

健康格差と社会的・経済的格差

伊藤 祐一*

1 まえがき

買い物難民ならびに低栄養問題といったフードデザート問題が新聞ならびに雑誌等によく論じられるようになってきている。本論文ではこのフードデザート問題を発端として、健康格差ならびに社会的・経済的格差に関して、生活習慣に関する聞き取り調査や実際の運動施設でのインタビューを交えて考察した。

2 フードデザート問題

イギリスでは、1970～90年代に中小食料品店やショッピングセンターの倒産が相次ぎ、郊外のスーパーに通えないダウンタウンに住んでいる貧困層は、値段が高くて生鮮品の品揃えが悪い近所の雑貨店で買い物をせざるをえなかった。こうした食料事情が癌などの疾病の発生率増加の主要因であると考えられ、これをフードデザート（食の砂漠）問題と呼ぶようになった。生活環境自体が悪化することによって、フードデザート問題が発生していると考えられているが、フードデザート問題の関心事は「買い物難民問題」と「低栄養問題」である。

ここで、買い物難民問題（佐々木（2012））とは、商店街の空洞化などで自宅から店舗までの距離が拡大し、日々の買い物が不便になり、特に生鮮食料品の入手が困難になっていることを言う。本来であれば、近所にお店がなくとも、経済的に余裕があり、子供や孫、近所の人のように助けしてくれる人が側にいれば、買い物難民問題は生じないと考えられる。

低栄養問題とは、お金がないために野菜や果物、魚、肉類などの栄養価の高い生鮮食料品が買えず、加工食品などを買わざるをえなくなり、栄養不足や偏りから不健康になることを言う。低栄養状態になると感染症などへの抵抗力が低くなり、老化が促進し、自立した生活が困難となり、介護の必要性が高くなると指摘されている。アメリカでは、ジャンクフード店が繁盛し、そこで食べた人々の肥満の問題が発生している。

3 健康格差

フードデザート問題は、大きな問題ではあるが、世間一般に生活している人々に話題を転じ、健康格差について考える。

* 福山大学経済学部税務会計学科 <http://www.fuec.fukuyama-u.ac.jp/ec>

アメリカやイギリスですでに健康格差が存在することは良く知られている。

健康格差とは、人種、民族、ならびに社会経済的地位による健康と医療の質の格差のことを言う。

健康格差は収入、居住環境、雇用状態、教育水準、生活様式（喫煙習慣、飲酒習慣、摂食、運動）、環境（大気汚染、水質汚染、農薬、緑地）、社会的環境（犯罪率、雇用機会）に関連している。

低所得層は食生活や健康管理に気を配る経済的なゆとりはなく、肥満になりやすいと考えられている。

1980年代以降、健康格差が拡大傾向にあり、高所得者層の方が、特に高齢期で健康状態が良いことがわかっている。所得による「健康格差」の拡大は社会的な課題になっている。

WHOは1980年に「健康の社会的な要因に関する報告書」を発表し「健康格差の解消は行政の責務である」と明記している。

WHOは2009年の総会で、健康を左右する社会要因に注目し、格差の是正に取り組むことを勧告した。このように健康格差は、世界レベルの疑いようのない事実として考えられている。

2009年7月3日の日本経済新聞朝刊では、健康格差は所得や教育と強い相関があると指摘している。

2012年厚生労働省は、健康格差を減らす施策を検討する研究班を立ち上げた。世界的に見て、日本は国民の健康維持・増進に関心が低いと言われている。

65歳以上で要介護認定を受けていない人を4年間追跡調査したところ、その間に死亡した男性高齢者は、高所得の人が11.2%なのに対して、低所得の人はその3倍の34.6%にも及んでいる。このデータが示すように、豊かな人ほど健康で長生きするという傾向がある。

健康格差は所得や教育よりも健康意識環境、運動感性や行動力がキーであると考えられる。

3.1 生活習慣

生活習慣病という言葉が定着している。生活習慣の違いの背景にも、社会経済的な要因やそこからくるストレスなどの要因さらには職場のストレスの健康に悪影響があるという報告もある。

社会や環境要因と健康の関係が解明されてきている。

生活習慣病の予防、治療に当たっては、個人が継続的に生活習慣を改善し、病気を予防していくなど、積極的に健康を増進していくことが重要な課題である。

健康格差を見る指標として生活習慣を取り上げる。

図1に「所得と生活習慣等に関する状況」*1を示す。

*1 厚生労働省 平成23年国民健康・栄養調査結果の報告「所得と生活習慣」

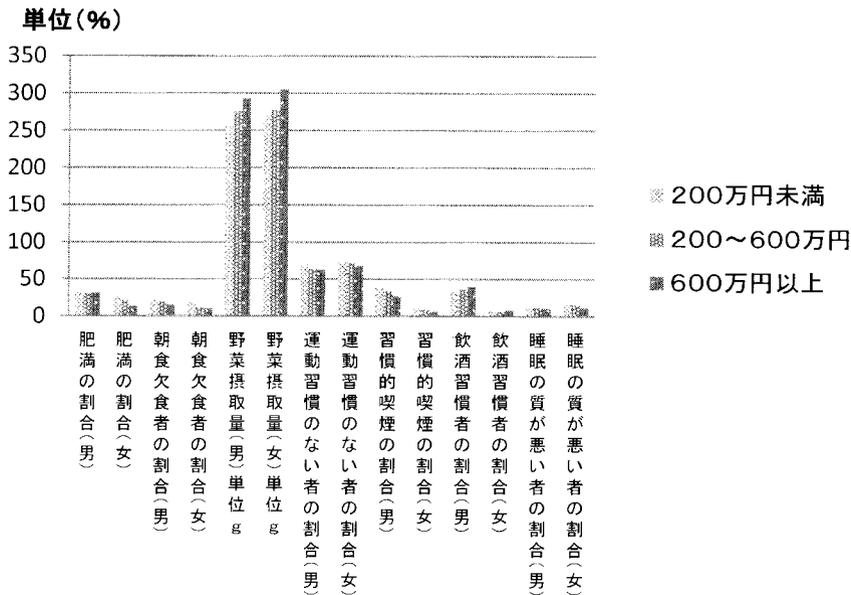


図1 所得と生活習慣等に関する状況

肥満の割合ならびに睡眠の質が悪い者の割合は男性では所得による差はあまりないが、女性では所得の多い層の方が肥満の割合は減少している。

朝食欠食者の割合、運動習慣のない者の割合ならびに習慣的喫煙の割合は男女ともに、所得の多い層の方が少なくなっている。

積極的に運動をしているのは高学歴・高所得層であり、ここでも健康格差が生まれつつある。

野菜摂取量（単位g）に関しては、所得が低いほど野菜の摂取量が少なく、所得の多い層の方が大きくなっている。飲酒習慣者の割合は男性では所得の多い層の方が大きくなっている。

所得の多い層の人は、肥満の割合が少なく、朝食を食べ、野菜の摂取量が多く、運動習慣があり、たばこを吸う量が少なく、睡眠の質が良くて概して健康であると言える。

一般に「富裕層は明るく、よく眠り、転びにくい」と言われている。

社会経済的な条件による健康格差だけでなく、保険医療施設や食料品店などの資源の地域的偏在化は、健康状態の地域差につながる可能性がある。

3.2 平均寿命

世界一の長寿国日本。健康状態を示す包括的指標である日本の「平均寿命」は世界一である。これは日本の高い教育・経済水準、保険・医療水準に支えられ、国民全体の努力によって成し遂げられたと考えられる。

図2に国別の平均寿命を比較したもの^{*2}を示す。日本に次いでイタリア、シンガポール、スウェーデンの平均寿命が高いことがわかる。

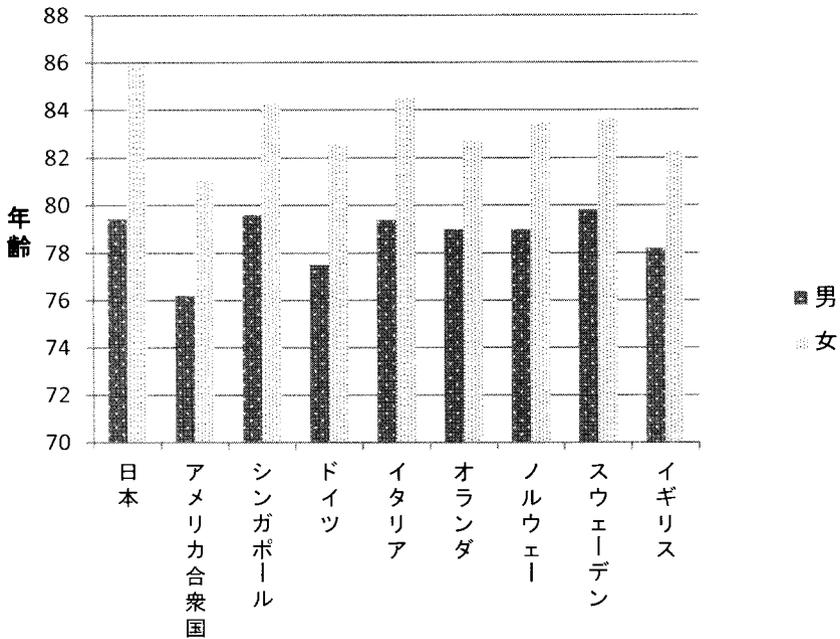


図2 平均寿命比較

図3に急速な日本の総人口と60歳以上の人口分布^{*3}を、図4に年齢階級別人口^{*4}を示す。出生率の低下によって、人口の高齢化が進展し超高齢化社会になる。

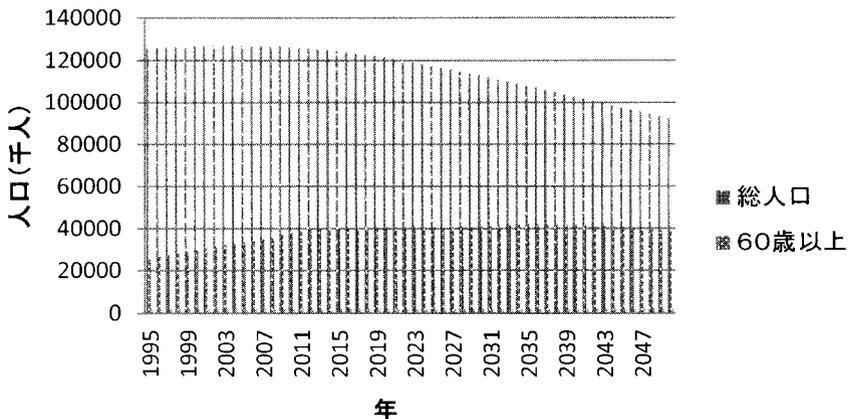


図3 日本の総人口と60歳以上の人口分布

*2 厚生労働省 平成23年簡易生命表の概況

*3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

*4 総務省統計データ人口推移 平成24年4月確定値、平成24年9月推計値

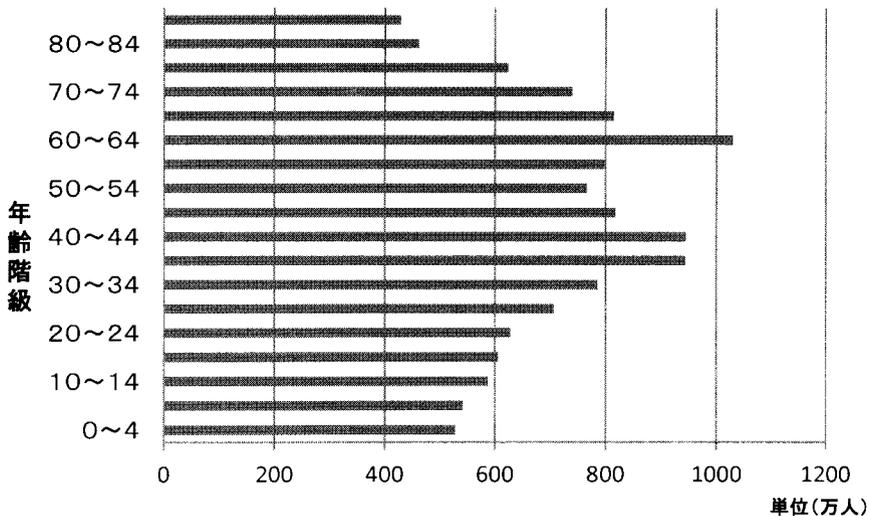


図4 年齢階級別人口

4 社会的・経済的格差

東京 23 区で平均収入が最高の世田谷区と最低の足立区では、平均寿命が 3 歳も違う。経済格差は健康格差につながっている。

低学歴低収入の女性は早く結婚して子沢山になり、高学歴高収入の女性は結婚しないか結婚しても晩婚なので、子供は 0 か 1 人程度という傾向になり、これが世襲されることで、日本全体に低学歴低収入の人口比率がドンドンと高まり、一流国から転落する恐れがある。

格差社会では人々のつながりが弱くなり、職場や地域などでの人々の信頼関係、結束力などが弱いほど、健康状態が悪くなっている。

WHO は健康に影響を与える社会的な要因として下記の 4 つをあげている。

- ① 職業
- ② 経済力
- ③ 家族構成
- ④ 地域

人とのつながりが健康に影響を与えている。東北大学の研究グループが「生きがいを感じているかどうか」という調査をした。その結果、生きがいが「ある」と答えて亡くなった人が 10 人いたとすると「どちらともいえない」と答えた人は 11 人、「ない」と答えた人は 14 人。死亡率に大きな格差が出た。

このことから東北大学の辻一郎氏は、「生きがいとは、誰かの役に立っているという実感など、

他の人との交流や支えがあってこそ得られるもの。そうしたつながりの中から、健康でいたいという意欲が生まれる。そうした意欲、希望を持てるかどうか、いわば、“希望格差”が健康格差につながっている可能性がある」と指摘している（後藤（2012））。

人は、人との関係性の中で生きている。地域のつながりを取り戻し、誰もがこの社会とつながれるようにしていく、健康作りは社会作りでもある。

5 医療格差

長寿大国日本では、生活保護受給者は過去最高の 209 万人に達し、うち 4 割以上が高齢者であり、費用の半分は医療費にかかっている。貧しく学歴が低いほど死亡率や要介護状態になる割合が高くなっている。

ワーキングプア→ジャンクフードで腹ごしらえ→体重増加→糖尿病・心臓疾患（食生活の劣悪化）→病院にいけない→死の直前まで病魔を放置（医療格差）

2008 年度の国保の納付率は 88%であり、国民皆保険制度（「フリーアクセス」「平等給付」が身上）が始まって以来最低の割合となっている。健康保険証は“ぜいたく品”となりつつある。表向きの平等性とは裏腹に、医療費格差は着実に進んでいる（西川（2010））。

窓口で払う 3 割の自己負担金そのものに耐えられないという人が少なくない。

自己負担金を支払えるのに不払いを決め込む、悪質な患者も皆無とはいえない。

医療格差の発端は 1981 年の「第 2 次臨時行政調査会（土光臨調）」である。米、国鉄、健康保険の 3K が経済発展の妨げとなっているということで、医師数は公共医療費を抑制するために医学部の定員は減らされ、診療報酬は下げられた。その結果 30 年後の今、医療崩壊が起こっている。人件費と物価は上がる一方なのに、診療報酬だけが減らされて経営が立ちいかず、赤字病院が診療科を閉鎖している事態になっている（西川（2010））。

図 5 に財政収支（対 GDP 比）^{*5}を示す。日本の財政赤字はアメリカ、イギリスに次いで世界三番目である。財政赤字が強調されればされるほど、「医療の自己責任論」が盛んになり、その結果、病院に行けないワーキングプアが生み出されている。

^{*5} <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouthoken/iryouthoken11/images/03.gif>

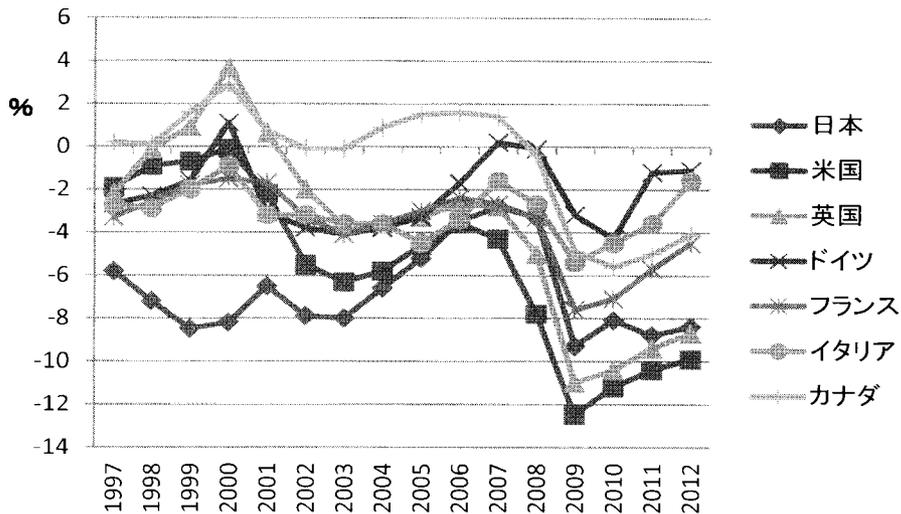


図5 財政収支 (対GDP比)

「混合診療（保険診療に保険外診療を併用する）」を解禁しろと言う声があがっている。今のところ原則禁止であるが、差額ベッドや高度先進医療についてのみ、部分的に認められている。解禁されれば保険外診療の比重を増す医療機関が増え、従来の保険診療の質が落ちて医療格差が広がる可能性がある。

海外で使用されている薬が日本ではまだ未承認となっている“ドラッグラグ”を解決することが必要である。

図6に総医療費の対GDP比^{*6}を示す。日本の医療費はGDP8.5%で、先進7か国（アメリカ、フランス、ドイツ、カナダ、イギリス、イタリア、日本）中最低である。これから高齢化がさらに進むわけだから、医療費は上がるのが自然である。

*6 OECD “Economic Outlook90” (2011年12月)

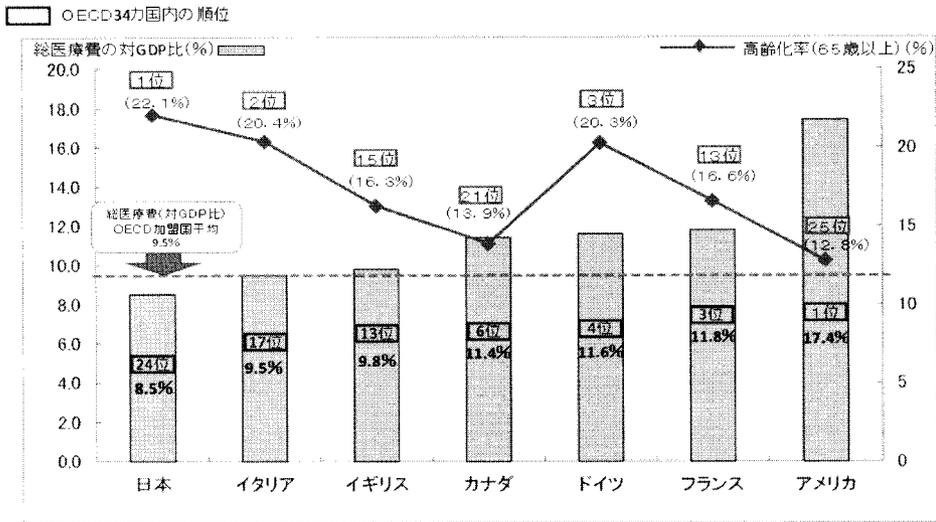


図 6 総医療費の対 GDP 比

6 健康資本理論 (丸山 (2012))

健康を「健康資本理論」という考え方で捉える。「健康という資本」は一般の資本財と同様、ほっておくと時間と共に棄損していくが、「投資」によって維持・増進できると考える。ここで投資というのは、病院に行って健康診断や治療を受け、体に良いものを食べ運動することを言う。経済的に恵まれた環境にいて充実した人生を意欲的に送っている人は、長生きすることで得られる収入が大きく、また充実した余暇を過ごせるので、健康投資のリターンが大きい。したがって、検診も積極的に受け、食べ物にも気を使い、運動も積極的にする。それに対して、努力しても良い仕事が見つけれない低学歴貧困層は、富裕層に比べ、積極的に健康に気を付けるインセンティブ（動機づけ）に乏しい。健康であればあるほど、1年余分に生きるリターンが大きく、従って健康に気を付けなくなる。投資のインセンティブの格差が健康格差をもたらし、その健康格差がさらなるインセンティブ格差をもたらすという意味で、健康資本理論においては、健康格差は自己拡大的である。

7 健康格差縮小のための方策

健康に良い社会に転換するには社会保障を厚くすることが必要である。

- ① 療費の窓口負担を抑えるなど保健医療政策を改善すること。
- ② 社会・経済的な格差を縮めること。
- ③ 安定雇用を減らし労働条件を改善すること。
- ④ 教育や保育、住宅の保障。

なぜこんな社会になったかと言うと社会保障を抑制したからである。社会保障は高所得者から低所得者へ所得を再分配する役割をはたすが、それが弱くなっている。

病気になってから病院に行つてと言う考え方は通用しなくなるし、いかにして病気・ケガをしないような身体づくりをしていくか、健康を維持し続けられるか、いつまで現役でいられるかということが大切な問題である。

健康格差＝経済格差＝情報格差

もっとも所得格差の小さい北欧諸国の国際競争力は日本よりも強く、経済成長率も高い。

子供や若者が教育・訓練の機会を保障されることは、将来の貧困を減らし、質の高い労働力を確保し、経済の発展にも望ましく、少子高齢化社会への対策にもなる。

7.1 政府の取組み

政府は2012年7月に今後の健康政策の目標として「健康格差の縮小」を打ち出し、「健康日本21」を告示した（後藤（2012））。

ここでは、健康を増進するために下記に記す2つの政策に取り組む方針を掲げている。

- (1) 個人を対象とした政策：生活習慣の改善、生活習慣病の予防
- (2) 社会の在り方に目を向けた政策：社会環境を整える

個人の取組みに期待するとともに、社会環境の整備にも目を向けた取組みが重要である。

平成25年度より開始を予定している次期国民健康づくり運動「健康日本21（第2次）」で、基本的な方向性として以下の5項目を掲げている（専門委員会（2012））。

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持および向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

「健康日本21」は、国民、企業等に健康づくりの取組みを浸透させていき、一定程度の時間をかけて、健康増進の観点から、理想とする社会に近づけることを目指す運動である。

10年後に目指す姿は、「全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」である。

子どもたちが希望を持てる社会となるよう、その基盤となる健康を大切にできる社会を目指すべきである。

著しく進む高齢社会を踏まえ、治療中の方も介護をようしている方もそれぞれの段階に応じた健康づくりに取り組み、高齢者が生き甲斐をもっていける社会を目指す。

国民が一番重視しているのは健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）である。今後健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差）

が広まる中で、こうした健康が守れない人々の役に立つような健康政策や社会環境整備に取り組み、どこまで健康格差を縮小できるかが重要である。

個人の健康と社会環境の整備は車の両輪のようにいずれも必要であり、社会環境に関する課題を明確にすべき。

健康を支え、守るための社会環境の整備：個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けるから、国民の健康を実現するためには、社会全体としても健康を支え、守る健康づくりにつとめていくことが重要である。行政のみならず、広く国民の健康増進を支援する民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行うことのできる健康増進の取組みを総合的に支援していく環境を整備すべきである。

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べきである。

7.2 市民の取組み（食事習慣）

最近、糖尿病ならびに高血圧の人が増えている。これらの病気は自覚症状がほとんどなく、健康診断で見つかることが多い。多くの人は健康診断で病気が指摘されても、気にすることなくほっておくことが多い。すなわち食事に気を付けさらに運動をするなどのことは良いことだとわかっているのだが、実際にはそれらの事に手を付けずに現状維持の生活をしてしまう。診断結果を妻に言い、妻から食事に気を付け、運動するように言われても、まったく実行しない。それやこれやで時間がたっている時に、本屋に立ち寄り、糖尿病や高血圧に関する本を見てそれらの病気の怖さを知る。そこでさらに本を探すうちにこれらの病気を克服するための方法についての知識、情報を得る。この情報をもとにして実際に行動に出るか、出ないかで状況が変わってくる。行動に出ない人は将来病気が進行して大変な事態になることが予想される。ここでは実際に行動を起こした人達に話を聞いたのでそれをまとめた。

7.2.1 食事制限

糖尿病に関する本で最も多いのは、食事制限に関する本である。家族の中で一人食事制限するのは非常に辛いものである。妻の協力ができない。

まず食品のカロリーを覚えることが出発点である。家庭では妻にカロリー計算をして調理してもらう必要がある。外食するときはカロリー計算をして、料理を注文する。毎日、毎食食べた食品名と量ならびにカロリーを記録していく。

毎朝体重を決めた時間に測定し記録していく。この記録をみると徐々にではあるが体重が減少していることがわかる。具体的な数字として出てくるので励みになる。

3か月位実施してから、体調が良くなったようなので辛い食事制限を止めた。しばらくして血糖値を測定すると標準値よりも大きくなっていった。そこで再度食事制限をしている。

7.2.2 ジュースダイエット

ニンジン・リンゴジュースダイエットに関する本を見つけた。ジュースは家庭にあるから簡単にできると思いニンジン・リンゴジュースダイエットを始めた。妻はそんな面倒なことはいらないと言って非協力的であった。しかたなく自分で作った。決められた量を作り飲むと結構腹が太ったように感じた。最初は昼までもたないのではないかと考えていたがそんなことはなかった。飲み続けているうちに、肌がすべすべになり気持ちよくなった。血糖値も下がり始めた。ジュースを作った後のカスが気になりだした。それを焼いたりしてみたがおいしくなかった。妻からは今はリンゴが高いとか言われたので、作るのを止めた。しばらくして血糖値を測定すると上昇していた。再度ジュースダイエットに挑戦することにした。現在も実行中である。体調はすこぶる良い。

7.2.3 糖質制限食

糖質制限食とは、炭水化物を極力摂取しないようにする食事法である。炭水化物以外の食品は従来通り摂取してよいのである。これにより体重は確実に減少する。特に糖尿病の人に推薦できるダイエット方法である。一人で実施可能であるが、妻の協力すなわち“ご飯を食べた方が良いのではないか”とついつい言われてしまうが、この言葉がないように協力してもらう必要がある。

朝は納豆に魚の缶詰を加えたもの、チーズ、トマトジュース、味噌汁を、昼は日本そばを、夕食は家族と同じおかずを食べる。できるだけ野菜を多く食べることに心がける。

この食事方法を実行することにより、血糖値は正常になり、体重は理想体重に近くなった。

7.2.4 塩分控え目の食事

この方法は特に高血圧の人向きである。

従来の食事では、ついつい醤油等を付けすぎることが多いが、この方法を実施するにあたり、醤油が霧吹き状で出る容器に移し替えて使用する。こうすれば食品の表面のみに醤油が付着し、口に入ったときに醤油の味がし、おいしく食べることができる。この食事方法により、血圧は正常値になった。

8 市民の取組み（運動習慣）

運動習慣がある人はよいが、ない人はなかなか運動をしづらい。そこで運動習慣のある人々を訪ねるため筆者の住んでいる市にある市立の運動施設（A施設と呼ぶ）と県立の運動施設（B施設と呼ぶ）を訪ねインタビューをした。

8.1 運動をするきっかけについて

運動をしなければならないとは思っていたが、市内にある民間のスポーツセンターに行くのは敷居が高い。すなわち会員になり会費を払わなければならない。

市の広報紙に A 施設のことが載っていた。それによるとトレーニング室がありトレーニング機器もそろっており、さらに風呂がある。この風呂があることが魅力で通いだしたという人が大勢いた。

使用料は安く毎回使用するとき払えばよい。会員証のようなものは作らなくてよい。ほとんど自由に利用できる。トレーニング機器は揃っており、またトレーニングのプログラムはコンピュータが打ち出してくれる。初心者向けからアスリート向けまでたくさんのプログラムが用意されている。基本的には自転車漕ぎ等の有酸素運動を 20 分程度行い、続いて筋肉をつけるために無酸素運動を 30 分程度行い、最後にランニング等の有酸素運動を 20 分程度行うようになっている。それにもとづいて運動すれば無理なく運動習慣が付く。トレーニングの前と後には血圧、心拍数、体重ならびに体脂肪率の測定が可能であり、メモリーに入っているのだから結果を打ち出し月間あるいは週間の推移を見ることが可能となっている。月曜日は休館日である。

準備運動ならびにストレッチ運動についての図が表示されておりそれにそって運動をする人が多い。が自分独自の方法で準備運動をする人も見かけられた。

一方 B 施設では、相談員が週 2 回来てトレーニングプログラムや方法についてアドバイスがもらえる。コンピュータによるトレーニングのプログラム作成はない。こちらの方が A 施設よりもトレーニング機器は多いようである。風呂はなくてシャワー施設が利用できる。こちらは年中無休で利用できる。こちらも市の広報紙に載っていた記事を見て来た人が多い。

8.2 実際に運動をした人の感想

自分で自由にトレーニングができると好評であった。機器の使用方法に関しては概略職員が説明してくれる。

ほぼ同じ時間に行けば同じメンバーと顔なじみになり、いろいろ話ができて楽しくなる。

これらのスポーツセンターを利用するようになって、運動習慣が確立したようである。時間があればセンターに足を運ぶ人が多いようである。

食べたいものをガマンできるのは、将来に希望があるからである。将来に希望が持てず、いま生きることで精いっぱいの人に「10 年後のために気をつけましょう」と言っても無理である。

情報がたくさんあってもどれを取捨選択するかは本人しだいである。情報が絶対的に必要なものであるとは言えないが、何らかのキッカケで運動をする気にならなければしめたものである。

「人を泉に連れていくことはできるが、水を飲ませることはできない」

9 健康食品

現在の世の中には健康食品という名目でサプリメントが豊富に売られている。

健康食品とは、一般の食品と比較して、健康に何らかの良い効果が期待できるすべての食品を指す。

健康食品は図7に示すように、保健機能食品（国が定めた安全性や有効性などの基準を満たして販売されているもの）と健康食品（そうでないもの）に分けられる。

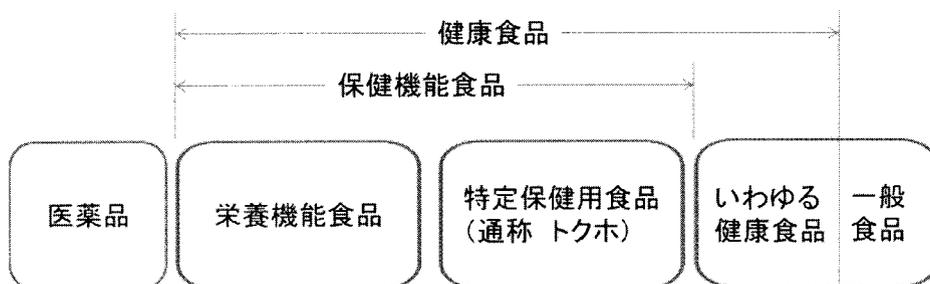


図7 健康食品の分類

さらに保健機能食品は栄養機能食品と特定保健用食品に分けられる。

健康食品＝保健機能食品＋いわゆる健康食品

保健機能食品＝栄養機能食品＋特定保健用食品

栄養機能食品とは、定められた12種類のビタミンと5種類のミネラルの含有量が国の基準を満たしている場合、栄養の機能を表示して販売することができる食品である。

特定保健用食品は、体脂肪の増加を抑制するなど健康への効用を示す表示が許可された食品である。

健康食品の利用に対する注意点を述べる。

- (1) 過剰に摂取することで、健康被害を引き起こす可能性がある。
- (2) 健康食品は病気を治癒させるものではない。
- (3) 健康食品と医薬品を併用した場合、医薬品の効果が減弱したり、副作用が増強されたりする危険性がある。

保健機能食品については、国が効果や、安全性について認めた食品ではあるが、保健機能食品の利用のみでは十分な健康を得ることはできない。

健康増進の一番の基本は、栄養・運動・休息である。

まず正しい生活習慣に取り組んだうえで、上手に健康食品を取り入れていくことが肝要である。

10 おわりに

フードデザイン問題を発端として、健康格差と社会的・経済的格差について議論をし、健康格差は経済格差であり、また情報格差でもあるとしてきたが、さらに健康意識格差があると考えられる。

どのように健康に良い情報を集めても、実行しなければ何の意味もない。実行するためには「する」か「しない」を選択しなければならない。「する」ことを選択した人は健康に邁進でき、「しない」ことを選択した人は不健康な生活を続けることになる。この選択をするには、何らかのキッカケが必要と考える。キッカケを作るために種々な情報が存在しているのだと考える。

これからは、情報格差ならびに健康格差をなくすための種々なキッカケを作るために、情報提供だけでなく、人間性を向上させて種々な事項に感動しキッカケを作れるような感性を磨く方策を考える必要があると考える。

参考文献

- [1] 丸山士行 (2012), 「ついに寿命もおカネで買う時代に？」『日経ビジネス』2012年7月2日。
- [2] 後藤千恵 (2012), 「脱“健康格差社会”」『NHK時論公論』2012年7月17日。
- [3] 佐々木緑 (2012), 「地域での孤立健康に不安」『中国新聞』2012年7月25日。

Health inequalities and Social-economic disparities

Yuichi Itoh

Abstract

Food desert such as shopping-refugees and malnutrition problem have to be lectured often in newspaper and magazines. Beginning with this food desert problem, in relation to social and economic disparities and health inequalities, in this paper, I discussed sprinkled with interviews of real lifestyle and exercise facilities.