服部真理事の

（金沢市・産業医療科）

公衆衛生

第12回 社会的要因が健康を決定する仕組み1

これまで貧困やさまざまな社会的要因が、健康を決定している事実を示してきました。読者の方から、「社会的要因が重要だということはよく分かったが、それらが健康を左右するメカニズムについて知りたい」という質問をいただきました。

社会的要因が健康を左右する6つのメカニズム

私は社会的要因が健康を左右する機序として以下の6つがあると考えています。

①貧困や社会的格差は危険行為や有害環境への接近を強いる
②貧困や社会的格差は不健康な生活習慣を生む
③貧困や社会的格差は保健・医療の格差をもたらす
④貧困や社会的格差はストレス要因となり、心身の緊張状態を引き起こす
⑤貧困や社会的格差は、ストレスや緊張を処理し、健康問題を改善する力を弱める
⑥貧困や社会的格差は世代を超えて、健康への悪影響を拡大させる

このうち、今月は①～③について説明します。

①貧困や社会的格差は危険行為や有害環境への接近を強いる

第一には、貧困や社会的に不利な立場に生まれ育った者は、生活するために危険な行為や有害な環境に接近せざるを得ない、有害環境から抜け出せない状況があります。

どの国で生まれたかは、寿命を決める最大要因です。世界中で毎年三百二十万人が死産、四百万人が生後一カ月以内に死亡していますが、これらの九九パーセントを発展途上国が占めています。最貧国では、出生児の二～三割が五歳まで生きられず、小児死亡の約半数は母子の栄養不良が原因です（G8サミットへの提言「母子の健康の推進」http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-s2j.pdf）。

『ルポ・貧困大国アメリカ』（堤未果）によれば、米国では貧困世帯の若者が、大学進学のための奨学金や家族の医療保険加入のために州兵や民間警備会社に志願し、イラクやアフガニスタンなどの前線に派遣されています。イラク戦争では四千人以上の米兵と一千人以上の米警備会社員が死亡し、戦時体験により精神疾患（PTSD）に至る者が年間一万人に及んでいます。

日本でも、学歴が低い者ほど、死亡リスク、特に、外因死が多く、これは労災、交通事故、自殺などの多発が原因です（図1）。

本紙十月号で紹介した都市の死亡率格差でも、失業率、住宅の狭さ、生活保護率など貧困に関係する要因と犯罪率や自殺率が密接に関連していました。

労働災害死傷者数は五十人未満の事業場で全体の三分の二、三百人未満の事業場で九割以上を占めています。三十人未満の事業場の労災発生率は一千人以上の事業場の約四倍です。危険作業を小規模の会社に外注したり下請けさせたりしているため、小規模事業所ほど危険業務が多いことに加えて、小規模事業所では安全設備、安全衛生教育も不十分なためです。

病死も低学歴者に多いのですが、その最大理由は職業の違いです。病死リスクが高い農林漁業、建設作業などの労務作業は低学歴者が多く、リスクが低い管理職、専門職、事務職は高学歴者が多いため、職業を調整すると、学歴による病死リスクの差はなくなります（JPHC研究の成果 http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/332.html）。

私は、医師になって三年目の一九八一年に水俣へ行き、水俣病の患者さん宅を往診してきました。漁村で親が病弱や貧しい家庭では、湾外に出て漁ができないため、有機水銀に汚染された湾内の魚や浜に打ち上げられた魚を食べていたと聞きました。地域全体の公害といえども、貧困者や病弱者ほど汚染を受けやすく、強い被害を受けているのです。

阪神大震災やハリケーンカトリーナなどの自然災害でも、古い木造住宅や貧困地域に被害が集中しています。

夏の猛暑や厳冬期には、ホームレスの方はもちろん、貧困世帯では冷暖房環境が不十分なために、熱中症や低体温で亡くなる方が大勢います。

②貧困や社会的格差は不健康な生活習慣を生む

第二には、貧困や社会的格差が、家庭や学校などでの教育の格差を通じて健康的な生活習慣を取得する機会を損なわせ、さらには心理的緊張を介して依存症としての不健康習慣を増加させます（本紙九月号の図5）。

二〇〇一年国民生活基礎調査からも、世帯収入による健康習慣の格差は明らかです（図2、Fukuda et al. BMC Public Health 2005, 5 : 53）。

③貧困や社会的格差は保健・医療の格差をもたらす

米国で医療費の自己負担率を無作為に割り付けたRAND医療保険実験では、自己負担がない場合の受診回数が年四・六回であるのに対し、二五％負担では三・三回と、自己負担が増加するに従って減少しました。特に、低所得者層の歯科と小児科で自己負担による受診抑制が顕著で、成人では高血圧の管理が悪化しました（http://medical.nikkeibp. co.jp/leaf/mem/pub/blog/kurofunet/snagamatsu/201011/517512.html）。

日本のAGES研究（http://cws.umin.jp/）で、「教育年数十三年以上」の高齢者は、「教育年数六年未満」の高齢者よりも健診受診率が男性で二・四倍、女性で一・七倍高いという格差を認めました。また、受診を控える割合は、高所得者の八・三％に対し低所得者は一二・〇％と高く、特に、七十歳未満で低所得者の受診抑制が顕著でした。

労働者でも、事業所規模による健診受診率格差があります。法的義務のある事業所健診実施率は百人以上の事業所では九〇％以上ですが、一～九人の事業場では五四％でした（平成十六年度小規模事業場の産業保健活動に対するニーズ調査）。

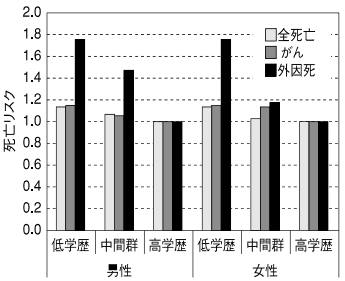
自営業者の団体である全商連会員の健診受診率は二割程度といわれています。

大阪市内で粉じんや有機溶剤などの有害作業のある五十人未満の小規模事業場を対象とした調査で、法的義務のある特殊健診は約二〇％、作業環境測定は約一〇％しか実施されていませんでした（小規模事業所における総合的健康管理の方策に関する調査研究報告書 http/geminizsisz.or.jp/investi gation/investigation01/kako/houkokusyo 01.html）。

先日お会いしたタクシー運転手の方は、五十歳代で血圧が百八十以上／百十以上（未治療）でした。治療するよう一生懸命説得しましたが、最後は「金が無く、保険に入っていない」でした。毎日深夜に十二時間余り車に乗っても、年収が二百万円という現実を聞かされました。ワーキングプアの受診抑制は深刻です。

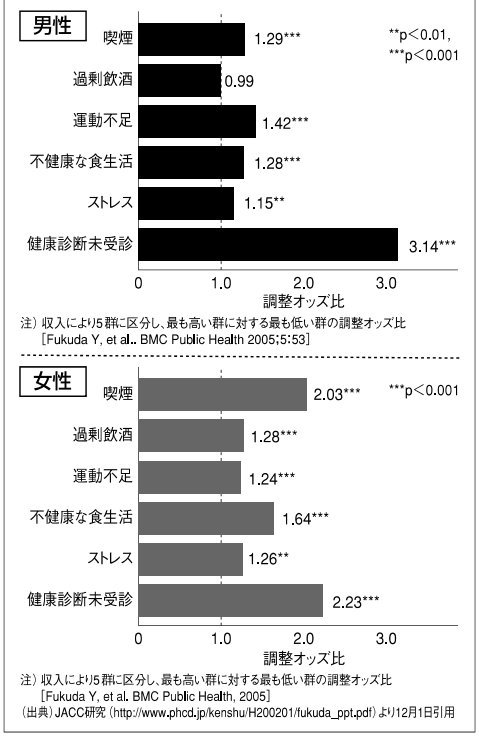
（次号に続く）

図1　学齢と死亡リスクの関連



（出典）JACC研究（http://www.aichi-med-u.ac.jp/jacc/reports/fujino3/index.html）の成果より、11月24日引用

図2　世帯収入と健康リスク行動



注）収入により5群に区分し、最も高い群に対する最も低い群の調整オッズ比
［Fukuda Y, et al.. BMC Public Health 2005;5:53］

注）収入により5群に区分し、最も高い群に対する最も低い群の調整オッズ比
［Fukuda Y, et al. BMC Public Health, 2005］
（出典）JACC研究（http://www.phcd.jp/kenshu/H200201/fukuda_ppt.pdf）より12月1日引用