

医療と健康の格差

- JGSS-2008 に基づく医療アクセスの分析 -

埴淵 知哉

立命館大学 / 日本学術振興会

Inequalities in Health and Health Care Access:
Analysis of Access to Medical Care using JGSS-2008

Tomoya HANIBUCHI

Ritsumeikan University

/ Japan Society for the Promotion of Science

The aim of this paper is to show the picture of access to medical care and to explore its related factors in Japan. By using JGSS-2008, we analyzed people's experience and reasons, as well as related factors for refraining from medical care. At the same time, we discussed the relation between inequalities in health and health care access. The result showed that many Japanese have refrained from medical care due to financial / psychological reasons, or time constraints. Age and level of household income showed an association with refraining from care, while geographic factors did not exhibit significant relations. Although refraining from care due to cost had an association with health satisfaction, it explained only a part of health inequalities in Japan.

Key Words: JGSS, access to care, health inequalities

本稿の目的は、日本における医療アクセスの実態とその関連要因を探ることである。JGSS-2008 のデータを用いて、受診抑制の経験とその理由、受診抑制との関連要因、さらに健康格差と医療アクセスの結び付きについて、統計解析をおこなった。その結果、日本においても受診抑制を経験した人は多く、経済的・時間的・心理的な理由から病院や診療所に行くのを控えていることが示された。年齢や世帯収入のレベルといった要素が受診抑制と関連していたものの、地理的な要素と受診抑制の関連は確認されなかった。また、「費用がかかる」という理由による受診抑制は、健康満足度の低さとも関連性を有していたが、健康格差の一部を説明したに過ぎなかった。

キーワード：JGSS, 医療アクセス, 健康格差

1. はじめに

1.1 研究の背景と先行研究

長らく国民皆保険制度の下で医療アクセスを保障してきた日本の医療制度をめぐって、近年さまざまな問題が浮かび上がっている。病院・診療所や医師などの医療資源の不足、その地理的な偏在や診療科の偏りが、等しく医療を受ける機会を損なっている現状が盛んに報じられている。また、患者自己負担の増加、保険料の未払いに伴う保険証の取り扱いなどをめぐって、とりわけ低所得者層が必要な医療を受けられないことも、大きな社会問題として持ち上がってきている。つまり、誰もが必要な時に必要な医療を受けられるかどうかという、医療アクセスの公平性が問われている状況にあるといえるだろう。

例えば、NPO 法人「日本医療政策機構」が 2007 年に実施した『医療政策に関する 2007 年世論調査』では、費用がかかるという理由で過去 12 カ月以内に「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」という人の割合が、高所得・高資産層（収入 800 万円以上かつ純金融資産 2,000 万円以上）では 16%であるのに対して、低所得・低資産層（収入 300 万円未満かつ純金融資産 300 万円未満）では 40%に上ることが示され、この結果は新聞等で広く紹介された。また同調査は、低所得・低資産層において医療費を払えない不安感が高いこともあわせて指摘している。

こうした背景から、皆保険制度をはじめとする日本の医療制度の崩壊が、「医療格差」という用語とともに数多く論じられるようになった（米山 2008, 川淵 2008）。一方では、高額な費用を投じて最先端の医療と充実したサービスを受ける層が出現し、他方では保険料を納付できないことで受診の抑制や疾患の重篤化に結び付くといった医療格差の実情が、新聞や雑誌など一般のメディアでも大きく取り上げられている（高橋ほか 2006, 鈴木ほか 2007）。ところが、特に社会階層による医療アクセスの格差という問題は、皆保険制度である日本では、これまであまり取り上げられてこなかったとされており（菅 2007, 松田 2009）、実証研究の蓄積に乏しい。

先行研究の例を挙げると、川添・馬場園（2007）、菅（2007）、村田ほか（2008）などが、このテーマを直接扱った数少ない実証研究となっている。川添・馬場園（2007）は、健康保険組合のデータを用いた分析から、外来や歯科における受診率、診療日数と平均標準報酬月額、扶養率との相関を明らかにしており、自己負担の増加によって低所得者や自覚症状に乏しい疾患で受診抑制が起こる可能性を示唆している。

個票データを用いた分析としては、菅（2007）が全国高齢者パネル調査の Wave1-Wave3（1987 年・1990 年・1993 年）データを用いて、高齢者の社会経済的階層による医療サービスへのアクセスと健康状態に格差が生じているかどうかを検証している。それによると、男性では健康状態と所得・教育との関連が確認される一方、外来受診と入院を指標とした医療サービスへのアクセスと社会経済的階層との有意な関連は一部にしかみられず、むしろ外来受診に関しては居住地域の影響の大きさが指摘されている。女性の場合にも一部を除いて、受診行動における社会経済的階層による違いは明らかではないとしている。また村田ほか（2008）も地域在住高齢者の個票データを用いて、低所得層ほど治療疾患を持つ者が多く、それにもかかわらず必要な医療を控えたと回答する割合が高かったことを報告している。そして、受診抑制においては「待ち時間が長い」「医者に行くのが好きでない」「かかるほどの病気ではない」「費用がかかる」といった理由が多いことを指摘している。

1.2 本研究の目的

本研究は、基本的にこれら先行研究と同じ問題意識から医療アクセスの実証研究を試みるものであるが、特に以下の諸点に留意しながらより包括的な分析に取り組む。

第一に、医療アクセスを評価する指標として、本人の必要性と認識に依拠する。医療アクセスの公平に関する評価には、大きく 3 つのアプローチがあり、それは（1）医療アクセスへの障壁が何かを質問し比較するもの、（2）医療の利用実態の差を分析するもの、（3）供給面から医療資源の配置を指標とするもの、とされる（松田 2009）。上述の日本医療政策機構によるアンケート調査や村田（2008）

は(1)に近く、川添・馬場園(2007)や菅(2007)は(2)に依拠したアプローチといえる。

(1)のアプローチは、本人が受診を抑制したと認識しているかどうかによって左右されるため、受診回数や医療費などの客観的な利用実態を必ずしもそのまま反映しているとは限らない。とはいえ、必要となるときに必要な医療を受けられるかという医療アクセスの観点からは、一律に受診の実態を把握するだけでなく、回答者の必要性と認識に依拠したデータにも意義があると考えられる。また(2)のアプローチでは、健康状態のコントロールが十分に可能なデータでなければ、受診回数や医療費が受診ニーズを反映しているのか、抑制結果を反映しているのか、容易には判断できないという難点がある。

第二に、受診抑制の要因や個人属性を幅広く検討する。多くの研究は経済的要因を医療アクセスの障壁とみなしているが、村田(2008)にも示されているように、受診抑制の要因は複合的であることが予想される。待ち時間の長さや本人の忙しさといった時間的要因、近くに病院がないことや交通手段をもたないという地理的要因、病院や医者が好きではない、信頼していないといった心理的要因なども、注目に値する理由であると思われる。また、受診抑制やその理由には、年齢や性別、就労状態など、個人のさまざまな条件によっても異なると考えられるため、それらを考慮した分析が求められる。

第三に、高齢者や労働者といった特定の集団ではなく、幅広い年齢層の日本の代表サンプルを分析の対象とする。医療アクセスをめぐることは、医療費や高齢者医療制度との関連から高齢者に注目が集まりやすいものの、他方で保険料未払いやその背景となりうる不安定雇用、低所得といった医療アクセスの阻害要因は若年層にとっても大きな問題である。経済的要因以外にも含め、特定の地域や年齢層だけでなく、医療アクセスの実態の全体像を描き出すことには大きな意義があると考えられる。

第四に、健康格差と医療格差の関連に着目する。さまざまな社会格差が問題化される中、医療格差とあわせて健康格差に関する議論も進められている(近藤 2005, 松田 2009)。社会経済的地位が健康を規定するという健康格差の存在は、絶対的貧困が少なくなった現代の先進国、そして日本においても多くの研究から確認されている(Marmot 2004, Kawachi & Kennedy 2002, 近藤 2007)。この現象を説明する経路仮説の一つには、低所得者層が十分に必要な医療を受けられないという医療アクセスの問題が指摘されてきた(近藤 2005)。近年日本で医療格差だけでなく健康格差が顕在化・拡大しているのであれば、両者の結び付きを検討することも一つの重要な課題となるだろう。

以上の諸点に注目しながら、本研究は、日本における医療アクセスの実態とその関連要因を探ること、この研究テーマに基礎的な知見を提供することを目的とする。

2. データと分析手法

2.1 データ

本研究で用いるデータは、JGSS-2008のA票である。JGSS-2008は、層化二段無作為抽出法により選ばれた日本全国に居住する20-89歳の男女個人に対する調査であり、2008年10-12月にかけて実施された。本稿で用いるのはA票であり、有効回収数は2,060、調査対象として不適格であったケースを除外して求めた回収率は58.2%である。当データは幅広い年齢や地域をカバーした全国代表サンプルであり、医療アクセスの実態と関連要因の全体像を示すという本稿の目的に照らして、有効なデータといえるだろう。

2.2 変数

JGSS-2008には、受診を控えた経験と、その理由を尋ねる設問が導入されている。具体的には、「過去1年間に、病気やケガにもかかわらず、病院や診療所に行くのを控えたことがありますか。軽い風邪や、虫歯の場合も含めてお答えください。」という質問文に対して、「控えたことがある」「控えたことはない」「病気・ケガはしていない」の三つの選択肢が用意されている。本研究では、「控えたことがある」「控えたことはない」という回答を、それぞれ受診抑制の有無とみなし、二値化した変数を医療アクセスの分析に用いる。

さらに、「控えたことがある」と回答した人に対しては、その理由を「待ち時間が長い」「費用がかかる」「病院が近くにない」「どの病院に行ったらよいかわからない」「交通手段がない」「病院に行くのは好きではない」「忙しくて時間がない」「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」「その他」から複数回答で尋ねている。本研究では、これらの回答を受診抑制理由として分析を進める。

他に用いる健康関連の変数は、主観的健康感（よい=1, 2, 3 / わるい=4, 5 に二値化）、健康満足度（満足=1, 2, 3 / 不満=4, 5 に二値化）、喫煙（現在吸っている / 吸っていないに二値化）、飲酒（ほとんど毎日飲む / それ以外に二値化）、運動（週に1回程度以上 / 月に1回程度以下に二値化）、社会経済的変数としては最終学歴（4 カテゴリ）と世帯収入のレベル、就労の有無、居住地特性としては市郡規模、そして人口学的変数としては、年齢（10歳区分）、性別、婚姻状態の三つを用いる。

2.3 モデル

まず、受診を控えた人の割合やその理由の回答分布を確認したのちに、受診抑制の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析をおこない、どのような人口学的・社会経済的・地理的特性が受診抑制と関連しているのかを探る。次に、受診抑制の理由それぞれについても同様の分析をおこない、抑制理由によって個人の特性が異なるのかどうかを確認する。最後に、医療格差と健康格差の関連を探るために、主観的健康感および健康満足度を被説明変数としたロジスティック回帰分析をおこなう。健康指標と社会経済的地位（収入と教育）との関連性が、受診抑制、また主要な抑制理由のダミー変数を投入することで変化するかどうかを確認し、医療アクセスが健康格差をどの程度説明しうるのかを検討する。以上の分析においては、そもそも医療を必要としていない「病気・ケガはしていない」と回答したケースは分析から除外する。

3. 分析結果

3.1 受診抑制の実態

はじめに、図1から受診抑制の設問に対する回答分布をみると、「控えたことがある」(42.6%)、「控えたことはない」(48.7%)、「病気・ケガはしていない」(8.7%)となっている。データからは、4割以上の方が、何らかの理由によって過去1年間に医療を受けられなかった経験をしていることになる。しかしこの設問には、「軽い風邪や、虫歯の場合も含めて」という注釈があるため、病院に行くほどではないという自己判断によるものが多く含まれている。

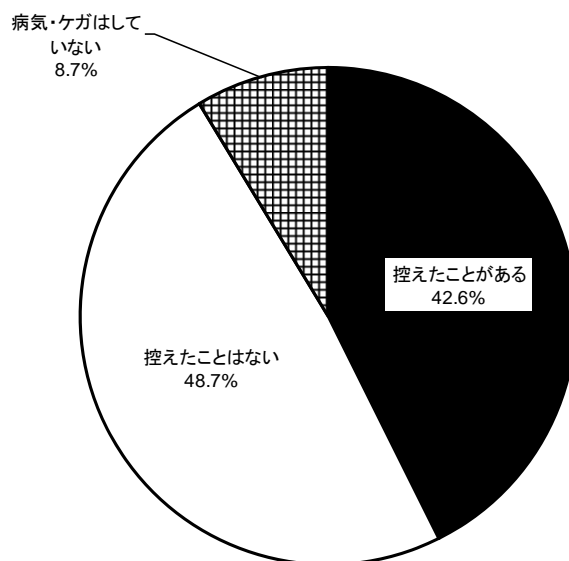


図1 過去1年間に受診を控えた経験があるかという質問への回答分布

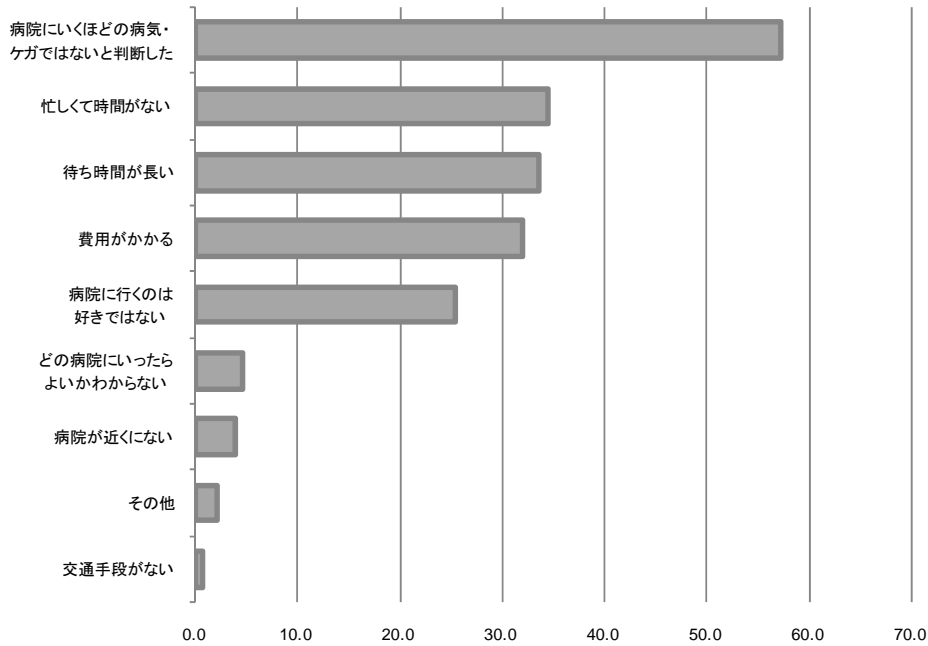


図2 過去1年間に受診を控えたことがある人における理由の回答比率（複数回答）

そこで次に、受診を控えた理由についての回答分布を、図2から確認しておく。最も多いのは「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」であり、受診抑制を経験した人の半数以上が、この理由を挙げている。これは先に述べた質問文から推察されるとおりの結果である。とはいえ、「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」という回答が、社会経済的地位や居住地によって異なるのであれば、医療の必要性に対する認識自体が医療アクセスの差をもたらしているといえるため、この理由を、単純にさほど問題のないケースとして扱うことは早計であろう。

他に理由として多く挙げられているのは、「忙しくて時間がない」「待ち時間が長い」「費用がかかる」「病院に行くのは好きではない」の4つであり、それぞれ受診抑制経験者の3割前後がこれらの理由を選択していた。これらはそれぞれ、時間的・経済的・心理的要因とみなすことが可能であろう。これに対して、「病院が近くにない」「交通手段がない」といった理由を挙げる人はきわめて少数に限られており、地理的要因は多くの人にとって受診抑制の理由とは考えられていない。

3.2 受診抑制の関連要因

表1に、受診抑制の有無（抑制あり=1）を被説明変数としたロジスティック回帰分析の結果を示した。ここでは、それぞれの説明変数を個別に投入した単変量モデルと、すべての変数を同時投入した多変量モデルの両方の推定結果を示した。

まず人口学的変数について、性別と受診抑制の間には、統計的に有意な関連性はみられなかった。年齢についてみると、おおむね年齢が高くなるにつれてオッズ比が小さくなっており、高齢者ほど受診抑制を経験していないことがわかる。この関連は、多変量解析の結果においても確認される。婚姻状態では、単変量では離死別、多変量では未婚のカテゴリにおいて有意な関連がみられた。

次に社会経済的変数について確認する。単変量モデルにおいては、学歴と世帯収入レベルの両方が有意な関連をもつものの、その方向は異なる。学歴が高いカテゴリでは受診抑制を経験したという回答が多いのに対して、世帯収入が多いカテゴリでは逆に、受診抑制を経験しない傾向がみられる。多変量モデルにおいても世帯収入のレベルは有意な関連性を示したが、学歴と受診抑制との有意な関連性はみられなかった。就労についても、単変量モデルでのみ、就労しているグループで受診抑制を経験しやすいという関連が示された。

表 1 受診抑制の経験に対するオッズ比と 95%信頼区間

		単変量モデル			多変量モデル				
		オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率
			下限	上限			下限	上限	
性別	男性								
	女性	1.00	0.83	1.20	0.98	0.91	0.72	1.15	0.44
年齢	20代								
	30代	1.53	1.03	2.28	0.04	1.14	0.73	1.78	0.57
	40代	1.20	0.81	1.78	0.36	0.89	0.56	1.43	0.64
	50代	0.70	0.48	1.02	0.06	0.46	0.29	0.74	0.00
	60代	0.49	0.33	0.73	0.00	0.30	0.18	0.50	0.00
	70代	0.28	0.18	0.43	0.00	0.18	0.11	0.32	0.00
	80代	0.18	0.09	0.35	0.00	0.12	0.05	0.27	0.00
婚姻状態	有配偶								
	離死別	0.64	0.47	0.87	0.00	0.90	0.64	1.28	0.57
	未婚	1.18	0.91	1.54	0.21	0.57	0.41	0.81	0.00
本人学歴	中学校・旧制小学校								
	高校・旧制中学校	1.51	1.15	1.97	0.00	0.94	0.69	1.28	0.71
	高専・短大・旧制高校	2.18	1.56	3.05	0.00	1.19	0.80	1.77	0.39
	大学・大学院	1.63	1.21	2.21	0.00	0.90	0.62	1.32	0.60
世帯収入のレベル	平均よりかなり少ない								
	平均より少ない	0.82	0.59	1.15	0.26	0.65	0.45	0.93	0.02
	ほぼ平均	0.69	0.50	0.95	0.02	0.50	0.35	0.71	0.00
	平均より多い	0.52	0.35	0.78	0.00	0.32	0.21	0.51	0.00
	平均よりかなり多い	0.31	0.12	0.76	0.01	0.23	0.09	0.60	0.00
就労の有無	就労なし								
	就労あり	1.82	1.51	2.21	0.00	1.05	0.82	1.35	0.68
主観的健康感	よい								
	わるい	0.72	0.56	0.93	0.01	0.85	0.65	1.13	0.26
喫煙	非喫煙								
	喫煙	1.42	1.15	1.76	0.00	1.16	0.91	1.49	0.24
飲酒	週数回～飲まない								
	ほとんど毎日	0.97	0.78	1.21	0.79	0.89	0.69	1.15	0.36
運動	週に1回以上								
	月に1回未満	1.32	1.09	1.59	0.00	1.07	0.87	1.32	0.52
市郡規模	大都市								
	人口20万人以上の市	1.06	0.81	1.39	0.65	1.23	0.92	1.64	0.17
	人口20万人未満の市	1.12	0.88	1.43	0.37	1.20	0.92	1.56	0.19
	町村	0.93	0.67	1.28	0.65	0.93	0.65	1.32	0.69
n		1829							

健康関連の変数では、飲酒習慣については有意な関連を認めなかった。他方、主観的健康感のわるいカテゴリでは受診抑制が起こりにくく、喫煙と運動については、それぞれ健康行動の悪いカテゴリにおいて受診抑制が起こりやすい傾向がみられた。しかし、これらの関連も、多変量モデルにおいては消失した。居住地特性を示す市郡規模と受診抑制との間にも、有意な関連はみられなかった。

表 2 に示したのは、主要な受診抑制の理由をそれぞれ被説明変数とし、すべての説明変数を同時に投入した多重ロジスティック回帰分析の結果である。ここでの分析対象は、受診抑制を経験したサンプルだけでなく、表 1 の分析と同様、「病気・ケガはしていない」群を除く全体のサンプルである。したがって、受診抑制経験者の中での相対的な傾向ではなく、全体としてどのような個人がそれぞれの理由で受診抑制を経験したのかを表している。

すべての理由に対して有意な関連性を示したのは、年齢のみであった。年齢が高くなるに従いオッズ比は小さくなり、高齢者ほどいずれの理由においても受診抑制を経験していない。ただし、「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」においては、関連性はやや不明瞭である。婚姻状態は「病院に行くのは好きではない」以外の理由において、既婚者に対して未婚のほうで受診抑制を経験していない傾向がみられた。

表2 各抑制理由に対するオッズ比と95%信頼区間

	「待ち時間が長い」				「費用がかかる」*				「病院に行くのは好きではない」				「忙しくて時間がない」				「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」			
	オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率
		下限	上限			下限	上限			下限	上限			下限	上限			下限	上限	
男性																				
女性	1.06	0.78	1.45	0.71	1.17	0.84	1.64	0.36	0.83	0.59	1.18	0.30	0.96	0.70	1.32	0.81	1.12	0.86	1.45	0.40
20代																				
30代	0.88	0.49	1.55	0.65	1.03	0.59	1.82	0.91	0.66	0.35	1.23	0.19	0.76	0.46	1.26	0.29	1.37	0.85	2.20	0.20
40代	0.73	0.40	1.33	0.30	0.70	0.38	1.29	0.25	0.97	0.51	1.84	0.92	0.72	0.43	1.23	0.24	1.15	0.70	1.91	0.58
50代	0.71	0.39	1.29	0.26	0.28	0.15	0.52	0.00	0.70	0.36	1.33	0.27	0.40	0.23	0.70	0.00	0.79	0.47	1.31	0.36
60代	0.44	0.22	0.85	0.01	0.15	0.07	0.31	0.00	0.42	0.21	0.87	0.02	0.23	0.12	0.44	0.00	0.76	0.44	1.31	0.33
70代	0.37	0.18	0.78	0.01	0.06	0.03	0.15	0.00	0.27	0.12	0.62	0.00	0.13	0.05	0.31	0.00	0.42	0.23	0.78	0.01
80代	0.15	0.04	0.58	0.01					0.26	0.08	0.85	0.03	0.08	0.01	0.63	0.02	0.45	0.19	1.07	0.07
有配偶																				
離死別	0.93	0.58	1.48	0.75	0.82	0.49	1.36	0.44	1.10	0.66	1.83	0.71	0.72	0.41	1.28	0.26	0.76	0.50	1.13	0.18
未婚	0.51	0.32	0.82	0.01	0.43	0.27	0.68	0.00	0.95	0.58	1.54	0.83	0.69	0.46	1.05	0.08	0.71	0.49	1.03	0.07
中学校・旧制小学校																				
高校・旧制中学校	0.87	0.58	1.32	0.51	0.90	0.57	1.43	0.65	0.77	0.49	1.19	0.23	1.74	0.99	3.05	0.06	1.19	0.83	1.70	0.34
高専・短大・旧制高校	0.87	0.52	1.47	0.61	0.79	0.45	1.40	0.42	0.61	0.34	1.09	0.10	1.65	0.86	3.15	0.13	1.31	0.84	2.03	0.23
大学・大学院	0.85	0.51	1.41	0.53	0.63	0.36	1.12	0.12	0.51	0.29	0.89	0.02	2.04	1.10	3.77	0.02	1.02	0.67	1.57	0.92
平均よりかなり少ない																				
平均より少ない	0.79	0.51	1.24	0.30	0.32	0.21	0.50	0.00	1.25	0.76	2.06	0.38	0.65	0.40	1.06	0.08	0.91	0.61	1.35	0.62
ほぼ平均	0.64	0.41	0.99	0.05	0.17	0.11	0.26	0.00	0.69	0.41	1.16	0.16	0.69	0.43	1.12	0.13	0.76	0.51	1.12	0.16
平均より多い	0.46	0.26	0.84	0.01	0.06	0.03	0.13	0.00	0.71	0.37	1.38	0.32	0.46	0.25	0.85	0.01	0.63	0.39	1.03	0.06
平均よりかなり多い	0.51	0.14	1.86	0.31	0.06	0.01	0.48	0.01	0.30	0.04	2.39	0.26	0.63	0.19	2.11	0.45	0.42	0.13	1.33	0.14
就労なし																				
就労あり	1.36	0.97	1.91	0.08	0.85	0.60	1.21	0.36	0.97	0.67	1.41	0.87	2.29	1.55	3.38	0.00	1.06	0.81	1.39	0.69
よい																				
わるい	1.04	0.72	1.51	0.82	1.21	0.82	1.78	0.33	1.10	0.74	1.64	0.64	1.01	0.68	1.51	0.96	0.52	0.37	0.74	0.00
非喫煙																				
喫煙	1.12	0.82	1.55	0.47	0.89	0.63	1.26	0.51	1.22	0.86	1.72	0.26	1.29	0.94	1.76	0.12	1.11	0.84	1.45	0.47
週数回～飲まない																				
ほとんど毎日	0.85	0.61	1.20	0.37	1.23	0.86	1.77	0.25	0.86	0.59	1.25	0.42	1.07	0.77	1.49	0.69	0.87	0.66	1.15	0.33
週に1回以上																				
月に1回未満	1.46	1.09	1.94	0.01	1.45	1.06	1.99	0.02	1.02	0.74	1.39	0.92	1.30	0.97	1.73	0.08	0.86	0.69	1.08	0.21
大都市																				
人口20万人以上の市	1.27	0.86	1.88	0.24	1.25	0.83	1.87	0.28	1.20	0.78	1.87	0.41	0.91	0.61	1.36	0.65	1.14	0.83	1.56	0.43
人口20万人未満の市	1.28	0.89	1.83	0.18	0.91	0.63	1.33	0.63	1.19	0.80	1.78	0.39	1.37	0.96	1.94	0.08	1.11	0.83	1.48	0.49
町村	0.80	0.48	1.32	0.38	0.60	0.35	1.02	0.06	0.86	0.49	1.49	0.58	0.73	0.44	1.21	0.22	0.98	0.67	1.45	0.93
n	1829				1829				1829				1829				1829			

* 年齢カテゴリーの80代に該当ケースが存在しないため、70代と統合した。

学歴についても一部の抑制理由について有意な関連がみられ、学歴が高いほうが「病院に行くのは好きではない」を理由とする受診抑制が少なく、「忙しくて時間がない」を理由とする受診抑制が多かった。世帯収入のレベルに関しては、「費用がかかる」において非常に強い関連がみられたほか、「待ち時間が長い」「忙しくて時間がない」という時間的な理由による受診抑制とも有意に関連していた。また、「忙しくて時間がない」を理由とする受診抑制においては、収入を伴う仕事を持つ就労ありのオッズ比が 2.29 (95%CI: 1.55-3.38) という値を示した。

その他、主観的健康感は、「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」を理由とする受診抑制とのみ、明瞭な関連を示し、より健康感のわるい層において、受診を抑制しない傾向が確認された。また、運動習慣がない者で、「待ち時間が長い」「費用がかかる」との有意な関連を示した。

3.3 受診抑制と健康状態

表 3 は、主観的健康感(わるい=1)を被説明変数としたロジスティック回帰分析の結果である。表中には、人口学的・社会経済的変数のみを投入したモデル 1、受診抑制経験のダミー変数を追加したモデル 2、抑制経験ではなく主要な受診抑制理由のダミー変数を投入したモデル 3 の結果を示した。

モデル 1 をみると、学歴と世帯収入が最も低い層を参照カテゴリとした場合、より学歴と収入の高いカテゴリのオッズ比は 1 より小さく、学歴ではやや不明瞭なものの、主観的健康感との有意な関連が確認される。受診抑制経験を追加投入したモデル 2 においては、「受診抑制あり」のダミー変数 (OR=0.85, 95%CI: 0.65-1.12) は主観的健康感と有意な関連を示さず、学歴と世帯収入のオッズ比にもほとんど変化がみられない。受診抑制の要因別ダミー変数を投入したモデル 3 では、「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」(OR=0.46, 95%CI: 0.32-0.66) が強い関連を示した。学歴と世帯収入のオッズ比は若干大きくなり、学歴には 5%水準での有意な関連性がみられなくなったものの、全体として大きな変化はみられなかった。

表 3 主観的健康感(わるい)に対するオッズ比と 95%信頼区間

		モデル1				モデル2				モデル3			
		オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率
			下限	上限			下限	上限			下限	上限	
性別	男性												
	女性	0.97	0.74	1.28	0.85	0.97	0.74	1.27	0.83	1.00	0.76	1.31	0.98
年齢	20代												
	30代	1.45	0.66	3.18	0.36	1.46	0.66	3.20	0.35	1.51	0.68	3.34	0.31
	40代	2.72	1.24	5.96	0.01	2.71	1.24	5.94	0.01	2.80	1.27	6.16	0.01
	50代	2.53	1.15	5.54	0.02	2.46	1.12	5.41	0.02	2.57	1.16	5.68	0.02
	60代	3.03	1.37	6.72	0.01	2.90	1.31	6.46	0.01	3.20	1.42	7.19	0.00
	70代	4.25	1.90	9.54	0.00	4.01	1.77	9.04	0.00	4.30	1.89	9.82	0.00
	80代	5.54	2.20	13.95	0.00	5.17	2.03	13.12	0.00	5.78	2.25	14.83	0.00
婚姻状態	有配偶												
	離死別	1.08	0.73	1.59	0.71	1.07	0.73	1.59	0.72	1.03	0.70	1.53	0.87
	未婚	1.34	0.84	2.14	0.23	1.31	0.82	2.10	0.26	1.32	0.82	2.13	0.25
本人学歴	中学校・旧制小学校												
	高校・旧制中学校	0.69	0.49	0.98	0.04	0.69	0.49	0.97	0.04	0.72	0.51	1.01	0.06
	高専・短大・旧制高校	0.74	0.46	1.20	0.23	0.75	0.46	1.21	0.24	0.79	0.49	1.29	0.35
	大学・大学院	0.63	0.40	1.00	0.05	0.63	0.40	1.00	0.05	0.66	0.41	1.06	0.08
世帯収入のレベル	平均よりかなり少ない												
	平均より少ない	0.55	0.37	0.81	0.00	0.54	0.36	0.80	0.00	0.57	0.38	0.85	0.01
	ほぼ平均	0.41	0.28	0.61	0.00	0.40	0.27	0.60	0.00	0.43	0.29	0.65	0.00
	平均より多い	0.36	0.21	0.64	0.00	0.35	0.20	0.62	0.00	0.38	0.21	0.68	0.00
	平均よりかなり多い	0.71	0.25	2.06	0.53	0.68	0.23	1.96	0.47	0.73	0.25	2.13	0.56
受診抑制あり						0.85	0.65	1.12	0.25				
	「待ち時間が長い」									1.08	0.72	1.63	0.70
	「費用がかかる」									1.32	0.88	1.98	0.17
	「病院に行くのは好きではない」									1.32	0.86	2.03	0.21
	「忙しくて時間がない」									0.96	0.63	1.46	0.85
	「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」									0.46	0.32	0.66	0.00
n		1843				1843				1843			
Nagelkerke R ²		0.077				0.078				0.096			

表 4 健康満足度（不満）に対するオッズ比と 95%信頼区間

		モデル1				モデル2				モデル3			
		オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率	オッズ比	95%信頼区間		有意確率
			下限	上限			下限	上限			下限	上限	
性別	男性	0.88	0.68	1.14	0.35	0.88	0.68	1.14	0.35	0.90	0.70	1.17	0.45
	女性												
年齢	20代												
	30代	1.64	0.82	3.30	0.16	1.64	0.82	3.30	0.16	1.71	0.85	3.47	0.13
	40代	3.34	1.66	6.72	0.00	3.34	1.66	6.72	0.00	3.54	1.75	7.17	0.00
	50代	2.37	1.17	4.81	0.02	2.36	1.16	4.81	0.02	2.59	1.26	5.31	0.01
	60代	2.25	1.09	4.66	0.03	2.24	1.08	4.65	0.03	2.63	1.25	5.51	0.01
	70代	3.54	1.70	7.39	0.00	3.52	1.68	7.39	0.00	4.03	1.90	8.58	0.00
	80代	4.49	1.89	10.65	0.00	4.45	1.86	10.65	0.00	5.30	2.19	12.83	0.00
婚姻状態	有配偶												
	離死別	1.04	0.71	1.53	0.83	1.04	0.71	1.53	0.83	1.01	0.69	1.49	0.94
	未婚	1.43	0.93	2.19	0.10	1.42	0.93	2.18	0.10	1.48	0.96	2.29	0.07
本人学歴	中学校・旧制小学校												
	高校・旧制中学校	0.72	0.52	1.00	0.05	0.72	0.52	1.00	0.05	0.73	0.52	1.02	0.06
	高専・短大・旧制高校	0.60	0.37	0.96	0.03	0.60	0.37	0.96	0.03	0.62	0.38	1.00	0.05
	大学・大学院	0.63	0.41	0.97	0.04	0.63	0.41	0.97	0.04	0.64	0.41	0.99	0.05
世帯収入のレベル	平均よりかなり少ない												
	平均より少ない	0.49	0.34	0.71	0.00	0.49	0.33	0.71	0.00	0.52	0.36	0.76	0.00
	ほぼ平均	0.35	0.24	0.51	0.00	0.35	0.24	0.51	0.00	0.38	0.26	0.56	0.00
	平均より多い	0.28	0.16	0.47	0.00	0.27	0.16	0.47	0.00	0.31	0.18	0.54	0.00
	平均よりかなり多い	0.80	0.31	2.08	0.65	0.80	0.31	2.07	0.65	0.87	0.33	2.27	0.77
受診抑制あり						0.98	0.76	1.27	0.90				
	「待ち時間が長い」									1.09	0.75	1.58	0.65
	「費用がかかる」									1.48	1.02	2.13	0.04
	「病院に行くのは好きではない」									1.08	0.72	1.62	0.71
	「忙しくて時間がない」									1.32	0.92	1.89	0.13
	「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」									0.54	0.39	0.74	0.00
n		1833				1833				1833			
Nagelkerke R ²		0.079				0.079				0.097			

また表 4 は、健康満足度（不満 = 1）を被説明変数とした場合の分析結果であり、主観的健康感とは別の健康指標として比較のために結果を示した。基本的な傾向は、主観的健康感の場合とほとんど変わらない。ただし、受診抑制の要因別ダミー変数を投入したモデル 3 において、「費用がかかる」（OR=1.48, 95%CI: 1.02-2.13）のダミー変数が 5%水準の有意な関連を示しており、この理由による受診抑制が健康満足度の低さと関連していることが確認された。

4. 考察

4.1 なぜ、どの程度、受診を控えているのか？

分析結果からはまず、4 割以上の回答者が何らかの理由で受診を抑制している実態が示された。その中で最も多く理由として挙げられたのは「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」というものであったが、「忙しくて時間がない」「待ち時間が長い」「費用がかかる」「病院に行くのは好きではない」といった時間的・経済的・心理的な理由も多くみられた。とりわけ「費用がかかる」という理由による受診抑制が多いことは、医療アクセスの公平性の観点から問題であり、また受診抑制が疾患の重篤化や健康状態の悪化につながるのであれば、健康格差の拡大に寄与するという点からも看過できない要因となる。

他方で、「病院が近くにない」「交通手段がない」という理由による受診抑制は限定的であり、経済的要因と並んでしばしば医療アクセスの障壁として問題視される地理的要因は、ここでは観察されなかった。高齢者を対象とした菅（2007）と村田（2008）では、いずれも居住地域や病院が近くにならぬなどの地理的要因の重要性が示されており、それらと本研究の結果は異なる。考えうる説明の一つとしては、本研究のサンプルが 20-89 歳という幅広い年齢層から構成されているため、移動歩行能力の低下や自分で自動車を運転できないなどの理由から病院へのアクセスに困難を抱えるケースが相対

的に少なかったことが考えられる。

とはいえ、回答者本人が「病院が近くにない」と認識していなくとも、居住地域によって「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」という理由や、「忙しくて時間がない」「待ち時間が長い」という時間的要因による受診抑制の生じやすさが異なるのであれば、間接的には地理的要因の影響を受けている可能性がある。同様に、「費用がかかる」以外の理由による受診抑制と世帯収入レベルの間に関連がみられた場合、本人の認識とは別に、社会経済的地位と医療アクセスとの関連を示すことになる。

4.2 誰が、なぜ、受診を控えているのか？

上述の点を念頭に置きながら、受診抑制全体の有無、および理由別にロジスティック回帰分析をおこない、受診抑制と関連する要因の探索を試みた。

表1および表2からまず、高齢者ほど、いずれの理由においても受診抑制が起こりにくいという結果が得られた。年齢は、理由を問わず受診抑制の有無と関連する重要な変数であることが窺える。これについてはいくつかの説明が考えられる。まず、高齢者が何らかの怪我や病気になった場合、その症状はより若い年齢層と比べて平均としては重い可能性がある。多変量モデルでは主観的健康感を説明変数に投入してあるが、慢性疾患の有無など、統制できていない交絡因子の影響が年齢に反映されているかもしれない。また、高齢者の医療費の自己負担割合はより若い年齢層と比べて低く、就労や子育てによる時間的制約も相対的に少ないと推察されるため、これらも分析結果の一部を説明するだろう。ただし、高齢者において受診抑制が少ない理由は複合的であり、上記以外の制度的側面や心理的要因なども含まれた結果であると考えられる。

世帯収入のレベルも、受診抑制を説明する重要な変数であることが分析から示された。オッズ比の勾配から、収入が平均よりかなり少ない人に比べて、収入が多くなるにつれて受診抑制が起こりにくくなるのがわかる。ちなみに本研究では欠損値が多くなることを避けて、世帯収入の金額ではなく、世間一般と比較して収入が多いか少ないかを尋ねた変数を利用した。等価所得を計算して同様の解析をおこなったところ、同様の傾向はみられるものの、かなり不明瞭な結果であった。金額ではサンプル数が少なくなるもののほか、世間との比較では地域の経済水準など純粋な収入金額以外の要素を反映しているのかもしれない。

受診抑制の理由別に分析したところ、世帯収入のレベルは、「費用がかかる」との強い関連を示すだけでなく、「待ち時間が長い」「忙しくて時間がない」という時間的な理由による受診抑制とも有意に関連していた。また、「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」という理由についても、5%水準では有意でないが、収入が高いほど受診を抑制しやすいという傾向が窺えた。このように、低所得者層が「費用がかかる」以外の受診抑制理由をも表明しやすいことから、収入の少なさが受診抑制に結びつくのは、単純に医療費だけの問題ではないかもしれない。

もう一つ言及すべき点は、地理的な要素に関して、「病院が近くにない」「交通手段がない」という直接的な理由が表明されていないだけでなく、回答者の居住地域（市郡規模）が受診抑制とそれほど明瞭な関連を示さなかったことである。市郡規模という変数は市町村を単位とした大まかな都市化指標であるため、より詳細な都市化指標や医療資源への近接性との関連を分析することで異なる結果が得られる可能性は残されているが、少なくともここでの分析結果からは、地理的要因は受診抑制の主たる関連要因とは認められなかった。

4.3 医療格差は健康格差と結びつくのか？

さらなる分析として、本研究では医療格差と健康格差の関連についても検討した。主観的健康感および健康満足度を被説明変数とした分析において注目したのは、次の三点であった。第一に、健康感・満足度と教育・収入の関連性がみられるかどうか、第二に、各種理由による受診抑制が健康感・満足度と関連しているかどうか、第三に受診抑制が教育・収入と健康感・満足度の関連の一部または全部

を説明するか、である。

第一の点について関連がみられることは分析結果から明らかであり、2008年の日本においても健康格差が存在することを示唆する。ただし、ここでは「病気・ケガはしていない」と回答したサンプルが分析から除かれているため、結果の一般化については留意が必要である。第二の点は、受診抑制全体ではみられないものの、いくつかの理由による受診抑制と健康感・満足度の関連が確認された。とりわけ、「費用がかかる」という理由による受診抑制が健康満足度の低さと関連していたことは、医療格差が健康格差を生み出す可能性の一端を示唆するものとして注目される。患者自己負担や保険料の増加などに伴い、受診抑制が増えるようなことがあれば、医療格差と健康格差のより強い循環を生み出すことにもつながりかねない。しかし第三の点については、受診抑制は教育・収入と健康感・満足度の関連をそれほど説明しておらず、このことは健康格差の作用経路に医療アクセス以外の要因があることを示唆している。健康格差は医療格差によってのみもたらされているわけではなく(近藤 2005, 松田 2009) その意味で本研究の結果は整合的であったといえる。

5. おわりに

本稿は、JGSS-2008のデータを用いて、日本における医療アクセスの実態とその関連要因を探ることを試みた。その結果、日本においても受診抑制を経験した人は多く、さまざまな理由から病院や診療所に行くのを控えていることが示された。また、年齢や世帯収入のレベルといった要素が受診抑制と関連しており、特に「費用がかかる」という理由による受診抑制は、健康満足度とも関連性を有していた。

本研究は基礎的な解析であるが、研究蓄積の乏しい医療アクセスの実態と関連要因について基礎的な知見を得るという目的は、ひとまず達成されたといえるだろう。もちろん、ここでの分析は横断データを用いて関連性を示したに過ぎず、統計学的な因果には言及できない。しかし、社会経済的地位と受診抑制、健康状態が何らかの経路により関連性を有する以上、医療アクセスをめぐる問題が日本社会の医療と健康を考える上で看過できない要素になりうることは示し得たと思われる。

残された課題として、本稿の分析では、地理的な要素と受診抑制との明瞭な関連を認めなかったが、この点についてはさらなる分析の必要があると考えられる。

[Acknowledgement]

日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター(文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点)が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。本研究は科研費(特別研究員奨励費 21・6500)の助成を受けたものである。

[参考文献]

- 菅万理, 2007, 「社会経済的階層による健康格差と老人保健制度の効果—全国高齢者パネルを用いた試作的研究—」『世代間問題研究プロジェクト「世代間問題の経済分析」(特別推進研究)ディスカッション・ペーパー』308.
- 川淵孝一, 2008, 『医療再生は可能か』筑摩書房.
- Kawachi, Ichiro, and Kennedy, Bruce P, 2002, *The Health of Nations: Why Inequality Is Harmful to Your Health*, New York: The New Press.
- 川添希・馬場園明, 2007, 「健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果」『厚生指針』54(6): 14-19.
- 近藤克則, 2005, 『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか—』医学書院.
- 近藤克則編, 2007, 『検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査—』医学書院.
- Marmot, Michael, 2004, *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York: Times Books.

- 松田亮三編, 2009, 『健康と医療の公平に挑む 国際的展開と英米の比較政策分析』勁草書房.
- 村田千代栄・尾島俊之・近藤克則・平井寛, 2008, 「地域在住高齢者の所得と受療行動の関連」『第 18 回日本疫学会学術総会講演集』: 130.
- 鈴木豪・田中久夫・田島靖久・山本猛嗣・西川敦子・上田昇・工藤一彦, 2007, 「特集 衝撃の医療格差 安心できる病院ランキング 信頼できる医師・クスリ選び」『週刊ダイヤモンド』95(14), (4174): 30-81.
- 高橋由里・風間直樹・山本亜由子・佐藤未来・高橋篤史・山田俊浩・長谷川隆・梅沢正邦・岡田広行・吉原清児・葉上太郎・矢吹紀人・中島涼介, 2006, 「COVER STORY 全解明 ニッポンの医者と病院」『週刊東洋経済』6048: 28-111.
- 米山公啓, 2008, 『医療格差の時代』筑摩書房.