

日医総研ワーキングペーパー

貧困・社会格差と健康格差への政策的考察

NO. 389

2017年9月

日本医師会総合政策研究機構

石尾 勝



## 貧困・社会格差と健康格差への政策的考察

日本医師会総合政策研究機構 石尾 勝

### ○キーワード

- ◆相対的貧困 ◆健康格差 ◆社会階層 ◆ソーシャル・キャピタル ◆アクセスビリティ
- ◆健康日本21 ◆健康経営と産業医 ◆地域・在宅とかかりつけ医 ◆健康教育と学校医
- ◆健康住宅と健幸都市 ◆インセンティブ ◆ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

### ○ポイント

- ◇「貧困」には「絶対的貧困」と「相対的貧困」の考え方があるが、先進国では「相対的貧困」すなわち社会経済的な格差とその拡大が問題である。
- ◇我が国の「相対的貧困率」は国際的に劣悪な水準で、格差の拡大が指摘される。
- ◇格差を生み、健康に影響する社会経済的要因としては、所得、職業、教育の階層、生活習慣、居住・生活環境、人間関係、社会関係（ソーシャル・キャピタル）、ストレス、胎児期から幼少児期の成育環境、保健医療のアクセスビリティ等がある。
- ◇職業、学歴等の社会階層が低いほど健康に悪い生活習慣を持ち、不健康になる傾向があり、格差が大きいほど社会全体の健康レベルが低くなる（格差仮説）。
- ◇人間関係が少ないと健康が悪くなり、地域や職場の信頼感等も健康に関係する（ソーシャル・キャピタル）。ストレスは疾病リスクを高める。
- ◇我が国は国民皆保険であるが、職業や保険種類等によりアクセスビリティに差があり、利用が制限されている世帯等も少なからず存在する。国民皆保険の脆弱化を進める危険性がある。
- ◇胎児期から幼少児期の健康はその後の人生や健康を左右する。子供の健康は社会にとっても重要な課題である。
- ◇土台となる社会保障や所得再分配政策も含め、多面的な政策対応が必要であり、我が国でも「健康日本21(第二次)」で健康格差の縮小の目標を設定している。
- ◇我が国は育児・子育て等の家族関連社会支出の割合が先進諸国に比べて少ない。
- ◇必要な社会保障支出の維持は国民の健康の土台であり、国民皆保険堅持とともに、制度改革による保険機能強化の検討（分立する制度の一元化等）もあり得よう。

◇保健医療の視点から格差縮小に向けて、社会経済領域への医師及び医師会が政策的に果たす役割と機能は重要である。

- ・雇用面：健康経営における産業医の役割拡大と機能強化
- ・地域とアクセスビリティ面：地域包括ケア・在宅医療におけるかかりつけ医の定着と活動強化
- ・教育面：学校医等による対応強化、健康教育・啓蒙の推進等への関与
- ・居住環境・住宅政策：「健康住宅」への保健医療的な知見の活用と関与
- ・街づくり・都市政策：「健幸都市」への保健医療的な知見の活用と関与

◇エビデンスに基づき適切な方法で政策を設計し実行する必要があるが、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの合わせ技が有効である。また、「インセンティブ」を用いて、個人や集団に働きかける手法が有効である。

◇我が国の「健康格差」は相対的に小さいとの見方があるが、相対的貧困率や子どもの貧困率が国際的に劣悪な水準にある中、「健康格差」の拡大については十分な注意と対応が必要である。

◇国民皆保険の堅持を主軸に、真に国民に必要な保健医療の提供を実現する上でも、「格差」が小さく、健やかで幸せに暮らせる社会を作っていくことが必要である。

社会経済の様々な領域で保健医療にできること、果たすべきことは大きく、その観点に立った医師や医師会の役割拡大が求められている。

## 目次

|  |    |
|--|----|
| 1. はじめに(本稿の目的・構成) .....                | 1  |
| 2. 貧困・格差の社会経済的定義と内容、現状の動向 .....        | 3  |
| 2-1. 貧困・格差の社会経済的定義 .....               | 3  |
| 2-2. 我が国の貧困(相対的貧困)の現状 .....            | 9  |
| 2-3. ジニ係数でみた所得格差 .....                 | 12 |
| 2-4. 貧困や格差拡大の社会経済的背景 .....             | 15 |
| 2-5. 貧困や格差の連鎖・固定化の問題 .....             | 17 |
| 3. 社会経済的要因と健康の関係についての整理(理論面) .....     | 19 |
| 3-1. 「格差」と健康の関係性の発見 .....              | 19 |
| 3-2. 「格差仮説」 .....                      | 20 |
| 3-3. 「格差」が社会全体の健康を悪化させるメカニズム .....     | 23 |
| 3-4. 健康に関する主な社会経済的要因の整理 .....          | 25 |
| 4. 社会経済的要因と健康の関係についての整理(エビデンス確認) ..... | 28 |
| 4-1. 所得階層と健康の関係 .....                  | 28 |
| 4-2. 職業階層と健康の関係 .....                  | 31 |
| 4-3. 教育階層と健康の関係 .....                  | 34 |
| 4-4. 生活習慣と健康の関係 .....                  | 36 |
| 4-5. 居住環境(住居)と健康の関係 .....              | 37 |
| 4-6. 人間関係、社会関係と健康の関係 .....             | 39 |
| 4-7. 保健医療のアクセシビリティと健康の関係 .....         | 40 |
| 4-8. 子ども時代の環境と健康の関係 .....              | 42 |

|   |    |
|---|----|
| 5. 「健康格差」縮小に向けた対応についての考察                | 43 |
| 5-1. 社会経済格差と健康格差に対する政策(見取り図)            | 43 |
| 5-2. 「健康格差」に関する我が国の保健医療政策:「健康日本21(第二次)」 | 44 |
| 5-3. 「格差」と「健康」における社会保障の重要性              | 47 |
| 5-4. 保健医療の社会経済領域での政策的貢献                 | 50 |
| 5-5. 「日本健康会議」について                       | 55 |
| 6. おわりに(まとめと課題)                         | 57 |
| 補論・参考文献                                 |    |
| 補論1: 社会と健康の関係性を考察するポイント                 | 61 |
| 補論2: ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ           | 63 |
| 補論3: 喫煙の社会経済的費用と禁煙政策                    | 64 |
| 参考文献                                    | 66 |

## 1. はじめに(本稿の目的・構成)

2008年のリーマンショック後、内外経済は各国当局の大胆な財政金融政策の推進もあって、全体としての回復・拡大基調が続いている。

しかし、その一方で、社会の格差の拡大や貧困に係る問題は解消されず、むしろ、それに起因する有形無形の社会経済的リスクの高まりへの懸念や関心が国際的に強まっていると思われる。

実は、日本で初めて「貧困」に関する代表的指標が政府から公に示されたのは、2009年に厚生労働省が「相対的貧困率」を発表した時である（相対的貧困率については本論を参照）。

「一億総中流」が幻想になりつつあることを裏付けるかのような、国際的に見ても高い（悪い）数値の公表は衝撃を与え、子どもの貧困対策の推進に関する法律の成立等につながった。

また、2014年～2015年には、「格差」問題を歴史的、経済的に論じたトーマ・ピケティの「21世紀の資本」が世界的ブームになり、さらに、2016年の米国大統領選でのトランプ氏の予想外の当選も、その底流には白人中間層の没落、すなわち、格差の拡大や貧困化への不満による投票行動があることが指摘されている。

順調に見える経済の裏で進みつつある貧困や格差の拡大は、それ自体が問題であるとともに、多大な社会経済的影響を各方面に及ぼす。その中でも極めて重要なものは個人あるいは社会の「健康」に関わるものである。

貧困の増大や格差の拡大が健康に悪影響を及ぼし、いわゆる「健康格差」を生み、また、「健康格差」が格差の拡大や貧困の増大を増長し、さらに将来に向かって、貧困の再生産や格差の固定化を招く、ということが様々な調査研究からも指摘されている。

これは個人の健康や幸福な人生の問題だけにとどまらず、社会全体の健康、社会経済の健全な発展にとっても大きな問題である。

翻って、世界に冠たる国民皆保険の我が国でも、近年、貧困や格差の拡大が指摘される中、健康格差の拡大が懸念されており、政府も健康増進法と「健康日本 21」の改正等で対応に乗り出している。

貧困や格差拡大と健康の問題は社会経済の様々な分野・方面に関わることから、横断的・総合的な理解と対応が必要であるが、保健医療の置かれた立場と果たす役割は極めて重要なものがある。

本稿では、以上のような問題意識に基き、以下のような分析と考察を行う。

- ・ 貧困や格差に関する 社会経済的な定義・内容を確認し、その現状把握を行う。貧困や格差の拡大の形成原因、固定化等について簡単に考察する。
- ・ 社会経済的な「格差」に焦点を当て、それが「健康」との間で影響を及ぼす経路やメカニズムについて、理論的考察を概観した上で、これまでの実証研究等によるエビデンスを踏まえて、「格差」と「健康」に関する問題点等を把握する。
- ・ 上記を踏まえて、わが国における健康格差の現状と課題を整理し、疾病の治療という狭い範疇ではなく、より大きな保健医療の視点から、医療が果たすことのできる役割と機能に関して総合的に検討し、政策的貢献について考察する。

※本稿は、新たな実証分析を行ったものではなく、内外の研究等で明らかとなった知見を整理・把握した上で、保健医療の視点から医療ができることを、大所高所から考察したものである。

なお、本稿の意見に渡る部分は筆者の個人的見解であり、間違い等は筆者の責任である。

## 2. 貧困・格差の社会経済的定義と内容、現状の動向

### 2-1. 貧困・格差の社会経済的定義

#### (1) 貧困とは

「貧困」には確一的定義はない。社会学、政治学やその他、観察分析する立場によって、異なる見解が示される。なぜなら、「貧困」を定義する際には、社会的および政治的価値判断等を伴うことが多いからである。

「貧困」は、第一義的には経済的に物質的が必要が満たされていない状態であるが（物質的剥奪）、社会的地位の低さ、労働等の酷い境遇、さらに、社会制度や人間関係から排除された状況（社会的排除）も内包したものである。

例えば、欧州連合（EU）の貧困者の定義は、『物質的・文化的・社会的資源が限定されているため、居住する加盟国において容認される最低限の生活様式から排除されている個人、家庭、集団と解される』となっている<sup>1</sup>。

上記の定義において、留意すべき点を2つあげておきたい。

一つは、容認される最低限の生活様式は万国共通の画一的なものではないので、いわゆる「貧困線」とされる基準は、（ある意味で当然であるが）、国・地域や関係する機関等によって異ってくる。

二つめは、「貧困」は、物質的資源の獲得力（通常は所得）の絶対的低さの問題だけでなく、「社会経済的不公平」＝「格差」の視点を含む点である。

実務的・政策的観点で社会経済的に「貧困」を把握する場合、最も客観的で比較しやすい経済指標である「所得」を中心的な尺度にして、「貧困」度合いを評価するのが一般的である。

その観点から見ると、「絶対的貧困」と「相対的貧困」の2つの考え方がある。次にこれらを確認する。

## (2)絶対的貧困

「絶対的貧困」とは、社会環境や集団において、肉体的に生きていくのが困難な生活水準にある状態を言う。

すなわち、生きていくうえで最低限必要な食糧や生活必需品、その他の基礎的な財・サービスを購入することが困難なレベルの貧困を指す。

「絶対的貧困」を表す尺度としては、経済指標である個人の所得水準や一人当たりGDPがよく用いられる。

※例えば、世界銀行の「国際貧困ライン」は、絶対的貧困の観点からのものであるが、現在、1日1.90ドルとなっている（2011年購買力平価に基づき算定され、2015年に設定された。2015年10月以前は1日1.25ドルであった）。

ちなみに、国際貧困ライン以下の人口は、2012年時点で約8億9600万人（世界人口の12.7%）であった。

所得に加えて、様々な社会経済的指標等を取り込んだ貧困指標が開発されている。

例えば、国際連合開発計画では、所得のみでなく、保健、教育、所得という3つの要素を加えた人間開発指数（HDI）を作成し、各国の貧困度合を測定してきた。

それは、40歳未満死亡率、医療サービスや安全な水へのアクセス率、5歳未満低体重児比率、非識字率等の指標を組み合わせている（現在、MPIという新たな指数が作られている）。

「絶対的貧困」は、主に開発経済の分野で重要な意味を持つ概念で、基本的には発展途上国の社会経済の分析や開発援助の場面等で用いられる。

日本等の先進国では、貧しさのため生活必需品が買えない状態はかなり少ない。先進国は、「絶対的貧困」よりも、次に述べる「相対的貧困」が重要な指標となる。

図表 1: 1日 1.25ドル未満で生活する人の割合(%)

|                | 1981年 | 1999年 | 2010年 |
|----------------|-------|-------|-------|
| アフリカ(サハラ以南)    | 51    | 58    | 48    |
| 中国             | 84    | 36    | 12    |
| 東アジア(中国以外)・大洋州 | 61    | 36    | 13    |
| 欧州・中央アジア       | 2     | 4     | 1     |
| 南アジア           | 60    | 46    | 33    |
| ラテンアメリカ・カリブ    | 12    | 12    | 6     |
| 中東・サハラ以北のアフリカ  | 10    | 5     | 2     |

(出所) 世界銀行 世界開発報告

図表 2: 貧しさのため生活必需品が買えなかった経験の有無割合(単位: %)

|        | 2002年 |    |    | 2007年 |    |    | 2013年 |    |    |
|--------|-------|----|----|-------|----|----|-------|----|----|
|        | 食料    | 医療 | 衣服 | 食料    | 医療 | 衣服 | 食料    | 医療 | 衣服 |
| 日本     | 4     | 4  | 5  | 2     | 2  | 3  | 2     | 3  | 3  |
| 米国     | 15    | 26 | 19 | 16    | 23 | 16 | 24    | 31 | 27 |
| カナダ    | 10    | 13 | 16 | 6     | 8  | 11 | 9     | 11 | 11 |
| 英国     | 11    | 11 | 20 | 6     | 6  | 10 | 15    | 10 | 19 |
| ドイツ    | 5     | 8  | 10 | 10    | 16 | 18 | 8     | 10 | 10 |
| フランス   | 8     | 5  | 12 | 6     | 5  | 12 | 20    | 19 | 23 |
| イタリア   | 11    | 12 | 16 | 13    | 14 | 20 | 10    | 15 | 23 |
| ロシア    | 50    | 54 | 68 | 33    | 40 | 47 | 23    | 33 | 34 |
| 中国     | 18    | 45 | 23 | 9     | 33 | 17 | 8     | 30 | 14 |
| 韓国     | 18    | 15 | 21 | 12    | 12 | 17 | 26    | 26 | 35 |
| インドネシア | 37    | 48 | 37 | 35    | 48 | 40 | 25    | 37 | 31 |
| メキシコ   | 44    | 45 | 43 | 42    | 47 | 45 | 53    | 51 | 54 |

(出所) Pew Research Center, Pew Global Attitudes Project Report May 23, 2013

### (3)相対的貧困(=格差)

「相対的貧困」とは、「絶対的貧困」と対比して述べれば、「その社会で慣習になっている、あるいは少なくとも広く奨励されている、または是認されている種類の食事をとったり、社会的諸活動に参加したり、あるいは生活の必要条件や快適さを保つために必要な生活資源を欠いている状態」を言う<sup>2</sup>。

上記は概念的な説明だが、実務的に「相対的貧困」を数値的に把握するために、所得分布のデータを用いて算出した「相対的貧困率」が用いられている。

「相対的貧困率」は、OECD の定義が基本であるが、国や地域等の社会集団の中で、等価可処分世帯所得の中央値の 50% (ないし 60%) 以下の世帯員を「相対的貧困」として、その割合を計算する。

ここで、等価可処分世帯所得とは、世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割った調整後の所得のことである。

なお、「相対的貧困率」の定義・算出では、所得のみをデータとして用いており、資産や現物給付等の金銭以外のサービス受領等を含まない点に注意すべきである。

※貧困の計測、評価において、基本指標として、所得データが採用されるが、先にも述べたように、必ずしも所得水準がそのまま貧困を意味するわけではない。

所得が少なくても、巨額の資産を持っている個人や世帯もあるであろう。

また、物質的・金銭的な側面以外によっても、幸福で自律した、ある意味で豊かな生活を送ることも可能である。

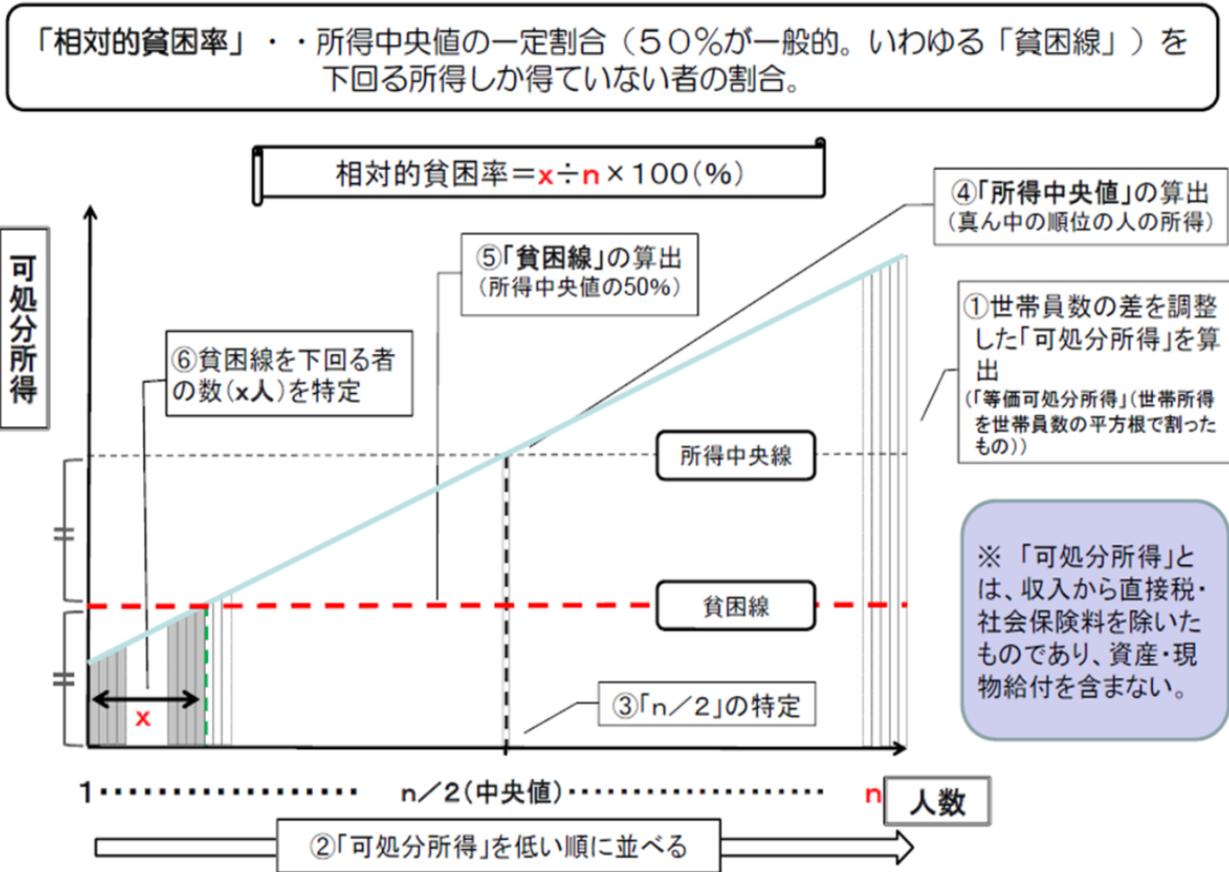
これらの意味で「相対的貧困率」は一つの指標であって、貧困に関する全てを捉えられるものではない。

しかし、後で考察するように、実際の生活の多くの要素（職業、教育、ライフスタイル等）は所得と高い相関があることが実証研究等から明らかになっている。

また、所得が、資産額等に比べて、多くの国で最も整備された経済データのの一つで、数字の信頼性も相対的に高く、国際比較し易い。

こうしたことから、所得分布を用いた「相対的貧困率」が広く利用されている。

図表3： 相対的貧困率の定義と算出



(出所) 厚生労働省

#### (4)先進国での「相対的貧困」=「格差」の重大性

先進国においては、「絶対的貧困」の視点もさることながら、「相対的貧困」とそれに起因する諸問題、すなわち、「格差」の拡大がより重要な政策的課題になってきている。

経済全体として平均的にかなり高い所得水準に達しており、既に生活水準が相当程度豊かなレベルにある先進国において、餓死や路上生活はゼロではないものの、かなり少数であり、その意味では、「絶対的貧困」は相対的に小さいと言える。

先進国で近年危惧されているのは、「相対的貧困」の拡大、言い換えれば、所得格差やその他の社会経済における様々な「格差」に係る問題である。

「格差」は、ある事柄に関するデータの個人間や集団間のばらつき度合いである。例えば、所得格差とは、所得分布の拡がりや偏りを意味している。

それは絶対的な貧困を表しているわけではないが、その社会の相対的な貧困状態についての有益な情報をもたらす。

その意味で、先に見た「相対的貧困率」は、社会経済的な「格差」の大きさに関する指標の一つである。

端的に言えば、先進国における問題は、「相対的貧困率」に示されているような社会経済的な「格差」の存在とその拡大が引き起こす問題なのである。

社会経済的な「格差」としては、所得格差以外に、資産格差、教育格差、雇用格差等があげられるが、保健医療の観点からは「健康格差」があげられる。

本論で後述する分析考察を先取りして言えば、様々な社会経済的な格差が人々の健康にも影響を及ぼし、「健康格差」が生じていること、そして、「健康格差」はまた逆に社会経済的な「格差」の拡大につながるという悪循環も指摘されている。

本稿では、主に「相対的貧困」に関連する問題、すなわち社会経済的な「格差」と健康への影響、その相互連関等を中心に、考察を進めていく。

## 2-2. 我が国の貧困(相対的貧困)の現状

我が国の貧困・格差の状況に関して、「相対的貧困率」を中心に確認する。

厚生労働省の「国民生活基礎調査」の最新データでは、幸いなことに、2015年時点での相対的貧困率は、前回2012年時点の16.1%から15.6%へと若干低下(改善)した。

また、「こどもの貧困率」も、前回2012年の16.3%から、13.9%へと低下(改善)した。

しかし、これらが、それまでの悪化傾向に歯止めがかかったものなのか、あるいは単なる一時的な改善なのかについては、今後の動きを見てみなければ、なんとも言えない。

我が国の「相対的貧困率」の過去の推移からわかることは、第一に、相対的貧困率は、既にバブル崩壊時には10%以上の高さになっていたこと。そして、それ以降、上昇(悪化)傾向が続いてきたことである。

このことは、我が国の貧困や格差拡大の問題が景気循環的な現象ではなく、原因の大きな部分が社会経済の構造的な変化にあることを示唆している。

相対的貧困率の上昇要因としては、相対的に所得が低い65歳以上の世帯や単身世帯(主に単身高齢者世帯)、大人1人と子どもの片親世帯の割合が増加していることがあげられる。

また、問題なのは、「こどもの貧困率」が社会全体の「相対的貧困率」の上昇を上回る勢いで、上昇(悪化)してきていることである。

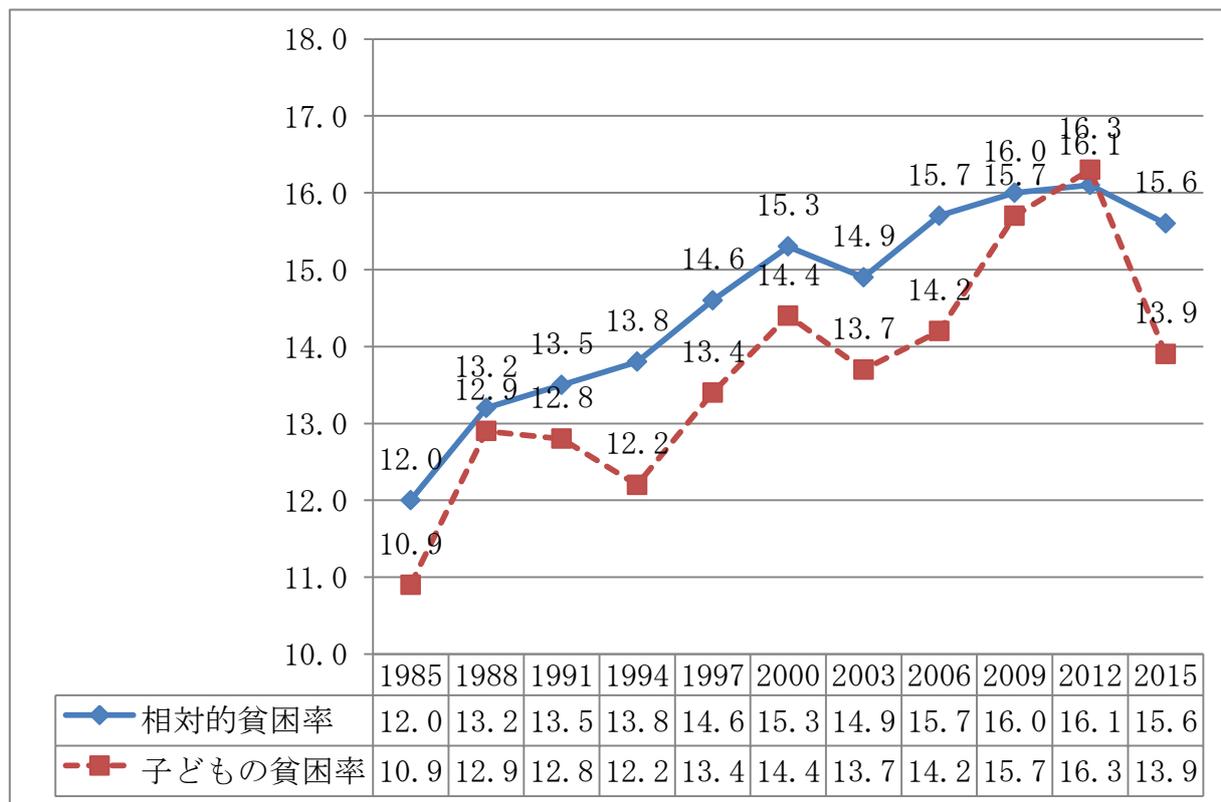
後で考察するように、子ども時代の貧困や格差は、様々な経路で、大人になった時の人生や健康に多大な影響を及ぼす。

子どもは社会の将来を担う大切な存在であり、「こどもの貧困率」の悪化は、健全で活力ある社会の形成にとって由々しき問題であると言わなければならない。

「相対的貧困率」を国際比較すると、我が国はかなり劣悪な水準に位置している。

OECDのデータによると、2010年時点での国際比較で、「相対的貧困率」は先進国30カ国中、4番めに悪い数字であった。

図表4：我が国の相対的貧困率と子どもの貧困率



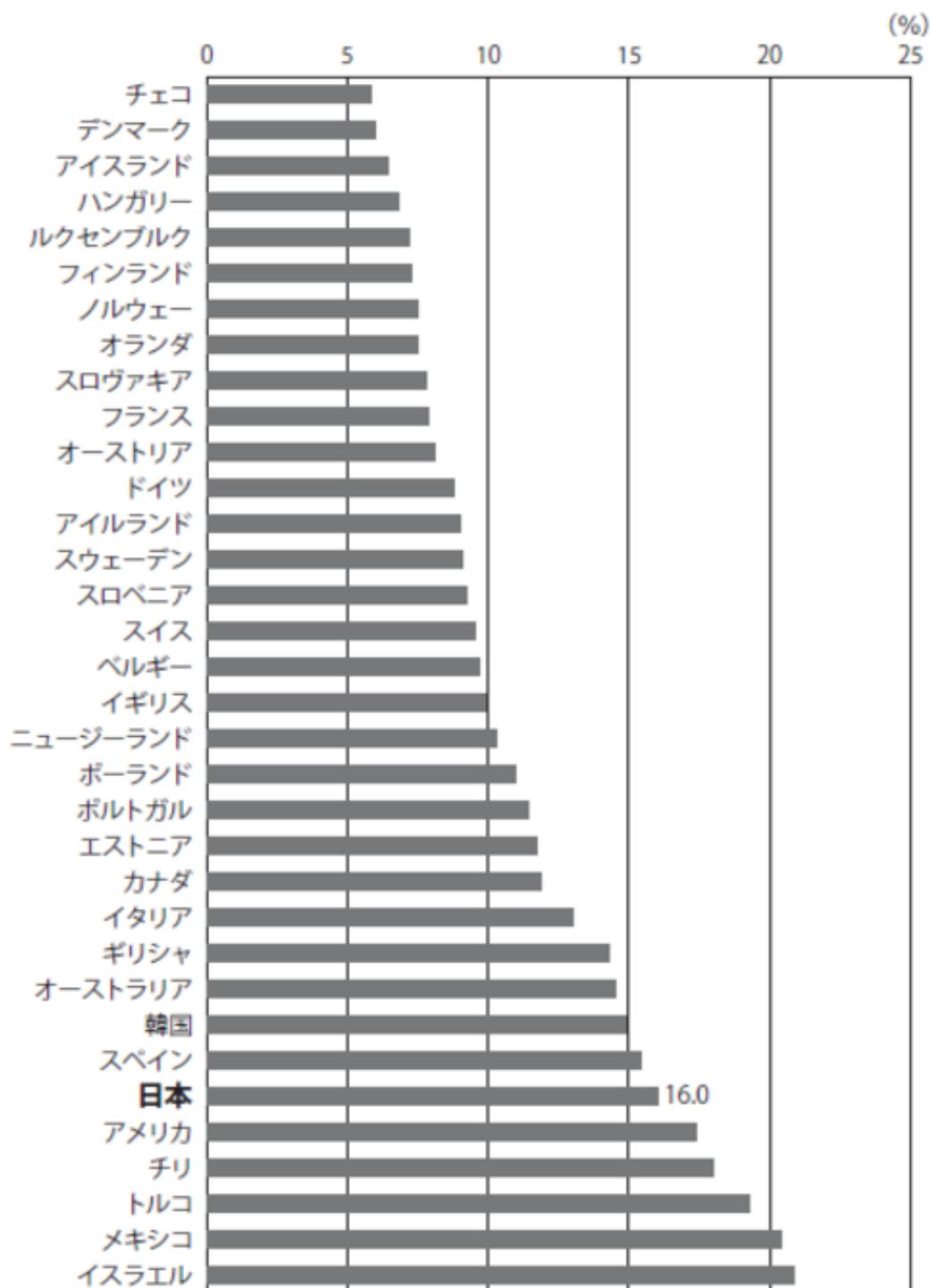
(出所) 厚生労働省「平成 28 年国民生活基礎調査」から筆者作成

図表5：我が国の貧困率関係データ(1985 年以降)

|                      | 1985 | 1988 | 1991 | 1994 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 | 2009 | 2012 | 2015 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 相対的貧困率               | 12.0 | 13.2 | 13.5 | 13.8 | 14.6 | 15.3 | 14.9 | 15.7 | 16.0 | 16.1 | 15.6 |
| 子どもの貧困率              | 10.9 | 12.9 | 12.8 | 12.2 | 13.4 | 14.4 | 13.7 | 14.2 | 15.7 | 16.3 | 13.9 |
| 子どもがいる片親<br>現役世帯の貧困率 | 54.5 | 51.4 | 50.1 | 53.5 | 63.1 | 58.2 | 58.7 | 54.3 | 50.8 | 54.6 | 50.8 |
| 中央線 (万円)             | 216  | 227  | 270  | 289  | 297  | 274  | 260  | 254  | 250  | 244  | 245  |
| 貧困線 (万円)             | 108  | 114  | 135  | 144  | 149  | 137  | 130  | 127  | 125  | 122  | 122  |

(出所) 厚生労働省「平成 28 年国民生活基礎調査」から筆者作成

図表6： 相対的貧困率の国際比較



(出所) 内閣府「平成 26 年版子ども・若者白書」、原データ：OECD データ (2014)、Familydatabase“Child poverty”、ハンガリー、アイルランド、日本、ニュージーランド、スイス、トルコの数値は 2009 年、チリの数値は 2011 年

## 2-3. ジニ係数でみた所得格差

### (1) ジニ係数の意味

社会の貧富の格差の程度を表す指標として、代表的なものにジニ係数がある。

ジニ係数の範囲は 0~1 で、値が大きいほどその集団における格差が大きいということができる。

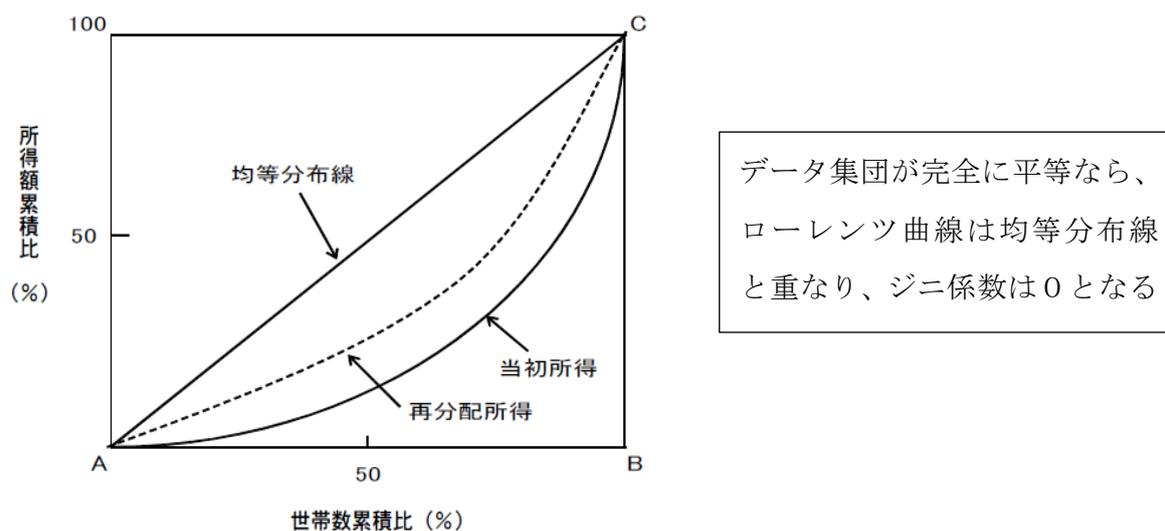
所得分配の格差をジニ係数を用いて表した場合、例えば、ジニ係数が 0 なら、各人の所得が均一であり、格差が全くない状態を示し、ジニ係数が 1 なら、たった 1 人が集団の全ての所得を独占している状態を意味する。

※ジニ係数の算出にはローレンツ曲線を用いる。ローレンツ曲線とは、所得の場合、対象者を低所得から高所得へ順に並べ、その累積分布を表したものである。所得以外に、資産や人口等でも分布や格差を把握するために用いられる。

ジニ係数は所得格差についてよく使われるが、その場合、資産等の大小は反映されていない点に留意する必要がある。

なお、ジニ係数以外に「格差」を表す統計数値には、データ範囲やバラツキ度を示す分散や変動係数、分位比率等のシンプルなものから、タイル指数、アトキンソン指数等の統計学的に高度なものもある。

図表7: ローレンツ曲線とジニ係数の関係



(出所) 厚生労働省「平成 26 年所得再分配調査」報告書

## (2)我が国におけるジニ係数の近年の推移

我が国の所得分配の格差に関するジニ係数の近年の推移をみると、以下のようなことがわかる。

厚生労働省が発表した「平成 26 年所得再分配調査」によれば、2013 年時点で、税や年金等の社会保障による再分配後の所得のジニ係数は、前回調査（平成 23 年）より若干減少して、0.3759（前回比：▲0.0032 ポイント）となり、ジニ係数でみた格差はほぼ横ばいであったと言える。

なお、再分配前の当初所得ベースのジニ係数は、前回調査よりもやや増加（悪化）して、0.5704（前回比：+0.0168 ポイント）であった。

この結果、当初所得（再分配前）から再分配後の所得への改善度は過去最大となった。

これは、税や社会保障の再分配機能によって、格差の拡大が抑制されていることを示している。

ジニ係数の変化の過去からの推移を見ると、調査を重ねるごとに当初所得ベースは大きくなっているが、再分配所得ではほぼ横ばいで推移してきている。

ここからも、当初所得での格差の拡大傾向を、社会保障を中心とした所得再分配機能で防いでいることが確認できる。

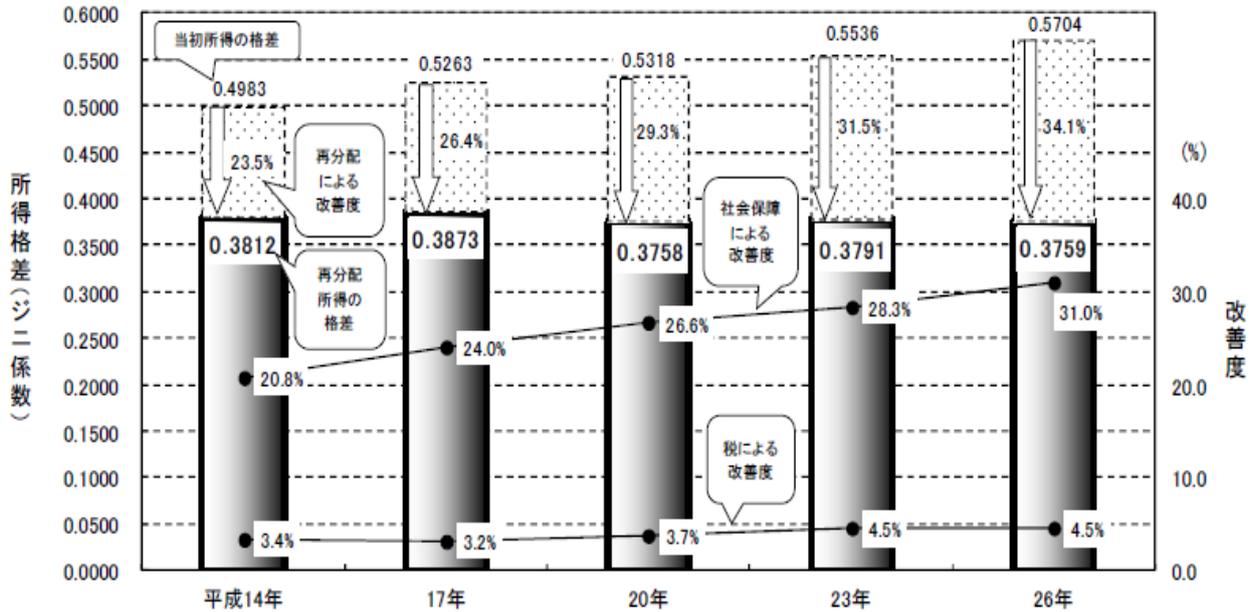
最近の当初所得のジニ係数の上昇傾向には、近年の人口の高齢化による高齢者世帯の増加や単独世帯の増加等の社会構造の変化が影響していると説明されている。

確かに、高齢者世帯や単独世帯には相対的に所得の低い世帯が多いため、こうした世帯の増加が当初所得のジニ係数上昇につながる。

ジニ係数では、所得再分配の前後の数値を比較して、税や社会保障による格差是正効果を見ることができるとは、年金、医療等の社会保障が貢献している割合が圧倒的に大きい。

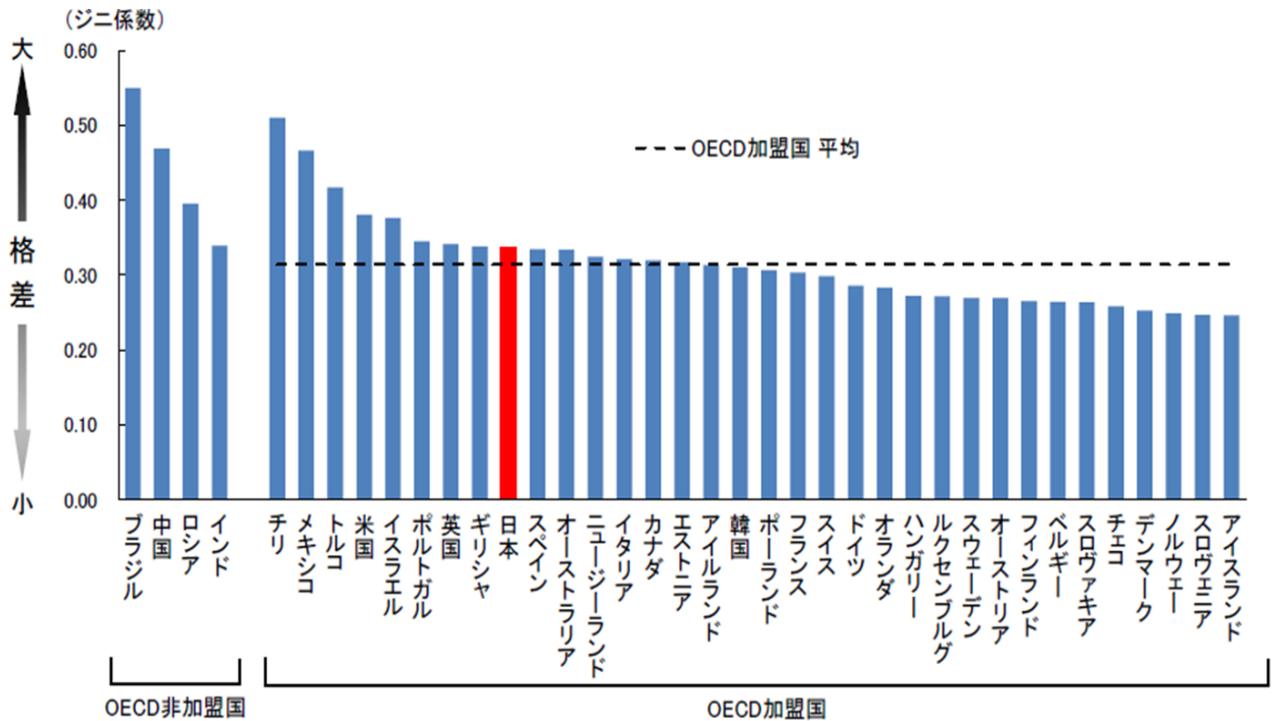
この点では、税による効果が弱いのが問題と言える。これには、過去、所得税の累進税率を緩和してきたことも影響していると思われる。

図表8：我が国のジニ係数の推移



(出所) 厚生労働省「平成26年所得再分配調査」

図表9：ジニ係数(再分配後所得)の国際比較



(注) 中国2014年、米国・インド2013年、ブラジル2011年、日本2009年、その他2012年。

(出所) 「日本の格差に関する現状」高田創(みずほ総合研究所)2015年8月、原データ：OECD

## 2-4. 貧困や格差拡大の社会経済的背景

ここまで見てきたように、相対的貧困率の上昇や当初所得ベースでのジニ係数の悪化は、社会経済的な「格差」の拡大を意味している。

我が国は、国際的に見ても、先進国の中で貧困や格差が相対的に大きな国になってしまっており、もはや「一億総中流」は幻想になっていると言える。

では、何故、我が国において、上記の指標が悪化し、貧困や格差拡大が生じているのであろうか。ここで、その背後にあるマクロ的な社会経済構造の変化について、簡単に確認しておきたい。

貧困や格差拡大の背後にあるマクロ的な社会経済構造の変化に関して、端的に言えば、中間層の衰退による二極化の進展と貧困層の増大、によるところが大きいと考えられる。

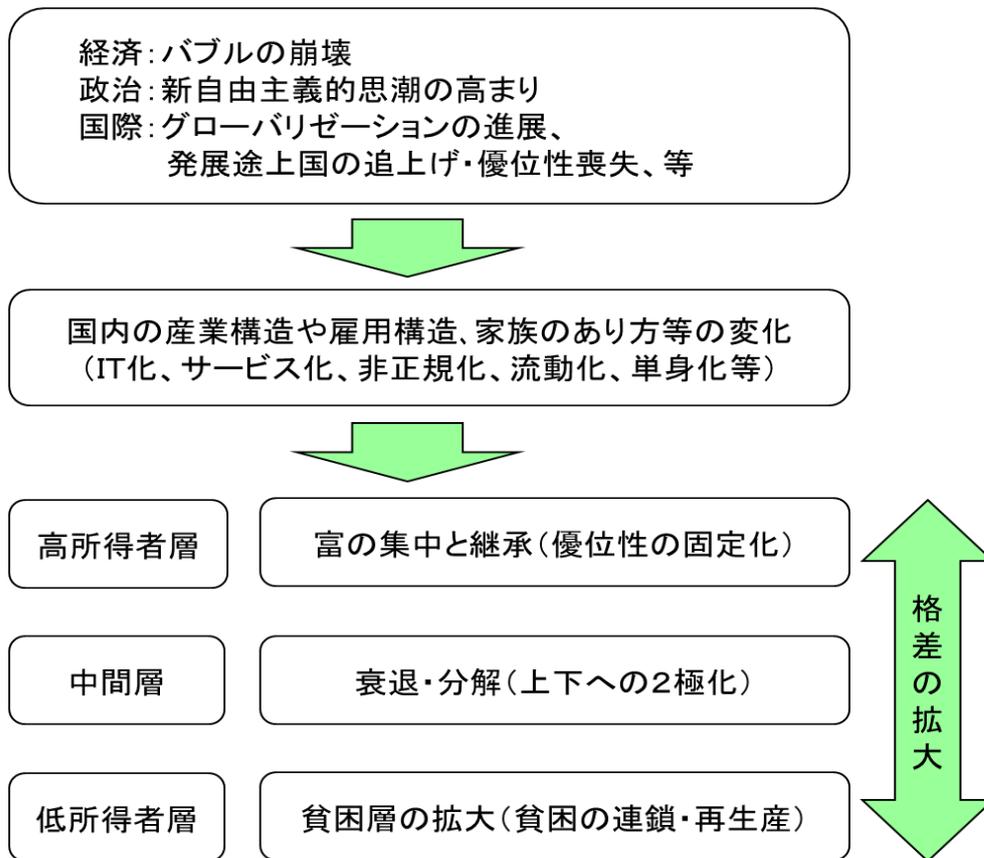
すなわち、大きな構図で見て、「一億総中流」と言われ、格差が小さい社会と言われていた我が国において、経済面のバブルの崩壊、政治的な新自由主義的思潮の拡がり、国際的にはグローバリゼーションの進展、発展途上国の追い上げによる競争優位性の喪失等により、国内の産業構造や雇用構造等が変化し、様々な経路を経て、中間層が衰退・分解し、2極化が進んだと考えられる。

社会経済全体が低迷（一種の貧困化）する中、安定的で健康的な生活が困難となる者が増え（貧困の連鎖・再生産）、一方、高所得者層への富の集中と継承（勝者の優位性の固定化）も生じた。

そこに、人口動態の変化、すなわち、超高齢化の進行が相まって、相対的貧困の増大、格差の拡大が現実化しているのである。

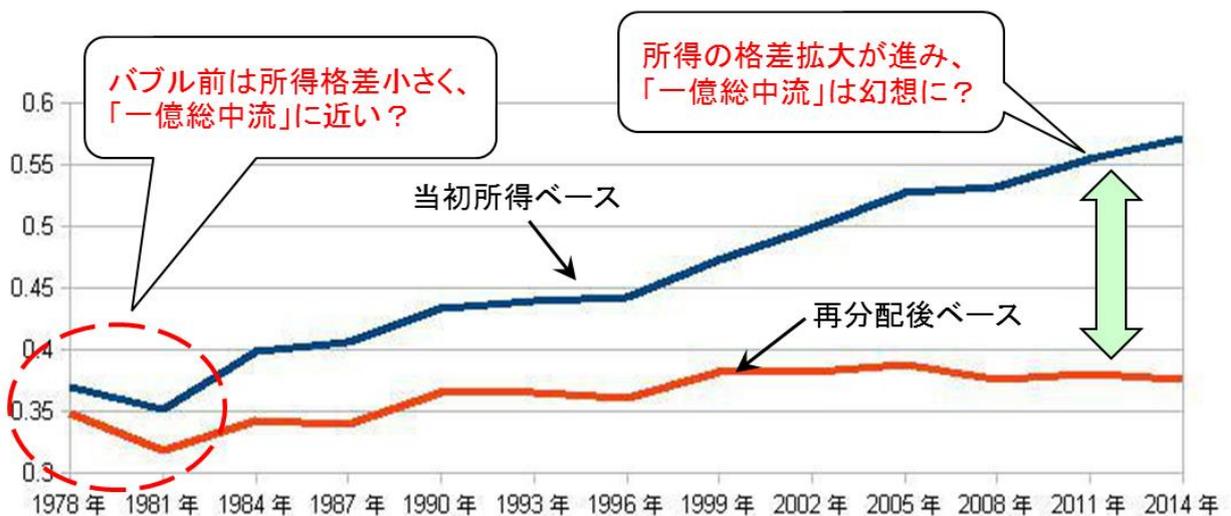
このような社会経済の構造的な変化は、総じて世界各地で見いだすことができると指摘されており、欧州での移民排斥・ポピュリズムの台頭や米国でのトランプ大統領の誕生等にも底流で影響していると考えられている。

図表 10: 中流層の分解、二極化による格差拡大(イメージ)



(出所) 筆者作成

図表 11: 我が国の所得ジニ係数の長期推移



(出所) 厚生労働省「所得再分配調査」より筆者作成

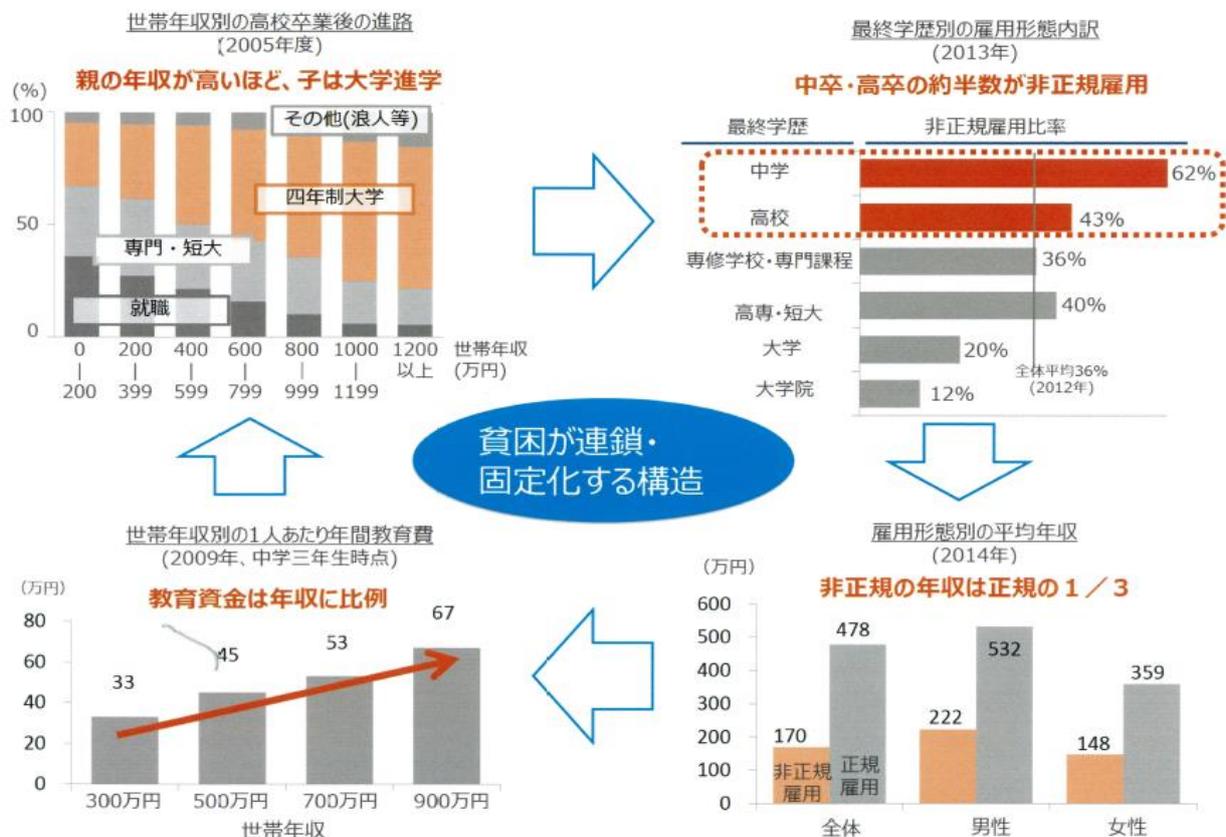
## 2-5. 貧困や格差の連鎖・固定化の問題

所得、雇用、教育等の格差は、それらが相互に作用しあって、新たな格差や貧困を生んでいく、いわゆる貧困・格差の連鎖・固定化が懸念される。

### (貧困や格差の連鎖・固定化のプロセス)

- ⇒家計所得が低いと教育に十分な費用をかけられず、子どもの学歴が低くなる。
- ⇒低学歴は、就職・職業選択において不利であり、良い労働環境で高収入の仕事につき難く、非正規雇用やパートタイマー等になりがちである。
- ⇒非正規雇用等は賃金が低く、その他の労働条件も悪く、雇用が安定しないので、家計の生活水準は低くなる。
- ⇒豊かな衣食住の生活が難しくなり、子どもの教育に十分な費用をかけられない。また最初に戻り、連鎖が繰り返され、貧困や格差は再生産されていく。

図表 12: 貧困・格差の連鎖・固定化



(出所) 経済産業省「不安な個人、立ちすくむ国家」(平成 29 年 5 月)

加えて、以上のプロセスでは、健康面の悪化も生じる。それがまた雇用や教育において不利に働く。健康状態の悪化は雇用面では失業や非正規労働につながり、教育面では学業継続の困難や進学断念等を招き、「格差」を強めることになる。

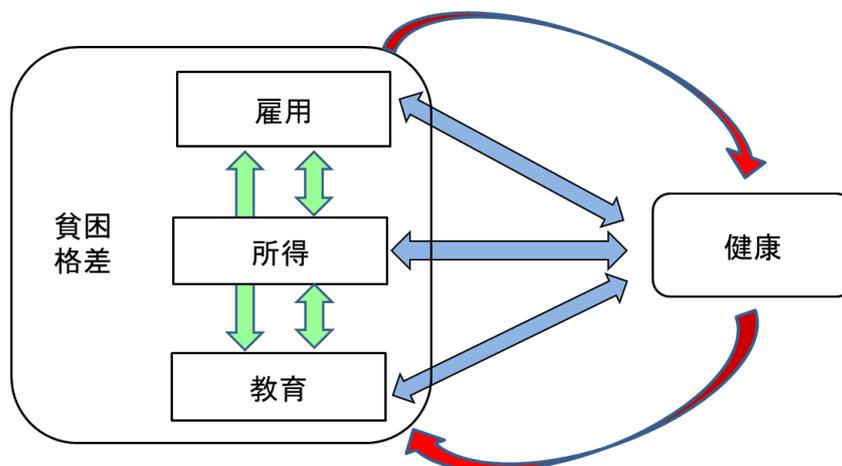
社会経済的要因と健康との関係性は、社会経済的要因から健康への一方向ではなく、双方向で、健康は、社会経済状態の「結果」であるが、「原因」でもある。

繰り返しになるが、ここで問題なのは、貧困や格差が当該世代内においてだけでなく、次世代の貧困や格差を生んで、それが固定化していくことである。

「子どもの貧困」問題がなぜ社会にとって重要なのかは、一つにはここで考察したような、世代を超えた連鎖・固定化の問題につながるからである。

後で詳しく見るように、子ども時代の貧困や格差は、その子の健康を損ねるだけでなく、成長後の人生においても、悪い影響を及ぼすことが明らかになっており、個人にとっても、社会にとっても大きな問題なのである。

図表 13: 貧困・格差と健康の相互連関



(出所) 筆者作成

※相関関係が確認されても、因果関係について明確に特定することは難しい面があるが、社会経済的要因の健康への影響プロセスについては、内外の膨大な実証研究や科学的知見により、多くの場合でエビデンス（科学的根拠）が確認されつつある。

### 3. 社会経済的要因と健康の関係についての整理(理論面)

ここでは、社会経済的要因と健康の関係についての理論的考察を整理する。

社会経済的な「格差」と健康との関係性に関しては、膨大な実証研究等によって様々なエビデンスが確認されるとともに、理論的な裏付けが進みつつある。

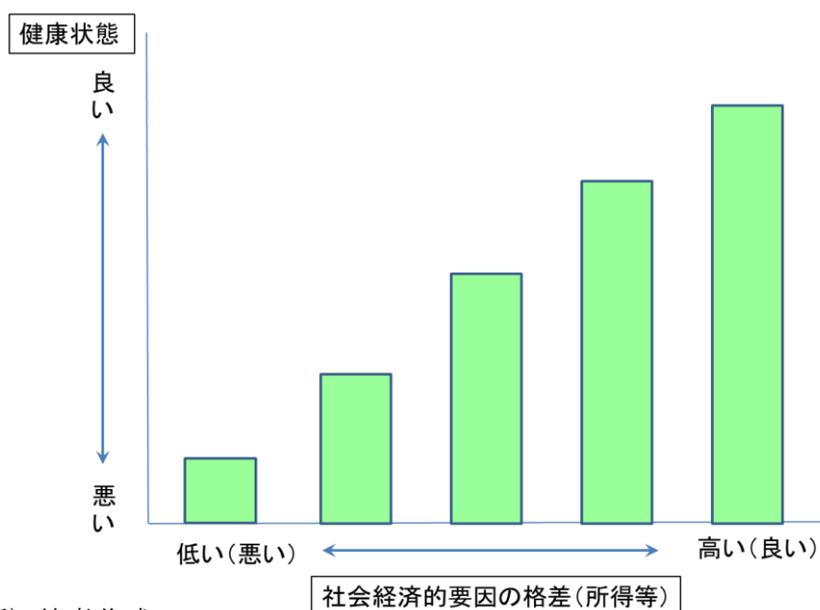
#### 3-1. 「格差」と健康の関係性の発見

この点に関しては、M. マーモット氏（前世界医師会長）のホワイトホール研究等の一連の先駆的研究がある。

ホワイトホール研究は、英国の国家公務員の階層と健康に関する一連の分析<sup>3</sup>、男性 40 ～64 歳の事務補助職の死亡率が管理職の 4 倍であること等を見い出して、研究を重ねた結果、社会的地位が下層の者ほど、健康状態が悪いことがわかり、研究の結果、格差によるストレス等の社会経済的要因による面が大きいと考えられ、健康にも社会格差の影響によって格差が生じていることが指摘された。

こうした調査研究の積み重ねを踏まえ、世界保健機関（WHO）は、1998 年に「健康の社会的決定要因—確固たる事実（solid facts）」と題した報告を出し、2008 年には、健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書を公表している。

図表 14: 社会経済的な「格差」と「健康格差」の関係性(イメージ)



(出所) 筆者作成

### 3-2. 「格差仮説」

「格差」と健康との関係について留意すべきは、貧困は当該個人の状態が第一義的に問題となるが、「格差」は社会全体における資源の配分状況（偏在等）が問題となり、社会の全ての人々が「格差」からの影響を直接・間接に受ける、と考えられる点である。

この点に関して、格差の存在が社会全体の健康状態を悪化させるという「格差仮説」がある<sup>4</sup>。

この仮説は、実証分析等において常に支持されているわけではないが、先進国も含めて、社会経済的な格差が社会全体にマイナスの影響をもたらすメカニズムを説明する有力な考え方である。

#### （「格差仮説」の内容）

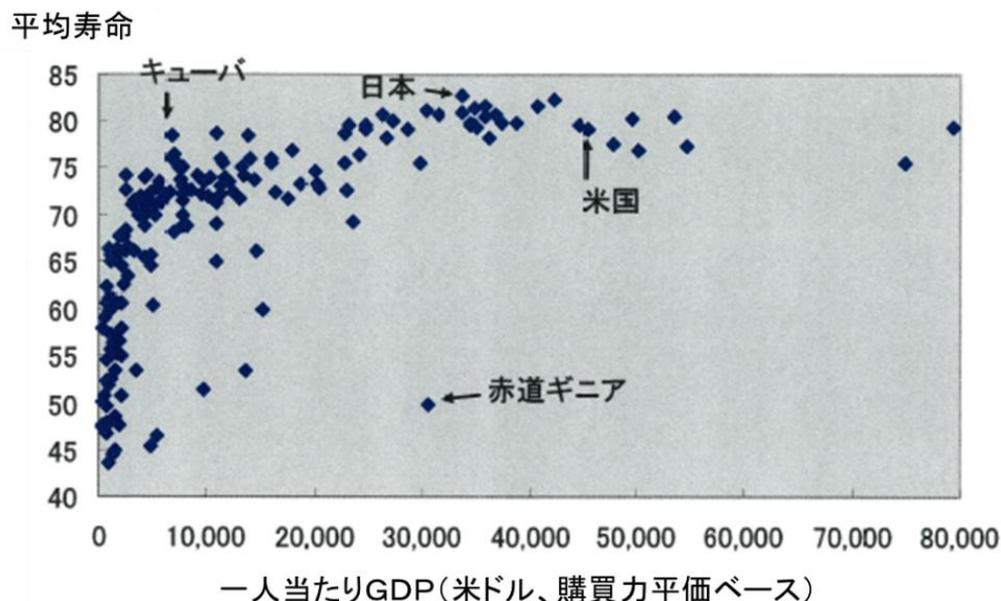
基本的に、所得と健康の関係は、所得が低い水準から徐々に高くなっていけば、健康状況も良くなっていく。

しかし、その改善度合いは、所得が低いうちは大幅なものであるが、ある程度以上に高くなると、そこから先は改善度合いが小さくなっていき、次第に頭打ちとなることが、実証データから確認されている。

例えば、マクロデータで、世界各国の平均寿命（健康の変数）と一人当たりGDP（所得の変数）の関係をしてみると、一人当たりGDPが数千ドルから1万ドル付近までは平均寿命の改善度は大きいですが、それを超えてくると改善度は小さくなり、3万ドルを超えるような先進諸国では、平均寿命は頭打ち傾向となっていることが見て取れる（次頁図表15）。

こうしたことから、健康に影響するのは、絶対的な所得水準の高さだけではなく、社会の所得分布における相対的な差やその他の社会経済的要因によるも部分も大きいと考えられるのである。

図表 15: 一人当たりGDPと平均寿命の関係



(出所) 健康と経済・経営を関連付ける視点：河野敏鑑（富士通総研レポート 2010年4月）  
原データ：国連開発計画 Human Development Report 2009

今、所得の平均値が同じで、分布の幅が大きい社会Aと小さい社会Bを考えると、社会の平均的健康レベル（平均寿命）は、社会AよりもBの方が良いレベルにある。

これは、個人レベルでの所得格差が大きい社会は社会全体の平均的健康レベルが低くなる、という統計的知見を示している。

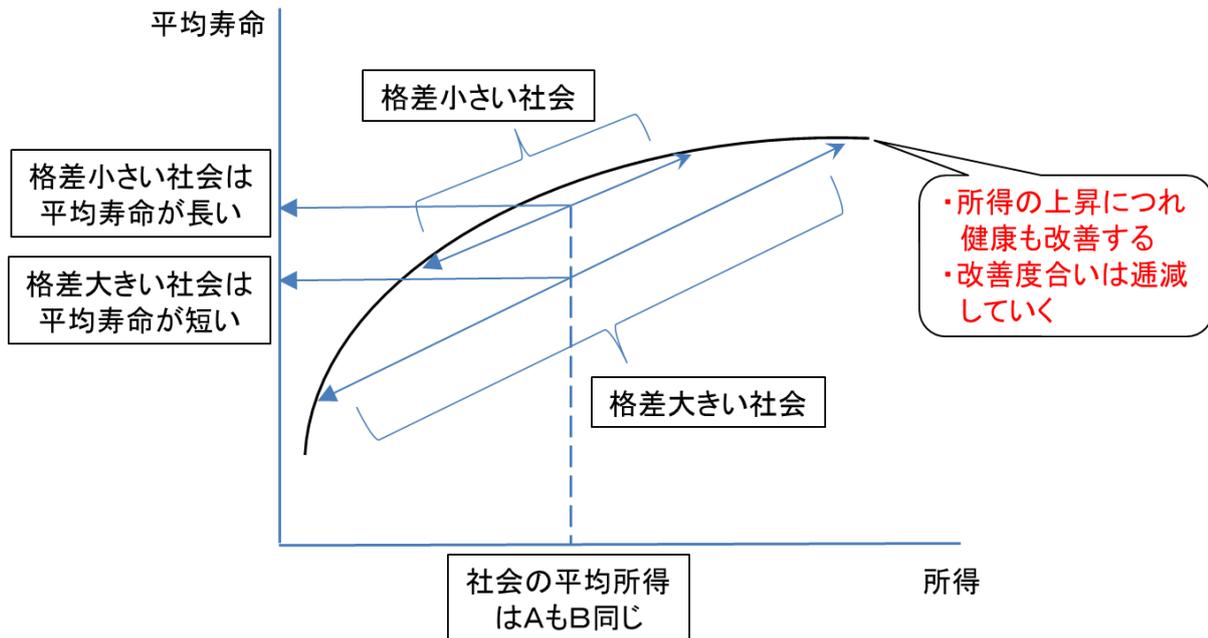
さらに、「格差仮説」では、格差の存在が社会経済環境の悪化を引き起こし、社会の効率を低下させ、社会的コストを増大させるとともに、社会を構成する人々全ての健康を悪化させると考えることである。

このメカニズムをグラフで考えると、所得と健康（ここでは平均寿命）の関係曲線が悪化方向へシフトすることを意味する。

つまり、「格差仮説」では所得の向上による健康の改善効果そのものが低下すると考えるのである

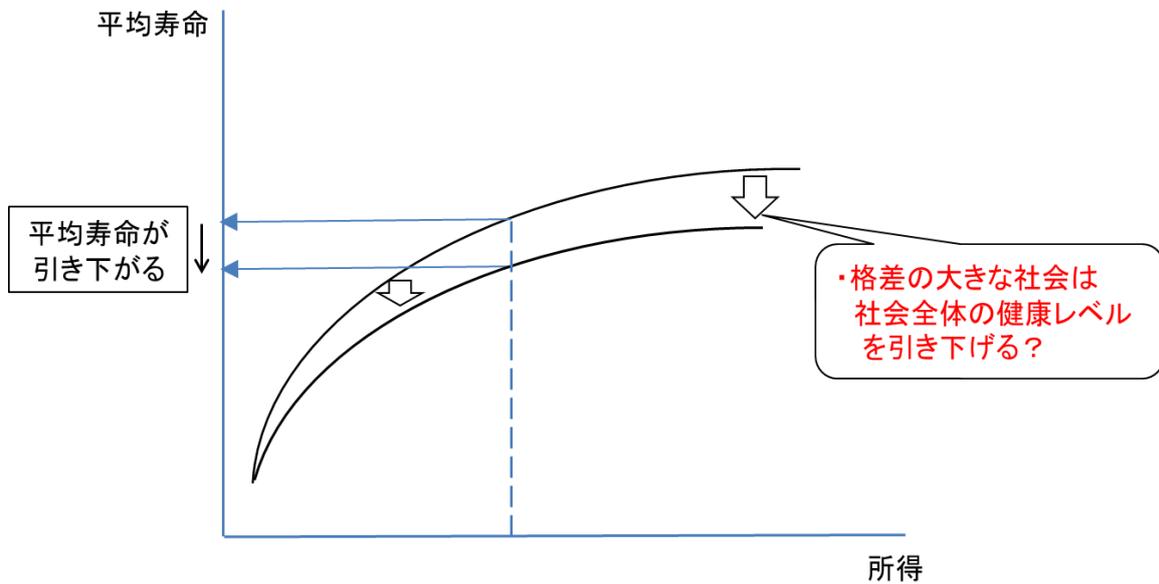
ただし、「格差仮説」には異論や否定的見解もあり、今後のさらなる実証研究や理論的考察の深化が期待される。

図表 16: 社会の所得分布と健康の関係その1(イメージ)



(出所) 筆者作成

図表 17: 社会の所得分布と健康の関係その2(イメージ)



(出所) 筆者作成

### 3-3. 「格差」が社会全体の健康を悪化させるメカニズム

社会経済的な格差が社会全体の健康を悪化させるメカニズムについては、主に次のものが指摘されている。

#### ① 所得再分配政策の機能低下

社会経済的な格差が拡大すると、政治的影響力の強い富裕層は社会保障の拡大に抵抗しがちである。

富裕層中心に、自身達の権益や権利保護のために、本来なら生産や投資に使われるべき資本が投入され、費消されるため、結果として経済の効率が低下し、再分配政策が進まず、政策の効果が減少する。

これは、本来なら再分配政策の恩恵を大きく受ける人々の健康に特に大きく影響し、さらに社会全体の健康レベルを悪化させる。

このメカニズムの程度はその社会の民主主義の水準と関係していると思われる。

#### ② 社会「連帯」の低下

格差によって異なる利害を持った人々が増え、相互の信頼や協調が失われ、協力関係が劣化する。また、社会的排除が生じる。これが人々の健全な生活を妨げ、健康を悪化させると指摘されている（後の章でエビデンス等を確認する）。

#### （ソーシャル・キャピタル）

この論点に関連し、健康へ影響を与える社会経済的要因として、近年、社会関係における「ソーシャル・キャピタル」が注目されている。

「ソーシャル・キャピタル」は社会関係資本とも呼ばれ、地域等の社会集団内に存在する信頼、相互扶助、結束力、互酬性等を意味する。

健康格差に関して、個人の遺伝的特性や生活行動、社会階層等に関する因子を調整しても、なお存在する差異を説明する要因として、近年、注目されている。

集団や近隣でのフォーマル／インフォーマルなつながりといった構造的側面や、サポートや社会的凝集性（信頼・互酬性等）等の認知的側面について分析するが、明確な尺度や評価が難しいという指摘もある。

※日本における尺度に関しては、北里大学医学部助教江口尚氏（武見フェロー）による日本版スケールの開発等が行われている。

### ③ 相対的剥奪感

相対的剥奪感という考え方の土台は、他者比較による相対的な劣位の認識等から、心理的影響（ストレス等）が生じ、それが健康を損ねるというものである。

慢性的ストレスは、ホルモン分泌や自律神経のバランスを崩し、病気のリスクを上げる。近年では脳の構造や機能を変えることもわかっている。

例えば、我が国で高齢者約 16,000 人を約 4 年間追跡調査した研究によると、自分と同じ性・年齢階級・居住市町村の人たちの平均所得と、自分の所得との間に感じる差が 1 単位増えると、男性の死亡リスクは 1.2 倍高まっていた。

周囲の人との所得の格差を気に病み、そのストレスが健康に影響したと考えられる<sup>5</sup>。

この相対的剥奪感は、他者と相対的な優劣比較から来るものなので、富裕層の中でも生じ得る点がポイントである。

これについて、例えば、最も分かり易い所得の例で考えてみる。

社会集団の所得に関して、次のような 2 つの状況があったとする。

|        |         |    |      |         |
|--------|---------|----|------|---------|
| A : 自分 | 1000 万円 | ←→ | 集団平均 | 2000 万円 |
| B : 自分 | 600 万円  | ←→ | 集団平均 | 300 万円  |

ここで、社会集団 A と B のどちらで生活する方が良いかを問うと、多くの人は **B** を選ぶ。

なぜなら、社会集団の中で、他人との比較において、自分は豊かでないという劣等な認識はストレスとなり、主観的健康感を低下させるからである。主観的健康感の低下は現実の健康を悪化させることが知られている。

格差の存在が下層の人々の健康にだけ影響するのではなく、社会全体の健康に影響するという考え方とメカニズムは「**相対的剥奪仮説**」と呼ばれている。

近年、社会経済的な格差が人々の健康に影響することを説明する上での重要なポイントになっている。

### 3-4. 健康に関する主な社会経済的要因の整理

社会経済的な要因として、格差を生み、健康に影響するものについて、内外の実証研究や理論的知見等で確認されている主なものは、次のとおりである。

#### (1)社会階層

所得や職業、学歴等によって、個人は社会の中で序列づけられ、社会の重層的構造を形成するが、それは社会階層と呼ばれる。

これらの社会階層は、より基本的な社会経済的要因として、健康に作用し、健康格差を生じさせる。

また、先にも見たように、各々独立した影響を及ぼすのではなく、相互に関係しあっており、健康とも双方向での影響がある。

#### ○所得階層

所得は、基本的な社会経済的要因であり、生活水準や内容を左右する。

個人でみた場合、所得階層が低いほど、平均寿命は短くなり、疾病リスクが上昇する傾向がある。観察データとしては、年間所得等がある。

#### ○職業階層

職業は、所得を得る手段であるとともに、人生の主要な構成要素である。

多くの場合、職業は社会的地位とほぼ同義で、人は仕事を通じて、社会的役割とアイデンティティを確認している。失業は所得とともに社会的役割や関係性も失うことで、心身に高ストレスを与え、健康を悪化させることが知られている。

雇用形態や労働条件、労働環境、職業性ストレス等は健康に影響する。

観察データとしては、労働時間、非正規雇用か正規雇用か、等がある。

#### ○教育階層

教育は、職業や社会的地位の高低に影響し、健康への意識水準や行動のあり方を左右する。

学歴や知識程度、認知・非認知能力の高低等による健康への影響が考えられる。

観察データとしては、大学進学の有無、学力テスト成績等がある。

## (2)媒介因子

社会階層と健康をつなぐ媒介因子として、健康により直接的に影響するものに、次のようなものがある。

これらは、社会階層やその他の要因によっても異なった程度や内容となって、健康に影響し、「健康格差」をもたらすと考えられる。

### ○生活習慣・生活様式

食生活、運動、飲酒、喫煙の大小等による影響が考えられる。

観察データとしては、栄養内容、運動量、喫煙率等がある。

### ○居住・生活環境

住居の構造・設備、居住環境の良し悪し、都市構造等による影響が考えられる。

観察データとしては、家の広さ、公園・健康関連施設の有無等がある。

### ○人間関係、社会関係

健康的で幸福な生活の形成で人間関係は大いに影響する。例えば、家族関係、社会的なネットワーク等による健康への影響が考えられる。

また、社会関係においては、ソーシャル・キャピタルの影響も指摘できる。

観察データとしては、家族構成、人的つながりの程度（友人数）等がある。

### ○ストレス

ストレスは様々な経路で生じる、例えば、所得格差や職業格差等からのストレス、人間関係のストレス等がある。相対的剥奪感によるストレスも大きい。

観察データとしては、ストレス度等があるが、数値的な評価は難しい面がある。

### ○胎児期から幼少児期の成育環境

家庭環境、特に胎児から幼少児期の環境はその後の人生の健康に影響すると考えられる。そして、貧困や格差の連鎖・再生産に大きく関連する。

観察データとしては、新生児体重、保育園通園率等がある。

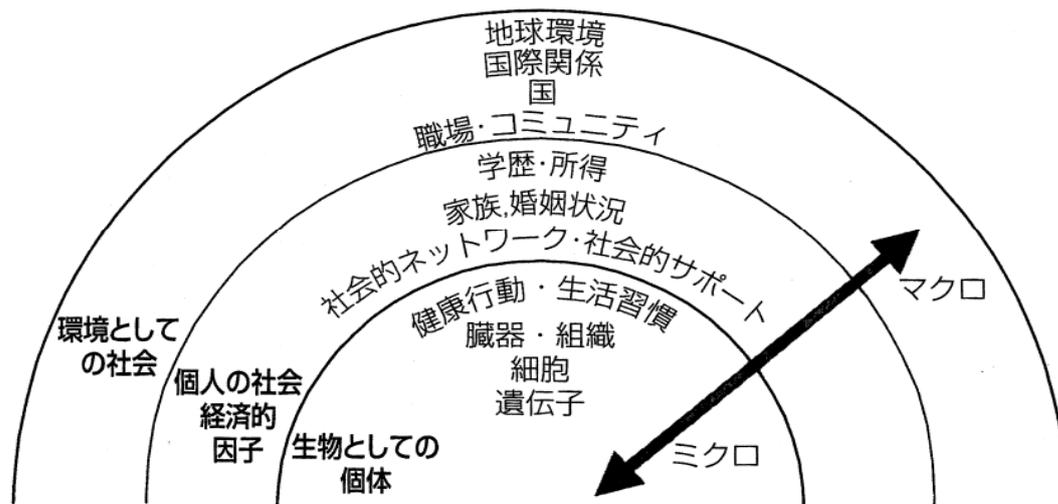
### ○保健医療のアクセスビリティ

保健医療の制度や政策へのアクセスビリティは健康の重要な要因である。

観察データとしては、医療保険のカバレッジ、受診率等がある。

上記の社会経済的要因は、健康に影響する因子として重層的に関連しあっている。すなわち、健康に対して、個人の身体的要素（遺伝を含む）から、生活行動・生活様式、住環境、雇用、教育、そして、地域環境や社会制度というように、重層的に広がっている。

図表 18: 健康に影響する社会経済的要因の重層的構造



(出所) 『健康格差社会』 近藤克則 (2005年)

#### 4. 社会経済的要因と健康の関係についての整理(エビデンス確認)

ここでは、主な社会経済的要因と健康の関係について、内外で確認されたエビデンス等を概観し、政策対応につなげる観点から問題点を把握する。

##### 4-1. 所得階層と健康の関係

社会全体として見た時、所得格差が大きい国ほど、国全体としての健康レベルは低くなることが指摘されている。

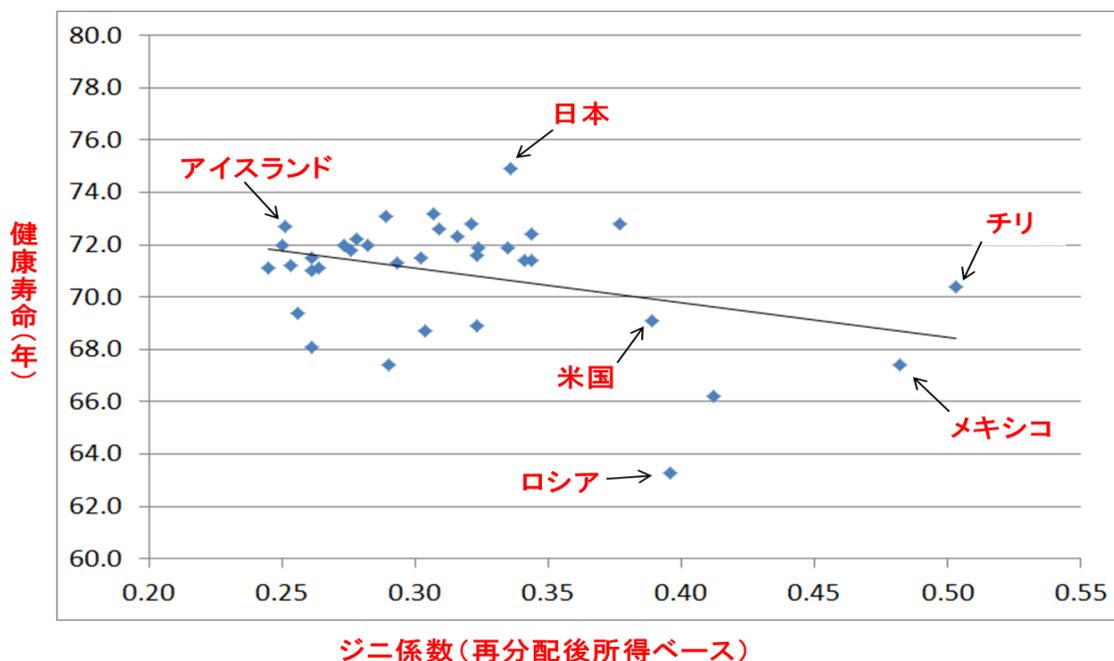
例えば、ジニ係数が大きい国ほど、死亡率が高く、健康寿命も短い傾向がある。

社会における所得の不平等の程度がOECD加盟国の平均寿命のバラツキ度の約4分の3を説明するという研究結果もある<sup>6</sup>。

所得格差の縮小には、社会保障や税の所得再分配機能の有効性を強めることが望まれる。特に我が国は、税の再配分機能が相対的に弱いことが問題点である。

これについては、負の所得税のアイデアを元にした所得税税額控除制度や資産課税の強化等が言われている。しかし、その実現には十分な議論が必要である。

図表 19: ジニ係数と健康寿命



(出所) WHO World Health Statistics 2016、OECD HealthCare Data 2015

## ○実証研究等の確認

アメリカでは、所得が最も少ない層の死亡率は、最も裕福な層の4倍になっている<sup>7</sup>。

我が国でも、低所得者は高所得者より死亡リスクが2倍近く高いという研究報告がある<sup>5</sup>。

所得と生活習慣を引き起こすリスク因子の関係では、所得が低いほど、リスク因子の値が悪い傾向にあることが知られている。

そこには、教育の低さ、劣等な労働状況、貧しい住環境等が相互に影響していると考えられる。

例えば、厚生労働省「国民健康・栄養調査」の結果等による分析では、肥満者割合は世帯所得600万円以上に比べ200万円未満で有意に高く、また、家計支出が多いほど、多くの栄養素について厚生労働省による「日本人の食事摂取基準」の推奨量を摂っている人の割合が高い<sup>8</sup>。

健康診断の未受診者割合は、低所得世帯ほど高くなる傾向がある。

これは受診に係る費用負担が影響していると考えられる。

また、所得格差の大きい地域に住んでいる人には不健康な人が多いことが、海外の研究で分かっている。

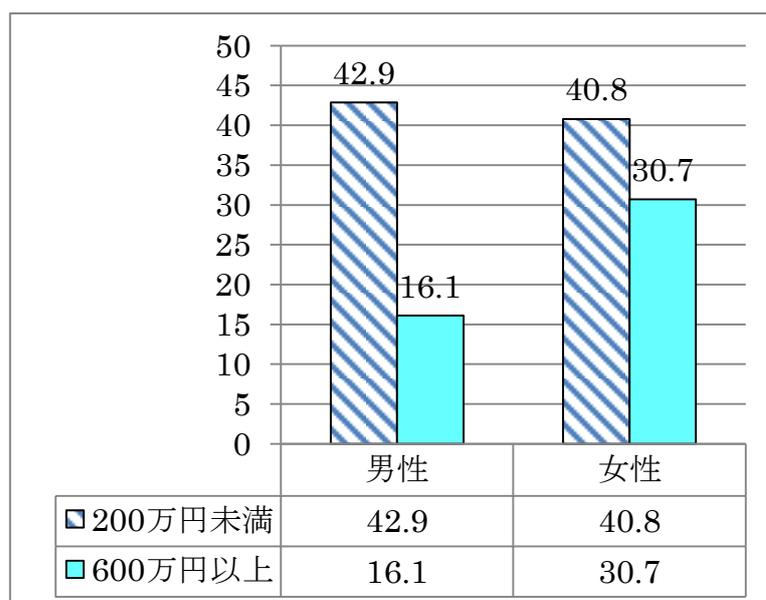
我が国でも、所得格差の大きい都道府県ほど、住民の主観的健康感と幸福感が低いことが確認されている<sup>9</sup>。

図表 20: 所得と生活習慣等に関する状況 (20 歳以上)

|     |                         | 世帯所得         |                 |              |
|-----|-------------------------|--------------|-----------------|--------------|
|     |                         | 200万円未満      | 200万円以上～600万円未満 | 600万円以上      |
|     |                         | 割合または平均      |                 |              |
| 体型  | 1. 肥満者の割合(男性)           | 31.5%        | 30.2%           | 30.7%        |
|     | (女性)                    | 25.6%        | 21.0%           | 13.2%        |
|     | 2. 習慣的な朝食欠食者の割合(男性)     | 20.7%        | 18.6%           | 15.1%        |
|     | (女性)                    | 17.6%        | 11.7%           | 10.5%        |
| 食生活 | 3. 野菜摂取量(男性)            | <b>256g</b>  | <b>276g</b>     | <b>293g</b>  |
|     | (女性)                    | <b>270g</b>  | <b>278g</b>     | <b>305g</b>  |
|     | 4. 食塩摂取量(男性)            | <b>10.9g</b> | <b>11.7g</b>    | <b>11.4g</b> |
|     | (女性)                    | <b>9.6g</b>  | <b>10.0g</b>    | <b>10.1g</b> |
| 運動  | 4. 運動習慣のない者の割合(男性)      | 70.6%        | 63.7%           | 62.5%        |
|     | (女性)                    | 72.9%        | 72.1%           | 67.7%        |
| たばこ | 5. 現在習慣的に喫煙している者の割合(男性) | 37.3%        | 33.6%           | 27.0%        |
|     | (女性)                    | 11.7%        | 8.8%            | 6.4%         |
| 飲酒  | 6. 飲酒習慣者の割合(男性)         | 32.6%        | 36.6%           | 40.0%        |
|     | (女性)                    | 7.2%         | 6.4%            | 8.0%         |
| 睡眠  | 7. 睡眠の質が悪い者の割合(男性)      | 11.1%        | 11.8%           | 10.8%        |
|     | (女性)                    | 15.9%        | 15.4%           | 11.4%        |

(出所) 厚生労働省「国民健康・栄養調査(平成 26 年)」

図表 21: 世帯収入別の健康診断の未受診者割合



(出所) 厚生労働省「国民健康・栄養調査(平成 26 年)」

## 4-2. 職業階層と健康の関係

職業の内容に関する要素は様々であり、その要素における差異によって、健康に与える影響も異なったものとなる。

- ・ 仕事内容

屋外か屋内か、事務か肉体労働か、作業環境の危険度等が健康に影響する。  
労働時間の長さも重要である。

- ・ 雇用形態

正規雇用、非正規雇用、自営業に分けられるが、非正規は正規雇用に比べて、賃金が低く、雇用が不安定で、社会保険など様々な面で不利な立場にある。

- ・ 企業規模

大企業と中小企業は、賃金のみならず、福利厚生面でも格差がある。

- ・ 役職

役職が高くなるほど権限や裁量が増し、仕事をコントロールできるようになり、ストレスが低くなると考えられている。

### ○職業性ストレス

近年、健康格差の発生に、職業性ストレスや人間関係が重要な要因として指摘されている。慢性的なストレスは様々な疾病のリスクを引き上げるため、職場でのストレスが大きい人の健康度は悪くなる傾向があると考えられる。

### ○職業と健康の双方向性

職業から健康への影響だけでなく、健康から職業へ及ぼす影響も大きい。

健康状態が良ければ、良い成果を挙げて高い社会的地位を得ることができるが、健康状態が悪いとその逆となる。例えば、健康状態の悪化によって賃金率が有意に減少するとの分析結果がある<sup>10</sup>。

また、人生の初職がその後の職業キャリアに影響することが分かっており、職業と健康を考える上では、初職からの職業キャリアの累積的影響も重要な要素となる。

## ○実証研究等の確認

職業階層の序列による健康への影響については、ホワイトホール研究以外にも、欧米では、職業階層の下位者に不健康が多いことが多々報告されている。

例えば、英国のブラックレポートでは、男性非熟練労働者の死亡率は男性専門職の2倍であった。

我が国では、職業階層の序列による明確な「健康格差」は確認されていないが、事務職は管理職よりも主観的健康度が約2.6倍悪いとの報告がある<sup>11</sup>。

近年の我が国特有の現象として、管理職・専門職の死亡率の上昇が見られる。

これには、バブル崩壊以降、管理職・専門職の仕事量の増加やストレス等が影響していると考えられている。

職業性ストレスについては、ブルーカラーと非管理職の男性において、ストレスが大きい男性は小さい男性に比べて、脳血管障害のリスクが約3倍高く、ストレスの大きい女性管理職は小さい女性管理職に比べ、同リスクが約5倍高い結果が得られている<sup>12</sup>。

職業性ストレスによる労働者の健康への影響に関しては、雇用環境が大きく変化している中で、しっかりモニターしていく必要がある。

雇用形態の違いの影響については、「国民生活基礎調査」等から、非正規雇用は正規雇用に比べ、喫煙が多く、健康診断の未受診率も高いことが分かっている。

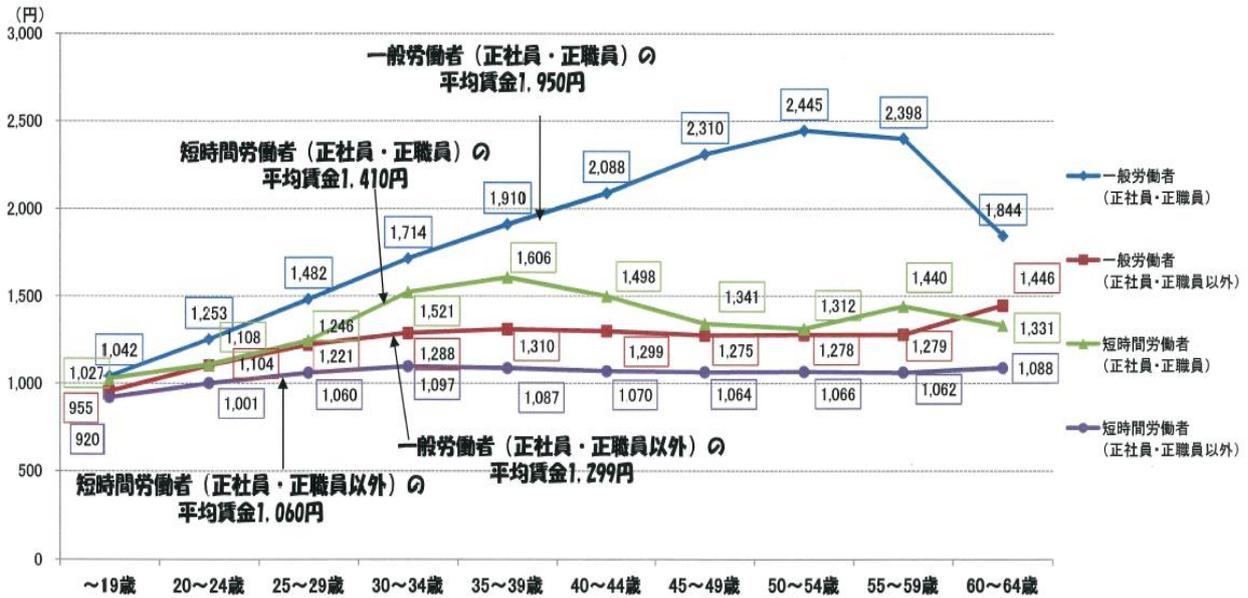
男性ではパートタイマー、女性では派遣・契約社員が最も高い割合で心理的ストレスを感じていたという実証研究の報告もある<sup>13</sup>。

現在、労働者全体の約35%、1,800万人超が非正規雇用であり、非正規労働者の健康問題は社会全体にとっても大きな問題である。

職場における健康対策においても、非正規対策を重視する必要がある。

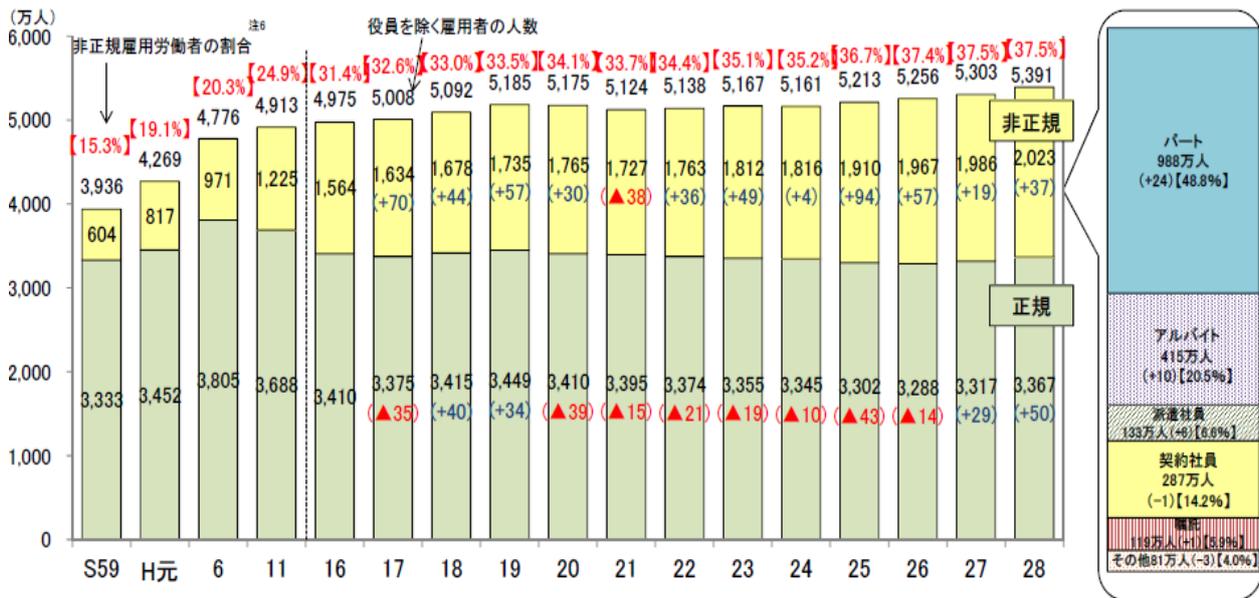
また、正規雇用労働者への過度な仕事と責任の集中を防ぐことが、働く人の健康を向上させる上で重要である。

図表 22: 正規雇用と非正規雇用の賃金カーブ格差(時給換算ベース)



(出所) 厚生労働省資料

図表 23: 正規雇用と非正規雇用者数の推移



(資料出所) 平成11年までは総務省「労働力調査(特別調査)」(2月調査)長期時系列表9、平成16年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」(年平均)長期時系列表10

(出所) 厚生労働省資料

### 4-3. 教育階層と健康の関係

教育と健康の関係に関しては、学歴や知識程度、認知・非認知能力の高低等による健康への意識や行動への影響が考えられる。

また、教育の程度（学歴等）が職業や社会的地位の高低、所得等に影響することを通して、健康に影響を及ぼす。

教育格差の縮小については、奨学金制度が拡充され（給付型奨学金の導入等）、足元では、子どもの保険や大学無償化の導入に向けた政策の検討が進められている。しかし、そこには財源の確保問題がハードルとして横たわっている。

#### ○実証研究等の確認

内外の研究では、一般に低学歴者は死亡率が高く、循環器疾患危険因子が多く、健康感が低いということが明らかになっている。

我が国では、父親の学歴が低く、住んでいる都道府県の所得格差が大きいと、低体重での出生となる傾向があるとの報告もある<sup>14</sup>。

学歴と健康のリスク因子となる生活習慣との関係も確認されている。

例えば、高齢者約 580 人を分析した分析では学歴が高いと食品摂取のバランスがよいことが報告されている<sup>15</sup>。

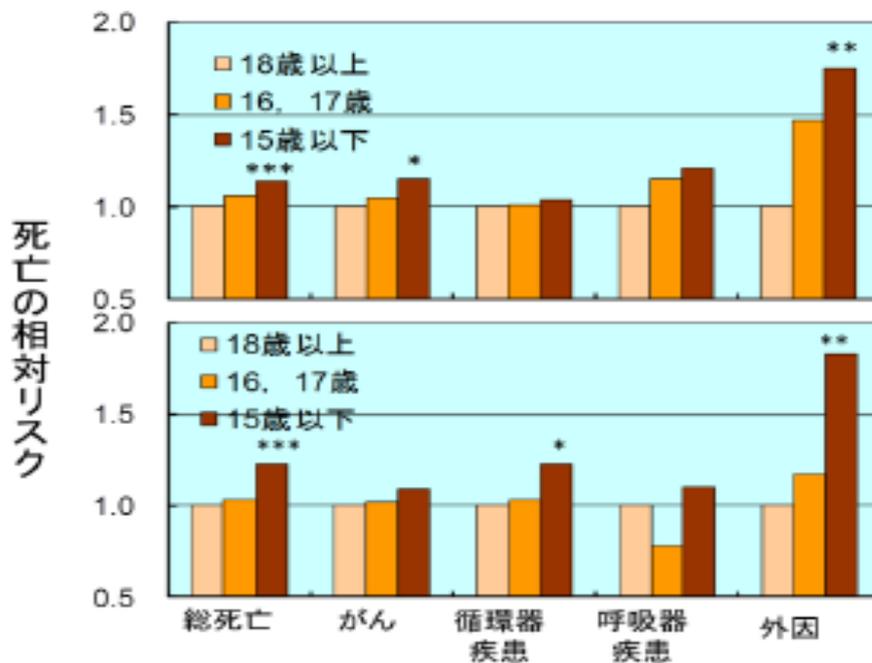
また、学歴が高いほど運動する習慣を持っている<sup>16</sup>等の実証研究がある。

一般に、高学歴の人は健康に関する知識が豊かで、意識や行動の水準が高いと言える。

さらに、保健医療へのアクセスの点では、教育年数の短い人たちは、病院での受診を控える傾向や健康診断を受けない傾向があることが明らかになっている（内閣府 2006 年「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」）。

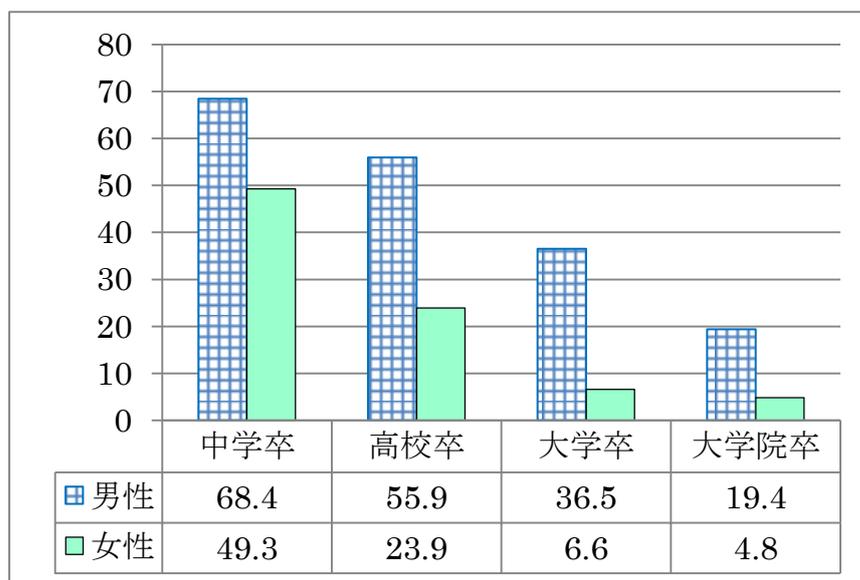
これは、健康への意識や行動の不十分さの問題とともに、低学歴の人は職業や所得の点でも不利な状況にあることが多いので、それらの要因が複合的に作用していると考えられる。

図表 24: 我が国における最終学歴と死亡との関係



(出所) 「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」2011年9月日本学術会議

図表 25: 学歴別・性別の喫煙率(2010年国民生活基礎調査)



(出所) 「社会的要因を含む生活習慣病リスク要因の解明を目指した国民代表集団の大規模コホート研究 2010年」をもとに筆者作成

#### 4-4. 生活習慣と健康の関係

一般に、社会階層が低いほど健康に悪い生活習慣を持っている。

生活習慣には、個人の健康に関する知識や意識等に加えて、家族の生活習慣、所属する集団・コミュニティの規範等も影響を与えている。

生活習慣の格差は、肥満、糖尿病、高血圧等の発症リスクを高め、最終的にがん、脳血管疾患、心臓病等の罹患や死亡につながる。

##### ○実証研究等の確認

生活習慣と健康の関係性は、内外の多くの調査研究等で、所得、教育、職業等の社会階層との関連が明らかにされており、我が国でも、社会階層が低い人に、喫煙率が高く、運動習慣が少なく、不適切な栄養摂取などの不健康な生活習慣が多いことが、「国民生活基礎調査」やその他の実証研究で報告されている。

例えば、喫煙については、所得が低いほど、教育年数が低いほど、そして、勤務する事業所の規模が小さいほど、喫煙率が高い。

また、世帯の所得や学歴が高いほど、栄養所要量をバランス良く摂取している。

生活習慣に対しては、保健医療的な観点から、これまでに様々な対策が打ち出されてきており、目下、それらの実効性が問われている状況と言える。

##### (病気は社会経済的要因にも影響される)

改めてここで確認しておきたいことは、健康状態に関して、統計学的手法で生活習慣等の影響を取り除いても、「健康格差」が依然として残るということである。

生活習慣は、社会階層による健康格差の2～3割しか説明できないという研究報告もある<sup>17</sup>。

病気に係る個人の遺伝的要素や生活習慣以外の要因についての社会疫学的な調査研究が進み、所得や職業等の社会経済環境の影響が重要な要因として、クローズアップされてきた経緯がある。

その結果、近年では、格差仮説や相対的剥奪感、ソーシャル・キャピタル等の考え方や概念が、「健康格差」を説明する上で重要視されてきているのである。

#### 4-5. 居住環境(住居)と健康の関係

居住環境(住居)も健康に大きく影響する。

建材等の物理的・化学的状況、住居の設計構造、設備やユーティリティ(水道、電気等)の水準等が健康へのリスク要因として挙げられる。

さらには、居住地域の物理的・化学的環境、街区のあり方や都市の構造等による健康への影響も重要である。

##### ○実証研究等の確認

建材等から出る化学物質が原因と考えられる健康被害や疾病には、多くの化学的実証研究等がある。

例えば、合板や壁紙の接着剤等から出るホルムアルデヒドは、実証テスト等から、米国EPAの発ガン性評価では「ヒトに対して発ガン性を証明する限られたデータがある物質」に、IARCでは「発ガン性の可能性が高い物質」に指定されている。

建物に断熱材・絶縁材等として使用されていたアスベストも、塵肺、肺線維症、肺癌、悪性中皮腫等との関係が、実証分析等から確認されている。

それらのエビデンス等を踏まえ、法令によって有害物質の使用等が禁止されたり、制限されたり、建物も構造や設備の規制が強化されたりしている。

我が国でも、建築基準法等で、有害物質の放散量の濃度基準がきびしく規定され、一定面積以上の使用が制限されるとともに、住宅への換気装置の設置等も義務付けられている。また、化学物質の表示が住宅品質確保促進法の項目に加えられている。

しかし、様々な化学物質の有害性の程度がすべて明確にされているわけではなく、この点も含めて更なる研究成果が求められている。

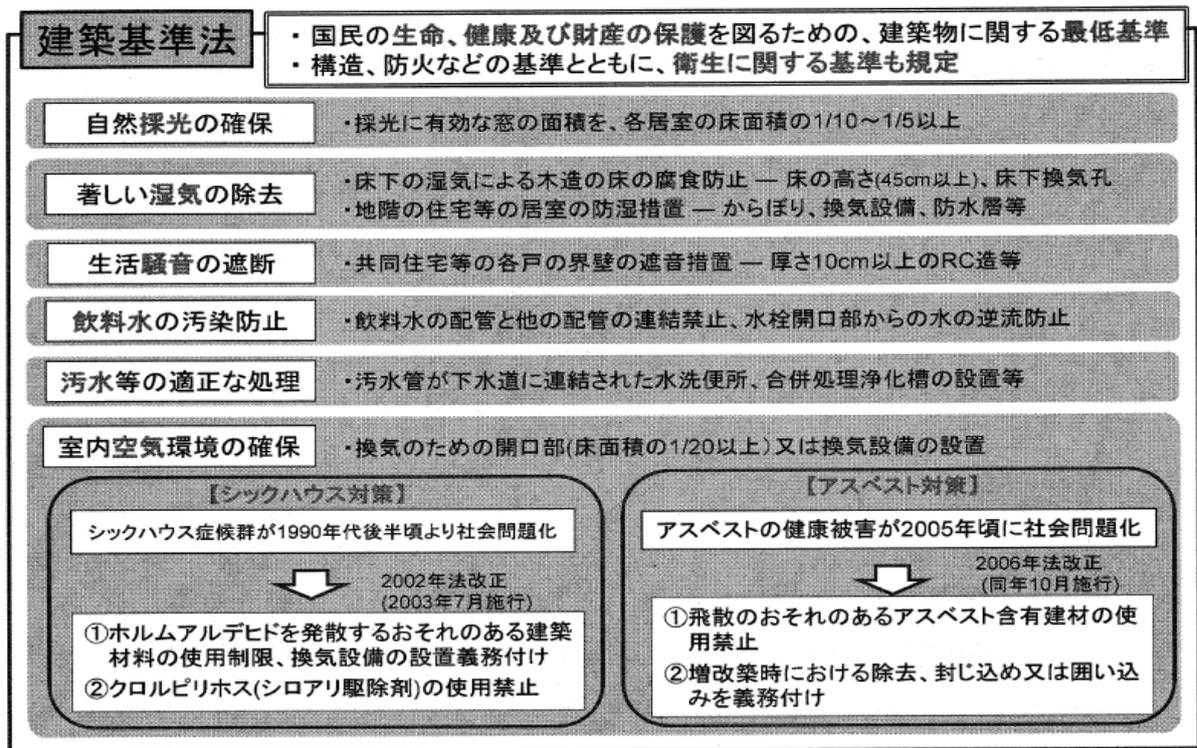
住宅の断熱性・気密性と心疾患、脳血管疾患との関係も明らかにされている。

例えば、我が国では、住宅内での死亡者数と季節変動には明確な関係があり、室温の高さがリスク因子である高血圧の程度に影響している。

また、地域別に見ると、北海道等の高断熱住宅の普及地域で冬の死亡増加率が低くなっている<sup>18</sup>。

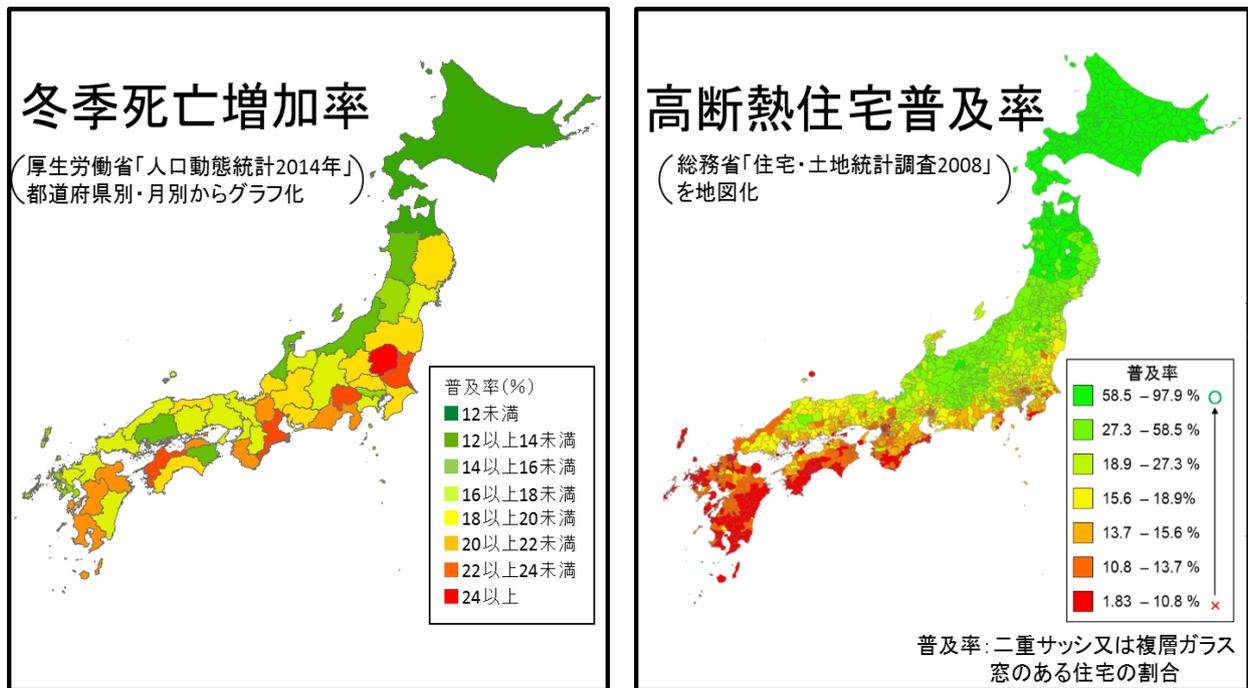
こうしたことから、住宅の断熱性の改善により循環器疾患の発生を予防できる可能性が指摘されている。

図表 26: 建築基準法における保健衛生基準



(出所) 国土交通省資料

図表 27: 冬季死亡増加率と高断熱住宅普及率の関係



(出所) 村上周三東京大学名誉教授 (健康・省エネ住宅を推進する国民会議会長、建築環境・省エネルギー機構理事長)『健康・省エネ住宅の推進』2016年12月(日本医師会での講演資料)

#### 4-6. 人間関係、社会関係と健康の関係

人間関係は、健康的で幸福な生活の形成において、少なからぬ影響をもたらすことが分かっている。

一般に、職業・学歴等の社会階層が高い人ほど人間関係が豊かで、友人や仕事仲間が多い傾向がある。

人間関係のネットワークが小さいと、他者からのサポートが少なくなるなどの要因で、健康状態が悪くなると考えられている。

また、社会関係について「ソーシャル・キャピタル」が近年、注目されているが、地域や職場等のコミュニティの信頼感等と健康の関係に関して、それを肯定する実証結果が得られている。

この領域に関しては、さらなる実証研究の蓄積等によるエビデンスの確固たる構築が必要である。

##### ○実証研究等の確認

人間関係が豊かな人は死亡率が低いとの実証研究の結果がある<sup>19</sup>。

我が国でも、例えば、高齢者の約4年間追跡調査で、友達との交流が少ない人は死亡リスクが高いとの報告がある<sup>20</sup>。

「ソーシャル・キャピタル」が豊かな地域は、主観的健康感が良好で<sup>21</sup>、死亡率が低く<sup>22</sup>、精神病の有病率も低く<sup>23</sup>、また、犯罪率も低いこと<sup>24</sup>等が明らかになっている。

逆に、格差の大きい社会では、信頼感が低下し、ソーシャル・キャピタルも損なわれ、社会経済の効率が落ち、犯罪も増えることが指摘されている<sup>25</sup>。

近年、我が国でも、「ソーシャル・キャピタル」が豊かな地域に住んでいる者ほど身体的・精神的な健康状態が良好である、という実証研究の結果が報告されている<sup>26, 27, 28</sup>。

#### 4-7. 保健医療のアクセシビリティと健康の関係

保健医療の制度や政策へのアクセシビリティが、人々の健康の維持向上に果たす役割は大きい。

戦後、我が国が世界に冠たる長寿国（2016年は男女とも香港に次ぎ第2位、厚生労働省調べ）となった大きな要因が、国民皆保険の実現にあることは論をまたない。

我が国では、基本的に全ての国民が少ない自己負担で、必要な医療を受けることができる（種々の医療費助成や高額療養費制度がある）。

しかし、現実には、国民皆保険の中で、所得、職業や保険種類等の要因によって、保健医療のアクセシビリティに格差がある。

こうした違いは疾病の罹患率や死亡率に影響することが予想される。

##### ○実証研究等の確認

低所得や低学歴の人は、受診を控え、健康診断を受けない傾向がある。これは社会階層に起因するが、アクセシビリティも関連する。

病院の外来受診と入院は所得の多い人に偏り、所得の少ない人は受診控えが多いことが報告されている<sup>29</sup>。

健康診断の受診については、低所得世帯や自営業者で受診率が低いことが確認されている<sup>30</sup>。

予防接種においても、世帯の所得や親の学歴によるサービス利用の格差が認められる<sup>31</sup>。

これらの違いは、利用者の経済状況や知識や態度等だけでなく、職場や加入する医療保険の種類等、サービスの提供体制や利用に関する環境も影響している。

例えば、事業所規模では、規模が大きいほど健康診断や予防サービスの利用率は高く、保険種類では、国民健康保険に比べて健康保険組合や共済組合の加入者で受診率が高いことが示されている<sup>32</sup>。

加えて、都道府県や市町村によっても、健康診断等の予防サービスの提供内容、すなわち、健康診断の種類、補助の有無、自己負担額、実施方法などに違いがある。このことが健康診断の受診率等の差異につながっていると考えられる。

## ○国民皆保険の脆弱化リスク

さらなる問題は、『いつでもどこでも誰でも保険証一枚で受診できる』フリーアクセスの国民皆保険と言いながら、利用が制限されていたり、実質的に無保険となっている人々が少なからず存在していることである。

例えば、国民健康保険料を滞納・未納している世帯が少なからず存在している。

我が国の現在のルールでは、国民健康保険の滞納者に対しては、短期被保険者証や被保険者資格証明書（1年以上未納）が発行され、フリーアクセスが制限される。

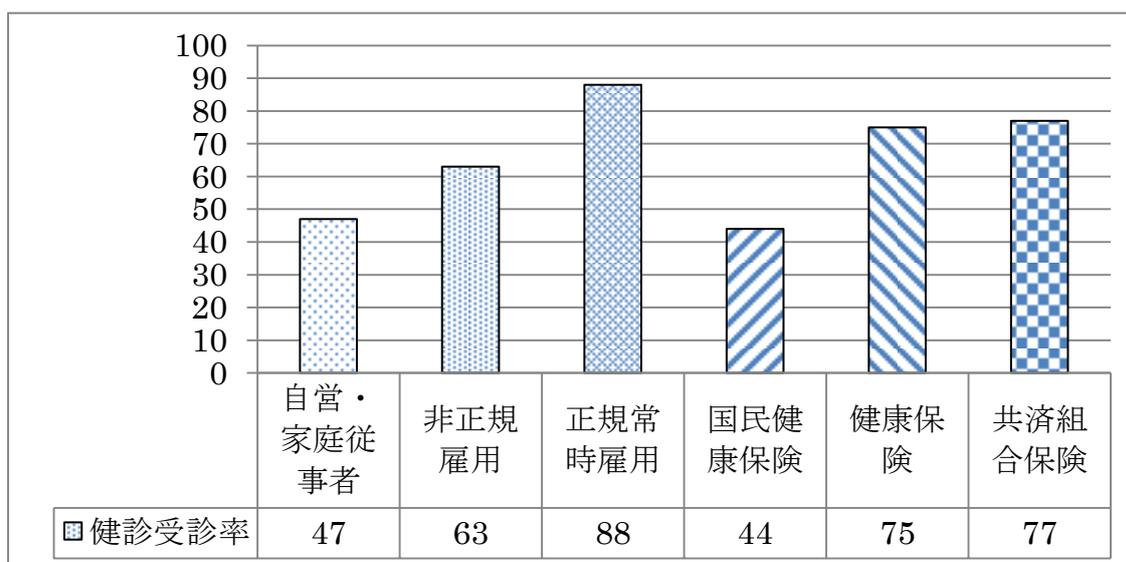
資格証明書になると医療機関の窓口では100%自己負担となるため、必要な受診を控える可能性が高くなる。

国民健康保険の滞納世帯数は足元で少し減少してきているとは言うものの、2015年で312.5万世帯にのぼっている。短期被保険者証交付世帯は98.2万世帯、資格証明書交付世帯は20.4万世帯となっている（「平成27年度国民健康保険(市町村)の財政状況について」より）。

上記のような受診行動の格差は、保健医療の制度設計の問題とも言える。

それは、医師や病院に係る医療提供体制や複数の保険者が並存する医療保険制度の問題点につながる。

図表 28: 雇用形態別・保健種類別の健康診断の受診率(%)



(出所)「健康格差のエビデンスからの政策提言」から筆者作成、原データ：J-SHINE

#### 4-8. 子ども時代の環境と健康の関係(エビデンス確認)

親の貧困は、胎児期から幼少児期の子供の健康に大きな影響を与える。

それだけでなく、その影響は、子どものその後の人生の社会経済的状況、健康状態にまで長期に及ぶことが指摘されている（成人病胎児起源説）。

さらに、それは将来の「格差」を再生産するとともに、社会全体の健康や生産性を損ね、医療財政を悪化させる。

子どもの健康は、子ども自身だけでなく、将来社会に影響する重要な問題である。この点では、子供の貧困だけでなく、虐待、いじめを減らす対策も重要である。

##### ○実証研究等の確認

家庭の社会階層が低く、幼少児期に低栄養やストレスにさらされると、成人後に、心臓病、脳卒中、肺がん等の死亡率が高いことが、欧米の実証研究で報告されている<sup>33, 34, 35</sup>。

我が国では、ジニ係数が高い都道府県で、子どもが低体重で生まれるリスクが約20%高いこと、特に父親の学歴が低く、住んでいる都道府県の所得格差が大きいと子どもの出生体重が小さくなることが確認されているが<sup>36</sup>、出生体重の小さかった子どもは、大人になってから糖尿病になるリスクが高いこと等が知られている<sup>37</sup>。

我が国の子どもの貧困率は先進国の中でも高いことは第二章でみたとおりだが、15歳時に家族の所得が低かった人は、その後に低学歴、貧困になるリスクが高く、成人後の幸福感と主観的健康感も低い傾向があることを示した分析もある<sup>38</sup>。

その分析によると、子供時代に貧困だと、そうでない場合に比べ、大学卒業の確率が約20%低く、成人後に貧困状態に陥る確率が約4%高くなり、成人後に幸福だと感じる確率は約9%低くなり、健康だと感じる確率は約12%低くなる。そして、この悪化をもたした要因の大半は子供時代の貧困であると推計されている。

また、虐待や育児放棄、学校でのいじめの経験者は、学歴や所得が低くなり、人間不信になり、他者からのサポートを受けにくくなることで、大人になってからの幸福感、健康感が低下する、との実証研究もある<sup>39</sup>。

## 5. 「健康格差」縮小に向けた対応についての考察

### 5-1. 社会経済格差と健康格差に対する政策(見取り図)

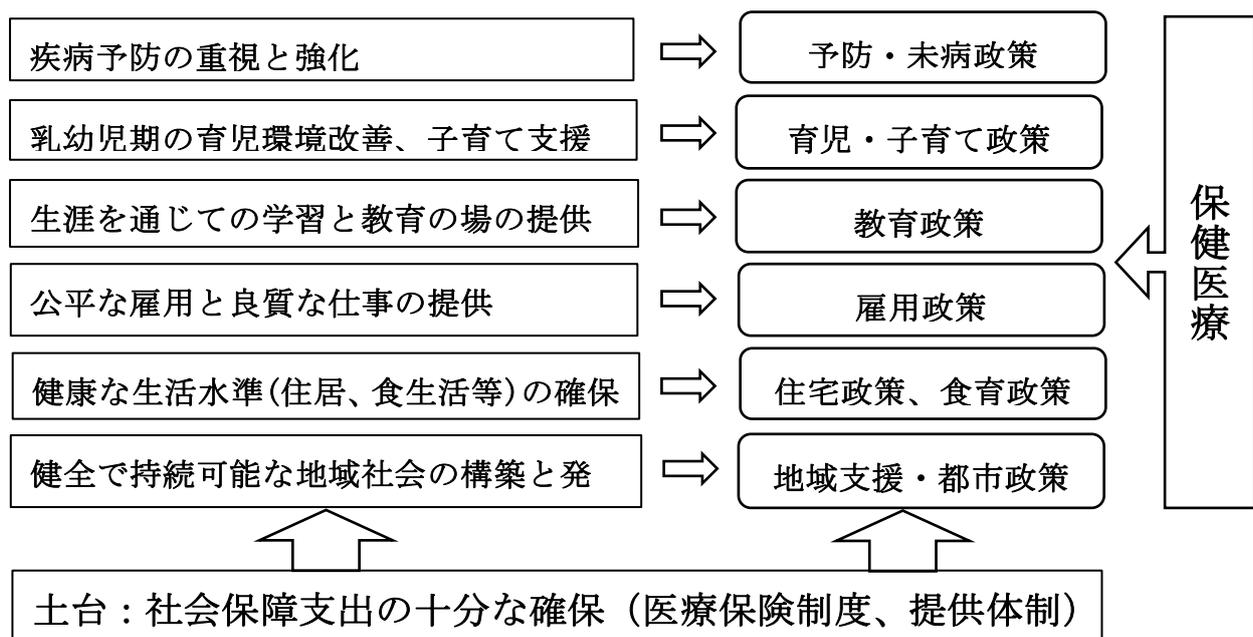
これまでみてきたように、「健康格差」は、医療による狭い領域のみならず、人々の生活やそれを取り巻く社会経済の様々な領域における要因と関連している。

所得格差や医療サービスへのアクセスビリティの問題に見られるように、土台となる社会保障制度や所得再分配政策に係る面も指摘できる。

従って、人々の健康の改善、健康格差の縮小には、多面的な対応が必要であり、狭い意味での疾病の予防・治療だけでなく、より幅広い視野での社会経済政策との合わせ技が不可欠になっている。

健康格差縮小のための政策を網羅的に整理すると次のようになるだろう。

図表 29: 健康格差縮小のための政策



(出所) 筆者作成

ここで重要なことは、広い意味での保健医療は、何らかの形で上記の全ての領域に関係しており、対策面でも保健医療の観点から関わり得ることである。

以下では、「健康格差」縮小に向けた我が国の政策を確認し、保健医療が社会経済領域でどのような政策的な役割を果たせるかについて、考えてみたい。

## 5-2. 「健康格差」に関する我が国の保健医療政策:「健康日本 21(第二次)」

我が国では健康増進法の施行とともに、「健康格差」縮小の重要性が認識され、「健康日本 21(第二次)」において、それに関する政策対応が盛り込まれている。

※健康増進法は 厚生労働省が制定した「21 世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本 21」）を具体化する法律で、生活習慣に関する正しい知識の普及に努め、国民の栄養改善や健康の維持・増進をはかることを目的として、2003 年 5 月に施行された。その中で、健康の増進に向けた国民の責務、国及び地方公共団体の責務、健康増進事業実施者の責務等について明示されている。ただし、努力義務規定にとどまっている。今般、受動喫煙の防止に関した当法律の改正内容が大きな論争となっている。

2012 年 7 月に改定された「健康日本 21 (第二次)」では、目指すべき社会の姿を「全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」とし、基本的な方向として、

### ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・ここでは、「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現すること」がうたわれている。

### ② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

### ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

### ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・ここでは、「地域や世代間相互扶助等、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する」ことがうたわれている。

### ⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

の 5 つを示している（厚生労働省資料より筆者抜粋）。

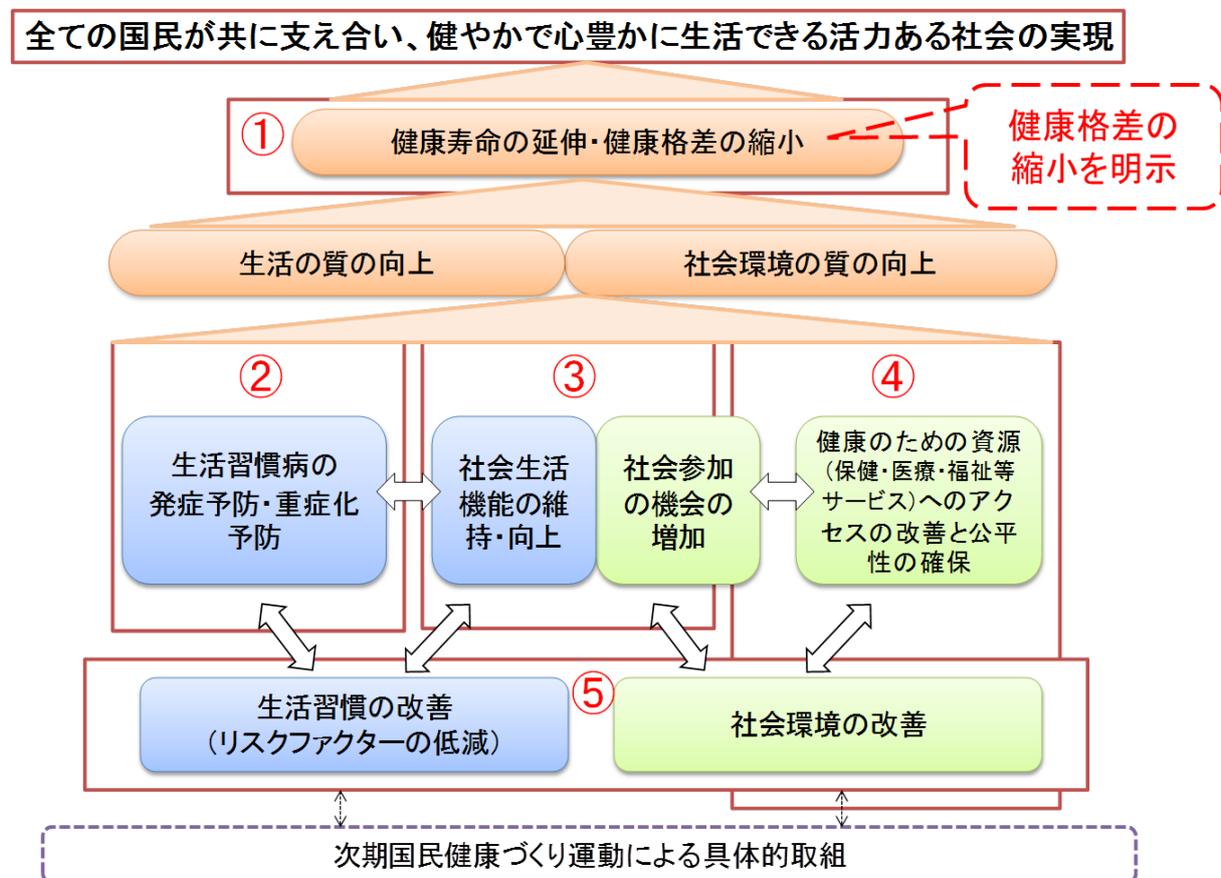
さらに、具体的な方針の中で、生活習慣病とそのリスク因子に関する項目と目標だけでなく、健康寿命の延伸と健康格差の縮小についての目標や社会環境の整備に関する目標も設定されている。

全体として、改正された健康増進法と「健康日本 21（第二次）」の下で、「健康格差」の縮小への政策的取り組みが明記されたことは評価できる。

ただ、目標についての数値が適切かどうか必ずしも明確でなく、また、実態調査や啓発活動が少なくなく、努力義務にとどまる部分も多く、その実効性を疑問視する向きもある。

今後は、PDCAサイクルに則って、内容の実行と成果が吟味されていくことになろう。

図表 30:「健康日本 21(第二次)」の健康格差縮小に向けた政策プロセス



(出所) 厚生労働省

図表 31:「健康日本 21(第二次)」の健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標

| 項 目                                  | 現 状                               | 目 標                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）        | 男性 70.42年<br>女性 73.62年<br>（平成22年） | 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加<br>（平成34年度） |
| ② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小） | 男性 2.79年<br>女性 2.95年<br>（平成22年）   | 都道府県格差の縮小<br>（平成34年度）           |

(注) 上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

(出所) 厚生労働省

図表 32: 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

| 項 目  | 現 状  | 目 標                |
|--|--|--------------------|
| ① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）                          | (参考値) 自分と地域のつながりが強い方だと思う割合<br>45.7%<br>(平成19年)         | 65%<br>(平成34年度)    |
| ② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加                                 | (参考値) 健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合<br>3.0%<br>(平成18年) | 25%<br>(平成34年度)    |
| ③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加                             | 420社<br>(平成24年)  | 3,000社<br>(平成34年度) |
| ④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加                         | (参考値) 民間団体から報告のあった活動拠点数<br>7,134<br>(平成24年)            | 15,000<br>(平成34年度) |
| ⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数） | 11都道府県<br>(平成24年)                                      | 47都道府県<br>(平成34年度) |

(出所) 厚生労働省

### 5-3. 「格差」と「健康」における社会保障の重要性

#### (1) 公的社会支出(社会保障)確保の重要性

社会や国民生活を支える基盤としての社会保障は、社会経済的な格差に対処する機能を有しており、国民の健康を保持増進していく上で、土台的役割を担っている。

例えば、一国の公的社会支出（概ね社会保障）の規模と相対的貧困率には相関がみられ、公的社会支出の規模が大きいほど、相対的貧困率は低くなる傾向がある。

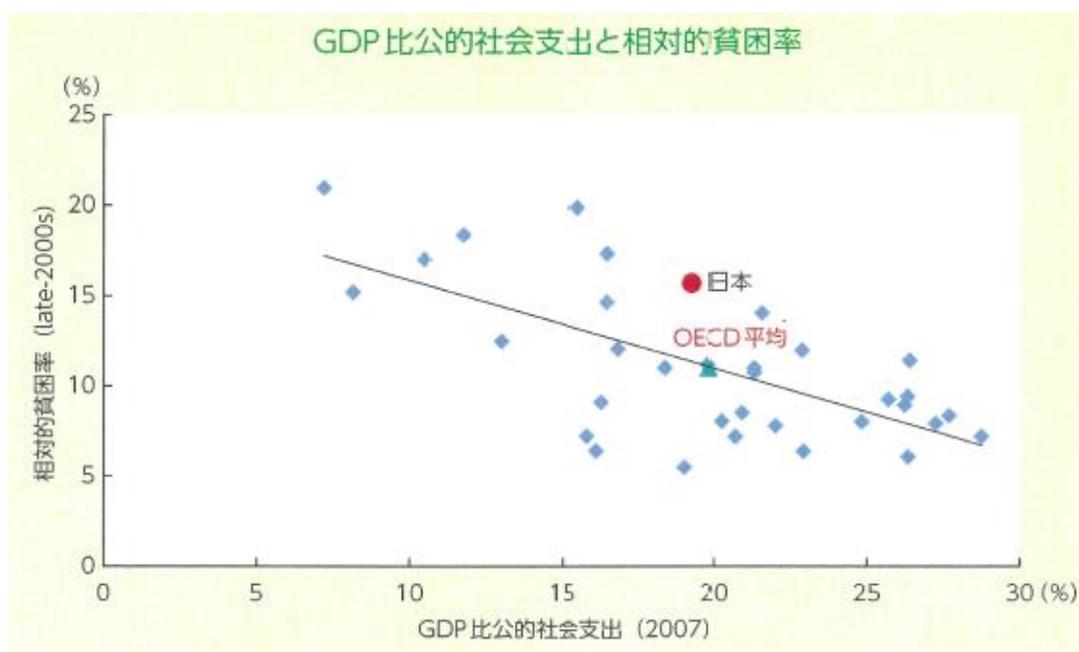
我が国は、公的社会支出の規模は OECD 平均を若干下回る程度であるものの、相対的貧困率は OECD 平均を大きく上回っているのが現状である。

このことから直ちに、社会保障の規模拡大が必要であると主張するものではない。むしろ、問題はその中身、支出の構成であろう。

我が国においては、育児・子育て等の家族関連社会支出の経済全体に対する割合が先進諸国に比べ、かなり少ないことが指摘できる。

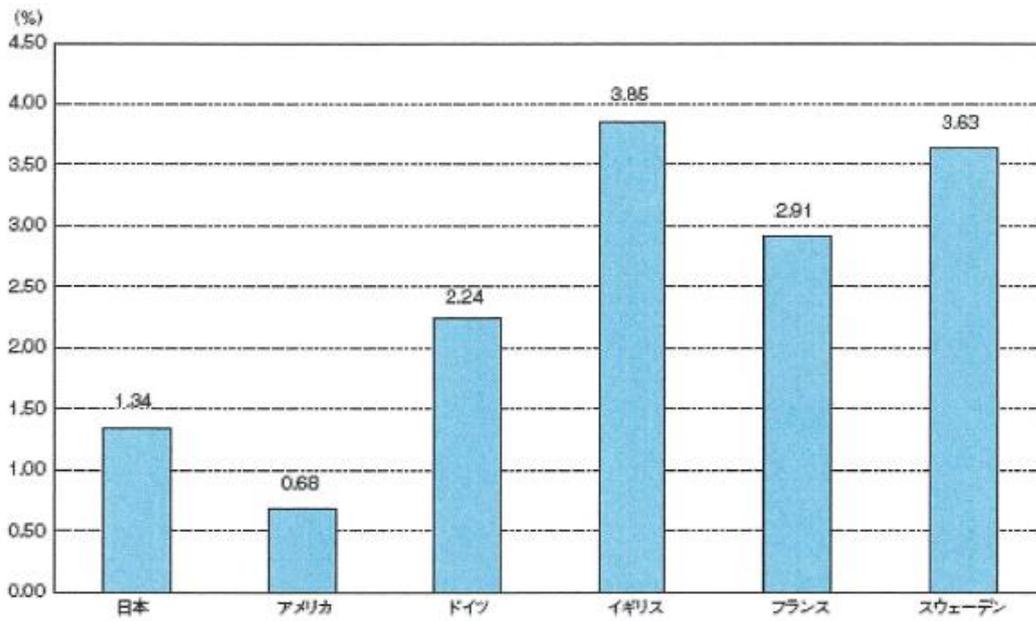
その意味で、現在行われている「教育無償化」や「子ども保険」の政策的論議が、財源制約のハードルは高いが、適切な形で前向きに進むことを期待したい。

図表 33: 公的社会支出の規模と相対的貧困率の関係



(出所) 厚生労働白書 (2012 年)

図表 34: 各国の家族関係社会支出の対 GDP 比の比較



(出所) 内閣府HP、原データ：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計（2014年）」

## (2)国民皆保険の脆弱化の防止

我が国においては、何よりも先ず、国民皆保険を堅持していくことが不可欠であるのは言うまでもない。

しかし、ここで留意すべきは、第4章で見たように、貧困等のため、利用が制限されたり、無保険となったりしている人々が少なからず存在することである。

「社会保険」というスキームを採っている以上、保険料を収めない場合には、なんらかのペナルティが生じるのは、やむを得ない面もある。

もちろん、貧困状況によっては、生活保護による医療扶助という方法もある。しかし、これが拡がることは、社会的にも政策的にも決して好ましいことでない。もとより、これは国民皆保険の制度的弱体化という問題への解決にはならない。

確かに全世帯に占める割合で見れば、短期被保険者証交付世帯および資格証明書交付世帯の率は2%弱であるが、この問題が拡大していくと、国民皆保険の脆弱化が進む危険性がある。

生活習慣と同様に、ここでも、保険料を滞納するのは個人の責任なのか、それとも制度や社会に問題があるのか、という命題が浮かび上がってくる。

翻って見れば、国民の連帯なくして、皆保険の堅持は困難である。

この問題に対する特効薬的妙案は無いが、例えば、職域・地域別に細かく分かれ、差別・不公平感のある医療保険を一元化すれば、頑強な仕組みとなり、連帯が強化され、制度的に無保険者を極力減らすことができると考えられる。

眼前の問題への対応としては、子どものいる家庭で健康保険が十分に利用できなくなっているケースへの対策が望まれる。

#### 5-4. 保健医療の社会経済領域での政策的貢献

社会格差や健康格差の縮小に向けて、社会経済領域において保健医療としてできる政策的貢献について、考察する。

##### (1)雇用の領域

雇用領域での健康対策の大きなものは、非正規雇用等の雇用環境の改善、職業性ストレス等のメンタルヘルスへの対応、があげられる。

非正規雇用等の雇用環境の改善については、以下のものが検討されている。

- ・非正規雇用労働者への厚生年金や健康保険の適用拡大
- ・同一労働同一賃金の実現への取り組み
- ・非正規雇用から正規雇用への移行を促進する制度的サポート

平成 28 年 10 月に、従業員 501 人以上の会社で週 20 時間以上働く者等にも厚生年金・健康保険の対象が広がり、平成 29 年 4 月からは、従業員 500 人以下の会社も、労使合意があれば、加入できるようになった。

できるだけ被用者保険である健康保険の加入範囲を広げていくことは、先に見たように国民健康保険の加入継続が揺らぎつつある点からも有効な方策であろう。

究極的には、同一労働であれば、雇用形態が正規であろうと非正規であろうと、同一賃金とすることが望ましいと考えられる。

また、人手不足が強まる中で、非正規雇用を正規化する動きが以前に比べて強まりつつあるが、非正規雇用労働者がより安心して働ける環境を整える必要がある。

正規雇用労働者についても、長時間労働と過負荷が進んでいると指摘されていることから、これらを抑制し、ライフワークバランスの調和を図る必要がある。

職業性ストレス等のメンタルヘルスへの対応については、わが国の労働環境、雇用構造が急速に変化している中、長時間労働等とともに大きな課題となりつつある。

端的に言えば、身体だけでなく心の健康に好ましくない労働環境が問題であり、政策としては、不安定な雇用状況、低い報酬、低い裁量権等の問題を改善していく必要性が指摘されている。

## (産業医による貢献)

上記のような雇用領域の健康に関して、保健医療が果たせる部分は大きい。  
具体的には、産業医の役割拡大と機能強化が重要と考えられる。

産業医は常時 50 人以上の労働者を使用する事業場で選任が義務付けられており、労働者が健康かつ快適に働けるよう指導・助言を行う責務を担っている。

すなわち、産業医は、疾病の治療を行う臨床医と異なり、「健康格差」の縮小に最も貢献できる立場の医師と言える。

この観点からも、産業医の強化には意義があると思われる。

なお、産業医は常時 50 人以上の労働者を使用する事業場に義務付けられており、それよりも小さな事業場では義務付けられていない。

従って、現行制度では、十分な保健医療サービスが行き届かない中小規模事業場向けの健康対策も積極的に進める必要がある。

この点では、産業医やそれに準ずるものを中小規模に拡げること等が考えられる。

健康経営の推進や働き方改革等が叫ばれる中で、この方面での医師や医療従事者の役割はますます増大していくと思われる。

※先般、労働政策審議会が行った、今後の産業医・産業保健機能の強化についての答申（2017 年 6 月 6 日）においても、「事業者における労働者の健康確保対策の強化」「産業医がより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備」を柱としている。

具体的には、長時間労働者等への就業上の措置に対して産業医がより適確に関与する方策や、労働者が直接、産業医に健康相談できる環境の整備等を求めている。

※労働安全衛生法で、常時 50 人以上の従業員を使用する事業場は、産業保健や労働衛生などの専門的知識に通じた産業医を選任しなければならない。

産業医の責務は、(1) 健康診断の実施等の従業員の健康管理に関すること、(2) 衛生教育などの健康の保持増進措置で医学的な知識を必要とすること、(3) 従業員の健康障害の原因の調査と再発防止に関することである。事業主あるいは総括安全衛生管理者に勧告を行ったり、衛生管理者に指導し、少なくとも月 1 回は作業場を巡視する。衛生管理委員会のメンバーでもあり、働く人の健康づくりの上でその役割が大きい。

## (2)地域社会とアクセシビリティの領域

### (かかりつけ医による貢献)

健康に影響する社会経済の媒介因子として、個人の生活習慣や家族生活以外にも、人間関係や地域社会における「ソーシャル・キャピタル」等の重要性を確認した。

保健医療の立場から見ると、ここでは、かかりつけ医が極めて重要な役割と機能を果たせる領域である。

かかりつけ医は、家庭や地域に密着し、健康に関する社会経済的ネットワークの軸となるその特性から見て、まさに「ソーシャル・キャピタル」を具現する存在と言える。

かかりつけ医こそが、診療対象の個人の社会経済的属性等を考慮して、健康的な生活習慣を獲得・維持し、不健康な生活習慣を変容できるよう、診療だけでなく、予防サービスも含めて、ライフステージに応じた適切な情報提供と指導を行うことができる。

また、「格差」につながる要因の一つでもある、保健医療のアクセシビリティの観点からも、かかりつけ医の定着と活動の充実は大きな意義がある。

現在、鋭意進められつつある地域包括ケアシステムの構築や「在宅医療」の推進は、保健医療のアクセシビリティを維持強化していく施策に他ならないと言えるが、それらの枠組みの中で、家庭や地域に密着したかかりつけ医は中核的存在として、位置付けられる。

かかりつけ医が「健康格差」の縮小に貢献できる度合いは非常に大きい。その意味でも、かかりつけ医が持つ役割と果たす機能は、もっと重要視されるべきである。

#### ※かかりつけ医の定義（日本医師会）

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う幅広い総合的な診療能力を有する医師」を『かかりつけ医』と定義している。

### (3)教育、その他の領域

教育の領域においても、小中学校、高校、さらには大学等の教育機関での学校医の働きは重要であり、学校医の役割と機能強化等による充実した健康教育の推進、また、一般社会における健康に関する啓蒙の強化等に、医師や医療従事者が適切な内容と方法で関与することが望まれる。

その他の領域でも、医師および医療従事者が果たす役割と機能は大きい。

#### ・居住環境（住居）における保健医療的な知見の活用と関与

居住環境、「住居」に関しても、保健医療ができることは大きい。

例えば、有害物質の人体への医学的影響、住宅性能（断熱効果等）と疾患発生の関係等、経済効率性・省エネ性や住宅性能と健康との両立を図る「健康住宅」への取組があげられる。

#### ・街づくり・都市政策における保健医療的な知見の活用と関与

例えば、歩行の健康効果と道路や公園緑地等のあり方、医療機関や健康関連施設の配置、住民の集住化等、利便性・快適性と健康の両立を目指す「健幸都市」や「コンパクトシティ」の実現においても、保健医療にできることは少なくない。

### (4)医師会の組織的な対応の重要性

こうした各領域で保健医療的な視点から、健康のための諸施策を円滑かつ積極的に進めていくには、医師・個人レベルの認識と努力はもちろんであるが、それを包摂し支援する組織的な対応が有効であり、重要である。

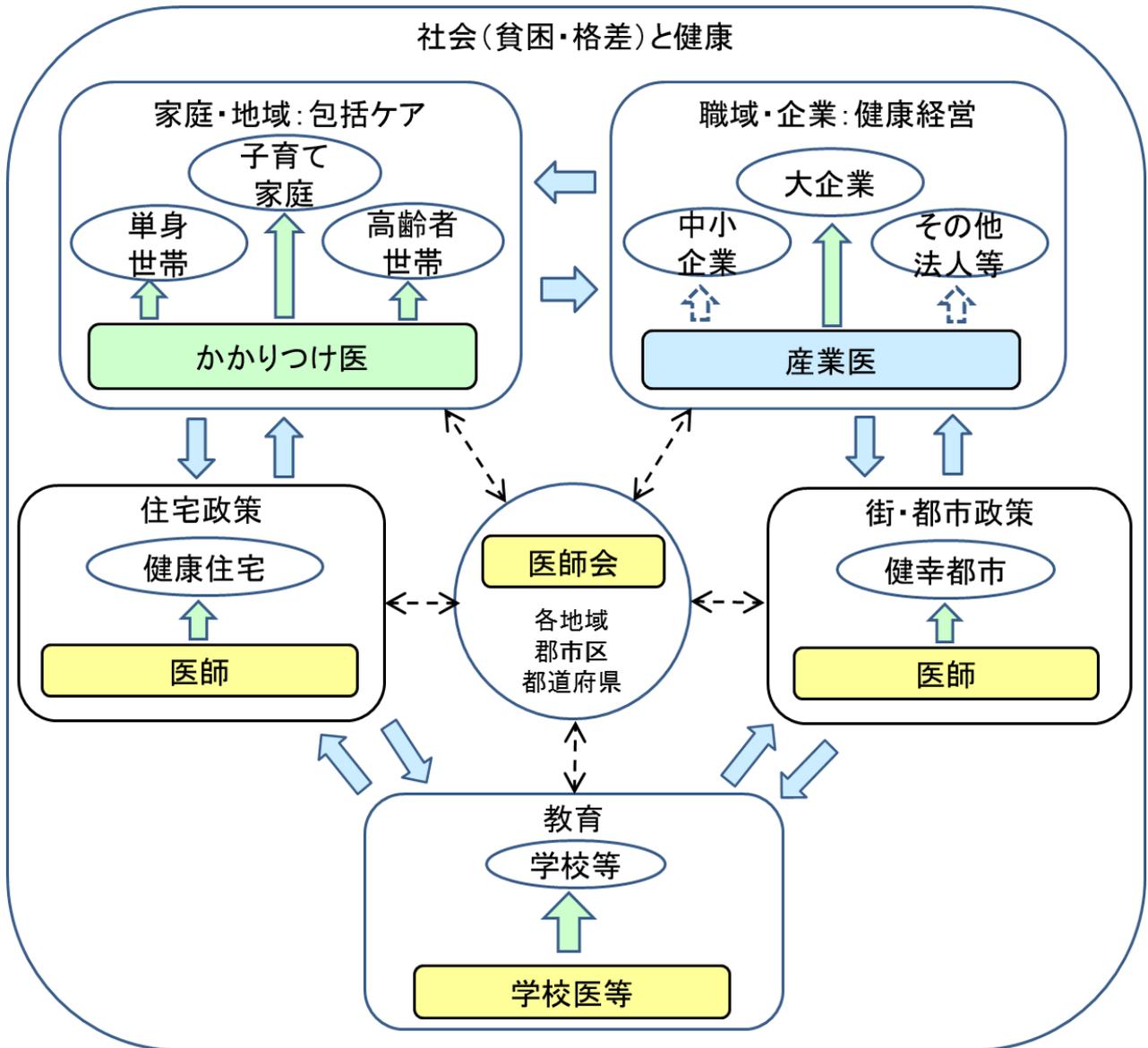
その点に関して、各地域における医師会が果たす役割は大きいと思われる。

各地域の医師会が、住民の健康に対して責任を負っていると同時に、地域医療を実行するための、様々な職種をまとめる役割も担っている。

全国各地の医師会では、地元の自治体や学校、企業等と連携しながら、住民の健康を守る様々な取組を行っている。

地域医療を支え、国民の健康を守り続けるために、医師会の役割は今後ますます大きくなっていくと思われる。

図表 35: 社会と健康の関係での「産業医」・「かかりつけ医」・「学校医」等(イメージ)



(出所) 筆者作成

## 5-5. 「日本健康会議」について

健康日本 21（第二次）等における厚生労働省の健康増進政策を踏まえて、国内の医療関係団体、経済団体、保険者、自治体等で横断的に構成される「日本健康会議」が、2015年7月に発足し、国民の健康増進に向けた「オールジャパン」での取組が進められている。

「日本健康会議」は、「少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し、行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動体」であり、「職場、地域において、具体的な健康増進に向けた対応策を実現していくことを目的」としている。

そのために、「関係各所が連携しながら、課題解決に向けた具体的な活動を行い、その成果を継続的に可視化させることで、勤労世代の健康増進および高齢者の就労・社会参加を促進し、ひいては経済の活性化にもつなげることを目指している」（以上、「健康日本会議」HPより抜粋）。

同会議の実行委員は、医療関係団体からは日本医師会の横倉義武会長、日本糖尿病学会の門脇孝理事長、日本看護協会の坂本すが会長、あいち健康の森健康科学総合センターの津下一代氏、日本経済団体連合会の榊原定征会長、健康保険組合連合会会長の大塚陸毅氏、全国健康保険協会の小林剛理事長ら計32人が名を連ねる。

このように、各界のリーダーが横断的に手を携えて、先進的な取り組みを全国に広げるための場がつけられたのは画期的なことと言える。

同会議は、主に、

- ・ 保険者とかかりつけ医などの連携による生活習慣病の重症化予防
- ・ 事業主と保険者などの連携による健康経営の普及促進
- ・ 健康増進活動を支援する事業者の支援・育成
- ・ 健康寿命延伸および医療費適正化に資する取り組みの推進

を目的にしており、具体的な達成目標としては、日本健康会議の活動指針として出された「健康なまち・職場づくり宣言2020」で、以下の8項目について、2020年までに実現を目指すことを掲げている。

図表 36: 日本健康会議の活動指針:「健康なまち・職場づくり宣言 2020」

宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

(出所) 日本健康会議HP

## 6. おわりに(まとめと課題)

貧困・社会的格差の確認から始め、健康と社会経済的要因との関係、「健康格差」の理論とエビデンス、保健医療としての政策的貢献、について整理、考察してきた。

おわりに、本論のポイントを振り返り、触れられなかった論点や課題等を述べる。

### (本論のまとめ)

「貧困」には「絶対的貧困」と「相対的貧困」の考え方があるが、先進国では「相対的貧困」すなわち社会経済的な格差とその拡大が問題である。

我が国の「相対的貧困率」は国際的に劣悪な水準で、格差の拡大が指摘される。

格差は社会「連帯」の低下や相対的剥奪感等を通じて、社会を構成する人々全ての健康を悪化させる。

格差を生み、健康に影響する社会経済的要因としては、所得、職業、教育の階層、生活習慣、居住・生活環境、人間関係、社会関係（ソーシャル・キャピタル）、ストレス、胎児期から幼少児期の成育環境、保健医療のアクセシビリティ等がある。

これらと健康の関係について、実証研究等から以下のことが分かってきている。

職業、学歴等の社会階層が低いほど健康に悪い生活習慣を持ち、不健康になる傾向があり、格差が大きいほど社会全体の健康レベルは低くなる（格差仮説）。

人間関係が少ないと健康が悪くなり、地域や職場での信頼感等も健康に関係する（ソーシャル・キャピタル）。ストレスは疾病リスクを高める。

さらに、保健医療のアクセシビリティも重要である。

我が国は国民皆保険であるが、実は職業や保険種類等によりアクセシビリティに差があり、利用が制限されている世帯等も少なからず存在する。こうしたことは、国民皆保険の脆弱化を進める危険性がある。

また、胎児期から幼少児期の健康はその後の人生や健康を左右する。子供の健康は社会にとっても重要な課題である。

社会経済格差と健康格差の縮小への政策対応については、以下を考察した。

土台となる社会保障や所得再分配政策も含め、多面的な政策対応が必要である。

我が国でも「健康日本 21(第二次)」で健康格差の縮小の目標を設定しているが、育児・子育て等の家族関連社会支出の割合が先進諸国に比べ少ないのが問題である。

必要な社会保障支出の維持は国民の健康の土台であり、国民皆保険堅持とともに、制度改革による保険機能強化の検討（分立する制度の一元化等）もあり得よう。

保健医療の視点で、格差縮小に向けた社会経済領域への政策的関与は重要であり、以下のようなことを指摘した。

○雇用面：産業医の役割拡大と機能強化

産業医は、健康経営の中で「健康格差」の縮小に最も貢献できる医師である。

○地域とアクセスビリティ面：かかりつけ医の定着と活動強化

地域包括ケアシステムや「在宅医療」推進の中で、かかりつけ医が「健康格差」の縮小に貢献できる度合いは大きい。

○教育面では、学校医による対応強化、健康教育・啓蒙の推進等への関与  
さらには、

○居住環境・住宅政策：「健康住宅」への保健医療的な知見の活用と関与

○街づくり・都市政策：「健幸都市」への保健医療的な知見の活用と関与

以上を踏まえ、最後に、本論では残された論点や課題を述べる。

### （ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの合わせ技）

策を的確に実行し、できるだけ成果を上げるには、エビデンスに基づいた適切な方法で行う必要がある。

健康格差の縮小に関しては、健康リスクの高い人を減らすとともに社会全体の水準を底上げしていくことが求められる。

その手法としては、ハイリスクな人々に的を絞って重点的に介入するハイリスクアプローチと社会全体への効果を狙うポピュレーションアプローチの両方を適切に組み合わせて行うことが望ましい。

例えば、生活習慣への対策で言えば、ある地域や集団の中で、不健康な生活習慣を持っている個人や集団を同定し、稠密なモニタリングと密着した保健指導を重点的に行って、高いリスクを低減させると同時に、地域や集団全体の一次予防や情報提供、環境整備等を展開し、全体としての改善向上を図っていく必要がある。

「健康日本 21」においても、集団への働きかけに関する重要な考え方として、ハイリスクアプローチに加えて、一次予防におけるポピュレーションアプローチが書き込まれている。

### (インセンティブ等の活用)

具体的に、健康な方向へ人々の行動変容を促すには、幾つかのやり方がある。

まず、力（多くの場合、法的）で変容を強制する方法がある。また、悪い行動に対して何らかのペナルティを課す方法もある。

しかし、強制やペナルティは社会的に問題がある上、上手く行かない場合も多い。特に喫煙、飲酒、偏った栄養摂取等に関しては、誘惑や欲望に屈しがちである。

ここでは、行動心理学や行動経済学の知見を活用し、「インセンティブ」を用いて行動変容を促す方法等を取り入れ、個人や集団に働きかける手法が有効である。

できるだけ健康的な行動を選択させ、健康リスク行動を回避させるような方法を地域社会や職場等の中に仕掛けていくのである。

例えば、喫煙に関しては、非喫煙者の保険料を割引することや建物のフロアを数階程度上る場合に、エレベーターではなく階段を使えば、何らかのメリットが得られる等の仕組みの設定、等が考えられる。

ただ、そのインセンティブによって、『健常者がますます健康的な意識や行動をとるようになり、本来、変容が必要な不健康者は無関心か低い意識や行動のまま』というジレンマに陥らないように、インセンティブ施策の設計には十分な留意が必要である。

また、自らの健康状態やリスク因子を「見える化」することも、行動の変容を促進する上では、大いに意義のあることである。

### (医師・医師会の役割拡大と機能強化)

我が国の「健康格差」は、欧米等と比べると、今のところ、未だ相対的に小さいとの研究報告や見方がある。

これは国民皆保険を土台とした保健医療政策の下で、医師を始めとする医療従事者の努力と貢献に依る部分大きい。

しかし、相対的貧困率や子供の貧困率が上昇し、国際的に劣悪な水準にある中、社会経済の格差と「健康格差」の拡大について、十分な注意と対応が必要である。

ちなみに、ジニ係数が 0.3 を超えた水準では、係数が 0.05 上がるごとに死亡率が 9% 増えるとの推計もある<sup>40</sup>。それを単純に当てはめれば、我が国の年間死亡者数は約 130 万人なので、仮にジニ係数が 0.05 上がると死亡者は約 12 万人増加し、その分平均寿命を押し下げる計算になる。

既に平均寿命では、我が国は、長年世界一位だった女性も香港にその座を奪われてしまっている（厚生労働省調べでは 2016 年に香港に抜かれて 2 位に下がった）。

社会経済と健康の 2 つの「格差」への対応を怠れば、いつまでも世界最高レベルの健康社会を維持できるとは限らない。

世界に冠たる国民皆保険の堅持を主軸に、真に国民に必要な保健医療の提供を実現する上でも、「格差」が小さく、健やかで幸せに暮らせる社会を作っていくことが必要である。

国民の健康を守り続けるために、社会経済の様々な領域で保健医療にできること、果たすべきことは多く、その中で、医師および医師会の担う役割と果たすべき機能は今後ますます重要になっていこう。

(以上)

## 補論1: 社会と健康の関係性を考察するポイント

ここまでの分析と考察を踏まえて、社会と健康の関係性を考える上でのキーポイントをまとめておきたい。

社会経済的状況が健康に及ぼす影響は、物質的、心理的、社会的に多岐にわたる複合的なメカニズムであるが、大きく言って、3つのポイントがあると考えられる（ここでの整理は、『社会と健康』川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編 2015（東京大学出版会）をもとにした）。

### ① ライフコースで考える必要

誕生から死亡までの全人生の過程において、それぞれの時期に絶えず社会経済的要因から健康への影響があると考えられる。

そして、ある時期の健康は、その後の人生に蓄積して影響していくと考えられる。

従って、社会と健康との関係性は、胎児期から死に至る終末期まで、ライフコースの視点で把握することが必要である。

### ② 健康への影響を重層的・多面的な視点で見えていく必要

健康に影響する社会経済的要因は多種多様に渡る。生物学的要素はもちろん、個人の経済状況（所得）、職業、教育状況、家族や周囲の人間関係、地域・社会関係、制度や政策のあり方等を重層的・多面的に捉える必要がある。

これらの要因は、互いに作用しあい、健康への影響を増幅するかもしれないし、あるいは、ある要因の影響を別の要因が緩和したり相殺したりするかもしれない。

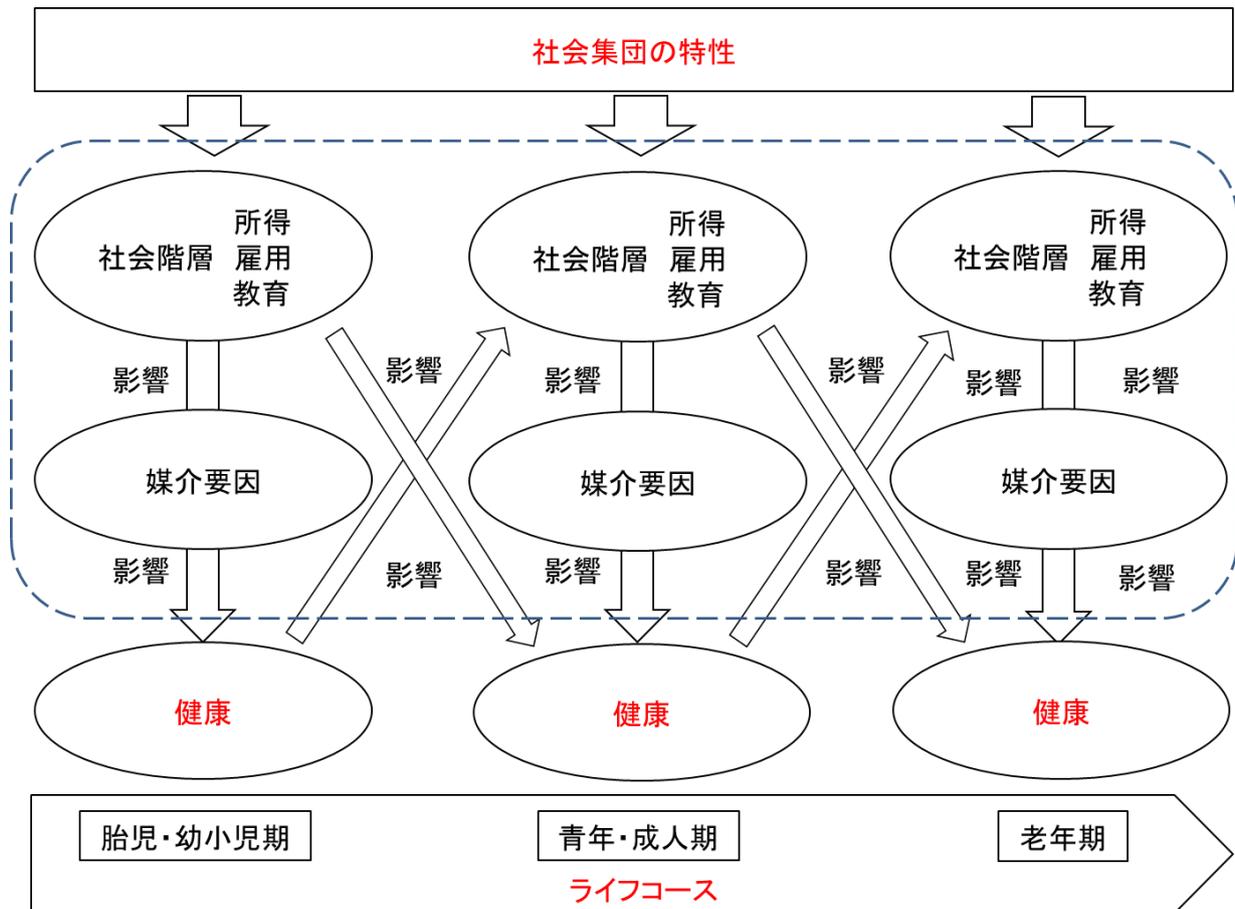
### ③ 健康から社会階層への逆の影響とメカニズムも重要

社会疫学的な観点では、もっぱら、社会階層等の社会経済的要因から健康に与える影響を把握対象とするが、その逆方向の影響も十分考えられる。

例えば、経済学では、健康がインプット変数であり、労働や教育等に与える影響について分析を行う。

健康状態が社会参加を制限し、社会での能力発揮を抑制することは、貧困や格差の拡大と固定化をもたらすメカニズムにおいて、重要である。

図表 37: 社会の中での健康の関係性の全体像(イメージ)



(出所)『社会と健康』川上憲人・橋本英樹・近藤尚己 2015 (東京大学出版会) 7頁を元に修正して筆者作成

## 補論2: ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

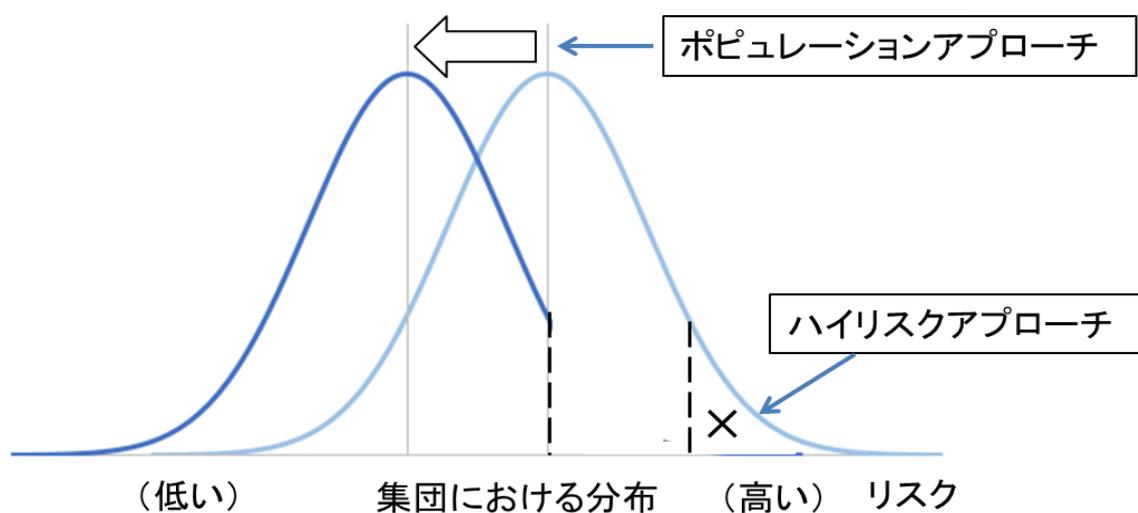
政策対象への働きかけの方法として、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの2つがある。

ハイリスクアプローチは、集団の中から対象を絞り込んで、高いリスクを持つ者等に焦点を当てて介入政策を行い、事前の状態を改善する方法である。

ポピュレーションアプローチは、集団全体に働きかけ、全体的な効果によって、集団全体を適切な方向へシフトさせることで、事前の状態を改善する方法である。

例えば、保健医療の分野では、高血圧の人に対して、個別に薬を処方し健康指導するのがハイリスクアプローチであり、社会の全ての人に対して、生活習慣、食事、運動等を指導し、集団全体の血圧を低い方向にシフトさせるのがポピュレーションアプローチである。

図表 38: ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチによるリスク改善(イメージ)



(出所) 筆者作成

### 補論3:喫煙の社会経済的費用と禁煙政策

社会経済的要因に起因する健康リスク因子の中で、最も明確に評価が進み、政策対応が行われつつあるのは、禁煙・受動喫煙対策である。

喫煙がもたらす健康や社会への被害については推計が行われており、その社会的なプラスマイナスについて考察できる。

我が国において、喫煙が原因と見られる疾患の医療コストは、2016年厚生労働科学研究での結果によれば、約1兆4900億円である。

また、環境へのマイナスの影響（火災等）や経済的損失（生産性の低下）を加えた社会経済的損失の合計は約4兆3200億円である（医療経済研究機構2010年推計）。

一方、タバコ事業による税収（タバコ税）は、2015年で約2兆1000億円である。

上記の推計から次のことが言える。

タバコ事業による税収（タバコ税）を直接的な医療コストと比べれば、それを上回っていると考えられ、目先の財政収入の点ではタバコ事業はプラスである。

しかし、間接的な社会経済的損失も含めて考えれば、タバコ事業からの税収入を大きく上回る社会的なマイナスのコストが発生していることになる。

以上を踏まえると、禁煙・受動喫煙対策には、次のような大きな社会的意義と効用があり、その推進は重要である。

- ・ガン等の疾病発症リスクを減らすとともに、「健康格差」を縮小し、貧困や社会格差の拡大を抑制することにつながる。
- ・禁煙や受動喫煙防止がもたらす健康状態の改善は、それが実行されなければ生じていた社会経済の損失を回避できるとともに、生産性の向上等による付加価値の増大を享受でき、社会にとって大きなプラスとなる。
- ・社会経済的な付加価値の増大から期待できる財政収入を考えれば、最終的には、国家財政への影響もプラスとなる可能性がある。
- ・一步踏み込んで言えば、財務省（とそのコントロール下の日本たばこ産業株式会社）は、タバコからの税収や収益に頼る考え方から転換すべきである。

図表 39: 喫煙による医療コストの推計

|           |          | 超過罹患者   | 超過医療費    |
|-----------|----------|---------|----------|
| 喫煙者<br>本人 | がん       | 33.7万人  | 7088億円   |
|           | 虚血性心疾患   | 21.2万人  | 2001億円   |
|           | 脳血管疾患    | 13.0万人  | 1954億円   |
|           | 慢性閉塞性肺疾患 | 11.2万人  | 627億円    |
| ①能動喫煙コスト計 |          | 79.2万人  | 1兆1669億円 |
| 受動<br>喫煙者 | 肺がん      | 1.1万人   | 336億円    |
|           | 虚血性心疾患   | 10.1万人  | 956億円    |
|           | 脳血管疾患    | 13.0万人  | 1942億円   |
| ②受動喫煙コスト計 |          | 24.2万人  | 3233億円   |
| ③合計(①+②)  |          | 103.4万人 | 1兆4900億円 |

(出所) 厚生労働科学研究「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究 (2016年度)」  
から筆者作成

### (香港の平均寿命世界一の要因：禁煙率の低さも貢献)

厚生労働省が平均寿命を国際比較した結果では、2016年時点で、我が国は長らく1位を保持していた女性が香港に抜かれて2位に落ち、男性も香港に次いで2位となり、男女ともに1位は香港であった。

香港は近年、男性は世界1位を維持し続け、女性も我が国を上回るに至っている。その理由としては幾つかのことが指摘されている。

まず、比較的安い公立病院等の医療提供体制が整っていること、伝統的な医食同源の文化が根付いていること、稠密な都市なので地域社会のネットワーク力も強いと考えられること等が挙げられている。

それらと並んで、もう1つの大きな要因として、喫煙率が低いことがあげられる。

喫煙率は、我が国の約20%に対して、香港は約10%と半分である。この低い喫煙率が香港の平均寿命の長さに貢献していると考えられている。

## 【参考文献】

(分析考察の参考とした主な著書、資料等)

- ・厚生労働省ホームページ：[www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/](http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/) 他
- ・文部科学省ホームページ [www.mext.go.jp/b\\_menu/hakusho/hakusho.html](http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/hakusho.html) 他
- ・内閣府ホームページ：<http://www.cao.go.jp/whitepaper/index.html> 他
- ・『社会と健康』川上憲人、橋本英樹、近藤尚己（編）東京大学出版会 2015
- ・『社会格差と健康』川上憲人、小林廉毅、橋本英樹（編）東京大学出版会 2006
- ・『健康格差社会』近藤克則 医学書院 2005
- ・『健康格差への処方箋社会』近藤克則 医学書院 2017
- ・『命の格差はとめられるか』イチロー・カワチ 小学館新書 2013
- ・『子どもの貧困』阿部 彩 岩波新書 2012
- ・『子どもの貧困Ⅱ』阿部 彩 岩波新書 2014
- ・『健康格差と正義—公衆衛生に挑むロールズ哲学』ノーマン・ダニエルズ、ブルース・ケネディ（著）、児玉聡（監訳）2008
- ・『格差社会の衝撃—不健康な格差社会を健康にする法』リチャード G. ウィルキンソン（著）、池本 幸生、片岡洋子、末原睦美（訳）書籍工房早山 2009
- ・『ステータス症候群—社会格差という病』マイケル・マーモット（著）、鏡森定信、橋本英樹（訳）日本評論社 2007
- ・『健康格差』マイケル・マーモット（著）、栗林寛幸（編訳）日本評論社 2017
- ・社会階層と健康：健康格差のエビデンスからの政策提言 2015  
[mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/pdf/policyrecommendation.pdf](http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/pdf/policyrecommendation.pdf)
- ・日本の「健康格差」の実態を知ろう  
[mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/pdf/messagetopeople.pdf](http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/pdf/messagetopeople.pdf)
- ・提言. わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて 学術会議 2011
- ・健康の社会的決定要因—確固たる事実 (solid facts) 世界保健機関(WHO) 1998
- ・健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書 要旨 世界保健機関(WHO)2008
- ・厚生労働省 「所得再分配調査」、「国民生活基礎調査」、「国民健康・栄養調査」
- ・厚生労働省 「健康日本 21(第二次)」
- ・国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」
- ・世界銀行 世界開発報告 (World Development Report)

- ・国連開発計画 Human Development Report
- ・世界保健機関(WHO) World Health Statistics
- ・OECD Health Care Data

(エビデンス等で参照・引用した論文等)

- 1: ルース リスター『貧困とは何かー概念・言説・ポリティクス』 松本伊智朗監訳 2011 (原著 2004)
- 2: Townsend P., The poverty in the United Kingdom. Harmondsworth. 1979
- 3: Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ., Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. Journal of Epidemiology and Community Health 1978
- 4: Wilkinson RG., Unhealthy societies. Routledge. 1996
- 5: 近藤尚己 他、高齢者における所得の相対的剥奪と死亡リスク : AGES 追跡研究 医療と社会 2012
- 6: Wilkinson RG., Income distribution and life expectancy. British Medical Journal 1992
- 7: McDonough P et al., Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. Am J Public Health 1997
- 8: Fukuda Y, Hiyoshi A., High quality nutrient intake is associated with higher household expenditures by Japanese adults. Biosci Trends 2012
- 9: Oshio T, Kobayashi M., Income inequality, perceived happiness, and self-rated health: evidence from nationwide surveys in Japan. Soc Sci Med, 2010
- 10: 湯田道生. 健康状態と労働生産性. 日本労働研究雑誌 NO. 601. 2010
- 11: Martikainen P et al., A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. Soc Sci Med 2004
- 12: Tsutsumi A, Kayaba K, Ishikawa S., Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders. Soc Sci Med. 2011
- 13: Inoue A et al., Association of occupation, employment contract, and company size with mental health in a national representative sample of employees in Japan. J Occup Health, 2010

- 14:Fujiwara T, Ito J, Kawachi I., Income inequality, parental socioeconomic status and birth outcomes in Japan. *Am J Epidemiol.* 2013
- 15:杉澤秀博, 「高齢者における食品摂取習慣の階層間格差とその要因 社会的認知理論に依拠して」 『日本老年社会科学会』 2013
- 16:Murakami K et al., Distinct impact of education and income on habitual exercise: a cross-sectional analysis in a rural city in Japan. *SocSci Med* 2011
- 17:Kaplan GA et al., Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 1993
- 18:村上周三, 「健康・省エネ住宅の推進」 2016年12月(日本医師会での講演資料)
- 19:Berkman LF, Syme SL., Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*, 1979
- 20:Aida J et al., Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. *BMC Public Health*, 2011
- 21:Subramania SV et al., Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *SocSci Med*, 2001
- 22:Kennedy BP et al., The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World development*, 1998
- 23:McCulloch A., Social environments and health: cross sectional national survey. *BMJ*, 2001
- 24:Wilkinson RG et al., Mortality, the Social Environment, Crime and Violence. *Sociol Health Illn*, 1998
- 25:Wilkinson RG, Pickett KE., The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *SocSci Med*, 2007
- 26:Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S., Social capital and perceived health in Japan: An ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009
- 27:Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, et al., Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS ONE* 2010

- 28: Ichida Y, Kondo K, Hirai H, et al., Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. Soc Sci Med 2009
- 29: 豊川智之、村上慶子、兼任千恵、小林廉毅. 医療サービスへのアクセスと水平的公平性. 医療と社会 2012
- 30: 木村好美, 「健康診断の受診と社会階層」『早稲田大学大学院 文学研究科紀要』2013
- 31: Ueda M, Kondo N, Takada M, Hashimoto H., Maternal work conditions, socioeconomic and educational status, and vaccination of children: a community-based household survey in Japan. Prev Med. 2014
- 32: 福田吉治. がんの社会格差—喫煙率とがん検診受診率を例に—. がん・統計白書 2012. 篠原出版新社. 2012
- 33: Gliksman MD et al., Childhood socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in middle aged US women: a prospective study. J Epidemiol Community Health. 1995
- 34: Smith GD et al., Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. BMJ, 1998
- 35: Galobardes B et al. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. Epidemiol Rev, 2004
- 36: Fujiwara T. et al. Income inequality, parental socioeconomic status and birth outcomes in Japan. Am J Epidemiol 2013
- 37: Whincup PH et al., Birth weight and risk of type 2 diabetes: a systematic review. JAMA, 2008
- 38: Oshio T et al., Child poverty as a determinant of life outcomes: Evidence from nationwide surveys in Japan. SocIndis Res, 2010
- 39: Oshio T et al., Childhood Adversity and Adulthood Subjective Well-Being: Evidence from Japan. J Happiness Stud, 2013
- 40: Kondo N et al., Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. BMJ, 2009