

# 人々の所得や雇用から見る健康格差

経済環境調査部 研究員 菅原佑香

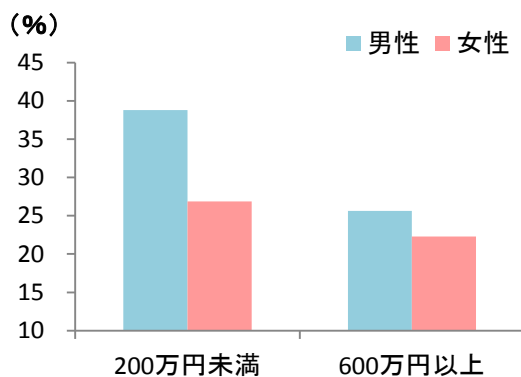
日本は世界一の長寿国と言われていますが、社会経済状況の違いによって人々の健康には差が生じているという見方があります。今回は、人々の所得や雇用と健康格差には、関係があるのか、見ていきます。

## 1. 人々の所得と健康との関係性

人が健康や病気になってしまう原因は様々ですが、ここでは、所得水準や雇用等の社会経済状況と健康の関係性に焦点を当てて解説します。

まず、健康状態の代表的なバロメーターである肥満を取り上げます。厚生労働省によると、肥満は、「糖尿病や脂質代謝異常症・高血圧・心筋疾患などの生活習慣病を始めとして数多くの疾患のもととなるため、健康づくりにおいて肥満の予防・対策は重要」とされています<sup>1</sup>。

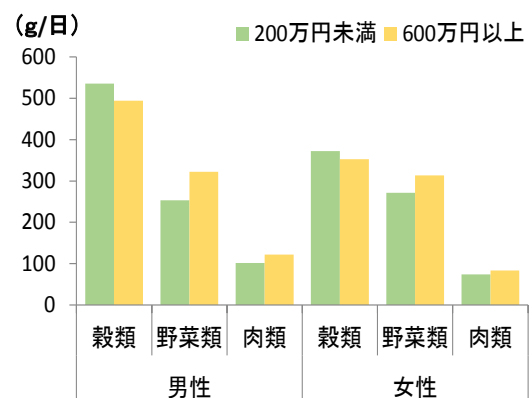
図表1 20歳以上の世帯年間収入別の肥満度 (2014年)



(注) 世帯の所得について、多変量解析(世帯の所得額を当該世帯員に当てはめてロジスティック回帰分析)を用いて600万円以上を基準とした他の2郡との群間比較を実施し、群間に有意差があるものを表示している。

(出所) 厚生労働省「平成26年 国民健康・栄養調査結果の概要」より大和総研作成

図表2 世帯年間収入別、男女別、栄養素摂取量 (2014年)



(注) 世帯の所得について、多変量解析(世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて、割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析)を用いて600万円以上を基準とした他の2群との群間比較を実施。

(出所) 厚生労働省「平成26年 国民健康・栄養調査結果の概要」より大和総研作成

<sup>1</sup> 厚生労働省「eヘルスネット」(生活習慣病予防のための健康情報サイト)

厚生労働省の調査では、「肥満者の割合は、男女とも世帯の所得が600万円以上の世帯員に比較して、200万円未満の世帯員で有意に高かった。」と指摘されています<sup>2</sup>。200万円未満の場合、男性の約38%が、また女性の約26%が肥満であり、これは平均肥満率（男性28.3%、女性19.8%いずれも2014年）を大きく上回っています（図表1）。

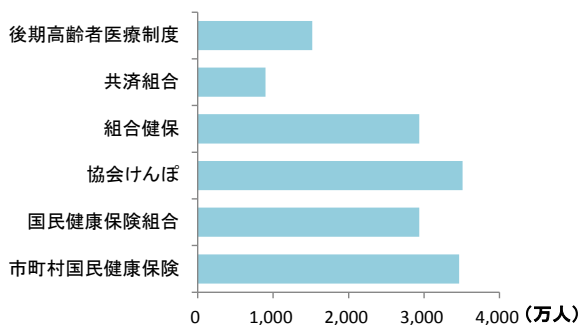
同じく、「穀類摂取量は、世帯の所得が600万円以上の世帯員に比較して、男性では200万円未満と200～600万円未満の世帯員で有意に多く、女性では200万円未満の世帯員で有意に多かった」と指摘されています<sup>2</sup>（図表2）。

栄養素と肥満の因果関係は不明ですが、相対的に所得が低い層では、低コストで高カロリーの食事を摂る傾向から、栄養バランスが偏り、健康が阻害されている可能性が考えられます。

## 2. 日本の医療保険制度とその課題

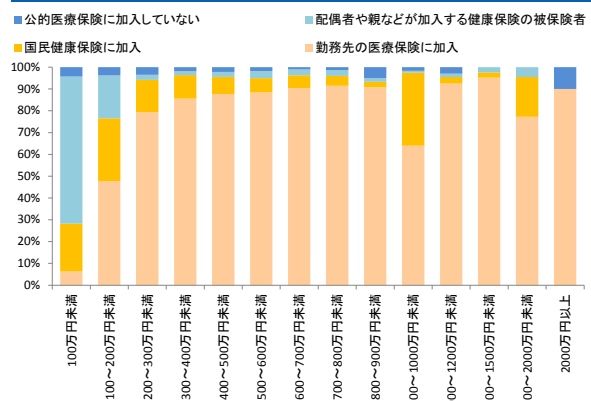
次に、日本の国民皆保険制度及び公的医療保険の加入状況と収入との関係性について見ていきます。公的医療保険制度は、大企業に勤務している労働者が中心に加入する「健康保険組合」や中小・零細企業に勤務している労働者が中心に加入する「協会けんぽ」、公務員等が加入する「共済組合」、自営業者や非正規雇用者等、上記以外の医療保険に加入していない人が加入し、市町村が保険者となっている「市町村国民健康保険」や組合が運営する「国民健康保険組合」、75歳以上の高齢者が加入する「後期高齢者医療制度」に分かれています（図表3）。

図表3 各種医療保険の加入者数  
(2013年3月末)



(出所) 厚生労働省「国民皆保険制度の意義」より大和総研作成

図表4 個人年収別、公的医療保険の加入状況 (2013年)



(出所) 全労済協会「勤労者の生活意識と協同組合に関する調査報告書<2013年版>」より大和総研作成

国民はいずれかの医療保険に加入することによって、病気や入院の際の医療費の負担や、給付金の支給、健康維持のための健診等受診といった公的医療サービスを受けることができます。個人年収が低下するほど、被用者保険の加入割合が低下してしまうこと（図表4）に対しては、これまで国民健康保険に加入をしていたパートやアルバイト等の労働者も、2016年10月から週

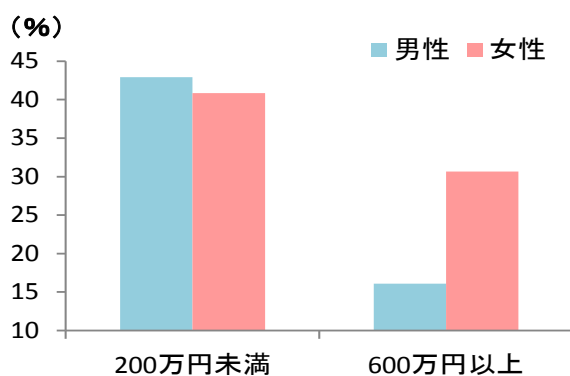
<sup>2</sup> 厚生労働省「平成26年 国民健康・栄養調査 結果の概要」

20 時間以上の短時間労働者に対する健康保険の適用拡大が義務付けられる制度改正が進んでいきます<sup>3</sup>。しかし、一方で、公的医療保険があるにもかかわらず、得られる収入とは因果関係が見られず、どの収入層にも「公的医療保険に加入していない」人が一定数見られることも事実です（図表 4）。

### 3. 経済的理由と医療機関へのアクセス

最後に、経済的理由と医療機関へのアクセスの関係性について、考えてみます。

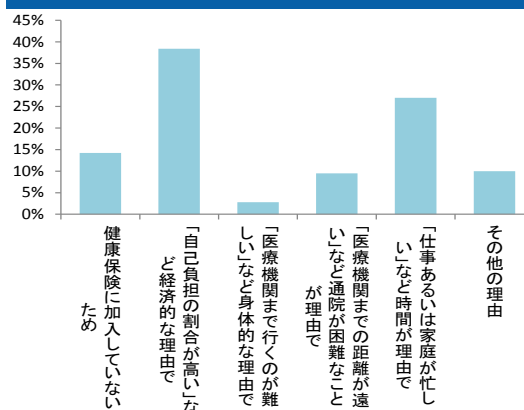
図表 5 世帯年間収入別の健康診断の未受診者の割合（2014 年）



（注）世帯の所得について、多変量解析（世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて、割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析）を用いて 600 万円以上を基準とした他の 2 群との群間比較を実施。

（出所）厚生労働省「平成 26 年 国民健康・栄養調査結果の概要」より大和総研作成

図表 6 医療機関に「健康ではなかったが行けなかった」人の理由（複数回答）（2007 年）



（注）過去 1 年間の間に医療機関に「健康ではなかったが、行けなかった」とした人の行くことができなかった理由の結果を表示している。

（出所）国立社会保障・人口問題研究所「社会保障実態調査」より大和総研作成

世帯年間収入別の健康診断の未受診者の割合を見ると、男女ともに 200 万円未満の場合、健診の未受診者の割合が 600 万円以上と比べて高くなっています（図表 5）。

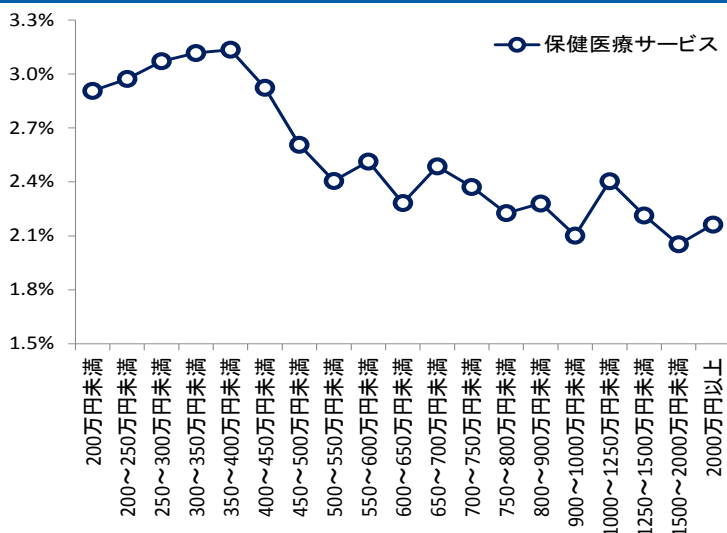
また、健康でなかった人が医療機関に行けなかった理由を見ると、「自己負担の割合が高い」など経済的な理由が目立ちます（図表 6）。つまり、経済的理由等の問題により、医療機関を受診することや健診を受ける機会に恵まれにくい人々がいると考えられます。

続いて世帯年間収入階級別の、支出に占める保健医療サービスの割合を確認して見ると、400 万円未満の世帯収入において、保健医療サービスが支出に占める割合が高くなっています（図表 7）。一方、年収上昇に伴い、支出に占める保健医療サービスの割合は低下していることが分かります。つまり、図表 6 に示した、「自己負担の割合が高い」と回答した背景には、医療費が家計支

<sup>3</sup> 厚生労働省「平成 28 年 10 月から厚生年金保険・健康保険の加入対象が広がっています！（社会保険の適用拡大）」による。被用者でありながら被用者保険の恩恵を受けられない非正規労働者に社会保険を適用し、セーフティネットを強化することで、社会保険における「格差」を是正する目的である。

出の負担になっていることも考えられるでしょう。

**図表7 年間収入階級別、1世帯当たりの支出に占める保健医療サービスの割合（2人以上の世帯）（2014年）**



(注)「保健医療サービス」とは、健康の維持、疾病の治療、身体の矯正のための必要なサービスに関するものである。具体的には、「内科診療代」「歯科診療代」「出産入院料」「他の入院料」「整骨・マッサージ料金」「人間ドック受診料」等が含まれている。

(出所) 総務省統計局「平成26年全国消費実態調査」より大和総研作成

#### 4. おわりに

上記3点について、社会経済状況と健康格差の関係性を見てきました。低所得者の保健医療サービスと自己負担の割合が高いことに問題があると考えられます。

この対策として、平成29年度の政府予算案では、「国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充」や「国民健康保険への財政支援の拡充」が盛り込まれています<sup>4</sup>。「国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充」とは、国民健康保険及び後期高齢者医療の保険料（税）について、低所得者対策の強化のため保険料（税）の5割軽減及び2割軽減の対象者を拡大することです。「国民健康保険への財政支援の拡充」とは、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や国民健康保険の財政運営を担うことになる都道府県に設置した財政安定化基金<sup>5</sup>に積増を行うことを意味しています。

今後も、所得の格差が健康の格差に直接つながらないように、今後も着実な社会福祉政策が実行されることが期待されます。

(次回予告：情報格差)

以上

<sup>4</sup> 厚生労働省「平成29年度予算案の概要」

<sup>5</sup> 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」に基づいて設置された。平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化させることが目的。