

## 連載

## 健康の社会的決定要因(12)

## 「健康格差への取り組みと健康影響評価」

産業医科大学公衆衛生学教室 藤野 善久  
日本福祉大学健康社会研究センター 近藤 克則

## キーメッセージ

- 健康格差および健康の不公正が存在する
- 健康の不公正は社会正義のもとに許容されない
- 健康の不公正は、主に保健医療政策以外の政策分野から生じている
- 健康の不公正の是正のためには Health in All Policies が必要
- HIA は Health in All Policies を実践する具体的ツール

## はじめに

我が国において健康格差に関する課題が取り上げられるようになったのは比較的最近であるが、諸外国において健康格差への関心は1980年代頃より指摘されてきた。健康格差への問題意識が高まるに伴い、それをどのように解決していくのかという対策への関心が高まってきた。その糸口として、注目され、必要性が提唱されるようになってきたのが健康影響評価 (health impact assessment; HIA) である。

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。日本でも、大規模開発に先立ち実施が義務づけられている環境影響評価 (アセスメント) の健康影響版である。HIA は、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、住宅、交通、教育、都市開発などさまざまな領域で適用されている<sup>1,2)</sup>。

現在、ヨーロッパのみでなくアジア<sup>3)</sup>を含む多くの地域において、HIA は実用化されつつあるが、対象や方法において、必ずしも統一した HIA が存在するわけではない。その理由の一つに、HIA の起源の違いが挙げられる。HIA の起源には大きく

分けて、環境影響評価、健康の社会環境モデル、そして健康格差という3つの流れを見ることができると。本稿では特に健康格差への取り組みに関連して HIA を紹介する。

## 健康格差 (health inequality) と健康の不公正 (health inequity)

健康格差、健康の不平等、健康の不公正、不公平などの用語については一般的な合意はまだ得られておらず、それぞれ、どのような文脈で用いられているかについては、注意が必要である。

小論で用いる健康格差とは、健康状態や健康規定要因の分布が集団間で異なっている状態の事である。例えば、高齢者と若年者における罹患率の違いや、地域間の死亡率の違いも含まれる。二つの異なる集団における健康格差を例に取ると、その差が二つの集団の生物学的要因の分布や、性、年齢などの人口学的要因の分布によって生じることがある。一方、二つの集団の健康における差が、物理的環境や社会経済的な状況の違いによって形成されたもので、多くの場合、個人の努力によっては是正できない要因によって生じる場合もある。二つの集団の違いが生物学的要因などによって生じている場合、それらの要因への介入は不可能であったり、もしくは倫理的に許容されない場合もある。したがって、このような理由から生じる健康格差は完全には避けることができない。一方で健康格差が社会経済的な状況の違いなどによる場合、このような社会環境や物理的環境への介入は可能である場合が多く、また社会経済的な状況による健康格差は道徳や倫理的観点からも不公正であると考えられる。したがって、このような理由によって生じる健康格差は、健康の不公正を伴うこととなる。

健康の不公正と言った場合には、より道徳的および倫理的な判断を含む<sup>4)</sup>。健康の不公正とは、回避することができかつ不公正な社会環境の違いによって生じる健康格差のことである。このような考えの

背景には、全ての人は健康のための権利を等しく保有しており、その権利は阻害されてはならないといったWHOの掲げるhealth for allの理念に基づいている。社会経済的に不利な状況の人が、健康上の不利益を被っているような状況は、まさに健康の不正に該当する。

今日、国内において健康格差という言葉が用いられる場合、単なる分布の違いを表現したものではなく、倫理的な尺度に照らしてその違いが社会にとって許容できるかということ問いかけており、暗黙的に健康の不正を意味していることが多い。また、これらは必ずしも明確に区別できないこともあるが上記の二つを区別することは重要である。

### 国内・海外における健康格差の紹介

これまでに健康格差に関する包括的なレビューとしてよく知られているものが4編報告されている。最初に警鐘を発したのはThe Black Report<sup>5)</sup>であり、続いてThe Acheson Report<sup>6)</sup>が発表されている。また2008年にはWHOの健康の社会的健康規定要因委員会(Commission on social determinants of health, CSDH)がClosing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of healthを発表した<sup>7)</sup>。また最近では2010年にThe Marmot Reviewが発表された<sup>8)</sup>。その他、オランダやスウェーデンにおいても、国による健康格差の是正に向けた戦略に関する包括的な計画が発表されている<sup>9,10)</sup>。

一方、国内における健康格差については、本連載でも紹介されたように、近年、学歴、所得、雇用などに関する健康格差を検証したエビデンスが蓄積されつつある<sup>11~19)</sup>。

### 健康格差の是正はなぜ必要か？

健康格差の存在が明らかになるにしたがい、健康格差の是正に関心が集まるようになってきた。健康格差の是正がなぜ必要なのかということに関して、下記のような観点から議論されてきた<sup>20)</sup>。

- 健康格差の一部は不公正の結果であり、社会正義において許容できない
- 不公正な健康格差の存在や、それを生じさせている社会構造は、社会全体にとっても不利益となる
- 健康の質や格差は、社会の成熟度を判断する価値感の一つである
- 健康格差の一部は回避可能であり、格差を是正するような介入は効果的である

健康に関する公正とは、健康につながる機会を平等

にし、可能な限り健康の不公正をなくすように配慮することであり<sup>21)</sup>、CSDH報告書では、「社会正義のもとに取り組むべき課題であることが強調されている。

### 健康格差是正に向けた取り組みのためのHIA

上記で紹介した健康格差に関する報告書の報告の多くが、格差是正の手段としてHIAを提案している<sup>6,8,9,10,22,23)</sup>。これらの戦略に共通する認識は、健康格差を減少させることが期待できる政策や介入は、主に保健医療政策以外の分野にあるということである。社会経済状況と健康格差の説明に含まれる要因のほとんどは、所得や住宅に関する政策、タバコやアルコールへの租税、労働環境の規制など、分野横断的な政策によってのみ、取り組みが可能なものばかりである。したがって保健医療政策と同様に他の全ての分野の政策において、HIAが実際されなければ、格差是正は達成できないとの指摘もある<sup>6,24)</sup>。

The Acheson Reportでは、39提案した推奨意見の筆頭にHIAの必要性を述べている。健康に影響を与える可能性のある政策は全て、健康格差の観点から影響を評価し、可能な限り格差を減じる手立てを講じるために、HIAを用いることを主張している。また、CSDH報告書<sup>7)</sup>では、健康格差に取り組むためとして出された3つの主要な推奨意見の一つにおいて、全ての政策について健康影響評価の実施を行うことが含まれている。さらにその中で、国レベルにおいて、全ての政策に対するHIAを実施するための制度整備が求められている。

### 健康影響評価とは

HIAの定義については多く議論が重ねられてきたが、今日、最もよく使われる定義としてWHOの定義、およびIAIA(国際影響評価学会)の定義がある。どちらもほぼ同じ内容である。ここではWHOの定義を紹介する。WHOのGothenburg Paper<sup>25)</sup>では、HIAの定義として、「政策、施策、事業が潜在的に集団に与える健康影響や、集団中の影響の違いなどについて判断するための一連のプロセス、方法、およびツールのことである。“a combination of procedures, methods, and tools by which a policy, a program or a project may be judged as to its potential effects on health of a population and the distribution of effects within the population”」とされている。実は、初期の頃のHIAの定義<sup>26)</sup>には、「健康格差の評価“…and the distribution of effects within the population”」の部分は入っていなかったが、WHOのGothenburg paperにおいては、健康格差

の評価が HIA の欠かせない機能の一部であることが確認され明示的に追加された<sup>25)</sup>。

### 健康影響評価 (HIA) と健康格差影響評価 (HEqIA)

CSDH の報告書<sup>22)</sup> および The Marmot Review<sup>3)</sup> の中では、“Health Equity Impact Assessment” (HEqIA) という用語が用いられている。集団の大多数の健康や平均的な健康の向上を考慮した政策であっても、健康格差の是正に関係なく、むしろ格差を助長する場合もあるとの指摘もある。例えば、予防接種のように集団の健康に貢献することを意図した政策であっても、比較的生活に余裕のある人々がより積極的に接種を受けることは生じ得る。そのような場合、健康格差を意図せずして助長する可能性が潜んでいる。必ずしも全ての HIA が格差の考慮をしてこなかったとの指摘から、特に格差に着目した HIA を HEqIA と呼ぶ場合もある。この用語の解釈については国際 HIA 学会においても議論がなされ、現在では HIA の定義にはそもそも格差の評価が含まれていることから本質的には HIA と同一のものだとの見解が示された。しかしながら、格差を考慮に入れて実施する HIA の方法論および実績において、未だ発展途上の段階である。

### 健康の社会環境モデル

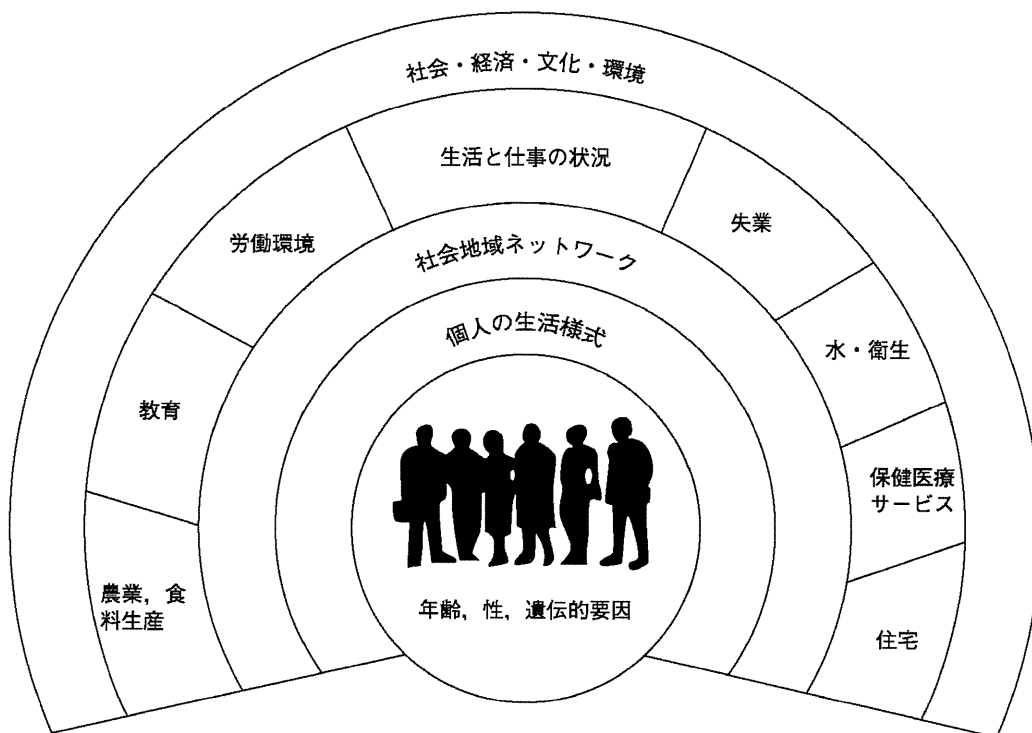
HIA では健康の社会環境モデルを基盤に採用している。個人もしくは集団の健康は、社会構造や社会経済的要因に直接・間接的に影響を受けており、そのような要因を社会的健康規定要因と呼ぶ (図 1)<sup>21,27)</sup>。近年の公衆衛生分野においては社会的健康規定要因に関する検証が進み、広く認識されるに至った。社会的健康規定要因は経済、環境、衛生、教育、住宅、雇用など多くの政策分野と関係している。またヘルスプロモーションを提唱したオタワ憲章<sup>28)</sup>においても、健康の前提条件として、平和、住居、教育、食料、収入、安定した環境、持続可能な資源、社会的正義と公正が謳われている。HIA では、この社会環境モデルに基づいて広範な政策を評価の対象とする。あたかも、社会的健康規定要因という図 1 に示したレンズを通して評価をしていることから、ヘルスレンズアプローチと表現することもある。

### Health in All Policies とガバナンス

オタワ憲章が掲げた前提に立つのであれば、社会の健康を達成するために、「保健医療分野以外の政策」の健康影響を適正化しようという試みは極めて合理的である。したがって、HIA の対象とすべきは、必然的に保健医療政策以外の政策であることが強調されている。しかしながら、多くの場合、保健

図 1 健康の社会環境モデル (訳: 藤野)

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm.



医療政策以外の政策について、立案時に健康との関連を考慮する社会的メカニズムは存在していない。

ヘルスプロモーションを謳ったオタワ憲章において提唱された Healthy Public Policy では、健康を促進するために保健医療政策だけでなく、あらゆる政策機会において健康増進を考慮することが求められている。その発想をさらに発展させて、教育、住宅、開発、雇用など全ての政策分野において健康を考慮した政策形成を推進する動きとして“Health in All Policies”（全ての政策において健康を考慮する）が提言されるに至っている。Health in All Policies においては、健康の社会環境モデルに関する科学的な知識の検証を実施する段階から、政策的な実現のための挑戦へと段階が移行したと言える。Health in All Policies は、全ての政策分野において、健康の社会環境モデルという科学的知見に基づき健康を考慮するためのガバナンスと実行のための体系的な制度を必要とする<sup>23)</sup>。HIA は Health in All Policies を実現するための具体的ツールとされている<sup>23)</sup>。我が国でも、Health in All Policies や HIA への理解と早急な普及、政策立案時の HIA 実施の義務化などが望まれる。

#### HIA はどのようにして格差について評価するか？

HIA が健康格差の是正に機能するためには、政策による影響が社会階層間に与える違いを評価する必要がある。HIA において、健康格差への影響を評価する際には、ある政策や事業が与える影響が、属性の異なる集団においてそれぞれどのような影響があるかを検討することでなされる。これは政策によって生じる健康影響は集団特性によって異なり、特に社会的不利な集団ほど不利な影響を受けやすいという認識に基づいている。一般的には、下記のような事項について検討がなされる<sup>29,30)</sup>。

- 既に社会的不利な状況にあり、影響を受け易い集団を把握する
- 新しく提案された政策が、既存の健康格差を助長させる可能性について検討する
- 新しく提案された政策が、特定の集団に新たな格差をもたらす可能性について検討する
- 特定の健康規定要因やリスク要因の分布や暴露、またはサービスへの利便性の変化について検討する

#### HIA が健康格差について言及することで期待される効果<sup>30)</sup>

##### 1) 意思決定への反映

HIA では、健康格差や公正という観点から、提

案された政策・事業のメリット、デメリットを評価する。これらのエビデンスを意思決定のプロセスに反映することで、意思決定者が格差や公正といった観点到配慮を踏まえた上で、意思決定することを期待する。このため、HIA では様々な方法を用いて、利用し得る範囲での最上のエビデンスを提供する。HIA が用いる方法には、定量データだけでなく、参加型アプローチなどの質的手法も含まれており、提案された政策が健康格差に与える影響について情報を集め、検討する。さらに、健康上の便益を促進し、不利益を防ぐような推奨意見を提出し、提案された政策が健康格差に与える影響を低減するように修正を求める。

##### 2) 政策と健康との関連の理解を促す

HIA の対象となる政策の多くは、保健医療政策以外の政策であるため、担当部署や関係者は、該当する政策と健康格差との関連に関して、気づいていない場合や、そもそも関心がない場合もある。HIA は、提案された政策と健康および健康格差との関連を示すことで、当該政策がどのようにして健康と関連するか、また健康格差と関連しているのかということについて、担当者等らの理解を促す。政策分野と健康との関連については、社会的健康規定要因が理解の基盤となる。このようにして実施された HIA は、健康格差を是正するためにより有益な推奨意見を、当該政策に提案することが可能となる。

##### 3) 参加型アプローチとエンパワーメント

健康格差の評価においては、参加型アプローチがよく用いられる。HIA の効用は、HIA が出す推奨意見のみではなく、HIA の実施プロセスそのものによっても得られることが指摘されている。特に、不利な健康影響を受けるとされる集団が、HIA の実施過程に関与することで、健康格差の詳細な評価を得るという利点だけでなく、意見を述べる公正な機会が提供され、また情報が速やかに開示されることは、集団の自己効用力を高め、それ自体が意思決定への参加機会の増加をもたらすヘルスプロモーションのプロセスである。またそのことは、より良い関係での交渉の機会を作り出すことが期待される。

#### 今後に向けて

国内に目を向ければ、HIA の活用が有用であると考えられる分野は多く存在する。国レベルの政策を見ても、「子ども手当」「労働者派遣法」「高齢者雇用安定法」「幼保一体化・一元化」など、健康の社会環境モデルというレンズを通して見ると、明

らかに著しい健康影響をもつ「保健医療以外の政策」が数多くある。一例として、著者らは、「新しい自律的な労働時間制度」いわゆるホワイトカラーエグゼンプション制度の導入に関して簡易的なHIAを実施した<sup>31)</sup>。

今後、健康格差への取り組みとして Health in All Policies を実現するために必要なことは、1) 全ての政策部署における健康の社会環境モデルの理解、2) HIA を実施するための制度整備と実例の蓄積、3) 分野横断的な連携・協議、4) HIA の実践に関わる専門家らの能力開発、さらに5) これらを実現するための国家的な支援が期待される。そのためにも、まず日本公衆衛生学会員の間で、Health in All Policies や HIA に対する理解が普及することが望まれる。

現在、公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会のもとで、日本公衆衛生学会版 HIA ガイドラインの作成が検討されており、今後の HIA 普及のはずみになることが期待される。

## 文 献

- 1) Kemm J, Parry J, Palmer S, eds. 健康影響評価：概念・理論・方法および実施例 [Health Impact Assessment] (藤野善久, 松田晋哉, 監訳) 東京：社会保険研究所, 2008.
- 2) 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. 日本公衆衛生学雑誌 2007; 54: 73-80.
- 3) 藤野善久. タイ・マプタプット工業地区における健康影響評価. 環境アセスメント学会誌 2010; 8: 62-65.
- 4) Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 647-652.
- 5) Working Group on Inequalities in Health, Black D, Townsend P, et al. Inequalities in Health: the Black Report. Harmondsworth: Penguin Books, 1980.
- 6) Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. London: Stationery Office, 1998.
- 7) Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 8) Department of Health. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). London: The Marmot Review, 2010.
- 9) Östlin P, Diderichsen F. Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden. Brussels: European Centre for Health Policy, 2000.
- 10) Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ 2002; 325: 1029-1032.
- 11) Fujino Y. Occupational factors and mortality in the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer (JACC). Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8 Suppl: 97-104.
- 12) Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. Prev Med 2005; 40: 444-451.
- 13) Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, et al. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. BMJ 2009; 339: b4471.
- 14) Murata C, Kondo K, Hirai H, et al. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place 2008; 14: 406-414.
- 15) Ichida Y, Kondo K, Hirai H, et al. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. Soc Sci Med 2009; 69: 489-499.
- 16) Honjo K, Iso H, Ikeda A, et al. Education level and physical functional limitations among Japanese community residents-gender difference in prognosis from stroke. BMC Public Health 2009; 9: 131.
- 17) Honjo K, Iso H, Inoue M, et al. Education, social roles, and the risk of cardiovascular disease among middle-aged Japanese women: the JPHC Study Cohort I. Stroke 2008; 39: 2886-2890.
- 18) Ito S, Takachi R, Inoue M, et al. Education in relation to incidence of and mortality from cancer and cardiovascular disease in Japan. Eur J Public Health 2008; 18: 466-472.
- 19) Kondo K, ed. Health Inequalities in Japan: an Empirical Study of Older People. Melbourne: Trans Pacific Press, 2010.
- 20) Quigley R, Cave B, Elliston K, et al. Practical Lessons for Dealing with Inequalities in Health Impact Assessment. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
- 21) Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: World Health Organization, 1990.
- 22) Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 23) Ståhl T, Wismar M, Ollila E, et al. eds. Health in All Policies: Prospects and Potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- 24) Rose GA. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 25) European Centre for Health Policy, World Health Organization. Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg Consensus Paper.

- Brussels, 1999.
- 26) Barnes R, Scott-Samuel A. Health impact assessment and inequalities. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11: 449-453.
- 27) Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- 28) World Health Organization. *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva: World Health Organization, 1986.
- 29) Parry J, Scully E. Health impact assessment and the consideration of health inequalities. *J Public Health Med* 2003; 25: 243-245.
- 30) Taylor L, Gowman N, Quigley R. *Addressing Inequalities through Health Impact Assessment*. London: Health Development Agency, 2003.
- 31) 藤野善久, 松田晋哉. 「新しい自律的な労働時間制度」に関する Health Impact Assessment. *産業衛生学雑誌* 2007; 49: 45-53.
-

連載

# 健康の社会的決定要因(13) 「高齢者の低栄養と社会経済的地位」

東海学園大学健康栄養学部 中出 美代  
日本福祉大学健康社会研究センター 近藤 克則

## 1. はじめに

低栄養は、どの年齢においても重要な健康問題である。子どもにとっては正常な成長・発達を妨げるリスクであり、妊娠期には低体重出生児など母体のみならず子にも影響する。また、高齢期においては寝たきりや肺炎など、介護や生命の危険につながるリスクとなる(図1)<sup>1)</sup>。栄養状態を適正に保つためには、必要な栄養素等を摂取することが求められ、その前段階として食物を入手することが必要である。そのため、収入、家計などの社会経済的地位との関わりが深い。アフリカ、アジアなど途上国だけでなく、ヨーロッパ、アメリカなどの先進国の乳幼児、児童を対象とした調査結果でも、親の所得が低い層では、高い層より子どもが低栄養であることが報告されている<sup>2)</sup>。たとえば、1997年のベトナムにおける調査報告では、所得の低い層では、高い層に比べ1.6倍も低栄養になるリスクが高かった。

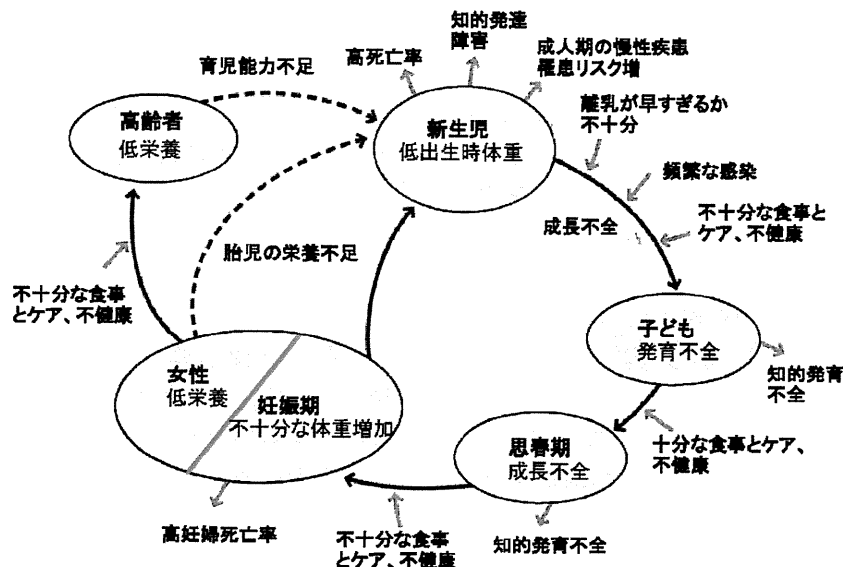
本稿では、まず国内外における低栄養問題を概観した後、主な対象を地域に在住する高齢者に絞り、

低栄養と所得、教育年数など社会経済的地位(socioeconomic status, 以下SESと略す)をはじめとする「健康の社会的決定要因」との関連を示す知見を紹介し、今後の低栄養対策の方向性について考察する。

## 2. 国内外における低栄養問題

まず、世界の状況を見てみると、WHOの貧困とジェンダーの健康施策に関するレポート(2010)<sup>3)</sup>では、低体重の若年女性は歳をとっても低体重であることや、出産後の子どもの成長が悪いことが指摘され、南アジアでは、低身長だと大人になってからの慢性疾患の罹患率が高いとの関連が報告されている。また、2010年の世界の栄養状況に関するレポート<sup>2)</sup>では、中国では、低体重児の割合(0-5歳)が18.7%(1987年)が6.8%(2002年)とかなり改善がみられると報告されている。一方、開発途上国では19%が低体重者であること、アフリカではこの状態が1年に0.1%しか改善されておらず、インドで

図1 栄養不良の世代間サイクル



出典：UNACC/SCN2000.In: UN Millennium Product 2005. を改変

も、1998年44.4%が2005年になっても41.6%と改善されていない。世界全体では、低栄養状態やリスク者は10億人（およそ6人に1人）で人口増加に伴い100万人規模でむしろ増加している。その理由として人口の増加による慢性的な食物不足と、2007年からの金融危機の影響による食事の質の低下があげられている。

前述したように、低栄養は低所得層でより多く見られることが知られているが、単に物質的な欠乏状態（貧困）が、低栄養など不健康をもたらしているわけではない<sup>3)</sup>。教育年数と栄養状態との関連も報告されており<sup>4)</sup>、親の栄養や保健知識によっても、子どもに何を食事として与えているか、衛生状態、ヘルスサービスの利用などに差がでると考えられる。たとえば、読み書きが出来ない母親の子どもは、ベトナムでは40%、カンボジアで51%が低体重児であり、親の教育年数が低いことは、子どもの低栄養のリスクの一因となっている。このように世界の栄養摂取状況を概観すると、低栄養は開発途上国や先進国でも社会階層の低い世帯の子どもにおいて多く存在する健康問題といえよう。

次に我が国の状況をみてみよう。平成21年度国民健康・栄養調査結果<sup>4)</sup>によると、やせの者の割合（BMI<18.5）は、20歳代（22.3%）及び30歳代（14.3%）の女性でその割合が高い。そのため、「健康日本21」<sup>5)</sup>では、20歳代女性のやせの者（BMI<18.5）を減少させることが目標値に挙げられた。平成20年の同調査<sup>6)</sup>では、20歳代女性が理想とするBMIは19.0と最も低く、低体重であるのに体重をさらに減らそうと思っている人の割合も多い（12.6%）。これらの結果から、日本の若い女性のやせは、やせ願望によるやせ、体型を気にしてのやせのケースが多いと推測され、前述の世界の状況（SESが低いことによる低栄養）とは違った様相を呈している。

中・高齢層においては、メタボリック症候群など肥満で高栄養の是正が必要な人がいる一方で低栄養状態やそのリスクを持つ人がいる。後期高齢者においては、さらに低栄養の割合は増加する。2006年に、介護保険制度見直しで強化された介護予防対策の重点課題の一つとして「栄養改善」が、位置づけられている。地域支援事業および予防給付における「栄養改善」は、低栄養に関連する問題を有する低栄養リスク者への施策として実施されている<sup>7)</sup>。

以上概観したように、低栄養は、途上国から先進国、胎児期から高齢期まで膨大な研究がなされてきているが、以下では主な対象を地域に在住する高齢者に絞って文献をレビューする。

### 3. 高齢者の低栄養（栄養状態の判定）

高齢者の最も重要な栄養問題は、たんぱく質・エネルギー低栄養状態（PEM）の改善である。PEMは高齢者の疾病の誘因や重症化、要介護度の増悪などと密接な関連があり、できるだけ早期にその誘因や状態を把握し、改善策や予防策を行うことが必要である<sup>7)</sup>。

我が国の介護予防の栄養改善プログラムにおいて栄養状態のアセスメントは、体重の減少率、BMI、血清アルブミン値、食事摂取量、栄養供給法、褥瘡の有無などの栄養状態のリスクレベルを用いて判定される。高齢者では、基本健康診査等における血清アルブミン値3.5 g/dl以下である者や「基本チェックリスト」において、6か月間で2~3 kgの体重減少の有無とBMI 18.5未満のやせを用いて低栄養状態のリスクを判定する。BMI 18.5未満であっても健康状態を維持している者もいることから、BMI 18.5未満であっても体重減少をしている者を低栄養リスク者として評価・判定している<sup>7)</sup>。

葛谷<sup>8)</sup>は、高齢者の低栄養の国際比較において、高齢者の低栄養の割合を比較した報告がほとんどない原因として、低栄養の定義のあいまいさをあげている。BMIは世界共通で使用されているが、あくまでも体格の指標であり、必ずしも低栄養の指標とはいえない。また、観察する高齢者の身体機能、認知機能（の低下状態を対象に含むか否か）の違い、貧富など階層の差によっても当然大きく影響を受ける。栄養状態の評価ツールとしては、Mini nutritional assessment（以下MNAと略す）が、高齢者の包括的栄養評価法としてヨーロッパ諸国をはじめ、アジア諸国でも用いられている。MNAは、①身体計測、②一般状態（歩行能力、服薬数など）、③食事状況、④栄養状態、健康状態の自己評価、という4つのカテゴリー、18項目から構成される。はじめにスクリーニングとして6項目の評価（合計14ポイント）を行い、12ポイント以上を正常とし、11ポイント以下の場合、さらに残りの12項目の評価を行い、合計点で判定される（30点満点：栄養状態が良好；24ポイント以上、低栄養リスクあり；17~23.5ポイント、栄養不良；17ポイント未満）<sup>8~10)</sup>。

慢性疾患の存在、食物摂取に直接影響を与える歯の喪失、義歯の適合不良、活動量の低下や薬物服用、うつなど心理的状況、食品購入の困難さ（近くに店がない、歩行による買い物が困難）、調理技術や知識のなさなど、高齢者の低栄養には、身体的要因、心理的要因、環境・社会的要因など様々な要因が関連する。



#### 4. 高齢者の低栄養および食物摂取状況と SES MNA を用いた栄養状態の評価と SES

地域在住高齢者の栄養評価として NMA を用いた海外の報告を見てみると、個人の SES による差が認められた報告が少なからずある<sup>11~18)</sup>。

たとえば日本では、シニア大学に通う健康な地域高齢者130人を対象に MNA を用いて低栄養者をスクリーニングしたところ、参加者の12.6%が低栄養リスク者であり、経済状態の良くない層に多かったとの報告がある<sup>11)</sup>。また、低栄養リスク者（半年間に体重3 kg 以上減少あり）は教育年数や所得の低い層で多く、都市的地域に比べ農村的地域で多いことが報告されている<sup>19)</sup>。さらに、低栄養の原因となる残存歯数の少なさについて、Aida らは、65歳以上の高齢者の残存歯数19本以下であるオッズ比が、年齢や性別、所得や保健行動、喫煙習慣などを調整した上でも、教育年数13年以上のものに比べ、9年以下の人で1.4倍高かったと報告している<sup>20)</sup>。

ブラジルで2005年に60-74歳267名を対象とした調査<sup>12)</sup>では、MNA で低栄養者が21.7%で、教育年数、経済状態の低さと低栄養の関連がみとめられたこと、低栄養とうつとの関連が強かったと報告している。この調査では、歯が少ないと選ぶ食べ物も減ることも示されている<sup>13)</sup>。

途上国ほど、有病率も高くなる。介護サービスを受けていない60歳以上の高齢者457人を対象としたバングラディッシュの報告では、年齢や健康状態を調整した上でも、高学歴や日常の家計消費水準が高いことが、MNA スコアが高いこと（栄養状態がよい）と関連していることが示されている<sup>14)</sup>。同調査では、低栄養の有病率は62%と高く、うつや認知機能低下のみられる人は、栄養状態が悪いこと、教育を受けていない人や収入がない、あるいは財政援助が不定期な女性は栄養状態が悪いことが示されている<sup>15)</sup>。

#### 個人の SES と摂取している食べ物の質との関連

Giskes K らはオーストリアの調査で、個人の SES は野菜や果物を食べる量や種類に関係しており、SES の高い層では、低い層より特に新鮮な果物の摂取量が多く、種類も多いことを示している<sup>21)</sup>。オランダでは、女性の中で教育年数の長い人では、基礎的な教育しか受けていない人に比べ果物を食べる量が3倍多いとの報告もある<sup>22)</sup>。ニュージーランドで、5517人（40-78歳）を対象とした食物摂取頻度調査の結果と SES の関連では、食物選択と教育との関連があり、職業階層や所得を調整しても、大学教育を受けた人に比べて、低い教育年数

の人では、果物、チーズ、ミルクなどの摂取が少なかった。栄養素レベルの摂取状況では、所得の高い層に比べて、低い層では、エネルギー、炭水化物、飽和脂肪酸の摂取が多く、食物繊維は少ないという関連が示されている<sup>23)</sup>。

先進国では低 SES 層にむしろ肥満が多いという報告もある<sup>24~27)</sup>。大規模な前向き研究で、地域をベースにしたロッテルダムスタディ（初回基礎調査時1990~1993年）において、食物摂取頻度調査による栄養状況と SES の関連を検討した結果では、4 カテゴリーに分けた教育レベルの一番低い層である小学校のみの学歴層（37%）では、その他の層よりもエネルギーの摂取状況が高く、肥満も多く、その理由として、脂肪、炭水化物、たんぱく質の摂取が多いことがあげられている<sup>24)</sup>。アメリカで所得や学歴と BMI の関係を分析した大規模な調査では、成人女性では低所得層に肥満が多い傾向が示されている（男性においては、そのような負の相関はさほど明確ではない）<sup>25,26)</sup>。これらの報告から、個人の SES が少なからず、食物の質や摂取量に関係し、低栄養のみならず肥満や不適切な栄養摂取などを通じて、個人の健康状態に影響していることがわかる。

#### 居住地域の SES と個人の食物摂取との関連

個人の SES だけでなく、地域の社会経済的環境がそこに暮らす個人の食物摂取に関連するという幾つかの報告がある<sup>28~30)</sup>。たとえば、インドの26州3204地域の女性を対象とした調査において、富裕地域、中間地域、貧しい地域の3つに分けてマルチレベル分析で個人の要因を調整した結果でも、地域の豊かさは BMI と関連していて、家庭の財産を含む個人レベルの SES（仕事、教育など）を調整しても、一番貧しい地域と比べ、裕福な地域では BMI の値が0.29高かったと報告している<sup>28)</sup>。Hong R ら<sup>30)</sup>は、カンボジアの女性の調査結果から、マルチレベル分析で個人の家計水準を調整しても SES の低い地域では、女性の栄養状態が低く、地域による差が大きかったことを示している。

アメリカで2000年の国勢調査を基に65歳以上の高齢者を対象とした大規模調査の報告<sup>31)</sup>では、3141郡19万世帯のデータを4年間追跡して低栄養による死亡割合を出している。教育年数の短い層で有意に死亡率が高く、それを調整しても高齢者の低栄養に基づく死亡の地域パターンには、社会的、身体的、社会的孤立が関与していることを示している。居住地域の伝統的な食事が SES に関係している例として、ギリシャの東地中海の島（8島）に住む65-100歳を対象とした報告<sup>32)</sup>では、地中海食の摂取（地中

海食スコアを用いて)と教育・財政上の状態との関連をみている。その結果、一番高いSES層の人は他の層より伝統的な食事、すなわち、魚、野菜、ワインなどを多く摂取していた。

食事に与える地域の影響として、スーパーマーケットなどある特定の食品店へのアクセス(もしくは近さ)を肥満と食行動の規定因子としている研究がある<sup>33)</sup>。たとえば、Shannon Nら<sup>34)</sup>は、スーパーマーケットや専門店で買い物をする女性は、専門店でない食料雑貨店で買い物する人より果物や野菜を摂っていることを報告している。ファーストフードと肥満の関連を示した報告もある<sup>35,36)</sup>。ロサンゼルス<sup>37)</sup>の低所得者層の多い地域(63地域)で調べた結果では、個人レベルの因子や居住地域のSESを調整しても、レストランとファーストフードが多い地域では、BMIが高かったと報告している<sup>35)</sup>。

日本においても、都市の中において安価で良質な生鮮食料品を購入することが困難な地域や商店等の地域環境の変化が、そこに住む住民の健康状態に影響を与えることが危惧され、フードデザート(食の砂漠)問題と呼ばれている<sup>37,38)</sup>。大型店舗に押され、近所の商店街の店舗が次々廃業し、近くに店がない、移動手段がなく生鮮食料品をほとんど摂取できない高齢者もいるという。

## 5. 今後の低栄養対策の方向性

以上の低栄養と健康の社会的決定要因との関連を踏まえ、今後の低栄養対策の方向性について4点指摘しておきたい。

第1に、ポピュレーション戦略の重要性である。わが国の介護予防施策事業として、現在行われている「栄養改善」プログラムに対しては、低栄養リスク該当者やプログラム参加者の少なさ、そのプログラムの内容が課題とされている。その原因として、栄養状態に問題のない元気な人の参加が多く、来て欲しい低栄養の人ほど栄養改善プログラムに呼び込むのが難しい、対象者の栄養に関する情報の把握が困難、低栄養と見込んだ人のアルブミン値が低いことなどがあげられている<sup>39)</sup>。高齢者は、誰しも早かれ遅かれ低栄養のリスクを持つ。したがって、高齢者の低栄養対策は、栄養プログラムに参加する一部の高齢者の問題ではなく、地域の全高齢者における介護予防の課題としてポピュレーション戦略にたって取り組む視点も重要である。

第2に、社会経済的な階層間の格差の視点の重要性である。わが国では、健康づくりのための食環境整備の対策の方向性として、食物へのアクセス、情報へのアクセスの整備が示され、取り組まれている<sup>40)</sup>。

食物へのアクセスとは、食物生産・提供のシステム全体を意味し、その整備とは人々がより健康的な食物入手しやすい環境を整えることを意味する。情報へのアクセスとは、地域における栄養や食生活関連の情報、ならびに健康に関する情報の流れ、そのシステム全体を意味し、その整備とは、地域全体、国全体として、全ての人々が健康や栄養・食生活に関する正しい情報を的確に得られる状況を作り出すことである。しかし、みてきたように、高齢者の低栄養や健康に影響を及ぼす食物摂取には、教育レベルの高い層で、栄養に関する知識も高く、健康に配慮した食物の摂取や多様な食品の摂取がなされることなどを通じて、個人のSESによる格差が見られる。アメリカの健康の不平等と不公平に関するレポート<sup>41)</sup>によると、国民の健康状態は全体的によくなってきているが、健康の不平等化は進んでいて、特に米国では所得による格差は先進国の中でも大きいとしている。日本においても同様の傾向がみられる可能性は高く、今後の低栄養対策においては、全体の改善だけでなく、社会階層間の格差を考慮した取り組みが必要である。

第3に、地域環境要因への着目の重要性である。個人の社会経済的要因の違いのみならず、地域レベルにおける健康の社会的決定要因の関連も報告され始めている。近くに、新鮮な野菜や果物を購入できる店舗がなければ、交通弱者であることが栄養状態にも影響する。今後は、ポピュレーション戦略をたてるためにも、社会階層間の健康格差対策のためにも、低栄養に関して、個人レベルの要因だけでなく、地域環境要因に着目した研究を蓄積し、対策を検討する必要がある。

第4に、今回は紙幅の関係で十分に触れられなかったが、ライフコース・アプローチ<sup>42)</sup>の視点をもった研究と対策の重要性である。一例を補えば、ブラジルの調査では、父親が家にいないことや両親の教育レベルが低いことが子どもの食事の質と関連があり、特に親が小学校を出ていない子どもでは小学校を出た親をもつ子どもの4倍も悪かったと報告されている<sup>43)</sup>。小児期のSESは、その親のSESにより規定される。親のSESが低いことによって、望ましくない食習慣の素地が作られ、不健康へつながることが危惧され、ライフコースを通じた全世代を視野に入れた取り組みが必要である。次世代を担う母親の教育レベルや栄養に関する知識の啓発、所得保障等、息の長い総合的な対策が必要である。

「栄養改善」は低栄養状態の改善をはかり、生体リズム保持へとつなげるものとして重要な取り組みである。また毎日の営みである「食べること」は、

生活機能の向上, コミュニケーションの回復, 社会参加などを通じて, 人々の自己実現の基礎となるものである。それは, 社会経済的な地位や暮らしている地域によらず保障されるべきものである。一方で, 栄養状態は, 健康の社会的決定要因の影響を受けている。すべての人の栄養状態を改善するためには, 個人だけでなく人口集団全体の問題として捉え, 社会階層間の格差や地域環境要因にも着目し, ライフコース・アプローチの視点をもって対策を講じていく必要がある。

本稿の執筆にあたり名古屋大学の筒井秀代氏から資料提供を頂き, 深謝いたします。

## 文 献

- World Health Organization. Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: a Sourcebook for Health Professionals: Module on Nutrition. 2010. [http://www.wpro.who.int / NR / rdonlyres / 8856985D-6646-4C98-AF5D-B7DDF43CEA06 / 0 / Nutritionmodule2.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8856985D-6646-4C98-AF5D-B7DDF43CEA06/0/Nutritionmodule2.pdf) (2011年3月26日アクセス可能)
- United Nations System Standing Committee on Nutrition. 6th Report on the World Nutrition Situation: Progress in Nutrition. 2010. [http://www.unscn.org/files/Publications/RWNS6/report/SCN\\_report.pdf](http://www.unscn.org/files/Publications/RWNS6/report/SCN_report.pdf) (2011年3月26日アクセス可能)
- 近藤克則. New Public Health のパラダイム: 社会疫学への誘い 2-社会経済状態と健康. 公衆衛生 2004; 68(2): 132-136.
- 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室. 平成21年国民健康・栄養調査結果の概要について. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000xtwq.html> (2011年3月26日アクセス可能)
- 財団法人健康・体力づくり事業団. 「健康日本21」各論 1. 栄養・食生活. <http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/kakuron/index.html> (2011年3月26日アクセス可能)
- 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室. 平成20年国民健康・栄養調査結果の概要. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/11/dl/h1109-1b.pdf> (2011年3月26日アクセス可能)
- 「介護予防マニュアル」分担研究班(班長 杉山みち子). 栄養改善マニュアル(改定版). 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1e.pdf> (2011年3月26日アクセス可能)
- 葛谷雅文. 高齢者の低栄養: 実態と対策の国際比較. *Geriatr Med* 2010; 48(7): 895-899.
- Nestle Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment 簡易栄養状態評価表. [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_japanese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_japanese.pdf) (2011年3月26日アクセス可能)
- Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999; 15(2): 116-122.
- Iizaka S, Tadaka E, Sanada H. Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2008; 8(1): 24-31.
- Cabrera MAS, Mesas AE, Garcia ARL, et al. Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(9): 582-584.
- Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MA, et al. Oral health status and nutritional deficit in noninstitutionalized older adults in Londrina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(3): 434-445.
- Kabir ZN, Ferdous T, Cederholm T, et al. Mini Nutritional Assessment of rural elderly people in Bangladesh: the impact of demographic, socio-economic and health factors. *Public Health Nutr* 2006; 9(8): 968-974.
- Ferdous T, Kabir ZN, Wahlin A, et al. The multidimensional background of malnutrition among rural older individuals in Bangladesh: a challenge for the Millennium Development Goal. *Public Health Nutr* 2009; 12(12): 2270-2278.
- Cuervo M, Ansorena D, Martínez-González MA, et al. Impact of global and subjective mini nutritional assessment (MNA) questions on the evaluation of the nutritional status: the role of gender and age. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49(1): 69-73.
- De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, et al. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition* 2008; 24(6): 546-553.
- Vedantam A, Subramanian V, Rao NV, et al. Malnutrition in free-living elderly in rural south India: prevalence and risk factors. *Public Health Nutr* 2010; 13(9): 1328-1332.
- 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的大規模調査. 東京: 医学書院, 2007.
- Aida J, Hanibuchi T, Nakade M, et al. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009; 69(4): 512-518.
- Giskes K, Turrell G, Patterson C, et al. Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutr* 2002; 5(5): 663-669.
- Giskes K, Lenthe FV, Brug HJ, et al. Dietary intakes of adults in the Netherlands by childhood and adulthood socioeconomic position. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58(6): 871-880.
- Metcalf P, Scragg R, Davis P. Dietary intakes by different markers of socioeconomic status: results of a New Zealand workforce survey. *N Z Med J* 2006; 119(1240): U2127.

- 24) van Rossum CT, van de Mheen H, Witteman JC, et al. Education and nutrient intake in Dutch elderly people. The Rotterdam Study. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54(2): 159-165.
- 25) Medical News Today. More Obesity Among Poorer Women But Not Poorer Men In America. 2010/12/14. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/211510.php> (2011年 3月26日アクセス可能)
- 26) Ball K, Crawford D. Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Soc Sci Med* 2010; 60(9): 1987-2010.
- 27) Mujahid MS, Diez Roux AV, Borrell LN, et al. Cross-sectional and longitudinal associations of BMI with socioeconomic characteristics. *Obes Res* 2005; 13(8): 1412-1421.
- 28) Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, et al. Geography of underweight and overweight among women in India: a multilevel analysis of 3204 neighborhoods in 26 states. *Econ Hum Biol* 2008; 6(2): 264-280.
- 29) Subramanian SV, Kawachi I, Smith GD. Income inequality and the double burden of under- and overnutrition in India. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(9): 802-809.
- 30) Hong R, Hong R. Economic inequality and undernutrition in women: multilevel analysis of individual, household, and community levels in Cambodia. *Food Nutr Bull* 2007; 28(1): 59-66.
- 31) Lee MR, Berthelot ER. Community covariates of malnutrition based mortality among older adults. *Ann Epidemiol* 2010; 20(5): 371-379.
- 32) Katsarou A, Tyrovolas S, Psaltopoulou T, et al. Socioeconomic status, place of residence and dietary habits among the elderly: the Mediterranean islands study. *Public Health Nutr* 2010; 13(10): 1614-1621.
- 33) Frank B. Hu: 肥満の疫学: 17章肥満の社会的規定因子. 名古屋: 名古屋大学出版会, 2010.
- 34) Zenk SN, Schulz AJ, Hollis-Neely T, et al. Fruit and vegetable intake in African Americans income and store characteristics. *Am J Prev Med* 2006; 29(1): 1-9.
- 35) Inagami S, Cohen DA, Brown AF, et al. Body mass index, neighborhood fast food and restaurant concentration, and car ownership. *J Urban Health* 2009; 86(5): 683-695.
- 36) Fraser LK, Edwards KL, Cade J, et al. The geography of fast food outlets: a review. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(5): 2290-2308.
- 37) 尾島俊之, 平井 寛, 中出美代, 他. フードデザート(食の砂漠)に関する探索的研究. 第46回日本循環器病予防学会2010年 5月28日.
- 38) 岩間信之, 田中耕市, 佐々木緑, 他. 地域都市在住高齢者の「食」を巡る生活環境の悪化とフードデザート問題: 茨城県水戸市を事例として. *人文地理* 2009; 61(2): 139-156.
- 39) 厚生労働省老健局. 介護予防市町村モデル事業中間報告. 2005. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0419-7b2.html> (2011年 3月26日アクセス可能)
- 40) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室栄養指導係. 健康づくりのための食環境整備に関する検討会報告書について. 2004. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1202-4.html> (2011年 3月26日アクセス可能)
- 41) Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report: United States, 2011. *MMWR* 2011; Suppl 60. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6001.pdf> (2011年 3月26日アクセス可能)
- 42) 尾島俊之, 近藤克則. 健康の社会的決定要因<sup>(1)</sup> ライフコース疫学. *日本公衛誌* 2011; 58(3): 199-201.
- 43) Molina Mdel C, Lopéz PM, Faria C P, et al. Socioeconomic predictors of child diet quality. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5): 1-7.

## 連載

健康の社会的決定要因(14)  
「医療アクセスと健康格差」浜松医科大学医学部健康社会医学講座 村田千代栄  
日本福祉大学健康社会研究センター 近藤 克則

## 1. はじめに

喫煙や栄養バランスの偏った食事、運動不足など不健康な健康習慣に加え、個人の所得、教育程度、職業など社会経済的地位が健康と関連していることは多くの研究により示されている。たとえば、社会経済的地位が低い者には抑うつが多く<sup>1,2)</sup>、要介護状態に陥りやすい<sup>3)</sup>だけでなく、死亡率も高い<sup>4)</sup>。世界保健機構（WHO）の「健康の社会的決定要因に関する専門委員会（the Commission on Social Determinants of Health）の最終報告書<sup>5)</sup>によると、健康の格差には、個人の生活習慣だけでなく、居住環境、労働環境など周りの環境が影響しており、その中には医療制度のあり方も含まれる。

医療制度のあり方を論じるに当たり、医療アクセスという言葉がしばしば使われる。医療アクセスの問題は、2つの軸から議論されることが多い。一つは医療機関への距離や交通機関の有無などの物理的な条件によるアクセスの問題であり、もう一つは、受診や治療にかかる費用など社会経済的あるいは医療保障の条件によるアクセスの問題である。医療へのアクセスの公平性（equity）は、医療サービスが誰にでも利用可能であることが前提にあり、必要とする人々に医療サービスが活用されることで成立する。受診抑制とは、必要にも関わらず何らかの原因で受診を控えることを意味し、医療へのアクセスを測定する際の重要な指標となっている。日本は国民皆保険制度のもと、医療へのアクセスが広く保障されてきたと考えられていたが、近年、低所得者で高所得者の2倍以上の受診抑制がみられるなど、経済力による格差が指摘されるようになってきている<sup>6)</sup>。そこで本稿では、主に医療へのアクセスに社会経済的地位による格差がどの程度見られるのか、内外の研究を紹介しながら検討していく。

## 2. 医療へのアクセスと社会経済的地位

多くの研究により所得や教育年数などの社会経済的地位が低いほど、受診抑制が高率でみられ<sup>5)</sup>、そ

の主な理由として窓口での費用負担の問題が指摘されている。受診における格差は、その国の医療保障制度と関連しており、受診時の費用負担の大きさは受診抑制の大きな決定要因となっている<sup>7)</sup>。保険に加入していない者と保険加入者とで、過去2ヶ月間の受診状況を比較した米国の研究によると、不慮の外傷では、無保険者が治療を受けるオッズ比が0.47と保険加入者の半分以下であり、慢性疾患でも、治療オッズ比は無保険者で0.45と明らかな受診抑制がみられた。さらに、無保険者では、約7ヶ月後の健康状態も悪かった<sup>8)</sup>。米国とカナダの比較研究<sup>9)</sup>によれば、両国とも所得が低かったり、学歴が短いほど、必要な治療を受けていない者やかかりつけ医のいない者の割合が多かった。しかし、国民皆保険制度であるカナダでは、そうでない米国にくらべ、所得による医療アクセスの格差が小さいこともわかった。

無保険者だけでなく、十分な保険に入っていない場合にも受診抑制が起こる。米国では保険の種類によってカバーされる内容が異なるため、保険でカバーされる範囲が少ないunder-insured（低水準被保険者）が存在する。心筋梗塞患者2498人を対象に、費用を理由に受診を控えた群（18.1%）と、それ以外の群とで比較した研究がある<sup>10)</sup>。何らかの保険に加入していても、費用を理由に受診を控えた者（受診抑制あり群）は68.9%に上り、その後一年間に心疾患が原因で再入院した割合は、受診抑制なし群の17.7%に対し、あり群で25.7%と、調整済みリスク比でも1.3倍再入院をしやすいという結果であった。つまり、医療保険に加入していても、医療保障の水準が低いと、受診抑制が起き、健康状態が悪化して再入院が増えることを示唆している。また、自己負担の種類と程度が異なる15種類の保険の1つを無作為に割り当て、医療サービスの利用や健康水準を調べた米国のランド調査研究によると、自己負担が増えるにつれ、重要な薬をはじめとする医療の利用が減少し、それに伴い健康状態も悪化したので

ある<sup>11)</sup>。

受診抑制がおこる理由として、医療保険の種類やその有無のほかに、受診の際に支払う自己負担額もあげられる。2007年7月に国立社会保障・人口問題研究所により実施された『社会保障実態調査』によると、過去1年間に誰も医療機関にかからなかった世帯のうち、「健康ではなかったが、受診できなかった」者がいた世帯は17%であり、その理由として最も多かったのが「自己負担割合が高いなど経済的理由」(38.4%)であった<sup>12)</sup>。また、日本医療政策機構による『日本の医療に関する2008年世論調査』によると、費用を理由に過去12カ月以内に「具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある」者の割合が、高所得者の18%に対し、低所得者では39%と約2倍であった。同様の理由で「薬を処方してもらわなかったことがある」者は、高所得者の2%に対し、低所得者では16%と8倍であった<sup>13)</sup>。

日本の代表サンプル(20歳～89歳)を用いた研究(JGSS-2008)でも、所得が低い者ほど受診抑制が高率でみられたことを報告している<sup>14)</sup>。厚生労働省が2001年から行っている『21世紀出生児縦断調査』の0-4歳児約3万3000人のパネル調査(同じ対象者を繰り返し調査する方法)データによれば、貧困経験が多い子どもほど入院を伴うような重大な疾病が多く、受診抑制は見られない半面、通院経験は逆に少なく、疾病の早期における受診抑制があることが推測された<sup>15)</sup>。

自己負担額の増加も受診抑制と関連している。馬場園らは、日本の健康保険加入者において、医療費の自己負担が増えると所得が低い階層で受診抑制が生じることを報告している<sup>16)</sup>。また、この研究では、自己負担率が20%から30%になった結果、合併症のない糖尿病患者において外来受診の減少がみられ、初期症状のない疾患で受診抑制が起りやすいことが示唆された。フランス、ドイツ、スペインの3カ国を比較した研究では、患者の自己負担額が増えた結果、特に低所得者など社会階層が低い人々において外来受診が減少したことを報告している<sup>17)</sup>。同様な結果は、韓国や台湾における研究でも報告されている<sup>18,19)</sup>。日本の要介護認定を受けていない一般高齢者を対象に、受診抑制の理由を検討した2006年の調査(N=15302)でも同様であり、自己負担率の高い70歳未満(調査当時の自己負担率は70歳未満で3割、70歳以上で1割)で、費用を理由とした受診抑制が多かった(65～69歳で35.8%、70歳以上で20.1%)<sup>20)</sup>。

別の要因として、物理的アクセスの問題もある。

前述の日本の高齢者の研究<sup>20)</sup>では、必要な受診を控えた理由として「近くにない」(65～69歳で9.0%、70歳以上で15.4%)や「交通手段がない」(65～69歳で4.7%、70歳以上で13.2%)と、高齢になるほど物理的なアクセスが問題となっていた。米国でも、医療機関への距離は、特に高齢者において受診抑制の原因となっていることを報告している<sup>7)</sup>。英国では、公衆衛生サービスへの物理的アクセスが良いほど住民の健康状態がよいことがわかっており<sup>21)</sup>、ナイジェリアでも、同様の関連がみられた<sup>22)</sup>。

上述の物理的・社会経済的アクセスの差は、受ける医療の質にも影響している。米国の代表サンプルを用いた研究では、人口の少ない地域(農村など)<sup>7)</sup>や、低所得者<sup>23)</sup>で急性心筋梗塞で入院した患者の死亡率が高いことが示されている。その理由として、医療従事者の不足や医療機関が近くにないこと<sup>7)</sup>や、費用<sup>23)</sup>による受診抑制があげられた。ヨーロッパ諸国でも、受ける医療サービスの種類に格差がみられ、一定の基準を満たす26論文を集めたシステムティック・レビュー<sup>24)</sup>によれば、プライマリケアにおいては、ある程度医療サービス利用の公平性が保たれているが、病院における専門医療では、低所得者で利用が少ない実態がみられた。訪問看護を受けた後に死亡した日本の高齢者1305人を対象にした研究でも、経済的に余裕のない者ほど自宅で亡くなる率は低く、担当の訪問看護師が評価した「死および死に至る過程の質」も低い者が多かった<sup>25)</sup>。

### 3. 格差が生まれる背景

格差が生まれる背景には、社会経済的・物理的アクセスに加え、心理的要因も関わっている。抑うつなど精神的健康度が低い者ほど、不健康な行動が見られることが報告されている<sup>26)</sup>が、米国の医療保険受給状況調査(MEPS)を用いた研究では、精神的苦痛(Psychological Distress)(SF-12を用いた)が、各種健診の受診率の低さと関連していた<sup>27)</sup>。日本の高齢者の研究でも、抑うつが健診受診率の低さと関連しており<sup>28)</sup>、別の研究でも、将来に楽しみがない者はある者よりも、健診受診率が低いことが示されている<sup>29)</sup>。

コミュニケーションやヘルスリテラシーの問題もある。ヘルスリテラシーとは、健康に関わる問題について、必要な情報を収集し、理解し、利用する能力のことである<sup>30)</sup>。米国の研究では、社会経済的地位の低い層で医療への不信感が強いこと<sup>31)</sup>や、医師とのコミュニケーションが不良であり、受ける医療の質も低いことを報告している<sup>32)</sup>。日米両国とも、待ち時間や距離よりも、「医師がわかりやすく説明

してくれる」,「自分の話を聞いてくれる」といったコミュニケーションの質が、医療満足度とより強く関連していることが報告されている<sup>32,33</sup>。医療全体への信頼感が低いと受診抑制につながるというスウェーデンの報告もある<sup>34</sup>。日本でも、社会経済的地位の低い者は、実際の健康状態に関わらず、医療を受けられないのではないかという不安が高く、必要な治療を控える傾向があった<sup>35</sup>。複数の質的研究を検討したメタ研究でも、健康関連の問題について分析し理解する能力、つまりヘルスリテラシーが低いことは、患者と医療従事者とのコミュニケーションの質の悪さにつながっていた<sup>30</sup>。

米国厚生省 (HHS) の下部組織、Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ: 医療分野の研究と質向上を支援する部門) は、社会経済的地位が低いほど糖尿病の治療を受けず、糖尿病やその合併症により入院する確率が高いことを報告している<sup>7</sup>が、糖尿病は高血圧と同様、初期症状がないため、受診抑制が起こりやすい。同報告書では、社会経済的地位が低いほど、健診受診や予防接種などの予防行動をとる割合が低いことも示されており、これにもヘルスリテラシーが関連している可能性がある。同じく米国の癌検診でも、便潜血検査や大腸ファイバー検査を受けた割合は低所得層で高所得層よりも低く<sup>36</sup>、日本でも、高齢者の健診未受診は、社会経済的地位の低さと関連していた<sup>28</sup>。

#### 4. 医療アクセスの格差への対策

以上述べてきたように、医療費の自己負担が増えると、不要な受診だけでなく必要な医療も抑制されること、またその傾向は所得が低い人々により顕著であることが確認されている。WHOは「すべての人に健康を (Health for All)」のスローガンのもと、「政府が主導して、医療制度の財政や皆保険制度の創設、自己負担を最小限にとどめるよう努力する」よう求めている<sup>5</sup>。内閣府の政策効果分析レポートでは、60歳代前半で所得が低い国民健康保険加入者では、受診抑制が相対的に高率で見られることが報告され、就業や所得状態に応じた医療保険に関わる負担の軽減など、弾力的な制度運用を行う配慮が必要であるとしている<sup>37</sup>。ヨーロッパ<sup>41</sup>およびOECD加盟諸国<sup>38</sup>の医療制度改革の経験をまとめた報告書によれば、自己負担が増えると、不要な医療が減る半面、必要な医療も減る。しかも、低所得者ほど不健康であり、医療の必要性が高いにもかかわらず、必要な医療から排除されやすくなることが指摘されている。医療アクセスによる健康格差の是正のためには、低所得者層も安心して医療にかかれ

る医療保障制度が重要である。

それに加え、医療へのアクセスには、自己負担額だけでなく、無保険者の問題も含めた議論が必要である。皆保険制度の日本でも、国民健康保険加入世帯の18.6%が保険料を滞納している<sup>39</sup>。特別の事情がなく1年以上国民健康保険料を滞納していると保険証がとりあげられ、「資格証」が交付されるが、その「資格証」交付世帯が34万世帯にのぼっている。このような世帯では、受診時にいったん医療費を全額支払う必要があるため、受診抑制が一般世帯の32倍から200倍も起こりやすい<sup>39</sup>。医療機関にかからずに手遅れで亡くなった例も18都道府県で27人いることが報告されている<sup>39</sup>。米国では、低所得家庭の子どもを対象にした医療保険システム [State Children's Health Insurance Program (SCHIP)] の創設により、子どもにおいて、医療アクセスにおける格差が縮小したことが示されている<sup>40</sup>。日本でも、親が国民健康保険の保険料を滞納したことにより無保険状態になった中学生以下の子どもに対し、短期保険証の交付を取り決めた改正国民健康法が成立し、2009年4月から施行された。

医療制度の見直しによるこのような格差への対処は重要である。しかし、この問題に対処するためには、制度の見直しだけでは不十分である。格差の背景として、医療に対する不信やコミュニケーションの問題も指摘されているからである<sup>37</sup>。また、低所得者ほど健診を受けない<sup>28</sup>理由として、制度や社会経済的・物理的アクセスの問題だけでなく、心理的要因もある<sup>37</sup>。地域のできる方策として、英国での取り組みが参考になるかもしれない。英国政府の委託により、2010年8月からリバプールで「Healthy Homes」という事業が始まった。「より健康的な家で、より健康的な生活を」をキャッチフレーズに、貧困地域 (このような地域には移民も多い) を40ヶ所指定し、1件ずつ訪問し、立ち入り検査を行った。家屋に健康への問題がある場合は、家主に改善命令が出される。この立ち入りの際に、健康上の問題を抱えている人に対する医療サービスの紹介も行われ、言葉の問題や健康意識の低さにより、症状が重くなるまで受診しない移民や貧困層の早期受診にも一役買ったのである<sup>41</sup>。また、妊婦健診の未受診の背景には、経済的理由があげられる<sup>42</sup>が、乳児死亡率が全国平均の1.3倍というロンドンの最貧困地区で、地元の助産師が大学や病院に呼びかけ、2008年に対策チームを結成した。地域の若い母親たちに呼びかけ、「Bump Buddies」というボランティアグループを発足させたのである。同じ民族や同じ肌の色の若いメンバーが町の中で妊婦を見かけたら話し

かけ、医療サービスにつなげた結果、妊婦健診の未受診率が半減した<sup>41)</sup>。これは、ボランティアの活用によって、様々な理由で受診を控えていた人々を医療サービスや専門機関につなぐことができた好例である。日本では、伝統的に社会福祉協議会や自治体、地域住民などのパートナーシップによる、子育て支援ボランティアや高齢者の見守り活動など、様々な地域福祉活動が行われてきたが、地域の力を生かしたこのような活動は、今後ますます重要になるであろう。

#### 謝辞

本研究は、文部科学省の助成（課題番号19530490；21530585）を受け、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の助成を受けたAGES（愛知老年学的评价研究）プロジェクトの一環として実施された。

#### 文 献

- 1) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276(4): 293-299.
- 2) Lorant V, Deliège D, Eaton W, et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157(2): 98-112.
- 3) Beydoun MA, Popkin BM. The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China. *Soc Sci Med* 2005; 60(9): 2045-2057.
- 4) Kagamimori S, Gaina A, Nasermoaddeli A. Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Soc Sci Med* 2009; 68(12): 2152-2160.
- 5) Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008; 94-106.
- 6) 日本医療政策機構. 日本の医療に関する2007年世論調査. 2007. [http://www.hgpi.org/report\\_events.html?article=45](http://www.hgpi.org/report_events.html?article=45) (2011年5月8日アクセス可能)
- 7) Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Disparities Reports. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/qrd09.htm> (2011年1月13日アクセス可能)
- 8) Hadley J. Insurance coverage, medical care use, and short-term health changes following an unintentional injury or the onset of a chronic condition. *JAMA* 2007; 297(10): 1073-1084.
- 9) Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2006; 96(7): 1300-1307.
- 10) Rahimi AR, Spertus JA, Reid KJ, et al. Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297(10): 1063-1072.
- 11) ロビンソン R. 医療における自己負担. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, et al. eds. 医療財源論. ヨーロッパの選択 [Funding Health Care: Options for Europe] (一圓光彌, 監訳) 東京: 光生館, 2004; 189-214.
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所. 社会保障実態調査. 2007年7月. <http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/jittai2007/janda/jittai2007.asp> (2011年5月8日アクセス可能)
- 13) 日本医療政策機構. 日本の医療に関する2008年世論調査. 2008. [http://www.hgpi.org/report\\_events.html?article=42](http://www.hgpi.org/report_events.html?article=42) (2011年5月8日アクセス可能)
- 14) 埴淵知哉. 医療と健康の格差: JGSS-2008に基づく医療アクセスの分析. 日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集 [10] JGSS Research Series No. 7. 2010; 10: 99-110.
- 15) 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.
- 16) Babazono A, Miyazaki M, Imatoh T, et al. Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system. *Int J Technol Assessment Health Care* 2005; 21(2): 228-233.
- 17) Lostao L, Regidor E, Geyer S, et al. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Soc Sci Med* 2007; 65(2): 367-376.
- 18) Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy* 2005; 72(3): 293-300.
- 19) Huang JH, Tung CM. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 43(1): 101-116.
- 20) Murata C, Yamada T, Chen CC, et al. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(4): 1330-1341.
- 21) Barnett S, Roderick P, Martin D, et al. A multilevel analysis of the effects of rurality and social deprivation on premature limiting long term illness. *J Epidemiol Commun Health* 2001; 55(1): 44-51.
- 22) Onwujekwe O. Inequities in healthcare seeking in the treatment of communicable endemic diseases in Southeast Nigeria. *Soc Sci Med* 2005; 61(2): 455-463.
- 23) Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Internal Med* 2005; 20(2): 148-154.
- 24) Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health*



- Serv 2007; 37(1): 89-109.
- 25) 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 (印刷中)
- 26) Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66(3): 305-315.
- 27) Thorpe JM, Kalinowski CT, Patterson ME, et al. Psychological distress as a barrier to preventive care in community-dwelling elderly in the United States. *Med Care* 2006; 44(2): 187-191.
- 28) 平松 誠, 近藤克則, 平井 寛. 介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因: 社会経済的因子に着目して. 厚生指標 2009; 56(3): 1-8.
- 29) 近藤克則, 花岡智恵, 平井 寛, 他. 高齢者の健診受診と「将来における楽しみ」, 所得との関連: AGESプロジェクト. 第69回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2010; 395.
- 30) Edwards M, Davies M, Edwards A. What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: a meta-synthesis of the literature. *Patient Educ Couns* 2009; 75(1): 37-52.
- 31) Doescher MP, Saver BG, Franks P, et al. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1156-1163.
- 32) Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *Am J Public Health* 2003; 93(10): 1713-1719.
- 33) 前田 泉, 徳田茂二. 患者満足度: コミュニケーションと受療行動のダイナミズム. 東京: 日本評論社, 2003; 65-76.
- 34) Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Soc Sci Med* 2007; 64(7): 1373-1383.
- 35) 村田千代栄. 医療不安と社会経済的地位の関連: JGSS-2008に基づく分析. 日本版 General Social Surveys 研究論文集 2010; 10: 111-122.
- 36) Centers for Disease Control and Prevention. CDC health disparities and inequalities report -United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2011; 60 Suppl: 1-2.
- 37) 内閣府政策統括官室. 政策効果分析レポート No.20 医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動. 2006. <http://www5.cao.go.jp/keizai3/seisakukoka.html> (2011年5月8日アクセス可能)
- 38) The OECD Health project. 世界の医療制度改革: 質の良い効率的な医療システムに向けて [The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems] (阿万哲也, 訳) 東京: 明石書店, 2005.
- 39) 芝田英昭. 国民健康保険滞納者の健康破壊は皆保険体制崩壊の始まり. *公衆衛生* 2008; 72(9): 708-716.
- 40) Shone LP, Dick AW, Klein JD, et al. Reduction in racial and ethnic disparities after enrollment in the State Children's Health Insurance Program. *Pediatrics* 2005; 115(6): e697-e705.
- 41) 岩永直子, 近藤克則. 健康の社会的決定要因への介入 イギリス NHS の現場に見る健康格差対策. *病院* 2011; 70(1): 19-23.
- 42) 水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹, 他. 当科における妊婦健康診査未受診妊婦の検討. *日本周産期・新生児医学会雑誌* 2009; 45(1): 32-36.

## 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>や子ども<sup>3)</sup>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に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、あるいは受けられるケアの質が低い人たちが存在する<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>や、より多数例の集団を対象にした地域介入研究<sup>6)</sup>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)<sup>7)</sup>の問題だとして総会決議<sup>8)</sup>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<sup>7)</sup>、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

アデレイド宣言<sup>9)</sup>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)<sup>7)</sup>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<sup>9)</sup>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<sup>10)</sup>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