

健康診断の受診と社会階層

木村好美

1. 問題

所得格差、教育格差、地域による格差、学歴格差…「格差」は、様々なところに立ち現われ、様々な文脈で議論されている。とりわけ2000年以降、格差社会に関する議論が数多なされ、「意欲」や「希望」までもが「格差」問題として扱われるようになってきている（荻谷 2001, 山田 2004）。

「健康」もその例外ではない。セン（1999=訳 2000）は、健康と経済的・社会的発展には密接な関係があると指摘しているし、これより遡る1980年には英国保健社会保障省がかの有名なブラック・レポート（Black report）を公表し、主に貧困を要因とし、英国において健康格差が拡大していることを指摘している（Black, D. 1982; Whitehead, M. 1992）。

翻って、日本においてはどうか。現在は制度の維持が危ぶまれているものの、1958年に国民健康保険法が制定され、1961年には全国で国民健康保険事業が始まり、国民皆保険体制を確立した日本においても、近年社会格差と健康については、貧困や職業、教育とのかかわりに加え、ジェンダーや文化、社会関係資本との関連などの知見が得られている（Ichiro Kawachi, ed. 2008, 川上憲人ら編 2006, 小林 2010, 近藤 2005など）。

成人期以降の健康状態と社会階層の関係については、出身階層や本人の社会経済的地位が低いために健康状態が悪いのか、もしくは社会階層以外の何らかの要因により、例えば交通事故に巻き込まれ後遺症を伴うような重傷を負い仕事を失うなど、突如健康状態が悪化し、それゆえ社会経済的地位が低くなったのか、2つのパターンが考えられる。特に前者において、健康に関する意識の低さ、あるいは知識の乏しさから、不健康な生活を送り続けることによって健康状態を悪化させるような場合は、自らの健康状態が悪いことを認識することすら難しいのではないだろうか。

日常生活において、身近な人の主観により、不健康な食生活や生活習慣あるいは極端な肥満などを指摘されるのではなく（階層的地位によってはそれすら難しい場合もあるが）、自身の健康状態に関する客観的な情報を得、自らの健康状態を認識する場が健康診断である。

成人期以降の健康診断については、労働安全衛生法により、事業者は従業員を雇用する際とその後1年以内ごとに1回、一般の健康診断を実施しなければならないことから（労働調査会出版

局編 2012)、雇用者は職場において健康診断を受診することができる。雇用者以外においても、自治体が住民に対して無料かあるいは僅かの経済的負担でがん検診など各種の健康診断を提供していることから、現在の日本においてはその内容の差はあれ、健康診断を受けることは難しくないことであると考えられる。

そうであるならば、就労の有無やその他社会階層要因にかかわらず、人々は健康診断を受診し、自らの健康状態を把握しているのであろうか。本論文においては健康診断受診／未受診に注目し、社会階層要因にかかわらず人々は健康診断を受診しているのか、検討を行う。

2. 先行研究における健康診断受診者の特徴

「健康診断」を受診することの意義は、個人レベルにおいては自身の健康状態を把握し、問題がある場合は早期に対応できることであろう。一方、国家レベルにおいては、予防医学の領域で二次予防に分類される健康診断を国民に受診してもらい、病気になる前に疾病を予防し、健康を維持もしくは増進してもらうことにより、長期的な医療費の抑制効果をはかりたいという目論見がある。

実際には、健康診断の受診／未受診と医療費の関係については、健康診断受診者の外来受療率や外来日数は非健康診断受診者よりも高いという知見（小笹他 1993）や、健康診断を受診している人ほど疾病率が低く、入院期間が短い（山田 2002）、労働安全衛生法に基づく健康診断受診者の男性においては外来医療サービスの利用が少ないが、女性は逆の結果であり、健康診断受診者の方が外来医療サービスの利用が多い（澤野 2005）という知見など、その評価は多岐にわたり、健康診断の受診が直ちに医療費の抑制につながるという単純なものでもない。

では、健康診断の受診／未受診者にはどのような特徴があるのだろうか。先行研究においては、健康診断を受診している人の特徴として、乳がん検診と子宮がん検診の受診には年齢と学歴が影響する（Kenkel 1994）ということ、健康診断の受診確率は、年齢が高く、労働所得が多く、公務員や大企業勤務者であるほど高く、自営業は低い（井伊・大日 2002）ということ、がん検診の受診行動の規定要因として、年齢、収入、学歴、医療保険の種類が有意な効果を持つ（渡辺励 2003）ということ、健康診断の受診は診断料や所得、年齢、既往症の影響を受けること（山田 2003）などが明らかになっている。山田（2003）においては、分析に用いたデータが大企業の定期健康診断の受診状況に関するパネルデータであったため、所得が増加すると（職場の）健康診断を受診しなくなる、という結果が示されているが、それ以外においては、学歴が高い、収入が多い方が健康診断を受診している、という結果になっている。職業においても、公務員や大企業勤務者が有意に受診確率が高い、という結果が出ていることから、誰でも受診できるはずの健康診断においても、社会階層要因の影響がみられることが分かる。

平成22年に実施された「国民生活基礎調査」（厚生労働省 2011）において、過去1年間の健診

(健康診断や健康診査) や人間ドックの未受診者にその理由を尋ねているが、男性の20代においては「めんどうだから (26.9%)」、30代から50代は「時間がとれなかったから (30代 34.3%、40代 41.5%、50代 33.3%)」が最も多く、女性は20代から40代においては「時間がとれなかったから (20代 25.8%、30代 35.0%、40代 38.9%)」が、50代においては「必要な時はいつでも医療機関を受診できるから (36.3%)」という回答が最も多い。この3つに加え、「費用がかかるから」との回答も30代女性では34.6%にのぼっており、面倒である、時間が無い、費用がかかる、必要な時に受診すればよい、という傾向がわかる。

以上を踏まえ、次節においては就労状況や学歴、収入などの社会階層要因によって健康診断受診／未受診が異なるのか、データ分析より検証を行う。

3. 方法

3.1 データの概要

分析に用いたのは、「まちと家族の健康調査 (J-SHINE)」データである。この調査は、平成21～25年度文部科学省科学研究費「新学術領域研究 (研究領域提案型) 現代社会の階層化の機構理解と格差の制御：社会科学と健康科学の融合 (略称「社会階層と健康」)」プロジェクトの一環として実施された。

調査対象は、首都圏4地点 (足立区、三鷹市、柏市、所沢市) の各住民基本台帳から多段系統抽出によって選ばれた25～50歳の男女13,920人である。調査方法は訪問留め置き式 (CAPI、希望者のみインターネット調査) であり、調査期間は足立区と三鷹市が2010年7月から10月、柏市と所沢市が2010年12月から2011年2月で、有効回収数は4,385、有効回収率は31.5%である。本論文における分析には、このうち年齢・性別に欠損値のない以下 (表1) のサンプルを用いた。

表1 分析に用いたサンプル数 (年齢・性別ごと)

	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-50歳	合計
男性	371 (18.8)	354 (17.9)	406 (20.6)	438 (22.2)	404 (20.5)	1973 (100.0)
女性	434 (19.1)	411 (18.1)	485 (21.3)	478 (21.0)	469 (20.6)	2277 (100.0)

() 内は%

3.2 分析に用いた変数

従属変数である健康診断の受診の有無は、「過去1年間に健康診断を受けましたか」という問への回答を用いる。なお、この問への回答は職場や学校での定期健診や、地方自治体を実施する健康診断、個人で受診する人間ドックなどの区別はつけず、何らかの形で健康診断を受けた者すべてを含んでいる。

健康診断受診に影響を与える変数としては、日本の健康診断制度を鑑みると、まず、就労の有

無および従業先の地位が挙げられるであろう。労働契約の内容によって詳細は異なるが、事業者は労働安全衛生法に基づき、従業員に健康診断を受診させる義務を持つ（労働調査会出版局編 2012）。そのため、理論上は特に正規雇用者は、健康診断受診率は100%となるはずである。

さらに就労状況に影響を及ぼす変数として忘れてはならないのは、性別、婚姻状況である。日本においては未だ専業主婦も多く、健康診断受診の有無も、性別ごとに検討しなければならない。

そこで、本稿においては、従業上の地位と健康診断受診の有無を性別ごとに確認し、健康診断未受診の理由を踏まえた上で、職業以外の社会階層要因と健康診断受診／未受診の関連について検討を行う。

4. 健康診断受診／未受診に関する分析

4.1 健康診断受診／未受診とその理由

まず、健康診断受診／未受診について、基本的な情報を確認しておきたい。表2は、従業上の地位と健康診断受診の有無について、性別ごとにまとめたものである。

従業上の地位と健康診断受診の有無を性別ごとに見ると、労働安全衛生法でいわゆる「職場健康診断」実施が義務付けられている正規雇用の受診率が男女ともに高く、男性では90%近く、女性においても85%を超えている（しかし、本来は100%でなければならない）。非正規雇用についても、派遣労働者については派遣元事業者が一般健康診断等の実施義務があり、さらにパート・アルバイト等の短時間労働者についても、労働安全衛生法の定める「常時使用する短時間労働者」の条件を満たせば⁽¹⁾、健康診断の実施義務があるとされている。しかし、男女ともに、派遣社員および契約社員・嘱託については健康診断の受診率は70%から80%に上るが、臨時雇用・パート・アルバイトについては受診率が著しく下がり、女性は60.0%、男性に至っては33.7%しか受診していない。

健康診断の受診率が半数以下であるのは、男性においては臨時雇用・パート・アルバイト、自営業主・自由業者、家族従業者・内職、無職の4つであり、女性においては家族従業者・内職、無職である。ただし、女性の無職には専業主婦も含まれるためその数が多く、女性の未受診者の約半数を女性の無職が占めていることに注意しなくてはならない。そのため、表内には記載していないが、男性全体の未受診率は20.7%であるのに対し、女性全体の未受診率は39.3%にも上り、男性とは18.6ポイントの開きがある。

では、なぜ健康診断を受診しないのだろうか。以下（表3）に、健康診断を受診しない理由（複数選択）をまとめてみた。表3より、男性においては「忙しくて時間がなかった」が、女性においては「受ける機会がなかったから」が「忙しくて時間がなかったから」とほぼ同じ比率で未受診の理由の上位にあがっていることが分かる。「忙しくて時間がなかったから」という回答の多さは先に引いた「国民生活基礎調査」（厚生労働省 2011）の結果と同じである。また、女性の「受

表2 従業上の地位と健康診断受診の有無

	健診受診あり	健診受診なし	計
男性 正規雇用	1264 (89.2)	153 (10.8)	1417 (100.0)
派遣社員	17 (70.8)	7 (29.2)	24 (100.0)
契約社員・嘱託	54 (81.8)	12 (18.2)	66 (100.0)
臨時雇用・パート・アルバイト	32 (33.7)	63 (66.3)	95 (100.0)
経営者・役員	64 (71.9)	25 (28.1)	89 (100.0)
自営業主・自由業者	48 (42.5)	65 (57.5)	113 (100.0)
家族従業者・内職	8 (36.4)	14 (63.6)	22 (100.0)
無職	44 (42.3)	60 (57.7)	104 (100.0)
女性 正規雇用	520 (85.8)	86 (14.2)	606 (100.0)
派遣社員	76 (70.4)	32 (29.6)	108 (100.0)
契約社員・嘱託	106 (84.1)	20 (15.9)	126 (100.0)
臨時雇用・パート・アルバイト	342 (60.0)	228 (40.0)	570 (100.0)
経営者・役員	9 (56.3)	7 (43.8)	16 (100.0)
自営業主・自由業者	35 (50.0)	35 (50.0)	70 (100.0)
家族従業者・内職	24 (42.9)	32 (57.1)	56 (100.0)
無職	245 (35.9)	438 (64.1)	683 (100.0)

() 内は%

表3 健康診断を受診しない理由

	あてはまる	あてはまらない	計
男性 忙しくて時間がなかったから	187 (45.4)	225 (54.6)	412 (100.0)
症状もなく、自分は健康だと思ったから	143 (34.7)	269 (65.3)	412 (100.0)
費用がかかるから	126 (30.6)	286 (69.4)	412 (100.0)
受ける機会がなかったから (どこで受けたらいいかわからなかったから)	141 (34.2)	271 (65.8)	412 (100.0)
悪い結果などが出るのが不安だったから	37 (9.0)	375 (91.0)	412 (100.0)
ふだんから医療機関にかかっているから	43 (10.4)	369 (89.6)	412 (100.0)
女性 忙しくて時間がなかったから	349 (39.7)	529 (60.3)	878 (100.0)
症状もなく、自分は健康だと思ったから	273 (31.1)	605 (68.9)	878 (100.0)
費用がかかるから	253 (28.8)	625 (71.2)	878 (100.0)
受ける機会がなかったから (どこで受けたらいいかわからなかったから)	356 (40.5)	522 (59.5)	878 (100.0)
悪い結果などが出るのが不安だったから	75 (8.5)	803 (91.5)	878 (100.0)
ふだんから医療機関にかかっているから	83 (9.5)	795 (90.5)	878 (100.0)

() 内は%

ける機会がなかったから」という回答の多さの裏には、上述した無職女性の多さ、すなわち職場健診の範疇外にあり、自発的に健康診断を受けに行かねばならない女性の存在の多さを見て取ることができるであろう。

「症状もなく、自分は健康だと思ったから」「費用がかかるから」も、男女ともにおよそ30%以上の人があてはまる、と回答しており、こちらも「国民生活基礎調査」(厚生労働省 2011)の結果と同様の傾向を示している。

以上、表2・表3より、男性と女性においては主に就業の有無による違いから、健康診断の受診率や未受診の理由が大きく異なることが分かる。

表4 配偶者の有無と就業状態

	男性		女性	
	配偶者あり	配偶者なし	配偶者あり	配偶者なし
働いている	1287 (98.2)	545 (83.0)	949 (57.8)	557 (89.1)
休職中である	9 (0.7)	22 (3.3)	61 (3.7)	14 (2.2)
働いていない	15 (1.1)	90 (13.7)	633 (38.5)	54 (8.6)
計	1311 (100.0)	657 (100.0)	1643 (100.0)	625 (100.0)

() 内は%

参考までに、配偶者の有無と就業状態について見ると(表4)⁽²⁾、「配偶者あり」の女性の40%弱が無職であることが分かる。このことから、女性の健康診断未受診については専業主婦の扱いに留意せねばならず、男性と同じ俎上で論じるのは困難であると考えられる。

本稿においては、従業上の地位をはじめとする職業に関する変数と健康診断受診/未受診について緻密な議論に入る前の段階として、まず、性別による健康診断受診/未受診の構造の差異を大きく把握したいため、職業については就労の有無を用いるに留め、男性・女性ともに同じ分析モデルを用い、性別ごとに健康診断受診の規定要因について考察を行う。

4.2 健康診断受診/未受診の規定要因

健康診断受診/未受診を規定する要因を探るために、健康診断受診/未受診を従属変数とする二項ロジスティック回帰分析を行った(表5)。

独立変数には、社会階層要因として教育年数、世帯年収を用いた。就労の有無は、前述したとおり日本の健康診断制度が従業内容や従業上の地位と深く関わっていることから、本稿においては年齢と同様にコントロール変数として捉え、分析結果を解釈する方が適切かも知れない。

社会階層要因以外に健康診断受診/未受診を規定する要因として、表3より、自らの健康状態に関する自信(主観的健康状態)、日頃の外来医療サービスの利用(一年間の通院の有無、かか

りつけ医の有無)、生活習慣病と関連の深い肥満 (BMI)、「新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報を集められる」という情報収集能力に関する変数を用いる。また、「家族のために健康でいる」という意識があるのかどうか、すなわち社会的統合の効果をみるために、配偶者の有無と子どもの有無を分析に加える⁽³⁾。分析結果は、表5のとおりである。

表5より、男性と女性の健康診断受診の規定因は、大きく異なることが分かる。男性においては、教育年数が長く、世帯年収が高く、就労しており、かかりつけ医があり、配偶者や子どもがいる方が、健康診断を受診している。一方、女性は世帯年収が高く、就労しており、この一年間に通院経験があり、年齢が高く、配偶者や子どもがいない方が健康診断を受診している。

表5 健康診断受診の規定要因

	健康診断の受診 (あり = 1, なし = 0)			
	男性		女性	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
教育年数	.180 ***	1.197	.020	1.020
世帯年収	.001 ***	1.001	.001 ***	1.001
就労の有無 (あり = 1, なし = 0)	1.348 ***	3.850	1.234 ***	3.435
主観的健康	.191 *	1.210	.102	1.108
通院経験 (あり = 1, なし = 0)	.287	1.332	.509 ***	1.664
かかりつけ医 (あり = 1, なし = 0)	.672 ***	1.958	.201	1.223
BMI (25以上 = 1, 25未満 = 0)	-.137	.872	-.277	.758
年齢	.014	1.014	.053 ***	1.054
配偶者の有無 (あり = 1, なし = 0)	.917 ***	2.501	-.850 ***	.427
子どもの有無 (あり = 1, なし = 0)	.636 **	1.889	-.432 **	.649
様々な情報を収集できる	.087	1.091	.024	1.024
定数	-5.881	.003	-3.133	.044
	-2対数尤度 = 720.873 Cox & Snell R ² = .117 Nagelkerke R ² = .208		-2対数尤度 = 1348.425 Cox & Snell R ² = .190 Nagelkerke R ² = .256	

※ *** : 1%有意、** : 5%有意、* : 10%有意

男性において有意な効果を持つ教育年数が女性において有意でないのは、就労の有無の効果が大きいのかも知れない。また、女性においては通院経験があるため (換言すると体調に不安があるため) 健康診断を受診する、という理解しやすい結果であるのに対し、男性においては、この一年間の通院経験という実際の通院経験ではなく、かかりつけ医の存在が健康診断の受診を促すという、やや解釈の困難な結果になっている。

さらに、男女の興味深い違いとして、配偶者の有無と子どもの有無が正反対の有意な効果を持

つことが挙げられる。すなわち、男性は、配偶者や子どもが存在しているゆえに健康診断を受診し、女性は配偶者や子どもがいないゆえに健康診断を受診する。女性は、年齢も有意な正の効果（つまり、年齢が高いほど健康診断を受診する）を示していることから、自己防衛として健康診断を受診していると言えるのかも知れない。ただし、調査対象には育児期に該当する女性も多く含まれているため、この分析結果は家事や育児、仕事に追われ健康診断受診もままならない女性の存在を浮き彫りにしているとも考えられる。女性については、より精緻な分析を行う必要があるであろう。

5. 考 察

日本においては、生後間もなくから学校を卒業するまでは乳幼児健診や学校における健診が、就職してからは職場における健診（非就労者にも自治体による健診がある）が、高齢になると老人保健健診が受けられるというように、生涯にわたって国民全体をカバーする健康診断制度が存在している。

しかし、平成22年に実施された「国民生活基礎調査」（厚生労働省2011）においても、健康診断や人間ドックの受診率は、男性は69.4%、女性は59.7%に留まっており、30代の女性においては54.1%と半数強しか健康診断を受診していない。健康診断の受診は疾病予防や健康維持・増進に必ずしも直結するものではなく、重大な疾患の見落としや却って健康状態が悪化するなどの事態が生じる可能性が無いわけでもない。しかし、自身の健康状態を把握する貴重な機会を失っていることは明らかである。

本稿における分析より、日本国民全体をカバーするような制度を持つにもかかわらず、実際には職場において圧力がかかるためか、正規雇用者、派遣社員、契約社員・嘱託の人は受診率が高くなり、無職、家族従業者・内職、自営業主・自由業者は受診率が低くなっている。自治体が実施する健康診断は安価で受診できるが、健診実施の情報の入手や日程・時間の調整など、職場から強制される健診とは異なり、受診者の健康診断に対する高い意識を必要とする。健康診断受診の規定要因についての分析（表5）において、男性と女性の健康診断受診の規定因が大きく異なることは、従業上の地位や経済条件、教育年数という社会階層要因のみならずその他の諸要件、例えば女性においては、家事や育児の合間にどう健診の時間を確保するか、どのように受診を動機付けるか、ということも重要であることを示唆しているのではないだろうか。

今後は、特に女性において、婚姻上の地位や本人および配偶者の従業上の地位を加え、より詳細な分析を行ってゆく必要があるだろう。

【付記】 J-SHINE データの使用については2012「社会階層と健康」研究班データ管理委員会の許可を得た。

【注】

- (1) 労働安全衛生法の定める「常時使用する短時間労働者」の条件とは、以下の①及び②のいずれの要件をも満たす者であることである。

①期間の定めのない労働契約により使用される者であること。期間の定めのある労働契約により使用される者の場合は、契約期間が1年以上である者および契約更新により1年以上使用されることが予定されている者。なお、労働安全衛生規則第45条の特定業務従事者健診の対象となる者においては、契約期間が6ヶ月以上および契約更新により6ヶ月以上使用されている者。

②その者の1週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の1週間の所定労働時間数の4分の3以上であること。

- (2) 「働いている」には、パートやアルバイトも含む。配偶者には、内縁関係も含む。
(3) 分析に用いた変数の詳細は、以下のとおりである。

【従属変数】

健康診断受診の有無…「過去1年間に健康診断を受けましたか」という問について、「はい、いいえ、わからない」という回答を得た。これを、「あり=1、なし=0」とした。なお、「わからない」は分析から除外した。

【独立変数】

教育年数…「最後に通った学校、または現在通っている学校はどれですか」という問について、中学=9、高校および入学資格が中卒以上の専門学校=12、高専・短大および入学資格が高卒以上の専門学校=14、大学=16、大学院=18を割り当てた。

世帯年収…「過去1年間のあなたの家族全体の収入は、税込みでおよそいくらでしたか」という問について、25万円未満から2,000万円以上までの15カテゴリーの中央値を用いた。

就労の有無…「あなたの現在の状況は次のうち、どれにあてはまりますか」という問について、「働いている・休職中である・働いていない」の3カテゴリーで回答を得た。これを、「働いている=1、働いていない=0」とした。なお、休職中は分析から除外した。

主観的健康…「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という問についての回答を、「5=よい、4=まあよい、3=ふつう、2=あまりよくない、1=よくない」とした。

通院経験…「過去1年間に、あなた自身の病気やけがのことで、病院・医院の外来や鍼灸・整骨院に通院したことはありましたか」という問について、「はい、いいえ、わからない」という回答を得た。これを、「あり=1、なし=0」とした。なお、「わからない」は分析から除外した。

かかりつけ医の有無…「あなたには「かかりつけ医」（ふだんよくいく医者）はありますか」という問について、「ある、ない」という回答を得た。これを、「あり=1、なし=0」とした。

BMI…回答者の記載より体重(kg)÷身長(m)×身長(m)で計算し、25以上を1(肥満)、25未満を0とした。

年齢…年齢を加工せずにそのまま投入した。

配偶者の有無…「あなたは現在、配偶者または内縁関係の方（パートナー）がいらっしゃいますか」との問について、「いる、いない」で回答を得た。これを、「いる=1、いない=0」とした。

子どもの有無…「あなたにはお子さんがいらっしゃいますか」との問より、0人を「なし=0」、1人以上を「あり=1」とした。

様々な情報を収集できる…「新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報を集められる」という問に対して、「全くそう思わない=1、あまりそう思わない=2、どちらでもない=3、まあそう思う=4、強くそう思う=5」という回答を得た。

【文 献】

- Sen, A., 1999. *Development as Freedom*. New York: Alfred A.Knopf. (=2000, 石塚雅彦訳『自由と経済開発』日本経済新聞社)
- Whitehead, M., 1992. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divid*. London: Penguin Social Sciences
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend, P.1982. *Inequalities in health: the Black Report*, Penguin Harmondsworth
- 荻谷剛彦. 2001. 『階層化日本と教育危機—不平等再生産から意欲格差社会（インセンティブ・ディバイド）へ』有信堂高文社
- 山田昌弘. 2004. 『希望格差社会—「負け組」の絶望感が日本を引き裂く』筑摩書房
- Ichiro Kawachi, ed. 2008. *Social Capital and Health*, Springer New York
- 川上憲人, 橋本英樹, 小林廉毅編. 2006. 『社会格差と健康—社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会
- 小林美樹, 2010, 「所得格差の大きさと主観的健康状態の関連—マルチレベル分析による日米比較」『医療と社会』19(4): 321-334
- 近藤克則, 2005, 『健康格差社会』医学書院
- 労働調査会出版局編. 2012. 『労働安全衛生規則実務便覧（改訂13版）』労働調査会
- 厚生労働省, 2011「平成22年国民生活基礎調査の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/dl/gaikyou.pdf>)
- 澤野孝一朗・大竹文雄, 2004, 「医療サービスと予防行動に関する研究サーベイ—予防政策評価のための一試論」『医療経済研究』15: 37-49
- 小笹晃太郎他, 1993, 「検診受診行動と医療受療行動の関連」『日本公衆衛生雑誌』40(12): 1111-1119
- 山田直志, 2002, 「第5章 健康診断の需要と不確実性」, 小椋正立・デービットワイズ編『日米比較医療制度改革』日本経済新聞社, pp.161-200
- 澤野孝一朗, 2005, 「医療サービスと予防行動の実証分析—外来受診・健康診断・労働安全衛生法」『オイコノミカ』42(1): 15-31
- 井伊雅子・大日康史, 2002, 『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社
- Kenkel, D.S., 1994 The Demand for preventive medical care., *Applied Economics*, Vol.26, pp313-325
- 渡辺勲, 2003, 「がん検診受診行動に関する要因分析」『医療と社会』13(2): 113-132
- 山田武, 2003「健康診断の受診と情報としての健康診断の価値」『医療と社会』13(1): 39-52
- 澤野孝一朗・大竹文雄, 2003, 「予防行動における医療保険の役割—喫煙情報の経済学的価値」『医療経済研究』13: 5-21
- 山田武, 2004「健康の不確実性が医療サービスの受診行動に与える影響について」『医療と社会』14(3): 21-34
- Marmot, M. 2004. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Times Books. (=2007, 鏡森定信, 橋本英樹監訳『ステータス症候群—社会格差という病』日本評論社)