

健康格差研究の動向と社会学・社会政策領域における 研究の展開の方向

平岡 公一

1. はじめに

本論文は、日本における健康格差研究の動向を概観するとともに、社会学・社会政策領域における健康格差研究の展開の方向性について、いくつかの論点に即して検討することを目的とするものである。

ここでいう健康格差 (health disparity) とは、社会経済的地位 (socioeconomic status) ないし社会階級 (social class)・社会階層 (social stratum) による健康水準の差異を意味する。語義の明確化のためには、「健康の社会的格差 (social disparities in health)」という用語を用いるのがよいが、本稿では、一貫して、短縮形の「健康格差」を用いる。「健康格差」の代わりに「健康の不平等」(health inequality) という概念も使われるが、研究領域としては、ほぼ同じものを指している⁽¹⁾。

健康格差については、1980年代以降、イギリス・アメリカを中心とする先進諸国で、医学・健康科学領域を中心に、社会学 (特に医療社会学) を含む諸領域で研究が積み重ねられてきた。健康格差の研究は、社会的ネットワーク等の人間関係要因やライフスタイルが健康に及ぼす影響についての研究とともに、「健康の社会的決定要因 (social determinants of health)」の研究の一部として位置づけられることも多く (Marmot and Wilkinson, 2006; Raphael, 2004)、その研究の蓄積に基づいて社会疫学 (social epidemiology) という疫学の新しい分野が誕生するに至っている。

健康格差研究については、すでに相当数のレビュー論文が書かれるほど多くの論文が発表されているが、このテーマ (あるいは「健康の社会的決定要因」) を扱ったテキスト (Barr 2008; Cockerham 2007; Bartley 2004など)、あるいは主要な研究テーマをカバーし研究の動向と課題を明らかにしている研究書 (Fritzell and Lundberg 2007; Marmot and Wilkinson 2006; Raphael 2004など) も多く刊行されており、それらの文献から、英語圏諸国を中心とする諸外国の研究動向を知ることができる。また、健康格差の問題と保健医療等の公共政策との関連に焦点を合わせた研究書も多く刊行されており (Asthana and Halliday 2006; Davey Smith 2003; Shaw et al. 1999)、それらを通して、この問題をめぐる政策的争点や政策課題、また政策研究の動向を知ることができる。

日本においても、次節で見るように近年は注目すべき新たな展開も見られ、内外の研究成果に基づくテキスト・概説書 (川上・小林・橋本 2006; 近藤 2005) や、健康格差への政策対応についての比較政策分析を行った研究書 (松田 2009) も刊行されている。

以下ではまず、日本における健康格差研究の動向を概観した上で、ライフコース・アプローチ、所得不平等－健康仮説、政策展開と政策研究の方向という3つの主題に即して、社会学・社会政策領域での今後の研究展開の方向について検討することとしたい。

2. 日本における健康格差の研究動向

2.1 医学・健康科学領域における研究の動向

日本における健康格差研究は、イギリス・アメリカ等の諸国に比べると、文献の点数で見ても、研究テーマの広がりという点でも立ち遅れているものの、近年は急激に研究が活発になっている。医学・健康科学領域における研究の動向は、1節で言及したテキスト等に加え、福田・今井（2007）、鏡森ら（Kagamimori et al., 2009）等の研究レビューにより把握することができる。ここでは、かなり網羅的な文献サーベイを行っているKagamimori et al. (2009) の内容の一部を紹介しておきたい。

そこでカバーされている文献は、日本における社会経済的地位と健康の関連を扱った英文・和文の論文であって、原則として1990年から2007年までの間に査読制雑誌に掲載されMedline/PubMedに収録されており、かつ全国的な、あるいは大規模なコホート研究⁽²⁾、縦断研究、ケースコントロール研究、横断研究、もしくはエコロジカルな研究に基づくものである。このような条件を満たす論文は、45点であったという⁽³⁾。

これらの論文の研究方法を見ると、横断研究が25点、エコロジカルな研究が12点、前向きコホート研究が6点、ケースコントロール研究が1点、レビューが1点となっている。近年では、横断研究が主流になっていること、そして、コホート研究への取り組みも始まっていることが確認できる。鏡森らは、これらの研究の知見を、①教育達成と健康の関連、②職業的階級・勾配（occupational class and gradient）と健康の関連、③所得と健康の関連、④失業と健康の関連のそれぞれに関連するものに分けて整理しているが、それによれば、その点数（重複もある）は、①が15点、②が17点、③が11点、④が9点であった⁽⁴⁾。

この結果から見ると、日本における社会経済的地位と健康の関連の存在がかなりの程度まで実証されたと考えそうにも思えるが、鏡森らによれば、関連の程度とパターン、インパクト等は、西洋諸国と必ずしも同じでなく、特に、高い職業的地位と罹患率の低さの関連、高学歴と死亡率・罹患率の低さとの関連は、日本ではあまり強く現れていないという（Kagamimori et al., 2009: 2152）。

2.2 職業カテゴリーの不統一の問題

上記の②に関する知見を報告している研究における「職業的階級・勾配」のとらえ方について、若干コメントしておきたい。

これらの論文のうち、自衛隊を対象にした研究やレビュー論文など4点を除く13点について、どのような職業カテゴリーが用いられているかを調べたところ、次のとおりであった。

- (a) 公務員が対象の研究で、序列性をもつ職業のカテゴリーを設けているもの（Martikainen et al. 2001; Sekine et al. 2006; Hu et al. 2007a; Hu et al. 2007b）
- (b) 総務省の日本標準職業分類、国勢調査の職業分類、人口動態調査の職業分類、旧労働省の職業分類（平成11年版）を用いているもの（Kawaharada et al 2007; Fukuda et al. 2005; Morita et al. 2007）
- (c) 標準職業分類を用いながら(a)に準じて、4段階の職業のカテゴリーにまとめているもの

(Martikainen et al. 2004)

- (d) ILOの国際標準職業分類 (ISCO-88) を用いているもの (Takao et al. 2003; Ishizaki et al. 2006)
- (e) 工場の従業員を対象にした調査で、独自の5カテゴリーの職種分類を用いているもの (Kawakami et al. 2004)
- (f) employment statusという概念のもとで、企業規模 (従業員数) に応じて3カテゴリーに分類しているもの (Fukuda et al. 2007)

このように職業カテゴリーの設定の仕方に多様性があると、研究結果が相互に比較可能でなくなるおそれがある。

基本的な問題は、(b)と(d)で用いられている職業カテゴリーの場合、カテゴリー間の序列性が明確でなく、健康格差 (社会経済的地位による健康状態の差異) の分析に用いるには適当とは言えないという点である⁽⁵⁾。一方、(a)と(c)の研究は、イギリスの健康格差研究のなかで中心的なプロジェクトとなっているWhitehall研究 (公務員を対象にしている) の延長線上で行われている国際比較研究、もしくは、それと関連する研究プロジェクトであるため、職業カテゴリーに序列性をもたせることを重視している。また、(f)の研究は、産業衛生・健康対策への取り組みが企業規模によって大きく左右されるという日本の現実を踏まえて職業カテゴリーを設定しているため、ガン検診の受診率に企業規模によりきわめて大きな差があるという事実の発見に成功している。

イギリスでの健康格差をめぐる社会的・政治的な議論の出発点は、つねに、センサス等の政府の統計で用いられるRegistrar General's Social Classと呼ばれる社会階級の分類に基づいて算出される社会階級別の死亡率・有病率等の格差の変化である⁽⁶⁾。現在用いられている社会階級の分類 (National Statistics, n.d.) では、まず、ノン・マニュアル的職業とマニュアル的職業が区分され、ノン・マニュアル的職業が、I) 専門、II) 経営・技術/中間、III N) 熟練ノンマニュアルに分かれ、マニュアル的職業が、III M) 熟練マニュアル、IV) 半熟練、V) 非熟練に分かれ、I) ~ V) の階級の間序列が想定されている。

このような社会階級の分類図式は、社会学の階級・階層理論の立場から見て最も有力な分類図式とはいえず、階級・階層に一次的な序列を想定するのが妥当かどうか、決着がついている問題ではない。しかしながら、社会経済的地位あるいは社会階級・階層という考え方は、何らかの序列性を想定することなしには成り立たない。そこで、社会学では、職業威信に基づく一次的な職業の序列づけが行われたり、(必ずしも一次的ではないが) 序列性を明確にすることを意図した「SSM職業大分類」という職業分類⁽⁷⁾が考案されたりしており、それらが、社会経済的地位あるいは階層的地位の指標として用いられている。日本の社会学では、職業は、①産業、②従業先の規模、③狭義の職業 (職種)、④従業上の地位の4次元で構成されるという考え方が有力であり、これらについての指標を総合して、大企業と中小企業間の賃金・労働条件等の格差が大きい日本社会の現実を的確に反映させることも意図した総合的な職業分類も開発されている (安田・原 1982)。健康格差研究においても、このような点を考慮して職業カテゴリーを設定することが望ましい。

2.3 最新の研究と社会学等における研究の展開

次に、Kagamimori et al. (2009) でカバーされていない社会学等の領域の研究と、2008年以降の医学・健康科学領域の研究を取り上げる⁽⁸⁾。

社会学領域の研究で、全国データを用いた研究としては、石田浩（2006）による高齢者のみを対象にした研究がある。石田は、健康度自己評価、肉体的だるさの有無等の健康指標に対して、社会階層と所得が影響を及ぼしていることを明らかにしている。特定地域の調査データを用いた同様の研究としては、中田知生（1999）の研究と深谷太郎（2001）の研究がある。どちらも、複数の主観的もしくは客観的な健康指標を用いて分析を行い、学歴もしくは高齢期以前の職業に関わる要因がそれらの指標の一部に影響を及ぼしていることを明らかにしている。

以上の研究結果は、高齢者に関する限り、日本においても社会経済的地位による健康格差が存在していることを示すものである。

中田は、このような研究を前進させ、加齢に伴う健康悪化過程（および退職過程）の社会経済的地位の差を、成長曲線モデルを用いて分析する研究を積み重ねている（Nakata 2006; 中田 2008a, 2008b）。中田の研究では、学歴による健康悪化過程の差は見いだせなかったが、健康と就労継続が相互に影響し合うという新たな知見もたらされている。今後の新たな研究の展開の方向を示す研究とあって良いだろう。なお、このほかの研究では、藤村正之（2001）が、医療・福祉に関する情報源・相談相手の有無（回答個数）に夫婦の年収が影響を及ぼしていることを明らかにしている。従来は着目されていなかった医療へのアクセスの階層性に着目した研究として、注目される。世代内移動と健康の関連を扱った中田（2002）の研究も特色ある研究である。

経済学においても、健康格差への関心が高まりつつある。小林美樹（2009）は、多重レベル分析を用い、都道府県レベルの所得不平等度が、健康度自己評価に影響を及ぼすことを明らかにしている。菅万理（2009）は、高齢者の社会経済的地位と医療サービスの利用および健康度自己評価との関連を、老人保健制度の政策効果との関連で分析している⁽⁹⁾。

鏡森ら（Kagamimori et al., 2009）の研究レビューでカバーされていない医学・健康科学領域の研究としては、近藤克則らが、特定地域の高齢者を対象とする大規模な調査（有効サンプル32,891人）のデータを用いて、社会経済的地位と健康指標や健康リスク要因との関連を分析した研究（近藤 2007）、および、そのデータを用いて、ソーシャル・キャピタルと地域社会の所得不平等度が健康自己評価に与える影響を、多重レベル分析を用いて明らかにした市田らの研究（Ichida et al. 2009）が注目される。市田らの研究は、東アジア地域で多重レベル分析を使って健康格差を解明した研究として最初のものであるという点に加え、ソーシャル・キャピタルを、所得不平等度と健康を媒介する要因と明確に位置づけることにより、所得不平等度と健康を結びつける論理を明確にしている点、さらには、都道府県よりも狭い地域（旧村）における所得不平等度を変数として用いている点に独自性が発揮されており、日本における健康格差研究を大きく前進させるものとみることができよう。

3. ライフコース・アプローチによる研究の展開の方向

近年、健康格差の研究においては、ライフコース・アプローチの重要性がしばしば指摘されている。ライフコースに関する研究は、医学・健康科学のほか、社会学・心理学・人類学・経済学・歴史学などの分野で取り組まれており、特に社会学では、家族研究や社会階層研究との関わりで多くの研究蓄積がある。イギリス・北米等における健康格差研究では、社会学等のライフコース研究の成果が応用されている。

藤原武男（2007: 91）によれば、（医学・健康科学における）ライフコース・アプローチは、「成人疾病

胎児起源仮説⁽¹⁰⁾を理論的な基礎としており、胎児期・幼少期における環境曝露が、特定の遺伝子の発現や活性化に影響し、さらには成人期における疾病（冠動脈性心疾患、脳出血、2型糖尿病、乳ガン等）の発症に影響すると考える。このアプローチは、遺伝決定論ではなく、社会経済的地位やライフスタイル等の社会的要因も考慮するが、社会科学の概念と理論枠組みを取り入れていないため、社会的要因の位置づけには、必ずしも体系性・一貫性がない。

一方、社会科学の研究成果を取り入れつつライフコース・アプローチによる健康格差研究の枠組みを構築してきたD.ブレイン（Blane 2006）は、健康格差を、累積的不利・有利（cumulative disadvantage and advantage）——または社会的不利・有利の累積（accumulation of social disadvantage and advantage）——の結果とみる観点を重視する（Blane 2006: 55-56）。

累積的有利とは、ひとたび優れた業績で高い評価を受けた科学者が、その後、研究者間の業績競争でますます有利になってくる「マタイ効果」とも呼ばれる現象の背後にあるメカニズムとして、科学社会学者のR.K. マートンによって理論化されたものである（Merton, 1968）。累積的有利の裏側には、累積的不利のメカニズムがあると考えられるわけであるが、この累積的不利・有利という概念は、1980年代後半から、労働市場や、職業キャリア、所得などの格差の形成を分析する枠組みとして用いられるようになり（Crystal and Shea 1990; O'Rand 1996）、健康格差の分析にも応用されるようになった（Ross and Wu 1996）。

疫学的な観点からいえば、累積的不利・有利の概念を中核に据えた分析枠組みは、「ある環境ハザードへの曝露が他のハザードへの曝露と結びつきやすく、それらの曝露が生涯を通じて累積されていきやすい」（Blane 2006: 55）という状況を記述・分析する上で有効である。ただ、そのような不利と有利の累積にはさまざまなタイプのものがあると考えられるだけに、それらを識別して分析する必要がある。この引用文のなかにも、少なくとも2つのタイプの「累積」が含まれている。その一つは、生活の諸領域のうちの一つの領域（例えば所得）における有利・不利が他の領域（例えば生活環境）における有利・不利を引き起こすという現象であり、もう一つは、ある領域に関わる有利・不利が時間の経過とともに再生産あるいは増幅されるという現象である（Blane 2006: 55）。

ブレインはまた、健康格差を引き起こす要因の分析にあたって、次の2つのモデルを区別する必要があると指摘している（Blane, 2006: 58-59）。その一つは、累積モデル（accumulation model）であり、たとえば、幼児期の発達の遅れや低学力、不安定就労など、それ自体は健康にさほど悪影響を及ぼさないものでも、それが累積的な不利の連鎖として作用することで、健康に大きな影響を及ぼすメカニズムを扱うモデルである。もう一つは、経路モデル（pathway model）であり、幼児期・思春期に辿った経路が、学歴・職業などを通して成人期の社会的位置を規定し、成人期の社会的位置が健康に影響を及ぼすというモデルである。

ライフコース・アプローチによる健康格差の分析を進めるにあたっては、社会学のライフコース論の研究枠組みを、より積極的に活用することも検討されるべきである。社会学のライフコース・アプローチは、ライフコースを、職業、家族、教育、健康、社会活動などの各種のキャリアの束としてとらえる点に基本的な特徴がある（藤崎 2008）。さらに、この研究枠組みのほかの特徴としては、①家族ではなく個人を単位に分析を行うことを基本とする、②個人をコーホート（特に出生コーホート）でまとめて分析し、かつ政治的・社会的出来事等の歴史的背景との関連を重視する、③出来事への遭遇や役割取得のタイミングに着目する、④ある局面から別の局面への「移行」、特に「危機的移行（critical transition）」に着目する

という点がある（藤崎 2008: 8-13; 森岡 2005: 111-123）。

これらの点のうち②と④は、健康格差研究にとって重要である。②についていえば、健康格差研究が社会的要因を重視するものである以上、その要因の背後にある社会的・歴史的状況にも注意を払うのは当然とも言える。④については、ブレイン（Blane 2006: 71）も、慢性疾患になった時に仕事を継続できるかどうか労働市場内の位置の影響を受けるという例をあげて、健康に関わる危機的移行と、それまでの人生で累積されてきた有利・不利との関連に着目する必要があると指摘している。

4. 所得不平等－健康仮説に関わる研究の展開

次に、社会学的観点からの研究の展開が今後期待される研究テーマとして、「所得不平等－健康仮説 (income inequality-health hypothesis)」（あるいは、「相対所得仮説 (relative income hypothesis)」とも呼ばれる)に関わる研究を取り上げたい。

所得不平等－健康仮説は、国（あるいは州・地方自治体・地域社会）レベルの所得分配のあり方が人々の健康水準に与える影響を扱うものであり、「所得分配が平等であるほど、国民（住民）の健康水準が高いであろう」とする仮説である。この仮説は、イギリスのウィルキンソン（R. Wilkinson）が1990年代初頭に提唱したものである（橋本 2006; Daniels et al. 2000）。このテーマに関しては、2000年代半ばまでに発表された査読付雑誌論文が150点以上にのぼる（Wilkinson and Pickett 2006）といわれるほど、多くの研究が実施されてきた。

この仮説が多くの研究者の関心を引きつけてきたのは、従来の疫学的研究には見られなかった所得の分配の状態によって個人の健康の状態を説明しようとする発想のユニークさやスケールの大きさ、あるいは、マクロレベルの（社会レベル）の要因とミクロレベル（個人レベル）の要因を結びつけて分析するという研究方法論上の課題のチャレンジングな性格とともに、この仮説がもつ政策的・実践的インプリケーションによるところが多いと考えられる。すなわち、この仮説に関する研究結果は、経済成長を重視するか、所得分配の平等化を重視するかという経済社会政策の基本的な選択に影響を及ぼすとも考えられるのである。

さて、前述のようにこの仮説に関しては、多くの研究の蓄積があるが、それらの研究で、どの程度までこの仮説を支持する結果が得られたのかという点については、有力な研究者の間で見解の対立が見られる。

2004年にJ.リンチらが発表した論文（Lynch et al. 2004）は、集合データ（aggregate data）のみを用いた文献（エコロジカルな研究）と、多重レベル分析を用いた文献をあわせて98件を取り上げ、体系的レビューを行っているが、その結論は、「所得の不平等が、豊かな国々の内部の人々の健康の差異、あるいはそれらの国々の間の人々の健康の差異の主要な一般化可能な決定要因であるという考え方は、ほとんど支持されていないように思える」というものであった（Lynch et al. 2004: 5）。

これに対して、相対的所得仮説の提唱者であるウィルキンソンら（Wilkinson and Pickett 2006）は、リンチらが取り上げた文献を含め155件の文献を取り上げ、その研究結果を、（仮説を）「全面的に支持」「部分的に支持」「不支持」に分類し、「全面的に支持」か「不支持」となったもののうち70%が「全面的に支持」であったとしている。

このように、既存の研究結果の総括的な評価・解釈にこれだけ大きな隔たりが生じるのは、異例のこと

である。この二本のレビュー論文を読むと、二本の論文の著者たちの間に、分析方法や対象地域により異なる研究結果を統合的に評価する際の観点の相違に加え、所得不平等－健康仮説の基本的な理解に関して、かなりの相違があることがわかる。すなわち、リンチらは、所得不平等－健康仮説を支持する研究結果が多数を占めるのがアメリカを対象地域とする研究に限られていることを根拠に、所得分配の平等度が、健康の「主要」で一般的な要因はいえないと結論づけているのに対して、ウィルキンソンらは、分析方法や対象地域の違いによる研究結果の相違は考慮せず、もっぱら、所得不平等－健康仮説を支持する結果を報告している文献が相対的に多いことだけを強調している。さらにウィルキンソンらは、相対的に少数であっても「不支持」の結果を報告している研究があることの主要な理由の一つとして、それらの研究においては、所得分配と健康を媒介する学歴・個人所得・人種・地域などの要因、あるいは（所得の不平等度と同様に）社会の階層化（格差の大きさ）の指標とも言える要因であって所得不平等度との相関が予想されるものを統制要因として分析に投入したために、所得不平等という要因の影響が過小に評価される結果となったという点をあげている。また、ウィルキンソンらは、「所得分配は、適用範囲は広いが便宜的な測定指標に過ぎず、もっと良い指標が見つかることを期待している」とも述べており、自分たちの研究で本来問題にしてきたことは、社会経済的な階層化（socioeconomic stratification）の程度と健康との関連であるという趣旨の議論を展開している（Wilkinson and Pickett 2006: 1779）。

この点に関するウィルキンソンらの主張は、一応、納得できるものであるが、基本的な問題は、所得不平等－健康仮説についてのそのような基本的な理解が共有されないまま、データの収集・分析のレベルの向上を競い合うような形で研究が展開されてきた点にあるように思われる。この仮説の根拠を明らかにしようとする、多くの社会科学的な（特に社会学的な）概念や理論に依拠せざるを得なくなるのであり、その点からみて、このテーマに関する研究を社会疫学の枠内のみで展開していくには限界があると思われる⁽¹¹⁾。研究の更なる前進のためには、社会学を含む社会科学の研究者が、このテーマの研究に参入し、所得不平等もしくは社会の階層化と健康をむすびつける理論枠組みを明確にした上で、学際的な研究を展開することが必要なのではないかと考える。

5. 政策展開と政策研究の方向性

健康格差に関する研究の蓄積とともに、近年では、国際機関や各国政府による健康格差問題に対する政策的対応も活発になりつつある。

WHO（World Health Organization、世界保健機関）の欧州地域委員会（WHO-EURO）は、1990年代からこの問題を取り上げ、具体的な目標を掲げて格差縮減に取り組んできた（松田 2006）。WHO自体も、2005年に、M. マーモット（Michael Marmot）を委員長とする「健康の社会的決定要因に関する委員会（the Commission on Social Determinants of Health）」を設置し、格差縮減策の検討を委嘱した。2008年の8月に提出された同委員会の報告（WHO-CSDH 2008）は、「日常生活の改善」「権力、金銭、資源の不正な分配に対する対策」「問題の測定と理解、および行動のインパクトの評価」の3領域にわたる広範な提言を行っている。この報告を受けて、WHO総会は、2009年5月22日に、「健康の社会的決定要因に対する行動を通じて健康の不正を縮減する」という決議を採択し、その中で、加盟国政府に対して、諸国間および国内の健康の不正の問題に取り組むことや、健康の不正に焦点をあてて公衆衛生を改善する目標と戦略を開発し実施することなどを求めた（World Health Assembly 2009）。

欧州諸国の中では、イギリスの取り組みが最も進んでいると言われている（松田 2006）。イギリス（イングランド）でも本格的な取り組みは、1997年のブレア政権の誕生後であるが、健康格差縮減のための政策の体系化と2010年までの数値目標の設定、そして政策実施のガバナンス構造の構築などの点で、きわめて包括的な取り組みが行われている（青木 2006）。ブラウン政権も、「健康の不平等への取り組みは、政府の最優先事項の一つである」(Department of Health, 2009a) と声明し、2010年以降の取り組みの方針策定にむけての「戦略的レビュー」を、前述のWHOの委員会の委員長であったM.マーモットに委嘱する（Department of Health, 2009b）など積極的な姿勢を示している。このほか2002年頃の時点で見ると、オランダ・スウェーデン・フィンランドなどの国々で、健康格差に関する構造化された取り組みが行われているという（松田 2006）。

一方、日本ではこの問題への政策的対応はほとんど行われていないが、健康格差の存在が実証研究により次第に明らかになる中で、政府による健康格差問題への取り組みを求められる声が強まることが予想される。

政策的対応のあり方については、松田ら（松田・近藤 2007）が、関連する文献の網羅的ともいえるレビューとともに、社会政策との関連や、具体的な対策の内容、および政策形成・実施・評価の課題について行き届いた整理と考察を行っているが、それらの点を踏まえつつ、以下では、日本における政策展開と政策研究の方向性について、4つの論点を設定し、若干の考察を行うことにしたい。

第一に、健康格差に関する従来の研究で重視されていない社会保障制度の設計や運営に関する要因にも着目する必要がある。

具体的にいえば、まず、日本の医療保険制度が、「国民皆保険」を前提にしているとはいえ、「分立型」の制度であることから、イギリスなど国営医療・公営医療制度の仕組みを持つ国に比べて、医療へのアクセスの格差が生じやすい制度設計をとっていることに留意する必要がある。医療保険における制度間の給付水準の格差の問題は、2003年以降、給付水準が原則的に7割に統一された（ただし老人医療は別）ことから、一応の解決をみたとされている（平岡 2006）。しかし、保険料負担の格差や、付加給付による格差の問題などは残っている。また、生活習慣病・健康増進対策においても、事業主・企業に依存する部分が少なくないことから、そのことによる格差が生じる可能性も軽視できない。また、一連の改革による患者負担の引き上げの影響にも着目するべきである。

第二に、近年よく主張されるように、健康格差問題の取り組みにあたっては、エビデンス（科学的根拠）に基づくプログラムの実施が重要であることは確かである。実際、生物学的要因ばかりでなく、心理的・社会的要因に働きかけることで健康状態の改善を図るプログラムについてのエビデンスも蓄積されつつある⁽¹²⁾。

しかし、健康改善のためのプログラムと、健康格差の縮減のためのプログラムは必ずしも同一ではないことに留意する必要がある。そして、健康格差の要因についての研究の蓄積はあっても、健康格差の縮減のためのプログラムの評価研究は必ずしも多くない。そもそも、健康格差が発生する社会的メカニズムは多面的かつ複雑であるから、そのメカニズムのさまざまな側面に働きかける実行可能で有効なプログラムを開発していくことは容易ではないと考えられる。

第三に、そのこととの関連で、健康格差縮減を主たる目的とするプログラムの開発とともに、健康格差に影響を及ぼす福祉、住宅、雇用、農業、税制等のさまざまな政策領域のプログラムについて、それらを健康格差の維持・拡大ではなく、縮減の方向に機能させていくための政策手法や制度的枠組みの検討を

行っていくことも必要と考えられる。WHOが提唱している健康インパクト・アセスメントの導入（近藤 2005: 32）は、検討に値する提案であるが、健康格差縮減という観点からすれば、それは、同時に健康格差（あるいは健康公正）インパクト・アセスメントである必要がある。

第四に、健康格差に関する指標体系の構築は、このような健康格差インパクト・アセスメントを行うことの前提という点からみても、健康格差縮減の政策的推進のために最低限必要なツールという点からみても、不可欠と考えられる。「21世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本21」）において目標値の設定と達成度の評価のために用いられている指標などの健康指標について、所得・職業・学歴等の階層別の指標を構築することが検討されてもよいのではないだろうか。

近年、公衆衛生政策で採用されているポピュレーション・アプローチについては、健康格差研究の進展とともに、このアプローチが健康格差を拡大するおそれがあることが明らかになり、それに対する代替的・補完的手段として、バルネラブル・ポピュレーション・アプローチ（vulnerable population approach）を採用する必要があるという主張もされている（Frohlich and Potvin 2008; 福田 2008）。健康格差に関する指標体系の構築は、この主張の妥当性の検証のためにも有効であろう。

6. おわりに

以上、本論文では、日本における健康格差研究の動向を整理するとともに、ライフコース・アプローチ、所得不平等－健康仮説、政策展開と政策研究の方向性という3つの論点に即して、社会学・社会政策領域での健康格差研究の展開の方向性を検討してきた。

イギリス・アメリカ等の諸国の研究動向を見ると、医学・健康科学領域で研究が蓄積されているばかりでなく、医療社会学のなかで健康格差研究の占めるウェイトがかなり高くなっており、政策論議においても健康格差をめぐる問題がしばしば取り上げられ、この問題に関する政策研究への取り組みも活発である。

日本においても、健康格差をめぐる研究と政策的な取り組みの展開が大いに期待されるところであるが、健康格差を引き起こすメカニズムは複雑であり、さまざまな領域に関わる対策が必要なだけに、健康格差そのものについての専門的な研究と政策的対応とともに、経済、雇用労働、教育、所得保障等の関連領域における研究や政策的対応において常に「健康格差（あるいは健康公正）センシティブ」となるよう努めるという観点も必要になるのではないかと考える。

付記

本研究は、お茶の水女子大学グローバルCOEプログラム「格差センシティブな人間発達科学の創成」による研究成果の一部である。このプログラムの報告書のために執筆した（平岡 2009）と論点が重複する部分があることをお断りしておきたい。

【注】

- (1) イギリスで、「健康の不平等」という場合には、カテゴリーとしてとらえられた社会階級・階層による健康水準の差異に注目することが多いのに対して、アメリカでは、「健康格差」という概念で、学歴・人種・エスニシティによる健康水準の差異を取り扱うことが多いといわれる（Bartley, 2004: 6）。

- (2) cohortのカタカナ表記は、社会学では「コーホート」であるが、cohort studyについてのみ疫学の慣用にしがって「コホート」と表記する。
- (3) ただし、これらの研究の中には、社会経済的地位と健康リスク行動等のリスク要因の関連のみを分析していて、健康（主観的指標を含む）・疾病・死亡等そのものは分析の対象にしていないものもかなり含まれている。
- (4) 研究方法および研究の知見からみた分類については、(Kagamimori et al., 2009) のTable 1～Table 4から筆者が点数をカウントした。
- (5) ただし、それらの研究の中には、健康格差の分析を行うというよりも、職場環境や労働条件と健康のリスク要因の関連を分析することが主なねらいとなっているものもあるので、そのような研究は健康格差研究として扱わないことにすれば問題がないともいえる。
- (6) これは、1911年のセンサスで最初に用いられ、その後、具体的な職業の分類基準については繰り返し改定がなされてきたが、分類の基本的な枠組みは変わっていない。イギリスにおける職業分類、社会階級分類の歴史の変遷と、その背後にある職業・階級についての考え方については、下田平（1986）が詳しい。
- (7) 専門的職業、管理的職業、事務的職業、販売的職業、熟練的職業、半熟練的・非熟練的職業、農林的職業で構成される（安田・原 1982:82）。
- (8) 1990年代までの研究の動向については、早坂（2000；2001a: 2001b）の研究レビューが参考になる。なお、藤澤（2000: 98）は、社会疫学的研究と社会学的研究の研究関心や研究枠組み、研究方法の違いと類似点を比較検討しており参考になる。なお、本稿における医学・健康科学領域の研究と社会学等の領域の研究の区別は暫定的なものである。
- (9) 医療サービスへのアクセスと所得等との関連の研究も健康格差の研究とみなせば、経済学における研究はかなり多い（大日 2003など）
- (10) 成人疾病胎児起源仮説とは、「子宮内での成長および発達の臨界期（Critical Period）における低栄養状態は、臓器や組織などの身体システムの構造および機能を、“プログラミング”することによって成人疾病リスクに対し長期的影響を持つ」とするものである（藤原 2007: 90）。
- (11) 橋本（2006）は、所得分配を健康にむすびつけるメカニズムとして、①唯物論的なメカニズム（教育や医療・福祉などに注ぐ資源の絶対量）、②階層により異なる生活習慣行動、③社会によって異なる生活様式や生活水準、④ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）をあげている。
- (12) 例えば、杉森（2006）は、ヘルスリテラシーの改善により健康アウトカム（健康状態や保健医療サービスの利用）の達成を図るプログラムの効果についての多くの研究を紹介している。

【文献】

- 青木郁夫, 2006, 「イングランドにおける健康の不平等に関する取り組み：アチソン・レポート以降の『健康の不平等』への取り組み」『日本医療経済学会会報』25(2): 20-55.
- Asthana, Sheena and Joyce Halliday eds., 2006, *What Works in Tackling Health Inequalities: Pathways, Policies and Practice through the Lifecourse*, Policy Press.
- Barr, Donald, 2008, *Health Disparities in the United States: Social Class, Race, Ethnicity, and Health*, The Johns Hopkins University Press.

- Bartley, Mel., 2004, *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*, Polity.
- Blane, David, 2006, "The Life Course, the Social Gradient, and Health," in Michael Marmot and Richard G. Wilkinson eds., *Social Determinants of Health*, 2nd.ed., Oxford University Press, 54-77.
- Cockerham, William C., 2007, *Social Causes of Health and Disease*, Polity.
- Crystal, Stephen and Dennis Shea, 1990, "Cumulative Advantage, Cumulative Disadvantage, and Inequality among Elderly People," *The Gerontologist*, 30(4): 437-443.
- Daniels, Norman, Bruce Kennedy and Ichiro Kawachi, 2000, *Is Inequality Bad for Our health*, Beacon Press (小玉聡監訳『健康格差と正義——公衆衛生に挑むロールズ哲学』勁草書房、2008年).
- Davey Smith, George, 2003, *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*, The Policy Press.
- Department of Health, 2009a, *Health Inequalities*
(http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthinequalities/DH_064026, 2009.9.27).
- Department of Health, 2009b, *Post-2010 strategic review of health inequalities* (the Marmot Review)
(http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthinequalities/DH_094770, 2009.9.27).
- Fritzell, Johan and Olle Lundberg eds., 2007, *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuities and Change in Sweden*, The Policy Press.
- Frohlich K. L. and L. Polvin, 2008, "The Inequalities Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations," *American Journal of Public Health*, 98: 216-221.
- 藤崎宏子, 2008, 「ミドルからのライフコース展開と危機的移行」藤崎宏子・平岡公一・三輪健二編著『ミドル期の危機と発達——人生の最終章までのウェルビーイング』金子書房, 3-22.
- 藤村正之, 2001, 「社会参加、社会的ネットワークと情報アクセス」平岡公一編『高齢期と社会的不平等』東京大学出版会, 29-50.
- 藤原武男, 2007, 「ライフコースアプローチによる胎児期・幼少期からの成人疾病の予防」『保健医療科学』56(2): 90-98.
- 深谷太郎, 2001, 「健康と心身機能」平岡公一編『高齢期と社会的不平等』東京大学出版会, 51-60.
- Fukuda, Y., K. Nakamura and T. Takano, 2005, "Accumulation of Health Risk Behavior is Associated with Lower Socioeconomic Status and Women's Urban Residence: a Multilevel Analysis in Japan," *BMC Public Health*, 5: 53-62.
- Fukuda, Y., K. Nakamura, T. Takano et al., 2007, "Socioeconomic Status and Cancer Screening in Japanese Males: Large Inequality in Middle-aged and Urban Residents," *Environmental Health and Preventive Medicine*, 12: 90-96.
- 福田吉治, 2008, 「ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させる? vulnerable population approachの提言」『日本衛生学雑誌』63(4): 735-738.
- 福田吉治・今井博久, 2007, 「日本における『健康格差』研究の現状」『保健医療科学』56(2): 56-63.
- 藤澤由和, 2000, 「社会的諸要因と健康状態の関係に関する社会学的研究の可能性とその方向性」『早稲田大学大学院文学研究科紀要 第1分冊』46, 95-102.
- 早坂裕子, 2000, 「日本および欧米における健康の社会的格差・不平等と形成要因」『東北福祉大学研究紀要』23: 187-205.

- , 2001a, 「1990年代の日本および欧米における健康の格差・不平等と社会経済的要因」『新潟青陵大学紀要』 1: 11-37.
- , 2001b, 「健康・病気の社会的格差」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会, 49-73.
- 橋本英樹, 2006, 「所得分布と健康」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, 37-60.
- 平岡公一, 2006, 「社会保障政策の展開と福祉国家体制の再編」藤村正之編著『講座社会変動9・福祉化と成熟社会』ミネルヴァ書房, 123-148.
- 平岡公一, 2009, 「健康格差の研究——研究レビューと課題の検討」大森正博・小玉重夫・平岡公一編『社会的格差の諸問題——平成19-20年度成果報告・研究資料集』お茶の水女子大学グローバルCOEプログラム「格差センシティブな人間発達科学の創成」, 1-10.
- Hu, L., M. Sekine, A. Gaina et al., 2007a, “Associations between Sleep Quality and Smoking in Japanese Civil Servants,” *Sleep and Biological Rhythms*, 3: 196-203.
- Hu, L., M. Sekine, A. Gaina et al., 2007b, “Association of Smoking Behavior and Socio-demographic Factors, Work, Lifestyle and Mental Health of Japanese Civil Servants,” *Journal of Occupational Health*, 49, 443-452.
- Ichida, Yukinobu, Katsunori Kondo, Hiroshi Hirai et al., 2009, “Social Capital, Income Inequality and Self-Rated Health in Chita Peninsula, Japan: a Multilevel Analysis of Older People in 25 Communities,” *Social Science and Medicine*, 69: 489-499.
- 石田浩, 2006, 「健康と格差——少子高齢化の背後にあるもの」白波瀬佐和子編『変化する社会の不平等——少子高齢化にひそむ格差』東京大学出版会, 137-163.
- Ishizaki, M., N. Kawakami, N., R. Honda et al., 2006, “Psychosocial Work Characteristics and Sickness Absence in Japanese Employees,” *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79: 640-646.
- Kagamimori, Sadanobu, Alexandru Gaina and Ali Nasermoaddeli, 2009, “Socioeconomic Status and Health in the Japanese Population,” *Social Science and Medicine*, 68: 2152-2160.
- Kawaharada, M., Y. Saito, E. Yoshioka et al., 2007, “Relations of Occupational Stress to Occupational Class in Japanese Civil Servants: Analysis by two Occupational Stress Models,” *Industrial Health*, 45, 247-255.
- 菅万理, 2009, 「日本の高齢者の健康格差に関する計量分析——老人保健制度の効果に注目して」『医療経済研究』 20(2): 85-108.
- Kawakami, N., T. Haratani, F. Kobayashi, et al., 2004, “Occupational Class and Exposure to Job Stressors among Employed Men and Women in Japan,” *Journal of Epidemiology*, 14: 204-211.
- 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編, 2006, 『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.
- 小林美樹, 2009, 「所得不平等が主観的健康に及ぼす影響」『生活経済学研究』 29: 17-31.
- 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, 2007, 『検証「健康格差社会」』医学書院.

- Lynch, John, George Davey Smith, Sam Harper et als., 2004, "Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part I. A Systematic Review," *The Milbank Quarterly*, 82(1): 5-99.
- Marmot, Michael and Richard G. Wilkinson eds., 2006, *Social Determinants of Health*, 2nd.ed., Oxford University Press
- 松田亮三, 2006, 「欧州における健康の不平等に関する政策的対応」『日本医療経済学会会報』25(2): 1-19.
- 松田亮三編著, 2009, 『健康と医療の公正に挑む——国際的展開と英米の比較政策分析』勁草書房.
- Merton, Robert K., 1968, "The Matthew Effect in Science," *Science*, 159(3810): 56-63.
- Morita, I., H. Nakagaki, S. Yoshii, et al., 2007, "Gradient in Periodontal Status in Japanese Employed Males," *Journal of Clinical Periodontology*, 34: 952-956.
- Martikainen, P., M. Ishizaki, M. Marmot et al., 2001, "Socioeconomic Differences in Behavioral and Biological Risk Factors: a Comparison of a Japanese and an English Cohort of Employed Men," *International Journal of Epidemiology*, 30: 833-838.
- Martikainen, P., E. Lahelma, M. Marmot et al., 2004, "A comparison of Socioeconomic Differences in Physical Functioning and Perceived Health among Male and Female Employees in Britain, Finland and Japan," *Social Science and Medicine*, 59: 1287-1295.
- 森岡清美, 2005, 『発展する家族社会学——継承・摂取・創造』有斐閣.
- 中田知生, 1999, 「社会階層・健康・加齢——その理論と実証」『北星論集』36: 15-46.
- , 2001, 「健康悪化のプロセスと社会階層:健康の縦断的指標をめぐって」『北星論集』38: 1-10.
- , 2002, 「世代内移動と健康の変動:健康の縦断的指標による分析」『北星論集』39: 47-54.
- Nakata, Tomoo, 2006, "Longitudinal Analysis of the Relationship between Social Stratification and Process of Worsening Health" 『北星論集』43: 59-68.
- 中田知生, 2008a, 「社会階層による健康悪化プロセスの差異に関する研究: 共分散構造分析を用いた潜在成長曲線モデルによる分析」『北星論集』45: 45-52
- , 2008b, 「高齢期における主観的健康悪化と退職の過程——潜在成長曲線モデルを用いて」『理論と方法』23(1): 57-72.
- National Statistics, n.d., Trends in Life Expectancy by Social Class 1972-2005 (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_population/Life_Expect_Social_class_1972-05/life_expect_social_class.pdf, 2009.9.28).
- 大日康史, 2003, 『健康経済学』東洋経済新報社.
- O'Rand, Angela M., 1995, "The Cumulative Stratification of the Life Course," Robert H. Binstock and Linda K. George (ed.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 4th ed., Academic Press, 188-207.
- Raphael, Daniel ed. .2004. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Canadian Scholars' Press.
- Ross, Catherine E. and Chia-Ling Wu, 1996, "Education, Age and the Cumulative Advantage in Health," *Journal of Health and Social Behavior*, 37: 104-120.
- Sekine, M., T. Chandola, Martikainen, P. et al., 2006, "Explaining Social Inequalities in Health by Sleep: the Japanese Civil Servants Study," *Journal of Public Health*, 28, 63-70.

- Shaw, Mary, Daniel Dorling, David Gordon and Gerge Davey Smith, 1999, *The Widening Gap: Health Inequalities and Policy in Britain*, The Policy Press.
- 下田平裕身, 1986, 「発生的視角からの『標準職業分類』批判——イギリスの分類と日本の分類の距離」『信州大学経済論集』25: 1-28.
- 杉森裕樹, 2006, 「教育不平等と健康」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, 105-126.
- Takao, S., N. Kawakami and T. Ohtsu et al., 2003, “Occupational Class and Physical Activity among Japanese Employees,” *Social Science & Medicine*, 57:2281-2289.
- Wilkinson, Richard G. and Kate E. Pickett, 2006, “Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence,” *Social Science and Medicine*, 62: 1768-1784.
- World Health Assembly, 2009, *Reducing Health Inequities through action on the social determinants of health*, WHA62.14, Agenda item 12.5, 22 May 2009
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, 2009.9.26).
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (WHO-CSDH), 2008, *Closing the Gap in a Generation — Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, World Health Organization.
- 安田三郎・原純輔, 1982, 『社会調査ハンドブック [第3版]』有斐閣.