

ライフコースの視点から高齢期の健康格差の原因を探る

桜美林大学大学院老年学学位プログラム教授 杉澤 秀博



～要旨～

本稿は、日本の高齢者を対象に、社会経済的地位に起因する高齢期の健康格差の形成メカニズムをライフコースの視点から実証的に分析し、その結果に基づいて格差是正のための政策的提言を行うものである。分析には、潜在効果モデル、経路効果モデル、社会的移動効果モデル、および累積効果モデルという4つの理論的枠組みを用いた。分析結果として、第1に、少年期の経済的困難が青年期・中年期へと連鎖し、この連鎖が高齢期の健康に間接的に影響を及ぼす経路効果が確認された。第2に、ライフコース全体を通じた経済的困難の経験の累積、ならびに経済的地位の下降が高齢期の健康に深く関与することが示され、累積効果と社会的移動効果の妥当性が支持された。第3に、これらの効果には出生コード間で差異が認められた。特に戦後直後に青年期を迎えたコードでは影響が一時的に緩和されたものの、後続のコードでは再び影響が強まる傾向、すなわち効果の永続性が観察された。以上の知見は、高齢期の健康格差が人生を通じた社会経済的不利の連鎖および累積によって形成されることを示唆している。したがって、健康の格差是正には、子ども時代からの経済的・教育的支援の充実と、ライフコース全体を視野に入れた包括的な介入が不可欠である。

1. 問題関心：高齢期における健康格差の存在

高齢期の健康格差の要因は、従来、喫煙や食事、運動などの生活習慣に起因する個人のリスク要因に焦点が当てられ、それに対する教育的介入が主な対策とされてきた。しかし近年では、世界保健機関が提唱する「健康の社会的決定要因」の枠組みに基づき（WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008）、社会経済的地位が健康だけでなく生活習慣そのものを規定する根本的な原因であるという認識が国際的に広

まりつつある。

社会経済的地位による健康格差が世界的に注目される契機となったのは、英國の公務員を対象とした「ホワイトホール研究」（Marmot, et al. 1978）である。この研究では、国民健康サービス（National Health Services）によって診察や治療が原則無料である英國においても、職種の違いによって健康状態に明確な差が生じていることが示された。この研究により、医療制度の整備だけでは健康格差を解消できないとい

う限界が浮き彫りになった。その後、青年期や中年期だけでなく高齢期を対象とした研究においても、社会経済的地位による健康格差が持続していることが、欧米諸国のみならず日本においても確認されている（例：近藤 他, 2012; Liang et al., 2002; Sugisawa et al., 2018）。

本稿では、社会経済的地位による高齢期の健康格差のうち、特にライフコース上の社会経済的地位の影響に焦点を当て、日本の高齢者を対象とした筆者自身の実証研究を紹介する。さらに、その知見に基づき健康格差の是正に向けた政策的提言を行う。

2. ライフコースの視点

高齢期の健康は、単に高齢期のみの社会経済的地位だけで規定されるものではなく、出生時から少年期、青年期、中年期に至るまでの各ライフステージにおける社会経済的地位の影響を受けて形成される可能性が高い。すなわち、生涯にわたる社会経済的地位の優位性や不利性が、高齢期の健康状態に作用していると考えられる。このような視点は、健康格差の是正を検討する上で、高齢期に限らず人生全体を通じた介入の必要性を示唆しており、ライフコースの視点は不可欠である。

Elder ら (2004) が提唱したライフコースの5つの原則は、高齢期の健康格差を理解する上で有効な枠組みを提供している。

- ・ライフスパンの原則：発達と老化は生涯にわたるプロセスである。
- ・主体性の原則：個人は自らの選択と行動によってライフコースを形成する。
- ・時間と場所の原則：個人の生活軌跡は、歴史的文脈や居住する地域社会の影響を受ける。
- ・タイミングの原則：出来事の影響は、それが生じた人生の時期によって異なる。

・連関する人生の原則：人々の人生は相互に依存し合い、他者との関係性の中で営まれる。このうち、ライフスパン、時間と場所、タイミングの3原則は、特に高齢期における健康格差を解明する上で重要な視点を提供する。

たとえば、ライフスパンの原則は、親の低学歴や幼少期の貧困といった社会経済的な不利が、子どもの教育機会や職業選択を制限し、ひいては成人期以降の生活習慣や保健行動（例：禁煙、適切な食事）に影響を及ぼすことを示唆している。その結果として、高齢期における慢性疾患の罹患率の上昇や認知機能の低下といった健康格差が生じる。

時間と場所の原則は、戦前や戦後の混乱期、高度経済成長期など、個人がどのような歴史的・社会的文脈の中で人生を送ったかが、高齢期の健康に影響を及ぼす可能性を示唆している。

タイミングの原則は、脳や身体が急速に発達する幼少期や児童期といった感受性の高い時期に、貧困やストレスなどの不利を経験することが、中枢神経系や内分泌系の発達に不可逆的な影響を与え、高齢期における慢性疾患や認知症のリスクとして顕在化する可能性を示唆している。

このように、高齢期の健康格差を理解するには、ライフコース全体を通じた社会経済的地位の影響を包括的に捉える視点が不可欠である。

3. ライフコースの視点から見た高齢期の健康に与える影響のモデル（図1参照）

高齢期の健康格差をライフコースの視点から理解するには、社会経済的に不利な状況がどのように健康に影響を及ぼすのかを理論的に説明する枠組みが必要である。そのために提示されているのが、潜在効果モデル、経路効果モデル、社会的移動効果モデル、および累積効果モデルという4つの概念モデルである（Pollitt et al.,

2005)。これらのモデルは、高齢期の健康格差の形成メカニズムを異なる観点から捉えるものであり、効果的な介入策を検討するための理論的基盤を提供している。

潜在効果モデル：人生の早期、特に幼少期などの感受性の高い時期における社会経済的な不利が、その後の社会経済的地位にかかわらず、高齢期の健康に直接的な影響を及ぼすと仮定する。たとえば、幼少期の栄養不良や慢性的なストレスが、成人後の生活状況に関係なく、身体的・精神的健康に長期的な悪影響を与えるとされる。このモデルは、社会経済的不利が生じた「時期」に焦点を当てている。

経路効果モデル：経路効果モデルは、社会経済的不利がライフコース上で連鎖的に累積されるプロセスに注目する。人生の早期に経験した社会経済的な不利が、教育機会の制限、職業選択の困難、低所得、健康に悪影響を及ぼす生活習慣などを通じて、間接的に高齢期の健康に影響を及ぼすとする。

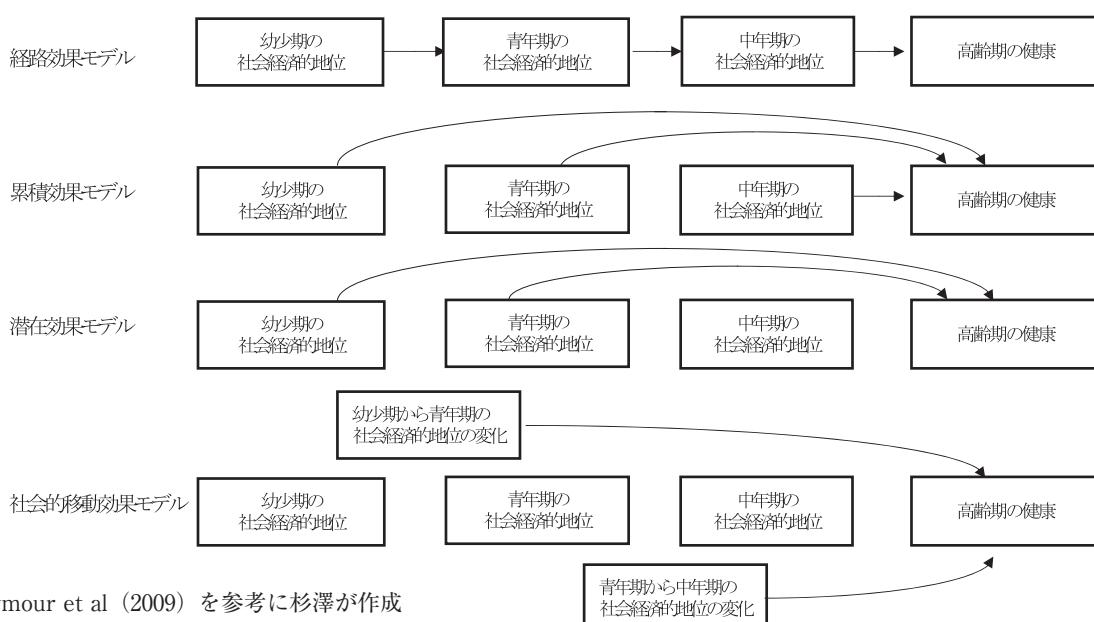
社会的移動効果モデル：社会的移動効果モ

ルは、ライフコース上の社会経済的地位の変化、すなわち上方移動または下方移動が、高齢期の健康に影響を与えると仮定する。たとえば、少年期に貧困状態であっても、成人期に社会的地位が上昇すれば、健康状態が改善される可能性がある。逆に、社会的地位が下降した場合には、健康状態が悪化するリスクが高まる。

累積効果モデル：累積効果モデルは、人生のどの時期に経験したかを問わず、社会経済的な不利な状況に晒された回数や期間といった「累積的な暴露」が、高齢期の健康に影響を及ぼすと仮定する。すなわち、社会経済的な不利の「頻度」や「総量」に着目するモデルである。

経路効果モデルと累積効果モデルは一見似ているが、焦点が異なる。累積効果モデルは、人生の各時点の不利がそれぞれ独立して健康に影響する頻度や総暴露量を重視する。一方、経路効果モデルは、早期の不利な状況が後年の不利な状況（たとえば低学歴や不安定な職業）を引き起こし、この連鎖を通じて健康に間接的に影響するプロセスを重視する (Glymour et al.,

図1 ライフコースの視点から見た暴露時期の違いによる病因モデル



注) Glymour et al (2009) を参考に杉澤が作成

2009)。

これらのモデルは、共通してライフスパンの原則に基づきつつも、それぞれが社会経済的な不利に暴露するタイミングにおいて異なる側面—時期（潜在効果モデル）、連鎖（経路効果モデル）、変化のパターン（社会的移動効果モデル）、頻度（累積効果モデル）—に焦点を当てている。したがって、同じライフコースの視点に立ちながらも、高齢期の健康格差の生成を異なる角度から捉えることが可能となる。さらに、これらのモデルは、以下の示すように高齢期の健康格差を回避するために異なる介入の重要性を示唆する（Rosvall et al., 2006）。

- ・潜在効果モデル：特定の時期における介入の重要性
- ・経路効果モデル：ライフコースの早期段階での予防的介入の重要性
- ・社会的移動効果モデル：高齢期における社会経済的不利の解消の重要性
- ・累積効果モデル：人生全体にわたる社会経済的不利の累積を軽減する重要性

4. ライフコースの視点からの実証研究の現状

ライフコースにおける社会経済的地位と健康との関連を検討する研究は、これまで主に欧米諸国を対象とし、多くの場合、単一の理論モデルに限定して分析されてきた（Lindström et al., 2012）。近年では複数のモデルを比較検証することで、ライフコース上の社会経済的地位が健康に及ぼす影響をより正確に捉えようとする試みが進んでいる（Gustafsson et al., 2011；Hallqvist et al., 2004など）。しかし、これらの研究結果は一様ではない。累積効果モデルのみを強く支持するものもあれば（Gustafsson et al., 2011）、複数のモデルが同等に妥当性を持つとする見解も存在する（Hallqvist et al.,

2004；Lindström et al., 2012など）。

既存の研究には、次の2つの制約がある。第1に、高齢者を対象とした研究が不足している点である。先行研究の多くは、主に60歳未満の人々を対象としており、高齢期を対象とした研究は少ない（Kahn & Pearlin, 2006；Otero – Rodríguez et al., 2011）。高齢者では、社会経済的地位による健康格差が縮小する傾向が示されているため（Sugisawa et al., 2016）、青年期や中年期の研究結果が高齢期にも当てはまるか否かについては、慎重な検討が必要である。第2に、日本における研究が依然として少ない点が挙げられる。欧米諸国で得られた知見が日本にそのまま適用できるかどうかは不明であり、日本の社会制度や文化的背景を踏まえた独自の実証研究が求められている。

5. 社会経済的地位による健康格差の継続性：根本原因論

社会経済的地位による健康格差を説明する代表的な理論に、LinkとPhelan（1995）が提唱した「根本原因理論」（fundamental cause theory）がある（Quesnel – Vallée et al., 2016）。この理論の特徴は、時代の変化によって流行する病気や健康リスクが変わっても、格差の構造そのものが一貫して存続している点に着目していることである。彼らは、社会経済的地位こそが健康格差を生み出す「根本原因」であると定義した。つまり、個別の病因が変わったとしても、地位に伴う資源の差が健康状態に決定的な影響を与え続けるという「社会的なプロセス」を重視されたのである。

この理論によれば、社会経済的地位の違いは、疾病の予防や発症後の影響を軽減するために必要な資源へのアクセスの差異を生み出す。ここでいう資源には、金銭的資源、知識、権力、名

声に加え、社会的支援やネットワークといった人的資源も含まれる。これらの資源は、個人が健康を維持・改善するための手段として機能し、その結果、社会経済的地位の高低が健康格差の持続に寄与する構造的要因となっている。すなわち、社会経済的地位は時代や疾病の種類にかかわらず、常に健康に影響を及ぼす「根本的原因」であるとされる。

一方、ライフコースの視点からは「時間と場所の原則」が提起されており、ライフコース上の社会経済的地位が高齢期の健康に与える影響は、時代背景や社会制度の変化によって異なる可能性がある。この点において、根本原因論は社会経済的地位の影響を「普遍的かつ持続的」と捉えるのに対し、ライフコースの視点は「時代や地域によって変化しうる」とする柔軟な立場をとっている。このように、両者の視点は対立的であるものの、健康格差を理解するには、社会構造の持続的影響と、時代的・歴史的文脈の変化の両方を考慮する必要がある。

6. 生年コホートによる差に言及した研究の現状

根本原因論を支持するように、欧米諸国だけでなく日本においても、経済的な変動によって健康格差の拡大・縮小はあるものの、高齢者を対象とした研究により、社会経済的地位による健康格差が継続していることが示されている (Sugisawa et al., 2016; Sugisawa et al., 2018)。一方で、「時間と場所」に着目した実証研究では、ライフコース上の社会経済的地位が健康に与える影響に、生年コホート間で差があるかどうかが検討されている。分析に際しては、主に3つの仮説が提示されている。

第1の仮説：影響の弱化仮説

先進国においては、児童扶助政策や低所得世帯への支援策の拡充、ならびに医療への公平なアクセスの確保が進展してきた。これにより、幼少期における社会経済的不利の影響が軽減されるため、ライフコース上の社会経済的地位が高齢期の健康に与える影響は、新しいコホートほど弱まるとする見解である (Zheng et al., 2021; Van Doorslaer et al., 2006)。

第2の仮説：成人期影響強化仮説

この仮説では、出生コホートが新しくなるほど、成人期における社会経済的不利が高齢期の健康に与える影響が強まるとされる。これは、近年のコホートでは乳幼児期における生活環境が相対的に改善されているため、幼少期の影響が相対的に弱まる一方で、成人期の社会経済的地位が健康に与える影響がより顕著になるという仮説に基づいている (Masters et al., 2012)。

第3の仮説：影響の持続仮説

この仮説は、ライフコース全体にわたる社会経済的地位が後年の健康に及ぼす影響は、出生コホート間で基本的に変化せず、持続的であるとする立場である。この見解は、親から子への社会経済的地位の相対的移動率、すなわち社会的流動性が、いくつかの先進諸国において長期的に安定していることを示す研究成果 (Black & Devereux, 2011) とも整合的である。したがって、社会政策が教育や健康格差の是正において十分な効果を発揮していない場合には、この第3の視点がより妥当である可能性がある。これは、健康格差の持続性を説明する「根本原因論」を支持する仮説とも位置づけられる。

これまでのところ、米国における先行研究

では、第1の仮説の妥当性を支持する報告がある一方 (Zheng et al., 2021)、教育と高齢期の健康との関連が近年のコーホートほど強まっていることを示す証拠も提示されている (例: Masters et al., 2012; Mirowsky & Ross, 2008)。後者の知見は、第2あるいは第3の仮説を支持するものである。しかし、日本においてはもちろんのこと、世界的に見ても、ライフコース上の社会経済的地位の影響が異なる生年コーホート間でどのように変化しているかを検討した研究は依然として限られている。

7. 日本における戦後の教育・医療制度の改革

ライフコース上の社会経済的地位が高齢者の健康格差に与える影響とその継続性を探るには、個人が高齢に至るまでに経験してきた教育制度、貧困対策、医療制度の変遷を理解することが不可欠である (以下の記述は、Sugisawa & Sugihara, 2025 に依拠)。第二次世界大戦後、日本は教育政策や貧困対策において大きな変革を遂げた。これらの制度改革は、戦後の経済成長と相まって、国民の生活水準や健康に多大な影響を及ぼした。

7.1 教育支援制度の拡充

戦後の教育制度改革は、人材育成を通じて経済成長を促進することを目的としていた。1947年に教育基本法が制定されて以降、信条、性別、社会経済的地位にかかわらず、すべての国民に対して9年間 (小学校6年、中学校3年) の無償かつ義務的な教育を受ける権利の拡充が図られた。国立および公立学校では授業料が免除されるとともに教科書が無償で提供されるようになり、中学校修了後に高等学校 (3年)、短期大学 (2年)、大学 (4年) といった高等教育の道が整備された。さらに、公立高校や大学におい

ては、経済的に不利な状況にある生徒に対して奨学金の提供や低額の授業料の措置が行われ、教育の機会均等が図られた。

社会扶助の面からの教育支援制度は戦前にも存在していたが、当時の救済法は救済を受ける権利や不服申し立ての権利を認められておらず、対象は働けない者や家族に頼れない者に限られていた。戦後はこの制度が大きく見直され、1946年に生活保護法が制定され、1950年に改正された。この生活保護法は、日本国憲法第25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」という規定に基づき、国が公的福祉を通じて国民の生活を保護する責任を明確にした。改正後の生活保護制度では、不服申し立て制度が導入され、すべての適格な市民に対して平等かつ非差別的に現金給付や社会サービスが提供されるようになった。教育扶助は当初、義務教育に限定されていたが、1970年には奨学金や本人負担を条件として、高等学校まで拡大された。

これらの制度改革により、1950年以降、高校進学率は急速に上昇した。1954年には50%を超える、1965年には70%、1970年には80%を超える水準に達した。大学進学率も1960年以前は10%程度であったが、1970年頃には20%を超える、1975年頃には約40%に達した。また、子どもの栄養改善を目的として1954年に学校給食法が制定され、完全給食を提供する学校の割合は、小学校で1970年に約90%に達し、中学校でも1973年には50%を超えた。これにより、少年期の栄養状態が改善され、健康の基盤が強化された。

7.2 医療保険制度の整備

医療保険制度の起源は、1922年に設立された企業労働者向けの医療保険制度にさかのぼる。その後、農民や住民など未加入者のために

地方自治体が独自の制度を設ける動きが広がり、1938年には国が地方自治体による制度設立を支援、1942年には加入が義務化され、1943年には国民の加入率が80%に達した。

戦後の1961年には、すべての地方自治体に医療保険制度の設立が義務づけられ、他の保険に入加入していない住民には加入が義務化されたことで、国民皆保険制度が実現した。これにより、医療へのアクセスは大幅に改善され、1950年から1970年の間に人口1,000人あたりの外来患者数は、0～4歳で20人から80人へ、35～44歳で20人から60人へ、そして65～74歳で10人から90人へと大幅に増加した。

7.3 戦後の経済成長と経済格差の深刻化

このように、教育改革、医療改革だけでなく、戦後の日本は「奇跡」と呼ばれる経済成長を遂げる一方で、「一億総中流」と呼ばれるような比較的低い不平等を維持できた(Valdés, 2003)。しかし、近年ではOECDの報告によると、日本のジニ係数は34か国中11番目に高い水準にあり、所得格差の拡大が懸念されている(Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011)。制度や経済環境の変化の中で、ライフコース上の社会経済的な地位が高齢期の健康格差にどのような作用してきたのか、またその影響が時代によってどのように変化したのかについて、筆者らによる分析結果に基づき明らかにする。

8. 実証研究の結果

以下では、筆者らが実施した2つの実証研究の結果を紹介する。第1に、ライフコース上の経済的困難の経験が高齢期の健康に与える影響を、先に示した4つ理論モデルを用いて比較検証した結果(Sugisawa et al., 2018)を示す。

第2に、出生コホート間でその影響に差異があるかを検討した結果(Sugisawa & Sugihara, 2025)を報告する。

8.1 ライフコース上の社会経済的困難の影響：モデルの比較

8.1.1 研究方法の概要

分析には、2012年に全国60歳以上を対象に実施された調査データを用いた。ライフステージは、18歳未満(少年期)、25～35歳(青年期)、35～50歳(中年期)、および現在の年齢(高齢期)の4段階に区分した。

各ライフステージにおける経済的困難については、振り返り法を用いて評価した。具体的には「食費、衣料費、住居費などの必需品の支出について、あなたの家族は(少年期)／あなたは(青年期と中年期)支払いに困ることはありましたか?」という質問に対し、「大いに困った」「多少困った」「少し困った」「全く困らなかった」の4段階の選択肢で回答を得た。「大いに困った」「多少困った」と回答した場合を、経済的困難の経験ありと定義した。健康指標としては、以下の5項目を用いた：併存疾患数(同時に罹患している慢性疾患数)、日常生活動作の障害、認知障害、健康度自己評価、抑うつ症状。これにより、身体的・精神的健康の多面的な側面を捉えることを試みた。

なお、ライフコース上の経済的困難については、過去の生活状況を自己申告で回想してもらう方法を採用した。この手法は長期的なライフコース情報を得る上で有効である一方、記憶の曖昧さや社会的望ましさバイアスといった限界も内包している。特に高齢者においては、記憶の再構成や忘却の影響を受けやすく、過去の困難経験が過小または過大に報告される可能性があるため、結果の解釈には慎重を要する。

8.1.2 分析結果（表1参照）

・潜在効果モデル：

青年期に経験した経済的困難が、併存疾患数に有意な影響を及ぼすことが明らかとなった。これは、特定の時期の経験が、その後の経済的困難の変化にかかわらず、高齢期の健康に直接的な影響を及ぼすという潜在効果モデルの仮説を支持する結果である。

・経路効果モデル：

少年期の経済的困難が、青年期・中年期を経て高齢期の健康に連鎖的に影響することが確認された。認知機能、健康度自己評価、抑うつ症状など、複数の健康指標において有意な関連が認められた。

・累積効果モデル：

少年期から高齢期にかけて経済的困難を多く経験しているほど、健康状態が悪化する傾向が見られた。5つの健康指標のうち4つにおいて、経済的困難の累積が健康に悪影響を及ぼすことが示された。

・社会的移動効果モデル：

ライフコース上における経済的困難の変化が

健康に与える影響が明確に示された。たとえば、少年期には困難がなかったが、その後継続的に困難に直面した「下方移動」群では、「継続的に困難なし」の群と比較して、併存疾患数、健康度自己評価、抑うつ症状において有意な悪化が見られた。なお、「下方移動後に上方移動」（少年期は困難なし→青年期・中年期に困難→高齢期は困難なし）した群では、最終的に困難なしとなったにもかかわらず、健康度自己評価が低く、抑うつ症状も高い傾向があり、一時的な下方移動がもたらした経済的困難の影響が完全に解消されない可能性が示された。

一方、少年期に経済的な困難を経験しながらも、その後のライフステージで継続的に困難から脱した「上方移動」群では、「継続的に困難あり」の群と比較して、認知機能や健康度自己評価が有意に高く、抑うつ症状も有意に低かった。ただし、「上方後に下方移動」（少年期は困難あり→青年期・中年期に困難なし→高齢期に困難あり）した群では、上方移動によって得られた健康への保護的効果は失われる傾向が確認された。

表1 ライフコース上の経済的困難の高齢期の健康に与える影響：4 モデルに基づく分析¹⁾

モデル	併存疾患数	日常生活動作の障害	認知機能の障害	低い健康度自己評価	抑うつ症状
潜在効果モデル	↑ (25-35 歳時点)				
経路効果モデル	↑	↑	↑	↑	↑
社会的移動効果モデル ²⁾					
上方移動			↓	↓	↓
上方移動後下方移動			↓		
下方移動	↑			↑	↑
下方移動後上方移動				↑	↑
累積効果モデル	↑		↑	↑	↑

1) ↑は高齢期の健康指標を有意に低くするモデル（健康度を悪い方へ影響）

↓は高齢期の健康指標を有意に高くするモデル（健康度を良い方へ影響）

2) 「上方移動」と「上方移動後下方移動」は、ライフコースを通じて継続して下方に位置していた高齢者との比較。

「下方移動」と「下方移動後上方移動」は、ライフコースを通じて継続して上方に位置していた高齢者との比較。

出典) Sugisawa, et al. (2018)に基づき、筆者が作成した。

8.1.3 結果の意味すること

これらの結果は、人生のある時期に経験する経済的困難が高齢期の健康に影響を及ぼし、その影響の大きさや性質が、困難を経験した時期、累積の仕方、さらには社会的移動の方向によって異なることを示している。既存研究でも、経路効果モデルや累積効果モデルの妥当性が支持されており（例：Hallqvist et al., 2004；Luo & Waite, 2005；Rosvall et al., 2006）、本研究にでも同様の傾向が確認された。

興味深い点として、本研究では、青年期の経済的困難は高齢期の健康に直接的かつ有意な影響を及ぼした一方で、少年期の経済的困難は直接的な影響を示さなかった。これは、少年期の不利が教育や職業などを介した経路効果として影響した結果と解釈できる（例：Bowen & González, 2010）。また、幼少期に困難を経験した人々が健康上の理由で高齢期まで生存しにくいという「選択バイアス」（健康状態が悪い人ほど早期に死亡し、分析対象から除外されること）による可能性も考慮する必要がある（Hallqvist et al., 2004；Kahn & Pearlin, 2006）。

8.2 出生コホートによる差異

8.2.1 研究方法の概要

分析には、日本版総合的社会調査（Japanese General Social Survey : JGSS）を用いた。本研究では3つの出生コホートを設定し、それぞれの65～74歳時点における健康格差が、ライフコース上の社会経済的地位によってどのように説明されるかを検討した。

対象とした3つの出生コホートは以下の通りであり、各コホートがどのような時期に青年期を送ったかについても説明している。

- ・1926-1935年生まれ（1926コホート）：戦前の教育制度下で青年期を経験

- ・1936-1945年生まれ（1936コホート）：戦後の教育制度の導入期に青年期を経験
- ・1946-1955年生まれ（1946コホート）：高校・大学進学の拡大期に青年期を経験

ライフコース上の社会経済地位は、「少年期（父親の就学年数）」「青年期（本人の就学年数）」「高齢期（調査時点の年収）」の3時点で評価した。各指標については3分位に区分し、下位3分位を「社会経済的な地位が低い層」と定義した。健康指標には健康度自己評価を用いた。各コホートにおいてライフコース上の社会経済的地位と健康度自己評価との関連を、「潜在効果モデル」「経路効果モデル」「累積効果モデル」「社会的移動効果モデル」の4つの理論モデルに基づいて分析した。

8.2.2 分析結果（表2参照）

- ・1926-1935年生まれのコホート：

このコホートでは、複数のモデルが支持された。父親の低学歴という不利が、本人の低学歴を介し、さらに高齢期の低収入へと連鎖することで健康に悪影響を及ぼす経路が観察された（経路効果）。社会経済的な不利（父親の低学歴、本人の低学歴、本人の低収入）の経験回数が多いほど、健康度が低下する傾向が確認された（累積効果）。父親が低学歴であっても、本人が高学歴を得て高齢期に高収入を維持している場合（上方移動）、健康度が高くなる傾向が見られた（社会的移動効果）。これは、初期の不利が後年の達成によって挽回可能であることを示唆している。潜在効果モデルについては、少年期の社会経済的地位（父親の学歴）が、後年の要因を介さず直接的に高齢期の健康に影響を与えるという有意な結果は得られなかった。

- ・1936-1945年生まれのコホート：

このコホートでは、いずれの理論モデルに

おいてもライフコース上の社会経済的地位と高齢者の健康自己評価との間に有意な関連は観察されなかった。特に、経路効果モデルおよび累積効果モデルにおいても有意な影響が見られなかったことは注目に値する。これは、戦後の教育・医療制度の整備期に青年期を迎えたことで、社会経済的困難が高齢期の健康に与える影響が緩和されたことを示唆しているのだろうか？

・1946-1955年生まれのコーホート：

このコーホートでは、再びライフコース上の社会経済的な地位が高齢期の健康に与える影響が顕著になった。具体的には、1926年生まれのコーホートと同様に、父親から本人、そして現在の収入へと続く「不利の連鎖」による健康への影響が確認された（経路効果モデル）。加えて、社会経済的な不利（父親の低学歴、本人の低学歴、本人の低収入）の経験回数が多いほど、健康度が低下する傾向が確認された（累積効果モデル）。一方、潜在効果モデルおよび社会的移動効果モデルにおいては、有意な関連は確認されなかった。

8.2.3 結果の意味すること

以上の分析結果から、ライフコースにおける社会経済的地位が高齢期の健康に与える影響は、出生コーホートによって異なる様相を呈することが明らかとなった。具体的には、第二次世界大戦前生まれのコーホートでは、戦前・戦中の過酷な社会経済環境および教育制度の下、少年期の低い社会経済的地位がその後の地位の連鎖（経路効果）あるいは不利な状況への累積的な暴露（累積効果）を通じて、高齢期の健康に深刻な影響を及ぼしていた。しかし、この影響は第二次世界大戦直後の出生コーホートにおいて一時的に弱まる傾向が見られたものの、それ以降の出生コーホートでは再び強まる傾向が示された。

日本では、戦後の高度経済成長により生活水準こそ向上したが、社会経済的地位の世代間再現性は強固に維持されてきたことが報告されている（石田・三輪、2009）。本分析の結果は、戦後の教育拡充や社会的援助、医療保障政策が、ライフコース上の社会経済的不利を十分に解消できていない実態を浮き彫りにしている。これは、これまでの制度改革のみでは社会

表2 ライフコース上の低い社会経済的地位の経験が高齢期の健康度自己評価に与える影響¹⁾：生年コーホートによる差異

モデル	1926-1935 生年コーホート	1936-1945 生年コーホート	1946-1955 生年コーホート
潜在効果モデル			
少年期			
青年期			
経路効果モデル	↓		↓
社会的移動効果モデル ²⁾			
上方移動	↑		
上方移動後下方移動			
下方移動	↓		
下方移動後上方移動			
累積効果モデル	↓		↓

1) ↓は低い社会経済的地位の経験が高齢期の健康度自己評価を有意に低くすることを意味している。

↑は社会経済的地位が上方に移動したことが、高齢期の健康度自己評価を有意に高めたことを意味している。

2) 「上方移動」と「上方移動後下方移動」は、ライフコースを通じて継続的に下方に位置していた高齢者と比較。「下方移動」と「下方移動後上方移動」は、ライフコースを通じて継続的に上方に位置していた高齢者と比較。

出典) Sugisawa, et al. (2025) の論文に基づき筆者が作成した。

経済的地位に起因する高齢期の健康格差を根本的に是正するには至らないとする「根本原因論(Fundamental Cause Theory)」を支持するものである。

なお、1936年付近の生年コホートにおいて、社会経済的地位の軌跡が健康自己評価に有意な影響を示さなかった理由としては、以下の2点が推察される。第1に、戦後直後の極端な資源不足による「格差の縮小」である。当時は世帯収入や支出が戦前の50～60%にまで落ち込み、この世代の多くが幼少期に深刻な飢餓や混乱を経験した(渡邊, 2018)。この影響は、社会経済的地位の高かった層にも等しく及んだ可能性があり(A'Hearn, 2003)、結果としてコホート内における健康の決定要因としての社会経済的地位の格差が相対的に縮小していたと考えられる。第2に、戦争体験を通じた「心理的耐性」の影響である。日本の高齢者研究では、戦争体験を「苦難ではあるが精神的強さを培った経験」として肯定的に再構成する傾向が報告されている(吉川・田中, 2004)。こうした飢餓や困窮の克服体験が、ライフコースにおける社会経済的な不利がもたらす負の影響を一時的に緩衝した可能性も否定できない。

9. 解消のための提言

本研究の結果は、高齢期の健康格差が、少年期からの社会経済的な不利の連鎖や累積、さらにはライフコース上の社会的移動によって形成されることを明らかにした。したがって、健康格差の是正には、高齢期に限定した対症的な対策では不十分であり、ライフコース全体を俯瞰した包括的かつ予防的な政策介入が不可欠である。とりわけ、以下のような多層的な政策対応が求められる。

1. 経路効果の緩和と早期介入の強化：少年期の

経済的困難がその後の不利へと連鎖し、高齢期の健康格差を生み出す経路効果が確認された。この負の連鎖を断ち切るために、低所得世帯への教育費補助や学校給食の充実、さらには早期の健康診断や発達支援の拡充など、健康と学習の基盤を整える施策が重要である。教育機会や職業選択の幅を早期に確保することで、社会経済的な不利が次世代、あるいは人生の後年に引き継がれる構造を解消することが可能となる。

2. 累積効果の軽減と青年・中年期の機会の保障：社会経済的地位が低い状況が継続・重複するほど、健康への悪影響が蓄積される「累積効果」も確認された。これを防ぐためには、青年期・中年期における職業訓練や再教育の機会提供、安定した雇用の確保、および生活保護制度の柔軟な運用などを通じ、どのライフステージからでも社会経済的地位の改善を図れる仕組みが必要である。特に、非正規雇用の増加や所得格差の拡大が顕著な現代においては、中年期における社会的セーフティネットの強化が、将来の高齢期における健康格差を未然に防ぐための喫緊の課題といえる。

【参考文献】

- A'Hearn, B. (2003). Anthropometric evidence on living standards in northern Italy, 1730-1860. *The Journal of Economic History*, 63 (2), 351-381
- Black, S. E., & Devereux, P. J. (2011). Recent developments in intergenerational mobility. *Handbook of Labor Economics*, 4, 1487-1541.
- Bowen, M. E., & González, H. M. (2010). Childhood socioeconomic position and disability in later life : Results of the Health and Retirement Study. *American Journal of Public Health*, 100 (S1), S197-S203.
- Elder, Jr G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R.

- (2004). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer and M. J. Shanahan (Eds), *Handbook of the Life Course* (pp. 3-19). Springer.
- Gustafsson, P. E., Janlert, U., Theorell, T., Westerlund, H., & Hammarström, A. (2011). Socioeconomic status over the life course and allostatic load in adulthood: results from the Northern Swedish Cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65 (11), 986-992.
- Glymour, M. M., Ertel, K. A., & Berkman, L. F. (2009). What can life – course epidemiology tell us about health inequalities in old age? *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 29 (1), 27-56.
- Gustafsson, P. E., Janlert, U., Theorell, T., Westerlund, H., & Hammarström, A. (2011). Socioeconomic status over the life course and allostatic load in adulthood: results from the Northern Swedish Cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65 (11), 986-992.
- Hallqvist, J., Lynch, J., Bertley, M., Lang, T., & Blane, D. (2004). Can we disentangle life course process of accumulation, critical period and social mobility? An analysis on disadvantaged socio – economic positions and myocardial infarction in the Stockholm Heart Epidemiology Program. *Social Science and Medicine*, 58 (8), 1555-1562.
- 石田 浩・三輪 哲. (2009). 階層移動から見た日本社会長期的趨勢と国際比較. *社会学評論*, 59 (4), 648 – 662.
- Kahn, J. R., & Pearlin, L. I. (2006). Financial strain over the life course and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 47 (1), 17-31.
- 近藤 克則・芦田 登代・平井 寛・三澤 仁平・鈴木 佳代. (2012). 高齢者における所得・教育年数別死亡・要介護認定率とその性差 – AGES プロジェクト総断研究. *医療と社会*, 22 (1), 19 – 30.
- Liang, J., Bennett, J., Krause, N., Kobayashi, E., Kim, H., Brown, J. W., & Jain, A. (2002). Old age mortality in Japan: does the socioeconomic gradient interact with gender and age? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57 (5), S294 – S307.
- Lindström, M., Hansen, K., & Rosvall, M. (2012). Economic stress in childhood and adulthood, and self – rated health: A population based study concerning risk accumulation, critical period and social mobility. *BMC Public Health*, 12 (1), 761.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, (Special Number), 80 – 94.
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2005). The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well – being in later life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Science*, 60B (2), S93-S101.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32 (4), 244 – 249.
- Masters, R. K., Hummer, R. A., & Powers, D. A. (2012). Educational differences in US adult mortality: A cohort perspective. *American Sociological Review*, 77 (4), 548-572.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2008). Education and self – rated health: Cumulative advantage and its rising importance. *Research on Aging*, 30 (1), 93-122.
- Organisation for Economic Co – operation and Development (2011). *Divided We Stand :*

- Why Inequality Keeps Rising. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- Otero - Rodríguez, A., León - Muñoz, L. M., Banegas, J. R., Guallar - Castillón, P., Rodríguez - Artalejo, F., & Regidor, E. (2011). Life - course socioeconomic position and change in quality of life among older adults : Evidence for the role of critical period, accumulation of exposure and social mobility. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65 (11), 964-971.
- Rosvall, M., Chaix, B., Lynch, J., Lindström, M., & Merlo, J. (2006). Similar support for three different life course socioeconomic models on predicting premature cardiovascular mortality and all - cause mortality. *BMC Public Health*, 6 (1), 203.
- Pollitt, R. A., Rose, K. M., & Kaufman, J. S. (2005). Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes : A systematic review. *BMC Public Health*, 5 (1), 7.
- Quesnel - Vallée, A., Willson, A., & Reiter - Campeau, S. (2016). Health inequalities among older adults in developed countries : Reconciling theories and policy approaches. In L. K. George, & K. F. Ferraro (Eds). *Handbook of Aging and the Social Sciences* (8th ed.) (pp. 483 - 502). Academic Press.
- Sugisawa, H., Harada, K., Sugihara, Y., Yanagisawa, S., & Shimmei, M. (2016). Socioeconomic status and self - rated health of Japanese people, based on age, cohort, and period. *Population health metrics*, 14 (1), 27.
- Sugisawa, H., Harada, K., Sugihara, Y., Yanagisawa, S., & Shimmei, M. (2018). Socioeconomic status disparities in late - life disability based on age, period, and cohort in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 6 - 15.
- Valdés, B. (2003). An application of convergence theory to Japan's post - WWII economic 'miracle'. *Journal of Economic Education* 34 (1), 61-81.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174 (2), 177-183.
- 渡邊 勉. (2018). アジア・太平洋戦争は、誰の生活を変化させたのか : 1955 年 SSM 調査による階層帰属意識の分析. 関西学院大学社会学部紀要, (129), 29 - 49.
- WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- 吉川 麻衣子・田中 寛二. (2004). 沖縄県の高齢者を対象とした戦争体験の回想に関する基礎的研究. *心理学研究*, 75 (3), 269 - 274.
- Zheng, H., Dirlam, J., & Echave, P. (2021). Divergent trends in the effects of early life factors on adult health. *Population Research and Policy Review*, 40, 1119-1148.

すぎさわ ひでひろ

1987 年 東京大学大学院医学系研究科保健学博士課程修了。同年 東京都老人総合研究所（現 東京都健康長寿医療センター研究所）・研究員、2002 年 桜美林大学大学院国際学研究科老年学専攻（現 桜美林大学大学院国際学術研究科 老年学学位プログラム）・教授。主な編書に『高齢期における健康格差 - 累積する有利・不利とウェルビーイング』（勁草書房、2025 年）、『老年学を学ぶ—高齢社会の学際的研究』（桜美林大学出版会、2021 年）、『透析医療とターミナルケア』（日本評論社、2008）など。論文などは、https://researchmap.jp/read0099192/published_papers を参照のこと。
