

200400137A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

公的医療保険における自己負担水準が受療行動に与える影響に関する研究

平成 16 年度 総括研究報告書

主任研究者 今村知明

平成 17 年(2005 年)4 月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

公的医療保険における自己負担水準が受療行動に与える影響に関する研究

平成 16 年度 総括研究報告書

主任研究者 今村知明

平成 17 年(2005 年)4 月

目次

I. 総括研究報告

公的医療保険における自己負担水準が受療行動に与える影響に関する研究・・・・・・・・・・ 1

今村知明

(資料) 図 I ~ IV ・・ 43

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

総括研究報告書

公的医療保険における自己負担水準が受療行動に与える影響に関する研究

主任研究者 今村知明

研究要旨

本研究では、異なる 3 つの視点から医療サービス価格が受療行動に与える影響を分析した。インターネットによるアンケート調査により、40-59 歳男女 795 件のサンプルを得た。4 つの仮想的シナリオの下での医療費の支払意志額 (Willingness to pay, WTP) は、「風邪」の外來初診が平均 2,989.9 円、「高血圧」の 1 ヶ月外來医療費が 7,698.1 円、「網膜剥離」の入院医療費が 223,270.4 円、「心筋梗塞」の入院医療費が 950,440.3 円であった。価格の増加による、当該価格の受忍患者数の減少は指数関数で近似された。年収別の支払意志額の差異について、低所得層では「網膜剥離」および「心筋梗塞」の支払意志額が有意に低かった。2003 年 4 月に被用者保険本人自己負担割合が 2 割から 3 割の増加した影響に関する分析において、被調査者の「主観的健康感」などで調整した結果、自己負担増加群(被用者保険「本人」)は不変群(国民健康保険「本人」)と比較して外來受診頻度の増加が抑制されていた。3 つの仮想的なシナリオの下での消費者選好に関するコンジョイント分析では、「自己負担割合」「インフォームド・コンセント」が重要な属性と考えられ、「外來待ち時間」「医療機関の種類」は相対的に重要度が低かった。トレードオフ分析では、自己負担割合が 3 割から 4 割に増加した場合の効用値の低下が、医師のレベル低下による効用値の低下を上回った。他の属性と比較して、自己負担増による効用値の低下は著しいため、現行 3 割からさらに負担増とすることは決して推奨されない。

分担研究者

氏名 康永秀生

所属機関名 東京大学医学部附属病院・企画情報運営部

職名 助手

A. 研究目的

本研究では、国民が抱く医療費の負担感を主題として、異なる3つの視点から医療サービス価格が受療行動に与える影響を分析した。

人口高齢化などに伴う国民医療費の拡大は、さまざまな医療費政策論議を巻き起こしている。そうした論議の際に、国民が抱く現実的な医療費の負担感を考慮することが重要と考えられる。しかしながら現状において、個別の医療の価格に関する情報は十分に公開されていない。また、疾病の発症はほとんどの場合に予測不可能であり、医療サービスを求める機会はいつも偶発的に訪れるため、サービスの価格に関する情報を事前に収集することはほとんど不可能といえる。したがって、一般の財・サービスを購入する場合と異なり、個人が医療サービスを購入する際に価格を評価することは現実的に困難である。そこで本稿では最初に、複数の仮想的な疾病罹患のシナリオを提示した上で、症候・病状を所与の条件として、個人の医療サービスに対する支払意志額 (Willingness to pay, WTP) を計測することによって、それぞれの医療サービスに対して一般人が想定する妥当な対価を推計することを試みた。

次に、公的医療保険の自己負担割合の上昇が受療行動に与える影響を、異なる二つの手法を用いて分析を試みた。

まず、2003年4月の健康保険法改正によって被用者保険の本人自己負担割合が2割から3割に上昇したことがもたらした影響を、独自のアンケート調査結果を利用して分析を試みた。分析に際して、受療行動に影響を与える諸々の要因について調整を試みた。外来受診の動機として、症状の発現が第一義的である。しかし症状の発現が医療機関の外来受診に直結するわけではない。しばしば自然治癒に至ることもあれば、症状を抱えたまま経過観察されたり、市販薬使用・民間療法の利用といった代替手段がとられることもある。個人がある症状や疾病と遭遇することは常に偶発的であるが、自己の症候・病状に対する捉え方には個体差が想定される。ごく軽微な症状であってもそれを不安視し健康状態の悪化と捉えて、直ちに受療するケースもある。反対に、自己

の健康に対する自信ないし過信から、あるいは健康志向の低さから、相当に深刻な症状であってもそれを軽視して受療しないケースもある。受療行動における上記のような個体差について、自覚症状を含めた個人の主観的な健康感が関わっている可能性があると考えられる。受療行動を分析する上で調整が必要な要因として、自覚症状などのほかに、5段階尺度で計測した「主観的健康感」をも組み入れた。

次に、自己負担割合が現状の3割からさらに4割・5割・10割に上昇したケースを仮定し、医療費上昇による負担感の増大を、コンジョイント分析を用いて解析を試みた。

B. 研究方法

I. 調査方法

本研究のマテリアルは、すべて独自のアンケート調査結果から得たものである。無記名のアンケートであり、研究者はアンケート回答者を特定できないため、研究倫理面に問題は無い。

インターネット上で、「医療費の負担感に関する調査」と題するアンケート調査を実施した。民間調査会社にモニター登録している一般のインターネット利用者（約3万人）のうち、40～59歳までの男女を対象として、アンケート協力を依頼するメールを2005年2月22日19時に一斉送信した。被調査者は、アンケートを実施しているウェブ・サイトに主体的にアクセスし、ウェブ上の調査票に直接入力することによって回答・返信が可能であった。2005年2月22日19時から2月24日19時までの48時間で、795件の回答を回収し、その時点でアンケートを終了した。

インターネット・アンケート調査は、企業を中心としたマーケティング・リサーチでは汎用されているが、学術研究の応用例はまだ少ない。本邦ではアレルギー疾患研究などを中心に、インターネット・アンケート調査が利用されている。^{1, 2}

インターネット・アンケート調査の利点として、ごく短時間で大量のデータが回収可能なこと、データ処理の大幅な省力化が可能なこと、比較的低コストであること、などが上げられる。欠点として、インターネット利用者が比較的若年層に偏っていること、回答者がモニター登録に応募

する積極的ユーザーに限定されるため標準誤差が発生しうることを挙げられる。³ しかし近年、インターネット利用者は急速な普及しており、世帯普及率は2003年末でじつに88.1%に達している。1996年における20-30代世帯主の普及率が6.1-7.3%であったのに対し、2003年には13歳以上39歳までの各年代の普及率が90%を超えている。また、1996年における60歳以上世帯主の普及率がわずか1.1%にとどまっていたのに対して、2003年における60-64歳の普及率は39.0%、65歳以上の普及率も15.0%に大幅に拡大している。⁴ さらに、今回の調査では40-59歳までに年齢を限定し、標本集団が若年層に偏ることをあらかじめ回避した。

調査票の内容には、「年齢」「性別」「最終学歴」「世帯年収」「公的医療保険の種別」「私的医療保険への加入状況」といった被調査者の基本的属性のほか、「入院歴」「自覚症状の有無」（「あり」の場合、「該当する症状」と、「治療の実施状況」）及び「医療機関について欲しい情報」に関する質問も含めた。

「自覚症状の有無」について「あり」と答えた者の「該当する症状」として、19の症状（「高い熱」「体がひどくだるい」「眠れない」「頭痛」「めまい」「目のかすみ」「動悸・息切れ」「前胸部の痛み」「せき・たん」「胃もたれ・胸やけ」「便秘」「食欲不振」「腹痛・胃痛」「湿しん」「肩こり」「足の冷え・むくみ」「腰痛」「頻尿（尿の回数が多い）」「月経不順」）を提示し、当てはまるすべての症状の選択を要求した。

「医療機関について欲しい情報」として、以下の10項目の中から3項目まで選択することを要求した。すなわち、「救急・休日診療の実施の有無」「医療機関の規模を示す指標（病床数、医師数、外来患者数など）」「医師の専門分野、得意とする分野」「病院環境（快適な個室がある、など）」「医療機器・設備の充実度」「疾患別の治療実績（手術件数・成績など）」「治療に伴う合併症や死亡の発生率」「第三者機関による医療機関の評価」「医療費に関する情報（治療費の目安や個室料金など）」「過去の医療事故・医療過誤の頻度」について、1項目以上3項目以下のチェックを要求した。

さらに、医療サービス価格が受療行動に与える影響の分析を目的として、以下の内容について質問を行った。

- ・ 医療費の支払意志(Willingness to pay, WTP)に関する質問
- ・ 外来受診頻度および主観的健康感に関する質問
- ・ 医療機関の消費者選好に関する質問

II. 医療費の支払意志(WTP)に関する質問

異なる4つの症状・疾病について、仮想的なシナリオを提示し、医療サービスに対して支払う意志のある金額を質問した。これにより、症候・病状を所与の条件として、個々の医療サービスに対して一般人が想定する妥当な対価を推計することが可能である。質問形式は支払カード法(payment cards)⁵⁾により、7段階の金額を提示して択一する方法をとった。

1. 4つの仮想的シナリオ

①自覚症状を伴うが、死亡や後遺障害の危険は少ない急性疾患

質問：「仮にあなたが風邪に罹患し、医療機関の外来に受診したとします。診察を受け、内服薬を処方されました。会計の窓口で医療費を支払うとき、いくらまでならば快く支払う意志がありますか？」

選択肢：1,000円、2,000円、3,000円、4,000円、5,000円、10,000円、20,000円

②自覚症状を伴わず、差し迫った死亡や後遺障害の危険はほとんど無い慢性疾患

質問：「あなたは高血圧症と高コレステロール血症をともに患い、医療機関の外来に長期に通院が必要になったとします。月1回の受診時に、血圧を下げる薬を2種類、コレステロール値を下げる薬を1種類処方されることとなりました。1ヶ月に負担する医療費が、いくらまでならば支払う意志がありますか？」

選択肢：4,000円、8,000円、12,000円、16,000円、20,000円、40,000円、60,000円

③自覚症状を伴い、死亡の危険は無いが重篤な後遺障害の危険を伴う急性疾患

質問：「あなたは左目の網膜剥離を患い、手術と12日間の入院の結果、失明を免れたとします。

入院医療費の明細を見て、支払額がいくらまでならば支払う意志がありますか？」

選択肢：10万円、15万円、20万円、25万円、50万円、100万円、200万円

④自覚症状を伴い、死亡や後遺障害の危険を伴う急性疾患

質問：「あなたは急性心筋梗塞に陥り、意識不明のまま救急車で搬送され、救命処置と緊急の心臓

カテーテル手術を施され、一命をとりとめました。2ヶ月の入院治療によってほぼ回復し、

退院に至りました。入院医療費の明細を見て、支払額がいくらまでならば支払う意志があ

りますか？」

選択肢：30万円、60万円、90万円、150万円、300万円、1,000万円、3,000万円

2. 分析方法

すべての統計分析には、統計ソフト SPSS ver 13.0 を用いた。

1) どの程度の医療費負担を受忍しうるか？

4つのシナリオについて、WTP を価格(X)、その価格以上の金額で支払意志があると答えた者、すなわち当該価格を受忍しうる者の人数を「受忍者数 (Y)」とし、X-Y平面上に各値をプロットし、以下のような指数関数による近似をおこなう。

$$Y = \alpha \cdot e^{\beta X}$$

X:価格(=WTP)、Y:受忍者数、 α, β :定数

上記の需要関数モデルにおける定数 α, β および決定係数 R^2 を算出する。

2) 年収別の WTP

個人の支払意志額と収入との関連を検討する。まず、年収を低所得層=399万円以下(80人)、中所得層=400-799万円(340人)、高所得層=800万円以上(248人)の3群に再カテゴリー化する。年収について「答えたくない」と回答した66名は除外し、計729名を分析対象とした。各シナリオ・各群について、WTPを水平軸、その価格以上での医療サービス購入を受忍できる者の人数

の割合を垂直軸にプロットする。これにより、各シナリオについて、所得の多寡による支払意志額の差異を可視化できる。次に、各シナリオについて、WTPの平均値を低・中・高所得の3群間で比較する。WTPの分布については正規性および等分散性が疑わしいため、ノンパラメトリック検定としてKruskal Wallis 検定を採用した。

さらに、年収以外の諸要因を同時に調整することを目的として、WTPを従属変数、年収・年齢・私的医療保険の加入・入院歴・外来受診頻度の変化および関連する自覚症状を独立変数として、回帰分析を行う。その際、各変数は順序データであることを考慮し、通常の重回帰分析ではなく、順序回帰分析 ordinary regression analysis の手法を採用した。

Ⅲ. 外来受診頻度および主観的健康感に関する質問

1. 外来受診頻度および主観的健康感の定量化

自己負担割合増加が受療行動に及ぼす影響を分析することを目的として、「外来受診頻度」を直接質問した。また、「外来受診頻度」に影響を及ぼすと考えられる「主観的健康感」についても併せて質問した。

まず2003年4月において被用者保険の自己負担割合が2割から3割に増加した事実を踏まえて、2003年3月以前と2003年4月以降に時期を二分した。具体的には、2002年(平成14年)4月から2003年(平成15年)3月までの1年間を「期間A」、2003年(平成15年)4月以降2005年(平成17年)2月末までの1年11ヶ月間を「期間B」とした。

「外来受診頻度」については、「期間B」における医療機関の外来通院頻度について、9段階の選択肢を用意して一項目の選択を要求した。また、「期間A」と比較した「期間B」における「外来受診頻度の変化」について、「かなり増えた・やや増えた・変わらない・やや減った・かなり減った」および「覚えていない」の6項目から択一を要求した。

「主観的健康感」については、「とてもよい・よい・ふつう・やや悪い・悪い」の5段階評価尺度を用い、「期間A」と「期間B」のふたつの時期について別個に質問した。

とてもよい=2点、よい=1点、ふつう=0点、やや悪い=-1点、悪い=-2点で点数化し、

「主観的健康感の変化」= (期間Bの主観的健康感) - (期間Aの主観的健康感)と定義する。

「主観的健康感の変化」は-4~+4の整数値をとり、マイナスは「主観的健康感」の「悪化」、0は「不変」、プラスは「改善」を意味する。

2. 自己負担割合増加による外来受診頻度の変化

主な公的医療保険のうち、組合管掌健康保険・政府管掌健康保険・共済組合は2003年4月の医療保険制度改正によって、本人自己負担割合が2割から3割に上昇した。(なお、家族の自己負担割合3割は据え置かれた。)一方、国民健康保険は従来から本人・家族とも3割負担であり、2003年4月以降も3割に据え置かれた。本人と家族の受療行動は異なることが考えられるが、ここでは自己負担増加の影響に焦点をさぼるために、組合管掌健康保険・政府管掌健康保険・共済組合の本人と国民健康保険の本人とについてのみ比較することとする。すなわち、健保・共済本人を「自己負担増加群」(または単に「増加群」)、国保本人を「自己負担不変群」(または単に「不変群」とし、両群間で「外来受診頻度の変化」を比較した。

「外来受診頻度の変化」の各レベルを点数に置換し(2=かなり増えた、1=増えた、0=変わらない、-1=減った、-2=かなり減った)、両群の平均値および標準偏差を算出し、t検定による平均値の比較を行った。

次に、「主観的健康感の変化」の要因を考慮した上で、両群間の比較を行う。すなわち、「外来受診頻度の変化」を従属変数とし、「公的医療保険の種別」(自己負担不変群・増加群)および「主観的健康感の変化」(悪化、不変、改善)の2元配置分散分析を行った。

さらに、「主観的健康感の変化」の要因を完全に排除するために、「主観的健康感の変化」=0(不変)である標本のみを抽出し、不変群・増加群間についてt検定による平均値の比較を行った。また、その他の要因による影響を調整することを目的として、「外来受診頻度の変化」を従属変数、「公的医療保険の種別」「性別」「年収」「入院歴」を独立変数として回帰分析を行った。その際、

各変数が順序データであることを考慮して、重回帰分析ではなく、順序回帰分析の手法を採用した。

IV. 医療機関の消費者選好に関する質問

コンジョイント分析は、製品に対する消費者の選好(preference)を測定するために、異なる属性(attribute)と水準(level)の組み合わせからなる複数の製品プロファイルを作成・提示し、被調査者がどのプロファイルを選んだかによって、製品の購入決定に影響を与える要因を抽出する統計手法である。⁶ 従来から企業のマーケティング・リサーチ(市場調査)で繁用されてきたが、近年は医療政策分野への応用が拡大している。⁷

異なる3つの病態について仮想的シナリオを設定し、各々について医療機関の消費者選好を計測するコンジョイント分析(conjoint analysis)のための質問を以下のように作成した。

1. 3つの仮想的シナリオ

〔ケース1〕

比較的頻繁に遭遇する急性症状があり、生命の危険はほとんどないと考えられるケース。

「あなたが、突然の発熱(38.5℃)におそわれた状況を仮想します。あなたは「風邪か?」と考えて、市販の解熱剤を服用して丸一日安静にしましたが、回復の兆しがありません。そればかりか、悪寒と倦怠感を伴ってきました。」

〔ケース2〕

持続的または間欠的な中等度以上の症状があり、生命の危険も否定できないケース。

「あなたは、約3ヶ月前から食欲がすぐれず、体重もやや減少しています。胃のあたりが重苦しく、ときに痛みを感じることもあります。市販の胃薬を何種類か試しましたが、効果がありません。」

〔ケース3〕

現時点では無症状であるが、疾病の存在と生命の危険が明白であるケース。

「あなたが人間ドックを受診した際、胸部 CT 検査で「胸部大動脈瘤」という疾患が発見されました。人間ドック担当の内科医の話では、心臓のすぐ近くの大動脈にできた瘤（こぶ）であり、最大径が8 cmもあり、手術をしないと破裂して大出血により突然死する危険がある、とのことでした。しかし現在、あなたは全く症状がありません。」

2. コンジョイント・カードの作成

患者が医療機関を選択する際の基準となる指標として、医療機関の規模、受付から診察までの待ち時間、医師の診療レベル、インフォームド・コンセントの実践、のそれぞれをコンジョイントの属性(attribute)に組み入れた。さらに、患者の重大な関心事項として医療費の負担についても考慮する必要がある。現在の自己負担割合 3 割よりもさらに増加した場合を想定し、属性に組み入れた。

各属性を同時に提示する全概念法(full concept method)を用いることとし、各属性について、以下のような水準(level)を設定した。

①医療機関の種別

ケース1については、「開業医」または「一般病院」の2水準を設定した。すなわち common disease に対する初期診療において、患者がどちらの医療機関を選択するかを検証する。

ケース2およびケース3については「一般病院」または「大学病院」の2水準を設定した。ともに精査加療を要することから、フリーアクセスの条件下では開業医よりも病院への直接受診が多いことが想定される。各々の状況下で、一般病院と大学病院のどちらが選択されやすいかを検証する。

②待ち時間

ケース1については「15分」または「1時間」の2水準を、ケース2・3については「15分」または「3時間」の2水準を設定した。待ち時間が短い方がより選好されやすいことは明らかだが、他の属性との関連において、待ち時間の短さがどの程度効用を増大させるかを検証した。た

だし、ケース1のように急性症状を有するケースで3時間待つことは通常受忍しがたいと考えられるため、1時間とした。

③医師の診療レベル

「高い」または「ふつう」の2水準とした。

「医師の診療レベル」について客観的な情報を一般者が幅広く入手することは現状では困難である。ここでは、一般者が通常入手しうる範囲での情報を基にした評価によるものとする。すなわち、「医師の診療レベル」が「高い」とは、口コミによる評判が高い、メディアなどで紹介される名医がいる、いわゆる病院ランキングに掲載されている、などの不確定情報に基づく主観的判断によるものとする。そうした判断が他の属性との比較においてどの程度患者の医療機関の選好に影響を及ぼすかを検証する。

④インフォームド・コンセント

「医師の説明が十分でわかりやすい」または「不十分でわかりにくい」、の2水準を設定した。近年、患者は医師にたいして納得のいく十分な説明を求めると言われる。インフォームド・コンセントがもたらす効用が、果たして他の属性よりも優位であるかどうかを検証する。

⑤自己負担割合

3割・4割・5割または10割、の4水準を設定した。

現在の自己負担割合は3割であるが、4割・5割または10割負担という仮想的な状況を想定し、負担増が患者にもたらす効用の減少を検証する。

各属性および水準の組み合わせは合計 $2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 4 = 64$ 通りに上るため、直交計画法を用いて10通りのコンジョイント・カードにしぼる。すべての属性について異なる水準が記載された10枚のコンジョイント・カードをウェブ・サイトの画面上に並べ、被調査者に1位から10位までの順位をつけてもらった。

統計解析には、SPSS ver.13.0 および SPSS Conjoint を用い、3つのケースについて、各属性の効用値 utility、および相対的な重要度 importance を計測した。

最初に全標本(n=795)についてのコンジョイント分析を実施し、次に収入の多寡による相違を検証するために、年収 399 万円以下の低所得層(n=92)、および年収 1,000 万以上の高所得者(n=127)について、同様にコンジョイント分析を実施した。

<ケース1のコンジョイント・カード>

医療機関	医療機関の種別	待ち時間	医師のレベル	インフォームド・コンセント	自己負担割合
a 病院	一般病院	15分	高い	不十分でわかりにくい	5割
b 病院	一般病院	1時間	ふつう	不十分でわかりにくい	3割
c 病院	一般病院	15分	ふつう	十分でわかりやすい	4割
d 診療所	開業医	1時間	高い	不十分でわかりにくい	4割
e 診療所	開業医	1時間	ふつう	十分でわかりやすい	5割
f 診療所	開業医	15分	ふつう	不十分でわかりにくい	10割
g 診療所	開業医	15分	高い	十分でわかりやすい	3割
h 病院	一般病院	1時間	高い	十分でわかりやすい	10割
i 診療所	開業医	15分	ふつう	十分でわかりやすい	3割
j 病院	一般病院	1時間	高い	十分でわかりやすい	3割

<ケース2のコンジョイント・カード>

医療機関	医療機関の種別	待ち時間	医師のレベル	インフォームド・コンセント	自己負担割合
A 病院	大学病院	15分	高い	不十分でわかりにくい	5割
B 病院	大学病院	3時間	ふつう	不十分でわかりにくい	3割
C 病院	大学病院	15分	ふつう	十分でわかりやすい	4割
D 病院	一般病院	3時間	高い	不十分でわかりにくい	4割
E 病院	一般病院	3時間	ふつう	十分でわかりやすい	5割
F 病院	一般病院	15分	ふつう	不十分でわかりにくい	10割
G 病院	一般病院	15分	高い	十分でわかりやすい	3割
H 病院	大学病院	3時間	高い	十分でわかりやすい	10割
I 病院	一般病院	15分	ふつう	十分でわかりやすい	3割
J 病院	大学病院	3時間	名医がいる	十分でわかりやすい	3割

<ケース3のコンジョイント・カード>

医療機関	医療機関の種別	待ち時間	医師のレベル	インフォームド・コンセント	自己負担割合
A 病院	大学病院	15分	高い	不十分でわかりにくい	5割
B 病院	大学病院	3時間	ふつう	不十分でわかりにくい	3割
C 病院	大学病院	15分	ふつう	十分でわかりやすい	4割
D 病院	一般病院	3時間	高い	不十分でわかりにくい	4割
E 病院	一般病院	3時間	ふつう	十分でわかりやすい	5割
F 病院	一般病院	15分	ふつう	不十分でわかりにくい	10割
G 病院	一般病院	15分	高い	十分でわかりやすい	3割
H 病院	大学病院	3時間	高い	十分でわかりやすい	10割
I 病院	一般病院	15分	ふつう	十分でわかりやすい	3割
J 病院	大学病院	3時間	高い	十分でわかりやすい	3割

C. 研究結果

I. 記述統計量

1) 年代 (図 I-1)

40-44 歳が 385 人(48.4%)、45-49 歳が 218 人(27.4%)、50-54 歳が 125 人(15.7%)、55-59 歳が 67 人(8.4%)となり、年齢層が高くなるにつれての構成割合が少なくなっている。

2) 性別 (図 I-2)

男性 463 人(58.2%)、女性 332 人(41.8%)であり、男性が比較的多かった。

3) 最終学歴 (図 I-3)

中学校卒 1 人 (0.1%)、高等学校卒 206 人(25.9%)、専門学校卒 85 人(10.7%)、短期大学卒 100 人(12.6%)、大学卒 374 人(47.0%)、大学院卒 25 人(3.1%)となっており、大学卒・大学院卒を含めるとほぼ半数を占めた。

4) 年収 (図 I-4)

99 万円以下が 13 人(1.6%)、100-199 万円が 11 人(1.4%)、200-299 万円が 27 人(3.4%)、300-399 万円が 41 人(5.2%)であり、年収 399 万円以下の小計が 11.6%であった。400-599 万円が 153 人(19.2%)、600-799 万円が 218(27.4%)であり、これらの所得層が比較的多数を占めた。800-999 万円が 139 人(17.5%)、1,000-1,499 万円が 105 人(13.2%)、1,500 万円以上が 22 人(2.8%)となった。その他に、「答えたくない」とした者が 66 人(8.3%)となった。

5) 公的医療保険の種別(図 I-5)

国民健康保険が 240 人(30%)、組合管掌健康保険が 282 人(35%)、政府管掌健康保険が 118 人(15%)、共済組合が 111 人(14%)、その他が 44 人(6%)となった。「自己負担割合増加群」(組合管掌健康保険・政府管掌健康保険・共済組合) は計 511 人、「自己負担割合不変群」(国民健康保険) は計 240 人となった。

6) 私的医療保険への加入状況 (図 I-6)

民間保険会社などによる私的医療保険に「加入している」と回答した者は546人、「加入していない」と回答した者は221人、「答えたくない・わからない」が28人であり、「加入している」が全体の68%を占めた。

7) 入院歴(図I-7)

「入院歴なし」が414人(52%)、「入院歴あり」が381人(48%)となった。

8) - 1. 該当する症状 (図I-8-1)

最近3ヶ月の間に何らかの自覚症状を経験したケースは660人(83.0%)にのぼり、無症状の135人(17.0%)を大きく上回った。該当する症状のうち、「肩こり」37.5%、「頭痛」31.4%、「腰痛」29.4%、「せき・たん」23.8%、「体がひどくだるい」22.0%などが上位を占めた。

8) - 2. 自覚症状に対する治療の実施 (図I-8-2)

前項における有訴者660人を対象に、自覚症状に対する対処(治療の実施などに)について質問したところ、「病院・診療所に受診した」が265人(40.2%)、「治療していない」が181人(27.4%)、「売薬を飲んだり、つけたりした」が190人(28.8%)、「その他の治療をした」が24人(3.6%)となった。

9) 医療機関について欲しい情報 (図I-9)

「医療機関について欲しい情報」は、「医師の専門分野」が482人(60.6%)、「第三者機関による評価」391人(49.2%)、「救急・休日診療の実施」342人(43.0%)、「医療費に関する情報」248人(31.2%)、などが上位を占めた。一方、「病院環境(個室など)」は39人(4.9%)、「医療機関の規模(ベッド数・看護師数)」は41人(5.2%)と比較的少数であった。

II. 医療費の支払意志(WTP)

1. 4つの仮想的シナリオ

4つの仮想的シナリオについて、支払意志額は以下のような結果となった。

①風邪 (図Ⅱ-1-1)

<表Ⅱ-1>WTP-風邪

WTP	人	%
1,000円	44	5.5%
2,000円	256	32.2%
3,000円	336	42.3%
4,000円	67	8.4%
5,000円	77	9.7%
10,000円	14	1.8%
20,000円	1	0.1%

中央値 3,000 円、平均値 2,989.9 円

②高血圧 (図Ⅱ-1-2)

<表Ⅱ-2>WTP-高血圧

WTP	人	%
4,000円	359	45.2%
8,000円	279	35.1%
12,000円	111	14.0%
16,000円	15	1.9%
20,000円	20	2.5%
40,000円	9	1.1%
60,000円	2	0.3%

中央値 8,000 円、平均値 7,698.1 円

③網膜剥離 (図Ⅱ-1-3)

<表Ⅱ-3>WTP-網膜剥離

WTP	人	%
10万円	248	31.2%
15万円	166	20.9%
20万円	209	26.3%
25万円	66	8.3%
50万円	85	10.7%
100万円	15	1.9%
200万円	6	0.8%

中央値 150,000 円、平均値 223,270.4 円

④心筋梗塞(図Ⅱ-1-4)

<表Ⅱ-4>WTP-心筋梗塞

WTP	人	%
30万円	250	31.4%
60万円	230	28.9%
90万円	149	18.7%
150万円	115	14.5%
300万円	44	5.5%
1,000万円	6	0.8%
3,000万円	1	0.1%

中央値 600,000 円、平均値 950,440.3 円

2. 分析結果

1) どの程度の医療費負担を受忍しうるか?

各シナリオについて価格-受忍者数の関数を作図した。(図Ⅱ-2-1~4)

<表Ⅱ-5>価格-受忍者数

	R^2	F 値	p	α	β
風邪	0.9635	105.649	0.001	1402.171	-7.54×10^{-4}
高血圧	0.9154	43.272	0.003	360.220	-1.42×10^{-4}
網膜剥離	0.9207	46.463	0.002	505.135	-5.00×10^{-6}
心筋梗塞	0.8141	17.520	0.014	215.882	-5.92×10^{-7}

$$Y = \alpha \cdot e^{\beta X}$$

X:価格(=WTP)、Y: 受忍者数、 α, β :定数、 R^2 :決定係数

2) 年収別の WTP

各シナリオ・各群について WTP を水平軸、その価格以上での当該医療サービス購入を受忍できる者の割合(%)を垂直軸にプロットしたグラフを作図した。(図Ⅱ-3-1~4)