大阪商業大学学術情報リポジトリ

医療不安と社会経済的地位の関連ーJGSS-2008に基づく分析ー

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日本版総合的社会調査共同研究拠点 大阪商業大学JGSS研究センター 公開日: 2019-07-13 キーワード (Ja): キーワード (En): JGSS, health care concern, socio-economic status(SES) 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	https://ouc.repo.nii.ac.jp/records/719

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

医療不安と社会経済的地位の関連

－JGSS-2008 に基づく分析－

村田 千代栄
浜松医科大学健康社会医学

Concern about Health Care and Socio-Economic Status:
Analysis using JGSS-2008 data

Chiyoe MURATA
Department of Community Health and Preventive Medicine
Hamamatsu University School of Medicine

Both perceived susceptibility to problems and associated costs are related to worry. Worry about health care may cause delayed care. Delayed care itself is associated with access to health care problems, which are underlying causes of health disparity across socio-economic status (SES) such as income or education. In the current study, three hypotheses are tested by using JGSS-2008: 1. People with lower SES have more concern about health care. 2. People with lower SES are more likely to postpone or stop seeking health care they need. 3. People with more concern about health care tend to postpone or stop seeking care independent of their SES. Factors associated with concern about health care were assessed using logistic regression models stratified by gender. Previous studies indicated that low SES individuals are disadvantaged in terms of health and such individuals tend to have more worry about health care. This study aims at investigating factors associated with health care concern by taking into account self-rated health and various types of SES.

Key Words: JGSS, health care concern, socio-economic status (SES)

医療不安は、個人の罹患性のみならず、疾患に伴う費用など各種コストと関連し、受診抑制にもつながると言われる。また、受診抑制は、所得や教育程度など社会経済的地位（SES）による健康格差の原因の一つである医療アクセスの関連要因でもある。そこで本稿では、JGSS-2008 のデータを用い、ロジスティック回帰モデルによる性別層化解析により、以下の仮説を検討する。1．SES の低い者は医療不安が高いのではないか？2．SES の低い者は治療を控える傾向があるのではないか？3．医療不安がある者は、SES を調整しても治療を控える傾向があるのではないか？である。先行研究では、SES が低い者ほど健康状態が悪く、健康状態が悪い者ほど医療不安を抱えやすいことが指摘されているが、本稿では、健康関連因子としての主観的健康感や各種 SES 因子を調整しつつ、医療不安に関連する要因を検討することを目的とする。

キーワード：JGSS，医療不安，社会経済的地位（SES）

1．はじめに

1.1 研究の背景と先行研究

NPO 法人「日本医療政策機構」が無作為抽出した全国の有権者 4,000 人を対象に 2007 年 1 月に行った『医療政策に関する 2007 年世論調査』では、経済力により、医療への不満や不安に 2 倍以上の格差があることを報告している。例えば、将来医療費を払えないことに不安を持つ人の割合は高所得・高資産層（収入 800 万円以上かつ純金融資産 2,000 万円以上：日本の全所帯の上位約 2 割）の 36%に対し、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：日本の全所帯の下位約 2 割）では 84%であった。また、医療制度への平等性については高所得・高資産層の 41%が不満と回答しているのに対し、低所得・低資産層では 72%に上った。つまり、日本でも所得が低いほど医療に不安や不満を感じていることになる。国民皆保険制度を持つ日本では、格差について言及されることは比較的少なかったが、最近の不況の影響で非正規雇用や治療費の不払いの問題などが脚光をあびるようになり、社会経済的地位による医療の格差の存在も指摘され始めている。

所得、教育、職業などの社会経済的地位（以下 SES）と健康の関連については、国内外で研究が蓄積され、一般に所得が低い者、教育歴の短い者、不安定な雇用状態にある者の健康状態が悪いことが指摘されている。特に、Marmot ら（2004）による英国の公務員を対象にしたホワイトホール研究（Whitehall Study）が有名である。そのような格差の理由としてあげられているのが、１）生活習慣（喫煙や飲酒など）の違い、２）居住環境（犯罪率、人口密度、歩道の有無など）の違い、３）医療アクセス（医療保険の有無、病院での待ち時間、医療機関までの距離など）の違いである。最近、日本でも社会経済的な格差が拡大していることが経済学、社会学などの分野で注目されている。また、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。前述の『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」人の割合が、高所得・高資産層の 16%に対し、低所得・低資産層では 40%であった。

医療アクセスの格差については、村田らは、愛知県の 5 自治体の一般高齢者データ（N=9474）を用い、自己都合で治療を控えた高齢者が要介護状態におちいりやすいこと、その関連が前期高齢者（65～74 歳）においてより顕著である（治療中の疾患のない同世代高齢者に比べて 4.3 倍要介護状態になりやすい）ことを報告した（2008）。6 自治体の 4 年間追跡データでは、自己都合で治療を控えている者は、治療を継続している者より要介護状態に陥るリスクが高い傾向がみられた（2009）。2006 年度の 3 県 9 自治体における調査データ（N=25269）を用いて行った検討では、一般高齢者全体の約 70%が何らかの疾患で治療中であり、その中で、過去 1 年に必要な治療を控えたことがあると回答した者は 11.5%にのぼった。その理由として挙げられたのが、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ない、費用がかかる、医療機関がない・遠いなどである（2008）。また、米国の一般高齢者データ（Community Tracking Study Household Survey 2003）と比較したところ、米国で必要な治療を控えた高齢者 12.9%に対し、日本では 11.5%と大きな差は見られず、皆保険であるはずの日本でも、米国同様に所得による医療アクセスの格差が存在することが示唆された。米国とカナダの比較研究（Lasser et al., 2006）でも、両国とも所得、学歴が低いほど、必要な治療を受けていない者やかかりつけ医のいない者の割合が多かった。

医療不安についての研究はまだ少ないものの、心理要因が受診抑制につながりやすいことを示す研究はある。例えば、米国では、教育歴の短い層で医師への信頼感や医療への満足度が低いこと（Saha et al, 2003）や、ヒスパニック・アジア系などのマイノリティーが、医師とのコミュニケーションに不満を感じたり、医療サービスを過少に利用していることを報告している（Doescher et al.2000）。また、医療制度への信頼感が低いと受療抑制につながるというスウェーデンの報告もある（Mohseni & Lindstrom, 2007）。さらには、日米両国で、待ち時間や距離よりも、医師がわかりやすく説明してくれ

る、自分の話を聞いてくれるといったコミュニケーションの質が、医療満足度を規定する要因として、より関連が強いことも報告されている（Saha et al, 2003; 前田泉 2003）。所得や教育歴などの SES を考慮しても、マイノリティーで医療に対する信頼感が低いという上記の米国での研究結果をふまえると、米国以外でも、医療を控える理由として費用以外の要因がある可能性が高いことは推測できる。

大学生 239～262 名を対象に米国で行われた研究では、不安の関連要因として、自覚的脅威（perceived threat）、不安対処不適応（maladaptive worry beliefs）、可能性（probability）、予測コスト（cost estimate）などをあげている（Berenbaum et al, 2007）。自覚的脅威とは、その問題が起こることをどの程度脅威と感じているかであり、不安対処不適応とは、個人が不安を感じやすい性格か否かを示す。可能性は、その個人にとって、その問題の起こる可能性が高いか否かをさし、健康関連分野では罹患性（susceptibility）とも呼ばれている。また、問題が起こった場合に、そのコストがその人にとって高いとみなされるか否かも不安の重要な規定要因である。同研究では、「友達を失うのではないか不安である」など大学生活に関連する不安を含めた 30 項目について不安を感じるか否かを尋ねているが、パス解析の結果、不安を感じやすく、問題が起こる可能性が高く、そのコストを高いと感じる学生ほど不安感が強かった。また、他人への信頼感の有無や、不安を感じやすい性格傾向を考慮しても、問題が起こる可能性とそのコストが高いと感じる学生は、高い不安得点を示した。

1.2 本研究の目的

本研究では、20～89 歳という幅広い年齢層からなる日本全国代表サンプルである JGSS-2008 のデータを用い、年齢や性などの交絡要因の影響を排除した分析により、所得、学歴、階層帰属意識といった複数の SES 指標を考慮した上で、医療不安と受診抑制との間の関連を検討する。医療を受けられないことに対する不安は様々な要因と関連していると思われるが、本研究では、年齢、主観的健康感を調整した上で、性別に医療不安や受診抑制との関連を検討する。医療については、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が、保険料の未払いやその背景となりうる不安定雇用、低所得などの医療アクセス上の問題は、若年層にとっても大きな問題である。特定の地域や年齢層に限らず、日本国民全体の医療不安に関わる要因、および受診抑制との関連を探ることは意義あるものと思われる。

SES による健康格差は、絶対的貧困が少ないといわれる先進国、そして日本においても存在することが確認されている（Marmot 2004, 近藤 2007）。この現象を説明する経路の一つとして、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）。本研究では、まず医療不安と社会経済的地位の関連を検討し、受診抑制に代表される医療アクセスにおける格差、つまり、医療に対する不安が強いことが過去 1 年の受診抑制経験の有無と関連しているか否かを検討する。SES が低い者ほど不安感が強く、医療従事者とのコミュニケーションに問題を抱えているという先行研究の結果をふまえると、健康状態が悪い者ほど医療不安を感じ、しかも受診抑制が多いとすれば、健康福祉政策上も対処していくべき問題と思われる。

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 A 票の有効回収数は 2,060、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、所得や教育歴、階層帰属意識など複数の社会経済的指標を含んでおり、医療不安と受診抑制、社会経済的地位の関連について検討するには有効なデータである。

2.2 変数

医療不安は、「ご自身やご家族の将来のことを考えたとき、『必要なときに医療を受けられない』という不安をどのくらい感じますか」という問いに対し、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 4 つの選択肢から、「とても感じている」、「ある程度感じている」と回答した者を「医療不安あり＝1」その他を「医療不安なし＝0」とし、2 値化して解析に用いた。

健康状態として、主観的健康感（よい＝1～わるい＝5 の連続数）、客観的な SES 指標として、最終学歴（中学校・旧制小学校、高校・旧制中学校、高等専門学校・短大・旧制高校、大学・大学院の 4 カテゴリー）と所得を用いた。所得は、なし＝1 から 2,300 万円以上＝19 までの 19 カテゴリーによって過去 1 年間の税引き前世帯所得を尋ねている。解析に先立ち、各カテゴリーの中央値をそのカテゴリーの所得とし、この中央値を世帯人数の平方根で除した（等価所得）。その 3 分位をとり、それぞれを高所得（350 万円以上）、中所得（220～350 万円未満）、低所得（0～250 万円未満）、不明（無回答または回答拒否）とし、ダミー変数として回帰式に投入した。等価所得を用いた理由は、同じ世帯所得でも、世帯人数が多いと、一人当たりの所得が低くなり、消費できる金額が変わってくるからである。

主観的な SES 指標としては、階層帰属意識を用いた。階層意識は「かりに現在の日本の社会全体を、以下の 5 つの層にわけるとすれば、あなた自身はどれに入ると思いますか」という問いに対し、1. 上、2. 中の上、3. 中の中、4. 中の下、5. 下までの 5 択である。階層帰属意識は、世帯所得や教育年数、職業などとの関連を示すものの、現在の客観的な経済指標のみならず、過去の経済状態や将来への生活水準改善への期待なども反映しているといわれる（篠崎, 2006）。また、幸福度や生活満足度との相関も高く（石田, 2004）、個人の社会的位置を表わす主観的指標といえる。

医療不安の検討には、医療機関への距離や数なども関連する可能性があるため、居住地特性としての市郡規模（町村、人口 20 万未満の市、人口 20 万以上の市、大都市の 4 カテゴリー）をダミー変数として投入した。また、人口学的変数としては、年齢（連続数）、性を用いた。受診抑制は「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、「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」の三つの選択肢から、「控えたことがある」と回答した者を受診抑制ありとみなした。

2.3 モデル

まず、医療不安の性・年齢階層別の分布を確認したのちに、医療不安の有無と健康状態、市郡規模、社会経済的地位との関連について単変量解析を行った。本稿では、性・年齢階級ごとの医療不安割合と子どもの有無で層化した性別の医療不安割合のみを図に示した。そののち、医療不安の有無を目的変数としたロジスティック回帰分析をおこない（モデル 1：年齢、階層帰属意識を調整、モデル 2：モデル 1＋教育歴、モデル 3：モデル 2＋所得、モデル 4：モデル 3＋市郡規模、モデル 5：モデル 4＋主観的健康感、モデル 6：モデル 5＋子どもの有無）、医療不安に関する要因を性別に検討した。ここでの仮説は、個人の健康状態（この場合は主観的健康感）や地域差を考慮しても、SES と医療不安の関連が残るか否かである。次に、医療不安が受療抑制と関連しているかどうかを検討するために、医療不安と受診抑制の有無についても同様の解析を行った。

3．分析結果

3.1 医療不安の性・年齢別分布

図 1 の医療不安の性・年齢別分布によると、若年では女性が、中高年では男性がより強く医療不安を感じる傾向がみられた。また、女性では年齢が高くなるほど医療不安を感じる割合は減少しているが、男性ではそれほど明確な関連はみられない。特に若年層の女性で医療不安が大きいのは子育てが

影響している可能性があるため、子どものあるなしで層化した（図 2, 3）ところ、20・30 代の女性で、子どものある方がやや医療不安が高い傾向がみられたものの、男女とも高齢で子どもがいない者ほど医療不安が高い傾向がみられた。男性の 80 歳以上では子どもがいないと回答する者はいなかった。

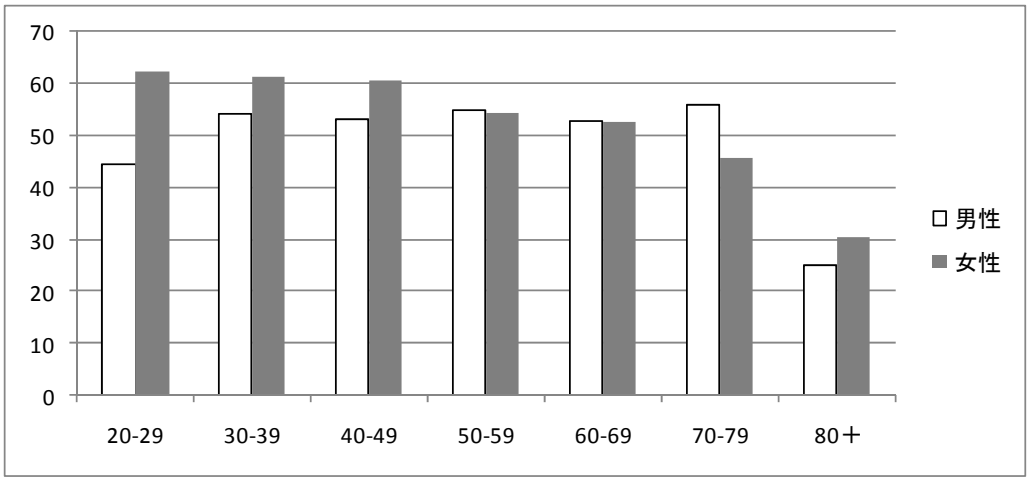

図 1　性・年齢階級別の医療不安の有無

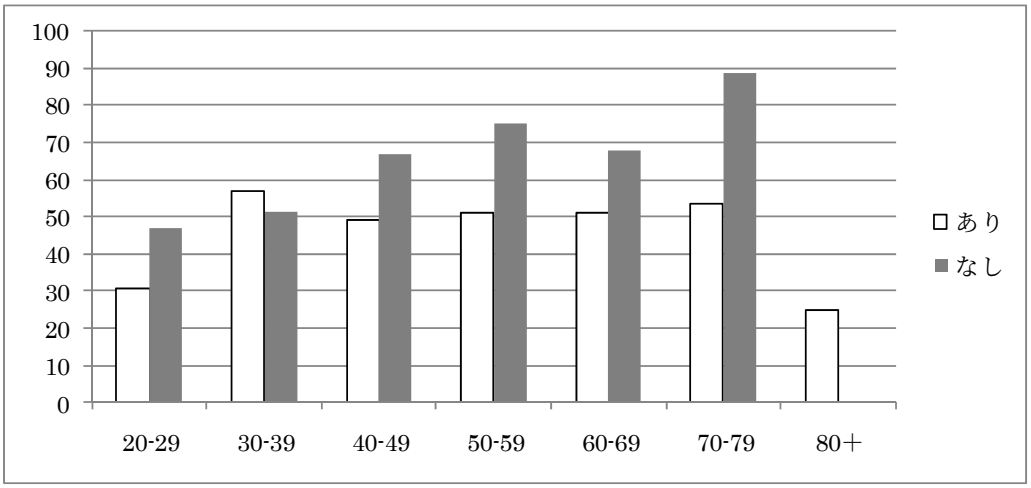

図 2　子どもの有無による医療不安の年齢階層別分布（男性）

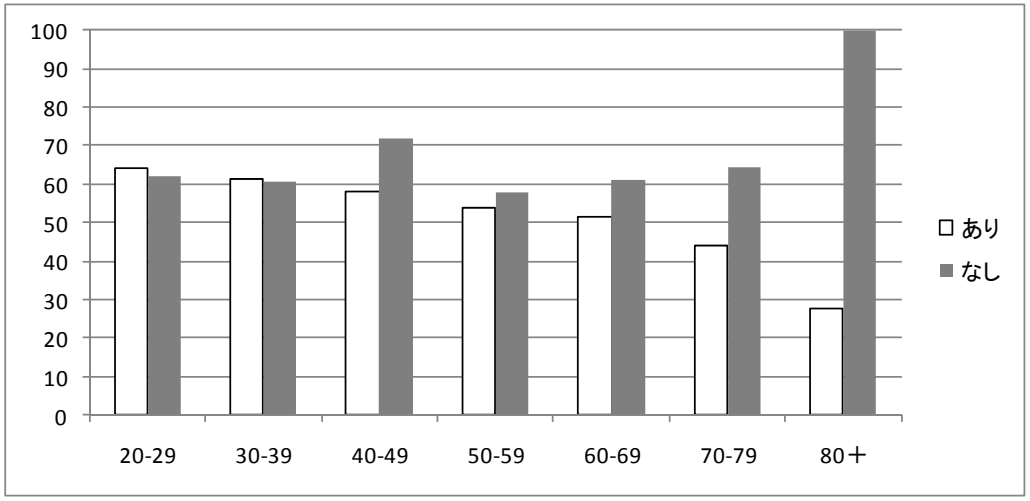

図 3　子どもの有無による医療不安の年齢階層別分布（女性）

3.2 医療不安の関連要因

表1（男性）と表2（女性）は、医療不安の有無（あり＝1）を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果を示したものである。女性のみ年齢が高くなるにつれて医療不安のオッズ比が有意に小さく、高齢者ほど医療不安が少ないことがわかる。この関連は、すべてのモデルにおいて有意であった。しかし男性ではそのような関連はみられなかった。健康状態については男女とも自分の健康状態が悪いとみなしているほど、医療不安を感じていた。市郡規模でみた地域差はみられなかった。

次に SES については、女性のみ有意に学歴が低い層で医療不安を感じる割合が多いことがわかる。しかし、男性では、所得も学歴も医療不安とは関連を示さなかった。世帯収入は学歴をいれないモデル(本稿では結果を示していない)では有意に所得が低いと医療不安を感じるという結果であったが、学歴を加えると有意ではなくなり、所得より学歴の方が医療不安と強く関連していた。階層帰属意識は、男女とも医療不安と有意な関連を示し、階層が一つ下がるごとに 1.5 倍程度、医療不安オッズが高くなった。つまり、自分の階層が低いと思っている者ほど医療不安が高いことがうかがえる。主観的健康感を入れてもオッズ比はやや小さくなったものの、その関連は変わらなかった。階層が低い者で健康状態が悪い者が多いことを考慮しても、主観的な階層帰属意識は医療不安と関連していることになる。また、子どものあるなしで医療不安の割合が異なる可能性があるため、子どもの有無を入れた解析（モデル 6）も行った。男性で子どもがあると医療不安が少ない傾向（医療不安に対するオッズ比：0.71+）を示したが、女性では同様の傾向を示したものの有意ではなかった（同オッズ比：0.76）。

表1　ロジスティック回帰モデルによる医療不安に対するオッズ比（男性）　N=982

変数	レンジ/参照カテゴリー	モデル 1	モデル 2	モデル 3	モデル 4	モデル 5	モデル 6
年齢	20-89	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
階層帰属意識	1(上)－5(下)	1.51***	1.49***	1.50***	1.51***	1.46***	1.43***
最終学歴	大卒以上		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	短大・専門学校		0.63+	0.64	0.62+	0.62	0.63
	高卒		1.05	1.08	1.06	1.08	1.09
	中卒以下		1.26	1.32	1.33	1.32	1.32
世帯収入 3 分位	低位			1.00	1.00	1.00	1.00
	中位			0.83	0.83	0.84	0.88
	高位			1.04	1.05	1.06	1.07
	不明			0.73	0.74	0.76	0.74
市郡規模	大都市				1.00	1.00	1.00
	人口 20 万以上市				1.31	1.25	1.24
	人口 20 万未満市				1.24	1.21	1.20
	町村				0.84	0.83	0.84
主観的健康感	1(よい)－5(わるい)					1.22**	1.21**
子どもあり	なし						0.71+

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.10

表 2　ロジスティック回帰モデルによる医療不安に対するオッズ比（女性）　N=1078

変数	レンジ/参照カテゴリー	モデル 1	モデル 2	モデル 3	モデル 4	モデル 5	モデル 6
年齢	20-89	0.98***	0.97***	0.97***	0.97***	0.97***	0.97***
階層帰属意識	1(上)－5(下)	1.67***	1.57***	1.58***	1.57***	1.55***	1.54***
最終学歴	大卒以上		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	短大・専門学校		1.34	1.33	1.32	1.32	1.38
	高卒		1.75**	1.73*	1.72*	1.68*	1.78*
	中卒以下		2.00*	2.01*	1.97*	1.90*	2.00*
世帯収入 3 分位	低位			1.00	1.00	1.00	1.00
	中位			1.15	1.15	1.16	1.22
	高位			1.01	1.02	1.03	1.06
	不明			0.96	0.96	0.97	0.96
市郡規模	大都市				1.00	1.00	1.00
	人口 20 万以上市				0.92	0.93	0.93
	人口 20 万未満市				1.04	1.05	1.07
	町村				1.12	1.10	1.13
主観的健康感	1(よい)－5(わるい)					1.14*	1.13*
子どもあり	なし						0.76

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.10

3.3 受診抑制の関連要因

表 3, 4 には、受療抑制の有無を目的変数としたロジスティック回帰分析によるオッズ比を示した。ここでの分析は、全サンプルでなく、過去 1 年に病気やケガをした者のみを対象としている。受診抑制とは、病気やケガがあるにもかかわらず、治療を受けない、もしくは延期することを意味するからである。従って、対象者数は男性 886 名、女性 990 名の計 1,876 名となる。

表 3, 4 によれば、男女とも年齢が高くなるに従ってオッズ比は小さくなり、高齢者ほど受診抑制を経験していないことがわかる。

医療不安は男女とも受診抑制とは有意な関連を示し、医療を受けられない不安を持っている者ほど過去 1 年に治療を控えていることがわかった。しかし、これは治療費の負担や医療機関がないなどの理由のため受診しなかった結果として医療不安が高まったと考えることもできる。つまり因果の逆転である。

社会経済的地位に関しては、学歴も世帯所得も有意な関連を示さなかったが、階層帰属意識は男性のみ受診抑制と有意な関連を示した。つまり、男性では学歴や世帯所得が同じだとしても、自分の階層が低いとみなしているほど、受療抑制が起こりやすいことを示している。医療機関が少ない、もしくは遠いと思われる町村地域ほど受診抑制が起こりやすいのではないかとの想像に反し、地域差は受診抑制とは関連を示さなかった。

表 3　ロジスティック回帰モデルによる受診抑制に対するオッズ比（男性）　N=886

変数	レンジ/参照カテゴリー	モデル 1	モデル 2	モデル 3	モデル 4	モデル 5
年齢	20-89	0.97***	0.97***	0.97***	0.97***	0.97***
医療不安あり	なし	1.78***	1.76***	1.67***	1.68***	1.70***
主観的健康感	1(よい)－5(わるい)		1.01	0.99	0.99	0.99
階層帰属意識	1(上)－5(下)			1.26**	1.24*	1.19+
最終学歴	大卒以上				1.00	1.00
	中卒以下				1.00	0.88
	高卒				1.26	1.16
	短大・専門学校				1.19	1.14
世帯収入 3 分位	低位					1.00
	中位					1.14
	高位					0.74
	不明					1.03
市郡規模	大都市					1.00
	人口 20 万以上市					1.02
	人口 20 万未満市					1.23
	町村					1.01

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.10

表 4　ロジスティック回帰モデルによる受診抑制に対するオッズ比（女性）　N=990

変数	レンジ/参照カテゴリー	モデル 1	モデル 2	モデル 3	モデル 4	モデル 5
年齢	20-89	0.96***	0.97***	0.96***	0.96***	0.96***
医療不安あり	なし	1.94***	1.98***	1.95***	1.94***	1.93***
主観的健康感	1(よい)－5(わるい)		0.92	0.91	0.91	0.92
階層帰属意識	1(上)－5(下)			1.05	1.07	1.08
最終学歴	大卒以上				1.00	1.00
	短大・専門学校				1.30	1.28
	高卒				0.92	0.89
	中卒以下				1.14	1.14
世帯収入 3 分位	低位					1.00
	中位					1.34
	高位					1.04
	不明					0.98
市郡規模	大都市					1.00
	人口 20 万以上市					1.33
	人口 20 万未満市					1.15
	町村					1.04

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.10

4．考察

4.1 医療不安の関連要因

分析結果から、男性 514 名（52.3%）、女性 587 名（54.5%）と 5 割以上の回答者が医療に関する不安を抱えていることが明らかになった。表 1 からまず、女性においては、高齢ほど医療不安が少ないことがわかった。子育て世代である 20, 30 代で医療不安が多くみられるのは、配偶者や子どもの健康状態が影響している可能性があるため、子どもの有無で層別化した解析も行ったが、男女とも明らかな関連はみられなかった。しかし、女性では、20, 30 代で子どもがいるほど、医療不安が高く、小さい子どもがいることが医療に対する不安と関連している可能性が推測される。男女とも、40 代以降ではむしろ子どもがいない対象者で医療不安が高く、子どもが成長してからは、子どもからの世話を期待できるか否かが医療不安と関連している可能性が示唆された。加齢による健康状態の悪化や退職による経済状態の低下が予測されるにも関わらず、子どもからのサポートが期待できないとしたら、病気になった時に医療を受けられない不安が大きくなることは推測できる。しかし、本研究では、他の家族との関係や健康状態について検討していないため断定はできない。

主観的健康感が悪いほど医療不安を抱えやすいという結果であったが、主観的健康感は個人の身体的・精神的・社会的健康状態を強く反映する変数であることが指摘されており（杉澤ら, 1995）、健康状態が悪い個人は、医療を必要としている可能性が高いと思われる。Berenbaumu ら（2007）のモデルにあてはめれば、医療にかかる可能性が高い、つまり罹患性の高さが医療に対する不安と結びついたと推測される。しかし、より詳細な検討のためには、主観的健康感に加え、客観的な健康状態や治療状況を考慮した解析も必要である。

SES に関しては、女性においてのみ、低学歴が医療不安と関連があったが、これは所得などの経済要因以外に、健康に関する知識の有無などが関連している可能性がある。ヘルス・リテラシー（health literacy）という概念がある。健康面での適切な意思決定に必要な基本情報やサービスについて調べたり、理解したり、利用する能力を意味する。これには、医療機関で渡されるパンフレットを読んで理解したり、医師の話を理解する能力も含まれる。この能力は健康の維持や増進に役立つとされ、SES との関連も指摘されている（Mancuso et al, 2009）。男性は学歴に関わらず、社会的な役割を担いがちであるために、このような能力が発揮されやすい可能性がある。それが男性で学歴の関連が出なかった理由かもしれない。

スウェーデンでの 18 歳以上 47,621 名を対象にした研究は、医療制度への信頼感と主観的健康感の関連について検討し、信頼感の高さは、医療従事者とのコミュニケーションの良好さと関連し、治療コンプライアンスを高め、検診などの医療サービスの利用を促進する。つまり、受診抑制が起こりにくいことを示唆している（Morseni et al., 2007）。この研究では、不安感については言及していないが、医療機関でのネガティブな経験が医療に対する不信感につながり、受診抑制につながる可能性があることもあわせて指摘している。本研究では、不安感と受診抑制との間に関連がみられたが、費用が払えないなどの理由で受診を控えた経験があると、不安感が高まるという経路も考えられるかもしれない。不信感や不安感が実際に受診抑制につながるか否かは、パネルデータなどによる縦断研究による検討が必要であろう。

階層帰属意識は、男女とも医療不安と強い関連を示したが、所得や学歴など客観的指標を調整した上でも、自分の階層が低いと見なしている個人は、医療に対する不安を多く持っていることになる。その理由として、自己評価（self esteem）の低さが関連しているかもしれない。自己評価は、自己効力感（self efficacy）と強く関連し、ある行動が「うまくできる」という信念が強い個人ほど、その行動を遂行できる可能性が高い。健康教育では、一般に自己効力感が高い人は効果があがりやすいといわれる。SES が低い者には自己効力感が低い者も多く、自己効力感は学業や仕事の達成度にも影響してくる。これも SES による健康の格差がみられる経路の一つである（近藤, 2005）。健康の規定要因としての健康資源には 2 種類ある（近藤, 2007; 吉井ら,2005）。一つは外的資源とよばれ、健康を保つための物（所得も含まれる）や情報、対人関係をさす。もう一つは内的資源とよばれ、自己効力感や SOC

（sense of coherence）など個人の心理的要因である。SOC は、自分の置かれている状況を処理可能とみなす「把握可能感」、問題を乗り越えることに意味ややりがいを感じる「有意味感」、自分の力でまたは他人の力を借りながらでも問題を乗り越えられるという「処理可能感」の 3 つの要素に分けられ（吉井ら, 2005）、これらが高い者はストレスに遭遇してもうまく対処し乗り越えられる可能性が高く、健康状態もよい。これらの要素は、SES とも密接な関連を持ち、吉井らが 65 歳以上高齢者のデータを用いて分析した結果によると、教育や所得が高いほど SOC 得点が有意に高く、主観的な健康度も良好で、抑うつも少なかったことを報告している。しかしながら、階層帰属意識は、世間との比較で自分がどの位置にあるかをみなす尺度でもあるため、上記の個人要因に加え、地域の経済水準や職業威信などの社会環境要因などを反映している可能性もある。

4.2 医療不安とは何か？

そもそも医療不安とは何であろうか？本研究では、なぜ、将来医療を受けられないのではないかという不安を感じるかについては尋ねていないため、それが費用によるものなのか、医療機関が近くにないことによるものなのか、もしくは自分が必要とする医療の質が担保されないという不安なのかは明確にはできない。これは本研究の限界でもある。しかし、単変量解析では、教育歴も世帯所得も階層帰属意識も低いほど、医療不安が高いという結果であった。個人の SES を調整しても不安が受診抑制と関連していることは、所得などの経済要因以外の要因が受診行動に影響を与えていることを示している。また、Berenbaum らによると、不安感が高い者には、自己効力感の低さや抑うつがみられるとの指摘もある（2007）が、医療アクセスの研究には、個人の心理的要因を考慮することも必要であろう。

4.3 医療不安と受診抑制

本研究では、医療不安は学歴や階層意識などの SES 指標と独立して、受診抑制と結びついていることが明らかになった。

年齢が高くなるほど、受診抑制がない傾向がみられたが、理由として、高齢者が何らかの怪我や病気になった場合、その症状は若い年齢層と比べて重い可能性が高いため、受診を控える余地がないのかもしれない。また、高齢者は、高血圧や関節疾患などの慢性疾患を抱えていることが多いため（近藤、2007）、医療機関にかかる頻度が高く、疾患が軽いうちに発見され、治療につながりやすいのかもしれない。また、高齢者の医療費の自己負担割合は若い年齢層より低く、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している可能性がある。

主観的健康感は受療抑制とは関連していなかったが、これも疾患が重いほど受療を控える可能性が低いことと関連しているかもしれない。受療抑制と関連する要因は複合的であるといわれるが、自分が医療機関にかかる可能性が強いと感じ、その結果、自分にとって費用や時間などのコスト面や、社会関係が阻害されると感じているほど、医療不安に結びつく可能性がある。

所得や教育歴よりも階層帰属意識が強く受診抑制と関連していたが、篠崎による JGSS の経年データを用いた疑似パネルデータによる解析では、過去の経済状態の変化や未来への経済状態などの予測が階層帰属意識と関連していることが示唆されている（2006）。失業や退職などにより、経済的位置が低下した個人は、自分の階層を低いと見なしがちであり、将来への不安から医療を控える可能性がある。本研究では、男性でのみ階層帰属意識が受診抑制と関連していたが、この結果は、不況の中、職を失ったり、収入が減少した結果としての経済状態の悪化を反映しているのかもしれない。回答者の居住地域（市郡規模）は、医療不安とは関連していなかった。地方では、医療機関が遠く、深刻な病気にかかった時に医療を受けられない可能性が高いように思われるが、医療機関が遠いことが当たり前の状況では、不安という意識自体がされない可能性がある。

5．おわりに

本稿は、JGSS-2008 のデータを用いて、医療不安とその関連要因、医療不安が受診抑制につながるか否かを検討した。その結果、医療不安を抱える者は、過去 1 年に病院や診療所に行くのを控えていたことが示された。また、年齢や階層帰属意識などが、所得や学歴と独立して受診抑制と関連しており、費用や距離などの経済的・物理的要因以外に、心理的要因が受診行動に関連していることが示唆された。この心理要因に、医療従事者とのコミュニケーションの問題や医療に対する不信感が関連しているか否かは今後の検討課題である。また、所得は医療不安にも受診抑制にも関連していなかったが、受診抑制理由ともからめた解析が必要であろう。

本研究は横断データであるため、因果関係については特定できない。つまり、受診を抑制するような何らかの要因（例えば、所得の変化や失業など）の結果、医療不安が生まれるのか、医療不安に至る何らかの別の要因が受診抑制につながるか否かについては不明確である。しかし、医療不安は学歴が低く、主観的健康感が悪い者に多くみられること、医療不安は過去 1 年の受診の抑制と強く関連していることを考えると、医療不安の背景のみならず、受診抑制に関連する可能性のある要因として、個人の健康への関心度やヘルス・リテラシー、自己効力感、医療従事者とのコミュニケーションの問題なども今後検討していく必要のある課題と思われる。

[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。

[参考文献]

Berenbaum, Howard, Thompson, Renee J, Pomerantz, Eva M., 2007, “The relation between worrying and concerns: The importance of perceived probability and cost,” *Behavior Research and Therapy* 45:301-311.

Berenbaum, Howard, Thompson, Renee J, Bredemeier, Keith, 2007, “Perceived threat: Exploring its association with worry and its hypothesized antecedents,” *Behavior Research and Therapy* 45:2473-2482.

Doescher, Mark P, Saver, Barry G, Franks, Peter, Fiscella, Kevin, 2000, “Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust,” *Archives of Family Medicine* 9(10):1156-63.

石田浩，2004,「社会的不平等と階層意識の国際比較」『日本版 General Social Surveys 研究論文集』3:149-161.

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」『厚生の指標』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.

Lasser, Karen E, Himmelstein, David U, Woolhandler, Steffie, 2006, “Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey,” *American Journal of Public Health* 96(7):1300-07.

前田泉・徳田茂二, 2003,『患者満足度－コミュニケーションと受療行動のダイナミズム』日本評論社.

Marmot, Michael, 2004, *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York: Times Books.

Mancuso, Josephine M, 2009, “Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature,” *Nursing and Health Sciences* 11:77-89.

Mohseni, Mohabbat, Lindstrom, Martin, 2007, “Social capital, trust in the health-care system and self-rated

health: the role of access to health care in a population-based study,” *Social Science and Medicine* 64(7):1373-83.

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.

村田千代栄・尾島俊之・近藤克則・平井寛, 2009,「地域在住高齢者の受療抑制と死亡・要介護認定の発生～AGES プロジェクト」『第 55 回東海公衆衛生学会学術大会抄録集』34.

村田千代栄・尾島俊之・近藤克則・平井寛, 2008,「高齢者における治療の中断は要介護のリスク要因なのか？」『第 54 回東海公衆衛生学会学術大会抄録集』80.

日本医療政策機構, 2007,『医療政策に関する 2007 年世論調査』

Saha, Somnath, Arbelaez, Jose J, Cooper, Lisa A., 2003, “Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care,” *American Journal of Public Health* 93(10):1713-9.

篠崎 武久, 2006,「JGSS から見た主観的階層の経年変化」『日本版 General Social Surveys 研究論文集』5:33-45.

杉澤秀博・杉澤あつ子, 1995,「健康度自己評価に関する研究の展開－米国での研究を中心に－」『日本公衆衛生雑誌』42(6):366-378.

吉井清子・近藤克則・平井寛, 2005,「高齢者の心身健康の社会経済格差と地域格差の実態」『公衆衛生』69(2):145-148.