

誰が受診を控えているのか：J-SHINE を使った初期的分析

阿部 彩

国立社会保障・人口問題研究所

【要旨】

医療サービスの受診抑制は、「国民皆保険」の精神に反する医療制度の重大な危機である。しかしながら、人々がどのような理由で、また、どれくらいの頻度で医療機関に行くことを抑制しているのかについては、詳細な分析が乏しい。本稿は、日本における受診抑制の発生状況とその要因を解明しようとした先行研究をレビューし、その上で「まちと家族の健康調査」の個票データにもとづき、成人（20～59 歳）の受診抑制の有無とその理由について初期的分析を行った。先行研究からは、受診を抑制したと感じている人は相当数存在し、この率は、勤労世代では（主観的に）健康でなかった人のうちの 30%から 50%程度と推測されること、所得階層によって、受診抑制したと感じる人の割合は異なること、受診抑制の理由として、金銭的な理由が挙げられることが多いものの、時間的な制約も大きい要因となっていること、がわかった。「まちと家族の健康調査」の分析からは、勤労世代（25～50 歳）の男性 34%、女性 37%において本人の選好によらない受診抑制が発生していた。受診抑制の理由別に受診抑制を経験した人を分類すると、「時間的制約によるもの」「経済的制約によるもの」「両者によるもの」の 3 つに分類され、地理的・物理的理由は極わずかであった。時間的制約がある人と、経済的制約がある人は、全く異なる属性を持つと考えられがちであるが、必ずしもそうとは言えず、時間的制約と経済的制約の両者を抱える人が非正規雇用者等を中心に多いことがわかった。また、時間的制約のみを抱える人は、正社員のみならず、育児を抱えている人が少なくない。経済的制約のみを抱える人は、世帯所得等から見ても特異であり、従来の「貧困層」を彷彿させる属性であった。

キーワード： 受診抑制、「まちと家族の健康調査」

1. 問題の設定

本稿のトピックは、医療サービスの受診抑制である。医療サービスの受診抑制とは、医療サービスを必要としながらもそれを何らかの理由で自ら受診を控えることを意味する（近藤 2012, p. 88）。すべての人が必要とする医療サービスを受けることができることは、現代社会の発展の中でも最も重要視されるゴールの一つであり、受診抑制がどのような頻度で起こっているのか、どのような理由で起こっているのか、また、どのような属性の人々が受診を抑制しているのかなどの情報は、医療制度を考える上でも最も重要な情報の一つであろう。特に、医療サービスの受診を疎外する要因には、医療機関への距離や、交通手段など、医療サービスへの物理的なアクセスを困難とする地理的な制約、保険料が払えな

いたため医療保険に入ることができなかつたり、受診時の自己負担を払うことができないなどの金銭的な制約、仕事や育児・介護・家事などが忙しく病院に行く時間がとれないなどの時間的制約が考えられる¹。これらの要因を緩和する政策はそれぞれ異なり、どのような要因の受診抑制がどのような人々に発生しているのかを知らなければ、効果的な政策は望めない。

しかし、受診抑制の実態をデータで確認することは、容易ではない。第一に、日本においては、受診抑制についての設問を含めた大規模の代表サンプルを対象の調査が少ないことがある。厚生労働省の「所得再分配調査」や、医療受診に関するデータはかねてより存在するものの、受診したデータは存在するものの、受診しなかったデータは存在しない。近年になって、医療サービスへのアクセスや、健康格差が学会からも注目されるようになり、ようやく直接的に医療受診について訪ねる調査が増えてきている。本稿では、その一つである「まちと地域」調査（J-SHINE）を用いて受診抑制への直接的なアプローチを試みる。

第二に、上に述べたように、ひとことに「受診抑制」いっても、その理由は様々であり、「何が」受診の障壁となったのかを把握しなければ、受診抑制の要因解明とはならない。すなわち、ただ単に受診抑制が発生したか否かを訪ねるだけではなく、「受診を控えた理由」まで訪ねなければ、その実態や要因解明はままならないのである。上で述べた新しい調査のいくつかは、調査票の中に受診抑制の理由を含んでおり、本稿においても J-SHINE に含まれる受診抑制の理由を用いた分析を行う。しかしながら、「理由」は必ずしも独立した事象であるわけではなく、時によってはその区分はファジーである。例えば、医療機関が「遠くて行けない」と回答された場合においても、回答者に金銭的余裕がありタクシーを使うことができるならば地理的距離は医療サービスへのアクセスの障壁とはならないかも知れない。しかし、本稿で見ると、受診抑制の理由別の分析からは明らかな傾向を読み取ることができ、このような問題を認識しつつも、理由別の分析には意義があると考えられる。

第三に、医療サービスは他の多くの物品やサービスと異なり、その価値が病気や怪我などをしなければ不必要な無価値のものであることがある。一方で、いざ重篤の病気になったり、怪我をした際には、何よりも代えがたい価値がある。すなわち、受診抑制の「深刻度」を測るためには、その人の医療サービスのニーズを把握しなければならない。同じ「医療抑制」でも、「風邪気味で治りが遅い時」の医療抑制と、「高熱が 3 日続いていて意識が朦朧としている時」の医療抑制では、同じように扱うことができるのかは疑問である。そのため、受診抑制の分析のためには、本人の健康状況をコントロールした分析をおこなうことが必要である。

本稿の目的は、このような課題を認識した上で、受診抑制の理由別の発生状況、受診を

¹ 医療サービスが受けられない理由としては、これらの他にも職種や国籍（不法在留など）、人種などの理由で加入することができる医療保険がない、受診できる病院がない、宗教等の理由により特殊な病院が必要であるなどの社会的な要因も考えられるが、これらの問題は日本においては比較的少ないとの推測により本稿では検討していない。

抑制する人々の属性を明らかにすることである。本稿で用いるデータは、東京大学等の研究者を中心とした科研費・新学術領域研究「社会階層と健康」プロジェクトによる「まちと家族の健康調査」（以下、本調査）の第一ウェーブ（Version XXXX）である。本稿の構成は以下の通りである。2章では、受診抑制に関する先行研究をレビューする。3章では、分析に用いたデータと変数の説明、4章は、クロス表を用いて、受診抑制の理由別の発生のパターンとその重なりを描写する。5章では、重回帰分析を用いた受診抑制の要因分析を行う。6章には考察を述べる。

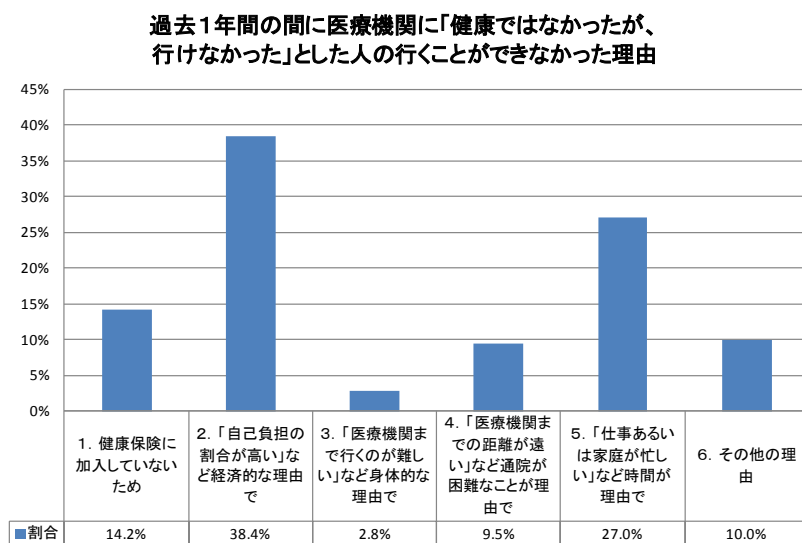
2. 受診抑制に関する先行研究

1) 独自の調査に基づく研究

受診抑制に関する質問項目を独自の調査の中に入れて、これを直接的に測定しようとした試みとしては、国立社会保障・人口問題研究所『社会保障実態調査』（2007年）、日本医療政策機構『日本の医療に関する2008年世論調査』（2008年）、同『医療政策に関する2007年世論調査』（2007年）、日本福祉大学健康社会研究センター高齢者調査（愛知老年学的比較研究 AGES）がある。

国立社会保障・人口問題研究所による『社会保障実態調査』（2007年）は、全国から無作為に抽出された300地域の全世帯（約16,000世帯）を対象とした調査であり、約11,000世帯から回答を得ている（有効回答率68.2%）。受診抑制に関する設問は、世帯主かその配偶者が記入する世帯票に含まれており、まず、「おたくの世帯では、過去1年間に医療機関を受診しましたか」の設問を訊き、そして、受診しなかったと答えた場合のみ、その理由を聞いている。すると、全世帯の11.5%の世帯が医療機関に行かなかったとしており、そのうち74.3%は「健康であったため、受診する必要がなかった」、17.0%は「健康ではなかったが、受診することができなかった」としている。すなわち、全世帯の2%（ $=11.5\% \times 17.0\%$ ）の世帯が、過去1年間の間に健康ではなかったのに、世帯全体で1回も受診しなかったということになる。この数値は、以下に述べる他の調査における受診抑制率を大きく下回るものであるが、この理由は、調査票の設計上、世帯の中で誰かが1回でも受診していると、受診抑制と見なされないことに起因していよう。おそらく、同じ世帯、同じ個人においても、受診した場合と受診を控えた場合が混在するため、この設問における受診抑制率は実態よりも低く現れると考えられる。受診抑制の状況にある世帯にその理由を訊いた結果が図1である（複数回答）。「自己負担の割合が高い」などの経済的な理由が一番多く挙げられており（38%）、2番目が「仕事あるいは家庭が忙しいなど時間が理由で」（27%）となっている。また、受診抑制の割合を所得10分位ごとに見ると、第1十分位では4.2%、第10十分位では0.6%と所得階層が低いほど、受診抑制を経験した世帯が多いことが報告されている（国立社会保障・人口問題研究所2009）。

図1 受診抑制の理由（複数回答）：「社会保障実態調査」

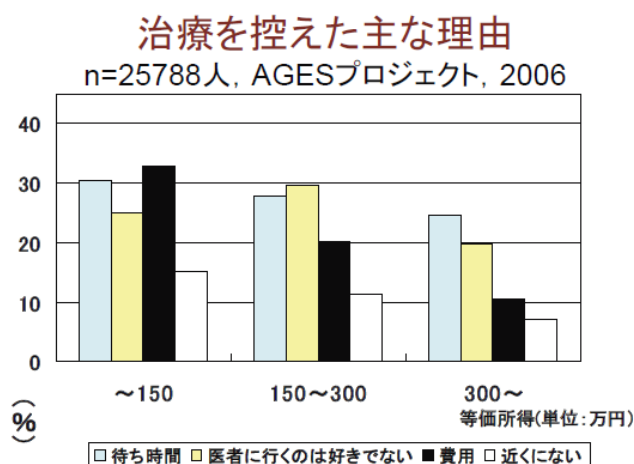


出所：国立社会保障・人口問題研究所（2009）

日本医療政策機構『医療政策に関する2007年世論調査』（2008年）と『医療政策に関する2008年世論調査』は、医療政策に関する一般国民の意識を調べている郵送調査である。共に全国の住民基本台帳から無作為に抽出された成人男女4,000人を対象としており、2007年調査は1,318人（回答率33%）、2008年調査は1,082人（回答率27%）から回答を得ている。郵送2007年調査では、「費用がかかるという理由で過去12か月以内に「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」割合が、高所得・高資産層では16%、低所得・低資産層では40%であった。

村田ほか（2008）は、日本福祉大学の高齢者を対象とした調査（AGES）を用いて、高齢者の受診抑制の分析をしている。AGES調査は、約25,000人の高齢者（65歳以上）を対象としており、愛知県を中心とした3県9自治体にて実施されている。これによると、回答した高齢者の約11.5%が、過去1年間に必要な治療を控えた経験があると報告しており、その理由は、「待ち時間が長い」「医者に行くのが好きではない」「かかるほどの病気ではない」「費用がかかる」「医療機関がない・遠い」などであった（村田ほか2008）。さらに、受診抑制を所得階層別に見ると、所得が150万円以下の場合には13.3%、150～300万円の場合には10.1%、300万円以上の場合には9.3%と、低所得層ほど必要な医療を控えたと回答する割合が高かった。理由別に見ると、低所得層ほど受診抑制の理由に「費用」を挙げている率が高かった（低所得層の32.8%に対し、高所得層の10.6%）。

図2 AGESにおける高齢者の受診抑制の理由：所得階級別



出所：日本福祉大学健康社会研究センター（2009）Press Release 09-013.

2) 既存の大規模データ（全国高齢者パネル調査、JGSS）を用いた分析

既存の大規模データを用いた分析としては、菅（2007）、植淵（2010）、村田（2010）がある。菅（2007）は、東京都老人総合研究所・ミシガン大学の共同プロジェクトによる「全国高齢者パネル調査」のウェーブ1から3（1987年・1990年・1993年）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の格差を分析している。この分析は、医療受診の経験そのものを被説明変数としたのではなく、受診行動を分析対象としている。この分析によると、高齢男性では、医療機関への物理的なアクセスが外来医療サービス受領の決定要因となっており、高齢女性では、婚姻状況（結婚＞死別・未婚・離婚）による外来受診の行動の違いが観察された。

植淵（2010）の分析では、日本版総合社会調査（JGSS）の2008年調査を用いて、受診抑制を分析している。ここでの受診抑制とは、過去1年間に病気やけがをした者の中で、「病気やケガがあるにもかかわらず、治療を受けない、もしくは延期した」ことを指す。その結果、20歳から89歳の対象者の42.6%が「受診を控えたことがある」と回答しており、48.7%は「控えたことがない」、8.7%が「病気・ケガはしていない」と答えていることがわかった。受診を控えた理由においては、「病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」という回答が一番多く、次に「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」であった。その他の選択肢「どの病院にいったらよいかわからない」「病院が近くにない」「交通手段がない」はごくわずかな回答者が理由に挙げているのみであった。植淵（2010）は、さらに受診抑制を被説明変数としたロジスティック分析を行っており、年齢が低いほど、また、所得の低い者ほど受診を抑制する傾向があるとしている。理由別の受診抑制の要因分析では、世帯収入が、「費用がかかる」という金銭的理由のみならず、「待ち時間が長い」「忙しくて時間がない」などの時間的理由の受診抑制と強

い関連があった（植淵 2010）。

同じデータを用いた村田（2010）では、医療不安²の有無をコントロールした上で、受診抑制の有無の決定要因をロジスティック回帰モデルのよって分析している。この結果は、高齢者ほど受診抑制が少なく、学歴や世帯所得は有意な関係が観察されなかった（村田 2010）。しかし、この推計においては、医療不安を説明変数として用いており、この二つの変数（受診抑制を経験していることと、受診抑制の不安を感じていること）は強い相関があると考えられ、その他の変数の影響を相殺している可能性がある。

3) 受診データを用いた分析

ここまでで紹介した分析は、受診を抑制したという自己申告のデータを被説明変数としたものである。これらとは別に、医療経済学の分野においては、実際の受診行動のデータを用いた医療アクセスの分析の蓄積がある（遠藤・駒村 1999、本多 2003、内閣府 2005、内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）2006、川添・馬場園 2007、川越 2013 等）。近年の例としては、健康保険組合のレセプト・データを用いた川添・馬場園（2007）や川越（2013）が存在する。川添・馬場園（2007）は、外来における受診率、診療日数と平均標準報酬月額、扶養率との相関を分析し、低所得者において受診抑制が起こっている可能性を指摘した。また、川越（2013）は、後期高齢者の医療レセプトを用いた分析で、異なる所得階層間における高齢者の受診率に違いはないとしている。

内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）（2006）が行った分析は、厚生労働省「国民生活基礎調査」（1995 年～2004 年）を用いて、通院確率を推計している。「国民生活基礎調査」は、レセプト・データではなく調査対象者の自己申告ではあるものの受診の状況を詳しく訊いている。その結果、通院確率に影響する要因として、年齢、性別といった基本属性のほか、健康状況（主観的健康感、自覚症状数、日常生活へ影響する自覚症状の有無）、社会経済階層（仕事の有無、所得、仕事の種類、借金の有無、貯蓄の有無等）が有意に影響しているとしている。

4) J-SHINE を用いた分析

豊川・村上・兼任・小林（2012）は、本稿と同じ J-SHINE のデータを用いて医療サービスへのアクセスについて分析しており、受診抑制についても検討している。彼らが用いたのは、第 1 ウェーブの前半の 2 地区のデータであり、本稿で用いたデータのサブセットとなっている。彼らは、van Doorslaer et al.（2000）の手法に基づき、所得に対する受診抑制の集中度指標を推計している。彼らが用いた J-SHINE のデータにおいては（n=2,942）、回答者の 55.4%が受診抑制があったとしている。その結果、受診抑制は低所得層に偏ってい

² 村田は、「必要なときに医療を受けられない」という不安をどれくらい感じますか」という問いに対して、「1 とても感じている」「2 ある程度感じている」「3 あまり感じていない」「4 まったく感じていない」の中から、1 または 2 と回答した場合に「医療不安あり」と定義している（村田 2010）。

ることを示している。この論文に掲載されている単純集計表で見ると、彼らが用いた J-SHINE のデータにおいては、回答者の 55.4%が受診抑制があったとしており、等価世帯所得（4区分）の階層間、学歴（4区分）間において、 χ^2 二乗分析の結果、有意な差が見られる。

5) 先行研究：小括

これらの研究をまとめると、日本における受診抑制について、以下のいくつかの知見が蓄積されていると言えるであろう。

第一に、少なくとも自身の意識の上で、受診を抑制したと感じている人は相当数存在することである。表 1 に、受診抑制を経験した割合について記述がある文献を列記する。ここから推測すると、勤労世代では（主観的に）健康でなかった人 30%から 50%程度が受診抑制をしたと感じており、高齢層ではこの率が大きく下がる。

第二に、所得階層によって、受診抑制したと感じる人の割合は異なり、低所得層ほどその割合が大きい。しかし、所得階層による健康状況の格差も確認されているので、受診抑制と所得階層の関係は必ずしも単純ではないであろう。この分析には、受診の必要性も含めた詳細な分析が必要である。

第三に、受診抑制の理由として、金銭的な理由が挙げられることが多いものの、時間的な制約も大きい要因となっていることである。AGES2006 年の調査結果を見ると、この時間的な制約は高齢者も多く感じており、高齢者は「時間が十分にあるので、受診しやすい」という見解は必ずしも正しいとは言えない。一方で、医療機関が遠いなどの物理的なアクセスに関わる要因は、「全国高齢者パネル調査」の高齢男性にて確認されたものの、JGSS や J-SHINE の分析においては、殆ど確認されておらず、一般的な受診抑制の理由とは言えない。

表 1 受診抑制の発生割合：先行研究

文献	データ	対象者	受診抑制の定義	受診抑制を経験した割合
本稿	J-SHINE (2010) 第 1 ウェーブ (全四地区)	25-50 歳 東京近郊 4 都市		47.2%
豊川・村上・兼任・小林 (2012)	J-SHINE (2010) 第 1 ウェーブ (二地区のみ)	25-50 歳 東京近郊 2 都市		55.4%
日本福祉大学健康社会研究センター (2009)	AGES 2006	高齢者 (65 歳以上)	「過去 1 年間に必要な治療を控えた」	11.5%
植淵 (2010)	JGSS 2008	20-89 歳	過去 1 年間に病気やけがを	42.6%

			した者の中で、「病気やケガがあるにもかかわらず、治療を受けない、もしくは延期した」	
国立社会保障・人口問題研究所(2009)	『社会保障実態調査』(2007) 世帯票	全世帯	過去1年間に「健康ではなかったが、医療機関にいかなかった」	世帯単位で 2.0%
日本医療政策機構(2008年)	『医療政策に関する2007年世論調査』(2007)	20歳以上男女(50地点×80名)、 回答数1,318(回答率33%)	「費用がかかるという理由で過去12ヶ月以内に具合が悪いところがあるのに医療機関にいかなかった」	高所得・高資産層16%、中間層25%、 低所得・低資産層40%
日本医療政策機構(2008年)	『医療政策に関する2008年世論調査』(2008)	20歳以上男女(50地点×80名)、 回答数1,082(回答率27%)	「費用がかかるという理由で過去12ヶ月以内に具合が悪いところがあるのに医療機関にいかなかった」	高所得・高資産層18%、中間層29%、 低所得・低資産層39%

3. データ

本稿で用いるデータは、東京大学医学部を中心とした科研費・新学術領域研究「社会階層と健康」プロジェクトによる「まちと家族の健康調査」(第1ウェーブ)である。調査は、東京近郊の4地域(足立区、三鷹市、柏市、所沢市)においてそれぞれ60地点、各58人を住民基本台帳(ないし選挙人名簿)から無作為に抽出された25歳から50歳の男女13,920人を対象とし、うち、足立区・三鷹市については2010年7月から9月、柏市・所沢市については同年11月に実施された。調査は、インターネットまたはPC留め置き(CAPI)法を用いて行われた。標本数は計4,385票、回答率は合計で31.5%である。

本稿で用いたサンプルは、年齢が判明している25歳から50歳までの4,299サンプル(男性1,982、女性2,286、性別不詳31サンプル)である。

回答者の性別・年齢別分布をみると、女性が多く、男性が少ないなど、人口比率に比べて偏りがあり、また、人口分布や男女比などが4地域によって異なるため、分析に際しては、各地域の年齢別(25-30歳、31-40歳、41-50歳)・性別によるウェイトを用いた。本稿の集計表および推計結果は、すべてこのウェイト(付表1)を用いて計算している。

4. 理由別の受診抑制の発生状況

まず、過去1年間に受診を控えたことがあるか」という問いに対する回答を表2に示す。男性では、45%、女性では50%とほぼ半数が「ある」と回答している。この値は、豊川ら(2012)より低い数値であるが、豊川らはJ-SHINEのうちの2地区、本稿は4地区を用いていること、本稿ではウェイトをつけた集計をしていることなどに起因していると考えられる。「病気・ケガはしていない」と回答した率は男性の方が女性より若干多く、男性15%、女性14%となっている。女性の方が、男性よりも受診抑制をしたと感じる人の割合が多い。

表2 過去1年間に受診を控えたことがあるか

weighted	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	無回答
全体	47%	38%	14%	0.2%
男性	45%	40%	15%	0.2%
女性	50%	36%	14%	0.2%
		$\chi^2=9.3599$		p値= 0.0249

表3 受診抑制の理由

	全体	男性	女性	男女差
1 待ち時間が長い	30%	30%	30%	x
2 費用がかかる	37%	35%	39%	*
3 医療機関が近くにない	1%	1%	2%	x
4 どの医療機関に行ったらよいかわからない	5%	4%	5%	x
5 交通手段がない	0%	0%	1%	***
6 病院に行くのは好きではない	22%	25%	20%	***
7 忙しくて時間がない	51%	55%	47%	***
8 病院へ行くほどの病気・ケガではないと判断した	67%	69%	66%	x
9 保険証がない、または使えない	1%	1%	1%	x

(注)受診抑制しているとした回答者の中で、その理由を挙げた人の割合

表3は、表2で受診抑制があったと回答した人に、その理由を複数回答で挙げてもらった結果である。一番多い理由は「8病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」(67%)、次が「7忙しくて時間がない」(51%)である。3番目は「2費用がかかる」(37%)となっている。「3医療機関が近くにない」「5交通手段がない」の地理的・身体的アクセスの理由を挙げる人は、ごくわずかに留まっている。これは、本調査の対象者が、首都圏の大都市に住んでいる人であること、年齢が20歳から55歳であることが影響していると見られる。理由別の受診抑制に、統計的に有意な男女差があるのは、「5交通手段がない」「6病院が好きではない」「7忙しくて時間がない」の3つであった(χ^2 乗分析で1%水準で有意)。

受診抑制の理由の中で、「6病院に行くのは好きではない」「8病院へ行くほどの病気・ケガではないと判断した」の理由については、自己の選好として受診しなかった、ま

た医療サービスへのニーズがそもそもなかったと考えられるので³、本稿では受診抑制と見なさないこととする。残る理由のうち、「待ち時間が長い」「忙しくて時間がない」の理由を挙げた場合には「時間的制約による受診抑制 (no_time)」、「費用がかかる」「保険証がない、または使えない」の理由を挙げた場合は「経済的制約による受診抑制 (no_money)」、「どの医療機関に行ったらよいかわからない」の理由を挙げた場合は「情報制約による受診抑制 (no_info)」と、理由別の3つの受診抑制を定義する。なお、「医療機関が近くにならない」「交通手段がない」については該当するサンプル数が少ないため分析対象とはしなかった。

表4 受診抑制の理由の重なり

	全体	男性	女性	男女差
受診抑制(理由6と8を除く)(*1)	35%	34%	37%	*
受診抑制(理由6と8を除く)(*2)	41%	40%	42%	X
受診抑制(*1)があった人の中での理由:				
時間的制約 (no_time)	84%	85%	83%	X
経済的制約 (no_money)	50%	47%	53%	**
情報的制約 (no_info)	6%	6%	7%	X
no_money & no_time	34%	33%	36%	X
no_money & no_info	4%	4%	5%	X
no_time & no_info	5%	4%	6%	X
no_time & no_money & no_info	3%	3%	4%	X

(*1)「受診抑制があった」人の中で、その理由に「6病院に行くのは好きではない」「8病院に行くほどの病気・ケガではないと判断した」のみを選択した人を除く。分母は全サンプル。(*2)*1と同様。しかし、分母は「病気・ケガがなかった」という人を除いている。

このように受診抑制をより緻密に定義すると、その発生率は、該当サンプル (20-50 歳) の約 35% でおこっており、(自己判断による) 健康で医療サービスのニーズがなかった人を除くサンプルの中では、41% の人々が受診抑制を経験している (表 4)。前者は、男性では 34%、女性では 37% と若干の男女差があるものの (χ^2 乗分析による有意差 10%)、医療サービスのニーズがあった人における割合には統計的有意差がないため、この差は男性と女性では健康 (と感じている) 人の割合が違うところに起因すると思われる。

受診抑制の理由を見ると、受診抑制があった人のうち 84% が時間的制約を、50% が経済的制約、6% が情報的制約を挙げている。受診抑制があった人の圧倒的多数が時間的制約を

³ 貧困研究においては、手にいれることが不可能である物品やサービスについては、自己の要求を潜在化してしまうことが指摘されており (cite cite)、ここでも、自分自身で医療サービスを受けることができないと判断した場合に、病院に行くのが好きではない、病院に行くほどではない、と自分を説得している可能性がある。しかしながら、これをデータから選定することは不可能であるため、ここでは個人の選好、およびニーズの欠如と捉える。

なお、受診抑制の理由の設問は複数回答であるため、多くの回答者は「6」「8」の選択肢と同時に他の選択肢を選んでいる。ここでは、「6」か「8」のみを選んだ回答者を、「受診抑制なし」としているが、「6」と「8」を選んでも、他の選択肢も選んでいる人は「受診抑制あり」としている。

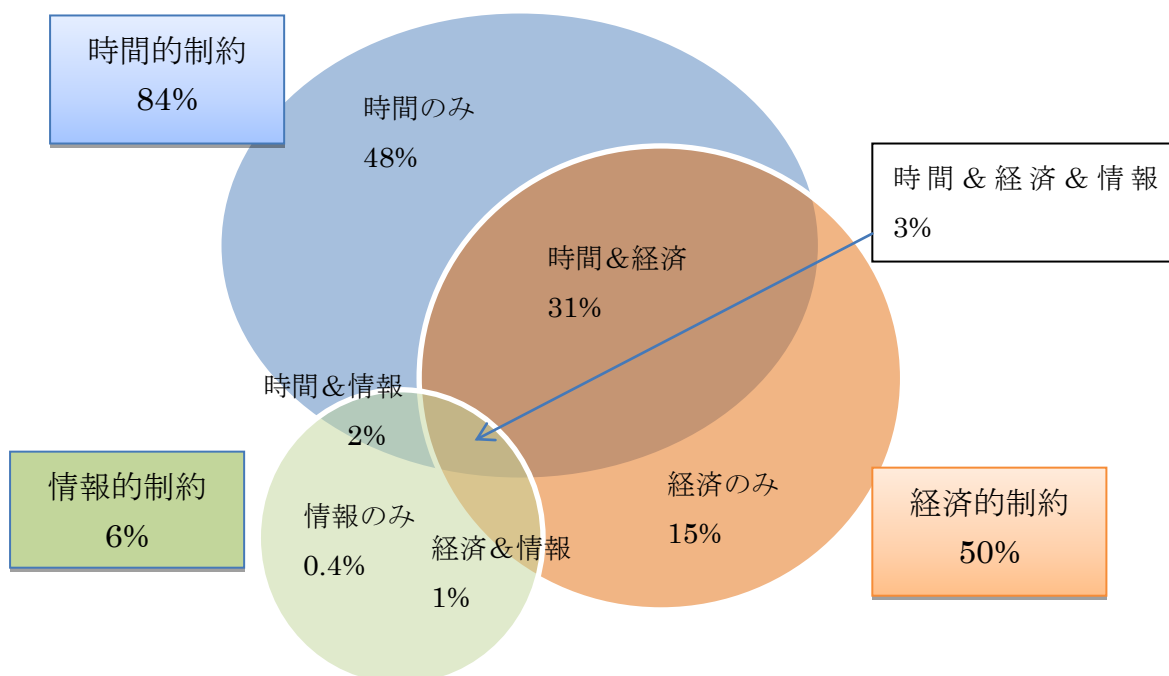
感じていることがわかる。「時間がなくて病院に行けない」というような状況は、男性を中心とする就労者の問題と考えられがちであるが、女性においても、ほぼ同等の割合が時間的制約を挙げていることが興味深い。経済的制約については、男女差が有意にあり、女性の方が男性よりも経済的制約を挙げる率が高い。

これら3つの理由は、同時に起こっている可能性もある。そこで、三つの理由による受診抑制の重なり具合をみたものが図1である。これを見ると、時間的制約を挙げた人(84%)のうち、34%は経済的制約も挙げている。時間的制約のみを挙げている人は、48%である。すなわち、受診抑制のうち、約半数は、時間的制約のみによるものと言える。このような人々には、待ち時間の短縮化や時間外サービス、テレ・ドクターなどの医療サービス改革、並びに、長時間労働の解消などの政策が有効であろう。

一方で、時間的制約を挙げた人の多く(34%)は、経済的理由も挙げており、多くの場合、受診抑制の理由が複合的であることがわかる。経済的制約を挙げた人(50%)の中では、経済的理由のみの方は15%と、むしろ少数派である。経済的貧困と時間的貧困は、母子世帯の母親などについては指摘されているものの(阿部 2008)、これをみる限り、二つは密接に関連していることが示唆される。

情報的制約を挙げた人の中で、一番大きい割合は、時間的、経済的制約も挙げた3重の理由の人々であり(3%)、情報的制約のみの方は極わずか0.4%であった。

図1 受診抑制：理由の重なり



5. 誰が受診を控えているのか

次に、受診抑制を経験している人の属性をより詳しく見ていくこととする。受診抑制は、その理由によって、それを経験している人々の属性も異なると考えられる。図1から、受診抑制の理由は、大きく分けて、1) 時間的制約のみかそれに情報制約が加わった人(48%+2%=50%)、2) 経済的理由のみかそれに情報制約が加わった人(15%+1%=16%)、3) 複合的な理由な人々(31%+3%=34%)、に分類される。そこでこの3つのタイプ別に、各属性を見ていくこととする。

表5に、3タイプ別に受診抑制をした人の属性を示す。年齢階層・性別では、男性・女性ともに複合型と経済型が41-50歳代で若干低くなっている。時間型の制約を感じる人は、男性では41-50歳代、女性では31-40歳代が一番多い。次に就業形態別にみると、女性では、正社員の時間型の割合が多く、次に主婦となっている。女性の正社員は、男性の正社員に比べても、高い割合で時間型となっている。複合型や経済型は、派遣・契約、また自営業にて多い。特に、男性の「派遣・契約等」の中では、時間と金銭的の両方の制約がある複合型が19%となっており、正社員の10%の2倍近い割合となっている。「失業中・無職」の人々は、男性も女性も時間型となっている人が少ないが、男性においては、経済型が突出して高い。学歴別では、女性は、学歴が低いほど、複合型と経済型が多い割合となる一方で、時間型については学歴ごとの大きな差はない。男性では、最終学歴が中学・高校の人で、時間型が多くなっている。

医療保険の種類別では、男女とも共済組合の加入者(およびその扶養者)は複合型・経済型が少ないことが見て取れる一方で、男女ともに、時間型は高い割合となっている。国民健康保険の加入者(およびその扶養者)は、時間型が少ない一方で、複合型・経済型が多くなっている。

家族構成では、配偶者の有無と子どもの有無の情報を掛け合わせて比較している。男性も女性も、子どもがある人々は、子どもがない人々よりも時間型である割合が多い。特に、(男性の無配偶・子ありのサンプル数が少ないため、男性については暫定的ではあるが)無配偶の子どもがある人々は、時間型が高い割合となっている。

表6は、受診抑制の理由別に、平均労働時間(就労形態が、正社員、派遣・契約等、自営業、その他就労の場合のみ)、平均等価世帯所得、平均世帯人数を見てみたものである。予想通りに、男性も女性も、平均労働時間は、時間型>複合型>経済型の順に長くなっている。しかし、女性においては「病気・ケガがない」とした人は、労働時間が低い傾向にあるのに対し、男性では「病気・ケガがない」人は一番労働時間が長い。等価世帯所得は、女性においては、「病気・ケガがない」「受診抑制がない」とした人と、受診抑制があった人とで大きく平均値が異なる。男性では、「受診抑制がない」「時間型」の人の初所得が高い傾向にある。男女共に、受診抑制があった人の中では、時間型>複合型>経済型、の順に世帯所得が低い。

表5 理由別・属性別の受診抑制の発生率：各属性における受診抑制者の割合(*1)

	n	weighted%	受診抑制				
			病気・ケガなし	受診抑制なし	時間型	複合型	経済型
全サンプル	4385	100%	15%	51%	17%	12%	5%
女性計 ***							
25-30歳	486	16%	14%	51%	16%	13%	7%
31-40歳	909	44%	13%	46%	19%	15%	7%
41-50歳	860	40%	14%	54%	15%	12%	5%
男性計 ***							
25-30歳	408	20%	17%	49%	16%	13%	6%
31-40歳	789	42%	14%	52%	17%	12%	6%
41-50歳	763	38%	16%	52%	19%	10%	3%
就業別							
女性 ***							
1 正社員	633	28%	13%	52%	22%	11%	3%
2 派遣・契約等	841	37%	14%	49%	14%	15%	8%
3 自営業	118	5%	18%	45%	13%	14%	10%
4 その他働いていない	95	1%	26%	49%	14%	9%	2%
6 主婦	623	26%	12%	49%	17%	13%	8%
7 失業中・無職	67	3%	15%	66%	5%	9%	5%
男性 ***							
正社員	1532	75%	14%	54%	19%	10%	3%
派遣・契約等	192	9%	20%	39%	8%	19%	14%
自営業	136	9%	20%	42%	20%	11%	7%
失業中・無職	76	4%	14%	49%	6%	12%	19%
最終学歴							
女性 ***							
1 中学・高校	490	24%	13%	44%	17%	17%	8%
2 高専・専門	1015	45%	14%	51%	16%	13%	6%
3 大学・大学院	761	31%	13%	52%	18%	11%	5%
男性 ***							
中学・高校	415	27%	20%	42%	20%	11%	6%
高専・専門	428	24%	16%	49%	16%	15%	3%
大学・大学院	1082	50%	11%	57%	17%	9%	5%
医療保険の種類別							
女性 ***							
1 健康保険(民間)	1613	64%	13%	50%	18%	14%	6%
2 共済組合	218	9%	11%	55%	23%	7%	3%
3 国民健康保険	468	19%	19%	47%	11%	15%	8%
男性 ***							
健康保険(民間)	1377	66%	13%	54%	19%	11%	4%
共済組合	196	9%	15%	57%	19%	5%	4%
国民健康保険	381	22%	21%	43%	13%	15%	8%
配偶・子ども有無別							
女性 ***							
無配偶・子なし	589	24%	13%	51%	17%	13%	6%
無配偶・子あり	52	3%	17%	46%	24%	12%	2%
有配偶・子なし	589	24%	14%	59%	12%	10%	5%
有配偶・子あり	1103	49%	14%	45%	19%	15%	7%
男性 ***							
無配偶・子なし	658	30%	16%	51%	14%	10%	8%
無配偶・子あり	23	2%	14%	29%	26%	30%	1%
有配偶・子なし	420	22%	18%	55%	16%	8%	3%
有配偶・子あり	911	46%	13%	50%	20%	12%	4%

表6 労働時間・世帯所得・世帯人数：受診抑制理由別

	病気・ケガなし	受診抑制なし	時間型	複合型	経済型
平均労働時間(職業1~4のみ)					
*** 平均(女性)	27.7	29.6	31.8	30.2	27.6
*** 平均(男性)	44.4	40.1	43.9	41.9	39.1
等価世帯所得 n					
平均(女性)	248.6	251.0	220.7	206.5	172.3
平均(男性)	264.4	287.3	288.8	209.8	189.9

次に、受診抑制の理由別に、主観的健康感の分布をみたものが表7である。「病気・ケガがない」とした人は、主観的健康感がよい状況にあるのは当然と言えるが、「受診抑制がない」とした人も、受診抑制があるとした人よりも健康感がよい傾向にある。また、受診抑制がある人の中では、時間型>複合型>経済型の順に健康感がよい傾向があり、特に男性の経済型は他に比べて健康感が悪い。

表7 主観的健康感の内訳：受診抑制理由別

	病気・ケガなし	受診抑制なし	受診抑制あり		
			時間型	複合型	経済型
女性計	100%	100%	100%	100%	100%
1 よい	40%	32%	20%	18%	24%
2 まあよい	31%	29%	35%	32%	27%
3 ふつう	27%	28%	29%	29%	26%
4 あまりよくない	2%	10%	15%	20%	22%
5 よくない	1%	1%	1%	1%	1%
男性計	100%	100%	100%	100%	100%
1 よい	41%	31%	23%	23%	9%
2 まあよい	31%	36%	36%	33%	29%
3 ふつう	24%	25%	25%	27%	35%
4 あまりよくない	5%	7%	13%	14%	26%
5 よくない	0%	1%	3%	3%	1%

6. ディスカッション

このような受診抑制のタイプ別の属性の違いから、得られる示唆は以下にまとめられる。まず、時間的制約がある人と、経済的制約がある人は、全く異なる属性を持つと考えられがちであるが、表5から表7を見る限り、そうとは言えない。例えば、一般的なイメージでは、時間的制約があるのは正社員の男性で、長時間労働と柔軟性が少ない労働時間のため、医療機関を訪れることが難しい、逆に、専業主婦や非正規雇用者、高齢者、無業者等は生活時間にゆとりがあり時間的制約はないと考えられがちである。しかし、確かに正社員においては時間型の受診抑制があった人が女性22%、男性19%と高いものの、専業主婦や男性自営業者も高い割合で時間型となっている。むしろ、時間型になる傾向に影響する

のは、就業形態よりも、むしろ子どもの有無である。特に無配偶の子どものある人々は、育児と仕事の二つの時間的制約を抱えているため、受診抑制が起りやすいといえよう。

次に、経済的制約を抱えている人の多くが、時間的制約も抱えていることが指摘されよう。これは、植淵（2010）の JGSS を用いた研究において、世帯収入が金銭的理由のみならず、時間的理由の受診抑制と強い関連があったことにも通じている。複合型の受診抑制があった人が比較的多いのは、派遣・契約等の非正規の就労者である。複合型の男性は、世帯所得も、時間型の男性と大きく差があり、労働時間も約 42 時間と、受診抑制がなかった男性よりも長くなっている。

最後に、経済型の人々は、特に、非正規、失業中・無職の男性に突出して多く、また、世帯所得でも大きく低いなど、他の人々とは異なる性質を持っている。この層は、従来から考えられている「貧困層」により近い属性を持っている。

また、表 7 の分析からは、健康状況と受診抑制のタイプが密接な関係にあることがわかる。これは、受診抑制があったことによって健康が悪化したのか、健康状態が悪い層にはより高い医療ニーズがあり、受診抑制が起りやすいのか、さらには、受診抑制を引き起こす金銭的制約や時間的制約と、健康状況を悪化の両方に影響する第三の要因が存在することによるのか、クロス表からは判別不可能である。

謝辞：

本稿の基礎となった研究に対しては日本学術振興会科学研究費補助金特別推進研究「世代間問題の経済分析：さらなる深化と飛躍」（研究課題番号：22000001）から研究費の助成を受けた。記して謝意を表したい。

【参考文献】

阿部彩(2008)『子どもの貧困』岩波書店。

遠藤久夫・駒村康平(1999)「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』Vol. 35 No. 2, p. 141-148.

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.

川越雅弘（2013）「後期高齢者の傷病別外来受診率と所得の関係性」（本報告書第4章）

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」『厚生学の指標』54(6):14-19.

国立社会保障・人口問題研究所（2009）「社会保障実態調査 結果の概要」国立社会保障・人口問題研究所 HP.

近藤克則編著（2013）『健康の社会的決定要因：疾患・状態別「健康格差」レビュー』日本公衆衛生協会, p.88-92.

- 近藤克則・花岡千恵・平井寛、他（2010）「高齢者の健診受診と将来における楽しみ、所得との関連、AGESプロジェクト」第69回日本公衆衛生学会総会抄録集.2010, p.395.
- 豊川智之・村上慶子・兼任千恵・小林廉毅（2012）「医療サービスへのアクセスと水平的公平性」『医療と社会』Vol.22, No.1, p.69-78.
- 内閣府(2005)『構造改革評価報告書5－医療制度改革－』
- 内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）（2006）『医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動』政策効果分析レポート No.20.
- 日本医療政策機構（2008）『日本の医療に関する2008年世論調査』
http://www.hgpi.org/report_events.html?article=42 (last access 2013/03/07)
- 日本医療政策機構（2007）『日本の医療に関する2007年世論調査』
http://www.hgpi.org/report_events.html?article=45 (last access 2013/03/07)
- 日本福祉大学健康社会研究センター（2009）「低所得高齢者ほど受診を控える」AGES Press Release No. 09-013. <http://cws.umin.jp/press-releases/013.pdf> (last access 2013/3/7)
- 植淵知哉（2010）「医療と健康の格差：JGSS-2008に基づく医療アクセスの分析」『日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集10 JGSS Research Series No.7.』, p.99-110.
- 平松誠・近藤克則・平井寛（2009）「介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因：社会経済的因子に着目して」『厚生指標』2009.56(3), 1-8.
- 本多智佳(2003)「健康の公平性」大日康史編著『健康経済学』東洋経済新報社.
- 村田千代栄（2010）「医療不安と社会経済的地位の関連：JGSS-2008に基づく医療アクセスの分析」『日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集10』, p.111-122.
- Murata C, Yamada T, Chen CC, et al. Barriers to health care among the elderly in Japan. Int. Journal of Environ Res Public Health, 2010, 7(4), p.1330-1341.

付表1 本稿で用いた地域別・性別・年齢3区分別 ウェイト

性別	年齢層	足立区	所沢市	柏市	三鷹市
		1	2	3	4
女性	25-30F	1.4802	0.7196	0.6224	0.3411
	31-40F	1.8916	0.7076	0.6692	0.3846
	41-50F	1.8787	0.6421	0.6616	0.3020
男性	25-30M	1.8667	0.8702	0.7365	0.5006
	31-40M	3.8460	0.8938	0.9117	0.4364
	41-50M	3.6655	0.8001	0.7723	0.3918

注：各地域の性別・年齢区分別人口は各自治体のホームページに掲載されている調査日に最も近い年次のもの