
軽医療における需要の価格弾力性の判定

私は経済学者であり、今までのご報告とはかなり趣が異なったものとなると思います。

今回報告させていただくテーマは、皆さん少なくとも新聞紙上などでご承知のとおり、一層の高齢化の進展に伴って医療保険財政がかなり危機だということが言われており、その中で、昨年9月に被扶養者本人の保険の自己負担率が2割に上がりましたが、その前に、さらにその次の改正の厚生省案が出されています。

去年の8月に出ている案では、安い金額の医療を全額自己負担にするというものが1つ。他には、大病院と診療所の自己負担率を変えとか、高齢者医療保険とかいうものがありますが、とりあえずそういう案が出ていて潜在的な選択肢にあるということで、その持っている意味を経済学的に考えようと、横浜大学の井伊先生と始めたのがこの研究です。

安い医療というのは一体何を指しているのかよくわからないところがある。金額もわからない。とりあえず、風邪とか腹痛とか、死に至るほどの病でもなく、治療法も、根治的かどうかはともかくとして、確立されていて、従ってどこの医療機関でも大体同じような処置がされるというようなものをここでは軽医療と呼んでいます。このように軽医療という定義があまりはっきりしていないのですけれども、軽医療にどれだけ国民医療費が使われているかという積算を野村総研の方でしておりまして、約3.3兆円という推定を出しております。

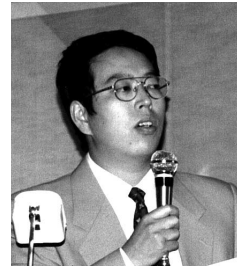
ここでの報告をさせていただくのは、軽医療全体というよりも、むしろもうちょっと疾病を特定化して、風邪にだけ限定したいと考えております。

風邪で医療費は総額約5千億円。軽医療での約7分の1ぐらいの割合です。

風邪に限定して考えると、軽医療全般がそうだと思うんですが、例えばガンであればお医者さんにかかるしか治療方法（対処方法）がないわけですが、軽医療というのはそれ以外にも大衆薬があるし、例えば単に寝ているだけとか、卵酒とか、民間療法も含めて医療以外の選択肢がありうるということです。また、反復的に毎年何回か風邪を引くわけで、自分の体調調整するなど風邪に対する対応の仕方というのも、それぞれ人生の中で学んでいることがあるわけです。そこが死に至る病の高度な医療とは異なる部分である。

そういう、代替的な対処方法がある場合には、需要関数が右下がりになる可能性がある。つまり価格に応じて、安かったら医療に行くだろうし、高かったら別の対処方法をしようという患者側の選択が理論的にはありうるということです。そこでその選択の程度（需要関数の価格弾力性と呼ぶのですが）を測定してやろうというのが今回の研究です。

10割上げるといのは極端な例としても、自己負担率を1割アップさせるようなことをしたとき、一体医療費がどれだけ削減されるのか、あるいは国民全体の満足度の変化はどのくらいになるのかという部分まで評価するためには、この需要曲線についての情報が必要であるということで、そのための基礎的な研究という意味を込めて行ないました。



大阪市立大学 経済学部
・ 助教授

大日 康史

ていない全額自己負担の人（10割）と比較すると、当然たくさん需要していて、医療サービスの23%ポイントだけ多く医療機関にかかっている。例えば、全額自己負担の人が20%医療機関にかかっているとすれば、自己負担0の人は43%がかかっているということになります。自己負担が0の人と医療保険に加入していない人を比べると、自己負担0の人がOTCへの需要は40%ポイント少なく、「何もしない」が17%多いというような結果になっております。

これは、国民生活基礎調査という厚生省の調査（官庁統計ですからかなり粗いのですが）を使った場合でも、大体同じような数値を得ております。

あと推定にあたって、健康資本としまして、平均的に風邪にかかる頻度（例年どれくらい風邪をひいているか）それから運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣ということもコントロールしております。

（OHP 4）

病状としまして、1日寝込むと医療サービスの需要が10%ポイント増加し、1度発熱温度が高いと医療需要が18%ポイント上昇する。発病期間は発病してから完治するまでの事後的なものですが、10日長いと医療サービスの需要が5%ポイント増加する。重症になれば医療機関にかかるということです。あと年齢、教育、機会費用というものを考慮に入れておりますが、ここでは省略します。

（OHP 5）

薬の知識については、当時H2ブロッカーというものが盛んにコマーシャルされていたので、それを知っている人と知らない人とでは、知っているの方が11%ポイント医療需要が少なくなるというような結果を得ております。

（OHP 6）

この結果を用いて、自己負担率が1割増加する、つまり国民健保で被保険者本人が3割、被扶養者が4割になったというような政策が、もし風邪に関してなされるならば、270億円～430億円の国民医療費削減（抑制）になり、大衆医薬の需要は88億円増えるということがわかりました。それからH2ブロッカーを知っているなど大衆薬の知識が広まると、国民医療費は

OHP 4

<ul style="list-style-type: none"> 1 医療が上昇すると、医療需要は18%ポイント上昇し、OTCは7%ポイント減少する。何もしないは11%ポイント減少する。 発病期間が10日長いと、医療サービスへの需要は5%ポイント増加し、OTCは1%ポイント減少し、何もしないは、4%ポイント減少する。（ただし、ここでの発病期間は、自覚症状を感じてから完治するまでの期間なので、悪化してからの期間ではない。当然の事ながら、医療サービスにかかれば発病期間が短くなり、何もしなければ長くなるので、これは前後の適切な指標ではないかもしれない）
年齢
<ul style="list-style-type: none"> 20代よりも30代は9%ポイント、40代は6%ポイント医療サービスに対する需要が増加するが、50代は逆に6%ポイント減少する。逆に、OTCに対する需要は、20代よりも30代は2%ポイント、40代は3%ポイント減少するが、50代は4%ポイント増加する。（何もしないも、20代よりも30代は7%ポイント、40代は3%ポイント減少するが、50代は2%ポイント増加する）
教育
<ul style="list-style-type: none"> 医療サービス需要は、専門学校卒、中・高卒、短大・高卒卒、大卒の順で高い。OTCの需要は逆に、大卒、短大・高卒卒、中・高卒、専門学校卒の順で高い。（何もしないも、専門学校卒、中・高卒、大卒、短大・高卒卒の順で高い） 「全体的に高学歴ほど、OTCを消費し、医療サービスを消費しない傾向にある。一教育レベルが上昇すると自分の判断力で、適切なOTCを適切に消費するというのは、米国での研究結果でも実証されている。
機会費用（往車の有無、所得）
<ul style="list-style-type: none"> 有職者は無職者と比べて医療サービスへの需要は2%ポイント減少し、OTCは2%ポイント増加し、何もしないは0.2%ポイント増加する。一機会費用の存在の検証

OHP 5

<ul style="list-style-type: none"> しかし、労働所得が1兆円の方が、医療サービスへの需要は2%ポイント増加し、OTCは2%ポイント減少し、何もしないは0.8%ポイント減少する。これは、符号的にも量的にも他の所得とはほぼ同じであり、また、対象となる疾病を風邪に限定している事から、価格効果（資金が高いと病院に行く事による損失が大きいめに病院にいかない）よりも所得効果（所得が高いのでより多くの財を消費する）が大きい事を意味している。
薬の知識
<ul style="list-style-type: none"> H2ブロッカーを知っている、自分は薬の知識があると回答した人は、そうでない人と比べて、11%ポイント医療サービス需要が少なく、9%ポイントOTC需要が多い。何もしないは2%ポイント多い。一薬の知識が医療サービスではなくOTCを促す。
OTC、医療サービスの価格
<ul style="list-style-type: none"> 大衆医薬価格：自己判断可能性（大衆医薬需要への影響）が有意で有意であるものの、-0.3と非常に小さい。他方、医療サービス需要への影響は有意ではなく、大衆医薬価格が医療サービス需要へ影響を与えない。 ただし、ここでの大衆医薬価格というのは郵便番号3桁で区別される地域的な薬剤の競争状況が反映したものであり、必ずしもこの主体が意図している大衆医薬価格そのものではない。また、特定の薬剤に限定してその価格の情報のみを用いているので、大衆医薬市場全体の傾向ではない。error in variableの状況が生じていると推測される。 また、医療サービスの価格（支払い）もサンプル数が少ないため分析に加えていないが、出来れば1割の所で支払価格が病状と同様になるので、病状の情報が十分であれば、それと有意でないかもしれない。

OHP 6

<p>4 大衆医薬価格を除く推定結果</p> <ul style="list-style-type: none"> 傾向的には大衆医薬価格を含んだ推定結果と大きく異なるない。 特徴的な事実は、医療サービス需要の価格弾力性は0.36（大衆医薬価格を含んだ推定では0.23）なので、やや高い。また、自己管理できない人（運動習慣なし、喫煙習慣、かなりの飲酒の習慣あり）は、医療サービス需要、OTC需要の両方とも減少し、何もしないが増加する傾向は、大衆医薬価格を推定に含まない場合の方が明確である。薬の知識についても、大衆医薬価格を推定に含まない場合の方が影響は大きい。
<p>5 仮想的なシミュレーション</p> <p>自己負担率が1割増加する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療サービスを消費する人は2.3～3.6%ポイント減少（3.9、7～3.8、4%）⇒約270～430億円の国民医療費の削減 大衆医薬の需要は、約4%ポイント増加（約45兆）⇒約88億円の削減（大衆風邪のみ効果としてはかなり大きいといえるのではないだろうか） <p>情報提供の効果</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在5.5%の人が薬の知識を持っているとしているが、これが10倍の35%の人々の薬の知識を持っている状況を想定 医療サービスを消費する人は3.5～5.0%ポイント減少⇒約412～600億円の国民医療費の削減 大衆医薬の需要は、2.8～3.1%ポイント増加⇒約62～69億円の削減（大衆風邪のみ効果としてはかなり大きいといえるのではないだろうか）

400 億円～600 億円増加し、大衆医薬は約60 億円ほど増加するということがわかる。

単純に軽医療全体では風邪の7倍と考えると、自己負担を1割上げると、約3000 億円弱国民医療費が抑制されるであろうという予測をしております。