

しかし、年金保険料と同様、医療保険料も多くの組合で上昇を続けるなかで、就労世代の負担感は確実に高まっており、とりわけ市町村国保にいたっては、保険料を滞納する世帯の増加から「国民皆保険」の根幹が揺らぐ事態に直面している。⁴

鈴木・大日(2000)によると、無保険者の場合、所得や健康状態をコントロールしても、通常の保険証保持者と比べて受診率は統計的に有意に減少することが指摘されており、無保険者の拡大の放置は、医療サービスから排除される人々を増加させ、健康格差を拡大する恐れがある。実際、国保保険料(税)の収納率は2008年に88.35%となって国民皆保険以降最低の数字を記録している。⁵ 政府も国民健康保険法の改正により、2009年4月以降、中学生以下で無保険の子どもに対しては、「短期被保険者証」を無償で更新するなどの措置を通じて上記の問題に対処してきたが、未だ事実上の無保険者が多数存在している状況である。

このような問題意識を踏まえ、本研究では、現状の公的医療保険制度のあり方に対して地域住民がどのような評価をしているかについて、我々が実施したアンケート調査の個票データを用いて検証を行う。分析の前半では、「公的医療保険制度のもとでの医療費負担に関する意見」を尋ねた設問を活用し、これらの回答結果をもとにして、回答者の様々な属性が医療負担に関する意見にどのように影響を与えているかについて考察する。また、分析の後半では、公的医療保険制度のあり方に関する選択型実験の調査結果に基づき、医療の給付・負担に関する様々な属性の相対的な重要性を計量分析によって明らかにする。

本研究と関連のある研究として、日本では金子・鈴木(2004)、他の諸外国ではRyan(2004)、Viney et al(2005)、Ryan, Skatun and Major(2008)、Brau and Bruni(2008)などを挙げるができる。特に、金子・鈴木(2004)は、コンジョイント分析の手法を用いて、公的医療保険制度下での医療費の負担や給付の適正化に対するいくつかの改革案について優先順位の順位付けを行っている。そして、個々の給付に対する限界支払意思額を算出することにより、高齢者を対象とした調査では、「高額医療費の自己負担増」、「軽度医療の保険外化」への人々の負担感が強く、一般(若者を含む)を対象とした調査では、同じく「高額医療費の自己負担増」または「終末期医療の負担増」に対する負担感が強いとの結果を得ている。

本研究の分析においても我々が収集した調査データを活用し、選択型実験の手法を用いることで、公的医療保険制度における医療給付や負担についての人々の評価をより詳細に検証する。なお、金子・鈴木(2004)では、加入している組合や居住地域等によって医療保険制度の選好にどのような差異がみられるか、あるいは医療(保険)証の配布対象をどのようにするべきかといった内容は扱っていないため、本研究では、そのような視点も踏まえながら、より持続性の高い制度体系について考察することとしたい。

本稿の構成は以下の通りである。まず、2節では本稿の分析に主に使用する「地域の生活環境と

⁴ 厚生労働省の発表によると、国民健康保険の保険料を滞納している世帯(速報値)は、2009年段階で全国約445万世帯、滞納率は20.8%にのぼっている。すなわち、国民健康保険の被保険世帯においては、約5世帯に1世帯が保険料を支払っていないということになる。保険料の滞納が続くと、正規の保険証は返還させられ、窓口での負担が全額負担となる場合がある。厚生労働省(2008)によると、事実上の「無保険状態」にある世帯が全国で33万世帯と発表されている。阿部(2008)にも同様の指摘がある。

⁵ 平成19年度から平成20年度にかけて収納率は90.45%から88.35%に低下したが、この原因としては、後期高齢者医療制度の導入で収納率の高かった75歳以上の者が市町村国保から後期高齢者医療制度へ移行したという制度上の理由も大きい。これに加えて景気の悪化等の理由が考えられる。

医療に関するアンケート」の個票データの概要を述べる。次に3節では、公的医療保険制度のもとでの医療費負担のあり方について尋ねたアンケート調査の回答結果に基づき、医療費負担についての評価が、回答者の属性とどのような関係にあるかについて検証を行う。4節では、選択型実験の概要と、この分析で得られた推定結果の内容について論じる、5節では、これまでの結果についての総論をまとめる。

2. 使用するデータ

本稿の分析で使用するデータは、ファイザーヘルス振興財団若手研究者育成事業（平成19年度）国内共同研究助成金「生活環境の地域間格差と公的医療保険制度の評価に関する研究」において実施された「地域の生活環境と医療に関するアンケート調査」の個票データである。アンケートはネット調査会社⁶に依頼し、調査会社と提携するモニターを対象にしてインターネットを通じて行われた。なお、今回のアンケート対象者については、ネット調査の標本の特性を考慮し、20代~40代の大都市（東京23区+政令指定都市）の居住者に限定した。調査配信数は、2,401件、回収数は1,531件であり、回収率は63.8%であった。

本稿のアンケート調査は、本人、家族の健康を把握する質問に加え、現状の医療保険制度に対する意識・評価に関する設問が含まれている点が特徴である。また、個人の「年齢」、「職業」、「学歴」、「配偶者の有無」、「出身地」といった個人属性、世帯属性に加え、「住んでいる地域の生活環境に対する意識・評価」などの設問がなされており、近年、住民の健康との関係が指摘されている地域のソーシャル・キャピタルの計測が可能である。

ネットアンケート調査における年齢階級、居住地域、学歴、本人年収の分布を表1で示す。通常のインターネットを通じたアンケート調査では、高学歴、高所得、大都市居住者（特に東京都居住者）、若年者などが多数を占めるという事実が確認されている。例えば、有田（2002）では、短大を含む大卒以上が全サンプルに占める割合が約6割となっている。本調査では、アンケート対象者を大都市居住の20代~40代の就労世代に限定しているが、男性、女性の大卒以上はともに4割弱にとどまっており、従来のネット調査に比べると高学歴者への偏りが少ない。

なお、大都市居住者（政令指定都市+東京23区居住者）における平均世帯年収を総務省の「就業構造基本調査」（2007年）によって確認すると、世帯主年齢30代が515万、40代が645万であるのに対し、今回のネット調査では、30代が567万、40代が675万となっていた。すなわち、ネット調査のサンプルの方が「就業構造基本調査」のサンプルと比べてやや平均世帯年収が高くなっている。ただし、居住地域の分布に関しては、国勢調査（2005年）に基づく実際の人口分布と近い数値が得られている。

本稿の分析結果に関しては上記で述べたデータの性質に留意する必要があるが、就労世代の分布としては、概して日本全体の実情に近いサンプルが得られており、分析に資する価値があると考えられる。本稿では、分析に用いる設問項目において無回答があった回答者と学生（268名）を除く全てのサンプル（N=1263）を使用する。また、諸変数の分布の若干の偏りについては、浦川・松浦（2007）と同様、計量分析を行う際に各種の変数の効果をコントロールすることで補正を行う。

⁶ 本調査は、三菱総研とNTT レゾナントが運営するインターネットアンケート「gooリサーチ」を使用している。（2008年10月8日から10月22日において実施）なお、我々が委託した調査会社を利用して調査を行った先行研究としては、有田（2002）、浦川・松浦（2007）がある。

3. 公的医療保険制度に対する意見

3.1 記述統計と分析の概要

今回の我々の調査では、公的医療保険制度のもとでの医療費負担に関する人々の意見の特徴を分析するために、表2で示されるような5つの項目からなる設問を設けている。すなわち、(項目1)「高齢者世代が支払う保険料や自己負担は、現状よりも低くした方がよい」、(項目2)「乳幼児など子どもの自己負担は、現状よりも低くした方がよい」、(項目3)「喫煙者が支払う保険料や自己負担は、現状よりも高くした方がよい」、(項目4)「軽度な病気・けがに関する診療は、患者の自己負担を増やすかわりに、重度な病気・けがに関する自己負担は減らしてもらいたい」、(項目5)「一定の期間中、医療サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を減らしてあげる方がよい」の各項目に対して、「そう思う」から「そう思わない」までの5つの選択肢の中から1つを選択してもらった形式で問題が設定されている。

表2の右の列では、各項目において選択肢1の「そう思う」もしくは選択肢2の「どちらかと言えばそう思う」を選択した回答者の割合を男女別に示している。表から読み取れるように、男性、女性ともに支持率が高いのが、(項目2)「乳幼児など子どもの自己負担は、現状よりも低くした方がよい」、(項目5)「一定の期間中、医療サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を減らしてあげる方がよい」の2項目である。特に、項目5については、男女ともに支持率が7割を超えており、医療サービスに対する需要に応じて現行の保険料負担の調整の必要性を感じている人が、就労世代(本稿調査では20代~40代の大都市居住者)では相当存在するということが読み取れる。

本研究では、回答者の様々な属性によって医療負担に関する意見がどのように異なるかについてさらに検証するため、以下のようなプロビットモデル((1)式)を推定することにする。

$$P(y_i = 1) = \Phi \left(\alpha + \sum_k \gamma_k x_{k,i} + \sum_l \delta_l z_{l,i} \right) \quad (1)$$

我々が被説明変数に使用するものは、上述の設問の結果から作成されるダミー変数である。具体的には、表2の項目1から項目5の各設問に対して、「そう思う」または「どちらかといえばそう思う」と答えた場合に1、そうでない場合に0をたてるダミー変数をそれぞれ作成し、それらを被説明変数として分析に使用する。

(1)式の $x_{k,i}$ はアンケート回答者の属性を示した説明変数群であり、年代ダミー、有配偶ダミー、就学前児童の有無ダミー、学歴ダミー、公的医療保険制度の加入状況に関するダミー、本人健康ダミー、家族の健康ダミー、世帯所得(対数)など、医療費負担に対する見解との関連が高いと考えられる変数をモデルに組み入れる。計量分析で使用するこれらの説明変数の記述統計量は表3で示している。

表3の変数の内容について補足しておく。まず、「本人の健康状態」と「家族の健康状態」については、それぞれ「全体的にいて、あなたの健康状態はいかがですか」、「全体的にいて、あなたのご家族の現在の健康状態はいかがですか」という設問の回答に対する集計結果を男女別で示したものである。表3を参照すると、「本人の健康状態」で「あまり健康でない」、「健康でない」と答えた者の割合は、男女ともに20%程度存在している。これは「家族の健康状態」についても同様である。

次に、「本人の健康状態悪化」は、「あなたの現在の健康状態は、1年前と比べてどうなりましたか」という設問で、「悪くなっている」を選んだ回答者の割合を示している。これは男女ともに2割弱の人があてはまっている。また、「本人の通院回数」は、「あなたは、今年4月に入ってから、病院・診療所におよそ何回程度通われましたか。」という設問に基づき、年間の平均通院回数を示したものである。ただし、自身の治療・診療だけでなく、家族の治療・診療を理由として通院した場合も回数に含めている。そして、「医療機関・近距離」は、「あなたの家から一番近い病院・診療所までは、およそ何分くらいかかりますか」という設問の回答で「10分以内」と答えた場合に1、そうでない場合に0をたてるダミー変数である。

次に喫煙や飲酒に関する依存の程度について調べた変数である「タバコ依存」と「アルコール依存」であるが、前者は、「朝目覚めてから30分以内でタバコを吸う人の割合」を示しており、後者は、「平均すると1日あたり日本酒3合(180ml×3)程度、あるいはビール中ビン3本(500ml×3)程度」のアルコール飲料を飲む人の割合」を示している。表3を見ると、「タバコ依存」「アルコール依存」ともに男性の方が女性よりも割合が高くなっている。

また、就業上の地位を見ると、男性は6割強が「正規雇用の正社員・正職員」である一方、女性の正規雇用は3割以下にとどまる。また、「無業(学生含む)」は男性が約3%であるのに対し、女性は約3割となっている。なお、夫がいる有配偶者の場合は、無業の割合は約5割となる。

また、「公的医療保険の加入状況」については、男性と女性でかなりの差異が確認できる。例えば、「家族の健康保険(医療保険)に扶養家族として加入している」というケースは、男性では約4%にすぎないのに対し、女性の場合は約3割となっている。また、男性の約3割、女性の約2割が国民健康保険に加入している。加入している制度が、「わからない」と答えた回答者も、男性で約5%、女性で約2%存在する。表4では、公的医療保険の各制度によって被保険者の所得、年齢構成、医療費にどのような特徴がみられるかを主として中川(2009)に準拠してまとめている。表4から明らかのように、国民健康保険(市町村国保)の被保険者は、他の被用者保険の制度と比べ、概して平均年齢が高く低所得で医療費が高い、という特徴を持っている。

また、(1)式の $z_{k,i}$ は地域のソーシャル・キャピタルの水準に関する変数群である。近年、生活環境の評価手法として、ソーシャル・キャピタルの概念を用いた計測がLin(2001)、Grootaert and Van Bastelaer(2002)、Lin and Erickson(2008)など欧米の研究者を中心に蓄積されてきている。Putnam(1993)の概念にしたがうと、ソーシャル・キャピタルとは、主に「人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴」として定義される概念であり、地域社会における医療・介護環境は、ソーシャル・キャピタルの概念と非常に密接に関連していると考えられる。

Kawachi et al(1997)、Kawachi and Kennedy(2002)、近藤(2007)などの先行研究では、地域に対する信頼や社会的な凝集性(Social cohesion)の程度に基づいてソーシャル・キャピタルの指標を作成し、その水準が高い地域において個人の健康レベルや平均寿命が高まるという実証結果が示されている。⁷ また、Kawachi and Kennedy(2002)では、ソーシャル・キャピタルの水準が低く地域住

⁷ 近藤(2007)では、ソーシャル・キャピタルの水準と個人の健康レベルとの関係について調べた定量的研究のサーベイがまとめられており、その多くの研究(24本中17本)において、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域において住民の健康状態が好ましいという関連が示されていたとある。ただし、Caripiano(2007)が、ロサンゼルスの家計近隣調査を用いて行った分析のように、ソーシャル・キャピタ

民同士のつながりが少ない地域においては、公共財の供給においても支出が滞る傾向が見られ、そのことが地域住民の健康にもマイナスに影響を与える可能性を指摘している。そこで、本研究においても、これらの先行研究の成果を踏まえ、地域のソーシャル・キャピタルが、公的医療保険の医療費負担に対する考え方にどのような影響をもたらすかについて検証を行うこととする。

3.2 ソーシャル・キャピタルの測定について

プロビット推定の結果を示す前に、説明変数として用いるソーシャル・キャピタル変数の測定についての概要を示すこととする。本調査では、地域の生活環境や、人々が日々の生活で利用できる人的なネットワークの内容について尋ねた設問項目を設けているため、これらの設問から得られた回答結果を分析では利用することにした。⁸ これらの設問の具体的な内容は表5、表6にそれぞれまとめている。

ソーシャル・キャピタルの概念整理を行ったKawachi et al.(2007)によると、ソーシャル・キャピタルの計測には大きく分けて、集団レベルの計測と個人レベルの計測の2つがあるとされている。すなわち、信頼、規範、制裁の行使などのように、特定の社会集団のメンバーが利用可能なリソースとして集団的・社会的にソーシャル・キャピタルを捉える方法が一方で提唱されており、自らのソーシャル・ネットワークを介して個人が得ることのできる価値あるリソースとして個人的にソーシャル・キャピタルを捉える方法がもう一方である。表3の設問は、前者の集団レベルの計測を意図して設定されたものであり、表4の設問は後者の個人レベルの計測に即したものと見えるが、本研究では各々の設問から、集団レベル、個人レベルの双方のソーシャル・キャピタルの計測を行う。

まず、集団レベルの推計については、表5の「居住地域の生活環境」について尋ねた設問に注目し、「そう思う」から「そう思わない」までの5段階の選択肢の回答に対して、0、1、2、3、4の数値を項目ごとに割り当てる。(すなわち、数値が高い方が生活環境を肯定的に評価していることになる。)そして、各変数を主成分分析によって統合し、新たな変数を作成する。分析においてよく用いられる基準は固有値1以上基準であり、この基準に基づいて採用された主成分の主成分得点を説明変数として用いることとする。今回の調査では、項目2の「あなたの住んでいる地域の近隣地域で少年・少女がたむろして騒いでいることがある」、「あなたの住んでいる地域の近隣地域で落書きをみかける」などの変数に正のウエイトが割り当てられている主成分が固有値1以上基準を満たしているため、これを表1の居住地域ブロック別に平均した値を「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の変数として定義する。

また、個人レベルの推計については、表6の「個人が利用可能な人的資源・ネットワーク」に関する設問の中で、個人の健康レベルと相関が高い3つの項目を抽出し、これらの回答結果から上記と同様に主成分得点を抽出することとする。(使用する項目は、「あなたの家事を手伝ってくれる」、「あなたが病気のときに買い物をしてくれる」、「健康・運動について多くのことを知っている」の3項目である。)

3.3 推定結果(I)

ルの性質・形態によって、健康状態に与える影響はプラスにもマイナスにもなりうるとする実証報告もある。

⁸ 設問の設定においては、平成14年の内閣府委託調査「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」やLin(2001)の社会的リソースの測定に関する調査の設問を参考にした。

プロビット推定によって(1)式の各変数の限界効果を算出した結果は、表7で示される。表7から読み取れることを以下に示す。第1に、項目1の「高齢者世代が支払う保険料や自己負担は、現状よりも低くした方がよい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(1)の推定結果によると、男性女性ともに大卒以上の高学歴ダミーにおいて有意に支持が低くなっている。また、各種共済加入の男性は、リファレンス・グループとして設定した組合健康保険加入の男性よりも、高齢者の医療費負担の削減に賛成の傾向を示している。また、世帯収入が低い女性回答者も賛成の傾向を示している。さらに、健康に関する人的ネットワークの有無に基づいて作成された個人的ソーシャル・キャピタル（健康リソース）の変数は、男性の場合は、高齢者の医療費負担削減に有意にプラスの効果をもたらしている。すなわち、人的ネットワークを多く持っている個人の方が、高齢世代に対する医療負担の軽減に対して共感を高めているという見方が可能である。ただし、単純に高齢世代と年齢層が近い両親との日頃の交流が深いだけであり、家族の事情を考慮してこのような回答にいたったという理由も考えられる。

第2に、項目2の「乳幼児など子どもの自己負担は、現状よりも低くした方がよい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(2)の推定結果によると、女性の場合は、就学前の児童がいる場合、低所得世帯の場合に「子どもの医療費負担の削減」に対する支持が統計的に有意に高い、ということが示されている。これは非常に妥当な結果といえる。また、加入している保険制度でみると、協会けんぽや各種共済の加入者は、リファレンス・グループとして設定した組合健康保険加入者よりも支持率が有意に低い。すなわち、逆から言えば、組合健康保険に被保険者として加入している女性は、「子どもの医療費負担の軽減」に対する支持が強いことがわかる。ただし、男性については女性と異なり、加入している保険制度の違いによって「子どもの医療費負担」に対する支持率に差異があるとまでは示されていない。

第3に、項目3の「喫煙者が支払う保険料や自己負担は、現状よりも高くした方がよい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(3)の推定結果によると、女性で「大卒以上ダミー」がプラスに有意である。また、予想どおり、「タバコ依存」のダミー変数は有意水準1%で負に有意となっており、普段からタバコを消費している回答者は明確な反対の姿勢を見せている。男性に関しては、自らの保険加入の状況を把握していない「不明」ダミーについてもマイナスに有意であった。一方、各種共済加入者は、プラスに有意であり、「喫煙者に対する負担増」に対して支持が高い。

第4に、項目4の「軽度な病気・けがに関する診療は、患者の自己負担を増やすかわりに、重度な病気・けがに関する自己負担は減らしてもらいたい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(4)の推定結果によると、男性は、40代がリファレンス・グループの30代と比べてその支持が有意に高い。一方、配偶者がいる者は、無配偶者と比べて支持が低くなっている。また、女性は、世帯収入の高い回答者の支持が有意に高くなっている。そして、男女ともにプラスに有意だったのが、「健康関連の人的ネットワーク」を示す主成分得点（健康リソース）であった。すなわち、「病気のときに買い物をしてくれる人」や「健康・運動について多くのことを知っている人」が身近におり、健康に関連する人的ネットワークが充実している個人は、それらの人的ネットワークによって、ある程度の軽度医療については補えると判断している可能性がある。

第5に、項目5の「一定の期間中、医療サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を減らしてあげる方がよい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(5)の推定結果によると、男性は、項目4と同様、40代がリファレンス・グループの30代と比べてその支持が有意に高い。また、女性についてみると、項目(4)のケースとは逆に世帯所得が低い方が、「医療需要が

低い者に対する保険料負担の削減」を支持する傾向にある。すなわち、低所得世帯の方が、医療機関に通う頻度に比べて保険料負担が割高であると感じている。ただし、世帯所得が350万円以上のグループと350万円未満のグループの2つに分けて、医療機関の平均年間通院回数を計算したところ、前者が4.8回、後者が6.0回であり、所得が低い世帯の方が若干ながら通院回数が高い、という関係になっていた。

以上のように、回答者の属性によって、医療費負担に関する意見に有意な差が見られることが、実証分析から明らかになった。地域に対する信頼や地域社会の規範などの指標をもとに作成される集団レベルのソーシャル・キャピタルについては、上記の分析においてははっきりとした効果は確認できなかったが、健康関連の人的リソースについては、医療費負担の評価に一定の影響を与えていることが確認できた。次節では、保険料(税)、診察時の自己負担、高額療養費の負担など、負担の内容に対する評価について、医療給付の対象をどのように設定するかといった観点も加えながら検討を行うこととする。

4. 公的医療保険の選択に関するコンジョイント分析

4.1 選択型実験の概要⁹

これまで、医療費負担に対する住民の評価に主に焦点をあてながら分析をしてきた。本節では、公共経済学の分野でも分析ツールとして取り入れられつつあり、表明選好法(Stated-preference method)の一種であるコンジョイント分析(Conjoint Analysis)の手法をもとにして、公的医療保険制度の選択に関する検証をより詳細に行うこととする。

栗山・庄子(2005)において手際よくまとめられているように、コンジョイント分析では、回答者に対して複数の選択肢を提示し、それらに対する回答者の評価を観察することで、選択肢を構成する様々な特徴の相対的な重要性を明らかにしていく。ここで、選択肢を構成する個々の特徴を属性(attribute)、属性がとりうる値のことを水準(level)、各属性の各水準の組み合わせとして表現される選択肢のことをプロファイル(profile)と呼ぶ。すなわち、前節の分析で用いた設問のように、個々の項目の重要性について1つ1つ質問していくのではなく、プロファイルに対する評価を観察することで、関心のある財・サービス・制度が有する様々な特徴(属性)の相対的な重要性を明らかにする点に特徴がある。¹⁰

今回のコンジョイント分析では、回答者が望ましい公的医療保険制度を選択する際、制度を構成する様々な属性から効用を得るという考え方に立ち、回答者の効用関数として多属性効用関数を設定する。仮想評価法と同様、コンジョイント分析においても、様々な質問形式が開発されているが、本研究で用いたアンケート調査では、代表的な設問形式である選択型実験が行われているため、ここでの回答結果を分析に利用する。

ここで、本調査で実施した選択型実験の概要について述べておきたい。今回の調査では、回答者に対して公的医療保険の制度についてプランXとプランYの2つのプロファイル(選択肢)を提示し、

⁹ 表明選好法は、仮想的な状況における人々の行動をアンケート調査によって聞き出し、それをもとに分析を行う手法である。仮想的な環境変化に対する支払意思額を尋ねるCVM(Contingent valuation method: 仮想評価法)、仮想的な環境変化が起こった状況での行動を尋ねる仮想行動法(Contingent behavior method)、仮想的な環境変化を表す複数の代替案に対する好みを尋ねるコンジョイント分析(Contingent analysis)などが表明選好法に分類される。(栗山・庄子(2005), p.29.)

¹⁰ 栗山・庄子(2005), p.63.

その中から最も望ましいプロフィールを選択してもらうということを繰り返し行わせる設問項目を設けている。したがって、そこでの回答者の選択を観察・分析することで、選択肢を構成する様々な特徴（属性）の相対的な重要性を検証できる。

本研究では、回答者が選択肢を選ぶ際の判断基準となる属性として、主として「医療サービスの給付の対象や負担のあり方」に焦点をあてた5つの属性を用意した。図1では、本研究の選択型実験における属性とそれらの水準を示している。すなわち、順に挙げると「A. 医療保険証の配布対象」、「B. 医療保険料の負担（月当たり）」、「C. 診察・医療での自己負担」、「D. 軽度医療の自己負担」、「E. 高額医療において自分が負担する範囲」の5つを属性としている。

医療保険制度に関する選択型実験を行っている先行研究として、Ryan, Watson and Gerard(2008)があるが、この研究では、「医療機関へのアクセスの良さ」や、「診察までの待ち時間」が医療制度を選択するための重要なファクターとして認識されており、それらについての属性が含まれている。しかしながら、今回は、負担と給付対象のあり方に分析の焦点を限定するため、過去に高齢者医療についてのコンジョイント分析を行った金子・鈴木(2004)と同様、「医療機関へのアクセスの良さ」や、「診察までの待ち時間」は除外して設問を設計している。例として図2では、Ryan, Watson and Gerard(2008)、鈴木・金子(2004)で設定されていたコンジョイント分析のプロファイルの例を示した。

ここで、各々の属性を設けた意図について順に説明することとする。

A. 医療保険証の配布対象

まず、「A. 医療保険証の配布対象」については、現在、市町村の国保世帯で広がっている未納世帯の増加、無保険者の拡大の問題を国民がどのように捉えているかを把握するために設定したものである。現在の制度では、通常の被保険者は、毎月の保険料（市町村国保は10ヶ月間分）を所得等の基準にしたがって負担する必要がある。この保険料拠出の義務を怠っている場合、深刻なケースでは正規の医療保険証を回収され、「短期被保険者証」や「被保険者資格証明書」に切り替えられるケースがある。このように「保険料の拠出を前提として医療サービスの給付を行う」という現状の医療保険制度の基本的な枠組みについて、人々がどのような判断をしているかについての検討を行うため、この属性の水準として、「保険料（税）をきちんと負担している世帯主とその家族」、または「全ての国民」の2つを設定することとする。

B. 医療保険料（税）の負担

次に「B. 医療保険料（税）の負担（月当たり）」は、実際に診察・医療を受けていないケースにおいても定期でかかってくる保険料（税）負担の現状のあり方を人々はどのように判断しているかを分析するために設定している。ここでは水準を「収入の4%」、「収入の6%」、「収入の4%+定額保険料5000円」、「収入の4%+消費税の引き上げ（現状の5%→7%）」の4段階に設定した。最初の3つの水準は、現状において、組合健康保険や各種共済の被保険者、協会けんぽの被保険者、国民健康保険の被保険者のそれぞれが直面している平均的な保険料率をできる限り反映するように設定した値であり、最後の水準は、現在議論されている「社会保障目的の消費税の導入」に関する意見を反映するために設定している。¹¹

¹¹ 「国民健康保険実態調査報告」「組合健康保険事業年報」などの各種資料からの推計によると、2005

C. 診察・医療での患者負担

次に「C. 診察・医療での患者負担（一回当たり）」は、実際に診察・医療を受けた場合にかかる医療費の患者負担（自己負担）の割合についての評価を尋ねるために設定された属性である。日本の医療保険では、かつては属するグループによって患者負担、すなわち保険の給付率に大きな格差があったが、2003年4月からは各制度間で統一がはかられており、2008年4月からは、患者負担は一般は3割、義務教育就学前の子は2割、70～74歳は2割、75歳以上は1割となっている。（ただし、70歳以上の高齢者のうち、現役並みに所得のある人は一般と同様に3割負担となる。また、自治体によっては、乳幼児や高齢者にかかる医療費の患者負担について一部または全額の助成を行っているケースがある。）今回の設問では、「2割」、「3割」、「4割」の3つの水準を設定している。

D. 軽度医療の患者負担

次に「D. 軽度医療の患者負担（一回当たり）」は、月額1万円までの外来医療（風邪、頭痛、腹痛など）について診察・医療を受けた場合にかかる医療費の患者負担についての評価を尋ねるために設定された属性である。前節のアンケート調査の結果から示されるように、就労世代に関しては、重度医療に対する保障を手厚くするのであれば、軽度医療にかかる費用負担の上昇を受け入れる、とする選好を持つものが男性では約5割、女性では約4割も存在する。2000年代前半には、医療費の増加を抑制するために、軽度医療に対する給付の適正化が各種の審議会等において議論されることもあった。2010年現在は、そのような論調は弱まっているが、今後も対GDP比でみた国民医療費の上昇が予測される状況にあるため、軽度医療の費用負担に対する評価も本調査では属性の一つに組み入れている。今回の設問では、現状の「3割負担」と「半額負担（5割）」の2つの水準を設定している。

E. 高額医療において患者が負担する範囲

次に「E. 高額医療において患者が負担する範囲」の属性は、現行制度で存在している「高額療養費制度」に対する評価を尋ねるために設定している。高額療養費制度は、患者負担が一定額を超えた場合に、その超えた額を医療保険から償還する仕組みであり、2006年10月からは、70歳未満については所得に応じて月額の自己負担限度額が以下の通りとされた。

- ① 一般： 8万100円＋上限額を超えた医療費の1%
- ② 上位所得者（月収53万円以上）： 15万円＋上限額を超えた医療費の1%
- ③ 低所得者（住民税が非課税の者）： 3万5400円

年・2007年における組合健康保険、協会けんぽ（元・政府管掌健康保険）の平均的な保険料率は、被用者負担が約4%であり、国民健康保険（市町村国保）の保険料率は約6%と算出される。そこで、本調査ではこれらの数値をベンチマークとして個々の水準に採用している。また、「国民健康保険実態調査報告（平成17年度）」の数値をもとにすると、国民健康保険被保険者の世帯は、1世帯あたりで、応益割（平等割・均等割）の部分は月額平均で約5000円、応能割（所得割・資産割）の部分においては収入の約4%の保険料を払っていることが推計から得られるため、これらの値に近い数値を水準においては適用することとした。

今回の設問では、現行の制度体系に則り、「月額 3 万 5000 円まで」、「月額 8 万円まで」、「月額 15 万円まで」の 3 つの水準を設けている。

4.2 サーベイデザイン

選択型実験を伴うアンケート調査を行う場合、回答者の疲労をできる限り減らすことが信頼性の高い回答を得るうえでも重要である。また、本調査のように、2 水準の属性が 2 つ、3 水準の属性が 2 つ、4 水準の属性が 1 つという集合の場合、すべての組み合わせは $2 \times 2 \times 3 \times 3 \times 4 = 144$ 通りにもなるが、各属性の間に交差効果（組み合わせ効果）がないか、無視できる程度に小さいことが明らかな場合は、各属性の各水準のすべての組み合わせをプロフィールとして用いなくても、直交配列にしたがって作成される一部分の組み合わせだけをプロフィールとして用いることで、属性間の直交性を維持しながら分析を行うことができる。¹² また、この仮定のもとでは、各属性の影響を個別に推定することが可能となる。したがって、ここでは直交配列法を用いることにより、プロフィールの数を 16 に削減することにする。（表 8 上段参照）

ただし、上記の直交配列法で得られた 16 のプロフィールを 1 つの選択セットとして回答者に提示して、その中から 1 つのプロフィールを選択してもらうのは、回答者にとって非常に困難な作業である。そのため、選択セットには、直交配列法で得られたすべてのプロフィールではなく、その一部だけを含めるのが一般的であり、本研究では、2 つのプロフィールから 1 つを選択してもらう方法を採用する。本研究では、直交配列法により作成された 16 個のプロフィールについて、それぞれシフティングという操作を行い、新たに 16 個のプロフィールを作成する。これは、すべての属性の水準を単純に次の水準にシフトさせるという操作を繰り返すという作業である。例えば、プロフィール 1 は、属性 A が水準 1、属性 B が水準 2、属性 C が水準 3、属性 D が水準 1、属性 E が水準 3 である。このプロフィールにシフティングを適用すると、属性 A は水準 2、属性 B は水準 3、属性 C は水準 1、属性 D は水準 2、属性 E が水準 1 のプロフィールが新たに作成される。これをプロフィール *S1* と名づけることにする。（表 8 下段参照）

なお、直交配列法では属性や水準の内容に関わらず機械的にプロフィールが作成されるため、非現実的なプロフィールや矛盾のあるプロフィールが登場する場合もある。例えば、A. 給付方式で「全ての国民に対して医療（保険）証を配布」としているにも関わらず、B. 負担方式で「定額保険料（税）5000 円を納付する必要がある」といった矛盾したプロフィールが生じている。

そこで、そのようなプロフィールは除外し、表 9 に示されるような 12 個の選択セットを分析では考察することにする。

4.3 推定モデル

本研究の選択型実験では、回答者が選択肢を選んだ際に得る効用を以下の(2)式のような関数形に定める。

$$U_{ni} = V_{ni} + \varepsilon_i = \beta'x + \varepsilon_i \quad (2)$$

上記の(2)式はランダム効用理論に基づく定式化であり、本調査で実施した選択型実験にしたがえば、 U_{ni} は回答者 n が、選択可能な公的医療保険制度の集合 $C = \{1, 2, \dots, J\}$ の中から制度 i を選択

¹² 栗山・庄子(2005), p.70.

したときの効用水準を表す。 U_{ni} は、調査者にとって観察可能な確定項 V_{ni} と、観察が不可能な誤差項 ε_i に分かれていると仮定される。また、確定項 V_{ni} は属性変数 x のベクトルとそれらの変数に対するパラメータベクトルの積和で表現され、線形関数を想定している。

回答者 n が選択可能な公的医療保険制度の集合 $C = \{1, 2, \dots, J\}$ の中から制度 i (プロフィール i) を選択する確率を P_{ni} とすると、 P_{ni} は制度 i を選択したときの効用 U_{ni} が、その他のプロフィール $j(j \neq i)$ を選択したときの効用 U_{nj} よりも高くなる確率であるので、式(3)のように表現することができる。

$$\begin{aligned} P_{ni} &= \Pr [U_{ni} > U_{nj}, \forall j \in C, j \neq i] \\ &= \Pr [V_{ni} - V_{nj} > \varepsilon_{nj} - \varepsilon_{ni}, \forall j \in C, j \neq i] \end{aligned} \quad (3)$$

誤差項 ε_{ni} と ε_{nj} が第一種極値分布(type I extreme value distribution)にしたがうと仮定すると、誤差項の差はロジスティック分布にしたがう。このことから、確率 P_{ni} は、以下の(4)式で表す条件付ロジットモデルによって表現される。(スケールパラメータ μ は通常は 1 に基準化する。) $\beta_1, \dots, \beta_k, \beta_p$ は推定されるパラメータであり、とくに β_p は価格属性を示す変数のパラメータを表している。本研究では、計量分析ソフトウェアとして STATA を活用し、最尤法による条件付きロジットモデル推定を行う。¹³

$$P_n = \frac{e^{\mu V_{ni}}}{\sum_{j \in C} e^{\mu V_{nj}}} = \frac{\exp(\beta_1 x_i^1 + \dots + \beta_k x_i^k + \beta_p x_i^p)}{\sum_{j \in C} \exp(\beta_1 x_j^1 + \dots + \beta_k x_j^k + \beta_p x_j^p)} \quad (4)$$

分析に使用する説明変数のベクトル

上記の条件付きロジットモデルの推定では、プロフィールで設定された属性に関する諸変数を説明変数として使用するが、個人属性の違いが制度の選好にどのような効果をもたらしているかを分析することを本研究では考察する。通常、どのプロフィールを選択しても個人属性は変化しないため、属性変数と同様に効用関数に個人属性を加法的に含めても、効用差を計算すると個人属性の項が消えてしまう、という問題が生じる。¹⁴ のため、個人属性と属性変数の積である交差項を説明変数として追加することとする。

ここでは、個人属性を A として、①「医療保険の加入状況 (国民健康保険の被保険者か否か)」、②「医療保険の加入状況 (組合健康保険の被保険者か否か)」、③「所得 (世帯年収 350 万以上か否か)」、④「家族の健康状態 (良好か否か)」という 3 つの特徴をとりあげ、各々のケースについて交差項の変数を組み入れた推定を行う。すなわち、説明変数ベクトルの詳細は、以下のように表現できる。

X : 分析に使用する説明変数のベクトル。 A : (注目する個人属性ダミー)

¹³ MacFadden(1974)参照。

¹⁴ 栗山・庄子(2005), p86.

X_1 : 「普遍的な医療制度の導入を選択」ダミー、	X_1' : $X_1 \times A$ [交差項]
X_2 : 「定額保険料の追加」ダミー、	X_2' : $X_2 \times A$ [交差項]
X_3 : 「消費税の上昇」ダミー、	X_3' : $X_3 \times A$ [交差項]
X_4 : 選択した通常医療の自己負担比率、	X_4' : $X_4 \times A$ [交差項]
X_5 : 選択した軽度医療の自己負担比率	X_5' : $X_5 \times A$ [交差項]
X_6 : 選択した高額医療費の自己負担限度額	X_6' : $X_6 \times A$ [交差項]
X_p : 「保険料率の上昇 (2%)」ダミー、	X_p' : $X_p \times A$ [交差項]

4.4 推定結果

前節で示した条件付きロジットモデルによる推定結果は表 10 で示される。交差項に入る個人属性のダミー変数が、「国民健康保険加入ダミー (国民健康保険加入者であれば 1、そうでなければ 0)」のケースの推定結果が表 10 の(1)で示されており、「組合健康保険加入ダミー (組合健康保険加入者であれば 1、そうでなければ 0)」のケースの推定結果が表 10 の(2)で示されている。また、「中高所得世帯ダミー (世帯年収 350 万以上であれば 1、そうでなければ 0)」のケースは、表 10 の(3)で示されており、「家族健康ダミー (家族の健康状態が「よい」、「どちらかといえばよい」であれば 1、そうでなければ 0)」のケースの推定結果は、表 10 の(4)で示されている。

推定の結果は、男性と女性でかなり明瞭な差異がみられるため、男女別の推定結果を示している。表 10(1)から表 10(4)で示された変数の係数がマイナスでかつ有意である場合、その変数に関連する属性がプロフィールの選択にマイナスの影響を与えている、ということになる。今回の選択型実験では、公的医療保険制度下での負担の方に焦点をあてて属性が設定されているため、推定結果を参照すると、予想どおりほとんどの属性の係数がマイナスで有意になっている。表 10(1)の男性の推定結果では、保険料率(2%)上昇ダミーの係数は、国民健康保険被保険者以外が-0.451であり、国民健康保険被保険者が、 $-0.451-0.148=-0.599$ となっている。また、定額保険料 (5000 円) 上昇ダミーの係数は、国民健康保険被保険者以外が-0.174 であり、国民健康保険被保険者が $-0.174-0.204=-0.378$ である。

通常医療の患者負担割合の係数は、国民健康保険被保険者以外が-3.187 であり係数の絶対値は高いが、1割ではなく 1%の上昇として考えると効用水準に与える効果は $-3.187/10=-0.319$ となる。

ここで興味深いのは、医療 (保険) 証の配布対象を「国民全体」とするか、それとも「保険料 (税) を拠出した被保険者とその家族」に限定するかに対する評価が、男性の場合は、「国民健康保険・被保険者とそれ以外」、「組合健康保険・被保険者とそれ以外」「低所得世帯と中高所得世帯」、「家族が健康である回答者とそうでない回答者」など個人や世帯の属性の差異にしたがって相当異なっているということが推定結果から示されていることである。

これは、表 10(1)の男性について言えば、「配布対象・全ての国民×国民健康保険・被保険者」の交差項の係数が、0.497 と有意水準 1%でプラスになっていることをみることで確認できる。係数を解釈すると、国民健康保険加入者以外が-0.304 であり係数が有意にマイナスであるのに対して、国民健康保険加入者も含めた全体でみると、 $-0.304+0.541=0.237$ となる。

すなわち、国民健康保険加入者の方が、医療給付において保険料の拠出を前提としない普遍的な制度を支持している一方で、主として被用者保険に加入している者は、保険原則を支持しているといえる。国民健康保険の被保険者の場合、定期的にかかる保険料負担において定額の負担である平

等割や地域によっては世帯人数に応じた世帯割の負担が存在しており、このような負担の存在に対する不満が、上記のような回答結果の差異をもたらした一因であるかもしれない。

ただし、女性の場合は、給付方式に対する評価について上記のような個人属性・世帯属性の違いによる明確な差異は見られない。特に、女性全体では、「保険料を拠出した被保険者とその家族」に医療（保険証）を配布するという現行の方式に対する支持が非常に強く、個々の設問から得られる単純な記述統計で見れば選択セットの内の約 78%が「保険方式」に対する支持であった。（男性の場合は約 74%である。）ただし、今回の設問設計では、「保険料拠出を前提とした医療給付」に対する支持であったのか、「被用者保険における被扶養者の保険料の免除」に対する支持であったのかを明瞭に区別することができない。したがって、今後の調査において、両者を区分した設問を設計し、より詳細な研究を行う必要がある。

4.5 限界支払意思額の推定

前節の計量モデルで導出したパラメータをもとに、医療制度の個々の項目についての金銭的な評価を行うこととする。

それぞれの項目に対する限界支払意思額（MWTP）は、以下の式で求めることができる。

$$MWTP = -(dV/dx_*) / (dV/dx_p) = -(\beta_* / \beta_p) \quad (5)$$

ここで、基準となる β_p の価格パラメータには、「保険料（税）率 2%上昇」のダミー変数の係数を 2 で割った値を使用する。また、 β_* は価格パラメータ以外の変数の（普遍的な医療サービスダミー、自己負担比率（通常 or 軽度）、高額療養費負担、消費税の導入、定額保険料の導入など）の係数を示す。

表 11 では、表 10(1)・(4)の推定結果にもとづき、各項目に対する MWTP の算出を行った。ただし、ここでの MWTP は、それぞれの説明変数（多くの場合は医療費関連の負担）が効用に与える効果が、保険料（税）率の何%の上昇と等価であるかといった形で表現される。すなわち、model(1)の男性についてみると、「定額保険料（5000 円）上昇」（個人属性 A 以外）の MWTP が -0.77 のため、「国民健康保険被保険者以外の回答者」については、保険料（税）率の 0.77%の上昇が効用に与えるマイナスの影響が、定額保険料の 5000 円上昇のマイナスの効果と等しいということが示される。また、「通常医療の患者負担（%）」（個人属性 A 以外）の MWTP は -1.41 であり、保険料（税）率 1.41%の上昇が効用に与えるマイナスの影響が、一般の患者負担 1%の上昇と等しいということが示される。軽度医療の患者負担については、MWTP の絶対値は一般医療のそれと比べて低く、保険料（税）率 0.65%の上昇と軽度医療の患者負担 1%の上昇が等価である。さらに、Model(1)の男性については、「配布対象が国民全員ダミー×国民健康保険被保険者ダミー」についても係数が有意であったが、国民健康保険被保険者に対する医療給付の普遍化についての MWTP は、0.79 とプラスになっている。すなわち、「医療（保険証）の配布対象を全ての国民とする」ことに対して、国民健康保険加入者の方は、保険料（税）率の 0.9%の上昇に値するとの評価をしているわけである。年収 350 万以下の世帯も MWTP はプラスとなっている。ただし、その一方で、組合健康保険加入者の場合は、MWTP はプラスではなく、-2.1 と高い負担感を示している。なお、全体としては、消費税の MWTP の絶対値が、他の負担項目と比べて低い傾向にあるのが特徴的である。

5. おわりに

本研究では、現行の我が国の公的医療保険制度に対する人々の意見・評価について、主として負担のあり方に注目して分析を行った。

分析の前半では、「公的医療保険制度のもとでの医療費負担に関する意見」を尋ねた設問の回答結果をもとにして、回答者の様々な属性が医療負担に関する意見にどのように影響を与えているかについて計量分析による検証を行った。また、分析の後半では、公的医療保険制度のあり方について尋ねた選択型実験の調査結果に基づき、医療の給付・負担に関連する様々な属性の相対的な重要性を検証した。また、保険料（税）の料率（収入に対する比例部分）を価格変数として設定した場合に、「通常医療の患者負担」「軽度医療の患者負担」、「高額療養費の負担限度額」といった他の医療費負担が、相対的にどの程度の負担として人々に認識されているかについて、限界支払意思額の計測から検討した。

本研究で得られた推定結果を要約すると以下ようになる。まず、第1に、3節での分析で示されるように、「軽度な病気・けがに関する診療は、患者の自己負担を増やすかわりに、重度な病気・けがに関する自己負担は減らしてもらいたい」に対する支持は、男女ともに「健康関連の人的ネットワーク」が高い回答者の間で高いことがわかった。すなわち、「病気のときに買い物をしてくれる人」や「健康・運動について多くのことを知っている人」が身近におり、健康に関連する人的ネットワークが充実している個人は、それらの人的ネットワークによって、ある程度の軽度医療については補えると判断している可能性がある。この結果は、今後の医療費増大の緩和に対する方策を考えるうえで一定の知見を提供するものといえる。

第2に、「一定の期間中、医療サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を減らしてあげる方がよい」に対する支持は、男性では、40代が30代と比べて高く、女性では、世帯所得が低い回答者の支持が高かった。すなわち、女性の低所得世帯において、医療機関に通う頻度に比べて保険料（税）負担が割高であると感じている回答者が高い傾向がみられた。ただし、本調査から実際の年間平均通院回数を比較すると、低所得世帯の方が高所得世帯よりも若干多い。

第3に、4節の選択型実験による分析で示されるように、医療（保険）証の配布対象を「国民全体」とするか、それとも「保険料を拠出した被保険者とその家族」に限定するかに対する意見は、男性の場合は、彼らの属性の違いによって相当異なっていることがわかった。具体的には、「国民健康保険被保険者」、「低所得世帯」、「家族が健康でない回答者」などで、配布対象を「国民全体」とすることに強い支持がある。男性の推定結果から MWTP の算出を行った結果では、国民健康保険被保険者が回答者である場合、医療サービスの普遍化は、保険料（税）率の 0.9% の上昇の受け入れに値するとの評価をしている。いわば「税方式」による公的医療サービスの運営を支持する傾向が見られ、これは回答者の属性が「世帯所得が低い」、「家族の健康状態が良好でない」などのケースにもあてはまる。ただし、組合健康保険の被保険者である回答者の場合は、医療（保険）証の配布対象を保険料の拠出を前提としない国民全体とすることにに対して負担感を感じており、それが効用に与える影響は、1.2%の保険料（税）率上昇が与える負の効果とほぼ等しい、という結果が得られている。なお、女性の場合は、上記のような個人属性・世帯属性の違いによる明確な差異は見られないが、全体でみて「保険料を拠出した被保険者とその家族」に対する配布に対する支持が強い。

第4に、今回の分析では、地域社会に共通するソーシャル・キャピタルの存在が、地域住民の公的医療保険制度に対する考え方に一定の影響をもたらしているかどうかについては、明瞭な結果は

得られなかった。3 節のプロビット推定でも示されるように、収入、本人・家族の健康状態、医療保険への加入状況といった本人の属性をコントロールしてしまうと、地域のソーシャル・キャピタルの変数が医療保険制度への評価に与える影響は軽微なものにとどまる。とはいえ、地域のソーシャル・キャピタルと住民の健康との関係を分析した近藤(2007)によれば、社会の凝集性に基づいて測定された地域のソーシャル・キャピタルの水準が、地域住民の健康状態に一定の影響を与えていることが示されているので、ソーシャル・キャピタルの変数は間接的には、本人・家族の健康状態の向上を通じて、医療保険制度の評価に影響を与えているとみなすこともできよう。これらの諸変数の相互依存関係についてのより詳細な分析は、今後の検討課題である。

現在、市町村国保の被保険世帯においては、保険料を滞納する世帯が増加傾向にあり、その原因の一部には、他の被用者保険とは異なる保険料負担の仕組みに対する不満が背景にあると考えられる。現状では、低所得世帯の割合が他の制度より高い国民健康保険において、その保険料率が被用者保険よりも上回るケースが確認されている。医療費負担の拡大が受診の抑制につながっているケースがいくつかの先行研究で確認されており、今後、健康格差の拡大を防ぐという観点からも、国民健康保険の費用負担については、応益割部分の制度の見直しや地域間格差の是正が必要と考えられる。

-参考文献-

- 阿部彩(2000)「社会保険料の逆進性が世代内所得不平等度にもたらす影響」『季刊社会保障研究』 Vol.36, No.1, pp.67-80.
- 阿部彩(2006)「貧困の現状とその要因」、小塩隆士・田近栄治・府川哲夫編『日本の所得分配』東京大学出版会
- 阿部彩(2008)「格差・貧困と公的医療保険: 新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション」『季刊社会保障研究』 Vol.44, No.3, pp.332-347.
- 有田富美子, 2002「少子化と女性の就業観—インターネットアンケートを基にして」『一橋大学経済研究所 Discussion Paper』, No. 113
- 浦川邦夫・松浦司(2007)「格差と階層変動が生活満足度に与える影響」『生活経済学研究』 Vol.26, pp.13-30.
- 小塩隆士(2006)「所得格差の推移と再分配政策の効果」、小塩隆士・田近栄治・府川哲夫編『日本の所得分配』東京大学出版会
- 小塩隆士・浦川邦夫(2008)「2000年代前半の貧困化傾向と再分配政策」『季刊社会保障研究』 Vol.44, No.3, pp.278-290.
- 勝又幸子・木村陽子(1999)「医療保険制度と所得再分配」『季刊社会保障研究』 Vol.34, No.4, pp.402-412
- 金子能宏・鈴木亘(2004)「アンケート調査に基づく患者負担と医療給付のあり方に関する予備的考察」(2004年医療経済学会議報告論文, リバイス版)
- 北浦義朗(2007)「国民健康保険料(税)の水平的不平等性」 *KISER Discussion Paper Series*, NO.8, pp.1-18.

- 栗山浩一・庄子康(2005)『環境と観光の経済評価』勁草書房
- 国立社会保障・人口問題研究所(2007)『人口統計資料集 2007』
- 小松秀和(2005)『日本の医療保険制度と費用負担』ミネルヴァ書房
- 近藤克則編(2007)『検証「健康格差」社会一介予防に向けた社会疫学的調査』医学書院
- 鈴木亘・大日康史(2000)「医療需要行動の Conjoint Analysis」『医療と社会』Vol.10, No.1, pp.125-144.
- 田中敏(2005)「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報』第 488 号, pp.1-10.
- 中川秀空(2009)「国民健康保険をめぐる最近の動向」『調査と情報』第 649 号, pp.1-10.
- 日高政浩(2004)「医療保険制度改革の財源問題と世代別生涯給付・負担への影響」『フィナンシャル・レビュー』August, 2004, pp.41-57.
- 吉田あつし(2009)『日本の医療のなにが問題か』NTT 出版
- Brau, R. and Bruni, M. L. (2008), "Eliciting the Demand for Long-Term Care Coverage: A Discrete Choice Modeling Analysis," *Health Economics*, Vol.17, pp.411-433.
- Caripiano, R. M. (2007), "Neighborhood Social Capital and Adult Health: An Empirical Test of a Bourdieu-based model," *Health & Place*, Vol.13, No.3, pp.639-655.
- Grootaert, C. and Van Bastelaer, T. (2002), *Understanding and Measuring Social Capital*. Washington DC: World Bank.
- Kawachi, I, Kennedy, B. P. and Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997), "Social Capital, income inequality and mortality," *American Journal of Public Health*, Vol.87, pp.1491-1498.
- Kawachi, I and Kennedy, B. P. (2002), *The Health of Nations*, New York, The New Press. (『不平等が健康を損なう』西信雄・高尾総司・中山健夫監訳、2004年、日本評論社)
- Kawachi, I, Subramanian, S. V. and Kim, D. (2007), *Social Capital and Health*, Springer (『ソーシャル・キャピタルと健康』藤澤由和・高尾総司・濱野強監訳、2008年、日本評論社)
- Lin, N.(2001) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lin, N and Erickson, B. (2008) *Social Capital: An International Research Program*, UK: Oxford University Press.
- MacFadden(1974), "Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behavior," in P. Zarembka(ed.), *Frontiers Econometrics*. Academic Press, pp.105-142.
- OECD(2004), *OECD Health Data 2004*.
- OECD(2007), *OECD Health Care Quality Indicators(HCQI) Project*, 2007.
- Putnam, R. (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ryan, M. (2004), "Discrete Choice Experiments in Health Care," *British Medical Journal*, Vol, 328, pp.60-61.
- Ryan, M., Watson, V. and Gerard, K. (2008), "Practical Issues in Conducting a Discrete Choice Experiment," Ryan, M., Gerard, K. and Amaya-Amaya, M. [Eds](2008) *Using Discrete Choice Experiments to Value Health and Health Care.*, pp.73-97., Springer.
- Ryan, M., Skatun, D. and Major, K. (2008), "Using Discrete Choice Experiments to Go beyond

Clinical Outcomes When Evaluating Clinical Practice,” Ryan, M., Gerard, K. and Amaya-Amaya, M. [Eds](2008), *Using Discrete Choice Experiments to Value Health and Health Care.*, pp.101-116., Springer.

United Nations (2007), *World Population Prospects: The 2007 Revision.*,

Viney, R., Savage, E. and Louviere, J. (2008), “Empirical investigation of experimental design properties of discrete choice experiments in health care,” *Health Economics*, Vol.14, pp.349-362.

WHO (2004), *The World Health Report, 2004.*

表1 ネットアンケート調査の諸変数の分布（男女別）

		(%)	
		男性	女性
年齢階級	20代	32.7	32.6
	30代	33.7	32.9
	40代	33.6	34.5
居住地域	札幌市	9.1	11.5
	仙台市	4.9	5.1
	さいたま市・千葉市	3.6	3.7
	東京23区	20.4	20.7
	横浜市・川崎市	11.6	10.3
	静岡市・浜松市・新潟市	3.5	4.8
	名古屋市	10.9	7.7
	京都市	6.5	5.5
	大阪市・堺市	13.2	13.4
	神戸市	5.2	5.2
	広島市	3.8	3.8
	福岡市・北九州市	7.4	8.4
学歴	小・中・高等学校卒	34.8	24.8
	短大・高専等卒	23.0	33.5
	大学、大学院卒	42.2	41.7
本人年収	無し	4.3	29.0
	100万円未満	8.6	21.9
	100-200万円未満	6.2	10.2
	200-300万円未満	13.0	13.5
	300-400万円未満	18.8	10.9
	400-500万円未満	14.7	6.1
	500-600万円未満	12.6	4.0
	600-700万円未満	8.8	1.7
	700-800万円未満	4.5	1.1
	800-1000万円未満	5.4	0.8
	1000万円以上	3.0	0.7
サンプルサイズ（学生と無回答者は除く）	626 (49.6%)	637 (50.4%)	

表2 医療保険の負担に関する設問(抜粋)(N=1263)

[設問]	あなたは現在の公的医療保険制度について、もっとこうしてもらいたいと思うことがありますか。以下にあげるそれぞれの項目に関して、それぞれもつともあてはまる選択肢を選択してください。		支持率 (男性)	支持率 (女性)
項目1	高齢者世代が支払う保険料や自己負担は、現状よりも低くした方がよい	選択肢1	そう思う	52.1% 56.8%
項目2	乳幼児など子どもの自己負担は、現状よりも低くした方がよい	選択肢2	どちらかと言えばそう思う	73.6% 64.5%
項目3	喫煙者が支払う保険料や自己負担は、現状よりも高くした方がよい	選択肢3	どちらともいえない	54.2% 52.7%
項目4	軽度な病気・けがに関する診療は、患者の自己負担を増やすかわりに、重度な病気・けがに関する自己負担は減らしてもらいたい	選択肢4	どちらかと言えばそう思わない	52.9% 37.0%
項目5	一定の期間中、医療サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を減らしてあげる方がよい	選択肢5	そう思わない	73.8% 73.0%

出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート調査」(2008)より計算。

表3 諸変数の記述統計量

Variable	Male					Female				
	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
有配偶ダミー	626	0.502	0.500	0	1	637	0.582	0.494	0	1
家族人数	626	2.687	1.426	1	7	637	2.711	1.290	1	7
子ども人数	626	0.658	0.964	0	4	637	0.725	0.932	0	4
就学前児童ダミー	626	0.188	0.391	0	1	637	0.198	0.399	0	1
20代	626	0.260	0.439	0	1	637	0.286	0.452	0	1
30代	626	0.367	0.482	0	1	637	0.345	0.476	0	1
40代	626	0.372	0.484	0	1	637	0.369	0.483	0	1
大卒以上ダミー	626	0.415	0.493	0	1	637	0.410	0.492	0	1
本人: 健康度(高)	626	0.315	0.465	0	1	637	0.312	0.464	0	1
本人: 健康度(中)	626	0.455	0.498	0	1	637	0.466	0.499	0	1
本人: 健康度(低)	626	0.230	0.421	0	1	637	0.221	0.415	0	1
家族: 健康度(高)	626	0.294	0.456	0	1	637	0.320	0.467	0	1
家族: 健康度(中)	626	0.521	0.500	0	1	637	0.507	0.500	0	1
家族: 健康度(低)	626	0.185	0.389	0	1	637	0.173	0.378	0	1
本人: 健康悪化	626	0.181	0.385	0	1	637	0.181	0.385	0	1
入院経験有り	626	0.458	0.499	0	1	637	0.485	0.500	0	1
平均年間通院回数	626	4.544	5.710	0	20	637	6.068	6.203	0	20
一番近い病院・診療所までの距離	626	14.213	6.442	10	50	637	13.739	6.682	10	60
タバコ依存ダミー	626	0.244	0.430	0	1	637	0.118	0.323	0	1
飲酒依存ダミー	626	0.107	0.309	0	1	637	0.022	0.147	0	1
<就業状態>										
経営者・役員	626	0.029	0.167	0	1	637	0.006	0.079	0	1
正社員・正職員	626	0.663	0.473	0	1	637	0.270	0.444	0	1
公務員	626	0.053	0.224	0	1	637	0.014	0.118	0	1
非正規労働者	626	0.123	0.329	0	1	637	0.297	0.457	0	1
自営業・家族従業者・内職	626	0.086	0.281	0	1	637	0.055	0.228	0	1
無業	626	0.038	0.192	0	1	637	0.328	0.470	0	1
<保険制度の種類>										
国民健康保険	626	0.256	0.437	0	1	637	0.201	0.401	0	1
被用者保険の被扶養者	626	0.024	0.153	0	1	637	0.402	0.491	0	1
協会けんぽ	626	0.109	0.311	0	1	637	0.082	0.274	0	1
組合健康保険+共済	626	0.505	0.500	0	1	637	0.259	0.438	0	1
不明	626	0.045	0.207	0	1	637	0.024	0.152	0	1

出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート調査」(2008)より計算。

表4 国民健康保険・政管健保(現・協会けんぽ)・組合健保の比較

	国保(市町村)	政管健保 (現・協会けんぽ)	組合健保
被保険者数(平成19年3月末)	4738万人	3594万人	3047万人
平均年齢(平成18年度)	55.2歳	37.6歳	34.5歳
70歳未満の被保険者の平均年齢(平成18年度)	44.6歳	35.2歳	33.3歳
1世帯当たり年間所得(平成18年度推計)[注1]	131万円	229万円	370万円
1世帯当たり保険料(平成18年度推計)[注2]	14.3万円	15.8万円	17.1万円
1世帯当たり診療費(平成18年度推計)[注3]	17.7万円	11.6万円	10.2万円
国庫負担(医療分)(平成19年度)	給付費の約43% (約3兆300億円)	給付費の約13% (約8300億円)	定額 (約47億円)

(注1) 国保は旧ただし書き方式による課税標準額。政管健保、組合健保は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見込んで推計。

(注2) 介護分を含まない。政管健保、組合健保は1被保険者当たりの額。事業主負担分は除く。

(注3) 老人保健対象者を(国保は退職被保険者等も)除いた数値。

(出所) 中川(2009)に追加。データの出典は、財務省『財政制度等審議会 財政構造改革部会資料』2009.5.18

表5 地域の生活環境に関する設問

[設問]	あなたがお住まいの地域についてお尋ねします。以下に挙げるそれぞれについて「そう思う」から「そう思わない」までの5つの中から選択してご回答ください。		
項目1	最近、自分が犯罪被害者になるかもしれないという不安を抱くことがある	選択肢1	そう思わない
項目2	あなたの住んでいる地域の近隣地域で、落書きを見かける	選択肢2	どちらかといえばそう思わない
項目3	あなたの住んでいる地域の近隣地域で、少年・少女グループがたむろして騒いだりしていることがある	選択肢3	どちらともいえない
項目4	あなたの住んでいる近隣地域で、違法駐車が見まわっていることを見ることある	選択肢4	どちらかといえばそう思う
項目5	あなたの住んでいる場所と、交番(あるいは警察署)との距離が近い	選択肢5	そう思う

(出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート調査」(2008)