

所得に起因する「健康格差」

～日本における健康格差の実態とその是正～

慶應義塾大学 経済学部 駒村康平研究会 格差貧困班

水野裕大

春日悠太郎

木戸凱勝

合田萌映

都筑真悠子

宮脇良輔

序章

問題提起

今日、我が国では「健康格差」と言われる問題が存在する。健康格差とは人種や民族、社会経済的地位による健康状態の格差である。この健康格差問題は個々人の生活習慣による疾病や精神的な病気などが原因となっている。海外ではこの健康格差の問題について以前から注目されており、近年日本でも取り組みがなされてきた。厚生労働省の「健康日本21」というプログラムでは喫煙や飲酒といった、生活習慣病を誘発し得る生活習慣の改善を全国的に呼びかけている。しかし健康日本21は、掲げている目標に到達していない項目が多い点で、徹底されているとは言い難い。また欧米と違って、日本では国民皆保険制度が存在するため、健康格差の問題が顕在化しにくい。そのため国民が、健康と所得に関する諸問題に対して正しい認識を持っているかと問われれば、十分ではないと言えよう。さらに日本における健康格差に関する研究の質・量は、ともに限られているのが現状である。私たちは、健康格差に影響を与える様々な生活習慣は、所得と相関があると考えている。現在の停滞した経済状況の下では、所得を上げて健康を改善するやり方は難しい。私たちは、所得に依らない健康格差の解決方法として「教育」からのアプローチを提示していく。

要旨

第1章では、現在、日本でも注目が集まっている健康格差について、海外との比較も交えながら現状の取り組みと問題点について述べる。第1節では海外における健康格差問題への研究と、日本の研究の現状を示す。第2節では健康格差の定義を解説し、第3節では現在日本で行われている『健康日本21』における健康寿命の定義を、第4節では病的死因についてなど、日本の健康問題の現状について説明した上で、第5節では『健康日本21』で示された目標設定、第6節では取り組みに関する中間報告とその課題を述べている。第7節では、世界医師会の Sir Michael Marmot 氏の講演において拝聴したことを基に、所得と健康の関係、所得格差と健康格差の関係を確認する。そして最後には、日本にも本当に健康格差が存在するのかを分析によって確かめる。

第2章では所得と健康の相関をどう解釈するのかを考察する。第1節では、もう一度所得と健康の相関を、具体的な例によって確認する。そして、例外である劣等財の話から、健康を決めるのは所得だけでなく自制心などの能力であると考え。第2節では、この2つの道筋を政策提言に繋げるため、さらに深く解釈する。所得については、ある程度の所得を得るために、大学を卒業することが必要であることを確認する。そして、この機会は格差がなく平等に与えられているのかという発想に繋げる。自制心などの能力については、教育、特に幼い頃の家庭教育や義務教育に着目すべきだということを述べる。

第3章では、2章で述べた、大学進学と教育の質について現状を述べる。第1節では大学進学率が学力だけでなく、所得から影響を受けているという不平等な現状について述べる。第2節以降は家庭教育・家庭環境に焦点を当て、健康との関係性を述べている。第2節は喫煙率に関するデータから家庭環境が子供の健康行動に影響を及ぼすことを示している。第3節では、非認知能力の定義を述べ、第4節では、先行研究を基に親のしつけや家庭での教育が子供の非認知能力に影響を及ぼし、非認知能力が向上することで子供の健康意識が改善されることを示している。

第4章では、教育から健康改善を目指すための政策提言を行っている。第1節で健康教育の事例を述べた上で、第2節では健康改善の解決策として

- ①就学前の家庭教育をサポートするために、各地域に健康指導員を配置すること
- ②義務教育における「保健」分野の座学の授業数の充実
- ③大学進学を支える奨学金について、現状の貸与型奨学金から給付型奨学金へ移行すること
- ④誰もが均等に健康意識を身につけられるようにするための地域の取り組みの充実を提言している。

第1章	健康問題の分析とアプローチ	3
第1節	海外における先行研究と日本における研究の現状	3
第2節	健康格差の定義と解釈	5
第3節	『健康日本21』と健康寿命の定義	6
第4節	現在の日本の健康問題	7
第5節	具体的な目標項目	9
第6節	中間報告書と課題定義	11
第7節	健康の社会的決定要因	14
第2章	所得と健康	19
第1節	健康と所得	19
第2節	教育と健康	22
第3章	教育と健康	25
第1節	教育年数と健康意識の関係	25
第2節	所得による教育機会	26
第3節	大学進学機会の現状	29
第4節	健康教育とヘルスプロモーション	31
第5節	日本の健康に対する家庭教育の現状分析	33
第6節	非認知能力とは	40
第7節	家庭環境が子供の非認知能力にもたらす影響	40
第4章	政策提言	42
第1節	日本の学校における健康教育の事例	42
第2節	教育段階別における解決策	43
おわりに		54
参考文献・データ出典		55

第1章 健康問題の分析とアプローチ

この章では、「健康格差」とは何たるかについて述べる。「健康日本21」など日本でも、最近になって健康に対する意識が高まっている様相が見受けられるが、まだ国民の認識や政策が十分とは言い難い。日本における健康問題の現状を明らかにし、我が班の問題意識やアプローチ方法を記したい。

第1節 海外における先行研究と日本における研究の現状

アメリカで1950年には「社会疫学」という用語が既に用いられていたり、1943年にイギリスでも乳児死亡の階層格差が統計的分析(Titmuss, 1943)によって明らかにされたりと、社会要因と健康の相関についての研究が、海外では20世紀前半から行われていた。また本格的な健康格差の研究は、1980年代から始まった。1980年にイギリスで出版されたブラック・レポート(Working Group on Inequalities in Health, 1980)は、経済が発展し福祉国家の下で健康状態が全体的に向上していても、職業階層間の健康格差は縮小せず、むしろ拡大していることを指摘している。このレポートは、NHS(国民保険サービス)制度導入により低所得層への医療保障が進んだことで、健康格差がどの程度縮小したかを検証するものであったが、結果はむしろ格差が拡大しているという期待に反するものであった。その後、再びイギリスで発表されたアチソン・レポート(Independent Inquiry into Inequalities in Health, 1998)では、平均寿命の延長という歴史的傾向が続いていても、社会階層間でのその不平等が拡大していることなど、健康及び疾病、そして所得をはじめ健康の社会経済的決定諸要因に、職業別社会階層、地域、人種・民族、ジェンダー、年齢間で不平等が見られ、それが拡大傾向にあることを改めて明らかにした。またWHO(世界保健機関)が1995年に出版した世界保健報告のテーマが「格差の克服」であったように、20世紀後半に健康格差は世界で大きな関心をもって共有されるべき問題となったのである。

日本学術会議のレポートによれば、「日本では健康格差に関する研究成果が蓄積されつつあるもの、その数・質はともに限られている。また取り上げられる社会格差や健康問題の範囲も限られており、健康格差の全体像は明らかにされていないのが実情である。そして、それにより国民の認識も様々な側面から、健康格差についての研究が推進され

る必要がある¹⁾」ということである。

日本の国民が、健康と所得に関する諸問題に対して正しい認識を持っているかと問われれば、十分ではないと言えよう。そのことが伺える記事があった。2015年12月に厚生労働省によって発表された「国民健康・栄養調査」についての国民の発言についてである²⁾。この「国民健康・栄養調査」の結果は図1-1.2に示した通りである。ここから、低所得者は高所得者に比べて、肉や野菜の摂取が少ない代わりに穀物の摂取が多く、栄養バランスが取れていないため肥満になる傾向が強いということが分かる。これは海外の研究によって、以前から明らかになっていたことであった。この結果に対し大阪市生活保護担当者は、「経済的に自立している人は、自分を律することができる。だから太らない。でも、自分を律することができない者は経済的にも自立できていない」と述べているのである³⁾。確かにそのような面はあるが、一概には言い切れない。生活保護受給者の場合は経済的に自立できないがために、自分を律する余裕もないと捉えるべきであろう。他にも「生活保護受給者は、国民の金で贅沢な暮らしをしている」など、勝手な解釈に基づく意見も散見される。肥満＝贅沢というような短絡的な認識や感情的な議論は、健康問題の本質を理解する際の障害となり得る。

我が班は、このように研究が比較的充実していなく、国民の理解度も低い「日本における健康格差」をテーマに取り上げ、この問題に対して包括的な理解を深めていきたいと考えている。我が班は、このように研究が比較的充実していなく、国民の理解度も低い「日本における健康格差」をテーマに取り上げ、この問題に対して包括的な理解を深めていきたいと考えている。

¹⁾ 日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会 (2011) 「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」

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf> (最終閲覧日：2016/10/27)

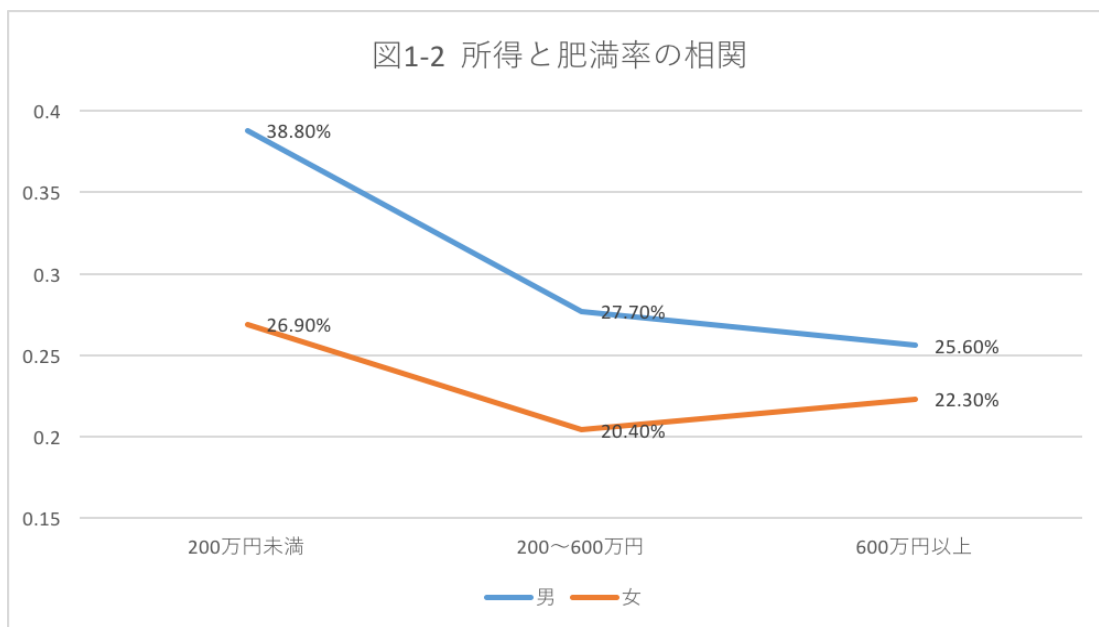
²⁾ 厚生労働省 (2014) 「平成26年 国民栄養・健康調査結果の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000117311.pdf> (最終閲覧日：2016/10/31)

³⁾ ライブドアニュース (2016) 「低所得者のほうが肥満が多い傾向 1日5000kcal摂取する人も」 <http://news.livedoor.com/article/detail/11023256/> (最終閲覧日：2016/10/27)

図1-1 所得と食生活に関する状況 (20歳以上)							
		世帯所得 200万円未満		世帯所得 200万以上600万円未満		世帯所得 600万円以上	
		人数	平均(g)	人数	平均(g)	人数	平均(g)
穀類摂取量	男性	423	535.1	1,623	520.9	758	494.1
	女性	620	372.5	1,776	359.4	842	352.8
野菜摂取量	男性	423	253.6	1,623	288.5	758	322.3
	女性	620	271.8	1,776	284.8	842	313.6
肉類摂取量	男性	423	101.7	1,623	111	758	122
	女性	620	74.1	1,776	78	842	83.9

出所：厚生労働省(2015) 「国民健康・栄養調査結果の概要」より著者作成



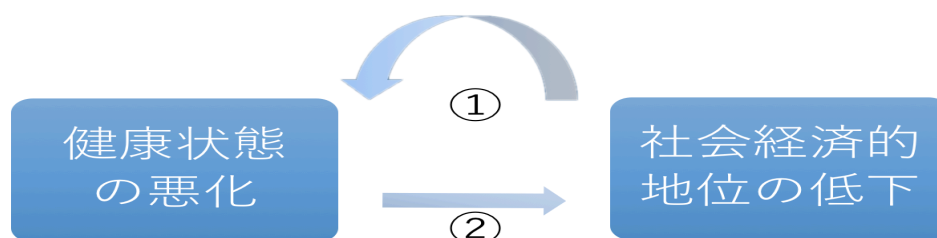
出所：厚生労働省(2015) 「国民健康・栄養調査結果の概要」より著者作成

第2節 健康格差の定義と解釈

この論文では、「健康格差」の定義を“社会経済的地位(socio economic status)と健康状態に相関があることを認めること”とする。松田(2009)によると、この問題には三つの解釈が成立する。第一に、社会生活が健康格差をもたらすと考える解釈である。社会経済的地位の差が、心理的・物理的な生活の差をもたらし、健康格差がもたらされると考える。第二の解釈は自然・社会淘汰説あるいは健康淘汰説である。これは、その人の健康状態がその人の社会階層の位置を決定するという考えである。第三は、統計的錯

誤によると見なす解釈である。つまり、この相関は両者が別の要因と相関していることによる見かけ上のものとする考えである。そして第一と第二の解釈は、相互に関連している可能性があるという⁴。例えば、低所得世帯で育つ子供は、健康状態も悪化することで教育等の達成も低下し、就業機会など種々の格差がもたらされることで、その後の健康に負の影響を与えることは十分に考えられる。実際に森田(2016)が行った研究によると、中学生の女子生徒において、肥満傾向の生徒では体力が低く、学業成績も低い傾向が認められている⁵。つまり、健康状態が教育に与える影響が実証されたと言える。今日では、親の社会経済地位の子供への影響や、小児期の状況の継続的な影響など、ライフ・コースの視点からの検討が盛んに行われるようになってきている(Davey Smith, 2001 ; Haas, 2008 ; Kuh and Ben-Shlomo, 2004)。我が班も、貧困の世代間連鎖や、健康格差の是正に向けた就学前・就業前の取り組み強化などの政策を提言していきたい。この論文では第一の解釈に焦点を当て、考察していく。

図 1-3 第一の解釈と第二の解釈の相関



出所：松田亮二(2009)

『健康と医療の公平に挑む 国際的展開と英米の比較政策分析』より著者作成

第3節 『健康日本21』と健康寿命の定義

現在、日本では『健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）』という国民健康促進プログラムが厚生労働省の下で平成15年5月1日から施行された。現在は改訂され、健康日本21（第二次）となっており、平成25年度から10年計画で健康

⁴ 松田亮二(2009)

⁵ 森田憲輝ほか(2016)「日本人中学生における体力・肥満・スクリーンタイムと学業成績の関係」<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938416302025> (最終閲覧日：2016/10/31)

を促進していくものとなっている。日本は平均寿命（男：80.05歳、女：86.83歳⁶）、健康寿命（男：71.19歳、女：74.21歳⁷）ともに世界の中で最高の水準にある。この健康寿命とは、病気による定期的通院や入院と言った、生活に何らかの制限がなく生活できる期間のことを指す。しかし、一方でこの平均寿命と健康寿命の差は大きく、いわゆる『寝たきり老人』などの数も世界の中で高い水準にある。この原因としては、戦後高齢者社会となり、疾病構造が変化したことで、がんや循環器病といった生活習慣病が増加したこともある。21世紀の日本は、超高齢少子社会を迎え、疾病による負担がより大きくなると考えられる。高齢化の進展により病気や介護の負担は上昇するにもかかわらず、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、病気を治し、介護のための社会的負担の減少が必要である。このような観点から健康日本21では、健康寿命の延伸（日常の生活に制限ない期間）、そして平均寿命と健康寿命の差を縮小させることを目標とし、生活習慣病予防対策などを促進してきた。そこで健康日本21が設定している具体的な目標値とその評価方法を確認し、現状の課題を理解していく。

第4節 現在の日本の健康問題

平成27年の厚生労働省の人口動態統計⁸によると、事故を除く病的死因のうち約3割が悪性新生物（いわゆるガン）となっており、次いで心疾患が第二位の死因となっている。また年齢別にみると、20歳から40歳までは自殺、40歳から90歳までは悪性新生物がそれぞれ死因第一位となっている。悪性新生物は生活習慣病であり、部位別の罹患率を見てみると、胃がんや肺がん、大腸がんが高くなっている。これらの悪性新生物は発生部位によって異なるが、アルコール摂取量や喫煙量、塩分摂取量など日頃の生活習慣に起因することがある。遺伝的な要素による発症もあるが、生活習慣による発症は防ぐことが可能である。健康日本21では悪性新生物を含める生活習慣病を減少し、健康寿命の延伸を図るために、野菜摂取量や喫煙率といった項目別の目標を設定し、各地域自治体に協力を呼びかけている。

⁶ 厚生労働省（2015）「平成27年簡易生命表」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/index.htm>（最終閲覧日：2016/10/26）

⁷ 同上

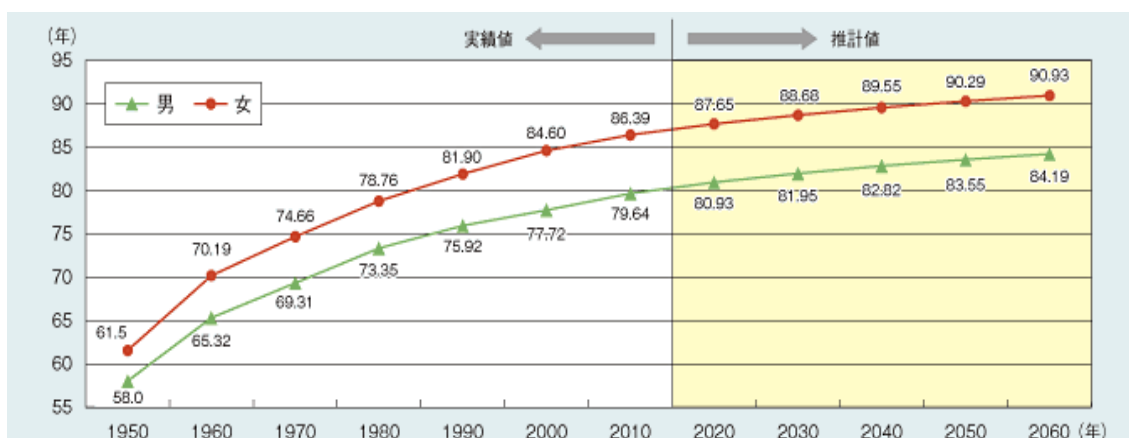
⁸ 厚生労働省（2015）「平成27年人口動態統計」（最終閲覧日：2016/10/26）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>

第5節 具体的な目標項目

この節では健康日本21（第二次）で定められた目標の一部を抜粋していく。まず、健康日本21が第一に掲げている健康寿命の延伸についてである。健康日本21の要綱が改訂された平成22年における健康寿命は男性70.42年、女性73.62年であった。そして平成34年度までに、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加が目標とされている。内閣府によると、平均寿命は平成34年に男性約81歳、女性88歳になると推測されている⁹。（図1-4参照）

図1-4



出所：内閣府(2013)高齢社会白書（全体版）より著者作成

この予測値を利用すると、健康日本21の目標を達成するためには男女それぞれ約1.5年を上回る健康寿命の延伸が必要である。健康寿命の増加平均寿命を上回ると結果的に双方の差が縮んでいく。また健康日本21では健康寿命の延伸と共に、都道府県の健康格差の縮小も目標にしている。

次に項目別に見ていく。まずはがんや循環器疾患といった生活習慣病の項目である。死因の多くを占めるがんの75歳未満の年齢調整死亡率（10万人あたり）は平成22年時84.3%人っており、平成27年までに73.9%まで下げることが目標されている。また検診率の向上も掲げており、胃がん、肺がんなどの検診率を平成28年までに40%まで引き上げるということになっている。循環器疾患も同様に目標があり、脳

⁹ 内閣府（2013）高齢社会白書（全体版）

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/sl1_1_1_02.html

（最終閲覧日：2016/10/26）

血管疾患や高血圧の改善が図られている。次にこのような疾患を前もって防ぐための生活習慣そのものの目標である。健康日本21（第二次）では食塩摂取量や野菜摂取量の目安を作成し、また1日の食事の回数の増進なども目指している。その他にも日常生活における歩数の増加や休養の取れていない者の割合の減少など細かいところまで目標設定がなされている。その中で注目したいのが喫煙と飲酒である。これらは直接的に高血圧や肺がんのリスクを上げるものである。平成22年時に成人男性の喫煙率は19.5%であり、平成34年までに12%まで下げる目標がなされている¹⁰。飲酒についても、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を男女それぞれ約2%減少させるとしている（男15.3%→13%、女7.5%→6.4%）¹¹。またこの項目において、未成年者や妊娠している者の喫煙率、飲酒の減少も掲げられているが、どちらの項目も平成34年度までに0%を目標設定している。この未成年者の問題などは過去からも存在しているため、徐々に減少させていくべきだが、0%の目標設定は実現可能かどうか検討すべきである。

最後に健康促進のための社会環境整備に関する目標である。ここでは主に地域とのつながりを国民が多く持ち、健康意識の向上を目指している。また健康格差対策に取り組む（健康づくりが不利な集団に対する対策をしている）都道府県が平成24年時に僅か11都道府県しかなかったものを34年までに47都道府県に拡大することを目標にしている。健康日本21はこれらの目標を定めた上で、各自治体に目標達成のための協力や対策を呼びかけている。そのため47都道府県の自治体が自らの地域で抱える健康問題に対して政策を打ち出すべきであり、よってこの目標を非常に重要である。

以上に述べたものが健康日本21（第二次）において定められている目標の一部であり、上記以外の部分でも生活習慣の改善や生活習慣病の予防のための項目が列挙されている。しかし、実際に目標などはあるものの、そのために何をすべきかということは各地方自治体に委託されており、具体的な対策案などは述べられていない。そこで私たちは、地域において何の対策を行い、改善に導いていくかということこれから論じていきたいと思う。

第6節 中間報告書と課題定義

¹⁰ 厚生労働省（2011）「健康日本21（第二次）目標項目一覧」より引用

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/kenkou_unippon21/mokuhyou.html（最終閲覧日：2016/10/28）

¹¹ 同上

最後に、健康日本21が施行されてから平成23年度までの運動を最終評価したものを
 見ていく。、策定時や平成19年に行われた中間報告の値と直近値を比較し、達成状
 況を評価している。ここで把握した課題などをもとに、現在施行された健康日本21（第
 二次）が作成された。この最終評価報告書では、健康日本21が掲げた9分野（栄養・
 食生活、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、タバコ、アルコール、歯の健康、糖
 尿病、循環器病、がん）の80項目のうち、再掲21項目を除く59項目の達成状況を
 確認する。AからEまで達成段階が分かれており、それぞれ、A（目標値に達した）B（目
 標値には達していないが改善傾向）C（変わらない）D（悪化している）E（評価困難）と
 なっている。健康日本21最終評価によると、以下のような達成状況になっている（図
 1-5 参照¹²⁾

図1-5

評価区分（策定時*の値と直近値を比較）	該当項目数<割合>
A 目標値に達した	10項目 <16.9%>
B 目標値に達していないが改善傾向にある	25項目 <42.4%>
C 変わらない	14項目 <23.7%>
D 悪化している	9項目 <15.3%>
E 評価困難	1項目 <1.7%>
合計	59項目 <100.0%>

出所：厚生労働省（2012）「健康日本21 最終評価」より著者作成

この中でA段階にある項目の主なものは、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合増加、80歳で20歯、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加などである。また喫煙が及ぼす健康影響についての認知度やがん検診（目標値には遠く及ばない）の受診者数はB段階にあった。一方、多量飲酒者の割合は変わらず、日常生活の歩数や糖尿病合併症は悪化している。

全体的な評価としては、日常生活において介護を要さない平均自立期間や制限のない期間は延伸されており（最終評価時、図1-6参照¹³⁾、A、B段階といった達成項目や改

¹² 厚生労働省（2012）「健康日本21 最終評価」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf>

（最終閲覧日：2016/10/27）

¹³ 厚生労働省（2012）「健康日本21 最終評価」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf>

善傾向項目は全項目の半数を越えている。

図 1-6

平均自立期間 (65歳時)	平成17年	→	平成21年	都道府県分布 (平成21年)
	男性 16.66	→	17.24 (年)	15.34~17.94 (年)
	女性 20.13	→	20.48 (年)	19.33~21.38 (年)
日常生活に制限のない平均期間	平成7年	→	平成19年	都道府県分布 (平成19年)
	男性 68.49	→	70.74 (年)	68.95~72.53 (年)
	女性 72.12	→	74.11 (年)	72.83~75.96 (年)
自覚的に健康な平均期間	平成7年	→	平成19年	都道府県分布 (平成19年)
	男性 68.54	→	69.72 (年)	67.43~71.31 (年)
	女性 72.00	→	72.93 (年)	71.36~74.90 (年)
自立調整健康余命 (65歳時)	平成14年	→	平成21年	都道府県最小値・最大値 (平成21年)
	男性 16.47	→	16.89 (年)	15.59~17.60 (年)
	女性 19.90	→	20.18 (年)	19.29~21.08 (年)

出所：厚生労働省（2012）「健康日本21 最終評価」より著者作成

しかし、一方で変化がない、あるいは悪化傾向の見受けられる項目に注目すると、肥満や生活習慣病発症の危険因子である歩数の減少や、循環器死亡に強く関連する喫煙率（男性は若干減少傾向にあるものの、女性は横ばい）、多量飲酒者の割合といった生活習慣病を予防する上で重要な要素となる項目が多く存在している。これらの改善には個々人の意識の改善から、禁煙や運動、食生活の改善といった行動へと結びつけることが必要であるが、それを個々人の責任としては捉えてはいけない。イチロー・カワチ（2013）によると、住んでいる地域の治安や交通の便といった環境などが運動不足や喫煙といった生活習慣に影響を与えるという¹⁴。また親や学校教育による健康意識の呼びかけも子供の後の生活習慣に影響してくる。よって、健康日本21（第二次）ではそのような影響を与えうる環境の整備を行い、都道府県のみならず、市区町村単位で健康を改善するための政策を呼びかけていく必要がある。

第7節 健康の社会的決定要因

第1章を通して、日本の健康格差そして健康改善に対する意識の現状を把握し、目的を明らかにしてきた。まとめると、海外に比べて認識の低い「健康格差

（最終閲覧日：2016/10/27）

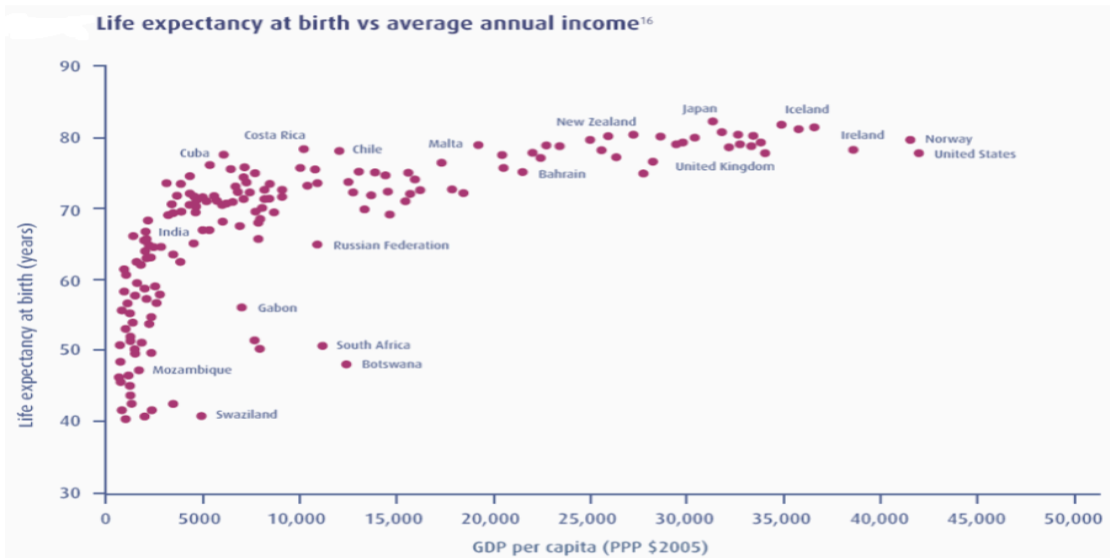
¹⁴ イチロー・カワチ（2013）「命の格差は止められるか」小学館（101新書）

我が班は、2016年9月5日に日本医師会館で行われた Sir Michael Marmot 世界医師会(World Medical Association: WMA)会長の講演を拝聴した。“Social Determinants of Health”というテーマで、我が班の論文に非常に多くの示唆を与えるものであったため、この節では講演内容を織り交ぜながら、何が健康に影響を与えるかを見ていきたい。図1-7で示したように、国民一人当たりの年間GDPの額を横軸に、平均寿命を縦軸にとると、だいたい年5,000ドル(これは一ヶ月当たり約45,000円で暮らす水準)までは右肩上がりであるが、着目すべきは年5,000ドルあたりを超えると平均寿命がほぼ横ばいになっていることだ。途上国では所得の多さが平均寿命に直結するが、先進国では両者の関係は小さくなる。確かにアメリカの一人当たりGDPは、チリのその約4倍となっているが平均寿命は両者ともに70歳前後と変わらない。先進国では健康と経済的豊かさの相関がほとんど見られない。そこで先進国だけに限定し、健康指標と関連する因子となりうる指標を探ってみた。縦軸に健康寿命を、横軸にジニ係数を取って回帰分析したところ、両者には負の相関が見られた。これは「経済格差(=所得の不平等度)の大きい国ほど、国民の健康度が低い」という事実を意味する。つまり、経済的に貧しい国々においては経済発展で豊かになることで、国民の健康度は改善する絶対的な所得効果が見られる。しかし、豊かな先進国に限れば、絶対所得効果ではなく相対所得がより強く影響していることを示唆している¹⁵。マーモットの言葉を借りれば「先進国に限って言えば、経済成長は健康を約束するものではない」ということである。

¹⁵ 近藤克則 (2005)

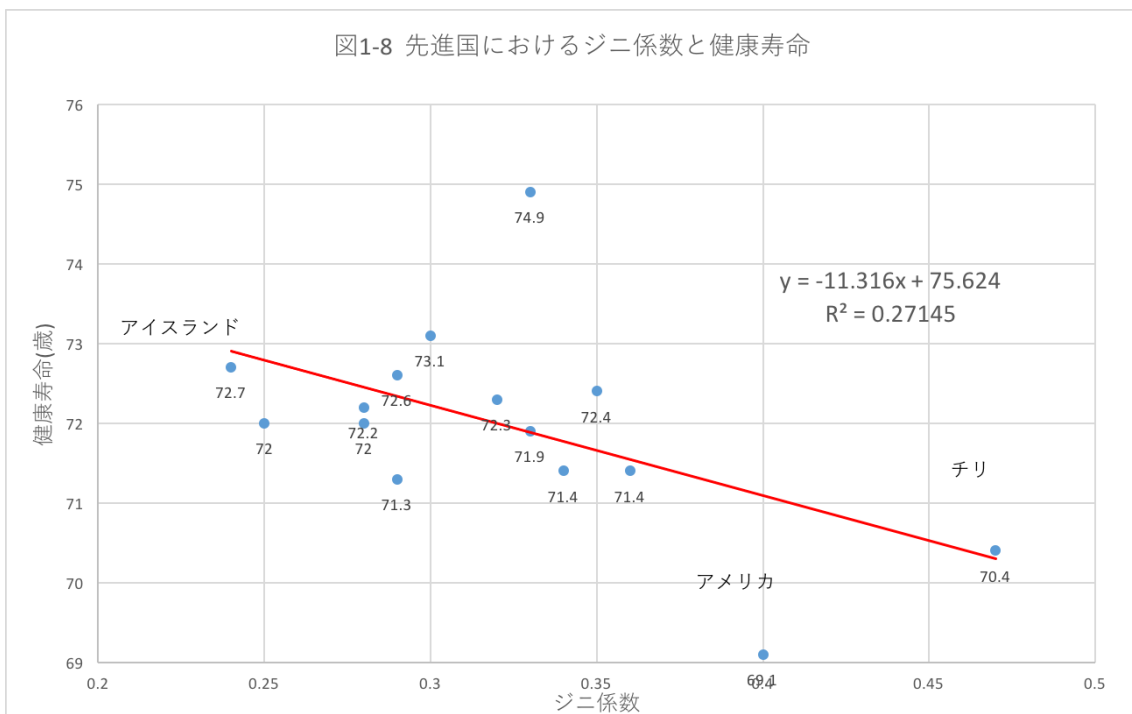
図 1-7 国の豊かさと平均寿命

Wealth and Life expectancy



出所: UNDP, Human development Report (1998)

図1-8 先進国におけるジニ係数と健康寿命



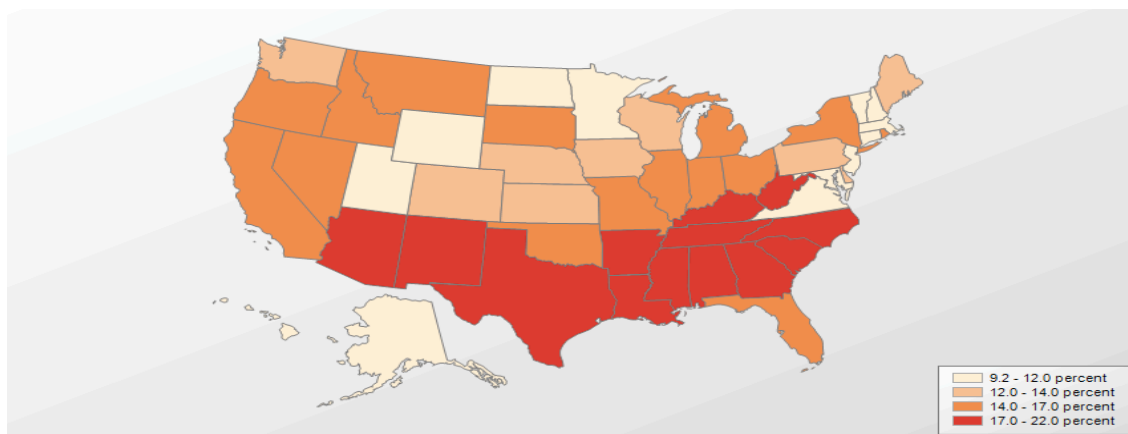
出所: グローバルノート「世界のジニ係数 国別ランキング・推移」、WHO(世界保健機関) “World Health Statistics 2016” より著者作成

図 1-9 先進国におけるジニ係数と健康寿命の回帰分析

観測数	15					
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	75.62368421	1.681272081	44.98003925	1.17794E-15	71.9915167	79.25585172
ジニ係数	-11.32	5.14	-2.2	0.05	-22.42	-0.21

よって日本における健康問題の改善は、デフレ対策や「失われた 20 年」を取り戻すこと、地方経済活性化などではなく(勿論それらを改善するに越したことはないが)、国内の経済格差を改善することが、この問題の解決にとって先決となる。例えば、アメリカでは市場原理主義に基づき、政府による個人や市場への介入は極力避けられ、社会保障制度も最低限の規模に抑えられている¹⁶。そのため地域間や人種間、職業間における所得の不平等が、是正されず露骨に存在している(図 1-10 のように、アメリカの州ごとの貧困率は南部で高く、これは黒人の占める割合と一致している。貧困人口の割合も全体ではおよそ 5 人に 1 人だが、黒人とヒスパニック系では 4 人に 1 人以上の高い割合で貧困に属している¹⁷)。果たして日本では経済・所得格差に基づく、アメリカのような地域的な健康の不平等は存在するのであろうか。第 2 章で明らかにしていきたい。

図 1-10 アメリカの州別人口に占める貧困者の割合



出所：USDA, Percent of total population in poverty (2004)

¹⁶ 阿部彩 (2007) 「アメリカの所得格差と国民意識」

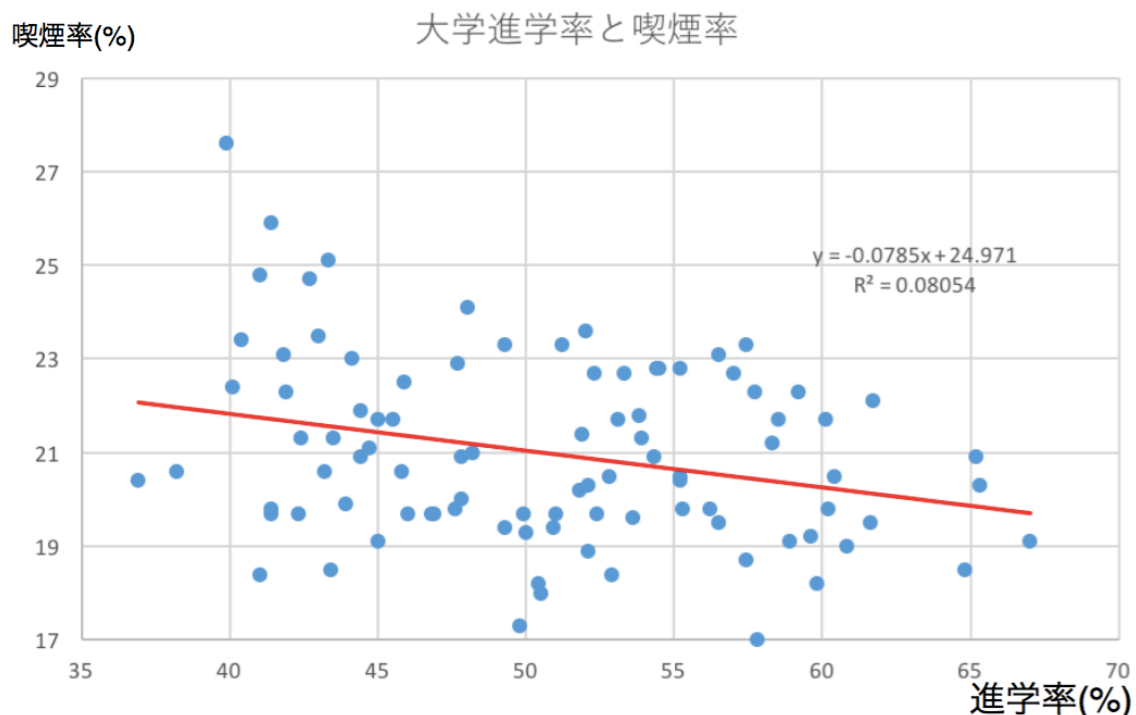
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18429303.pdf> (最終閲覧日：2016/11/1)

¹⁷ 日経ビジネスオンライン (2011) 「貧困層のフードスタンプに群がる米国外食産業 景気後退の足音に身構える米国民」

<http://business.nikkeibp.co.jp/article/world/20110929/222898/?rt=nocnt> (最終閲覧日：2016/11/1)

では健康問題を改善する鍵となる経済格差は、どうやって是正すれば良いか。マーモットは「教育」こそが、健康の社会的決定要因であると述べている。教育が、その人の生活行動を変え、結果的に健康を改善できると考えている。マーモットによると、すべての国で45～54歳の死亡率は下がっているが、アメリカの白人のみ死亡率が上がっており、原因は麻薬や喫煙やアルコール、暴力や自殺によるものであるという。これらの原因は、教育によって解決できると彼は考えている。実際、学歴が高い人ほど喫煙率が低いという研究結果が出ている(図1-11)。他にも彼は、女性に対する教育の強化が、乳幼児の死亡率を改善したり、男性からのDV防止に寄与したりすると述べている。健康格差に対する政策提言として、社会保障拡充が重要であると説いている。実際、OECDの統計に基づいた分析でも、それは明らかになっている(図1-12)¹⁸。

図1-11



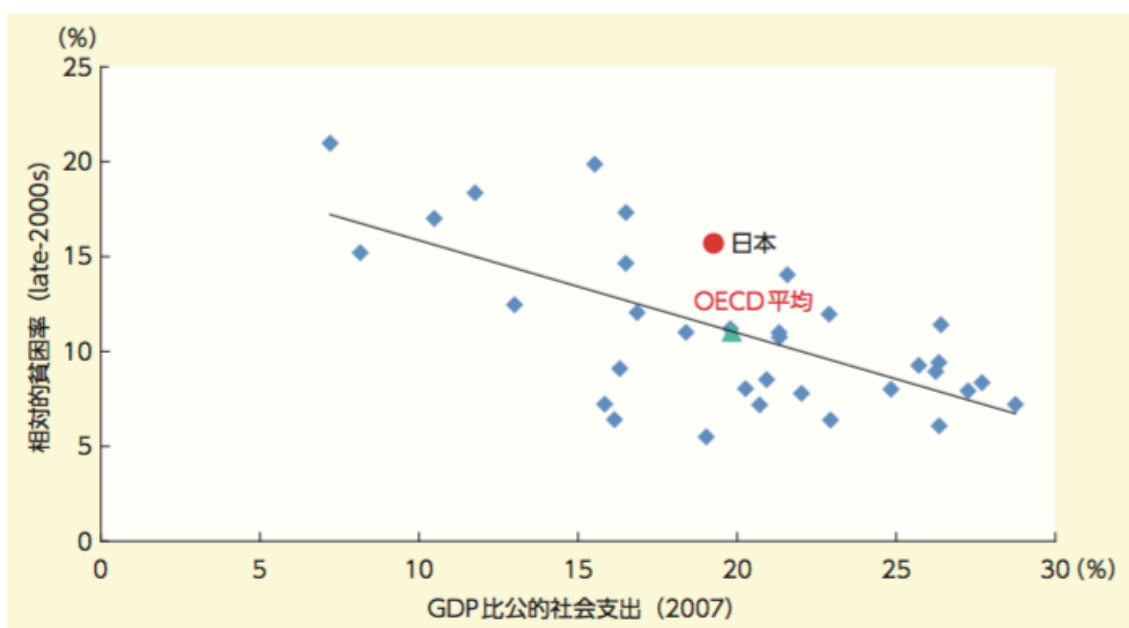
出所：厚生労働省(2014)「国民健康・栄養調査の報告 第4部 都道府県別結果」p.166、厚生労働省(2010)「国民健康・栄養調査の報告 第2章 都道府県別の肥満及び主な生活習慣の状況」p.38、文部科学省(2010、2013)「学校基本調査」より著者作成

¹⁸ 厚生労働省(2014)「厚生労働白書」p.106

図 1-12 大学進学率と喫煙率の回帰分析

観測数	94					
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	24.97059436	1.415142425	17.64528709	2.79439E-31	22.15999935	27.78118937
大学進学率	-0.08	0.03	-2.84	0.006	-0.13	-0.02

図 1-13 社会保障の規模と相対的貧困率



出所：厚生労働省(2014)「厚生労働白書」

健康寿命に密接な関係がある生活習慣の決定要因が「教育」ということを確認でき、講演会は非常に有意義であった。我が班の論文の方向性としても、「教育」からのアプローチで健康問題を解決していきたいと考えている。所得と健康の間に相関があるということは既に述べたが、現実問題として日本のように停滞した経済状態の下では、所得を上げて経済格差を小さくし健康を改善するやり方は現実的ではないであろう。所得に依らない健康改善のアプローチとして、教育に着目するのは一つの有力な選択肢である。第2章で詳述するが、勿論、所得と教育の間にもかなりの相関がある。所得によって教育機会が制限される現状に対して解決策を見出せば、日本における健康格差の是正にも、自ずと道筋がついたと言えることができるであろう。

第2章 健康格差と教育

第1章では日本における「健康格差」を、教育からのアプローチで是正していくと述べた。日本はジニ係数が比較的小さく、経済格差は他国と比べて小さいとされている。それでも厚生労働省の「国民栄養・健康調査」は、日本にも健康と所得の相関があることを明らかにした。この章では、さらに独自に所得と健康の相関や、所得と教育の相関を調べていきたい。

第1節 所得と健康

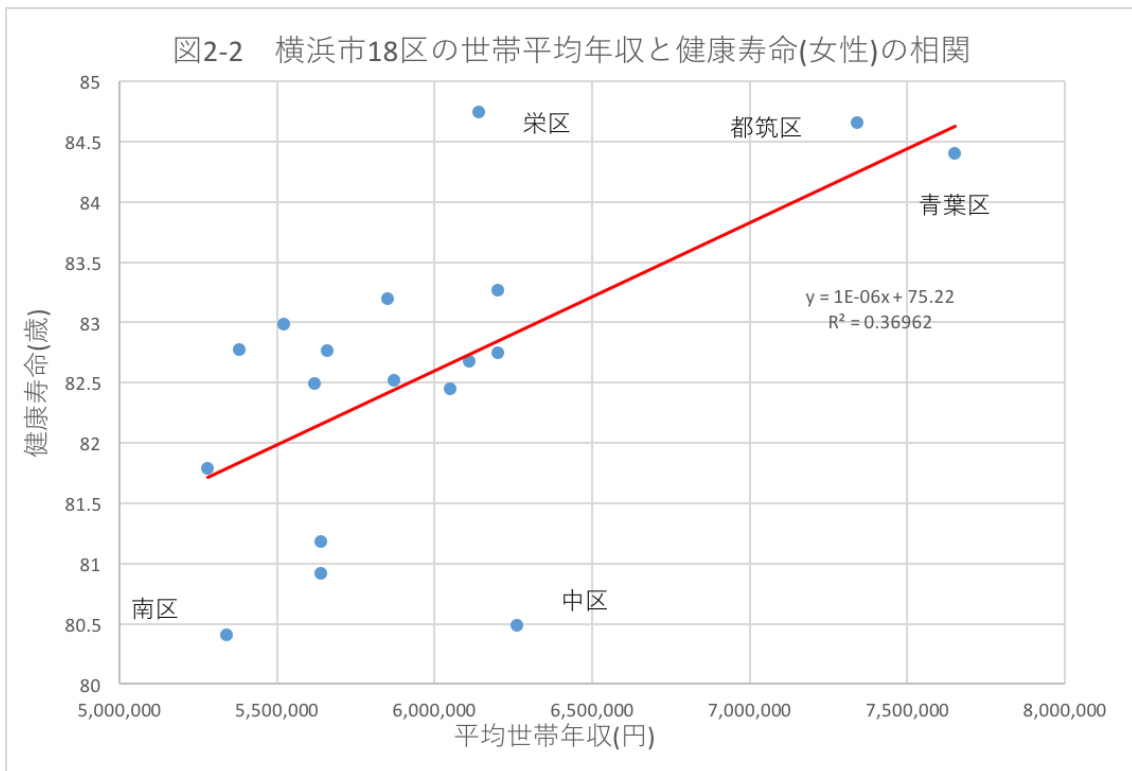
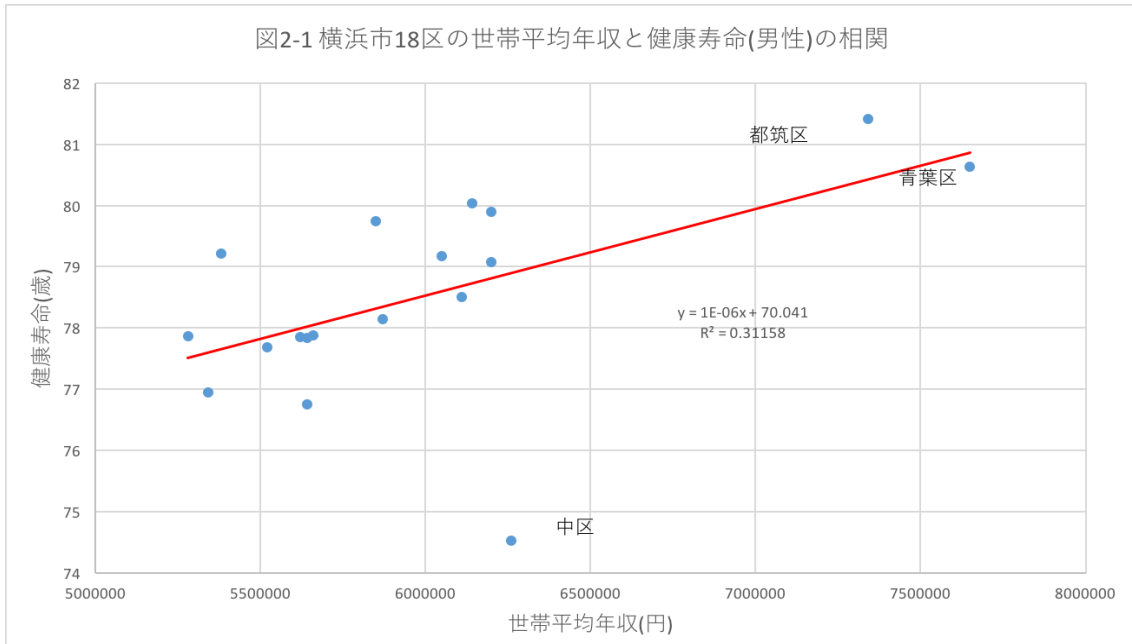
不健康の発生は、所得差という社会の在り方と関わっており、個人の摂生の問題ではないことを第1章で述べた。この節では、個人レベルではなく、アメリカと同様に地域レベルでも健康と所得の相関が日本においても確認できるのか検証していきたい。今回、日本における地域レベルでの所得格差を確認するために、横浜市18区と大阪市24区をピックアップした。理由として、横浜市は平成20年4月に厚生労働省が発表した「平成17年市区町村別生命表」で、青葉区の男性が81.7歳(全国1位)、女性も88.0歳(全国7歳)だったからである。また青葉区以外にも都筑区をはじめ、横浜市18区は男性トップ30に計6区がランクインしているという興味深い結果であった¹⁹。特筆すべきは、青葉区や都筑区の平均世帯年収は、全国的に見ても高いことである²⁰。次に大阪市だが、これは全国で一番平均寿命が短く、ドヤ街の存在でも知られている西成区があり、所得と健康の相関を確かめやすいのではないかと考えたからである。所得と健康の相関の調べ方だが、健康の尺度を「健康寿命」に設定し、世帯平均年収との相関を回帰分析によって調べていく。

¹⁹ 厚生労働省(2005)「市町村別生命表の概況」

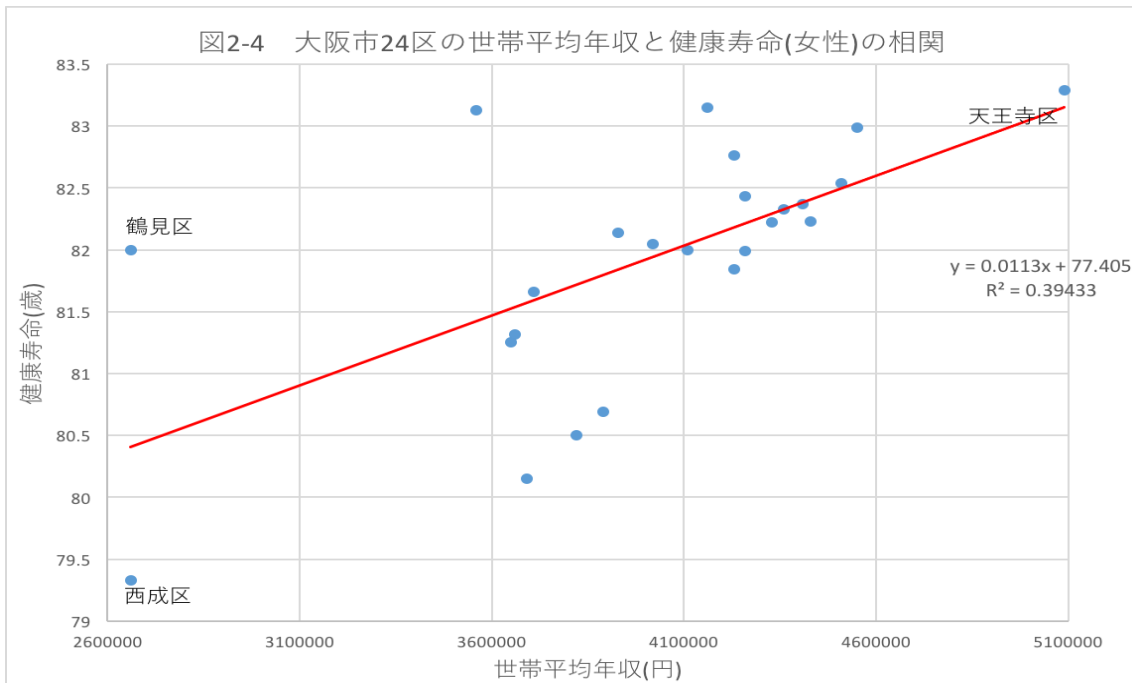
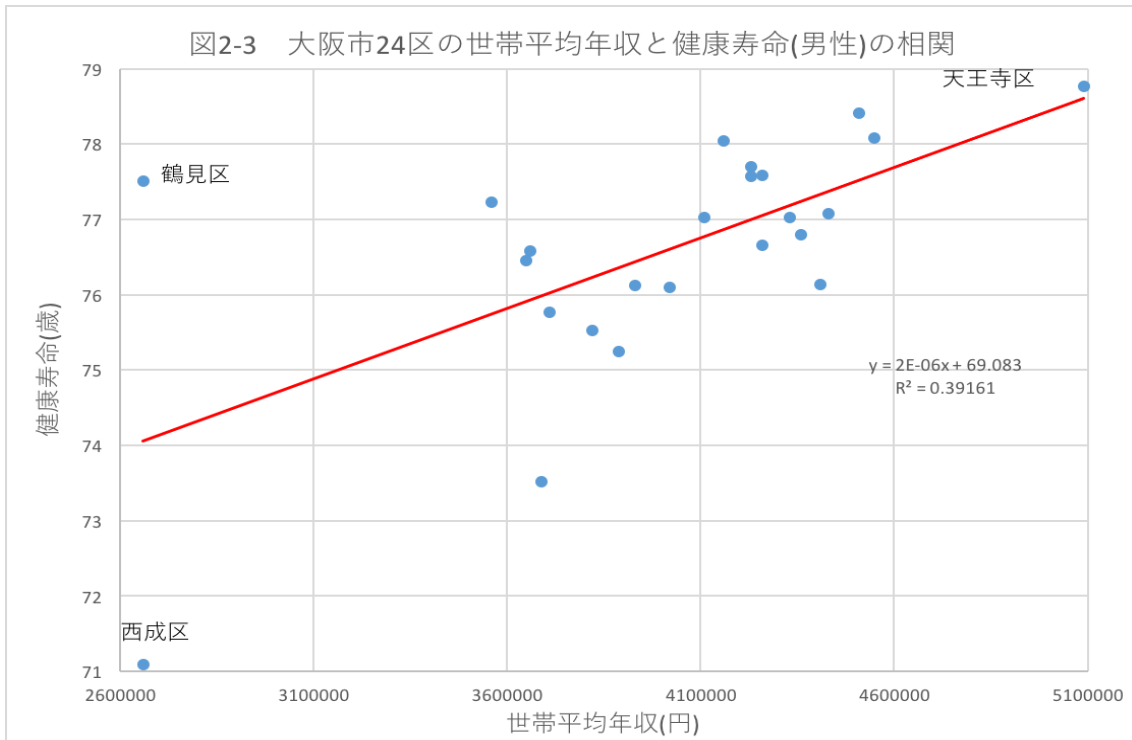
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts05/index.html> (最終閲覧日:2016/9/28)

²⁰ 舞田敏彦(2015)「首都圏の年収地図(2013)」

<http://tmaita77.blogspot.jp/2015/03/2013.html?m=1> (最終閲覧日:2016/9/28)



(図 2-1・図 2-2) 出所：横浜市衛生研究所「2011 年(平成 23 年)区別の平均自立期間」、ゆかしメディア「神奈川県年収 1000 万円比率・世帯年収・1 位は横浜市青葉区」より著者作成



(図 2-3・図 2-4) 出所：大阪市健康局大阪市保健所保健医療対策課「大阪市民の方へ 健康寿命」、日刊アメリバニユース「大阪府の年収 1000 万円世帯比率と平均年収」より著者作成

図 2-5 横浜市 18 区の世帯平均年収と健康寿命(男性)の回帰分析

観測数	18					
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	70.04127061	3.162574043	22.14691882	1.97563E-13	63.33691314	76.74562809
世帯平均年収	0	5.26	2.69	0.02	3	0

図 2-6 横浜市 18 区の世帯平均年収と健康寿命(女性)の回帰分析

観測数	18					
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	75.2196928	2.416813223	31.12350268	9.61355E-16	70.09627764	80.34310796
世帯平均年収	1.23	4.02	3.06	0.007	3.79E+00	2.08E+00

図 2-7 大阪市 24 区の世帯平均年収と健康寿命(男性)の回帰分析

観測数	24					
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	69.08316253	2.010977902	34.35301922	1.30814E-20	64.91264962	73.25367544
世帯平均年収	0.02	0.005	3.76	0.001	0.008	0.03

図 2-8 大阪市 24 区の世帯平均年収と健康寿命(女性)の回帰分析

観測数	24					
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	77.40474774	1.206740356	64.14366386	1.62423E-26	74.90212141	79.90737406
平均世帯年収	0.01	0.003	3.78	0.001	0.005	0.02

上記の結果から、横浜市でも大阪市でも所得と健康の地域的な相関を確認することができる。よって日本でもアメリカと同様に、「健康格差」が拡大していると言える。私立中学進学率は、横浜市平均の 16.7%なのに対し、横浜市の青葉区の平均は 28%と高くなっている²¹。これは優れた教育が高所得世帯の特権だという事実もあるかもしれないが、教育が健康に正の影響を及ぼす事実があるということも示していると言える。中京大学情報理工学部の種田行男(おいだゆきお)教授によれば、青葉区の肥満者と高血圧者が横浜市で最も少なく、喫煙しない・適正飲酒量を守る・塩分摂取を控える人が最も多い。このように健康に影響を及ぼすライフスタイルをコントロールできる人の割合が高い

²¹ はまれぽ.com (2012) 「住環境や区民のライフスタイルなど複数の要因が関係していると思われる。筆者の思う独断的最大の要因は、青葉区には「お金持ちが多い」ということ。」
http://hamarepo.com/story.php?page_no=1&story_id=1394&from (最終閲覧日：2016/9/28)

のは、青葉区民の教育水準が高いからであると述べている²²。このように、健康に教育が影響を与えるということを第2節で述べていく。

第2節 教育と健康

前の節では、所得と健康に相関があるということを回帰分析によって述べた。つまり、所得格差が広がり、そのうちの低所得者層にいる人々は高所得者層の人に比べ健康を損なう可能性が高いと言える。こうした、所得格差の拡大による健康格差の拡大について問題意識を持ち、改善していくのが本論文の目的である。この論文では、根本的に所得格差から是正することは困難と考え、「所得によらない健康格差の是正」ということを本論文のテーマとした。これは、低所得者層に向けて、例えば所得が低くても、健康を改善していける社会のしくみを創っていくということである。

その上で、1章で述べたように、世界医師会長であるサー・マイケル・マーモットの唱える理論を参考にした。彼は現在、世界医師会長であり、健康格差の研究を世界の先頭に立って行っている。彼は2016年9月に行った講演“Social Determinants of Health”において、教育と健康の関係の重要性を唱えていた。そこで、私たちは学歴と健康について相関関係があるのかを調べることにした。統計分析を行う上で、学歴については大学への進学率を用いた。²³日本では初等教育と前期中等教育が義務教育とされる。俗に言う小学校と中学校のことである。そして、その後の後期中等教育にあたる高等学校への進学率も97%を超えている。つまり、学歴・教育の上で大きく差がでるのは高等教育にあたる大学や短期大学へ進学するか否かという点である。よって、今回は大学・短期大学（通信制を含む）を用いるのが良いと考えた。健康を表す指標としては、三大死因と言われる悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の受療率を用いる。²⁴この3つの病気は生活習慣病に含まれる。生活習慣病は、論文冒頭にも登場した健康日本21でも大きく取り上げられており、生活習慣病の患者を減らすことは日本全体の健康を改善することにつながると考えられている。また、サー・マイケル・マーモットは教育が生活習慣に影響するということを主張している。大学進学率と生活習慣病の受療率との相関があることは、日本でも統計的に、教育が生活習慣に良い影響を与えているということになる。

²² 青葉区 福祉保健センター 福祉保健課 事業企画担当 (2010)「区民が考える青葉区「長寿」の要因」<http://www.city.yokohama.lg.jp/aoba/25houdou/index2008-44.html> (最終閲覧日: 2016/9/28)

²³ 文部科学省 (2009.2011.2014年)「学校基本調査」

²⁴ 厚生労働省 (2009.2011.2014年)「患者調査」

実際に回帰分析を行った結果、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患のすべてにおいて有意な相関が確認できた。また、他にも高血圧性疾患・糖尿病などの生活習慣病、さらに精神および行動の障害にも大学進学率が強く影響していることが分かった。悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の3つについて、その結果を示す。t値は、悪性新生物が-3.55、心疾患が-2.53、脳血管疾患が-4.97、p値は順に0.0001、0.013、0.000003であり、心疾患は5%有意、悪性新生物と脳血管疾患は1%有意であった。推計式は、悪性新生物が $-1.6676x + 330.51$ 、心疾患が $-5.3543 + 525.41$ 、脳血管疾患が $-1.5277x + 244.33$ であった。図2-9~11では回帰分析の結果、図2-12~14ではグラフを示す。

図 2-9 所得と悪性新生物の受療率

観測数		94				
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	332.0093	24.592	13.50072	1.5E-23	283.1675	380.8511
大学進学率	-1.71	0.48	-3.55	0	-2.66	-0.75

図 2-10 所得と心疾患の受療率

観測数		94				
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	231.938	26.73723	8.674721	1.4E-13	178.8355	285.0404
大学進学率	-1.32	0.522	-2.53	0.013	-2.36	-0.24

図 2-11 所得と脳血管疾患

観測数		94				
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	516.7949	54.00544	9.569311	1.84E-15	409.5354	624.0543
大学進学率	-5.24	1.05	-4.97	3.00E-06	-7.33	-3.15

図 2-12

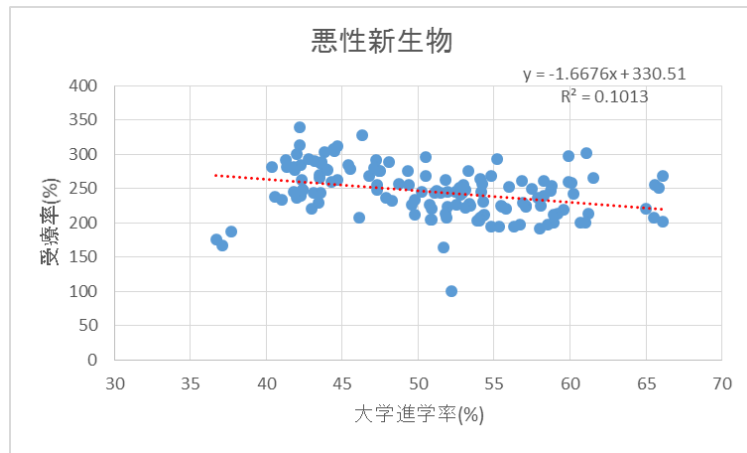


図 2-13

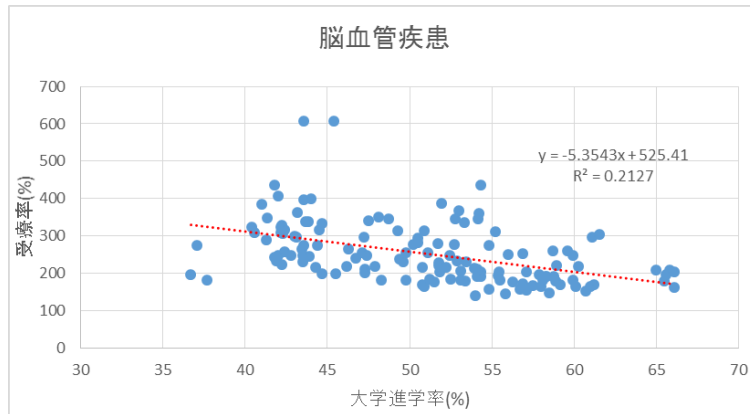
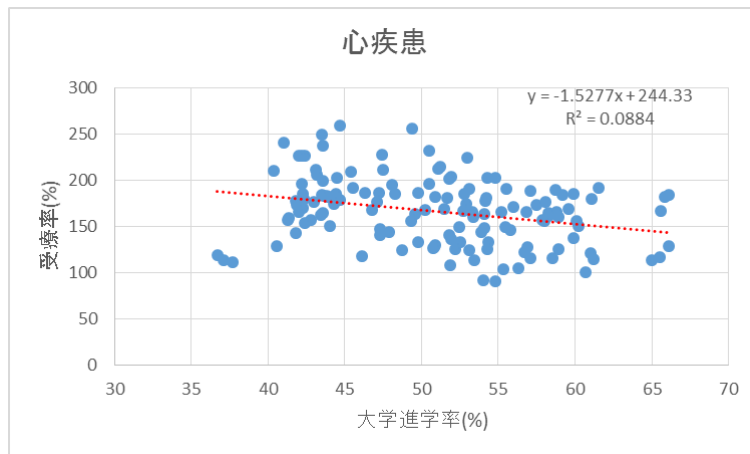


図 2-14



出所：文部科学省（2009.2011.2014年）「学校基本調査」、厚生労働省（2009.2011.2014年）「患者調査」より著者作成

このように、健康と大学進学率の相関関係は有意でマイナスの関係にある、つまり大学に進学している人ほど、生活習慣病などにかかりにくいということが言える。ここから、その間にどのような要素があるのかを考えていきたい。2章では、所得格差が広がっていること、所得と健康の相関関係を示し、健康格差が広がっているということを説明した。そして、この健康格差を縮めていくという本論文の主旨を確認し、その手段の1つとして教育に着目するということ、その理由を統計的に分析した。次の章では、教育と健康についてさらに詳しく述べる

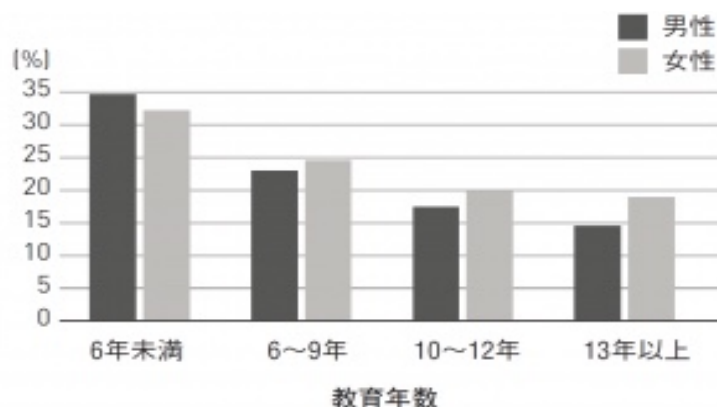
第3章 教育と健康

前章では所得と健康、所得と教育に関してそれぞれ相関があり、それに付随して現状の所得格差の問題についても触れた。第1章の第5節、マーモットの研究で述べた通り、健康改善のために教育は重要な要素である。この章では、教育と健康にどのような関係があるかを述べる。またこの際の教育を「学校教育」と「家庭教育」に分類し、両方の側面からどのような影響を健康に対して及ぼしているのか述べていく。

第1節 教育年数と健康意識の関係

第2章の第2節で、大学進学率と健康にマイナスの相関関係がある、つまり大学に進学した人ほど生活習慣病にかかりにくく、健康を維持しやすいという、教育と健康の関係を示した。これは、学校教育を長く受けることで、自制心などが備わるうえに、健康や自己管理について教育を受ける時間も長くなるため、自分の生活習慣を意識できるように育つということが考えられる。実際に、教育年数が長くなることによる、健康への意識の改善を示す先行研究がある。教育と健康意識との関係は将来の健康診断の検診率にも影響が出てくる。近藤（2016）によると²⁵、教育を受けている者と教育を受けていない者の65歳以上の高齢者になった時の検診率に差が出ている。

図3-1 教育年数と検診率の関係



²⁵出典：近藤克則（2016）「社会経済的要因による健康格差」

出典：近藤克則(2016)『社会経済的要因による健康格差』より引用

ここからわかるように男性では、教育年数 13 年以上群の未受診率 14.5%に対し、6 年未満群では 34.6%と未受診率が 2 倍以上であった。教育を受けていればいるほど将来の健康に対する意識は向上し、一方で教育年数の少ない者はそれほど自分の健康に価値を見出していないと捉えることができる。よって教育が健康意識に与える影響は大きいと考えた。

第2節 教育機会と将来所得

第 1 節では、教育年数の長さが検診率に影響を及ぼすという先行研究を基に、教育による健康への意識づくりについて述べた。第 2 章の第 2 節でも、大学進学率と受療率に相関があることが分かっている。よって、ここまでの教育を受けることは健康意識や実際の健康状態に良い影響があることが分かる。しかし、この教育と健康の間は、直接的なつながりだけでなく間接的につながっている、とも考えられる。というのは、大学進学率と健康の相関は所得によるものではないかということである。

そもそも、日本は大学を卒業していないと、なかなか高所得を得ることは難しい、学歴社会であると言える。2015 年に実施された、厚生労働省の「賃金構造基本調査」では、大卒者の平均初任給は約 20 万円、高卒者は約 16 万円であり、この差は歳を重ねるごとに増すと言われている。²⁶さらに、所得と健康寿命にも有意でプラスの相関があることが、第 2 章の第 1 節で分かっている。つまり、大学進学率と健康に相関があるという考えは正しいが、その間に所得が関係していることも考える必要があるということである。

具体例として、所得が健康に影響を与えるのはどのような原因があるのか、図 3-2・3 にまとめている。これは、厚生労働省の「国民健康・栄養調査」(2014) をもとにしたものである。²⁷男女別で、世帯所得を 200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上の 3 つに分類し、世帯員数・年齢を調整して世帯員の生活習慣を調査し割合を求めている。

「検診など」の項目は未受診者の割合、「体型」の項目は肥満者の割合、「歯の本数」の項目は歯の本数が 20 本未満の割合、「野菜類」の項目は 1 人が 1 日で摂取する平均の野菜類を g で表したものである。これを見ると、高所得者は低所得者に比べ、未受診率は低く野菜摂取量が多いなど、健康的な活動をし、健康的な状態にあることが分かる。

²⁶ 厚生労働省 (2015) 「賃金構造基本調査」

²⁷ 厚生労働省 (2014) 「国民健康・栄養調査」

これらは、所得が高く生活に余裕があるからこそ生まれている健康的な習慣があると考えられる。そして、それが結果的に所得と健康の相関につながっていると考えられる。

図 3-2

男性 20 歳以上	200 万円未満		200 万円以上 600 万円未 満		600 万円以上	
	人数	推定値(%)	人数	推定値(%)	人数	推定値(%)
検診など (未受診)	501	42.9	1,854	27.2	867	16.1
体型 (肥満率)	383	38.8	1,457	27.7	659	25.6
歯の本数 (20 本未満)	500	33.9	1,844	27.5	865	20.3
野菜類	423	253.6 (g/日)	1623	288.5(g/日)	758	322.3(g/日)

図 3-3

女性 20 歳以上	200 万円未満		200 万円以上 600 万円未 満		600 万円以上	
	人数	推定値(%)	人数	推定値(%)	人数	推定値(%)
検診など (未受診)	703	40.8	1,998	36.4	937	30.7
体型 (肥満率)	576	26.9	1,565	20.4	750	22.3
歯の本数 (20 本未満)	702	31.2	1,991	26.5	936	25.8
野菜類	620	271.8(g/日)	1776	284.8(g/日)	842	313.6(g/日)

出所：厚生労働省(2014) 「国民健康・栄養調査」より著者作成

しかし、一方で低所得者は劣等財を好んで消費する傾向があると言われている。例えば煙草が良い例である。図 3-4 は、先ほどの図 3-2・3 と同様に「国民健康・栄養調査」を基にしたデータである。

図 3-4

喫煙率 (男女 20 歳以上)	200 万円未満		200 万円以上 600 万 円未満		600 万円以上	
	人数	推定値(%)	人数	推定値(%)	人数	推定値(%)
男性	499	35.4	1,853	33.4	867	29.2
女性	705	15.3	1,996	9.2	935	5.6

出所：厚生労働省(2014) 「国民健康・栄養調査」より著者作成

これを見ると、習慣的に喫煙する人の割合は、男女ともに高所得者よりも低所得者に多いことが分かる。世帯所得 200 万円未満の男性の中には 35.4%、女性は 15.3%おり、世帯所得 600 万円以上になると男性が 29.2%、女性は 5.6%までに下がる。世帯所得 200 万円以上～600 万円未満の男女はともにその間をとるように、男性が 33.4%、女性が 9.2%となっている。

しかし、煙草は消費税として特別に、たばこ税がかかるため、決して安い製品とは言えない。日本禁煙学会（2009）によると、海外の煙草に比べると日本の煙草は税率が低い方ではあるが、それでも価格の 60%以上を税金として支払うことになっている。²⁸それにも関わらず、高所得者より低所得者の消費が多いというのは理にかなっていない。もし、この章の冒頭で述べたように、大学に進学しないと高い所得を得られず、健康維持のための資金がなくなるという仮説が成り立ったとする。その場合、低所得者は生活のために最低限必要な消費しかしていないということになる。すると、低所得者に喫煙者が多いという話には矛盾が生じる。よって、低所得者は必ずしも自分の健康に合理的な消費行動をとるとは言えない。そこには、やはり自制心の欠如や健康管理への自覚、喫煙など自分に不都合な行動をとることのリスク回避能力などが関係してくると考えられる。これは、所得の影響を抜きにしても、健康と教育の間に教育年数や、教育のレベル、家庭環境など細かい要因があるということである。

本論文ではそれらの能力を鍛える手段として教育に着目し、世代ごとに区別した政策を提案する。それに加え、無視できない所得による健康への影響も視野に入れる。それは、健康格差の軽減のため所得を上げるという発想ではない。一定以上の所得を持つ機会を均等にするために、高等教育へ進学する機会を均等にするという発想である。これは教育年数を長く持つ機会の均等でもある。つまり本論文では、教育の質の充実・大学

²⁸日本禁煙学会雑誌 第 4 巻第 6 号

進学への機会均等の2つを軸とした政策提言を行う。そのため、この章ではそれらの現状や考察する意義について述べる。

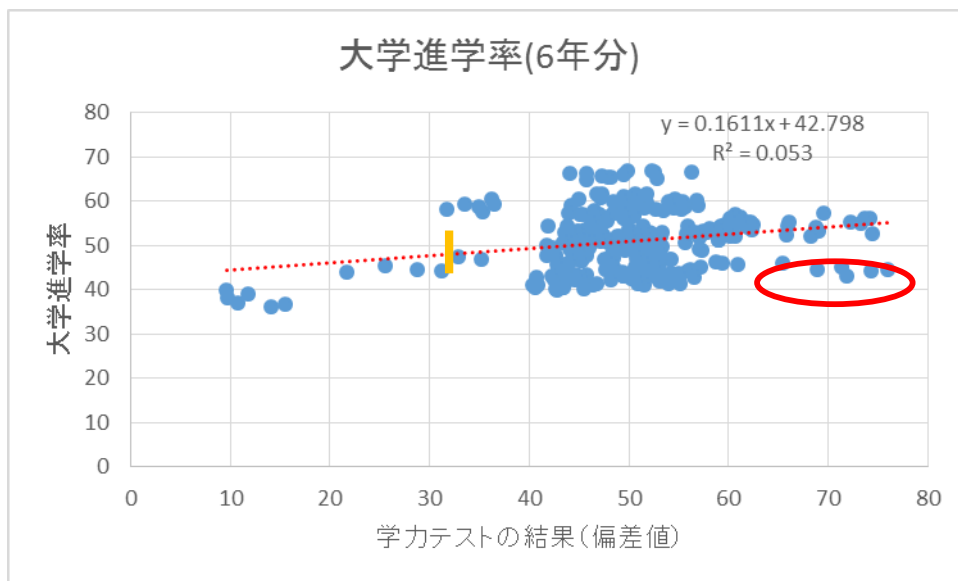
第3節 大学進学機会の現状

この節では、まず大学進学率を決めている要因について述べ、大学進学できる機会が均等であるか考察する。まず、大学進学率が学力と相関があると考えるのが妥当であろうと考えた。学力を表す標本としては、できる限り高校卒業時に近く、偏りのないデータが好ましい。そこで、全国で毎年行われている公立中学学力テストの結果を偏差値化し、用いた。²⁹中学校第3学年に対して行われているテストであるため、高校卒業時までにおよそ3年のタイムラグがあると考え、学力テストのデータ（2007年から2016年、2011年は除く）と3年後の大学進学率（2010年から2016年）をかみ合わせて回帰分析をした。³⁰データは都道府県別のものであり、2つのデータがかみ合った6年分、標本の数は278個であった。単純計算より少なくなっているのは、2011年は東日本大震災により岩手県、宮城県、福島県のデータがなく、2016年は熊本の震災によって熊本県のデータがない。よって、6年分で278個の標本となった。この解析の結果から、t値が3.93と、有意でプラスの相関があることが分かった。つまり、中学時代の学力が高い生徒ほど大学へ進学しているということである。よって、中学の学力が高校卒業まで関係するという傾向、そして学力があることは大学進学に対して有利である傾向があると統計的に証明できた。以下がそのグラフである。

²⁹ 国立教育政策研究所（2007～2016年）「全国学力・学習状況調査 調査結果資料」

³⁰ 文部科学省（2010～2016年）「学校基本調査」

図 3-4 中学の学力と大学進学率



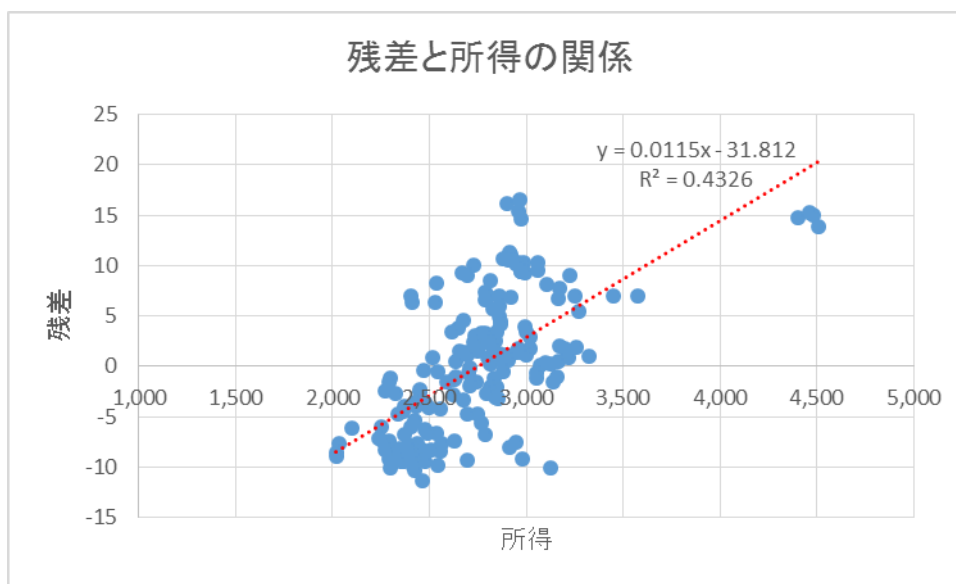
真ん中あたりに標本が集まっており、他の標本は大体近似線上にのっているように見える。ここで着目したのが、右側の赤い丸で示されている6つの標本である。これらは偏差値が60~80のあたりに位置し、とても学力が高い。それにもかかわらず、偏差値が20~40のあたりと大体同じ進学率であり、近似線を下回っている。また、6つの標本がすべて、おおよそ同じ進学率である。これらが何年のどこのデータなのか、標本の値から辿った。すると、6つとも同じ県のデータであることが分かった。それは秋田県である。なぜ秋田県は学力が高いのに進学率が低いのか、それについて詳しく述べることは本題から少々ずれてしまうので、今回は避けることにする。しかし、この原因を探った中で本論文の手がかりを1つ見つけたので、ここではそれを取り上げて考察する。

秋田県のデータが右下に集結していた理由として、所得が関係しているという仮説を立てた。³¹そこで、秋田県の所得の順位を調べたところ、6年とも47都道府県の中で10位に届かないくらいの低所得であることが分かった。さらに、6年間それぞれの年で、所得が下から5位の都道府県の標本、合わせて30個がグラフのどこに位置するかを調べた。すると、30個すべての標本が近似線よりも下にあることが分かった。そして、ここで大学進学率について、学力で説明できないところは所得が影響しているという仮説を考えた。これを分析で証明するため、グラフにおける近似線上の数値と標本の数値の残差を求めた。残差というのは、グラフにおける標本の数値-近似線上の数値である。つまり、図3の中央あたりに記入された、オレンジの線が表す部分である。

³¹ 厚生労働省（2010~2016年）「賃金構造基本調査」

これが上に伸びているほど、学力に対して大学進学率が高い、逆に下に伸びていると、学力に対して大学進学率が低いということである。この残差と所得の相関を回帰分析すると、t 値が 11.81 となり、グラフからもはっきりとした相関が見えた。

図 3-5 図 3 の残差と所得の関係



つまり、これで大学進学率について、学力で説明できないところは所得が影響しているという仮説を証明できた。よって、大学進学率は学力と所得の 2 つで主に成り立っていると言える。学力が高いのにも関わらず、低所得が理由で、大学へ進学する機会を失っている人がいるということである。健康格差を縮めるためには、この機会を均等にし、教育年数を長く持つ可能性、将来、高所得を得る可能性、を全員が平等に持てるようにすべきである。このことを、4 章の奨学金制度に関する政策提言につなげる。

第4節 健康教育とヘルスプロモーション

第 4 節では健康教育の定義、ヘルスプロモーションの考え方と、日本におけるヘルスプロモーションの展開について述べる。

健康の定義として一般的に用いられるのは 1946 年の世界保健機関の考え方が一般的である。WHO 憲章の中で

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的

にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること³²⁾

と記されている。更に 1998 年に WHO は新しい健康の定義として、「ダイナミック」と「スピリチュアル」の 2 語を新しく追加している。ダイナミックとは健康と疫病は別個のものではなく連続したものであるという意味付け³³⁾から、スピリチュアルは、人間の尊厳の確保や生活の質を考えるために必要で本質的なものだという観点³⁴⁾、いわゆる生きがいを重視されたことで付加されたと言われている。

そして健康教育は日本健康教育学会によると、

「健康教育とは、一人一人の人間が、自分自身や周りの人々の健康を管理し向上していくように、その知識や価値観、スキルなどの資質や能力に対して、計画的に影響を及ぼす営み³⁵⁾

と定義されている。一方、ヘルスプロモーションは WHO のオタワ憲章の中で

「人々が健康やその決定要因を、自ら制御できるように、支援する過程³⁶⁾

と記載されている。

健康教育は、家庭や学校などで個人や集団に対して健康に関する情報の収集やライフ・スキルを獲得するための支援をすることだと想像出来るであろう。しかし、ヘルスプロモーションは健康教育を含むもっと広範囲な概念であるため、健康教育とヘルスプロモーションは切り離して考えれば良いという考えも存在する。では、なぜ健康教育をヘルスプロモーションの理念に基づいて考える必要があるのか。

日本におけるヘルスプロモーションの計画は「健康日本 21」に代表される。「健康日本 21」は第 1 章でも述べたように、健康寿命を延ばして活力ある持続可能な社会を作

³²⁾ 公益社団法人日本 WHO 協会『健康の定義について』<http://www.japan-who.or.jp/about/index.html>

³³⁾ 同上

³⁴⁾ 同上

³⁵⁾ 日本健康教育学会『健康教育ヘルスプロモーションとは』<http://nkkgeiyo.ac.jp/hehp.html>

³⁶⁾ WHO : The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.

ることを目的とし、そのために生活習慣の改善のための様々な目標値が設定された。しかしこれらの目標には生活習慣病予防のため以外の項目は提案されていないのである。日本は近年、少子高齢化が進むだけでなく、人々の孤立化、さらには格差拡大など、以前の日本とは異なった経済状況に直面している。こういった格差の縮小や公正性の確立をヘルスプロモーションで考えていく必要がある。つまり、ヘルスプロモーション教育では健康教育だけでは学ぶことの出来ない、人権教育や福祉教育、生命教育といった範囲も含むことが出来るのである。実際に「健康日本 21」の総論の参考資料にもヘルスプロモーション教育は取り上げられている。「健康日本 21」の中間報告で、多くの数値目標が不達成となって終わってしまった今、ヘルスプロモーション教育をもっと開発し日本の現状に合った改訂を行っていくべきであろう。

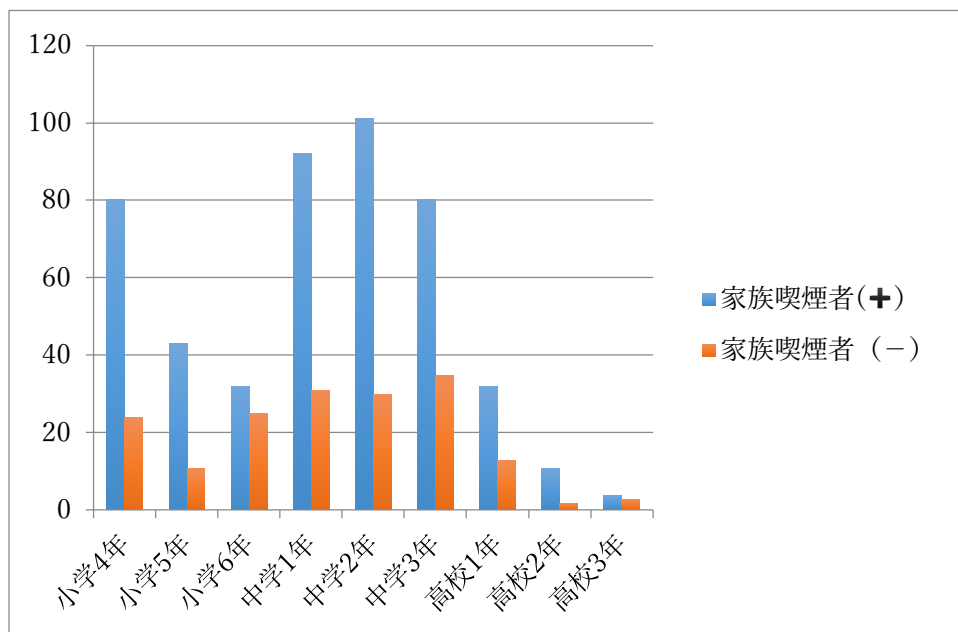
このように日本のヘルスプロモーション教育を考える上で大切なことは、日本における現在の人々の生活行動とライフスタイルの分析をまず行うことである。その後、健康に関わる行動のみを抜粋し検証することで、健康行動を明らかにし、生活の行動を変化させる社会的要因を取り上げることが出来る。以上を踏まえながら、健康行動変容のためにどのように健康教育を実施していくのかについて考えていくことが必要なのである。

第5節 日本の健康に対する家庭教育の現状分析

日本の先行研究に、家庭環境が子供の自己規律の出来に多大なる影響を及ぼすという事を証明するものがある為紹介する。山田(2012)³⁷は、中学校 20 校 4776 人 高校 15 校 5047 人を調査対象として、児童生徒の生活習慣及び身体状況、タバコ、飲酒等、また、親の生活習慣等についての調査を行った。これらのアンケート調査は対象者が回答を偽る事のないよう、完全匿名制として行う事とした。これらのデータを使い、子供の生活環境や親の家庭教育が喫煙のような健康に悪影響を及ぼす行為に影響を及ぼすかを明らかにする事がこの研究の目的である。

³⁷出典：山田全啓（2010）「家庭内に広がる喫煙の世代間連鎖」

図 3-6 .家族に喫煙者がいる学生と、喫煙者が居ない学生の喫煙数の違い
 (高校生男子) (%)



出典：山田全啓(2010)『家庭内に広がる喫煙の世代間連鎖』より著者作成

図 3-7.オッズ比から見た、子供喫煙に影響を与える家庭環境要因

家庭環境要因		オッズ比	
		男子	女子
家族に喫煙者がいるほど、子供の喫煙率が高くなる		2.3	2.9
父親が喫煙するほど、子供の喫煙経験高くなる		1.5	1.7
母親が喫煙するほど、子供の喫煙経験高くなる		3.4	2.9
両親が喫煙しているほど、子供の喫煙経験高くなる		3.8	
家族に喫煙者がいるほど	子供の一度吸ってみたいくてという動機が高くなる	1.2	1.7
	男子の小学5年までの喫煙経験が高くなる	1.4	—
	子供の常習喫煙者が多くなる	2.5	2.4
保護者が喫煙しているほど、子供の喫煙を注意しない傾向がある		3.2	1.8

生活習慣		オッズ比	
		男子	女子
喫煙経験のある子供ほど	飲酒経験も高くなる	7.7	7.2
	朝食の欠食が高くなる	3.3	3.2
	夕食に外食やコンビニの利用が高くなる	1.7	4.8
	昼間の眠気を多く感じている	1.7	1.2
	だるさや集中力低下などが多くなる	2.1	2.0
	イライラ感が高くなる	1.4	2.1

出典：山田全啓(2010)『家庭内に広がる喫煙の世代間連鎖』より著者作成

以上の研究結果を参照すると、日本の子供の健康に対する家庭教育の現状について多くの事が明らかになった。まず、現在の日本の子供の喫煙状況として、中学生の約13%、高校生の約20%がタバコを一度は吸った経験があるという事がわかった。また、中学生の全体の2.3%、高校生の6.1%は常習的に喫煙しているという事もわかったのである。続いて、中高生が未成年の喫煙が禁止されている日本において、どこで喫煙しているかを調査したところ、喫煙する場所の約半数は自分の家であるということが判明した。

つまりこの結果は、自分の子供がまだ未成年であるにもかかわらず、タバコを喫煙している事を黙認している親が多いという事を暗示している。次に、タバコの入手場所として、一番が自販機、次点に友達の家、次いで自分の家である事も明らかになった。また、子供の喫煙を注意している保護者は全体の25.1%と少なかったというデータも出ている。これらの結果を統合すると、子供がタバコに触れやすい環境で生活している場合、喫煙する確率が上がるのではないかという仮設が生まれる事となる。この仮設を検証する為に、図3-6において、家族の中に喫煙者がいる（家族喫煙者（+））と家族内に喫煙者が居ない（家族喫煙者（-））という括りに分けて高校生男子の喫煙率の統計を行った。その結果、男子生徒の小学4年生までの喫煙経験について、家族喫煙者がいる生徒のいない生徒に対するオッズ比は、1.9(p=0.005)、小学5年生まででは1.4(p=0.148)であるとの結果が明らかになった。つまり、これは家族に喫煙者がいる生徒は家族に喫煙者がいない生徒より喫煙する確率が高くなるということを示している。また、男女別で詳しく見てみると、家族に喫煙者がいるほど、子供の喫煙経験が男子では2.3倍、女子では2.9倍と有意に高いということがわかった。さらに家族内の喫煙者について詳しく調査してみたところ、父親が喫煙している場合は男子では1.5倍、女子では1.7倍、母親が喫煙している場合では、男子で3.4倍、女子で2.9倍と母親の影響が大きいということがわかった。続いて、家族の中に喫煙者がいる場合、小学校までの男子の喫煙の動機に影響するというデータも在出している。男子の喫煙動機を見てみると、小学校5年生までに喫煙を開始した子供では、親に勧められて、兄、姉に勧められて、大人の真似をしたくてという理由の動機が多く、家庭の影響が色濃く現れた結果となった。女子では、小学校4年生までの開始では、同様の傾向が見られたが、男子ほど家庭の影響は強くはなく、中学1年生以降の友人の影響がより強く伺えた。しかし、タバコの吸った動機として、家族に喫煙者がいるほど、一度吸って見たかったという動機で喫煙する人が男女共に増えるという事が明らかになった。この先行研究によるこれらの結果を参照すると、子供が過ごす家庭環境が子どもの違法な喫煙、つまりは自己規律の形成に深く影響を及ぼしているということ結論付ける事ができる。

第6節 非認知能力とは

教育によってはぐくまれる能力は、学力面で測られる認知能力と、学力などには直接的に関係しない、個人の内面的な特性や性格などで表される非認知能力がある。下の図は、非認知能力の重要な要素と側面であり、ビッグファイブと呼ばれるものである³⁸。ビッグファイブは、真面目さ・開放性・外向性・協調性・精神的安定性の5つである。また、それぞれの定義の中に数個の側面が存在している。

図 3-15 ビッグファイブ

	定義	側面
真面目さ	計画性、責任感、勤勉性の傾向	自己規律、粘り強さ、熟慮
開放性	新たな美的、文化的、知的な経験に開放的な傾向	好奇心、想像力、審美眼
外向性	自分の関心や精力が外の人や物に向けられる傾向	積極性、社交性、明るさ
協調性	利己的ではなく協調的に行動できる傾向	思いやり、やさしさ
精神的安定性	感情的反応の予測性と整合性の傾向	不安、いらいら、衝動が少ない

鶴(2014)『これからの時代に求められる人材像、子ども期における人材教育のあり方』より引用

第7節 家庭環境が子供の非認知能力にもたらす影響

図から分かるように、非認知能力には「真面目さ」の定義の中に「自己規律ができるか」という側面があり、この自己規律とは、自身の生活を律せるかという指標である。自身の健康を管理していくためには、規則正しい生活習慣や、過度の食事を控える、喫

³⁸出典：鶴光太郎（2014）「これからの時代に求められる人材像、子ども期における人材教育のあり方」

煙や過度の飲酒をしないことが重要となる。つまり、自身の生活を律することができる自己規律の強い人間が健康になることができると考えられる。

この節では、真面目さに家庭環境がどのように影響しているかという側面から、家庭での教育が子供に対してどのような影響を及ぼすかを述べる。大垣ら(2013)は、子供の勤勉さの指標として勉強時間を用い、親のしつけの指標として世界観を用いることで、親のしつけが子供の勤勉さにもたらす影響について研究をしており、苦しみが人格形成に意味があると考え世界観を持つ親があえて子供に厳しいしつけを行うことで、より勤勉な子供が育つと述べている³⁹。また、赤林ら(2016)は子供の非認知能力の形成には特に幼児期の経験や家庭環境が大きく影響を与えていると述べている⁴⁰。また、子供の非認知能力は、家庭の文化的背景や子供に与えられる教育などに影響を受けていることを、子供のQOL(生活の質)を基に実証している。このことから、学校と家庭という二分された教育の場において家庭は非認知能力的な側面の形成に強く影響しており家庭でのしつけが適切になされると子供も自制心が強くなるということが分かる。

以上より、親のしつけなど、家庭環境や家庭教育が子供の非認知能力の成長に寄与し、その結果として非認知能力の一要素である勤勉さ・真面目さが本人の健康意識の改善につながる事が分かる。つまり、家庭環境の改善や家庭教育の充実が健康改善に結びついている。また、非認知能力の形成は家庭内のみで育まれるものではなく、地域との関わりなどもその形成の要素となっている。

³⁹出典：樋口美雄・赤林英夫・大野由香子 慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター (2013)「働き方と幸福感のダイナミズム」

⁴⁰出典：赤林英夫・直井道生・敷島千鶴 (2016)「学力・心理・家庭環境の経済分析 全国小中学生の追跡調査から見えてきたもの」

第4章 政策提言

この章では、これまでの章を踏まえ、学校教育・家庭教育両方の側面から生活習慣を改善し、健康を促進するための政策を提案する。そして各政策によって得られる結果も併せて記述する。

第2章、第3章で、健康と教育、所得と健康、所得と教育にそれぞれ相関があり、所得格差によって教育格差が生じた結果、健康にも格差が生じるということが述べられた。この論文では、所得に依らない健康改善策として教育に焦点を置いており、ここからはこれまでに述べたデータの分析結果や日本の現状を受け、実際の事例を見ながら学校教育・家庭教育両方の側面から健康改善につながる解決策を提示する。そして各政策を行うことで得られる効果や結果についても述べる。

第1節 日本の学校における健康教育の事例

第1節では日本で現在行われている学校の健康教育の現状を分析し、健康教育に対する考えと取り組みについて述べる。

1つ目の事例は、東広島市で行われている「新・学校教育レベルアッププラン」である。この「新・学校教育レベルアッププラン」は学校や家庭、地域が持つ各々の教育力をまとめることで子どもの人間力を高め、国際的に活躍出来る人材を育成することを目指している。子どもの人間力を高めるのは、生活習慣を改善し、家族とのコミュニケーションにより精神面においても安心感を得ることが重要である。また、正しい生活習慣を定着させることは子どもの体力や学力にも影響を与える。

そこで東広島市では、校区の学校に通う2泊3日の「通学合宿」を行った。この活動をきっかけとして、健康に対する意識を高め基本的な生活習慣を身につけることが目的である。参加した子どもの多数は「楽しそう」「友達が行く」といった理由で合宿に参加していたが、最終的には規則正しい生活が自分自身の健康に関連すること、そしてゲームといった娯楽品がなくても人との関わりによって精神面を満たすことが出来るのを実感したという。この「通学合宿」では、子どもの成長を考え、学校や家庭、地域が連携し、実際に健康に関わった生活を送ることで子どもたちの人間力を向上し繋がりを強化することに成功したのである。

2つ目の事例は、大学と地域の薬剤師会、地域社会との取り組みについてである。神戸学院大学地域研究センターでは「お薬相談室」をスムーズに運営するために「お薬ネ

ット」と呼ばれる情報共有システムを作った。これは「お薬相談室」と同様に地域が求める医薬品の情報を提供することでの地域貢献を目的としている。「お薬ネット」は各大学や地域薬剤師のそれぞれが所有している医薬品の情報はメーリングリストをツールとして蓄積し、ネットワークの活用が図られている。こうした大学と地域の連携による情報共有は災害時にも必要な薬剤や管理、健康相談の重要な情報源となるのである。

3つ目の事例は千葉県下4校で実施された朝食行動改善の取り組みについてである。この取り組みは朝食行動を改善するために、知識以外で注目すべき要因は何なのかを考え、意識に視点を当て考えたのである。そこで子どもたちが自分の健康状態をどのように意識しているのかについて検証したところ、主に登校時間が楽しい、話を聞いてくれる家族がいる、休み時間が楽しいといった基準であった。これらの要因に着目し、ヘルスプログラムの実施に取り組み、教師が中心となって改善を行ったのである。例えば昼休みの時間を長くしたり、トイレを常に清潔にしたりすることで、子どもが快適に過ごせるよう実行した。さらに、子ども自身にも一方的に知識を与えるだけでなく、朝食を食べる日食べない日でパワーの差を記録し実際にその差を体験させた。また、公開授業の際に朝食のレシピを配布したり、調理実習を行ったりすることで家庭に対しても意識改善を行ってもらうように働きかけた。地域に対しても同様に、ポスターや資料を配布することで改善行動を展開し、学校から地域へと朝食改善の動きを広げていったのである。

これらの事例から共通する事は学校での健康教育、取り組みが家庭や地域の健康意識改革に繋がるという点である。そして健康教育が広がるのは決して子どもからではなく、教師や地域組織といった改善を先導した人からも広まっていくのである。その為、まず学校では心身の発達段階に合った教育方法を提示し、子どもたちが学校生活において自己実現のための教育機能を最大限発揮出来るような教育環境の整備が必要となる。また、子どもの時に得た成成感や達成感、健康づくりに影響する。成成感を得た子どもは将来自分の子どもに健康意識を受け継ぐことが出来る。上記の事例を見ても学校が持つ教育力を最大限に生かすためには、家庭や地域との協力が、今後の子ども達の健康意識改善へ繋がると言えるであろう。しかし、地域によって求められているニーズや政策は異なる。だからこそ、

- ① それぞれの特徴にあった健康目標を具体的に提案すること。
- ② 人々の意識の面から注目した分析を行い、横の繋がりや連携した改善策で地域全体に定着させること。
- ③ それらの政策を評価し続けその時にあった政策を実施すること。

これらが今後健康教育を進めていく上で欠かせない視点となるであろう。

第2節 教育段階別における解決策

第2節では教育段階別における解決策を提案する。

(1)就学前における家庭での健康教育の促進

第3章で、家庭におけるしつけや家庭環境が子供の非認知能力に影響を及ぼし、非認知能力の獲得が自己規律の獲得に結びつくことから、非認知能力を上げることによって健康意識が上がり、結果として健康に結びつくことと述べた。このことから、家庭教育や家庭環境次第で子供の健康は改善できることが分かる。また、非認知能力の形成において幼児期の教育は非常に重要であり、ここでは、就学前の子供の非認知能力上昇のために家庭で行われるべき取り組みについて述べる。

親のしつけが子供の非認知能力の成長を助けると分かった今、親が子供の健康を保つために意識的に健康教育を行うことが重要である。また、健康教育を行う際、所得に依らない教育方法が必要である。そこで本論文では、所得に関係なく就学前の子供に健康教育を行う方法として、地域の力を借りる方法があると考え、地域ごとに指導員による健康教育・しつけのアドバイスを行う枠組みづくりを提案する。親が健康の重要性を理解していても、子供に対してどのような健康教育を行えば効果的かわからないときに、地域の保健師に相談することで解決案を提示してくれるようなシステムが存在すれば、親は子供に対し有効な教育を施すことが可能になり、地域としても健康教育の課題点がデータとして蓄積されるため、よりよいヘルスプロモーションを今後提案することが可能になる。また、健康教育に関わらず、非認知能力向上のために必要な教育やしつけのアドバイスを行う指導員が存在すれば、親は子供に対し有効なしつけを行うことができる可能性が高まる。よって、地域単位で健康教育・しつけを行っていくことは非常に有益であると考えられる。

(2)義務教育期間における健康教育の充実

次に、幼児期を経た義務教育段階で行われる健康改善の可能性について述べる。現状の義務教育における保健体育の授業は、体育の側面に比重が置かれていることが問題だと考えられる。例として、東村山市の市立中学校の例がある。この中学校では、10年前から、荒れた状態の学校を立て直すために、座学よりも体を動かすことの方が効果的と考え、保健体育の授業において10年前から「保健」の授業を間引きし、外で

行う「体育」の授業を増やした。この慣習が継続してしまい、2年以上前からは全く保健の授業を行わず、結果として教育委員会から48コマの保健の授業を消化するよう命じられた。

文部科学省の現行学習指導要領によると、体育分野の目標は

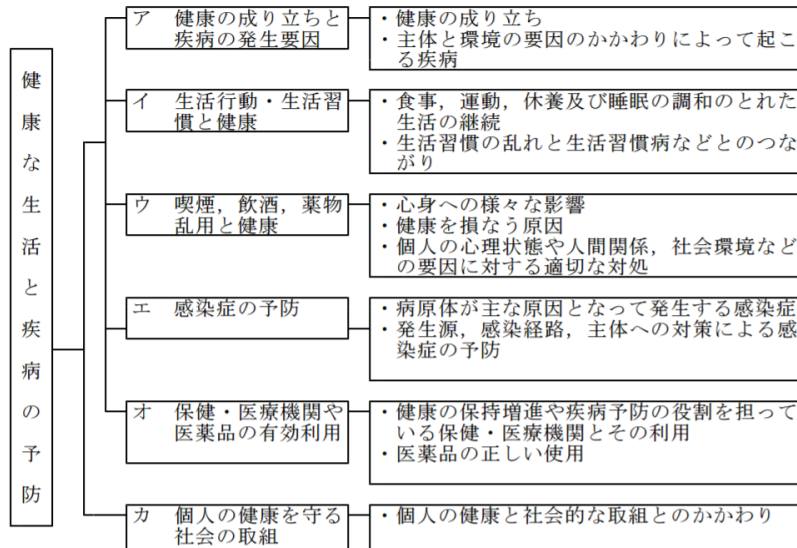
- (1)「運動の合理的な実践を通して、運動の楽しさや喜びを味わうとともに、知識や技能を高め、生涯にわたって運動を豊かに実践することができるようにする」こと
- (2)「運動を適切に行うことによって、自己の状況に応じて体力の向上を図る能力を育て、心身の調和的発達を図る」こと
- (3)「運動における競争や協同の経験を通して、公正に取り組む、互いに協力する、自己の責任を果たす、参画するなどの意欲を育てるとともに、健康・安全を確保して、生涯にわたって運動に親しむ態度を育てる」こと

であり、子供が運動によって健康を促進するために非常に重要である⁴¹。それと同時に、保健分野の目標は「個人生活における健康・安全に関する理解を通して、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を育てる」ことであり、環境と健康の関わりや健康な生活習慣の実践、疾病の予防などを学び、現在及び今後の自身の健康を適切に管理し改善していく思考力や判断力を養うために重要である。下の図は、保健の授業によって獲得することが期待される効果をまとめたものである⁴²。

⁴¹ 文部科学省（2011）「現行学習指導要領・生きる力」

⁴² 文部科学省（2008）「中学校学習指導要領解説 保健体育編」

図 4-1 保健分野で獲得が期待される項目



出典：文部科学省『中学校学習指導要領解説 保健体育編』より引用

また、喫煙の有害性や正しい食生活の重要性などは体育分野では学べない範囲であり、保健の教育を適切に行うことは子供の健康促進において非常に大切である。しかし、現状の日本の教育では、保健分野の授業数が非常に少ないことが問題である。下の図は、小学校・中学校の保健体育の授業数の目安である⁴³。

⁴³ 文部科学省（2011）「小学校・中学校・高等学校の体育の授業時数・単位数」

図 4-2 小学校・中学校の保健体育授業数

○小学校

※()は、保健を除いた授業時数の目安。

学年	総授業時数	体育
1	782	90
2	840	90
3	910	90 (86)
4	945	90 (86)
5	945	90 (82)
6	945	90 (82)
合計	5,367	540 (516)

○中学校

※()は、保健分野を除いた授業時数の目安。

学年	総授業時数	体育
1	980	90 (74)
2	980	90 (74)
3	980	90 (74)
合計	2,940	270 (222)

出典：文部科学省『小学校・中学校・高等学校の体育の授業時数・単位数』より引用

図をみると、小学校では 540 時間の保健体育の授業のうち保健分野に割かれる授業数は 24 時間、中学では 270 時間のうち 48 時間とわかる。これを割合で表すと、小学校では約 4%、中学校では約 18%しか保険の授業に割かれていないということである。また、1 年間の総授業数における保険分野の授業の割合を考えると、小学 3 年生が約 0.44%、小学 4 年生が約 0.42%、小学 5 年生・6 年生が約 0.85%、中学生は約 1.6%ということになる。これでは、保健の授業は子供の記憶に残りにくく、結果として自身の健康を保つために必要な知識が十分に身につかない危険性がある。

そこで、本論文では、義務教育期間における保険分野の授業の拡充、つまり座学の時間の増加を提案する。現在よりも保健分野の座学の時間を増やし、子供に規則正しい生活習慣の大切さや、健康のための自己意識、健康を保つために必要な能力を教えることで、子供たちはより自身の健康に注意を向けるようになると考えられる。

またこの時、健康の重要性を強く訴えかけられる授業にする必要がある。より子

供の記憶に残りやすい授業にするために、例えば喫煙者の汚れた肺の画像を見せるなど視覚的に重要性を問うことや、グループ活動を導入することで参加している感覚を強めること、保健体育教諭だけでなく健康教育の指導に長けた人や、生活習慣病にかかってしまい危険な経験をしてしまった人をゲストスピーカーとして招いて授業を行うこと、映像を用いた授業を行うなど、他の座学の授業との差別化を図ることで授業の印象を強くすることが重要である。

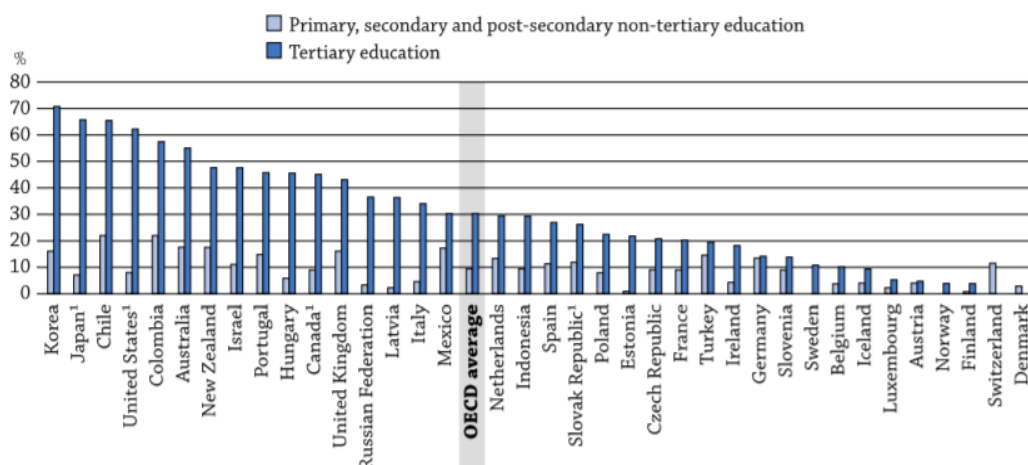
(3)義務教育期間外での貸与型奨学金の割合の減少及び給付型奨学金の充実

経済的理由が原因により修学が困難な優れた学生に学費などの資金を援助し、学生の学びの場を支援する制度を奨学金制度という。また、これまでの記述において述べた通り、大学を出なければ就職の機会は減少する。さらに、所得と健康にも相関があり、大学に進学することがその人の所得に影響をもたらす、結果として健康に影響を及ぼすことが分かる。大学進学が健康に影響をもたらすと明らかになった今、親の経済的理由によって進学を諦める学生を減らし、より多くの学生が大学に進学できるように援助する奨学金制度は非常に重要である。つまり、親の所得に依らずに子供が高い収入を得られる基盤を作るために奨学金が活用されるべきである。ここでは、奨学金制度や、日本の教育に関する財政が抱える問題に言及した上で、奨学金制度改革の政策提言を行う。

日本の教育費全体の現状は、公共財で賄われる割合が少なく、大部分が家族負担、つまり私費負担である。OECD(2015)による、教育機関に対する私費負担の割合に関する調査結果が下の図である⁴⁴。

⁴⁴ OECD (2015)「図で見る教育」

図 4-3 教育機関に対する支出の私費負担割合



出典：OECD『図表で見る教育』（2015）より引用

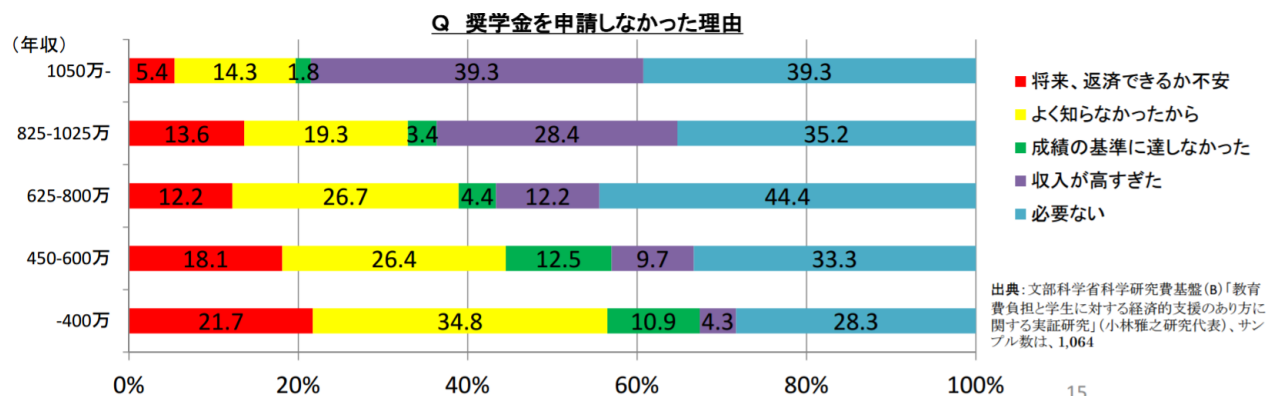
図を見ると分かる通り、日本の教育費の私費負担割合は、韓国に次いで OECD 諸国の中で 2 番目に高い。一方スウェーデンなど北欧諸国は教育費のほとんどが公共財でまかなわれ、私費負担はととても少ない。さらに日本は授業料が高いにもかかわらず奨学金の利用率が低く、OECD 諸国において日本のみが奨学金利用率が 5 割に達していないのが現状である。また、日本の奨学金の大きな特徴として、給付型の奨学金がほとんどなくその大半が貸与型、つまりローンであり返還の義務がある点が挙げられる。貸与型奨学金は現在、利子付きと無利子の 2 つの種類があり、貸与金額が 1 兆 1000 億円、貸与人数は 134 万人となっており、2.6 人に 1 人はこの奨学金を利用している。一方の給付型奨学金については、独立法人日本学生支援機構が実施している奨学金支給の現状を確認すると、給付型奨学金は海外留学のための奨学金となっており普遍的なものではないと言える。貸与型の奨学金制度がこれほど普及し、大部分を占める国は他を探しても見つからず、日本の奨学金制度は特殊だと言えるだろう。

大岡(2014)は、日本の教育費の公的負担が少額であるのは、かつての日本では、教育費を私費でまかなえるだけの生活給が保証されていたためであると指摘している⁴⁵。つまり現在の非正規雇用者の増大に伴う賃金の低下に政策が追いついていないことが教育費を取り巻く問題である。また、下の図は文科省(2016)による、奨学金を回避する理由についての調査結果である⁴⁶。

⁴⁵大岡頼光(2014)『教育を家族だけに任せない 大学進学保障を保育の無償化から』

⁴⁶ 文科省 (2016)「給付型奨学金制度の設計について」

図 4-4 奨学金回避理由



出典：文科省『給付型奨学金制度の設計について』（2016）より引用

図を見ると分かるように、低所得者層ほど、奨学金を回避する理由として「将来、返済できるか不安」を挙げている。このことより、低所得層はローンに対する負担感が強いことが分かる。結果として低所得者は返済への不安感からローンを回避する傾向があり、奨学金を回避したことにより大学進学を諦める可能性が生じ、低所得者層が必要な教育を受けられない確率を高めてしまうことが分かる。つまり、所得に影響を受けずに全ての学生が教育機会の保証を得るためには公的な負担の増大が必要である。

よって、現在の大半を占める貸与型の奨学金制度を改め、給付型奨学金制度の適応範囲を拡充することを提案する。これにより、低所得者層が教育を受けることを諦めることが防止されるとともに、金銭的問題で学校を退学せざるを得ない状況になることも回避できるだろう。教育が健康水準に関係があると分かった今、生活習慣を改善し健康改善を推し進める政策をとるのなら、並行して教育政策も充実させなければならない。そのために給付型奨学金を充実させて等しく教育機会を保証することは急務である。

一方で、給付型奨学金制度の拡充において必要となるのが厳格な条件の設定である。税を財源として公共財の適応が行われることによって生じる問題として重大なのは、低所得者が大きな負担感のもと支払った税が結果的に高所得者のために利用されてしまうという、逆進性の問題である。つまり、給付型奨学金が高所得者のために利用されるべきではないということである。そこで給付型奨学金が普及している外国で

はどのようにして給付が行われているかを確認する。下の図は、各国で行われている給付型奨学金の条件等をまとめたものである⁴⁷。

図 4-5 各国の給付型奨学金受給条件

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	韓国
制度名	ペル奨学金	生活費給付奨学金	連邦奨学金	高等教育一般給与奨学金	国家奨学金 I
実施機関	連邦政府	スチューデント・ローンカンパニー	連邦政府	国	韓国奨学財団(KOSAF)
給付・貸与者数(率)	約820万人(35%) (2014年)	約55万人 (2014年)	約67万人(27%) (2012年)	国立大学 約47万人(35%) 中級技術者養成課程 約10万人(45%) グランゼコール 約4.1万人 等(2012年)	約130万人(36%) ※他の政府の奨学金を含む
年間奨学金	最大66.8万円(\$5,730) 平均42.8万円(\$3,673) (2014年)	最大62.5万円(£3,387) (2015年)	51.7万円(€5,064) 親と同居 73.2万円(€7,164) 親と別居 ※最高金額,半額給付(2012年)	学籍登録料及び健康保険料 免除~48.0万円(€4,697) (2012年)	7.2万~55.8万円 (67.5万~520万ウォン) (2016年)
大学授業料 ※入学 金含ま ず	州立:63.4万円(\$7,703) 私立:193.1万円 (\$23,460) ※総合・4年制大学平均 (2011年)	国立:166.1万円 (£9,000) ※最高額(2015年)	一般学生に対する授業料徴収は なし (2015年)	国立大学:1.8万円(€181) ※学籍登録料として(2012 年)	国公立:43.9万円 (409万ウォン) 私立:78.7万円 (734万ウォン) ※平均値(2015年)
大学 進学率	71%(2012年)	67%(2012年)	53%(2012年)	41%(2012年)	69%(2012年)
主な条件	○大学在学中に必要な 経費が、家庭からの期 待される援助額を上回 る学生(援助額は、法 律で定められた計算式 (収入・資産状況・家族 構成などを反映)を用 いて算定)	○収入の上限あり(2015 年の場合、約789万円 (£42,620))	○収入の上限はなし(家庭の収 入(貯金や資産も含む)や家 族構成などを加味して援助額 を設定) ○各課程が定めている学修規定 や試験規定が定める適性が身 についていること ○原則、入学時点で30歳未満で あること	○学生の家庭状況に基づき収 入の上限を超えない者。 ○勤勉条件あり(授業への出 席、必修実習の実施など) ○原則、入学時点で原則28 歳未満(初申請)	○所得水準が下位80%以 下の学生 ○直前学期の取得単位 (12単位)と成績80点 以上(100点満点)の成 績を収めた者(新入生 は、最初の学期に限り 成績要件は適用なし)

出典：文科省『給付型奨学金制度の設計について』(2016)より引用

図の通り、各国で様々な条件が設けられている。条件において必要な要素を大きく二つに分類すると、収入などの資力調査と成績などの学力調査になる。不十分な資力調査のまま給付を行ってしまうと、高所得者層も給付を受けてしまうことになり、逆進性が生まれてしまう。給付型奨学金を設定する目的があくまで所得により進学を諦めてしまう学生を救済するためのものであるならば、所得に関する厳密な規定を設け、自力で進学可能な家庭にまで給付することによって生じる逆進性を防がなければならない。また、奨学金を受けていながら学校に行かないなどの学生を減らすためには、学力要件に関する規定も必要だと考えられる。

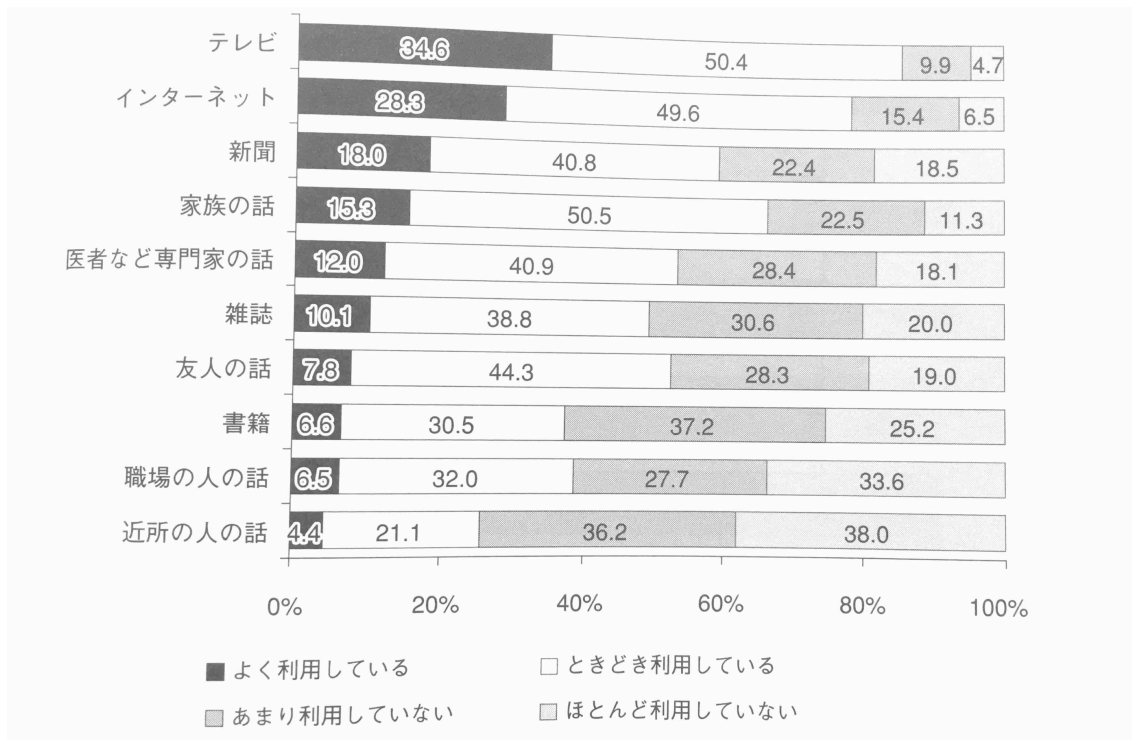
⁴⁷出典：文科省(2016)「給付型奨学金制度の設計について」

(4)教育期間外における地域としての取り組み

最後に、成人の健康に対する意識改善を行い、生活習慣病を予防し健康寿命を延ばすための政策を提案する。

現在成人が健康に関する情報を集める手段として使われているのは、図 4-6 より「テレビ」「インターネット」であることが分かる。

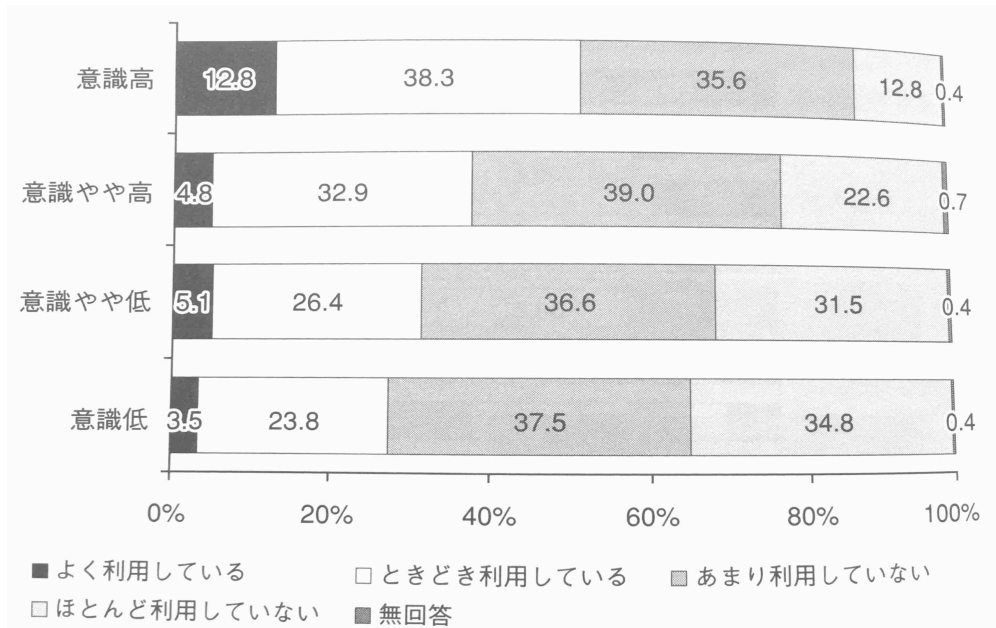
図 4-6 健康に関する情報メディア



出典：立田・野村(2008)『成人の健康生活の現状と課題』より引用

また図 4-6 を見ると、「テレビ」「インターネット」といったメディアから情報を受け取るだけでなく、「家族の話」「医者など専門家の話」によって情報も多く得ていることが分かるであろう。さらに実際の健康に対する意識別に見た、健康に関する書籍の利用状況を見ると図 4-7 のようになる。

図 4-7 書籍の利用状況と健康意識



出典：立田・野村(2008)『成人の健康生活の現状と課題』より引用

図 4-7 を見ると健康への意識が高い人ほど書籍をよく利用していることが分かる。このように世の中は様々な方法で健康に関する情報が溢れており、たくさんある情報の中で何が正しいのか、一人一人がしっかりと見極め自分に合った選択、判断をする能力が備わっていなければならない。いわゆる健康リテラシーを身につけることが大切なのである。健康リテラシーの能力を得る為には

- ① 批判的に思考し判断できること⁴⁸。
- ② 自己学習できること⁴⁹。
- ③ コミュニケーションがとれること⁵⁰。

が特に必要とされている。こういったライフ・スキルは前章でも述べたように、大学教育で学ぶことが出来る。だからこそ先ほど述べた政策でより多くの人が大学での教育を受けられるように環境を整えていくことが重要となるのである。

そして、地域の取り組みとしては高所得層、低所得層に関係なく平等に情報を共有

⁴⁸ 青山貴子 (2008)『健康教育への招待：健康教育とメディア』

⁴⁹ 同上

⁵⁰ 同上

することの出来る政策を考えなければならない。多くの人が「テレビ」や「インターネット」で情報を得ているのに対し、低所得者も気軽に同量の情報を得るためには、健康を相談出来る窓口を設置し、人々にとって身近に相談出来る相手として地域のコミュニティが存在するべきである。そしてただ相談をするのだけではなく、その後もしっかりと一人一人に合ったケアをしながら見守っていくべきではあるが、そこまでを行うのは国や市等だけでは負担が大きくなってしまおうであろう。そのため、より地元を知っている自治体と連携した体制を作ること個人に合ったケアを行うことが出来るのである。

さらに、専門家の先生や医者の方からの健康に関する講演会を無料で行い誰もが気軽に聞きに行き易くすることが必要である。定期的に曜日や時間帯を変え講演会を行うことで様々な人の生活リズムに合った調整をすることが出来る。そして、直接専門家から話を聞けることで、なかなか病院に行くことが出来ない人にとっても相談出来る場所となるだけでなく、近隣の人とのコミュニケーションをとる機会の場ともなり得るのである。

最後に、地域が地域の特色を生かした具体的な健康目標を掲げ、それらを住民に伝えることが必要である。その健康目標は、達成度を確実に数値で見える化することで持続的な健康行動に影響を与えるのである。

現在、地域を生かした取り組みは各地で多く行われているが所得格差まで意識した政策が行われているとは言えない。まずは現在行われている事例を地域内で終わらせるのではなく、各地域間でもしっかりと共有を行うことは勿論、各地域の経済状況をしっかりと把握し健康を意識することの出来ない層に対してどのようにアプローチをすればよいかを検討する必要があるであろう。地域は少しでも多くの人が健康を意識した行動が出来るように、健康意識改善の先導者となって連携体制を構築し、まずは人々が自分自身の健康を見直すきっかけを作る政策を提示していかなければならない。

おわりに

本稿では、現在その延伸が期待されている健康寿命に注目し、問題となっている健康格差について取り上げた。1章では海外で行われている政策と日本の政策の現状から、日本の健康政策は「教育」という側面からの改善が薄く、本稿では教育からできる健康づくりのアプローチを模索していくことを示した。2章ではマーモットの論を基に、所得と健康、所得と教育に関係性があることを述べた。3章では教育を家庭教育と学校教育に区分し、学校教育面では、大学進学により健康が改善されることを述べた。また、家庭教育面では子供の非認知能力の向上が健康改善に結びつき、親のしつけや家庭教育が子供の非認知能力に影響を及ぼすことを述べた。そして4章では所得に依らない教育改善の政策提言として、①就学前には地域の指導員の指導のもと親が適切な健康教育・しつけを行うことで子供の非認知能力を向上させ、健康意識を高める取り組みをすること、②義務教育段階での「保健」分野の座学の授業を増加し、印象強い授業にすることで子供の健康意識を向上させること、③現在の貸与型奨学金を減らし給付型奨学金に移行することで、低所得層の大学進学をサポートし、大学進学と健康に正の相関があることから、健康促進をおこなうこと、④持続的な地域単位での教育政策の実施によって、地域として健康改善をめざしていくことを述べた。以上4つの政策が実施されることにより、様々な年代で、その時に応じた健康教育を受けることが可能となり、結果として健康改善に良い影響を与えるだろう。本稿で述べた通り、日本が健康寿命に着目し健康促進を行うのであれば、教育という側面を忘れてはいけないだろう。日本の健康政策がさらに充実したものとなるように、所得に依らない年代網羅的な教育がなされることを祈りつつ、本論文の締めとする。

参考文献・データ出典

【第1章】

松田亮二 (2009) 『健康と医療の公平に挑む 国際的展開と英米の比較政策分析』 勁草書房.

近藤克則 (2005) 『健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか』 医学書院.

UNDP (1998) "Wealth and Life expectancy." Human development Report.

USDA (2014) "Percent of total population in poverty." Economic Research Service.

厚生労働省 (2014) 「平成 26 年 国民栄養・健康調査結果の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000117311.pdf> (最終閲覧日:2016/10/31)

ライブドアニュース (2016) 「低所得者のほうが肥満が多い傾向 1日 5000kcal 摂取する人も」 <http://news.livedoor.com/article/detail/11023256/> (最終閲覧日:2016/10/27)

日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会 (2011) 「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」
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf> (最終閲覧日:2016/10/27)

森田憲輝ほか (2016) 「日本人中学生における体力・肥満・スクリーンタイムと学業成績の関係」 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938416302025> (最終閲覧日:2016/10/31)

厚生労働省 (2015) 「平成 27 年簡易生命表」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/index.html> (最終閲覧日:2016/10/26)

厚生労働省 (2015) 「平成 27 年人口動態統計」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html> (最終閲覧日:2016/10/26)

厚生労働省「健康日本21総論」

http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html (最終閲覧日：2016/10/26)

内閣府 (2013) 高齢社会白書 (全体版)

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_1_1_02.html

(最終閲覧日：2016/10/26)

厚生労働省 (2011) 「健康日本21 (第二次) 目標項目一覧」より引用

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/kenkounippon21/mokuhyou.html (最終閲覧日：2016/10/28)

厚生労働省 (2012) 「健康日本21 最終評価」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf>

(最終閲覧日：2016/10/27)

イチロー・カワチ (2013) 「命の格差は止められるか」小学館 (101新書)

阿部彩 (2007) 「アメリカの所得格差と国民意識」

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18429303.pdf> (最終閲覧日：2016/11/1)

日経ビジネスオンライン (2011) 「貧困層のフードスタンプに群がる米国外食産業 景気後退の足音に身構える米国民」

<http://business.nikkeibp.co.jp/article/world/20110929/222898/?rt=ocnt> (最終閲覧日：2016/11/1)

グローバルノート「世界のジニ係数 国別ランキング・推移」

<http://www.globalnote.jp/post-12038.html> (最終閲覧日：2016/10/3)

WHO(世界保健機関) “World Health Statistics 2016”

厚生労働省(2014) 「国民健康・栄養調査の報告 第4部 都道府県別結果」 p. 166

厚生労働省(2010) 「国民健康・栄養調査の報告 第2章 都道府県別の肥満及び主な生活習慣の状況」 p. 38

文部科学省(2010、2013) 「学校基本調査」

【第2章】

横浜市衛生研究所「2011年(平成23年)区別の平均自立期間」

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/eiken/health-inf/katsuyo/data/heikinjiritukikan.pdf> (最終閲覧日:2016/10/3)

ゆかしメディア「神奈川県の子収 1000万円比率・世帯子収・1位は横浜市青葉区」

<http://media.yucasee.jp/posts/index/14275/1> (最終閲覧日:2016/10/3)

大阪市健康局大阪市保健所保健医療対策課「大阪市市民の方へ 健康寿命」

<http://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000288596.html> (最終閲覧日:2016/10/3)

日刊アメーバニュース「大阪府の子収 1000万円世帯比率と平均子収」

<http://news.ameba.jp/20140624-94/> (最終閲覧日:2016/10/3)

文部科学省 「学校基本調査」(2009.2011.2014)

厚生労働省 「患者調査」(2009.2011.2014)

厚生労働省 「賃金構造基本調査」(2015)

厚生労働省 (2005) 「市町村別生命表の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts05/index.html> (最終閲覧日:2016/9/28)

舞田敏彦 (2015) 「首都圏の子収地図(2013)」

<http://tmaita77.blogspot.jp/2015/03/2013.html?m=1> (最終閲覧日:2016/9/28)

はまれぽ.com (2012) 「住環境や区民のライフスタイルなど複数の要因が関係していると思われる。筆者の思う独断的最大要因は、青葉区には「お金持ちが多い」ということ。」

http://hamarepo.com/story.php?page_no=1&story_id=1394&from (最終閲覧日:2016/9/28)

青葉区 福祉保健センター 福祉保健課 事業企画担当 (2010) 「区民が考える青葉区「長寿」の要因」

<http://www.city.yokohama.lg.jp/aoba/25houdou/index2008-44.html> (最終閲覧日:2016/9/28)

【第3章】

厚生労働省 「国民健康・栄養調査」(2010)

日本禁煙学会 「日本禁煙学会雑誌」 第4巻第6号 (2009)

国立教育政策研究所 「全国学力・学習状況調査 調査結果資料」(2007～2016)

文部科学省 「学校基本調査」(2010～2016)

厚生労働省 「賃金構造基本調査」(2010～2016)

樋口美雄・赤林英夫・大野由香子 慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター(2013)
『働き方と幸福感のダイナミズム』慶應義塾大学出版会

河合美香(2015)『健康づくり政策への多角的アプローチ』ミネルヴァ書房

赤林英夫・直井道生・敷島千鶴(2016)『学力・心理・家庭環境の経済分析 全国小中学生の追跡調査から見えてきたもの』有斐閣

公益社団法人日本 WHO 協会 『健康の定義について』 <http://www.japan-who.or.jp/about/index.html>

(最終閲覧日：2016年10月26日)

日本健康教育学会 『健康教育ヘルスプロモーションとは』
<http://nkgg.eiyo.ac.jp/hehp.html>

(最終閲覧日：2016年10月26日)

鶴光太郎(2014)『これからの時代に求められる人材像、子ども期における人材教育のあり方』
http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/wg2/0723/shiryuu_04.pdf (最終閲覧日：2016年10月27日)

産経ニュース(2016)『「保健」授業10年間実施せず 教諭「体育の方が効果的」 東京の市立東村山第三中』
<http://www.sankei.com/life/news/160608/lif1606080024-n1.html> (最終閲覧日：2016年10月31日)

「生涯の学びを支える「非認知能力」をどう育てるか」

http://berd.benesse.jp/up_images/magazine/018-021.pdf (最終閲覧日：2016年10月31日)

WHO: The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.

【第4章】

トーマスリコーナ(2005)『「人格教育」のすべて—家庭・学校・地域社会ですすめる心の教育』麗澤大学出版会

国立教育政策研究所(2008)『健康教育への招待—生涯の健康を支え合う家庭・学校・地域』東洋館出版社

藤本典裕・制度研(2009)『学校から見える子供の貧困』大月書店

特定非営利活動法人日本健康教育士養成機構(2013)『新しい教育—理論と事例から学ぶ健康増進への道』保健同人社

大岡頼光(2014)『教育を家族だけに任せない 大学進学保障を保育の無償化から』頸草書房

文部科学省『教育課程の基本的な枠組み』
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/07102505/003/007.htm
(最終閲覧日10月31日)

文部科学省『現行学習指導要領・生きる力』http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/newcs/youryou/chu/hotai.htm#naiyou (最終閲覧日：2016年11月1日)

文部科学省『小学校・中学校・高等学校の体育の授業時数・単位数』
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/022/siryo/05052001/006.htm
(最終閲覧日：2016年11月1日)

文部科学省(2008)『中学校学習指導要領解説 保健体育編』
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afie1dfile/2011/01/21/1234912_009.pdf (最終閲覧日：2016年11月1日)

文科省 (2016) 『給付型奨学金制度の設計について』
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/28/08/_icsFiles/afieldfile/2016/09/01/1376806_1_2_1.pdf (最終閲覧日: 2016年10月25日)

OECD(2015) 『図で見る教育』 <http://www.oecd.org/japan/Education-at-a-glance-2015-Japan-in-Japanese.pdf> (最終閲覧日: 2016年10月25日)

「健康の自己責任論は不毛 公衆衛生の立場から」
<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20161012-0YTET50031/2/> (最終閲覧日: 2016年11月1日)