

医療保障市場の現状と今後

西久保 浩二

・はじめに

平成16年度の個人保険での新契約件数において医療保険の占める比率は27.9%とほぼ3割近くになっている。次位の「定期」が15.8%、三位の「終身」が11.8%であることと比較しても大きな占有率といえる。

医療保障市場は現在の生命保険業界にとって最も注視すべき市場のひとつと考えられる。

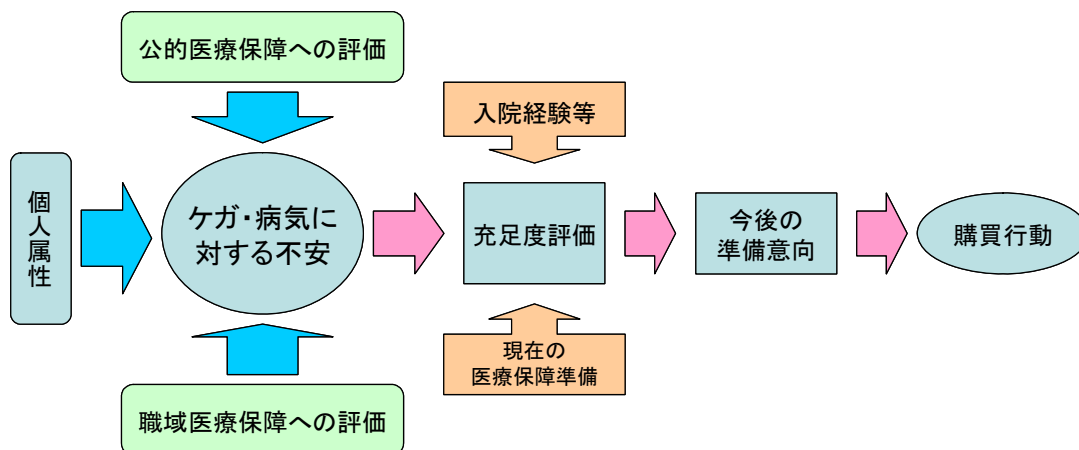
本稿は、こうしてプレゼンスの増している医療保障市場について消費者の意識、態度、行動の次元から現状と今後の可能性について詳細な分析を行うことを目的とする。

分析の視点は下図のフレームワークに示すとおりである。

すなわち、医療保障商品の購買に至るプロセスについて「公的医療保障制度への評価」「職域での医療保障制度への評価」「不安意識」「充足度」「準備意向」などの観点を順に分析してゆくこととする。特に、着目する点は医療保障に対するニーズの根源的部分を形成していると考えられる「不安意識」である。健康や医療に関する不安意識が何によって形成され、どのような内部構造をもつものか。また、不安意識が医療保障商品の購買意向にどの程度の影響を及ぼしているか、などの点を詳述したいと考えている。

分析に用いるデータは『生活保障に関する調査¹』（(財)生命保険文化センター）及び『企業の福利厚生制度に関する調査²』（同）の個票データである。また、補足的に『患者調査』（厚生労働省）を使用している。

図1 分析のフレームワーク



・本稿の概要

(I) 分析から見出された点

- ① 医療保障ニーズに結びつく消費者の根源的な不安意識として相互に独立的な4つの因子が存在する。すなわち「就労不安因子」「費用不安因子」「重要疾病不安因子」「家族不安因子」の4因子である。
- ② これらの不安因子のなかで医療保障における今後の準備意向に最も強い影響を与えているものは「就労不安」である。この不安は病気・ケガによる就労所得の喪失・低下に対する不安であって、若年層、自由業・自営業、民間企業の専門技術職、販売サービス職などで強く保有される不安意識である。
- ③ それ以外の不安因子として「費用不安」が治療・入院に要する費用の支払い能力に関する不安で中

¹ 調査概要については巻末参照

² 同上

高齢者での保有が顕著となる。また「家族不安」では家族への迷惑を懸念するもので女性で保有されやすい。「重要疾病不安」は三大疾病など長期的な治療を要する疾病への罹患に対する不安となる。

- ④ 入院に伴う自己負担費用は短期間の入院ほど1日当たりの負担額が大きい。「61-120日」では7950円/日であるが、「5-7日」では17130円/日、「5日未満」では28690円/日となる。費用填補という点では短期間給付であるほど手厚い保障（手術給付を含む）が求められているといえよう。
- ⑤ 高齢者は一般に入院日数が長期化する傾向が強く、そのため自己負担費用の総額が高額となりやすい。先の「費用不安」が当該層で保有されやすいことを裏づけている。
- ⑥ 現在の入院保障日額の加入実態では「日額5000円」の加入ケースが最も多く、標本全体のほぼ2割を占めている。この「5000円」加入層では64.2%が今後の準備意向をもっている。
- ⑦ 公的保障との関連では、医療保障は他の「老後保障（年金）」「介護保障」「遺族保障」などと比較すると、「（公的給付だけでは）まかなえない」とする否定的な評価は最も少ない。しかし、給付面での充実度については経験値の無さからか若年層で「わからない」とする割合が高い。
- ⑧ 公的給付では「まかなえない」とする否定的評価は「自由業」で3割を超えており、次いで「商工・サービス業の自営者・家族従事者」「農・林・漁業の自営者・家族従事者」で高い。
- ⑨ 職域での福利厚生制度によって被用者に提供される医療保障に期待している層では、個人による医療保障準備意向が抑制される傾向がある。職域保障と自助努力準備を総合して充足度評価がなされている。
- ⑩ また、職域では労使ともに福利厚生制度の今後の展開において「医療・健康」に対する関心が高い。この結果として、団体型の生活保障制度においても企業負担型、従業員負担型の双方において他の保障分野と比較して「医療保障制度」に重点を置こうとする傾向が確認される。
- ⑪ 医療保険市場は「充足度評価」と「今後の準備意向」によって市場を区分したときに、未だ市場全体の4割以上が「不足かつ準備意向あり」に分類され、需要意向の強い層が多く残されている。
- ⑫ 厚生労働省の患者調査を見ると、近年、患者1人あたりの在院日数は短縮しつつある。平成8年と14年を比較すると、病院で▲7.6%（43.4日から40.1日）、診療所で▲14.4%（22.2日から19.0日）の減少となっている。
- ⑬ また、介護保険適用者の除外等により近年は外来を中心に患者総数も減少傾向にあり、2014年までの将来予測では患者総数は減少しつつあるが、入院患者数はほぼ維持されるという結果となった。これは相対的に在院日数の長い高齢層が増加することによる結果と考えられる。

（Ⅱ）分析より導かれた論点

① 二つの不安因子の存在

現在の消費者の医療保障に対するニーズの背景には、健康を害した際の入院・治療に要する直接的費用負担に対する不安（費用不安）と、もうひとつ、同状態となった際に、それまでの所得機会を喪失したり、所得水準の低下を余儀なくされるかもしれないという不安（就労不安）の二つが共存している。

所得機会との関係から、前者については労働所得を得る人の割合が少なくなっており、かつ入院日数が長期化しやすい高齢者層で顕著に保有され、一方で後者の不安については現在、所得を得る事で生計を営んでいる現役層（若年層、中年層）で保有傾向が強い。この二つの不安の存在によって、幅広い年齢層で医療保障へのニーズが顕在化され、市場の裾野を広げている。

② 不安による購買行動特性の違い

この二つの不安が具体的な医療保険購買行動として現れる際には、異なる心理的メカニズムが働くものと考えられる。

前者については、想定している疾病とその治療環境に応じた自己負担費用の総額を補填できる給付額を合理的に設定しようとする。このとき、より快適な治療環境を求めるようとする富裕層などでは、高額な給付額を準備しようとする。一方、後者については、補填額の準拠対象となるものは「所得」あるいは「所得の低下分」ではないかと考えられる。したがって、高所得層では現在「日額25000円」など的高額な加入額であっても充足できないといった状態が現れることにもなる。

市場全体の成長性は消費者の前者における自己負担費用の想定分の上昇予測と、後者の心理による追加的な加入意向によって大きく左右されるものと考えられる。尚、医療保障を強く動機づけている「就労不安」についてはバブル崩壊以降の長期化した景気後退等によって、雇用不安が増大した点や時給・日給方式で採用される非正規雇用の増大などの雇用の流動化も背景にあったものと考えられる。

③ 公的保障、企業保障との関連性

また、自助努力に基づく医療保険準備は、公的医療保険と職域での福利厚生制度における医療保険制度からの影響を強く受けていることが確認された。

前者については、想定する疾病種類、罹患した際の入院・治療に伴う公的給付範囲外の自己負担費用の想定額が自助努力による必要補填額を認識させる。

後者については企業保障からの給付内容・給付額の多寡によって自助努力分の必要補填額を左右することになる。したがって福利厚生制度として比較的、充実した給付水準が期待できる大企業従業員層では自助努力分の必要補填額が低く想定される。ただし、大企業管理職層などでは快適な治療環境を求める傾向からか、追加的な医療保険準備意向は強い。

④ 今後の需要動向

医療保障は他の生活保障分野、すなわち「老後保障（年金）」「介護保障」「遺族保障」などと比較しても最も幅広い年齢層において関心が高い分野となっている。また、現在の準備状況に対して「不十分」と評価する割合が未だに6割近く残されているという点では未開拓、未成熟な市場ともいえるだろう。同時に、供給側でも多種多様な新商品が次々と市場に投入されており、消費者の選択肢も豊かなものとなりつつある。さらには、職域での福利厚生制度においても労使ともに医療保障への注力に関心を示している。こうした消費者の反応の背景には、雇用流動化と連動している「就労不安」と、少子高齢化を背景に増大する高齢者層の「費用不安」があることはいまでもなく、これらの環境変化が大きく反転する見通しをもてないことからすると、今後も不安が持続するとみることのできるのではないかと思われる。

こうした状況を総合的にみると、医療保障市場は個人市場、団体市場を含めて全体的な成長性が当面の間、継続するものと考えられよう。

目 次

I. 医療費負担の実態

II. 医療保障に対するニーズの実態

III. 医療保障ニーズの背景

IV. 現在の準備状況とその評価

補. 参考① 患者調査にみる負担の実態

参考② 今後の患者数の推計

I. 医療費負担の実態

①直近の入院経験日数とその分布

・基本統計量と分布

今回の調査標本での直近の入院経験における在院日数は平均値で 28 日、最頻値³で 30 日、中央値⁴で 14 日であった。

その分布をみると図 2 となる。

中央値が平均値よりも短くなるように、比較的短期の入院ケースが多い一方で、平均値を引き上げるかなり長期のケースもあり分散が大きい。また、変動係数⁵をみると入院日数のバラつきが最も大きいことがわかる。

図 2 入院日数の分布（全生保ベース：日数、構成比%）
n=609

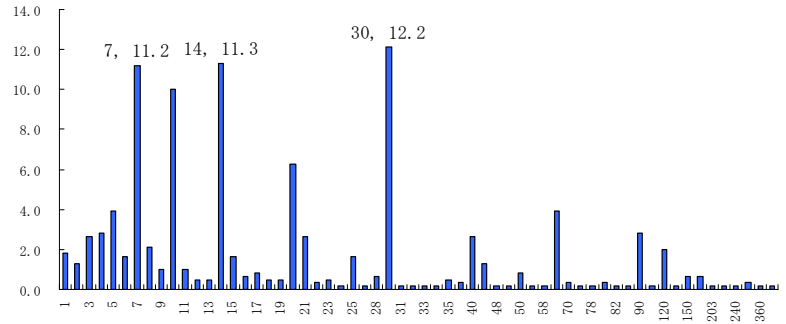


表 1 入院と自己負担費用の実態

	最小値	最大値	最頻値	中央値	平均値	標準偏差	変動係数	単位	n
直近の入院日数	1	365	30	14	28	40	142	(日)	609
直近の入院時の自己負担費用総額	4	3500	200	150	263	345	131	(千円)	483
入院時の 1 日あたりの自己負担費用	11	15000	1000	1111	1465	1363	93	(十円)	483

②自己負担費用とその分布

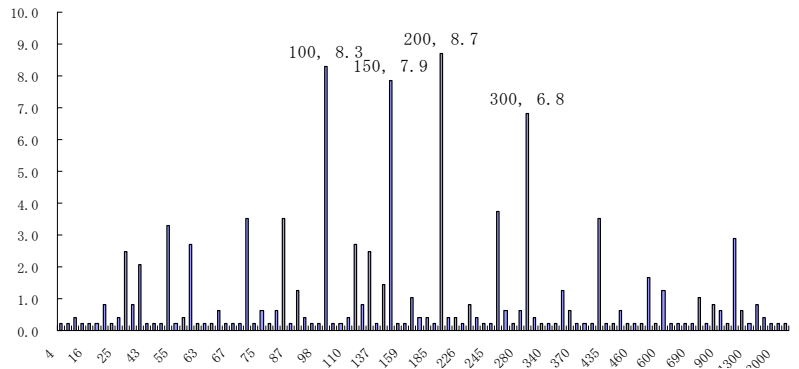
・基本統計量と分布

直近の入院の際に自己負担として支払った金額の総額は、平均値で 263 千円、最頻値で 200 千円、中央値で 150 千円であった。

分布をみると、ほぼ平均値、中央値付近に標本が集まっているようである（図 3）。

この総額を入院日数で除した 1 日当たりの自己負担費用では平均値で 1465 十円、最頻値で 1000 十円、中央値で 1111 十円となる。

図 3 入院時の自己負担額の分布（日数、構成比）
n=483

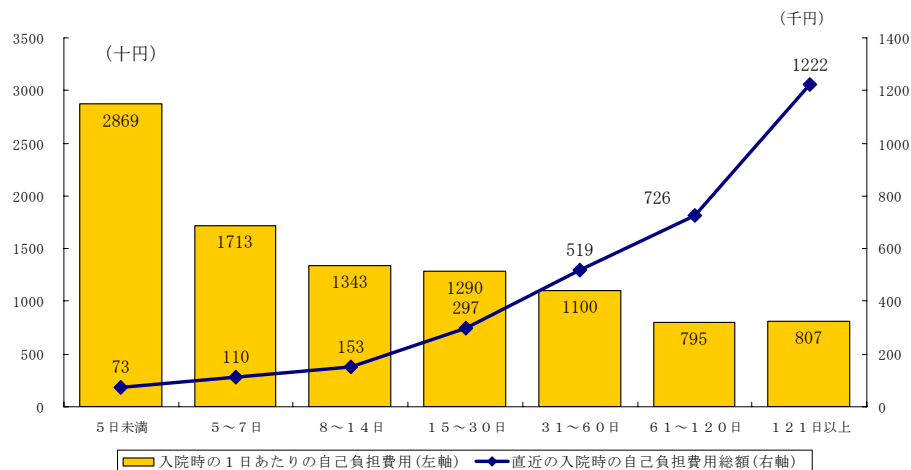


・入院時の自己負担費用

入院に伴う自己負担総額は入院日数に比例して増加する。「5 日未満」では 73 千円であるのに対して「15-30 日」では 297 千円となり、「61-120 日」では 726 千円と大きな負担となる（折れ線グラフ）。

しかし、1 日当たりの負担額では、入院日数と逆比例して低減する。最も 1 日あたりの負担が高額となるのは「5 日未満」で 2869 十円であるが、「5-7 日」では 1713 十円、「61-120 日」では 795 十円となっている（縦棒グラフ）。費用填補という点では短期間給付であるほど手厚い保障（手術給付を含む）が求められて

図 4 入院日数と 1 日当り自己負担額



³ 最頻値とは文字通り、あるデータについて度数分布をとった場合に最も高い頻度で出現する値

⁴ 中央値とは、データを大きさの順に並べたとき、その中央の順位にくる値。ただし、総度数が偶数のときは中央に 2 つの値が並ぶため、その平均を中央値とする。異常値に影響を受けやすい平均値に比較して安定的な代表性を有する

⁵ 変動係数とは平均の異なるデータ間のばらつきを比較するのに使う指標で標準偏差を平均値で除して 100 をかけることで求められる。

いるといえるだろう。

また、今回の調査標本内での入院1日当たりでの自己負担費用については年齢、職業、地域、所得水準、金融資産水準などによってかなりの較差がみられている。参考に下表に基本的な個人属性での平均値を算出してみた。前述の通り、入院1日当たりでの自己負担費用は短期であるほど高くなる傾向がある。また、保険適用外の付加的なサービス等の利用費も含まれているために、こうしたバラつきが出てくるものと考えられる。

表2 直近入院時の1日あたりの自己負担費用

年齢（11区分）		平均値	度数	本人職業	平均値	度数	
20～24歳		1283	10	農林漁業の自営者・家族従事者	1229	22	
25～29歳		1623	20	商工サービス業の自営者・家族従事者	1584	60	
30～34歳		1256	26	自由業	2443	7	
35～39歳		1290	40	公務員	1135	12	
40～44歳		1842	36	民間企業の管理職	2294	23	
45～49歳		1335	42	民間企業の事務職	1465	19	
50～54歳		1570	48	民間企業の労務職	1082	33	
55～59歳		1440	66	民間企業の販売・サービス職	1759	22	
60～64歳		1358	83	民間企業の専門・技術職	1273	16	
65～69歳		1544	111	派遣社員・契約社員	1132	8	
性別		平均値	度数	パート・アルバイト（除学生）	1546	46	
男性		1587	219	学生	1744	4	
女性		1365	264	無職（専業主婦を含む）	1388	209	
本人年収（全体）		平均値	度数	地域ブロック（15区分）		平均値	度数
収入はない		1403	103	北海道	974	30	
100万円未満		1275	82	東北	1002	26	
100～300万円未満		1213	105	関東（首都圏以外）	1736	30	
300～500万円未満		1746	75	首都圏（東京を除く）	1907	77	
500～700万円未満		1672	38	東京	1612	49	
700～1000万円未満		1834	19	北陸	1185	31	
1000万円以上		2545	11	中部（中京圏以外）	1827	24	
金融資産（5区分）		平均値	度数	中京圏	1421	23	
500万円未満		1315	140	近畿（京阪神圏以外）	1785	11	
500～1000万円未満		1202	41	京阪神圏（大阪を除く）	2158	27	
1000～2000万円未満		2274	41	大阪	1468	49	
2000万円以上		1524	50	中国	1356	31	
				四国	726	14	
				北九州	1098	35	
				南九州	804	26	

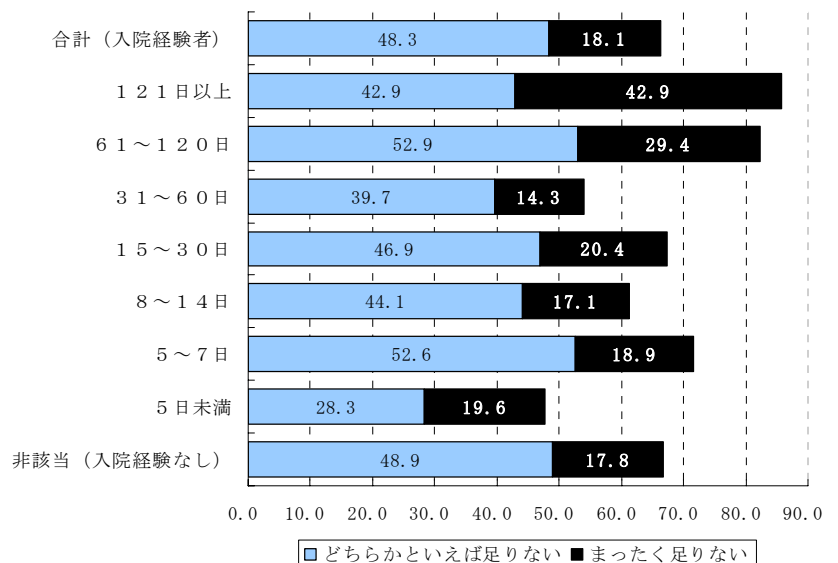
・自己負担費用と医療保障の充足感

直近の入院経験のある層に入院日数別に、退院後の現在の医療保障に対する充足度をたずねてみた。ここでは「どちらかといえば足りない」「まったく足りない」とする非充足について比較してみた。

非充足層が最も多いのは「121日以上」の長期入院経験層で42.9%が現状を「まったく足りない」と評している。「どちらかといえば足りない」の42.9%を合わせると85%以上が非充足評価となる。次いで「61-120日」の入院経験層でも8割以上が非充足となっている。対称的に「5日未満」の短期間での入院経験層では非充足層は5割以下となっている。

自分自身の入院経験の長短によって医療保障の過不足の評価が影響を受けていることがわかる。単価としては短期入院の方が割高となるが、保障の過不足評価については負担総額の方が影響を与えるものと考えられる。

図5 自己負担支払額と医療保障の充足感



・入院日数、自己負担費用等の決定要因

直近の入院経験における「入院日数」、またそのときの「自己負担費用の総額」及び両者を除いた「1日あたりの平均自己負担費用」が個人属性とどのような関連性をもつかについて回帰分析を行った。⁶

まず、「入院日数」に対して有意な関係性が確認されたものとして「性別ダミー（男性であること）」「60歳代ダミー」「無職」「本人年収100万円未満」があげられる。いずれの属性も入院日数に対して正の関連性、すなわち、要因とみたときには入院日数を引き延ばす要因となっている。

次に自己負担費用の総額に対しては「60歳代ダミー」「未既婚ダミー（既婚であること）」「民間大企業被用者」「無職」「金融資産1000万～2000万円未満」「金融資産2000万円以上」などが有意な正の因果関係をもつ属性であることが示された。「1日あたりの平均自己負担費用」もほぼ同様の結果となっている。

自己負担費用の総額は、入院日数とそこででの1日当たりの単価によって決定されるが、前者は60歳以上の高齢者であることや、男性であること、また無職であることなどが影響している。後者については金融資産額での影響が明確であることなどから推測すると差額ベッド、個室使用など保健適用外の付加的な医療サービスの購入などが引き上げの原因ではないか考えられる。

表3 入院日数、自己負担費用の決定要因

	直近の入院日数		直近の入院時の自己負担費用		入院時の1日あたりの自己負担費用	
	t-value	有意確率	t-value	有意確率	t-value	有意確率
性別ダミー (男性=1)	3.5753	0.0004				
年齢						
10歳代						
20歳代						
30歳代						
40歳代						
50歳代						
60歳代	5.5183	0.0000	5.9669	0.0000	5.8439	0.0000
未既婚ダミー (既婚=1)			2.5504	0.0108	2.6186	0.0089
子供有無ダミー (有=1)						
本人職業						
自営者						
農林漁業						
商工サービス業						
常雇被用者						
公務員						
民間大企業被用者			1.9910	0.0465	2.2176	0.0266
民間中企業被用者						
民間小企業被用者						
派遣社員・契約社員						
パート・アルバイト						
無職	5.1073	0.0000	3.6107	0.0003	3.3981	0.0007
本人年収						
100万未満						
300万未満						
500万未満						
700万未満						
1000万未満						
1000万以上	2.6066	0.0092				
世帯金融資産						
金融資産500万未満						
金融資産1000万未満						
金融資産2000万未満			2.0081	0.0447	2.5829	0.0098
金融資産2000万以上			2.1935	0.0283	2.2325	0.0256
(定数)	-92.3474	0.0000	-77.2468	0.0000	-67.3624	0.0000
F値		23.5946		17.2751		17.2141
有意確率		0.0000		0.0000		0.0000
R2乗		0.0221		0.0242		0.0241
調整済みR2乗		0.0211		0.0228		0.0227

by stepwise method

⁶ 回帰分析結果における指標の読み方について文末を参照されたし。

③「患者調査（厚生労働省）」にみる最近の傾向

・疾病別在院日数

厚生労働省の「患者調査」から、傷病別に平均的な在院日数をみたものが下表である。

在院日数は傷病の種類によって大きく左右されるが、最も長期化するのは「精神及び行動の障害」で平均で296.5日と突出して長い。次いで長期化する傷病としては「神経系（58.9日）」「循環器系（58.3日）」であり、以下、「筋骨格系及び結合組織（41.4日）」「内分泌、栄養及び代謝（37.4日）」「損傷、中毒及びその他の外因（34.9日）」と続く。

表4 傷病分類別にみた年齢階級別退院患者平均在院日数

傷病分類	総平均	男	女	0～14	15～34	35～64	65歳以上
感染症及び寄生虫症	28.4	31.8	24.6	6.4	10.3	28.6	50.5
新生物	28.9	29.0	28.8	27.7	18.6	25.1	32.6
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	33.7	40.7	30.0	16.3	11.0	44.2	45.0
内分泌、栄養及び代謝疾患	37.4	32.6	42.3	13.6	19.3	29.3	46.7
精神及び行動の障害	296.5	365.9	239.9	48.4	80.2	320.3	427.8
神経系の疾患	58.9	46.6	74.3	17.8	31.9	50.9	84.6
眼及び付属器の疾患	9.2	9.3	9.0	7.9	10.8	9.5	9.0
耳及び乳様突起の疾患	15.6	11.6	18.1	8.0	11.6	12.1	22.6
循環器系の疾患	58.3	45.7	72.9	16.9	14.2	30.4	70.5
呼吸器系の疾患	23.5	21.3	26.6	6.5	8.2	18.0	42.6
消化器系の疾患	22.0	20.9	23.6	8.0	12.0	20.3	28.2
皮膚及び皮下組織の疾患	22.0	22.2	21.7	7.6	13.6	22.4	30.8
筋骨格系及び結合組織の疾患	41.4	32.5	48.0	16.2	22.5	33.8	52.7
尿路性器系の疾患	23.5	21.1	26.4	11.1	11.4	14.8	35.3
妊娠、分娩及び産じょく	7.8	・	7.8	5.2	7.8	8.2	-
周産期に発生した病態	11.7	11.9	11.5	11.7	-	-	-
先天奇形、変形及び染色体異常	22.6	24.0	20.8	16.4	39.7	25.4	41.2
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で	18.3	17.0	19.3	7.1	11.7	13.4	25.9
損傷、中毒及びその他の外因の影響	34.9	29.0	41.1	8.4	17.7	29.7	51.1
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	5.6	3.7	6.7	6.0	6.2	3.1	12.0

また、在院日数は全体的に男性の方が長く、かつ年齢が高いほど長くなる傾向がみられる。特に、年齢による較差は大きく「0～14歳」と「65歳以上」を比較すると5.4倍近い開きがある。これも入院治療時の高齢者層での自己負担費用の総額の大きさをうかがわせる。

表5 属性別平均在院日数

	平均在院日数（日）
総数	37.9
男	38.1
女	37.7
0～14歳	9.8
15～34歳	14.2
35～64歳	37.1
65歳以上	53.0
70歳以上（再掲）	55.2
75歳以上（再掲）	59.8

・近年の在院日数の推移

この厚生労働省の「患者調査」で近年の動向みると下図に示すとおり、近年の退院者の平均在院日数は明らかに低下傾向にある。これは「病院」「診療所」のいずれにおいても顕著に確認される。

退院者の年齢別にこの現象をみると、特に減少傾向が顕著であるのは「70歳以上」の高齢者層である。このほかにもほぼすべての年齢層での短縮化の傾向にあることが確認される。社会的入院を排除し、できるだけ短期の退院を促そうとする病院経営の転換の結果と考えられる。

このような短縮化の傾向は全体としては患者家計における入院費用の自己負担費用の総額を引き下げることになると考えられる。

図6 退院患者平均在院日数の年次推移
(病院)

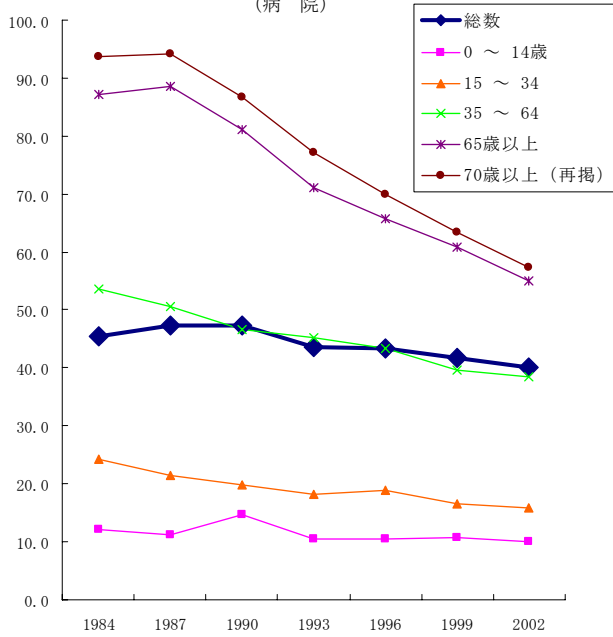
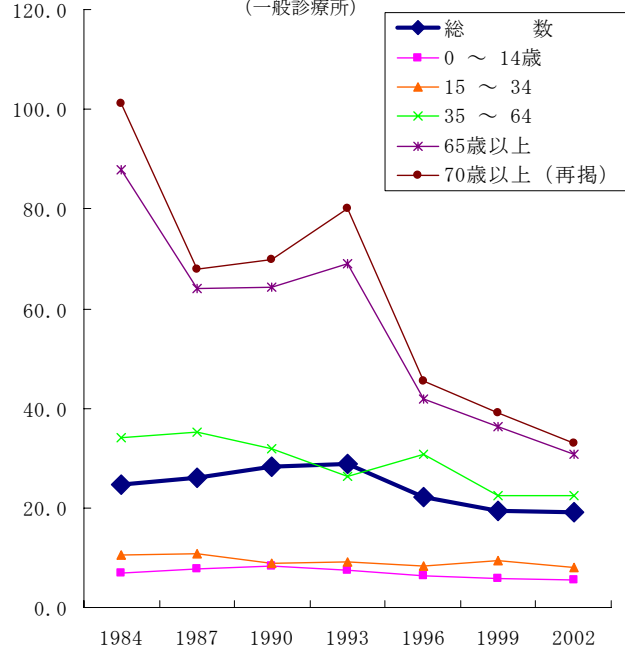


図7 退院患者平均在院日数の年次推移
(一般診療所)



II. 医療保障に対するニーズの実態

①最も力を入れたい保障準備

「死亡保障」「医療保障」「老後保障」「介護保障」という4つの生活保障分野に対する消費者の関心が年齢やライフステージによって転移していくと考えられている。ここでは現時点で「最も力を入れたい保障準備が何か」という設問に対する回答内容が5歳刻みの年齢階層とどのような関係にあるかについて視覚的な分析⁷を行った。この分析ではプロットされた点が距離的に近いときに正の相関が高いとみることができる。このパターンで若年層から順次追跡してみると「18-19歳」「20-24歳」あたりでは、いずれの保障分野とも相対的に距離が遠く関心を持っていないことがわかる。「25-29歳」あたりになって最初に接近するのが「医療保障」である。

図8 4つの保障分野への関心の年齢別推移

「医療保障」と最も接近するのが「30-34歳」「35-39歳」である。またこの年齢階層になると「死亡保障」ともかなり距離が近くなる。おそらく、結婚、出産など家族形成が進む過程で遺族に対する保障ニーズが顕在化しはじめるものと考えられる。

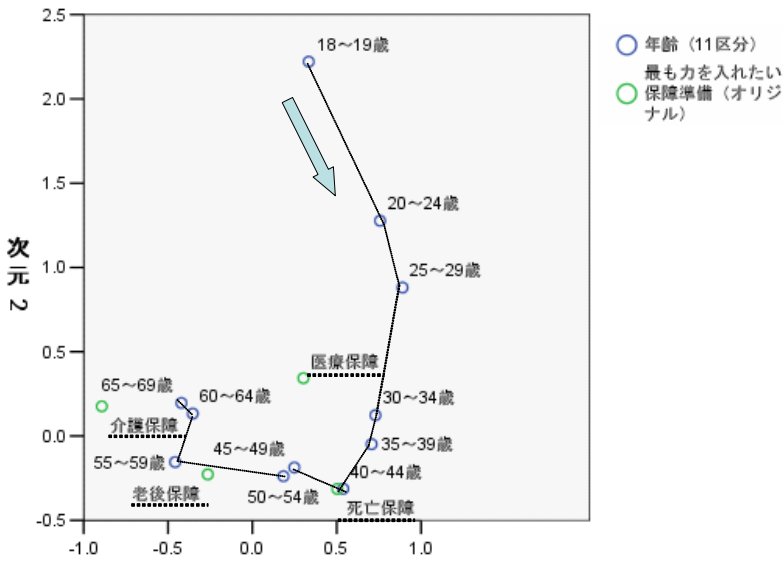
「死亡保障」に最も接近しているのは「40-44歳」「45-49歳」である。その後、年齢階層が上がるにつれて「老後保障」に近づいてゆく。リタイア直前期ともいえる「55-59歳」で最接近する。

同時にこの年齢層あたりから「介護保障」に対する関心も高まりはじめてくる。

全体としてみると「25-29歳」以降「医療保障」はすべての年齢層を示す点によって取り囲まれる位置にあることから年齢に関係なく関心対象となっていることもわかる。

・最も重要な経済的準備

公的保障では「まかなえない」という評価で、他の老後（年金）、介護、死亡などより高い評価（「まかなえる」）が多い）の医療保障だが、自助努力をベースとしたときの「今後の最も重要な経済的準備」という点でも関心は最も高くなる。特に「自分が病気やケガで入院した場合の経済的準備」がほぼすべての年齢層で高い。このような幅広い年齢層で医療保障への関心が高いという傾向は、「35-39歳」「40-44歳」だけで目立って高い死亡保障（「自分が万一の際の遺族のための経済的準備」「配偶者が万一の際の遺族のための経済的準備」）や、「30-34歳」「35-39歳」「40-44歳」あたりだけで目立って高くなっている「子供の教育資金の準備」などとは対照的である。



by Correspondence analysis

表6 今後の最も重要な経済的準備

	18-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳
自分が万一の際の準備	8.4	9.6	17.7	23.6	31.6	34.4	29.5	28.0	31.0	27.5	26.3
配偶者が万一の際の準備	2.4	3.2	18.8	28.6	32.1	35.7	28.5	25.4	23.0	19.6	13.6
自分が入院した場合の準備	13.3	24.8	37.9	42.5	38.7	41.1	41.9	44.5	50.3	45.3	46.7
配偶者が入院した場合の準備	2.4	6.4	17.7	25.3	24.1	26.7	29.0	26.2	28.4	25.5	22.6
自分の介護資金の準備	6.0	7.8	9.4	10.6	11.6	12.5	22.5	20.6	28.6	29.3	35.5
配偶者の介護資金の準備	1.2	1.8	5.1	4.4	5.2	8.5	14.1	12.8	15.9	18.0	19.1
自分や配偶者の老後資金の準備	4.8	9.2	9.7	14.7	23.6	24.3	27.0	36.1	37.2	37.4	29.6
自分が就労不能となった場合の経済的準備	12.0	9.6	13.4	12.2	12.3	15.7	13.9	14.8	12.7	10.1	11.9
配偶者が就労不能となった場合の経済的準備	0.0	2.3	6.9	6.1	6.1	8.0	12.4	10.1	7.9	7.9	6.6
子供の教育資金の準備	7.2	10.1	24.5	42.2	43.4	47.5	26.0	9.9	2.2	0.8	0.0
子供の結婚資金の準備	1.2	1.4	2.9	3.3	2.4	3.2	8.8	10.7	6.2	3.2	0.9
自分の結婚資金の準備	7.2	14.7	16.2	3.9	2.8	0.3	1.0	0.6	0.0	0.0	0.0
住宅資金の準備	1.2	6.4	11.9	8.1	5.7	4.3	1.5	2.7	1.5	1.6	0.6
教養・娯楽資金の準備	8.4	20.2	11.9	6.7	4.2	3.2	2.3	1.2	3.4	2.4	2.2
耐久消費財の購入資金の準備	3.6	12.4	6.5	6.4	4.2	2.7	2.3	2.9	1.3	1.2	0.7
その他	0.0	0.0	0.4	0.0	1.2	0.8	1.3	1.2	0.7	0.6	1.1
経済的準備はしていない	42.2	31.7	17.3	11.4	8.7	6.4	5.8	10.5	9.0	12.3	16.4
わからない	25.3	8.7	1.4	2.2	0.9	0.3	1.0	1.2	2.1	1.4	3.5

回答率30%以上を強調標記

⁷クロス集計表を元データとして、類似した項目同士を近くに配置するマッピングの手法。行の要素（表頭）と列の要素（表側）を使い、それらの相関関係が最大になるように数量化して、その行の要素と、列の要素を多次元空間（散布図）に表現する。

図8でもみたとおり、就職、結婚、出産、育児とライフステージが進行する過程において遺族保障、老後保障、介護保障などへの準備行動が順次、顕在化されてゆく。老後保障や介護保障では最も遅行性がみられる。このように経済的準備にはライフステージや年齢による適時性があるのだが、医療保障に関してはそうした傾向がなく大半の年齢層にとって高い関心対象として認識されていることに特色がある。

このように相対的に関心の高い医療保障だが、さらに詳しく保障内容をみると較差がある。図は下記の4つの側面での医療保障及び就労不能保障への関心度を年齢別に比較したものである。

- ・「自分が病気やケガで入院した場合の経済的準備」
- ・「配偶者が病気やケガで入院した場合の経済的準備」
- ・「自分が障害等により就労困難・不能となった場合の経済的準備」
- ・「配偶者が障害等により就労困難・不能となった場合の経済的準備」

「自分自身の入院時の経済的負担に対する保障」がほぼすべての年齢層で最も関心が高いことがわかる。次いで、「配偶者の入院時の経済的負担」となる。

図9 最も重要な経済的準備（医療保障関連）

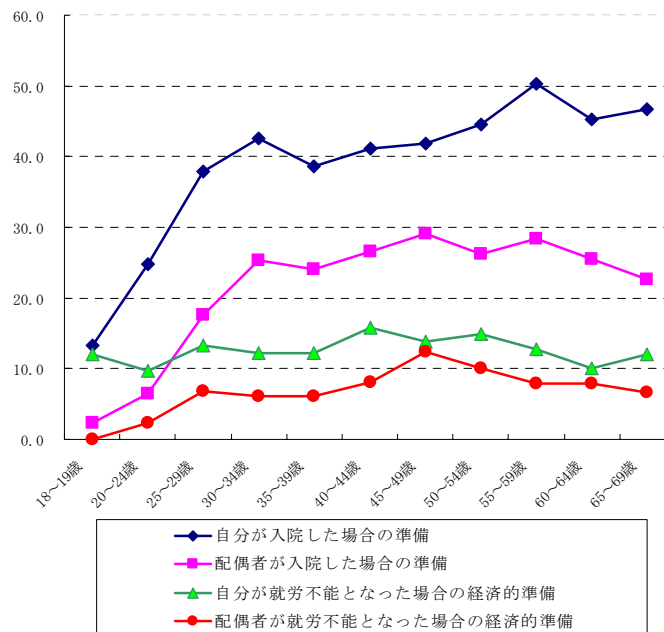
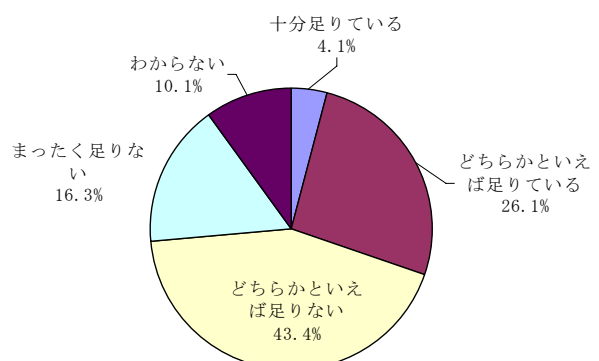


図10 現在の医療保障に対する充足度



②医療保障に対する充足感

・充足度の分布

現在の自分自身の医療保障準備に対する充足感では「十分足りている」が4.1%と少なく、「どちらかといえば足りている」の26.1%を加えてようやく3割程度となる。

一方で、「まったく足りない」と明確な不足感をもつ層は16.3%存在し、これに「どちらかといえば足りない」の43.4%を合わせると6割近くになる。

②医療保障に対する準備意向

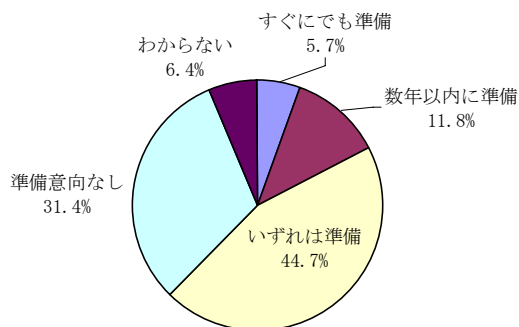
・準備意向の分布

6割が不足感をもっているものの医療保障に対する今後の具体的な準備行動については「すぐにも準備したい」とする層が5.7%と比較的少数派にとどまっている。

「数年以内に準備したい」とする層も11.8%であった。「いずれは準備したい」とする時期的に漠然としている段階の層は44.7%と非常に多くなっている。この結果をみる限りでは、何らかのニーズ喚起の必要性が高いと考えられる。

一方で「まったく準備する必要はない」とする層も31.4%と3割を超えている。

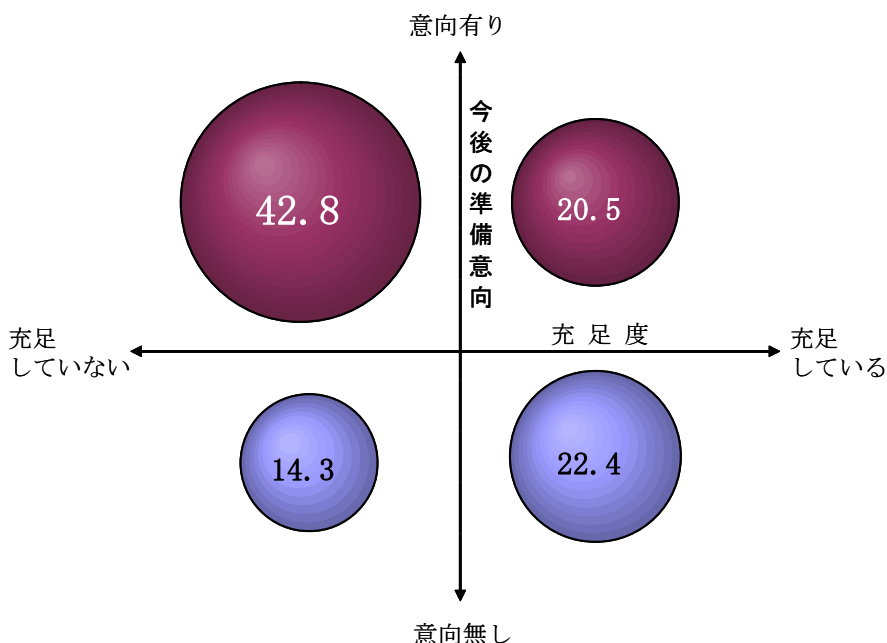
図11 医療保障に対する今後の準備意向



この調査で「充足度」と「今後の準備意向」に対して判定を行った全標本を四分類すると下図のような構成比となる（「わからない」は除外）。

これは有望な市場セグメントがどの程度のボリューム（マーケット・サイズ）をもつかを示している。最も販売成果に近いと考えられる「非充足かつ準備意向あり」のセグメントは全体の42.8%を占め、最も大きくなっている。

図12 充足度と準備意向からみた相対的市場区分



・充足度と準備意向との関連性

医療保障に対する充足度と具体的な今後の準備意向との関連性を詳細にみたものが下表である。

両者の関連性は明確に存在している。特に充足度において「まったく足りない」とする充足度評価と「すぐにも準備したい」という両変数の極値同士の相関や「どちらかといえば足りない」と「数年以内には準備したい」「特に時期は決めていないがいずれは準備したい」との相関が高い。また、一方で「十分足りてい

る」と「まったく準備するつもりはない」とする両者にも高い相関がみられている。

充足度評価が具体的な医療保障の準備行動を左右する重要な要因のひとつであることが確認される。同時に、「どちらかといえば」とやや曖昧な評価と「数年後」「いずれは」といった曖昧な意向とが連動しており、「まったく足りない」と「すぐにでも準備」というともに明確な評価と明確な意向も連動している点からは、販売サイドから明確な充足度評価を促すことで加入行動に結びつく可能性があることを示唆している。

表7 現在の自分自身の医療保障に対する充足感と準備意向の関連性

充足度		準備意向		数年以内には 準備したい	特に時期は決ま ていないがいつ かは準備したい	まったく準備 するつもりは ない
		準備意向	すぐにでも 準備したい			
十分足りている	Pearson の相関係数	-0.013		-0.029	-0.105	0.164
	有意確率 (両側)	0.394		0.060	0.000****	0.000****
どちらかといえば 足りている	Pearson の相関係数	-0.038		-0.018	-0.106	0.180
	有意確率 (両側)	0.013**		0.246	0.000****	0.000****
どちらかといえば 足りない	Pearson の相関係数	-0.002		0.070	0.145	-0.171
	有意確率 (両側)	0.881		0.000****	0.000****	0.000****
まったく足りない	Pearson の相関係数	0.078		0.001	0.026	-0.067
	有意確率 (両側)	0.000****		0.974	0.090*	0.000****

**** < 0.001, *** < 0.01, ** < 0.05, * < 0.10

③病気・ケガに対する不安意識の構造

医療保障に対するニーズの背景にある生活者意識として最も注目すべきは「ケガや病気に対する不安」である。

右図は「ケガや病気などによって健康を害する事によるどの程度、不安を感じているか」という質問に対する回答結果である。

「非常に不安を感じる」とする層が20.8%、「不安を感じる」とする層が33.1%となり、両者を合わせると過半数を超える。さらに「少し不安を感じる」とする層の33.3%も加えると9割近くにまでなる。幅広い不安意識であることがわかる。

この不安意識は先に見た「医療保障に対する充足度」及び「医療保障に対する準備意向」の双方に対して影響を与えていることが下図に示されている。

例えば現在の医療保障準備に対して「まったく足りない」と評価している層では「非常に不安を感じる」とする割合が33.0%と最も多くなる。充足度評価と不安意識との間に相関が確認できる。

また、今後の準備意向についても「すぐにでも準備したい」とする層では「非常に不安を感じる」とする割合が41.0%と最も多い。準備意向と不安意識との間にも明確な相関が確認できる。

図13 病気やケガに対する不安

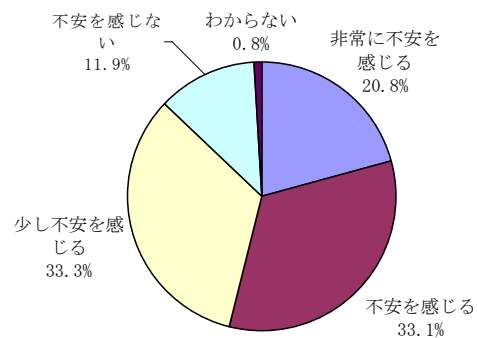


図14 不安意識と医療保障に対する充足度

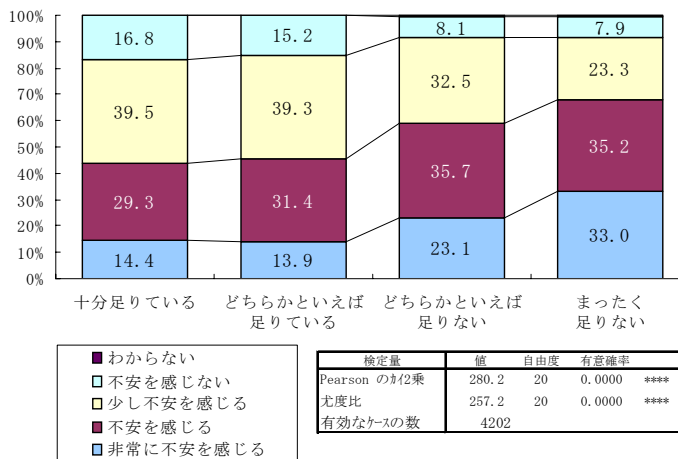
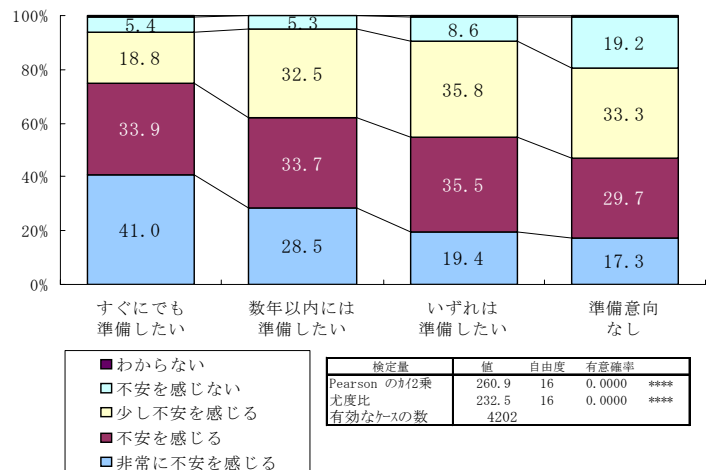
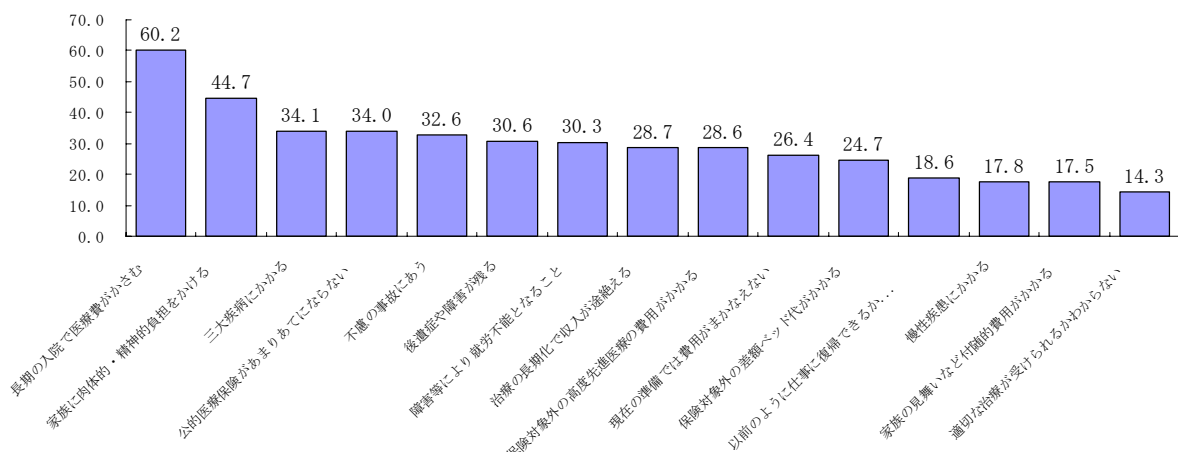


図15 不安意識と医療保障に対する準備意向



では、具体的に何を対象として不安を感じているのかをみたものが下図である。多様な不安の局面があることがわかる。最も高い回答率となったのは「長期の入院で医療費がかさむ (60.2%)」であった。

図16 病気・ケガに関する不安



③医療不安意識の構造

・不安度の分布

自分自身や家族の医療や健康に関する不安意識は、充足度評価や準備意向などを通じて医療保険ニーズの形成要因となる。その不安は漠然とした不安意識である部分と、同時に様々な具体的な局面に対して抱いている不安がある。どのような不安が存在するか、という点を解明することが求められる。

・不安因子の抽出

先の図 16 でみた、多様な不安反応を集約し、その根源的な部分を抽出することを試みた。不安として表出する局面は様々なものがある一方で、それらを生起させる根源的な因子はいくつかの少数のものと考えられるからである。

ここでは、主成分法による因子分析⁸を行い、4つの基本的な不安因子として集約することができた。

まず、最も多くの人に共有される医療や健康に関する不安意識として「就労不安」が検出された。

これは「障害等によって就労不能となること」「以前のように仕事に復帰できるかわからない」「治療の長期化で収入が途絶える」など健康が害することによって、それまでの就労機会、すなわち所得を得る機会を失うことに対する不安意識である。次に「費用不安」と命名できる不安因子が抽出されている。これは、「保険対象外の差額ベッド代がかかる」「現在の準備では費用がまかなえない」「公的医療保険があまりあてにならない」など経済的な負担に関する不安である。長期入院や高度先進医療による大きな負担などの懸念も内包している。この不安は経済的側面が強調されたものであり、保険ニーズとも直接的に結びつきやすいものといえる。三番目は「重要疾病不安」と呼べるもので「三大疾病にかかる」「慢性疾患にかかる」といった比較的重度の病気に長期間、罹患することへの不安である。最後の四番目の不安は「家族不安」と名づけることのできるもので「家族に肉体的・精神的負担をかける」「家族の見舞いなど付随的費用がかかる」など「家族」への負担に関した不安意識となる。

以上、様々な不安意識を集約すると、この四つの基本的因子が存在していることが明らかとなった。この4つの不安因子はひとりの人の中に共有されるうるものだが、その保有構造は様々な要因によって違ってくる。以下、特徴的な保有構造について検討してみよう。

表8 不安意識の構造... 4つの不安因子

	就労不安	費用不安	重要疾病不安	家族不安
障害等により就労不能となること	0.7143	-0.0429	0.1811	0.0199
以前のように仕事に復帰できるかわからない	0.6554	0.1722	0.0256	0.1221
治療の長期化で収入が途絶える	0.6490	0.3237	0.0011	-0.0420
後遺症や障害が残る	0.4631	0.0088	0.3214	0.3646
不慮の事故にあう	0.4263	-0.1239	0.3052	0.3341
保険対象外の差額ベッド代がかかる	0.0160	0.6292	0.3148	0.1131
現在の準備では費用がまかなえない	0.2609	0.5388	-0.0837	0.0175
公的医療保険があまりあてにならない	-0.0441	0.5385	-0.0342	0.0837
長期の入院で医療費がかさむ	0.0910	0.5040	0.0512	0.0226
保険対象外の高度先進医療の費用がかかる	0.0719	0.4929	0.4109	0.0872
三大疾病にかかる	0.0614	0.0049	0.7957	0.0236
慢性疾患にかかる	0.1702	0.1219	0.7422	0.0676
適切な治療が受けられるかわからない	0.1983	0.3000	0.3321	0.3339
家族に肉体的・精神的負担をかける	0.0617	-0.0131	0.0385	0.7920
家族の見舞いなど付随的費用がかかる	0.0490	0.3132	0.0255	0.6207
固有値	1.92	1.83	1.80	1.42
寄与率%	12.79	12.19	12.03	9.46
累積寄与率 %	12.79	24.98	37.01	46.47

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

⁸ 因子分析は、与えられたデータ（回答結果など）は、実は少数の『根源的な』因子から一定の法則で生成されている」というモデルを想定し、背後に潜む潜在的な次元（因子）を発見するための方法

・4つの不安因子とその保有構造

様々な個人属性によって先の四つの不安因子の保有構造、すなわち強弱が異なる。

まず、性別で比較すると「男性」では「就労不安」が強く、反面「家族不安」が希薄である。女性は基本的に男性と反対の傾向をもつが、特に「家族不安」が明確に保有される傾向が顕著である。

年齢別にみても保有構造には違いがある。「10歳代」「20歳代」「30歳代」までの比較的若い年齢層では「就労不安」が保有される傾向が顕著であるが「50歳代」「60歳代」では「就労不安」は後退し「費用不安」の保有傾向が強まってくる。

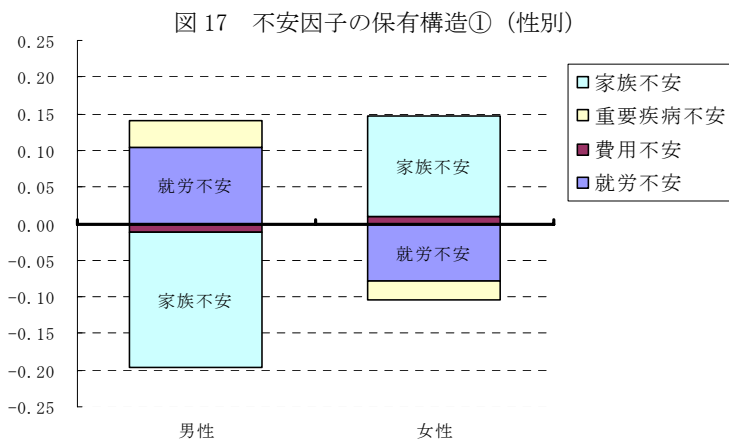


図 17 不安因子の保有構造① (性別)

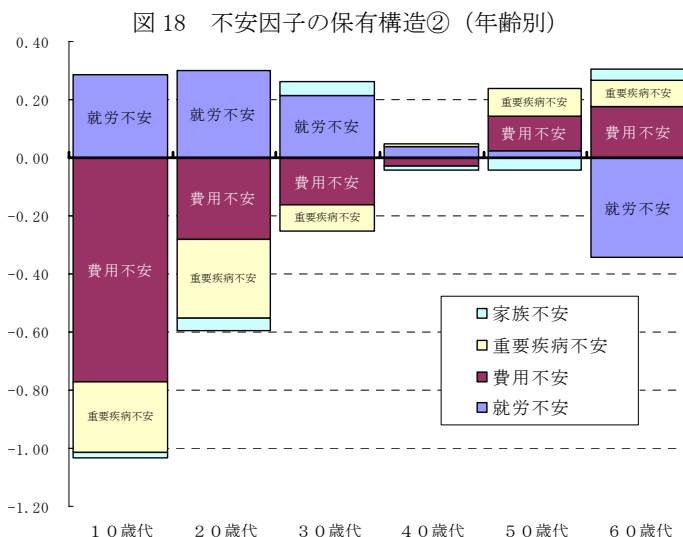


図 18 不安因子の保有構造② (年齢別)

年齢階層と不安因子の保有構造の推移についてはさらに詳しくみておこう。

各不安因子との関係性の強さを示す因子負荷量を縦軸に、年齢階層をヨコ軸とした座標平面を設定してみると、「就労不安」は述べたとおり、「20-24歳」あたりをピークとしながら若年層での保有傾向が高く、その後、加齢とともに後退するという形が統計的にも明確に確認できる。ちょうど「45-49歳」時点あたりで中立的となり、その後は保有傾向が弱まるようになる。

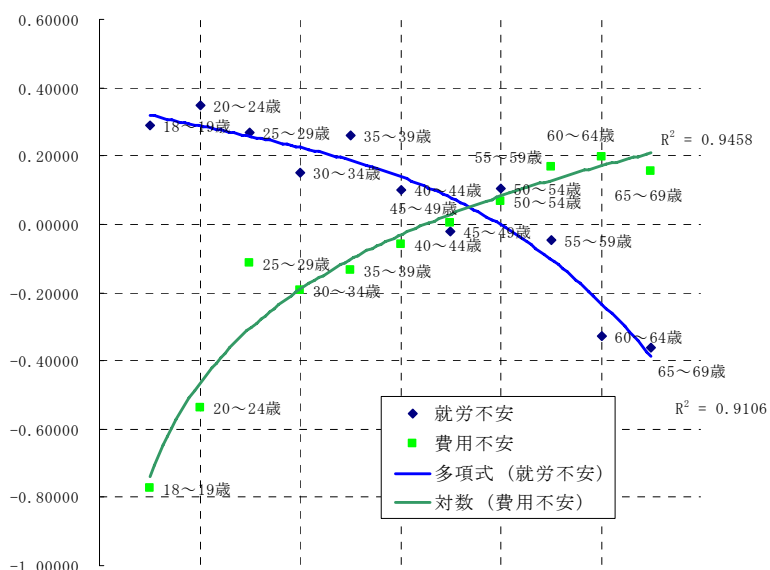
この「就労不安」と対比的な動きをみせる不安が「費用不安」である。この不安については若年層での保有傾向は弱く、その後、加齢とともに上昇する傾向が明確にみられている。「60-64歳」あたりでピークを迎えることになる。この二つの不安は前者が健康の障害に伴う所得機会の喪失等に対して抱く不安であり、後者は同じく医療費負担そのものに対する不安、換言すれば、その予期せぬ負担によってそれまでに計画化された生活設計を狂わされることへの不安とも解釈される。高齢者で顕在化しやすいのはこのためと考えられる。

図 19 不安因子の保有構造③ 年齢階層と不安因子

こうしてみると、医療保障商品の購入に対する動機は二つの異なる不安によって、準拠対象が異なるものと考えられる。

すなわち、「就労不安」を根源的なニーズとするケースでは「所得水準」を保障水準の考慮基準として認識される可能性があることになる。また、「費用不安」では予測している医療費の自己負担費用の総額などが保障水準の考慮基準となろう。

また、「就労不安」と「重要疾病不安」についても同様の座標上でみても、後者が「費用不安」と同様の位置づけとなるのがわかる。「重要疾病不安」は三大疾病であるガンや心疾患、脳血管疾患、さらには肝硬変



や高血圧症、糖尿病などの慢性疾患など治療の長期化と大きな費用負担が懸念される疾病への罹患に対する不安である。

このような生活習慣病などを不安視するのは若年層ではなく中高年層であることは罹患率などからも当然といえるだろう。

次に、不安因子の保有構造と個人の経済状況との関連性をみてみよう。

まず、世帯年収別にみると「費用不安」との連動性が明確という結果となった。つまり、所得水準が低い層では「費用不安」の保有傾向が強く、反対に高い所得水準となると弱くなる。所得という経済力によってこの不安が抑制されている。

また、「重要疾病不安」が「世帯年収 1000万円以上」などの高年収層で顕著になっている。

世帯年収で見られた特徴は「金融資産」においてもほぼ同様に確認される。また、金融資産別でみたときに顕著な傾向がみられるのは「就労不安」で「500万円未満」の低金融資産層で高くなっている。

図 20 不安因子の保有構造④ 年齢階層と不安因子

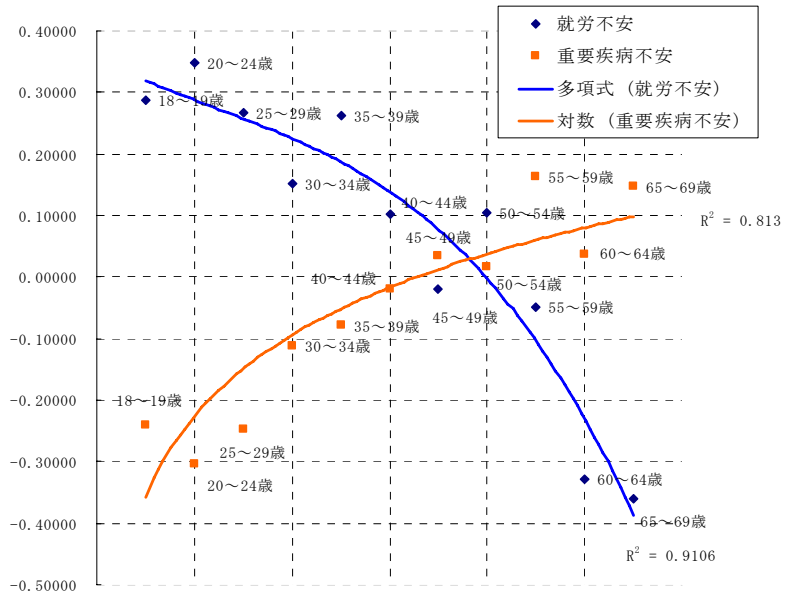


図 21 不安因子の保有構造⑤ (世帯年収別)

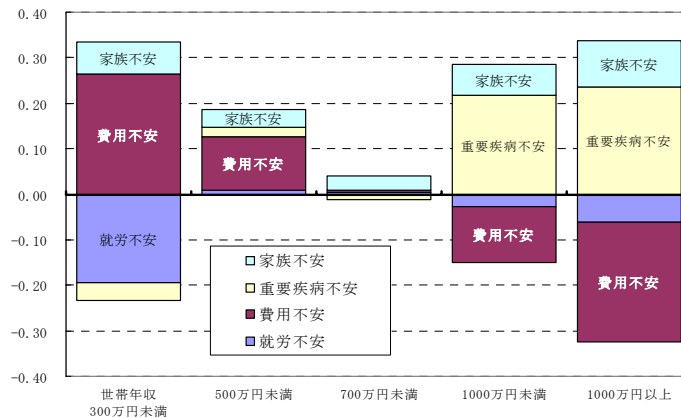
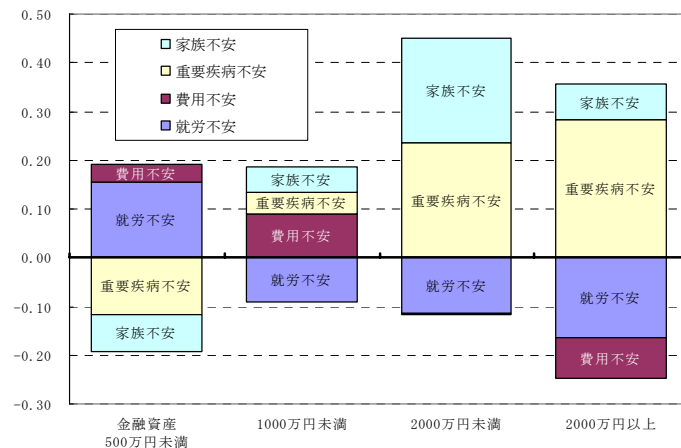


図 22 不安因子の保有構造⑥ (金融資産別)



職業別にみても4つの不安因子の保有状況は異なっている。

まず、「就労不安」では「民間企業の専門・技術職」「同、販売・サービス職」「同、労務職」、「派遣社員・契約社員」「自由業」で保有される傾向が強く、雇用の保証された「公務員」では弱い。雇用関係の安定性や仕事面の保証の不安定さなどが影響しているものと考えられる。また、「費用不安」では「派遣社員・契約社員」「商工・サービス業の自営者・家族従事者」「自由業」などで保有される傾向が強い。比較的、低所得であるために入院・治療に要する負担が厳しいものとなることを想定しているためと考えられる。

表9 職業別不安因子
(各属性での因子負荷量の平均値)

就労不安		費用不安	
民間企業の専門・技術職	0.433	派遣社員・契約社員	0.161
民間企業の販売・サービス職	0.380	商工・サービス業の自営者・家族従事者	0.094
派遣社員・契約社員	0.335	自由業	0.061
民間企業の労務職	0.259	無職（専業主婦を含む）	0.054
自由業	0.231	パート・アルバイト（学生を除く）	0.051
商工・サービス業の自営者・家族従事者	0.212	民間企業の販売・サービス職	0.026
学生	0.201	民間企業の労務職	0.008
民間企業の事務職	0.165	民間企業の管理職	-0.004
パート・アルバイト（学生を除く）	0.089	農林漁業の自営者・家族従事者	-0.005
公務員	0.083	民間企業の事務職	-0.095
農林漁業の自営者・家族従事者	-0.060	公務員	-0.148
民間企業の管理職	-0.095	民間企業の専門・技術職	-0.331
無職（専業主婦を含む）	-0.358	学生	-0.791

重要疾病不安		家族不安	
公務員	0.235	パート・アルバイト（学生を除く）	0.092
無職（専業主婦を含む）	0.095	学生	0.030
自由業	0.070	公務員	-0.014
農林漁業の自営者・家族従事者	0.045	自由業	-0.040
民間企業の管理職	0.041	商工・サービス業の自営者・家族従事者	-0.057
民間企業の事務職	0.000	農林漁業の自営者・家族従事者	0.066
商工・サービス業の自営者・家族従事者	-0.036	派遣社員・契約社員	-0.122
パート・アルバイト（学生を除く）	-0.078	民間企業の管理職	-0.149
民間企業の専門・技術職	-0.080	民間企業の事務職	-0.093
派遣社員・契約社員	-0.091	民間企業の専門・技術職	-0.122
学生	-0.127	民間企業の販売・サービス職	-0.235
民間企業の労務職	-0.154	民間企業の労務職	-0.234
民間企業の販売・サービス職	-0.183	無職（専業主婦を含む）	0.138

このような4つの不安因子の保有構造の差異は医療保険商品のマーケティングにおいて考慮すべき点と考えられる。

例えば、商品設計や広告表現において良好な評価や好意的反応を得るためには、どの不安を解消するというアピールやメッセージが求められるからである。換言すれば、不安意識は保険商品に対するニーズの原形ともいえるものと考えられ、消費者がどのようなタイプの不安をより強く保有しているかを把握することでニーズ喚起を効率的に行うことも可能となるのではないかと考えられる。

・不安因子保有の決定要因

抽出した4つの不安因子が個人のどのような属性と結びついて形成されるものか。この点についても包括的な理解を得るためにそれぞれの因子を目的変数とし、基本的な個人属性を説明変数とする回帰分析⁹を行った。

まず、「就労不安」では10歳代から30歳代までの比較的若い世代において保有されやすい不安であることが示されている。健康を害して長期的な入院・治療を余儀なくされることによって仕事やキャリアの継続が脅かされることに強い不安をもっていると考えられる。また、女性よりも男性で「就労不安」の保有傾向が強いことも確認された。職業別にみると、「自営業」において最も強い正の関連性が観測されている。企業からの保障制度が適用されていない同職業では健康を害することで所得喪失に直結しやすいため当該不安は当然強いものとなろう。このほか、「常雇被用者」「パート・アルバイト」でも同様に他の職業に比べて「就労不安」を保有する傾向が強いことが示されている。この不安は治療に伴う直接的な経済的負担ではなく、将来的な就労機会の喪失、すなわち安定した所得の喪失や低下に対する不安であることからすると、職種や雇用形態が左右することは当然であろう。

次に、「費用不安」では「就労不安」と対照的に40歳代から60歳代での各年齢ダミー変数が有意となった。中高年層で入院・治療に要する直接的な費用が賄えるかどうかを懸念している。特に、60歳代で強い有意性が抽出されているところをみると、老後の生活設計を狂わす大きな一時的負担となることを心配しているのではないかと考えられる。また、この「費用不安」では金融資産との関連性に注目しておきたい。「500万円未満」の層では顕著に正の関連性がみられ、一方で「2000万円以上」の層では負の関連性が抽出されている。これは、金融資産の保有の多寡によって医療費負担に対する不安意識が明確に左右されることを示す結果であり、普段の貯蓄努力が医療費などの不時の支出に対する、いわゆる予備的動機に基づくものであることを示している。

表10 不安因子の決定要因

個人属性	医療不安		就労不安		費用不安		重要疾病不安		家族不安			
	t-value	有意確率	t-value	有意確率	t-value	有意確率	t-value	有意確率	t-value	有意確率		
性別ダミー (男性=1)	2.155	0.031							-6.088	0.000		
年齢	10歳代	2.049	0.041	-3.940	0.000	-4.931	0.000	-2.745	0.006			
	20歳代	2.554	0.011									
	30歳代	3.668	0.000									
	40歳代										3.959	0.000
	50歳代										8.005	0.000
60歳代	-6.695	0.000			9.434	0.000			-2.493	0.013		
未婚ダミー (既婚=1)												
子供有無ダミー (有=1)	子供数											
	1人											
	2人											
3人以上	-2.624	0.009							3.813	0.000		
本人職業	自営者	8.502	0.000									
	農林漁業											
	商工サービス業											
	常雇被用者	6.673	0.000			2.580	0.010					
	公務員											
民間企業被用者	3.320	0.001										
派遣社員・契約社員	6.286	0.000										
パート・アルバイト												
本人年収	収入なし									3.998	0.000	
	100万未満									3.605	0.000	
	300万未満	2.974	0.003					-2.118	0.034			
	500万未満	2.178	0.029									
	700万未満											
	1000万未満											
1000万以上												
世帯金融資産	500万未満	2.792	0.005	3.698	0.000	-2.372	0.018	-2.405	0.016			
	1000万未満			2.006	0.045							
	2000万未満					2.487	0.013	3.028	0.002			
	2000万以上			-2.107	0.035	3.840	0.000					
(定数)	-9.020	0.000	-7.657	0.000	2.344	0.019	2.915	0.004				

by stepwise method

⁹ ある変数（目的変数）の変動を幾つかの変数（説明変数）の変動によって説明・予測するための統計手法であり、複数の変数間の関係を一次方程式の形で表現する。

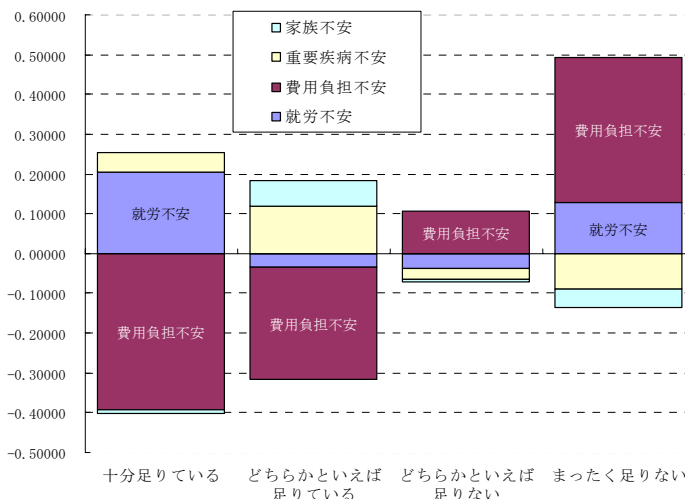
・充足度評価への形成要因としての不安因子

図 23 不安因子と充足度評価

医療保障に対する現在の充足度評価と不安因子との関係性を直接、負荷量の積算値を比較することでみたものが図 23 である。

不安内容との近似性から「費用不安」との関連性が明確に現れている。すなわち、「十分足りている」とする充足層では保有傾向が極端に弱く、「まったく足りない」とする非充足層ではこの不安が明確に保有されている。

また、「就労不安」は充足と非充足の対極部分で保有傾向があることが示されている。



さらに、抽出された 4 つの不安因子が現在の医療保障の充足度評価に対してどの程度影響を及ぼしているか。充足度のそれぞれの段階を従属変数とする回帰分析を行った。モデルの信頼性はいずれのケースでも確保されている。

結果は表 11 に示すとおりとなった。いずれの段階での評価に対しても影響力の明確な有意性を確認できるのは「費用不安」であった。すなわち、不安保有が低レベルでは充足傾向となり、高レベルでは非充足傾向との評価が形成される。また、「重要疾病不安」についても充足度評価に対して有意性が確認されている。三大疾病などに不安をもたない層では「充足している」との評価が形成されやすいことを示している。ここでは「就労不安」「家族不安」については有意な関係性を見出すことはできなかった。

表 11 不安因子と充足度評価

(従属変数)	充足している		どちらかといえば充足している		充足		非充足		どちらかといえば充足していない		充足していない	
	t	有意確率	t	有意確率	t	有意確率	t	有意確率	t	有意確率	t	有意確率
(独立変数)												
就労不安	-0.469	0.639	0.728	0.466	0.554	0.580	0.119	0.905	-0.080	0.936	0.264	0.792
費用不安	-2.819	0.005 ***	-5.768	0.000 ****	-6.518	0.000 ****	9.041	0.000 ****	3.592	0.000 ****	7.254	0.000 ****
重要疾病不安	0.654	0.513	2.513	0.012 **	2.652	0.008 ***	-0.722	0.470	-0.979	0.328	0.334	0.739
家族不安	0.729	0.466	0.851	0.395	1.064	0.288	0.079	0.937	0.507	0.612	-0.565	0.572
(定数)	8.391	0.000	31.061	0.000	32.880	0.000	69.422	0.000	49.141	0.000	27.226	0.000
回帰モデルの信頼性												
R ²	0.0025		0.011		0.014		0.022		0.00384		0.014	
調整済みR ³	0.0014		0.010		0.013		0.021		0.00275		0.013	
F 値	2.2817		10.210		12.740		20.571		3.53023		13.282	
有意確率	0.0582 *		0.000 ****		0.000 ****		0.000 ****		0.00699 ***		0.000 ****	

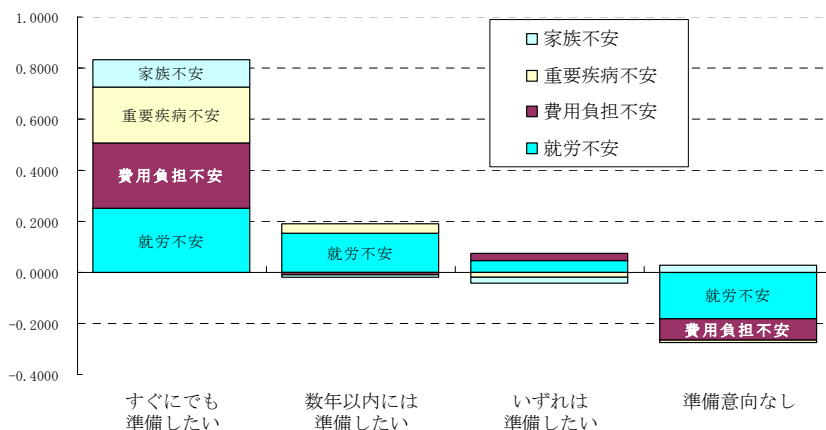
・準備意向の形成要因としての不安因子

図 24 準備意向の形成要因としての不安因子

不安因子の保有と、今後の医療保障に対する準備意向との関係性について直接、負荷量の積算値を比較することでみたものが右図である。

「すぐにでも準備したい」とする最も明確な準備意向をもつ層では 4 つの不安因子のすべてが保有されてやすいことが示されている。

すなわち、重層的な不安意識の保有によって医療保障準備が強く動機付けられている状態にあると考えられる。



さらに、具体的な医療保障への準備行動に対して不安因子がどのような影響力をもつかという点について準備意向の各段階を従属変数とする回帰分析を試みている。モデルの信頼性はいずれのケースでも確保されている。

結果は下表に示す結果となった。まず「すぐにも準備したい」とする明確な意向に対して「就労不安」「費用不安」が明確に有意な正の関係をもつことが確認された。また、次いで「重要疾病不安」「費用不安」についても高い有意性があることが示された。これらの不安因子はひとりの消費者において同時に保有される可能性をもつものだが、これらの複数の不安を感じている層が早急な準備行動を取る可能性が高いものと考えられる。

次に「数年以内には準備」「いずれは準備」といった時間的にやや喫緊性に乏しい準備意向に対しては「就労不安」だけが有意性をもつ関係性があることが析出されている。ケガや病気によって就労不能になるという不安が準備意向形成の初期的な喚起要因であることをうかがわせる。この就労不安の保有を基点としてその後、「費用不安」「重要疾病不安」などが加わることでより保障準備行動の具体的な生起に近づいていくのではないかと考えられる。また「家族不安」については「すぐにも準備」に対してのみ弱いながらも有意な関係を見出している。

また、「準備意向なし」という反応に対して「就労不安」と「費用不安」が負の関連性が明確であることも示されている。つまり、両不安を保有しなければ準備意向が形成されない可能性が高いことを示している。

表 12 不安因子と準備意向

(従属変数)	準備意向あり			準備意向なし		
	すぐにも準備	数年以内には準備	いずれは準備	準備意向あり	準備意向なし	準備意向なし
	t	有意確率	t	有意確率	t	有意確率
(独立変数)						
就労不安	3.925	0.000 ***	3.535	0.000 ***	2.497	0.013 **
費用不安	3.972	0.000 ***	-0.208	0.835	1.653	0.098 *
重要疾病不安	3.345	0.001 ***	0.869	0.385	-1.109	0.268
家族不安	1.658	0.097 *	-0.175	0.861	-1.185	0.236
(定数)	15.530	0.000 ***	23.216	0.000 ***	56.495	0.000 ***
回帰モデルの信頼性						
R ²		0.012		0.004		0.017
調整済みR ³		0.011		0.003		0.016
F 値		11.280		3.332		16.300
有意確率		0.000 ***		0.010 ***		0.000 ***

Ⅲ. 医療保障ニーズの背景

・公的医療保障で「まかなえるか」... 4つの保障領域での比較

自助努力による医療保障の準備行動に対して大きな影響を与える外的要因のひとつとして公的医療保障制度への評価があると考えられる。

まず、「医療」「老後（年金）」「介護」「死亡」の4つの領域において公的保障制度で「まかなえるか」という設問に対して「まかなえない」もしくは「全くまかなえない」と評価する割合を年齢階層別にみってみた。

4つの生活保障分野で医療保障は、老後（年金）や介護などでは「まかなえない」「全くまかなえない」とされる評価がかなり多いことと比較すると高い評価がなされているとあってよい。特に「全くまかなえない」とする否定的な評価は目立って少ない。3割自己負担となったとはいえ、給付レベルでは医療費の多くの部分がまかなわれている現状を認識しているものとも考えられる。

図 25 「まかなえない（否定層）」の割合

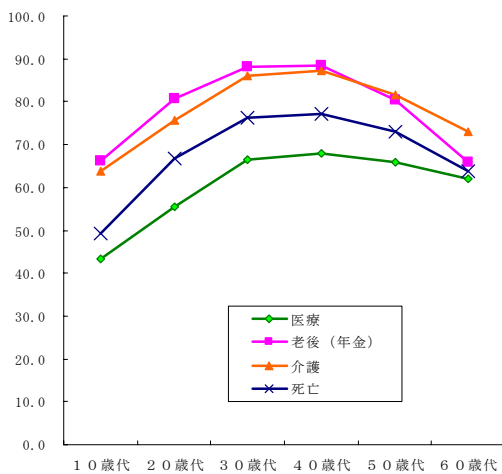
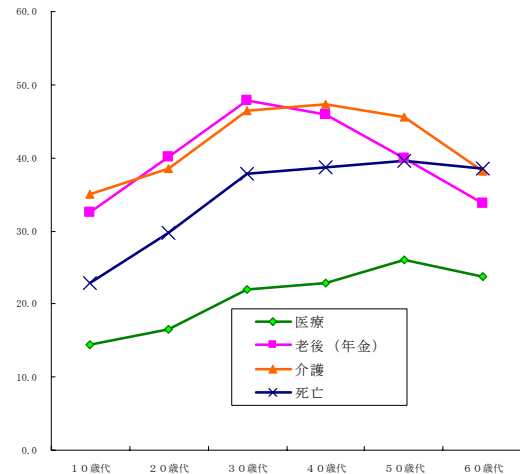


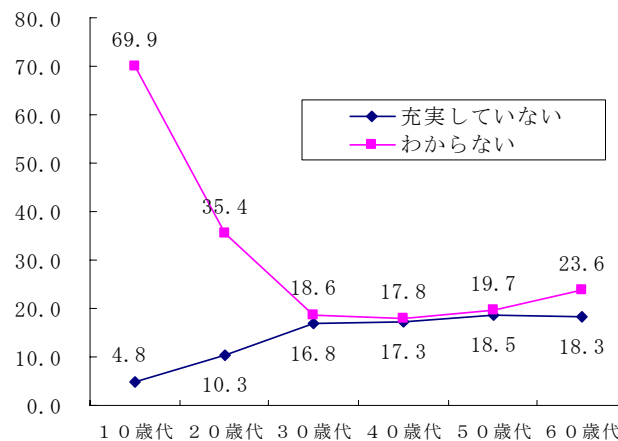
図 26 「全くまかなえない（否定層）」の割合



次に、公的医療保障の給付水準に対する評価として「充実していない」という否定的な評価がなされる割合について年齢階層別にみってみた。「充実していない」という評価は年齢が高くなるほど高くなる傾向があるが、いずれの年齢階層でも20%未満の水準にとどまっている。

ここで興味深い点は、公的給付面での充実度の設問に対して「わからない」と回答する割合が若年層を中心に目立って高いことである。どの程度の給付が受けられるのかが、判断できない層が多い。おそらく、グラフにみるとおり加齢とともに治療経験などを経ることで評価が可能となるのであろう。

図 27 公的医療保障の給付面での充実度評価



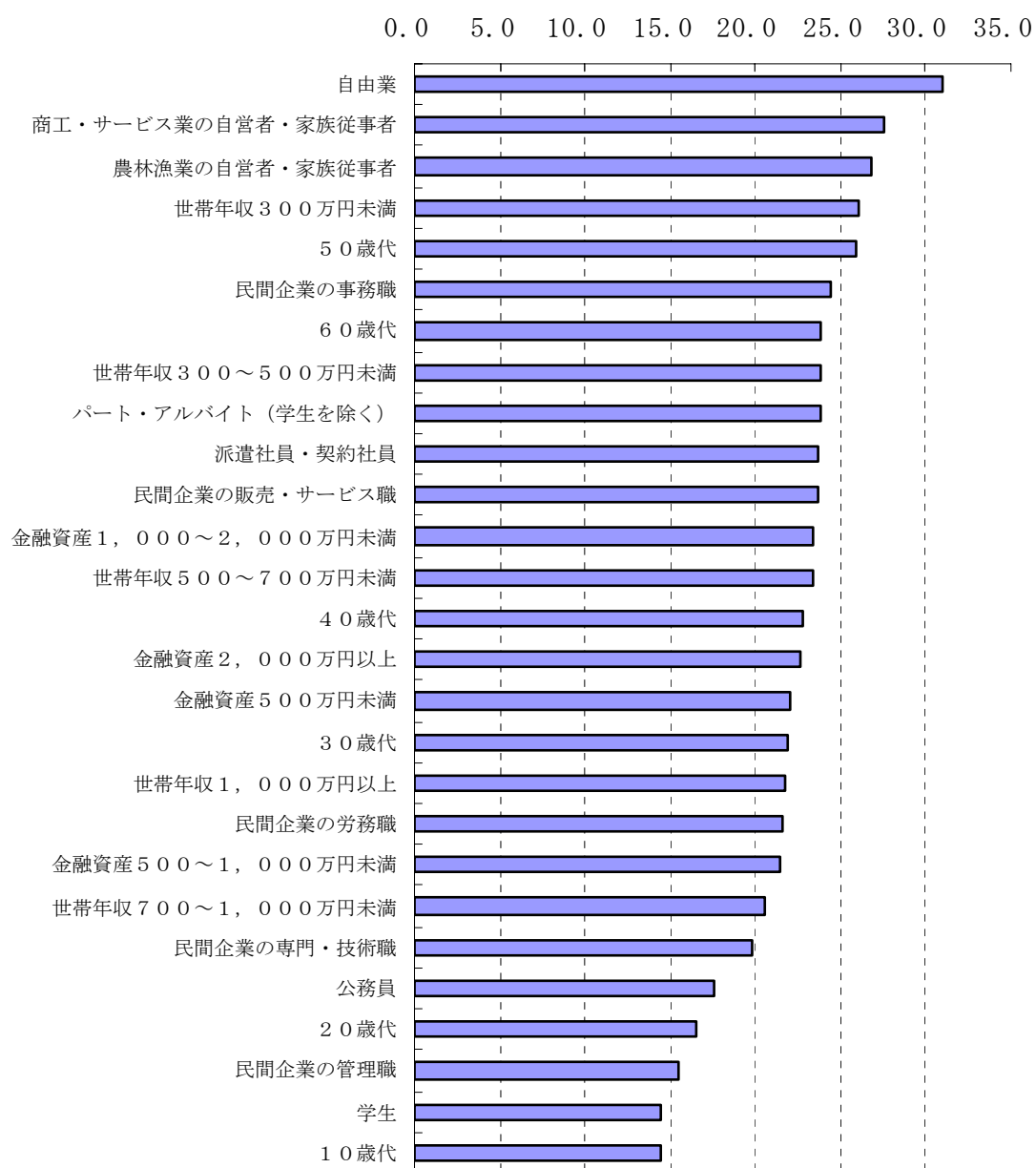
・誰が「(公的医療保障では) 全くまかなえない」と考えているのか

医療費負担を「公的な医療保険制度によって大部分まかなえる」という意見に対して「全くそうではない」と完全な否定反応をみせる個人属性はどのようなものか。ここでは、年齢層、職業、世帯年収、金融資産の4つの分類変数を取り上げ、回答率の高い順、すなわち、「まかなえない」と明確な反応を示す割合が高い属性について総合的に順序づけしてみた。

この方式のランキング分析で最も高位となったのは職業に関する属性である「自由業」で、唯一3割を超えている。次いで「商工・サービス業の自営者・家族従事者」「農林漁業の自営者・家族従事者」の順となる。以下、「世帯年収300万円未満」「50歳代」などで高くなっている。

一方で「10歳代」「学生」「民間企業の管理職」「20歳代」「公務員」などで「まかなえない」と考える割合は低くなっている。

図 28 公的医療保障では「全くまかなえない」とする割合
(年齢層、職業、世帯年収、金融資産での混合ランキング)



・福利厚生制度における医療保障

公的保障と並んで個人による医療保障準備に影響を与えるものとして勤務先企業が福利厚生制度の一環として職域で提供している団体型の医療保障がある。これは被用者だけに提供されるものだが、大企業層を中心に充実している。また、従業員の任意加入型での自助努力を行う環境も用意されており、ひとつの市場を形成している。

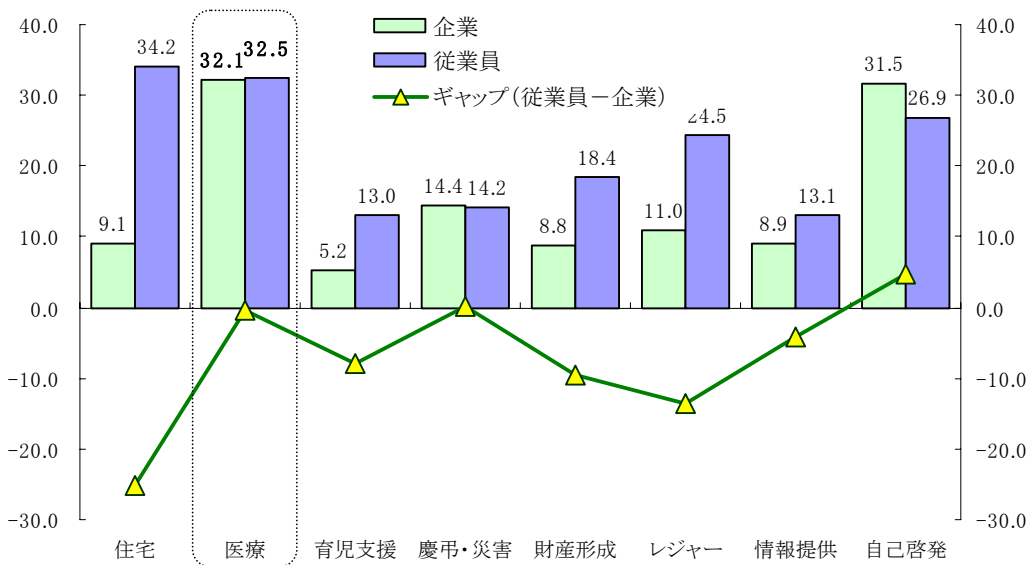
当該分野との関連性についても動向を注視しておく必要がある。

「企業の福利厚生制度に関する調査」から、今後、企業及び従業員が福利厚生制度において重点を置きたい分野（置いてもらいたい分野）が何かという質問結果をみると図 29 のとおりとなる。

企業と従業員の間には福利厚生分野の重点という点では大きな差異が発生している部分と、両者の方向性が合致している部分がある。方向性としての差異が著しい分野は「住宅」と「レジャー」「財産形成」などである。これまでわが国の企業は社宅や独身寮、保養所など施設を伴った制度・施策に注力してきたが、近年の顕著な傾向として、多大な初期投資が必要で低効率な資産保有を余儀なくされる、そうした「ハコもの」からの撤退傾向が顕著となってきている。現在の法定外福利厚生費全体のなかで「住宅」関連費用は依然として 50%以上を占めているが、今後は縮小傾向が出てくるものとも考えられる。

一方、企業と従業員での方向性が合致した分野としては「健康・医療」と「自己啓発」がある。特に前者では労使ともに 3 割以上が今後の重点分野として取り上げている。こうした評価は今後の法人市場として有望な分野となる可能性を示している。もちろん、ここでの対象は健康診断などの健康管理、メンタルヘルス対策、生活習慣病対策、禁煙対策等々、多様なものが含まれており、「医療保険」だけを指したものではない。しかし、方向性として健康・医療への重点化は、医療保障の自助努力環境の拡充などにも結びつくものと考えられることができるだろう。

図 29 今後、重点を置きたい（企業）、置いてもらいたい（従業員）福利厚生分野の比較
（分野別回答率：企業調査 + 従業員調査）

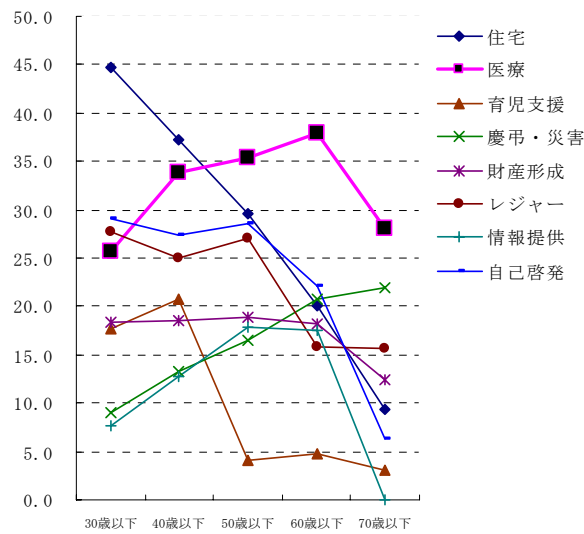


従業員が希望する今後の重点分野については、さらに年齢別に詳しく確認しておこう。

「医療」に対しては「60 歳代」で最も支持率が高くなっているが「50 歳代」「40 歳代」についても高水準にある。「住宅」「育児支援」など総じて他の分野で年齢階層間での格差が著しいことと対照的に、「医療」についてはバラつきが少なく常に高いレベルといえるだろう。

この結果は「医療」が、多くの従業員層において安定的なニーズであるとみることができるだろうし、制度導入・拡充において労使のコンセンサスが形成されやすい分野と考えることができる。

図 30 今後、重点を置いてもらいたい福利厚生分野



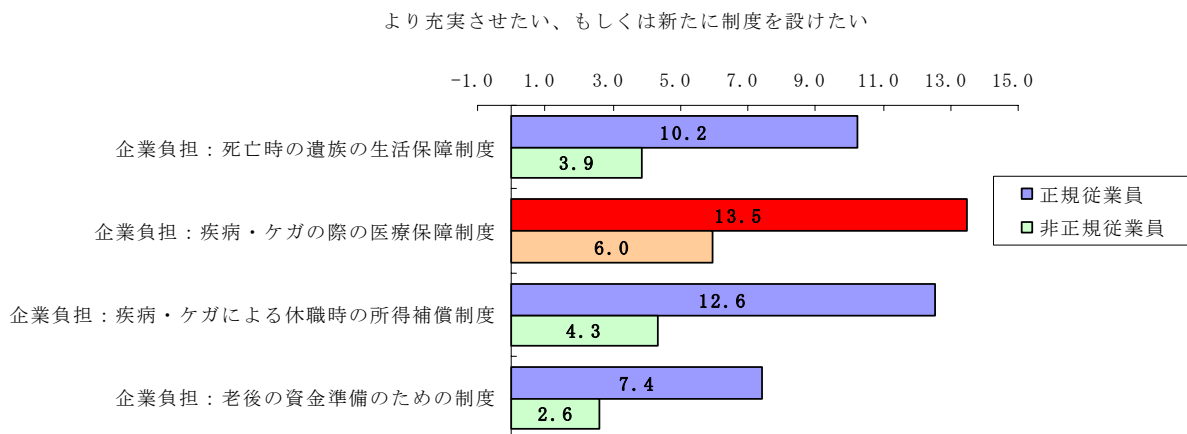
(正規従業員調査：従業員年齢別)

・職域での生活保障制度における「医療保障」の評価

「死亡」「医療」「所得補償」「老後」の4つの生活保障分野について、企業拋出型（Aタイプ）と従業員拋出型（Bタイプ）の分類と、対象従業員の雇用形態としての「正規雇用」と「非正規雇用」の分類を考慮したうえで「今後、重点を置きたい制度が何か」という質問を行っている。

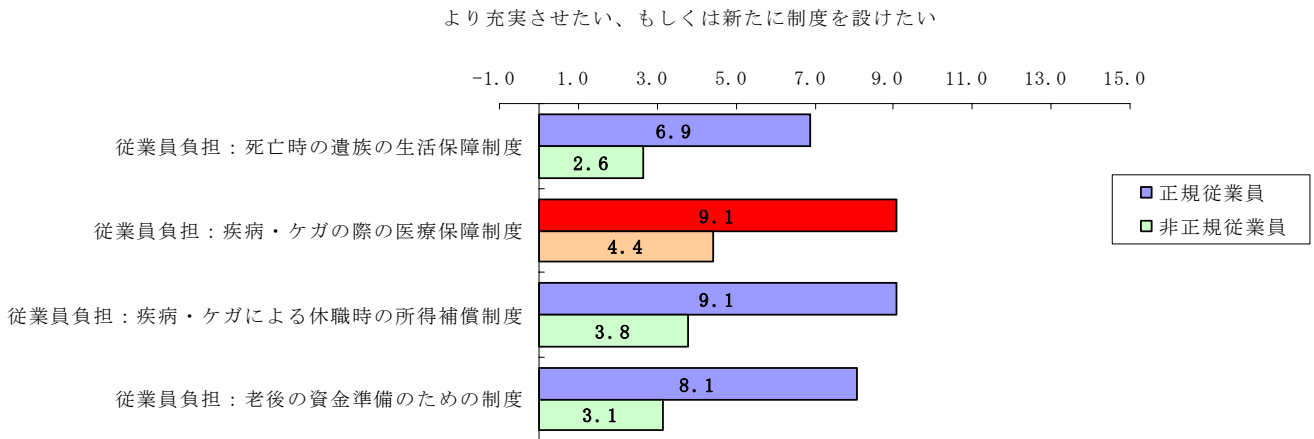
まず、企業が保険料を負担する制度においては正規、非正規ともに「病気・けがの際の医療保障制度」を「より充実させたい、もしくは新たに制度を設けたい」とする選択肢で最も高い回答率となった。続いて、重点化したい分野としては「病気・けがによる休職時の所得補償制度」となっている。こうした指向性は先の不安分析での「就労不安」「費用不安」などとも対応するものであり、企業側が従業員側のニーズを捉えた反応を示しているとも考えられる。

図 31 今後、重点を置きたい生活保障分野（企業調査／企業負担型）



次に、従業員負担（Bタイプ）による自助努力制度に対する企業側での導入・拡充意向をみてみる。ここでは回答率そのものが企業負担の場合よりも低くなるが、やはり正規、非正規対象ともに最も回答率が高くなっているのは「病気・けがの際の医療保障制度」である。また「病気・けがによる休職時の所得補償制度」については正規従業員では医療保障制度と同様に高くなっている。従業員の自助努力による医療保障についての環境整備を前向きに考えていることがわかる。

図 32 今後、重点を置きたい生活保障分野（企業調査／従業員負担型）



企業が従業員拠出型の医療保障制度の導入においても「医療保障」が相対的に優位であることと同時に、従業員の職場での自助努力において「医療保障」及び「所得補償」に対して企業が比較的強い関心をもっていることもわかる。

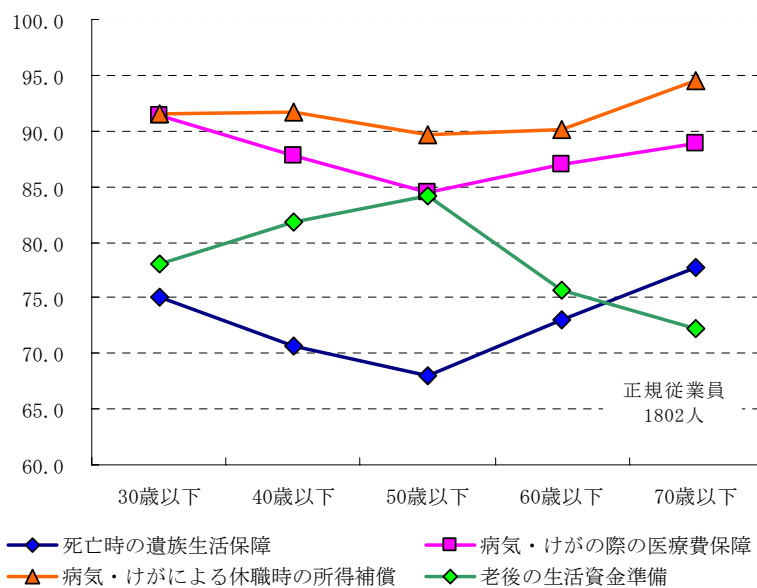
図 33 は従業員調査において「今後、新たに加入したり、既に参加している場合には増額したい」制度が何か、という設問に対する回答である。

「30 歳代」から「70 歳代」まですべての年齢階層で最も高くなったのが「病気・ケガによる休職時の所得補償」であり、次いで高いのが「病気・ケガの際の医療保障」となった。

このように企業側の従業員の生活保障制度に対する導入・拡充意向をみるかぎりでは、さきの福利厚生制度における今後の重点分野において「健康・医療分野」が労使のニーズが合致する領域となっていた状況を反映したものといっていよう。今後、益々、福利厚生制度の改革、見直しが進行する過程で「医療保障」への積極的な動きが高まる可能性があるものと考えられる。

また、従業員側についても不安意識のところで確認された通り「就労不安」「費用不安」などに対する生活設計における対応策のひとつとして職場での自助努力意向が強いことが確認される。

図 33 今後、新規加入・増額したい職域保障（従業員調査）



IV. 現在の準備状況とその評価

・医療保障の準備手段

現在での医療保障における準備として公的医療保険以外でどのような手段で行っているかという設問からは「生命保険」が中心的な手段となっていることがわかる。

また、生命保険以外にも「損害保険」「預貯金」などが医療保障準備として想定されており、「30歳代」「40歳代」「50歳代」「60歳代」では複数の手段として捉えているケースが目立つ。

「生命保険」を医療保障手段とする割合が最も高いのは「40歳代」で8割近い。「30歳代」「50歳代」でも7割を超えている。

本人の所得水準別に現在の医療保障準備手段の状況を見ると、高収入になるほど多様な準備手段と考えていることが示される。

特に「生命保険」「損害保険」が所得水準との連動性が高くなっている。

図34 現在の準備手段（公的保障を除く）

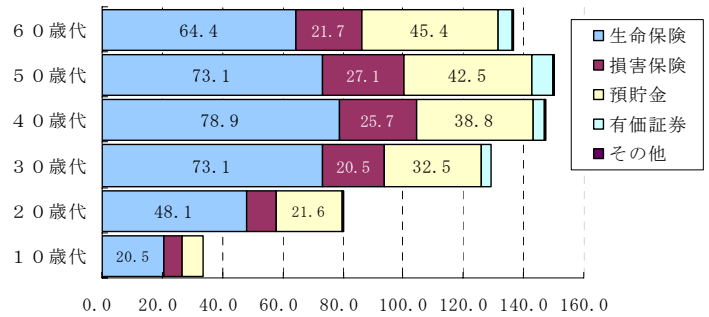
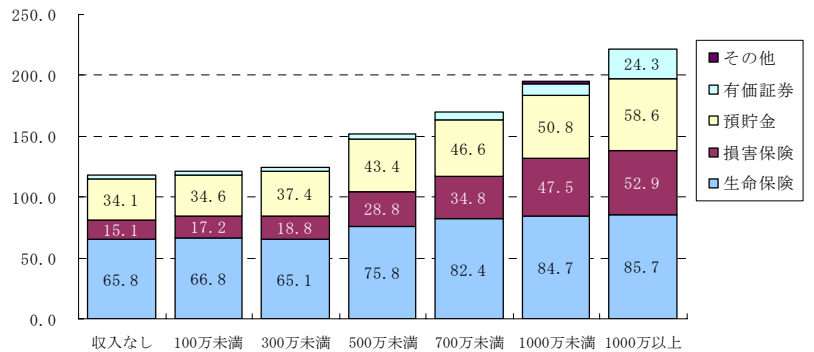


図35 本人年収別

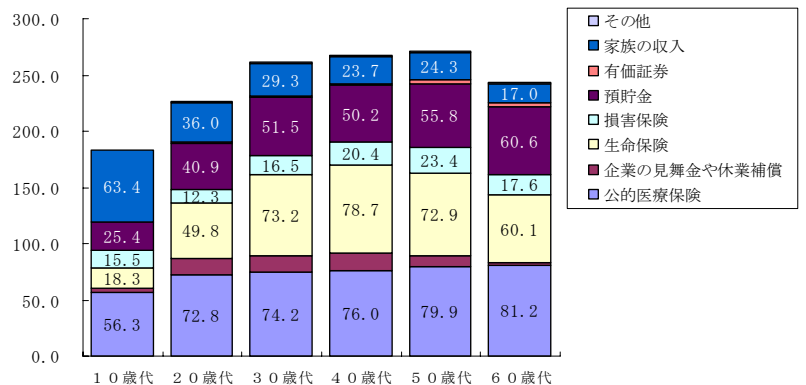


・治療費、生活費を賄う手段（これからの準備も含む）

「仮に2～3ヶ月程度の入院をした際に治療費、生活費を賄う手段として何を準備手段としているか」、今後の準備も含めて想定している手段が何かを質問した結果を年齢階層別にみたものが図36である。

結果として「10歳代」では当然だが「家族の収入」への依存度が高い。「20歳代」以降は「公的医療保険」「生命保険」「預貯金」が中心的な手段となっている。

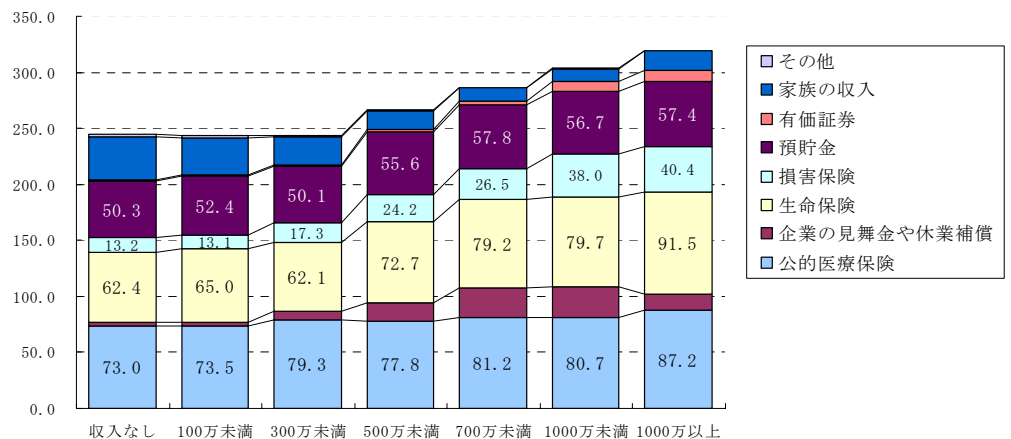
図36 生活費・治療費を賄う手段（年齢別）



本人の所得水準別にこの2～3ヶ月程度の入院をした際の準備手段の状況を見ると、高収入になるほど多様な準備手段となっていることが示されている。

特に所得水準との連動性の高い手段としては「損害保険」「生命保険」「有価証券」などがあげられる。

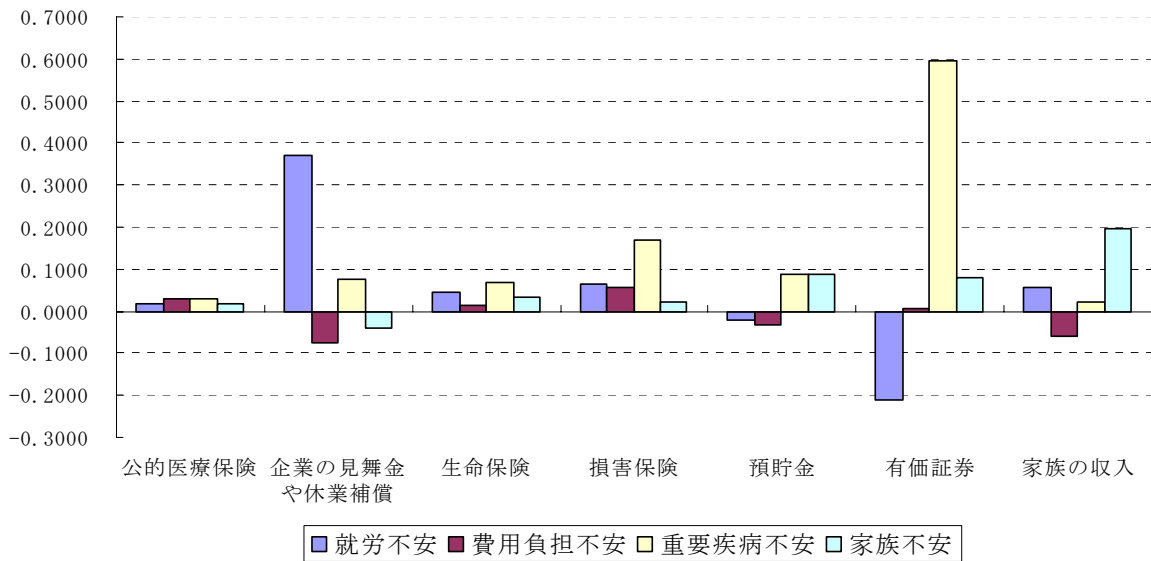
図37 本人年収別



・また、この2～3ヶ月程度の入院をした際の準備手段として何を想定しているか、という点と不安意識との関連性をみたものが下図である。

最も特徴的な結果は「企業の見舞金や休業補償」を賄う手段として期待している層で「就労不安」が強く保有されていることである。当然の結果ともいえるが、病気・ケガによって就労機会を失うことになれば期待している生活費や治療費への充当ができなくなるためである。この結果と同様の傾向が「家族の収入」を当てにしている層で「家族不安」が強くなることである。期待することによってかえって不安が増大することになる。その点では「公的医療保険」「生命保険」をあげている層では特定の不安意識が目立って強いといった傾向はみられない。

図 38 治療費、生活費を賄う手段と不安意識



・加入契約の入院日額の分布

医療保険における最も中心的な準備手段となっている生命保険について入院給付金日額がいくらかについて回答を求めた結果が図 39 である。

契約した入院日額の分布をみると、これまでの販売政策を反映してか、特定の加入金額に集中する傾向が顕著なものとなる。

最も多いのが「日額 5000 円」で標本全体のほぼ 2 割を占めている。次いで多いのが「日額 10000 円」で 15.5% となる。以下、「日額 15000 円」「日額 3000 円」「日額 20000 円」と続いている。

こうした加入日額の分布を先にみた医療保障の充足度評価との関係でみる。充足度評価で「十分足りている」と回答した標本（156 標本）だけを抜き出して同様に分布をみると「日額 10000 円」が 25.0% と全体の 4 分の 1 となる。また、この充足層では「日額 15000 円」が 7.1%、「日額 20000 円」が 4.5% と多く、さらに「日額 25000 円」も 3.2% と高額加入層が少なからず存在している。しかし、一方でここでも「日額 5000 円」は二番目に多く 16.6% となっている。

次に、充足度評価において「まったく足りない」と回答した層（644 標本）での分布をみると、「日額 5000 円」が 15.4% と最も多く、次いで「日額 10000 円」が 9.2%、「日額 3000 円」5.0% となる。しかし、ここでも「日額 15000 円」「日額 20000 円」といった高額層もそれぞれ、2.8%、2.0% 存在していた。

このようにみえてくると充足度評価は加入実態の影響を受けながらも相対的なものであることがわかる。「日額 20000 円」以上でも「足りない」とする人もいれば、「日額 3000 円」でも「足りる」としている人も存在する。

図39 疾病入院給付金日額の分布
(全生保ベース:日額、全体シェア%)
n=3980

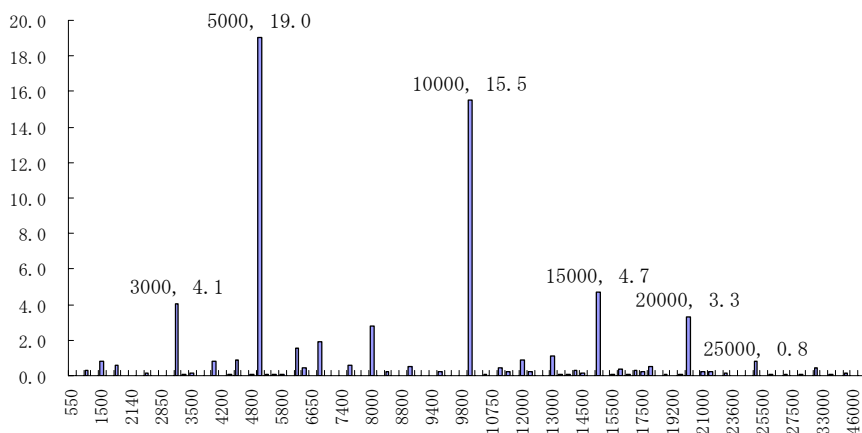


図40 疾病入院給付金日額の分布
(全生保ベース:日額、「十分足りている」ベースでのシェア%)
n=156

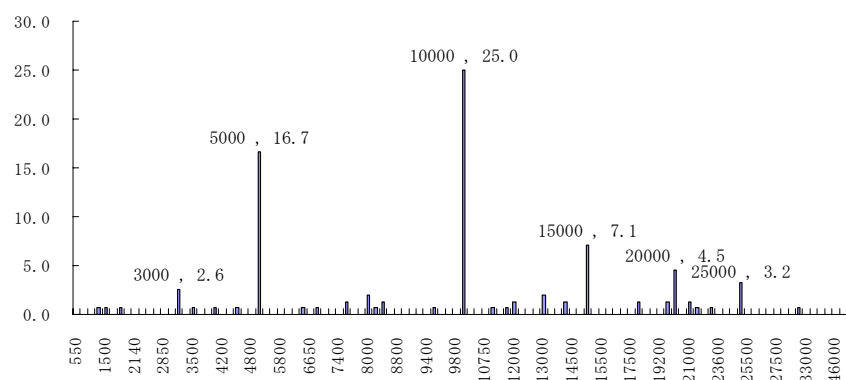
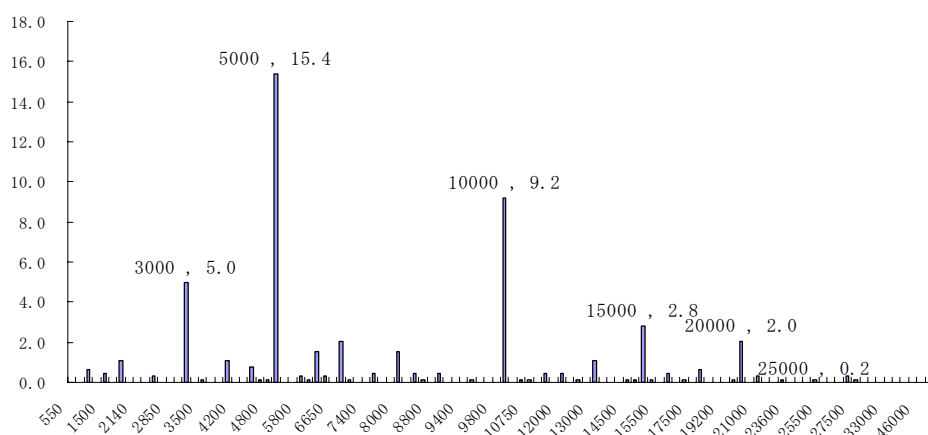


図41 疾病入院給付金日額の分布
(全生保ベース:日額、「まったく足りない」ベースでのシェア%)
n=644

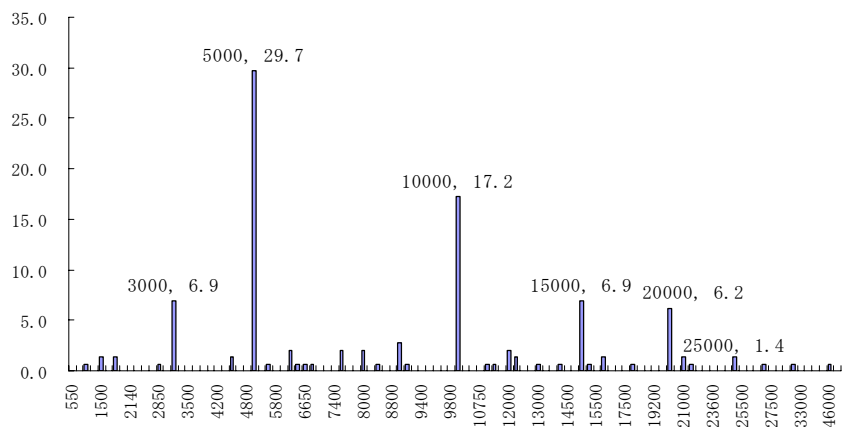


また、加入分布との関係でみておきたいのは今後の医療保障に対する準備意向である。

ここでは「すぐにでも準備したい」と強い準備意向をもつ層での分布をみてみた。

最も多くなっているのが「日額 5000 円」の層で全体のほぼ 3 割を占めている。次いで多かったのが「日額 10000 円」の層で 17.2%となる。

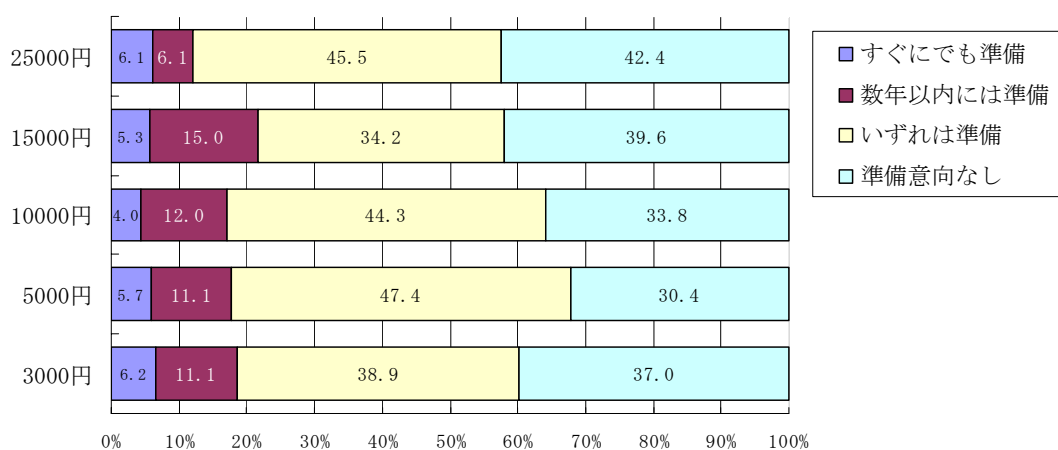
図42 疾病入院給付金日額の分布
(全生保ベース:日額、「すぐにでも準備する」ベースでのシェア%)
n=145



このように現在の医療保険での加入内容（入院日額）が、今後の医療保障の準備意向に影響を与えていると考えられる。

しかし、その影響は決定的なものではない。図 43 にも示す通り、既に高額な加入内容である層でも追加的な準備意向があることが示されている。例えば「日額 25000 円」の加入層でも「すぐに準備したい」が 6.1%、「数年以内に準備したい」が 6.1%存在している。逆に「日額 3000 円」の加入層であっても「準備意向なし」が 37.0%と多くなっている。

図 43 加入金額と準備意向



参考① 今後の患者数の推計

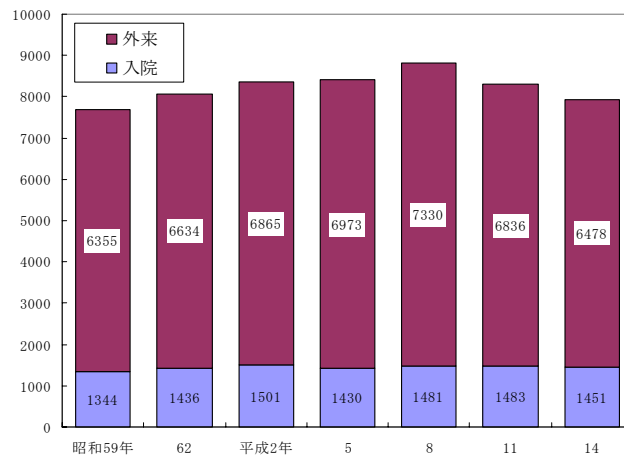
・近年の患者数の動向

厚生労働省の「患者調査」からみた、近年の患者数（入院と外来）の推移は図 44 に示すとおりである。

特徴としては外来患者数が平成 8 年をピークに比較的顕著な減少傾向をみせている点である。平成 8 年の 7330 万人から平成 14 年には 6478 万人となり、この間に 11.6%、852 万人の減少となった。一方、入院患者数についても同期間において減少傾向（-2.0%）をみせているが、外来のケースほど顕著なものではない。ただし、先にもみたとおり同期間での在院期間は短縮傾向（病院：-7.6%、診療所：-14.4%）にあることを勘案すると、年間での延べ入院経験者数などは増加しているものと推測される。

患者総数としては外来が入院の 4.5 倍程度と多いことから外来での動きが強く反映されることになり、平成 8 年のピーク時の 8810 万人から平成 14 年には 7929 万人と 881 万人減少した。

図 44 患者数（外来数と入院数）の推移



このような患者数の動向を外来と入院の双方について年齢階層別にみてみよう。

まず、外来では「65 歳以上」の伸びが平成 8 年から止まり、減少傾向に転じている。また同時に「35-64 歳」では同期間で顕著な減少傾向となっている。これら以外の「0-14 歳」「15-34 歳」についても緩やかだが減少傾向が続いている。

一方、入院数では「65 歳以上」が依然として高い伸び率を続けている点に特徴がある。その他の年齢層ではいずれも減少傾向となっている。しかし、総数では結果としてこれまでは「65 歳以上」での増加分が他の年齢層での減少分で相殺される形となり、微減となっている。

図 45 外来数の推移（年齢別）

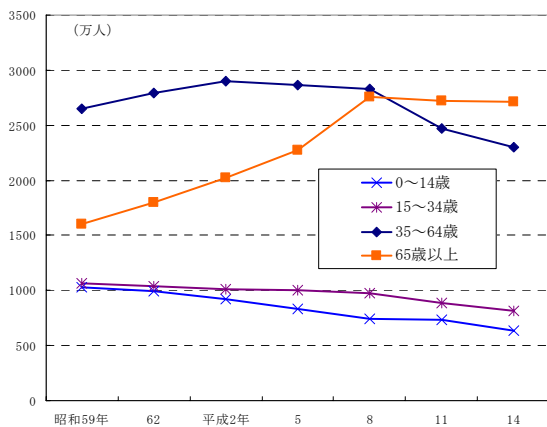
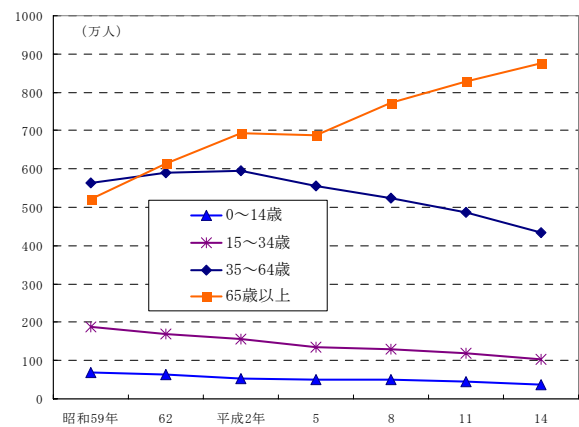


図 46 入院数の推移（年齢別）



・患者数（入院+外来）の推移と推計

この厚生労働省の「患者調査」の経年データを元に、今後の患者数（入院と外来）について2014年までの推計を行った。

各年齢階層別に異なる動向をみせる患者数であるため、年齢別の1984年から2002年までの3年後毎の8時点の集計値の傾向に最も近似するモデル式を求め、そのモデルを用いて各年齢階層毎の推計値を算出し、最終的には全年齢階層での推計値の合計値を求めることとした。これまでの年齢別患者数の推移には近年の高齢化の影響も反映されていると考えられるため、特に人口構造の予測に基づく予測値総数の調整は行っていない。

モデルの採択にあたっては、 R^2 によることとし、最低でも0.9以上のフィット（適合）を前提条件とした。

結果的に、患者数は今後、一貫して減少し、2014年には2002年時点の7911万人から6265万人まで20.8%減少することが示された。この減少には「35～64歳」での減少が最も寄与している。ただし、今回の予測となったデータは本人3割負担の改正以前のものであることからすると、平成17年度の調査データが公開された時点で再度、検証することが必要と考えられる。

図47 患者数（入院+外来）の推移と推計

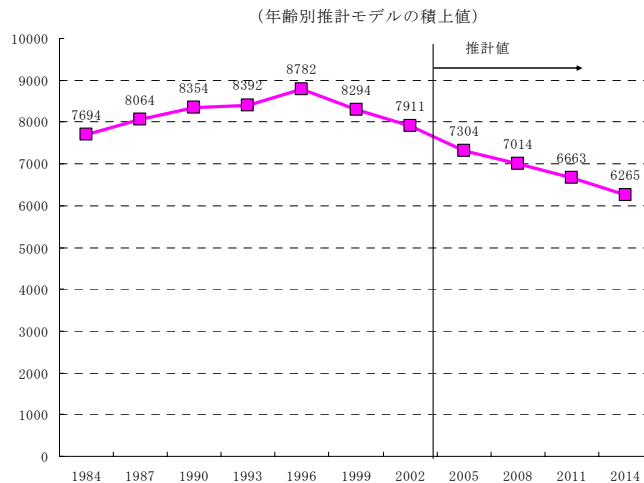


図48 年齢別の推計結果

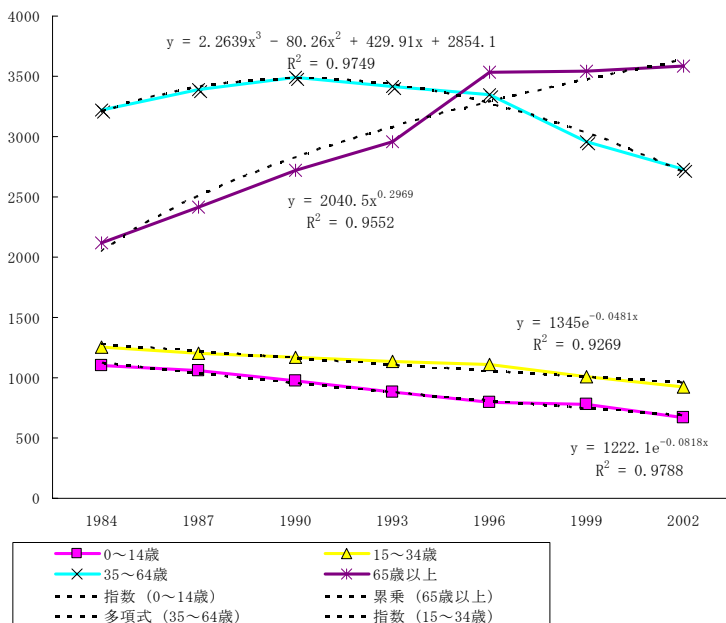


表13 推計値

推計年齢層	2005	2008	2011	2014	推計モデルと信頼性
0～14歳	689	635	585	539	$y = 1222.1e^{-0.0818x}$ $R^2 = 0.9788$
15～34歳	960	915	872	831	$y = 1345e^{-0.0481x}$ $R^2 = 0.9269$
35～64歳	2707	2316	1873	1391	$y = 2.2639x^3 - 80.26x^2 + 429.91x + 2854.1$ $R^2 = 0.9749$
65歳以上	3636	3783	3918	4042	$y = 2040.5x^{0.2969}$ $R^2 = 0.9552$
総計	7304	7014	6663	6265	

・入院患者数の推移と推計

患者数と同様の方式によって、今度は医療保障保険の給付対象基準となる「入院患者数」についても推計を行った。

結果的には、2002年時点で1448万人であった入院患者数は2011年まで減少し、1367万人となった後、再び2014年には1383万人程度にまで増加することが示された。患者数総数での顕著な減少傾向とは対比的であり、1300万人台を維持するものと考えられる。

年齢階層別にみると「65歳以上」の高年齢層での急速な伸びがやはり目立っている。高齢者を対象とする医療保障の必要性がさらに強く認識される可能性が高いと考えられる。

図49 入院患者数の推移と推計

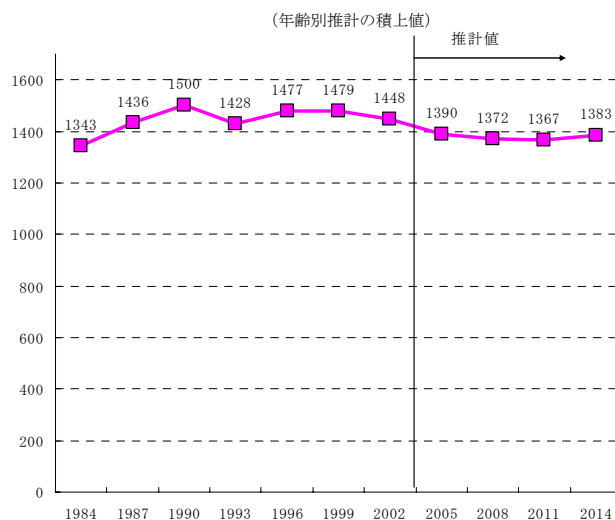


図50 年齢別の推計結果

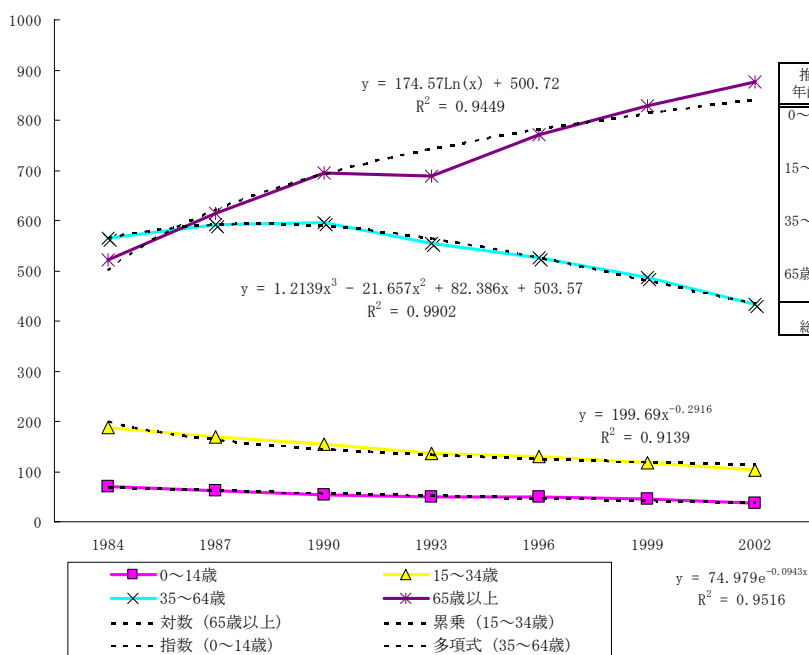


表14 推計値

推計年齢層	2005	2008	2011	2014	推計モデルと信頼性
0~14歳	39	35	32	29	$y = 74.979e^{-0.0943x}$ $R^2 = 0.9516$
15~34歳	113	109	105	102	$y = 199.69x^{-0.2916}$ $R^2 = 0.9139$
35~64歳	436	400	378	379	$y = 1.2139x^3 - 21.657x^2 + 82.386x + 503.57$ $R^2 = 0.9902$
65歳以上	840	864	884	903	$y = 174.57\ln(x) + 500.72$ $R^2 = 0.9449$
総計	1390	1372	1367	1383	

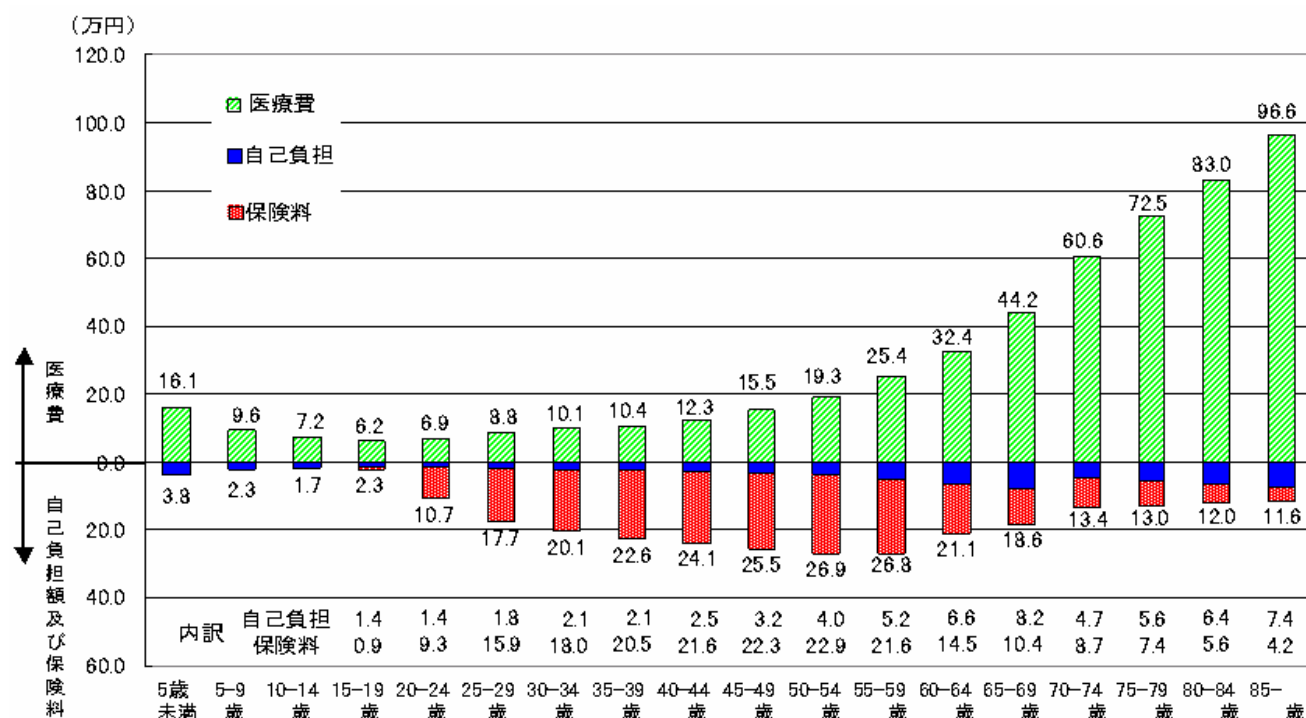
参考② 患者調査にみる負担の実態

厚生労働省、社会保険庁が発表する医療費に関する統計から、医療費、社会保険料負担、受療時の自己負担額等について5歳刻みの年齢階層別にみたものが下図である。

医療費そのものは加齢とともに著しく増加する傾向となっている。「85歳以上」で最高額となる。

一方、保険料負担については「50-54歳」が最も高く26.9万円となり、その前後の「40-49歳」「55-59歳」もそれぞれ、22.3万円、21.6万円と高い水準にある。また、受療時の自己負担では「65-69歳」で最も高額で8.2万円となる。先にみた不安意識でも高齢層で「費用不安」の保有傾向が強いことが示されていたが、確かに老後の負担としては看過できない負担水準といえるだろう。同時に高齢層での医療費負担の大きさからすると通院・入院等の頻度もかなり高いことがうかがえることから「自己負担費用」に関する支払いに対して敏感であることも容易に想像がつく。

図 51 年齢階級別 1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較（年額）
（平成12年度実績に基づく推計値）



(注)

- ・加入者1人当たり医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったもの。
- ・自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
- ・加入者1人当たり保険料は、被保険者（市町村国保は世帯主）の年齢階級別の保険料をその年齢階級の加入者数で割ったもの。

資料：「健康保険被保険者事態調査（厚生労働省保険局）」、「国民健康保険実態調査（厚生労働省保険局）」、「医療給付受給者状況調査（社会保険庁）」等を用いて推計。

（厚生労働省サイトより抜粋）

・まとめ

以上、財)生命保険文化センターが時系列調査として実施している「生活保障に関する調査」「企業の福利厚生制度に関する調査」を中心に、一部、厚生労働省の「患者調査」を補足資料として活用しながら、現在、注目されている「医療保障市場」について様々な角度から消費者の意識や態度の分析を試みてきた。

冒頭で提示した分析のフレームワークにあるとおり、当該市場においては様々な要因、背景が存在し、それらが相互に関係し合いながら、消費者の医療保障商品の購買行動に影響を与えていることが確認された。

同時に、当該市場が少子高齢化社会や雇用の流動化の進展のなかで、今後とも当面は拡大を続けるであろう有望な市場である可能性が高いとの認識に至った。

このような結論に至った最大の理由は、消費者が抱いている独立的な二つの不安の存在である。

すなわち、「就労不安」と「費用不安」という性格の異なる不安が、これまでの市場の成長を支えてきたものであり、今後も継続あるいは拡大されると考えられるからである。

前者は、ここまで繰り返し述べたとおり、病気・ケガを原因として発生する所得機会の喪失、所得の一時的・継続的低下というリスクに対する不安意識である。

こうしたリスクに直結する要因のひとつは職業であり、雇用形態であることは容易に想像がつく。

自由業、自営業、時給・日給方式で雇用されている非正規雇用者などで、この不安意識が明確に保有される傾向が観測されたことはその証左である。これらの人々は治療・入院に伴う直接的な費用（いわゆる医療費）ではなく、病気・ケガによる欠勤や退職、休業によって所得そのものを失ったり、大きく減少させるリスクと直面している。こうした所得リスクに対して医療保障準備の必要性を強く感じている。

もちろん、この関係は現在、高い所得を得ている人々にとっても無関係ではない。より高額な医療保障を求めさせる可能性があり、これらの人々は高い購買力を有するという点で、特に有望な市場を形成する可能性も考えられる。

つまり、所得との関連性のなかで医療保障が捉えられるということは裾野の広い市場が形成されることを意味しており、また「医療費の自己負担額想定分」といった制約を受けないという魅力をもつことにもなる。

また、後者の不安は、治療・入院に伴う直接的な費用（いわゆる医療費）への支払い能力に対するものである。この不安は高齢化社会の進行とともに拡大する高齢者層での保有傾向が顕著であるという点で今後も市場の成長性を支えることになると考えられる。

同時に少子高齢化の急速な進行によって、今後、公的医療保険における給付-負担バランスの変更を余儀なくされるであろうことも予見されはじめている現在、自助努力による事前的な準備行動が強く動機づけられることになろう。また、このような対応においては企業の福利厚生制度という側面からも従業員ニーズを反映する形として、資金と機会が提供される可能性も高いことがわかった。

さらに、市場を魅力的なものとする点として、現在の高齢者層が比較的豊かであり、退職金などによる潤沢な金融資産などによってリタイア後も一定の購買力を失わないという面がある。また、富裕層などの一部では、より高度な医療サービス、より快適な医療サービスを求める動きもみられ、その対価を支払うためにも十分な医療保障を準備しようという動きも拡大する可能性があるだろう。これは医療保障における自己支払い想定額のレンジを拡げることになる。つまり、「費用不安」が最低限の医療サービスの対価を支払えない不安という側面だけではなく、高度で、快適なサービスを購入できない不安として捉えられている側面が出てきていることを意味する。金融資産保有と準備意向との間にみられた代替性はその証左とも考えられる。

この二つの「不安」の今後を考えると、当面継続するであろう雇用流動化や少子高齢化、社会保障制度の改革などを背景にしながら、人々の中にさらに明確なものとして拡がってゆく可能性が高いのではないかとと思われる。現在、この二つの「不安」から捉えられる状況を想定するかぎり、不安の拡大によって医療保障市場は今後も一定の成長性を維持する可能性が高いものと考えられる。

・参考文献及び分析に用いた調査

- 天野 卓 2004「所得補償保険を巡る最近の動向」ニッセイ基礎研 REPORT III
 清水文博 2003 「第三分野における生保の商品開発」 生命保険経営第1巻第5号 生命保険経営学会
 西久保浩二 1998「手段目的連鎖分析にみる金融商品ベネフィットの構造（試論）」 金融ジャーナル
 1998.5月号
 佐々木 修、郡司 康幸 2003「医療保険制度における外来受診適正化方策の効果分析」 ESRI 調査研究レ
 ポート No.2
 砂川知秀、江頭達政 2003年「欧州3ヶ国の医療・介護分野における民間保険市場の最新動向－2000-2001
 年を中心とする民間保険市場と公的制度との関係－」総研クォータリ Vol.42
 鈴木玲子 2005「民間医療保険：自分でリスクに対処」JCER 研究員レポート No.58 日本経済研究センタ
 ー主任研究員
 矢倉尚典、田中充、田中健司 2003年 「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業－2001
 年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり－」 総研クォータリ Vol.42

・資料

- 財) 生命保険文化センター 「生活保障に関する調査」
 財) 生命保険文化センター 「企業の福利厚生制度に関する調査」

調査設計

	「生活保障に関する調査」	「企業の福利厚生制度に関する調査」
調査地域	全国（400地点）	東京都および政令指定都市
調査対象者	18～69歳の男女個人 *単独世帯、未婚者を含む	正規従業員5人以上の民間企業の福利厚生 担当者あるいは人事労務担当者（企業調 査）上記企業に勤務する従業員（従業員 調査）
標本数	6,000	企業調査2,014 正規従業員1,802、非正規従業員300
抽出方法	層化二段無作為抽出	業種別・従業員規模別による層化抽出
調査方法	面接調査（一部留置調査）	留置調査
調査時期	平成16年5月8日から6月20日	平成14年8月7日から11月14日
調査機関	(社)中央調査社	(社)中央調査社

厚生労働省 「患者調査（平成14年）」

（3年ごとにある特定の1日について、全国の医療機関の標本調査で疾患網羅的に患者に関する情報
 を収集し、これに基づいて当日来院しなかった患者を含めた総患者数の推計をおこなっている）

・「患者調査」における用語説明

- (1) 推計患者数 ... 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数
- (2) 推計退院患者数 ... 調査対象期間中（平成14年9月1日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計数
- (3) 退院患者平均在院日数 ... 調査対象期間中（平成14年9月1日～30日）に退院した患者の在院日数の平均である。
- (4) 受療率 ... 推計患者数を人口10万対であらわした数、受療率（人口10万対）＝推計患者数/推計人口×100,000
- (5) 総患者数（傷病別推計）

調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者も含む。）の数を次の算式により推計
 したものである。総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7）

・本稿で用いたデータ分析手法

- ①主成分分析（独立因子を得るバリマックス回転法を採用）
- ②回帰分析（最小二乗法重回帰）
- ③コレスポンデンス分析
- ④Pearson 相関分析（無相関検定含む）

(参考) 回帰分析及び因子分析の結果表の読み方

(回帰分析)

表中、「t-value (t 値)」は各説明変数の信頼性の程度を示す指標で「有意確率」が具体的にどの程度の確率で「信頼できないか」を表す。例えば、有意確率が「0.0000」となっているケースでは当該変数と目的変数に関連性が存在しない確率（「危険率」とも呼ばれる）が 0.01%未満となる。すなわち有意確率が小さい値であるほど信頼性が高いと評価される。今回の分析では5%未満の信頼性のある変数だけを選択している。

また、表下部に標記されている「F 値」「 R^2 」「(自由度) 調整済み R^2 」などは算出された回帰モデル（回帰式）全体の信頼性の程度を示す指標である。

「F 値 (分散比)」とその下に表記された「有意確率」は具体的にどの程度の確率で「信頼できないか」を表す。有意確率が「0.0000」となっている回帰モデルでは「信頼できない」確率が 0.01%未満ということになる。ここでも上記と同様に有意確率が小さい値であるほど信頼性が高いと評価される。

「 R^2 」及び「(自由度) 調整済み R^2 」は、観測され投入された目的変数と、回帰モデルに代入されて算出された理論値との相関係数 (R) を二乗した値で、その値が大きいほど観測値と理論値の分布がフィット (近似) することを示している。

(因子分析)

因子分析は、多くの観測変数（アンケート調査の結果得られたデータなど）を比較的少数の因子（潜在因子）に要約する多変量解析手法である。因子とは相関の高い観測変数に対して影響を及ぼしているものとして仮定された潜在的な変数（直接、観測できないデータ）である。今回の分析で得られた4つの因子は互いに独立である（関連性がない：直交解）という前提を置いて抽出されている。

それぞれの因子が各観測変数に及ぼす影響の強さが「因子負荷量（表中の値）」として算出される。この因子負荷量は仮定した因子と各各即変数との相関係数となっている。換言すれば、因子負荷量はある変数がある因子を説明するためにどのくらい活躍しているかを示す値ともいえる。今回の分析（表8）では因子負荷量が 0.4 以上の部分を強調表示（網掛け）している。因子の名称はこれらの関連性の強い観測変数の意味を総合して名付けることになる。

また、各観測個体（調査における標本）の持つ各因子の大きさ（因子の特性をどの程度強くもっているか）が因子得点として算出されて、次の分析に用いられる（例えば、表 10、11、12 など）。

また、表中の寄与率及び累積寄与率は、ある因子、または抽出した因子全体がどの程度の説明力を持っているか割合を表わしているもので、値が大きいほど説明力が高いと評価される。今回の分析では4つの因子で観測変数全体の変動の4割超を説明できている。また、潜在因子の個数を決めるときには経験的に固有値が1以上のものを採用されることが多い。

さらに関心のある方は下記の文献などを参照されたい。

『人文・社会科学の統計学』東京大学教養学部統計学教室編集、発行、東京大学出版会

『わかりやすい統計学』松原望著 丸善

『回帰分析の基礎 統計ライブラリー』早川毅著 朝倉書店

『因子分析— その理論と方法 統計ライブラリー』柳井晴夫他 著 朝倉書店

『因子分析の基礎』丘本正 著 日本科学技術連盟