

6. 生活習慣病対策の評価に関わる病態の安定した慢性疾患患者の受療動向に関する研究

小川 裕（山形市 しろにし診療所）

1 目的

健康増進法の制定により施策を進めるための法的整備が図られ、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）をはじめとして、さまざまな保健事業やモデル事業が展開されてきた。さらに、この4月からはメタボリックシンドローム対策を柱とした特定健診・特定保健指導が実施されている。一方、保健事業やモデル事業に関する評価の重要性が再認識され、事業評価に関する報告が蓄積されつつある。しかし、その多くは評価の指標として身体的データ（健康状態）を取り上げたものであり、医療費を評価指標として事業の明確な効果を示した報告は少ない。その要因のひとつは、事業の効果が医療費の減少として捉えられにくいことにあると考えられる。

本研究の目的は、無床診療所における慢性疾患患者の受療（受診）状況に関する分析を行うことにより、生活習慣病対策としての保健事業の効果が医療費の低下として捉えられにくい要因を具体的に検討すること、および事業による医療費節減の可能性について検討することである。

2 方法と結果

対象は、山形市内にある「しろにし診療所」（内科のみを標榜する無床診療所、院外処方、常勤医師1人）で平成18年9月に受診した慢性疾患患者のうち、病態が比較的安定し4週分以上の処方を受けていて、本研究の目的で診療録情報を使用することに同意が得られた者とした。なお、保健事業の対象として設定されることの多い疾患を考慮して、主病を高血圧症、高脂血症（脂質異常症）、糖尿病の3疾患に限定し、これらを合併していない高尿酸血症（痛風）、気管支喘息、消化器系疾患、甲状腺疾患等は除外した。また、分析対象期間は平成18年10月1日から19年9月30日までの1年間とし、19年8月、9月の2か月間受診のなかった者は中断者とした。受診の定期または定期外の区分については、長期外出予定等の都合により受診予定日より早期に受診したり、定期受診日に近い日に受診しても主病とは異なる訴えがあったりするため、本研究では次のように設定した。定期外受診は、処方日数から換算した受診予定日の8日以上前に受診して主病以外の主訴（検査を含む）があった場合とし、それ以外を定期とした。なお、年齢は18年9月1日現在とした。

平成18年9月に登録された対象者は138人であったが、分析対象期間の初回受診時に内服薬調整のため2週分の処方となっていた3人を除外した結果、本分析の対象者は

135 人となった。

1) 分析対象者の属性

分析対象者を表 1 に示した。性別では男性 45 人 (33%)，女性 90 人 (67%) の計 135 人で，年齢別では男女とも 60 歳代，50 歳代，70 歳代の順に多かった。

表 1 分析対象者の性・年齢構成

人 (%)

	男	女	計
～39 歳	1(2)	1(1)	2(1)
40～49 歳	3(7)	4(4)	7(5)
50～59 歳	13(29)	26(29)	39(29)
60～69 歳	14(31)	33(37)	47(35)
70～79 歳	11(24)	21(23)	32(24)
80 歳以上	3(7)	5(6)	8(6)
計	45(100)	90(100)	135(100)

また，対象者の主病は高血圧症が男 29 人 (64%)，女 61 人 (68%) と男女とも約 3 分の 2 を占めたが，男性では高脂血症と糖尿病がそれぞれ 8 人 (18%) と同数だったのに対して，女性では高脂血症が 22 人 (24%)，糖尿病が 7 人 (8%) と高脂血症の割合が高かった。

2) 1 年間の受診状況

分析期間中の受診状況を表 2 に示した。継続して受診していたのは，男性 43 人 (96%)，女性 84 人 (93%) と高率であった。理由不明の中断は 4 人みられたが，この中には後日家人からの情報で転勤のため転居したことが確認された人や自己判断で中断し，分析対象期間後に再受診した人も含まれている。

表 2 分析期間中の受診状況

人 (%)

	男	女	計
受診継続中	43(96)	84(93)	127(94)
病院への転院	0(0)	3(3)	3(2)
転居のため紹介転医	0(0)	1(1)	1(1)
中断	2(4)	2(2)	4(3)
計	45(100)	90(100)	135(100)

なお，病院への転院は脳梗塞の合併，心筋梗塞の合併，糖尿病コントロールの悪化がそ

れぞれ 1 人ずつであった。

つぎに、継続受診者について処方日数から換算した（指示通り服薬した場合）必要となる受診回数と実際に受診した回数について検討した。なお、受診回数は定期受診と定期外受診の合計である。受診回数が必要回数より少なかった者が男性 18 人（40%）、女性 32 人（36%）、受診回数が必要回数と同じであった者が男性 11 人（24%）、女性 24 人（27%）、受診回数が必要回数より多かった者が男性 14 人（31%）、女性 28 人（31%）であった。このうち、必要回数より少なかった者については、服用忘れ等により受診が数日遅れるという事例が多く、必ずしもコンプライアンス不良を意味してはいなかった。また、必要回数より多かった者が男女とも 3 割に達したが、これは定期受診以外にも主病とは別の主訴で受診することが少なくないことを示唆している。そこで、つぎに定期外受診の実態について検討した。

3) 継続受診者の診療内容

継続受診者 127 人について、受診内容を表 3 に示した。定期外受診が認められた者は男性 25 人（継続受診者の 58%）、女性 46 人（55%）と男女とも過半数に達した。これは、病態の安定している慢性疾患患者においても、主病による定期的な受診以外の受診が少なくないことを示している。なお、定期受診に定期外受診を加えても必要回数より少ない、または必要回数と同じであった者も認められたため、必要回数より多い者の割合と定期外受診が認められた者の割合は一致していない。

表 3 定期外受診と定期受診時の急性疾患への処方の実態

人（%）

	男 (N=43)	女 (N=84)	計 (N=127)
定期外受診*あり	25(58)	46(55)	71(56)
定期受診*時に急性疾患への処方あり	32(74)	58(69)	90(71)

* 処方日数から換算した受診予定日の 8 日以上前に受診し主病以外の主訴があった場合を定期外、それ以外の受診を定期とした

定期外受診時の主たる病名は男女とも上気道炎をはじめとする呼吸器系疾患が多かった。また、定期受診時に急性疾患の訴えがあり定期の処方薬に追加処方したことがある者は全体で 7 割に達した。性別では男性 32 人（74%）、女性 58 人（69%）と男性でやや高率であった。医療費分析を行う際には、定期受診においても主病以外の疾患について考慮する必要があると考えられる。なお、定期外受診の有無と定期受診時の急性疾患に対する追加処方の有無については、年齢別の大きな違いは認められなかった。

4) 処方変更の有無と処方変更内容

主病の慢性疾患に対する処方の変更が認められた者は全体で 31 人（継続受診者の 24%）

で、性別では男性 14 人（33%）、女性 17 人（20%）と男性で高率であった。病態が比較的安定している者でも、1 年間という期間では処方の変更される者が少なくないことがうかがわれる。処方変更があった場合の内容（1 人で複数の項目に該当する場合もあり）に

表 4 処方変更の内容

	人 (%)		
	男 (N=43)	女 (N=84)	計 (N=127)
軽快による減薬・中止	4(9)	3(4)	7(6)
コントロール不良による他剤への変更・追加	9(21)	10(12)	19(15)
副作用またはその疑いによる他剤への変更・中止	3(7)	3(4)	6(5)
合併する慢性疾患に対する追加投薬	0(0)	3(4)	3(2)
他	2(5)	2(2)	4(3)

ついて表 4 に示した。「コントロール不良による他剤への変更または他剤の追加」が男性 9 人（21%）、女性 10 人（12%）あり、「主病に合併する慢性疾患に対する追加投薬」も少数認められた。その結果、「主病のコントロール不良による処方変更」と「合併症に対する追加処方」は合わせて 17% となった。これらは保健指導の強化により予防しうる可能性があり、結果として医療費が節減できる可能性がある。

本研究で取り上げた受療状況と医療費との関連を整理して表 5 に示した。項目によっては医療費増減の関係が逆になる場合も想定されるが、本研究対象者の状況をもとに可能性の高い方に分類した。医療費増加に結びつく要因が多く観察されたことがわかる。

生活習慣病に対するハイリスクアプローチとしての保健事業は、軽度異常者が対象とされることが多い。医療費適正化の観点からみた場合、「要治療」に至る者の数を減少させる、すなわち受診率を低下させることが第一の目標になるが、治療中の者が保健事業の対象に含まれることも少なくない。この場合、1 日当たり医療費や 1 件当たり受診日数の低下も目標になりうる。本研究では慢性疾患により定期的に通院している患者の受療状況は多様であり、病態の安定している者でも定期外に受診することや定期受診時に急性疾患を訴えることが少なくないことが明らかとなった。定期外の受診や定期受診時の急性疾患の合併は、1 件当たり受診日数、1 日当たり医療費に影響を与える要因であり、生活習慣病を対象にした保健事業の効果が、目的とする生活習慣病以外の疾患の影響で医療費の低下として捉えられにくくなる可能性を示している。

ハイリスクアプローチとしての保健事業の効果を医療費の観点からより正確に測定するためには、目的とする疾患以外の影響を除外する必要がある。個別の診療報酬明細書（レセプト）内容を検討することができれば、目的以外の疾患の影響を除外することはある程度可能と考えられるが、手続きの面からも、データ作成の面からも現実的ではない。医療

表5 受診状況と医療費との関連*1

診療費	
増加	<ul style="list-style-type: none"> ・受診回数が必要回数より多い，定期外受診 ・病院への転院*2 ・定期受診時の急性疾患の合併 (急性疾患に対する検査または投薬以外の治療*3を伴った場合)
減少	<ul style="list-style-type: none"> ・受診回数が必要回数より少ない ・理由不明の中断
調剤費	
増加	<ul style="list-style-type: none"> ・受診回数が必要回数より多い，定期外受診（処方を伴った場合） ・病院への転院*2 ・定期受診時の急性疾患に対する追加処方 ・主病のコントロール不良による他剤への変更または追加処方 ・合併する慢性疾患に対する追加処方
減少	<ul style="list-style-type: none"> ・軽快による減薬・服薬中止 ・受診回数が必要回数より少ない ・理由不明の中断

- * 1 院外処方の場合（可能性を含む；項目によっては増減が逆になる場合も想定されるが，可能性の高い方に分類）
- * 2 合併症の発症，主病の悪化による
- * 3 注射，点滴等処方以外の院内での治療（投薬のみの場合は診療費の増減なし）

費関連指標において，目的とする疾患以外の影響を除外するための簡便な手法の開発が望まれる。

経費使途明細

事務用品費 (ファイル、カットペーパー、プリンター、MOディスク等)	235,895 円
統計解析ソフト	32,730 円
研究補助雇い上げ	81,375 円
合計	350,000 円