

連載

健康の社会的決定要因(14)
「医療アクセスと健康格差」浜松医科大学医学部健康社会医学講座 村田千代栄
日本福祉大学健康社会研究センター 近藤 克則

1. はじめに

喫煙や栄養バランスの偏った食事、運動不足など不健康な健康習慣に加え、個人の所得、教育程度、職業など社会経済的地位が健康と関連していることは多くの研究により示されている。たとえば、社会経済的地位が低い者には抑うつが多く^{1,2)}、要介護状態に陥りやすい³⁾だけでなく、死亡率も高い⁴⁾。世界保健機構（WHO）の「健康の社会的決定要因に関する専門委員会（the Commission on Social Determinants of Health）の最終報告書⁵⁾によると、健康の格差には、個人の生活習慣だけでなく、居住環境、労働環境など周りの環境が影響しており、その中には医療制度のあり方も含まれる。

医療制度のあり方を論じるに当たり、医療アクセスという言葉がしばしば使われる。医療アクセスの問題は、2つの軸から議論されることが多い。一つは医療機関への距離や交通機関の有無などの物理的な条件によるアクセスの問題であり、もう一つは、受診や治療にかかる費用など社会経済的あるいは医療保障の条件によるアクセスの問題である。医療へのアクセスの公平性（equity）は、医療サービスが誰にでも利用可能であることが前提にあり、必要とする人々に医療サービスが活用されることで成立する。受診抑制とは、必要にも関わらず何らかの原因で受診を控えることを意味し、医療へのアクセスを測定する際の重要な指標となっている。日本は国民皆保険制度のもと、医療へのアクセスが広く保障されてきたと考えられていたが、近年、低所得者で高所得者の2倍以上の受診抑制がみられるなど、経済力による格差が指摘されるようになってきている⁶⁾。そこで本稿では、主に医療へのアクセスに社会経済的地位による格差がどの程度見られるのか、内外の研究を紹介しながら検討していく。

2. 医療へのアクセスと社会経済的地位

多くの研究により所得や教育年数などの社会経済的地位が低いほど、受診抑制が高率でみられ⁵⁾、そ

の主な理由として窓口での費用負担の問題が指摘されている。受診における格差は、その国の医療保障制度と関連しており、受診時の費用負担の大きさは受診抑制の大きな決定要因となっている⁷⁾。保険に加入していない者と保険加入者として、過去2ヶ月間の受診状況を比較した米国の研究によると、不慮の外傷では、無保険者が治療を受けるオッズ比が0.47と保険加入者の半分以下であり、慢性疾患でも、治療オッズ比は無保険者で0.45と明らかな受診抑制がみられた。さらに、無保険者では、約7ヶ月後の健康状態も悪かった⁸⁾。米国とカナダの比較研究⁹⁾によれば、両国とも所得が低かったり、学歴が短いほど、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。しかし、国民皆保険制度であるカナダでは、そうでない米国にくらべ、所得による医療アクセスの格差が小さいこともわかった。

無保険者だけでなく、十分な保険に入っていない場合にも受診抑制が起こる。米国では保険の種類によってカバーされる内容が異なるため、保険でカバーされる範囲が少ないunder-insured（低水準被保険者）が存在する。心筋梗塞患者2498人を対象に、費用を理由に受診を控えた群（18.1%）と、それ以外の群とで比較した研究がある¹⁰⁾。何らかの保険に加入していても、費用を理由に受診を控えた者（受診抑制あり群）は68.9%に上り、その後一年間に心疾患が原因で再入院した割合は、受診抑制なし群の17.7%に対し、あり群で25.7%と、調整済みリスク比でも1.3倍再入院をしやすという結果であった。つまり、医療保険に加入していても、医療保障の水準が低いと、受診抑制が起き、健康状態が悪化して再入院が増えることを示唆している。また、自己負担の種類と程度が異なる15種類の保険の1つを無作為に割り当て、医療サービスの利用や健康水準を調べた米国のランド調査研究によると、自己負担が増えるにつれ、重要な薬をはじめとする医療の利用が減少し、それに伴い健康状態も悪化したので

ある¹¹⁾。

受診抑制がおこる理由として、医療保険の種類やその有無のほか、受診の際に支払う自己負担額もあげられる。2007年7月に国立社会保障・人口問題研究所により実施された『社会保障実態調査』によると、過去1年間に誰も医療機関にかからなかった世帯のうち、「健康ではなかったが、受診できなかった」者がいた世帯は17%であり、その理由として最も多かったのが「自己負担割合が高いなど経済的理由」(38.4%)であった¹²⁾。また、日本医療政策機構による『日本の医療に関する2008年世論調査』によると、費用を理由に過去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」者の割合が、高所得者の18%に対し、低所得者では39%と約2倍であった。同様の理由で「薬を処方してもらわなかったことがある」者は、高所得者の2%に対し、低所得者では16%と8倍であった¹³⁾。

日本の代表サンプル(20歳~89歳)を用いた研究(JGSS-2008)でも、所得が低い者ほど受診抑制が高率でみられたことを報告している¹⁴⁾。厚生労働省が2001年から行っている『21世紀出生児縦断調査』の0-4歳児約3万3000人のパネル調査(同じ対象者を繰り返し調査する方法)データによれば、貧困経験が多い子どもほど入院を伴うような重大な疾病が多く、受診抑制は見られない半面、通院経験は逆に少なく、疾病の早期における受診抑制があることが推測された¹⁵⁾。

自己負担額の増加も受診抑制と関連している。馬場園らは、日本の健康保険加入者において、医療費の自己負担が増えると所得が低い階層で受診抑制が生じることを報告している¹⁶⁾。また、この研究では、自己負担率が20%から30%になった結果、合併症のない糖尿病患者において外来受診の減少がみられ、初期症状のない疾患で受診抑制が起りやすいことが示唆された。フランス、ドイツ、スペインの3カ国を比較した研究では、患者の自己負担額が増えた結果、特に低所得者など社会階層が低い人々において外来受診が減少したことを報告している¹⁷⁾。同様な結果は、韓国や台湾における研究でも報告されている^{18,19)}。日本の要介護認定を受けていない一般高齢者を対象に、受診抑制の理由を検討した2006年の調査(N=15302)でも同様であり、自己負担率の高い70歳未満(調査当時の自己負担率は70歳未満で3割、70歳以上で1割)で、費用を理由とした受診抑制が多かった(65~69歳で35.8%、70歳以上で20.1%)²⁰⁾。

別の要因として、物理的アクセスの問題もある。

前述の日本の高齢者の研究²⁰⁾では、必要な受診を控えた理由として「近くにない」(65~69歳で9.0%、70歳以上で15.4%)や「交通手段がない」(65~69歳で4.7%、70歳以上で13.2%)と、高齢になるほど物理的なアクセスが問題となっていた。米国でも、医療機関への距離は、特に高齢者において受診抑制の原因となっていることを報告している⁷⁾。英国では、公衆衛生サービスへの物理的アクセスが良いほど住民の健康状態がよいことがわかっており²¹⁾、ナイジェリアでも、同様の関連がみられた²²⁾。

上述の物理的・社会経済的アクセスの差は、受ける医療の質にも影響している。米国の代表サンプルを用いた研究では、人口の少ない地域(農村など)⁷⁾や、低所得者²³⁾で急性心筋梗塞で入院した患者の死亡率が高いことが示されている。その理由として、医療従事者の不足や医療機関が近くにないこと⁷⁾や、費用²³⁾による受診抑制があげられた。ヨーロッパ諸国でも、受ける医療サービスの種類に格差がみられ、一定の基準を満たす26論文を集めたシステマティック・レビュー²⁴⁾によれば、プライマリケアにおいては、ある程度医療サービス利用の公平性が保たれているが、病院における専門医療では、低所得者で利用が少ない実態がみられた。訪問看護を受けた後に死亡した日本の高齢者1305人を対象にした研究でも、経済的に余裕のない者ほど自宅で亡くなる率は低く、担当の訪問看護師が評価した「死および死に至る過程の質」も低い者が多かった²⁵⁾。

3. 格差が生まれる背景

格差が生まれる背景には、社会経済的・物理的アクセスに加え、心理的要因も関わっている。抑うつなど精神的健康度が低い者ほど、不健康な行動が見られることが報告されている²⁶⁾が、米国の医療保険受給状況調査(MEPS)を用いた研究では、精神的苦痛(Psychological Distress)(SF-12を用いた)が、各種健診の受診率の低さと関連していた²⁷⁾。日本の高齢者の研究でも、抑うつが健診受診率の低さと関連しており²⁸⁾、別の研究でも、将来に楽しみがない者はある者よりも、健診受診率が低いことが示されている²⁹⁾。

コミュニケーションやヘルスリテラシーの問題もある。ヘルスリテラシーとは、健康に関わる問題について、必要な情報を収集し、理解し、利用する能力のことである³⁰⁾。米国の研究では、社会経済的地位の低い層で医療への不信感が強いこと³¹⁾や、医師とのコミュニケーションが不良であり、受ける医療の質も低いことを報告している³²⁾。日米両国とも、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、医療満足度とより強く関連していることが報告されている^{32,33}。医療全体への信頼感が低いと受診抑制につながるというスウェーデンの報告もある³⁴。日本でも、社会経済的地位の低い者は、実際の健康状態に関わらず、医療を受けられないのではないかという不安が高く、必要な治療を控える傾向があった³⁵。複数の質的研究を検討したメタ研究でも、健康関連の問題について分析理解する能力、つまりヘルスリテラシーが低いことは、患者と医療従事者とのコミュニケーションの質の悪さにつながっていた³⁰。

米国厚生省 (HHS) の下部組織, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ: 医療分野の研究と質向上を支援する部門) は、社会経済的地位が低いほど糖尿病の治療を受けず、糖尿病やその合併症により入院する確率が高いことを報告している⁷が、糖尿病は高血圧と同様、初期症状がないため、受診抑制が起こりやすい。同報告書では、社会経済的地位が低いほど、健診受診や予防接種などの予防行動をとる割合が低いことも示されており、これにもヘルスリテラシーが関連している可能性がある。同じく米国の癌検診でも、便潜血検査や大腸ファイバー検査を受けた割合は低所得層で高所得層よりも低く³⁶、日本でも、高齢者の健診未受診は、社会経済的地位の低さと関連していた²⁸。

4. 医療アクセスの格差への対策

以上述べてきたように、医療費の自己負担が増えると、不要な受診だけでなく必要な医療も抑制されること、またその傾向は所得が低い人々により顕著であることが確認されている。WHOは「すべての人に健康を (Health for All)」のスローガンのもと、「政府が主導して、医療制度の財政や皆保険制度の創設、自己負担を最小限にとどめるよう努力する」よう求めている⁵。内閣府の政策効果分析レポートでは、60歳代前半で所得が低い国民健康保険加入者では、受診抑制が相対的に高率で見られることが報告され、就業や所得状態に応じた医療保険に関わる負担の軽減など、弾力的な制度運用を行う配慮が必要であるとしている³⁷。ヨーロッパ¹¹およびOECD加盟諸国³⁸の医療制度改革の経験をまとめた報告書によれば、自己負担が増えると、不要な医療が減る半面、必要な医療も減る。しかも、低所得者ほど不健康であり、医療の必要性が高いにもかかわらず、必要な医療から排除されやすくなることが指摘されている。医療アクセスによる健康格差の是正のためには、低所得者層も安心して医療にかかれ

る医療保障制度が重要である。

それに加え、医療へのアクセスには、自己負担額だけでなく、無保険者の問題も含めた議論が必要である。皆保険制度の日本でも、国民健康保険加入世帯の18.6%が保険料を滞納している³⁹。特別の事情がなく1年以上国民健康保険料を滞納していると保険証がとりあげられ、「資格証」が交付されるが、その「資格証」交付世帯が34万世帯にのぼっている。このような世帯では、受診時にいったん医療費を全額支払う必要があるため、受診抑制が一般世帯の32倍から200倍も起こりやすい³⁹。医療機関にかからずに手遅れで亡くなった例も18都道府県で27人いることが報告されている³⁹。米国では、低所得家庭の子どもを対象にした医療保険システム [State Children's Health Insurance Program (SCHIP)] の創設により、子どもにおいて、医療アクセスにおける格差が縮小したことが示されている⁴⁰。日本でも、親が国民健康保険の保険料を滞納したことにより無保険状態になった中学生以下の子どもに対し、短期保険証の交付を取り決めた改正国民健康法が成立し、2009年4月から施行された。

医療制度の見直しによるこのような格差への対処は重要である。しかし、この問題に対処するためには、制度の見直しだけでは不十分である。格差の背景として、医療に対する不信やコミュニケーションの問題も指摘されているからである³⁷。また、低所得者ほど健診を受けない²⁸理由として、制度や社会経済的・物理的アクセスの問題だけでなく、心理的要因もある³⁷。地域でできる方策として、英国での取り組みが参考になるかもしれない。英国政府の委託により、2010年8月からリバプールで「Healthy Homes」という事業が始まった。「より健康的な家で、より健康的な生活を」をキャッチフレーズに、貧困地域 (このような地域には移民も多い) を40ヶ所指定し、1件ずつ訪問し、立ち入り検査を行った。家屋に健康への問題がある場合は、家主に改善命令が出される。この立ち入りの際に、健康上の問題を抱えている人に対する医療サービスの紹介も行われ、言葉の問題や健康意識の低さにより、症状が重くなるまで受診しない移民や貧困層の早期受診にも一役買ったのである⁴¹。また、妊婦健診の未受診の背景には、経済的理由があげられる⁴²が、乳児死亡率が全国平均の1.3倍というロンドンの最貧困地区で、地元の助産師が大学や病院に呼びかけ、2008年に対策チームを結成した。地域の若い母親たちに呼びかけ、「Bump Buddies」というボランティアグループを発足させたのである。同じ民族や同じ肌の色の若いメンバーが町の中で妊婦を見かけたら話し

かけ、医療サービスにつなげた結果、妊婦健診の未受診率が半減した⁴⁾。これは、ボランティアの活用によって、様々な理由で受診を控えていた人々を医療サービスや専門機関につなぐことができた好例である。日本では、伝統的に社会福祉協議会や自治体、地域住民などのパートナーシップによる、子育て支援ボランティアや高齢者の見守り活動など、様々な地域福祉活動が行われてきたが、地域の力を生かしたこのような活動は、今後ますます重要になるであろう。

謝辞

本研究は、文部科学省の助成（課題番号19530490；21530585）を受け、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の助成を受けた AGES（愛知老年学的評価研究）プロジェクトの一環として実施された。

文 献

- 1) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276(4): 293-299.
- 2) Lorant V, Deliège D, Eaton W, et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157(2): 98-112.
- 3) Beydoun MA, Popkin BM. The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China. *Soc Sci Med* 2005; 60(9): 2045-2057.
- 4) Kagamimori S, Gaina A, Nasermoaddeli A. Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Soc Sci Med* 2009; 68(12): 2152-2160.
- 5) Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008; 94-106.
- 6) 日本医療政策機構. 日本の医療に関する2007年世論調査. 2007. http://www.hgpi.org/report_events.html?article=45 (2011年5月8日アクセス可能)
- 7) Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Disparities Reports. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/qrd09.htm> (2011年1月13日アクセス可能)
- 8) Hadley J. Insurance coverage, medical care use, and short-term health changes following an unintentional injury or the onset of a chronic condition. *JAMA* 2007; 297(10): 1073-1084.
- 9) Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2006; 96(7): 1300-1307.
- 10) Rahimi AR, Spertus JA, Reid KJ, et al. Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297(10): 1063-1072.
- 11) ロビンソン R. 医療における自己負担. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, et al. eds. 医療財源論. ヨーロッパの選択 [Funding Health Care: Options for Europe] (一圓光彌, 監訳) 東京: 光生館, 2004; 189-214.
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所. 社会保障実態調査. 2007年7月. <http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/jittai2007/janda/jittai2007.asp> (2011年5月8日アクセス可能)
- 13) 日本医療政策機構. 日本の医療に関する2008年世論調査. 2008. http://www.hgpi.org/report_events.html?article=42 (2011年5月8日アクセス可能)
- 14) 埴淵知哉. 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. 2010; 10: 99-110.
- 15) 阿部 彩. 子どもの健康と貧困の経験. 平成19年度厚労科学研究費補助金(統計情報総合研究事業)総括研究報告書 パネル調査(縦断調査)に関する総合的分析システムの開発研究(主任研究者 金子隆一) 2008; 205-216.
- 16) Babazono A, Miyazaki M, Imatoh T, et al. Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system. *Int J Technol Assessment Health Care* 2005; 21(2): 228-233.
- 17) Lostao L, Regidor E, Geyer S, et al. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Soc Sci Med* 2007; 65(2): 367-376.
- 18) Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy* 2005; 72(3): 293-300.
- 19) Huang JH, Tung CM. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 43(1): 101-116.
- 20) Murata C, Yamada T, Chen CC, et al. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(4): 1330-1341.
- 21) Barnett S, Roderick P, Martin D, et al. A multilevel analysis of the effects of rurality and social deprivation on premature limiting long term illness. *J Epidemiol Commun Health* 2001; 55(1): 44-51.
- 22) Onwujekwe O. Inequities in healthcare seeking in the treatment of communicable endemic diseases in Southeast Nigeria. *Soc Sci Med* 2005; 61(2): 455-463.
- 23) Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Internal Med* 2005; 20(2): 148-154.
- 24) Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health*

- Serv 2007; 37(1): 89-109.
- 25) 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子. 世帯の経済水準による終末期ケア格差: 在宅療養高齢者を対象とした全国調査から. 社会福祉学 (印刷中)
- 26) Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66(3): 305-315.
- 27) Thorpe JM, Kalinowski CT, Patterson ME, et al. Psychological distress as a barrier to preventive care in community-dwelling elderly in the United States. *Med Care* 2006; 44(2): 187-191.
- 28) 平松 誠, 近藤克則, 平井 寛. 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.
- 29) 近藤克則, 花岡智恵, 平井 寛, 他. 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; 395.
- 30) Edwards M, Davies M, Edwards A. What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: a meta-synthesis of the literature. *Patient Educ Couns* 2009; 75(1): 37-52.
- 31) Doescher MP, Saver BG, Franks P, et al. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1156-1163.
- 32) Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *Am J Public Health* 2003; 93(10): 1713-1719.
- 33) 前田 泉, 徳田茂二. 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. 東京: 日本評論社, 2003; 65-76.
- 34) Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Soc Sci Med* 2007; 64(7): 1373-1383.
- 35) 村田千代栄. 医療不安と社会経済的地位の関連: JGSS-2008に基づく分析. 日本版 General Social Surveys 研究論文集 2010; 10: 111-122.
- 36) Centers for Disease Control and Prevention. CDC health disparities and inequalities report -United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2011; 60 Suppl: 1-2.
- 37) 内閣府政策統括官室. 政策効果分析レポート No.20 医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動. 2006. <http://www5.cao.go.jp/keizai3/seisakukoka.html> (2011年5月8日アクセス可能)
- 38) The OECD Health project. 世界の医療制度改革: 質の良い効率的な医療システムに向けて [The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems] (阿万哲也, 訳) 東京: 明石書店, 2005.
- 39) 芝田英昭. 国民健康保険滞納者の健康破壊は皆保険体制崩壊の始まり. *公衆衛生* 2008; 72(9): 708-716.
- 40) Shone LP, Dick AW, Klein JD, et al. Reduction in racial and ethnic disparities after enrollment in the State Children's Health Insurance Program. *Pediatrics* 2005; 115(6): e697-e705.
- 41) 岩永直子, 近藤克則. 健康の社会的決定要因への介入 イギリス NHS の現場に見る健康格差対策. *病院* 2011; 70(1): 19-23.
- 42) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 他. 当科における妊婦健康診査未受診妊婦の検討. *日本周産期・新生児医学会雑誌* 2009; 45(1): 32-36.
-