

健康格差社会—早期警告から対策へ

近藤 克則

国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部
千葉大学 予防医学センター 社会予防医学研究部門

あなたにとって、一番、失いたくない大事なものは何だろうか。答えはいろいろありうるが、多くの人にとっては「well-being（幸福・健康）」ではなかろうか。well-being（幸福・健康）に許容できないほどの社会的集団間・地域間の格差がある社会、それが「健康格差社会」である。

1. 社会問題の発見から改善に至る8段階（表）

社会（福祉）実践・政策など「社会として対応すべき問題」（以下、社会問題）の発生から（解消に至らずとも）改善に向かうには、概ね以下のような8段階がある。1) それまで知られていなかった社会問題が、深刻化あるいは拡大し、まずは現場で「発見」される。2) まだ十分なデータによる実証がなされていない段階で、放置すべきでないという「早期警告」が社会に対してなされる。3) 研究者によって社会調査などが行われ、その社会問題にどの程度の深刻さや広がりがあるのか、その生成プロセスなどが「実証」される。4) それが果たして放置すべきでない社会問題か否か、対応策があるか否かなどを巡った「論議」がなされる。5) 対応すべきとの価値判断が加えられて、ようやく社会的な「合意形成」に至る。6) それに対応するための「政策導入」に続き、7) 初期の実践・政策に対する評価が加えられ、限界を克服するための「政策の改善・普及」がなされ、8) 社会全体に実装され「社会問題の改善」に向かう。

表 社会問題の発見から改善に至る8段階

- 1) 発見
- 2) 早期警告
- 3) 実証
- 4) 論議
- 5) 合意形成
- 6) 政策導入
- 7) 政策の改善・普及
- 8) 社会問題の改善

2. 健康格差社会の「発見」から「論議」まで

日本よりも社会経済格差が大きな欧米諸国で健康格差があることが「発見」「早期警告」がなされ、1990年代までに多くのデータで「実証」され、2000年代になると「論議」や「合意形成」、さらに英国など一部の国では「政策導入」が始まっていた。一方、世界でも格差が小さい国と思われていた日本では、バブル崩壊後「失われた10年」を克服するためと称して「痛みを伴う」新自由主義的な改革が進められた。1990年代以降、日本でも所得分配の不平等度の大きさを表すジニ係数が上昇するなど、社会経済格差が広がった。それを背景に、日本国内にも健康格差があることを「発見」し「早期警告」を発したのが拙著「健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか」(医学書院 2005)であった。その中では、ソーシャル・キャピタルに着目した地域福祉政策や社会(保障)政策なども動員した対策が必要であると述べた。そのため、同書は医学系出版社から出版されたにも関わらず社会政策学会奨励賞をいただいた。続いて高齢者3.3万人を対象にした調査報告「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 2007)を出版した。その中では、高所得の高齢者に比べ低所得者では、うつが約7倍も多いなどの健康格差の「実証」データを報告した。

日本社会福祉学会第56回全国大会(2008)で、日本学術会議共催学会企画シンポジウム「社会的排除の現実とソーシャル・インクルージョンの課題」が企画され、筆者は「健康格差社会とソーシャルインクルージョン」(近藤克則 2009)を報告し「論議」に加わった。

3. 「合意形成」から「政策の改善・普及」まで

それから約10年間に、健康格差社会への対応はさらに大きく進んだ。WHOは2009年に健康格差の縮小を図るべきという総会決議をあげた。日本国内でも、社会福祉学会や社会医学系学会のシンポジウムで取り上げられ、日本学術会議から提言も出されるなど、まず学界で健康格差への対策を取るべきという「合意形成」が進んだ。2012年になって厚生労働省も、日本にも健康格差があることを認め「健康格差の縮小」を図ると、「健康日本21(第2次:2013-2022)」の中で謳い「政策導入」に至った。その後5年間の成果を振り返る中間評価報告(2018)では、健康寿命の都道府県間格差の縮小が報告され、健康格差は縮小しうることが実証された。その理由の解明は十分とは言えず、さらなる「政策の改善・普及」に向け厚生労働科学研究費補助金による研究班が組織され現在論議が進められている。

4. 社会福祉学の課題

上述した『社会問題の発見から改善に至る8段階』で言えば、健康格差問題は、格差の「発見」「早期警告」「実証」「論議」を経て「合意形成」され「健康格差の縮小」が目標として「政策導入」後の「政策の改善・普及」のための論議が始まっている。つまり、進んでいる面については7段階目に手が掛かるところまで大きく前進した。一方で、残されている社会福祉学が取り組むべき研究課題も多い。

2008年のシンポジウムでは、社会福祉学が取り組むべき5つの課題を指摘した(近藤克則 2009)。それは、1)健康格差の実証や生成プロセスの解明、2)基本的人権などの視点から「放置しておいて良いのか」と論じる規範科学としての理論研究、3)健康インパクト予測評価(Health Impact Assessment, HIA)、4)ミクロ・メゾレベルの介入研究、5)社会保障制度の拡充に向けたマクロレベルでの政策研究であった。

1) 健康格差の実証や生成プロセスの解明では、この10年間に日本国内における研究の蓄積は進んだ。それによって明らかになったのは、生物医学的な要因以上に、心理・社会的要因が重要な面があることだ。であれば、医学研究者でなく、社会福祉学者がもっとこの問題に取り組んで良いはずだ。

例えば、障害者、外国人、社会的に孤立した人、非正規労働者、就学前の子どもなど、しばしば社会福祉の対象となっている人たちは、郵送調査の対象にされにくく、調査票が送られてきても答え(られ)ない人たちである。そのため、この人たちを対象とする健康格差研究は遅れている。この人たちに接し支援をしている社会福祉関係者による事例研究やフィールドワーク研究が不可欠だろう、そこで生成プロセスや関連要因が明らかにされなければ、実効性のある実践や政策はできない。

2) 規範・理論研究も引き続き重要である。健康は生活習慣で決まるから個人の自己責任という「生活習慣病モデル」「自己責任論」は根強い。狭い「医学モデル」の限界を指摘し、健康を「社会モデル」で捉える重要性を指摘し、個人だけでなく社会責任もあるという規範の重要性を論証する理論研究も重ねる必要がある。ソーシャルワークは「社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた」学問であり、その中核をなすのは「社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理」だと、グローバル定義(International Federation of Social Workers (IFSW) and International Association of Schools of Social Work (IASSW) 2014)で宣言された。まさにソーシャルワーク専門職が取り組むべき研究課題ではなからうか。

3) 健康インパクト予測評価(Health Impact Assessment, HIA)や4) ミクロ・メゾレベルの介入研究についても、「実践評価・実践研究」をその4つの役割のうちの一つと位置づけている認定上級社会福祉士などが果たすべき役割は大きい。ミクロレベルの取り組みとして期待されているのは、ソーシャル・サポート・ネットワークによる支援や社会福祉制度の活用など、社会福祉学的・ソーシャルワーク的なアプローチである。メゾレベルでの取り組みで、ボランティア育成や組織間連携によりサロンを増やして、ソーシャル・キャピタルが豊かな社会包摂的な地域づくりをすることによって、参加者では非参加者に比べ要介護認定率が半減した(近藤克則 2017)。このような地域福祉的(学校ならスクールソーシャルワーク的)な取り組みの実践・評価研究が期待されている。

5) 社会保障制度の拡充に向けたマクロレベルでの政策研究でも、医療保障、労働・雇用、所得保障・所得再分配政策など多くの社会政策が必要であることは、「健康格差社会の処方箋」(近藤克則 2017)の中で述べたとおりである。

日本福祉大学大学院での約50人の院生指導経験などから得たノウハウをまとめた「研究の育て方」(近藤克則 2018)などを参考に、多くの日本社会福祉学会員が、健康格差社会研究に取り組んで下さることを期待している。

International Federation of Social Workers (Ifsw) and International Association of Schools of Social Work (Iassw) (2014) 『Global Definition of the Social Work』

近藤克則 (2009) 「健康格差社会とソーシャル・インクルージョン」『社会福祉学』 50(2), 84-8.

----- (2017) 『健康格差社会への処方箋』医学書院.

----- (2018) 『研究の育て方: ゴールとプロセスの「見える化」』医学書院.