

健康格差の改善に向けて — 第4期がん対策推進基本計画 —

さくらい
桜井

なおみ

●一般社団法人CSRプロジェクト・代表理事／
キヤンサー・ソリューションズ株式会社・代表取締役社長

はじめに

— 1億総中流時代の終焉 —

「格差社会」という言葉を、ニュースでも耳にするようになった。格差には、収入格差や情報格差、教育格差など、様々な「格差」があるが、医療の中では「健康格差」という結果に現れることになる。健康格差は、通常隠れている様々な社会要因の「格差」が相互に作用しあった結果であり、遺伝や生活習慣、生物学などの医学的見地だけでは解くことは難しいとされる。

ある特定のコミュニティに属する人が、本人も気づかないまま、知らず知らずのうちに健康への悪影響を受けているとしたならば、公平、公正の観点からも、政策や社会の取り組みでその差を縮めていく努力が求められる。本稿では、いま我が国でおきている「健康格差」をテーマに国の第4期がん対策推進基本計画を通じて、社会が取り組むヒントを考える機会としたい。

1. 健康に関する

格差とは何か？

(1) 健康格差の定義

米国癌研究所では、がんの健康格差を「社会的、環境的、経済的な不利な状況により、特定のグループが他のグループと比較して不均衡ながんの影響を受けていること」¹と定義しており、その影響は、「がんの発症率（新規症例数）、有病率（既存のすべての症例）、死亡率（死者数）、生存期間（診断後の生存期間）、罹患率（がん関連の合併症）、生存率（がん治療後の生活の質を含む）、がんや関連する健康状態による経済的負担、検査受診率（健診や検診の受診など）、診断時のステージ（病状の進行度合い）などに影響を与える」と指摘する。米国癌学会が発行している「がん格差2024」報告書（AACR CANCER DISPARITIES PROGRESS REPORT2024）²では、健康格差が現れやすい傾向にあるグループとして、「人種、民族、

1. "Cancer Disparities". National Cancer Institute.

<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/disparities>（閲覧日2024年6月10日）

2. "AACR CANCER DISPARITIES PROGRESS REPORT2024". American Association for Cancer Research.

<https://cancerprogressreport.aacr.org/disparities/>（閲覧日2024年7月1日）

障害、LGBTQ、地理的位置、収入、教育、年齢、国籍、小児や若年世代（AYA世代）、高齢者など」を挙げている。また、健康格差の解消には、個人だけの努力で解消することは難しく、広告なども含めた公衆衛生、すなわち、医療政策の実施が重要であり、時間をかけて少しでも格差を縮める努力が必要とレポートの中でも指摘している。

我が国においても厚生労働省「健康日本21（第三次）」の中で、「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう）の縮小を実現する³」が目標として掲げられている。この中では、運動、食生活、禁煙の3つの分野を中心にデジタル技術の活用も含めた、自治体や企業の連携がうたわれている。

（2）健康の社会的決定要因という考え方

健康格差に取り組む上で重要な考え方に、「健康の社会的決定要因（Social determinants of health；以下、SDHと称す）」がある。世界保健機関（WHO）はSDHについて、「人々が生まれ育ち、生活し、働き、そして歳をとるという営みが行われる社会の状況が健康格差を生み出している。病気の背景には、生物学的な要因だけではなく、社会的要因（教育・就業・生活環境・社会環境など）が存在する」と指摘している。SDHは人々の健康、幸福、生活の質に大きな影響を与え、その要因として①社会格差 ②ストレス ③幼少期 ④社会的排除 ⑤労働 ⑥失業 ⑦社会的支援 ⑧薬物依存 ⑨食品 ⑩交通の10項目

に分類している⁴。例えば、健康的な食品を販売している食料品店にアクセスできない人は、栄養状態が良好である可能性が低くなることが分かっている。スナック菓子など、安価で高塩分・高カロリーな食品類を販売するお店では、心臓病、糖尿病、肥満などの健康状態のリスクが高まり、こうした店舗にしかアクセスできない人は、健康的な食品にアクセスできる人と比べて平均寿命が短くなることもある。こういった社会環境も含めた健康管理の実践には、医療機関や行政機関単体では改善が難しく、教育、交通、住宅、企業などの業界が一体となって、人々の生活環境条件を改善するための取り組みが必要である。

3. “健康日本21（第三次）”. 厚生労働省.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouunippon21_00006.html（閲覧日 2024年6月10日）

4. WHO健康都市研究協力センターほか. 健康の社会的決定要因 確かな事実の探求（第二版）. 特定非営利活動法人健康都市推進会議. 2004

2. 日本にもある健康格差

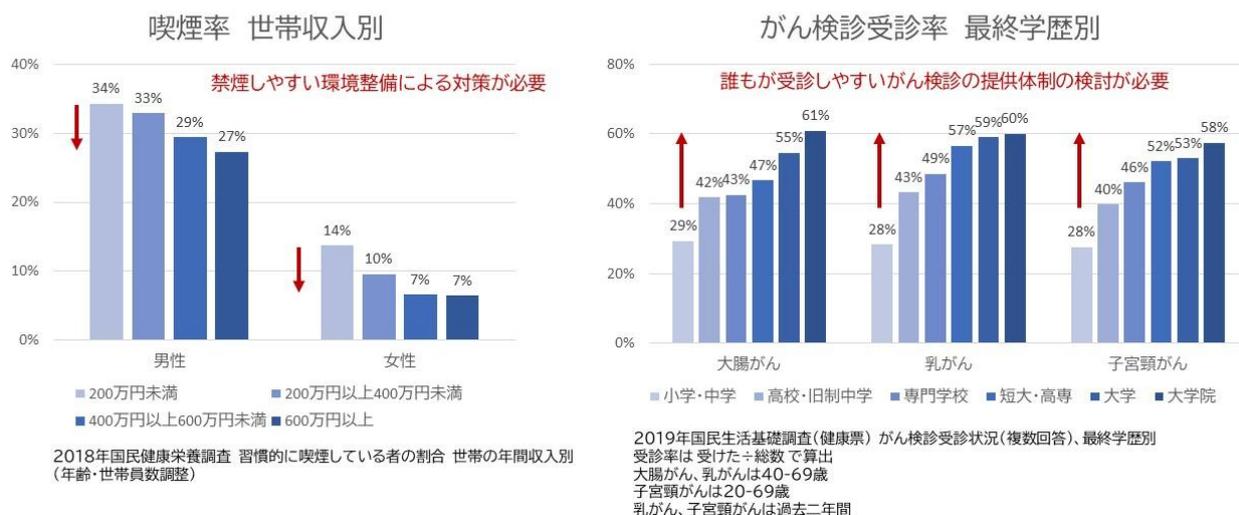
(1) がんの予防分野での格差

がんリスクを高める原因のひとつに「喫煙」がある。この喫煙率を世帯収入や教育年数の長さなどで比較したものが、図1⁵になる。このように、世帯収入が低い集団ほど喫煙率が高くなっており、検診の受診率は教育年数が長い集団ほど受診率が高い傾向となっている。世帯年収が低い、あるいは

は、教育年数が短い人は、非正規雇用や特定の業界など、正社員と比べて禁煙治療や受動喫煙が多い環境にあるかもしれない。また、検診のために仕事を休むことができない労働環境にあるかもしれない。こうした格差を縮めるためには、病気の診断を受けた時も休める就業規則の拡大や情報による支援、検診などが受診し易い職場環境づくりが必要となっている。健康経営の対象として、社内にある「格差」に対しても目を向けていくことを期待したい。

図1 がん予防・検診分野における格差

e-Statの公表集計値より



5. 厚生労働省第80回がん対策推進協議会令和4年6月30日資料3(大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室室長・伊藤ゆり参考人提出資料)より抜粋

(2) がんの健康格差

がん対策を評価する調査研究に「患者体験調査」がある。本調査は、全国のがん診療連携拠点病院、院内がん登録実施施設で配布され（回答者数7,080人）、診療や相談内容のほか、就労や経済など社会的事項も把握し、政策評価に反映するものである。

2018年に実施された本調査をもとに、社会的背景を男女別、就業形態別でさらに詳しく調べると（表1）、我が国における「健康格差」が明らかになった。

これによれば、診断直後の離職者は、正規雇用

の男性4.0%、女性6.3%に対し、非正規雇用で男性16.3%、女性16.6%と、正社員の3倍以上の割合となっている。「びっくり離職」と呼ばれる診断時離職の背景には雇用形態が大きくかかわっていることが想像できる。経済的理由で治療を中止、延期した患者は、18歳から39歳の女性で12.1%、男性正社員でも8.5%、40歳～64歳男性で8.0%と、それぞれ高いこともみえてきた。こうしたことから、就労については非正規雇用や女性が、経済支援については若年の女性や正社員や中高年層の男性が、重点的な支援対象者として浮かび上がってきた。

表1 がん患者のがん診断後の退職と経済的理由による治療中止・変更

		診断直後に退職した者 (65歳未満で診断時収入のある仕事をしていた個人事業主以外)		経済的理由による 治療中止・変更	
		男性 (n=490)	女性 (n=1023)	男性 (n=3316)	女性 (n=3117)
全体		6.1%	12.4%	4.7%	4.2%
年齢	18-39歳	6.8%	8.6%	6.9%	12.1%
	40-64歳	6.1%	12.7%	8.0%	4.8%
診断時職業	正社員	4.0%	6.3%	8.5%	2.8%
	非正規雇用	16.3%	16.6%	5.7%	6.3%
	個人事業主	-	-	5.2%	4.1%
	無職	-	-	3.7%	4.1%

出典：伊藤ゆり. 本邦におけるがんサバイバーシップ研究の現状と課題. 癌と化学療法. 2024年2月, 第51巻第2号, 115-

3. 第4期がん対策推進基本計画 —誰一人取り残さないがん対策—

(1) 計画の概要

1984年に「対がん10カ年総合戦略」が策定されて以降、2006年には「がん対策基本法」が成立。2007年には「がん対策推進基本計画」が策定され、

我が国のがん対策は大きく前進した。2023年3月末には「第4期がん対策推進基本計画」が閣議決定され、4月より計画に向けた取り組みが始まったところである。本計画は、今後約6年間（2023年度から2028年度）のがん対策に関する国の方針をまとめたもので、その全体像（図2）、トピック（表2）を示す。

図2 第4期がん対策推進基本計画の概要

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1. 全体目標と分野別目標 / 第2. 分野別施策と個別目標	
<p>全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」</p>	
<p>「がん予防」分野の分野別目標 がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す</p>	<p>「がん医療」分野の分野別目標 適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す</p>
<p>1. がん予防</p> <p>(1) がんの1次予防</p> <p>①生活習慣について</p> <p>②感染症対策について</p> <p>(2) がんの2次予防（がん検診）</p> <p>①受診率向上対策について</p> <p>②がん検診の精度管理等について</p> <p>③科学的根拠に基づくがん検診の実施について</p>	<p>2. がん医療</p> <p>(1) がん医療提供体制等</p> <p>①医療提供体制の均てん化・集約化について</p> <p>②がんゲノム医療について</p> <p>③手術療法・放射線療法・薬物療法について</p> <p>④チーム医療の推進について</p> <p>⑤がんのリハビリテーションについて</p> <p>⑥支持療法の推進について</p> <p>⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について</p> <p>⑧妊孕性温存療法について</p> <p>(2) 希少がん及び難治性がん対策</p> <p>(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策</p> <p>(4) 高齢者のがん対策</p> <p>(5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装</p>
	<p>3. がんとの共生</p> <p>(1) 相談支援及び情報提供</p> <p>①相談支援について</p> <p>②情報提供について</p> <p>(2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援</p> <p>(3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）</p> <p>①就労支援について</p> <p>②アピアランスケアについて</p> <p>③がん診断後の自殺対策について</p> <p>④その他の社会的な問題について</p> <p>(4) ライフステージに応じた療養環境への支援</p> <p>①小児・AYA世代について</p> <p>②高齢者について</p>
<p>4. これらを支える基盤</p> <p>(1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進</p> <p>(2) 人材育成の強化</p> <p>(3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発</p> <p>(4) がん登録の利活用の推進</p> <p>(5) 患者・市民参画の推進</p> <p>(6) デジタル化の推進</p>	
<p>第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項</p> <p>1. 関係者等の連携協力の更なる強化</p> <p>2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策</p> <p>3. 都道府県による計画の策定</p> <p>4. 国民の努力</p> <p>5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化</p> <p>6. 目標の達成状況の把握</p> <p>7. 基本計画の見直し</p>	

表2 がん対策推進基本計画の見直しのポイント

がん予防	<ul style="list-style-type: none"> ・「がん検診受診率」の目標を50%から60%に引き上げ ・感染症を要因とする子宮頸がん、肝がん、胃がんなどを含めた感染症対策の推進
がん医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲノム医療の推進とともに、ドラッグラグ等の課題に対し、新たな診断技術・治療法へのアクセスを確保 ・新たな技術の「速やかな医療実装」に関する項目を新規に追加し、国際共同治験への参加などの取組を推進
がんとの共生	<ul style="list-style-type: none"> ・治療に伴う外見変化に対する相談支援・情報提供体制の構築等 ・就労を含めた社会的課題への取り組み推進
これらを支える基盤	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、市民参画の推進 ・医療、福祉、保健サービスの効率的、効果的な提供などの観点からデジタル化の推進 ・「全ゲノム解析等実行計画2022」の着実な推進

(2) 誰一人取り残さないがん対策の実践

第4期がん対策基本計画では、各分野における政策評価を明確にするために、ロジックモデルの考え方を導入している。ロジックモデルの立案には、その地域で「誰が取り残されているのか」を特定し、必要な対策を立案し実施していく必要がある。各自治体の政策企画力が問われるところだ。

例えば、福井県では検診における格差を小さくするための取り組みとして、「職域がん検診受診体制整備奨励金⁶」を4月からスタートさせた。これは職域におけるがん検診受診率の向上を図るため、従業員ががん検診を受診するための特別休暇等の制度を整備した事業者に対し奨励金を支給することで、がん検診を受けやすい職場環境を整備することを目的としている。がん検診を受診する際の特別休暇制度を設ける、がん検診の受診時間を勤務扱いとするなどの制度を設ける、従業員ががん検診を受診する際の検査費用を一部負担す

るといった取り組みだ。非正規雇用労働者にとっては、がん検診で休暇をとることに伴い、収入は減少する。こうした自治体からの後押しがどのようなアウトカムとして現れてくるかに注視したい。「誰一人取り残さない」ために、地域のコミュニティへのアプローチは今後の命題であり、その取り組みの効果については、ロジックモデルで検証をし、改善を重ねていくことが求められる。

4. まとめ

雇用年齢の延長に伴い、働く世代の年齢も長期化してきている。従業員の年齢が高くなれば、当然、疾病も増えてくるため、がんに限らず、病をもちながら働くことへの支援は企業の中では必須になってこよう。特にがんにおいては、約2人に1人が生涯で一度は罹患をし、約3人に1人が亡

6. “職域がん検診受診体制整備奨励金”. 福井県.
<https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/gantaisaku/syokuikigannkensin.html> (閲覧日2024年7月10日)

くなっており、働く世代にとっては、当事者として、家族として、関わりを持たない人は少ない。

今日、私たちの生活環境や医療技術は大きく変化をしており、経済毒性や時間毒性という言葉も登場している。健康経営も、その場限りのエピソードに頼るのではなく、多様なデータを用いて課題

を明らかにし、合理的根拠（エビデンス）に基づく取り組みとなって実効性を発揮していくことが期待される。企業や学校など社会においても「健康格差」に関して意識づけることが重要であり、まさにダイバーシティやSDGsの中に解決策はあると思っている。

労働組合のための調査情報誌

月刊 『労働調査』

年間購読料12,000円(送料、消費税込み)

最近号の特集一覧

2022年6月号 労働教育の取り組み	2023年7月号 介護労働者を 取り巻く問題状況と今後の課題
7月号 ジョブ型を考える	8月号 「第5回 次代のユニオンリーダー 調査」－分析編－
8月号 2021～2022年 労調協共同調査 「第5回 次代のユニオンリーダー 調査」調査報告	9月号 労働者協同組合という働き方
9月号 「家族」の変化と仕事、生活	10月号 労働組合における政治活動の取り組み
10月号 コロナ下における勤労者の生活と意識	11月・12月号 I. 人事評価制度の見直しと労働組合 II. 労調協の仕事、この1年
11月・12月号 I. 物価上昇の下での賃金交渉 II. 労調協の仕事、この1年	2024年1月号 組織拡大のこれから
2023年1月号 教育費・奨学金の現状と課題	2月号 勤労者の生活の現状と今後の課題
2月号 勤労者の生活の現状と課題	3月号 介護離職ゼロをめざして
3月号 労働時間 上限規制への対応	4月号 外国人労働者政策のこれから
4月号 貧困・セーフティーネット	5月号 賃金が上がる社会への転換
5月号 ビジネスと人権	6月号 学校現場における働き方改革
6月号 ハラスメントのない社会へ	7月号 ヨーロッパにおける最近の労働事情