

参考文献

- ・ 医療制度改革の解説～改革の基本的な考え方としくみ～. 社会保険出版社 2006
- ・ 竹森幸一, 三上聖治, 工藤奈織美, 他. 市区町村別平均寿命の全国順位の変化からみた長野県と沖縄県の平均寿命の解析. 厚生指標 2005; 52(10): 36-45.
- ・ 渡辺晃紀, 中村好一, 塚田三夫, 他. 脳卒中発症登録を用いた在院日数に影響を与える要因の観察. 厚生指標 2008; 55(8): 9-16.
- ・ 三輪のり子, 成瀬優知. 出生コホート分析を用いた脳卒中中り患率の検討-富山県脳卒中情報システム事業より. 厚生指標 2004; 51(11): 10-16.
- ・ 佐伯圭吾, 岡本希, 森田徳子, 他. SMR の経験的ベイズ推定量についての検討-奈良県市町村別死因統計を用いて-. 厚生指標 2005; 52(11): 7-13.
- ・ 中田正, 齋藤重正, 六車史. 最近のベイズ推定研究の小地域の人口動態指標推定への応用の研究. 厚生指標 2008; 55(5): 1-11.
- ・ 高橋邦彦, 横山徹爾, 丹後俊郎. 疾病地図から疾病集積性へ. 保健医療科学 2008; 57(2): 86-92.
- ・ 大坪浩一, 山岡和枝, 横山徹爾, 他. 標準化死亡比の経験的ベイズ推定量による医療資源の死亡に及ぼす影響に関する研究-福岡県における事例-. 日本公衆衛生誌 2004; 51(5): 347-356.
- ・ 高橋邦彦, 横山徹爾, 丹後俊郎. 疾病地図から疾病集積性へ. 保健医療科学 2008; 57(2): 86-92.
- ・ 丹後俊郎. 疾病地図と疾病集積性. 公衆衛生研究 1999; 48(2): 84-93.
- ・ 水嶋春朔, 大重賢治, 鎌田久美子, 他. 横浜市における地理情報システム(GIS)を用いた循環器疾患死亡率に関する小区域保健統計解析. 厚生指標 2002; 49(6): 8-13.
- ・ 安西将也. 生活習慣病予防と医療費適正化に向けて-大阪府における糖尿病医療費統計-. 社会保険旬報 No.2300 10-17 2006 12 11
- ・ 印南一路. 医療費の決定構造と地域格差. 医療と社会 1997; 7(3):53-82
- ・ 介護費・医療費の決定構造モデルに関する研究. 医療経済研究機構報告書 2004.
- ・ ZHANG T, 谷原真一, 柳川洋. 標準化死亡比の経験的ベイズ推定量による医療資源の死亡に及ぼす影響に関する研究-福岡県における事例-. 日本公衆衛生誌 1998; 45(6): 526-535.
- ・ 星旦二, 高林幸司, 府川哲夫, 他. 県内第二次医療圏での高齢者入院医療費格差の規定要因. 日本公衆衛生誌 1994; 41(8): 724-740.
- ・ 平成 15 年～平成 19 年人口動態保健所・市区町村別統計. 厚生労働省.
- ・ Bernardinelli L., and Montomoli C. Empirical Bayes versus Fully Bayesian ANALYSIS Of Geographical Variation In Disease Risk. Statistics In Medicine 1992 ; 11:983-1007
- ・ G'omez-Rubio V., and A. L'opez-Qu'lez A . Empirical and Full Bayes estimators for disease mapping. 2006
- ・ MacNab C.Y., Farrell P.J., Gustafson P, et al. Estimation in Bayesian Disease Mapping, Biometrics 2004, 60:865-873
- ・ Rao, J.N.K. (2003) Small area estimation, Wiley Inter-Science.
- ・ Trevisani, M., and N.Torelli .Small area estimation by hierarchical bayesian models:
Some practical and theoretical issues. Atti della XLII Riunione Scientifica della Societ`a Italiana di Statistica 2004; 273-276

- Kannel WB, Wolf PA, McGee DL, et al. Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke. The Framingham study. *JAMA*. 1981 Mar 27;245(12):1225-9.
- Tanaka H, Ueda Y, Hayashi M, et al. Risk factors for cerebral hemorrhage and cerebral infarction in a Japanese rural community. *Stroke* 1982;13:62-73
- MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-774

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

血管性認知症、虚血性心疾患、脳卒中患者の発症前受診行動の分析

古城 隆雄

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員（訪問）

（現：自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 助教）

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

研究要旨

生活習慣病は、段階的に疾病が進行することに特徴があるため、基本健康診査などで患者自身が身体の異変に気付き、医療機関に早期に受診することが、致命的な疾病の発症リスクを低下させることにつながる。

本研究では、分析対象疾病（血管性認知症、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）を患った患者を対象に、発症前の医療機関と健康診査の受診状況を分析した。分析対象者の内訳は、男性42名（平均年齢64.2歳±6.5歳）、女性29名（平均年齢63.0歳±7.0歳）であった。分析の結果、以下の知見が得られた。

- 1) 分析対象疾病を発症した患者のうち、発症前に医療機関へ受診していた者の割合は42.3%（30.8%～53.7%、信頼区間95%）であり、また基本健康診査を受診していた者の割合は28.2%（17.7%～38.6%、信頼区間95%）であった。
- 2) 基本健康診査を受診しない者の中には、医療機関で同じような検査を受けているために健診を受診しない者がいる。実質的な健診受診者は、発症前に基本健康診査を受診していた者と基本健康診査を受診してはいなかったが医療機関を受診していた者の合計値であると言える。そこで、それらの該当者の割合を推計してみたところ、47.9%（34.1%～61.6%、信頼区間95%）であった。
- 3) 性別や年齢によって受診行動に違いが生じているか否かを確認したところ、発症前に受診していなかった者の割合は、男性が40.5%に対し、女性が20.7%であり、男性の方が高かった（ $P<0.05$ ）。

先行研究の結果から、患者は自覚症状が伴わないと予防的受診行動を起こさないことが分かっている。患者自身が自発的に予防的な受診行動を起せるよう、自覚症状がなくても受診することの大切さを伝える教育をすることが重要である。

目次

| | |
|---|-----|
| 1. 研究目的..... | 237 |
| 2. 方法..... | 237 |
| 3. 結果..... | 238 |
| 3.1. 診断初診日前、基本健康診査、医療機関への受診歴..... | 238 |
| 3.2. 疾病別診断初診日前、医療機関への受診歴と診断名..... | 240 |
| 3.3. 被保険者の属性別診断初診日前、基本健康診査と医療機関への受診歴..... | 241 |
| 4. 考察..... | 242 |
| 5. 研究の限界..... | 244 |
| 6. 結語..... | 244 |
| 7. 参考文献..... | 246 |

血管性認知症、虚血性心疾患、脳卒中患者の発症前受診行動の分析

1. 研究目的

生活習慣病に対し集中的な予防対策を行うことを目的として、平成 20 年度から特定健康診査・特定保健指導が始まった¹⁾。生活習慣病は、厚生労働省が「不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾病が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至る」と説明するように²⁾、段階的に疾病が進行することにその特徴がある³⁾。特定健康診査・特定保健指導は、この特徴に着目し、軽症の段階で早期発見・早期治療を行うことを目指していると言える。

もちろん、行政や保健・医療関係者がこのような取り組みを支援することは必要であるが、より重要なことは、患者自身が日頃から健康に気を配り、健康診査を受診することによって、早期に身体の異変に気づき医療機関を受診することである。

これまで患者の受診行動に着目した研究は数多くなされている。例えば、医療機関への受診行動に関して、患者が何を考慮して医療機関の選択しているのかを追究した研究や^{4)~6)}、大学病院をはじめとする医療機関を受診する患者の過去の受診歴（紹介歴）や治療歴を明らかにする研究がある⁷⁾⁸⁾。また、基本健康診査^{9)~11)}や妊婦健診¹²⁾¹³⁾、歯科検診¹⁴⁾、癌検診¹⁵⁾¹⁶⁾といった検診・健診に関して、受診者、未受診者に注目した分析も行われてきた。また、最近では飛び込み出産の妊婦¹⁷⁾¹⁸⁾に関する研究や、救急患者の重症度に着目した研究¹⁹⁾もなされている。

生活習慣病の中でも循環器系の疾病は、高血圧や高脂血症、あるいは糖尿病の段階で早期に治療を開始すれば、脳梗塞などの致命的な疾病の発症リスクを低下させることができる。しかし、脳梗塞などの致命的な疾病を発症した患者が、発症前に適切な受診行動をとっていたかについて分析した研究は数少ない。そこで、本研究では、循環器系の疾患を発症した患者を対象に、発症前の医療機関への受診行動と健康診査の受診行動を分析した。研究の目的は、分析対象疾病を発症した患者の受診行動上の問題を明らかにし、保健予防活動上の対策への示唆を得ることにある¹⁾。

2. 方法

今回分析対象とした疾病（以下、分析対象疾病と言う）は、血管性認知症、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血である。

分析対象疾病を発症した患者の受診行動上の問題を明らかにし、保健予防活動上の対策への示唆を得るには、患者の受診行動の全体像を把握することが必要である。そこで本研究では、国民健康保険の保険者である市町村の協力を得て、保険者が持っているレセプトおよび基本健康診査の受診歴（ただし、特定健診や人間ドックの内容は含まれない）の分析を行った。具体的には、

¹⁾本分担報告書は、日本循環器予防学会誌 2010 年 1 月号に掲載された同タイトルの論文を、他の分担報告書と同じ体裁をとるために編集したものである。内容は同一である。

山形県内の村山保健所、天童市、上山市、河北町の協力を得た。これらの市町村に研究協力を依頼したのは、被保険者の年齢構成を調整しても分析対象疾病の医療費が高いことが予めわかっており、発症前の受診行動を分析する必要性が高いと判断したためである。研究データは、分析対象者の抽出、レセプトの遡及、基本健康診査の受診歴との突合の3段階を経て収集した。

まず、分析対象者の抽出を行った。レセプトデータは紙媒体のまま保管されているが、毎年5月診療分のみ被保険者情報と診療情報（主疾病名、件数、日数、点数）がデジタル化されている。そこで今回の研究では、国民健康保険加入者の平成20年5月診療分のレセプトの中から、年齢が40歳～74歳で、主疾病が分析対象疾病に該当している（ただし、虚血性認知症の場合のラクナ梗塞等の類似疾病名を含まない）者を抽出した。その中から入院患者を中心に、各市町村の疾病ごとの分析対象者の上限を15名として対象者を抽出した。分析対象者に上限を設けたのは、5月診療分以前のレセプトは紙媒体しか保存されておらず、過去の受診歴を分析するには、手作業により一枚一枚確認する作業があったためである。このような形で受診歴を分析する研究はこれまでなく、分析を行う有用性や作業上の問題から、大規模な調査を行う前のパイロットスタディとしての位置づけで行った。次に、対象者の過去レセプトを1年間（平成19年6月～平成20年5月診療分）遡って収集した。最後に候補者の基本健康診査の受診歴の有無を照合した。

行った分析は、1) 診断初診日以前の基本健康診査と医療機関への受診歴に関する分析、2) 疾病別の診断初診日以前の医療機関への受診歴と診断名に関する分析、3) 被保険者の属性別の医療機関への受診歴、基本健康受診歴に関する分析の3つである。まず、初めて分析対象疾病を診断された年月日（診断初診日）を、レセプトから確認した。その上で、該当患者が診断初診日以前に基本健康診査を受診していたか、あるいは医療機関に受診していたかを確認した。ただし、血管性認知症の場合には、原因疾患と考えられるくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞が診断された以前の受診歴を確認した。（分析1）。次に、診断初診日も含めて過去に診断されていた診断疾病名を分析した（分析2）。最後に、被保険者の属性（性別、年齢区分）によって、診断初診日以前の基本健康診査の受診歴と医療機関への受診歴に違いがないかを分析した（分析3）。

最終的に、血管性認知症7名、虚血性心疾患25名、くも膜下出血5名、脳内出血18名、脳梗塞16名の合計71名を分析対象とした。分析対象者の内訳は、男性42名（平均年齢64.2歳±6.5歳）、女性29名（平均年齢63.0歳±7.0歳）であった。なお、統計の検定には、PASW Statistic version17を用いた。

3. 結果

3.1. 診断初診日前、基本健康診査、医療機関への受診歴

初診日前以前の基本健康診査および医療機関への受診の有無を分析対象疾病別に確認し、その結果を表1と表2に整理した。また、基本健康診査の受診状況と医療機関への受診の重複状況を表3に示した。基本健康診査および医療機関への受診の有無は、まず初診日前受診歴が確認不可能な者（遡及不可能）、次に可能な者のうち、初診日前受診歴が確認できる者（受診歴あり）、初診日前受診歴が確認できない者（受診歴なし）、の合計3群に分類することができる。

まず診断初診日以前の基本健康診査の受診状況を確認すると、受診歴ありが 28.2% (17.7%～38.6%、95%信頼区間)、受診歴なしが 45.1% (33.5%～56.6%、95%信頼区間)、遡及不可能が 26.8% (16.5%～37.1%、95%信頼区間) であった (表 1)。ただし、基本健康診査を受診していなかった者のなかには、日頃から医療機関に受診して健診と同じような検査を受けているために、事実上健診が不必要な者も含まれている可能性がある。基本健康診査の受診歴がなく、かつ医療機関を受診歴があった者を確認すると、全体の 19.7% であった (表 3)。そこで、診療初診日前に基本健康診査を受診していた者と基本健康診査を受診しなかったが医療機関へは受診していた者の合計値を推計してみると 47.9% (34.1%～61.6%、信頼区間 95%) であった。

一方、診断初診日以前に、危険因子となる疾病の治療で医療機関に受診していた者は 42.3% (30.8%～53.7%、95%信頼区間)、受診歴なしが 32.4% (21.5%～43.3%、95%信頼区間)、遡及不可能が 25.4% (15.2%～35.5%、95%信頼区間) であった (表 2)。

表 1 基本健康診査の受診歴

| 主疾病名 | 件数と割合(%) | | | | | |
|---------|-----------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| | 発症前受診歴 遡及不可能 | | 発症前 基本健康診査受診歴あり | | 発症前 基本健康診査受診歴なし | |
| 血管性認知症 | 5 | 71.4% | 0 | 0.0% | 2 | 28.6% |
| 虚血性心疾患 | 7 | 28.0% | 7 | 28.0% | 11 | 44.0% |
| くも膜下出血 | 2 | 40.0% | 1 | 20.0% | 2 | 40.0% |
| 脳梗塞 | 1 | 6.3% | 5 | 31.3% | 10 | 62.5% |
| 脳内出血 | 4 | 22.2% | 7 | 38.9% | 7 | 38.9% |
| 全体 | 19 | 26.8% | 20 | 28.2% | 32 | 45.1% |
| 95%信頼区間 | 16.5%～37.1% | | 17.7%～38.6% | | 33.5%～56.6% | |

※診断初診日以前に、基本健康診査を受診していたかを確認した。診断初診日が古いために、基本健康診査の受診歴が遡れない場合は、遡及不可能に分類した。なお、血管性認知症の場合は、発症原因となるくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞と診断された日以前の受診歴を確認している。

表 2 医療機関の受診歴

| 主疾病名 | 件数と割合(%) | | | | | |
|---------|-----------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| | 発症前受診歴 遡及不可能 | | 発症前 医療機関受診歴あり | | 発症前 医療機関受診歴なし | |
| 血管性認知症 | 5 | 71.4% | 1 | 14.3% | 1 | 14.3% |
| 虚血性心疾患 | 7 | 28.0% | 10 | 40.0% | 8 | 32.0% |
| くも膜下出血 | 2 | 40.0% | 1 | 20.0% | 2 | 40.0% |
| 脳梗塞 | 1 | 6.3% | 10 | 62.5% | 5 | 31.3% |
| 脳内出血 | 3 | 16.7% | 8 | 44.4% | 7 | 38.9% |
| 全体 | 18 | 25.4% | 30 | 42.3% | 23 | 32.4% |
| 95%信頼区間 | 15.2%～35.5% | | 30.8%～53.7% | | 21.5%～43.3% | |

※診断初診日以前に、危険因子と考えられる疾病の治療のために医療機関に受診していたかをレセプトから確認した。診断初診日が古いために、受診歴が遡れない場合は、遡及不可能に分類した。なお、血管性認知症の場合は、発症原因となるくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞と診断された日以前の受診歴を確認している。

表 3 基本健康診査と医療機関への受診行動のマトリックス表

| | | 基本健康診査 | | | 合計 |
|------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | | 受診歴あり | 受診歴なし | 遡及不可能 | |
| 医療機関 | 受診歴あり | 21.1% | 19.7% | 1.4% | 42.3% |
| | 受診歴なし | 7.0% | 25.4% | 0.0% | 32.4% |
| | 遡及不可能 | 0.0% | 0.0% | 25.4% | 25.4% |
| 合計 | | 28.2% | 45.1% | 26.8% | 100.0% |

3.2. 疾病別診断初診日前、医療機関への受診歴と診断名

レセプトの診療開始日から各疾病の診断初診日を確認し、診断初診日以前の医療機関の受診歴と、過去に診断された疾病名を明らかにした(表 4)。対象疾病ごとに、医療機関への受診状況と診断されていた疾病名について説明する。

表 4 分析対象疾病患者が、診療日及び診療日以前に診察で診断された病名

| | 件数と割合(%) | | | | | | | | | |
|----------|----------|-------|--------|-------|--------|-------|------|-------|-----|-------|
| | 血管性認知症 | | 虚血性心疾患 | | くも膜下出血 | | 脳内出血 | | 脳梗塞 | |
| 合計人数 | 7 | 100% | 25 | 100% | 5 | 100% | 18 | 100% | 16 | 100% |
| 血管性認知症 | - | - | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 虚血性心疾患 | 2 | 28.6% | - | - | 0 | 0.0% | 2 | 11.1% | 4 | 25.0% |
| くも膜下出血 | 0 | 0.0% | 1 | 4.0% | - | - | 1 | 5.6% | 1 | 6.3% |
| 脳内出血 | 1 | 14.3% | 0 | 0.0% | 1 | 20.0% | - | - | 0 | 0.0% |
| 脳梗塞 | 5 | 71.4% | 3 | 12.0% | 0 | 0.0% | 5 | 27.8% | - | - |
| 動脈硬化(症) | 1 | 14.3% | 1 | 4.0% | 0 | 0.0% | 1 | 5.6% | 2 | 12.5% |
| 脳動脈硬化(症) | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 腎不全 | 0 | 0.0% | 1 | 4.0% | 1 | 20.0% | 0 | 0.0% | 9 | 56.3% |
| 糖尿病 | 5 | 71.4% | 9 | 36.0% | 2 | 40.0% | 10 | 55.6% | 9 | 56.3% |
| 高血圧 | 5 | 71.4% | 16 | 64.0% | 4 | 80.0% | 14 | 77.8% | 14 | 87.5% |
| 脂質異常症 | 4 | 57.1% | 9 | 36.0% | 1 | 20.0% | 9 | 50.0% | 9 | 56.3% |

- 分析対象疾病と同一のため、該当なし

まず、血管性認知症の分析対象者 7 名では、受診歴ありが 1 名 (14.3%)、受診歴なしが 1 名 (14.3%)、確認不可能が 5 名 (71.4%) であった(表 2)。診断された疾病名を見ると、糖尿病と脳梗塞、高血圧が 7 名中 5 名と最も多く、次いで高脂血症 (4 名/7 名)、虚血性心疾患 (2 名/7 名)、脳内出血、動脈硬化(症) (1 名/7 名) であった。血管性認知症は、該当患者が少なく、認知症と診断されてから年月が経っている者が多いために、診断初診日以前の受診歴を遡れないことが特徴である。

虚血性心疾患の分析対象者 25 名の内訳は、受診歴あり 10 名 (40.0%)、受診歴なし 8 名 (32.0%)、確認不可能 7 名 (28.0%) であった。初診日以前に診断された疾病名を確認すると、高血圧が 25

名中 16 名と最も多く、次いで高脂血症と糖尿病が 9 名であった。高血圧と診断されている者の割合が多かった。

くも膜下の分析対象者 5 名の内訳は、受診歴あり 1 名 (20.0%)、受診歴なし 2 名 (40.0%)、確認不可能 2 名 (40.0%) であった。初診日以前に診断された疾病名をみると、高血圧が 5 名中 4 名と最も多く、次いで糖尿病が 2 名、高脂血症 1 名と続いた。高血圧と診断されている者の割合が多い。

脳内出血の分析対象者 18 名の内訳は、受診歴あり 8 名 (44.4%)、受診歴なし 7 名 (38.9%)、確認不可能 3 名 (16.7%) であった。診断された疾病名をみると、高血圧が 18 名中 14 名と最も多く、次いで糖尿病が 10 名、高脂血症 9 名と続いた。高血圧と診断されている者の割合が多く、脳梗塞を併発あるいは過去に発症している者を 5 名確認した。

脳梗塞の分析対象者 16 名の内訳は、受診歴あり 10 名 (62.5%)、受診歴なし 5 名 (31.3%)、確認不可能 1 名 (6.3%) であった。診断された疾病名をみると、高血圧が 16 名中 14 名と最も多く、次いで高脂血症と糖尿病が 9 名と続いた。高血圧と診断されている者の割合が多く、虚血性心疾患を併発あるいは過去に発症している者が 4 名 (25.0%) であった。

3.3. 被保険者の属性別診断初診日前、基本健康診査と医療機関への受診歴

被保険者の性別、年齢区分 (40 歳～59 歳、60 歳～74 歳) によって、診断初診日前の基本健康診査と医療機関への受診行動に差がないかを確認した (表 5、6)。

表 5 基本健康診査への受診歴の比較

| 性別 | 診療初診日前に 基本健康診査へ受診歴あり | 診療初診日前に 基本健康診査へ受診なし |
|-------|-------------------------|------------------------|
| 男性 | 31.0% | 45.2% |
| 女性 | 24.1% | 44.8% |
| | P=0.277 | P=0.591 |
| 年齢 | 診療初診日前に 基本健康診査へ受診歴あり | 診療初診日前に 基本健康診査へ受診なし |
| 40-59 | 21.4% | 64.3% |
| 60-75 | 29.8% | 40.4% |
| | P=0.300 | P=0.100 |

表 6 医療機関への受診歴の比較

| 性別 | 診療初診日前に医療機関へ受診歴あり | 診療初診日前に医療機関へ受診なし |
|-------|-------------------|------------------|
| 男性 | 35.7% | 40.5% |
| 女性 | 51.7% | 20.7% |
| | P=0.103 | P=0.008 |
| 年齢 | 診療初診日前に医療機関へ受診歴あり | 診療初診日前に医療機関へ受診なし |
| 40-59 | 42.9% | 42.9% |
| 60-75 | 42.1% | 29.8% |
| | P=0.615 | P=0.210 |

まず、診断初診日前に基本健康診査へ受診していた者の割合は、性別で比較してみると、男性が31.0%に対し、女性が24.1%と女性の方が低かった ($p=0.277$)。一方、受診していなかった者の割合は男性が45.2%、女性が44.8%と共に変わらなかった ($p=0.591$)。年齢区分で比較してみると、診断初診日前に基本健康診査へ受診していた者の割合は40~59歳で21.4%であったのに対し、60~75歳では29.8%と高かった ($p=0.3$)。受診歴がない者の割合は40~59歳で64.3%であるのに対し、60~75歳では40.4%と若い世代の方が割合は多かった ($p=0.1$)

次に、診断初診日前に医療機関へ受診していた者の割合は、性別間で比較してみると、男性が35.7%に対し、女性が51.7%と、女性の方が高かった ($p=0.103$)。また、発症前に受診していなかった者の割合は、男性が40.5%に対し、女性が20.7%であり、逆に男性の方が高かった ($p<0.05$)。統計的には男性の方が女性よりも、診療初診日前に医療機関へ受診していなかった者の割合が高いことを確認した。

次に年齢区分で確認すると、発症前に医療機関へ受診していた者の割合は、40~59歳では42.9%であったのに対し、60~74歳では42.1%で、年齢区分により違いは見られなかった ($p=0.615$)。それとは対照的に、受診歴がない者の割合は、40~59歳では42.9%であったのに対し、60~74歳では29.8%と低かった ($p=0.210$)。

4. 考察

分析の結果、血管性認知症、虚血性心疾患、脳梗塞といった致命的な疾病をした者のうち、過去に適切な受診行動をとっていた者の割合は、基本健康診査が42.5% (31.5%~53.5%、信頼区間95%)、医療機関への受診率が42.3% (30.8%~53.7%、信頼区間95%)と推定することができた。平成19年度地域保健・老人保健事業報告によると、基本健康診査の受診率は、全国平均42.8%、山形57.7%、今回の協力市町村で52.8%であった。今回の分析対象疾病を発症した患者の基本健康診査の受診率は相対的に低いと言える。医療機関への受診行動とともに、適切な受診を促す余地がある。

なぜ、基本健康診査や医療機関に受診しないのであろうか。まず、基本健康診査の未受診者の理由については、国民生活基礎調査で調査結果が参考になる。平成19年の調査によれば、未受診の理由は多い方から、「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから (30.6%)」「時間が取れなかったから (24.7%)」「めんどうだから (18.6%)」「費用がかかるから (17.0%)」であり、その他健康に自信があるためや既に医療機関に入院・通院しているというものは、10%以下であった。自覚症状の有無で見ると、未受診者のうち33.7%は自覚症状があり(自覚症状がない者は56.2%)、医療機関に通院している者の割合は33.1%、通院していない者の割合が56.8%であった。本研究で基本健康診査が未受診の者で、医療機関への受診歴があった者となかった者の点推定値は、43.8%と、56.3%であった。その他の先行研究では、基本健康診査の受診群に比べて未受診群の方が、治療行動をとっている者が少ないと報告されており、基本健康診査の未受診群の2/3割が胃がん健診を、約8割は子宮がん検診も未受診であると指摘している⁹⁾。また、運命的健康観と自律的健康観が、基本健康診査の受診行動にどのような影響を与えるかを分析した研究¹⁰⁾によると、受診者に比べて未受診者の方が運命的健康観スコアが高く、逆に自律的健康観が少ないと報

告している。

一方、医療機関への受診行動を調べた研究は少なく、残念ながら今回の研究結果の考察に示唆を与えるものは少ない。糖尿病の未治療初診患者の受診動機について分析している研究²⁰⁾によると、受診動機は、健診が24.5%、自覚症状が40.3%、他疾病治療中が19.9%であった。健診で糖尿病の可能性を指摘されてから、病院受診までには平均3.3年かかっていたことも報告している。このほかに、先に説明したような患者の医療機関を選択する基準や理由を明らかにした研究はあるが、なぜ早期に医療機関を受診し、治療を行わなかったのかという疑問には答えることができない。

先行研究の結果をもとに基本健康診査を受診しない理由を分類すると、1) 自覚症状が出ておらず、何か症状が出ればその時に受診すればよいと考えるグループ、2) 既に通院しているためその必要がないと考えるグループ、3) 仕事などで時間が取れない、あるいはめんどうと考えるグループの3つに分類できるだろう。時間が取れない、めんどうと思って受診しないという考えの根底には、自覚症状が出てから受診すればいいという認識があると思われる。そして、自覚症状が出てから受診するか、あるいは健診や他の疾病で見つかった場合に医療機関を受診するケースが多いと推察する。しかし、脳梗塞をはじめとする脳卒中や心筋梗塞は、患者が考えているような治療の必要性を喫緊に認識した時には、既に生命を脅かす危機的状況に陥っており、自覚症状が出てから受診するのでは手遅れになる可能性がある。疾病の発症や進行と自覚症状との関連についての不正確な認識が、適切な予防的受診行動を妨げていると考えられ、その点を改善していくことが重要な課題となるだろう。

最後に、本研究の前提となっている早期受診の必要性について考察したい。もし、早期に医療機関を受診することの予防効果が全くないのであれば、あるいは効果があったとしてもそれに要する費用と見合わないものであれば、そもそも受診歴を検証すること自体が無意味ではないかという批判もあり得るだろう。

しかし、脳出血と脳梗塞の最大の危険因子は高血圧であることが指摘されており^{21) 22)}、血圧が高いほど脳卒中の発症率は高くなる²³⁾。降圧薬の介入試験結果をメタアナリシスにより分析した研究では、3～5年間の5～6 mmHgの拡張期血圧の低下により、脳卒中の発症率が42%低下することが報告されており²⁴⁾、また高齢者の収縮期高血圧の治療により脳卒中の発症率が30%低下すると言われている²⁵⁾。その他適切な治療方法については、脳卒中ガイドラインにより示されている²⁶⁾。ガイドラインは、科学的な方法に則って効果が認められた治療方法が掲載されることから、治療効果の有無について議論の余地は少ないと思われる。

ただし、これはあくまで介入研究などの管理された環境下での検証であって、実際に早期に受診した患者の発症率が低下あるいは発症時期が遅くなっているのかについては検証することが必要である。研究の結果、期待通り発症率の低下などが見られれば、患者が受診する上での問題点を明らかにし、受診勧奨の方法を改善すればよい。もし、残念ながら期待通りの結果が得られていないのであれば、それは推奨されている治療方法と現場での治療内容にかい離があるか、あるいは他の要因との関係により上手く治療効果をあげられていないことになる。その場合は、この観点からの研究が必要となる。

5. 研究の限界

本研究の課題は、分析対象疾病者の把握の精度と数にある。まずと類似する疾病名には該当するが分析対象疾病そのものには該当しないより精度の高い研究を行うためには、類似疾病名を把握する何らかの仕組みが必要である。

第二の分析対象者を十分に確保できなかった点については、一部の医療機関のみしかレセプトは電子化されていないため、紙媒体であるレセプトから分析対象者を抽出せざるを得なかった点に原因がある。また、個人情報保護のため、研究者自らは対象者の選定にすることができず行政機関の協力を頼らざるを得ない。今回は作業の実行上、分析対象者の上限を1市町村1疾病当たり15名に抑えざるを得なかった。

レセプトが電子化されていないことは、分析対象者の抽出だけではなく、分析できる過去の受診歴の期間に影響を及ぼす。現時点では、レセプトの保管期間が通常5年と定められているため、発症時期をかなり過去まで遡る必要がある疾病の場合は、受診行動を確認することは困難である。今回の場合で言えば、血管性認知症である。血管性認知症の場合、血管性認知症と診断される以前の受診行動ではなく、原因疾病である脳卒中を発症する前段階の受診行動を調べる必要がある。今回分析した経験では、血管性認知症と診断されるか、あるいは原因疾病を発症してから時間が経過している場合が多かったため、過去の受診行動を分析することが困難であった。しかし、レセプトが電子化されれば、保管期間の制約は無くなるか、飛躍的に伸びると考えられる。

レセプトが電子化されるまでの解決方法は二つある。第一は、レセプトが電子化されている医療機関から分析を行うことである。しかし、たとえ電子化されたレセプトから診療初診日を確認できたとしても、その初診日が患者からみて正しい初診日かは分からず（他の医療機関で先に受診した上で、転院してきた可能性がある）、またその診療初診日が正しかったとしても、それ以前の受診行動を確認するには、結局レセプトが電子化されていない医療機関のレセプトも確認することが必要になってしまう。

もう一つの方法は、分析対象疾病の治療で医療機関を受診している患者のうち、最近発症した患者を抜き出し、その患者を対象に過去の受診行動を分析するというものである。この方法であれば、今回のように受診行動が確認できないというケースは避けることができる。ただし、小規模の自治体では直近で分析対象疾病を発症する患者が少なく、分析に必要な十分な対象者が集まらないことが予想される。逆に大きな自治体の協力を得た場合は、膨大なレセプトの中から、分析対象疾病の治療を行っている患者を探すだけで時間がかかってしまい、その中から最近発症した患者を見つけ出すには相当な労力がある。今回明らかになった研究課題を踏まえ、研究方法に改良を加え、より信頼性の高い分析を行うことが望まれる。

6. 結語

分析対象疾病（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、虚血性心疾患、血管性認知症）を患った患者を対象に、発症前の医療機関への受診行動と、健康診査の受診行動を分析した。分析対象者を、発症前受診行動により、受診歴あり、受診歴なし、遡及不可能の3分類に整理した。分析対象疾病を発症した患者の受診行動上の問題を明らかにし、保健予防活動上の対策を検

討することが目的である。

分析の結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 分析対象疾病を発症した患者のうち発症前に医療機関へ受診していた者の割合は 42.3% (30.8%~53.7%、信頼区間 95%)、基本健康診査を受診していた者の割合は 28.2% (17.7%~38.6%、信頼区間 95%) であった。
- 2) 基本健康診査を受診しない者の中には、医療機関で同じような検査を受けているために健診を受診しない者がいる。実質的な健診受診者は、発症前に基本健康診査を受診していた者と基本健康診査を受診してはいなかったが医療機関に受診していた者の合計値であると言える。そこで、それらの該当者の割合を推計してみたところ、47.9% (34.1%~61.6%、信頼区間 95%) であった。
- 3) 性別や年齢によって受診行動に違いが生じているか否かを確認したところ、発症前に受診していなかった者の割合は、男性が 40.5%に対し、女性が 20.7%であり、男性の方が高かった ($P<0.05$)。

先行研究の結果から、患者は自覚症状が伴わないと予防的受診行動を起こさないことが分かっている。患者自身が自発的に予防的な受診行動を起せるよう、自覚症状がなくても受診することの大切さを伝える教育をすることが重要である。

(本論文は、第 44 回日本循環器病予防学会・日本循環器管理研究協議会総会にて、ポスター発表を行った。)

7. 参考文献

- 1) 医療制度改革の解説～改革の基本的な考え方としくみ～.社会保険出版社 2006;
- 2) 厚生労働省. 高齢者の医療の確保に関する法律 第8条第1項の規定に基づき定める計画.2008;
- 3) 日本疫学会. 疫学ハンドブック - 重症疾患の疫学と予防.南江堂 1998;
- 4) 杉沢秀博, 杉原陽子, KIM H-K and 柴田博. 高齢者における医療機関選択に関連する要因 なぜ大病院を選択するのか 日本公衆衛生雑誌 2000;47:11:915-923.
- 5) 塚原康博. 外来患者による大病院選択の規定要因-「国民生活基礎調査」の個票データを用いた実証分析-医療経済研究.2004;5-16.
- 6) 吉田直美. ある歯学部附属病院来院患者の受療行動と病院に対する評価 多重指標モデルの共分散構造分析; Patients' Behavior and Factors Affecting Patient Satisfaction in a Dental Teaching Hospital.2002;52:5:706-717.
- 7) 川田悦夫, 大山良雄, 奥裕子, et al. 紹介状なしで大学病院を受診する患者の希望と現状. Kitakanto Med J. 2008; 58(3):281-286.
- 8) 福岡祐子, 石田和子, 前田三枝子, et al. 他病院の受診歴があるがん患者の大学病院を受診した動機の分析. Kitakanto Med J. 2004; 54(4):305-310.
- 9) 小川三重子, 平山朝子, 山岸春江, 北山三津子, 佐藤由美. 基本健康診査未受診者の健康と生活行動; The health condition and daily life of people who do not participate in the health screening test. 千葉大学看護学部紀要. 1992; (14):17-25.
- 10) 須永恭子, 寺西敬子, 新鞍真理子, et al. 男性の基本健康診査受診行動に関する保健行動学的要因. 北陸公衆衛生学会誌. 2005; 31(2):87-92.
- 11) 厚生労働省 平成18年度国民生活基礎調査.
- 12) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 他. 妊婦健診未受診妊婦と婦人保護施設入所中の妊婦に関する現状と問題点. 日本周産期・新生児医学会雑誌. 2008; 44(4):1104-1106.
- 13) 前田津紀夫. 妊産婦健診 未受診妊婦の実態とその問題点. 母子保健情報. 2008; (58):33-40.
- 14) 笹原妃佐子, 川村誠, 清水由紀子. 定期歯科健診への受診行動に影響する要因について. 口腔衛生学会雑誌.2004; 54:196-207
- 15) 渡辺励. がん検診受診行動に関する要因分析. 医療と社会. 2003; 13(2):113-131.
- 16) 川上ちひろ, 枅久保修, 岡本直幸, 大重賢治. がん検診受診行動に関する市民意識調査. 厚生の指標. 2007; 54(5):16-23.
- 17) 松野郷有美子, 水井真知子, 相田一郎, 武井明. 乳幼児健康診査における未受診者の検討. 小児保健研究. 2005; 64(4):527-533.
- 18) 後藤智子, 小林益江, 浜田維子, 他. 福岡県内における飛び込み分娩の実態. 母子衛生 2006;47:1:197-204
- 19) 児玉貴光, 箕輪良行, 榊井良裕, 他. 日本臨床救急医学会雑誌 2008;11:3:292-299
- 20) 谷川博美. 糖尿病の一次予防, 二次予防, 三時予防への提言. 医療, 1999; 53(9):557-572
- 21) Kannel WB, Wolf PA, McGee DL, et al. Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke. The Framingham study. JAMA. 1981 Mar 27;245(12):1225-9.
- 22) Tanaka H, Ueda Y, Hayashi M, et al. Risk factors for cerebral hemorrhage and cerebral infarction in a Japanese rural community. Stroke 1982;13:62-73
- 23) MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335: 765-774
- 24) Staessen JA, Ji-Guang Wang, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. Lancet 2001;358: 1305-1315
- 25) Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990;335: 827-838
- 26) 篠原幸人, 吉本高志, 福内靖男,他.脳卒中治療ガイドライン 2004 協和企画 2004

平成21年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

フランスの医療費適正化政策と日本への示唆

堀 真奈美

東海大学 教養学部 准教授

研究要旨

医療費の適正化は、医療費の増高と財政悪化に苦しむ先進国共通の長年の課題であり、世界第3位の医療費水準にあるフランスにおいても例外ではない。フランスではそれまでの供給、需要の量的抑制を中心とした制度改革の失敗をふまえ、1990年代半ば以降、「医学的な抑制」という概念が導入されるとともに、議会承認を必要とする各部門別の医療費支出目標額の設定が行われるようになった。さらに、2000年代以降は、かかりつけ医制度の導入や医療情報の電子化推進、DRG/PPSの導入など医療サービス提供の質の向上や患者の受診行動の合理化が図られている。

本報告では、フランスの医療制度の基本的な特徴を述べた後に、なぜ1990年代以降の医療制度改革において、医療費適正化が量的コントロールだけでなく、質的なコントロールに重点が集まるようになったのかを検討した。その結果、フランスにおける医療費の適正化とは、医学的な抑制と民主的な統制のもと、医療の効率的な提供と受診行動の合理化により結果として無駄な医療費を減らすことを目的とした試みであることが明らかになった。その試みの全てが成功しているとはいえないが、フランスは、昨年度報告でとりあげたドイツと同じく、社会保険の枠組みの代表的な国であるだけでなく、医療供給体制も日本と類似点が少なくないことから、日本の医療費の適正化のあり方を考える上でも、少なからず参考になると思われる。

目次

| | |
|--|-----|
| 1. はじめに..... | 249 |
| 2. フランスの医療制度の特徴..... | 250 |
| 2.1. 職域の社会保険と補足医療保険..... | 250 |
| 2.2. 医療提供体制の特徴..... | 252 |
| 3. 1990年代以降の医療費適正化政策の動向..... | 253 |
| 3.1. 医療費の医学的抑制..... | 253 |
| 3.2. ジュペ・プランと数値目標の導入..... | 254 |
| 3.3. かかりつけ医の導入と患者受診行動の合理化..... | 255 |
| 3.4. 保健医療計画の導入と病床規制の撤廃..... | 256 |
| 3.5. 診療情報の活用と保険者機能強化..... | 257 |
| 3.6. 在宅入院と医療と介護..... | 258 |
| 3.7. 地方分権と医療アクセス格差の是正..... | 258 |
| 4. おわりに..... | 259 |
| 参考文献..... | 260 |
| | |
| 図 1 OECD 加盟国の保健医療支出対 GDP (2006 年数値)..... | 249 |
| 図 2 フランスの医療保険の基本的枠組み(普遍的医療給付に関する法律制定以前)..... | 250 |
| 図 3 ONDAM の目標額と実績額の推移..... | 255 |

フランスの医療費適正化政策と日本への示唆

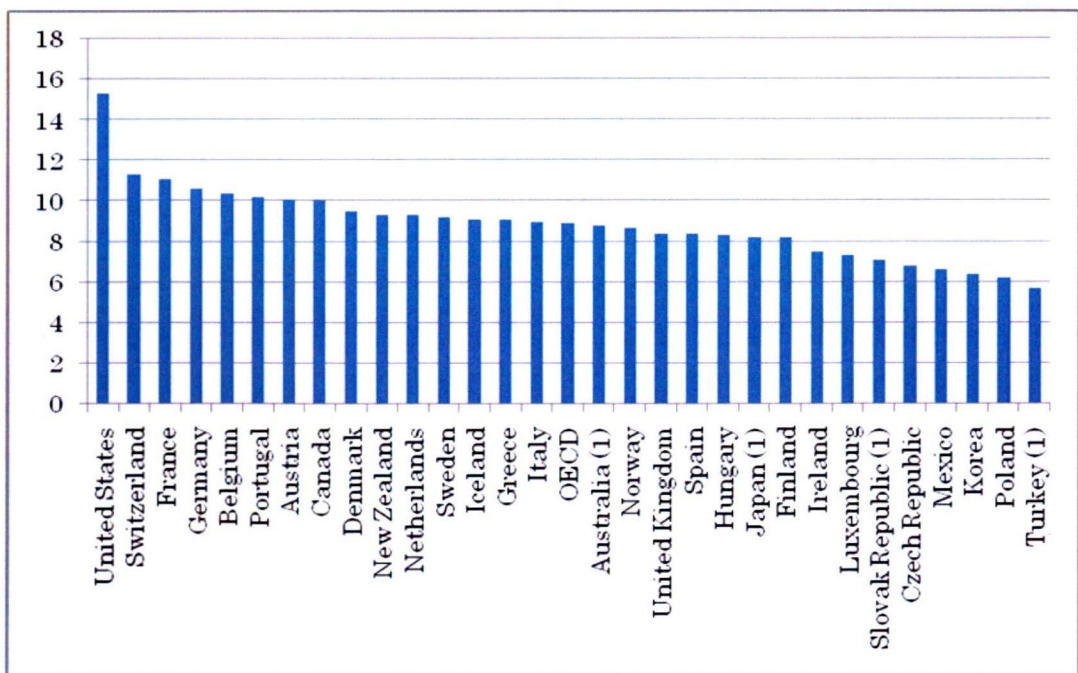
1. はじめに

医療費の適正化は、医療費の増高と財政悪化に苦しむ先進国共通の長年の課題であり、対GDP比医療費がOECD加盟国の中でも第三位と高い水準にあるフランスにおいても例外ではない(図1)。

1970年代以降のフランスは、病床規制、医療機器の規制により供給の量的コントロールと同時に、患者の自己負担増加や保険料の引き上げなど、需要量のコントロールによって医療費のコントロールを図ってきた。だが、医療費のコントロールは必ずしもうまくいかず、財政悪化は深刻化した。さらに、低所得層の負担増加による受診抑制という新たな社会問題が生じた。

こうした過去の反省をふまえ、1990年代半ば以降は、「医学的な抑制」という視点から医療費のコントロールが図られるようになってきている。また、各部門別医療費の支出目標額の設定、議会承認が行われるようになった。さらに、2000年代以降は、医療システム全体として良質で効率的なサービスを提供することが重視されており、新しい診療報酬支払制度の導入やかかりつけ医の導入による患者の受診行動の合理化など、量的なコントロールだけでなく質的なコントロールに重点がおかれるようになってきている。

本報告では、現在のフランスの医療制度の基本的な特徴を述べた後に、なぜ1990年代以降の医療制度改革において、フランスの医療費適正化が量的コントロールだけでなく質的なコントロールに重点が集まるようになったのかを検討する。その上で日本に対する政策的示唆について若干の言及をする。



出所: OECD Health Data 2008

図1 OECD加盟国の保健医療支出対GDP(2006年数値)

2. フランスの医療制度の特徴

2.1. 職域の社会保険と補足医療保険

フランスの医療保険制度は、職域をベースとした社会保険方式を採用している。日本と同様に、フランスもそれぞれの制度ごとに独立の保険者が複数存在している。各制度により保険料率は異なる。被用者保険では、事業主負担、被用者負担がある¹。対象となる被保険者がどのような職種・業種により、①企業の被用者を対象とする一般制度(régime général)、②国鉄職員など特定企業や業種によって組織化される特別制度(régime spéciaux)、③商工業や手工業等で組織される自営業者社会制度(Régime des non-salariés)、④農業従事者で組織される農業者制度(régime agricoles)に区分される。①に人口の約8割が加入している。

日本と異なる点として、地域の居住要件が被保険者資格となる地域保険は存在しないことをあげられる。さらに、高齢退職者は従前の職域保険に加入しつづけること(突き抜け方式)も日本との相違である。また、任意加入であるが補足医療保険(上乘せ給付分)が発達普及しており、実質的に二階建ての体制となっている。

主たる財源は保険料収入であるが、この他、所得に賦課される社会保障目的税の一種ともいえる一般社会拠出金(以下、CSG)がある。CSGの賦課率は現役労働者と高齢者で異なるが、一部負担金の負担割合は年齢にかかわらず同一である(被用者保険では被保険者負担分がCSGに代替される)。財政対策として、近年このCSGの賦課ベースの拡大と一部所得に対する税率の引き上げが進められる傾向にある。この他、何らかの理由で職域保険に加入できない人に対しては、地方税を財源とする医療扶助制度(aide médicale)がある。後述する普遍的医療給付(CMU:Couverture Maladie Universelle)に関する改革により医療扶助制度は不法労働の外国人などの人道支援のための制度に変わっている。

二階建て部分

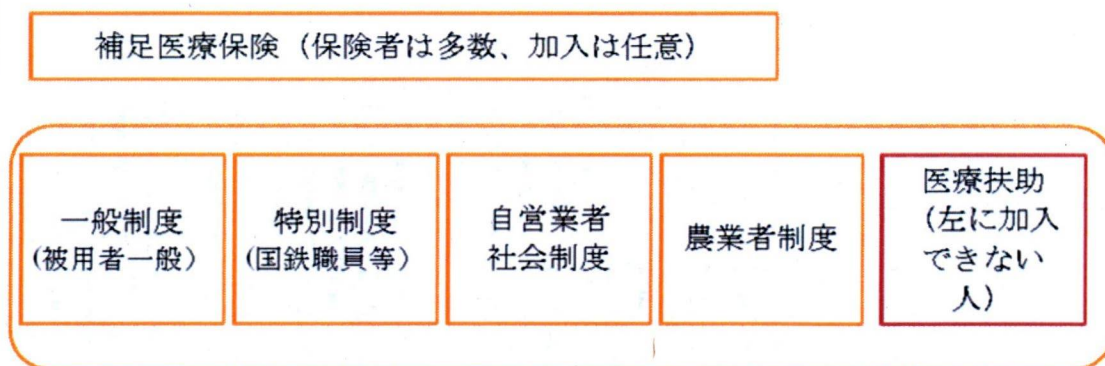


図 2 フランスの医療保険の基本的枠組み(普遍的医療給付に関する法律制定以前)

なお、患者の自己負担の割合は、約20%~30%割前後(償還率でいうと70~80%)となっている。厳密には診療内容によってやや異なるが、たとえば医師の外来診療については、25%から35%の間に設定される。医薬品の場合は、医学的効用や必要性に応じて0~70%と大きな幅がある²。ジェネリック薬については、さらに細かい基準が設定されている。入院診療の自己負担は20%が基本とされるが、居住コ

¹ 一般制度の事業主負担が12.6~13.10であるのに対し、被保険者負担分は5.9~6.8であった。しかし、1998年以降、CSGの導入により、被保険者負担分の保険料率は0.75と低く抑えられた。

² 2004年8月13日より全国医療保険金庫連合が自己負担を変更する権限が与えられている。

スト分として、入院定額負担金がある。ただし、長期入院による自己負担免除措置もある。このほか、理学療法士や看護師などの治療、採決・画像診断等の検査、歯科で負担割合は異なる。この自己負担の水準は、他の先進諸国に比べると低い負担とはいえない。

だが、フランス国民の約 8 割以上が、自己負担をカバーする任意の補足医療保険に加入しているため、実質的な自己負担はさらに低いものとなっている。補足医療保険は、任意加入の私保険であるが、各種規制により、公的医療保険に準じた性質を備えている。たとえば、収入、加入期間、居住地、被扶養者の年齢・数など法律上列挙された事項以外で、拠出金額を調整することや被保険者の健康状態や疾病リスクに応じて保険料を設定することは禁じられている。なお、補足的医療保険の保険者には、①保険法典の適用を受ける民間保険会社、②社会保障法典の適用を受ける労使共済制度、③共済法典の適用を受ける共済組合がある。

補足医療保険の普及・浸透は、多くの被保険者の費用負担を軽減させる一方で、何らかの理由で補足医療保険に加入していない人々にとっては費用負担が医療アクセスの障害となりうる。アクセスの不公平の問題を改善するという視点から、1997 年に普遍的医療給付に関する法律が制定され(2000 年 1 月施行)、従来の枠組みで排除されていた人々に被保険者資格を拡大³するとともに、資力不足のため補足的医療保険に加入できない人々に補足的医療保険給付に対応する給付が保障された。

これにより、補足的医療保険に加入できなかった人であっても(3 か月以上の居住要件や所得要件あり)、保険料を支払わずに、一定の上限額の範囲で補足的医療保険に対応する給付(補足的保護)を受けることができるようになり、国民皆保障が達成されることになった。

なお、補足的保護の給付主体は、公的医療保険の保険者のほか、補足的医療保険の保険者が担う。保険者はこの制度への参加は強制ではないが、参加すると後述の負担金の控除を受けられるなどの優遇がある。一方、受給者は給付主体を自由に選択できる。この補足的保護の財源は、公的保険、補足的医療保険の保険者から強制的に徴収される負担金と国庫負担金、アルコール税、たばこ税等からなる特別な基金(CMU 基金)により賄われる。

患者の自己負担の支払い方法については、外来は償還払いが原則であるが、入院は第三者支払い(保険者が医療機関に支払い、残りの差額を患者は支払う)が採用されている。つまり、患者は、外来受診時は治療費を全額支払い、事後的に保険者から自己負担分を除いた費用を直接請求し、払い戻しを受けることになる。最近ではこれに受診ごとに支払いが求められる 1 ユーロの定額負担金に加わるようになっている。たとえば、1 回の外来受診で 20 ユーロの場合、3 割相当の 6 ユーロが自己負担となるが、窓口では全額支払う。後日、保険給付として 14 ユーロの払い戻しがある。これに定額負担金の 1 ユーロ分を含めるので、最終的に償還される額は 13 ユーロとなる。

だが、前述の補足医療保険加入の場合は、保険者が直接医療機関に支払いを行うことが一般的であり、患者が窓口で全額を払うことは少ない。特に近年では、IT化の進展により、医療機関から直接電子レセプトが保険者に電子送付されるため患者側が請求事務処理手続きをしなくてもすむようになっている。

³ CMU法では、職域の基準で何れの保険者の被保険者とならない者を自動的に一般制度の被保険者とするため、これにより国民皆保障が達成したと考えられる。

2.2. 医療提供体制の特徴

フランスの医療提供体制の大きな特徴として、第一にフリーアクセスがあげられる。患者は医師及び医療機関を全国どこでも自由に選択することができる。ただし、フランスでは2004年にかかりつけ医⁴(*Médecin Traitant*)制度が法定化(2005年導入、2006年から登録義務)されたことにより、かかりつけ医を経由しない専門医の受診については、自己負担が高くなる傾向にある(詳細は後述)。なお、英国 NHS の GP と異なり、かかりつけ医は専門医や病院勤務医も指定を受けることが可能⁵であり、プライマリケアを中心とした家庭医(総合医)としての役割を担っているとは限らない。

第二の特徴として、日本と同じく医師が全国どこでも自由に診療活動ができる自由開業医制度が採用されていることをあげられる。ただし、フランスでは、医師への支払いと医療機関の支払いは独立した別体系となっており、開業医については医療保険の保険者と全国医師組合との間で締結される全国医療協約により診療報酬(出来高ベース)が決まる。

なお、フランスの医師は、①セクター1の保険医(協約料金の遵守が強制)、②セクター2の混合診療を行える医師(協約料金以上の診療費の請求可能)、③セクター3の自由診療のみ扱う医師がおり、同一診療内容であったとしても、セクターにより得られる報酬は異なる。

なお、自由開業が可能であることもあり、医師の偏在は著しく、医師の多くがパリなど都市部やマルセイユやニースなどの南仏に集まり、農村部や山間部では医師不足という問題が生じている。医師が集まるエリアでは、提供体制が充実している一方で、保険診療の協約料金を遵守するセクター1の医師が相対的に少なく、低所得層のアクセスは必ずしも容易ではない。医師の偏在を解消するため、2008年過剰地域での診療を制限し、医療保険に対する免責制度の導入を行おうという改革法案があったが、医師のストライキなどの反発にあい廃案になった。

第三の特徴として、日本と同じく医療機関は公私混合であることがあげられる。統計上、民間医療機関数のほうが多く、公立病院 977、民間医療機関 1836 がある。ただし、民間非営利病院の中でも 24 時間救急など一定条件を満たすと公的病院として認可される。また、日本と異なり、民間医療機関には非営利、営利病院の両方が存在する。

施設数では民間医療機関が多いが、病床数では、公立病院の合計で 317,034 床、民間医療機関の合計で 174,743 床と、公立病院の病床数の方が多い。これは、公立病院が大型の急性期病院であることが多いのに対し、民間医療機関は、クリニックやポリクリニックと呼ばれる急性期特化の 80 床程度の小規模病院やがん対策センターや、リハビリ専門や中長期入院施設(療養病床)などの専門施設が多いことに関係すると思われる。つまり、担っている機能が公私で必ずしも同一ではない。

第四の特徴として、最近実現したものであるが、病院の診療報酬の支払方式にフランス版の DRG/PPS が導入されたことがあげられる。伝統的には、病院に対する支払方式は、公立病院と私立病院で異なっており、公立病院については、地方の病院庁(*Agence Régionale de l'Hospitalisation: ARH*)⁶が、管轄地域の医療計画(*Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire: SROS*)や前年度実績をふまえて各医療施設の診療報酬も含めた予算を配分する仕組みであった。1997年より公私を問わ

⁴ 仏語の直訳では主治医のほうが適切と思われるが、日本で主治医というと病院勤務医を想像することが一般的であると思われるため主治医ではなく、かかりつけ医とした

⁵ 当初は一般医に限定することも想定され、*Médecin Référent* とされていたが、専門医の反対にあり、*Médecin Traitant* に変わった。

⁶ ARS(*Agence Régionale de la Santé*)