

健康格差のヒューマンサイエンス

はじめに

「健康格差」の研究は、意義が大きなテーマであると考え、一連の「健康格差と健康の社会的決定要因(social determinants of health, SDH)に関する学際的研究」に取り組んできた。それは仮説を着想した臨床医時代から数えれば30年に及ぶ。発表してきた学会は、医学系はもちろん、応用物理学など自然科学から、行動科学や心理学など人文科学、経済学から社会政策学まで、実に学際的な研究であった。研究内容・成果の概要については、すでに著書^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)}や論文¹³⁾で紹介してきたので、本報告では、ヒューマンサイエンスとしての健康格差研究について述べた後、早期警告から対策の社会実装までの7段階に沿って研究プロセスを紹介する。

1. ヒューマンサイエンスとしての健康格差研究

学術には、「ある」論、「べき」論、「する」論がある。「ある」論とは、自然界や社会、人間は「どのようにある(存在している)のか」という認識を深めようとする多くの実証研究、狭い意味での科学はこれに当たる。それに対し、「べき」論は、人や社会、法、美はどうあるべきかなどと深め、価値判断をする倫理学や法学、美学などである。そして、「する」論は、「べき」論で合意された価値判断に基づき、「ある」論で解明された実態やメカニズムなどに関する知見を応用して、対策や実践を行う応用科学とか実践科学と呼ばれる分野である。いずれも重要かつ必要な「問い」なので、これらの問いに答えようとする学術分野が確立した。さらに、関心・対象や理論、方法などによって、専門分化して多くの学術分野・学会が生まれてきた。

中山人間科学振興財団のウェブサイトによれば、ヒューマンサイエンスとは「人間の営みを、医学・生物学や情報科学を基盤として捉える学際的研究」とされ、「ある」「べき」「する」論など多面的な問いに対して答える科学的営みのことであろう。2023年度中山賞大賞の課題が「健康格差のヒューマンサイエンス」とされたように、健康格差は、まさに学際的な研究を必要とした。

発表してきた学術総会・集会・大会の学術分野(表1)

表1は、シンポジウムや(特別・記念・基調・教育)講演などと呼んでいただいたり、演題や論文を発表させていただいたりした学会のリストである。広い分野の学会から呼んで

いただいたことで、多面的に思索・洞察する機会をいただいた。時には、呼んでいただいた学会の学術分野の視点から追加分析を行ったこともある。UNICEF が 2000 年に「社会のための科学」が重要であるとし、取り組むべき具体的なテーマとして「健康の不平等」を掲げたくらいだから、このテーマの重要性はあきらかだろう。同時にそれは、学際的なヒューマンサイエンスを必要とすることがわかる。

表1 発表した学会リスト (合計62学会 学会名の頭の「日本」と最後の「会」は省略)

早期警告	メカニズムの解明	対策に向けて
<ul style="list-style-type: none"> ● 医学 ● 疫学 ● 社会医学 ● 公衆衛生学 ● 社会政策学 ● 国際保健医療学 ● 医療学 	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会関係学 ● 老年社会科学 ● ストレス学 ● うつ病学 ● 保健医療行動科学 ● 心理学 ● 老年学 	<ul style="list-style-type: none"> ● 行動医学 ● 応用物理学 ● 健康心理学 ● 心身医学 ● 診療情報学 ● 社会精神医学
<ul style="list-style-type: none"> ● 医療経済学 ● 予防医学 ● 社会福祉学 ● 保健福祉学 ● 老年医学 ● 保険医学 ● 農村医学 	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院管理学 ● 医療マネジメント学 ● 自治体議会政策学 ● 健康づくり学 ● 地域包括ケア学 ● 子ども健康科学 ● 社会事業史学 	
臨床応用に向けて		
<ul style="list-style-type: none"> ● プライマリ・ケア連合学 ● 呼吸器学 ● 高血圧学 ● 脳卒中学 ● 精神神経科学 ● 健康教育学 	<ul style="list-style-type: none"> ● リハビリテーション医学 ● 心臓リハビリテーション学 ● 転倒予防学 ● 理学療法学 ● 地域理学療法学 ● 作業療法学 	<ul style="list-style-type: none"> ● 緩和医療学 ● 温泉気候物理医学 ● 人間ドック学 ● 全国自治体病院学 ● 全身咬合学 ● 口腔衛生学
国際機関・国際学会		
<ul style="list-style-type: none"> ● WHO (World Health Organization) ● IEA (International Epidemiological Association) ● WFPHA (World Federation of Public Health Association) 	<ul style="list-style-type: none"> ● HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) ● WMH (World Mental Health) ● ISSC (International Society of Social Capital and Health) 	

2. 研究に取り組んだ 2000 年代初頭の状況

WHO 総会決議 (2009) や「健康日本 21 (第二次)」(厚生労働省、2013~) が「健康格差の縮小」を掲げるようになったのは、健康格差が国内外に「ある」こと、対策をとって縮小す「べき」と合意されたからである。そして、縮小に向けた対策を「する」と決議され、国内外でいろいろな取り組みが重ねられるようになった。今となっては、縮小に取り組むことは、当たり前のことになっている。しかし、私がこのテーマの研究を始めた 25 年前(WHO 総会決議の 10 年前)の 1999 年には、これらは常識ではなかった。まだ日本には平等幻想が残っていたので「健康格差は日本にもあるの?」「あっても小さいのでは?」にはじまり、当時は小泉首相が「格差がない社会はない」と発言していたような状況であったので「格差がないのは悪平等。努力しなくなって社会の効率が落ちるのを防ぐための必要悪だ。だから対策をとるべきかどうかから論議が必要」等の意見は 2010 年代まで見られていた。対策をとるとされた後も「どのような対策があるのか?」「効果はあるのか?」、効果があったとしても「実験的試みでなく全国に普及可能なのか?」などなど、合意どころか、対策を取るべきだと主張した私にもわからないことばかりだった。どれか 1 つの「問い」に答えるだけでも数年はかかり、「ある」「べき」「する」論のすべてにわたる研究と議論が必要であった。

3. 研究テーマを定めるまでの経過

研究には、直感も重要である。「健康格差がある」という実態報告など記述的な研究ですら、既存データを二次集計している中で偶然見つけたわけではない。私の場合、「低所得など社会的に不利な立場に置かれた人達の健康状態が悪いのは、過去の話ではなく、豊かになった今の日本にもあるのではないか？」という臨床医としての現場で得た直感にもとづく仮説があった。しかし、その検証は、一民間病院の偏りがある患者データや、所得データと健康データが別々のデータベースに収められていたのでは検証できない。ある地域の全体像を反映する地域代表サンプルで、所得と健康データを結合したデータベースが必要だ。そう考えた私は、ある自治体にデータ提供をお願いし、幸いにも市内の全高齢者の所得データと要介護認定データの提供を受けて結合することができた。それを分析して見ると、「最高所得層に比べ、最低所得層で、要介護認定を受ける割合が5倍も多い」という結果が出て驚いた。

自分ではとても大事なテーマで、驚くべき結果だと思い、その2019年に学会発表したものの、ほとんど反応がなかった。それでも重要なテーマだと信じて論文に書き残して、英国にむかった。私が、健康格差やそれを生み出す健康の社会的決定要因 (social determinants of health, SDH) を解明する疫学の一分野である社会疫学をライフテーマにしようと決意したのは英国 University of Kent at Canterbury 留学中のことであった。英国では、ブレア政権下で「健康の不平等」が政策課題となっており、ヨーク大学で開催された国際医療経済学会に参加してみると、テーマの1つになっていた。やはり政策的にも学術的にも重要な課題なのだと確信した。日本ではまだ平等幻想が残っていて、研究も少なく関心が高まっていないだけではないか。日本でも、この問題の重要性がやがて認識され、対策が取られる時が来るはず、いや来るべきだ。その時に、社会が動き始めるきっかけとなる研究の一端を担いたいと決意した。そして、初めての単著『「医療費抑制の時代」を越えて—イギリスの医療・福祉改革』(医学書院, 2004)の中で、英国や海外での動向や、実証データを紹介した。

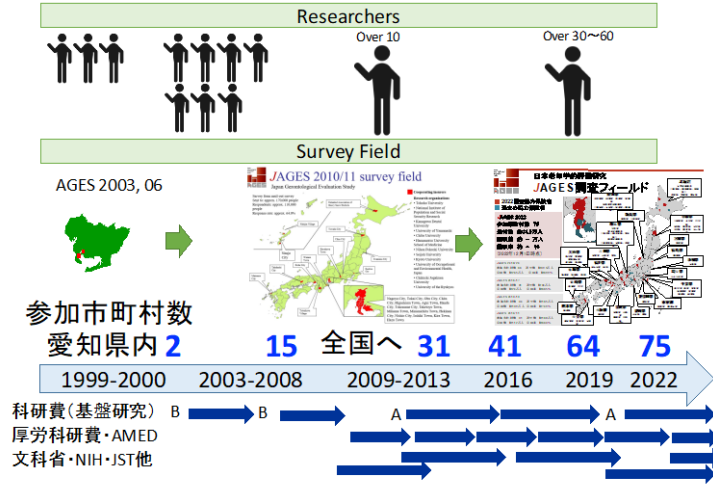
4. 早期警告から対策の社会実装までの7段階

疫学の役割の一つに「早期警告」がある。新型ウイルス感染症の大流行や水俣病などの公害などによる大きな健康被害が危惧・予想される場合には、早期に警告を発し、社会として注意し必要な対策を講じるように働きかけることである。健康被害の全容やメカニズムなどの検証が進むまで待っていたら健康被害が大きくなって取り返しがつかなくなるからだ。この第1段階の早期警告において、何らかの健康被害の「ある」論を巡って、多くの疑問・批判・克服すべき課題があった。まず「測定誤差ではないのか?」「たまたまの特殊な結果

ではないのか（再現性はあるのか？）に始まり、「第3の要因による（交絡など）見かけ上の関連ではないのか？」など、「見かけ上の関連に過ぎないのでは？」などである。「ある」ことが認められても、第2の「べき」論が待ち受けていた。さらに研究をしたり、対策をすべきほど重要な問題なのか、「格差がない社会はない」のだから「当たり前」とされたり、「格差は必要悪」となれば、研究の意義や対策の必要性は小さい。だから「べき」論を巡る論議も重要である。やがて「対策すべき」と合意できると、ではどんな対策をするのかという「する」論を巡る論議が浮上する。闇雲にやっても有効な手立ては見いだせないので、健康格差が生成される第3の課題として「メカニズムの解明」が必要である。生成メカニズムには多くの要因が関わっており、例えば日照時間や積雪などの気候条件のように政策で介入できない要因もある。「する」論に向けてはメカニズムの中でも「介入可能なエントリーポイント」の解明が第4の課題となる。第5の課題として、見出したエントリーポイントに介入して健康水準を底上げして健康格差の縮小を目指すために、何を「する」のか？いわば、「健康格差社会への処方箋」⁶⁾ についての研究が必要である。第6に、期待される対策を打ってみて実施可能性や効果、副菜用がないかなどの「プログラムレベルでの効果検証」がまず必要となる。第7の課題は、「社会実装」である。そこでは、実験的なプログラムに終わらせず全国に普及できるか、それによって自治体や国レベルで健康格差の縮小が確認できるかが問われる。

これらの多くのリサーチ・クエスチョン（研究上の問い）に答えることは、ある地域における調査データを収集するだけではできない。多地域や異時点における一般化可能性や再現性を確認し、因果関係に迫るためには、多地域における縦断追跡研究や、介入研究、介入していない群のデータも収集する大規模で、繰り返し実施され、個人を追跡可能なデータ構築が必要である。1999年の2市町村ではじめたAGES（Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究）プロジェクトが、これらの条件を満たすまでに発展したのが、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study, JAGES、図1）である。

図2 JAGES 25年間の発展プロセス



2022年には、全国75市町村と共同研究協定を締結し、回答した高齢者が22万人を超える規模にまで発展した。このデータを使って書かれた論文は、2024年6月時点で、和文447編、英文で400編以上に上る。JAGESの展開方法・過程については、WHOから出版したモノグラフ⁷⁾にまとめてあるので参照されたい。

1) 早期警告

まず健康格差があることを、多くの市町村データ、多くの健康指標、多時点データで、一般化可能性、再現性を疫学調査の手法を用いて確認した。それが、不健康であるがために低学歴や貧困をはじめとする健康の社会的決定要因がもたらされたという逆の因果関係や第3の因子である交絡要因などによる「見かけ上」の関連ではないことも、多くの研究で検証を重ねてきた。そして、海外で蓄積されていた、健康の不平等や社会疫学に関する文献を下に、理論仮説や実証データ、政策動向や今後の研究課題などを2005年に出版した『健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか』¹⁾にまとめ出版した。

2) 「べき」論

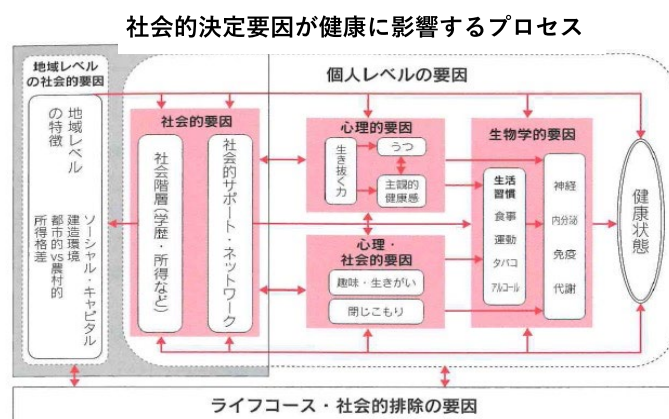
英国をはじめ欧米諸国の動きを見て、日本社会も早く対策すべきだと思った。その状況を作り出すためには、英語での原著論文や書籍よりも、日本語で読める論文や書籍を優先すべきだと考えた。また「べき」論は、多面的な視点からの議論が必要である。例えば、基本的人権、正義論、実験経済学、経済格差と経済成長なども論じるには、数ページの雑誌論文には収められないと考え、数冊の書籍で述べてきた。

そこで、その後も『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』²⁾ 『「健康格差社会」を生き抜く』³⁾ 『健康の社会的決定要因－疾患・状態別「健康格差」レビュー』⁵⁾ 『「医療クライシス」を超えて－イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』¹¹⁾ 『健康格差社会への処方箋』⁶⁾ 『長生きできる町』¹²⁾ 『健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか』(第2版)⁹⁾などにまとめ出版してきた。

3)メカニズムの解明

まずは想定される理論仮説群からなるロジックモデル(図2)を、2005年に出版した『健康格差社会』の中で発表した。その後、800編を超える論文で、提示したロジックモデルを一つずつ検証してきた。その過程では、医学のみならず社会関係学、老年社会科学、ストレス学、うつ病学、保健医療行動科学、心理学などの知見や発表の場が有用であった。

図2 健康の生物・心理・社会モデル



近藤克則：健康格差社会 第2版 医学書院 2022 p34

4)介入可能なエントリーポイント

健康格差の生成メカニズムの中で、介入可能性があり、政策にもなりうると着想したのが、ソーシャル・キャピタルであった。それまでの自らの経験から、直感的に、ソーシャル・キャピタルが健康に寄与しようと思ったからである。政治学、社会学、社会関係学、社会福祉学、国際開発学の文献などから多くの示唆を得た。ソーシャル・キャピタルには多くの批判が寄せられた。それらに答えようと、多くの論文やそれらをまとめた書籍¹⁴⁾を書き、編集した。そして、介入可能性を実証するために、実際に、武豊町で介入研究を行った¹⁰⁾。人口5万人に満たない小さな町だからできたのではないかという疑問に答えるため、その後、神戸市や名古屋市、松戸市でも介入研究を行って、都市部においても、社会参加しやすい、

ソーシャル・キャピタルを豊かにするまちづくりは可能であることの実証を重ねてきた。

5) 健康格差社会への処方箋

健康格差は社会に深く根ざした健康の社会的決定要因によって生じるので、ミクロ（臨床）、メゾ（地域・職域など）、マクロ（国・国際機関）など、重層的な対策が必要である。そして、出生時や子ども期の生育環境が成人・高齢期に及ぶことがわかってきたので、ライフコースを踏まえた取り組みが必要である。これらを論じるには、やはり書籍が必要だと考え、行動（実験）経済学、社会政策学などの知見も学んで『健康格差社会への処方箋』⁶⁾にまとめた。

6) プログラムレベルでの効果検証

ソーシャル・キャピタル論や社会予防医学などを踏まえた社会参加しやすいまちづくりの取り組みによって、健康保護効果かあるのか。特に主観的な健康指標でなく、要介護認定などの客観的な指標で、統計学的にも有意な効果を検証するには、5年以上の長期観察が必要であった。また、参加群は非参加群よりも社会参加が好きな外交的な人が多く、その人たちが持つ、社会参加以外の要因が健康に寄与しているだけではないかというもっとも批判が予想された。それに答えるため、計量経済学的な手法で、擬似的な無作為化対照比較研究と見なされている操作変数法を用いても効果が実証できた^{9,15)}。

7) 社会実装

いくつかのまちにおけるプログラムで効果があったとして、それを全国に普及することは簡単ではない。幸い武豊町での取り組みは、平成24（2012）年の厚生労働省の介護予防マニュアルで紹介された他、2015年以降は介護予防の二次予防事業が廃止されて、住民主体の「通いの場」づくりという厚生労働省の一般介護予防事業として全国で展開された。厚生労働省によれば、普及が始まっていた2013年から2019年までに、市町村が把握する参加者は84万人から237万人へと約150万人増加し、全国のほとんどの市町村で取り込まれるに至っている。介護予防効果についても、一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会（2019）で効果があるという報告が複数なされ、最近では国が予想した要介護認定率よりも2%ポイント程度低い水準に抑制されている。

高齢者の介護予防だけでなく、全年齢層の健康指標である健康寿命の都道府県格差も、2013年から2018年の10年間に、男性では統計学的にも有意に、健康格差が縮小したことが報告されている¹⁶⁾。

まとめ

健康格差への対策は、ライフテーマとして取り組むに値する意義も、乗り越えるべき課題も大きなテーマであると確信したのは40歳を過ぎた頃であった。取りかかってみると、上述したような多くの疑問や批判・課題に直面し、紹介した助走期間と7段階のプロセスを合わせると30年以上の歳月と、学際的なヒューマンサイエンスの探究が必要であった。多くの仲間と共に取り組んだ多くの研究成果をコンパクトにまとめた『健康格差社会』の第2版⁹⁾(2022)は、初版¹⁾(2005)からの17年間の研究成果を踏まえて、他分野の研究者や初学者、一般の方にも読んでいただけるようにまとめた。同書の初版は、社会政策学会賞(奨励賞)、第2版は日本社会関係学会賞特別賞を受賞している。ぜひお読みいただきたい。

謝辞

研究の過程は「苦楽(くるたの)しい」ものであったが、中山賞大賞を授与していただき、報われました。このテーマに光を当て、評価していただいた中山人間科学振興財団関係者に深謝します。

一連の研究は、1人でなしたものではありません。50大学・研究機関を超える多くの国内外の研究者、特にJAGESに参加し数百編の論文を国内外に発表してくれた共同研究者たち、そして学術総会・集会・大会などにお呼びいただき、私が研究内容を深め、豊かにする機会を与えていただいた表1に列記した多くの学会関係者にも、記して感謝します。ありがとうございました。

- 1) 近藤克則.: 健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 2005
- 2) 近藤克則: 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
- 3) 近藤克則: 「健康格差社会」を生き抜く. 朝日新聞出版, 2010
- 4) K. Kondo, e: Health Inequalities in Japan: An Empirical Study of the Older People (「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)の英語版). Health Inequalities in Japan: An Empirical Study of the Older People. Trans Pacific Press, Melbourne, 2010
- 5) 近藤克則編: 「健康の社会的決定要因」—疾患・状態別「健康格差」レビュー. 日本公衆衛生協会, 2013
- 6) 近藤克則: 健康格差社会への処方箋. 医学書院, 2017
- 7) Kondo K, Ojima T, Kondo N, et al.: Knowledge Translation for Healthy Ageing: the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). World Health Organization, https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/knowledge-translation-healthy-ageing-japan-gerontological-evaluation-study-jages?fbclid=IwAR0juFUzASUzflzcM2062Xyvk05iEAB3FAU-mhpMTx0cADsclBr60GLq8k, 2018

- 8) Kondo KE: Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases: Case Studies from Japan. Springer, Singapore, 2020
- 9) 近藤克則: 健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか 第2版. 医学書院, 2022
- 10) 平井寛, 竹田徳則, 近藤克則: まちづくりによる介護予防－「武豊プロジェクト」の戦略から効果評価まで. ミネルヴァ書房, 2024
- 11) 近藤克則: 「医療クライシス」を超えて－イギリスと日本の医療・介護のゆくえ. 医学書院, 2012
- 12) 近藤克則: 長生きできる町. 角川新書, 2018
- 13) 近藤克則: 健康格差縮小を目指した社会疫学研究. *日本医師会雑誌* **149**: 1626-1630, 2020
- 14) 近藤克則: ソーシャル・キャピタルと健康・福祉: 実証研究の手法から政策・実践への応用まで. ミネルヴァ書房, 2020
- 15) 近藤克則: 健康格差の縮小は可能か? ～20年かけてわかったこと. 一般社団法人みんながみんな健康になる, <https://medjapan.org/inquiry/>
<https://medjapan.org/medical/kondokatsunori/>, 2022
- 16) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会健康日本 21 (第二次) 推進専門委員会: 健康日本 21 (第二次) 最終評価報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000998857.pdf>, 2022