

連載

健康の社会的決定要因(15)

最終回 WHO の健康格差対策

日本福祉大学 近藤 克則

本連載では、表1に掲げた多くの疾患・健康問題を取り上げ、「健康の社会的決定要因 (social determinants of health, SDH)」がいかに重要なのかを、主に海外における研究成果を元に述べてきた。日本は、国民皆保険・皆年金を半世紀前に実現した格差の小さい国と思われてきたためか、引用したくとも社会階層と(不)健康との関連についての研究が今まであまりなされてこなかったからである。しかし、そのことは日本には健康格差(社会階層が低い人たちに不健康な人が多い)問題がないことを意味しない。

確かに日本は、1980年初期まで(所得分配の不平等度の大きさを表す)ジニ係数でみると格差が縮小する傾向にあったが、その後は格差の拡大に転じ、今ではOECD加盟諸国の中で、ジニ係数(=不平等度)が大きなグループの国となった。貧困層の割合(中央値の50%未満)も、2000年代中頃にはOECD加盟30ヵ国の平均10.6%に対し14.9%とメキシコ、トルコ、アメリカに次いで4番目に多い国となっている¹⁾。20代の若年層の失業率は10%に迫り、雇用されている者においても派遣労働者など不

安定な非正規雇用が3人に1人の水準にまで上昇している。

本連載で紹介してきたように、貧困層や失業者、非正規雇用者の人たちに不健康が多いことを裏付ける膨大な研究が海外で蓄積されていることから、日本における研究が少なかつただけで、健康格差が存在する可能性は高い。実際、ここ数年間に日本の高齢者²⁾や子ども³⁾を対象に調べた結果が発表され、日本にも健康格差があることが明らかになってきている。

WHO(世界保健機関)は、健康格差問題を重視して、2009年の総会決議で取り上げ、加盟国にこの問題に取り組むことを求めている。日本でも、WHOの勧告などを参考にして対策を始める必要がある。そこで、本連載の最終回では、健康の社会的決定要因が、WHOなどでなぜこれほど重視されるようになったのか、その背景と意義を確認し、どのような対策を取るべきなのか、WHOの動向を中心に紹介する。

なぜ健康の社会的決定要因が注目されるのか

「健康の社会的決定要因」の重視は、公衆衛生の分野において、おそらくプライマリヘルスケアやヘルスプロモーションに匹敵する10年単位でみるべき大きな潮流の変化と思われる。どのように潮目が変わろうとしているのか、その背景や新しい潮流の向かう方向を確認しておくことは、新しい対策を考える上で有益と思われる。

少なくとも、1. 医学・医療技術の限界、2. 生活習慣変容の難しさ、3. 健康格差の3つの背景・要因が上げられる。

1. 医学・医療技術の限界

WHOが創立されてから、感染症に対するワクチンや抗生剤、低栄養や栄養素不足に対する栄養(素)補充など、根本レベルで原因を除去する本質的な技術が多数登場してきた。それによって、乳幼児死亡などは劇的に改善した。次々と開発された医学・医

表1 連載の各回のタイトル

第1回	「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向
第2回	歯科疾患
第3回	子どもの問題行動
第4回	脳血管疾患
第5回	慢性腎臓病
第6回	メタボリックシンドロームと社会経済的地位
第7回	がんと社会経済的地位
第8回	認知症
第9回	高齢者の転倒・骨折
第10回	ソーシャルキャピタル
第11回	ライフコース疫学
第12回	健康格差への取り組みと健康影響評価
第13回	高齢者の低栄養と社会経済的地位
第14回	医療アクセスと健康格差
第15回	WHOの健康格差対策

療技術は、多くの健康問題の解消に大きな貢献をしてきた。

しかし、技術では解決しない問題が残ってしまった。技術があっても、その費用が高かったり、提供してくれる所が近くなかったりするなど、アクセスの問題である。例えば、貧困や低所得、失業や非正規雇用など社会から排除された人達、社会階層の低い人達である。保険料が払えず無保険になったり、保険証はあっても窓口負担額を払えないからと受診を我慢したり、無料や安価な健診制度があってもそのことを知らなかったり、日々の生活に追われて利用しない人たちが、あるいは受けられるケアの質が低い人たちが存在する⁴⁾。いくら技術が開発されても、それにアクセスできず、利用できなければ、効果はない。このような人たちの健康問題を解決するために必要なのは、もっと医療技術を開発することではなく、アクセスや利用においてバリアになっている社会経済的な要因を除去することである。

2. 生活習慣変容の難しさ

感染症のコントロールがある程度できるようになるにつれ非感染性疾患の重要性が増した。その代表が、健康に好ましくない生活習慣の蓄積による生活習慣病である。生活習慣が原因であることを情報提供すれば生活習慣は改善されると期待され健康教育が強化された。しかし、いくら情報を提供しても行動変容を起し生活習慣が変わらなければ効果はない。そのため行動科学の知見に基づき行動変容をもたらすための技術も開発された。それらのプログラムの効果は、エビデンスの質が高い無作為化対照比較試験 (Randomized Controlled Trial, RCT) などで検証された。しかしそれらは、比較的少数例を対象とし、理想的な研究条件下、言い換えれば非日常における短期的な効果であった。日常生活の影響が及ぶ長期的な効果⁵⁾や、より多数例の集団を対象にした地域介入研究⁶⁾の systematic review では十分な効果は認められなかった。その象徴が、我が国だけでなく欧米でも、万病のもととして、対策が強化されたにも関わらず減るどころかむしろ増加してきた肥満である。

生活習慣の改善が必要なのはどのような人たちなのか、情報提供・健康教育中心の行動変容アプローチはどのような人たちに影響が及びにくいのか、を調べてみると、本連載で紹介してきたように、その中には社会階層の低い人たちがいた。やはり社会的決定要因が、生活習慣変容の難しさの背景にあったのである。

3. 健康格差

もう一つは、無視できない社会階層間における健康格差が、国際間だけでなく1つの国の中でも見られることが判明してきたことである。基本的人権である「いのち」にまで小さくはない格差があること、しかもそれが拡大傾向を示していることが明らかになってきた。その時「すべての人に健康を Health for All」をスローガンに掲げてきた WHO は、これは健康の公正さ (equity) に関わる社会正義 (social justice)⁷⁾の問題だとして総会決議⁸⁾でまで取り上げて、加盟国に行動を起こすことを求めたのである。その中で、強調されたのが健康の社会的決定要因に着目し、保健・医療以外の部門 (non-health sector) にも働きかけることであった。

これらの背景要因を見ると、ここ数十年間の努力にも関わらず残された健康問題の根本的な原因として「健康の社会的決定要因」が避けては通れない中心的な課題として浮上してきたことがわかる。健康の社会的決定要因に対する取り組みは、成果が上がるには一世代くらいの (in a generation) 時間がかかるであろうが⁷⁾、多くの分野で徐々に浸透していくことが期待される。健康教育も、具体的にどうすれば、どれ位の効果があるのか、エビデンスが整ってから強化されたわけではない。それと同様に、健康の社会的決定要因への着目と介入策の開発は、その必要性を根拠に試みを重ね、その効果の検証が、少しずつ進められていくのだろう。

重視される3つの考え方

健康の社会的決定要因への取り組み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。

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つと言えるだろう。だから根本原因である社会格差そのものの是正をも、WHO は勧告の中に含めている。

2. すべての政策において健康を考える

アデレード宣言⁹⁾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・医療専門職といえども、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達の歩行量を増やす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を含んでいる。

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持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健康に影響を及ぼしていることが分かってきた。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。注目されるようになってきたソーシャル・キャピタルも社会的な環境の1つと言える。

健康格差の背景には、社会階層の低い人達ほど、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や環境への介入が重要視されるようになってきている。

WHO の方針文書

WHO の「健康の社会的決定要因委員会」は最終報告 (2008)⁷⁾で3つの勧告を掲げ、それは2009年総会決議にも反映された。2010年に、Adelaide 宣言⁹⁾で保健医療の枠を超えた取り組みの必要性を提唱した一方で、公衆衛生のプログラムの中で取り組むべきことについても文書¹⁰⁾を出している。

1. 「健康の社会的決定要因委員会」の3つの勧告

第1に、日常生活の条件-人々が生まれ育ち、生活、労働、そして年を重ねていく環境を改善すること、第2に、日常生活の条件の格差の元となる権力やお金、そして資源における不平等を、世界・国内・地域において是正すること、第3に、健康格差を測定し、モニタリングし、活動を評価し、知識の基盤を拡充し、健康の社会的決定要因について訓練された人材開発を進め、健康の社会的決定要因に関する社会の認識を高めることである。政策による健康 (の公正) への影響をアセスメントする健康 (公正) インパクト評価 Health (Equity) Impact Assessment, H(E)IA をすべきである。

2. アデレイド宣言

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。したがって、すべ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。非保健部門との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。

3. 公衆衛生プログラム

アルコールやタバコ、循環器疾患や糖尿病、メンタルヘルスなど12の公衆衛生プログラムにおける健康の社会的決定要因へのアプローチの仕方に関する文書である。

これらに共通する分析の枠組みとして図1の5段階を示し、最後に個人レベルの健康状態の差異がもたらされる要因を4段階に分けている。直接的には個人が受けられたヘルスケアの結果における差異が認められるが、それ以前に有害な社会物理的な環境への曝露における差異があり、同じ要因に同程度に曝露されても発症のしやすさなど対象グループの脆弱性の差異もある。それらのさらに上流には、社会

図1 公衆衛生状態の分析枠組み¹⁰⁾

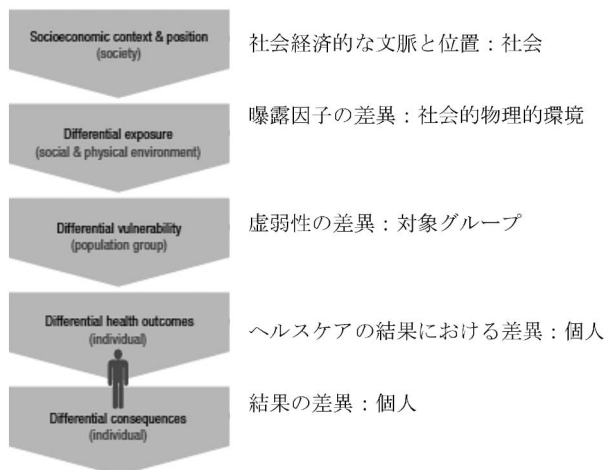


表2 影響経路における社会的決定要因¹⁰⁾

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

経済的な文脈や社会経済的な位置がどのようなものかという社会レベル要因もある。これらが重層的に重なって健康格差は起きている。この5つのレベル毎に健康の社会的決定要因を、示したのが表2である。これらについて、公衆衛生の課題毎に分析し、

5つのレベルそれぞれにおいて、重要な健康の社会的決定要因を見定め、そこに介入できる可能性がある。そして、どのような取り組みによってどれ位の効果がどのような人たちに見られるのか、その効果を評価して、取り組み方を改善しながら進めていくことが必要である。

健康の社会的決定要因へのアプローチの潜在的可能性

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）をブラジルで開催する。大臣級が参加するハイレベル会議として位置づけられているという。

「上流にある根本原因へのアプローチ」「すべ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が進めば、本連載で見てきたように、1つの疾患だけでなく、ほとんど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や、メタボリック症候群対策が進めば、高血圧も糖尿病も脂質異常症も改善に向かうことに似ている。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が大きいものなのである。

日本においても、WHOの勧告に沿った動きが、まずは学術分野で始まっている。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、子ども¹¹⁾、就労世代、高齢者¹²⁾を対象とした3つのレポートと勧告の発表・準備が進められている。また、日本学術会議も基礎医学委員会と健康・生活科学委員会合同のパブリックヘルス科学分科会で、健康社会格差に関する提言を今期にまとめるべく作業が進められている。

健康格差対策には健康の社会的決定要因への着目とHiAPの視点、非保健・医療分野の参加が不可欠だが、それを始めるのは、非保健・医療職ではないであろう。まずは日本公衆衛生学会を中心とする公衆衛生専門職が、健康格差と健康の社会的決定要因の重要性について理解を深め、まわりに働きかける

ことから始まる。我が国でも、WHOの勧告や動きなどが浸透し、独自の努力や試行錯誤を経ながら展開されていくために、本連載が少しでも役立つことを願っている。

謝辞 本連載は、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業並びに厚生労働科学研究費補助金(H22-長寿-指定-008)の研究成果の一端である。記して深謝します。

文 献

- 1) OECD. Income Distribution-Poverty. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=9909&QueryType=View> (2011年6月12日アクセス可能)
- 2) 近藤克則. 検証『健康格差社会』: 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 東京: 医学書院, 2007.
- 3) 阿部 彩. 子どもの健康と貧困の経験. 平成19年度厚労科学研究費補助金(統計情報総合研究事業)総括研究報告書 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(主任研究者 金子隆一) 2008; 205-216.
- 4) Frieden TR, Centers for Disease Control and Prevention. CDC health disparities and inequalities report: United States, 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2011; 60(Suppl 01): 1-2.
- 5) Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, et al. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ* 2002; 325: 628.
- 6) Pennant M, Davenport C, Bayliss S, et al. Community programs for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *American Journal of Epidemiology* 2010; 172: 501-516.
- 7) Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: The World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (2011年6月12日アクセス可能)
- 8) World Health Organization. Resolutions WHA 62.14 Reducing Health Inequities through Action on the Social Determinants of Health. 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf (2011年6月12日アクセス可能)
- 9) World Health Organization. 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 World Health Organization (WHO). 2010. http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf (2011年6月12日アクセス可能)
- 10) Blas E, Kurup AS. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 11) 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. *日本公衛誌* 2011; 58: 212-215.
- 12) 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(5) 高齢者における健康の社会格差. *日本公衛誌* 2011; 58: 564-568.