平成３０年度社会福祉推進事業

諸外国における低所得世帯の医療費等と利用量に関する調査研究事業

報告書

株式会社　政策基礎研究所

目次

1 全体の要約 1
2 本調査の考え方 3
2.1 本調査の目的・概要 3
2.1.1 本業務の実施フロー 3
2.1.2 委員会 4
2.1.3 メンバー 4
2.1.4 第1回委員会概要 4
2.1.5 第2回委員会概要 4
2.1.6 第3回委員会概要 5
2.2 医療扶助の状況について（本調査の背景情報） 5
2.2.1 所得者、生活保護受給者の受診行動 5
2.2.2 健康管理の重要性 6
2.3 諸外国の医療制度 6
2.4 フランスの医療制度 11
2.4.1 フランスの医療保険の特徴 11
2.4.2 医療保険の制度 12
2.4.3 医療保険の被保険者 12
2.4.4 医療保険給付 12
2.4.5 補足的医療保険 13
2.4.6 医療制度現代化法律 14
2.5 アメリカの医療制度 14
2.5.1 公的医療保険制度　メディケア 15
2.5.2 公的医療保険制度　メディケイド 15
2.5.3 公的医療保険　CHIP 16
2.5.4 民間医療保険 16
2.5.5 無保険者問題 17
3 文献レビュー 18
3.1 窓口払いの一部自己負担 18
3.1.1 先行研究の自己負担における政策運営上の議論・意見 18
3.1.2 医療需要への効果的な抑制 18
3.1.3 健康指標への影響 19

3.1.4 低所得層への影響 21
3.1.5 一部自己負担の価格弾力性 22
3.1.6 健康への影響を調べた代表的な介入研究 27
3.1.7 子どもの自己負担と診療需要 30
3.1.8 一般成人の自己負担と診療需要 33
3.1.9 高齢者の自己負担と医療需要 35
3.2 償還払い 38
3.2.1 地域別の償還制度の適応例 38
3.2.2 先行研究のまとめ 41
3.2.3 健康指標への影響 41
3.2.4 補足的 CMU の医療需要への影響 44
3.2.5 今後の研究課題 46
3.2.6 主な引用文献の要約 47
3.3 考察 53
文献一覧 54
4 アンケート調査 56
4.1 目的 56
4.1.1 検証する仮説について 56
4.1.2 調査概要（対象者等） 58
4.2 手法 59
4.2.1 アンケート設問の概要 59
4.2.2 コンジョイント分析 59
4.3 結果 65
4.3.1 回答者の属性 65
4.3.2 自己負担割合ごとの受診希望割合 66
4.3.3 所得等別の受診希望割合 67
4.3.4 価格による弾性値の比較 70
4.3.5 条件付きロジスティック回帰分析 71
4.3.6 回答の信憑性の程度 79
4.4 考察 79
5 全体の考察 81
6 資料 82

6.1 医療扶助の現状 82
6.1.1 世帯累計別の保護世帯数と構成割合の推移 82
6.1.2 年齢階層別被保護人員の年次推移 83
6.1.3 生活保護費負担金（事業費ベース）実績額の推移 84
6.1.4 年齢階級別 被保護者 1 人当たり医療扶助費（月額）　三要素 84
6.2 Web アンケートの調査内容・単純集計 90

1 全体の要約

低所得世帯に対する医療費の窓口払いや償還払いによる受療行動や健康指標の変化、医療の内容への影響等に関する知見について、国内外の研究論文を中心に収集、整理した。その上で、特に償還払いに関する文献が少ないことから、償還払いによる医療需要への影響を分析することを主眼に、インターネットアンケート調査とそれに基づくコンジョイント分析を実施した。

文献調査結果の概要

窓口払いについて

○ 全体として、窓口での自己負担が増えると医療需要（医療サービスの利用量）が減少することを示唆する論文が多かった。ただし、医療需要が減少しなかった研究結果も存在する。

償還払い(立て替え払い)について

○ 和文・英文においても文献が少なく、日本では小児医療についての制度と研究が存在していた。

○ 自己負担がない場合において、窓口支払いがない場合と償還払い（立替）を比較すると、全体として後者のほうが、医療需要が少なくなることを示唆する論文・研究が多かった。

弾力性の観点からの低所得者と中高所得者の比較

○ 価格弾力性[1]は全体で−0.1 から−0.4 の範囲で低い水準であった。

○ 外来の場合に低所得層ほど「何らかの医療サービスを需要する確率」は自己負担率の影響を受けやすいという研究が 1 件（Newhouse et al. 1993）見られたが、研究の件数が少なく結論は明瞭でない。

アンケート調査結果の概要

生活保護世帯、低所得一般世帯、中程度所得一般世帯に対し、償還払いが導入された場合の仮想的な状況をカードで示し、そのような状況で診察を受けるか否かを中心にインターネットアンケートにより質問し、その結果以下のような傾向が見られた。

基礎的な集計結果

○ 全般的に、保護世帯や低所得一般世帯では、中程度所得一般世帯よりも価格弾力性の絶対値が大きく、価格が上昇すると受診希望者数が減少しやすい傾向が見られた（子どもの嘔吐・虫歯以外）。

○ 受診の必要性が高い高血圧と高熱において価格弾力性の絶対値が小さく、価格上昇による受診希望者数の減少は比較的小さい傾向が見られた。また、子どもの症状においても、受診の必要性が高い発熱と虫歯においても同様の傾向が見られた。

コンジョイント分析の結果

○ 立替による発生による受診抑制への関連は、生活保護世帯や低所得一般世帯ほど、反応が強くなる傾向が見られた（図表 34,35）。

○ 自己負担額の増加と受診抑制の関連は、本人の症状、子どもの症状ともに、受診の必要性が高い病状か否かに関わらず、全般的に見られた（図表 36～43）。

[1] 価格が 1%増加したときに、量が何%変化するかを示す指標

※中程度所得一般世帯の場合の子どもの虫歯を除き、全ての症状、世帯グループにおいて 1%有意で関連があった。

○　立替金額と受診抑制の関連は、症状により生じる場合（下図において、自己負担相当額の記載があるもの）と生じない場合（下図において、自己負担相当額の記載がない（×）のもの）があり、生じる場合は、立替金額（償還払い）1,000 円と同様の効果を示す自己負担額は以下のとおりとなった（図表 44）。

（図表 44：受診判断との関係における立替金額 1,000 円の自己負担相当額）

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
本人：高血圧	188 円	131 円	×
本人：高熱	×	122 円	167 円
本人：腰の痛み	237 円	110 円	×
本人：不眠	×	127 円	134 円
子ども：肌荒れ	×	130 円	239 円
子ども：高熱	×	×	×
子ども：嘔吐	270 円	×	229 円
子ども：虫歯	×	×	×

×：立替金額の係数が 5%有意ではなかったため、算出せず。

全体的結論

○　文献調査の結果及びコンジョイント分析の結果を総合すると、償還払いが導入された場合、医療需要は減少すると考えられる。

○　また、償還払いが導入された場合、特に低所得世帯における本人の症状について、受診を抑制する傾向が強くなると考えられ、その中で、受診の必要性が高い症状についても受診抑制が起きる可能性が高いと考えられる。

○　そのため、償還払いの導入について検討する場合には、こうした点にも留意する必要があると考えられる。

残された課題・留意点

○　今回はアンケート調査により分析を行ったが、現行制度において自己負担なしで医療機関を受診している者については、一部自己負担や償還払いの制度自体を想像しにくかった可能性がある。

○　償還払いの制度を導入した場合、窓口で支払った費用を一定期間ごとに役所等で返還する事務が発生することとなるため、費用に関する分析に当たっては、行政コストについても勘案する必要がある。

2 本調査の考え方

2.1 本調査の目的･概要

生活保護受給者は、医療費の窓口払い[2]が存在しないことから、不適切な頻回受診をする者がいるとの指摘があり、対策として、窓口で一部自己負担[3]を求めたり、一時的にその負担金相当額を立て替え、後日、福祉事務所から償還を受ける、償還払い[4]といった方策についての議論がある。

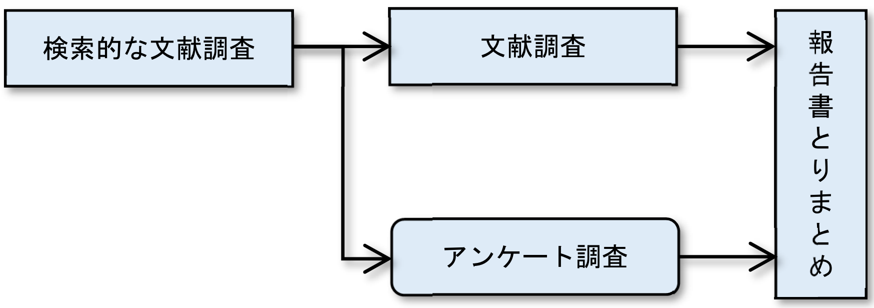
しかしながら、窓口払いと償還払いの導入に関しては、最低生活保障との両立が難しくなるという懸念、必要な医療の受診まで抑制され、むしろ長期的には医療費が増えるという懸念、仕組みによっては医療機関の未収金やケースワーカーの事務負担の増加につながるといった懸念があり、慎重な検討が必要であるとされている。

このため、諸外国における低所得世帯に対する医療費の窓口払いや償還払いによる受療行動や健康指標の変化、医療の内容への影響等に関する知見を収集し、生活保護制度における医療扶助のあり方に関する議論の基礎資料とすることを目的とした。

具体的には、低所得世帯に対する医療費の窓口払いや償還払いによる受療行動や健康指標の変化、医療の内容への影響等に関する知見について、国内外の研究論文を中心に収集、整理した。その上で、特に償還払いに関する文献が少なかったことから、償還払いによる医療需要への影響を見ることを主眼に、インターネットアンケート調査とそれに基づくコンジョイント分析を実施した。

2.1.1 本業務の実施フロー

まず、「探索的な文献調査」を実施し、それに基づき「文献調査」及び「アンケート調査」を実施した。両者の結果から報告書をとりまとめた。



---

[2]窓口払い：医療機関の窓口において医療費の自己負担額を支払うこと（厚生労働省. 医療費の自己負担. https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-37.html, 2019 年 3 月アクセス)。
[3]自己負担：利用者（患者）が加入する医療保険に基づいて医療費の一部、または全額を負担すること（厚生労働省. 医療費の自己負担. https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-37.html, 2019 年 3 月アクセス)。
[4]償還払い：医療機関で費用の一部または全額を一旦支払った後に、自ら保険者（健康保険の場合は協会けんぽ、国民健康保険の場合は市区町村等）へ請求をして支給を受けること（滋賀県・東近江市. 受診後の払い戻し（償還払い制度） https://www.city.higashiomi.shiga.jp/0000000410.html, 2019 年 3 月アクセス)。

2.1.2 委員会

以下の概要で委員会を開催した。

2.1.3 メンバー

委員		
一橋大学経済研究所	小塩 隆士	委員長
慶應義塾大学経済学部	山田 篤裕	
慶應義塾大学経営管理研究科	後藤 励	
東京大学大学院医学系研究科	近藤 尚己	

2.1.4 第 1 回委員会概要

日時	平成 30 年 10 月 23 日（火）　10：00～12：00
場所	八重洲倶楽部　第 6 会議室
配布資料	・資料 0：本調査の考え方 ・資料 1：窓口一部負担の文献レビュー ・資料 2：償還払いの文献レビュー ・資料 3：価格弾力性の観点からのレビュー ・資料 4：補足的アンケート調査の概要 ・参考資料 1：医療扶助の現状
議事	➢ 調査方針の検討を行った。 ・調査全体の考え方について ・窓口一部負担の文献レビュー ・償還払いの文献レビュー ・価格弾力性の観点からの低所得者と中高所得者の比較 ・補足的アンケート調査の概要

2.1.5 第 2 回委員会概要

日時	平成 30 年 11 月 29 日（木）　15：00～17：00
場所	「AP 虎ノ門」会議室
配布資料	・資料 1：アンケート調査の実施方針（考え方） ・資料 2：文献調査の進捗報告 ・資料 3：報告書の章立て案 ・参考資料 1：アンケート調査の調査項目案 ・参考資料 2：CMUC の診察利用に対するインパクト（和訳素案） ・海外医療制度情報資料
議事	➢ アンケート調査の設計や調査票等の検討を行った。 ・アンケート調査の実施方針 ・文献調査の進捗報告 ・報告書の章立て

2.1.6 第 3 回委員会概要

日時	平成 31 年 3 月 18 日（月）　9：15～11：15
場所	航空会館　505 会議室
配布資料	・資料 1：Web アンケート調査の実施結果と分析状況 ・資料 2：報告書（素案） ・参考資料 1：償還払いに関連しそうな経済学の理論や主要概念
議事	➢ アンケート調査結果および報告書の方針について検討を行った。 ・アンケート調査の結果と分析状況報告 ・報告書のとりまとめ方針について

2.2 医療扶助の状況について（本調査の背景情報）

医療扶助については、「多重受診となっているのではないか」「必要のない受診が多いのではないか」「ジェネリック医薬品への切り替えが進んでいないのではないか」等、医療扶助の支給についての疑義が示されてきたが、医療扶助の支給の実態はあまり知られていない。そこで、ここでは、政府の統計から、本章では医療扶助と他の健康保険での医療費支給における現状を示し、医療扶助における医療費の特徴について紹介した。

主な特徴としては、以下が挙げられる。

- ➢ 世帯累計別の構成割合では、「高齢者世帯」は増加する一方で、「高齢者以外」の世帯は減少している。
- ➢ 年齢別の被保護人員では、65 歳以上の高齢者が経年で増加しており、全体の 45.5%となっている（平成 27 年度）。
- ➢ 平成 30 年度当初予算では、生活保護費負担金（事業費ベース）は 3.8 兆円であり、実績額の約半分が医療扶助である。

入院（食事・生活療養を含む）に係る 1 人当たり医療扶助費（月額）を要素別に検討し、医療保険と比較すると、受診率において医療扶助費が高く、1 件当たり日数も高かった。しかし、1 日当たり医療（扶助）費は、全体でも、年代別でも医療扶助の方が低いことが示された。

2.2.1 所得者、生活保護受給者の受診行動

健康管理支援の取り組みを報告した記述的な研究では[5]、川崎市の生活保護受給者と生活困窮者における重複受診者の中には精神的な課題を抱えるものがおり、体調面での少しの変化に不安を感じ、様子を見ることができずに受診行動につながっていた事例が示された。著者らは、頻回受診者や重複受診者を適正受診に導くには、受診行動の根幹にある課題をアセスメントし、課題解決を図る重要性を示した。しかし、重複受診の一方で必要な受診を控える者もおり、独自研究 1 つを含む日本の先行研究を用いたレビューより[6]、所得階層が低いほど受診抑制を経験した世帯が多いことが報告されている。受診を抑制した理由に金銭的な理由が挙げられることが多いものの、時間的な制約も大きな要因のひとつであることが明らかになった。時間的制約と経済的制約の両者を抱える者は非正規雇用者等を中

[5] 高橋和行，扇原淳．介護保険料滞納者の生活・健康状況の実態に関する自治体調査．社会医学研究．2014;31:49-55
[6] 阿部彩．誰が受診を控えているのか：J-SHINE を使った初期的分析．一橋大学経済研究所世代間問題研究機構ディスカッションペーパー．2013;603

心に多く、時間的制約のみを抱える者は正社員のみならず、育児を抱える者もみられた。経済的制約のみを抱える人は、世帯所得等から貧困層の特徴を示す属性であった。

これらの報告から、低所得者や生活保護受給者の中でも頻回・重複受診と受診抑制の例が混在していることが分かる。医療費政策を検討する際には、医療扶助の給付など、低所得者における経済的、時間的制約について加味する必要がある。

2.2.2 健康管理の重要性

介護保険料滞納者を対象とした研究では、健康状態と経済状態との関連性が認められた。高橋ら.は、滞納者をはじめとする低所得者層の高齢者は健康に悪影響を及ぼす可能性のある様々なリスクを抱えている可能性があり、これらのリスクを早期に発見・治療する為には、様々な機関（行政、地域、NPO など）による早期介入が重要であることを示唆した。一方で別の研究では[7]、介護保険料滞納者を一般の要介護認定の高齢者と比較すると、介護保険料滞納者の新規要介護認定時の要介護度がやや高い傾向にあったが、明らかな違いはみられなかった。ただし、「安定した収入がない」、「健康への意識や受診率が低い」、「認定前後の経済的理由による医療・介護サービスの制限」、「介護サービスの必要性が高い」、「要介護認定の緊急性・困難ケース」などの項目は、介護保険料滞納者の認定前後の状況および一般高齢者との比較を通じて指摘する自治体数が顕著であり、介護保険料滞納者の新規要介護認定時の課題が浮き彫りになった。具体的には、認定を申請した際の状況として、既に要介護度が高いこと、生活保護などの困難ケースに発展していることなど、より健康状況が悪化してから要介護認定を申請していることが推測された。これらより、介護保険料滞納者が健康状態に問題を抱えている可能性や社会的に孤立している可能性が予見できると、高橋ら.は考察した。低所得者らの健康状態の把握には、健康診査の結果を用いるのが有効な方法のひとつである。齋藤ら.[8]は、生活保護受給者の健康診査データをもとにした基本属性調査を用いて健診受診の関連要因を調べた。その結果、生活保護開始前の医療保険が未加入の者や、5 年以上にわたって生活保護を受給している者は、健診の受診が少ないことが示唆された。齋藤ら.は、生活保護開始前の医療保険未加入者や受給期間が 5 年以上の者は健診未受診のハイリスク群と捉え、受診勧奨を含めた健康管理支援を進めていくことが効果的であると示唆した。

これらの報告より、低所得者、特に医療扶助を受ける生活保護者の健康状態は不良な傾向にあり、医療費政策と共に対象者に対する健康管理の支援をする対策も合わせて重要と考えられる。

2.3 諸外国の医療制度

アメリカ合衆国、スウェーデン王国、ドイツ連邦共和国、フランス共和国、英国の医療制度について、下表にまとめた。

医療費の償還払い制度があるのはフランス共和国のみであり、その詳細について、2.4 で述べる。また、償還払いの受診への影響について、3 章以降で紹介するこれまでの先行研究はアメリカが多いため、その制度について、2.5 に整理した。

---

[7]高橋真奈美．川崎市における健康管理支援の取り組み:—生活保護受給者への生活習慣病重症化予防対策—．日本健康教育学会誌．2016:24:37-42

[8]齋藤順子，近藤尚己，高木大資．生活保護受給者における健診受診関連要因－基本属性調査を対象として－．厚生の指標．2018;65;15-20

図表 1. 諸外国の医療制度（１）

	概要	名称	根拠法	運営主体
アメリカ	高齢者及び障害者に対する公的医療保険制度。	メディケア（Medicare）	社会保障法（Social Security Act）第 18 編	保健・福祉省メディケア・メディケイド・サービスセンター（CMS）（パート A 及び B） 民間保険者（パート C 及び D）
	一定の条件を満たす低所得者に対する 公的扶助。	メディケイド（Medicaid）	社会保障法（Social Security Act）第 19 編	保健・福祉省メディケア・メディケイド・サービスセンター（CMS）が監督し、各州が運営。
スウェーデン	広域自治体であるランスティングが医療施設を設置・運営し、そこで医師・看護師などの医療スタッフがランスティングの職員（公務員）として勤務、費用はランスティングの税収（主として住民所得税）及び患者一部負担によってまかなうのが基本的な構造となっている。	スウェーデン保険医療サービス（The Swedish Health and Medical Services）	保健医療法（Hälso- och sjukvårdslag）	広域自治体であるランスティングが医療施設を設置・運営。
ドイツ	地区、企業等を単位として設置されている公法人たる疾病金庫を保険者として、当事者自治の原則の下で行われている。	公的医療保険（gesetzliche Krankenversicherung）	社会法典第Ⅴ編（SGBV）	疾病金庫（113 金庫（2017 年 8 月現在））
フランス	法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度があり、各職域保険の管理運営機構として金庫（Caisse）が設置されている。一般制度に国民の 92%が加入している。これら強制適用の各制度の対象とならない場合は、2000 年 1 月から実施されている普遍的医療カバレッジ（給付）制度（CMU: Couverture Maladie Universelle）の対象となるため、現在、国民の 99%が保険制度でカバーされている。	基礎医療保障制度	社会保障法典	全国被用者医療保険金庫（CNAMTS: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés）
イギリス	主に税を財源とする国営の保健サービスとして全居住者を対象に原則無料で提供されている。	国民保健サービス（National Health Service: NHS）	国民保健サービス法（The National Health Service Act 1946）	保健省（Department of Health）

図表 2. 諸外国の医療制度（2）

	被保険者資格	給付対象
アメリカ （メディケア）	・勤務期間中に社会保障税の拠出を四半期以上行ってきた 65 歳以上の者 ・2 年以上障害年金の受給資格がある者 ・慢性腎不全患者 等	本人
（メディケイド）	州により異なるが、連邦政府からの補助金を受けるためには、以下の者等を加入対象者とする必要がある。 ・子どものいる低所得者の家庭 ・世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 133%未満の世帯に属する 6 歳未満の子ども、及び連邦貧困ガイドラインの 100%未満の世帯に属する 6 歳以上 19 歳未満の子ども。 ・世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 133% 未満の世帯に属する妊婦。 ・メディケイドの加入要件を満たした女性から生まれた出生 1 年以内の乳児。 ・補足的所得保障（SSI）の受給者。 さらに、2014 年に開始されたメディケイド拡大により 33 州及びワシントンＤＣ では以下の者も対象となっている（2018 年） ・世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 133% 未満の成人 ・6 歳以上 19 歳未満の子どもで、世帯所得が連邦貧困ガイドラインの 100% 以上 133% 未満の者	要件を満たす低所得世帯
スウェーデン	被保険者資格という概念はない（保険制度でない。）	全住民
ドイツ	一定所得を超えない被用者、自営農林業者等。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではないため、実際に公的医療保険でカバーされている者は全国民の約 87%、約 7,140 万人である（2016 年末時点）。原則として、公的医療保険又は民間医療保険に加入することが義務づけられている。	被保険者本人並びにその配偶者及び子女のうち医療保険未加入の者で収入が一定以下の者（被扶養者。子女については原則 18 歳であるが、就業能力の有無により年齢制限が異なる。）は、保険料の追加負担なしに公的医療保険に加入することができる。これらの者に保険事故（傷病、出産等）が生じた場合、給付対象となる。
フランス	商工業被用者（退職者を含む）	被保険者・被扶養者
イギリス	全国民	居住者

図表 3. 諸外国の医療制度（3）

	給付の種類
アメリカ （メディケア）	＜メディケア・パートＡ（病院保険（HI: Hospital Insurance））＞ 強制加入。入院サービス、高度看護施設ケア等を保障。 ＜メディケア・パートＢ（医療保険（MI: Medical Insurance））＞ 任意加入。外来等における医師サービス等を保障。 ＜メディケア・パートＣ（メディケア・アドバンテージ（Medicare Advantage））＞ 任意加入。パートＡ及びＢの双方に加入している者に対し政府に代わって民間の保険者がパートＡ及びＢの給付と同等以上の給付を請け負う制度。 ＜メディケア・パートＤ（メディケア・処方せん薬プラン（Medicare Prescription Drug Plans））＞ 任意加入。外来患者に係る処方せん薬代を保障。
（メディケイド）	通常の医療サービス（入院サービス、医師サービス等）をカバーする以外に、メディケアがカバーしない長期ケア（介護）もカバーする。

	給付の種類
スウェーデン	外来・入院などの医療の現物給付。
ドイツ	医療給付、予防給付、医学的リハビリテーション給付、在宅看護給付等があり、現物給付が原則。他に現金給付として傷病手当金がある。
フランス	給付内容については、償還払いが基本であるが、入院等の場合には直接医療機関に支払われる。 ※2015 年に成立した保健システム現代化法により、外来等償還払いを原則としていた部分についても、順次、医療機関への直接払いが実施されている。
イギリス	外来処方薬については一処方当たり定額負担、歯科治療については 3 種類の定額負担が設けられている。なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。

図表 4. 諸外国の医療制度（4）

	本人負担割合等
アメリカ （メディケア）	入院（パートＡ）：入院 1 回につき 1,340 ドルの免責額を負担。これに加え、入院後 1～60 日までは自己負担なし、61～90 日までは 1 日当たり 335 ドルの自己負担、91 日以降は、1 日当たり 670 ドルの自己負担（ただし、91 日以降自己負担の支払のみで済むのは生涯 60 日であり、それを超えた場合は、全額自己負担となる）。（2018 年） 外来等（パートＢ）：年間 183 ドルの免責額を負担。免責額を超えた分について、20%の自己負担（医師サービスの場合）。 パートＣ：プランにより異なる。 パートＤ：プランにより異なるが、連邦政府の定める給付最低基準は、薬剤費が年間 405 ドル未満の部分：免責額として全額負担 薬剤費が年間 405～3,750 ドルの部分：25%自己負担 薬剤費が年間 3,750 ドル以上の部分で、自己負担額と製薬会社の割引額の合計が 4,850 ドル未満の部分：ブランド薬については 35%の自己負担（製薬会社の割引 50%、プランの負担 15%）、ジェネリック薬については 44%の自己負担（プランの負担 56%）。 自己負担額と製薬会社の割引額の合計が年間 5,000 ドル以上の部分：5%の定率負担又は 1 処方当たり後発品で 3.35 ドル、それ以外で 8.35 ドルの定額負担（catastrophic coverage）。（2018 年）
（メディケイド）	州により異なる。
スウェーデン	「保健医療法」において設定された全国的な上限額の範囲内で、各ランスティングがそれぞれ独自に設定するのが原則。外来：通院 1 回当たりの定額が、初診か否か、患者の年齢、訪問先などに応じて設定されている。2017 年の通常のプライマリケアの外来診療の場合 1 回当たり 0～300 クローナ。法律による患者の自己負担額の上限は物価基礎額の 0.025 倍（1,100 クローナ（2017 年））であり、各ランスティングはこれより低い額を定めることもできる。多くのランスティングでは 20 歳未満の子については無料。入院：1 日当たりの定額が患者の年齢･所得、入院日数などに応じて設定されている。法律による上限額は 1 日当たり物価基礎額の 0.0023 倍（100 クローナ（2017 年））であり、2017 年の自己負担額は、1 日当たり概ね 50～100 クローナ。多くのランスティングでは 18～20 歳までは無料。 ※歯科治療については、20 歳以上に関しては疾病保険から治療のための負担額の一部支援等が行われている（20 歳未満の者に関してはランスティングにより無料で提供）ほか、特定の疾病や傷害による治療には国からの補助等もあり。薬剤：1 年間で物価基礎額の 0.05 倍（2,200 クローナ（2017 年））が上限。
ドイツ	外来については 2013 年より自己負担が撤廃され、入院については 1 日につき 10 ユーロ（ただし年間 28 日分が限度）、薬剤費については製品価格の 10%（下限 5 ユーロ、上限 10 ユーロ）である。
フランス	償還率は医療行為により異なるが、外来の場合は 70%（かかりつけ医に相談しなかった場合は 30%）、入院の場合は 80%、通常の医薬品は 65%が原則である。また、医療保険の償還の対象とならない定額の負担金が、診療（毎回 1 ユーロ）、入院（日額 18 ユーロ）や薬剤（一箱 0.5 ユーロ）といった区分ごとに設定されている。ただし、多くの場合、自己負担分は共済組合や相互扶助組合等によりカバーされており、これらによってカバーされない部分が最終的な自己負担になる。
イギリス	一般医療：無料 外来処方薬：1 処方当たり定額負担（8.60 ポンド 2017 年度） 歯科診療：治療内容に応じて 3 段階の定額負担

図表 5. 諸外国の医療制度（５）

	財源
アメリカ （メディケア）	保険料としてはパートＡ～D がある。 パートＡ：現役世代の社会保障税（2.9%、労使折半。自営業者は全額負担） パートＢ：加入者の標準保険料は、年収に応じて月 134 ドル～428.6 ドル。（2018 年） パートＣ：加入者の保険料はプランにより異なる。 パートＤ：加入者の保険料はプランにより異なる。 任意加入保険の収支差は政府負担となっている。
（メディケイド）	州による保障に要した費用の一部を連邦が義務的に負担。連邦による負担率（Federal Medical Assistance Percentage: FMAP）は、州の 1 人当たりの平均所得と全国平均との比較に応じて設定されるが、法律によって下限（50%）と上限（83%）が定められている。ただし、2014 年に開始されたメディケイドの対象拡大に伴うコストについては、2016 年まで連邦政府が 100%負担することとなっている。
スウェーデン	ランスティングの税収（主に住民所得税）
ドイツ	一般保険料率は 14.6%（労使折半）。追加的保険料率（被保険者単独負担分）は 1.1%（2017 年推計平均）。徴収された保険料は医療基金に集められ、交付金として各疾病金庫に分配されるが、医療基金からの交付金によって支出を賄いきれない疾病金庫は、独自に追加保険料を徴収する。この追加保険料は、被保険者のみが負担することとなるが、低所得者への過重な負担を避けるため、追加保険料額が所得の 2%を超える者については、当該超加分につき、税財源による補助（社会的調整）を受ける。※交付金の分配は、単純に加入者数の人頭割りで行うのではなく、加入者の年齢・性別の構成割合や慢性疾患への罹患状況が考慮されたリスク構造調整により行われる。 政府負担としては、保険給付になじまない給付（被扶養者に対する給付等）に充当するという目的及び昨今の金融経済危機において保険料率の軽減を行った分の穴埋めとして一定規模の国庫補助を実施（2016 年は 140 億ユーロ）。
フランス	保険料報酬全体を対象に被用者が 0.75%、使用者が 12.89%を負担する。 被用者負担の一般社会拠出金（CSG）、目的税（タバコ、酒等）、国庫からの移転等の財源も重要となっている。負担割合は、それぞれ 36%、15.2%、1.5%。なお、保険料収入は全体の 44.5%。（2016 年）
イギリス	税方式。ただし、国民保険料の一部（※）が NHS の費用に拠出されることになっている。 ※被用者：給与のうち、週 157 ポンド～866 ポンド未満の部分の 2.05% 給与のうち、週 866 ポンド以上の部分の 1% 事業主：給与のうち週 157 ポンド以上の部分の 1% 自営業者：年間利益のうち 8,164 ポンド以上の部分の 1% ※2015 年 4 月より、査証取得・延長時に、EU 圏外から来る一定の者に対して、NHS の利用料（surcharge,年間通常人 200 ポンド、学生 150 ポンド）が徴収されている。

図表 6. 諸外国の医療制度（６）

	実績	
	加入者数	支払総額
アメリカ （メディケア）	5,680 万人（2016 年） （パートA：5,646 万人、パートB：5,209 万人、パートC：1,839 万人、パートD：4,319 万人） ※任意加入の分があるため、各パートの総計は、上記の合計とは合致しない。	6,787 億ドル（2016 年） （パートＡ：2,854 億ドル、パートＢ：2,934 億ドル、パートＤ：1,000 億ドル） ※パートＣの基本費用は、パートＡとパートＢの信託基金から支払っている。
（メディケイド）	6,230 万人（2016 年）	5,579 億ドル（2016 年） （連邦政府：3,634 億ドル、州：2,125 億ドル）
スウェーデン	全国民対象	支払総額という概念はないが、国民経済に占める医療の規模を見ると、総保健医療費の対 GDP 比は 11.0%、うち公的支出は 83.9%（2017 年）となっている。

	実績	
	加入者数	支払総額
ドイツ	加入者数約 5,373 万人（2015 年平均）	支払総額約 2,227 億ユーロ（2015 年の公的医療保険の総支出）
フランス	加入者数約 6,150 万人（全国民の 92%が加入）	支払総額 1,869 億ユーロ（2016 年）
イギリス	全国民対象	

2.4 フランスの医療制度

フランスの医療保険制度は、ピエール・ラロックの策定したラロックプランに基づく 1945 年オルドナンスを出発点とする社会保障制度のひとつである。それ以前にも社会保険方式の医療保険制度は導入されていたが、一部の被用者を対象とするものであり、1945 年オルドナンス以降はできる限り広い国民を対象とした社会保険制度が目指された。そして、医療分野において国民皆保険が達成されたのは、ごく最近の 1999 年のことである。

2.4.1 フランスの医療保険の特徴

フランスの医療保険の特徴は、被用者・自営業者といった職業的・社会的属性によって対象者を異にする複数の保険者が併存する仕組みである、と同時に、これらの複数の保険者によってあらゆる国民（国内定住者）をカバーする制度であることである。

フランスの医療保険制度は、職域ごとの制度がそれぞれに保険者（金庫）として医療保険財政を管理運営する仕組みをとっている。1999 年以降はこれらの制度が対象とする職業的・社会的属性に当てはまらない者をすべて被用者保険に加入させる普遍的医療制度（Couverture maladie universelle：CMU）を採用し、国民皆保険を達成した。

給付の面では、医療サービスの提供の大部分が私的セクターによって担われている。そのため、医師をはじめとした私人の自由な職業活動・経済活動を、公的医療保険に要求される目的・使命との関係でどのようにコントロール・調整するかという問題は、重要な課題である。

フランスにおける医療制度は、立法府・行政府を含む国によるコントロールがごく限定的なものにとどまってきた。特に、立法府については、社会保障財政法（Loi de Financement de la Securite Sociale：LFSS）導入時の改正前の憲法 34 条が立法府の役割を「社会保障に関する根本原則」の設定に限定しており、このような立法府の限定的役割は憲法上明示されていたのである。このような社会保障制度との関係での国の権限の制限は、労使代表による自律的な保険者運営というフランスの社会保障構造の裏返しとも言える。また、国のコントロールの欠如という特徴は、社会保障制度との関係のみならず医療提供主体との関係にも見られるものである。フランスでは、医療制度の構築・運営において、医師の職業的・経済的自由を擁護する医師組合・医師会などが極めて重要な影響力を行使してきた。このような歴史的経緯を背景として、医師の行動に対する国の直接的なコントロールも控えめなものにとどまらざるを得ない状況である。結果として、国は、医療費抑制・医療費のコントロールに重要な関心を有するにも関わらず、ごく近年まで、ほとんど関与するすべを持たなかった。1996 年の社会保障財政法法律の導入以降は、保険制度の管理運営という観点から国の権限が著しく強化されつつある。しかし、医師をはじめとする医療職の行動については、国は多くの場合に保険者ないし保険者連合を通じてあくま

で間接的にコントロールを及ぼすにとどまっている。

フランスの医療保険の最も重要な特徴の一つは、国民の 9 割以上が加入する私保険たる補足制度の普及である。今日のフランスでは、強制加入の医療保険と任意加入の医療保険の双方に加入して初めて実質的に医療サービスへのアクセスが可能になるというのが現実的な見方であり、補足的医療保険の適用をできる限り多くの国民に拡大するための様々な施策が試みられている。

2.4.2 医療保険の制度

フランスの医療保険の保険者は、民間企業の被用者を主たる加入者とする一般制度（Règime Gènèral）を核としつつ、職域ごとの複数の制度が分立する構造となっている。一般制度はさらに、年金・医療などの各種の分野に分かれており、それぞれについて保険者を担当する「金庫（caisse）」が存在する。医療保険の場合は、国レベルの組織である被用者医療保険全国金庫（Caisse National d'Assurance Maladeie Travailleurs Salaruès：CNAMTS）が組織されている。

一般制度以外の代表的な医療保険制度として、農業社会共済中央金庫（caisse central de la Mutualitè Sociale Agricole：MSA）によって管理される農業制度（Règime Agricole）自営業者を対象とする自営業者制度（Règime Social des Indèpendants）その他の特別制度（Règimes dit 'Spèciaux'）として、鉱山労働者制度、フランス国有鉄道（Societè Nationale des Chemins de fer Franèais：SNCF）制度、フランス銀行制度、上院制度、下院制度などが存在している。これらの多数の保険者を全国レベルで束ねるのが全国医療保険金庫連合（Union natinale des caisses d'assurance maladie：UNCAM）である。UNCAM は 2004 年に導入された組織であり、その理事長は CNAMTS の理事長を兼ねる。UNCAM は、医師組合との協約締結などの重要な抑割を担っている。

2.4.3 医療保険の被保険者

被保険者は、その職業的・社会的属性によって異なる金庫に所属する。最も多くの被保険者が加入する一般制度について、法は、年齢・年金受給の有無・国籍・性別にかかわらず、あらゆる被用者、並びに、就労場所・報酬の額や性格・契約の形式・性格・有効性などに関わらず、何らかの資格で労働するあらゆる者が自動的に（強制的に）加入するものと定めている。1999 年に普遍的医療制度（CMU）が導入されて以来フランスの公的医療保険制度はフランスに定住するあらゆる市民をカバーするいわゆる皆保険となった。2016 年度社会保障財政法律により、さらに変更が加えられ、普遍的医療保護（protection universelle maladie）が CMU に代わって導入された。同制度は医療保険給付については金庫の区別を廃止し、フランス国内に安定且つ恒常的に居住することのみを要件としてあらゆる住民に単一の医療保険制度への加入を義務づける仕組みである。

2.4.4 医療保険給付

フランスの医療保険給付の対象範囲は広く、障害者施設における宿泊や処遇に関する費用、医学的理由による人工妊娠中絶や口腔歯科予防に関する費用なども医療保険の対象とされている。給付の対象は、世帯単位ともいうべきシステムを採用している。被保険者のほかにその配偶者と扶養されている子が受給資格を持つ。

また、特徴の一つとして、保険給付が現物給付と現金給付に大別されることが挙げられる。現物給付（prestations en nature）とは、診察や歯科補綴のように医療機関の窓口に保険証を提示して医療サービスを提供する事、現金給付（prestation en espèce）とは、傷

病や出産のため勤労できずに喪失した賃金相当分を支給する事をいう。しかし、現物給付とはいえ、サービスに要した費用が保険給付の対象とされており、現物給付・現金給付の違いは相対的なものに過ぎない。

フランスでは、患者による医師選択の自由や患者による報酬の直接払いなどが明文をもって定められてきた。報酬の直接払いとは、患者が医師に報酬を直接支払うことを意味する。すなわち、医師に対して報酬の全額を支払った患者は、その事実を患者の所属する保険者に通知することによって、保険者から患者に保険給付として一定金額が払い戻されるという方式である。このような償還払い方式を保険給付の原則とすることはフランス医療の大きな特徴の一つであった。ただし例外として入院診療の場合、患者は一部負担金を病院に支払うのみで足りる。このような支払い方式をフランスでは第三者支払い方式（tiers payment）という。この方式は日本における療養の給付と同じため、療養の給付方式といえる。しかし、償還払い方式は受診の際に医療費全額を患者に用意させるため、患者の負担が大きい。このため、2016 年に成立した医療制度現代化により、外来診療でも療養の給付方式が全面的に適用されることとなった。

フランスにおいて 16 歳以上の被保険者は、医師との合意を前提に、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない。かかりつけ医となる医師は一般医・専門医・開業医・勤務医の別を問わない。かかりつけ医制度は、受診行動の合理化を目指すものであり、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合、あるいはかかりつけ医の通知をしていない者が診療を受ける場合は、一部負担金の増額が行われる。しかし、婦人科医、眼科医、歯科医、小児科医は診療の性格から一部負担金増額の対象とはならない。

開業医が担当する外来診療の場合、かかりつけ医を受診した時の患者側の負担金は３割である。しかし、かかりつけ医以外、あるいはかかりつけ医を通知していない場合の負担金は７割となる。受診行動の合理化を促すという制度目的から、かかりつけ医を経由するか否かによって負担割合の差別化を図っていることが注目される。

2.4.5 補足的医療保険

開業医の行う診療に対する報酬は、全国医療保険金庫組合（UNCAM）と医師組合との間で締結される医療協定に基づいて算出される。

診療報酬を定める医療協約との関係で、開業医は一般医・専門医という区別とは別にセクター１とセクター2 という類型に分類される。セクター１の医師は医療協約に定める診療報酬しか請求できない医師であり、セクター２は医療協約に拘束されず、医療協約に定める額以上の報酬を請求できる医師である。

フランス国民の約 95%が公的医療保険を補足する任意加入の補足的医療保険（couverture de santè complèmentaire）に加入している。その背景には歴史的経緯に加え、強制加入の医療保険の償還割合がサービス・薬剤の類型によっては低いものにとどまっていること、さらに医師が協約によって定められた報酬を超えた追加的な報酬請求を行えることなどがある。補足的医療保険には、法的性格が異なる保険者が参入している。共済組合（mutuelles）、労使共済制度（institutions de prèvoyances）、民間営利保険会社の三つの類型の組織である。

補足的医療保険の中でも重要性の高いものとして、「補足的 CMU（CMU complèmentaire)」が挙げられる。補足的 CMU は、強制加入医療保険の皆保険化を行った 1999 年 CMU 法律制定時に、同じ法律によって新たに創設された制度である。この制度では一定の所得水準を下回る低所得者ついて、無拠出で一定水準の補足的医療保険に加入することを可能とする制度である。

補足的医療保険の重要性の拡大に伴い、低所得者層への対応と同時に、被用者が加入する団体保険に注目が集まるようになった。団体保険に関して行われてきた政策は大きく二つに分けることができる。一つは、契約に締結が増加するように企業の行動を誘導する、あるいは労使交渉を促進することで被用者に広く補足的医療保険の加入を拡大するというものである。もう一つは、保険契約の継続性を強化する政策である。

団体保険について、2013 年雇用安定化法律は、労働者が職場で強制的に加入する団体保険について加入者の一般化・最低限の給付水準の確保・失業時の給付の維持という 3 つの方向性からその拡充を図った。その結果として、補足的医療保険の強制加入が 2016 年から実施されることになった。

2.4.6 医療制度現代化法律

医療制度現代化法（Loi n.2016-41 du 26 janvier 2016 de modernization de notre système de santè）の制定は、社会党オランド政権（2012-2017）下で行われた最後の医療制度改革である。「すべての人の良質な治療へのアクセスを保障」することを目的に掲げた同法は、医療保険、医療提携体制、健康ないし疾病予防政策、医療にかかる個人情報の保護など、多様な内容を含む。

医療保険制度の国際比較の観点から重要性が高い改革は、第三者支払いの一般化であろう。これは段階的な施行の対策となっており、全国的な施行は 2017 年末である。しかし、この改正をめぐっては法の採拓に至るまで、医師団体の激しい反発があり、改正後も反対運動が継続している。反対運動では、社会保障ないし民間の補足的医療保険が支払人となることで、診療内容に強いコントロールを及ぼす危険があるという主張がされている。

次に、病院制度改革による「地域医療圏病院グループ（Groupements Hospitaliers de Territories：GHT）」の導入などが挙げられる。GHT は、地域圏ごとの病院間の連携を強化するため、一部の例外を除いてすべての公的医療機関に対して参加を義務付けた。また、この地域医療圏ごとに「地域医療圏評議会（conseils territoriaux de santè）」が設置される。この評議会には地域の議員代表および医療職代表が参加し、地域医療圏の住人の公衆衛生・社会・医療福祉的ニーズを特定する役割を担う。

また、医療制度現代化法の柱のひとつに疾病予防策の強化がある。糖尿病・心臓血管疾患などの生活習慣病やその原因因子（肥満など）の予防政策を釈年世代をも対象として推進するとの目標が掲げられた。

2016 年改革では、住宅ローン借入時の信用保険加入の際に加入者に課せられる既往歴申告義務や既往歴を理由とする保険料の上乗せに対する一定の制限をかける試みも行われた。既往歴についての「忘れられる権利（droit à l‘oubli）」の創設である。

2.5 アメリカの医療制度

アメリカの医療制度の特徴として、他国と比較して医療費が高額であることが挙げられる。その要因は、アメリカ特有の医療提供体制および保険制度の在り方が関連している。

アメリカの医療費保険制度において国民全体を対象とした公的医療保険はなく、国民は公的医療保険と民間医療保険の 2 つの仕組みを用いて医療費の保障を受ける体制となっている。

公的医療保険制度としては、連邦政府が運営し高齢者を対象としたメディケア

（Medicare）と、連邦政府と州政府が共同で運営し低所得層を対象としたメディケイド（Medicaid）の 2 つが挙げられる。この 2 つの制度の対象に含まれない現役世代の医療保険は、営利・非営利を問わず数多くの民間保険会社が販売している保険商品である。そして、多くの企業は社員の福利厚生の一環として、保険会社から買い上げた保険商品を従業員に提供している。

しかし、上記の医療保険にカバーされていない無保険者も存在し、アメリカが抱ええる大きな社会問題となっている。

2.5.1 公的医療保険制度　メディケア

メディケアは、連邦政府により 1965 年の連邦社会保障法改正によって創設された。65 歳以上の高齢者と 65 歳未満の障害者を対象に医療給付を提供している。当初は入院医療費を給付対象とするパート A と医師への診療報酬の支払いを主な目的としたパート B の 2 つの制度から構成されていたが、1973 年の法改正により、65 歳以上の高齢者に加えて、65 歳未満の障害者や末期腎臓病患者を適用対象とすることとなった。

1970 年代からは､メディケアでは民間保険プランを利用して受給者が医療給付を受ける仕組みが導入された。1997 年財政均衡法（BBA:Balanced Budget Act of 1997）によりメディケア・パート C が創設され、メディケア・プラス・チョイス・プログラム（Medicare+Choice Program）としてメディケアの受給資格者が HMO などの民間保険プランを利用する仕組みが制度化された。その後、2003 年のメディケア改革法（Medicare Prescription Drug,Improvement, and Modernization Act of 2003）により制度の見直しがなされ、メディケア・プラス・チョイス・プログラムは現在のメディケア・アドバンテージ（medicare Advantage）となった。

2003 年のメディケア改革法ではメディケア・パート D が創設された。パート D は、パート A やパート B において十分カバーされていなかった処方箋薬給付を加入者に提供する給付プログラムである。メディケアが創設された 1966 年の時点では約 1,900 万人だった加入者」は、2016 年の段階で、パート A およびパート B の加入者（パート A またはパート B のみの加入者を含む）は約 5,680 万人であり、約 1,839 万人がメディケア・アドバンテージ（パート C）に加入している。今後、ベビーブーマー世代の高齢化により更なる増加が予測されており、2030 年にはパート A およびパート B の加入者が約 8,122 万人、パート C の加入者が約 2,889 万人になると予想されている。

メディケアの支出総額は 2017 年時点で約 7,080 億ドルであるが、受給者の増加とともにメディケアの支出も拡大し、議会予算局の推計では、2025 年には約 1.2 兆ドル規模になる見込みである。

2.5.2 公的医療保険制度　メディケイド

1965 年、メディケアとともに創設されたメディケイドは、低所得者を対象とした医療補助制度である。メディケアと異なるのは、メディケイドは連邦政府と州政府が共同で運営する制度という点である。メディケイド･プログラムに州が参加することは任意であるが、実際にはすべての州がこのプログラムに参加している。メディケイドは低所得者に対する医療のセーフティーネットとしての重要な役割を果たしてきた。

連邦政府はメディケイドの運営について、一定の基準を定めており、これに基づく具体的なプログラムの制度設計は週に委ねられている。このため、受給資格対象者の範囲、給付対象となる医療サービス、医療機関への診療報酬および支払い方法などは州ごとに異なっている。

メディケイドの費用は連邦と州が共同で負担することになっている。州は連邦が定めた基準に基づいてメディケイド・プログラムを運営することで、プログラムの予算規模に対応した連邦のマッチング補助金（Matching fund）を受け取ることができる。

1960 年にはすでに貧困層を対象とした制度として、高齢者の医療費を連邦政府が上限なしで費用の半額を補助する仕組みが設けられていた。しかし、高齢者以外の低所得者に対する医療の提供は、州によってかなりの相違がみられた。そのため、このような低所得層の医療の確保を意図して創始されたのがメディケイドである。

1980 年代に入るとメディケイドの受給資格者と対象サービスについて拡充が進められた。

まず、受給資格については、補足的所得補償（SSI：Supplemental Security Income）などの公的扶助給付を受けていない妊婦や児童にも受給資格が拡大された。また、1981 年に年一括予算調整法（OBRA81: Omnibus Budget Reconcilation Act of 1981）の成立により、特例事項プログラムが創始された。これにより、州は施設に入所せず地域で生活する障害者に対して在宅サービスを提供するプログラム実施が可能となった。また、州のメディケイド・プログラムにマネイジドケアを導入する裁量が認められたため、1990 年代になるとメディケイドにおけるマネイジドケアの導入が進行した。以後も、1987 年にメディケイド受給者のために、ナーシング・ホームの姿勢強化を図る改革が行われ、1997 年には従来メディケアを受給できなかった無保険者に対して医療給付の提供が可能となった。また、同年、メディケイドの受給者ではない低所得世帯の児童に対しても医療サービスの提供を行う仕組みが導入された。2010 年に成立した医療制度改革法（ACA: Patient Protection and Affordable Care Act）では、各種の施策を通じて国民の医療へのアクセスの向上が図られている。同法に基づき、2014 年から実施されたメディケイドの拡充は、低所得層の医療アクセスの確保において中心的な施策として機能している。

2.5.3 公的医療保険　CHIP

1997 年に創始された州児童医療保険プログラム（CHIP: Children's Health Insurance Program）は、所得調査に基づく給付により低所得世帯に属する児童に対して医療給付の確保を図るものである。

アメリカの無保険者世帯の中には一定の所得を有するためにメディケイドを受給できない低所得層が存在していた。他方で、これらの世帯の所得水準では自ら保険料を負担し、民間保険に加入することは困難であった。CHIP は、こうした低所得世帯に属する児童や妊婦に対し、医療給付の確保を図るものである。CHIP は連邦政府と州政府の共同事業として行われている。州は CHIP の実施を、①メディケイド所得制限を緩和し、低所得世帯の児童への適用を拡充する（９州で実施）②CHIP を独自のプログラムとして運用する（２州で実施）③CHIP とメディケイド拡充の組み合わせ（39 州で実施）のいずれかの中から選択する。

2.5.4 民間医療保険

国民全体を対象とした医療保険を持たないアメリカにおいて、民間医療保険は多くの国民にとって医療保障を得る上での主要な手段となっている。オバマ政権が実現した医療保険改革の最大の特徴はメディケイドなどの医療扶助を拡充させる一方で、多くの国民に対しては、民間医療保険への加入を義務付けたことであった。

2016 年の民間医療保険の加入者は国民全体の 67.5%である。民間医療保険の中心は雇用先において福利厚生の一環として提供される団体医療保険、すなわち雇用主提供医療保

険である。それ以外に、個人で保険会社から直接あるいは医療保険取引所を通じて医療保険を購入する、個人購入医療保険もある。2016 年の雇用主提供医療保険は国民全体の55.7%であり、アメリカ医療保障の中核的存在であるといえる。

2.5.5 無保険者問題

前述してきたように、メディケアは 65 歳以上の高齢者と一部障害者を対象とし、メディケイドあるいは CHIP の対象となりうる 18 歳未満の子供は何らかの医療保険を得られていた。他方で、いわゆる勤労世代である 19〜64 歳の医療保険加入率は相対的に低く、無保険者問題はもっぱら非高齢者の問題であるといえる。

雇用主提供医療保険に加入できず、かといって個人で保険を購入することもできず、医療扶助を受給する資格のない貧困・低所得層を中心に無保険者が多数存在することが、アメリカ医療保障システムの抱える問題として指摘されてきた。2010 年に成立した PPACA に基づくオバマ医療保険改革は、この深刻化する無保険者問題に連邦政府として政策的対応を模索するものであった。個人に対して保険加入義務が課されただけではなく、医療保険取引所を通じて民間医療保険に加入する際の保険料補助、扶養家族としての保険加入者の拡大、そして一定規模以上の企業に対する雇用主提供医療保険の提供義務等が規定され、その多くが 2014 年に施行された。とはいえ、民間医療保険に加入するには保険料の負担があるため、いまだ 3,000 万人ちかくの国民が無保険のままとなっているのである。

（参考文献）
フランス医療保障制度に関する研究会編．フランス医療保障制度に関する調査研究報告書　2016 年度版．医療経済研究機構．2017.
アメリカ医療関連データ集政策委員会．アメリカ医療関連データ集【2017 年度版】．医療経済研究機構．2018.
健康保険組合連合会．欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書．2006.

3 文献レビュー

3.1 窓口払いの一部自己負担

国民皆保険制度などの多くのヘルスケアシステムが抱える、費用負担の問題への実現可能な解決策として、窓口払いでの一部自己負担は広く利用されている。論理的には、医療サービス利用者の支払額が増加することによって、無駄な医療サービスの需要が減少する可能性がある。しかし、自己負担額の増加は、低所得層や高齢者、子どもなどの社会的弱者の受診抑制につながるなどの負の影響が懸念される。また、自己負担額の増加は受診抑制等による健康への負の影響も懸念される。自己負担による医療サービスの利用や健康への影響を分析した研究はいくつか報告されているが、国や地域、対象者や医療分野は様々で結果も一様ではない。そこで今回、医療費に関する様々な制度のあり方を議論するための基礎資料を作成することを目的として、これまでの研究の整理を行った。

3.1.1 先行研究の自己負担における政策運営上の議論・意見

窓口払いの自己負担制度を導入するにあたり、各国の状況によって政策運営上の利点や不利点は多様である。例えば、医療費無料から一部自己負担制度を導入することは、既存の一部自己負担制度から負担額を増やす事に比較して制度変更に伴う費用が国レベル、各保険者レベルで多くなる可能性がある。また、低所得者への一部自己負担の対応については十分な検討が必要である。これらを考慮した上で、以下に Kiil ら（2014）が示す政策運営上の議論や意見を紹介する。

「医療サービス提供側にも利用側にも価格支配力がない完全競争（perfect competition）の下では、医療サービス提供のための限界費用（marginal cost, 一人あたりのサービス提供に必要な追加費用）と個人の選好と収入から自身が支払ってもよい金額になるまで利用者は負担すると、経済理論上では予測される。この理論より、税金の徴収よりも自己負担によって社会的に適切な水準に近い報酬を医療側が得られると推測できる。一方で、これらの推測は、個人が医療サービス利用の利益と不利益を評価・判断できる（ヘルスリテラシーがある）ことを前提としている。さらに、様々な情報や、他の経済主体から影響を受け得ることによる外部性、および短期的な利用者の選好が存在する中、個人にとって適切な医療需要が社会全体にとっても適切な医療需要になるとは限らない。また、医療機関受診の平等性を保つ目的より、社会的弱者に対する特別な控除のための事務的な対応など、自己負担制度が複雑化すると、行政側の手間と費用がかかる可能性がある。」

3.1.2 医療需要への効果的な抑制

＜表示形式＞　研究デザイン（引用文献）、対象者の説明（主に国と世代）: 概要

<u>効果あり</u>

＜ポジティブな効果＞

1. システマティック・レビュー（Kiil et al. 2014）、アジアや欧米諸国の先進国の成人：入院以外すべての医療サービスにおいて、自己負担は医療サービスの需要を減らしたことが示された。
2. 観察研究（Karaca-Mandic et al. 2012）、アメリカの 0-18 歳の子ども：5-18 歳の子どもにおいて、喘息の薬剤の自己負担額がより高いと、投薬利用および喘息の薬剤総医療費に小額ではあるものの統計的に有意な減少がみられた。5 歳未満の子どもでは喘息の薬剤利用に影響はみられなかった。

3. 観察研究（Shigeoka 2014）、日本の高齢者：日本では、69 歳以下の平均的な所得を持つ患者は、平均所得の約 27%を自己負担に充てる事になっている。本研究では、70 歳以上の医療負担割合を低くする制度が、医療サービスの利用、個人の受診行動に対しどのような影響を与えるかを調べた。その結果、70 歳以上の患者において、医療サービス利用は増えて医療費は増加した。ただし、自己負担割合の軽減によって相殺され自己負担額は減少した。（70 歳以上の自己負担割合が低くなることは、他の若い世代への負担が増えるということと考えられる。制度のねらいとしては、適切な効果であったと考えられる。）

＜ネガティブな効果＞

1. 観察研究（Wisk et al. 2012）、アメリカの 0-17 歳の子ども：財政負担の大きさ、子どもと保護者の医療保険プランの食い違い、子どもの身体的、社会的、行動的、認知的な活動制約の存在は保護者による子どもの受診抑制と強く関連していた。

<u>効果なし</u>

1. 観察研究（Kato et al. 2017）、日本の子ども：2012 年と 2013 年に退院時情報や診療報酬データから構成されるデータベースから抽出された 1,390 の自治体の入院患者のデータを用いた。2012 年 4 月 1 日および 2013 年 4 月 1 日の各年度の入院患者数を被説明変数とし、外来診療の補助金の上限年齢を主要な説明変数とした。その結果、自治体によって差異はあったものの、外来診療の自己負担の減少は、統計的に有意な効果はみられなかった。一方で入院については、助成制度は低所得層の地域での入院患者数を減らしたが、反対に高所得層の地域では入院患者数は増加した。これらの結果は、入院サービスが低所得層の地域では外来診療の代替である一方で、高所得地域では検査入院などの外来ではできない治療・検査を補完する目的となっていることを示唆した。
2. 観察研究（Landsem et al. 2018）、ノルウェーの若年者：ノルウェーでは医療の財政は 85%税金、そして残り 15%が世帯の自己負担で賄われている。医療サービスは無料、あるいは自己負担分でも大半を助成している。本研究の目的は、一定料金の窓口払いがどの程度一般医療（General Practitioner: GP）サービスの利用に影響を及ぼすか、特に、窓口払いに対する影響が患者（疾患）の種類によって異なるかを調べた。用いたデータは、2009-2014 年の 6 年間に 10-20 歳の若年者の GP（外来）受診数 5,500 万件から構成される。ノルウェーでは 16 歳未満の子どもは窓口払いを免除されている。この背景を用いて、16 歳以上の自己負担ありと 16 歳未満の自己負担なし（控除）を説明変数にして回帰不連続デザイン[9]を用いて分析した。その結果、自己負担制度は全体的な GP 受診数の 10~15%を減少させた。自己負担制度の効果は患者の症状の緊急性によって異なった。本研究は、定額の自己負担政策が真に治療が必要な患者における GP サービス利用の医療費を抑制することにつながり、非効率であることを示した。

3.1.3 健康指標への影響

＜表示形式＞　研究デザイン（引用文献）、対象者の説明（主に国と世代）：概要

<u>影響あり</u>

＜ネガティブな影響＞

1. システマティック・レビュー（Sinnott et al. 2013）、アメリカの成人：設定した基準

[9]回帰不連続デザインは、観測した説明変数をカットオフ値によって 2 値変数に割り当てて分析する方法である。本研究では、自己負担額が変更になる 16 歳をカットオフ値に設定して外来受診数（GP）との関連を分析した。

により選出したU.S.で報告された41文献の中で、7文献をメタアナリシスに用いた。7文献中の5文献は、独立した結果として1つの文献から1つ以上の結果を分析に用いた。分析の結果、自己負担がない群と比べて自己負担がある群は、処方薬を購入し治療することを同意しない「アドヒアランスがない」オッズ比が有意に高かった（Odds ratio = 1.11, 95 % confidence interval 1.09, 1.14）。処方薬の対象疾患は、高血圧、高脂血症、糖尿病であった。これらの疾患についての処方薬の「アドヒアランスがない」ことは、臨床的にも経済的にも影響があると思われる。本研究は、処方薬の「アドヒアランスがない」ことによる疾患への影響や、経済的な影響を留意して政策やヘルスシステムを考慮する必要があることを示唆した。

2. 観察研究（Landsem et al. 2018）、ノルウェーの若年者：16-20歳の者で急性の症状を伴う患者は低い価格感度を示した。急性の症状を伴う患者に比べて一般的な症状を伴う患者や慢性疾患、そして精神疾患の患者は自己負担に対して強い価格感度を示し、これらの疾患を伴う者は注意が必要な臨床症状（即ち受診が必要な者）が多かった。

影響なし

1. システマティック・レビュー（Kiil et al. 2014）、アジアや欧米諸国の先進国の成人：自己負担の死亡への影響について先行研究の結果が一致しなかった。自己負担の健康への影響、他の医療サービスへの移行について、6つの報告のうち2つが、自己負担が高いと死亡率が高くなる結果を示した。
2. 観察研究（Tamblyn et al. 2001）、アメリカとカナダの成人と高齢者：法改正まで公的扶助の給付者や低所得の高齢者は処方薬が無料、そして他の高齢者にも部分的控除がなされていた。1996年の自己負担の改正で、公的扶助の受給者や低所得層の高齢者にも収入に合わせた処方薬の自己負担が発生した。法改正から10ヶ月の追跡より、公的扶助の受給者と低所得層の高齢者において普段使用している処方薬と重要性が低い処方薬の利用を有意に減らし、重症化の例や救急診療の例は有意に減少した。
3. 観察研究（Shigeoka 2013）、日本の高齢者：本研究では、70歳以上の医療負担割合を低くする制度が、患者の健康状態に対しどのような影響を与えるかを調べた。その結果、自己負担が軽減される70歳以上の患者は、70歳未満の者と比較して健康指標（死亡率や、身体的または精神的な健康状態）のいずれも改善しなかった。ただし、自己負担割合の変更が健康指標に与える影響を観測するまでにはある程度の期間がかかるため、急性でない限り効果の検証が難しいことは留意すべき点である。
4. 観察研究（Takaku et al. 2016）、日本の子ども：乳幼児および子ども医療費助成制度（以下、MSCI）として知られる助成制度の対象基準に基づいて、自治体レベルで外来診療や薬剤処方の場合、対象者が申請すると自己負担割合は30%または20%からゼロまで引き下げられる。本研究は、自己負担への補助金プログラムの拡充を利用して、未就学児と就学児において自己負担の軽減が健康状態の改善につながるかを調べた。その結果、未就学児と就学児において、MSCIの適用によって主観的な健康の変化は明確にみられなかった。加えて、MSCIの適用によって未就学児や就学児において入院の数が減ることはなかった。このことから、就学児において健康への明らかな効果はみられなかった。医療費の助成対象者におけるこれまでのMSCI制度の急速な拡充は健康状態の改善とは関連しないことが考えられる。

代替医療の利用

1. システマティック・レビュー（Kiil et al. 2014）、カナダの高齢者：カナダの高齢者を対象とした4つの研究の中で、心疾患や抗うつ薬を使用する者を対象とした2つの研

究は他の医療サービスへの移行はみられず、関節リウマチを持つ者を対象とした研究と福祉サービスを利用する者を対象とした研究で他の医療サービスへの移行がみられた。

2. 観察研究（擬似実験）（梅原ら. 2012）、日本の 20 代から 60 代までの成人：自己負担率が仮想的に 1 割上昇すると医療需要の予測確率は 14.6%減少し、セルフメディケーション（自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること [World Health Organization 2000]）は 17.9%上昇した。

3.1.4 低所得層への影響

＜表示形式＞　研究デザイン（引用文献）、対象者の説明（主に国と世代）：概要

1. システマティック・レビュー（Kiil et al. 2014）、アジアや欧米諸国の先進国の成人：所得格差を小さくするために、国の制度によって収集した税収や保険料を低所得層に一部再分配する所得再分配の機能が　自己負担の普及によって影響を受けるかを調べるために、個人あるいは家庭レベルのデータを用いて医療サービスの利用についての不平等を様々な観点から推計したところ、2 つの報告では自己負担は所得がより高い層で利用が多くなるような不平等を引き起こしている可能性を示した。自己負担に対する医療サービス利用への影響を社会的、身体的状況別に見ると、診療需要の価格感度の高さ（ここでは、自己負担が増えると受診率が低くなるなど、自己負担額の変化に対して受診率が反応する事を意味する）と低所得と間に正の関連を示し、また低教育レベル、社会的状況の悪さあるいは不健康感との間にも正の関連を示した。これらの特徴による医療サービスの利用の低下は、自己負担の影響によるところが比較的大きいと考えられる。
2. システマティック・レビュー（Or et al. 2008）、20～64 歳の成人：13 の欧米諸国の研究報告から医療費の中の自己負担額の割合は少ないが、自己負担の増加による一般診療や専門家による診療相談の利用率の低下から、教育レベルなどの社会的状況に不平等があることを示した。
3. 観察研究（Murata et al. 2010）、日本の高齢者：本研究は、65 歳以上の高齢者において社会経済的状況が必要な治療に対する障害となるか調べた。社会経済的状況は、等価所得を三分位に分けて評価した。その結果、最も低い所得の高齢者は、より高い所得の高齢者と比べて健康状態が悪いことが分かった。それにも関わらず、最も低い所得層は健康診査を受けず、治療を延期または中止する傾向にあった。低所得者が治療を受けない理由は、治療費の負担に起因していた。一方、所得の高い者の治療を受けない理由については、忙しさや、治療が必要なほど深刻な健康状態ではないことが挙げられた。治療の遅延は健康状態の悪化につながる可能性があることから、本研究は、経済的に誰もが医療サービスにアクセスできる環境整備の必要性を示唆した。

3.1.5 一部自己負担の価格弾力性

＜表示形式＞　研究デザイン（引用文献）：概要

＜所得階層別または自己負担率別の報告＞

1. 介入研究（Newhouse et al. 1993）：ランド医療保険実験（The RAND health insurance experiment）において、次のような調査を行った。
   (1) 保険の種類を１）自己負担なし、２）25%の自己負担率、３）50%自己負担率、４）95%自己負担率の間で医療費の支出額を比較した。その結果、自己負担なしと 25%の自己負担率との間の支出額の減少が最も大きかった。これは、全額無料から 25%の自己負担へ移行した際の支出額の減少が最も大きくなることを意味する。
   (2) 所得水準を低、中、高の 3 つに分けて、以下の確率を比較した。
      A) 「何らかの医療サービスを需要する確率」を比較した。その結果、この確率は所得水準が高くなるほど上昇した。次にそれぞれの所得水準の中で１.のように 4 つの自己負担率で分けて傾向を比較すると、外来の場合に低所得層ほど「何らかの医療サービスを需要する確率」は自己負担率の影響を受けやすかった。
      B) 「何らかの入院サービスを需要する確率」は所得水準が高くなるほど減少した。入院医療費の支払い上限額は所得水準によって決められている。支払い上限額を超えた分は医療費無料になるため、低所得層のほうが入院需要は多く、入院費も低所得層が高くなる傾向にある。
      全体の所得弾力性は 0.2～0.4 程度であった。外来の医療費は所得が高いほど増加する一方、入院の医療費は所得が高いほど減少するため、一人当たりの総医療支出額は低所得層と高所得層で大きく、中所得層で小さい U 字型の関係になった。
      外来医療費の価格弾力性について「自己負担率 0~25%」と「自己負担率 25%以上」でそれぞれ次のように推定された：全体−0.17, −0.31; 急性の場合−0.16, −0.32; 慢性の場合−0.20, −0.23 ; 予防の場合−0.14, −0.43。

1. システマティック・レビュー（Kiil et al. 2014）：多種の医療サービスの推定価格弾力性（price elasticity）について、先進国での実証研究 7 つ、反復横断研究 3 つ、時系列データの研究 2 つを用いて医療サービス別に評価した。結果は、すべての報告で 1%価格上昇した自己負担のもとでは、個人の診療需要が 1%未満で下がっていた。自己負担の一般診療への影響について、8 文献は診療需要へ負の影響がみられ、4 文献は特別な影響はみられず、そして 1 文献は診療需要が高くなったなど、結果が一様ではなかった。
2. システマティック・レビュー（井伊ら. 2006）：高齢者医療における価格弾力性は、国内データベースを用いた 5 つの日本の研究から−0.40~0.10 の範囲であり、高齢者において自己負担率の変化は医療需要に影響を与えるが、比較的大きな影響ではない。金子（2000）は国民生活基礎調査を用い、低所得層では通院する割合が高くなった。これは、低所得層に健康状況が悪く、非就業を余儀なくされ、かつ通院せざるを得ない人が含まれるためと考えられる。一方で、所得が上がると通院する者の割合が低下し、ある水準以上の所得になると所得上昇とともに通院する者の割合が高くなるという U 字の現象を示した。日本の老人保健制度（2008 年に後期高齢者医療制度が発足し、新制度に移行された）の支出額の増加を抑制するための自己負担額の引上げは、一時的に医療費を抑制するが、時間が経つとその効果は消失した。金子（2000）の結果より、高齢者における自己負担率の医療費抑制効果の消失は、低い価格弾力性と正の所得弾力性の効果が組み合わさって起きた可能性がある。高齢者において自己負担の増額に

よる医療需要の減少額が小さいために、公的年金制度の給付の改善にともなう所得の上昇による医療需要の増加が減少分を相殺、あるいは超過した可能性がある。

3. 観察研究（Shigeoka 2014）：医療費を抑制するための政府戦略の主柱は、患者の自己負担を増加させるものであり、患者の所得が高いほど自己負担が大きくなるというシステムである。患者の自己負担の増加は不要な医療サービスの利用を抑制することによって直接的な医療コストを削減することができる一方で、患者は医療機関を受診しなくなり、将来的に重症患者を増やす間接的な医療費の増大を示唆している。現行の政策のもとでは、70 歳以上の患者の外来および入院に関する費用負担は、69 歳以下の患者に比べて、60%～80%程度低いと言われている。69 歳以下の平均的な所得を持つ患者は、平均所得の約 27%を自己負担に充てる事になっている。そのため、70 歳を境にした大幅な負担割合の軽減は、特に入院サービスの利用に重要な影響があると考えられる。そこで本研究では、自己負担割合の変化が 70 歳以上の患者と 69 歳未満の患者の医療サービスの利用、健康状態、および個人の財政リスクに対する受診行動をどのように変化させるかを調べるために、離散回帰モデルを用いて分析した。その結果、外来診療および入院許可に関する価格弾力性は 0.2 前後であった。これは、70 歳の患者の費用負担割合の軽減は医療サービスの利用を増やしたことを意味する。また、医療サービスの利用のパターンを詳細に見てみると、重症及び軽症の患者数が多くなると患者の自己負担は低くなるという負の相関がみられた。

＜軽医療における価格弾力性の報告＞

1. 観察研究（井伊ら．1999）：軽医療[10]は大衆医薬、自然治癒、民間療法などの密接な代替財があることを考えると、価格弾力性が比較的高く、医療費抑制効果が期待される。しかし、日本における医療需要関数の推定値の報告は少ない。そこで、本研究では 1986、'89、'92、'95 年の国民生活基礎調査基本調査の個票に基づいて軽医療における医療サービスの価格弾力性の推定を行った。被用者保険における被保険者本人の自己負担率 1 割と被扶養者と国民健康保険加入者の自己負担率３割を説明変数にした。被説明変数は、自覚症状によって医療サービスを需要した場合、大衆医薬（代替医療）を需要した場合、いずれでもない（自然治癒）場合の３値を用いた。受診の有無に関連する他の変数とともに、標本数 960,830 個（うち就業者 29,862 個）の個票データの中で、自然治癒を比較基準に医療サービス需要の推定を行った。その結果、平均弾力性の推定値は 0.114~0.149 であった。自覚症状別に分析したところ、全 43 症状のうち、17 症状で価格弾力性は 0.5 かそれより小さかった（表なし）。尿痛では、価格弾力性は 1 を超えて高かった（表なし）。本結果の価格弾力性は高くないと思われ、軽医療における自己負担率による国民医療費削減効果は限定的であるかもしれない。
2. 観察研究（擬似実験）（梅原ら. 2012）：本研究は、アレルギー性鼻炎および花粉症の軽医療に限定して、仮想的に自己負担率を現在平均の 2 割 8 分から最大 6 割まで引き上げたときの影響を検証した。対象者は日本国内の 20 代から 60 代までの Web 調査特定のモニターから乱数によるアンケートの配信で回答した者 584 名とした。自己負担率が仮想的に 1 割上昇すると医療需要の予測確率は 14.6%減少し、セルフメディケーション（自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること[WHO. 2000]）は 17.9%上昇した。自己負担率が現在平均の 2 割 8 分から 4 割、5 割、そして 6 割に引き上げられると、交差価格弾力性[11]はそれぞれ 0.90、0.54、0.62 であった。性別、世帯労働所得、年齢は自己負担率の引き上げとの間に特徴的な関連はみられなか

[10]軽医療の定義：大衆医薬や自然治癒、民間療法で代替できる疾患；高血圧症、低血圧症、かぜ、胃炎、ムシ歯、歯肉炎等、歯その他、自律神経、目の病気、耳の病気、鼻炎、鼻その他、皮膚の病気、腰痛症等、神経痛、骨粗しょう症、婦人の病気、および通院していないために疾病名不祥のもの

[11]交差価格弾力性：一方の財の価格が１%変化するとき、他方の財の需要量が何%変化するかを表したもの。ここでは、診療の自己負担の価格が１%変化するとき、セルフメディケーションの需要量が何%変化するかを表している。

った。軽度の群では薬の知識がある群のほうが、ない群よりも自己負担率が 4 割から 6 割に引き上げられた際の交差価格弾力性が高くなり、薬の知識があるほうが自己負担の引き上げによる医療需要の抑制効果が大きいことを意味する。自己負担率が 6 割まで引き上げられると自然治癒を選択する割合が高くなり、健康水準の低下とそれに伴う国民医療費の増加が懸念される。

3. 観察研究（Ando et al. 2016）：先進国において、歯科医療は高齢者に共通した医療サービスである。先行研究によると、先進国の高齢者の 3 分の 1 から半数は総義歯を使用しており、4 分の 3 は総義歯または部分義歯を使用している。高齢化により歯科医療への需要は高まる一方であるにも関わらず、高齢者の歯科医療行動はほとんど研究されていない。本稿では、70 歳を境に医療費の自己負担が 30%から 10%に変化する際の高齢者の義歯の使用と主観的な咀嚼力がどのように変化するかを調べた。本研究は、50 歳以上の中高齢者を対象としたパネル調査「くらしと健康の調査（Japanese Study of Aging and Retirement）」のデータから、割り当て変数として月ごとの年齢を用いた。歯科診療サービスにおいて、月別の離散回帰デザインを用いて自己負担が 30%から 10%に変化する際の因果効果を分析した。結果は次の 3 つに要約される。第 1 に、70 歳においての歯科受診の比率は飛躍的に上昇している。患者の義歯使用率は 70 歳未満で平均約 50%から 70 歳以上では平均約 63%に増加しており、使用率の増加は特に女性において顕著であった。自己負担割合の変化（軽減）による価格弾力性は約－0.41 であった。第 2 に、自己負担の軽減に対する義歯使用の弾力性は女性では高いが、男性ではゼロに近かった。第 3 に、自己負担の軽減と患者の主観的な咀嚼力の変化に関連はみられなかった。義歯の使用目的の一つは咀嚼力の改善であるが、義歯の使用の他の目的として、滑舌の改善、表情の改善などもあるので、患者は咀嚼のみを意識しているわけではないことが考えられる。本研究の更なる発展として、それらの効果も踏まえた費用便益分析を行う必要がある。
4. 介入研究（Newhouse et al. 1993）：ランド医療保険実験において、対象地域を 4 つの地域に分けて予約の必要がない救急部門への支出額を算出し、外来の予約取得にかかる日数との相関を分析したところ、正の相関がみられた。このことより、外来の待ち時間が長い場合に救急部門の利用が大きくなると推察された。本研究では、救急部門のみの疾病別の利用状況を分析した。その結果、緊急度の低い疾病で自己負担があると、自己負担のない場合に比べて受診率が 47%低かった。一方で緊急度の高い疾病では、受診率が 23%低かった。例えば、自己負担がない場合の受診率を 100%とすると自己負担がある場合の受診率はインフルエンザでは 65%、腹痛では 53%、腰痛・肩こりでは 45%、頭痛は 11%であった。自己負担率に対する弾力性について、所得階層間の格差はみられなかった（数値結果なし）。

図表 7. 所得弾力性の研究事例

	場所	データの単位と数	時系列の情報	分析方法	価格または所得弾力性
所得階層別または自己負担率別					
Newhouse et al. 1993	アメリカ 6 市	1 人 1 年単位 約 2 万人（ベースライン約 6,000 名）	1974-1977 年を約 30 年追跡	自己負担が変化することによる何らかの医療サービスを受ける確率、それに伴う医療支出額に関して回帰分析を行った。	所得弾力性は全体で 0.2～0.4 程度であった。外来医療費の価格弾力性について「自己負担率 0~25%」は 0.14~0.20, 「自己負担率 25%以上」は 0.23~0.43 であった。
Kiil et al. 2014	−	12 の先進国での研究	1990-2011 年 12 月までに出版された先進国を対象とした学術雑誌、学位論文、出版本	多種の医療サービスの推定価格弾力性（price elasticity）について、実証研究 7 つ、反復横断研究 3 つ、時系列データの研究 2 つを用いて医療サービス別に評価した。	すべての報告で 1%価格上昇した自己負担のもとでは、個人の診療需要が 1%未満で下がっていた。
井伊ら. 2006	日本	国内データベースを用いた日本の研究 ５つ	2000 年から 2005 年に出版された研究	5 つの日本の研究（澤野. 2000; 増原ら. 2004; 鈴木. 2005; 鴇田ら 2004; 朴. 2000）から評価した。	高齢者医療における価格弾力性は、先行研究から −0.40~0.10 の範囲。
Shigeoka 2014	日本	病院と診療所から得た患者情報 約 21,600 名（分析によって異なる）	1984 年から 2008 年の 3 年ごとの 9 つのデータ	69 歳未満と 70 歳以上の自己負担割合の違いと医療サービス利用の変化について離散回帰モデルを使って分析した。	外来診療および入院許可に関する価格弾力性は 0.2 前後であった。これは、70 歳の患者の費用負担割合の軽減は医療サービスの利用を増やしたことを意味する。
軽医療					
井伊ら. 1999	日本	国民生活基礎調査基本調査の個票 960,830 名（うち就業者 29,862 名）	1986、’89、’92、’95 年	被保険者の自己負担率 1 割と被扶養者と国民健康保険加入者の自己負担率 3 割を説明変数にし、医療需要、大衆医薬（代替医療）、いずれでもない（自然治癒）場合の 3 値を用いて Probit 分析を行った。	平均弾力性の推定値は 0.114~0.149 であった。
梅原ら. 2012	日本	Web 調査から回収した日本国内の 20 代から 60 代までの 584 名	2010 年 1 月 27-28 日	仮想的に自己負担率を現在平均の 2 割 8 分から最大 6 割まで引き上げたときの影響について、Probit 分析を行った。	自己負担率が現在平均の 2 割 8 分から 4 割、5 割、6 割に引き上げられると、交差価格弾力性はそれぞれ 0.90、0.54、0.62 であった。

	場所	データの単位と数	時系列の情報	分析方法	価格または所得弾力性
Ando et al. 2016	日本	「くらしと健康の調査（Japanese Study of Aging and Retirement）」のパネルデータ 4,044 名	2007, 2009, 2011 年のプールデータ	月別の離散回帰デザインを用いて自己負担が 30%から 10%に変化する際の因果効果を分析した。	自己負担割合の変化（軽減）による価格弾力性は約－0.41 であった。
Newhouse et al. 1993	アメリカ 6 市	1 人 1 年単位 約 2 万人（ベースライン約 6,000 名）	1974-1977 年を約 30 年追跡	対象地域を 4 つの地域に分けて緊急度の高い疾病と低い疾病に分けて分析した。	自己負担率に対する弾力性について、所得階層間の格差はみられなかった（数値結果なし）。

3.1.6 健康への影響を調べた代表的な介入研究

オレゴンの実験 － メディケイドの臨床的指標への影響

Baicker et al. 2013

目的

低所得者に対する健康保険の公的扶助である「メディケイド」について、2008 年にオレゴンでは約 90,000 人の条件を満たす希望者の中から約 30,000 人を抽選によって適用者を選出した。先行研究では、非無作為抽出によって選出した対象者で給付効果があることを示したが、交絡因子を適切に除けなかった可能性がある。そこで本研究では、無作為抽出によって「メディケイド」給付から約 2 年後の適用者の医療需要と健康指標への効果について調べた。

方法

対象者の条件は、19-65 歳で、米国国民または移民のオレゴン在住の市民とした。また対象者の所得は米国の連邦貧困水準の 100%未満のレベルとし、資産は 2,000 ドル（2008 年為替で約 20 万円）未満の者とした。「メディケイド」の保険制度にあたる「オレゴン・ヘルス・プラン・スタンダード」のプランは処方薬を含めた治療費の優遇を含めた、具体的には健康保険プランを提供する組織（managed-care organization）を介して自己負担なしや低価格の月掛け保険料払い込み（収入をもとに月$0~$20）が施行された。希望者は他の公的な保険に加入することはできず、そして適用の 6 ヶ月前にはどの保険にも加入していないこととした。「メディケイド」給付者の抽選より約 2 年後、本研究は無作為に選ばれた「メディケイド」の給付に当選した成人 6,387 名と、当選外だった成人 5,842 名のデータを得た。健康指標の測定には、血圧、総コレステロール、HDL コレステロール、および HbA1c（1 ヶ月間の血糖コントロール評価指標）を含めた。その他、抑うつのスクリーニング、薬剤の利用（medication inventories）、自己申告の症状、健康と直接関連のある生活の質（Health-Related Quality of Life）と幸福感、経済的困難度、医療サービスの利用についてのデータを回収した。給付から 2 年後のそれぞれの変化を給付者（当選者）と非給付者（非当選者）を比較し、「メディケイド」の給付効果を推定した。

結果・考察

高血圧または高コレステロールの有病率または診断において、あるいはこれらの疾患のための薬剤使用において、「メディケイド」の給付は統計的に有意な影響を示さなかった。「メディケイド」の給付は、糖尿病と疑われる者の割合や糖尿病治療薬の使用割合を増加させた：糖尿病疑いの割合 +3.83 %, 95%信頼区間 [CI]: 1.93, 5.73、糖尿病治療薬の使用割合 +5.43（95%CI: 1.39, 9.48）。しかし、本研究では平均 HbA1c (%)、あるいは糖尿病が疑われる HbA1c 6.5%以上の者の割合において有意な効果はみられなかった。「メディケイド」給付者の抑うつリスクが高い者の割合は、2 年後に割合が減少した（−9.15 %, 95%CI: −16.7, −1.60）。また、健康に関する生活の質が良い割合が有意に増加し、精神的状態スコアの有意な改善がみられた。一方で、身体的な健康についての指標に有意な改善はみられなかった。経済的変化について、「メディケイド」の給付はいくつかの予防的な医療サービスの利用を増やし、そして収入の 30%を超える過度の自己負担の例をほとんどなくした。

本研究は、「メディケイド」の給付開始から 2 年間で、医療サービスの利用を増やし、糖尿病疑いの割合とその治療割合を増やし、抑うつリスクが高い者の割合を減らし、そして患者の財政的な負担ストレスを減らしたことを示した。一方で、身体的な健康指標に有意な改善はみられなかった。

ランド医療保険実験（The RAND health insurance experiment）概要

Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. 1993; Kiil et al. 2014; 井伊ら. 2002

目的

ランド医療保険実験は、個人と費用の両方に関して最も包括的な社会実験の1つである。この実験は、主に窓口（自己）負担がどのように医療サービスの利用に影響を与えるかを調べる目的で、米国政府によって実施された。

方法

実験は1974年11月から1977年2月まで行われた。約6,000人が、様々なレベルの自己負担を行う健康保険プランにランダムに割り当て、個人の控除額や年間の自己負担額に応じて決められた。健康保険プランは以下の5種である：１．保険は無料、２．25%の自己負担率、３．50%自己負担率、４．95%自己負担率、５．外来は95%自己負担率、入院は無料で一人あたりの支払い上限額が定まっている。

健康状態を示す指標に、General Health Indexが主に使用された。100点満点のスコアより、点数が低いほど悪く、死亡率も高くなる。その他の健康指標には身の回りのこと、移動、身体動作、日常生活の支障の有無や、26の慢性疾患に該当する個数、そしてメンタルヘルスの指標が使用された。

結果・考察

＜全体の結果まとめ＞

自己負担の存在（医療費負担あり）は全てのタイプの医療サービスの支出額と利用を減らしたことが明らかになった。実験に含めた様々なタイプの医療サービスの中で、受診率の平均価格弾力性は0.21と推定された。

＜主な結果＞

1. 様々な健康指標で評価したところ、自己負担を行った実験参加者は平均的に健康への影響はみられなかった。しかし、低所得者で高血圧や弱視を患う者において、自己負担が健康に悪い影響を与えていた。
2. 自己負担の有無は、効果的な治療とそうでない治療に同程度に影響を与えた。従って、不適切な入院の抑制にはならないと考えられる。
3. 自己負担の有無は、医療サービスの受診頻度を減少させたが、治療内容は変わらなかった。これは、自己負担は治療内容までは影響を与えないことを意味する。
4. 自己負担率が高いほど、低所得者において受診を減らし、特に低所得層の児童において受診が減少した。しかし、全般的な児童や疾患持ちの者においては自己負担率の影響は小さかった。
5. 一連の診療行為（初診、検査、手術、術後検査、投薬など）を需要の単位（エピソード）としたとき、自己負担の有無は自己負担率の差よりも影響が大きかった。その他の属性では、実験前の一年間の受診回数が多いほど、実験時健康状態の悪いほど、需要行動（エピソード頻度）が増加した。これは、急性（外来の急性）と慢性（外来の慢性）は需要行動に影響することを意味する。
6. 全般に、自己負担率が高くなると価格弾力性は大きくなり、この傾向は急性や予防（予防接種や検診）において顕著であった。教育水準や所得が高い人ほど予防行動（外来の予防接種やスクリーニング検診など）をとる傾向がみられた。

＜限界点＞

1. 本実験は、設定した範囲内で実施された結果であり、ヨーロッパのように一般的な医療サービス制度の基とは異なる。
2. 一般的な医療サービス制度は、本実験で設定した医療サービス制度よりもより複雑である。
3. 本実験には、医療サービスをより受ける高齢者が含まれていない。
4. 本実験は、現在から約 30 数年前に実施された結果である。現在は、生活習慣病が増加し、様々な疾患に対応するために診断や治療の選択も変化しているため、現在の状況で同様の結果になるかは不明である。

3.1.7 子どもの自己負担と診療需要

日本の子どもにおける外来診療の自己負担軽減が入院に及ぼす効果

Kato et al. 2017

目的

多くの国では、医療費を制御する手段として患者の自己負担を採用している。しかし、患者の自己負担の影響の解明は十分ではない。特に、健康への影響、自己負担普及後の状況、そして特定の医療サービスの自己負担が他のサービスの利用に影響するか調べた研究は少ない。また、医療サービスの費用が変化すると、サービス自体の利用に影響を及ぼす自己価格効果だけでなく、他のサービスの利用量を減少、または増加させる交差価格効果が起こる可能性がある。先行研究では自己価格効果については数多く研究されているが、交差価格効果について、すなわち外来患者ケアの自己負担を減らすことによる費用対効果についてはあまり研究されていない。そこで本研究は、日本の子どもを対象とした外来診療の補助金制度を検討することにより、外来診療の自己負担の減額が入院患者数に与える影響について、交差価格効果と自己価格効果の両方を調べた。

方法

2012 年と 2013 年に退院時情報や診療報酬データから構成される Diagnosis Procedure Combination（DPC)データベースから抽出された 1,390 の自治体の計 36 万 6,566 人の入院患者のデータを用いた。これらの自治体で外来診療への補助金拡充が入院患者数にどのような影響を与えるかを、固定効果を伴う一般化線形モデルを用いて分析した。まず、患者の郵便番号を用いて患者が住んでいる地方自治体を特定し、患者レベルのデータである DPC データを集計した。次に、各自治体の入院患者数を会計年度別にカウントし、自治体レベルのパネルデータを 2 期間分作成した。補助額の変更は自治体レベルで行われるため、自治体レベル×会計年度の分析を行った。2012 年 4 月 1 日および 2013 年 4 月 1 日の各年度の入院患者数を被説明変数とし、外来診療の補助金の上限年齢を主要な説明変数とした。

結果・考察

地域によって差異はあったものの、外来診療の自己負担の減少は、入院患者数に対して統計的に有意な効果はみられなかった。助成制度は低所得層の地域での入院患者数を減らしたが、その反対に、高所得層の地域では入院患者数は増加した。さらに、入院を種類分けすると、検査入院は特に高所得層の地域で増えたが、低所得地域では緊急入院と「適切なタイミングで効果的なケアをすることで入院を減らすことができる状態」(ambulatory-care-sensitive-condition）の入院は減少した。これらの結果は、入院サービスが低所得層の地域では外来診療の代替関係にある一方で、高所得地域では補完関係となっていることを示唆している。子どもにおける医療の補助金は医療費を増加させるが、高所得層の地域の健康状態は改善しないと考えられる。しかし、低所得層の地域では多少の健康改善につながる可能性はあり、低所得層の地域での入院を減らすことによってある程度医療費を埋め合わせすることが可能かもしれない。さらに、低所得者は、補助金がない場合に外来受診をしない可能性があることを示唆している。地域の所得レベルが入院と外来との間で強く関連する理由は次の三点が考えられる。第一に、低所得層は金銭的制約が大きいため、助成制度などの医療政策に対する医療需要の感度が高いことが考えられる。第二に、低所得層は相対的に低い教育水準であり、医療サービスから得られる限界利益を過少評価するため、助成が実施されない場合は外来診療を積極的に受診しないことが考えられる。第三に、低所得層は慢性疾患を患う者が多い可能性がある。

医療費の自己負担の軽減が子どもの健康に及ぼす影響

Takaku. 2016

目的

子どもの健康状態は将来の成長と健康の重要な決定要因として広く認識されているが、患者の自己負担が、子どもの健康に及ぼす影響に関する研究はほとんどない。そこで本研究は、地域格差対策として実施されている地方自治体レベルの自己負担への補助金プログラムの拡充を利用して、未就学児と就学児において、自己負担の軽減が健康状態の改善につながるかを調べた。

方法

乳幼児および子ども医療費助成制度（MSCI）として知られる助成制度の対象基準に基づいて、通常、外来診療や薬剤処方の場合、自己負担割合は 30%または 20%からゼロまで引き下げられる。この助成制度の影響を明らかにするため、本研究は 2013 年 10 月に日本のすべての自治体に独自の調査を行い（回答率 75%）、1995-2010 年の MSCI が対象とした年齢の時系列変化を調べた。MSCI 適応率を算出するために、本研究は年齢、居住する都道府県、そして調査年を用いた。調べた MSCI 適応率を、1995-2010 年の国民生活基礎調査の子どもの健康票データと合わせた。

結果・考察

MSCI によって主観的な健康の改善が認められたのは、未就学児では 115,019 名であった。一方で、就学児では主観的な健康の改善が認められなかった者は 133,855 名であった。加えて、MSCI によって未就学児や就学児において入院の数が減ることはなかった。このことから、就学児において健康への明らかな効果はみられなかった。この結果は、近年の急速な就学児への MSCI 適応拡大は児の健康状態の改善とは関連しないことを示唆するものである。

ノルウェーでの自己負担の一般医療サービス利用への効果

Landsem et al. 2018

目的

ノルウェーでは医療の財政は 85%が税金、そして残り 15%が家計からの自己負担で賄われている。入院治療や予防医療サービスは無償で提供され、自己負担のある医療利用でも年間支払額の上限が設定されている。このような制度を限られた予算の中で維持するためには、効率的な医療サービスを提供することが求められる。本研究の目的は、外来での定額払いがどの程度総合診療医（General Practitioner: GP）の受診に影響を及ぼすかを明らかにすることである。加えて、定額払の影響が患者の病態によって異なるかを明らかにすることを目的とする。

方法

本研究では政策の 2 つの側面を分析した。第 1 に、利用者が安価であるがゆえに不必要なサービスを利用するというモラルハザードの影響を調べるため、GP サービスの総利用に対する自己負担額の影響を分析した。第 2 に、臨床的なケアの必要性に応じて、自己負担額の効果がどのように変化するかを調べた。分析対象は 2009-2014 年の 6 年間における 10-20 歳の GP（外来）受診症例 5,500 万件である。このデータは 16 歳以降の医療サービスの自己負担情報が含まれている。一方で、ノルウェーでは 16 歳未満の子どもは窓口払いを免除されており、16 歳以上の自己負担ありと 16 歳未満の自己負担なし（控除）を説明変数にして回帰不連続デザインを用いて分析した。

結果・考察

自己負担によって受診総数が 10~15%減少することが明らかになった。また、自己負担の効果は患者の病態ごとに異なることが示された。感染や外傷など急性症状を伴う患者は低い価格感度を示した。急性症状を伴わない場合や慢性期疾患、精神疾患の患者は自己負担に対して強い価格感度を示した。慢性期疾患や精神疾患は医師の診察が必要な病態であり、本研究は必要性の低い医療を抑制するために導入された定額の自己負担政策が、真に治療が必要な患者の GP サービス利用を抑制し、非効率な医療提供につながることが示唆された。

3.1.8 一般成人の自己負担と診療需要

低所得の患者の自己負担額を引き下げるべきか？
一次医療を行う医師の見解について混合研究法を用いた東京での調査研究

Inoue et al. 2017

目的

日本の不景気は所得格差を生み出し、貧困の健康や医療サービスの利用への影響は重要な問題である。医療費の自己負担は、患者の医療機関受診の遅れ（seeking care）や医療サービスの利用制限がみられる場合、医療サービスを受ける代わりに治療内容を制限するといったトレードオフになる可能性がある。我々は、低所得の患者に対応した一次医療（外来診療）を提供する医師に対してその診療経験と、低所得者の自己負担の軽減についての医師らの見解を調査した。

方法

郵送調査で、量的データによる結果と質的データによる結果を収斂（convergent）する混合研究法を用いて分析した。質問票は東京の低所得層の割合が最も高い地域の診療所に勤務する 1,989 名の医師に配布された。この調査項目には、低所得患者の自己負担を現在の 30%から減らすことについての見解を自由回答すること、そして過去 6 ヶ月間の自己負担に対する低所得患者の受診行動の経験を尋ねる選択回答が含まれた。

結果・考察

我々は 365 名の医師の回答を分析した。一般医の 62%が、低所得患者の自己負担を引き下げることに同意した。しかし、残りは反対、あるいは分からないという回答であった。自己負担引き下げに反対した医師は、自己負担に関連する患者の受診行動を経験した可能性が低いと考えられた。自己負担引き下げに反対した医師は政府の財政が逼迫し、日本の医療費が急増していることを踏まえ、低所得者の自己負担を削減するための課題と対策案を示した。また、彼らは、社会福祉により治療費が無料となる人々の医療サービス利用で生じるモラルハザードについても懸念を示した。低所得の患者の対応をした経験から、多数の医師は低所得患者の自己負担の軽減について積極的であった。一時医療を提供する医師の間で患者の社会経済的状態に対する意識を高めることが、医療機関受診の遅れを抑止する可能性として必要かもしれない。医療の公平性を維持するために、政策者は異なる財務状況におかれた個人や医療需要が異なる個人の間での自己負担のバランスを考慮するべきである。

公的保険に加入する患者の自己負担における処方薬のアドヒアランスへの影響について：システマティック・レビューとメタアナリシス

Sinnott et al. 2013

目的

自己負担は、重要度が低い薬剤の無駄な出費を減らすことを意図している。しかし、自己負担は重要度が低い薬剤だけでなく、すべての薬剤の利用（購入）の減少と関連している。高齢者や低所得者などの社会的弱者は、特に診療方針に従って処方薬を購入し、治療することに同意しない可能性が高い。治療方針に従わない（アドヒアランスがない）ことは、死亡の増加や制度上の浪費を招きかねない。そこで本研究は、患者が処方薬を用いた治療方針に従わないことを処方薬の「アドヒアランスがない」とし、自己負担のもとで公的保険に加入する患者が処方薬の「アドヒアランスがない」ことへのリスクを定量化した。

方法

以下の基準により文献を選択した；１）1946-2012 年までに出版されたランダム化比較試験（言語に制限なし）、２）対象者は公的保険加入者、３）介入内容は自己負担の導入、または増加（分析の対照群は自己負担がない者、または自己負担に変化のない者）、４）結果変数は処方薬の「アドヒアランスがない」事象

結果・考察

設定した基準により選出した 41 文献の中で、7 文献をメタアナリシスに用いた。用いた 7 文献中の 5 文献は、独立した結果として１つの文献から１つ以上の結果を分析に用いた。これらより、自己負担介入群 74, 236 名と対照群 125,760 名を対象とし、全体の平均年齢は 72 歳であった。分析の結果、対照群と比べて自己負担介入群は、処方薬の「アドヒアランスがない」オッズ比が有意に高かった（Odds ratio = 1.11, 95 % confidence interval 1.09, 1.14)。処方薬の対象疾患は、高血圧、高脂血症、糖尿病であった。これらの疾患についての処方薬の「アドヒアランスがない」ことは、臨床的にも経済的にも影響があると思われる。本研究は、処方薬の「アドヒアランスがない」ことによる疾患への影響や、経済的な影響を留意して政策やヘルスシステムを考慮する必要があることを示唆した。

3.1.9 高齢者の自己負担と医療需要

患者のコスト負担が利用、健康、およびリスク保護に及ぼす影響

Shigeoka. 2014

目的

医療費を抑制するための政府戦略の主柱は、患者の自己負担を増加させるものであり、患者の所得が高いほど自己負担が大きくなるというシステムである。しかし、この方法は明らかなトレードオフを内包している。すなわち、患者の自己負担の増加は医療サービスのモラルハザードを軽減することによって直接的な医療コストを削減することができる一方で、患者は医療機関を受診しなくなり、将来的に重症患者を増やす間接的な医療費の増大を示唆している。よって、適切な自己負担の割合を見定めることが重要となる。現行の政策のもとでは、70 歳以上の患者の外来および入院に関する費用負担は、69 歳以下の患者に比べて、60%～80%程度低いと言われている。69 歳以下の平均的な所得を持つ患者は、平均所得の約 27%を自己負担に充てる事になっている。そのため、70 歳を境にした大幅な負担割合の軽減は、特に入院サービスの利用に重要な影響があると考えられる。本稿では、日本における 70 歳以上の医療負担割合を低くする制度が、医療サービスの利用、患者の健康状態、個人の受診行動に対しどのような影響を与えるかを調べた。

方法

厚生労働省が行う患者調査から 1984-2008 年に医療サービスを利用した 65-75 歳の患者を対象とした。本稿では 70 歳以上の患者と 69 歳未満の患者の間の自己負担割合の変化が医療サービスの利用、健康状態、および個人の財政リスクに対する受診行動をどのように変化させるかを、回帰不連続デザインを使って分析した。

結果・考察

第 1 に、外来診療および入院許可に関する価格弾力性は 0.2 前後であった。これは、70 歳の患者の費用負担割合の軽減は医療サービスの利用を増やしたことを意味する。また、医療サービスの利用のパターンを詳細に見てみると、患者の自己負担割合の軽減と重症及び軽症の患者数の増加に関連がみられた。第 2 に、自己負担の軽減は、健康指標（死亡率や、身体的または精神的な主観的健康状態）のいずれも改善しなかった。ただし、自己負担割合の変更が健康指標に与える影響を観測するまでにはある程度の期間がかかるため、回帰不連続デザインを用いた分析では急性でない限り効果の検証が難しいことは留意すべき点である。そのため、長期的な影響を考慮した分析が今後の課題となる。そして第 3 に、患者の自己負担割合の軽減は医療サービス利用頻度と医療費の増加に寄与するが、個人の自己負担額は自己負担割合の軽減によって相殺されて減少していた。

患者の自己負担が義歯利用と主観的咀嚼力に及ぼす影響

Ando et al. 2016

目的

先進国において、歯科医療は高齢者に共通した医療サービスである。先行研究によると、先進国の高齢者の 3 分の 1 から半数は総義歯を使用しており、4 分の 3 は総義歯または部分義歯を使用している。高齢化により歯科医療への需要は高まる一方であるにも関わらず、高齢者の歯科医療行動はほとんど研究されていない。本稿では、70 歳を境に医療費の自己負担が 30%から 10%に変化する際の高齢者の義歯の使用と主観的な咀嚼力がどのように変化するかを調べた。

方法

50 歳以上の中高齢者を対象としたパネル調査「くらしと健康の調査（Japanese Study of Aging and Retirement）」の 2007-2011 年に観察されたデータから、割り当て変数として月ごとの年齢を用いた。歯科診療サービスにおいて、月別の回帰不連続デザインを用いて自己負担が 30%から 10%に変化する際の因果効果を分析した。

結果・考察

結果は次の 3 つに要約される。第 1 に、70 歳においての歯科受診の比率は飛躍的に上昇している。患者の義歯使用率は 70 歳未満で平均約 50%から 70 歳以上では平均約 63%に増加しており、使用率の増加は特に女性において顕著であった。自己負担割合の軽減による価格弾力性は約－0.41 であった。

第 2 に、自己負担の変化への反応は男女間で異なっていた。自己負担の軽減に対する義歯使用の弾力性は女性では高いが、男性ではゼロに近かった。このような義歯使用の価格弾力性の性差は先行文献でも示されており、審美的医療利用に対する男女間の違いを示唆している。

第 3 に、自己負担の軽減と患者の主観的な咀嚼力の変化に関連はみられなかった。義歯の使用目的の一つは咀嚼力の改善であるが、義歯の使用により期待される効果として、滑舌の改善、表情の改善などもあるので、患者は咀嚼以外の効果を期待して義歯を使用していることが考えられる。本研究の更なる発展として、それらの効果も踏まえた社会的な費用便益分析を行う必要がある。

日本の高齢者における治療の障害

Murata et al. 2010

目的

先行研究では、患者の自己負担額の増加は、特に低所得層の中で受診の減少がみられる一方で、入院は増えることが報告されており、所持金からの出費が、必要な受診機会を失うことを通して健康へ負の影響を与えた可能性が考えられる。日本は、高騰する医療費の削減と医療提供の効率化を目的とした一連の医療制度改革を行っている。2008 年の制度改正により、高齢者の中でもより治療が必要な者に焦点をおいて医療費を削減する目的で 75 歳以上の高齢者により治療を受けやすい制度となった。この制度変化によって特に低所得の高齢者において必要な治療が受けられなくなる懸念がある。そこで本研究は、65 歳以上の高齢者において社会経済的状況が必要な治療に対する障害となるか調べた。

方法

本研究は、2006-2007 年に 7 つの市町村で行われた愛知老年学的評価研究（Aichi Gerontological Evaluation Study）プロジェクトの参加者 65 歳以上の高齢者 15,302 人（女性 56.0%）のデータを用いた。健康状態を評価するために、本研究は主観的健康感、治療中の疾患を調べた。身体機能の状態は、歩行・排泄・入浴などの日常生活動作で評価した。また、社会経済的状況は、等価所得を算出し、三分位に分けた。分析には、一般線形モデルやロジスティック回帰モデルなどの多変量解析を用いた。

結果・考察

最も低い所得の高齢者は、より高い所得の高齢者と比べて健康状態が悪いことが分かった。それにも関わらず、最も低い所得層は健康診査を受けず、治療を延期または中止する傾向にあった。低所得者が治療を受けない理由は、治療費の負担に起因していた。一方、所得の高い者の治療を受けない理由については、忙しさや、治療が必要なほど深刻な健康状態ではないことが挙げられた。治療の遅延は健康状態の悪化につながる可能性があることから、経済的に誰もが医療サービスにアクセスできる事が必要である。

3.2 償還払い

償還払いは不必要な頻回受診や重複受診を抑制することを目的に、自己負担制度と並び導入されることのある制度である。フランスでは、1920 年代以降に償還制度が整備され長期にわたり続いている（健康保険組合連合会 社会保障研究グループ. 2014)。国内では、行政側の事務処理のため償還までに約 1–4 ヵ月を要する場合が多い。高齢者や疾患・障害を持つ者においては多様な医療分野で受診するために事務手続きに時間がかかり、償還まで長期間待つ場合がある事が指摘されている（Nay et al. 2016)。償還払いが医療サービスの利用にどのような影響を及ぼすかを定量的に検証した文献は国内外を見渡しても少ない。日本では、子ども医療費助成制度の償還払いを題材にした実証研究がいくつかある。

使用された制度変化の内容や償還払いの手続き方法は実証研究の中で異なるため、その違いが分かるように整理する必要がある。特に償還払いを行う患者は医療費が無料なのか、または一部負担なのかを表に示した。また、償還払い、研究の限界点や今後の課題についても示した。

3.2.1 地域別の償還制度の適応例

自治体が償還払いの利用を公開している制度は、18 歳未満の子どもを対象とした助成制度が多くみられた。自治体の公式ホームページから引用した償還払いを利用する制度を以下の表に示す。償還される額は、対象者の医療費の自己負担分であった。希望者が申請をしてから償還に要する期間について、公式ホームページに公開していない自治体には電話で可能な限り確認を行ったが、個別対応のために期間は不明確である自治体もみられた。償還に要する期間は、平均して約 2 ヶ月、短くて約 1 ヶ月以内、最大で約 4 ヶ月となった。

図表 8. 市町村独自の医療助成・給付制度

地域	助成制度	対象者	立替金額	償還金額	償還に要する期間	URL（2019年1月有効）
東京都　船橋市	子ども医療費助成制度	0 歳~中学 3 年生	医療保険制度に基づく医療費負担割合	子ども医療費の助成対象分の自己負担費	2~3 か月（高額医療の場合はそれ以上）	http://www.city.funabashi.lg.jp/kodomo/teate/002/p004273a.html
滋賀県　東近江市	福祉医療費助成・子ども医療費助成	乳幼児、小学 1 年生~中学 3 年生、心身障害者、精神障害者、母子・父子家庭、ひとり暮らし寡婦・高齢寡婦、65~74 歳低所得者	医療保険制度に基づく医療費負担割合（①滋賀県外の医療機関で受けた医療費、②医師が治療上必要な補装具〔コルセットなど〕費用）	福祉医療費で助成する自己負担費	約 3 ヵ月	https://www.city.higashiomi.shiga.jp/0000000410.html
茨城県　土浦市	医療福祉費支給制度	小児、妊産婦、ひとり親家庭、重度心身障害者	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく自己負担費	約 2 か月	http://www.city.tsuchiura.lg.jp/page/page006440.html
京都府　京都市	子ども医療費支給制度	0 歳~中学 3 年生 ※対象外：生活保護、ひとり親家庭等医療、重度心身障害者医療などの他の制度による医療費受給者	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく自己負担費	約 1 か月	http://www.city.kyoto.lg.jp/hagukumi/page/0000067393.html
山梨県　山梨市	子ども医療費助成制度	0 歳~中学 3 年生 ※対象外：生活保護、重度心身障害者医療費助成、ひとり親家庭医療費助成による受給者、または児童福祉施設に入所、里親に委託する者	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく自己負担費	約 1 か月	https://www.city.yamanashi.yamanashi.jp/citizen/docs/kodomoiryouhi.html
神奈川県　藤沢市	小児医療費助成制度	0 歳~中学 3 年生 ※対象外：生活保護、本市の他の医療費助成制度(ひとり親家庭等、障がい者等）による受給者、指定の施設に入所、里親に委託する者	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく自己負担費	約 1 か月	http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/kosodate/kenko/kosodate/teate/josesedo.html
大分県　別府市	別府市子ども医療費	0 歳~中学 3 年生	医療保険制度に基づく医療費負担割合 0 歳~6 歳の未就学児：入院・通院・歯科・調剤 小学 1 年生~中学 3 年生：入院のみ	医療保険制度に基づく自己負担費	―	https://www.city.beppu.oita.jp/seikatu/kosodate/kosodatesien/detail16.html

地域	助成制度	対象者	立替金額	償還金額	償還に要する期間	URL（2019年1月有効）
埼玉県　熊谷市	こども医療費の助成	0 歳~高等学校 3 年生 ※対象外：重度心身障害者医療、ひとり親家庭等医療、生活保護の対象者、児童福祉施設等に入所している者、被扶養者でない者	0 歳~高等学校 3 年性：医療保険制度に基づく医療費負担割合 0 歳~中学 3 年生：入院時食事療養標準負担額	0 歳~高等学校 3 年性：医療保険制度に基づく医療費負担割合 0 歳~中学 3 年生：入院時食事療養標準負担額	—	http://www.city.kumagaya.lg.jp/kosodate/teate/kodomoiryouhi.html
千葉県　長生郡一宮町	高校生等医療費助成	高校生等（18 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日までの間にある者で高等学校、専門学校等へ就学している者） ※対象外：保護者の所得申告がない場合、保護者が保育料、町税の滞納をしている場合、高校生等が就職し、被扶養者でない場合、高校生等が婚姻した場合	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく医療費負担割合の全部又は一部※高額療養費及び附加給付の対象となる場合は、その額を控除して助成する。	—	http://www.town.ichinomiya.chiba.jp/kosodate/kosodate/416.html
愛媛県・今治市	小・中学生の医療費助成（歯科通院について）	小学 1 年生~中学 3 年生 ※対象外：生活保護・ひとり親家庭医療費助成・重度心身障害者医療費助成を受給中の者	歯科診療（通院）とそれに伴う薬局での調剤に係る医療費の自己負担分	歯科診療（通院）とそれに伴う薬局での調剤に係る医療費の自己負担分	—	https://www.city.imabari.ehime.jp/hoken/shochugakusei/shika.html
青森県　南津軽郡田舎館村	子ども医療費給付事業	小学 1 年生~中学 3 年生	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく医療費負担割合	—	http://www.vill.inakadate.lg.jp/docs/2016060900011/
富山県・富山市	こども医療費助成	0 歳~中学 3 年生	医療保険制度に基づく医療費負担割合	医療保険制度に基づく医療費負担割合	約 1 か月 「高額療養費等給付状況確認書」で申請の場合は、入金が申請月から 3~4 ヶ月	http://www.city.toyama.toyama.jp/kodomokateibu/kodomohukusi/kodomoiryo.html

3.2.2 先行研究のまとめ

償還払いによる医療費抑制効果については、以下のような研究がある。長嶺ら（2016）は、A 市の平成 21～25 年の国民健康保険外来レセプトデータを用いて、小学 6 年生までの制度拡充前後での年齢別受診率は、医療費無料の償還払い前後で有意に増加しなかったが、現物給付後には有意に増加したと報告している。また、岩本（2010）は、都道府県データを用いて、医療費無料条件下の支払い方法（現物給付 vs.償還払い）と 3 歳未満の一人当たり医療費との関係を分析したところ、医療費無料の助成制度適用後に償還払いから現物給付に変更すると医療費が高くなった（診療需要が増えたことを意味する）ことを示した。Takaku ら（2017）は、1971 年に全国で起きた医師のストライキの際に生じた、医療費の立て替え払いによる影響を分析し、立て替えが医療サービスの利用を減少させたことを示した。

Zhong（2011）は、中国における医療保険の患者への償還方法（即時償還または後日償還）が個人の医療サービス利用に及ぼす影響について検討し、即日償還では外来診療の受診が有意に多いことを明らかにした。

牟田（2012）は、A 町に居住する保護者に対し 3 歳以下の乳幼児健診の際に，質問紙を用いて調査し、ヒブワクチン接種希望率が、医療費無料条件下の現物給付を償還払いとすると約 7 %ポイント低下する可能性があることをコンジョイント分析により示した。

3.2.3 健康指標への影響

我々の知る限り、償還払いの健康への影響について公に出版された報告はまだない。そのため、今後の研究、調査の課題を以下に示す。

医療費無料から償還制度へ制度変更する前後の対象者の健康状態（血液検査、画像検査データなど）や疾病の重症度に関連する情報、受診行動を決定する要因（世帯所得、医療機関への交通アクセスと交通費、医療費の自己負担）、受診率の変化に関する情報が必要である（長嶺ら. 2016)。

図表 9. 医療費負担が変化することでの影響に関する研究

	場所	データの単位と数	時系列の情報	分析手法	一部自己負担から償還制度への変化による影響	医療費無料条件下から償還制度への変化による影響
長嶺ら	A 市	79,539 名（6-12 歳 A 市個人単位） 国民健康保険外来レセプトデータ	2009-2013 年 5, 11 月	受診率平均値を用いて助成制度の拡充と、医療費無料条件下の償還払いから現物給付導入後の受診率の変化を分析した。	「一部自己負担」から「自己負担担減、償還払い」への制度変化では受診率の変化はみられなかった。	医療費無料の「償還払い」から「現物給付」への制度変化で受診率は増加した。
岩本	47 都道府県	47（日本の都道府県単位） 都道府県別の 3 歳児未満の一人当たりの医療費/年度	2002~2005 年度	従属変数を 3 歳児未満の一人当たりの医療費、説明変数を支払い方法とし、47 都道府県固有の効果を固定効果、またはランダム効果としたマルチレベル分析。横断的な推計により都道府県別の負担額は調整し、医療費無料条件下の「現物給付」と「償還払い」を比較した。	−	医療費無料の償還払いの助成制度導入後に「現物給付」に変更すると医療費が 7～8.6%上昇した。
Takaku et al.	46 都府県	46（日本の都府県単位）（うち 3 県は医師辞職 0 名） ・医師辞職率/月/都府県：厚労省からのデータより算出 ・保険料収益/月/都府県：組合保険、政府管掌健康保険、国民会保険より算出 ・1970 年の病院内死亡率（=死亡/退院）や Newborn mortality rates (Neonatal Mortality Rate 新生児死亡率)	保険料収益： 1971 年 7-8 月 死亡率：1971 年、1972 年の各 12 ヶ月	保険料収益：1970 年 7 月と 1971 年 7 月の差の差分析。死亡率：1971 年と 1972 年の各 12 ヶ月の死亡率の差の差分析を行った。	保険医総辞退（ストライキ）によって、「一部自己負担」から全額窓口で立替（償還払い）へ変化すると保険料収益が減少した。この変化による健康（ここでは死亡で評価）への影響については、有意な関連はみられなかった。	−

	場所	データの単位と数	時系列の情報	分析手法	一部自己負担から償還制度への変化による影響	医療費無料条件下から償還制度への変化による影響
Zhong	中国の甘粛省と浙江省	2,685 名（45 歳以上　個人単位）China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)	2008 年	前月の外来受診の有無、受診回数等を被説明変数、主観的健康感、収入、教育などの社会経済的要因の項目を説明変数に、保険加入による「即日償還（窓口払いで一部自己負担）」と、「後日償還」の患者の比較に回帰モデルを用いて分析した。	「即日償還（窓口払いで一部自己負担）」は、「後日償還（立替え）」よりも、外来診療の受診が有意に多いことを明らかにした。	−
牟田	福岡県 A 町	200 名（3 歳以下の乳幼児をもつ保護者　個人単位）	2010 年	保護者の背景，各種ワクチンの認知・接種状況、および 1 回当たりの接種費用、接種回数費用助成の方法をある値や方法と仮想的に仮定したものを複数提示し、接種を希望するか尋ねた（コンジョイント分析）。医療費無料条件下の「現物給付」と「償還払い」のワクチン接種希望率を比較した。	ヒブワクチン接種希望率が、医療費無料条件下の「現物給付」から「償還払い」に変えると約７％ポイント低下する可能性があることを示した。	−

3.2.4 補足的 CMU の医療需要への影響

Michel Grignon et al. 2003

背景・目的

フランスでは、社会保険適用外者をカバーする全医療保障制度（普遍的医療保障 CMU : Couverture maladie universelle）が 1999 年に制定され、2000 年からは一定の年収制限の下で無料の保険を提供する補足的 CMU（CMUC）が施行された。この制度は最も貧しい層が医療にアクセスする際の財政的障害を取り除くことを目的としている。

ここで、CMUC の影響に関する 2 つの主な研究について紹介する。CNAMTS 調査（Girard-Le Gallo. 2002[12]）は、1999 年、2000 年、2001 年の間の保険加入者、受給者、または CMUC 以外の健康保険による医療費を報告した。2000 年には、CMUC 受給者の医療費が CMUC 以外の保険受給者の医療費よりも増加した（CMUC +19%、CMUC 以外 +10%）。一方、2000 年から 2001 年にかけては大きな違いはみられなかった（CMUC +8%、CMUC 以外 +7%）。DREES 調査（Raynaud. 2003[13]）では、2000 年の CMUC 受給者は CMUC 以外の保険受給者よりも高い医療費であったが、CMUC 受給者の健康状態が悪いことによる結果であることを示した。同じ健康状態の前提では、CMUC 受給者と CMUC 以外の保険受給者の医療費に大きな違いはみられなかった。

補完的で普遍的な CMUC は、医療の不平等を減らし、低所得者のための保険利用を促進することを目的として創設された[14]。しかし、この保険システムが過度の医療サービス利用と浪費につながる危険性を、指摘する者もいる。CMUC 受給者の医療サービス利用が急激に増加し、一般の健康保険受給者よりも高い医療費水準を示した結果は、医療サービス浪費の懸念を後押しする。そこで本研究は、CMUC の医療費への影響について評価することを目的に、制度適用の初年度 2000 年に調査した。

方法

我々は、保険受給者の CMUC 加入後と加入前で医療費を比較し、以下の 2 つの方法で CMUC 導入による医療費の変化を検証した。

1. データは一般被保険者（フランスの国民健康保険に該当する）およびその付帯家族の社会保険加入者の恒久的データ（EPAS）を用いた。このデータを用いて CMUC 加入後と加入前の受診率や医療費の変化を以下のように定義して分析した。
    1) 受診率 : 少なくとも 1 回は何からの治療を利用した者の割合（病院での治療を含む）、特に一般開業医、専門医および薬剤についての利用割合[15]
    2) CMUC 受給者の 1 人あたりの医療費 : CMUC 受給者における 1 人当たりの受診率と平均医療費から算出
    3) 1 人当たりの医療費 : CMUC 利用者以外を含む医療サービス利用者全体の 1 人当たりの医療費
2. CMUC 導入前後の医療サービス利用の傾向を比較した。2000 年 3 月 1 日に加入した CMUC 受給者において、四半期を以下のように分けた。

---

[12] Girard - Le Gallo I. (2002). Evolution des dépenses de soins de ville entre 1999 et 2001 des premiers bénéficiaires de la couverture maladie universelle. CNAMTS Point Stat, (36), 1-8.

[13] Raynaud D. (2003). L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, DREES, Etudes et resultats, (229), 1-8.

[14] CMU は、安定して長期フランスに居住する者を対象とする。 被保険者になるための手続きや CMU が提供する権利に関する情報は、CNAMTS のウェブサイト（www.ameli.fr）から入手する。 2002 年 12 月 31 日現在、フランス人口の 7.5%に当たる 450 万人が CMUC の対象となっている(Boisguerin B. 2003, La CMU au 31 décembre 2002, DREES, Etudes et résultats, 2003, 239 : 1-4)。

[15] 分析上の限界により、病院と歯科医をそれぞれ個別には分析できなかった。

1) 導入 2~1 年前：1998 年 3 月 2 日から 1999 年 3 月 1 日

2) 導入 1 年前~直前：1999 年 3 月 2 日から 2000 年 3 月 1 日

3) 導入後：2000 年 3 月 2 日から 2000 年 12 月 2 日

これらの期間から CMUC 導入前と導入後の医療サービス利用の変化率を比較した。もし CMUC 導入後の医療費の変化率が導入前の変化率より大きい場合、CMUC 導入の医療サービス利用への影響が大きいと結論付けられる。

CMUC 導入前の変化率 ＝（導入 1 年前~直前）－（導入 2~1 年前）

CMUC 導入前後の変化率 ＝（導入後）－（導入 1 年前～直前）

結果・考察

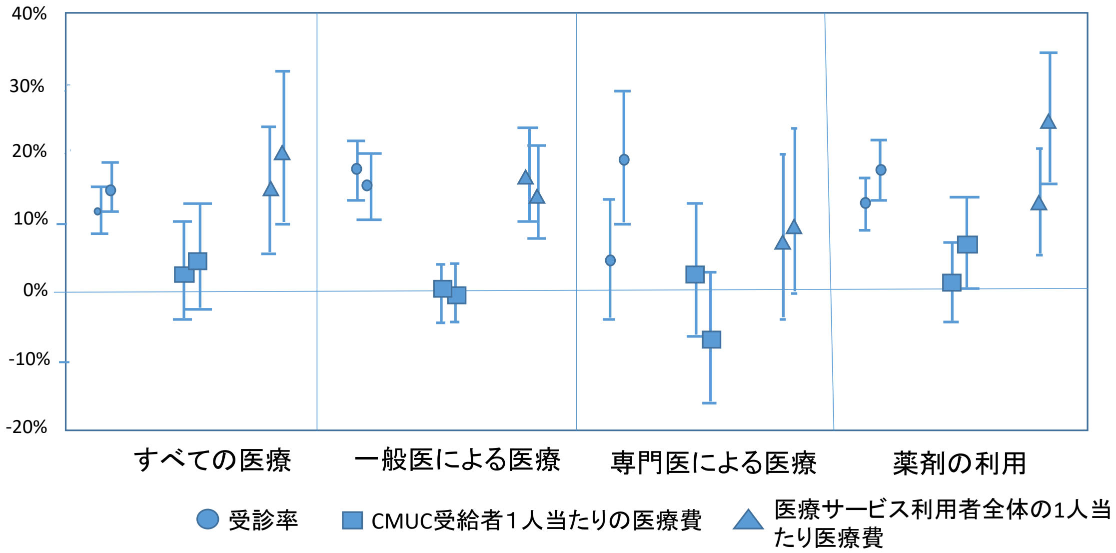
2000 年 3 月 1 日に加入した CMUC 受給者において、1 年間の受診率は導入 2～1 年前で 76%、導入 1 年前～直前で 81%、導入後で 88%であった。

「薬剤の利用」は増加し、CMUC 導入による影響がみられたが、すべてのタイプの医療費への影響はほとんどみられなかった（図 10)。具体的には、薬剤利用への影響について、受診率と医療費の両方に強い影響を与えていた。専門医に対しては、受診率だけ増加したが、医療費に影響を及ぼすことはなかったという点が重要である。一方で、「一般医による医療」の受診と医療費には大きな影響はみられなかった。

CMUC の導入が保険受診率と受給者の医療費に及ぼす影響を表 11 に示す。すべての医療について、1 人当たりの医療費が著しく増加するのは、CMUC 導入前後の変化率は +20.1%であり、CMUC 導入前の変化率の+14.6%より+ 5.5%高い変化率であった。薬剤利用については、1 人当たりの医療費が増加していた。また、専門医による診療の場合、CMUC 受給者において医療費の減少がみられた。一般医の診療の場合は、一般医の医療サービスの受診率が減少、CMUC 受給者 1 人当たりの医療費が減少、そして医療サービス利用者全体の 1 人あたりの医療費についても減少した。

CMUC 導入後の医療費の増加は、CMUC 受給者 1 人当たりの需要と医療費の両方が大幅に増加したためと考えられる。CMUC は薬剤利用、そして専門医による診療の 2 つの医療サービス利用に影響を与えているようであった。CMUC 利用者全体の 1 人当たりの薬剤利用費が増加していたのは、受診率の増加と受給者 1 人当たりの医療費の増加の両方によって説明される。また、CMUC 受給者において専門医による医療費の減少がみられたのは、専門医の医療サービスの受診の大幅な増加と、CMUC 受給者 1 人当たりの医療費の減少の両方の事実が背景にある可能性がある。CMUC 導入後の専門医への診療の顕著な増加は、CMUC 導入前には専門医にかかるのは費用が高かったため潜在的に受診を控えていた者が多くいたことから説明することが出来る。また、もう一つの可能性としては、それまでは一般医に向けられた需要が専門医に向けられたことが考えられる。実際、CMUC の受給者は現在、ほとんどの医療相談に対し医療費がゼロである。専門医はこれまでのように自ら設定できる自由診療の料金ではなく、CMUC 加入者に対しては国民健康保険が定める基準をもとに医療費を請求する必要があるため、専門医利用の医療費が減少したと考えられる。ただし、調査された変動のどれもが有意水準（5%）を超えなかったことは留意すべき点である。これらのことから、CMUC の導入は結果的に顕著な医療費増加は生み出さなかったことが示唆される。

図表 10. CMUC 受給者の 1998～1999 年と 1999～2000 年の 2 期間における
医療サービス利用の経時的変化



2 つの期間における医療サービス利用の経時的変化の推定値を、対のうち左は 1999 年から 1998 年を、右は 2000 年から 1999 年を差し引きし、95 パーセント信頼区間とともに受診率や医療費についてそれぞれ示した。

図表 11. CMUC 導入が受診率と受給者の医療費に及ぼす影響

	受診率			CMUC 受給者 1 人当たりの医療費			医療サービス利用者全体の 1 人当たりの医療費		
	CMU 導入による経時変化			CMU 導入による経時変化			CMU 導入による経時変化		
	①CMUC 導入前の変化率	②CMUC 導入前後の変化率	②-①	①CMUC 導入前の変化率	②CMUC 導入前後の変化率	②-①	①CMUC 導入前の変化率	②CMUC 導入前後の変化率	②-①
一般医による医療	+17.3%	+14.9%	-2.4%	-0.2%	-0.5%	-0.3%	+17.0%	+14.3%	-2.7%
専門医による医療	+4.4%	+18.8%	+14.5%	+2.5%	-7.3%	-9.8%	+6.8%	+9.3%	+2.5%
薬剤利用	+12.1%	+17.2%	+5.1%	+0.7%	+6.9%	+6.3%	+12.7%	+24.7%	+12.0%
全ての医療	+11.8%	+14.9%	+3.2%	+2.7%	+4.8%	+2.1%	+14.6%	+20.1%	+5.5%

※ 一般医による医療サービスの受診率は CMUC 導入前後で 14.9%増加した。CMUC 導入前に潜在的な受診率の変化は+17.3%であったことから、CMUC そのものの影響は CMUC 導入前後から CMUC 導入前の受診率の差 2.4%を加味する必要がある。その他の CMUC 導入による影響も同様に考慮する必要がある。

3.2.5 今後の研究課題

上に示したように、償還払いの医療サービスの利用への影響を分析した研究は、国内外ともに少ない。ここでは今後の研究課題を示す。

1. 先行研究では、適正な受診抑制か、あるいは健康格差を助長する受診抑制かを検証するために、対象者の健康状態の変化を検証していない（長嶺ら. 2016）。
2. 国民皆保険以外の保険の被保険者の情報が得られていない（長嶺ら. 2016）。
3. アメリカの Health and Retirement Study（Sonnega et al. 2014）のように、社会保障政策を評価・検証していくための、多面的で縦断的なデータベースが日本にはまだない（長嶺ら. 2016）。

3.2.6 主な引用文献の要約

市町村における子ども医療費助成制度導入前後の受診動向　―制度導入前後のA市レセプト分析より―

長嶺ら. 2016

目的

A 市では、課税世帯に対して通院 1 回あたり、または入院 1 日あたりの自己負担を200~300 円に軽減し、非課税世帯に対しては入院、通院ともに自己負担なしの助成を行った。この助成制度は、対象年齢の拡大や、給付方法の段階的移行（医療費無料条件下の償還払いから現物給付）が行われた。本研究では、これらの制度変更による年齢別の受診動向を明らかにすることを目的とする。

方法

平成 21 年 5 月から平成 25 年 11 月の間に A 市に在住し、行われた制度変更の対象となった年齢層（就学前から小学校高学年）の国民健康保険の外来レセプト 78,942 件（平成21～25 年　5･11 月のみ）について、被保険者 1,000 人当たりの月別受診者数を算出した。受診率算出には移動平均を取り、季節変動の影響を調整した。精度改定前後の複数時点の受診率の中央値について、Kruskal Wallis 検定、受診率の伸び率については制度導入前の受診平均値と導入後の受診率平均値から増加率を求めた。

平成 23 年 10 月に小 3 から小 6 への対象年齢拡大時には最初は医療費無料条件下で償還払いであったため、現物給付になった平成 24 年 12 月前後の動向も確認するため、受診率の償還払いから現物給付への移行前後の比較も行った。

結果・考察

子ども医療費助成制度が就学前から小学校 3 年生までに拡充された 6 歳～9 歳の受診率は、導入前後で全ての年齢において受診率の増加を認めた（受診率の増加率 6 歳：1.14、7、 8 歳：1.17、9 歳：1.16)。小学校 3 年生への拡充時のように、小学校 6 年生への制度拡充時では年齢別による受診率の増加率が減少する傾向は認めなかった。小学校 6 年生までの制度拡充前後の年齢別受診率は、医療費無料の導入始めの償還払い前後では統計的に有意な増加はみられなかったが、その後現物給付が始まって 1 年後には拡充前と比較して1.2 倍有意に受診率が増加した。以上から、①医療費無料の条件下で償還払い導入前後では統計額的に有意な受診率の増加は認められず、現物給付への変更後に受診率が増加していた、②年齢別に見ても同様の結果であることが示された。

自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性　乳幼児医療費女性制度を中心に

岩本. 2010

目的

本稿の目的は、自治体の乳幼児医療費助成制度に伴う医療費増加効果と、その助成金による財政の外部性の存在を指摘することである。

方法

実証分析では、都道府県別かつ年度別のデータを用いて、市町村別の制度の内容の違いが医療費に与える影響を検証した。

結果・考察

分析の結果、試論的な推定から、市町村の政策から医療費無料の現物給付にて乳幼児医療費助成を行う場合、医療費増加効果を持ち、補助金を支出する都道府県と国の負担が増える垂直的外部性を発生させる可能性が示された。

今回の分析によって、医療費助成制度が導入されている状況では、支払い方法が医療費無料の現物給付のほうが償還払いより医療費が多くなる方向に有意な違いがみられた。これは制度の内容が受療行動に影響を与える可能性があることを意味する。医療費無料の現物給付が医療費を増加させることから、患者は、長期的コストの判断ではなく、目の前（窓口払い）での現金のやりとりによりコストを意識する行動をとっていると考えられる。

「立替なし」または「立替あり」は、医療サービスの利用と健康に影響を及ぼすか：日本での自然実験

Takaku et al. 2017

目的

公的医療保険の支払い制度は国によって大きく異なるが、その効果に関する報告はまだ限られている。「立替なし」(患者による窓口払いでの一部自己負担）から「立替あり」（患者が窓口で全額支払い後に保険組合から払い戻される）[16]の制度への変化を定量化して検討するために、戦後の国内最大規模の医師による保険医総辞退（ストライキ）を「立替あり」として利用した。日本医師会の主導による 1971 年の保険医総辞退では、いくつかの県では辞退は行われずに保険診療が継続し，また，健康保険は辞退した保険医にかかる診療費用についても立替払い（償還払い）を行った。本研究では、医師の保険医総辞退への参加率の地域差で生じた支払い方法の違いを擬似的な自然実験として、健康保険の支払い方法が医療サービスの利用や健康に及ぼす影響を調べた。

方法

主な分析では、1971-1972 年の月ごとに集計された都道府県の政府管掌健康保険事業月報・国民健康保険事業月報を用いた（46 件)。また、県毎に保険医総辞退に参加した医師の割合を算出した。健康指標として、人口動態統計から粗死亡率・乳幼児死亡率を用いた。分析には重回帰分析を用いた。

結果・考察

分析結果によれば、保険医辞退の参加率が 1%ポイント上昇し、医師が「立替なし」を拒否した場合（すなわち、 立替なしから立替ありの制度に変化した場合)、前年度の同じ月に比べて保険料の給付件数は 0.78%減、保険料の給付額は 0.58%減少した。さらに、(「立替なし」から「立替あり」の制度変化によって）請求書 1 つあたりの保険料の給付額は増加した。これは、比較的重篤ではない患者の医療受診頻度が低下した可能性を示唆するものである。本研究の結果は支払い制度の変化が死亡率には影響しないことを示した。

[16] 原文では、患者による窓口での一部負担は「直接給付」と表現し、患者が窓口で全額支払い後に保険組合から払い戻される制度は「償還払い」としたが、対比の表現として、ここでは「直接給付」を医療費の「立替なし」とし、「償還払い」は「立替あり」とした。

償還による患者の医療サービス利用への効果：中国における科学的証拠

Zhong. 2011

目的

ほとんどの保険会社にとって、ヘルスケアサービスの利用をコントロールする伝統的な方法には、控除、自己負担、ストップロス（被保険者の預金残高を上回る大きな医療費支払を保障することを目的とする保険で、一般の医療保険と比べると保険料は安い）、保険料支払い上限制度が含まれる。償還制度には２種類ある。ひとつは、即日償還（immediate reimbursement）といい、被保険者は控除額を除いた一部負担額をその場で支払う。もう一方は、後日償還（later reimbursement）といい、一度被保険者が全額支払い、その後償還される。発展する中国では、保険制度のあり方の分岐点にあり、今後の無駄な診療を受けるモラルハザードを防がねばならない。そこで本研究は、中国における医療保険の患者への償還方法（即時償還または後日償還）が個人のヘルスケアサービス利用に及ぼす影響について検討した。

方法

データは China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)の 2008 年パイロット研究より得た。２つの省（甘粛省、浙江省）に住む、1570 世帯の 45 歳以上の約 2685 名を対象とした。性、年齢のほか、主観的健康感、収入、教育などの社会経済的要因の項目について、即時償還の利用者と後日償還の利用者の割合を示した。次に、前月の外来受診の有無、受診回数、そして最近１年間の入院利用の有無を目的変数に、上記の項目との関連についてロジスティック回帰モデル、または線形回帰モデルを用いてそれぞれ分析した。また、収入レベルによって即日償還の影響を調べるために、収入を四分位に分けて後日償還に対する即日償還との関連をロジスティック回帰モデルで分析した。収入を四分位に分けて先月の外来受診の有無との関連について、収入の各四分位の群と即日償還との交互作用を分析した。

結果・考察

５種に分類した保険の中で、全体の 74%を占めた農村地域の住民の多くが加入する The New Cooperative Medical Scheme (NCMS)と、全体の 4.2%の学生、就学前の子ども、その他の都心の無就労者の多くが加入する Urban Resident Basic Medical Insurance (URBMI)は近年急速に加入が拡大した。全体の 1.7%を占めた政府関係者の多くが加入する Government Insurance Scheme (GIS)と全体の 9.9%の就労者の多くが加入する Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI)のふたつは他の保険より保障が手厚く、多くの医療サービスに対して即時償還が組まれている。即日償還を利用する者は、そうでない者よりも主観的健康感がよい割合が高く、前月のかぜの割合が低く、重篤な疾患を持つ割合が低かったものの、前月の医療受診頻度は高かった。即日償還を利用する者はそうでない者と比較して市街地に住み、教育レベルが高かった。

後日償還に対して即日償還であると、月に少なくとも１回は外来受診する確率が対象者全体では 63.2%有意に高く、NCMS 加入者の中では 75.6%高かった。NCMS 加入者の最近１年間の入院利用は、収入と医療費負担率に強く関連していた。具体的には、高い収入と低い負担率は入院利用の確率が有意に高かった。対象者全体と NCMS 加入者とも、即日償還と入院利用の確率との間に有意な関連はみられなかった。

四分位別の収入と即日償還との関連は逆 U 字を呈した。下位の収入の者は NCMS や URBMI の加入者が多く、これらの加入者は控除が高く、自己負担率が低い。前月の外来受診の有無への即日償還との交互作用は、収入が高くなるにつれ小さくなった。

本研究は、中国において、即日償還は外来診療の受診を有意に上昇させることを明らかにした。ただし、外来利用の総回数や入院利用率は、外来受診率に比べて即日償還の効果は弱かった。この効果は特に NCMS 加入者に強く関連がみられ、農村と都心との違いともいえるかもしれない。本研究の限界点として、我々は外来診療と入院の両方に即日償還の効果があるのか、それとも外来診療に対してより即日償還の効果があるのか明らかにできなかった。今後、これらの解明が必要である。

ワクチンの接種費用と保護者の接種意思ーヒブとムンプスワクチンの比較ー

牟田ら. 2012

目的

ヒブおよびムンプスワクチンの接種費用と保護者の接種意思の関係を調査すること。

方法

コンジョイント分析。対象は福岡県A町に居住する3歳以下の乳幼児をもつ保護者200名（ヒブ、ムンプスそれぞれ100名ずつ)。乳幼児健診の際に，質問紙を用いて調査した。保護者の背景，各種ワクチンの認知・接種状況、および1回当たりの接種費用、接種回数費用助成の方法をある値や方法と仮定したものを複数提示し、それぞれについて接種を希望するか尋ねた。

結果・考察

回答者の背景は両ワクチンともほぼ同じで、ほとんどが20〜30代の母親で、2／3が世帯年収400万円未満であった。ヒブワクチン:4回接種で現物給付とし、接種費用を無料、1,000円、2,000円、3,000円、5,000円、7,000円としたところ、接種希望率はそれぞれ93%、85%、77%、69%、54%、38%であった。接種回数を3回としても2．5ポイントの上昇にとどまり、また現物給付を償還払いとすると約7%ポイントの低下がみられた。ムンプスワクチン：1回接種で現物給付とし、接種費用を無料、1,000円、2,000円、3,000円、4,000円、5,000円としたところ、接種希望率はそれぞれ76%、71%、67%、62%、58%、53%であった。以上のことから、ヒブワクチンは、接種費用を下げるだけで十分な接種希望率が期待できるがムンプスワクチンでは期待できない。

3.3 考察

<u>窓口払いの一部自己負担</u>

窓口払いの一部自己負担が増えると、医療需要は減少する傾向が多くみられた。ただし、効果がみられなかった報告や、疾患の緊急性が高いものは効果がないなどの報告もみられ、条件によって医療需要の減少は異なることが考えられる。

健康指標への影響については、影響がないことを示す報告がある一方で、窓口払いの一部自己負担がある者は、ない者よりも処方薬を購入しない者や、真に治療が必要であっても緊急性のない疾患は受診しないなどの健康への悪影響を示唆する報告がみられた。

自己負担の低所得層への影響について調べた研究では、我々が調べた限りの報告の中では何らかの医療需要の減少が示された。システマティック・レビューでは、低教育レベルと不健康感との間に正の関連を示した。しかし、低所得層における自己負担増加による健康への影響についてはまだ明らかではない。

一部自己負担の価格弾力性について、−0.1 から−0.4 の範囲で比較的低い水準であった。

健康への影響を調べた代表的な介入研究について、アメリカの低所得者に対する健康保険の公的扶助である「メディケイド」の給付から約 2 年後の適用者の医療需要と健康指標への効果について調べたオレゴンの実験では、医療サービスの利用を増やした。この研究では身体的な健康指標に有意な改善はみられなかった。アメリカのランド医療保険実験では、医療費の自己負担があると、医療需要を減らした。医療費の自己負担者に健康への影響はみられなかった。しかし、低所得者で高血圧や弱視を患う者において、自己負担が健康に悪い影響を与えていた。本研究の受診率の平均価格弾力性の推定値は約 0.2 であった。これらの研究はアメリカでの報告であり、医療制度が異なる。従って日本において同様の結果が得られるかは不明である。

<u>償還払い</u>

地域別の償還制度は、全て子どもの医療費助成制度の中で適応されている例であった。ただし、自治体の公式ホームページから抜粋したため、その他の対象者に対して償還制度を適応している可能性はある。

国内外で償還払いと医療需要との関連や、健康への影響を調べた報告は少ない。限られた中での報告では、償還払いは医療需要を抑制することを示唆する傾向にあった。

一定の年収制限の下で無料の保険を提供する補足的 CMU が施行された。この制度は最も貧しい層が医療にアクセスする際の財政的障害を取り除くことを目的としている。先行研究で補足的 CMU 導入の医療費への影響について分析したところ、結果的に顕著な医療費増加は生み出さなかったことが示唆された。

償還払いと医療需要との関連や健康への影響については、今後の科学的根拠の蓄積が必要と思われる。具体的には、、多面的で縦断的なデータベースを作成し、医療需要や健康状態の変化を検証することが必要である。

文献一覧

Ando M, Takaku R. Affordable False Teeth: The Effects of Patient Cost Sharing on Denture Utilization and Subjective Chewing Ability. The B.E. journal of economic analysis & policy. 2016;16:1387–438

Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, Schneider EC, Wright BJ, Zaslavsky AM, Finkelstein AN. Oregon Health Study Group. (2013). The Oregon experiment--effects of Medicaid on clinical outcomes. N Engl J Med. 2013;368;1713–22

Inoue M and Kachi Y. Should co-payments for financially deprived patients be lowered? Primary care physicians' perspectives using a mixed-methods approach in a survey study in Tokyo. Int J Equity Health. 2017;16:38.

Karaca-Mandic P, Jena AB, Joyce GF, Goldman DP. (2012). Out-of-pocket medication costs and use of medications and health care services among children with asthma. JAMA. 2012;307:1284–91

Kato H and Goto R. Effect of reducing cost sharing for outpatient care on children's inpatient services in Japan. Health Econ Rev. 2017;7(1):28

Kiil A and Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. Eur J Health Econ. 2014;15;813–28.

Landsem MM, Magnussen J. The effect of copayments on the utilization of the GP service in Norway. Soc Sci Med. 2018;205:99–106.

Michel Grignon and Marc Perronnin. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Centre de Recherche, d'étude et de la documentation en économie de la santé. 2003;74:1–6, URL: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes74.pdf

Murata C, Yamada T, Chen CC, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2010;7:1330–41.

Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. Lancet. 2016;387:2236–49

Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. Free For All? -Lessons from the RAND Health Insurance Experiment-. Part 3, effects of Cost Sharing on Health Outcomes. Cambridge: Harvard University Press. 1993;183–306

Or Z, Jusot F, Yilmaz E. (2008) Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use. Paris: IRDES, Document de travail Working Paper. 2008;17:1–24.

Shigeoka H. The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection. Am Econ Rev. 2014;104:2152–184

Sinnott SJ, Buckley C, O'Riordan D, Bradley C, Whelton H. The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8:e64914

Sonnega A, Faul JD, Ofstedal MB, Langa KM, Phillips JW, Weir DR. Cohort Profile: the Health and Retirement Study (HRS). Int J Epidemiol. 2014;43:576–85

Takaku R and Bessho S. Do benefits in kind or refunds affect health service utilization and health outcomes? A natural experiment from Japan. Health Policy. 2017;121:534–42.

Takaku R. Effects of reduced cost-sharing on children's health: Evidence from Japan. Soc Sci Med. 2016;151:46–55

Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, Hurley J, Grad R, Latimer E, Perreault R, McLeod P, Huang A, Larochelle P, Mallet L. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001;285:421–9

Wisk LE and Witt WP. Predictors of delayed or forgone needed health care for families with children. Pediatrics. 2012;130:1027–37

World Health Organization. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication. Geneva:WHO/EDM/QSM/00.1. 2000;1–31

Zhong H. Effect of patient reimbursement method on health-care utilization: evidence from China. Health Econ. 2011;20:1312–29.

井伊雅子，大日康史．軽医療における需要の価格弾力性の測定--疾病及び症状を考慮した推定．医療経済研究．1999;6:5–17

井伊雅子，大日康史．医療サービス需要の経済分析．第 5 章．東京．日本経済新聞社．2002;85–98

井伊雅子，別所俊一郎．医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ．財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」．2006;117–56

岩本千晴．自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性 乳幼児医療費助成制度を中心に．公共選択の研究．2010;54:41–54

金子能宏．高年齢者の所得厚生と医療需要．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』東京．東京大学出版会．第 14 章．2000

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ．健保連海外医療保障．2014;101:1–36

長嶺 由衣子，近藤 克則．社会保険旬報．2016;2652:16–22

梅原昌宏，山田康夫．患者自己負担率の引き上げによるセルフメディケーション推進に関する研究．医療と社会．2012;22:139–56

牟田広実，鴛海 亨介，松田 有紀．ワクチンの接種費用と保護者の接種意思一ヒブとムンプスワクチンの比較一．外来小児科．2012;15:2–12

4 アンケート調査

4.1 目的

4.1.1 検証する仮説について

アンケートの主な目的は、負担なしから償還払いに移行した場合の受診行動の変化についての解明とし、検証する仮説として、以下に主眼を置いた。

① 負担なしから自己負担・立替払いが生じることで、受診行動の変化が起こる

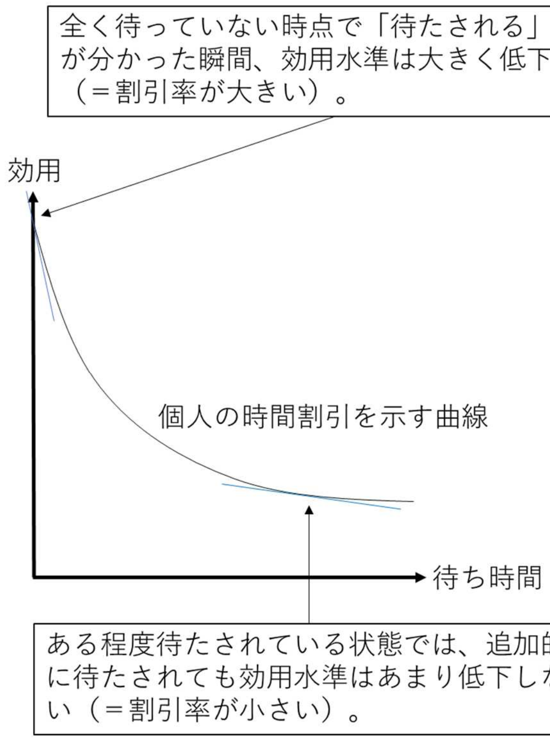
② 立替払いにおいても、それより少額の自己負担増加相当の受診行動の変化が起こる

立替払い（償還払い）については、経済学における「時間割引率」「損失回避性」等の考え方に基づき、回答者が行動を選択することを想定し、設問を設計した。

まず、割引率とは、将来消費を行うことよりも現在消費することをどの程度好むかを示す指標である。下図において、横軸は待ち時間、縦軸は消費から得られる効用（本人にとっての満足度）を示している。曲線は個人の主観的な割引率の状態を示しており、曲線の傾きが急なほど、待たされることの不効用（割引率）が大きいことを示す。

償還払いの場合、なるべく早く償還される選択肢が選ばれるという行動が、これに該当する。たとえば、負担額が同額で、償還日が 0 日後（償還なし）か 30 日後かの選択肢が与えられた場合、当然ながら受診者は 0 日後を選好する可能性が高く、また、30 日後となるとその分負担額が減らないと選択されないことが予想される。

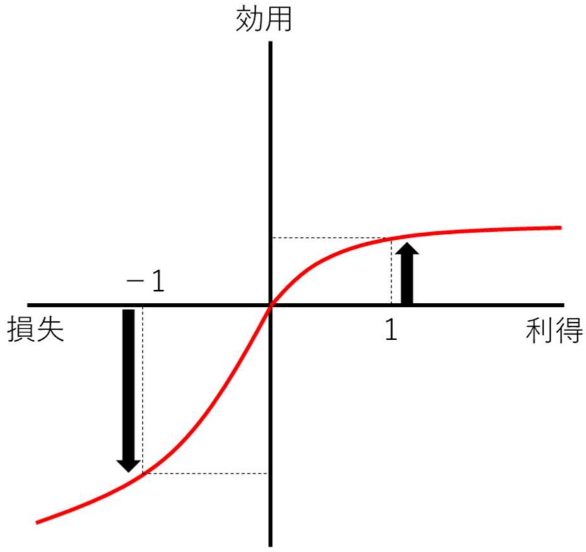
図表 12. 時間割引のイメージ図



次に、損失回避性であるが、これは、正の利得から得られる満足よりも、負の利得ないし損失から得られる苦痛の方を大きく評価されてしまう心理状態を指している。下図において、横軸は客観的に評価された金額等による利得や損失、縦軸は得られる効用（本人にとっての満足度）を示している。同じ金額で評価された利得と損失では、損失による満足度の減少幅が、同じ利得で得られる満足度の上昇幅よりも大きくなっている。

たとえば、治療効果から見て医療費の負担額が合理的に判断しても大きくないにもかかわらず、負担額を過大評価し受診を抑制する行動などが、このような心理により説明できる。償還払いの文脈で言えば、立て替え額が実際には本人の消費行動等に影響を及ぼすほどの金額でなく、少額にもかかわらず受診を抑制する行動などが考えられる。

図表 13. 損失回避性のイメージ図



4.1.2 調査概要（対象者等）

株式会社マクロミルの Web アンケートモニターに対して調査を行った。

独居世帯、夫婦のみ世帯、夫婦と子どもの世帯、片親と子どもの世帯の方で、2015 年国勢調査の世帯類型の分布に比例する構成で、計 2,000 名を調査対象とした。

更に 2016 年国民生活基礎調査の、生活保護基準以下の低所得世帯数に対する被保護世帯の割合に準じ、生活保護世帯の方 458 名、低所得一般世帯の方 1,542 名の配分とした。

なお、この調査における低所得一般世帯の定義は、生活保護の支給額の一等地－1 のおおよその水準を、生活費「60 万円＋60 万円×世帯人数」＋住居費「36 万円＋24 万円×世帯人数」と考え、付近の金額の世帯年収の世帯もしくはそれを下回る世帯（表 1 の世帯年収要件）とした。

図表 14. Web アンケートの調査対象の構成

割付セル名称	サンプル数	世帯年収要件
【生活保護世帯】夫婦のみ	102	
【生活保護世帯】夫婦と子ども	136	
【生活保護世帯】片親と子ども	45	
【生活保護世帯】単独世帯	175	
【低所得一般世帯】夫婦のみ	343	400 万円未満
【低所得一般世帯】夫婦と子ども	457	子 1 人：400 万円未満 子 2～3 人：600 万円未満 子 4 人以上：調査対象外
【低所得一般世帯】片親と子ども	152	子 1～2 人：400 万円未満 子 3 人：600 万円未満 子 4 人以上：調査対象外
【低所得一般世帯】単独世帯	590	200 万円未満

また、参考情報として、中程度所得一般世帯で、世帯年収 600 万円～1,200 万円の世帯に住まわれている方 600 名にも調査を行い、必要に応じて比較ができるようにした。

図表 15. Web アンケートの追加調査対象

割付セル名称	サンプル数
【中程度所得一般世帯】夫婦のみ	134
【中程度所得一般世帯】夫婦と子ども	178
【中程度所得一般世帯】片親と子ども	59
【中程度所得一般世帯】単独世帯	229

4.2 手法

4.2.1 アンケート設問の概要

アンケートの主な設問は以下の通りとした。

- 世帯類型
- 医療費負担割合
- 特定の症状が出た時の受診判断
- 18 歳以下の子どもがいる場合に、医療費負担割合や特定の症状が出た時の受診判断
- 自己負担額や立替金額、立替分が戻ってくるまでの日数が変わる場合の受診行動の変化（コンジョイント分析による）
- 病院・役所への所要時間
- 医療費にすぐ使える現金資産

4.2.2 コンジョイント分析

コンジョイント分析とは、回答者が選んだ順位データをもとに、多くの要因の組み合わせから構成される（財に対する）選択肢の好き嫌いが順序関係で与えられたとき、個々の要因の効果およびその同時結合尺度を同時に推定することを目的とする分析手法である。

アンケート調査などで選択肢の選好を尋ねる場合、その各々に対してどれほど大きな選好を持つかを尋ねるよりも、選好の順番を尋ねる方が消費者は答えやすい。こうして得られた順序データから、どの選択肢が好まれるのか、どの要因が選好の判断に影響を及ぼしたのかを解析することが本分析の骨子となる。

コンジョイント分析では、個人の消費行動、選択行動における順序判断のデータから、特定の個人における判断の詳細ではなく、多様な選好を持つ消費者から構成される市場やセグメントにおいて、特定の財がどのように評価されるかを把握することが可能となる。また、選好を左右する項目（属性）の評価と属性そのもののウェイト（水準）を定量的に評価できるので、財から得る効用の推定と消費者の選択行動の推定に利用することが可能となる。加えて、選好のプロセスを検討する際にも利用される[17]。

本研究では、医療における自己負担額や立替金額、立替分が戻ってくるまでの日数が変わる場合の受診行動の変化を測定することを目的としており、コンジョイント分析が適切な分析手法であると考えられる。

コンジョイント分析における属性間に望まれる性質として、選定した項目以外の条件はすべて等しいことと各項目間にトレードオフ関係が成立していることが挙げられる[18]。また、各カードにおける価格の振れ幅について、「価格の幅が広すぎると価格ばかりが重視されトレードオフ関係が見えなくなる一方で、価格の幅が狭すぎると価格を無視したトレードオフを行うことになり、属性の中に価格を採用していることの意味がなくなる」旨を指摘している。

これらの記述より、コンジョイント分析においては、属性間にトレードオフの関係（例：あるカードは料金面において他より優れているが、償還にかかる日数が長い等）があることが望ましいと考えられる。また、各カードの料金の差について、綿密に検討する必要があることが示唆される。

[17] 千葉他(1997)「コンジョイント分析について」『東京情報大学研究論集』1(2), 137-154 参照。

[18] Green and Srinivasan (1990) “Conjoint analysis in marketing: New developments with implications for research and practice,” Journal of Marketing, 54(4), 3-19 参照。

本調査におけるコンジョイント分析の対象とする病状のそれにかかる医療費の仮定は、以下の通りであった。本調査においては条件付きロジスティック回帰分析を用いて、推計を行った[19]。

＜コンジョイント分析で扱う病状＞

図表 16. コンジョイント分析の本人対象病状

病状	要受診設定
あなたが健康診断で高血圧と指摘された場合、以下の条件で病院又は診療所に受診しに行きますか。	要受診
あなたに 2 日続けて 38℃以上の発熱があった場合、以下の条件で病院又は診療所に受診しに行きますか。	要受診
あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件で病院又は診療所に受診しに行きますか。	受診不要（又は低緊急性）
あなたに１時間ほど眠れないことが週に２回起きた場合、以下の条件で病院又は診療所に受診しに行きますか。	受診不要（又は低緊急性）

図表 17. コンジョイント分析の子ども対象病状

病状	要受診設定
あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、以下の条件で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。	受診不要（又は低緊急性）
あなたの子どもに２日続けて 38℃以上の発熱があった場合、以下の条件で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。	要受診
あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない（熱はなし、食欲あり）場合、以下の条件で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。	受診不要（又は低緊急性）
あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、以下の条件で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。	要受診

[19]条件付きロジットモデル(Conditional logistic analysis)は、０と１等の二値で構成される被説明変数を複数（グループ）伴う最尤推定法である。条件付きロジットモデルは通常のロジットモデルと異なり、データがグループ化され、各グループに対する尤度（条件付き尤度）が計算される。
STATA　manual 13 “clogit — Conditional (fixed-effects) logistic regression”
https://www.stata.com/manuals13/rclogit.pdf

＜設定する医療費総額＞

高血圧は 1 か月で 16,000 円、それ以外は 1 回 6,000 円に固定

コンジョイント分析の設計においては、高血圧の自己負担額を 0 円、1,600 円、3,200 円、4,800 円（高血圧以外では 0 円、600 円、1,200 円、1,800 円）の 4 水準、高血圧の立替金額を 1,600 円、3,200 円、4,800 円、6,400 円（600 円、1,200 円、1,800 円、2,400 円）の 4 水準、払い戻しまでの日数を 0 日、30 日、45 日、90 日の 4 水準とした。

但し、払い戻しまでの日数が 0 日となる場合、自動的に立替金額は 0 円となる解釈とする。また、自己負担額、立替金額、払い戻しまでの日数がいずれも 0 となる設問を、回答者全員に対して参照として設ける（以下のカード番号 0）ため、直行表を基に割り当てる水準の 1 つは、重複する払い戻しまでの日数を適用する形とした（以下のカード番号 1 と 17）。

図表 18. 高血圧による受診の設問における 1 か月あたりの金額提示パターン

カード番号	自己負担額（円）	立替金額（円）	払い戻しまでの日数（日）	扱うパターン	医療機関一時払（円）
0	0	0	0	全パターン	0
1	0	1,600	90	【パターン 1】	1,600
2	0	3,200	30	【パターン 2】	3,200
3	0	4,800	45	【パターン 3】	4,800
4	0	6,400	90	【パターン 4】	6,400
5	1,600	1,600	30	【パターン 4】	3,200
6	1,600	0	0	【パターン 3】	1,600
7	1,600	4,800	90	【パターン 2】	6,400
8	1,600	6,400	45	【パターン 1】	8,000
9	3,200	1,600	45	【パターン 2】	4,800
10	3,200	3,200	90	【パターン 1】	6,400
11	3,200	0	0	【パターン 4】	3,200
12	3,200	6,400	30	【パターン 3】	9,600
13	4,800	1,600	90	【パターン 3】	6,400
14	4,800	3,200	45	【パターン 4】	8,000
15	4,800	4,800	30	【パターン 1】	9,600
16	4,800	0	0	【パターン 2】	4,800

図表 19. 高血圧以外の受診の設問における 1 か月あたりの金額提示パターン

カード番号	自己負担額（円）	立替金額（円）	払い戻しまでの日数（日）	扱うパターン	医療機関一時払（円）
0	0	0	0	全パターン	0
17	0	600	90	【パターン 1】	600
18	0	1,200	30	【パターン 2】	1,200
19	0	1,800	45	【パターン 3】	1,800
20	0	2,400	90	【パターン 4】	2,400
21	600	600	30	【パターン 4】	1,200
22	600	0	0	【パターン 3】	600
23	600	1,800	90	【パターン 2】	2,400
24	600	2,400	45	【パターン 1】	3,000
25	1,200	600	45	【パターン 2】	1,800
26	1,200	1,200	90	【パターン 1】	2,400
27	1,200	0	0	【パターン 4】	1,200
28	1,200	2,400	30	【パターン 3】	3,600
29	1,800	600	90	【パターン 3】	2,400
30	1,800	1,200	45	【パターン 4】	3,000
31	1,800	1,800	30	【パターン 1】	3,600
32	1,800	0	0	【パターン 2】	1,800

その【パターン 1】～【パターン 4】の割り当ても行い、以下のような分配とした。

図表 20. コンジョイント分析のカード提示パターンも含めた割り当ての構成

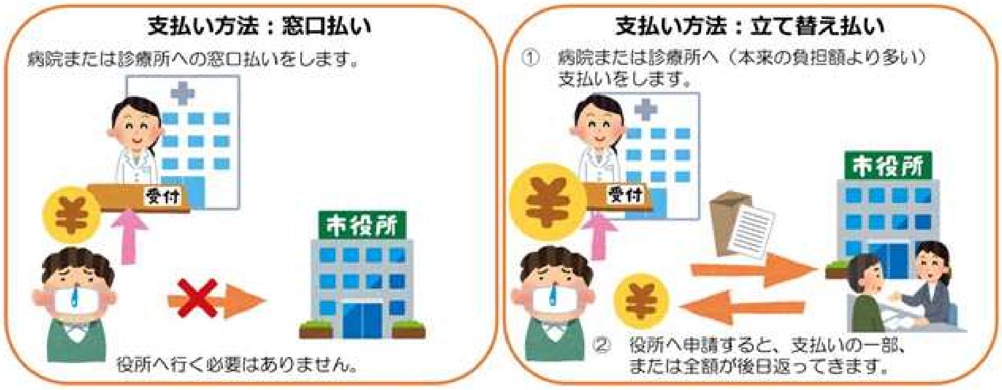
割付セル	割付セル名称	サンプル数
1	【パターン 1】【生活保護世帯】夫婦のみ	26
2	【パターン 1】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34
3	【パターン 1】【生活保護世帯】片親と子ども	11
4	【パターン 1】【生活保護世帯】単独世帯	44
5	【パターン 1】【低所得一般世帯】夫婦のみ	86
6	【パターン 1】【低所得一般世帯】夫婦と子ども	114
7	【パターン 1】【低所得一般世帯】片親と子ども	38
8	【パターン 1】【低所得一般世帯】単独世帯	147
9	【パターン 1】【中程度所得一般世帯】夫婦のみ	33
10	【パターン 1】【中程度所得一般世帯】夫婦と子	45
11	【パターン 1】【中程度所得一般世帯】片親と子	15
12	【パターン 1】【中程度所得一般世帯】単独世帯	57
13	【パターン 2】【生活保護世帯】夫婦のみ	26
14	【パターン 2】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34

割付セル	割付セル名称	サンプル数
15	【パターン 2】【生活保護世帯】片親と子ども	11
16	【パターン 2】【生活保護世帯】単独世帯	44
17	【パターン 2】【低所得一般世帯】夫婦のみ	85
18	【パターン 2】【低所得一般世帯】夫婦と子ども	115
19	【パターン 2】【低所得一般世帯】片親と子ども	38
20	【パターン 2】【低所得一般世帯】単独世帯	147
21	【パターン 2】【中程度所得一般世帯】夫婦のみ	33
22	【パターン 2】【中程度所得一般世帯】夫婦と子ども	44
23	【パターン 2】【中程度所得一般世帯】片親と子ども	15
24	【パターン 2】【中程度所得一般世帯】単独世帯	58
25	【パターン 3】【生活保護世帯】夫婦のみ	25
26	【パターン 3】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34
27	【パターン 3】【生活保護世帯】片親と子ども	12
28	【パターン 3】【生活保護世帯】単独世帯	43
29	【パターン 3】【低所得一般世帯】夫婦のみ	86
30	【パターン 3】【低所得一般世帯】夫婦と子ども	114
31	【パターン 3】【低所得一般世帯】片親と子ども	38
32	【パターン 3】【低所得一般世帯】単独世帯	148
33	【パターン 3】【中程度所得一般世帯】夫婦のみ	34
34	【パターン 3】【中程度所得一般世帯】夫婦と子ども	45
35	【パターン 3】【中程度所得一般世帯】片親と子ども	14
36	【パターン 3】【中程度所得一般世帯】単独世帯	57
37	【パターン 4】【生活保護世帯】夫婦のみ	25
38	【パターン 4】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34
39	【パターン 4】【生活保護世帯】片親と子ども	11
40	【パターン 4】【生活保護世帯】単独世帯	44
41	【パターン 4】【低所得一般世帯】夫婦のみ	86
42	【パターン 4】【低所得一般世帯】夫婦と子ども	114
43	【パターン 4】【低所得一般世帯】片親と子ども	38
44	【パターン 4】【低所得一般世帯】単独世帯	148
45	【パターン 4】【中程度所得一般世帯】夫婦のみ	34
46	【パターン 4】【中程度所得一般世帯】夫婦と子ども	44
47	【パターン 4】【中程度所得一般世帯】片親と子ども	15
48	【パターン 4】【中程度所得一般世帯】単独世帯	57

医療費負担の設定については、以下のような図（例はカード番号 5 の場合）が提示される形となっている。

図表 21. コンジョイント分析の条件説明で提示する図の例

支払い方法	<u>立て替え払い</u> 医療機関へ合計 **3,200** 円支払う ⬇ 後日役場に申請して **30 日後**に、**1,600** 円が戻ってくる
自己負担割合	1 割負担



主な集計として、症状別、医療費負担状況別の受診意向についての整理を行った。

コンジョイント分析の結果は、以下の 2 つのモデルを設定し、統計ソフト R 3.1.3 の clogit コマンドによる条件付きロジスティック回帰分析を行った。

<モデル①>

○　被説明変数として「受診判定[20]」

○　説明変数として「自己負担額」「立替金額の有無（=払い戻しまでの日数の有無）」

<モデル②>

○　被説明変数として「受診判定」

○　説明変数として「自己負担額」「立替金額」「払い戻しまでの日数」

[20] アンケートの回答が、受診する（させる）の場合「1」受診しない（させない）の場合「0」を割り当てて設定。

4.3 結果

4.3.1 回答者の属性

それぞれの世帯グループの年齢別男女人数は以下の通りであった。

図表 22. 世帯グループ別年代別人数

	生活保護世帯	低所得 一般世帯	中程度 所得一般世帯
20 歳代	48	164	46
	10.5%	10.6%	7.7%
30 歳代	95	425	132
	20.7%	27.6%	22.0%
40 歳代	146	421	237
	31.9%	27.3%	39.5%
50 歳代	105	263	160
	22.9%	17.1%	26.7%
60 歳以上	64	269	25
	14.0%	17.4%	4.2%
合計	458	1,542	600

図表 23. 世帯グループ別男女別人数

	生活保護 世帯	低所得 一般世帯	中程度所得 一般世帯
男性	251	626	322
	54.8%	40.6%	53.7%
女性	207	916	278
	45.2%	59.4%	46.3%
合計	458	1,542	600

生活保護世帯と低所得一般世帯では、30 歳代から 60 歳代の分布のうち、生活保護世帯でやや 40 歳代、50 歳代に偏りを見せていた。また、中程度所得一般世帯で、若い世代・高齢の世代の割合が低めになっているという特徴があった。

また男女では、低所得一般世帯からの回答に女性が多く、生活保護世帯と中程度所得一般世帯からの回答に男性が多かった。

4.3.2 自己負担割合ごとの受診希望割合

参考情報の回答者を含む全員に対して、以下の表の症状、回答者個々の医療費負担割合の状況にて、受診を行うか否かを伺ったところ、以下の割合の者が受診すると回答した。

図表 24. 各症状・医療費負担状況で、「受診する」と答えた人の割合

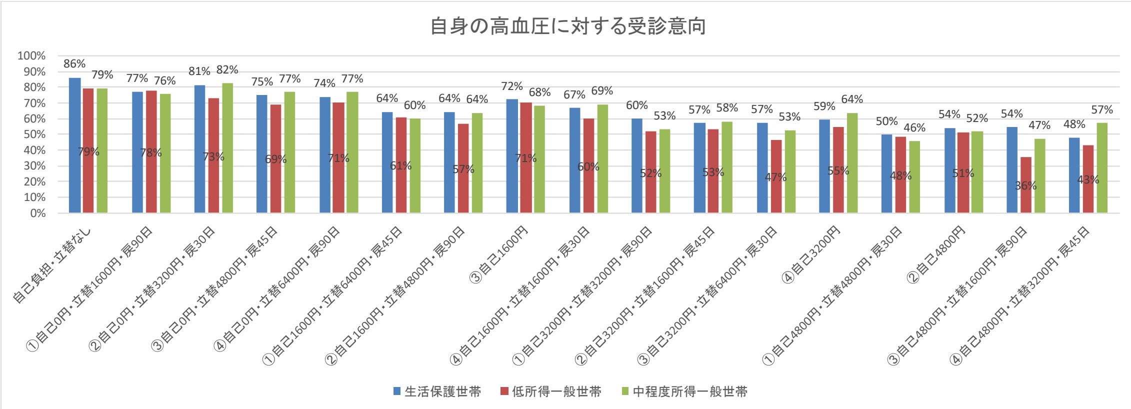
「受診する」と答えた人の割合（%）	全体	自己負担なし	1 割負担	2 割負担	3 割負担	その他
【せきが 3 日続く症状】	27.5	39.8	29.0	33.9	24.6	18.9
【鼻水、くしゃみ、鼻づまりが 3 日続く症状】	20.0	32.2	22.4	23.9	17.0	17.6
【1 度きりの嘔吐の発生】	10.0	10.6	13.1	20.2	9.1	9.5
【2 日続けて 38℃以上の発熱がある症状】	75.8	77.3	75.7	78.0	75.7	67.6
【ぶつけたりしていないのに繰り返す鼻血の症状】	58.5	63.7	62.6	58.7	57.9	39.2
【少量の出血を伴う膝の負傷】	7.4	9.0	13.1	17.4	6.2	4.1
【内出血で膝の腫れる負傷】	25.8	31.3	36.4	34.9	23.5	25.7
【運動、呼吸に伴い胸の痛みが出る症状】	53.9	57.4	51.4	62.4	52.9	50.0
【以前にもあって自然に治まったが、再発している腰の痛みの症状】	28.7	41.4	29.9	28.4	25.9	24.3
【腕の打ち身で生ずる体の痛みの症状】	16.6	21.8	21.5	19.3	14.7	23.0
【毎年冬に起きる肌荒れの症状】	8.4	10.6	7.5	8.3	8.1	4.1
【強い痛みを伴わない発疹の症状】	25.7	33.8	27.1	26.6	23.8	21.6
【強い痛みを伴わないイボの症状】	20.5	21.5	22.4	18.3	20.2	23.0
【日常生活に差支えない程度の目のかすみが続いている症状】	21.2	23.8	24.3	29.4	20.1	16.2
【夜、眠りにつく際に、1 時間ほど眠れないことが週に 2 回起きる症状】	11.7	22.2	22.4	14.7	8.7	5.4
全体（人）	2,600	432	107	109	1,878	74

[比率の差]
- 全体 +10 ポイント
- 全体 +5 ポイント
- 全体 -5 ポイント
- 全体 -10 ポイント

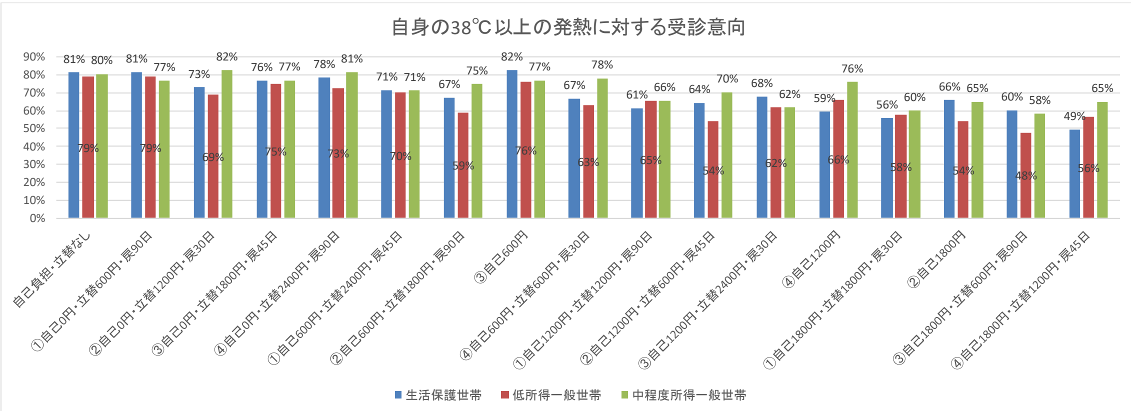
4.3.3 所得等別の受診希望割合

コンジョイント分析で用いた質問について、各カードの提示パターンに対して「受診する」あるいは「受診させる」と回答した人の割合は、以下の通りであった。

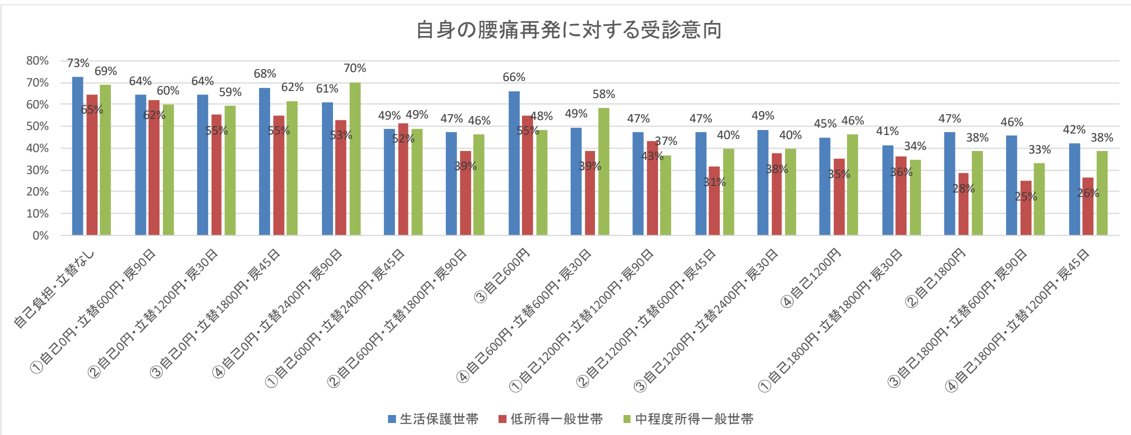
図表 25. 本人の高血圧に対して「受診する」とした割合



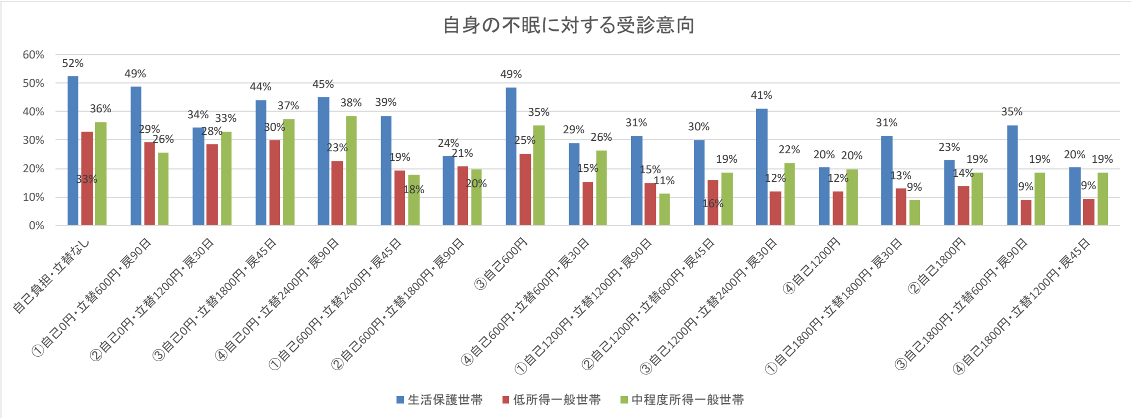
図表 26. 本人の発熱に対して「受診する」とした割合



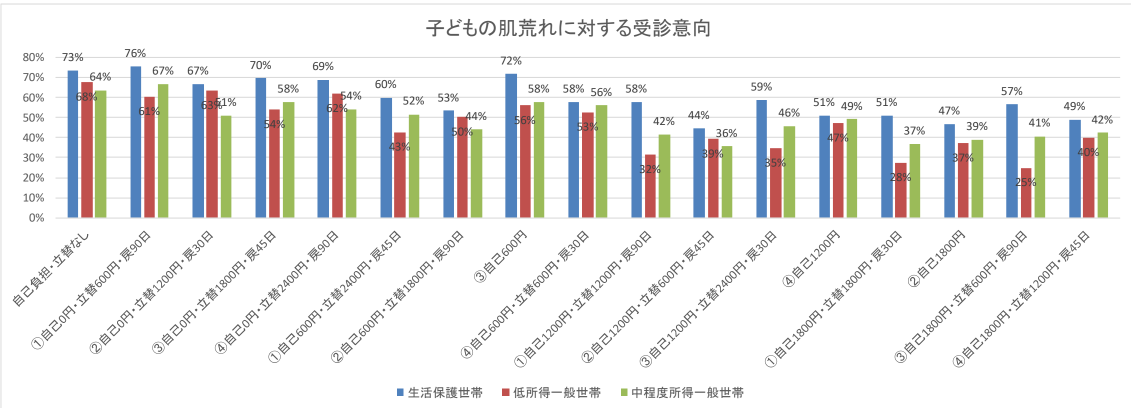
図表 27. 本人の腰痛再発に対して「受診する」とした割合



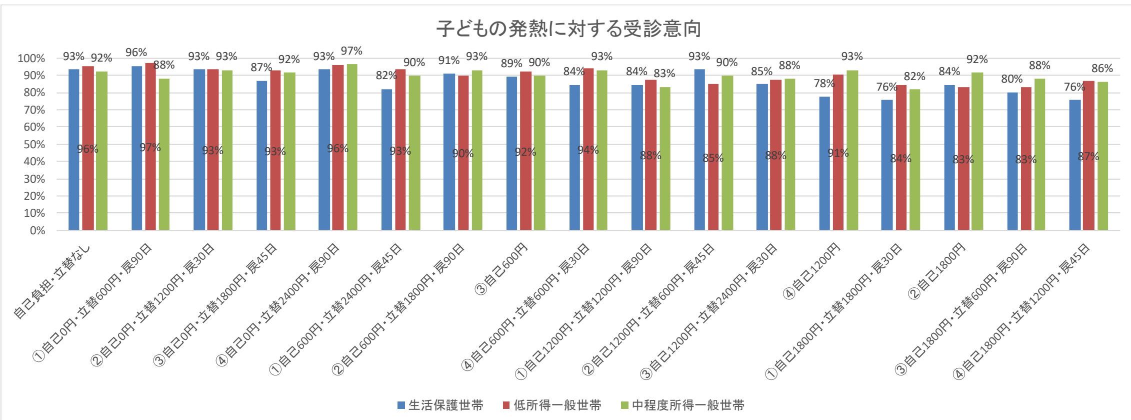
図表 28. 本人の不眠（寝つきの悪さ程度）に対して「受診する」とした割合



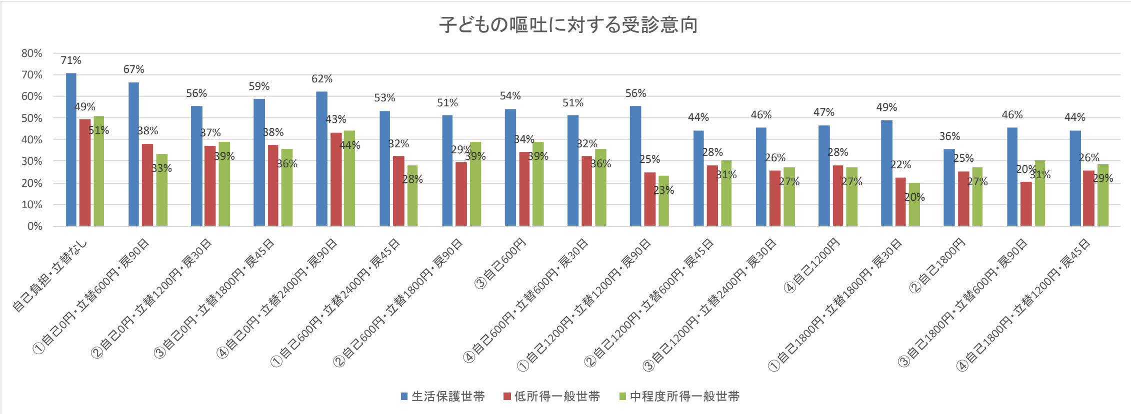
図表 29. 子どもの肌荒れ（季節性）に対して「受診させる」とした割合



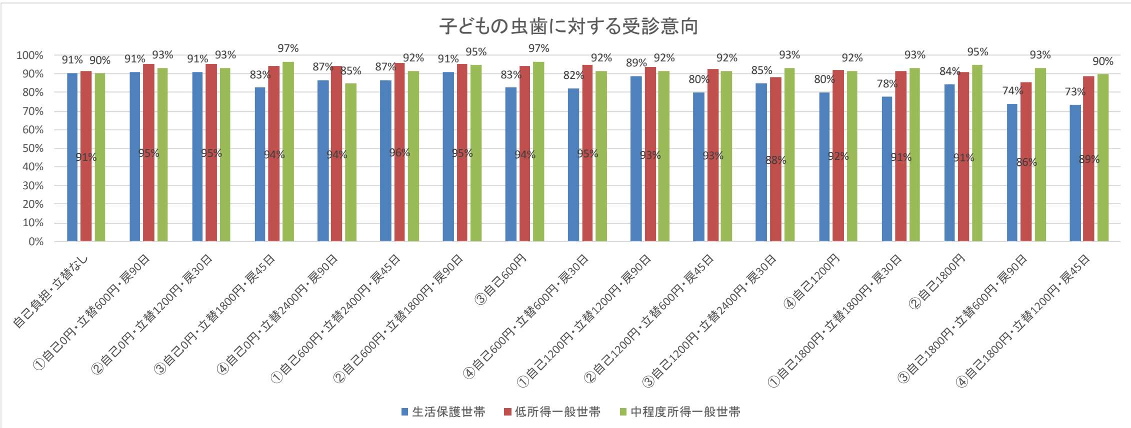
図表 30. 子どもの発熱に対して「受診させる」とした割合



図表 31. 子どもの嘔吐（一度きり・再発なし）に対して「受診させる」とした割合



図表 32. 子どもの虫歯に対して「受診させる」とした割合



※ 横軸の丸番号は、パターンの番号を示し、全員が回答対象となる「自己負担・立替なし」以外は、同じ番号が同じ対象者の回答する設問となっている。

受診の必要なものについては、自己負担の無い時に大人本人の症状（高血圧、発熱）で80%前後、子どもの症状（発熱、虫歯）で 90%前後が受診するとしていた。自己負担の上昇による受診する割合の低下は、大人本人の症状の場合は低所得一般世帯、子どもの症状の場合は生活保護世帯で、相対的に強めに生じている傾向が見られた。

受診の必要ないものについては、大人（腰痛、不眠）と子ども（肌荒れ、嘔吐）それぞれで、受診が必要なものに比べ、受診する、もしくは受診させるとした割合が低めに出る傾向があった。受診の必要ないものの中では、生活保護世帯、次いで中程度所得一般世帯で受診させる割合が相対的に高めになる傾向があった。

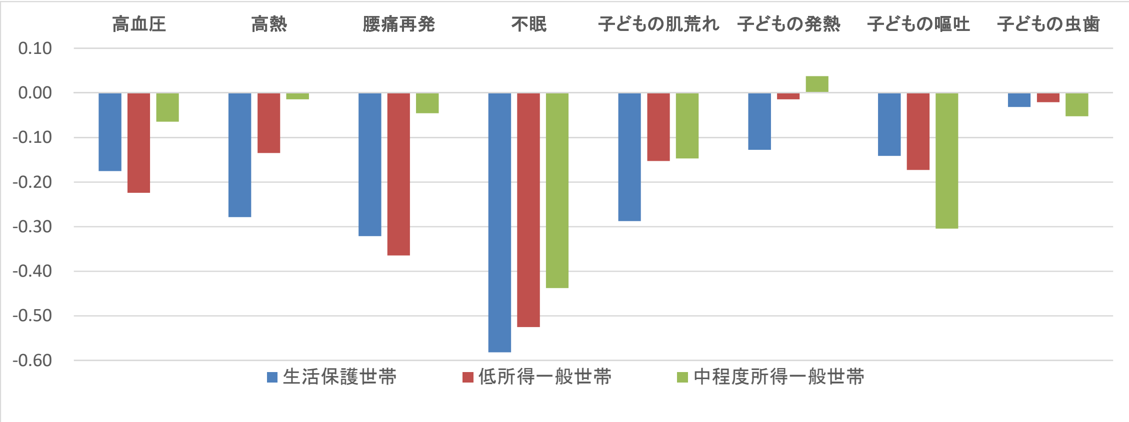
4.3.4 価格による弾性値の比較

価格が 1%増加したときに、量が何%変化するかを示す指標が価格による弾性値であるが、ここでは、受診希望者数が何%変化するかを負担額の価格による弾性値で把握し、以下の関係を確認した。下図表の縦棒は弾性値の大きさを示しており、絶対値が大きいほど価格の上昇による受診希望者数の減少が大きいことを示している。

①生活保護世帯・低所得一般世帯・中程度所得一般世帯で弾性値が異なるか

②症状で弾性値が異なるか

図表 33. 価格に対する受診希望者数の弾性値[21]



その結果、価格による弾性値の大きさについて、以下の傾向が観察された。

- 全般的に、中程度所得一般世帯は、それ以外の 2 グループよりも弾性値が小さく、価格が上昇しても受診希望者数は比較的減少しにくい傾向がみられた（子どもの嘔吐・虫歯以外）。
- 本人の症状で、受診が必要な高血圧と高熱において弾性値が小さく、価格上昇による受診希望者数の減少は比較的小さい傾向が見られた。また、子どもの症状で受診が必要な発熱と虫歯においても、同様の傾向が見られた。

[21] 弾性値は、負担額が 600 円から 1,200 円（高血圧のみ 1,600 円から 3,200 円）に変化する際の変化率を分母、受診希望者数の変化率を分子とし計算した（RAND 研究所の先行研究を踏襲し、全体にマイナスを乗じていない）。個人属性などを統計モデル等により調整し推定したものではなく、記述統計から計算したものである。

4.3.5 条件付きロジスティック回帰分析

条件付きロジスティック回帰で評価されるのは、カードの条件の設定により、「受診する（させる)」「受診しない（させない)」が変動する者のみとなる。条件付きロジスティック回帰の結果は、以下の表のうち、「条件により受診」となっている者のみに対する評価となる。

図表 34. 各設問の回答パターンの人数と割合

＜本人：高血圧＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	27	154	61
	9.7%	16.5%	16.8%
条件により受診	122	404	130
	44.0%	43.3%	35.8%
常に受診する	128	375	172
	46.2%	40.2%	47.4%
合計	277	933	363

＜本人：高熱＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	33	168	55
	11.9%	18.0%	15.2%
条件により受診	106	301	99
	38.3%	32.3%	27.3%
常に受診する	138	464	209
	49.8%	49.7%	57.6%
合計	277	933	363

＜本人：腰の痛み＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	61	305	104
	22.0%	32.7%	28.7%
条件により受診	113	385	141
	40.8%	41.3%	38.8%
常に受診する	103	243	118
	37.2%	26.0%	32.5%
合計	277	933	363

＜本人：不眠＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	122	597	219
	44.0%	64.0%	60.3%
条件により受診	91	245	96
	32.9%	26.3%	26.4%
常に受診する	64	91	48
	23.1%	9.8%	13.2%
合計	277	933	363

＜子ども：肌荒れ＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	39	170	73
	21.5%	27.9%	30.8%
条件により受診	58	266	81
	32.0%	43.7%	34.2%
常に受診する	84	173	83
	46.4%	28.4%	35.0%
合計	181	609	237

＜子ども：高熱＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	5	11	11
	2.8%	1.8%	4.6%
条件により受診	46	109	31
	25.4%	17.9%	13.1%
常に受診する	130	489	195
	71.8%	80.3%	82.3%
合計	181	609	237

＜子ども：嘔吐＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	49	298	113
	27.1%	48.9%	47.7%
条件により受診	58	180	64
	32.0%	29.6%	27.0%
常に受診する	74	131	60
	40.9%	21.5%	25.3%
合計	181	609	237

＜子ども：虫歯＞

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
常に受診しない	5	9	7
	2.8%	1.5%	3.0%
条件により受診	51	101	31
	28.2%	16.6%	13.1%
常に受診する	125	499	199
	69.1%	81.9%	84.0%
合計	181	609	237

モデル①に関る分析結果は、自己負担額の係数は、中程度所得一般世帯の子ども虫歯以外で全て5%有意となり、立替金額の係数の有意性は以下の通りであった。

図表 35. 立替金額を有無でモデルに入れた場合の、立替金額の係数の有意性

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
本人：高血圧	***	***	**
本人：高熱	***	***	*
本人：腰の痛み	***	***	**
本人：不眠	***	***	**
子ども：肌荒れ	*	***	***
子ども：高熱	×	×	×
子ども：嘔吐	**	***	***
子ども：虫歯	×	*	×

***：p<0.001，**：p<0.01，*：p<0.05，×：5%有意ではない

本人もしくは子どもの各病状に関して、受診傾向のデータを条件付きロジスティック回帰分析にかけたところ、各説明変数の係数は以下の通りとなった。なお、分析で評価している対象は、提示条件により判断の変わる者のみとなるため、その者を分析対象として人数と割合を示す。

図表 36. 本人の高血圧に対する受診意向の分析結果

＜高血圧：生活保護世帯の場合（n=1,385、実人数 277 人、分析対象 122 人（44.0%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-8.064×10^{-4}	<0.001
立替金額	-1.519×10^{-4}	0.011
払い戻しまでの日数	-6.104×10^{-3}	0.133

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 188 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜高血圧：低所得一般世帯の場合（n=4,665、実人数 933 人、分析対象 404 人（43.3%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-8.342×10^{-4}	<0.001
立替金額	-1.094×10^{-4}	<0.001
払い戻しまでの日数	-8.751×10^{-3}	<0.001

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 131 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、1 日あたり自己負担額 10.5 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。

＜高血圧：中程度所得一般世帯の場合（n=1,815、実人数 365 人、分析対象 130 人（35.8%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.058×10^{-3}	<0.001
立替金額	-1.009×10^{-4}	0.104
払い戻しまでの日数	-6.316×10^{-3}	0.147

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 37. 本人の発熱に対する受診意向の分析結果

＜発熱：生活保護世帯の場合（n=1,385、実人数 277 人、分析対象 106 人（38.3%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.512×10^{-3}	<0.001
立替金額	-1.823×10^{-4}	0.211
払い戻しまでの日数	-5.269×10^{-3}	0.162

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜発熱：低所得一般世帯の場合（n=4,665、実人数 933 人、分析対象 301 人（32.3%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.031×10^{-3}	<0.001
立替金額	-2.486×10^{-4}	0.004
払い戻しまでの日数	-9.152×10^{-3}	<0.001

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 122 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、1 日あたり自己負担額 4.5 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。

＜発熱：中程度所得一般世帯の場合（n=1,815、実人数 365 人、分析対象 99 人（27.3%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.813×10^{-3}	<0.001
立替金額	-3.033×10^{-4}	0.040
払い戻しまでの日数	-1.551×10^{-3}	0.677

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 167 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 38. 本人の腰の痛みに対する受診意向の分析結果

＜腰の痛み：生活保護世帯の場合（n=1,385、実人数 277 人、分析対象 113 人（40.8%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.756×10^{-3}	<0.001
立替金額	-4.154×10^{-4}	0.006
払い戻しまでの日数	-4.535×10^{-3}	0.232

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 237 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜腰の痛み：低所得一般世帯の場合（n=4,665、実人数 933 人、分析対象 385 人（41.3%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.828×10^{-3}	<0.001
立替金額	-3.105×10^{-4}	0.001
払い戻しまでの日数	-9.868×10^{-3}	<0.001

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 110 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、1 日あたり自己負担額 3.5 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。

＜腰の痛み：中程度所得一般世帯の場合（n=1,815、実人数 365 人、分析対象 141 人（38.8%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.606×10^{-3}	<0.001
立替金額	-1.544×10^{-4}	0.280
払い戻しまでの日数	-5.566×10^{-3}	0.147

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 39. 本人の不眠（寝つきの悪さ程度）に対する受診意向の分析結果

＜不眠：生活保護世帯の場合（n=1,385、実人数 277 人、分析対象 91 人（32.9%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.897×10^{-3}	<0.001
立替金額	-1.899×10^{-4}	0.252
払い戻しまでの日数	-9.011×10^{-3}	0.038

立替金額については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。
払い戻しまでの日数については、1 日あたり自己負担額 4.8 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。

＜不眠：低所得一般世帯の場合（n=4,665、実人数 933 人、分析対象 245 人（26.3%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.760×10^{-3}	<0.001
立替金額	-3.508×10^{-4}	0.004
払い戻しまでの日数	-5.906×10^{-3}	0.070

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 127 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜不眠：中程度所得一般世帯の場合（n=1,815、実人数 365 人、分析対象 96 人（26.4%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.445×10^{-3}	<0.001
立替金額	-3.292×10^{-4}	0.048
払い戻しまでの日数	-2.215×10^{-3}	0.602

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 134 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 40. 子どもの肌荒れ（季節性）に対する受診意向の分析結果

＜子ども肌荒れ：生活保護世帯の場合（n=905、実人数 181 人、分析対象 58 人（32.0%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.093×10^{-3}	<0.001
立替金額	-4.009×10^{-4}	0.052
払い戻しまでの日数	-5.194×10^{-4}	0.919

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜子ども肌荒れ：低所得一般世帯の場合（n=3,045、実人数 609 人、分析対象 266 人（43.7%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.541×10^{-3}	<0.001
立替金額	-3.309×10^{-4}	0.002
払い戻しまでの日数	-8.995×10^{-3}	0.002

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 130 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、1 日あたり自己負担額 3.5 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。

＜子ども肌荒れ：中程度所得一般世帯の場合（n=1,185、実人数 237 人、分析対象 81 人（34.2%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.826×10^{-3}	<0.001
立替金額	-4.359×10^{-4}	0.012
払い戻しまでの日数	-5.220×10^{-3}	0.260

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 239 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 41. 子どもの発熱に対する受診意向の分析結果

＜子ども発熱：生活保護世帯の場合（n=905、実人数 181 人、分析対象 46 人（25.4%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.430×10^{-3}	<0.001
立替金額	-2.835×10^{-4}	0.152
払い戻しまでの日数	6.896×10^{-3}	0.188

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜子ども発熱：低所得一般世帯の場合（n=3,045、実人数 609 人、分析対象 109 人（17.9%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.601×10^{-3}	<0.001
立替金額	-5.783×10^{-5}	0.675
払い戻しまでの日数	-2.176×10^{-3}	0.536

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜子ども発熱：中程度所得一般世帯の場合（n=1,185、実人数 237 人、分析対象 31 人（13.1%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-1.028×10^{-3}	<0.001
立替金額	2.406×10^{-5}	0.920
払い戻しまでの日数	2.737×10^{-4}	0.966

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 42. 子どもの嘔吐（一度きり・再発なし）に対する受診意向の分析結果

＜子ども嘔吐：生活保護世帯の場合（n=905、実人数 181 人、分析対象 58 人（32.0%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.412×10^{-3}	<0.001
立替金額	-6.506×10^{-4}	0.007
払い戻しまでの日数	5.271×10^{-3}	0.385

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 270 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜子ども嘔吐：低所得一般世帯の場合（n=3,045、実人数 609 人、分析対象 180 人（29.6%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-2.810×10^{-3}	<0.001
立替金額	-2.272×10^{-4}	0.126
払い戻しまでの日数	-1.269×10^{-2}	0.002

立替金額については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。
払い戻しまでの日数については、1 日あたり自己負担額 4.5 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。

＜子ども嘔吐：中程度所得一般世帯の場合（n=1,185、実人数 237 人、分析対象 64 人（27.0%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-3.698×10^{-3}	<0.001
立替金額	-8.470×10^{-4}	0.017
払い戻しまでの日数	-1.319×10^{-3}	0.875

立替金額の 1,000 円は、自己負担額の 229 円相当の受診判断に対する影響を及ぼす。
払い戻しまでの日数については、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 43. 子どもの虫歯に対する受診意向の分析結果

＜子ども虫歯：生活保護世帯の場合（n=905、実人数 181 人、分析対象 52 人（28.2%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-9.343×10^{-4}	<0.001
立替金額	-4.202×10^{-5}	0.813
払い戻しまでの日数	-2.657×10^{-4}	0.955

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜子ども虫歯：低所得一般世帯の場合（n=3,045、実人数 609 人、分析対象 101 人（16.6%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	-5.469×10^{-4}	<0.001
立替金額	1.739×10^{-4}	0.177
払い戻しまでの日数	1.208×10^{-3}	0.709

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

＜子ども虫歯：中程度所得一般世帯の場合（n=1,185、実人数 237 人、分析対象 31 人（13.1%））＞

説明変数	係数	p 値
自己負担額	2.666×10^{-4}	0.267
立替金額	-6.165×10^{-5}	0.789
払い戻しまでの日数	-1.303×10^{-3}	0.830

立替金額、払い戻しまでの日数共、係数が 5%有意ではなかったため、自己負担額との関係については言及しない。

図表 44. 受診判断との関係における立替金額 1,000 円の自己負担相当額

	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
本人：高血圧	188 円	131 円	×
本人：高熱	×	122 円	167 円
本人：腰の痛み	237 円	110 円	×
本人：不眠	×	127 円	134 円
子ども：肌荒れ	×	130 円	239 円
子ども：高熱	×	×	×
子ども：嘔吐	270 円	×	229 円
子ども：虫歯	×	×	×

×：立替金額の係数が 5%有意ではなかったため、算出せず。

4.3.6 回答の信憑性の程度

設問の回答の信憑性を確認するために設定した設問、

【すべての症状で「受診する（させる)」を選んだ方のみに対して】
あなたはこれまでお示しした症状において、自己負担がいくらかかっても受診を行いますか。

【すべての症状で「受診しない（させない)」を選んだ方のみに対して】
あなたはどのような症状においても、病院や診療所を受診しないと断言できますか。

に対する回答者の割合は、以下の通りとなり、「いくらかかっても受診」がいずれの世帯グループも似た状況であるのに対して、「受診しないと断言」の方は、生活保護世帯には皆無で、低所得一般世帯に多く存在する状況であった。

図表 45. すべての症状で「受診する（させる)」とした人の考え

いくらかかっても受診	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
はい	88	103	55
	89.8%	81.7%	87.3%
いいえ	10	23	8
	10.2%	18.3%	12.7%
合計	98	126	63

図表 46. すべての症状で「受診しない（させない)」とした人の考え

受診しないと断言	生活保護世帯	低所得一般世帯	中程度所得一般世帯
はい	0	23	4
	0.0%	30.3%	13.3%
いいえ	7	53	26
	100.0%	69.7%	86.7%
合計	7	76	30

4.4 考察

本アンケートは、カードを見せる形式による仮想の状況の下での回答者の選好をデータとし以下の２つのモデルを設定し、条件付きロジスティック回帰分析したものであるが、以下の傾向が示唆される。

モデル①：被説明変数として「受診判定」、説明変数として「自己負担額」「立替金額の有無（=払い戻しまでの日数の有無)」を設定。立替払いが生じることでの受診判断への影響を推測するためのモデル。

モデル②：被説明変数として「受診判定」、説明変数として「自己負担額」「立替金額」「払い戻しまでの日数」を設定。立替払いの金額や払い戻しまでの日数に応じた受診判断への影響を推測するためのモデル。

（モデル①による分析：自己負担額や立替の有無と受診判断の関連）

全ての世帯グループにおいて、自己負担額や立替の条件の有無により受診判断の変化があった症状は、本人の全ての症状と、子どもの肌荒れ及び一度きりの嘔吐についてであり、3～4 割程度であった。一方で子どもの発熱と虫歯に関しては、条件により受診判断の変化があった割合が 1.5～2.5 割程度と低くなっており、その中で自己負担額は受診判断に対して概ね関連があったものの、立替の有無に関しては受診判断に対する関連はほとんど見られなかった。

（モデル②による分析：自己負担額や立替金額の多寡と受診判断の関連）

自己負担・立替共に連続値で用いた場合、自己負担額の増加に対する受診抑制への関連は、病状や世帯グループによらず、明瞭に現れていた。例えば高血圧の場合、全ての世帯グループにおいて、自己負担額の増加が 0.1%有意で受診抑制と関連がある状況であった（図表 25、図表 36）。

一方で、立替金額が生ずる場合の受診抑制への関連は、概ね同額の自己負担額が生ずる場合に対して 9 分の 1～4 分の 1 程度の強さで生じている傾向にあった。例えば、高血圧の症状において、低所得一般世帯の場合は、1,000 円の立替は自己負担額 131 円に相当する受診抑制効果があった（図表 36）。

本人の症状においては、立替金が発生することにより低所得一般世帯で全体的に受診を控える傾向が出ており、生活保護世帯と中程度所得一般世帯では、それぞれ異なる組み合わせの症状で受診を控える傾向が出ていた（図表 44）。

子どもの症状においては、受診が推奨される症状では受診を控える傾向は出ておらず、それ以外で受診を控えるケースが一部存在している状況であった（図表 44）。

（自己負担額の価格による弾性値）

得られた集計値から、自己負担額が 600 円から 1,200 円（高血圧のみ 1,600 円から 3,200 円）に変化した場合に、受診希望者数が何%変化するか（負担額の価格による弾性値）を計算し、以下の関係を確認した。

・全般的に、中程度所得一般世帯は、それ以外の 2 グループよりも負担額の価格による弾性値が小さく、価格が上昇しても受診希望者数は比較的減少しにくい傾向がみられた（子どもの嘔吐・虫歯以外）。

・本人の症状については、受診が必要な高血圧と高熱において負担額の価格による弾性値が小さく、価格上昇による受診希望者数の減少は比較的小さい傾向が見られた。また、子どもの症状で受診が必要な発熱と虫歯においても、同様の傾向が見られた。

5 全体の考察

（骨子として冒頭の「全体の要約」を作成した）

6 資料

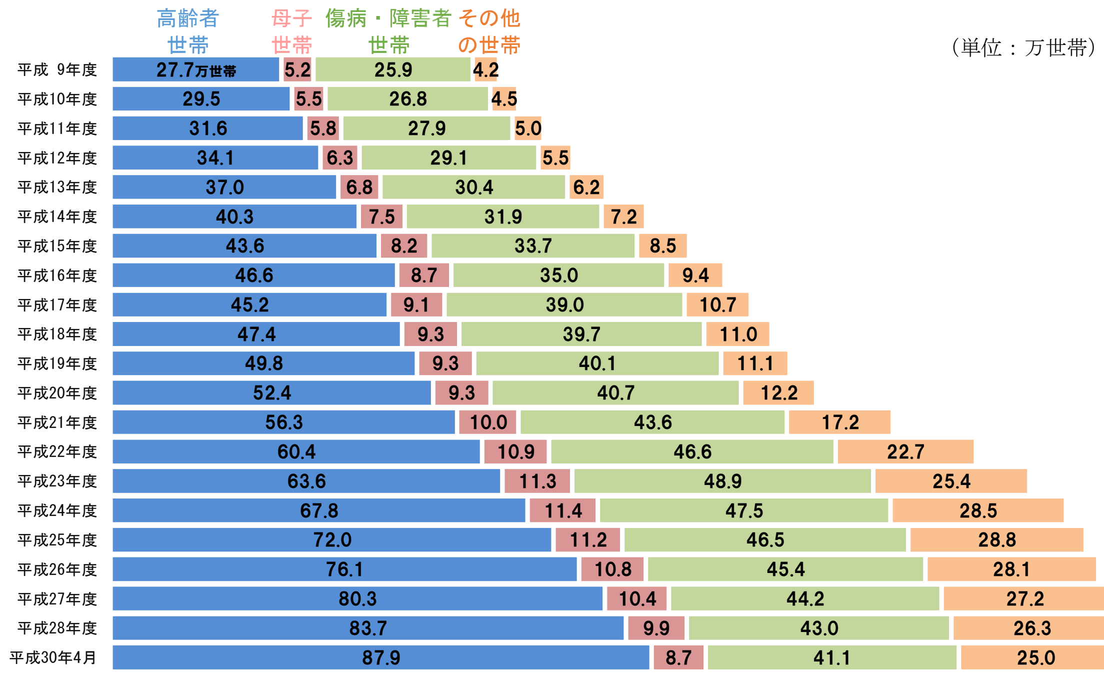
6.1 医療扶助の現状

6.1.1 世帯累計別の保護世帯数と構成割合の推移

生活保護受給世帯数をみると、平成 27 年度までは増加しているが、それ以降はほぼ変化はない。また、「高齢者世帯」以外の世帯は減少傾向となっているが、「高齢者世帯」は増加傾向となっている。

世帯累計別の構成割合でみると、「高齢者世帯」は増加する一方で、「高齢者以外」の世帯は減少している。

図表 47. 世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移

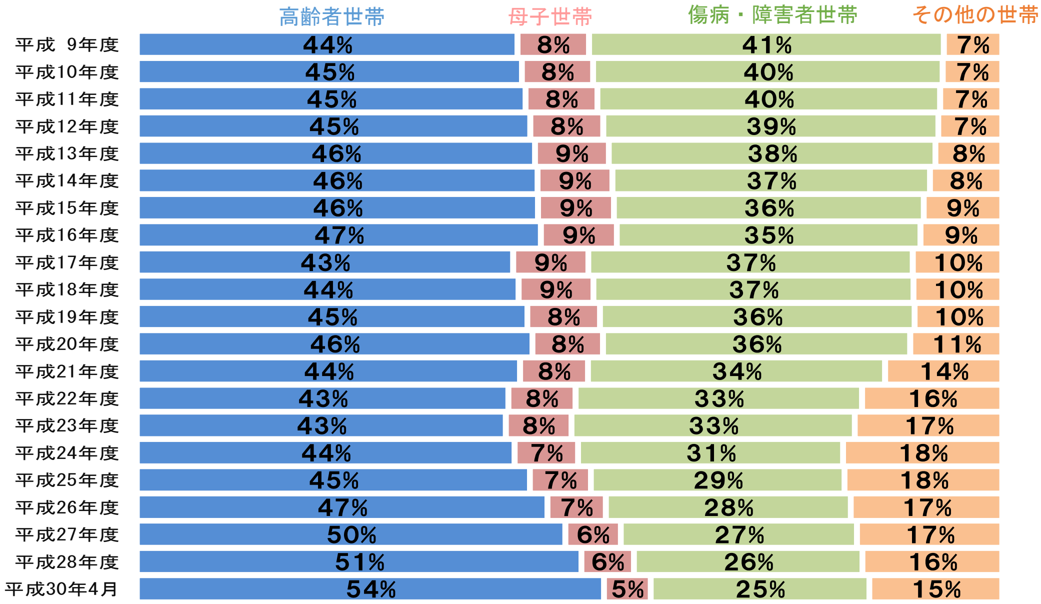


【資料】平成 23 年度以前は福祉行政報告例、平成 24 年度以降は被保護者調査（平成 29 年度以降は速報値）
注：世帯数は各年度の 1 か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。
出典：厚生労働省資料

<u>世帯累計の定義</u>

- 高齢者世帯 ：男女とも 65 歳以上（平成 17 年３月以前は、男 65 歳以上、女 60 歳以上）の者のみで構成されている世帯か、これらに 18 歳未満の者が加わった世帯
- 母子世帯 ：死別･離別･生死不明及び未婚等により現に配偶者がいない 65 歳未満（平成 17 年３月以前は、18 歳以上 60 歳未満）の女子と 18 歳未満のその子（養子を含む。）のみで構成されている世帯
- 障害者世帯 ：世帯主が障害者加算を受けているか、障害･知的障害等の心身上の障害のため働けない者である世帯
- 傷病者世帯 ：世帯主が入院（介護老人保健施設入所を含む。）しているか、在宅患者加算を受けている世帯、若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯
- その他の世帯：上記以外の世帯

図表 48. 世帯類型別の構成割合の推移

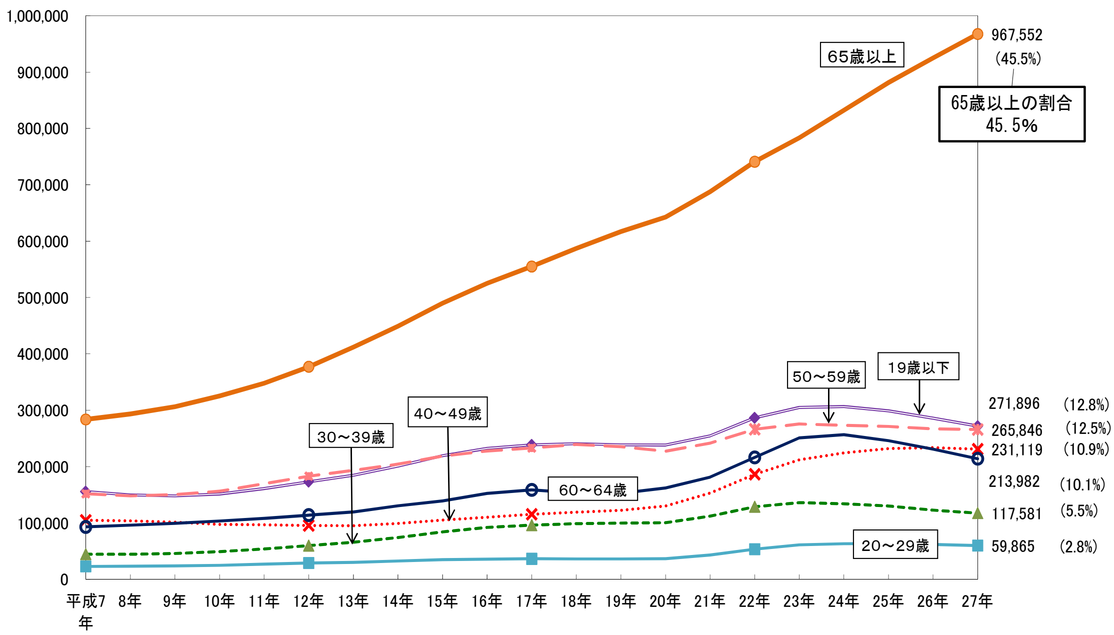


※ 高齢者世帯の 90.7%が単身世帯（平成 28 年度（確定値））
出典：厚生労働省資料

6.1.2 年齢階層別被保護人員の年次推移

年齢別の被保護人員では、65 歳以上の高齢者が経年で増加している。平成 27 年の被保護人員のうち、全体の 45.5%は 65 歳以上の者となっている。

図表 49. 年齢階層別被保護人員の年次推移



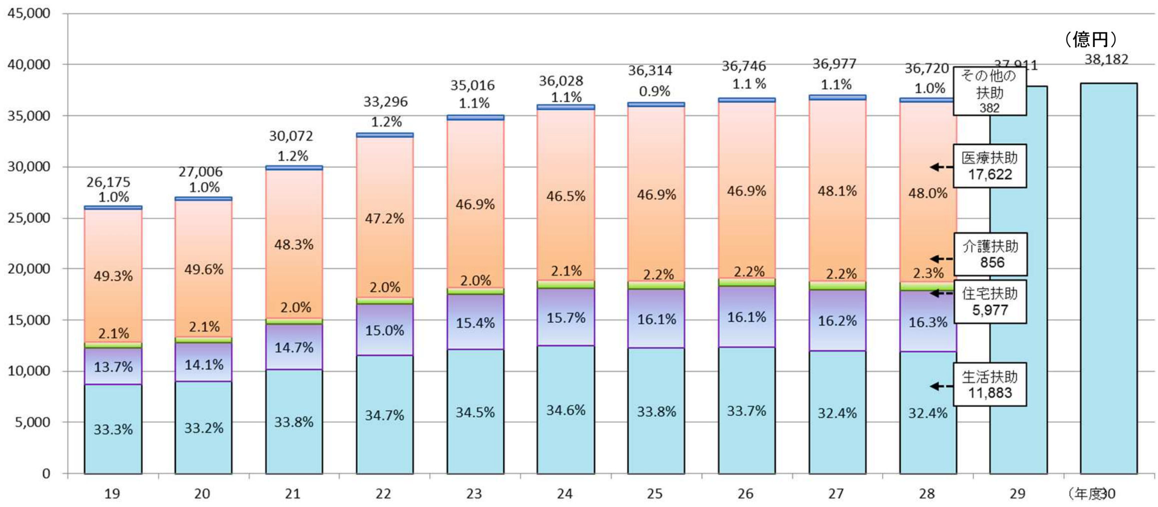
出典：厚生労働省資料

6.1.3 生活保護費負担金（事業費ベース）実績額の推移

平成 30 年度当初予算では、生活保護費負担金（事業費ベース）は 3.8 兆円となっている。

生活保護費負担金のうち、実績額の 48.0%（平成 28 年度）は医療扶助である。

図表 50. 生活保護費負担金（事業費ベース）実績額の推移



※1　施設事務費を除く
※2　平成 28 年度までは実績額、平成 29 年度は補正後予算額、30 年度は当初予算額
※3　国と地方における負担割合については、国 3/4、地方 1/4
出典：生活保護費負担金事業実績報告（厚生労働省資料）

6.1.4 年齢階級別 被保護者１人当たり医療扶助費（月額）　三要素

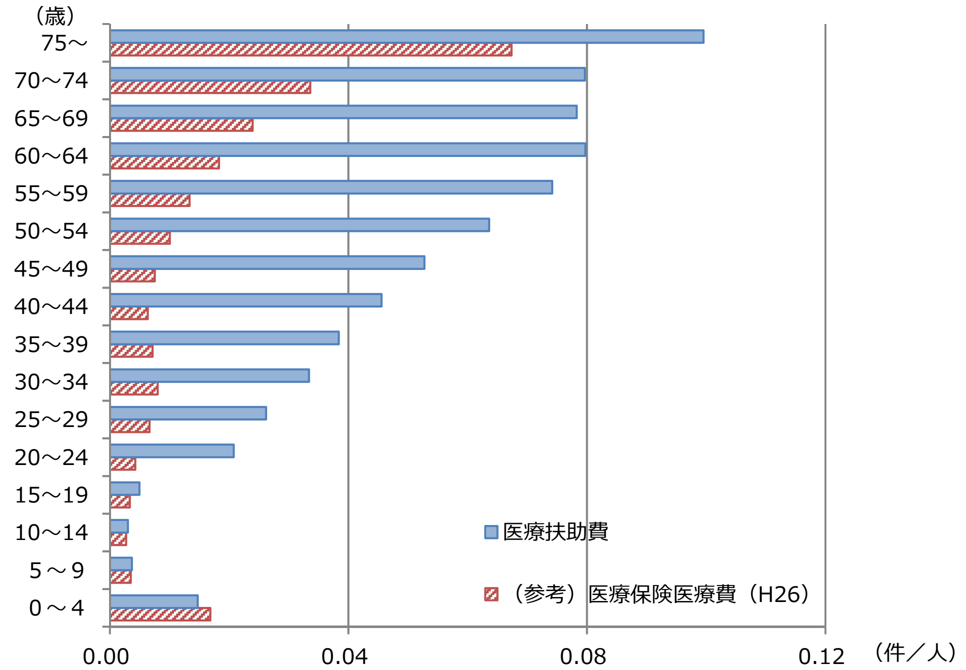
<u>年齢階級別 被保護者１人当たり医療扶助費（月額）　三要素　入院（平成 27 年 6 月審査分）</u>

入院（食事・生活療養を含む）に係る１人当たり医療扶助費（月額）を要素別に検討し、医療保険と比較すると、受診率において医療扶助費が高くなっている。

1 件当たり日数も医療扶助費が、医療保険医療費に比べて高い。

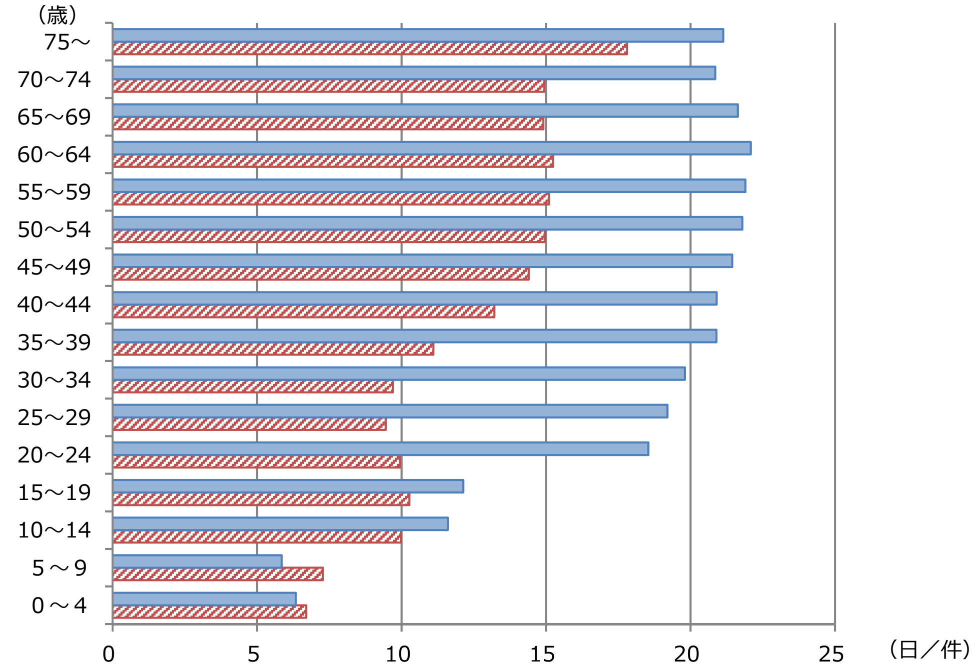
1 日当たり医療（扶助）費は、年代別に見ても医療扶助の方が低くなっている。

図表 51. 受診率



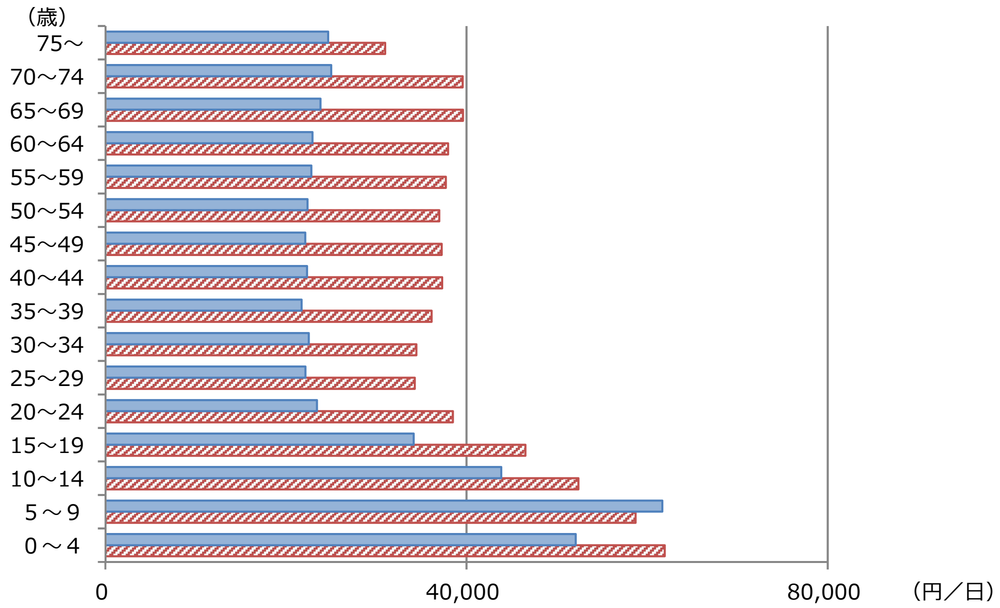
注：「受診率」とは、1ヶ月間における被保護者1人当たりのレセプト枚数（患者が利用した医療機関数の延べ数）を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものを 12 で割ったものとしている。

図表 52. 1件当たり日数



注：「1件当たり日数」とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数を指す。

図表 53. 1 日当たり医療（扶助）費

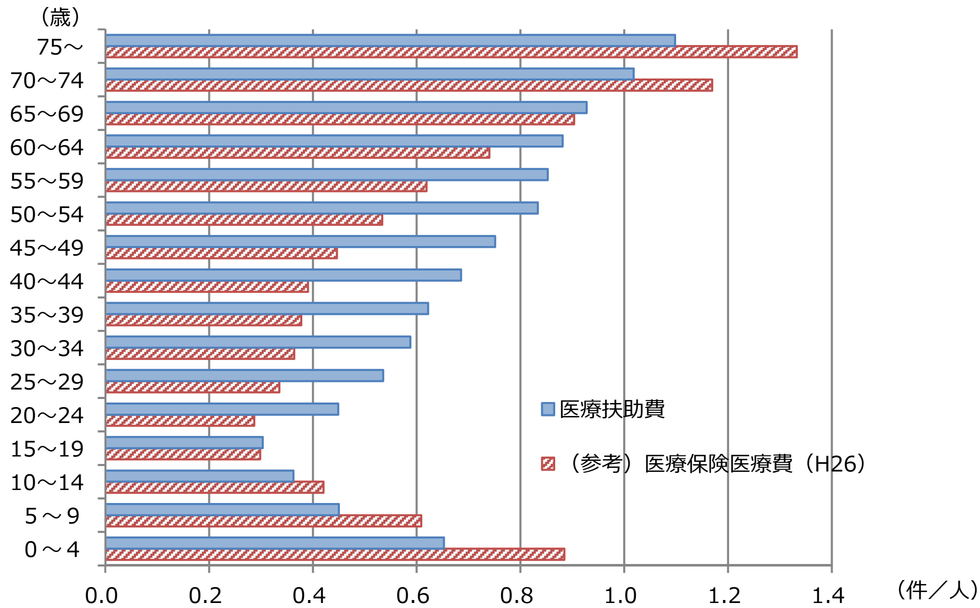


出典：第 63 回医療扶助実態調査（平成 27 年 6 月審査分）特別集計、平成 27 年度被保護者調査（年次調査）、平成 26 年度医療保険に関する基礎資料（すべて厚生労働省資料）

年齢階級別 被保護者 1 人当たり医療扶助費（月額） 三要素 入院外＋調剤（平成 27 年 6 月審査分）

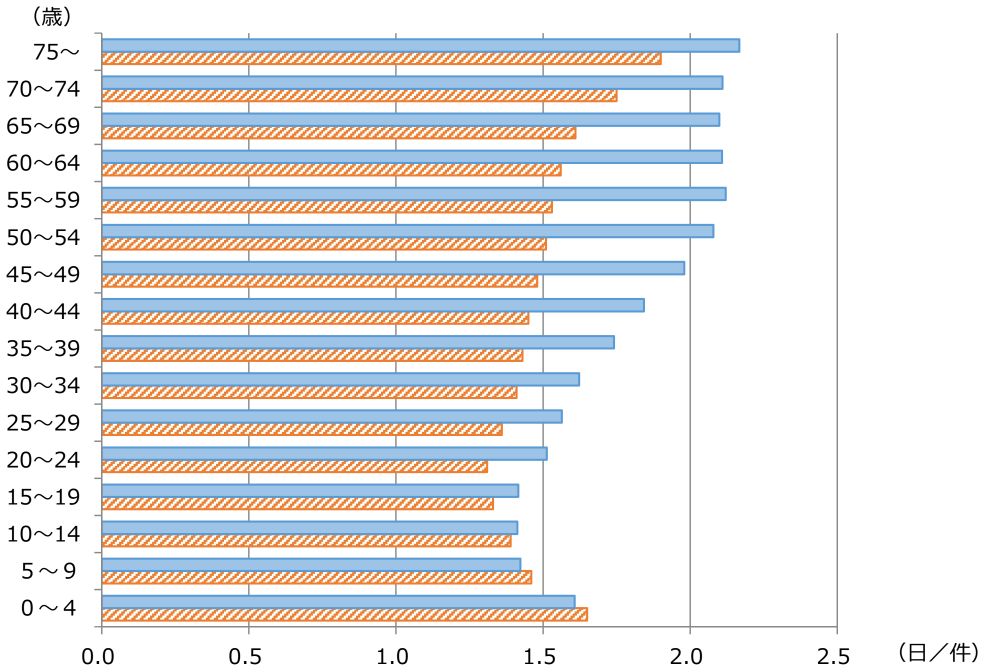
入院外＋調剤に係る 1 人当たり医療扶助費（月額）を要素別に分解し、医療保険と比較すると、いずれの要素も医療扶助の方が概ね高い傾向にあった。しかし、15 歳未満及び 70 歳以上の受診率については、医療扶助の方が低くなっており、これらの年代での 1 件当たり日数や 1 日当たり医療（扶助）費が高いのは、被保護者において、より重症になってからの受診が多い可能性が示唆された。

図表 54. 受診率



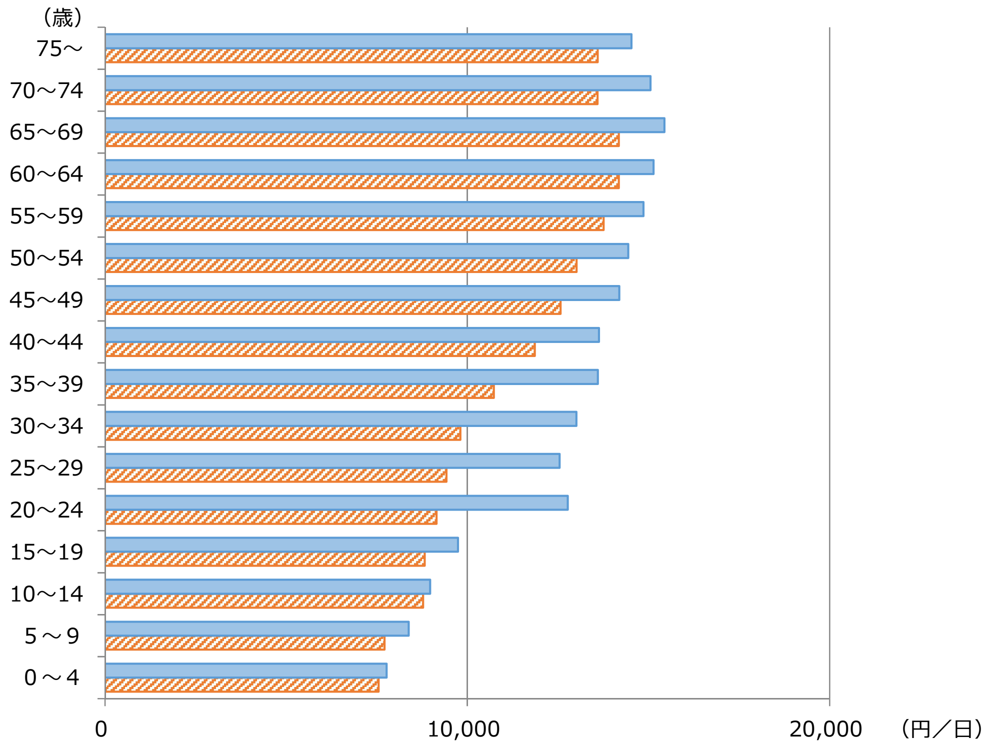
注：「受診率」とは、1 ヶ月間における被保護者 1 人当たりのレセプト枚数（患者が利用した医療機関数の延べ数）を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものを 12 で割ったものとしている。

図表 55. 1 件当たり日数



注：「1 件当たり日数」とは、レセプト 1 枚当たりの医療機関を利用した日数を指す。

図表 56. 1 日当たり医療（扶助）費



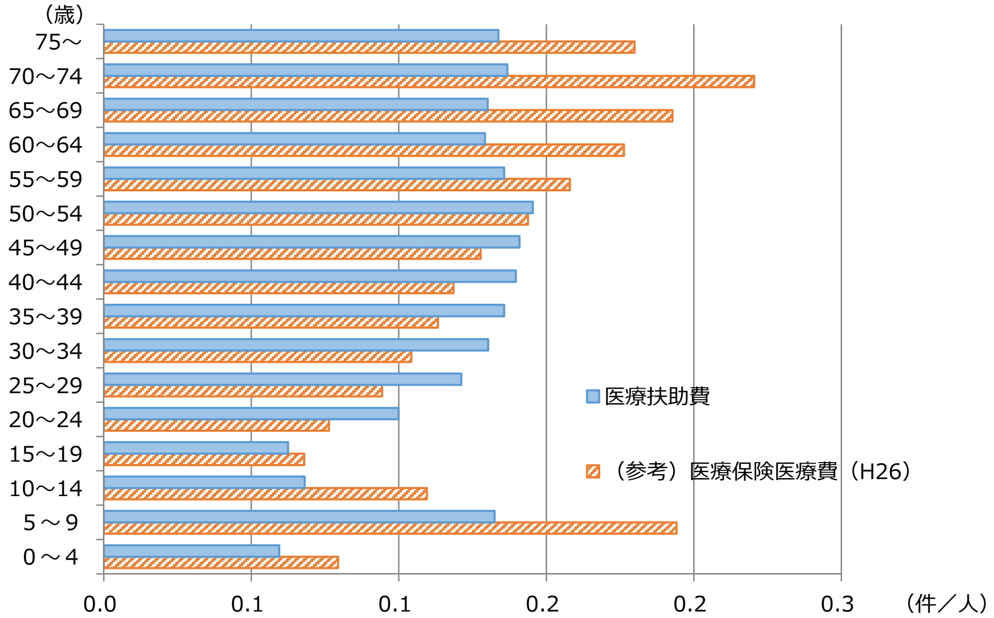
出典：第 63 回医療扶助実態調査（平成 27 年 6 月審査分）特別集計、平成 27 年度被保護者調査（年次調査）、平成 26 年度医療保険に関する基礎資料（すべて厚生労働省資料）

年齢階級別 被保護者１人当たり医療扶助費（月額）　三要素　歯科（平成 27 年 6 月審査分）

歯科に係る１人当たり医療扶助費（月額）を要素別に分解し、医療保険と比較すると、受診率の 20 歳未満及び 55 歳以上を除き、いずれの要素、年齢階級においても医療扶助の方が高くなっている。

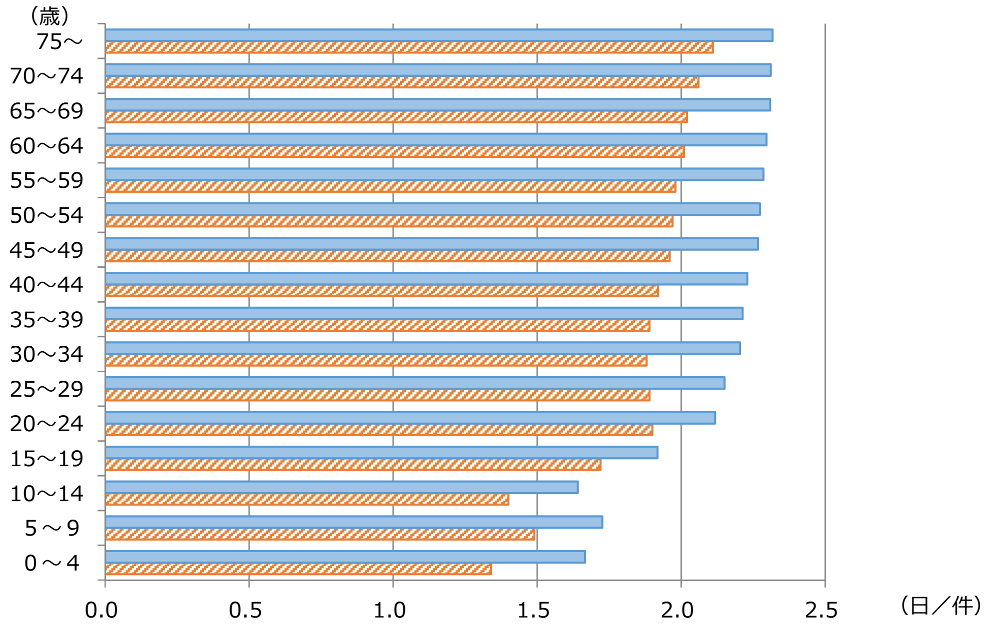
このことから、20 歳未満と 55 歳以上では、重症になってからの受診の可能性が考えられ、これらの年齢階級で受診抑制が生じていないかの検討が必要である。

図表 57. 受診率



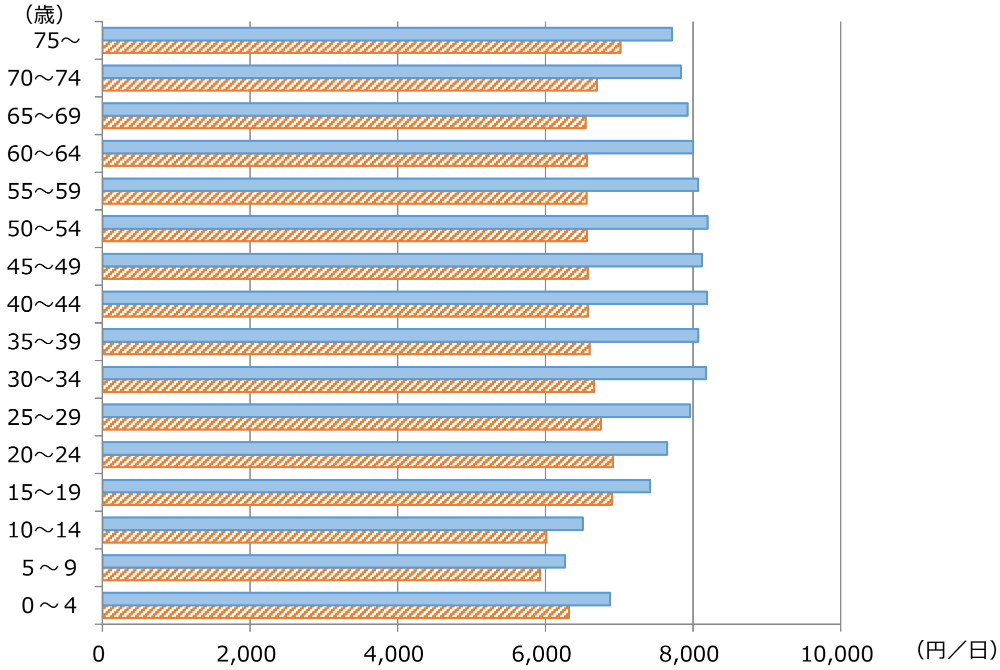
注：「受診率」とは、１ヶ月間における被保護者１人当たりのレセプト枚数（患者が利用した医療機関数の延べ数）を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものを 12 で割ったものとしている。

図表 58. １件当たり日数



注：「１件当たり日数」とは、レセプト１枚当たりの医療機関を利用した日数を指す。

図表 59. 1日当たり医療（扶助）費



出典：第63回医療扶助実態調査（平成27年6月審査分）特別集計、平成27年度被保護者調査（年次調査）、平成26年度医療保険に関する基礎資料（すべて厚生労働省資料）

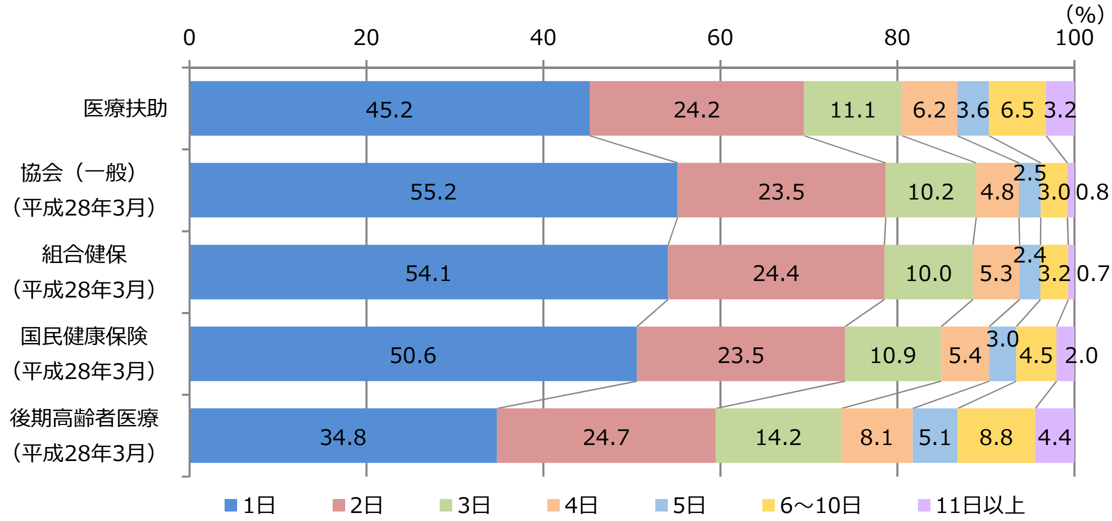
医療制度別での受診日数の分布状況（入院外）

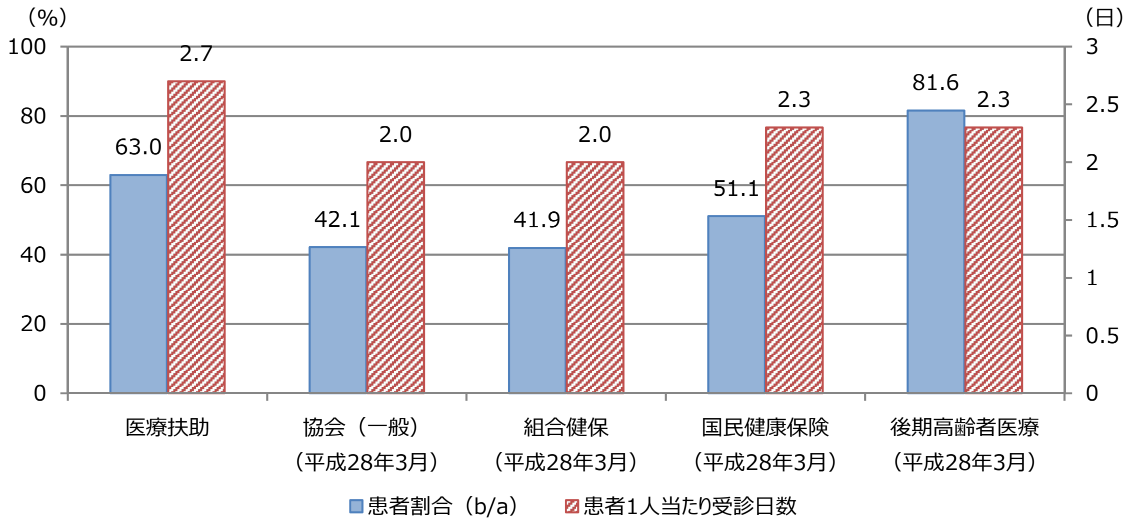
入院外における受診日数の分布を制度別にみると、医療扶助については国民健康保険と後期高齢者の間の値となっている。

図表 60. 入院外における月間の受診動向（平成28年6月審査分）

（万人）

		医療扶助		協会(一般)（平成28年3月）		組合健保（平成28年3月）		国民健康保険（平成28年3月）		後期高齢者医療（平成28年3月）	
加入者数 (a)		213.7		3,716.5		2,225.1		3,468.7		1,623.7	
受診日数	1日	60.9	45.2%	863.3	55.2%	504.4	54.1%	896.1	50.6%	460.3	34.8%
	2日	32.6	24.2%	368.2	23.5%	228.0	24.4%	416.0	23.5%	327.4	24.7%
	3日	14.9	11.1%	160.1	10.2%	93.2	10.0%	192.7	10.9%	187.8	14.2%
	4日	8.4	6.2%	75.6	4.8%	49.2	5.3%	96.3	5.4%	106.7	8.1%
	5日	4.8	3.6%	38.6	2.5%	22.0	2.4%	54.0	3.0%	67.4	5.1%
	6～10日	8.7	6.4%	47.0	3.0%	29.4	3.1%	80.4	4.5%	116.0	8.8%
	11～15日	2.8	2.0%	9.0	0.6%	4.6	0.5%	24.2	1.4%	37.6	2.8%
	16～20日	1.0	0.7%	2.3	0.1%	1.2	0.1%	7.2	0.4%	12.1	0.9%
	21～25日	0.4	0.3%	0.9	0.1%	0.4	0.0%	3.3	0.2%	5.7	0.4%
	26日～	0.1	0.1%	0.3	0.0%	0.2	0.0%	1.3	0.1%	3.2	0.2%
	総計 (b)	134.6	100%	1,565.2	100%	932.7	100%	1,771.6	100%	1,324.2	100%
患者割合 (b/a)		63.0%		42.1%		41.9%		51.1%		81.6%	
患者1人当たり受診日数		2.7日		2.0日		2.0日		2.3日		3.2日	





注１：同一制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という）。注２：医療扶助における加入者数は平成 28 年 5 月時点の被保護者数（概数・停止中の者を除く）である。

出典：第 64 回医療扶助実態調査（平成 28 年 6 月審査分）特別集計、平成 28 年度被保護者調査（月次調査）、平成 27 年度医療給付実態調査（すべて厚生労働省資料）

6.2 Web アンケートの調査内容・単純集計

生活に関するアンケート

選択肢記号の説明
□　複数選択（チェックボックス）
○　単一選択（ラジオボタン）
▽　単一選択（プルダウン）

SAR

SQ1

あなたを含めた世帯構成は以下のどれにあてはまりますか。

お子様も同居している場合は、18歳以下のお子様（平成31年3月末時点）も同居しているかいないかで、回答する選択肢が異なります。
また、子供の人数を回答する際は、お子様の年齢に関係なく、同居されているお子様全員の合計人数を入力してください。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	あなたのみの世帯（単身世帯）	
○	2.	あなたと配偶者の世帯（夫婦のみの世帯）	
○	3.	あなた夫婦と子どもの世帯（夫婦と子どもの世帯）※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいる世帯で扶養している子ども全員の人数：【N】人	*SQ1_3N*
○	4.	あなたと子どもの世帯（片親と子どもの世帯）※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいる世帯で扶養している子ども全員の人数：【N】人	*SQ1_4N*
○	5.	あなた夫婦と子どもの世帯（夫婦と子どもの世帯）※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいない世帯で扶養している子ども全員の人数：【N】人	*SQ1_5N*
○	6.	あなたと子どもの世帯（片親と子どもの世帯）※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいない世帯で扶養している子ども全員の人数：【N】人	*SQ1_6N*
○	7.	あなたもしくはあなた夫婦と親の世帯	
○	8.	3世代以上の世帯	
○	9.	親族以外が同居する世帯	
○	10.	上記にあてはまらない世帯	

MAC

SQ2

現在あなたやあなたの世帯に居る方が受けている社会保障給付費はこの中にありますか。全てお答え下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

□	1.	老齢年金
□	2.	遺族年金
□	3.	障害年金
□	4.	生活保護
□	5.	労働者災害補償
□	6.	失業手当
□	7.	その他
□	8.	給付を受けていない
□	9.	わからない

SAR **SQ3**

あなたのご家庭の世帯年収（税込み）をお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	200万円未満
○	2.	200～400万円未満
○	3.	400～600万円未満
○	4.	600～800万円未満
○	5.	800～1000万円未満
○	6.	1000～1200万円未満
○	7.	1200～1500万円未満
○	8.	1500～2000万円未満
○	9.	2000万円以上
○	10.	わからない／答えたくない

SAR **Q1**

あなたが病院又は診療所で風邪の治療をされる際の医療費負担割合をお答え下さ

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	自己負担なし	
○	2.	1割負担	
○	3.	2割負担	
○	4.	3割負担	
○	5.	その他【FA】	*Q1_5FA*

MTS **Q2**

あなたに以下の症状（他の症状は無いものとする）があったとき、病院又は診療所に受診しに行きますか。
※以下の症状になったことのない場合も、なったことを想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q2S1	1.	せきが3日続く症状
Q2S2	2.	鼻水、くしゃみ、鼻づまりが3日続く症状
Q2S3	3.	1度きりの嘔吐の発生
Q2S4	4.	2日続けて38℃以上の発熱がある症状
Q2S5	5.	ぶつけたりしていないのに繰り返す鼻血の症状
Q2S6	6.	少量の出血を伴う膝の負傷
Q2S7	7.	内出血で膝の腫れる負傷
Q2S8	8.	運動、呼吸に伴い胸の痛みが出る症状
Q2S9	9.	以前にもあって自然に治まったが、再発している腰の痛みの症状
Q2S10	10.	腕の打ち身で生ずる体の痛みの症状
Q2S11	11.	毎年冬に起きる肌荒れの症状
Q2S12	12.	強い痛みを伴わない発疹の症状
Q2S13	13.	強い痛みを伴わないイボの症状
Q2S14	14.	日常生活に差支えない程度の目のかすみが続いている症状
Q2S15	15.	夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きる症状

選択肢リスト

○	1.	受診する
○	2.	受診しない

FAS

Q3

同居しているあなたの一番下の子どもの現在の年齢はおいくつですか。

▲ 設問文を折りたたむ

1.	Q3S1【N】	*Q3S1N*

FAS

Q4

その子どもは、上から何番目ですか。

▲ 設問文を折りたたむ

1.	Q4S1【N】	*Q4S1N*

MTS

Q5

現在お住まいの市区町村で、その子どもの医療費負担はどのようになっていますか。
それぞれ当てはまるものをお答え下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q5S1	1.	診察（1回）
Q5S2	2.	入院（1日あたり）
Q5S3	3.	投薬（1回）

選択肢リスト

○	1.	自己負担なし	
○	2.	割合に準ずる負担	
○	3.	1回もしくは1日で定額	
○	4.	その他	*FA*
○	5.	把握していない	

FAS

Q6

前問で、「割合に準ずる負担」もしくは「1回もしくは1日で定額」とお答えになった項目
についてお聞きします。
そのあなたが負担する割合・金額をそれぞれお答えください。
※分からない方も、大体の割合・金額をお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

1.	Q6S1【N】	*Q6S1N*
2.	Q6S2【N】	*Q6S2N*
3.	Q6S3【N】	*Q6S3N*
4.	Q6S4【N】	*Q6S4N*
5.	Q6S5【N】	*Q6S5N*
6.	Q6S6【N】	*Q6S6N*

MTS **Q7**

あなたの子どもに以下の症状（他の症状は無いものとする）があったとき、子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。
※以下の症状になったことのない場合も、なったことを想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

項目リスト

Q7S1	1.	せきが3日続く症状
Q7S2	2.	鼻水、くしゃみ、鼻づまりが3日続く症状
Q7S3	3.	1度きりの嘔吐の発生
Q7S4	4.	2日続けて38℃以上の発熱がある症状
Q7S5	5.	ぶつけたりしていないのに繰り返す鼻血の症状
Q7S6	6.	少量の出血を伴う膝の負傷
Q7S7	7.	内出血で膝の腫れる負傷
Q7S8	8.	運動、呼吸に伴い胸の痛みが出る症状
Q7S9	9.	以前にもあって自然に治まったが、再発している腰の痛みの症状
Q7S10	10.	腕の打ち身で生ずる体の痛みの症状
Q7S11	11.	毎年冬に起きる肌荒れの症状
Q7S12	12.	強い痛みを伴わない発疹の症状
Q7S13	13.	強い痛みを伴わないイボの症状
Q7S14	14.	日常生活に差支えない程度の目のかすみが続いている症状
Q7S15	15.	夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きる症状

選択肢リスト

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q8**

あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q9**

あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q10**

あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q11**

あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q12**

あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q13**

あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q14**

あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q15**

あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q16**

あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q17**

あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q18**

あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。
※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q19**

あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。
※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q20**

あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。
※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q21**

あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。
※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診する
○ 2. 受診しない

SAR **Q22**

あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。
※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q23**

あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q24**

あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q25**

あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q26**

あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q27**

あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

- ○ 1. 受診する
- ○ 2. 受診しない

SAR **Q28**

あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q29**

あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q30**

あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q31**

あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q32**

あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q33**

あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q34**

あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q35**

あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q36**

あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q37**

あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q38**

あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない（熱はなし、食欲あり）場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q39**

あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない（熱はなし、食欲あり）場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.　受診させる
○ 2.　受診させない

SAR **Q40**

あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない（熱はなし、食欲あり）場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.　受診させる
○ 2.　受診させない

SAR **Q41**

あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない（熱はなし、食欲あり）場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.　受診させる
○ 2.　受診させない

SAR **Q42**

あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない（熱はなし、食欲あり）場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きます

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.　受診させる
○ 2.　受診させない

SAR **Q43**

あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.　受診させる
○ 2.　受診させない

SAR **Q44**

あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1.　受診させる
○ 2.　受診させない

SAR **Q45**

あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q46**

あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q47**

あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、
以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 受診させる
○ 2. 受診させない

SAR **Q48**

すべての症状で「受診する（させる）」を選んだ方にお聞きします。
あなたはこれまでお示しした症状において、自己負担がいくらかかっても受診を行いま

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. はい
○ 2. いいえ

SAR **Q49**

すべての症状で「受診しない（させない）」を選んだ方にお聞きします。
あなたはどのような症状においても、病院や診療所を受診しないと断言できますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. はい
○ 2. いいえ

FAS **Q50**

ご自宅から最寄の病院か診療所まで、
いつもの交通手段を使った場合の移動時間を（分）で記入して下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

1. Q50S1【N】 *Q50S1N*

FAS **Q51**

ご自宅から最寄の役所（市役所、町役場等）まで、
いつもの交通手段を使った場合の移動時間を（分）で記入して下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

1. Q51S1【N】 *Q51S1N*

SAR **Q52**

次の話を想像して回答して下さい。
現在、あなたは高血圧の治療を無料（自己負担なし）で受けています。
しかし、次回からは無料で治療を受けるためには最寄の役所で「医療券」を治療前に
あらかじめ受け取る必要がでてきました。
医療券が無い場合、3割の自己負担が発生します。
あなたは次回からの治療を続けますか。あてはまるものを選択して下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 役所に行って医療券を受け取り、治療を続ける
○ 2. 役所には行かずに、治療費の3割の自己負担を支払って治療を続ける
○ 3. 治療を続けない

SAR **Q53**

次の話を想像して回答して下さい。
現在、子どもの虫歯の治療を無料（自己負担なし）で受けています。
しかし、次回からは無料で治療を受けるためには最寄の役所で「医療券」を治療前に
あらかじめ受け取る必要がでてきました。
医療券が無い場合、1回の通院につき300円の自己負担が発生します。
あなたは次回からの治療を続けさせますか。あてはまるものを選択して下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 役所に行って医療券を受け取り、治療を続けさせる
○ 2. 役所には行かずに、300円の自己負担を支払って治療を続けさせる
○ 3. 治療を続けさせない

SAR **Q54**

あなたのお住まいは次のどれにあたりますか。

▲ 設問文を折りたたむ

○ 1. 持ち家（一戸建て）
○ 2. 持ち家（アパート・マンションなどの集合住宅）
○ 3. 公営住宅（都道府県営・市区町村営住宅など）
○ 4. 民間賃貸住宅（一戸建て）
○ 5. 民間賃貸住宅（アパート・マンションなどの集合住宅）
○ 6. グループホーム、ケアホーム、生活寮
○ 7. その他【FA】 *Q54_7FA*

SAR **Q55**

突然、24時間以内に医療費を支払わなくてはならなくなった場合、24時間以内に
用意のできる医療費は世帯内で最大いくら程度ですか。
あてはまるものを選択して下さい。

▲ 設問文を折りたたむ

○	1.	1万円未満
○	2.	1～5万円未満
○	3.	5～10万円未満
○	4.	10～20万円未満
○	5.	20～40万円未満
○	6.	40～60万円未満
○	7.	60～80万円未満
○	8.	80～100万円未満
○	9.	100万円以上

[TABLE001]

SEX	性別 単一回答	N	%
1	男性	1199	46.1
2	女性	1401	53.9
	全体	2600	100.0

[TABLE002]

AGE	年齢(才) 自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	年齢(才)	2600	0	2600	117447	45.17	12.39	20.00	118.00

[TABLE003]

AGEID	年齢 単一回答	N	%
1	12才未満	0	0.0
2	12才～19才	0	0.0
3	20才～24才	52	2.0
4	25才～29才	206	7.9
5	30才～34才	301	11.6
6	35才～39才	351	13.5
7	40才～44才	424	16.3
8	45才～49才	380	14.6
9	50才～54才	310	11.9
10	55才～59才	218	8.4
11	60才以上	358	13.8
	全体	2600	100.0

[TABLE004]

PREFECTURE	都道府県 単一回答	N	%
1	北海道	163	6.3
2	青森県	22	0.8
3	岩手県	15	0.6
4	宮城県	45	1.7
5	秋田県	15	0.6
6	山形県	14	0.5
7	福島県	23	0.9
8	茨城県	52	2.0
9	栃木県	27	1.0
10	群馬県	38	1.5
11	埼玉県	143	5.5
12	千葉県	114	4.4
13	東京都	356	13.7
14	神奈川県	183	7.0
15	新潟県	46	1.8
16	富山県	11	0.4
17	石川県	18	0.7
18	福井県	10	0.4
19	山梨県	6	0.2
20	長野県	34	1.3
21	岐阜県	33	1.3
22	静岡県	68	2.6
23	愛知県	140	5.4
24	三重県	28	1.1
25	滋賀県	20	0.8
26	京都府	56	2.2
27	大阪府	244	9.4
28	兵庫県	125	4.8
29	奈良県	38	1.5
30	和歌山県	15	0.6
31	鳥取県	10	0.4
32	島根県	5	0.2
33	岡山県	46	1.8
34	広島県	63	2.4
35	山口県	20	0.8
36	徳島県	5	0.2
37	香川県	19	0.7
38	愛媛県	39	1.5
39	高知県	9	0.3
40	福岡県	119	4.6
41	佐賀県	12	0.5
42	長崎県	27	1.0
43	熊本県	24	0.9
44	大分県	19	0.7
45	宮崎県	15	0.6
46	鹿児島県	39	1.5
47	沖縄県	27	1.0
	全体	2600	100.0

[TABLE005]

AREA	地域 単一回答	N	%
1	北海道	163	6.3
2	東北地方	134	5.2
3	関東地方	913	35.1
4	中部地方	394	15.2

5	近畿地方	498	19.2
6	中国地方	144	5.5
7	四国地方	72	2.8
8	九州地方	282	10.8
	全体	2600	100.0

[TABLE006]

MARRIED	**未既婚** 単一回答	N	%
1	未婚	1179	45.3
2	既婚	1421	54.7
	全体	2600	100.0

[TABLE007]

CHILD	**子供の有無** 単一回答	N	%
1	子供なし	1354	52.1
2	子供あり	1246	47.9
	全体	2600	100.0

[TABLE008]

HINCOME	**世帯年収** 単一回答	N	%
1	200万未満	640	24.6
2	200～400万未満	641	24.7
3	400～600万未満	339	13.0
4	600～800万未満	286	11.0
5	800～1000万未満	154	5.9
6	1000～1200万未満	92	3.5
7	1200～1500万未満	17	0.7
8	1500～2000万未満	4	0.2
9	2000万円以上	12	0.5
10	わからない	93	3.6
	無回答	322	12.4
	全体	2600	100.0

[TABLE009]

PINCOME	**個人年収** 単一回答	N	%
1	200万未満	1193	45.9
2	200～400万未満	447	17.2
3	400～600万未満	209	8.0
4	600～800万未満	212	8.2
5	800～1000万未満	87	3.3
6	1000～1200万未満	33	1.3
7	1200～1500万未満	3	0.1
8	1500～2000万未満	2	0.1
9	2000万円以上	9	0.3
10	わからない	77	3.0
	無回答	328	12.6
	全体	2600	100.0

[TABLE010]

JOB	**職業** 単一回答	N	%
1	公務員	71	2.7
2	経営者・役員	39	1.5
3	会社員(事務系)	300	11.5
4	会社員(技術系)	249	9.6
5	会社員(その他)	323	12.4
6	自営業	148	5.7
7	自由業	64	2.5
8	専業主婦(主夫)	465	17.9
9	パート・アルバイト	467	18.0
10	学生	0	0.0
11	その他	101	3.9
12	無職	373	14.3
	全体	2600	100.0

[TABLE011]

CELL	**割付セル** 単一回答	N	%
1	【パターン1】【生活保護世帯】夫婦のみ	26	1.0
2	【パターン1】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34	1.3
3	【パターン1】【生活保護世帯】片親と子ども	11	0.4
4	【パターン1】【生活保護世帯】単独世帯	44	1.7
5	【パターン1】【世帯年収～400万円未満】夫婦のみ	86	3.3
6	【パターン1】【世帯年収～600万円未満】夫婦と子ども	114	4.4
7	【パターン1】【世帯年収～600万円未満】片親と子ども	38	1.5
8	【パターン1】【世帯年収～200万円未満】単独世帯	147	5.7
9	【パターン1】【世帯年収600～1200万円】夫婦のみ	33	1.3

10	【パターン1】【世帯年収600～1200万円】夫婦と子ども	45	1.7
11	【パターン1】【世帯年収600～1200万円】片親と子ども	15	0.6
12	【パターン1】【世帯年収600～1200万円】単独世帯	57	2.2
13	【パターン2】【生活保護世帯】夫婦のみ	26	1.0
14	【パターン2】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34	1.3
15	【パターン2】【生活保護世帯】片親と子ども	11	0.4
16	【パターン2】【生活保護世帯】単独世帯	44	1.7
17	【パターン2】【世帯年収～400万円未満】夫婦のみ	85	3.3
18	【パターン2】【世帯年収～600万円未満】夫婦と子ども	115	4.4
19	【パターン2】【世帯年収～600万円未満】片親と子ども	38	1.5
20	【パターン2】【世帯年収～200万円未満】単独世帯	147	5.7
21	【パターン2】【世帯年収600～1200万円】夫婦のみ	33	1.3
22	【パターン2】【世帯年収600～1200万円】夫婦と子ども	44	1.7
23	【パターン2】【世帯年収600～1200万円】片親と子ども	15	0.6
24	【パターン2】【世帯年収600～1200万円】単独世帯	58	2.2
25	【パターン3】【生活保護世帯】夫婦のみ	25	1.0
26	【パターン3】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34	1.3
27	【パターン3】【生活保護世帯】片親と子ども	12	0.5
28	【パターン3】【生活保護世帯】単独世帯	43	1.7
29	【パターン3】【世帯年収～400万円未満】夫婦のみ	86	3.3
30	【パターン3】【世帯年収～600万円未満】夫婦と子ども	114	4.4
31	【パターン3】【世帯年収～600万円未満】片親と子ども	38	1.5
32	【パターン3】【世帯年収～200万円未満】単独世帯	148	5.7
33	【パターン3】【世帯年収600～1200万円】夫婦のみ	34	1.3
34	【パターン3】【世帯年収600～1200万円】夫婦と子ども	45	1.7
35	【パターン3】【世帯年収600～1200万円】片親と子ども	14	0.5

36	【パターン3】【世帯年収600～1200万円】単独世帯	57	2.2
37	【パターン4】【生活保護世帯】夫婦のみ	25	1.0
38	【パターン4】【生活保護世帯】夫婦と子ども	34	1.3
39	【パターン4】【生活保護世帯】片親と子ども	11	0.4
40	【パターン4】【生活保護世帯】単独世帯	44	1.7
41	【パターン4】【世帯年収～400万円未満】夫婦のみ	86	3.3
42	【パターン4】【世帯年収～600万円未満】夫婦と子ども	114	4.4
43	【パターン4】【世帯年収～600万円未満】片親と子ども	38	1.5
44	【パターン4】【世帯年収～200万円未満】単独世帯	148	5.7
45	【パターン4】【世帯年収600～1200万円】夫婦のみ	34	1.3
46	【パターン4】【世帯年収600～1200万円】夫婦と子ども	44	1.7
47	【パターン4】【世帯年収600～1200万円】片親と子ども	15	0.6
48	【パターン4】【世帯年収600～1200万円】単独世帯	57	2.2
	全体	2600	100.0

[TABLE012]

SQ1	**あなたを含めた世帯構成は以下のどれにあてはまりますか。 お子様も同居している場合は、18歳以下のお子様（平成31年3月末時点）も同居しているかいないかで、回答する選択肢が異なります。 また、子供の人数を回答する際は、お子様の年齢に関係なく、同居されているお子様全員の合計人数を入力してください。 回答の際はご注意ください。** 単一回答	N	%
1	あなたのみの世帯（単身世帯）	994	38.2
2	あなたと配偶者の世帯（夫婦のみの世帯）	579	22.3
3	あなた夫婦と子どもの世帯（夫婦と子どもの世帯）※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいる世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人	771	29.7

4	あなたと子どもの世帯(片親と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいる世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人	256	9.8
5	あなた夫婦と子どもの世帯(夫婦と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいない世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人	0	0.0
6	あなたと子どもの世帯(片親と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいない世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人	0	0.0
7	あなたもしくはあなた夫婦と親の世帯	0	0.0
8	3世代以上の世帯	0	0.0
9	親族以外が同居する世帯	0	0.0
10	上記にあてはまらない世帯	0	0.0
	全体	2600	100.0

[TABLE013]

SQ1_3N	SQ1_3 あなた夫婦と子どもの世帯(夫婦と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいる世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人								
	自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	SQ1_3 あなた夫婦と子どもの世帯(夫婦と子ども(	2600	1829	771	1492	1.94	0.77	1.00	6.00

[TABLE014]

SQ1_4N	SQ1_4 あなたと子どもの世帯(片親と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいる世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人								
	自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	SQ1_4 あなたと子どもの世帯(片親と子どもの世帯	2600	2344	256	380	1.48	0.71	1.00	5.00

[TABLE015]

SQ1_5N	SQ1_5 あなた夫婦と子どもの世帯(夫婦と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいない世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人								
	自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	SQ1_5 あなた夫婦と子どもの世帯(夫婦と子ども(	2600	2600	0	0	−	−	−	−

[TABLE016]

SQ1_6N	SQ1_6 あなたと子どもの世帯(片親と子どもの世帯)※平成31年3月末時点で18歳以下の子どもがいない世帯で扶養している子ども全員の人数:【　　】人								
	自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	SQ1_6 あなたと子どもの世帯(片親と子どもの世帯	2600	2600	0	0	−	−	−	−

[TABLE017]

SQ2	現在あなたやあなたの世帯に居る方が受けている社会保障給付費はこの中にありますか。全てお答え下さい。		
	複数回答	N	%
1	老齢年金	282	10.8
2	遺族年金	90	3.5
3	障害年金	186	7.2
4	生活保護	458	17.6
5	労働者災害補償	55	2.1
6	失業手当	80	3.1
7	その他	101	3.9
8	給付を受けていない	1648	63.4
9	わからない	103	4.0
	全体	2600	100.0

[TABLE018]

SQ3	あなたのご家庭の世帯年収(税込み)をお答えください。		
	単一回答	N	%
1	200万円未満	979	37.7
2	200～400万円未満	631	24.3
3	400～600万円未満	267	10.3
4	600～800万円未満	349	13.4
5	800～1000万円未満	196	7.5
6	1000～1200万円未満	104	4.0
7	1200～1500万円未満	6	0.2
8	1500～2000万円未満	3	0.1
9	2000万円以上	6	0.2
10	わからない／答えたくない	59	2.3
	全体	2600	100.0

[TABLE019]

Q1	あなたが病院又は診療所で風邪の治療をされる際の医療費負担割合をお答え下さい。 単一回答	N	%
1	自己負担なし	432	16.6
2	1割負担	107	4.1
3	2割負担	109	4.2
4	3割負担	1878	72.2
5	その他	74	2.8
	全体	2600	100.0

[TABLE020]

Q2	あなたに以下の症状（他の症状は無いものとする）があったとき、病院又は診療所に受診しに行きますか。 ※以下の症状になったことのない場合も、なったことを想定してお答えください。 単一回答	全体	1 受診する	2 受診しない
1	せきが3日続く症状	2600 100.0	716 27.5	1884 72.5
2	鼻水、くしゃみ、鼻づまりが3日続く症状	2600 100.0	521 20.0	2079 80.0
3	1度きりの嘔吐の発生	2600 100.0	259 10.0	2341 90.0
4	2日続けて38℃以上の発熱がある症状	2600 100.0	1971 75.8	629 24.2
5	ぶつけたりしていないのに繰り返す鼻血の症状	2600 100.0	1522 58.5	1078 41.5
6	少量の出血を伴う膝の負傷	2600 100.0	192 7.4	2408 92.6
7	内出血で膝の腫れる負傷	2600 100.0	672 25.8	1928 74.2
8	運動、呼吸に伴い胸の痛みが出る症状	2600 100.0	1401 53.9	1199 46.1
9	以前にもあって自然に治まったが、再発している腰の痛みの症状	2600 100.0	747 28.7	1853 71.3
10	腕の打ち身で生ずる体の痛みの症状	2600 100.0	432 16.6	2168 83.4
11	毎年冬に起きる肌荒れの症状	2600 100.0	218 8.4	2382 91.6
12	強い痛みを伴わない発疹の症状	2600 100.0	667 25.7	1933 74.3
13	強い痛みを伴わないイボの症状	2600 100.0	534 20.5	2066 79.5
14	日常生活に差支えない程度の目のかすみが続いている症状	2600 100.0	550 21.2	2050 78.8
15	夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きる症状	2600 100.0	303 11.7	2297 88.3

[TABLE021]

Q3S1N	同居しているあなたの一番下の子どもの現在の年齢はおいくつですか。 【Q3S1【　　】】 自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	Q3S1【　　】	1027	0	1027	7560	7.36	5.53	0.00	18.00

[TABLE022]

Q4S1N	その子どもは、上から何番目ですか。 【Q4S1【　　】】 自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	Q4S1【　　】	1027	0	1027	2071	2.02	1.54	1.00	24.00

[TABLE023]

Q5	現在お住まいの市区町村で、その子どもの医療費負担はどのようになっていますか。それぞれ当てはまるものをお答え下さい。 単一回答	全体	1 自己負担なし	2 割合に準ずる負担	3 1回もしくは1日で定額	4 その他	5 把握していない
1	診察（1回）	1027 100.0	516 50.2	217 21.1	210 20.4	32 3.1	52 5.1
2	入院（1日あたり）	1027 100.0	377 36.7	211 20.5	145 14.1	17 1.7	277 27.0
3	投薬（1回）	1027 100.0	565 55.0	208 20.3	113 11.0	17 1.7	124 12.1

[TABLE024]

Q6	前問で、「割合に準ずる負担」もしくは「1回もしくは1日で定額」とお答えになった項目についてお聞きします。 そのあなたが負担する割合・金額をそれぞれお答えください。 ※分からない方も、大体の割合・金額をお答えください。 自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値

1	Q6S1【　　】	217	0	217	556	2.56	0.97	0.50	6.00
2	Q6S2【　　】	210	0	210	133050	633.57	749.89	100.00	10000.00
3	Q6S3【　　】	211	0	211	547	2.59	1.11	0.50	9.00
4	Q6S4【　　】	145	0	145	198088	1366.12	1986.88	8.00	10000.00
5	Q6S5【　　】	208	0	208	545	2.62	0.90	0.50	5.00
6	Q6S6【　　】	113	0	113	75917	671.83	716.21	1.00	5000.00

[TABLE025]

Q7	あなたの子どもに以下の症状（他の症状は無いものとする）があったとき、子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 ※以下の症状になったことのない場合も、なったことを想定してお答えください。 単一回答	全体	1 受診させる	2 受診させない
1	せきが3日続く症状	1027 100.0	710 69.1	317 30.9
2	鼻水、くしゃみ、鼻づまりが3日続く症状	1027 100.0	606 59.0	421 41.0
3	1度きりの嘔吐の発生	1027 100.0	333 32.4	694 67.6
4	2日続けて38℃以上の発熱がある症状	1027 100.0	991 96.5	36 3.5
5	ぶつけたりしていないのに繰り返す鼻血の症状	1027 100.0	837 81.5	190 18.5
6	少量の出血を伴う膝の負傷	1027 100.0	179 17.4	848 82.6
7	内出血で膝の腫れる負傷	1027 100.0	581 56.6	446 43.4
8	運動、呼吸に伴い胸の痛みが出る症状	1027 100.0	911 88.7	116 11.3
9	以前にもあって自然に治まったが、再発している腰の痛みの症状	1027 100.0	702 68.4	325 31.6
10	腕の打ち身で生ずる体の痛みの症状	1027 100.0	536 52.2	491 47.8
11	毎年冬に起きる肌荒れの症状	1027 100.0	472 46.0	555 54.0
12	強い痛みを伴わない発疹の症状	1027 100.0	745 72.5	282 27.5
13	強い痛みを伴わないイボの症状	1027 100.0	678 66.0	349 34.0
14	日常生活に差支えない程度の目のかすみが続いている症状	1027 100.0	725 70.6	302 29.4
15	夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きる症状	1027 100.0	390 38.0	637 62.0

[TABLE026]

Q8	あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	1263	80.3
2	受診しない	310	19.7
	全体	1573	100.0

※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE027]

Q9	あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	1173	74.6
2	受診しない	400	25.4
	全体	1573	100.0

※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE028]

Q10	あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	1001	63.6
2	受診しない	572	36.4
	全体	1573	100.0

※自己負担額1600円、立替払い4パターン

[TABLE029]

Q11	あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	850	54.0
2	受診しない	723	46.0
	全体	1573	100.0

※自己負担額3200円、立替払い4パターン

[TABLE030]

Q12	あなたが健康診断で高血圧と指摘され、「要受診」とされた場合、以下の条件（1ヶ月あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	743	47.2
2	受診しない	830	52.8
	全体	1573	100.0

※自己負担額4800円、立替払い4パターン

[TABLE031]

Q13	あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	1254	79.7
2	受診しない	319	20.3
	全体	1573	100.0

※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE032]

Q14	あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	1191	75.7
2	受診しない	382	24.3
	全体	1573	100.0

※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE033]

Q15	あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	1098	69.8
2	受診しない	475	30.2
	全体	1573	100.0

※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE034]

Q16	あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	999	63.5
2	受診しない	574	36.5
	全体	1573	100.0

※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE035]

Q17	あなたに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%
1	受診する	888	56.5
2	受診しない	685	43.5
	全体	1573	100.0

※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE036]

Q18	あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 ※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。 単一回答	N	%
1	受診する	1055	67.1
2	受診しない	518	32.9
	全体	1573	100.0

※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE037]

Q19	あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 ※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。 単一回答	N	%
1	受診する	932	59.2
2	受診しない	641	40.8
	全体	1573	100.0

※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE038]

Q20	あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 ※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。 単一回答	N	%	
1	受診する	759	48.3	
2	受診しない	814	51.7	
	全体	1573	100.0	※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE039]

Q21	あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 ※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。 単一回答	N	%	
1	受診する	621	39.5	
2	受診しない	952	60.5	
	全体	1573	100.0	※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE040]

Q22	あなたに以前あった腰の痛みが再度起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 ※以前から腰の痛みは特にない方も、あった場合を想定してお答えください。 単一回答	N	%	
1	受診する	523	33.2	
2	受診しない	1050	66.8	
	全体	1573	100.0	※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE041]

Q23	あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診する	585	37.2	
2	受診しない	988	62.8	
	全体	1573	100.0	※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE042]

Q24	あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診する	498	31.7	
2	受診しない	1075	68.3	
	全体	1573	100.0	※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE043]

Q25	あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診する	375	23.8	
2	受診しない	1198	76.2	
	全体	1573	100.0	※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE044]

Q26	あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診する	278	17.7	
2	受診しない	1295	82.3	
	全体	1573	100.0	※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE045]

Q27	あなたに、夜、眠りにつく際に、1時間ほど眠れないことが週に2回起きた場合、以下の条件（1回あたり）で病院又は診療所に受診しに行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診する	240	15.3	
2	受診しない	1333	84.7	
	全体	1573	100.0	※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE046]

Q28	あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。※これまで肌荒れがなかった方も、あった場合を想定してお答えください。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	697	67.9
2	受診させない	330	32.1
	全体	1027	100.0

※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE047]

Q29	あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。※これまで肌荒れがなかった方も、あった場合を想定してお答えください。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	628	61.1
2	受診させない	399	38.9
	全体	1027	100.0

※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE048]

Q30	あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。※これまで肌荒れがなかった方も、あった場合を想定してお答えください。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	541	52.7
2	受診させない	486	47.3
	全体	1027	100.0

※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE049]

Q31	あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。※これまで肌荒れがなかった方も、あった場合を想定してお答えください。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	431	42.0
2	受診させない	596	58.0
	全体	1027	100.0

※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE050]

Q32	あなたの子どもに毎年冬に起こる肌荒れが見られた場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。※これまで肌荒れがなかった方も、あった場合を想定してお答えください。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	384	37.4
2	受診させない	643	62.6
	全体	1027	100.0

※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE051]

Q33	あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	970	94.4
2	受診させない	57	5.6
	全体	1027	100.0

※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE052]

Q34	あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	964	93.9

2	受診させない	63	6.1	
	全体	1027	100.0	※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE053]

Q35	あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	937	91.2	
2	受診させない	90	8.8	
	全体	1027	100.0	※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE054]

Q36	あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	898	87.4	
2	受診させない	129	12.6	
	全体	1027	100.0	※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE055]

Q37	あなたの子どもに2日続けて38℃以上の発熱があった場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	862	83.9	
2	受診させない	165	16.1	
	全体	1027	100.0	※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE056]

Q38	あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない(熱はなし、食欲あり)場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	549	53.5	
2	受診させない	478	46.5	
	全体	1027	100.0	※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE057]

Q39	あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない(熱はなし、食欲あり)場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	438	42.6	
2	受診させない	589	57.4	
	全体	1027	100.0	※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE058]

Q40	あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない(熱はなし、食欲あり)場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	374	36.4	
2	受診させない	653	63.6	
	全体	1027	100.0	※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE059]

Q41	あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない(熱はなし、食欲あり)場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。 単一回答	N	%	
1	受診させる	314	30.6	
2	受診させない	713	69.4	
	全体	1027	100.0	※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE060]

Q42	あなたの子どもが吐いてその後の嘔吐はない(熱はなし、食欲あり)場合、 以下の条件(1回あたり)で子どもを病院または診療所に受診しに連れて行きますか。		

	単一回答	N	%
1	受診させる	285	27.8
2	受診させない	742	72.2
	全体	1027	100.0

※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE061]

Q43	あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	935	91.0
2	受診させない	92	9.0
	全体	1027	100.0

※自己負担額0円、立替払いもなし

[TABLE062]

Q44	あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	954	92.9
2	受診させない	73	7.1
	全体	1027	100.0

※自己負担額0円、立替払い4パターン

[TABLE063]

Q45	あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	956	93.1
2	受診させない	71	6.9
	全体	1027	100.0

※自己負担額600円、立替払い4パターン

[TABLE064]

Q46	あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	927	90.3
2	受診させない	100	9.7
	全体	1027	100.0

※自己負担額1200円、立替払い4パターン

[TABLE065]

Q47	あなたの子どもが学校の歯科検診で治療の必要な虫歯があると診断された場合、以下の条件（1回あたり）で子どもを歯科医院に受診しに連れて行きますか。		
	単一回答	N	%
1	受診させる	903	87.9
2	受診させない	124	12.1
	全体	1027	100.0

※自己負担額1800円、立替払い4パターン

[TABLE066]

Q48	すべての症状で「受診する（させる）」を選んだ方にお聞きします。あなたはこれまでお示しした症状において、自己負担がいくらかかっても受診を行いますか。		
	単一回答	N	%
1	はい	246	85.7
2	いいえ	41	14.3
	全体	287	100.0

[TABLE067]

Q49	すべての症状で「受診しない（させない）」を選んだ方にお聞きします。あなたはどのような症状においても、病院や診療所を受診しないと断言できますか。		
	単一回答	N	%
1	はい	27	23.9
2	いいえ	86	76.1
	全体	113	100.0

[TABLE068]

Q50S1N	ご自宅から最寄の病院か診療所まで、いつもの交通手段を使った場合の移動時間を(分)で記入して下さい。【Q50S1【　　】】 自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	Q50S1【　　】	2600	0	2600	36043	13.86	20.68	0.00	720.00

[TABLE069]

Q51S1N	ご自宅から最寄の役所(市役所、町役場等)まで、いつもの交通手段を使った場合の移動時間を(分)で記入して下さい。【Q51S1【　　】】 自由記述	全体	無回答	有効ケース数	合計	平均	標準偏差	最小値	最大値
1	Q51S1【　　】	2600	0	2600	47968	18.45	19.13	0.00	720.00

[TABLE070]

Q52	次の話を想像して回答して下さい。 現在、あなたは高血圧の治療を無料(自己負担なし)で受けています。 しかし、次回からは無料で治療を受けるためには最寄の役所で「医療券」を治療前にあらかじめ受け取る必要がでてきました。 医療券が無い場合、3割の自己負担が発生します。 あなたは次回からの治療を続けますか。あてはまるものを選択して下さい。 単一回答	N	%
1	役所に行って医療券を受け取り、治療を続ける	1240	78.8
2	役所には行かずに、治療費の3割の自己負担を支払って治療を続ける	110	7.0
3	治療を続けない	223	14.2
	全体	1573	100.0

[TABLE071]

Q53	次の話を想像して回答して下さい。 現在、子どもの虫歯の治療を無料(自己負担なし)で受けています。 しかし、次回からは無料で治療を受けるためには最寄の役所で「医療券」を治療前にあらかじめ受け取る必要がでてきました。 医療券が無い場合、1回の通院につき300円の自己負担が発生します。 あなたは次回からの治療を続けさせますか。あてはまるものを選択して下さい。 単一回答	N	%
1	役所に行って医療券を受け取り、治療を続けさせる	822	80.0
2	役所には行かずに、300円の自己負担を支払って治療を続けさせる	193	18.8
3	治療を続けさせない	12	1.2
	全体	1027	100.0

[TABLE072]

Q54	あなたのお住まいは次のどれにあたりますか。 単一回答	N	%
1	持ち家(一戸建て)	852	32.8
2	持ち家(アパート･マンションなどの集合住宅)	356	13.7
3	公営住宅(都道府県営･市区町村営住宅など)	174	6.7
4	民間賃貸住宅(一戸建て)	106	4.1
5	民間賃貸住宅(アパート･マンションなどの集合住宅)	1071	41.2
6	グループホーム、ケアホーム、生活寮	8	0.3
7	その他	33	1.3
	全体	2600	100.0

[TABLE073]

Q55	突然、24時間以内に医療費を支払わなくてはならなくなった場合、24時間以内に用意のできる医療費は世帯内で最大いくら程度ですか。 あてはまるものを選択して下さい。 単一回答	N	%

1	1万円未満	959	36.9
2	1～5万円未満	673	25.9
3	5～10万円未満	333	12.8
4	10～20万円未満	178	6.8
5	20～40万円未満	93	3.6
6	40～60万円未満	76	2.9
7	60～80万円未満	16	0.6
8	80～100万円未満	51	2.0
9	100万円以上	221	8.5
	全体	2600	100.0