



Title	日本における健康の社会決定要因（SDH）の追求と課題：特に日本学術会議から出した2つの提言の意味について
Author(s)	岸, 玲子
Citation	民医連医療, 501, 56-59
Issue Date	2014-05
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/56142
Rights	月刊『民医連医療』No. 501より転載
Type	journal article
File Information	1930.pdf



日本における健康の社会決定要因 (SDH) の追求と課題

特に日本学術会議から出した2つの提言の意味について

北海道大学環境健康科学研究教育センター 岸 玲子

かつてなく生まれづらく、生きづらい、 国になった日本

日本の出生率は人口1000対8.3で世界最低クラスです。自殺死亡数は2011年まで14年連続で年間3万人を超えていました。相対貧困率（所得の中央値の50%に満たない低所得者率）も、2006年OECD統計では先進国第2位になりました。非正規雇用が36%を占め、大学・高校の新卒者の非正規就職は女性5割超、男性3割になりました。

アベノミクスが盛んに喧伝されていますが、労働者の賃金は過去20年間、全く増えていません。やはりこれがデフレの最大の原因だと思います。

日本は女性の稼得率（収入）が極端に低く、特に働く母子世帯が最も困窮しています。最近では6人に1人の子どもが貧困層です。

政府による「社会保障と税の一体改革」には、高齢者と若者の世代間の公平な再分配政策という理念があったはずなのですが、今の政治の様子を見てみると、消費税を増税しても本当に再分配＝社会保障に回すのかという疑念が残ります。

〘生活と生命を支える。ための 健康政策と医療政策の現状

WHOの「Health for all. は達成されたのか？

厚生労働省（以下厚労省）は2000年に「健康日本21」（第1次）を開始し、健康増進法を制定しました。そして、栄養・食生活・身体活動と運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器疾患、がんなどについて、2010年を目標に59の目標値が定められました。2005年の中間評価で達成が危ぶまれ、生活習慣病

対策の強化が図られました。しかし2011年の最終評価では、改善が見られたのは35項目にとどまり、悪化した項目も相当数あります。特に肥満、糖尿病、運動習慣などが悪化、あるいは変わらないということが日本全体の数値として出たのです。これは、生活習慣への対策のみでは、いわゆる生活習慣病（高血圧、糖尿病、循環器疾患など）の予防には不十分であることを示しています。

さて、2013（平成25）年から始まる「健康日本21」（第2次）では、第1次に欠けていた課題を克服できるのでしょうか。第2次は目標として「健康寿命」の延伸、健康格差の縮小が書かれています。社会生活を営む上で必要な機能（運動系の機能）の維持向上も取り込み、〘健康を支え、守るための社会環境の整備が重要、としています。厚労省が初めて政策的に書いたのは非常にいいことですが、実際にどのように進めるのかが問われています。

日本の「国民皆保険制度」持続性の危機

日本の社会保障の手本は1942年のイギリス・ベヴァリッジ報告の「ゆりかごから墓場まで」です。失業、疾病、老齢、死亡による貧困問題は社会保険で対応する。すべての国民が同一の社会保険制度に加入し、1つの省で制度を統一的に管理する。給付はナショナルミニマムを保障する。児童手当を支給する。1946年には国民皆保険法と国民保健サービス事業「NHS」を発足させました。

日本では1960年に国民皆保険制度が成立しました。1955年までは3000万人が無保険者でしたが、政府が公費を投入して患者負担分を減らし、被用者保険4352万人、国民健康保険4832万人を合わせ

て、当時の人口の97.9%をカバーしました。自助努力では難しい健康や医療のリスクに対して、どこでも公平平等な医療を受けられるようになったのです。

国が診療報酬を設定するので、医療の低価格化が果たされました。日本は今、OECDのなかで、国民GDP当たりで最も低い医療費です。しかし、医療機関の配置には踏み込まなかったのが、都市偏在、無医地区問題を温存しています。

また「出来高払い原則」は、医療機関としては濃厚治療を、また患者には専門家任せの気風を育てることもつながったと思います。

国民皆保険制度は重要なセーフティーネットですが、日本では親が保険料を払えなくなると、子どもの保険証も取り上げられてしまいます。また、後期高齢者や非正規雇用の増加で、国民健康保険の持続可能性が失われてきています。

健康の社会的決定要因に関するWHOや諸外国、日本の動向

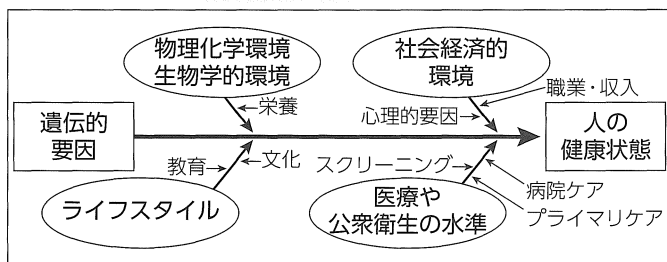
図のように、健康を規定する要因は大きく4つあります。SDH (Social Determinants of Health) は健康を決める1つの要因であり、すべての要因ではないということもこの図からわかると思います。

ヨーロッパでは、1980年代から公衆衛生ルネサンスと言われ、健康都市プロジェクトや、持続可能な都市づくりへと発展してきました。1998年にはWHO Europe (欧州地域事務局) から『Social Determinants of Health THE SOLID FACTS SECONFED EDITION』が刊行されました。この本の中で「健康の決定要因として、社会経済要因が重要であることは確かな事実である」とし、WHO Europe に所属している各国に「成果と情報をとりまとめた、今後『根拠に基づく健康政策』を推し進めるように」と促しました。取り上げられた各論は、①社会格差、②ストレス、③幼少期の重要性、④社会的排除、⑤労働、⑥失業、⑦社会的支援、⑧薬物依存、⑨食品、⑩交通についてです。

さらに、WHO本部は2008年に「健康の社会的

人びとの健康を規定する要因

- ①社会経済環境
(雇用・労働条件、経済・貧困、教育、文化)
- ②自然環境と生活環境
(地球環境、住宅・大気・水質の物理・化学・生物的環境)
- ③ライフスタイルと心理的要因
- ④医療や公衆衛生の水準と Accessibility



岸 玲子 (NEW予防医学・公衆衛生学、南江堂、第3版、2012)

決定要因」委員会による最終報告書を出しました。そのなかで提唱したのは「貧困など社会経済要因による不平等を改善する行動」を世界的に行う必要があるということです。

日本では、1995年の厚労省国民生活基礎調査データ解析で、世帯収入500万円以上に比べて、300万円以下の収入層は、健康自己評価が低いことがわかりました。また、2005年に『Health Policy』という雑誌に出された論文では、日本における1973～1998年までの寿命の伸びは、「国内地域間格差」の縮小が貢献したとことがわかったのです。そして、低い社会経済要因（低収入、低教育、失業、過密な居住空間）が死亡率と関係していて、特に「失業・居住空間の過密」のほうが「収入・教育」よりも関連が強いということがわかりました。75歳以下では、男性のほうが女性よりも社会経済要因の影響を顕著に受けています。

また、日本とイギリスの比較研究でわかったことがあります。日本の公務員は、低い階級ほど健康状態がよく、高い階級では悪かったのです。この原因は日本の長時間労働や、職階による責任の違いなどではないかと議論されています。

そして、民間企業の男性労働者では、熟練工・管理職・専門職に比べ、中間階級である「事務職」で余暇の運動活動性が最も高かったのです。日本の心血管系疾病の死亡率は管理職が高く、長時間働き、職場にのめり込み、いわゆるワーク・ホリック状態になっています。あるいは強い長時間労働が関係しているのではないのでしょうか。

女性ではこのような差は認められませんでした。

日本学術会議から出した 2つの提言

日本で喫緊に解決すべき課題は「労働雇用問題」です。これが社会経済格差の原因だからです。

日本の労働環境で特異的なのは、中小零細企業と大企業の賃金待遇の差、長時間労働（`karoshi、問題）、自営業（農業や請負などを含め）が労働安全衛生法でカバーされていない問題、正規と非正規の違い、男性と女性の待遇の差です。男性の育児休暇取得率は非常に低く2%以下です。それは30～40代前半の男性が最も長時間労働している世代だからです。子育てに対する社会的サポートも不十分で、保育園待機児童数は史上最高と報道され、2013年には母親たちが自治体を訴えるという状況も出ました。社会福祉そのものが貧困で、特に母子家庭が困窮する構造があります。また、ホワイトカラーである専門職（医師、IT技師、教員など）や管理職が過重労働であることも認識しなければなりません。

日本学術会議の「労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会」は私が委員長でした。そして日本学術会議の歴史のなかで初めて、働く人の健康と安寧な生活（wellbeing）の確保についての提言を出したのです。

提言①

労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために一

- (1)国の健康政策に「より健康で安全な労働」を位置づけるとともに社会的パートナーである労使と協力して安全衛生システムの構築を図る
- (2)労働・雇用および安全衛生にかかわる関連法制度の整備と新たなシステム構築に向けて
 - ①過重労働と過労死・過労自殺を防止するための法的な整備を行う
 - ②非正規雇用労働者の待遇改善に向けて法制度を整備する
 - ③すべての就業者に安全衛生に関する法律・制度を適用する体制を強化する
 - ④職場の危険有害環境を改善するために法制度の整備を図る
 - ⑤中小零細企業での労働安全衛生向上のための諸施策を充実させる
 - ⑥メンタルヘルス対策のために有効な施策やプログラムの立案・普及を図る
 - ⑦産業保健専門職による質の高い産業保健サービ

スを実施するための法制度を確立する

- ⑧安全衛生に関する研究・調査体制の充実を図る
- (3)事業主および労働者、関係諸機関に求められる取り組み

①事業主および労働者は自主的な安全衛生活動を推進する

②大学、研究機関、学協会等の活動を一層強化し、連携を図る

1つ目として、長時間過重労働をやめるため、「過労死防止基本法」の制定、三六協定の廃止などの有効な労働時間規制をしなければいけないということを真っ先に挙げました。2つ目は、非正規雇用と正規の壁を取り払うために、同一価値労働・同一賃金導入に向けて、職務評価基準などを準備することを挙げました。3つ目は、EU諸国に比べて遅れているILO国際条約の批准です。例えばパートタイム条約は、非正規雇用と正規の壁を取り払うために重要です。4つ目は、有害環境に対する労働者の「知る権利」の重視です。これが非常に弱いのが日本の特徴です。5つ目は、国家公務員なども含めたすべての人に労働衛生サービスを提供する161号条約の批准です。6つ目は、自主的な労働安全衛生活動の強化です。7つ目は、中小・零細企業における安全衛生マネジメントの普及です。8つ目は、社会的パートナーとして企業が責任を持つ必要があると指摘しています。

提言②

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

- (1)保健医療福祉政策において健康の社会格差を考慮すること
- (2)健康の社会格差のモニタリングと施策立案の体制整備
- (3)保健医療福祉の人材養成に健康の社会格差の視点を含めること
- (4)国民参加による健康の社会格差に向けての取り組みの推進
- (5)健康の社会格差に関する研究の推進

日本の保健医療福祉政策や活動における問題点は、健康の社会格差の視点が欠如していることです。それが明らかになるようにモニタリングをして、政策を立案する体制組織をつくる必要があります。

特に、医師や看護師などあらゆる保健医療分野で働く人々を養成するところで、健康の社会格差

の視点を入れていかななくてはなりません。

また、健康の社会的格差の是正に向けた政策立案に、国民参加を促す必要があります。一方で、研究もおおいに進めるべきだと思います。幸い2013年度から始まる第2次・健康日本21には、この提言の内容を明確に入れてきています。

転換期の日本 — 私たちはどのような社会をめざすのか？ —

私たちは格差・不平等・不公平をどう是正していくのかを考えなければなりません。逆に言えば、いつまで旧来モデル（男性が妻と子どもを養う形）でいくのかが問われています。主婦パートとして働く人は、扶養手当や配偶者控除を受けて、限度内で働くことが多いのです。これは第3号被扶養者でいても、働く女性に比べて将来の年金額に大差はないからです。このような層が一定いるので、日本はOECDのなかでも非正規労働者の比率が高く、しかも「ILOパートタイマー条約」を批准していないので、年金・保険などの諸権利が不利なままです。働く母子世帯が最も困窮し、子どもの貧困が増えている理由もそこにあります。

「賃金構造基本統計調査」（2007年）による時給格差は、男性正規は2643円、女性正規は1832円、男性パートは1122円、女性パートは991円です。給料は女性が低く、パートは正規の半額です。日本は働いてぎりぎりの生活をしても貧困なのです。しかも地方では、生活保護の水準より最低賃金の水準が低いという状態が続いています。

社会の持続性を保ち成長していった国（スウェーデン、デンマーク、フィンランドなど）は、職業訓練、保育サービス、学び直しのための生涯教育、職業訓練を受けている期間の年金雇用保障を着実にを行っています。経済成長と財政収支の安定を両立させ、GDPは今や日本（19位）より高いのです。さらに、女性の地位是正、環境問題へのとりくみも早く、教育は大学まで無料、医療や介護でも効率的なシステム改革を続けてきました。日本も国民に対して、人間としての尊厳、健康、安全、安寧、地球と地域の環境を守るということを基本政策にするべきだと思います。

貧困と格差社会の根源は、やはり「労働・雇用」の問題です。私が特に心配なのは、ロストジェネ

レーション世代（現在30代後半の初期フリーター層）が将来、「無年金」「年金受給額が非常に低い者」として大量に出現する時期が来ることです。UFJ総合研究所によると、2021年には35～59歳の中高年フリーターが147万人になるとの試算です。

日本では、安倍首相が国連演説で女性活用を強調しましたが、経済、労働、医療、教育、どの面でも必要な改革は進んでいません。人口が半減するとされる2050年に向けて、男女や貧富、障がい者や弱者であることを問わず、自立して生きがいと満足をもって生活できる「社会」をつくることと、そのための「政策」が重要ではないでしょうか。同時に、人々自身が主体的な活動で力をつけられるよう、専門家が努力することも重要です。

日本を貧困と格差の少ない社会にするには、従来とは違う施策が必要です。人口の多くが社会参画する（働く）社会こそ、日本がめざす社会です。女性と男性のワークシェアリング、若年労働者の育成と訓練、高齢者の活用をすすめる必要があります。加えて、生活保護のありかたも考え直し、真のセーフティーネットにすべきです。

雇用労働改革も必須です。同一労働価値・同一賃金で、仕事をきちんと評価する方法を準備しなければなりません。そして、東京に一極集中のままでは持続的な発展は見込めないと思います。

政府を厳しく監視し、貧しい人々や虐げられている人々にあたたかいサポートをすることは本当に重要です。しかしそれだけでは広範な人々の信任は得られません。大多数の国民を説得できるだけの「変革へのビジョン」（どういう社会をつくるのか）を、証拠をもって主張することも必要です。

はるかな協同の道

私の従弟の故・山田浄二氏は民医連職員でした。彼の遺稿集の中に「地域のなかで、職員の協同と住民の協同のつなぎ目になる」「運動する側に、国と社会についての新しい構想がもっと必要ではないだろうか」と書かれていました。私も全く同感ですので、弔いの気持ちも込めて紹介します。

参考文献：日本学術会議 <http://www.scj.go.jp/>

（本稿は2013年10月4～5日に開催された「第11回全日本民医連 学術・運動交流集会」での発言を編集部でまとめたものです）