

# 健康の社会格差—今、多様な知を結集し、 すべての人々に生きやすい社会を

日時:2010年7月30日(金)午後1～5時  
場所:日本学術会議講堂

健康の社会経済状態による格差への関心が高まっている。貧困層、失業者・非正規雇用者など社会制度の保護を受けにくい人々における健康や医療アクセスの問題に加え、子どもや高齢者の健康の社会格差の広がり、また経済不況下における障害者の健康と生活にも懸念が広がっている。このシンポジウムでは、保健医療分野のみならず、福祉、社会学などの視点からも総合的に健康の社会格差に関する現状と課題を明らかにし、さまざまな人々が共に、健康に生きることのできる社会を作るための方策について議論する。

主催：日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会

共催：日本学術会議社会学委員会「社会調査分科会」、社会学委員会・経済学委員会合同「包括的社会政策に関する多角的検討分科会」、文部科学省科学研究費新学術領域研究「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御：社会科学と健康科学の融合」（略称「社会階層と健康」）

座長：川上憲人（連携会員、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」委員、文部科学省科学研究費新学術領域研究「社会階層と健康」領域代表、東京大学大学院教授）

安村誠司（連携会員、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」委員、福島県立医科大学教授）

## プログラム

13:00～13:10 挨拶

13:10～13:40 **1** 日本の健康格差・貧困問題:我が国における特徴と課題  
岸 玲子（第二部会員、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」委員長、北海道大学環境健康科学研究教育センターセンター長・特任教授）

13:40～14:10 **2** 社会調査から見たわが国の社会格差と健康格差の問題  
盛山和夫（連携会員、社会学委員会「社会調査分科会」委員長、東京大学大学院教授）

14:10～14:40 **3** 健康格差と日本の子どものヘルスプロモーション  
實成文彦（連携会員、健康・生活科学委員会「子どもの健康分科会」委員長、山陽学園大学副学長）

14:40～15:00 休憩

15:00～15:30 **4** 高齢者のwell-being（幸福・健康）における格差  
近藤克則（日本福祉大学教授）

15:30～16:00 **5** 拡大する健康格差に対する包括的対策プログラムの検討  
高野健人（連携会員、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」委員、健康都市と都市政策に関するWHO研究協力センターおよびAlliance for Healthy Cities (AFH) 代表、東京医科歯科大学大学院教授）

16:00～16:30 **6** 医療・健康の社会格差と医療政策の役割  
二木 立（連携会員、社会学委員会・経済学委員会合同「包括的社会政策に関する多角的検討分科会」委員、日本福祉大学副学長・教授）

16:30～17:00 総合討論

## 1 日本の健康格差・貧困問題:我が国における特徴と課題

岸 玲子(北海道大学環境健康科学センター・センター長、特任教授)

「新時代の日本の経営」が出された1995年以降、“官が業界を守り”、“会社が男性稼ぎ主の雇用を確保し”、“男性が妻と子供を養う”という構造が崩れ、非正規労働者でも家計の担い手にならなくてはならない状況が出現した。2006年にはワーキングプア問題が顕在化し、2008年末、失職し住む家もない労働者が“派遣村”に並んだ。日本の相対的貧困率はアメリカについて14.9%と高い。日本で貧困層が増える理由は、高齢者では年金・貯蓄に大きな差がありそれが人口構成の変化に伴いジニ係数を大きくした。加えて非正規労働者の比率がOECDで最も高く、しかもEU諸国とは異なり「ILOパートタイマー条約」を批准していないので年金・保険など諸権利が不利なままである。男性が妻と子供を養うという旧来構造のまま、景気の調整弁として扶養手当や配偶者控除を受ける限度内で働く主婦の壁が存在する。女性労働者の低賃金や若者の貧困が隠ぺいされがちで、働く母子世帯が最も困窮している原因もそこにある。一方、わが国では従来から長時間労働による過労死問題が横たわり過労による循環器疾患の業務上申請は減らず、鬱や自殺などはより増加している。労働時間は2極化し、正社員で週60時間以上働くものの比率は25%を超えている。日本で特異なのは専門職や管理職(例えば教員や医師など)で労働時間が平均週60時間を超えて過重労働であり欧米的な社会階層による格差とは異なる。参議院選挙を経て、日本はこれからどういう国を目指すのか?見えづらい状況が続く。しかし職業訓練、保育サービス、学びなおしのための生涯教育、職業訓練を受けている期間の年金雇用保障などを着実にこなってきた国では経済成長と財政収支の安定を両立させ、社会の持続性を保ち、教育、医療、介護、環境、男女格差、労働など改革をし続けた。我々の課題は多様であるが男性と女性、正規と非正規、失業と労働といった壁を超える新しい社会システムのあり方を、人権と健康、環境を守る立場で見つけていくことのみ我々国民が課題解決の方策を見つける道があるのではないだろうか。



## 2 社会階層研究からみた社会格差と健康格差の問題

盛山和夫(東京大学大学院人文社会系研究科・教授)

社会学における階層研究の伝統において、長い間、健康格差への関心はほとんど存在しないに等しかった。1955年にはじまる日本のSSM調査研究においても、そもそも「健康状態」に関わる質問文が調査票に含められたのは、ようやく2005年調査においてである。また、日本社会学会の社会学文献データベースで調べてみても、健康と格差をキーワードとしたばあい、一つも文献がヒットしない。これは、日本だけではなく、アメリカの社会学でもほぼ似た状況にある。とはいうものの、2000年頃を境に、健康と格差への階層研究的関心が次第に増大しつつあるのは間違いない。

階層論的にみた場合、健康と格差については、社会階層によって健康への「機会」がどう異なっているか、そのメカニズムはいかなるものか、ということが基本的な問題関心ではあるが、それ以上に理論的にみても重要だと思われるのは、「不平等度の高い社会ほど、健康状態が低い」という議論である。個人レベルの階層的地位ではなく、個人を超えた不平等度といういわば「マクロな社会構造のありかた」が、個人レベルの健康状態に影響しているという主張は、社会学的にも、政策的にもきわめて重要なインプリケーションをもっている。これまでの階層研究では、階層的な不平等の度合いは一般的に低い方がいいという常識的な判断はあったけれども、不平等度そのものがそれ自体として人びとのWelfareに影響するという議論や理論はほとんど存在しなかった。健康と格差も研究のなかで、こうした議論が中心的なテーマの一つになっている点は、社会階層研究にとっても重要な問題を提起しているといえる。

以上のような観点から、健康と格差の問題が一般的な社会階層の不平等問題にどのような新しい知見や論点を提起しているかを述べる。



### 3 健康格差と日本の子どものヘルスプロモーション

實成文彦 (連携会員、健康・生活科学委員会「子どもの健康分科会」委員長、山陽学園大学・副学長)

子どもは乳幼児期に自立は困難で、家族・家庭で養護され、社会・環境に擁護されて健やかに成長・発達を遂げ、生涯を通じての健康づくりの基礎が築かれるべきであるが、家族・家庭や社会・環境因子は子どもに様々な影響し健康格差は至る所に生じる。これに対し、WHO 憲章や世界人権宣言、児童の権利条約、日本国憲法等では、健康は人みな平等で社会的要因による差別があってはならないとされ、母と子は特別の保護及び援助を受ける権利を有するとされている。行政の諸施策や法・制度的整備、コミュニティにおける保健医療福祉活動や食育・体育・健康教育等のアプローチ、家庭・地域社会の子育ての努力等の結果、我が国は乳児死亡率や平均寿命において世界最高水準に達した。しかしながら今日の我が国の子どもは、心身の健康や健康的な日常生活、QOLの高い生活、あるいは幸福な人生といった視点からは、良好な状態にあるわけではない。このたび、日本学術会議子どもの健康分科会では、現代の子どもの健康に関し、16分野(生活環境、出生前・乳幼児期、感染症予防対策、保育環境、虐待予防、口腔保健、食育、あそび、身体運動、心の健康、性行動、危険行動、セーフティープロモーション、発達障害、健康教育・保健教育、貧困・格差社会)において検討を重ね、計56項目に及ぶ課題と提案をまとめ、「日本の子どものヘルスプロモーション」として報告書を世に出した。相対的貧困率・特に母子・父子家庭の貧困の進行、虐待や犯罪被害、生活習慣の歪み、いじめ・キレる・不登校の増加等、多くの問題を抱えた危機的状況があり、地域差や、学力、体力、歯科保健等での格差社会の進行を窺わせる2極化傾向、経済的事情でご飯が食べられない子、無保険の子、医療や検査を受けられない子等の事例が明らかとなった。疫学研究では、家族及び社会経済心理的環境が子どもの生活習慣、教育機会、健康感等に影響を与え、健康関連の社会格差が拡大していることが示唆されており、格差の固定化が危惧される。貧困・格差社会に対する課題は、「子どもが希望を持ち、安全・安心で健康な生活が送れるように、子どもの貧困対策・格差是正策を社会を挙げて実施する」であるが、これらを含めて、現代的な健康課題の解決を図るには、ヘルスプロモーションの理念の下に、健康的公共政策の推進と体制の整備を行う、健康に関する支援的環境を創造する、健康のための社会的ネットワークと地域活動の強化を図る、子どもが自らの健康をコントロールする個人的スキルや能力を強化する、健康開発のための研究とその組織づくりを推進する、学校を核とした地域のヘルスプロモーションを推進する、という6つの方策を柱とする総合的・包括的取組が重要である。



### 4 高齢者のwell-being(幸福・健康)における格差

近藤克則 (日本福祉大学社会福祉学部・教授 / 健康社会研究センター長)

日本の高齢者は世界一の長寿を達成しているが、一方でwell-being(幸福・健康)における格差も見られている。AGES(Aichi Gerontological Evaluation Study,愛知老年学的評価研究)プロジェクト(n=32891人)で見えてきた、その実態と原因、対策の手がかりの一端を紹介する。

**【実態】**高所得層に比べ、低所得層で、うつ状態が5倍多く見られるのをはじめ、閉じこもり状態や残歯数、転倒歴、不眠など、多くの指標において、社会階層が低い者に不健康が多い「健康格差」が見られることが判明した。これらには、もともと障害があったために所得が低くなったという「逆の因果関係」の影響もあるが、要介護認定を受けていなかった人だけを対象とする縦断追跡調査によっても、要介護認定を新たに受ける率で2倍、男性の死亡率で3倍に上る健康格差が見られることを確認した。

**【原因】**その生成経路としては、健康に望ましくない生活習慣や健診未受診、ストレスフルなライフイベントの多さ、上述したような多くの要介護リスクの集積、さらに必要と感じても医療機関受診をしなかった受診抑制、など多くの要因が絡み合っている。また現役時代の職業によって、退職後のうつ状態の観察割合が異なるなど、ライフコース(人生経路)の影響もあることが示唆されている。

**【対策の手がかり】**趣味や外出の機会、対人交流などが多い人ほど、認知症や要介護状態になりにくいことを縦断調査で確認したので、それらの機会の増加をめざす介入研究も試みている。WHOも言うように、格差の原因は多岐に渡るため総合的な対策が必要である。

**【文献】**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の大規模調査」(医学書院,2007)

近藤克則著「『健康格差社会』を生き抜く」(朝日新聞出版社,2010)



## 5 拡大する健康格差に対する包括的対策プログラムの検討

高野健人 (日本学術会議連携会員、「健康都市」WHO指定研究協力センターおよび世界健康都市連合 (AFHC) 代表、東京医科歯科大学大学院・教授)

社会格差と健康格差は連動している。これについてはすでに多くの研究結果がそれが事実であることを明らかにしている。この健康水準と社会経済生活環境要因との関係は、時代や地域、またそれぞれの国内事情によりその関係性の強弱は異なる。社会経済要因の格差がより大きな健康格差となる場合もあれば、社会経済要因の格差が大きいても、健康格差としては縮小して反映される場合もある。

社会経済要因は、各要因相互にも密接な関係があり、問題の構造は複雑で、大きな広がりを持つ。社会を包み込む大きな問題を指摘することはできるが、その解決方法を提示することは難しい。

しかしながら、近年、おかれている現実の中で、社会経済要因の格差が生み出す健康格差を、可能な限り小さくしようとする努力とその努力を効果的に活かす仕組みが提起されてきた。そのひとつが「健康都市プロジェクト」であり、基本的には市民運動である。地方の行政と協力して発展しているものもあり、むしろ、行政をリードしている例もある。その特徴は、世界のいくつもの都市において取り組み、経験が蓄積され、「包括的地域保健プログラム」としてのモデルを提示していることである。また、世界保健機関 (WHO) が提唱し、展開を支援した経緯から、国際的なネットワークが発展している。さらに、計画策定や活動事業が、科学的なエビデンスと蓄積された経験の上に成り立っていることもその特徴である。活動プロジェクトと科学的研究は双方向的であり、今後はさらにその一体感を深める傾向にある。

では、どうして社会経済要因の健康水準への影響を緩和することができるのだろうか。所得、教育、就業などの要因を例にとり、具体的な国内外の都市の活動事例と研究成果を紹介し、学術成果が活かされる市民参加の取り組みの参考に供したい。



## 6 医療・健康の社会格差と医療政策の役割

二木 立 (日本福祉大学・副学長)

「病気と貧乏の悪循環」(現代風に言えば、健康の社会格差)を断ち切ることは、第二次世界大戦前から始まった日本の医療(保障)政策の原点の一つでした。しかし、日本の医療保険制度は職業・地域別に分断された「モザイク」だったため、1961年に国民皆保険制度が実現した後、この悪循環、少なくとも医療受診の社会格差は続きました。

医療受診格差は1973年の「福祉元年」(老人医療費の無料化、高額療養費制度の導入等)によってかなり改善されました。しかし財政再建を錦の御旗にして、1980年代前半から四半世紀続けられた「世界一」厳しい医療費抑制政策により、国民皆保険制度は周辺部からほころび始め、医療受診(および、おそらく健康)の社会格差は再び拡大に転じました。例えば、国民健康保険加入者のうち「資格証明書交付世帯」(事実上の無保険者)の医療機関受診率は、一般加入者のなんと100分の1です(全国保険医団体連合会)。

2001~2006年の小泉政権時代の「医療改革」で主張された混合診療の全面(原則)解禁論は、医療分野にも市場原理を導入し、医療保険の給付対象を「基礎的なサービス」に限定する一方、「高所得者がアメリカ並みに自由に医療サービスを購入できるようになる」こと、つまり医療受診の社会格差の導入を公然と主張しました。混合診療全面(原則)解禁論は、福田・麻生政権では沈静化しましたが、やや意外なことに、2009年に発足した民主党政権の一部ではまた部分的に復活しつつあります(行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書」、経済産業省「医療産業研究会報告書」等)。

そのため、今後の医療政策の究極的選択は、公的医療費の総枠を拡大して、医療の「平等消費」を促進し、健康の社会的不平等を縮小するのか、それともすでに部分的に生じている医療の「階層消費」を促進して、健康の不平等を拡大するのにかにあると言えます。

