

原 著

医療福祉学に基づく健康格差に関する研究(1) — 健康自尊意識(Health Esteem)概念の構築に向けて —

井上信次*¹ 松宮透高*¹ 熊谷忠和*¹ 小河孝則*¹

要 約

本稿の目的は、特に、近年、社会資源の数のみから健康格差を捉える状況にアンチテーゼを唱え、「健康格差」が、健康増進にかかわる資源の実現可能性(利用可能性)と健康増進の資源に対する重みづけ(重要と考えている度合い)の格差であることを明らかにすることである。その中で、Health Esteem(健康自尊意識)という新たな概念を提唱したい。

本稿では、健康格差を「本人の自己責任を超えた、社会的要因によって生じた属性に起因する、社会的に許容される一定の範囲を超えた健康に関する差である」とし、医療福祉学の視点から健康の定式化を試みる。ただし、社会調査の性質上、医学的な健康状態、客観的重みづけが測定できないため、健康状態を定量的に扱うことは非常に困難である。しかしながら、本稿では、健康状態の測定そのものよりも、その定式の中で用いた実現可能性や重みづけが健康格差の重要な要素であると考えられる。

本稿では、ある要素に対する重みづけが高いということは、HE(Health Esteem)という健康自尊意識が高いと考えた。HEとは、自身の健康を有意味であると捉えることができる意識である。HEは同じく個人の責任を超えた構造の影響を受けると同時に、個人の資質にも影響される。医療福祉学の視点から健康格差を考えると、まず我々はHEのどの側面が格差であり、また個人の資質の問題なのかを精査する必要がある。

1. 問題の所在

本稿の目的は、特に、近年、社会資源の数のみから健康格差を捉える状況にアンチテーゼを唱え、「健康格差」が、健康増進にかかわる資源の実現可能性(利用可能性)と健康増進の資源に対する重みづけ(重要と考えている度合い)の格差であることを明らかにすることである。その中で、Health Esteem(健康自尊意識)という新たな概念を提唱したい。

さて、人はどういう条件が満たされたとき、健康を志向するのか。もし「社会的地位の高い者は、より健康になる」¹⁾のであれば、低階層の人は健康を志向できず健康になれない。この状況は、カワチ(Kawachi, I)らの議論に見られるように²⁾、社会規範上、必ずしも受容できないのではないか。一般的には、例えば健康にかかわる社会資源の数に関して自治体間に差があるとき、「健康格差」があるとされる。本稿は、健康格差の議論が、社会資源の絶対数のみから議論されている点が、非常に不十分であると考えている。詳しく議論したい。

小泉政権以降、格差は政治問題に移し替えられることが多く、格差是正こそが改革であるという言説が流布している³⁾。その結果、多くの言説が格差に直結するようなデータ探索を行い、例えば国民健康保険料に関して自治体間で差があるという一面的な数値のみを発見することで、「健康格差」があるとしている。このような議論には病院数が健康に直接的な影響を与えるという前提があると考えられる。しかしながら、病院に行くことを重視していない人の場合、病院の数の多さのみがその人の健康に大きな影響を与えるとは考えられない。というのも、例えば病院等の社会資源へのアクセシビリティやそれを利用しようとする個人の意欲が重要であるからである。そして、そういったアクセシビリティや個人の意欲といった非常に個人的だと考えられがちな要素自体それぞれに構造的な格差があるのではないか。

本稿は病院の数に格差を見いだす視点ではなく、病院での定期健診といった行為を重要だと考えるグ

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
(連絡先)井上信次 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: inoshin@mw.kawasaki-m.ac.jp

グループ（属性）と、そう考えないグループ（属性）が存在するという、健康に関する意識に格差があることが健康格差であると考えられる。特に、この健康に関する意識を健康自尊意識（Health Esteem、以下、HE）という概念で捉えたい。

さて、アントノフスキー（Antonovsky, A）は、どのようにすれば人は健康に近づくのかという問題関心の下、健康生成論を論じた⁴⁾。アントノフスキーの提唱するSOC（Sense of Coherence）という概念は、その健康生成論の中では非常に重要だが、これは、自己の人生を前向きに受容する態度と要約できよう。また、近藤はストレス対処において、SOCと同じく「生き抜く力」が重要であるとしている⁵⁾。まさしく本稿は、彼らの問題関心を共有しているといえる。そこで健康格差に関して次のような視点を提起したい。つまり、「ある人の人生において有意味であるとされる行為及びモノが健康増進と結びつくとき、それは結果においてその人を健康にさせる」という視点である。

以上を踏まえ、本稿では次のような関心を持って健康格差に関する議論の視点を提唱したい。第1に、「ある人の人生において有意味であるとされる行為及びモノ」に関して、そもそも何を有意味とするかに構造的な差異があるのではないか。第2に、そのような行為やモノを実際に得られるかどうかという実現可能性にも構造的な格差があるのではないか。つまり、健康に関する意識とその実現可能性に関する差という視点から、健康格差を論じたいと考える。

2. 健康格差と医療福祉学の視座

2.1. 健康の定義

健康とはそもそも何か。WHOの提唱する「（健康とは）完全な肉体的、精神的、“霊的”及び社会的福祉の“連続的”な状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない⁶⁾」という考えからも分かるように、健康は医学的な状況からのみでは捉えられないのは明らかである。本稿では、健康を考える上で、医療福祉学の視点が重要であると考えられる。ここで本稿が持つ医療福祉学の視点を明確にしよう。

道中の生活保護受給世帯に関する分析によれば、生育した家庭が生活保護受給世帯である場合、高齢者世帯を除くと28.8%が、再度、生活保護世帯になる⁷⁾。

我々は「生活保護世帯＝健康でない」という価値をすぐに持つべきではないが、生活保護世帯がそもそも低学歴で就労困難であり、就労したとしても労働環境が望ましくない職業に就いた場合、結果とし

て医学的な意味での不健康になる可能性があると考えられる。一方、生活保護世帯は、親族や知人から孤立していることが多く、ソーシャルサポート上の問題があるという指摘がある⁸⁾。

ソーシャルサポートの多さは人間生活において重要であるという社会福祉学の研究は非常に多い。例えばCaplanやCobbは、ソーシャルサポートは、精神的健康を維持する上で必要不可欠なものであることを明らかにした^{9,10)}。

別の視点から考えよう。「健康の社会的決定要因」という議論に関して、WHOは、健康が社会的に決定されるとし、その要因として社会階層、ストレス、人生の初期における経験、社会疎外、仕事、失業、社会的サポート、依存、食物、移送手段を挙げている¹¹⁾。このWHOの健康観は、医学のみならず非常に複合的な視点を持っているのは明らかである。

以上の議論を踏まえ、健康を定義する場合、依拠する学問・視点によってその定義が大きく異なるため、そもそも健康に関する一貫した定義を行うことはおよそ不可能ということになる。それ故、すべてを寄せ集めたかのようなWHOの健康に関する定義は非常に理念的であり、それを達成するのは不可能であるという批判を受けたといえる^{12,13)}。

しかしながら、健康に関する一貫した定義ができないとはいえ、労働安全衛生法第66条、労働安全衛生規則第43条から同則52条に規定されているように、事業者は事業所において、常時使用する労働者を雇い入れる際、医学的な健康診断を実施しなければならない。また、医師の診断書は各領域で重要視され、我々自身も生活する上で医学にプライオリティを置いている。このように考えると、少なくとも医学的な健康状態は、健康を考える上で非常に重要な要素になっている。他方、我々は日々の生活において自己主体を確立し、役割を持ち、人間が本来持つ、生きて行くための力を持っている状態も非常に重要であると、一般的に考えているのではなからうか。

つまり、我々は医学的な健康状態と非医学的な社会福祉学的な健康状態が良好であることが理想であるとして、日々の生活を送っていると考えられる。そこで本稿は、健康とは健康とされる様々な要素の総和であると考え、特に、健康状態を、医学的に規定される健康状態と、社会福祉学的に規定される健康状態との総和であるとする。ひとまず、我々はこのような総和から考える視座を医療福祉学の視点と捉えよう。なぜ、総和と考えることができるかを次節で議論しよう。

2.2. 健康の定式化 - 実現可能性と重みづけ

健康状態を、医学領域上の健康状態と社会福祉学領域上の健康状態の総和であると定義するとき、具体的に定式化する必要がある。というのも、定式化しない限り、健康状態の測定及び格差の状況を示せないからである。

ある状態とある状態の合算による指標の定式化は、社会指標では定石である。新国民生活指標や暮らしの改革指数等は、上位と下位の領域を分け、領域ごとに加重平均を算出し、最終的に指標化している。例えば国民生活指標は、「住む」、「費やす」、「働く」、「育てる」、「癒す」、「遊ぶ」、「学ぶ」、「交わる」という8つの活動領域と、「安全・安心」、「公正」、「自由」、「快適」という4つの生活評価軸を掛けあわせた計32領域から構成されている。各々の領域にはそれぞれいくつかの項目が設定されている。例えば、「癒す」×「安全・安心」領域では、「入院患者率」「生活習慣病死亡率」等の項目が設定されている。それぞれの項目は加重平均でもって指標化される。

United Nations Development Program が示す人間開発指数(HDI: Human Development Index)は、以下のような平均余命に基づく、「平均余命指数(LEI)」、識字率と初等・中等教育就学率に基づく「教育指数(EI)」、一人あたりのGDPに基づく「所得指数(GSP)」の加重平均によって指標化されている¹⁴⁾。

$$HDI = \frac{w_1 \cdot LEI + w_2 \cdot EI + w_3 \cdot GSP}{w_1 + w_2 + w_3}$$

UNDPはこの指標を用いて国別比較を行っている。しかし、各指数の構造を見れば分かるように、各国の平均値等のデータを用いているため、重みづけの算定ができず、最終的に $w = 1/3$ として計算せざるをえない。

実際、重みづけを算出するために、国民選好度調査は、各回の「選好度調査」において10の選好度項目に対する重要度順位を尋ねた調査結果の個別回答データを用い、1位に3点、2位に2点、3位に1点を与え、全回答者についてこの点数を10の選好度項目について総計している¹⁵⁾。その他の社会指標を見ると、最終的には加重平均で指標化しているが、調査項目で重みづけに関する項目がない限り重みづけが非常に困難になっている。

さて、以上のことを踏まえて、健康に関する定式化を行ってみよう。先ほど定義した健康状態を単純に指標化すると、次式ようになる。

$$H_s = \frac{W_\alpha M_s + W_\beta S W_s}{W_\alpha + W_\beta}$$

H_s : 健康状態, M_s : 医学領域上の健康状態, $S W_s$: 社会福祉学領域上の健康状態, W : それぞれの領域の重みづけ

より詳細には、各領域を標準化(z変換)した後の加重平均の総合化によって健康状態を定義することになる。また M_s や $S W_s$ は同様に、各領域内の各項目を標準化(z変換)した後、その加重平均をとる。では、重みづけをどのように算出すべきであろうか。この重みづけの算出は、そもそも、数学的なもの以上に重要な意味を持っているのではないかと考える。

人間ドックを例に考える。健康を考える時、ある地域に人間ドックを実施している病院が多数あるかどうか、そこに住む人々の健康状態を左右すると一般的には考える。しかし、実際には、人間ドックを実施している病院があるかどうかと同様に、人々が自身の健康にとって重要だとして、人間ドックを重視し受診するという意欲があるかどうかという重みづけ(重要度)が重要であると考えられる。またさらには、アクセシビリティ、時間的、経済的に実現可能かという視点も重要となる。そこで、重みづけと実現可能性を次のように定義する。

重みづけとは、健康増進に関わるある社会資源や項目を利用しようという個人の意欲、またはその重要性である。また、実現可能性とは、健康増進にかかわるある社会資源や項目が、アクセシビリティ、経済的・時間的余裕、身体的・精神的状態、知的能力等を総合的に考慮した上で利用可能かどうかである。以上を踏まえると、医学領域上の健康状態と社会福祉学領域上の健康状態は次のように定式化される。定式化においては2つの領域は同じであるため、医学領域上の健康状態(M_s)だけを示す。

$$M_s = \frac{p(ms_1) \cdot w_{\alpha 1} + p(ms_2) \cdot w_{\alpha 2} + \dots + p(ms_i) \cdot w_{\alpha i}}{w_{\alpha 1} + w_{\alpha 2} + \dots + w_{\alpha i}}$$

$p(x)$: x を行うことができる実現可能性, ms_i : 医学的な健康状態を示す個別要素

さて、この定式には非常に大きな問題が2つ含まれる。それは第1に状況・状態と行為が混在しているという点であり、第2に主観的な判断と客観的な判断が考慮されていないという点である。

第1の点から議論しよう。メタボリックシンドロームを例に考える。メタボリックシンドロームの

表1 各個別要素の具体的内容(例示)

	状態・状況	行為
医学的な健康状態を示す 個別要素	肝機能(GOT, GPT, γ -GTP), 血中脂質 (血清総コレステロール, HDL-コレステ ロール, 血清トリグリセライド)等	がん検診, 人間ドックの受診状況等
社会福祉学的な健康状態 を示す個別要素	ソーシャルサポートの有無, QOLの状況 等	ソーシャルサポートの利用等

定義は, 必須項目となる内臓脂肪蓄積のマーカーとして, 我が国では, ウエスト周囲径が男性で85cm, 女性で90cm以上を「要注意」とし, 其中で「血清脂質異常(トリグリセリド値150mg/dl以上, またはHDLコレステロール値40mg/dl未満)」「血压高値(最高血压130mmHg以上, または最低血压85mmHg以上)」「高血糖(空腹時血糖値110mg/dl)」の3項目のうち2つ以上を有する場合をメタボリックシンドロームとしている¹⁶⁾. では, このメタボリックシンドロームの実現可能性とは何を意味するのであろうか. 一方, メタボリックシンドローム予防のために定期的な健診と運動を行ったとする. 特に健診を受けることについて可能かどうかは, 実現可能性と大きく関連する.

これは医学的な側面だけでなく, 社会福祉学領域上の健康に関しても同じである. 例えば, 家族や友人の数がその人の健康を規定するとしよう. では, その家族や友人の数の実現可能性とは何を意味するのだろうか. 一方, その友人や家族に相談できるかに関する実現可能性を考えるならば, 理解可能である. 以上のように考えると, その人の状態・状況に関しては実現可能性が意味をなさない一方で, ある行為に関しては実現可能性が意味をなすといえよう.

第2に, 実現可能性, 重みづけには主観的な判断と, 客観的な第3者からの判断という2つのレベルが存在する. 例えばある高齢者がある社会福祉サービスの利用を希望していても, 本人が一方向的に不可能だと判断している場合を想定しよう. 一方, 介護支援専門員は介護保険を利用さえすれば利用可能になると判断しているとする. この状況は, サービスは利用不可能だという高齢者本人の主観的な判断と, 専門家によるサービスは利用可能であるという客観的な判断の間の食い違いと理解できよう.

以上の議論をすべて踏まえると, 医学領域上の健

康状態と社会福祉学領域上の健康状態は最終的には以下のように定式化される. 定式化においては2つの領域は同じであるため, 医学領域上の健康状態(MS)だけを示す.

$$MS = \frac{\sum(ms_{si} \cdot w_{s\alpha i} \cdot w_{s\beta i})}{\sum(w_{s\alpha i} \cdot w_{s\beta i})} + \frac{\sum\{p(ms_{ai}) \cdot w_{a\alpha i} \cdot w_{a\beta i}\}}{\sum(w_{a\alpha i} \cdot w_{a\beta i})}$$

ms_s : 医学的健康状態を示す個別要素(状態・状況), ms_a : 医学的健康状態を示す個別要素(行為), $w_{s\alpha}$: 医学的健康状態(状態・状況)に対する主観的重みづけ, $w_{s\beta}$: 医学的健康状態(状態・状況)に対する客観的重みづけ, $w_{a\alpha}$: 医学的健康状態(行為)に対する主観的重みづけ, $w_{a\beta}$: 医学的健康状態(行為)に対する客観的重みづけ

では, 具体的にそれぞれの健康状態を示す個別要素とは何だろうか. それぞれを例示する.

表1を見るだけでも分かるように, 実現可能性を考慮した加重平均から健康状態を測定するのは容易ではない. 第1に, 社会調査の性質上, 「医学的な健康状態を示す個別要素(状態・状況)」が詳細に分かる保証はなく, 第2に, すべての要素に関する客観的重みづけが測定できない, 第3に各要素を確定すること自体が困難だからである. 以上のことから考えると, 本稿で示したような形式で健康状態を完全に測定することは非常に困難ということになる.

しかしながら, これは健康状態を示し, その格差を見ること自体が困難ということのみを示しているにすぎない. 本稿では, 健康状態の定量化のみが, 格差を考える上での最終的な目的ではないと考える. というのも, 各要素の重みづけや実現可能性そのものに構造的な格差があると考えているからである. この点は非常に重要であり, 健康格差を考える上での新しい視点を提供するのではないかと考

える。

ではそもそも本稿が考える健康格差とは何か。次節で議論しよう。

3. 健康格差の定義

3.1. 格差の定義

健康格差とは何かを考える前に、まず格差とは何かを明確にする必要がある。比較的、格差を研究対象としてきた経済学や社会学では、格差を以下のように説明している。

経済学の一分野では、所得分布に着目しジニ係数といった経済指標から経済格差を明らかにする。ジニ係数は、0から1の範囲をとり、0が完全平等になる。例えば、『平成17年度所得再配分調査報告書』では、当初所得のジニ係数を、当初所得から再配分所得のジニ係数を引いたもので割り、100をかけ、それをジニ係数の改善度として指標化している。再配分所得とは、まず当初所得に社会保障給付金を加え、社会保険料を控除する(当初所得 + 社会保障給付金 - 社会保険料)。次に、そこから税金を引き、可処分所得を求め、更に現物給付を足しあわせる。その結果得られたものが再配分所得である。この当初所得のジニ係数と、再配分所得のジニ係数との比較がジニ係数の改善度である。

表2から明らかなことは、第1に調査年ごとに当初所得、再配分所得共にジニ係数が上がっており所得格差が広がっている。第2にジニ係数の改善度を

見ると、近年になるにつれて改善度が上がっている。以上、2点から所得格差は広がっているが、その一方で、その格差是正のための社会保険料の控除や税金の優遇等による所得再配分が有効に機能しているといえよう。

このように考えると、経済学の範疇では、当初所得の差はどうしようもないが、それを前提とした上で、階層に合わせた所得の再配分を社会保障上、どのように行うかというのが重要な視点の1つになっているといえる。

社会学では、コミュニケーション論の視点や¹⁷⁾、ジェンダー、職業問題という視点¹⁸⁾、階層という視点から、より包括的に階層等の状況を分析し、格差の再生産を明らかにする。例えば1955年から10年ごとに行われているSSM調査の中の1つに、世代間の開放性・閉鎖性といった視点から、日本社会が属性主義傾向か業績主義傾向なのかを明らかにする継続的な分析がある。

開放性・閉鎖性はオッズ比に基づく指標であり、親の職業に関して、その子どもが親と同じ職業に就きやすいかどうかを測るものである。親の影響がない場合は1となり、親と同じ職業になりやすいとき、1より大きくなる。つまりオッズ比を比較し、数値が上がっている場合は、社会の閉鎖性が高まって状況を示唆し、下がっている場合は社会の開放性が高まっている状況を示唆する。佐藤によれば、近年、ホワイトカラー雇用上層の固定化が急速に進み、親

表2 ジニ係数の改善度

調査年	ジニ係数				ジニ係数の改善度		
	当初所得 ①	①+社会保障給付金-社会保険料 ②	可処分所得(②-税金) ③	再配分所得(③+現物給付) ④	再分配による改善度 *1	社会保障による改善度 *2	税による改善度 *3
平成5年	0.4394	0.3887	0.3693	0.3645	17.0%	12.7%	5.0%
平成8年	0.4412	0.3798	0.3660	0.3606	18.3%	15.2%	3.6%
平成11年	0.4720	0.4001	0.3884	0.3814	19.2%	16.8%	2.9%
平成14年	0.4983	0.3989	0.3854	0.3812	23.5%	20.8%	3.4%
平成17年	0.5263	0.1059	0.3930	0.3873	26.4%	24.0%	3.2%

*1 再分配による改善度 = $1 - ④ / ①$

*2 社会保障による改善度 = $1 - ② / ① \times ④ / ③$

*3 税による改善度 = $1 - ③ / ②$

注：平成11年以前の現物給付は医療のみであり、平成14年以降については医療、介護、保育である。

平成17年所得再配分調査報告書、表2「所得再配分による所得格差是正効果(ジニ係数)」より引用

がエリート層でなければ、子どもはエリートになれないという傾向が強まっている¹⁹⁾。

SSM 調査の分析についてもう少し詳しく見てみよう。SSM 調査の調査項目の1つに、資源の分配に関して、努力、必要、実績、平等という4つ原理のうち、我々がどれを一番支持しているのかに関する分析がある。高坂によると、1995年のSSM 調査から、人々は、不平等や「格差」を再生産する可能性のある努力と実績を重視し、平等原理に支えられる必要や平等についてはほとんど重きを置いていない²⁰⁾。

以上から、経済学や社会学は、階層差に伴う所得の差は当然であり、またそのような階層の再生産を是正することは困難であることが、他の格差を生じさせると考えているといえよう。ここから、格差は本人の自己責任を超えた、その他の社会的要因によって生じた階層に起因する差である理解できるのではないだろうか。

では「格差」と「差」はどのように理解されるのであろうか。特に、マスコミの格差に関する言説を見ると、この差異はきわめて曖昧になっている。例えば、国民健康保険料に関する次の記事はどのように理解するのだろうか。

国民健康保険の……被保険者資格証明書について……政令市では、06年度の保険料滞納世帯に対する交付世帯の割合に2～40%と格差のあることが分かった²¹⁾。

この記事の「格差」を「差」に置換したとしても文章の意味は特に変化しないだろう。では、「格差」と「差」の違いは何か。

例えば隣の自治体は、国民健康保険料が100円高いという時の差は、確かにそれは市民一人一人の責任に還元されないが、必ずしもこのような差を持って格差があるとはしない。また例えば何かに関して性別の違いがあると統計学的に認められることから、ただちに性別間に格差があるという議論にはならないのではないかと。

しかしながら、性別によって「大きく」賃金に差があるといわれるとき、それは性別間に賃金格差があるといわれる。では、「差」と「格差」とは何が異なるのであろうか。まず「差」は「格差」の必要条件であるが、十分条件ではないという点であろう。それ以外には、相対的に、ある一定以上の「差」を超えたとき「差」は「格差」になるとしかいえないのではないかと。換言すれば社会の格差観に照らし合わせ、それに適合すれば「差」は「格差」になるといえる。以上から、本稿は次のように格差を定義する。

つまり「格差とは、本人の自己責任を超えた、その他の社会的要因によって生じた属性に起因する、社会的に許容される一定の範囲を超えた差である」と。

3.2. 健康格差・Health Esteem の定義と健康格差を分析するための視点

3.2.1. 健康格差の定義

先の格差の定義を引用して考えると、「健康格差とは、本人の自己責任を超えた、その他の社会的要因によって生じた属性に起因する、社会的に許容される一定の範囲を超えた健康に関する差である」。

これを前提に考えると、先ほど2.2の定式化の議論で用いた H_s , M_s , SW_s の差が格差と関連する。しかしながら2.2の最後で指摘したように、本稿では、それだけでは健康格差を十分に捉えきれないと思う。というのも、実現可能性 (p) と重みづけ (w) そのものに何かしらの格差があるからである。実現可能性は、先の定義の中でも特に経済的余裕に注視すると、経済格差をそのまま反映する。では重みづけはどうなるのか。

3.2.2. 健康への有意味感

—健康自尊意識 (HE)

重みづけとは、そもそも社会資源を利用することや医学的な検査等を受けることが重要であり、それらを利用しようとする意欲の度合いである。例えば定期健診は、事業所等での法令上の強制的な受診を除き、それ以外の受診に関してはそれが有意味であると人が判断したときに初めて健診への意欲が高まると考えられる。

この健康に関する有意味性を明確するために、健康生成論を取り上げよう。「健康生成モデル (salutogenic model)」はアントノフスキーが提唱したモデルである。このモデルでは、旧来の「人々はなぜ病気になるのか、人々はなぜ疾病と分類される状態になるのかを説明しようとする」病理志向 (pathological orientation) ではない。それは「人々はなぜ健康 (health-ease) と健康破綻 (dis-ease) を両極とする健康—健康破綻の連続体 (health ease / dis-ease continuum) 上の望ましい極、つまり健康の極側にいられるのか、あるいは、ある時点でたとえどこに位置していようとも、人々はなぜ健康の極側に移動してしまうのかという問い」を前提にするような、健康生成志向 (salutogenic orientation) を前提にしているモデルである²²⁾。

健康生成モデルでは、すべての人は、健康—健康破綻の連続体の中のどこかに位置づけられる。そして人々は、「ストレッサー」という健康破綻側、つ

まり病気側に人を押し流す原因となり得る数々のリスクファクターの中で生活しているが、数々のストレスラーに出会うことで「緊張(tension)」が生じる。その「緊張の処理(management)」に失敗したとき、初めて病気側に移る、というのがアントロフスキーの考えである。

では、どの程度の人が、緊張の処理に失敗するのだろうか。また、どのようにすれば、緊張の処理を十分にできるのか。これに対して、アントロフスキーは、健康側の人間は、多様なリスクファクターに面しながらも処理ができる強力な健康生成力を持っていると考える。そして、その強力な健康生成力を持っている人は、「汎抵抗資源」(Generalized Resistance Resources)と「首尾一貫感覚」(SOC: Sense of Coherence)を持っているとし、実証的に解明したのである。汎抵抗資源とは、首尾一貫感覚を強化するための多様なストレスラーに対応するための様々な資源のことであり、資金、知識、ソーシャルサポート、文化的な安定性などを意味している。

アントロフスキーによると、SOCは把握可能感(comprehensibility)、処理可能感(manageability)、有意味感(meaningfulness)から構成されている。把握可能感とは、自分自身や環境におきている出来事を把握できるという感覚である。処理可能感とは、配偶者、友人などの協力や支援を受けながらも人生における出来事が対処可能であるという感覚である。そして有意味感とは、人生が有意味であるという感覚である。

本稿は、まさしく健康に対する把握可能感、処理可能感、有意味感が、最終的には、ある社会資源を利用することや医学的な検査等を受けることが重要であるとする度合いを決定すると考えたい。そこで本稿は、健康自尊意識(HE: Health Esteem)という概念を提唱する。

HEはSOCと異なり、自身の健康全体に関する把握可能感、処理可能感、有意味感ではなく、社会資源や健診といった具体的な対象に対する意識である。つまりHEは自身の健康が有意味であり、資源を用いてそれを意欲的に維持、増進させようとする意識であると定義できる。そして、HEが高い人は、人生において有意味とする行為及びモノが多数あるということであり、それが健康増進と結びつくとき、それは結果においてその人を健康に推進させると考えたい。

本稿は、HEが、単なる動機や意欲という側面だけをさしているのではないと考える。本稿が考えるHEには健康に関するリテラシーをはじめ、健康という側面で自己を反省し、理想的な健康状態にむけ

て生活を行おうという意識等、すべてを包含している。まさしくHEとは、自身の健康に関して多数の要素を有意味であると捉えることができる意識なのである。

3.2.3. 新たな健康格差論と医療福祉学に基づく格差是正

これまでの健康格差に関する研究を見ると、例えば近藤は健康格差の実例として高齢者に関する健康を挙げている。近藤の調査によれば、低所得層は高所得層に比べておよそ5倍もうつ状態が多い²³⁾。ここから近藤は、階層による健康格差を議論する。たとえば国立がんセンターがん対策情報センターは、都道府県別のSMR(標準化死亡比)を出しているが²⁴⁾、相田はこのSMRが健康格差の一例であると²⁵⁾する。

このような研究は非常に重要ではあるが、本稿が先の議論で明らかにしたように、健康格差を分析するに当たり、実現可能性やHEという視点を忘れることはできない。というのも、この視点を持つことで新たな健康格差論を展開できるのみならず、医療福祉学の視点から格差是正を考えることができると考えるからである。図1を見てみよう。

図1は、健康増進に関するHEと実現可能性が高い場合(+)と低い場合(-)との組み合わせを示した。実現可能性とHEが高い場合(健康促進型)は、例えば定期健診に行くことが可能であり、かつ有意味感と意欲が高く、自らの健康を促進すると考えられる。実現可能性とHEが低い場合(健康減退型)は、例えば定期健診に行くことが不可能であり、かつ有意味感と意欲が低く、自らの健康を後退させると考えられる。実現可能性が高いが、HEが低い場合(意欲欠乏型)は、例えば定期健診に行くことは可能だが、有意味感と意欲が低く、場合によっては健康が後退する可能性があると考えられる。実現可能性が低いが、HEが高い場合(手段欠乏型)は、例えば定期健診に行くことは不可能だが、有意味感と意欲が高く、同じく場合によっては健康が後退する可能性があると考えられる。

これらを様々な問題を個人に還元する医学モデルと、社会に還元する社会モデルを統合する医療福祉の視点から分析してみよう²⁶⁾。意欲欠乏型は、医学モデル上の問題であり医学上の問題であると捉えることができる。また、手段欠乏型は、社会モデル上の問題であり、社会福祉学の問題であると捉えることができる。

しかし、この動機や能力を個人の側面のみ還元するという視点は不十分である。例えば健康診断の

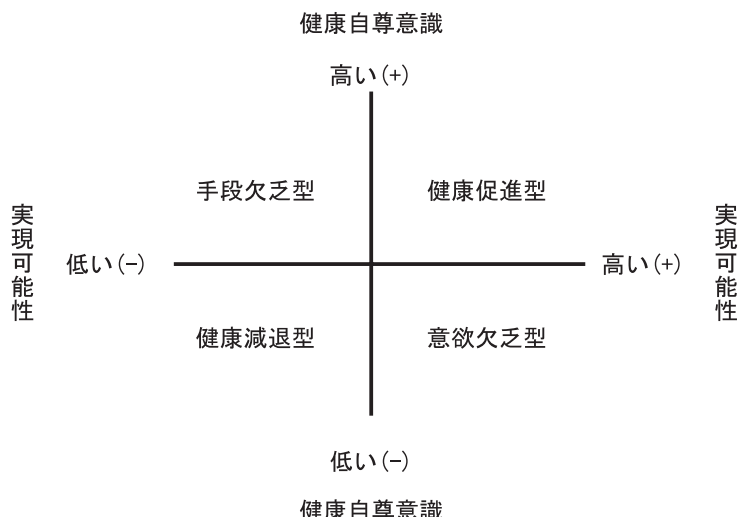


図1 健康増進に関する HE と実現可能性

受診という行動は、本当に個人の動機という側面のみで説明できるのであろうか。これに関する調査研究として、内閣府は「国民生活基礎調査」のデータを用いて、1995年、1998年は所得が高い、あるいは低いほど（健康診断を）受診する傾向があるとしている²⁷⁾。また健康に関するものではないが、苅谷は、学力や学習意欲の低下を単なる平均水準の低下ではなく、親の職業や学歴といった教育階層がもたらす格差の拡大を伴っているとした²⁸⁾。以上の2つの分析を見るだけでも、動機や意欲が個人の属性に規定される可能性を示しうる。

つまり意欲は必ずしも個人の問題のみに還元されるものではなく、社会階層をはじめ何かしらの構造の影響を受けた格差を内包している可能性がある。このように考えると、意欲欠乏型といえども社会モデル上の社会福祉学の問題であると捉えざるをえない。

但し、近藤らはSOCが喫煙といった生活習慣をはじめ、高齢者抑うつ尺度（GDS）や主観的健康観

（SRH）という健康指標と強く関連しているとしているが、SOCと社会経済的地位との関連は明らかにしていない²⁹⁾。確かに、岩井・山崎が指摘しているように尺度が日本文化に適応的でないともいえる³⁰⁾。ここで明らかなのは、SOCという把握可能感、処理可能感、有意味感は、必ずしも構造的な格差を内包していないということである。もし格差を内包していないのであればそれは個人の資質に還元される。以上から考えると、HEは図2のように示すことができる。

図2が示しているのは、HEが個人の資質と構造的なものの2つから影響を受けるということ、特に後者に健康格差の可能性が内包しているということである。まず我々は、HEがどの状況にあるのかを明確化する作業からはじめる必要があるのではないか。つまり我々は、どの要素が格差であるのかを精査する必要があるといえる。その結果、医学モデルで解消されるのか、社会モデルで解消されるのかを

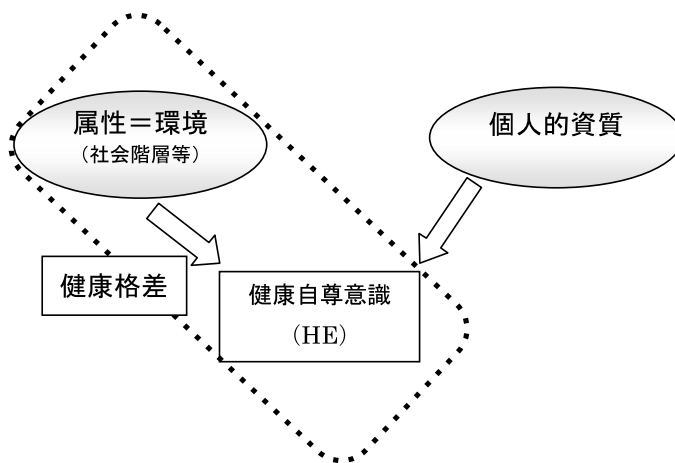


図2 健康格差と HE

選択することになるであろう。そして、この分析から選択に到るまでの科学的な分析こそが、医療福祉を前提とする医療福祉学というディシプリンであると本稿は考える。

4. 結論

本稿では、まず健康格差を「本人の自己責任を超えた、その他の社会的要因によって生じた属性に起因する、社会的に許容される一定の範囲を超えた健康に関する差である」とし健康の定式化を試みた。しかしながら、社会調査の性質上、医学的な健康状態、客観的重みづけが測定できないため、健康状態を定量的に扱うことは非常に困難であるが、その定式化の中で用いた実現可能性や重みづけは健康格差の重要な要素であることを明らかにした。

本稿では、ある要素に対する重みづけが高いとい

うことは、HE(Health Esteem)という健康自尊意識が高いと考えた。HEとは、自身の健康を有意味であると捉えることができる意識である。HEは同じく個人の責任を超えた構造の影響を受けると同時に、個人の資質にも影響されている。医療福祉学の視点から健康格差を考えると、まず我々はHEのどの側面が格差であり、また個人の資質の問題なのかを精査する必要がある。

本稿は、健康格差を考えていく上でのフレームワークを提示したにすぎない。今後、実証的な研究が望まれる。

* 本研究は川崎医療福祉大学平成19年度医療福祉研究費「医療福祉学に基づく健康格差の実証的研究」の補助を受けている。

文 献

- 1) Marmot M and Wilkinson RG : *Social determinants of health* , Oxford University Press , Oxford , 2 , 2003 .
- 2) Kawachi I , Kennedy BP and Wilkinson RG : *Income inequality and health The Society and Population Health Reader* , The New Press , New York , 1999 .
- 3) 山田昌弘 : 新平等社会 , 第1版 , 文芸春秋 , 東京 , 14-15 , 2006 .
- 4) Antonovsky A : *Health , stress and coping* . Jossey-Bass , San Francisco , 1979 .
- 5) 近藤克則 : 健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか , 第1版 , 医学書院 , 東京 , 104-119 , 2005 .
- 6) 厚生省大臣官房国際課・厚生科学課 : WHO 憲章における「健康」の定義の改正案について : 1999年3月19日付厚生省報道発表資料 , 1999 .
- 7) 道中隆 : 保護受給層の貧困の様相 —保護受給世帯における貧困の固定化と世代的連鎖— , 生活経済政策 , 127 , 14-20 , 2007 .
- 8) 根本嘉昭 : 自殺予防における援助機関のあり方に関する研究 , 平成17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 , <http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/ueda17/ueda17-11.pdf> , 2005 .
- 9) Caplan G : *Support systems and community mental health* , Behavioral Publications , New York , 1-40 , 1974 .
- 10) Cobb S : Social support as a moderator of life stress , *Psychosomatic Medicine* , 38 , 300-314 , 1976 .
- 11) Marmot M and Wilkinson RG eds : *ibid* .
- 12) Callahan D : The WHO definition of health . In Beauchamp T and Walters L eds , *Contemporary issues in bioethics* , Wadsworth Publishing Company , California , 90-95 , 1978 .
- 13) Noack H : Concepts of health and health Promotion . In Abelin T . Brzezinski ZJ and Carstairs VDL eds , *Measurement in health promotion and protection* , WHO , 5-28 , 1987 .
- 14) United Nations Development Program : *Human Development report 2003* , Oxford University Press , Oxford , 1-368 , 2003 .
- 15) 国民生活審議会総合企画部会 : 暮らし指数検討委員会報告書 , <http://www5.cao.go.jp/seikatsu/shingikai/kikaku/kurashishisuu/houkoku/houkokusyo.html> , 2002 .
- 16) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会 : メタボリックシンドロームの定義と診断基準 . 日本内科学会雑誌 , 94 (4) , 794-809 , 2005 .
- 17) 山田昌弘 , 伊藤守 : 格差社会スパイラル , 第1版 , 大和書房 , 東京 , 1-236 , 2007 .
- 18) 樋口美雄 , 財務省財務総合政策研究所 : 日本の所得格差と社会階層 , 日本評論社 , 東京 , 1-2 , 2003 .
- 19) 佐藤俊樹 : 不平等社会日本—さよなら総中流 , 中公新書 , 東京 , 1-208 , 2000 .

- 20) 高坂健次：社会階層から見た戦後社会の社会変動，関西学院大学社会学部紀要，84，209-220，2000．
- 21) 読売新聞：2007年9月16日付．
- 22) アントノフスキー A：健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム，山崎喜比古，吉井清子 監訳，有信堂，東京，3-18，2001．
- 23) 近藤克則：処方のために何が必要か．保健師ジャーナル，62(10)，854-859，2006．
- 24) 国立がんセンターがん対策情報センター：がん統計都道府県比較 標準化死亡比(SMR)日本地図，
<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/pub/todofuken01.html>，2006．
- 25) 相田潤：歯科領域に見られる健康格差とヘルスプロモーション，NPO 法人日本むし歯予防フッ素推進会議研修セミナー資料，<http://www.nponitif.jp/070902seminarslide.ppt>，2007．
- 26) 岡田喜篤：医療福祉学の展望，川崎医療福祉学会誌増刊号，7-16，2007．
- 27) 内閣府：医療保険制度と年齢階層別に見た受診行動 <http://www5.cao.go.jp/keizai3/2006/0623seisakukoka20-3.pdf>，2006．
- 28) 苅谷剛彦：階層化日本と教育危機 不平等再生産から意欲格差社会へ，第1版，有信堂高文社，東京，176-184，2001．
- 29) 近藤克則編：検証「健康格差社会」，第1版，医学書院，東京，2007．
- 30) 岩井淳，山崎喜比古：健康生成モデルと中心概念 'Sense of Coherence'，保健医療社会学論集，8，54-61，1997．

(平成19年11月15日受理)

A Study on Inequalities in Health Based on Medical Welfare (1) — Toward the Construction of Health Esteem —

Shinji INOUE, Yukitaka MATSUMIYA, Tadakazu KUMAGAI and Takanori OGAWA

(Accepted Nov. 15, 2007)

Key words : Medical Welfare, Inequalities in Health, Health Esteem

Abstract

The purpose of this article is to insist on an antithesis against the ongoing situation where the term "inequalities in health" is used too lightly and to make clear that "inequalities in health" is the difference of the availability of the resources related to health improvement and the weight placed on the importance of the resource. We would like to advocate a new concept "Health Esteem (HE)" for such a situation. In this article we define inequalities in health as "difference related to health beyond a certain category socially accepted and attributed to the qualities of social properties other than a person's self-responsibility" and try to formulate health from the viewpoint of medical welfare. However, it is very difficult to handle health situation quantitatively because of a lack of measurement of medical health status and objective weight owing to the nature of social research. Here we regard availability and weight used in this formulation as important elements of inequalities in health rather than measurement of health status. We consider that high weight on resources means high HE. HE means sense to perceive one's health as important. HE is affected by qualities of the individual as well as structures beyond his/her own responsibility.

Correspondence to : Shinji INOUE

Department of Social Work, Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-Mail: inoshin@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.17, No.2, 2008 303-312)