

ソーシャル・キャピタルが医療費負担の評価に与える影響：東京23区・政令指定都市居住者へのアンケート調査に基づく実証分析

浦川, 邦夫
九州大学大学院経済学研究院経済工学部門：准教授

齋藤, 隆志
明治学院大学経済学部：准教授

<https://doi.org/10.15017/1515771>

出版情報：経済学研究. 81 (4), pp.163-179, 2014-12-26. 九州大学経済学会
バージョン：
権利関係：

ソーシャル・キャピタルが医療費負担の評価に与える影響

— 東京23区・政令指定都市居住者へのアンケート調査に基づく実証分析 —

浦 川 邦 夫
齋 藤 隆 志

1. はじめに

我が国の医療制度は、1961年以降、国民すべてが公的な医療保険への加入を義務付けられるといういわゆる「国民皆保険」のシステムがその大きな特徴となっている。これは、勤め人とその家族を対象とした組合健康保険、共済組合、船員保険など従来から存在していた保険制度でカバーされない人を、全てその住所地の市町村（東京都23特別区含む）が運営する国民健康保険（市町村国保）に加入させるというやり方で実現されたものである。

この制度により、人々は、疾病・怪我などによって診療や治療が必要になったときに、基本的に保険証1枚で低額の医療サービスを受けることが可能となっている。この「国民皆保険」のシステムは、国民の健康や社会の安定にこれまで大きな貢献をもたらしており、国際的に見ても高い平均寿命を達成する要因となっている（2013年時点で男性は80.2歳（国連加盟国中第3位）、女性は86.6歳（第1位））。また、WHOの各国比較によると、「健康寿命の高さ」、「乳幼児死亡率の低さ」、「脳卒中救命率の高さ」といった項目で、世界でトップレベルの成果を得ている¹⁾。

しかしながら、2000年代に入り、これまで評価の高かった我が国の医療保険制度にも様々な問題が表面化するようになってきている。特に、高齢化や医療技術の進歩を背景として急速に増大する医療費を、将来にわたってどのような財源でまかなうのか、そして保険者間や被保険者間でどのように負担を配分するかについて、様々な議論が出ている²⁾。現状の医療費負担の多くは就労世代によって負担されているが、彼らの医療費負担の上昇、市町村国保による保険料滞納世帯の増加、そして、保険料負担の逆進的な性質による同一世代内の所得格差の拡大など、様々な問題が指摘されるようになってきている³⁾。

医療財政が比較的健全であり、制度への信頼が多く国民の間で共有されていた時代には、健康な

1) WHO (2013), United Nations (2012), OECD Health Statistics

(http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en)の各種資料による。

2) 厚生労働省のホームページの「厚生労働統計一覽」より、「国民医療費」の財源別の内訳を確認すると、2010年度で約50%が保険料（事業主負担＋被保険者負担）、約35%が国や地方による公費負担（税金）、約15%が患者による自己負担となっている。また、国民健康保険（市町村国保）や75歳以上の高齢者が加入する「後期高齢者医療制度」では税金の投入や他の保険者からの財政調整が拡大している。

就労期に保険料を多く支払い、高齢期に医療サービスを多く受給するという、いわゆる給付と負担の間に発生するタイムラグの問題はそれほど大きな問題として認識されてこなかった。しかし、年金保険料と同様、医療保険料も多くの組合で上昇を続けるなかで、就労世代の負担感が高まっており、とりわけ市町村国保にいたっては、保険料を滞納する世帯の増加から「国民皆保険」の根幹が揺らぐ事態に直面している⁴⁾。

鈴木・大日(2000)によると、無保険者の場合、所得や健康状態をコントロールしても、通常の保険証保持者と比べて受診率は統計的に有意に減少することが指摘されており、無保険者の拡大の放置は、医療サービスから排除される人々を増加させ、健康格差を拡大する恐れがある。実際、国保保険料(税)の収納率は2008年に88.35%となり、国民皆保険以降最低の数字を記録した⁵⁾。政府も国民健康保険法の改正により、2009年4月以降、中学生以下で無保険の子どもに対しては、「短期被保険者証」を無償で更新するなどの措置を通じて上記の問題に対処し、2012年段階での収納率は89.9%にまで回復するなどの成果を得ている(「平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況等について」)。しかし、未だ事実上の無保険者が多数存在している状況である。

このような問題意識を踏まえ、本研究では、現状の公的医療保険制度のあり方に対して地域住民がどのような評価をしているかについて、我々が実施したアンケート調査の個票データを用いて検証を行う。具体的には、「公的医療保険制度のもとでの医療費負担に関する意見」を尋ねた設問を活用し、これらの回答結果をもとにして、回答者の様々な属性が医療負担に関する意見にどのように影響を与えているかについて考察する。

本研究の構成は以下の通りである。2節では分析に使用する「地域の生活環境と医療に関するアンケート」の個票データの概要を述べる。次に、3節では公的医療保険制度のもとでの医療費負担のあり方について尋ねたアンケート調査の回答結果に基づき、医療費負担についての評価が、回答者の属性とどのような関係にあるかについて検証を行う。4節では、これまでの結果に基づき結論をまとめる。

2. 使用するデータ

本研究の分析で使用するデータは、ファイザーヘルス振興財団若手研究者育成事業(平成19年度)

3) 現状の医療費負担のあり方が、とりわけ就労世代内における所得格差の上昇に影響を与えてきた点がいくつかの研究で示されている。阿部(2000)、小塩・浦川(2008)では、「社会保険料負担の逆進的な性質により、就労世代内の所得格差がむしろ拡大している」点が指摘されており、小松(2005)では、「医療保険の制度間で保険料率に格差があり、低所得世帯が多く加入する国民健康保険がより高い保険料率になっている」点が明らかにされている。

4) 厚生労働省の発表によると、国民健康保険の保険料を滞納している世帯は、2009年段階で全国約445万世帯、滞納率は20.8%にのぼった。2013年6月現在、その状況は回復しているが、滞納率は18.1%となお高い。すなわち、国民健康保険の被保険世帯においては、約5世帯に1世帯が保険料を支払っていないということになる。保険料の滞納が続くと、正規の保険証は返還させられ、窓口での負担が全額負担となる場合がある。厚生労働省(2008)によると、事実上の「無保険状態」にある世帯が全国で33万世帯と発表されている。阿部(2008)にも同様の指摘がある。

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

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

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

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

なお、大都市居住者（政令指定都市+東

表1 アンケート調査の諸変数の分布（男女別）

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

（出所）「地域の生活環境と医療に関するアンケート」より推定。

6) 本調査は、三菱総研とNTT レゾナントが運営するインターネットアンケート「goo リサーチ」を使用している。（2008年10月8日から10月22日において実施）なお、我々が委託した調査会社を利用して調査を行った先行研究としては、有田（2002）、吉田・水落（2005）、浦川・松浦（2007）がある。

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

本研究の分析結果に関しては上記で述べたデータの性質に留意する必要があるが、就労世代の分布としては、概して日本全体の実情に近いサンプルが得られており、分析に資する価値があると考えられる。分析では、用いる設問項目において無回答があった回答者と学生(268名)を除く全てのサンプル(N=1263)を使用する。また、諸変数の分布の若干の偏りについては、吉田・水落(2005)、浦川・松浦(2007)と同様、計量分析を行う際に各種の変数の効果をコントロールすることで補正を行う。

3. 公的医療保険制度に対する意見

3.1 記述統計と分析の概要

今回の我々の調査では、公的医療保険制度のもとでの医療費負担に関する人々の意見の特徴を分析するために、表2で示されるような5つの項目からなる設問を設けている。すなわち、(項目1)「高齢者世代が支払う保険料や自己負担は、現状よりも低くした方がよい」、(項目2)「乳幼児など子どもの自己負担は、現状よりも低くした方がよい」、(項目3)「喫煙者が支払う保険料や自己負担は、現状よりも高くした方がよい」、(項目4)「軽度な病気・けがに関する診療は、患者の自己負担を増やすかわりに、重度な病気・けがに関する自己負担は減らしてもらいたい」、(項目5)「一定の期間中、医療

表2 医療保険の負担に関する設問(抜粋)(N=1263)

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

(注) 支持率は「そう思う」、「どちらかと言えばそう思う」を選んだ者の割合。

(出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート」

サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を減らしてあげる方がよい」の各項目に対して、「そう思う」から「そう思わない」までの5つの選択肢の中から1つを選択してもらう形式で問題が設定されている。

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

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

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

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

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

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

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

表3 諸変数の記述統計量

[変数名]	男性 (n=626)				女性 (n=637)			
	平均	標準偏差	最小	最大	平均	標準偏差	最小	最大
有配偶ダミー	0.50	0.50	0	1	0.58	0.49	0	1
家族人数	2.69	1.43	1	7	2.71	1.29	1	7
子ども人数	0.66	0.96	0	4	0.73	0.93	0	4
就学前児童ダミー	0.19	0.39	0	1	0.20	0.40	0	1
20代	0.26	0.44	0	1	0.29	0.45	0	1
30代	0.37	0.48	0	1	0.35	0.48	0	1
40代	0.37	0.48	0	1	0.37	0.48	0	1
大卒以上ダミー	0.42	0.49	0	1	0.41	0.49	0	1
本人：健康度（高）	0.31	0.46	0	1	0.31	0.46	0	1
本人：健康度（中）	0.46	0.50	0	1	0.47	0.50	0	1
本人：健康度（低）	0.23	0.42	0	1	0.22	0.42	0	1
家族：健康度（高）	0.29	0.46	0	1	0.32	0.47	0	1
家族：健康度（中）	0.52	0.50	0	1	0.51	0.50	0	1
家族：健康度（低）	0.19	0.39	0	1	0.17	0.38	0	1
本人：健康悪化	0.18	0.38	0	1	0.18	0.38	0	1
入院経験有り	0.46	0.50	0	1	0.49	0.50	0	1
平均年間通院回数	4.54	5.71	0	20	6.07	6.20	0	20
一番近い病院・診療所までの距離	14.21	6.44	10	50	13.74	6.68	10	60
タバコ依存ダミー	0.24	0.43	0	1	0.12	0.32	0	1
飲酒依存ダミー	0.11	0.31	0	1	0.02	0.15	0	1
< 就業状態 >								
経営者・役員	0.03	0.17	0	1	0.01	0.08	0	1
正社員・正職員	0.66	0.47	0	1	0.27	0.44	0	1
公務員	0.05	0.22	0	1	0.01	0.12	0	1
非正規労働者	0.12	0.33	0	1	0.30	0.46	0	1
自営業・家族従業者・内職	0.09	0.28	0	1	0.05	0.23	0	1
無業	0.04	0.19	0	1	0.33	0.47	0	1
< 保険制度の種類 >								
国民健康保険	0.26	0.44	0	1	0.20	0.40	0	1
被用者保険の被扶養者	0.02	0.15	0	1	0.40	0.49	0	1
協会けんぽ	0.11	0.31	0	1	0.08	0.27	0	1
組合健康保険+共済	0.50	0.50	0	1	0.26	0.44	0	1
不明	0.04	0.21	0	1	0.02	0.15	0	1
世帯所得（万円）	599.68	282.52	150	1250	594.74	297.72	150	1250

(出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート」より作成。

をたてるダミー変数である。

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

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

また、「公的医療保険の加入状況」については、男性と女性でかなりの差異が確認できる。例えば、「家族の健康保険（医療保険）に扶養家族として加入している」というケースは、男性では約4%にすぎないのに対し、女性の場合は約3割となっている。また、男性の約3割、女性の約2割が国民健康保険に加入している。加入している制度が、「わからない」と答えた回答者も、男性で約5%、女性で約2%存在する。表4では、2000年代後半時点で公的医療保険の各制度によって被保険者の所得、年齢構成、医療費にどのような特徴がみられるかを主として中川（2009）に準拠してまとめている。表4から明らかなように、国民健康保険（市町村国保）の被保険者は、他の被用者保険の制度と比べ、

表4 国民健康保険・政管健保（現・協会けんぽ）・組合健保の比較

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

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

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

〔注3〕老人保健対象者を（国保は退職被保険者等も）除いた数値。

〔出所〕中川（2009）に追加。出典は財務省『財政制度等審議会 財政構造改革部会資料』

概して平均年齢が高く低所得で医療費が高い、という特徴を持っている。

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

Kawachi et al (1997)、Kawachi and Kennedy (2002)、近藤 (2007) などの先行研究では、地域に対する信頼や社会的な凝集性 (Social cohesion) の程度に基づいてソーシャル・キャピタルの指標を作成し、その水準が高い地域において個人の健康レベルや平均寿命が高まるという実証結果が示されている⁷⁾。また、Kawachi and Kennedy (2002) では、ソーシャル・キャピタルの水準が低く地域住民同士のつながりが少ない地域においては、公共財の供給においても支出が滞る傾向が見られ、そのことが地域住民の健康にもマイナスに影響を与える可能性を指摘している。このことは、地域住民の医療費負担に対する見解にも一定の影響を与えうるであろう。そこで、本研究においても、これらの先行研究の成果を踏まえ、地域のソーシャル・キャピタルが、公的医療保険の医療費負担に対する考え方にどのような影響をもたらすかについて検証を行うこととする。

3.2 ソーシャル・キャピタルの測定について

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

ソーシャル・キャピタルの概念整理を行った Kawachi et al. (2007) によると、ソーシャル・キャピタルの計測には大きく分けて、「集団レベル」の計測と「個人レベル」の計測の2つがあるとされている。「集団レベルのソーシャル・キャピタル」は、信頼、規範、制裁の行使などのように、特定の社会集団のメンバーが利用可能なリソースとして集団的・社会的にソーシャル・キャピタルを捉えたものである。その一方、「個人レベルのソーシャル・キャピタル」とは、自らのソーシャル・ネットワーク

7) 近藤 (2007) では、ソーシャル・キャピタルの水準と個人の健康レベルとの関係について調べた定量的研究のサーベイがまとめられており、その多くの研究 (24本中17本) において、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域において住民の健康状態が好ましいという関連が示されていたとある。ただし、Caripiano (2007) が、ロサンゼルスの家計近隣調査を用いて行った分析のように、ソーシャル・キャピタルの性質・形態によって、健康状態に与える影響はプラスにもマイナスにもなりうるとする実証報告もある。

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

表5 地域の生活環境に関する質問

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

(出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート」

表6 個人の人的資源・ネットワークに関する設問

[設問]	あなたが、必要であれば1週間以内に交流することができる人物（家族、友人、知人など）で、それぞれ以下の項目にあてはまるような人物はいますか。あてはまるものを全てお答えください。		
項目1	インターネットについて多くのことを知っている	項目11 地域の新聞社や放送局に勤めている、あるいは知り合いがいる	項目21 労働者を雇ったり仕事を紹介したりすることができる
項目2	あなたのゴミ出しを手伝ってくれる	項目12 金銭上の問題について有益なアドバイスをくれる	項目22 健康・運動について多くのことを知っている
項目3	あなたの家事を手伝ってくれる	項目13 仕事上の問題について有益なアドバイスをくれる	項目23 他国の言語で話すことができる
項目4	バーゲンなどで安い商品を見つけたり、教えたりしてくれる	項目14 就職に関して有益なアドバイスをくれる	項目24 コンピュータを修理できる
項目5	新しい住居に引越しをする必要があるとき、住居探しを手伝ってくれる	項目15 あなたと政治に関して議論する	項目25 地方の議員をしている
項目6	ある程度のまとまったお金を貸してくれる	項目16 自分にとって、とても参考になる仕事をしている	項目26 上記にあてはまるような人物はいない
項目7	あなたが病気のときに買い物をしてくれる	項目17 故障車を修理することができる	
項目8	自分が住居を留守にするとき、家の掃除やペットの世話をしてくれる	項目18 信頼できる商売人である	
項目9	専門的な職業（弁護士、医師、看護師、教員、スポーツ選手など）で働いている	項目19 園芸、ガーデニングが得意である	
項目10	法律に関するアドバイスをあなたにしてくれる	項目20 地方自治体で働いている	

(出所)「地域の生活環境と医療に関するアンケート」

を介して個人が得ることのできる価値あるリソースを示すものである。

表5の「居住地域の生活環境」の設問は、前者の「集団レベル」の計測を意図して設定されたものであり、表6の「個人の人的資源・ネットワーク」の設問は、後者の「個人レベル」の計測に即したものである。本研究では、各々の設問を用いることにより、「集団レベル」、「個人レベル」の双方のソーシャル・キャピタルの計測を行うこととする。

まず、集団レベルの推計については、表5の項目の回答結果に基づき、「そう思う」から「そう思わない」までの5段階の選択肢の回答に対して、0、1、2、3、4の数値を項目ごとに割り当てる。(すなわち、数値が高い方が生活環境を肯定的に評価していることになる。)そして、各変数を主成分分析によって統合し、新たな変数を作成する。分析においてよく用いられる基準は固有値1以上基準であるので、この基準に基づいて採用された主成分の主成分得点を説明変数として用いることとする。

今回の調査では、項目2の「あなたの住んでいる地域の近隣地域で少年・少女がたむろして騒いでいることがある」、「あなたの住んでいる地域の近隣地域で落書きをみかける」などの変数に正のウェイトが割り当てられている主成分が固有値1以上基準を満たしていたため、これを表1の居住地域ブロック別に平均した値を「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の変数(集団レベルのSC[地域])として定義した。ただし、この変数は、地域の生活環境についての回答者の個人的な評価を地域レベルで集約した変数であるため、個人の評価による効果と当該地域独自の効果が混在しており、集団レベルの効果が過大に推定されるという点が、Aitkin and Longford (1986)で批判されている。この問題を解決するため、本論文ではKawachi et al. (2007)で提示されているように、地域の生活環境の評価から測定された回答者本人の主成分得点と「集団レベルのソーシャル・キャピタル」との差をとった変数を説明変数(集団レベルのSC[個人—地域])として含めることにする。個人レベルの地域評価を居住地域レベルごとの平均値でそれぞれ基準化することにより、公的医療保険制度に対する評価に与える影響を、個人の効果と地域の効果に分けて捉えることが可能となる。

また、「個人レベルのソーシャル・キャピタル」(個人レベルのSC(健康資源))の推計については、表6の「個人が利用可能な人的資源・ネットワーク」に関する設問の中で、個人の健康レベルと相関が高い3つの項目を抽出し、これらの回答結果から上記と同様に主成分得点を抽出することとする。(使用する項目は、「あなたの家事を手伝ってくれる」、「あなたが病気のときに買い物をしてくれる」、「健康・運動について多くのことを知っている」の3項目であり、固有値1以上基準によって抽出された第一主成分の得点を説明変数として用いる。)

4. 推定結果

プロビット推定によって(1)式の各変数の限界効果を算出した結果は、表7で示される。表7から読み取れることを以下に示す。第1に、項目1の「高齢者世代が支払う保険料や自己負担は、現状よりも低くした方がよい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(1)の推定結果によると、男性女性ともに大卒以上の高学歴ダミーにおいて有意に支持が低くなっている。また、各種共済加入

の男性は、リファレンス・グループとして設定した組合健康保険加入の男性よりも、高齢者の医療費負担の削減に賛成の傾向を示している。また、世帯収入が低い女性回答者も賛成の傾向を示している。

さらに、「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の変数が、女性の場合はプラスに有意であり、地域住民同士のつながりが大きい自治体に居住している場合は、「高齢者の負担軽減」を支持する傾向がみられている。そして、健康に関する人的なネットワークの有無に基づいて作成された「個人レベルのソーシャル・キャピタル」(健康資源)の変数は、男性の場合に高齢者の医療費負担削減に有意にプラスの効果をもたらしている点が示された。すなわち、人的ネットワークを多く持っている男性は、高齢世代に対する医療負担の軽減に対して共感を高めているという見方が可能である。ただし、単純に高齢世代と年齢層が近い両親との日頃の交流が深いだけであり、家族の事情を考慮してこのような回答にいたったという理由も考えられる。

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

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

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

第5に、項目5の「一定の期間中、医療サービスを全く受けなかった加入者に対しては、保険料を

表7 医療費負担の評価の要因に関するプロビット推定(男性 = 626, 女性 = 637)

	(1) 項目1：高齢者の負担軽減				(2) 項目2：乳幼児の負担軽減				(3) 項目3：喫煙者の負担増			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性	
	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差
有配偶	-0.040	0.053	0.006	0.057	0.016	0.046	0.043	0.055	-0.043	0.059	-0.075	0.060
就学前児童有り	0.031	0.062	-0.049	0.060	0.044	0.053	0.080*	0.055	-0.114**	0.067	-0.005	0.063
20代	-0.033	0.055	0.025	0.051	-0.068	0.049	0.063	0.049	-0.010	0.062	-0.119	0.054
40代	0.191**	0.049	0.064	0.050	0.060	0.043	-0.030	0.049	0.000	0.057	-0.108	0.053
大卒以上	-0.095**	0.044	-0.075**	0.041	-0.012	0.038	0.001	0.040	0.030	0.048	0.106	0.043
世帯所得(対数)	-0.014	0.044	-0.102**	0.043	-0.002	0.037	-0.069**	0.041	0.015	0.049	0.044	0.045
本人：健康	-0.009	0.025	0.016	0.026	-0.002	0.022	-0.009	0.025	-0.040	0.029	0.025	0.027
家族：健康	0.012	0.030	-0.022	0.028	-0.006	0.026	-0.003	0.027	0.015	0.033	0.007	0.029
国民健康保険加入	0.058	0.052	0.026	0.062	-0.057	0.047	-0.088	0.062	-0.045	0.059	-0.039	0.066
協会けんぽ加入	0.066	0.058	0.074	0.069	0.042	0.050	-0.135**	0.073	0.007	0.064	-0.135	0.072
各種共済加入	0.155**	0.086	-0.069	0.133	0.047	0.076	-0.262**	0.129	0.176**	0.096	0.022	0.141
被扶養者として加入	-0.232**	0.129	0.106**	0.060	0.004	0.117	-0.036	0.060	0.337**	0.116	-0.063	0.064
不明	0.090	0.099	0.209**	0.113	-0.120	0.097	-0.047	0.139	-0.268**	0.097	0.004	0.153
病院、診療所が近距離	0.009	0.043	0.022	0.044	0.015	0.037	-0.005	0.042	-0.054	0.048	0.057	0.046
集団レベルのSC [個人-地域]	0.005	0.016	0.003	0.017	0.037**	0.014	-0.011	0.016	0.017	0.018	-0.001	0.018
集団レベルのSC [地域]	-0.049	0.149	0.209*	0.147	-0.140	0.123	-0.141	0.135	-0.123	0.160	0.020	0.149
個人レベルのSC (健康資源)	0.037**	0.017	0.018	0.017	0.032**	0.015	0.007	0.016	0.009	0.019	0.019	0.018
タバコ依存ダミー	0.010	0.008	0.005	0.008	-0.004	0.011	0.009	0.013	-0.619**	0.032	-0.516**	0.038
Prob > カイ二乗統計量	0.000		0.024		0.023		0.018		0.000		0.000	
擬似R ²	0.050		0.028		0.044		0.032		0.251		0.116	

(注) 「年代」のリファレンス・グループは、30代の回答者。また、「加入している公的医療保険制度」のリファレンス・グループは、「組合健康保険加入」の回答者。(出所) 「地域の生活環境と医療に関するアンケート」より推定。

表7 医療費負担の評価の要因に関するプロビット推定 (男性 = 626, 女性 = 637) (続き)

	(4) 項目4：軽度医療の負担増で 高度医療の負担軽減				(5) 項目5：医療需要に応じた負担			
	男性		女性		男性		女性	
	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差	限界効果	標準誤差
有配偶	-0.119**	0.052	-0.063	0.056	-0.008	0.046	0.021	0.052
就学前児童有り	0.075	0.061	-0.047	0.056	0.029	0.052	-0.170**	0.058
20代	-0.041	0.055	-0.029	0.050	0.037	0.045	0.036	0.045
40代	0.106**	0.050	-0.032	0.049	0.135**	0.040	-0.036	0.046
大卒以上	0.016	0.043	0.058	0.040	-0.022	0.038	-0.003	0.037
*世帯所得 (対数)	0.004	0.043	0.085**	0.042	0.010	0.038	-0.107**	0.039
本人：健康	0.028	0.025	-0.022	0.025	0.006	0.022	0.069**	0.023
家族：健康	-0.042	0.029	0.013	0.027	0.020	0.026	-0.003	0.025
国民健康保険加入	0.003	0.052	0.062	0.062	0.024	0.044	-0.018	0.058
協会けんぽ加入	0.020	0.058	-0.015	0.069	0.036	0.048	-0.014	0.067
各種共済加入	-0.019	0.093	-0.059	0.124	0.027	0.075	-0.249**	0.136
被扶養者として加入	-0.056	0.136	0.052	0.060	0.056	0.104	-0.061	0.055
不明	-0.065	0.103	0.148	0.139	0.046	0.082	-0.138	0.142
病院、診療所が近距離	0.059	0.042	-0.020	0.043	0.039	0.037	-0.012	0.039
集団レベルのSC [個人-地域]	-0.002	0.016	-0.008	0.016	0.003	0.014	-0.012	0.015
集団レベルのSC [地域]	0.022	0.144	0.012	0.137	0.019	0.125	0.014	0.127
個人レベルのSC (健康資源)	0.045**	0.020	0.027*	0.018	-0.014	0.014	0.029**	0.015
タバコ依存ダミー	-0.112	0.048	-0.006	0.061	0.015	0.042	0.116**	0.047
Prob > カイ二乗統計量	0.094		0.063		0.059		0.000	
擬似 R ²	0.030		0.018		0.022		0.064	

(注) 「年代」のリファレンス・グループは、30代の回答者。また、「加入している公的医療保険制度」のリファレンス・グループは、「組合健康保険加入」の回答者。

(出所) 「地域の生活環境と医療に関するアンケート」より推定。

減らしてあげる方がよい」に対する支持を表すダミー変数を被説明変数とした(5)の推定結果によると、男性は、項目4と同様、40代がリファレンス・グループの30代と比べてその支持が有意に高い。また、女性についてみると、項目(4)のケースとは逆に世帯所得が低い方が、「医療需要が低い者に対する保険料負担の削減」を支持する傾向にある。すなわち、低所得世帯の方が、医療機関に通う頻度に比べて保険料負担が割高であると感じている。ただし、世帯所得が350万円以上のグループと350万円未満のグループの2つに分けて、医療機関の平均年間通院回数を計算したところ、前者が4.8回、後者が6.0回であり、所得が低い世帯の方が若干ながら通院回数が高い、という関係になっていた。

以上のように、回答者の属性によって、医療費負担に関する意見に有意な差が見られることが、実証分析から明らかになった。地域に対する信頼や地域社会の規範などの指標をもとに作成される「集団レベルのソーシャル・キャピタル」については、上記の分析で有意であったのは、女性の項目1「高齢者の負担軽減」のみであり、はっきりとした効果は確認できなかった。しかし、「個人レベルのソーシャル・キャピタル（健康資源）」については、男性の項目1「高齢者の負担軽減」、項目2「乳幼児の負担軽減」、男性女性の項目4「経度医療の負担増で高度医療の負担軽減」、女性の項目5「医療需要に応じた負担」でそれぞれ統計的な有意性が確認されており、医療費負担の評価に一定の影響を与えていることが確認できた。

5. おわりに

本研究では、現行の我が国の公的医療保険制度に対する人々の意見・評価について、主として負担のあり方に注目した検証を試みた。具体的には、「公的医療保険制度のもとでの医療費負担に関する意見」を尋ねた設問の回答結果をもとにして、回答者の様々な属性が医療負担に関する意見にどのように影響を与えているかについてプロビット推定による検証を行った。

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

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

第3に、東京23区または政令指定都市に居住する者を対象とした今回の分析では、地域社会に共通する「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の存在が、地域住民の公的医療保険制度に対する考え方に一定の影響をもたらしているかどうかについては、明瞭な結果は得られなかった。収入、本人・家族の健康状態、医療保険への加入状況といった本人の属性をコントロールしてしまうと、地域のソーシャル・キャピタルの変数が医療費負担の評価に与える影響は軽微なものにとどまっている。中部地方1県、四国地方2県の12介護保険者（1広域連合を含む15自治体）を対象として、地域のソーシャル・キャピタルと地域住民（要介護認定を受けていない65歳以上の在宅一般高齢者）の健康との関係を分析した近藤（2007）によれば、社会の凝集性に基づいて測定された地域の「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の水準が、地域住民の健康状態に一定の影響を与えていることが示されている。したがって、今後は調査対象者を拡大し、中小規模の自治体に居住する回答者を対象とした場合にもソーシャル・キャピタルと医療費負担の評価についての関係を分析し、どのような結論が得られるか検証していくことが必要であろう。

日本の公的医療保険制度は、歴史的な経緯から、世帯主の働き方に基づいて複数の制度が分立しており、加入している制度によって保険料負担や医療費負担に一定の差が生じている現実がある。したがって、ソーシャル・キャピタルが医療費負担の評価に与える影響を検証する際には、回答者本人や世帯員の加入する医療保険制度の差異にもより注意を向ける必要があろう。これらの詳細な検証は、著者達の今後の検討課題である。

参考文献

- 阿部彩（2000）「社会保険料の逆進性が世代内所得不平等度にもたらす影響」『季刊社会保障研究』 Vol.36, No.1, pp.67-80.
- 阿部彩（2006）「貧困の現状とその要因」、小塩隆士・田近栄治・府川哲夫編『日本の所得分配』東京大学出版会
- 阿部彩（2008）「格差・貧困と公的医療保険：新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション」『季刊社会保障研究』 Vol.44, No.3, pp.332-347.
- 有田富美子（2002）「少子化と女性の就業観—インターネットアンケートを基にして」『一橋大学経済研究所 Discussion Paper』, No. 113
- 浦川邦夫・松浦司（2007）「格差と階層変動が生活満足度に与える影響」『生活経済学研究』 Vol.26, pp.13-30.
- 小塩隆士（2006）「所得格差の推移と再分配政策の効果」、小塩隆士・田近栄治・府川哲夫編『日本の所得分配』東京大学出版会
- 小塩隆士・浦川邦夫（2008）「2000年代前半の貧困化傾向と再分配政策」『季刊社会保障研究』 Vol.44, No.3, pp.278-290.
- 勝又幸子・木村陽子（1999）「医療保険制度と所得再分配」『季刊社会保障研究』 Vol.34, No.4, pp.402-412

- 金子能宏・鈴木亘 (2011) 「高齢者医療において政府はどこまで責任を持つべきか」鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護』日本経済新聞出版社
- 北浦義朗 (2007) 「国民健康保険料 (税) の水平的不平等性」*KISER Discussion Paper Series*, NO.8, pp.1-18.
- 栗山浩一・庄子康 (2005) 『環境と観光の経済評価』勁草書房
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2007) 『人口統計資料集2007』
- 小松秀和 (2005) 『日本の医療保険制度と費用負担』ミネルヴァ書房
- 近藤克則編 (2007) 『検証「健康格差」社会—介護予防に向けた社会疫学的調査』医学書院
- 鈴木亘・大日康史 (2000) 「医療需要行動の Conjoint Analysis」『医療と社会』 Vol.10, No.1, pp.125-144.
- 田中敏 (2005) 「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報』第488号, pp.1-10.
- 中川秀空 (2009) 「国民健康保険をめぐる最近の動向」『調査と情報』第649号, pp.1-10.
- 日高政浩 (2004) 「医療保険制度改革の財源問題と世代別生涯給付・負担への影響」『フィナンシャル・レビュー』 August, 2004, pp.41-57.
- 吉田あつし (2009) 『日本の医療のなにかが問題か』NTT 出版
- 吉田浩・水落正明 (2005) 「育児資源の利用可能性が出生力および女性の就業に与える影響」『日本経済研究』 56: 76-95.
- Brau, R. and Bruni, M. L. (2008), “Eliciting the Demand for Long-Term Care Coverage: A Discrete Choice Modeling Analysis,” *Health Economics*, Vol.17, pp.411-433.
- Cariapiano, R. M. (2007), “Neighborhood Social Capital and Adult Health: An Empirical Test of a Bourdieu-based model,” *Health & Place*, Vol.13, No.3, pp.639-655.
- Grootaert, C. and Van Bastelaer, T. (2002), *Understanding and Measuring Social Capital*. Washington DC: World Bank.
- Kawachi, I, Kennedy, B. P. and Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997), “Social Capital, income inequality and mortality,” *American Journal of Public Health*, Vol.87, pp.1491-1498.
- Kawachi, I and Kennedy, B. P. (2002), *The Health of Nations*, New York, The New Press. (『不平等が健康を損なう』西信雄・高尾総司・中山健夫監訳、2004年、日本評論社)
- Kawachi, I, Subramanian, S. V. and Kim, D. (2007), *Social Capital and Health*, Springer (『ソーシャル・キャピタルと健康』藤澤由和・高尾総司・濱野強監訳、2008年、日本評論社)
- Lin, N. (2001) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lin, N and Erickson, B. (2008) *Social Capital: An International Research Program*, UK: Oxford University Press.
- MacFadden (1974), “Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behavior,” in P. Zarembka (ed.), *Frontiers Econometrics*. Academic Press, pp.105-142.
- Putnam, R. (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton

University Press.

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

United Nations (2012), *World Population Prospects: The 2012 Revision*

WHO (2013), *The World Health Report: Research for Universal Health Coverage, 2013.*

浦川 邦夫〔九州大学大学院経済学研究院 准教授〕

齋藤 隆志〔明治学院大学経済学部 准教授〕