

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

病院外来受診時の一定定額自己負担制度導入に関する調査研究  
( H25-特別-指定-032 )

平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 菅原 琢磨

平成26年(2014)年 3月

## 総括研究報告書 目次

### 目 次

I . 総括研究報告	-----	3
II . 【資料1】 外来受診の受診先の変化に関するweb調査	-----	14
別添資料 1 「健康に関するアンケート」	-----	26
別添資料 2 アンケート集計表	-----	51

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
総括研究報告書

病院外来受診時の一定定額自己負担制度導入に関する調査研究  
（H25 - 特別 - 指定 - 032）

研究代表者 菅原琢磨 法政大学経済学部教授

### 研究要旨

平成 25 年 8 月の「社会保障制度改革国民会議報告書」では医療機関間の適切な役割分担を図るため「緩やかなゲートキーパー機能」の導入が必要と提言され、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着が必須とされた。具体的には、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について一定の定額自己負担を求める仕組みを検討すべきと明記された。

国民会議報告書に基づく制度導入を進めるにあたっては、現状把握と導入に伴う様々な課題の整理と影響の検討が必要だがそれらは十分に行われていない。本研究はこのような課題認識のもと大きく以下の二つの内容で構成される。1) 半構造化インタビューによる病院外来受診の現状と今後検討が予定される一定定額自己負担制度導入に関する課題の論点整理、2) コンジョイント法による病院外来受診時一定定額自己負担制度導入時に予想される受診者の行動変容に関する実証分析である。

1) の分析からは、医療機関、診療科ごとに「初診」「再診」の定義、期間が異なる現状、院内における重複受診の扱い、自己負担回避のための救急の不適切利用への懸念、長期フォローを必要とする疾患や地域に受け皿の少ない精神科の扱いなど、制度導入に際して配慮すべき新たな課題が見いだされた。また 2) の分析からは、軽症・初診でも大病院を選好するサンプルが全体の 2 割に及び、重症の場合には全体の約 7 割が初診・再診ともに大病院を選好することが示された。さらに定額自己負担の金額については、5 千円を下限とする価格設定をすることにより、軽症と重症の場合で受診行動が変容する可能性が示唆された。

### 研究分担者氏名・所属研究機関名・職名

河口洋行 成城大学経済学部教授  
小池創一 東京大学大学院医学系研究科  
特任教授  
渋谷明隆 北里大学医学部教授  
松原由美 明治安田生活福祉研究所主席研究員

### A. 研究目的

我が国では今後も継続的に医療費の増大が見込まれ、医療給付の一層の重点化・効率化が求められる状況にある。外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力してほしい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」、「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい」

い」といった意見が多い。これまでも政府は、診療報酬改定により、紹介率等の低い特定機能病院等の再診料の適正な評価を実施する等、外来診療の機能分担に向けた取組を行ってきたが、依然として大病院の勤務医は疲弊状況にあるとの認識が根強い。

このような環境下、平成 25 年 8 月の「社会保障制度改革国民会議報告書」では、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点から医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入が必要と提言され、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着が必須とされた。具体的には、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、現在は初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求める仕組みを検討すべきと明記された。

国民会議報告書に基づく制度導入を進めるにあたっては、導入に伴う様々な課題の整理と影響の検討が必要だが、それらは十分に行われていない。本研究はこのような背景、問題認識に基づくものである。まず現在の「選定療養」の制度上、紹介状なしの外来受診について定額自己負担を課している医療機関を中心に聴き取り調査をおこない、病院外来の現状把握、自己負担導入に伴う課題について情報を集約、整理する。

また定額自己負担制度が実施された場合、患者行動がどのように変容する可能性があるか仮想質問票による分析で明らかにする。

以上、本研究で実施する研究内容は、以下のよう

- 1) 病院外来受診の現状と今後予定される一定定額自己負担制度導入に関する課題の論点整理
- 2) 病院外来受診時一定定額自己負担制度導入時に予想される受診者の行動変容に関する実証分析

## B. 研究方法

### 1) 病院外来受診の現状と今後予定される一定定額自己負担制度導入に関する課題の論点整理

班会議ならびに招聘・訪問ヒアリングの実施  
研究代表者ならびに研究分担者による研究班会議を研究期間中 4 回実施した。この会合の中で、地域や病院機能、経営主体などが異なる様々な医療機関の関係者を全国から招聘し、半構造化インタビューを実施した。また招聘が困難なヒアリング先には班員が直接現地を訪問して調査を実施した。

#### 半構造化インタビューの質問項目

班会議において、「国民会議報告書の中で病院外来について定額負担導入の検討が盛り込まれたのは、現状に問題があり大病院勤務医の負担軽減を図ることを背景としているものの、問題点や勤務医の負担感については十分な現状把握がなされていない」との問題認識が共有された。

そこで病院外来の現状、勤務医の負担感を含めた病院外来の現状認識を含め、病院外来一定定額自己負担導入に関連する種々の質問項目を予めまとめ、医療機関関係者に半構造化インタビュー形式で調査を実施し、回答内容から主要な論点の抽出、課題整理をおこなった。

調査時の質問内容、項目は以下のとおりである。

- 1) 医療機関の概要（医療機能、病床数、開設種別）
- 2) 病院外来の状況（初診・再診の定義、外来受診時の紹介状有無の比率、医師の負担感等）
- 3) 周辺医療機関との関係性、連携関係（診療所との連携、機能分化の状況）
- 4) 選定療養費における自己負担の導入状況（選定療養費の設定額、時期、設定理由、医療従事者の意向、患者動向、説明努力）
- 5) 紹介状なし一定定額自己負担導入時の経営面

への影響について（これまでの選定療養費導入の経験を交えて）

- 6) 救急患者への対応状況（軽症者、不適切と思われる救急搬送患者の現状と対応状況）
- 7) 紹介状なしで受診し、要入院など重症だった場合の対応について（割合、選定療養費の徴収）
- 8) 「再診」につき上乗せ負担を求める際の条件
- 9) 外来受診（初・再診）を減らす取組について
- 10) 「かかりつけ医」のゲートキーパー機能に関する考え方
- 11) 紹介状なし一定定額自己負担制度導入の適用（対象）範囲についての考え方
- 12) 紹介状なし一定定額自己負担制度導入の実施方法について（「全国一律」に対する考え方）
- 13) 全般的意見

#### ヒアリング対象の属性

延べ4回の研究班会議に招聘のうえ聴き取りをおこなった医療機関ならびに研究班メンバーが現地にて聴き取り調査をおこなった医療機関等の属性は以下の通りである。

中国・四国地方：社会医療法人

首都圏：公的病院

東海地方：行政関係、自治体病院

首都圏：大学病院（私立）

関西地方：大学病院（国立）

東北地方：公的病院

東北地方：公的病院

東北地方：大学病院（国立）

九州・沖縄地方：公的病院

首都圏：大学病院（国立）

九州・沖縄地方：社会医療法人

九州・沖縄地方：大学病院（国立）

九州・沖縄地方：私的病院

#### （倫理面への配慮）

本調査におけるインタビューは、回答者の心理

的負担軽減と回答の信頼性確保のため、回答主体の匿名性確保を前提とすることを事前に話し、回答者の了解を得たうえで実施した。

#### 2) 病院外来受診時一定定額自己負担制度導入時に予想される受診者の行動変容に関する実証分析

外来受診時に病院と診療所のどちらを選択するかという患者の受診行動を探るうえで、仮想的な状態を想定しコンジョイント分析を実施した。本研究では自覚症状が軽症（風邪）の場合と、重症（心筋梗塞の前哨）の場合の2つに分けて考察する。また自覚症状を得てから最初に受診する場合（初診）と、その後に再度受診する場合（再診）の場合の2つに分けて考える。従って、1) 軽症・初診、2) 軽症・再診、3) 重症・初診、4) 重症・再診の4つのパターンを本研究では想定する。

受診行動のパターンとしては、a) 「大病院を受診」、b) 「診療所を受診」、c) 「受診しない」という3パターンを選択肢として準備し、受診行動に影響を与える要因として「定額自己負担額の負担金額」 a) 0円、b) 1,000円、c) 5,000円、d) 10,000円、e) 20,000円の5つの金額の選択肢を考える。同じく受診行動への影響要因として、「医療機関に行くためにかかる時間(徒歩、自動車等の手段で)」として、a) 5分以内、b) 5分～15分、c) 15分～30分、d) 30分から60分、e) 60分以上の5つの選択肢と「医療機関に到着して医師に会うまでの待ち時間(待合室から受診まで)」として a) 15分以内、b) 15分～30分、c) 30分～60分、d) 60分から120分、e) 120分以上の5つの選択肢を用意した。

具体的には、回答者は「初診・再診」及び「軽症・重症」の4つのパターンに分けて、直交表から作成されたプロファイルの3枚のカードから一つを選択する。選択された回答をもとにCBC (choice-based conjoint analysis) による分析をおこない受診行動の変容を及ぼす要因について

検証した。

なお本分析の実施にあたっては、(株)マイクロミル社に事前にモニター登録した 15 歳以上の男女から年齢及び居住地で 20,000 サンプルを無作為層化抽出した。年齢は大病院の外来受診患者の年齢構成に沿うものとした。居住地は、首都圏(埼玉県、千葉県、東京都、埼玉県)、東北(北海道、青森県、宮城県、岩手県、秋田県、山形県、福島県)、四国・中国(徳島県、香川県、愛媛県、高知県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県)である。その上で、職業・子供の有無の3問で事前スクリーニングを実施した。職業としては、他の職種より知識が多い「医療職」と本調査に詳しい「マーケティング職」を排除した。子供の有無については、小児患者のサンプルを確保するため、0-14歳の子供を持っているサンプルの必要数だけ選択した。その結果、6,401 サンプルを確保した。このサンプルに対して今回のWEB調査への協力を依頼し、最終的には1,849 サンプルから回答を得た。(データに関する詳細については【資料1】「病院外来定額自己負担を導入した際の受診行動変化に関するウェブ調査」表1 - 表3を参照のこと。)(倫理面への配慮)

仮想質問票による調査は、WEB調査の調査パネルを有する専門調査企業(株式会社マクロミル)に委託して実施した。調査依頼時には、当該企業の個人情報保護規定等を確認し、倫理面への配慮や情報漏えいに対する対応を確認した。WEB調査自体は無記名であり、納品データには個人が特定可能な情報は含まれていないが、データの取り扱いには十分な注意を払って分析を実施した。

## C . 研究結果

### 1) 病院外来受診の現状と今後予定される一定額自己負担制度導入に関する課題の論点整理

半構造化インタビューの結果、病院外来に対す

る一定額自己負担導入に関連して以下のような現状が明らかになった。また制度導入の検討にあたっての課題、論点が抽出された。

#### 1) 病院外来受診の現状・課題

##### 初診・再診の定義

各医療機関、診療科により、初診・再診の定義、実際上の期間の扱いは現状まちまちである。聴き取り調査では、最短のケースで「1ヵ月間が空けば初診料を算定することが原則」という医療機関があった一方、3か月、4か月、6か月、1年を原則としているという医療機関が各々認められた。また初診時に次回の予約を入れておけば、6か月或いは1年以上経過したとしても「再診」、疾患名が変わらなければ一連の診療として永続的に「再診」として扱う医療機関も多い。「初・再診」の判断を個人の医師の判断に委ねるケースでは、「改めて初診としたことで初診料の支払が生じ、患者の反感を買いクレームを受けた」といった意見もあった。

##### 紹介状なし初診患者の割合

聴き取り調査の対象となった医療機関では外来における初診患者の割合は1~3割程度との回答が多く、また「紹介状なし初診」の割合は外来患者の概ね1割~2割とする回答が多かった。一方、「65%の患者が紹介状を持参せず受診し入院している」(近畿地方、大学病院)との回答もあり、医療機関による特異性も伺われた。

##### 再診患者の現状(継続期間、内容)

外来において初診患者より再診患者の割合は圧倒的に高い。「例えばがんの手術をして半年に一度、あるいは1年に一度フォローアップで診ている患者も再診に入ります」(首都圏、公的病院)というように普段は開業医で診ている患者の比較的長期の定期フォローアップが「再診」として一定数存在する一方、「逆紹介で一度は連携先に紹介したものの、こちらの方が合っていると戻ってくる」(九州・沖縄地方、私的病院)といった再診患者も少

なくない。外来の負担軽減には慢性期の再診を抑制する必要があるため、数回の診察を目安に連携先に紹介し急性期病院として「かかりつけられない」ことを意識しているという回答（九州・沖縄地方・公的病院）もみられた。

## 2) 病院外来一定額自己負担制度導入に関する評価と意見

### 「肯定的見解」

「導入にともなう外来患者数の減少で外来コマ数自体が減ることはないかもしれないが、コマ数の中で診る患者数が減れば丁寧に余裕をもって診ることが出来る。またより重症の外来患者を丁寧に診ることができることで病院医師のやりがい向上と外来単価の向上も見込める可能性はある」(首都圏・公立病院)といった定額自己負担制度の導入で軽症受診者の減少とある程度の負担軽減効果を期待する声が聞かれた。

紹介状なしの外来受診をされた患者から選定療養費を徴収している病院では、徴収に際する患者に対する説明、同意に多大な労力を払っていると意見が広く聞かれた。選定療養費は医療機関独自に設定するもので患者の同意がなければ徴収が困難なことから、「制度として金額を決めていただいた方が、窓口としては交渉しやすい」(九州・沖縄・公的病院)など、国が一律の定額自己負担制度を導入、広く周知されるのであれば、患者説明の負担軽減が見込めるといった意見もあった。さらに紹介状なしの初診数は全体の外来数の中で限られており、一定額自己負担制度を導入しても大きな影響はないといった意見も聞かれた。

### 「否定的見解」

地域によって所得水準、連携先といった医療資源には大きな差が認められる中で、一律の定額自己負担導入による影響、効果は地域により大きく異なる可能性が強い。外来勤務医の負担軽減を図るという政策意図に対しては多くの病院で評価する声があがったものの、「定額自己負担の導入は地

域格差の問題や対象病院、病床数の設定方法など難しい問題が多い。既に自助努力で地域連携を進めている病院に対して更なる負担をかけることは避けて欲しい」(四国・社会医療法人)という外来受診の適正化に永らく自助努力で取り組んできた病院からは批判的な意見が寄せられた。

周囲に診療所を含む医療機関が乏しい地域では、受診できる医療機関の選択肢が少なく、高額な定額自己負担の設定は必要な受診についても過剰な受診抑制をもたらすのではないかとといった意見も聞かれた。

さらに自院の医療機能など独自の判断で選定療養費を決定できるという自由裁量が一律定額自己負担で損なわれること、同一地域にある他の病院との定額自己負担の差異がなくなるとすれば、相対的に安価となる高次機能病院に患者が集中する可能性はないかといった懸念も呈せられた。

## 3) 病院外来一定額自己負担制度導入時に予想される影響・効果

### 経営的側面への影響

病院によって紹介状なしの病院外来一定額自己負担制度導入が経営面に与える影響への見通しは大きく異なる。関西地区の大学病院に対する聞き取り調査では、現在の外来受診者数について各診療科に質問した結果「多いと思う」、「適当な数である」が同数であったとの回答があり、外来負担感の重い診療科とさほどそれを感じていない診療科が拮抗しているとのことであった。この背景としてこの病院では過半の患者が紹介状を持たずに入院し、また紹介状を持たずに入院した患者の約8割が同一病院内で複数科受診をしているとの説明があり、外来縮小はそのまま入院患者の減少を招くことから、紹介状を持っていない患者の減少を招く政策は経営的には大変苦しいとの現状認識が示された。

その他の聞き取り調査では、紹介状なしの初診患者の割合がさほど高くないことから、現在の選

定療養費の水準では、この収入そのものが病院経営全体に及ぼす影響は軽微との認識を示す病院が大多数であったが、5,000 円、1,0000 円といった高額な自己負担が導入された場合には、特に地域の所得水準が相対的に低く、近隣に診療所などの医療資源に乏しい地域で外来患者数が大幅に減少する可能性を否定できず経営的観点から不安視する声もあった。

「赤字体質の経営が続いており、1万円の定額負担が導入されると、経営的にはかなり厳しくなる。大学の中で、赤字分を他学部の予算から埋め合わせているなかで、更に赤字が拡がれば、機器更新がしにくくなる。」(関西地方・大学病院)

その一方で独自に地域医療連携を進め、紹介・逆紹介により外来機能の効率化を図った複数の病院からは、外来受診者数が減少してもその分の資源を手術や入院機能に配分することができれば病院全体の収益を維持できるとの意見が聞かれ、定額自己負担の導入による軽症外来受診者の収益減少分を入院などその他の機能への資源再配分でカバーすることはある程度可能であると推察された。

#### 患者像の変化、効果の持続性

定額負担の水準によるが、5000 円以上の定額自己負担の導入により病院外来における軽症受診者数はかなり抑制されるのではないかとの見通しをもつ病院が多かった。外来患者数の減少は、様々な要因により生起するもので、選定療養費の設定による純粋な効果をはかることは困難だが、これまで経年的に数回の選定療養費の値上げをおこなった関西地方の大学病院の経験では、3150 円への値上げ時にはほとんど影響が観察されなかったのに対し、5250 円への変更時には患者数の減少としてその効果が認識できたとのことであった。ただし、この効果は各回の引き上げ時とも、患者数の減少が長期に持続するほどのインパクトのあるものではなかったとのことである。

#### 4) 病院外来一定定額自己負担制度導入時に考慮

#### すべき個別課題

##### 現場での説明・徴収負担

外来受診について選定療養費を設定している病院では、いずれも支払っていただく患者への説明、同意にかなりの労力を割かれている。選定療養費で再診料を設定しているものの、説明・同意の労力がその額を上回るとの認識から、ほとんど算定していないといった病院も認められた。

仮に新たな一定定額自己負担制度が導入されるとすれば、現場ではクレームなど大きな混乱が起きることも予想されるので、国の責任として制度導入の趣旨、背景について国民への周知徹底を事前に十分図るべきとの意見が多数聞かれた。

「初診」の自己負担支払いによる患者の「再診」定着

紹介状なしで病院外来受診し、現状水準以上の高額な選定療養費を支払った患者は、次回以降も当然その病院で受診継続できるものとする可能性は高く、不用意な逆紹介は患者の強い反発を招くと考えられる。一方で安易な受診継続を許容してしまうと、結局軽症「再診」が増加することになり、病院全体の外来負担軽減につながらないというジレンマに陥ることが懸念される。

自治体立病院の首長・議会・市民への説明と理解

自治体立病院では、住民の税金から繰入金投入する上で、市民や議会、首長の理解が必要である。現状、多くの自治体立病院は繰入金を受けており、更に新たな高額な自己負担をお願いすることは困難ではないかとの認識が、自治体立病院の聴き取り調査時に呈せられた。現在の医療政策の流れの中で、自治体立病院が病院本来の機能を果たすため、機能分担を進め外来受診数を減少させたところ、「病院が赤字であるにも関わらず患者を診な



いというのはどういうことか」(東北地方・公的病院)と議会からお叱りを受けたとの話もあった。

医療扶助受給者(生活保護者)との不公平感

医療扶助受給者は選定療養費分についての支払いを免除されている。高齢化の進展とともに年金生活者など所得に余裕のない患者層も総じて増加しており不公平感が強まっている。自己負担額が一律に大幅に上がるとすれば支払有無について一層強い不公平感を抱く人が増加すると考えられるので、何らかの対応が必要かもしれない。

自己負担回避を目的とする救急搬送者の増加

救急車を利用しての受診については、紹介状のない受診に該当しても選定療養費の支払いを求められていない。救急車の「不適切利用」を定義することは困難だが、時間外選定療養費の基準を当て嵌めれば「緊急性の低い軽症受診で診察と投薬のみ」の患者が救急車を利用して受診したケースと考えられる。この基準に沿った聴き取り調査では「結果として約3分の1が本当に救急が必要と考えられる患者にあたる」(沖縄・社会医療法人)との回答があった。紹介状なしの外来受診について一定定額自己負担制度が導入されると、自己負担額の支払回避を目的とする救急車の不適切利用が増加する懸念がある。

安易な「紹介状作成」ニーズの増大懸念

本制度導入の趣旨は、地域における「かかりつけ医」の緩やかなゲートキーパー機能を使って病院との機能分化を進め、過重とされている病院外来の適正化を企図するものである。その文脈では、病院への紹介状を書く「かかりつけ医」の診断、診察能力が大きな鍵となる。「『ちゃんと受診したいと言っています。よろしく願います』だけの紹介状を持ってくる方が時々いますので、おそらく選定療養額が上がるとそういう方は増えると思いま

す」(九州地方・精神科)といった回答もあり、安易に紹介状を書くことを前提とした診療機関が増加することが無いように配慮が必要かもしれない。

他科受診・重複受診への配慮

「初診は横ばいながら外来患者が減らない、或いは増加している」とする病院にその背景を聞くと高齢者が増加することで、同一病院内での他科受診、重複受診が増えているとのことであった。他科受診で「再診」扱いとなる場合、高齢者は病院一か所での治療にメリットを感じやすく「再診」のまま病院での治療を継続する動機づけを有することが考えられる。またこのことが病院外来全体の数の上での負担増につながるだけでなく、ひとりの患者の複数診療科を跨ぐ診療スケジュールの調整により、各科医師の診療が円滑におこなえなくなるといった弊害の発生も指摘された。

院内受診者への配慮

「紹介状なし」の受診について既に病院内部に居る人が不意に体調を崩す、或いは「針刺し」など不慮の事故で受診する場合についての配慮を求める意見も出された。

「うちでよく扱うのが、例えば院内でおなか痛くなった人とか、熱が出ている人というのは、決して少なくない数でほとんど診察されます。その場合には決して外に行って紹介状を持ってくるわけではありませんので、院内での病気の発生、もしくはお見舞いの方の病気、または院内の職員の病気についても少し考えるところが要るかとは感じる」(大学病院・総合診療科)

「総合診療科」の外来受診の取扱い

「総合診療科」とりわけ大学病院の総合診療科は、「かかりつけ医」の教育を担う場所でもある。聴き取り調査の対象となった大学病院では気軽に受診してほしいというスタンスで運営してきており、3割の患者は非紹介との

ことであった。このような総合診療科への受診について、紹介状なしの定額自己負担を課すと、学部卒前・卒後のプライマリケアを学ぶ場における未診断の非紹介患者が減ってしまうという懸念がある。

特例的な配慮が必要とされる疾患等

外来定額自己負担導入の検討にあたり、その適用について特例的な配慮が必要であるとの指摘が幾つかの疾患等についてあった。「精神科」、「ハイリスク妊婦の出産」、「循環器内科、小児外科などにおける先天性疾患の長期フォロー」などである。以下、聴き取り調査の回答コメントを記載する。

「精神科は地域連携が難しく、選定療養の対象とすることは難しい（四国・社会医療法人）」

「精神科は、地域に受け皿がない。児童の精神疾患については、紹介元が学校や行政機関であるケースが多い。また成人の発達障害患者なども増えており、長期のフォローが必要な中で期間が空いても再診とするケースがある。」（大学病院・精神科）

「循環器内科や小児外科は、2～3年あるいは7～10年に1回といった長い期間のフォローアップを行っている。初診にするか再診にするかは、医師の裁量によって決めている。」（大学病院・循環器内科）

「ハイリスクに分類される中で未検診の妊婦は一般的には高次機能施設で診るとするのが世の流れである。これらの方は支払余力のない場合が多く、紹介なしで最後に飛び込みで来て、自己負担をお願いする状況にないところがあり、このようなケースでの例外をどのような持ち方にするか議論の必要性を感じる。」（大学病院・産科）

歯科学部教育における臨床上の必要性

歯科と医科を有する大学病院では、歯科と医科の間で非紹介患者率の割合は2倍程度異なる状況にある（歯科が高い）。診療科間での

外来負担感にも相違があり、一律の選定療養費の引き上げの合意形成は難しい。

また歯科では学部教育の一環として臨床実習を重視しており、実習で診るのはいわば普通の疾患（common disease）であり、必ずしも紹介で来る患者ではない。一定額自己負担制度の導入に際しては、医育機関としての大学病院の役割にも十分配慮してほしいとの意見がみられた。

#### 5) 病院外来一定定額自己負担制度以外の病院医師の負担軽減策

連携推進による病院外来患者の減少（地域ネットワークの構築）

社会保障制度改革国民会議の報告書にあるように病院外来勤務医の負担軽減をはかることが制度導入の背景にあるのであれば、他にもより有効な負担軽減策を検討すべきとの意見が聴き取り調査内で多数聞かれた。地域の医療機関との間に顔の見える関係を構築し、しっかりとした「紹介」、「逆紹介」の体制を築くことで互いの機能分化と病院外来の負担軽減に成功している例も多くみられた。

患者側の立場では、大規模病院の外来にかかる強いインセンティブはきちんと診断してもらえそうだという点である。受診後のフォローアップ体制が整い、逆紹介で開業医の先生に戻されたとしても、必要な際には安心して病院に戻ってこれるといった部分の担保が患者にとっては非常に大事である。また診療所と大病院を比較した際、診断能力に差があるのではないかと感じて大病院を受診する患者は多いと考えられる。その際、大病院の「連携診療所」との分かりやすい表示があれば安心する患者も多いとの意見が聞かれた。

一方で地域によっては、病院と地域の診療所との間で未だ十分な意思の疎通が実現できていないケースも認められ、連携の在り方も地域差がきわめて大きいことが分かった。以下、聴き取り時の医療機関コメントを記載する。

「患者が一番不安なのは、逆紹介されると、もう診てもらえないのではないかということ。当院では、「主治医二人制度」と言って、地域の診療所との連携を図っている。当院にいた先生が地域で開業しているので、連携はしやすい状況にある。」  
(九州・沖縄・社会医療法人)

「逆紹介するにしても、地域の診療所は信頼たりえない。地域において必要な医療が受けられる環境整備が先ではないか。」(九州・沖縄・大学病院)

#### 患者教育

病院外来を利用する地域住民に対する啓蒙活動を継続的におこなうことで病院外来受診の負担軽減に成功している病院の例も認められた。

「地域医療サポーター制度というものを設け、地元の医師会と連携し開催する講演会等に3回出席したら「地域医療サポーター」に認定するようにしている。患者にとって何もメリットはないが、のべ600人程度登録されており、患者教育に努めたことで、1次救急の患者が減ったと感じている。」  
(九州・沖縄・地域医療支援病院)

#### 医師の事務負担軽減措置

外来受診者数のうち再診患者がなかなか減少せず負担感を感じるとの指摘も多かった。再診患者の適正化のため「逆紹介」を進めていくことが肝要だが、その鍵は丁寧な紹介状の作成との意見があった。しかし日頃の外来の診療時間帯の中ではその書き直しのための時間確保は困難なため安易な再診が継続しやすいとのことであった。このような状況改善のために事務補助者の配置について一層配慮すべきとの指摘があった。

#### 6) 制度設計に関わる全体的な検討課題

研究会議内における招聘ヒアリング、現地訪問ヒアリング、ならびにそれらを踏まえた議論から制度導入にあたっての全体的な検討課題としては大きく以下の3点が挙げられた。

適用範囲の問題(特定機能病院・地域医療支援病院、DPC200床以上等)

適切な定額自己負担額の設定(行動変容に影響を与える額(Ex: ¥5,000、¥10,000))

適用方法(選定療養の範囲で下限額を設定、全国一律、地域別)

本研究ではこのうち患者の外来受診において大病院と診療所に対する受診行動選択に影響を及ぼす要因として仮定の自己負担額を設定し、患者行動の変容に影響を及ぼす負担額について検討した。

### 2) 病院外来受診時一定定額自己負担制度導入時に予想される受診者の行動変容に関する実証分析

#### 【結果】

##### 回答者の年齢構成

BD02	年齢区分 単一回答	N	%
1	14歳以下子供あり[代理回答]	128	6.9
2	15～39歳	256	13.8
3	40～64歳	606	32.8
4	65歳以上	859	46.5
	全体	1849	100.0

回答者の年齢構成は、大病院の外来受診者の年齢構成とほぼ同じ構成である。従って、本調査のサンプルは大病院外来受診者の代表性を一定程度確保していると考えられる。

##### 回答者の所得状況

BD06	世帯年収 単一回答	N	%
1	200万円未満	122	6.6
2	200～300万円未満	250	13.5
3	300～400万円未満	300	16.2
4	400～500万円未満	224	12.1
5	500～600万円未満	176	9.5
6	600～700万円未満	124	6.7
7	700～800万円未満	100	5.4
8	800～900万円未満	86	4.7
9	900～1000万円未満	60	3.2
10	1000万円以上	97	5.2
11	収入はない	16	0.9
12	わからない	114	6.2
13	この質問には答えたくない	180	9.7
	全体	1849	100.0

回答者の所得は、200万円未満から1000万円以上まである程度ばらついている。なお、「わからない」と「回答したくない」がそれぞれ114名と180名あり、全体の15.9%を占めた。

##### 回答者の健康状態

BD08	健康状態 単一回答	N	%
1	非常によい	138	7.5
2	よい	457	24.7
3	ふつうである	856	46.3
4	やや悪い	357	19.3
5	非常に悪い	41	2.2
	全体	1849	100.0

回答者の健康状態については、「ふつうである」が最も多く 46.3%であった。「よい」と「非常によい」を併せると約3割であった。なお、「非常に悪い」との回答も2.2%あった。

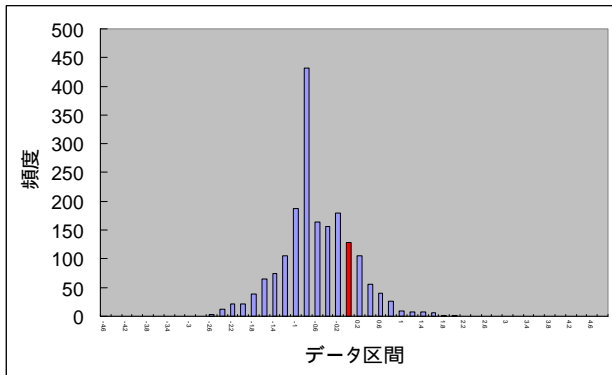
C B C ( Choiced-Based-Conjoint Analysis )  
 で得られた効用値の概要

軽症初診	-0.70984	0.70984	4.406269	3.456503	-0.5474	-3.1635	-4.15189
大病院		診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円
軽症再診	-0.45144	0.451436	8.386535	6.427052	-0.40777	-6.68344	-7.7224
大病院		診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円
重症初診	0.624909	-0.62491	4.115867	3.484028	1.007073	-2.25868	-6.34828
大病院		診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円
重症再診	0.615365	-0.61536	5.968034	4.550307	0.950023	-3.47708	-7.99128
大病院		診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円

表は軽症・重症、初診・再診のパターン毎に医療機関の選択と定額自己負担額について回答者の平均効用値の結果をまとめたものである。平均的には軽症の場合には診療所の効用値が正であり、重症の場合には大病院の効用値が正であるから、それぞれ平均的な受診先としては診療所、大病院が選択される。

また定額自己負担額をいくらに設定すると、効用値がマイナスに転じるかについては、軽症では千円と5千円の間であった。一方、重症の場合では5千円と1万円の間であった。従って、定額自己負担金額を平均的に5千円に設定すると、軽症の場合には効用値がマイナス（非受診）となり、重症の場合にはプラス（受診）になると考えられる。

【軽症・初診の大病院受診の効用値の分布】



軽症・初診の場合では、大病院受診の効用値が+になるのは **21.0%**（388名）であった。すなわ

ち全体の約2割が軽症にも関わらず大病院を受診する傾向が認められた。

D . 考察

病院外来受診時の一定定額自己負担制度は、紹介状の有無と「初診」、「再診」の判断に基づき患者に対して自己負担を求めるものであるが、現状では診療機関、診療科によって「初診」、「再診」の判断基準がまちまちとなっている。制度導入の検討を進めるにあたっては、各々の定義を整理し、より明確な判断基準とすることが重要であると考えられた。

病院外来受診の現状について意見聴取した多くの医療機関からは、医師の負担軽減、地域における機能分担の推進といった政策の方向性については前向きな評価の声が多く聴かれた。しかし地域による医療資源の格差、住民の所得水準の格差等の地域差が非常に大きいのみならず、個々の医療機関や診療科の特異性も存在するため、一律の定額自己負担制度導入を検討するに際しては、制度の適用対象、範囲について十分な検討、考慮が必要であろう。

紹介状なしの病院外来受診について自己負担を求めていくなれば、地域において病院と「かかりつけ医」がしっかりと連携関係を築き、スムーズな「紹介」、「逆紹介」のなかで患者が不安を抱くことがないような体制の存在が不可欠である。このような地域の医療連携体制整備との同時進行を前提に一定定額自己負担制の検討はなされるべきと考える。

E . 結論

社会保障制度改革国民会議の報告書に記載された「紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、現在は初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求める仕組みを検討すべき」との指摘にもとづき、このような制度の検討が促された背景にある病院

外来の問題点の現状把握、並びに制度導入に際して発生する課題や論点の抽出をおこなった。医療機関、診療科ごとに「初診」「再診」の定義や期間が異なる現状、院内における重複受診の扱い、自己負担回避のための救急の不適切利用への懸念、長期フォローを必要とする疾患や地域に受け皿の少ない精神科の扱いなど、制度導入に際して配慮すべき新たな課題も見いだされた。

選定療養での患者自己負担については病院がその徴収のための患者説明に多くの労力を費やしており、国による一律の自己負担導入により医療機関側の負担軽減がはかれるとの意見が聴かれた一方、自治体立の公的病院などでは公的病院への財政投入状況、市民の反発への懸念から、高額な自己負担の設定は首長をはじめ住民の理解を得ることが困難といった意見もみられた。いずれにしても制度導入にあたっては国民に対する制度趣旨の丁寧な説明が不可欠であろう。

診療所を主体とする地域医療機関との連携が上手く機能している病院では、永年かつ継続的な相互交流と「二人主治医制」といった仕組みづくりをしながら、医療機関受診に対する地域住民への普及啓発活動をおこなってきており、医療の機能分化について、金銭的動機づけ以外の取組みも併せて進めるべきであることが強く示唆された。

仮想質問票による実証分析では、軽症・初診でも大病院を選好するサンプルが全体の2割に及び、また、重症の場合には全体の約7割が初診・再診ともに大病院を選好することが示された。

さらに定額自己負担の金額については、5千円から1万円の間を設定することにより、軽症と重症の場合で受診行動が異なる可能性が示唆されたことから、病院外来勤務医の負担軽減をはかるうえで軽症受診者の行動変容を促すためには、病院外来受診の定額自己負担の下限の目安が5,000円となることが示唆された。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
該当なし

2. 学会発表  
該当なし

## G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
該当なし

2. 実用新案登録  
該当なし

3. その他  
該当なし

## 【資料 1】

# 外来受診の受診先の変化に関する web 調査

## 1. 研究目的

医療機関における適切な役割分担を図るため、紹介状のない患者の 200 床以上の DPC 対象病院の外来受診について、定額自己負担を求める政策が実施されている。しかし、現状では定額自己負担の導入は、手術を主体とする急性期病院から診療所への外来患者の受診先の変更を十分に促していないと指摘されている。これに対して、更なる自己負担額の引き上げや、一律の徴収を可能にするなどの政策案が検討されている。しかし、現状を改善するには、まずなぜ多くの外来患者が大病院を愛好するのかに関する理論的考察や、その裏付けとなる実証研究結果を得ることが必要である。このため、本章では仮想質問票方式を用いて、大病院と診療所の間を受診選択がどのような要因に影響を受けるかを具体的に検討する。その上で、このデータによるエビデンスをベースに政策的示唆を得ることを目的としている。

## 2. 外来受診における受診先選択の要因に関する理論的考察

### (1) いわゆる大病院志向が生じる 4 つの要因について

図 1 は外来患者の受診行動の流れを単純化した上で時系列で並べたものである。まず、患者は、何らかの自覚症状を感じたり、健康診断結果などから罹患の疑いが生じた場合には受診するという判断をする。その際にわが国ではフリーアクセスとして大病院であろうと診療所であろうと自由に選択して受診することができる。外来患者がよりアクセスしやすい診療所よりも大病院を愛好して受診する理由については、以下の 4 点が考えられる。

#### 病気を特定する「診断」能力という要因

外来患者は初診の場合には、まず症状や健診結果からどのような疾患に罹患したのかやその重症度を診断してもらう。医療機関の選択にはこの診断能力の高さが影響を及ぼしている可能性が高い。この診断能力は、第一に医師の診断能力が問題となる。例えば、大病院には専門医が多く所属しているため、特定の疾患については診断能力が高いかも知れない。第二に、医師が診断する際に行う検査の水準も診断能力を左右する。例えば、高額な医療機器を設置している医療機関は、より精緻及び広範囲な検査情報を得ることができると考えられる。従って、a. 医師の診断能力、b. 高額医療機器の利用、が診断能力を高める要因として考えられる。

#### 専門医へのアクセスの確保という要因

第二の要因は、専門医に診てもらえ、その後のアクセスが確保できる。仮に診断能力自体は診療所と大病院が同水準としても、大病院を受診することによって、その後も専門医

のフォローアップを定期的に受けれることが要因かも知れない。初診で大病院を受診しても、再診で診療所に戻れば、再度専門医を受診するためには手間や診療所医師への心理的遠慮がでるかも知れない。

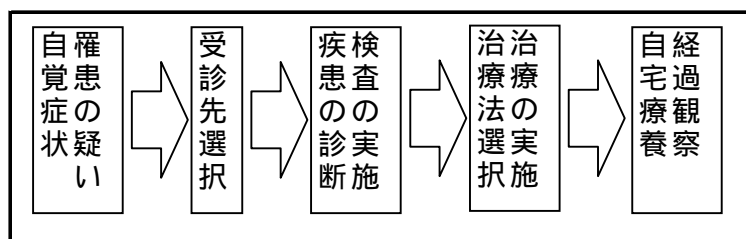
#### 複数科受診などの機会費用が低いという要因

第三の要因は、複数の既往症などにより複数科受診が必要な場合の機会費用が低いという点である。例えば、眼科・内科・整形外科などの複数科受診をする場合には、個別の診療所を別々に受診する場合に比して、大病院で複数科を受診する方が、移動時間が少なく、何度も出向く必要がないため、患者にとって大きなメリットかも知れない。

#### 「治療」において、医療サービスの品質が高いという要因

第四の要因としては、大病院の方が実際に治療する場合に、医療サービスの品質が高いかも知れない。社会的に見ればとるにたらない症例であっても、患者本人からすれば念のために最高水準の治療を受けたいと考えているかも知れない。

図1 患者による医療サービス利用の流れと医療機関の機能の違い



#### (2) 受診行動の単純化(4パターン)

受診行動を取るうえで、仮想的な状態を想定する必要がある。本調査では、自覚症状が軽症(風邪)の場合と、重症(心筋梗塞の前哨)の場合の2つに分けて考える。また、自覚症状を得てから最初に受診する場合(初診)と、その後に再度受診する場合(再診)の場合の2つに分けて考える。従って、1)軽症・初診、2)軽症・再診、3)重症・初診、4)重症・再診の4つのパターンを本研究では想定する。

#### 軽症と重症の違い

軽症の場合には、一般的には診療所などのアクセス時間や待ち時間が短い医療機関を選択する可能性が高くなると考えられる。一方で、重症の場合には、念のために大病院を受診する可能性が高くなると考えられる。

#### 初診と再診の違い

初診における重要な選択要因は診断能力[(1)]であると考えられる。一方で、再診

の場合には、初診で確定診断を得たと想定すれば、定期検査などのフォローアップをどこで行いたかが重要になる。例えば、再診でも大病院を選択する場合には、専門医へのアクセス確保〔(1)〕を重視しているためと推定される。

### 3.調査方法の概要

#### (1) 調査対象となる標本の選択方法

##### 事前スクリーニングの実施

(株)マイクロミル社に事前にモニター登録した15歳以上の男女から年齢及び居住地で20,000サンプルを無作為層化抽出した。年齢は、大病院の外来受診患者の年齢構成に沿っている(表1)。居住地は、首都圏(埼玉県、千葉県、東京都、埼玉県)、東北(北海道、青森県、宮城県、岩手県、秋田県、山形県、福島県)、四国・中国(徳島県、香川県、愛媛県、高知県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県)である。

表1 大病院の外来受診者の年齢構成(%)

年齢層	0-14	15-39	40-64	65-	合計
	6.8	13.8	32.8	46.5	100.0

出所)平成24年度受療行動調査より河口作成

その上で、職業・子供の有無の3問で事前スクリーニングを実施した。職業としては、他の職種より知識が多い「医療職」と本調査に詳しい「マーケティング職」を排除した。子供の有無については、小児患者のサンプルを確保するため、0-14歳の子供を持っているサンプルの必要数だけ選択した。その結果、6,401サンプルを確保した。

表2 本調査の事前スクリーニングで確保したサンプルの年齢・居住地の構成

No	セル名称	希望数	必要数 (希望数の2倍)	出現数 (本調査対象数)	出現率
1	首都圏0~14歳子どもあり	54	108	202	3.12%
2	首都圏15~39歳	111	222	400	6.19%
3	首都圏40~64歳	263	526	985	15.23%
4	首都圏65歳以上	372	744	1283	19.84%
5	北海道・東北0~14歳子どもあり	34	68	125	1.93%
6	北海道・東北15~39歳	69	138	344	5.32%
7	北海道・東北40~64歳	164	328	597	9.23%
8	北海道・東北65歳以上	233	466	701	10.84%
9	中国・四国0~14歳子どもあり	34	68	160	2.47%
10	中国・四国15~39歳	69	138	365	5.64%
11	中国・四国40~64歳	164	328	552	8.54%
12	中国・四国65歳以上	233	466	687	10.62%
				6401	

#### web調査の実施

事前スクリーニングで選別した6,401サンプルに対し、web調査への参加依頼を電子メ



ールで送付した。サンプルは各自で web 上に設置された仮想質問票に回答する。(株)マイクロミル社は、年齢及び居住地で算出した必要数(表2参照)を充足した時点で、回答を締め切った。その結果、1,849 サンプルから回答を得ることができた。尚、回答サンプルは、全ての質問に回答した場合には、マクロミル社からポイント付与という形で、経済的利益を得る。

表3 本調査における回答サンプルの年齢及び居住地の構成

	0-14歳 (代理回答)	15-39歳	40-64歳	65歳以上	計
東北	36	71	168	239	514
首都圏	56	113	269	380	818
四国・中国	36	72	169	240	517
計	128	256	606	859	1,849

## (2) 調査方法の概要

### 調査期間

事前スクリーニング後に、web 調査は2014年3月12日(水)から2014年3月16日(日)の期間に実施された。

### コンジョイント分析による効用値の算出

web 調査により収集された仮想質問票に対する回答は、マクロミル社にて蓄積された。当該データに対して、マクロミル社のCBC(choice-based conjoint analysis)分析モデルを用いて、階層ベイズ法でサンプル毎の効用値を推定した。

## 4.仮想質問票の設計項目(実際の調査票については別添資料1を参照)

### (1) 回答者属性:「 」が質問、( )が選択肢

性別(モニター登録情報から引用)

年齢(モニター登録情報から引用)

世帯所得

「失礼ですが、あなたのご家庭の年収(税込)についてお聞きます」

(200万円未満から100万円単位で1000万円以上まで)

職業+就業状態

「現在のあなたの職業はどれに当てはまりますか。当てはまるものを選択して下さい」

(会社員・役員、自営業、専門職、公務員、学生、専業主婦、パート・アルバイト、無職、その他)

教育年数(最終学歴から自動計算)

「あなたの最終学歴を教えてください」

( 中学校、高等学校、専門学校、高等専修学校、短期大学、大学、大学院、その他 )

自己評価健康状態 ( 5 段階 )

「現在のあなたの健康状態 ( 体調 ) はいかがですか」

( 非常によい、よい、普通である、ややわるい、非常にわるい )

現在の受診状態

「現在、医療機関を受診していますか」

( 有、無 )

リスク選好

「100 枚に 1 枚の確率で 10 万円が当選する宝くじを、あなたはいくらであれば購入しますか」

( 100 円、500 円、1000 円、5000 円、1 万円 )

かかりつけ医

「あなたは診療所・クリニックに普段からよく受診したり相談できる医師 ( かかりつけ医 ) を持っていますか」

( 有、無 )

高額療養費制度に関する知識

「あなたは公的医療保険制度の高額療養費制度を知っていますか」

( 知らなかった、名前だけは聞いたことがある、制度について少し知っている、制度のおおまかな内容は知っている、制度を他人に詳しく説明できる )

定額自己負担制度に関する知識

「あなたは、受診時定額負担制度を知っていますか」

( 知らなかった、名前だけは聞いたことがある、制度について少し知っている、制度のおおまかな内容は知っている、制度を他人に詳しく説明できる )

## ( 2 ) 受診行動とその要因

受診行動

- a) 大病院を受診
- b) 診療所を受診
- c) 受診しない

定額自己負担額の負担金額

- a) 0 円、b) 1,000 円、c) 5,000 円、d) 10,000 円、e) 20,000 円

[但し、( 2 ) a) 大病院を受診の場合のみ負担という制限はかけない]

医療機関に行くためにかかる時間 ( 徒歩、自動車等の手段で )

a)5分以内、b)5分～15分、c)15分～30分、d)30分から60分、e)60分以上

表4 先行研究における支払意志額の研究事例

WTPの内容	文献名	測定方法
風邪治療(\$29.9) 網膜剥離(\$2,223) 心筋梗塞(\$8,976)	Yasunaga et al (2006) BMC HSR	インターネットで795人の日本人に仮想評価法で治療の支払意志額をアンケート
眼科手術待ち時間の 1か月短縮(\$243)	Bishai and Lang (2000) JHE	スペインの204人に二択方式で、離散選択実験を実施
非救急医療の待ち時間 の1日短縮(\$15)	Hjeimgren and Anell (2007) HP	スエーデンの1600人に二択方式で、離散選択実験を実施

医療機関に到着して、医師に会うまでの待ち時間（待合室から受診まで）

a)15分以内、b)15分～30分、c)30分～60分、d)60分から120分、e)120分以上

表5 アクセス時間及び待ち時間の研究事例

データ項目	算出方法	引用元
119番から現場への到着時間8.3分 医療機関への到着時間 <b>38.4分</b>	救急車が救急告知病院に搬送した患者の救急搬送記録の全国平均時間	平成25年度救急救助の現況 (総務省消防庁)
2次救急への平均アクセス時間 <b>10.58分</b> (埼玉県のみ) 3次救急への平均アクセス時間 <b>59.0分</b> (全国平均)	全国の市町村の重心地点から救急医療機関までの自動車のアクセス時間をGISソフトを用いて推計	河口・河原(2005)『病院管理』 河口(2008)科研費報告書
大病院の平均待ち時間 <b>30分以上1時間未満</b> (全体の22.4%) 中病院の平均待ち時間15分以上30分未満(全体の22.4%) 小病院の平均待ち時間 <b>15分未満</b> (全体の24.8%)	大病院(500床以上)、中病院(100-499床)、小病院(20-99床)などの一般病院を層化無作為抽出してアンケート調査を実施。有効回答は485で回収率は79.0%で	平成23年度受療行動調査 (厚生労働省)

### (3) 回答方法

各設問においては、直交表から作成したプロファイルの3枚のカードから一つ選択【CBC (choice-based conjoint analysis) のパッケージソフトを利用】

回答者は「初診・再診」及び「軽症・重症」の4つのパターンに分けて回答する

a) 初めて受診する「初診」の場合

「ここからは、あなたが病気にかかったときの行動についてお聞きします」

b) 二度目以降の受診となる「再診」の場合

「ここからは、あなたが同じ症状で、再診（一度目で医師の診断を受けてから、2度目の受診）の場合についてお聞きします」

（但し、現状の制度においては「初診」「再診」の定義は病院毎に異なることに注意）

c) 軽症の場合

「前日からのどのいがらっぽさや痛み、鼻水が出て、少し体調が悪いと感じている場合」(この表現は風邪の症状を想定している。但し、回答者に病名は知らされない)

d) 重篤な症状の場合

「数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくい状態が20分以上続いた」(この症状は、重篤な心筋梗塞の前駆症状を想定している。但し、回答者に病名は知らされない)

5.web 調査結果の概要(基本集計及びグラフについては別添資料2を参照)

(1) 回答者の属性分布

回答者の年齢構成について

回答者の年齢構成は、大病院の外来受診者の年齢構成とほぼ同じ構成である。従って、本調査のサンプルは大病院外来受診者の代表性を確保していると考えられる。

表6 回答者の年齢構成

BD02	年齢区分	N	%
	単一回答		
1	14歳以下子供あり[代理回答]	128	6.9
2	15～39歳	256	13.8
3	40～64歳	606	32.8
4	65歳以上	859	46.5
	全体	1849	100.0

回答者の所得について

表7 回答者の所得構成

BD06	世帯年収	N	%
	単一回答		
1	200万円未満	122	6.6
2	200～300万円未満	250	13.5
3	300～400万円未満	300	16.2
4	400～500万円未満	224	12.1
5	500～600万円未満	176	9.5
6	600～700万円未満	124	6.7
7	700～800万円未満	100	5.4
8	800～900万円未満	86	4.7
9	900～1000万円未満	60	3.2
10	1000万円以上	97	5.2
11	収入はない	16	0.9
12	わからない	114	6.2
13	この質問には答えたくない	180	9.7
	全体	1849	100.0

回答者の所得は、200万円未満から1000万円以上まである程度ばらついている。尚、「わからない」と「回答したくない」がそれぞれ114名と180名あり、全体の15.9%を占めた。

#### 回答者の健康状態について

表8 回答者の健康状態

BD08	健康状態 単一回答	N	%
1	非常によい	138	7.5
2	よい	457	24.7
3	ふつうである	856	46.3
4	やや悪い	357	19.3
5	非常に悪い	41	2.2
	全体	1849	100.0

回答者の健康状態については、「ふつうである」が最も多く46.3%であった。「よい」と「非常によい」を併せると約3割であった。なお、「非常に悪い」との回答も2.2%あった。

#### 回答者のリスク選好について

表9 回答者のリスク選好

BD09	リスク選好 単一回答	N	%
1	100円	628	34.0
2	500円	324	17.5
3	1,000円	370	20.0
4	5,000円	90	4.9
5	10,000円	113	6.1
6	いくらであっても購入しない	324	17.5
	全体	1849	100.0

宝くじの期待値である1,000円をリスク中立型と考えると、全体の2割であった。残りの8割のうち、「500円」、「100円」及び「いくらであっても購入しない」を合わせた約7割がリスク回避型であった。リスク愛好型はわずかに1割であった。

#### (2) 得られた効用値の概要

軽症では、大病院受診の効用値は平均でマイナス

表10を見ると軽症では相対的に診療所、重症では相対的に大病院の効用値が高い。これは当初想定した軽症でも大病院の効用値が高いとの予想とは異なる。但し、効用値の分布をみれば、一定数のサンプルが大病院の効用値がプラスになっている可能性が高い。

定額自己負担額の効用値がマイナスになる水準は軽症より重症が高額

定額自己負担額をいくら課すと、効用値がマイナスに転じるかについては、軽症では千円と5千円の間であった。一方、重症の場合では5千円と1万円の間であった。従って、定額自己負担金額を平均的に5千円にすると、軽症の場合には効用値がマイナスになり、重症の場合にはプラスになると考えられる。

初診と再診の効用値の違いは、軽症で大きく、重症では小さい

軽症の場合では、軽症・初診と軽症・再診の場合の診療所受診における効用値の違いは0.25で、再診の効用値が低い。これは、軽症であれば、二度も行く必要がないという意味と考えられる。一方で、重症の場合では、重症・初診と重症・再診の場合の効用値の違いは0.01で、ほとんど変化しない。これは、初診では診断による効用値があり、再診ではないと仮定すると、大病院受診による効用値は診断能力よりも専門医へのアクセス確保による効用がほとんどという結果と考えられる。

表 10 パターン毎の医療機関選択及び定額自己負担額の平均効用値

軽症初診	-0.70984	0.70984	4.406269	3.456503	-0.5474	-3.1635	-4.15189
	大病院	診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円

軽症再診	-0.45144	0.451436	8.386535	6.427052	-0.40777	-6.68344	-7.7224
	大病院	診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円

重症初診	0.624909	-0.62491	4.115867	3.484028	1.007073	-2.25868	-6.34828
	大病院	診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円

重症再診	0.615365	-0.61536	5.968034	4.550307	0.950023	-3.47708	-7.99128
	大病院	診療所	0円	1000円	5000円	10000円	20000円

### (3) 大病院を受診する際の効用値がプラス(つまり受診する)の割合

軽症でも大病院受診の効用値がプラスになる割合は、約2割

軽症・初診の場合では、大病院受診の効用値が+になるのは**21.0%**(388名)であった。つまり、全体の約2割が軽症にも関わらず大病院を受診する傾向が認められた。但し、軽症・再診では、大病院受診の効用値が+になるのは42.2%(781名)と2倍に増加した。これは、初診でも症状が改善しないとの想定が生まれた可能性が考えられる。

重症の場合には再診でも約7割が大病院の効用値がプラス

重症・初診の場合では、大病院受診の効用値がプラスになるのは75.2%(1390名)と大半であった。また、重症の場合には再診でも、大病院受診の効用値がプラスになるのは70.4%

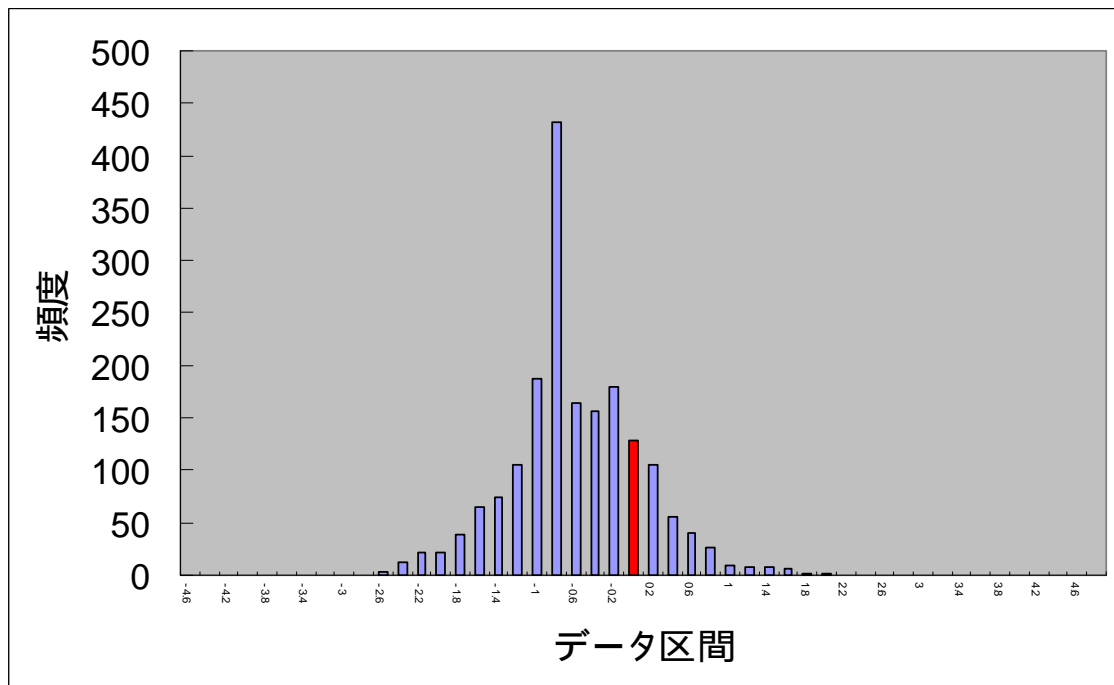
(1302名)であった。初診で診断が確定しても、大病院を再診するサンプルが初診に比して5%しか減少しなかった。これは、重症の場合には専門医へのアクセス確保の行動が強く反映されていると考えられる。

#### (4) 大病院を受診する際の効用値の分布形状

##### 軽症・初診の場合の大病院受診の効用値の分布

軽症・初診の場合の大病院受診の効用値は、平均的にはマイナスで、診療所受診が選好される。図2をみても-0.7付近に大きな分布のピークが見られる。一方、効用値がゼロとなり大病院と診療所が無差別となるサンプル(赤色)も100名以上認められる。赤色の棒の向かって右側となる、効用値がプラスとなるサンプルも全体の2割ある。

図2 軽症・初診の場合の大病院受診の効用値の分布



##### 軽症・再診の場合の大病院受診の効用値の分布

軽症・再診の場合の大病院受診の効用値も同様に平均的にはマイナスである。しかし、再診の場合には、全体の4割で効用値がプラスとなっている。一方、効用値がゼロとなり大病院と診療所が無差別となるサンプルも150名近く認められる。

図3 軽症・再診の場合の大病院受診の効用値の分布

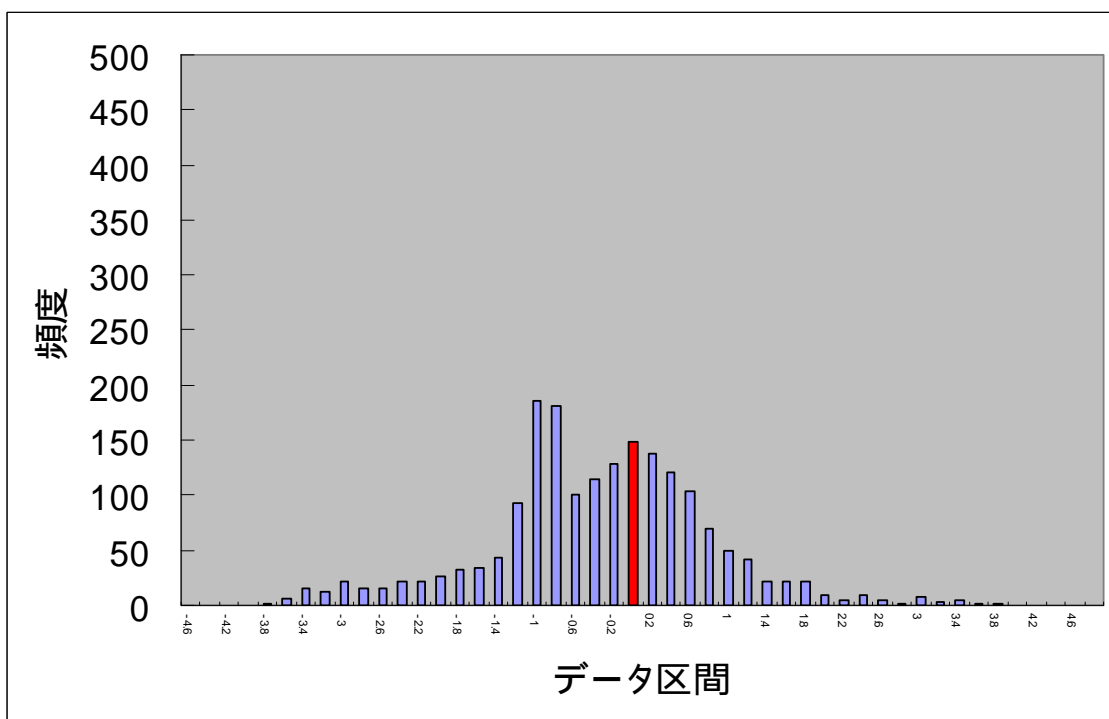
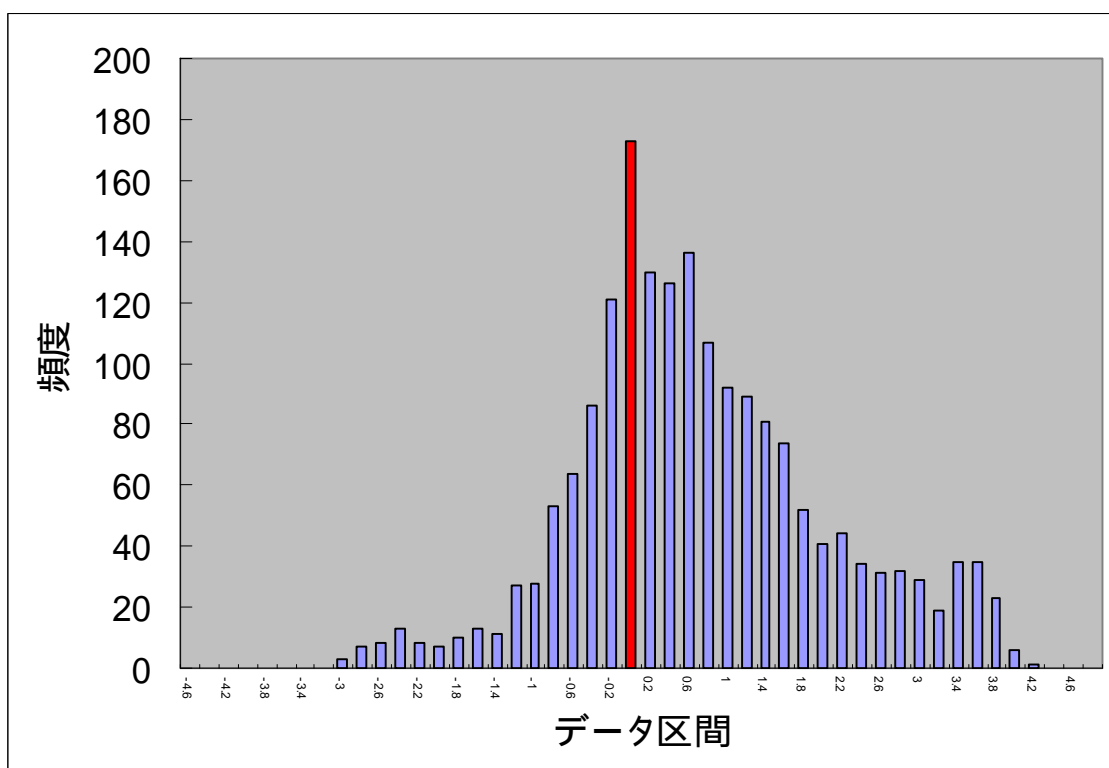


図4 重症・初診の場合の大病院受診の効用値の分布

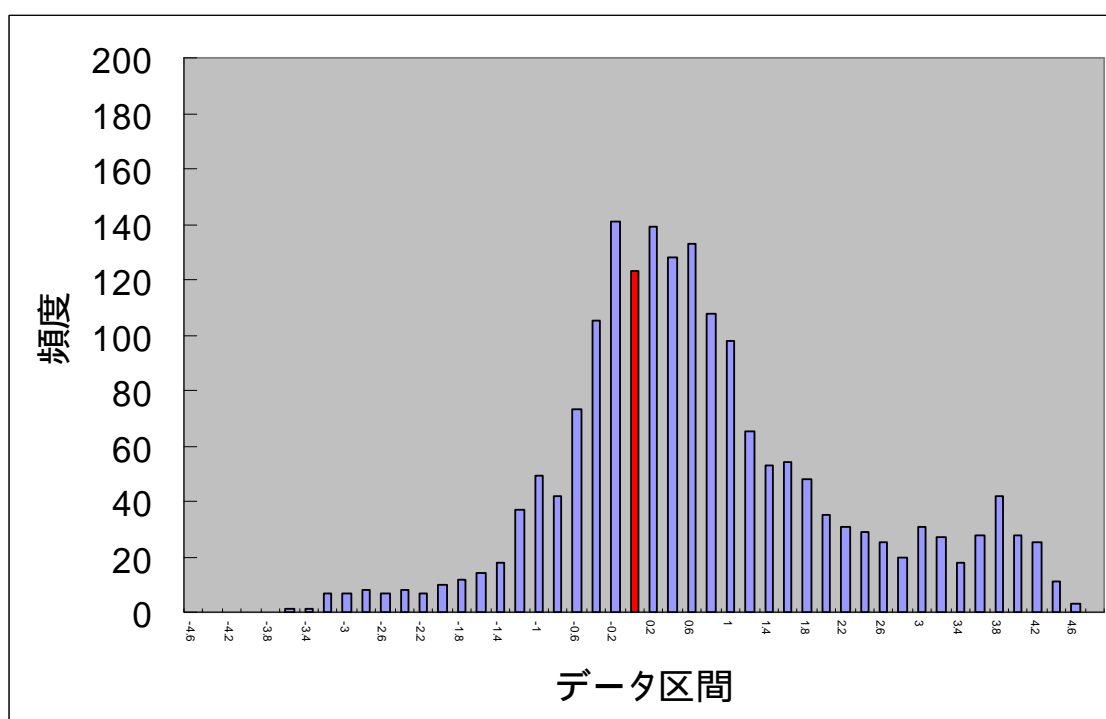




#### 重症・初診の場合の大病院受診の効用値の分布

重症・初診の場合の大病院受診の効用値は、軽症と異なりプラスに転じる。図4を見ると最頻値はゼロで、大病院と診療所が無差別となるサンプルは170名を超える。全体の約7割はプラスになっており、大病院を選好する。さらに、効用値の絶対値が3を超えるサンプルが一定割合認められる。これは、軽症・初診の場合の絶対値が2.5を超えることがなかったのと対照的である。

図5 重症・再診の場合の大病院受診の効用値の分布



#### 重症・再診の場合の大病院受診の効用値の分布

重症・再診の場合の大病院受診の効用値は、初診同様にプラスに転じる。図5を見るとゼロの右側の分布は初診の場合と大きく変化が見られない。さらに、効用値の絶対値が3を超えるサンプルが一定割合認められる点も初診の場合と同様である。

#### 6.web 調査結果のまとめ

本調査により、軽症・初診でも大病院を選好するサンプルが全体の2割に及ぶことがあきらかになった。また、重症の場合には全体の約7割が初診・再診ともに大病院を選好する。更に、定額自己負担の金額については、5千円から1万円の間を設定することにより、軽症と重症の場合で受診行動が異なる可能性が示された。

以上

研究成果の刊行に関する一覧表

特記事項なし