寄稿

高齢期の健康格差縮小に向けて －「誰一人取り残さない」社会保護から備える

松田　亮三
（立命館大学教授・人間科学研究所所長）

はじめに

貧困と不健康との悪循環は、工業化が進んだ19世紀に指摘されていたことであるが、今日においてもなお継続している課題である。第2次世界大戦後に福祉国家を建設してきたと目され国民医療サービス（NHS）という無料の公共医療サービス体制を形成していた英国において、健康格差の所在と継続－さらには拡大の可能性－を示したブラック卿報告が出されたのは1980年であった[1]。健康・長寿という成長の果実から、系統的に取り残されている人々への関心は以後広がり、今日においてはグローバルからローカルまでのさまざまな水準において、健康格差の縮小が公衆衛生上の戦略目標の一つとされている[2]。

とはいえ、健康格差の縮小を実現しうる方策が何かは、直ちには判然としない。というのは、健康格差を縮小しようとすれば、その背景にある生活格差を縮小しなければならないが、これには所得再分配、居住、教育、医療、社会参加など、広範な事柄－健康の社会決定因と呼ばれる－が関与してくるからである。健康格差の縮小は、シンプルで分かりやすい目標であるが、その意味するところ、そして実現のためになすべきことをつぶさに検討すると、複雑で難しい課題であることが分かる。したがって、健康格差対策では、どのような文脈でどんな格差を議論しようとするかという枠組みを定めて議論しなければならない[3]。

小論の課題は、政策論的立場から高齢者における健康格差と社会保障との関わりについて検討することであるが、この議論に入る前に日本において健康格差がどう政策的に位置づけられているかをみておきたい。多くの国において所得、より一般的には社会・経済状況による健康格差が重視されているが、日本の現行政策－健康日本21（第二次）－では[4]、都道府県間の健康寿命の違いが課題とされており、何による格差を問題としているかが見えにくくなっている。確かに、地域格差に注目することは各地域の取り組みを促すことにつながるかもしれないが、労働市場や年金のあり方など国が重要な役割を果たす領域の課題が後景に退いてしまう。そして、健康指標が優れていない地域に重点的に予算配分を行うなどの取り組みがないと、結局地域まかせになってしまうであろう。日本においても1990年代から健康格差の研究が進展しているが、健康格差縮小に向けた道筋は未だ明確ではない。

このような政策状況も関わるかもしれないが、日本における健康格差の全体像は未だ明らかになっているとはいいがたい。本稿では、端的な問題であり、また現実の課題としてもより明確な、貧困な高齢者の健康状態を改善するために重要なことは何か、という問題関心から、高齢者における貧困と不健康、医療アクセス格差の予防、不健康へのつながりを弱める社会保障施策について議論したい。

1．高齢者の貧困と健康格差

よく知られているように日本の高齢者世帯の平均所得はその他の世帯に比べて低く、高齢者世帯間の再分配後所得での不平等度（ジニ係数）が高く、生活保護の被保護率が高い[5]。年金制度は確立しているものの、高齢期における防貧機能は十分といえない状況がある。

ここで、高齢期の貧困、生活状態が健康に与える影響について、一つのエビデンスを示しておきたい。相対的貧困と相対的剥奪状態（周囲の人と比べて物的・環境的に恵まれていない状態）との両方が死亡率のリスク上昇と関与していたというものである。これは、日本老年学的評価研究（AGES）が2010～12年から10市町村7,614名の高齢者を6年間追跡して得たデータによるものである[6]。ライフラインの停止経験や、親族の冠婚葬祭に出られない、電話や礼服を持てないといった社会生活・社会関係上の貧しさと早期死亡との関連が密接であり、このような状態に２つ以上該当した方（相対的剥奪状態にある方）は、そのような経験がない方に比べて追跡期間中の死亡リスクが1.7倍高かったという。

生活資源が死亡に関連するとなれば、生活資源の状況を変えるための施策が健康格差の縮小には重要である。上記の結果から、年金等を通した所得再分配により相対的剥奪状態の経験を減らすことができるならば、年間２～３万人もの死亡を減らすことができる可能性が示唆されている[6]。

貧困と不健康との関連は、所得再分配が不健康の予防につながるという意味を、社会保険をめぐる社会的議論に追加する。また、剥奪状態への注目は、生活困窮への丁寧な対応を行う体制づくりを含意する。

2．高齢者の健康格差の縮小－医療保障からのアプローチ

生活資源の利用状況の変化を通じて健康格差を縮小するという考え方は、社会保障論にどのような視点をもたらすであろうか。筆者は、社会保障を広い意味でとらえること、年金、医療、生活保護など伝統的な社会保障制度だけではなく、住宅や社会参加の保障などを含んだ幅広い分野において人々の生活を守る仕組み、すなわち社会保護（social protection）の充実を基本とする視点をもたらすと考えている[7, 8]。そのような視点から、高齢期において貧困や生活上の困難に直面している人々の実態を把握し、現行社会保障制度を点検・充実するとともに、必要ならば新たな施策を創り出していくことが重要である。以下、医療を中心に具体的に指摘されている課題を示していきたい。

公的医療保険制度においては、高齢者の利用者負担は1970年代に一度無料化されたが、1980年代以後徐々に引き上げられてきている。現在では「現役並み所得者」は3割負担となっている一方で、そうでない高齢者の場合には、70歳から74歳までの場合は2割、75歳以上の場合は1割負担となっている。一定金額以上の負担がある場合に自己負担率が大幅に軽減される高額療養費制度の運用についても、所得による調整がなされている。

とはいえ、そもそも利用者負担が高くなると医療のアクセスを阻害し、必要な検査や治療を受けにくくし、引いては低所得を中心に健康に影響する可能性がある。無保険（uninsurance）の場合にはもちろんのこと[9]、不十分な保険（underinsurance）－保険には加入しているもののその給付が十分でなく医療アクセスを阻害する状況－も健康格差の縮小に向けては重要な検討課題とされている[10, 11]。

その点からすれば、日本の医療保険における3割負担制度は、生活困難に直面している人、特に貧困ではあるが生活保護受給にいたっていない人に対しては、医療アクセスを阻害している可能性がある[12]。初診料等が低く抑えられていることもあり、高額の利用者負担を必ずしも最初から求める状況にはないが、医療利用の困難に直面している事例が無料低額診療事業を実施している医療機関から報告されている[13]。同事業は、第二種社会福祉事業の一つであり、一定割合以上の生活保護受給者などの診療を行い、医療ソーシャルワーカーを配置しているなどの付帯条件を満

たした医療機関において、公的保険において課せられている利用時負担の患者からの徴収を免除するものである。2018年度では750万人以上が同制度で診察を受け、220万人が老人保健施設入所を行っていた[14]。

このようなことを考えるならば、健康格差を縮小するという文脈では、特に所得の低い世帯の利用者負担を引き下げていくことが望ましく、さらには可処分所得の一定割合以下で利用者負担が止まるような仕組み―利用者に分かりやすい仕組みを形成することが、医療アクセスを妨げないために重要と思われる。

この点で改めて想起しなければならないのは、日本の利用者負担の状況は福祉国家の中では決して好ましい状況にあるわけではないということである。公的医療の範囲では、英国のようにおおむね原則無料の医療を維持している国もあるし、スウェーデンのように利用者負担はあっても、年額の負担金額が2015年頃で1,100クローネ、当時の購買力平価換算で約13,000円と家計負担に十分耐えられる設計となっている場合もある(なお外来薬剤については別扱いだが同様の年額上限がある)[15]。

医療保険と介護保険のどちらも利用する世帯については、年間の利用者負担の上限を定める高額介護合算療養費制度が設けられている。例えば、75歳以上の方の場合では、現役並み所得区分I(課税所得145万円以上)の場合で67万円までの世帯負担となっている。これは、仮に収入が300万円あったとしても20%を超える負担となる水準での上限設定である。この上限水準をどのように設定するかについて、米国での研究では家計所得の10%を医療支出が超える場合に不十分な保険(アンダーインシュアランス)とする定義が有力であることが参考となる[11]。上記制度の水準は、介護と医療を合わせているので医療だけの基準とそのまま対比するのは難しいとしても、かなりの水準となっていることに注意を要としよう。

3. 健康格差を緩和する社会保障と社会保護

先に述べたが、高齢期の健康格差を縮小しようとする場合に、医療だけではなく生活の安定や孤立しないアクティブな高齢期につながることを支える各種の資源をいかに社会的に確保するか、そのための社会保護をいかに形成するかが問われる。この幅広い資源の確保は、社会保障だけでなく様々な施策と関係する。

生活資源の確保を行う上で基礎となるのが所得保障であり、この点をいかに確かなものとするかは、所得格差が拡大し再分配機能の調整を継続して必要とする中で、問われている問題である。

医療保険の負担とも関わるが、仮に非常に潤沢な所得をすべての高齢者が受け取るのであれば、現行の負担の枠組みでもアクセスの心配はいらないのかもしれない。しかし、現実には、誰もが経済的な不安を払拭できる状況ではない。2019年6月の内閣府世論調査では、70歳以上の回答者1, 517人のうち45.4%が所得・収入の面で不満を表明しており、現在の収入・資産を「悩みや不安」として挙げている回答者が少なくとも13%いた[16]。

高齢期の所得保障において懸念されることの一つが、マクロ経済スライドにより基礎年金の所得代替率が将来的に低下することが見込まれていることである[17]。老後の所得を安定させるための基盤となる基礎年金の水準－あるいはそれを補足する手段－をどう引き上げるかは、健康格差の縮小のためにも重要な政策と考えられる。

同時に、基礎年金を超える水準についての所得保障を実現するためには、すべての雇用労働や隠された労働を年金制度に組み入れるための方策も重要である。後者は高齢期になってからの事柄ではなく、むしろそれ以前に該当する事柄であるが、健康格差の縮小に向けて高齢期の貧困を防ぐためには長期的な視野での取り組みを必要とする。

住居の問題もまた大きな問題である。高齢者の2割程度が住まいについて「不安と感じていることがある」としており、修繕の場合の

対応、虚弱化したときの住居の構造、世話をしてくれる人の存在、などをその不安の理由としてあげている[18]。また、社会参加、公共交通による移動の確保、栄養状態の維持のための社会といった事項もこれに関わり、これは政府が進める「地域包括ケア」の理念ともおおむね合致するが、問題はそれをいかに徹底して実施するかである。

このような生活と密着する事項では、各地域での取り組みとそれを支える資源配分のあり方が問題となり、制度として確立された社会保障だけでなく、社会保護のあり方を幅広くみていく必要がある。筆者が参画した健康格差についての地理学的研究においても、地域の社会・経済指標と健康状態との結びつきが明確に示されている[19]。このような関連をふまえれば、健康格差の状態を考慮し、社会・経済格差縮小に向けて自治体単位で資源配分するような仕組みを考慮すべきであろう。

最後になるが、経済面の不安や老後の不安は高齢者だけに存在するのではなく、他の年代においてむしろ強い。そして、日本の社会保障において、子育て世代への施策が相対的に遅れてきたことにも注意しなければならない。さらに子ども(さらには胎児期)の頃からの積み重ねが長期的に健康に影響する可能性が、ライフ・コース疫学によって示唆されている[20]。このようなことを考えると、高齢期の健康格差を縮小するためには、同時期における社会保護の充実とともに他の世代における生活の安定が重要でもあると考えられる。

健康格差は社会のあり方全体と関わっており、その縮小に向けた取り組みには長期的な視点が不可欠である。そして、特に貧困者に焦点を当てた健康格差の縮小を考えると、持続可能な開発目標でいう「誰一人取り残さない」という視点を社会保護に活かすこと、つまり「誰一人取り残さない」社会保護の仕組みを追求し創っていくことが決定的に重要であろう。

1 Townsend, P. and N. Davidson, eds. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide, revised and updated edition.* . 1988: Penguin Books: London.

2 松田亮三編著(2007)『健康と医療の公平に挑む』勁草書房.

3 松田亮三(2009)「健康格差対策の枠組み:英米における政策展開の比較分析」松田亮三・棟居徳子編著『健康・公平・人権――健康格差対策の根拠を探る』立命館大学生存学研究センター、pp. 63-72.

4 厚生労働省 (2012) 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(厚生労働省告示第430号).

5 内閣府 (2018)『平成30年版　高齢社会白書』.

6 Saito, M., et al., *Relative Deprivation, Poverty, and Mortality in Japanese Older Adults: A Six-Year Follow-Up of the JAGES Cohort Survey.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019. 16(2): pp. 182. 日本語のプレスリリースは、https://www.jages.net/pressroom/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=919&cabinet_id=174&file_id=3781&upload_id=5326(2019年11月25日閲覧)。

7 Scherman, K.G., *A New Social Security Reform Consensus? The ISSA's Stockholm Initiative.* International Social Security Review, 2000. 53(1): pp. 65-82.

8 United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), *Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics.* 2010: United Nations Research Institute for Social Development.

9 Committee on the Consequences of Uninsurance, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, *Care Without Coverage: Too Little, Too Late.* 2002: National Academies Press.

10 Kogan, M.D., et al., *Underinsurance among Children in the United States.* N Engl J Med, 2010. 363(9): pp. 841-51.

11 Lavarreda, S.A., E.R. Brown, and C.D. Bolduc, *Underinsurance in the United States: An Interaction of Costs to Consumers, Benefit Design, and Access to Care.* Annu Rev Public Health, 2011. 32: pp. 471-82.

12 Murata, C., et al., *Barriers to Health Care among the Elderly in Japan.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2010. 7(4): pp. 1330-1341.

13 吉永純他編著(2019)『無料低額診療事業のすべて　役割・実践・実務』. クリエイツかもがわ.

14 厚生労働省 (2019)「無料低額診療事業・無料低額老健事業の実施状況の概要(平成29年度実績)」.

15 Mossialos, E., et al., eds. *International Profiles of Health Care Systems, 2017 May.* 2017, The Commonwealth Fund: New York; Washington D.C.

16 内閣府大臣官房政府広報室 (2019)「国民生活に関する世論調査 令和元年6月調査」(https://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-life/index.html).

17 厚生労働省 (2019)「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通しー 2019 (令和元)年 財政検証結果」.

18 内閣府 (2019)『令和元年版高齢社会白書』.

19 Nakaya, T. and Y. Ito, eds. *The Atlas of Health Inequalities in Japan. Global Perspectives on Health Geography.* Springer, Cham.

20 白井こころ他 (2018)「ライフコースの視点からみるコホート研究」『医学のあゆみ』264(4) : pp. 283-287.