

視点

健康格差について



福島県医師会理事

田 畑 裕

1. はじめに

私が医師になりたての頃、ウィリアム・オスラーの格言「病気（疾病）を診るのではなく、病を抱えた人を診る」ということを学び、診療の心得としておりました。「眠れないので睡眠薬を下さい」と患者が訴えれば、「何か不安や心配事でもあるのではないですか？」と問診するように心掛けていました。しかし、今にして思えば未熟でした。肉体と精神の関係性にしか焦点を当てることしか出来ていませんでした。ある若い気管支喘息の患者さんに吸入器やパッチ製剤を処方した時に、支払いが高くなるので今回は不要ですと断られてしまいました。病状の悪い時にだけ使用していたとのことでした。家族で内職をしている方でした。また、糖尿病の患者さんで度々内服薬が切れてから受診する患者さんがおられ、血糖のコントロールが不良で、その後亡くなられたようです。零細工場に勤め、人手がなくて休ませてくれないと愚痴をこぼしていました。一人ひとりの生活環境や健康観も多種多

様だといつも考えさせられています。1948年のWHO憲章の前文には「健康」を「身体的、精神的、社会的に完全な良好な状態であり、単に病気あるいは虚弱でないことではない」と定義しています。つまり、良好な状態の社会、地域、国家の上に初めて「健康」は築かれると示していたのです。患者を診る際には、その患者を取り巻く社会や地域との関係性にも注意を払わなければならなかったのです。

2. 健康日本21（第二次）

日本の平均寿命は世界で最上位にあります。急速な少子高齢化や生活習慣の変化により疾病構造が変化して来ました。虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病、慢性腎臓病などの生活習慣病やがん罹患が増加してきました。昭和53年より始まった「国民健康づくり」は平成12（2000）年より21世紀の未来を見据えて「健康日本21」と呼称されるようになりました。特定健診や特定保健指導が導入されました。これは主に生活習慣病（特にメタボ

リックシンドローム）の早期発見や治療、そして生活習慣の改善に照準を当てた所謂メタボ検診です。平成25（2013）年度より展開された第4次国民健康づくり「健康日本21（第二次）」が令和5年度で終了します。この健康日本21（第二次）では、健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目標とし、生活習慣に加え社会環境の改善を目指すとされていました。ここでの健康格差とは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を指しています。次の五つを基本方針として掲げました。

1）健康寿命の延伸と健康格差の縮小 2）生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防） 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 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

昨年秋に最終評価報告書が発表されました。

健康日本21（第二次）においては、53項目の目標が設定されており、最終評価では、53項目中、「目標に達した」が8、「改善傾向にある」が20、「変わらない」は14、「悪化している」は4、「評価困難」は7となりました。新型コロナウイルス感染症の影響で調査が出来ず「評価困難」が増えています。

【目標値に達した8項目】

（数字は策定時→評価時）

- 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／女性73.62年→72.68年／75.38年

福島県の2023年の平均寿命は男性80.60歳（全国45位）、女性86.81歳（全国46位）でした。福島県の健康寿命は男性72.28歳（35位）、女性75.27歳（30位）でした。

- ② 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

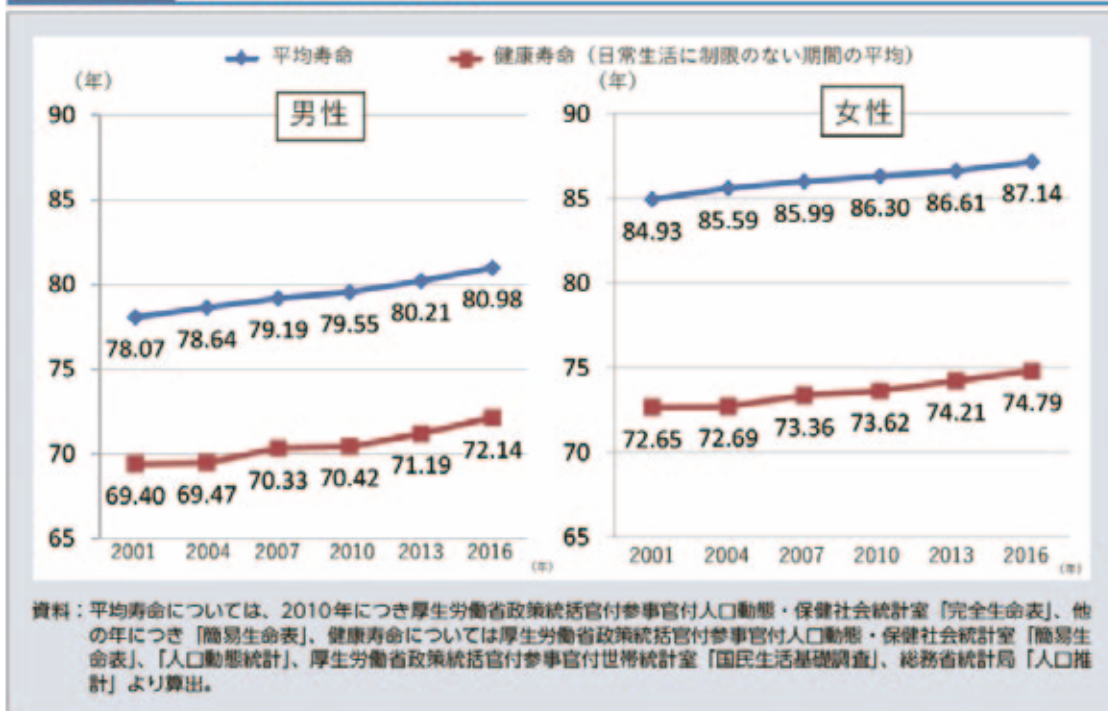
（10万人当たり）84.3→70.0

- ③ 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）：脳血管疾患男性49.5／女性26.9→33.2／18.0、虚血性心疾患 同37.0／15.3→27.8／9.8
- ④ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）：1.2%→0.94%、しかし、糖尿有病者は890万人から1,150万人に増加傾向にある。
- ⑤ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加：小児科医94.4→112.4、児童精神科医10.6→17.3
- ⑥ 認知症サポーター数の増加：330万人→1,264万人
- ⑦ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制：17.4%→16.8%
- ⑧ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）：小学生の朝食15.3%→12.1%など

【悪化している4項目】

- ① メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少：約1,400万人→約1,516万人
2021年度の福島県のメタボ該当率は19.2%（全国ワースト4位）でした。全国平均は16.6%であり+2.6%高でした。
- ② 適正体重の子どもの増加（小学5年生の肥満傾向児の割合）：8.59%→9.57%
- ③ 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少：18.4%→21.7%
- ④ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たり純アルコール摂取量が男性40g以上／女性20g以上の者）の割合の減少：男性15.3%／女性7.5%→14.9%／9.1%

図表 1-2-6 平均寿命と健康寿命の推移



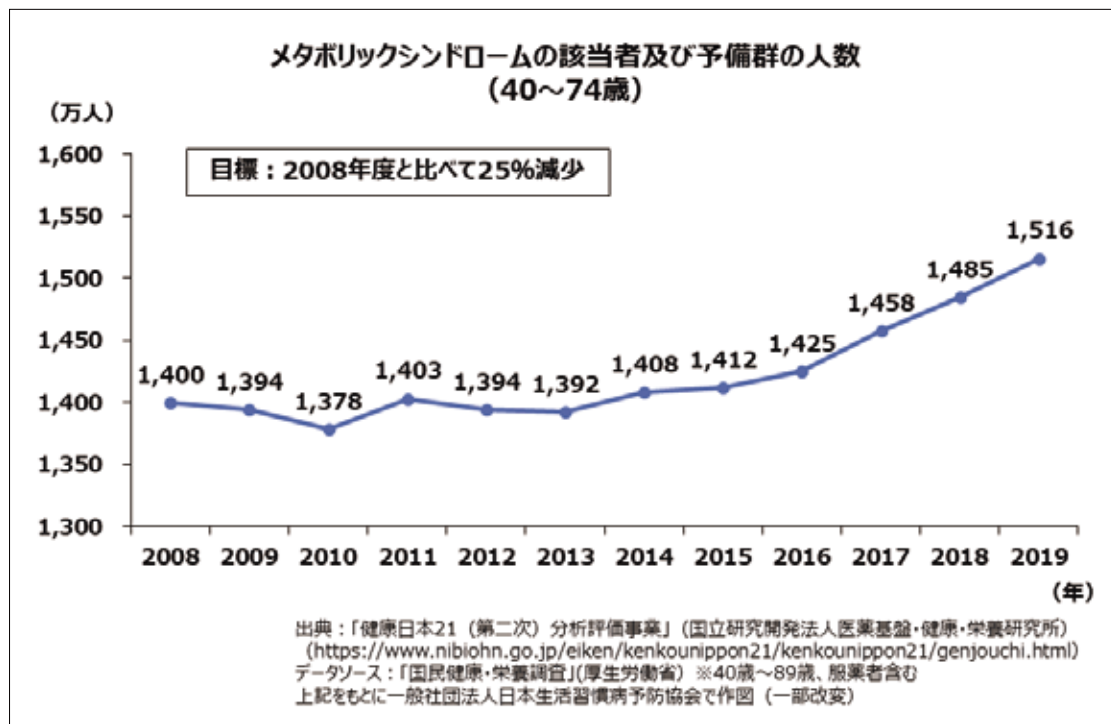
健康格差の統計的な評価は難しいですが、平均寿命の都道府県別ランキングは男性が1位 滋賀県82.73歳、2位 長野県82.68歳、3位 奈良県82.40歳、下位47位 青森県79.27歳、46位 秋田県80.48歳、45位 福島県80.60歳で、年齢差は3.46歳でした。女性は1位 岡山県88.29歳、2位 滋賀県88.26歳、3位 京都88.25歳、下位47位 青森県86.33歳、46位 福島県86.81歳、45位 栃木県86.89歳で、年齢差は1.96歳でした。ランキング下位は青森県、福島県、岩手県、秋田県など東北地方が並んでおり、塩分摂取量が多く、喫煙率が高く、飲酒量が多い地域でした。福島県の平均寿命は男性も女性も下位でした。福島県の健康寿命は男性72.28歳（35位）、女性75.27歳（30位）でした。

健康寿命は着実に延伸し、健康格差は縮小していると思われる。脳血管疾患、虚血性心

疾患の減少は医療技術の進歩の賜物であると思います。一方、糖尿病有病者や脂質異常症の増加と特定健診の受診率の伸び悩みは、一次予防の難しさが再認識されました。国民の生活習慣への意識は高まっているものの患者数も医療費も増加している訳であり、これまでと違ったアプローチが必要かもしれません。

3. 健康格差

今日、格差という言葉は日常どこにでも目に触れています。経済格差、所得格差、教育格差、情報格差、地域格差、男女間格差、世代間格差、医療格差など数えればきりがありません。格差社会の中で暮らしている訳です。厚生労働省によると健康格差とは「地域や社会経済状況の違いによって生じる健康状態の差」と定義されます。健康は体質や生活習慣だけでなく、その人の社会的経済的状态をはじめとする社会的な要因によって左右される。



それは自分ではコントロールするのが難しい、もしくは不可能な要因が原因で健康状態に差が出てしまうことが健康格差です。生活習慣病の目標を達成した項目が少ない理由の一つにこの健康格差問題があるからだと思います。診察室での体験からも所得が低く雇用関係や就業形態が不安定なほど、良好な健康状態を保ち難くしています。

健康格差が生まれる主な原因は様々ですが、大きな要因の一つが所得の格差だと思います。低所得の方は常に金銭のことでストレスを感じて、幸福レベルや健康度が低下しやすいとの調査報告があります。低所得の人は高所得の人に比べ、喫煙率が高く肥満傾向にあり、糖尿病は1.2～1.4倍、精神疾患で3.4倍、脳卒中で約1.5倍発症リスクが高いとの研究もあります。低所得の高齢者では認知症の認定率が高くなり、転倒歴が多いとの調査報告があります。健康寿命を短縮させますし、医療費や介護給付費を増大させます。野菜や果物の

摂取量も少なく様々な疾病のリスクが高まります。低所得者はうつ病の発症が多いとの報告もあり、生活習慣病を併発するリスクを高めています。うつ病は自殺の原因にもなります。因みに2022年の都道府県別の平均年収は403万円で、福島県は366万円で全国34位でした。所得格差と結びつきが強いのは教育格差だと思います。生まれ育った環境により受けることのできる教育に格差が生まれます。2017年の調査では全世帯の大学進学率が73.0%であるのに対し、ひとり親家庭は58.5%、生活保護世帯では35.3%です。貧困であることで教育の機会が奪われているかも知れません。日本の教育費支出はGDP比でOECD先進国37か国中36位と低く、それぞれの家庭が負担する教育費が多くなり、家庭の経済状況が子供の教育に大きく影響しています。労働による格差も影響しています。職種や正規雇用・非正規雇用といった雇用形態の違いからも格差は生じます。特に非正規雇用では低賃金、

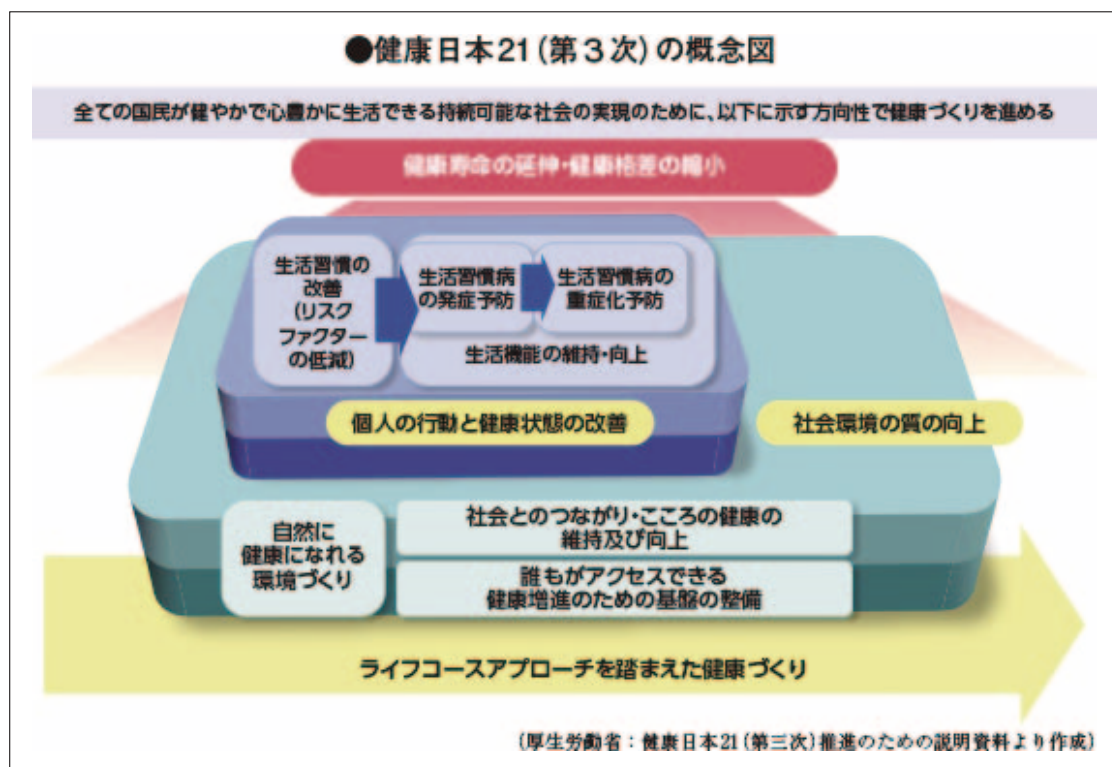
長時間労働、雇用の不安定から精神的にも肉体的にもストレスは多く、種々の疾病や労働災害などの危険因子も多くなります。家庭環境や地域環境の格差も健康格差の要因に挙げられています。ヤングケアラーの児童生徒の存在が現在問題になっています。多感な青少年期に人生の基盤になる同世代との交流体験が抜け落ちてしまうことが、将来にどのような影響を及ぼすのか心配でなりません。貧困家庭では学歴も低くなる傾向があり、将来も貧困から抜け出せなくなる悪循環が生じやすいと思います。地域格差では医療機関の整っている県もあれば、無医村を抱える地域もあります。人口10万人当たりの医師数は全国平均が250人で福島県は214.2人で全国43位です。医師数や医療費関連は西高東低が際立っています。医療へのアクセスにも問題が生じます。救急医療、産科医療や小児医療など命に関わる医療が、居住している地域によって格差が

広がってしまいます。昔は工業地帯の四日市市や川崎市で喘息患者さんが多発していた時代もありました。脳血管障害、虚血性心疾患や自殺者などの死亡率にも県別の地域差があります。このように社会の隅々に存在する健康格差は様々な要因が複合的に絡み合っています。

もはや私たちは健康格差社会の中で暮らしていると自覚せねばなりません。個人的な問題でもあり、国家的な課題でもあります。一気に解決できる問題ではありません。

4. 健康日本21（第三次）

令和6年4月より第5次国民健康づくり、いわゆる「健康日本21（第三次）」が開始されます。期間は令和17年度までの12年間です。人生100年時代を迎え、社会が多様化する中で各人の健康課題も多様化しており、「誰一人取り残さない健康づくり」を推進するとしてい



ます。生活習慣病の対策（リスクファクターの低減、発症予防、重症化予防）が中心になりますが、それらを取り巻く社会環境の質の向上や一生涯を通じた健康づくりが重要と認識されています。新しい視点で、性差や社会進出に着目した女性の健康、健康に関心が薄くても自然に健康になれる環境づくり、健康企業や産業保健といった企業や地域を巻き込んだ活動、より具体的な自治体よりの周知広報や保健指導、ICTを活用する取組などが取り入れられています。

なかでも社会環境の質の向上とは、健康に良い環境づくり、社会との繋がりや心の健康の維持および向上、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤整備などの社会構築を土台にして、生活習慣病の予防や健康寿命の延伸や健康格差の縮小を目指すとしています。

要するにまずは身体的にも精神的にも健康な状態でいられ、健康格差を生じさせない社会環境の整備が重要であると認識するに至った結果だと思っています。

5. おわりに

昨年からのウクライナへの軍事侵攻や今年のパレスチナ紛争など国際的に常に緊張状態にあり心休まる時がありません。国内でも若い女性の嬰兒遺棄や幼児虐待や高齢者虐待、自然災害、続発する社会犯罪など胸が締め付けられるニュースが多い今日です。WHO憲章にあるように、健康は身体的にも精神的にも健全であり、良好な社会、安全な社会の中で育まれるものと思います。誰一人取り残さない、一人ひとりの生き方に添った政策がとられることを期待しています。

