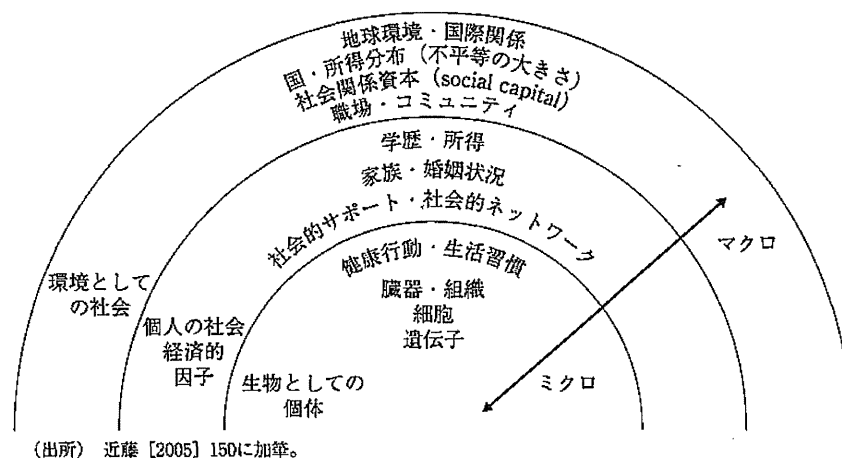


図3 健康の決定因子の階層構造



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。

図4 妊娠期から成人期の健康への影響経路

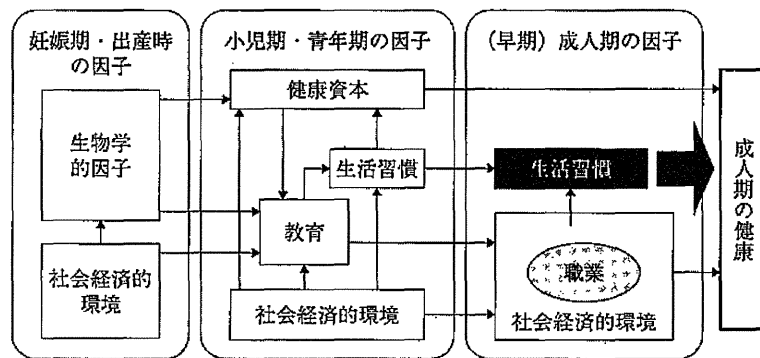
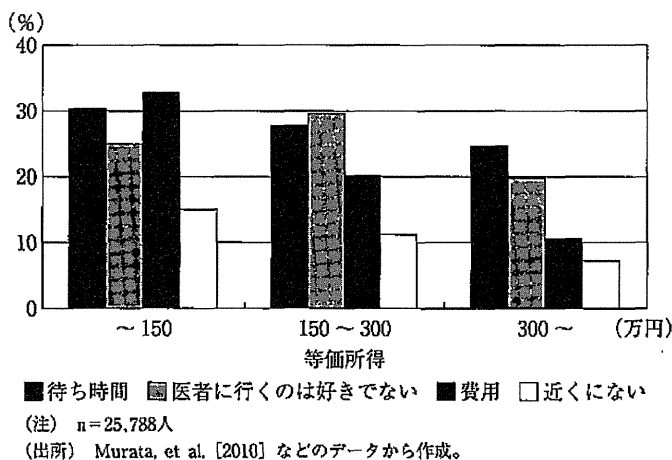


図5 治療を控えた主な理由



#### 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、他の人と比べた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

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「良くない」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]。

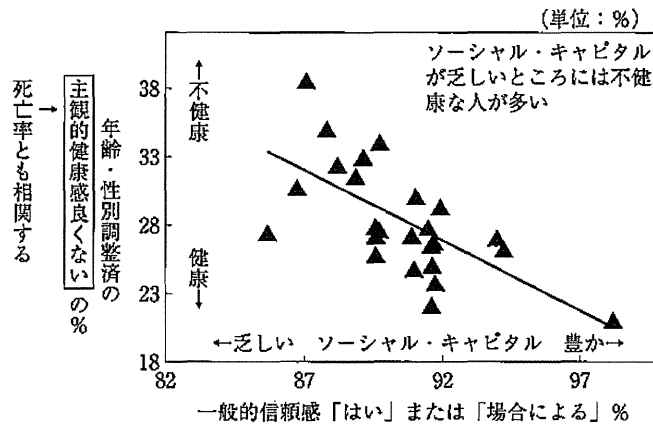
## （2）ソーシャル・キャピタル

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こから生まれる規範・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、健康感が良くない人（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

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

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

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 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

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。

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、経済力の問題であつたりする。

健康格差の背景には、社会階層の低い人たちがほど、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減進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

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・生活科学委員会共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



- 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的大規模調査』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

exposure to income inequality a public health concern?," *Health Serv Res*, 38 (1 Pt 1) : 153-167.

ウィルキンソン, 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)

運動

8020運動の新たな展開を目指して

## 歯の健康と認知症

神奈川歯科大学 社会歯科学講座  
歯科医療社会学分野

山本 龍生

4

## 歯の健康と認知機能の研究

日本の認知症患者は増加を続け、200万人を超えている。しかし、専門医不足等から医療の提供が遅れており、認知症の予防や早期発見が重要な課題となっている。認知症のリスク因子に関する様々な報告があるが、具体的な予防対策や早期発見には至っていない。

近年、歯と全身の健康状態との関係が明らかになってきた。既に歯周病罹患や歯の喪失で心血管疾患の発症や増悪のリスクが高まることが報告された。歯周組織の炎症や細菌内毒素が血液を介して心臓に直接影響する経路や、歯の喪失によって摂取する食品(栄養素)が変化し、心血管疾患リスクが高

まる経路が指摘されている。

一方、認知症も慢性炎症や、ビタミン等の栄養不足により惹起、増悪されることが示唆されている。

しかし、これまで歯の健康が認知機能へ及ぼす影響に関する研究はほとんどなかった。なお、歯の健康と認知機能の関係に関する調査の多くは一時点のものであり、認知機能の低下した者に歯、歯周病、歯の喪失が多いことが指摘されている。しかし、一時点の調査では因果関係はわからない。一般的には、認知機能が下がったために歯の手入れが行き届かなくなり、歯周病にかかりやすくなったり、歯を失うことが想像できる。

歯の健康が認知機能に与える影響についての追跡調査はわずかで、なおかつ対象者数が少なく一致し

た見解にいたっていない。そこで我々は、大規模追跡調査(愛知老年学的評価研究 (Aichi Gerontological Evaluation Study, AGES) プロジェクト)によって歯の健康と認知症発症との関係を明らかにすることを目的に研究を行った。

## 歯の健康とその後の認知症発症

調査開始時点で要介護認定を受けず日常生活動作 (ADL) が全自立の65歳以上の4425名を対象として、歯の健康状態と生活習慣等に関する質問紙調査を行い、その後の認知症度Ⅱ以上を伴う要介護認定を受ける(認知症発症)までの日数について、4年間追跡した。

歯の健康に関する対象者の分類は表1のとおりである。すなわち、自分の歯の本数と義歯の使用について4つに、咀嚼能力では3つに、かかりつけの歯科医院の有無については2つに、口腔衛生(歯磨き、うがい、入れ歯の手入れなど)の心がけについては3つに、それぞれ分けた。

これらの歯の健康に関する各指標に対して、認知症発症との関連がみられた年齢、Body Mass

Index (BMI)、治療中の疾患の有無、飲酒、一日平均歩行時間(運動)、物忘れの自覚の有無、および所得の全ての変数を調整し、Cox比例ハザードモデルで分析した。

調査期間中に認知症を伴う要介護認定を受けた者は220名(5.0%)であった。20歯以上の者を基準として、歯がほとんどなく義歯未使用の者は1.85(1.04-3.31)倍、なんでも噛める者を基準として、あまり噛めない者は1.25(0.81-1.93)倍、かかりつけの歯科医院がある者を基準として、ない者は1.44(1.04-2.01)倍、口腔衛生を心がけている者を基準として、心がけていない者で1.76(0.96-3.20)倍、それぞれ認知症発症のリスクが高かった(表1)。そのなかでも歯数と義歯、かかりつけの歯科医院の有無では明らか(統計学的に有意)な関係がみられた。

## 認知症発症に至る経路

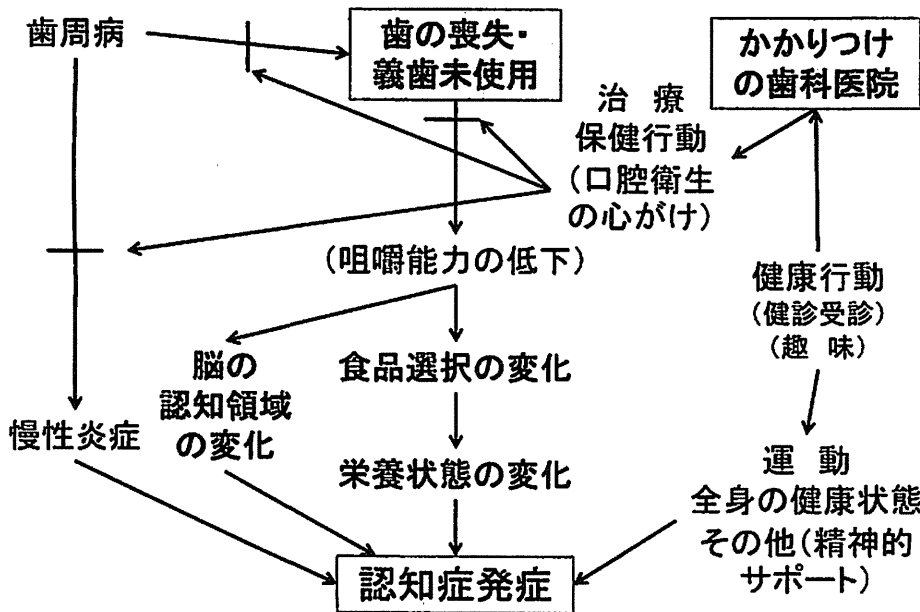
歯の健康から認知症発症までの予想経路を図1に示した。歯がほとんどないが義歯を使用していな

表1 歯の健康に関する各指標と認知症発症との関連

	ハザード比	95%信頼区間	有意確率
<b>歯数と義歯</b>			
20歯以上	1.00		
19歯以下	1.01	(0.67-1.51)	0.98
歯がほとんどなく義歯使用	1.09	(0.73-1.64)	0.68
歯がほとんどなく義歯未使用	<b>1.85</b>	<b>(1.04-3.31)</b>	<b>0.04</b>
<b>咀嚼能力</b>			
なんでも噛める	1.00		
ほとんど噛める	0.98	(0.71-1.34)	0.87
あまり噛めない	1.25	(0.81-1.93)	0.32
<b>かかりつけの歯科医院</b>			
あり	1.00		
なし	<b>1.44</b>	<b>(1.04-2.01)</b>	<b>0.03</b>
<b>口腔衛生の心がけ</b>			
あり	1.00		
なし	1.76	(0.96-3.20)	0.07
どちらともいえない	1.46	(0.93-2.28)	0.10

調整：年齢，BMI，治療中疾患，飲酒，運動，物忘れの自覚，所得  
 太字：明らか（統計学的に有意）な関係がみられた項目

図1 歯の健康と認知症発症との関係の予想経路



【文献】

Yamamoto T, Kondo K, Hirai H, Nakade M, Aida J, Hirata Y. Association between self-reported dental health status and onset of dementia: Aichi Gerontological Evaluation Study project 4-year prospective cohort study of older Japanese. *Psychosomatic Medicine* 74(3): 241-248, 2012.

る。かかりつけの歯科医院の有無と認知症発症との関連については、いくつかの可能性が考えられる。歯科医院で治療や予防処置、保健指導を受けることで口腔が健康となり、その結果として認知症の発症リスクが抑えられているかもしれない。また、かかりつけの歯科医院をもつ者は健康全般に関心があり、認知症を予防するような行動をとっていることも考えられる。今後、さらなる検討により関連の経路を解明することが期待される。本研究の詳細については左記文献をご覧ください。

いは、食べられる食品が限られ、ビタミン等の栄養素の摂取不足が起ること、あるいは咀嚼しなくなることでより大脳の海馬や扁桃体といった認知機能をつかさどる領域への刺激が少なくなることで認

知症の発症リスクが上昇している可能性もある。なお、表1で歯がほとんどなくても義歯を使用する者のハザード比が1.09と義歯未使用者よりも約4割少ないことから、歯がほと

んどなくとも義歯を入れることで歯を失うことによる認知症発症リスクを約4割下げることができるとも考えられる。義歯治療による認知症発症リスクの低下効果に関しては、今後の介入研究が期待され

〔第 27 回日本ストレス学会学術総会：特別講演〕

## 格差社会における健康とストレス—社会疫学の視点から

近藤 克 則<sup>1)</sup>

抄録：社会疫学とは、「健康の社会的決定要因」を研究する疫学の一分野である。小論の目的は、(1) 社会疫学的研究によって得られてきた知見をレビューし、(2) 格差社会とストレスと健康という 3 者の関連を俯瞰し、(3) ストレス科学への示唆や研究課題を考えることである。

今まで蓄積されてきた社会疫学研究は、社会経済的な階層間における健康の格差を明らかにし、ストレッサーとしての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社会関係資本のような「健康の社会的決定要因」、そして健康という 3 者の複雑な関係や影響経路を明らかにしてきた。

格差社会から健康格差に至る影響経路には、ストレスフルなライフイベントやストレス対処能力のような個人レベル、および増大する不安定雇用や拡大する社会経済格差のような社会（構造）レベルの両者が含まれる。社会関係資本と相対的欠乏が社会レベルの経路の一部であることを示す報告が増えている。

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る。個人レベルの社会的サポートや認知行動療法やストレスマネジメントでは不十分なので、社会関係資本を豊かにすることや、教育、労働、所得保障政策など「すべての政策において健康の視点を」（WHO）入れることが必要である。

この問題に対するストレス科学の課題は、単にストレッサーからストレス反応に至る生成メカニズムと緩和要因を解明するだけでなく、モニタリングされるべきストレス関連指標の提案、そして格差が拡大した社会におけるストレッサーとストレス反応を減らす政策の形成に寄与する確固たる科学的な根拠を生み出すことである。ストレス科学および社会疫学は、健康格差を抑制するための根拠を生み出す基礎科学としての役割を期待されている。

**Key words:** 格差社会, ストレッサー, 相対的欠乏, 健康格差, 社会疫学

ストレス（科）学は、学際的な研究である。日本ストレス学会が監修した「ストレス科学事典」（2011）は、基礎医学、精神医学、心身医学、心理学、公衆衛生学、社会学、人間工学・医療工学、ストレス全般の 8 つの領域からなる編集委員によって編纂された。また、ストレス（科）学の関心は、ストレッサーからストレス反応までの原因・過程・結果の解明と幅広い。ストレッサー以前に着目すれば、ストレッサーそのものやそれが生成される過

程を研究対象とするアプローチがある。一方、ストレッサー以降に着目して、ストレッサーの認知や評価、緩衝要因、対処行動などの影響を受けながら心身に至る経路などのプロセス、そしてそれらの結果として生じる生物・心理・社会的な急性および慢性（累積）ストレス反応などに着目するものもある<sup>1)</sup>。生物学的な基礎研究から応用志向が強い臨床研究まで含まれる。ストレスの悪影響の緩和を目指すときの介入対象・着眼点は、ストレッサーそのものを減らす方法であったり、ストレッサーが一定としたときに、その悪影響を

1) 日本福祉大学健康社会研究センター

どのようにすれば緩和・変化させることができるのか、であったりする。

このような多様な関心・方法による学際的なストレス(科)学にかかわって、社会疫学的研究によって解明されてきた知見をレビューすることが小論の目的である。社会疫学とは、社会の中における健康状態の分布と「健康の社会的決定要因 (social determinants of health)」<sup>2)</sup>を研究する疫学の一分野である<sup>3)</sup>。社会経済階層間の健康状態の分布やその生成機序に関心を寄せる社会疫学にとって、ストレスは、健康の社会的決定要因が健康に影響を及ぼす経路として重要な位置を占めている。そのため、ストレスにかかわる知見や理論仮説の検証が進められてきた。社会疫学の視点から、格差社会とストレスと健康という3者の関連を俯瞰し、そこからの示唆や今後の研究課題を考えたい。

### I. 格差社会とストレスと健康

格差社会とストレスと(不)健康との関係のモデルを Fig.1 に示す。個体の外的環境と内的環境に分けて考えると、ストレスの多くは、外的な環境から加わった刺激である。その中には、寒冷をはじめとする物理的な刺激や人間関係における心理的な要因、貧困な

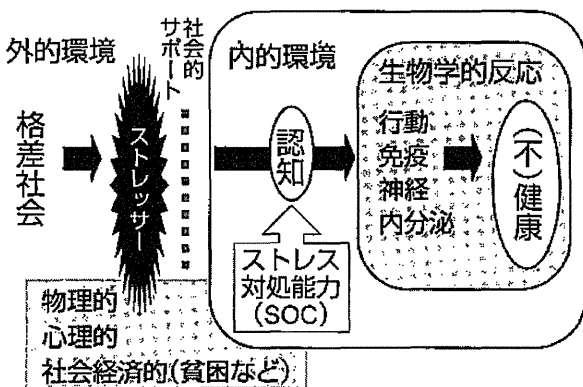


Fig.1 格差社会とストレスと健康

どの社会経済的なものも含まれる。後で述べるように、格差の大きい社会ほどストレスは増えると考えられる。一方、ストレスの発生後のプロセスに着目すると、それが認知されてやがて健康にかかわるストレス反応を引き起こすまでに、多くの要因が関与していることが明らかにされている。ストレスからの影響を緩衝する要因としての社会的なサポートや、ストレスを認知したり、対処の仕方に影響するストレス対処能力 (sense of coherence; SOC など)<sup>4)</sup>、それらの複雑なプロセスの結果、引き起こされる行動や免疫・神経・内分泌系などがかわる生物学的な反応を経て、(不)健康や疾患がもたらされる。

これらの一連の関係において、社会疫学の視点から関心が寄せられてきたのは、ストレスとしての社会経済格差の拡大であり、社会的サポートやソーシャル・キャピタル(社会関係資本)など社会関係の豊かさという「健康の社会的決定要因」による緩衝作用とそれらやストレス対処能力における社会経済格差(分布)などである。そして、累積されたストレス反応が、やがて不健康状態や疾患を社会の底辺層の個人により多くもたらした結果としての格差(健康格差)、加えて社会全体の well-being (幸福・健康)にも悪影響が及び「健康格差社会」<sup>5)~7)</sup>をもたらすという問題、およびそれへの処方箋<sup>8)</sup>などである。

### II. 健康の決定要因の階層構造

健康を決定している要因を、マイクロからマクロへと階層的にとらえて示したのが、Fig.2である。最内層には、生活習慣や遺伝子があり、第2層には、所得、家族、社会的

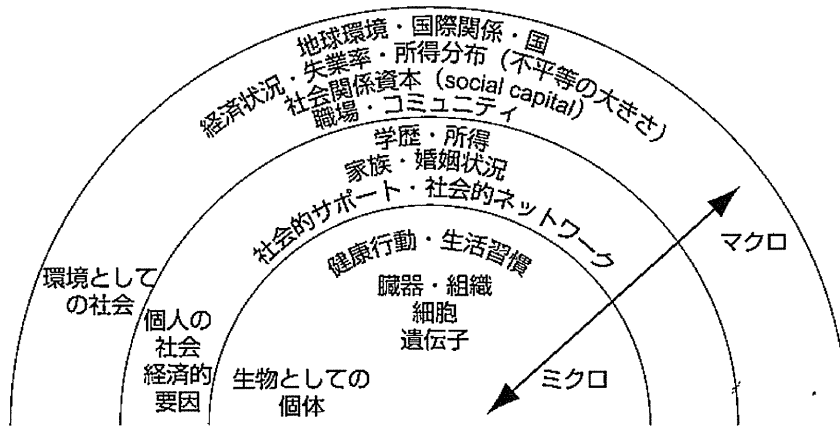


Fig.2 健康の決定要因の階層構造 (文献 5 を一部改変)

サポートなどの「個人の社会的・経済的要因」がある。そして最外層に、本人の外にある「環境としての社会」が位置づけられている。

格差社会からストレスを経て、(不)健康に至るプロセスも、個人レベルと社会レベルの2つに分けることができる。個人レベルとは、格差社会の中で底辺層に追いやられた人々(個人)においてみられる社会的・経済的要因(第2層)による健康影響であり、それに対する反応(最内層)である。一方、社会レベルとは、集団あるいは(個人からみれば)環境としての社会(最外層)レベルにおいて、格差が大きいことが、集団・社会全体を経て、それを構成する個人の well-being に与える悪影響である。以下では、まず個人レベルの健康格差について、どの程度のものが見られ、なぜ生まれるのかを述べた後、集団・社会レベルの健康に格差(大きい)社会が与える影響について紹介し、それへの対策を考える。

### Ⅲ. 個人レベルの健康格差

個人の社会的・経済的要因である所得や学歴、職業階層などにおける社会階層が高い人たちに比べ、低い人たちに不健康な人が多い。これを「健康格差」と呼ぶ。どの程度の健康格

差がみられるのかを、我々が取り組んできた AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究) プロジェクト<sup>5)~7)</sup>のデータから紹介する。愛知県を中心とする高齢者 32,891 人のデータで、介護予防の重点とされた転倒、口腔・栄養、うつ、閉じこもりをはじめ、不眠、SOC<sup>4)</sup>、趣味、虐待、地域組織への参加、社会的サポート、就業状態、ソーシャル・キャピタルにまで格差がみられる社会であることを検証した<sup>6)7)</sup>。

その中から、ストレスと関連の深いうつ状態と所得の関連を Fig.3 に示す。要介護認定

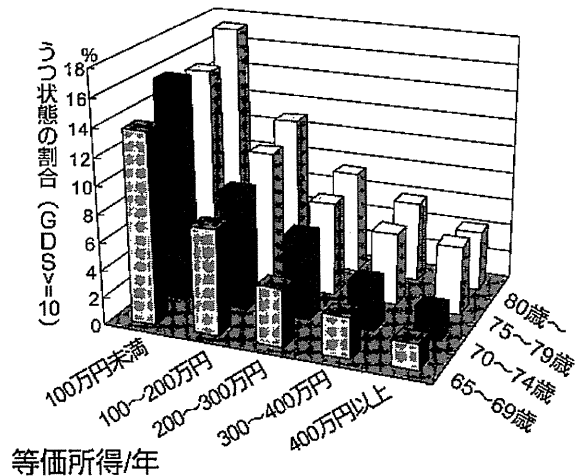


Fig.3 うつ状態と所得の関係  
65 歳以上の高齢者 (n=32,891)

## 相対リスク

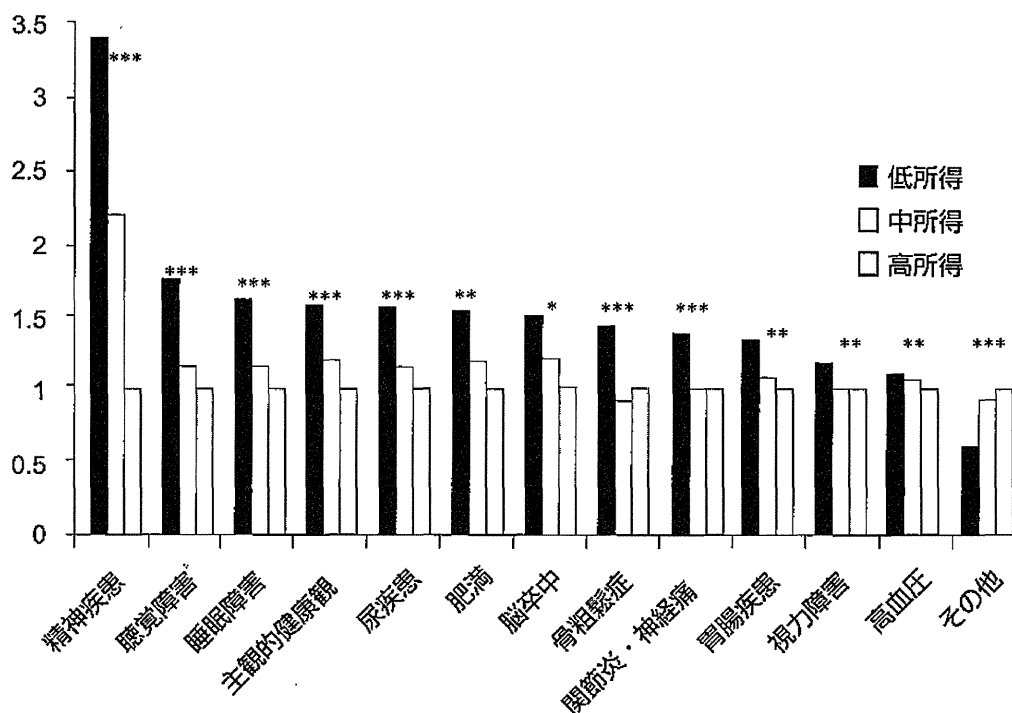


Fig.4 所得階層別疾患相対リスク (一部抜粋)<sup>10)</sup>  
 n=15,302 \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05

を受けていない高齢者を対象に、所得階層別に高齢者うつ尺度 (GDS15 項目版)<sup>9)</sup> で 10 点以上のうつ状態の割合を示したものである。全体では、最高所得層に比べ最低所得層で 5 倍、65~69 歳の男性に限ると、6.9 倍もうつ状態が多くみられる。

自記式調査でうつ状態以外の疾患についても、あると回答した者の割合の相対リスクを、高所得層を 1 として中、低所得層について示したものが Fig.4 である<sup>10)</sup>。多くの疾患において健康格差がみられることがわかる。

これらはある一時点でのデータの横断分析なので、低所得だからうつ状態になったという因果だけでなく、逆の因果関係を含んでいる。例えば、うつなどの疾患があったために安定した仕事につけず、その結果年金額が低くなって低所得にとどまったというようなも

のである。そこで、要介護認定を受けていない 14,652 人 (回収率 50.6%) の高齢者 (平均年齢 71.0 歳) の要介護認定および死亡を 4 年間追跡した。Cox 比例ハザードモデルを用い、等価所得・教育年数 (ともに 5 区分) と年齢を同時投入し、要介護認定、死亡、健康寿命の喪失 (死亡+要介護認定) という 3 つの目的変数について年齢調整済みハザード比 (HR) を求めると、男性で最高所得層に比べ最低所得層で HR 1.55-1.75、最長教育年数層に比べ最短教育年数層では HR 1.45-1.97 と統計学的にも有意な健康格差を認めた<sup>11)</sup>。ただし自記式の調査への無回答者は、低所得層ほど多いことがわかっている<sup>6)7)</sup>。したがって、健康格差が過小評価となっている可能性がある。そこで、介護保険料の区分が、所得段階に応じて決められていることを利用して、



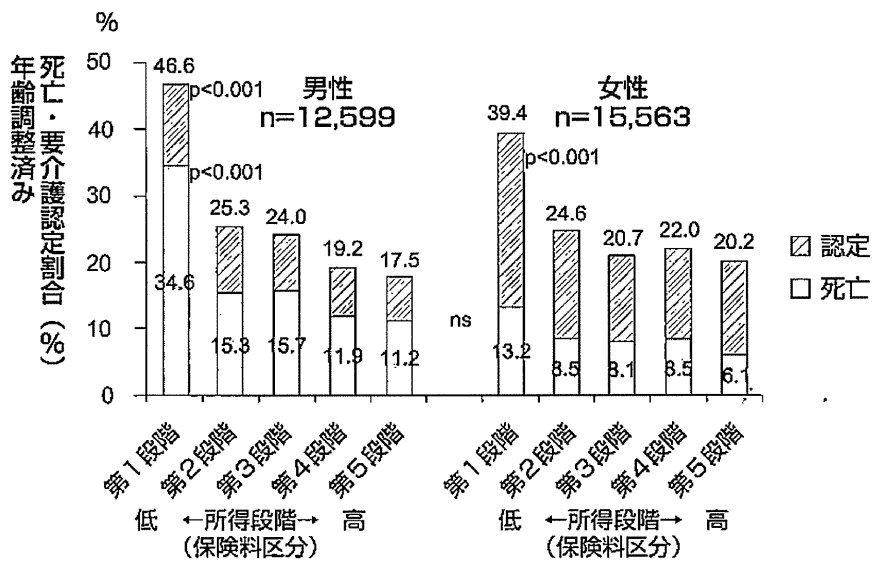


Fig.5 所得階層別死亡・要介護認定割合 (年齢調整割合)

5 保険者の 65 歳以上で要介護認定を受けていない 28,162 名 (男性 12,599 名, 15,563 名) を 4 年間追跡。女性の死亡でのみ ns

補足率をほぼ 100% にし, (自記式の回答が得られないため) 年齢のみを調整して新規要介護認定と死亡割合をみたのが Fig.5 である。女性の要介護認定割合で約 2 倍, 男性の死亡では約 3 倍もの差がみられた<sup>8)</sup>。

ここでは高齢者のデータなので所得との関連を中心に示したが, 所得以外でも教育年数や, 管理職や専門職か, 一般事務職, 非熟練労働者かなど職業階層の違い, 正規雇用か失業者かなど就労状況などで比べても健康格差がみられ, これらの健康の社会的決定要因が重要であることを WHO も指摘している<sup>2)</sup>。同報告書の副題 (the solid facts) が示すとおり, 個人レベルでみた低所得 (貧困) など社会的要因と不健康が強く関連していることは「確固たる事実」であり, 「社会の最下層部に位置する人々は最上層部に属する人々に比べて, 重い病気にかかったり, 早死にする割合が, 少なくとも 2 倍に達する」とされている。

#### IV. 生成機序—格差はストレスを介して不健康を招く

健康格差が「確固たる事実」とすれば, その対策を考えるうえで重要なのは, どのようにして健康格差が生まれるのか, その機序を解明することである。経済的に貧しい社会や国で, まず思い浮かぶのは物質的欠乏である。しかし, 豊かになった先進諸国においては, 健康格差には貧困など物質的な欠乏だけでなく, 職業性ストレスやストレスフル・ライフイベントをはじめストレスが深く関与していることがわかっている。

例えば, 貧困とは無縁の公務員を対象にした Marmot<sup>12)</sup> らによる Whitehall 研究である。イギリスの公務員を 25 年間追跡して職業階層別の総死亡率の相対比を求めた結果, 4 段階の職業階層が高くなるほど死亡率が低くなったことが報告されている<sup>13)</sup>。Fig.3~ Fig.5 など, 日本の高齢者の中間所得層に着

目しても、うつ状態や多くの（自己申告による）疾患、死亡・要介護認定が、より高所得層に比べれば多いことがわかる。つまり物質的な欠乏状態だけでは健康格差（勾配）は説明できない。では何が影響しているのか。Marmot らが指摘しているのが、ストレスの影響である<sup>12)</sup>。例えば、職業性ストレスは、職業階層が低い層ほど多く、メタボリック・シンドロームとなるオッズ比を求めると、職業性ストレスへの曝露回数が多いほど高く、およそ2.3倍に上っている<sup>14)</sup>。

日本の高齢者のうつについても、ストレスが関与していることが示唆されている。うつに悪影響を及ぼす要因を解明するには、エンドポイントをうつとし、それより前の時点の曝露因子を解明できる2時点以上の縦断調査を必要とする。そこで AGES プロジェクトの2003年と2006年調査データを結合した縦断調査データを使って、うつ状態のリスク要因を分析した<sup>15)16)</sup>。対象は、2003年時点で要介護認定を受けていなかった65歳以上の高齢者で、2006年の追跡調査にも回答してくれた人である。このうち2003年時点で高齢者うつ尺度（GDS15項目版）<sup>9)</sup>で既にうつ傾向（5点以上）や精神疾患ありと回答した者などを除いた3,464人が分析対象である。その結果では、2006年調査で尋ねた「過去1年間のネガティブ（ストレスフル）・ライフイベント（仕事からの引退、配偶者の死、親しい親族・家族や友人の死、大きな病気、引っ越し、経済的困難が増した、家族の介護を始めた）あり」で有意にうつが多くみられた。逆に2003年時点のSOCが高い（男女、友人と会う頻度が月に1~2回以上（男のみ）など）でうつは有意に少なかった。

ではどのような人にストレスフル・ライフ

イベントは多いのか。AGES プロジェクトのデータを用いて、ストレスフルなライフイベントを、調査の前年に2つ以上経験した割合を所得階層を5つに分けてみたところ、最高所得層の15.4%に対し、最低所得層では26.1%と1.7倍多かった<sup>17)</sup>。また、SOCや社会的サポートの授受、社会的ネットワーク（地域組織への参加）についてみても、社会階層が低い者では、高い者に比べ乏しかった<sup>6)7)</sup>。

世界精神医学会（WPA）の「高齢者うつ病診療のガイドライン」<sup>18)</sup>でも、うつのリスク要因として、近親者・重要な他者の喪失、大きな経済的危機などのライフイベント、慢性的なストレス、社会的な孤立などがあげられ、予防因子としては社会的サポートなどがあげられている。

以上のように、健康格差が生じる経路として、公務員においてすら健康状態に勾配（gradient）がみられることから、物質的な欠乏では説明がつかない。社会階層の低い者ほどストレスにさらされやすく、ストレス対処能力は低く、ストレス緩和作用がある社会的サポート・ネットワークは少ない。更にこれらが小児期から成人期、高齢期に至るまでライフコースを通じて蓄積され<sup>19)20)</sup>、受診時の窓口負担が払えるか心配して医療サービスの利用を控えていることも示されている<sup>10)</sup>。

## V. 社会レベルにおける格差拡大とストレス

次に、Fig.2の最外層にあたる「環境としての社会」レベルにおける格差拡大の影響はどうであろうか。1990年代後半からの10年あまりの間に、非正規雇用者は5人に1人から3人に1人に急増した（内閣府「年次経済財政報告」2006年）。それも一因となって、

かつては国際的にも平等な国とみなされていた日本も、今では貧困者が多く、格差の大きい国の1つになってきている。例えば、OECD が発表している税・所得移転後の相対的貧困率（2000）をみると、フランスの6.0%やドイツ8.0%、英国8.7%を大きく上回る13.5%であり、主要7か国で日本より高いのは米国（13.7%）のみである。このような社会環境の変化によって、低所得やそれに伴うストレスにさらされている人は増えている。

## Ⅶ. 所得の不平等と健康の関係

同じ時期に所得分配の不平等の大きさを表すジニ係数も上昇した。そのため絶対的な低所得（＝貧困）者が増えることによる影響以外にも、格差拡大という社会構造の変化によって、他の人に比べて相対的に低所得であることやその程度も健康に悪影響を及ぼすという「相対所得仮説」の重要性が増した。

この仮説は、国際比較研究から生まれた。先進国の間では、経済的な豊かさの指標「1人当たりGDP（国内総生産額）」と平均寿命を比べると関連がみられない。では、何が先進国における寿命を決めているのか。Wilkinson が提唱したのがジニ係数など、所得分配の不平等（貧富の格差）が大きいほど寿命が短いという関連であった<sup>21)</sup>。言い換えれば、ジニ係数に代表される所得分配の不平等が大きいアメリカ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高いという仮説である。これは Fig.3, 4 などでも示されているように、貧困ではないが、高所得層に比べて相対的に所得が低い中間所得層においても、不健康が多い

こととも符合する。

その後多くの国で検討されたが、一部の国の分析でしか支持されなかった。この一貫性のない所見の説明として、所得格差がある一線（閾値）を超えて拡大したときに、それが健康に悪影響を及ぼすという「閾値仮説」が提唱された<sup>22)23)</sup>。日本でも1990年代のデータでは関連が観察されなかった<sup>24)</sup>が、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は所得格差が大きい地域で不健康がより多く観察されることが相次いで報告された<sup>25)~27)</sup>。2009年になって、この閾値仮説は、科学的な根拠の中でも最もレベルが高いとされるメタ分析（多数の論文の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、格差による過剰死者数は、OECD加盟諸国で150万人、日本で2.3万人と推計された<sup>28)</sup>。

## Ⅶ. 2つの経路

ではなぜ、所得の格差が大きい社会で、健康状態が悪い人が増えるのだろうか。その機序（仮説）には2つの経路が考えられている。

1つは、ソーシャル・キャピタルを介した経路である。ソーシャル・キャピタルとは、組織や地域社会における「人々の絆」「ネットワーク」「ご近所の底力」などによる連帯感・まとまり・問題解決力のことで「社会的な繋がり」とそこから生まれる規範・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）である<sup>29)</sup>。このソーシャル・キャピタルが豊かな人は社会で健康状態が良いという仮説が、マルチレベル分析を用いて検証されてきている<sup>27)30)31)</sup>。AGES プロジェクトのデータで分析してみても、ソーシャ

ル・キャピタルが豊かな地域では住民の健康水準が高いという結果が得られている<sup>25)27)32)</sup>。このソーシャル・キャピタルが健康に影響する理由の1つとして考えられているのが、ストレスの緩和作用である。ソーシャル・キャピタル、言い換えれば「絆」が豊かなところでは、ストレスフルな事態に陥っても、社会的なネットワークや「絆」が豊かであれば、励まし合い、支え合って、ストレスが緩和されることは、東日本大震災後の多くの経験で語られている。そのような仮説を支持する結果が、主観的健康感<sup>25)</sup>や残歯数<sup>27)32)</sup>などの健康指標で裏付けられてきている。

もう1つの経路は、他の人と比べたときの欠乏状態あるいは「相対的な剥奪」である。人は自分と似た他者（例えば、同じ学歴や同じ職種の人）との比較で、自分の所得などを相対的に評価しており、相対所得が低い（相対的に剥奪された）人ほど、心理社会的なストレスを感じ、やがて健康を害すというものである。AGES プロジェクトのコホート研究でも、絶対所得が同じ人でも、相対所得の低い人ほど、要介護認定を受けやすく<sup>33)</sup>、死亡<sup>34)</sup>も多いことが実証された。

以上、たとえ絶対的な貧困が増えなくとも、格差が拡大した社会では、相対的な貧困（剥奪）によってストレスを感じる人が増えることによって、そしてまたソーシャル・キャピタルが毀損されて社会全体のストレス緩和作用が減弱することを通じて、健康に悪影響を及ぼすと考えられる。

### Ⅷ. どのような対策がありえるのか

では、格差が拡大する社会の中で増大する個人および社会におけるストレスに、どのよ

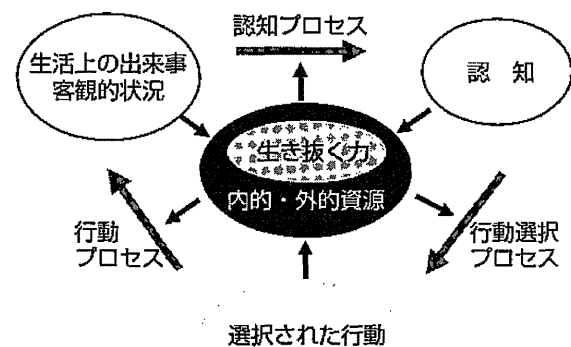


Fig.6 認知・行動・資源・生き抜く力モデル<sup>5)</sup>

うな対策がありえるだろうか。個人レベルと社会レベルの対応策に分けて考えてみよう<sup>8)</sup>。

#### 1 個人レベルの対策

個人レベルでは、ストレス対処能力を高めるあるいは認知行動療法的なアプローチと社会サポートの強化などが考えられる。

Fig.3の所得とうつ状態の関係をみると、低所得ほどうつ状態は多いが、最低所得層であっても、約15%にとどまっているともいえる。約85%の人はうつ状態に陥ってはいない。それを象徴する言葉が、島田洋七著『佐賀のがばいばあちゃん』（徳間文庫）に登場する。「貧乏には二種類ある。暗い貧乏と明るい貧乏。うちは明るい貧乏だからよか。それも、最近貧乏になったのと違うから、心配せんでもよか。自信を持ちなさい。うちは先祖代々貧乏だから」。客観的には同じように低所得というストレスにさらされていても、それをどう認知するのか、あるいはどう対処するのかについては、いろいろな選択肢があり得ることを示している。

ストレスと認知・行動、それらに生き抜く力、内的外的資源なども加えたモデル<sup>5)</sup>をFig.6に示す。図の中央にあり、認知や行動選択、そして行動のすべてのプロセスにおいて影響を及ぼすと考えられるのが生き