

医療サービスに対するニードと需要

都 村 敦 子

はじめに

ソーシャル・サービスの議論はしばしば次のような論点をめぐって行なわれ、また展開される¹⁾。“人びとのニードは絶えず成長し、変化しつつある。ソーシャル・ポリシーはそれらのニードとともに変化しなければならない”²⁾。“十分なソーシャル・サービスを提供するという問題の根底には、まず第一に、いつニードが存在するか、第二に、必要とされているものは何か、を認めることの困難性がある”³⁾。“パーソナル・ソーシャル・サービスはニードの強い人びとに手をさしのべる大規模な実験である”⁴⁾。

本稿のねらいは、医療サービスの分析にとって不可欠な鍵概念である“ニード”⁵⁾に焦点を合わせ、“ニード”と“需要”“供給”との関連を明らかにすることにある。第Ⅰ節ではニード、欲求、需要の定義を行ない、第Ⅱ節で、これら三者間のギャップがいかなる要因により生じるかを明らかにし、第Ⅲ節で、配分の基準としてのニードの重要性を指摘する。さらに第Ⅳ節では、わが国のデータによる若干の分析結果をとりあげ、最後に保健・医療政策の視点から、二、三の結論を述べたい。

Ⅰ 医療サービスに対する“ニード”“欲求”“需要”の定義

まず、所与の国民の医療サービスに対するニード (need), 欲求 (want), 需要 (demand) を J. Jeffers 他⁶⁾にしたがって、次のように定義することから始めよう。

A. 医療サービスに対するニード：その成員が現存の医学的知識によって認められる“健康な”状態を維持または回復するために、適切な期間消費されなければならないと医療専門家が考える医療サービスの量。国民の医療サービスに対するニードを正確に指定するためには、各人の健康状態についての完全な知識、“健康”は何により構成されるかについての明確なスタンダードの存在、および疾病（またはスタンダード以下のもの）を健康に回復するための現代医学の可能性に関する完全な知識などを必要とする。現行の診断方法はある国民の健康状態またはある個人の健康状態についてすら、完全な知識を与えることはできないということが認められなければならない。また“健康”は何により構成されるかに関する明快なコンセンサスは、医療専門家の間においても存在しないということも認められなければならない。さらに、疾病を健康に回復するための現代医学の可能性に関する完全な知識も存在しない。というのは、そのためには多くの事例について新薬や新しい処置法の治療効果を正当化する有効な臨床発見が蓄積されなければならないからである。医療サービスに対するニードを把握するにはこれらの困難がともなう。

さらに強調されなければならない点は、国民自らが考える医療ニードと医療専門家が考えるニードとは一致しないことが多いということである。すなわち、国民が消費したいと“欲求している”医療サービスの量は、国民

- 1) R. Walton, "Need: A Central Concept" *Social Service Quarterly*, Summer, 1969
- 2) M. Bruce, *The Coming of the Welfare State*, 1966, p. 293
- 3) A. Forder, *Social Casework and Administration*, 1966, p. 20
- 4) Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services. HMSO, July 1968. p. 142
- 5) 筆者がニード分析に関心をもち始めたのは数年前 M. S. Feldstein の文献を読んでからである。拙稿「保健・医療サービスの経済分析」『季刊社会保障研究』昭和43年6月参照。ニード分析の必要性を強調したものとしては、拙稿「やさしい医療の経済学、その1～その16」『健康保険』45年7月号～46年12月号、および「保健・医療経済学の実証的研究（クラーマン編）の書評」『季刊社会保障研究』46年9月参照。

- 6) J. Jeffers, M. Bognanno and J. Bartlett, "On the Demand versus Need for Medical Services and the Concept of Shortage" *American Journal of Public Health*, Jan. 1971. この文献の所在をお教えいただいた病院管理研究所の紀伊国献三氏に感謝を申しあげたい。

の各人が消費する“必要がある”と医療専門家が判断する医療サービスの量とは異なるかもしれないということである。

これに関連して、所与の国民の医療サービスに対する欲求を次のように定義する。

B. 医療サービスに対する欲求：その成員が自らの医療ニードの自覚に基づいて、適当な期間消費しなければならないと感じている医療サービスの量。

国民の医療サービスに対する欲求は、身体的または精神的な苦痛の自覚、ならびに文化、宗教、教育、社会の状況に依存する。それは消費者行動の重要な決定因である。

消費者は心理的に形成された自らの欲求を満たそうとすることから、医療サービスに対する需要が生じる。所与の国民の医療サービスに対する需要は、医療サービスの価格、消費者に利用可能な資源、他の財・サービスの価格、人口規模、および財・サービスに対する消費者の集会的欲求（嗜好と選好）などに依存する。したがって所与の国民の医療サービスに対する需要の経済学的概念を次のように定義する。

C. 医療サービスに対する需要：上記のごとき諸要因に関連したマーケット・ビヘービアによって決まる医療サービスの量。

II ニード、欲求、需要三者の関係

メディカル・ケアの内容は以上のように三つの要素、ニード、欲求、需要を内蔵している。これらは個々に、あるいは相互の関連において分析されなければならない。一例として米国およびイギリスにおける疾病調査の結果をとりあげれば、三者の間には図1のような関係のあることが明らかにされている⁷⁾。

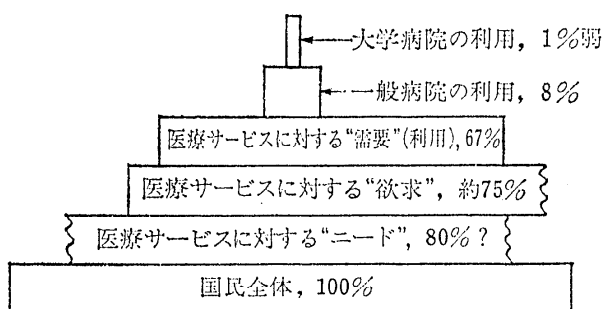


図1 医療サービスに対するニード、欲求、需要（1年間の経験）

医療サービスに対するニードの大きさは、その社会の文化的・医学的スタンダードに基づく価値判断を含む定義によってある程度条件づけられる。メディカル・ニードの大きさは欲求よりも大きい場合も小さい場合もある。医療サービスに対する欲求は社会調査により評価することができる。米国およびイギリスの調査によると、100人のうち約75人が何らかの医療サービスを受けたいと欲求しており、そのうち67人が実際に医療サービスを受けている。一般病院を利用するものは100人のうち8人、大学病院を利用するものは100人のうち1人である。このように医療サービスに対する“ニード”と“欲求”の間には差異が存在するし、また“欲求”と“需要”の間にもギャップが存在する。次に、それらのギャップをもたらす要因の分析に進むことにしよう⁸⁾。

1. ニードと欲求の間のギャップ

国民の自覚する医療サービスに対する“欲求”は、医療専門家の定義する“ニード”よりも大きかったりまたは小さかったりするが、何故このような差異が存在するのであるのか。ニードの概念が消費者と医療専門家の間で異なるのにはいくつかの理由がある。あるものは不精のためまたは医療サービスを受けることにともなう苦痛や苦しみや困却を避けたいために医療サービスを受けることに気がすまぬかもしれない。

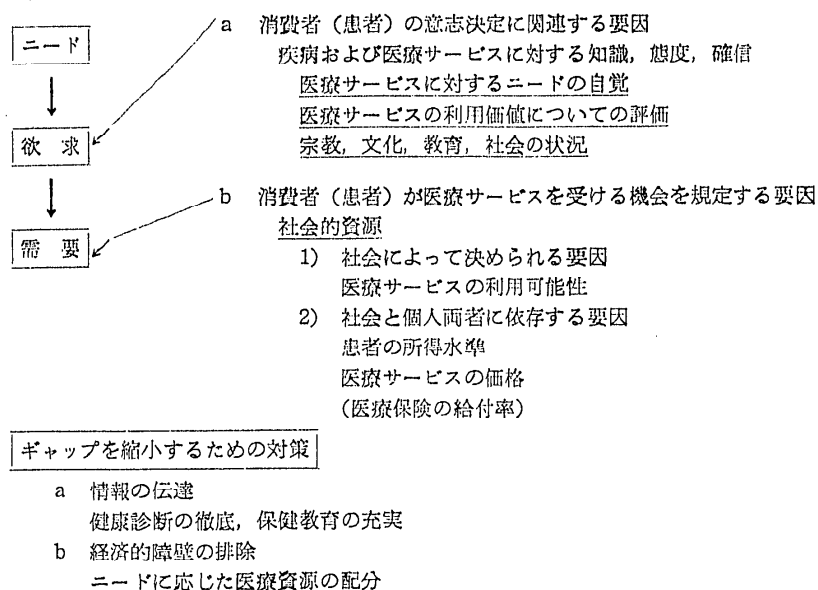
しかし、欲求とニードの間のギャップの原因となる最も重要な要因は消費者の無知である。ほとんどの消費者は、“健康”を構成するものについての専門的なスタンダードに無知であるし、また健康を改善するための現代医学の可能性——予防、治療、リハビリテーション——の範囲と限界についても十分な知識をもっていない。さらに多くの場合、痛み、出血あるいはその他の明白な異常が現われないかぎり、不健康の徴候を認めないのが普通である。

たとえば症状による不自由と苦痛、あるいは知覚された病気の徴候、あるいは心理的な苦痛から医療サービスに対するニードの自覚が喚起されたとしても、それが直ちに欲求から需要につながるわけではない。病気の治療に対する医療サービスの利用価値についての積極的な評価が必要である。それには治療するのに医療サービスが相対的に有効であるという確信がなければならぬし、また医療サービスの利用にともなう不便や経済的損失が考慮されるであろう。さらに、国民の宗教、文化、教育、社

7) J.M. Last, "Evaluation of Medical Care" *The Medical Journal of Australia*, Nov. 6, 1965. K. White, T. Williams and B. Greenberg, "The Ecology of Medical Care" *The New England Journal of Medicine*, Nov. 2, 1961

8) E. Kalimo, *Determinants of Medical Care Utilization*, 1969 および注6の Jeffers 他の論文に負うところが大きい。

表1 医療サービスのニーズ、欲求、需要間にギャップをもたらす要因



会の状況が影響を及ぼす。国民の文化、教育、社会の状況が低ければ低いほど、また宗教上の信仰が医療サービスの利用の見地からみて制約的であればあるほど、欲求とニーズとの間のギャップはより大きくなる。

2. ニーズまたは欲求と需要の間のギャップ

消費者が医療サービスに対するニーズを自覚し、医療サービスの利用価値を認めたとしても、欲する医療サービスをすべて購入するとはかぎらない。その患者に医療サービスを利用する機会が与えられなければ利用することはできない。その機会、患者の社会的資源によって決まる。患者の社会的資源とは、一つは社会によって決められる要因、すなわち医療サービスの利用可能性（病院、診療所などの有無）であり、いま一つは社会と個人との両者に依存する要因、すなわち患者の所得水準、医療サービスの価格（代理変数として医療保険の給付率）などの経済的要因である。これらは、いわば「患者が医療サービスを利用する機会を規定する要因」といってよいであろう。

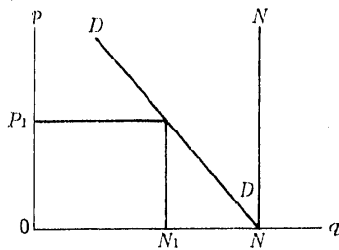
まず第一の要因、医療サービスの利用可能性に関連しては統計的な実証分析もなされている。たとえばフィンランドの社会保障研究所の“医療サービスの利用に影響を及ぼす諸要因の分析”⁹⁾では、説明変数として、年齢、性別、医療サービスを利用しようとする傾向、世帯主の職業、所得、教育水準、社会・経済的地位、低廉な医療サービスを得る可能性（たとえば保険加入）、最も近く

の医師までの距離、人口1人当り医療サービスの総量などの変数が選ばれて、これらの変数が医療サービスの利用にいかなる影響を及ぼすかについて回帰分析が行なわれている。その結果、医師のサービスの利用および病院サービスの利用に最も強い影響を及ぼす要因は、医療サービスの供給（利用可能性）であることが識別されている。すなわち、医療サービスに対する欲求が強い場合でも、医療サービスを受ける場所までの距離の遠いことや居住地の市町村で利用できる医療サービスの量が少ないことは、医師の治療を求めるのに大きな障害になっている。わが国の場合については後に検討を加えたい。

次に、第二の経済的要因——患者の所得水準、医療サービスの価格など——の影響はどうであろうか。ここでは Jeffers 他¹⁰⁾の説明をとりあげてみよう。たとえば消費者が健康のスタンダード、各人の健康状態および現代医学の可能性などに関して完全な情報をもっていると仮定したとしても、消費者は欲する医療サービスをすべて購入するとはかぎらない。欲求と需要のギャップをもたらす要因として経済的要因が介入してくるからである。医療サービスの価格がプラスのところでは、国民の医療サービスの需要量は欲求量よりも少ないであろう。たとえば図（次頁）において、縦軸に医療サービスの価格、横軸に医療サービスの量をとると（需要のその他の決定要因には変化がないと仮定する）、ニーズは $N-N$ 線のようなになる。何故ならニーズは経済的考慮、すなわち医療サービスの価格および財政的資源（保険を含む）などから独立で

9) 注8の Kalimo の文献および拙稿「医療サービスに対するニーズと需要」『健康保険』45年8月参照。

10) 注6の Jeffers 他¹⁰⁾の論文 p. 49~57 参照。

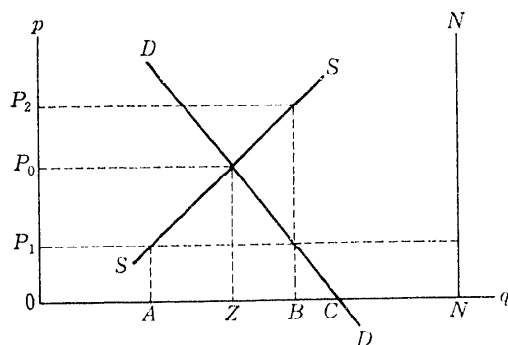


あるからである。需要曲線を $D-D$ とすると、価格 P_1 では医療サービスの需要量は ON_1 であり、これはニード ON よりも少ない。しかし医療サービスの価格が 0 に近づくと、購入される量は欲求量に近づき、この図の如く特殊な場合には、欲求される量は医療専門家が必要とみなす量にまさに等しくなる。

一般に、ほとんどの消費者は自らの健康状態、健康に関するスタンダードや現代医学の可能性などについて完全な知識をもっていない。健康状態や現代医学の可能性に関して消費者が受けとる情報が増加すると、それがニードの自覚にいかに関与するかによって、医療サービスに対する需要曲線は、右方（需要増加）または左方（需要減少）に移行するであろう。財政上の負担能力の増加（所得や医療保険の適用範囲の増加など）も需要を増加させる傾向にある。

しかしながら、消費者が例外的な急性の医療を必要としている場合には、医療サービスの価格には鈍感になり、支払問題を考慮に入れない傾向があることはもちろんである。きわめて急性の徴候が現われたときには、消費者の需要は医療ニードと一致するであろうし、あるいはニードを超過するであろう。ただし消費者の需要がニードに近づくあるいは超えるというようなケースはまれである。

実際には医療サービスの需要量は必要とされている量（ニード）よりも少ない場合が多いであろう。この状況を図で示そう。下図は医療サービスの消費者側の総需要



DD と供給者側の提供する総供給 SS の相互作用を示すものである。医療サービスに対する市場が完全であると仮定しても、医療サービスの消費が医療専門家等の主張する“消費すべき”量に達しないという意味で医療サービスの“不足”が存在するかもしれない。すなわち図では医療サービスの消費量 OZ は必要量 ON に達しないということである。

しかし医療サービスの市場は、教育の制限、医師への参入の制限、移動の困難性、一種の管理価格の存在などを含む不完全性をはらんでいる。これら市場の不完全性は、上述のような通常の意味での不足のほかに、市場にかかわる不足を生じる。たとえば下図において、非均衡価格 P_1 を想定すると（医療産業全体としての“超過供給”の可能性は除外することができるので）、全体としては $ON-OA$ に等しい不足が生じる。この場合には医療サービス全体の不足は二つの部分からなる。すなわち一つは $OB-OA$ に等しい、“市場の不均衡（この場合は現行価格で需要量が供給量を超える）”に起因する不足である。いま一つは、 $ON-OB$ に等しい、“ニードの量と需要量のギャップによる不足”，すなわち、必要とされる医療サービスの量（ニード）が現行価格で需要される量を超える程度を示す。

“市場の不均衡に起因する不足”と“ニード量と需要量のギャップによる不足”との間の差異が何故重要であるかの理由の一つは、これら二つのタイプの不足のうち、後者のほうは公共政策にとってより困難な問題であるということである。前者の不足は市場調整のプロセスでとり除くことが期待されるが、その場合でも $ON-OZ$ に等しい後者の不足は残る。公共政策の観点から、後者の不足が重大であると考えられるのはその緩和のためには、究極的に産業の基本的性格を変える市場介入を必要とするからである。医療サービス市場における介入は、需要、供給、あるいはその両者を変える形でとられうる。たとえば米国では実際に需要と供給両方の側における介入は、政府の計画を通じて行なわれている。それは一方で医学教育と医療施設の建設に補助金を与える制度であり、他方、国民のあるグループ（たとえば高齢者、低所得者）の医療サービスの消費に補助金を与える制度である。

III 資源配分の基準としてのニード

ボールドィング¹¹⁾ は医療サービスに対する“ニード”

11) K. E. Boulding, “The Concept of Need for Health Service” *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Oct. 1966.

の概念を“需要”と対照させて次のように述べている。“ニード”という概念が求められているのは、“需要”という概念そのものが重大な弱点と制約をもっているからである。需要は個人の自律性、選択、ならびに個人の選好に合うように工夫された多様性を含むものである。自律的選択という概念には、まず第一に、選択者は彼の入手できる択一物を知っていること、第二に、選択者は後日後悔しないような価値基準または効用関数にしたがって選択を行なうということが意味されている。選択の範囲や効用関数には、従来経済学者が軽視してきた学習の問題が含まれている。この問題は医療の場合にはとりわけ強くあてはまる。医療においては需要者は常にしろうとであり、専門家である医療供給者に面と向かわなければならない。実際に、医療サービスに対する需要とは、主として知識あるいは少なくとも知識の結果に対する需要である。通常の財・サービスの場合には必要とされる知識はかなり容易に利用可能であり、かつ市場それ自体が学習プロセスである。しかし医療の場合には学習プロセスは生命にかかわるものである。

ここでさらに強調すべき点は、ニードという概念が資源配分の原則として重要な意味をもつことである。われわれは最初にニードとは専門家の医学的見解によって認められるような生物学的・心理学的健康状態であると定義した。このことばのもつもう一つのきわめて重要な含意は、ボールディングも指摘しているように“needy”という語に意味されるそれである¹²⁾。この意味においてのニードとは、ただ単にある学識のある専門家が必要であると考えられるもののみならず、貧困であるために購入する余裕がないものである。この意味でもまた、ニードは需要と対照をなすものと考えられており、そしてニードという概念が求められるのは配分 (allocation) の原則としては、需要にはある種の欠陥が存在することから生じている。需要の批判としてのニードの概念はここでは有効需要は所得および所得分布に密接に関係しているという事実に関連する。“ニード”は平等主義的 (equalitarian) 概念である。それに対して“需要”は自律性および自由に力点を置いているため、おそらく平等主義的よりもむしろ自由主義的であり、そして自由はめったに平等な分配をもたらさない。もし医療サービスが需要にしたがって配分されるなら、裕福なものはより多くを獲得するであろうし、貧しいものは全く少ししか得ることができないであろう。

ここで米国の例を引合いに出すと、米国において医療

の危機の一つとしてしばしば指摘されている状態は、国民の医療サービスに対するニードのきわめて重要な部分が満たされていないということである。経済学者 Fuchs¹³⁾ は米国では他の国々よりも多額の医療費 (国民 1 人当たり) を支出しているにもかかわらず、国民の健康水準は相対的に低いことを問題としている。すなわち多くのヨーロッパ諸国に比して米国の乳児死亡率および中年の男性の死亡率は高い (スウェーデンの 2 倍) が、特に後者はショッキングなことであり、経済的にも重大な意味をもつと述べている。このような傾向をもたらした理由については、Somers および Cruikshank¹⁴⁾ は次のように説明している。すなわちこの傾向が生じたのは、米国ではすぐれた医療が利用できない、あるいは医師や病院が劣悪であるためではなく、資源がきわめて不平等に配分されているためである。米国では医療資源はヘルス・ニードではなく市場の有効需要に基づいて配分されてきた。医療サービスに対する資源配分において、可能な選択のすべてを並べるとするならば、医療に対する支払能力は最もよくない選択である。しかしわれわれが選んできたのはまさしくそれである。すなわち支払能力という選択肢に基づいて医療サービスの地域分布および他の種類の配分を行なっている。これは市場メカニズムに頼ることによってはこの問題の処理は不適當であることを示すものであると指摘している。

同様にティトマス¹⁵⁾ も米国の経験を検討することによって、ニードの基準に基づかずに、支払能力に基づいてなされる医療、教育、その他福祉サービスの資源配分方法を批判している。すなわち、支払能力に基づく資源配分方法においては、貧困者、ハンディキャップをもつもの、その他の少数集団のような支払能力をもたない、あるいは平均以上のニードをもつものは「割りの合わないリスク」として分類される。そこでは二つの基準をもったサービス——貧困者に対するサービスの基準と貧困でないものに対するサービスの基準——が存在し、前者にはミーンズ・テストによる選別的給付が与えられる。ティトマスはミーンズ・テストに内在する諸問題を批判的に

13) V. R. Fuchs, "The Basic Forces Influencing Costs of Medical Care", *Report of the National Conference on Medical Costs*, 1968.

14) H. M. Somers, "Delivery of Health Care: Do We Know Where We Are Going?" In G. F. Rohrich (ed) *Social Economics for the 1970's*, 1970. および Somers 論文に対する Comment (N. H. Cruikshank) p. 138~139

15) R. M. Titmuss, *Commitment to Welfare*, 1968. 三浦文夫監訳『社会福祉と社会保障』46 年, 第 3 部, 第 4 部参照。

12) K. E. Boulding, *Ibid*, p. 106

検討する。そしてわれわれの課題は、個人的ミーンズ・テストを行なうことなく（差別や恥辱の烙印を押すことなく）、ニーズの基準によって貧困者や特定集団のためにより多くの資源を再配分することにあると強調している。

IV わが国における医療サービスに対するニーズと需要

第Ⅱ節では、医療サービスに対するニーズあるいは欲求と実際の利用（需要）との間のギャップの説明要因として、社会的資源——一つは医療サービスの利用可能性、いま一つは医療サービスの価格および患者の所得水準——についてとりあげた。ここではわが国の資料を用いて、これらの要因に関する若干の分析を行なってみよう。分析に先だって、昭和45年度のわが国の医療保障適用人口の分布を示すと表2のようになる。

1. 医療保険の給付率および所得水準が医療サービスの需要に及ぼす影響

最初に、「患者が医療サービスを利用する機会を規定する要因」としての社会的資源のうち、医療保険の給付

率および所得水準の影響を吟味しよう。医療保険は“医療サービスに対する価格”の代理変数としての作用を及ぼす。すなわち、それは患者が支払う価格を引き下げるからである。

まず、給付率の異なる次の五つのグループ（総人口の85.9%を含む）を対象として、所得階層別および年齢階層別に、受診率と1人当り医療費を算出する。

五つのグループ	給付率
組合健保被保険者	10割
組合健保被扶養者	5割
政管健保被保険者	10割
政管健保被扶養者	5割
国民健康保険被保険者	7割

給付率の影響は、同一の所得階層あるいは年齢階層に属する被保険者（10割給付）を基準として、被扶養者（5割給付）および国保被保険者（7割給付）がその基準からどの程度乖離しているかによって検討する。

以下の分析に用いた受診率とは1,000人当り件数（医科と歯科の合計）であり、1人当り医療費とは保険給付費の他患者負担分も含めた1ヵ月間の1人当りの医療費総額である。データはすべて1ヵ月間の調査結果を示すものである。標準報酬等級は第1級から第36級までであるが、これを1万円間隔に再編成した。給付率の効果

表2 医療保障適用人口（昭和45年度）

				適用人口数 (単位1000人)	構 成 比 %
医 療 保 障 適 用 人 口	被 用 者 保 險	被 保 險 者	政 管 健 保	13, 183	12. 5
			組 合 健 保	9, 697	9. 2
			日 雇 健 保	637	0. 6
			船 員 保 險	262	0. 3
			共 済 組 合	4, 665	4. 4
			小 計	28, 444	27. 0
	被 扶 養 者		政 管 健 保	12, 837	12. 2
			組 合 健 保	11, 539	10. 9
			日 雇 健 保	554	0. 5
			船 員 保 險	479	0. 5
			共 済 組 合	6, 727	6. 4
			小 計	32, 136	30. 5
	國 民 健 康 保 險 生 活 保 護 法 そ の 他 合 計		國 民 健 康 保 險	43, 363	41. 1
			生 活 保 護 法	1, 344	1. 3
			そ の 他	100	0. 1
合 計			105, 387	100. 0	
總 人 口 統 計 上 の 不 突 合 未 適 用 人 口		總 人 口	103, 720		
		統 計 上 の 不 突 合	△ 1, 667		
		未 適 用 人 口	0		

資料 社会保障制度審議会編「社会保障統計年報」1971, 経済企画庁「経済要覧」1972.

- 注 1) 「生活保護法」の人員は被保護実人員である。
 2) 「その他」は児童福祉その他施設収容者で医療保険の適用を受けないものの概数である。
 3) 「統計上の不突合」は各制度間における統計上の重複等によるものである。

表3 所得階層別受診率

	被保険者		被扶養者		国保
	組合 健保	政管 健保	組合 健保	政管 健保	
1万円未満(第1級～7級)	413.0	1169.1	206.2	1084.6	924.2
1～2万円 (8～12)	497.6	624.5	441.9	325.2	342.2
2～3 (13～17)	443.0	484.0	581.5	301.7	351.1
3～4 (18～21)	418.4	447.0	632.1	372.4	341.5
4～5 (22～24)	408.2	437.1	523.7	402.1	332.1
5～6 (25～26)	398.7	435.7	521.7	389.3	351.2
6～7 (27～29)	408.2	437.8	487.6	400.8	333.7
7～8 (30～31)	432.9	433.4	456.3	418.1	353.7
8～9 (32～33)	437.5	462.1	441.1	411.5	368.3
9～10 (34～35)	455.4	480.3	428.0	396.6	
10～ (第36級)	512.3	564.8	395.7	416.9	

資料 健康保険組合連合会『医療給付実態調査』47年。
 社会保険庁『医療給付受給者状況調査報告』45年。
 厚生省『国民健康保険医療給付実態調査報告』45年。
 厚生省『健康保険被保険者実態調査』44年, 45年。
 社会保険庁『事業年報』44年を用いて算定。

- 注 1) 組合健保は45年9月, 政管健保は45年4月, 国保は45年5月診療分。いずれも1ヵ月間。
 2) 受診率は医科, 歯科の合計。1,000人当り件数を示す。被扶養者については被扶養者1,000人当り件数。
 3) 所得階層は標準報酬等級別を再編成したものである。ただし, 国保は世帯主および被保険者である世帯員の前年の所得総額(基礎控除前の金額)の合計額を月額に直したもの。

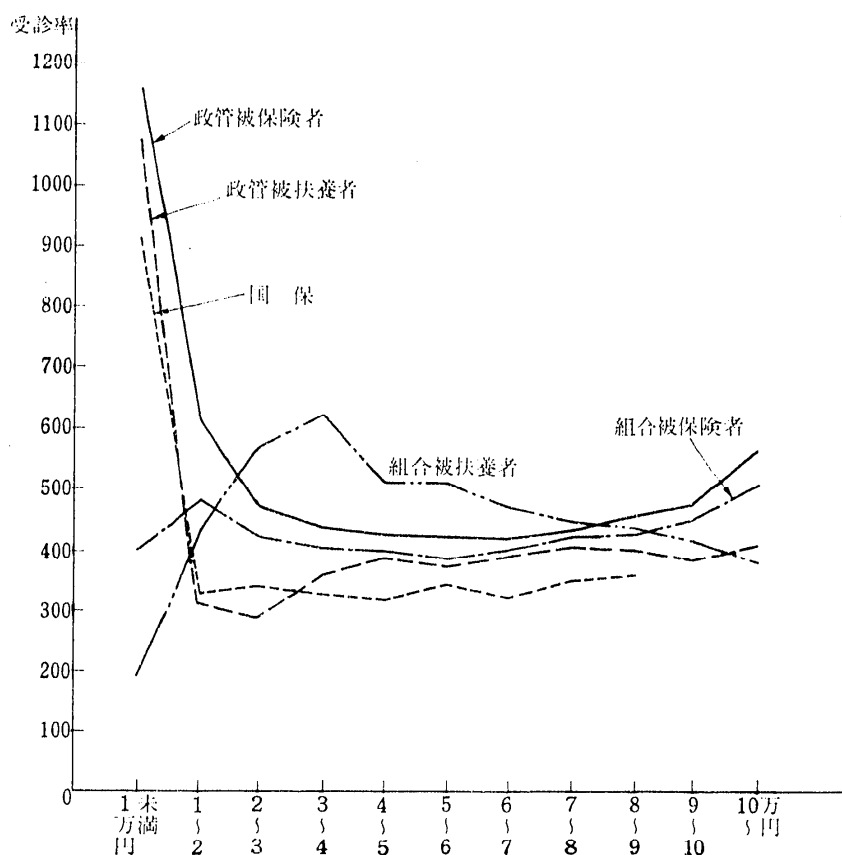


図 2 所得階層別受診率

をみるために、被扶養者に関しては、各等級別扶養率の推定値を用いて、被扶養者自身の受診率および1人当り医療費（通常のデータは被保険者中心）を求めた。

所得階層別に受診率を比較すると、表3、図2のようになる（ただしここでは資料上の制約により年齢要因の影響は除去していない）。政管健保の被保険者、被扶養者および国保の受診率が低所得階層においてきわめて高くなっていることが注目される。表4より明らかなように、政管健保において1万円未満の階層に属するものの割合は少ないとはいえ（被保険者の実数では11,241人、構成比では総数の0.09%）、疾病と貧困の悪循環を示すものといえよう。この階層には、いわゆる継続給付（資格喪失後の給付）を受けているものが多く含まれていると考えられる。資格喪失後の給付が全体の給付に占める割合は、政管健保では約8%であるのに対し、組合健保では約3%であり、政管のほうが多い点もこの傾向を生み出しているといえよう。他方、国保においては、1万円未満の階層（基礎控除以下）に属する被保険者の割合は7.1%であり（世帯数でみると全世帯の13.1%）、こ

のグループの受診率がきわめて高いことは重大な問題を

表 4 被保険者・被扶養者の所得階層別構成比
(単位: %)

	政管 健保		国 保	組 合 健保	
	被保険者	被扶養者	被保険者	被保険者	被扶養者
総 数	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1 万円未満	0.09	0.01	7.1	0.02	0.01
1 ～ 2	7.02	0.43	5.8	0.51	0.07
2 ～ 3	25.50	2.51	11.2	5.58	0.33
3 ～ 4	23.11	8.44	13.4	19.15	1.38
4 ～ 5	12.69	11.54	12.5	13.80	3.08
5 ～ 6	9.39	13.25	10.1	9.41	5.20
6 ～ 7	9.04	18.73	14.5	13.14	13.87
7 ～ 8	3.89	10.73	8.6	7.99	12.45
8 ～ 9	3.10	11.30	16.8	9.16	17.17
9 ～ 10	2.09	7.92		7.38	15.06
10 ～	4.09	15.15		13.86	31.37

資料 社会保険庁『政管健保事業年報』44年。

厚生省『健保被保険者実態調査報告』45年。

厚生省『国民健康保険実態調査報告』45年を用いて算定。

注 1) 時点は表3に対応するものである（昭和45年）。

2) 国保の所得区分は、政管、組合健保のそれとは異なる。

含んでいるといえよう。低所得階層を除くその他のところでは、受診率はほぼ横ばいであり、給付率の低い政管

表 5 所得階層別 1人当り医療費
(単位: 円)

	被保険者		被扶養者		国 保
	組合健保	政管健保	組合健保	政管健保	
1 万円未満	1,245	10,502	260	1,442	3,944
1～2 万円	2,929	3,800	1,589	1,232	1,437
2 ～ 3	2,050	2,474	2,399	1,088	1,285
3 ～ 4	1,817	2,361	2,353	1,096	1,198
4 ～ 5	1,883	2,441	1,813	1,130	1,159
5 ～ 6	1,935	2,394	1,614	1,050	1,246
6 ～ 7	2,013	2,340	1,444	1,086	1,226
7 ～ 8	2,044	2,376	1,319	1,078	1,318
8 ～ 9	2,050	2,536	1,287	1,200	1,432
9 ～ 10	2,128	2,898	1,287	1,156	
10 ～	2,555	3,227	1,356	1,370	

資料 表 3 に同じ。

- 注 1) 1人当り医療費とは、保険給付分に患者負担分を加えた医療費総額を求めたもの(1ヵ月分)。
 2) 被扶養者については、被扶養者1人当り医療費を示す(通常の被保険者1人当りにあらず)。
 3) 政管被扶養者については、各階層の扶養率を適用して推定した。
 4) 表 3 の 1～3 の注に同じ。

健保の被扶養者と国保の受診率が相対的にやや低くなっている。人口構成からみて、乳幼児、老人など医療サービスに対して高いニーズをもつと考えられるこれらのグループの受診率が被保険者のそれよりも低いことが注目される。

表 5、図 3 は所得階層別にみた 1人当り医療費を示すものであるが、政管被保険者の 1 万円未満の階層では受診率の高いことを反映して、1人当り医療費はきわだって高くなっている(1ヵ月 10,502 円)。全般的にみて、政管被扶養者および国保の 1人当り医療費は 10 割給付グループの医療費の約 2 分の 1 以下であり、差が生じている。

給付率が医療サービスの需要に及ぼす影響は、年齢階級別にみた受診率および 1人当り医療費にいっそう顕著に現われている¹⁶⁾。

表 6、図 4 は、年齢階級別の受診率を示す。いずれの制度グループにおいても年齢 15～19 歳の受診率が最も低く、年齢の増加とともに受診率も上昇し、特に高齢者の受診率は著しく高い。年齢の増加とともに、10 割給付グループと 5 割および 7 割給付グループの受診率の差

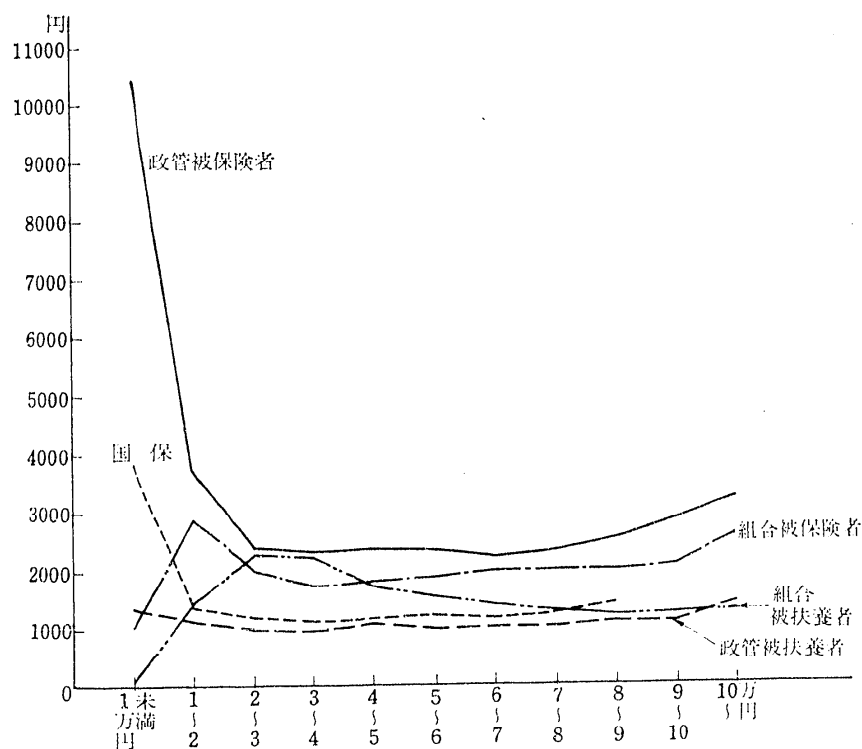


図 3 所得階層別 1人当り医療費

16) 厚生省の中村文子氏は年齢要因に関して示唆に富む詳細な分析を行なっている。中村文子「年齢要因を中心とした傷病の動向」47 年度厚生科学研究を参照。

は開き、給付率の影響が強く効いてきている。所得階層別の場合にもあてはまるが、年齢階級別にみても給付率

5割の政管被扶養者と給付率7割の国保被保険者の医療サービスに対するビヘービアが似かよっている点が興味

表 6 年齢階級別受診率

	被保険者		被扶養者		国 保
	組合健保	政管健保	組合健保	政管健保	
0 ~ 4歳			556.5	542.1	680.2
5 ~ 9			446.1	394.8	
10 ~ 14			234.0	232.0	
15 ~ 19	300.5	305.8	287.1	201.7	205.0
20 ~ 24	476.4	355.8	401.2	246.1	265.4
25 ~ 29		363.5		347.6	312.3
30 ~ 34	414.5	425.9	388.5	335.3	318.3
35 ~ 39		497.0		320.8	309.7
40 ~ 44	480.0	541.9	365.7	324.7	325.1
45 ~ 49		547.8		367.7	355.7
50 ~ 54	626.4	626.4	559.4	411.3	419.4
55 ~ 59		658.3		466.3	456.8
60 ~ 64	988.5	720.1	573.2	476.6	527.7
65 ~ 69		857.0		487.1	561.9
70 ~	1175.2	883.5	588.2	442.7	570.9

資料 表3に同じ。

注 1) 組合健保は45年9月、政管健保は45年4月、国保は45年5月診療分。

2) 受診率は医科歯科の合計、1,000人当り件数を示す。

3) 政管健保の計数には資格喪失後の給付分は含まれていない。

表 7 年齢階級別1人当り医療費

(単位: 円)

	被保険者		被扶養者		国 保
	組合健保	政管健保	組合健保	政管健保	
0 ~ 4歳			1,037	1,094	1,265
5 ~ 9				786	1,067
10 ~ 14				538	556
15 ~ 19	1,169	1,243	769	620	667
20 ~ 24	1,504	1,539	1,492	836	1,072
25 ~ 29		1,651		1,096	1,165
30 ~ 34	1,841	2,005	1,366	1,124	1,163
35 ~ 39		2,506		1,092	1,189
40 ~ 44	2,496	2,799	1,597	1,228	1,330
45 ~ 49		3,048		1,474	1,550
50 ~ 54	3,684	3,707	2,673	1,746	1,878
55 ~ 59		4,165		2,082	2,225
60 ~ 64	6,451	4,911	3,341	2,208	2,758
65 ~ 69		6,201		2,612	3,069
70 ~	8,722	6,642	3,434	2,348	3,052

資料 表3に同じ。

注 1) 1人当り医療費とは保険給付分に患者負担分を加えた医療費総額を求めたもの(1ヵ月分)。

2) 表6の1~3の注に同じ。

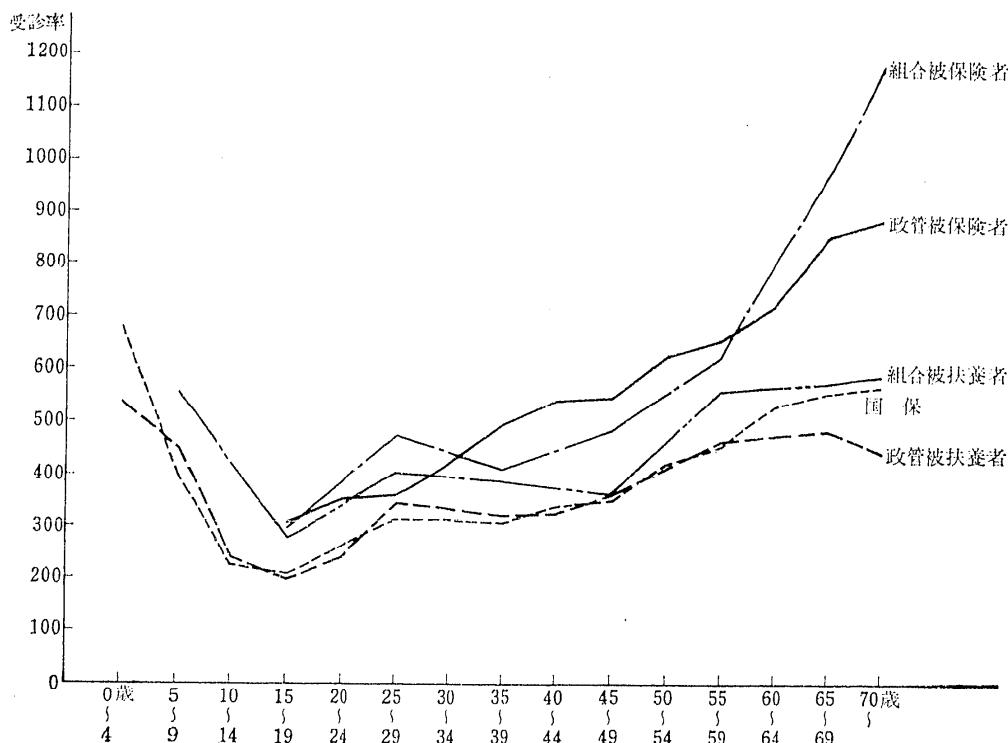


図 4 年齢階級別受診率

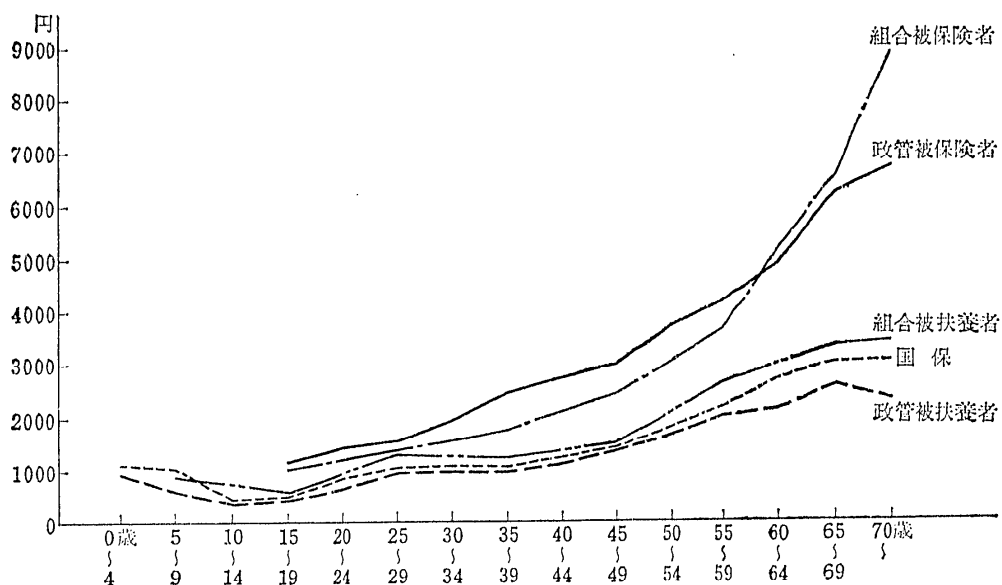
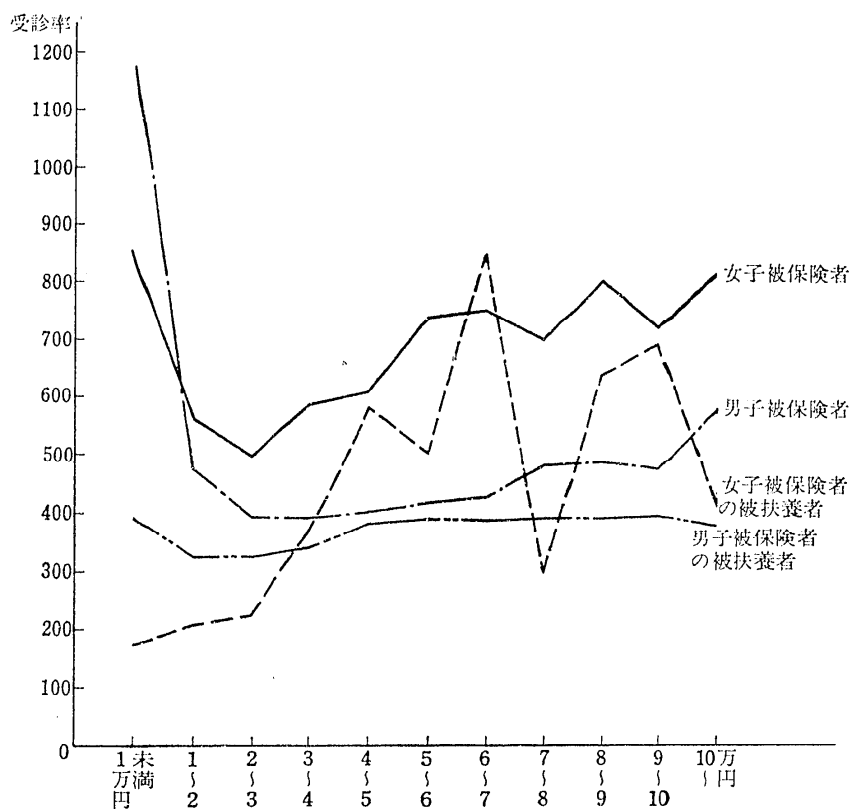


図 5 年齢階級別 1人当り医療費



資料 社会保険庁『医療給付受給者実態調査報告』44年4月診療分を用いて算定。

図 6 所得階層別受診率，政管健保（被保険者の性別）

深い。

表7、図5は年齢階級別にみた1人当り医療費を示したものである。ここでも被保険者と被扶養者はそれぞれ明確にグループをなしている。たとえば70歳以上をみると、1ヵ月の医療費が組合被保険者約8,700円、政管被保険者約6,600円であるのに対し、組合被扶養者約3,400円、政管被扶養者約2,300円、国保被保険者約3,100円で、大きな差を生じている。

所得階層別および年齢階級別にみた受診率と1人当り医療費の以上のような傾向は、次のように解釈することができよう。組合健保、政管健保の被保険者本人は医療サービスの価格0の状態、すなわち医療サービスに対するニーズが需要となって顕在化している状態（第Ⅱ節の図でいえば $OD=ON$ ）であると考えれば、医療サービスが10割給付である被保険者本人と医療サービスの価格がプラスである組合健保・政管健保の被扶養者、国保被保険者との間に受診率および1人当り医療費の差異が生じているのは、後者のグループのニーズが必ずしも100% 需要となって現われていないことを示している。被保険者の受診率あるいは1人当り医療費が所得の低いレベルならびに年齢の高い階級で著しく増大している、

すなわち低所得または高年齢とメディカル・ニードは密接な関係があることを考えると、被用者保険の被扶養者および国保被保険者の“ニーズと需要とのギャップ”は、特に低所得層、高年齢層で大きいともいえよう。一般的にみて乳幼児、老人、長期療養者、労働不能者などメディカル・ニードの強いものは被扶養者または国保に属するケースが多いので、医療サービスの価格0の状態を仮定すれば、被保険者本人の受診率よりもむしろ被扶養者および国保被保険者の受診率のほうが高くなることが予想される。この点に関しては、たとえば被保険者を男女別に分類して、所得階層別の受診率を求めた結果にもうかがえる。図6によると、政管健保の女子被保険者の被扶養者、すなわち働いている女性の家族（夫や子供や親など）の受診率は男子被保険者本人の受診率よりもかなり高い。給付率が5割であるにもかかわらずこのような傾向が現われていることは、これら被扶養者のメディカル・ニードが強いことを示している。メディカル・ニードの強い家族をもっているために、女性が働いているケースも多い（特に政管健保——中小企業——では）といえるかもしれない。

なお、五つのグループの受診率および1人当り医療費

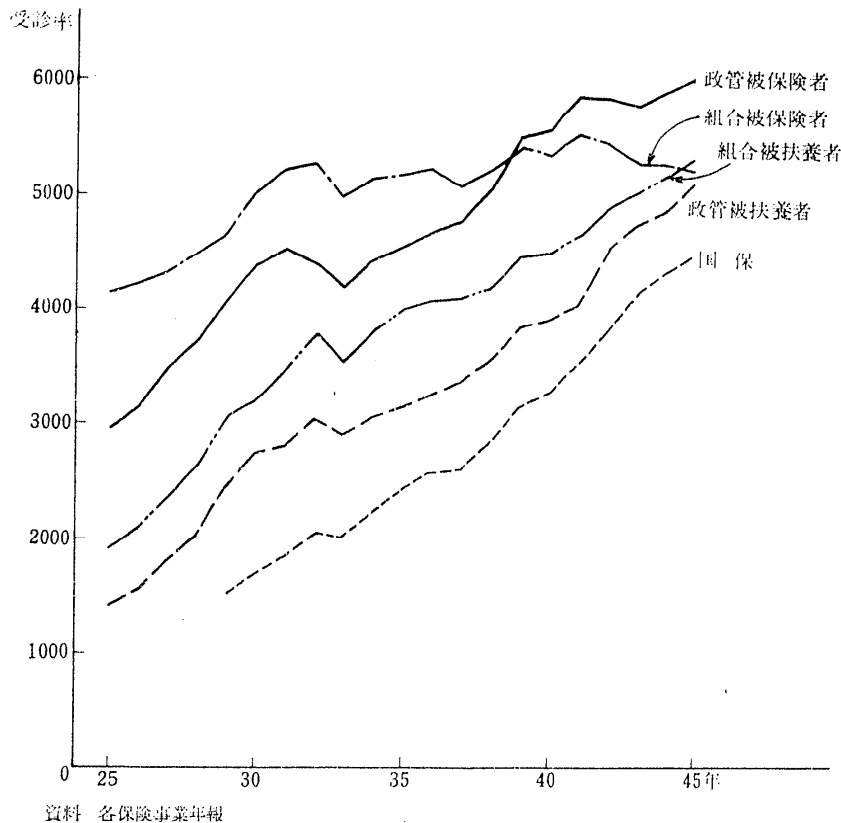
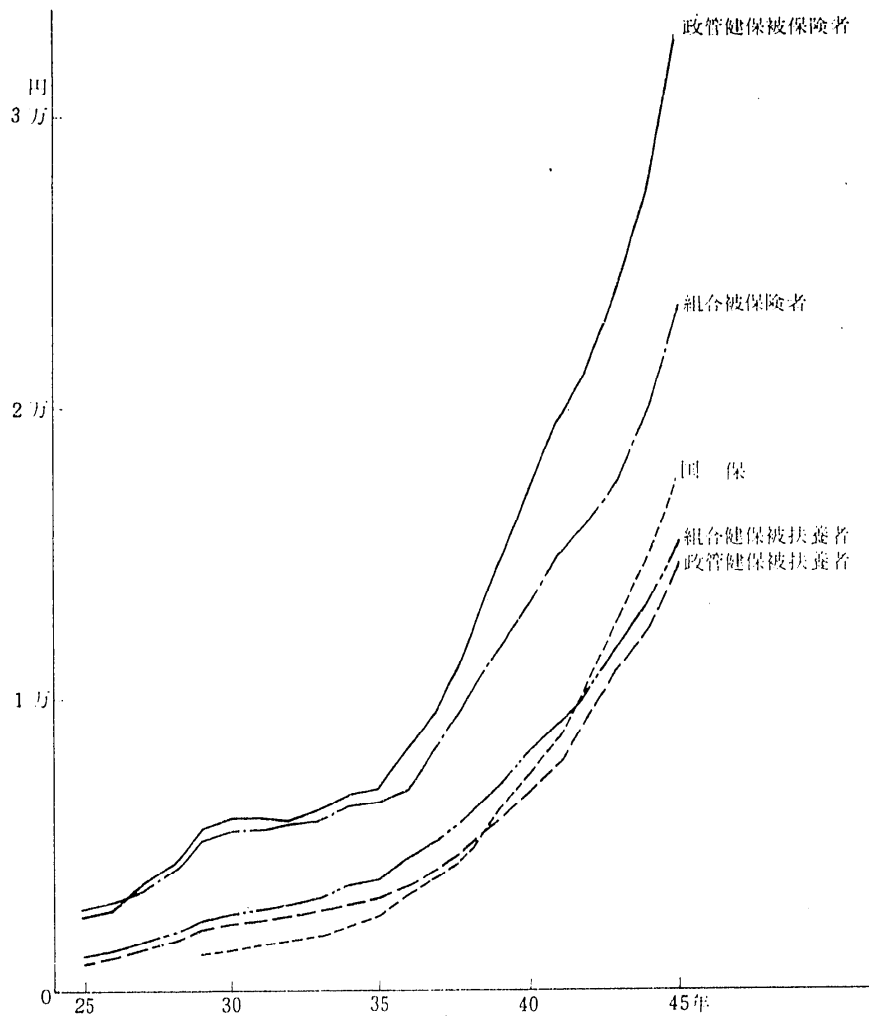


図7 受診率の推移



資料 図7に同じ。

注 1人当り医療費は保険給付の他、自己負担分を含む。1年間の医療費。

図8 1人当り医療費の推移

の昭和25年から45年までの推移を示すと、図7、図8のようになる。

45年の1人当り医療費（自己負担分を含む）は、政管被保険者32,800円、組合被保険者23,400円に対して、国保17,500円、組合被扶養者15,400円、政管被扶養者14,800円であり、給付率の差が顕著に現われている。

医療保険の給付率が医療サービスに対する需要にかなりの影響を及ぼすことは明らかであるが、給付率はコントロール可能であるため、これは需要要因であると同時に供給要因とみなされうる。

以上は健康保険関係のデータを用いて主として給付率の効果を吟味したものであるが、さらに家計サイドの調査を用いて、所得階層別にみた医療サービスに対する家計の消費者行動について簡単にふれておこう。米国の

家計について所得階層別に医療サービスの利用を検討したものには C. Muller¹⁷⁾ の分析があるが、そこではメディカル・ニーズの存在が確認されているにもかかわらず、家計所得の低いことが医療サービスを受けることの障害になっていることがいろいろな側面から示されている。民間保険中心の米国と国民皆保険下のわが国では、所得と医療サービスの利用との関係には相当の相違があるだろうが、わが国においても遺憾ながらいまだに疾病と貧困の悪循環が顕著である。生活保護開始世帯のうち傷病を理由とする世帯の占める割合は年々増加傾向を示し、

17) C. Muller, "Income and the Receipt of Medical Care", *American Journal of Public Health*, April, 1965. 拙稿「医療サービスに対する家計の消費者行動」『健康保険』46年11月参照。

表 8 現金実支出階級別有病率・傷病日数・直接治療費

現金実支出階級	有病率	1,000人当り 傷病日数	罹患1件当り 傷病日数	1人当り直接 治療費	傷病人員1人 当り直接治療 費	家計支出に対 する直接治療 費の割合
1万円未満	154	2,721日	20.9日	120円	485円	2.46%
1万円～	138	2,442	17.3	110	449	1.21
2 ～	90	1,750	13.0	132	655	1.22
3 ～	89	1,768	12.0	157	738	1.44
4 ～	80	1,632	9.6	149	659	1.28
5 ～	89	1,814	10.1	166	689	1.23
6 ～	90	1,842	10.0	206	846	1.47
7 ～	91	1,920	10.1	190	759	1.22
8万円以上	101	2,047	11.3	298	1,186	1.34

資料 厚生省「国民健康調査」昭和44年を用いて算定。

注 1) データはいずれも44年10月1日～10月15日の15日間の数字である。

2) 有病率は、1,000人当り有病件数。

3) 直接治療費とは、患者が傷病に対応して支払った治療報酬および医薬品・その他の衛生材料の代価。

昭和45年にはその割合は実に80.9%を占めている¹⁸⁾。

厚生省「国民健康調査」を利用して、家計の現金実支出階級別にみた有病率、傷病日数および直接治療費を求めると表8のようになる。これは昭和44年10月1日～10月15日の15日間にわたって行なわれた調査の結果を用いて算出したものである。表8によると、家計支出水準の低いグループではニードすなわち有病率も傷病日数も高い。特に家計の実支出が2万円以下のグループではメディカル・ニードが高い。しかし直接治療費のほうでは家計支出水準の上昇とともに高くなっている。すなわち、支出水準の最も低い家計では1,000人当り有病率は154、1,000人当り傷病日数は2,721日、罹患1件当り傷病日数は20.9日であり、その他の階層よりもニードが高い。しかし直接治療費をみると、低所得グループのそれは高所得グループの半分以下である。低所得家計のメディカル・ニードは高いが、医療サービスの利用は所得水準の上昇とともに増大しているの、ニードと利用との間の隔たりは家計所得が低くなるにしたがって広がっている。

また所得階層と傷病世帯率（総世帯数に占める傷病世帯数の割合）を厚生省「厚生行政基礎調査報告」によってとらえると、表9のようになる。ここにおいても現金実収入が2万円未満の低所得階層では傷病世帯率が高い。ただし36、40年に比して44年には全般的にみて傷病世帯率は減少しているようである。

2. 医療サービスの利用可能性が医療サービスの需要に及ぼす影響

患者がメディカル・ニードを自覚し、医療サービスの利用価値を認めたとしても、その患者に利用する機会が

与えられなければ利用はできない。その機会を規定する要因の一つが社会によって決められる要因、すなわち医療サービスの利用可能性であることはすでに述べた。

そこでわが国の都道府県別のデータを用いてこの点を検討してみよう。昭和36年より国民皆保険が実施され、表2の医療保障適用人口に示すように、国民はいずれかの制度に属している。ところで社会保険診療報酬支払基金はわが国の医療保障の仕組みのうち、国民健康保険を除く全部の医療保険および公費負担の諸制度（生活保護など）を一括して、その審査と支払いをすべて担当して

表 9 4人世帯の現金実収入階級別傷病世帯率
(1,000世帯当り)

収入階級	31年	36年	40年	44年
2,000円未満	174	232	364	133
2,000～	250	371		
4,000～	215	315		
6,000～	212	285	471	206
8,000～	136	214	371	
10,000～	131	140	365	
15,000～	105	103	297	228
20,000～	109	85	200	181
25,000～	95	75	189	176
30,000～	92	76	155	165
35,000～				154
40,000～				121
45,000～	82	77	143	128
50,000～			153	117
60,000～			149	112
70,000～	82	77	161	108
80,000～				87
90,000～				133
100,000～				112

18) 厚生省統計調査部『生活保護動態調査報告』

資料 厚生省「厚生行政基礎調査報告」31、36、40、44年より算定。

表 10 入院・受療率とベッド数

	受療率	ベッド数 (人口10万対)	受療率 順位	ベッド数 順位
1 北海道	187	1633	8	11
2 青 森	205	1691	3	8
3 岩 手	187	1523	9	15
4 宮 城	174	1461	16	17
5 秋 田	157	1515	21	16
6 山 形	129	1125	29	32
7 福 島	162	1421	20	22
8 茨 城	107	1051	42	37
9 栃 木	112	1142	35	30
10 群 馬	127	1070	31	36
11 埼 玉	86	738	46	46
12 千 葉	96	966	45	43
13 東 京	123	1119	33	33
14 神奈川	104	883	43	45
15 新 潟	128	1114	30	34
16 富 山	167	1450	18	19
17 石 川	179	1663	15	10
18 福 井	148	1436	25	21
19 山 梨	116	1202	34	29
20 長 野	126	1139	32	31
21 岐 阜	100	1031	44	41
22 静 岡	109	963	40	44
23 愛 知	108	1044	41	38
24 三 重	133	1293	28	26
25 滋 賀	111	1040	37	39
26 京 都	144	1271	26	27
27 大 阪	112	1011	36	42
28 兵 庫	111	1039	38	40
29 奈 良	109	1072	39	35
30 和歌山	136	1331	27	24
31 鳥 取	182	1617	12	13
32 島 根	150	1377	24	23
33 岡 山	188	1553	7	14
34 広 島	151	1329	23	25
35 山 口	154	1454	22	18
36 徳 島	164	1733	19	3
37 香 川	191	1682	5	9
38 愛 媛	180	1444	14	20
39 高 知	262	2356	1	1
40 福 岡	230	1804	2	2
41 佐 賀	191	1717	6	5
42 長 崎	204	1702	4	6
43 熊 本	184	1268	11	28
44 大 分	186	1629	10	12
45 宮 崎	180	1693	13	7
46 鹿児島	167	1722	17	4

資料 国民健康保険については、厚生省保険局『国民健康保険事業年報』45年度、国保以外の社会保険および生活保護については、社会保険診療報酬支払基金『基金年報』45年度、を用いて算出。ベッド数については厚生省『医療施設調査』45年度。

注 1) 昭和45年度1年間の実数を示す。
2) 受療率は1,000人当たり件数。政管健保、組合健保、日雇健保、船員保険、共済組合、国民健康保険、生活保護を含む。

表 11 入院外：受療率と施設数・医師数

	受療率	施設数 (人口10万対)	医師数 (人口10万対)	受療率 順位	施設数 順位	医師数 順位
1 北海道	4,124	102.9	121.3	41	31	34
2 青 森	4,313	100.5	126.2	34	33	30
3 岩 手	4,250	93.3	126.9	38	44	29
4 宮 城	4,262	105.2	158.7	37	29	12
5 秋 田	4,267	94.1	110.8	36	42	43
6 山 形	4,721	98.4	111.6	24	38	42
7 福 島	4,396	97.9	121.1	31	39	35
8 茨 城	3,948	93.2	103.5	45	45	45
9 栃 木	4,353	100.3	111.9	33	35	41
10 群 馬	4,864	106.8	136.2	20	28	23
11 埼 玉	4,004	86.2	95.6	44	46	46
12 千 葉	3,886	97.5	114.3	46	41	40
13 東 京	5,122	161.7	183.4	11	1	3
14 神奈川	4,238	99.4	117.4	39	36	38
15 新 潟	4,708	100.4	127.9	25	34	28
16 富 山	5,296	128.4	128.0	5	13	27
17 石 川	5,578	135.0	171.4	2	9	5
18 福 井	4,949	113.6	120.7	18	24	36
19 山 梨	4,031	108.9	124.6	43	26	32
20 長 野	5,014	115.1	137.5	15	23	21
21 岐 阜	4,492	98.8	124.7	29	37	31
22 静 岡	4,389	93.3	119.2	32	43	37
23 愛 知	4,545	97.5	134.3	28	40	24
24 三 重	4,637	107.9	137.0	27	27	22
25 滋 賀	4,103	102.7	114.3	42	32	39
26 京 都	5,229	156.8	202.2	7	2	1
27 大 阪	4,953	121.6	170.3	17	20	6
28 兵 庫	4,660	121.7	153.2	26	19	14
29 奈 良	4,310	105.0	149.5	35	30	17
30 和歌山	5,027	118.9	153.0	14	21	15
31 鳥 取	5,175	126.4	166.2	10	17	8
32 島 根	4,961	131.5	133.2	16	11	25
33 岡 山	5,309	136.6	176.8	4	8	4
34 広 島	5,510	139.7	165.0	3	7	9
35 山 口	5,055	140.5	162.3	12	5	10
36 徳 島	5,214	127.5	168.3	9	14	7
37 香 川	5,237	127.0	150.2	6	15	16
38 愛 媛	5,047	113.3	123.6	13	25	33
39 高 知	5,647	142.2	145.2	1	4	19
40 福 岡	5,223	145.8	190.6	8	3	2
41 佐 賀	4,940	139.9	143.5	19	6	20
42 長 崎	4,726	129.8	161.8	23	12	11
43 熊 本	4,802	122.5	156.9	22	18	13
44 大 分	4,821	134.7	147.7	21	10	18
45 宮 崎	4,432	117.5	109.0	30	22	44
46 鹿児島	4,218	126.5	128.6	40	16	26

資料 表10に同じ。

注 1) 受療率は入院外（医科診療＋歯科診療）に関するもの。施設数は（病院数×3）＋（一般診療所数＋歯科診療所数）、医師数は医療施設の従事者のみ。歯科医師を含む。

2) 表10の1～2の注に同じ。

いる機関である。基金は各都道府県に1ヵ所ずつ事務所(基金支部)を設置しているので、基金の統計に基づけば、1年間に国民が各都道府県の医療機関で受診した件数の実数を把握することができる。したがって、基金の統計——社会保険(政管健保、組合健保、日雇健保、船員保険、共済組合)および生活保護——に国民健康保険に関する統計を加えれば、国民の総受療件数をとらえることが可能である(表2のすべての制度を包括したことになる)。そこで各県の総受診件数をもとにして、1年間の県民1人当りの受療率を求めるという作業を行なった¹⁹⁾。その結果は表10、表11に示すとおりである。入院と入院外は性格を異にするため分けて考え、それぞれの受療率が、入院についてはベッド数、入院外については施設数(病院、診療所)および医師数によって影響を受けているか否かを吟味する。

表10は入院の受療率と人口10万対ベッド数(病院および診療所のベッド)を示す。入院受療率の高い県は高知、福岡、青森、長崎、香川などであるが(このうち青森は政管、福岡、長崎は生活保護の受療率が特に高い)、これらの県の人口10万対ベッド数はいずれも高い。反対に入院受療率の低い県は埼玉、千葉、岐阜、神奈川、茨城など主として首都圏であるが、同様にこれらの県のベッド供給数は低い。入院受療率と人口10万対ベッド数の順位相関係数はきわめて高く、0.9219(1%水準で有意)である。ベッドに対する需要と供給の間の相関係数が高いことは、観測された需要は利用可能な供給の影響を強く受けていると考えられる。

表11は入院外(医科診療と歯科診療)について、受療率と人口10万対施設数、医師数を示す。ここでいう施設数とは、病院の患者処理能力を診療所のその3倍とみなして、(病院数×3)+(一般診療所数+歯科診療所数)とした²⁰⁾。医師数は歯科医師をも含むものである。入院外の受療率の高い県は、高知、石川、広島、岡山、富山などであり、低い県は千葉、茨城、埼玉、山梨、滋賀などである。これに対して、施設数、医師数の多い県は、東京、京都、福岡、岡山、石川などであり、少ない県は、埼玉、茨城、秋田、千葉、山形などである。入院

19) もちろん地域により、県民の年齢構成、所得分布、就業人口比率(したがって被保険者・被扶養者の構成比)は異なる。さらに首都圏や近畿圏などでは居住地と医療機関利用地の県が異なる場合もある。各制度別の受療率を求めて合計すべきであるが、ここでは資料上の制約により県民1人当り受療率を算出した。

20) “厚生省の『患者調査』から、病院は一般診療所の平均3倍の外来処理能力がある”という古市圭治氏、小畑美知夫氏、谷口泰範氏の示唆による。

順位相関係数

需要の指標 供給の指標	入院 受療率	入院外 受療率
ベッド数	0.9219	—
施設数	—	0.7917
医師数	—	0.7137

注 いずれも1%水準で有意。

外の受療率と人口10万対施設数との順位相関係数は0.7917、受療率と人口10万対医師数との順位相関係数は0.7137でありいずれも1%水準で有意である。入院外についても、医療サービスの利用可能性の影響が認められる。

各県の住民の健康水準を示す資料が得られれば、ニードがどの程度需要となって顕在化しているか、そしてニードを需要に転化させるのに供給条件がどの程度影響を及ぼしているかが明確になるであろう²¹⁾。

おわりに

本稿では医療サービスに対する“ニード”“欲求”“需要”を区別し、三者間にギャップが生じる要因に関して分析を行なった。主たる要因は表1にまとめたとおりであるが、本稿のねらいは、所得や医療サービスの利用可能性など患者の社会的資源の制約や患者の医療サービスに対する意識や態度の相違によって、医療サービスの利用が影響されることのないようにするにはいかにすればよいかを明らかにすることであった。最後に、保健・医療政策の視点から、本分析より導かれる若干の結論について簡単に述べておこう。

第一に、医療保険の目的は医療サービスの利用における患者の経済的障壁の排除であるが、給付率の差異がメディカル・ニードを需要に転化させるのにかなりの影響を及ぼしている。給付率が5割あるいは7割である各保険の被扶養者あるいは国保被保険者のニードと需要に関するより詳細な調査が必要とされる。疾病が低所得の家計に与える圧迫は深刻である。医療支出のほかに、疾病は稼得能力を減損させ、喪失させる危険をとまなうからである。特に低所得グループのニードと需要の分析が必要とされる。

第二に、たとえ医療保険の適用範囲を広げても、給付内容を高めても、十分な医療サービス網が全国的にはり

21) 厚生省統計調査部が45年に行なった『厚生統計地域傾向精密調査』によると、地域別(全国をブロックに分割)の有病率は、九州、北海道、中国では高く、関東I、東海では低い。

めぐらされていなければ、医療保険本来の目的を達成することはできないであろう。医療サービスに対するニーズに応じて利用が可能となるように医療資源を配分すべきである。保健・医療政策はまさにこれらの供給条件を変化させることであるが、それはたとえば医師不足の不足分を埋めるために単に医師数を増加させるという程度のものであってはならない。ニーズ自体を変えたとともに、ニーズを需要に転化させるという側面まで考慮に入れたものでなければならない。

第三に、患者の社会的資源の制約を除去しても、患者の医療サービスに対するニーズの自覚がなければ利用にはいたらない。患者の疾病および医療サービスに対する知識、態度、確信の相違によって医療サービスの利用が影響されるのをできるだけなくすることが望ましい。たとえば、国民に対する精密な健康診断や保健教育を徹底

させること、患者のメディカル・ニーズに関して医師と患者の間のコミュニケーションを高めること、新しい医学的成果に関して情報の伝達を行なうことなどは、この点で役立つであろう。

最後に強調しておきたいのは、わが国において医療サービスに対するニーズの実態調査を行なう必要があることである。経済学者、社会学者、医師、行政官などの協力によるインタディシプリナリな社会調査の必要に迫られていると思われる。特にニーズの大きいことが予想される高齢者、低所得者、僻地居住者、慢性疾患・特殊疾患等高額の医療費負担者などに力点を置いて調査が行なわれるべきである。ニーズの充足には様々な供給条件が関連してくるので、ニーズの実態を把握したうえで、ニーズ・需要・供給の相互関連を分析することが重要である。

執筆者紹介(執筆順)

やまだ ゆうぞう 山田 雄三	社会保障研究所顧問
ばば けいのすけ 馬場啓之助	社会保障研究所長
じぬし しげよし 地主 重美	社会保障研究所研究第2部長
こねま ただし 小沼 正	社会保障研究所調査役
つむら あつこ 都村 敦子	社会保障研究所研究員
みうら ふみお 三浦 文夫	社会保障研究所研究第3部長
ひらいし ながひさ 平石 長久	社会保障研究所主任研究員
はさか てつや 保坂 哲哉	社会保障研究所研究第1部長
いちかわ ひろし 市川 洋	経済企画庁情報管理室長