

一般口演 | 医療アセスメント

一般口演3

医療経済・医療政策

2021年11月19日(金) 09:10 ~ 11:10 G会場 (2号館3階232+233)

[2-G-1-02] 社会経済状況と医療資源の利用行動の関連分析 一日本家計パネル調査（JHPS/KHPS）に基づく分析一

*高田 一輝¹、糟谷 昌志¹（1. 宮城大学大学院事業構想学研究科）

*Kazuki Takada¹, Masashi Kasuya¹（1. 宮城大学大学院事業構想学研究科）

キーワード：Self-medication, Health policy, Medical resource utilization

【背景と目的】本研究では、以下の①と②を目的とする。①医療に関わる社会経済的な要因が医療資源の公平性、利用度、及び、必要度に与える影響を明らかにする。②医療に関わる社会経済的な要因が影響を与える医療資源利用の行動選択の要因を明らかにする。【方法】本研究では、慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターの「日本家計パネル調査」（JHPS・KHPS）を使用し以下の分析を行った。①2017年1月から適用されたセルフメディケーション税制に着目し、適用以前の2016年度と政策が十分に周知されたと考えられる2019年度について、Doorslear et al(2004)の手法に基づく医療資源の必要度合いと実際の利用度合いの比較を行った。②2019年度のデータを用い、被説明変数に医療資源の利用行動（通院の有無、売薬購入の有無）、説明変数に社会経済状況や生活に関する項目を投入し、尤度比による変数増加法によるロジスティック回帰分析を行った。【結果】①医療資源の利用における公平性が確認された。2016年度と2019年度の医療資源の必要度合い及び実際の利用度合いについて、統計的に有意な差は見られなかった。②20歳～44歳について、通院の有無で、有給休暇取得日数（オッズ比(95% CI)=1.047(1.024-1.070)）、売薬購入の有無で、週平均残業時間（オッズ比(95% CI)=1.033 (1.006-1.061)）であった。【考察】①制度の認知度の低さ、手続きの煩雑さ、対象医薬品の範囲が影響していると考えられる。②20歳～44歳の有給休暇取得日数及び、週平均残業時間について、余暇時間が長いほど通院確率が増加し、短いほど売薬購入確率が増加することが示唆された。【結語】医療に関わる社会経済的要因の効果の一部が明らかになった。

社会経済状況と医療資源の利用行動の関連分析

- 日本家計パネル調査(JHPS/KHPS)に基づく分析 -

高田一輝*, 糟谷昌志*

*宮城大学大学院事業構想学研究科

Analyzing the relationship between socioeconomic status and medical resource utilization behaviors

- Analyses based on the Japanese Household Panel Survey (JHPS / KHPS)-

Kazuki Takada*, Masashi Kasuya*

* Graduate School of Project Design, Miyagi University

Abstract

This study clarifies the impact of socioeconomic factors related to health care on the equity, utilization, and necessity of health care resources, as well as factors related to behavioral choices regarding health care resource utilization that are influenced by socioeconomic factors related to health care.

For analysis, the Japan Household Panel Survey (JHPS/KHPS) was used. First, a comparison was made between fiscal 2016 and fiscal 2019. Next, a logistic regression analysis was conducted with the use of health care resources as the explained variable, and individuals' socioeconomic status and health as the explanatory variable, to identify items that affect the utilization of health care resources. The analysis has confirmed the equity of health care resources. However, the "self-medication taxation system," under which people who purchase certain over-the-counter medicines receive tax deductions, was not confirmed to have helped promote self-medication. Socioeconomic factors that influence health care resource utilization, when it comes to visiting a physician, include the number of paid holidays taken and the length of working hours. If the leisure time is long, the likelihood increases significantly that a person visits a physician. In contrast, when it comes to the purchase of over-the-counter drugs, factors include younger people's leisure time. If the leisure time is short, the likelihood increases significantly that a person purchases such drugs. For people in other generations, statistically significant differences were found mainly with respect to their occupations.

Keywords: self-medication, health policy, medical resource utilization

1. 緒論

現在、我が国は医療の高度化や国民の健康意識の向上に伴い、高い平均寿命を保持している一方で、少子高齢化の深刻化や国民医療費の増大、生活習慣病患者の増加など様々な社会問題を抱えている。これらに対応していくために、医療資源を効果的に利用していくことが求められている。医療資源の利用が必要になるリスクは、個人の健康状態にも依存している。そのリスクが発生しても医療資源を利用するか否か、また、どのような医療資源を利用するかは軽度の傷病に罹患した場合、受診行動等は、個人の判断に委ねられる場合が多い。その場合の、医療資源の利用は主に2通り考えられる。1つ目は医療機関への受診であり、2つ目は一般用医薬品(Over The Counter、以下 OTC)の購入である。近年、期待されているのは、OTC を利用したセルフメディケーションの推進である。セルフメディケーションは、世界保健機構によって「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されている。具体的には、軽度の疾病に対して OTC を使用して手当てを行うことである。また、「日本再興戦略」(2013)において健康延伸が1つのテーマとなっており、「個人・保険者・企業の意識・動機付けを高めることと健康寿命延伸産業の創出を両輪で取り組む。これにより、どこでも簡単にサービスを受けられる仕組みを作り、自己健康管理を進める『セルフメディケーション』等を実現する」、「薬局を地域に密着した健康情報の拠点として、一般用医薬品等の適正な使用に関する助言や健康に関する相談、情報提供を行う等、セルフメディケーションの推進のために薬局・薬

剤師の活用を促進する」と述べられており¹⁾、「日本再興戦略」(2014)においても、「医薬品からOTC医薬品への移行」、「薬局・薬剤師を活用したセルフメディケーション」が推進されている²⁾。また、2017年1月から、適切な健康管理の下で医療用医薬品からの代替を進める観点から、健康の維持増進及び疾病の予防として購入したOTCの対価を一部補助するセルフメディケーション税制が開始され、OTCの利用促進が期待される。

一方で、医療資源を利用する個人を取り巻く社会情勢として非正規労働者の増加や、所得格差の拡大が指摘されている。医療においても受診を中心とした医療資源の利用行動における不平等が懸念されるが、健康の社会的格差を縮小させる観点から、利用の公平性が達成されることが求められる。

以上を踏まえ、本研究では、セルフメディケーションの推進状況及び医療資源利用の公平性について、慶応義塾大学経済研究所パネル設計・解析センターの「日本家計パネル調査」(JHPS/KHPS)のデータを用いて検討する。

医療資源の利用行動の公平性や、セルフメディケーションについてはこれまでもいくつか研究が行われている。

諸外国における代表的な先行研究として、van Doorslaer et al. (2000) (2004) が挙げられる³⁾⁴⁾。医療の必要度(医療ニーズ)を算出し、実際の医療サービスの利用度合いと比較することで、医療サービスのアクセスの公平性について国際比較を行っている。我が国においては、上記の研究を参考に本多ら(2003)、石井(2011)が医療資源利用の公平性について個票データを用いて分析している⁵⁾⁶⁾。石井(2011)の報告では、

所得階層間における医療資源の利用について日本家計パネル調査 (JHPS) を用いて検討されている⁶⁾。医療機関の受診の有無を被説明変数にして分析を行い、同じ健康状態であっても低所得者ほど医療機関の受診確率が低い傾向が確認された。一方、受診経験者に限定して医療機関における自己負担額を被説明変数として行った分析では、同じ健康状態であれば医療資源の利用量は差が見られないことが確認されている。それ故、一度受診をすれば所得によって医療資源の利用は制限されないが、受診するか否かの段階においては、低所得者ほど受診確率が低くなることが明らかになっている。

景山 (2013) は、病気の対処過程におけるセルフメディケーションの選択過程やその意思決定について明らかにすることを目的として、一般生活者を対象とし、セルフメディケーションの実態に対する調査が行った⁷⁾。質問紙による調査を実施しており、質問項目は最近 1 年間の症状の発症状況とその対処、日頃の体調不良時の対処行動の選択傾向、対処行動の選択理由である。軽度な疾病においては、時間をかけずに治療を行いたい場合や、特定の症状に対し薬を服用する習慣がある場合にセルフメディケーションを行うことが明らかになっている。更に、習慣的でない疾病においては、セルフメディケーションが選択されにくい傾向が見られた。医療機関への受診については、セルフメディケーションを経て選択される場合と直接選択される場合が見られ、身近な医療機関がある場合には、症状の程度にかかわらず早い段階で選択される傾向が見られた。

また、本研究では、医療資源の利用行動に影響を与えると考えられる要因として、個人の社会経済状況に着目する。近年、個人の社会経済状況に関連すると考えられる社会情勢として非正規労働者の増加や、勤務形態の多様化が挙げられる。就業形態や勤務形態、労働時間の違いは、生活スタイルや生活における自由度に影響を及ぼすと考えられる。それ故、医療資源の利用行動の選択との関連性が予測される。また、健康状況が悪いほど医療資源の利用可能性が高まるが、山本 (2010) や河井 (2010) において、社会経済状況と健康の関連性が指摘されている⁸⁾⁹⁾。山本 (2010) では、就業状況と労働者の健康状態の関連性が分析された⁸⁾。日本家計パネル調査 (JHPS/KHPS) を用いて就業形態や労働時間が労働者の健康状態に与える影響を検証しており、非正規雇用の健康状態は正規雇用に比べて悪くなっていることが確認された。しかしながら、賃金や年齢等の労働者の属性や、不健康ゆえに非正規で働いているといった逆の因果性をコントロールすると就業形態や労働時間による健康状態の差が解消され、非正規雇用の方が労働時間を自由に選択することができることを踏まえると賃金や雇用の安定性、教育、福利厚生等の労働時間以外の面で不効用が生じていることが示唆された。個人の社会経済状況は、直接的に、あるいは健康状態を介して間接的に医療資源の利用行動に影響を与えると考えられる。

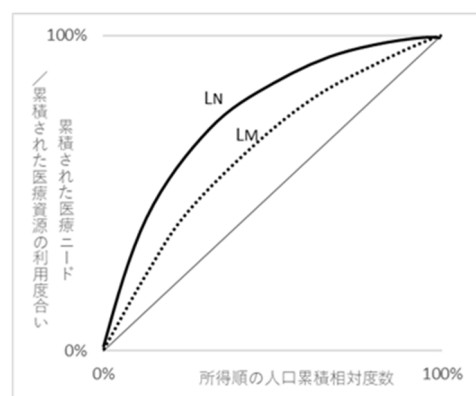
以上より、受診を中心とした医療の公平性や、セルフメディケーションの意思決定に関する研究は行われているが、セルフメディケーションを含む医療資源の公平性や、利用行動の現状、医療資源の利用行動に影響を与える要因については明らかになっていない。したがって本研究では、①医療に関わる社会経済的な要因が医療資源の公平性、利用度、及び、必要度に与える影響を明らかにすること、②医療に関わる社会経済的な要因が影響を与える、医療資源利用の行動選択の要因を明らかにすることの 2 点を目的とする。

2. 方法

本研究では、慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターが実施している「日本家計パネル調査」(JHPS/KHPS) を使用した。日本家計調査は経済主体の動的な行動を調査することを目的としたパネル調査であり、特定の層に焦点を当てるのではなく、社会全体の人口構成が反映されている。今回使用した KHPS は 2004 年から、JHPS は 2009 年から実施されており、サンプル数は KHPS が 4000 世帯、7000 人、JHPS が 4000 人である。調査対象は、KHPS は 20 歳～69 歳の男女、JHPS は 20 歳以上の男女であり、層化 2 段無作為抽出法により選定している。調査項目は、家族構成、個人属性、学歴、就業、健康、医療、住宅等多岐にわたるが、本研究では医療、就業の項目を中心に利用した。

本研究では 2 つの方法から医療資源の利用状況について分析を行った。1 つ目として、2017 年 1 月から適用されたセルフメディケーション税制に着目し、適用以前の 2016 年度と政策が十分に周知されたと考えられる 2019 年度について、Doorslear et al.(2004)の手法に基づき⁴⁾、医療ニーズと実際の医療資源の利用度合いの比較を行い、医療の公平性及び税制の効果について検討する。なお、ここでいう公平性とは、本多ら (2003) に基づき、必要度に応じて受診や医療費といった医療資源が用いられていることと定義する⁵⁾。医療資源の公平性を検討するには、医療ニーズと実際の医療資源の利用度合いを所得階層間で比較する必要があり、医療ニーズが同じであれば、所得に関わらず、同量の医療資源を利用できているかを判断基準とする。この関係性を表したものが図 1 である。図 1 のグラフの構造は所得格差を表すローレンツ曲線と同じであり、医療ニーズの集中度曲線 L_N は所得の低いものから順に医療ニーズを累積したものである。同様に所得の低いものから順に実際の医療資源の利用度合いを累積したものが医療資源利用の集中度曲線 L_M である。各所得階層間においても医療ニーズが同等であれば L_N は 45 度線を通り、同様に、実際の利用度合いが同等であれば L_M は 45 度線を通る。また、図 1 のように L_N が L_M よりも 45 度線から離れている場合には低所得者に不利な形で公平性が欠如していることを意味する。

図 1 所得階層ごとの医療ニーズと実際の利用度合い



医療ニーズは医療資源の必要度を表し、医療資源の利用を性別、年齢、健康状態などに回帰させて推計する。同様の方法は、石井 (2011) の研究において用いられている⁶⁾。具体的な推計式を下記に示す。

$$y = a + b\text{DEMO} + c\text{HELT} + dQ_2 + eQ_3 + fQ_4 + gQ_5 + \varepsilon \quad (1)$$

$$y' = a' + b'\text{DEMO} + c'\text{HELT} + d'Q_2' + e'Q_3' + f'Q_4' + g'Q_5' \quad (2)$$

本研究では、医療資源の利用を表す被説明変数 y に昨年 1 年間の受診の有無を用いた。説明変数には人口学的変数 DEMO に年齢、性別を、健康を表す変数 HELT にはスコア化された健康指標(もっともよい状態を 0、最も悪い状態を 4 とした 5 段階の主観的健康度)と喫煙歴(未喫煙、現在喫煙、及び、過去喫煙)、世帯人数で調整した可処分所得を 20% ずつに階層分けした 5 段階の所得階層を表すカテゴリー変数 $Q2$ から $Q5$ ($Q1$ はレファレンス)を投入しており ε は誤差項を表す。 y' は医療ニードであり、 $a', b', c', d', e', f', g'$ は (1) で推計された係数を、 $Q2'$ から $Q5'$ は平均値を用いた。また、いずれの推計においても 20~44 歳、45~64 歳、65 歳以上の 3 グループに分けて分析を行った。OTC 購入に関する項目としては、昨年 1 年間の売薬購入の有無を利用し、医療ニード及び実際の受診度合いと比較することで、セルフメディケーションの現状について検討した。加えて、以上の数値について 2016 年度と 2019 年度で比較を行い、セルフメディケーション税制の効果を確認した。

2 つ目は医療資源の利用行動に関連する要因を明らかにする方法である。2016 年度及び 2019 年度のデータを用い、被説明変数に昨年 1 年間の受診の有無、昨年 1 年間の OTC 購入の有無、説明変数には、配偶者の有無のカテゴリー変数、有給休暇取得日数、月平均勤務日数、週平均勤務時間、週平均残業時間、仕事の変化の有無のカテゴリー変数、喫煙状況の各カテゴリー変数、雇用形態の各カテゴリー変数、働き方の各カテゴリー変数、仕事の内容の各カテゴリー変数、年齢、可処分所得、0 をもっともよい状態、4 を最も悪い状態とした 5 段階の主観的健康度、危険回避度を表す傘を持って出かける最低降水確率の項目を投入し、尤度比による変数増加法によるロジスティック回帰分析を行った。分析は全体の他に、性別、年齢別のグループ別に行い、医療資源の利用行動に影響を与えている項目を明らかにした。

3. 結果

医療ニードを推計し、実際の受診率及び売薬購入率と比較したものを表 1、表 2 に示す。両年度において、所得階層による医療ニードと受診率の乖離に差は見られず、受診に関して公平性確認された。売薬購入率についても、受診率と同様に所得階層間での差は見られなかったが、若年層ほど医療ニードに対する割合が高いことから、若年層ほど病気やけがの治療に OTC を使用していることが考えられる。また、2016 年度と 2019 年度の比較を行うと、医療ニードに対する実際の受診率及び、売薬購入率は統計的有意差が見られず、セルフメディケーション税制による、OTC 購入及び、セルフメディケーションの促進効果は確認されなかった。

表 1 医療ニード、受診率、売薬購入率の比較(2016 年度)

2016年度		20~44歳	
所得階層	医療ニード	受診率	売薬購入率
第Ⅰ五分位	44%	43%	14%
第Ⅱ五分位	34%	34%	21%
第Ⅲ五分位	41%	41%	19%
第Ⅳ五分位	41%	45%	15%
第Ⅴ五分位	42%	44%	21%
		45~64歳	
所得階層	医療ニード	受診率	売薬購入率
第Ⅰ五分位	58%	59%	14%
第Ⅱ五分位	55%	55%	18%
第Ⅲ五分位	50%	50%	14%
第Ⅳ五分位	54%	55%	19%
第Ⅴ五分位	60%	60%	18%
		65歳~	
所得階層	医療ニード	受診率	売薬購入率
第Ⅰ五分位	76%	76%	13%
第Ⅱ五分位	74%	75%	15%
第Ⅲ五分位	75%	76%	14%
第Ⅳ五分位	74%	74%	10%
第Ⅴ五分位	74%	75%	9%

表 2 医療ニード、受診率、売薬購入率の比較(2019 年度)

2019年度		20~44歳	
所得階層	医療ニード	受診率	売薬購入率
第Ⅰ五分位	57%	62%	15%
第Ⅱ五分位	56%	57%	17%
第Ⅲ五分位	55%	58%	16%
第Ⅳ五分位	55%	56%	20%
第Ⅴ五分位	60%	61%	18%
		45~64歳	
所得階層	医療ニード	受診率	売薬購入率
第Ⅰ五分位	64%	63%	14%
第Ⅱ五分位	63%	66%	17%
第Ⅲ五分位	65%	62%	17%
第Ⅳ五分位	64%	68%	18%
第Ⅴ五分位	65%	73%	19%
		65歳~	
所得階層	医療ニード	受診率	売薬購入率
第Ⅰ五分位	73%	76%	12%
第Ⅱ五分位	73%	83%	13%
第Ⅲ五分位	72%	84%	15%
第Ⅳ五分位	72%	77%	13%
第Ⅴ五分位	73%	80%	14%

2016 年度及び 2019 年度のデータを用い、医療資源の利用行動に影響を与えている項目の分析を行った。2016 年度の受診の有無では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.036(1.007-1.067))、専門的・技術的職業従事者(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=1.490(1.111-1.999))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.560(0.431-0.727))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.533(1.350-1.740))であった。性別ごとに分析を行うと、男性では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.044(1.030-1.059))、専門的・技術的職業従事者(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=1.588(1.041-2.422))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.659(0.477-0.912))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.481(1.247-1.760))であり、女性では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.021(1.005-1.038))、週平均勤務時間で(オッズ比(95%CI)=1.017(1.006-1.029))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.664(1.373-2.015))であった。年齢別に分析を行うと 20~44 歳では、未喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=1.604(1.135-2.268))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.465(1.211-1.772))であり、45~64 歳では、有給休暇取得日数で(オッズ比(95%CI)=1.023(1.001-1.045))、危険回避度の低さで(オッズ比(95%CI)=0.989(0.980-0.988))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.555(0.387-0.798))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.686(1.409-2.018))、65 歳以上では、サービス職従業者(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=0.129(0.032-0.527))、事務従事者で(オッズ比(95%CI)=0.118(0.022-0.636))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.065(0.015-0.290))であった。2019 年度の受診の有無では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.027(1.018-1.036))、有給休暇取得日数で(オッズ比(95%CI)=1.034(1.019-1.050))、月平均勤務日数で(オッズ比(95%CI)=0.976(0.953-0.999))、仕事の変化の有無で(オッズ比(95%CI)=1.599(1.201-2.129))、製造・建築・保守・運搬(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=0.733(0.561-0.958))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.664(0.519-0.850))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.520(1.355-1.704))であった。性別ごとに分析を行うと、男性では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.019(1.006-1.033))、有給休暇取得日数で(オッズ比(95%CI)=1.047(1.022-1.072))、月平均勤務日数で(オッズ比(95%CI)=0.964(0.933-0.995))、仕事の変化の有無で(オッズ比(95%CI)=1.558(1.023-2.373))、危険回避度の低さで(オッズ比(95%CI)=0.991(0.982-1.000))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.437(1.208-1.711))であり、女性では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.031(1.019-1.042))、有給休暇取得日数で(オッズ比(95%CI)=1.031(1.012-1.051))、仕事の変化の有無で(オッズ比(95%CI)=1.609(1.087-2.380))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.688(0.500-0.892))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.527(1.315-1.773))であった。年齢別に分析を行うと、20~44 歳では、有給休暇取得日数で(オッズ比(95%CI)=1.052(1.029-1.075))、仕事の変化の有無で(オッズ比(95%CI)=1.587(1.117-2.256))、危険回避度の低さで(オッズ比(95%CI)=0.991(0.983-0.999))、製造・建築・保守・運搬(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=0.490(0.333-0.722))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.508(1.286-1.768))であり、45~64 歳では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.031(1.003-1.059))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.507(0.356-0.722))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.518(1.276-1.807))、65 歳以上では、有給取得日数で(オッズ比(95%CI)=1.122(1.040-1.210))、製造・建築・保

守・運搬(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=0.268(0.085-0.842))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.937(1.141-3.288))であった。2016 年度の売薬購入の有無では、サービス職従事者(仕事の内容)で(オッズ比(95%CI)=1.765(1.222-2.550))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.208(1.028-1.421))であった。性別ごとに分析を行うと、男性では、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.292(1.013-1.649))であった。年齢別に分析を行うと、20~44 歳では、主観的健康度(オッズ比(95%CI)=1.664(1.296-2.135))であり、45~64 歳では、サービス職従事者で(オッズ比(95%CI)=2.287(1.312-3.984))、事務従事者で(オッズ比(95%CI)=1.751(1.118-2.745))であった。2019 年度の売薬購入の有無について分析すると、過去喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.708(0.530-0.945))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.279(1.129-1.446))であった。年齢別に分析を行うと、20~44 歳では、年齢で(オッズ比(95%CI)=1.036(1.007-1.067))、週平均残業時間で(オッズ比(95%CI)=1.032(1.006-1.058))、現在喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.572(0.362-0.902))、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.350(1.126-1.616))であり、45~64 歳では、過去喫煙(喫煙状況)で(オッズ比(95%CI)=0.394(0.248-0.623))、65 歳以上では、主観的健康度で(オッズ比(95%CI)=1.985(1.016-3.877))であった。

4. 考察

日本家計パネル調査(JHPS/KHPS)を用いて医療ニーズを推計し実際の受診率及び売薬購入率と比較を行った。医療ニーズに対する売薬購入率は若年層で高く、若年層ほど病気やけがの治療に OTC を使用していると考えられる。また、2016 年度と 2019 年度における各項目の比較を行ったが、セルフメディケーション税制が OTC 購入を促進する効果は確認できなかった。制度の認知度の低さや手続きの煩雑さ、対象医薬品の範囲の狭さによって、受診に代わる存在として十分に認知されていないのではないかと考えられる。

受診の有無及び売薬購入の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析では、勤務時間や仕事の内容、健康関連の項目を中心として、医療資源の利用行動への影響が確認された。主観的健康度は、受診確率、売薬購入確率を有意に上昇させることが確認されたが、受診についてのオッズ比の方が高い傾向にあり、不健康時の対処法は受診が優先されることが考えられる。また、受診の有無では、有給休暇取得日数が有意に受診確率を上昇させ、月平均勤務日数や週平均勤務時間が有意に低下させることが確認された。有給休暇取得日数については、単に受診のために有給休暇を取得した可能性があるが、概ね余暇時間が短くなるほど受診確率が低下すると予測される。一方で、売薬購入の有無では、20~44 歳の年齢層に限定して、週平均残業時間や週平均勤務時間が売薬購入確率を上昇させることが確認された。受診とは反対に余暇時間が短くなるほど売薬購入確率が上昇すると考えられ、若年層に限定して、受診に代えて OTC 購入を行う可能性が示唆された。現在喫煙については、45~64 歳を中心に通院確率を大きく低下させる要因となっている。健康状態が良好ゆえに喫煙している、あるいは健康に関する関心が低いためであると考えられる。

5. 結論

本研究では、日本家計パネル調査(JHPS/KHPS)を用い、セルフメディケーションの現状及び医療資源の公平性、医療資源の利用行動に影響を与える社会経済的な要因について分析した。医療ニーズを推計し、所得階層ごとに実際の受診

率との乖離、売薬購入率との関係について比較を行った。2016年度と2019年度について比較を行うことでセルフメディケーションの税制による影響を検証した。また、医療資源の利用に影響を与えている項目を明らかにした。その結果、医療資源の公平性が確認された。一方で、セルフメディケーション税制によるセルフメディケーションの推進効果は確認されなかった。医療資源の利用行動では、余暇時間が長いほど受診確率も上昇すると予測された。一方で、売薬購入では、若年層において余暇時間に影響を与えると考えられる項目で有意差が見られ、受診とは反対に余暇時間が短いほど、売薬購入確率が上昇すると予測された。また、主観的健康度は、受診確率、売薬購入確率を有意に上昇させ、受診への影響度がより大きい傾向が見られた。

本稿の分析に際しては、慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターによる「日本家計パネル調査(JHPS/KHPS)」の個票データの提供を受けた。

参考文献

- 1) 内閣経済再生本部, 日本再興戦略-JAPAN is BACK-, 首相官邸, 2013. [(cited2021-Aug-1)]
- 2) 内閣経済再生本部, 日本再興戦略 改訂 2014-未来への挑戦-, 首相官邸, 2014. [(cited2021-Aug-1)]
- 3) Wagstaff, A. & E. van Doorslaer . Measuring and Testing for Inequalities in the Delivery of Health Care, Journal of Human Resources 2000: 716-33.
- 4) Van Doorslaer, E., C. Masseria, and the OECD Health Equity Research Group Member. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, OECD Health Working Papers 2004.
- 5) 本多智佳, 大日康史. 健康の公平性. 健康経済学, 東洋経済新報社. 2003; 267-285.
- 6) 石井加代子. 経済的地位と医療サービスの利用. 教育健康と貧困のダイナミズム-所得格差に与える税社会保障制度の効果-. 慶應義塾大学出版会, 2011: 117-130.
- 7) 景山晶子. 病気対処過程におけるセルフメディケーションと受診の意味-都内一般企業従業員及びその家族における風邪への対処行動調査からの考察-. 21世紀デザイン研究学会誌 2013: 67-79.
- 8) 山本勲. 正規・非正規雇用間格差の発生と健康状態への影響. 貧困のダイナミズム-日本の税社会保障・雇用政策と家計行動-. 慶應義塾大学出版会, 2010: 107-122.
- 9) 河井啓希. 身体的・精神的健康度と所得-雇用政策・制度の影響. 貧困のダイナミズム-日本の税社会保障・雇用政策と家計行動-. 慶應義塾大学出版会, 2010: 123-134.