

## 健康の不平等 —『ブラック報告』について—

武川正吾

社会保障研究所研究員

Inequalities in Health : The  
Black Report , edited and with an  
introduction by Peter Townsend and  
Nick Davidson , Harmondsworth :  
Penguin Books , 1982. £ 2.50

### はじめに

イギリスの国民保健サービス(NHS)の公言された目的は、社会経済的地位や性別・年齢などの相違とは無関係に、みずからの必要に応じた平等な保健サービスの利用を全国民に保障することであった。そこには、保健サービスの利用可能性を平等に保障することが、ひいては国民の健康状態の平等を保障することにもなる、という暗黙の前提がある。そして、健康状態の平等の保障は、他のいかなる不平等が是認されようと少なくとも生命だけは平等でなければならない、という思想に基づくものである。

創設以来30年以上の歴史をもつNHSは以上のような目的をどの程度実現したのだろうか。イギリスにおける健康の不平等

は、削減の方向に進んできたのだろうか。変化しなかったのだろうか。それとも、NHSの存在にもかかわらず、拡大してしまったのだろうか。

1977年4月、エナルズ社会保障相(当時)は、(i)社会階級間の健康の不平等の実態を明らかにすること、(ii)その原因を究明し政策的含意を探ること、(iii)これからのような調査が必要かについて提案すること、を目的とした「健康の不平等に関する作業グループ」を設置することによって、この疑問に答えようとした。このグループは、ダグラス・ブラック卿(保健社会保障省首席科学官〔当時〕)、J.N.モリス教授(ロンドン大学、地域医療)、C.スミス博士(社会科学研究協議会)、ピーター・タウンゼント教授(エセックス大学〔当時〕、社会学・社会政策)の4名から成り、3年間の研究のすえ、1980年4月、報告書(*Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*)をジョンキン社会保障相に提出した。この報告書は、作業グループの議長の名前をとって『ブラック報告』と一般に呼ばれている。

『ブラック報告』は学問的にも政策的に

も非常に興味深い内容を含んでいるにもかかわらず、わずか260部しか印刷されず、一般読者はおろかNHS関係者の眼にもふれることが少なかった。しかし、医学系のジャーナリズムがこの報告書を取り上げて以来、一般の人びとにも、その存在が知られるようになった。1981年秋には、この報告書に対する討論が下院で行なわれた。しかし、にもかかわらず、『ブラック報告』はHMSOからもDHSS（保健社会保障省）からも増刷されなかった。そのため、この報告書はイギリス国内でサミズダートのような扱いを受けたという。

そこで、作業グループの一員であったタウンゼント教授と、社会政策問題のジャーナリストであるニック・デヴィドソン氏が『ブラック報告』の普及版を編集し、1982年、ペリカン・ブックスの一冊として刊行した。本稿は、このペリカン版に依拠しながら、『ブラック報告』の内容を紹介しようとするものである。

『ブラック報告』は9章から成っている。まず、健康および不平等という概念を定義し（第1章）、ついで、健康の不平等を現状、動向、保健サービスの利用、国際比較といった観点から記述し（第2～5章）、その説明を試み（第6章）、さらに、これから必要な調査を提案し（第7章）、さいごに、政策提言を行なう（第8～第9章）という構成になっている。

### 健康および不平等の概念

『ブラック報告』（以下、『報告』と略す）は、まず、「健康」という概念の検討

から始める（第1章）。「健康」は、一方では、病気の無い状態と考えられ、他方では、もっと積極的に「環境およびコミュニティとの活気にあふれ、創造的で、楽しみに満ちたかわりあい」と考えられてきた。この2つの考え方は相互排他的ではなく、後者は前者を含むものである。過去150年間の健康の追求は、健康に対する後者の見方を強調するようになったが、この方向はさらに進められるべきである。

健康状態を測定する指標として、従来、死亡率・有病率・活動制限率などが用いられてきた。それぞれの指標に問題と限界があるが、測定上の問題が比較的少なく、時系列的に資料を蒐集しやすいなどの理由から、『報告』は、主として死亡率を、健康の指標として用いている。

健康を死亡率によって測定するとすると、どのような人々とどのような人々のあいだの死亡率の差によって健康の不平等を見るべきかが次に問題となる。『報告』は、主に社会階級の違いによる健康の相違を見ていこうとする。そして、社会階級の指標として『報告』の採用するのが職業である。『報告』は、便宜上の理由から、戸籍本署による次のような階級分類を用いている。

- I 専門
- II 中間
- III N. 熟練ノンマニュアル
- III M. 熟練マニュアル
- IV 半熟練
- V 未熟練

（なお、以下では、ローマ数字によって階級名を表わすことにする。）

## 健康の不平等の現状

第2章では、まず、社会階級別にみた死亡率の格差が示される。15-64歳の死亡率（人口1,000人当り）を職業別・男女別で示した表1によれば、上層階級ほど死亡率が低いことがわかる。そして、男女共、VのIに対する比率は2.5であり、死亡率の相対的格差は等しい。『報告』は他の年齢階層の死亡率、すなわち死産率・乳児死亡率（生後1年未満）・幼児童死亡率（1-14歳）についても検討しているが、それぞれ同様の傾向が出ており、とりわけ乳児死亡率においてこのことが顕著である。

階級と死亡率の関係を知るうえで、さらに興味深いのは、死因別の死亡率格差である。たとえば、0-14歳の死亡原因を示した図1によれば、新生物や先天異常による死亡ではそれほど階級格差が見られないのに対し、社会経済的環境に結びついていると考えられる伝染病および寄生虫病、呼吸器系の病気、事故・中毒・暴力による死亡では、かなり顕著な階級的不平等が見られるのである。

表1 性別・社会階級別死亡率（15-64歳）  
〔人口千人当りの比率、イングランド・ウェールズ1971年〕

社会（職業）階級	男性	女性	男女比
I 専門	3.98	2.15	1.85
II 中間	5.54	2.85	1.94
III N 熟練ノンマニュアル	5.80	2.76	1.96
III M 熟練マニュアル	6.08	3.41	1.78
IV 半熟練	7.96	4.27	1.87
V 未熟練	9.88	5.31	1.86
V/Iの比	2.5	2.5	

既婚女性は夫の職業に分類されている。他の女性は本人の職業に分類。

このほか、『報告』は死亡率の男女別・地域別・（英国に居住する）人種別・居住形態別の格差を扱っている。その結果、男性より女性の方が、公営住宅居住者よりは持家居住者の方が死亡率が低いことが明らかにされる。地域別では、南西部が低く、南ウェールズが高い。また、人種別に関しては、西インド出身者の方が白人よりも死亡率が低いという結果が出ている。しかし、『報告』は、もともと体の丈夫な人が移民となる傾向がある、移民は下降移動を経験してイギリスへやって来たなどと、この結果の解釈に対しては慎重である。

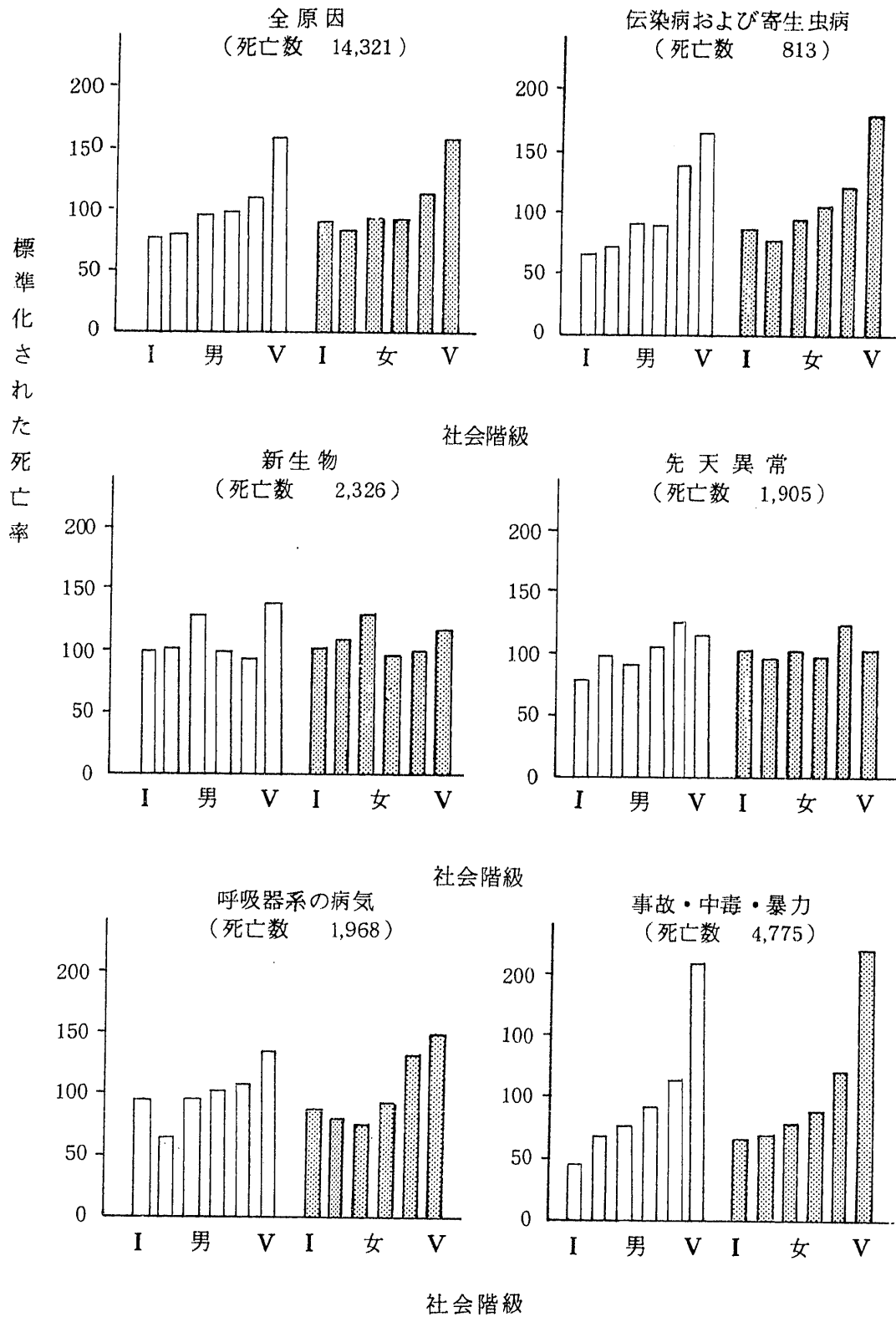
第2章は、死亡率の不平等だけでなく、有病率と階級との関係についても紙面を割いている。ある標本調査によれば、40-64歳の男性の急性肺炎の有病率は、Iが6%であったのに対しVは26%に及んだ。また、いろいろな種類の病気欠勤率にも階級格差が見られ、上層階級よりも下層階級の方が欠勤率が高い。

## 健康の不平等の動向

第3章では、過去100年間に、死亡率は男女とも減少してきたことがまず確認される。ただし、男性の死亡率が女性の死亡率をつねに上回ってきており、最近10年間にその格差は拡大してきていることも付け加えている。

男性（15-64歳）のIとVの格差は、1970-2年、1959-63年の方が1949-53年よりも大きくなっている。また、III、IVおよびVの30歳以上の死亡率は、絶対的にみて、1959-63年と

図1 階級と死亡率 (0-14歳)



注) 全男(女)性を100とした時の指数

1970-2年のあいだでほとんど改善されてい  
ない。むしろ、悪くなっている。Ⅲ、  
Ⅳ、ⅤとⅠ、Ⅱとの相対的格差はこの10  
年間に拡大していると考えられる(表2を  
参照)。

表2 人口10万人当りの死亡率とそれの職業階級Ⅰ・Ⅱに対するパーセント  
(1951-71年, イングランド・ウェールズ, 男性および既婚女性)

職業階級	年 齢	男性：人口10万人当り			既婚女性：人口10万人当り		
		1949-53	1959-63	1970-72	1949-53	1959-63	1970-72
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	25-34	124	81	72	85	51	42
		148	100	90	114	64	51
		180	143	141	141	77	68
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	35-44	226	175	169	170	123	118
		276	234	256	201	160	154
		331	300	305	226	186	193
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	45-54	712	544	554	427	323	337
		812	708	733	480	402	431
		895	842	894	513	455	510
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	55-64	2,097	1,804	1,710	1,098	818	837
		2,396	2,218	2,213	1,202	1,001	1,059
		2,339	2,433	2,409	1,226	1,129	1,131
		ⅠおよびⅡに対するパーセント			ⅠおよびⅡに対するパーセント		
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	25-34	100	100	100	100	100	100
		119	123	125	134	125	121
		145	177	196	166	151	162
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	35-44	100	100	100	100	100	100
		122	134	151	118	130	131
		146	171	180	133	151	164
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	45-54	100	100	100	100	100	100
		114	130	132	112	124	128
		126	155	161	120	141	151
ⅠおよびⅡ Ⅲ ⅣおよびⅤ	55-64	100	100	100	100	100	100
		114	123	129	109	122	127
		112	135	141	112	138	135

女性（15-64歳）の場合も、男性ほど大きくはないが、死亡率の階級間不平等の拡大が見られる。

乳児死亡率の全般的低下にもかかわらず、その階級間格差は顕著に残っている。年齢階層別に子供の死亡率をみると、1~4歳では、1960年代から70年代初期にかけて、階級間不平等は若干減少している。しかし、5-9歳ではほとんど変化しておらず、10-14歳では拡大しているのである。

### 保健サービス利用の不平等

『報告』は、保健サービス利用の相違によって健康状態の不平等をすべて説明することはできない、と考えている。しかし、保健サービスの不平等な利用は、それがニードに対応したものでないならば、それ自体が不公平であり、なによりも、NHSの根本原則に反する。そこで、『報告』は、第4章で、さまざまな保健サービスの利用可能性および利用の不平等を検討する。

一般開業医の診療を受ける回数は、年々の変動はあるにしても、下層階級ほど増加する傾向がある。しかし、ニードを考慮に入れて考えると、この関係は逆転する。すなわち、診療回数を活動制限日数で除した比でみると、死亡率の場合と同様、ここにも階級的不平等が発見される（表3を参照もっても、この指数には問題点も多いので、その取扱いには十分注意しなければならない。

保健サービス利用の不平等には、下の階級の間がニードに見合った診療を受けて

表3 社会経済集団別「利用／ニード比」  
（グレート・ブリテン、1974-6年）

社会経済集団	男	女
1	0.23	0.23
2	0.21	0.24
3	0.20	0.22
4	0.18	0.22
5	0.20	0.20
6	0.17	0.19
全体	0.19	0.22

注) この表の社会経済集団はGeneral Household Surveyの分類に基づいており、本稿における他の階級分類方法とは異なる。

いないという側面だけでなく、他の側面もある。『報告』は、いくつかの先行研究を引用しながら、次のような例をあげている。医師は中産階級の人間であるので、労働者階級の患者より中産階級の患者の方を理解しやすい。病院入院時、中産階級の患者の方が開業医の訪問を頻繁に受ける。中産階級居住区の方が良い医師が多い。等々。

保健サービスの利用のうち、階級的不平等が最も顕著なのは予防サービスの利用である。『報告』は、いくつかの事実を指摘している。出産前の健康診断や家族計画のサービスの利用率はノンマニュアル階級の方がマニュアル階級よりも高い。子宮癌による死亡率は労働者階級の婦人の方が高いにもかかわらず、子宮癌検診への参加率は中産階級の方が高い。伝染病の予防接種率も、下の階級ほど低い。等々。

### 国際比較

以上のようなイギリス国内の健康の不平等の確認をふまえて、第5章では、健康に

表4 父親の職業階級別の7才以下児童の保健サービス利用

	I	II	III N	III M	IV	V
歯科医へ1度も行ったこと のない人のパーセント	16	20	19	24	27	31
予防注射を受けていないパ ーセント						
天然痘	6	14	16	25	29	33
ポリオ	1	3	3	4	6	10
ジフテリア	1	3	3	6	8	11

関するヨーロッパ諸国の国際比較が行なわれる。

『報告』は、まず、イギリス国民全体の健康水準の国際的位置づけを、各種死亡率の比較・検討によって行なう。周産期死亡率や乳児死亡率でみるかぎり、イギリスは北欧諸国やオランダよりは低い水準であり、西ドイツと同程度の水準にある、というのが大体の傾向である。

イギリスと北欧諸国との乳児死亡率の差の原因の1つを、『報告』は、乳児の環境条件の階級格差の有無に求めている。すなわち、イギリス国内の階級格差が解消されるならば、イギリスの乳児死亡率はスウェーデンの水準に近づくことができる、というわけである。また、『報告』は保健サービスの中味を、乳児死亡率を決める要因として重視している。医師数よりも看護婦数・助産婦数・病床数の方が、乳児死亡率の大小に関連しているのである。

資料的制約の下で、『報告』は、健康の不平等の国際比較を何とか行なっている。その結果、イギリスで見出された社会階級

間・地域間の健康の不平等は、他のヨーロッパ諸国でも大なり小なり発見できるものであることが明らかとなる。しかし、そうしたなかでスウェーデンとノルウェーは、健康の国内的平等化が相当程度進んでいる。

いくつかの国で、不平等削減のためのプログラムが実行された。それらは十分満足のいく成果をあげているわけではない。しかし、健康の不平等に対する政策的影響の可能性は、必ずしも否定されているわけではない。フィンランドやフランスの経験から考えて、出産前ケアの普及による不平等削減の効果は見逃すことができない。

### 健康の不平等の説明

第6章の課題は、これまでみてきた社会階級と健康との関連に対する理論的説明を試みることである。『報告』は4つの説明方法を区別することから始める。

第1は、両者の関係を「人為構造」とみなす説明方法である。この説明によれば、下層階級の健康状態がよくないのは、就業構造の変化の結果、未熟練労働者の需要が

減少し、健康な若年労働者がこの層へ参入せずに、より上位の職業階層に参入するようになったからであり、また、未熟練層が高齢化したためである。したがって、この説明によれば社会階級と健康とのあいだには直接的因果関係はない。しかし、『報告』は、階級Ⅴの縮小はそれほどでもないこと、上層階級に比べて健康状態がよくないのはⅤだけではなくⅣやⅢにも及ぶこと、などの理由からこの説明方法には否定的である。

第2は、自然淘汰および社会淘汰と呼ばれる説明方法である。ここでは健康が独立変数、社会階級が従属変数として扱われ、上層階級の健康状態がよいのは、もともと健康のよい者が上層階級に淘汰された結果である、と説明される。

第3は、健康状態に対する社会経済的要因を重視する唯物論的・構造論的説明である。この説明によれば、各階級の健康の不平等は社会経済的不平等が反映した結果となる。この説明には、経済的剝奪の直接的効果を強調するものから、相対的剝奪論に立つものまでが含まれる。また、失業率や景気循環を強調するものもある。

第4は、個人的行動や観念の健康に対する役割を強調する文化的・行動論的説明である。この説明によれば、下層階級の健康状態がよくないのは、この階級の生活習慣（たとえば、喫煙、栄養の偏り、運動不足、等々）に原因があることになる。

『報告』は、以上の4種類の説明のなかでは、唯物論的・構造論的説明が経験的データに最もよく適合する、と述べている。

しかし、この説明によってすべての健康の不平等の説明が可能だと考えているわけではなく、必要に応じて他の説明方法によって補足されなければ十分満足のいく説明はえられない、としている。そして、生活周期の各段階の健康の不平等について、構造論的説明を基軸としながら説明を加えていく。

### さらに必要となる調査

健康に関する統計が、イギリスでは、比較的整備されていることは『報告』も認めている。社会階級と健康の関係をさらに解明するためには、次の6つの領域の調査が欠くことができない、と『報告』は述べている。

- a とりわけ栄養摂取や事故との関係でみた子供の発達のサーベイランス
- b 喫煙、食事、アルコール消費、運動のような個人的行動の健康に及ぼす効果
- c 地域の社会的条件や健康状態に関する指標の開発（資源配分に利用するため）
- d 労働条件の健康に及ぼす効果
- e 障害者に関する系統的情報蒐集（障害出現率、障害の程度など）
- f 不健康と関係する社会的要因の相互連関についての研究

そして、この報告書では行なわれなかったが、次のような2種類の研究がさらに必要だと説いている。①社会的変数と環境的変数の相互作用、および、それと子供の発達との関係を明らかにすること。②社会的条



件と個人的行動の関係と、その健康に対する関係を明らかにすること。

### 保健および対人社会サービスの計画化

第8章と第9章では、健康の不平等の解消をはかるための制策提言が行なわれる。第8章で、保健および対人社会サービスが扱われ、第9章で、その他の社会政策が扱われる。

『報告』は、不平等是正のための原則として、次の3つを掲げている。すなわち、①児童に人生のよりよい出発点を与えること、②障害者が、できるかぎりコミュニティのなかで、生活の質を改善できるようにすること、③予防サービス・健康教育によって、健康を改善すること、の3つである。

「福祉国家および国民健康サービスの30年間は、健康における社会的不平等の削減をわずかしか成しとげていない。しかし、これら3つの目標が精力的に追求されるならば、健康の不平等はいまや削減することができる」というのが『報告』の基本的立場である。

資源配分について、『報告』は、ニード（この場合は、たとえば死亡率・有病率などがその指標となる）を基準にするのが望ましい、としている。そして、NHSおよび対人社会サービスの資源配分の重点を、これまで以上に、コミュニティ・ケアに移すことを提案している。ただし、そのための財源捻出方法については、作業グループ内に意見の対立がある。

『報告』は、さらに、全国各地で実施されるべき「地域行動計画」を提案している。

①の目標のもとに、無料ミルク制度の導入、出産前サービスの利用促進、就学人口の減少に伴う予算の余裕を未就学児のための新サービスに用いること、等々が、②の目標のもとに、病院・施設・在宅ケア間の構造と機能の検討、保健と対人サービスとの接点におけるプログラム（例、退院後の継続管理制度）の重視、在宅ケアの拡大等々が、また、③の目標のもとに、マス・メディアを利用した健康教育、反喫煙キャンペーン（タバコへの増税などを含む）、ダウン症・神経管欠損・ハイパーテンションのための検診等々が提案されている。

『報告』は、このほかに、とくに死亡率の高い10地区にたいして、実験的プログラムを実施することを求めている。

### 総合的戦略

健康の不平等の問題は保健政策だけでは解決ができない、というのが『報告』の基本的立場である。したがって、社会政策全般を通じて健康の不平等への挑戦がなされねばならない。そのさい鍵となるのが貧困追放である。

児童給付の値上げ、出産一時金の値上げ、幼児ケア手当の導入、学校給食の改善、障害者手当の導入、労働衛生条件の改善、職場における予防事業、住宅改善、公営住宅と民間住宅の調整、等々がそこに含まれている。そして、保健に関係した社会政策の調整が強調される。

イギリスと日本のあいだには、相当な社会文化的相違がある。しかし、いずれの先

進産業社会も、一方で、階級・階層構造をはらんでおり、他方で、社会政策をそなえている。したがって、『ブラック報告』は、イギリス的特殊性をこえた社会政策と社会的不平等という一般的問題を考えるさいの1つの素材となるように思われる。

〔付記〕 参考までに、『ブラック報告』の目次を以下に掲載しておく。

Foreword by Patrick Jenkin

Foreword

1. Concepts of Health and Inequality
2. The Pattern of Present Health Inequalities
3. Trends in Inequality of Health
4. Inequality in the Availability and Use of the Health Service
5. International Comparisons

6. Towards an Explanation of Health Inequalities
  7. The Need for More Information and Research
  8. Planning the Health and Personal Social Services
  9. The Wider Strategy
- Summary and Recommendations  
Appendix of Tables  
References

なお、Alastair McIntosh Gray, "Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment" International Journal of Health Services, Vol.12 No.3, 1982, pp. 349-380. が、『ブラック報告』を紹介しており、本稿をまとめるにあたって、これも参考にした。