

口からみえる社会格差



代々木歯科 所長 | 山内 真人 (やまうち まさと)

格差と貧困というフレーズをよく聞くようになりました。今回はそのうちの格差に焦点をあてます。社会的格差は地域全体に影響を与え、低所得者層の健康だけでなく、高所得者層の健康にも悪影響があることを複数の研究が示唆しています。本稿では、はじめに貧困による健康被害の症例と関連研究を示します。次に、格差の指標であるジニ係数を示し、東京23区のジニ係数にも触れます。そして、格差と健康についての研究からソーシャル・キャピタルについて考えます。最後に、格差の広がる社会のなかでの医療について考察をしてみたいと思います。

■ 症例から

2018年4月に50代の男性より代々木歯科に連絡をいただきました。その内容は、「非正規雇用で就労しており、収入が低いために国民健康保険料を払えず滞納をしています。資格証明書が発行されていますが窓口では10割負担であるため、医療機関になかなか受診できておりません。以前より前歯に痛みがあり、腫れもあります。市販薬で凌いできましたが、限界です。民主商工会より紹介され連絡をさせていただきました」というものでした。

この患者さんにはすぐに来院してもらいました。患者さんは都内在住で、職業は音楽家、歯科受診は10年以上されておらず、前回受診時は親知らずの抜歯をしたとのことでした。口腔内は、下顎の前歯を中心に多くの歯が重度の歯周病に罹患しており、複数歯に虫歯がある状態でした。治療については、院内の減免措置を適応させて応急処置を行いました(図1)。

次の患者さんは60代の男性です。歯の痛みを主訴に来院されました。来院時は路上生活者でした。区役所に相談して生活保護制度を活用されて受診されました。口腔内は多数の虫歯が未治療のまま残されており、歯が欠損している部位に入れ歯などの治療もされていませんでした。この患者さんは現役時、中華の料理人として働いていたとのこと。収入が少なく、働けなくなるとアツという間に路上生活者となっていたとのことでした(図2)。

図1 50代男性(非正規雇用)。重度歯周病による自発痛



図2 60代男性(路上生活者)。多数歯にむし歯を認める

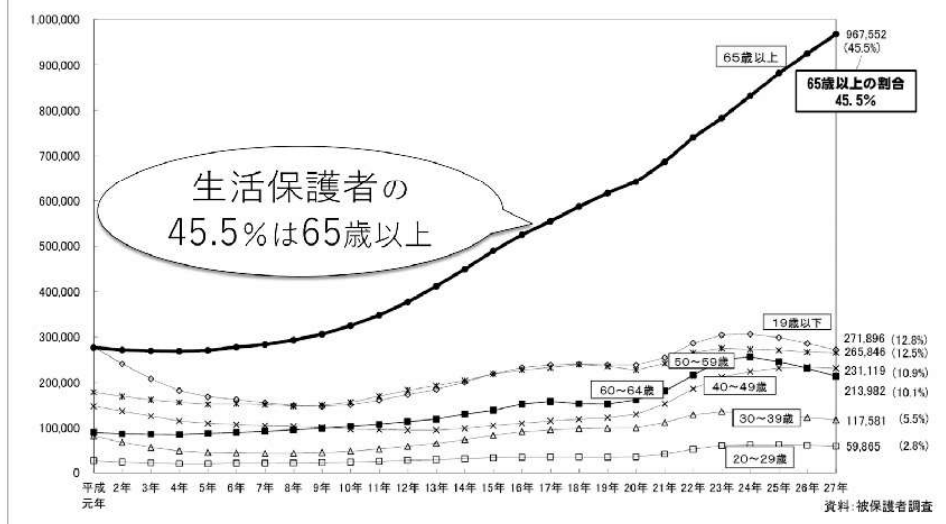


これらの患者さんのように、相対的な低所得は健康に悪影響を及ぼすという研究が多くなされています。特に、医療へのアクセスについては、低所得者(Murata et al, 2010)および非正規雇用労働者(戸田ら, 2007)では受診率が抑制されているとの報告があります。特に歯科においては、所得が低ければ入院治療と比較し、受診率が低くなる傾向が知られています(川添ら, 2007)。

■ 貧困による不健康

Poulton et al. (2002) は、世帯の所得や社会的な状況が健康や生活習慣に影響することを報告しています。性別、年齢のほか、所得や学歴、職業上の地位、婚姻関係などさまざまな社会経済的要因によって疾病リスクや死亡率、健康状態に対する主観的評価、喫煙などの健康行

図3 年齢階層別の生活保護人員年次推移(厚生労働省より引用)

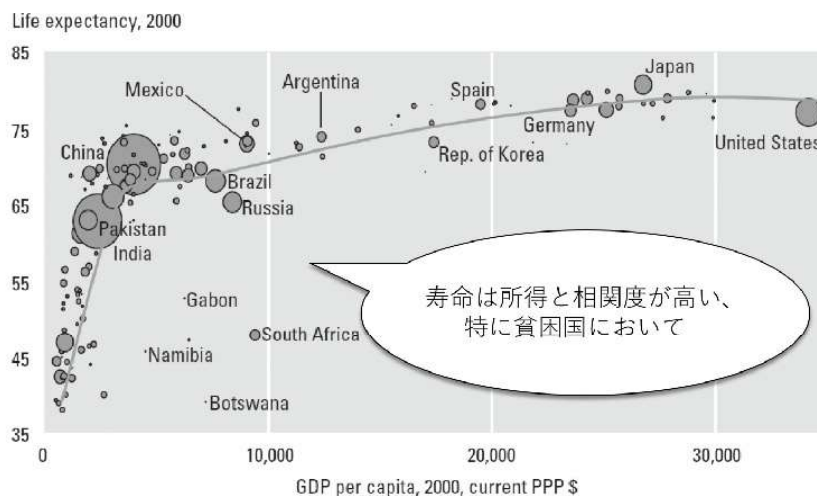


動が大きく左右されます。近年、国内の所得格差の拡大や低所得者層の増加と困窮などが、大きな社会問題として取り上げられています。国内の生活保護人員数は増加傾向であり、その増加率が最も高いのは65歳以上の世帯です(図3)。

そして、貧困そのものが健康に悪影響を与えることが明らかになっています(Chetty, 2016)。図4は世界開発報告(2006)の一部です。縦軸は平均寿命で、横軸は1人当たりGDP(2000年)を表します。GDPが相対的に低い地域では、GDPと平均寿命が比例関係になっていることがわかります。所得および学歴が低い場合に自覚的健康度が低く、慢性疾患の罹患率も高いことが報告されています(kagamimori et al., 2009)。

また、教育年齢の差が死亡率や要介護認定の1.8~3倍リスクの増加に寄与しているとの報告(近藤克則ら2012)や、子ども期の貧困が高齢期のうつ症状の発生率に1.3倍のリスク増加(Tani et al., 2016)、世帯の所得や社会的な状況が健康や生活習慣に影響する

図4 各国の平均寿命(2000年)と1人あたりのGDP(2000年、PPPドル)



(Poulton et al., 2002)、教育・所得・職業・ジニ係数の指標が虫歯の発生に関連する (Morita et al. 2007) などが報告されています。

全日本民医連は『歯科酷書』を発表し、貧困による口腔内の崩壊事例を報告しました。『歯科酷書』は、民医連歯科が治療現場で遭遇した「口から見える格差と貧困」事例を集め、2009年に第一弾、2012年に無料低額診療事業の

利用患者を中心にまとめた第二弾を発表し、今年(2018年)に第三弾を発表しました。社会環境が口腔の健康に影響している問題を告発しています。そして、代々木歯科においても医療扶助を受けている患者における虫歯の罹患指数の調査を行い、その結果、医療扶助により受診した患者さんは、健康保険組合被保険者と比較して有意にDMFT(むし歯罹患歯数)が高値であることを報告しています(図5)。

次に、所得格差が与える健康への影響を考えます。

格差の健康への影響

上記で示したように、貧困は健康に悪い影響を与えます。これは理解しやすいと思います。しかし、格差はどうでしょうか。格差はしばしば貧困と同義に使われますが、本稿では「格差=不平等(富裕層と貧困層の差が大きい)」という意味合いで用いることとします。欧米を中心に2000年代より社会格差が大きい地域での健康への影響が指摘されています。

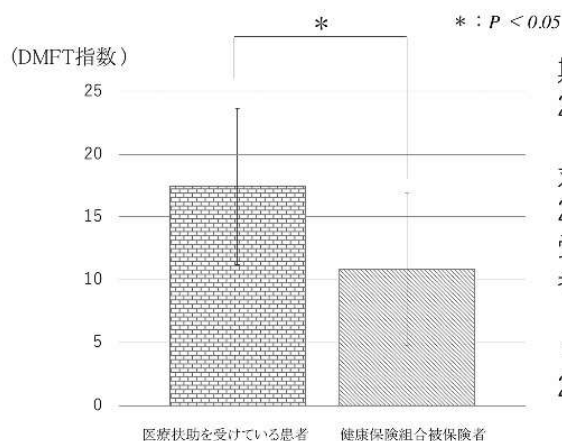
図6 ジルコニア冠による補綴物。
自費診療のため高額



120万円

Kawachi et al.

図5 むし歯の罹患歯数。代々木歯科における所得比較



期間：2013年4月から
2016年9月

対象：
20～49歳の医療扶助を
受けている当院受診患
者 (n=53)

コントロール：
20～49歳の被保険者
(n'=18)

(1997)は社会格差が大きい地域において、人々のつながりが損なわれ、健康が悪化すると危惧しています。

歯科医療制度には一部混合診療が認められています。つまり、美容医療のように自費診療を行うことができます。

図6に示すような高額な治療もあります。これは、ジルコニア冠と呼ばれる自費診療の材料を用いた被せ物です。前歯から奥歯まで綺麗な白い歯を装着することで審美性の回復が期待できます。このように、歯科においてはインプラント治療などを含めて高度先進医療は自費診療となる場合が多く存在します。代々木歯科には、前述の無保険状態の患者さんや路上生活者の患者さんも来院されますし、比較的に高所得の患者さんや、医師、弁護士、議員、大学教員などの患者さんも来院されています。日々の外来を歩引いて俯瞰すると、所得が大きく異なる患者さんが来院されていることに気が付きます。

次に、所得格差を計る指標であるジニ係数を説明した後、この内容について深めたいと思います。

ジニ係数

所得分配の不平等さを測る指標でよく使われるのがジニ係数です。ジニ係数を理解するためにまず、ローレンツ曲線を説明する必要があります。ある国に国民が100人いるとします。縦軸には所得の累積を表します。横軸にその100人を所得が低い人から高い人の順番に並べます。そして、これらをグラフにプロットしたものがローレンツ曲線になります。

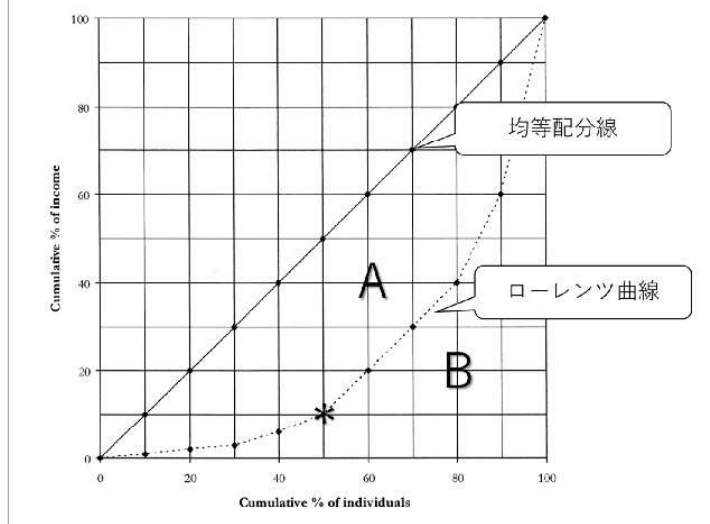
図7はローレンツ曲線の例ですが、この例ではアスタリスク部(*)が、下位50人の人が全体の所得の10%を持っていることを意味しています。全ての人が全く同じ所得であった場合には、ローレンツ曲線は45度の直線(均等配分線)になります。一方で、格差が大きければ、ローレンツ曲線はこの均等配分線からより下向きになります。この均等配分線の下で総面積をA+Bとします。そして、45度線とローレンツ曲線に囲まれた部分の面積をAとします。そうすると、ジニ係数はA/(A+B)となります。

ジニ係数は所得の不平等さの指標です(図8)。全ての人が同じ所得であれば、「ローレンツ曲線=均等配分線」となるため、ジニ係数は0になります。逆に1人が全ての所得を独占していれば、ジニ係数は1になります。つまり、ジニ係数が小さければ平等な社会であり、大きければ格差が大きい不平等な社会であることを意味します。Kondo et al. (2009)は既存の実証研究を比較したメタ分析を行い、ジニ係数が0.3を超えると所得格差が健康に有意な影響を及ぼし始めるという傾向を確認しています。

東京23区のジニ係数

このジニ係数は、身近な地域にも大きく影響しています。代々木歯科や代々木病院のある渋谷区は東京23区内で最もジニ係数の高い特別区です。これは、23区内に

図7 ジニ係数=A/A+B。均等配分線とローレンツ曲線に囲まれた区間(A)と均等配分線の下で面積(A+B)



おいて最も「格差=不平等(富裕層と貧困層の差が大きい)」があるという意味合いです。

2013年の住宅・土地統計調査は、日本の住宅と住宅に居住している世帯の居住実態を調査し、住生活関連施策の基礎資料を得ることを目的とした統計調査ですが、市区町村ごとに収入階層別の世帯数を公表しているため、自治体ごとに世帯収入の格差を概観することができます。東京都区部のジニ係数を計算してみると、上位5位の特別区は渋谷区0.44、世田谷区0.43、文京区0.43、新宿区0.42、中野区0.41というような数値になり

ます(6頁 図9)。最も世帯所得が高い港区は、ジニ係数が高い特別区にはランクインしていません。これは、区内の所得格差が他の区と比較して大きくないことを示します。つまり、多くの方が比較的高所得であるという意味です。このデータは、前述の代々木歯科の外来における高所得の患者さんと低所得の患者さんが来院

図8 ジニ係数は不平等さを図る指標

ジニ係数

- 社会における所得分配の不平等さを測る指標。

- 0.5~0.6：慢性的暴動が
起こりやすいレベル

- 0.4：社会騒乱
多発の警戒ライン

日本は0.37 (2011)

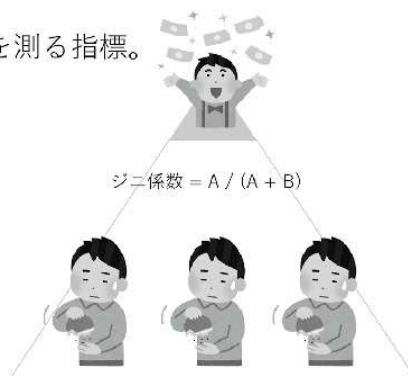


図9 東京23区のジニ係数



される根拠となりそうです。

次に、この社会的な格差が健康にどのように影響をしていくのかを見ていきたいと思います。

格差と健康を結ぶソーシャル・キャピタル

Wilkinson (1992) は所得格差が大きな国ほど平均寿命が短くなる傾向を、Waldman (1992) は所得格差が大きな国ほど乳児死亡率が高くなる傾向を統計的に明らかにしています。その後、所得格差が大きいと社会的な結びつきや連帯感、他人に対する信頼感が弱り、それが人々の健康に悪影響を及ぼすというソーシャル・キャピタル仮説が提唱され、社会疫学的に注目をされています。Ichida et al. (2009) は、知多半島地域に居住する高齢者を対象にした研究から、ソーシャル・キャピタルが所得格差と健康をつなぐ重要な役割を果たしていると指摘しています。つまり、ソーシャル・キャピタルの理解が進めば、格差による健康への悪影響が軽減できるかもしれません。

次に、ソーシャル・キャピタルについて考えたいと思います。

ある60代の女性が初診で来院されました。この患者さんは同世代の女性を連れ添ってしま

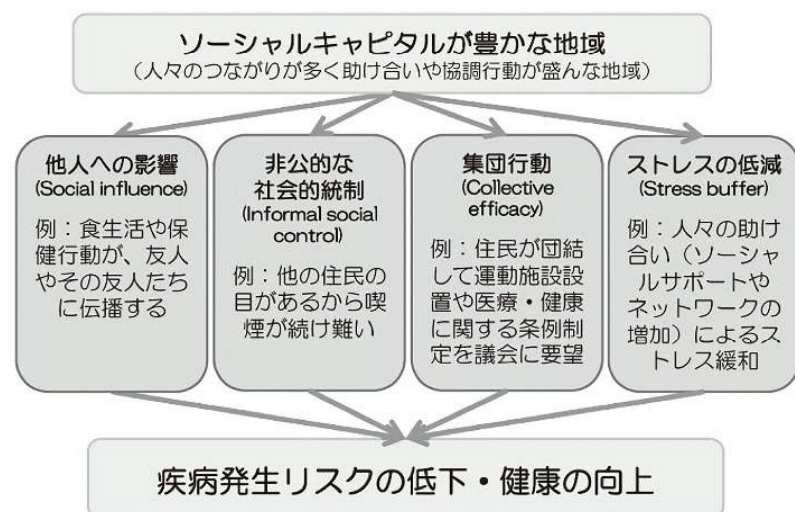
た。そこで、患者さんに「そちらの女性はご姉妹ですか」と伺うと、驚く答えが返ってきました。

一緒に来院された女性は近所に住む方で名前ぐらしか知らないとのこと、世間話をしているときに歯で困っているという話を聞き、連れてきてくれたとのことでした。地域にこのような親切な方がいることはどれだけ心強いでしょうか。

さて、このように地域や社会的な繋がりをソーシャル・キャピタル (Social Capital) といいます。これは、「社会関係資本」などと訳され、社会的な繋がりとそこから生まれる規範・信頼であり、効果的に協調行動へと導く社会組織の特徴 (Putnam, 1993) などと定義されています。このソーシャル・キャピタルは「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」の豊かさなどの指標で測定されています (図10)。ソーシャル・キャピタルが弱い地域に住む女性は、強い地域に住む女性に比べて、要介護状態になるリスクが68%高くなることが報告されています (Aida et al., 2013)。前述の女性のように、支え合い、助け合いのある地域はソーシャル・キャピタルが高い地域であるといえます。

ソーシャル・キャピタルの研究の多くは、欧米によるものです。Chetty et al. (2016) は、アメリカにおける収入と健康 (40歳時の平均余命) に正の相関があることを示唆しています。しかし、まだ日本においては所得格差によ

図10 ソーシャル・キャピタルが健康に影響する上での想定される経路



引用：相田潤、近藤克則：ソーシャル・キャピタルと健康格差.2014

る健康への悪影響は明確とはなっていません。Nakaya and Dorling (2005) は国民消費実態調査(1989)より、英国と比較した研究において、日本では各都道府県の所得格差と死亡率との間に明確な相関関係は認められないと報告しています。いま、世界的にジニ係数が増加傾向にあるといわれています。トマ・ピケティは著書『21世紀の資本』(2013)の中で、所得

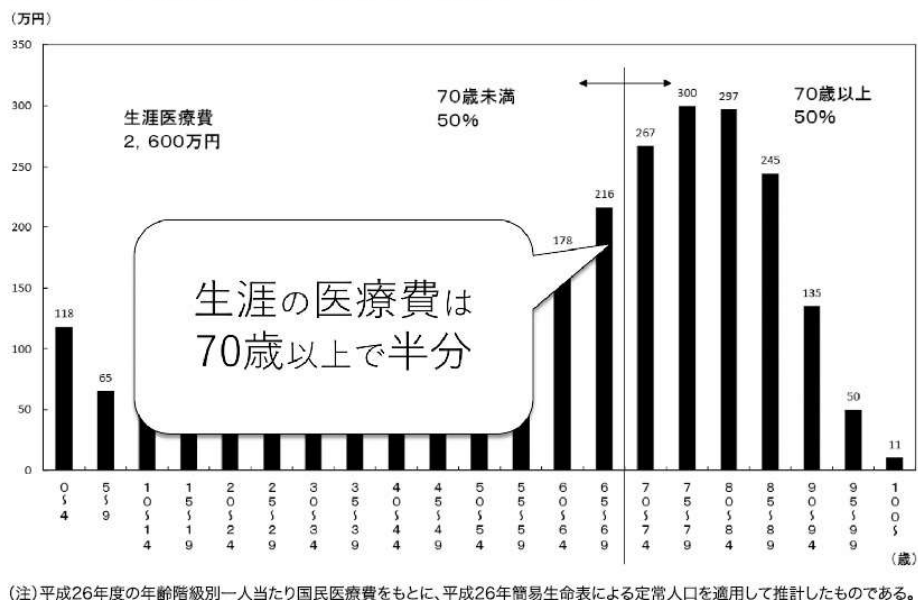
格差は今後も続くと予測しています。Ichida et al. (2009) はジニ係数が大きい地域ほど、ソーシャル・キャピタルが乏しくなる傾向がみられたとの報告をしています。

今後、日本においても社会格差が進んでいく可能性があります。住んでいる地域の所得格差により主観的健康感が悪い危険性が1.9倍、歯の本数が少ない危険性が最大3.4倍高くなること、所得格差の主観的健康感への影響をソーシャル・キャピタルが16%緩和していることを報告しています(Aida et al., 2011)。これは、高所得者層であっても、住んでいる地域の社会的格差が健康に悪影響を与えることを示しています。

社会的要因を考慮した歯科医療に思うこと

今回、所得格差が地域全体に影響を与え、その影響は低所得者層だけではなく、高所得者層の健康にも広がることについて国内外の研究を基にみてきました。日本では、国内の高齢化に伴う社会保障費の増加から、医療費の相対的な削減が進んでいます。図11に示すように、生涯の医療費の50%は70歳以上から必要となります。2025年には日本の団塊の世代が75歳以上となるため、最も医療費が増加すると考えられています。また、2040年には介護費用が最も増加すると想定されています。

図11 生涯医療費(平成26年度推計、厚生労働省より引用)



そこで、厚生労働省は団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指しています。地域包括ケアシステムは、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であると厚生労働省のホームページに記載されています。地域包括ケアシステムの目的は、自助・共助を推進した医療保険制度や介護制度の補填策です。健康格差に対する制度としては想定されていません。ソーシャル・キャピタルは共助の具体策の一つとして、そして、社会的格差の緩衝材と期待されています。現在も2025年に向けて大規模な医療制度改革が進んでいます。持続可能な社会保障制度のためにも自助、共助、公助のバランスが大切ですので、今後とも注視をしていく必要があります。

最後に、症例に示したように歯科臨床は医科の命に係わる疾患と比較して、患者さんの所得による受診抑制につながりやすく、健康への被害が大きくなってから受診されることがあります。これからも社会的な視点を忘れず、健康被害を個人の問題とだけしない視座で臨床を行っていくことが大切だと感じています。