



日本の医療に関する 2008年世論調査

特定非営利活動法人
日本医療政策機構
2008年6月2日

調査の概要

- 調査時期: 2008年1月
- 調査方法: 郵送
- 対象者: 全国の20歳以上の男女4,000人(二段抽出法)
 - 全国から、調査対象地域50地点を抽出(第一次抽出)
 - 対象地域の住民基本台帳から20歳以上の男女を各地点80名抽出(第二次抽出)
- 有効回収数: 1,082(回答率27%)
- 回答者内訳

地域別

• 北海道・東北	12%
• 関東	29%
• 中部・東海	15%
• 近畿	18%
• 中国・四国	9%
• 九州・沖縄	9%
• 無回答	9%

年齢別

• 20代	5%
• 30代	9%
• 40代	13%
• 50代	23%
• 60代	31%
• 70代以上	14%
• 無回答	5%

性別

• 男性	50%
• 女性	46%
• 無回答	4%

1.医療制度の決定プロセス

現在の医療制度に対する満足度を問う質問では、国民の54%が不満(大いに不満11%、やや不満43%)、満足が41%(大いに満足2%、まあ満足39%)と不満が満足を13ポイント上回った。さらに異なる10の切り口で分けられた個別項目についてそれぞれの満足度を尋ねたところ、「制度決定への市民参加の度合い」「制度決定プロセスの公正さ(既得権益の排除)」について、それぞれ77%、75%が不満と回答しワースト1位、2位となった。個別項目の結果をまとめると、不満が強い順に「制度決定のプロセス」「医療保険制度」「医療機関の安全性やサービスを含む提供体制」「医療の質」となった。(図1)

＜コラム＞医療制度の決定プロセスに不満が多いこと、医療制度改革は市民・患者主体で行われるべきという結果は、調査開始以来3年間変わっていない。また、政府や政治に対する信頼度の低さも同様である。なお、この調査は2008年4月からの後期高齢者医療制度の開始前のものであり、全体および個別課題に対する満足度は、その後さらに変化している可能性が十分に考えられる。


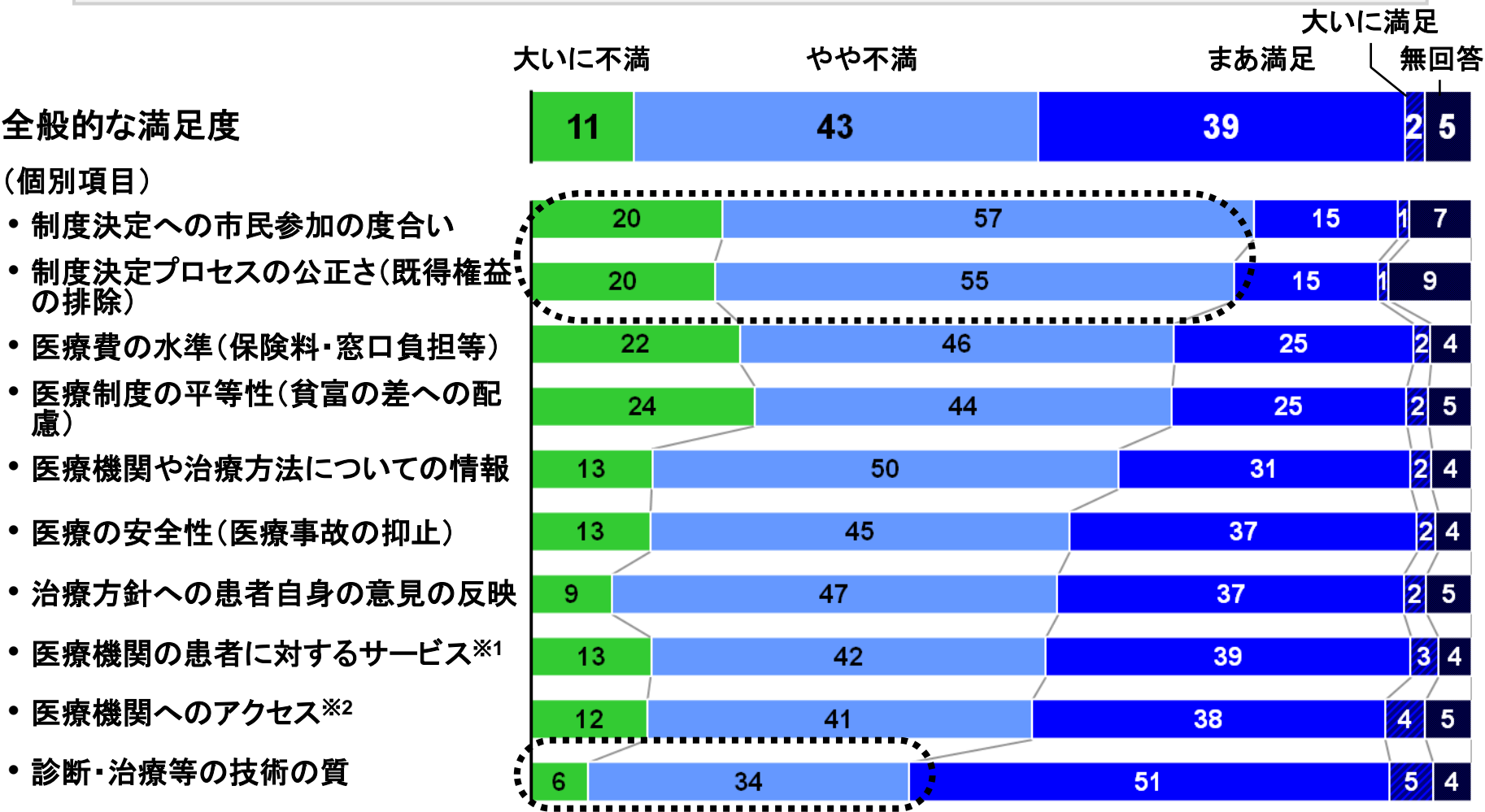
 **現在の医療制度には国民の54%が不満**

図 1

1.医療制度の決定プロセス

(%; 2008年1月; n=1,082人)

あなたは現在の医療制度にどの程度満足していますか？【問1】



※1 行きたい時に行きたい医療機関に自由に行って診療を受けることができる度合

※2 職員の対応、医療機関の環境、待ち時間など、医療の内容以外でのサービス

出典: 特定非営利活動法人 日本医療政策機構「日本の医療に関する2008年世論調査」

1.医療制度の決定プロセス

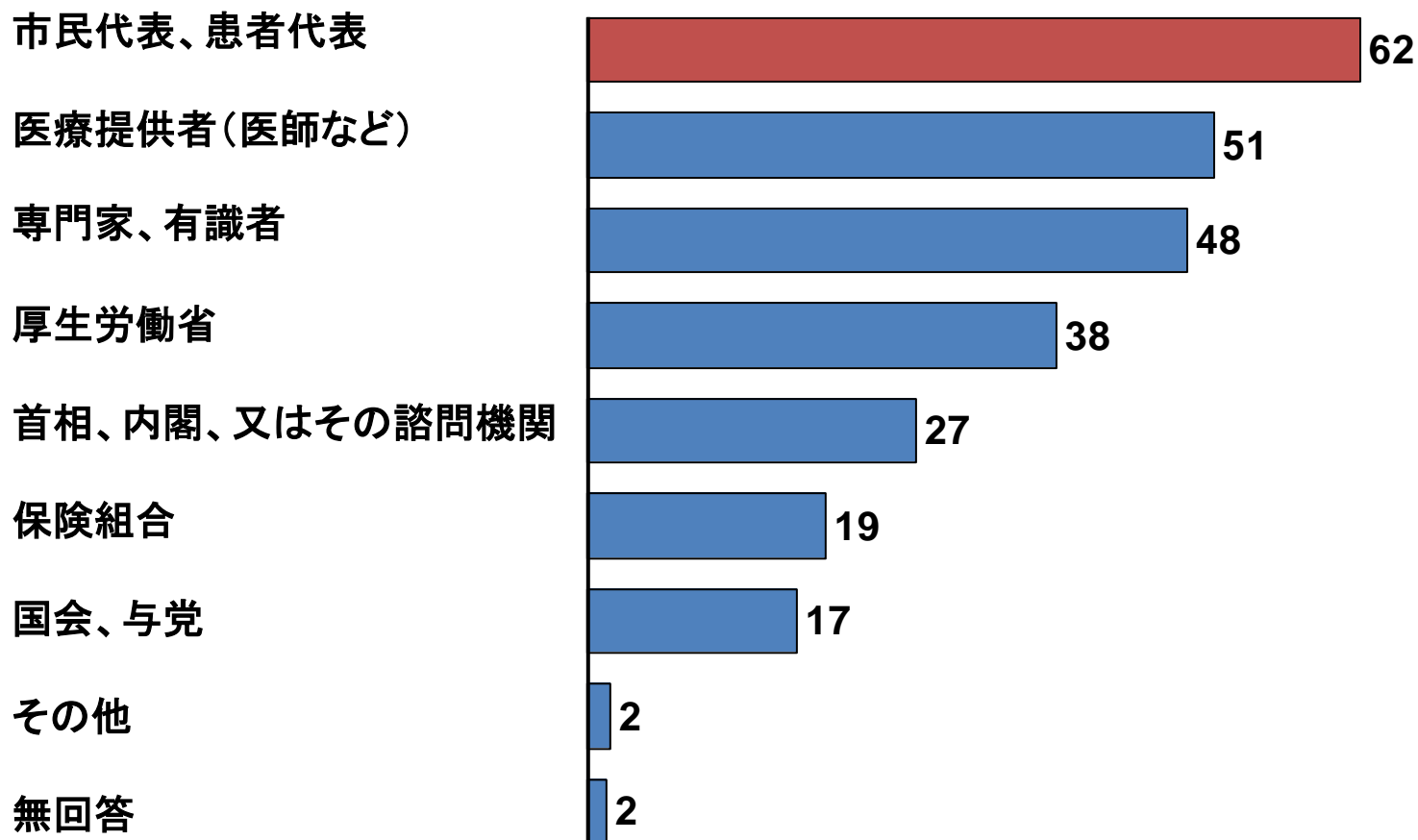
医療制度の決定プロセスに焦点をあて、国の医療制度改革を主導すべき主体が誰かを尋ねたところ、「市民・患者代表」が62%と最多で、「医療提供者(医師など)」の51%、「専門家・有識者」の48%と続いた。一方で、「厚生労働省」「首相・内閣・その他諮問機関」などの政府関連はそれぞれ38%と27%に留まった。なお「国会・与党」は17%と低い値となり、政治不信を伺わせる結果となった。(図2)

 医療制度改革を主導すべき主体は、「市民・患者代表」という声が最も大きい

1.医療制度の決定プロセス

(%; 2008年1月; n=1,082人)

国の医療制度改革は、誰が主導して決定すべきだと思いますか？(3つまで)【問4】



2.医療制度の設計理念

医療制度の各論を論じる上では、第一にわが国が進むべき医療の大きな方向性について議論を行わなくてはならない。まず、医療費の全体規模をどの程度のものにするか、またどこまで公費で医療費を負担するのか、という2つの切り口から、「高負担高給付・平等」「低負担低給付・平等」「低負担低給付+自己選択」の3つに類型化し、どの類型が望ましいか尋ねた。

「高負担高給付・平等」は、税や社会保険などの負担が増えるとともに、高い水準の公的医療を国民に平等に給付するもので、現在の北欧諸国がその典型例となる。「低負担低給付・平等」は標準的な公的医療を平等に給付することを目指しつつ、そのための税や社会保険負担などは一定以下に抑えるもので、英国や日本などが典型例となる。「低負担低給付+自己選択」は標準的な公的医療を平等に給付することを目指し、それをカバーする税や社会保険負担などは一定以下に抑えるが、標準以上の医療は個人が負担するもので、所得などの経済力によって受けられる医療の内容に差が生じるものであり米国に近いタイプの類型である。今回の調査では、「低負担低給付・平等」が58%と過半数を占め、「高負担高給付・平等」「低負担低給付+自己選択」がそれぞれ17%で並んだ。(図3)

 国民の過半数は、低負担低給付・平等型の医療制度を選択した

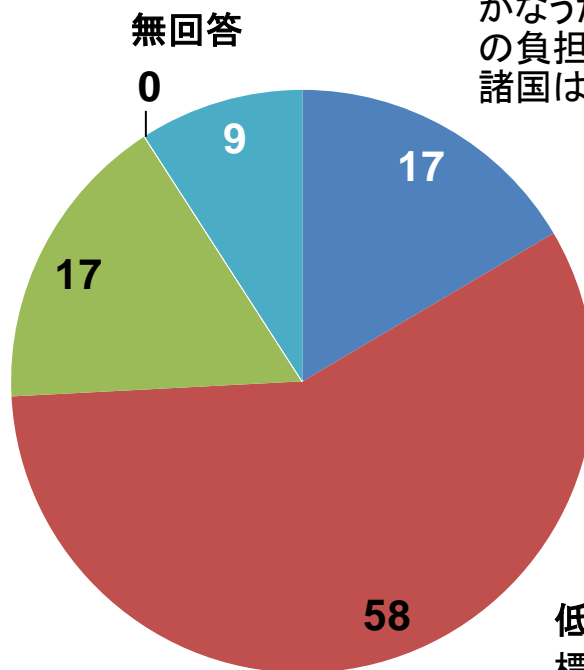
2.医療制度の設計理念

(%; 2008年1月; n=1,082人)

医療制度は国によって大きく異なり、以下のような類型があります。あなたの考える望ましい医療制度は、以下のどれに最も近いですか？【問2】

低負担低給付＋自己選択

標準的な公的医療を国民にひとしく給付し、税や社会保険料の負担を抑える。標準以上の医療は個人が選択して自己負担で受ける。所得に応じて受けられる医療の内容が変わってくる。(現在の米国はこれに近いイメージです。)



高負担高給付・平等

高い水準の医療を国民にひとしく給付する代わりに、その費用をまかなうための税や社会保険料等の負担も重くなる。(現在の北欧諸国はこれに近いイメージです)

低負担低給付・平等

標準的な公的医療を国民にひとしく給付し、税や社会保険料の負担を抑える。(現在の日本はこれに近いイメージです)



<コラム>

多くの国民が医療制度の平等性を重視し、また負担増には抵抗があることが確認された。この結果も3年間変わっていない。医師不足に対する負担増に対する項目(ページ17)などにおいても述べるとおり、低負担を求める背景には政治や行政に対する一般的な不信感が影響している可能性が考えられる。しかしながら、個人の選択の幅が拡大するとともに経済力による格差が生じる「階層消費」よりも、平等性を求めている傾向は読み取れる。そのためには財源確保が不可欠であるが、一方で国民は負担には強い抵抗を感じている。わが国が目指すべき医療制度について、財源確保、負担と給付や公私のバランスなども含めて十分な国民的議論を行う必要がある。

自由記述欄のコメント

- 望ましい医療制度は、高負担・高給付ですが、年収が激減してしまったので、これ以上増税されると、家を手放すしかありません。預貯金はどんどん減っているから、パートに出る事を考えています。
- 行政、国会、医師等の既得権的発想は許さない。オープンな医療制度が必要であり、これに対応すれば北欧並の税負担医療でも良いと思います。
- 厚生労働省が主導する医療制度を改め、市民と有識者・専門家を加えた、開かれた透明性の高い制度にすべきだ。

3. 医師不足

医師不足については、近年社会的な問題として取り上げられているが、回答者が全国的な医師不足の状況を知っているかどうかということと、回答者が生活している身近な環境で医師不足が起こっているかどうかということは必ずしも一致しないことが想定されたため、この2点を分けて尋ねた。

まず、「日本の医師数は十分だと感じますか？」との問いに対して、「一部の地方や診療科」もしくは「全国的に」足りないと回答した人が全体の91%にのぼり、「多い」もしくは「適度な数である」と答えた人は7%にとどまった。一方、「実際の経験から、身近な環境での医師数は十分だと感じますか？」という問いに対しては、同じく足りないと回答した人は62%、多いもしくは適度な数であると答えた人は37%だった。

(図4)

自由記述欄のコメント

- 特に大病になってないので、医療機関や医師不足による不便さは感じていない。特に医療機関は自宅から5km以内に数ヶ所あり万一の場合でも安心している。(地域差があると思うので、地方の実情はよく分からないが自分の居住地域は恵まれていると思う。)
- 医師不足の実感はありませんが、テレビ等で地方で不足しているのは知っています。

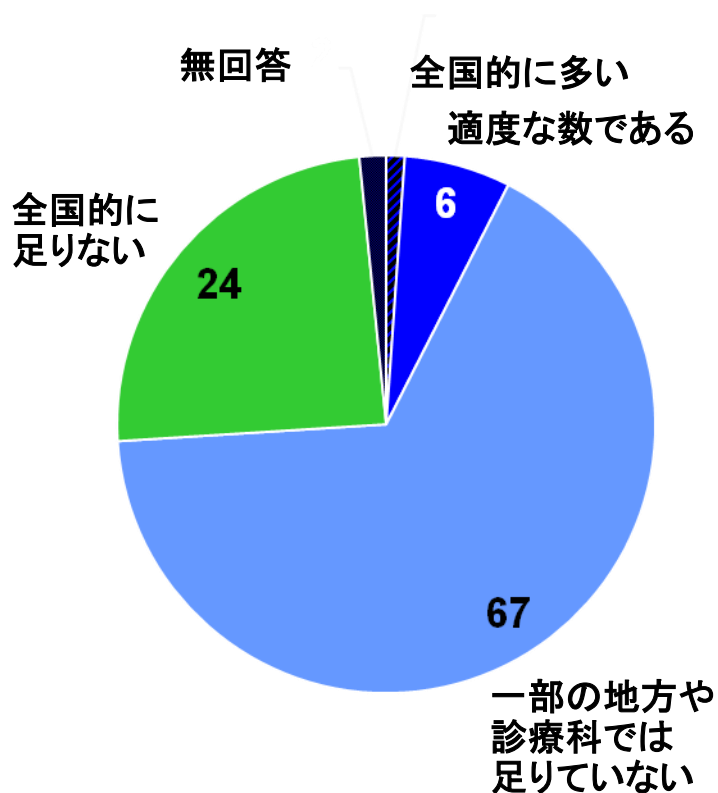
 身近な環境でも大多数の国民が医師不足を感じている

図 4

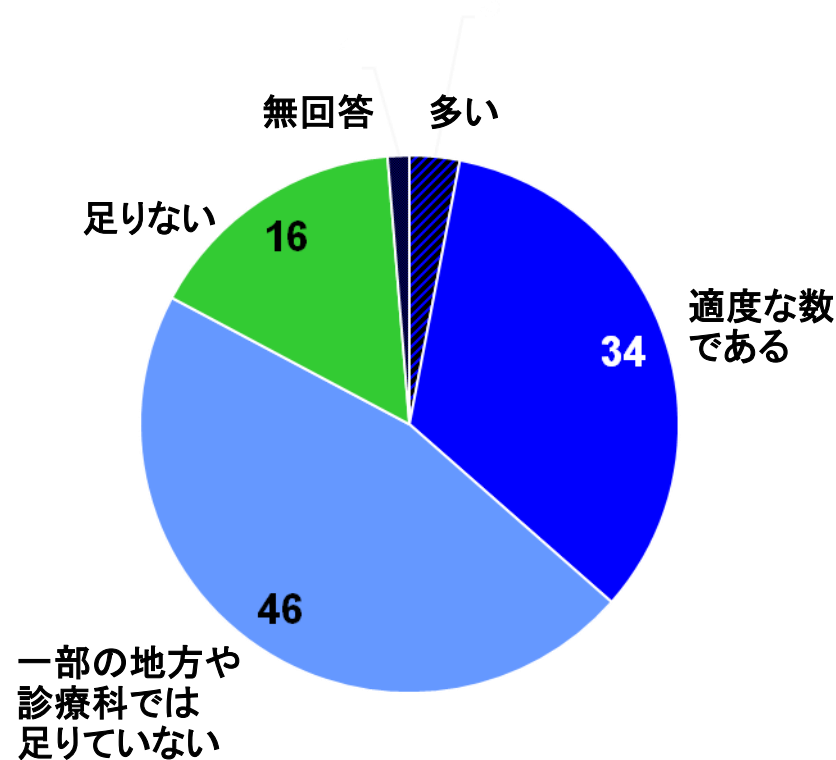
3. 医師不足

(%; 2008年1月; n=1,082人)

日本の医師数は十分だと感じますか？
【問5】



ご自身の実際の経験から、身近な環境での医師数は十分だと感じますか？【問6】



3. 医師不足

調査対象の市町村を人口密度により分類した上で、身近な環境での医師数について比較したところ、大都市を除き、過半数の国民が医師不足を感じていることも明らかとなった(図5)。なお、同じく身近な環境での医師数について、全国を6地域に分けた比較を行ったが、地域間で顕著な差は見られなかった。

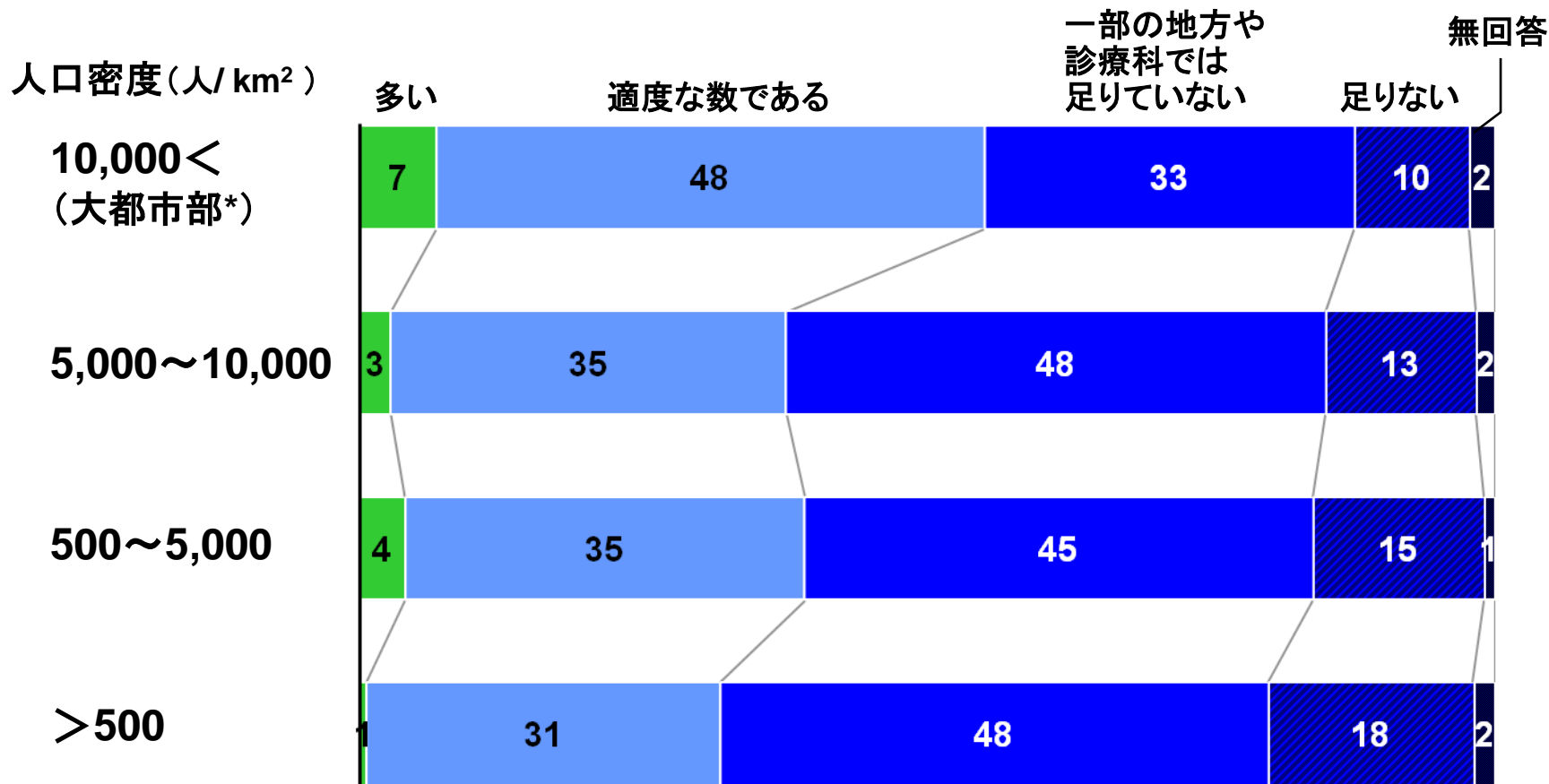
 大都市以外では、過半数の国民が医師不足だと感じている

図 5

3. 医師不足

(%; 2008年1月; n=909人)

ご自身の実際の経験から、身近な環境での医師数は十分だと感じますか？【問6】



* 大都市部: 人口密度が10,000人/km²より高いグループ; 例) 東京23区、大阪区部など

資料: 特定非営利活動法人 日本医療政策機構「医療政策に関する2008年世論調査」

3. 医師不足

国民の大多数が医師不足だと感じていることに対し、そのための対策を行うための負担増についての賛否を尋ねた。

質問では、「日本は先進諸国の中で、人口当たりの医師数は少ない方に分類されており、医師不足を解消するために、対策を打つべきである(例: 大学医学部定員の増加、医療事務スタッフの拡充など)。」と対策のイメージを提示した上で、「国がこのような対策を実行するために、税金や保険料、窓口で支払う医療費等、負担を増やしてもよいと考えますか？」との質問を行った。これに対して、反対(反対およびどちらかと言えば反対)が69%と約7割を占め、賛成(賛成またはどちらかと言えば賛成)の29%を大きく上回る結果となった。(図6)

医師不足対策に対する負担増についての賛否が、回答者の属性によりどのように異なるか明らかにすべく、さらに分析を加えた。その結果、全国6地域別、人口密度別(図7)など、いずれの項目でも、顕著な差は見られなかった。

 医師不足対策のための負担増には7割近くの国民が反対している

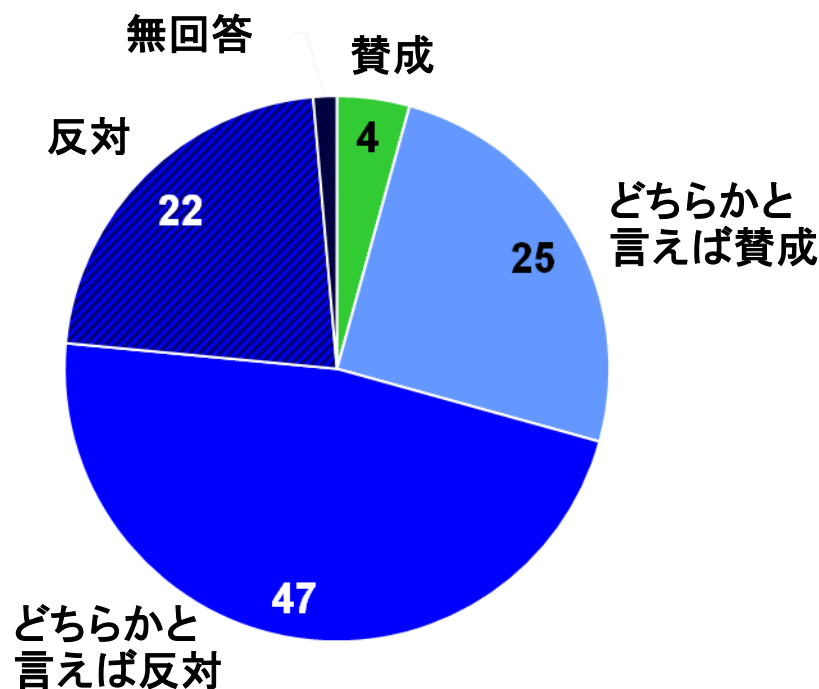
3. 医師不足

(%; 2008年1月; n=1,082人)

現在、以下のような案件が検討されています

日本は先進諸国の中で、人口当たりの医師数は少ない方に分類されており、医師不足を解消するために、対策を打つべきである。(例: 大学医学部定員の増加、医療事務スタッフの拡充など)

国がこのような対策を実行するために、税金や保険料、窓口で支払う医療費等、負担を増やしてもよいと考えますか？【問7】



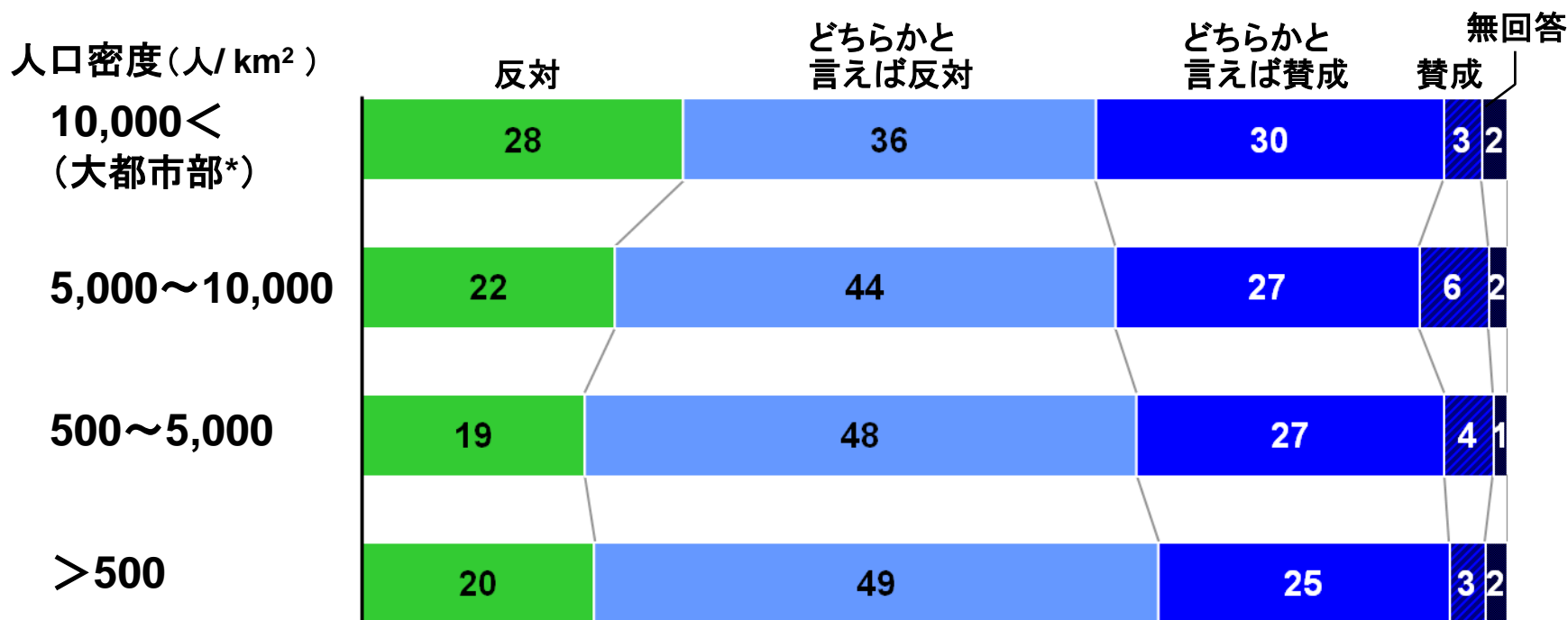
3. 医師不足

(%; 2008年1月; n=909人)

現在、以下のような案件が検討されています

日本は先進諸国の中で、人口当たりの医師数は少ない方に分類されており、医師不足を解消するために、対策を打つべきである。(例: 大学医学部定員の増加、医療事務スタッフの拡充など)

国がこのような対策を実行するために、税金や保険料、窓口で支払う医療費等、負担を増やしてもよいと考えますか？【問7】



* 大都市部: 人口密度が10,000人/km²より大きいグループ; 例) 東京23区、大阪区部など
 資料: 特定非営利活動法人 日本医療政策機構「医療政策に関する2008年世論調査」

<コラム>

近年、医師不足に関する報道が相次ぐなか、国民の大多数が医師不足だと感じている実態が、あらためて明らかとなった。一方で医師不足に対する負担増について約7割が反対していることが判明したことで、医師不足対策などの実施に必要な医療財源確保の難しさが浮き彫りになった。


なお、この調査には限界もある。負担増に反対する理由については、今回の調査の対象外であり、また様々な要因が影響していると考えられることから、ここでは明らかにすることはできない。さらに、経済力の違いは、居住地域、年齢、政策一般に対する認知など、他の様々な因子と影響を及ぼしあっていることが考えられることから、経済力の違いと負担増に対する賛否を因果関係として単純に関連付けることはできない。

また、本調査の自由記入欄に寄せられた多数のコメント(「税金の無駄遣いをやめるのが先」「天下りをやめずに負担を求めるとは許せない」「まずは議員や公務員を減らすべき」)などから推測すると、負担増に反対する大きな理由は、医師不足対策に対する負担ということよりも、政治や行政に対する一般的な不信感によるものである可能性が考えられる。

理由が明らかではないものの、国民の93%を占める低所得層および中間層の大多数が反対していることは事実であり、政治的に大きな意味を持つものと考えられる。医師不足対策も含め医療資源の充実が求められている点は論を待たない。対策に必要な医療財源を確保するために負担の議論を行うにあたっては、財源と負担のあり方や税制なども含め、さらなる検討と活発な国民的議論を行うことが求められる。

3.医師不足

経済力による差をみるために、回答者を低所得・低資産層(回答者の20%)、中間層(同73%)、高所得・高資産層(7%)に分けて集計したところ、高所得層では51%が賛成、47%が反対と、賛成が反対を若干上回ったのに対し、低所得層では賛成17%に対して、反対が80%と大幅に上回った。中間層では賛成32%、反対47%となった。(図8) このように、負担増に対する賛否は、地域や医師の充足感よりも、所得や資産などの経済力によって大きく異なることが明らかとなった。

 医師不足対策のための負担増には高所得・高資産層のみが過半数賛成

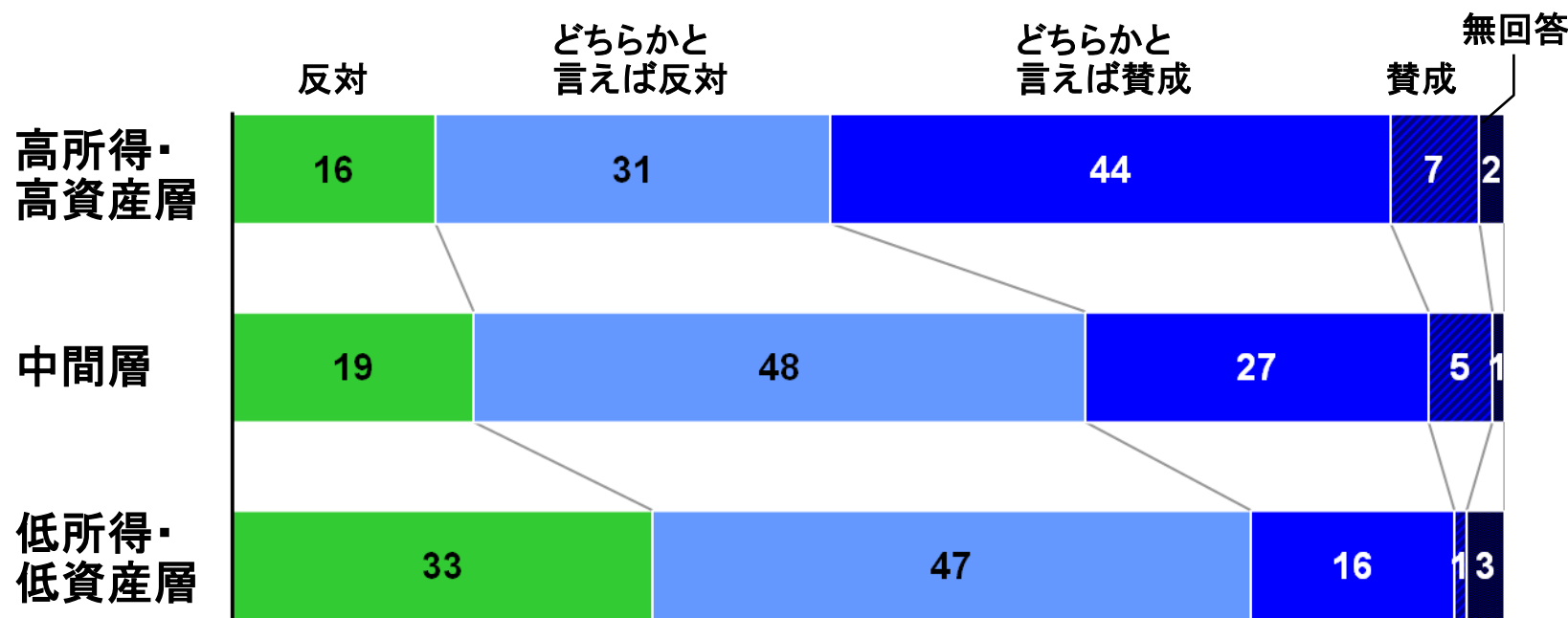
3. 医師不足

(%; 2008年1月; n=926人)

現在、以下のような案件が検討されています

日本は先進諸国の中で、人口当たりの医師数は少ない方に分類されており、医師不足を解消するために、対策を打つべきである。(例: 大学医学部定員の増加、医療事務スタッフの拡充など)

国がこのような対策を実行するために、税金や保険料、窓口で支払う医療費等、負担を増やしてもよいと考えますか？【問7】



※ 世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者

高所得・高資産層: 年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2,000万円以上

低所得・低資産層: 年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満

中間層: その他

資料: 特定非営利活動法人 日本医療政策機構「医療政策に関する2008年世論調査」

自由記述欄のコメント

- 医師不足を解消のために税金や保険料をあげるのには大反対。それより政府関係のいろいろな組織を解体してその分をそれにまわせば良いと思う。
- 国の総予算の中から無駄な出費をおさえれば(道路工事や議員の多すぎなど)、国民が医療を受ける為色々な負担を負う必要は無いはずです。
- 本人負担の30%は非常に大きい。今までの10%なら。国は税金の使い方をもっと考えるべき。良い事を言っても、最後は自分達議員が良い目を。もっと公平に、心から考えるべきだと思います。
- 国民にばかり痛みを押しつけるのではなく、国会議員や官僚・公務員も痛みを伴うべきではないか。もう一度公僕という言葉を考えてほしい。
- 現在の政治(政策)を信用できない。目先の為だけの施策であり、長期的にどうあるべきか、どうするというものが見られない。
- 税金が何に使われているかが不明確です。もっとメディアを通して伝えてほしい。
- 政府、与党、医師等、余りにも自己本位過ぎる。国民大衆に目を向けるべきである。

4. 受診抑制

社会的な格差が広がる中で、経済力や地域による「医療格差」も大きな社会問題となっている。本調査では、昨年に引き続き、経済力により、受診を抑制している実態を調査した。

低所得・低資産層の4割、中間層の約3割が「具合が悪いのに医療を受けなかった経験がある(受診抑制)」と回答。過去12カ月以内に費用がかかるという理由で、具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがあると回答した人は、全体(926人)の31%(283人)で、低所得・低資産層では39%に達し、高所得・高資産層の18%と比べると、21ポイントの差があった。これら2グループのどちらにも属さない中間層では、29%だった。(図9左)

また同様に、薬を処方してもらわなかったことがあると回答した人は、全体の12%(109人)で、低所得・低資産層では16%、高所得・高資産層の2%と比べると、14.ポイントの差があった。これら2グループのどちらにも属さない中間層では、11%だった。(図9右)

これらの結果から、経済力により受診抑制の実態に差があること、とくに所得・資産が低くなるほど、より受診を控える傾向にあることが明らかになり、経済力により医療へのアクセスに「格差」が生じている実態が改めて明らかとなった。

 受診抑制の実態と、経済力による「格差」傾向鮮明に

4. 受診抑制

(%; 2008年1月; n=926人※)

過去12ヶ月以内に、費用がかかるという理由で、医療を受けることを控えたことがありますか？【問3】

(1) 薬を処方してもらわなかったことがある

(2) 具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある



※世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者

高所得・高資産層: 年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2,000万円以上

低所得・低資産層: 年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満

中間層: その他

出典: 特定非営利活動法人 日本医療政策機構「日本の医療に関する2008年世論調査」

5.混合診療

昨年2007年11月の保険診療と保険外診療の併用(いわゆる混合診療)の全額自己負担に関する東京地裁の法的判断などを受け、本年の調査では、混合診療に関する質問項目を新たに加えた。

質問によるバイアス(偏り)を極力排除するため、混合診療の概要に加えて、解禁を求める意見と、これまでどおり禁止を求める双方の意見をバランスよく記載するよう特に配慮した(図10)。

混合診療に賛成する意見には、抗がん剤などの未承認薬の使用や治療の緊急性などに関連づけて論じられることが多いことから、混合診療の適用範囲について、1)抗がん剤などの未承認薬の使用に代表されるような生命に関わる治療の場合と、2)国民の選択を広げるために幅広い治療を対象にした場合、の2つのケースについて質問を行った。

5.混合診療

(%; 2008年1月; n=1,082人)

混合診療とは、「健康保険の対象となる診療」と「保険対象外の診療」を組み合わせることをいいます。現在日本では、混合診療が禁止されており、保険対象外の診療を一部でも受けると、本来「保険対象の診療行為」も含めてその病気の医療費全額が患者の自己負担となります。

現在、混合診療については、下記のような意見があります。

◆ 混合診療を認めるべき※1

- 保険の対象外の治療法を受ける際、その治療だけでなく全ての医療費が全額自己負担となると、医療費負担が非常に大きくなってしまう
- 海外では一般的な治療法でも、日本で健康保険の対象となるのには時間がかかることがある。こうした治療法は、保険の対象となる前でも、自費で速やかに受けられるようにすべき
- 保険診療以外にも、患者が受けたい医療を自分で選択する自由を尊重すべき。保険対象外の治療受けただけで、本来保険対象のものまで全額自己負担になるのはおかしい

◆ 混合診療はこれまで通り禁止すべき


- 混合診療を認めると、保険対象外の医療が広く行われるようになり、効果や安全性の不透明な医療を多額のお金を払って受けてしまうなど、結果的に患者の利益を損なう危険がある※2
- 裕福な人だけが保険対象外の高額な医療を組み合わせるようになり、貧富の格差が健康の格差を広げてしまう
- 保険外の治療を自費で組み合わせることが一般的になると、「必要な医療は全て健康保険の対象とする」という原則が崩れ、今後新しい治療法が保険の対象と認められにくくなってしまう

※1混合診療を認めた場合、保険の対象となる診療については「健康保険が適応」され、保険対象外の診療のみが「患者自己負担」となります。

※2保険対象の診療は全て、政府やその関連機関によって有効性と安全性の審査を受けています。

5.混合診療

「国内で保険対象外の抗がん剤など生命に関わる治療に関しては混合診療を認めるべき」との質問には、全体の78.2%が賛成(賛成33.5%、どちらかといえば賛成44.7%)、18.0%が反対(反対5.6%、どちらかといえば反対12.4%)となった。また、「国民の選択の範囲を広げるために、幅広い治療に関して混合診療を認めるべき」との質問には、66.8%が賛成(賛成24.2%、どちらかといえば賛成42.6%)、29.4%が反対(反対7.7%、どちらかといえば反対21.7%)となった。(図11)

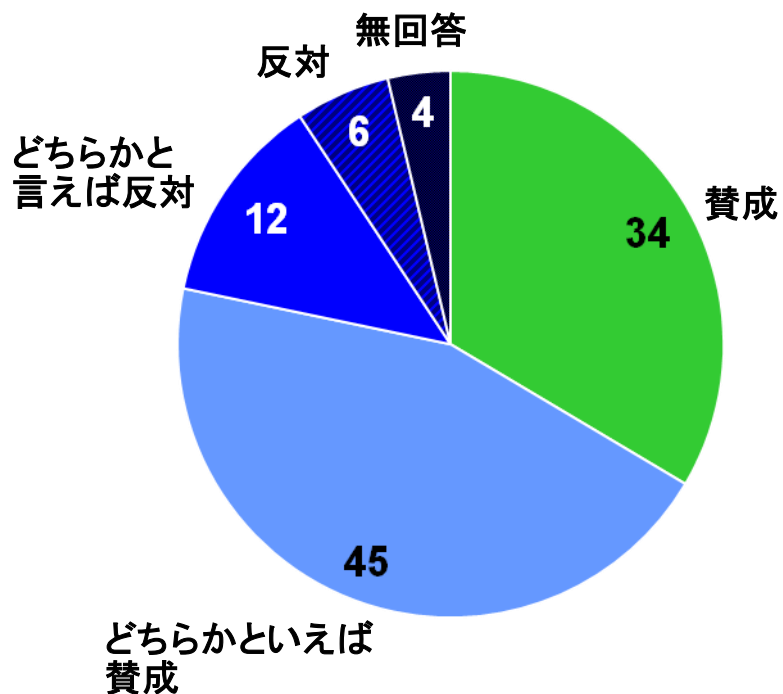
 生命に関わる治療では78.2%が混合診療に賛成

5.混合診療

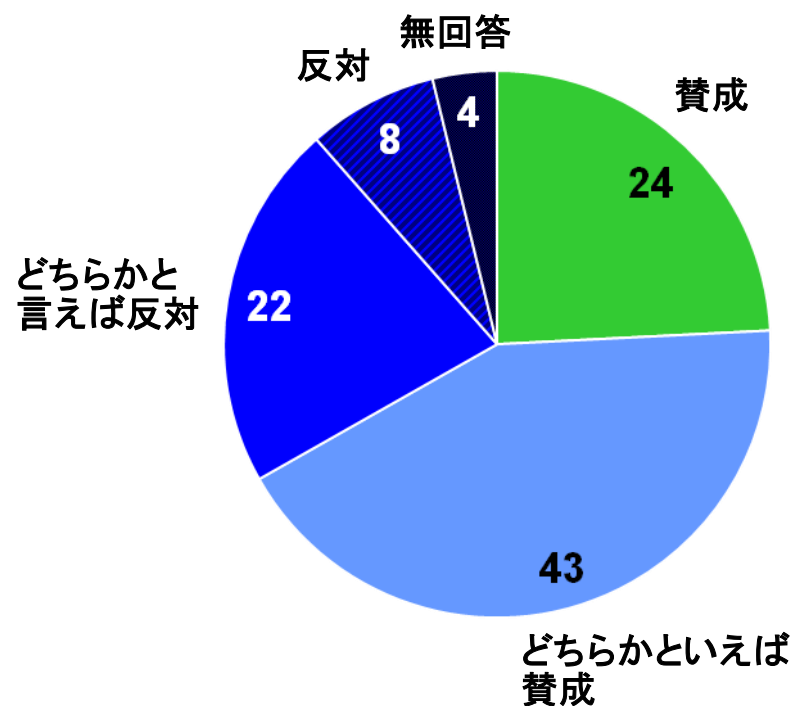
(%; 2008年1月; n=1,082人)

以下の2点について、あなたの意見を選択肢の中から選んでください【問10】

国内で保険対象外の抗がん剤など、生命に関わる治療に関しては混合診療を認めるべき



国民の選択の範囲を広げるために、幅広い治療に関して混合診療を認めるべき



5.混合診療

所得・資産別にみると、生命に関わる治療では、高所得・高資産層の88.5%が賛成しているのに対し、中間層で81.9%、低所得・低資産層で69.2%となり、所得・資産により最大で19.3ポイントの開きがあった。また、幅広い治療に関して混合診療を認めるべきとの質問では、高所得・高資産層の75.4%、中間層68.7%、低所得・低資産層63.8%で、開きは11.6ポイントであった。いずれの質問でも所得による差が見られるが、低所得者層においても、大半が賛成している。(図12)

<コラム>

本調査が実施されたのは、2007年11月の保険診療と保険外診療の併用(いわゆる混合診療)の全額自己負担に関する東京地裁の法的判断の約2か月後ということもあり、この影響を受けている可能性が考えられる。また、郵送調査全般にいえる限界ではあるものの、公的医療費の範囲やそれぞれのメリットやデメリットなど、設問の背景と選択肢ごとの違いについて回答者がどの程度理解した上で判断を行ったのか確認することはできない。しかしながら、多数の国民が賛意を表明していること、経済力により賛否の傾向が異なるという点で、この結果は十分に検討に値するものであり、今後は医療財源論や医療制度の設計理念などの議論において参考にすべき結果であると考えられる。

 経済力が強いほど混合診療に賛成が多いが、低所得者層でも大半が賛成

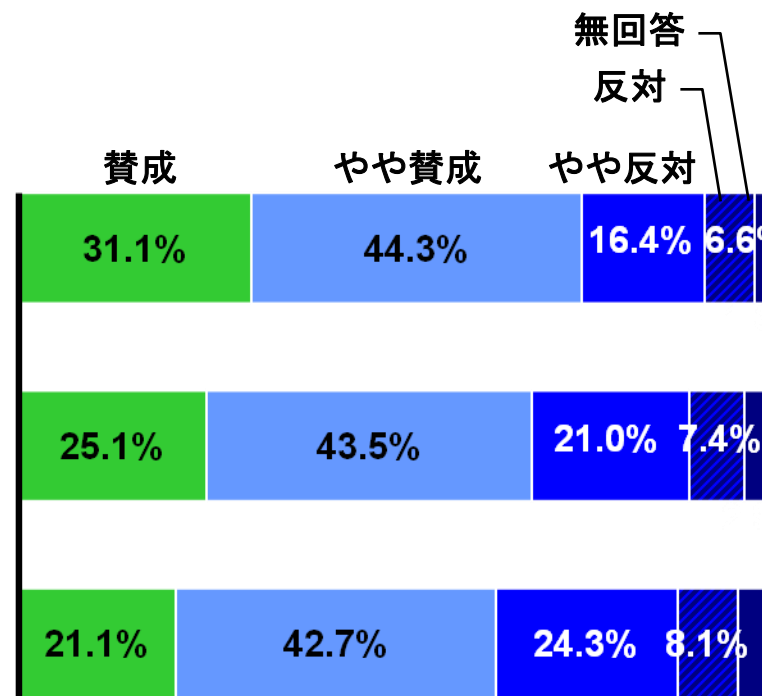
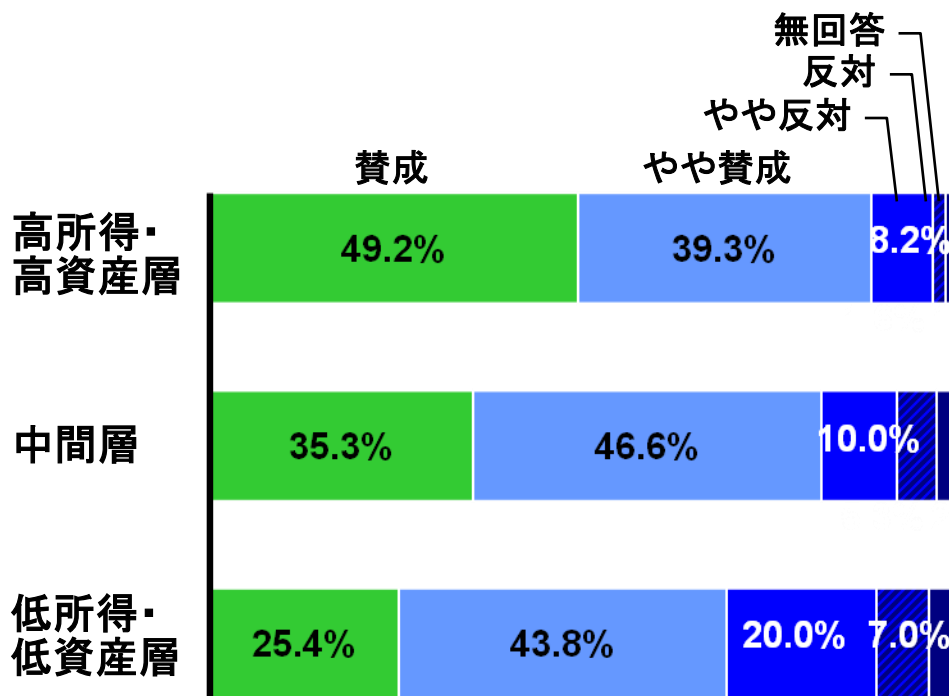
5.混合診療

(%; 2008年1月; n=1,082人)

以下の2点について、あなたの意見を選択肢の中から選んでください【問10】

国内で保険対象外の抗がん剤など、
生命に関わる治療に関しては混合診
療を認めるべき

国民の選択の範囲を広げるために、
幅広い治療に関して混合診療を認め
るべき



※世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者

高所得・高資産層: 年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2,000万円以上

低所得・低資産層: 年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満

中間層: その他

出典: 特定非営利活動法人 日本医療政策機構「日本の医療に関する2008年世論調査」

自由記述コメント欄

- 混合診療の解禁の遅れは、既得権や何かのしがらみによる新展開に支障をきたしている様に思われて仕方ありません。早く患者の立場に立って欲しい。裕福な人だけとか、貧富の格差とか言い訳がましく言う人ほど邪魔しているに過ぎない。お金がなくなっても借金しても受けたいものだと思います。
- 混合診療については認めるべきと考えます。治療を促進させ、いち早く認可する事が（保険適応させる）最大の解決策ではありますが、患者へも選択肢の幅を広げるべきと思います。すでに歯科では認められているのに医科では認めないのは矛盾しています。
- 皆平等に負担額を少なくして、格差をなくし医療を受けられるようにしてほしい。
- 国民の生活水準に格差が大きくなりつつある中で、国民全員が平等の医療が受けられる様にしてもらいたい。

6.生活習慣病と医療費の負担

昨今、特定保健指導・特定健診(いわゆるメタボ健診)の導入など、生活習慣病予防や健康増進のための個人の生活習慣の改善が注目を集めている。2008年4月からは特定検診・保健指導がスタートし、市町村や健保組合などの保険者に健診を義務付け、国が定めた受診率に達しない保険者には後期高齢者医療制度への負担金を最大10%上乘せされるなど、経済的なペナルティーを課すこととなった。

一方、生活習慣病は「生活習慣の改善で予防可能であり、それは個人の責任である」とする意見や、「個人の責任というよりは食生活やストレスなど社会環境要因に起因するものである」とする考え方もあり、意見は一致をみていない。

そこで、この予防に対する経済的なインセンティブ導入に着目し、「予測や予防が可能な生活習慣病については、予防のために努力した人の医療費負担が軽くなるように、負担に差をつけるべきである。そうすれば、患者が自分で健康管理をするようになるし、医療費負担もより公平になる。」との質問を行った。その結果、全体の63%が賛成(賛成18%、どちらかといえば賛成45%)、36%が反対(反対10%、どちらかといえば反対26%)と回答した。(図13)

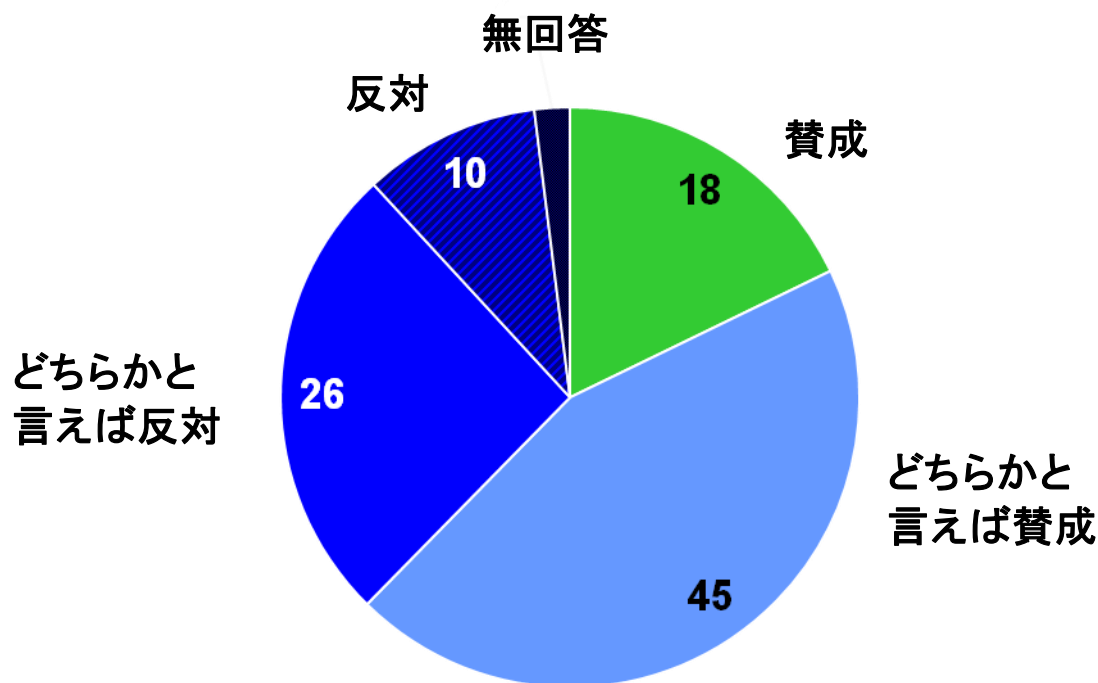
 6割以上の国民が、生活習慣病予防への経済的インセンティブの導入に賛成

6.生活習慣病と医療費の負担

(%; 2008年1月; n=1,082人)

次のような考え方について、あなたはどのように思いますか？【問8】

「予測や予防が可能な生活習慣病については、予防のために努力した人の医療費負担が軽くなるように、負担に差をつけるべきである。そうすれば、患者が自分で健康管理をするようになるし、医療費負担もより公平になる。」



6.生活習慣病と医療費の負担

さらに、経済的インセンティブの方法について調査したところ、「タバコの税金を上げる」では最も多い72%が賛成、「酒類の税金を上げる」でも、賛成が55%で反対が41%と賛成が反対を上回り、生活習慣病予防のために喫煙や飲酒に対して課税することについて半数以上が理解を示していることが示唆された。なお、諸外国では、タバコの値上げ(1箱1,000円程度)により、喫煙率が顕著に低下することが明らかになっている。

また、「一定期間生活習慣病にならなければ、保険料の一部が返ってくる」との質問には67%が賛成、生活習慣病予防に対して経済的に報いることについて賛同する意見が多くを占めていることが明らかとなった。

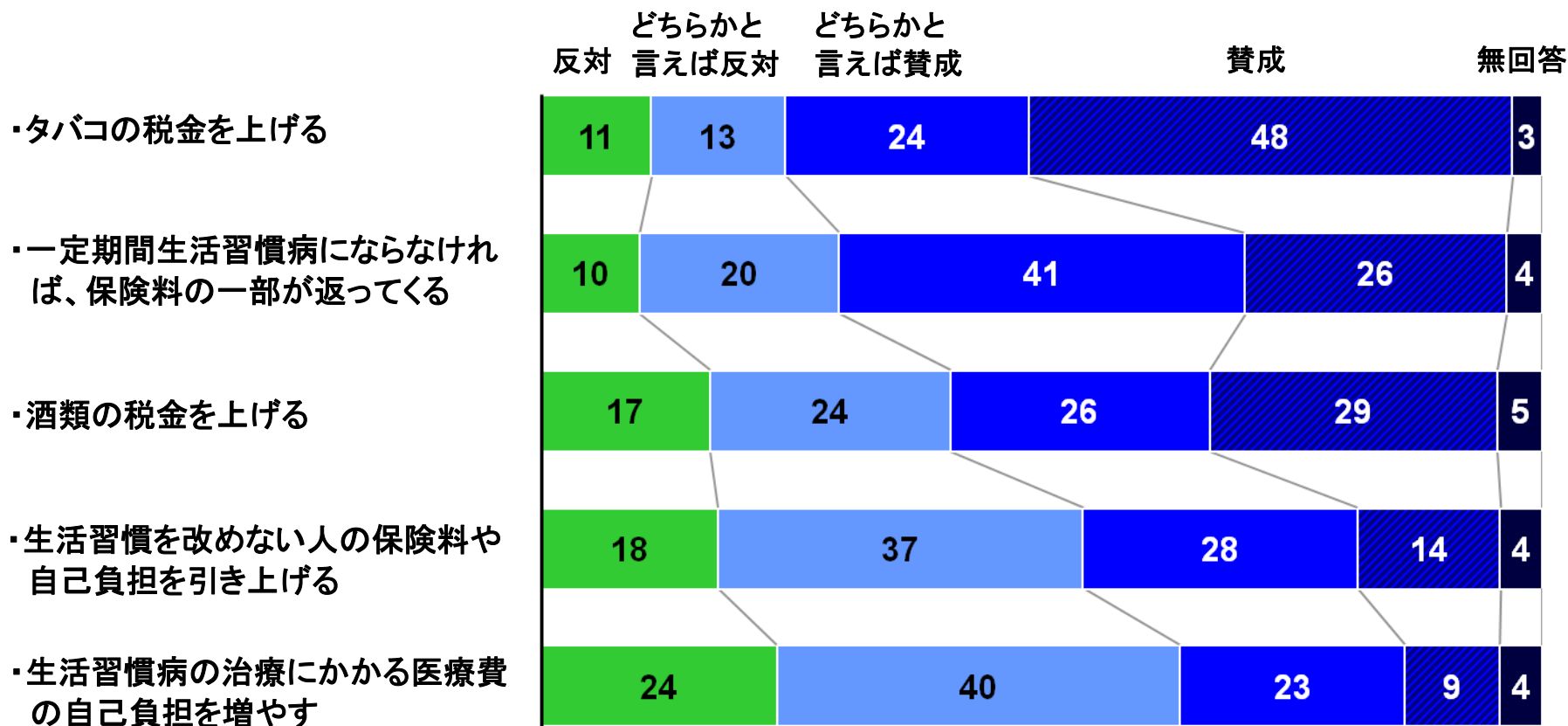
一方で、「生活習慣病の治療にかかる医療費の自己負担額を増やす」という問いで64%が、「生活習慣を改めない人の保険料や自己負担を引き上げる」には55%が、それぞれ反対しており、ペナルティー型の予防促進策の導入については半数以上が反対していることも合わせて明らかになった。(図14)

 予防努力に報いる経済的インセンティブには賛成、ペナルティーには反対。

6.生活習慣病と医療費の負担

(%; 2008年1月; n=1,082人)

生活習慣病の予防のために努力した人がむくわれるようにする仕組みとして、以下のそれぞれにつき1つずつ選んでください。【問9】



自由記述欄のコメント

- 生活習慣病について、医療費の負担に差をつけるなど、あってはいけない事だ。そこだけ目を向けるのはおかしいと思う！
- 生活習慣病に至るに当たり、職業上からのストレスに依り急に高血圧・高血糖値になることがある。この場合は個人的な管理とも言い難いと考えられる。
- 生活習慣病は保険には関係なく、自分の責任の元で自己管理することは当たり前のことです。保険料が安くなるから行うことなど考えにくい。
- 保険制度は病気になった人のために、自主労力をして健康を保っている予防に対して全然政府はインセンティブを与えない。



ミッション

市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること

行動指針

Independent 特定の政党、団体の立場にとらわれず、中立性を堅持する

Multi-stakeholder 幅広いステークホルダーを結集し、フラットな議論の場を提供する

Agenda Shaping 市民にとって最も重要な課題を特定し、活発な議論を促す

Global グローバルな視野を保ち、世界の医療政策分野のリーダーと協業する

Pursuit of Excellence 政策提言のみならず、あらゆる活動において最高水準の質を目指す