

	平均寿命			前年との差		
	男性	女性	平均	男性	女性	平均
1947	50.06	53.96	52.01	-	-	-
1948	55.6	59.4	57.50	5.54	5.44	5.49
1949	56.2	59.8	58.00	0.60	0.40	0.50
1950	58.0	61.5	59.75	1.80	1.70	1.75
1951	60.8	64.9	62.85	2.80	3.40	3.10
1952	61.9	65.5	63.70	1.10	0.60	0.85
1953	61.9	65.7	63.80	0.00	0.20	0.10
1954	63.41	67.69	65.55	1.51	1.99	1.75
1955	63.60	67.75	65.68	0.19	0.06	0.13
1956	63.59	67.54	65.57	-0.01	-0.21	-0.11
1957	63.24	67.60	65.42	-0.35	0.06	-0.14
1958	64.98	69.61	67.30	1.74	2.01	1.88
1959	65.21	69.88	67.55	0.23	0.27	0.25
1960	65.32	70.19	67.76	0.11	0.31	0.21
1961	66.03	70.79	68.41	0.71	0.60	0.66
1962	66.23	71.16	68.70	0.20	0.37	0.28
1963	67.21	72.34	69.78	0.98	1.18	1.08
1964	67.67	72.87	70.27	0.46	0.53	0.50
1965	67.74	72.92	70.33	0.07	0.05	0.06
1966	68.35	73.61	70.98	0.61	0.69	0.65
1967	68.91	74.15	71.53	0.56	0.54	0.55
1968	69.05	74.30	71.68	0.14	0.15	0.14
1969	69.18	74.67	71.93	0.13	0.37	0.25
1970	69.31	74.66	71.99	0.13	-0.01	0.06
1971	70.17	75.58	72.88	0.86	0.92	0.89
1972	70.50	75.94	73.22	0.33	0.36	0.34
1973	70.70	76.02	73.36	0.20	0.08	0.14
1974	71.16	76.31	73.74	0.46	0.29	0.38
1975	71.73	76.89	74.31	0.57	0.58	0.58
1976	72.15	77.35	74.75	0.42	0.46	0.44
1977	72.69	77.95	75.32	0.54	0.60	0.57
1978	72.97	78.33	75.65	0.28	0.38	0.33
1979	73.46	78.89	76.18	0.49	0.56	0.52
1980	73.35	78.76	76.06	-0.11	-0.13	-0.12
1981	73.79	79.13	76.46	0.44	0.37	0.41
1982	74.22	79.66	76.94	0.43	0.53	0.48
1983	74.20	79.78	76.99	-0.02	0.12	0.05
1984	74.54	80.18	77.36	0.34	0.40	0.37
1985	74.78	80.48	77.63	0.24	0.30	0.27
1986	75.23	80.93	78.08	0.45	0.45	0.45
1987	75.61	81.39	78.50	0.38	0.46	0.42
1988	75.54	81.30	78.42	-0.07	-0.09	-0.08
1989	75.91	81.77	78.84	0.37	0.47	0.42
1990	75.92	81.90	78.91	0.01	0.13	0.07
1991	76.11	82.11	79.11	0.19	0.21	0.20
1992	76.09	82.22	79.16	-0.02	0.11	0.05
1993	76.25	82.51	79.38	0.16	0.29	0.22
1994	76.57	82.98	79.78	0.32	0.47	0.40
1995	76.38	82.85	79.62	-0.19	-0.13	-0.16
1996	77.01	83.59	80.30	0.63	0.74	0.69
1997	77.19	83.82	80.51	0.18	0.23	0.20
1998	77.16	84.01	80.59	-0.03	0.19	0.08
1999	77.10	83.99	80.55	-0.06	-0.02	-0.04
2000	77.72	84.60	81.16	0.62	0.61	0.62
2001	78.07	84.93	81.50	0.35	0.33	0.34
2002	78.32	85.23	81.78	0.25	0.30	0.28
2003	78.36	85.33	81.85	0.04	0.10	0.07
2004	78.64	85.59	82.12	0.28	0.26	0.27
2005	78.56	85.52	82.04	-0.08	-0.07	-0.08
2006	79.00	85.81	82.41	0.44	0.29	0.37
2007	79.19	85.99	82.59	0.19	0.18	0.19
2008	79.29	86.05	82.67	0.10	0.06	0.08
2009	79.59	86.44	83.02	0.30	0.39	0.34
2010	79.55	86.3	82.93	-0.04	-0.14	-0.09
2011	79.44	85.9	82.67	-0.11	-0.40	-0.25
2012	79.94	86.41	83.18	0.50	0.51	0.50
2013	80.21	86.61	83.41	0.27	0.20	0.23
2014	80.5	86.83	83.67	0.29	0.22	0.25
2015	80.75	86.99	83.87	0.25	0.16	0.21
2016	80.98	87.14	84.06	0.23	0.15	0.19
2017	81.09	87.26	84.18	0.11	0.12	0.12
2018	81.25	87.32	84.29	0.16	0.06	0.11

(出典) 佐藤英仁東北福祉大学総合福祉学部准教授作成資料

国民皆保険

第二次オイルショック

(1月) 高齢者定額400円→800円 (外来) 本人料(70歳以上)

阪神淡路大震災

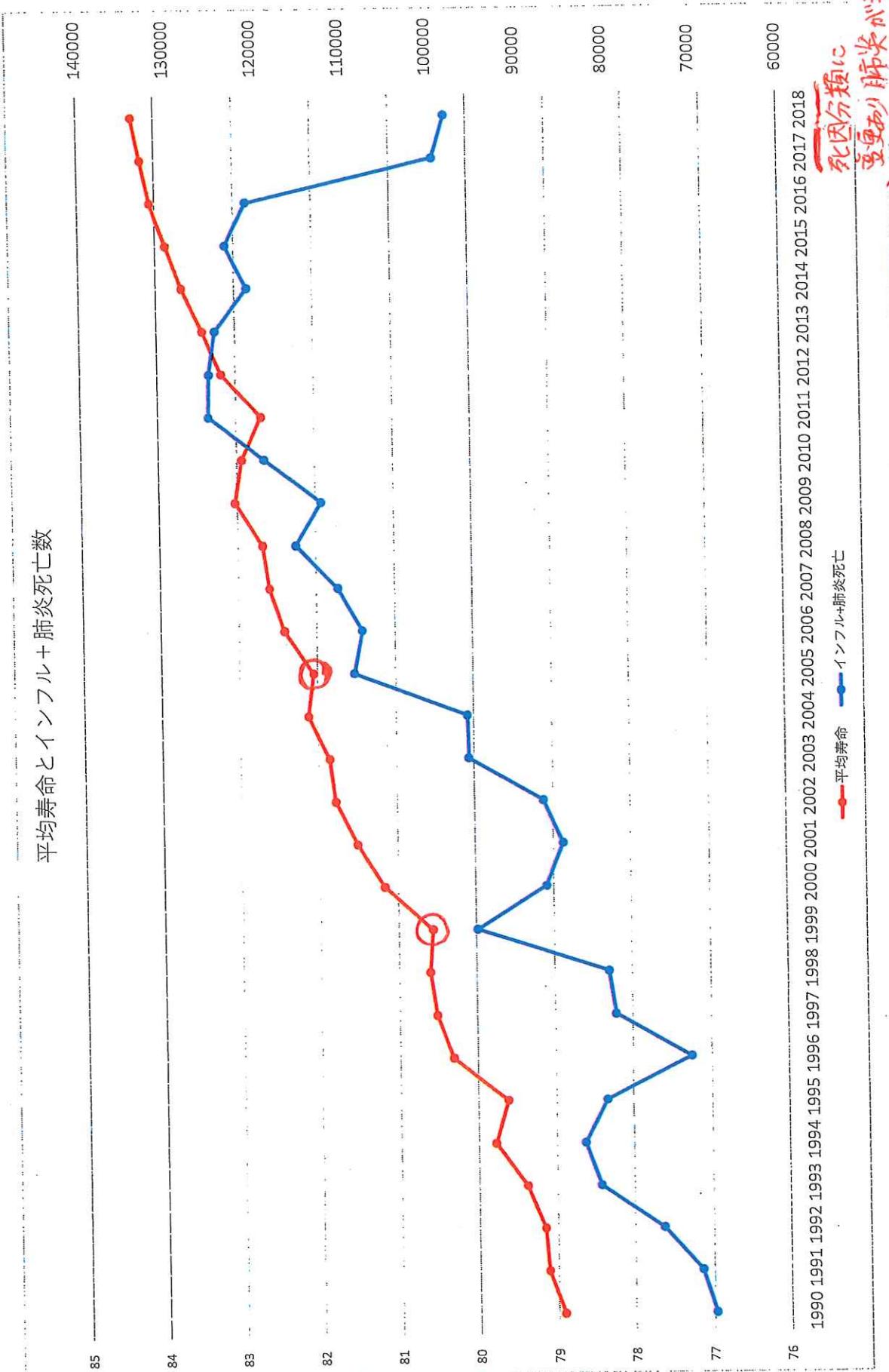
(9月) 被用者保険1割→2割 高齢者定額負担引き上げ

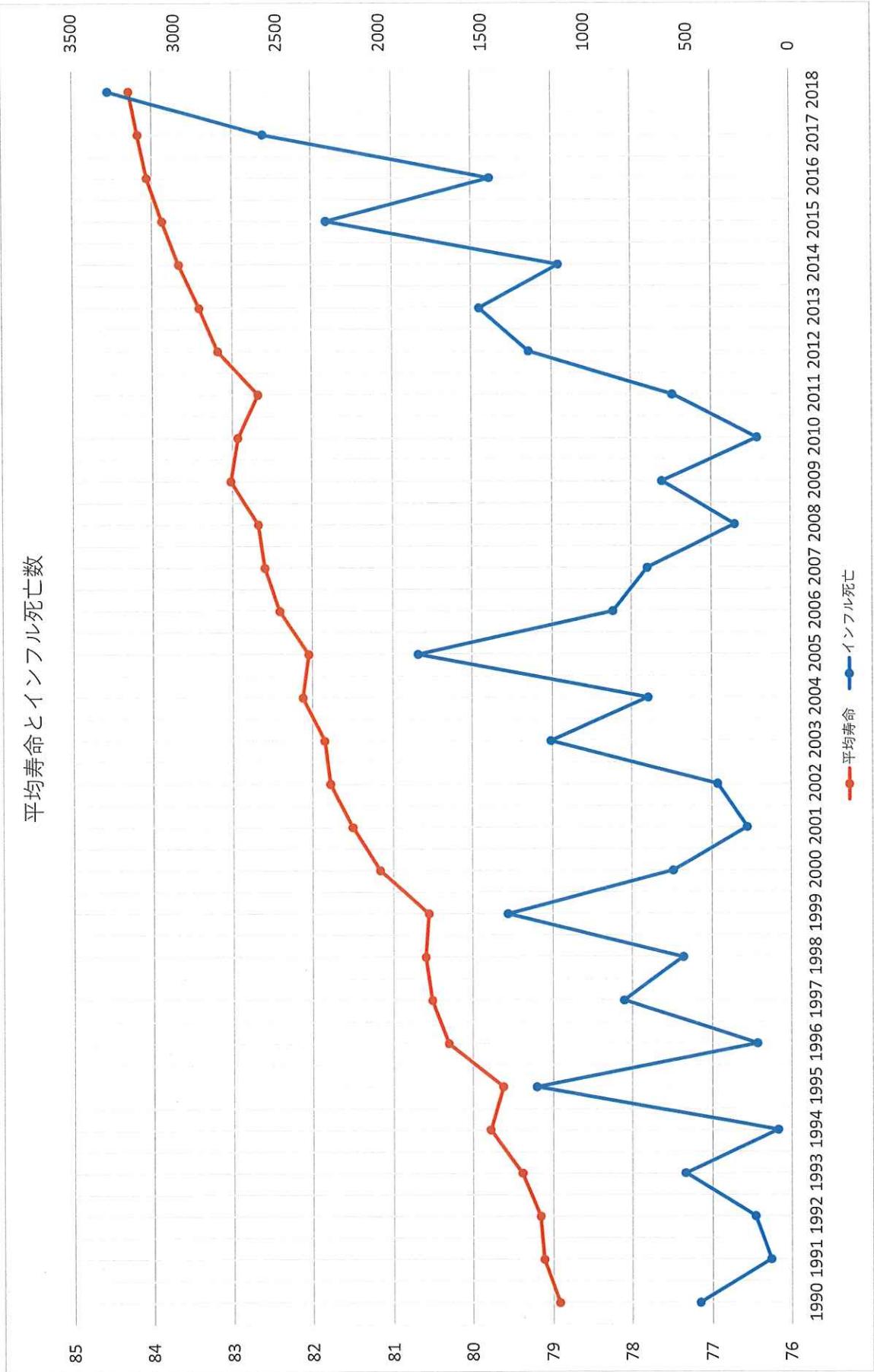
(10月) 高齢者定額→1割負担 (確定)

(4月) 被用者保険2割→3割 高齢者定額負担引き上げ

(9月) リーマン・ショック

東日本大震災





令和3年5月7日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料

(出典) 佐藤英仁 東北福祉大学総合福祉学部准教授授業資料



④ 過去の高齢者医療の自己負担増の際に平均寿命への影響がなかったかどうか、調査の上回答してください。

○ 現在精査中です。

⑤ 長瀬効果で見込まれる受診抑制は、実際には厚労省の想定よりも大きいのではない  
かという懸念に対して、厚生労働省の見解を示してください。

○ 長瀬効果による機械的な試算（理論値）では、

外来については、年間 33.0 日 ⇒ 32.2 日 年間 0.8 日減 ( $\Delta 2.6\%$ ) と見込んでいます。

※長瀬式（高齢者）

高齢者の給付率（x）と医療費水準（y）について

$$y = 0.499 x^2 + 0.501$$

※受診日数の減少の計算方法

改正前： $0.499 \times 91.7\% \text{ (実効給付率)} \times 91.7\% + 0.501 = 0.921$

(8.7% 負担)

改正後： $0.499 \times 89.0\% \text{ (実効給付率)} \times 89.0\% + 0.501 = 0.896$

(11% 負担)

→受診日数は、2.6%減少  $((0.921 - 0.896) \div 0.921 = 0.026)$ 。

## ○高額療養費がなく、自己負担割合が 1 割から 2 割に上がったとした場合の長瀬効果

仮に、「高額療養費制度がない」とした場合に、1 割負担から 2 割負担へと窓口負担割合を引き上げるものとして機械的に計算すると、長瀬式を用いた医療費水準の変化は▲9.4%。

### ※ 受診日数の減少の計算方法

改正前： $0.499 \times 90\% \text{ (給付率)} \times 90\% + 0.501 = 0.90519$

改正後： $0.499 \times 80\% \text{ (給付率)} \times 80\% + 0.501 = 0.82036$

→受診日数は、9.37% 減少 ( $(0.90519 - 0.82036) \div 0.90519 = 0.0937$ )。



今回の窓口負担2割の見直しによる受診日数の変化をどのように見込んでいるか。

- 外来については、長瀬効果による機械的な試算（理論値）では、  
年間 33.0 日 ⇒ 32.2 日 年間 0.8 日減（▲2.6%）となる。

※長瀬式（高齢者）

高齢者の給付率（x）と医療費水準（y）について

$$y = 0.499 x^2 + 0.501$$

（後期高齢者）  
年間 33.0 日  
113.0

※2割負担対象者について、この式で計算すると、医療費水準は2.6%減少。  
すなわち、受診日数は、2.6%減少。

平成18年改正（現役並み所得者2割負担→3割負担）における受診日数の変化はどのように見込み、また、結果としてどの程度変化したのか

- 長瀬式による受診日数の減の理論値は年間0.4日減であったところ、実際には0.5日減であった。

令和3年4月19日  
調査及び立法考査局  
社会労働調査室・課

◆御依頼日：4月15日

◆御依頼内容

2. 命にかかわるような重大な疾病であるが、無症状のまま進むような疾病について、どのようなきっかけで病気が判明したか、分かる資料を御持参の上、ご説明ください。  
例えばすい臓がん、肝臓がん、脳腫瘍、動脈瘤など

御依頼のうち、2につきまして調査いたしました。よろしく御査収ください。

### ■すい臓がん

すい臓は、がんが発生しても症状が出にくく、早期の発見は簡単ではないとされています（資料1）。このため患者の多くは病院を訪れることがなく、病気が進行して症状が出現した時に発見されることが多いのが現状だとされています（資料2）。

### ■肝細胞がん

肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、炎症やがんがあっても初期には自覚症状がほとんどないとされています。肝細胞がんは医療機関での定期的な検診や他の病気の検査時に発見されることも少なくなく（資料3）、症状が出ないことが多いため、肝炎ウイルスの患者等、肝臓がんになりやすい人を中心に見つけていくとの指摘もあります（資料4）。

### ○ ■無症候性脳腫瘍

無症候性脳腫瘍とは、自覚症状がない状態で発見される脳腫瘍であり、非常に重篤な腫瘍が見つかる場合もあるとされています（資料5）。CTやMRI等、診断機器の発達や脳ドッギングの普及から発見される機会が多くなったとの指摘があります（資料6）。

### ○ ■脳動脈瘤

脳動脈瘤とは、脳の動脈の一部が瘤のように膨らむ病気であり、瘤があるだけの状態ではほぼ無症状ですが、瘤が破裂した場合は病状が命にかかわることもある、くも膜下出血を引き起こします（資料7）。その多くは無症状で発見され、脳ドックやMRI等の画像検査でたまたま発見されるという場合がほとんどとされています（資料7、資料8）。

### <資料リスト>

- 資料1 「膵臓がん 受診から診断、治療、経過観察への流れ」第5版, 2020.9, pp.3-7. 国立がん研究センターHP  
<[https://ganjoho.jp/data/public/qa\\_links/brochure/odjrh3000000uj16-att/105.pdf](https://ganjoho.jp/data/public/qa_links/brochure/odjrh3000000uj16-att/105.pdf)>
- 資料2 「膵がん」2021.2. 愛知県がんセンターHP  
<[https://www.pref.aichi.jp/cancer-center/hosp/12knowledge/iroirona\\_gan/06sui.html](https://www.pref.aichi.jp/cancer-center/hosp/12knowledge/iroirona_gan/06sui.html)>
- 資料3 「肝細胞がん 受診から診断、治療、経過観察への流れ」第4版, 2018.4, pp.3-7. 国立がん研究センターHP

- <[https://ganjoho.jp/data/public/qa\\_links/brochure/104.pdf](https://ganjoho.jp/data/public/qa_links/brochure/104.pdf)>
- 資料4 「肝細胞癌について」 東京医科歯科大学 HP  
<<https://www.tmd.ac.jp/grad/msrg/liver/cancer01.html>>
- 資料5 関部俊宏「偶然発見される全く自覚症状のない疾患 無症候性脳腫瘍」『Mado 窓』  
118, 2019.4, pp.2-3. 北里大学病院 HP  
<<https://www.kitasato-u.ac.jp/khp/download/hospital/mado/mado118.pdf>>
- 資料6 橋本直哉「無症候性脳腫瘍の自然経過と治療のタイミング」『脳神経外科ジャーナル』27(6), 2018.6, pp.422-430.  
<[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jcns/27/6/27\\_422/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jcns/27/6/27_422/_pdf)>
- 資料7 片岡丈人「脳動脈瘤とは 原因や症状について」 2018.7.25. Medical Note HP  
<<https://medicalnote.jp/contents/180606-001-NA>>
- 資料8 「脳動脈瘤」 2016.8.31. 慶應義塾大学病院 HP  
<<http://kompas.hosp.keio.ac.jp/contents/000300.html>>

担当： 社会労働課 亀澤明彦（内線：衆議院から 98-23510 / 参議院から 970-23510）

# 1 調査の実施概要

(1)調査の目的	協会けんぽ加入者を対象に、保険料や現金給付、健診・保健指導、その他協会けんぽの取組、介護保険等に関する認知率を把握する。
(2)調査設計	<p>＜調査対象者＞</p> <p>調査委託先のインターネットモニターのうち、 協会けんぽの加入者(事業主・被保険者・被扶養者)。 いざれも事前調査により把握した。</p> <p>＜対象者条件＞</p> <p>20歳から74歳男女。年代、性別、地域に偏りがないよう、協会けんぽの加入者構成比に準じてサンプル設計。</p> <p>＜対象者数＞</p> <p>有効回収数 7,200サンプル</p>
(3)調査手法	インターネット調査
(4)調査実施時期	平成30年12月7日～12日

全国健康保険協会埼玉支部作成『加入者の医療保険制度等の認知率に関する 調査報告書について』より抜粋

# 理解度調査の検証について

## 埼玉支部加入者認知率の詳細について

全国における埼玉支部の加入者認知率の順位は41位と苦戦。また、分野③「健診・保健指導」を除く全ての項目で全国平均を下回った。更に分野ごとの質問の中で全国平均を下回る項目は以下のとおり。（被保険者調査分）

### 分野① 保険料

埼玉支部認知率	全国平均認知率
50.0%	55.4%

Q1-3 「保険料は、被保険者と事業主（勤務先）が半分ずつ負担している」について、認知率が全国平均を下回った。

### 分野② 現金給付

埼玉支部認知率	全国平均認知率
63.0%	68.9%
32.0%	38.1%
49.0%	57.8%

Q3 「健康保険には、以下のような現金給付等サービスがあります。これらをご存知ですか」について、「高額療養費」「限度額認定証」「出産育児一時金」の認知率が全国平均を下回った。

### 分野③ 健診・保健指導

埼玉支部認知率	全国平均認知率
53.0%	47.3%

Q5 「協会けんぽでは、35歳以上の被保険者向けの健診として「生活習慣病予防健診」を実施しています。この健診をご存知ですか」について、「知らなかつた」の割合が全国平均を上回った。

## (2) ① 現金給付等の認知率

問3 医療保険には、以下のような現金給付等サービスがあります。それぞれにご存知ですか。それぞれについてお答えください。(回答はそれそれ1つ)

- ◆ 認知率が高いのは、「高額療養費」(前年77.5%)と「出産育児一時金」(57.8%(前年71.9%))だが、今年(6割台、5割台)と前年(7割超)から落ちている。
- ◆ 「療養費の支給」「限度額適用認定証」はそれぞれ35.6%(前年47.6%)、38.1%(前年49.4%)と3割台の認知率で3人に1人強の認知率と低く、前年の2人に1人弱の認知率から落ちている。
- ◆ 「出産育児一時金」(57.8%(前年71.9%))の認知率減が7割台から5割台に落ち込みが大きく、「出産手当金」(49.4%(56.2%))と出産関係の給付認知率が落ちている。

前年比較	□	「現金給付等サービス」の認知率(は「出産育児一時金」を筆頭に全体に落ち込みが大きい。
事業主	□	それに「現金給付等サービス」の認知率が落ちている。特に「被扶養者」でも落ち込みが全般的に大きくなっている。



		高額医療費	限度額適用認定証	傷病手当金	出産育児一時金	出産手当金	療養費の支給	単純平均
n=( )	2017年	2018年	2017年	2018年	2017年	2018年	2017年	2018年
TOTAL	7,200(4,402)	68.9	77.5	38.1	49.4	47.2	57.3	57.8
事業主	150(130)	78.7	80.0	48.7	56.9	63.1	66.0	80.8
被保険者	4,700(3,160)	68.3	77.0	38.1	47.6	48.8	57.6	55.3
被扶養者	2,350(1,112)	69.5	78.8	37.6	53.8	43.5	55.8	62.3

2021年5月6日 窓口負担見直しに関する調査研究

令和3年5月6日  
厚生労働省保険局

## 窓口負担見直しに関する調査研究

※審議の中で紹介をいただいた調査研究を含む

### ① ランド医療保険実験

出典：津川友介『世界一わかりやすい「医療政策」の教科書』

### ② 日医総研ワーキングペーパー、リサーチエッセイ

・前田由美子 『日本医師会「患者窓口負担についてのアンケート調査」結果報告』(2012年9月12日)

・江口成美・出口真弓 『第6回 日本の医療に関する意識調査』  
(2017年7月)

『第7回 日本の医療に関する意識調査』  
(2020年9月23日)

・前田由美子 『受診時定額負担について』(2020年5月26日)

③ 鈴木亘 『慢性疾患と自己負担率引上げ－糖尿病・高血圧性疾患レセプトによる自己負担率引上げの動態的効果の検証－』(2011年10月)

④ 馬場園明 『医療サービスの受診保障と患者自己負担』(2006年)

⑤ 古村典洋・別所俊一郎他 『患者負担が医療サービスの利用及び健康状態に中期的に及ぼす影響－一生年月に基づく回帰不連続デザインによるエビデンス－』(2020年2月)

⑥ 畠博 『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』(2004年3月)

#### 4 - 1 - 6 医療機関の受診見合わせ

医療の受診見合わせの理由の 1 つに医療費の問題があると言われる<sup>11</sup>。過去 1 年間に、具合が悪いのに費用がかかるという理由で医療機関に行かなかったことがあるか（新規調査項目）を尋ねると、全体の 5.0% の人が「ある」と回答した。個人の所得別でみると、低所得の層での割合が 7.8% と高い傾向がみられた。また、健康状態別にみると、健康状態が悪いと回答している人の間で 9.2% を占めた。

図 90 過去 1 年間に具合が悪いが費用がかかるという理由で医療機関の受診を見合わせたことがある割合 - 等価所得別

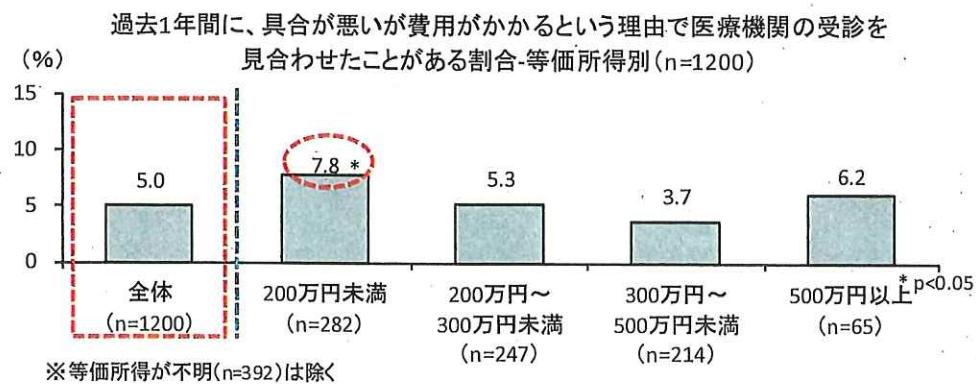
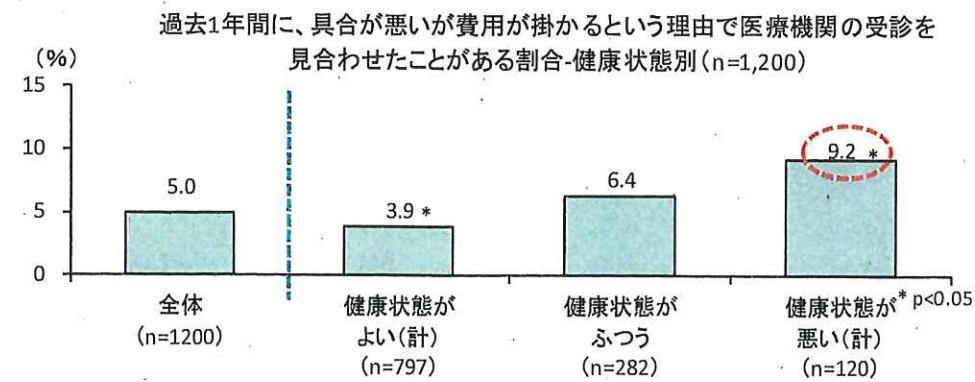


図 91 過去 1 年間に具合が悪いが費用がかかるという理由で医療機関の受診を見合わせたことがある割合 - 健康状態別



<sup>11</sup> 日本医療政策機構の「日本の医療に関する 2007 年世論調査報告」では「過去 12 ヶ月以内に、費用がかかるという理由で、医療を受けることを控えたことがありますか？」を尋ねており、高所得・高資産層で 16%、中間層で 25%、低所得・低資産層で 40% が「具合が悪いところがあるのであるのに医療機関に行かなかったことがある」と回答している。（2007 年 1 月 n=1,076 人）郵送調査。一方、ドイツの慢性疾患患者を対象に行なった医療差し控えは、14.1% が差し控えを行ったが、差別など医療に対する否定的な経験が最も影響しており、医療費の影響度は必ずしも高くなかった。（2013 年 10 月 n=15,565）

過去1年間に経済的な理由により受診を控えた患者に、「過去1年間に、経済的な理由により受診を控えた結果、症状が悪くなったことがありますか」と質問した。症状が悪くなったことが「ある」は54.5%、「ない」は18.1%であった（図2.2.11）。

今回の調査の患者全体を分母にすると、過去1年間に経済的な理由により受診をしなかったことがある患者が9.5%、その結果症状が悪化したことがある患者が5.2%であった（図2.2.12）。

負担割合別では、受診を控えた結果、症状が悪化した患者の割合は1割負担の患者では3.4%であったが、2割負担では7.1%（ただし回答者数がやや少ない）、3割負担では6.5%であり、2割負担、3割負担では1割負担の約2倍であった（図2.2.13）。

図2.2.11 過去1年間に経済的な理由により受診を控えた結果、  
症状が悪くなつたこと

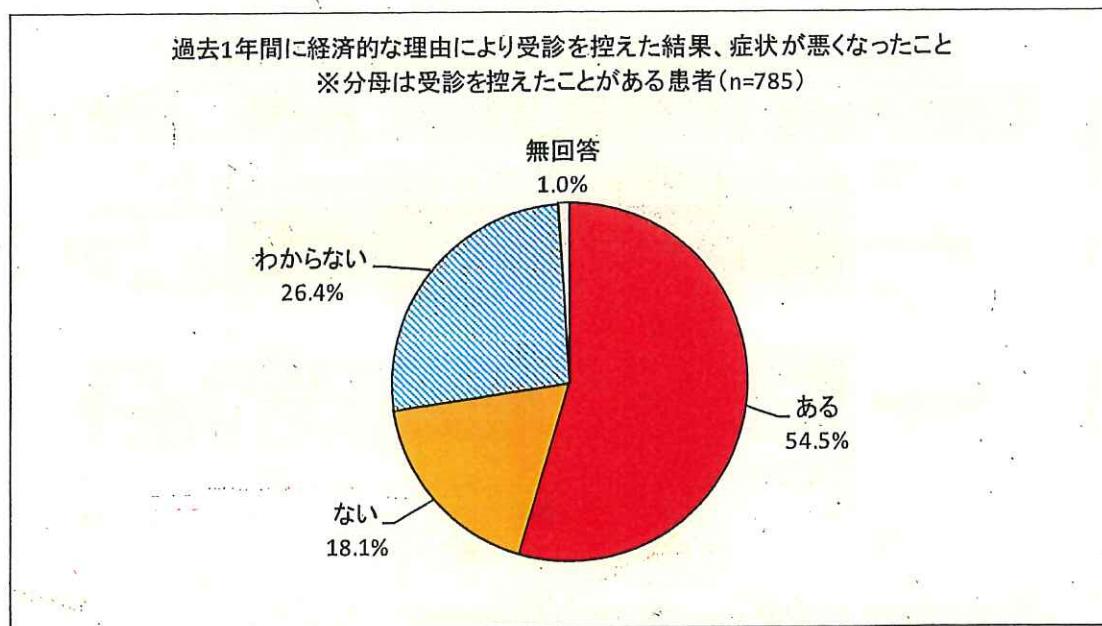


図 2.2.12 過去 1 年間に経済的な理由により受診を控えたことのある患者の割合とその結果

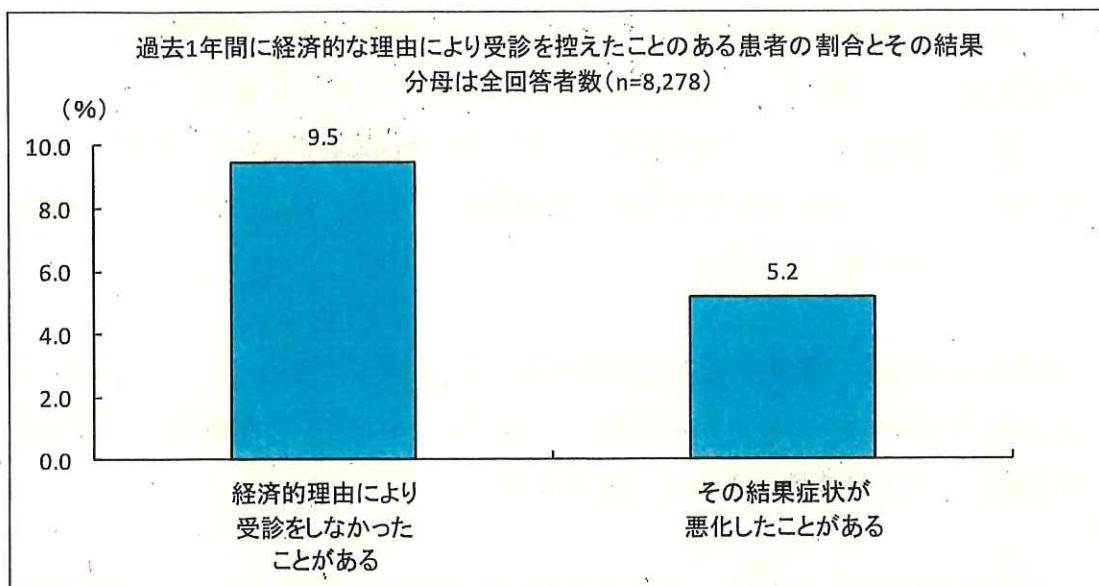
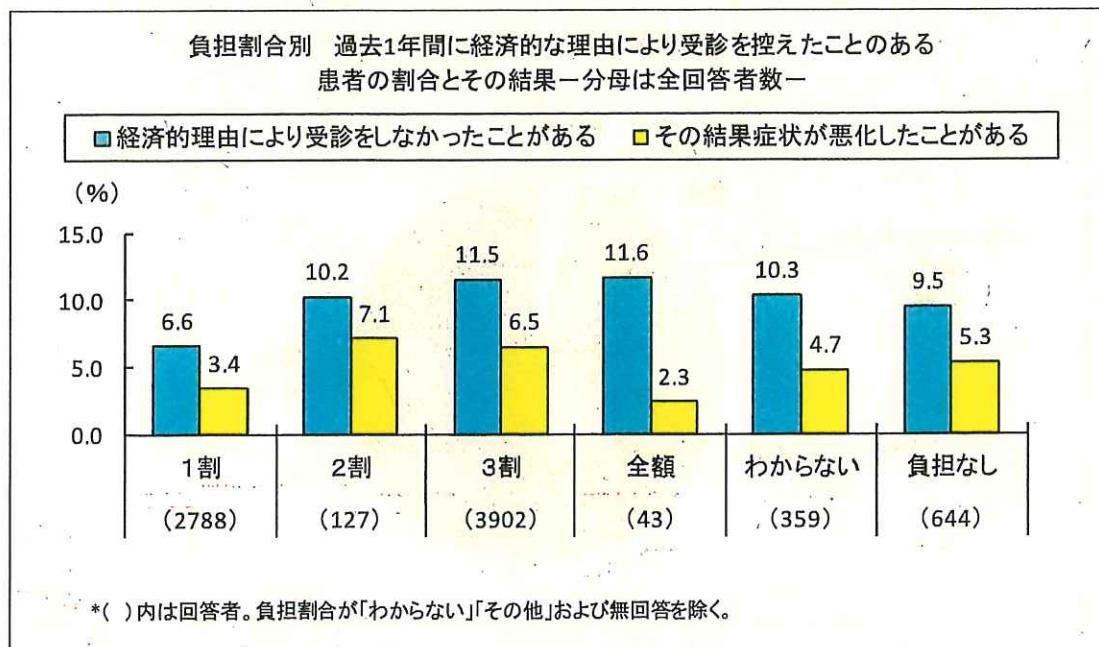


図 2.2.13 負担割合別 過去 1 年間に経済的な理由により受診を控えたことのある患者の割合とその結果



## 5.2. 経済的理由による受診見合せ

過去1年間に具合が悪いのに費用負担が理由で医療機関に行かなかった人は全体の4.5%であったが、等価所得200万円未満の人の間では7.8%を占めた。

図42 過去1年間に費用負担を理由とした受診控えがあるか

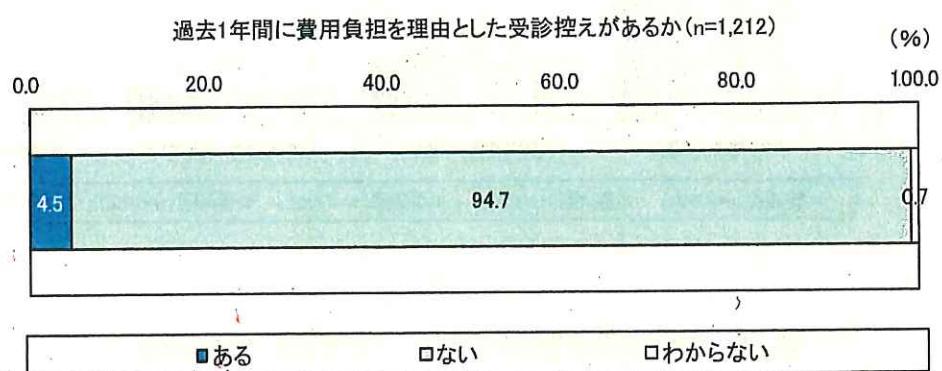
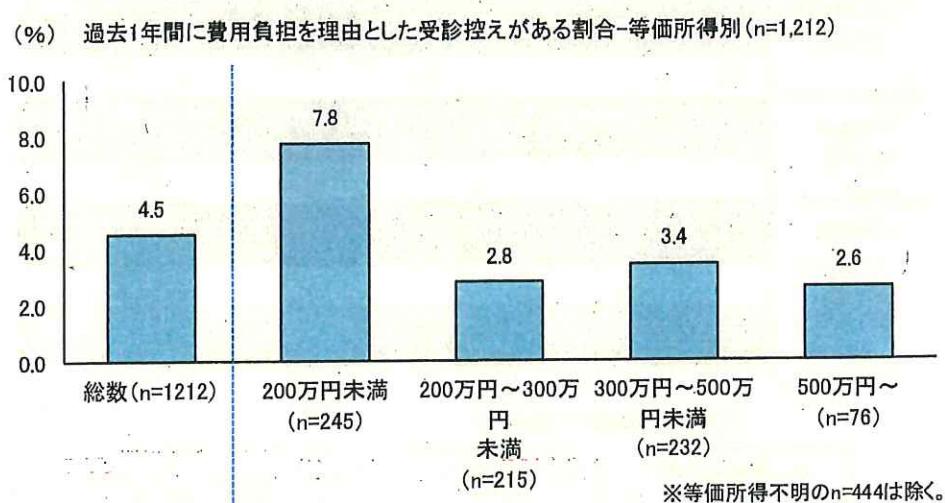


図43 過去1年間に費用負担を理由とした受診控えがある割合-等価所得別



が有意とはなっていない。これは、まさに、流動性制約を通じた受診抑制による医療費増仮説を裏付ける結果と解釈できる。

次に、高血圧について、「トレンド×改定後×本人」が負で有意という結果はどのように解釈できるのであろうか。これについても、糖尿病とは一見逆の結果であるが、メカニズムとしては表裏一体の関係ではないかと想像される。すなわち、自己負担率引上げによって通院確率がむしろ増したことにより、早期に高血圧の治療ができ、その結果として合併症や症状が進行することなく、医療費がトレンドとして抑制され続けているという解釈である。こうした動的な医療費抑制効果が予想される場合には、自己負担率引上げによって通院確率がむしろ増加することは合理的であり、むしろ自然である。また、高血圧の治療自体は医療費が低いこともあり、流動性制約による受診抑制も働かなかった可能性が高い。

## 5. 結語

本稿は、政策的に重要性が高い自己負担率引上げ後の医療費の動的な変化に着目し、慢性疾患の中から糖尿病と高血圧性疾患を取り上げて分析を行った。具体的には、111健保組合のレセプトデータの個票から6種類のエピソードデータをつくり、それを水準とトレンドの両方に差分の差（DID）を設定するモデリングで推定を行った。その結果、糖尿病については自己負担率引上げ後に受診率が抑制されたものの、その後、入院率、入院医療費が増加したことを中心とした医療費の回復効果があることが分かった。すなわち、日本医師会などが主張する「受診抑制による医療費増」というメカニズムが働いた可能性があるが、医療費が完全にもとの水準に戻るほどのインパクトではない。こうした現象について、高額療養費の影響仮説、医師誘発需要、他の制度の影響の諸仮説も検討したが、「受診抑制による医療費増」がもっとも妥当すると考えられ、受診抑制には低所得による流動性制約も関連していることが示唆された。

一方、高血圧性疾患については、自己負担率引上げによってむしろ受診率が上がり、治療が進んだことから医療費は抑制され、その後も医療費は持続的に下がっていることが分かった。これも裏を返せば、「受診增加による医療費減」ということで、同じメカニズムが働いていると思われる。

さて、こうした結論からどのような政策的インプリケーションが導かれるであろうか。まず、第一にいえることは、自己負担率引上げについては疾病によっては受診抑制による医療費増をもたらすようなものがあるということであり、注意が必要である。このような場合には、低所得者に対する救済措置や、患者への教育・リスク情報の流布などの補足的な措置が必要なのかもしれない。また、第二にいえることは、疾病ごとに自己負担率引上げの効果が異なるということに政策的な配慮が必要であるということである。現在、2002年改正によって老人以外の自己負担率は3割に統一され、そのときの附帯決議によって、全体としてこれ以上の負担率引上げはなされないことが決定されている。しかしながら、2006年改正で議論された免責や、現在進みつつある特定療養費の拡大、混合診療の解禁、高額療養費制度の改正は、達観してみれば自己負担率増加であり、しかも、疾病ごとに異なる自己負担率を導入していることに他ならない。こうした効果についても、事前に、疾病ごとの価格弾力性や動態的効果を計測することによって、思わぬ副作用が出ないように計画的に行う必要があると思われる。しかしながら、学術研究においてわが国で疾病ごとの弾力性を求めている研究はわずかに Ii and Ohkusa (2002),

病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神經症、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る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&lt;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<sup>33)</sup>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つたが、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『医療サービスの受信保障と患者自己負担』(2006年) より抜粋

明確にすることはむずかしい。たとえば、「かぜ」での受診は不必要的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<sup>14)</sup>。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<sup>14)</sup>。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<sup>34)</sup>。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は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.

(出典) 馬場園明『医療サービスの受信保障と患者自己負担』(2006年) より抜粋

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、糖尿病の合併症のない群において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、受診率と処方月数が有意に低下し、自己負担の3割への増加によって必要な受診にも影響があったと考えられた。

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つた。しかし、今回の分析は時間的制約のため、3割負担導入後6ヶ月間の受診行動の分析に留まっていいるPreliminary Reportであり、今後、観察期間を延長して解析する必要がある。

### 【まとめ】

被用者保険本人に対する2割および3割負担導入と老人に対する一部定率1割負担導入による高血圧患者と糖尿病患者の受診行動の変化について分析検討した。

その結果、糖尿病患者の受診は、この3回の自己負担増のいずれにおいても有意に抑制された。受診抑制は特に軽症の糖尿病に顕著な傾向が認められた。糖尿病は受診の効果が感じにくいこと、月額の医療費が高血圧に比べて高く、被保険者の多くが外来医療費の

限度と考えている月 5 千円を超えるケースが多いことが、治療中断に結び付きやすい要因と考えられた。

高血圧症患者では、1997 年 9 月の 2 割負担導入後、有意な受診抑制が認められたが、2003 年 4 月の 3 割負担導入および老人に対する一部定率 1 割負担導入では有意な受診抑制は認められなかつた。有意な受診抑制が認められなかつた要因として、高血圧の月額の医療費は糖尿病と比べて安く、被保険者が限度と考える 5 千円以下のことが多いことが影響したと考えられる。その他の要因として、被保険者本人に対する 3 割負担導入では、今回の対象者は自己負担の 2 割への増加の後も受診を続けていた人々であり、極めてコンプライアンスの高い集団であったことが挙げられる。

以上、医療費の自己負担増により、糖尿病患者の受診が有意に抑制された。糖尿病が強く疑われる人は 740 万人に達すると推計されており、こうした患者の多くが医療費の自己負担増により医療へのアクセスが阻害されるならば、将来、糖尿病による合併症を併発した多くの患者を抱え込むことになる危険性がある。

こうした状況を防止するために、職域や地域において糖尿病予防、糖尿病の知識の普及、治療中断の予防といった対策を優先的な保健課題として強力に取組む必要がある。また、糖尿病医療費が高いことが治療中断の大きな要因の一つになっており、糖尿病、特に、軽症糖尿病に対する診療費を低くし、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考えられた。