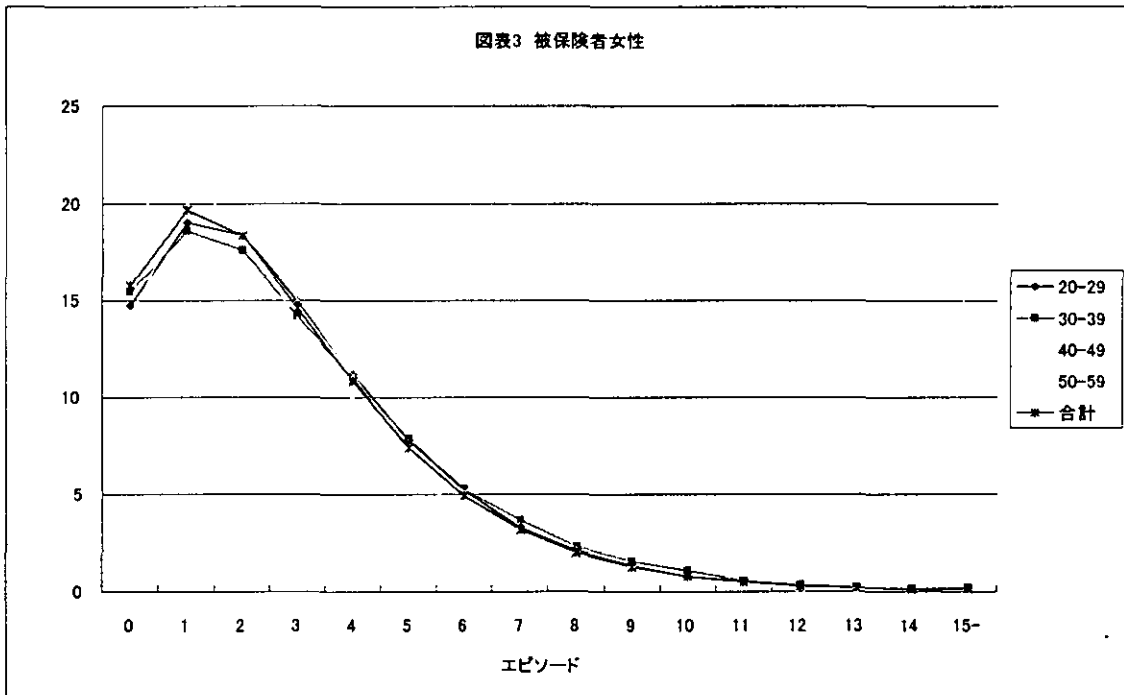
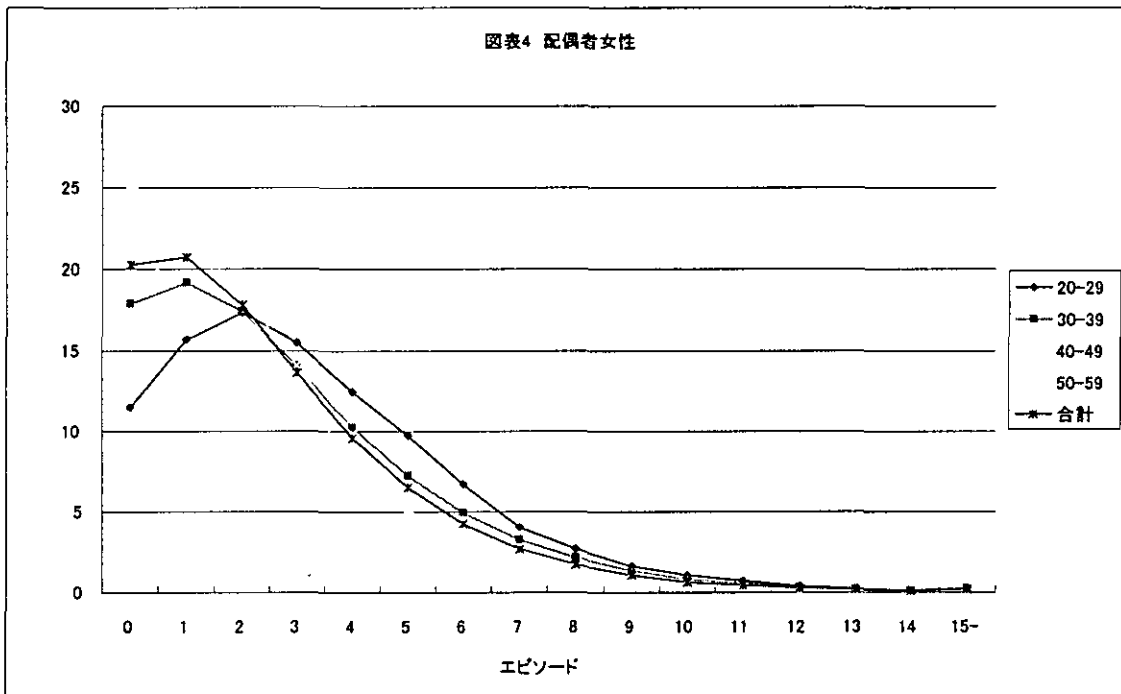


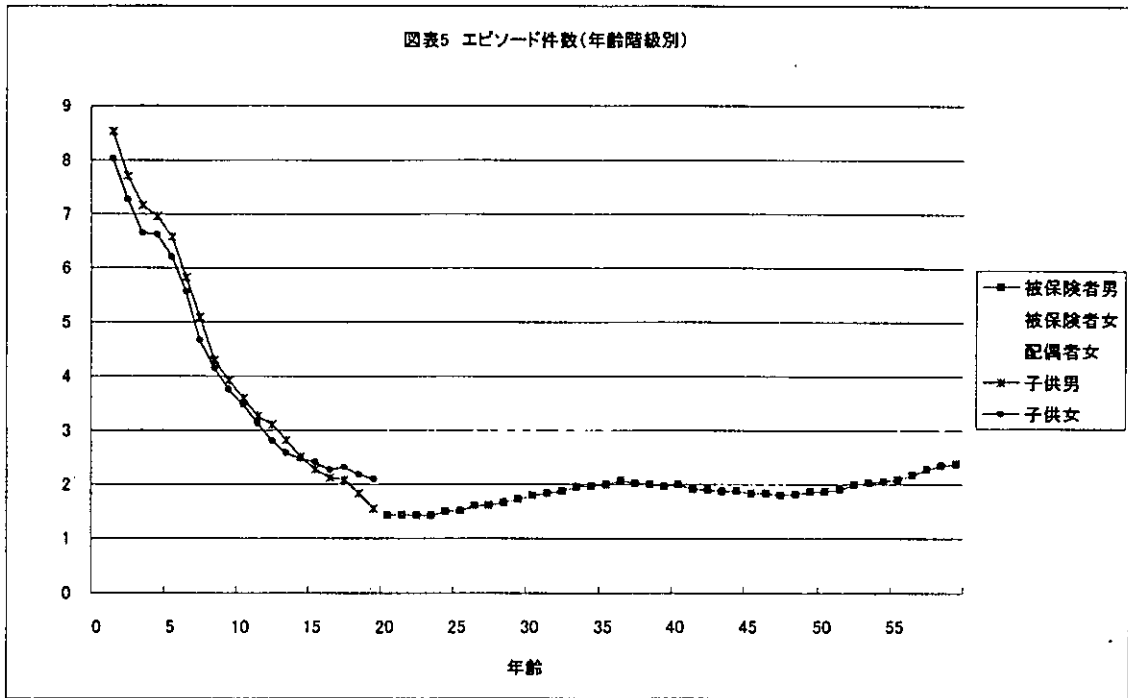
図表3 被保険者女性



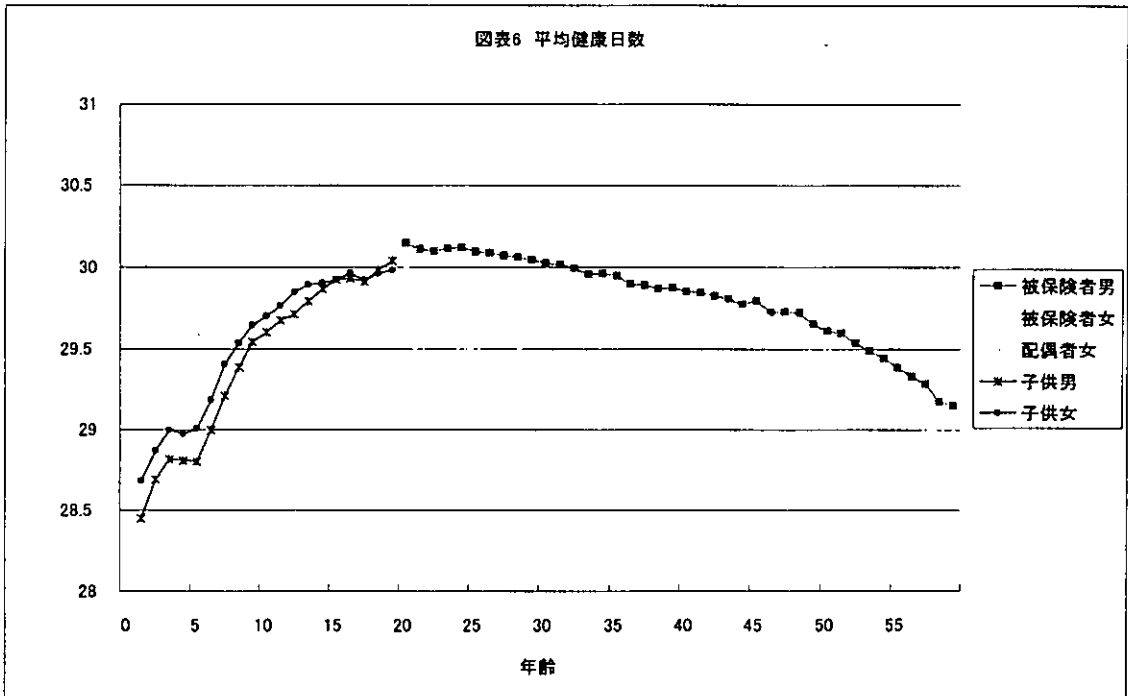
図表4 配偶者女性



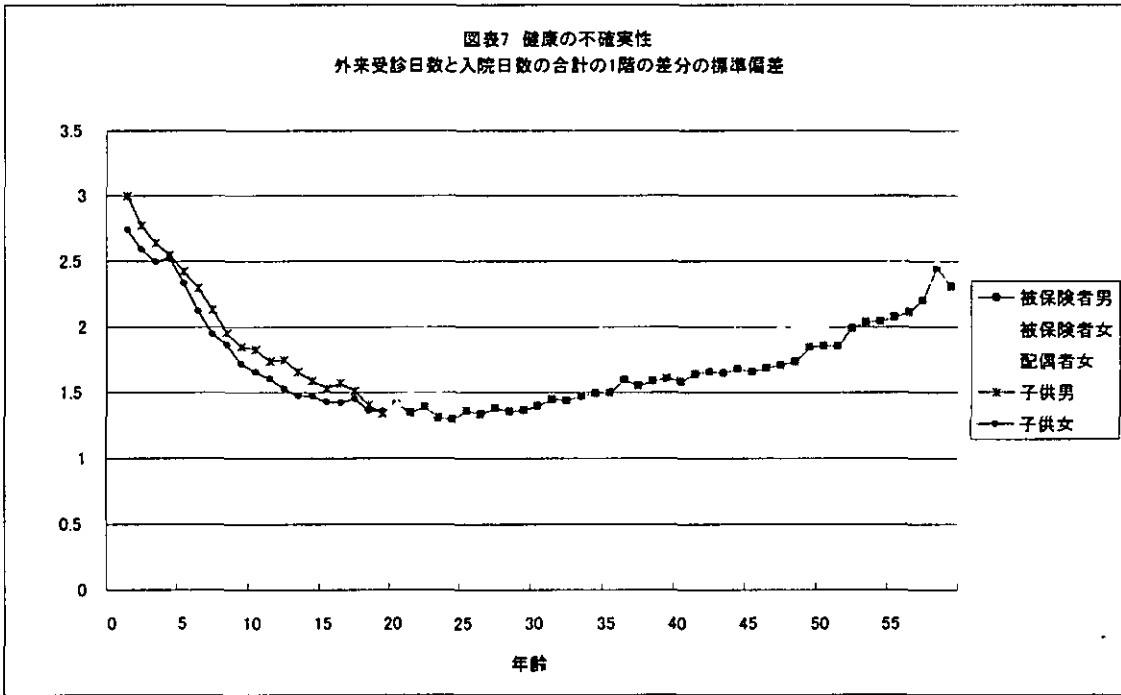
図表5 エピソード件数(年齢階級別)



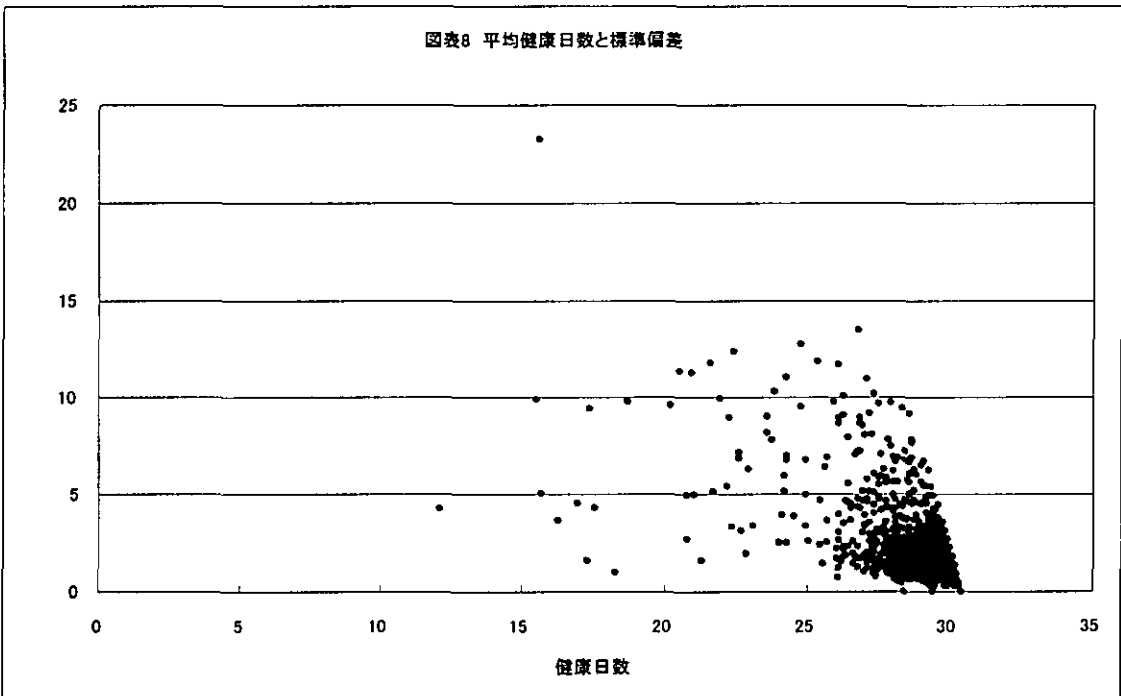
図表6 平均健康日数



図表7 健康の不確実性  
 外来受診日数と入院日数の合計の1階の差分の標準偏差



図表8 平均健康日数と標準偏差



図表 9 変数の要約

変数名	内容
エピソード件数	1998年9月から1999年8月までのエピソード数. 1998年8月以前に開始したエピソードを含む.
平均健康日数	健康の平均値の代理変数. 365日から1997年9月から1998年8月の外来受診日数と入院日数を除き12で割ったもの.
健康標準偏差	健康の不確実性の度合いの代理変数. 1997年9月から1998年8月までの各月の外来受診日数と入院日数の合計の1階の差分の標準偏差.
平均報酬	1998年9月から1999年8月までの標準偏差の平均値. ボーナスは含まない.
20-29歳ダミー	20-29歳:1, それ以外:0
30-39歳ダミー	30-39歳:1, それ以外:0
40-49歳ダミー	40-49歳:1, それ以外:0
50-59歳ダミー	50-59歳:1, それ以外:0
性別	男:0, 女:1
被保険者ダミー	被保険者:1, 被扶養者(配偶者):0

図表 10 基本統計量

被保険者男性

変数名	サンプル数	平均	標準偏差	最小	最大
エピソード件数	284755	1.9671	2.0429	0	31
受診日数の差分の標準偏差	284755	0.9618	1.3244	0	60.6252
平均健康日数	284755	29.8084	1.2432	0	30.4167
平均標準報酬	284755	444.0678	156.6197	0	980
20歳代ダミー	284755	0.2098	0.4072	0	1
30歳代ダミー	284755	0.2893	0.4534	0	1
40歳代ダミー	284755	0.2720	0.4450	0	1
50歳代ダミー	284755	0.2289	0.4201	0	1

被保険者女性

変数名	サンプル数	平均	標準偏差	最小	最大
エピソード件数	104074	2.8792	2.4933	0	33
受診日数の差分の標準偏差	104074	1.2510	1.3675	0	25.9493
平均健康日数	104074	29.6305	1.2395	0	30.4167
平均標準報酬	104074	248.3675	102.0927	0	980
20歳代ダミー	104074	0.3550	0.4785	0	1
30歳代ダミー	104074	0.2114	0.4083	0	1
40歳代ダミー	104074	0.2196	0.4140	0	1
50歳代ダミー	104074	0.2139	0.4101	0	1

配偶者女性

変数名	サンプル数	平均	標準偏差	最小	最大
エピソード件数	146575	2.5823	2.4592	0	53
受診日数の差分の標準偏差	146573	1.3092	1.5481	0	39.5056
平均健康日数	146574	29.5676	1.5099	0	30.4167
平均標準報酬	146575	516.7036	154.2827	0	980
20歳代ダミー	146575	0.0856	0.2797	0	1
30歳代ダミー	146575	0.3306	0.4704	0	1
40歳代ダミー	146575	0.3653	0.4815	0	1
50歳代ダミー	146575	0.2185	0.4132	0	1

図表 10 基本統計量 (つづき)

全体

変数名	サンプル数	平均	標準偏差	最小	最大
-----	-------	----	------	----	----

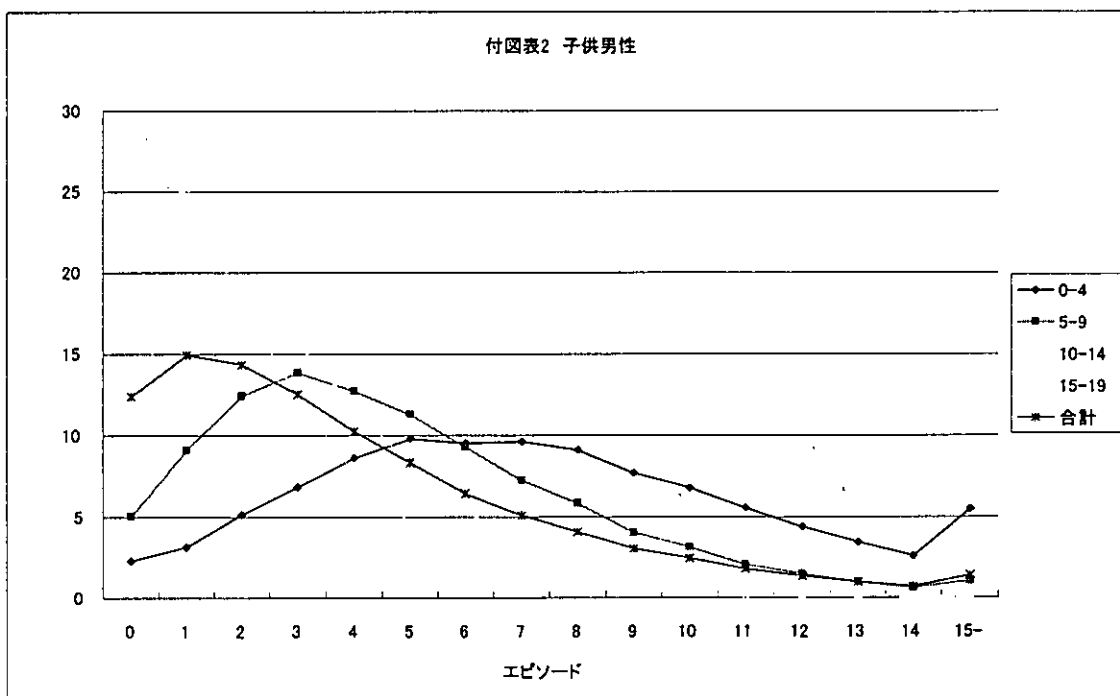
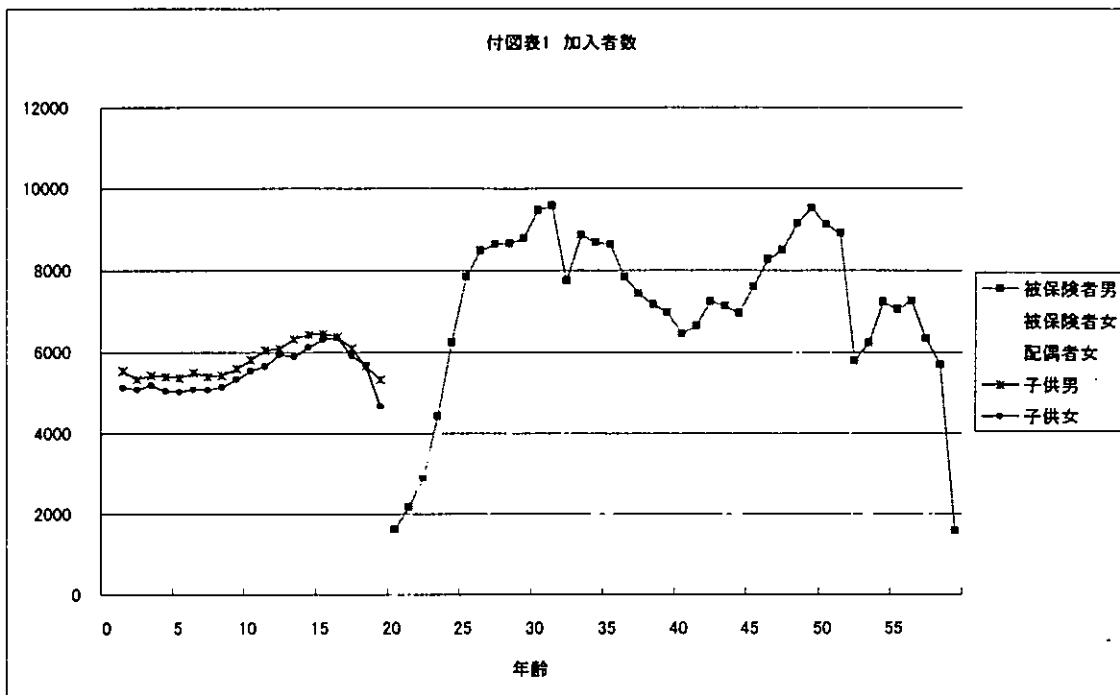
エピソード件数	535404	2.3128	2.2868	0	53
受診日数の差分の標準偏差	535402	1.1131	1.4067	0	60.6252
平均健康日数	535403	29.7079	1.3254	0	30.4167
平均標準報酬	535404	425.9119	173.6318	0	980
20歳代ダミー	535404	0.2040	0.4030	0	1
30歳代ダミー	535404	0.2855	0.4516	0	1
40歳代ダミー	535404	0.2874	0.4525	0	1
50歳代ダミー	535404	0.2231	0.4163	0	1
性別ダミー	535404	0.4681	0.4990	0	1
配偶者ダミー	535404	0.2738	0.4459	0	1

図表 11 推定結果

	被保険者男性			被保険者女性		
	推定値	Z 値	限界効果	推定値	Z 値	限界効果
受診日数の差分の標準偏差	0.1525	74.41***	0.2845	0.1092	39.59***	0.3007
平均健康日数	-0.1275	-57.64***	-0.2377	-0.1464	-46.92***	-0.4030
平均標準報酬	0.0006	38.31***	0.0011	0.0003	12.22***	0.0008
30 歳代ダミー	0.0713	12.62***	0.1349	-0.0537	-7.73***	-0.1455
40 歳代ダミー	-0.0770	-11.96***	-0.1411	-0.2167	-30.75***	-0.5626
50 歳代ダミー	-0.0561	-8.00***	-0.1031	-0.1960	-27.47***	-0.5109
切片項	4.0389	59.65***		5.2377	54.88***	
n	284755			104074		
Log likelihood	-516036			-216336		

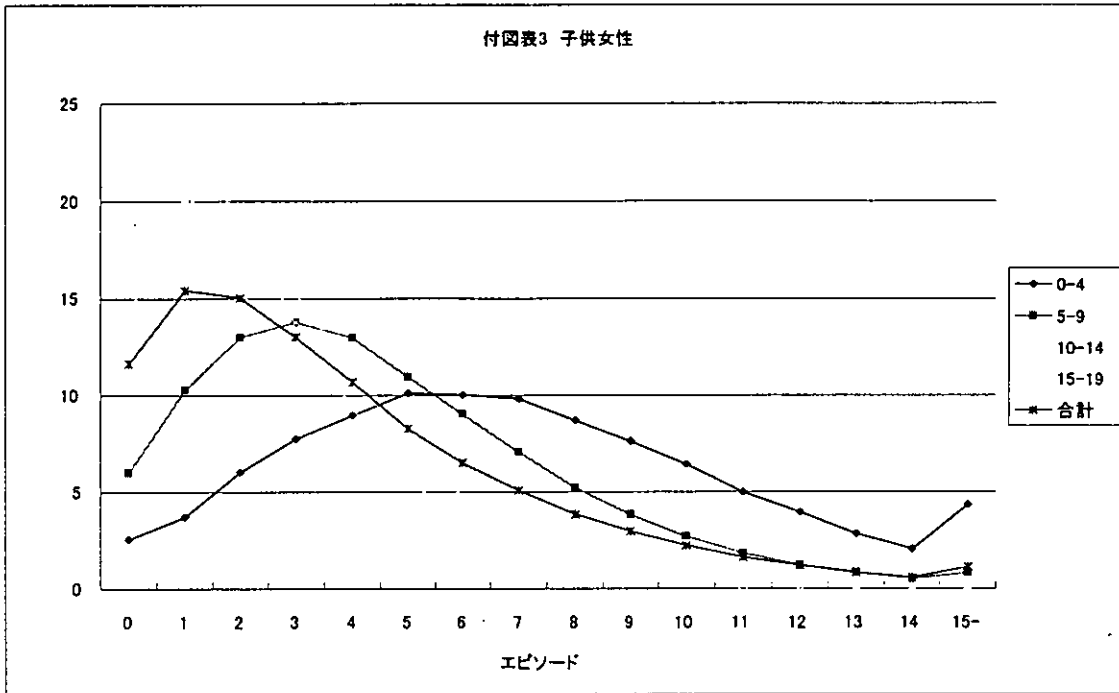
	配偶者女性			全体		
	推定値	Z 値	限界効果	推定値	Z 値	限界効果
受診日数の差分の標準偏差	0.1185	52.01***	0.2895	0.1343	100.46***	0.2917
平均健康日数	-0.1131	-45.93***	-0.2762	-0.1258	-86.03***	-0.2731
平均標準報酬	0.0002	13.95***	0.0006	0.0005	46.83***	0.0010
30 歳代ダミー	-0.1585	-18.36***	-0.3771	0.0043	1.13	0.0093
40 歳代ダミー	-0.4037	-44.21***	-0.9401	-0.1805	-44.10***	-0.3777
50 歳代ダミー	-0.3195	-32.89***	-0.7162	-0.1339	-30.74***	-0.2802
性別ダミー				0.4002	107.14***	0.8859
被保険者ダミー				-0.2303	-53.26***	-0.4756
切片項	4.2310	55.81***		4.1251	92.02***	
n	146573			535402		
Log likelihood	-295234			-1029300		

1 ダミー変数の限界効果はダミー変数が 0 から 1 に変化したときの効果, それ以外はサンプルの平均値で評価した. 2 \*\*\*は 1% で統計的に有意であることを示す.





付図表3 子供女性



# 「健康状態の自己評価」は何を表しているのか

法政大学大学院社会科学部 花岡智恵

## Introduction

近年、医療費増大に伴い、その背景にある生活習慣や健康状態が医療受診行動に与える影響への分析が急務となっている。レセプトデータを使用した医療需要行動の分析が盛んに行われている一方で、個人の生活習慣や健康状態についての研究は、わが国ではほとんど行われていない。生活習慣と健康状態、医療受診行動は密接な関係にある。生活習慣が個人の身体機能に影響を与え、それが個人の健康状態へ繋がっている(Haveman・Nies et al., 2003)。また、個人の健康状態は医療受診行動を決定する主要な要因である(Ho et al., 2002)。個人の受診行動を明らかにするためには、個人の健康状態を分析することが不可欠である。

個人の「健康状態の自己評価」は、医療経済学分野において、人々の健康水準を表す指標として、さまざまな分析で用いられている。健康状態の自己評価が医療、健康に関する研究でどのように分析されているのか。本稿は、以下の4つの観点より、健康状態の自己評価に対する既存研究を整理、検討する。第一に、健康状態の自己評価は何を表しているのか(1章・2章)。第二に、その指標は健康状態を示すものとして妥当なものか(3章)。第三に、生活習慣や医療受診行動とどのような関係にあるのか(4章)。最後に、主観的評価のために生じる様々なバイアスを検討する(5章)。

## 1章 健康状態の自己評価は何を表しているのか

健康状態の自己評価<sup>1</sup>とは、アンケート調査などで個人が報告した健康状態のことである。健康全般の個人的な評価であり、健康に対する個人の客観的な情

---

<sup>1</sup>さまざまに表記されている。例えば、self-assessed health, self-ratings of health, self-rated health, self-assessments of health, perceived health, self-perceptions of health, subjective health, self-evaluated health, self-evaluations of health, global health, self-reported health. (Idler and Benyamini, 1997, p22)

報を反映するだけでなく、その情報に対する評価も反映している (Manning et al., 1982)。

医師などの専門家による医学的評価ではなく、人々の「認識」であるため、真の健康状態と同じである必要はない (Sadana et al., 2000)。個人が報告した健康状態は主観的健康 (subjective health) と呼ばれ、医師などの専門家による医学的評価によるものは、客観的健康 (objective health) と呼ばれる。専門家による客観的評価は、個人の主観的評価と比較して、正確な個人の健康状態を表しているのだろうか。これについて、主観的な健康評価は医学的で客観的な健康評価より、健康を予想するものとして信頼性があり (Elam et al., 1991)、より安定している (Goldstein et al., 1984) ことが示されている。また、健康の自己評価は自覚症状のみに影響を受けるが、医師による健康評価は、医師による診断と、患者による自覚症状の両方から影響を受けることも指摘されている (Mellner and Lundberg, 2003)。

健康状態の自己評価は個人の認識によるものなので、自身の現在の健康だけでなく、家族のリスク因子に対する知識も織り込まれている (Idler and Kasl, 1991)。また、精神的な満足度にも影響を受ける (Mechanic and Hansell, 1987)。前向きな気持ちや社会的サポートが健康の認識に影響を与えることも指摘されている (Benyamini et al., 2000)。さらに、Bures (2003) は子供の頃に住居の変更がないと、中年において健康状態の評価が高くなる傾向を明らかにしている。

## 2章 どのように測定されるか

単一の質問による一般的な健康状態の評価と、複数の質問により健康状態の多面的な要素を考慮の上、標準化された健康状態の評価と、大きく2つに分けられる。

単一の質問による一般的な評価方法は3つに分類される。①一般的な健康を聞く、②同じ年齢の他の人と比較した健康状態を聞く、③現在の健康状態を聞く。例えば、①の方法では、「一般的なあなたの健康状態は? ("How is your health in general?")」という質問に対し、「とても良い、良い、ふつう、悪い、とても悪い ("very good, good, fair, poor, very poor")」と評価を行うものである。日本の国民生活基礎調査も、この方法を採用している (Honda and Ohkusa, 2001)。②の方法は、「あなたと同年齢の人と比べて、あなたの健康状態はどれにあてはまりますか? とても良い、良い、ふつう、悪い、とても悪い ("Compared

---

<sup>2</sup> European Community Household Panel, wave 1, 1994 (Sadana et al., 2000)

to people of your own age, would you say that your health has on the whole been: excellent, good, fair, poor or very poor?<sup>3</sup>)」という質問に対する回答を、健康の自己評価とする。③の方法では、「現在の健康状態は？とても良い、良い、ふつう、悪い（"How would you describe your health status at present: Excellent, Good, Fair, Poor"<sup>4</sup>)」という質問に対する回答を、健康の自己評価とする。

複数の質問により健康状態の多面的な要素を考慮した評価として広く利用されているものは、SF-36 (Ware, 1993)、the Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981)、the Nottingham Health Profile (Hunt et al., 1981)、McMaster Health Index Questionnaire (Chambers, 1993)などがある。

### 3章 健康状態の指標としての妥当性

#### 3.1節 死亡率や罹患率との関係

健康状態の自己評価は、個人の健康状態を正しく反映しているものなのだろうか。その疑問に対して、健康尺度として信頼度の高い死亡率や罹患率との関係から、健康状態の自己評価の妥当性が検討されている。Idler and Benyamini (1997)は、死亡率と健康状態の自己評価の関係について 27 の先行研究を検討した。そして、ほとんどの研究において健康状態の自己評価が死亡率や生存時間の独立予測因子である一致した結果を示していることを指摘した。健康状態の自己評価と罹患率との関係では、様々な健康指標をコントロールしても、不健康な健康状態は罹患率のリスク増大に関連づいていることが示されている (Greiner et al., 1999)。このように、健康状態の自己評価は、一般的な個人の健康状態を示す良い指標であり、さらに高リスクグループを識別するのに役に立つ指標である。

#### 3.2節 費用効用分析での利用

費用効用分析において、健康状態の自己評価は、健康状態に対する選好を表すものとして、医療サービスの結果を推計する際に用いられている。医療サービスの経済的評価の1つである費用効用分析では、医療サービスの結果を健康状態に依存する効用として測定する。結果を表す主要な概念の1つである Quality-adjusted Life Years (QALYs, 質で調整された生存年)は、健康状態に対する選好の weight に、その状態での年数をかけ合わせることで求められる。

---

<sup>3</sup> British Household Panel Survey, wave11, 2001

<sup>4</sup> The British Regional Heart Study, 1987 (Idler and Benyamini, 1997)

健康状態に対する選好の weight を QALYs weights と呼び、健康の自己評価を健康状態に対する選好とみなして QALYs weights を推計する (Cutler and Richardson, 1997; Groot, 2000; Honda and Ohkusa, 2001)。

#### 4章 生活習慣、医療受診と健康状態

##### 4.1節 生活習慣、食生活、身体機能と健康状態

個人の生活習慣は健康状態の自己評価に影響を与えている。運動を行っている人は、運動を行っていない人よりも健康の自己評価が良い (Lamb et al., 1990)。一方、危険行動である喫煙や飲酒は、健康状態の不健康という評価を伴うものである (Hirdes and Forbes, 1993)。

なぜ、生活習慣が健康状態の自己評価に関連づいているのだろうか。それは、生活習慣が個人の身体機能に影響を与え、それが健康状態の自己評価に繋がっているためである。例えば、運動や非喫煙という健康的な生活習慣は、より良い身体機能に貢献し、結果、より良い健康状態と関連づいている (Haveman-Nies et al., 2003)。そして、このような健康的な生活習慣は、健康状態の悪化を遅らせる (Kawachi et al., 1999)。しかし、食生活については、質の高い食生活が、質の低い食生活と比較しても、健康状態の悪化を遅らせるわけではないことが示されている (Haveman-Nies et al., 2003)。

##### 4.2節 予防行動、医療受診と健康状態

健康状態を不健康であると認識している人が予防行動や医療受診に熱心であるのだろうか、それとも健康であると認識している人の方が熱心なのだろうか。結論として、健康であれば予防行動に熱心であり、不健康であれば逆の傾向が示されている。また、不健康な人のほうが医療受診を行う傾向にあるが、不健康であっても心理的要因により医療サービスを必要しない可能性が指摘されている。健康状態が良いと評価している高齢者は、よりセルフケアを行っている (Haug et al., 1989)。一方、Mor et al. (1994)は、不健康だと認識している高齢者は運動をしたがらず、運動不足が機能的停滞を増加させていることを示した。そのため、不健康であるという認識が罹患率を予測していると指摘している。Ho et al. (2002)は、身体的な脆弱性を5つの機能(身体的機能、栄養摂取、認知、視力、聴力)で測定し、身体的に脆弱な人は、より健康状態が悪いと回答することを示した。そして、脆弱さのリスクが低い人は病院を受診しない傾向にあることも指摘した。一方、Wu (2003)は不健康な人は恐れや心配という心理的要因から、がん検診を受けたがらないことを明らかにしている。

実際に、医療需要の推定で健康状態を変数とする際、「良い」、「悪い」などの単一の健康評価のみよりも、医療需要に対する態度、行動性向、医療に対する知識といった、包括的で多面的な健康の評価を使用したほうが、測定誤差が少ないことが指摘されている (Mannning et al., 1982)。また、医療サービスの需要に影響を与えるものとして、保険有無よりも健康の自己評価のほうがより重要であると分析されている (Cameron et al. 1988)。

## 5章 主観的評価のために生じるバイアス

健康状態の自己評価は人々の認識であるため、個人の状況や属性によりバイアスが生じることが知られている。バイアスを以下の3つに分類し、検討を行う。第一に、グループごとのスケーリングの違い。第二に、比較のために参照するグループの影響。第三に、性別の違い、である。

### 5.1節 グループごとのスケーリングの違い

健康状態の自己評価を用いて国際比較をする際、国による健康状態のスケーリングの違いが問題を生じさせる。例えば、EU12カ国における健康状態の自己評価の結果では、デンマーク人の53%が「とても良い(very good)」と回答するのに対し、ポルトガル人は8%しか「とても良い(very good)」と回答しなかった (Eurostat, 1997)。この原因として、国によって基準となる健康状態が異なることが指摘されている。Angel and Guarnaccia (1989)は、スペイン語を話す人々は英語を話す人々よりも、より不健康に評価することを示している。スペイン語を話す人々の基準となる健康状態は「ふつう (fair)」であるが、英語を話す人々は「良い(good)」であるため、と結論づけている。

### 5.2節 比較のために参照するグループの影響

健康状態の評価をする際、人々は自分の周囲の人と比較して、回答をしてしまう傾向にある。年齢は、その良い例である。Groot (2000)は、同じ年齢の他の人と比較することで、自分の年齢を考慮して健康の自己評価をしてしまう。そのため、年齢が高ければ高いほど、自己の健康を期待されるよりも高く評価しがちになる問題を指摘している。この年齢によるバイアスについて、2つの理由が指摘されている。第一に、年齢が上がるにつれて、身体的機能の状態と健康状態のつながりは弱まる、という説明である。それは高齢者になるほど、症状や身体的機能ではなく、態度や行動で健康を評価するようになるためである (Hoeymans et al., 1997)。第二の理由として、人々は、元来、前向きに自

身の健康評価を行うためであるという立場もある。上から2番目に良い評価をした人々のうち、若者は同年代の他者と比較しないが、多くの高齢者は同年代の人と比較をする (Kaplan and Baron-Epel, 2003)。

また、Groot (2000)によると、慢性疾患の患者は、周囲にいる他の患者と比較して健康状態を評価するため、健康状態を期待される値よりも高く評価しがちになるという問題を指摘している。糖尿病であり末期の腎臓病患者に、移植手術前後での健康状態の評価を10の範囲で答えてもらう例を示している。手術前における健康状態の評価の平均は5.5、手術成功後は7であった。そして、手術成功後に手術前の健康状態の評価を聞き直すと3.3と評価が下がってしまう。この例より、手術前の患者は周囲にいる患者と比較する事で、本来の健康状態よりも高く評価してしまうと結論付けている。一方、治療を受けたことで健康の自己評価が下がることも指摘されている。Harlan et.al. (1986)は、心循環器疾患で薬剤治療を受けている人は、健康の自己評価が低くなることを示している。

### 5.3節 性別の違い

女性は、男性より、健康状態の自己評価を低く見積もることが指摘されている (Dolan et al., 1996)。それは、女性のほうが寿命は長く、男性のほうが寿命は短いので、特に高齢の男性は同じ年齢の人と比べて自分が健康であると評価しがちになるためである (Groot, 2000)。また、性別による違いとして、女性は主観的な健康状態を考慮するが、男性は身体的機能を考慮に入れがちであることも指摘されている (Idler and Benyamini, 1997)。

## 6章 結論

健康状態の自己評価は、一般的な個人の健康状態を示す良い指標であり、さまざまな医療・健康分野の分析に用いられている。生活習慣と健康状態の関係については、生活習慣が個人の身体機能に影響を与え、それが健康状態の自己評価に繋がっていることが指摘されている。医療サービス需要との関係については、健康であれば予防行動に熱心であり、不健康であれば逆の傾向が示されている。また、不健康な人のほうが医療受診を行う傾向にあるが、不健康であっても心理的要因により医療サービスを必要しない可能性が指摘されている。

健康状態の自己評価は、人々の認識であるため、個人の状況や属性によりバイアスが生じるという問題がある。第一に、グループごとのスケーリングの違い。第二に、比較のために参照するグループの影響。第三に、性別の影響であ

る。健康状態の自己評価が与える真の影響を計るためにも、実際に分析を行う場合は、これらのバイアスを考慮に入れることが重要である。

## References

Angel, R., and P. Guarnaccia (1989) "Mind, body, and culture: Somatization among Hispanics." *Social Science and Medicine*, 28(12):1229-1238.

Benyamini Y., and others. (2000) "Positive affect and function as influences on self-assessments of health." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B(2):107-116.

Bergner, M., and others. (1981) "The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health state measure." *Medical Care*, 19(8):787-805.

Bures, R.M. (2003) "Childhood residuals stability and health at midlife." *American Journal of Public Health*, 93(7):1144-1148.

Cameron, A.C., and others. (1988) "A microeconometrics model of the demand for health care and health insurance in Australia." *The Review of Economic Studies*, 55(1):85-106.

Chambers, L.W. (1993) "The McMaster Health Index Questionnaire: An update." in Walker S.R. and Rosser R.M.. (ed.), *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic:131-150.

Cutler, D.M., and E. Richardson (1997) "Measuring the health of the U.S. population" *Brookings Papers on Economic Activity. Microeconomics*, Vol.1997:217-271.

Dolan, P., and others. (1996) "The time trade-off method: Results from a general population study." *Health Economics*, 5(2): 141-154.

Elam, J.T., and others. (1991) "Comparison of subjective ratings of function with observed functional ability of frail older persons." *American Journal of*



*Public Health*, 81(9):1127-1130.

Eurostat (1997) *Statistics in Focus, Population and social conditions*.

Goldstein, M.S., and others. (1984) "Predicting changes in perceived health status." *American Journal of Public Health*, 74(6):611-614.

Greiner, P.A., and others. (1999) "Self-rated function, self-rated health, and postmortem evidence of brain infarcts: findings from the nun study." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54: S219-S222.

Groot, W. (2000) "Adaptation and scale of reference bias in self-assessments of quality of life." *Journal of Health Economics*, 19(3):403-420.

Harlan, L.C., and others. (1986) "Effects of labeling and treatment of hypertension on perceived health." *American Journal of Preventive Medicine*, 2(5):256-261.

Haug, M.R., and others. (1989) "Self-care among older adults." *Social Science and Medicine*, 29(2):171-183.

Haveman-Nies, A., and others. (2003) "Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study." *American Journal of Public Health*, 93(2):318-323.

Hirdes, J.P., and W.F. Forbes (1993) "Factors associated with the maintenance of Good Self-Rated Health." *Journal of Aging and Health*, 5(1):101-122.

Ho, L.S., and others. (2002) "Discriminating characteristics of community-dwelling elderly at high and low risk for frailty." *Journal of Aging and Physical Activity*, 10(4):413-431.

Hoeymans, N., and others. (1997) "Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men" *Social Science and Medicine*, 45(10):1465-1603.

Honda, C., and Y. Ohkusa (2001) "International comparison of subjective health evaluation – USA, UK and JAPAN" ISER Discussion Paper No.546.

Hunt, S.M. and others. (1981) "The Nottingham Health Profile. Subjective health status and medical consultations." *Social Science and Medicine*, 15A:221-229.

Idler E.L., and Y. Benyamini (1997) "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies" *Journal of Health and Social Behavior*, 38(March):21-37.

Idler E.L., and S.V. Kasl (1991) "Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality?" *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(2):S55-65.

Kaplan, G., and O. Baron-Epel (2003) "What lies behind the subjective evaluation of health status?" *Social Science and Medicine*, 56(8): 1669-1676.

Kawachi, I., and others. (1999) "Social capital and self-rated health: A contextual analysis." *American Journal of Public Health*, 89(8):1187-1194.

Lamb, K.L., and others. (1990) "Self-perceived health among sports participants and nonparticipants." *Social Science and Medicine*, 31(9):963-969.

Larson D., and others. (2002) "Self-rated health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(4):259-266.

Manning, W.G., J.P. Newhouse, and J.E. Ware, (1982) "The Status of Health in Demand Estimation : or, Beyond Excellent, Good, Fair, and Poor," in

Victor Fuchs (ed.), *Economic Aspects of Health*, National Bureau of Economic Research, University of Chicago Press, Chicago.

Mechanic, D., and S. Hansell (1987) "Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health." *Journal of Health and Social Behavior*, 28(4):364-374.

Mellner, C., and U. Lundberg (2003) "Self- and Physician-rated general health in relation to symptoms and diseases among women." *Psychology, health and medicine*, 8(2):123-134

Mor, V., and others. (1994) "Functional transitions among the elderly: Patterns, predictors and related hospital use." *American Journal of Public Health*, 72(8):1274-1280.

Sadana, R., and others. (2000) "Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status." Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No.15).

Ware, J., and others. (1993) "SF-36 Health Survey manual and interpretation guide." Boston, New England Medical Center.

Wu, S. (2002) "Sickness and preventive medical behavior" *Journal of Health Economics*, 22(4):675-689.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

（分担）研究報告書

医療資源投入による健康回復の効果—婦人科系疾患に関する分析—

研究協力者 谷合 由理子 一橋大学大学院経済学研究科修士課程

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

医療費に関する財政問題も重要であるが、医療費を支出する本来の目的である健康状態の改善についてはこれまで余り分析されてこなかった。そこで、本稿では、医療資源の投入により健康状態が改善したか否かという観点から医療資源の有効性についての分析を行う。

組合健康保険の個票データを用い、主観的健康評価（自覚症状）を健康指標の代理変数として使用し医療需要を行った際に健康状態の改善が得られるか否かを分析する。分析に用いるデータセットは、傷病と自覚症状の関係を考へて、主として性的伝播様式をとる感染症、子宮の悪性新生物、月経障害及び閉経周辺期障害、乳房及びその他の女性性器の疾患に関する4つの傷病分類が記載されているレセプトを集計したデータセットを作成し用いた。

分析結果をまとめると次のとおりである。1段階推定では、医療機関受診を行った人と行わなかった人では、医療機関受診を行った人のほうが健康の回復が遅いという結果が得られた。一方、2段階推定で医療機関受診を行った人のみを取り出してきた場合、医療機関受診の日数が増えても健康の回復が遅くなるわけではないという結果が得られた。また1段階推定では、所得が高くなると健康の回復が遅くなるという結果が得られていたが、2段階推定を行った場合には健康の回復と所得には受診日数を説明変数に使用した場合、有意な関係が見られなかった。医療費を説明変数に使用した場合には、所得が高い人ほど健康の回復が早いという1段階とは反対の結果が得られた。

利用可能なデータには症状の重症度に関する情報はないが、医療機関受診している個人の自覚症状は受診していない個人の自覚症状よりも重いと考えると整合的に説明できる。よって、重症度をコントロールすることが可能であるならば、医療資源の変数が有意に働く可能性も充分考えられる。

本稿で行った分析によって完全に医療サービスの有効性分析が行えるわけではない。分析の正確さを期するためには、より詳細な情報が付与される必要がある。

A.研究目的

医療費に関する財政問題も重要であるが、医療費を支出する本来の目的である健康状態の改善についてはこれまで余り分析されてこなかった。医療費を支出しても健康の回復が得られない場合には医療費が非効率に使用されていると考えられ、効率的な医療費水準よ

りも過大になる。これが医療費増大のひとつの要因になっているのかも知れない。そこで本稿では、医療機関受診を行った場合に健康状態の改善が得られるか否かについて実証分析を行うこととした。

本稿で行う分析は、医療資源の投入により健康状態が改善したか否かという点で、医療