

特集◆健康のための社会政策

# 健康格差問題と社会政策

近藤 克則

小論の目的は、①健康格差と、②健康格差が生まれる経路に関する文献をレビューし、③社会政策の必要性と海外における事例を検討することである。

社会疫学研究によって、(1)日本においても健康における社会経済的な格差があること、(2)社会経済格差拡大や介在要因としての社会的サポートやソーシャル・キャピタルのような「健康の社会的決定要因」から健康に至る複雑な影響経路が明らかにされてきた。(3)健康格差の縮小策として期待されるものにも、個人レベルと社会レベルのものがあり、後者として社会政策は重要である。社会経済格差の是正やコミュニティのソーシャル・キャピタルを豊かにすることなどが必要である。海外での取り組み事例に学ぶと、教育、労働、所得保障政策など広い範囲の社会政策が健康政策になることがわかる。(a)上流にある根本的な原因へのアプローチ、(b)すべての政策において健康を考える、(c)環境への介入、という3つの考え方が根底にある。

キーワード 格差社会 健康格差 社会疫学 健康の社会的決定要因 社会政策

## 1 はじめに

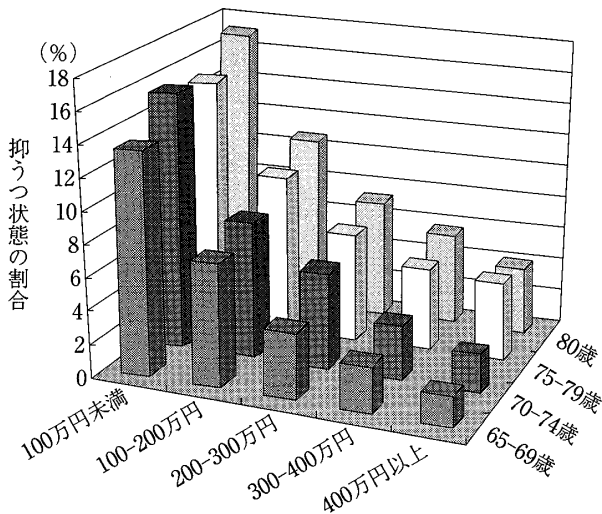
『健康格差社会』[近藤, 2005]が出版された当時、“inequalities in health”（社会経済階層が低い層に不健康が多い状態）は、「健康の不平等」などと訳され、「健康格差」という表現すら一般的ではなかった。その後、日本でも関心が高まり、本学会の共通論題で報告する機会をえるまでになった。一方、海外では、すでに2000年前後から問題として認知され、“social determinants of health”「健康の社会的決定要因」[Wilkinson et al., 2003]の知見の蓄積と社会的な論議を経て、社会政策的な対応が試みられてきている。

小論では、第1に、日本において、どの程度の健康格差が存在するのかをまず明らかにする。第2に、政策による対応策を考えるために不可欠な

「健康格差が生まれるプロセス」として、どのような経路が解明されているのかを描く。第3に、それらを踏まえると、保健医療政策の枠内では是正できる性格の問題ではなく、教育政策から雇用政策、所得保障施策、コミュニティ政策まで広い範囲の社会政策による対応が重要となることを述べる。第4に、科学的根拠（エビデンス）を踏まえ、WHO（世界保健機関）で論議が重ねられ、アレイド宣言で唱われた“Health in All Policies”の考え方や「健康の社会的決定要因」委員会による勧告、WHO 総会決議、それらを受けて海外で健康格差是正のための政策とされているものにはどのようなものがあるのかを紹介する。最後に、以上を踏まえて、日本の社会政策（研究）の課題をまとめたい。

## 特集◆健康のための社会政策

図1 所得とうつ状態の関係



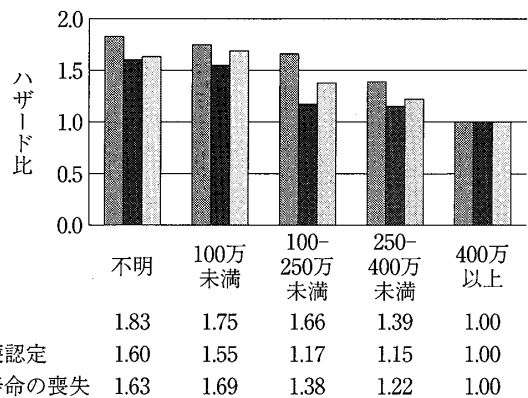
(注) 65歳以上の高齢者 (n=32,891)  
(出所) 近藤編 [2007]。

## 2 日本における健康格差の実態： AGES プロジェクト

1990年代以降の日本では、社会経済的格差が広がってきている。例えば、生活保護を受けている世帯が増え、1998年には66万世帯だったのが、2005年には100万世帯を突破し、その後も増え続けている。また貧困児童も増えている。公立の小学校に行っている子たちのうち、生活保護の基準の1.1倍未満の世帯に対して、給食代や学用品代を公費で援助するという制度が日本にはある。これを日本全体では13%が利用し、しかも、4年間で4割増えたと報じられた(『朝日新聞』2006年1月3日)。さらに、ニートも増えた。ニートとは、20歳から35歳くらいで、仕事もせず、学校にも行かず、職業訓練も受けていない人たちのことである。その一方でお金持ちも増えている。金融資産1億円以上の人たちが日本人の1%前後、100万人以上いる。そういう現実を反映して、内閣府の国民生活選好度調査でも、「日本が平等である」と思っている人は、この間に減り、「不平等な社会になっている」と感じている人が増えている。「格差が拡大している」と感じている人は、バブル景気のころよりも多い。

このような格差は、健康にまで影響が及ぶのだ

図2 等価所得別の死亡・要介護認定・健康寿命の喪失(男性)



(注) 男性6989人を4年間追跡。

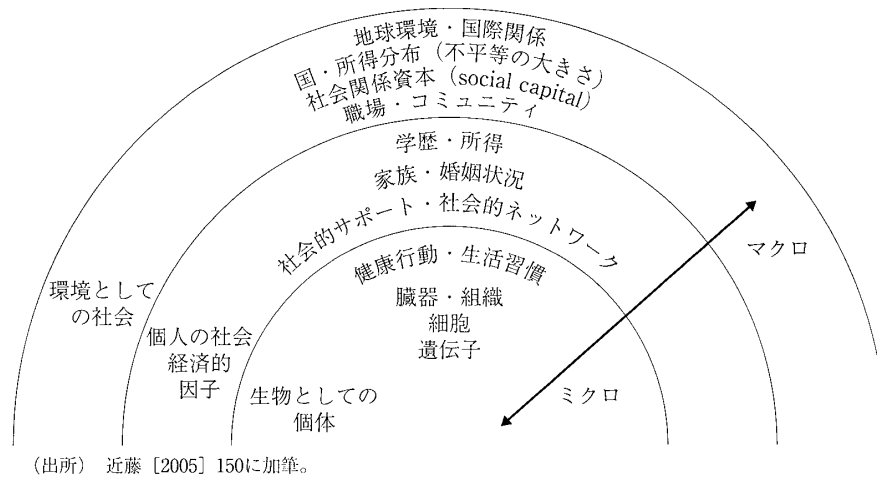
(出所) 近藤ほか [2012:22] より作成。

ろうか。社会階層は、所得や学歴、職業階層などで測定されるが、それらと健康との関連を示す代表例として、うつ状態についてのデータを図1に示す。調査に用いたのは、AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究) プロジェクトの高齢者3万2891人を対象にしたデータである [近藤編, 2007]。高齢者うつスケール (GDS-15項目版) で、10点以上のうつ状態であった人の割合を、年齢階層・所得階層別に示した。どの年齢層を見ても、所得が低くなるほど、うつ状態が多いことがわかる。400万円以上の男性では2.3%にすぎないが、100万円未満の低所得の人では15.8%と、実に6.9倍も多い(年齢調整済み)。介護予防の重点とされた、閉じこもりや歯・口腔状態、体重(低栄養)、転倒歴や、高齢者虐待防止法の対象となりうる「虐待が疑われる状態」など、多くの側面において健康格差は観察された。

その後、要介護認定を受けていない高齢者1万4652人を4年間追跡したところ(図2)、年収(等価所得)400万円以上の者に比べ100万円未満の群では、男性の死亡ハザード比で1.75倍、新たに要介護認定を受ける率で1.55倍と有意に高かった。一方、女性では有意差が見られなかった [近藤ほか, 2012]。所得には無回答の者が多いので、介護保険料区分(5段階)を用いて2万8162人の高齢者を対象とし4年間追跡した結果では、最高

## 論文 健康格差問題と社会政策

図3 健康の決定因子の階層構造



所得層に比べ最低所得層では、死亡率は男性で約3.1倍、女性で約2.2倍も高かった [近藤, 2010]。

健康格差を考える上で重要なことは、それが低所得層にだけに悪影響を及ぼしているのではないことである。図1や図2を見ると所得段階が下がるにつれて徐々にうつ状態や要介護認定、死亡は増えている。上から2番目の階層でも、最上位層に比べれば不健康である。つまり健康格差は貧困層だけの問題でなく、中高所得層にも影響している。公務員を対象にした国内外の研究で、貧困とは無縁の公務員の間にも健康格差があることが報告されている [Marmot, 2004; Sekine et al., 2009]。つまり先進国で見られる健康格差の原因は、物質的な欠乏が主因ではない。職業性ストレスに代表される職場環境要因も重要である。

### 3 健康格差の生成経路：健康の社会的決定要因とライフコース

対策を講じるには、その生成経路を解明することが必要である。欧米などを中心に、健康の社会的決定要因を明らかにする社会疫学研究の成果が蓄積され、その経路が徐々に解明されてきている [近藤, 2005; 2010]。

#### (1) 健康の社会的決定要因とは

健康格差は、健康を決定する要因 (図3 [近藤, 2006]) が、遺伝子や生活習慣に代表されるよう

な生物学的な要因 (図3の最内層) だけではないことを示している。図3の第2層と第3層 (最外層) が、「健康の社会的決定要因」である。

第2層の「個人レベルの社会的・経済的因子」について、3万2891人の高齢者のデータを横断分析すると、等価所得や教育年数で見た社会階層が低い層で、喫煙や健診未受診など「健康行動要因」や残歯数など「生物学的要因」、うつ状態や主観的健康感が「よくない」など「心理的要因」、社会的ネットワークや社会参加の乏しさなど「社会的要因」まで不利な状態が多く見られた [近藤, 2007c]。

#### (2) ライフコース

出生時→小児期→青年期→成人期に至るライフコースの要因 (図4) が、蓄積することも健康格差の生成プロセスとして重要である [近藤, 2010]。驚くことに、出生時体重と、64歳時の糖尿病の罹患率との関連を示す報告もある。親の社会階層で、子どもの教育歴に差が見られ、貧困の世代間連鎖が見られる。教育歴は、その後の失業や職業歴、職業階層や職業性ストレスの違いを生み出す。就労状況や職業によって現役時代の所得水準も年金額も異なってくる。これらの全てが健康状態に影響すると考えられる。

特集◆健康のための社会政策

図4 妊娠期から成人期の健康への影響経路

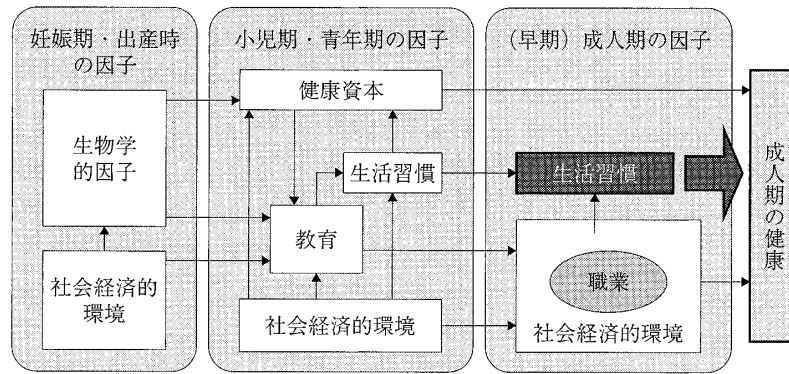
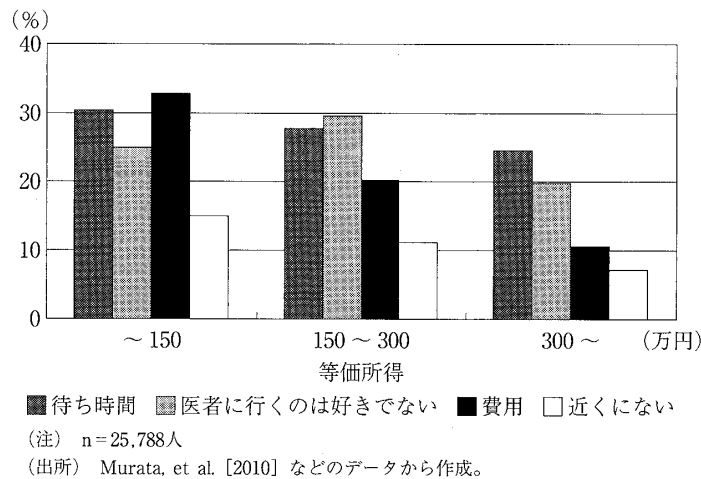


図5 治療を控えた主な理由



#### 4 社会政策による対策の必要性

次に「環境としての社会」(図3の最外層)のありようと、そこに暮らす人々の健康との関連についても見てみよう。ライフコースの影響まで考慮すると、健康格差に影響を及ぼす社会的要因あるいは社会政策による影響を受ける要因として、医療政策のみならず、教育政策や貧困児童対策、所得保障政策、若年層の失業や社会的排除対策としての雇用政策など、広範な要因や政策群を考える必要がある。

これらのうち健康との関連が深い医療政策をまず見てみよう。この間の医療制度改革によって医療費の窓口負担額は増え続けてきた。調べてみると受診を我慢した者は低所得層ほど多い。また、

低所得の者ほど、受診を控えた理由として、費用をあげている(図5)[Murata et al., 2010]。

##### (1) 相対所得仮説:「勝ち組」をも不幸にする格差拡大

相対所得仮説とは、絶対的貧困だけでなく、他の人と比べて相対的な所得水準も、人々の健康に影響を及ぼすという仮説である。言い換えれば、ジニ係数に代表される所得分配の不平等(貧富の差)が大きい米国のような社会ほど寿命が短く(死亡率が高く)、北欧のような貧富の差が小さい社会ほど、そこに暮らす人々の健康水準が良いという仮説である。例えば、米国は1人当たりGDP(国民総生産)ではキューバの5倍も高いにもかかわらず、平均寿命は所得格差の小さいキューバと同水準である。1980年代以降、わが国で

## 論文 健康格差問題と社会政策

は、高齢化の影響も受けてジニ係数が大きくなっているため、この仮説が真実かどうかは重要な問題である。

この仮説は、国際比較研究から生まれた。その後多くの国で検討され、2009年には日本国内でも、所得格差が大きい地域で不健康が多く観察されることが相次いで報告された [Ichida et al., 2009; Oshio et al., 2009]。例えば、個人の年齢、性別、等価所得、婚姻状態、学歴について調整した分析を行った結果でも、地域におけるジニ係数が0.05増える毎に、主観的健康感が「よくない」と答える者の割合が16%増えるという結果が得られている [Ichida et al., 2009]。主観的健康感の主観を尋ねる質問だが、「良くない」と答えた人たちの死亡率が高いことが多くのコホート研究で確認されている [Idler et al., 1997]。

Wilkinson [Wilkinson et al., 2006] によれば、相対所得仮説を検証した155論文の約7割の論文で相対所得仮説は支持される。しかし、分析手法に対する批判があり、それに応えて登場した多重レベル分析という手法による論文に限ると、相対所得仮説を支持するものが8論文、支持しないものが9論文であった。このようなバラツキがでる理由について Subramanian は「閾値仮説」を提唱した [Subramanian et al., 2003]。支持する結果が得られている国はある程度（閾値）以上に所得格差の大きい国であり、関係が見られなかったのは所得格差の小さい国における研究であった。日本でも、1990年代のデータでは関連が観察されず [Shibuya et al., 2002]、ジニ係数が拡大してきた2000年代のデータを使った分析で関連が見いだされている。つまり、所得格差がある一線（閾値）を越えて拡大したときに、それが健康に悪影響を及ぼす可能性がある。2009年になって、この閾値仮説はコホート研究を集めたエビデンスの妥当性が高いメタ分析（多数の論文データを結合して行った分析）によって検証された。ジニ係数が0.3を超える国で相対所得仮説を支持する結果が得られ、格差による過剰死亡者数は、OECD加盟諸国で150万人、日本で2.3万人と推計されている [Kondo et al., 2009b]。

その機序（仮説）は、人は自分と似た他者（例えば、同級生）との比較で、自分の所得を相対的に評価しており、相対所得が低い人で健康状態を害しやすいというものである。実際、類似集団の中で絶対所得が同水準の人でも、相対所得が低い人ほど、要介護認定を受けやすいことが、コホート研究で実証されている [Kondo et al., 2009a]。

この検証されつつある仮説が、社会（保障）政策に対して意味するものは大きい。絶対所得の効果はもちろんある。しかし、それとは独立して「格差の大きい社会は国民の健康に悪い」とすれば、国民の幸福・健康（well-being）を高めるためには、所得の再分配を強め、所得の格差を小さくすべきことを意味している [Wilkinson, 1996]。

## (2) ソーシャル・キャピタル

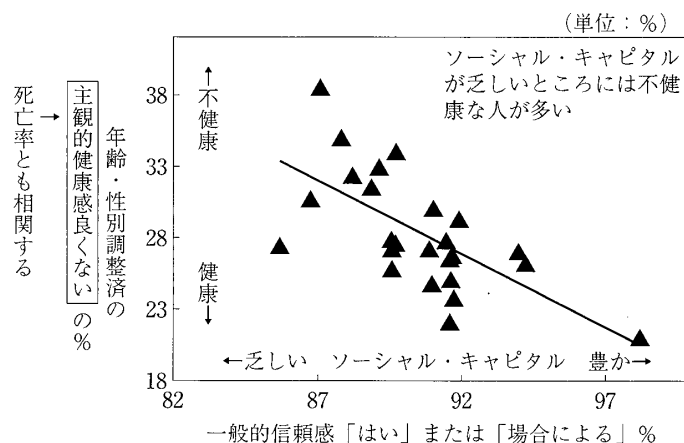
もう1つ健康を規定する社会的決定要因の1つとして着目されているのが、社会関係資本（social capital）である [近藤ほか, 2010]。社会関係資本が学際的な関心を集めるきっかけを作った Putnam は、「社会的な繋がりとそのから生まれる規範・信頼であり、効果的に協調行動へと導く社会組織の特徴」 [Putnam, 1993=2001] と定義した。そして最も実証分析が進んでいる分野の1つとして health（保健・健康）分野をあげている [Putnam, 2000=2006]。「信頼」「ネットワーク」などの指標で計量的に測定された社会関係資本と健康指標との関連が報告されているからである [Kawachi et al., 2008]。

ソーシャル・キャピタルと健康指標との間に見られる関連の一例を図6に示した。「一般的に、人は信頼できると思いますか？」と尋ね、「いいえ」と答えなかった人の割合を、旧村（昭和25年当時の村）単位で集計して、横軸に取った。縦軸に主観的健康感が「良くない」と答えた人の割合をとった。その結果、信頼している人が多い（社会関係資本が豊かな）地域ほど、健康感がよくない人（死亡率が高い人）が少ないことが示された。

ただし、このような地域相関研究（ecological study、生態学的研究とも呼ばれる）には、生態学的錯誤（fallacy）と呼ばれる見かけ上の関連

## 特集◆健康のための社会政策

図6 ソーシャル・キャピタルと主観的健康感



(出所) AGES project [Ichida et al., 2009] のデータから作成。

(例えば、裕福な人ほど「人を信頼している」と答える影響)が入り込むことがわかっている。それを克服する分析手法に多重レベル分析がある。この分析手法を用いた研究も2005年までに12論文あり [Islam et al., 2006], それらによれば、個人レベル因子に比べ地域レベル因子の効果は小さいが、やはり社会関係資本が豊かな地域ほど健康水準が良いという関連が確認され、日本からも相次いで報告されている [Aida et al., 2009; Fujisawa et al., 2009; Ichida et al., 2009; 市田ほか, 2005]。

例えば社会関係資本の指標である信頼感の値が1%ポイント高い地域では、主観的健康感が「良くない」と答える確率が4%低い [市田ほか, 2005]。4%は小さいように見えるが、地域に住む全ての住民が対象となるため、分析対象人口が5万人であれば2000人の健康状態が改善することを意味するので影響は小さくない。

用いられている健康指標は、主観的健康感だけでなく、メンタルヘルス (精神保健) 指標 [Almedom, 2005; McKenzie et al., 2006] や、より客観的な残歯数 [Aida et al., 2009], 死亡などへと研究が進められている [近藤ほか, 2010]。

この社会関係資本が着目される理由の1つが、相対所得仮説との関連である。所得の不平等 (経済格差) が拡大すると、社会が分断され、人々の結びつきや信頼感という社会関係資本が毀損され、その結果として国民の健康水準に悪影響が及ぶと

する仮説である [ウィルキンソン, 2009]。実際、分析してみると、ジニ係数が大きい地域ほど社会関係資本が乏しくなる傾向が見られる [Ichida et al., 2009]。

社会関係資本の定義や関連する概念の整理、その測定方法、健康への影響経路、介入による操作可能性など、今後の研究課題は多い [Kawachi et al., 2008; 近藤ほか, 2010]。一方、実証されてきた関連が因果関係であるとするれば、社会関係資本を豊かにするコミュニティ政策などの社会政策は、人々の健康水準を上げ、幸福度を高められる可能性を秘めていることになる。

## 5 海外における健康格差是正の取り組み

1980年にイギリスで公表されたブラック報告以降、健康の社会的決定要因やそれによる健康格差の問題は、ヨーロッパなど先進諸国の研究者の関心を集めるようになった。やがて健康格差や健康の社会的決定要因に関わる多くの事実が明らかになるにつれ社会の関心も高まり、今では政策的な対応も始まっている [近藤, 2007b; 松田, 2006; 松田ほか, 2007]。

### (1) 欧米諸国の取り組み

WHO ヨーロッパ地域委員会は、早くも1991年には健康格差を25%削減することを目標に掲げて

## 論文 健康格差問題と社会政策

表1 健康に影響する政策群

|   |
|---|
| 民主主義政策, 人権, メディア政策, 労働生活 (working life) 政策, 男女共同参画, 子供政策, 青年政策, 高齢者政策, 都市開発政策, 高齢者・患者・障害者の所得保障, 住宅政策, 労働市場政策, 保健・医療政策, 環境政策, 交通政策, 事故防止・救急医療政策, 交通安全政策, 感染症コントロール政策, 教育政策, 防犯政策, スポーツ政策, 食糧政策, 税制, 司法 |
|---|

いた。税, 年金, 雇用, 教育, 財政などを動員して, 貧困をなくし不平等をなくすことが行政の責務であるとした。

イギリスでは, 政府が設置したアチェソン委員会によって, 健康格差がむしろ拡大していることが1998年に報告 [Department of Health, 1998] され, 貧困や環境, 雇用など, 社会環境因子が健康に影響を及ぼしていることが白書でも述べられ, 政府がそれらに責任を負うとして1998年に行動計画を発表した [Department of Health, 1999]。そして5年後の2003年には, 政府は再びこの問題に取り組む行動プログラムを公表している [Department of Health, 2003]。そこでは保健省だけでなく, 首相官邸や内閣府, 財務省, 通商産業省まで関与する対策と2010年までの数値目標が掲げられた。

スウェーデンでは, 2003年に改正された公衆衛生法の中で「経済と所得保障」が重要であることが明記され, 表1に示したような多くの政策対応が検討された [Hogstedt et al., 2004; 近藤, 2007a]。

2005年には WHO が「健康の社会的決定要因に関する委員会」を設置し, 10月には, EU 議長国を務めていたイギリスで健康格差克服をテーマとしたEUサミットが開かれた。36カ国から大臣や政治家, 政府高官が570人も参加し, 健康の不平等の削減に向けての取り組みを強めることで合意した。オランダ, フィンランド, イギリス, アイルランドなどで, 健康格差是正の数値目標が設定され, 対策が始まっている。

また格差に寛容なアメリカですら, 国立研究機関が健康格差対策を強化するとして, 年次報告書を出すに至っている [Centers for Disease Control and Prevention, 2011]。

以上のように, 欧米では, 健康格差や健康の社会的決定要因は, 一部の研究者が取り組む研究課題というレベルでなく, 各国政府やEUが対策を打ち出し, 多くの公衆衛生関係者や実践家だけでなく, 他の省庁なども巻き込んだ社会政策的な対応を始めている。

## (2) WHOの方針文書と動き

加盟諸国のこのような動きに呼応して, WHOは「健康の社会的決定要因に関する委員会」を2005年に設置し, 2008年に最終報告書を発表した [Commission on Social Determinants of Health, 2008]。そこでは, 3つの勧告が出されている。

第1は, 保健医療政策だけでなく子どものころからの日常生活に関わる諸条件の改善を図ることである。その背景には, 出生時体重や就学前教育など, 子どものころの環境がその後の健康状態と関連を示すことを明らかにしたライフコース疫学の蓄積がある。

第2に, 権力, 金銭, 資源の不公正な分布を是正することがあげられている。健康格差が生まれる一因は, 生活習慣の違いだが, それだけでは健康格差の2~3割程度しか説明できない。つまり, その背景にある格差そのものの是正・緩和が重要であることが明らかになってきている。

そのような政策をつくり出していくには, 第3の勧告, 健康格差を測定し, より深く理解し, 政策のインパクトを評価することが重要となる。より具体的には, 健康格差の問題があることを認め, それを計測すること, 健康格差や健康の社会的決定要因をモニタリングするサーベイランスシステムをつくること, 政策などの健康格差への影響を評価すること, 政策立案者・保健医療実践者 (health practitioners)・国民の健康の社会的決定

## 特集◆健康のための社会政策

表2 影響経路における社会的決定要因

| 公衆衛生状態のフレーム<br>ワーク上のレベル | 主な社会的決定要因  |
|-------------------------|--|
| 社会経済的な文脈と位置：<br>社会      | グローバリゼーションと都市化<br>社会的地位と不平等<br>ジェンダー<br>マイノリティーの状態と社会的排除<br>人口高齢化を含む急速な人口学的な変化                     |
| 曝露因子の差異：<br>社会的物理的環境    | 社会規範<br>コミュニティの環境と社会的基盤<br>不健康で有害な消費物<br>規制のない市場<br>広告とテレビへの曝露                                     |
| 脆弱性の差異：<br>対象グループ       | 貧困と失業<br>到達が難しい対象集団<br>ヘルスケアへのアクセスの困難さ<br>不十分な教育と知識<br>タバコと薬物依存<br>家庭とコミュニティの機能不全<br>望ましくない食の安全と栄養 |
| ヘルスケアの結果における差異：<br>個人   | 治療とケアにおける質の悪さと差別<br>患者との関わりの不十分さ   |
| 結果の差異：<br>個人            | 社会・教育・雇用・経済的な結果<br>社会的排除とスティグマ<br>保険からの排除  |

要因に対する理解を促進すること、公衆衛生学的研究において健康の社会的決定要因をより重視することなどがあげられている。第3の勧告の具体化として、Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) の開発などが進められている。

この「健康の社会的決定要因委員会」最終報告 (WHO, 2008年) は、2009年総会に報告され総会決議となった。2010年に、アデレード宣言 [Pfeiffer, et al., 2011] で保健医療の枠を超えた取り組みの必要性を提唱した。アデレード宣言では、健康の社会的決定要因に影響する政策の多くは、保健・医療を専門としない部門 (non-health sector) が立案・施行する政策であることを指摘した。そして、全ての政策において健康の視点を考慮する“Health in All Policies (HiAP)”が必要であると宣言した。非保健部門と協力した取り組みの例として、経済と雇用、治安と正義、教育

と人生早期、農業と食糧、社会基盤と国土・土地利用計画、交通、環境と持続可能性、住宅とコミュニティサービス、国土と文化などがあげられている。同年に出版された公衆衛生のプログラムに関する文書 [Blas et al., 2010] の中では、表2のような多彩な対策を強化すべきと述べている。

### (3) 根底にある3つの考え方

健康の社会的決定要因への取り組みの上で重視される考え方には少なくとも3つある。

#### ①上流にある根本的な原因へのアプローチ

一つ目は、問題の「原因 (cause)」に着目するだけでなく、「原因の原因 (cause of cause)」に着目することである。川に例えれば、健康問題は、川の下流で起きている問題であり、それを克服するために、より上流 (upstream) にある根本的な原因 (root cause) にアプローチすることである。



## 論文 健康格差問題と社会政策

ライフコース疫学の知見に基づき、成人期の健康問題であっても、青年期や小児期、出生時期、さらには親世代へと原因を遡って対策を考えるライフコース・アプローチもこの考え方の1つと言える。だから根本原因である社会格差そのものの是正をも、WHOは勧告の中にも含めている。

## ②全ての政策において健康を考える

アデレイド宣言で、スローガンとされたのが「Health in All Policies (HiAP)」である。「原因の原因 (cause of cause)」を上流に探し出し、ライフコース・アプローチで迫ろうとすると、もはや保健・医療の枠内の政策だけでは対応できない。だから保健・医療専門職と言えども、健康格差問題にはなすすべがないという立場は取っていない。逆に保健・医療以外の部門 (non-health sector) にもアプローチしようと WHO は宣言した。例えば、交通政策担当部局や都市計画部門に対し、その地域に生活している人たちの歩行量を増やすという視点や社会階層により受ける影響が異なるという視点から政策を見直したり、今後の計画を立てたりするように働きかけることなどである。

## ③環境への介入

行動の変容を起こす方法には2つある。行動の主体である個人に働きかける方法と、環境に介入して健康に望ましい行動を取りやすい環境に変え、その結果その中で暮らす人々の行動を望ましいものに変えていく方法である。また予防医学にはリスク因子をもつ個人に対するハイリスク戦略と人口集団全体に対するポピュレーション戦略という2つの戦略もある。これらを組み合わせることが必要で、例えば、喫煙者に対する禁煙指導がハイリスク戦略にたつ個人への介入例であり、職場や公共空間の禁煙やたばこ税の引き上げなどがポピュレーション戦略にたつ環境への介入の例である。

生活習慣の変容の難しさが明らかになるにつれ、ハイリスク戦略単独でなくポピュレーション戦略を併用する重要性が明らかになってきた。またポピュレーション戦略の中でも従来から行われてきた健康情報の普及でなく、健康に良い環境づくりが重視されるようになってきた。さらに環境にも

自然環境や物理的な環境だけでなく、社会経済的な環境もあり、大きな影響を及ぼしていることがわかっている。一例をあげれば、近くに公園や歩道が整備されている住宅地、公共交通機関が発達していて車に頼らず歩行量が増える地域という一見物理的な環境＝「原因 (cause)」も、そこに住居を買ったり借りたりしたくても、それが叶わない「原因の原因 (cause of cause)」は、経済力の問題であったりする。

健康格差の背景には、社会階層の低い人たちほど、劣悪な環境条件におかれていることがある。そのことが明らかになるにつれ、ポピュレーション戦略の重要性や環境への介入が重要視されるようになってきたのである。

## (4) 健康の社会的決定要因へのアプローチの可能性

「上流にある根本原因へのアプローチ」「全ての政策において健康を考える」「環境への介入」などを特徴とする健康の社会的決定要因へのアプローチは、医学・医療技術や生活習慣に焦点をあてた取り組みと比べ、より困難なものである。しかし、それが展開された時の潜在的な可能性は大きい。それらによって1つの疾患だけでなく、禁煙や身体活動量の増加、食生活の改善、心理社会的なストレスの軽減など、多くの生活習慣病やストレス起因性の状態や疾患全体の抑制につながると期待できる。それは、かつて抗結核薬など疾患特異的な技術の登場よりも前から、衛生環境の改善によって感染症全般が減って死亡率の逡減が進んできたことに似ている。その取り組みは簡単なものとは言えないが、それでも取り組む意義は大きい。それには、保健・医療政策の枠を大きく越えた社会政策が不可欠である。

## 6 まとめ：日本における社会政策（研究）の課題

日本においても、調査研究してみれば、無視できない水準の健康格差があることが判明した。それは複数の「健康の社会的決定要因」が、ライフ

## 特集◆健康のための社会政策

コースを通じて累積されることで生じている。そのことを踏まえると、保健医療政策の枠内では正できる性格の問題ではなく、教育政策から雇用政策、所得保障施策、コミュニティ政策まで広い範囲の社会政策による対応が重要である。

WHO 総会で決議があげられ、アデレイド宣言で“Health in All Policies”を謳い、健康格差是正に取り組んでいる国が増えている。WHO は、2011年10月に健康の社会的決定要因に関する国際会議（World Conference on Social Determinants of Health）をブラジルで開催した。これは2009年のWHO 総会決議を受けて、その後の加盟諸国での取り組み状況をモニタリングし、教訓と課題を引き出す会議として開催され、大臣級が参加するハイレベル会議であった。

動きが遅かった日本においても、健康格差の実態が徐々に解明され関心を寄せる人が増えるにつれ、WHO の勧告に沿った動きが、まずは学術分野で始まった。日本公衆衛生学会のモニタリング・レポート委員会に、社会格差と健康ワーキンググループが設置され、自殺、子ども、就労世代、高齢者を対象とした4つのレポートが2011年に発表された。また、日本学術会議も基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同のパブリックヘルス科学分科会が「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」と題する提言を2011年に発表した。厚生労働省も、2012（平成24）年度の厚生労働科学研究費補助金の公募課題に「健康の社会的決定要因」を掲げ、次期の「国民健康づくり運動」の「4つの目標」（案）の中に「社会環境の質の向上」「健康格差の縮小」を掲げるに至っている。

わが国でも社会政策による対策が展開されていくために、社会政策研究者には、社会政策による介入の根拠となる「健康の社会的決定要因が健康に影響する機序の解明」や、WHO の第3勧告にある「政策立案者・保健医療実践者（health practitioners）・国民の健康の社会的決定要因に対する理解を促進する」ための努力、そして、対策となりうる社会政策の形成や介入の効果の検証などに関わる研究をいっそう推進することが求め

られている。

[謝辞] 小論をまとめるに当たっては、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業、科学研究費補助金（23243070）、並びに厚生労働科学研究費補助金（H22-長寿-指定-008）の助成を受けた。記して深謝します。

## 参考文献

- Aida, J., T. Hanibuchi, M. Nakade, H. Hirai, et al., 2009, “The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: A multilevel analysis,” *Soc Sci Med*, 69(4): 512-518.
- Almedom, A. M., 2005, “Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence,” *Soc Sci Med*, 61(5): 943-964.
- Blas, E. and A. S. Kurup (eds.), 2010, *Equity, social determinants and public health programmes*, World Health Organization (WHO).
- Centers for Disease Control and Prevention, 2011, *CDC Health Disparities and Inequalities Report — United States*, 2011.
- Commission on Social Determinants of Health, 2008, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization.
- Department of Health, 1998, “*Independent inquiry into inequalities in health: Report (chairman: Sir Donald Acheson)*,” London: The Stationary Office.
- , 1999, “*Reducing health inequalities: An action report*,” London: Department of Health.
- , 2003, *Tackling health inequalities: A programme for action*, London.
- Fujisawa, Y., T. Hamano and S. Takegawa, 2009, “Social capital and perceived health in Japan: An ecological and multilevel analysis,” *Soc Sci Med*, 69(4): 500-505.
- Hogstedt, C., B. Lundgren, H. Moberg, B. Pettersson, et al., 2004, “Background to the new Swedish public health policy,” *Scan J Public Health*, 32 (Supplement 64): 6-17.
- 市田行信・吉川郷主・平井寛・近藤克則・小林慎太郎, 2005, 「マルチレベル分析による高齢者の健康とソーシャル・キャピタルに関する研究」『農村計画論

## 論文 健康格差問題と社会政策

- 文集（農村計画学会誌）第7集（第24巻別冊）：277-282。
- Ichida, Y., K. Kondo, H. Hirai, T. Hanibuchi, et al., 2009, "Social capital, income inequality and self-rated health in chita peninsula, japan: A multi-level analysis of older people in 25 communities," *Soc Sci Med*, 69(4) : 489-499.
- Idler, E. L. and Y. Benyamini, 1997, "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies," *J Health Soc Behav*, 38(1) : 21-37.
- Islam, M. K., J. Merlo, I. Kawachi, M. Lindstrom, et al., 2006, "Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review," *Int J Equity Health*, 5 : 3.
- Kawachi, I., S. Subramanian and D. Kim (eds.), 2008, *Social capital and health*, New York: Springer Science + Business Media, LLC.
- 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, 2011, 「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」日本学術会議。
- 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。
- , 2006, 「社会関係と健康」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 : 163-185。
- , 2007a, 「『格差社会』対策の戦略 ヨーロッパの到達点を踏まえて」『保健師ジャーナル』63(5) : 444-450。
- , 2007b, 「『健康格差社会』への処方箋 『健康格差』対策の総合戦略 ヨーロッパの到達点を踏まえて」『保健師ジャーナル』63(5) : 444-450。
- , 2010, 「『健康格差社会』を生き抜く」朝日新聞出版。
- 近藤克則編, 2007, 『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。
- 近藤克則・芦田登代・平井寛・三澤仁平・鈴木佳代, 2012, 「高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差——AGESプロジェクト縦断研究」『医療と社会』22(1) : 19-30。
- 近藤克則・平井寛・竹田徳則・市田行信・相田潤, 2010, 「ソーシャル・キャピタルと健康」『行動計量学』37 : 27-37。
- Kondo, N., I. Kawachi, H. Hirai, K. Kondo, et al., 2009a, "Relative deprivation and incident functional disability among older japanese women and men: Prospective cohort study," *J Epidemiol Community Health*, 63(6) : 461-467.
- Kondo, N., G. Sembajwe, I. Kawachi, R. M. van Dam, et al., 2009b, "Income inequality, mortality, and self rated health: Meta-analysis of multilevel studies," *BMJ*, 339 : b4471.
- Marmot, M., 2004, *The status syndrome : How social standing affects our health and longevity*, Henry holt and Company, New York.
- 松田亮三, 2006, 「欧州における健康の不平等に関する政策対応」『日本医療経済学会会報』70 : 1-19。
- 松田亮三・近藤克則, 2007, 「健康格差と社会政策——政策内容と政策過程」『保健医療科学』56(2) : 63-75。
- McKenzie, K. and T. Harpham (eds.), 2006 *Social capital and mental health*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- Murata, C., T. Yamada, C.-C. Chen, T. Ojima, et al., 2010, "Barriers to health care among the elderly in japan," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4) : 1330-1341.
- Oshio, T. and M. Kobayashi, 2009, "Income inequality, area-level poverty, perceived aversion to inequality, and self-rated health in japan," *Soc Sci Med*, 69(3) : 317-326.
- Putnum, R., 1993, *Making democracy work*, Princeton University Press. (河田潤一訳, 2001, 『哲学する民主主義——伝統と改革の市民構造』NTT出版)
- , 2000, *Bowling alone : The collapse and revival of american community*, New York, Simon & Schuster. (柴内康文訳, 2006, 『孤独なボウリング——米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房)
- Sekine, M., T. Chandola, P. Martikainen, M. Marmot, et al., 2009, "Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of british, finnish, and japanese civil servants: Role of job demand, control, and work hours," *Social Science & Medicine*, 69(10) : 1417-1425.
- Shibuya, K., H. Hashimoto and E. Yano, 2002, "Individual income, income distribution, and self rated health in japan: Cross sectional analysis of nationally representative sample," *BMJ*, 324(7328) : 16-19.
- Subramanian, S. V., T. Blakely and I. Kawachi, 2003, "Income inequality as a public health concern: Where do we stand? Commentary on "is

特集◆健康のための社会政策

- exposure to income inequality a public health concern?," *Health Serv Res*, 38 (1 Pt 1) : 153-167.
- ウイルキンソン, R・G/池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳, 2009, 『格差社会の衝撃——不健康な格差社会を健康にする法』書籍工房早山。
- Wilkinson, R. G., 1996, *Unhealthy societies : The afflictions of inequality*, London: Routledge.
- Wilkinson, R. G. and M. Marmot (eds.), 2003, *Social determinants of health ; the solid facts 2nd edition*, Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R. G. and K. E. Pickett, 2006, "Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence," *Soc Sci Med*, 62(7) : 1768-1784.
- World Health Organization (WHO), 2010, Adelaide statement on health in all policies-moving towards a shared governance for health and well-being. Report from the international meeting on health in all policies, Adelaide.

(こんどう かつのり : 日本福祉大学)