九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

医療サービスの受診保障と患者自己負担

馬場園，明
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

https://doi.org/10.15017/19321

出版情報：福岡醫學雜誌. 97 (3), pp.43-52, 2006-03-25. 福岡医学会
バージョン：
権利関係：

総　　説

医療サービスの受診保障と患者自己負担

九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座
馬　場　園　　明

はじめに

わが国の健康保険制度においては，職域保険である被用者保険と地域保険である国民健康保険を並立させる形態の社会保険制度が採用されている．すなわち，被用者保険に所属しないものすべてを強制的に国民皆保険制度に加入させることによって国民皆保険制度を成立させているのが特徴である[1]．この皆保険制度においては自己負担が課せられているが，これは健康保険におけるモラルハザードを防ぐための対策である．モラルハザードとは，自己負担が軽いと受診が増加することを指す[2)3)]．また，出来高の支払制度では自己負担が軽いと医療を供給する側も過剰な診療をすることも指摘されている[4]．しかし，一方，自己負担が課せられれば，必要な受診も差し控えられて疾病が重症化する危険性もある．米国の研究では低所得者ほど自己負担の影響が大きく[5)6)]，負担の増加に伴って自覚症状に乏しい疾患では受診が抑制されたとするものが多い[5)~12)]．このことは，低所得者や軽症の疾患や自覚症状に乏しい疾患では，需要の価格弾力性が大きいことを示している．需要の価格弾力性とは，価格が１％変化した時に，需要が何％変化するかを表す指標である[13]．生命に直接関係する疾患では負担するコストが変動しても医療サービスの需要には変化がないが，軽症の疾患や自覚症状に乏しい疾患では変化が大きいことが知られている．

公的な健康保険において，加入者は決められた自己負担を支払う義務がある．わが国では自己負担は保険財政により変化してきた[14]．しかし，どの程度の自己負担があれば受診が適切なのかの判断はむずかしい．適切な自己負担を設定するには患者を対象とした実証的な研究が必要である．とりわけ，自己負担の影響が被保険者の所得によって異なるのか，どの程度の自己負担によって必要な受診が抑制されるかを明らかにすることは，極めて重要な研究課題である．本論では，わが国の医療サービスにおける自己負担の歴史を振り返りながら，筆者が行ってきた自己負担率の変化による受診への影響に関する実証的な研究を紹介してみたい．

１．わが国の健康保険と患者自己負担

わが国の健康保険制度はドイツの疾病保険法をモデルとして1922年に制定された健康保険法に始まる[15]．この健康保険法は職域の保険であり，適用対象事業所の労働者は強制加入させられることとなった．この健康保険法のユニークな点は，健康保険の保険者が健康保険組合である組合管掌健康保険（組合健保）と政府である政府管掌健康保険（政管健保）のいずれかを事業主が選択できることにした点である[1]．組合健保は，国庫からの補助がほとんどない反面，自主的な責任において，その事業体の実態に即応して，それぞれの創意工夫により，能率的な事業運営を行うことを特色とする[16]．一方，政管健保では，自主的な運営はできないが政府が補助を行うために安定している．結果として，財政基盤の強い大企業の労働者は自主的な管理の下に事業運営のできる組合健保に加入し，財政基盤の強くない中小企業の労働者は政管健保に加入することとなった．

地域型の健康保険である国民健康保険（国保）は1938年に成立した[17]が，発足当時の国民健康保険法は現行のものと異なり，保険者は市町村でなく組合設立であり，組合を設立することも加入することも任意

Akira BABAZONO
Depertment of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University
Securing Access to Medical Services and Patient Co-payments

であった[17]．戦時下の1942年には，「健兵健民対策」の目的で，地方長官が必要と認めた場合は，地区内の世帯主を組合員とする「普通国民健康保険組合」を強制設立させ得ることになったが，皆保険の実態を備えたものにはならなかった[1]．その後，国民健康保険法は1958年末に全面改正され，市町村は1961年までに国民保健事業を実施する義務が生じ，1961年に国民皆保険制度が実現した[17]．

しかしながら，国民皆保険制度とはいえ，加入者の平均年齢や所得に大きな格差があることに注意が必要である[14]．2002年現在，被保険者の平均年齢は，組合健保が34.0歳，政管健保が37.2歳，国保が52.5歳，老人加入割合は，組合健保が2.7%，政管健保が5.6%，国保が27.0%，推定世帯当たり年間所得は，組合健保が381万円，政管健保が237万円，国保が153万円となっている[14]．

また，表1に示されるように，自己負担に関しても制度間格差があった[18]．皆保険制度発足当時，被用者健康保険の被保険者本人には僅かな自己負担が課せられていただけであったが，被用者健康保険の被扶養者と国保には5割の自己負担が課せられていた．その後，1963年に国保の世帯主の自己負担が3割に引き下げられ，1968年には国保の世帯員についても3割となった．福祉元年と言われた1973年には，被用者健康保険においても被扶養者の自己負担が3割に引き下げられた．また，この年には高額療養費制度が発足し自己負担の限度額が設定され，医療費の負担のために財産を失うといったリスクはほとんどなくなった．さらに，国の制度として老人医療費支給制度が発足し，高齢者の自己負担は撤廃された．なお，1980年には被用者健康保険の被扶養者の入院時自己負担が2割に引き下げられている．

一方，国民皆保険達成以降の国民医療費の増加は著しく，1960年度は4,095億円であったものが，1965

表1 健康保険における自己負担の変遷

年	被用者健康保険		国民健康保険		高齢者
	本人	被扶養者	世帯主	世帯員	
1961	なし	5割	5割	5割	一般の人と区別なし
1963			3割		
1968				3割	
1973		3割 高額療養費の創設		高額療養費の創設	無料化
1980		入院2割			
1983					定額化
1984	1割				
1997	2割				
2001					1割
2002					高額所得者2割
2003	3割	3割（3歳未満2割）		（3歳未満2割）	
2006					高額所得者3割（予定）
2008					70～74歳 2割（予定）

年度には1兆1,224億円，1975年度には6兆4,779億円，1985年度には16兆159億円，1995年度には26兆9,577億円，2002年度には31兆1,240億円となった．とりわけ，1961年から1978年まで年平均の伸び率は19%にも達し，健康保険財政は皆保険達成以降，赤字対策に追われることになった[19]．

そのため1980年前半以降，政府は自己負担を上げる政策に転換している[14]．被用者健康保険においては，1984年10月には被保険者本人に1割，1997年9月には2割，2003年4月には3割の自己負担を導入した[18]．高齢者の医療に関しては1983年に老人保健法が施行され，定額の自己負担を導入した．その後，自己負担は小刻みに引き上げられてきたが，1997年度には大幅な引き上げが行われた[18]．2001年1月には，外来については月額3000円（200床以上の病院については月額5000円）を，入院については37,200円を上限とする1割負担を導入した．次いで，2002年10月には定率1割負担を本格的に導入し，高額所得者の自己負担は2割負担になった[18]．2005年12月に発表された医療制度改革大綱では，2006年10月か

ら，現役並みの所得がある高齢者の患者負担を現行の2割から3割に引き上げ，2008年度からの高齢者患者負担については，65～69歳は現行の3割に据え置き，70～74歳は現行1割を2割に引き上げ，75歳以上は現行通り1割とすることになっている[20]．

2．自己負担の変化によるマクロレベルでの影響

自己負担の制度間格差の大きかった皆保険制度の発足後の1965年以降の制度別年間外来受診率を図1，入院受診率を図2に示した．1985年当時では，自己負担がほとんどない組合健保，政管健保の被保険者本人の方が，組合健保や政管健保の被扶養者や国保の加入者よりも外来受診率も入院受診率も高い傾向にあった[14]．また，1960年代前半，自己負担が5割のグループの外来受診件数は，組合健保被扶養者，政管健保被扶養者，国保の加入者の順となっており，自己負担が同様である場合，受診率は所得に影響されることがわかる[14]．一方，入院受診率に関しては，組合健保被扶養者，政管健保被扶養者，国保の加入者の間に差はほとんどない．これは受診に関しては疾病が重症であれば価格弾力性が小さいことから説明できると考えられる．国保の世帯員の自己負担が3割になったのは1968年，組合健保被扶養者および政管健保被扶養者の自己負担が3割になったのは1973年であり，それ以降には外来受診率の上昇を観察することができる．なお，これらの受診率はそれ以前も上昇しているが，これらは所得の伸びによる所得効果と医療供給体制が整備されたことが影響していると考えられる．また，入院受診率も同様の傾向があるが，1973年の老人医療費無料化以降，入院受診率の増加は老人加入率の多い国保の被保険者での増加が著しかったことがわかる．1983年の老人保健制度の定額負担及び1984年の被保険者本人への1割負担の導入後は，外来受診率と入院受診率の低下が観察できる．

年齢別年間外来受診率を図3に，入院受診率を図4に示した．国保の世帯員の自己負担が低下した1960年代後半の14歳以下および65歳以上の外来受診率，入院受診率の伸びが顕著である[14]．また，1973年の老人医療無料化以降，65歳以上の外来受診率および入院受診率の著しい伸びが観察できる[14]．老人医療の自己負担が増加した1997年以降，

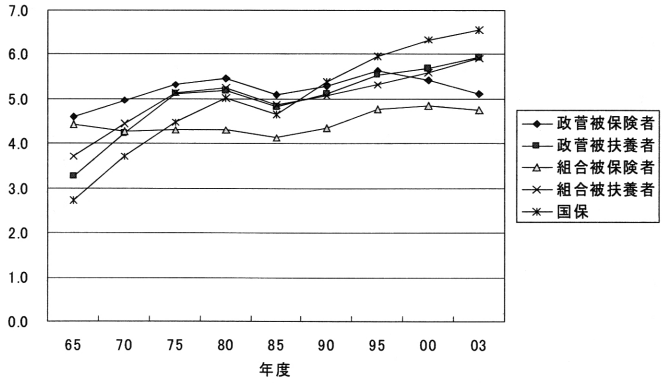

図1　制度別年間外来受診率（1人当たり）

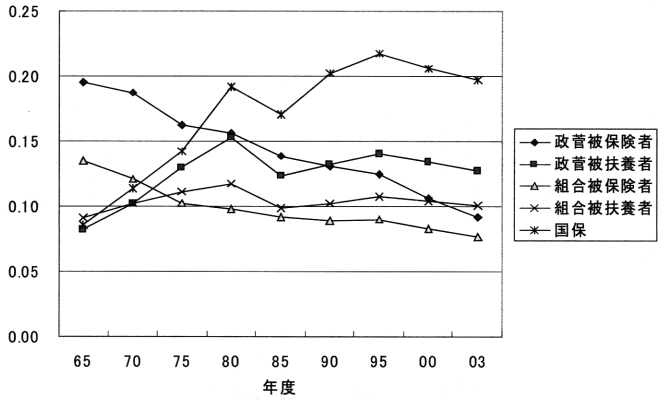

図2　制度別年間入院受診率（1人当たり）

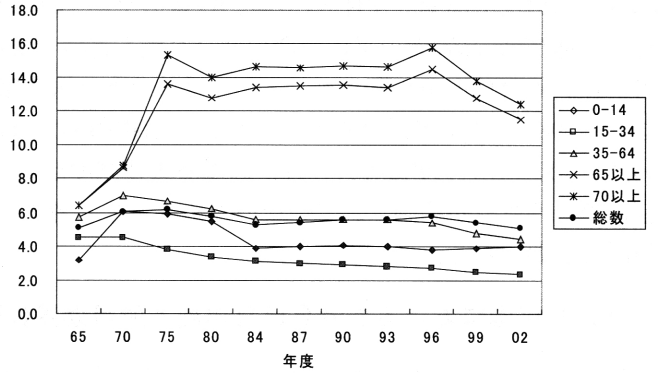

図3　年齢別年間外来受診率（1人当たり）

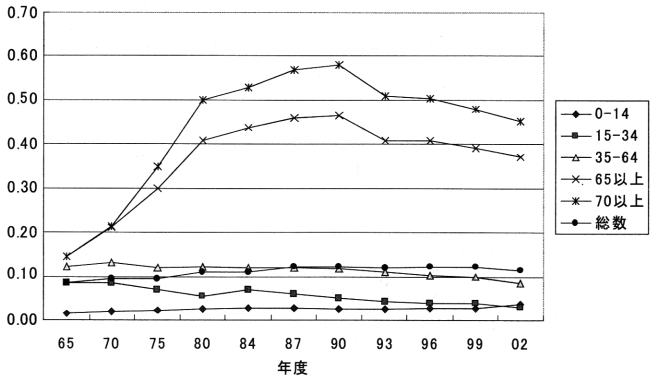

図4　年齢別年間入院受診率（1人当たり）

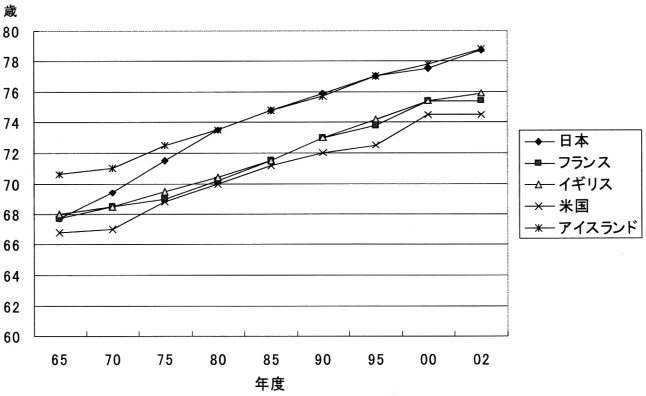

図 5　国別男性平均寿命

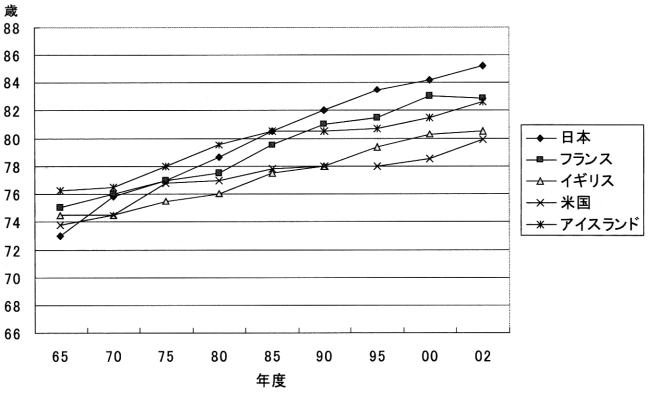

図 6　国別女性平均寿命

外来受診率は低下し，本格的に1割負担が導入された2002年度にもはっきりとした低下傾向が認められた[14]．なお，高齢者の入院受診率に関しては1990年以降低下する傾向にあるが，これには高齢者の社会的入院を抑制するさまざまな施策が影響していると考えられる[21)22)]．35歳～64歳の受診率は，被用者健康保険において2割負担が導入された1997年以降低下する傾向が認められている．

OECDに参加する諸国における医療の効果を評価する指標としては平均寿命や高齢者平均余命が使われている[23]．これらの指標は，経済的な豊かさやライフスタイルの影響は受けるとはいえ，重要な指標であることは間違いない[23]．図5に国別男性平均寿命，図6に国別女性平均寿命を示した．1965年のわが国の平均寿命は他諸国と比較して長いとはいえないが，自己負担が軽減された1970年前半以降は，他国と比べての平均寿命が著しく延びている．1970年の平均寿命は男性69.3歳，女性74.7歳，65歳の平均余命は男性12.9歳，女性15.8歳で，2004年の平均寿命は男性78.6歳，女性85.6歳，65歳の平均余命は男性18.2歳，女性23.3歳となった[19]．日本の平均寿命の伸びは，高齢者の平均余命の伸びが最も寄与していることを考慮すれば[24]，病気のリスクの高い高齢者が経済的な負担を心配することなく受診できた医療制度が貢献したことは否定できないと思われる[14]．なお，1980年代前半以降進められた自己負担の増加は，少なくとも平均寿命にまで影響を及ぼしていない．これは1973年度に導入された高額療養費制度が発足し，自己負担の限度額が設定されているために重症の際には受診が抑制されていないためであると考えられるが，自己負担増の影響に関してはミクロ的な検討も必要である．

3．わが国における患者自己負担増と所得効果に関する研究

筆者らは，全健康保険組合のデータをもとに被用者健康保険制度の被保険者本人を対象として，1984年の1割負担導入[25]と1997年度の2割負担導入[26]において研究を行っている．1割負担導入では，入院受診率，外来受診率，歯科受診率で，それぞれ，4.21%，5.31%，5.02%，入院日数，外来日数，歯科日数で，それぞれ，3.24%，9.15%，2.21%の低下を認めた．2割負担では，入院受診率，外来受診率，歯科受診率で，それぞれ，5.66 %，2.70%，4.22%，入院日数，外来日数，歯科日数で，それぞれ，4.33%，5.44%，1.75%の低下を認めた．受診の影響は1割負担導入と2割負担導入とでは大きな差はなかったようにみえる．表2が1割負担導入の際の受診指標と組合特性に関する重回帰分析の結果であり，表3が2割負担導入の際の分析結果である．示されている数字は，標準化偏回帰係数である．標準化編回帰係数とは，あらかじめ説明変数を標準化して求められた回帰係数であり，変数間で関連の大きさを比較することができる．標準化偏回帰係数が1であるということは，説明変数の値が標準偏差の大きさだけ正の方向に動けば，目的変数の値も標準偏差の大きさだけ正の方向に動くが，－1であれば，説明変数の値が標準偏差の大きさだけ正の方向に動けば，目的変数の値は標準偏差の大きさだけ負の方向に1だけ動くことを意味する．受診率及び受診日数に影響を与える最大の要因は平均年齢であり，1割負担時，2割負担時に大きな差は認められない．疾病のリスクは年齢とともに高くなることが，医療資源の需要にも直接反映していると考

表 2　被用者健康保険における 1 割負担導入に関する分析結果

変数	受診率			受診日数		
	入院	外来	歯科	入院	外来	歯科
平均年齢	0.55	0.75	0.39	0.43	0.48	0.26
被保険者数	-	-0.06	-	0.05	-	-
性比	0.26	-0.14	-0.15	0.16	0.12	0.07
扶養率	-0.15	-0.25	-0.40	0.12	-	-
標準報酬月額	-0.21	-	0.10	-0.21	-0.23	-0.13
自己負担増	-0.07	-0.14	-0.19	-0.07	-0.40	-0.12
決定係数	0.58	0.65	0.44	0.33	0.47	0.39

-：統計的に関係がないとされモデルに不採択

表 3　被用者健康保険における 2 割負担導入に関する分析結果

変数	受診率			受診日数		
	入院	外来	歯科	入院	外来	歯科
平均年齢	0.60	0.70	0.48	0.36	0.49	0.28
被保険者数	0.06	-	-	0.14	-	-
性比	0.09	0.08	-0.09	-0.13	-0.13	-0.17
扶養率	-	-0.36	-0.41	0.18	0.07	0.12
標準報酬月額	-0.08	0.34	0.43	-0.22	-0.31	-0.36
自己負担増	-0.14	-0.14	-0.24	-0.18	-0.35	-0.13
決定係数	0.60	0.70	0.48	0.22	0.41	0.19

-：統計的に関係がないとされモデルに不採択

えられる．標準報酬月額は，経済的な背景を示す指標として重要なものである．1 割負担導入の際は，標準報酬月額と外来受診率及び歯科受診率との関連はほとんど認められず，受診には所得効果がなかったことを示唆している．しかしながら，2 割負担導入の際は，標準報酬月額の標準化編回帰係数が外来受診率では 0.34，歯科受診率では 0.43 とはっきりした正の関連が認められている．これは 2 割負担導入時，標準報酬月額が低い人ほど受診を差し控えたからではないかと考えられる．しかも，2 割負担導入時の受診日数に関しては，標準報酬月額の標準化編回帰係数が外来受診率では－0.31，歯科受診率では－0.36 とはっきりした負の関連が認められており，標準報酬月額の低い人の診療日数が長いことが示されている．すなわち，標準報酬月額が低い人は高い人に比べて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のである．

被保険者本人の自己負担率は 2003 年 4 月にさらに 3 割に引き上げられたが，この自己負担増により，被保険者の受診行動にどのような影響が生じるかを予測することを目的として研究を行っている[26]．対象は福岡県に所在する A 健康保険組合で，被保険者本人 2,024 名から構成されていた．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，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について調査した．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」，「現在の治療の有無」を考慮した．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．表 4 に高血圧症，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を示した．すなわち，自己負担が 5,000 円以上であれば何倍受診を控えるリスクが高いかが示されている．たとえば，糖尿病で扶養する子供の数が 4 人以上であれば，いない人に比べて 2.36 ということは，2.36 倍受診を控える確率が高いことを示

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

*：$p<0.05$，***：$p<0.0001$

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．

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[28]．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[29]．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[30]．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 ケ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，

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 ケ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 ケ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 ケ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

*：$p<0.05$，***：$p<0.001$

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が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[33]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，子供の数が多い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

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もあると思われる．

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, Keesey 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 Inter 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：厚生の指標臨時増刊，保険と年金の動向，厚生統計協会，東京，2005.
19) 厚生統計協会：厚生の指標臨時増刊，国民衛生の動向，厚生統計協会，東京，2005.

20) 政府・与党医療改革協議会：医療制度改革大綱，日本醫事新報　4259，62-65.
21) Babazono A, Weiner J, Hamada H, Tsuda T, Mino Y and Hillman AL: Health policy in transition: Terminal care and site of death in Japan, J Health Serv Res Policy, 3: 77-81, 1998.
22) Babazono A, Weiner J, Tsuda T, Mino Y and Hillman AL: The effect of a redistribution system for elderly health care on the finance performance of Health Insurance Societies in Japan, Int J Technol Assess Health Care 14, 458-466, 1998.
23) Babazono A, Hillman AL: A comparison of international health outcomes and health care spending. Int J Technol Assess Health Care, 10, 376-381, 1994.
24) Yoshinaga K and Une H: Contributions of mortality changes by age group and selected causes of death to the increase in Japanese life expectancy at birth from 1950 to 2000. Eur J Epidemiol. 20: 49-57, 2005.
25) Babazono A, Ogawa T, Babazono T, Hamada H, Tsuda T and Aoyama H: The effect of a cost sharing provision in Japan, Family Practice, 8: 247-252, 1991
26) Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Une H, Hillman AL: Effects of an increase in patient co-payments on medical service demands of the insured in Japan. Int J Technol Assess Health Care, 19: 465-475, 2003.
27】 Babazono A, Miyazaki M, Une H, Yamamoto E, Tsuda T, Mino Y: A study on a reduction in visits to physicians after introduction of 30% co-payments in the Employee Health Insurance in Japan, Indust Health, 42: 50-56, 2004.
28) 山岡和枝，小林廉毅：医療と社会の計量学　初版　pp.86-99，東京大学出版会，東京，1994.
29】 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，45：849-859，1990.
30】 Babazono A, Miyazaki M, Une H, Yamamoto E, Tsuda T and Mino Y and Hillman AL: The Impact of the increase co-payments from 10 to 20% on Use of Services by Patients with Chronic Illness in Japan, Japanese Journal of Health Promotion, in press.
31) Babazono A, Miyazaki M, Une H, Yamamoto E, Tsuda T, Mino Y and Hillman AL: Understanding the Impact of Health Policy: 10% Co-payments for Medical Services Reduce Compliance with Necessary Care Among Elderly Patients with Chronic Disease in Japan, Journal of Health Sciences, in press.
32】 Babazono A, Miyazaki M, Imatoh T, Une H, Yamamoto E, Tsuda T, Tanaka K and Tanihara S: Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system, Int J Technol Assess Health Care, 21: 228-33, 2005.
33) 岡本悦司：ケアエコノミクス　初版 pp.96-100，医学書院，東京，2001.
34) 馬場園明，畝博，津田敏秀：老人保健制度における1割負担導入による高血圧症および糖尿病の受診行動への影響：健康支援，5：85，2003.

（参考文献のうち，数字がゴシック体で表示されているものについては，著者により重要なものと指定された分です.）

プロフィール

馬場園　明（ばばぞの　あきら）
九州大学教授（大学院医学研究院　医療経営・管理学講座）医博

◆略歴　1959年鹿児島県に生まれる，1984年3月九州大学医学部卒業，1986年3月沖縄県立中部病院内科研修修了，1990年3月岡山大学大学院医学研究科修了（医学博士），1990年5月岡山大学医学部助手，1993年5月米国ペンシルバニア大学医学部大学院修了（臨床疫学修士），1994年7月岡山大学医学部講師，1994年9月九州大学健康科学センター助教授，2005年11月より現職.

◆研究テーマと抱負　医療のテクノロジーアセスメント，医療経済学，健康支援．人間が健康に生きるための政策提言，疾病の予防プログラムの開発，医療経営・管理の改善などをエビデンスに基づいて行っていきたいと考えています.

◆趣味　テニス