

服部眞理の (金沢市・産業医療科)



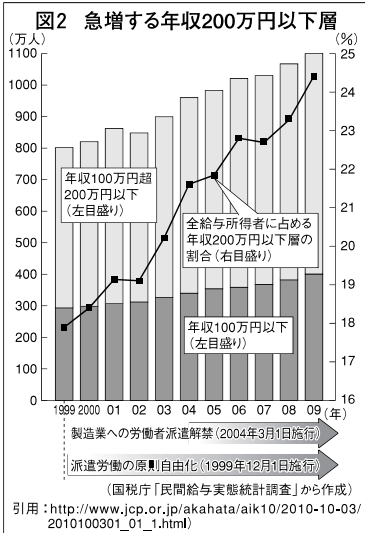
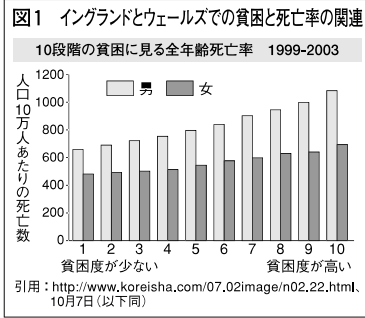
第11回 貧困と疾病の悪循環

十月三日に石川県保険医協会も共催して石川県社会保険学校が開かれました。長年、サラ金問題や年越し派遣村など反貧困に取り組んできた宇都宮健児日弁連会長が講演し、貧困の克服が日本の社会不安と世界平和の根本問題であると指摘しました。今回は、日本の貧困と健康の特徴を示します。

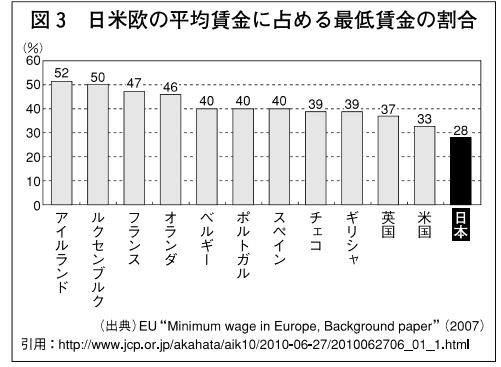
貧困は疾病の最大原因

「ザ・公衆衛生」四月号で、第一・二回厚生白書が、「厚生行政の使命は貧困と疾病の悪循環を断ち切ることである」と指摘していたことを紹介し、国別経済力と平均寿命の関係は二月号図2、失業と自殺の関係は三月号図1、貧困と喫煙・飲酒・薬物依存の関係は九月号図5に示しました。

九月号では、平均寿命の地域差の大きな原因が貧困に関連した要因であることも示しました。平均寿命が最も短い大阪市西成区的生活保護率一五・二％に対して、最も長い横浜市青葉区は〇・九％で、二人以上世帯の平均年収が千四十二万円と非常に裕福な地域です(二〇〇四年)。

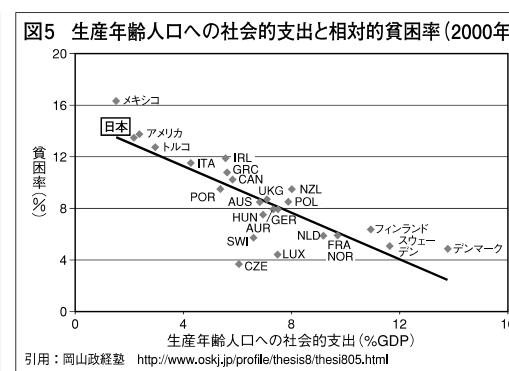
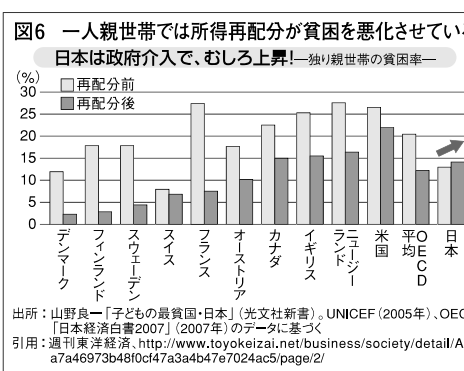
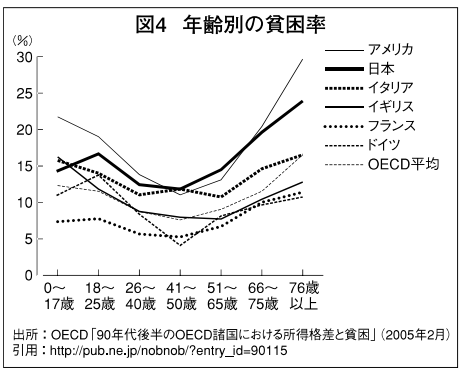


現役労働者でも貧困になる原因は、不安定雇用に比べ、最低賃金基準が欧米に比べて低すぎることで(図3)。厚生労働省によると、最低賃金が毎週四十時間、一日も休まず働き続けても、十二都道府県で、所得が生活保護基準に追いつき



特徴1 現役労働者でも深刻な貧困 労働者派遣が原則自由化された一九九九年以降の十年間に、年収二百万円以下のワーキングプアが約三百万人増加し、二〇〇九年には民間労働者の一/四、約千百万人に達しました(図2)。

就労者世帯では、三百八十九万世帯(一〇・四％)の所得が生活保護基準未満ですが、生活保護受給はわずか十三万世帯(三・三％)にとどまります。また、母子家庭六十万世帯では、母が働いていても四十二万世帯(七〇％)が生活保護基準以下です。



特徴2 子育て世代の貧困が深刻 OECDの調査で、四十一〜六十五歳の日本の貧困率は米国よりも高く、トップクラスです(図4)。 総額でも少ない日本の公的社会保障支出は高齢者向けが多く(GDPの八％)、子育て世代向けが少ないため(たつたの〇・八％)、生産年齢人口への社会的支出(GDP)は、OECDでメキシコに次いでワースト二です(図5)。

子育て世代の貧困は、教育や疾病を介して次の世代の貧困の拡大再生産につながるため、公衆衛生上の最優先課題です。 胎児期に栄養状態が悪いと様々な臓器が発育不全になり、若くして、インスリン分泌不全やインスリン抵抗性、グルココルチコイド過剰やレプチン抵抗性、腎機能低下などが起こることはBaker説として広く知られていますが(http://www.scij.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-2010-62-4.pdf)。

出所: OECD「90年代後半のOECD諸国における所得格差と貧困」(2005年2月) 引用: http://pub.ne.jp/nobnob/?entry_id=90115