

OECD 報告書サマリー「肥満と予防の経済学 - 肥満ではなく健康を - 」

OECD 東京事務所 2010年9月23日発表を読む

肥満と予防の経済学:肥満ではなく健康を (FIT, NOT FAT)

1. (1) OECD の新報告書「肥満と予防の経済学: 肥満ではなく健康を (FIT, NOT FAT)」は、現在の肥満蔓延の規模と特徴、市場の力と政府のそれぞれの役割と影響、肥満撲滅対策の影響などについて調査したものです。

(2) 本報告書では、OECD11 カ国から入手可能な肥満に関する最も詳細なデータの分析・比較が初めて提示されています。この中には、5 カ国で実施されている様々な肥満撲滅対策の健康面と経済面への影響について OECD と世界保健機関 (WHO) が共同で行った独自の分析も含まれています。

(3) 2010年10月7～8日にパリの OECD で開かれる保健大臣会合で本報告書について議論される予定です。

(4) 肥満は、大半の OECD 諸国で公衆衛生上の最大の脅威になりつつある。重度の肥満者は正常体重者より寿命が8～10年短い。これは喫煙者とほぼ同じで、体重が15キロ増える毎に早期死亡リスクは約30%増加する。調査によれば、欧州10カ国では、肥満になると普通の活動的な生活ができなくなる確率は倍増する。

(5) 肥満は費用がかかり、医療制度の負担になる。肥満者の生涯医療費は正常体重者より25%以上多く、肥満が亢進するにつれて急増する。しかし、平均余命が非常に短いため、肥満者の生涯医療費は正常体重者より少ない(オランダの調査によれば13%少ない)が、平均すると喫煙者よりは多い。大半の国で総医療費の1～3%は肥満によるものと推計されており(米国では5～10%)、医療費は今後、肥満関連疾患の増加に伴い急増すると見られる。

2. 肥満の動向 - 過去と未来

- (1) 1980年まで、肥満者の割合は10人に1人未満であった。その後、多くの国で肥満率は2倍から3倍に上昇しており、約半数の OECD 諸国では今や2人に1人が過体重ないし肥満になっている。近年の傾向が続けば、少なくとも一部の OECD 諸国では今後10年以内に3人に2人以上が過体重ないし肥満になると予測されている。

(2) 18 世紀以降、所得、教育、生活環境が徐々に向上するとともに、身長は伸び、体重は増えている。体重の増加は我々の祖先の健康と寿命に大きな恩恵をもたらしたが、今や驚くほど多くの人々が、体重がそれ以上増えると危険な一線を越えてしまっている。

3 . 誰が肥満になるか、その社会的影響はどうか

(1) 肥満率は男性より女性の方が高いが、大半の OECD 諸国で男性の肥満率は女性の肥満率より上昇ペースが速くなっている。

(2) 肥満率は貧困層や低学歴層の方が高い。一部の OECD 諸国では、低学歴女性の過体重率は高学歴女性の過体重率より 2 ~ 3 倍高いが、男性の場合はその差がもっと小さい、または差が無い。

(3) 社会格差は、英国、フランス、米国では子ども（男子、女子とも）にもあるが、韓国ではない。

(4) 少なくとも片親が肥満の子どもは、肥満率が 3 ~ 4 倍高い。これは遺伝による面もあるが、子どもは一般に親と不健康な食生活や座ってばかりのライフスタイルを共有しており、その影響が肥満の拡大の重要な役割を果たしている。

(5) 多くの肥満者は、不健康なばかりでなく、就職の見通しも暗い。雇用主は、肥満者は正常体重者より生産性が低いという思い込みなどから、肥満の就職志望者より正常体重の就職志望者を選好するからである。これが雇用格差や賃金格差の一因になっている。米国では、女性全体の失業率は 30%強に過ぎないが、重度の肥満白人女性の失業率は 40%を超えている。肥満者の所得は正常体重者の所得より最大で 18%少ない。肥満者は、正常体重者に比べると、より多くの休暇をとる必要があり、障害給付金の申請率が高く、往々にして労働生産性が低い。北欧諸国では、肥満者の障害年金受給率は他の者より最大で 3 倍高く、米国では、肥満者の短期障害罹患率が他の者より 76%高い。医療費に生産ロスを加えると、米国の場合、肥満は GDP の 1%以上を占める。

4 . 肥満はどのように問題化したか

(1) 肥満の蔓延を招いているひとつの「決定的な原因」はない。それ自体では無害な一連の変化が相まってじわじわと災厄をもたらしているのである。食料供給の増加、食料生産の大変革、巧みな販売促進と広告宣伝の持続的な利用などにより、カロリー単価が劇的に低下するとともに、インスタント食品などを手軽に入手できるようになっている。同時に、労働・生活環境の変化により、生の食材から伝統的な食事を作る人々も減っている。肉体労働の減少、女性労働者の増加、ストレスや雇用不安の高まり、労働の長時間化などの全てが、直接的・間接的に、

肥満の蔓延を招く生活様式の変化をもたらしているのである。

(2) 迂闊なことに、政府の政策も一定の役割を果たしている。例えば、食品価格に影響を及ぼしている補助金（農業補助金など）や税制、マイカーの利用を奨励し、歩いて職場に行くことを奇異なこととしている運輸政策、職場への通勤を普通のこととし、生鮮食料品店がなく、ファストフード店が多く、遊び場やスポーツ施設がほとんどない都市地域を生み出している都市計画政策などである。

5. 政府と市場は健康増進に何ができるか

(1) 政府は、新しい健康的な選択肢の提供や、既存の選択肢をより利用し易く、より安価にすることで、人々のライフスタイルの変更を後押しすることができる。また、啓蒙活動や教育、情報提供などを通じて、健康的な選択肢をより魅力的なものにすることもできる。こうした穏便なアプローチは費用がかかる上、実施することも監視することも難しい。規制や財政措置による、もっと強硬なアプローチの方が透明性は高いが、全ての消費者に無差別的に影響するので、政治的コストや福祉コストが高いついてしまう可能性がある。また、整備・執行が難しい上、逆進的効果をもたらす可能性もある。

(2) OECD 諸国とその他の EU 諸国を対象にした国家政策調査によれば、各国政府とも健康的な食と活動的な文化生活を促進する取り組みを強化している。大半の政府は、給食の変更や自動販売機の入れ替え、体育館などの改善、健康教育など、学齢期の子どもを対象にした取り組みを行っている。また、多くの政府は、栄養ガイドラインや、自転車や徒歩など「活動的な交通」や活動的な余暇を奨励する健康増進メッセージなどの普及にも努めている。各国政府とも、複雑な規制プロセス、執行コスト、基幹産業と対立する恐れなどから、規制や財政措置の利用には消極的である。

(3) 雇用主、食品飲料業界、医薬品業界、スポーツ業界など、民間部門も一定の役割を果たさなければならない。各国政府は食品飲料業界に対し、食品生産法の変更による特に不健康な食材（飽和脂肪や塩分過多など）の使用回避、多過ぎる 1 人分の分量削減、健康的な代替メニューの提供、特に子どもなどの社会的弱者向け広告の制限、消費者への食品成分表示など、対策を講じるよう要求している。

6. 最も効果的な対策は何か、そのコストはどうか

(1) 健康教育と健康増進、規制と財政措置、家庭医によるライフスタイルに関するカウンセリングといった政府の肥満対策は、OECD 諸国の医療制度によって現在提供されている数多くの治療より優れた投資である。これらの対策を肥満を決定する要因を対象にした包括的かつ様々な年齢層向けの予防戦略の中に取り込めば、安価で費用対効果の高い解決策を提供することが

でき、各措置を別々に実施する場合より総合的な健康増進を大幅に高めることができる。肥満対策のコストは、メキシコでは1人あたり12ドル、日本と英国では19ドル、イタリアでは22ドル、カナダでは32ドルに過ぎない(図3参照)。これは、これらの国々の医療費のほんの一部であり、OECD諸国が現在予防に充てている医療関連予算のわずか3%である。包括的な戦略を実施すれば、慢性疾患による年間死亡者数を日本では15万5,000人、イタリアでは7万5,000人、英国では7万人、メキシコでは5万5,000人、カナダでは4万人、減らすことができる(図2参照)。また、慢性疾患の発症を遅らせたり、予防したりすることで、障害を減らしたり、生活の質を改善したりすることもできる。この対策パッケージに含まれる最も効果的な対策は、家庭医による個人カウンセリングである。ただし、政府の規制、税金、補助金の方がはるかに低コストで健康増進をもたらすことができる。

(2)対策は健康寿命の延びと医療費の削減につながる。しかし同時に、これは、高年齢層が長寿化し、医療ニーズが高まることも意味する。したがって、効果的な肥満予防政策が総医療費の大幅削減をもたらす可能性は低く、せいぜい主要慢性疾患の総医療費を約1%削減できる程度であろう。とはいえ、予防の第一義的な目標は国民の健康増進と長寿化であり、我々の分析結果は、政府の対策が効果を発揮し得ることを示しているのである。

7. 肥満ではなく健康な(Fit, not Fat)未来を期待できるか

(1)肥満の決定的な原因が存在しないように、肥満を治療する特效薬もない。20年前、疫学者のジェフリー・ローズは、国民の平均体重を1.25%(体重70キロの人で900グラム未満)でも減らせれば、肥満者数は25%減る、と推計した。しかし残念なことに、これまでに試されたいかなる戦略も、そのみでは、そんな些細な成果すら上げられずにいる。効果的な予防戦略は、補完的な強みである集団アプローチ(population approach) - 健康増進キャンペーン、税金、補助金、政府の規制 - と家庭医によるカウンセリングなどの個人アプローチを組み合わせ、健康行動の基準に関する人々の意識を変えなければならない。

(2)「多様な利害関係者(multi-stakeholder)」アプローチの採用は顕著な前進であり、この場合、慢性疾患を予防し、民間部門の関与と貢献を奨励する取り組みの全体的な管理統制はあくまでも政府が維持する。肥満と関連の慢性疾患を撲滅するには、全ての利害関係者の全面的な協力が必要とされる。しかし、多くの利益相反が生じるということは、妥協が必要ということであり、負け組も生まれる。失敗すると、将来の世代に重い負担を課すことになる。

8. 肥満と予防の経済学に関する主な要因のまとめ

(1)約半数のOECD諸国で、2人に1人が今や過体重ないし肥満である。肥満率はさらに上昇する見込みで、一部の国では10年以内に3人のうち2人が肥満になる。

- (2) 肥満者は正常体重者より年間医療費が 25%多い。大半の OECD 諸国で肥満は総医療費の 1 ~ 3%を占める (米国では 5 ~ 10%)。
- (3) 重度の肥満者は正常体重者より 8 ~ 10 年早期に死亡する可能性が高い。
- (4) 低学歴女性の過体重率は高学歴女性より 2 ~ 3 倍高いが、男性の場合にはほとんど差がない。
- (5) 肥満者の所得は非肥満者より最大で 18%少ない。
- (6) 少なくとも片親が肥満の子どもは肥満率が 3 ~ 4 倍高い。
- (7) 包括的な予防戦略により、慢性疾患による年間死亡者数は日本で 15 万 5,000 人、イタリアで 7 万 5,000 人、英国で 7 万人、メキシコで 5 万 5,000 人、カナダで 4 万人、減少する。
- (8) 包括的な予防戦略の 1 人あたり年間コストは、メキシコで 12 ドル、日本と英国で 19 ドル、イタリアで 22 ドル、カナダで 32 ドルとなる。これら 5 カ国の予防により生きられる生存年数 1 年あたりコストは 2 万ドル未満である。

[コメント]

国民一人ひとりの健康の維持と、国民一人ひとりがいつまでも若々しく生きるために、また、国家や地方財政、保険制度の破綻を回避し、正常に機能する社会、持続可能な社会を形成するために、国民一人ひとりが、また、国や自治体、企業や地域社会が自覚を持って肥満の問題と対峙することが求められる。本書は、その警鐘を打ち鳴らしてくれた。本報告書から大いに学ぶべきと考える。

- 2010 年 10 月 9 日 林 明夫記 -