今よりもワンステップ上へ！

臨床歯科衛生士のためのスキルアップジャーナル

歯科衛生士

THE JOURNAL OF DENTAL HYGIENIST

http://www.quint-j.co.jp/
2011年6月10日発行　毎月1回10日発行（通巻414号）
第三種郵便物認可1977年8月25日 ISSN 0911-9574

特集

診療室でできる介護予防ことはじめ
～口腔機能の向上で満足度UP～

連載 ステージ別に学習できる！

新人ステージ 卒後間もない＆臨床経験が少ない人が学ぶステージ

あいまい知識からの脱出！
ちゃんと知ろうホームケア用フッ化物

コトバの重みを知ってほしいから
学生コトバから社会人コトバへ

初級ステージ 診療室でのグローバルスタンダードを身につけるステージ

For beginners
インプラント手術準備のための基本の器具・器材

ワールドワイドな歯科衛生士を目指して
中條さやかのDHライセンス取得物語 in America

中級ステージ 歯科の枠を超えた知識を身につけ対応していくステージ

症例 Feed Back
ケースプレで振り返る私の臨床

後輩のモチベーションを上げる
魔法のテクニック

上級ステージ 診療所にこだわらない視点で動くステージ

健康な高齢者の生活を知る

介護＆医療現場のデビュー前に
キーワードで理解する多職種協働のツボ

2011 6
Vol.35

健康な高齢者の生活を知る

第2回：高齢者の健康格差

山本龍生[1)]、近藤克則[2)]
[1)]神奈川歯科大学社会歯科学講座歯科医療社会学分野
[2)]日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科

はじめに

日本でも、正社員になれない若者が増えて貧困率が上がるなど、社会の中の格差が問題になってきています。このような社会格差が健康にまで影響が及ぶ「健康格差」が注目を集めています。

今回は高齢者の歯科保健を始めとする健康格差を取り上げ、日本における実態、概念と背景、健康格差が意味するところ、そして歯科衛生士として何ができるかを考えてみたいと思います。

1 高齢者の歯科保健における格差

愛知老年学的評価研究(aichi gerontological evaluation study：AGES)プロジェクトでは、3万人以上の高齢者を対象に健康状態と社会経済的地位との関連が検討されています[1)]。その調査では、平等といわれた日本においても健康格差がみられること、それが歯科保健の領域にも及ぶことが明らかとなりました。

図1に、残っている歯の数と所得の関係を示しました。どの年齢層を見ても、所得の高い人たちに歯が残っている人が多く、低所得の人ほど少ないことがわかります。その人が受けた教育年数で分けても、長かった人ほど歯が残っていました。同様な傾向は、咀嚼力(何でも噛める～噛めない)でみても、食べるのが楽しくない人の割合をみても、低所得や教育年数の短い人ほど悪い状態の割合が多く、逆に高所得や教育年数が長い人ほど良い状態の割合が高くなっていました。口の中にも、健康格差が見られるのです。

2 高齢者における歯科保健以外の健康格差

究極の不健康状態である「死亡」をみてみましょう。図2には65歳以上の男性約1万人を3年間追跡した、教育年数および等価所得と死亡リスクとの関係を示しました[2)]。なお、追跡開始時点で要介護である人は死亡リスクが高いため、分析対象から除いています。つまり「不健康であったために低所得になった」という逆の因果関係を取り除きました。また、年齢の高い人ほど死亡リスクが高いので年齢の影響を取り除くように、統計的に処理しています。図2から明らかなように、教育年数が6年未満の人は13年以上の人に比べて1.55倍も死亡のリスクが高いこと、所得

図１：残存歯の数と所得の関係

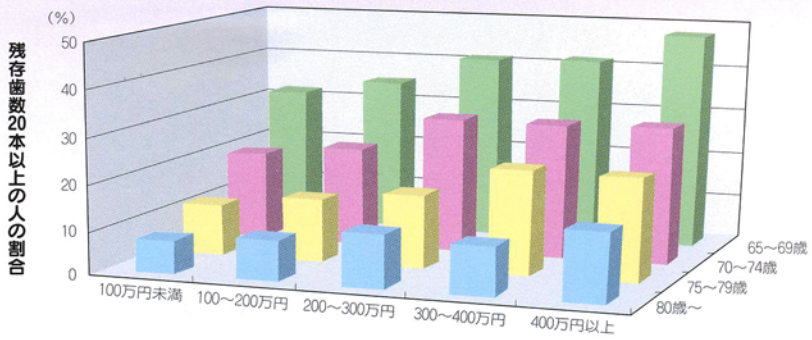

図１　所得・年齢別にみた残存歯と所得の関係。どの年齢層でも所得の高い人ほど歯が残っている人が多く、低所得の人ほど少ない。口の中に健康格差があることがわかる（参考文献１より引用）。

図２：教育年数・所得と死亡の関係

等価所得：世帯所得を世帯人数の平方根で除したもの
ハザード比：教育年数13年以上または等価所得400万円以上の人の死亡リスクに対して、その他の人々が何倍高いかを示す数値

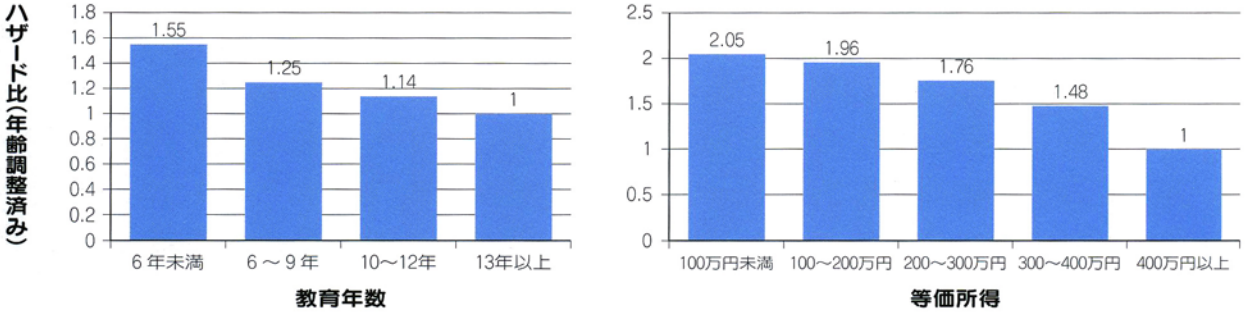

図２　65歳以上の男性10,644人を３年間追跡調査。教育年数が６年未満の人は13年以上の人に比べて1.55倍も死亡リスクが高く、所得が100万円未満の人は年間400万円以上の人に比べて2.05倍も死亡リスクが高い（参考文献２より引用）。

が年間400万円以上の人に比べて100万円未満の人は2.05倍も死亡リスクが高いことがわかりました。

歯科衛生士のかかわりが増えてきた要介護状態の格差はどうでしょうか？　ある自治体での調査では、65歳以上のどの年齢層でも高所得層よりも低所得層のほうが要介護者の割合が高いことがわかりました[3]。高所得者層で要介護者が3.7％であるのに対して、低所得者層では17.2％と実に約５倍多いという結果でした（次ページ図３）。なお、年齢や性別を考慮しても、所得の４つの段階が１段階上がるごとに約1.7倍要介護になる危険が上昇することもわかりました。

AGES プロジェクトでは、死亡や要介護状態以外に、主観的健康感、うつ状態、転倒歴、不眠、健診受診、閉じこもり、虐待、社会的サポートなどにおいても、教育年数や所得などの社会的地位の違いで差がみられました[1]。主観的健康感とは、「あなたの普段の健康はどうですか」と質問するもので、自分がどの程度健康だと考えているかを示す指標です。これは、多くの研究で死亡や身体機能の低下を予測する因子として知られています。うつ状態は自殺する人の約６割にみられ、心臓病、認知症や寝たきりになりやすいこともわかっています。転倒は骨折や要介護状態のきっかけとなります。主観的健康感がよくない人、うつ状態の人、転倒歴のある人、不眠の人はい

図3：所得別の要介護高齢者の割合

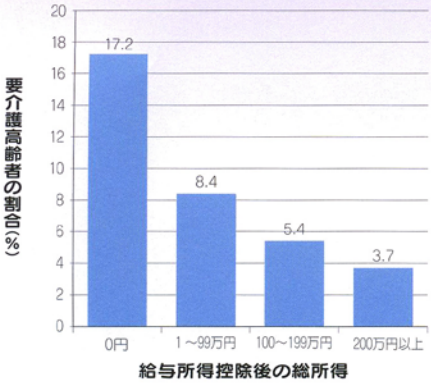

図3　ある自治体での調査では、65歳以上では高所得層より低所得層の方が要介護者の割合が高かった（参考文献2より引用）。

図4：社会経済的因子が身体的健康に影響する経路

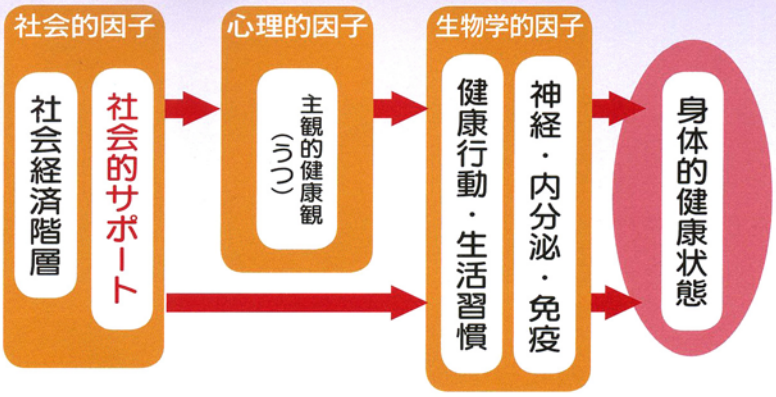

図4　社会経済状態が悪いと物質的に貧困になり、その結果として身体的健康を害するという経路（下の矢印）が考えられる。上の矢印で示したように、社会的因子が心理的な因子を通じて身体的健康に影響するという経路も注目されている（参考文献6より引用）。

ずれも教育年数が少なく、低所得の人に多くみられました。さらに教育年数が少ない人、低所得の人は健診を受診せず、閉じこもりがちで、虐待を受け、社会的サポートを受けていないことも明らかになりました。

3 健康格差の概念と背景

このような健康格差についてはさまざまな論議があります。国際的な学術の領域で議論される場合には、その概念に「格差に対する何らかの対策の必要性」というものが含まれています[4]。つまり、健康格差とは「偶然生じた健康状態の差や違いではなく、地域や経済状態などの社会環境（健康の社会的決定要因といいます）の差により生み出される、社会のありようによっては避けられるはずの格差」[5]のことをいいます。この格差は、集団内や集団間にみられるような、単なる健康度の統計学的なばらつきではないのです。

健康格差の問題は、1980年にイギリス政府が出した報告書をきっかけに注目されるようになりました。イギリスでは1948年の国民保険サービスの導入で、医療機関を受診するときには原則無料となりましたので、それによって健康格差が解消していると思われていました。しかし、結果は逆に健康格差が拡大していることが明らかになり、国をあげてその対策に取り組んでいます。WHO（世界保健機関）のヨーロッパ地域委員会も、1990年代から健康格差の是正に向けた提言を行ってきました。

4 健康格差が意味するところ

健康格差は何を意味しているのでしょうか？　健康格差とは「生存権」という基本的人権にかかわるものです。すなわち健康格差は「命にかかわる格差」であり、見過ごすことのできない重大な問題なのです。医療に携わる歯科衛生士としては、特にこの点を十分に理解しておくことが重要です。

また、健康格差は裕福な人と貧しい人、すなわち社会経済的地位の両極端においてのみに見られるものと誤解されやすいのです。図1～3をみて明らかなように、実際は社会経済状態のあらゆるレベルにおいてみられます。すなわち特定の人々だけでなく社会全体の問題なのです。

1946年に採択されたWHO憲章の前文には、健康に関する人権は経済的条件や社会的条件によって差別されてはならないことが明確に述べられています。今まさに世界では健

康格差の是正のために、社会レベルで対応しようとさまざまな取り組みが始まっています。

5 歯科衛生士として何ができるか

社会経済的因子が身体的健康におよぼす想定経路を図4に示しました[6]。社会経済状態が悪いと物質的に貧困になり、その結果として身体的健康を害するという経路(下の矢印)が考えられます。上の矢印で示したように、社会的因子が心理的な因子を通じて身体的健康に影響するという経路も注目されています。このように社会的因子を意識すると、これまで行ってきた診療室や在宅の患者さんへの歯科医療や保健指導のありかたも変わってくると思います。特に心理的因子に良い影響を与える「社会的サポート」の役割は重要です。

歯科衛生士の在宅介護の現場等での仕事は、口腔ケアや口腔機能の向上への貢献だけでなく、介護を受ける本人や家族への精神的な面からの社会的サポートを提供することにもなります。もちろん歯科診療室における患者さんへの精神的サポートも、歯科衛生士の大きな役割であることは言うまでもありません。また、社会の構成員の1人として、格差の大きい社会と社会保障が拡充した格差の小さい社会のどちらを望むのか、意思表示することもできます。歯科における健康格差[7、8]の是正のみならず、全身の健康格差是正の一翼を担うためにも、歯科衛生士の皆さんが診療室だけでなく、在宅(生活)の場で活躍されることを期待しています。

参考文献

1. 近藤克則(編). 検証「健康格差社会」. 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 東京：医学書院, 2007.
2. 近藤克則. 「健康格差社会」を生き抜く. 東京：朝日新聞出版, 2010.
3. 近藤克則. 要介護高齢者は低所得者層になぜ多いのか―介護予防政策への示唆. 社会保険旬報 2000；2073：6-11.
4. 松田亮三, 近藤克則. 健康格差と社会政策. 政策内容と政策過程. 保健医療科学 2007；56：63-75.
5. 相田 潤. 健康格差と歯の健康. 健康格差は「格差」というより誰もがかかわる「勾配」である. 歯界展望 2010；115(4)：742-745.
6. 近藤克則. 健康格差社会. 何が心と健康を蝕むのか. 東京：医学書院, 2005.
7. 相田 潤. 歯周疾患の健康格差. 歯界展望 2010；115(6)：1126-1129.
8. 相田 潤. 齲蝕の健康格差. 歯界展望 2010；116(1)：160-163.

Column
高齢者の生活をサポートするGOODS

vol.2 自動車

伊里みゆき
総合相談グループ リーダー
社会福祉士・主任ケアマネジャー

移動の手段の1つである自転車や車。高齢者の多くは、車を運転している。加齢とともに家族から止められる方もいるかもしれない。しかし、認知症があり本当に危険な方はともかくとして、安全運転を心がけ出かけたいであろう。環境によっては、車が必要な方もいる。お気に入りの買い物をして、たくさんの荷物も運びたい。そのためには、快適に運転できる車両を選びたい。

車両購入となれば、大金となるため財布と相談しなければならないが、自身が運転しやすく、乗せる方にもやさしい車がいい。タイプは、シートの位置が高く、乗り降りが楽な方が良い。また、車内のフロアが運転席と助手席までフラットのタイプ、ドアがスライド式のものもおすすめである。スピードメーターなども大きく見やすい方がいい。車椅子を積んでいくスペースがあるといいかもしれない。多くのタイプの車両があり、条件を伝え、各メーカーに問い合わせると良い。くれぐれも、安全運転を心がけよう。

写真左：トヨタ自動車「Porte(ポルテ)」
写真右：日産自動車「Cube(キューブ)」