

健康格差社会とソーシャル・インクルージョン

近藤 克則 日本福祉大学健康社会研究センター

筆者に与えられたテーマは「健康や医療の側面からみた社会的排除およびソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）」を考えることである。

社会的排除の影響は健康にまで及ぶ。社会から排除された人々、低所得、あるいは十分な教育を受けられなかった人々、正規労働者市場から排除された不安定雇用や失業した人々ほど不健康である。反対に社会階層の上位層は健康を保ちやすい。この格差は、いまの日本にもみられ、それを「健康格差社会」（近藤 2005）と表現した。

本報告では、まず医療と健康における社会的排除の現実を、この間の医療制度改革、および健康格差の実態から示す。次に、なぜ社会的排除が健康格差をもたらすのか、そのプロセスをみていく。その後、ヨーロッパなどで始まっている社会包摂的（インクルージブ）な取り組みによって健康格差を是正しようとする取り組みを紹介する。最後に、これらの問題に取り組む、社会福祉学の課題について述べることにする。

I. 医療における社会的排除の実態

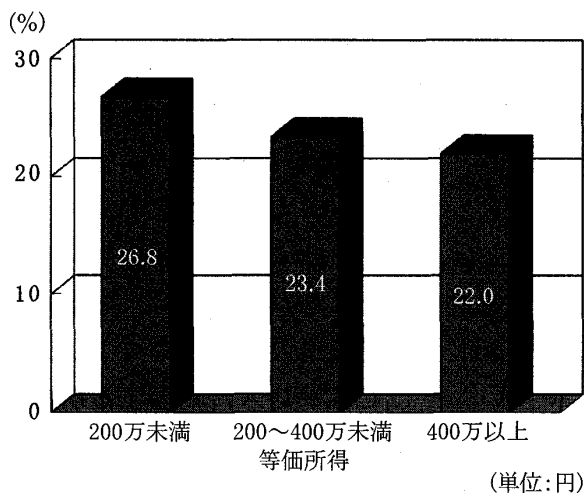
社会的に排除された人々、たとえば貧困児童、ニート、ホームレス、閉じこもり、孤独死などが増えている。その一因は社会保障の水準の低下であり、医療保障、介護保障においても例外ではない。たとえば、2000年以降の医療制度改革で進められてきたのは、医療を受けたときに患者が窓口で自己負担する医療費の割合の引き上げであった。医療費を払えないことを心配した受診抑

制がどれくらいあるかというデータは病院ではとりにくい。一方、分かりやすいのは、受診はしたが治療費を払えないという人たちの増加である。治療費未払いが、ここ数年で1つの公立病院当たり1,000万円以上増え、3,300万円を超えている。2005年度末には日本全国で100億円を超えたことが、NHKで報じられた。この背景には、費用が払えないことを心配して受診をがまんしている人々、必要なのに医療から排除されている人々の増加もあると推定される。いいかえれば、自己負担額の増加による医療保障制度からの排除である。さらに、自己負担分を払えず長期入院していた患者が、公園に捨て去られるという事件が2007年9月に大阪で起きている。とうとう病院からも排除される人まで出始めている。

II. 健康格差の実態

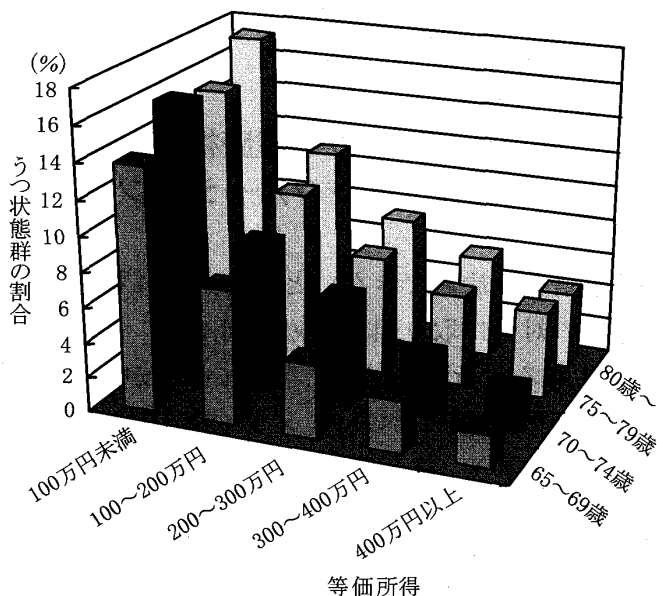
このような医療・介護保障制度からの排除によって、助長されているのが健康格差である。健康格差の実態を明らかにすることをひとつの目的に、高齢者約33,000人を対象とする調査を行った。AGES（Aichi Gerontological Evaluation Study; 愛知老年学的評価研究）プロジェクト（近藤 2005; 2007a）の一環である。その成果をまとめた近藤（2007a）から、その一部を紹介することとする。

厚生労働省は介護予防の重点として6つを挙げた。その1つが「転倒予防」である。どのような人に転倒が多いか、「過去1年間に転んだことが



65歳以上の高齢者 n=32,891(松田ら 2005)

図1 等価所得別「転倒歴あり」高齢者の割合 (年齢調整済, 男性)



65歳以上の高齢者 n=32,891(吉井ら 2005)

図2 年齢階層別所得階層別うつ割合

ある」かを調べた。転倒歴と所得階層の関係をみたグラフを図1に示す。転倒歴は、低所得の人に多く、逆からみれば「お金持ちは転びにくい」ことが分かる。

もう1つの重点対象は、「うつ」である。年齢の影響を受けるため5歳刻みで年齢別に分けて、うつと所得水準の関係をみたグラフが図2である。どの年齢階層をみても、低所得の人ほどうつが多いという関係がある。65~69歳の男性で最も差が大きく6.9倍もの差がみられた。

このほかにも、介護予防の重点とされた、低栄養、口腔状態、認知症、あるいは閉じこもりなど、いろいろな要介護リスクをみても、このような健康格差があった。それらが集積した結果、要介護認定を受ける人も低所得者層に多いという関係がみられた。最上層と最低層の間には、およそ5倍の差があった(近藤 2005)。

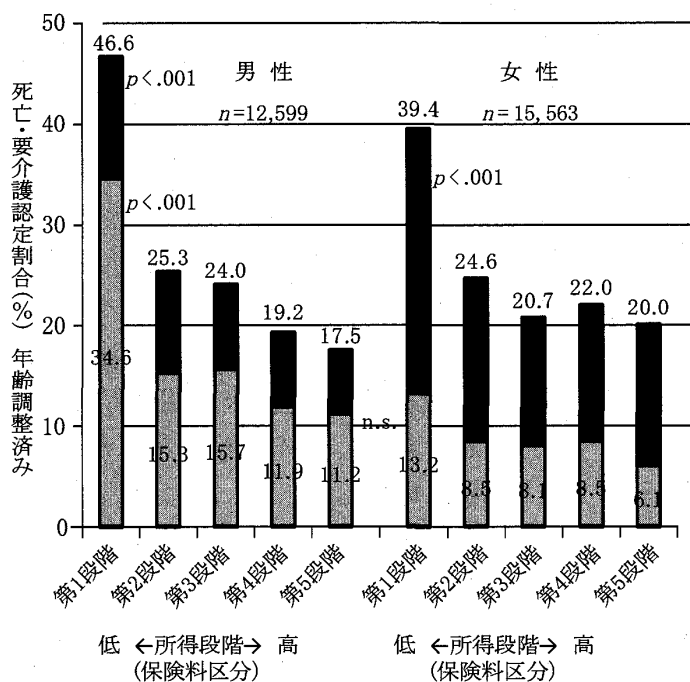
ただし、ある一時点での経済状態と健康状態の関係をみる横断的分析には逆の因果関係も入っている。たとえば、もともと障害があったために、給料のよい仕事に就けなかった。そのために年金額も少なくなって所得が下がってしまった。低所得だから要介護認定が増えたのではなく、もともと要介護状態であったため所得水準が低くなったという逆の因果関係である。

それを取り除く研究方法がコーホート研究あるいはパネル調査といわれる追跡調査である。図3に、その結果を示す。観察開始時点で要介護認定を受けていた人を除いて、つまり健康であった高齢者だけを4年間追跡した。その結果、介護保険料区分の低い低所得の人ほど死亡率でも、要介護認定を受ける割合をみても2~3倍高いことが確認できた。したがって、逆の因果関係だけでは説明できない。やはり、社会経済的なファクターが先にあって、その後に健康を害していると確認できた。

このような「健康の社会的決定要因 (social determinants of health ; SDH)」に着目する社会疫学的研究は、その重要性が改めて認識されて蓄積が進んでいる。世界保健機関 (WHO) は報告書を1998年、さらに2003年には第2版 (Wilkinson 2003) を出している。その副題に「The Solid Facts (確固たる事実)」とついているほどエビデンス (科学的根拠) が蓄積されているのである。

Ⅲ. なぜ健康格差が生じるのか

社会経済的な要因が、なぜ健康格差をもたらすのであろうか。健康格差の形成プロセスについて



(近藤ら 2008)
 ■ 認定, ■ 死亡
 65歳以上で要介護認定を受けていない28,162人を4年間追跡

図3 所得段階別死亡・要介護認定割合 (年齢調整割合)

も膨大な研究がされ、多くの要因が絡んでいることが分かっている。

健康行動の違い、たとえば、喫煙をする人は、低所得や教育歴の短い人に多い傾向がある。医療サービス、社会サービスの利用も自己負担額が増えたり、制度が変わったりした場合、低所得や情報収集が苦手な教育歴の短い人たちがほど利用しにくくなる。また意外に重要だと注目されているのが、人間関係がもたらす影響や心理的ストレスの重要性である。社会的ネットワーク (人々のつながり) も社会階層の低い人たちが乏しい傾向があることも分かってきている。

さらに社会的要因が健康に影響を及ぼすプロセスとしてライフコースも重要である。これは、人が生まれ落ちてから、少年期・青年期・成人期に至るライフステージの間に、いろいろな要因が積み重なって、成人期の健康に影響を及ぼすという考え方である。たとえば、出生時に低体重の子どもは、社会階層が低いお母さんから生まれた子どもに多い。さらに、両親ともに仕事に追われていて、お菓子は与えられるのに歯磨きをしてもらえ

なければ虫歯が増える。それによって、体格も小さかったり、栄養状態も悪くなったりする。また受けられる教育によって、どのような仕事に就くのが違い、さらに職場のポジションによって受けるストレスの大きさも違うことも分かっている。たとえば、忙しいはずの社長が過労死になったという報道をみたことがないのは、階層が上の人ほど仕事上の裁量権が大きいためストレスを緩和しやすい、そしてストレスに起因する疾患が少ないことが分かっている。

つまり、教育機会や就労機会を奪われ、それによって安定した収入や身分を得られなかった人たちが、社会的ネットワークやセーフティーネットのはずの社会保障制度からも排除される。そのような社会的排除によって健康格差は生じているのである。

IV. ヨーロッパにおける健康格差対策： ソーシャル・インクルージョン

健康格差は放置できないとして、それを是正するための対策に取り組み始めた国々が、ヨーロッパにはある (近藤 2007b)。それを手がかりに、マクロ (国や国際レベル)、メゾ (自治体やコミュニティレベル)、そしてミクロ (家族や個人) レベルで取り組めることまで、多面的かつ重層的に対策を考えることができる。

1. ミクロレベル

ミクロレベルでは、社会的なネットワークへの介入が挙げられる。これが乏しい人、友達が少なく社会的に孤立している人では、年齢や健康状態などを考慮しても死亡率が高いことが報告されている。「逆も真なり」とすれば、人々のネットワークを豊かにするような取り組みは健康によい可能性がある。社会階層の低い人、社会的に排除された人ほどネットワークが乏しいことが分かっているため、その人たちを支えるようなネットワークを豊かにすること、まさにソーシャル・インクルージョンが底辺層の人たちの健康を底上げ

する可能性があるのである。

2. メゾレベル

コミュニティレベルでは、ソーシャルキャピタルへの着目が挙げられる(近藤 2005)。これは、政治学者パットナムが取り上げてから再び注目を集めるようになった概念である。「社会的なつながり、ネットワークから生まれる規範とか信頼であって、人々の効果的な協調行動をうながすもの」などと定義されている。コミュニティの「ご近所の底力」の強さといえるものである。信頼感や互酬性、「お互いさま」と助け合う気風の強さ、さらにネットワークの数、たとえばNPOの数などの指標で測定されている。このようなソーシャル・キャピタルが豊かなところでは、ストレスが緩和され、そこに暮らす人々の健康状態をよくするのではないかという仮説がある。日本の高齢者を対象にしたAGESプロジェクトのデータを使って分析しても、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域ほど、そこに暮らす高齢者の健康状態がよいという関係があった(近藤 2007a: Aidaら 2009: Ichidaら 2009)。

3. マクロレベル

イギリス政府は、2003年に健康格差対策の行動プログラムを発表している。そこでは、多くの社会政策を動員してこの問題に取り組むと書かれている。たとえば、すでに述べた社会的ネットワーク、ボランティアの強化などに加えて、住宅政策、緑豊かなコミュニティ、社会保障の拡充、教育政策、交通政策、こういう省庁横断的な対策が健康格差の是正のためには必要だとしている。子ども向け、あるいはシングルペアレント向けの政策である「Sure Start」(シユアスタート)も健康格差を是正するひとつの取り組みといえる。その背景に、子どもを貧困状態から救い出すことが、就労機会の改善だけでなく成人期の健康につながるという、ライフコース疫学研究の蓄積があるからである。

もう1つは、スウェーデンの例である。ス

ウェーデンでは公衆衛生法が2003年に改正された。ほぼ同じ時期(2002年)に日本では健康増進法が成立し、タバコを公共空間では吸えないようにしようという取り組みがなされた。一方、スウェーデンの公衆衛生法では、喫煙問題は、11番目に登場する。また日本で話題のメタボ対策で強調される身体活動量や食生活対策は、スウェーデンでは、それぞれ9番目、10番目である。スウェーデンでは、なにを重視しているかという点、健康に影響する社会的要因である。同法の1番目に登場するのが「社会参加」、まさにソーシャル・インクルージョンである。2番目が、経済・所得保障、その後小児期の状況や健康的なワーキングライフなどが続く。伝統的な健康政策の枠組みから見ると、ずいぶんと広い枠組みで捉え直す取り組みがヨーロッパでは起きている。

医療保障政策はもちろん、所得保障政策や労働政策、コミュニティ政策、教育政策などを含めた総合的な社会政策が、実は健康政策でもあり得ることが、イギリスやスウェーデンの取り組みをみると分かる。言い換えれば、社会包摂的(ソーシャル・インクルージブ)な取り組みは、健康格差是正の対策としても可能性をもっている。

V. 社会福祉学が取り組むべき5つの課題

以上を踏まえ、社会的排除や健康格差、その対策としてのソーシャル・インクルージョンを進めるために、社会福祉学は、どのような研究に取り組むべきであろうか。

第1は、社会的排除のもたらす影響、そのひとつである健康格差の実態を明らかにし、その生成プロセスを解明する実証研究である。それは「ほっといてはいけない」という社会的合意を形成するうえでも、有効な介入策を考えるうえでも不可欠である。

第2は、規範科学としての理論研究である。実態やプロセスを解明するだけでは社会は動かない。たとえば、格差を抑えて、より平等な社会にすることに対して、「それでは悪平等だ」あるいは

は「平等と効率のトレードオフがあるから経済成長のために格差は必要だ」という反論があるからである。それらとの論争を乗り越えていくためには、価値判断が不可欠である。なぜ格差を減らすべきなのか、基本的人権などの視点から「どうあるべきか」という規範を論じることも大事だと思われる。

第3は、WHOも提唱している政策評価研究である。諸政策が健康にどのようなインパクトを及ぼすのか、それを事前評価する健康インパクト評価 (Health Impact Assessment) を進めることもいま以上に格差を拡大しないために重要である。

第4に、ミクロ・メゾレベルの介入研究である。健康格差をめぐるよくある質問に「格差があるのは分かった。是正したほうがよいことにも同意する。しかし、有効な対策はあるのか」というものがある。これに対する反証も必要であろう。どのような社会包摂的 (ソーシャル・インクルージブ) な介入によって健康格差が本当に減るのかを検証するには、介入研究以外に方法はない。簡単ではないが、できるところから取り組むべき課題だと考えている。

最後に、どのように社会保障制度を拡充すべきか、マクロレベルでの政策研究も必要である。

VI. まとめ

この間の社会保障制度改革によって、社会から排除される人が増えている。社会的排除は健康状態にまで影響を及ぼし、健康格差を招いている。それは「健康の社会的決定要因」の影響が、出生時から成人期まで蓄積することによってもたらされている。すでにヨーロッパでは、健康格差を是正するために動いている国がある。今後、日本でも社会的排除を食い止めるためには、①社会的排除や健康格差の実態やその生成プロセスを解明する実証研究、②「なぜ格差は減らすべきなのか」という規範科学としての理論研究、③健康インパクト評価研究、④ミクロ・メゾレベルの社会包摂的 (ソーシャル・インクルージブ) な介入の効果を検証する介入研究、⑤どのように社会保障制度を設計すべきかを明らかにするマクロレベルの政策研究が必要である。ソーシャル・インクルージョンを進め、社会保障の拡充に寄与する研究を蓄積することが、これからの社会福祉学に課せられている課題だと考える。

文 献

- Aida Jun, Hanibuchi Tomoya and Nakade Miyo, et al.: The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine* (in press).
- Ichida Yukinobu, Kondo Katsunori and Hirai Hiroshi, et al.: Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Social Science & Medicine* (in press).
- 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。
- 近藤克則編 (2007a) 『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』医学書院。
- 近藤克則 (2007b) 『「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, 444-50.
- 近藤克則・平井 寛・尾島俊之・ほか (2008) 「所得水準による健康格差——死亡・健康寿命喪失をエンドポイントとするAGESコホート研究」『日本公衆衛生雑誌』55(10), 499.
- 松田亮三・平井 寛・近藤克則・ほか (2005) 「高齢者の保健行動と転倒暦——社会経済的地位との相関」『公衆衛生』69(3), 231-5.
- 吉井清子・近藤克則・平井 寛・ほか (2005) 「高齢者の心身健康の社会経済格差と地域格差の実態」『公衆衛生』69(2), 145-8.
- Wilkinson, R.G. and Marmot, M. (2003) *Social Determinants of Health: The Solid Facts 2nd edition*, World Health Organization, Geneva.