

勤労世帯における受診機会の平等性と 医療費負担感から見た現行医療制度¹

～回帰分析とカクワニ指数・支出比率を
用いた分析～

大阪大学 山内直人研究室 医療・介護分科会

新子 詩乃

上野 智子

鷗川 洋輔

小坂 将士

張 一飛

中澤 麻衣

2008年12月

¹本稿は、2008年12月20日、21日に開催される、ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム2008」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、山内直人教授（大阪大学）をはじめ、村田卓氏、中村雅洋氏（マルゼン薬局）など、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

日本は国民皆保険や混合診療の禁止により、所得の多寡によらない平等な医療受診の機会を保ってきた。これは国際的にも高く評価されていた。しかし、医療制度の充実と同時に、長期的な不況や高齢化の進行に伴って、医療費増大による財政圧迫が深刻化する。そこで、医療費削減を図るため、政府により医療費自己負担を増加させる政策がとられた。例えば、勤労世帯に関しては1997年から2003年にかけて、自己負担率が1割から2割、2割から3割と段階的に引き上げられた。さらに近年、所得格差拡大も問題となり、特に低所得層の患者は経済的理由から医療を受けにくくなっていると考えられる。実際、低所得者の多数が受診抑制を経験しているというデータもあり、受診抑制による重症化が原因で死亡した例も報告されている。これらのことから、これまで評価されてきた日本の医療制度の平等性が崩れてきているのではないかという問題意識を抱いた。もし平等な医療受診機会が保たれていないのであれば、生存権の観点から問題であることは言うまでもないが、受診抑制をすることで治療が遅れ、重症化してから受診することで、非効率が生じる可能性もある。

そこで我々は、所得の多寡によらない受診機会が保たれているのかということの評価するために、所得と医療消費に相関関係があるのか、また、低所得層の家計における医療費の負担感はどのように変化しているのか、ということをはっきりとさせる必要があると考えた。なお、本稿では医療格差を消費量に着目して分析した。これは、現在混合医療が禁止されているため、質の格差はないとしたためである。分析対象は、医療費自己負担率が特に大幅に増加している勤労世帯とし、1994年、1999年、2004年の3ヶ年において二段階の分析を行った。まず、受診機会の指標である、受診率、1件当たりの診療日数、1人当たりの医療費について、外来、入院別で重回帰分析を行った。次に、家計における医療費の負担感について、外来診療費、入院費、医薬品費に分けてカクワニ指数と支出比率を用いて分析し、経年変化を観察した。

これまでの研究において、自己負担率増加が受診機会及び負担感に与えた影響を、外来、入院別でかつ時系列的に分析した研究は未だ存在しない。このような包括的な分析を行ったという点が本稿の大きな特徴である。

受診機会についての分析結果から、外来診療は所得が低いほど受診率が低くなる傾向にあること、入院、外来ともに所得が低いほど1件当たりの診療日数が長くなっていることが明らかとなった。これらから、受診抑制によって傷病が重症化し、受診が長期化している可能性が示唆された。また、1人当たり医療費は、外来受診において負の相関があることが明らかとなり、受診率の分析結果を、金銭面から裏付ける結果となった。

また、家計における医療費の負担感についての分析結果からは、入院費と医薬品費に関しては家計における負担感が増加したことが明らかとなった。

以上の分析結果から、低所得者は外来受診を抑制している状況にあり、現在は平等な受診機会が達成できていないといえる。

これらの分析結果から、我々は三つの政策提言を行った。

一つ目は、低所得層の初診の自己負担率を 1 割に引き下げることである。これは、受診機会についての分析結果により低所得層の受診率が低いことが明らかになったことから、特に重要性の高い初診における受診機会を確保することを目的としている。

二つ目は、ジェネリック医薬品の普及を促進することである。これは、家計における医療費の負担感についての分析から、入院費、医薬品費の負担感が増加していることが明らかになったためである。具体的には、医療機関による医薬品の一般名での処方や、厚生労働省によるジェネリック医薬品承認基準の厳格化を提言する。

三つ目は、保険証を IC カード化することである。受診データ、検査結果、薬歴などのデータを IC カードの保険証から情報を確認できるようにすることを提言する。

目次

はじめに

第1章 現状

- 第1節 (1. 1) 医療保険制度の仕組み
- 第2節 (1. 2) 医療制度の変遷

第2章 問題意識

- 第1節 (2. 1) 問題意識

第3章 先行研究

- 第1節 (3. 1) 先行研究
- 第2節 (3. 2) オリジナリティ

第4章 分析

- 第1節 (4. 1) 平等性に関する分析
- 第2節 (4. 2) 医療費負担感の変化に関する分析
- 第3節 (4. 3) 考察

第5章 政策提言

- 第1節 (5. 1) 低所得層の初診自己負担率引き下げ
- 第2節 (5. 2) ジェネリック医薬品の推進
- 第3節 (5. 3) 健康保険証の IC カード化

第6章 おわりに

参考文献・データ出典

図表

はじめに

これまで日本の医療保険制度は国民の平等な医療受診機会を保障してきた。しかし現在、平等な受診機会が崩れ、医療格差が生じていると言われている。医療格差の要因は主に三つある。地理的要因、患者の所得、診療科の偏在の三つである。これらの中でも、所得格差の拡大や自己負担割合の変化といった所得要因による医療受診機会の格差の拡大は深刻なものがある。

実際、全国約 700 カ所の病院などで構成される全日本民主医療機関連合会を通じた調査では、病院関係者や遺族への取材の結果、2000 年以降に少なくとも 21 人が受診抑制により死亡していることが判明した²。

人権の観点から問題であるのは言うまでもないが、受診機会が制限されることにより、重症化してから治療を受ける患者が増え、逆に多くの医療費が必要になることも危惧される。このことは財政においても家計においても悪影響を及ぼす。

よって本稿では患者の所得要因による医療格差に焦点をあて、二つの分析を行う。

まず、入院、外来のそれぞれについて時系列分析を行うことにより、医療受診に所得が与える影響、また、法改正による自己負担率増加が低所得者の受診行動に与えた影響を明らかにする。次に、家計における医療費の負担が大きくなるにつれて受診機会は制限されるのではないかとの推察から、入院費、外来診療費、医薬品費についてカクワニ指数と支出比率を用いて負担感の時系列変化を分析する。

以上の分析結果を踏まえ、受診機会において格差の少ない医療制度に向けての政策提言をする。

本稿では医療の平等性、受診機会について、次のように位置づける。

1) 所得によらず過不足のない受診機会が達成されている状態を、平等と定義する。

医療における平等性には二つの考え方がある。一つは、社会保険料と受診による医療保険給付に着目し、医療サービスの消費が、保険料に対して相対的に平等であるという考え方である。もう一つは、医療受診行動のみに着目し、どの所得階層においても医療サービスの過不足のない消費が、保険料によらず絶対的に平等であるという考え方である。この場合、保険料は埋没費用と考えられる³。我々は、保険料額は医療受診への意思決定に影響を及ぼさないと考え、後者の視点に立つ。よって、本稿では、どの所得階層においても医療サービスの過不足のない消費が達成されている状態、つまり所得によらない平等な医療機会を実現することを目標にする。

2) 受診機会は医療の消費量で計測する。

² 出典：朝日新聞 2006 年 7 月 4 日

³ このような仮定を *simplified Feldstein framework* という。*simplified Feldstein framework* とは、保険料は傷病の有無に関わらず支払う必要があるため、消費者にとっては所与で一定の埋没費用であり、それゆえに受診確率への影響はない、とするもの。税制の分析をする際に単純化の仮定で用いられる。

受診機会についても二つの側面がある。一つは医療の量という側面、もう一つは医療の質という側面である。前者の医療の消費量について、医療は傷病を治すための方法であることから手段財であり、それ自体を消費することに効用がある目的財と異なる。このため医療の過剰な消費はないと仮定する。後者の医療の質について、現在日本では混合診療が認められていないことから、質の不平等は起こっていないと考えられる。このため医療の質は一定と仮定する。

本稿では、以上の枠組みのもとで、患者の受診機会の量が所得階層によらず平等であるかどうかを分析によって明らかにし、より平等な受診機会を達成するための政策提言を試みる。

なお、本稿の構成は以下の通りである。

まず第1章では、医療保険制度の現状について述べる。ここで我が国における医療保険制度の仕組み、変遷についても紹介する。

第2章では、第1章を受けて本稿における問題意識を述べる。ここでは医療制度の平等性についてのみならず、家計における医療費の負担感にも焦点をあてた。

第3章では、先行研究として医療の平等性について論じた実証論文をいくつか紹介する。また、本稿におけるオリジナリティを述べる。

第4章では、実証分析として、受診機会の平等性、医療費負担感の変化についてそれぞれ分析する。

第5章では、第4章の分析結果を踏まえ、よりよい医療制度に向け提言を行う。

第6章では、今後の課題と期待を述べ、結びとする。

第1章 現状

第1節 医療保険制度の仕組み

(1) 医療保険制度

憲法第 25 条には「すべての国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。また、国は、すべての国民の生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定されている。これを根拠として、国民は社会保障制度などにより、「健康で文化的な最低限度の生活」を保障されているのである。

現在国民が享受している社会保障制度は、主なものに社会保険、公的扶助、社会福祉、公衆衛生等がある。さらに細かく分類していくと、社会保険制度には医療保険、年金保険、雇用保険がある。また、公的扶助制度は日本では生活保護として実現されており、生活扶助、住宅扶助など 8 つから成り立つ。社会福祉は老人福祉、児童福祉などを含んでいる。

これらの中でも、本稿では日本の公的医療保険制度に着目したい。後の第 2 節で詳しく述べるが、日本の医療の平等性が高く評価されてきたのは、国民皆保険など、公的医療保険制度の貢献が大きいからである。

医療保険とは疾病、傷害による費用保障を目的とする社会保障のことであるが、ここで、日本の公的医療保険制度の仕組みについて説明する。

公的医療保険制度は、保険者、被保険者、医療機関、審査支払機関の 4 者から構成される。保険者とは、保険機関や保険組合といわれる、職種別や地域別で出資してつくった組織のことである。また、被保険者はその加入者、つまり傷病が発生した場合に自身や家族が必要な給付を受けられる者のことを指す。

まず、被保険者は毎月一定額の保険料を保険者に納める。ただし、被保険者全員が同額を支払うわけではなく、所得や年齢層によって保険料は異なる。傷病の際には医療機関で医療サービスを受けるが、その際に発生する費用は被保険者が一部を負担し、医療機関の窓口で支払う。この医療費窓口自己負担率は年齢や所得によって異なり、例えば 70 歳以下の被保険者本人であれば、現在では 3 割と定められている。そして、残りの費用（70 歳以下であれば 7 割）は医療機関が審査支払機関に診療報酬の形で請求することになる。その際、不正請求などを防ぐために審査支払機関が審査を行い、保険者に請求する。これを受けて保険者は診療報酬を審査支払機関に払い込み、審査支払機関から医療機関に診療報酬が支払われる。

さらに、高額手術などの際には、高額療養費制度を利用することができる。高額療養費制度は、医療費自己負担額が高額になった場合の患者の家計の負担を軽減する目的で設けられているものである。所得や年齢に応じて自己負担限度額が定められており、自己負担がこの限度額を上回った場合には、超過分は医療保険から別途支払われることになる。

我が国の公的医療保険の特徴として、強制加入であり保険料負担は応能主義⁴を採っていることや、一部負担金があること、高齢者に対する所得移転の色彩が強くなっていることなどが挙げられる。また、日本では国民皆保険に代表されるように、医療受診の平等性が高いと言われている。これは、非高齢者一般を対象とする公的医療保険が存在せず、民間医療保険が主流をなすアメリカの医療保険や、ほとんどの医療機関が公営で、医療費の自己負担がほぼ無料であるイギリスの医療保険とは対照的である。

また、日本の公的医療保険には様々な種類が存在し、一般被用者保険（政府管掌健康保険、組合管掌健康保険）、特定被用者保険（公務員、船員など）自営業者保険（国民健康保険）、地域保険（市町村国民健康保険）などに分類される。このように保険者が並立しているのは、公務員や大企業労働者から中小企業労働者、農林漁業者、自営業者へ、というように、公的医療保険制度が対象とする人口が拡大していったという戦前からの歴史的経緯によるものである。なお、詳しい分類に関しては（図1）と（表2）を参照されたい。

(2) 混合診療の禁止

我が国では、混合診療を禁止することで医療サービスを平等に提供してきた。混合診療とは自由診療（保険外診療）と保険診療を併用するものであるが、もし併用した場合、自由診療にかかる費用だけでなく、保険適用内の診療にかかる費用に関しても全額患者の自己負担となってしまうという制度が採用されている。所得の多寡により享受できる医療サービスの質に差が生じ不平等となることを防ぐなどの理由から、このように現行法においては混合診療が原則禁止とされているのである。

第2節 医療制度の変遷

(1) 平等性の高い医療保険制度

日本では戦後、新憲法の理念のもと、法律改正や診療報酬の引き上げなどにより急速に医療制度が整備されていく。1961年には国民皆保険が達成された上に、高度経済成長期には医療保険の給付率の改善など、社会保障制度の充実が図られた。これらの医療制度や社会保障制度の充実、国民の受診機会の拡大に大きく貢献した。前述の通り国民皆保険が達成されていることや混合診療が禁止されていることなどから、日本の医療制度はフリーアクセスと呼ばれ、極めて平等性の高いものであるとして先進国の中でも非常に高く評価されていた。

(2) 医療費歳出の財政圧迫による医療費自己負担の増加

しかし同時に、医療制度の充実及び高齢化に伴って医療費が財政を圧迫していくこととなる。特に「福祉元年」と呼ばれる1973年には、老人医療費自己負担の無料化などが実施された。これにより高齢者の受診率が急上昇し、財政における医療費歳出の爆発的増加をもたらした。この老人医療費無料化には、高齢者が費用の心配をせずに受診できるようになる一方で、病院の待合室のサロン化現象や、必要以上の投薬や検査などの無駄な医療消費といった問題が指摘された。これらの影響もあり、医療費が急増したのである。

⁴ 応能主義とは、能力に応じて保険料を負担する考え方。

1974 年には石油危機が発生し、日本経済は低成長へ移行していったので、高齢者医療費の増加は公的医療保険の財政に深刻な影響を及ぼした。それを受けて老人医療費無料化の見直しが行われ、1983 年には老人保健法が制定された。これにより老人医療費無料化が廃止され、70 歳以上の高齢者は毎月一定額の医療費自己負担を課された。

また、1991 年のバブル崩壊後、日本は長期の経済停滞期に陥った。しかしその一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩に伴って医療費は着実な伸びを示した。その結果、国の税収から医療費として歳出される割合が高まり、公的医療保険財政の悪化が危惧されるようになった。この事態に対し、医療費削減策として医療費自己負担が増加されてゆくこととなる。

まず、1997 年に健康保険法改正により、被用者保険全被保険者自己負担割合が 1 割から 2 割に引き上げられた。さらに 2003 年には小泉政権の歳出削減策を受け、70 歳未満被保険者及び被扶養者の自己負担割合が 2 割から 3 割に引き上げられた。同時に、70 歳以上高齢者の自己負担は、毎月定額負担であったのが 1 割定率負担（現役並み所得者は 2 割）となった。また、2006 年に成立した医療改革関連法や、2008 年に創設された後期高齢者保険制度（老人保健制度から移行）では、高齢者を中心に負担が増える患者も多い。後期高齢者医療制度においては、75 歳以上の後期高齢者は全員この医療制度に加入することとなり、その全員から保険料が徴収される。しかしこの制度は様々な問題点が指摘されており、現在見直しが検討されている。

このように、医療費歳出増による財政圧迫を受けて様々な制度の改定が行われ、国民の医療費自己負担は従来に比べ確実に大きくなっているといえる。

その中でも特に注目すべきは、勤労世帯の医療費自己負担率増である。上述の通り、勤労世帯に関しては、1997 年以降現在まで 2 度の法改正を経て、医療費自己負担率が 1 割から 2 割、2 割から 3 割へと増加されている。当初と比べ負担が 3 倍にも膨らんでおり、勤労世帯の感じる負担感は大きくなってきていると予想される。高齢者医療費増加のしわ寄せが勤労世帯に及んでいるともいえる。

なお、医療保険制度に関する主な法改正と、各世代における自己負担率の推移について、詳しくは（表 3）と（表 4）を参照されたい。

第2章 問題意識

第1節 問題意識

(1) 現状から問題意識へ

前章で述べたように、医療制度の変遷により、勤労世帯では医療費窓口自己負担率が1997年から現在にかけて1割から3割へと増加している。それに加え、近年、所得分配の不平等度を示す指標であるジニ係数の上昇にもみられるように、所得格差も広がっている(図5)。これらのことから低所得層の患者の受診機会が制限されている可能性がある。

実際、日本医療政策機構が2007年に行った調査では、約4割の低所得層⁵が経済的理由から受診抑制を経験していることが明らかになった。「費用がかかるという理由で薬を処方してもらわなかったことがある」と回答した人が高所得層⁶で2%であるのに対し、低所得層では16%と明らかな差が生じている。(図6) この調査を見る限り所得によって受診行動に差が生じていることは明らかである。同機構の別の調査では、低所得者層のうち、将来について「必要な時によい医療がうけられるか心配」と答えた人が7割以上、「深刻な病気になったとき医療費を払えないのではないかと心配」と答えた人が8割以上おり、非常に多くの方が不安をかかえながら生活をしているといえる。(図7) 受診抑制の結果、治療開始が重症化後となったために手遅れとなり、死亡に至った事例もある。2008年4月15日付毎日新聞に掲載されているものだけでも、そのような例が2007年に少なくとも4件あったことが明らかになっている。

このことから、高い平等性を保ってきた日本の医療制度において、所得の多寡によらない平等な受診機会が確保できていないのではないかと、また、平等な受診機会が保てているとしても、自己負担増加及び所得格差拡大の影響で、家計における医療費支出の負担感は増加しているのではないかと、という問題意識をもった。

(2) 受診抑制の問題点

受診抑制をすることの問題点は二つある。

一つ目は、低所得層が経済的理由から受診できず健康を害するというのは、生存権(憲法第25条)の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」に反している、ということである。よって人権の面から大きな問題であるといえる。

二つ目は予防医療の観点からの問題である。医療受診の意思決定を行う患者は医療に対する知識に乏しく、自覚症状からの安易な自己判断により、実際の深刻な傷病を見落とすという問題が起こる可能性がある。これは情報の非対称性をもたらす問題である。また、医療に

⁵年間世帯収入 300 万円未満かつ純金融資産 300 万円未満

⁶年間世帯収入 800 万円以上かつ純金融資産 2000 万円以上

対する知識が十分であっても、受診抑制をすることで早期治療を怠り傷病が重症化してしまうリスクが高くなる。重症化してから医療機関に行くことになると、治療期間が長期化するため、当初の意図に反してさらに費用がかさむことになり、医療の効率性が損なわれる可能性がある。

以上、人権及び予防医療の観点から、受診抑制は深刻な問題であるといえる。

(3) 分析対象

以上のような問題意識のもと、我々は特に勤労世帯に着目する。その理由として主に 3 点が挙げられる。

第一に、勤労世帯は特に医療費自己負担額が大幅に増加しているため、医療費自己負担増による受診行動の変化が最も表れやすいと考えたからである。上述の通り、勤労世帯に関しては、健康保険法の改正により医療費窓口自己負担が 1 割から 2 割 (1997 年)、2 割から 3 割 (2003 年) と増加しており、自己負担増加の影響を最も直接的に受けている可能性が高い。勤労世帯を分析対象とすれば、医療費自己負担増による受診行動の変化をより明確に観察できる。

第二に、所得格差の影響を見ることができると考えたためである。昨今日本では所得格差が問題として大きく取り上げられ、実際に、所得分配の不平等度を示す指標であるジニ係数も上昇の一途を辿っている。高齢者世帯、すなわち過去における勤労世帯ではなく、所得格差拡大が叫ばれるようになった現在における勤労世帯を対象とすることで、所得格差による受診行動への影響を明らかにできると考えた。

そして第三に、勤労者は特に経済成長や社会保障など様々な面から我が国を支えていく重要な存在であり、彼らの受診機会の平等性を保つことは必要不可欠だからである。ここでは、社会保障における現役勤労者の重要性を例に挙げる。日本では高齢化が急激に進み、勤労者の社会保障負担割合が増大していくのは確実である。1970 年には高齢化率 (総人口に占める 65 歳以上人口の割合) は 7.1% (人口の約 14 人に 1 人) であったが、2000 年には 17.2% (人口の約 6 人に 1 人) となり、30 年間で急激に高齢化が進行したことがわかる。さらに 2015 年には高齢比率 26.8% (人口の約 4 人に 1 人)、2040 年には 34.9% (人口の約 3 人に 1 人) になると予想されている (国立社会保障・人口問題研究所の 2006 年 12 月推計)。つまり、国民所得に占める社会保障費の比率は今後も上昇し、概ね 1 人の高齢者の社会保障を、2015 年には 3 人の勤労者で、2040 年には 2 人の勤労者で支えなければならないということなのだ。このように今後の日本の社会保障などを支えていく上で勤労者の存在は非常に重要であり、勤労者の健康を守るという意味で受診機会の平等性を保つことは必要不可欠であるといえる。

これらの理由により、我々は勤労世帯を対象に分析を行う。

(4) リサーチクエスチョン

以上のような問題意識のもと、勤労世帯の受診機会の平等性の観点から現行医療制度を評価する目的で、以下の二点を明らかにする。

まず、これまで平等性の面で世界的に高く評価されてきた日本の医療制度は、現在も平等性を保っているのか、つまり、所得の多寡が医療受診の量に影響を与えているのかどうかということを明らかにする。

次に、医療費の家計における負担感はどのように変化しているのか、ということを確認する。この分析を行う理由は、平等な医療が達成されているとしても、負担感が増加している可能性があるからである。家計における医療費負担感の増加は結果として受診抑制につ

ながる。負担感の変化を把握することは、平等な医療の崩壊を未然に防ぐために不可欠である。

第3章 先行研究

第1節 先行研究

自己負担率の増加に対する医療受診の弾力性については、多くの研究がなされている。澤野 (2001) は、エンゲル曲線アプローチを用いて、被保険者の自己負担率改定が家計における医療費支出にどのような影響を与えたかを報告した。その結果、1984年と1994年の自己負担額改正は、家計の医療費支出を増加させたことを明らかにするとともに、医療という財が概して価格非弾力的であると結論づけた。他にも医療受診における価格弾力性に関する研究は多くなされているが、高齢者の医療費抑制の必要性の高まりから、その多くの研究は高齢者を対象にしたもので、勤労世帯を対象にしたものは少ない。

また、勤労世帯を対象にして、平等性の観点から医療アクセスを述べた研究に馬場園・川添 (2007) がある。自己負担が2割に引き上げられた後の2002年度末の健康保険組合のデータを用いて、医療受診における所得効果を実証分析によって明らかにしている。馬場園・川添は、受診の指標となる受診率、一件当たりの診療日数、一人当たりの診療費をそれぞれ被説明変数に置き、被保険者数、扶養率、老人加入率などの健康保険組合における財政に影響を与える組合特性を説明変数として回帰分析を行った。この説明変数の選択の際には、馬場園自身の過去の研究の成果や、谷口 (1984) などの研究を基にしている。結果、所得の代理変数である平均報酬月額、歯科受診率、入院受診率、外来受診率すべてに対して正の説明力を持つことが明らかとなった。このことから、低所得者は所得を理由に受診抑制をしている可能性があることを結論付けた。また、1件当たりの日数に関しては、平均報酬月額が概して負の説明力を持ったことから、低所得者の受診抑制が重症化をもたらしている可能性があることを示した。1人当たりの医療費に対しては、平均報酬月額は正の説明力を持ち、問題意識と整合的であった。このような結果をうけて、平等な医療が崩れかけていることを報告し、予防医療の観点から生活習慣病に対する予防事業を充実させることを提案している。

一方、遠藤・篠崎 (2003) では、同じく公平性の観点から医療アクセスを研究対象としたが、異なるアプローチを取っている。医療費支出の所得に対する逆進性を表すカクワニ指数と、可処分所得における医療費支出の割合を表す支出比率という二つの統計指標を用いて、低所得者の医療費負担感の経年変化を明らかにした。その結果、入院費に対する医療費の逆進性が進んでおり、低所得者の負担感は大きくなっていることを明らかにした。また、当面この傾向は続くものと予測している。

その他、独自のアンケート調査を用いて疾患ごとの分析を試みた研究に井伊・大日 (2002) がある。日本においては医療のマイクロデータに乏しく、医療経済系の多くの研究もマクロデータを使用しているため個人の意思決定レベルでの議論はできていない。この状況に問題意識を抱いた井伊らが、独自のアンケートを実施することでデータを入手し、患者の意思決定行動を分析することに成功した。著者は、多項プロビットモデルを用いて、ある傷病が生じた際の、実際の医療受診行動及び大衆薬需要を分析した。結論としては、患者は傷病の種類

によって、医療受診するか、大衆薬に代替するか意思決定をしていることが判明した。また、自己負担を増加させることは医療受診を大衆薬に代替させる効果を持つことも明らかにした。

第2節 オリジナリティ

このように、自己負担増加に関する研究はいくつかあるが、各研究の成果はどれも完全なものと言えない。まず、馬場園・川添（2007）の研究においては時系列変化が明らかにされておらず、過去は平等な医療制度であったことを証明できていないため、現在の医療消費の格差を自己負担増加の影響だけに帰着させるのは早計である。また、遠藤・篠崎（2003）の研究では、2003年の自己負担増加の影響が見られていない。井伊・大日（2002）の研究は、軽症に関する研究としては非常に興味深い内容であったが、入院に対して言及できておらず、医療受診行動の全体像は把握できていない。

つまり、これまでの研究において、1997年、2003年の2度にわたる自己負担率増加が受診機会、及び負担感に与えた影響を、外来、入院別でかつ時系列的に分析した、包括的な研究は未だ存在しない。我々はこの点に着目し、勤労世帯の自己負担率が1割であった1994年、2割に増加後の1999年、3割に増加後の2004年までの3ヵ年において、診療科別で医療受診行動の変化を明らかにしようと考えている。このように包括的な分析を行うことは、現在の医療需要者の状況を正確に捉えるために重要なプロセスであり、所得による医療受診格差をなくすための提言をするという本稿の目的にも合致している。

よって、我々は、入院、外来別及び時系列分析を試みることによって、自己負担増加や所得格差拡大という社会的な背景が低所得者の受診行動や医療費負担感に与えた影響を明らかにすることで、現行医療制度の平等性の実態を明らかにしようと考えている。

これを踏まえて、本稿の意義は二点ある。一点目は、受診機会、負担感の両面から低所得者の医療消費の実態を明らかにし、より平等な医療制度を達成するための政策提言すること。二点目は、将来的に必要とされる医療政策を考える上で有益な情報を提供することである。医療費増加が見込まれる日本において、今後も医療費抑制政策が求められるが、その際に、医療受診行動の実態を明らかにした本稿の分析結果は有益な情報を提供できると考えている。

第4章 分析

以下では、所得がもたらす医療受診格差の実態を分析によって明らかにするために、受診機会の格差と、家計における医療費の負担感について分析する。

第1節 受診機会の平等性に関する分析

(1) 分析方法

所得によらない平等な受診機会が達成されているのかということ明らかにするために、所得の多寡が受診機会の量に影響を与えているかどうかを分析する。具体的には、1997年及び2003年の法改正前後の1994年、1999年、2004年の3ヵ年分の健康保険組合事業年報に掲載されている健康保険組合2000組合弱⁷のデータを使用して、回帰分析を行った。

分析モデルは以下の通りである。

$$Y_i = \alpha + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + \beta_5 X_{5i} + \beta_6 X_{6i} + \varepsilon$$

Y_i : 受診指標

α : 定数項

X_i : 各種組合特性

ε : 誤差項

被説明変数におく受診指標としては、受診率、1件当たりの診療日数、1人当たり診療費を用いる。受診率は、1ヶ月当たりの患者1人当たりのレセプト件数で表される。レセプトは1つの医療機関につき1ヶ月に1枚発行されるため、月当たりのレセプト件数はその月に受診した医療機関の数を表す。また、1件当たりの日数はレセプトに記載された実日数をレセプト件数で除して求められる。これらの受診指標のうち、受診率を受診機会の代理変数として扱う。また、1件当たりの診療日数は、低所得者が受診抑制をした結果、重症化し、療養が長期化してしまう可能性を確かめるために用いる。そして、受診抑制の結果、高所得者と低所得者で消費された医療費額に格差が表れているのかということ明らかにするために1人当たりの診療費用を用いる。これら三つの受診指標を被説明変数とし、被保険者及び被扶養者のそれぞれについて、外来、入院別で分析を行う。

⁷ 年度によって組合数が異なる。1994年1815組合、1999年1875組合、2004年1600組合。近年、老人医療費拠出金制度により拠出金を迫られ、財政的に苦しくなる健康保険組合が増え、組合数が減少傾向にある。これらのデータから欠損値および異常値を排除し、分析に用いたサンプルはそれぞれ1994年1813組合、1999年1781組合、2004年1545組合となった。2004年は、性比、平均年齢を1999年で代用する関係で多くの欠損が生じた。

説明変数である受診に影響を与える組合特性としては、先行研究⁸を参考にして、被保険者数、扶養率（扶養者数／被保険者数）、老人加入率（老人加入者数／全加入者数）、平均報酬月額、被保険者の平均年齢、性比（男性の被保険者数／女性の被保険者数）とした。ただし、被扶養者についての分析では、性比は（女性の被扶養者数／全被扶養者数）の値を用いている。これらの説明変数に多重共線性がないことは先行研究⁹で明らかにされている。

モデルでは平均報酬月額を所得の代理変数として、所得の多寡が受診機会の多寡に影響を与えているのかという点について分析する。ただし、平均年齢、性比に関しては、2004年度のデータが健康組合事業年報に掲載されていないので、1999年度のもので代用した。また、被保険者数、被保険者の性比は対数正規分布をとるために自然対数による対数変換を行った。これらの変数すべての記述統計量は、(表 8)を参照されたい。

なお、本分析においては、1994年から2004年までの3カ年のデータは、パネルデータではなくクロスセクションデータとして扱う。我々の分析の意図は、医療受診の多寡にどれほど所得が影響を与えているかを明らかにし、またその経年変化も見ることにある。パネルデータで分析すると、法改正ダミーに自己負担率増加の影響を帰着させることになり、自己負担率増加が所得効果に及ぼした影響の経年変化をみることができない。一方、クロスセクションデータとして3カ年分析すれば、標準報酬月額の標準化偏回帰係数を3カ年分比較検討することで、所得が医療格差に与えた寄与度の変化を明らかにでき、本稿の目的に沿う。なお、分析にはE-Views5.1を用いた。

(2) 分析結果

(表 9)に、被保険者、被扶養者において受診率を被説明変数とする重回帰分析の結果を示している。外来受診に関して、被保険者及びその被扶養者の受診率に対して、平均報酬月額が正の説明力を持っている。また、被保険者の係数値が年々大きくなっていることから、この傾向は拡大していると考えられる。被扶養者においては、1994年、1999年に所得が説明力を持っていなかったにもかかわらず、2004年では正の説明力を持つようになっている。入院に関しては、年度によって係数値にばらつきがあり、全体としての所得と入院受診率の傾向は得られなかった。

(表 10)は、被保険者、被扶養者において1件当たりの診療日数を被説明変数とする重回帰分析の結果を示している。受診抑制の可能性があった外来に関して、おおむね、被保険者、被扶養者ともに平均報酬月額が1件当たりの診療日数に対し負の説明力を持った。入院の1件当たりの日数に関しては、被保険者において、平均報酬月額が負の説明力を持っている。被扶養者においては、総じて1件当たりの日数と所得の相関は見られない。

(表 11)には、被保険者、被扶養者において1人当たりの診療費を被説明変数とする重回帰分析の結果を示した。受診抑制が明らかとなった外来において、被保険者において平均報酬月額が1人当たりの医療費に正の説明力を持った。被扶養者の外来の1人当たりの診療費に関しては、明確な相関はみられない。また、入院に関しては、所得との一定の相関関係が得られなかった。

医療サービスは、手段財であるため過剰な消費の可能性は考えにくい。そのため、所得が医療享受量に対し正の説明力を持っていたことは、低所得者の受診抑制によるものと考えてもよいだろう。これ以上の考察は第3節で述べるが、本分析では、低所得者が所得を理由に外来受診に関して受診抑制をしており、そしてその傾向は年々悪化している、という実態を明らかにすることができた。

⁸馬場園明・小河孝則・馬場園常子・濱田裕久・青山英康(1991)、馬場園明(1990)、谷口隆(1984)、中瀬克己(1988)などの分析結果を経て、組合財政に影響を与える組合特性が明らかとなっている。それらの変数を説明変数として、被説明変数である医療受診指標(つまり、組合における財政支出)を説明する。

⁹馬場園・山本・津田・三野(2001)による。

次節では、所得と受診機会の明確な相関関係が得られなかった入院においても、所得格差拡大の影響から家計における負担感が増加している可能性があるため、低所得者の家計における負担感の変化を分析する。

第2節 医療費負担感の変化に関する分析

(1) 分析方法

医療費が低所得者の家計を圧迫しているのかを確認するため、1994年、1999年、2004年の3ヵ年におけるカクワニ指数と支出比率を算出して家計への負担感の推移を明らかにした。データは『全国消費実態調査』（総務省統計局）の公表データから、2人以上の勤労者世帯を年間収入五分位で区分したものをを用いた。標本数は各年約6万世帯である。同様に家計の医療費支出を把握できるものとして同じ総務相統計局による『家計調査』が挙げられるが、こちらは5年毎に行われる『全国消費実態調査』と違い毎年調査がなされる代わりに約8千世帯と標本数が少ない。また、勤労者世帯のみを分析対象とした理由は第2章第1節の通りである。

本稿において支出比率とは、医療費関連の自己負担額を可処分所得で除した値と定義する。遠藤・篠崎（2003）ではデータの制約から課税前所得で除した物を採用していたが、実質的な医療費負担感を表すためには、前述の通り社会保険料などを埋没費用として考えるのが妥当であるため、本稿では可処分所得を採用した。分析においては、各年度を代表する支出比率を使用する必要があるため、平均自己負担額を平均可処分所得で除して導出する。

次に、カクワニ指数は、税金の累進度、逆進度を計る指標として発案された(Kakwani 1976)のものであり、Wagstaff et al. (1992)はこれを医療費支出の公平性を計る指標として用いている。本稿では同様の観点から、所得に対する医療費支出の累進性、逆進性を計る指標としてこれを用いる。カクワニ指数の概念を図に表したものが(図12)である。横軸に低所得世帯から順に並べた世帯の累積度数、縦軸にはこれらの世帯の所得と医療費支出の累積度数をそれぞれとる。ここで所得データから描ける曲線がローレンツ曲線であり、支出データから描ける曲線が医療費支出の集中度曲線である。ローレンツ曲線と45度線に囲まれた領域の面積の2倍がジニ係数となり、集中度曲線と45度線に囲まれた領域の面積の2倍が集中度係数となる。カクワニ指数は集中度係数からジニ係数を引いた値で計算される。ここでカクワニ指数が正であれば支出は所得に対して累進的であり、負であれば所得に対して逆進的となる。(図12)で表せば、集中度曲線がローレンツ曲線よりも右下に位置しているとき、高所得者が所得に比例してより多くの医療費を支出していることになり、支出が累進的であると言える。

支出比率とカクワニ指数を同時に用いる理由は、各々を単独で用いるだけでは負担感を議論するのに不十分であるが、相互に用いることでこれを補完できるためである。すなわち、カクワニ指数は支出が所得に対して累進的か逆進的かの判断のみを与え、支出比率はそれ単独では家計における医療費支出の割合を示すだけに過ぎない。しかし、この二つの指標を総合することによって初めて経年比較を行うことができるのである。理由は次のように考える。

まず、支出比率が一定であるが、カクワニ指数が異なる二つの状況を考えてみる。例えば、可処分所得が10の家計Aと、100の家計Bがあるとし、Aが1、Bが10をそれぞれ医療費に支出している場合と、Aが3、Bが8をそれぞれ医療費に支出する場合を比較する。支出比率は両者とも0.1(5.5/55)で一定であるが、カクワニ指数は異なり、前者に比べ後者の方が所得に対して逆進的に医療が消費されている。このとき、後者において低所得者の負担感はより大きいと考えられる。

次に、カクワニ指数が一定である場合を想定する。上記と同様に、可処分所得が10の家計Aと、100の家計Bがあり、Aが1、Bが10をそれぞれ医療費に支出している場合とA

が 5、B が 50 をそれぞれ医療費に支出する場合を比較してみる。前者と後者ではカクワニ指数は一定であるが、支出比率は、前者が $0.1(5.5/55)$ で、後者が $0.5(22.5/55)$ となり異なっている。この二つの状況において、後者の状況の方が低所得者の医療費支出における負担感は大いと考えられる。高所得者は一般に奢侈品や貯蓄への支出が多いため容易に必需品である医療費へのシフトが可能であるが、低所得者はそれが困難だからである。

つまりカクワニ指数と支出比率は状態間の相対的関係を表す指標として用いることができる。同じカクワニ指数であれば支出比率が高いが低所得者にとって不利な状況であり、同じ支出比率であればカクワニ指数が小さい方が同様に不利となる。(図 13) のように縦軸にカクワニ指数を横軸に支出比率をとり、経年推移を図示すると、右下方向に移動したとき低所得者にとって受診機会が不利な状況となる。すなわち、低所得者にとって、I の領域の任意の状態に比べれば、IV の領域の任意の状態の方が負担感が大いといえる。

分析においては、医療費支出を外来診療費、入院費、医薬品費に分けて支出比率、カクワニ指数を導出し、詳細な分析結果を得る。医療費の分類の定義は次の通りである。外来診療費は、医師の診断に基づく傷病の治療、身体の矯正のために必要なサービスへの支出である。初診料、手術料、処置料、往診料、医師よりうけた薬代などがこれに含まれる。入院費は、入院に対する支出全般を指す。入院中に受けた治療のすべてがこれに含まれる。医薬品費は、薬事法に定める医薬品及び医薬部外品を指す。医師の処方箋により院外で購入した薬も含む。

(2) 分析結果

(図 14) (図 15) (図 16) は 1994 年から 2004 年までのカクワニ指数と支出比率の経年推移を示したものである。

(図 16) において、各項目を個別に見ていくと、外来診療費はカクワニ指数が正の方向、つまり所得に対し累進的方向に大きく変化している。これは自己負担率増加によって、低所得者が受診を控えた結果、全体から見た高所得者の外来受診費の割合が高まったことを示唆している。受診抑制は、家計の負担感を和らげる効果を持つ。しかし一方で、支出比率は 1994 年から 2004 年にかけて 0.27% 上昇していることから、外来受診費自体の負担感が増加していることも読み取れる。よって、外来診療費に関しては逆進性が低下しているといえども、支出比率の増加により相殺されるので、低所得者の負担感の改善または悪化を判断することはできない。

入院費はカクワニ指数が 0.0228 ポイント低下し、支出比率は 0.13% 上昇している。特に、1994 年から 1999 年の間において負担感の悪化が著しい。1999 年から 2004 年の変化のみに着目すれば若干のカクワニ指数の悪化にとどまったものの、支出比率は一貫して増加している。よって、低所得者の負担感は大い増加したと考えられる。

医薬品費に関しては大きな変化はみられない。1994 年から 1999 年の間にカクワニ指数の改善が見られるものの、その後 2004 年において下方へシフトしている。そのため、1994 年から 2004 年にかけてカクワニ指数は 0.0044 ポイント低下し、なおかつ支出比率も 0.03% 増加している。よって、低所得者の負担感は多少ではあるが増加していると結論付けられる。

第3節 考察

以上二つの分析結果は、医療格差の問題を考える上で、重要な示唆を与えている。

まず、所得の多寡が医療消費の多寡に影響を与えているのかという点に関して、第1節の分析から、有益な情報が得られる。回帰式にて、被保険者の外来受診において、全ての年度で平均報酬月額が受診率に正の説明力を持っていることから、低所得層の勤労者が医療受診を控える傾向があったことが明らかとなった。また、標準化偏回帰係数の比較から、その傾向は自己負担率増加に伴って大きくなったことが分かる。一方、その家族である被扶養者においても、1994年、1999年では外来受診率と平均報酬月額には有意な相関関係が得られなかったのに対し、2004年では正の相関が生まれている。これらは、度重なる自己負担率増加が、低所得者の受診抑制をもたらしたことを示している。このことは、第2節の外来診療費に対する支出が1994年から2004年にかけて所得に対して累進的に動いたという分析結果と整合的である。また、第2節の分析より医薬品への支出が所得に対して、多少ではあるが逆進的に行われるように変化したことが明らかとなったが、この事実を外来の受診抑制と合わせて考えてみると興味深い情報が得られる。一般的に、外来受診が抑制されている状況下において、低所得者の受診抑制をする傾向が大きくなれば、それに伴い低所得者の医薬品の消費が減少するために、医薬品費に関しても所得に対して累進的に動くはずである。しかし、先に述べたように、医薬品費の支出は逆進的に支出されるように変化した。このことは、低所得者が受診抑制をし、代わりに大衆薬を購入するという意思決定をした可能性があることを意味している。この解釈は、井伊・大日（2002）の研究を踏まえても妥当である。

一方、入院の受診率に関しては、平均報酬月額が説明力を持つ年度もあるが、係数値の符号が定まらず、一定の傾向は読み取れない。よって、所得は入院の受診率と明確な相関関係はないと考えられる。このことは、入院というサービスが自己の意思決定によってなされるというより、むしろ医者や意思決定によってなされることが多いためと解釈できる。受診抑制が生じている可能性が低いことは、第2節の負担感の分析結果からも読み取れ、外来診療費の動きと反対に負担感の度合いは大きくなっている。

次に受診抑制が、傷病の重症化を引き起こしている可能性については、第1節の分析により支持された。具体的には、受診抑制の可能性があった外来に関しては、1994年及び2004年において被保険者、被扶養者ともに重症化している可能性が示唆された。一方で入院は受診抑制が存在しないため、重症化の傾向がないという結果が得られた。

一方、入院に関しては、被保険者においては1件当たりの日数が所得と負の相関があるため、外来の受診抑制が、入院の長期化につながった可能性がある。被扶養者においては、入院に関しては低所得者の重症化、長期化の傾向は見られない。

また、受診抑制が存在する外来において高所得者と低所得者で医療費支出額に格差があるのか、という点に関しても第1節の分析により支持される結果となった。受診抑制が示唆された外来受診において、被保険者においてはいずれの年度でも、低所得者は高所得者に比べて医療費支出が少ない傾向が存在していた。被扶養者に関しては、1994年度において、医療消費に格差が生じている。低所得者層の受診抑制が、これらの結果によって費用の面から裏づけられた。また、受診率に差がなかった入院に関しては、1人当たりの医療消費額と所得との明確な相関関係は得られなかった。

これまでの考察から、現行医療制度の医療機会の平等性をまとめたものが以下である。外来において低所得者は受診抑制しておりその傾向は年々大きくなっている。また外来においては、受診抑制をする代わりに大衆薬を消費している可能性がある。受診抑制の結果、外来

では症状が重症化してしまい、療養が長期化している可能性がある。一方で入院に関しては、所得が受診を制限するといった明確な結果は得られなかった。

この医療受診の実態は、かつてフリーアクセスとして評価されてきた日本の医療制度が、度重なる自己負担増加によって平等性を大きく損なってしまったことを意味している。

医療というサービスにおいては、常に患者と医者情報の非対称性が存在する。受診するという行為は、自覚している苦痛、傷病を治す行為であると同時に、その病名や適切な処置方法を明らかにする行為でもある。患者本人が自覚している病状と実際の病状が異なるケースも多々存在するため、医師にかかっておらず病名や病状の進行度を正確には判断できない患者が、自覚する症状から自身の判断で病名やその重症度を推測することは大変危険である。そしてそのような推測を基に受診抑制しているならば、非常に深刻な問題である。受診抑制をして大衆薬に代替している外来受診では、予防医療の観点及び人権の観点から、何らかの政策的な改善措置が必要であろう。

第5章 政策提言

分析、考察を受けて、我々は三つの政策を提言する。

一点目は、低所得層の初診の自己負担率の引き下げについて、二点目は、ジェネリック薬品導入促進について、そして三点目は健康保険証の IC カード化についての提言である。

第1節 低所得層の初診自己負担率引き下げ

我々はまず、低所得者層の初診の窓口自己負担率を 1 割まで引き下げること、二回目以降の受診の自己負担率は変更せず、現在と同じ 3 割とすることを提言する。

初診料の引き下げの目的は二つある。

一つ目は、早期の治療を可能とすること。初診の窓口自己負担率を減らすことで、経済的理由から受診抑制をしていた低所得者層の受診を促すことができる。早期の治療は早い回復をもたらし、効率的である。

二つ目は、患者に医師の適切な指導を受けさせること。情報の非対称性がある医療サービスでは、患者の安易な判断による受診抑制によって、非効率が生じる可能性がある。その点で初診は、病名を明らかにし、適切な対処法を知ることができるという意味では他の継続的な診療とは性質が異なり、非常に重要である。医者からの適切な指導によって、病名が分からないまま受診抑制をすることによって起こりうる重症化リスクを回避することが可能となる。また、その後の診断継続の必要性の有無を知ることができる。このような利点をもつ初診において、平等な受診機会を達成することは効率的な医療運営にも不可欠である。

また、本提言では二回目以降の受診の自己負担率は 3 割維持することを主張しているが、これにも三点理由がある。

一点目は、二回目以降の診療は、所得に余裕がない患者も、ジェネリック医薬品の処方によって自己負担を意図的に抑えることが可能であるためである。継続的な療養を必要とする患者でも、医者からの診断が必要であるとは限らない。医師の判断の下、継続的な診断は不要で薬の処方のみ必要な患者は、薬局でジェネリック医薬品の処方を希望することで、実質支払額を現在の水準より大幅に下げることができる。よって、患者の薬に対する意思決定の自由を実現するためにも、後節の一般名処方の義務化を実現する必要がある。

二点目は、これは高齢化や医療の進歩による医療費増大が国家財政を圧迫しているため、これ以上医療費を大幅に増大させることが難しいためである。

三点目は、患者に早期治療のインセンティブを与えることである。初診だけ定額の自己負担であれば、重症化する前に治したい、といった積極的な療養へのインセンティブが働く。初診の自己負担率引き下げは、積極的な療養へのインセンティブを与え、早期の治療を促し、非効率的な医療運営を防ぐ。

上記の通り、重症化リスクから引き起こされる非効率性などの受診抑制の弊害は、本提言によって解決され得る。

第2節 ジェネリック医薬品の推進

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品の特許権が終了した後に販売される、先発医薬品と同一の主成分を含んだ医薬品のことである。新薬と比較して低価格であることが多い。

ジェネリック医薬品の承認申請については、有効性、安全性については先発医薬品によって証明されているため、「規格及び試験方法」、「安定性試験」、「生物学的同等性試験」の項目で審査され、基準を満たすことで承認される。厚生労働省は増加する医療費の抑制策として、ジェネリック医薬品の推進をすすめているが、現在普及率は、米国 53%、ドイツ 46% (2004 年度) に比べ、16.8% (2004 年度) と低い。¹⁰ この理由としては、供給が不安定であること、安全性に不安があること、医薬品名が多すぎて医師が名前を覚えられないこと、大手製薬会社と医師に利害関係があること、などがある。

第4章第2節の分析結果より、医薬品費、入院費の負担感の増加が観察されたが、ジェネリック医薬品の普及により、安価な医療サービスを提供し、低所得者層の負担を軽減することができる。以下では、低所得者の医療費自己負担抑制の観点から、ジェネリック医薬品推進策となる政策を提言する。

(1) 処方箋を一般名(成分名)で表示する

現在、医師による処方箋の多くは医薬品名(商品名)で書かれている。この医薬品名は先発医薬品であることが多く、診察の際に患者が希望しない限りその先発医薬品を処方されることが多い。この理由は、医師が多数あるジェネリック医薬品の名称を暗記できないためや大手製薬会社との利害関係のためなどであるといわれる。

現在の医薬品名での処方箋は、患者にとって医療サービスの選択の幅を狭めており、医療費抑制策であるジェネリック医薬品推進が進まない原因でもある。

実際、情報の非対称性のある医療サービスにおいて、医師の処方箋は患者にとって絶対的な情報源であり、その決定に従うことがほとんどである。goo リサーチ調査で、ジェネリック医薬品を使わないのは、医師によって処方されないからという結果が得られている。

ジェネリック医薬品は先発薬の有効性と安全性が確かめられた後に発売されているため、先発薬との効能の違いに大差はない。ブランド意識や多少の効能の違いはあれど、それらと価格を天秤にかけて意思決定をすることができれば、患者の選択肢が増え、本人の判断によって医療費抑制が可能になる。

このような状況を受けて、我々は医薬品を一般名で処方箋を書くことを提言する。医薬品の一般名で処方箋を書くことで、患者が薬剤師と相談の上、先発医薬品かジェネリック医薬品かを選択する機会ができ、患者は安価なジェネリック薬品を指定しやすくなる。これによって、患者は所得に応じて医療費自己負担を抑えることができるようになる。

また、医師の一般名での処方を促進するための具体案として、我々は処方箋入力支援ソフトの開発・導入を提言する。次節で述べるが、まず、処方箋をすべてデータで管理するシステムを導入する。その上で、医師が医薬品名で処方したとしても、一般名処方に自動的に変換するソフトを導入する。これは、医師とメーカーとの癒着を防ぎ、医薬分業を進める効果も得られると考えている。

一般名処方の義務化、処方箋入力支援ソフトの開発・導入によって、患者の薬品決定の選択権が確保され、本人の経済状況にあった医療サービスを受けられるようになるため、低所得者の受診抑制の解消の一助にもなると考えている。

¹⁰ 出典：厚生労働省『医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書』

なお、一般名による処方箋は、聖マリアンナ医科大学病院（川崎市）が 2004 年 5 月から取り組んでいる。今後、この取り組みにより、ジェネリック医薬品普及への効果や問題点が明らかになることが期待される。

(2) 供給者側の安定化

既述のように厚生労働省は医療費拡大を抑えるべく、ジェネリック医薬品の普及を推進しようとしている。同省がジェネリック医薬品の推進策として進めている中に、薬局での処方箋推進や、安全安定的な供給の推進がある。前者は、ジェネリック医薬品をレセプト数で 30% 以上処方した薬局に、診療報酬を加算するという仕組みをとっている。後者は、主に審査・監査によっている。同省は、ジェネリック医薬品を「規格及び試験方法」、「安定性試験」、「生物学的同等性試験」の項目で審査し、基準を満たしたものを承認している。

これらの推進策の効果について、前者は十分に機能していると思われる。実際、我々がヒアリングを行った薬局の薬剤師の方は、この推進策の影響もあり、ジェネリック医薬品の推進に積極的に取り組んでいるということであった。しかしながら、後者のジェネリック医薬品の品質の面、安定供給の面で不安を感じる医師や薬剤師も多く存在する。このことから、ジェネリック医薬品認可の諸審査の基準が低いことが、ジェネリック医薬品の質への信頼を損ね、結果としてジェネリック医薬品普及の妨げとなっている可能性があるといえる。また、ジェネリック医薬品メーカーの中には、医療機関に低価格で販売する一方で、2 年に 1 度の薬価改定の際に薬価が引き下げられると、そのジェネリック医薬品の製造から撤退してしまう、といういわゆる「売り逃げ」をする企業もある。このことはジェネリック医薬品の安定供給面での信頼度を大きく損ねることになっている。

そこで、我々は以上の問題を解決するために、厚生労働省によるジェネリック薬承認基準を引き上げることを提言する。品質面での承認基準を引き上げることはもちろんだが、ここでは特に、現在は制度化されていない安定供給面について提言したい。安定供給について、現在の政策では、少なくとも 5 年間は製造販売を維持するよう企業に指導する、としている。これを厳格化し、ジェネリック医薬品承認の段階で、安定供給ができるかを精査し、不適格な企業の承認はしないこととする。つまり、現在のように品質面での基準のみで審査するのではなく、ジェネリック医薬品を製造する企業の生産体制、資本力についても認可審査の項目とする。具体的には、承認申請を行ったジェネリック医薬品を、少なくとも 5 年間は販売し続けることのできる生産体制と資本力をもった企業かどうかを審査し、基準を満たした企業のみ品質面での審査の対象とする。この審査機関は、厚生労働省だけではなく、会計士などの専門家を含んだ構成とする。

第3節 健康保険証の IC カード化

複数の医療機関に通院している患者の中には、複数の医療機関から同じ効能の医薬品を処方されている患者もいる。そのような医薬品の重複は、家計における医療費負担を増大させることになり、さらに国家財政における医療費拡大にも影響を与えている。

そこで我々は健康保険証の IC カード化を提言する。具体的には、電子情報化しデータベースに整理した検査結果、受診データ、薬歴などに、IC カードの健康保険証でアクセスすることを可能にし、医療機関や薬局ですぐにそれらの情報がわかるようにする。これにより、現在行われている「お薬手帳」への薬歴記録が完全なものとなるため、医薬品の重複処方は確実になくなる。さらに検査なども結果を医療機関間で共有することができるため、複数の

病院で同一の検査を受ける必要がなくなる。このことで無駄な医療消費を抑えることができる。医療機関においても、重複している検査などを省くことで効率的な診察が可能になる。さらに、今までは同じ傷病であっても病院を変えるたびに初診扱いになっていたが、医療機関間で情報共有ができるため、初診かどうか判断できるようになるであろう。他にも、データ化することで大量の情報を保存できること、紹介状を書いた際の医師間の情報共有にも保険証で対応できることなどの利点がある。

また、健康保険証に重要な個人データを追加した場合、紛失などで個人情報が漏洩し、悪用されることを防ぐために、指紋や虹彩など生体認証機能をつけておくことを提案する。また、今後の技術の進歩によっては、これまで述べてきたデータベースへのアクセスが、健康保険証を介在させずに生体認証そのもので可能になることも考えられる。

第6章 おわりに

本稿ではこれまでの日本における医療格差の実態を明らかにし、その対策を提案してきた。

日本の医療はフリーアクセスと呼ばれ、平等な医療の代名詞として評価されてきたが、現在その平等性が崩れていることを示唆する本稿の結果は、今後の日本の医療保障政策を考える上で、大いに意義があったといえる。

最後に本稿における課題について三点触れておく。

まず、4章第1節の回帰分析において、所得格差の大きい国民健康保険加入者のデータが含まれていないことが挙げられる。国民健康保険は、自営業者及び健康保険組合を保持していない会社に勤める被用者などが加入する保険である。一般に大企業は福利厚生として健康保険組合を保持しており、一方で多くの中小企業は健康保険組合を保持していない。そのため、中小企業の被用者の多くは国民健康組合加入している。我々が今回用いたのは、国民健康保険ではなく、健康保険組合のデータであるため、分析対象が大企業の被用者の医療消費行動に限られる。医療格差を取り扱う上では低所得者層の受診行動が重要であるため、給与水準の比較的高い傾向のある健康保険組合のデータを用いていることは、改善の余地がある。この加入者の属性の違いが、平均報酬月額標準化偏回帰係数の値に多少なりとも影響力を持っていると考えられるからである。ただし、本稿では、この問題を含んでいたとしても、ある程度の傾向は把握することが可能であり、国民健康保険組合加入者の医療受診行動の傾向と類似させることは可能だという立場を取って研究を進めた。

また、本稿の目的である平等性を求めることは、効率とのトレードオフ問題を常に引き起こす。現在、日本では増大する医療費を抑制する必要があることは周知の通りであり、その対策が自己負担増加であった。このように考えると、医療格差問題と医療費増加問題は表裏一体であるといえる。こうした状況下では、片方の立場から物事をみて判断するのは必ずしも適切ではなく、妥当なところで折り合いをつけることが必要となる。この点が、我々の分析をさらに発展させる余地であるといえよう。そのためには、ミクロデータを用いた分析が必要になる。その一例として、受診抑制と重病発症率の関係や、傷病ごとの受診抑制のリスクを計量的に把握することなどは意義があるだろう。

その他、近年、無保険者の数が増えていることも問題となっている。昨今の所得格差拡大は、保険料さえ払えない家計を増加させている。本稿では、無保険者の分析は行っていないが、医療格差の問題を考える上では重要な論題となろう。

以上、これらの課題は他稿に譲るとともに、今後の医療格差問題の研究が進展し、所得によらず平等な医療制度が実現されることを願ってやまない。

参考文献・データ出典

《先行論文》

- 川添希, 馬場園明 (2007) 「健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果」『厚生
の指標』2007年6月号, pp14-19
- 馬場園明, 山本英二, 津田敏秀, 三野善央 (2001) 「健康保険組合における老人医療費の
負担指標に関する研究」『医療経済研究』vol.9
- 馬場園明, 小河孝則, 馬場園常子, 濱田裕久, 青山英康 (1991) 「老人医療費拠出金の健
康保険組合の財政に与える影響」『日本衛生学雑誌』46,4, pp890-897
- 谷口隆 (1984) 「医療保険の成立要因に関する研究」『岡山医誌』96, pp651-663
- 馬場園明 (1990) 「定率負担導入による受診行動への影響と健康保険組合の特性」『岡山
医誌』102, pp101-110
- 中瀬克己 (1988) 「保険事業と医療費の関連—健康保険組合の保険施設事業の評価—」
『岡山医誌』100, pp589-598
- 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——支出比率とカク
ワニ指数から見た患者自己負担の実態」『季刊社会保障研究』第39巻第2号, pp144-154
- Kakwani Nanak (1976) "Measurement of tax progressivity: an international comparison" *The
Economic Journal*, Vol.87, No. 345, pp71-80
- Wagstaff, A. et al. (1992) "Equity in the Finance of Health Care: Some International
Comparisons" *Journal of Health Economics* 11: pp.361-387
- 遠藤久夫, 藤原尚也, 櫛貴仁 (2004) 「公的医療保険制度が『医療アクセスの公平性』に
及ぼす影響—パネル分析とカクワニ指数を用いた分析—」医薬産業政策研究所 リサーチ
ペーパー・シリーズ No.21
- 澤野孝一郎 (2001) 「家計消費における医療費自己負担—エンゲル曲線アプローチ」『日
本経済研究』42, 61-84.
- 井伊雅子・大日康史 (1999) 「軽医療における需要の価格弾力性の推定—疾病および症状
を考慮した推定」『医療経済研究』6,5-17.

《参考文献》

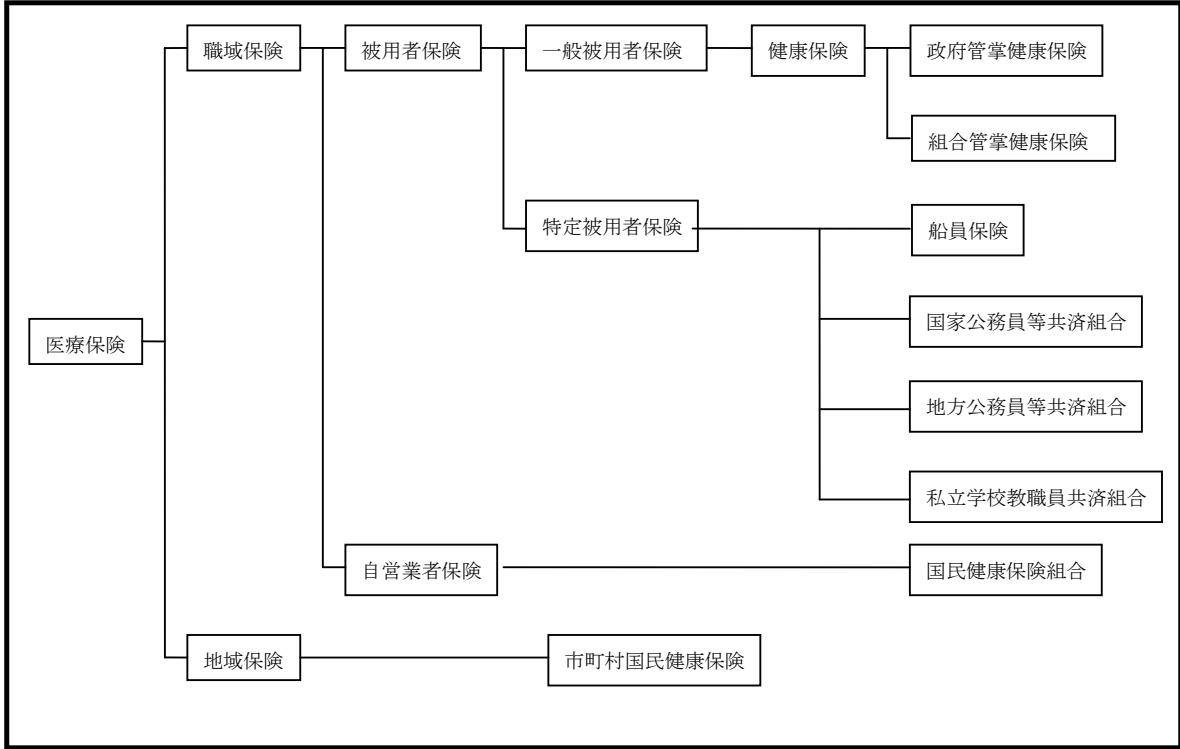
- 井伊雅子・大日康史 (2002) 『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社
- 池上直己 (2006) 『医療問題』日本経済新聞出版社
- 広瀬輝夫 (2002) 『皆保険を守る医療改革を；世界の医療制度を概観して』篠原出版新社
- 川渕孝一 (2005) 『日本の医療が危ない』筑摩書房

《データ出典》

- 健康保険組合連合会編(1994, 1999, 2004) 『健康保険組合事業年報』健康保険組合連合会
- 総務省統計局 HP 『全国消費実態調査』『家計調査』『労働力調査』 <http://www.stat.go.jp/>
- 特定非営利活動法人日本医療政策機構 HP 「日本の医療に関する 2008 年世論調査」
- 社会保険庁 HP <http://www.sia.go.jp/index.htm>
- 財団法人大阪府人権協会 HP <http://www.jinken-osaka.jp/>
- 健康保険組合連合会 HP <http://www.kenporen.com/index.html>
- 別所俊一郎 (2008) 『日本における医療保険制度の経験』
http://www.econ.hit-u.ac.jp/~bessho/paper/07/Bessho_DRC07.pdf
- 厚生労働省 HP 『医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/11/dl/s1115-9a.pdf>
- 「ジェネリック (後発医薬品) 利用実態」に関する調査結果 goo リサーチ結果 (No.132)
<http://research.goo.ne.jp/database/data/000336/>

図表

(図 1) 医療保険の種類



(表 2) 公的医療保険制度の対象者、加入者数

制度名		対象者	加入者数
健康保険	政府管掌健康保険	中小企業被用者	3565万人
	組合管掌健康保険	大企業被用者	3012万人
船員保険		船舶に乗組む船員	168万人
国家公務員共済組合		国家公務員、公共企業体職員	959万人
地方公務員共済組合		地方公務員	
私立学校共済組合		私立学校職員	
国民健康保険組合		自営業者、医師、弁護士、理容師、中小建設業者等	5163万人

【出典】2007年度版『厚生労働白書』

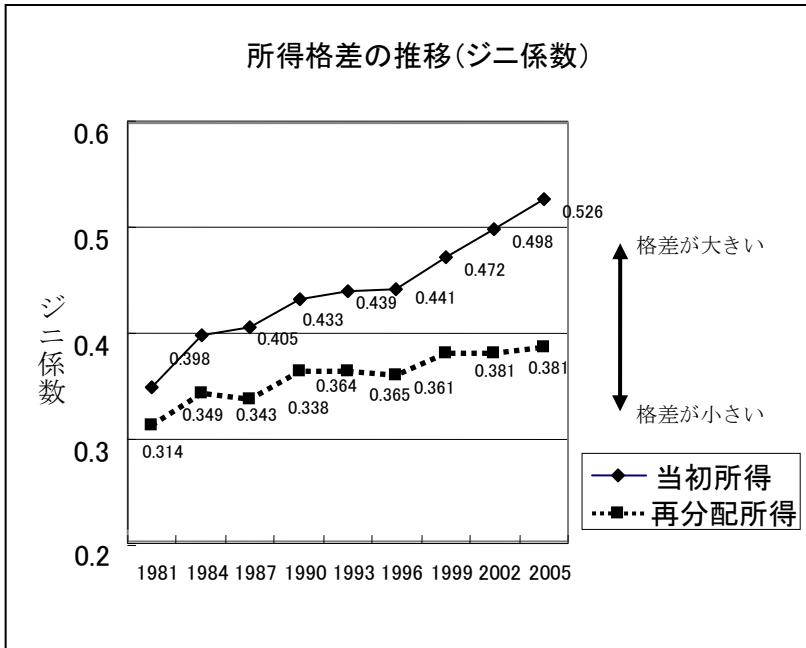
(表 3) 戦後日本の医療保険制度の主な改正点

	主な改正
1948 年	・医療法、医師法、保健師助産師看護師法など施行。(GHQ による戦後医療改革)
1961 年	・国民皆保険達成。
1973 年(福祉元年)	・老人(70 歳以上、寝たきりの場合 65 歳以上)医療費無料化。
1983 年	・老人保健法施行。高齢者(70 歳以上)の自己負担が無料→毎月定額に。 (=老人医療費無料化の廃止)
1997 年	・被用者保険本人(70 歳未満)の自己負担率 1 割→2 割に。
2002 年	・高齢者(70 歳以上)の自己負担が定額→1 割に。
2003 年	・被用者保険本人・家族(70 歳未満)の自己負担率が 2 割→3 割に。
2006 年	・現役並み所得を有する高齢者の自己負担率が 2 割→3 割に。
2008 年	・後期高齢者(75 歳以上)医療制度創設。(←老人保険制度廃止) ・高齢者(70~74 歳)の自己負担率が 1 割→2 割に。

(表 4) 患者自己負担の推移

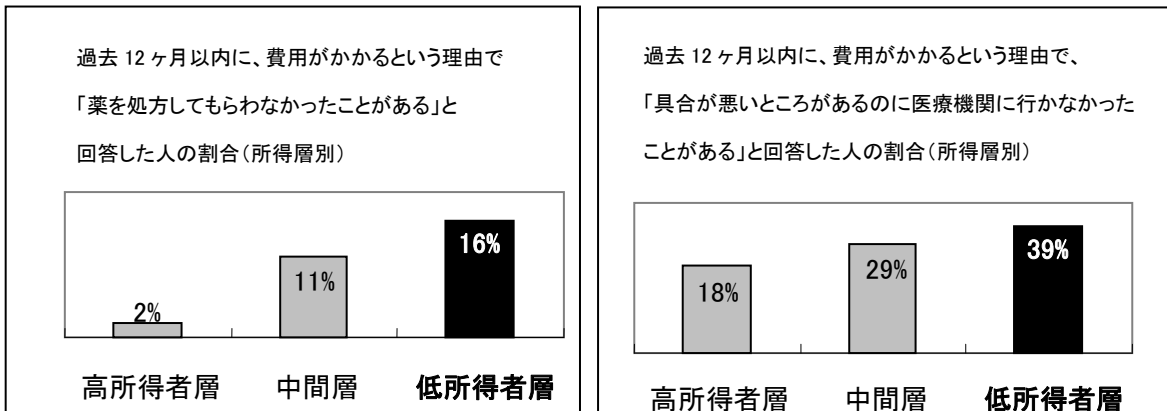
	被用者保険 本人	被用者保険 家族	国民健康保険	75歳以上	70~74歳
1973年	定額	3割	3割	老人医療費無料化 (0割)	
1981年	↓	↓	↓	↓	
1983年	↓	入院2割 外来3割	↓	老人保険制度 入院300円/日 外来400円/月	
1985年	↓	↓	↓	↓	
1997年	1割	↓	↓	順次引き上げ	
2001年	↓	入院2割 外来3割 薬剤負担	↓	↓	
2002年	2割 薬剤負担	↓	3割 薬剤負担	入院1000円/日 外来500円/月	
2003年	↓	↓	↓	1割	
2006年	3割	3割	3割	1割 (現役並所得者2割)	
2008年	↓	↓	↓	1割 (現役並所得者3割)	
				後期高齢者医療制度 1割 (現役並所得者3割)	2割 (現役並所得者3割)

(図 5) 所得格差拡大



【出典】平成 17 年度 厚生労働省「所得再分配調査報告書」

(図 6) 所得層別 医療費負担による受診抑制



※ 2007 年 1 月調査 (サンプル数 926 人)

※ 高所得者層：年間世帯収入 800 万円以上かつ純金融資産 2000 万円以上。

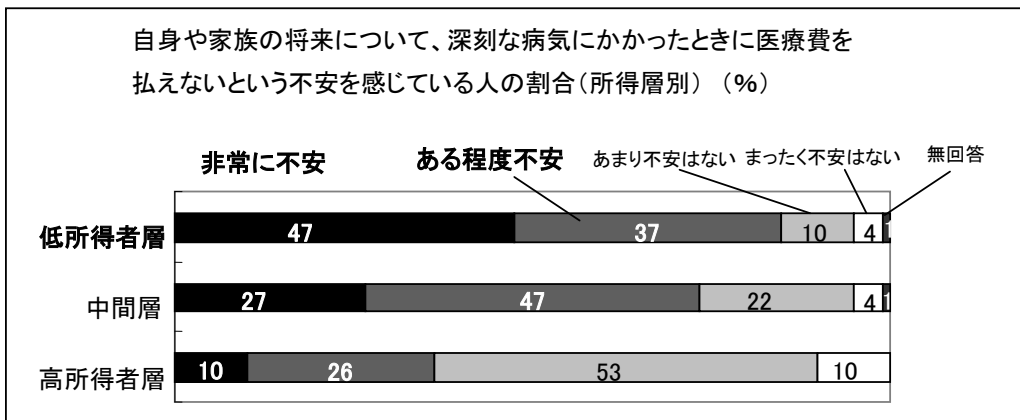
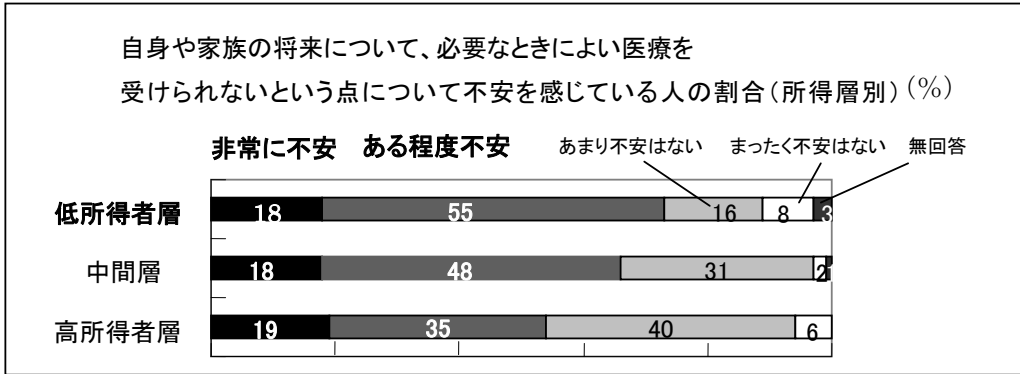
低所得者層：年間世帯収入 300 万円未満かつ純金融資産 300 万円未満。

中間層：その他。

【出典】特定非営利活動法人日本医療政策機構

「日本の医療に関する 2008 年世論調査」

(図7) 経済状況による不安の度合いの違い



※ 2007年1月調査(サンプル数1076人)

※ 高所得者層:年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2000万円以上。

低所得者層:年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満。

中間層:その他。

【出典】特定非営利活動法人日本医療政策機構

「日本の医療に関する2008年世論調査」

(表 8) 記述統計量

			平均	中央値	最大値	最小値	標準偏差	歪度	尖度	
1994										
受診率	被保険者	入院	0.093468	0.0891	0.5554	0.0196	0.029145	3.470318	41.41154	
		外来	4.883038	4.827	11.4063	1.2186	0.861693	0.680258	6.097052	
	被扶助者	入院	0.110262	0.1051	0.969	0.0133	0.053053	12.32727	189.7478	
		外来	5.311218	5.3107	7.3987	1.1284	0.429588	-0.169	8.543399	
	一件当たりの日数	被保険者	入院	13.03182	13.02	22.99	3	1.69415	-0.01657	5.780964
			外来	1.971279	1.95	4.68	1.55	0.188159	3.480373	40.85583
被扶助者		入院	12.28316	12.16	24.94	6	2.098836	0.55246	4.673402	
		外来	1.98033	1.97	4.42	1.64	0.113988	6.900379	130.1226	
一人当たりの診療費	被保険者	入院	28148.3	27044	95020	1549	9694.29	1.174953	6.350471	
		外来	52391.42	51519	168620	4828	12042.28	0.96755	9.083835	
	被扶助者	入院	22875.56	22113	261299	2448	8393.526	13.34726	363.9579	
		外来	36165.68	35582	134639	8258	5515.975	4.869755	75.16343	
	被保険者数		8.281449	8.194506	12.33258	3.526361	1.180552	0.293362	3.422524	
	扶養率		1.14	1.15	2.37	0.16	0.27897	-0.29791	3.780155	
老人加入率		3.284646	3.1	30.32	0.23	1.669203	3.807634	49.94007		
標準報酬月額		344542	334735	665845	202915	93570.96	16.89091	518.478		
平均年齢		38.81881	39	54.5	24.2	3.827763	-0.16808	3.395416		
性比(被保険者)		-0.33561	-0.26509	-0.01857	-2.8218	0.273109	-2.96434	17.06113		
性比(被扶養者)		0.315662	0.31455	0.940197	0.031133	0.038859	4.120317	76.80069		
1999										
受診率	被保険者	入院	0.087272	0.0814	0.95	0	0.046531	12.03228	189.7623	
		外来	4.82385	4.7905	9.1788	1.9463	0.784491	0.447559	4.625604	
	被扶助者	入院	0.10999	0.1045	0.9994	0.0164	0.057777	11.92744	168.447	
		外来	5.495887	5.5102	7.7847	1.5915	0.410871	-0.6397	9.831845	
	一件当たりの日数	被保険者	入院	11.9045	11.94	23.29	0	1.68248	-0.28926	7.828093
			外来	1.781728	1.77	2.91	0.69	0.129165	0.884067	11.3243
被扶助者		入院	11.37235	11.25	28.31	1.18	2.1207	0.617861	9.390512	
		外来	1.84486	1.84	2.98	0.94	0.085002	1.117778	29.31446	
一人当たりの診療費	被保険者	入院	25554.89	24326	122244	2617	8605.032	1.824125	14.18053	
		外来	43216.17	43193	84781	5378	9168.88	0.113958	4.160014	
	被扶助者	入院	24350.52	23929	75550	255	7538.25	0.941919	8.361815	
		外来	38035.68	37633	79880	12338	4996.964	1.133129	10.88352	
	被保険者数		8.231645	8.149891	12.53825	3.295837	1.22799	0.291689	3.384232	
	扶養率		1.106882	1.13	3.96396	0.15	0.270953	0.172475	10.2728	
老人加入率		3.14227	2.89	14.86	0.27	1.578598	1.22673	6.003917		
標準報酬月額		363904.4	355475	710263	205243	67701.93	1.060409	5.400757		
平均年齢		40.25354	40.36	88.6	26.84	3.767423	0.889325	15.73377		
性比(被保険者)		1.201592	1.278692	4.206708	-5.32336	0.920701	-1.05864	7.421046		
性比(被扶養者)		0.446404	0.443409	0.75974	0.030826	0.052839	0.278497	6.87777		
2004										
受診率	被保険者	入院	0.078605	0.0746	0.828	0.0032	0.043636	11.50167	170.7396	
		外来	4.931534	4.9133	9.1897	0.3088	0.791964	-0.16041	6.216751	
	被扶助者	入院	1.328881	1.3376	4.4094	0.1001	0.203326	1.885324	45.07687	
		外来	0.097511	0.0965	0.2333	0.0101	0.021343	0.681633	6.606283	
	一件当たりの日数	被保険者	入院	10.19877	10.22	17.79	1.29	1.468128	-0.24792	5.951495
			外来	1.573662	1.56	3.27	0.87	0.107778	4.534442	63.47375
被扶助者		入院	10.16511	10.05	20.93	2.83	1.821633	0.799026	6.144889	
		外来	1.689318	1.69	2.77	1.39	0.070812	3.214191	44.85923	
一人当たりの診療費	被保険者	入院	20964.14	20165	154460	534	7783.078	4.317973	63.03118	
		外来	37934.38	37630	111663	2179	7987.118	0.935181	10.8554	
	被扶助者	入院	22630.19	21977	93739	1616	7532.087	2.564258	20.65054	
		外来	40768.71	40366	422665	2854	11081.42	26.47308	914.8379	
	被保険者数		8.212512	8.121183	12.50354	3.367296	1.284945	0.245693	3.344496	
	扶養率		1.108488	1.14	1.98	0.12	0.265931	-0.6701	3.722613	
老人加入率		2.484365	2.19	12.58	0.06	1.427663	1.502648	6.959161		
標準報酬月額		372109.3	364658	892255	201203	76503.5	1.013024	7.932326		
平均年齢		39.87045	40.16	51.12	26.65	3.589889	-1.39477	13.26547		
性比(被保険者)		-0.32845	-0.24531	-0.01479	-3.05418	0.290339	-3.15513	17.73545		
性比(被扶養者)		0.309188	0.307747	0.510756	0.19485	0.025145	0.935308	8.690662		

(表 9) 受診率を被説明変数とする重回帰分析の結果

変数名	1994年						1999年						2004年					
	入院			被扶養者			入院			被扶養者			外来			被扶養者		
	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値
定数項	-0.04747	-5.61043	0***	0.157361	7.228218	0***	-1.67969	-8.19702	0***	0.03455	0.940994	0.3468	8.226337	28.65036	0***	0.04621	0.17437	0.09227
被保険者数	-0.00015	-0.2854	0.7754	0.00167	1.561294	0.1186	-0.01932	-1.56295	0.1182	0.009314	3.872125	0.0001***	0.000862	0.069193	0.9448	-0.0004	-0.17773	0.859
扶養率	0.001465	0.459586	0.6459	-0.01561	-2.97	0.003***	0.072449	0.938683	0.348	-0.04476	-0.87966	0.3792	0.021138	5.487495	0***	-0.21708	-3.7015	0.0002***
老人加入率	0.00165	3.747903	0.0002***	0.002742	2.976709	0.003***	0.002082	0.195174	0.8453	0.02445	1.901149	0.0575*	0.039201	3.72086	0.0002***	0.039314	3.872125	0.0001***
平均標準報酬月額	-1.9E-08	-2.7786	0.0055***	-4.7E-09	-0.32185	0.7476	1.33E-06	7.916096	0***	3.50E-03	1.938293	0.0528*	4.65E-06	17.94586	0***	1.91E-06	8.905371	0***
平均年齢	0.003575	17.54055	0***	-0.00125	-2.88655	0.004***	0.14847	30.07738	0***	0.001528	4.128352	0***	0.096545	18.19314	0***	-0.03918	-8.71658	0***
性比	-0.00873	-2.9739	0.003***	-0.00644	-0.19487	0.8455	-1.22233	-17.1903	0***	-0.00813	-1.60413	0.1089	-1.11075	-15.278	0***	-5.09285	-9.31944	0***
決定係数		0.260817			0.018824			0.501274		0.049181	0.040478		0.12683	0.035384		0.045472	0.037234	0.032123
修正済み		0.258361			0.015563			0.499617		0.037234	0.037234		0.123879	0.032123		0.045472	0.037234	0.032123

***は1%有意 **は5%有意 *は10%有意

(表 10) 1件当たりの診療日数を被説明変数とする重回帰分析の結果

変数名	1994年						1999年						2004年					
	入院			被扶養者			入院			被扶養者			外来			被扶養者		
	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値
定数項	6.293029	12.20157	0***	0.424078	0.575833	0.5648	1.219765	22.46838	0***	1.836494	39.84576	0***	5.046188	9.215024	0***	1.256624	1.295856	0.1952
被保険者数	0.134431	4.321949	0***	0.116713	3.225409	0.0013***	-0.00882	-2.69288	0.0071***	-0.0004	-0.17773	0.859	0.000099	7.411058	0***	0.132448	3.862597	0.0001***
扶養率	-0.54801	-2.821	0.0048***	-1.15026	-6.46834	0***	-0.08779	-4.29344	0***	-1.47292	-10.7389	0***	-0.7033	-9.7301	0***	-0.85123	-4.2977	0***
老人加入率	-0.01022	-0.38076	0.7034	0.231378	7.423983	0***	-0.00572	-2.02268	0.0433**	-0.00445	-2.28123	0.0227**	0.076838	20.63166	0***	0.227939	6.406157	0***
平均標準報酬月額	-1.4E-06	-3.33234	0.0009***	-3.98E-08	-4.55199	0***	4.65E-06	17.94586	0***	1.91E-06	8.905371	0***	2.4E-06	3.146835	0.0017***	2.95E-07	0.408153	0.6847
平均年齢	0.185899	14.96263	0***	0.275367	18.74054	0***	0.027586	21.09436	0***	0.007277	7.913686	0***	0.062151	2.754017	0.0059***	0.16418	10.81607	0***
性比	1.338248	7.477553	0***	2.962733	2.651075	0.0081***	0.067174	3.565879	0.0004***	-0.18024	-2.57709	0.01**	0.115431	6.323221	0***	-0.00734	-2.30009	0.0216**
決定係数		0.195161			0.305063			0.267164		0.129943	0.129943		0.350112	0.09227		0.141248	0.141248	0.09227
修正済み		0.192487			0.302753			0.264729		0.127002	0.127002		0.347915	0.089201		0.138345	0.138345	0.089201

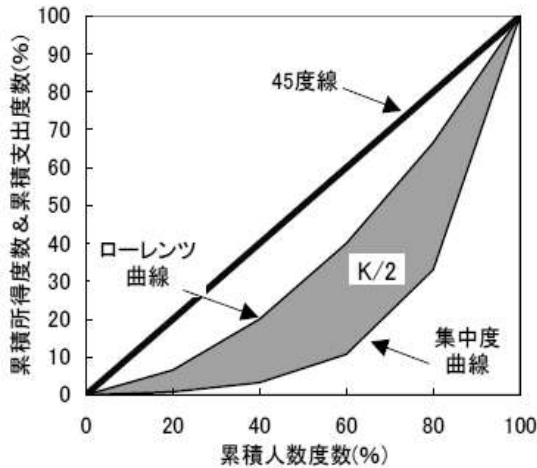
***は1%有意 **は5%有意 *は1%有意

(表 11) 1人当たりの診療費を被説明変数とする重回帰分析の結果

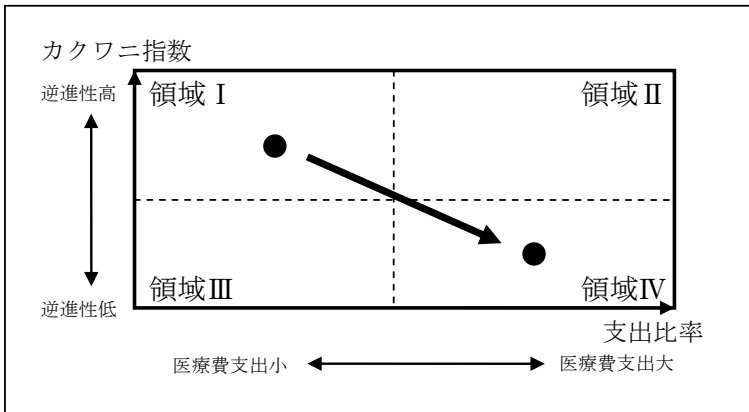
変数名	入院						外来					
	本人			被扶養者			本人			被扶養者		
	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値	係数	t値	p値
1994年												
定数項	-28695.4	-9.78777	0***	15201.42	4.440224	0***	-35743	-12.2903	0***	31336.29	14.24449	0***
被保険者数	-68.5004	-0.41645	0.6771	45.72592	0.27183	0.7858	-654.399	-3.73112	0.0002***	106.6077	0.986285	0.3241
扶養率	-2426.66	-2.36218	0.0183**	-3927.26	-4.75143	0***	12.12251	0.011067	0.9912	-3816.12	-7.18514	0***
老人加入率	374.0014	2.634739	0.0085***	455.8228	3.146162	0.0017***	94.28302	0.622906	0.5334	577.0157	6.197995	0***
平均標準報酬月額	-0.00267	-1.1897	0.2343	-0.00333	-1.43875	0.1504	0.006091	2.548138	0.0109**	0.004366	2.936962	0.0034***
平均年齢	1507.037	22.93749	0***	245.8442	3.599156	0.0003***	2284.045	32.60254	0***	185.6405	4.229529	0***
性比	1734.582	1.832773	0.067*	5843.04	1.124706	0.2609	-7632.17	-7.56287	0***	-7350.76	-2.20197	0.0278**
決定係数	0.352287			0.033623			0.508495			0.074643		
修正済み	0.350135			0.030411			0.506862			0.071567		
1999年												
定数項	-29223.9	-5.34792	0***	7424.072	5.561613	0***	-7730.72	-1.29529	0.1954	18972.24	4.062502	0.0001***
被保険者数	0.446652	9.694608	0***	0.079541	6.416749	0***	0.575454	11.40689	0***	0.38485	8.874247	0***
扶養率	-3694.84	-6.89096	0***	-1913.52	-13.6635	0***	-3136.03	-5.39911	0***	620.2226	1.26588	0.2057
老人加入率	7857.492	3.137359	0.0017***	4080.172	6.218507	0***	924.0084	0.335645	0.7372	525.8534	0.229081	0.8188
平均標準報酬月額	0.168654	4.66717	0***	0.05266	5.426284	0***	0.083359	2.098285	0.036**	0.021907	0.645248	0.5188
平均年齢	3537.177	2.144371	0.0321**	6970.467	15.675	0***	14610.41	8.056908	0***	-9329.28	-5.99667	0***
性比	16323.34	12.15695	0***	-22.4852	-0.5548	0.5791	11192.48	7.63014	0***	-288.12	-2.03203	0.0423**
決定係数	0.21757			0.221171			0.167218			0.086585		
修正済み	0.214923			0.218539			0.164403			0.083498		
2004年												
定数項	-14925.3	-5.28766	0***	28863.47	6.752226	0***	-17099.5	-6.42932	0***	75411.62	11.97324	0***
被保険者数	-92.597	-0.6416	0.5212	72.14575	0.4773	0.6332	-3.8374	-0.02822	0.9775	322.1834	1.446636	0.1482
扶養率	2289.66	2.214458	0.0269**	-1774.69	-2.03261	0.0423**	1314.718	1.349492	0.1774	-3953	-3.07281	0.0022***
老人加入率	373.1492	2.505702	0.0123**	934.3011	5.956802	0***	491.5238	3.502942	0.0005***	748.9749	3.240921	0.0012***
平均標準報酬月額	0.004737	1.577759	0.1148	-0.0072	-2.25021	0.0246**	0.03115	11.01204	0***	0.00547	1.16103	0.2458
平均年齢	783.0678	12.74333	0***	-44.5075	-0.66517	0.506	974.1191	16.8243	0***	-311.477	-3.15935	0.0016***
性比	-540.705	-0.64227	0.5208	-8790.67	-1.0805	0.2801	-5778.51	-7.28471	0***	-78864.9	-6.57903	0***
決定係数	0.175718			0.042209			0.305111			0.03936		
修正済み	0.172502			0.038472			0.3024			0.035613		

***は1%有意 **は5%有意 *は1%有意

(図 12) カクワニ指数の概念



(図 13) カクワニ指数と支出比率を用いた相対的指標



(表 14) カクワニ指数の経年変化 (勤労世帯 (単身世帯除く))

年度	医療費関連支出全体	外来診療費	入院費	医薬品費
1994	-0.1080	-0.1889	-0.1374	-0.0812
1999	-0.1090	-0.1518	-0.1580	-0.0782
2004	-0.0993	-0.1275	-0.1602	-0.0856

(表 15) 支出比率の経年変化 (勤労世帯 (単身世帯除く))

年度	医療費関連支出全体	外来診療費	入院費	医薬品費
1994	1.40	0.64	0.28	0.45
1999	1.62	0.77	0.36	0.48
2004	1.99	0.91	0.41	0.48

(単位%)

(図 16) 支出項目別に見た支出比率とカクワニ指数の経年変化 (勤労世帯 (単身世帯除く))

