

「国民生活基礎調査」匿名データによる疼痛有訴者の伝統医療受療行動分析：
職業および所得との関連を中心に

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2016-12-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 藤岡, 光夫, 勾坂, 恵里 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00009947

論 説

「国民生活基礎調査」匿名データによる 疼痛有訴者の伝統医療受療行動分析 —職業および所得との関連を中心に—

藤岡光夫・勾坂恵里

はじめに

WHOの「健康の社会的決定要因の最終報告書」(2008年)では、保健医療サービスを公平性の原則に基づき、すべての人々に提供することの重要性を指摘している⁽¹⁾。健康を損なう種々の疾病や症状の中でも疼痛症状は大きなウェイトを占め、日本においては、腰痛や頸肩腕症候群などの筋骨格系の傷病が就労期の各年齢層で主症状の上位を占める。

1990年代以降、国際的に伝統医療の利用が急速に普及し、疼痛緩和治療の有効性に関心が高まっている。伝統医療（Traditional Medicine）は、種々の文化に固有の医療に関する知識、技術、施術の総合された全体⁽²⁾を意味し、薬草、鍼、手技療法、精神療法として利用されているが、とくに、鍼治療に関しては、その有効性や安全性をふまえた厳格な利用基準が示されている⁽³⁾。また、伝統医療の個別の枠を超えたより幅広いヘルスケアの方法として相補・代替医療⁽⁴⁾という用語が使われる。

WHOは2008年に北京で第1回WHO伝統医療国際会議を開催し、参加国は伝統医療を国の包括的な医療制度の一環として、政策や法規、基準を作成すべきであるとする「北京宣言」を採択した⁽⁵⁾。その一方で、2002年に、伝統医療に関する最初の国際戦略である「WHO伝統医療計画2002－2005」⁽⁶⁾を策定後、2013年には、最新の「WHO伝統医療計画2014－2023」を発表し、その目標

⁽¹⁾ WHO Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT (2013), *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health*, p.203, 日本福祉大学訳 (2013), WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会『日本福祉大学訳 (2013)』, WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会『健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書 要旨』15頁

⁽²⁾ WHO (2000), *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*, p.1

⁽³⁾ WHO (2000), *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*, 翻訳改訂版 (2000), 「世界保健機関『鍼治療の基礎教育と安全性に関するガイドライン』」『全日本鍼灸学会雑誌』50巻3号

⁽⁴⁾ WHO, "Complementary/alternative medicine (CAM)", Traditional Medicine: Definitions.

⁽⁵⁾ WHO (2008), Beijing declaration, 北京会議の紹介は、若山育郎 (2009), 「2008年WHO Congress on Traditional Medicine (北京) 参加報告」『全日本鍼灸学会雑誌』, 第59巻1号, 47–51頁.

⁽⁶⁾ WHO (2002), *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*.

として(1)健康管理のために伝統医療の潜在力を生かす方策、(2)制度化、研究、及び伝統医療の製品、施術者、施術の医療システムへの統合による、伝統医療の安全で有効な利用促進を掲げた⁽⁷⁾。

伝統医療の中でも、疼痛緩和に関する鍼や手技療法の有効性に関する調査、研究は国際的に進んできたが、WHOは、「伝統医療の研究と評価の方法に関する一般ガイドライン」⁽⁸⁾により、多様な研究方法を示した。米国では、1991年に国立衛生研究所（NIH）代替医療局（OAM）が発足し、伝統医療の効果に関する調査、研究をすすめ、1997年には鍼治療の有効性を検証したパネル声明を発表した⁽⁹⁾。ドイツでは、1990年以降、疼痛緩和治療としての鍼治療の有効性を検証する調査、研究を行い、世界最大規模のランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial）により各種の研究成果が発表された⁽¹⁰⁾。ドイツ政府は、一連の研究や多様な文献研究の評価を経て、有効性の詳細な検討を行い、腰痛と変形性膝関節症における鍼治療の医療保険適用を認定し、2007年から実施すると決定した⁽¹¹⁾。

社会科学分野の研究では、米国のD.アイゼンバーグ（1993）が、鍼およびカイロプラクティックの受療者について、職業、所得、教育程度との関連を分析し、ホワイトカラー層、高所得層、高学歴者層で利用者が多いことを指摘している⁽¹²⁾。

日本においては、戦後、鍼・灸等の伝統医療の施術が公的医療制度に組み込まれ、医療保険の適用対象となり、現在に至っている⁽¹³⁾。2013年には厚生労働省「統合医療のあり方に関する検討会」において、統合医療には、多種多様なものが存在するとした上で、上記の施術者については国家資格化されていることが再確認された⁽¹⁴⁾。しかし、現時点では統合医療は、医師、患者・国民にも十分浸透しておらず、安全性・有効性に関する科学的根拠に関する情報とともに、各国の政策や社会経済的側面、ニーズなどの「社会科学的な知見」の収集と情報発信が必要であること

⁽⁷⁾ WHO (2013), *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, p.57

⁽⁸⁾ WHO (2000), *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*

⁽⁹⁾ NIH(1997), *Acupuncture*, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement

⁽¹⁰⁾ Michael Haake, Hans-Helge Müller, Carmen Schade-Brittinger, et al. (2007), "German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain", *Arch Intern Med.* Vol. 167 Issue 17, pp.1892-1898.

⁽¹¹⁾ Unterausschuss "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses (2007), *Akupunktur -Zusammenfassender Bericht Unterausschusses "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung gemäß § 135 Abs.1 SGB V der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronischen Kopfschmerzen chronischen LWS-Schmerzen chronischen Schmerzen bei Osteoarthritis*, p.2, p.150

高澤直美、石崎直人、他（2011）「2010WFAS鍼灸国際学会（米国・サンフランシスコ）参加報告」『全日本鍼灸学会誌』、第61巻2号、182-192頁で紹介。

⁽¹²⁾ David M. Eisenberg, et al. (1993), "Unconventional Medicine in the United States-Prevalence, Costs, and Patterns of Use", *New England Journal of Medicine*, No.328:246-252

⁽¹³⁾ 「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律」1947（昭和22）年、法律第二百十七号、および「柔道整復師法」1970（昭和45）年、法律第十九号、において、これら有資格者による施術は医業類似行為とされた。ただし、柔道整復師による慢性疼痛緩和施術は医療保険対象外。

⁽¹⁴⁾ 統合医療プロジェクトチーム第2回会合資料（2010）、厚生労働省、p.44

が指摘された^⑯。

日本では、有資格者による伝統医療施術が医療保険適用対象であるにもかかわらず、実際の適用においては種々の制約があり、伝統医療利用上の最大の制約要因が施術費用という調査もある^⑰。しかし、国民全体の伝統医療の利用実態は明らかになっていない。

本研究では、日本における健康や生活に関する基本的統計である「国民生活基礎調査」の匿名データを利用して、公的に認定された伝統医療施術について、社会的視点から疼痛有訴者の受療行動と職業、所得との関連分析を通じ、伝統医療の利用実態を明らかにし、公平な健康実現への課題を検討する。

I. 研究の目的と対象

伝統医療の利用実態に関して、独自の調査による研究^⑱は行われてきたが、公的統計により、国民全体を対象とした研究は、従来行われていない。職業や所得との関係を含めた利用者特性分析の課題も提起されている^⑲。健康状態や、職業、日常生活への影響、その治療等、に関する最大規模の公的統計は「国民生活基礎調査」(厚生労働省)である。しかし、公表統計では、疼痛有訴者の治療行動を伝統医療との関連において示す統計表は作成されていない。また、同調査は、4種類の異なる調査からなり、その中で、健康問題を対象とする「健康票」と世帯の所得に関する「所得票」は別の調査として実施されているため、所得との関連も不明である。

本研究では、疼痛症状を主訴とする者（疼痛有訴者）を対象とし、公的に認定された伝統医療による疼痛緩和受療行動を、職業や所得との関連において分析することを目的とし、分析に際しては国の基幹統計である「国民生活基礎調査」の匿名データを利用する。データ利用に際して、統計法第36条に基づき、申請により、厚生労働省から匿名データの提供を受けた。匿名データは、リサンプリングデータで、2001年と2004年の2か年について、世帯票及び健康票をリンクageした「データA」(約10／47万人)と、所得票及び貯蓄票を追加した「データB」(約1.8／4万人)2種類からなり、大きなサイズの標本データが利用できる。

本研究では、対象を「肩こり」・「腰痛」・「関節の痛み」を主訴とする者を「疼痛有訴者（主訴）」として、この層の受療行動に着目し分析を行った。対象の限定は、以下の3つの理由による。第

^⑯ 「統合医療」のあり方に関する検討会（2013）『第5回統合医療のあり方に関する検討会資料』、2013年2月8日、厚生労働省、p.15

^⑰ 第3回統合医療のあり方に関する検討会（2013）、資料「論点の整理と論点に関する検討会におけるこれまでの議論」では、統合医療の利用に際して参考にする情報として「価格」が58.9%と最も高い比率を示している。p.9

^⑱ 石崎直人、岩昌宏、矢野忠、小野直哉、西村周三、川喜田健司、丹沢章八（2005）「我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査　その1 鍼灸治療の利用状況について」『全日本鍼灸学会雑誌』55巻5号

^⑲ 同上703頁

一にこれらの症状が、就労期にある25～65歳未満の年齢層において諸症状の中で上位1～3位を占め、日常生活に影響がある者が有訴者（主訴）の4分の1を超える特徴をもつこと。第二に、これらの症状に対して鍼・灸やマッサージ、手技療法の施術による疼痛緩和効果が期待できること。とくに、施術所の伝統医療の中でも「鍼」の疼痛緩和効果は科学的検証がすんでおり、相補・代替医療として疼痛緩和治療に貢献できる可能性が大きいと考えられる。第三に、本統計の調査票の制約上、受療行動とクロス分析できるのは「主訴」に限られるためである。

主要な症状に対する受療行動に関して、調査票の分類は、複数回答で、(1)病院・診療所等、(2)施術所、(3)壳薬、(4)他の治療、(5)治療無し、とされている。本研究では伝統医療の提供施設は、国家資格を有する施術者が従事し、医療保険の適用が一部可能な(2)の施術所とし、以下の研究方法に示す合成指標を利用した。

II. 研究方法

本研究では、上記「国民生活基礎調査」の2種類、2か年、計4つのデータセットの匿名データをもとに、疼痛有訴者（主訴）の受療行動に関する合成指標を作成、利用し、職業、所得、受療行動との多重クロス分析を行った。受療行動について、原分類では、他の治療方法との重複利用が不明のため、合成指標は表1に示すように、排他的分類に組み替え、①病院・診療所のみ、②施術所に通っている（②-1施術所のみ、②-2病院・診療所と施術所の両方）、③壳薬のみ、又はその他の治療のみ、それらの両方、④治療無し、の6種類に分類した。

年齢は25歳～64歳、65歳以上に2区分した。前者について、一般的に就学年齢を過ぎる25歳以上、65歳未満を、就労年齢層として捉えた。

所得は、所得票が世帯全体の所得であるため世帯員一人当たりの等価所得を算出して分析した。疼痛有訴者（主訴）の所得階級別受療行動を度数分布表とヒストグラムで比較した。

表1 受療行動の合成指標

受療行動 原分類	① 病院・ 診療所	② 施術所 (注1)	②-1 施術所 のみ	②-2 病院と 両方	③ 壳薬他	④ 治療 なし
病院・診療所	○	△	×	○	×	×
施術所	×	○	○	○	×	×
壳薬	△	△	△	△	○ または△	×
その他の治療	△	△	△	△	○ または△	×
治療無し	×	×	×	×	×	○

○該当 △該当の有無を問わない ×非該当

注1) 施術所とは、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師など国家資格を持つ施術者が施術を行う施設である。

注2) あん摩・マッサージ・指圧・はり・きゅう・柔道整復術は、医療類似行為である。

注3) ③壳薬他には「壳薬」または「その他の治療」のいずれかが該当

III. 分析結果

1. 匿名データによる分析対象の概要

本研究で用いる匿名データはリサンプリングデータで、かつ複数の原調査の個票データをリンクageしたデータである。さらに、分析においては、原分類を組み替えた受療パターンの合成指標を利用している。したがって、分析結果の評価に関して、任意標本調査を前提とした有意性検定の対象とはならない。

そこで、集計結果の正確性を評価するために、2ヵ年のデータを用い、共通性を確認する方法を用いた。表2に示す通り、各年各データを比較したところ、比率に大きな偏りは見られない。肩こり、腰痛、関節の痛み（以後、疼痛3症状とする）のいずれか一つを有する者は全体の17~18%、疼痛3症状いずれかが主訴である疼痛有訴者（主訴）は全体の7~8%

であった。

表3により、疼痛有訴者（主訴）総数のうち25~64歳層は、約6割、65歳以上は約3割を占めている。日常生活に影響のある者は2001年で全体の25%前後、2004年で約32%である。

表2 利用する匿名データの概要（実数および総数に対する比率）

（単位：人、%）*5

データの種類	総数	男	女	25~64歳 人数	65歳以上 人数	疼痛3 症状*3 いずれか を持つ人	疼痛 有訴者 (主訴) *4	日常生活 への影響 あり
平成13年 匿名データ A * 1	116,133	56,172	59,961	64,280	21,014	19,582	8,753	11,131
	100.0	48.4	51.6	55.4	18.1	16.9	7.5	9.6
平成13年 匿名データ B * 2	21,301	10,240	11,061	11,620	4,363	3,776	1,700	2,113
	100.0	48.1	51.9	54.6	20.5	17.7	8.0	9.9
平成16年 匿名データ A	99,299	47,915	51,384	54,298	19,950	16,631	6,964	10,301
	100.0	48.3	51.7	54.7	20.1	16.7	7.0	10.4
平成16年 匿名データ B	16,070	7,688	8,382	8,597	3,666	2,878	1,218	1,775
	100.0	47.8	52.2	53.5	22.8	17.9	7.6	11.0

資料）本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

- 1) データAは、世帯表と健康表を結合して作成された匿名データで、2001（平成13）年と2004（平成16）年の2種類で、以下同じである。なお、以後平成13年匿名データAはA13、平成16年匿名データAはA16と記載する。表記は原データに従った。
- 2) データBは、世帯表と健康表および所得表を結合して作成された匿名データで、平成13年と平成16年の2種類で以下同じである。なお、以後平成13年匿名データBはB13、平成16年匿名データBはB16と記載する。
- 3) 疼痛症3症状とは、「肩こり・腰痛・手足の関節が痛む」の3症状。
- 4) 疼痛有訴者（主訴）とは、「肩こり・腰痛・手足の関節が痛む」が最も気になる症状である人、以下同じ。
- 5) 単位については表の上段を人数（人）とし、下段は割合（%）を示している。

表3 疼痛有訴者（主訴）の内訳

（単位：%）

データの種類	疼痛 有訴者 (主訴) 人数	年齢 総数	25~ 64歳		日常生活 への影響	あり なし	
			25~ 64歳	65歳 以上		あり	なし
A13	8,753	100.0	58.2	29.4	100.0	26.4	71.3
A16	6,964	100.0	57.8	33.5	100.0	31.8	65.8
B13	1,700	100.0	61.5	33.5	100.0	24.5	73.0
B16	1,218	100.0	56.2	38.4	100.0	31.9	65.3

注）無回答があるため疼痛有訴者（主訴）数と合計は一致しない

資料）本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

2. 疼痛有訴者（主訴）の受療行動

慢性的な疼痛を抱えていると判断される疼痛有訴者（主訴）の受療行動は両年とも同様の傾向を示している。表4のとおり、病院・診療所のみに通う人は2001年（A13）で、25～64歳は約24%と少なく、65歳以上の約60%と大きな差がある。2004年もほぼ同様の傾向がみられる。25～64歳の就労年齢層では、病院・診療所で治療を受ける人と施術所の両方に通う人を合わせても、27.1%（A13）、28.9%（A16）と、3割に満たない。これに対して、65歳以上の高齢層では、いずれの年度も約7割の者が病院・診療所、施術所を利用している。

一方、伝統医療の施術所（病院・診療所と両方に通う人を含む）の受療者をみると、25～64歳層では両年とも約20%，65歳以上は約17%と大きな差はみられない。この内、施術所のみに通う人は、25～64歳層では、16.0%（A13）、16.8%（A16）と、いずれも65歳以上の約2倍の水準である。

症状が日常生活に影響がある人（表5）では、施術所の受療者比率は、25～64歳層26.0%（2001年、A13）、22.2%（2004年、A16）、65歳以上15.5%（2001年）、16.9%（2004年）と、年齢間の差が顕著に見られる。

25～64歳の就労年齢層の病院・診療所利用者割合が65歳以上の高齢層に比べて少なく、逆に、施術所利用者は、前者が高齢層よりも多い傾向が確認された。就業者にとっては就業時間との関係上、病院、診療所の診療時間内での利用が難しく、また、待ち時間が長いことも利用上の制約となっていると推察される。他方、65歳以上層では相対的な時間的余裕や医療保険適用による費用の一部負担により、受療しやすいものと考えられる。

表4 痛痛有訴者（主訴）の受療行動

(単位：%)

データの種類	年齢	人数	合計	病院・診療所	施術所	施術所のみ	病院と両方	売薬他	治療無し
A13	25～64歳	5,098	100.0	23.6	19.5	16.0	3.5	23.1	33.8
	65歳以上	2,574	100.0	60.0	16.5	8.8	7.7	13.1	10.4
A16	25～64歳	4,024	100.0	25.4	20.3	16.8	3.5	22.7	31.6
	65歳以上	2,331	100.0	59.4	17.7	9.4	8.3	13.6	9.3

資料) 本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

さらに、表4で注目すべきは、25～64歳の就労年齢層では、主訴としての疼痛症状がありながらも病院・診療所や

施術所で受療していない人が

半数以上いることである。

表5では、25～64歳層で、

両年とも疼痛症状が日常生活

に影響があるほど重い症状が

あるにもかかわらず、3分の

1以上の人人が「売薬他」、「治

療無し」であり、病院・診療

表5 年齢別にみた疼痛有訴者（主訴）で日常生活に影響がある者の受療行動
(単位：%)

データの種類	年齢	人数	合計	病院・診療所	施術所	施術所のみ	病院と両方	売薬他	治療無し
A13	25～64歳	958	100.0	39.0	26.0	18.0	8.0	17.4	17.5
	65歳以上	1,013	100.0	69.0	15.5	6.2	9.3	8.9	6.6
A16	25～64歳	1,035	100.0	40.6	22.2	15.2	7.1	19.0	18.2
	65歳以上	1,070	100.0	67.4	16.9	7.1	9.8	9.5	6.2

資料) 本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

所や施術所で受療していないことが把握しうる。疼痛症状の中には重大な疾患が隠れている場合もある。疼痛症状の軽視や放置は、疼痛を重症化するのみならず、重大な疾患を見過ごす危険性があることはいうまでもない。

3. 疼痛有訴者（主訴）の職業別受療行動

米国におけるアイゼンバーグ（1993）の研究では、前述のように鍼やカイロプラクティックの利用者に職業間の差がみられ、ホワイトカラー層で利用者が多い傾向が示されている。日本における伝統医療利用者の職業間比較に関する研究はこれまでなかったが、本分析の結果、表6に示す結果が得られた。

表6から、管理職、事務職、サービス職において全体の平均水準より利用者が多く、販売従事者、運輸・通信従事者、生産作業職では利用者が少ない傾向が共通に確認されるが、他の職業層では両年の傾向が異なる。米国の研究と類似する傾向がみられる一方、異なる傾向もみられ、さらに分析が必要で、ここでは傾向を示し課題提起にとどめる。

表6 疼痛有訴者（主訴）の職業別の受療行動

(単位：%)

データの種類		A13							A16								
職業別	年齢	総数	合計	病院・診療所	施術所	施術所のみ	病院と両方	売薬他	治療無し	総数	合計	病院・診療所	施術所	施術所のみ	病院と両方	売薬他	治療無し
専門的・技術的職業従事者	全体	754	100.0	19.9	21.4	17.6	3.7	23.7	35.0	699	100.0	22.9	19.5	15.9	3.6	22.9	34.8
	25～64歳	661	100.0	17.7	21.9	18.3	3.6	25.0	35.4	611	100.0	19.1	19.3	16.4	2.9	24.9	36.7
管理的職業従事者	全体	266	100.0	27.4	22.9	17.7	5.3	21.1	28.6	207	100.0	26.6	31.4	25.6	5.8	15.5	26.6
	25～64歳	230	100.0	23.9	23.0	18.3	4.8	21.7	31.3	179	100.0	25.7	29.6	25.1	4.5	16.8	27.9
事務従事者	全体	615	100.0	18.2	20.7	18.7	2.0	20.0	41.1	439	100.0	19.4	22.6	19.6	3.0	21.9	36.2
	25～64歳	557	100.0	17.1	21.2	19.2	2.0	20.6	41.1	410	100.0	19.0	23.4	20.5	2.9	22.7	34.9
販売従事者	全体	503	100.0	23.1	18.5	14.9	3.6	22.1	36.4	407	100.0	28.0	16.7	14.3	2.5	21.6	33.7
	25～64歳	427	100.0	20.1	18.3	15.2	3.0	23.9	37.7	327	100.0	25.7	17.4	15.6	1.8	23.5	33.3
サービス職業従事者	全体	556	100.0	24.1	22.3	18.2	4.1	20.3	33.3	387	100.0	25.6	23.0	18.1	4.9	18.1	33.3
	25～64歳	483	100.0	21.7	23.4	19.7	3.7	21.7	33.1	325	100.0	24.3	22.8	18.5	4.3	19.7	33.2
保安職業従事者	全体	52	100.0	17.3	17.3	17.3	0.0	23.1	42.3	43	100.0	20.9	20.9	16.3	4.7	27.9	30.2
	25～64歳	50	100.0	18.0	16.0	16.0	0.0	24.0	42.0	40	100.0	22.5	22.5	17.5	5.0	27.5	27.5
農林漁業従事者	全体	335	100.0	41.5	16.7	11.0	5.7	20.6	21.2	226	100.0	37.6	24.3	16.4	8.0	21.2	16.8
	25～64歳	147	100.0	27.2	18.4	12.2	6.1	22.4	32.0	115	100.0	23.5	30.4	21.7	8.7	20.9	25.2
運輸・通信従事者	全体	125	100.0	27.2	16.8	16.8	0.0	23.2	32.8	104	100.0	26.9	13.5	13.5	0.0	25.0	34.6
	25～64歳	116	100.0	26.7	16.4	16.4	0.0	23.3	33.6	100	100.0	28.0	14.0	14.0	0.0	24.0	34.0
生産工程・労務作業者	全体	809	100.0	26.5	17.9	14.2	3.7	25.0	30.7	604	100.0	25.5	19.2	15.2	4.0	24.5	30.8
	25～64歳	701	100.0	24.4	18.4	15.4	3.0	27.1	30.1	531	100.0	24.3	19.0	15.1	4.0	25.4	31.3
計	全体	4,015	100.0	24.4	19.9	16.3	3.6	22.3	33.4	3,116	100.0	25.3	20.9	16.9	3.9	21.8	32.0
	25～64歳	3,372	100.0	21.0	20.5	17.3	3.2	23.7	34.8	2,638	100.0	22.6	21.1	17.7	3.4	23.1	33.1

資料) 本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

4. 疼痛有訴者（主訴）の所得別にみた受療行動

疼痛有訴者（主訴）の受療行動と所得（その人が属する世帯の世帯員1人当たり等価所得）の関係をみたものが、表7-1（2001年）、表7-2（2004年）である。ただし、標本数の制約から、ここでは年齢総数のクロス表のみを作成した。なお、等価可処分所得は必要なデータの欠損が多く算出しなかった。まず、受療行動と所得との関係を見ると、両年とも所得が低い層では、病院・診療所の利用者の割合が多く、施術所利用者比率がより少ない傾向が把握できる。他方、所得が相対的に高い層で病院・診療所利用者が低所得層よりも少なく、施術所利用者が多い傾向も両年に共通してみられる。

上記の疼痛有訴者（主訴）の受療行動と所得との関連をより明確にするために、等価所得階級別の病院、診療所利用者と施術所利用者について、それぞれ度数分布図を作成し、等価所得の中位数（中央値）を比較したものが図1-1、1-2である。

病院・診療所のみの場合は、1人当たりの等価所得の中央値（中位数）が、2001年に281.0万円、2004年に288.9万円とほぼ同水準である。これに対して、伝統医療の施術所利用者では、等価所得の中央値が378.3万円（2001年）、355.4万円（2004年）となり、両年とも相対的に高くなっていることが明確に示された。

両年で共通する傾向があることが確認されたことで、鍼や手技療法など伝統医療の利用者は相対的高所得層で多く、低所得層で少ない傾向があることが統計的に検証された。この結果は、米国では、鍼、カイロプラクティック利用者は高所得層に多い傾向を明らかにしたアイゼンバーグ（Eisenberg）（1993）の分析結果と一致する内容である。

表7-1 B13疼痛有訴者（主訴）の所得別受療行動

1人当たり 等価所得階級	人数	計	病院・ 診療所	施術所			病院と 両方	売薬他
				のみ	と 両方	のみ		
100万未満	72	100.0	58.3	26.4	22.2	4.2	15.3	
100～200万円	212	100.0	60.4	17.0	13.7	3.3	22.6	
200～300万円	266	100.0	51.5	18.0	14.7	3.4	30.5	
300～400万円	195	100.0	43.6	27.2	22.1	5.1	29.2	
400～500万円	157	100.0	39.5	24.8	17.8	7.0	35.7	
500～600万円	97	100.0	42.3	32.0	23.7	8.2	25.8	
600～700万円	59	100.0	42.4	28.8	23.7	5.1	28.8	
700～800万円	45	100.0	33.3	35.6	20.0	15.6	31.1	
800万円以上	73	100.0	37.0	41.1	28.8	12.3	21.9	
計	1,176	100.0	47.8	24.6	18.9	5.7	27.6	

資料) 本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

表7-2 B16疼痛有訴者（主訴）の所得別治療行動

1人当たり 等価所得階級	人数	計	病院・ 診療所	施術所			病院と 両方	売薬他
				のみ	と 両方	のみ		
100万未満	55	100.0	61.8	14.5	12.7	1.8	23.6	
100～200万円	182	100.0	53.8	19.2	12.1	7.1	26.9	
200～300万円	208	100.0	56.3	20.7	16.3	4.3	23.1	
300～400万円	164	100.0	53.0	22.6	17.1	5.5	24.4	
400～500万円	108	100.0	45.4	25.0	20.4	4.6	29.6	
500～600万円	79	100.0	46.8	27.8	22.8	5.1	25.3	
600～700万円	49	100.0	44.9	28.6	22.4	6.1	26.5	
700～800万円	30	100.0	33.3	50.0	40.0	10.0	16.7	
800万円以上	36	100.0	50.0	33.3	19.4	13.9	16.7	
計	911	100.0	51.8	23.4	17.7	5.7	24.8	

資料) 本表は厚生労働省「国民生活基礎調査」匿名データに基づき筆者が作成

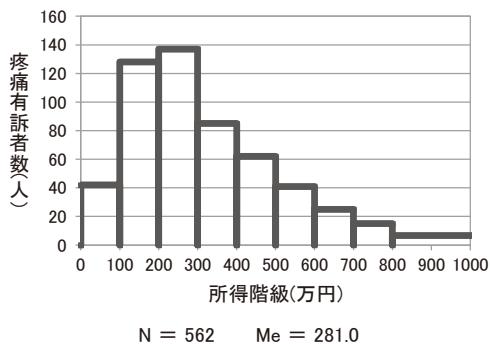


図1-1 疼痛有訴者（主訴）で病院・診療所のみを利用する者の等価所得別度数分布図（B13データ，2001年）

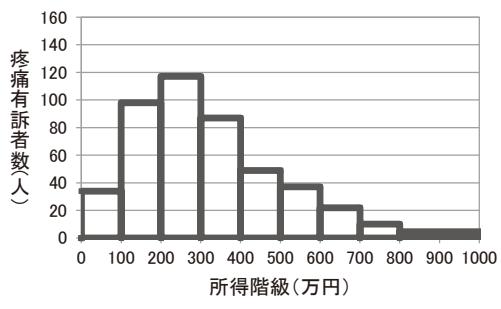


図1-2 疼痛有訴者（主訴）で病院・診療所のみを利用する者の等価所得別度数分布図（B16データ，2004年）

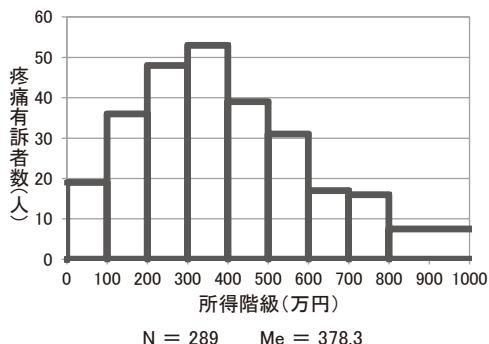


図1-3 疼痛有訴者（主訴）で施術所を利用する者の等価所得別度数分布図（B13データ，2001年）

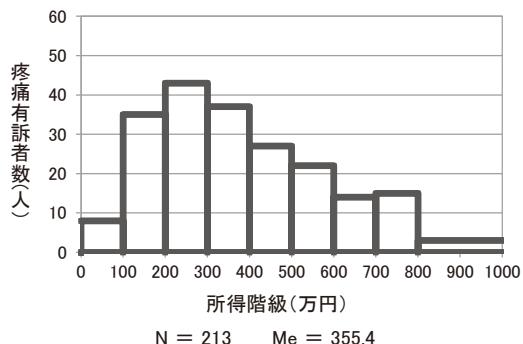


図1-4 疼痛有訴者（主訴）で施術所を利用する者の等価所得別度数分布図（B16データ，2004年）

IV. 考察

国の基幹統計から、日本の伝統医療利用の現状の一端を把握することができた。疼痛を抱える高齢者では、多くの者が病院・診療所を利用するが、時間的余裕の少ない就労年齢層の人々は、治療のための病院・診療所を利用する割合が低い。一方、利用時間帯に柔軟性がある施術所利用者に関しては、25歳～64歳の就労年齢層で高齢者に比べて、利用比率が高い傾向も把握した。また、疼痛症状が主訴であるにもかかわらず、受療していない者が3割を超えることも明らかになった。

職業的特性に関しては、限定的ではあるが、管理職、事務職、サービス職で利用者が多く、販売職、運輸・通信職、生産作業職で少ない傾向が確認された。他方、2つの年度で傾向の異なる

職業もあり、さらに分析、検討が必要である。

所得との関係では、疼痛有訴者（主訴）で、伝統医療を利用している者は、相対的に所得が高く、逆に低所得層では利用者が少ない傾向がみられた。

日本では、国際的にみても制度的にいち早く、伝統医療の医療保険適用体制ができているが、伝統医療への評価が低い点、薬剤との併用が制限され、医師の同意が難しい点など、障壁が高く、実際の利用に際しては自費利用とならざるをえないことが多い。その結果、低所得層では、伝統医療へのアクセスにおける制約条件がより大きくなる。

V. むすび

現在、日本の国民医療費は4兆円を超えたが、OECD報告によれば、日本では一人当たりの医薬品利用費用が米国に次いで2番目に高くなっている。また、OECDは日本では、一人当たり医師数が少ないため、さまざまな医療従事者の役割を見直し、より効率的な活用を促進する必要があると指摘している^⑯。現在、国際的には、有効性、安全性の確認された伝統医療への評価が高まり、その利用促進への大きな潮流がある。とくに鍼の疼痛緩和効果については、科学的検証が進み医療保険の適用が拡大する傾向にある。日本では、専門的な教育と技術的訓練を受け、鍼灸・マッサージ、手技療法に関する国家資格を有する伝統医療従事者が、組織的、継続的に育成されている。施術所の数も多く、利用時間帯も長く、アクセスしやすい施設と考えられる。

しかし、本研究の結果から、疼痛有訴者（主訴）においても、施術所の利用者は全体の3割に満たず、相対的高所得層で利用者が多く、低所得層で少ない傾向が把握され、日本における伝統医療の利用実態の一端が明らかになった。

WHOの「健康の社会的決定要因の最終報告書」の中で、健康実現への課題として公平な保健医療サービス利用の重要性が指摘されている。既述のようにWHOの「伝統医療計画2014–2023」は、国の医療制度の枠組みの中に伝統医療を組み入れ、安全で有効なケアを積極的に活用する方針を打ち出している。現在、大幅な改訂作業が進行している国際疾病分類、第11版（ICD-11、2018年）では、伝統医療に関する大項目が新たに加わっている。国際動向をふまえ、日本においても、伝統医療の有効性、安全性、ニーズを再確認、評価するとともに、国民医療費の面でも負担が少ない医療として見直し、既に国の医療体制の枠組の中で制度的に位置付けられている伝統医療の利用促進を図ることは喫緊の課題であろうと考えられる。

^⑯ OECD (2015), *HEALTH AT A GLANCE 2015 HOW JAPAN COMPARES*

[追記：本稿は、共著者の勾坂が静岡大学大学院人文社会科学研究科在籍時に行った研究を基に、その後の共同研究により、新たな知見や研究成果をふまえて、共著として新規に作成したものである。]

謝辞

本研究で用いたデータは、厚生労働省「国民生活基礎調査」の匿名データであり、厚生労働省より2014年1月～2016年3月の期間、藤岡、勾坂両名がデータの提供を受けた。提供に際して、厚生労働省大臣官房統計情報部企画課審査解析室、匿名データ提供係の関係者の方々には大変お世話になり、謝意を申し上げます。

参考文献

- (1) WHO Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT (2008), *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf [retrieved on 2016-02-01]
- (2) 日本福祉大学訳 (2013), WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会『健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書 要旨；世代のうちに格差をなくそう：健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性』(要約版). http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/JA_Closing_the_Gap_Executive_summary.pdf?ua=1 (2016年2月1日閲覧)
- (3) WHO (2000), *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine.* <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip42e/> [retrieved on 2016-02-01]
- (4) WHO (2000), *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture.* http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf [retrieved on 2016-02-01]
- (5) 川喜田健司, 他訳 (2011), 「鍼治療の基礎教育と安全性に関するガイドライン」(翻訳改訂版), 『全日本鍼灸学会雑誌』50巻3号
- (6) WHO, "Complementary/alternative medicine (CAM)", Traditional Medicine: Definitions. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> [retrieved on 2016-02-01]
- (7) WHO (2008), *Beijing declaration.* <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/congress/en/> [retrieved on 2016-02-01].
- (8) 若山育郎 (2009), 「2008年WHO Congress on Traditional Medicine (北京) 参加報告」『全日本鍼灸学会雑誌』, 第59巻1号
- (9) WHO (2002), *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005.* http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf [retrieved on 2016-02-01]:
- (10) WHO (2013), *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023.* <http://apps.who.int/iris/bitstre>

- am/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf [retrieved on 2016-02-01]

(1) WHO (2000), *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip42e/> [retrieved on 2016-02-01]

(2) NIH (1997), *Acupuncture*, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. <https://consensus.nih.gov/1997/1997acupuncture107html.htm> [retrieved on 2016-02-01]

(3) Michael Haake, PhD, MD; Hans-Helge Müller, PhD; Carmen Schade-Brittinger, et al. (2007) "German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain", *Arch Intern Med.* Vol. 167 Issue 17, pp.1892-1898.

(4) Akupunktur Zusammenfassender Bericht (onlineline 2007), Unterausschusses "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung gemäß. <https://www.g-ba.de/.../40-268.../2007-09-27-Abschluss-Akupunktur.pdf> [retrieved on 2016-02-01].

(5) 高澤直美, 石崎直人, 他 (2011) 「2010WFAS鍼灸国際学会（米国・サンフランシスコ）参加報告」『全日本鍼灸学会誌』, 第61巻 2号

(6) 統合医療プロジェクトチーム第2回会合資料 (2010). 2010年4月26日, 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0426-9a.pdf> [retrieved on 2016-02-01]

(7) 「統合医療」のあり方に関する検討会 (2013)『第5回統合医療のあり方に関する検討会資料』。2013年2月8日, 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002vsub-att/2r9852000002vsy2.pdf> [retrieved on 2016-02-01]

(8) 統合医療の在り方に関する検討会, 第3回資料「論点の整理と論点に関する検討会におけるこれまでの議論」. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002gzb-att/2r9852000002gzgb.pdf> [retrieved on 2016-02-01]

(9) David M. Eisenberg, et al. (1993), "Unconventional Medicine in the United States-Prevalence, Costs, and Patterns of Use", *New England Journal of Medicine*, No.328

(10) 石崎直人, 岩 昌宏, 矢野 忠, 小野直哉, 西村周三, 川喜田健司, 丹沢章八 (2005)「我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査 その1 鍼灸治療の利用状況について」『全日本鍼灸学会雑誌』55巻 5号

(11) OECD (2015), *HEALTH AT A GLANCE 2015 HOW JAPAN COMPARES?*. <http://www.oecd.org/japan/Health-at-Glance-2015-Tokyo-Event-How-Japan-Compares.pdf> [retrieved on 2016-02-01]