

[表 2 : 居宅サービスの利用とニードおよびその差]

実際の居宅サービス利用（自己負担総額）は明らかに、所得五分位でみて高い所得階級にあるほど高くなっている。最も高いのが、75 歳以上男性の第 V 所得五分位であり、2 万 1,607 円（5 月一月のみ）利用している。最も低いのは、65-74 歳層女性の第 I 所得五分位であり、7,448 円の利用となっている。

一方で、こうした実際の利用と比較すると、全所得階層で居宅サービスのニードには、それほど大きな差異はみられない。ただし、最もニードが高いのは、65-74 歳層男性では第 III、75 歳以上男性では第 V、65-74 歳層女性では第 V、75 歳以上女性では第 III 所得五分位である。反対に最もニードが低いのは、65-74 歳層男性では第 I、75 歳以上男性でも第 I、65-74 歳層女性では第 II、75 歳以上女性では第 I 所得五分位である。

さて、(ア) 実際の居宅サービス利用（自己負担総額）および (イ) 居宅サービスのニード（要介護度・生活の自立度・痴呆の状況等に応じた居宅サービス費用の平均値）を、所得順にならべ、集中度曲線（相対累積度）を描いたのが次の図である。

[図 2 : 居宅サービス利用（自己負担総額）および居宅サービスのニードの集中度曲線]

図から明らかな通り、居宅サービス利用の集中度曲線は、居宅サービスのニードの集中度曲線より、45 度線に近く、高所得者層に有利な形で、居宅サービス利用が行われている。

#### 4. 結びに代えて

本稿では、厚生労働省「国民生活基礎調査（平成 13 年）」の介護票の再集計結果を活用し、公的介護保険導入後 1 年 3 ヶ月目における、居宅介護サービス利用の公平性について分析した。分析対象となったのは、要支援あるいは要介護状態に現在なっており、かつ 65 歳以上の者である。分析枠組としては、要介護度・生活の自立度・痴呆の状況等に応じた「居宅サービス費用の平均値（=ニード）を各人について算出し、所得順にこの「ニード」と「実際の居宅サービス利用」の集中度曲線（相対累積度）を二本描き、その差異を分析することで、居宅サービス利用の公平性を評価した。

その結果、「ニード」よりも「実際の利用」の集中度曲線の方が上方に位置し、高所得者層はニード以上に居宅サービスを利用していることが明らかになった。しかしながら、高所得者層はより高い介護保険料を支払っている点や、施設介護サービスは分析の対象外となっている点および全額自己負担となるサービスの存在等を考慮すると、これを不公平といつて良いかは留保もある。

さらに、要介護度出現率や介護を要する期間が、所得階層でどれほど異なるか、という点についても慎重な検討が加えられるべきである。

## 参考文献

遠藤久夫・駒村康平 [1999]

「公的医療保険と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』 vol.35:2、pp.141-148。

遠藤久夫・篠崎武久 [2003]

「患者自己負担と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』 vol.39:2、pp.144-154。

本多智佳・大日康史 [2003]

「健康の公平性」『健康経済学』 pp.267-85、東洋経済。

Kakuwani, N., A. Wagstaff and E. van Doorslaer [1997]

“Socioeconomic Inequalities in Health: Measurement, Computation and Statistical Inference,”  
*Journal of Econometrics*, vol.77, pp.87-103.

近藤克則 [2000]

「要介護高齢者は低所得層になぜ多いか - 介護予防策への示唆」社会保険研究所編『社会保険旬報』 no.2073、pp.6-11。

— [2002]

「社会経済的格差による健康の不平等」『経済』、no.82:27-37。

牧厚志・駒村康平 [2000]

「高齢者の要介護状態が家計の介護時間・介護費用に与える影響」国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』 pp.263-91、東京大学出版会。

大日康史 [2003]

「公的介護保険による実際の介護需要の分析—世帯構造別の推定」『季刊社会保障研究』 vol.38:1、pp.67-73。

田近栄治・菊池潤 [2003]

「介護保険財政の展開 - 居宅給付費増大の要因」『季刊社会保障研究』 vol.39:2、pp.174-184。

Wagstaff, A., & E. van Doorslaer [2000]

“Measuring and Testing for Inequalities in the Delivery of Health Care,” *Journal of Human Resources*, pp.716-33.

## 図表類

図1：居宅サービス費用（自己負担総額・対数）の分布

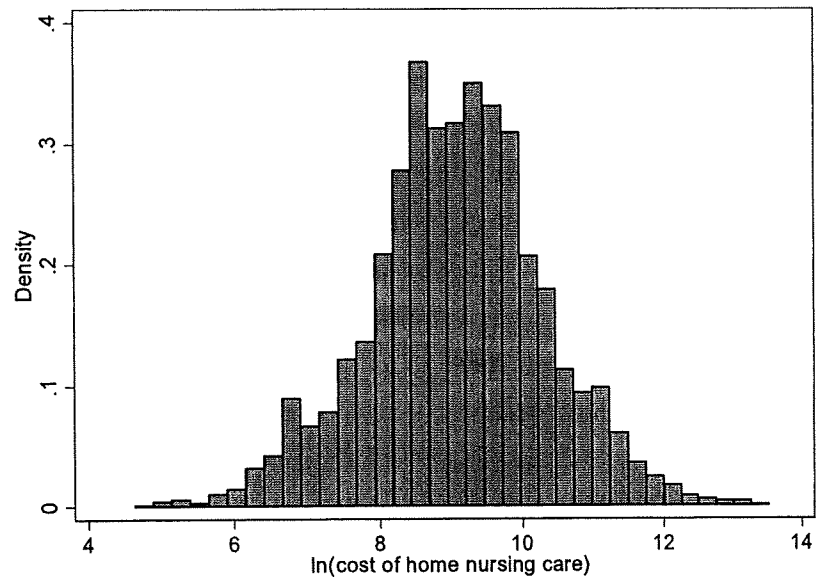
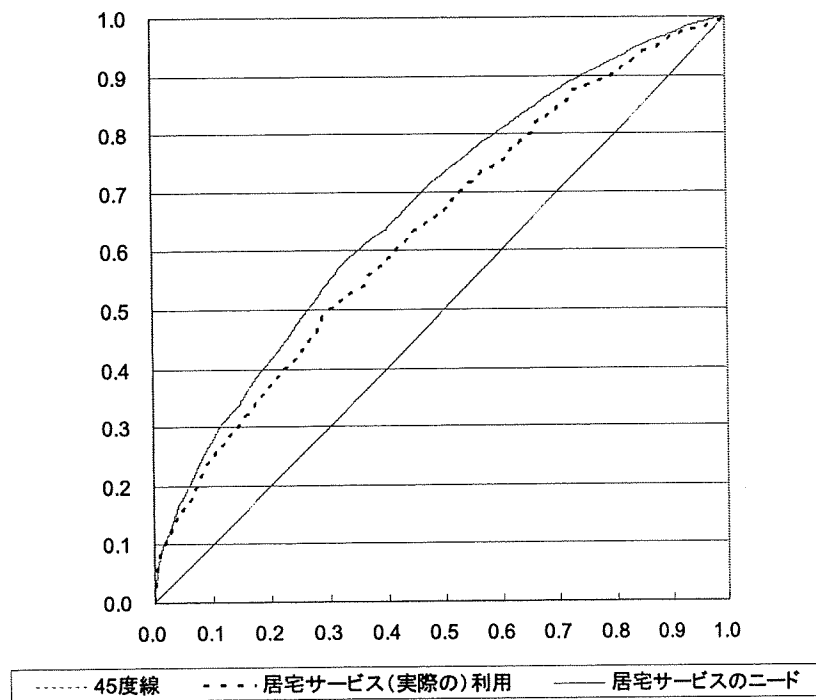


図2：居宅サービス利用（自己負担総額）および居宅サービスのニーズの集中度曲線



出典) 註1 参照。

表 1：平均的な居宅サービス費用（＝ニード）算出のための推計結果

	居宅サービス利用確率			ln (居宅サービス費用総額)		
	Coef.	[ Std. Err. ]		Coef.	[ Std. Err. ]	
施設定員率(県毎)	-6.795	[ 3.149 ]	**	1.654	[ 3.348 ]	
世帯員数	0.008	[ 0.012 ]		0.023	[ 0.013 ]	*
年齢	0.010	[ 0.003 ]	***	-0.006	[ 0.003 ]	*
性別(女性=1)	0.086	[ 0.047 ]	*	-0.136	[ 0.055 ]	**
要介護1(要支援が基準)	0.233	[ 0.067 ]	***	0.300	[ 0.076 ]	***
要介護2	0.220	[ 0.080 ]	***	0.560	[ 0.089 ]	***
要介護3	0.263	[ 0.094 ]	***	0.708	[ 0.103 ]	***
要介護4	0.243	[ 0.107 ]	**	0.728	[ 0.115 ]	***
要介護5	0.207	[ 0.112 ]	*	0.828	[ 0.121 ]	***
歩行自立	-0.077	[ 0.056 ]		0.007	[ 0.060 ]	
移乗自立	0.018	[ 0.060 ]		-0.014	[ 0.063 ]	
食事摂取自立	-0.036	[ 0.066 ]		-0.026	[ 0.066 ]	
嚥下自立	0.068	[ 0.062 ]		-0.023	[ 0.063 ]	
排便の後始末自立	-0.066	[ 0.071 ]		-0.115	[ 0.073 ]	
便意有り	-0.057	[ 0.059 ]		-0.084	[ 0.061 ]	
一般家庭用浴槽の出入り自立	-0.062	[ 0.063 ]		-0.219	[ 0.068 ]	***
ズボンの着脱自立	-0.005	[ 0.069 ]		-0.059	[ 0.074 ]	
洗顔自立	0.073	[ 0.073 ]		-0.009	[ 0.073 ]	
意思疎通完全	-0.031	[ 0.064 ]		-0.132	[ 0.066 ]	**
生年月日回答可	-0.043	[ 0.081 ]		0.001	[ 0.081 ]	
徘徊無し	-0.020	[ 0.067 ]		-0.256	[ 0.069 ]	***
痴呆の疑いがあるが医師による診断は受けていない	-0.010	[ 0.074 ]		-0.089	[ 0.075 ]	
医師による診断を受けたが痴呆とは診断されなかった	-0.005	[ 0.106 ]		-0.081	[ 0.109 ]	
痴呆1(ほぼ生活自立)	-0.057	[ 0.127 ]		0.074	[ 0.135 ]	
痴呆2(見守りにより自立可)	-0.088	[ 0.121 ]		0.443	[ 0.124 ]	***
痴呆3(介護必要)	-0.135	[ 0.115 ]		0.270	[ 0.117 ]	**
痴呆4(常時介護必要)	0.031	[ 0.116 ]		0.350	[ 0.113 ]	***
痴呆5(著しい精神症状・問題行動・重篤な身体疾患)	-0.201	[ 0.212 ]		0.232	[ 0.224 ]	
主な介護者は要介護者の配偶者				-0.275	[ 0.062 ]	***
主な介護者は事業者				0.112	[ 0.079 ]	
要介護者のための専用室有り				0.090	[ 0.045 ]	**
定数項	-0.182	[ 0.290 ]		9.911	[ 0.346 ]	***
Log likelihood	-6357.974					
LR test of indep. eqns. (X2)	9.980 ***					
N	3851			2720		

註) 有意水準 :  $p^* < 10\%$ ,  $p^{**} < 5\%$ ,  $p^{***} < 1\%$

出典) 註1 参照。

表2：居宅サービス利用とニードおよびその差  
(年齢階級・男女別)

65歳以上男女合計

(5月中一ヶ月間・円)

所得五分位	65歳以上		
	実際の利用	平均ニード	(差)
I	10529	13036	-2507
II	12072	14096	-2024
III	13095	15401	-2306
IV	14093	14548	-455
V	18281	15712	2569

男性

(5月中一ヶ月間・円)

所得五分位	65歳以上75歳未満			75歳以上		
	実際の利用	平均ニード	(差)	実際の利用	平均ニード	(差)
I	8568	14845	-6278	11821	14443	-2622
II	13216	16451	-3236	15523	15515	8
III	14083	16569	-2485	11951	15429	-3477
IV	14319	14661	-342	14032	15650	-1619
V	18274	14884	3390	21607	16592	5015

女性

(5月中一ヶ月間・円)

所得五分位	65歳以上75歳未満			75歳以上		
	実際の利用	平均ニード	(差)	実際の利用	平均ニード	(差)
I	7448	12209	-4761	11069	12276	-1206
II	6621	11259	-4639	11651	13720	-2069
III	9311	12904	-3593	14152	15628	-1476
IV	11644	11558	86	14532	14593	-61
V	12100	14091	-1991	17656	15601	2055

出典) 註1 参照。

附表：基礎集計表

	<i>Mean</i>	[ <i>Std. dev.</i> ]
居宅サービス費用	13509.830	[ 33120 ]
施設定員率(県毎)	0.033	[ 0.007 ]
世帯員数	3.343	[ 1.814 ]
年齢	81.770	[ 7.580 ]
性別(女性=1)	0.680	[ 0.467 ]
要介護1(要支援が基準)	0.286	[ 0.452 ]
要介護2	0.204	[ 0.403 ]
要介護3	0.135	[ 0.342 ]
要介護4	0.108	[ 0.310 ]
要介護5	0.109	[ 0.312 ]
歩行自立	0.290	[ 0.454 ]
移乗自立	0.369	[ 0.483 ]
食事摂取自立	0.628	[ 0.483 ]
嚥下自立	0.732	[ 0.443 ]
排便の後始末自立	0.532	[ 0.499 ]
便意有り	0.700	[ 0.458 ]
一般家庭用浴槽の出入り自立	0.316	[ 0.465 ]
ズボンの着脱自立	0.463	[ 0.499 ]
洗顔自立	0.619	[ 0.486 ]
意思疎通完全	0.556	[ 0.497 ]
生年月日回答可	0.689	[ 0.463 ]
徘徊無し	0.840	[ 0.367 ]
痴呆の疑いがあるが医師による診断は受けていない	0.112	[ 0.316 ]
医師による診断を受けたが痴呆とは診断されなかった	0.047	[ 0.212 ]
痴呆1(ほぼ生活自立)	0.030	[ 0.171 ]
痴呆2(見守りにより自立可)	0.052	[ 0.223 ]
痴呆3(介護必要)	0.060	[ 0.238 ]
痴呆4(常時介護必要)	0.060	[ 0.237 ]
痴呆5(著しい精神症状・問題行動・重篤な身体疾患)	0.011	[ 0.105 ]
主な介護者は要介護者の配偶者	0.252	[ 0.434 ]
主な介護者は事業者	0.088	[ 0.283 ]
要介護者のための専用室有り	0.632	[ 0.482 ]
N	3851	

出典) 註1 参照。

## 8. アンケート調査に基づく医療負担の変化に対する 意識と医療需要に関する分析

<主任研究者>

国立社会保障・人口問題研究所  
社会保障応用分析研究部部長

金子 能宏

<研究協力者>

大阪大学大学院国際公共政策研究科助教授

鈴木 亘

## アンケート調査に基づく医療負担の変化に対する意識と医療需要に関する分析

### 8-1 医療負担のあり方に関する人々の意識と医療需要

金子 能宏（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部）

#### 8.1.1 はじめに

平成13年12月に閣議決定された高齢社会対策大綱では、社会保障制度においても世代間の公平性に配慮した給付と負担の均衡を図るとともに、負担能力のある者には能力に応じて公平に負担を求めるという指針が示された。平成13年11月の社会保障審議会医療保険部会の平成14年度医療改革に関する議論においても、高齢者医療の患者負担については、受益と経済的能力に応じた定率負担を求めべきであるが、その場合にも低所得者の負担には十分な配慮が必要である意見も示された<sup>1</sup>。このような意見は、その後の医療制度改革にも反映されている。老人保健制度の一部自己負担は、2001年1月の改正で上限のついた一割負担となったが、2002年10月の改正では、定率1割負担の徹底を図るとともに、現役世代と同水準以上の高所得者については定率2割負担とすることとなった。

ただし、低所得者には、引退により低所得となった者に加えて失業率上昇に見られる労働需給の変化により非正規雇用で働く若年層などがおり、多様である。したがって、所得源泉の多様性や所得格差に留意しながら、医療負担のあり方が医療需要に及ぼす影響を検証することは、医療サービスの適正化と健康・福祉水準の向上との両立を図る上で欠くことのできない基礎的作業である。

これまでわが国では、医療財政の安定化のために保険料水準の引き上げ、制度間の財政調整、あるいは患者の窓口負担の引き上げによる医療需要の抑制が図られてきた。しかし、保険料水準の引き上げや制度間の財政調整に伴う拠出金の増加には、経済成長率が低く企業収益が伸び悩んでいる今日、企業や健康保険組合などから同意が得られにくい状況にある。また、自己負担の引き上げについては、その効果を推計して引き上げの程度を決める際の方法が合理的かどうか議論の余地があり、引き上げの効果があるという場合でもそれは短期的であるという指摘がある。医療負担のあり方については、自己負担率が今後さらに引き上げられることに対する危惧が指摘されたことから、2004年の健康保険法改正では給付率7割を将来にわたり維持することを附則に明記した上で<sup>2</sup>、2004年4月から健康保険

<sup>1</sup> 平成13年11月 社会保障審議会医療保険部会「社会保障審議会医療保険部会における議論の概要」3. 高齢者医療制度, (3) 患者負担を参照。

<sup>2</sup> 附 則（平成一四年八月二日法律第一〇二号）抄（医療保険制度の改革等）

第二条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。



(組合、政管)の被保険者本人の一部自己負担が3割に引き上げられた。

以上のような状況のもとで、医療保険財政を安定的に運営していくための方法を探るためには、受診時における自己負担を例えば3割以上などある一定水準以上引き上げないという条件の下で人々が受け入れられる医療負担のあり方を考察する必要がある。わが国の医療政策のパフォーマンスは、高額療養費制度や国民健康保険の保険料減免、などがあり、これまで所得水準に依存せず医療サービスを受ける機会が保障されてきたことから、傷病別死亡率が所得水準から独立している傾向があり、医療における貧困の悪循環が起こりにくいものであったことが示されている(金子(2003))。したがって、このような医療政策のパフォーマンスを保ちつつ、国民が受け入れられる今後の医療財政の基盤となる医療負担のあり方を検討するためには、人々が受け入れられる医療負担の選択肢を明らかにするのみならず、そのような制度変更が起きる場合の医療需要の動向を事前に把握して、その政策的インプリケーションについても考察しておくことが望ましい。

この章では、このような観点から、老人保健制度の対象年齢を含む70歳以上の高齢者と、非正規就業者も含まれる20歳以上60歳未満の年齢層それぞれを対象にアンケート調査を実施して、考えられる幾つかの医療負担の選択肢に対する人々の意識と、選択肢が提示された場合の医療需要行動に影響する要因について、考察を加える。

この考察を踏まえて、次の章8-2では、仮想市場法と呼ばれるアンケートを使った選好表明手法を用いて、医療保険の給付と負担のバランスや給付適正化についての諸案の優先順位を定量化することを試みる。具体的には、医療経済学分野では比較的新しい手法であるConjoint Analysisを用いて、給付の見直し案や負担増案それぞれの間の効用値を比較し、人々の異なる選択肢に対する順位付けを明らかにして、今後の医療負担のあり方に対するインプリケーションを考察する。

なお、本稿における基本統計量とこれに基づく考察、およびConjoint Analysisに基づく考察は、医療負担のあり方が重要な研究課題であるという認識が高まってきているにもかかわらず、これまでマイクロ・データを用いて検証することが必ずしも十分ではなかったことに対して、アンケート調査を実施してその課題に答えようとする一つの研究上の試みであることをお断りしておきたい。人々の意識や優先順位に照らしてどのような医療負担のあり方が望ましいかについて本稿は一つの資料になりうるとしても、それが具体的な政策に反映されるためには、ここで示した方法を含めたより多くの実証分析の蓄積と慎重な議論の積み重ねが必要であることを強調しておきたい。

### 8.1.2 アンケート調査の実施方法と調査対象の概要

この研究では、先行研究が必ずしも十分に明らかにすることのできなかつた患者の所得水準や健康状態を考慮しつつ、負担能力に差がある高齢者と現役世代それぞれについて医療負担のあり方が医療需要に及ぼす影響をみるために、アンケート調査を実施した。すなわち、本稿で用いるデータは、平成16年2月から3月に掛けて、筆者等が企画し、調査票案を作り、70歳以上の持病を持つ高齢者調査と、若年世代を含む現役世代(20歳以上69歳以下)に対する一般調査の2つに分けて実施したアンケート調査(医療負担のあり方に関

する調査)である。サンプルは、調査機関の全国モニターのうち、70歳以上の持病を持つ高齢者と、20歳以上69歳以下の個人(以下、現役世代と呼ぶ)である。高齢者について持病を持つ者に限定しているのは、昨年度実施したプレ調査の対象を持病のある高齢者で掛かり付け医に通院している(あるいは通院していた)高齢者に限っていたため、本年度実施したものと昨年度のデータを接続してパネルデータを構築することができるようにするためである。サンプル数は、高齢者920人、現役世代900人である。有効回答数は、高齢者790人、現役世代757人であった(有効回答率は、それぞれ85.8%、84.1%)。

高齢者と現役世代の回答者それぞれの年齢及び加入している医療保険の構成はそれぞれ表1と表2の通りである。高齢者(回答者)のうち、持病の数の分布は図1の通りである。対象者が通院している(通院していた)高齢者に限られているので、四つ以上の持病を持つ者の割合はどの年齢層でも少ない。ただし、70歳代前半では一つと答える者の割合が二つ以上と答える者の割合よりも多いのに対して、70歳代後半以上では二つ以上と答える者の割合が大きい。高齢者の就業状況は図2の通りである。

これに対して、現役世代の(調査時点から見て)最近3ヶ月間に通院したことがある者の割合となかった者の割合は、図3の通りである。図4は、現役世代の就業状況(男女計)を示したものであるが、20歳代と40歳代でパート・タイム労働者の割合が増え、30歳代では専業主婦を含む無職が増え、60歳代では定年退職者の割合が増加しており、女性の労働力率のM字型カーブを反映した就業状況となっている。

表1 高齢者(回答者)の年齢構成と医療保険の加入状況

表2 現役世代(回答者)の年齢構成と医療保険の加入状況

図1 高齢者の持病の数

図2 高齢者の現在の就労状況

図3 現役世代(20~69歳)の最近3ヶ月の通院有無

図4 現役世代の現在の就労状況

### 8.1.3 世帯収入階層別に見た受診行動と人々の意識

#### (1) 高齢者

わが国の老人医療費は、既に国民医療費(全ての国民の医療費合計)の3分の1程度に達しており、今後も急速に伸び続け、2015年には、国民医療費の50%に達すると言われている。こうした中、医療保険制度を持続可能な制度としていくために、2002(平成14)年度には、保健医療システムの改革、診療報酬体系の改革及び医療保険制度の改革が総合的に実施された。高齢者医療制度については、2002年の改正における附則で、新たな高齢者医

療制度の創設が検討課題として挙げられ、拠出金負担の軽減を図り75歳以上の後期高齢者に施策を重点化する観点から、老人医療の対象を70歳から75歳に段階的に引き上げ、老人医療費に係る公費負担割合を3割から5割に引き上げることが示された。

このように、医療保険制度改革では、持続可能な制度としての改革が進められる中で高齢化に伴い不可避免的な支出増加については国民の理解を得ながら公費負担に依存する度合いを高めなければならない側面がある。その一方で、財政構造改革が進む今日、社会保障給付を含む公共部門への政府支出の増加に対しては、このような傾向をとどめようとする議論が展開されていることも事実である。

したがって、高齢者医療保健制度を医療保健の枠組みの中に置きながらその財政基盤を拡充していくためには、高齢者が負担の能力に応じて受け入れられる医療負担のあり方を探る必要がある。この節では、このような観点から、上記のアンケート調査の集計結果に基づいて、高齢者の世帯収入階層別に見た受診行動の現状を示したうえで、高齢者が仮に自己負担を引き上げるとしたならば受診行動をどのように替える可能性があるのか、その意識に関する調査結果を概観する。

医療負担の在り方には、このような自己負担の選択肢の他に、ある水準の自己負担を条件として、低額の病気（軽医療）や高度先端医療、終末期医療などを医療保険の適用範囲から外したり、高額療養費制度（高額な医療費については一定条件のもとで自己負担を支払わなくてよいとする制度）を縮小したりすることなど、自己負担以外の医療支出の負担に関する選択肢のうち、人々が受け入れられるものを組み合わせる方法がある。このような方法についての分析は、次の節の実証分析でより詳しく考察する。

高齢者の持病の数と通院している医療機関の数は、世帯収入階層別には大きな相違は見られない。これに対して、通院回数は1ヶ月間に1回と2回となる人の割合は、世帯収入が低い階層で高く、中間の600万円以上800万円未満で低くなるが、世帯収入がそれ以上になると再びその割合が高くなる傾向がある。医療費は、世帯収入階層が上がるにつれて、1月当たり4000円未満の人の割合が減少し、5000円以上の人の割合が上昇する傾向がある。これらの点は、通院で受ける医療サービスは、必需財であるため受診回数は非弾力的であるが、世帯収入上昇とともに医療サービス1回当たりの支出が増える正常財としての側面を併せ持っていることが理解できる。

図5 世帯収入別に見た高齢者の持病の数

図6 世帯収入別に見た持病のある高齢者の通院している医療機関の数

図7 世帯収入別に見た持病のある高齢者の通院回数（かかりつけ医療機関）

図8 世帯収入別に見た最近1カ月に支払った医療費（持病のある高齢者）

このような高齢者の医療需要（外来受診）の特徴を踏まえると、負担能力に応じた医

療負担を求める場合、患者自己負担の引き上げを行っても、その引き上げの程度が可処分所得を大きく低下させて所得効果による需要減少をもたらすほどでなければ、通院回数が非弾力的であるため医療需要を大きく抑制することなく、高齢者の健康維持への影響を最小限にとどめながら、高齢者医療保健制度の財政運営を安定化させることができる可能性がある。

そこで、このアンケート調査では、患者窓口負担1割か2割かを尋ねた上で、1割の高齢者が仮に窓口負担が2割に上昇したら、また2割負担の高齢者にとっては現状が続いたならば、受診回数をどのように変化させるのかその意識について尋ね世帯収入階層別に比べたものが、図9である。図9では、高齢者にとって自己負担が2割になっても（2割負担の者にとってはこれが維持されても）受診回数を減らす人の割合は4割未満であり、窓口での自己負担がこの程度の場合には医療需要が大きく抑制される可能性は少ないと考えられる。これに対して、窓口での自己負担をさらに引き上げるとすれば、それは可処分所得減少の影響を通じて、正常財という側面を持つ医療サービスへの需要を減少させる可能性がある。この点を見るために、窓口負担が3割及び5割に仮に上がったとすれば、現在と比べて受診回数をどのように変化させるのかについてそれぞれ尋ねた結果を世帯収入階層別に比べたものが、図10と図11である。この図から、仮に窓口負担が3割仮に上がった場合には、受診回数を減らす人の割合は800万円未満の世帯収入階層では5割以上となるのに対して、800万円以上の世帯収入階層ではその割合は4割未満となり引き上げの影響が世帯収入階層間で異なることが分かる。さらに、仮に窓口負担が5割に上がった場合には、800万円以上の世帯収入階層でも受診回数を減らす人の割合は5割以上に達し、医療需要が抑制される可能性があることが分かる。

図9 世帯収入別に見た2割負担になったと仮定した場合の受診回数についての意識

図10 世帯収入別に見た3割負担になったと仮定した場合の受診回数についての意識

図11 世帯収入別に見た5割負担になったと仮定した場合の受診回数についての意識

## (2) 現役世代

現役世代の持病の数は、図12のように、高齢者と同様に世帯収入階層別には大きな相違は見られない。これに対して、図通院回数は3ヶ月間に3回以下となる人の割合は、世帯収入が上昇するにつれて増加する傾向が見られる。これは、現役世代の年齢を20歳以上69歳としているので、20歳代と40歳代でパート・タイム労働者の割合が高くなる調査対象ではあるが、年功賃金制度の影響を受けて、加齢に伴い世帯主所得の増加による世帯収入増加の影響があると考えられる。そこで、年齢階層別に通院回数を見ると（図14）このような傾向を見いだすことができる。医療費は、世帯収入階層が上がるにつれて、3ヶ月間で5000円未満の人の割合が減少し、5000円以上の人の割合が上昇する傾向がある。これらの点は、高齢者の場合に見たのと類似している。すなわち、現役世代に

についても、通院で受ける医療サービスは、必需財であるため受診回数は非弾力的であるが、所得上昇とともに医療サービス1回当たりの支出が増える正常財としての側面を併せ持っていることが理解できる。

図12 世帯収入別に見た現役世代の持病の数

図13 世帯収入別に見た現役世代の通院回数

図14 年齢階層別に見た現役世代の通院回数

図15 世帯収入別に見た現役世代の医療費

#### 8.1.4 まとめ

以上の考察から、通院で受ける医療サービスには正常財としての側面があることが理解された。医療サービスに対して人々がこのような需要行動を示すとすれば、その背後には、人々が個々人の意識を反映する選好に基づいて、予算制約のもとで効用を最大化するように医療サービス需要を導いているプロセスがある。次の章では、こうした人々の効用が、仮に提示される医療負担の新たな選択肢ごとにどのように異なるかを計量的に測ることのできるConjoint Analysisを用いて、医療保険の負担と給付のバランスや給付適正化について、諸案の間の優先順位を定量化することを試みる。

表1 高齢者(回答者)の年齢構成と医療保健の加入状況

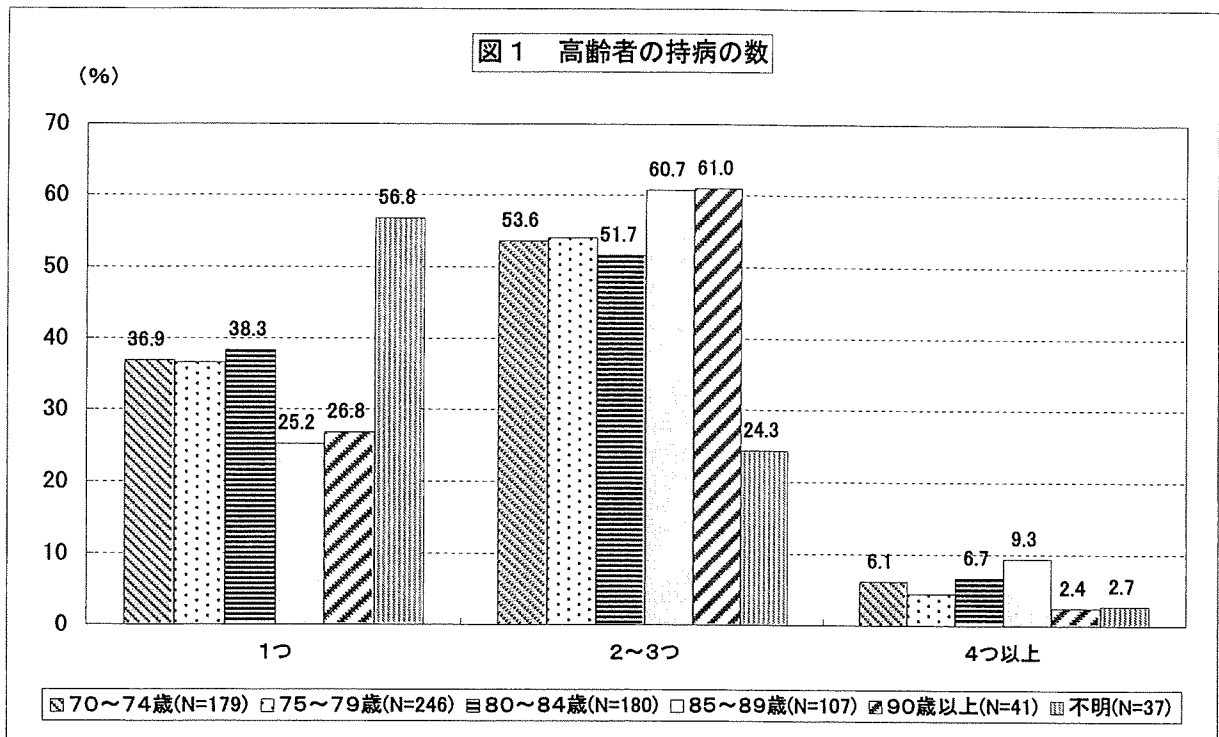
年齢階級	サンプル数 (下段は構成比%)	国民健康保険	国民健康保険・退職者医療保険制度	組合健康保険(本人)	組合健康保険(家族)	政府管掌健康保険(本人)	政府管掌健康保険(家族)	共済健康保険(本人)	共済健康保険(家族)	その他(船員、日雇など)		不明
TOTAL	790	510	29	14	130	13	43	6	36	1	8	
	100	64.6	3.7	1.8	16.5	1.6	5.4	0.8	4.6	0.1	1	
70~74	179	126	12	3	17	7	5	2	7	0	0	
	100	70.4	6.7	1.7	9.5	3.9	2.8	1.1	3.9	0	0	
75~79	246	155	11	5	39	4	12	2	15	0	3	
	100	63	4.5	2	15.9	1.6	4.9	0.8	6.1	0	1.2	
80~84	180	110	2	5	37	0	11	2	10	1	2	
	100	61.1	1.1	2.8	20.6	0	6.1	1.1	5.6	0.6	1.1	
85~89	107	69	0	0	22	2	11	0	2	0	1	
	100	64.5	0	0	20.6	1.9	10.3	0	1.9	0	0.9	
90歳以上	41	25	2	0	9	0	4	0	1	0	0	
	100	61	4.9	0	22	0	9.8	0	2.4	0	0	
不明	37	25	2	1	6	0	0	0	1	0	2	
	100	67.6	5.4	2.7	16.2	0	0	0	2.7	0	5.4	

出所「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

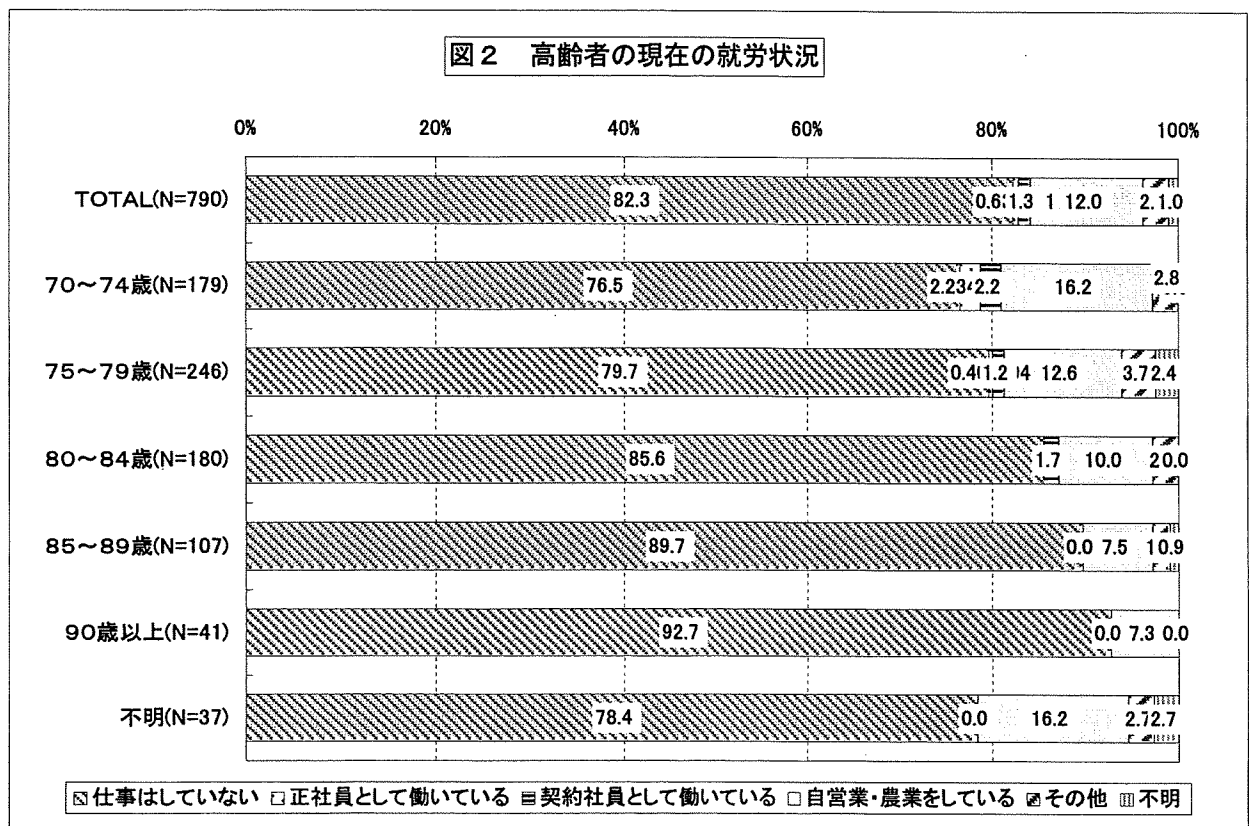
表2 現役世代(回答者)の年齢構成と医療保健の加入状況

年齢階級	サンプル数 (下段は構成比%)	組合健康保険(本人)	組合健康保険(家族)	政府管掌健康保険(本人)	政府管掌健康保険(家族)	共済健康保険(本人)	共済健康保険(家族)	国民健康保険	国民健康保険・退職者医療保険	その他(船員、日雇など)	加入していない	不明
TOTAL	757	149	100	96	50	55	36	205	52	1	3	10
	100(%)	19.7	13.2	12.7	6.6	7.3	4.8	27.1	6.9	0.1	0.4	1.3
20~29	132	36	15	17	7	5	5	40	2	0	2	3
	100(%)	27.3	11.4	12.9	5.3	3.8	3.8	30.3	1.5	0	1.5	2.3
30~39	156	34	27	27	12	15	4	34	0	1	0	2
	100(%)	21.8	17.3	17.3	7.7	9.6	2.6	21.8	0	0.6	0	1.3
40~49	144	32	26	21	11	17	13	22	0	0	0	2
	100(%)	22.2	18.1	14.6	7.6	11.8	9	15.3	0	0	0	1.4
50~59	174	37	27	24	15	13	11	41	5	0	0	1
	100(%)	21.3	15.5	13.8	8.6	7.5	6.3	23.6	2.9	0	0	0.6
60~69	149	9	5	7	5	5	3	67	45	0	1	2
	100(%)	6	3.4	4.7	3.4	3.4	2	45	30.2	0	0.7	1.3
不明	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	100(%)	50	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0

出所「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

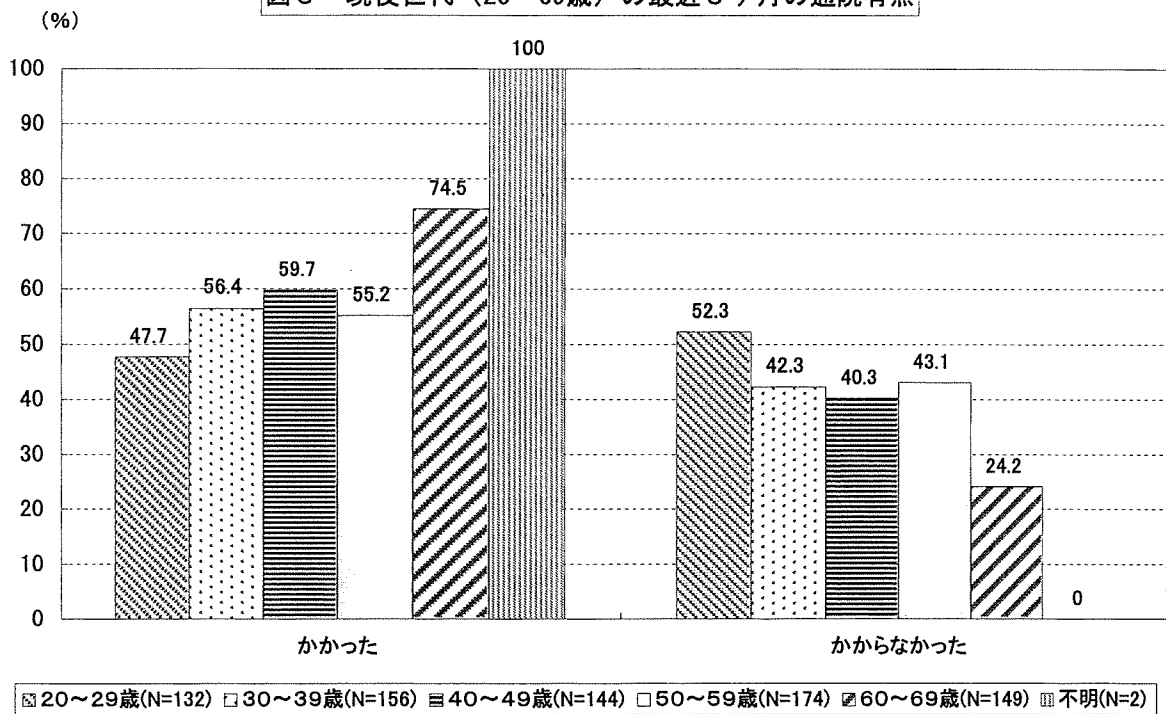


出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成



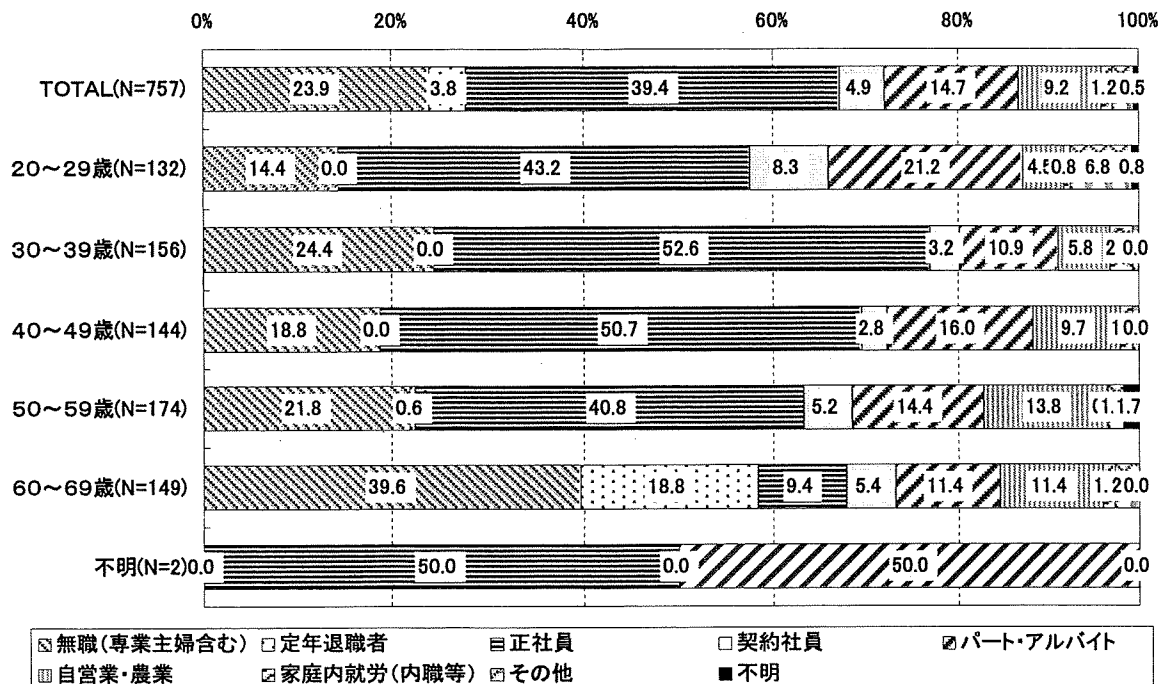
出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図3 現役世代（20～69歳）の最近3ヶ月の通院有無



出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

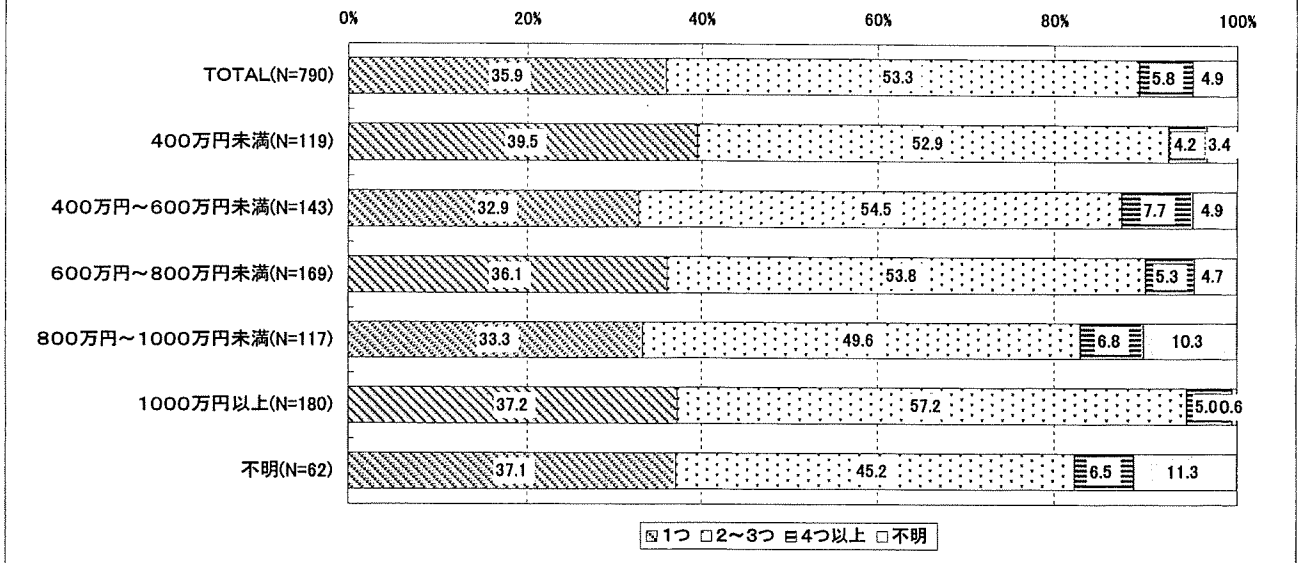
図4 現在の就労状況 現役世代(回答者自身)



出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

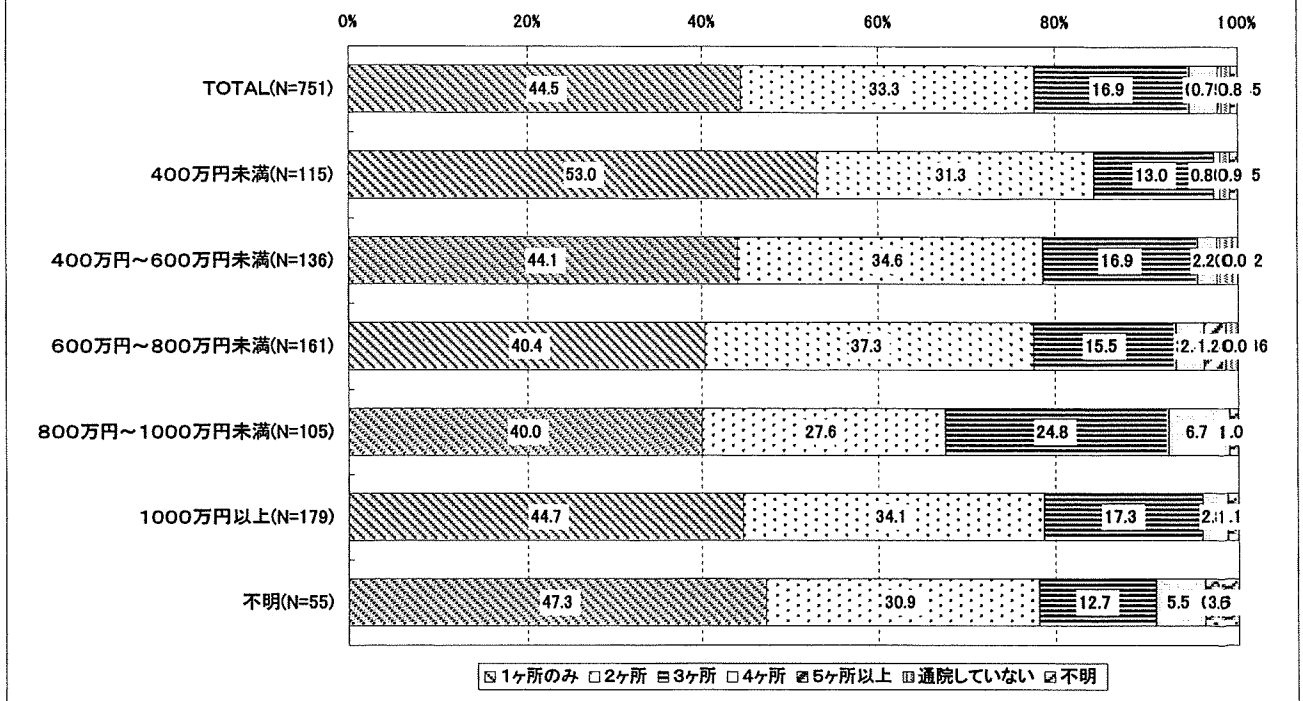


図5 世帯収入別に見た高齢者の持病の数



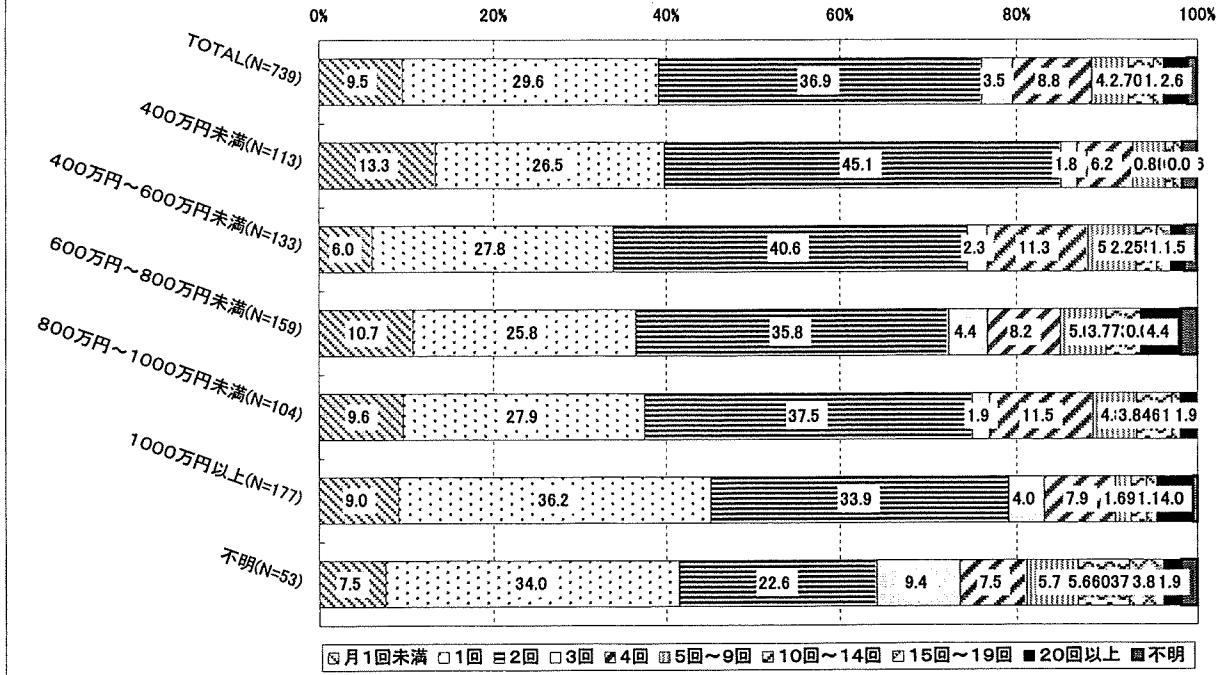
出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図6 世帯収入別に見た高齢者の通院している医療機関の数【ベース：持病保有者】



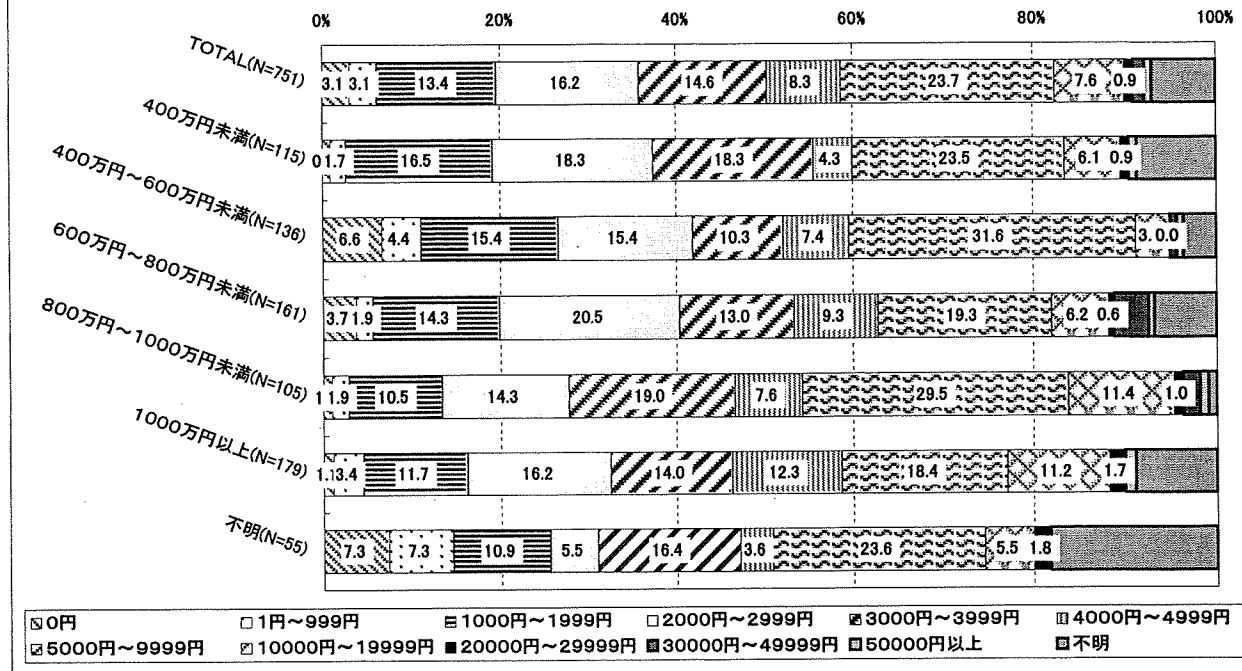
出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図7 世帯収入別に見た高齢者の通院回数（かかりつけの医療機関）



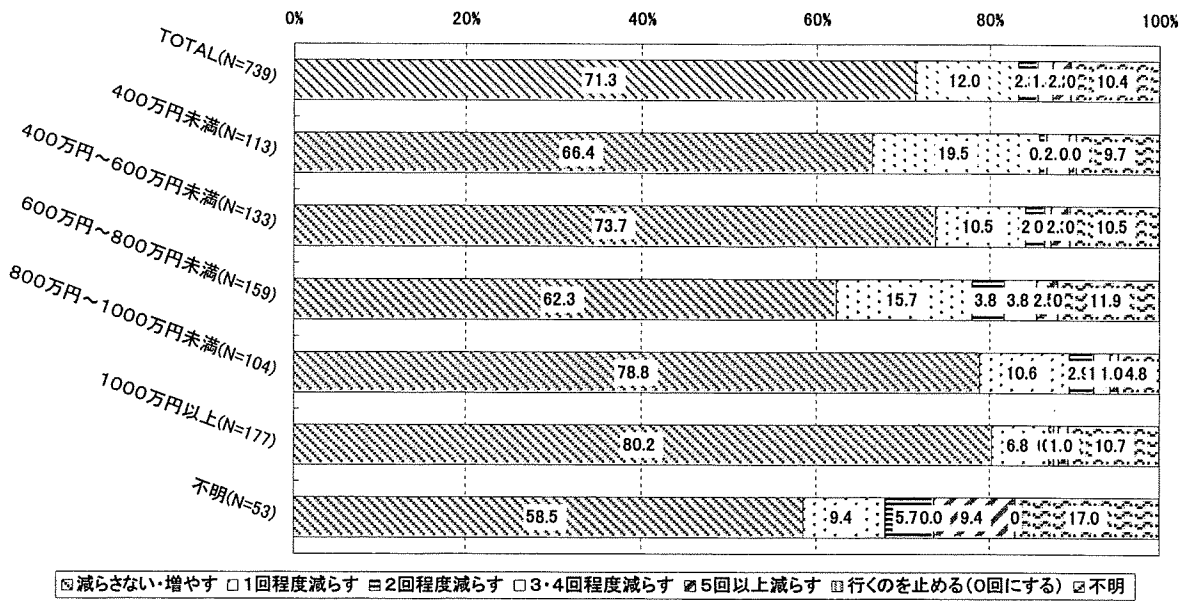
出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図8 世帯収入別に見た最近1ヶ月に支払った医療費【ベース：持病保有者】



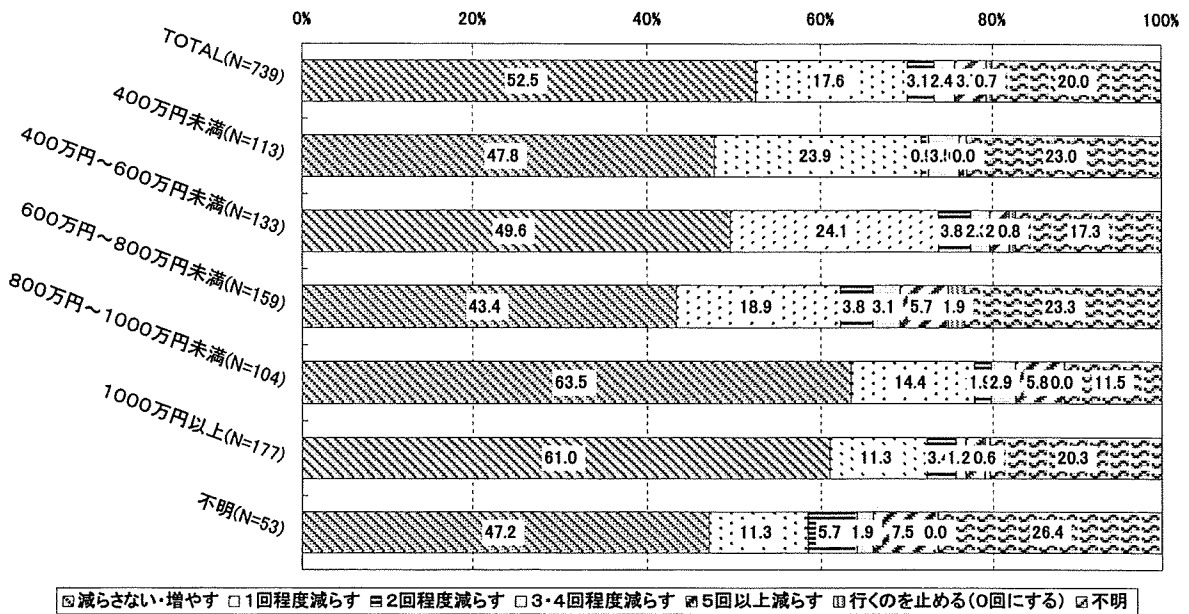
出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図9 世帯収入別に見た2割負担の場合又は2割負担になると仮定した場合の受診回数についての意識（かかりつけ医療機関）



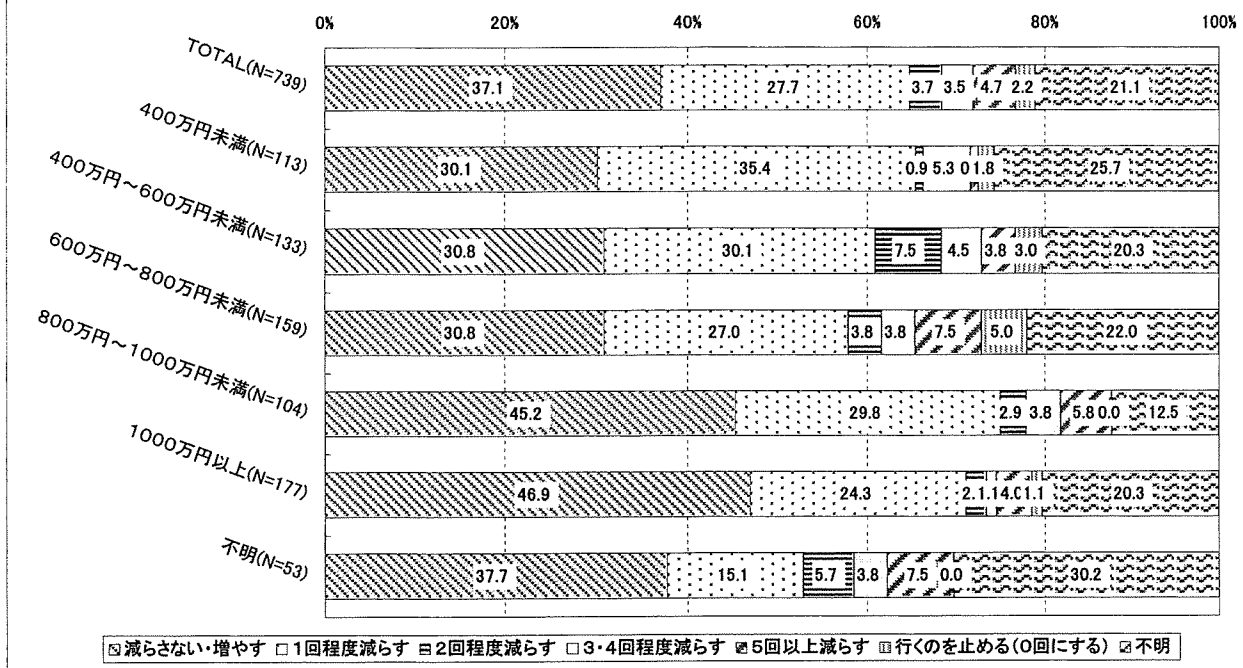
出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図10 世帯収入別に見た自己負担率が3割と仮定した場合の通院回数についての意識（かかりつけ医療機関）



出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成

図11 世帯収入別に見た自己負担率が5割と仮定した場合の通院回数についての意識（かかりつけ医療機関）



出所 「医療負担のあり方に関する調査」より筆者作成