

提言

わが国の健康の社会格差の現状理解
とその改善に向けて



平成23年（2011年）9月27日

日本学術会議

基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同

パブリックヘルス科学分科会

この提言は、日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会

委員長	岸 玲子	第二部会員	北海道大学大学院医学研究科教授
副委員長	實成 文彦	連携会員	山陽学園大学副学長
幹 事	小林 章雄	連携会員	愛知医科大学医学部教授
幹 事	小林 廉毅	連携会員	東京大学大学院医学研究科教授
	相澤 好治	連携会員	北里大学副学長
	大濱 宏文	連携会員	日本健康食品規格協会理事長
	金川 克子	連携会員	神戸市看護大学学長
	川上 憲人	連携会員	東京大学大学院医学系研究科教授
	小西 美智子	連携会員	岐阜県立看護大学学長
	下光 輝一	連携会員	東京医科大学公衆衛生学講座主任教授
	高木 廣文	連携会員	東邦大学医学部看護学科教授
	高野 健人	連携会員	東京医科歯科大学大学院教授
	徳留 信寛	連携会員	独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長
	那須（中島） 民江	連携会員	名古屋大学大学院医学系研究科教授
	芳賀 博	連携会員	桜美林大学大学院老年学研究科教授
	安村 誠司	連携会員	福島県立医科大学医学部教授
	渡邊 達夫	連携会員	朝日医療専門学校岡山校校長

提言及び参考資料の作成にあたり、以下の方々に御協力いただきました。

盛山和夫	日本学術会議連携会員、東京大学大学院人文社会系研究科教授
近藤克則	日本福祉大学教授
橋本英樹	東京大学大学院医学研究科教授
小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
福田吉治	山口大学医学部教授
近藤尚己	山梨大学医学部講師

要 旨

1 作成の背景

収入、学歴、職業などの社会経済要因による人々の健康の格差（いわゆる健康の社会格差）は、歴史を通じて公衆衛生の大きな課題であった。近年、わが国でも所得格差が拡大しているとの指摘がなされ、健康においても社会経済状態による格差が拡大しているのではないかとの懸念がある。現在生じているわが国の健康の社会格差の課題を理解し、日本の保健医療福祉を健康の社会格差の視点から総合的に再検討するとともに、健康の社会格差の現状理解とその改善のための学術的基盤を強化することが必要である。そこでこの提言では、わが国の健康の社会格差に関する研究の現状を概観するとともに、わが国における健康の社会格差の現状の理解と今後の改善に向けての課題を整理し、これに対してとるべき諸方策を提言する。

2 現状及び問題点

今日の健康の社会格差に関する懸念や問題への関心は以下の3つに大別することができる。第1に、貧困層や生活保護世帯が増加している現状を背景として、低所得者層において健康問題が集積するとともに、こうした層が最低限の基本的な保健医療福祉サービスを受けられなくなっているのではとの懸念である。第2に、低所得者層・貧困層に限定せず、社会階層全体を通して階層による健康問題の格差が生じており、またその格差が拡大しているのではとの懸念である。第3に、社会的に不利な立場にある者（失業者、障がい者、ホームレス、外国人労働者など）において健康問題が集積するとともに、保健医療福祉サービスが十分に提供されていない可能性への懸念がある。

国際的にみても、関係機関の中で、WHO（世界保健機構）は2008年には「健康の社会的決定要因」委員会による最終報告書をまとめ、貧困などの社会経済的要因による健康の不平等を改善するための行動を世界的に行う必要性を提唱している。健康の社会格差の対策は、国際的にも重要な課題である。

わが国でも健康の社会格差に関する研究結果が蓄積されつつある。所得および学歴が低い場合に自覚的健康度が低く、慢性疾患の罹患や死亡が多いことが報告されている。家庭の貧困が子供の健康および成人後の健康に影響するとの報告も数少ないながらある。肉体労働や機械操作などの職業階層では管理的職業や専門的職業にくらべて、また非正規雇用労働者では正規雇用労働者にくらべて心身の健康状態が悪い。失業者では、慢性疾患に罹患しやすく、自殺率が高い。高齢者においても、社会経済状態により、死亡、要介護状態、精神的健康、社会的活動に格差がみられる。医療へのアクセスについてはわが国では比較的社会的格差は小さいと考えられるが、低所得者および非正規雇用労働者で医

師受診を控えたり、受診率が抑制されているとの報告もなされている。

従って、わが国でも低所得者層・貧困層に実際に健康問題が集積し、また社会階層を通じて健康の格差が存在していると考えられる。非正規雇用労働者など社会的不利な立場にある者で医療へのアクセスに問題が生じている可能性がある。こうした健康の社会格差を改善するために、可能なところから行動することが必要である。しかし一方で、健康の社会格差に関する研究成果はまだその数、研究の質、研究領域の広がりいずれも限られており、わが国の健康の社会格差の全体像はなお明らかではない。わが国の健康の社会格差についての一層の研究が推進される必要がある。またわが国の健康の社会格差を包括的、継続的にモニタリングすることも必要である。

以上から健康の社会格差に関するわが国の課題を整理すると、以下の5つになる。

- (1) 保健医療福祉政策・活動における健康の社会格差の視点の欠如
- (2) 健康の社会格差をモニタリングし施策を立案する体制・組織の不足
- (3) 保健医療人材の養成における健康の社会格差の視点の欠如
- (4) 健康の社会格差是正に向けての政策立案への国民参加の欠如
- (5) 健康の社会格差に関する研究の不足

3 提言の内容

(1) 保健医療福祉政策において健康の社会格差を考慮すること

国が、わが国の保健医療福祉活動の推進において、健康の社会格差の視点とこれへの対応を明確化することを提言する。厚生労働省が進めるわが国の健康づくり戦略および労働安全衛生行政の方針に健康の社会格差の視点とこれへの対応を明記し、これにより自治体の地域保健計画、事業場の労働安全衛生活動に健康の社会格差への対応が組み込まれ、実行されることを推進するべきである。学協会はその専門的立場から、これに協力、支援することが期待される。

(2) 健康の社会格差のモニタリングと施策立案の体制整備

内閣府や厚生労働省などが、既存の政府統計の分析あるいは新規調査によって、健康の社会格差の経時的なモニタリングを行い、この結果を積極的に国民に公開することを提言する。また健康の社会格差のモニタリング結果を、健康の社会格差の改善のための省庁横断的な政策の立案につなげる責任機関を設置することを提言する。さらに健康インパクト・アセスメントの方法論の開発・普及、人材養成、経験の蓄積、積極的活用を行い、健康の社会格差の改善のための行政ツールとして普及をはかることを提言する。

(3) 保健医療福祉の人材養成に健康の社会格差の視点を含めること

保健医療福祉の専門職の養成課程および生涯教育のカリキュラムに健康の社会格差を含めることを提言する。厚生労働省は、保健医療福祉の専門職の養成課程カリキュラムに健康の社会格差の視点を含めるべきである。また文部科学省は、公衆衛生専門職大学院の設置などを一層推進し、またその教育課程に健康の社会格差に関する教育を組み入れ、併せて関連研究を一層推進することで、健康の社会格差に対応できる研究基盤を作り、高度専門人材を養成することが重要とも考えられる。保健医療福祉専門職の教育機関はこれに協力し、また学協会は生涯教育、学術総会などを通じて、学協会所属員の健康の社会格差に関する認識を向上させることが期待される。

(4) 国民参加による健康の社会格差に向けての取り組みの推進

健康の社会格差について、国民、経営層、労働者代表、保健医療福祉の専門家、関係各省庁の代表者などの関係者からなる省庁横断的な円卓会議を内閣府など国が設置し、国の政策決定の参考とすることを提言する。また市民参加のシンポジウムやフォーラムなどにより、国民に正確で科学的な情報を提供する機会を作るべきである。学協会および民間団体は、それぞれの立場からこうした取り組みに協力することが期待される。

(5) 健康の社会格差に関する研究の推進

健康の社会格差に関する学際的な研究をこれまで以上に推進することを提言する。学協会は、相互に協力して健康の社会格差に関する学際的な研究を推進することが期待される。

目 次

1	はじめに	1
(1)	健康の社会格差への関心の高まりとその背景	1
(2)	健康の社会格差に関する論点の整理	1
(3)	日本学術会議から出された過去の関連提言と本提言の立脚点	2
2	健康の社会格差の現状	3
(1)	学歴、所得と健康	3
(2)	子供における社会格差と健康	3
(3)	労働者における社会格差と健康	4
(4)	高齢者の社会格差と健康	5
(5)	医療アクセスの社会格差	6
(6)	健康の社会格差の対策	6
3	健康の社会格差に関するわが国の課題	7
(1)	保健医療福祉政策・活動における健康の社会格差の視点の欠如	
(2)	健康の社会格差をモニタリングし施策を立案する体制の不足	
(3)	保健医療人材の養成における健康の社会格差の視点の不足	
(4)	健康の社会格差是正に向けての取り組みへの国民参加の視点の欠如	
(5)	健康の社会格差に関する研究の不足	
4	提言	11
(1)	保健医療福祉政策において健康の社会格差を考慮すること	
(2)	健康の社会格差のモニタリングと施策立案の体制整備	
(3)	保健医療人材の養成に健康の社会格差の視点を含めること	
(4)	国民参加による健康の社会格差に向けての取り組みの推進	
(5)	健康の社会格差に関する研究の推進	
	<用語の説明>	13
	<参考文献>	15
	<図表>	19
	<参考資料>	
	基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会審議経過	29
	基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会・日本公衆衛生学会共催シンポジウムの経過	30
	基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会主催 社会格差と健康に関する市民公開シンポジウム「健康の社会格差—今、多様な知を結集し、すべての人々に生きやすい社会を」	32

1 はじめに

(1) 健康の社会格差への関心の高まりとその背景

収入、学歴、職業などの社会経済要因による人々の健康の格差（いわゆる健康の社会格差）は、歴史を通じて公衆衛生上の大きな課題であった。近年、わが国でも所得格差が拡大している[1]。親子間の職業や階層が継承される度合いが高まり、個々人の求める教育や職に対する機会の平等が失われている[2]との指摘がなされている。このような状況下で、健康においても、所得などの社会経済状態による格差が広がっているのではないかとの懸念が広がっている。こうした健康の社会格差への懸念は、公衆衛生の専門家を含む保健医療従事者間のみならず、国民の間でも広がっている[3]。

2000年代なかばの統計によれば、OECD加盟国の相対的貧困率は日本で14.9%であり、メキシコ（18.4%）、トルコ（17.5%）、米国（17.1%）に次いで4番目に高かった（図1）。わが国の相対的貧困率は1980年代から2000年代にかけて増加し、2007年の調査では15.7%となっている[4]（図2）。生活保護世帯数は、1993年には59万世帯と最低となったが、その後一貫して増加しており、2009年には127万世帯に達している[5]。

国や地域の所得格差はいくつかの指標により評価されているが、これらの指標はわが国では1980年頃から増加している[1]。例えば、こうした指標の1つであるジニ係数は、等価・当初所得ベースではなお0.376（1995年）、0.408（1998年）、0.419（2001年）、0.435（2004年）、0.454（2008年）と増加しつづけている（図3）[6]。等価・可処分所得（当初所得から税・社会保険料負担、社会保障給付（現金給付のみ）を除いたもの）ベースでのジニ係数は、0.312（1995年）、0.337（1998年）、0.323（2001年）、0.322（2004年）、0.327（2008年）と2000年以降はほぼ横ばいである。しかし30歳未満など特定の年齢層では可処分所得についてもジニ係数が増加している[6]。なお、ジニ係数の増加が2000年以降、それほど顕著でないのは、この間、国民の平均所得が減少したため、ジニ係数が見かけ上減少したことによるとの指摘もなされている[7]。

わが国の労働所得については、労働所得が年間300万円未満の者が増加する一方、300万円以上の者（1,500万円を越える層を除けば）は減少している[8]。わが国の労働所得のジニ係数は1987年以降一貫して上昇している（図4）。これらの数値は、労働者において所得が低下するとともに、その格差が拡大していることを示している。平成21年度年次経済財政報告はその主要因を非正規雇用労働者の拡大によると分析している[9]。

社会経済的な格差に対する国民の意識も変化している。「収入や財産の不平等が少ない」ことについて「満たされていない」と考える国民の割合（「ほとんど満たされていない」と「あまり満たされていない」の合計）は1987年から増加して50%を越え、最近（2008年）の調査でも約半数の国民が「満たされていない」と感じている[10]（図5）。低所得者層の増加、所得の格差の増大、これにともなう国民の意識の変化が、わが国において健康の社会格差への懸念や関心が高まっている背景と考えられる。

(2) 健康の社会格差に関する論点の整理

日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会

では、これまで2回のシンポジウムを日本公衆衛生学会とともに共催し（第 67 回日本公衆衛生学会総会（福岡）「公衆衛生の課題—格差社会・貧困と公衆衛生—」、2008 年 11 月 6 日；第 68 回日本公衆衛生学会総会（奈良）「社会格差と健康—公衆衛生の重要課題の対策に向けて」、2009 年 10 月 21 日）、健康の社会格差の現状と専門家集団のとるべき対応について議論を重ねた。この結果、今日の健康の社会格差に関する懸念・関心は、その対象により以下の3つに大別することができると考えられる（図6）。

第1に、貧困層や生活保護世帯が増加している現状を背景として、低所得者層において健康問題が集積するとともに、こうした層が最低限の保健医療福祉サービスを受けられなくなっているのではとの懸念である。たとえば低所得者が、自己負担分の支払いが経済的に困難なために医療を受診しにくい可能性がある。特に世界的な金融危機、経済不況は、多くの国民の生活を経済的に困難となる方向に変化させている。こうした急激な社会経済的変動の下で低所得者層の人々の健康をどう確保するかは緊急の課題である。

第2に、社会経済的な状態による階層化が進むことにより、貧困層や低所得者層に限らず、社会階層全体を通して階層による健康問題の格差が生じており、またその格差が拡大しているのではとの懸念である。従来の健康診断や介護予防事業などの保健医療福祉サービスは、学歴の低い者や所得の低い者に届きにくいという懸念もある。

第3に、学歴や所得などの社会経済状態以外でも、社会的に不利な立場にある者（失業者、ホームレス、外国人労働者など）において健康問題が集積するとともに、こうした層に保健医療福祉サービスが十分に提供できていないことへの懸念である。

世界保健機関(WHO)は「健康の社会的決定要因」に関する提言（1998 年および 2003 年改訂版）をまとめ[11, 12]、さらに 2008 年には健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）委員会による最終報告書をまとめている[13]。この報告書で、貧困などの社会経済的な地位が人々の健康の大きな決定要因になっており、こうした健康の社会的決定要因による健康の不平等を改善するための行動を、世界的に行う必要性を提唱している[14]。健康の社会格差は、わが国のみならず、国際的にもこれからの保健医療福祉にとって重要な課題であると位置づけられる。

(3) 日本学術会議から出された過去の関連提言と本提言の立脚点

日本学術会議からは、2009 年に提言「経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために」[15]が出され、世界的な金融危機と経済不況の中での社会保障政策のあり方について具体的な提案がなされている。また、2011 年に提言「労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために—」[16]が出され、働く人の健康や安全を非正規雇用労働者層や中小零細企業などで働くすべての労働者に公平にもたらしめるための諸方策やサービスについて転換が提案されている。報告書「日本の子どものヘルスプロモーション」[17]では、その一部で子供の貧困や社会格差にも注目すべきであることが述べられている。これらの提言や報告書は、本提言とも深く関連している。しかし、健康の社会格差の全体像に焦点をあてた提言等はまだ出されていない。

現在生じているわが国の健康の社会格差の現状を理解し、日本の保健医療福祉を健康の

社会格差の視点から総合的に再検討するとともに、健康の社会格差の理解と改善のための学術的基盤を強化することが必要である。今ただちに、健康の社会格差問題への積極的な対処が開始されないならば、健康の社会格差はその全貌を理解されないまま、潜在的に拡大し、その結果、将来的にわが国の国民の健康および社会全体により大きな影響を与える可能性がある。

この提言では、わが国の健康の社会格差に関する研究の現状を主要な課題別に整理し、わが国における健康の社会格差の現状理解と改善に向けての課題をまとめ、これに対する諸方策について提言する。

2 健康の社会格差の現状

(1) 学歴、所得と健康

最近のレビュー[18]によれば、わが国からも学歴、所得、職業階層などの社会経済的背景により健康に格差が生じているという研究成果が報告されている。学歴と健康との関連性については、4つの地域相関研究で、低学歴の者の割合が多い地域ほど全死亡率、自殺死亡率が高かった。5つの横断研究では、低学歴の者では死亡率が高く[19]（図7）、循環器疾患危険因子が多く、自覚症状が多く、健康感が低く、睡眠時間が短かった。2つの前向きコホート研究では、低学歴の者ほど総死亡率および胃がんの罹患率が高いことが明らかとなった。ただし高齢者のコホート研究では、低学歴の者の方が長命であったという報告もある。収入・所得と健康とに関しては、わが国では11の論文が公表されている[18]。このうち5つの生態学的研究（地域相関研究）では、所得の低い地域に住んでいる者ほど死産、子宮および肺の悪性腫瘍、外傷および自殺の頻度が高く[20]（図8）、平均寿命が短かった。また社会経済状態が低い市町村に居住している者は、健康診断を受診しにくい傾向があった。横断研究でも、低所得者では健康感[21]（表1）、生活の質が低いこと、喫煙率などの不健康な生活習慣が多いことが報告されている。さらに本人の所得の高低だけでなく、所得格差の大きな地域に住むことで健康リスクが上昇することも研究されている[22]。わが国のものを含めた国際的な研究を総合的に分析した結果（メタ分析）では、所得格差が大きい地域に住むほど、死亡リスクが高まることが明らかになっている[22]。

なお、わが国における健康の社会経済的格差の程度は、欧米とくらべると小さいことが指摘されている。しかしながら、これらの研究は時期的に見て近年の世界的な経済危機以前に行われたものが多い。現在の日本では社会経済的要因による健康の社会格差が増大している可能性も指摘されている[18, 23]（図9）。

(2) 子供における社会格差と健康

子どもは家族・家庭で養護され、社会・環境に擁護されて成長・発達を遂げる。この時期に生涯を通じての健康づくりの基礎が築かれる。家族・家庭や社会の環境は、子どもに様々に影響すると考えられる。海外では、家庭の貧困、低い社会経済状態の地域に居ることが子供の健康に影響すること、社会経済状態が低出生体重や子供の幼少期の栄養状態に影響し、その後の健康に関連することが報告されている[24]。

わが国では子どもの健康の社会格差に関する研究は少ない。東京都 23 区の調査では、平均所得が低い区ほど小学校 6 年生のう歯が多いことが報告されている [25]。「日本版社会総合調査」データを利用した研究 [7] では、貧困家庭に育った子供は、最終学歴が低くなり、成人後の所得が少ないことに加えて、主観的な健康感も低いことが報告されている。また 0～4 歳の間に貧困の経験がある子供では、4 歳時点での低身長、低体重、入院回数が多いことが報告されている [26]。

日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会は、現代の子どもの健康に関し、16 の分野、計 56 項目に及ぶ課題と提案をまとめ、2010 年 7 月に「日本の子どものヘルスプロモーション」 [17] として報告書を公表した。報告書は「子どもの貧困や教育格差については論じられているが、貧困・格差社会と子どもの健康との関連性の検証や措置については報告が少ない」、しかし「最近ではご飯が食べられない（与えられない）子どもや無保険の子、医療にかかれぬ子ども等の事例が報道されており、地境特性に根ざした事例的報告もされている」と述べ、子供における健康の社会格差の問題の重要性を指摘している。この報告書 [17] は、子どもが希望を持ち、安全・安心で健康な生活が送れるように、子どもの貧困対策・格差是正策を、社会を上げて実施することを提案しており、これらは以下の 5 つの点に整理されている。

- (ア) 貧困・格差是正の視点に立った政策転換と支援的社会環境の整備・充実を図る。
- (イ) ソーシャルキャピタル等の支援的社会経済心理的因子を強化し格差是正を図る。
- (ウ) 子どもの健康のために重要な支援的社会環境因子となる学校力・地域力を上げる。
- (エ) 学校教育・社会教育を通して人々を啓発し、健康獲得や健康格差の是正を図る。
- (オ) 社会経済心理的成育環境と健康のライフコース疫学を推進し必要情報を発信する。

(3) 労働者における社会格差と健康

職業階層と健康との関連性についてはわが国から 17 の論文が公表されている [18]。これらの研究では、管理職や専門職などに比べて、機械操作や単純労働などの職業では、健康状態が悪く [27] (図 10)、疾病の危険因子が多かった。例えば、機械操作や単純労働者では、疾病休業が多く、循環器疾患の危険因子が多く、睡眠の質が悪く、職業性のストレスが多いことが一貫して報告されている。

1980 年代前半には非正規雇用(パートタイム、有期雇用、労働者派遣、アルバイト等)の全労働者中に占める割合は 15%前後であったが、現在では 35%強にまで増加している [16]。2009 年の調査では、男性正規職員の平均収入を 100 とした時、女性正規職員のそれは約 70 であるのに対し、非正規雇用の男性では 57、女性では 42 と極端に低く、この差は OECD 諸国の中でも極めて大きい。海外の調査では、非正規労働者は正規労働者と比べて死亡率や労働災害による傷病率が高いとされている [28]。わが国ではこれまで非正規労働者の健康に関する本格的な研究や調査はほとんど行われていなかった [29]。しかし最近では、非正規雇用の労働者では、正規雇用の労働者に比べて抑うつ・不安が高いこと [30] (図 11)、任期つき雇用の労働者では、定年制の正規労働者に比べて努力・報酬の不均衡によるストレスが健康(自覚症状)により大きな影響を与えていることが報告されている [31]。

特に、わが国で無視できないのは、世代間（年齢層別）および性別の雇用形態や労働時間の違いとそれらの健康状態への影響である。特に女性では初職から非正規雇用であるものの割合は50%を超えている。一方、男性労働者では非正規雇用比率こそは女性よりは少ないものの、週60時間を超える長時間労働者の比率は依然高く、中でも25歳-35歳で顕著である。年間賃金が200万円に満たない非正規雇用のワーキング・プア層の増加と正規雇用（正社員）の長時間過重労働とが裏腹の関係にあることが指摘され、このような状況を改善するために日本学術会議の課題別委員会「労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会」から、提言『労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を—働く人の健康で安寧な生活を確保するために—』[16]（既出）が発出されている。世代や性別による雇用労働条件の大きな差異を放置すれば、健康や安全への影響とともに、今後の日本社会の発展（持続可能）性を損ねることが危惧される。

失業と健康との関連性についてはわが国から12の研究が公表されている[18]。失業率が高い地域では、総死亡率、自殺率が高いことが生態学的研究（地域相関研究）で報告されている。2つの横断研究では、失業者ではストレスが高く、慢性疾患の有病率が高いことが報告されている。前向きコホート研究では、失業者では脳血管疾患による死亡率が高いことが報告されている。また、失業者の自殺率（人口10万対）は、男性で184、女性で34と、就労者（男性32、女性9）にくらべて4～6倍に達すると推計されている[32]。

（4）高齢者の社会格差と健康

高齢期には、加齢と共に身体的機能の低下が進み、心理的・社会的な健康の重要性が他世代にくらべ高くなる、また、ライフコースの諸段階における身体・心理・社会的な要因の影響が蓄積されてくるために、高齢者の間でも健康の格差が拡大する。さらに行動範囲が狭くなり、社会経済的影響を受けやすくなるなどの特徴がある。このことから、高齢者においても社会経済状態による健康の格差が生じる可能性がある。高齢者の生活保護世帯の割合が増加傾向にあること、高齢者世帯の所得格差は社会保障給付などの所得再分配によって小さくなるものの一般世帯と比べてなお大きいことも[33]、高齢者における健康の社会格差が懸念される理由である。

高齢者における健康の社会格差に関する研究は世界的に見てもまだ多くない。日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会は、わが国の高齢者における社会経済的要因と健康との関連性に関する研究を体系的に検索し、英文5本、和文9本の文献を抽出した[34]。これらの文献では、わが国の高齢者において、死亡率、主要疾患（がん、脳卒中、高血圧など）の頻度[35]、要介護状態やそれをもたらす介護リスク（転倒、低栄養、口腔機能など）、主観的健康感、抑うつなど精神的健康、社会的活動（閉じこもり、社会参加、社会的サポート、虐待など）などさまざまな健康の側面に社会経済状態による格差が存在することが報告されていた（図12）。また、社会経済的に恵まれた世帯ほど、高齢者に対する介護力が高く、死に至る過程でよいケアができていく可能性があるとの報告もある[36]（図13）。海外では、学歴の低い者、所得の少ない者が認知症になりやすいとの研究も見られる[37]。しかしながら、わが国ではこうした研究はまだない。

(5) 医療アクセスの社会格差

わが国では国民皆年金・皆（医療・介護）保険、高齢者向けの医療制度、および低所得者に対する生活保護などの社会保障制度が整備されており、社会経済状態による医療へのアクセスの格差は他の国に比べ小さいと考えられている。しかしながら、わが国においても、医療アクセスの社会格差を示す研究がいくつか報告されている。例えば健康保険組合被保険者において外来や歯科受診においては所得が低ければ受診率が低くなる傾向がある[38]。低所得者層の高齢者に医療機関への受診を控えた経験が多いことが報告されている[35]（図 14）。これらがただちに経済的な理由による受診抑制を示しているとは言えないが、わが国でも医療アクセスの社会格差について継続的な研究がなされる必要がある。

なお非正規雇用の者では社会保障制度に加入していない場合が多く[39]、医療アクセスに支障が生じる可能性が指摘されている。たとえば2008年の年末、職と住まいを失った非正規雇用労働者の緊急の避難所として設営された「年越し派遣村」における調査では、自覚症状があっても医療機関の受診が困難であったり治療を中断していたりする事例が多く見られた[40]。

医療への自発的受診や、質の高い医療を受けるための医療者等との良好なコミュニケーションのためには、保健医療に関する知識・理解（ヘルスリテラシー）が重要である。社会経済状態が低い立場にある者では、ヘルスリテラシーが十分でないために医療へのアクセスや受けられる医療の質に問題が生じる可能性がある[13, 41]。米国では、マイノリティ、低所得者層や低学歴層などの社会的不利な立場にある者で、医師による保健指導や定期的検査の実施などの医療の質が低い傾向にあることが、国の機関の報告書により指摘されている[42]。しかし、わが国では社会経済状態と受けられる医療の質との関連性はまだ検討されていない。

(6) 健康の社会格差の対策

WHOは、「健康の社会的決定要因」委員会の最終報告書に基づき、2009年のWHO総会で加盟諸国に、健康の社会的決定要因に着目し、健康格差の是正に向けた取り組みを進めることを勧告する決議を行った[14]。特に、出生時から高齢期に至るライフコースの全てのステージにおける生活条件の改善、健康格差を生み出す社会格差そのものの是正、健康格差の測定と、さまざまな政策の健康へのインパクト・アセスメント[43]を推進することを勧告している。英国[44]、スウェーデン[45]、韓国などでは、政府として健康格差是正の数値目標を掲げ、公衆衛生法の改正などを行って、健康の社会格差の対策に政府として取り組んでいる。米国でも国立研究機関が医療の社会格差の報告書を出すなどの取り組みを進めている[42]。これらの国で取り組みが進んだ背景には、社会階層が高い者に比べ低い者が不健康という「健康格差」が数多く観察され、医療へのアクセスが不良で死亡率も高く、その背景に社会経済的格差が関与しているという研究の蓄積がある。一方、わが国では、健康の社会格差は政策上の重要課題には位置づけられておらず、またその改善方策に関する研究はほとんど行われていないのが実情である。

3 健康の社会格差に関するわが国の課題

以上のように、わが国でも健康の社会格差に関する研究結果が蓄積されつつある。わが国でも低所得者層・貧困層に健康問題が集積し、また社会階層を通じて健康の格差が存在していると考えられる。また非正規雇用労働者など社会的不利な立場にある者で医療へのアクセスにも問題が生じている可能性がある。健康の社会格差に対する研究が今後進展すれば、健康の社会格差に関するより本質的な理解と、より具体的な対策のあり方が判明すると期待される。しかしすでに一定の研究結果が存在する今、WHO憲章におけるすべての人に健康を保障するという平等の原則[46]およびわが国の憲法 25 条に規定される健康権の観点からも、健康の社会格差を改善するために、可能なところから行動することが必要である。

しかし研究成果はまだその数、研究の質ともになお限られたものである。とりあげられる社会格差や健康問題の範囲も限られている。例えば、わが国の医療アクセスや受けられる医療サービスの質に社会格差が生じているかについて十分な結論がでていない。健康の社会格差についての全体像はなお明らかではない。さまざまな側面からわが国の健康の社会格差についての研究が推進される必要がある。またわが国の健康の社会格差を包括的、継続的にモニタリングすることも必要である。

以下、具体的に健康の社会格差に関するわが国の課題について整理する。

(1) 保健医療福祉政策・活動における健康の社会格差の視点の欠如

健康の社会格差に注目した活動は、地域保健活動において現状ではほとんど行われていない。健康の社会格差に注目した地域保健活動を行うためにはまず保健医療福祉政策の中に健康の社会格差の視点を組み込む必要がある。わが国の健康づくり戦略である「健康日本21」[<http://www.kenkounippon21.gr.jp/index.html>]では、個人の健康づくり活動を支える社会・環境を形成するヘルスプロモーションが基軸として採用されているが、健康の社会格差を考慮したヘルスプロモーションのあり方については具体的に言及されていない。「健康日本21」のもう1つの戦略であるポピュレーションアプローチについては、かえって健康の社会格差の増大につながる可能性も指摘されている[47]。「健康日本21」をはじめとしたわが国の保健医療福祉施策に、健康の社会格差に焦点をあてたアプローチをとりこむ必要がある。一部の地域では、地域保健計画に健康の社会格差への取り組みを含めている都道府県も一部にあるが、これらは個別に実施されているだけであり、わが国の地域保健活動の推進施策の中に体系化されているわけではない。わが国の保健医療福祉政策の中に健康の社会格差への視点や対策を体系的に組み入れることで、健康の社会格差を考慮した地域保健活動を推進することを可能にする必要がある。

厚生労働省が進めるわが国の健康づくり戦略および労働安全衛生施策においては、健康の社会格差の視点とこれへの対応が明記されるべきである。各自治体の地域保健活動に対しては、健康の社会格差に注目した活動を地域保健計画に含めることを基本事項として求めること、保健所および市町村の健康の社会格差を改善する役割を明記すること、地域保

健活動の担当部署が都市計画、産業振興などの他の部署と連携し社会政策の面からも健康の社会格差の改善を推進することを明確化するべきである。労働安全衛生では、事業場において異なる雇用条件の労働者に同一の産業保健サービスが提供されることを求めること、非正規労働者、失業者などの社会的に不利な立場にある者への基本的な産業保健サービスを提供することが推進されるべきである。

学協会は健康の社会格差を改善する方策を明らかにし、保健医療福祉の専門家に対して関連する情報の提供や教育研修を行うことが期待される。また健康の社会格差に配慮した保健医療福祉サービスのガイドラインを自ら作成することが期待される。さらに個々の実践家が、健康の社会格差を考慮した地域保健福祉、産業保健活動を推進できるよう支援することが期待される。

(2) 健康の社会格差をモニタリングし施策を立案する体制の不足

社会経済的要因による健康の格差の実態を把握することは、わが国において健康の社会経済的格差がどの程度存在するのか、どのような社会格差が優先して取り組むべきか課題であるかを判断する上での、最初のステップである。社会経済状況の変動により、社会格差およびその健康への影響は年々大きく変動する可能性がある。こうした実態を把握し、迅速に対策に結びつけるために、既存の政府統計などを活用し、健康の社会格差の経時的なモニタリングを実施する必要がある。国（内閣府、厚生労働省など）も近年、積極的に社会格差に関する指標を公開するよう努めている。しかし健康の社会格差の実態に関する情報の公表はなお十分になされていない。国が、既存の政府統計などを活用し、必要に応じて新規に調査を実施することで、健康の社会格差の経時的なモニタリングを行い、わが国の健康の社会格差の実態を明らかにすること、またこの結果を積極的に国民に公開することが求められる。

特に、医療へのアクセスについては、わが国では国民皆保険、生活保護受給世帯に対する医療扶助、障がい者に対する医療扶助や医療費減免措置などがあり、低い社会経済状態などの社会的不利を持つ者への配慮が現状である程度なされていると考えられる。しかし、非正規雇用者や無保険者などでは医療サービスへのアクセスに格差が生じている可能性がある。これらを含め、低所得者、低学歴者、失業者、ホームレス、外国人労働者など社会的不利を受けやすい立場の者で医療・福祉サービスへのアクセスがどの程度阻害されているのかわが国の総合的な実態を明らかにする必要がある。

健康の社会格差のモニタリングを受けて、健康の社会格差を改善する施策を推進するためには、高い水準の研究とこれを行政施策の立案につなぐための高度な統合・調整機能を持つ政府機関（あるいはセンター機能）が必要である。しかし現在のところ、健康の社会格差に関する行政機能は、内閣府あるいは厚生労働省内の各部署に分割されてそれぞれに存在しており、統一的なセンター機能を担う機関が存在しない。一方、海外では、英国では 2003 年に保健省が主体となって健康の社会格差改善の政府としての省庁横断的な行動計画を策定し、その後もこの行動計画の進展をモニタリングし推進している [44]。地域の健康の社会格差を評価するためのツール類も提供されている。米国では、米国保健・人間

サービス省 (U. S. Department of Health and Human Services) が健康の社会格差が重要な健康課題であることを認め、国立研究機関である CDC (Centers for Disease Control and Prevention) が米国における健康の社会格差の定期的にモニタリングを開始している[48]。健康の社会格差のモニタリングを実施し、結果を受けてその改善に向けて政策立案を行う機関あるいはセンター機能がわが国でも求められている。

日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会は、既に 20 期に提言「保健医療分野における政府統計・行政資料データの利活用について-国民の健康と安全確保のための基盤整備として」(2008 年 8 月 28 日)において、政府統計・行政資料の二次利用の促進および政府統計・行政資料の整備と充実、活用体制の整備について推進を求めている[49]。以上述べた健康の社会格差のモニタリングおよび政策立案体制は、この提言の中に含まれているものである。しかしながら、この提言に基づいた施策の推進はいまだ全く進んでいないことを改めて指摘したい。

一方、WHOは健康の社会格差の改善のために保健医療福祉制度を含む社会政策の設計、導入にあたって、政策の健康への影響を事前にアセスメントする「健康インパクト・アセスメント」を実施することを推奨している[14]。健康インパクト・アセスメント (Health Impact Assessment, HIA)とは、新たに提案された政策が健康にどのような影響を及ぼすかを事前に予測・評価することにより、健康の便益を促進し、かつ不利益を最小にするように政策を最適化していく一連の過程とその方法論のことである。健康インパクト・アセスメントは主に環境分野で発展してきたが、今日では特に欧州を中心に国や自治体などの政策形成のツールとして、雇用、教育、都市開発などさまざまな領域で適用されている。健康インパクト・アセスメントにより、個別の政策が健康の社会格差にどのような影響を与えるかを事前に予想することができ、健康の社会格差を拡大する可能性があるならこれを軽減するように政策を修正することが可能となる。しかし日本では健康インパクト・アセスメントはほとんど実施されておらず[50]、これに関する人材養成、方法論の開発・普及、経験の蓄積が課題である。健康政策・社会政策の制度設計にあたって、行政が健康への影響、特に健康の社会格差を考慮した健康インパクト・アセスメントを事前に実施することができるように、国として方法論の開発・普及、人材養成、経験の蓄積、積極的活用を行うことが必要である。将来的には、政策の制度設計にあたって健康インパクト・アセスメントを行うことを義務づける法制化を視野に入れた検討を開始するべきである。

(3) 保健医療人材の養成における健康の社会格差の視点の欠如

健康の社会格差を考慮した保健医療福祉活動を実施するためには、保健医療福祉の専門職が健康の社会格差を理解し、これを考慮して日々の実践を行う必要がある。このためには保健医療福祉の専門職の養成課程および生涯教育において健康の社会格差の視点が含まれる必要がある。しかしながら、現在の保健医療福祉の専門職の養成課程のカリキュラムには健康の社会格差の視点が含まれていない。専門職の生涯教育においても健康の社会格差の視点を取り込まれていない。健康の社会格差に配慮した保健医療福祉の実践ガイドラインも利用できる状態にはない。日本公衆衛生学会のように、学会誌や学術総会を通じて、

積極的に健康の社会格差に関する会員への情報提供や学習の機会を設けている例もあるが[51]、これはまだ少数例である。

また健康の社会格差を分析し、これに基づいた保健医療福祉サービスを提言、立案するためには、現状の保健医療福祉専門職には一層高度の専門的、学際的能力が必要となる。2000年以降、全国各地の大学において、公衆衛生の専門家養成に特化した大学院課程が徐々に創設されている。現時点で公衆衛生系の専門職大学院が4校、従来からある医学系の修士課程に公衆衛生の専門コースを設置している大学院が数校ある。2011年10月には、日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会も、提言『わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化』を公表し、公衆衛生大学院の拡充とその活用を求めているところである[52]。健康の社会格差に対応できる保健医療福祉専門職の育成のため、公衆衛生専門職大学院などにおいて、経済学、社会学、政治学、公共政策学など健康の社会格差と関連するさまざまな学術を統合した学際的教育を行うことで、健康の社会格差に対応できる能力を涵養し、高度専門人材を養成することも必要である。

学協会は、保健医療福祉の専門職の生涯教育において、健康の社会格差の現状および対策に関する項目を含めることが期待される。また学術総会、研修会などを通じて、学協会所属員の関連する意識および知識、技術を向上させることが期待される。保健医療福祉の専門職を養成する大学を含めた教育機関は、その養成課程の中で健康の社会格差について授業することが期待される。

(4) 健康の社会格差に向けての取り組みにおける国民参加の視点の欠如

健康の社会格差の最大の利害関係者（ステークホルダー）は国民である。国民の間にも健康の社会格差に対する問題意識が高まっている。どのような健康の社会格差が重要課題であるのか、健康の社会格差のうちどれは容認でき、どれは容認できないのかなど、健康の社会格差の改善についての議論は、わが国の将来の社会のあり方そのものに関する議論である。しかしながら健康の社会格差に関する研究成果や行政方針について、正確で科学的な情報を国民に向けて発信する機会は限られている。国民、保健医療福祉の専門職（あるいは関連学会）および行政が、健康の社会格差の現状理解、行政施策の方向性や優先順位、あるべき将来像について意見交換し、国民の合意を形成する場はまだない。健康の社会格差について、国民、経営層、労働者代表、保健医療福祉の専門家、関係各省庁の代表者、その他の関係者からなる、省庁横断的な常設の円卓会議（パネル）を国が設置することが必要である。これを通じて健康の社会格差に関する多様な関係者による意見交換を行い、国の政策方針はその決定の際に参考とするべきである。

また、健康の社会格差に関する市民参加のシンポジウムやフォーラムを定期的に行うことにより、健康の社会格差の現状とその改善方策について、国民に正確で科学的な情報を提供する機会を作るべきである。

学協会およびNPO等民間団体は、それぞれの立場から国民に、健康の社会格差について国民に情報を提供することで健康の社会格差への意識づくりを促し、国民参加による健

康の社会格差の改善に向けての取り組みに協力することが期待される。

(5) 健康の社会格差に関する研究の不足

健康の社会格差に関する研究は進みつつあるが、その研究領域の広さに比べてその数はまだ少なく、その質も十分に高いとは言えない。所得や学歴などの社会経済状態と健康との関係を媒介する心理的、生物学要因の解明に関する研究も不足している。低所得者、失業者、ホームレス、外国人労働者など特定の階層・集団に焦点をあてた研究は少ない。健康の社会格差の改善方策に関する研究はほとんどない。研究を通じて、わが国の健康の社会格差の現状が総合的に可視化され、また改善対策に向けての指針を得る必要がある。こうした研究は、社会学、経済学のみならず、医学、公衆衛生学を含めた学際的な視点から推進される必要がある。今後、健康の社会格差に関する研究がより一層進展することで、健康の社会格差のメカニズムに関するより本質的な理解が進み、より具体的な対策の提言につながることを期待される。

4 提言

(1) 保健医療福祉政策において健康の社会格差を考慮すること

国が、わが国の保健医療福祉政策において、健康の社会格差の視点とこれへの対応を明確化することを提言する。厚生労働省が進めるわが国の健康づくり戦略および労働安全衛生行政の方針に健康の社会格差の視点とこれへの対応を明記し、これにより自治体の地域保健計画、事業場の労働安全衛生活動に健康の社会格差への対応が組み込まれ、実行されることを推進するべきである。学協会はその専門的立場から、これに協力、支援することが期待される。

(2) 健康の社会格差のモニタリングと施策立案の体制整備

内閣府や厚生労働省などが、既存の政府統計の分析あるいは新規調査によって、健康の社会格差の経時的なモニタリングを行い、この結果を積極的に国民に公開することを提言する。また健康の社会格差のモニタリング結果を、健康の社会格差の改善のための省庁横断的な政策の立案につなげる責任機関を設置することを提言する。さらに健康インパクト・アセスメントの方法論の開発・普及、人材養成、経験の蓄積、積極的活用を行い、健康の社会格差の改善のための行政ツールとして普及をはかることを提言する。

(3) 保健医療福祉の人材養成に健康の社会格差の視点を含めること

保健医療福祉の専門職の養成課程および生涯教育のカリキュラムに健康の社会格差を含めることを提言する。厚生労働省は、保健医療福祉の専門職の養成課程カリキュラムに健康の社会格差の視点を含めるべきである。また文部科学省は、公衆衛生専門職大学院の設置などを一層推進し、またその教育課程に健康の社会格差に関する教育を組み入れ、併せて関連研究を一層推進することで、健康の社会格差に対応できる研究基盤を作り、高度専門人材を養成することが重要とも考えられる。保健医療福祉専門職の教育機関はこれに

協力し、また学協会は生涯教育、学術総会などを通じて、学協会所属員の健康の社会格差に関する認識を向上させることが期待される。

(4) 国民参加による健康の社会格差に向けての取り組みの推進

健康の社会格差について、国民、経営層、労働者代表、保健医療福祉の専門家、関係各省庁の代表者などの関係者からなる省庁横断的な円卓会議を国が設置し、国の政策決定の参考とすることを提言する。また市民参加のシンポジウムやフォーラムなどにより、国民に正確で科学的な情報を提供する機会を作るべきである。学協会および民間団体は、それぞれの立場からこうした取り組みに協力することが期待される。

(5) 健康の社会格差に関する研究の推進

健康の社会格差に関する学際的な研究をこれまで以上に推進することを提言する。文部科学省、厚生労働省、総務省、国土交通省、経済産業省などの関係省庁は、それぞれの立場から社会格差と健康に関連する研究を推進すべきである。学協会は、相互に協力して健康の社会格差に関する学際的な研究を推進することが期待される。

<用語の説明>

等価所得

所得を世帯員数で調整するため、世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で割った値。

相対的貧困率

OECDによる定義では、等価可処分所得が全国民の等価可処分所得の中央値の半分に満たない国民の割合をいう。

ジニ係数

社会における所得分配の不平等さを測る指標。範囲は0から1で、係数の値が0に近いほど格差が少ない状態、1に近いほど格差が大きい状態であることを意味する。

地域相関研究

市町村などの地域を1単位として、複数の地域の特徴と健康指標との関連を解析する疫学研究の一手法。生態学的研究とも呼ばれる。

ヘルスプロモーション

WHO（世界保健機関）が1986年のオタワ憲章において提唱した新しい健康戦略で、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義されている。ヘルスプロモーションは、健康を実現するための個人のスキルや能力の強化だけでなく、公衆衛生や個人の保健への悪影響を緩和するように社会・環境。経済的状況を変化させるような活動を含んでいる。

ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチは、多くの人々が少しずつリスクを軽減させることで、集団全体には多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体の分布をシフトさせる手法である。疾患を発症しやすい高いリスクを持った個人を対象を絞り込んだ予防方法であるハイリスクアプローチとしばしば対比される。

健康インパクトアセスメント

健康インパクトアセスメント(Health Impact Assessment、HIA;健康影響予測とも呼ばれる)とは、新たに提案された政策が健康にどのような影響を及ぼすかを事前に予測・評価することにより、健康の便益を促進し、かつ不利益を最小にするように政策を最適化していく一連の過程とその方法論のこと。HIAは主に環境分野で発展してきたが、今日では特に欧州を中心に国や自治体などの政策形成のツールとして、雇用、教育、都市開発などさまざまな領域で適用されている。

公衆衛生大学院

欧米では、古くから公衆衛生学の専門大学院教育が制度化され、幅広い公衆衛生人材の養成を行っている。わが国でも 2000 年以降、全国各地の大学において、公衆衛生の専門家養成に特化した大学院課程が創設されている。2000 年、京都大学社会健康医学専攻（専門大学院）、2001 年、九州大学医療経営・管理学専攻（専門大学院）、2007 年度、東京大学公共健康医学専攻（専門職大学院）、2011 年度に帝京大学公衆衛生大学院（専門職大学院）が設置された。一方、大阪大学や筑波大学では、公衆衛生専門家養成を担うため、従来からある医学系の修士課程に公衆衛生の専門コースを設置している。

<参考文献>

- [1] 橋木俊詔、『日本の経済格差—所得と資産から考える—』、岩波新書、1998.
- [2] 佐藤俊樹、『不平等社会日本—さよなら総中流』、中央公論新社、2002.
- [3] 近藤克則、『健康の社会的決定要因(1)「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向』、日本公衆衛生雑誌 57(4): 316-319, 2010.
- [4] 厚生労働省、『相対的貧困率の公表について』、2009年10月20日
- [5] 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課、『平成21年度福祉行政報告例結果の概況』、平成22年10月20日.
- [6] 厚生労働省、『所得再分配調査』、平成22年9月1日.
- [7] 小塩隆士、『再分配の厚生分析』日本評論社、2010.
- [8] 厚生労働省、『平成19年就業構造基本調査』、平成20年7月3日.
- [9] 内閣府、『平成21年度年次経済財政報告(経済財政政策担当大臣報告)—危機の克服と持続的回復への展望—』、平成21年7月.
- [10] 内閣府、『平成20年度国民選好度調査』、平成21年6月19日.
<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/4670.html> (最終アクセス日 2011年9月17日)
- [11] Wilkinson RG, Marmot M, editors. Social Determinants of Health; the solid facts. Geneva: World Health Organization, 1998.
- [12] Wilkinson RG, Marmot M, editors. Social Determinants of Health; The Solid Facts 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2003.
- [13] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: World Health Organisation, 2008.
- [14] WHO. RESOLUTIONS WHA62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Geneva, 2009.
- [15] 日本学術会議社会学委員会経済学委員会合同包摂的社会政策に関する多角的検討分科会、提言『経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために』、2009年6月25日.
- [16] 日本学術会議労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会、提言『労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために—』、2011年4月20日.
- [17] 日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会、報告書『日本の子どものヘルスプロモーション』、2010年7月12日.
- [18] Kagamimori S, Gaina A, Naser-moaddeh A. 『Socioeconomic status and health in the Japanese population.』 Soc Sci Med 2009; 68(12): 2152-60.
- [19] Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, Inaba Y, Kubo T, Ide R, Ikeda A, Yoshimura T; JACC study group. 『A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan.』 Prev Med 40(4):444-51, 2005.
- [20] Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. 『Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973-1977 and 1993-1998:

- increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75.』 *Int J Epidemiol* 34(1):100-9, 2005.
- [21] Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. 『Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample.』 *BMJ* 324(7328):16-9, 2002.
- [22] Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. 『Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies.』 *BMJ*. 2009 Nov 10;339:b4471. doi: 10.1136/bmj.b4471.
- [23] Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y, Imai H. 『Are health inequalities increasing in Japan? The trends of 1955 to 2000.』 *Biosci Trends* 1(1): 38-42, 2007.
- [24] 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会、『公衆衛生モニタリング・レポート (3) 「子どもの健康と社会格差・低出生体重の健康影響」』、日本公衆衛生雑誌 58(3): 212-215, 2011.
- [25] 駒村康平、『大貧困社会』、角川・エス・エス・コミュニケーションズ [角川 SSC 新書], 2009.
- [26] 阿部 彩、『子どもの健康と貧困の経験』金子隆一『厚労科学研究費補助金 (統計情報総合研究事業、H18-統計-002) パネル調査 (縦断調査) に関する総合的分析システムの開発研究』、平成 19 年度 総括研究報告書. 205-216. 2008.
- [27] Martikainen P, Lahelma E, Marmot M, Sekine M, Nishi N, Kagamimori S. 『A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan.』 *Soc Sci Med* 59(6):1287-95, 2004.
- [28] Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. 『Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality.』 *Am J Epidemiol* 158(7):663-8, 2003.
- [29] 矢野榮二、『非正規雇用と健康』、学術の動向 2010; 10: 20-23.
- [30] Inoue A, Kawakami N, Tsuchiya M, Sakurai K, Hashimoto H. 『Association of occupation, employment contract, and company size with mental health in a national representative sample of employees in Japan.』 *J Occup Health* 2010;52(4):227-40.
- [31] Inoue M, Tsurugano S, Nishikitani M, Yano E 『Effort-reward imbalance and its association with health among permanent and fixed-term workers.』 *Biopsychosoc Med* 2010; 5;4:16.
- [32] 金子善博、『統計資料から考える自殺対策』、本橋 豊 (編). ライブ総合自殺対策学講義. 秋田医学叢書 No.1. 秋田魁新報社, 2009, pp. 109-134.
- [33] 内閣府、『平成 20 年国民生活白書』、平成 20 年 12 月
- [34] 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会、『高齢者における社会経済的要因と健康』日本公衆衛生雑誌 58(7): 564-568, 2011.
- [35] Murata C, Yamada T, Chen C-C, Ojima T, Hirai H, Kondo K. 『Barriers to Health

- Care among the Elderly in Japan.』 Int J Environ Res Public Health 7(4): 1330-41, 2010.
- [36] 杉本浩章、近藤克則、樋口京子、『世帯の経済水準による終末期ケア格差—在宅療養高齢者を対象とした全国調査から』社会福祉学 52(1), 109-121, 2011.
- [37] 白井こころ、磯 博康、近藤克則、『健康の社会的決定要因(8)「認知症」』日本公衆衛生雑誌 57(11), 1015-1022, 2010.
- [38] 川添 希、馬場園明、『健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果』厚生 の 指 標 54(6): 14-19, 2007.
- [39] 戸田典子、『非正規雇用の増加と社会保障』、レファレンス No. 673: 21-44, 2007.
- [40] 鶴ヶ野しのぶ、井上まり子、中坪直樹、大井洋、矢野栄二、『年越し派遣村村民の健康』、産業衛生学雑誌 51(2): 15-18, 2009.
- [41] 杉森裕樹、『教育の不平等と健康』、川上憲人、小林廉毅、橋本英樹(編)『社会格差と健康: 社会疫学からのアプローチ』、東京大学出版会, 2006, pp. 105-126.
- [42] US Agency for Healthcare Research and Quality. 『2009 National Healthcare Disparities Report.』、Services USDoHaH, editor. Rockville, USA, 2010.
- [43] World Health Organization (WHO). 『Health Impact Assessment.』 2004; <http://www.WHO.int/hia/en/> (最終アクセス日 2011年9月17日) .
- [44] Department of Health. 『Tackling health inequalities: a programme for action.』 London; 2003 02/07/2003.
- [45] Hogstedt C, Lundgren B, Moberg H, Pettersson B, Ågren G. 『Background to the new Swedish public health policy.』 Scan J Public Health 2004; 32(Suppl. 64): 6-17.
- [46] World Health Organization. 『Constitution of the World Health Organization』 1948.
- [47] 福田吉治、『ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させる? vulnerable population approach の提言』、日本衛生学雑誌 63: 735-738, 2008.
- [48] US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 『CDC Health Disparities and Inequalities Report - United States, 2011』 Morbidity and Mortality Weekly report, 60, suppl., 1-109, 2011.
- [49] 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会、提言『保健医療分野における政府統計・行政資料データの利活用について-国民の健康と安全確保のための基盤整備として』、2008年8月28日.
- [50] 藤野善久、松田晋哉、『Health Impact Assessment の基本的概念および日本での今後の取り組みに関する考察』 日本公衆衛生雑誌 54(2): 73-80, 2007.
- [51] 實成文彦、『「健康をまもる社会基盤の再構築」と公衆衛生の課題、学会の役割』、車谷典男、實成文彦(編)、『健康をまもる社会基盤の再構築—その糸口はどこか—』、(財)日本公衆衛生協会, 2010, pp 57-76.
- [52] 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会提言『わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化』、2011年9

月

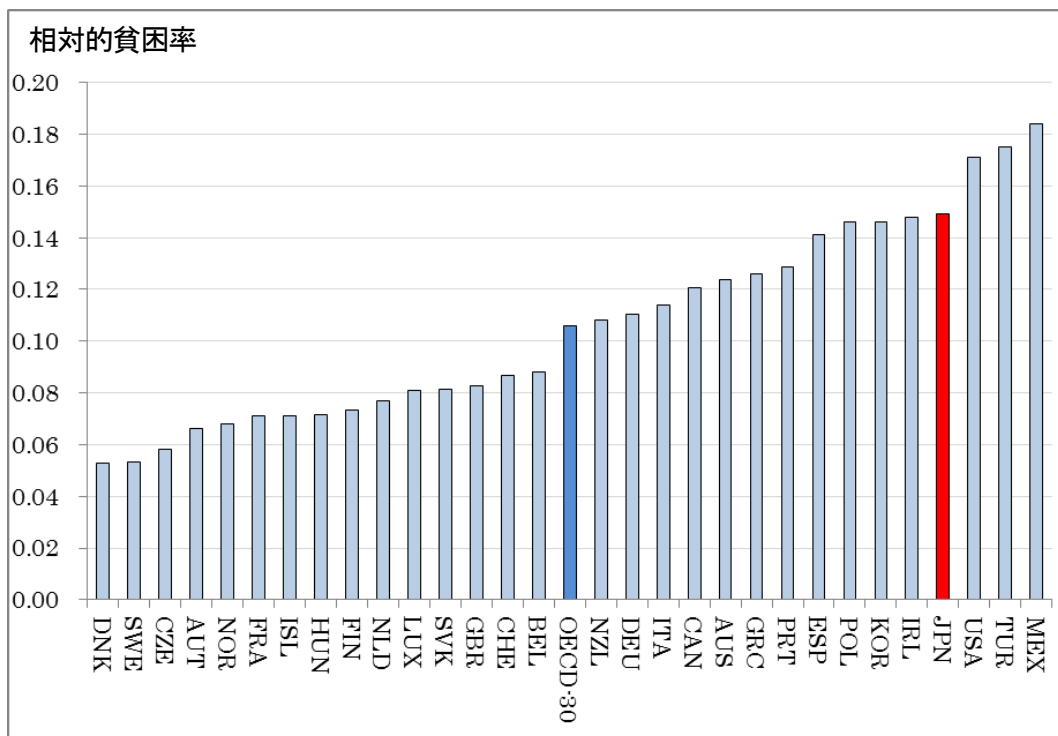
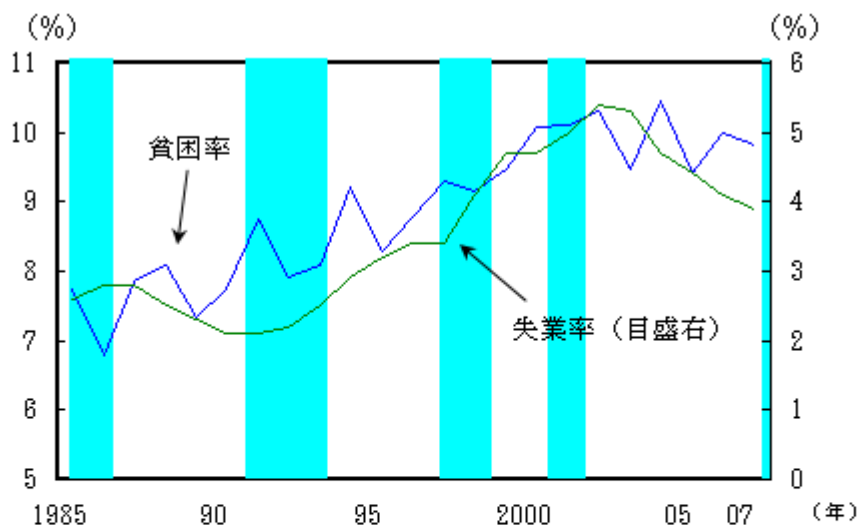


図1 相対的貧困率の国際比較 (2000年中盤における OECD 加盟国)

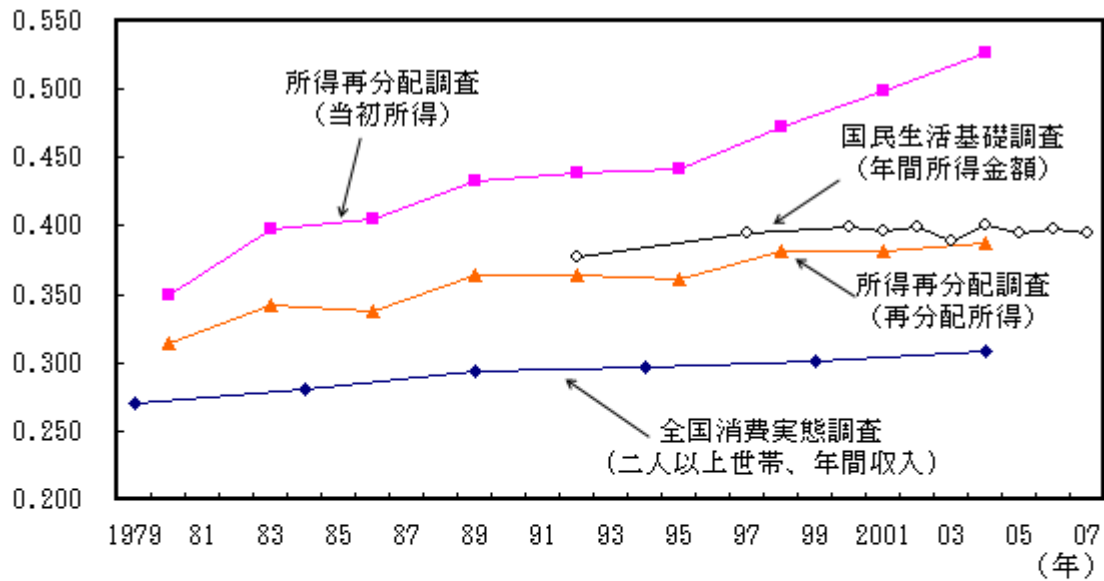
日本は JPN で示されている。出典：OECD Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries, 2008



- (備考) 1. 厚生労働省「国民生活基礎調査」を内閣府にて推計。総務省「労働力調査」により作成。
 2. 貧困率は、世帯人員数の平方根で調整した等価所得を各個人の所得水準とし、基準値(中央値の40%)より低い所得水準にある個人の割合として算出する。
 3. 国民生活基礎調査による貧困率は、世帯人員別に等価所得の分布を推計して求めた。各所得階級の世帯所得は一樣に分布しているとして、年間所得金額の分布を推計している。所得の定義については、第3-2-3図の備考を参照。
 4. シャドローは景気後退期。ただし、直近のシャドローは、2009年3月まで。

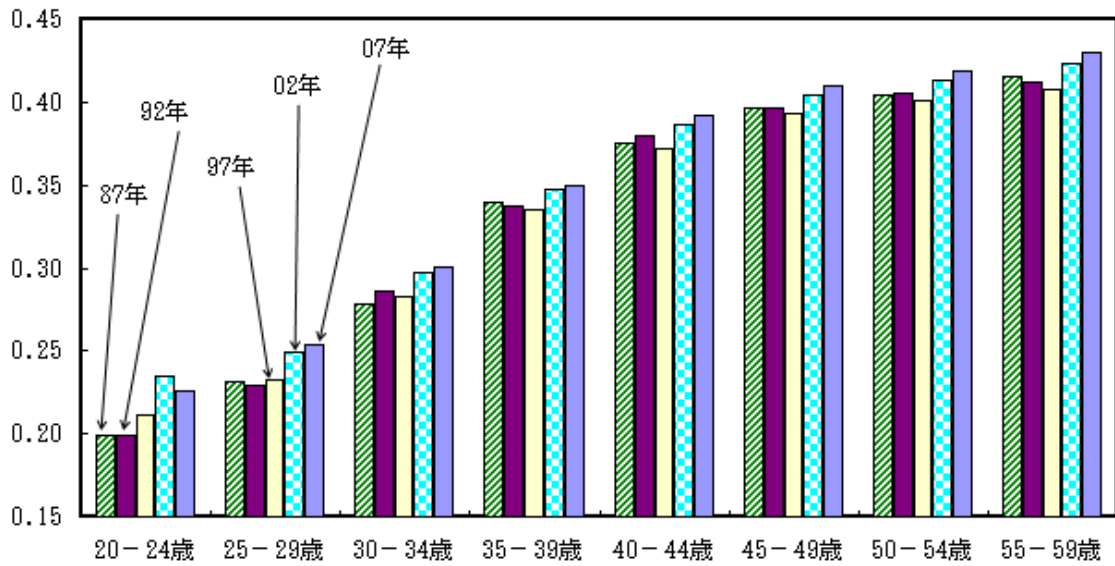
図2 相対的貧困率の年次推移

文献[9]から引用 (第3-2-8図)



- (備考) 1. 総務省「全国消費実態調査」、厚生労働省「所得再分配調査」、「国民生活基礎調査」により作成。
2. 年間収入(全国消費実態調査)は、勤め先収入、営業収入、内職収入、公的年金・恩給、農林漁業収入などを含む。税金が除かれる前の所得。
3. 年間所得金額(国民生活基礎調査)は、各年次の1～12月の稼働所得(雇用者所得、事業所得、農耕・畜産所得、家内労働所得)、公的年金・恩給、財産所得、雇用保険、その他の社会保障給付金、仕送り、企業年金・個人年金等、その他の所得の合計額をいう。税金が除かれる前の所得。
4. 当初所得(所得再分配調査)は雇用者所得、事業所得、農耕・畜産所得、財産所得、家内労働所得及び雑収入並びに私的給付(仕送り、企業年金、生命保険金等の合計額)の合計額をいう。また、再分配所得(所得再分配調査)は当初所得から税金、社会保険料を控除し、社会保障給付(現物給付を含む)を加えたものである。

図3 世帯所得の所得格差(ジニ係数)の年次推移
文献[9]から引用(第3-2-3図)



- (備考)
1. 総務省「就業構造基本調査」により作成。在学者を除く雇用者。
 2. 「労働所得」とは、1年間に得た税込みの給与総額。
 3. ジニ係数の計算方法は太田(2005)による。
 4. 各区分内の所得については、例えば、200～300万円という区分に属する者の所得は中央値である250万円とみなした。また、端の区分に属する者については、50万円未満は25万円、1000万円以上は1950万円とみなした。年齢階級は11区分を用いた。

図4 雇用者における年齢層別のジニ係数の年次推移

すべての年齢層で所得格差が拡大傾向にある。文献[9]から引用(第3-2-1図)

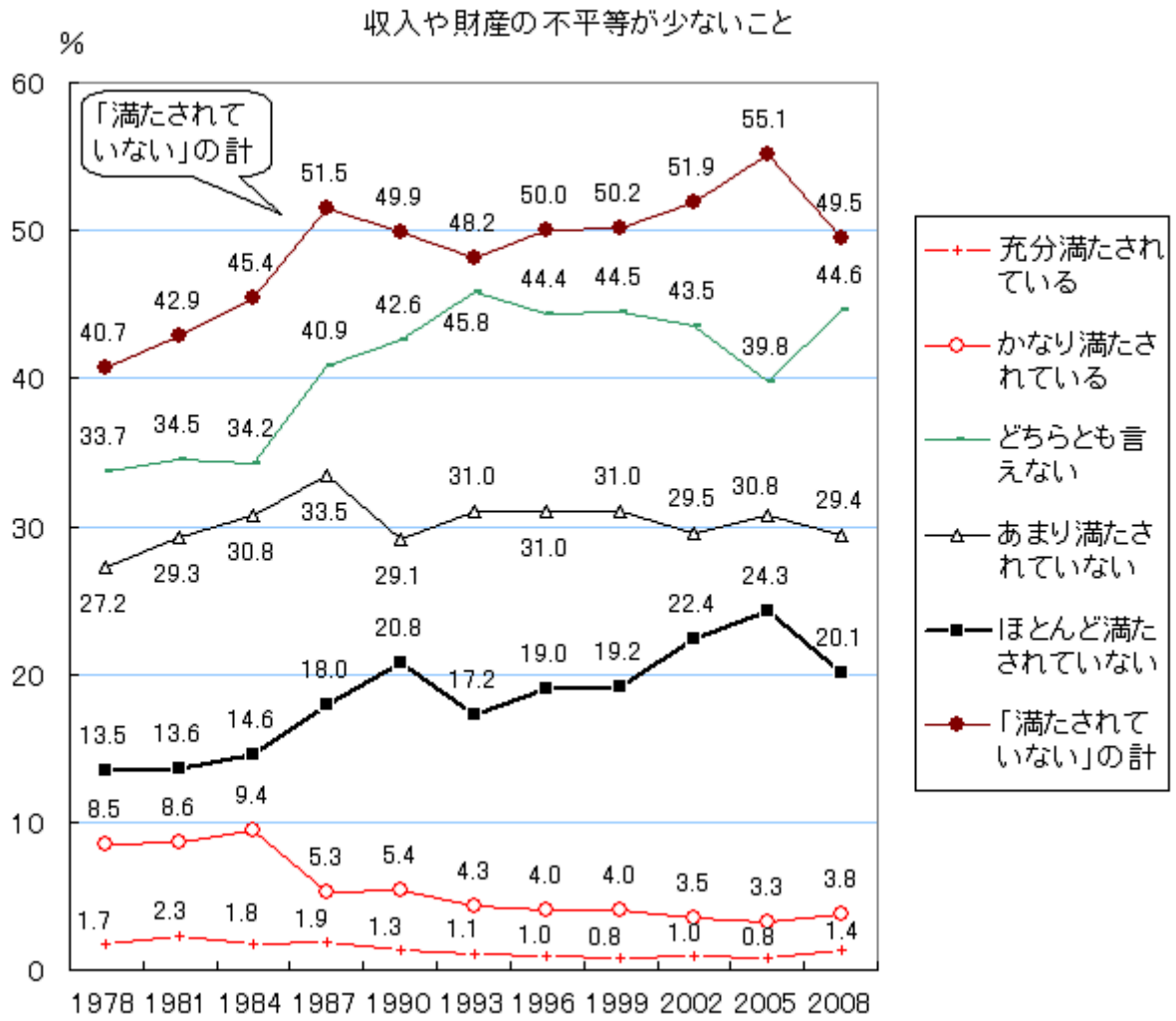


図5 社会格差についての国民の意識：「収入や財産の不平等が少ない」ことに対して「満たされていない」と考える人の割合の年次推移
文献[10]から引用

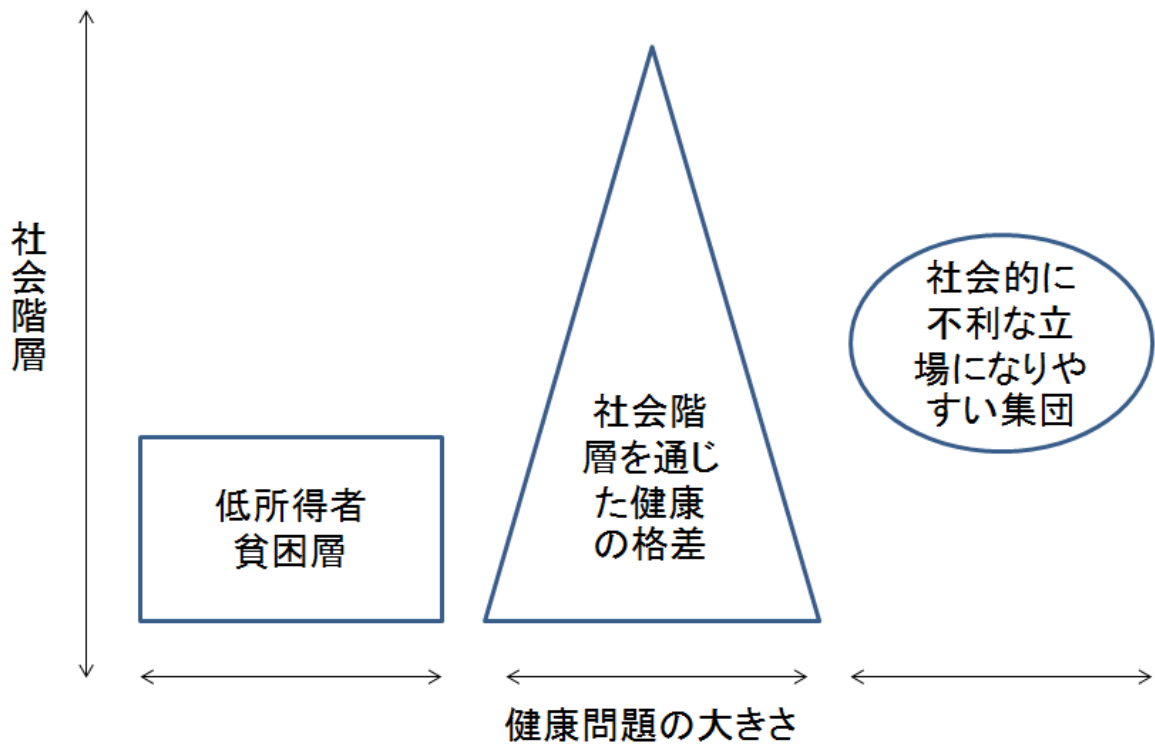


図6 健康の社会格差に関する3つの視点

低所得者・貧困層における健康問題、社会階層を通じての健康の格差の拡大、社会的に不利な立場になりやすい集団における健康問題の集積が懸念されている。

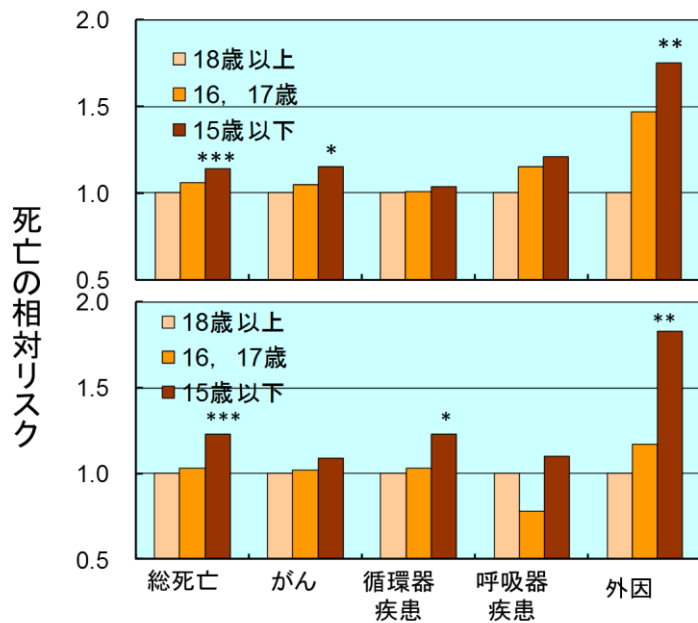


図7 わが国における最終学歴と死亡との関係

最終学歴は最後の学校を卒業した年齢で区分。高卒相当（18歳以上）にくらべて死亡率が何倍高まるかを相対リスクで示した。* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, 年齢、喫煙、飲酒、職業を調整。文献[19]から作成。

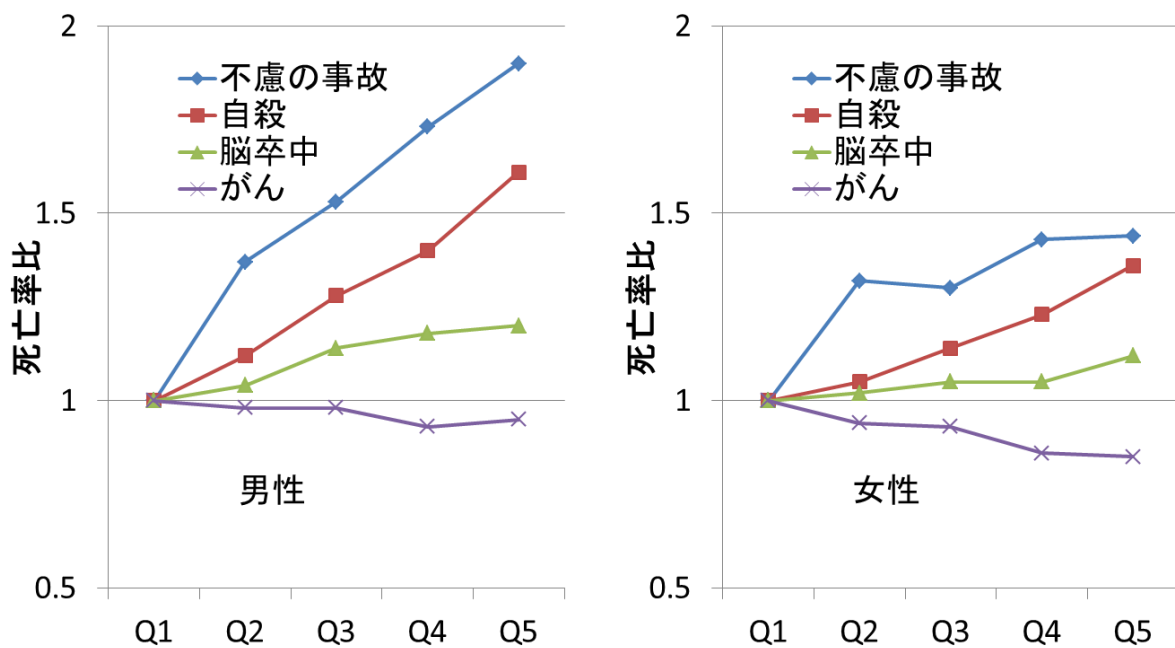


図8 わが国における地域の社会的経済的状態と死亡率との関係

市町村を社会的経済的インデックスにより5分位に区分し（Q1:もっとも高い、Q5:もっとも低い）、Q1を対照として他の市町村では何倍死亡率が高くなるかを死亡率比で示した。文献[20]から作成。

表1 わが国における都道府県レベルの平均所得および所得格差(Gini 係数)および個人レベルの世帯所得が住民の不良な主観的健康状態に与える影響 (相対リスク) *

	変数ごとに行った解析	全ての変数を使用した解析
都道府県レベル：		
住民の年間平均所得		
低	1.33 (1.20-1.47)	0.79 (0.64-0.99)
中の低	1.15 (1.07-1.24)	0.85 (0.71-1.01)
中の高	1.15 (1.05-1.25)	0.93 (0.83-1.04)
高	1.00	1.00
Gini 係数		
小	1.00	1.00
中の小	1.00 (0.92-1.10)	0.99 (0.89-1.11)
中の大	1.07 (0.98-1.18)	1.02 (0.90-1.17)
大	1.14 (1.02-1.27)	1.13 (0.98-1.34)
個人レベル：		
年間等価世帯所得		
150 万円未満	1.93 (1.72-2.15)	1.54 (1.37-1.74)
150-199 万円	1.48 (1.30-1.80)	1.30 (1.14-1.49)
200-249 万円	1.38 (1.23-1.54)	1.24 (1.11-1.40)
250-299 万円	1.23 (1.09-1.38)	1.23 (1.09-1.38)
300-399 万円	1.05 (0.95-1.17)	1.08 (0.97-1.20)
400-499 万円	1.01 (0.95-1.17)	1.04 (0.93-1.17)
500 万円以上	1.00	1.00

* 数値は主観的健康状態が「あまりよくない」「よくない」と回答した者が対照（平均所得高い都道府県あるいは個人、あるいは Gini 係数が小さい都道府県）と比較して何倍多いかを示す相対リスクである。括弧内は 95%信頼区間。変数ごとの解析では都道府県レベルの平均所得が低く、Gini 係数が大きく、個人レベルの世帯所得が低いほど主観的健康状態が悪い。全ての変数を用いた解析では、個人レベルの世帯所得が低いほど主観的健康状態が悪い。どの解析も性別、年齢、婚姻状態、健康診断の受診を調整している。

文献[21]から作成。

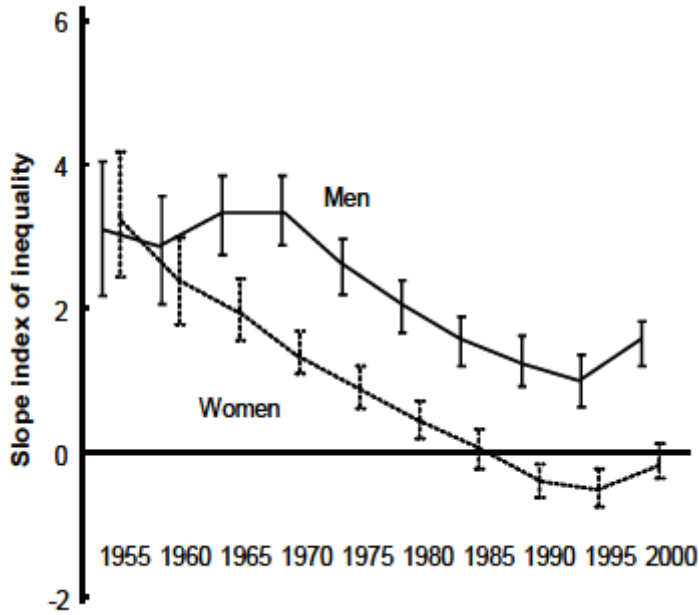


図9 わが国における都道府県単位の平均所得と平均寿命との関連の年次推移。
 縦軸(slope index of inequality)は平均所得と平均寿命の間の関連の程度を示し、数字が正に向けて大きくなるほど平均所得が高い地域で平均寿命が長いとの関係が強まることを意味する。両者の関係は1990年まで弱まる傾向にあったが、1995年を底に両者の関係は再度強まっている。垂直線)は95%信頼区間。文献[23]から作成。

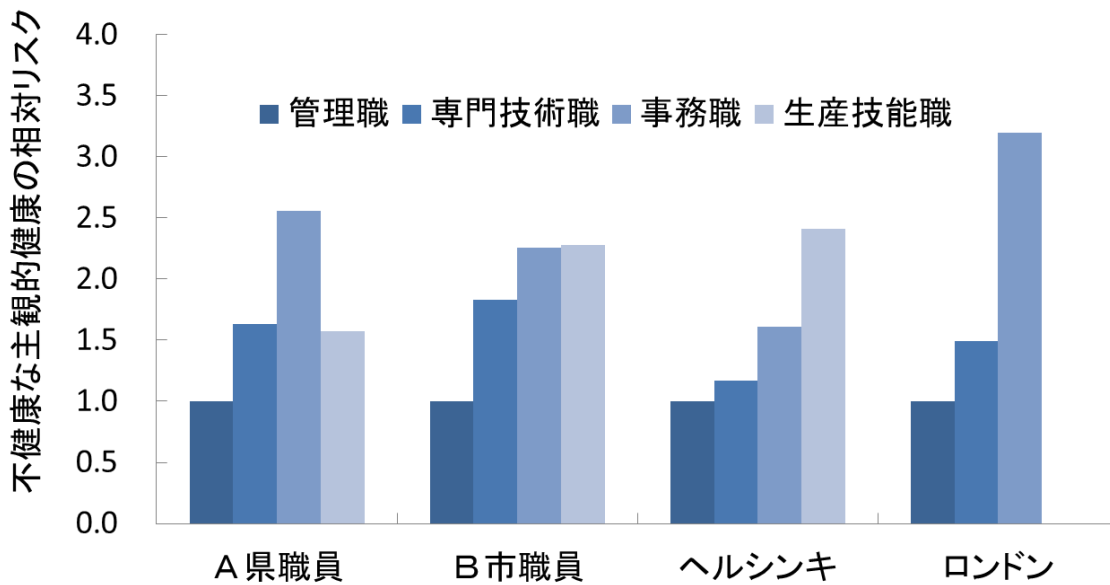


図10 日本および海外の公務員における職種と主観的健康度の低さ（「よくない」「あまりよくない」の合計）との関連性
 管理職を1とした場合に、各職種で何倍主観的健康度が低い者の割合が高くなるかを相対リスクで示した。文献[27]から作成。

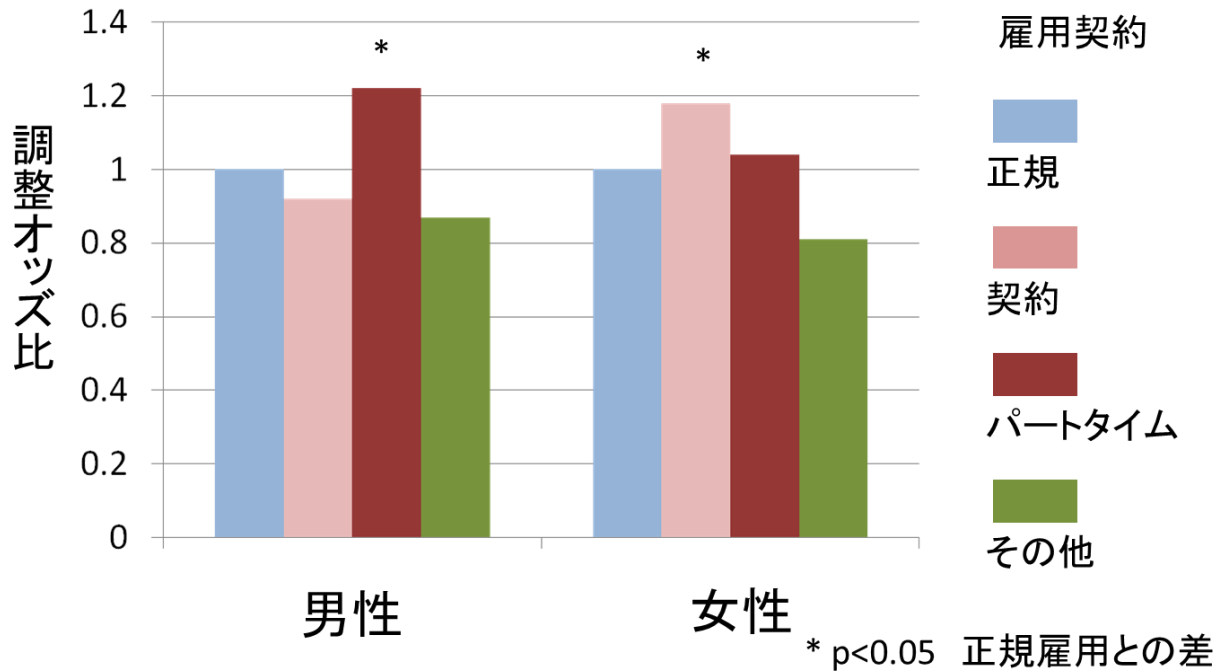


図 1 1 わが国における雇用契約の形態別にみた心理的ストレスの頻度。正規雇用の心理的ストレスの頻度を 1 とした場合の契約・派遣社員、パートタイム労働者の頻度が何倍になるかを、基本的属性を調整したオッズ比で示した。文献[30]から作成。

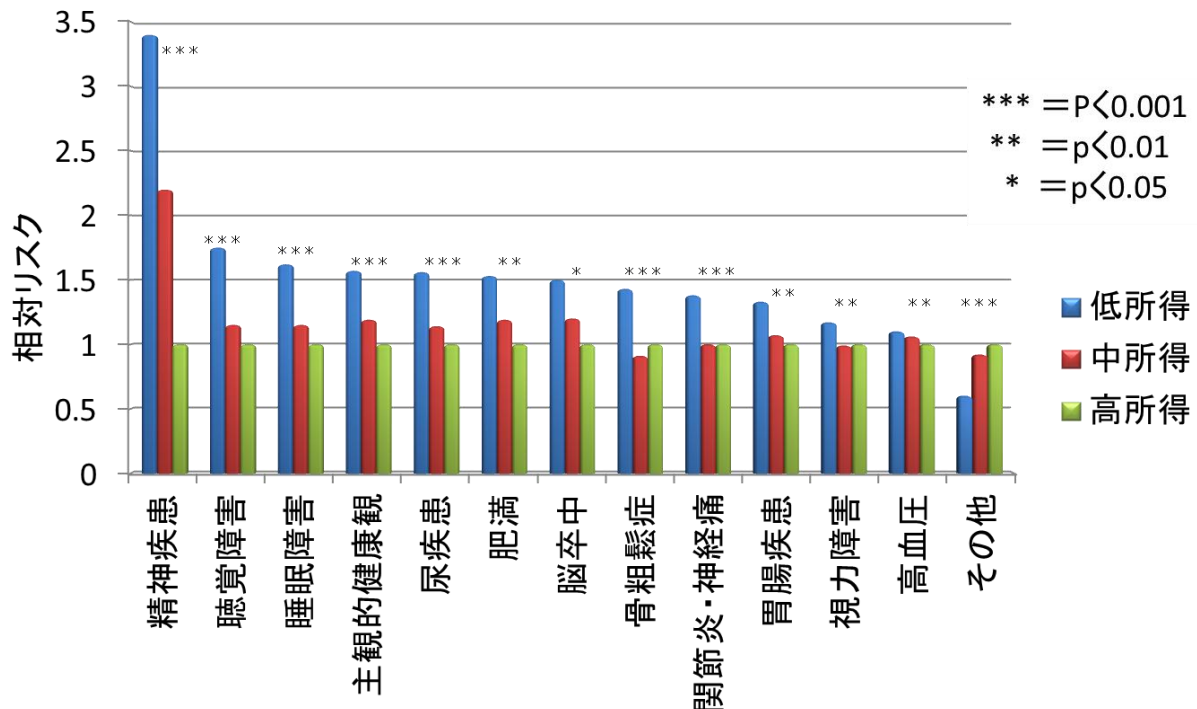


図 1 2 愛知県の高齢者 15,302 人の調査における所得と各疾患の有病率との関係。縦軸は高所得者にくらべて低あるいは中所得者が何倍その疾患を持っているかを示す。所得は年間等価所得で評価し、160 万円未満、160 以上 250 万円未満および 250 万円以上に区分。文献[35]から作成。

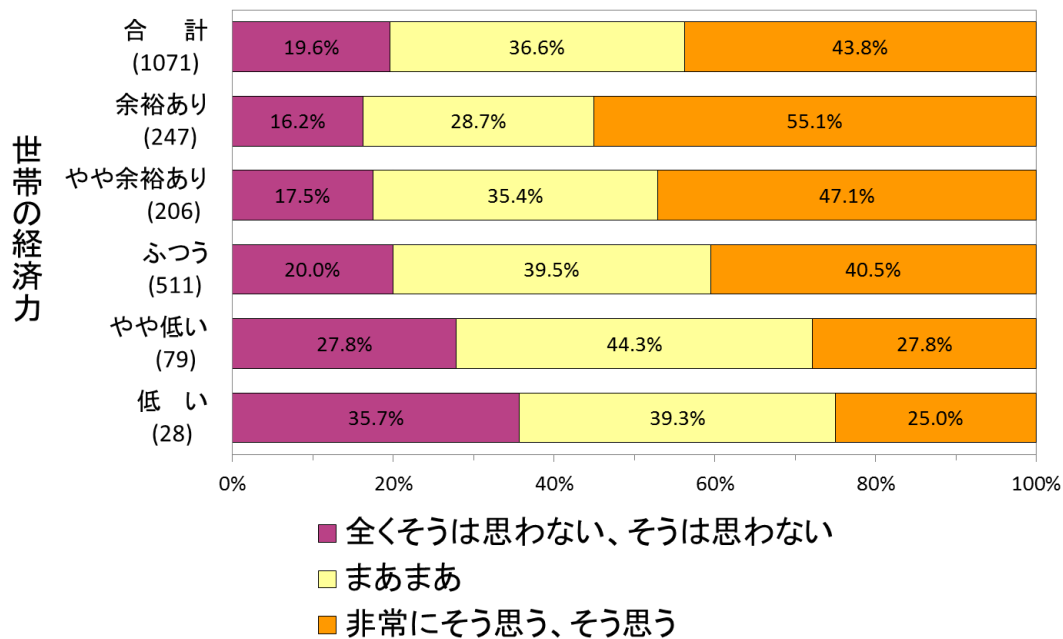


図 1 3 世帯の経済力と終末期におけるケアの質が高かったかどうかの看護師による評価との関連

訪問看護ステーション調査（第二次調査）（1999年）データを再集計し、終末期における死に至る過程の質を担当看護師に評価させた結果を世帯の経済力別に比較した。ケアの質が高い事例は余裕あり層に多い。文献[36]から作成。

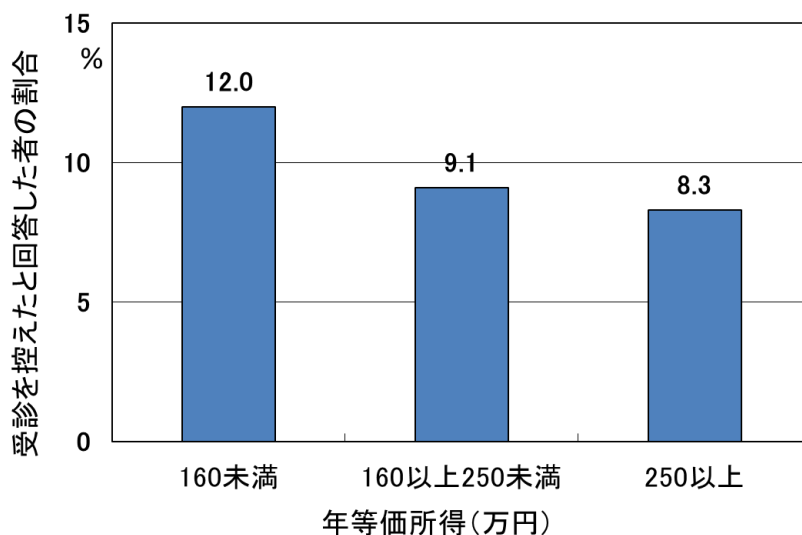


図 1 4 愛知県の高齢者 15,302 人の調査における過去 1 年間に受診を控えたと回答した者の割合

高所得者に比べて低所得者で受診を控えたと回答した者の割合が高い。この傾向は他の基本的属性を調整しても同じである。所得は年間等価所得で評価し、160 万円未満、160 万円以上 250 万円未満および 250 万円以上に区分している。文献[35]から作成。

＜参考資料 1＞日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会審議経過

平成18年

- 3月23日 日本学術会議幹事会（第10回）
 - パブリックヘルス科学分科会設置

平成20年

- 11月27日 委員決定

平成21年

- 1月16日 パブリックヘルス科学分科会（第1回）
 - 今後の活動について
- 3月 3日 パブリックヘルス科学分科会（第2回）
 - 今後の活動について
- 7月28日 パブリックヘルス科学分科会（第3回）
 - 第21期パブリックヘルス科学分科会からの提言準備について
- 10月29日 パブリックヘルス科学分科会（第4回）
 - テーマ別「現状と課題について」

平成22年

- 1月5日 パブリックヘルス科学分科会（第5回）
 - テーマ別「現状と課題について」
- 3月23日 パブリックヘルス科学分科会（第6回）
 - シンポジウムに企画について
- 7月30日 パブリックヘルス科学分科会（第7回）
 - シンポジウムについて

平成23年

- 1月28日 パブリックヘルス科学分科会委員会（第8回）
 - 報告書の構成について
- 2月15日 パブリックヘルス科学分科会委員会（第9回）
 - 報告書の構成について
- 4月22日 パブリックヘルス科学分科会委員会（第10回）
 - 報告書の構成について
- 5月12日 パブリックヘルス科学分科会委員会（第12回）
 - 報告書案について

- 9月1日 日本学術会議幹事会（第133回）
 - パブリックヘルス科学分科会提言「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」について承認

＜参考資料2＞日本学術会議・健康・生活科学委員会・日本公衆衛生学会共催シンポジウムの開催経過

1. 日本学術会議（健康・生活科学委員会）・日本公衆衛生学会共催シンポジウム
「公衆衛生の課題－格差社会・貧困と公衆衛生－」

会場：第67回日本公衆衛生学会総会（福岡）

日時：平成20年11月6日（木） 17時～19時30分

座長 實成 文彦（香川大学医学部教授、日本学術会議連携会員）

川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科教授、日本学術会議連携会員）

日本の健康格差・貧困問題－その特徴

岸 玲子（北海道大学大学院医学研究科教授、日本学術会議会員）

地域保健医療福祉の課題－特に高齢者の健康格差について

近藤克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）

労働・産業保健上の課題－特に非正規雇用の健康影響について－

矢野栄二（帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教授）

教育・学校保健上の課題－特に学力の格差について－

高橋 浩之（千葉大学教育学部教授）

行政の取り組みと課題－地域保健活動と保健所に求められるもの－

渋谷いづみ（全国保健所長会会長（愛知県半田保健所長））

2. 日本学術会議（基礎医学・健康・生活科学委員会パブリックヘルス分科会）・日本公衆衛生学会共催市民公開シンポジウム

「社会格差と健康—公衆衛生の重要課題の対策に向けて」

会場：第68回日本公衆衛生学会総会（奈良）

日時：2009年10月21日（水）18:00-20:00

座長 近藤克則（日本福祉大学教授）、岸 玲子（日本学術会議会員）

日本学術会議からの挨拶

岸 玲子（北海道大学大学院医学研究科公衆衛生学分野教授、日本学術会議会員、基礎医学・健康・生活科学委員会パブリックヘルス分科会委員長）

社会格差と健康の「確固たる事実」と対策—WHO健康の社会的決定要因委員会の最終報告

橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学教授）

社会格差に視点を置いた地域保健活動

中条桂子（京都山科保健所母子保健・母子家庭対応担当、保健師）

社会経済的要因による健康格差の国際比較—心理社会的ストレスと健康リスク行動の役割

関根道和（富山大学大学院医学薬学研究部 保健医学准教授）

健康インパクト評価（Health Impact Assessment）の可能性と課題

藤野善久（産業医科大学医学部 公衆衛生学准教授）

指定発言

日本公衆衛生学会の対応

川上憲人（日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会副委員長）

＜参考資料3＞基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会
主催 社会格差と健康に関する市民公開シンポジウム「健康の社会格差ー今、多様な知を
結集し、すべての人々に生きやすい社会を」

健康の社会格差—今、多様な知を結集し、 すべての人々に生きやすい社会を

日時:2010年7月30日(金)午後1～5時
場所:日本学術会議講堂

健康の社会経済状態による格差への関心が高まっている。貧困層、失業者・非正規雇用者など社会制度の保護を受けにくい人々における健康や医療アクセスの問題に加え、子どもや高齢者の健康の社会格差の広がり、また経済不況下における障害者の健康と生活にも懸念が広がっている。このシンポジウムでは、保健医療分野のみならず、福祉、社会学などの視点からも総合的に健康の社会格差に関する現状と課題を明らかにし、さまざまな人々が共に、健康に生きることのできる社会を作るための方策について議論する。

主催：日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会

共催：日本学術会議社会学委員会「社会調査分科会」、社会学委員会・経済学委員会合同「包括的社会政策に関する多角的検討分科会」、文部科学省科学研究費新学術領域研究「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御：社会科学と健康科学の融合」（略称「社会階層と健康」）

座長：川上憲人（連携会員、基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同「パブリックヘルス科学分科会」委員、文部科学省科学研究費新学術領域研究「社会階層と健康」領域代表、東京大学大学院教授）

安村誠司（連携会員、基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同「パブリックヘルス科学分科会」委員、福島県立医科大学教授）

プログラム

13:00～13:10 挨拶

13:10～13:40 **1** 日本の健康格差・貧困問題:我が国における特徴と課題
岸 玲子（第二部会員、基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同「パブリックヘルス科学分科会」委員長、北海道大学環境健康科学研究教育センターセンター長・特任教授）

13:40～14:10 **2** 社会調査から見たわが国の社会格差と健康格差の問題
盛山和夫（連携会員、社会学委員会「社会調査分科会」委員長、東京大学大学院教授）

14:10～14:40 **3** 健康格差と日本の子どものヘルスプロモーション
實成文彦（連携会員、健康・生活科学委員会「子どもの健康分科会」委員長、山陽学園大学副学長）

14:40～15:00 休憩

15:00～15:30 **4** 高齢者のwell-being（幸福・健康）における格差
近藤克則（日本福祉大学教授）

15:30～16:00 **5** 拡大する健康格差に対する包括的対策プログラムの検討
高野健人（連携会員、基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同「パブリックヘルス科学分科会」委員、健康都市と都市政策に関するWHO研究協力センターおよびAlliance for Healthy Cities (AFH) 代表、東京医科歯科大学大学院教授）

16:00～16:30 **6** 医療・健康の社会格差と医療政策の役割
二木 立（連携会員、社会学委員会・経済学委員会合同「包括的社会政策に関する多角的検討分科会」委員、日本福祉大学副学長・教授）

16:30～17:00 総合討論

1 日本の健康格差・貧困問題:我が国における特徴と課題

岸 玲子(北海道大学環境健康科学センター・センター長、特任教授)

「新時代の日本の経営」が出された1995年以降、“官が業界を守り”、“会社が男性稼ぎ主の雇用を確保し”、“男性が妻と子供を養う”という構造が崩れ、非正規労働者でも家計の担い手にならなくてはならない状況が出現した。2006年にはワーキングプア問題が顕在化し、2008年末、失職し住む家もない労働者が“派遣村”に並んだ。日本の相対的貧困率はアメリカについて14.9%と高い。日本で貧困層が増える理由は、高齢者では年金・貯蓄に大きな差がありそれが人口構成の変化に伴いジニ係数を大きくした。加えて非正規労働者の比率がOECDで最も高く、しかもEU諸国とは異なり「ILOパートタイマー条約」を批准していないので年金・保険など諸権利が不利なままである。男性が妻と子供を養うという旧来構造のまま、景気の調整弁として扶養手当や配偶者控除を受ける限度内で働く主婦の壁が存在する。女性労働者の低賃金や若者の貧困が隠ぺいされがちで、働く母子世帯が最も困窮している原因もそこにある。一方、わが国では従来から長時間労働による過労死問題が横たわり過労による循環器疾患の業務上申請は減らず、鬱や自殺などはより増加している。労働時間は2極化し、正社員で週60時間以上働くものの比率は25%を超えている。日本で特異なのは専門職や管理職(例えば教員や医師など)で労働時間が平均週60時間を超えて過重労働であり欧米的な社会階層による格差とは異なる。参議院選挙を経て、日本はこれからどういう国を目指すのか?見えづらい状況が続く。しかし職業訓練、保育サービス、学びなおしのための生涯教育、職業訓練を受けている期間の年金雇用保障などを着実にこなってきた国では経済成長と財政収支の安定を両立させ、社会の持続性を保ち、教育、医療、介護、環境、男女格差、労働など改革をし続けた。我々の課題は多様であるが男性と女性、正規と非正規、失業と労働といった壁を超える新しい社会システムのあり方を、人権と健康、環境を守る立場で見つけていくことのみ我々国民が課題解決の方策を見つける道があるのではないだろうか。



2 社会階層研究からみた社会格差と健康格差の問題

盛山和夫(東京大学大学院人文社会系研究科・教授)

社会学における階層研究の伝統において、長い間、健康格差への関心はほとんど存在しないに等しかった。1955年にはじまる日本のSSM調査研究においても、そもそも「健康状態」に関わる質問文が調査票に含められたのは、ようやく2005年調査においてである。また、日本社会学会の社会学文献データベースで調べてみても、健康と格差をキーワードとしたばあい、一つも文献がヒットしない。これは、日本だけではなく、アメリカの社会学でもほぼ似た状況にある。とはいうものの、2000年頃を境に、健康と格差への階層研究的関心が次第に増大しつつあるのは間違いない。

階層論的にみた場合、健康と格差については、社会階層によって健康への「機会」がどう異なっているか、そのメカニズムはいかなるものか、ということが基本的な問題関心ではあるが、それ以上に理論的にみても重要だと思われるのは、「不平等度の高い社会ほど、健康状態が低い」という議論である。個人レベルの階層的地位ではなくて、個人を超えた不平等度といういわば「マクロな社会構造のありかた」が、個人レベルの健康状態に影響しているという主張は、社会学的にも、政策的にもきわめて重要なインプリケーションをもっている。これまでの階層研究では、階層的な不平等の度合いは一般的に低い方がいいという常識的な判断はあったけれども、不平等度そのものがそれ自体として人びとのWelfareに影響するという議論や理論はほとんど存在しなかった。健康と格差も研究のなかで、こうした議論が中心的なテーマの一つになっている点は、社会階層研究にとっても重要な問題を提起しているといえる。

以上のような観点から、健康と格差の問題が一般的な社会階層の不平等問題にどのような新しい知見や論点を提起しているかを述べる。



3 健康格差と日本の子どものヘルスプロモーション

實成文彦 (連携会員、健康・生活科学委員会「子どもの健康分科会」委員長、山陽学園大学・副学長)

子どもは乳幼児期に自立は困難で、家族・家庭で養護され、社会・環境に擁護されて健やかに成長・発達を遂げ、生涯を通じての健康づくりの基礎が築かれるべきであるが、家族・家庭や社会・環境因子は子どもに様々な影響し健康格差は至る所に生じる。これに対し、WHO 憲章や世界人権宣言、児童の権利条約、日本国憲法等では、健康は人みな平等で社会的要因による差別があってはならないとされ、母と子は特別の保護及び援助を受ける権利を有するとされている。行政の諸施策や法・制度的整備、コミュニティにおける保健医療福祉活動や食育・体育・健康教育等のアプローチ、家庭・地域社会の子育ての努力等の結果、我が国は乳児死亡率や平均寿命において世界最高水準に達した。しかしながら今日の我が国の子どもは、心身の健康や健康的な日常生活、QOLの高い生活、あるいは幸福な人生といった視点からは、良好な状態にあるわけではない。このたび、日本学術会議子どもの健康分科会では、現代の子どもの健康に関し、16分野(生活環境、出生前・乳幼児期、感染症予防対策、保育環境、虐待予防、口腔保健、食育、あそび、身体運動、心の健康、性行動、危険行動、セーフティープロモーション、発達障害、健康教育・保健教育、貧困・格差社会)において検討を重ね、計56項目に及ぶ課題と提案をまとめ、「日本の子どものヘルスプロモーション」として報告書を世に出した。相対的貧困率・特に母子・父子家庭の貧困の進行、虐待や犯罪被害、生活習慣の歪み、いじめ・キレる・不登校の増加等、多くの問題を抱えた危機的状況があり、地域差や、学力、体力、歯科保健等での格差社会の進行を窺わせる2極化傾向、経済的事情でご飯が食べられない子、無保険の子、医療や検査を受けられない子等の事例が明らかとなった。疫学研究では、家族及び社会経済心理的環境が子どもの生活習慣、教育機会、健康感等に影響を与え、健康関連の社会格差が拡大していることが示唆されており、格差の固定化が危惧される。貧困・格差社会に対する課題は、「子どもが希望を持ち、安全・安心で健康な生活が送れるように、子どもの貧困対策・格差是正策を社会を挙げて実施する」であるが、これらを含めて、現代的な健康課題の解決を図るには、ヘルスプロモーションの理念の下に、健康的な公共政策の推進と体制の整備を行う、健康に関する支援的環境を創造する、健康のための社会的ネットワークと地域活動の強化を図る、子どもが自らの健康をコントロールする個人的スキルや能力を強化する、健康開発のための研究とその組織づくりを推進する、学校を核とした地域のヘルスプロモーションを推進する、という6つの方策を柱とする総合的・包括的取組が重要である。



4 高齢者のwell-being(幸福・健康)における格差

近藤克則 (日本福祉大学社会福祉学部・教授 / 健康社会研究センター長)

日本の高齢者は世界一の長寿を達成しているが、一方でwell-being(幸福・健康)における格差も見られている。AGES(Aichi Gerontological Evaluation Study,愛知老年学的評価研究)プロジェクト(n=32891人)で見えてきた、その実態と原因、対策の手がかりの一端を紹介する。

【実態】高所得層に比べ、低所得層で、うつ状態が5倍多く見られるのをはじめ、閉じこもり状態や残歯数、転倒歴、不眠など、多くの指標において、社会階層が低い者に不健康が多い「健康格差」が見られることが判明した。これらには、もともと障害があったために所得が低くなったという「逆の因果関係」の影響もあるが、要介護認定を受けていなかった人だけを対象とする縦断追跡調査によっても、要介護認定を新たに受ける率で2倍、男性の死亡率で3倍に上る健康格差が見られることを確認した。

【原因】その生成経路としては、健康に望ましくない生活習慣や健診未受診、ストレスフルなライフイベントの多さ、上述したような多くの要介護リスクの集積、さらに必要と感じても医療機関受診をしなかった受診抑制、など多くの要因が絡み合っている。また現役時代の職業によって、退職後のうつ状態の観察割合が異なるなど、ライフコース(人生経路)の影響もあることが示唆されている。

【対策の手がかり】趣味や外出の機会、対人交流などが多い人ほど、認知症や要介護状態になりにくいことを縦断調査で確認したので、それらの機会の増加をめざす介入研究も試みている。WHOも言うように、格差の原因は多岐に渡るため総合的な対策が必要である。

【文献】近藤克則編「検証『健康格差社会』－介護予防に向けた社会疫学の大規模調査」(医学書院,2007)

近藤克則著「『健康格差社会』を生き抜く」(朝日新聞出版社,2010)



5 拡大する健康格差に対する包括的対策プログラムの検討

高野健人 (日本学術会議連携会員、「健康都市」WHO指定研究協力センターおよび世界健康都市連合 (AFHC) 代表、東京医科歯科大学大学院・教授)

社会格差と健康格差は連動している。これについてはすでに多くの研究結果がそれが事実であることを明らかにしている。この健康水準と社会経済生活環境要因との関係は、時代や地域、またそれぞれの国内事情によりその関係性の強弱は異なる。社会経済要因の格差がより大きな健康格差となる場合もあれば、社会経済要因の格差が大きいても、健康格差としては縮小して反映される場合もある。

社会経済要因は、各要因相互にも密接な関係があり、問題の構造は複雑で、大きな広がりを持つ。社会を包み込む大きな問題を指摘することはできるが、その解決方法を提示することは難しい。

しかしながら、近年、おかれている現実の中で、社会経済要因の格差が生み出す健康格差を、可能な限り小さくしようとする努力とその努力を効果的に活かす仕組みが提起されてきた。そのひとつが「健康都市プロジェクト」であり、基本的には市民運動である。地方の行政と協力して発展しているものもあり、むしろ、行政をリードしている例もある。その特徴は、世界のいくつもの都市において取り組み、経験が蓄積され、「包括的地域保健プログラム」としてのモデルを提示していることである。また、世界保健機関 (WHO) が提唱し、展開を支援した経緯から、国際的なネットワークが発展している。さらに、計画策定や活動事業が、科学的なエビデンスと蓄積された経験の上に成り立っていることもその特徴である。活動プロジェクトと科学的研究は双方向的であり、今後はさらにその一体感を深める傾向にある。

では、どうして社会経済要因の健康水準への影響を緩和することができるのだろうか。所得、教育、就業などの要因を例にとり、具体的な国内外の都市の活動事例と研究成果を紹介し、学術成果が活かされる市民参加の取り組みの参考に供したい。



6 医療・健康の社会格差と医療政策の役割

二木 立 (日本福祉大学・副学長)

「病気と貧乏の悪循環」(現代風に言えば、健康の社会格差)を断ち切ることは、第二次世界大戦前から始まった日本の医療(保障)政策の原点の一つでした。しかし、日本の医療保険制度は職業・地域別に分断された「モザイク」だったため、1961年に国民皆保険制度が実現した後、この悪循環、少なくとも医療受診の社会格差は続きました。

医療受診格差は1973年の「福祉元年」(老人医療費の無料化、高額療養費制度の導入等)によってかなり改善されました。しかし財政再建を錦の御旗にして、1980年代前半から四半世紀続けられた「世界一」厳しい医療費抑制政策により、国民皆保険制度は周辺部からほころび始め、医療受診(および、おそらく健康)の社会格差は再び拡大に転じました。例えば、国民健康保険加入者のうち「資格証明書交付世帯」(事実上の無保険者)の医療機関受診率は、一般加入者のなんと100分の1です(全国保険医団体連合会)。

2001~2006年の小泉政権時代の「医療改革」で主張された混合診療の全面(原則)解禁論は、医療分野にも市場原理を導入し、医療保険の給付対象を「基礎的なサービス」に限定する一方、「高所得者がアメリカ並みに自由に医療サービスを購入できるようになる」こと、つまり医療受診の社会格差の導入を公然と主張しました。混合診療全面(原則)解禁論は、福田・麻生政権では沈静化しましたが、やや意外なことに、2009年に発足した民主党政権の一部ではまた部分的に復活しつつあります(行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書」、経済産業省「医療産業研究会報告書」等)。

そのため、今後の医療政策の究極的選択は、公的医療費の総枠を拡大して、医療の「平等消費」を促進し、健康の社会的不平等を縮小するのか、それともすでに部分的に生じている医療の「階層消費」を促進して、健康の不平等を拡大するのかにあると言えます。

