

医療と政策満足度およびアンケート調査について*

——名古屋市における「高齢者福祉」と「健康・医療」(Ⅱ) ——

名古屋市立大学大学院経済学研究科附属経済研究所 澤野 孝一朗**

1. はじめに

近年、医療を取り巻く環境は大きく変化しつつあり、国民が医療に求める要求や要望も高度化し、かつ多岐にわたるようになってきている。このような医療を取り巻く潮流のなかで、近年とみに注目され、かつ活用されるようになってきている手段として満足度調査がある。日本の代表的な調査として、1996年から開始されている厚生労働省『受療行動調査』があり、そこでは全国の一般病院を利用した人々を調査対象として、満足度が調査されている。これは患者が受けた医療サービスに対する満足度を訊いているため、一般的には患者満足度調査と呼ばれるものである。他方、非受診者もしくは医療機関を利用していない人をも調査対象者に含み、医療もしくは健康全般についての満足度を訊く調査もあり、これらは世論調査とも言われる。そしてこれら世論調査は、何らかの政策的対応が可能なものについて訊くのが通例であり、それらは政策満足度調査と言える性質を持っている。本稿では、医療政策に関係する満足度調査の現状とその動向をまとめ、その回答を規定する要因について実証的に明らかにすることが目的となっている。

アンケート調査が、近年の政策において多く活用されるようになった理由は、次なる事情によるところが大きい。第1に、社会が複雑化・高度化し、国民・市民ニーズの速やかな汲み上げが危急の課題とされ、アンケート調査が積極的に活用されるようになってきていることである(酒井, 2001.)。特に地方自治体では、その財政難に加え、近年では市町村合併に伴う行政サービスの見直しや組織再編において、住民合意を得る手段として活用されている側面もある。第2は、政策評価が様々な行政サービスを対象とするようになり、その浸透とともに、アンケート調査をあらゆるテーマで実施する必要性が高まってきていることである(Weiss, 1998.)。特に政策の有効性・効率性が以前に増して厳密に問われる現在、評価指標として活用されるアンケート結果の解釈について、より多くの研究が行われるようになってきている。第3は、ニュー・パブリック・マネジメント(NPM)と呼ばれる新しい行政潮流である。ニュー・パブリック・マネジメントとは、(1)徹底した競争原理の導入、(2)業績/成果による評価、(3)政策の企画立案と実施執行の分離、に

*この論文は、2008年の第11回木曜セミナー(名古屋市立大学大学院経済学研究科附属経済研究所)での報告に基づくものである。本研究は、文部科学省科学研究費補助金(課題番号17330072)から助成を受けている。なお本稿中の誤りにについては、すべて筆者の責にありませぬ。

**名古屋市立大学大学院経済学研究科

〒467-8501 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字山の畑1

Tel: 052-872-5754, Fax: 052-871-9429

Email: sawano@econ.nagoya-cu.ac.jp

より、行政の意識を、法令や予算の遵守に留まらず、より効率的で質の高い行政サービスの提供へと向かわせ、行政活動の透明性や説明責任を高め、国民の満足度を向上させることを目指すものである（内閣府ホームページ「構造改革用語集」）。中北（2000）でも示されるように、近年に実施された国立病院・療養所の再編成は、このトレンドのなかで実施されている。

このような時代的流れのなかで、医療および医療政策についても、患者のみならず国民・市民全般に関しての満足度を調査する必要性が、行政の場では高まっている。しかしその一方、医療には医療経済学で長らく議論されてきた固有の問題が、このアンケート調査と密接に関係している。一般にアンケート調査では、人々（回答者）が現在に利用できるあらゆる情報を利用して質問項目を判断し、回答し、その結果が人々の真の選好を示しているとの想定がある。しかし医療経済学においては、消費者（患者）と生産者（医師）の間には、医学知識や医療に関する情報ギャップ（医療における情報の非対称性）があり、その大きさがこれまで議論されてきた（西村，2002.）。このような情報の非対称性問題がある医療に関して、政策満足度と呼ばれる主観的データはどのような特徴を持つのか、そしてどのような要因から影響を受けているのかという点については、未知のテーマである。本稿では、その基礎的発見を目的として、医療に関する主観的データの観察とその実証分析を行うこととする。

本稿の分析から得られた結果は、次のとおりである。一般に政策満足度を調査する方法は、現状にどれだけ満足しているかを尋ねる満足もしくは評価を訊く方法と、今後にどれだけ充実を求めたいかを尋ねる重要さ（不満足）もしくは要望を訊く方法の2つがある。本稿では、全国調査である内閣府『国民生活選好度調査』と、地域調査である名古屋市『市政世論調査』を利用して、医療に関連する政策満足度について比較検討した。その主要な結果は、次の3点である。(1)医療に関する充足度もしくは評価は時系列的に低下傾向にある一方、重要度もしくは要望は逆に上昇する傾向にある。(2)パネルデータを利用した分析から、「健康・医療」に関する評価や要望は、地域の病院機能や医療分担に依存している。(3)同様の分析から、「高齢者福祉」に関する評価は、人口10万対医師数に依存しているが、要望についてはそれとは独立である。

以下2節では、幸福度や満足度といった主観的データ研究に関する先行研究をまとめ、3節では内閣府『国民生活選好度調査』における領域「医療と保健」の時系列動向を観察する。4節では、名古屋市『市政世論調査』の概要とその動向をまとめ、政策満足度の決定要因に関する仮説群を提示している。5節では、名古屋市『市政世論調査』における項目「健康・医療」に関する実証分析の結果を、6節では項目「高齢者福祉」に関する実証分析の結果を報告している。最後7節では、本稿の結論の要約と今後の課題について述べている。

2. 先行研究

幸福度研究（happiness research）の包括的サーベイである Frey and Stutzer（2002）は、この研究分野が近年において強い関心を持たれるようになった理由として、研究成果が経済政策に関する意思決定に対して有意義な情報を提供するようになってきていることと、社会経済を規定する様々な制度的条件が、人々の幸福や厚生に影響を与えている点の重要性が認識されるようになったことをあげている。

この幸福度研究においては、人々にいまの幸福の程度や生活満足度、仕事満足度等をアンケートによって調査するサーベイ調査法が利用され、これらのデータ研究は主観的データの活用に関する研究（主観的データ研究）と呼ばれている。この主観的データとその活用については、研究の進展とともに様々な問題が議論されている。Bertrand and Mullainathan (2001) では、質問の順序や設問の表現方法・言葉遣いによって回答が左右されてしまう問題や、社会規範に関する設問について、調査対象者が自らの真の意見ではなく、社会的に見て、一般的に望ましいと考えられる意見を表明してしまう問題、調査対象者が質問内容に関してあいまいな態度しか持っていない、もしくは明白な態度を持っていない場合の回答のゆらぎの問題等の存在を指摘している。Kahneman and Tversky (2000) も、質問の順序や設問の表現方法・言葉遣いで回答にばらつきが生じる問題を取りまとめており、Kahneman and Krueger (2006) では質問に関する過去の出来事について、いつどのようなことがあったのかということよりも、調査対象者がその出来事をどのように捉えているのかがその回答に影響を与えていることを述べている。

またこのような幸福度や満足度といった主観的データは、どのような社会経済的要因から影響を受けているのか、という点の解明を行う実証分析も併せて進められている。Frey and Stutzer (2002) はその包括的なサーベイであるが、特に満足度・生活満足度と賃金・所得の関係については Clark and Oswald (1996) や Ferrer-i-Carbonell (2005) がある。また近年ではパネルデータの利用によって個人属性を計量経済学的に除去し、その統計的関係を明白にする研究手法の開発が進められており、働く能力のある人々の生活満足度と失業の関係を Winkelmann and Winkelmann (1998) が、所得と生活満足度の関係を Ravallion and Lokshin (2001) がその分析を行っている。ただし幸福度や満足度といった主観的データについて、他の要因で統計的にそれを説明することの是非については議論があり、Bertrand and Mullainathan (2001) はデータバイアスの観点から、Hamermesh (2004) はその説明仮説としての経済学的な理論根拠の必要性を指摘している。

日本では、大阪大学の社会経済研究所附属行動経済学研究センターの調査研究活動があり、そこでは幸福度に関する大規模なアンケート調査「くらしの好みと満足度についてのアンケート」を実施している。この調査結果報告である筒井ほか (2005) では、幸福度に影響を与える主たる要因として性差・年齢・職業差・所得要因を考え、これらの要因に関して、幸福度に大きな統計的格差が観察されることを報告している。またこのアンケート調査は、現在も継続的に実施されており（パネルデータ設定）、日米間の比較研究も同時に進められている。

政策研究に関しては、主に労働研究と少子化研究の2つの分野において、幸福度や満足度研究が応用されている。労働政策においては、失業対策として失業者に失業給付金を支給する方法と、同額の資金で雇用創出を行う政策のどちらが望ましいかについての議論がある。この2つの政策オプションについて、幸福度や満足度を利用して、どちらの政策手段が望ましいかを実証的に判定しようとする研究が行われており、大竹 (2004) や佐野・大竹 (2007) では同額の資金で雇用創出を行う政策の望ましさが示されている。また富岡 (2006) は、労働経済学における主観的データの活用に関するサーベイを行っている。

少子化政策においては、子供を持つことが幸福度や満足度を引き下げる要因になっていないか、そしてそれが少子化の原因になっていないかに関心が持たれている。白石・白石 (2007) は、子供数は主観的幸福度にはプラスの影響を与えているが、生活満足度にはマイナスの影響を与えていることを報告している。

松浦（2007）は、男性は子供数の増加に伴い生活満足度が上昇するのに対して、女性は逆に子供数の増加に伴い生活満足度が低下する傾向を報告している。また白石・白石（2006）では、少子化研究に関連した幸福度研究のサーベイを行っている。

このようにアンケート調査によって、人々の主観的な幸福度や満足度を把握し、それを政策議論に活用する研究においては、人々が現在に利用できるあらゆる情報を利用して判断し、アンケートに回答し、その回答結果が人々の真の選好を示しているとの想定がある。しかし医療経済学においては、消費者（患者）と生産者（医師）の間には、医学知識や医療に関する情報に大きなギャップ（医療における情報の非対称性）があることが議論されており、それはひとつの研究テーマにもなっている。このような情報の非対称性問題がある医療に関して、主観的データはどのような特徴を持つのか、そしてどのような要因から影響を受けているのかという点について未知のテーマである。次節では、その基礎的発見を目的として、医療に関する主観的データの観察を行っている。

3. 内閣府『国民生活選好度調査』

内閣府『国民生活選好度調査』は、国民生活政策の立案のための参考資料とするために、国民生活の様々な分野のニーズ、満足度等、人々の主観的意識についての調査であり、1978年度以降3年ごとに実施されている時系列調査である。この調査では、生活に関連した諸側面を10の福祉領域に分類しており、そのひとつに領域「医療と保健」項目がある。この領域「医療と保健」には、5つの個別質問項目があり、(1)体力の維持や増強に努めること（体力の維持・増進）、(2)イライラやストレスなどの精神的緊張が少ないこと（精神的緊張の緩和）、(3)適切な（良質な）診断や治療が受けられること（適切な診断・治療）、(4)費用の心配をあまりせずに診断が受けられること（費用の心配のない診療）、(5)病気の予防や健康の相談・指導が容易に受けられる（病気の予防・健康相談）、の5つから構成されている。

これら個別質問項目に関して、その充足の程度（充足している度合い）を測定する設問「現在、それぞれがどの程度満たされているかをお答えください。ひとつひとつの事柄について、「十分に満たされている」から「ほとんど満たされていない」までの5つの区分のなかで、あなたのお気持ちに最も近いものを選んでください。」と、その重要さ（重要である度合い）を測定する設問「次の各事柄は、あなたのいまの、あるいは、これからの生活にとって、どのくらい重要なことですか。ひとつひとつの事柄について、「きわめて重要」から「まったく重要でない」までの5つの区分のなかで、あなたのお気持ちに最も近いものを選んでください。」が用意されている。

前者の設問は、国民の各項目に関する満足の程度を示すものであり、また各項目は政策的な措置を含むものであるから、「医療と保健」に関する政策の評価もしくは満足の度合いを示す指標でもある。後者の設問は、国民の各項目に関する不満の程度を示すものであり、前者の場合と同様に「医療と保健」に関する政策要望の強さを示す指標でもある。以下では、この領域「医療と保健」の各個別質問項目に関して、その充足に関する指標と、その重要さに関する指標を時系列的に観察することとする。

3.1 領域「医療と保健」に関する充足度

内閣府『国民生活選好度調査』では、先の充足に関する設問回答を利用して、各質問項目に関する充足度を作成する。充足度とは、各質問項目に関して「充足している度合い」を得点化したものであり、5段階それぞれに「十分に満たされている」= 5点から「ほとんど満たされていない」= 1点までの得点を与え、各項目ごとに回答者数で加重した平均得点を求め、充足度に関する人々の評価を指標化したものである。このため5点が最も高い充足の程度を示し、1点が最も低い充足の程度を示している。

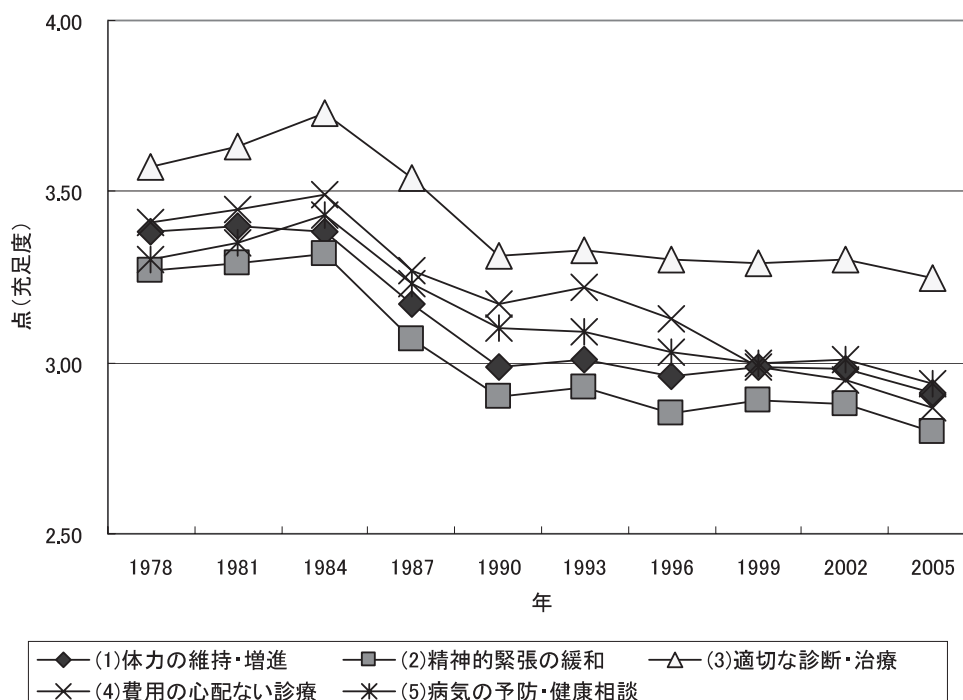
図1は、縦軸に点（充足度）を、横軸に調査年をとり、領域「医療と保健」に関する充足度に関する時系列的動向を示したものである。グラフから観察される主要な特徴は、次の3点である。(1)すべての質問項目に関して、充足度は高い。(2)全般的に充足度は、低下傾向にある。(3)項目「適切な診断・治療」の充足度は、常に他の項目よりも若干高い水準にあり、近年ではその乖離幅が拡大する傾向にある。

3.2 領域「医療と保健」に関する重要度

内閣府『国民生活選好度調査』では、先の重要さに関する設問回答を利用して、各質問項目に関する重要度を作成する。重要度とは、各質問項目に関して「重要である度合い」を得点化したものであり、5段階それぞれに「きわめて重要」= 5点から「まったく重要でない」= 1点までの得点を与え、各項目ごとに回答者数で加重した平均得点を求め、重要度に関する人々の評価を指標化したものである。このため5点が最も重要であることを示し、1点があまり重要でないことを示している。

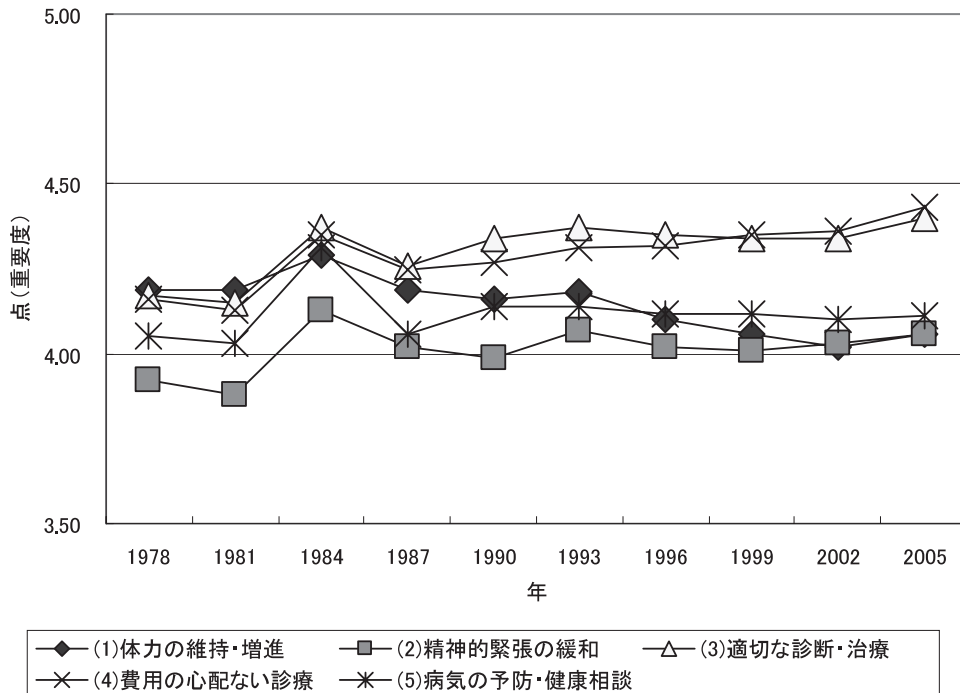
図2は、縦軸に点（重要度）を、横軸に調査年をとり、領域「医療と保健」に関する重要度に関する時

図1 充足度「医療と保健」の時系列推移



出所) 内閣府『国民生活選好度調査』より筆者作成

図2 重要度「医療と保健」の時系列推移



出所) 内閣府『国民生活選好度調査』より筆者作成

系列的動向を示したものである。グラフから観察される主要な特徴は、次の3点である。(1)すべての質問項目に関して、重要度は高い。(2)全般的に重要度は、若干ではあるが上昇傾向にある。(3)近年にかけて項目「適切な診断・治療」と項目「費用の心配のない診療」の重要度は、他の項目と比べて乖離して上昇する傾向がある。

次節では、この全国的な動向を踏まえた上で、名古屋市『市政世論調査』における「健康・医療」および「高齢者福祉」に関する評価と要望の特徴をまとめ、それらに影響を与えている要因について実証的に明らかにしている。

4. 名古屋市『市政世論調査』

名古屋市『市政世論調査』は、市行政の各分野について市民の意見を引き出し、市民意識やその方向性をとらえ、それを行政の中に生かしてゆく有効な手段として、年1回実施する調査であり、2006年度で第45回を迎えている。この調査では、「(3)市政について」として、2000年度に策定された「名古屋新世紀計画2010」に基づいて選んだ、名古屋市市政の30項目についての市民の評価(市政の評価、以下から評価と呼ぶ)と要望(市政の要望、以下から要望と呼ぶ)を質問している。

市政の評価は、設問「以下の項目は、現在、名古屋市が進めている事業を分野別に30項目にまとめたものです。このなかで、最近、名古屋市が特によくやっているとあなたが思う項目はどれですか。(あてはまる番号3つまで選んで○印をつけてください。)」に関して、その項目を選んだ人が回答者全体のうち何%

なのかを集計し、各項目ごとに公表している（市政の評価に関する選択者比率、以下から評価値と呼ぶ）。また市政の要望は、設問「今後、名古屋市が特に力を入れて進めて欲しい項目はどれですか。（あてはまる番号3つまで選んで○印をつけてください。）」に関して、その項目を選んだ人が回答者全体のうち何%なのかを集計し、各項目ごとに公表している（市政の要望に関する選択者比率、以下から要望値と呼ぶ）。

前者の「市政の評価」は、回答者（市民）の各項目に関する満足もしくは評価している度合いを示すものである。このため公表される各項目ごとの選択者比率は、高ければ高いほど、当該項目について高い満足もしくは評価であることを示している。後者の「市政の要望」は、回答者（市民）の各項目に関する不満足もしくは評価していない（高い要望を持っている）度合いを示すものである。このため公表される各項目ごとの選択者比率は、高ければ高いほど、当該項目について低い満足もしくは評価（高い要望）であることを示している。

4.1 調査結果の概要とその特徴

この調査で提示される30項目は、「1. 高齢者福祉」に始まり、「30. 市民サービス」までであり、市政事業を包括的に捉えている。時系列的動向の特徴としては、市政の評価に関する選択者比率として高い値を取るものは「ごみの減量と処理」・「高齢者福祉」・「公共交通」であり、市政の要望に関する選択者比率として高い値を取るものは「高齢者福祉」・「健康・医療」・「児童福祉」である（澤野，2008.）。この提示される30項目のうち、医療に関連する項目は「健康・医療」と「高齢者福祉」の2つであり、評価であれ要望であれ、地方自治体レベルにおいても高い関心を持たれていることがわかる。以下では、この項目「健康・医療」と「高齢者福祉」について、その評価と要望の詳細を観察することとする。

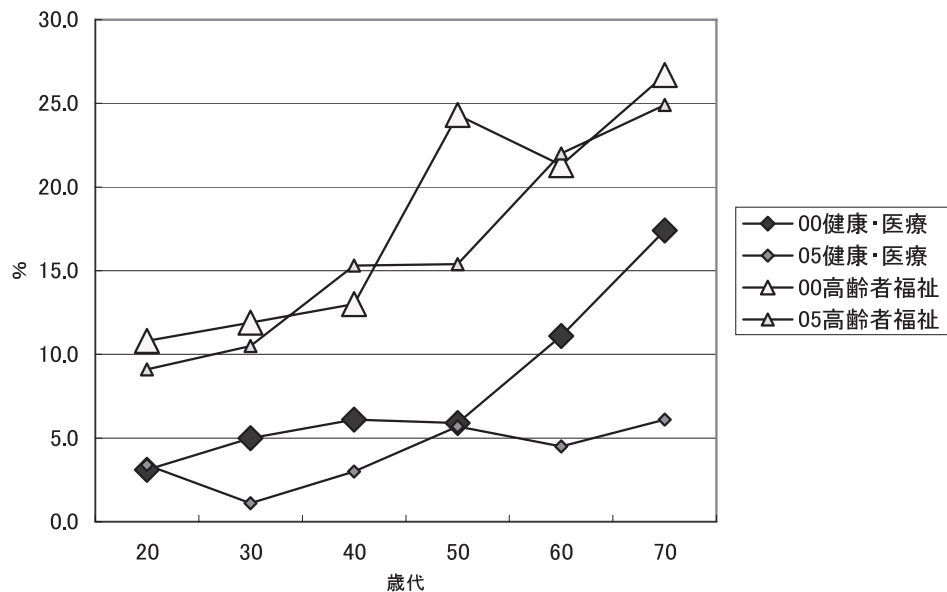
4.2. 項目「健康・医療」—市政の評価と要望の特徴—

図3は、縦軸に選択者比率（％）を、横軸に年齢（年齢別階級）をとり、項目「健康・医療」に関する評価値をまとめたものである。グラフは、2000年データ（00健康・医療）と2005年データ（05健康・医療）の2つの系列が表示されている。このグラフから観察される主要な特徴は、次の3点である。(1)「健康・医療」に関する評価は、全体的に低い。(2)高齢者であればあるほど、評価は高い。(3)2000年から2005年にかけて、全体的に評価が低下している。

図4は、縦軸に選択者比率（％）を、横軸に年齢（年齢別階級）をとり、項目「健康・医療」に関する要望値をまとめたものである。グラフは、同じく2000年データ（00健康・医療）と2005年データ（05健康・医療）の2つの系列が表示されている。このグラフから観察される主要な特徴は、次の3点である。(4)「健康・医療」に関する要望は、2000年から2005年にかけて、全体的に高まっている。(5)2000年データでは、高齢者であればあるほど、要望が高いという傾向があったが、(6)2005年データでは、どの年齢層も高い要望を持つようになっている。

これら特徴をまとめると、次のとおりである。市政項目「健康・医療」は、全体的に評価は低く、要望は高い。2000年から2005年にかけて、評価は低下し、要望は高まった。評価も要望も、高齢者であればあるほど高くなるが、要望に関しては近年その特徴が薄らいでいる。

図3 「市政への評価」の時系列推移

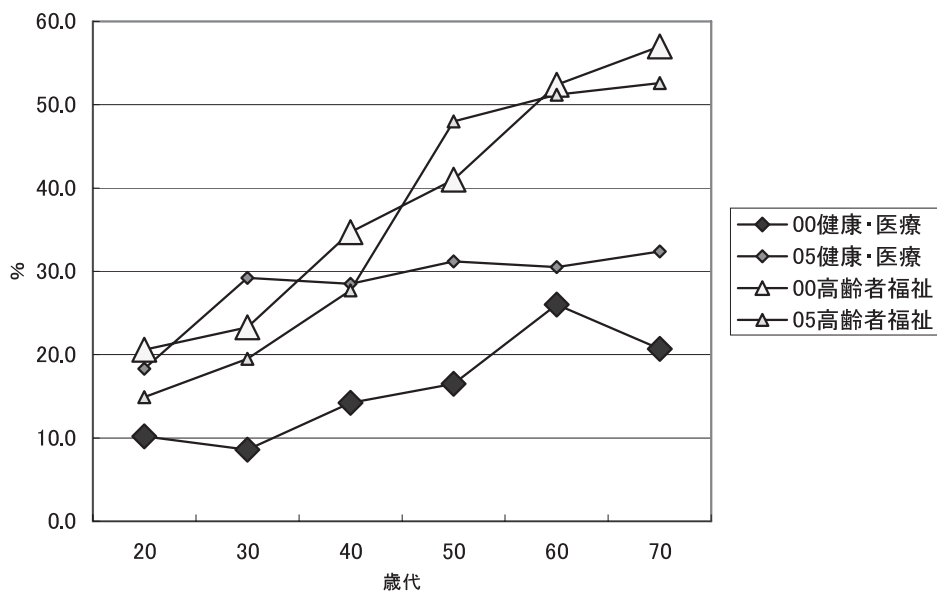


注1) グラフ中の「00健康・医療」は2000年調査における項目「健康・医療」に対する評価を、「05健康・医療」は2005年調査における評価を示している。

注2) グラフ中の「00高齢者福祉」は2000年調査における項目「高齢者福祉」に対する評価割合を、「05高齢者福祉」は2005年調査における評価を示している。

出所) 名古屋市『市政世論調査』より筆者作成

図4 「市政への要望」の時系列推移



注1) グラフ中の「00健康・医療」は2000年調査における項目「健康・医療」に対する要望を、「05健康・医療」は2005年調査における要望を示している。

注2) グラフ中の「00高齢者福祉」は2000年調査における項目「高齢者福祉」に対する要望を、「05高齢者福祉」は2005年調査における要望を示している。

出所) 名古屋市『市政世論調査』より筆者作成

4.3 項目「高齢者福祉」—市政の評価と要望の特徴—

次に項目「高齢者福祉」について観察する。図3では、項目「高齢者福祉」に関する評価値をまとめており、2000年データ（00 高齢者福祉）と2005年データ（05 高齢者福祉）の2つの系列が表示されている。このグラフから観察される主要な特徴は、次の3点である。(1)「高齢者福祉」に関する評価は、全体的に高い。(2)高齢者であればあるほど、評価は高い。(3)2000年から2005年にかけて、若干の変動はあるものの、評価の構造は安定している。

同じく図4では、項目「高齢者福祉」に関する要望値をまとめており、2000年データ（00 高齢者福祉）と2005年データ（05 高齢者福祉）の2つの系列が表示されている。このグラフから観察される主要な特徴は、次の3点である。(4)「高齢者福祉」に関する要望は、全体的に高い。(5)評価と同じく、高齢者であればあるほど、要望は高い。(6)これも評価と同じく、2000年から2005年にかけて、要望の構造は安定している。

これら特徴をまとめると、次のとおりである。市政項目「高齢者福祉」は、全体的に評価も高く、要望も高い。2000年から2005年にかけて、評価も要望もその構造はあまり変化せず、安定している。また評価も要望も、高齢者であればあるほど高い。

4.4 政策満足度の決定要因に関する仮説群

次に、これら評価と要望の構造を決定すると考えられる諸要因に関して、その仮説について検討する。最初は、満足度もしくは幸福度に関する一般的な影響要因についてである。Frey and Stutzer (2002)、筒井ほか (2005) では、その基本的構造として、性差・年齢・職業差・所得要因を掲げ、それら要因には満足度もしくは幸福度に関して、大きな統計的格差が観察されることを報告している。また Clark and Oswald (1996) や Ferrer-i-Carbonell (2005) では、所得と満足度の統計的関係について検定している。これら要因は、評価や要望といった政策満足度についても同様であることが予想できる。

次に医療および医療政策が持つ固有の要因についてである。医療サービスは、生産施設（病院や診療所）の利用可能性に大きく依存することが知られており（都村，1978.），このアクセシビリティが評価や要望に影響を与えている可能性がある。人口10万対医師数は、この医療機関へのアクセスの容易さを示す変数でもあり、医師誘発需要効果を示す変数でもある（西村，1987.，西村・大竹，1989.，西村，1996.，泉田ほか，1998.，鈴木，1998.，岸田，2001.，山田，2002.）。仮に回答者（市民）が、医療機関アクセスの容易さを良いものと考えているのならば、人口10万対医師数は、評価値に対してプラスを、要望値に対してマイナスの影響を与えていることが予想できる。逆に回答者（市民）が、医師誘発需要効果を医療費高騰という望ましくない現象であると考えているのならば、人口10万対医師数は、評価値に対してマイナスを、要望値に対してプラスの影響を与えていることが予想できる。

また医療においては、地域の病院機能および医療分担も重要な変数である。知野（2005）は、公立病院と私立病院の偏在が医療費に影響を与えていることを明らかにした。さらに泉田（2001）と知野（2003）は、政策医療と呼ばれる公的病院機能に注目し、その社会的な要請としての役割について議論している。このように地域における公立病院の役割（もしくはその分担の大きさ）について、回答者（市民）の認識および理解があるのならば、少なくとも評価値に対してプラスの影響を与えていることが予想できる。

地域における病院と診療所の分布も、地域の医療機能を示す重要な変数である。ある地域において、医療施設数（病院数と診療所数の合計）に占める診療所数の割合が高いことは、病院に比べて診療所へのアクセスが容易であることを示している。このような診療所へのアクセスの容易さについて、回答者（市民）がどのような認識もしくは判断を持っているのかは自明ではない。この変数については、先験的にその影響の方向性を予想することはできないが、病診連携等の地域における医療機能の議論のためにも、重要な変数となっている。

次節では、名古屋市『市政世論調査』を利用して、項目「健康・医療」と項目「高齢者福祉」に関して、「市政の評価」と「市政の要望」に影響を与えている要因を実証的に明らかにする。この実証分析を行うために、次なる2つのデータセットを用意する。ひとつは、性差・年齢・職業差の基本的属性を観察するためのデータセットである。もうひとつは、名古屋市16区別の2005～2005年（6年間）のパネルデータである。Winkelmann and Winkelmann (1998) や Ravallion and Lokshin (2001) は、パネルデータによる満足度もしくは幸福度の実証的研究を行っており、本稿ではこの後者のパネルデータによって、所得要因と医療固有の要因に関する仮説の検定を行おうと考えている。

5. 実証分析1 — 「健康・医療」 —

本節では、項目「健康・医療」に関して、その評価と要望に影響を与えている要因を実証的に明らかにする。以下では、はじめに性差・年齢・職業差を観察するための基本推定を行い、その後名古屋市16区・6年間のパネルデータを利用して、医療の固有の要因やその地域性に関して分析を行っている。

5.1 基本推定—性差・年齢・職業差—

表1のパネルAは、被説明変数の「健康・医療」に関する評価値を利用して、その性差・年齢・職業差についての回帰分析を行ったものである。表の左欄の結果が、年齢と評価値の関係について全体と男女別で見たものであり、表の右欄の結果が職業と評価値の関係を見たものである。この推定結果からわかることは、次のとおりである。

年齢は、評価値と強い統計的関係を有しており、年齢の2乗項（2次項）の統計的有意性の結果から、男女でその評価構造が異なっている。職業別の推定結果（推定式1-A4）における職業別ダミー変数は、会社員を基準として作成しており、推定された係数はその会社員の回答平均値からの乖離幅を示している。公務員や専業主婦・学生は会社員の回答と統計的な差はないが、自営・自由業やアルバイト・パート、無職の人は2～3%ポイント高い水準の評価値となっている。またすべての結果において、トレンド変数はマイナスで統計的有意な変数となっており、時系列的に評価値が低下してきている。

表1のパネルBは、被説明変数の「健康・医療」に関する要望値を利用して、その性差・年齢・職業差についての回帰分析を行ったものである。表の左欄の結果が、年齢と要望値の関係について全体と男女別で見たものであり、表の右欄の結果が職業と要望値の関係を見たものである。この推定結果からわかることは、同じく次のとおりである。

年齢は、評価の場合と同様に、要望値と強い統計的関係を有しているが、その関係は年齢の1次項のみ

表1 政策満足度の推定結果—「健康・医療」・基本推定—

A. 評価「健康・医療」

Variable	推定式1-A1 (全体)		推定式1-A2 (男性)		推定式1-A3 (女性)		Variable	推定式1-A4 (職業別)	
	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic		Coefficient	t-statistic
定数項	5.981	2.820 ***	8.149	2.332 **	2.272	2.018 *	定数項	6.355	6.089 ***
年齢	-0.054	-0.538	-0.179	-1.089	0.152	8.015 ***	公務員ダミー	0.350	0.316
年齢 ^{**2}	0.002	2.082 **	0.004	2.035 *			自営・自由業ダミー	2.325	2.102 **
トレンド変数	-0.721	-4.515 ***	-0.676	-2.569 **	-0.767	-4.053 ***	アルバイト・パートダミー	2.400	2.170 **
							専業主婦ダミー	1.700	1.537
							学生ダミー	1.344	1.118
							無職ダミー	3.025	2.735 **
							トレンド変数	-0.822	-2.973 ***
サンプル数	72		36		36		サンプル数	27	
被説明変数平均	6.319		6.228		6.411		被説明変数平均	5.856	
標準誤差	2.316		2.697		1.938		標準誤差	1.564	
決定係数 (自由度修正済み)	0.611		0.538		0.692		決定係数 (自由度修正済み)	0.356	
対数尤度	-160.563		-84.6758		-73.3437		対数尤度	-45.643	

B. 要望「健康・医療」

Variable	推定式1-B1 (全体)		推定式1-B2 (男性)		推定式1-B3 (女性)		Variable	推定式1-B4 (職業別)	
	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic		Coefficient	t-statistic
定数項	-3.214	-0.695	1.224	0.509	-5.304	-0.697	定数項	11.675	3.509 ***
年齢	0.534	2.454 **	0.251	6.218 ***	0.694	1.939 *	公務員ダミー	-3.250	-0.904
年齢 ^{**2}	-0.003	-1.316			-0.005	-1.255	自営・自由業ダミー	4.200	1.169
トレンド変数	1.464	4.202 ***	1.504	3.722 ***	1.423	2.482 **	アルバイト・パートダミー	-0.650	-0.181
							専業主婦ダミー	5.000	1.391
							学生ダミー	-8.575	-2.386 **
							無職ダミー	5.100	1.419
							トレンド変数	2.660	3.096 ***
サンプル数	72		36		36		サンプル数	28	
被説明変数平均	18.647		17.797		19.497		被説明変数平均	18.586	
標準誤差	5.048		4.141		5.875		標準誤差	5.083	
決定係数 (自由度修正済み)	0.490		0.591		0.405		決定係数 (自由度修正済み)	0.493	
対数尤度	-216.679		-100.669		-112.71		対数尤度	-80.5441	

注1) パネルAの被説明変数は、調査対象者が、調査票において市政に関する30項目を提示され、「最近、名古屋市が特によくやっていると思う項目はどれですか。あてはまる3つだけ選んでください」という質問に対して、「健康・医療」を選んだ人の割合（回答者比率、単位：%）である。

注2) パネルBの被説明変数は、調査対象者が、調査票において市政に関する30項目を提示され、「今後、名古屋市が特に力を入れて進めて欲しいと思う項目はどれですか。あてはまる3つだけ選んでください」という質問に対して、「健康・医療」を選んだ人の割合（回答者比率、単位：%）である。

注3) データは、推定式1-A1, 2, 3, B1, 2, 3で利用したものが2000から2005年の6年間、推定式1-A4, B4で利用したものが、同じ区分で集計公表されるようになった2002年から2005年の4年間である。

注4) ***は1%水準、**は5%水準、*は10%水準で、係数が有意であることを示している。

注5) 変数名「年齢^{**2}」は、年齢変数の2乗を示している。

注6) 推定式1-A4, B4（職業別）で利用したダミー変数は、会社員を基準として作成している。

が統計的有意な変数となっていることから、直線的な関係になっている。職業別の推定結果（推定式1-A4）における職業別ダミー変数の作成方法は、評価の場合と同様であり、その特徴として、多くの職業において会社員の回答平均値と統計的な差はないが、唯一、学生のみが8.5%ポイント低い要望値となっている。トレンド変数は、評価の場合と逆であり、時系列的に要望値が上昇してきている。

5.2 パネルデータ分析—医療の固有要因について—

表2は、作成したパネルデータについて、パネルAにその変数名の定義を、パネルBに記述統計量をまとめている。所得は、各区別の所得額データはないので、経済水準を示す1件あたり市税額を利用した。医療に関連する変数は、人口10万対医師数、公立病院比率、診療所比率の3つを利用する。その他に性差を明示的に考慮して、女性人口比率を利用している。

推定方法は、各区固有の観察できない要因が定数項として表現できる固定効果モデル（Fixed Effects Model；FE）と、それが確率変数として表現できる変量効果モデル（Random Effects Model；RE）の2つを行い、変量効果モデルの統計的仮定を満たすかどうかの検定（ハウスマン検定）を行い、モデル選択を行った。

表2 変数名の定義・記述統計量—パネルデータ分析—

A. 変数名の定義

変 数 名	定 義	単 位	データ出所
評価「健康・医療」	調査対象者が「最近、名古屋市が特によくやっていると思う項目はどれですか」という質問に対して、「健康・医療」を選んだ人の区ごとの割合	%	[1]
要望「健康・医療」	調査対象者が「今後、名古屋市が特に力を入れて進めて欲しいと思う項目はどれですか」という質問に対して、「健康・医療」を選んだ人の区ごとの割合	%	[1]
評価「高齢者福祉」	調査対象者が「最近、名古屋市が特によくやっていると思う項目はどれですか」という質問に対して、「高齢者福祉」を選んだ人の区ごとの割合	%	[1]
要望「高齢者福祉」	調査対象者が「今後、名古屋市が特に力を入れて進めて欲しいと思う項目はどれですか」という質問に対して、「高齢者福祉」を選んだ人の区ごとの割合	%	[1]
1件あたり市税額	各区の市税の徴収実績（収入済額・総数）における税額1件あたりの金額	千円 (実質)	[2], [3]
人口10万対医師数	各区の人口10万人あたりの医師数	人	[2]
公立病院比率	各区の公立病院（国立・地方自治体立）数が、当該区域の病院数に占める割合	%	[2]
診療所比率	各区の診療所数が、当該区域の医療施設数（病院数と診療所数の合計）に占める割合	%	[2]
女性人口比率	各区の女性人口数が、当該区域の人口数（住民数）に占める割合	%	[2]

データ出所

- [1] 名古屋市『市政世論調査 平成12（第39回）～17年度（第44回）』
- [2] 名古屋市『名古屋市統計年鑑 平成12～18年版』
- [3] 総務省統計局『消費者物価接統指数 平成17年基準』

注1）データは、名古屋市16区・6年間（2000～2005年）のパネルデータである。

注2）1件あたり市税額は、2005年基準の消費者物価指数で実質化している。

B. 記述統計量（変数平均・標準偏差・最小値・最大値）

変 数 名	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
評価「健康・医療」	6.29	2.99	0.00	15.40
要望「健康・医療」	18.78	5.85	8.20	39.30
評価「高齢者福祉」	16.87	5.73	7.10	34.30
要望「高齢者福祉」	36.30	6.17	23.50	52.30
1件あたり市税額	53.39	39.97	25.85	202.85
人口10万対医師数	290.31	254.16	82.20	1033.74
公立病院比率	11.58	9.62	0.00	25.00
診療所比率	92.57	2.81	85.85	96.58
女性人口比率	50.44	0.82	48.94	52.04

表3の左側の欄は、被説明変数に「健康・医療」に関する評価値（評価「健康・医療」）を利用した結果を、右側の欄は、被説明変数に「健康・医療」に関する要望値（要望「健康・医療」）を利用した結果である。評価「健康・医療」に関して、医療要因は公立病院比率がプラスの影響を、診療所比率がマイナスの影響を与えている。その他、社会経済要因では、1件あたり市税額がマイナスの影響を、女性人口比率が同じくマイナスの影響を与えている。要望「健康・医療」については、医療要因である診療所比率のみがプラスの影響を与えている。

6. 実証分析2—「高齢者福祉」—

次に本節では、項目「高齢者福祉」に関して、その評価と要望に影響を与えている要因を実証的に明らかにする。以下では、はじめに性差・年齢・職業差を観察するための基本推定を行い、その後名古屋市16区・6年間のパネルデータを利用して、医療の固有の要因やその地域性に関して分析を行っている。

6.1 基本推定—性差・年齢・職業差—

表4のパネルAは、被説明変数の「高齢者福祉」に関する評価値を利用して、その性差・年齢・職業差についての回帰分析を行ったものである。表の左欄の結果が、年齢と評価値の関係について全体と男女別で見たものであり、表の右欄の結果が職業と評価値の関係を見たものである。この推定結果からわかるこ

表3 政策満足度の推定結果—「健康・医療」・パネルデータ分析—

被説明変数 Variable	評価「健康・医療」			要望「健康・医療」		
	Coefficient	t-statistic	P-value	Coefficient	t-statistic	P-value
1件あたり市税額	-0.310	-2.043	** [.045]	0.286	0.913	[.364]
人口10万対医師数	-0.006	-0.394	[.694]	-0.055	-1.644	[.104]
公立病院比率	0.563	2.281	** [.025]	-0.007	-0.014	[.989]
診療所比率	-1.125	-1.845	* [.069]	2.938	2.332	** [.022]
女性人口比率	-14.141	-2.947	*** [.004]	8.784	0.887	[.378]
サンプル数	96			96		
標準誤差	2.834			5.852		
決定係数 (自由度修正済み)	0.101			-0.001		
ハウスマン検定						
統計量	18.828			14.048		
P-value	[.0021]			[.0153]		
採択モデル	固定効果			固定効果		

注1) データは、名古屋市16区・6年間（2000～2005年）のパネルデータである。

注2) ***は1%水準、**は5%水準、*は10%水準で、係数が有意であることを示している。

注3) 上記のハウスマン検定は、固定効果モデル(Fixed Effects Model; FE)を対立仮説として、変量効果モデル(Random Effects Model; RE)が正しいとする特定化仮説(帰無仮説)を検定対象としたものである。表中のP-valueは、帰無仮説を棄却することに関する確率水準を示している。

表 4 政策満足度の推定結果—「高齢者福祉」・基本推定—

A. 評価「高齢者福祉」

Variable	推定式4-A1 (全体)		推定式4-A2 (男性)		推定式4-A3 (女性)		Variable	推定式4-A4 (職業別)	
	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic		Coefficient	t-statistic
定数項	1.492	0.938	9.794	1.780 *	2.733	1.154	定数項	17.664	7.722 ***
年齢	0.335	10.131 ***	-0.055	-0.211	0.331	6.729 ***	公務員ダミー	-2.625	-1.062
年齢**			0.004	1.538			自営・自由業ダミー	6.325	2.560 **
トレンド変数			-0.566	-1.365			アルバイト・パートダミー	3.000	1.214
							専業主婦ダミー	4.825	1.953 *
							学生ダミー	-3.825	-1.548
							無職ダミー	9.600	3.885 ***
							トレンド変数	-1.376	-2.329 **
サンプル数	72		36		36		サンプル数	28	
被説明変数平均	16.549		15.461		17.636		被説明変数平均	16.696	
標準誤差	4.786		4.246		5.043		標準誤差	3.494	
決定係数 (自由度修正済み)	0.589		0.659		0.559		決定係数 (自由度修正済み)	0.627	
対数尤度	-213.878		-101.019		-108.302		対数尤度	-70.053	

B. 要望「高齢者福祉」

Variable	推定式4-B1 (全体)		推定式4-B2 (男性)		推定式4-B3 (女性)		Variable	推定式4-B4 (職業別)	
	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic	Coefficient	t-statistic		Coefficient	t-statistic
定数項	3.460	0.601	3.478	1.348	0.997	0.133	定数項	34.771	9.497 ***
年齢	0.983	3.633 ***	0.669	12.472 ***	1.367	3.874 ***	公務員ダミー	-0.450	-0.114
年齢**	-0.003	-1.176			-0.008	-2.004 *	自営・自由業ダミー	6.150	1.555
トレンド変数	-1.054	-2.431 **			-1.795	-3.175 ***	アルバイト・パートダミー	8.000	2.023 *
							専業主婦ダミー	10.500	2.655 **
							学生ダミー	-12.475	-3.155 ***
							無職ダミー	15.775	3.989 ***
							トレンド変数	-1.859	-1.966 *
サンプル数	72		36		36		サンプル数	28	
被説明変数平均	35.918		33.572		38.264		被説明変数平均	34.054	
標準誤差	6.280		5.495		5.793		標準誤差	5.593	
決定係数 (自由度修正済み)	0.774		0.815		0.812		決定係数 (自由度修正済み)	0.696	
対数尤度	-232.396		-111.388		-112.199		対数尤度	-83.221	

注1) パネルAの被説明変数は、調査対象者が、調査票において市政に関係する30項目を提示され、「最近、名古屋市が特によくやっていると思う項目はどれですか。あてはまる3つだけ選んでください」という質問に対して、「高齢者福祉」を選んだ人の割合（回答者比率、単位：％）である。

注2) パネルBの被説明変数は、調査対象者が、調査票において市政に関係する30項目を提示され、「今後、名古屋市が特に力を入れて進めて欲しいと思う項目はどれですか。あてはまる3つだけ選んでください」という質問に対して、「高齢者福祉」を選んだ人の割合（回答者比率、単位：％）である。

注3) データは、推定式4-A1, 2, 3, B1, 2, 3で利用したものが2000年から2005年の6年間、推定式4-A4, B4で利用したものが、同じ区分で集計公表されるようになった2002年から2005年の4年間である。

注4) ***は1％水準、**は5％水準、*は10％水準で、係数が有意であることを示している。

注5) 変数名「年齢**」は、年齢変数の2乗を示している。

注6) 推定式4-A4, B4（職業別）で利用したダミー変数は、会社員を基準として作成している。

とは、次のとおりである。

年齢は、評価値と強い統計的関係を持っているが、それは男女で異なっている。男性の推定結果（推定式 4-A2）では定数項のみが統計的有意な変数となったが、女性の推定結果（推定式 4-A3）では年齢の 1 次項のみが統計的有意な変数となっているためである。職業別の推定結果（推定式 4-A4）における職業別ダミー変数の作成方法は 5 節と同じであり、その特徴として、基準である会社員の回答平均値と公務員やアルバイト・パート、学生の回答には統計的な差は観察されないが、自営・自由業や専業主婦、無職の人は 4.8～9.6%ポイントの範囲で高い水準の評価値となっている。トレンド変数は、年齢別の推定結果では統計的有意なものとならなかったが、職業別の推定結果では統計的有意なものとなった。

表 4 のパネル B は、被説明変数の「高齢者福祉」に関する要望値を利用して、その性差・年齢・職業差についての回帰分析を行ったものである。表の左欄の結果が、年齢と要望値の関係について全体と男女別で見たものであり、表の右欄の結果が職業と要望値の関係を見たものである。この推定結果からわかることは、同じく次のとおりである。

年齢は、これまで同様、要望値と強い統計的関係を持っている。全体的に年齢の 1 次項のみが強い統計的有意性を持っているが、女性の推定結果（推定式 4-B3）では年齢の 2 乗項（2 次項）も統計的有意性を持つ変数となっており、要望値においても性差が存在している。職業別の推定結果（推定式 4-B4）における職業別ダミー変数の作成方法はこれまでと同様であり、基準である会社員の回答平均値と公務員や自営・自由業の回答には統計的な差は観察されないが、アルバイト・パートや専業主婦、無職の人は 8～15%ポイントの範囲で高い水準の要望値に、学生の方は 12.4%ポイント低い水準の要望値になっている。トレンド変数は、多くの推定結果において統計的有意にマイナスの符号を取っており、時系列的に要望値が低下してきている。

6.2 パネルデータ分析—医療の固有要因について—

表 5 は、作成したパネルデータについて、パネル A にその変数名の定義を、パネル B に記述統計量をまとめている。推定方法は、固定効果モデル（Fixed Effects Model；FE）と変量効果モデル（Random Effects Model；RE）の 2 つであり、モデル選択の方法等も 5 節と同じである。

表 5 の左側の欄は、被説明変数に「高齢者福祉」に関する評価値（評価「高齢者福祉」）を利用した結果を、右側の欄は、被説明変数に「高齢者福祉」に関する要望値（要望「高齢者福祉」）を利用した結果である。評価「高齢者福祉」に関して、医療要因である人口 10 万対医師数のみがプラスの影響を与えており、それ以外の変数は統計的有意な関係を持たなかった。要望「高齢者福祉」に関しては、すべての変数が統計的有意な関係を持たず、要望値に影響を与えている要因は観察されなかった。

7. おわりに

この論文の目的は、アンケート調査によって得られる幸福度や満足度といった主観的データについて、医療政策に関係する調査の現状とその動向、そしてその回答を規定する要因について実証的に明らかにすることであった。一般に政策満足度を調査する方法は、現状にどの程度だけ満足しているかを尋ねる満足

表5 政策満足度の推定結果—「高齢者福祉」・パネルデータ分析—

被説明変数 Variable	評価「高齢者福祉」			要望「高齢者福祉」		
	Coefficient	t-statistic	P-value	Coefficient	t-statistic	P-value
1件あたり市税額	-0.017	-0.644	[.520]	0.0074	0.283	[.777]
人口10万対医師数	0.007	2.313 **	[.021]	-0.0001	-0.019	[.985]
公立病院比率	0.047	0.550	[.582]	-0.0067	-0.077	[.938]
診療所比率	-0.143	-0.516	[.606]	-0.0877	-0.309	[.757]
女性人口比率	0.517	0.438	[.662]	0.0943	0.079	[.937]
定数項	2.292	0.035	[.972]	39.3537	0.588	[.556]
サンプル数	96			96		
標準誤差	5.576			6.334		
決定係数 (自由度修正済み)	0.053			-0.053		
ハウスマン検定 統計量	4.450			9.895		
P-value	[.4866]			[.0783]		
採択モデル	変量効果			変量効果		

注1) データは、名古屋市16区・6年間(2000~2005年)のパネルデータである。

注2) ***は1%水準, **は5%水準, *は10%水準で、係数が有意であることを示している。

注3) 上記のハウスマン検定は、固定効果モデル(Fixed Effects Model; FE)を対立仮説として、変量効果モデル(Random Effects Model; RE)が正しいとする特定化仮説(帰無仮説)を検定対象としたものである。表中のP-valueは、帰無仮説を棄却することに関する確率水準を示している。

もしくは評価を訊く方法と、今後にどれだけの充実を求めたいかを尋ねる重要さ(不満足)もしくは要望を訊く方法の2つがある。本稿では、全国調査である内閣府『国民生活選好度調査』と、地域調査である名古屋市『市政世論調査』を利用して、医療に関連する政策満足度について比較検討した。本稿の分析から得られた結果は、次のとおりである。(1)医療に関する充足度もしくは評価は時系列的に低下傾向にある一方、重要度もしくは要望は逆に上昇する傾向にある。(2)パネルデータを利用した分析から、「健康・医療」に関する評価や要望は、地域の病院機能や医療分担に依存している。(3)同様の分析から、「高齢者福祉」に関する評価は、人口10万対医師数に依存しているが、要望についてはそれとは独立であることがわかった。

参考文献

- Bertrand, M. and S. Mullainathan., (2001) "Do People Mean What They Say? Implications for Subjective Survey Data," *American Economic Review*. 91 (2): 67-72.
- Clark, A. E. and A. J. Oswald., (1996) "Satisfaction and Comparison Income," *Journal of Public Economics*. 61: 359-381.
- Ferrer-i-Carbonell, A., (2005). "Income and Well-Being: an Empirical Analysis of the Comparison Income Effect," *Journal of Public Economics*. 89: 997-1019.
- Frey, B. S. and A. Stutzer., (2002) "What Can Economists Learn from Happiness Research?," *Journal of Economic Literature*. 40 (2): 402-435.

- Hamermesh, D. S., (2004) "Subjective Outcomes in Economics," *Southern Economic Journal*. 71 (1) : 2-11.
- Kahneman, D. and A. Tversky., (2000) *Choices, Values, and Frames*. New York : Cambridge University Press.
- Kahneman, D. and A. B. Krueger., (2006) "Developments in the Measurement of Subjective Well-Being," *Journal of Economic Perspectives*. 20 (1) : 3-24.
- Ravallion, M. and M. Lokshin., (2001) "Identifying Welfare Effects from Subjective Questions," *Economica*. 68 : 335-357.
- Weiss, C. H., (1998) *Evaluation (second edition)*. Upper Saddle River : Prentice Hall.
- Winkelmann, L. and R. Winkelmann., (1998) "Why Are the Unemployed So Unhappy ? Evidence from Panel Data," *Economica*. 65 : 1-15.
- 泉田信行 (2001) 「第4章 医療機関による地域差」地域差研究会編『医療費の地域差』51-63, 東洋経済新報社.
- 泉田信行・中西悟志・漆博雄 (1998) 「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」『季刊社会保障研究』33(4) : 374-381.
- 大竹文雄 (2004) 「失業と幸福度」『日本労働研究雑誌』528 : 59-68.
- 岸田研作 (2001) 「医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説—2次医療圏, 市単位のパネルデータによる分析」『季刊社会保障研究』37(3) : 246-258.
- 酒井隆 (2001) 『アンケート調査の進め方』日本経済新聞社.
- 佐野晋平・大竹文雄 (2007) 「労働と幸福度」『日本労働研究雑誌』558 : 4-18.
- 澤野孝一朗 (2008) 「名古屋市中における「高齢者福祉」と「健康・医療」—市政世論調査から見た市内16区の特徴—」『国際地域経済研究 (名古屋市立大学大学院経済学研究科附属経済研究所)』9 : 61-73.
- 白石賢・白石小百合 (2006) 「幸福度研究の現状と課題—少子化との関連において—」ESRI Discussion Paper Series No. 165.
- 白石小百合・白石賢 (2007) 「少子化社会におけるワーク・ライフ・バランスと幸福感—非線形パネルによる推定—」ESRI Discussion Paper Series No. 181.
- 鈴木玲子 (1998) 「第6章 医療資源密度と受診・診療行動との関係」郡司篤見編著『老人医療費の研究』50-60, 丸善プラネット.
- 知野哲朗 (2003) 「高齢者医療費, 診療報酬制度および私的医療機関」『会計検査研究』28 : 217-232.
- 知野哲朗 (2005) 「4章 高齢者医療費の格差, 公私医療機関の併存, および公的規制」田近栄治・佐藤主光編著『医療と介護の世代間格差』77-96, 東洋経済新報社.
- 筒井義郎・大竹文雄・池田新介 (2005) 「なぜあなたは不幸なのか」ISER Discussion Paper No. 630.
- 都村敦子 (1978) 「医療サービスに対する需要と供給の見通し」『季刊社会保障研究』14(1) : 2-17.
- 富岡淳 (2006) 「労働経済学における主観的データの活用」『日本労働研究雑誌』551 : 17-31.
- 中北徹 (2000) 「第6章 国立病院・療養所の再編成—医療サービスの民営化をめぐる—」国立社会保障・人口問題研究所編『医療・介護の産業分析』125-152, 東京大学出版会.
- 西村周三 (1987) 「第3章 「医師誘発需要理論」をめぐる」西村周三著『医療の経済分析』25-46, 東洋経済新報社.
- 西村周三 (1996) 「第11章 医師数と医療費」社会保障研究所編『医療保障と医療費』235-252, 東京大学出版会.
- 西村周三 (2002) 「医療経済学とはどんな学問か?」『ESP』12月号 : 34-37.
- 西村周三・大竹文雄 (1989) 「医業に要する経費の地域格差と診療報酬評価」『医療』5(12) : 35-37.
- 松浦司 (2007) 「子どもと生活満足度」『日本経済研究』57 : 71-93.
- 山田武 (2002) 「国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討」『季刊社会保障研究』38(1) : 39-51.

Health and Elderly Care, Satisfaction in the Nagoya City (II)

Koichiro Sawano

The aim of this report is to explain a research trend of subjective date, e. g. happiness and satisfaction, and inform policymakers of its meanings and problems. Our main results are as follows : Firstly concerning about health and health care, satisfaction has the downward trend, and need has reversely the upward trend. Second using region-specific panel date (Nagoya city), we examine the objective determinants of satisfaction and need. Both the satisfaction and the need of health and health care depend on the regional hospital ownership variety and its clinic density. Finally the satisfaction of elderly care and associated service has statistical relation with physician density, but the need has no relationship.