

# 所得と貯蓄から考える人々の経済状況と健康問題



早稲田大学人間科学学術院助教 平原 幸輝

## ～要旨～

これまで、人々の経済状況と健康状態の関連性について研究が行われてきた。本研究では、特に貧困であることがもたらす影響を解明すべく、所得および貯蓄から見た人々の経済状況が、健康状態に与える影響について、「国民生活基礎調査」（2013年）の匿名データを用いた分析を行った。その結果、年齢や、規則的な食事・運動・睡眠といった生活習慣が、人々の健康状態に影響する中で、それらを統制した上でも、人々の経済状況が健康状態に影響する様子が確認された。特に、所得に基づいて分類された貧困層であることは、健康状態の悪化を促進する傾向が有意となっていた。また、健康診断等の受診には身体的健康などに関する健康状態の悪化を抑制させる効果がある中で、費用面での支援などによって貧困層の受診を促進する重要性が示唆された。そして、精神的健康などに関する健康状態については、無料健康相談の取り組みの拡大などの重要性が示唆された。

## 1 はじめに

人々の社会階層などによって、健康状態にも差が生じているといった「健康格差」については、その格差を縮小することが求められてきた。

「健康格差」に関連して、海外では、健康の社会的勾配などに関する形で研究が展開されてきた。例えば、イギリス・ロンドンで働く男性の公務員を対象とした調査結果を分析した、いわゆる Whitehall 研究では、生活習慣等を統制した上で、雇用等級が低くなると、冠動脈性心疾患による死亡率が高くなるといった、人々の経済状況と健康状態が関連性を有していることなどが指摘されている（Marmot et al., 1978）。

その後も研究が蓄積され、経済状況が悪くなく、社会階層が高くない層において、健康状態の良くない状況が多く確認されるといったように、社会階層が、身体的および精神的な意味における健康の社会的勾配に影響を与えていることが指摘されてきたのである（Marmot, 2017）。

日本においては、1990年代後半から2000年代にかけて、所得再分配などの文脈から、所得格差拡大としての格差社会に関心が集まっていた中で、健康分野における格差としての「健康格差」にも焦点が当てられていた。特に、『健康格差社会』（近藤, 2005）を記し、日本の「健康社会」に言及した近藤克則らによる研究が知ら

れている。例えば、高齢者を対象とした調査結果を分析した研究では、低所得層ほど鬱状態の者が多くなる様子などが確認されている（近藤，2007）。そうした成果を踏まえ、成人期の人々の健康については、小児期・青年期の健康資本などとともに、成人期の生活習慣、そして社会経済的状況が、影響を与えている構図などが示されている（近藤，2010）。

こうした日本の健康格差に焦点が当てられてきた中で、政策においてもその縮小が目指されてきた。健康増進法に基づく、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においては、健康寿命の延伸とともに、社会経済的状況などの違いによる健康状態の差としての健康格差について、その縮小を実現することが基本的な方向性として示されてきた。

さて、日本においては、健康に関する公的な統計調査が行われている。そのうちの一つとして、国の基幹統計に含まれる、厚生労働省による「国民生活基礎調査」がある。この調査の結果は、所得格差に関する研究においては、相対的貧困率を算出する際などにも活用される。公的統計の活用の文脈で、近年、その二次的利用も推進される中において、本論文では、「国民生活基礎調査」データを用いた分析に取り組み、改めて、人々の経済状況と健康状態の関連性について確認した上で、それらへの対応を検討していくことを目指す。

## 2 分析の概要

本研究においては、「国民生活基礎調査」（2013年）の匿名データ<sup>1)</sup>を用いた分析を行い、国の基幹統計として把握されている調査結果から、人々の経済状況と健康状態の関連性などについて検証を行う。「国民生活基礎調査」の匿名データを用い、人々の経済状況と健康状態の関連性

などに言及した先行研究としては、平原幸輝（2025）による研究がある。そこでは、1998年と2013年の「国民生活基礎調査」の匿名データを用いた分析を行い、性別や年齢を統制した上でも、貧困層であることが、人々の主観的健康の悪化などに悪影響を与えているものの、富裕層であることは、人々の主観的健康の悪化を抑制することには直結していない様子などが確認されている。人々の経済状況と健康状態の関連性が確認された中で、貧困が健康悪化の要因となっているというこの構図は、1998年データでも2013年データでも確認された。また、その影響力は、1998年から2013年にかけて、強まっていることも確認され、貧困層への健康支援の重要性などが指摘されたのである。

上記の研究は、貧困層に加えて、富裕層の状況を捉えることによって、人々の所得階層と健康状態の関連性を、基幹統計を用いて明らかにするといった点で、意義があった。一方で、対策が必要とされた貧困層について、より詳細な分析を行う余地は残されていた。そこで、先述の研究を第一弾、本研究を第二弾と位置付け、貧困により焦点を当てた分析を進めていくことを目指す。

「国民生活基礎調査」の匿名データにおいては、人々の世帯年収や世帯人員数などが網羅されている。本研究でも、先述の先行研究を踏襲し、世帯年収を、世帯人員数の平方根で割ることによって等価所得を算出した上で、その中央値の2分の1を貧困線として設定し、その貧困線を等価所得が下回る人々を貧困層に分類した。

上記の貧困層は、等価所得という所得によって分類されたものである。一方で、人々の経済状況としては、所得に加えて、貯蓄や資産についても論点となりうる。例えば、退職後の高齢者にとっては、貯蓄や資産が、自身の経済状況

を考える際の大きな部分を占めることなども考えられる。そこで、本研究では、所得だけでなく、資産から見た貧困についての検討を行った先行研究（徳富，2018）による分類を踏襲し、個人の貯蓄額が、先述の貧困線の4分の1を下回る者を、貯蓄貧困層に分類することとした。つまり、現在の貯蓄から見ると、貧困線が設定された生活水準を3ヶ月間維持することは困難となっている人々が、この貯蓄貧困層に分類されることになる。

本分析では、20歳以上を対象として（ $n = 13,400$ ）、この所得と貯蓄から見た人々の経済状況と健康状態の関連性などについて、検証を行っていく。

### 3 所得と貯蓄から見た人々の経済状況と健康状態の関連性

「国民生活基礎調査」（2013年）の匿名データにおいて、人々の経済状況別に、健康状態に関連する質問への回答について、検討を行った。その結果をまとめたものが、表1である。

「国民生活基礎調査」では、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という質問に対して、「ある」「ない」という選択肢から回答させる設問がある。この設問で「ある」と回答した者の割合を確認すると、非貧困層に対して、貧困層の値が高くなっていた。なお、貯蓄貧困層と貯蓄非貧困層はともに

14.5%前後の値を記録していた。

「国民生活基礎調査」では、「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問に対して、「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」という選択肢から回答させる設問がある。いわゆる主観的健康に関する設問である。この設問で「あまりよくない」「よくない」と回答した者を、主観的健康が「悪い」者に分類した上で、その割合を確認すると、非貧困層に対して、貧困層の値が高くなっていた。また、貯蓄非貧困層に対して、貯蓄貧困層の値が高くなっていた。

「国民生活基礎調査」では、「あなたは現在、日常生活で悩みやストレスがありますか」という質問に対して、「ある」「ない」という選択肢から回答させる設問がある。この設問で「ある」と回答した者の割合を確認すると、非貧困層に対して、貧困層の値が高くなっていた。また、貯蓄非貧困層に対して、貯蓄貧困層の値が高くなっていた。

以上のように、人々の経済状況について、所得から見た人々の経済状況と健康状態には関連性があることが示され、貯蓄から見た人々の経済状況と健康状態にも関連性があることが概ね示された。

表1 人々の経済状況と健康状態の関連性

	貧困層	非貧困層	貯蓄 貧困層	貯蓄 非貧困層
日常生活への影響が「ある」	21.0%	13.7%	14.2%	14.6%
主観的健康が「悪い」	20.6%	14.1%	15.7%	14.4%
悩みやストレスが「ある」	51.2%	48.1%	53.5%	47.8%

※「国民生活基礎調査」(2013年)の匿名データより算出。

#### 4 所得と貯蓄から見た人々の経済状況が健康状態に与える影響

人々の経済状況が健康状態にどのように影響しているのかといったことを確認するために、健康状態に関する変数を従属変数に設定した二項ロジスティック回帰分析を行った。

その際、独立変数には、先行研究（平原, 2025）を踏まえて性別や年齢に関する変数を、健康状態に対して社会経済的状況や生活習慣などが影響を与えているという指摘（近藤, 2010）を踏まえて人々の生活習慣に関する変数を、そして、所得や貯蓄から見た経済状況を表す変数

を、それぞれ投入した。生活習慣については、過去1年間に健康診断・健康診査・人間ドックを受診したか否という、健康診断等に関する項目や、日ごろ健康のために行っている習慣・行動に関する項目を、該当・非該当を示すダミー変数を作成し、それぞれ投入した。その結果をまとめたものが、表2である。

日常生活への影響について、性別に関しては、女性と比較して、男性の方が「ある」と回答する傾向が強かった。年齢に関しては、20代と比較して、40歳以上が「ある」と回答する傾向が強かった。健康診断等については、受診してい

表2 人々の経済状況が健康状態に与える影響

	日常生活への影響が「ある」		主観的健康が「悪い」		悩みやストレスが「ある」	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
【性別】（基準：女性） 男性	0.131	1.140 *	0.060	1.061	-0.314	0.730 **
【年齢】（基準：20代） 30代	0.194	1.215	0.139	1.149	0.147	1.158 +
40代	0.491	1.634 **	0.335	1.398 *	0.223	1.250 **
50代	1.056	2.874 **	0.550	1.733 **	0.155	1.167 +
60代	1.405	4.074 **	0.994	2.703 **	-0.241	0.786 **
70代	2.168	8.745 **	1.651	5.213 **	-0.181	0.835 *
80歳以上	2.986	19.808 **	2.131	8.420 **	0.002	1.002
【健康診断等】（基準：受診している） 受診していない	0.335	1.399 **	0.233	1.262 **	0.013	1.013
【生活習慣】 規則正しく朝・昼・夕の食事をとっている	-0.189	0.828 **	-0.163	0.850 *	-0.107	0.898 *
バランスのとれた食事をしている	0.032	1.032	-0.095	0.909	-0.028	0.973
食べ過ぎないようにしている	0.123	1.131 +	0.003	1.003	-0.017	0.984
適度に運動をするか身体を動かしている	-0.586	0.556 **	-0.559	0.572 **	-0.232	0.793 **
睡眠を十分にとっている	-0.187	0.830 **	-0.434	0.648 **	-0.505	0.604 **
【所得から見た経済状況】（基準：非貧困層） 貧困層	0.191	1.210 *	0.170	1.185 *	0.161	1.175 *
【貯蓄から見た経済状況】（基準：貯蓄非貧困層） 貯蓄貧困層 (定数)	0.019	1.019	0.082	1.086	0.122	1.129
	-3.029	0.048 **	-2.354	0.095 **	0.393	1.481 **
$\chi^2$ の2乗値	1059.416	**	653.551	**	475.510	**
-2対数尤度	7453.383		7887.398		13885.699	
Nagelkerke 決定係数	0.174		0.109		0.060	

※「国民生活基礎調査」（2013年）の匿名データより算出。

※「\*\*」は1%、「\*」は5%、「+」は10%水準で、それぞれ有意であることを示している。



る者と比較して、受診していない者の方が「ある」と回答する傾向が強かった。生活習慣に関しては、規則正しく朝・昼・夕の食事をとっている人、適度に運動をするか身体を動かしている人、睡眠を十分にとっている人は、それらを行っていない人と比較して、「ある」と回答する傾向が弱かった。所得から見た経済状況に関しては、非貧困層と比較して、貧困層の方が「ある」と回答する傾向が強かった。なお、貯蓄から見た経済状況に関しては、貯蓄非貧困層と比較して、貯蓄貧困層の方が「ある」と回答する割合は、数値としては高かったものの、10%水準で有意となるほどではなかった。

主観的健康について、年齢に関しては、20代と比較して、40歳以上が「悪い」と回答する傾向が強かった。健康診断等については、受診している者と比較して、受診していない者の方が「悪い」と回答する傾向が強かった。生活習慣に関しては、規則正しく朝・昼・夕の食事をとっている人、適度に運動をするか身体を動かしている人、睡眠を十分にとっている人は、それらを行っていない人と比較して、「悪い」と回答する傾向が弱かった。所得から見た経済状況に関しては、非貧困層と比較して、貧困層の方が「悪い」と回答する傾向が強かった。なお、貯蓄から見た経済状況に関しては、貯蓄非貧困層と比較して、貯蓄貧困層の方が「悪い」と回答する割合は、数値としては高かったものの、10%水準で有意となるほどではなかった。

悩みやストレスについて、性別に関しては、女性と比較して、男性の方が「悪い」と回答する傾向が弱かった。年齢に関しては、20代と比較して、30代・40代・50代が「ある」と回答する傾向が強かった。生活習慣に関しては、規則正しく朝・昼・夕の食事をとっている人、適度に運動をするか身体を動かしている人、睡眠

を十分にとっている人は、それらを行っていない人と比較して、「ある」と回答する傾向が弱かった。所得から見た経済状況に関しては、非貧困層と比較して、貧困層の方が「ある」と回答する傾向が強かった。なお、貯蓄から見た経済状況に関しては、貯蓄非貧困層と比較して、貯蓄貧困層の方が「ある」と回答する割合は、数値としては高かったものの、10%水準で有意となるほどではなかった。

以上のように、身体的健康などに関する健康状態については、年齢、健康診断受診の有無、生活習慣などに加えて、経済状況が影響を与えている構図が確認された。貧困層であることも貯蓄貧困層であることも共に健康悪化につながっていることが、係数の符号の正負から示唆された中で、貯蓄貧困層についてはその影響力が10%水準では有意にならなかったものの、貧困層については5%水準で有意と認められた。精神的健康などに関する健康状態については、年齢、生活習慣などに加えて、経済状況が影響を与えている構図が確認された。貧困層であることも貯蓄貧困層であることも共に健康悪化につながっていることが係数の符号の正負から示唆された中で、貯蓄貧困層についてはその影響力が10%水準では有意にならなかったものの、貧困層については5%水準で有意と認められた。

## 5 身体的健康等に関する支援の検討

経済状況が厳しいことは、生活習慣等を統制しても、健康状態に悪影響を与えている中で、貯蓄に関しては有意とはならなかったのに対して、所得に関しては有意と認められた。この点において、貯蓄以上に、いわば目の前の経済状況としての、所得における困窮が、健康状態に直結していると考えられる。

そうした構図の中で、健康診断等の受診が、

表3 人々の経済状況と健康診断等未受診の理由

	貧困層	非貧困層	p 値
知らなかったから	3.1%	2.9%	0.720
時間がとれなかったから	17.4%	20.6%	0.022
場所が遠いから	3.2%	1.6%	0.001
費用がかかるから	18.8%	12.8%	0.000
検査等に不安があるから	3.6%	3.2%	0.606
その時、医療機関に入通院していたから	9.5%	8.7%	0.381
毎年受ける必要性を感じないから	7.7%	9.6%	0.057
健康状態に自信があり、必要性を感じないから	9.1%	8.9%	0.832
心配な時はいつでも医療機関を受診できるから	30.8%	34.8%	0.017
結果が不安なため、受けたくないから	5.6%	3.8%	0.015
めんどうだから	19.8%	18.8%	0.477

※「国民生活基礎調査」(2013年)の匿名データより算出。

身体的健康などを含む健康状態悪化を抑制する様子も捉えられていた。そうした効果のある健康診断等について、「国民生活基礎調査」では未受診の理由も尋ねている。ここでは、その設問を用い、人々の所得から見た経済状況との関連性について検討する。具体的には、貧困層と非貧困層について、該当者の割合を比較し、 $\chi^2$ 検定を行った。その結果をまとめたものが、表3である。

その結果、非貧困層と比較して、貧困層が、該当する割合が5%水準で有意に高いと認められた項目は、「費用がかかるから」「場所が遠いから」「結果が不安なため、受けたくないから」であった。

「場所が遠いから」「結果が不安なため、受けたくないから」といった項目からは、健康診断等の実施場所や、健康診断等のそもそもの重要性などについて、改めて周知することの必要性が示唆される。

そうした中において、貧困層と非貧困層で乖離が特に大きかったのが、「費用がかかるから」であった。貧困に分類される所得状況の人々にとっては、健康診断等にかかる費用は、経済負担が大きく、受診の障壁となってしまう

可能性がある。この点については、身体的健康などを含む健康状態悪化の深刻化を早期に抑制するという意味において、無料健康診断の更なる展開を含む、低所得層を対象とした健康診断等受診に向けた費用面での支援といった貧困支援も有効であると考えられる。

## 6 精神的健康等に関する支援の検討

一方、精神的健康などを含む健康状態の悪化に関連して、悩みやストレスの有無に対しては、健康診断等の受診が、有意になるほどの抑制の効果があるわけでは必ずしもないことが確認された。この点において、健康診断等以外の方法についても検討する必要があるだろう。

「国民生活基礎調査」では、悩みやストレスに関する相談先についても尋ねている。ここでは、その設問を用い、人々の所得から見た経済状況との関連性について検討する。具体的には、貧困層と非貧困層について、該当者の割合を比較し、 $\chi^2$ 検定を行った。その結果をまとめたものが、表4である。

その結果、非貧困層と比較して、貧困層が、該当する割合が5%水準で有意に高いと認められた項目は、「病院・診療所の医師に相談してい

表4 人々の経済状況と悩みやストレスなどの相談先

	貧困層	非貧困層	p 値
家族に相談している	38.3%	50.6%	0.000
友人・知人に相談している	32.6%	35.5%	0.076
職場の上司、学校の先生に相談している	3.5%	6.3%	0.000
公的な機関の相談窓口を利用している	4.2%	3.0%	0.032
病院・診療所の医師に相談している	18.8%	15.0%	0.002
職場の相談窓口等で相談している	3.1%	3.5%	0.515
相談したいが、誰にも相談できないでいる	7.3%	4.4%	0.000
相談したいがどこに相談したらよいかわからない	4.3%	2.6%	0.002

※「国民生活基礎調査」(2013年)の匿名データより算出。

る」「公的な機関の相談窓口を利用している」であった。また、そもそも「相談したいが、誰にも相談できないでいる」「相談したいがどこに相談したらよいかわからない」という項目についても、有意となった。

非貧困層の半数以上が、悩みやストレスを「家族に相談している」のに対して、貧困層は家族に相談しにくい状況が確認された。そうした中で、貧困層は誰に相談する傾向が強いのかという点については、非貧困層に対して、病院・診療所の医師、公的な機関の相談窓口などに相談する傾向が強くなっていた。また、相談したいという思いはありつつも、どこに相談すべきかわからないといったことを背景に、他者への相談に至っていないといった傾向も、貧困層においては強く見られていたのである。

身内にもなかなか悩みやストレスについて相談しにくい貧困層もあり、彼らが病院・診療所や公的機関の相談窓口にそうした悩みを打ち明ける傾向が強い中で、貧困層を対象とした無料相談の拡充なども有効となると考えられる。また、相談したいという思いがありつつも、相談できていない状況を鑑みるに、悩みやストレスに関する相談体制が展開されていることを、職場を含めた様々な場を通じて、周知していくことも重要であろう。

## 7 おわりに

さて、「国民生活基礎調査」の匿名データを用いた分析を行った研究は、第一弾に位置付けられる研究を、より貧困層に着目する形で発展させた第二弾にも位置付けられると先述したが、その結果、以下のような知見が得られた。

まず、第一弾では検討の不足していた生活習慣等が健康状態に与える影響について、規則正しい食事・運動・睡眠が、身体的にも精神的にも健康状態の悪化を抑制しうることが示された。また、健康診断等を受診すること自体にも身体的健康などを含む健康状態の悪化を抑制する効果があると示された。

その上で、貧困により焦点を当てた本研究では、人々の経済状況として、所得に基づく分類と、貯蓄に基づく分類を検討した。どちらの側面においても、経済的困窮は、健康状態の悪化を促進しうるのが、係数の符号の正負から確認された。特に、所得の多寡によって分類された貧困層であることは、身体的にも精神的にも健康状態の悪化に繋がりうる傾向が有意であると確認された。貯蓄以上に、目の前の経済状況としての所得が、健康に寄与しているという構図からは、所得を踏まえた施策の重要性が改めて示唆された。

加えて、健康診断等の受診が、身体的健康などを含む健康状態の悪化を抑制しうる中で、そ

の健康診断等の受診について所得の観点から分析を行い、その効果が有意とはならなかった精神的健康などを含む健康状態については、その相談先について所得の観点から分析を行った。その結果、健康診断等の受診促進のために費用面などでの支援を行っていくことの重要性や、悩みやストレスに関する無料相談体制を拡充することの重要性などが指摘された。無料での健康診断や健康相談の取り組みを拡大していくことなどが、貧困層の将来的な健康悪化を未然に防ぎうるという意味で重要であり、そうした取り組みの実施やそもそもの重要性などについて、周知していくことも重要であると示された。

所得から見た経済状況として、貧困であるということは、年齢や生活習慣などを統制しても、健康状態悪化の確率を高めているといった本分析の知見を踏まえると、貧困層への健康支援を拡充することの重要性は明らかである。現行の制度として、低所得層などを対象とする診療事業なども展開されてきた中で、健康診断や健康相談も対象に入れるといった制度の拡充なども、有効な対策の一つと考えられる。ただ、そうした制度変更に伴う費用対効果の検証なども必要になると考えられ、そうした検証・検討については今後の課題とする。

## 【注】

- 1) 本研究にあたっては、厚生労働省より「国民生活基礎調査」の平成25年の匿名データの提供を受けた（管理番号：4004502021001）。

## 【参考文献】

- Marmot, M. G., G. Rose, M. Shipley & P. J. Hamilton. 1978. "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants." *Journal of Epidemiology and Community Health* 32 (4) : pp. 244 – 249.
- Marmot, M. 2017. "The Health Gap : The Challenge of an Unequal World : the argument." *International Journal of Epidemiology* 46 (4) : pp. 1312 – 1318.
- 近藤克則. 2005. 『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか』医学書院.
- 近藤克則. 2007. 『検証「健康格差社会」——介護予防に向けた社会病学的大規模調査』医学書院.
- 近藤克則. 2010. 『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新聞出版.
- 徳富智哉. 2018. 「所得と流動資産を用いた貧困分析」. 『社会保障研究』3 (2) : pp. 286 – 298.
- 平原幸輝. 2025. 「健康の要因としての貧困および富裕に関する分析——『国民生活基礎調査』の匿名データを用いて」. 『厚生指標』71 (14) : pp. 1 – 6.
- ひらはら ゆうき  
早稲田大学人間科学学術院助教。早稲田大学大学院人間科学研究科博士後期課程修了。博士（人間科学）。テレビ東京、せたがや自治政策研究所を経て、2024年より現職。共著として「Inequality and Urban Space」(Routledge)、分担執筆として『格差社会と都市空間』（鹿島出版会、橋本健二・浅川達人編）がある。最近の論文として、「都市空間における所得格差と政治の関連性」（『年報社会学論集』37号）、「健康の要因としての貧困および富裕に関する分析」（『厚生指標』71巻14号）、「ハング・パラメント再来の現場としての都市空間」（『日本都市社会学年報』43号）などがある。他は[https://researchmap.jp/yuki\\_hirahara](https://researchmap.jp/yuki_hirahara)を参照。