

201101027A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

貧困層の健康と社会的排除についての
実態調査と地域の社会医療のあり方についての研究

(H22-政策-一般-024)

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 福原 宏幸

平成24（2012）年 3月

平成23年度 総括研究報告書

目 次

I. 総括研究報告	
貧困層の健康と社会的排除についての実態調査と地域の社会医療のあり方についての研究	
	福原宏幸 …………… 1
II. 分担研究報告	
1. 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」の概要と回収率の分析	川野英二 …………… 5
2. 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」：健康に関する調査項目選定	
	福島若葉・松永一朗ほか …………… 15
3. Geographically-based discrimination is a social determinant of mental health in a deprived and stigmatized area in Japan: a cross-sectional study	
(居住地に対する差別は、メンタルヘルスの社会的決定要因である。)	田淵貴大ほか…………… 33
III. 資料編	
資料1 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」	
「社会生活に関する調査票」 「健康に関する調査票」	…………… 49
資料2 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」単純集計表（社会生活項目）	…………… 85
資料3 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」調査質問項目コード表	…………… 113
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表	…………… 141

I. 総括研究報告

貧困層の健康と社会的排除についての実態調査と 地域の社会医療のあり方についての研究

研究代表者 福原宏幸 大阪市立大学大学院経済学研究科 教授

研究分担者 滋野由紀子 大阪市立大学大学院経済学研究科 教授
水内俊雄 大阪市立大学都市研究プラザ 教授
川野英二 大阪市立大学大学院文学研究科 准教授
福島若菜 大阪市立大学大学院医学研究科 准教授
松永一朗 大阪市立大学大学院医学研究科 特任講師
木村良成 大阪市立大学大学院文学研究科 専任講師
田淵貴大 大阪府立成人病センターがん予防情報センター 主査

研究協力者 佐々木洋子 大阪市立大学大学院文学研究科 院生・社会学
赤枝尚樹 大阪大学大学院人間社会学研究科 院生・社会学
陸 光杰 大阪市立大学大学院経済学研究科 院生・労働経済学
大藤さとこ 大阪市立大学大学院医学研究科 公衆衛生学
近藤亨子 大阪市立大学医学部・大学院医学研究科
乾 未来 大阪市立大学大学院医学研究科 公衆衛生学
佐柳有香 大阪市立大学大学院医学研究科 公衆衛生学
廣田良夫 大阪市立大学大学院医学研究科 公衆衛生学

研究要旨

本研究の目的は、貧困や社会的排除が集中する都市の「社会的不利地区」においては地域住民の健康はよくないという事実を、社会疫学と社会経済学の観点からの調査によって明らかにすることにある。またそれは、彼らの健康維持・回復には、新たな保健福祉施策が必要であるとともに、地域社会のソーシャル・キャピタルの創出と活用が必要であることを明らかにしようとするものである。すなわち、健康は、個人の身体的特性と生活習慣に規定されているだけでなく、社会生活のあり方にも規定されている可能性があることを明らかにしようとするものである。

本年度は、この趣旨に沿って、大阪市民を対象に、「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」を実施した。その調査の概要は以下のとおりである。

まず、アンケート調査における質問項目の設定にあたっては、「大都市圏における健康と不平等、社会的断絶（SIRS）国際比較プロジェクト」国際研究グループ（フランスの社会科学高等研究院・国立公衆衛生研究所など）による調査との国際比較が可能となるように配慮し、あわせて国内にお

ける既存の健康格差調査による質問項目などを参照して完成させた。

次に、調査対象者の抽出にあたっては、大阪市内 24 区に在住する 25～64 歳の市民を対象とし、これら市民の社会階層の特性や居住地域の特性を考慮して大阪市内 100 地点を抽出し、この抽出単位から 63 人を、住民基本台帳を使って系統抽出した。こうして、大阪市民 6300 人に対し調査を行うこととした。

調査票の配布は郵送、回収は郵送による返送と訪問による回収を組み合わせた。これによって、有効回答票として 3245 票、回収率 52.4%を得ることができた。

調査票の回収後は、調査専門会社と我々研究チームによるデータクリーニング作業を行った。これによって、系統的で精度の高いデータセットを構築することができた。

平成 24 年度は、この成果を踏まえて、データの本格的分析を行う予定である。

1. 研究の目的

本研究の目的は、貧困や社会的排除が集中する都市の「社会的不利地区」においては地域住民の健康もよくないという事実を、社会疫学と社会経済学の観点からの調査によって明らかにすることにある。またそれは、彼らの健康維持・回復には、新たな保健福祉施策が必要であるとともに、地域社会のソーシャル・キャピタルの創出と活用が必要であることを明らかにしようとするものである。すなわち、健康は、個人の身体的特性と生活習慣に規定されているだけでなく、社会生活のあり方にも規定されている可能性があることを明らかにしようとするものである。

とくに大阪市では、失業率や生活保護率が高く、またホームレス生活者や同和地区住民など社会的に不利益を被っている人々が多い。また、西成区が典型的であるが、こうした人々が集中している区の平均寿命が低くなっている。こうしたことから、「社会的不利地区」が抱える貧困と社会的排除が健康とどのような因果関係にあるかを明らかにすることがまず必要だろう。また、この点を踏まえることで、これらの地区住民の健康づくりの施策も明らかとなるだろう。

2. この調査の背景と特徴

健康が社会経済的要因によって規定されていることが国際的にも注目されはじめ、実証的な研究成果が次々と生み出されている。たとえば世界保健機関（WHO）は 1999 年に報告書『健康の社会的決定要因』を刊行し、貧困や社会的排除がもたらす健康格差の問題点を指摘した。その後、WHO は「健康の社会的決定要因委員会」を組織し、2008 年に最終報告書『世代内のギャップを埋める』を発行している。そこでは「生活環境の改善」「権力・資本・資源の不公平の是正」「是正措置の政策的評価」によって健康格差を解消することが求められた。

同時に WHO は世界中で「健康都市（healthy city）プログラム」の推進を展開している。ヨーロッパでは、欧州健康都市ネットワーク（WHO European Healthy Cities Network）に 90 都市がメンバーとして加盟し、国ごとに展開されている National Healthy Cities networks が 30 カ国で構築され 1400 以上の都市がこれらに参加している。アジアでは、WHO と連携する健康都市連合（the Alliance for Healthy Cities）が結成され、9 カ国で多くの都市がこれに参加してい

る。

また、研究領域においても、イギリスのマイケル・マーモット Michael Marmot やアメリカのイチロー・カワチ Ichiro Kawachi などによって、健康格差の実態について実証的研究が蓄積されてきた。このような国際的な研究動向は、日本の研究者にも影響を与え、近藤克則（日本福祉大学）や川上憲人（東京大学）などによる健康格差研究が進められている。

このような国内外の研究動向を踏まえつつ、私たちは、経済学、公衆衛生学、社会学そして地理学が連携し、学際的な視点から大都市圏とりわけ大阪市における市民の社会生活のありよう、健康それぞれの実態とこれらの相互関連性を明らかにするための調査を実施した。

私たちの調査研究の特徴は、こうした国内外の調査研究を踏まえつつ、大都市圏の市民の多様性、市民生活の社会経済的構造、そしてそれらが市民の健康とどのような相互関連性があるかに着目した点にある。

3. これまでの研究成果

2008年から準備を重ね、2009年2-4月には大阪市内N地区住民に対するアンケート調査を実施した（2337票を回収）。この分析から、高齢化とともに、低学歴、雇用の不安定さ、低収入、低い居住水準、社会関係の希薄さという社会経済状況が明らかとなり、地域住民の不健康の経済的社会的決定要因を浮き彫りにした（『貧困研究』4号、2010年5月掲載論文、Tabuchi 其他による英語論文）。

2010年度は、この調査結果についての分析をさらに進めるとともに、都市社会のなかでのこ

れら不利地区の抱える貧困、社会的排除そして不健康の実態を、都市住民の平均的な状況（及び「富裕層地区」「中間層地区」）との比較、および不利地区間の比較という観点での調査研究へと進化させることをめざし、調査項目、調査手法および分析的観点について議論を深めてきた。

これらの成果を踏まえて、2011年度は大阪府健康福祉局（担当は撫井 賀代 生活習慣病担当医務主幹）の協力のもと、「大阪市民の社会生活と健康」実態調査を実施することとした。

4. 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」の調査手法

この実態調査の調査票作成にあたっては、これまでの日本における健康調査の成果を継承し、かつフランスやイギリスで行われている健康調査の調査項目などを参照しながら、比較可能でより体系的な実態把握を実現するための項目選定を行った。とくに、大都市圏における健康格差実態の国際的な比較研究を進めている「大都市圏における健康と不平等、社会的断絶(SIRS)国際比較プロジェクト」国際研究グループ（フランスの社会科学高等研究院・国立公衆衛生研究所など）と連携して調査を進めることから、この調査グループの質問項目を参照することとした。

調査対象者は、2011年8月1日現在、大阪市内24区に在住する25~64歳の市民とした。対象者の抽出は、層化二段無作為抽出法によって行った。すなわち、町丁目を抽出単位とし、国勢調査データのジオ・デモグラフィック分析によって地域の社会経済的特性を考慮した町丁目100地点を抽出した。この抽出単位から63人を、住民基本台帳を使って系統抽出した。

こうして、大阪市民6300人に対して、調査票を郵送により配布して調査を開始した（2012年9月下旬～10月末）。情報の収集は、自記式の質問票（健康票と社会生活票）への回答によって得ることとした。

この配布対象者のうち、①医療機関に入院中あるいは施設に入所中のため、自宅に不在の者、②その他の理由により、質問票に回答できない者（たとえば健康状態が極度に悪いなど）を除外した結果、有効標本数は6191票となった。

調査票の回収は、郵送と訪問の回収を組み合わせた。その結果、有効回答票3245票を得ることができた。回収率は52.4%と、比較的高い値であった。

回収された調査票については、記入ミスや未記入をチェックし、そうした問題が見つかった場合には、再度回答者に回答をいただくこととした。

なお、こうした調査においては、個人情報の保護への配慮が問われることから、調査票の配布と回収の業務はすべて業者委託によって行い、

大阪市立大学経済学研究科および医学研究科に設置されている倫理委員会に対し、倫理審査を申請し、その承認にもとづいて調査を実施した。

回収された調査票については、データ入力、データクリーニングの作業を行った。

2012年度からは、本格的なデータ分析を予定している。

【注】

1.<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/>

2.http://www.alliance-healthycities.com/htmls/members/index_members.html

ちなみに、日本では、19都市が参加している。

II 分担研究報告

Ⅱ. 分担研究報告

1. 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」の概要と回収率の分析

研究分担者 川野英二 大阪市立大学文学研究科

1 はじめに

「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」（以下、大阪健康調査）の目的は、大阪市民を対象に家族や階層、就労状況、社会生活などが健康に与える影響を明らかにすることである。近年、「健康格差」といわれるように、社会階層と健康との関連が注目されており、本調査も同様の問題意識にもとづいている。本調査は、海外数カ国ですでに実施されている「健康と不平等、社会的断絶(SIRS)」¹プロジェクトの調査をもとに設計されている。調査項目は SIRS の調査票から取捨選択し、独自の質問を加えている。

本調査の特徴はとくに、大阪市を対象を限定して、都市社会構造との関係を重視した点にある。大阪市は失業率や生活保護率が他の大都市と比べても顕著に高い割合を占めており、都市社会問題が集中している地域である。2005年の国勢調査によると、大阪市の失業率は11.7%で、全国平均の約2倍の高さである。大阪市の都市社会構造は、社会地区の分析で明らかのように、中央区、北区、西区や上町台地などの市中心部と、環状線外周のインナーエリアとのあいだで、職業構成において大きな相違がみられる。また、失業率の高さも西成区のほか公営住宅集中地域で顕著である。こうした都市社会構造において、大阪市民の地域との関係、家族・近隣との関係、仕事との関係、社会意識がどのようなものなのかを明らかにすることは、大阪市と大阪府の統合が政策アジェンダとなり、大阪都市圏の制度的枠組みが大きく変化する過程のなかで、大阪が抱える都市社会問題について貴重な知見を提供することになるはずである。

2 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」の概要

調査項目

大阪健康調査の質問項目は、「社会生活」票と「健康」票の二種類の調査票に分かれている。社会生活票は、SIRS 国際比較調査の調査票をもとに、調査項目を取捨選択して一部改編を行って使用し、健康票はほとんどが医学研究科のメンバーが採用した項目をもちいている²。2012年現在の段階では第一次クリーニング作業が社会生活項目までしか終了していないため、次ページの表1では社会生活項目のみを掲載し、健康項目は割愛している。

1 フランス国立社会科学高等研究院 Serge Paugam 教授を研究代表とする国際共同研究である (<http://www.programme-sirs.org/>)。SIRS プロジェクトの概要は、川野(2011)参照。

2 SIRS プロジェクトの調査票は、福原(2011)の資料として掲載している。

表1 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」社会生活票質問項目

問番号	質問項目	問番号	質問項目
問1	性別・誕生年月・年齢	問31	就労状況
問2	住居形態	問32	非就労の理由
問3	居住開始年月:住居	問33	失業期間・求職状況・求職困難理由
問4	部屋数	問34	就労形態・職種・従業先規模・労働組合の有無
問5	居住開始年月:地域	問35	雇用契約期間・労働時間・勤続年数・短時間労働の理由
問6	地域環境	問36	長期失業経験の有無
問7	地域施設利用	問37	失業の可能性
問8	近所付き合い	問38	仕事の状況
問9	近隣者との類似	問39	収入源:本人
問10	盗難被害の経験・身体的精神的暴力の経験と遭遇	問40	経済的困難の体験
問11	近隣者との関係	問41	現在の経済状況
問12	組織への所属	問42	年収:本人・配偶者・世帯
問13	親しい友人の有無	問43	生活水準
問14	親しい友人の居住状況	問44	自尊尺度・医療との関係
問15	親しい友人との接触	問45	差別体験の有無・場所
問16	支援者の有無	問46	組織への信頼:法律
問17	同居家族数	問47	社会政策への意識
問18	婚姻状況	問48	満足度:家族・友人・生活
問19	子どもの有無・子どもからの承認	問49	孤独感
問20	親族居住状況	問50	互酬規範
問21	承認:親・配偶者等	問51	日本人意識
問22	相談相手	問52	貧困の定義
問23	親との接触	問53	貧困の原因
問24	15歳時親の就労形態・職種		
問25	15歳時の暮らし向き		
問26	子供時代の体験		
問27	子供時代の親からの承認		
問28	最終学校:本人・配偶者・親		
問29	最終学校中退経験		
問30	15歳時学校生活		

調査設計

本調査の対象者は、2011年8月1日現在で25歳～64歳の日本国籍をもつ大阪市民の男女である。本調査では、大阪市社会地図の作成時に利用した2005年国勢調査小地域統計データをもとに、町丁目規模で地区類型12クラスターを作成し、第一次抽出単位として100地点を比例抽出した。その後、業者委託により、住民基本台帳をもとに各地点約63サンプルを個人抽出³、合計6,298名を抽出した。調査期間は2011年8月～10月、調査票は郵送配布ののち郵送による回収を行い、配布一週間後から未回収票については調査員による個別訪問によって回収を行った⁴。2012年2月現

3 全100地点×63サンプルを抽出する予定であったが、委託業者のミスで二地点のみ62サンプルを抽出したため、抽出標本は合計6,298サンプルである。

4 調査票の郵送、訪問回収作業も標本抽出と同じ業者に委託している。

在での有効回収票数 3,248、有効回収率 51.6%である。ただしこの有効回収票数は暫定的な数値であり、無効票は確定していない。全回収票数は 3,289、回収率は 52.2%である。

調査票回収後、データ入力作業を業者委託で行った後、回収票の点検とデータセットのクリーニング作業を行った。クリーニング作業の過程で、データ入力上のミス等が多く判明したため、クリーニングの後にデータ入力作業の再委託を行った。そのため、クリーニングは 2012 年 2 月現在も作業中である。

2 大阪健康調査の標本抽出と地区類型

本調査では、層化二段抽出法によって標本抽出を行っているが、層化の段階で町丁目単位の国勢調査小地域統計データをもとに地区類型を構築し、第二次抽出単位を抽出している点が本調査の特徴である。この地区類型の作成にあたっては、E.Préteceille が作成した地区類型構築の方法論を使用している(Préteceille,2003)。本調査の設計のさいに参考としたフランス SIRS (大都市における健康と不平等、社会的断絶)プロジェクトで実施したパリ大都市圏調査においては、第一次抽出単位の抽出のさいに Préteceille の作成した地区類型をもちいて地点抽出を行っている。そのため、本調査においてもパリ大都市圏調査と可能なかぎり比較可能なデータを収集するため、地区類型化の手法も Préteceille の方法にできるだけ忠実にしたがうように努めた⁵。

以上のような目的で、本調査では、2005 年国勢調査小地域統計(町丁目)をもとに地区類型 12 クラスターを作成した。分析に使用した変数は、職業に関する 33 変数、住宅に関する 10 変数の合計 43 変数である。類型構築の手順は、第一に、職業・住宅に関する項目全を変数として対応分析を行い、第二に、分析の結果えられた成分を変数として階層的クラスター分析を行った。その後、12 クラスターの地区類型から人口比例割当てで 100 地点を抽出した。12 クラスターのうち、「専門自営」タイプの地区は人口が 0.1%と少なかったために対象から除外され、該当する地点は合計で 11 クラスターであった(表 1)。

5 ただし、国勢調査小地域統計で対応する変数を取得することができないために、分析のさいに同じ変数を使用することができなかった。また、大阪の町丁目とパリの IRIS (統計情報単位)の規模はそれほど大きな違いはない(両市とも約 2,000~3,000 人/単位)が、「可変面域問題」をクリアできているわけではない。

表2 地区類型別抽出地点計画

地区類型	専門管理				ミドル				ブルー			失業非正規	合計
	専門管理	管理自営	専管持家	専管借家	ミドル専門	ミドル	ミドル公営	ミドル持家	ブルー長屋	ブルー失業	ブルー公営		
2007年国勢調査人口比	6.8%	0.1%	7.2%	2.5%	10.3%	12.7%	14.1%	2.3%	6.3%	5.7%	18.6%	13.4%	100.0%
抽出地点数	7	0	7	3	10	13	14	2	6	6	19	13	100
抽出地点数合計	17				39				44				100
地点別対象者数	441	0	441	189	630	819	882	126	378	378	1197	819	6,300
地点別対象者比	7.0%	0.0%	7.0%	3.0%	10.0%	13.0%	14.0%	2.0%	6.0%	6.0%	19.0%	13.0%	100.0%
対象者数合計	1,071				2,457				2,772				6,300

3 大阪健康調査の回収状況

回収率の分析については、2011年2月時点で有効回収票数が確定していないため、無効票を除外していない3,289票を分析対象としている。

性別

性別別抽出状況は男性50.8%、女性49.2%であった。回収数で見ると男性46.4%、53.6%で、回収率は合計52.2%のうち男性が47.7%、女性56.8%であった。性別の回収率については9.1ポイントの差が生じている。

表3 性別抽出・回収数

性別	抽出数	%	回収数	%	回収率
男	3,198	50.8	1,527	46.4	47.7
女	3,100	49.2	1,762	53.6	56.8
合計	6,298	100.0	3,289	100.0	52.2

年齢

年齢別の抽出状況は、25歳以上35歳未満で25.7%、35歳以上45歳未満で28.7%、45歳以上55歳未満で21.7%、55歳以上65歳未満で23.7%である。回収サンプルは、25歳以上35歳未満で24.6%、35歳以上45歳未満で27.5%、45歳以上55歳未満で22.1%、55歳以上65歳未満で25.8%である。回収率については、25歳以上35歳未満で50.1%、35歳以上45歳未満で49.9%、45歳以上55歳未満で53.3%、55歳以上65歳未満で56.3%であり、55歳以上65歳未満で回収率が最も高く、35歳以上45歳未満で最も低い結果であった。

表4 年齢別抽出・回収数

性別	抽出数	%	回収数	%	回収率
25歳以上35歳未満	1,616	25.7	809	24.6	50.1
35歳以上45歳未満	1,810	28.7	903	27.5	49.9
45歳以上55歳未満	1,365	21.7	728	22.1	53.3
55歳以上65歳未満	1,507	23.9	849	25.8	56.3
合計	6,298	100.0	3,289	100.0	52.2

行政区

大阪健康調査の行政区別抽出状況については、西成区、平野区が9.0%と最も多く、浪速区が1.0%で最も低い。なお大阪市24区のうち旭区と此花区の対象者は抽出されなかった。これは、大阪市健康調査が行政区別ではなく地区類型にもとづいて調査対象者を抽出したためである。回収状況で

は阿倍野区が 9.0%で最も多く、浪速区が 0.6%で最も少なかった。回収率についてみると、天王寺区が 62.7%で最も多く、西成区が 31.7%で最も少なかった。

表5 区別抽出・回収数

区	抽出数	%	回収数	%	回収率
阿倍野区	504	8.0	297	9.0	58.9
港区	189	3.0	81	2.5	42.9
住吉区	125	2.0	60	1.8	48.0
住之江区	378	6.0	205	6.2	54.2
城東区	189	3.0	109	3.3	57.7
生野区	252	4.0	128	3.9	50.8
西区	252	4.0	125	3.8	49.6
西成区	567	9.0	263	8.0	46.4
西淀川区	315	5.0	171	5.2	54.3
大正区	252	4.0	118	3.6	46.8
中央区	189	3.0	89	2.7	47.1
鶴見区	126	2.0	77	2.3	61.1
天王寺区	126	2.0	79	2.4	62.7
都島区	252	4.0	143	4.3	56.7
東住吉区	252	4.0	144	4.4	57.1
東成区	315	5.0	173	5.3	54.9
東淀川区	315	5.0	157	4.8	49.8
福島区	126	2.0	71	2.2	56.3
平野区	566	9.0	288	8.8	50.9
北区	504	8.0	253	7.7	50.2
淀川区	441	7.0	238	7.2	54.0
浪速区	63	1.0	20	0.6	31.7
合計	6,298	100.0	3,289	100.0	52.2

表6 地区類型別・回収数

地区類型	抽出数	%	回収数	%	回収率	
専管持家	441	7.0	262	8.0	59.4	
専管借家	189	3.0	76	2.3	40.2	50.4
専門管理	441	7.0	228	6.9	51.7	
ミドル持家	126	2.0	76	2.3	60.3	
ミドル借家	630	10.0	362	11.0	57.5	57.5
ミドル	819	13.0	448	13.6	54.7	
ミドル公営	881	14.0	470	14.3	53.3	
ブルー公営	1,196	19.0	605	18.4	50.6	
ブルー失業	378	6.0	184	5.6	48.7	49.0
ブルー長屋	378	6.0	180	5.5	47.6	
失業非正規	819	13.0	398	12.1	48.6	48.6
合計	6,298	100.0	3,289	100.0	52.2	

地区類型

地区類型別の抽出状況についてみると、ブルー公営が 19.0%と最も多く、ミドル持家が 2.0%と最も少なかった。回収状況についてはブルー公営が 18.4%と最も多く、専管持家とミドル持家が 2.3%と最も少なかった。回収率についてはミドル持家が 60.3%と最も回収率が高く、専管借家が 40.2%と最も回収率が低かった。専門管理、ミドル、ブルー、失業非正規の四類型でみると、ミドルが 57.5%で最も回収率が高く、失業非正規が 48.6%で最も回収率が低かった。

4 大阪健康調査回収率の規定要因

最後に、大阪健康調査回収率の規定要因の分析を行った。従属変数である回収状況は、回収／非回収の二値変数であるため、二項ロジスティック回帰分析をもちいて分析を行った。独立変数は男性ダミー、年齢 10 歳区分、地区類型 11 クラスターをもちいた。年齢の基準カテゴリーは 25 歳以上 35 歳未満、地区類型の基準カテゴリーは専管持家を設定した⁶。

⁶ 地区類型をもちいた回収率の地域差の研究については、植淵ほか（2011）がある。

表7 回収状況を従属変数としたロジスティック回帰分析

	Model 1		Model 2	
	係数	標準誤差	係数	標準誤差
(Intercept)	0.187***	0.056	0.475***	0.11
男性ダミー	-0.374***	0.051	-0.375***	0.051
年齢 ref.= 25-34				
35-44	-0.007	0.069	-0.023	0.069
45-54	0.141	0.074	0.122	0.074
55-64	0.268***	0.072	0.255***	0.073
地区類型 ref.= 専管持家				
ブルー公営			-0.346**	0.114
ブルー失業			-0.431**	0.142
ブルー長屋			-0.470***	0.142
ミドル			-0.174	0.12
ミドル公営			-0.225	0.119
ミドル持家			0.063	0.208
ミドル専門			-0.058	0.127
失業非正規			-0.415***	0.12
専管借家			-0.743***	0.178
専門管理			-0.293*	0.137
McFadden R-sq.	0.008		0.013	
Cox-Snell R-sq.	0.011		0.018	
Likelihood-ratio	72.239		114.922	
Log-likelihood	-4323.095		-4301.754	
Deviance	8646.190		8603.507	
AIC	8656.190		8633.507	
N	6298		6298	

Note *:P <.05 **:P <.01 ***:P <.001

表8 回収状況を従属変数としたロジスティック回帰分析 (オッズ比・信頼区間)

	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P(Wald's test)	P(LR-test)
性別: 男 vs 女	0.69 (0.63,0.77)	0.69(0.62,0.76)	< 0.001	< 0.001
年齢: ref.=25-34				
35-44	0.99 (0.87,1.14)	0.98(0.85,1.12)	0.743	< 0.001
45-54	1.14 (0.99,1.32)	1.13(0.98,1.31)	0.102	
55-64	1.29 (1.12,1.48)	1.29(1.12,1.49)	< 0.001	
地区類型: ref.=専管持家				
ブルー公営	0.7 (0.56,0.87)	0.71(0.57,0.88)	0.002	< 0.001
ブルー失業	0.65 (0.49,0.85)	0.65(0.49,0.86)	0.002	
ブルー長屋	0.62 (0.47,0.82)	0.63(0.47,0.83)	< 0.001	
≡ドル	0.83 (0.65,1.04)	0.84(0.66,1.06)	0.149	
≡ドル公営	0.78 (0.62,0.98)	0.8(0.63,1.01)	0.059	
≡ドル持家	1.04 (0.69,1.56)	1.07(0.71,1.6)	0.76	
≡ドル専門	0.92 (0.72,1.18)	0.94(0.74,1.21)	0.648	
失業非正規	0.65 (0.51,0.82)	0.66(0.52,0.84)	< 0.001	
専管借家	0.46 (0.32,0.65)	0.48(0.34,0.67)	< 0.001	
専門管理	0.73 (0.56,0.95)	0.75(0.57,0.98)	0.032	

Log-likelihood = -4301.7536

No. of observations = 6298

AIC value = 8633.5072

表7と8のとおり、男性ダミーについては0.1%水準で有意な差がみられ、調整済オッズ比は0.69であった。年齢については55歳以上65歳未満が0.1%水準で有意な差があり、調整済オッズ比は1.29であった。地区類型については、ブルー公営が1%水準で有意（調整済オッズ比0.7）、ブルー失業が1%水準で有意（調整済オッズ比0.65）、ブルー長屋が0.1%水準で有意（調整済オッズ比0.63）、失業非正規が0.1%水準で有意（調整済オッズ比0.66）、専管借家が0.1%水準で有意（調整済オッズ比0.48）、専門管理が5%水準で有意（調整済オッズ比0.75）であった。

考察と課題

大阪健康調査の回収率の分析の結果、性別、年齢、地区類型ともに、回収率に独立した有意な効果がみられた。男性は女性よりも回収率が低く、年齢は 55 歳以上 64 歳以上で回収率が高かった。本調査の設計で特徴的な地区類型ごとの回収率をみても、ブルー層や失業非正規地区で回収率が少なかったが、専門管理を特徴とする区においても回収率に有意な差がみられ、かならずしも階層の低い地区だけではなく、高い階層の地区の場合も回収率に影響を与えている。とりわけ専管持家にたいして専管借家地区で回収率が低いのは、マンションなどの集合住宅にみられる住居形態の違いによるものと考えられるが、本調査では当初郵送回収ののちに訪問回収を行っているために、訪問回収による回収率の差が現れている可能性がある。本稿では郵送回収と訪問回収の回収状況については触れることはできなかったが、それについては別稿において詳細な分析を行うことにしたい。

【文献】

- 埴淵知哉ほか (2011) 「社会調査における回収率の地域差—JGSS 累積データ 2000-2006 の回収状況データを用いた分析—」『日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集[11]』 JGSS Research Series No.8
- Eurobarometer (2010) Rapport Poverty and Social Exclusion, Special Eurobarometer 321.
- 川野英二(2011)「大阪市の健康と不平等、社会的断絶(SIRS)国際プロジェクトの概要」, 福原宏幸編『貧困層の健康と社会的排除についての実態調査と社会医療のあり方についての研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業・平成 22 年度総括研究報告書 pp.79-94.
- 福原宏幸編(2011)『貧困層の健康と社会的排除についての実態調査と社会医療のあり方についての研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業・平成 22 年度総括研究報告書.
- Paugam, S. et. als. (2002) *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités*. Flammarion.
- Préteceille, E. (2003) *La division sociale de l'espace francilien : Typologie socioprofessionnelle 1999 et transformations de l'espace résidentiel 1990-99*. Observatoire sociologique de Changement.

II. 分担研究報告

2. 「大阪市民の社会生活と健康に関する調査」:健康に関する調査項目

選定

研究分担者	福島若葉	(大阪市立大学大学院医学研究科	公衆衛生学)
研究分担者	松永一朗	(大阪市立大学大学院医学研究科	公衆衛生学)
研究協力者	大藤さとこ	(大阪市立大学大学院医学研究科	公衆衛生学)
研究協力者	近藤亨子	(大阪市立大学医学部・大学院医学研究科)	
研究協力者	乾 未来	(大阪市立大学大学院医学研究科	公衆衛生学)
研究協力者	佐柳有香	(大阪市立大学大学院医学研究科	公衆衛生学)
研究協力者	廣田良夫	(大阪市立大学大学院医学研究科	公衆衛生学)

研究要旨

大阪市全 24 区をフィールドに、大都市在住の若年・壮年期成人（25～64 歳）における社会経済構造と健康格差について、横断研究の手法で実態を把握する疫学調査を計画した。本調査では疾病の自然史をふまえて社会生活と健康の関連を明らかにするため、一次予防（健康増進、疾病の発生前予防）、二次予防（疾病の早期発見・早期治療）、三次予防（治療やリハビリテーションなどによる社会復帰）の観点から検討を行う。

本調査で収集する社会経済状況の情報は、雇用状況（職業、収入）、学歴、住まい、居住地区、家族・友人との関係、社会生活、婚姻関係、15 歳時の家庭環境などである。健康については、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣、がん検診受診状況、肝炎ウイルス検診受診状況、疾病の保有状況、治療中断歴、主観的健康観などの情報を収集する。本報告書では、健康に関する調査項目について、主に若年・壮年期成人を対象とした先行研究結果とともに選定根拠を述べた。

1. 研究目的

社会経済状況が健康を規定していることは、国際的にも注目されている。WHO（世界保健機関）は、2008 年に「健康の社会的決定要因委員会」による最終報告書をまとめ、社会経済状況に着目して健康格差の是正に向けた取り組みを進めることを勧告した¹⁾。また、「日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合

同パブリックヘルス科学分科会」は、わが国における課題の 1 つとして、「社会経済構造と健康格差について、さまざまな側面から研究が推進される必要性」を提言している²⁾。

社会経済構造と健康格差に着目した国内の先行研究のうち大規模なものは、JGSS (Japanese General Social Surveys)、AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study) など

である³⁻⁶⁾。JGSSの調査対象は、全国の都市部や郡部に在住する20～89歳であり、2000年以降、約10回の調査を実施している(1回あたり数千人を登録)。しかし、健康に関する情報はごく限られているため、社会生活と健康の関連を詳細検討するには限界がある。AGESは非都市部の住民約6万人を追跡するコホート研究であるが、対象は65歳以上の高齢者であり、労働力層における検討はできない。

現状では、都市部の労働力層(若年・壮年期成人)における社会経済構造と健康格差に関する国内の論拠は限られている。さらに、「大都市」が有する社会経済構造は一般の都市部とは異なると考えられることから、その独自性を考慮した検証が必要である。また、若年・壮年期成人における各種疾病の罹患率・死亡率は、高齢者と比較すると概して低いが、ひとたび罹患するとその社会的負担は大であるため、疾病の予防に着目した視点が一層重要となる。

今回、大阪市全24区をフィールドに、大都市在住の若年・壮年期成人(25～64歳)における社会経済構造と健康格差について、横断研究の手法で実態を把握する疫学調査を計画した。本調査では疾病の自然史をふまえて社会生活と健康の関連を明らかにするため、一次予防(健康増進、疾病の発生予防)、二次予防(疾病の早期発見・早期治療)、三次予防(治療やリハビリテーションなどによる社会復帰)の観点から検討を行う(図1)。

本報告書では、健康に関する調査項目について、主に若年・壮年期成人を対象とした先行研究結果とともに選定根拠を述べる。

2. 研究方法

対象者は、平成23年8月1日現在、大阪市全24区に在住する25～64歳であり、層化二段無作為抽出法により選定する。抽出単位は国勢調査の町丁目とし、抽出単位内で住民基本台帳から対象者を系統抽出する。除外基準は、医療

機関に入院中あるいは施設に入所中のため自宅に不在の者、その他の理由により自記式質問票に回答できない者、である。

対象者に自記式質問票を郵送し、郵送あるいは訪問により回収する。本調査で収集する社会経済状況の情報は、雇用状況(職業、収入)、学歴、住まい、居住地区、家族・友人との関係、社会生活、婚姻関係、15歳時の家庭環境などである。健康については、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣、がん検診受診状況、肝炎ウイルス検診受診状況、疾病の保有状況、治療中断歴、主観的健康観などの情報を収集する。

多重ロジスティック回帰モデル、重回帰モデル等により、健康に関連する社会経済状況を明らかにする。

(倫理面への配慮)

本研究計画は、大阪市立大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得た(平成23年7月28日承認、その後の研究計画変更について平成23年8月25日承認)。

3. 研究結果

- 1) 一次予防の観点から選定した調査項目：
喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣

わが国の死因および年齢調整死亡率の第1位は、男女ともに悪性新生物(がん)である。がんの部位別に年齢調整死亡率をみると、男性の第1位は肺がん、女性の第1位は大腸がんである。近年、女性では乳がんも増加傾向にある。

大阪市の壮年期(40～64歳)についてみると、全死亡率は男女ともに全国あるいは大阪府より高いこと、男女ともに死因の第1位はがんであることが示されている。壮年期死亡は、働き盛りの年齢における死亡という意味で、社会的な影響が大と考えられる⁷⁾。

がん対策の法的基盤として、平成19年4月

に「がん対策基本法」が施行された。現在、具体的目標と骨子をまとめた「がん対策推進基本計画」に沿って、がん対策の計画的推進が図られているところである。

これまで実施されてきた疫学研究により、がんのリスク因子・予防因子として各種の生活習慣が特定されている。厚生労働省研究班「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究（研究代表者：津金昌一郎）」では、日本人を対象とした疫学研究について系統的総括を行い、日本人のがんのリスクを上げる、あるいは下げると期待される生活習慣について、科学的根拠としての信頼性・関連性の強さを評価している。その結果によると、喫煙・飲酒は、全がんのリスクを「確実に上げる」と結論付けられている。部位別にみると、喫煙は、肺がん、胃がん、食道がん、膵がん、子宮頸がんのリスクを「確実に上げる」、飲酒は、肝がん、大腸がん、食道がんのリスクを「確実に上げる」とされている。また、運動は、大腸がんのリスクを「ほぼ確実に下げる」と評価されている⁸⁻¹⁸⁾。

大阪市は、「全ての市民がすこやかで心豊かに生活できる活力あるまち・健康都市大阪の実現」を基本理念に掲げ、健康増進計画「すこやか大阪21」を平成13年3月に策定した。

「すこやか大阪21」で定めた目標値によると、喫煙率は男性27%以下、女性11%以下、多量飲酒者の割合は男性4.0%以下、女性0.3%以下、運動習慣を有する者の割合は男性31%以上、女性32%以上とされている¹⁹⁾。達成度の評価にあたっては、国民健康・栄養調査の大阪市分のデータで検討するとともに、大阪市民の健康づくり・生活習慣について独自の疫学調査を行っている。直近の調査は平成20年度に実施されており、大阪市民約2,600人から情報を得ている（以下、大阪市民平成20年度調査²⁰⁾）。その結果によると、喫煙率は男性36.3%、女性13.3%、多量飲酒者の割合は男性10.6%、女性2.1%、運動習慣を有する者の割合は男性29.6%、

女性23.8%であった。喫煙率および多量飲酒者の割合は、男女ともに40～64歳で最も高かったことから、当該年齢層に対する対策が重要であると考えられている⁷⁾。

社会経済状況と喫煙習慣については、英国の世帯状況調査で、「就学年数が短い」「賃貸住宅である」「自家用車を持っていない」「失業している」者は喫煙習慣を有しやすく、男女ともに同じ傾向を認めた（表1）^{21, 22)}。イタリアの調査結果によると、受動喫煙についてみても、就学年数が13年を超える女性を基準とした場合、就学年数が6年未満の女性では配偶者の喫煙が1.5倍多いことを示している（表2）²³⁾。

社会経済状況と過剰飲酒（1日2合以上）については、25～59歳の日本人を対象とした調査結果が報告されている（表3）²⁴⁾。収入と過剰飲酒の関連は、男性については認められなかったものの、女性では収入が高い群（第5分位）に比べて低い群（第1分位）の過剰飲酒は1.3倍多くなっている。同調査では収入と運動習慣の関連についても検討しており、収入が高い群（第5分位）を基準とすると、低い群（第1分位）では、男性で1.4倍、女性で1.2倍、「定期的運動習慣なし」が多かった（表4）²⁴⁾。英国の調査でも、「週に1回も果物をたべない」「運動不足」「body mass index>30」「少なくとも週に1回飲酒」のすべてについて、「社会経済レベル」が貧困な群ほど割合が高くなっている。なお、この調査で定義している「社会経済レベル」は、「ブルーカラーである」「借家に住んでいる」「自家用車をもっていない」「狭い家に住んでいる」などの指数の合計により、0（貧困でない）～3+（最も貧困）の範囲で示している（表5）^{21, 25)}。

米国では、社会経済状況とがん予防知識の関連について調査している（表6）²⁶⁾。「がん罹患を減少させるために考えられる事は何か」を質問した場合、「禁煙」や「栄養」と答えた者の割合は、大学卒業以上の学歴を有する群で最も高