

Working Paper Series (J)

No.42

剥奪指標と健康についての基礎的集計
— 「生活と支え合いに関する調査」(2017年)を用いて—
**Basic Analysis of Deprivation and Health:
Evidence from a National Survey in Japan**

大津唯

Yui Ohtsu

2021年03月

http://www.ipss.go.jp/publication/j/WP/IPSS_WPJ42.pdf



〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2-2-3 日比谷国際ビル 6 階

<http://www.ipss.go.jp>

本ワーキング・ペーパーの内容は全て執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

剥奪指標と健康についての基礎的集計*

— 「生活と支え合いに関する調査」(2017年)を用いて—

大津 唯 (埼玉大学)

I 本稿の目的

本稿は、剥奪指標と健康の関係を明らかにするために行った、国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017年)の個票データの集計結果を取りまとめたものである。

剥奪指標は、社会における標準的な生活様式を享受するための資源が欠如している状態を測定しようとするものであり〔Townsend(1979)〕、所得などの金銭的貧困指標を補完する非金銭的な貧困指標の一つである。剥奪指標は欧州諸国を中心に政策的な活用が進んでいる国際的な指標であり、日本でも、「子供の貧困対策に関する大綱」において子どもの貧困をモニタリングするための指標として採用されているほか、全国的な剥奪指標の測定を行った研究がある〔阿部(2006)、大津・渡辺(2019)〕。

剥奪指標と健康の関係については、阿部(2014)が日本における個別の剥奪項目と健康水準の相関関係を確認しているほか、Saito et al.(2014)が日本の高齢者を対象とした研究を行い、所得の影響を統御してもなお、剥奪の程度と健康水準に有意な関連性のあることを確認している。所得の影響を考慮してもなお剥奪の程度によって健康水準が異なることは、諸外国における研究でも確認されている〔Chung et al.(2018)など〕。

こうした研究動向を踏まえながら、本研究では、「生活と支え合いに関する調査」(2017年)の個票データを用い、日本において、所得水準と剥奪の程度によって健康水準がどのように異なるのか、高齢者と非高齢者に分けて集計を行った。

II データと変数

1 データ

本稿の分析に用いるデータは、国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017年)の個票データである。同調査は、厚生労働省「平成29年国民生活基礎調

* 本研究は、国立社会保障・人口問題研究所における一般会計プロジェクト「生活と支え合いに関する調査」の成果の一部である。また、本研究の遂行にあたっては、渡辺久里子氏(国立社会保障・人口問題研究所)より助言を頂いた。ここに記して感謝申し上げる。なお、残された誤りは全て筆者の責に帰する。

査]で全国を対象に設定された調査地区(1,106 地区)内から無作為に選ばれた調査地区(300 地区)内に居住する世帯主および18歳以上の個人を対象として、2017年7月1日現在の世帯の状況(世帯票)および個人の状況(個人票)について調査したものである。

集計にあたっては、世帯票と個人票のデータを突合し、個人単位のデータセットを構築した。集計に用いる変数が欠損している場合は、集計対象から除外した。

2 健康に関する変数

本稿では、健康に関する指標として、主観的健康感、活動制限指標、K6を用いた。

主観的健康感は自らの健康状態を主観的に評価する指標であり、「生活と支え合いに関する調査」では、「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という設問に対して、「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」の5択での回答を求めている。本稿では、「あまりよくない」または「よくない」場合を「主観的不健康」と定義し、主観的不健康であるか否かのダミー変数を構築した。

活動制限指標は、「あなたには、過去6か月以上にわたって、周りの人が通常おこなっているような活動について、あなた自身の健康上の問題による制限がありましたか」という設問に対して、「非常に制限があった」、「制限はあったがひどくはなかった」、「全く制限はなかった」の3択で回答を求めるものである。本稿では、「非常に制限があった」または「制限はあったがひどくはなかった」と回答した人について、「活動制限がある」と定義し、制限があるか否かのダミー変数を構築した。

K6は、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングするための指標であり、24点満点中13点以上の場合に重度の精神疾患が疑われる〔Kessler (2013)〕¹。本稿では、13点以上を1、また12点以下を0とするダミー変数を構築した。

3 所得に関する変数

本稿では、所得に関する変数として、等価可処分所得(世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割って調整した所得)を用いた。集計に際しては、これを「100万円未満」「100万円以上200万円未満」「200万円以上300万円未満」「300万円以上」の4カテゴリーに分けた変数と、相対的貧困(等価可処分所得の中央値の50%未満²)か否かの2区分に分けた変数を用いる。なお、ここでは、厚生労働省「国民生活基礎調査」(2018年)の等価可処分

¹ 「神経過敏に感じましたか」、「絶望的だと感じましたか」、「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」、「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」、「何をするのも骨折りだと感じましたか」、「自分は価値のない人間だと感じましたか」、という6つの質問について5段階(「まったくない」(0点)、「少しだけ」(1点)、「ときどき」(2点)、「たいてい」(3点)、「いつも」(4点))で評価し、合計する。

²

所得の中央値の 50%である 127 万円未満の場合を、相対的貧困と定義した。

4 剥奪に関する変数

本稿では、表 1 に示す 22 項目のうち実際に剥奪された項目数を剥奪スコア (Deprivation Score: DS) と定義する。「剥奪された」とは、金銭的理由でその財を所有できなかつたり、その行為を行うことができなかつたりすることを指す。集計に際しては、剥奪スコアが 0、1、2 以上の 3 カテゴリーに分けた変数と、0 および 1 以上の 2 カテゴリーに分けた変数を用いる。

なお、等価可処分所得と剥奪スコアには相関関係があり、所得水準が低いほど剥奪スコアの平均値は高い傾向にある (図 1)。そのため、本稿では所得水準と剥奪の程度の違いを同時に考慮して健康水準を計測する。

III 剥奪指標と健康の関係

本節では、「生活と支え合いに関する調査」(2017 年) の個票データを用いて集計した、等価可処分所得階級 (4 区分) 別かつ剥奪スコア階級 (3 区分) 別の健康水準を確認する。また、サンプルにおける所得と剥奪スコアの分布は表 2 の通りである。なお、附表において、等価可処分所得と剥奪スコアのいずれも 2 区分でみた場合の集計結果も示している。

1 剥奪指標と主観的健康感

図 2 は、主観的不健康の割合を高齢者・非高齢者の別、等価可処分所得の階級別、かつ剥奪スコアの階級別に示したものである。これをみると、高齢者も非高齢者もともに、同じ所得水準であっても剥奪の程度によって主観的不健康の割合は異なり、剥奪の程度が高いほど主観的不健康の割合も高い傾向にあることが分かる。また、剥奪の程度が低い場合は所得水準によって主観的不健康の割合はあまり変わらないのに対し、剥奪の程度が高い場合は所得水準が低いほど主観的不健康の割合が高まる傾向が見て取れる。

2 剥奪指標と活動制限指標

図 3 は、活動制限がある人の割合を高齢者・非高齢者の別、等価可処分所得の階級別、かつ剥奪スコアの階級別に示したものである。これをみると、主観的健康感の場合と同様、高齢者も非高齢者もともに、同じ所得水準であっても剥奪の程度によって活動制限のある割合は異なり、剥奪の程度が高いほど活動制限のある割合も高い傾向にあることが分かる。また、剥奪の程度が低い場合は所得水準によって活動制限のある割合はあまり変わらないのに対し、剥奪の程度が高い場合は所得水準が低いほど活動制限のある割合が高まる傾向にある。

3 剥奪指標と K6

図 4 は、重度精神疾患が疑われる K6 が 13 点以上の人割合を、高齢者・非高齢者の別、等価可処分所得の階級別、かつ剥奪スコアの階級別に集計したものである。主観的健康感や活動制限指標の場合と同じく、高齢者も非高齢者もともに、同じ所得水準であっても剥奪の程度によって重度精神疾患の疑いがある人の割合は異なり、剥奪の程度が高いほど重度精神疾患の疑いがある人の割合も高い傾向にあることが分かる。また、剥奪の程度が低い場合は所得水準によって重度精神疾患の疑いがある人の割合があまり変わらないのに対し、剥奪の程度が高い場合は所得水準が低いほど重度精神疾患の疑いがある人の割合が高まる傾向にある。

IV まとめ

本稿では、剥奪指標と健康の関係を明らかにするために行った、国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017 年)の個票データの集計結果を確認した。

得られた知見は、次の 2 点に集約されよう。

- (1) 同じ所得水準であっても剥奪の程度によって健康水準は異なっており、剥奪の程度が高いほど健康水準は低い傾向にある。
- (2) 剥奪の程度が低い場合は所得水準によって健康水準はあまり変わらないのに対し、剥奪の程度が高い場合は所得水準が低いほど健康水準は低い傾向にある。

これらの傾向は、今回用いた 3 種類の健康指標のいずれにおいても観察された。また、高齢者か否かによって、傾向の違いは見られなかった。

以上の知見は、貧困と健康の関係を明らかにする際に、所得水準だけではなく、剥奪指標も用いて貧困を測定すべきであることが示唆している。このことは、諸外国における研究や〔Chung et al. (2018) など〕、日本の高齢者について分析した Saito et al. (2014) においても指摘されている。しかし、これらの研究では上記(2)の傾向は観察されておらず、そのような相違がなぜ生じたのか、あるいは社会人口学的変数を統御するとどうなるのか、という点も含め、剥奪指標を用いた貧困と健康の関係について更なる分析を行うことは、今後の課題である。

参考文献

- Chung, Roger Yat-Nork, Gary Ka-Ki Chung, David Gordon, Samuel Yeung-Shan Wong, Dicken Chan, Maggie Ka-Wai Lau, Vera Mun-Yu Tang and Hung Wong (2018) “Deprivation is associated with worse physical and mental health beyond income poverty: a population-based household survey among Chinese adults,” *Quality of Life Research*, Vol.27, pp.2127-2135.
- Saito, Masashige, Katsunori Kondo, Naoki Kondo, Aya Abe, Toshiyuki Ojima, Kayo Suzuki and the JAGES group (2014) “Relative Deprivation, Poverty, and Subjective Health: JAGES Cross-Sectional Study,” *PLoS ONE*, Vol.9, No.10, e111169.
- Townsend, Peter (1979) *Poverty in the United Kingdom*, Allen Lane and Penguin Books.
- 阿部彩 (2006) 「相対的剥奪の実態と分析—日本のマイクロデータを用いた実証研究—」『社会政策学会誌』 No.16, pp.251-275。
- 阿部彩 (2014) 「日本における剥奪指標の構築に向けて—相対的貧困率を補完する指標の検討—」『季刊社会保障研究』 Vol.49, No.4, pp.360-371。
- 大津唯・渡辺久里子 (2019) 「剥奪指標による貧困の測定—「生活と支え合いに関する調査」(2017) を用いて—」『社会保障研究』 Vol.4, No.3, pp.275-286。

表1 剥奪項目の一覧

項目名	剥奪者率	普及率
食料	11.5%	88.5%
1日おきに、肉、魚、またはそれに相当するものが食べられる	1.5%	98.5%
衣服	12.9%	87.1%
医療機関受診	0.7%	99.3%
必要な時に医者にかかること	2.0%	98.0%
必要な時に歯医者にかかること	2.7%	97.2%
風邪薬・鎮痛剤・塗り薬などの市販薬が買える	1.6%	98.4%
バスや電車の料金	0.9%	99.1%
自動車	2.6%	97.1%
洗濯機	0.2%	99.9%
カラーテレビ	0.2%	99.9%
電話	0.2%	99.8%
家族人数分のベッドまたは布団	0.4%	99.6%
火災報知器	3.1%	96.1%
部屋の温度調節	3.6%	96.2%
家賃等の支払い	7.3%	92.7%
就職・仕事用のスーツ	1.6%	96.8%
親戚の冠婚葬祭への出席	2.9%	97.0%
年に一度の旅行	25.0%	72.1%
家族のためでなく、自分のために使えるお金	12.1%	87.2%
予期せぬ支出への対応	14.1%	85.3%
生命保険等	6.7%	92.7%

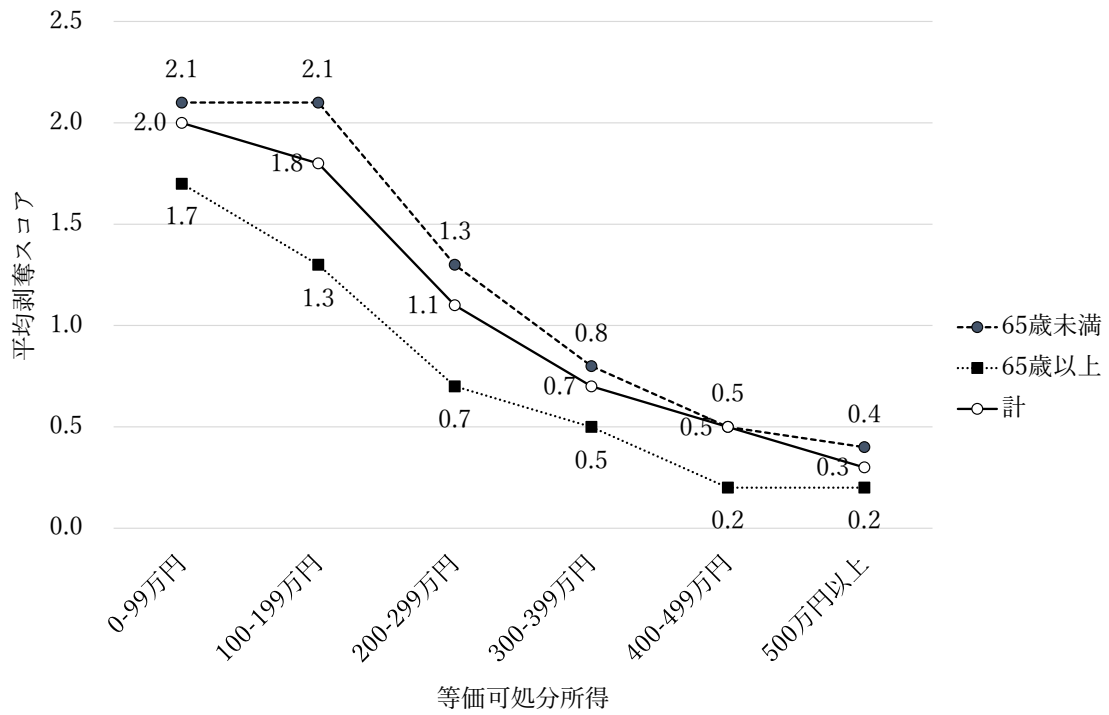
(注) 剥奪者率および普及率の定義は、次の通りである。

$$\text{剥奪者率} = \frac{\text{金銭的理由で所有していない（アクセスできない）と回答した人数}}{\text{全回答者数}}$$

$$\text{普及率} = \frac{\text{所有している（アクセスできる）と回答した人数}}{\text{全回答者数} - \text{「必要ない」と回答した人数}}$$

(出所) 大津・渡辺 (2019) より引用。

図1 等価可処分所得階級別の平均剥奪スコア



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017年)の個票データを用いて筆者集計。

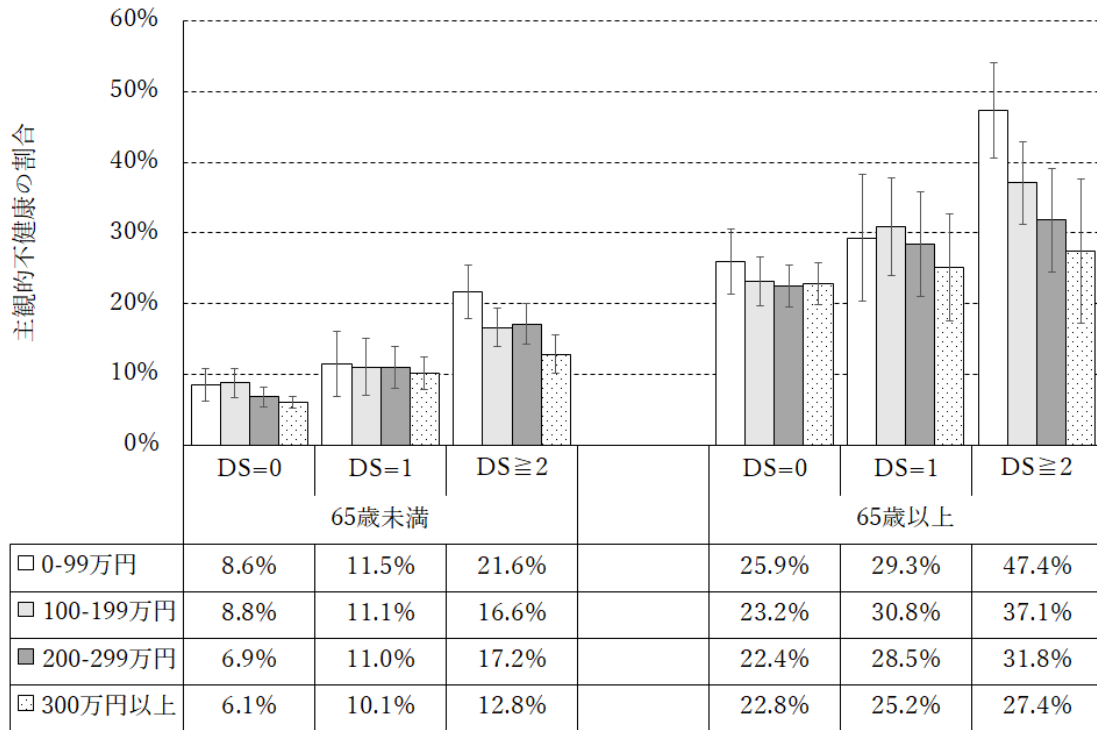
表2 サンプルの構成
 (等価可処分所得階級(4区分)別・剥奪スコア(DS)階級(3区分)別)

	等価可処分所得	DS=0	DS=1	DS \geq 2	計
非高齢者	0~99万円	573	183	453	1,209
	100~199万円	740	235	709	1,684
	200~299万円	1,297	437	676	2,410
	300万円以上	3,434	672	577	4,683
	計	6,044	1,527	2,415	9,986
高齢者	0~99万円	343	99	209	651
	100~199万円	577	172	267	1,016
	200~299万円	771	144	154	1,069
	300万円以上	794	127	73	994
	計	2,485	542	703	3,730

(注) ここでは、等価可処分所得が127万円未満(厚生労働省「国民生活基礎調査」(2018年)における等価可処分所得の中央値の50%)の場合を貧困と定義している。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017年)の個票データを用いて筆者集計。

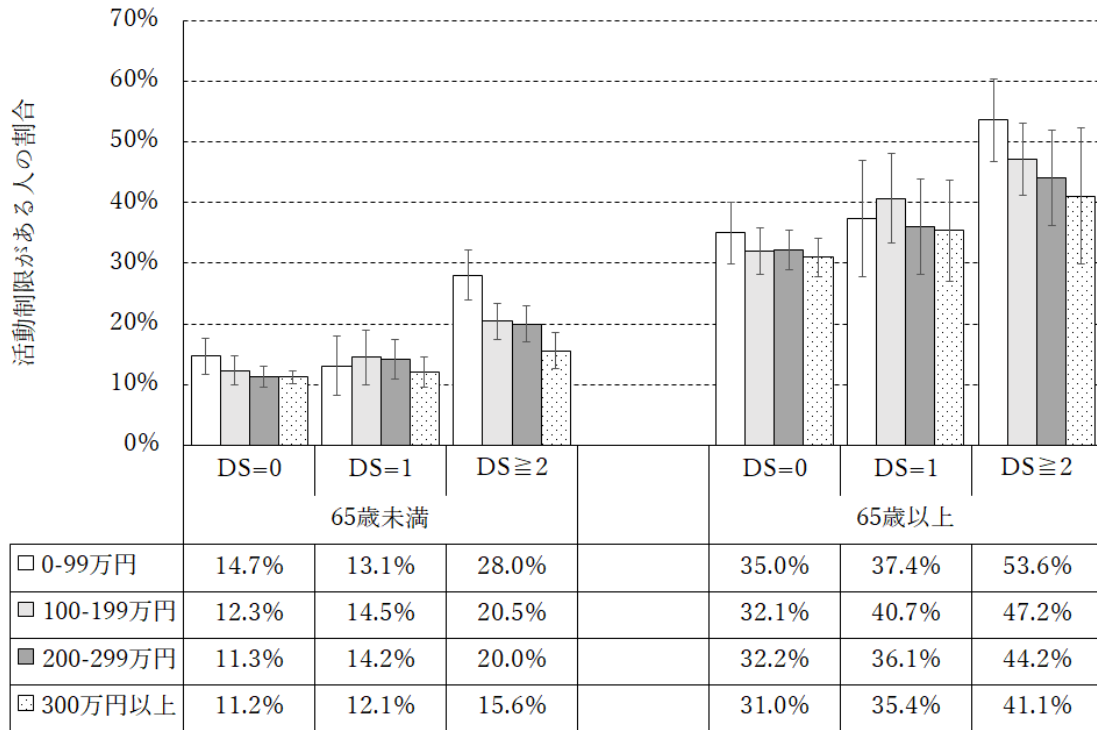
図2 主観的不健康の割合
 (等価可処分所得階級(4区分)別・剥奪スコア(DS)階級(3区分)別)



(注) エラーバーは95%信頼区間を示す。

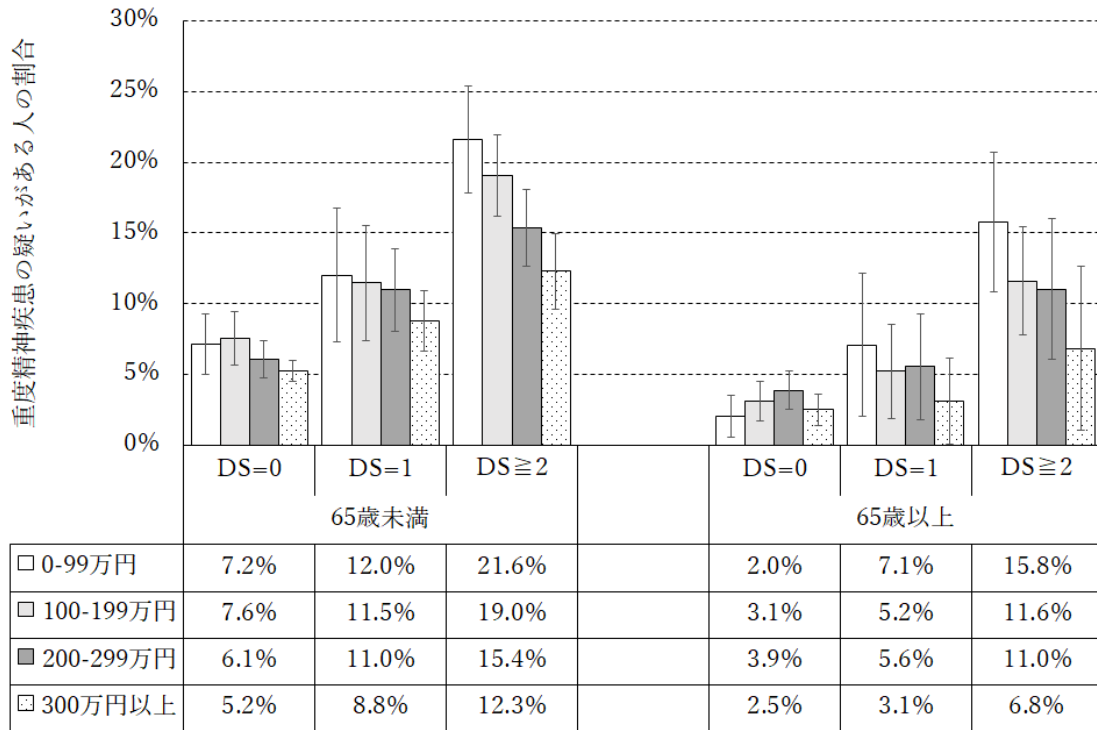
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017年)の個票データを用いて筆者集計。

図3 活動制限がある人の割合
 (等価可処分所得階級(4区分)別・剥奪スコア(DS)階級(3区分)別)



(注・出所) 図2に同じ。

図4 重度精神疾患の疑いがある人の割合
(等価可処分所得階級(4区分)別・剥奪スコア(DS)階級(3区分)別)



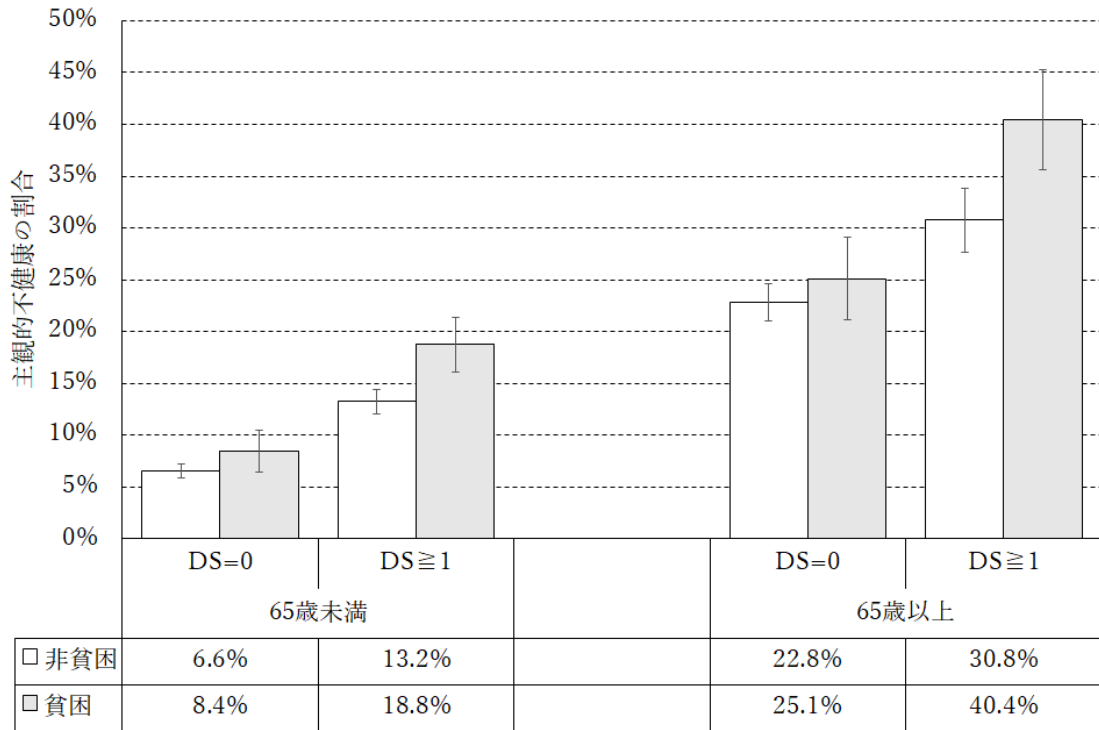
(注・出所) 図2に同じ。

附表1 サンプルの構成
 (等価可処分所得階級(2区分)別・剥奪スコア(DS)階級(2区分)別)

		DS=0	DS \geq 1	計
非高齢者	非貧困	5,321	3,089	8,410
	貧困	723	853	1,576
	計	6,044	3,942	9,986
高齢者	非貧困	2,031	842	2,873
	貧困	454	403	857
	計	2,485	1,245	3,730

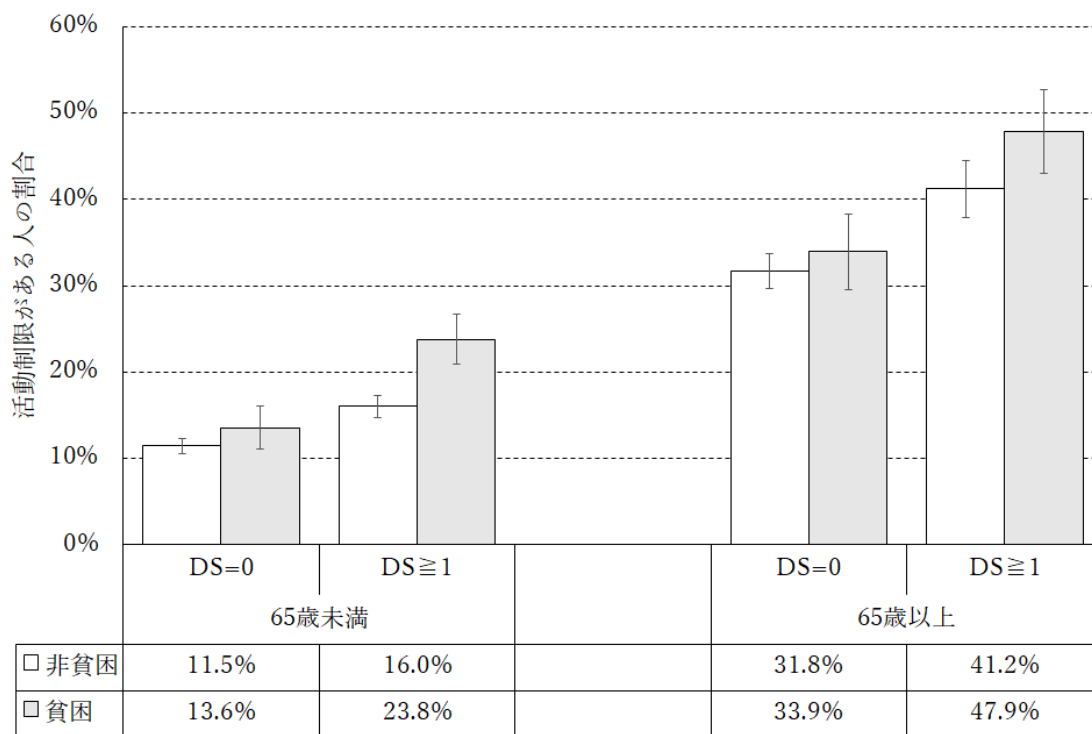
(注・出所) 表2に同じ。

附図1 主観的不健康の割合
 (等価可処分所得階級(2区分)別・剥奪スコア(DS)階級(2区分)別)



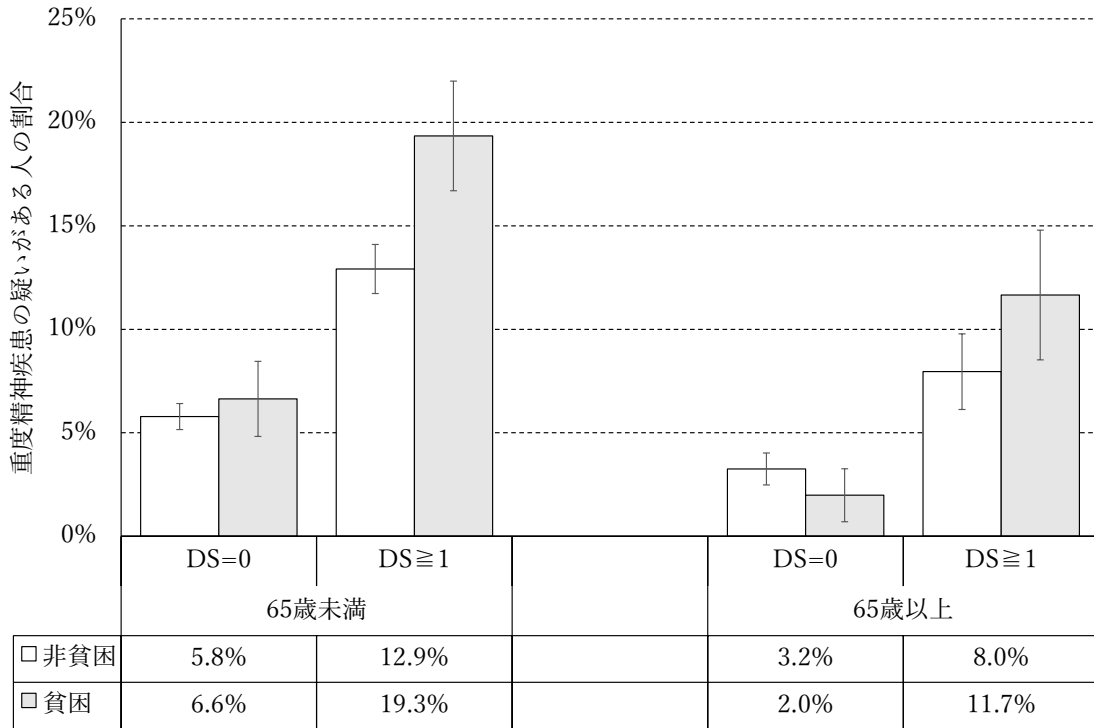
(注・出所) 図2に同じ。

附図2 活動制限がある人の割合
 (等価可処分所得階級(2区分)別・剥奪スコア(DS)階級(2区分)別)



(注・出所) 図2に同じ。

附図3 重度精神疾患の疑いがある人の割合
 (等価可処分所得階級(2区分)別・剥奪スコア階級(2区分)別)



(注・出所) 図2に同じ。