

社会格差と健康

報告者

E.S K.K S.H S.T T.Y

なぜ今格差を考える必要があるのか。

流行語から格差社会を読み取る

☆2006年度トップテン

「格差社会」

☆2006年度ノミネート

「勝ち組・負け組み」

「下層社会」

「下流社会」

「貧困率」

さかのぼって調べたら・・・

【2004年ノミネート】

セレブ
ニート
ライブドア

【2005年ノミネート】

ヒルズ族
村上ファンド
ホリエモン
富裕層

ちなみに2007年度ノミネート は・・・

「格差婚」

「ふるさと納税」

「ネットカフェ難民」

「ワーキングプア」

「ハケン(派遣)」

他にも・・・

民主党は今年の地方統一選挙のCMで
「格差をテーマに」

テレビ番組でも

「銭金」

「世界バリバリバリュー」

などセレブや貧困を題材にした番組が高視聴
率に

そんなわけで・・・

様々な格差について考え、
健康との関係を調べてみました！！

- 第一部 格差社会の現状
- 第二部 格差と健康の関係
- 第三部 格差社会と自殺

第一部 格差社会の現状

現状どのような格差が存在しているのか、またその格差の原因について検討する。

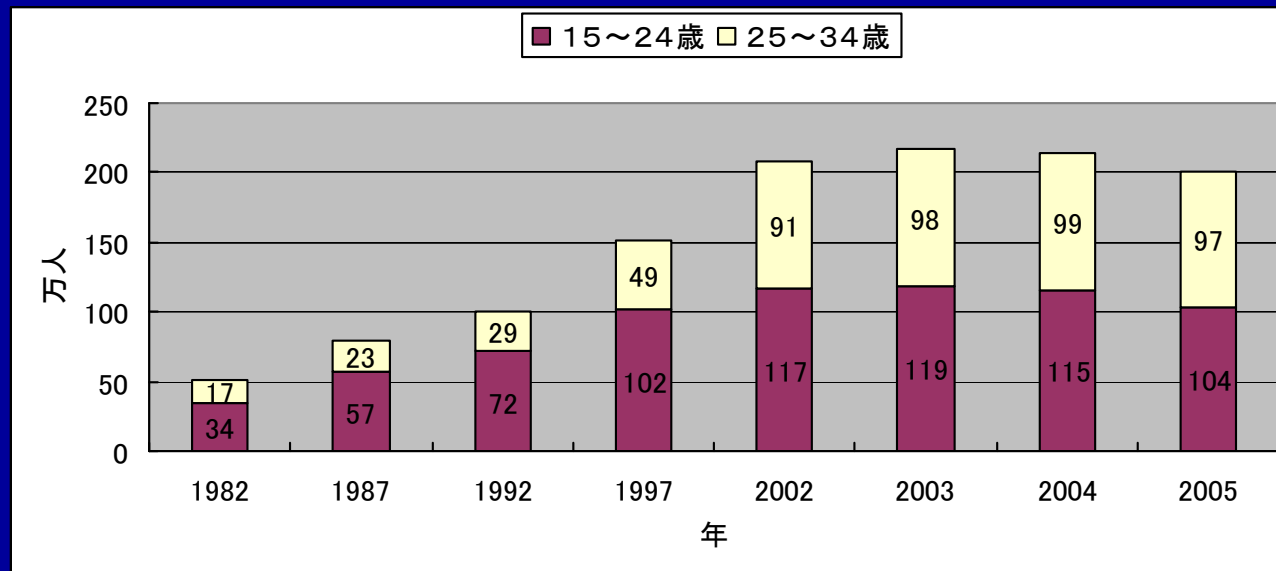
1. 職業格差
2. 経済格差
3. 教育格差
4. 医療格差

1. 職業格差

フリーターの定義

年齢15歳から34歳で、在学していない者(女性については、加えて未婚の者)のうち、以下の条件を満たす者と定義している。

- 1 現在就業している者については、勤め先における呼称が「アルバイト・パート」である者
- 2 現在無業の者については、家事も通学もしておらず「アルバイト・パート」の仕事を希望する者



(資料出所)総務省統計局「就業構造基本調査」
労働省政策調査部で特別集計(～1996年)
総務省統計局「労働力調査詳細集計」(2002年～)

所得格差の拡大要因

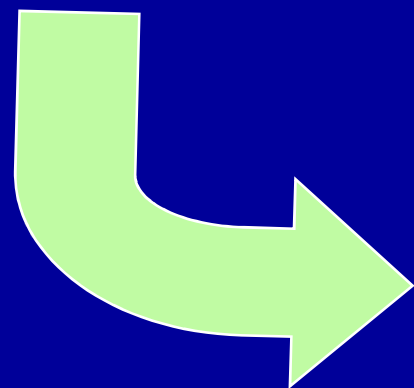
規制緩和

→ 正社員のリストラ & 非正社員の採用

→ 被雇用者報酬 **DOWN**

→ 企業利益 **UP**

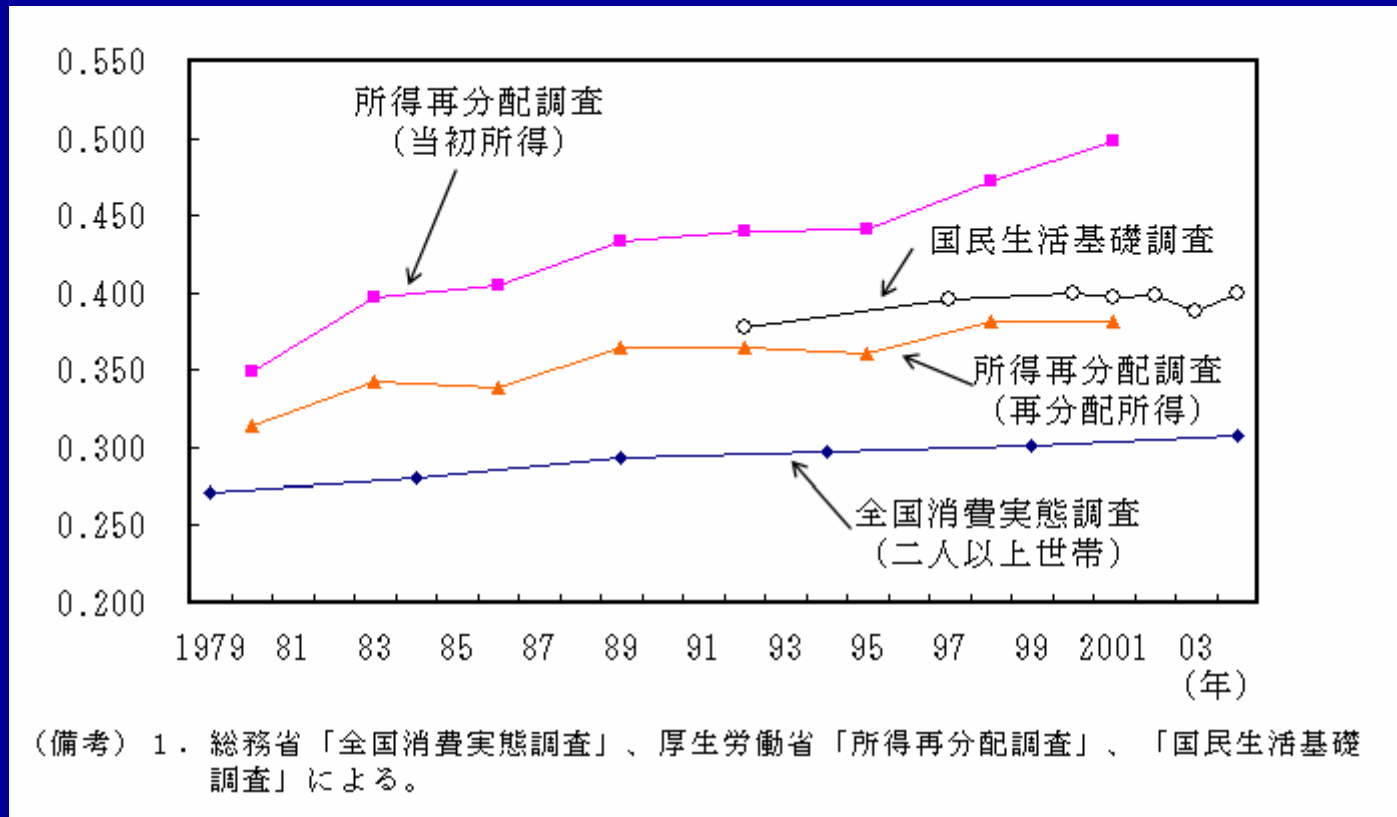
→ 株主 & 役員報酬 **UP**



格差拡大



2. 経済格差



ジニ係数とは、おもに社会における所得配分の不平等さを測る指標。0に近いほど格差が少ない状態で、1に近づくと格差が大きいことを示す。

3. 所得差による教育格差

公立学校の教育内容は易しい
私立学校は教育費が高い

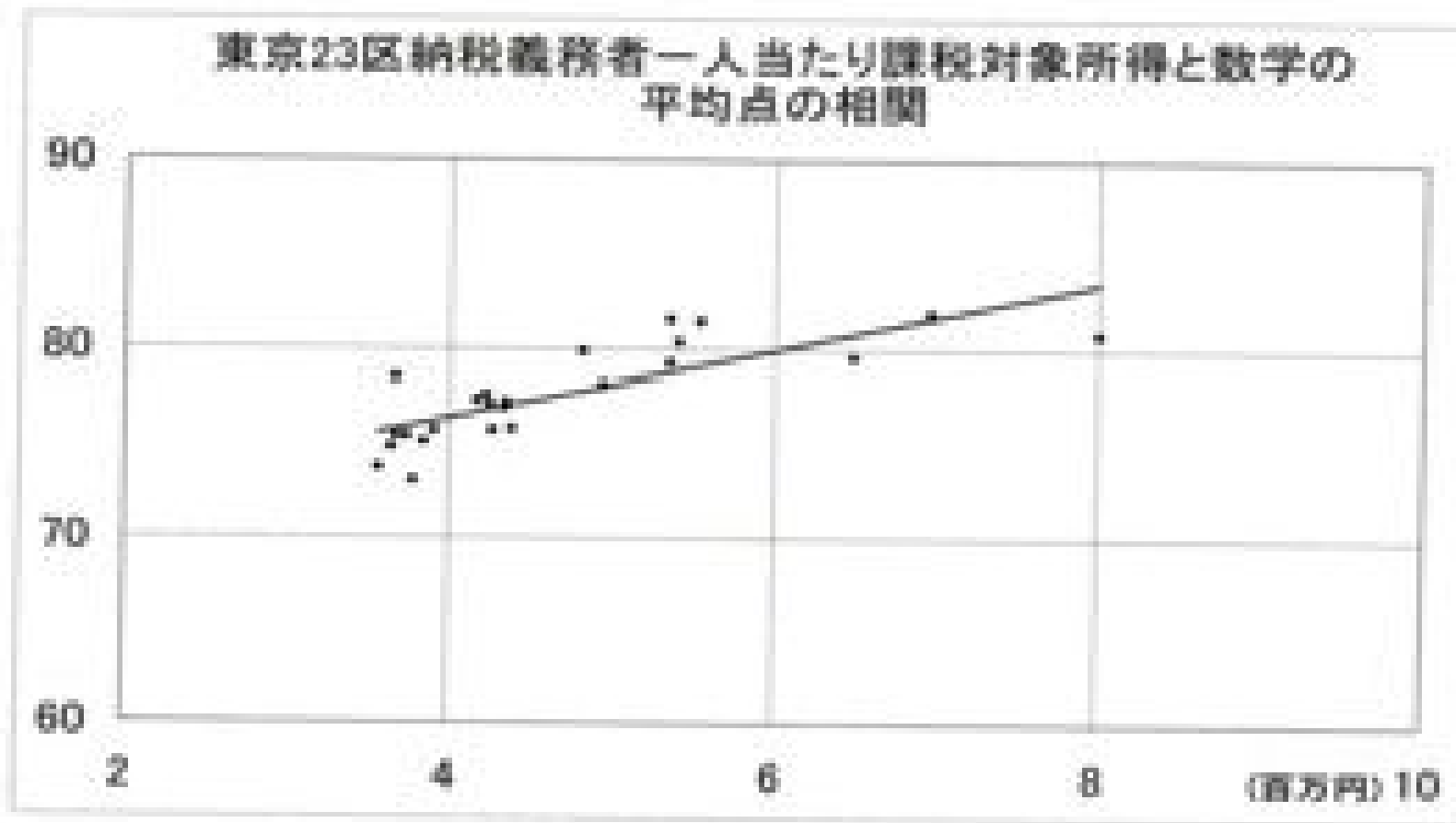


所得の少ない家庭では公立学校で
易しい内容の教育しか受けられない



所得格差が教育格差を生む

親の所得と数学の平均点の相関



4. 医療福祉のセーフティネットが生み出す格差

国家財政のスリム化をはかるため構造改革がなされる

1. 医療制度改革
2. 介護保険
3. 自立支援法
4. 生活保護

構造改革の結果

低所得世帯や年金生活の高齢者は
医療福祉を受けづらくなる

医療福祉の分野における弱者切捨てへつながる

格差のまとめ・・・

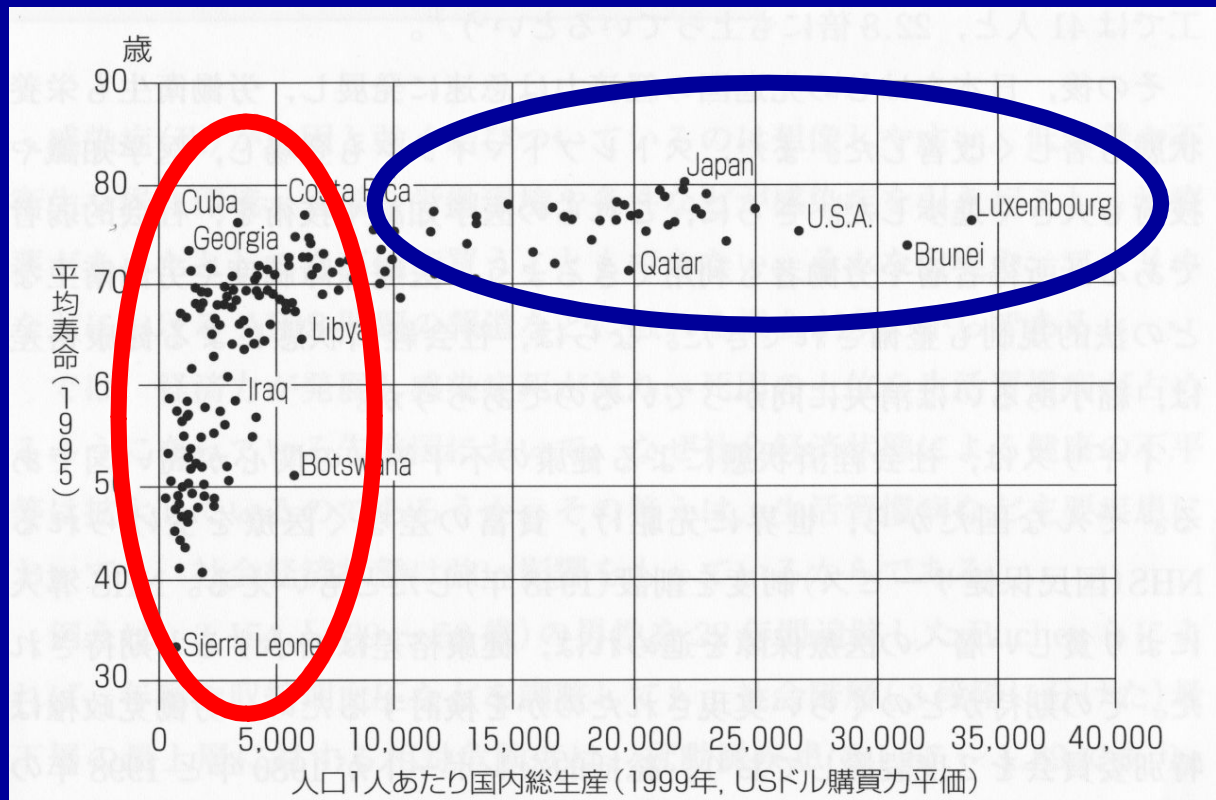
- フリーターの増加
- 国内の低所得者の増加
- 所得差による教育の二極化
- 医療福祉における弱者の切捨て

第二部 格差と健康の関係

経済格差がいかに健康に影響するのか。
先行研究から理論仮説を提示する。

①教育、医療、福祉などに注ぐ絶対量の影響

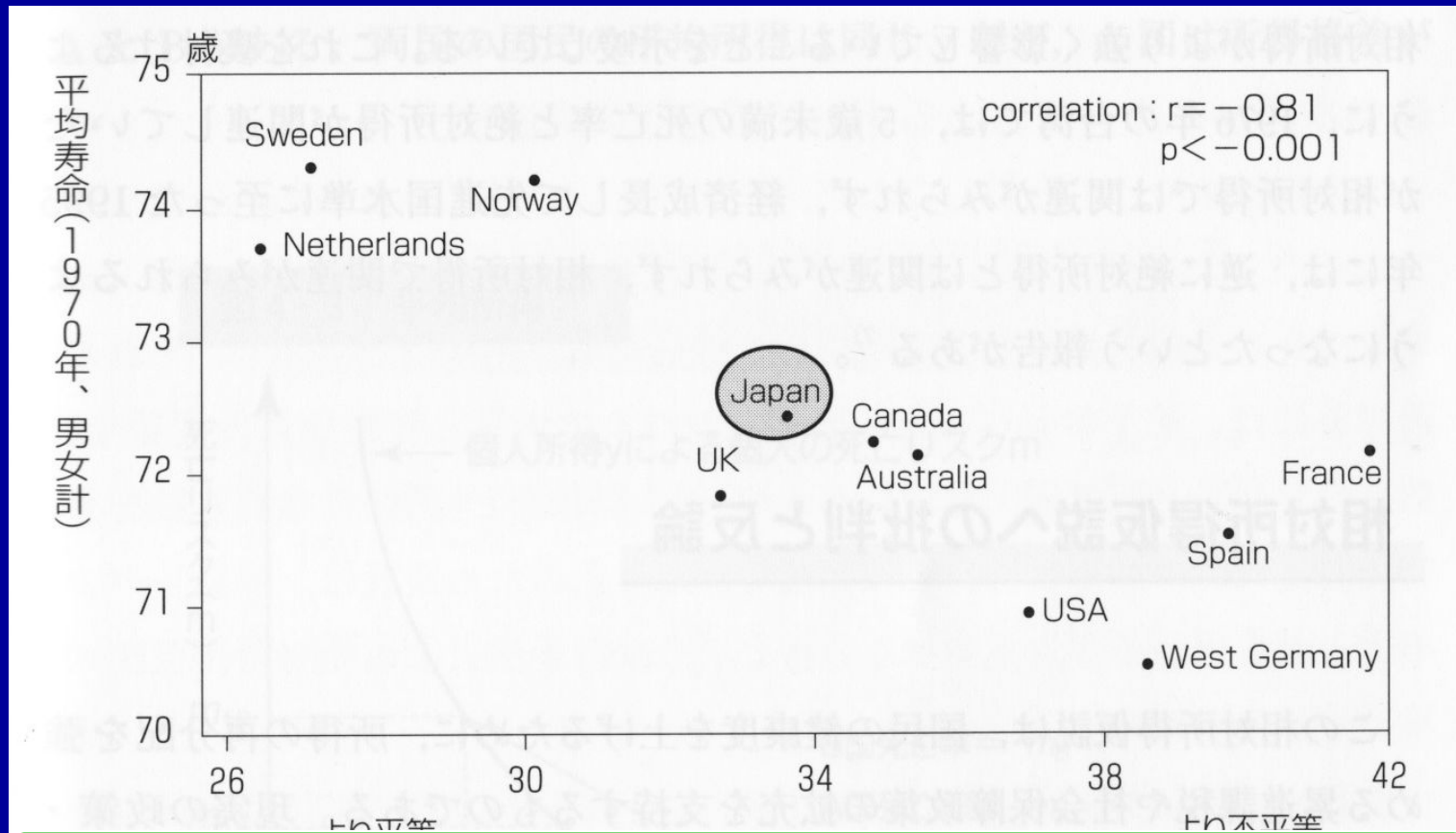
- 住環境や労働環境の衛生状態
- 医療、社会サービスの自己負担



日本を含む先進国のように豊かな社会で寿命を規定している因子は何か？

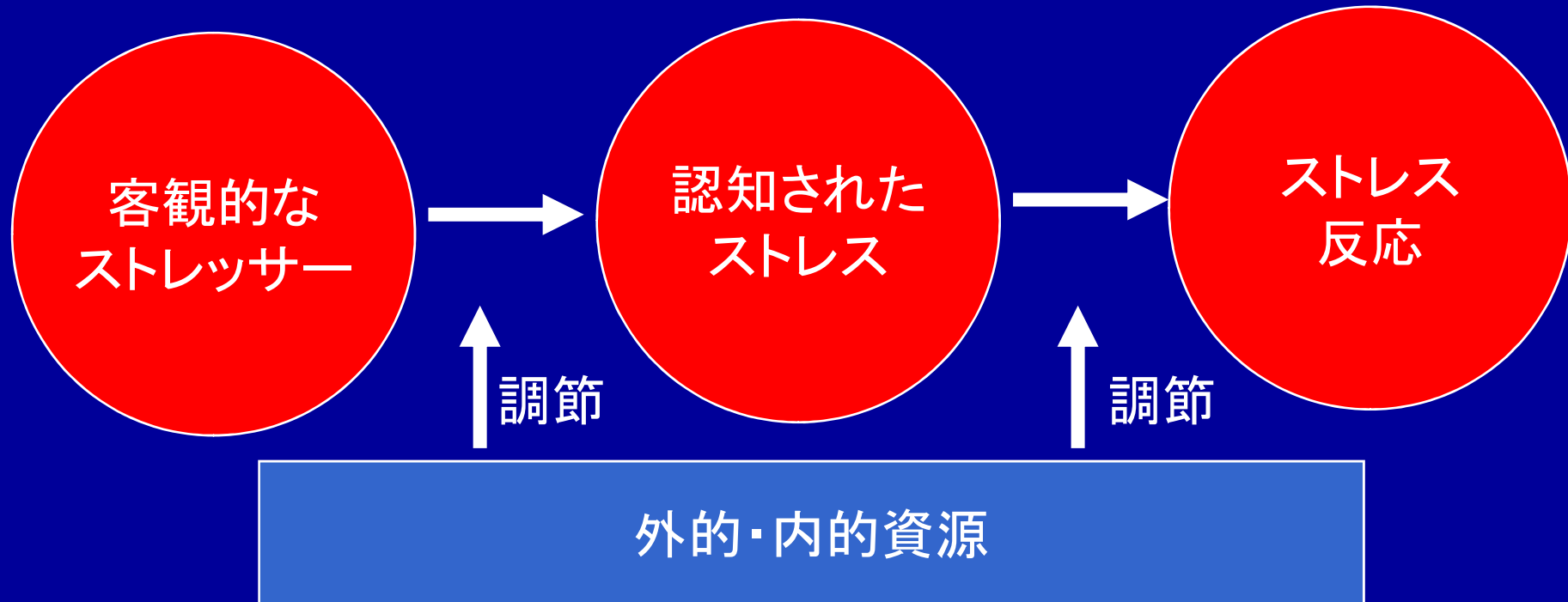
出典: UNDP (国連開発計画)

相対所得仮説



人は他人と比べることで健康が害されるのではないか？ 格差のある社会はストレスフルな社会であり、そこに住む人々の健康に悪影響を及ぼしている。

②心理的ストレス ストレス認知モデル



外的資源 社会経済的因子など
内的資源 生活環境で起きている事柄の主観的なとらえ方
(SOC)

内的資源

SOC (sense of coherence 首尾一貫感覚)

生活環境の中で起きる物事をどのようにとらえるか。人それぞれ異なる。

幼少時における社会的因子によって決定される。

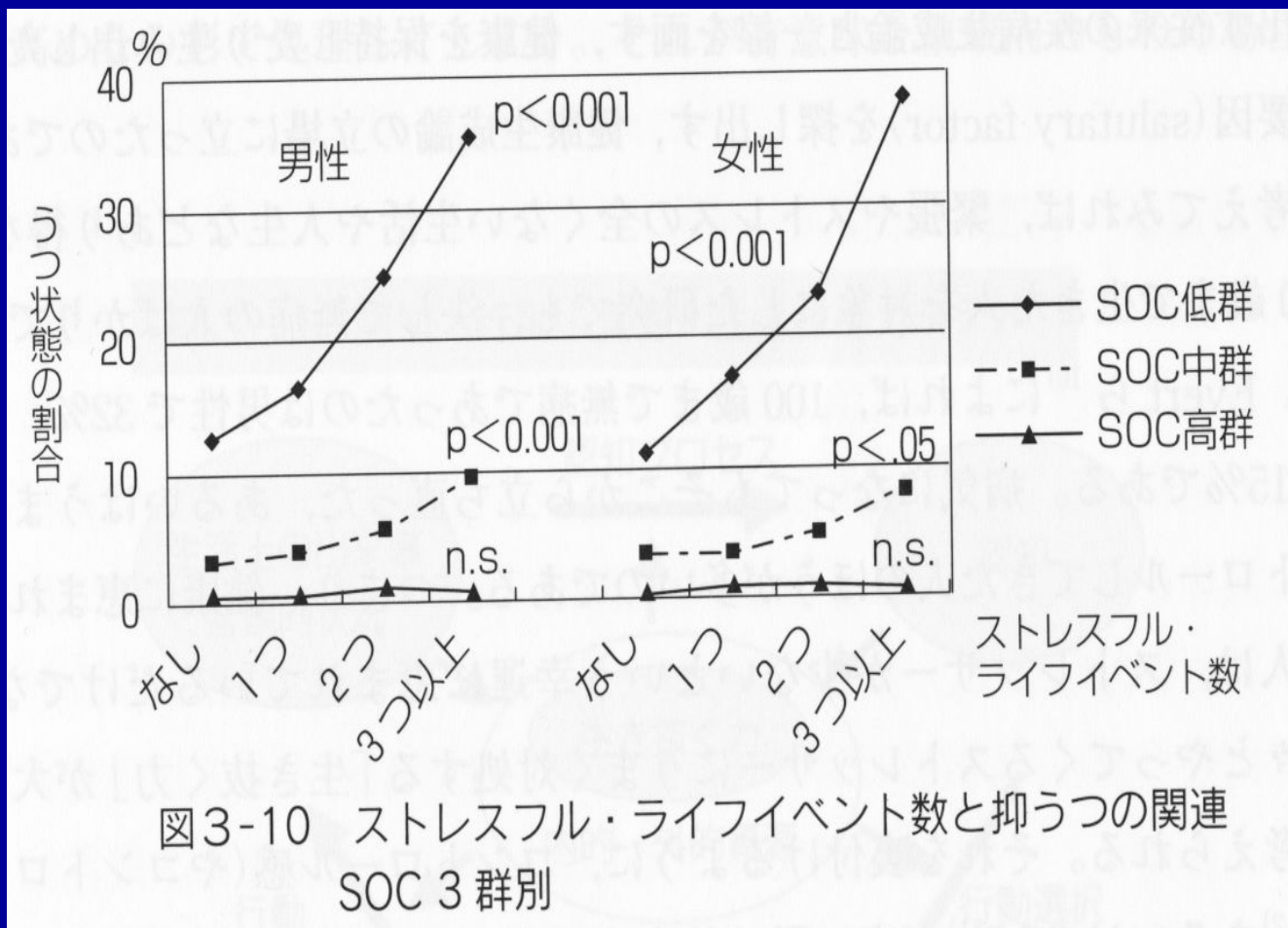
(三つの下位概念—有意味感、把握可能感、処理可能感)

例) ナチスドイツの強制収容所から生還したユダヤ人女性の精神的な健康度に差。

精神的に健康なものが三割いた。→SOCが高い。

SOCが高い人・・・ストレスをポジティブなものとして認識し、無意味なものには無視できる。さらに、認識したストレスに対し反応が出にくい、又は良い方向へ出る(緊張など)

SOCが高い人ほど鬱になりにくい



しかしSOCを改善することは難しい

出典: 吉井清子 近藤克則 平井寛 他 ; 日本の高齢者

③社会階層と生活習慣一例：喫煙率

Smoking was more common among those with lower education and income. %

Household income	♂	♀
Highest quartile	21	17
3rd	24	22
2nd	29	25
Lowest quartile	39	29

Occupational status	♂	♀
Managers and professionals	22	13
Semi-professionals	24	18
Routine non-manuals	44	27
Manual workers	35	37

P<0.001

Education	♂	♀
Higher	23	13
Secondary	26	20
Basic	35	30

Economic difficulties	♂	♀
No difficulties	24	17
Occasional difficulties	28	24
Frequent difficulties	40	32

P<0.001

M. Laaksonen, O. Rahkonen, S. Karvonen, and E. Lahelma
Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities

社会階層が高い人ほど健康的な生活習慣を送っている

④ソーシャルキャピタル

ソーシャルキャピタルとは？

コミュニティにおいて、構成員が持っている相互の信頼感や相互報酬、互助意識、ネットワークなどへの積極的参加などのこと。

ロゼト効果

喫煙・食事・運動習慣など心筋梗塞の危険因子が周辺地域の住民と変わりが無いのに、住民の心筋梗塞の発症率は半分以下だった。

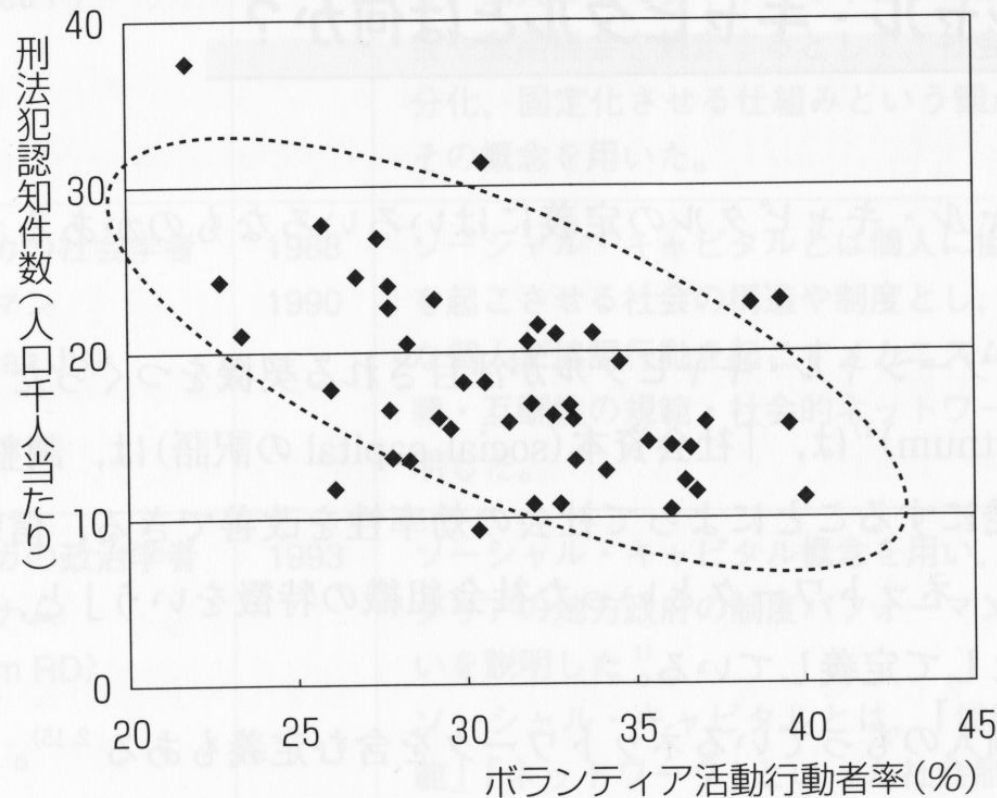
住民は連帯感が強く、相互援助と強い連帯感の下にあり、見せびらかすような消費を戒める雰囲気があった。

→社会の在り方が健康に影響を与えている。

- ソーシャルキャピタルの健康への影響
- 1. 健康行動の変化・・・禁煙など
- 2. 健康に良いサービスやアメニティが増える・・・スポーツクラブなど
- 3. 心理・社会的プロセス・・・犯罪が少ないほうが精神衛生上良い
- 4. 政策の影響・・・投票率など
- 5. 社会的サポート・・・対人支援

指標・・・投票率、スポーツ・文化団体数、地域組織への参加、Social Capital Indexなど様々

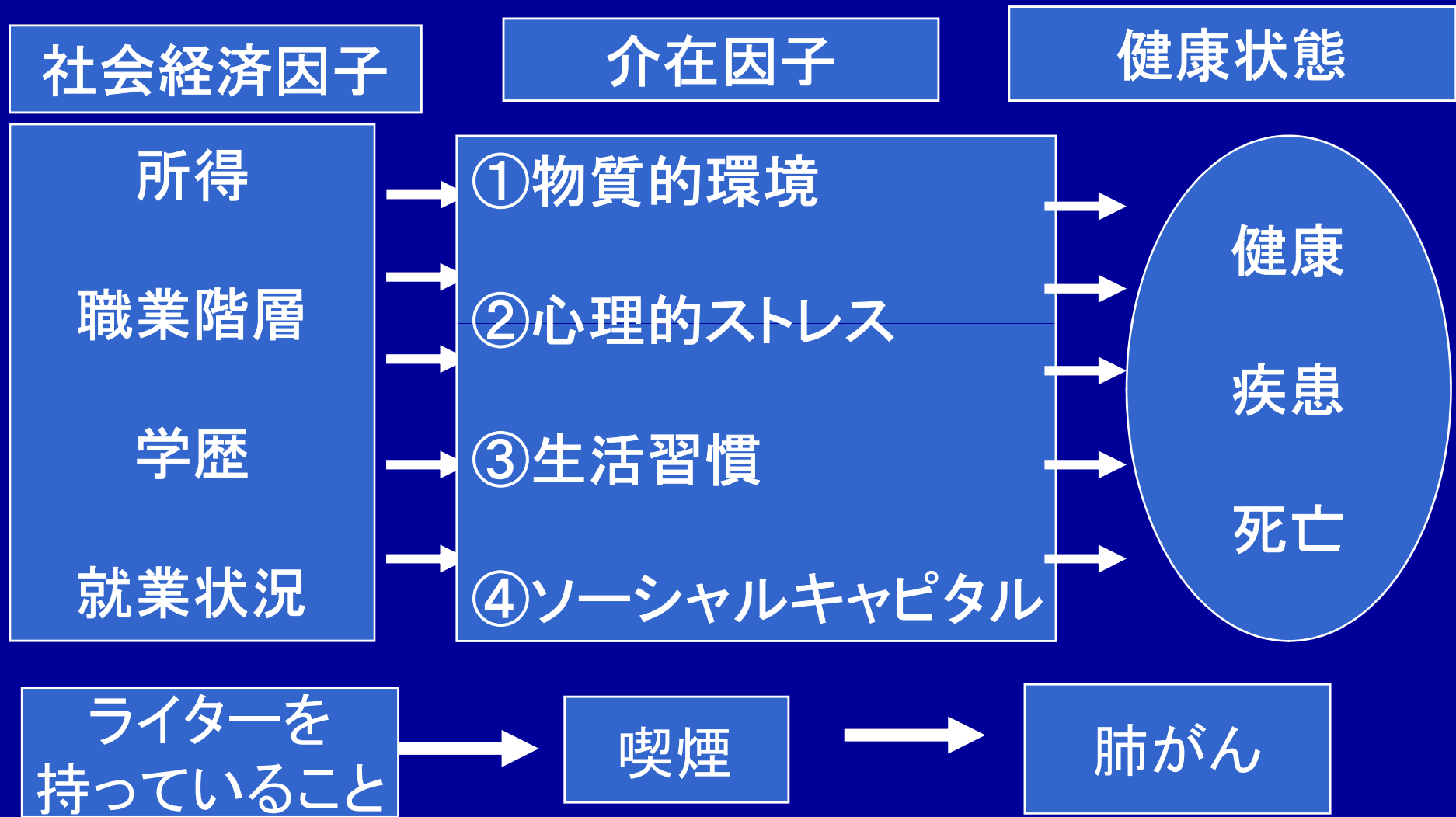
ソーシャルキャピタルが健康に与える影響



出典: ボランティア活動行動者率。総務省統計局「社会生活基本調査 2001 年」
刑法犯認知件数, 警察庁刑事局「犯罪統計書, 2001」

ボランティア活動行動者率が高い都道府県ほど刑法犯罪率が低い。

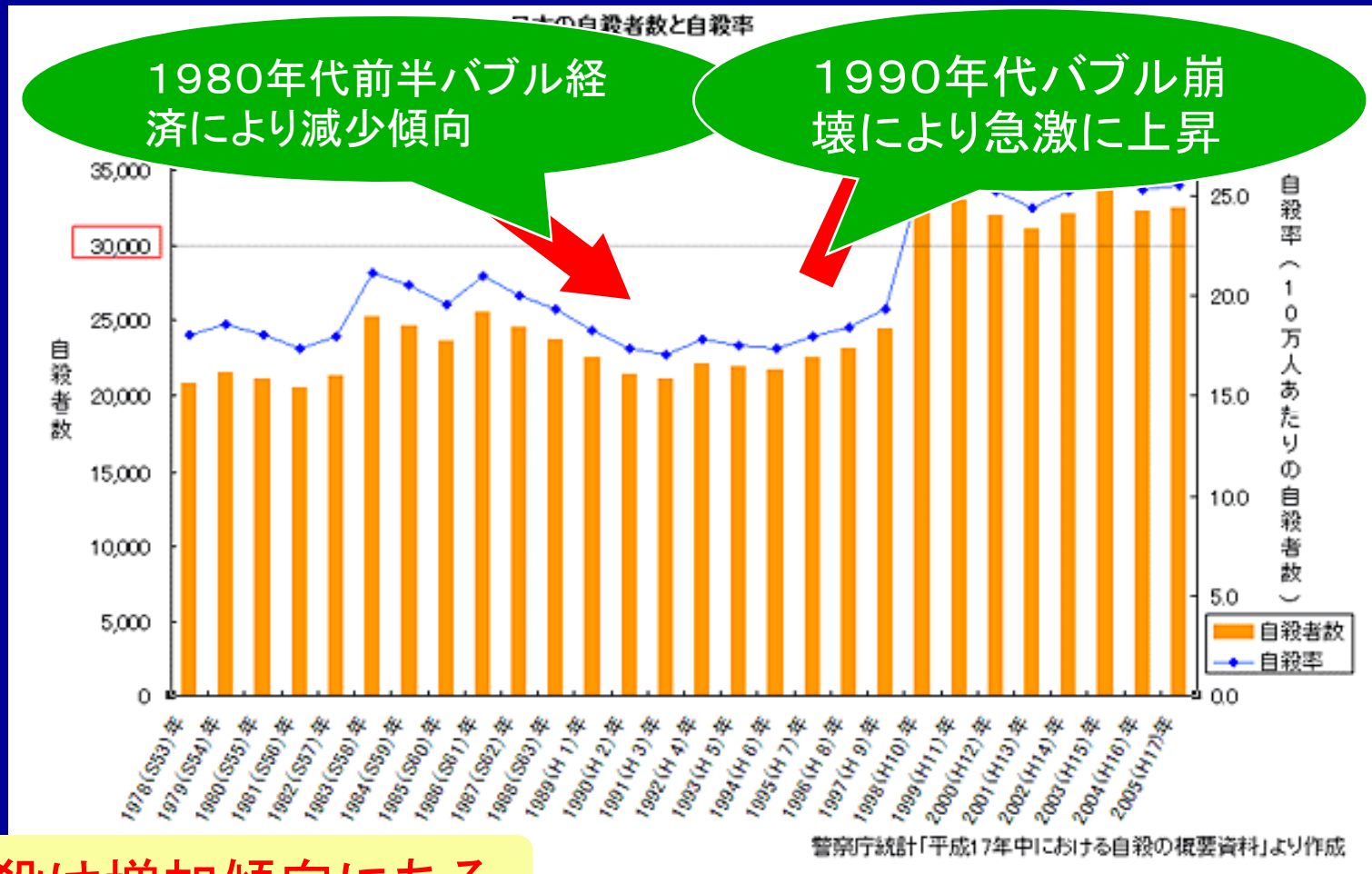
社会経済的因子から健康にいたる経路のモデル



第三部 格差社会と自殺

近年増加傾向にある自殺は格差社会と密接に関っている。今の日本の現状を把握した上でその対応策を考える。

自殺死亡数の年次推移



自殺は増加傾向にある

1998(平成10)年に3万人を超える

GDPと自殺率の関係

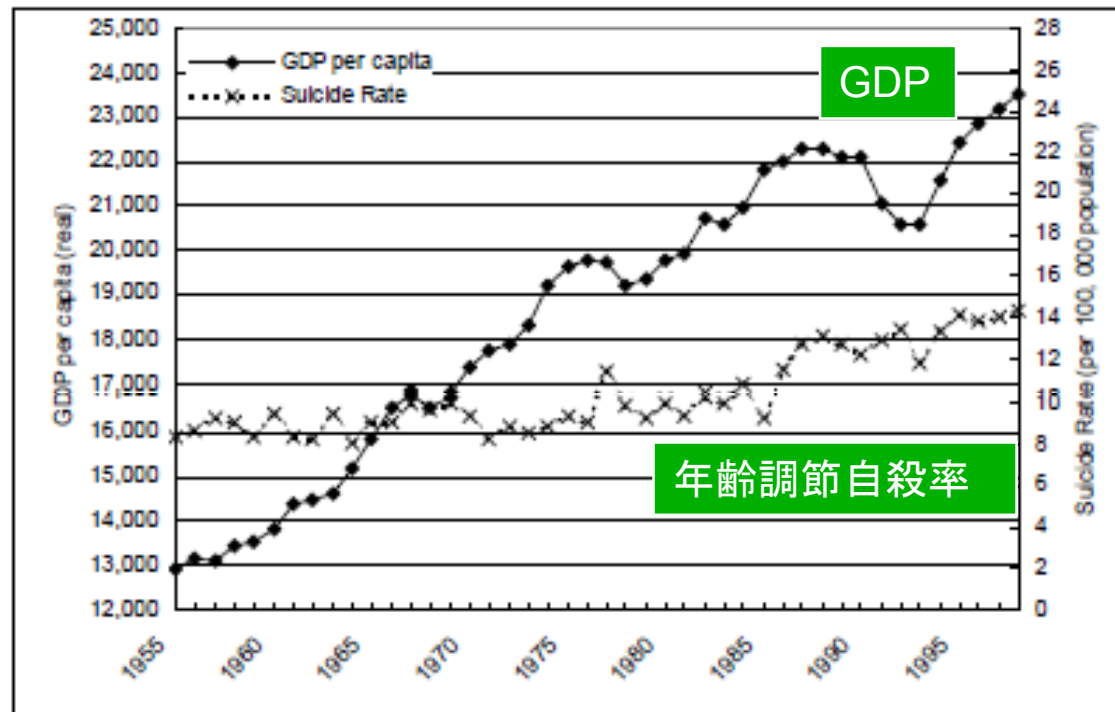


Figure 8.1: Gross Domestic Product (GDP) per capita and age standardised suicide rate – 1955 to 1998. GDP is expressed in 1991/1992 prices. Suicide rate is standardised to Segi world population.

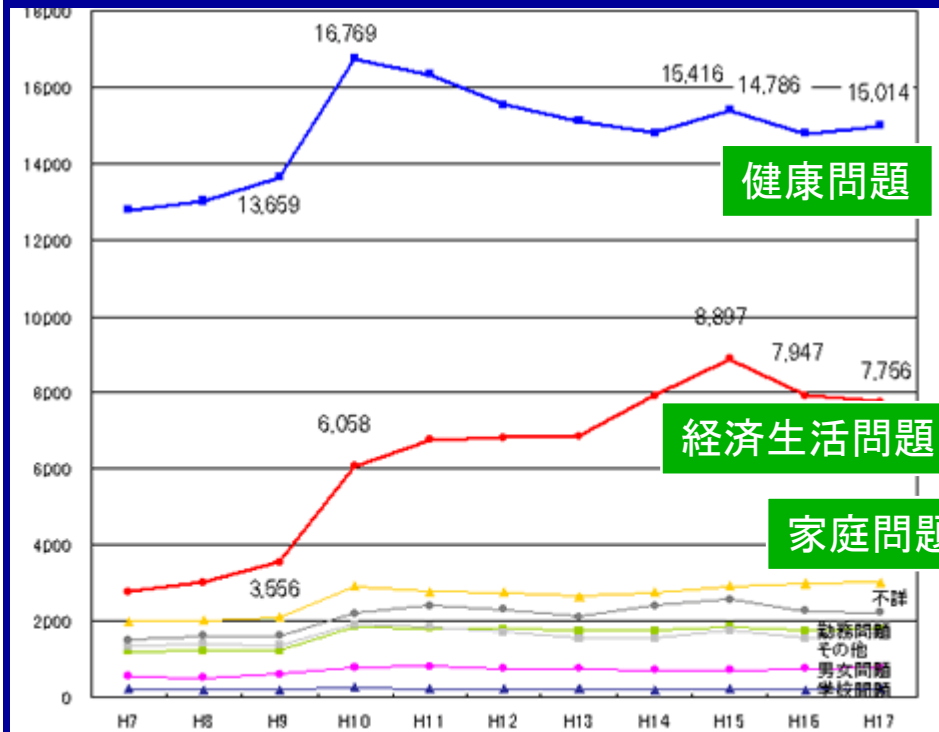
GDPと年齢調節自殺率(ニュージーランド 1995-1998)

GDPが上昇しても必ずしも自殺率が下がるとは限らない。

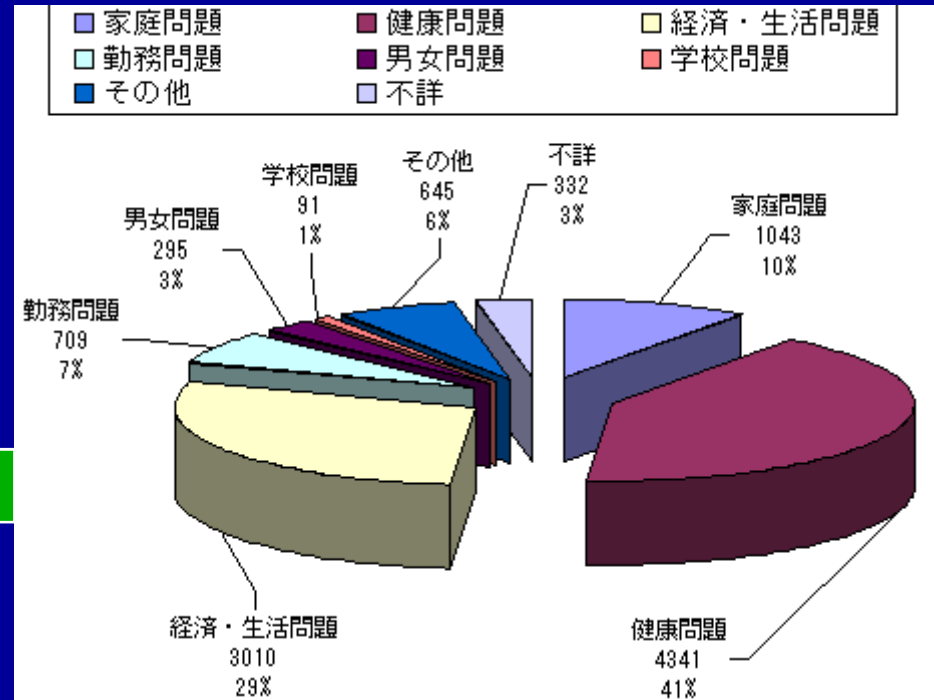
自殺の原因と動機

H19年6月発表 警察庁統計資料より

自殺の原因、動機(年次推移)



平成17年の自殺の原因動機別の割合

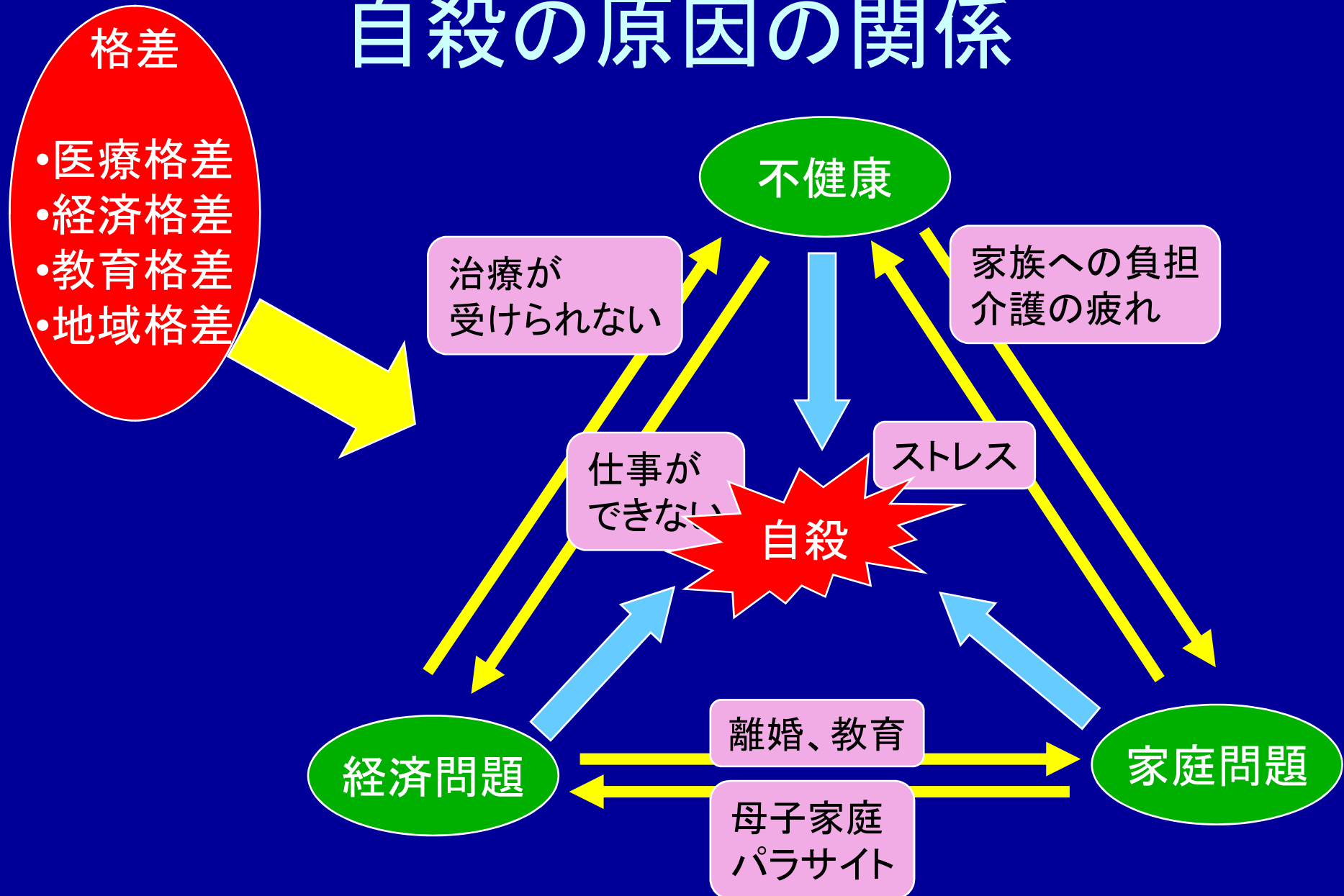


自殺の原因には健康問題、
経済、家庭問題が多い

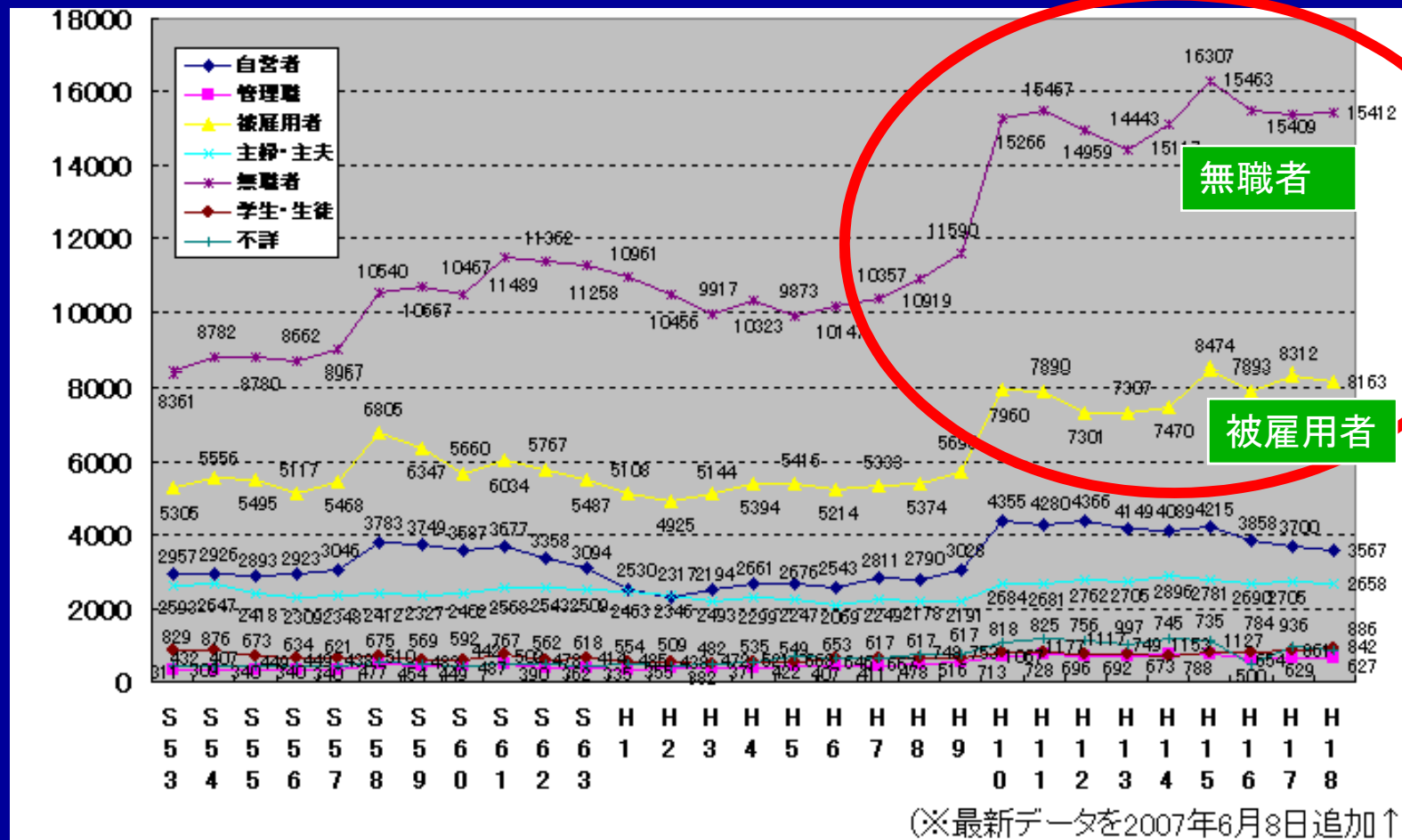
「経済・生活問題」
倒産・負債・営業不振・失業・
就職の失敗・生活苦など
40歳代 50歳代の第一原因

「健康問題」
病苦・身体的障害苦・老衰苦・
身体的劣等感など
10歳代 20歳代 30歳代 60歳代以降の第一原因

自殺の原因の関係

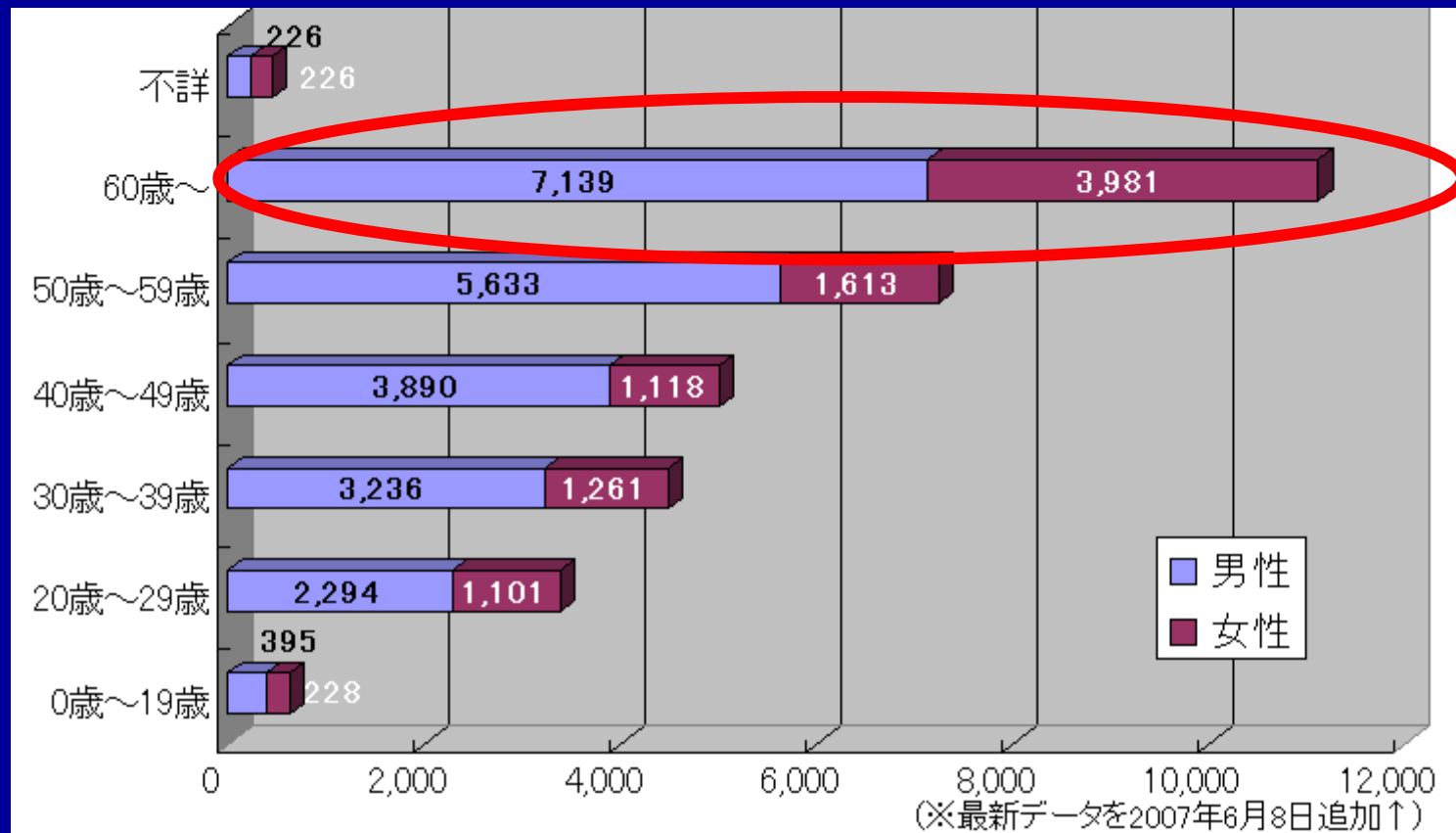


職業別自殺者数の年度推移



無職、被雇用者の自殺者数が多い。

自殺死亡数の年齢別比較



中高年では男女とも自殺者数が多い。

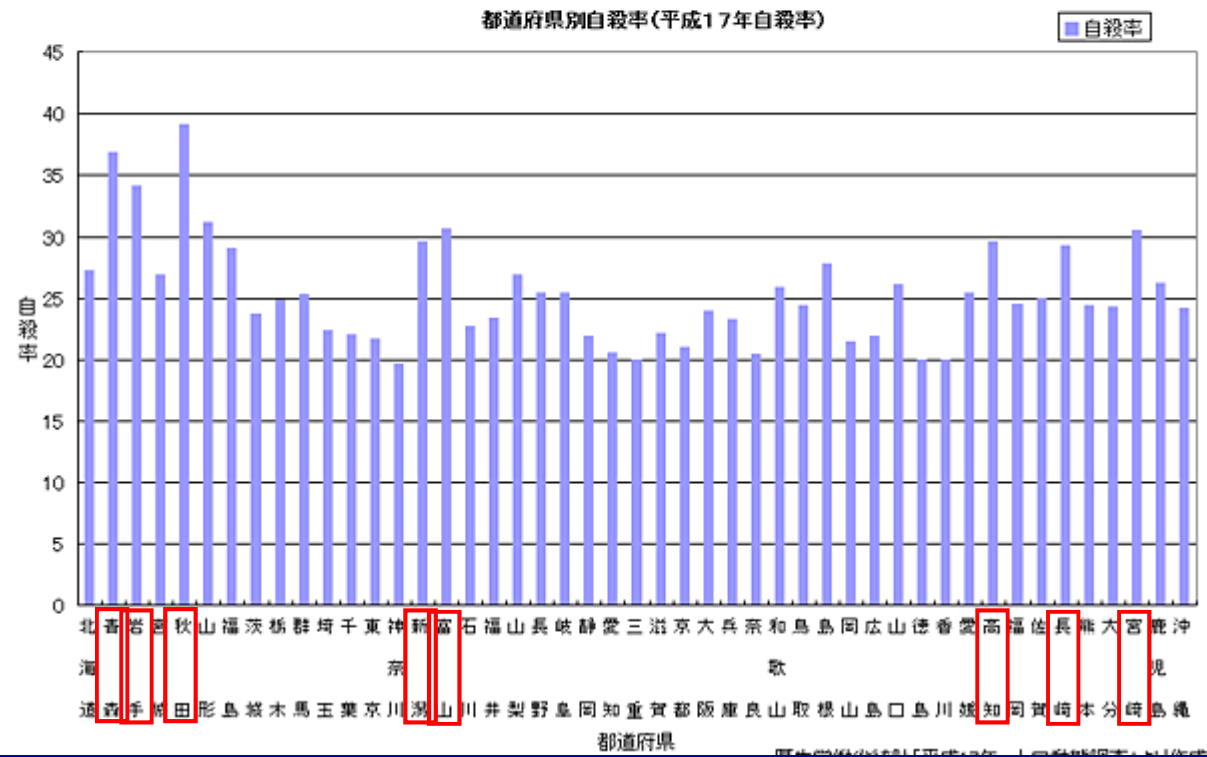
自殺の地域比較

都道府県の自殺率(2005年)

青森、岩手、秋田、新潟、富山、宮崎、長崎、高知の自殺率が高い。
秋田県は世界第2位のロシアをも凌ぐ。

④都道府県別自殺率

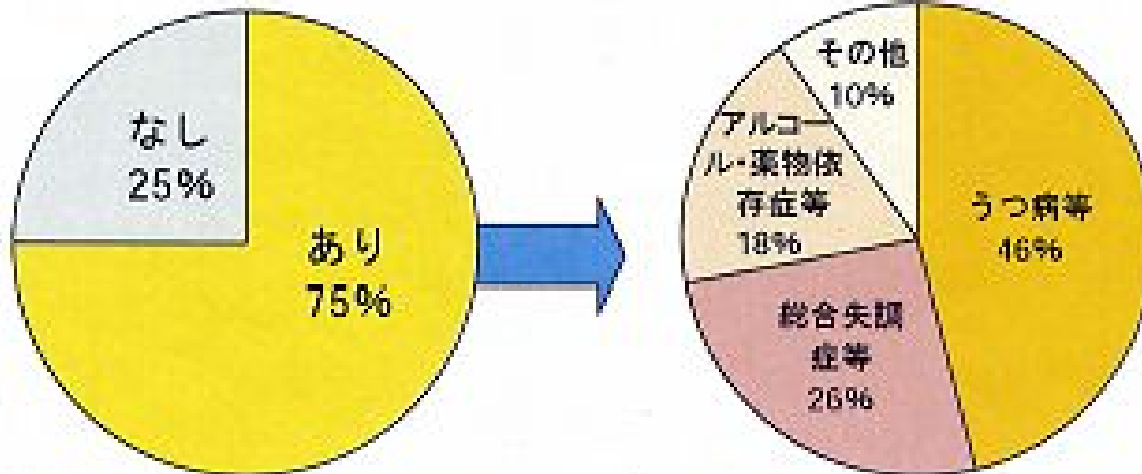
全国的に見ても、自殺率は1998年に急激に上昇し、以降8年間、高止まりの状況ですが、自殺者数で見ると東京とが一番多くなります。



自殺の背景

自殺の背景としてのうつ病

(精神障害の有無)



自殺企図者の75%に精神障害

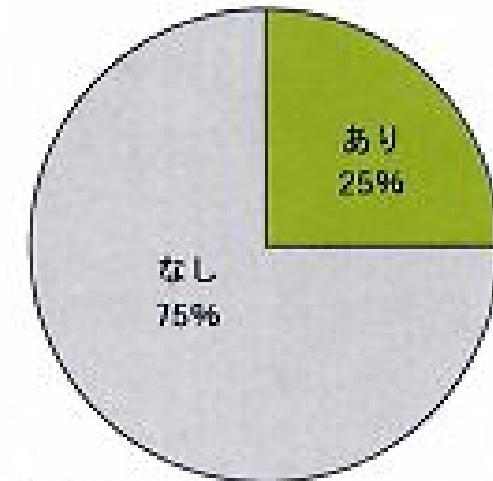
精神障害の約半数がうつ病等

『自殺の危険因子としての精神障害

— 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—』

阪島井 望 (精神神経誌96: 415-443, 1994)

(医療機関への受診の有無)



うつ病などを経験した人の4人に3人は医療機関で治療を受けていない

『心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究』

主任研究者 川上 孝人 (平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

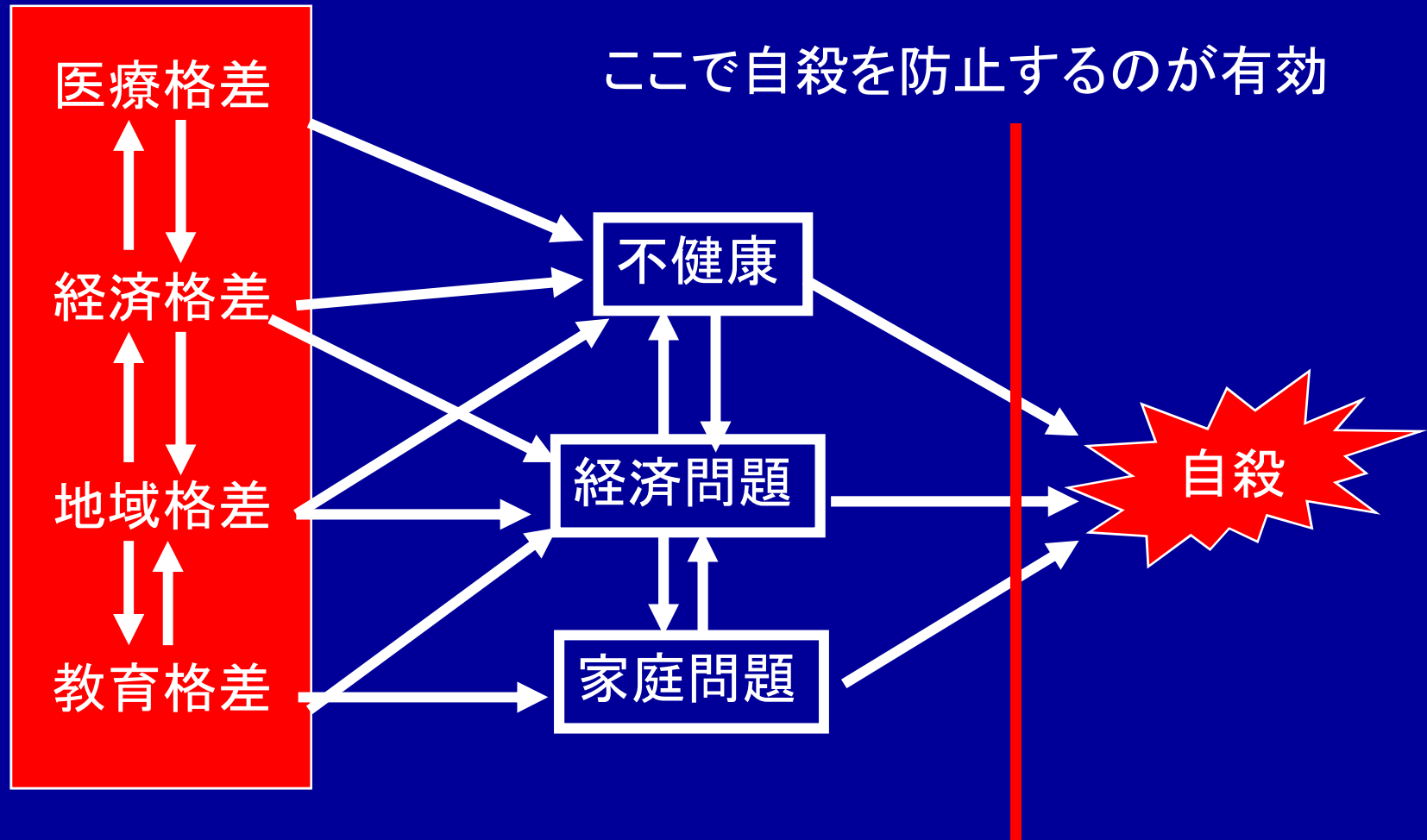
自殺の背景には精神障害、特にうつ病があり、適切な治療は受けていない者が多い。

自殺の現状 まとめ

- 地方では都市に比べ自殺者が多い。
- 中高年では自殺者が多い。
- 無職、被雇用者の自殺が多い。
- 自殺の原因は健康問題、経済問題、家庭問題が多い。それらは密接にかかわっている。
- 自殺者の多くが精神疾患(うつなど)にかかっている

• 地方に住む高齢者の自殺への対応が急務。
• またそこから日本の自殺予防の方向性が見つけられるのでは。。

格差と自殺の関係

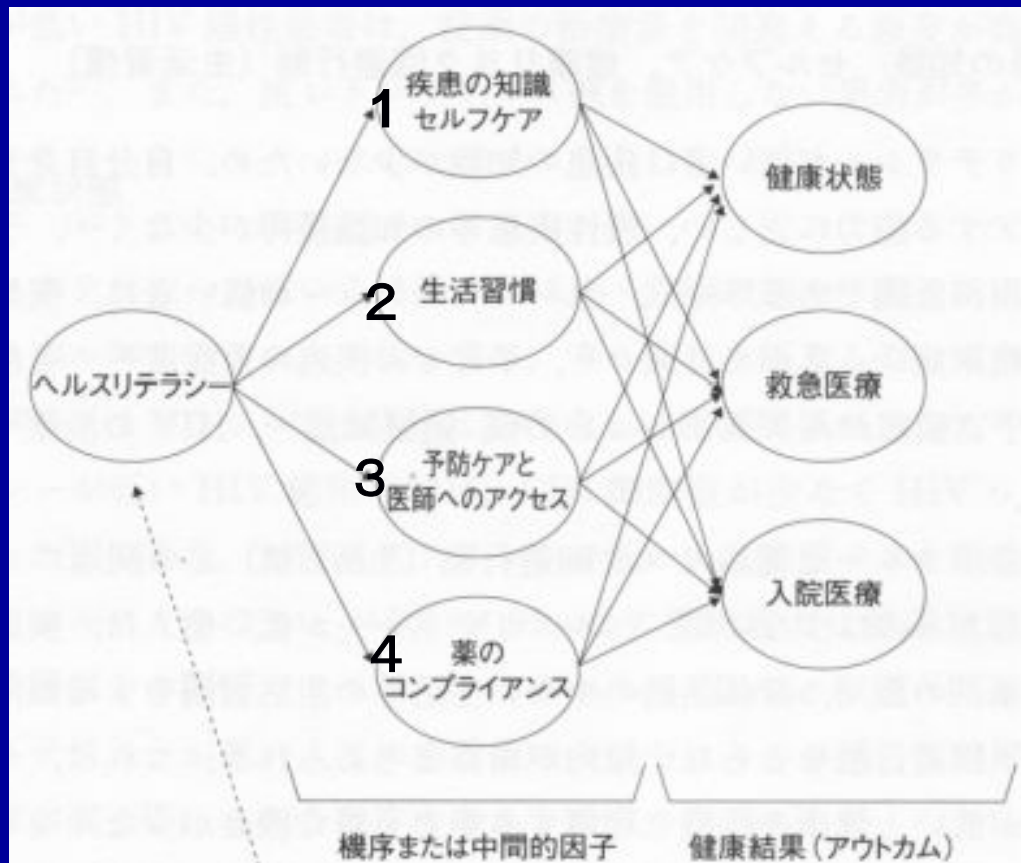


格差は互いに関連しているためすべての格差を是正しない限り改善は困難

自殺対策案の検討

自殺の対策案	検討内容
生活環境(気候など)の改善	引越すするしかないため困難
高齢者の一人暮らしの対応	家族形態の多様化で介入困難。
SOC向上	幼少児の社会因子で決定するため改善困難。将来的には可能
ソーシャルキャピタルの充実	地域社会での取り組みにより改善可能
ヘルスリテラシーの充実	社会での取り組みにより改善可能

ヘルスリテラシーによる生活習慣の改善



1. 疾患の早期発見早期治療の重要性の知識
2. 喫煙の害への知識など
3. 予防接種など予防プログラムへの参加、定期検診の重要性の意識
4. 薬の投与法の理解

健康情報を上手く利用する能力

地域介入による高齢者自殺予防

1985～2005までの5年以上施行

自殺率の高い地域(岩手県浄法寺町、新潟県松之山町、新潟県松代町、新潟県安塚町、青森県名川町、秋田県由利町)で高齢者自殺予防活動を実施した。

① うつ状態のスクリーニング

1次スクリーニング
SDS、自殺観念、ライフイベント



2次スクリーニング
精神科医による確定診断



精神科医による診療

② ハイリスク者へのフォロー

高齢者福祉活動

ソーシャルキャピタルの向上

啓発、健康教育による

ヘルスリテラシーの向上

フォローアップ

高齢者福祉活動

- 引きこもり老人へのグループケア
- 精神科医、保健師による相談
- 在宅福祉サービス(在宅介護)
- リハビリ教室

啓発・健康教育

- 自殺の危険性の教育
- 自殺の禁止の強調

その他

- 精神科医との定期連絡会
- 高齢住民アンケートの頻回実施

地域介入による高齢者自殺予防実績結果

	自殺発生率比 (男性/女性)	95% Confidence Interval
岩手県浄法寺町	0.27/0.24	0.08-0.94/0.10-0.59
新潟県松之山町	-	-
新潟県松代町	-/0.30	-/0.14-0.67
新潟県安塚町	-/0.30	-/0.14-0.93
青森県名川町	-/0.26	-/0.07-0.98
秋田県由利町	-/0.35	-/0.14-0.84

男女とも65歳以上に介入し介入前後10年間の比(由利町のみ8年間)

サンプル数は小さいものの自殺率の低減は他の地域を上回って減少していた。

5年間で1/4に

適応地域

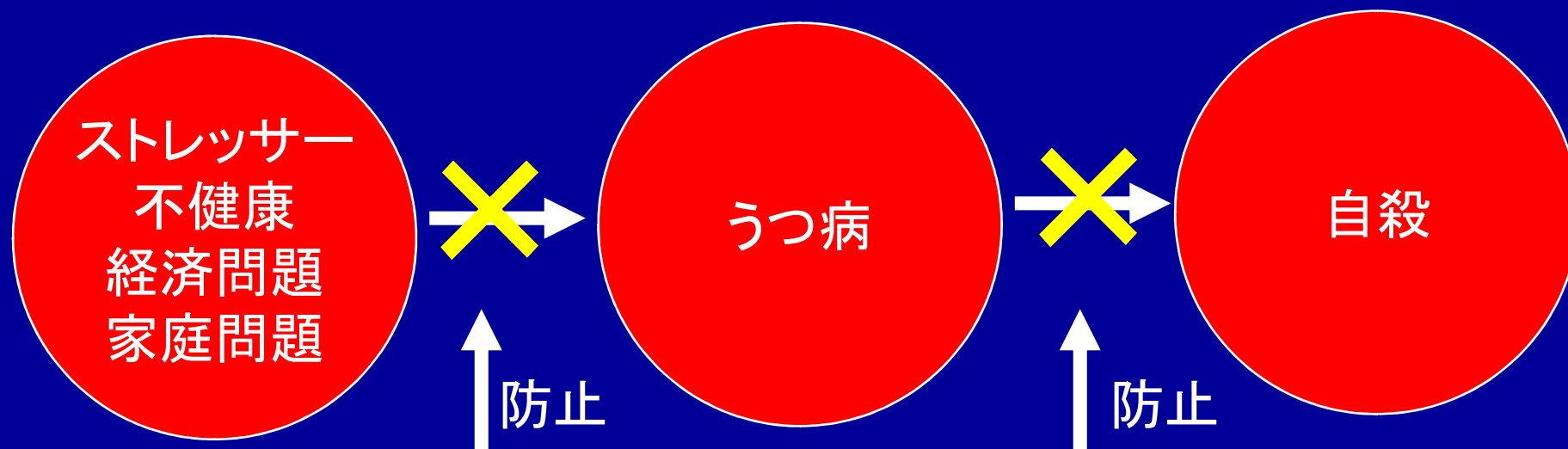
人口 3500-7000名

高齢化率 15-30%

65歳以上死亡率 160

自殺の心理的ストレスモデル

高齢者自殺予防活動では客観的なストレスが各段階で解消されるため自殺は予防される。



- ヘルスリテラシー 心の健康教育、カウンセリング
- ソーシャルキャピタル グループケア

自殺対策基本法

H18年10月28日施行

目的

自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もっと国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること

1 社会的な取り組みとして行うこと

自殺に追い込まれた背景には、経済・文化・医療等々さまざまな社会的要因があります。単に個人的な問題としてとらえていては解決しない。

2 自殺の実態に即して行うこと

多様で複合的な原因を調査研究する必要がある、単にうつ病対策などメンタルヘルスだけの対策では解決につながらない。

3 各段階に応じた効果的な対策をとること

事前予防のための措置、早期発見を含めた自殺をさせないための危機への対処、そして自殺後の遺族や未遂者への対応と、3つの段階に応じた適切な対策が必要。

4 関係者の密接な連携のもとに行うこと

国・地方公共団体・医療機関・事業主・学校・民間団体等々、自殺の原因に応じて広く関係者が協力しあう必要。

まとめ

格差は自殺に密接にかかわる因子である。しかしソーシャルキャピタル、ヘルスリテラシーを充実させることで自殺を予防することができる。



格差社会において健康格差を防ぐひとつの方法としては地域住民で取り組むソーシャルキャピタル、ヘルスリテラシーの充実が必要ではないだろうか。