

SDGs目標3 「すべての人に健康と福祉を」

“自己責任、から”社会的責任、 へと変えていこう

3 すべての人に
健康と福祉を



NPO法人東京・まちづくりネット

鹿倉泰祐

SDGsという言葉の日本での認知度は3割程度だそうです。国際的に見ると相当低いです。公立図書館に行ったりするとSDGsのコナーがあったりし

て、そのロゴやデザインの鮮やかさも印象に残りますし、地球環境問題への取組なども紹介されたりしています。

さて、SDGsは「持続可能な開発目標」という意味で、その重要な理念は「我々の世界を変革すること」「だれ一人取り残されない」で持続可能な世界を実現することだとされています。

その実現のため地球規模の課題や国内外で拡大する貧困と格差などを2030年までに解決することを世界各国に求めています。その17のゴールの中のゴール3について、日本が取り組むべき課題は何か、現状はどうなっているのかを考えたいと思います。

ゴール3のスローガンは「あらゆる年齢のすべての人々に健康と福祉を」です。これは、WHO憲章（1946年）、世界人権宣言（1948年）などで掲げられてきた内容ですね。いま、世界は新型コロナウイルス感染症の緊急的な危機にあります。コロナ以前の世界にも健康や福祉の慢性

的な危機があり、そこで、ゴール3では「健康と福祉」の危機に対処するとして、妊産婦の死亡率や新生児死亡率、感染症の根絶、非感染症の削減、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービス）、支払い可能な費用で受けられる状態）の達成など9つのターゲットと、たばこ規制やワクチンへのアクセスなどの4つの実施手段を掲げたのです。

自殺・過労死が多発する日本

日本政府の「健康と福祉」の危機への認識と対処はどうなっているのでしょうか。日本は、内閣総理大臣を先頭にSDGsの「実施指針」を定め、年度毎に「アクションプラン」を決定しています。これらには「人間の安全保障の理念に立脚」「誰の健康も取り残さない」という表現があります。格差社会で拡大する国民の「健康や福祉」についての危機感が

伝わってきません。その認識もその目標もあいまいで、既存の政策メニューを並べて国際的にアピールしているかのようです。

たとえば、「人間の安全保障の理念に立脚」「誰の健康も取り残さない」というなら、直面している深刻な「危機」である自殺問題への対応はどうでしょうか。日本は自殺死亡率が主要先進7か国の中で最も高くなっていますが（『自殺対策白書』2020年版 厚生労働省）、「実施指針」などには項目もありません。

とくに日本の若い世代の自殺が深刻な状況です。15〜34歳の若い世代で死因の第1位が自殺となっているのは先進国では日本のみで、その死亡率も他の国と比べて高く、同様に女性の自殺率も他国より目立って高いのです。

それに加えて、現在のコロナ禍でも、特に女性と子どもの自殺率が急増しています。2020年に自殺した人は全国で合わせて2万1千人を超え、09年以来の

増加に転じています。その理由については、「特に非正規の女性が仕事を失っている上、小学生から高校生の自殺者の増加にも影響していると見られ、非常に懸念される状況だ」と指摘されています（NHK 3月21日 上田路子早大准教授）。

労働現場では「心の病」が増え、心身の健康に悪影響を及ぼす水準の長時間労働が放置され過労死が引き起こされています。労災として申請された自殺は約200件（19年精神障害での請求・未遂含む）ですが、勤務問題が原因動機の一つと推定される自殺者数は1949人です。その理由は「仕事疲れ」「職場の人間関係」（19年警察庁「自殺統計」とされています。長時間労働や残業などで、労働災害も多発しています。脳・心臓疾患での労災請求件数も936件（10年前の09年比で169件増）で過去2番目の多さで、このうち亡くなった方の請求は253件（同16件増）にもなります。

自殺や労働災害は個人の問題ではなく、

その背景に潜む仕事や経済的な要因、健康などの社会の問題が潜んでいます。一人ひとりの健康についても、その置かれている環境など社会経済的な要因に左右されていますから、生活環境や労働環境の改善に努めることは社会の責任です。

貧困と「健康格差」

低所得者、非正規雇用者、受けた教育年数など、社会・経済的な階層が低い集団ほど健康状態が悪いことは国内外のデータであきらかです。その影響は子どもたちにも表れています。

ある調査では、ぜんそくにかかっていた子は年齢、性別が違っても生活保護の受給世帯で多く、一般の子に比べ10倍以上。虫歯や歯肉炎など歯の病気、アレルギー性鼻炎も10倍以上の差があり、格差が比較的小さいアトピー性皮膚炎でも5倍程度の開きがあります。また受給世帯の中でも、ひとり親世帯の子は、ひとり

表1 所得と転倒歴

(%)

	200万円未満	200～400万円	400万円以上
転倒歴あり	26.8	23.4	22.0

表2 所得と高齢者虐待「あり」「疑い」

(%)

	身体的虐待	心理的虐待	経済的虐待	身体または心理 または経済
200万円以下	4.9	23.6	8.4	28.1
200万円より多い	4.0	21.4	6.0	25.0

表3 所得と死亡率

	100万円未満	100～200万円	200～300万円	300～400万円	400万円以上
男	2.05	1.96	1.76	1.48	1

注)「400万円以上」の死亡率を1として算出。高齢者1万644人を3年間追跡したコホート研究。

※ この図で「所得」とあるのは「等価所得」(世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で割った値)出所)『新版格差社会』(佐藤健仁・熊沢由美編著)

親でない世帯の子に比べアトピーが4倍、歯の病気が2倍などで、健康状態が悪かったのです。(19年7月31日 日経新聞)

この調査を行った近藤尚己東大准教授は、「ひとり親の責任を問うのではなく、子育ての面などで追加的な支援をすることで、子どもの健康を改善できる可能性がある」と指摘しています。

別の調査では、年収400万円以上の人と100万円未満の人の死亡率は2倍以上あり、収入とうつや転倒歴、残存歯数、高齢者虐待などとの相関関係

も明確だとされています(愛知老年学的評価研究)。

このような格差は「健康格差」と呼ばれています。人間は生まれ落ちたときから、両親の社会的な状態や、生育時の環境や教育に影響を受けているのです。

WHOは、「健康格差」を生み出す要因について、所得、地域、雇用形態、家族構成の4つが背景にあるとしています。厚労省も健康格差を「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」(国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針「12年」と説明しています。

今年のWHOの世界保健デーのテーマは「健康格差」です。個人にとって健康が重要なことは当然ですが、その一人ひとりの健康を自己責任と考える限り、「健康格差」は解消しません。自己責任論は、医療費や労働力という面からも社会にマイナスの影響を与えることを再認識すべきです。