

博士論文

子どもの急病時における親の受診意思の決定要因に関する研究  
—重症度と子ども医療費助成を中心に—

東 健一

## 目次

	頁
要旨	1
1. 序文	2
1.1 日本の小児医療の現状	2
1.2 医療費助成及び自己負担額と受診行動	3
1.3 社会経済的要因、人口統計学的要因と受診行動	7
1.4 子どもの重症度と受診行動	11
1.5 本研究の目的	11
2. 方法	13
2.1 J-SHINE について	13
2.2 各自治体の子ども医療費助成	14
2.3 説明変数	15
2.4 被説明変数	16
2.5 統計分析	17
3. 結果	19

	頁
4. 考察	24
4.1 医療費助成と受診意思の関連	24
4.2 その他の変数と受診意思の関連	25
4.3 本研究の一般化可能性について	27
4.4 本研究の限界と強み	28
4.5 政策的含意	29
5. 結論	30
引用文献	31
図表	37

## 要旨

子どもの医療費助成を行う自治体が首都圏を中心に増加しているが、この事業が子どもの医療受診にどのような影響を与えるかは明らかではない。子どもの急病時の重症度別に、助成の程度などの各要因が親の受診意思に与える影響を、仮想質問のデータを用いて検討した。その結果、全額助成群と比較して、一部助成群及び助成なし群では、軽症のかぜ症状の場合は「その日に受診する」という回答が有意に少なかった。重症のかぜ症状の場合、助成は受診意思と有意な関連が見られなかったが、さらなる検討が必要と思われた。また、父親の方が子どもをより「その日に受診」させると回答した。

## 1. 序文

### 1.1 日本の小児医療の現状

近年の日本において、親または保護者の育児に対する不安は増す一方である（市川、2004）。その一因として核家族化、それにとまなう育児知識の継承の欠乏が挙げられる（宮本、2000）。さらに、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、小児科医数は2000年の14,156名から2012年には16,340名とやや増加している（厚生労働省、2012a）ものの、小児科を標榜する医療機関（特に病院）の減少が進んでいる。医療施設調査によると、小児科を標榜する一般病院数は2000年には3,359施設であったが、2011年には2,745施設にまで減少した（厚生労働省、2000; 厚生労働省、2011a）。その結果、小児科外来の非常な混雑が見られている（Maeda, 2009）。

また、小児救急で働く小児科医は疲弊し（江原、2006; 読売新聞、2008）、北陸3県の47病院に勤務する小児科医95名に対して2001年に実施されたアンケート調査では、74%が「現在の仕事をいつまで続けられるか不安だ」と回答した（眞弓、2003）。小児救急の混雑、小児科医の疲弊を改善するために、日本医師会は厚生労働省に対し、1) 勤務条件の改善、2) 女性医師が仕事と家庭を両立できる就労環境の整備、3) 大学等における小児医療・周産期医療に関する卒前卒後教育の充実と支援、4) 小児科医師確保のための財政的基盤整備、5) 効率的な小児医療提供体制の整備、を論点とした提言をまとめた（日本医師会 小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会、2003）。

一方、健康保険に加えて独自の助成制度を敷くことで子どもの医療費を無料にする自治体が、特に首都圏で増えている。その理由として、首都圏の自治体に助成を行う財政的な余裕が比較的あることが挙げられる（日本経済新聞電子版、2012a）。また、助成制度を敷くことで、子どもを持つ若い家庭を自治体に呼び込むというねらいもあ

る。助成制度が小児科医療の現場にどのような影響を与えるかについては様々な意見があるものの、その影響を実証的に検証した研究はほとんどない。多田の研究によれば、乳幼児医療費助成制度の対象を1歳引き上げると人口10万人あたり161人受療を引き上げると報告している（多田、2005）が、この研究は都道府県別医療機関受療率を用いた生態学的研究であり、また、疾病の種類や重症度の影響については不明である。

首都圏を中心に増えつつある助成制度の小児科医療への影響を実証的に検討し、小児科医療の供給体制に反映させていくことは、前述した小児科医療の窮状を合わせて考慮すると、重要なことと考えられる。助成制度と子どもの受診との関連を明らかにしていくことは、医療政策的にも重要な課題である。

## 1.2 医療費助成及び自己負担額と受診行動

医療費助成は、患者の側から見ると自己負担額に直結するものである。医療費助成や自己負担額と受診行動にはどのような関連があるのだろうか。

米国においては、国民皆保険である日本と比較すると、経済的な困窮から医療アクセスが妨げられることへの不安が強く、その面からの要因分析の研究が多い。小児医療へのアクセスの関心も同様に高まっており、その一因としては小児科医の偏在と不足に伴う社会の不安がある（Mayer, 2006）。また小児医療へのアクセスについては保険など経済的な要素もその要因の一つであるが、多くの州は財政不足から、医療費助成（Medicaid や、後述の SCHIP）に係る支出を減少させるため、自己負担増やカバー範囲の減少、助成への新たな登録の凍結など、様々な施策を講じている（Skinner, 2007）。

米国では1997年に、Medicaidの対象となるほど低所得ではないが民間保険を購入できない世帯の子どもを対象とするSCHIP（State Children's Health Insurance Programs）が制定された。Kenneyらのレビューでは、州ごとの研究の多くで、SCHIPでカバーされた子どもの医療ケアへのアクセスが、カバーされる前と比較して改善されたと述べ

られている (Kenney, 2007)。Skinnerらは、保険の状態と専門的ケアへの小児のアクセスとの関連を調べるためにシステマティックレビューを行った。1992年から2006年までの30の論文が最終的に分析され、無保険の子どもは保険でカバーされている子供よりもアクセスが悪く、公的保険の子どもは無保険の子どもよりはアクセスが良かったが、民間保険の子どもよりもアクセスが悪かった (Skinner, 2007)。Szilagyiらの研究は、SCHIP制定後、最も早い時期に行われたものである。ニューヨーク州の2,126人の小児とその親に対するインタビューとカルテレビューの研究において、SCHIPの一つであるCHPlus (Child Health Plus) 導入前後の比較で、予防医療への受診が25%、救急医療の受診が52%、すべての受診が42%増加したと示した (Szilagyi, 2000)。DavidoffらはNational Health Interview Surveyのデータを用い、慢性疾患を抱える子どもたちの、医療機関の利用、満たされないニーズの割合、収入に対する自己負担の割合等のアウトカムについてSCHIPの制定前後における変化を分析した。その結果、SCHIPの制定後には無保険者が6.4%減少するとともに、公的保険にカバーされる者が9.8%増加した。満たされないニーズを報告した者が8%減少し、特に歯科医療について顕著であった。専門医の受診、眼科及び歯科の受療が増加し、自己負担、救急外来の受診が減少したが統計的有意ではなかった (Davidoff, 2005)。MayerらはNational Survey of Children With Special Health Care Needsの38,866名のデータを用い、満たされないニーズと関連する様々な要因について調査している。民間保険に加入している子どもと比較すると、無保険の子どもにおいて、満たされないニーズを報告した割合が、専門的なケアについてオッズ比 (以下OR) が4.29 (95%CI 2.99-6.15) であったが、SCHIPではOR 0.82、MedicaidではOR 1.26であり統計的に有意ではなかった (Mayer, 2004)。

米国のRAND研究所では、1974年から8年間にわたりHIE (Health Insurance Experiment) と呼ばれる研究を行った。2,756世帯、7,706人に対し、条件の異なる医療保険を割り付け (自己負担率によって0%、25%、50%、95%の4種類を設定し、それ

ぞれの種類自己負担率に対し、自己負担の上限が1,000ドル及び収入の5%、10%、15%の4種類に割り付けられた。その他、個人当たりの自己負担額が設定されるプランなどがある)、受診行動や医療費を比較している。同研究からNewhouseらは、自己負担率が下がるほど総医療費や救急医療費が増加することを示した。具体的には、年間の総医療費が、95%自己負担群では254ドルであったのに対し、50%自己負担群では328ドル、25%自己負担群では346ドル、0%の自己負担群の場合401ドルと増加した。受診回数の推計から、医療費の増加は1回利用当たりの医療費が増加したのではなく、受診回数の増加に起因することを示した (Newhouse, 1981)。HIEの中では子どもの受診行動に関する研究も行われている。Leibowitzらは1,136名の子どもについて医療費や受診行動を報告している。0%自己負担の0~4歳児は年間の外来利用割合が95%であったのに対し、95%自己負担の0~4歳児では82%であった。年間の入院割合に関しては、0~4歳では0%自己負担群が8.8%であったのに対し、95%自己負担群では4.5%であった (Leibowitz, 1985)。

自己負担と受診行動の関連についてのその他の研究では、Wiskらのものがある。WiskらはMEPS (Medical Expenditure Panel Survey) のデータを用い、インタビューで1回でも医療ケアへの支出についての回答があった14,138名に対して、経済的負担を主要な独立変数、医療ケアのニードに対しての対応が遅れたり行われなかったりしたことを従属変数として分析を行っている。その結果、医療支出が多いこと (OR 1.85, 95% CI 1.48-2.31)、保険の継続性がないこと (継続性があるとOR 0.72, 95% CI 0.54-0.96)、活動に制限のある子どもを持っていること (OR 1.81, 95% CI 1.38-2.38) が、医療ケアのニードに対しての対応が遅れたり行われなかったりしたことと有意に関連が認められた (Wisk, 2012)。

日本における小児医療費助成と受診行動の関係について実証研究は少ないものの、いくつかの研究がある。先に引用した多田による生態学的研究では、小児医療需要を

表す指標として被説明変数に平成8年、11年、14年の都道府県別医療機関受療率を用いて回帰分析を行っている。乳幼児医療費助成制度の対象年齢拡大及び現物給付化が、0歳から4歳の医療機関受療率と正の関連があるという結果であった。具体的には、乳幼児医療費助成制度の対象を1歳引き上げると人口10万人あたり161人受療を引き上げ、償還払いから現物給付化することよりさらに397人受療を増加させるという結果であった（多田、2005）。岩本による都道府県を単位とした生態学的研究では、3歳未満の医療費を被説明変数としているが、定額自己負担の有無は有意な関連を認めなかった（ $\beta=-0.132$ （標準誤差（以下SE） 0.198））（岩本、2010）。しかし、いずれの研究についても、医療費助成は市区町村の上乗せもあるため、都道府県を単位とした分析では不十分である。別所は、国民生活基礎調査の個票を用いた研究において、自覚症状があるときの通院の有無を表す2値変数を被説明変数として線形確率モデルを構築し、医療費助成の有無については年齢と都道府県によって判定したダミー変数を用い、多変量回帰を行った。その結果、医療費助成の有無は有意な関連がなかった（ $\beta=-0.219$ , SE 0.151）（別所、2012）。これも結果的には、助成については都道府県レベルで見たものである。大阪府においては2004年11月より、乳幼児医療費助成制度に一部自己負担金の導入をはじめた。それを受けて行われた、診療所または病院の外来に来院した保護者に対するアンケート調査では、「500円の自己負担金は、お子さまを医療機関に連れて行くことに影響していますか」という質問に対し、「少しある」が44.3%、「かなりある」が15.2%、「とても大きい」が12.3%という結果であり、また「負担金のために受診が遅れて病気が重くなったことがありますか」という質問に対しては「ある」が9.1%であった。武知らはこの結果を、「一部自己負担金導入は子育て支援からすれば後退であり、今回のアンケート結果から見た子育て家庭の受診の現状を関係機関に訴えていく必要があると思われる」と結んでいる（武知、2006）。この研究は受診意思を直接確認したものではない。このように、医療費助成による子どもの受診への影

響については、研究自体が少なく、個々の子どもへの助成の状況を調査したものではない。

選定療養費徴収の小児救急医療への影響について先行研究がある。吉田らは、ある1病院において選定療養費（時間外診療）として3,150円の徴収が開始されたことによる小児救急医療への影響を検討した。その結果、徴収後、小児科時間外受診者数は前年度比44.9%と大きく減少したが、小児科時間外入院患者数は前年度比104.0%であった（吉田、2010）。

他方、日本における、成人の医療費助成と受診行動の関係についての研究は多く存在する。森村らは、子宮頸がん検診と受診率の関係について二次データ分析を行い、自己負担が1,000円未満の自治体では受診率が平均5.61%、1,000円以上2,000円未満では7.55%であったが、2,000円以上の自治体では2.17%と有意に受診率が低かった（ $p=0.01$ ）（森村、2009）。Naitoらは高齢者に対する23価肺炎球菌ワクチン接種の医療費助成と予防接種受診行動の関係についての自治体単位（ $n=1,742$ ）での生態学的研究を行った結果、助成がない自治体ではワクチン接種率の中央値が14.5%であったが、助成額が増加するにつれて接種率は増加し、全額助成の自治体での接種率の中央値は52.1%であった（Naito, 2014）。Ohkusaは東京都と12の大都市圏の予防接種担当者に電話調査を行い、自己負担の接種率との関連について検討した生態学的研究を行い、自己負担が1,000円増加すると7%接種率が減少するという結果であった（Ohkusa, 2005）。Kondoらは高齢者へのインフルエンザワクチン接種の全国データから無作為抽出した210自治体300名のパネルデータを利用しワクチンの価格弾力性について調査した結果、全国と都市部においては価格弾力性がほぼ0であったと報告している（Kondo, 2009）。

稲田らは、地域の基幹病院において、時間外診療に選定療養費を導入し患者負担額を増やしたことの影響についてポアソン回帰モデルを使って分析した結果、特別料金

導入前後で、重症患者の受療率はほとんど変化がなかったが、軽症患者の受療率は6割程度に減少したと述べている（稲田、2012）。

自己負担額と成人の受診意思との関連についての日本の先行研究としては、Babazono らの研究がある。健康保険被保険者への質問調査を行い、2003年から自己負担割合が2割から3割に引き上げられるのに伴い、疾患の際に受診が減るか否かを仮定の質問として聞いている。その結果、心筋梗塞の際に受診が減ると回答した者が6.8%おり、うつ病では受診が減ると回答した者が40.8%にも昇った(Babazono, 2004)。

以上、成人の場合については、助成が大きいほど利用が増え、自己負担に関してその金額が高いほど医療機関の利用が減少するという先行研究が多い。

### 1.3 社会経済的要因、人口統計学的要因と受診行動

日本以外の先進国では、Janicke らが米国 HMO でカバーされている世帯の、5～11歳の子どもを持つ367人の母親に対して後方視的に聞き取りを行い、母の不安が、救急受診の有意な予測因子であるという結果を得た(Janicke, 2001)。Larson らは National Survey of Children's Health の電話聞き取りデータを用いて、医療へのアクセスと利用について、世帯収入によって有意な勾配が生じることを示した。被説明変数としてアクセスの指標としてかかりつけ医の有無、満たされない医療ケアのニードなどを用い、利用の指標として、過去1年間に医療機関や歯科医療機関を受診したかどうかを用いている。その結果、収入が少ないほど過去1年間の医療機関受診が少なかった(100% FPL (Federal Poverty Line) 未満が 400% FPL 以上と比較して、OR 2.42 (95% CI 2.10-2.79)) (Larson, 2010)。Dovey らは1996年の MEPS のデータを用いて同様の分析を行った結果、外来受診に関しては、児の年齢が低いこと(6-12歳に対し、2歳未満の OR 3.92 (95% CI 2.70-5.68)) が受診の増加と関連し、貧困が医師受診の減少と関連していた(100%FPL 未満が 400% FPL 以上と比較して、OR 0.80 (95% CI 0.69-0.93))

(Dovey, 2003)。またオランダにおける Uijen らの研究では、Dutch National Survey から無作為抽出した子どもの親 3,018 人にインタビューを行い、過去 2 週間に咳、咽頭痛、耳痛のいずれかの症状があったか尋ね、その際の GP (General Physician) 受診の有無について、各要因の関連を見た。その結果、児の年齢が高いほど受診は少なく (1 歳増加で OR 0.91 (95% CI 0.86-0.97))、両親の学歴は有意な関連がなかった。また両親の心配の度合いが有意に関連していた (OR 4.95 (95% CI 2.79-8.78)) (Uijen, 2008)。

学歴や収入と受診行動の関係については、発展途上国においても多くの研究がある。Levin らのバングラデシュにおける研究では、2,304 世帯の 15 歳から 49 歳の既婚女性に対して、過去 2 か月間に医療機関を受診したか聞き取り調査を行い、両親の学歴は有意な関連が認められないが (父親学歴の OR 1.03、母親学歴の OR 0.99)、中所得層は低所得層と比較して有意に受診が増加した (OR 1.77) (Levin, 2001)。Mashreky らは 171,366 人の父母に対してインタビューを行い、子どもが熱傷か外傷を受傷した際に医師のもとを受診しようとしたかを訪ね、父親が文盲でないことは有意に受診を増加させるという結果であった (OR 1.90 (95% CI 1.36-2.64)) が、収入や母親の学歴は有意な関連が無かった。(Mashreky, 2010)。Najnin らは、病院に熱性疾患で入院した 5 歳未満の子ども 1,290 人に対し、過去 2 か月間の間に専門医を受診したことがあるかを訪ね、収入が高いほど受診が増加し (最貧困層と比較して最富裕層の OR 5.6 (95% CI 3.4-9.2))、父の学歴が中卒以上であると、小学校未通学よりも、児の受診が増加した (OR 1.8 (95% CI 1.2-2.5))。また、児の年齢が 1 歳未満であると、4 歳以上よりも受診が増加した (OR 1.6 (95% CI 1.1-2.3)) (Najnin, 2011)。ネパールにおける Sreeramareddy らの研究では、母親が高卒であることが、中卒以下と比較して有意に「適切なケア」(有資格の医療従事者への受診)を受ける確率が増加した (OR 7.43 (95% CI 2.07-20.68)) が、収入は関連がなかった (Sreeramareddy, 2006)。Teerawichitchainan はベトナムにおいて、国の調査データから 11,355 人の子どもを対象として、過去 4

週間に専門医を受診したかどうか聞き取りした。母の教育が文盲と比較して、中卒であると受診が増加した (OR 1.76 (SE 0.41)) が、貧困であることは有意な関連が無かった。また3人以上兄弟がいると受診が減少し (OR 0.50 (SE 0.10))、子どもの年齢が1歳以上であると受診が少なかった (OR 0.64 (SE 0.14)) (Teerawichitchainan, 2008)。

ナイジェリアにおける Ogunlesi らの研究では、ある病院の救急外来を受診した児の母親 168 人にインタビューを行い、症状が出てから 24 時間以内に受診したかどうかを聞いたところ、母の学歴が中卒以上であると有意に 24 時間以内の受診が増加した (OR 18.0 ( $p < 0.001$ )) (Ogunlesi, 2010)。

グアテマラにおける Goldman らの研究では、3,193 人の子どもに対して 2 週間日記をつけてもらい何らかの医療ケア従事者を受診したかどうかを調べ、その結果小児の年齢が 1 歳未満であることが OR 1.52 (95% CI 1.18-1.95) と、年齢が低いことが受診を増加させる要因であった (Goldman, 2000)。

日本においては、Ishida らが民間の世帯パネル (約 21 万世帯) から 5,387 世帯を無作為抽出し、最終的に 18 歳未満の子ども 1,024 人の親に関して、質問紙で基本属性を調査し、1 か月の日記で子どもの症状と受診行動を記録した。その結果は、小児科診療所受診は子どもの年齢と有意に関連があり (13~17 歳を参照群として、2 歳未満で OR 7.32 (95% CI 3.64-14.7)、2-5 歳で OR 5.66 (95% CI 3.21-9.97)、6-12 歳で OR 2.41 (95% CI 1.41-4.11))、年齢との関連は診療所受診だけでなく、救急外来受診、病院外来受診でも一部見られた。世帯主の学歴は一部のみ関連があり (外来受診に関して、高卒以下を参照群として、大卒のみ有意に減少。外来受診の大学院以上や、それ以外のアウトカムに関してはすべて統計的有意差なし)、収入や居住地域は関連がなかった (Ishida, 2012)。

妹尾は、健保組合のレセプト個票データと被保険者に対するアンケート調査を用いた研究を行った。アウトカムを子どもの外来通院日数として重回帰分析を行った結果、親の所得は有意な関連がなく、子どもの年齢が低いこと (+1 歳で  $\beta = -0.77$  ( $p = 0.00$ ))、配偶者が専業主婦であること (配偶者がフルタイムの労働を行

っていると  $\beta=-2.85$  ( $p=0.01$ ) が子どもの外来通院日数の多さと関連があった(妹尾、2007)。下開は保育園、幼稚園、幼児サークルに通う 7 歳未満の乳幼児を持つ保護者 957 人を対象とした質問紙調査を行い、乳幼児の過去 1 年間の医療機関の利用回数を被説明変数とした分析を行った。その結果、対象児に持病が有る場合 ( $\beta=0.145$  ( $p<0.01$ ))、日頃の育児を支えてくれる親族人数が少ない場合 (1 人増えると  $\beta=-0.102$  ( $p<0.05$ ))、気軽に医療機関を利用する意識が高い場合 ( $\beta=0.158$  ( $p<0.001$ )) に、過去 1 年間の医療機関の利用回数が有意に多かった(下開、2009)。

収入や学歴に関しては発展途上国では受診行動と関連があるという研究が多い反面、日本以外の先進国では結果は様々であり、日本では収入や学歴が関連ないという研究が多い。

#### 1.4 子どもの重症度と受診行動

諸先進国の研究では、Janicke らはモデルの中に子どもの痛みや現在の健康状態を組み込んでおり (Janicke, 2001)、Uijen らはモデルの中に、主観的健康観と、症状が 2 週間以上持続しているか否かということを入れている (Uijen, 2008)。Webair らの研究では、予防接種のために医療機関を訪問した、5 歳未満の児を持つ母親 212 人に対して行ったアンケートの分析によって、過去 2 週間の急病時の受診について、咳、発熱、下痢、呼吸困難の有無を調整した結果、呼吸困難があると受診が増加するという結果であった (Webair, 2013)。

発展途上国の研究では、Najnin らは説明変数に意識レベルの低下を入れている (Najnin, 2011)。また Sreeramareddy ら、Teerawichitchainan らは親の感じた重症感を説明変数として入れており (Sreeramareddy, 2006; Teerawichitchainan, 2008)、Goldman らはモデルの中に様々な症状の種類を組み込んでいる (Goldman, 2000)。

日本では、下開の研究の中で持病の有無がモデルに組み込まれている(下開、2009)。

別所の研究では、自覚症状の有無を説明変数として入れている（別所、2012）。

これらのほとんどの研究で、重症であるほど、持病をもっているほど、主観的健康観が低いほど受診が増加することが示されている。

## 1.5 本研究の目的

先行研究を調べた限り、子どもの医療費助成が親の受診行動や受診意思にどのような影響を与えるのかを調査した研究は少ない。しかも、子どもの重症度別に医療費助成の程度やその他の社会経済的要因との関連の程度を検討することは行われていない。

本研究の目的は、子どもの急病時の、医療費助成をはじめとした各要因の、親の受診意思への影響が重症度によって異なるか否かを、レベルの異なる症状を設定した仮想質問を用いて明らかにすることにある。

## 2. 方法

### 2.1 J-SHINE について

本研究は科研費・新学術領域研究「社会階層と健康」プロジェクト Japanese Study of Stratification, Health, Income and Neighborhood (J-SHINE、日本名 まちと家族の健康調査) のデータを利用した横断研究であり、J-SHINE は地域の住民の健康を促進するために重要な要因を探るために行われている研究である。対象は東京都内2自治体と、東京近郊2自治体の計4自治体に居住する25歳から50歳までの住民から、年齢・性・地区によって層化無作為抽出した13,920名とした。第1ウエーブの調査は2010年7月から2011年2月に行われた。対象者の社会経済的要因が多様であることを鑑み、回答はコンピュータ支援による面接調査 (Computer Assisted Personal Interview: CAPI) により得た。CAPI はインターネット経由または貸出用パソコンを使用し、質問に対して回答する (パソコンに不慣れな回答者に対しては調査員がパソコンを使用し、面接で調査する) というものである。

調査項目については、J-SHINE 調査チームは様々な分野の研究者から構成されており、それぞれの研究者が専門的立場から質問を設定した。第1ウエーブの調査項目は大きく、(1) 人口統計的要因、(2) 健康と生活様式、(3) 医療保険と医療施設の利用行動、(4) 健康と生活に対する態度、(5) 職業とキャリアパス、(6) 配偶者、(7) 子ども、(8) 両親、(9) 社会への統合、(10) 職業関連ストレスと心理、(11) 収入、貯蓄、消費、(12) 社会的選好、(13) ドメスティック・バイオレンス、虐待、自殺イベントを含む負のライフイベントに分けられた。上記の質問項目にすべて回答するにはおよそ3時間を要すると想定された。研究プロトコルは東京大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た (承認番号 3073)。研究プロトコルは Takada らの論文で詳述されている (Takada, 2014)。著者は研究班の研究協力者としてデータの二次利用の申

請を 2011「社会階層と健康」研究班データ管理委員会に対して行い、審査の上二次利用について承認を得た。

本研究において、第1ウエーブの調査データを利用した。データの確定日は2012年8月17日である。無作為抽出した13,920名に対して少なくとも調査員が5回訪問し接触を試みた。その結果8,408名と接触でき、有効回答は4,385名から得られた。無作為抽出対象を分母とした場合の回答率は31.5%であった。接触できた対象を分母とした場合の回答率は52.1%であったが、性別、年齢構成はそれぞれの自治体の年齢構成とほぼ同様となった。有効回答4,385名からの対象者選別のフローを図1に示した。Takadaらの論文における最終的な有効回答数は4,357名と述べられており、本研究の対象者数と異なっている。高田らは、無作為抽出した対象者の配偶者が回答してしまった場合に除外したが、本研究においては、子どもについての情報を扱っているため、配偶者が回答した場合でも結果には影響を及ぼさないと考え、高田らが除外した28名を含んだデータで分析を行った。第1ウエーブの質問票全文はホームページで参照が可能である (J-SHINE2010)。

## 2.2 各自治体の子ども医療費助成

日本は国民皆保険であるが、未就学児については20%の自己負担があり、就学児については75歳未満の成人と同様30%の自己負担がある。このシステムに加え、多くの自治体では子どもの医療ケアに対して独自の助成制度を定めており、これらは自己負担の一部または全額をカバーするものである。

J-SHINEにおいて調査を行った4自治体をそれぞれA、B、C、Dとする。Aは東京都の特別区の1つであり、Bは東京都下の市、Cは千葉県の中核市、Dは埼玉県のみである。研究期間内における各自治体の助成制度について、自治体の公式ホームページを閲覧するか、担当職員に直接電話で聞き取りを行って以下の情報を得た。

自治体 A: 親の収入によらず、中学 3 年生まで自己負担分の全額助成。

自治体 B: 未就学児では、親の収入が 1,000 万円未満の場合は全額助成。1,000 万円以上の場合は助成なし。小学 1 年生から中学 3 年生までは、世帯所得が所得制限未満(後述)の場合は、外来 1 回の受診につき 200 円自己負担、入院及び調剤は自己負担なし。所得制限以上の場合は助成なし。所得制限は、扶養家族が 0 人の場合は 532 万円、1 人の場合は 570 万円、以降 1 人扶養家族が増加するごとに 38 万円増加する。

自治体 C: 2010 年 11 月までは、住民税非課税世帯では未就学児に関しては全額助成。就学児は助成なし。住民税課税対象世帯については、未就学児に関しては外来 1 回の受診につき 200 円自己負担、入院 1 日につき 200 円自己負担、調剤は自己負担なし。就学児は助成なし。2010 年 12 月以降は、住民税非課税世帯では小学 3 年生までは全額助成。小学 4 年生以上は助成なし。住民税課税世帯では、小学 3 年生までは外来 1 回の受診につき 200 円自己負担、入院 1 日につき 200 円自己負担、調剤は自己負担なし。小学 4 年生以上は助成なし。

自治体 D: 2010 年 9 月までは、親の収入によらず、未就学児まで自己負担分の全額助成。就学児では助成なし。2010 年 10 月以降は、親の収入によらず、小学 3 年生まで自己負担分の全額助成。小学 4 年生以降は助成なし。

### 2.3 説明変数

主要な説明変数は医療費助成である。医療費助成に関しては、それぞれの子どもについて、居住地、収入、子どもの数から 3 群に分類した。自己負担が全くない「全額助成」群、外来受診 1 回について自己負担が 200 円生じる「一部助成」群、自治体独自の助成がない「助成なし」群とした。自治体 C と D に関しては研究期間内に助成制度に変更があったが、質問に答えた日付における助成制度でカバーされていると見なした。

社会経済的要因については、収入と最終学歴を分析に含めた。世帯所得についての元々の質問は、最も少ない収入のカテゴリが 25 万円未満、最も多い収入のカテゴリが 2,000 万円以上、という 15 のカテゴリからなっており、回答者の世帯所得は選んだ選択肢における中央値とした。その世帯所得を世帯の人数の平方根で除したものを等価世帯所得とし（厚生労働省、2011b）、等価世帯所得は 300 万円未満及び 300 万円以上の 2 値変数とした。300 万円というカットオフ値は、2005 年の日本における等価世帯所得の中央値に近似している（西村、2005）。回答者の最終学歴に関しては、高卒またはそれ未満、短大または高専、大学または大学院の 3 カテゴリ変数とした。

その他の説明変数は回答者の年齢（基本属性の記述と二変量解析においては 25-29 歳、30-34 歳、35-39 歳、40-44 歳、45-50 歳の 5 カテゴリ、多変量解析においては後述の理由で連続変数として扱った）、回答者の性、子どもの年齢（基本属性の記述と二変量解析においては 0-1 歳、2-5 歳、6-10 歳、11-15 歳の 4 カテゴリ、多変量解析においては後述の理由で連続変数として扱った）、回答者夫婦（子どもの両親）の労働の状況（共働きか否か）、きょうだい児の有無、祖父母と同居の有無を用いた。ひとり親（15 歳以下の子がいるひとり親は 76 名であった）は今回の分析からは除外した。親の健康観の代替変数として、「もしあなた自身の身体に不調があって病気が疑われる時に、あなたは最初にどのように対処しますか？」という質問の回答を用いた。「かかりつけ医に相談する」という回答のみを「回答者の受診傾向」ありとし、それ以外の回答（「家族に相談する」、「友人、職場、近隣の人（医師を除く）に相談する」、「新聞やテレビで関連の情報を探す」、「インターネットの情報検索や掲示板を利用する」、「医学関係の書籍、ガイドブックで情報を得る」、「薬局で相談する」、「その他」）を「回答者の受診傾向」なしとした 2 値変数とした。

## 2.4 被説明変数

主要な被説明変数は、子どものかぜ症状を想定した場合の親の医療機関受診意思とした。「仮に、そのお子さん（15歳以下の子どもが2人以上の場合は年長の子ども）に、風邪の軽い症状（咳や鼻水、喉の痛みなど）がみられた場合、どのように対応しますか？診療時間中の出来事として、お答えください」という質問を「軽症のかぜ症状に関する質問」とし、「仮に、そのお子さん（15歳以下の子どもが2人以上の場合は年長の子ども）に、風邪の中でも重い症状（39℃以上の発熱や食欲の低下、おう吐など）がみられた場合、どのように対応しますか？診療時間中の出来事として、お答えください」という質問を「重症のかぜ症状に関する質問」とした。回答の選択肢としては、「救急車を呼ぶ」（本選択肢のみ、軽症のかぜ症状に関する質問においては存在しない）、「その日のうちに診療所を受診」、「その日のうちに一般の病院を受診」、「大学病院を受診」（以上の4項目を「その日に受診」とした）、「売薬を内服させる」、「以前に医師に処方された薬の余りを内服させる」、「休ませて様子を見る」（以上の3項目を「その日に受診しない」とした）、「分からない」（主分析からは除外）の項目であった。軽症のかぜ症状の質問では「その日に受診」とすると答え、重症のかぜ症状の質問では「その日に受診」しないと答えた群は論理矛盾の可能性はあるが、軽症のかぜ症状と重症のかぜ症状では、親が子の看護休暇を取るか否か、実家に預けるか否かなど様々な要因により一見矛盾していると思われるような回答をすることも考えられたため、分析から除外はしなかった。

## 2.5 統計分析

軽症のかぜ症状、重症のかぜ症状というそれぞれ異なる2つの症状の質問に対する回答を分けて分析した。

二変量解析においては、「その日に受診」の有無に対して、医療費助成、等価世帯所得、最終学歴やその他の共変量の分布について分析した。それぞれのカテゴリの分

布の偏りを調べるためにカイ二乗検定もしくは Fisher の直接確率検定を用いた。

また、多変量解析はロジスティック回帰分析を行った。比較のために単ロジスティック回帰もあわせて行った。居住地域に関しては医療費助成との多重共線性を示したため、モデルに含めなかった。

多変量ロジスティック回帰分析により「その日に受診」することへのそれぞれの独立変数のオッズ比を算出した。変数はすべて強制投入し、Hosmer-Lemeshow 検定においてモデルの当てはまりを検討した。

サブグループ分析として以下を行った。乳幼児と学童では同様の症状であっても、親の不安度や実際の緊急性が異なる可能性があるため、0～5歳と、6歳以上で層別化した分析を行った。地域は助成だけでなく所得や学歴など様々な要因でクラスタを作っていることが考えられたため、地域で層別化した分析も行った。また、親の性別によって各変数の属性および受診意思の決定要因が異なることが予想されたため、親の性別で層別化した分析を行った。

自治体 C と D に関して、調査期間内に助成制度の変更があることは別の質問の中で知らされているものの、回答時点でその子どもが実際にカバーされる助成と、回答者が自分の子どもについて回答時に念頭に置く助成が異なることも予想されたため、感度分析として、自治体 C と自治体 D については、すべての回答者が変更以前の助成制度にカバーされているとした仮定に基づいた分析を行った。

また、主分析では軽症の質問、重症の質問に対する「分からない」の回答は除外したが、感度分析として、「分からない」の回答を「その日に受診」のカテゴリにすべて組み込んだ場合と「その日に受診しない」のカテゴリにすべて組み込んだ場合の分析をそれぞれ行った。

分析に用いた項目に欠損値がある者は対象から除いた。分析は統計分析ソフト SAS ver9.3 を用いた (SAS Institute, Cary, NC)。P 値は有意水準 0.05 で両側検定を行った。

### 3. 結果

15歳以下の子どもがいる2,097名のうち、いずれの変数にも欠損のない1,604名が分析に含まれた(図1)。分析に使用した説明変数、被説明変数のいずれかに欠測のあった回答者が493名いたが、そのうち363名は世帯所得の欠測であった。493名のうち被説明変数に欠測があったものを除くと487名であるが、この487名のうち、軽症のかぜ症状の質問で「その日に受診」すると回答した割合が38.0%、重症のかぜ症状の質問で「その日に受診」すると回答した割合が95.1%と、いずれも分析対象の1,604名と大きな違いは認められなかった。図2で、それぞれの重症度の症状に対しての親が選んだ選択肢の割合を要約した。軽症のかぜ症状の場合、38.4%の回答者がその日のうちに何らかの医療機関を受診すると回答した。その中では、ほとんどの回答者が診療所を受診すると回答した。重症のかぜ症状の場合、95.9%の回答者がその日のうちに何らかの医療機関を受診すると回答する一方、4.1%だけがその日のうちには医療機関を受診しないと回答した。軽症のかぜ症状の場合「その日に受診」すると回答し、かつ重症のかぜ症状の場合「その日に受診」しないと回答した者は10名であった。10名中10名が軽症のかぜ症状では「診療所を受診する」と回答した。重症のかぜ症状では10名中8名が「休ませて様子を見る」と回答し、2名が「以前に医師に処方された薬の余りを内服させる」と回答した。また、10名中9名が現在働いている者であった。

対象者の基本属性を表1に示した。等価世帯所得としては300万円未満が32.2%、300万円以上が67.8%であった。回答者の最終学歴は高卒以下が22.4%、高専、短大が36.6%、大学または大学院が41.0%であった。助成制度については、全額助成が41.8%、一部助成が18.4%、助成なしが39.8%であった。共働き世帯の回答者とそうでない世帯の回答者はほぼ半数ずつであった。回答者の受診傾向は「なし」が90.9%、「あり」

が 9.1%であった。また、表には示していないが、地域別に所得の分布を見ると、等価世帯所得が 300 万円未満である割合は、自治体 A で 37.9%、B で 22.7%、C で 32.3%、D で 36.2%であった。学歴の分布は、高卒以下である割合が自治体 A で 30.1%、B で 16.1%、C で 20.7%、D で 23.3%であった。所得と学歴については自治体間でややばらつきがある一方、子どもの年齢については、0～5 歳児の割合が、自治体 A で 38.5%、B で 34.7%、C で 37.5%、D で 35.3%と大きな違いが無かった。

助成群ごとの対象者の基本属性を表 2 に示した。助成は概ね地域と収入と子どもの年齢によって決定されることから、地域、等価世帯所得、子どもの年齢は助成群間で分布の違いが見られ、子どもの年齢と関連がある親の年齢も同様であった。

二変量解析の結果を、表 3 と表 4 に示した。軽症のかぜ症状に関する質問に対しては、回答者の年齢、性別、地域、助成制度、子どもの年齢、きょうだい児の有無、共働きか否かが統計的に有意に関連していた。等価世帯所得および最終学歴はいずれも有意差を示さなかった。また、助成制度については、「全額助成」群については 48.0%がその日に受診すると回答し、「一部助成」群では 40.7%がその日に受診すると答えた。一方、「助成なし」群においてその日に受診すると回答した者は 26.8%に留まった。重症のかぜ症状に関する質問に対しては、助成制度、子どもの年齢、きょうだい児の有無が有意な関連を示した。重症のかぜ症状にもかかわらずその日に受診をしない群は全体の 4.1%程度であり、医療費助成がないこと、子供の年齢が高いこと、きょうだい児がいることが示された。等価世帯所得および最終学歴は有意差を示さなかった。「その日に受診」の回答は、回答者の年齢が高いほど減少し、子どもの年齢についても高いほど減少した。従って、ロジスティック回帰分析の中では回答者の年齢及び子どもの年齢は連続変数として扱った。

ロジスティック回帰分析の結果を表 5 と表 6 に示した。軽症のかぜ症状に関して、男性は女性に比べて「その日に受診」する傾向を示した (OR 2.35, 95%CI 1.87-2.94)。

子供の年齢が若いことは「その日に受診」と関連を示したが、統計的に有意ではなかった。助成に関しては、全額助成を参照群として、「助成なし」群（OR 0.51, 95% CI 0.38-0.69）と「一部助成」群（OR 0.73, 95% CI 0.55-0.97）のいずれもが、「その日に受診」と回答した者が少なかった。単ロジスティック回帰で有意であった子どもの年齢、きょうだい児の有無、共働きか否かは、多変量ロジスティック回帰では有意とならなかった。回答者の受診傾向、等価世帯所得、学歴、祖父母との同居の有無は二変量解析と同様に、有意な関連を示さなかった。

重症のかぜ症状に関する質問について（表 6）、「その日に受診」と有意な関連を示す変数は見られなかった。助成については、全額助成と比較した場合、OR は「助成なし」群で 0.62 (95% CI 0.31-1.27)、「一部助成」群で 1.04 (95% CI 0.44-2.43)であったが、いずれも統計的有意差は見られなかった。

サブグループ分析について、子どもの年齢で層別化した分析の結果を表 7（軽症のかぜ症状の質問についての二変量解析）、表 8（重症のかぜ症状の質問についての二変量解析）に示した。二変量解析の結果では、有意であった変数は軽症のかぜ症状の質問においてはいずれの年齢群においても回答者の性別、地域、助成制度であり、重症のかぜ症状の質問において、いずれの年齢群も有意な関連を示す変数がないという点で同様であった。5 歳以下の層において、重症のかぜ症状の質問で「その日に受診」しないと回答した人数が 13 名と非常に少なく、モデルの信頼性が低いため、多変量ロジスティック回帰の結果は採用しなかった。

地域で層別化した分析の結果を表 9（軽症のかぜ症状の質問についての二変量解析）、表 10（重症のかぜ症状の質問についての二変量解析）に示した。軽症のかぜ症状の質問については、すべての自治体で回答者の性別、子どもの年齢、助成制度（比較が不可能な自治体 A 以外）において有意な関連を示した。A、B の自治体で回答者の年齢が有意な関連を示し、B、D の自治体できょうだい児の有無が有意な関連を示した。

共働きか否かは、自治体 A のみで有意な関連を示した。回答者の受診傾向は D の自治体のみで有意な関連が見られた。重症のかぜ症状の質問に関しては、自治体 B において回答者の性別が、自治体 D において子どもの年齢と助成制度が有意な関連を示したが、その他有意な関連は見られなかった。

性別で層別化した分析の結果を表 11（軽症のかぜ症状の質問についての二変量解析）、表 12（重症のかぜ症状の質問についての二変量解析）、表 13（軽症のかぜ症状の質問についての多変量解析）、表 14（重症のかぜ症状の質問についての多変量解析）に示した。多変量解析の結果、軽症のかぜ症状の質問に関しては男性の年齢が有意差を示さなかったのに対し女性は年齢が高いと有意に「その日に受診」の回答が減少するという結果であった。助成制度について、助成なし群では男女とも「その日に受診」の回答が減少したが、一部助成群では、男性では有意に「その日に受診」の回答が少なかったのに対し女性では有意な関連を示さなかった。きょうだい児の有無は男性では有意な関連を認めなかったが、女性ではきょうだい児がいると有意に「その日に受診」の回答が少ないという結果であった。重症のかぜ症状に関しては、「助成なし」群で女性のみ「その日に受診」の回答が少なかったが、それ以外有意な変数は見られなかった。

医療費助成に関する感度分析の結果を表 15 と表 16 に示した。軽症のかぜ症状に関する質問については、全額助成と比較して、「助成なし」群、「一部助成」群ともに、主分析と同様の関連があり、その大きさはさらに小さくなった（助成なし群 OR 0.50, 95% CI 0.38-0.66, 一部助成群 OR 0.61, 95% CI 0.44-0.85）。重症のかぜ症状に関する質問については、「助成なし」群のオッズ比は 0.70 であったが、「一部助成」群は 1.55 であった（いずれも統計的有意差なし）。

質問に対し「分からない」と回答したものに関して、全て「その日に受診」に組み込んだ場合、および全て「その日に受診しない」に組み込んだ場合の感度分析を表 17

(軽症のかぜ症状に関する質問)及び表 18(重症のかぜ症状に関する質問)に示した。  
対象者数は 6 名増加した。結果はどちらの場合においても、主分析とほぼ変わりがな  
かった。

## 4. 考察

### 4.1 医療費助成と受診意思の関連

軽症のかぜ症状に関する質問に対しては4割程度が「その日に受診」を選び、6割強が「その日に受診しない」を選んだ。一方重症のかぜ症状に関する質問については95%以上が「その日に受診する」を選んでおり、回答が大きく変わっていることから、2つの質問が異なる重症度を妥当に表現していたと言える。

軽症のかぜ症状の場合、全額助成の回答者と比較して、一部助成（200円負担）群および助成なし群では、「その日に受診」の回答をする者が少なかった。子どもの外来受診1回によって生じる医療費は5,000円から6,000円の間である（厚生労働省、2012b）ので、助成がない場合の自己負担はおおよそ1,000円から2,000円程度と考えられる。従って、咳や鼻汁など軽症のかぜ症状の場合は、助成なしの場合だけでなく、1回200円という少額の自己負担を伴う一部助成の場合でも、受診意思が抑えられる可能性が示唆された。

岩本による生態学的研究では定額自己負担の有無は有意な関連を認めず（岩本、2010）、国民生活基礎調査の個票を用いた別所の研究でも、医療費助成の有無は有意な関連を認めなかった（別所、2012）が、本研究ではそれらとは異なる結果であった。岩本の研究は生態学的研究であり、別所の研究でも、個票単位の研究ではあるが医療費助成の有無は都道府県と年齢からのみの判断であり、市町村独自の助成制度や所得制限については考慮されていない。市町村、所得、年齢から個人単位で助成の程度を詳細に推定して受診意思との関連を検証した研究としては本研究が日本で最初であり、より実態に近づくことができたと考えられる。

重症のかぜ症状の場合、助成は「その日に受診」の意思と有意な関連が見られなかった。「その日に受診」しないと答えた回答者の人数が少なかったことで、信頼区間

が拡大したものである。本研究の結果からは、39°C以上の発熱や嘔吐など重症のかぜ症状で、助成がないことや一部助成が受診意思を抑制するという証拠は得られなかった。しかし、推定値の大きさを見ると、「助成なし」群では0.62であるのに対し、「一部助成」群はOR 1.04であり、助成がない場合は重症のかぜ症状では受診意思が抑えられる可能性も否定できない。この点に関しては、今後より大規模な集団を対象とした分析を行う事で重症の症状時の受診行動の詳細な把握につながるものと思われた。

#### 4.2 その他の変数と受診意思の関連

社会経済的要因に関しては、収入も最終学歴も受診意思と有意な関連は見られなかった。この結果は、日本における先行研究の結果と一致する。Ishidaらは収入の関連がなかったことについては、日本においては国民皆保険であることが大きく影響しているだろうと述べている。妹尾も、日本では年齢に関係なく、誰でも広くサービスの利用が可能な社会であるのかもしれないと述べた上で、子どもの医療需要は、学歴や所得といった社会階層よりも配偶者の就業状況といった夫婦の時間配分行動や生活習慣などによって大きく規定されていると述べている。本研究においても、国民皆保険の下の日本においては、収入やその他の社会経済的要因よりも、医療費助成の状況が、子どもの急病時の親の受診意思のより重要な決定要因であると考えられた。

男性の親の方が、「その日に受診」という回答をする傾向を示した。これは先行研究にはない新しい知見であり、心配な親ほど医療機関を受診するという先行研究 (Janicke, 2001) と合わせて考えると、心配になった父親が医療機関をより多く受診する可能性が示唆された。日本においては男性が労働を担い、女性が家事や育児をするものという観念が未だ残存している (Mori, 2002)。母親は医療機関、自治体が催すセミナー、他の母親たちとの交流の中で育児に関する知識を深めていくが、父親は病

気の子どもをどのようにケアするかという情報に接することが非常に少ない。その結果、父親が病児の面倒を見る際には、母親よりも不安が強く出る可能性がある。別の可能性として、父親の方が、実際医療機関に子どもを連れて行くのは自分ではなく配偶者なので、「その日に受診する」と答えやすいことも考えられる。性別のサブグループ分析の結果では、軽症のかぜ症状の質問については一部関連要因に違いが見られた。きょうだい児の有無が女性のみで有意な関連を示すという結果は、きょうだい児がいることによる「受診しづらさ」を女性の方がより現実的に想像して回答した可能性がある。共働きの有無や回答者受診傾向など、性差が関連すると思われるその他の要因については違いが見られなかった。

子どもの年齢は有意な関連が見られなかった。日本の先行研究では子供の年齢と受診は負の関連を示したものが多い。本研究では統計的有意差はないものの同様の方向性を示しており、より大規模な集団に対して同様の調査を行う事で有意な関連が見られる可能性がある。サブグループ分析では、年齢によって「その日に受診」の意思の決定要因に違いは見られなかった。

もう1つのサブグループ分析である、地域での層別化分析の結果では、軽症のかぜ症状の質問について、回答者の年齢、回答者の受診傾向、きょうだい児の有無、共働きか否かにおいて、二変量解析において有意な関連を示した自治体と示さなかった自治体があったが、有意差を示さなかった自治体においても分布を見る限り、概ね同様の傾向を示しており、大きな地域差があるとは言えないと考えられる。重症のかぜ症状の質問については、自治体Dにおいてのみ助成制度が有意な関連を示した。これについては、自治体Dのみが全額助成群と助成なし群のみの比較となったため、有意差が出やすくなったことが原因として挙げられる。

多変量解析において、助成制度と多重共線性を示した地域の変数は投入しなかったが、このことにより医療へのアクセスなど、助成とは異なる地域のファクターが考慮

されていない可能性がある。例えば、医療従事者の密度が自治体間で異なる事によるアクセスの違いが考えられるが、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、人口 10 万人当たりの小児科医師数（診療科は複数回答可）は、A が 20.6、B が 36.6、C が 18.8、D が 19.7 であった（厚生労働省、2012a）。全国平均 23.4 よりも B のみが上回っているが、二変量解析の結果では B の自治体が突出して「その日に受診」の回答が多いということではなく、小児医療へのアクセスの違いが結果に大きな影響を及ぼしている可能性は小さいものと思われた。

共働きは有意な影響はなかった。妹尾の研究では、配偶者がフルタイムやパートなど働いていた方が、受診が有意に減少するという結果であり本研究と一致しない（妹尾、2013）が、別所の研究では関連がないという結果であった（別所、2012）。妹尾は通院日数を被説明変数としている。単に「その日に受診するかしないか」という被説明変数よりも、通院日数は継続的な受診が関連すると思われるので、両親の就業形態がより影響を及ぼしている可能性が示唆された。

祖父母との同居は有意な関連が見られず、Ishida らの先行研究と一致した。

きょうだい児の有無に関しては、二変量解析ではきょうだい児がいると受診が少ないという結果であったが、多変量解析では影響が無いという結果であった。これはきょうだい児の有無が子どもの年齢で交絡されていることが要因の一つであると考えられた。

#### 4.3 本研究の一般化可能性について

本研究の対象者は首都圏の一般集団から層化無作為抽出した研究であり、日本の都市部については少なくとも一般化可能性はあると思われた。また、助成制度は日本の医療システムに依存しているので、他の先進国、発展途上国についてそのまま当てはめることはできない。

親の性別による受診意思の差については、本研究ではこれまでの先行研究にない新しい知見であったが、女性が主に育児を担う国や地域においては、ある程度は本研究の結果を当てはめることができる可能性があると思われた。

また、本研究においては診療時間内の受診意思を評価したが、診療時間内であること自体が受診意思に影響を及ぼしていると考えられるので、休日・夜間についてそのまま当てはめることはできない。ただし、仮想質問で夜間・休日について受診意思を質問すると、軽症のかぜ症状の質問については、模範的に「受診しない」という回答する可能性があり、受診意思と受診行動についての乖離が強くなる可能性がある。仮想質問ではなく、過去の受診について質問する方法などにより、今後、夜間・休日の救急外来受診に関する調査を行うことでより実態の把握につながるものと思われた。

#### 4.4 本研究の限界と強み

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究では「実際に受診したか」という受診行動ではなく、「このような場合受診するか」という受診意思を測定したため、実際の受診行動との間に乖離がある可能性がある。その一方で、受診意思を聞くことには、受診行動についての研究では困難な重症度の調整が行えるという利点がある。受診意思と受診行動の関係については今後検討が必要である。第二の限界は、すべての回答者に対し、軽症の風邪症状の質問が最初で、次に重症のかぜ症状の質問という順序で質問を行ったため、順序効果の影響が避けられないことである (Schuman, 1996)。第三に、2つの自治体では助成の制度が調査期間内に変更されたことで、実際の子どもの助成状況と、回答者が念頭に置く自分の子どもの助成の状態が異なる可能性がある。この可能性に対し感度分析を行ったが、いずれも主分析から導かれる結論に影響しない結果であった。第四の限界は地域の属性など、全ての交絡因子を考慮できてい

ないことである。

本研究の強みは、様々な変数の関連を、異なる重症度において調査したことである。このことによって子どもの急病時の親の受診意思がより明確に評価できた。我々の知る限り、本研究は子どものかぜ症状が軽症の時には親の受診意思に医療費助成が関連するということを初めて明らかにした研究である。もう一つの強みとしては、受診意思に影響する広い範囲の要因について調査を行って分析に含めていることである。

#### 4.5 政策的含意

中学生卒業まで医療費助成を行う自治体は 2011 年には 655 まで増えており、これは自治体の 40% を占める。この数は、2006 年と比較して約 15 倍にも増加している（日本経済新聞電子版、2012a）。本研究の結果、診療時間内においては、軽症のかぜ症状では助成なしと一部助成の場合受診意思が抑えられる可能性を示した。子どものかぜ症状が軽症の時には親の受診意思に医療費助成が関連するという本研究の結果は、今後の医療費助成の是非を含めた政策的議論の貴重な資料になると思われる。

## 5. 結論

全額助成群と比較して、一部助成群および助成なし群では、軽症のかぜ症状の場合は「その日に受診」の回答が有意に少ないことから、助成なしの場合においても、1回200円という少額の自己負担がある一部助成の場合においても、軽症のかぜ症状においては受診意思が抑えられることが示唆された。重症のかぜ症状の場合、助成は「その日に受診」の意思と有意な関連が見られなかったが、さらなる検討が必要と思われた。また、父親の方が子どもを「その日に受診」させると回答する傾向が示された。

本研究は、子どものかぜ症状が軽症の時には親の受診意思に医療費助成が関連するということを初めて明らかにしたことに新規性があり、今後の医療費助成のあり方の議論の重要な資料となるものである。

## 引用文献

- Babazono A, Miyazaki M, Une H, Yamamoto E, Tsuda T, Mino Y. A study on a reduction in visits to physicians after introduction of 30% co-payments in the employee health insurance in Japan. *Ind Health*. 2004;42(1):50-6.
- 別所俊一郎. 子どもの医療費助成・通院・健康. *社会保険研究*. 2012; 47(4): 413-430.
- Davidoff A, Kenney G, Dubay L. Effects of the State Children's Health Insurance Program Expansions on children with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2005; 116(1): e34-42.
- Dovey S, Weitzman M, Fryer G, et al. The ecology of medical care for children in the United States. *Pediatrics*. 2003; 111(5): 1024-1029.
- 江原朗. 小児救急医療拠点における小児科医の勤務. *日本医事新報*. 2006; 4301: 75-77.
- Goldman N, Heuveline P. Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala. *Trop Med Int Health*. 2000; 5(2) : 145-155.
- 市川光太郎. 小児救急医療の現状と課題. *総合臨床*. 2004; 53 suppl: 15-20.
- 稲田晴彦、小林廉毅、富田守、太田信隆. 選定療養（時間外診療）導入が一自治体病院の救急外来受療率に与えた影響/ *医療経済研究*. 2012; 23(2): 95-106.
- Ishida Y, Ohde S, Takahashi O, et al. Factors affecting health care utilization for children in Japan. *Pediatrics*. 2012; 129: e113-9. doi: 10.1542/peds.2011-1321.
- 岩本千晴. 自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性. 乳幼児医療費助成制度を中心に. *公共選択の研究* 第54号 2010.
- Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use. A prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care*. 2001; 39: 990-1001.
- J-SHINE2010 質問票全文.  
<http://webpark1166.sakura.ne.jp/wp/wp-content/uploads/2014/03/J-SHINE2010.pdf>, 2014

年7月18日アクセス.

Kenney G, Yee J. SCHIP at a crossroads: experiences to date and challenges ahead. *Health Aff (Millwood)*. 2007; 26(2): 356-369.

Kondo M, Hoshi S, Okubo I. Does subsidy work? Price elasticity of demand for influenza vaccination among the elderly in Japan. *Health Policy*. 2009 Aug; 91(3):269-76.

厚生労働省. 平成14年(2002)医療施設調査(動態・静態), 2002.

厚生労働省. 平成23年(2011)医療施設調査(動態・静態), 2011a.

厚生労働省. 平成23年(2011)所得再分配調査報告書, 2011b.

厚生労働省. 平成24年(2012)医師・歯科医師・薬剤師調査, 2012a.

厚生労働省. 平成24年(2012)医療給付実態調査報告書, 2012b.

Larson K, Halfon N. Family income gradients in the health and health care access of US children. *Matern Child Health J*. 2010; 14: 332-342.

Leibowitz A, Manning WG Jr, Keeler EB, Duan N, Lohr KN, Newhouse JP. Effect of cost-sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 1985; 75(5): 942-51.

Levin A, Rahman MA, Quayyum Z, Routh S, Barkat-e-Khuda. The demand for child curative care in two rural thanas of Bangladesh: effect of income and women's employment. *Int J Health Plann Manage*. 2001; 16(3): 179-194.

Maeda K, Okamoto S. A decision analysis of the effectiveness of the pediatric telephone triage program in Japan. *Biosci Trends*. 2009; 3(5): 184-190.

Marshreky SR, Rahman A, Chowdhury SM, et al. Health seeking behavior of parents of burned children in Bangladesh is related to family socioeconomics. *Injury*. 2010; 41: 528-532.

Mayer ML, Skinner AC, Slifkin RT. Unmet need for routine and speciality care: Data from

the National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics*. 2004;113(2):e109-15.

Mayer ML. Are we there yet? Distance to care and relative supply among pediatric medical subspecialties. *Pediatrics* 2006, 118:2313-2321.

眞弓光文, 大嶋勇成, 宮脇利男, 高橋弘昭, 小泉晃一. 病院小児科勤務医の勤務状況とその改善について. *日本小児科学会雑誌*. 2003; 107(1): 85-92.

宮本政子、舟越和代、中添和代、時岡恵美、森美代子、渋谷幸彦. 乳幼児を持つ母親の育児不安の現状とその要因. *香川県立医療短期大学紀要*. 第2巻, 115-121, 2000.

Mori M, Nakashima Y, Yamazaki Y, Kurita H. Sex-role orientation, marital status and mental health in working women. *Arch Womens Ment Health*. 2002; 5(4): 161-176

森村豊、菅野薫、佐藤章. 子宮がん検診受診者の自己負担金額に関する問題. *日本がん検診・診断学会誌*. Vol.16 No.3 2009.

Naito T, Matsuda N, Tanei M, Watanabe Y, Watanabe A. Relationship between public subsidies and vaccination rates with the 23-valent pneumococcal vaccine in elderly persons, including the influence of the free vaccination campaign after the Great East Japan Earthquake. *J Infect Chemother*. 2014. doi: 10.1016/j.jiac.2014.03.004.

Najnin N, Bennett CM, Luby SP. Inequalities in care-seeking for febrile illness of under-five children in urban Dhaka, Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. 2011; 29(5):523-531.

Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, et al. Some interim results from a randomized controlled trial of cost sharing in health insurance. *New Engl J Med*. 1981; 305(25): 1501-1507.

日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会. 小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会（プロジェクト）報告書. 2002. 7-9.

日本経済新聞電子版. 中学生まで医療費補助、市町村の4割 5年で15倍に. 2012

年6月25日(a)

西村幸満. 世帯収入による貧困測定を試み —1999-2005年の貧困率と世帯主の特徴との関連について—. 季刊・社会保険研究. 2010; 46(2): 127-138.

Ogunlesi TA, Olanrewaju DM. Socio-demographic factors and appropriate health care-seeking behavior for childhood illness. *J Trop Med*. 2010; 56(6): 379-385.

Ohkusa Y. Policy evaluation for the subsidy for influenza vaccination in elderly. *Vaccine*. 2005; 23: 2256-2260.

Paul P, Pennell ML, Lemeshow S. Standardizing the power of the Hosmer-Lemeshow goodness of fit test in large data sets. *Stat Med*. 2013; 32(1): 67-80.

SAS [computer program]. Version 9.3. Cary, NC: SAS Institute;2011

Schuman H, Presser S. Questions and answers in attitude surveys: experiments on question form, wording and context. San Diego, CA: SAGE Publications, Inc.; 1996.

妹尾渉. 子どもの受診行動の決定要因分析. 一橋大学経済研究所 ディスカッションペーパー.2007; No. 314 <http://hdl.handle.net/10086/14137>, 2013年8月9日アクセス.

下関千春. 乳幼児を持つ保護者による医療機関の利用に関連する社会的要因 東京近郊のある市の調査から. *日本公衆衛生雑誌*. 2009; 56(7): 446-455.

Skinner AC, Mayer ML. Effects of insurance status on children's access to speciality care: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7: 194. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/194>, Accessed Jan 26, 2014.

Sreeramareddy CT, Shankar RP, Sreekumaran BV, Subba SH, Joshi HS, Ramachandran U. Care seeking behavior for childhood illness – a questionnaire survey in western Nepal. *BMC Int Health Hum Rights* 2006; 6;7

Szilagyi PG, Zwanziger J, Rodewald LE, et al. Evaluation of a state health insurance program for low-income children: implications for State Child Health Insurance Programs.

Pediatrics. 2000; 105: 363-371.

多田道之. “Nyuuyouji iryouhi josei seido no shouni kyuu kyuu iryou eno eikyou ni kansuru kenkyuu” [A study of the effect of medical subsidies for infants on their use of emergency medical services]. Seisaku Kenkyuu Daigakuin Daigaku Policy Proposal. 2005. (in Japanese)

武知哲久、小田公子、田尻仁、永井利三郎. 大阪府における乳幼児医療費助成制度 ー 一部自己負担金導入後の保護者に対するアンケート調査ー. 日本小児科医会報. 2006

Takada M, Kondo N, Hashimoto H, for the J-SHINE Data Management Committee. Japanese Study on Stratification, Health, Income, and Neighborhood: Study Protocol and Profiles of Participants. J Epidemiol 2014, doi:10.2188/jea.JE20130084

Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y, Rossi B, Nomoto K, Hayakawa M, et al. Burden of menstrual symptoms in Japanese women - an analysis of medical care-seeking behavior from a survey-based study. Int J Womens Health. 2013 Dec 17;6:11-23.

Teerawichitchainan B, Phillips JF. Ethnic differentials in parental health seeking for childhood illness in Vietnam. Soc Sci Med. 2008; 66: 1118-1130.

Uijen JH, Duijin HJ, Kuyvenhoven MM, Schellevis FG, Wouden JC. Characteristics of children consulting for cough, sore throat, or earache. Br J Gen Pract. 2008; 58(549):248-54.

Webair HH, Bin-Gouth AS. Factors affecting health seeking behavior for common childhood illnesses in Yemen. Patient Prefer Adherence. 2013 Oct 23;7:1129-38.

Wisk LE, Witt WP. Predictors of delayed or forgone needed health care for families with children. Pediatrics. 2012; 130(6): 1027-37.

読売新聞. 医師が足りない(2) 小児救急の集中. 2008年4月17日朝刊/31面.

吉田哲也、中津忠則、渡邊力、川人雅美、杉本真弓、七條光市等. 時間外診療における選定療養徴収の小児救急医療への影響. 日本小児科学会雑誌. 2010; 114(1): 91-94.

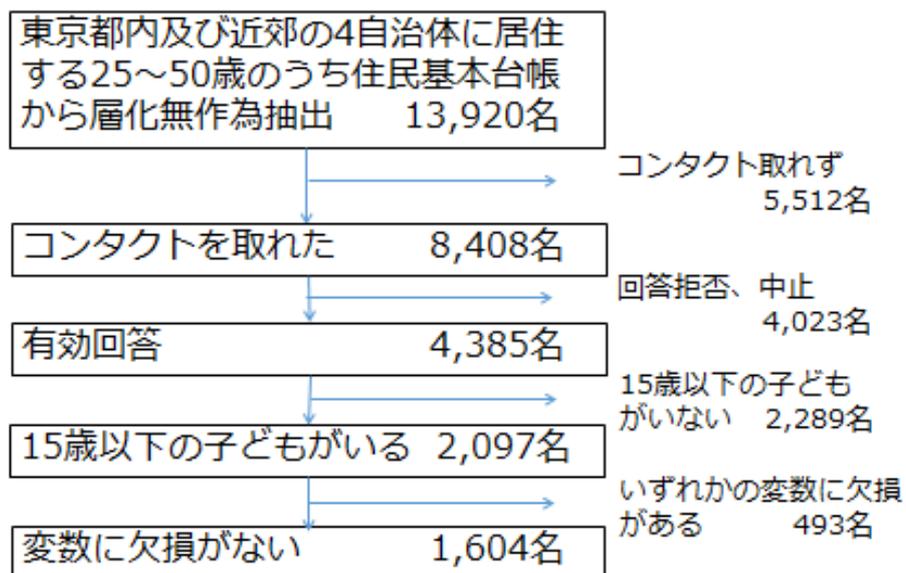


図1 J-SHINE および本研究における対象者選別のフロー

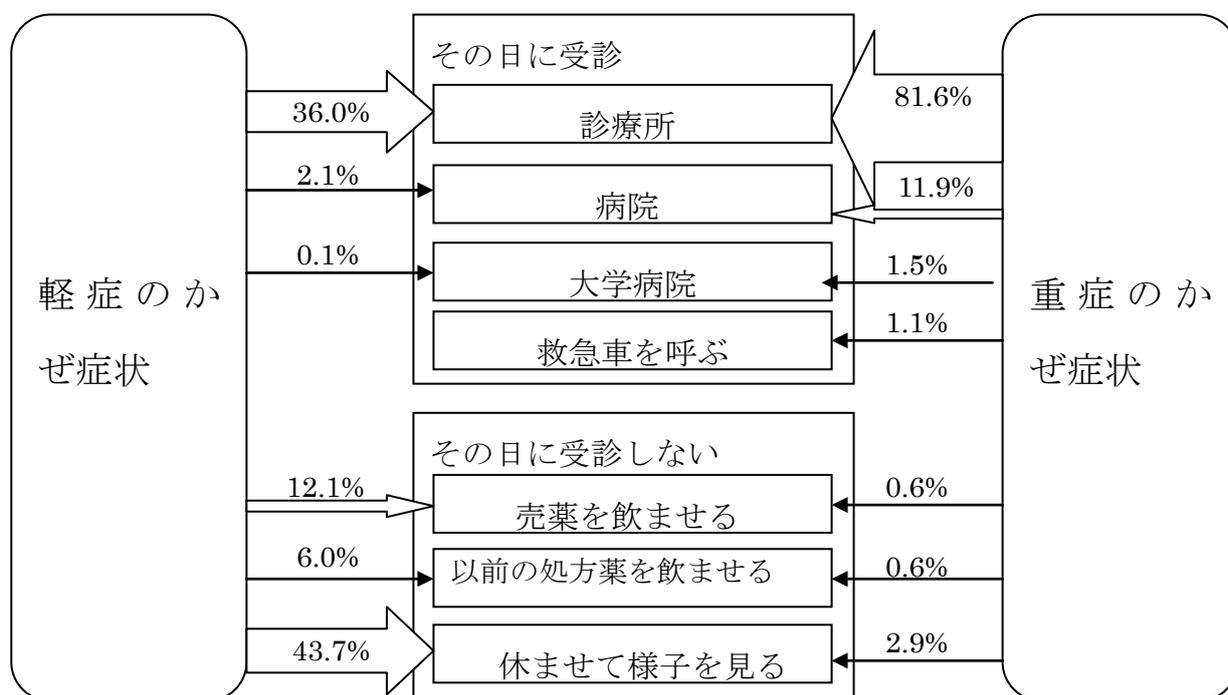


図2 軽症のかぜ症状、重症のかぜ症状それぞれに対して、親が選んだ選択肢の割合

表1 対象者の基本属性

変数	人	%	変数	人	%
<b>回答者の年齢(歳)</b>			<b>学歴</b>		
25-29	137	8.5%	高卒以下	359	22.4%
30-34	280	17.5%	高専、短大	587	36.6%
35-39	432	26.9%	大学、大学院	658	41.0%
40-44	458	28.6%	<b>助成制度</b>		
45-50	297	18.5%	全額助成	670	41.8%
<b>回答者の性別</b>			200円負担	295	18.4%
男性	755	47.1%	助成なし	639	39.8%
女性	849	52.9%	<b>子どもの年齢(歳)</b>		
<b>回答者の受診傾向</b>			0-1	204	12.7%
なし	1458	90.9%	2-5	381	23.8%
あり	146	9.1%	6-10	473	29.5%
<b>地域</b>			11-15	546	34.0%
A	311	19.4%	<b>きょうだい児の有無</b>		
B	383	23.9%	一人っ子	558	34.8%
C	477	29.7%	きょうだい児有り	1046	65.2%
D	433	27.0%	<b>回答者と配偶者の働き方</b>		
<b>等価世帯所得(万円)</b>			共働き	755	47.1%
300未満	516	32.2%	それ以外	849	52.9%
300以上	1088	67.8%	<b>祖父母との同居</b>		
			なし	1531	95.4%
			あり	73	4.6%

表2 助成群ごとの対象者の基本属性

変数	全額助成群 (n=670)		一部助成群 (n=295)		助成なし群 (n=639)	
	人	%	人	%	人	%
<b>回答者の年齢(歳)</b>						
25-29	91	13.6%	42	14.2%	4	0.6%
30-34	169	25.2%	69	23.4%	42	6.6%
35-39	194	29.0%	110	37.3%	128	20.0%
40-44	152	22.7%	59	20.0%	247	38.7%
45-50	64	9.6%	15	5.1%	218	34.1%
<b>回答者の性別</b>						
男性	329	49.1%	140	47.5%	286	44.8%
女性	341	50.9%	155	52.5%	353	55.2%
<b>回答者の受診傾向</b>						
なし	616	91.9%	276	93.6%	566	88.6%
あり	54	8.1%	19	6.4%	73	11.4%
<b>地域</b>						
A	311	46.4%	0	0.0%	0	0.0%
B	114	17.0%	47	15.9%	222	34.7%
C	6	0.9%	248	84.1%	223	34.9%
D	239	35.7%	0	0.0%	194	30.4%
<b>等価世帯所得(万円)</b>						
300未満	265	39.6%	129	43.7%	122	19.1%
300以上	405	60.4%	166	56.3%	517	80.9%
<b>回答者の最終学歴</b>						
高卒以下	168	25.1%	54	18.3%	137	21.4%
高専、短大	245	36.6%	114	38.6%	228	35.7%
大学、大学院	257	38.4%	127	43.1%	274	42.9%
<b>子どもの年齢(歳)</b>						
0-1	146	21.8%	54	18.3%	4	0.6%
2-5	246	36.7%	120	40.7%	15	2.3%
6-10	168	25.1%	105	35.6%	200	31.3%
11-15	110	16.4%	16	5.4%	420	65.7%
<b>きょうだい児の有無</b>						
一人っ子	314	46.9%	125	42.4%	119	18.6%
きょうだい有り	356	53.1%	170	57.6%	520	81.4%
<b>回答者と配偶者の働き方</b>						
共働き	283	42.2%	99	33.6%	373	58.4%
それ以外	387	57.8%	136	46.1%	266	41.6%
<b>祖父母との同居</b>						
なし	641	95.7%	283	95.9%	607	95.0%
あり	29	4.3%	12	4.1%	32	5.0%

表3 「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

被説明変数=「その日に受診」							
変数	人	%	P値	変数	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>				<b>学歴</b>			
25-29	74	54.0%	<.0001	高卒以下	126	35.1%	0.232
30-34	129	46.1%		高専、短大	221	37.6%	
35-39	166	38.4%		大学、大学院	266	40.4%	
40-44	154	33.6%		<b>助成制度</b>			
45-50	90	30.3%		全額助成	322	48.0%	
<b>回答者の性別</b>			200円負担	120	40.7%		
男性	361	47.8%	助成なし	171	26.8%		
女性	252	29.7%					
<b>回答者の受診傾向</b>				<b>子どもの年齢(歳)</b>			
なし	551	37.8%	0.268	0-1	98	48.0%	<.0001
あり	62	42.5%		2-5	194	50.9%	
<b>地域</b>				6-10	170	35.9%	
A	164	52.7%	<.0001	11-15	151	27.7%	
B	145	37.9%		<b>きょうだい児の有無</b>			
C	164	34.4%		ひとりっ子	254	45.5%	<.0001
D	140	32.3%		きょうだい有り	359	34.3%	
<b>等価世帯所得(万円)</b>				<b>回答者と配偶者の働き方</b>			
300未満	212	41.1%	0.104	共働き	267	35.4%	0.027
300以上	401	36.9%		共働きでない	346	40.8%	
				<b>祖父母との同居</b>			
				同居していない	585	38.2%	0.980
				同居している	28	38.4%	

表4 「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

被説明変数=「その日に受診」								
変数	人	%	P値	変数	人	%	P値	
<b>回答者の年齢(歳)</b>				<b>学歴</b>				
25-29	135	98.5%	0.359	高卒以下	345	96.1%	0.950	
30-34	270	96.4%		高専、短大	562	95.7%		
35-39	416	96.3%		大学、大学院	632	96.1%		
40-44	437	95.4%		<b>助成制度</b>			0.003	
45-50	281	94.6%		全額助成	652	97.3%		
<b>回答者の性別</b>				200円負担	287	97.3%		
男性	732	97.0%	0.054	助成なし	600	93.9%		
女性	807	95.1%		<b>子どもの年齢(歳)</b>				
<b>回答者の受診傾向</b>				0-1	200	98.0%	0.004	
なし	1400	96.0%	0.633	2-5	372	97.6%		
あり	139	95.2%		6-10	456	96.4%		
<b>地域</b>					11-15	511	94.0%	
A	303	97.4%		0.174	<b>きょうだい児の有無</b>			
B	366	95.6%	ひとりっ子		546	97.9%	0.005	
C	461	96.6%	きょうだい有り		993	94.9%		
D	409	94.7%	<b>回答者と配偶者の働き方</b>					
<b>等価世帯所得(万円)</b>				共働き	726	96.2%	0.686	
300未満	495	95.9%	0.981	共働きでない	813	95.8%		
300以上	1044	96.0%		<b>祖父母との同居</b>				
					同居していない	1469	96.0%	0.980
					同居している	70	95.9%	

表5 「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

変数	単ロジスティック	多変量ロジスティック
	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢 (変化量:1歳)	0.95 (0.94-0.97)	0.98 (0.95-1.00)
回答者の性別 (参照群:女性)		
男性	2.17 (1.77-2.67)	2.35 (1.87-2.94)
回答者の受診傾向 (参照群:なし)		
あり	1.22 (0.86-1.72)	1.43 (0.99-2.06)
助成制度 (参照群:全額助成)		
助成なし	0.40 (0.31-0.50)	0.51 (0.38-0.69)
200円負担	0.74 (0.56-0.98)	0.73 (0.55-0.97)
等価世帯所得 (参照群:300万円未満)		
300万円以上	0.84 (0.68-1.04)	0.97 (0.76-1.23)
学歴 (参照群:高卒以下)		
高専、短大	1.12 (0.85-1.47)	1.29 (0.97-1.73)
大学、大学院	1.26 (0.96-1.64)	1.11 (0.83-1.48)
子どもの年齢 (変化量:1歳)	0.92 (0.90-0.94)	0.99 (0.95-1.03)
きょうだい児の有無 (参照群:きょうだい児あり)		
一人っ子	1.60 (1.30-1.97)	1.20 (0.92-1.56)
回答者と配偶者の働き方 (参照群:共働き)		
共働きでない	1.26 (1.03-1.54)	1.05 (0.83-1.31)
祖父母との同居 (参照群:同居あり)		
同居なし	0.99 (0.61-1.61)	0.85 (0.51-1.42)

Hosmer-Lemeshow検定 p値

0.263

表6 「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	単ロジスティック	多変量ロジスティック
	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢 (変化量:1歳)	0.97 (0.93-1.01)	1.02 (0.96-1.09)
回答者の性別 (参照群:女性)		
男性	1.66 (0.99-2.78)	1.61 (0.92-2.80)
回答者の受診傾向 (参照群:なし)		
あり	0.82 (0.37-1.83)	0.96 (0.43-2.18)
助成制度 (参照群:全額助成)		
助成なし	0.43 (0.24-0.75)	0.62 (0.31-1.27)
200円負担	0.99 (0.43-2.30)	1.04 (0.44-2.43)
等価世帯所得 (参照群:300万円未満)		
300万円以上	1.01 (0.59-1.71)	1.16 (0.65-2.08)
学歴 (参照群:高卒以下)		
高専、短大	0.91 (0.47-1.78)	0.97 (0.49-1.92)
大学、大学院	0.99 (0.51-1.91)	0.82 (0.40-1.65)
子どもの年齢 (変化量:1歳)	0.91 (0.86-0.96)	0.93 (0.84-1.03)
きょうだい児の有無 (参照群:きょうだい児あり)		
一人っ子	2.43 (1.29-4.58)	1.59 (0.77-3.26)
回答者と配偶者の働き方 (参照群:共働き)		
共働きでない	0.90 (0.55-1.49)	0.70 (0.41-1.20)
祖父母との同居 (参照群:同居あり)		
同居なし	1.02 (0.31-3.32)	0.97 (0.29-3.24)

Hosmer-Lemeshow検定 p値

0.240

表 7 子どもの年齢で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

変数	被説明変数=「その日に受診」			被説明変数=「その日に受診」		
	0-5歳			6-15歳		
	人	%	P値	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>						
25-29	70	56.0%	0.217	4	33.3%	0.118
30-34	93	47.0%		36	43.9%	
35-39	86	47.0%		80	32.1%	
40-44	33	50.8%		121	30.8%	
45-50	10	71.4%		80	28.3%	
<b>回答者の性別</b>						
男性	170	57.1%	<.0001	191	41.8%	<.0001
女性	122	42.5%		130	23.1%	
<b>回答者の受診傾向</b>						
なし	271	52.5%	0.735	280	38.7%	0.093
あり	21	49.7%		41	30.7%	
<b>地域</b>						
A	78	65.0%	<.0001	86	45.0%	<.0001
B	77	57.9%		68	27.2%	
C	72	40.2%		92	30.9%	
D	65	42.5%		75	26.8%	
<b>等価世帯所得(万円)</b>						
300未満	115	47.5%	0.331	97	35.4%	0.104
300以上	177	51.6%		224	30.1%	
<b>学歴</b>						
高卒以下	45	44.6%	0.49	81	31.4%	0.619
高専、短大	109	51.4%		112	29.9%	
大学、大学院	138	50.7%		128	33.2%	
<b>助成制度</b>						
全額助成	210	53.6%	0.027	112	40.3%	<.0001
200円負担	72	41.4%		48	39.7%	
助成なし	10	52.6%		161	26.0%	
<b>きょうだい児の有無</b>						
ひとりっ子	189	51.8%	0.245	65	33.7%	0.470
きょうだい有り	103	46.8%		256	31.1%	
<b>回答者と配偶者の働き方</b>						
共働き	93	51.7%	0.572	174	30.3%	0.332
共働きでない	199	49.1%		147	33.1%	
<b>祖父母との同居</b>						
同居していない	281	49.3%	0.067	304	31.6%	0.711
同居している	11	73.3%		17	29.3%	

表 8 子どもの年齢で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	被説明変数=「その日に受診」			被説明変数=「その日に受診」		
	0-5歳			6-15歳		
	人	%	P値	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>						
25-29	124	99.2%	0.526	11	91.7%	0.935
30-34	191	96.5%		79	96.3%	
35-39	179	97.8%		237	95.2%	
40-44	64	98.5%		373	94.9%	
45-50	14	100.0%		267	94.4%	
<b>回答者の性別</b>						
男性	293	98.3%	0.363	439	96.1%	0.127
女性	279	97.2%		528	94.0%	
<b>回答者の受診傾向</b>						
なし	532	97.6%	0.323	868	95.1%	0.458
あり	40	100.0%		99	93.4%	
<b>地域</b>						
A	118	98.3%	0.756	185	96.9%	0.306
B	130	97.7%		236	94.4%	
C	176	98.3%		285	95.6%	
D	148	96.7%		261	93.2%	
<b>等価世帯所得(万円)</b>						
300未満	234	96.7%	0.135	261	95.3%	0.753
300以上	338	98.5%		706	94.8%	
<b>学歴</b>						
高卒以下	98	97.0%	0.286	247	95.7%	0.509
高専、短大	210	99.1%		352	93.9%	
大学、大学院	264	97.1%		368	95.3%	
<b>助成制度</b>						
全額助成	382	97.5%	0.662	270	97.1%	0.087
200円負担	171	98.3%		116	95.9%	
助成なし	19	100.0%		581	93.7%	
<b>きょうだい児の有無</b>						
ひとりっ子	214	97.3%	0.520	188	97.4%	0.078
きょうだい有り	358	98.1%		779	94.3%	
<b>回答者と配偶者の働き方</b>						
共働き	174	96.7%	0.224	552	96.0%	0.069
共働きでない	398	98.3%		415	93.5%	
<b>祖父母との同居</b>						
同居していない	558	97.9%	0.237	911	94.8%	0.555
同居している	14	93.3%		56	96.6%	

表 9 地域で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

被説明変数=「その日に受診」												
変数	A			B			C			D		
	人	%	P値	人	%	P値	人	%	P値	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>												
25-29	21	75.0%	0.002	15	57.7%	0.007	19	45.2%	0.118	19	46.3%	0.088
30-34	33	58.9%		33	51.5%		32	40.0%		31	38.8%	
35-39	49	57.7%		33	37.1%		50	34.3%		34	30.4%	
40-44	46	48.9%		35	28.7%		37	29.6%		36	30.8%	
45-50	15	31.3%		29	35.4%		26	31.0%		20	24.1%	
<b>回答者の性別</b>												
男性	89	60.5%	0.009	90	52.6%	<.0001	94	41.4%	0.002	88	41.9%	<.0001
女性	75	45.7%		55	25.9%		70	28.0%		52	23.3%	
<b>回答者の受診傾向</b>												
なし	145	51.6%	0.221	135	38.5%	0.421	151	35.0%	0.358	120	30.4%	0.005
あり	19	63.3%		10	31.3%		13	28.2%		20	52.6%	
<b>等価世帯所得(万円)</b>												
300未満	69	58.5%	0.331	39	44.8%	0.127	51	33.1%	0.688	53	33.8%	0.633
300以上	95	49.2%		106	35.8%		113	35.0%		87	31.5%	
<b>学歴</b>												
高卒以下	49	50.5%	0.869	22	35.4%	0.305	29	29.3%	0.151	26	25.7%	0.269
高専、短大	69	53.9%		39	33.1%		59	31.9%		54	34.6%	
大学、大学院	46	53.4%		84	41.3%		76	39.4%		60	34.1%	
<b>助成制度</b>												
全額助成	164	52.7%	-	67	58.9%	<.0001	0	0.0%	0.001	91	38.1%	0.005
200円負担	-	-		16	34.0%		104	41.9%		-	-	
助成なし	-	-		62	27.9%		60	26.9%		49	25.3%	
<b>子どもの年齢(歳)</b>												
0-1	27	57.5%	0.003	26	57.8%	<.0001	20	36.4%	0.046	25	43.9%	<.0001
2-5	51	69.9%		51	58.0%		52	41.9%		40	41.7%	
6-10	39	48.2%		30	26.8%		48	36.4%		53	35.8%	
11-15	47	42.7%		38	27.5%		44	26.5%		22	16.7%	
<b>きょうだい児の有無</b>												
ひとりっ子	64	58.7%	0.121	70	47.3%	0.003	54	35.1%	0.828	66	44.9%	<.0001
きょうだい有り	100	49.5%		75	31.9%		110	34.1%		74	25.9%	
<b>回答者と配偶者の働き方</b>												
共働き	78	46.7%	0.022	65	34.4%	0.167	69	33.7%	0.773	85	35.6%	0.111
共働きでない	86	59.7%		80	41.2%		95	34.9%		55	28.4%	
<b>祖父母との同居</b>												
同居していない	155	52.7%	0.986	142	38.6%	0.146	156	33.8%	0.181	132	32.4%	0.971
同居している	9	52.9%		3	20.0%		8	50.0%		8	32.0%	

表 10 地域で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	被説明変数=「その日に受診」											
	A			B			C			D		
	人	%	P値	人	%	P値	人	%	P値	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>												
25-29	28	99.2%	0.313	25	96.2%	0.640	41	97.6%	0.714	41	100.0%	0.563
30-34	54	96.5%		63	98.4%		77	96.3%		76	95.0%	
35-39	85	97.8%		86	96.6%		140	95.9%		105	93.8%	
40-44	90	98.5%		115	94.3%		123	98.4%		109	93.2%	
45-50	46	100.0%		77	93.9%		80	95.2%		78	94.0%	
<b>回答者の性別</b>												
男性	143	97.3%	0.875	168	98.3%	0.022	220	96.9%	0.755	201	95.7%	0.267
女性	160	97.6%		198	93.4%		241	96.4%		208	93.2%	
<b>回答者の受診傾向</b>												
なし	274	97.5%	0.782	336	95.7%	0.603	417	96.8%	0.694	373	94.4%	0.937
あり	29	96.7%		30	93.8%		44	95.7%		36	94.7%	
<b>等価世帯所得(万円)</b>												
300未満	116	98.3%	0.445	82	94.3%	0.500	150	97.4%	0.526	147	93.6%	0.570
300以上	187	96.9%		284	96.0%		311	96.3%		262	94.9%	
<b>学歴</b>												
高卒以下	95	97.9%	0.349	61	98.4%	0.497	95	96.0%	0.436	94	93.1%	0.697
高専、短大	126	98.4%		112	94.9%		177	95.7%		147	94.2%	
大学、大学院	82	95.4%		193	95.1%		189	97.9%		168	95.5%	
<b>助成制度</b>												
全額助成	303	97.4%	-	111	97.4%	0.283	6	100.0%	0.689	232	97.1%	0.008
200円負担	-	-		46	97.9%		241	97.2%		-	-	
助成なし	-	-		209	94.1%		214	96.0%		177	91.2%	
<b>子どもの年齢(歳)</b>												
0-1	47	100.0%	0.347	43	95.6%	0.068	55	100.0%	0.332	55	96.5%	0.025
2-5	71	97.3%		87	98.9%		121	97.6%		93	96.9%	
6-10	77	95.1%		109	97.3%		127	96.2%		143	96.6%	
11-15	108	98.2%		127	92.0%		158	95.3%		118	89.4%	
<b>きょうだい児の有無</b>												
ひとりっ子	107	98.2%	0.546	145	98.0%	0.069	151	98.1%	0.239	143	97.3%	0.066
きょうだい有り	196	97.0%		221	94.0%		310	96.0%		266	93.0%	
<b>回答者と配偶者の働き方</b>												
共働き	174	96.7%	0.224	181	95.8%	0.847	198	96.7%	0.949	185	95.4%	0.459
共働きでない	398	98.3%		185	95.4%		263	96.6%		224	93.7%	
<b>祖父母との同居</b>												
同居していない	287	97.6%	0.375	352	95.6%	0.669	445	96.5%	0.448	385	94.3%	0.728
同居している	16	94.1%		14	93.3%		16	100.0%		24	96.0%	

表 11 親の性別で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

変数	被説明変数=「その日に受診」					
	男性			女性		
	人	%	P値	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>						
25-29	31	62.0%	0.018	43	49.4%	<0.001
30-34	62	50.0%		67	43.0%	
35-39	105	52.8%		61	26.2%	
40-44	100	45.5%		54	22.7%	
45-50	63	38.9%		27	20.0%	
<b>回答者の受診傾向</b>						
なし	328	47.5%	0.530	223	29.1%	0.236
あり	33	51.6%		29	35.4%	
<b>地域</b>						
A	89	60.5%	0.001	75	45.7%	<.0001
B	90	52.6%		55	25.9%	
C	94	41.4%		70	28.0%	
D	88	41.9%		52	23.3%	
<b>等価世帯所得(万円)</b>						
300未満	104	49.1%	0.670	108	35.5%	0.005
300以上	257	47.3%		144	26.4%	
<b>学歴</b>						
高卒以下	68	41.5%	0.182	58	29.7%	0.044
高専、短大	83	49.1%		138	33.0%	
大学、大学院	210	49.8%		56	23.7%	
<b>助成制度</b>						
全額助成	189	57.5%	<0.001	133	39.0%	<0.001
200円負担	65	46.4%		55	35.5%	
助成なし	107	37.4%		64	18.1%	
<b>子どもの年齢(歳)</b>						
0-1	49	50.0%	<0.001	75	45.7%	<0.001
2-5	121	60.5%		55	25.9%	
6-10	105	48.6%		70	28.0%	
11-15	86	35.7%		52	23.3%	
<b>きょうだい児の有無</b>						
ひとりっ子	142	52.0%	0.245	112	39.3%	<0.001
きょうだい有り	219	45.4%		140	24.8%	
<b>回答者と配偶者の働き方</b>						
共働き	161	50.6%	0.104	106	26.8%	0.090
共働きでない	200	44.7%		146	32.1%	
<b>祖父母との同居</b>						
同居していない	346	48.0%	0.659	239	29.5%	0.609
同居している	15	44.1%		13	33.3%	

表 12 親の性別で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についての二変量解析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	被説明変数=「その日に受診」					
	男性			女性		
	人	%	P値	人	%	P値
<b>回答者の年齢(歳)</b>						
25-29	49	98.0%	0.852	86	98.9%	0.222
30-34	121	97.6%				
35-39	194	97.5%				
40-44	211	95.9%				
45-50	157	96.9%				
<b>回答者の受診傾向</b>						
なし	671	97.1%	0.425	729	95.1%	0.976
あり	61	95.3%		78	95.1%	
<b>地域</b>						
A	143	97.3%	0.756	160	97.6%	0.117
B	168	98.3%				
C	220	96.9%				
D	201	95.7%				
<b>等価世帯所得(万円)</b>						
300未満	206	97.2%	0.829	289	95.1%	0.990
300以上	526	96.9%		518	95.1%	
<b>学歴</b>						
高卒以下	157	95.7%	0.574	188	96.4%	0.410
高専、短大	164	97.0%				
大学、大学院	411	97.4%		221	93.6%	
<b>子どもの年齢(歳)</b>						
0-1	97	99.0%	0.025	103	97.2%	0.152
2-5	196	98.0%				
6-10	212	98.2%				
11-15	227	94.2%		284	93.1%	
<b>助成制度</b>						
全額助成	322	97.9%	0.064	330	96.8%	0.051
200円負担	138	98.5%				
助成なし	272	95.1%		326	92.9%	
<b>きょうだい児の有無</b>						
ひとりっ子	269	98.5%	0.057	277	97.2%	0.041
きょうだい有り	463	96.0%		530	94.0%	
<b>回答者と配偶者の働き方</b>						
共働き	349	96.9%	0.989	377	95.4%	0.625
共働きでない	383	97.0%		430	94.7%	
<b>祖父母との同居</b>						
同居していない	699	97.0%	0.971	770	95.1%	0.957
同居している	33	97.1%		37	94.9%	

表 13 親の性別で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

変数	男性	女性
	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢（変化量:1歳）	1.00 (0.97-1.03)	0.95 (0.91-0.99)
回答者の受診傾向（参照群:なし）		
あり	1.29 (0.76-2.18)	1.43 (0.99-2.06)
助成制度（参照群:全額助成）		
助成なし	0.53 (0.35-0.82)	0.48 (0.31-0.74)
200円負担	0.62 (0.41-0.92)	0.85 (0.56-1.27)
等価世帯所得（参照群:300万円未満）		
300万円以上	1.03 (0.73-1.46)	0.95 (0.68-1.33)
学歴（参照群:高卒以下）		
高専、短大	1.27 (0.81-1.98)	1.21 (0.82-1.78)
大学、大学院	1.40 (0.95-2.07)	0.71 (0.45-1.12)
子どもの年齢（変化量:1歳）	0.97 (0.92-1.03)	1.01 (0.95-1.07)
きょうだい児の有無（参照群:きょうだい児あり）		
一人っ子	0.97 (0.67-1.40)	1.50 (1.02-2.20)
回答者と配偶者の働き方（参照群:共働き）		
共働きでない	1.06 (0.78-1.46)	0.97 (0.70-1.37)
祖父母との同居（参照群:同居あり）		
同居なし	1.10 (0.53-2.27)	0.66 (0.32-1.36)

表 14 親の性別で層別化した、「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	男性	女性
	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢（変化量:1歳）	1.08 (0.97-1.20)	0.98 (0.91-1.07)
回答者の受診傾向（参照群:なし）		
あり	0.65 (0.18-2.30)	1.19 (0.41-3.48)
助成制度（参照群:全額助成）		
助成なし	0.65 (0.20-2.12)	0.51 (0.38-0.69)
200円負担	1.46 (0.30-7.19)	1.38 (0.67-2.84)
等価世帯所得（参照群:300万円未満）		
300万円以上	0.86 (0.31-2.40)	0.97 (0.76-1.23)
学歴（参照群:高卒以下）		
高専、短大	1.29 (0.39-4.24)	0.75 (0.31-1.81)
大学、大学院	1.48 (0.53-4.18)	0.49 (0.19-1.28)
子どもの年齢（変化量:1歳）	0.87 (0.73-1.04)	0.96 (0.85-1.10)
きょうだい児の有無（参照群:きょうだい児あり）		
一人っ子	1.51 (0.45-5.14)	1.68 (0.69-4.08)
回答者と配偶者の働き方（参照群:共働き）		
共働きでない	0.70 (0.28-1.74)	0.66 (0.34-1.31)
祖父母との同居（参照群:同居あり）		
同居なし	1.00 (0.12-8.17)	0.97 (0.22-4.28)

表 15 「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析において、自治体 C,D のすべての回答者が、制度変更前の助成制度にしたがっていると仮定した感度分析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

変数	主分析	感度分析
	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢 (変化量:1歳)	0.98 (0.95-1.00)	0.98 (0.95-1.00)
回答者の性別 (参照群:女性)		
男性	2.35 (1.87-2.94)	1.68 (0.97-2.93)
回答者の受診傾向 (参照群:なし)		
あり	1.43 (0.99-2.06)	2.35 (1.88-2.95)
助成制度 (参照群:全額助成)		
助成なし	0.51 (0.38-0.69)	0.50 (0.38-0.66)
200円負担	0.73 (0.55-0.97)	0.61 (0.44-0.85)
等価世帯所得 (参照群:300万円未満)		
300万円以上	0.97 (0.76-1.23)	0.97 (0.77-1.24)
学歴 (参照群:高卒以下)		
高専、短大	1.29 (0.97-1.73)	1.29 (0.97-1.73)
大学、大学院	1.11 (0.83-1.48)	1.12 (0.84-1.50)
子どもの年齢 (変化量:1歳)	0.99 (0.95-1.03)	0.98 (0.94-1.02)
きょうだい児の有無 (参照群:きょうだい児あり)		
一人っ子	1.20 (0.92-1.56)	1.16 (0.89-1.51)
回答者と配偶者の働き方 (参照群:共働き)		
共働きでない	1.05 (0.83-1.31)	1.07 (0.85-1.34)
祖父母との同居 (参照群:同居あり)		
同居なし	0.85 (0.51-1.42)	0.82 (0.49-1.36)

表 16 「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析において、自治体 C,D のすべての回答者が、制度変更前の助成制度にしたがっていると仮定した感度分析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	主分析	感度分析
	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢 (変化量:1歳)	1.02 (0.96-1.09)	1.02 (0.96-1.08)
回答者の性別 (参照群:女性)		
男性	1.61 (0.92-2.80)	1.62 (0.93-2.82)
回答者の受診傾向 (参照群:なし)		
あり	0.96 (0.43-2.18)	0.92 (0.84-1.02)
助成制度 (参照群:全額助成)		
助成なし	0.62 (0.31-1.27)	0.70 (0.36-1.38)
200円負担	1.04 (0.44-2.43)	1.55 (0.51-4.74)
等価世帯所得 (参照群:300万円未満)		
300万円以上	1.16 (0.65-2.08)	1.18 (0.66-2.11)
学歴 (参照群:高卒以下)		
高専、短大	0.97 (0.49-1.92)	0.95 (0.48-1.89)
大学、大学院	0.82 (0.40-1.65)	0.80 (0.40-1.62)
子どもの年齢 (変化量:1歳)	0.93 (0.84-1.03)	0.92 (0.84-1.02)
きょうだい児の有無 (参照群:きょうだい児あり)		
一人っ子	1.59 (0.77-3.26)	1.55 (0.76-3.16)
回答者と配偶者の働き方 (参照群:共働き)		
共働きでない	0.70 (0.41-1.20)	0.70 (0.41-1.20)
祖父母との同居 (参照群:同居あり)		
同居なし	0.97 (0.29-3.24)	0.96 (0.29-3.20)

表 17 「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析において、「分からない」の回答を「その日に受診」に組み込んだ場合の感度分析、および「その日に受診しない」に組み込んだ場合の感度分析の結果（軽症のかぜ症状に関する質問）

変数	主分析	分からない=受診	分からない=受診しない
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢 (変化量:1歳)	0.98 (0.95-1.00)	0.98 (0.95-1.00)	0.98 (0.95-1.00)
回答者の性別 (参照群:女性)			
男性	2.35 (1.87-2.94)	2.34 (1.87-2.93)	2.34 (1.87-2.94)
回答者の受診傾向 (参照群:なし)			
あり	1.43 (0.99-2.06)	1.42 (0.99-2.04)	1.45 (1.00-2.08)
助成制度 (参照群:全額助成)			
助成なし	0.51 (0.38-0.69)	0.51 (0.38-0.69)	0.51 (0.38-0.69)
200円負担	0.73 (0.55-0.97)	0.74 (0.55-0.98)	0.73 (0.55-0.97)
等価世帯所得 (参照群:300万円未満)			
300万円以上	0.97 (0.76-1.23)	0.96 (0.76-1.23)	0.98 (0.77-1.24)
学歴 (参照群:高卒以下)			
高専、短大	1.29 (0.97-1.73)	1.30 (0.97-1.73)	1.30 (0.98-1.74)
大学、大学院	1.11 (0.83-1.48)	1.10 (0.82-1.47)	1.12 (0.84-1.50)
子どもの年齢 (変化量:1歳)	0.99 (0.95-1.03)	0.99 (0.95-1.03)	0.99 (0.95-1.03)
きょうだい児の有無 (参照群:きょうだい児あり)			
一人っ子	1.20 (0.92-1.56)	1.18 (0.91-1.54)	1.21 (0.93-1.57)
回答者と配偶者の働き方 (参照群:共働き)			
共働きでない	1.05 (0.83-1.31)	1.03 (0.82-1.29)	1.06 (0.84-1.33)
祖父母との同居 (参照群:同居あり)			
同居なし	0.85 (0.51-1.42)	0.87 (0.52-1.45)	0.84 (0.51-1.41)

表 18 「その日に受診」に関連する要因についてのロジスティック回帰分析において、「分からない」の回答を「その日に受診」に組み込んだ場合の感度分析、および「その日に受診しない」に組み込んだ場合の感度分析の結果（重症のかぜ症状に関する質問）

変数	主分析	分からない=受診	分からない=受診しない
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
回答者の年齢 (変化量:1歳)	1.02 (0.96-1.09)	1.02 (0.96-1.09)	1.02 (0.96-1.08)
回答者の性別 (参照群:女性)			
男性	1.61 (0.92-2.80)	1.61 (0.92-2.80)	1.59 (0.92-2.75)
回答者の受診傾向 (参照群:なし)			
あり	0.96 (0.43-2.18)	0.96 (0.42-2.17)	0.99 (0.44-2.23)
助成制度 (参照群:全額助成)			
助成なし	0.62 (0.31-1.27)	0.63 (0.31-1.27)	0.59 (0.29-1.20)
200円負担	1.04 (0.44-2.43)	1.04 (0.44-2.44)	1.11 (0.47-2.58)
等価世帯所得 (参照群:300万円未満)			
300万円以上	1.16 (0.65-2.08)	1.16 (0.65-2.08)	1.19 (0.68-2.11)
学歴 (参照群:高卒以下)			
高専、短大	0.97 (0.49-1.92)	0.96 (0.49-1.91)	1.04 (0.53-2.03)
大学、大学院	0.82 (0.40-1.65)	0.81 (0.40-1.65)	0.85 (0.43-1.68)
子どもの年齢 (変化量:1歳)	0.93 (0.84-1.03)	0.93 (0.84-1.03)	0.94 (0.85-1.04)
きょうだい児の有無 (参照群:きょうだい児あり)			
一人っ子	1.59 (0.77-3.26)	1.58 (0.77-3.24)	1.55 (0.77-3.17)
回答者と配偶者の働き方 (参照群:共働き)			
共働きでない	0.70 (0.41-1.20)	0.70 (0.40-1.20)	0.72 (0.43-1.23)
祖父母との同居 (参照群:同居あり)			
同居なし	0.97 (0.29-3.24)	0.98 (0.29-3.26)	0.95 (0.29-3.17)