

連載

健康の社会的決定要因(12) 「健康格差への取り組みと健康影響評価」

産業医科大学公衆衛生学教室 藤野 善久
日本福祉大学健康社会研究センター 近藤 克則

キーメッセージ

- 健康格差および健康の不正が存在する
- 健康の不正は社会正義のもとに許容されない
- 健康の不正は、主に保健医療政策以外の政策分野から生じている
- 健康の不正の是正のためには Health in All Policies が必要
- HIA は Health in All Policies を実践する具体的ツール

はじめに

我が国において健康格差に関する課題が取り上げられるようになったのは比較的最近であるが、諸外国において健康格差への関心は1980年代頃より指摘されてきた。健康格差への問題意識が高まるに伴い、それをどのように解決していくのかという対策への関心が高まってきた。その糸口として、注目され、必要性が提唱されるようになってきたのが健康影響評価 (health impact assessment; HIA) である。

HIA とは、新たに提案された政策が健康にどのような影響を及ぼすかを事前に予測・評価することにより、健康の便益を促進し、かつ不利益を最小にするように政策を最適化していく一連の過程とその方法論のことである。日本でも、大規模開発に先立ち実施が義務づけられている環境影響評価 (アセスメント) の健康影響版である。HIA は、今日では特に欧州を中心に国や自治体などの政策形成のツールとして、雇用、住宅、交通、教育、都市開発などさまざまな領域で適用されている^{1,2)}。

現在、ヨーロッパのみでなくアジア³⁾を含む多くの地域において、HIA は実用化されつつあるが、対象や方法において、必ずしも統一した HIA が存在するわけではない。その理由の一つに、HIA の起源の違いが挙げられる。HIA の起源には大きく

分けて、環境影響評価、健康の社会環境モデル、そして健康格差という3つの流れを見ることができ。本稿では特に健康格差への取り組みに関連して HIA を紹介する。

健康格差 (health inequality) と健康の不正 (health inequity)

健康格差、健康の不平等、健康の不正、不公平などの用語については一般的な合意はまだ得られておらず、それぞれ、どのような文脈で用いられているかについては、注意が必要である。

小論で用いる健康格差とは、健康状態や健康規定要因の分布が集団間で異なっている状態の事である。例えば、高齢者と若年者における罹患率の違いや、地域間の死亡率の違いも含まれる。二つの異なる集団における健康格差を例にとると、その差が二つの集団の生物学的要因の分布や、性、年齢などの人口学的要因の分布によって生じることがある。一方、二つの集団の健康における差が、物理的環境や社会経済的な状況の違いによって形成されたもので、多くの場合、個人の努力によっては是正できない要因によって生じる場合もある。二つの集団の違いが生物学的要因などによって生じている場合、それらの要因への介入は不可能であったり、もしくは倫理的に許容されない場合もある。したがって、このような理由から生じる健康格差は完全には避けることができない。一方で健康格差が社会経済的な状況の違いなどによる場合、このような社会環境や物理的環境への介入は可能である場合が多く、また社会経済的な状況による健康格差は道徳や倫理的観点からも不正であると考えられる。したがって、このような理由によって生じる健康格差は、健康の不正を伴うこととなる。

健康の不正と言った場合には、より道徳的および倫理的な判断を含む⁴⁾。健康の不正とは、回避することができかつ不正な社会環境の違いによって生じる健康格差のことである。このような考えの

背景には、全ての人は健康のための権利を等しく保有しており、その権利は阻害されてはならないといったWHOの掲げるhealth for allの理念に基づいている。社会経済的に不利な状況の人が、健康上の不利益を被っているような状況は、まさに健康の不公平に該当する。

今日、国内において健康格差という言葉が用いられる場合、単なる分布の違いを表現したのではなく、倫理的な尺度に照らしてその違いが社会にとって許容できるかということを開いており、暗黙的に健康の不公平を意味していることが多い。また、これらは必ずしも明確に区別できないこともあるが上記の二つを区別することは重要である。

国内・海外における健康格差の紹介

これまでに健康格差に関する包括的なレビューとしてよく知られているものが4編報告されている。最初に警鐘を発したのはThe Black Report⁵⁾であり、続いてThe Acheson Report⁶⁾が発表されている。また2008年にはWHOの健康の社会的健康規定要因委員会(Commission on social determinants of health, CSDH)がClosing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of healthを発表した⁷⁾。また最近では2010年にThe Marmot Reviewが発表された⁸⁾。その他、オランダやスウェーデンにおいても、国による健康格差の是正に向けた戦略に関する包括的な計画が発表されている^{9,10)}。

一方、国内における健康格差については、本連載でも紹介されたように、近年、学歴、所得、雇用などに関する健康格差を検証したエビデンスが蓄積されつつある^{11~19)}。

健康格差の是正はなぜ必要か？

健康格差の存在が明らかになるにしたがい、健康格差の是正に関心が集まるようになってきた。健康格差の是正がなぜ必要なのかということに関して、下記のような観点から議論されてきた²⁰⁾。

- 健康格差の一部は不公平の結果であり、社会正義において許容できない
- 不公平な健康格差の存在や、それを生じさせている社会構造は、社会全体にとっても不利益となる
- 健康の質や格差は、社会の成熟度を判断する価値感の一つである
- 健康格差の一部は回避可能であり、格差を是正するような介入は効果的である

健康に関する公正とは、健康につながる機会を平等

にし、可能な限り健康の不公平をなくすように配慮することであり²¹⁾、CSDH報告書では、「社会正義」のもとに取り組むべき課題であることが強調されている。

健康格差是正に向けた取り組みのためのHIA

上記で紹介した健康格差に関する報告書の報告の多くが、格差是正の手段としてHIAを提案している^{6,8,9,10,22,23)}。これらの戦略に共通する認識は、健康格差を減少させることが期待できる政策や介入は、主に保健医療政策以外の分野にあるということである。社会経済状況と健康格差の説明に含まれる要因のほとんどは、所得や住宅に関する政策、タバコやアルコールへの租税、労働環境の規制など、分野横断的な政策によってのみ、取り組みが可能なものばかりである。したがって保健医療政策と同様に他の全ての分野の政策において、HIAが実際されなければ、格差是正は達成できないとの指摘もある^{6,24)}。

The Acheson Reportでは、39提案した推奨意見の筆頭にHIAの必要性を述べている。健康に影響を与える可能性のある政策は全て、健康格差の観点から影響を評価し、可能な限り格差を減じる手立てを講じるために、HIAを用いることを主張している。また、CSDH報告書⁷⁾では、健康格差に取り組むためとして出された3つの主要な推奨意見の一つにおいて、全ての政策について健康影響評価の実施を行うことが含まれている。さらにその中で、国レベルにおいて、全ての政策に対するHIAを実施するための制度整備が求められている。

健康影響評価とは

HIAの定義については多く議論が重ねられてきたが、今日、最もよく使われる定義としてWHOの定義、およびIAIA(国際影響評価学会)の定義がある。どちらもほぼ同じ内容である。ここではWHOの定義を紹介する。WHOのGothenburg Paper²⁵⁾では、HIAの定義として、「政策、施策、事業が潜在的に集団に与える健康影響や、集団中の影響の違いなどについて判断するための一連のプロセス、方法、およびツールのことである。“a combination of procedures, methods, and tools by which a policy, a program or a project may be judged as to its potential effects on health of a population and the distribution of effects within the population”」とされている。実は、初期の頃のHIAの定義²⁶⁾には、「健康格差の評価“…and the distribution of effects within the population”」の部分は入っていなかったが、WHOのGothenburg paperにおいては、健康格差

の評価が HIA の欠かせない機能の一部であることが確認され明示的に追加された²⁵⁾。

健康影響評価 (HIA) と健康格差影響評価 (HEqIA)

CSDH の報告書²²⁾ および The Marmot Review⁸⁾ の中では, “Health Equity Impact Assessment” (HEqIA) という用語が用いられている。集団の大多数の健康や平均的な健康の向上を考慮した政策であっても, 健康格差の是正に関係なく, むしろ格差を助長する場合もあるとの指摘もある。例えば, 予防接種のように集団の健康に貢献することを意図した政策であっても, 比較的生活に余裕のある人々がより積極的に接種を受けることは生じ得る。そのような場合, 健康格差を意図せずして助長する可能性が潜んでいる。必ずしも全ての HIA が格差の考慮をしてこなかったとの指摘から, 特に格差に着目した HIA を HEqIA と呼ぶ場合もある。この用語の解釈については国際 HIA 学会においても議論がなされ, 現在では HIA の定義にはそもそも格差の評価が含まれていることから本質的には HIA と同一のものだとの見解が示された。しかしながら, 格差を考慮に入れて実施する HIA の方法論および実績において, 未だ発展途上の段階である。

健康の社会環境モデル

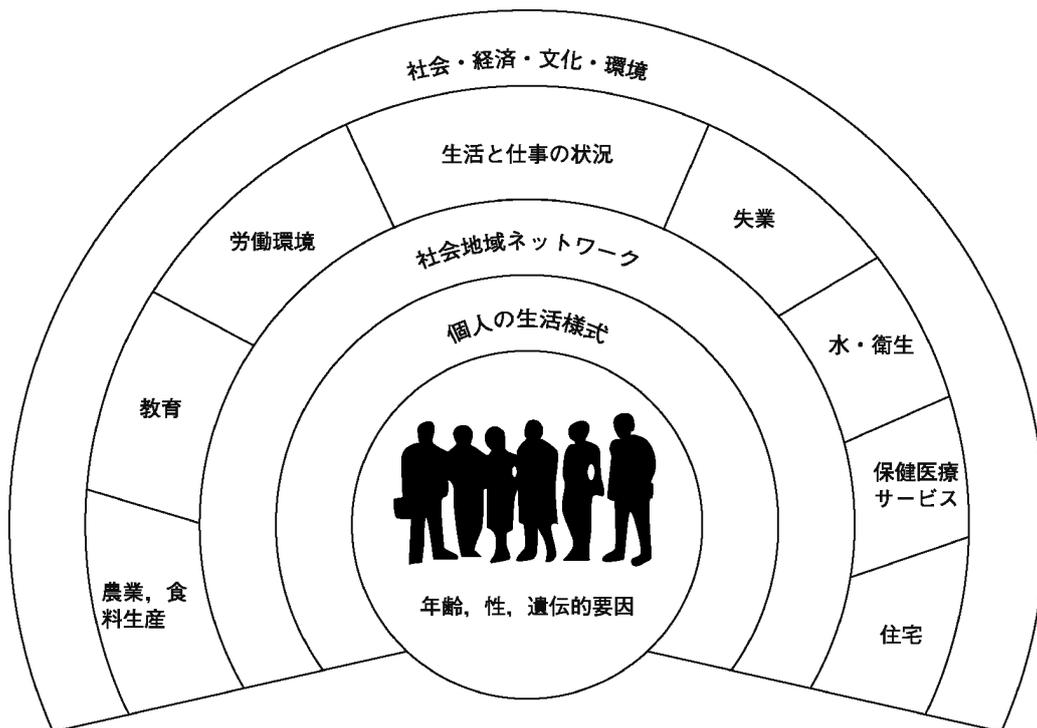
HIA では健康の社会環境モデルを基盤に採用している。個人もしくは集団の健康は, 社会構造や社会経済的要因に直接・間接的に影響を受けており, そのような要因を社会的健康規定要因と呼ぶ(図1)^{21,27)}。近年の公衆衛生分野においては社会的健康規定要因に関する検証が進み, 広く認識されるに至った。社会的健康規定要因は経済, 環境, 衛生, 教育, 住宅, 雇用など多くの政策分野と関係している。またヘルスプロモーションを提唱したオタワ憲章²⁸⁾においても, 健康の前提条件として, 平和, 住居, 教育, 食料, 収入, 安定した環境, 持続可能な資源, 社会的正義と公正が謳われている。HIA では, この社会環境モデルに基づいて広範な政策を評価の対象とする。あたかも, 社会的健康規定要因という図1に示したレンズを通して評価をしていることから, ヘルズレンズアプローチと表現することもある。

Health in All Policies とガバナンス

オタワ憲章が掲げた前提に立つのであれば, 社会の健康を達成するために, 「保健医療分野以外の政策」の健康影響を適正化しようという試みは極めて合理的である。したがって, HIA の対象とすべきは, 必然的に保健医療政策以外の政策であることが強調されている。しかしながら, 多くの場合, 保健

図1 健康の社会環境モデル (訳: 藤野)

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm.



医療政策以外の政策について、立案時に健康との関連を考慮する社会的メカニズムは存在していない。

ヘルスプロモーションを謳ったオタワ憲章において提唱された Healthy Public Policy では、健康を促進するために保健医療政策だけでなく、あらゆる政策機会において健康増進を考慮することが求められている。その発想をさらに発展させて、教育、住宅、開発、雇用など全ての政策分野において健康を考慮した政策形成を推進する動きとして“Health in All Policies”（全ての政策において健康を考慮する）が提言されるに至っている。Health in All Policies においては、健康の社会環境モデルに関する科学的な知識の検証を実施する段階から、政策的な実現のための挑戦へと段階が移行したと言える。Health in All Policies は、全ての政策分野において、健康の社会環境モデルという科学的知見に基づき健康を考慮するためのガバナンスと実行のための体系的な制度を必要とする²³⁾。HIA は Health in All Policies を実現するための具体的ツールとされている²³⁾。我が国でも、Health in All Policies や HIA への理解と早急な普及、政策立案時の HIA 実施の義務化などが望まれる。

HIA はどのようにして格差について評価するか？

HIA が健康格差の是正に機能するためには、政策による影響が社会階層間に与える違いを評価する必要がある。HIA において、健康格差への影響を評価する際には、ある政策や事業が与える影響が、属性の異なる集団においてそれぞれどのような影響があるかを検討することでなされる。これは政策によって生じる健康影響は集団特性によって異なり、特に社会的不利な集団ほど不利な影響を受けやすいという認識に基づいている。一般的には、下記のような事項について検討がなされる^{29,30)}。

- 既に社会的不利な状況にあり、影響を受け易い集団を把握する
- 新しく提案された政策が、既存の健康格差を助長させる可能性について検討する
- 新しく提案された政策が、特定の集団に新たな格差をもたらす可能性について検討する
- 特定の健康規定要因やリスク要因の分布や暴露、またはサービスへの利便性の変化について検討する

HIA が健康格差について言及することで期待される効果³⁰⁾

1) 意思決定への反映

HIA では、健康格差や公正という観点から、提

案された政策・事業のメリット、デメリットを評価する。これらのエビデンスを意思決定のプロセスに反映することで、意思決定者が格差や公正といった観点に配慮を踏まえた上で、意思決定することを期待する。このため、HIA では様々な方法を用いて、利用し得る範囲での最上のエビデンスを提供する。HIA が用いる方法には、定量データだけでなく、参加型アプローチなどの質的手法も含まれており、提案された政策が健康格差に与える影響について情報を集め、検討する。さらに、健康上の便益を促進し、不利益を防ぐような推奨意見を提出し、提案された政策が健康格差に与える影響を低減するように修正を求める。

2) 政策と健康との関連の理解を促す

HIA の対象となる政策の多くは、保健医療政策以外の政策であるため、担当部署や関係者は、該当する政策と健康格差との関連に関して、気づいていない場合や、そもそも関心がない場合もある。HIA は、提案された政策と健康および健康格差との関連を示すことで、当該政策がどのようにして健康と関連するか、また健康格差と関連しているのかということについて、担当者等らの理解を促す。政策分野と健康との関連については、社会的健康規定要因が理解の基盤となる。このようにして実施された HIA は、健康格差を是正するためにより有益な推奨意見を、当該政策に提案することが可能となる。

3) 参加型アプローチとエンパワーメント

健康格差の評価においては、参加型アプローチがよく用いられる。HIA の効用は、HIA が出す推奨意見のみではなく、HIA の実施プロセスそのものによっても得られることが指摘されている。特に、不利な健康影響を受けるとされる集団が、HIA の実施過程に関与することで、健康格差の詳細な評価を得るという利点だけでなく、意見を述べる公正な機会が提供され、また情報が速やかに開示されることは、集団の自己効用力を高め、それ自体が意思決定への参加機会の増加をもたらすヘルスプロモーションのプロセスである。またそのことは、より良い関係での交渉の機会を作り出すことが期待される。

今後に向けて

国内に目を向ければ、HIA の活用が有用であると考えられる分野は多く存在する。国レベルの政策を見ても、「子ども手当」「労働者派遣法」「高齢者雇用安定法」「幼保一体化・一元化」など、健康の社会環境モデルというレンズを通して見ると、明

らかに著しい健康影響をもつ「保健医療以外の政策」が数多くある。一例として、著者らは、「新しい自律的な労働時間制度」いわゆるホワイトカラーエグゼンプション制度の導入に関して簡易的なHIAを実施した³¹⁾。

今後、健康格差への取り組みとして Health in All Policies を実現するために必要なことは、1) 全ての政策部署における健康の社会環境モデルの理解、2) HIA を実施するための制度整備と実例の蓄積、3) 分野横断的な連携・協議、4) HIA の実践に関わる専門家らの能力開発、さらに5) これらを実現するための国家的な支援が期待される。そのためにも、まず日本公衆衛生学会員の間で、Health in All Policies や HIA に対する理解が普及することが望まれる。

現在、公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会のもとで、日本公衆衛生学会版 HIA ガイドラインの作成が検討されており、今後の HIA 普及のはずみになることが期待される。

文 献

- 1) Kemm J, Parry J, Palmer S, eds. 健康影響評価：概念・理論・方法および実施例 [Health Impact Assessment] (藤野善久, 松田晋哉, 監訳) 東京：社会保険研究所, 2008.
- 2) 藤野善久, 松田晋哉. Health Impact Assessment の基本的概念および日本での今後の取り組みに関する考察. 日本公衆衛生学雑誌 2007; 54: 73-80.
- 3) 藤野善久. タイ・マプタプット工業地区における健康影響評価. 環境アセスメント学会誌 2010; 8: 62-65.
- 4) Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 647-652.
- 5) Working Group on Inequalities in Health, Black D, Townsend P, et al. Inequalities in Health: the Black Report. Harmondsworth: Penguin Books, 1980.
- 6) Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. London: Stationery Office, 1998.
- 7) Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 8) Department of Health. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). London: The Marmot Review, 2010.
- 9) Östlin P, Diderichsen F. Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden. Brussels: European Centre for Health Policy, 2000.
- 10) Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ 2002; 325: 1029-1032.
- 11) Fujino Y. Occupational factors and mortality in the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer (JACC). Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8 Suppl: 97-104.
- 12) Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. Prev Med 2005; 40: 444-451.
- 13) Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, et al. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. BMJ 2009; 339: b4471.
- 14) Murata C, Kondo K, Hirai H, et al. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place 2008; 14: 406-414.
- 15) Ichida Y, Kondo K, Hirai H, et al. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. Soc Sci Med 2009; 69: 489-499.
- 16) Honjo K, Iso H, Ikeda A, et al. Education level and physical functional limitations among Japanese community residents-gender difference in prognosis from stroke. BMC Public Health 2009; 9: 131.
- 17) Honjo K, Iso H, Inoue M, et al. Education, social roles, and the risk of cardiovascular disease among middle-aged Japanese women: the JPHC Study Cohort I. Stroke 2008; 39: 2886-2890.
- 18) Ito S, Takachi R, Inoue M, et al. Education in relation to incidence of and mortality from cancer and cardiovascular disease in Japan. Eur J Public Health 2008; 18: 466-472.
- 19) Kondo K, ed. Health Inequalities in Japan: an Empirical Study of Older People. Melbourne: Trans Pacific Press, 2010.
- 20) Quigley R, Cave B, Elliston K, et al. Practical Lessons for Dealing with Inequalities in Health Impact Assessment. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
- 21) Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: World Health Organization, 1990.
- 22) Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 23) Ståhl T, Wismar M, Ollila E, et al. eds. Health in All Policies: Prospects and Potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- 24) Rose GA. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 25) European Centre for Health Policy, World Health Organization. Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg Consensus Paper.

- Brussels, 1999.
- 26) Barnes R, Scott-Samuel A. Health impact assessment and inequalities. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11: 449-453.
- 27) Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- 28) World Health Organization. *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva: World Health Organization, 1986.
- 29) Parry J, Scully E. Health impact assessment and the consideration of health inequalities. *J Public Health Med* 2003; 25: 243-245.
- 30) Taylor L, Gowman N, Quigley R. *Addressing Inequalities through Health Impact Assessment*. London: Health Development Agency, 2003.
- 31) 藤野善久, 松田晋哉. 「新しい自律的な労働時間制度」に関する Health Impact Assessment. *産業衛生学雑誌* 2007; 49: 45-53.
-