難病医療費公費負担制度による医療費受給の開始・中止状況

橋本　修二*　永井　正規[2*]　中村　好一[3*]
柳川　洋[3*]　川村　孝[4*]　大野　良之[4*]

目的　特定疾患（難病）の医療費公費負担制度を利用した患者（受給者）の8年間の中止・開始状況を示すことを目的とした。

方法　1984年度給付対象26疾患の受給者について，84, 88と92年度の医療受給者全国調査の各年度データを，疾患，性，生年月日，居住地都道府県に基づいて個人単位でリンケージした。3つの年度の給付状況から，85–88年度（4年間）と85–92年度（8年間）の中止者と開始者を定め，84年度受給者数に対する比を算定した。

成績　1）受給者100人当たり中止者数は4年間で28人，8年間で43人であり，年間中止率が毎年一定という仮定の下で，それぞれ7.9人，6.8人と換算された。受給者100人当たり開始者数は4年間で96人，8年間で203人であった。また，84年度と92年度に受給し，88年度に受給しなかった者（再開）は受給者100人当たり3人であった。

2）26疾患別にみると，受給者100人当たり8年間の中止者数は27–96人，開始者数は31–1068人であり，疾患間で大きな違いがあった。

3）性・年齢別にみると，受給者当たり8年間の中止者数は20歳未満と60歳以上で多く，いずれの年齢でも男で女より多かった。受給者当たり開始者数は20歳代と70歳以上で多く，男で女より多かった。

4）都道府県間の受給者当たり中止者数と開始者数の格差は，いずれも疾患や性・年齢間の格差よりは小さかった。都道府県別の受給者当たり開始者数は人口当たりの84年度受給者数との間に強い負の相関がみられたが，一方，受給者当たり中止者数はそれとの間の相関が低かった。

結論　85–92年度の8年間の中止・開始状況を示し，疾患，性・年齢，都道府県間でそれらに違いが認められた。

Key words：難病，医療受給者，医療受給の中止，医療受給の開始

I　はじめに

難病対策の柱の1つとして，厚生省が指定した特定疾患（95年3月で36疾患）の患者に対して，医療費の自己負担分を公費で補助する制度がある[1)]。この制度を利用する難病患者（以下，受給者と呼ぶ）については，過去3回（84, 88, 92年度）の医療受給者全国調査により，その疫学特性，受療動向などが明らかにされ[2~7)]，受給者のさまざまな特性の断面的把握はかなり進んでいると考えられる。

一方，受給者の動態，すなわち，医療受給の中止・開始状況については，大規模な把握は単年度の観察に限られている[8~10)]。ある程度の期間を観察した報告もいくつかあるが[11~13)]，いずれも1つの県の受給者を対象にしているために，受給者の少ない難病については，十分な追跡数にはならず，調査の対象外にしているものもある。本来は，中止・開始の理由についても調べることが重要であるが，近年，断面的に把握された受給者数の観察から受給者数の急増が指摘されており[1,4,6)]，

* 東京大学医学部健康科学・看護学科　疫学・生物統計学教室
2* 埼玉医科大学公衆衛生学教室
3* 自治医科大学公衆衛生学教室
4* 名古屋大学医学部予防医学教室
連絡先：〒113 東京都文京区本郷7–3–1
東京大学医学部健康科学・看護学科
疫学・生物統計学教室　橋本修二

中止・開始状況のみであっても，ある程度の期間を全国規模で把握することの意義は大きいものと考えられる。

本研究では，過去3回の医療受給者全国調査を個人単位にリンケージして，8年間の医療受給の中止・開始状況，および，その疾患，性・年齢と都道府県別の特徴を検討した。

Ⅱ　資料と方法

1.　資料

84, 88と92年度の医療受給者全国調査データを資料とし[2~6]，その中で，84年度の給付対象26疾患の受給者データを用いた。この調査対象者は各年度の受給者全員であり，調査項目は疾病名，受給者番号，性，生年月日，居住地市町村などである（詳細は文献2), 4)と6)を参照されたい)。表1に各年度の受給者数を示した。84年度の10万人余りから，88年度では17万人，92年度では25万人に及んでいる。

2.　リンケージ方法

医療受給者全国調査の調査項目の中には，氏名や詳しい住所は含まれていない[2,4,6]。それゆえ，各年度の受給者を厳密にリンケージすることはできない。ここでは，以下の方法を採用した。すなわち，疾患ごとに，各年度間で性，生年月日と居住地都道府県の一致例を同一者（継続者）とみなした。それ以外に，受給者番号，居住地市町村が年度間で一致した例については，性，生年月日の年号，年，月と日の5つの中で，4つが一致すれば同一者とみなした。

このような方法を採用したのは，受給者番号が年度で変更されている都道府県がかなりあること，大阪府では84年度市町村コード（調査から得られた）が他の年度のそれと異なっていること，京都府では92年度市町村コードが未回答であること，性・生年月日に若干の誤りの可能性があるためである。この方法ではリンケージ漏れ，誤リンケージが生ずるおそれもあるが，難病患者数が少ないことから，いずれもそれほど多くないと考えられる。この点は後で考察する。

表2に，リンケージの状況を示した。リンケージされた者の中で，受給者番号，居住地市町村が両方一致した者はいずれの年度間でも7割前後であり，いずれか一方でも一致した者は，市町村コードの得られなかった大阪府と京都府を除くと，95%以上であった。

3.　解析方法

医療受給の有無は年度ごとに定められ，その中止・開始が繰り返される可能性がある。4年間隔の受給状況のみから厳密に中止・開始を定めることはできないが，ここでは，以下の区分方法を採用した（表3を参照)。すなわち，84年度に受給した者を，88と92年の両年度とも受給（84–92年度継続者と呼ぶ)，88年度非受給かつ92年度受給（1984–92年度再開者)，88年度受給かつ92年度非受給（1989–92年度中止者)，88·92年度とも非受給（1985–88年度中止者）に4区分した。84年度の非受給者の中で，88年度受給（85–88年度開始者)，88年度非受給かつ92年度受給（89–92年度開始者）に2区分した。また，85–88と89–92年度の2期間の中止者を合わせて85–92年度中止者，2期間の開始者を合わせて85–92年度開始者と呼ぶ。この区分方法の問題については後で考察する。

表1　年度別の受給者数

	人　数	比
84年度	104,771	1
88年度	173,637	1.66
92年度	247,726	2.36

表2　リンケージの状況

受給者番号	居住地市町村	リンケージの状況		
		84と88年	84と92年	88と92年
○	○	55,544 (76.7)	38,484 (63.5)	97,249 (77.8)
○	×	3,769 (5.2)	5,968 (9.8)	10,599 (8.5)
×	○	7,013 (9.7)	9,750 (16.1)	14,516 (11.6)
×	×	807 (1.1)	1,938 (3.2)	2,033 (1.6)
×	△[1]	5,230 (7.2)	4,263 (7.0)	283 (0.2)
×	△[2]	12 (0.0)	213 (0.4)	260 (0.2)
計		72,375 (100)	60,616 (100)	124,940 (100)

○：一致，×：不一致，△[1]：大阪府（84年度の市町村コード不明)，△[2]：京都府（92年度の市町村コード不明)

表3　受給者当たり中止者数と開始者数

	84	88	92	人数	比#
84年度受給者	○			104,771	(100)
84–92年度継続者	○	○	○	57,036	(54)
84–92年度再開者	○	×	○	3,580	(3)
85–92年度中止者	○	△[1]	△[1]	44,155	(43)
85–88年度中止者	○	×	×	28,816	(28)
89–92年度中止者	○	○	×	15,339	(15)
85–92年度開始者	×	△[2]	△[2]	212,596	(203)
85–88年度開始者	×	○		100,497	(96)
89–92年度開始者	×	×	○	112,099	(107)

○：受給，×：非受給，
△[1]：88·92年度または92年度のみ非受給
△[2]：88年度または92年度受給
#：84年度受給者100人当たりの人数

84年度受給者数を分母とし，85–88年度と85–92年度の中止者数を分子とする比を，それぞれ4年間と8年間の受給者当たり中止者数と呼び，同様に，85–88年度と85–92年度の開始者数を分子とする比を，それぞれ4年間と8年間の受給者当たり開始者数と呼ぶ。4年間と8年間の受給者当たり中止者数と開始者数を，疾患，性・年齢，都道府県別に算定した。なお，年齢は中止者では84年度時点，開始者では受給時点(88年度または92年度)とし，5歳階級で0–4歳から80歳以上の17区分した。また，都道府県単位に，84年度受給者数の人口（1985年国勢調査人口）に対する比（人口当たり受給者数と呼ぶ）と受給者当たり中止者数と開始者数との関連を検討した。

表4　疾患別，受給者当たり中止者数と開始者数

	疾患	1984年度受給者数	受給者当たり中止者数		受給者当たり開始者数	
			85–88	85–92	85–88	85–92
1	ベーチェット病	7,949	19	31	62	115
2	多発性硬化症	1,739	28	44	98	215
3	重症筋無力症	4,518	24	37	70	139
4	全身性エリテマトーデス	18,515	17	27	68	133
5	スモン	2,219	18	33	21	31
6	再生不良性貧血	4,726	35	53	72	144
7	サルコイドーシス	3,633	29	43	103	242
8	筋萎縮性側索硬化症	1,536	66	80	131	275
9	強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎	7,493	24	39	84	190
10	特発性血小板減少性紫斑病	7,909	39	56	114	253
11	結節性動脈周囲炎	871	49	60	75	162
12	潰瘍性大腸炎	9,193	23	37	128	297
13	大動脈炎症候群	2,986	19	32	52	92
14	ビュルガー病	4,734	24	38	93	164
15	天疱瘡	845	29	44	92	199
16	脊髄小脳変性症	3,766	39	58	144	302
17	クローン病	2,178	20	32	150	378
18	難治性の肝炎のうち劇症肝炎	405	86	96	153	298
19	悪性関節リウマチ	2,854	37	57	80	149
20	パーキンソン病	11,805	35	55	113	232
21	アミロイドーシス	249	67	82	127	272
22	後縦靭帯骨化症	2,461	38	52	172	410
23	ハンチントン舞踏病	210	45	70	87	183
24	ウィリス動脈輪閉塞症	1,341	22	36	133	283
25	ウェゲナー肉芽腫症	135	29	48	165	343
26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	501	44	59	465	1,068
	計	104,771	28	43	96	203

受給者当たり中止者数と開始者数は，疾患別の84年受給者100人当たりの人数である。

Ⅲ 結　　果

1. 疾患別，中止・開始状況

26疾患全体の中止・開始状況を表3に示した。84年度受給者数を基準として，受給者100人当たり中止者数は4年間（85–88年度）で28人，8年間（85–92年度）で43人であった。受給者100当たり開始者数は4年間で96人，8年間で203人であった。84–92年度再開者は受給者100人当たり3人であった。

疾患別，受給者当たり中止者数と開始者数を表4に示した。26疾患の受給者100人当たり中止者数は4年間で17–86人，8年間で27–96人であり，疾患間で大きな差が認められた。受給者当たり中止者数の多い疾患は「18 難治性の肝炎のうち劇症肝炎」，「21 アミロイドーシス」，「8 筋萎縮性側索硬化症」などであった。受給者当たり中止者数の少ない疾患は「4 全身性エリテマトーデス」，「1 ベーチェット病」，「13 大動脈炎症候群」などであった。

26疾患の受給者100人当たり開始者数は4年間で21–465人，8年間で31–1,068人であった。受給者当たり開始者数の最も多い「26 特発性拡張型（うっ血型）心筋症」と最も低い「5 スモン」を除いても，4年間で52–172人，8年間で92–410人であり，疾患間で大きな差が認められた。上記の疾患以外に「22 後縦靱帯骨化症」，「17 クローン病」などで受給者当たり開始者数が多く，「13 大動脈炎症候群」，「1 ベーチェット病」などで少なかった。

2. 性・年齢別，中止・開始状況

26疾患全体の性・年齢別の受給者100人当たり中止者数を図1に示した。なお，年齢は84年時点のもので，5歳階級別である。男女ともに，受給者当たり中止者数は20歳未満と60歳以上で多く，U型を示した。とくに，受給者当たり中止者数は4年間（85–88年度）では65–69歳が60–64歳に比べて上昇程度が大きく，それ以降の89–92年度では60–64歳での上昇が大きい傾向が見られた。また，いずれの年齢でも，男の受給者当たり中止者数が女のそれよりも多かった。なお，疾患ごとにみても（図示していない），性・年齢別の受給者当たり中止者数は全疾患のそれとおおよそ同様の傾向（年齢でU型，性差）であった。

図1　性・年齢5歳階級別の受給者当たり中止者数

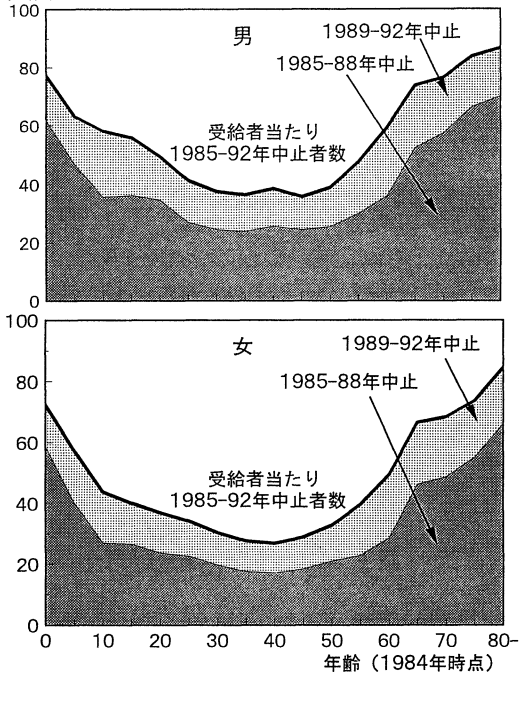
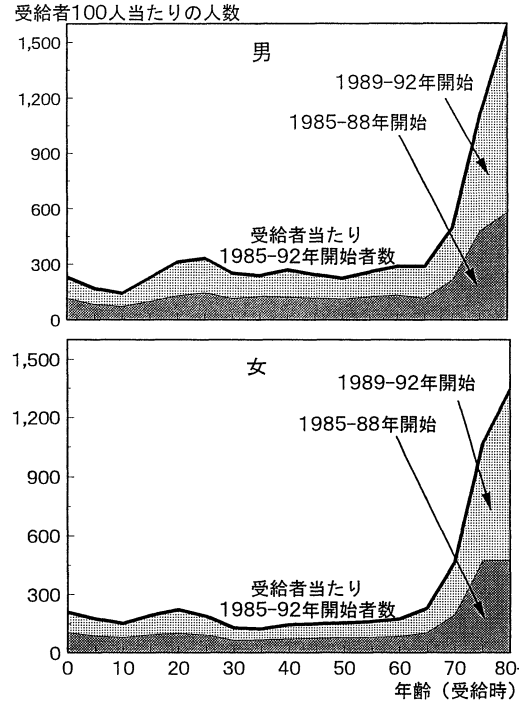


図2　性・年齢5歳階級別の受給者当たり開始者数



26疾患全体の性・年齢別の受給者100人当たり開始者数を図2に示した。なお，年齢は給付時点（88年度または92年度）のもので，5歳階級別である。男女，4年間と8年間ともに，受給者当たり開始者数は20歳代と70歳以上で多かった。また，いずれの年齢でも男の受給者当たり開始者数が女のそれよりも多かった。なお，疾患ごとにみても（図示していない），全疾患とおおよそ同様に，受給者当たり開始者数は高年齢および男で多い傾向であった。

3. 都道府県別，中止・開始状況

都道府県別，受給者当たり中止者数と開始者数および84年度人口当たり受給者数を表5に示した。47都道府県の受給者100人当たり中止者数は，4年間で12–44人，8年間で33–57人であった。受給者100人当たり開始者数は4年間で69–132人，8年間で153–280人であった。受給者当たり中止者数と開始者数ともに，都道府県間の格差は疾患や性・年齢間の格差より小さかった。84年度の人口10万当たり受給者数は57–129であり，2倍以上の格差であった。

都道府県別，84年度の人口当たり受給者数および8年間の受給者当たり中止者数と開始者数との散布図を，それぞれ図3と図4に示した。受給者当たり中止者数は84年度の人口当たり受給者数とほとんど関連がなく，両者の相関係数は−0.10であった。受給者当たり開始者数は84年度の人口当たり受給者数と強い負の相関があり，相関係数は−0.77であった。なお，図示していないが，受給者当たり中止者数と開始者数とはあまり関連がなく，相関係数は−0.17であった。

Ⅳ 考　　察

1. 研究方法について

まず，リンケージの方法について考察する。前述の通り，各年度間の疾病，性，生年月日，居住地都道府県の一致状況から同一者の判定を行ったが，この方法では誤リンケージ，リンケージ漏れが生ずるおそれがある。誤リンケージについては，難病患者数が少ないことから，その割合はきわめて小さいと推察される。実際，リンケージした例のほとんどは，受給者番号または居住地市町村も一致しており，これは誤リンケージ割合がきわめて小さいことを示唆している。

表5　都道府県別，受給者当たり中止者数と開始者数

都道府県	84年度受給者		受給者当たり中止者数		受給者当たり開始者数	
	人数	率[#1]	85–88	85–92	85–88	85–92
北海道	7,295	129	27	36	73	169
青森県	1,174	77	31	50	98	203
岩手県	1,050	73	33	49	102	213
宮城県	2,068	95	28	42	84	203
秋田県	1,147	92	36	50	102	206
山形県	1,148	91	40	52	84	184
福島県	1,941	93	30	45	92	211
茨城県	1,539	57	28	42	121	280
栃木県	1,974	106	20	34	90	186
群馬県	2,426	127	33	43	69	160
埼玉県	4,277	73	28	42	94	223
千葉県	3,625	71	20	36	117	262
東京都	8,265	71	25	43	132	242
神奈川県	6,884	93	20	35	101	198
新潟県	2,522	102	21	34	92	199
富山県	1,431	128	29	44	83	161
石川県	1,195	104	27	43	81	166
福井県	679	84	42	57	86	171
山梨県	627	75	20	40	87	187
長野県	1,929	91	28	46	79	169
岐阜県	1,352	67	40	56	96	202
静岡県	3,526	99	35	47	90	190
愛知県	4,714	74	27	41	94	198
三重県	1,591	91	37	49	91	220
滋賀県	773	67	30	50	115	239
京都府	2,253	89	28	46	102	215
大阪府	6,973	82	24	39	97	200
兵庫県	3,969	76	28	45	100	215
奈良県	875	67	23	38	115	254
和歌山県	700	65	29	47	117	250
鳥取県	670	109	31	48	96	187
島根県	928	117	26	42	87	180
岡山県	2,303	121	31	43	86	184
広島県	1,887	67	33	48	109	241
山口県	1,522	96	44	57	81	181
徳島県	913	109	12	40	93	184
香川県	972	95	26	39	93	195
愛媛県	1,688	110	39	53	74	153
高知県	996	119	29	47	80	175
福岡県	4,690	100	23	38	76	164
佐賀県	817	93	23	41	87	172
長崎県	1,375	86	25	40	114	233
熊本県	1,544	84	26	33	102	245
大分県	1,329	107	37	52	70	155
宮崎県	829	71	30	46	118	260
鹿児島県	1,554	85	29	45	125	247
沖縄県	832	71	35	41	107	219
計	104,771	115	28	43	96	203

受給者当たり中止者数と開始者数は，疾患別の1984年受給者100人当たりの人数。
[#1]：人口10万対。

図3　都道府県別，人口当たり1984年度受給者数と受給者当たり中止者数

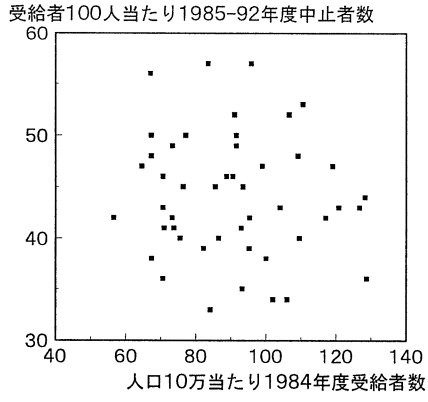
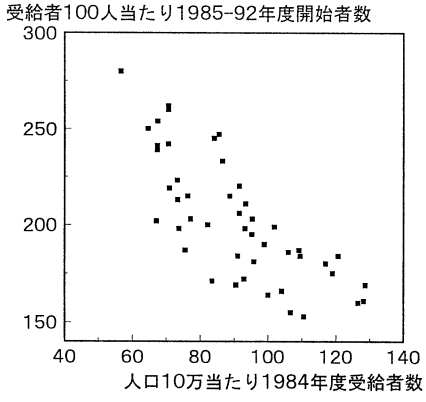


図4　都道府県別，人口当たり1984年度受給者数と受給者当たり開始者数



リンケージ漏れについては，都道府県外への転出者を除いて，性，生年月日の記載に誤りがない限り生じる可能性はない。性，生年月日の記載の誤りの頻度は不明であるが，それほど大きくないであろう。ここでは，それらの誤りをも考慮して，前述の通り，受給者番号または居住地市町村の一致した者について，生年月日の年号，年，月と日および性の中の4つが一致した者を同一者とみなしたが，実際には，その頻度はリンケージされた中の1%にも満たなかった。都道府県外への転出者が受給を継続した場合，本方法ではすべてリンケージ漏れとなるゆえ，中止および開始に分類され，これは中止者数と開始者数の過大評価になる。これまでの研究のいずれでも，同様に都道府県外への転出を中止に含めているが[8~13]，この点は結果を見る上で注意の必要があり，今後，検討することが重要と考える。

先に述べたように，医療受給の有無は年度ごとに定められ，その中止・開始が繰り返される可能性がある。4年間隔の受給状況のみから厳密に中止・開始を定めることはできないが，ここでは，2時点の給付状況から中止・開始を定めた。それゆえ，中止者にはそれらの時点以降に再開した者が含まれ，開始者にはそれらの時点以前に開始し，その後に中止・再開した者が含まれる。ただ，3時点の給付状況からみた84-92年度再開者は受給者100人当たり3人程度であり，受給者当たり中止者数と開始者数にそれほど大きな影響はないものと考えられる。なお，これまでの研究でも2時点の給付状況から中止を定めている[11~13]。

2.　中止状況について

84年度給付対象26疾患全体では，受給者100人当たり中止者数は4年間で28人，8年間で43人であった。各年の中止率を一定と仮定すると，1年間の受給者100人当たり中止者数はそれぞれ7.9人，6.8人と換算される。これは，追跡当初の年間中止率が後のそれよりも高いことを意味する。この傾向は疾患ごとにみてもおおよそ同様であり，他の報告でもおおよそ同様の傾向であった[12,13]。

これまでの研究から得られた受給者100人当たり中止者数およびその年間換算値を表6に示した。対象地域が複数の都道府県に渡るものは，本研究を除ければ①②③であり，いずれも追跡期間は1年間である[8~10]。③⑤⑥は対象疾患として「1 ベーチェット病」，「4 全身性エリテマトーデス」，「9 強皮症・皮膚筋炎および多発性筋炎」，「10 特発性血小板減少性紫斑病」，「12 潰瘍性大腸炎」，「20 パーキンソン病」など，患者数の多いものに限定している[10,12,13]。年間値に換算した受給者100人当たり中止者数は4.7-10.7人であり，本研究のそれ（4年間で7.9人，8年間で6.8人）はおおよそ類似した値であった。これは，本研究のリンケージ方法にそれほど大きな問題がないことを示唆するものと考えられる。なお，①の受給者当たり中止者数は中止・継続が不明の9.4%を除いて算定したものであるゆえ[8]，過小評価の可能性があることを指摘しておく。

受給者当たり中止者数を疾患別にみると，「18

表6　これまでの研究による受給者当たり中止者数のまとめ

	地域	疾患数	追跡開始年度	追跡年数	受給者当たり中止者数	
					期間全体	年間換算#
①	全　国	26	88	1	4.7	4.7
②	9県	26	84	1	8.8	8.8
③	19保健所	6	84	1	10.7	10.7
④	秋田県	26	84	4	29.2	8.3
⑤	和歌山県	10	84	8	47.7	7.8
⑥	埼玉県	10	84	6	57.8	10.2
本研究	全　国	26	84	4	28	7.9
				8	43	6.8

受給者当たり中止者数は受給者100人当たりの人数。
①～⑥はそれぞれ文献8)～13）の引用である。
#：各年の中止率が一定という仮定の下で換算した年間値。

難治性の肝炎のうち劇症肝炎」,「21 アミロイドーシス」,「8 筋萎縮性側索硬化症」などで多かった。これらの疾患は比較的予後が悪いことが知られている[14]。中止理由として，死亡が多いことが報告されており[11~13]，本結果もそれを反映したものと考えられる。

受給者当たり中止者数を年齢別にみると，若年齢と高年齢で多かった。高年齢で多いことは，死亡による中止が多いことを反映したものと考えられる。若年齢で多いことは，軽快などによる中止が多いのかもしれないが[13]，中止理由を調査していない本研究では不明である。また，死亡・軽快以外の中止理由として，保険の種類の変更に伴う辞退，すなわち，保険の種類が老人保健法へ移行すると，自己負担分が減少するゆえ受給中止が多くなると指摘されている[2]。本結果で，4年間の受給者当たり中止者数の上昇程度が65–69歳で大きく，その後の4年間のそれが60–64歳で大きかったが，これらの年齢階級に中止時年齢70歳（老人保健法へ移行する年齢）を含むことが関係しているものと考えられる。なお，都道府県間の受給者当たり中止者数の格差は，疾患や年齢間の格差よりも小さかったが，これは，死亡，軽快，保険の種類の変更に伴う辞退が主な中止理由であることの反映かもしれない。

3. 開始状況について

受給者100人当たり開始者数は，1984年度受給者数を基準とすると，4年間で96人，8年間で203人であった。1984年度受給者数は約10万人であるゆえ，これは，毎年1万人程度ずつ開始していることを表している。この受給者当たり開始者数はきわめて多く，新たに疾患に罹患した者だけでなく，すでに罹患していた者が，医療費給付制度の普及により，受給開始したものと推察される。

疾患別にみると，「26 特発性拡張型（うっ血型）心筋症」の受給者当たり開始者数が最も多かったが，これは，給付対象疾患の指定が1984年度であり[1]，本研究の観察開始がその直後であるためと考えられる。「5 スモン」で最も少なかったが，これは，罹患がかなり以前の者に限られている[15]ためと考えられる。ただ，それ以外の疾患間でも受給者当たり開始者数の格差は大きかった。年齢別にみると，受給者当たり開始者数は20歳代と70歳以上で多かった。なお，高年齢では，84年度受給者数自体が少ないので，開始者数がそれほど多いわけではない。疾患間の格差，年齢間の格差ともに，その理由は本研究では不明であり，今後，検討することが重要であろう。

都道府県間の受給者当たり開始者数の格差は2倍程度であり，受給者当たり中止者数と異なり84年度の人口当たり受給者数と強い負の相関が見られた。前述のように，受給開始が医療費給付制度利用の普及に関係しているとみると，その普及が遅れている都道府県（1984年度の人口当たり受給者数が少ない）では，その後の普及の進展により，受給者当たり開始者数が多かったと考えることができよう。

本研究は平成7年度厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班（班長：大野良之）の研究の一環として実施したものである。

（受付　'96. 6.12
採用　'96.10.22）

文　献

1）厚生統計協会編．国民衛生の動向．東京：厚生統計協会，1995.
2）中村好一，他．難病医療費公費負担制度（特定疾患治療研究事業）による医療費受給者の実態．日本公衛誌 1987; 34: 328–337.
3）中村好一，他．難病患者の受療動向に関する研究．日衛誌 1988; 42: 1083–1091.
4）中村好一，他．難病医療費公費負担制度による医療費受給者の疫学像．日本公衛誌 1991; 47: 525–533.
5）橋本修二，他．難病医療費公費負担制度による医療費受給者の受療動向．日衛誌 1992; 47: 831–842.
6）永井正規，他：医療受給者全国調査．厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班平成6年度研究業績集，1995; 77–80.
7）若林和夫，他．埼玉県に居住している難病患者の受療行動（1984年度と1988年度の比較）．日衛誌 1995; 50: 839–848.
8）柳川　洋，他編．特定疾患治療研究医療受給者調査報告書（1988年度分）その2　受療動向に関する集計解析．厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班，1991.
9）中村好一，他．特定疾患公費負担受給者の追跡調査．厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班昭和62年度研究業績報告書，1988; 41–43.
10）坂田清美，他．特定疾患公費負担受給者の予後調査．厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班昭和62年度研究業績報告書，1988: 44–46.
11）星　北斗，他．秋田県における特定疾患医療受給者の追跡調査．厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班平成4年度研究業績集，1993; 98–100.
12）笠松隆洋，他．和歌山県における難病患者の予後—医療受給者証に基づく追跡調査—．日本公衛誌 1994; 41: 323–329.
13）川口　毅，他．埼玉県における特定疾患医療受給者の予後に関する研究．厚生の指標 1995; 42(10): 12–17.
14）厚生省保健医療局疾病対策課編．難病対策提要．東京：厚健出版，1991.
15）祖父江逸郎．スモンの経年調査．総合臨床 1990; 39: 437–439.

COMMENCEMENT AND DISCONTINUANCE OF RECEIVING FINANCIAL AID FOR INTRACTABLE DISEASE TREATMENT

Shuji HASHIMOTO*, Masaki NAGAI[2]*, Yosikazu NAKAMURA[3]*,
Hiroshi YANAGAWA[3]*, Takashi KAWAMURA[4]*, Yoshiyuki OHNO[4]*

Key words: Intractable disease, Patient receiving financial aid, Discontinuance of receiving financial aid, Commencement of receiving financial aid

Data concerning all patients receiving financial aid for 26 types of intractable diseases in 1984, 1988 and 1992 were individually linked. Proportions of patients who discontinued financial aid in 1988 or 1992 among patients who were receiving aid in 1984 (ratio of discontinuance per patients); and ratios of the numbers of patients newly commencing aid in 1988 or 1992 to the numbers of patients who were receiving aid in 1984 (ratio of commencement per patients) were calculated.

The results were as follows;

1. Among patients receiving financial aid in 1984, ratios of discontinuance per 100 patients were 28 in 1985–88 and 43 in 1985–92. Ratios of commencement per 100 patients were 96 in 1985–88 and 203 in 1985–92.

2. Ratios of discontinuance and of commencement per 100 patients in 1985–92 among 26 intractable diseases were 27–96 and 31–1,068, respectively.

3. Ratios of discontinuance per patients were higher in age groups 0–19 year and 60 year and over than in other age groups. Ratios of commencement per patients were higher in age groups 20–29 year and 70 year and over than in other age groups. Both ratios were higher among males than among females.

4. Ranges of ratios of discontinuance per patients and of ratios of commencement per patients were smaller among 47 prefectures than among diseases and age groups. The number of patients receiving financial aid in 1984 per population among prefectures was inversely correlated to ratios of commencement per patients, and were not correlated with ratios of discontinuance per patients.

* Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health Sciences and Nursing, Faculty of Medicine, the University of Tokyo
[2]* Department of Public Health, Saitama Medical School
[3]* Department of Public Health, Jichi Medical School
[4]* Department of Preventive Medicine, Nagoya University School of Medicine