

201203018A

厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課題推進研究事業

# 健康の社会的決定要因に関する研究

平成 24 年度 研究報告書

研究代表者 尾島 俊之

(浜松医科大学健康社会医学講座教授)

## 目 次

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| I. 総括研究報告書                           |    |
| 尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学）                  | 1  |
| II. 分担研究報告書                          |    |
| 1. 社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究           | 17 |
| 橋本 英樹（東京大学大学院医学系研究科）                 |    |
| 2. ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例の収集 | 42 |
| 高尾 総司（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・衛生学分野）      |    |
| 3. 格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連          | 54 |
| 稲葉 陽二（日本大学法学部）                       |    |
| 4. 健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発      | 80 |
| —格差勾配指数の応用とウェブ地図等を用いた結果公表の有用性の検討—    |    |
| 近藤 尚己（東京大学大学院医学系研究科）                 |    |
| 5. 高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ          | 92 |
| —アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討—       |    |
| 藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター研究所）              |    |
| 6. 健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究             | 97 |
| 近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部）                  |    |

## 健康の社会的決定要因に関する研究

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授）

### 研究要旨

健康の社会的決定要因（SDH）は、重要性が認識され対応が本格化し始めている。そこで、国内外の情報を集約するとともに、新たな知見、実践例などを収集・創出・試行・発信することにより、国内外におけるSDHへの対応を促進し、人々の健康を向上させることが本研究の目的である。具体的には、(1) 国内外の情報収集：国際的レポート、学術研究、実践例等の収集、(2) 個人・地域データの調査・分析：対象市町村の住民への新規調査、人口動態統計・国民生活基礎調査等の既存データを用いた分析、(3) 新たな対応方策の創出：種々の専門分野の研究者・行政担当者・NPO等を含めて、多様な立場間のディスカッション等を行い、日本の制度や文化と調和した対応方策を創出、(4) 対策の試行：高齢者の就労等有償活動コーディネーター窓口事業に関するアクション・リサーチ、(5) 情報の国内外への発信：ホームページ、シンポジウム、学会発表・論文等による情報の発信の5本柱で研究を実施した。

### 研究分担者

近藤克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）  
橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科教授）  
高尾総司（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科講師）  
稲葉陽二（日本大学法学部教授）  
近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科准教授）  
藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム研究部長）

### A. 研究目的

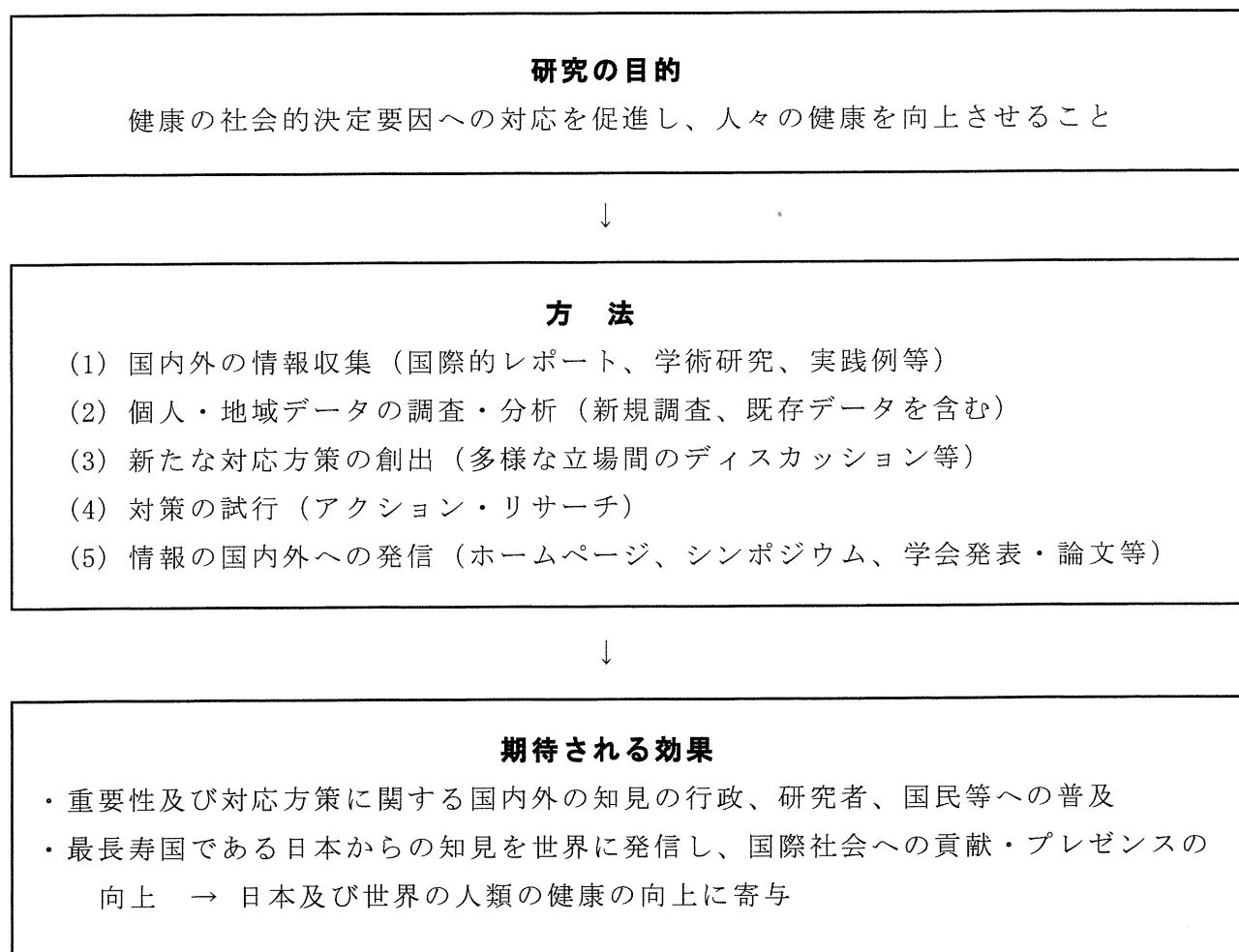
健康の社会的決定要因（SDH）は、所得、教育、就業、生活環境、社会環境等が含まれる。WHO に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on Social

Determinants of Health: CSDH)による最終報告書(Marmot, 2008)で重要性が強調され、2011年にSDH国際会議が開催され対応が本格化している。日本においても健康日本21（第2次）に記載されるなど、注目されつつある。社会全体へSDHの認知を広げ、状況をモニターし、具体的な対応方策を明らかにし、また日本から国際社会への情報発信を強化する必要がある。

そこで、国内外の情報を集約するとともに、新たな知見を創出し、それを試行・発信することにより、国内外におけるSDHへの対応を総合的に促進し、人々の健康を向上させることが本研究の目的である。

研究全体の流れを図1に示す。

図 1 研究全体の流れ図



## B. 研究方法

### (1) 国内外の情報収集

#### ○健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

SDHに関するWHOの決議や報告書、その他の国際的なレポートなどの主要文書について翻訳を行った。WHOからの文書については、WHO神戸センターの監修を受けて実施した。

#### ○社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

海外事例の収集としてCSDHの元議長で

あるUniversity College LondonのMarmot教授を通じて、1979年から80年代の英国の経済政策の健康影響について、また2009年のリーマンショック後の欧州諸国における動向に関する既存研究等について情報収集を行った。社会的排除に関する重要な国内事例として、2012年2月に報道された、さいたま市における60代夫婦と30代の息子の親子3人の孤立死事件について、その背景と市のその後の対応について、さいたま市からの情報収集を行い、WHOのCSDHの最終レポートに示された「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」のフレームを用いて分析を行った。さらに、この事例では経済的困窮か



らガス・電気などのライフラインが供給停止されている。そこで、冬場の低温時期について、ライフラインの供給停止を明確に禁じる条例を有していたウィスコンシン州の公共サービス委員会の Silver Karsh 弁護士から、同条例の成立経緯とその内容について情報収集を行い、国内の米国法専門家として東京大学大学院法学研究科の樋口範雄教授の協力を得て検討を行った。

### ○ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例の収集

国内の各地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成及びその他 SDH 改善の介入事例について、全国の都道府県の保健福祉担当部局及び地域振興担当部局の 2 部局の計 94 カ所、全国から無作為に抽出した 1,200 市区町村の保健福祉担当部署（合計 1,294 カ所）を対象に、2012 年 9 月に open-structured questionnaire の質問紙を郵送して調査を行った。返信方法は、市区町村に関しては、① Fax、②電子メール添付、③web 上返信用フォーマットのいずれか、都道府県に関してはそれに返信用封筒を加えた 4 種類の方法のいずれかを任意に選択してもらった。収集された事例について研究者等で検討し、SDH への介入に際して有用と考えられる要因を事例からリストアップして大項目及び小項目に整理した。また、他の地域が参考にできるような事例の抽出を行った。

#### (2) 個人・地域データの調査・分析

##### ○格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

東京都の下町 3 区（足立、葛飾、江戸川）、都心 3 区（千代田、中央、港）、山の手 3 区（目黒、世田谷、杉並）の計 9 区の 20～79 歳の住民を母集団として、住民基本台帳から

無作為に 1,500 名を抽出して、2012 年 9 月初旬～10 月初旬に、郵送法により『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』を実施した。調査項目は、信頼、規範、ネットワークなどのソーシャル・キャピタルに関して、また健康状態に関してなどである。調査の個票データについて調査項目間の相関分析を行った。また、2010 年に同内容の質問紙により全国を対象に実施したアンケート調査（N=1,599）との比較、および今回の調査での東京の下町、都心、山の手 3 地区の比較を行った。

##### ○健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発

日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）の 2010-2011 年度調査のデータを用いた。この調査は 12 都県 31 市町村の 65 歳以上の自立生活を営む高齢者を対象とした郵送法による疫学調査である。分析では、まず貧困世帯割合、学歴、最長職、持ち家なし、主観的な治安悪化、失業者の増加、地域経済の沈滞、貧困者の増加の合計 8 項目を用いた。因子分析により 3 変数を抽出した後、主成分分析により、小学校区を地域単位として「困窮度指数」を算出した。次に、自治体内の小校区別の困窮度指数の高低による健康指標の格差に関する格差勾配指数（Slope Index of Inequality: SII）を算出し、自治体間の健康格差の比較を行った。

もうひとつの研究として、全国の全市区町村について、社会経済状況と健康指標の関係の視覚化を行った。社会経済状況としては、公益財団法人統計情報研究開発センターによる「社会・人口統計体系」から平成 17 年完全失業率を用いた。また、健康指標としては、政府統計の総合窓口（e-stat）から、人口動

態統計に基づく平成 15～19 年の市区町村別標準化死亡比（ベイズ推定値）を用いた。なお、市町村合併に対応して、合併後の自治体に合わせる形でデータの統合等を行った。また、分析、視覚化は、WHO を始めとして国際的に多くの公的機関で使用されているウェブ地図ソフトウェアである Instant Atlas を用いた。

### (3) 新たな対応方策の創出

研究者及び自治体やその他の現場の関係者（健康増進、介護保険、建設、消防、学校保健、NPO 関係者等）の参画を得て、浜松、神戸、東京においてワールドカフェ方式、その他のワークショップを開催した。また、「健康の社会的決定要因に対処する南米での試み - ボリビアとブラジルの経験から -」と題して、順天堂大学医学部湯浅資之准教授による講演会を行い、意見交換を行った。さらに、前述の「ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例の収集」に加えて、保健師会議、研修会等において、自治体における取り組み事例の収集を行った。そして、全国の各地域における事例や全国で実施されている施策等の情報について研究者間での意見交換を行い SDH への対応方策の検討を行った。

### (4) 対策の試行

#### ○高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

地域において短中期的に実行可能な SDH 対応策のアクション・リサーチを行った。具体的には、高齢者の就労支援事業として、東京都 A 区に開設されたアクティブシニア就業支援センターについて、平成 24 年中の 5 か月間の観察を実施した。観察内容は利用者の人数、性別、年齢、就職率、就職決定時の職種、求人内容とした。統計解析には IBM SPSS

Statistics 20 を用いた。正確二項検定により、2 つのカテゴリに分類されたデータの比率を比較した。

### (5) 情報の国内外への発信

研究班ホームページを開設し、その他の方法も含めて、順次、SDH 対策に関する情報及び研究成果の発信を行った。また、国際シンポジウムを共同企画により開催し、本研究班の紹介を行うとともに、米国ハーバード大学の Kawachi 教授に基調講演を行っていただいた。

## C. 研究結果と考察

### (1) 国内外の情報収集

#### ○健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

WHO による重要文書として、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 2008 executive summary (WHO, 2008), Reducing health inequities through action on the social determinants of health, WHA62.14, 2009 (WHO, 2009), Adelaide Statement on Health in All Policies (WHO, 2010), World Congress on social determinants of health, All for Equity, Summary Report (WHO, 2012), Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health, WHA65.8 (WHO, 2012)等について翻訳を行った。また、その他の国際的に重要なレポートとして、Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review, 2010. Executive Summary (The Marmot Review, 2010)の翻訳を行った。

## ○社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

海外事例の検討結果では、景気動向の変化に伴い一部の国を除いて失業率と自殺率に緊密な関係が認められるが、北欧など勤労世代に対する福祉・社会保障政策に重点を置いている国ではそうした関連が認められていなかった。経済成長回復を目指し市場活性化を促す経済政策・社会保障費削減などによる財政緊縮の実施は、マクロな経済効果が見られる一方で、社会的排除の対象となりやすい困窮層を中心に健康状態に負の効果が見られ、健康の社会格差の拡大につながる副作用を伴っていた。従って、経済政策の展開と並行し、健康の公平化に向けた社会保障・福祉対策の強化がなされる必要があることが示唆された。ライフラインの差し止めについて、冬期など条件付でこれを禁じる条例をもつ米国ウィスコンシン州においては、ライフライン差し止めにより死亡した事例の発生を受けて、規制対象であるライフライン事業の公共的性質を鑑み、人命優先を掲げてエネルギー関係・税・福祉担当部局が連携し、こうした条例成立につながり、引き続き発生する問題を受けて改正を繰り返しているとのことであった。さいたま市における孤立死予防の取り組みは、従来の行政の網にかからない社会的に排除された住民を、福祉行政部門だけでなく関連部局の横断的連絡と、民間事業者を含めた官民連携を構築する形でリーチアウトしようとしている点で、新たな「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」の基本的モデルを提示していた。以上から、経済的変動期にあたっては、経済政策の及ぼす正と負の効果を予見し、限られた財政資源のもと、健康セクターの壁を越えて行政・民間・住民が共同し、健康の公平性を中核的価値と定めた、新たな政策的取り組みの展開が不可欠であると結論

された。

## ○ソーシャル・キャピタルなどに着目したSDHへの介入実践例の収集

全国の自治体への調査に関しては、都道府県保健福祉担当部局から13事例、都道府県地域振興担当部局から4事例、市区町村から41事例の合計58事例が収集できた。都道府県地域振興担当部局からの提供事例は少なかった。SDH介入に有用と考えられる要因の事例からの抽出に関しては、まず大項目として①リソースの把握、②リソース交換の円滑化・広域化のための工夫、③リソース交換の管理・停止しないための介入、④リーダーシップに分け、またそれぞれの大項目の中にも必要に応じて小項目を想定して、要因を抽出した。また、これらの項目を用いて試行的に、収集した事例に対して、該当するかどうかを適用してみたところ、該当する要因の多い事例と少ない事例があることがわかった。回収できた58事例について、有用と考えられる要因の視点を参考に検討を行い、参考になると期待される事例が抽出できた。これらのうち、掲載の許可の得られた6事例、すなわち、諫早清掃愛護クラブ（長崎県諫早市の団体）、子育てと女性に係る相談窓口の一元化（北海道旭川市）、ふれあい収集事業（三重県伊勢市）、三条市子ども・若者総合サポートシステム（新潟県三条市）、ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり事業（新潟県）、地域の環境・つながりの強化（秋田県小坂町社会福祉協議会）について、具体的な内容を分担研究報告書に掲載した。

### (2) 個人・地域データの調査・分析

#### ○格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

東京のソーシャル・キャピタルは、その構

成要素の殆どで、全国の水準を下回っていた。近所つきあいの程度（「協力」＋「立ち話」の比率）が、全国の60.4%に対し、東京は44.9%であるなど、近所の人々への信頼やつきあいは希薄である。しかし、社会全般への一般的信頼、職場の同僚への信頼やつきあい、友人知人への信頼やつきあいなどはほぼ全国と同水準にあり、東京では居住する近隣よりも、むしろ職場や友人知人との関係が中心であることが分かる。地縁的活動への参加率も全国を大幅に下回っており、地域密着型ではないといえる。しかし、ソーシャル・キャピタルと健康関連の回答結果との間には、東京都調査でも、全国調査と同様、統計的に有意な相関がみられた。特に心の健康はソーシャル・キャピタルと密接に関連していることが確認された。一般的信頼と抑うつ度との偏相関係数（性別、最終学歴、年間収入を制御）は、全国0.27、東京0.29といずれも統計学的に有意であった。このほか、サンプル数が少なく母集団推計はできないが、東京都のなかでも、下町、都心、山の手の間では、ソーシャル・キャピタルの構成要素に大きな違いがみられることが確認された。

### ○健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発

健康格差モニタリング指標としての条件について、先行する研究や取り組みについて文献調査を行った結果、以下の条件が重要であることが確認された。すなわち、① 時系列比較、地域間比較に必要な標準化が施されていること、② 数値が意味することが直感的で解釈しやすいこと、③（各自治体担当者が利用できるように）計算が簡便であること、④ 国際的に認知され汎用されていることである。健康格差のモニタリングについては、欧州連合や英国の取り組みが大きく先行している。

そのための指標については Mackenbach と Kunst が包括的に議論しており、特に格差勾配指数(SII)と格差相対指数(Relative Index of Inequality: RII)が有用であるとしている。その他、集団寄与危険、集中度指数(concentration index)などの他の指標も検討した。その結果、日本における健康格差モニタリング指標として、妥当性と実用性が高く、広く普及している格差勾配指数を用いることが妥当であると考えられた。

各自治体における小学校区間地域格差の指標として、困窮度指数と「抑うつ疑いの割合」「歯がほとんどない人の割合」「やせ(体格指数 BMI<18.5)の割合」について、格差勾配指数とその95%信頼区間を算定した。抑うつ疑いの割合においては、ほぼすべての自治体で正の値を示した(困窮度が高い自治体のほうが抑うつ疑い者が多い)。最も格差が大きかった自治体における格差勾配指数は8.0%であった。つまり、学歴・所得・最長職で評価した困窮度指数が最も高かった小学校区では、最も低かった小学校区に比べて抑うつ疑い者の割合が8%多いという結果であった。同様に、「歯がほとんどない」人の割合に関する格差勾配指数も正の値を示し、最大で31.2%であった。BMI<18.5のやせの割合については、社会経済的な地域格差は少なかった。

全国の全市区町村について、社会経済状況(完全失業率)と健康指標(標準化死亡比)の関係について、ウェブ地図ソフトウェアである Instant Atlas を用いて視覚化を行った。地図化することで、視覚的に健康状態、社会経済状況の分布が確認できる。一方で、地域の困窮度指数や格差勾配指数を算出することは各自治体の行政担当者には難しく、また、使用する数値の標準化が困難であるなどの課題が明らかとなった。困窮度指数・格差勾配指数についての今後の対応として、① 研究者



が定期的に算定して公表する、② 公的機関が定期的に算定して公表する、③ 総合的な指数化をせずに、課税対象所得や失業率といった個別指標を用いた複数の格差勾配指数を用いるなどが考えられる。

### (3) 新たな対応方策の創出

健康の社会的決定要因への対応方策には、すぐに実施できるものとして「既存の資源の活用」、そして根本的な解決に向けては「さらなる資源の投入」、さらにそのための「資源を確保する方策」の3つの方策が必要であると考えられた。

具体的な対応方策の検討にあたっては、まずWHOのCSDH最終報告書に記載された重点項目を確認し、日本における内容例を検討した結果、表1のようにまとめることができた。この内容を自治体の保健師等に示して、その他の取り組み事例の収集を試みたところ、余り収集することができなかった。日本の保健担当部局にとっては、CSDHの国際的な枠組みでの重点項目をそのまま示されても、日本の保健現場との乖離が大きく、イメージしにくいと考えられた。

そこで次に、CSDH最終報告書の重点項目のうち、日本の保健担当部局が当面重点的に取り組むべき項目を抽出して、日本では既に当然のように実施されている取り組みや、また短期的に市町村での取り組みが可能であると考えられる具体例をまとめて、表2を作成した。ワークショップや保健師研修会等において示したところ、健康の社会的決定要因への取り組みについて、一定の理解が得られることが確認された。

ワークショップにおいて、実施されている取り組みや、今後実施可能なアイデアについて意見交換をしたところ、多数の取り組みについての素材が収集できた。例えば、自宅

を地域に開放してカフェとなっている例、空洞化した飲食店の交流の場としての活用、中学生が高齢者宅を訪問して1日過ごす事業、保健推進員の交流会、高齢者による絵本の読み聞かせ、プレイパークでのプレイリーダーの取り組み、ラジオ体操や学校のプール開放による地域の身体活動の促進、食や保育に関する教育などの例や、親子一緒に健診、給食費無料化、健康格差の見える化を行って住民による検討を行う提案などがなされた。

検討で収集された素材等を検討しながら、健康の社会的決定要因について市町村に期待される取り組みについて表3のようにまとめられた。この内容は、日本公衆衛生協会及び地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターによる全国の市町村保健活動調査に調査項目案として提供され、全国の市町村における取り組み状況の調査が行われている。

以上の検討とは別に、2012年7月に厚生労働省から発表された健康日本21(第2次)では、健康格差の縮小、社会環境の整備が大きな柱として掲げられるなど、健康の社会的決定要因への対応が重要視されている。そこで、それを受けての各都道府県・市町村等における健康増進計画策定の参考となるよう、参考資料1に示す「都道府県・市町村等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針(案)」の策定を行った。

### (4) 対策の試行

#### ○高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

アクティブシニア就業支援センターの5か月間の利用者の性別及び年齢、就職率、就職先、求人情報を集計した。利用者の性別は、男性は416名(65.3%)、女性は231名(35.7%)であり、男性の利用率は有意に高かった( $p<.01$ )。利用者のうち、就職活動の

ための登録を行い、実際に就職できた者は男性 49 名 (11.8%)、女性 38 名 (16.5%) であった。就職者数に関しては男女間で有意な違いはみられなかった。求人情報源 (しごと財団からの情報と自所開拓求人) ごとに就職者数をみたところ、男性は自所開拓求人による就職数が有意に高かった ( $p<.05$ )。女性ではこの有意差はみられなかった。年齢区分ごとに、男女の就職率を比較したところ、70~74 歳を除く全ての年齢で女性の方が男性よりも就職率が高かった。また、利用者の最高齢は 86 歳であったが、男女とも 75 歳以上の利用者の就職はみられなかった。就職先の内訳として、清掃は男女とも最も多く、加工、運転では男性が多かった。自所開拓求人の内容ごとの求人数をみたところ、清掃が最も多く、次いで警備は求人数が 70 件と多かったものの、実際の就職者数は少なかった。

高齢者への就労支援事業は、女性と比して社会参加が劣る傾向にある男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示されるとともに、利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示された。

## (5) 情報の国内外への発信

研究班の研究成果について、特に WHO による主要文書の日本語訳、健康の社会的決定要因に関する取り組み事例、今後、取り組みが有用と考えられること、市町村健康増進計画等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針などについて、継続的に情報発信を行っている。

## D. 結論

健康の社会的決定要因に関する総合的な研究として、(1) 国内外の情報収集、(2) 個人・地域データの調査・分析、(3) 新たな対応方

策の創出、(4) 対策の試行、(5) 情報の国内外への発信の 5 本柱で実施した。

今後はさらなる情報収集及び分析などを進めるとともに、WHO の Urban HEART (Health Equity Assessment and Response Tool) の枠組みを活用した検討、日本における健康の社会的決定要因の状況やグッドプラクティス等を含めた研究成果についての国際的な情報発信などを進めていく予定である。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 稲葉陽二. 『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』 2012 年東京都 9 区調査の概要. 政経研究 2013; 50(1). (印刷中)
- 2) 近藤尚己, 近藤克則. 「健康格差の是正」にどう取り組むか. 保健師ジャーナル 2012; 68(6), 468-473.
- 3) 尾島俊之. 「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える. 保健師ジャーナル 2013; 69(2): 104-109.

### 2. 学会発表

- 1) 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎, 小林江里香, 野中久美子, 村山陽, 藤原佳典. 高齢者の社会参加促進策としての就労支援事業の可能性: アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討. 第 7 回日本応用老年学会大会, 神奈川, 2012 年 11 月 9 日.
- 2) 近藤尚己, 近藤克則, 市田行信, 狩野恵美, 尾島俊之. 介護予防における健康格差評価尺度とその視覚化ツールの開発. 第 71 回日本公衆衛生学会学術総会, 山口, 2012 年 10 月 26 日.
- 3) 尾島俊之, 近藤尚己, 相田潤, 中村美詠子, 中出美代, 大塚理加, 村田千代栄, 鈴

木佳代，近藤克則．所得による食やBMIの格差の地域間の差異．第23回日本疫学会学術総会，大阪，2013年1月25日．

4) Toshiyuki Ojima. Healthy Life Expectancies in Japan. Joint Action European Health and Life Expectancy Information System. The 1st Enlarged Steering Committee Meeting. Paris, April 19, 2012.

5) 橋本英樹，他．社会格差と健康；孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか？ 伊藤国際学術研究センターシンポジウム，東京，2013年3月14日．

#### F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得  
該当なし
2. 実用新案登録  
該当なし
3. その他  
該当なし

表1 WHO健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書の重点項目と日本での内容例

1. 日常生活の向上 Improve Daily Living Conditions

- ・ **子どもの健康と教育** Equity from the start  
子どもの健康のための取組、自治体と民間企業等との連携による療育・幼児学童教育など
- ・ **都市と農村の環境** Healthy Places Healthy People  
自治体の中心部と周辺部の格差を縮小するための取組、住民相互のつながりを強くするための取組など
- ・ **雇用と労働環境** Fair Employment and Decent Work  
高齢者や若者などの雇用確保のための取組、地域職域連携や自営業者や中小企業等で働く人の健康確保のための取組など
- ・ **生涯の社会保障** Social Protection Across the Lifecourse  
低所得家庭への支援など
- ・ **全ての人への保健医療** Universal Health Care  
低所得世帯への保健医療支援、医療過疎地等に対する取組など

2. 力、お金、資源の格差改善 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources

- ・ **全ての政策での健康の平等** Health Equity in All Policies, Systems, and Programmes  
自治体の総合計画・健康都市条例・宣言・健康増進計画等に健康格差の縮小の理念を盛り込むなど
- ・ **適正な財政・家計** Fair Financing  
ふるさと納税推進の取組、健康づくりのための基金の創設など
- ・ **市場の責任** Market Responsibility  
健康づくりのための民間事業者との協働、健康影響評価の実施、住民の健康確保のための規制など
- ・ **男女の平等** Gender Equity  
男女共同参画のための取組など
- ・ **政治参加** Political Empowerment --- Inclusion and Voice  
自治体の意思決定への住民参加の取組、熟慮型世論調査など
- ・ **良い国際政治** Good Global Governance

3. 状況把握と評価 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action

- ・ **状況把握・研究・人材育成** The Social Determinants of Health: Monitoring, Research, and Training  
健康格差や社会環境等に関する調査分析、社会環境整備等のための人材育成の取組など

注. 各項目は、"Closing the gap in a generation" Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT, WHO 2008 より、日本語は意訳、内容例は研究班の検討による

表2 日本の保健担当部局の重点項目

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>日本の保健担当部局の重点項目</b><br/>(WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会報告書の重点事項のうち当面重点的に取り組むべき項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 子どもの健康と教育</li> <li>• つながりの強化</li> <li>• 格差の縮小</li> <li>• 地域の環境</li> <li>• 状況把握と人材育成</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>子どもの健康と教育</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 妊婦・乳幼児の健診・保健指導・療育教室</li> <li>• 母子健康手帳</li> <li>• ブックスタート</li> <li>• (栄養バランスのとれた)学校給食</li> <li>• 家庭科の調理実習</li> <li>• 学校でのフッ化物洗口</li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><b>つながりの強化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康づくり推進員、町内会活動など</li> <li>• ボランティア活動</li> <li>• 高齢者のサロン事業</li> <li>• 都道府県と市町村などの絆</li> <li>• 多機関、多部局、多職種間の連携</li> <li>• 民間との協働、誘導</li> </ul>               | <p style="text-align: center;"><b>格差の縮小</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 地域間の格差の縮小 <ul style="list-style-type: none"> <li>– 中心地から遠い地域での施策</li> </ul> </li> <li>• 低所得世帯等への支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>– 生活保護世帯、低所得世帯などの健診、健康づくり</li> </ul> </li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><b>地域の環境</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康づくり協力店、禁煙飲食店</li> <li>• 健康づくりに取り組む給食施設(社員食堂等)</li> <li>• 宅配サービスを行う食料品店</li> <li>• 育児サークル、趣味の会、運動グループ</li> <li>• 都市計画・道路設計等における健康部局の関与</li> </ul>           | <p style="text-align: center;"><b>状況把握と人材育成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 状況把握 <ul style="list-style-type: none"> <li>– 地域間の特徴の把握</li> <li>– 生活の余裕等と生活習慣等の関連<br/>(例: 国民生活基礎調査所得票による生活意識の設問を地域における調査にも含めて実施)</li> </ul> </li> <li>• 職員等の人材育成 <ul style="list-style-type: none"> <li>– 研修、演習・実習・体験、OJT</li> </ul> </li> </ul> |



表3 健康の社会的決定要因について市町村に期待される取り組み

<地域間格差への取り組み>

- ①市町村内の地区別に特定健診受診率を比較
- ②受診率の低い地区において受診勧奨対策を強化
- ③市町村内の地区別に特定健診結果や国保レセプト等の健康データの比較
- ④小中学校間の健康データの比較
- ⑤健康課題の大きい地区において上乗せの保健対策
- ⑥中心地から遠い地区で健康相談等を人口割よりも多めに開設
- ⑦子どもが少ない地区で親子が集う場づくり
- ⑧食料品等の買い物が不便な地区での移動販売車・店舗の誘致・調整
- ⑨交通不便な地区への行政によるコミュニティバス等の運行
- ⑩交通不便な地区でのNPOやボランティアによる移送・送迎

<所得格差への取り組み>

- ①妊娠届出時にその家庭の経済状況を把握
- ②母子の要フォローの判断でその家庭の経済状況を考慮
- ③母親の就職活動時に保育サービスが利用できる制度
- ④低所得の母子への栄養に関する現物給付
- ⑤低所得家庭の児童への学用品・給食費等の給付
- ⑥低所得家庭の児童への学習塾代わりの補習
- ⑦健診自己負担額に所得による減免制度
- ⑧公共施設の利用料金で所得による減免制度
- ⑨低所得者を対象とした相談窓口
- ⑩高齢者や低所得世帯のインターネット利用の支援
- \*⑪所得等による健康格差の把握
- \*⑫電気・ガス・水道・国保税等の滞納者への支援

<ソーシャルキャピタルへの取り組み>

- ①健康づくり推進員、食生活改善推進員、その他の保健に関する住民組織
- ②保健・福祉・介護等に関するボランティアの育成
- ③各種ボランティア組織間の交流会や共同事業
- ④育児サークルの育成
- ⑤保健指導や健康づくり教室の後の自主活動の育成
- ⑥グループで取り組む健康づくりや生活習慣改善の事業
- ⑦住民同士による体操等の会の普及

- ⑧高齢者のサロン事業や地域のカフェ事業など地域の人々が集まる事業
- ⑨住民同士が交流するイベント
- ⑩住民同士の趣味の会・運動サークルや講師等の情報の収集と紹介
- ⑪高齢者と子どもの世代間交流事業
- ⑫高齢者による小学生の通学見守り
- ⑬子ども 110 番の家
- ⑭公園や遊び場での見守りやプレイリーダー事業など
- ⑮中学生等の思春期の生徒と乳幼児が触れ合う事業
- ⑯地域の伝統食を普及する事業
- ⑰学校や地域でのあいさつ運動

#### <組織間のソーシャルキャピタル>

- ①住民の健康に関する市町村内の部署横断的な取り組み
- ②市町村の都市計画への保健部署職員の参加
- ③保健部署職員による小中学校での保健教育
- ④産科医療機関と行政の母子保健との情報の連携
- ⑤乳幼児期の母子保健情報の保育園・幼稚園や学校との共有
- ⑥地域のスポーツチーム等による学校の体育館やグラウンド等の利用
- ⑦地域のボランティア等の学校教育への関与
- ⑧市町村の保健部署の会議への保健所・都道府県担当者の参加
- ⑨民間企業や商工会等との連携
- ⑩農業と保健との連携
- ⑪大学・研究機関との連携

#### <その他の社会環境整備への取り組み>

- ①栄養成分表示やヘルシーメニューの提供等を行う健康づくり協力店事業
- ②飲食店等における禁煙や分煙の推進
- ③歩きタバコ禁止条例
- ④保健事業への参加や健康づくりの実行によりポイントや特典がもらえる事業
- ⑤学校におけるフッ素洗口
- ⑥健康づくりに関する宣言や条例の策定
- \*⑦健康格差に取り組む市町村長の政策方針

\* 日本公衆衛生協会による調査以降の追加項目

## 都道府県・市町村等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針(案)

### 【趣旨】

平成 24 年 7 月に厚生労働省から発表された健康日本 2 1（第 2 次）では、社会環境の質の向上、健康格差の縮小の重要性が強調されている。市町村健康増進計画の策定に当たって、住民へのアンケート調査が行われることが多い。その調査によって、社会環境や健康格差の把握が行えることが好ましい。

そこで、厚生労働科学研究「健康の社会的決定要因に関する研究」班において検討を行い、市町村によって効果的に調査を行うための指針をまとめた。

### 【調査項目】

都道府県・市町村等における健康増進計画策定のための調査を行う際には、社会環境・健康格差等の把握のために、国の健康日本 2 1（第 2 次）の現状値のデータソースの調査票等を参考にした調査項目を入れることが有用である。研究班ホームページには、成人・高齢者用に作成した調査票例も示しているので参考にさせていただきたい。その他に、子どもへの調査（乳幼児の保護者、児童・生徒など）、高齢者に特化した調査などを行うことも有用であると考えられる。

調査項目として、＜健康を支え、守るための社会環境の整備＞の把握のために、「地域のつながり」、「健康や医療サービスに関係したボランティア活動」に関する質問は重要である。また、＜高齢者の健康＞に関しての、高齢者の社会参加に関する質問も重要である。

一方で、＜基本属性、健康の社会的決定要因＞の把握として、国民生活基礎調査所得票の生活意識（主観的な経済的状況）や学歴の質問を入れておくことで、健康状態や生活習慣等の健康格差について把握することができる。これまでの研究で、学歴により明確な健康格差が見られる場合も多い。可能であれば、国民健康・栄養調査と同様に年間の収入を調査項目に入れることで、またさらに細かい収入区分や世帯員数を調査項目に入れることができると、より客観的な所得水準による格差を把握することができる。

市町村内の地区の質問項目を入れておくことで、地区間の健康格差の把握も可能である。一方で、細かい地区別の結果を検討しようとする、調査対象者数をかなり多くする必要があるので、注意が必要である。

健康日本 2 1（第 2 次）において、目標指標に健康寿命が使用されている。市町村において、精度の高い健康寿命を算定しようとする場合には、かなり対象者数の多い調査を行う必要がある。一方で、日常生活の制限や、主観的健康観などの質問は、住民の総合的な健康状態の指標としても重要であることから、単純に集計して現在の状況や今後の変動をモニターする意義があると考えられる。

### 【健康格差把握のための分析方法】

経済的な状況、学歴、地区などと、健康状態や生活習慣等の項目のクロス集計を行い、経済的な状況等の別による健康状態の良い割合等を比較するのが基本である。

また、格差勾配指数（Slope Index of Inequality: SII）など、やや複雑な統計手法を用いて、

より鋭敏に、経済的な状況の高低による健康状態の傾きを見ることもできる。これらの統計解析については、状況により、当研究班として個別に市町村の支援をすることもできる。健康格差の大きさを指標として計算すると、それを地域間や年次間で比較することになる。

### 【年齢調整】

地域間や年時間で比較する場合に、高齢化の状況など人口構成が大きく異なる場合には、それを考慮して比較を行う必要がある。最も簡便な方法は、年齢階層別に分けて比較してみるという「層化」である。対象者数が十分に多い場合には、5歳階級別に分けることもできるが、若年層（40歳未満）、壮年層（40～64歳）、高齢層（65歳以上）に分けたり、また高齢層を前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）に分けてみたりすることもできる。ただし、この場合に、年齢階層別に比較を行うため、全体として一言で言うとうようなのかを表現したい。そのような場合には、直接法や間接法で年齢調整するのが良い。市町村単位で死亡データについて比較する場合には、標準化死亡比（SMR）を用いるのが一般的であるため、市町村単位や、市町村内の小地域単位の特徴を見たい場合には、それと同様の方法で年齢調整を行うのがよい。ただし、対象者数がかなり少ない地域もある場合には、95%信頼区間の推定や、検定などの統計的手法を用いた結果も参考にしながら結果を読む必要が出てくる場合もある。標準化死亡比やその95%信頼区間について、エクセルで計算できるシートを、保健統計のページ（<http://toukei.umin.jp/hokentoukei/>）に掲載しているので利用していただくことができる。所得による健康格差の大きさについて、年齢調整を行って地区間や年次間で比較したい場合には、複雑な統計処理が必要となり、専門家の助けを借りる必要も出てくる。

### 【必要対象者数】

調査の各項目について、ある生活習慣を持つ割合が何%であるか、またその統計学的誤差をどの程度の範囲内に抑えたいかによって、必要対象者数を計算することができる。

例えば、ある生活習慣を持つ人が25%程度であり、誤差の幅（95%信頼区間の幅）を10%（すなわち、20～30%）としたい場合には289人以上の回答を得る必要がある。また、ある生活習慣を持つ人が10%程度であり、誤差の幅を2%（すなわち、9～11%）としたい場合には、3458人以上の回答を得る必要がある。

この計算方法の詳細については、前述の保健統計のページの、「標本サイズの計算」→「母集団の割合の95%信頼区間推定の場合の標本サイズ」等を参照いただきたい。

また、予想される回収率を加味して、上記の数の回答が得られるように、調査票を送付する必要がある。さらに、性・年齢階級別や、地区別に、上記の誤差の幅で現状値を把握したいと考えた場合には、性・年齢階級別や地区別に、それぞれこの数の回答を得る必要があることになる。

現実的には、予算的に可能な人数で調査が行われることが多く、そのような考え方でやむを得ないと考えられる。その場合、ある質問については、誤差が十分に小さいが、別の質問については誤差が非常に大きいなどのことになる。調査後に、それぞれの結果の誤差の幅（95%信頼区間）を算定することも推奨される。

### 【回収率】

特に郵送法で調査を行う場合には、回収率が余り高くないことも多い。その場合、健康

への関心の高い住民からの回答が中心になって、真の状況よりも生活習慣が良いような見かけ上の結果がでるなど、選択バイアス（選択の偏り）の影響がでることになる。

そこで、調査の実施に当たっては、あらかじめ再依頼の計画もたてておくことが重要である。再依頼の葉書を対象者全員に送付する方法もあるが、可能であれば、未回答者を把握して、調査票を再度送付することができる、再依頼の効果が大きい。

その他に、健康づくり推進員や自治会・町内会等の協力を得て、留め置き法で調査を行うことができる、一般的に郵送法よりも回収率が高くなる。

### **【社会環境の質の向上、健康格差の縮小のための施策】**

社会環境や健康格差の状況が把握できたら、それに対する効果的な施策を展開していく必要がある。当研究班では、それらの取組事例を収集しており、順次、研究班ホームページ等で公表を行う予定である。

社会環境の質の向上のためには、一般的に、健康部局以外も含めた多様な部局間、また外部の関係機関、住民組織・NPO、民間企業等との連携が重要である。これまでも行われてきた取組としては、健康づくり推進員や、食生活改善推進員・ヘルスボランティアの活動を支援して活性化することなども重要である。また、高齢者サロンなど、人々が集まる場が多数設けられ、多くの住民がボランティアなどとして主体的に活動するようになると良い。

健康格差の縮小のためには、経済的に苦しい世帯や、不利のある地区等に対して、より手厚い施策を行うことが重要である。また、学校、乳幼児健診、自治会・町内会、同報無線など、該当する住民のほとんどが参加する場や制度などによる施策も重要である。

### **【既存統計の活用】**

国の健康日本21（第2次）にも記載されているように、地域の状況の把握においては、地方自治体が活用可能な既存統計等を活用することも重要である。具体的には、人口動態統計、特定健康診査、がん検診、国民健康保険レセプト、介護保険データ、乳幼児健診、学校保健のデータなどが有用である。

これらのデータを用いて、市町村内の地区別に分析が可能なものも多い。また、保険料の所得割賦課区分等とのクロス集計が可能な場合には、既存統計の範囲内で健康格差の状況を把握することも可能である。

### **【都道府県による支援】**

健康増進計画等のための社会環境や健康格差に関する調査や分析については、一定の専門性が必要となるため、市町村内だけで行うのではなく、都道府県の衛生研究所や健康科学センター、また保健所等の職員による支援が必要となる場合が多いと考えられる。都道府県が、都道府県内の全市町村について、同じ方法で情報を把握し分析を行って、市町村間の比較、地域診断を行っている都道府県もある。また、大学等の専門家が、都道府県を支援し、都道府県が市町村を支援するなどの形も、ひとつの理想型であると考えられる。



## 社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

|       |                |  |
|-------|----------------|--|
| 研究分担者 | 橋本 英樹          | （東京大学医学系研究科 教授）                              |
| 研究協力者 | 近藤 克則          | （日本福祉大学 教授）                                  |
| 研究協力者 | 小塩 隆士          | （一橋大学 教授）                                    |
| 研究協力者 | 近藤 尚己          | （東京大学医学系研究科 准教授）                             |
| 研究協力者 | Ichiro Kawachi | （Harvard School of Public Health, Professor） |
| 研究協力者 | Michael Marmot | （University College London, Professor）       |

### 研究要旨

本分担研究では、健康の社会的決定要因のひとつとして経済的要因による社会的排除に着目し、欧米の動向、特に1980年代の英国とリーマンショック以降の欧米の動向とその政策的対応について取材した。また、経済的要因による排除の極端な事例として電気・ガスなどのライフラインの差し止めや、それと関連した孤立死問題を取り上げ、米国ならびに日本の事例についても取材した。

景気動向の変化に伴い一部の国を除いて失業率と自殺率に緊密な関係が認められるが、北欧など勤労世代に対する福祉・社会保障政策に重点を置いている国ではそうした関連が認められていなかった。経済成長回復を目指し市場活性化を促す経済政策・社会保障費削減などによる財政緊縮の実施は、マクロな経済効果が見られる一方で、社会的排除の対象となりやすい困窮層を中心に健康状態に負の効果が見られ、健康の社会格差の拡大につながる副作用を伴っていた。従って、経済政策の展開と並行し、健康の公平化に向けた社会保障・福祉対策の強化がなされる必要があることが示唆された。

ライフラインの差し止めについて、冬期など条件付でこれを禁じる条例をもつ米国ウィスコンシン州公共サービス委員会に照会したところ、ライフライン差し止めにより死亡した事例の発生を受けて、規制対象であるライフライン事業の公共的性質を鑑み、人命優先を掲げてエネルギー関係・税・福祉担当部局が連携し、こうした条例成立につながり、引き続き発生する問題を受けて改正を繰り返していることとのことであった。

こうしたなか、さいたま市における孤立死予防の取り組みは、従来の行政の網にかからない社会的に排除された住民を、福祉行政部門だけでなく行政所関連部局の横断的連絡と、民間事業者を含めた官民連携を構築する形でリーチアウトしようとしている点で、新たな「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」の基本的モデルを提示していた。以上から、経済的変動期にあたっては、経済政策の及ぼす正と負の効果を予見し、限られた財政資源のもと、健康セクターの壁を越えて行政・民間・住民が共同し、健康の公平性を中核的価値と定めた、新たな政策的取り組みの展開が不可欠であると結論された。次年度事業では、そうした活動を推進するうえで、中央政府・地方行政組織・民間事業者ならびに住民の役割分担と協調を促進する要素をさらに検討したい。

## A. 研究目的

世界保健機関に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on Social Determinants of Health; CSDH）では、健康の均てん化を図るための重要な政策的取り組み課題のひとつとして社会的排除（social exclusion）を掲げている。社会的排除の定義には様々なものがあるが、経済・社会・人種・文化・ジェンダーなどの、個人や世帯の社会的属性によって社会参加の機会が選択的に阻害されることを広く指していると、本分担研究内では定義する。分けても近年、経済不況化における所得格差の拡大や就労機会の格差拡大に伴う社会的排除の問題は、社会的にも大きな関心が寄せられている。

その中で、2012年1月、2月に報道された札幌市の40代姉妹の孤立死事件、さいたま市における60代夫婦と30代の息子の親子3人の孤立死事件は、従来孤立死の対象と考えられていた一人暮らしの無職高齢者ではなく、稼働年齢の成人世帯において、経済的困窮の結果生じた死亡事件として、行政にも大きなショックを与えた。本研究では、この事例を発端として、主に経済的困窮による社会的排除に着目し、その政策的取り組みの事例に取材することを通じて、今後こうした悲劇を予防するための「健康の社会的決定要因」に根ざした対策のあり方を模索することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1) さいたま市への取材

上記発端となったさいたま市の事例について、さいたま市役所福祉総務局に取材を申し入れ、事件の背景と、さいたま市のその後の対応について取材し、それを世界保健機関のCSDHによる最終レポートに示された「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」のフ

レームを用いて分析を行った。なお本事例については、司法解剖が実施されたことから、死因や当時の寒冷気象が及ぼした影響などについて取材するため、警察庁を通じた情報開示を文書にて求めたが、埼玉県警担当部局から情報開示対象外情報との判断が下され、残念ながら情報を入手することはできなかった。

### 2) 海外事例への取材

まず、経済不況における経済政策が人々の健康に及ぼした歴史的事例として、1979年から80年代にかけて英国に着目し、その研究を展開してきた中心人物でありCSDHの元議長であるUniversity College LondonのMarmot教授を通じて、経済政策の健康影響について、既存研究などの知見をまとめた。また同教授を通じて、2009年のリーマンショック後の欧州諸国における動向についてもあわせて既存研究の結果をまとめることとした。

さらにさいたま市・札幌市の事例では、経済的困窮からガス・電気などのライフラインが供給停止されていた点について、諸外国の事例を調査したところ、主に米国において、ライフラインの差し止めを制限する条例・法律を有する州が大半であることが明らかとなった。なかでも冬場の低温時期についてサービス供給停止を明確に禁じる条例を有していたウィスコンシン州の公共サービス委員会に取材したところ、同委員会の副法務委員長であるSilver Karsh弁護士より、同条例の成立に至る経緯と同条例の内容について、資料の送付を得られた。その内容について法律専門家として東京大学大学院法学研究科で、米国法専門の樋口範雄教授からコメントをいただいた。

## C. 研究結果

### 1) 欧米における経済不況と健康格差の関