

# 家計における医療費<sup>†</sup>

## ——自己負担率引上げ政策の効果とその影響

澤野 孝一郎

(琉球大学法文学部講師)

### 1. はじめに

日本では、全国民を公的な医療保険でカバーする国民皆保険制度を用意している。この医療保険制度は、日本の健康改善や長寿、国民の生活保障に多大な貢献をしてきた制度の一つであると考えられている。しかし近年、少子高齢化の進展に伴い、医療保険制度を支えてきた医療保険財政が急速に悪化してきており、その立て直しが急がれている。一般に医療保険財政を立て直すためには、消費者の医療費自己負担率を引き上げて給付を抑制する方法と、保険料を引き上げて収入を増やす方法とがある。本稿では、前者の消費者の医療費自己負担の側面に注目して、政策的な自己負担率の引上げが、消費者行動にどのような影響を与えるかを明らかにしようと考えている。

本稿で注目する消費者行動は、次の3つである。第1は、自己負担率の引上げと医療費自己負担の変化に関する関係についてである。一般に自己負担率の引上げは、医療保険制度から消費者へ負担を転嫁する効果（負担増）しか持ちえないと考えられている。しかし自己負担率の引上げの実施によって受診抑制が発生する可能性を考慮すると、消費者の医療費自己負担がどのように変化するかは自明ではない。本稿では、医療サービス需要の価格弾力性研究を主に利用して、この関係について検討することとする。

第2は、自己負担率引上げ政策の実施が、医療サービス需要以外の消費者行動に、どのよう

な影響を与えるかについてである。本稿で検討した消費者行動は、予備的動機による貯蓄行動と、私的医療保険需要の2つである。予備的動機による貯蓄行動とは、病気等の万が一の出費に備えて貯蓄する行動のことである。いま自己負担率引上げ政策の実施によって消費者の医療費自己負担が増加するのならば、予備的動機による貯蓄（フロー）が増加することを予想することができる。私的医療保険需要とは、追加的な医療費自己負担を民間の医療保険購入によって対処しようとする行動のことである。同様に自己負担率引上げ政策の実施は、私的医療保険需要を拡張する効果が予想される。本稿では上記の仮説の妥当性について、先行研究を利用して検討しようと考えている。

第3は、自己負担率引上げ政策の実施と公平性に関する点についてである。本稿では公平性の基準として、所得に占める医療費自己負担額の割合（医療費支出シェア）と所得再分配効果を利用した。日本の医療保険制度は、原則として所得水準にかかわらず一律の自己負担率であるので、それを引き上げる政策の実施は、低所得者の医療費支出シェアをより高める方向に働く可能性があると言える。また健康であればあるほど高所得であること（健康と所得における正の相関関係）を仮定するのならば、自己負担率引上げ政策の実施は、不健康な低所得者の医療費負担を高める（給付を抑制する）方向に作用するので、再分配機能は低下することとなる。本稿では、これら公平性の点についても検討し

ように考えている。

本稿の構成は、次のとおりである。2節では、消費者の医療費自己負担における自己負担率の役割について検討し、3節では医療サービス需要以外の消費者行動（予備的動機による貯蓄行動と私的医療保険需要）について議論する。4節では、自己負担率引上げ政策の実施による公平性の問題点についてまとめ、5節では本稿の結論を要約している。また本稿では、家計を代表的個人の集合体と考え、分析の基礎単位は消費者個人として、家計行動は消費者行動に家計人員数をかけた規模で表現できるものとする。

## 2. 消費者の医療費自己負担—— その決定要因

本節では、日本の医療保険制度における家計の医療費自己負担の決定構造を説明する。ここで最も注目する決定変数は、医療保険制度から規定される自己負担率である。自己負担率とは、消費者がサービスとして受ける医療（金額表示では医療費）に占める実際の支払い金額（自己負担）の割合のことである。以下では、はじめに消費者の医療費自己負担における自己負担率の役割と自己負担額の決定方法について説明する。次に、制度変更によって自己負担率が引き上げられた場合、受診行動や負担に与える影響について検討する。最後には、近年までに研究成果が蓄積されてきた1997年の制度改正について、その政策効果に関する分析結果を紹介することとする。

### (1) 医療保険制度における自己負担率の役割

はじめに家計の医療費自己負担の決定要因として、医療保険制度の自己負担率の特徴について整理する。いまある消費者が年間に利用する医療費（医療サービス）を $m$ とする。日本の医療保険制度では、この医療費を医療保険制度と消費者とで按分して負担する。このとき加入している医療保険制度の法定自己負担率を $\alpha$ 、1

件あたり医療費を $p$ 、受診件数を $q$ とすると、消費者の医療サービス（医療費） $m$ は以下の形に分解することができる。

$$m = \alpha pq + (1 - \alpha) pq \quad (1)$$

この(1)式右辺の第1項目は医療費の消費者負担部分を示しており医療費自己負担と呼ばれ、第2項目は医療保険制度が負担する部分を示しており保険給付と呼ばれている。そして右辺第1項目の自己負担に家計人数をかけたものは、家計の医療費自己負担となっている。

次に制度改正の実施によって、自己負担率 $\alpha$ が引き上げられた場合の効果を考える。まず(1)式から明らかなおお、自己負担率 $\alpha$ の引上げは(a)第1項目の増加による医療費自己負担の増加と、(b)第2項目の減少による保険給付の減少（保険財政負担の軽減）が発生する。この場合、自己負担率の引上げは、医療費 $m$ が一定のままで単に負担を消費者（家計）と医療保険制度（財政）の間で按分を変更した効果を持つに過ぎない。西村（1997）は、このような効果しか持ちえない自己負担率引上げ政策の効果をコスト・シフティングと呼び、制度改正の意義のなさを指摘している<sup>1)</sup>。

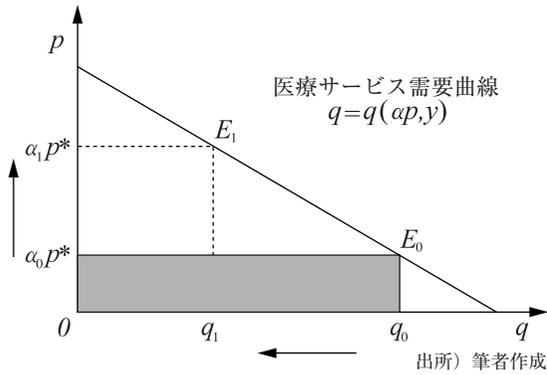
しかし医療サービス需要に関する消費者選択を明示的に考慮した場合、この自己負担率引上げ政策の効果は、単純な消費者と制度間の按分率の変更のみに留まらない可能性を考えることができる（澤野 2001a）。いまある消費者の所得を $y$ 、医療サービス需要として受診件数を $q$ として、医療サービスに関する需要曲線が存在すると考える。このとき単純な医療サービス需要曲線は、以下のとおりである。

$$q = q(\alpha p, y) \quad (2)$$

この(2)式の需要関数を(1)式に代入すると、以下のとおりである。

$$m = \alpha pq(\alpha p, y) + (1 - \alpha) pq(\alpha p, y) \quad (3)$$

図表-1 医療費の自己負担とその決定要因



いまここで (3) 式右辺の第1項目である消費者の自己負担に注目する。このとき自己負担率  $\alpha$  の引上げは、以下の2つの効果を持つことがわかる。第1は、先に説明した消費者と制度間の按分率変更の効果である (負担転嫁効果)。第2は、自己負担率  $\alpha$  が引き上げられ、医療サービス需要が変化することによる効果である (受診抑制効果)。この後者の効果は、通常的需求関数の想定から、自己負担率  $\alpha$  の引上げは自己負担  $\alpha p$  の高騰を通じて、医療サービス需要 (受診件数) を抑制する要因となる。この変化は自己負担率引上げによる受診抑制効果と呼ばれ、消費者の医療費自己負担を減少させる要因である。しかし前者の負担転嫁効果は、消費者の医療費自己負担を増加させる要因である。したがって自己負担率の引上げによってその医療費自己負担がどのように変化するかは、負担転嫁効果と受診抑制効果の相対的規模の大小関係から規定されるものと考えられている。

(2) 自己負担率引上げ政策の効果——

図による解釈

図表-1は、自己負担率引上げ政策が消費者の医療費自己負担に与える影響を図で示したものである。図の縦軸に1件あたり医療費 (医療サービス価格)  $p$ 、横軸には受診件数 (医療サービス需要量)  $q$  をとり、(2) 式で示された医療サービス需要曲線が右下がりの形状を持つと考えている。いま消費者の直面する自己負担率は

$\alpha_0$  であるとする、消費者の直面する1件あたり医療費は  $\alpha_0 p^*$  となり、このとき消費者の受診件数は  $q_0$  である。いま消費者の医療費自己負担額は1件あたり医療費に受診件数をかけたものとなるため、支出金額は  $\alpha_0 p^* q_0$  であり、図中では網掛け部分の面積  $0(\alpha_0 p^*)E_0 q_0$  として表現されている。

次に自己負担率引上げ政策が実施された後の変化を検討する。いま政策の実施によって、自己負担率が  $\alpha_1$  に引き上げられたとする ( $\alpha_1 > \alpha_0$ )。このとき政策効果は、(a) 消費者の受診件数 (医療サービス需要) に与える影響と、(b) 消費者の医療費自己負担に与える影響の2つの側面を持っている。まず前者の消費者の受診件数に与える影響については、以下の形でその効果をまとめることができる。いま自己負担率引上げ政策の実施によって、消費者の直面する1件あたり医療費は  $\alpha_1 p^*$  となり、新しい受診件数は  $q_1$  となる。そして消費者の医療サービス需要曲線が右下がりであるのならば、従前の受診件数  $q_0$  と新しい受診件数  $q_1$  は異なり、明らかに新しい受診件数  $q_1$  は従前の受診件数  $q_0$  よりも少なくなる ( $q_1 < q_0$ )。この政策効果は、自己負担率引上げ政策による受診抑制効果と呼ばれるものとなっている。

また後者の消費者の医療費自己負担に与える影響については、図表-1を利用して以下の形でその効果をまとめることができる。いま自己負担率の引上げ政策の実施後には、新しい医療費自己負担額は  $\alpha_1 p^* q_1$  で、図中では面積  $0(\alpha_1 p^*)E_1 q_1$  となる。この新しい医療費自己負担額が、従前の金額  $\alpha_0 p^* q_0$  よりも常に高い金額になる (もしくは新しい面積が網掛け部分よりも大きくなる) ことは自明なことではない。これは自己負担率引上げ政策は、確かに1件あたり医療費  $\alpha_1 p^*$  の高騰によって消費者の医療費自己負担を増加させる要因となっているが、価格の高騰によって消費者の受診件数 (医療サービス需要) が抑制され、結果としてその負担を減少させる要因にもなっているためである。このため自己負担率引上げ政策の実施が消費者の医療費自己負担に

与える影響は、受診件数（医療サービス需要）が1件あたり医療費（医療サービス価格）に関して、どの程度に反動的であるかによって規定されている。すなわち医療サービス需要に関する価格弾力性が、その影響を判別する重要な数量指標となっていることを示している。

このように自己負担率引上げ政策の効果を検討するには、医療サービスの需要曲線の形状やその価格弾力性規模が重要な要因となっていることがわかる。この特徴をまとめると、(a) 全く受診件数（医療サービス需要）が1件あたり医療費（医療サービス価格）と関係を持たない場合を除き、政策の実施は必ず受診抑制効果を持つ、(b) 非常に価格に敏感な医療サービス需要（価格弾力性が1以上）に関しては、政策の実施によって消費者の医療費自己負担が軽減される場合があることがわかっている（澤野 2001a）。

このため日本では政策の効果を判断するためにも、医療サービス需要に関する分析が重要であり、多くの実証的な研究が行われた。医療サービスには大きくわけて、入院医療サービス・外来医療サービス・歯科医療サービスの3つがあるが、多くの研究が代替的な財・サービスを考えることができる外来医療サービスに注目して分析を行っている。これまでの研究では、若年者の外来医療サービス需要に関する価格弾力性（絶対値表示）は0.10～0.36（澤野 2001a）、高齢者の外来医療サービス需要に関する価格弾力性（絶対値表示）は0.10～0.12（澤野 2000）程度である<sup>2)</sup>。したがって自己負担率引上げ政策は、(a) 必ず受診抑制を発生させるがその規模は小さい、(b) 消費者の医療費自己負担を増加させるが、その増加の程度は自己負担率引上げの程度よりも小さいことを、その政策効果として予想することができるのである。

### (3) 1997年改正の政策効果に関する議論

1961年の国民皆保険の達成以来、自己負担率の変更は稀にしか実施されていない政策である。まず若年者に関する変更の概要は、次のとおりである。1963、68年の国保・被保険者の自己負

担率引下げ（50%から30%）、1973、81年の健保・被扶養者の自己負担率引下げ（50%から30%）、1984年の健保・被保険者の自己負担率引上げ（定額から10%）、1997年の健保・被保険者の自己負担率引上げ（10%から20%）、2003年の健保・被保険者の自己負担率引上げ（20%から30%）となっている。高齢者に関する変更の概要は、1973年の老人医療無料化、1983年の老人保健制度創設（老人医療の有料化、入院日額負担・外来月額負担）、1997年の自己負担制の変更（外来月額から外来日額）、2003年の自己負担率引上げ（外来日額から原則10%）である<sup>3)</sup>。以下では、近年に研究成果が蓄積されてきた1997年の健保・被保険者の自己負担率引上げ政策（10%から20%）と、老人保健・自己負担制の変更政策（外来月額から外来日額）に注目して、その政策効果について議論することとする。

1997年の健保・被保険者の自己負担率引上げ政策に関して、組合健保の分析は吉田・伊藤（2000）、Yoshida and Takagi（2002）、吉田・川村（2003）が代表的である。これらの研究では、組合健保・被保険者では一般診療については受診抑制効果が観察されず、歯科診療のみに観察され、制度変更のなかった組合健保・被扶養者（家族）に受診抑制効果が観察されたことが報告されている。政管健保の分析は澤野（2001b）が行い、1984年の自己負担率引上げ政策の時よりも受診抑制効果（価格弾力性）が大きくなっていることを示している。同年の老人保健・自己負担制の変更政策は、嶋田ほか（2000）が分析を行っており、確かに高齢者医療においても受診抑制効果があったことを報告している。このように自己負担率引上げ政策の実施は、若年者や高齢者にかかわらず、受診抑制効果を持つことが指摘されている。

消費者の自己負担の変化については澤野（2001a）が分析を行い、自己負担率10%の引上げは消費者1人あたり平均2,400～5,300円（年額）の負担増をもたらすことを示している。医療費の分布は個人間で大幅にばらつくため、この医

図表-2 予備的動機による貯蓄の現状

予備的動機		貯蓄目標額 (残高)		年間貯蓄額 (フロー)	
複数回答	単数回答	行動者平均	全平均	行動者平均	全平均
67.3%	20.8%	706.8万円	475.5万円	27.2万円	18.8万円
1位	2位	6位	2位	5位	2位

出所) ホリオカほか (1996a) より一部抜粋

- 注1) 表中に示される順位は、その他の貯蓄動機による貯蓄との相対的順位である。
- 注2) 貯蓄目標額 (残高) と年間貯蓄額 (フロー) において、「行動者平均」とは予備的動機を持つと回答した者の間における平均額であり、「全平均」とは調査対象者全員の間における平均額を示している。
- 注3) 貯蓄目標額 (残高) と年間貯蓄額 (フロー) サンプル数は、分析上の制約から異なっている。

(1996a) は、貯蓄の予備的動機について包括的な研究を行っており、以下ではホリオカほかの研究成果を利用して、その概要について説明することとする。

図表-2 は、ホリオカほか (1996a) の研究に

関して、貯蓄の予備的動機に関する結果 (病気目的) を抜粋して整理したものである。この研究は、1992年12月に郵政省郵政研究所が実施した「家計における金融資産選択に関する調査」を利用して集計されたものである。この貯蓄の予備的動機に関する研究結果の概要は、次のとおりである。(a) 予備的動機 (病気目的) を貯蓄動機に掲げている家計は、複数回答の場合67.3%、単数回答の場合20.8%で常に上位の貯蓄動機となっている。(b) 予備的動機 (病気目的) を持っているとは回答した家計において、その貯蓄目標額は706万8,000円であり、全世帯平均では475万5,000円である。(c) 予備的動機 (病気目的) を持っているとは回答した家計において、毎年の貯蓄 (フロー) は27万2,000円、全世帯平均では18万8,000円となっている。このように家計の貯蓄行動は、その予備的動機 (病気目的) と密接な関係を持つことが示されている。

療費自己負担の増加の程度が自己負担率上げの程度よりも小さいかどうかは明らかではないが、先行研究の医療サービス需要の価格弾力性研究の成果を利用すると、完全に負担転嫁されている可能性は低いものと考えられる。

### 3. 自己負担率の引上げと消費者行動の変化

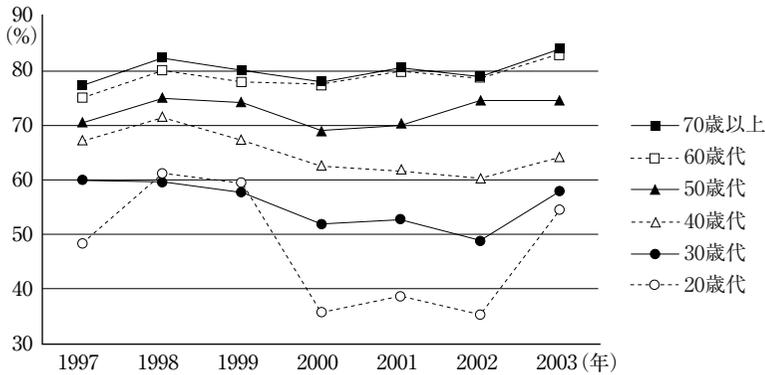
本節では、自己負担率引上げ政策の実施が、医療サービス需要以外の消費者行動に与える影響について検討する。本節で検討する消費者行動は、貯蓄行動と私的医療保険需要の2つである。以下では、はじめに不確実な医療費自己負担に貯蓄で対処する予備的動機の役割について説明し、その後には保険購入の形で対処する私的医療保険の役割について検討することとする。

#### (1) 予備的動機と貯蓄の役割

従来から消費者の医療費自己負担と貯蓄行動は、予備的動機と呼ばれる貯蓄動機によって、ある種の関係があることが指摘されていた。貯蓄の予備的動機とは、病気・事故・災害・失業・寝たきりになること・予想以上に長生きすること・それ以外の出費に備えるための貯蓄のことを指している (ホリオカほか 1996a)。この貯蓄の予備的動機と医療費自己負担の関係は以前より強い関心が持たれており、前田 (1981) は家計貯蓄率との関係や貯蓄の取り崩しの可能性について議論している。またホリオカほか

いま消費者は、不確実な医療費自己負担に直面していると考え、その不確実性に対して貯蓄によって対処しようと考えている場合を想定する (予備的動機)。日本の医療保険制度では、法定された自己負担率によって消費者の医療費自己負担額は決定されている。このとき自己負担率が政策的に引き上げられた場合を考える。いま疾病確率や医療サービス水準、医療サービス需要が一定とすると、政策の実施によって消費者の医療費自己負担額は厳密に増加する。すなわち消費者が万が一病気になった場合と、そうでない場合の間における所得変動が拡大することとなる。このように自己負担率の引上げ政

図表-3 家計における貯蓄の目的（病気や不時の災害への備え）



出所) 金融広報中央委員会『家計の金融資産に関する世論調査』(各年)

注1) 本世論調査は、毎年6月下旬から7月上旬にかけて実施されている。

注2) 1997年の健保・被保険者の自己負担率引上げの実施は9月、2003年の健保・被保険者の自己負担率引上げの実施は4月である。

注3) 健保・被保険者の自己負担率引上げが予備的動機に与えた影響は、1997年改正については「1997年から1998年」の変化、2003年改正については「2002年から2003年」の変化に示されている。

策の実施は、消費者の貯蓄動機（予備的動機）に刺激を与え、貯蓄額を増加させる効果を持つことが予想できる。

この医療保険制度の改正と貯蓄動向の変化は、ホリオカほか（1996a）にも指摘されている。しかしこの関係に関する実証的な日本の研究は少なく、家計貯蓄率の将来推計を利用して分析した田村（1991）が最も重要な情報を提供してくれる。田村（1991）は、医療保険負担率の上昇が、家計貯蓄率をどの程度引き上げるかを推計している。アメリカには多くの実証研究があるが、Starr-McCluer（1996）の研究が非常に興味深い。Starr-McCluer（1996）は、仮に貯蓄に予備的動機が存在しているのならば、私的医療保険の加入は医療費自己負担の軽減を通じて所得変動を小さくする効果があるので、結果として低い資産保有を伴うはずであるとして、その実証分析を行った。結果はその予想を支持しないものであり、結論として貯蓄と私的医療保険は、不確実性や貯蓄の予備的動機とはあまり関係のない理由によって結び付けられていると主張している。このように消費者の医療費自己負担と貯蓄行動の関係は、実証的には自明でないものと考えられている。

図表-3は、縦軸に%（調査対象の各年齢階級

別・世帯主世帯数に占める貯蓄実施世帯数の割合）、横軸に年を取って、家計における予備的動機（病気や不時の災害への備え）の時系列動向をグラフ化したものである。データの出所は、金融広報中央委員会『家計の金融資産に関する世論調査』の「貯蓄の目的」である。この図からわかることは、次の3点である。第1は、世帯主年齢が高齢になればなる

ほど、予備的動機から貯蓄を行う世帯の割合が高くなっていることである。これは世帯主年齢が20歳代の世帯では約40~60%の世帯しか予備的動機を持っていないが、70歳代以上の世帯では約80%前後の世帯が予備的動機を持っているからである。第2は、自己負担率引上げ政策の実施によって、予備的動機を持つ世帯比率が変化することである。金融広報中央委員会『家計の金融資産に関する世論調査』の調査時期（毎年6月下旬から7月上旬）の関係から、1997年改正（9月実施）の効果は1997年から1998年にかけての変化を、2003年改正（4月実施）の効果は2002年から2003年にかけての変化として捉えることができる。図からは、この両期間において予備的動機を持つ世帯比率が変化していることが観察できる。第3は、自己負担率引上げ政策の実施に関して、各世帯主年齢階級において、その反応度が異なることである。特に興味深いのは、若年層世帯主（20歳代や30歳代）の反応が大きいことであり、その改正効果の評価において重要な点であると考えられる。

最後に図表-3の議論における留保点を説明しなければならぬ。図表-3のデータはあくまでも貯蓄動機であり、実際にどの程度の貯蓄を行ったかについては不明なことである。ホリオカ

ほか(1996a)にも議論されているように、予備的動機の変化は貯蓄目標額の引上げや貯蓄達成期間の加速となって現れることが予想されるが、本分析ではこの点を検討していない。また高齢者世帯においては、自己負担率引上げ政策の実施は、貯蓄の取り崩しスピードを加速させる可能性を持つ。ホリオカほか(1996b)で示されるように、病気のときの退職後高齢者の貯蓄取り崩しは顕著な特徴を持っている。本分析では、貯蓄の取り崩しについては明示的に議論していない。このため本稿では、自己負担率引上げ政策の実施が貯蓄行動に与える影響について、その一部しか検討していないことには注意する必要があるものと考えられる。

## (2) 私的医療保険の普及とその役割

いま消費者は、不確実な医療費自己負担に直面している場合を考える。このような不確実性に対して保険を提供する保険会社が存在すると、この消費者の医療費自己負担に関するリスクをカバーする保険を私的医療保険と呼ぶこととする。国民皆保険制度を持つ日本では、消費者の医療費自己負担額は、医療費から公的な医療保険制度による保険給付分を差し引いた金額となる。すなわち日本の消費者の医療費自己負担は、公的な医療保険制度の自己負担率によって規定されていることとなる。このとき自己負担率の引上げ政策が実施されると、医療費自己負担は増加し、消費者はその追加的リスクを私的医療保険でカバーしようとする誘因が発生する。すなわち自己負担率引上げ政策の実施は、消費者の私的医療保険需要を拡張する可能性(拡張効果)を持っていることが予想できる。

この公的な医療保険制度の自己負担率と私的医療保険需要の関係を分析したのが、滋野(2000, 2001)と澤野・大竹(2002)である。滋野(2000, 2001)では、公的な医療保険制度の自己負担率が私的医療保険需要に与える影響を分析し、通常に予想される拡張効果はないことを明らかにした。澤野・大竹(2002)では、滋野(2000, 2001)の研究成果を念頭に置いて、

保険外負担の存在が私的医療保険需要に与える影響を分析し、消費者が保険外負担のリスクに備えるために私的医療保険を需要していることを明らかにした。このように公的な医療保険制度の自己負担率と私的医療保険需要の関係は、十分に明らかになっていないテーマである。特に自己負担率引上げ政策の実施が私的医療保険需要を拡張するのか否かについては、今後に残された重要な課題となっている。

ただしこれらの研究成果の解釈に関して注意が必要となることは、近年における私的医療保険市場の大幅な変化である。従来、私的医療保険市場は保険第三分野規制と呼ばれる政策によって、非常に機能が制約された市場構造を持っていた。しかし1996年の日米保険協定で保険第三分野の規制緩和が決定され、2001年1月から大手生命保険会社と損保の生命保険会社に、7月には損害保険会社にも販売が解禁されている。このような規制緩和により、私的医療保険市場は非常に競争的となって市場全体が拡大しており、消費者の間に私的医療保険が急速に普及している(『日本経済新聞』2002年7月6日付朝刊)。このような市場構造の変化は、分析において明示的に考慮されなければならないものと考えられる。

## 4. 自己負担率引上げ政策が公平性に与える影響

本節では、自己負担率引上げ政策の実施が、公平性に与える影響について検討する。ここで利用する公平性の視点は、消費者の所得に占める医療費自己負担額の割合を示す医療費支出シェアの動向と、社会保障として医療保険制度が持つ所得再分配効果を利用する。以下では、最初に医療費支出シェアを利用した議論を、その後医療保険制度の所得再分配機能に関する議論を行っている。

### (1) 家計負担の逆進性と自己負担率引上げ政策

いま単純に高所得者と低所得者の2名のみが

存在する社会を考える。この2名は同じ自己負担率を持つ医療保険制度に加入しているものとする。いま所得に占める医療費自己負担額の割合を医療費支出シェアと呼ぶこととすると、高所得者と低所得者各々についてそのシェアを計算することができる。医療サービスは必需財的性質が強く、所得水準にかかわらず一定量が必要となるサービスである（所得に関する必需財）と仮定すると、低所得者の医療費支出シェアは必ず高所得者のシェアよりも高い値となる。一般にこのシェアの分布は、医療費自己負担の逆進性と呼ばれている。

この医療費自己負担の逆進性は、以前から指摘されていた現象であった<sup>4)</sup>。ここで所得分布は一定のまま、自己負担率の引上げ政策が実施された場合を考える。日本の医療保険制度では、自己負担率は所得水準にかかわらず一律割合として設定されている。いま医療サービス需要は価格変化にほとんど変化しない（価格に関する必需財）とすると、一律の自己負担率引上げは、低所得者の医療費自己負担シェアを高所得者のシェアよりも一層高めることとなる。すなわち自己負担率引上げ政策は、医療費自己負担の逆進性をより強める効果を持っている。

澤野（2001a）は、1997年の健保・被保険者の自己負担率引上げ政策によって、家計の医療費自己負担シェアがどのように変化したかを分析している。分析結果からは、1997年の自己負担率引上げ政策以後には、低所得者の医療費自己負担シェアが高所得者のシェアより高まっていることを示している。すなわち医療費自己負担に関して逆進性が強まっていると言える<sup>5)</sup>。この影響に関して、次なる2点は重要な政策課題であると考えられる。第1は、政策の実施によって、同一制度内においても医療費自己負担の逆進性に関する変化が発生することである。日本の健康保険には組合健保と政管健保があるが、その各々組合内において所得格差が存在する。このことは一律に自己負担率を引き上げることは、同一制度内における医療費自己負担の逆進性を強めることとなることを意味している。

第2は、制度間における医療費自己負担の逆進性の変化についてである。日本の制度では組合健保と政管健保は健康保険ということで同じ自己負担率の設定となっているが、組合健保には附加給付と呼ばれる自己負担軽減策が認められている。いま組合健保には高所得者が多く、政管健保には低所得者が多いとしても、一律に自己負担率を引き上げることは、2つの制度間における医療費自己負担の逆進性を強めることとなる。これらの点は、自己負担率引上げ政策の実施において、十分に注意しなければならない点であると考えられる。

## (2) 社会保障の所得再分配効果に与える影響

次に先の設定を変更して、健康な人と不健康な人の2名のみが存在する社会を考える。いま不健康な人は健康回復のため医療サービスを必要としており、健康な人は必要としてないと考える。このとき政府は健康な人から不健康な人への再配分を目的として、両者からの拠出（保険料）を求め、医療サービスの利用に関して一部補助（保険給付）を行う医療保険制度を用意していると考えられる。このとき健康な人は医療サービスを利用しないため医療費自己負担額はゼロであるが、不健康な人は医療サービス費用の一部割合（自己負担率）を負担することとなる。このとき保険料は一定のまま、自己負担率引上げ政策が実施されたとすると、不健康な人の医療費自己負担が増加することによって、健康な人から不健康な人への再配分が縮小することとなる。

しかしこの再配分の変化は、直接的に所得再配分の変化と関係を持つものではない。これは健康水準と所得水準がどのような関係を持つのか自明ではなく、かつその関係が十分に明らかになっていないためである。このため従来から医療保険制度における所得再分配効果については、様々な議論が行われてきた<sup>6)</sup>。いまここで健康な人は高所得者で、不健康な人が低所得者であると仮定することができるのならば、先の議論と同じ方向の変化が予想される。すなわち

保険料一定の中で、自己負担率引上げ政策の実施は、高所得者（健康な人）から低所得者（不健康な人）への所得再分配を縮小させることとなる。すなわち社会保障の所得再分配機能を低下させる可能性がある政策であると言える。ただしこの政策効果は、あくまでも健康と所得の相関関係に依存して決定されており、自明なものではないことには注意する必要があるものと考えられる。

## 5. まとめ

この論文の目的は、日本の医療保険制度における自己負担率の引上げ政策の実施が、消費者行動にどのような影響を与えるかを明らかにすることであった。本稿では、その分析対象として、(a)医療サービス需要と医療費自己負担の変化、(b)貯蓄行動（予備的動機）や私的医療保険需要に与える影響、(c)医療費支出シェアや再分配効果の公平性に与える影響について検討した。しかしこれまでの研究成果からは、自己負担率引上げ政策の実施が、消費者行動にどのような影響を与えるかは十分に明らかになっていない。今後に残された課題は、決して少なくないものと考えられる。

† この論文は、上智大学経済学部セミナー（上智大学）での報告の一部を含んでいる。本稿の作成について、青木研（上智大学）、山崎福寿（上智大学）の各氏、およびセミナーの参加者より有益なコメントを頂いた。ここに記して感謝いたします。本稿中の誤りは、すべて筆者の責にあります。

## 注

- ただし医療費負担を家計に転嫁することによって、医療保険財政は改善している。このような自己負担率引上げと医療保険財政の関係を分析したのとして、井伊（2002）や鈴木ほか（2003）がある。また一般に $(1-\alpha)$ は保険給付率とも呼ばれ、自己負担率引上げ政策は保険給付率の引下げ政策と表現される場合もある。
- 近年における外来医療サービス需要に関する研究成果は、次のとおりである。まず若年者については、井伊・大日（2001, 2002）、Li and Ohkusa（2002a, 2002b）、大日（2003）が軽度疾病について価格弾力性を計測し0.35～3.68（絶対値表示）、Asano（1997）、

中西（2000）では支出関数推定を利用して0.53～0.68（絶対値表示）となっている。高齢者については、大日（2001）、井伊・大日（2002）は0.01～0.10（絶対値表示）とされ、吉田・山村（2003）は老人保健制度適用による高齢者の受診行動を分析している。また高齢者医療については、価格変数（自己負担）以外に所得水準や世帯構造が重要な決定要因となっており、金子（2000a）では所得の役割について、金子（2000b）では世帯構造の役割について実証的な分析を行っている。

- 詳しい制度変更の内容については澤野（2000）を、また過去の自己負担率変更に関する議論は次のとおりである。まず1973年の健保・被扶養者の自己負担率引下げ政策（50%から30%）の効果については前田（1978）、同年の老人医療無料化については井口（1982）、妹尾（1982）、1983年の老人保健制度の創設（老人医療の有料化）については妹尾（1985）、澤野（2000）、1984年の健保・被保険者の自己負担率引上げ政策（定額から10%）の効果については西村（1997）、澤野（2001b）が議論を行っている。
- 家計の医療費負担やその逆進性に関する先行研究は、勤労者世帯について田中・三上（1980）、前田（1981）、都村（1985）、澤野（2001a）、高齢者世帯について上村（1986）、澤野（2000）が分析を行っている。
- この逆進性の変化は、都村（1985）の分析方法のように、医療費自己負担と健康保険料負担の合計負担で分析しても同様の結論が得られるものと考えられる。これは日本の健康保険料は賃金に対する一定割合（保険料率）を徴収する方法であるので、シェアから見た合計負担は、所得水準に関わらず医療費自己負担シェアに一定数を足し合わせたものとなるためである。ただし所得が賃金所得以外から構成されている場合や、国民健康保険料のように賃金ではなく所得に応じて保険料が算定される場合には、本稿の議論とは異なる可能性があると言える。
- 健康と所得の関係を中心に医療保険制度の所得再分配効果を分析したのは遠藤・駒村（1999）である。その他に社会保障としての医療保険制度に関して、その所得再分配機能を分析したのは一圓（1995）、勝又・木村（1999）、金子（2000c）が代表的である。

## 文献

- 井伊雅子，2002，「患者負担増による医療費抑制効果」医療経済研究機構『医療白書2002年度版』（株）日本医療企画，17-31。
- 井伊雅子・大日康史，2001，「疾病ごとの医療受診と大衆医薬需要の代替性」瀬岡吉彦・宮本守編『医療サービス市場化の論点』東洋経済新報社，75-90。
- ，2002，『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社。
- 井口直樹，1982，「老人医療の経済分析」『季刊社会保障研究』18(2): 155-171。
- 一圓光彌，1995，「医療保障における世代間移転」『季刊社会保障研究』31(2): 142-150。

- 上村協子, 1986, 「高齢者の健康と家計」『生活経済学会報』2(1): 35-46.
- 遠藤久夫・駒村康平, 1999, 「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』35(2): 141-148.
- 大日康史, 2001, 「高齢者医療における需要の価格弾力性」地域差研究会編『医療費の地域差』東洋経済新報社, 129-140.
- 編, 2003, 『健康経済学』東洋経済新報社.
- 勝又幸子・木村陽子, 1999, 「医療保険制度と所得再分配」『季刊社会保障研究』34(4): 402-412.
- 金子能宏, 2000a, 「高齢者の所得構成と医療需要」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』東京大学出版会, 293-322.
- , 2000b, 「高齢者の世帯構造と医療需要」『季刊社会保障研究』36(1): 134-148.
- , 2000c, 「所得の不平等化要因と所得再分配政策の課題」『季刊社会保障研究』35(4): 420-435.
- 澤野孝一郎, 2000, 「高齢者医療における自己負担の役割」『医療と社会』10(2): 115-138.
- , 2001a, 「家計消費における医療費自己負担」『日本経済研究』42: 61-84.
- , 2001b, 「外来医療サービスにおける医療供給の役割」『大阪大学経済学』50(4): 26-40.
- 澤野孝一郎・大竹文雄, 2002, 「私的医療保険需要の決定要因」『医療と社会』12(3): 117-136.
- 滋野由紀子, 2000, 「私的医療保険の需要と公的医療保険」『季刊社会保障研究』36(3): 378-390.
- , 2001, 「民間医療保険の需要に関する分析」瀬岡吉彦・宮本守福『医療サービス市場化の論点』東洋経済新報社, 37-54.
- 鈴木亘ほか, 2003, 「日本の医療制度をどう改革するか」八代尚宏・日本経済研究センター編『社会保障改革の経済学』東洋経済新報社, 35-59.
- 妹尾芳彦, 1982, 「医療費増加の経済分析」『ESP』12月号, 62-70.
- , 1985, 「医療費抑制策の経済分析」社会保障研究所編『医療システム論』東京大学出版会, 127-148.
- 田中滋・三上美美子, 1980, 「勤労者家計における保健医療費支出と診療代支出の動向」『季刊社会保障研究』16(1): 97-111.
- 田村浩之, 1991, 「年金・医療負担の増加による家計貯蓄率の変化」『季刊家計経済研究』9: 2-11.
- 都村敦子, 1985, 「医療保障システムの効率化のための一考察」社会保障研究所編『医療システム論』東京大学出版会, 165-194.
- 鶴田忠彦ほか, 2000, 「縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析」『経済研究』51(4): 289-300.
- 中西悟志, 2000, 「家計の医療サービス需要行動」『医療経済研究』7: 65-76.
- 西村周三, 1997, 「医療と福祉」『医療と福祉の経済システム』筑摩書房, 7-42.
- ホリオカ, チャールズ・ユウジほか, 1996a, 「日本人の貯蓄目的」高山憲之ほか編『高齢化社会の貯蓄と遺産・相続』日本評論社, 9-54.
- ホリオカ, チャールズ・ユウジほか, 1996b, 「高齢者の貯蓄行動」高山憲之ほか編『高齢化社会の貯蓄と遺産・相続』日本評論社, 55-112.
- 前田信雄, 1978, 「給付率等の変更による医療費への波及に関する研究」『季刊社会保障研究』14(2): 2-32.
- , 1981, 「医療費の家計負担に対する影響と負担の限度に関する研究」『季刊社会保障研究』17(1): 4-23.
- 吉田あつし・伊藤正一, 2000, 「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」『医療経済研究』7: 101-121.
- 吉田あつし・川村顕, 2003, 「被保険者のモラルハザードと医師の代理者機能」2003年度日本経済学会春季大会報告論文.
- 吉田あつし・山村麻理子, 2003, 「老人保健制度と医療サービス需要および供給」2003年度日本経済学会秋季大会報告論文.
- Asano, Seki, 1997, "Joint Allocation of Leisure and Consumption Commodities," *The Japanese Economic Review*, 48(1): 65-80.
- Ii, Masako and Yasushi Ohkusa, 2002a, "Price Sensitivity of the Demand for Medical Services for Minor Ailments," *The Japanese Economic Review*, 53(2): 154-166.
- Ii, Masako and Yasushi Ohkusa, 2002b, "Should the Coinsurance Rate Be Increased in the Case of the Common Cold?," *Journal of the Japanese and International Economics*, 16(3): 353-371.
- Starr-McCluer, Martha, 1996, "Health Insurance and Precautionary Savings," *The American Economic Review*, 86(1): 285-295.
- Yoshida, Atsushi and Shingo Takagi, 2002, "Effects of the Reform of the Social Medical Insurance System in Japan," *The Japanese Economic Review*, 53(4): 444-465.

さわの・こういちろう 琉球大学法文学部講師。主な論文に「診療報酬契約の経済学」(伊藤秀史ほか編『インセンティブ設計の経済学』勁草書房, 2003)。応用ミクロ経済学、医療経済学専攻。(sawano@llu-ryukyuu.ac.jp)