

関西グローバルヘルスの集い オンラインセミナー第8弾

「Health For Allへの道：健康の社会的決定要因」 第1回：健康の社会的決定要因



大阪国際がんセンターがん対策センター
レジデント

島津 美寿季

大阪大学医学部在学時にタンザニアで国際保健医療と出会い、日本国際保健医療学会学生部会などの運営に携わる。現在は博士課程で疫学・公衆衛生を勉強中。

2024年1月23日に関西グローバルヘルスの集いオンラインセミナー第8弾のうちの第1回目、「健康の社会的決定要因」が開催されました。今回の話題提供者は、池上清子さん（プランインターナショナルジャパン理事長、前・長崎大学教授）と、堤敦朗さん（金沢大学融合研究域教授）でした。

話題提供の前に、中村安秀さん（日本WHO協会理事長）が「健康の社会的決定要因」について、説明されました（図1）。健康の社会的決定要因は、食料や住居環境、教育の機会など、人々が生活している環境に含まれているものです。しかし、健康の社会的決定要因は、国家間あるいは国家内で格差が生じており、どこで生まれたかによって、人生のチャンスが劇的に異なってしまう状況です。これは是正可能な格差であるにもかかわらず、是正されておらず、世界には不平等・不公平が残存しています。これを是正することは、社会正義の問題としても重要なことである、と説明されました。

続いて、池上清さんが『世界の女性と貧困』というタイトルで話題提供をされました。まず、2020年に発表された、「A New Era for Girls」という報告書をもとに、学校に通っていない女子の数は減少したが、その学習の質は高くなく、また、思春期に必要な栄養の知識も不足

しているという現状を示されました（図2）。ジェンダー平等と教育は密接な関係にあります。ほかにも、世界的なジェンダーに関する課題として、男女比の不均衡問題を挙げられました。インドでは、女兒が男児に比べて虐げられ、堕胎や育児ネグレクトにより、男女比がゆがんでいるようです。また、乳児死亡率は世界的に減少傾向にあるが、妊産婦の死亡率は減少していない問題にも触れられました。低所得国の助産師の中には、トレーニングを十分に受けていない助産師もいるため、緊急時の対応が不十分になることもあるそうです。このような課題の中心にあるのは、ジェンダーと貧困だと

池上さんは指摘されました。新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、もともと脆弱であった女性たちに大きな影響が生じました。経済的に困窮して、教育を受け続けることができず、退学を余儀なくされる女性たちは、約1000万人いると推定されます。このような学習機会の喪失により、女性たちは、健康に関する正しい知識を得ることができなくなってしまう。

このように、現状では、女性の健康は完全には守られていません。しかし、女性の健康を守るため、地域単位あるいは国連主体でさまざまな活動がされています。池上さんが紹介された取り組みのう

健康の社会的決定要因とは、何ですか？

- 1) 人々が生まれ、成長し、生活して、働き、老いていく環境に関連するすべての要因が含まれる
- 2) どこで生まれたかによって、人生のチャンスが劇的に異なる。
地理的環境、貧困、ジェンダー、教育、雇用、食料、環境、住居、民族、医療へのアクセス、障害の有無、ソーシャル・キャピタル、ストレス対応など多くの要因が関与している
- 3) (SDH委員会の見解) 国家間および国家内の健康における大きな、そして是正可能な格差を是正することは、社会正義の問題である。「健康格差の是正は倫理的な責務であり、社会的な不正が壮大なスケールで人々を殺しているのだ。」

図1 中村安秀さんの資料

A New Era for Girls 女の子のための新時代:25年間の進歩をたどる(2020年)

- 1995年 世界女性会議@北京より25年を記念した国連と国際NGOなどによる共同報告書
- 学校に通っていない女の子の数は減少
 - 質の高い学習を受けているわけではない
 - 現在の社会に必要なIT技術や批判的思考力の訓練、理数系教育への進学は限定的
- 無職で教育も訓練をうけてない思春期の女の子の割合は男子より高い
- ジェンダーに基づく暴力の存在
- 思春期に必要な栄養の摂取などの知識も必要



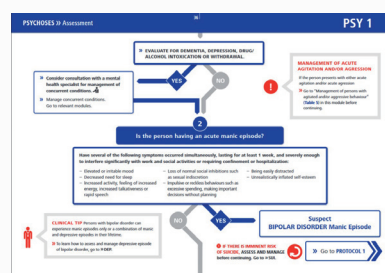
ジェンダー平等と教育は密接な関係



スタッフ集合写真

図2 池上清子さんの資料

WHO mhGAP Intervention Guide



1. Evidence-based interventions for the selected priority conditions
2. For non-mental health specialist within community, primary and secondary level care with supervision and support from mental health professionals
3. Provides protocols for clinical decision-making

図3 堤敦朗さんの資料

ち、私が興味深く感じたのは、ガーナで運送業者が、体調不良の人を見つけると、その人を病院まで運んであげているという事例です。国としての大々的な制度改革が難しくても、地域住民の助け合いで、住民の健康を守る仕組みを作っていく姿勢が、すばらしいと感じました。

池上さんに続いて、堤敦朗さんが『国際精神保健とウェルビーイング』というタイトルで話題提供をされました。世界的に見て、年間の自殺者は少なくはなく、妊産婦死亡や、マラリアによる死亡の2倍程度もあります。また、世界的にみて自殺者が多いのは、高所得国だけだと思われがちですが、アフリカや中南米の低

中所得国にも多く見られています。二人に一人が精神的な不健康を人生の中で経験しますが、低中所得国にいる深刻な精神疾患の患者の80%は、適切な治療を受けることができていません。このような、精神的な健康状態にかかるコストは、GDPの4%以上もあります。SGDsの3つ目のゴールに、メンタルヘルスも含まれており、メンタルヘルスの状況は、各国で報告されるようになってきていますが、メンタルヘルスを取り巻く現状は、世界的に見てもまだまだ厳しく、低所得国においては、年間で政府がメンタルヘルスのために支出する金額は、一人当たり2セントで、保健予算の0.5%しかメ

ンタルヘルスに使われていないのです。さらに、低中所得国ではメンタルヘルス関連の人材も不足している現状です。このように、メンタルヘルスへの対応は、低中所得国で不十分になりがちですが、実はメンタルヘルスサービスの提供の際には、必ずしも専門家によるサービスは必要としないことが言われています。多くの人には、基本的なサービスや安全、ソーシャルサポートが確保されていれば十分が多く、非専門家でも対応可能なのです。非専門家でも対応しやすいよう、WHOは対応フローチャートを提示しています(図3)。

今回のセミナーでは、池上さんから女性・貧困に関する問題が提示され、堤さんからは、メンタルヘルスに関する問題が提示されました。当初は、この二つには関連がないように思っていましたが、女性もメンタルヘルス失調者も、災害時やパンデミック時には脆弱な集団であるということを再認識しました。また、このどちらもが、必ずしも専門家の力を必要とせず、非専門家である住民の力で、支えあって解決ができる部分もあるということを知りました。女性・メンタルヘルス失調者に関する正しい知識が、日本を含む世界各地に広まり、不公平・不平等が是正されることを願います。