

平成14年度 厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業研究報告書

医療費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の変化

平成15年3月

主任研究者
福岡大学医学部

教授 畝 博

目 次

I. はじめに	1
II. 研究報告	
1. 「老人保健制度における一部定率1割負担導入による高血圧症，糖尿病患者への受診行動への影響」	3
2. 「被用者健康保険制度における3割負担導入による受診抑制に関する研究」	15
III. 今後の方向性	30
IV. 資料編	
● 被保険者本人に対する調査票	31

はじめに

主任研究者 畝 博（福岡大学医学部衛生学教室）

政府は、増大する医療費対策として1997年9月に被用者健康保険の被保険者本人に対して定率2割負担を導入し、2003年4月から定率2割負担の導入を予定している。また、老人医療に対しては、2001年1月と2002年10月に医療費の自己負担増を図った。

医療費の自己負担増は医療サービスの利用者や提供者にコスト意識を持たせ、不必要な受診や過剰診療を抑制し、貴重な医療資源を公正かつ効率的に分配するという面がある。その一方で治療が必要な患者の受診を抑制して疾病の重症化をもたらす危険性がある。

本研究は、A健康保険組合の被保険者で高血圧症と糖尿病のために通院しているものを対象として、医療費の自己負担増による受診行動への影響について分析し、不必要な受診や過剰診療に留まらず、必要な受診さえも抑制している恐れがないか否かを医療経済学的に検討することである。

平成13年度には、1997年9月に導入された定率2割負担による高血圧症と糖尿病患者の受診行動への影響について検討した。その結果、高血圧症と糖尿病の受診率は、定率2割負担導入後低下し、定率2割負担導入2年後においても明らかな受診抑制が認められた。

平成14年度には、2001年1月に導入された老人医療に対する一部定率1割負担による高血圧症と糖尿病患者の受診行動への影響について分析した。また、健康保険組合の被保険者本人を対象に質問紙票による調査を行い、2003年4月の導入が予定されている定率3割負担による受診行動への影響を予測した。

老人医療に対する一部定率 1 割負担導入による高血圧症と糖尿病患者の受診行動への影響をみると、高血圧では、一部定率 1 割負担導入後若干の受診の抑制はあったが、必要な受診が妨げられているとはいえなかった。一方、糖尿病では、一部定率 1 割負担導入後、受診率が 20.4%低下し、その後も長期にわたり受診抑制が続いた。

被保険者本人を対象として定率 3 割負担が導入された場合の受診行動への影響について調査した。その結果、高血圧症と糖尿病の外来医療費の自己負担限度額は月当たり 5 千円未満とする者が大部分であった。定率 3 割負担導入による受診抑制は、世帯の所得が低い者ほど強く現れることが予測された。

研 究 報 告

1. 「老人保健制度における一部定率1割負担導入による高血圧症，糖尿病患者への受診行動への影響」
2. 「被用者健康保険制度における3割負担導入による受診抑制に関する研究」

老人保健制度における一部定率1割負担導入による 高血圧症，糖尿病患者の受診行動への影響

主任研究者 畝 博（福岡大学医学部衛生学教室）
分担研究者 馬場園 明（九州大学健康科学センター）
分担研究者 津田 敏秀（岡山大学大学院）
分担研究者 田中喜代史（みずほ銀行）
分担研究者 宮崎 元伸（福岡大学医学部衛生学教室）

I. 緒 論

わが国では1961年度の国民皆保険制度の成立以来，経済成長にともなう保険料収入の伸びもあり，一貫して国民の自己負担は軽減されてきた。とりわけ，1973年1月以来，高齢者の医療受診に際しては全額給付が行われてきた。その後，昭和58年に老人保健制度が発足し定額の自己負担が課されるようになったが，自己負担は最小限に抑えられ，2000年1月までは，自己負担は外来1回受診当たり500円，入院1日当たり1,200円，外来での最高負担月額が2,000円に抑えられてきた¹⁾。

しかしながら，老人医療受給対象者数は，1973年度には749万人であったが，1999年度には1,419万人に増加した。また，老人医療費は，1973年度には3兆3,185億円であったが，1999年度には11兆8,042億円に達した¹⁾。加えて，長引く不況による保険料収入，税金収入の伸び悩みにともない，2000年1月から，外来，入院ともに高齢者にも1割負担が義務づけられた。ただし，月額上限が，外来においては診療所受診で3,000円，病院受診で5,000円に，入院では24,600円と制限された¹⁾。

わが国の被用者健康保険制度においても発足以来全額給付が原則とされてきたが，1984年度の改正により初めて定率1割負担が導入され²⁾，さらに1997年9月から定率2割の負担となった³⁾。筆者らは，1984年度10月の定率1割負担導入では高血圧症患者の受診に

与えた影響は一時的なものであったが⁴⁾、定率2割負担の導入では、高血圧症患者や糖尿病患者の受診に影響を与え、とりわけ外来医療費の高い糖尿病患者への影響が大きかったことを報告した⁵⁾。

わが国の平均寿命は現在世界最高のレベルとなっている⁶⁾。1970年の平均寿命は男性69.8歳、女性75.2歳、65歳の平均余命は男性12.9歳、女性15.8歳であった。一方、2000年の平均寿命は男性77.6歳、女性84.6歳である。65歳の平均余命は男性17.4歳、女性22.4歳になった。この間、平均寿命の延長に最も貢献したのは高齢者の平均余命の延長であった。これは高齢者の循環器疾患における死亡率低下によってもたらされたものである。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、予防的な診療を受けられたことが関係している可能性が大きい。自己負担が増加すれば、自覚症状に乏しい疾患に大きな影響がでることについては多くの報告がなされている⁷⁻¹⁴⁾。有病率が高く、予防のために受診の必要な疾患としては、高血圧症と糖尿病が特に重要であると考えられ、自己負担増がこれらの受診に影響を与えたかをどうかを検討することは重要である。

本研究の目的は、2001年1月に老人保健制度に導入された医療費の一部定率1割負担導入による高血圧症患者や糖尿病患者の受診指標を分析し、自己負担増が高血圧症患者や糖尿病患者の必要な受診を妨げたかどうかを明らかにすることである。

II. 対象と方法

A健康保険組合に1999年1月から2001年12月まで継続して所属している老人保健制度の対象者を研究対象とした。

研究目的は、2001年1月に導入された一部定率1割負担により高血圧症患者と糖尿病患者の必要な受診が抑制されたかどうかを明らかにすることである。そこで、一部定率1割負担導入直前の2000年7月から2000年12月まで6ヶ月連続して受診した高血圧症患者253名と糖尿病患者34名を受診が必要な Intervention cohort と定義した。一部定率1割負担導入直後の2001年1月から6月までの半

年間を first stage, 2001 年 7 月から 2001 年 12 月までの半年間を second stage として, Intervention cohort の受診行動の変化を観察した.

Intervention cohort と比較する Control cohort は, 定率負担以外の影響を最小限のために, 同じ集団の高血圧症患者と糖尿病患者から選び, 受診行動の観察期間を一部定率 1 割負担導入の影響を受けない時期に設定した. すなわち, 1999 年 7 月から 1999 年 12 月まで 6 ヶ月連続して受診していた高血圧症患者 238 名と糖尿病患者 33 名を Control cohort とした. 1999 年 12 月以降, 2000 年 1 月から 2000 年 6 月までの半年間を first stage, 2000 年 7 月から 2000 年 12 月までの半年間を second stage として, 彼らの受診行動を観察し, Intervention cohort のそれと比較検討した.

受診行動の指標としては, 6 ヶ月間毎月受診した患者の割合であるコンプライアンス率, 外来受診回数, 外来医療費とした.

受診行動の指標は毎月医療費の弁済のために支払い基金に医療機関から発行されるレセプト枚数によって計算した. わが国における健康保険制度では, 2002 年 3 月までは医師の処方期間は原則 2 週間であり, 慢性疾患に対しても 1 ヶ月を越えて薬を処方することができなかった. したがって, 継続して服薬するためには毎月受診しなければならず, 毎月のレセプトからコンプライアンス率が把握できると考えた. 外来医療費は自己負担分を含む全額とした. 受診指標の検定は対応のない t-検定を用い, 有意水準は 0.05 に設定した.

Ⅲ. 結 果

対象の性, 年齢別分布を表 1 に示した. なお, 年齢は 2001 年 1 月 1 日現在のものである.

表 1 のごとく, 高血圧症, 糖尿病ともに Intervention cohort と Control cohort との性, 年齢構成に差を認めなかった. なお, 高血圧症の Intervention cohort のうち, 男性 60 名, 女性 141 名が高血圧症の Control cohort に, 一方, 糖尿病の Intervention cohort のうち, 男性 12 名, 女性 17 名が糖尿病の Control cohort にそれぞ

れ含まれていた。

表 2 に Intervention cohort と Control cohort の受診率を示した。高血圧症の Intervention cohort では first stage は 87.4%, second stage は 87.8%, Control cohort では first stage は 88.7%, second stage は 84.5%であり、違いを認めなかった。一方、糖尿病の Intervention cohort では first stage は 73.5%, second stage は 79.4%, Control cohort では first stage は 93.9%, second stage は 87.9%であった。first stage においては有意差をもって Intervention cohort が低かったが、second stage では有意差を認めなかった。

表 3 に Intervention cohort と Control cohort の外来受診日数を示した。高血圧症の Intervention cohort では first stage は 15.8 日, second stage は 15.9 日, 一方, Control cohort では first stage は 18.7 日, second stage は 16.3 日であった。first stage においては有意差をもって Intervention cohort が少なかったが、second stage では有意差を認めなかった。一方、糖尿病の Intervention cohort では first stage は 13.7 日, second stage は 13.1 日, Control cohort では first stage は 14.8 日, second stage は 14.9 日であった。糖尿病の受診日数は first stage と second stage のいずれにおいても Intervention cohort の方が少ない傾向にあったが、有意な差ではなかった。

表 4 に Intervention cohort と Control cohort の外来医療費を示した。高血圧症の Intervention cohort では first stage は 108.7 (千円), second stage は 109.2 (千円), 一方, Control cohort では first stage は 118.8 (千円), second stage は 107.4 (千円)であった。糖尿病の Intervention cohort では first stage は 152.7 (千円), second stage は 156.9 (千円), 一方, Control cohort では first stage は 173.4 (千円), second stage は 168.9 (千円)であった。高血圧症, 糖尿病ともに Intervention cohort と Control cohort の間に有意差を認めなかった。

IV. 考 察

1. 定率負担1割導入は必要な受診にも影響を与えたか

今回の研究では、高血圧症のコンプライアンス率は Intervention cohort と Control cohort との間に差は認められなかった。糖尿病のコンプライアンス率をみると、first stage では、Intervention cohort は Control cohort と較べ 20.41%低かったが ($p < 0.05$), second stage では Intervention cohort と Control cohort との差は 8.41% になり、Intervention cohort のコンプライアンス率は回復する傾向があった。高血圧症の外来受診回数をみると、first stage では、Intervention cohort は Control cohort に較べ 2.91 回少なかったが、second stage では差は認められなかった。

わが国における健康保険制度では、慢性疾患をもつ患者は 2002 年 3 月まで毎月 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つたはずである。したがって、一部定率 1 割負担導入後、糖尿病のコンプライアンス率が 20.4%も低下していたのは、必要な受診が妨げられた結果であると考えられる。高血圧症では外来受診回数の低下があつたとはいえ、導入後も 6 ヶ月間で平均 15 回以上の受診ができており、必ずしも必要な受診が妨げられたとはいえない。

筆者らは、すでに 1984 年 10 月に行われた被用者健康保険の定率 1 割負担導入に関する研究を行っている⁴⁾。定率 1 割負担導入前は外来受診に際し、600 円の自己負担であつた。1982 年の 1 月に高血圧症で受診した患者の受診行動を 1986 年 3 月まで追跡し、時系列分析を行った。その結果、導入前の 6 ヶ月間は受診率が高くなり、導入後の 6 ヶ月間は受診率が低下することが認められた。受診率は、その後回復したために、影響は一時的なものであつたことを明らかにした。今回行われた老人保健制度の一部定率 1 割負担導入の結果においても、高血圧の外来受診回数は first stage のみの低下であつた。また、糖尿病の受診においても first stage のみコンプライアンス率が低下しており、被用者健康保険の 1 割負担導入と同様な結果であつた。

1997 年 9 月の被用者健康保険制度に関する研究では、高血圧症か

糖尿病で 1996 年 9 月から 1997 年 2 月まで毎月受診した全員を対象とし、定率負担引き上げ直前の半年間をコントロールとし、その後 2 年間の半年ずつを、第 1 期(first stage)、第 2 期(second stage)、第 3 期(third stage)、第 4 期(fourth stage)とし、今回と同様、コンプライアンス率、外来受診回数、外来医療費を比較した⁵⁾。高血圧症、糖尿病ともに有意な低下があり、影響は糖尿病の方が大きかった。その理由としては、1 月当たりの外来医療費が高血圧症の 1 万 4 千円に比べ、糖尿病では 2 万 5 千円と高いことが影響していると考えられた³⁾。今回の老人保健制度における一部定率 1 割負担導入でも、糖尿病の負担増が高血圧症のそれに比べ大きいため、first stage における糖尿病のコンプライアンス率の低下がより大きく現れたものと考えられる。

2002 年 10 月から老人保健法が改定され、平均的な所得者と低所得者の自己負担は 1 割のままであったが、外来の支払い限度額については一般が 1 万 2,000 円、低所得者が 8,000 円と引き上げられた¹⁵⁾。また、高所得者の自己負担は 2 割に引き上げられ、外来の支払い限度額も 4 万 9,800 円となった。さらに、老人保健の適応を来年から毎年引き上げ、5 年後には 75 歳以上のみが受給対象となる¹⁵⁾。したがって、老人保健制度の適応を受けられない 70 歳から 75 歳までの高齢者は 3 割の自己負担をしなければならないことになる。これは自己負担の大幅な引き上げであり、必要な受診の抑制が起こりうることで憂慮される。

2. 高齢者医療費の増加抑制の政策

日本の人口構成の高齢化は世界でも例をみない急速な勢いで進んでおり、65 歳以上の高齢者人口の総人口に占める割合は西暦 2,000 年には 17.2%であったが、西暦 2050 年には 32.3%となると推定されている⁶⁾。そのため、厚生省では高齢者の医療費の増加を抑制する政策を進めてきた¹⁶⁻¹⁷⁾。まず、1981 年以降、診療報酬改定のたびに、入院時医学管理料の逓減制の強化、看護基準への平均在院日数上限と看護料の逓減制の導入、検査・処置等の 1 月当たり回数制限

の導入をおこなった。2番目に、医療法改正により医療計画を1986年に施行し病床規制をおこなった。3番目に、入院している高齢者の比率およびベッド当たりの医療従事者の数によって、病院は一般病院、老人病院、療養型病床群に分類し、ベッド当たりの医療従事者数の少ない療養型病床群の診療報酬を低く押さえた。4番目に、厚生省は医師の往診や訪問看護サービスの診療報酬を高めた。最後に、2000年には介護保険制度を導入した¹⁸⁾。これは、高齢者の長期ケアの場所を一般病院から家庭、特別養護老人ホームおよび老人保健施設に移すことを意図するものであった。

しかし、このような対策にもかかわらず高齢者の医療費は増加を続け、しかも景気の後退により保険料収入の伸びは望めず、医療保険制度全体が構造的な危機に瀕している。1人当り老人医療費は高齢者以外の医療費と比較して、入院で6.2倍、入院外で4.4倍と高く¹⁾、これら高齢者が現状のまま医療を受療し続ければ、今後高齢化の進行にともない医療費が高騰し続けるのは当然である。医療費の抑制策として、自己負担の増加を行うのはひとつの選択ではある。しかしながら、自己負担の増加は患者にとっては慢性疾患の治療中断の原因になりやすい。受診によって脳卒中や心筋梗塞を予防できたとしてもそれが実感できないからである。

高齢者の医療費の内訳では外来医療費よりも入院医療費の寄与が大きく、少数の患者がターミナルケアなどで莫大な医療費を使っている。一方、慢性疾患における外来受診の1件当たりのコストは低く、循環器疾患の予防による効果は大きい。Policy makerは、自己負担増による医療費の抑制の弊害を熟知し、費用効果的な医療政策を実施する必要があるだろう。また、自己負担増によって治療中断が増加するのであれば、職域、地域を基盤とした慢性疾患に対する保健予防活動や疾病に対する正しい知識の普及活動などの慢性疾患の支援システムの構築が検討されるべきであろう。

3. 研究の限界

本研究のデザインでは、1999年7月から2001年12月までの期間

の医療をめぐる環境が2001年1月の一部定率1割負担導入を除いて、同じであることを前提としている。わが国では診療報酬は全国一律の診療報酬標準表によって決定されている¹⁹⁾。研究期間中の2000年4月に診療報酬の改訂があったが、実質0.2%の引き上げられたに過ぎなかった²⁰⁾。また、高血圧症や糖尿病の診療内容も大きな変化はなかったと考えられる。

治療に関わる薬剤費は医療機関が請求している場合と調剤薬局が請求している場合がある。この研究では、医療機関からのレセプトに基づいて研究した。したがって、調剤薬局から請求された薬剤費は含まれていない。このバイアスはIntervention cohortとControl cohortに同様に起こってくるnon-differential misclassificationであり²¹⁾、研究結果に大きな影響は与えないと考えた。

V. 結 論

本研究の結果、高血圧症のコンプライアンス率は、First stageでもSecond stageでもIntervention cohortとControl cohortとの間に差は認められなかった。また、高血圧症の外来受診回数をみると、First stageでは、Intervention cohortはControl cohortに較べ2.9回少なかったが、Second stageでは差は認められなかった。糖尿病のコンプライアンス率をみると、First stageでは、Intervention cohortはControl cohortと較べ20.4%低かったが($p < 0.05$)、Second stageではIntervention cohortとControl cohortの差は8.4%に減少しており、Intervention cohortのコンプライアンス率は回復する傾向があった。外来医療費については高血圧症も糖尿病もIntervention cohortとControl cohortとの間に差は認められなかった。

VI. 文 献

- 1) 厚生省. 保険と年金の動向. 東京, 公衆衛生協会, 2001.
- 2) Babazono A, Ogawa T, Babazono T, Hamada H, Tsuda T, Aoyama H. The effect of a cost sharing provision in Japan. *Fam Pract*

2000; 8: 247-52.

3) Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Une U, Hillman AL. Effects of an increase in patient co-payments on medical service demands of the insured in Japan. *Int J Technolo Assess Health Care* 2003; 19: in press

4) 馬場園明：一割負担導入の高血圧症患者に対する影響，*日本衛生学雑誌* 1990; 45: 849-859.

5) Babazono A, Miyazaki M, Une H, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Hillman AL. Policy making in Japan and the impact of increasing patient co-payments on medical service demands of patients with hypertension and diabetes mellitus in Japan : Is there a conflict of interest? (in press).

6) 厚生省. 国民衛生の動向. 東京, 公衆衛生協会, 2000.

7) Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, et al. Some interim results of a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981; 305: 1501-1507.

8) Keeler EB, Rolph JE. How cost sharing reduced medical spending of participants in the health insurance experiment. *JAMA* 1983; 249: 484-490.

9) O' Gray KF, Manning WG, Morris CN, et al. The impact of cost sharing on emergency department use. *N Engl J Med* 1985; 313: 484-490.

10) Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, et al. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 1986; 24: 72-87.

11) Shapiro MF, Ware JE, Sherbourne CD. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptom: Results of a randomized controlled trial. *Ann Inter Med* 1986; 104: 246-251.

12) Anderson GM, Brook R, Williams A. A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand

- for office-based medical care. *Med Care* 1991; 29: 890-898.
- 13) Selby JV, Frieman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health insurance organization. *N Engl J Med* 1986; 334: 635-41.
- 14) Shekelle PG, Rogers WH, Newhouse JP. The effect of cost sharing on the use of chiropractic services. *Med Care* 1996; 34: 863-872.
- 15) 社会保険研究所. 健保法等が10月から施行. 社会保険旬報 2002; 2413, 6-9.
- 16) Kobayashi Y, Reich MR. Health care financing for the elderly in Japan. *Soc Sci Med* 1993; 37: 343-353.
- 17) Kobayashi Y. Health care expenditures for the elderly and reforms in the health care system in Japan. *Health policy* 1994; 29: 197-208.
- 18) Ikegami N. Public long-term care insurance in Japan. *JAMA* 1997; 278: 1310-1314.
- 19) Ikegami N and Cambell C. *Containing Health Care Costs In Japan*. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1996.
- 20) 社会保険研究所. 診療報酬点数表の改正関連通知. 社会保険旬報 2000; 2056, 1-197.
- 21) Rothman KJ and Greenland S. *Modern Epidemiology*. Philadelphia, Lippincott, 1998.

表 1 対象者の年齢構成

高血圧症	Intervention cohort			Control cohort		
	80歳未満	80歳以上	Total	80歳未満	80歳以上	Total
男	54(71.1)	22(28.9)	76(30.0)	44(66.7)	22(33.3)	66(27.7)
女	126(71.2)	51(28.8)	177(70.0)	116(67.4)	56(32.6)	172(72.3)
Total	180(71.1)	73(28.9)	253(100)	160(67.2)	78(32.8)	238(100)

糖尿病	Intervention cohort			Control cohort		
	80歳未満	80歳以上	Total	80歳未満	80歳以上	Total
男	10(76.9)	3(23.1)	13(38.2)	10(76.9)	3(23.1)	13(39.4)
女	16(76.2)	5(23.8)	21(61.8)	14(70.0)	6(30.0)	20(60.6)
Total	26(76.5)	8(23.5)	34(100)	27(81.8)	6(18.2)	33(100)

()内は%

表 2 高血圧症と糖尿病の外来受診率 (S. D.)

高血圧症	Intervention cohort (N=253)	Control cohort (N=238)	Difference (95%CI)
First stage	87.4(33.3)%	88.7(31.8)%	-1.3(-7.1~ 4.5)%
Second stage	87.8(32.9)%	84.5(36.3)%	3.3(-2.9~ 9.5)%

糖尿病	Intervention cohort (N=34)	Control cohort (N=33)	Difference (95%CI)
First stage	73.5(33.1)%	93.9(24.2)%	-20.4(-38.0~-2.8)% *
Second stage	79.4(41.0)%	87.9(33.1)%	-8.5(-26.7~ 9.8)%

* : p < 0.05

表 3 高血圧症と糖尿病の外来受診日数 (S. D.)

高血圧症	Intervention cohort (N=253)	Control cohort (N=238)	Difference (95%CI)
First stage	15.8 (13.3)	18.7 (17.5)	-2.9 (-5.7~ -0.1) *
Second stage	15.9 (13.3)	16.3 (15.3)	-0.5 (-3.0~ 2.1)

糖尿病	Intervention cohort (N=34)	Control cohort (N=33)	Difference (95%CI)
First stage	13.7 (11.0)	14.8 (11.2)	-1.2 (-6.6~ 4.2)
Second stage	13.1 (10.0)	14.9 (12.2)	-1.9 (-7.3~ 3.6)

* : p < 0.05

表4 高血圧症と糖尿病の外来医療費 (S. D.)

高血圧症	Intervention cohort (N=253)	Control cohort (N=238)	Difference (95%CI)
First stage	108.7 (62.6)	118.8 (65.2)	-10.1 (-21.5~12.1)
Second stage	109.2 (65.2)	107.4 (61.5)	1.7 (-9.5~13.0)
糖尿病	Intervention cohort (N=34)	Control cohort (N=33)	Difference (95%CI)
First stage	152.7 (113.3)	173.4 (112.8)	-20.6 (-75.8~34.6)
Second stage	156.9 (122.7)	168.9 (99.7)	-12.0 (-66.6~42.7)

単位：千円

被用者健康保険制度における定率 3 割負担導入 による受診抑制に関する研究

主任研究者 畝 博 (福岡大学医学部衛生学教室)
分担研究者 馬場園 明 (九州大学健康科学センター)
分担研究者 津田 敏秀 (岡山大学大学院)
分担研究者 田中喜代史 (みずほ銀行)
分担研究者 宮崎 元伸 (福岡大学医学部衛生学教室)

I. 緒 論

「いつでも、どこでも受診できる」ことを目標とした、わが国の国民皆保険制度は昭和 36 年に国民健康保険が発足することにより成立した¹⁾。その後、高度経済成長のなかで、医療にも資源を着実に分配し、国民には医療機関へのアクセスを保障しながら、しかも高度の医療を比較的 low コストで供給するシステムを作り上げてきた²⁾。しかしながら、高齢化の急速な進行、医療技術の進歩に伴って医療費が増大しており、近年、政府は増大する医療費の対策として、自己負担を上げていく政策をとっている¹⁾。

わが国の被用者健康保険制度は発足以来、全額給付が原則とされてきたが、1984 年 10 月の改正により初めて定率 1 割負担が導入され、さらに 1997 年 9 月に定率 2 割に自己負担が引き上げられた¹⁾。さらに、2003 年 4 月からは定率負担が 3 割に引き上げられることが予定されている。筆者らは 1984 年 10 月の定率 1 割負担導入の結果、全体的には受診率の低下がみられたものの³⁾、高血圧症患者の受診に与えた影響は一時的なものであったことを報告した⁴⁾。しかしながら、1997 年 9 月に導入された定率 2 割負担の研究では、コンプライアンスの高い高血圧症患者および糖尿病患者に永続的な影響が

もたらされたことを報告している⁵⁾。定率2割負担の研究では、さらに、標準報酬月額が低い健康保険組合の被保険者ほど受診率が低い一方、受診日数が長いことを明らかにした⁶⁾。これは、医療機関への受診には所得効果があり、所得の低い被保険者ほど重症化してから受診している可能性を示唆するものであった。

医療費の自己負担増は医療サービスの利用者や提供者にコスト意識を持たせ、不必要な受診や過剰診療を抑制し、貴重な医療資源を公正に効率的に分配するという面がある⁷⁾。その反面、治療が必要な患者の受診を抑制して疾病の重症化をもたらす危険性もある。定率負担が2割から3割に引き上げられることで、どのような受診が抑制されるのか、あるいは受診抑制に経済的背景が影響を与えるのかを明らかにすることは極めて今日的に重要な課題である。

本研究は、健康保険組合の被保険者本人を対象に、医療費の3割負担導入による受診行動への影響の予測を質問紙票により行い、経済的背景が影響を与える可能性があるかどうかを明らかにすることを目的とした。

II. 対象と方法

A健康保険組合の被保険者本人2,024名、男性1,418名、女性606名を研究対象とした。2002年7月に行われた定期健康診断に参加し、研究への同意の得られた1,674名(82.7%)、男性1,165名(82.2%)、女性509名(84.0%)を分析対象とした。調査では、2003年4月に定率3割負担が導入された場合、疾病別に受診を「控えるか」、「控えないか」について質問した。疾病は「救急の疾患」として、「脳卒中・心筋梗塞」、「外傷・骨折」、次に「重症な疾患」として「心臓病・悪性腫瘍」、さらに、「慢性疾患」として、「高血圧症・糖尿病」、「鬱病」、最後に、「軽症疾患」として、「風邪・胃腸炎」、「腰痛・膝痛」を選んだ。また、高血圧症、糖尿病で受診する場

合の月当たり自己負担額の上限を「2,500円」,「5,000円」,「7,500円」,「10,000円」,「15,000円」,「それ以上」から選択させた。また,受診に影響を与える属性として,「性」,「年齢」,「配偶者の雇用の状態」,「扶養する子供の数」とした。この健康保険組合はある企業の従業員が加入する単一健保であり,「性」,「年齢」が同じであれば,被保険者の給与に大きな開きはない。そのために,「性」,「年齢」を調整すれば,「配偶者の雇用の状態」および「扶養する子供の数」が経済的背景の指標となると考えた。

疾病ごとに受診を控えるかの有無を目的変数に,「性」,「年齢」,「配偶者の雇用の状態」,「扶養する子供の数」を説明変数として,多重ロジスティック解析で分析した。また,高血圧症,糖尿病の自己負担の上限額が月当たり「5千円以下」であるか,「それ以上」であるかを目的変数とし,多重ロジスティック解析で分析した。上限額が月当たり「5千円以下」である場合を受診抑制のリスクとした。説明変数は,「性」,「年齢」,「配偶者の雇用の状態」,「扶養する子供の数」と高血圧症に関する解析では,「高血圧症についての治療の状態」を,糖尿病に関しては「糖尿病の治療の状態」を説明変数に加えた。

「年齢」は,「40歳未満」,「40歳代」,「50歳以上」,「配偶者の雇用の状態」は,「正社員」,「パート」,「配偶者がいない」,「無職」,扶養する子供の数は,「4人以上」,「2,3人」,「1人」,「0人」,「高血圧症,糖尿病の治療の状態」に関しては,「治療中」,「治療中でない」に分類した。

なお,無回答は解析から除外し,有意確率は $p = 0.05$ に設定した。

Ⅲ. 結 果

1. 性・年齢構成