

健康の社会的決定要因と「ゼロ次予防」

千葉大学予防医学センター教授
国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長
公益財団法人医療科学研究所理事
近藤 克則

医療科学研究所シンポジウム2017のテーマは、「健康な社会づくりをめざして－健康自己責任論を超えて何をなすべきか－」であった。それがタイムリーであったことを裏付けるように、2017年には、健康格差やそれを生み出す「健康の社会的決定要因 (social determinants of health)」に関する一般向けから専門書まで4冊も本が出た。NHKスペシャル取材班による『健康格差－あなたの寿命は社会が決める』（講談社現代新書）、元世界医師会長のマイケル・マーモットによる『健康格差－不平等な世界への挑戦』（日本評論社）、イチロー・カワチら3人のハーバード公衆衛生大学院教授が編集した教科書『社会疫学〈上・下〉』（大修館書店）、そして拙著『健康格差社会への処方箋』（医学書院）である。

社会疫学 (social epidemiology) とは、健康の社会的決定要因 (社会構造, 社会制度, 人間関係など) を研究する疫学の一分野である。日本疫学会も専門分野の1つとして明示し、社会疫学を専門だと答える会員が急増しているという。貧困が多くの疾患の背景にあることは昔からわかっていた。それにもかかわらず、なぜ今、このような盛り上がりを見せているのだろうか。その理由は、政策目標、従来の健康政策の限界、学術的な蓄積など複合的で、「ゼロ次予防 (primordial prevention)」(WHO, 2006) 時代の幕開けかもしれない。

まず、WHO総会決議 (2009) でも、厚生労働省「健康日本21 (第2次)」(2013～) でも「健康格差の縮小をめざす」という政策目標が掲げられた。その背景には、低所得層が増えるに伴って健康格差も見えやすくなったことがあるだろう。社会経済的な格差だけだと「頑張った人が報われて何が悪い」「それも程度問題だ」「いまの程度なら良いじゃないか」などと水掛け論に終始する。しかし「いのちの格差」となると放置すべきでないという人が多い。

次に、「健康日本21 (第2次)」で示された、生活習慣だけでなく

社会環境にも着目しようという健康政策の見直しあるいは拡張である。成人病の原因として生活習慣が重要として1996年に生活習慣病と名称変更された。日本では、メタボリック・シンドローム（メタボ）対策として特定健康診査・特定保健指導が2008年に導入された。危険因子を持つハイリスクの人を早期に発見して、保健指導をして生活習慣を見直してもらおうというハイリスク戦略である。2015年度には特定健診実施率が50%を超え2706万人が受診するようになり、メタボ該当者・予備群の減少もはじまった。

しかし、健康格差の視点や社会疫学などの知見によって、健診で見つけたハイリスクの人たちに健康教育をして生活習慣の改善を図るという戦略だけに頼る限界も見えてきた。例えば、特定健診実施率を健保の種類別に比較すると、健康保険組合73.9%、協会けんぽ45.6%、市町村国保になると36.3%に下がる。それぞれの加入者1人当たり平均所得（2014）、207万円、142万円、86万円と、所得が低いほど実施率も低い。つまり受診行動にも所得格差があり、一方で、ハイリスク者は低所得者ほど多い。低所得の人ほど、うつが多く、生活に追われていて、将来の健康の優先度が低くなりがちだ。しかも特定保健指導の対象者のうち、保健指導を実施した者の率は、2008年の7.7%から2倍以上に増えたものの、2015年度でも17.5%に留まっている。保健指導を受けた群では、異常値が減などの効果が報告されているが、8割以上が保健指導を受けていない。保健指導を受けない人で、メタボ（予備群）だと告げられるだけで、健康になる人がどれほどいるのだろうか。

生活習慣という不健康の「原因」に留まらず、その背景にある社会的決定要因という「原因の原因」を探るのが社会疫学である。それは、ハイリスクアプローチと並ぶ、もう一つの予防戦略ポピュレーションアプローチの基礎科学である。公園の近くに暮らす人たちの運動頻度は2割多い。高等教育を受けた人たちで転倒や認知機能低下が少ない。であれば、社会環境やライフコースを健康に望ましいものに変えれば、その中で暮らす人々が、さほど努力しなくても健康になってしまうのではないか。そんな社会経済的、環境的対策を取る「ゼロ次予防」の時代が近づいている。