

社会環境の整備・健康格差の縮小に関する検討
ー日本における健康格差対策を推進するための健康格差モニタリングー

研究分担者 田淵 貴大 大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部・特別研究員

研究要旨

日本のヘルスプロモーション政策である「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」は、2024年度に第三次計画を迎える。健康日本21（第三次）では、健康寿命の延伸をめざすと同時に、社会環境の質の向上等を通じて、各生活習慣等についての格差を縮小することで、健康寿命の地域格差（健康格差）の縮小を目指している。本稿では、ヘルスプロモーション政策における健康格差対策として求められるものについて言及し、これからの日本の健康格差対策に必要なアクションプランとしての健康格差のモニタリングについて論じる。

健康日本21（第三次）の目標設定においては、健康日本21（第二次）より目標として掲げられている健康寿命の格差の縮小に加えて、各生活習慣の格差の縮小が取り上げられている。都道府県の役割として、区域内の市区町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握を行い、地域間の健康格差の是正に向けた取組の促進についても触れられている。

これまで日本の公的統計を使用した研究の結果から、栄養摂取状況や肥満率、喫煙率、循環器疾患の危険因子の保有状況、歯科保健領域などについて、社会経済状況の違いによる健康格差が報告されてきている。しかし、健康格差を縮小させるための実践的かつ公的な取り組みは乏しく、現状の日本における健康格差対策の立ち位置は、どのような健康格差が存在するのかを「見える化」すること（健康格差モニタリング）が求められている段階にある。

日本の公的統計を活用して、喫煙やがん、歯の健康に関する健康格差モニタリングが可能である。健康日本21におけるアクションプランとして、まずは公開されている公的統計データソースを用いて健康格差を多角的な視点から「見える化」すること、そして、都道府県格差のみならず市区町村別の格差をモニタリングすることに政府や地方自治体、研究者が一丸となって取り組むことで、実態に即した健康格差対策の議論に結びつくことが期待される。

研究協力者

高田 碧 大阪健康安全基盤研究所・公衆衛生
部疫学解析研究課

各生活習慣等についての格差を縮小することで、健康寿命の地域格差（健康格差）の縮小を目指している(1)。

本稿では、ヘルスプロモーション政策における健康格差対策として求められるものについて言及し、これからの日本の健康格差対策に必要なアクションプランとしての健康格差のモニタリングについて論じる。

（倫理面への配慮）

本研究に関して倫理的な問題はなく、本研究

A. 研究目的 及び B. 研究方法

日本のヘルスプロモーション政策である「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」は、2024年度に第三次計画を迎える。健康日本21（第三次）では、健康寿命の延伸をめざすと同時に、社会環境の質の向上等を通じて、

に関連し開示すべき企業・組織および団体等はない。

C. 研究結果 及び D. 考 察

■ 日本のヘルスプロモーション政策の変遷と健康格差対策

日本における健康増進に係る取り組みとして、1978年以降、「国民健康づくり対策」が累次展開されてきた。地域に密着した保健サービスの提供体制を整備した第1次国民健康づくり対策、運動習慣からの健康づくりに重点を置いた第2次国民健康づくり対策（1988年～）に続いて、2000年に始まった第3次国民健康づくり対策では、戦略的なヘルスプロモーション活動、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が開始された(2)。

健康日本21は、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、タバコ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんという健康にまつわる9つの分野について、具体的な数値目標を定め、国と自治体それぞれがモニタリングと評価を実施する活動である(1)。第一次健康日本21では、一次予防の重視を基本方針とし、2013年から始まった第二次健康日本21（第4次国民健康づくり対策）では、少子高齢化や健康格差の拡大といった社会情勢を鑑みて、「健康格差の縮小」が目標に加わり、それを達成するための手段として「健康を支え、守るための社会環境の整備」が掲げられた。健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の違いと定義される(1)。第二次健康日本21では、ヘルスプロモーションを推進する上で、最も重要な指標は健康寿命であるという視点から、地域格差に焦点を置き、「日常生活に制限のない期間（＝健康寿命）の平均的都道府県格差の縮小」を目指した。

これまでのヘルスプロモーション政策の流れを受け、2024年より、第5次国民健康づくり対策として、健康日本21（第三次）が始まる。健康日本21（第三次）の目標設定においては、

第二次健康日本21より目標として掲げられている健康寿命の格差の縮小に加えて、各生活習慣の格差の縮小が取り上げられている。また、都道府県の役割として、区域内の市区町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握を行い、地域間の健康格差の是正に向けた取組の促進についても触れられており、より多角的な視点を導入した健康格差対策がうたわれている(1)。

■ 第二次健康日本21における健康格差のモニタリング

「健康寿命（日常生活に制限のない期間）の平均的都道府県格差の縮小」を目標に掲げた第二次健康日本21における健康格差モニタリングとして、「健康寿命の最も長い県と最も短い県の差」に関して、ベースラインの2010年から直近値の2019年にかけて、男性では2.79年から2.33年へと縮小したが、女性では2.95年から3.90年へと拡大した(3)。この健康寿命の都道府県間差の変化に対し、男性は「目標に達した」ものの、女性はベースラインから「悪化した」と判断され、第二次健康日本21における健康格差に関する最終評価は、ベースラインから「変わらない」と評価された。

■ 今後の日本の健康格差対策において必要なもの

第二次健康日本21において、健康格差について、上記のモニタリングはなされたものの、何が都道府県間の健康寿命の違いをもたらしているのか、ひいては都道府県間の健康寿命の違いを縮めるには何をすべきかといった健康寿命の差を引き起こす要因や、健康格差を縮小させるための具体的な取組には至っていない。

また、生活習慣や喫煙率、検診・健診受診率など、健康寿命以外の観点からの健康格差の指標、都道府県格差に加えて市区町村等のより小さい単位での地域間格差、地域間の格差以外の医療保険種別や婚姻状況などの社会経済的要

因の違いによる健康格差という多角的な視点からの健康格差対策についての政策レベルでの議論は、日本では未だ発展途上にある。健康格差を縮小させるための実践的かつ公的な取り組みは乏しく、現状の日本における健康格差対策の立ち位置は、どのような健康格差が存在するのかを「見える化」すること（健康格差モニタリング）が求められている段階にある。

健康格差を「見える化」すること、すなわち、地域や社会経済的要因ごとの健康指標の違いを客観的なデータを用いてわかりやすく表現することは、健康格差対策のはじめの一歩となる。このことは、WHO による健康格差対策のための行動指針である「Closing the gap in a generation (2008)」においても、「健康格差のモニタリング」として強調されている(4)。

■ 海外における健康格差のモニタリングの取り組み

日本における健康格差のモニタリング体制のより一層の拡充をはかるために、諸外国のヘルスプロモーション政策における健康格差のモニタリング事例が参考になるものと考えられる。諸外国においては、健康格差や健康の社会的決定要因に係る多くの事実が明らかになるにつれ、社会の関心も高まり、今では政策的な対応が行われるようになってきている。ここでは、西尾ら(5)によるナラティブレビューのうち、米国と英国のヘルスプロモーション政策における健康格差対策を取り上げる。

・米国 (Healthy People) (6)

米国のヘルスプロモーション政策である Healthy People は、日本の健康日本 21 を創設する際に参考とされた活動である(6)。国民の健康を改善するために、「健康状態 (Health Conditions)」、「健康行動 (Health Behaviors)」、「集団 (Population Groups)」、「設定とシステム (Settings and Systems)」、「健康の社会的要因 (Social Determinants of Health)」の5つの分野について、「女性の乳がん検診受診率の向上、現状値 75.6%、目標値 80.3%」や「青少年および若年成人の喫煙開始をなくす、現状値 3.5%、目標値 0.0%」などの具体的な数値目標を定め、モニタリングとその評価を実施している。Healthy People の Web サイト上では、ほぼすべての分野の各目標について、地域、教育歴や世帯収入、医療保険、人種などの多様な集団ごとの数値が公開されており、誰もがアクセスすることができる。

例えば、図1の通り、健康状態 (Health Conditions) の分野に含まれる目標「成人の大腸がん検診受診率の向上」について、地域間の受診率の差以外に、世帯収入が高いほど受診率が高いこと、無保険の方よりも医療保険に加入している方のほうが受診率が高いことが明示されている(7)。

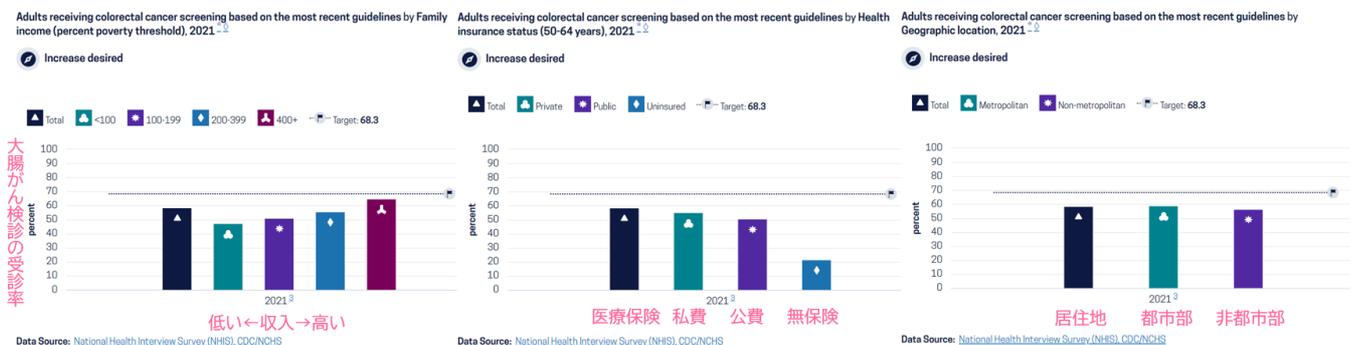


図1 米国の Healthy People における健康格差のモニタリング事例

・英国 (Public Health Outcomes Framework)
(8)

英国のヘルスプロモーション政策の1つである Public Health Outcomes Framework は、英国の保健社会福祉省の外郭機関である Public Health England が主導となり、「健康寿命の延伸」と「地域間の平均寿命と健康寿命の差の縮小」に焦点を当てたモニタリングを実施している(8)。モニタリングは、国民の健康の向上と不平等の削減を中心とした5つの分野「包括指標 (Overarching indicators)」、「健康のより広範な決定要因を改善する (Wider determinants of health)」、「健康の改善 (Health improvement)」、「健康の保護 (Health protection)」、「公衆衛生と早世の防止 (Healthcare and premature mortality)」から構成され、Public Health Outcomes Framework の Web サイト上で地域ごとにその結果が公開されている。

米国も英国も、多様な視点にもとづく健康格差のモニタリングを、国がイニシアティブをとって進めている。このように、諸外国では、健康格差のモニタリングは、一部の研究者が取り組む研究課題ではなく、政府が対策を打ち出し、多くの公衆衛生関係者が共同して行う社会政策の位置づけにある。

■ 日本国内の公的統計を用いた健康格差のモニタリングの拡充に向けて

日本においても、公的統計を使用した研究の結果から、栄養摂取状況(9)や肥満率(10)、喫煙率(11)、循環器疾患の危険因子の保有状況(12)、歯科保健領域(13)などについて、社会経済状況の違いによる健康格差が報告されてきている。

今回、日本の公的統計を使用して、健康日本21で目標を掲げる分野のうち、健康格差のモニタリングに適している分野について、健康格差対策のワーキンググループ(近藤克則先生、近藤尚己先生、相田潤先生、片野田耕太先生、西大輔先生、中谷友樹先生、伊藤ゆり先生ほか筆

者ら)にて検討した。社会経済的に恵まれた状況の者では望ましい状況が、社会経済的に不利な状況の者では望ましくない状況が見込まれ、正の関連をベースに評価できるという理由から、本稿では「タバコ(喫煙)」、「歯の健康」、「がん」の3分野に注目することとした。「アルコール(問題飲酒)」や「こころの健康づくり(メンタルヘルス)」については、収入の低い人よりも収入の高い人の方が飲酒量が多い、非管理職よりも管理職の方がうつ状態などのリスクが高い等、社会経済状況との関連を解釈することが単純ではないと考えられたため、今回は注目する対象としなかった。まず、「タバコ(喫煙)」、「歯の健康」、「がん」の3分野における格差をモニタリングするための要素には、性別、年齢、人種、収入、職業、学歴、医療保険種別といった、個人・世帯単位の要素と都道府県や市区町村といった、地域単位の要素がある。また、小規模自治体単位に基づいた要素として、地域ごとの失業率や低所得者の割合、学歴など複数の指標を合計して作成する「地域の社会経済指標(地理的剥奪指標や Area Deprivation Index: ADIとも呼ばれる)」(14)のような複合的な要素の活用が国際的に広がっている。これらの指標を含む日本の公的なデータソースとして、国民生活基礎調査、がん登録、人口動態調査、国民健康・栄養調査、NDBデータ等が挙げられる。

上記のデータソースおよび格差をモニタリングするための要素を用いて、実際に健康日本21の目標を掲げる「タバコ(喫煙)」、「歯の健康」、「がん」の3分野において、どのようなモニタリングが可能かについて表1に整理した。

・がん

がん対策として掲げられている目標のうち、「がん検診の受診率」は、「国民生活基礎調査」を用いて、世帯収入、医療保険種別、職業、学歴、都道府県別に格差をモニタリングすることが可能である。また、「がんの年齢調整罹患率」は、「全国・地域がん登録」を用いて、市区町村

表 1. 健康日本 21 でモニタリングすることが可能な健康格差指標の例

分野	項目	データソース	格差指標
がん	がん検診の受診率	国民生活基礎調査	世帯収入、保険種、職業、学歴、都道府県
	がんの年齢調整罹患率	全国・地域がん登録	地域の社会経済指標（市区町村別、町字別）
	がんの年齢調整死亡率	人口動態調査	地域の社会経済指標（市区町村別、町字別）
喫煙	成人の喫煙率	国民生活基礎調査	世帯収入、医療保険種、職業、学歴、都道府県
	受動喫煙の機会を有する者の割合	国民健康・栄養調査 労働安全衛生調査（実態調査）	世帯収入
歯科・口腔	過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合	国民健康・栄養調査	世帯収入
	10 歳代・20 歳代・30 歳代における 歯肉に炎症所見を有する者の割合	国民健康・栄養調査 NDB データ	世帯収入
	咀嚼良好者の割合	国民健康・栄養調査 NDB データ	世帯収入

単位での「地域の社会経済指標」や町字単位など小地域の住所情報での「地域の社会経済指標」を付与した格差のモニタリングが可能である。すでに都道府県別のがんによる年齢調整死亡率が国立がん研究センターのWEBサイトにて公開されている(15)。そして、「がんの年齢調整死亡率」は、「人口動態調査」を用いて、市区町村単位での地域の社会経済指標や町字単位など小地域の住所情報での「地域の社会経済指標」を付与した格差のモニタリングが可能である。また、「人口動態特殊統計」を用いて、職業・産業別にモニタリングすることも可能である。

・タバコ（喫煙）

タバコ対策として掲げられている目標のうち、「成人の喫煙率」は、「国民生活基礎調査」を用いて、世帯収入、医療保険種、職業、学歴、都道府県別の格差のモニタリングが可能である。また、「受動喫煙の機会を有する者の割合」は、「国民健康・栄養調査」や「労働安全衛生調査（実態調査）」を用いて、世帯収入別の格差のモニタリングが可能である。

・口腔の健康

口腔の健康に関わる目標のうち、「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は、「国民健

康・栄養調査」を用いて、世帯収入別の格差のモニタリングが可能である。また、「10 歳代・20 歳代・30 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合」および「咀嚼良好者の割合」は、「国民健康・栄養調査」や「NDB データ」を用いて、世帯収入別の格差のモニタリングが可能である。

このように、公開されている公的統計データソースを用いて、健康寿命以外の観点からも健康格差のモニタリングを行うことが日本においても十分可能であることが示唆される。公衆衛生関係者の間で、健康格差対策についての認識を共有し、健康格差モニタリングを推進する必要がある。

E. 結 論

格差の拡大や少子高齢化といった昨今の社会情勢を受け、日本でも健康格差対策が意識され始めたが、健康格差の 1 例としてモニタリングされてきた健康寿命の都道府県格差は、この 10 年間で縮小したとは言えず、新型コロナウイルスの感染拡大を機に、格差が拡大していると懸念されている。これからの日本のヘルスプロモーション政策の方向を決める健康日本 21 におけるアクションプランとして、まずは公開さ

れている公的統計データソースを用いて健康格差を多角的な視点から「見える化」すること、そして、都道府県格差のみならず市区町村別の格差をモニタリングすることに政府や地方自治体、研究者が一丸となって取り組むことで、実態に即した健康格差対策の議論に結びつくことが期待される。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Aida J, Inoue Y, Tabuchi T, Kondo N. Modifiable risk factors of inequalities in hypertension: analysis of 100 million health checkups recipients. *Hypertens Res* 2024.
- 2) Sasaki N, Tabuchi T, Fujiwara T, Nishi D. Adverse childhood experiences and living in the socially deprived areas in adulthood: a cross-sectional study of the nationwide data in Japan. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 1616.
- 3) Nanishi K, Green J, Shibamura A, Hongo H, Okawa S, Tabuchi T. Challenging the utility of 24-hour recall of exclusive breast feeding in Japan. *BMJ Glob Health* 2023; 8(12).

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

引用文献

- (1) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件. 厚生労働省.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001102267.pdf> 2024.02.16 アクセス可

- (2) 平成 26 年版厚生労働白書. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf> 2024.02.16 アクセス可
- (3) 「健康日本 2 1 (第二次)」最終評価報告について. 最終評価報告書第 3 章 (I ~ II 4). 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000998860.pdf> 2024.02.16 アクセス可
- (4) 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. 2008. World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1 2024.02.16 アクセス可
- (5) 西尾麻里沙, 長谷田真帆, 金森万里子, 荒川裕貴, 近藤尚己. ヘルスプロモーション施策における社会環境整備の視点: タイ・スウェーデン・イングランド・アメリカ・日本のナラティブレビュー. *日本公衆衛生雑誌*. 2022. 第 69 巻 第 5 号.
- (6) Healthy People 2030. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion.
<https://health.gov/healthypeople> 2024.02.16 アクセス可
- (7) Increase the proportion of adults who get screened for colorectal cancer — Data. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion.
[https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/cancer/increase-proportion-adults-who-get-screened-colorectal-cancer-c-07/data?group=Family%20income%20\(poverty%20threshold\)&from=2021&to=2021&state=United%20States&populati](https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/cancer/increase-proportion-adults-who-get-screened-colorectal-cancer-c-07/data?group=Family%20income%20(poverty%20threshold)&from=2021&to=2021&state=United%20States&populati)

- ons=#data-chart 2024.02.16 アクセス可
- (8) Public Health Outcomes Framework. Office for Health Improvement and Disparities. Public health profiles. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework/data> 2024.02.19 アクセス可
- (9) Tajima R, Matsumoto M, Fujiwara A, Yuan X, Shinsugi C, Okada E, Kurotani K, Yokoyama T, Takimoto H. Time Trends in Income-related Differences in Food Group Intakes: The National Health and Nutrition Survey, Japan in 2010, 2014, and 2018. *J Epidemiol.* 2024 Feb 5;34(2):76-86. doi: 10.2188/jea.JE20220220. Epub 2023 Jun 30. PMID: 36908117; PMCID: PMC10751188.
- (10) Kachi Y, Otsuka T, Kawada T. Socioeconomic Status and Overweight: A Population-Based Cross-Sectional Study of Japanese Children and Adolescents. *J Epidemiol.* 2015;25(7):463-9. doi: 10.2188/jea.JE20140108. Epub 2015 May 23. PMID: 26005066; PMCID: PMC4483371.
- (11) Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y. Widening Socioeconomic Inequalities in Smoking in Japan, 2001-2016. *J Epidemiol.* 2021 Jun 5;31(6):369-377. doi: 10.2188/jea.JE20200025. Epub 2020 Nov 25. PMID: 32595181; PMCID: PMC8126678.
- (12) Fukuda Y, Hiyoshi A. Associations of Household Expenditure and Marital Status with Cardiovascular Risk Factors in Japanese Adults: Analysis of Nationally Representative Surveys. *J Epidemiol.* 2013;23(1):21-7. doi: 10.2188/jea.je20120021. Epub 2012 Dec 1. PMID: 23208515; PMCID: PMC3700239.
- (13) Aida J, Ando Y, Yanagisawa T, Oral Health Inequalities through Life-stages among Japanese: A Study Linking the Survey of Dental Diseases and Comprehensive Survey of Living Conditions, *JOURNAL OF DENTAL HEALTH*, 2016, 66 (5),:458-464, Released on J-STAGE December 08, 2016, Online ISSN 2189-7379, Print ISSN 0023-2831
- (14) Nakaya T. Evaluating Socio-Economic Inequalities in Cancer Mortality by Using Areal Statistics in Japan: A Note on the Relation Between Municipal Cancer Mortality and Areal Deprivation Index. *Proc Inst Stat Math.* 2011;59(2):239-65.
- (15) 国立がん研究センターがん情報サービス. 都道府県別 75 歳未満年齢調整死亡率. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html