

平成18年度

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金

社会保障国際協力推進研究事業

国際保健における社会的健康決定因子に対する政策的
取り組みの立案・実行・評価に関する研究
(H18-国際—指定-001)

研究報告書

(平成18年度総括・分担研究報告)

主任研究者：橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科 客員教授）

国際保健における社会的健康決定因子に対する政策的取り組みの立案・
実行・評価に関する研究

総括・分担研究報告書

目次

平成18年度総括研究報告書	橋本英樹	1 ページ
平成18年度分担研究報告書		
「健康の社会的決定要因に関する委員会との連携と東アジア研究者ネットワークの構築」		
	黒川清、橋本英樹	5 ページ
図1 および		
資料1 第1回東アジア関連研究者ネットワーク会議次第		9 ページ
資料2 台湾における健康の社会的決定因子	Tung-liang Chiang	11 ページ
資料3 SDH アジア東京会議議事録	Ly-yun Chang	18 ページ
資料4 中国における健康の社会的決定因子	Peiyu Wang	21 ページ
資料5 タイにおける健康の社会的決定因子	Suphot Dendoung	23 ページ
平成18年度分担研究報告書		
「社会経済的要因としての教育歴および職業と健康の関連についてのレビュー」		
表1～2	Nasermoaddeli Ali、鏡森定信	30 ページ
資料；「職業と歯周病の関連の疫学調査」	高橋勝雄、鏡森定信	38 ページ
表1～5 および図1		
平成18年度分担研究報告書		
「都市化と健康の疫学的検討」		
図1～2 および表1～3	高野健人	47 ページ
平成18年度分担研究報告書		
「職域におけるストレスと健康の疫学的分析」		
図1 および表1～3	川上憲人	54 ページ
平成18年度分担研究報告書		
「日本の高齢者における社会的健康決定因子と介護予防政策への示唆」		
表1 および資料	近藤克則	61 ページ

平成 18 年度厚生労働科学研究補助金（社会保障国際協力推進研究事業）
国際保健における社会的健康決定因子に対する政策的取り組みの
立案・実行・評価に関する研究（H18-国際—指定-001）

総括研究報告書

報告者（主任研究者）

橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科・客員教授

分担研究者

黒川 清 東京大学先端科学技術研究センター・客員教授
鏡森 定信 富山大学医学部・疫学・保健医学・教授
高野 健人 東京医科歯科大学大学院・保健推進医学・教授
川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科・精神疫学・教授
近藤 克則 日本福祉大学社会福祉学部・教授

研究協力者

（国内）

高橋 勝雄 富山大学大学院医薬学研究科
Nasermoaddeli Ali 富山大学大学院医薬学研究科

（国外）

Kim, Chang-yup (キム チャンヤップ、ソウル大学教授)
Professor, Seoul National University School of Public Health
Chang, Ly-yun (チャン リユン、台湾長寿社会学研究所教授)
Professor, Institute of Sociology Academia Sinica
Chiang, Tung-liang (チャン ツンリアン、台湾大学公衆衛生学部 学部長、教授)
Professor and Dean, College of Public Health, National Taiwan University
Wang, Peiyu (ワン ペイユ、北京大学公衆衛生学部社会医学学科学科長、教授)
Head and Professor, Department of Social Medicine,
School of Public Health, Peking University
Surjadi, Charles (スルジャーディ チャールズ、アツマジヤヤ大学教授)
Indonesian Epidemiology Network, Center for Health Atmajaya University
Dendoung, Suphot (デンデウン スプホット、マヒドル大学社会科学学部講師)
Assistant Professor, Faculty of Social Sciences and Humanities,
Mahidol University
Marmot, Michael Sir (マーモット マイケル、ロンドン大学疫学部 学部長、教授)
Professor Director International Institute for Society and Health
Department of Epidemiology & Public Health University College London
Kawachi, Ichiro (カワチ イチロウ、ハーバード大学公衆衛生大学院教授)
Professor, Department of Society, Human Development, and Health, Harvard
School of Public Health

研究要旨

世界保健機関に2005年3月に設立された「健康の社会的決定要因に関する委員会」(Commission for Social Determinants of Health, 以下CSDH)では、健康の社会的決定要因に関する科学的知見を集積・啓蒙し、政策策定に活用することを図っている。CSDHでは、健康の社会格差に注目し、格差を是正するために、社会的インフラの整備を通じた健康政策のあり方を検討課題として掲げている。本指定研究では、世界保健機関内の委員会「社会的健康決定因子に関する委員会(CSDH)」の活動を支援するべく、わが国ならびにアジアの関連研究者間の連携を強化し、未公表データを含めた知見の掘り起こしと共有化を推進することを通じて、CSDHへの基礎資料の提示と、新たな政策策定の理論的枠組みの提言を行うことを目標とした。6月にケニアで開催された第5回CSDHに参加し、関係者との意見交換・調整を行い、健康状態の改善が著しい東アジアにおける知見・経験が政策的知見として重要であると確認した。また各国固有の文化・政治風土などの影響を考慮した解析の必要性も重視された。これを受けて10月に東アジア5カ国の社会的健康決定因子に関する代表的研究者を招請し、各国の実情について報告・意見交換を行った。またわが国および先行的国際活動について、社会格差や社会経済的要因と健康の関連についての主要なテーマ(教育・就労・都市化・ストレス・高齢者)に沿って総括的な知見の整理を行った。次年度に向けて、これら初年度活動を通じて得られた情報を統合化し、平成19年度6月をめどにCSDHに対して中間報告書を提出、さらに平成20年3月にむけてCSDHが最終報告書を準備する際に、提言を提出することで現在活動を継続中である。

A. 目的

2005年3月に設立された世界保健機関内の委員会「社会的健康決定因子に関する委員会(CSDH)」では、社会的健康決定因子に関する知見を集約し、関係国との対話を通じてその政策的重要性の啓蒙と提言を行うことを目的としている。我が国からは、本研究班の分担研究者である黒川が委員として出席し、積極的に同委員会の活動に参画してきた。平成17年度特別研究を通じて、CSDHに対するわが国の貢献のあり方をCSDH議長Sir Marmot(ロンドン大学教授)とCSDH事務局との議論を通じて模索した結果、アジア領域の固有文化・歴史的文脈を考慮した知見の集約と、それに根付いた社会的健康決定因子の健康政策的解釈の提示を通して、CSDHの活動をより地域文脈に即したものに展開できるよう支援することが求められた。そこで本指定研究では、新たにわが国SDH研究の第一人者として鏡森・高野を招き、わが国ならびにアジアの関連研究者との連携を強化し、未公表データを含めた知見の掘り起こしと共有化を推進することを通じて、CSDH会議において基礎資料の提示と、新たな政策策定の理論的枠組みの提言を行うことを目的とした。

B. 方法

以下の2つに大きく役割分担した。

1. 政策研究；CSDHとの連携と東アジア関連研究者ネットワークの構築(平成18年5月—19年3月、担当 黒川、橋本)

平成18年6月にナイロビで開催された第5回CSDH会議に出席し、世界保健機関・関連研究者などとの意見交換・調整を行い、CSDHが必要としている知見の要件を明らかにする。また東アジア5カ国の関連研究者との間でネットワークを構築し、東アジア領域における社会的健康決定要因に関する知見の集積を行う。

2. 学術研究；国内外の先行関連研究・活動のレビュー(平成18年5月—19年3月、担当 鏡森、高野、川上、近藤)

各分担研究者ごとに教育・職階、職域ストレス、健康的都市づくり、高齢者の健康格差など、社会的健康決定要因に関する社会疫学研究の領域において主要と思われるテーマごとに、内外の文献・データや活動についてのレビューを実施し、次年度以降の国際的比較検討に備えることとした。具体的には

1) 教育歴・職歴と健康の関連(鏡森担当)；わが国を研究対象にして教育歴あるいは職業が、死亡率、有病率、有症率、保健行動、臨床検査、

健康感などに関連していることを示した最近10年間の論文をMedline(英語論文)から検索し計20編について結果を要約した。

2) 健康都市づくり計画(Healthy Cities Project; HCP)の現状(高野担当);世界保健機構が80年代より展開しているHCPについて、アジアにおけるHCPの経緯、推進の要件をふまえ、都市化と健康の疫学的検討を行った研究成果に基づき、政策アプローチに反映させる方法について総括的に整理した。

3) 職域ストレス(川上担当);職域ストレス尺度JCQ(Karasek et al., 1998)を用いた欧州、米国および日本、アジアの研究を文献検索し、JCQの得点を相互に比較、仕事の要求度-コントロールモデルおよび努力-報酬不均衡モデルと虚血性心疾患および危険因子との関連性に関する研究を文献検索し、地域(欧州、米国、日本・アジア)別にその結果を比較した。

4) 高齢者健康の社会格差(近藤担当);国内コホートデータ(15市町村の代表サンプル32,891人)を分析した。

C. 結果

1. CSDHとの連携、東アジア研究者ネットワークの構築

6月25日から30日にかけてケニアの首都ナイロビで開催された第5回CSDH会議に、黒川委員が出席、橋本がオブザーバーとして参加した。第5回会議では、Knowledge Network Hubのうち、子供・グローバルイゼーション・都市化の3つのワーキンググループからの進捗状況の報告があり、最終年度となる2007年に向けたさらなる提言のまとめに向けた作業について委員の間で活発な検討がなされた。それと並行し、我々はCSDH議長、および各代表委員と独自に意見交換を行い、CSDHの活動の枠組みについてモデルの提示などを行った。またCSDHの活動のさらなる展開を図るうえで、地域性を重視した比較研究の必要性につき議論したところ、議長より健康状態の改善が過去50年で著しい東アジアの知見が重要な情報を提供しうることについて期待がしめされた。それを受けて韓国・中国・タイ・台湾・インドネシアの社会的健康決定要因の主要な研究者を招請し、CSDH議長も同席して10月24日に東京で6カ国研究者会議を開催した。医療制度、初等教育、経済発展、政

治的安定、人権問題などの社会的な健康決定要因について、各国の歴史的背景や現状を踏まえた意義について知見・情報の交換を行うとともに、これを統括的にまとめるための手法論や手順について活発な討論を展開した。その結果、討論を受けて各国代表が各自サマリーレポートを作成、これをたたき台として集積したのちCSDHへの中間報告書を2007年6月をめどに作成することで合意した。

2. 学術研究;国内外の先行関連研究・活動のレビュー

1) 教育職歴(鏡森担当);教育歴に関しては義務教育あるいは高校までの学歴とそれ以上の学歴で、健康度として取り上げた死亡率、有病率、保健行動、臨床検査値に差異のあることが報告されていた。また、職業に関しても社会経済状態で上位にある職業で健康度が高いとの報告が多かった。但し、虚血性心疾患やそのリスクファクターである肥満度や血清脂質については、上位に属する職業で返って死亡率が高く、リスクファクターが多いといった傾向を示すものもあった。なお、教育歴や職業の健康度の影響は男性に比較して女性では相対的に明瞭でないことを示した研究が多かった。教育歴を左右する生育歴あるいは属した社会階層といったそれ以前の要因にも留意が必要である。女性の場合、目下のところ職業を社会経済状態の指標とすることがあまり妥当でないことを示唆しており、今後とも職業によるこのような検討をおこないつつ、世帯のバックグラウンドを入れ込んだ総合的な指標による検討が必要であると思われる。

2) 健康都市づくり(高野担当);1980年代から1990年代前半にかけて、主として欧州の都市を中心に発展したHCPは、日本では1990年ごろから、他のアジアの都市では1994年ごろから取り組みが開始された。1999年には、西太平洋地域におけるHealthy Citiesの登録が100都市を超え、2003年の諮問会議を受けてThe Alliance for Healthy Citiesが2004年10月に設立され、2006年10月には、9ヶ国(オーストラリア、カンボジア、中国、韓国、日本、マレーシア、モンゴル、フィリピン、ベトナム)の50都市ならびに14の研究機関等により構成される国際組織として発展している。これらの活動を通じて、HCPを展開していくための政策的提言として・提案都市の多様性を尊重する

- ・ 既存の組織と計画、資源の上に積み重ねる
- ・ 強い政治的支援を得る
- ・ 多部門の調整を担当する事務局組織をもつ
- ・ 地域住民の積極的な参加を促し巻き込む
- ・ 効果的なリーダーシップが得られる
- ・ 都市の外部からの支援と刺激を活用する
- ・ 短期的な目標を設定する
- ・ 持続可能なしくみの構築する
- ・ 適切な評価の枠組みを開発させる

などの教訓が得られた。さらにこれらの要件を踏まえて参加型研究の有用性、多様性を反映する評価指標開発の必要性が考察された。今後は、社会的健康決定因子と健康との静的な関連性の科学的研究成果をふまえ、新たな政策の導入にともなう社会的健康決定因子と健康の動的な変化の評価に基づく理論的枠組みの構築が望まれると考えられた。

3) 職域ストレス (川上担当) ;。仕事の要求度-コントロールモデルの観点からは、欧州および米国では最近の労働者ほど active job に従事している傾向があった。JCQ を用いた国際比較では、仕事のコントロールは北欧、米国、カナダで高く、欧州中部および南欧において中程度で、日本および台湾で低かった。しかし仕事の要求度は日本および台湾で高かった。欧州および米国では、仕事のストレイン (仕事の要求度/仕事のコントロール) あるいは仕事のコントロールが虚血性心疾患と関連するとする研究が多かったが、日本およびアジアでは、仕事の要求度と虚血性心疾患危険因子との関連性を報告する研究が多かった。日本およびアジアでは、欧米とは異なり仕事の要求度が虚血性心疾患を指標とした場合の健康の決定要因となっている可能性があり、仕事のコントロールを中心とした欧米の健康の社会的決定要因の研究パラダイムには再検討の余地があると示唆された。

4) 高齢者の健康格差 (近藤担当) ; 介護予防の重点である「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」の対象者には、うつ状態の者や主観的健康感のよくない者が多く見られた。また社会経済的因子では、例えば、転倒経験率や健診非受診率、睡眠障害、趣味活動、組織参加、虐待、ストレス対処能力 SOC 得点なども、等価所得が低く、教育年数が短い者で好

ましくないものであった。取り上げた多くの因子において、うつ・主観的健康感との関連、等価所得が低く、教育年数が短い者で好ましくない健康状態との関連が観察された。介護予防においては、①生物・心理・社会モデルでとらえる重要性、②社会的サポート授受・社会参加の重要性、③ストレス対処能力・不安・認知の重要性などの示唆を引き出した。

D. 考察

当初の目標どおり、東アジアの文化・歴史・政治システムなどを考慮しつつ、社会的健康決定要因についての初期的な情報収集・交換を行い、これをCSDHの活動につなげるための素地を準備できた。また内外の研究・活動知見についても総括的な情報を収集したことにより、CSDHが参考にしておくべきであるにも関わらず、十分活用できていない地域情報 (たとえば Alliance for healthy cities in Asia など) の存在についても整理できた。次年度研究事業は、CSDHの最終レポート作成の過程と並行して進められることとなるが、健康状態の改善が過去50年で最も著しい東アジアにおいて、なにが成功の鍵であったのかを理論的・実証的・歴史比較的に抽出することは、単に現在の発展途上国に対する政策的助言につなげられるだけでなく、現在その発展を享受する各国の持続可能な健康支援的社会政策の立案に対しても重要な提言をすることにつながると考えられる。今後CSDHでは6月のバンクーバー会議で中間的検討を、そして10月に予定される北京会議で最終報告書の方針を決定すると見込まれているが、それに我々の研究活動の成果を反映させるように、準備し働きかけをさらに強めることとしたい。

E. 結論

日本ならびにアジアにおける社会的健康決定因子に関する科学的根拠を取りまとめた。今後、政策的基礎資料をアジア圏ならびにCSDHと共有できるよう中間報告書の作成を急ぐとともに、次年度研究においては、そこからアジア的健康政策モデルの構築を進めるための提言と、社会的健康決定因子と健康をつなぐ政策理論の構築に向けて、活動を継続することが求められる。

平成 18 年度厚生労働科学研究補助金（社会保障国際協力推進研究事業）
国際保健における社会的健康決定因子に対する政策的取り組みの
立案・実行・評価に関する研究（H18-国際一指定-001）

分担研究報告書

健康の社会的決定要因に関する委員会との連携と
東アジア研究者ネットワークの構築

報告者（分担研究者）

黒川 清 東京大学先端研究所
橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科 医療経営政策学講座

研究協力者

Kim, Chang-yup（キム チャンヤップ、ソウル大学教授）
Chang, Ly-yun（チャン リユン、台湾長寿社会学研究所教授）
Chiang, Tung-liang（チャン ツンリアン、台湾大学公衆衛生学部 学部長、教授）
Wang, Peiyu（ワン ペイユ、北京大学公衆衛生学部社会医学学科学科長、教授）
Surjadi, Charles（スルジャーディ チャールズ、アツマジヤヤ大学教授）
Dendoung, Suphot（デンデウン スプホット、マヒドル大学社会科学学部講師）
Marmot, Michael Sir（マーモット マイケル、ロンドン大学疫学部 学部長、教授）
Kawachi, Ichiro（カワチ イチロウ、ハーバード大学公衆衛生大学院教授）

研究要旨

本分担研究においては、世界保健機関内の委員会「社会的健康決定因子に関する委員会（CSDH）」の活動を支援するべく、わが国ならびにアジアの関連研究者間の連携を強化し、未公表データを含めた知見の掘り起こしと共有化を推進することを通じて、CSDH への基礎資料の提示と、新たな政策策定の理論的枠組みの提言を行うことを目標とした。6月にケニアで開催された第5回CSDHに参加し、関係者との意見交換・調整を行い、過去50年で健康状態の改善が著しい東アジアにおける知見・経験を政策的知見としてまとめることが重要であると確認した。また各国固有の文化・政治風土などの影響を考慮した解析の必要性も重視された。これを受けて10月に東アジア5カ国の社会的健康決定因子に関する代表的研究者を招請し、各国の歴史・文化・制度を踏まえて社会的健康決定要因の意義とその実情について報告・意見交換を行った。次年度に向けて、これら初年度活動を通じて得られた情報を統合化し、平成19年度6月をめどにCSDHに対して中間報告書を提出、さらに平成20年3月にむけてCSDHが最終報告書を準備する際に提言を提出するために、現在活動を継続中である。

A. 目的

世界保健機関に2005年3月に設立された「健康の社会的決定要因に関する委員会」(Commission for Social Determinants of Health, 以下CSDH)では、健康の社会的決定要因に関する科学的知見を集積・啓蒙し、政策策定に活用することを図っている。本分担研究では、政策研究として、CSDHの活動を支援するべく、わが国ならびに東アジアの関連研究者間の連携を強化し、未公表データを含めた知見の掘り起こしと共有化を推進することを通じて、CSDHへの政策的基礎資料を提示するとともに、新たな政策策定の理論的枠組みの提言を行うことを目標とした。

B. 方法

1) 第5回CSDH会議への参加・関係者との意見交換・調整(平成18年6月25日~30日; 黒川・橋本)

平成18年6月25日から30日にかけてケニアの首都ナイロビで開催された第5回CSDH会議に、黒川委員が出席、橋本がオブザーバーとして参加し、CSDH議長、および各代表委員との意見交換を行い、現在CSDHが必要とする政策的知見の要件を明らかにすべく取材した。また現在CSDHが進める活動について、より理論的なフレームが必要と考えられたため、その活動のコアとなる部分について、模式図を作成し、これをCSDH議長および委員の間に回覧し、意見を聴取した。

2) 研究者ネットワークの構築

過去50年で比較的健康改善が著しい東アジア諸国において、社会的健康決定要因がどのように貢献したのかを明らかにすることは、CSDHの政策的基礎資料として有用であるばかりでなく、健康政策立案に必要な新しいフレームを用意することにもなると考えられた。上記CSDH議長らとの議論からその重要性について確認が取れたことから、東アジア領域の関連研究者の代表者とのネットワークの構築を進めた。またその先駆的事例として北欧諸国の研究者ネットワークについて取材した。それを踏まえて東アジア諸国より関連研究者を招請し、知見と意見の交換を行った。

C. 結果

1) CSDH会議報告

第5回会議では、Knowledge Network Hubのうち、子供・グローバルイゼーション・都市化の3つのワーキンググループからの進捗状況の報告があり、最終年度となる2007年に向けたさらなる提言のまとめに向けた作業について委員の間で活発な検討がなされた。それと並行し、我々はCSDH議長、および各代表委員と独自に意見交換を行い、CSDHの活動の枠組みについてモデルの提示などを行い、基本的な合意を得た(図1)。すなわち健康格差の問題を取り上げるにあたっては、すでに結果として発生している健康格差をそのものについてアプローチする医療・福祉サービスは、有る意味事後的な措置であり、その限界を認識する必要があるということ、そしてその直接の原因となる社会経済的資源の格差の是正を補う政策に加えて、より根本的には社会的機会の格差の温床となる政治的不平等を是正することが求められ、それがCSDHの本質的目標であることを確認した。またCSDHの活動のさらなる展開を図るうえで、地域性を重視した比較研究の必要性につき議論したところ、議長より健康状態の改善が過去50年で著しい東アジアにおいて、社会経済的・政治的・文化歴史的要因がどのように貢献したのかを明らかにすることが重要な政策的基礎資料を提供しうることについて期待がしめされた。それを受けて韓国・中国・タイ・台湾・インドネシアの社会的健康決定要因の主要な研究者とのネットワークを構築する意義を確認することが出来た。

2) 東アジア研究者ネットワークの構築と第1回ネットワーク会議の開催

CSDH終了後に、議長のSir Marmot教授の仲介により、ロンドン大学で北欧諸国の社会的健康決定要因研究者ネットワークとの意見交換を行い、東アジア研究者ネットワークの整備に資する示唆を得る一方、北欧・日本でデータ比較の問題点について学術的な討論を行った(平成18年7月1日-3日; 橋本)。

以上の準備と並行して、国内分担研究者を通じて、韓国・中国・タイ・台湾・インドネシアの社会的健康決定要因の主要な研究者を同定し、E-mailでの協力要請を行い、CSDHロンドン事務局を含めたメーリングリストを6月に立ち

上げた (SDH_ASIA@umin.ac.jp)。ML上での準備的議論を踏まえ、10月23日に東京で6カ国研究者会議を開催(資料1)、CSDH 議長の Sir Marmot 教授および CSDH 特別顧問の Kawachi 教授(ハーバード大学)の同席を頂き医療制度、初等教育、経済発展、政治的安定、人権問題などの社会的な健康決定要因について、各国の歴史的背景や現状を踏まえた意義について知見・情報の交換を行うとともに、これを統括的にまとめるための手法論や手順について活発な討論を展開した。各国の報告については資料2-5を参照されたい。討論を受けて各国代表が各自サマリーレポートを作成、これをたたき台として集積したのち CSDH への中間報告書を2007年6月をめどに作成することで合意した。

D. 考察

当初の目標どおり、東アジアの文化・歴史・政治システムなどを考慮しつつ、社会的健康決定要因についての初期的な情報収集・交換を行い、これをCSDHの活動につなげるための素地を準備することができた。次年度研究事業は、CSDHの最終レポート作成の過程と並行して進められることとなる。東アジアにおいて、なにが成功の鍵であったのかを理論的・実証的・歴史比較的に抽出することは、単に現在の発展途上国に対する政策的助言につなげられるだけでなく、現在その発展を享受する各国の持続可能な健康支援的社会政策の立案に対しても重要な提言をすることにつながると考えられる。今後CSDHでは6月のバンクーバー会議で中間的検討を、そして10月に予定される北京会議で最終報告書の方針を決定すると見込まれているが、我々の研究活動の成果を反映させることができるように、スケジュールを合わせ、働きかけをさらに強めることとしたい。

E. 結論

CSDHの2009年の最終報告書の作成に向けた活動を支援し、今年度活動を通じて得られた情報をさらに統合化し、平成19年度6月をめどにCSDHに対して中間報告書を提出、さらに平成20年3月にむけてCSDHが最終報告書を準備する際に提言を提出するために、現在活動を継

続中である。

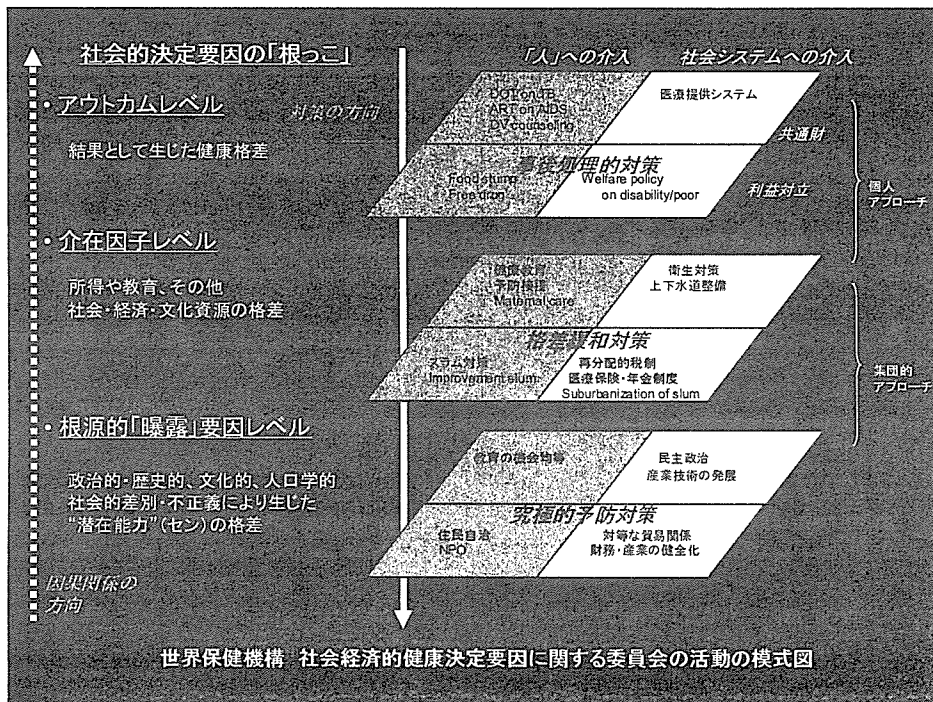
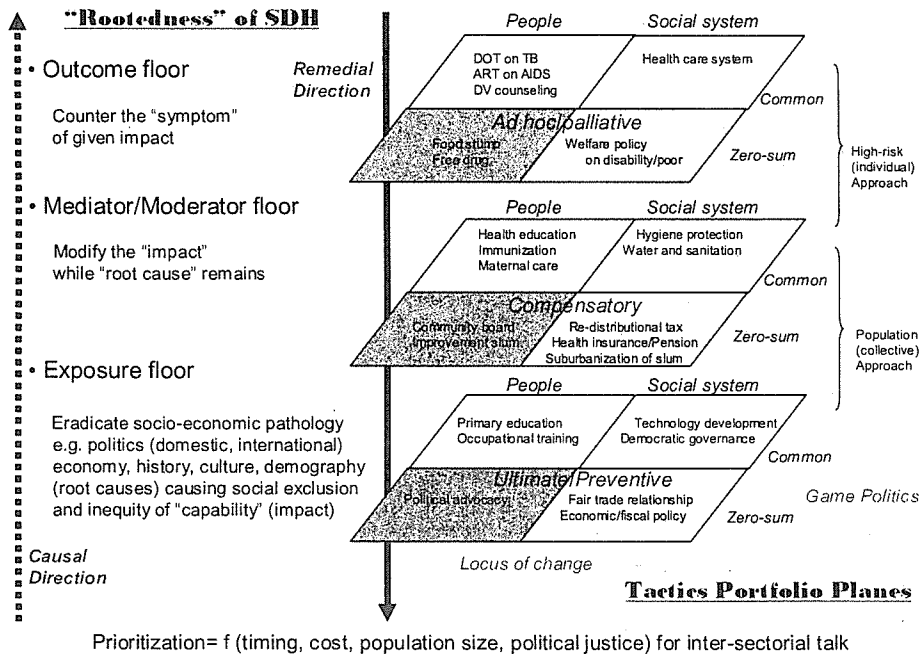
F. 研究発表

未発表

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

図1 CSDHの活動概念の模式図（橋本・黒川作成）



資料 1 ; 第 1 回東アジア地区関連研究者ネットワーク会議 会議次第

**The 1st research meeting of
MHLW research-in-aids (2006-001) on
“Social Determinants of Health in the International Health Policy”
&
The 1st meeting of the SDH_ASIA network**

Date; October 23rd, 2006

Place; Sanjo Conference Hall, Hongo Campus,
The University of Tokyo, Tokyo, Japan

Participating scholars;

Japan MHLW research team

Hashimoto, Hideki

Professor in health management & policy, University of Tokyo

Kurokawa, Kiyoshi

Adjunctive Professor, Tokai University and University of Tokyo

Former chairperson, the Council of Science, Japan

Kawakami, Norito

Professor in psychiatry epidemiology, University of Tokyo

Kondo, Katsuhori

Professor in social epidemiology & gerontology, Nihon Fukushi University

SDH ASIA network

Kim, Chang-yup

Professor, Seoul National University School of Public Health, Korea

President, Health Insurance Review Agency & Korean Society for Equity in
Health

Chang, Ly-yun

Professor, Institute of Sociology Academia Sinica, Taiwan.

Chiang, Tung-liang

Professor and Dean, College of Public Health, National Taiwan University,
Taiwan

Wang, Peiyu

Head and Professor, Department of Social Medicine,

School of Public Health, Peking University, Republic of China

Surjadi, Charles

Indonesian Epidemiology Network,

Professor, Center for Health, Atmajaya University, Indonesia

Dendoung, Suphot

Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Thai

Marmot, Michael Sir

Professor, Director of the International Institute for Society and Health,

Department of Epidemiology & Public Health, University College London,
UK

Kawachi, Ichiro

Professor, Department of Society, Human Development, and Health,

Harvard School of Public Health, USA

WHO Kobe Center

Iwao, Soichiro

Director, WHO Kobe Center, Japan
Mercado, Susan P
Team Leader, Urbanization and Health Equity

Schedule

10:00-10:05	Opening remarks (Prof. Kurokawa)
10:05-10:35	The objectives/activities of the CSDH, Expectation to the SDH_ASIA (Prof. Marmot)
10:35-10:50	Q and A
10:50-11:15	Country presentation 1 (Japan) 15min
11:15-11:40	Country presentation 2 (China) 15min
11:40-11:50	Housekeeping
12:00-13:10	Lunch
13:10-13:35	Country presentation 3 (Indonesia)
13:35-14:00	Country presentation 4 (Thai)
14:00-14:25	Country presentation 5 (Taiwan)
14:25-14:50	Country presentation 6 (Korea)
14:50-15:15	Presentation from WHO Kobe Center
15:15-15:30	coffee break
15:30-15:50	Expert opinion (Profs. Marmot and Kawachi)
15:50-16:50	Open discussion and further planning
16:50-17:00	Wrap-up & Closing remarks

Agenda for the meeting;

- To introduce the current CSDH activities (by Sir Marmot), and the expected role for the SDH_ASIA network in the CSDH frame.
- To share current interests, research activities, problems/difficulties, and opportunities among participating researchers for mutual understanding.
- To exchange knowledge regarding current research findings, policy movement, and social environments, and discuss on the possible joint effort to establish the infrastructure for SDH research and policy making in the Asian region.
- To discuss on the topics to be raised in the short interim report by May 2007.
- To further discuss on the possible joint effort to serve the CSDH report.

This was the first meeting among the SDH_ASIA network to get started, and to reach deeper mutual understanding on the political/social/cultural/historical and academic context of SDH in neighborhood countries. Through the discussion, a list of information contents that should be included in the report from each country delegate was prepared as follows. This list will help us prepare a comparable set of information on the SDH research and policy across the Asian region, which will expectedly help researchers/policy-makers efficiently locate necessary information/personnel/references. Following is a list for comparative discussion.

1. SDH researchers and contact; who's who on what?
2. Research resources (public domain data) and access
3. Social, economic, demographic, and/or political background (historical analysis)
 - 3-1 Demography and health status (macro and micro)
 - 3-2 Social infrastructure (medical care, pension, education, etc.)
 - 3-3 Economy (GDP, unemployment rate, economic events)
 - 3-4 Social and cultural characteristics (community, family tradition, etc.)
 - 3-5 History and Politics
 - 3-6 SDH and recent political/social interests

資料 2 ; 台湾における健康の社会的決定因子

江東亮 (Tung-liang Chiang) 、 Sc.D.

College of Public Health, National Taiwan University (国立台湾大学公共衛生学院) ,

本論文は、2006 年 10 月 23 日に東京で開催された第 1 回健康の社会的決定因子に関するアジアネットワーク会合用に作成されたものである。

2006 年 12 月 1 日 v1.0

序

国家間や各国内における健康の社会的不平等に対する取り組みは、21 世紀の公共政策上、特に重要な課題の 1 つとなっている。しかし、これまで台湾は、前世紀に全体的な平均余命が大きく改善されたことに大きな満足感を覚え、健康の不平等にあまり注意を払ってこなかった。本概要報告では、台湾の健康実績を紹介したうえで、台湾の国民皆保険制度が健康の不平等に与えた効果を考察し、最後に所得、労働・失業、学歴など、台湾における健康の不平等の主要決定因子を提示する。

健康実績

台湾（別名フォルモサ）は、中国大陸の東南沿岸から 160km の西太平洋に位置し、日本とフィリピンの間にある。2005 年現在、台湾の人口は 2300 万人で、人口密度は 1 km² 当たり 630 人である。20 世紀の後半に台湾が成し遂げた経済発展は、「経済奇跡」と呼ばれることも多い。1951 年に 145 米ドルだった国民 1 人当たり GNP (国民総生産) は、2005 年に 15,676 米ドルに増加した。特に重要なのは、台湾の所得分配も改善された点である。最貧困層 20% の所得に対する最富裕層 20% の所得の格差は 1952 年に 20.3 倍だったのが、2005 年には 6.0 倍に縮小した。

台湾では、経済発展とともに人口転換も見られた。台湾の粗出生率は、ピークとなった 1951 年の 50% から 2005 年には 9% と激減した。また、粗死亡率も 1951 年の 12 (人口 1000

対) から 1970 年代半ばに 5% で底を打った後、2005 年には高齢化の影響で 6% に微増している。2005 年の 65 歳以上の高齢者人口は 220 万人で、総人口に占める割合は 9.7% だった。

台湾は「経済奇跡」に加えて、「健康奇跡」も成し遂げている。1950 年代以降、全年齢層で死亡率が著しく低下した。この改善は、特に乳児死亡率で顕著に表れ、1952 年の 45% から 2005 年には 5% に低下している。この結果、台湾の平均寿命は男性、女性とも改善され、1952 年にそれぞれ 57 歳、61 歳だったのが、2005 年には 74 歳、80 歳に伸びている。

死亡率低下に伴い、台湾は疫学転換を経験した。1950 年代初めの台湾の主要死因は、胃腸炎、肺炎、結核、腎炎、気管支炎、マラリアなどの感染症だった。ほどなくして、主要死因は非伝染性疾患に取って代わられた。今世紀初頭までに、がん、卒中、心疾患、高血圧症、糖尿病などの非伝染性疾患や事故が台湾の健康問題の主流を占めるようになった。

それでも、こうした台湾の健康実績の分け前は、すべての社会経済集団に同等に与えられたわけではない。たとえば、2005 年の年齢調整死亡率は、首都台北の 3.9% から、台湾で最も貧しい県に入る台東県の 7.5% まで幅があった。両地域は空路で 1 時間足らずの距離しか離れていない。さらに悪いことに、台湾の集団の健康が総体として向上した後、健康格差が拡大してしまったのである。

国民皆保険

所得、居住地、その他社会的に不利な条件と関係なく、ヘルスケアへの平等なアクセスを確保することは、健康の不平等に対処するうえで重要な戦略だろうか。先進工業国の範に倣う台湾政府は、1995 年に強制加入の国民皆保険制度を打ち出した。国民皆保険制度は、2 つの面から健康の不平等の緩和に貢献できる。第 1 に、貧困層の社会経済集団によるヘルスケアへのアクセスが改善され、健康増進につながる。第 2 に、貧困層の社会経済集団が、高額な医療費を払えないために健康を害してしまうという、貧困の悪循環に陥るのを防止する。

ヘルスケアへのアクセス

興味深いことに、台湾では、健康保険加入がヘルスケア利用に多大な効果をもたらしているのに比べ、個人の社会経済的地位はあまり重要な役割を果たしていないことが、過去の研究結果から明らかになっている。先頃、Liu が実施した調査によると、国民健康保険の導入前も導入後も、ヘルスケアの全体的な利用パターンに重大な社会経済的格差は見られなかった。

では、貧困層の社会経済集団は国民健康保険の恩恵にあずかっているのだろうか。この点については、疑いの余地はなさそうに思われる。たとえば、1998年の国民健康保険の保険料支払額に対する給付額の比率は、最貧困層20%の世帯が1.75だったのに対して、中流層20%の世帯は1.16、最富裕層20%の世帯が0.96だった。しかし最貧困層20%の世帯は伸び率が最も低く、家計に占める健康支出の社会経済格差が徐々にではあるが、拡大傾向にある。

経済的困窮

台湾の国民健康保険は、貧しい社会経済集団の経済的困窮の緩和にも寄与している。実際、貧困層の社会経済集団が国民健康保険から受けている給付は不相応である。たとえば、1998年の家計の医療支出に占める国民健康保険給付額の割合は、最富裕層20%の世帯が65.1%だったのに対して、最貧困層20%の世帯は76%と開きがある。

何よりも、同年に国民健康保険給付額が家計貯蓄額を上回った比率は、最富裕層の世帯20%では8.7%だったのに対して、最貧困層20%の世帯では57.1%と大きな開きがあった点に注目したい。言い換えれば、台湾の貧困層の多くは、国民健康保険がなければ、必要なヘルスケアの費用も捻出できないばかりか、高額な健康支出が原因で破産しても不思議ではない。

健康成果

台湾の国民健康保険は、健康の不平等を緩和したのだろうか。台湾の国民健康保険が健康にもたらした効果を考察する研究はこれまで皆無に近かったが、国民皆保険制度の導入後は、早期死亡の減少が全体的に速まった。年齢標準化による全死因早期死亡率は、1987年から1994

年までの期間の年間減少率が 1.3%だったのに対して、1995 年から 2002 年までの期間は同 2.9%だった。ヘルスケア対象の死因による早期死亡に限ってみると、年間減少率は 1987~1994 年の 4.2%から 1995~2002 年には 5.5%に改善されている。

しかし台湾における健康の社会経済格差は、縮小していないように思われる。たとえば、困窮度の低い地区の集団に対する困窮度の高い地区の集団の早期死亡率比は、1987~1994 年の 1.42 から、1995~2002 年に 1.50 に増加した。貧しい社会経済集団に対する富裕層の社会経済集団の 5 歳未満死亡率比は、1990 年出生コホートの場合で 1.6 だったが、2000 年出生コホートでは 1.8 に増加している。さらに、教育達成度と急性心筋梗塞後 1 年間の死亡率の間に強い逆相関が見られたことに加え、CABG 施行率が教育達成度に伴って増加している。

健康の不平等の揺るぎない事実

国民皆保険制度が重要であることは明らかなが、健康の不平等を是正する戦略として十分とは言えない。他の国々と同様に、台湾も上流方向に視点を移し、所得や労働・失業、学歴、幼少期など、健康の不平等を生む根本原因に対処していく必要がある。台湾における健康の不平等の確かな事実を以下に提示する。

所得

台湾は、他の先進諸国と同様に、前述の「経済奇跡」を経験したにもかかわらず、貧困層が消滅していない。それどころか、満ち足りた住居、良好な栄養摂取、社会参加機会など、健康の基本構成要素の利用機会が限られており、日常生活の物質的な条件が制約となっているために、貧困と不健康の関係性がすっかり定着している。さらに言えば、所得に関連した健康度の勾配が見られるのである。このため、台湾では高死亡率と低所得が密接に結びついていることがわかった。たとえば、台湾の地域死亡数と平均世帯の可処分所得のピアソン相関係数は、1976 年に-0.63、1993 年に-0.60 に達した。

所得の不平等も、集団の健康の予測指標として重要な役割を担っている。台湾における生態学的研究と多水準出生コホート研究の結果は、Richard Wilkinson が最初に提示した、所得不平等と健康の関係の仮説を裏付けるものとなった。すなわち、開発途上経済から新興工業経

済への移行後、台湾における集団の健康は、絶対所得よりも所得不平等に大きな影響を受けるということである。たとえば、地域の所得中央値と5歳未満死亡数の関連は、1980年出生コホートでは有意ではなかったが、2000年出生コホートでは大きな有意性が見られるようになった。

労働と失業

労働と失業は、健康にとってきわめて重要である。台湾人は多くの国々と比較して勤勉に長時間働いている。国際経営開発研究所（IMD）によれば、台湾の人々は通常、年間2300時間以上働き、労働時間の長さはインド、香港に次いでいる。

労働の規制緩和による激しいグローバル競争に雇用者側が対応策を講じていることから、雇用不安の問題が広がっている。雇用不安の広がりに関して言えば、台湾は世界でも特に深刻な状態にあり、2001年には労働者のおよそ半数が雇用不安を感じていることが判明した。教育水準が低い労働者、ブルーカラーや建設労働者、小規模企業の労働者ほど雇用不安が広がっていた。回帰分析の結果、年齢、ジョブコントロール（仕事に管理される度合い）、ジョブデマンド（仕事から要求される度合い）、職場のソーシャルサポートを考慮して調整した場合でも、雇用不安と不健康の間に有意な関連が見られた。

雇用不安だけでなく、失業も労働者の健康を害する。台湾の失業原因は、かつては自己都合退職がトップだったが、1990年代半ば以降、人員削減や会社の閉鎖による非自発的失業がトップになった。筆者らが、今世紀初頭に勤務先が閉鎖された労働者の追跡調査を実施したところ、失業後1年間の死亡率は、勤務先が存続している労働者の2倍近いことがわかった。また意外にも、勤務先が一流企業であるほど、会社閉鎖後の死亡率も高いことが明らかになり、過去の調査結果とは逆の勾配が見られた。考えられる理由としては、閉鎖会社のほとんどが小規模であり、一流企業勤務だった被験者は会社のオーナーが多く、閉鎖の責任を負う立場にあった点が挙げられる。

学歴

台湾では、高学歴であることに大きな価値がある。現在、15 歳以上の人口のうち、高等教育機関（大学・短大以上）進学率は30%以上に達する。社会的地位の基盤である学歴は、就業機会、職業の質、収入を左右する。過去の研究結果と同様に、筆者らも、台湾で高学歴が健康や健康行動と強い関連を示すことを確認した。たとえば、台湾で実施されている全国健康面談調査では、低学歴の成人男性は高学歴者よりも喫煙率が2~3倍高いという結果がたびたび表れている。さらに、年齢、性別、地域困窮度が異なる集団でも、死亡率が学歴の逆勾配を示す。

また、台湾では両親の学歴が子供の生存率の重要な予測指標になっている。教育期間が9年以下の父親を持つ男児の死亡率は、同13年以上の父親を持つ男児より2倍高いことがわかった。この死亡の社会的パターンは女兒の場合でも同様だが、女兒のほうが社会的勾配が急であった。

幼少期

次代の子育てや労働力の担い手は今日の子供たちであり、幼少期の健康が成人してからの健康の礎になることを考えると、子供の健康は、将来の国家の健全性を維持するうえで最も重要である。台湾の子供たちの健康は、前述の全体的な健康の実績と同様に、大きく改善されている。しかし乳児死亡率と5歳未満死亡率に関して、台湾は先進国上位21カ国中、18位にとどまっており、健康な出生と健やかな成長に向けて改善の余地が大きいことがわかる。

幼児期の社会経済状態が成人期の健康に長期的な影響を与える点は特に重要である。近年、筆者らは台湾の1980年出生コホートが25歳になるまで追跡調査を実施したところ、性別と多胎出産について調整後、出生コホートの死亡率が子宮内胎児発育遅延（IUGR）や父親の学歴と有意な関連を示すことがわかった。IUGRは子供が成人すれば死亡率と無関係になるのに対して、父親の学歴が出生コホートの死亡率に及ぼす影響は、ライフコースを通して消えることはなかった。

結論

要約すれば、台湾における健康の社会的勾配は拡大傾向にあり、その対策として国民皆保険では不十分である。しかし、健康の不平等の緩和に向けた対策は今からでも遅くない。そのような時期に誕生する「健康の社会的決定因子のアジアネットワーク (Asia Network on Social Determinants of Health)」は、台湾を含むアジア諸国の国際交流と共同研究に絶好の機会となる。

資料3 ; SDH アジア東京会議議事録

張苙雲 (Ly-yun Chang)

2006年12月26日

本報告書は2部構成となっており、第1部は討論会での筆者のコメントを記し、第2部では、台湾におけるSDH関連の研究プロジェクトとデータセットを掲載している。

1. アジアのSDH研究者が抱える課題

近年、特に重要な研究テーマの1つに、社会経済状態 (SES) と健康における不平等の関係に関する調査が挙げられる。文献的考察からは、社会経済構造や人口構造の異なる集団間で疾病の有病数と死亡率が不均衡に分布していることがわかる。多くの研究者は、台湾で死亡率および乳児死亡率の減少、平均余命の改善、感染症の有病数に関して多大な成果が見られたと記している。にもかかわらず、社会経済集団間で健康状態の格差が依然として見られる。SESが悪いほど、健康上の問題や死亡の発生率と有病率が高くなる。健康における不平等は、社会経済状態が常に改善傾向にあるものの、いまだに根強く残っていることが明らかである。

健康の社会的決定因子が認識されているにもかかわらず、ほとんどの研究対象は個人主体である。家庭、仕事、地域など、主要な社会的文脈がいつも研究から抜け落ちているのである。社会的、経済的、民族的な集団間で健康における不平等が根強いが、こうした格差を生み出すメカニズムについては、ほとんど配慮されていないのである。筆者が考えるに、アジアのSDH研究者は、下記の4つの課題を抱えていることになる。1) から3) は内容に関するもので、4) は研究デザインとデータセットに関するものである。

- 1) 社会的、経済的、民族的な集団間の健康格差のパターンを調査する。
- 2) 社会の中で時の経過とともに社会的、経済的、民族的な集団間の健康格差がどのように再現されるのかを調査するため、家族制度、ジェンダーと世代の関係、都市性、労働条件の文脈を取り入れる。
- 3) 恵まれない社会集団で不健康な個人が取り残されてきたかどうかを調査するため、社会経済状態と富裕・貧困の関係による相互作用が健康成果に及ぼす影響に着目する。
- 4) 健康における不平等を生み出すメカニズムを理解するため、多水準のパネル研究デザインが求められる。

第1回の東京会議では、主要保健統計の推移や各国の社会経済集団間の健康格差のパターンを中心に挙げた。各国の人口の健康状態について出席者全員が予備知識を得ることができた。一部の国・地域には衛生システム、飲料水、初等教育の改善という緊急課題があったが、これも国や地域が異なれば、また違った健康の問題を抱えている可能性がある。提供された情報から判断すると、問題点の洗い出しのために、保健統計を比較可能なフォーマットに編集することは困難ではないと思われる。せっかくの機会なので、アジア文化の文脈に即したSDHの特定作業を提案したい。つまり、家族・世帯構成が個人の健康にどのような影響を与え、逆に個人の健康状態が自分自身や家族の生活機会にどのような制約を加えるのか、といった点にもっと注意を払う必要がある。このような研究に必要なデータは入手できない可能性もあり、データ収集に時間がかかることは承知している。それでも既存のデータセットを有効活用すれば、同様のフレームワークを構築して比較研究を実施することが可能である。

2. 健康における不平等に関する台湾のプロジェクト

前述の課題に取り組むため、我が国の国家科学評議会は、2006年8月から2年間にわたっ