

200703002AB

平成18-19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18-19年度総合報告書)

(平成19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 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
(H18-国際一指定-001)

研究報告書

目次

研究班員所属一覧

平成18-19年度総合研究報告書	橋本英樹	1 ページ
平成19年度総括研究報告書	橋本英樹	7 ページ
平成19年度分担研究報告書 「全国調査における K6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因」 付帯資料	黒川 清	11 ページ
平成19年度分担研究報告書 「学童における社会格差；食習慣に注目して」 付帯資料	鏡森定信	38 ページ
平成19年度分担研究報告書 「都市化と健康の疫学的検討」	高野健人	48 ページ
平成19年度分担研究報告書 「健康情報の活用能力と収集行動に関連する要因」 図表	川上憲人	53 ページ
平成18年度分担研究報告書 「居住地の物理的・社会的環境と社会関係資本、社会的支援、生活満足度の関係」 図表	近藤克則	58 ページ
参考資料； 北欧における福祉国家の経験	NEWS 最終報告書（抜粋）	68 ページ

研究班員・協力者一覧

主任研究者	橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科・教授
分担研究者	黒川 清	政策研究大学院大学・教授
	鏡森 定信	富山大学大学院医薬学研究科・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) 平成 19 年度

村田千代江	浜松医科大学公衆衛生学
藤野善久	産業医科大学公衆衛生学
Alex Gaina	富山大学大学院医薬学研究科

(国内) 平成 18 年度

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 (チァン 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

平成 19 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・教授

分担研究者

黒川 清 政策研究大学院大学・教授
鏡森 定信 富山大学大学院医薬学研究科・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）

村田千代江 浜松医科大学公衆衛生学
藤野善久 産業医科大学公衆衛生学
Alex Gaina 富山大学大学院医薬学研究科

（国外）

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
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

研究要旨

本研究事業では、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)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の政策提言に資する基礎的資料を提示することを目的とし、平成18年度より2年間事業として実施された。初年度はCSDHのケニア会議に参加し、各委員・関係者との意見交換を行い、健康状態の改善が著しい東アジアにおける知見が政策的に重要な教訓をもたらすものであることを確認した。これを受けて東アジア5カ国の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。これら初年度の知見をさらに深化・統合化すべく、今年度は、同じくCSDHへの研究提言を進めていた北欧研究チームとの意見交換を行い、平成20年1月16日に日本(神戸)で開催されたCSDH最終会議において、東アジア諸国の研究者と連名で、東アジアにおける社会的健康決定要因の歴史的経緯とそこから得られる政策的知見を集積したものについて報告し、高い評価を得た。またこれと併せて国内外での啓蒙・研究者間の交流を図るため、内外研究者による研究会を開催した。CSDHが平成20年度中にまとめる最終報告書の作成過程に一石を投じることができた。本研究事業を通じて得られた知見をベースに、アジア的健康政策モデルの構築を推進すべく、今後もアジア諸国の関係研究者との連携を深め、当該研究領域がさらに発展し、社会経済・健康政策と有機的な繋がりを持つように推進されることが求められる。

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・歴史的な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初年度に国内ならびに東アジアの代表的関連研究者を招き、社会的健康決定因子に関する学術的・政策的知見の集約を図った。最終年度となる今年度は、この知見を、CSDHの最終報告書に盛り込まれる政策提言に反映させるべく、平成19年中に開催されるCSDH会議において東アジア各国での健康に関する社会的決定要因(経済・教育・医療制度・社会文化など)と各種健康指標(死亡率・平均寿命他)の関連

について歴史的比較考を報告書として提示する。またわが国内における啓蒙・政策的論議の促進を図るべく、再度アジア諸国の研究者などを招いた国際シンポジウムの開催を目指した。

B. 方法

以下の2つに大きく役割分担した。

1. 政策研究; CSDHへの報告(平成19年4月~20年1月、担当 黒川、橋本)

昨年度研究で得られた、東アジア各国研究者からの知見を集約する作業を、昨年に引き続き進め、当初平成19年6月にバンクーバーで開催された第8回CSDH会議で中間報告する予定とされていたが、CSDH会議の側のスケジュールの遅れなどを考慮し、これを延期した。一方、10月にロンドン事務局で開催された、北欧の社会的健康決定因子に関する研究ネットワーク(Center for Health Equity Studies; CHES)による政策研究レポート(The Nordic Experience; Welfare States and Public Health; NEWSプロジェクト)の最終報告会に討論者として参加し(橋本)、東アジアで得られた知見との相違について意見交換した。この討議に基づいてレポートの内容を改めた後、平成20年1月16~18日に、神戸WHOセンターで開催さ

れたCSDH最終会議において、東アジア研究者らと連名で政策研究の報告・提言を行った。

2. 学術研究；国内外の現在進行中の研究に関する情報・意見交換のための国際シンポジウム（平成19年4月—19年1月、担当 鏡森、高野、川上、近藤）

各分担研究者ごとに教育（鏡森）・職階・職域ストレス（川上）、健康的都市づくり（高野）、高齢者の健康格差（近藤）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、現在進行中の国内の研究について、デザインや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) 若年者における教育・家庭環境・生活習慣と健康の関連（鏡森担当）；富山で実施中の児童コホートについて、そのデザイン、これまでに得られた知見、克服すべき問題点についてまとめた。

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、総括的に整理した。

3) 職域ストレス（川上担当）；職域ストレスに関する国内の大規模職域コホートにおける研究について、そのデザイン・測定項目・これまでの知見、克服すべき課題などについてまとめた。

4) 高齢者健康の社会格差（近藤担当）；国内で実施中の大規模高齢者コホート研究について、特に高齢者の社会関係・婚姻状況と健康状態に焦点をあて、デザイン・測定項目・これまでの知見、問題点についてまとめた。

これら国内研究者の動向に対応する形で、東アジア諸国の代表的研究者から国外の同種研究について現在進行中の研究についてまとめてもらい、これらを相互対比することで、東アジアにおける社会的健康決定要因に関する研究の推進に必要な問題の整理を行った。

1) 台湾における高校生コホート（台湾、Chang教授）；台湾で進行中の大規模高校生コホートでは親の教育歴・職歴・収入と高校生の生活習慣などの関連について、知見が集積しつつあるので、その動向について報告を受けた

2) 台湾における新生児コホート（台湾、Chiang教授）；台湾で進行中の大規模新生児コホートでは、親自身の成育歴・出生体重などの情報まで

さかのぼって大規模なデータベース化が進み、これと親の学歴・教育歴・職歴・所得が測定されている。さらに台湾で近年増えている外国人女性（主に中国やフィリピンからの移民）に着目し、新生児の出生体重や発達過程の違いの有無を研究中である。これらについて最新の知見を報告してもらった。

3) 中国における経済発展と地域格差が及ぼす健康格差の問題（中国；Wang教授）；中国における急速な経済発展の影響が東部都市と西部農村で拡大している状況について、中国政府が現在進めている健康保険制度の整備などの政策的対応を含め、レポートしてもらった。

4) タイにおける経済発展と、国境移民村落におけるマラリアの状況（タイ；Dendoung博士）；タイにおいて経済発展による社会的格差の影響を色濃く受けている国境移民村落において発生しているマラリアについて、衛生学的な観点だけでは見通せない、社会経済的な根源的健康決定要因について事例を報告してもらい、健康的な社会環境を構築することの重要性を示してもらった。

C. 結果

1. 政策研究；CSDHへの報告（担当 黒川、橋本）

昨年国際会議で発表された内容を元に、各国代表に発表内容のレポート提出を求め、台湾・中国・タイの3カ国から提出を5月に受けることができた。これと国内事例の発表内容をまとめた報告書の作成を行い、9月に第1草稿が完成した。これをもって、2007年10月5日にロンドン事務局が主催したNEWSプロジェクトの最終報告会に臨んだ。

NEWSプロジェクトの報告書の内容については、その抜粋を添付資料として本報告書の巻末に掲載する。主な内容は、北欧諸国が採用している、受益者資格を問わない（たとえば所得制限などが無い）ユニバーサルな社会福祉政策が、北欧において健康の社会格差の縮小と、全体としての健康水準の向上に資したとする根拠をまとめたものである。これについて、日本ならびに台湾などで観察されたように、医療・年金などの社会保障制度の導入が東アジアにおける健康水準の向上、特に高齢者における寿命の延長の動向とパラレルに観察されていることなどを

報告し、東アジアにおける知見において同様の事例が観察されることなどについて議論を深めた。

これを受けて、東アジアネットワークからCSDHに提出するレポートの草案の推敲を重ね、CSDH神戸会議において、1月16日の4-5時に設けられた東アジアネットワークからの報告セッションで、報告を行った。提出した報告書を翻訳したもの、またそのとき使用したスライドについては、分担研究報告（黒川・橋本）に添付されたとおりである。

2. 学術研究；国内外の現在進行中の研究に関する情報・意見交換のための国際シンポジウム（担当 鏡森、高野、川上、近藤）

1月18日に、神戸WHOセンター内会議室において、国外研究者4名、国内研究者11名が参加し、開催された。各報告者の報告内容の詳細はそれぞれの分担研究報告に譲る。討論を通じて、

1) 今後も各研究テーマ領域ごとに知見の集積・レビューを行い、東アジアにおける社会的健康決定要因をめぐる政策・学術両面の国際交流が重要である。

2) 東アジアにおける特徴的な社会的健康決定要因として、家族・家族制度に着目する必要がある。また学歴や所得・就労などの影響が文化・制度・世代・性的役割などによって異なることについても着目する必要がある。

3) 各コホート研究での知見について互換性を高めるために、質問項目やデータベースの共有化にむけた基盤整備が必要である。

3) 東アジア以外に形成されている研究者ネットワーク（たとえば北欧のCHESなど）との連携も推進される必要がある。

などが提案され、ひきつづき検討を進めていくことで合意された。

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、学術・政策的データを統合し、CSDHの最終会議の場において、これを発表・アピールすることができた。その内容については、参加していた各国委員から高い評価を得ることができた。CSDHは今後年度末に向けて最終報告書をまとめることとなり、その過程で本研究事

業に基づく研究成果が、採用される見込みは高い。しかし、残念なことに、5月に予定される世界保健機関総会（general assembly）には日程的に間に合わず、CSDHの最終レポートは2008年総会の議論に付される見込みがなくなったことは極めて残念である。CSDH最終会議においてもこの点が議論され、会議としては2008年1月で終了するが、レポートの作成ならびにアピールについては、引き続きロンドン事務局を中心に2008年度において活動を継続する方向で調整中である。

健康状態の改善が過去50年で最も著しい東アジア、特にわが国において、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的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。このことは、わが国においてもこれまでの成功の鍵を明確に同定し、今後の保健・社会的政策になにを優先的に整備すべきかを整理しなおすうえで、重要な示唆を与えるものと考えられる。

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、これを政策的基礎資料として、世界保健機関の社会的健康決定因子に関する委員会（CSDH）に対して報告し、その最終報告書の作成を含めた活動を支援することに成功した。本研究事業を通じて得られた知見をベースに、アジア的健康政策モデルの構築を推進すべく、今後もアジア諸国の関係研究者との連携を深め、当該研究領域がさらに発展し、社会経済・健康政策と有機的な繋がりを持つように推進されることが求められる。

平成 19 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

東アジア研究者ネットワークとの共同研究による 世界保健機関 健康の社会的決定要因に関する委員会への提言

報告者（主任研究者）

黒川 清	政策研究大学院大学・教授
橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科・教授
鏡森 定信	富山大学大学院医薬学研究科・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）

村田千代江	浜松医科大学公衆衛生学
藤野善久	産業医科大学公衆衛生学
Alex Gaina	富山大学大学院医薬学研究科

（国外）

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（チァン 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

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

研究要旨

II

本研究事業では、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) 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 の政策提言に資する基礎的資料を提示することを目的とし、平成18年度より2年間事業として実施された。初年度はCSDH のケニア会議に参加し、各委員・関係者との意見交換を行い、健康状態の改善が著しい東アジアにおける知見が政策的に重要な教訓をもたらすものであることを確認した。これを受けて東アジア5カ国の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。これら初年度の知見をさらに深化・統合化すべく、今年度は、同じくCSDH への研究提言を進めていた北欧研究チームとの意見交換を行い、平成20年1月16日に日本(神戸)で開催されたCSDH 最終会議において、東アジア諸国の研究者と連名で、東アジアにおける社会的健康決定要因の歴史的経緯とそこから得られる政策的知見を集積したものについて報告し、高い評価を得た。またこれと併せて国内外での啓蒙・研究者間の交流を図るため、内外研究者による研究会を開催した。CSDH が平成20年度中にまとめる最終報告書の作成過程に一石を投じることができた。本研究事業を通じて得られた知見をベースに、アジア的健康政策モデルの構築を推進すべく、今後もアジア諸国の関係研究者との連携を深め、当該研究領域がさらに発展し、社会経済・健康政策と有機的な繋がりを持つように推進されることが求められる。

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。本分担研究では、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べく、昨年度は国内ならびに東アジアの代表的関連研究者を招き、社会的健康決定因子に関する学術的・政策的知見の集約を図った。最終年度となる今年度は、この知見を、CSDH の最終報告書に盛り込まれる政策提言に反映させるべく、平成19年中に開催されるCSDH 会議において東アジア各国での健康に関する社会的決定要因(経済・教育・医療制度・社会文化など)と各種健康指標(死亡率・平均寿命他)の関連について歴史的比較考を報告書として提示することを最大の目標に掲げた。またわが国内における啓蒙・政策的論議の促進を図るべく、再度アジア諸国の研究者などを招いた国際シンポジウムの開催を目指した。

B. 方法

昨年度研究で得られた、東アジア各国研究者からの知見を集約する作業を、昨年に引き続き進め、当初平成19年6月にバンクーバーで開催された第8回CSDH 会議で中間報告する予定としていたが、CSDH 会議の側のスケジュールの遅れなどを考慮し、これを延期した。一方、10月にロンドン事務局で開催された、北欧の社会的健康決定因子に関する研究ネットワーク(Center for Health Equity Studies; CHES)による政策研究レポート(The Nordic Experience; Welfare States and Public Health; NEWS プロジェクト)の最終報告会に討論者として参加し(橋本)、東アジアで得られた知見との相違について意見交換した。この討議に基づいてレポートの内容を改めた後、平成20年1月16~18日に、神戸WHOセンターで開催されたCSDH 最終会議において、東アジア研究者らと連名で政策研究の報告・提言を行った。

C. 結果

1. 政策研究; CSDH への報告(担当 黒川、橋本)
昨年国際会議で発表された内容を元に、各国代表に発表内容のレポート提出を求め、台湾・中国・タイの3カ国から提出を5月に受けるこ

とができた。これと国内事例の発表内容をまとめた報告書の作成を行い、9月に第1草稿が完成した。これをもって、2007年10月5日にロンドン事務局が主催したNEWSプロジェクトの最終報告会に臨んだ。

NEWSプロジェクトの報告書の内容については、その抜粋を添付資料として本報告書の巻末に掲載する。主な内容は、北欧諸国が採用している、受益者資格を問わない（たとえば所得制限などが無い）ユニバーサルな社会福祉政策が、北欧において健康の社会格差の縮小と、全体としての健康水準の向上に資したとする根拠をまとめたものである。これについて、日本ならびに台湾などで観察されたように、医療・年金などの社会保障制度の導入が東アジアにおける健康水準の向上、特に高齢者における寿命の延長の動向とパラレルに観察されていることなどを報告し、東アジアにおける知見において同様の事例が観察されることなどについて議論を深めた。

これを受けて、東アジアネットワークからCSDHに提出するレポートの草案の推敲を重ねた。特に、1)台湾における近年の所得格差と健康格差の実情（台湾；Chiang教授とChang教授）、近年台湾では経済成長の鈍化とともに、社会格差の拡大、特に都市部と地方農村の乖離が社会問題化している。また平均寿命や年齢調整死亡率においても地域格差・所得・学歴格差が見られていること、医療皆保険制度の導入は全体としては健康水準の向上に貢献したと考えられるものの、健康格差の縮小には限定的な役割を果たしたに留まったこと、などが盛り込まれた。2)中国における経済発展と地域格差が及ぼす健康格差の問題（中国；Wang教授）；中国における急速な経済発展の影響が東部都市と西部農村で拡大している状況について、中国政府が現在進めている健康保険制度の整備などの政策的対応を含め、レポートに収載した。

4)タイにおける経済発展と、国境移民村落におけるマラリアの状況（タイ；Dendoung博士）；タイにおいて経済発展による社会的格差の影響を色濃く受けている国境移民村落において発生しているマラリアについて、衛生学的な観点だけでは見通せない、社会経済的な根源的健康決定要因について事例を報告してもらい、健康的な社会環境を構築することの重要性を示す好事

例となっていたのでこれを報告書に収載した。

5)日本が戦後著しい平均寿命の延長を見たことをより詳細に見ると、70年代以前の乳児死亡率が低下したことにより平均寿命が改善した時期と、高齢者の生命予後の改善により平均寿命が伸びたそれ以降に大きく分けることができる。特に後者においては医療技術の向上や公衆衛生的生活習慣改善運動などの効果に加えて、所得保障をはじめとする社会保障制度が高齢者において特に充実した時期にあたることに注目すべきであることを主張した。

またこれら東アジア諸国から得られた知見は、同時に北欧の知見を裏付ける点も多いことが確認された。

以上をまとめた報告書に基づきCSDH神戸会議において、1月16日の4-5時に設けられた東アジアネットワークからの報告セッションで、報告を行った。提出した報告書を翻訳したもの、またそのとき使用したスライドについて巻末に付帯資料として添付する。

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、学術・政策的データを統合し、CSDHの最終会議の場において、これを発表・アピールすることができた。その内容については、参加していた各国委員から高い評価を得ることができた。CSDHは今後年度末に向けて最終報告書をまとめることとなり、その過程で本研究事業に基づく研究成果が、採用される見込みは高い。しかし、残念なことに、5月に予定される世界保健機関総会（general assembly）には日程的に間に合わず、CSDHの最終レポートは2008年総会の議論に付される見込みがなくなったことは極めて残念である。CSDH最終会議においてもこの点が議論され、会議としては2008年1月で終了するが、レポートの作成ならびにアピールについては、引き続きロンドン事務局を中心に2008年度において活動を継続する方向で調整中である。

健康状態の改善が過去50年で最も著しい東アジア、特にわが国において、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。このことは、わが国
においてもこれまでの成功の鍵を明確に同定し、
今後の保健・社会政策になにを優先的に整備す
べきかを整理しなおすうえで、重要な示唆を
与えるものと考えられる。

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、これを
政策的基礎資料として、世界保健機関の社会的
健康決定因子に関する委員会（CSDH）に対し
て報告し、その最終報告書の作成を含めた活
動を支援することに成功した。本研究事業を
通じて得られた知見をベースに、アジア的健
康政策モデルの構築を推進すべく、今後もア
ジア諸国の関係研究者との連携を深め、当
該研究領域がさらに発展し、社会経済・健
康政策と有機的な繋がりを持つように推進
されることが求められる。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

未発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当せず。

付帯資料 ; SDH アジアネットワークから CSDH への報告書 (2008 年 1 月 16 日)

北欧の福祉制度上の経験に対するコメント、ならびに NEWS レポートのアジアへの適用可能性に関する考察を含む

Hashimoto, Hideki (橋本 英樹、東京大学公共健康医学専攻 教授)

Professor, School of Public Health, University of Tokyo

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

Dendoung, Suphot (デンドゥン 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

I. SDH 研究に関するアジアネットワーク (SDH アジアネットワーク)

東アジア諸国はこの半世紀で公衆衛生の急速な向上を果たしたが、今日、急激な高齢化や都市化、AIDS など新興疾病のあおりで新たな課題に直面している。これら各国は急速な経済成長も遂げているが、再配分、教育、家族支援、医療の提供などの社会福祉政策は多様であり、その結果、公衆衛生の達成水準（乳児死亡率など）もさまざまである。

ヨーロッパ文化では個人こそが中心的な社会的機関であると見なされるのに対し、東アジア諸国は、集団主義的傾向、儒教的規範など、独特の文化や価値観が特徴として挙げられることが多い。しかし、それぞれの国には独自の文化、歴史、男女の役割に関する社会規範、家族制度の社会的機能、個人と社会の関係があり、それが政府の構造や政治、政策立案の方法に反映されている。

したがって、「西欧」と「東洋」の全体的な比較ではなく、アジア諸国の経験を細かに比較分析することで、公衆衛生および SDH（社会的健康決定因子）に関する政策的教訓をあぶり出すことができると期待される。しかし、主に言葉の壁のせいで、科学的知識と政策経験はこれら近隣諸国間で共有されていない。各国は英語で書かれたヨーロッパ諸国や米国の文献を参照しているのが実情である。CSDH（社会的健康決定因子に関する委員会）は、途上国および先進国の公衆衛生政策における SDH の重要性を確立するために創設された。

CSDH は国際的な公衆衛生政策に「公正」の考え方を取り戻すことを旨としており、SDH について現在手に入る科学的情報の収集、普及、共有のための知識拠点が設けられている。だが、科学的根拠を得るには、主に英米や北欧諸国の既存公表データに依存せざるをえない。なぜならデータアクセスの問題があるため、他の地域（特にアジア）で発表された研究成果はほとんど入手できない、あるいは存在したとしても英語以外の現地語で書かれているからだ。したがって現在入手可能な証拠は、非英語圏の政策立案者が国内ニーズを満たすにあたって、各国の事情に十分応じたサポートを果たしていない可能性がある。各国の研究内容（未発表のもの、英語以外のもの、現在進行中のものを含む）を公衆衛生にかかわる幅広い政策立案者や研究者に開示し、SDH が自国や近隣諸国（政治的、歴史的、文化的バックグラウンドが同じところもあれば違うところもあるだろう）でどのように概念化され、扱われ、研究されているのかを比較できるようにするためには、地域固有の知識ネットワークを築かなければならない。

上述の背景をもとに、SDH およびそれに伴う医療成果に関心があるアジアの研究者のネットワークが 2006 年秋に設立された。目的は、アジアの SDH 研究者のための研究インフラを整備し、アジアの歴史、社会経済、文化および医療制度上のバックグラウンドに応じた、必要な資源、情報、人材、そして何よりも新しいアイデア／コンセプト、仮説、理論を探せるようにすることである。簡単にいえば、アジアの SDH 研究者同士のコミュニケーションと相互理解を深めるのが狙いである。これは厚生労働省国際課の資金援助を得たプロジェクト（2006～2007 年度）である。

参加研究者はまず、各国の SDH 研究の最新トピックや政策動向（英語以外のもの、査読対象外のもの、継続中のもの、さらには各種事例を含む）の概観を提供するよう求められた。あらゆる資料を集め、参加メンバーで共有した。2006 年 10 月 23 日の中間会議には各参加国から選ばれたメンバーが集合。マイケル・マーモット教授、河内一郎教授（ハーバード大学公衆衛生大学院）の指導のもと、以下の参加者が、各国に共通または固有のコンセプト、テーマおよび政策、ならびにアジアにおいて注視すべきと思われるテーマ／コンセプトについて、徹底した議論を交わした。

<SDH アジアネットワークのメンバー>

- ・ 金昌燁（ソウル国立大学保健大学院教授、ソウル国立大学高齢化研究所副所長）
- ・ 江東亮（台湾大学公共衛生学院衛生政策管理学科教授）
- ・ 張荳雲（中央研究院社会学研究所教授）
- ・ Suphot Dendoung（タイ・マヒドン大学社会人文学部）
- ・ Charles Surjadi（元インドネシア疫学ネットワーク会長・諮問委員、アトマジヤヤ衛生研究センター長）

- ・ 王培玉（北京大学公共衛生学院社会医学科教授）
- ・ 鏡森定信（富山大学大学院医学薬学研究部教授、日本公衆衛生学会長（当時））
- ・ 関根道和（富山大学大学院医学薬学研究部准教授）
- ・ 高野健人（東京医科歯科大学国際健康開発学講座教授、WHO 健康都市研究協力センター所長）
- ・ 川上憲人（東京大学精神保健学教授）
- ・ 近藤克則（日本福祉大学教授、愛知老年学的評価研究代表）
- ・ 黒川清（日本学術会議会長（当時）、WHO CSDH 日本委員）
- ・ 指導管理：
 - ・ マイケル・マーモット教授およびセバスチャン・テラー（ロンドン大学ユニバーシティカレッジ、WHO CSDH ロンドン事務局）

II. SDH と健康——アジアが今後に向けて学ぶべきこと

第 1 回の東京会議では、主要保健統計の経時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取上げた。各国の人々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、まったく異なる健康・衛生上の問題を抱えている可能性がある。

A. アジアの 4 つの地域からの報告

タイ

タイは農産物をはじめとする自然資源が豊富で、近代においては植民地化や両世界大戦による深刻な損害を免れた。また、東アジアの他の国々で果たされたのと同じ経済的奇跡を経験している。タイには公的な医療保険制度があり、アジアの他の貧しい地域に比べれば医療により多くの資金を投じてきた。以上のような歴史的・経済的背景からするとずっと健康状態が優れていてもよいはずだが、同国のそれは実際にはスリランカなどの国々にも及ばない。いまだに感染症などの健康問題が蔓延しており、慢性疾患も目立って増えはじめた。しかも、マラリア、鳥インフルエンザ、HIV/AIDS などの新興疾病や再興疾病が深刻な健康問題となっている。

マヒドン大学の Dendoung 博士は次のように述べている。自然や歴史に恵まれているにもかかわらずタイの人々の健康状態がわずかしか向上しないのは、経済的搾取、ジェンダーハラスメント、少数民族の抑圧といった社会的不正のせいではないか。SDH アジアネットワークへのレポートのなかで彼は、民間部門がますます担うようになったタイの医療制度は

「社会的健康決定因子」という医療パラダイムに依存しており、社会経済的不平等が公衆衛生に及ぼす影響に十分に対応しきれていない、と批判的に分析する。また、市場経済における放任的な民営化や経済効率重視による下請け労働者（移民労働者など）の抑圧が労働者の健康を奪っているほか、不公正なジェンダー関係が性的虐待を招き、それに伴って弱者層の間に HIV が蔓延する、とも主張する。したがって、現在主流の医療生物学的パラダイムから社会生態学的パラダイムへとパラダイムを変換し、公衆衛生に社会正義を取り戻すことがタイ人の健康増進に必要であるという。

同国では最近の憲法改正で健康は人権であると規定されたが、これが健康および社会政策のターニングポイントとなるかもしれない。

中国

1980年代後半からの経済改革・経済発展により、中国本土の人々の暮らしは激変した。生活水準の向上につれて健康状態も全体として改善されている。しかし、社会経済的立場や地域による経済成長の不均衡や不公平、医療サービスへのアクセスの不平等、それに伴う都市と地方の健康格差が重大な社会問題となっている。農村部の人口（7億5,000万）は都市部（5億5,000万）より多いのである。

北京大学の王教授によると、2004年の中国都市部の1人当たり年間所得は1万元を上回るが、農村部のそれは4,000元にすぎない。健康支出は農村部のほうが都市部よりもはるかに少なく、農村人口の58%が保健サービス全体の36%を利用している状況だ。健康保険加入率の差も都市と地方の格差の要因である。2005年より前は農村部の人々の約80%が保険に加入していなかったが、都市部ではこれが30%だった。すでに経済発展を遂げた地域（中国東部）と発展途上の地域（中国西部）の間にも、健康状態の大きな格差が見られる。平均余命は中国東部が中国西部より8年長い。経済成長の不均衡は、人口移動、急速な都市化、環境汚染、不健康なライフスタイル、仕事のストレス、自殺の増加など、その他の社会問題も引き起こしている。

2005年、中国政府は都市部の大規模病院でのコスト抑制、地方や地域社会の病院での医療改善に向けた政策を打ち出した。同じ年には農村部住民向けの国民健康保険がスタートし、2007年現在のカバー率は80%に上っている。こうした新しい社会制度の導入によって都市と地方の格差を縮小しなければならない。2007年からは77の都市で、扶養児童・高齢者を含む都市部住民を対象とした新しい社会保険が試行されている。

台湾——経済・健康問題に関する東アジアの「注目株」

台湾は「経済の奇跡」に加えて「健康の奇跡」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、台湾の出生時平均余命は男女とも向上し、1952年にそれぞれ57歳、61歳だったのが、2005年には74歳、80歳に延びている。しかしながら、こうした健康上の恩恵に、すべての社会経済集団が同等にあずかったわけではない。例えば、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。台湾大学の江教授や社会学研究所の張教授が述べているように、公衆衛生の平均数値は向上しているものの、健康格差は広がっている。

1995年に強制加入の国民健康保険がスタートした。公的な保険制度は、社会経済的貧困層の医療へのアクセスを改善し、そうした貧困層が高額な医療費負担により貧困の悪循環に陥るのを防ぐことで、健康格差の緩和に貢献することができる。国民皆保険の導入後は乳幼児の死亡率が加速度的に減少し、その健康保護効果が示されたかたちだが、台湾における健康の社会経済的格差は縮小していないように思われる。冠動脈バイパス術(CABG)などのハイテク医療の活用は教育水準(学歴)とプラスの相関を示している。健康の不平等を是正するうえで国民皆保険制度は重要な戦略であるが、それが十分な戦略ではないこともまた明らかである。所得、就業・失業、教育、幼少期の社会経済的リスクなど、健康の不平等を生む根本原因が、新たな公衆衛生政策の対象となる。それは以下の事実が示すとおりである。

- 台湾の地域死亡率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、1995年に-0.60に達した。
- 地域の所得中央値と5歳未満死亡率の関連(父親の学歴で調整)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。
- 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(仕事上の裁量の自由度)、ジョブデマンド(仕事からの心理的要求度)、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。
- 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)進学率は30%以上に達する。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、地域貧困度が異なる集団でも、死亡率と学歴が逆相関する。
- 先住民族は全人口の約2%を占める。政府による先住民向けの雇用、教育および健康プロジェクトにもかかわらず、この40年間、先住民族と漢族(多数民族)の間の死亡率の差は明らかに拡大している。女性よりも男性のほうが差は大きい。代表的な死因は事故や自殺である。

2007年に発表された「健康台湾2020」という健康政策プロジェクトは、その2つの目標のひとつに健康格差の減少を掲げている。

日本

日本全体の出生時平均余命はこの半世紀で劇的に改善された。例えば男性の場合、1950年の58年が2004年には78.6年になっている。1970年代までの平均余命の伸びは、主に乳児死亡率の減少による。これは人口動態統計システムが全国的に確立された20年代前半から、すでに見られた傾向である。乳児死亡率がその頃から減少しているのは、おそらく戦前の政府が衛生保護政策や大衆向けの衛生教育を導入したからだろう。50年代、60年代には各地の保健所で胎児検診や妊婦教育が一斉に行われたため、これがさらに改善された。また戦後の好況やそれに伴う物質的な生活水準の向上も、これに拍車をかけた可能性がある。

景気が低迷した70年代以降の平均余命の伸びは、主に高齢者死亡率の減少、なかでも脳卒中による死亡の激減によるものだ。これにはいくつかの要因が考えられる。1961年に全国民に導入された国民健康保険制度、1970年後半に導入された高齢者医療制度（高齢者は少ない自己負担で医療が受けられるようになった）、高血圧検査や減塩教育など地域の公衆衛生活動、地域経済の向上や車社会化による住環境の改善と新鮮な食料の供給などである。しかし90年代の経済不況の間も、高齢者の寿命はわずかながら延びている。したがって、物質的な生活水準や医療へのアクセス以外の要因も検討する必要がある。

内閣府が最近行った国際世論調査によると、「将来に不安がない」と答えた人の割合は、米国、フランス、ドイツ、韓国の場合と比べて日本の高齢者が最も高かった（内閣府、2006）。ジニ係数はこの数十年増加しているが、65歳以上が筆頭者である世帯の所得格差は90年代に激減した。医療、介護、年金などの社会保険計画、高齢者優遇税制のおかげである。

しかし、高齢者の社会経済的格差の緩和は実現されたものの、若年世代向けの同様の社会政策は後回しになった。昨今、社会的不平等に関する国民的議論で注目を集めるのは、20代から30代の若者の格差拡大である。さらに、マクロレベルでは世界最長の寿命や優れた健康状態を誇るにもかかわらず、地域、社会経済的立場などの社会的条件による健康格差が日本中になお存在している。こうした格差は最近認識されるようになったばかりなので、今後それが拡大するのか縮小するのか、それとも変わらないのかが注目される。ここから間違いなくいえるのは、公衆衛生の平均値を変化させる要因と、人々の間の格差を変化させる要因とはまったく異なるということだ（Marmot, 2004）。この格差の決定因子と考えられる原因機構はいまだ解明されておらず、綿密な研究が必要である。

B. アジアの比較事例研究から学ぶべきこと

マクロ経済研究の結果、初等義務教育、経済的自由と民主的環境、民族的均質性、それに伴う政治的安定、少ない政権転覆など、日本をはじめとするアジアの経済国における経済成長の社会的決定因子が特定された（Snowdon and Vane, 2005）。私たちの比較事例研究からは、無償の初等教育は、健康教育や妊婦ケアによって公衆衛生を改善するための必要条件でもあることがわかる。またタイの事例が特に示唆するのは、公正な社会制度や政治的安定は公衆衛生の重要な社会的決定因子でもあるということだ。

事例研究では、物質的な生活水準の向上、公的医療保険の導入といった社会福祉政策が平均的に健康改善に寄与したことが確認できる。だが、社会階級、地域、性別などの社会経済的条件が違うために生じる健康格差を減らすには、これらの要因だけでは不十分だろう。グローバル環境下の経済成長が社会経済的格差やそれに伴う健康格差を拡大するのは、中国の例からもわかるとおりである。公衆衛生改善のためには、この不平等の是正策が必要となる。台湾と日本のケースからまさにいえるのは、医療保険、税控除、年金などを通じた高齢者優遇の再配分政策が、寿命を延ばすのに有効かもしれないということだ。他方、そうした全高齢者向け福祉政策のあおりで置き去りにされた若者世代には健康格差が広がるおそれがあるため、早急な対応が求められる。

C. アジアが考える健康の社会的決定因子——さらなる研究および政策課題

SDHに関する現在の研究／政策は個人を社会的機関、分析の基本単位ととらえている——社会学研究所の張教授はそう指摘する。同教授いわく、アジアの文化は家族制度を社会組織の基本単位ととらえており、個人主義的な西欧文化に基づくSDH研究／政策の現枠組みにはこれが欠けている。したがってSDHの既存理論／モデルは、アジアの社会的、経済的および民族的集団に根強い健康格差を生み出すメカニズムに、必ずしもそぐわない可能性がある。これを克服するため、SDHアジアネットワークのさらなるアクションプランとして以下が提案された。

- 1) アジア各国内・各国間の社会的、経済的および民族的集団内の健康格差のパターンを調査する。問題を特定するため、比較できるかたちで健康統計をとるべきである。
- 2) 社会的、経済的および民族的集団内の健康格差が長期間に社会でどのように再生されていくのかを調べるため、家族制度の文脈のなかで、男女や世代間の関係、都市化、労働条件などの問題をとらえなおす。家族・世帯の構成や社会経済的状況が各世代の個人の健康にどう影響するかにもっと注目する必要がある。
- 3) 個人およびその家族の健康状態が社会経済的階層間の移動機会を制約するのか、その逆はどうかを探るため、社会経済的条件と健康成果との再帰的關係に焦点を当てる。
- 4) 上述の健康格差や社会的不平等のメカニズムを理解するためには、個人およびその家族の健康・経済・社会・構成面の特徴を包括的に測定する多層的なパネル調査によって、社会淘汰・健康淘汰の内生的問題を克服することが不可欠である。

東アジア諸国ではこの種の調査のためのデータがまだ十分ではない。まずは既存データを最大限活用し、比較研究のための同様の分析枠組みをつくることができるだろう。そのほか、社会における個人やその家族の包括的な像を明らかにするためのコホートデータを確立する努力が必要である。それには各国／地域の比較枠組みのなかで、家族の経済・社会・構成面の特徴、就業状況や労働条件、地域社会の特性などが測定できなければならない。

台湾ではそうした取り組みがすでに始まっている。健康格差に関する学際的プロジェクトが2006年4月にスタートした。これは社会学者、経済学者、疫学者の共同プロジェクトであり、その計画には4つの特徴がある。(1)分析単位は個人、家族、労働環境、地域社会、保健機関、(2)健康障害が財政状態や衛生行動に与える影響、(3)健康活用や就業状況に関する長期的なパネルデータ、(4)台湾の代表サンプル。このプロジェクトでは、家計収支調査、人材活用調査、国民健康保険データなど既存の公共データと研究者のコホートデータをリンクさせ、個人と家族の疑似パネルを作成する予定もあり、公共データの利用認可もすでに得られている。

日本では、Health and Retirement Survey (米)、Survey of Health, Assets, and Retirement (ヨーロッパ)、England Longitudinal Survey on Ageing (英)との国際協力により、日本版のHealth and Retirement Surveyがスタートしている。このプロジェクトでは、規模、都市化、経済の状況が異なるさまざまな自治体から55～74歳の住民の代表サンプルを抽出するとともに、家族構成や家族関係の詳細情報とあわせて、主観的／客観的な健康状態、食などの生活習慣、就業状況、家計状況に関する包括的な測定を行う。国民健康保険や介護保険の請求データも自治体から提供され、それを入手済みの面接データに統合する。同様のコホート研究が韓国とタイでも行われているほか、中国本土では国際比較研究に向けて検討中の段階である。台湾では1999年以降、1,000世帯のコホートが利用可能になっている(家計所得ダイナミクス調査)。

III. NEWSの活動

2005年以来、ストックホルム大学とカロリンスカ研究所の協業によるヘルスエクイティ研究センター(CHESS)のリーダーシップのもと、The Nordic Experience-Welfare States and Public Health (NEWS)と呼ばれる多国間プロジェクトが実施され、CSDHに貢献している。NEWSプロジェクトは、北欧諸国の「社会保障制度の開発と国別比較に関する歴史的・社会的知識」、なかでも「健康の社会的決定因子、公衆衛生、健康の不平等に関する知識」を統合しようとするものである。その最終レポートは2007年10月5日にUCL国際社会健康研究所(ロンドン)にて発表された。ここでは社会政策と中心的な健康成果(平均余命、乳児死亡率など)との関係が強調され、その所見をOECD諸国および中低所得国にも適用で

きるとされた。

レポートが扱った主なテーマは以下のとおりである。

- ・ 家計収入に応じた政策をとる他の OECD 諸国と対照的に、北欧の福祉政策の特徴は普遍的という点である。
- ・ 普遍的な社会政策は人々の健康状態に影響を与えやすい。
- ・ 北欧諸国は、さまざまな社会階層における機会と成果の両面で、貧困の削減と平等の拡大に成功している。分析で特に重視するのは、(1)年金制度と高齢者の健康、(2)家族政策と乳児死亡率。

IV. NEWS レポートの主な所見、ならびにそのアジアへの適用可能性に関するアジアネットワークのコメント

- ・ 普遍性が北欧の福祉政策の特徴である。ほかにも、広範な公共サービス、公共部門による地方レベルでのサービス提供、高い税率と寛容な給付といった特徴がある。
→例えば日本の場合、福祉政策は基本的に家計収入に応じたものであり、中央政府が決めた法律や手順に従って地方自治体を実施する。医療、介護、その他の公共保健サービス（妊婦ケア、小児へのワクチン接種など）は一律普遍的に提供される。医療保険と介護保険は国の義務的制度であるが、実際のサービスは官民双方が提供する。公共保健サービスは中央政府の決めたやり方に基づいて地方自治体が提供する。日本の税率は OECD 諸国のなかで比較的低い。国民負担率は米国並みで 40%を下回る。
- ・ 北欧の再配分システムは世界最低レベルの貧困率をもたらすと思われる。さらに、北欧諸国は社会的弱者層（片親、高齢者世帯など）の相対的貧困率がきわめて低い。
→普遍的な社会政策は、東アジア諸国における福祉サービス提供（生活保護など）の主たる枠組みではない。しかし、日本や台湾で年金や医療保険があまねく提供されているのは、高齢者に配慮した普遍的な政策と考えられる。つまり日本や台湾の高齢者が長生きするのは、北欧のように普遍的な社会政策や公衆衛生を導入しているからだともいえる。
- ・ 北欧の乳児死亡率低減から学べるのは、人口統計レポートシステムの早期構築が公衆衛生政策の診断や評価を可能にした「素因」ではないかということだ。すなわち「有効データに基づく知識を利用した政策立案」である。
→これは東アジア諸国にも、またおそらくどの国にも当てはまる。確かに「素因」である。日本の場合、人口動態統計が確立した 1920 年代には乳児死亡率がまだ 200 前後であったが、以降、今日に至るまでそれは低下している。これは他の要因、例えば経済水準の向上（50 年代）、妊娠届けや母親教育、無料の妊婦ケア（50～60 年代）、