

特 別 講 演

会場 講義室A

時間 11:10~12:20

健康と医療の公平に挑む

座長 櫻井 令子

(名古屋市健康福祉局参事)

講師 松田 亮三

(立命館大学産業社会学部教授)

健康と医療の公平に挑む

松田 亮三(立命館大学産業社会学部)

1. はじめに

90年代以後の雇用形態の変化の中で、貧困と社会格差が日本社会の課題として浮上している。人々の健康が社会的要因によって左右されるとするならば、上記の課題は健康の課題としても出現し、公衆衛生行政の課題となる。

本報告では、公衆衛生政策上の「健康の公平」の課題化を紹介し、それへのアプローチについて検討し、日本における公衆衛生活動の課題を考えてみたい。その際、報告の文脈に合わせて、欧州各国や米国の例を用いるが、各国での政策展開の概要については参照文献をご覧いただきたい(松田 2009)。

2. 健康の公平とは何か

健康の公平(equity in health)の概念は規範的なものであるが、政策形成に向けてその測定がさまざまに追求されている。

規範的側面

健康の公平の定義は規範的な側面を含む。これまで提案されてきた定義として、以下のものがある。

- 不必要で、避けることができ、公正でない(unfair)健康の差異(Whitehead 1990)
- 社会的な生活水準が異なる社会集団間での、系統だった健康(あるいは健康の社会的決定要因)の乖離(disparities)(Braveman and Gruskin 2003)

Braveman and Gruskin の定義を用いれば、健康の不公平は比較的容易に観察でき、実際には健康格差あるいは健康の不均等ないし不平等(inequalities in health)と同じ意味となる。このことから健康の公平と健康の不平等は同じ意味合いを込めて政策的に用いられている。なお、概念と測定に関する総説としてBraveman(2006)が有用である。

測定

上記の定義をもとに考えると、健康の公平は、素朴には集団間の健康状態の差異を測定することによって測定できる。健康格差は特定の集団ということだけでなく、社会全体に関わる問題であり、社会全体での不平等の程度を示す試みが行われてきた。これには、範囲を示す、人口寄与危険度を用いて集団の差が社会の健康に与えている程度を示す、不均等勾配指標(SII)で示す、集中度指数を用いるなどの方法がある。この中で集中度曲線を用いた方法は、集団の区分という問題を回避できるので、社会間の比較さらには変動期の状況把握に有用であるが、一方で政策的含意を引き出しにくいという問題がある。これらの方法には一長一短があり、その性格をふまえて利用する必要がある。

誰と誰の間のどのような健康格差に取り組むべきか

誰と誰の間のどのような健康格差に取り組むべきか、という問題を考える際には、政策形成に寄与する規範には一定の倫理体系から導かれる側面と、人々がそうすべきと考えるという規範意識の両面が関わってくることに注意をする必要がある。取り組みの前提としては、状況の把握が必要であり、公衆衛生関係者には誰と誰の間の健康格差を把握するよう社会に提案するかという問題が横たわっている。

健康の公平と医療の公平の区別と連関

医療の公平は、供給における公平と財政における公平に区別される。供給における公平は、より厳密には、必要な医療サービスを利用する機会(アクセス)の公平として考える議論が有力である。ただし、実際には各種の資源配分等や医療保険への加入、サービスの利用状況などで観察せざるを得ない。医療サービスの利用は健康状態に影響しうるという意味で、医療の公平は健康の公平と関わってくる。

3. 健康の公平へのアプローチ

健康の公平を追求するためには、社会の部分集団間の健康格差を明らかにし、その形成要因を分析し、対策を構築することが求められる。その社会の状態によってもっとも異なるのは、おそらく、この社会の部分集団をどのようにとらえていくかである。Braveman の定義を考えると、社会的に恵まれない社会の部分集団においてこそ、健康の格差がないかどうかを検討されねばならない。

課題とロジックの設定

健康状態の格差が生まれてくる背景には、生活上の利用できるサービスや物資の格差、教育とリテラシーの問題、職業生活の差異、一般的な心理的ストレス等の差異、など多様な要因が関与しうる。これらと各疾患の発生・医療サービスの利用との関連については、多くの研究の蓄積がある。

対策は「上流」でも「下流」でも可能である。「上流」の対策は社会的議論を必要とすることから、社会への問題提起が重要である。「下流」では公衆衛生行政の枠の中で取り組める可能性がある。

実際の側面

健康の公平を追求する政策は、部分集団ごとの健康・生活実態の把握と目標設定、そして目標を実現するための具体的政策・資源配分を必要とする。これらは、公衆衛生政策全体、疾病対策一般、個別的プログラム、人口集団別アプローチなど、さまざまな方策で具体化することが可能である。ただし、政策化の前提として、おそらくこのような部分集団ごとの政策形成が社会的に合意されている必要があろう。健康状態の差異から直ちに目標設定を行うことは、スティグマ等予期せぬ社会反応を引き起こす可能性もあり、今後の検討課題といえる。

4. むすび

健康の公平は価値と実態が交錯する課題であり、さしあたり困難な状況な人々にアプローチしつつ、部分集団における健康状態を分析・把握し、社会に問題を投げかけることが、当面公衆衛生関係者の役割として重要であろう。

(参考文献)

- Braveman, P. (2006). "Health disparities and health equity: concepts and measurement." *Annual Review of Public Health* 27(1): 167-194.
- Braveman, P. and S. Gruskin (2003). "Defining equity in health." *J Epidemiol Community Health* 57(4): 254-8.
- Kawachi, I., S. V. Subramanian, et al. (2002). "A glossary for health inequalities." *J Epidemiol Community Health* 56(9): 647-652.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, et al., Eds. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington, DC., World Bank. (世界銀行ウェブからダウンロード可能)
- Whitehead, M. (1990). *The Concepts and Principles of Equity in Health* (EUR/ICP/RPD 414 7734r). Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- 松田亮三編著(2009)健康と医療の公平に挑む—国際的経験と英米の比較政策分析。東京:勁草書房。

シンポジウム

会場 講義室A

時間 13:30～15:50

「格差社会の中で、 公衆衛生は何をすべきか」

座長 小林 章雄（愛知医科大学医学部衛生学教室教授）

シンポジスト

- 1 愛知県における「全世代にわたる生活習慣病対策」の推進について
稲葉 明穂（愛知県健康福祉部健康対策課）
- 2 中小規模事業所特定健診・保健指導 ー被扶養者を中心にー
長谷川 早苗（全国健康保険協会三重支部保健サービスグループ）
- 3 静岡県「働き盛り世代の自殺予防対策ー富士モデル事業の実践ー」
松本 晃明（静岡県精神保健福祉センター）
- 4 ホームレスの現状 ー結核対策を中心にー
上田 いせの（名古屋市健康福祉局健康部健康増進課）
- 5 貧困と児童虐待 ー児童相談所における実践の現場からー
石田 公一（岐阜県中央子ども相談センター）

愛知県における「全世代にわたる生活習慣病対策」の推進について

○稲葉明穂（愛知県健康対策課）

<施策のスキーム>

健康長寿あいちの実現を目指します



<個別の施策>

学童期生活習慣病対策

期 間：H20 から H22
 対 象：碧南市小学4年生（2年目以降同一群を追跡調査）
 内 容：血圧、血液検査、身体測定等の健診結果から、「ハイリスク児」を選定し、「個別保健指導」の実施等
 実施団体：○碧南市 ○愛知小児保健協会（小児センター）

大学生メタボリック対策

期 間：H20 から H22
 対 象：県内の大学生
 内 容：○県内モデル5大学で講演会、セミナーの開催、展示等実施
 ○希望学生・ハイリスク者に対し、健康プラザで生活習慣病予防の研修実施

高齢者メタボリック対策

期 間：H20 から H22
 対 象：75歳以上県民の方々
 内 容：○シンポジウム「高齢期の生活習慣病」を開催(3回)
 ○調査・研究「高齢期特有の心身の変化に着目した、健康関連情報の提供に関する研究」の実施
 委 託 先：名古屋大学医学部

4. 課題解決

- 広報の充実

保険者協議会・地域職域連携推進協議会等と連携

- 特定健診・保健指導と地域保健活動全般との連携

保険者が行う特定健診と、健康増進法に基づいて行う保健事業との連携が必要

- マンパワーの確保とアウトソーシング

- 評価の実施

特定健診・特定保健指導のプログラム見直しのため、実施状況を分析し、課題・改善策を明確にする

- 支部独自の取り組み

支部の健康状況にあった事業の推進

ホームレスの現状 ～結核対策を中心に～

上田いせの（名古屋市健康福祉局健康部健康増進課）

1 名古屋市の概況

名古屋市は結核罹患率が 30.6（平成 19 年）と全国平均に比べてかなり高く、政令指定都市の中でも、大阪市に次いで 2 位となっている。

新登録患者のうちでホームレスの結核患者は、3～7%を占めている。

2 ホームレスに対する結核対策について

（1）ホームレス健診について

現在、ホームレスを対象とした結核健診として、無料宿泊所健診、福祉施設、緊急一時宿泊所健診、自立支援事業施設健診、公園路上等起居者健診を実施している。

ホームレス健診での結核患者の発見率は、一般住民を対象にした結核健診よりも 70～100 倍高くなっている。

（2）ホームレスの結核患者の現状

ホームレスの結核患者は、その他の結核患者に比べて、発病から初診までの期間が長く、症状がなくてもなかなか医療機関にかかれないうかがえる。

退院後には、福祉施設への入所やアパートへの入居などにより服薬を継続しているが、なかには、行方不明になってしまう等、治療中断・脱落の割合が高く対応に苦慮している。

3 自立支援健康相談員の活動について

名古屋市の「ホームレスの自立の支援に関する実施計画」に基づき、平成 16 年からホームレス健康支援事業を開始した。社会福祉事務所の保護援護相談員と連携し、自立支援健康相談員（保健師資格を有する嘱託職員）による巡回相談等を実施している。

