

表4 高血圧症、糖尿病において自己負担が5,000円以上であれば受診を控えるリスク

属性	高血圧症	糖尿病
年齢	1.21	1.00
40歳未満	1.04	1.01
40歳代	対照	対照
50歳以上		
性		
男性	0.41***	0.40***
女性	対照	対照
配偶者の雇用		
正社員	0.87	0.78
パート	1.10	0.99
いない	1.11	1.04
無職	対照	対照
扶養する子供の数		
4人以上	2.27	2.36*
2, 3人	1.33	1.46*
1人	1.45	1.39
0人	対照	対照

* : $p < 0.05$, *** : $p < 0.0001$

4. 慢性疾患の受診に関する患者自己負担増の影響

1970年以降の平均寿命の伸びは高齢者の平均余命によってもたらされ、それは循環器疾患における死亡率低下の貢献が大きかったことが報告されている²⁴⁾。循環器疾患の死亡率の低下は、高齢者が医療機関へ受診する際に経済的な障壁がなく、高血圧症や糖尿病などの診療を受けられたことが関係している可能性が大きいと考えられる。一方、自覚症状のない高血圧や糖尿病は自己負担が増加した場合、受診抑制が起き易い可能性がある。次に、自己負担の導入が高血圧症や糖尿病をもつ患者の必要な受診を妨げたかどうかを明らかにした研究を紹介する。

1984年の1割自己負担の導入のマクロ的な影響としては、1985年における加入者本人の受療率は若干の影響がでたが、翌年にはまた増加基調にもどっていたことが報告されている²⁵⁾。筆者は広島県に所在するB健康保険組合（加入者13,242人）を調査母集団として、その中から1982年1月時点で高血圧症をレセプト病名として医療機関を受療しており、かつ調査終了時の1986年3月まで対象健康保険組合に加入していた被保険者199名を追跡した²⁶⁾。分析方法として、偶発的な治療中断の影響を除くため、受療率の時系列変化について指数関数を仮定し、実際の受療率とトレンドとの残差をプロットし、影響を明らかにすることを試みた。観察された高血圧受診の季節変動を考慮すると、1割負担導入直前の6ヶ月間に受療率が増加し、直後の6ヶ月間に減少する受診行動が認められた。このことは、定率の患者負担導入に際して、その直前に受療が促進され、直後に受療が抑制されたことを示している。しかし、このような受療動向は半年後までしか影響を与えていなかった点で、一時的な影響であったことが示された。

1997年度の2割の自己負担導入のマクロ的な影響としては、被保険者本人の医療費は、1997年9月～1998年3月では前年度比で5.6%、1998年4月～8月では7.4%と大幅な低下が認められた。そこで、2割の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動への影響について検討した²⁶⁾。受診が必要であり、コンプライアンスが極めて高い集団として、高血圧症か糖尿病で1996年9月より1997年2月まで6ヶ月連続して受診しており、1996年9月より1999年8月までA健康保険組合に所属した全員とした。対象者は高血圧症128名、糖尿病43名であった。平均への回帰などのバイアスも考慮して、2割負担導入直前の半年間の1997年3月から1997年8月までをコントロールとし、その後の2年間を半年ずつに分類し、受診率の変化を比較した。なお、2割負担導入直後の1997年9月より1998年2月までを第1期、

している。糖尿病では扶養する子供の数が多ければ多いほど受診を控えるリスクが高い可能性があることが明らかになったのである。高血圧症でも有意ではなかったものの、扶養する子供の数が多ければ多いほど受診を控えるリスクが高い傾向が認められた。また、配偶者の雇用の状況についても、パートや無職の方が正社員よりも受診を控えるリスクが大きい傾向が認められた。なお、男性は女性に比べて受診を控えるというリスクが小さかった。この組合では、同じ年齢であっても女性が男性に較べ標準報酬月額が低く、2000年度の平均報酬月額は、男性が34万4千円、女性が20万8千円であった。このため、「性」も経済的背景の指標になっている可能性がある。この研究結果から、少なくとも意識の上では経済的な背景が自己負担増による受診抑制と関係することが示された。

表5 被保険者健康保険2割負担の導入時に認められた受診率(%)の変化

	高血圧症 (N=128)	糖尿病 (N=43)
導入前(コントロール)	95.0	96.5
第1期	87.8**	91.5
第2期	88.3**	88.3*
第3期	87.3**	83.0**
第4期	85.0**	77.2**

*: p<0.05, **: p<0.01

1998年3月より8月までを第2期,1998年9月より1999年2月までを第3期,1999年3月より8月までを第4期とした。表5に示すように,受診率は高血圧症,糖尿病ともに定率2割負担導入後,有意に低下した。高血圧症の受診率は第1期から第4期まで低下したままであり,導入前の受診率に回復することとはなかった。また,糖尿病の受診率は第1期から第4期まで定率2割負担導入後,2年間低下し続けた。この結果は,2割負担導入は高血圧症や糖尿病

の受診者に一時的な影響ではなく永続的な影響を与えたことを示している。

次に,老人保健制度への定率負担導入の影響を紹介する³¹⁾。老人保健制度においては1990年代以降,自己負担が増加する傾向にあり,図3,図4に示されるように外来受診率も入院受診率も低下する傾向にある。福岡県に所在するA健康保険組合において,老人保健制度の適応を受け,2001年1月から2002年12月まで継続して所属し,1割負担導入6ヶ月前の2000年1月から2000年6月まで6ヶ月連続して受診していた高血圧症の患者234名と糖尿病の患者35名を対象とした。6ヶ月間連続して受診していた高血圧症および糖尿病の患者は受診の必要な人たちであると考えたからである。表6に2000年7月から2001年12月までの高血圧症と糖尿病の受診率の変化を示した。高血圧症では,2000年10-12月期は95.0%であったが2001年1-3月は90.5%と4.5%も低下した。糖尿病でも2000年10-12月期は96.2%であったが2001年1-3月は87.6%と8.6%も低下した。それ以降も受診率は回復していない。わが国における健康保険制度においては,2002年3月までは毎月1回は医療機関に受診しなければ薬を服用することはできなかった。対象者のほとんどは薬の服用が必要であると考えられ,老人保健制度に導入された医療費の1割負担は必要な受診にも影響を与えたことが示唆された。

最後に,2003年4月に被用者健康保険制度に導入された医療費の3割負担導入による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の影響についての研究を紹介する³²⁾。この研究の対象もA健康保険組合に所属している被保険者本人であり,2001年10月から2002年3月まで6ヶ月連続して受診した高血圧症患者と糖尿病患者である。これらの患者のうち,2003年9月まで健康保険組合に所属した高血圧症患者211名と糖尿病患者67名を分析対象とした。2003年4月の3割負担導入前の2002年4月から2003年3月までの1年間と導入後の2003年4月から2003年9月までの6ヶ月間の受診行動を比較検討した。受診行動の指標としてはコンプライアンス率とした。なお,コンプライアンス率は,当該期間中に薬剤を処方された月の割合である。2002年3月までは毎月受診しなければ薬の処方を受けられなかったために,毎月受診したかどうかでコンプライアンスを判断できた。しかしながら,2002年4月に健康保険法の改正により1ヶ月を越えて処方ができるようになった。そのため,毎月のレセプトをチェックし,コンプライアンスの状況を把握した。対象者の属性は,2002年3月の外来レセプトによって把握した。高血圧症の対象者については,脳血管疾患,腎障害,虚血性心疾患が合併している者を合併症ありとし,糖尿病の対象者については,糖尿

表6 老人保健制度における1割負担導入時における受診率の変化

	高血圧症		糖尿病	
	受診率	前期との差	受診率	前期との差
2000年7-9月	96.7	-	96.2	-
2000年10-12月	95.0	-1.7*	96.2	0.0
2001年1-3月	90.5	-4.5***	87.6	-8.6*
2001年4-7月	91.3	0.8	90.5	2.9
2001年7-10月	90.0	-1.3	89.5	-1.0
2001年10-12月	89.0	-1.0	87.6	-1.9

*: p<0.05, ***: p<0.001

出典:馬場園 明「医療サービスの受診保障と患者自己負担」

『福岡医誌』(九州大学) 第97巻第3号,2006年

病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経症、虚血性心疾患、脳血管疾患が合併している者を合併症ありとした。3割負担導入後、表7に示すように糖尿病の合併症のない群においてのみ有意な受診行動の変化が認められた。すなわち、糖尿病の合併症のない群では3割負担導入後、コンプライアンス率等が有意に低下し、必要な受診にも影響が認められたと考えられる。しかしながら、高血圧患者と糖尿病の合併症のある群では3割負担導入後、有意な受診行動の変化は認められなかった。この研究対象は2割負担導入時とほぼ同じであるが、2割負担導入と3割負担導入では異なった受診行動が観察されたことになる。すなわち、高血圧の人で2割に負担が増加したにもかかわらず受診を続けた人は、3割に負担が増加してもコンプライアンスが低下しなかったことを示すものであった。また、糖尿病では合併症の有無で影響が異なった。これは合併症のない糖尿病の患者は、自覚症状がないために受診の便益を患者は感じにくいためであると考えられる。

表7 被保険者健康保険2割負担の導入時に認められたコンプライアンス率(%)の変化

高血圧症	合併症なし (N=190)		合併症あり (N=21)	
	コンプライアンス率	前期との差	コンプライアンス率	前期との差
導入前1期	89.9		90.5	
導入前2期	88.5	-1.4	88.1	-2.4
導入後	88.0	-0.5	92.1	4.0
糖尿病	合併症なし (N=46)		合併症あり (N=20)	
	コンプライアンス率	前期との差	コンプライアンス率	前期との差
導入前1期	83.7		77.5	
導入前2期	78.0	-5.8	78.3	0.8
導入後	66.7	-11.2**	79.2	0.8

** : p<0.01

5. 考 察

高齢化の急速な進行、医療技術の進歩に伴って医療費は増加しているが、国民総生産に占める医療費の割合を無限に上昇させることもできないのが実情である。このように増加する医療費を誰がどのように負担して行くのかは、21世紀の大きな世界の共通の政策課題である。増大する医療費の対策として、自己負担を上げることは一つの選択ではある。しかしながら、わが国の健康保険は公的な制度であるために、健康保険法、医療法の改正、診療報酬制度の改訂は医療に決定的な影響を与える。これらの改正や改訂の影響に関しては科学的な分析を行い、それに基づいて国民とともに医療資源の配分のあり方について議論していく必要がある。医療費の伸びを抑制する目的で自己負担を上昇させた場合、公正と効率といった指標からみて妥当であったかどうか科学的に検討されなければならない。現在、定率負担の影響の推定には「長瀬効果」による推定式³⁹⁾が使われているが、この妥当性は検証されていない。

自己負担の変化によるマクロレベルでの分析により、制度間による自己負担や所得の違いで受診率に違いが認められた。また、自己負担が軽減されれば受診率が増加し、自己負担が増加すれば受診率が低下する現象が認められた。健康保険組合を対象とした研究では、1割負担導入の際には所得効果は観察されなかったが、2割負担導入時には標準報酬の低い組合の外来や歯科の受診率が低く、受診日数が長くなっている傾向が認められ、重症化してから受診している可能性があることが示唆された。また、3割負担導入前の意識調査でも、子供の数が多きほど慢性疾患の受診抑制が起こることが示唆された。自己負担増による慢性疾患の受診への影響としては、被保険者本人には2割負担で影響があり、高齢者には1割負担でも影響があることが明らかとなった。影響は疾病や合併症の有無、対象者の経済状態によって異なり、しかも時間によって変化することが観察され、「長瀬効果」による推定式のように単純なものではないことが明らかとなった。

自己負担が低いとモラルハザードが起こりやすいとはいえ、何が過剰受診で、何が過剰診療であるかを

出典:馬場園 明「医療サービスの受診保障と患者自己負担」

『福岡医誌』(九州大学) 第97巻第3号,2006年

明確にすることはむずかしい。たとえば、「かぜ」での受診は不必要な受診とされることが多いが、患者は発熱や咳などの症状がある時に、それが「かぜ」であると自分で「診断」できない¹⁴⁾。医師が「頭痛」という主訴でMRIやCTをオーダーすると過剰診療と指摘されることが多いが、頭痛という症状でMRIやCTを撮れないとなると脳腫瘍の早期発見をすることは困難になる¹⁴⁾。明確なことは、自己負担を上げれば経済的な理由により、患者が受診を自ら抑制することが増え、早期発見、早期治療が困難になる傾向があることである。

現在は、高血圧症や糖尿病といった生活習慣病が医療の対象としては重要となっているが、これらの疾患は自覚症状のない間の治療によって合併症を予防できることが明らかにされている。生活習慣病の患者が医療費の自己負担増により医療サービスへのアクセスが阻害されるならば、将来、合併症を併発した多くの患者を抱える危険性がある。こうした状況を防止するために、職域や地域において生活習慣病の予防、知識の普及、治療中断の予防といった対策に強力に重点課題として取り組む必要があると考えられる。また、老人保健制度の対象者を研究対象とした研究結果では、外来レセプト1枚当たりの医療費は、高血圧症では1万9千800円、糖尿病では2万8千900円であった³⁴⁾。受診の回数を減らすなど、生活習慣病の診療に関するコストを低くし、受診を継続し易くする保険医療政策を推進する必要があると思われる。

参 考 文 献

- 1) 島崎謙治：わが国の医療保険制度の歴史と展開 初版，遠藤久夫，池上直己編，医療保険・診療報酬制度，pp. 1-53，勁草書房，東京，2005。
- 2) Folland S, Goodman A and Stano M: The Economics of Health and Health Care 3rd ed. pp. 152-155, Upper Saddle River. New Jersey, 2001.
- 3) Phelps CE: Health Economics 2nd ed. pp. 337-338, Addison-Wesley Educational Publishers Inc. Massachusetts, 1997.
- 4) 高木安雄：高齢化による医療費増加と医療政策の課題—老人病院の改革と長期入院の是正対策の実際と問題点— 初版，社会保障研究所編，pp. 103-130，東京大学出版会，東京，1996。
- 5) Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis KH, Marquis MS, Phelps CE and Brook RH: Some interim results of a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med. 305: 1501-1507, 1981.
- 6) Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keeseey J, Reboussin D and Newhouse JP: Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment, Diagnosis and service-specific analyses in a randomized controlled trial. Med Care. 24: 72-87, 1986.
- 7) Keeler EB and Rolph JE: How cost sharing reduced medical spending of participants in the health insurance experiment. JAMA. 249: 484-490, 1983.
- 8) O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP and Brook RH: The impact of cost sharing on emergency department use. N Engl J Med. 313: 484-490, 1985.
- 9) Shapiro MF, Ware JE and Sherbourne CD: Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptom: Results of a randomized controlled trial. Ann Intern Med. 104: 246-251, 1986.
- 10) Anderson GM, Brook R and Williams A: A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand for office-based medical care. Med Care. 29: 890-898, 1991.
- 11) Selby JV, Frieman BH and Swain BE: Effect of a copayment on use of the emergency department in a health insurance organization. N Engl J Med. 334: 635-41, 1986.
- 12) Shekelle PG, Rogers WH and Newhouse JP: The effect of cost sharing on the use of chiropractic services. Med Care. 34: 863-872, 1996.
- 13) 漆博雄：医療経済学 初版 pp.17-38，東京大学出版会，東京，2005。
- 14) 馬場園明：受診保障の経済学，科学（岩波書店）75：592-597，2005。
- 15) 谷口隆：医療保険の成立要因に関する研究，岡山医誌 96：651-663，1984。
- 16) 馬場園明，山本英二，津田敏秀，三野善央：健康保険組合における老人医療費の負担指標に関する研究，医療経済研究 9，5-22，2001。
- 17) 佐口卓：国民健康保険 形成と展開 初版，光生館，1995。
- 18) 厚生統計協会：厚生指標臨時増刊，保険と年金の動向，厚生統計協会，東京，2005。
- 19) 厚生統計協会：厚生指標臨時増刊，国民衛生の動向，厚生統計協会，東京，2005。

出典：馬場園 明「医療サービスの受診保障と患者自己負担」

『福岡医誌』(九州大学) 第97巻第3号,2006年