

# 日本の健康格差

池田 進一\*

## Health Inequalities in Japan

Shinichi IKEDA

**要旨** 日本における最近の健康格差の動向に関して、心理学、教育学、医学、経済学、社会学、人口学などの知見を援用しつつ、まず、健康格差に関する様々な政策について概観する。次に、平均寿命と健康寿命における地域間格差や、少子高齢化に伴う貧困に関連する健康格差などの現状を整理することをおして、問題点を指摘して、諸改善策を提案する。

**キーワード：** 健康格差 教育格差 平均寿命 健康寿命 少子高齢化

### 1 はじめに

本論文では、「社会的背景の異なるグループ間の健康状態の相違」(近藤, 2017) と定義される健康格差について、図1に示すように、個人の健康状態に介在する要因として、「(社会的な)物質的環境」や「社会サービス」に焦点をあてて、WHO(世界保健機関)や日本における歴史や現状を整理することを通して今後の課題を検討する。具体的には、健康格差の観点に基づいて、人口、平均寿命、健康寿命、および、少子高齢化などにおける問題点をあげたうえで、教育政策を含

む社会政策のあり方を論じる。

### 2 健康格差に関する諸政策

#### 2.1 WHOと日本とにおける動向

近藤(2017)によると、健康格差に関して、1970年頃から先進諸国を中心にして社会連帯や福祉国家のあり方が検討されるようになってきた。具体的には、1978年にソ連のアルマ・アタでWHOが主催した国際会議において、各国家の役割を重視しつつ、基本的人権としての生存権の観点からの「すべての人に健康を」という目標を

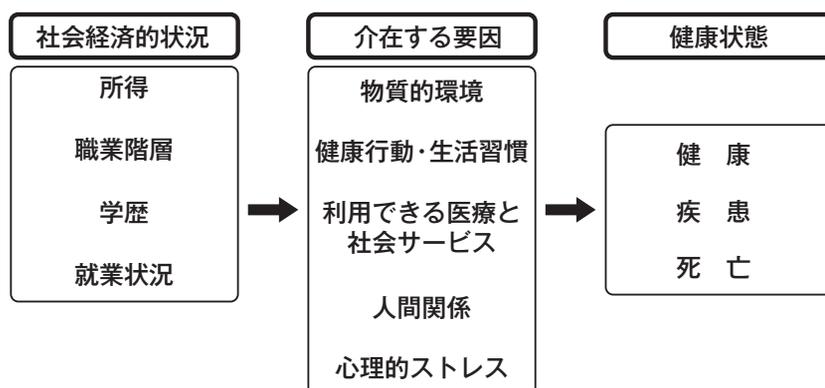


図1 社会経済的状況と健康状態の関連 (注)近藤(2006)をもとに作成

\*いけだ しんいち 文教大学教育学部教職課程

含むアルマ・アタ宣言が採択された。この宣言を一つの契機として、表1に示すように、WHOによる様々な健康政策が実施され、日本では、表2に示すように、それらの政策と呼応しつつ、「国民健康対策づくり」や「健康日本21」などの諸政策が講じられてきた。

## 2.2 ハイリスク戦略とポピュレーション戦略

表1と表2からわかるように、近年の顕著な特徴として、社会のあり方が個人の健康に強く影響するという捉え方が一般的になってきた点を指摘できる。近藤(2017)によると、この点に関する予防医学的な方法は、以下にあげるハイリスク戦略(high-risk strategy)とポピュレーション戦略(population strategy)とに大別される。

### 2.2.1 ハイリスク戦略

ハイリスク戦略とは、健康に関する危険要因をもつ個人を選定したうえで、その個人に対して社会的介入をすることによる予防策をさし、図1に

おける「物質的環境」への介入にほぼ相応する。近藤(2017)によると、ハイリスク戦略が円滑に機能するためには以下の4つの条件が必要である。第1は、様々な危険要因は特定の少数の者に限って認めることである。第2は、危険要因をもつ者を診断するための客観的な方法を確立することである。第3は、長期間にわたって有効な予防法と治療法とを確立することである。そして、第4は、危険要因をもつほとんどの者に対して、当該の予防策の提供が可能なことである。近藤(2017)は、ハイリスク戦略に関して、これらの条件のうちで第2の条件のみが満たされることが多い点と、自己責任を過度に強調して個人に対して社会的介入をする傾向がある点とを指摘したう

表2 日本における健康政策の変遷

年 代	事 項
1988年	「第二次国民健康対策づくり」：高齢化に起因して、成人病者が増え、医療費が急増した。健康志向、余暇志向、1次予防が強調された。健康意識の啓発、運動指導者の育成、運動施設の整備が重視された。
2000年	「第三次国民健康対策づくり」「健康日本21」：目的として、壮年期の死亡者の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を明示した。基本方針として、一次予防の重視、健康づくりのための環境の整備、目標等の設定の整備、目標等の設定と評価、参加と連携を重視した。
2003年	「健康増進法」：国民の健康維持と疾病予防を目的として施行された。
2007年	「健康増進法」に関する中間評価報告書：顕著な成果がなかったこと、産業界との連携、メタボリック・シンドロームの概念の普及などの必要性が明記された。
2008年	「特定健康診査」：メタボリック・シンドロームを早期に発見するために開始された。診査の結果、一定の基準以上の場合には、食生活や運動習慣に関する指導を課した。
2013年	「健康日本21(第2次)」：基本理念として、健康寿命の延伸、健康格差の縮小、社会的環境の改善などをあげ、それらに対する目標設定などを規定した。
2018年	「健康日本21(第2次)」の健康目標の6割を達成したという報告書が公表された。「改正健康増進法」：受動喫煙への対策などを強化した。

表1 WHO などにおける健康政策の変遷

年 代	事 項
1978年	「アルマ・アタ宣言」：WHOが主催して、ソ連のアルマ・アタで開催された国際会議で、「すべての人に健康を」という目標が採択された。
1980年	「ブラック報告書」：イギリスの健康格差は貧困を主な要因として拡大していることを示した。
1986年	「オタワ憲章」：第1回健康づくり国際会議がカナダのオタワで開催され、健康づくりのために新たな公衆衛生をめざすことを採択した。
1988年	「アデレード勧告」：第2回健康づくり国際会議が、オーストラリアのアデレードで開催され、各国民の健康を支援する健康目標を設定することを決定した。
1998年	報告書「健康の社会的決定要因 確保たる事実」：ヨーロッパ各国に対して各国民の健康格差の縮小に関する数値目標を示すことを求めた。
2005年	「健康の社会的決定要因に関する委員会」：健康格差を主題としたEUサミットがイギリスで開催され、健康格差の削減に対する施策を強化することで合意した。
2007年	「アデレード声明」：アデレードで開催された国際会議で、「すべての政策に健康を考慮すること」という声明がだされた。
2013年	「第8回健康づくりの国際会議」：ノルウェーのヘシンキで開催された国際会議で、各国政府が各国民の健康に責任をもつ必要性を確認した。

えで、ポピュレーション戦略を重視すべきであると主張している。

ただし、個人の健康に関して、ハイリスクの状態に達していない者に対しては、上記のようなハイリスク戦略における捉え方に基づきつつ、それら4つの条件が十全には満たされていない場合にも、たとえば、下記のような状況に対して、いわゆるリスク戦略を採用することは有用であると考えられる。

すなわち、2017年度における「体力・運動能力調査」(スポーツ庁)では、「運動を週1日以上実施している」と回答した20代から40代の女性の37%であり、20年前と比較して7%ほど低下したという状況が示され、その主因は就労する女性が増加したことにあるという報告がなされた。こうした状況に基づいて、スポーツ庁では、2018年9月に「スポーツ実施率向上のための行動計画」の作成を完了し、20代から40代の女性を対象にして、運動しないことによる健康上のリスクを周知するための諸計画を立案しているという(日本経済新聞 2018年10月8日 朝刊)。これらの諸計画をリスク戦略として実行することによって、少なくとも負の効果を及ぼすことは考えられないことに基づく、ポピュレーション戦略と併せてリスク戦略も講じる必要があると考えられる。

#### 2.2.2 ポピュレーション戦略

ポピュレーション戦略は、(社会的な)物理的環境を整備することによって、集団全体の健康状況を増進することをめざす予防策をさし、図1における「社会的サービス」としての個人への社会的介入にほぼ相応する。つまり、ポピュレーション戦略では、社会のあり方が個人間の健康格差を生じさせると捉えることによって、社会保障制度や教育政策などを検討しようとする。

ポピュレーション戦略の具体例としては、2002年に制定された健康増進法、2017年に制定された改正健康増進法、および、2020年から東京都で実施される受動喫煙防止条例があげられる。健康増進法では、健康維持を国民の義務として位置

づけて、各自治体や各医療機関にその協力義務を課した。この法律に基づいた具体的な政策としては、たとえば、多数の者が利用する施設の管理者に対して、受動喫煙を防止するための努力規定を課したり、2006年度から65歳以上を対象とした介護予防検診が開始された。また、改正健康増進法では、受動喫煙に関して、健康増進法の場合より規制の程度を強めることが規定された。さらに、受動喫煙防止条例では、従業員を雇用している飲食店では、原則的に禁煙にすることが規定されている。

### 3 日本における人口と平均寿命

#### 3.1 日本における人口

2015年の国勢調査によると、日本の人口は約1億2711万人であり、2010年の場合と比較して約96万人の減少を示した。こうした減少は今後も続き、2030年には、生産年齢人口(15歳から64歳)は現在より800万人ほど減少して約5560万人になり、経済成長率は0.5%ほど下降すると予測されている(日本経済新聞 2016年2月27日 朝刊)。さらに、日本の人口は、2040年には約9284万人にまで減少して、65歳以上の人に関しては、前年の場合より56万人ほど増加して約3515万人になり、人口全体の約28%を占めるという(朝日新聞 2018年6月2日 朝刊)。

持続的な経済成長のためには、生産年齢人口が増加することよりも技術進歩の方が重要である(吉川、2016)という見解がある。しかしながら、ピケティ(2015)は、技術進歩に関して世界の歴史を分析した結果として、20世紀の世界の人口増加は、経済成長率の50%程度を説明するという主張をしている。本稿では、ピケティ(2015)によるこの主張に即して、日本の健康格差に関する様々な状況を整理することによって、日本の文化水準と、個人や企業の生産性を高めるための諸方策のあり方を検討する。

表3 男性の平均寿命の推移（歳）

順位	1975年		1985年		1996年		2006年		2015年	
	順位	平均寿命								
全国		71.79		74.95		76.70		78.79		80.77
東京	1	73.19	5	75.60	20	76.91	5	79.36	11	81.07
神奈川	2	72.95	6	75.59	6	77.20	3	79.52	5	81.32
京都	3	72.63	10	75.39	11	77.14	7	78.34	3	81.40
長野	4	72.40	2	75.91	1	78.08	1	79.94	2	81.75
愛知	5	72.39	9	75.44	21	76.90	14	79.05	8	81.10
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
鹿児島	43	70.54	43	74.09	39	76.13	43	77.97	43	80.02
岩手	44	70.27	39	74.37	33	76.35	45	77.92	45	79.86
高知	45	70.20	45	74.04	37	76.18	44	77.93	37	80.26
秋田	46	70.17	44	74.12	44	75.92	46	77.44	46	79.81
青森	47	69.69	47	73.05	47	74.71	47	76.27	47	78.67

表4 女性の平均寿命の推移（歳）

順位	1975年		1985年		1996年		2006年		2015年	
	順位	平均寿命								
全国		77.01		80.75		83.22		85.75		87.01
沖縄	1	78.96	1	83.70	1	85.98	1	86.88	7	87.44
東京	2	77.89	11	81.09	33	83.12	28	85.70	15	87.26
神奈川	3	77.85	7	81.22	25	83.35	18	86.83	17	87.24
岡山	4	77.76	5	81.31	6	83.81	4	86.49	2	87.67
静岡	5	77.64	4	81.37	7	83.67	16	86.06	24	87.10
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
栃木	43	76.31	44	79.98	43	82.76	46	85.93	46	86.24
岩手	44	76.20	26	80.69	23	83.41	37	85.49	42	86.44
茨城	45	76.12	45	79.97	41	82.87	43	85.26	45	86.33
徳島	46	76.00	33	80.56	32	83.17	30	85.67	40	86.66
秋田	47	75.96	40	80.29	35	83.12	45	85.19	44	86.38

表5 平均寿命の時代間の順位相関係数（男性）

	1975年	1985年	1996年	2006年	2015年
1975年		**	**	**	**
1985年	0.83		**	**	**
1996年	0.63	0.88		**	**
2006年	0.80	0.85	0.83		**
2015年	0.75	0.77	0.73	0.92	

(注) 表中の\*\*は1%での有意差を示す。

表6 平均寿命の時代間の順位相関係数（女性）

	1975年	1985年	1996年	2006年	2015年
1975年		**	**	**	**
1985年	0.72		**	**	**
1996年	0.51	0.80		**	**
2006年	0.54	0.75	0.83		**
2015年	0.62	0.68	0.75	0.91	

(注) 表中の\*\*は1%での有意差を示す。

### 3.2 日本人の平均寿命と健康寿命

#### 3.2.1 平均寿命に関する地域間格差

都道府県別に時代別の平均寿命に関するデータの一部を示した表3と表4からわかるように、いずれの時代にも地域間格差が認められる。さらに、表3と表4に基づいて、各都道府県の平均寿命の順位に関して、各時代間でスピアマンの順位相関係数を算出した結果を表5と表6に示す。これらの結果において、女性の場合より男性の場合に各値が近似する傾向がある点、および、男女間で最大値と最小値の差を比較すると、男性の場合 ( $r_s =$

$.92$ と  $r_s = .63$ )と女性の場合 ( $r_s = .91$ と  $r_s = .51$ )にやや相違が認められる点が特に注目される。これらの点は、平均寿命の延伸に関して、男女ともに各都道府県において、リスク戦略やポピュレーション戦略としての各健康政策が正の効果を及ぼしうること、および、女性の方が、様々なリスク戦略とポピュレーション戦略とを選択的に享受する社会的立場をとりうる場合が多いことなどに起因して、その効果は相対的に強いことを示唆していると考えられる。

### 3.2.2 健康寿命に関する地域間格差

都道府県別に健康寿命（介護を要さない年齢）に関する近年のデータの一部を示した表7と表8から以下の5つを指摘できる。第1は、平均寿命の場合と同様に、地域間格差が認められる点である。第2は、その地域間格差は、平均寿命の場合と比較すると、各地域は必ずしも一定していない点である。第3は、健康寿命に関して、2013年と2016年のデータを比較すると、上位の地域間で変動する傾向が認められる点である。これらの点は、各地域において採られたリスク戦略やポピュレーション戦略としての健康政策が正の効果을及ぼしうる結果として捉えることができる。

表7 都道府県別の男性の健康寿命（歳）

順位 (2016年)	都道府県	健康寿命	順位 (2013年)
1	山梨	73.21	1
2	埼玉	73.10	21
3	愛知	73.06	12
4	岐阜	72.89	19
5	石川	72.60	4
・	・	・	・
・	・	・	・
42	高知	71.37	46
43	和歌山	71.36	20
44	徳島	71.34	47
45	愛媛	71.33	36
46	秋田	71.21	39

(注) 熊本県のデータは、2016年の熊本地震の影響を考慮して、削除した。この点は表8の場合も同様である。

表8 都道府県別の女性の健康寿命（歳）

順位 (2016年)	都道府県	健康寿命	順位 (2013年)
1	愛知	76.32	18
2	三重	76.30	8
3	山梨	76.22	1
4	富山	75.77	14
5	島根	75.74	38
・	・	・	・
・	・	・	・
42	滋賀	74.07	39
43	徳島	74.04	43
44	京都	73.97	45
45	北海道	73.77	26
46	広島	73.62	46

ただし、日本の健康寿命の伸びは2010年以降に鈍化傾向にある（渋谷, 2018）ことに基づくと、表3に示した、ポピュレーション戦略としての「健康日本21（第2次）」（2013年）における「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」は十分には効果を及ぼしていないと考えられる。

### 3.2.3 滋賀県におけるリスク戦略とポピュレーション戦略

2015年における都道府県別の滋賀県の平均寿命は、男性では全国1位で、女性では全国4位であった。しかし、1965年における滋賀県の平均寿命の状況は、男性では全国27位で、女性では全国31位であった。同県では、そうした状況への対策として、1986年から5年おきに、滋賀県民の栄養摂取や喫煙や運動習慣に関する「滋賀の健康・栄養マップ」調査を実施してきた。そして、それらの調査で得られたデータを地域ごとに分析した結果に基づいて、健康に関する具体的な諸提案をまとめた冊子を滋賀県内の全世帯に配布してきた。

しかし、そうした対策は短期的には顕著な効果を及ぼさず、1990年における滋賀県の平均寿命は、男性では全国12位で、女性では全国32位であった。ただし、滋賀県は、たとえば、高齢者に対する生涯スポーツの振興や、学校教育における「健やかな体を育む」ことの推進などの諸政策を講じてきた。また、たとえば、喫煙に関しては、2001年に喫煙率を半減させるという努力目標を設定したり、滋賀県内で禁煙か完全分煙を実施している飲食店を公表してきた。その結果として、滋賀県の喫煙率は減少し続け、2016年には、男性の場合に全国最低の20.6%になった。また、滋賀県の男女を併せた健康寿命に関して、2015年までの25年間に、全国最高の4.1歳ほど延びた。

滋賀県における上記のような現状は、滋賀県民の健康に関するデータに基づいて冊子を配布したり、滋賀県としての喫煙に関する努力目標を滋賀県民に周知したという点ではリスク戦略を採りつつ、禁煙か完全分煙を実施している飲食店（物理

的環境)を公表するという社会的介入をした点ではポピュレーション戦略を採った結果と捉えることができる。

## 4 高齢化現象

### 4.1 高齢化に関する地域間格差

都道府県別に、65歳以上の高齢者の占める率に関して、2015年の値と2045年の予測値に関するデータの一部を表9に示す。表9からわかるように、顕著な地域間格差が認められ、その率は、秋田県や青森県などの東北地方で上位を占め、人口面や経済面などにおいて一極集中と呼ばれる東京都で最も低い。

表9 都道府県別の65歳以上の比率(%)

順位	都道府県	2045年 (予測値)	2015年
	全国	36.8	26.6
1	秋田	50.1	33.8
2	青森	46.8	30.2
3	福島	44.2	28.7
4	岩手	43.2	30.4
5	山形	43.0	30.8
・	・	・	・
・	・	・	・
43	福岡	35.2	25.9
44	滋賀	34.3	24.2
45	愛知	33.1	23.8
46	沖縄	31.4	19.7
47	東京	30.7	22.7

(注)日本経済新聞(2018年3月31日 朝刊)から引用

65歳以上の人口比に関しては、2040年頃に最高に達して、社会保障給付費の対GDP(国内総生産)比は、2018年の場合の21.5%から25%に上昇するという予測がなされている(朝日新聞 2018年10月14日 朝刊)。この予測や、全国に占める東京圏(東京都・埼玉県・千葉県・神奈川県)の人口比は、上昇し続けてきた結果として、2018年1月の時点で28.3%に達し、こうした一極集中は今後により加速するという予測(日本経済新聞 2018年9月24日 朝刊)に基づくと、上記の地域間格差はさらに深刻化する可能性が高い。

### 4.2 高齢化と貧困

各家庭における経済状況に関しては、たとえば、可処分所得(税金や社会保険料などを除いて、個人が自由にできる所得)に占める消費の割合(消費性向)において、1987年から2017年にかけて、高齢者の場合には増加したが、若年層の場合には、ニート・フリーターが急増したことが主因となって、かなり低下した。しかし、貧困の高齢者とニート・フリーターの若年層とが、いずれも今後増加し続けることを前提にすると、とりわけ低所得の高齢者の場合に、その消費性向はかなり減少するという点での経済格差が拡大するという状況が予測される。こうした状況や、低所得者ほど肥満になる可能性が高く(図2)、生活習慣病に罹患しやすい(日本経済新聞 2018年1月30日 朝刊)ことに基づくと、やはり、とりわけ高齢者の場合に、健康格差が拡大する可能性が高いと考えられる。

### 4.3 高齢化と国民医療費

表3と表4からわかるように、日本人の近年の平均寿命は、男女とともに顕著に延伸する傾向があるが、前述したように、日本人の健康寿命に関しては、2010年以降に鈍化する傾向がみてとれる。これらの傾向や、低所得者が肥満になりやすいこと(図2)、東北地方などで高齢者の率がより上昇すること(表9)、および、2016年に出生した日本人の平均寿命はかなり延伸すると予測されていること(図3)に基づくと、図4に示すような国民医療費の総額に関して、とりわけ低所得者の高齢者を中心にして、その負担額は今後が増加することが予測される。つまり、高齢者における健康格差はさらに拡大する可能性が高いと考えられる。

## 5 少子化現象

### 5.1 少子化現象の概要

合計特殊出生率(一人の女性が一生のうちに出産する子どもの数)に関しては、2005年において、統計のある1899年以降で最低の1.26人を示した

が、その後はやや上昇し続け、2017年には1.43人に達した。ただし、人口数が増加に転じる値としての2.07人には及ばない状況にある。また、出生数に関しては、1949年には第一次ベビーブームのなかで最高の269万人に達したが、その後は漸減し続けて、2017年には過去最低の94万6千人になった。さらに、顕著な少子化現象と並行しつつ、核家族化の進行、共働き家庭の増加、および、保育所の不足などに起因して、女性の初婚年齢は、2016年に29.4歳に達して、過去20年間で3歳ほど遅くなった。また、女性が第1子を出産する年齢は、2017年には過去最高の30.7歳に達した（日本経済新聞 2018年6月2日 朝刊）。

少子化現象の原因としては以下の3点を指摘できる。第1は、2017年における25歳から39歳の女性人口が、前年比で26万3千人（2.5%）ほど減少した点である。第2は、2017年における15歳から49歳の女性人口は約2,498万人であり、前年より1.3%ほど減少した点である。第3に、1971年から1974年の第二次ベビーブームの時期に出生した女性が出産しにくい年齢に達した点である。

### 5.2 少子化高齢化と健康格差

日本における賦課方式（現役世代が退職世代の年金給付を負担する方式）という国民年金制度では、少子高齢化のような人口変動が発生し、社会全体での現役世代に対する高齢世代の比率が高まると、現役世代の負担が大きくなるという課題が生じる（橘木、2006）ことが指摘されている。そうした課題に対する方策としては、現役世代の負担を大きくすること、高齢世代の年金給付を削減すること、あるいは、その両方を同時におこなうという選択をする必要がある（橘木、2006）。要するに、少子高齢化が今後も続くことや、フリーターとニートは国民年金を支払わない場合が多い（山田、2004）ことを前提にすると、現役世代の保険料の負担が大きくならざるをえないことによって、とりわけフリーターやニートなどの貧困層に対して、健康格差を含む様々な格差がより拡

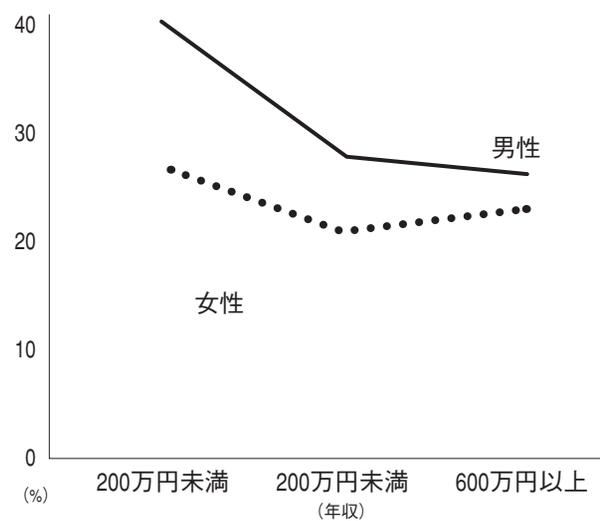


図2 肥満と所得額の関係  
(注)厚生労働省(2014)より引用

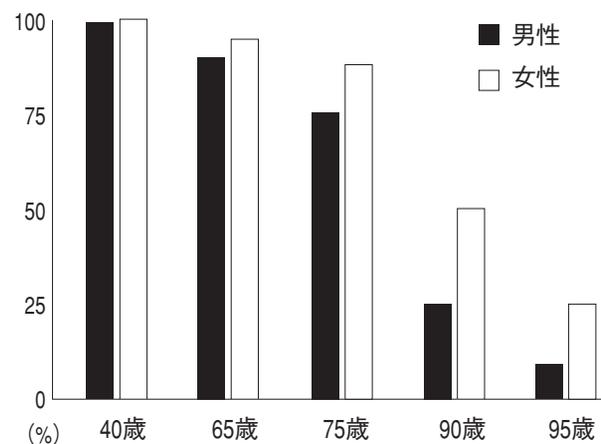


図3 2016年生まれの将来の生存率  
(注)日本経済新聞(2017年7月28日 朝刊)より引用

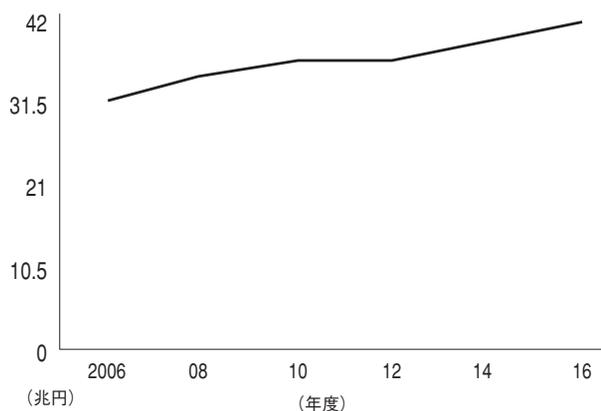


図4 国民医療費の推移

大する可能性が高いと予測がなされている（たとえば、橘木、2006）。

また、大竹（2007）によると、高齢化が進行すると、高齢者に対して、年金、医療、介護などに関する社会保障制度をさらに充実させる必要性が高くなるのが主因となって、公的教育への公的支出が減少せざるをえない。そして、大竹（2007）は、グローバル化や技術革新などが加速して、より高度な教育の重要性が増すことによって、私的な教育負担が増加する可能性が高いと主張している。つまり、公的教育への支出が低下することによって、子どもに対する学校教育の及ぼす正の効果は弱くなり、ひいては経済格差が様々な健康格差を生じさせうると考えられる。

さらに、近藤（2017）は、教育格差としての健康格差に関して、個人的な対策は社会的格差を助長する可能性があるという立場に基づいて、「教育格差の是正を図るうえで、経済力による教育格差の是正は重要であり、教育政策は健康政策でもある」と主張している。つまり、たとえば、貧困の子ども（所得水準が生活保護の基準の1.1倍より低い世帯の子ども）に対して、リスク戦略として、健康教育をおこなうことによって、健康状態を増進させ、生活習慣病等の罹患を予防することのみならず、ポピュレーション戦略として、税制度や教育環境を整備する諸政策を実施することを重視している。

要するに、今後の日本において、少子高齢化がさらに進行することを前提にすると、教育格差としての健康格差は、有効なリスク戦略とポピュレーション戦略とを多面的に採らない限り、さらに拡大することは間違いないと考えられる。

## 6 貧困の子ども

### 6.1 貧困の子どもと健康格差

貧困の子どもに関しては、その数は300万人程度と推定され、特に母子家庭などの一人親世帯は約124万世帯であり、その貧困率は約55%に達しているという。貧困の子どもが生じる主な原因

は、その親の世代の年齢層での貧困率の上昇にあることは明らかである。具体的な状況としては、2014年の「国民生活基礎調査」によると、遺族年金や児童扶養手当などを含む母子世帯の平均総所得額（約235万円）は全世帯の平均総所得額（約529万円）の50%以下であった（日本経済新聞2016年3月28日 朝刊）。

貧困の影響に関する欧米の諸研究の結果として、貧困家庭の子どもは、健康、肉体機能の発達、学業成績、および幸福感において劣るという状況（たとえば、Giddens, 2013）や、貧困地域では、犯罪の多発、社会福祉への過度の依存、および麻薬の使用が顕著に認められるという状況（たとえば、アイスランド, 2003）が報告されている。また、阿部（2015）による調査では、貧困の日本人の子どもは、多くの場合に、安価で、栄養価がきわめて劣る食事をとっているという状況が報告されている（日本経済新聞 2015年12月29日 朝刊）。

健康格差に関わって、上記のような諸状況の及ぼす影響としては、次の3つの格差が顕著に認められるという（日本経済新聞 2018年1月30日 朝刊）。第1は、運動や食事に関して金銭面の十分な余裕がないという点でのゆとり格差である。第2は、低収入の世帯の子どもは、先行投資としての健康づくりをしにくいという点での希望格差である。第3は、低収入の世帯の子どもは、健康に関する諸情報を得にくいという点での知識格差である。

### 6.2 貧困の子どもへのポピュレーション戦略

1961年に施行された児童扶養手当法においては、一人親世帯を対象として、年間を通じて、給食費、教材費、旅行積立金、部費などを支払うことが規定された。ついで、1971年に施行された児童手当法においては、中学3年まで、年間を通じて、給食費、教材費、旅行積立金、部費などを支払うことが規定された。しかし、阿部（2008）は、直接税と社会保障費に関して、低所得者が過重な負担をした結果として、上記のような法律はあまり機能せず、貧困を悪化させたと主張している。

最近の動向としては、2015年4月に生活困窮者自立支援法が施行され、そこでは、生活困窮者に対して、就労支援、学習支援などを公的におこなうことが規定された。

また、最近の動向として、低所得の一人親世帯に対して、2016年度から次の3つの支援策がとられた。第1は、給付される児童福祉手当が36年ぶりに引きあげられたことである。第2は、親の就業率を高めるために、親が介護福祉士や保育士などを目指して専門学校に入学した場合には、厚生労働省が入学金を貸しつける制度を設けられたことである。第3は、一人親世帯の親の通学のための生活費補助が拡充されたことである。具体的には、住民税非課税の世帯への月に10万円の支給に関して、従来の2年間の最長期間を3年間としたこと、および、準備金と生活費をあわせて最大の支給額を430万円にしたことである。

さらに、最近の動向として、政府は、2020年度から低収入の世帯の大学生を対象にして、授業料の減免や給付型奨学金の適用を推進する措置などを講じるという（朝日新聞 2018年6月6日朝刊）。

上述した最近の諸動向は、「子持ち家族に対する現金支給を増やすことが子どもの貧困への有用な対策である」（アトキンソン, 2015）という、ポピュレーション戦略を支持する主張と強く符合しているように見える。今後の方向性としては、貧困の子どもに対して、現金支給などの物的な支援にとどまらず、たとえば、学校にソーシャルワーカーを常勤させたり、個別指導などの学習支援や生活支援をすることを通して、認知的に十全に発達させつつ、様々な健康格差がさらに拡大しないようにすることが肝要である。

## 7 在留外国人

### 7.1 外国人労働者の活用に関する政策の変遷

表10と図5からわかるように、外国人労働者に関して、日本の人口数が減少し始めたことが大

きな契機となって、日本の経済面での潜在成長率を上昇させることを主因として、その数は増加し続け、多くの対応策が実施されてきた。

最近の政策としては、2019年4月から、以下のような在留資格制度が新たに設けられるという（朝日新聞 2018年10月12日 朝刊）。すなわち、一定の技能水準の日本語能力に達した外国人を対象にして、1号と2号に分類される「特定技能」という在留資格を設け、2号には家族帯同や長期滞在が認められるようになる。こうした政策を講じることは、就労目的の在留資格に関して、約24万人に達する、医師や弁護士などの「高度な専門人材」に限定されていた従来までの政策と比較すると、大きな転換点として捉えることができる。

表 10 日本の外国人労働者に関する動向

年代	事項
1987年	「JETプログラム」(The Japan Exchange and Teaching Programme)：外国人を、外国語の指導助手、国際交流員、スポーツ国際交流員として、各地方自治体へ招致する制度を開始した。
1990年	「改正入管法」：介護業務に従事する外国人に在留資格などを定めた法律が施行された。その結果、外国人の定住者が急増した。
1993年	「外国人技能実習制度」：発展途上国への技術協力と、国際貢献を目的として施行された。この制度では、建設業などの17業種を学ぶ外国人に在留資格を与えて、最長で3年間の労働を認めた。
2001年	「第1回外国人集住都市会議」：静岡県浜松市で、各地方自治体が外国人住民に対する諸施策などに関して論じた。
2006年	政府による「骨太の方針」で、「多文化共生」が明記された。
2006年	総務省が各地方自治体に対して、「多文化共生の地域づくり」の必要性を明示した。
2014年	政府による「骨太の方針」で、「外国人人材の活用は移民政策ではない」ことが明記された。
2017年	「技能実習適正化法」：対象業種の拡大と、受け入れ先の監督の強化を定めた。
2018年	対象業種の拡大と、最長で5年間の在留期間を定めた。

## 7.2 在留外国人に関する問題点

### 7.2.1 外国人労働者に関する問題点

約130万人の外国人労働者のなかで、とりわけ、約26万人に達する技能実習（農業や建設業など）に就く者などに関して、日本企業のなかには、安価な労働力とみなし、その権利を保証しない場合があるという問題点があげられる。たとえば、長時間の労働や最低賃金額に満たない労働を強制する事例や、当初の目的外の職場に配置する事例が報告されている（朝日新聞 2018年9月2日 朝刊）。この問題点に関する対応策としては、政府としては、たとえば、関連する法律の整備や在留管理の徹底などを、各地方自治体としては、たとえば、関連する条例の整備や日本語教室の開設などを、および、各企業としては、たとえば、労働報酬制度の整備や住宅の確保などを、それぞれ講じることが肝要である。

### 7.2.2 在留外国人に関する問題点

在留外国人の数に関して、1990年には約105万人であり、その後は増加し続けて、2017年には、前年より7.5%ほど増加して、過去最高の約256万人になり、総人口の占める率は約0.85%に達し

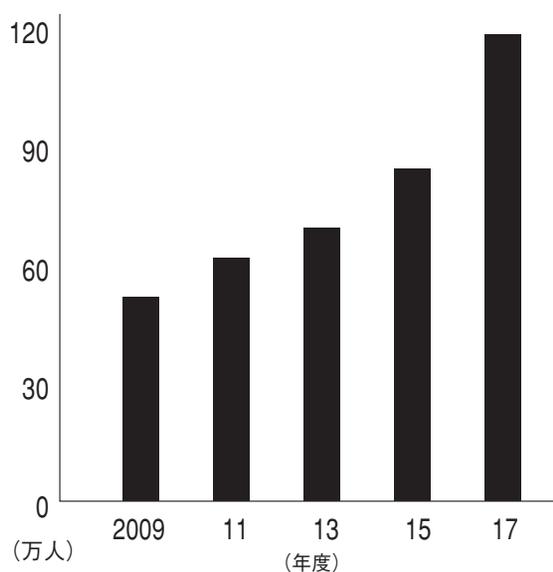


図5 在留外国人労働者の推移

た。国別では、中国人が最多の約73万人（28%）であり、次いで、韓国人やベトナム人が多かった。

在留外国人が増加することによって、日本における経済格差や健康格差が拡大することをくいとめうると考えられるが、在留外国人に関して、日本人とどのように共生をするかという問題点があげられる。この点に関しては、諸外国では多文化主義（multiculturalism）という用語のもとに、行財政の専門家のみならず、社会学者、教育学者、心理学者などが、教育制度を含めた各社会のあり方を学際的に研究し、実証的なデータに基づいて、様々な政策を実施してきた。その例としては、英語圏のカナダのなかで90%ほどの市民がフランス語を第1言語するケベック・シティや、1970年代にそれまでの白豪主義から異文化圏と共存する政策に変化したオーストラリアがあげられる。こうした多文化主義に対しては、たとえば、異文化間における様々な相違を国として認めない場合もあるという批判もなされてきたが、日本の場合に関しては、在留外国人に対してどのような政策を採用にしても、上述したように、各専門家による実証的なデータに基づいて立案するという方策を少なくとも採ることが肝要であると考えられる。

そうした方策を採らない限り、たとえば、埼玉県川口市芝園町の場合のように、過去に日本人住民と外国人住民との間で廃棄物や騒音をめぐると問題などが生じた結果として、図6に示すように、外国人住民が増加してきたとともに、日本人住民が減少してきた例などが今後も生じる可能性がある。

一方で、1990年代に日系ブラジル人の子どもが急増した静岡県浜松市では、当該の子どもの日本語能力を調べたうえで、その能力に応じて、学校教育のなかで、日本語教育の専門家などと協力しつつ、たとえば、「サバイバル日本語の指導」、「日本語基礎指導」、「日本語・学習支援」などの支援体制を整えるという方策を採った結果として、日本人と外国人との間の関係に大きな支障は生じていないという例もある（朝日新聞 2018年9月30

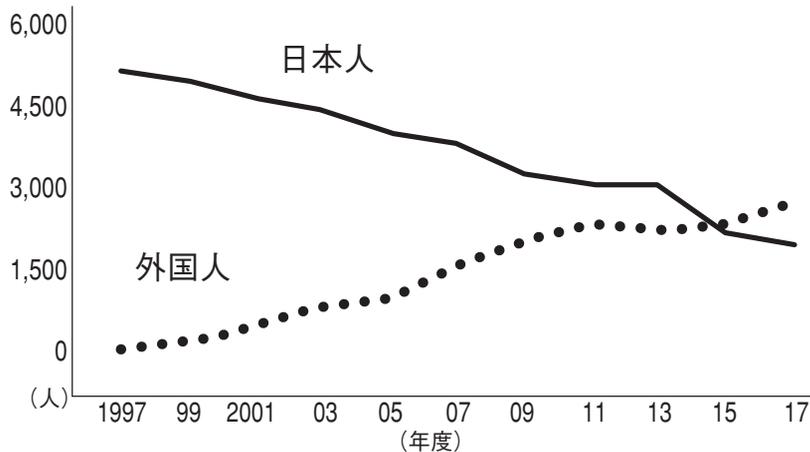


図6 埼玉県川口市芝園町の人口推移

日 朝刊).

在留外国人の子どもに対する学校教育に関して、文科省は、2014年に、日本語能力の十分ではない帰国子女や、外国人の子どもを対象に日本語指導を「特別の教育課題」として正規の学校教育のなかに位置づけたが、国としての本格的な対策はなく、上述した静岡県浜松市の場合のように、各自治体の裁量に委ねられているのが現状である。

### 7.2.3 在留外国人と健康格差

技能実習生や、就労を目的として入国したのではない外国人などを安価な労働力として処遇する一方で、就労ビザをもち、家族の帯同が認められつつ、専門的分野の職業に従事する「高度な専門人材」などを厚遇する状況が続くならば、在留外国人の間にも健康格差が拡大する状況が生じうる。したがって、在留外国人における健康格差に関わって、健康な状態のなかで日本での定住や永住を促進するために、リスク戦略として健康に関する諸情報を伝えること、ポピュレーション戦略として社会保障制度などの整備などの様々な社会統合政策を講じること、および、日本人は、在留外国人を対等な市民として捉え、その行動を変容することが、それぞれ喫緊の課題であると考えられる。

### 引用文献

- 阿部 彩 2008 子どもの貧困——日本の不公平を考える 岩波書店
- 阿部 彩 2015 日本経済新聞 (2015年12月29日朝刊)
- Atkinson, A. 2015 Inequality: What can be done? Harvard University Press. 山形浩生・他(訳) アトキンソン, A. 2015 21世紀の不平等 東洋経済新報社
- Giddens, A. 2013 Sociology. (7th ed.) Polity.
- Iceland, J. 2003 Poverty in America: A handbook. University of California. 上野正安(訳) アイスランド, J. 2005 アメリカの貧困問題 東京株式会社
- 厚生労働省 2014 平成26年版 国民健康・栄養調査
- 近藤克則 2006 健康格差社会 医学書院
- 近藤克則 2017 健康格差社会への処方箋 医学書院
- 大竹文雄 2007 日本経済新聞 (2007年1月28日朝刊)
- Piketty, T. 2013 Le Capital au XXIe Siècle. Edition du Seuil. 山形浩生・他(訳) ピケティ, T. 2015 21世紀の資本 みすず書房
- 渋谷健司 2018 日本経済新聞 (2018年1月29日朝刊)
- 橋本俊詔 2006 格差社会 何が問題なのか 岩波書店
- 山田昌弘 2004 フリーター 一千万人時代 文藝春秋 2004年2月号 353-357. 文藝春秋社
- 吉川 洋 2016 人口と日本経済 中央公論新社