

201403005A

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 26 年度 研究報告書

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)

目 次

I. 総括研究報告書 -----	1
尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座）	
資料1 健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針（2015） -----	9
資料2 健康と社会（SDH）セミナーの概要 -----	13
資料3 健康の社会的決定要因に関する研究班 ホームページ -----	14
II. 分担研究報告書	
1. SDH 政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告 -----	15
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 -----	19
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 -----	25
稲葉 陽二（日本大学法学部）	
4. 抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究 -----	34
－ 地域環境の改善による健康格差対策に向けて －	
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 -----	52
藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター研究所）	
6. Urban HEART の見える化サイトの作成について -----	59
近藤 克則（千葉大学予防医学センター）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧 -----	66
資料1 Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: -----	67
a national registry-based repeated cohort study, 1990–2007.	
資料2 健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」 -----	73
資料3 Urban HEART の枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発 -----	89

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）について、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。研究内容として、最終年度である平成26年度は、①SDHに対応できる人材育成方策の創出及び情報発信、②WHOが開発した健康格差の評価及び対応ツールであるUrban HEART (Health Equity Assessment and Response Tool)の活用に力を入れた。研究班全体では、(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、既存データを用いた分析、(3) 新たな対応・人材育成方策の創出：種々の専門分野の研究者・行政担当者等を含めて、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、人材育成指針の策定及びSDHセミナーの開催、(4) 対策の試行：高齢者の就労等有償活動コーディネート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、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（千葉大学予防医学センター環境健康学研究部門教授）

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）

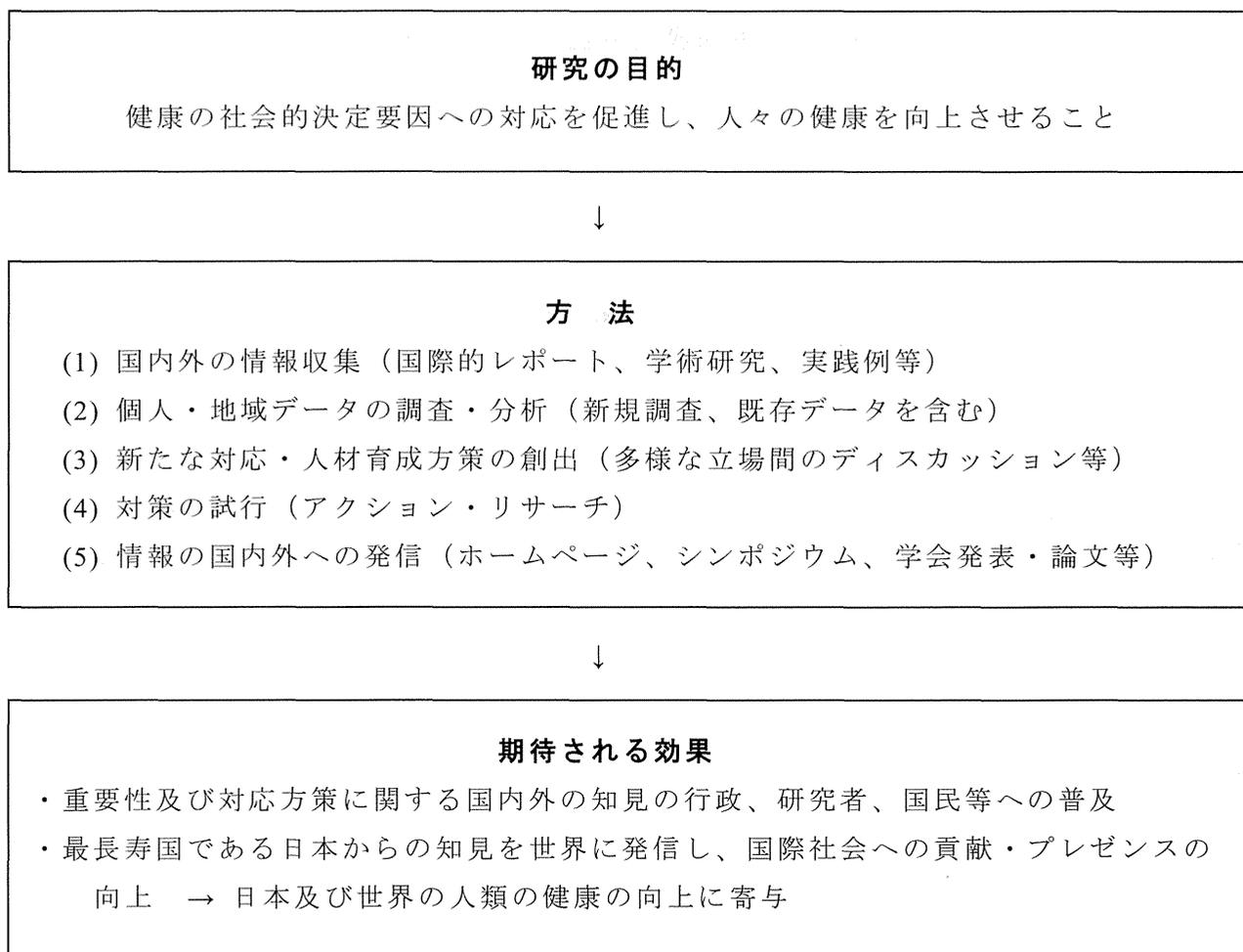
研究協力者

岡田栄作（浜松医科大学健康社会医学講座）

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。WHO では、具体的に地域間や社会経済的地位の違いにみられる健康格差を特定、解析し、それらの健康格差を低減するための効果的な戦略、介入策、対策を特定するためのツール Urban HEART (Health Equity Assessment and Response Tool、都市における

図 1 研究全体の流れ図



健康格差の評価・対応ツール)を2010年に開発している。

日本においても健康日本21（第二次）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。

今年度は、①SDHに対応できる人材育成方策の創出及び情報発信、②WHOが開発した

Urban HEARTの活用に力を入れた。

研究全体の流れを図1に示す。3番目の柱について、前年度までは、「新たな対応方策の創出」としていたが、より広くSDH対策が実践されるようにするために、この柱の中に人材育成を追加した。

B. 研究方法

(1) 国内外の情報収集

○SDH政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告（担当：橋本英樹）

CSDHの議長を務めたUniversity College LondonのSir Michael Marmot教授が平成26(2014)年3月にCSDHの元委員ならびに関

連機関担当者を集め、イタリアの Bellagio において post CSDH 会議を開催し、これに参加し意見交換を行った。さらに 10 月に Marmot 教授を再度ロンドンに訪問し、その後の動きと今後の展開、特に Sustainable Development Goals を巡る議論における SDH 政策の意義について追加的に議論を行った。さらに Bellagio 会議に出席したブラジル国立公衆衛生院の Felix Rosenberg 博士から、ポルトガル語・スペイン語圏各国で進む SDH に関する政策推進のためのモニタリングシステムについて取材を行った。

○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(担当:高尾総司)

岡山県 K 町における愛育委員による 65 歳以上の全高齢者に対する声かけ訪問について、各対象者に関するデータの詳細な分析を行った。具体的には、同町 S 地区において、平成 25 年 3 月にベースライン調査を、平成 26 年 10 月にフォローアップ調査を行った。質問紙は、概ね同内容の質問項目を用いた。また、この間に、1~3 ヶ月に 1 回、愛育委員が担当する住民(65 歳以上全住民 273 人)の自宅へ訪問し、声かけを行った。訪問実績報告にもとづき訪問回数を別に算出し、質問紙データと調査用の ID を用いて統合した。訪問有無・頻度と年齢、性別、学歴、同居状態の関連をみた。また、信頼、互酬性、社会参加(ソーシャル・キャピタル)との関連についても同様に検討した。

(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(担当:稲葉陽二)

平成 25(2013)年に実施した郵送法全国調査のデータに基づき、調査対象 99 市町村の市町村レベルの社会関係資本の指標を作成し、そ

れらと生活満足度・主観的健康との関連を計測し、個人レベルと市町村レベルの 2 段階でとらえた社会関係資本の生活満足度・主観的健康とのそれぞれの関係を比較した。加えて、この知見をもとに、広義の社会関係資本の重層モデルを単純化した「社会関係資本の樹」という概念を提案し、その有効性を検討した。

○抑うつとの所得間格差に関連する地域要因に関する研究(担当:近藤尚己)

平成 25(2013)年度に全国 77 の市区町村に住む要介護認定を受けていない 65 歳以上の者 195,290 人を対象に行われた郵送調査のデータを利用して分析を行った。目的変数は市区町村ごとの年齢調整した抑うつ状態の割合の男女別の所得階層間格差指標(年齢調整した抑うつ割合について、所得第 1 分位と第 3 分位の割合の差と比、および格差勾配指数・格差相対指数)である。説明変数には、本研究班で開発した、地域の健康状況の評価ツールである Urban HEART の日本人高齢者版のコア 20 項目を参考に、地域環境の変化、建造環境、地域活動への参加状況、ソーシャル・キャピタルに関する項目を選定した。これらについて、まずスピアマンの相関係数を算出した。次いで、抑うつとの所得間格差指標を目的変数とし、高齢化率、人口密度、独居者割合で調整し、回帰分析を行った。統計分析には SAS version 9.3 を、格差指標の算出には、HD*Calc(米国がん研究所)を用いた。

(3) 新たな対応・人材育成方策の創出

○WHO Urban HEART を用いた日本での分析及び対応方策の検討(担当:近藤克則、尾島俊之、他)

WHO が開発した Urban HEART の枠組みを参考に独自の指標群の枠組みを開発して定義し、日本の高齢者データを用いて算出した。

データには、JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）プロジェクトのデータを用いた。それを閲覧できる英語版のサイトを作成した。閲覧ソフトとしては、InstantAtlas™（GeoWise Ltd., 英国）を利用した。

○SDH への対応を行う人材育成指針の策定とセミナーの開催（担当：尾島俊之、近藤克則、他）

本研究班でこれまでに収集・検討した SDH の関連文書、SDH 評価方法や対応方策及びそれらの事例、また追加で文献等から収集した情報をもとに、研究班内で検討して SDH への対応を行う人材育成指針(2015)を策定した。また、平成 26(2014)年 11 月 29 日(土)に東京にて健康と社会(SDH)セミナーを開催した。

(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（担当：藤原佳典）

東京都 A 区及び B 区における就労支援機関 2 か所において、相談窓口への来訪者に対して施設スタッフからアンケート調査票を手渡し、同封の返信用封筒を用いて回答の返送を求めた（ベースライン調査）。その後、回答者に対して、2 週後、4 週後、8 週後、12 週後、以下 12 週おきに追跡調査（フォローアップ調査）を実施した。回答に際しては商品券による謝礼を提供した。調査では、現在の就職活動状況（求職理由、仕事選びで重視する点、前職の離職理由）、社会活動・生活状況（世帯構成、団体への加入状況、暮らし向き、最終学歴）及び健康状況（主観的健康感、WHO-5 精神的健康状態表）等について尋ねた。統計解析には IBM SPSS Statistics 20 を用いた。

(5) 情報の国内外への発信（担当：全員）

研究班ホームページ、学会発表、学術論文、セミナー等により、日本語及び英語にて SDH 対策に関する情報及び研究成果の発信を行った。

C. 研究結果と考察

(1) 国内外の情報収集

○SDH 政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告

Bellagio 会議では、各部門ならびに地域における SDH 政策の現状に関する報告ののち、post MDG の議論における SDH 政策の取り扱われ方等について議論が行われた。Universal Health Coverage などの議論では、臨床的医療技術介入とその分配・財政措置に重きが置かれすぎ、機会や権力・教育などの社会的公正を通じた本来の CSDH のメッセージが十分反映されていないこと等が現状認識として共有された。そして、SDH を巡る議論を再活性化するためのメッセージがまとめられた。議論の中で、SDH が健康の平等化に果たす役割についてさらに科学的な知見をまとめるべきであるとする意見と、SDH 政策が進まない政治的な構造の分析と行動が求められているとする意見が出され、両者の立場を包括する形のものとしてまとめられた。

ブラジル国立公衆衛生院の Rosenberg 博士より、スペイン語・ポルトガル語圏の各国の国立公衆衛生部局・健康省が連携した、社会格差と健康の状況に関するモニタリングシステムについて情報収集した。その中核となる Brazilian Observatory of Health Inequities (BOHI)は、教育歴など社会経済的階層別に保健統計を集計し、国内外・時系列でモニタリング・比較することで、健康の均てん化と社会経済・健康政策の健康格差影響を評価するシステムとして稼働開始している。日本にお

いても SDH に関するモニタリング体制を早急に確保し、日本固有の医療社会保障が健康状態の平等にどのように寄与したのかを、明確に説明責任が果たせるようにする必要がある。

○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

全高齢者を対象とした声かけ訪問について、対象者の属性と訪問の有無及び訪問頻度との関連を分析した。性別では訪問有無には差がなかった。一方、年齢については、75 歳～89 歳の住民のなかで訪問無しが多かった。学歴については、中学卒と高校卒の比較により学歴が低い方が訪問無しが有意に多かった ($p=0.029$)。同居については関連を認めなかった。ソーシャル・キャピタルの 3 つの指標（一般的信頼、互酬性、社会参加）と訪問の有無については、一般的信頼とは有意な関係が認められなかったが、互酬性、社会参加については低いと訪問を受けていない傾向が認められた。社会参加の少ない方に対して、より積極的に働きかけを行ったと想定すべき機会が、介入期間中に何度か含まれていたにも関わらず、それでもなお、訪問の機会にすら結びつけにくかったという点は注目に値しよう。

(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

個人レベルの社会関係資本は団体参加を除けば、総じて生活満足度と主観的健康感の双方に対して有意な関係がみられるが、コミュニティレベルの社会関係資本は、生活満足度についてはほとんどすべての構成要素が有意に相関していた。しかし、主観的健康感については特定化信頼と特定化互酬性にのみ有意な関係がみられた。

また、包括的なコミュニティ理解の促進のために、社会関係資本からみたコミュニティモデルである「社会関係資本の樹」を描いた。社会関係資本の全体の状況を木にたとえ、メゾレベルから下のミクロレベルを根、メゾレベルから上を幹と枝として表現した。異質な個人が多く、特定化信頼と一般化信頼がともに高いコミュニティは広範に根をはり幹が太く高い樹として、一方で、孤立している個人からなっているコミュニティは根が張っておらず幹が細く、低い樹として描くことができる。どのような社会関係資本構造をもつコミュニティがどのような得失をもつかを把握することができ、コミュニティの特徴に即した施策の参考とすることができよう。

○抑うつとの所得間格差に関連する地域要因に関する研究

各指標について集計したところ、男女とも低所得者ほど抑うつの割合が高かった。自治体の社会環境やその他の特性には大きな地域間のばらつきがあった。相関分析の結果、全体として社会参加が多く、社会サポートの授受や友人との交流が多く、地域の社会経済的環境（失業者や貧困者の増加が少ない、行政サービスが向上したと思う人の割合が多い、地域活動が活発になったと思う人が多いなど）が改善していると思う人の割合が多いほど、抑うつの所得間格差が小さい傾向がみられた。回帰分析により、高齢化、独居者割合、人口密度の影響を除いても、同様の傾向がみられた。以上の結果は、地域の社会環境の影響を反映している可能性（脈絡効果）に加えて、単に構成する一人ひとりの特性も反映している可能性がある（構成効果）。自治体内での地域環境の整備が、抑うつ状態の所得間格差を軽減する可能性があると考えられる。

(3) 新たな対応・人材育成方策の創出

○WHO Urban HEART を用いた日本での分析及び対応方策の検討

Urban HEART の枠組みも参考に、5つの要素と2つの側面から構成される指標群のフレームワークをまず開発した。次に、そのフレームワークを参考に、指標群を開発し、計算するための定義を作成した。重要と考えたコア指標以外にも標準化死亡比 (SMR)、特定死因死亡率、活動への出席頻度(老人クラブ、ボランティア、趣味の会、自治会・町内会、スポーツの会における月当たり参加回数の合算)、主観的健康観の良い者の割合、地域活動への参加頻度なども算出した。

当研究班のウェブサイト上に英語版のサイトを作成した。(http://sdh.umin.jp/)。ウェブサイト上では、数百枚の画面を閲覧できる。シングルマップ(市町村間比較)として、例えば社会参加の頻度を市町村比較することができる。ダブルマップ(散布図)として、例えば残歯数20本以上の人の割合や社会参加頻度と、標準化死亡比(SMR)の関係等を見ることができる。さらに、どのような社会組織に参加する人の多いところで健康な人が多いかなどを、散布図により確認できる。

地図やグラフを活用した直感的な地域間の比較や・分析を支援することで、研究者だけでなく、一般国民、メディアによる、健康の社会的決定要因や健康の公正への関心が高まることが期待される。また英語版のサイトにしたこと、日本における健康の社会的決定要因やそれによる健康格差の実情について海外への情報提供が可能となった。

○SDH への対応を行う人材育成指針の策定とセミナーの開催

「健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針(2015)」を資料1に示す。想定す

る対象者としては、主として地域保健従事者を念頭に置いたが、その他、さまざまな立場の人についてもSDHへの対応を行うための資質向上は重要である。一般教育目標としては、知識、態度、技能の3本柱でまとめた。それぞれの資質向上のための方法や、扱うべき知識の内容などを検討してまとめた。

また、健康と社会(SDH)セミナーの概要を資料2に示す。ハーバード大学のカワチ教授による基調講演の他、6名の演者による講演を行った。合計参加者は374名であり、セミナー終了後に回収したアンケートでは、満足・やや満足との回答が8割に達した。また次年度以降も健康の社会的決定要因に関するセミナーを開催するとしたら参加したいかという問いに対して、回答者全員が、「とても思う」または「やや思う」と回答した。

(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利用者の初回調査回答者は、男性143名(61.6%)、女性89名(38.4%)の累計232人となった。平均年齢は男性63.8歳±SD6.0、女性63.3歳±SD4.9歳、全体で63.6歳±SD5.6であった。求職理由について8つの選択肢に対する回答結果の因子分析を行った結果、第一因子は正の方向に「小遣い程度の収入が欲しい」「時間に余裕があるから」、負の方向に「生活のための収入が欲しい」となり、労働時間と対価の経済面に着目し、収入獲得の態度について余裕の有無を示すものであった。第二因子では「社会貢献・社会との繋がり」「生きがいを得たい」「健康のため」といった社会参加の効用を目的とするものであった。第三因子については「家族の勧め」借金の返済のため」とも回答数が極少数のものであった。第一因子、

第二因子の因子得点について、性別、年齢による差の検定を行ったところ、第一因子では年齢 ($p=0.017$) で、第二因子では性別 ($p=0.000$)、年齢 ($p=0.018$) 共に有意な差が見られた。

次に、初来所時に無職で継続的に回答が得られた 140 名 (男性 89 名、女性 51 名、平均 63.6 歳 SD5.5) について縦断分析を行った結果、対象者全体の平均求職期間推定値は 40.7 日 ±SD3.4 であった。Log-rank 検定の結果、年齢 ($p=0.001$)、最終学歴 ($p=0.006$) で求職期間に有意な差が見られたものの、性別 ($p=0.842$)、世帯年収 ($p=0.549$) では有意な差は見られなかった。希望職種ごとに求職期間に差が見られたが、一般事務を希望する群では有意に長くなった ($p=0.032$)。

高齢求職者には、生きがい就労を求めている人から、生活のための収入とする逼迫した人まで存在する事が明らかとなった。特に、比較的若年で高学歴な層で、生活のための収入を得るために一般事務職を希望するような、典型的なホワイトカラー層で適した仕事を見つけることができずに求職期間が長くなっていることが明らかとなった。こうした層に対しては求職環境についての情報を早期に提供し、早期の就職とその後の自己実現に期待するよう方針転換を促す介入が考えられる。雇用企業側にもこうした層を有効活用するような職種や、就業後の業績と連動した評価制度の構築が期待される。

(5) 情報の国内外への発信

SDH 対策に関する情報及び研究成果について、資料 3 に示す通り、研究班ホームページによって情報発信を行った。また、後述の通り学術論文及び学会での発表を行った。さらに、前述の社会と健康 (SDH) セミナーにおいて SDH 対策の人材育成に合わせて、本研

究班の成果の紹介も行った。

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・人材育成方策の創出、(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。具体的には (1) 国内外の情報収集として、SDH 政策への取り組みの国際共同による情報交換、ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例についての詳細なデータ収集と分析を、(2) 個人・地域データの調査・分析として、格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連 (全国での調査結果の分析とそれに基づいた「社会関係資本の樹」のモデルの提示)、抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究、(3) 新たな対応・人材育成方策の創出として、WHO Urban HEART を用いた日本での分析及び対応方策の検討、SDH への対応を行う人材育成指針の策定とセミナーの開催、(4) 対策の試行として、高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ、そして、(5) 情報の国内外への発信を行った。

E. 健康危険情報

なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Naoki Kondo, Mikael Rostila, Monica Åberg Yngwe. Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: a national registry-based repeated cohort study, 1990–2007. *J Epidemiol Community Health*

- 2014; 68: 1145-1150.
- 2) 近藤克則, JAGESプロジェクト. 健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」— JAGES2010-11プロジェクト. 医療と社会 2014; 24: 5-20.
 - 3) 尾島俊之, JAGES プロジェクト. Urban HEART の枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発. 医療と社会 2014; 24: 35-45.
 - 4) 稲葉陽二. 日本社会関係資本は毀損したか—2013年全国調査と2003年全国調査からみた社会関係資本の変化—. 政経研究 2014; 51(1): 1-30.
 - 5) 稲葉陽二. 第4章 社会関係資本の実証研究. 稲葉陽二・吉野諒三編. 社会関係資本の世界 ソーシャル・キャピタル叢書第1巻. 東京, ミネルヴァ書房, 2015. (印刷中)
 - 6) Noguchi M, Iwase T, Suzuki E, and Takao S. Home visits by commissioned welfare volunteers and psychological distress: a population-based study of 11,312 community-dwelling elderly people in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (in press).
2. 学会発表
- 1) Ojima T, Okada E, Saito M, Nakamura H, Nakamura M, Kondo N, Kondo K, JAGES Group. Housing status and disparities of healthy life expectancy: JAGES cohort project. 20th World Congress of Epidemiology. Anchorage (USA), Aug 17-21, 2014.
 - 2) 稲葉陽二. 日本社会関係資本は毀損したか— 2013年全国調査と2003年全国調査からみた社会関係資本の変化—. 経済社会学会 第50回全国大会, 松戸市, 2014年9月20日.
 - 3) 藤原佳典, 南 潮, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 小林江里香, 深谷太郎. 就労支援施設を利用する高齢求職者の前職離職理由からみた特徴 ESSENCE研究(1). 第73回日本公衆衛生学会総会, 栃木, 2014.11.5-7.
 - 4) 南 潮, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 小林江里香, 深谷太郎, 内田勇人, 藤原佳典. 就労支援施設を利用する高齢求職者の求職活動の推移と精神的健康 ESSENCE研究(2). 第73回日本公衆衛生学会総会, 栃木, 2014.11.5-7.
 - 5) 南 潮, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 内田勇人, 藤原佳典. 高齢求職者における相談できる人の存在と精神的健康の関係, 第9回日本応用老年学会大会, 相模原市, 2014.10.26.
 - 6) 長谷田真帆, 近藤尚己, 芦田登代, 谷友香子, 近藤克則. 高齢者の抑うつ症状の所得による格差と関連する地域要因の検討— JAGES-HEARTを用いた地域相関分析—. 第25回日本疫学会学術総会, 名古屋, 2015年1月23日.
 - 7) Kondo K, Saito M, Aida J, et al.: The Development of benchmark system for health disparities in healthy aging in Japan: JAGES HEART. 第25回日本疫学会学術総会, 名古屋, 2015年1月23日.
- G. 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

健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針(2015)

1. 趣旨

健康の社会的決定要因 (social determinants of health, SDH) は、人々の健康状態を規定する経済的、社会的条件のことである (注1)。WHO では、2008 年に SDH に関する委員会報告書の公表、2009 年に総会決議、2011 年に国際会議の開催が行われた。また、日本においても 2012 年の健康日本 21 (第二次) において基本的な方向として、健康格差の縮小、健康を支え、守るための社会環境の整備が掲げられた。国内外において、健康の社会的決定要因への対応、健康格差の縮小に本格的に取り組む事が求められるようになっており、そのための人材育成が急務である。そこで、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」の一環として、健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成のあり方について検討し、2015 年時点の検討結果として指針を取りまとめた。

2. 想定する対象者

主として、地域保健従事者とする。その他、政策決定者、研究者、臨床医も想定する。さらに、地域保健以外の分野の行政関係者、NPO や民間企業の従事者、一般住民等も SDH 対応に関する資質を向上させていくことが望まれる。

3. 一般教育目標 (注2、具体的内容は対象者の立場により異なる)

- (1) 知識：SDH の基礎知識、評価方法、対応方法など
- (2) 態度：SDH 対策に積極的に取り組む態度
- (3) 技能：SDH の評価、企画・調整技能、実践技能

全ての領域について十分な資質を備えることは現実にはかなり困難である。SDH への対応には多職種や多部門の協働が必須である。そのため、それぞれの得意な領域や不得意な領域を持った多様な人々が連携して対応していく必要がある。一方で、SDH に関わる人は、それぞれ自分の潜在能力に応じて、種々の領域の資質を向上させていく努力が重要である。

4. 資質向上のための方法 (注3)

- (1) 知識 → 講義、書籍、Website など
- (2) 態度 → 早期教育、困難な住民の生活に触れる、積極的な活動に触れるなど
- (3) 技能 → 評価の演習、ケースメソッド、OJT など

- ・人材育成推進体制の整備、学習的風土づくりなど
- ・自己啓発、職場研修、職場外研修など

5. 扱うべき知識

(1) 基礎知識

SDH の概念、SDH の重要性

国内外の健康格差の現状（地域間、社会経済状況間の健康格差、男女差、人種差など）
健康日本21（第二次）、健やか親子21（第2次）

WHO 委員会報告書など国際的なレポートの概要など（注4）

(2) 評価方法

地域間、社会経済状況間などの健康格差の評価

社会経済的状況の指標：所得、学歴、職業、国籍・人種など

その他の健康の社会的決定要因：地域、性、ソーシャルキャピタル、健康政策、
建造物環境、その他の環境など

健康アウトカム指標：死亡、要介護・認知症、主観的健康、うつ、歯など

格差の評価方法：ジニ係数など、健康格差の評価方法（注5）

健康インパクト評価（Health Impact Assessment、施策等の健康への影響評価）

事業の評価（健康格差対策の評価を含む）

評価デザイン：観察研究、前後比較デザイン、実験デザイン、自然実験など

健康格差の評価に有用な既存データ：介護保険、国勢調査、国民生活基礎調査など

健康格差の評価のための新規調査の方法

(3) 対応方法

対応方策の基本的な考え方

住民の多くが参加する事業、困難な人々が中心に参加する事業

健康格差を縮小する政策・事業と、拡大させる政策・事業

政策・事業の企画・調整方法（マネージメント、ファシリテーション）

国内における制度・事業

乳幼児健診、予防接種、児童手当、保育所、学校教育、学校保健

国民皆保険制度、高額療養費制度、無料低額診療事業、医療費公費負担、

介護保険制度、介護予防地域支え合い事業、サロン、他職種連携

公的扶助（生活保護）、障害児・者福祉、難病、母子・父子家庭、災害被災者対策

年金制度、公共職業安定所、就労支援、産業保健

公衆衛生施策：健康教育、健診、上下水道、食品衛生、廃棄物処理など

実践事例

マイクロファイナンス

書字教育、初等教育、高等教育

経済開発、雇用創出

ソーシャルキャピタルの醸成

所得再分配、医療保険制度

建造物環境、まちづくり

医療機関での取組

注1. 健康の社会的決定要因について WHO 報告書では次のように説明されている。

The complex, integrated, and overlapping social structures and economic systems that are responsible for most health inequities. These social structures and economic systems include the social environment, physical environment, health services, and structural and societal factors. Social determinants of health are shaped by the distribution of money, power, and resources throughout local communities, nations, and the world.

出典: Commission on Social Determinants of Health (CSDH), 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, World Health Organization: Geneva.

Definitions. CDC. <http://www.cdc.gov/socialdeterminants/Definitions.html>

最近は、健康の社会的環境的決定要因 (Social and Environmental Determinants of Health) という表現が用いられることもある。

注2. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF (1971) Handbook on formative and sumative evaluation of student learning. AcGraw-Hill では、教育目標を、知識 (cognitive domain)、態度 (affective domain)、技能 (psychomotor domain) に分類している。

一般教育目標として、SDH 対応に必要なコンピテンシー (competency) として示していく必要があるという議論も行われた。コンピテンシーとは、「高業績者の行動特性」と説明されることが多い。一方で、ベナー看護論 (Benner P, 1992) では Dreyfus S & Dreyfus H (1980)の技術習得モデルを適用し、5段階のうちの下から3段階目を competent (一人前) として看護における内容を示している。また、コンピテンシーは人材の採用基準として重要であるという考え方もある。

注3. 総務省の「地方自治・新時代における人材育成基本方針策定指針」

<http://www.soumu.go.jp/news/971127b.html> では、次の構成で記載されている。

- 1 人材育成の目的の明確化
- 2 学習的風土づくり等の総合的取組の推進
 - (1) 職場の学習的風土づくり一人を育てる職場環境
 - (2) 系統だった人材育成の確立一人を育てる人事管理
 - (3) 仕事を進める過程の工夫・活用一人を育てる仕事の進め方
- 3 職員研修の充実、多様化
 - (1) 自己啓発、(2) 職場研修、(3) 職場外研修 (1.研修所研修等、2.派遣研修 3.広域での共同研修)、(4) 職種、階層等に応じた研修
- 4 人材育成推進体制の整備等
 - (1) 人材育成推進体制の整備 (1.管理監督者、2.人材育成担当部門)、
 - (2) 都道府県と市町村との連携

注4. 健康の社会的決定要因に関する重要な文献としては以下のものがある。

一世代のうちに格差をなくそう：健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書 (WHO, 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 2008

健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減 (WHO, 2009) Reducing health inequities through action on the social determinants of health, WHA62.14, 2009

全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明 (WHO, 2010) Adelaide Statement on Health in All Policies

公平な社会、健康な生涯 (The Marmot Review, 2010) Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review, 2010.

全ては公平性のために：健康の社会的決定要因に関する世界会議 概略報告書 (WHO, 2012) World Congress of social determinants of health (WHO, 2012)

健康の社会的決定要因に関する世界会議の成果 (WHO, 2012) Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health (WHA65.8, Agenda item 13.6, 26 May 2012)

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム (WHO, 2010) Equity. Social Determinants and Public Health Programmes.

健康 2020：健康と幸福な暮らしのため 政府と社会全体がとるべき行動を支援するヨーロッパ政策枠組 (WHO EURO, 2012) Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being

注5. 健康格差の評価方法には以下のものがある。

絶対指標：レンジ差、群間分散・標準偏差、変動係数、絶対集中度指数、格差勾配指数 (SII)

相対指標：レンジ比、格差指数 (Index of Disparity, IDisp)、平均対数偏差、Theil 指数、

相対集中度指数、格差相対指数 (RII)、Kunst&Mackenbach-RII (KMI)

実際の算定には、米国がん研究所が開発した HD*Calc (<http://seer.cancer.gov/hdcalc/>) などが有用である。

健康と社会（SDH）セミナーの概要

日時及び会場

日時 2014年11月29日（土）

会場 AP 東京八重洲通り（東京都中央区）

プログラム（敬称略）

健康の社会的決定要因に対する WHO 及び厚生労働省の取組

木阪 有美（厚生労働省 大臣官房国際課 課長補佐）

健康医療福祉のまちづくりガイドライン

川村 俊（国土交通省 都市局 街路交通施設課 係長）

ヘルスプロモーションホスピタル

根岸 京田（東京保健生活協同組合 理事長）

開発経済学での介入研究・自殺対策

澤田 康幸（東京大学 大学院経済学研究科 教授）

国内の大規模コホート研究に基づく健康の社会的決定要因の到達点

斉藤 雅茂（日本福祉大学 社会福祉学部 准教授）

厚生労働科学 健康の社会的決定要因に関する研究

尾島 俊之（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）

特別講演 ソーシャルキャピタルを活かした健康づくり

Ichiro Kawachi（ハーバード大学 公衆衛生大学院 教授）

実施結果

参加者 合計 374 名（医師、コメディカル、学生、事務職など多様な職種）

<参加者アンケートの結果> 138 名からアンケートが回収

満足度

満足 60%、やや満足 20%、普通 2%、無回答 18%

来年度以降も、健康の社会的決定要因に関するセミナーを開催するとしたら参加したいと思いますか？

とても思う 78%、やや思う 22%、あまり思わない 0%

感想等の自由記述多数

健康の社会的決定要因に関する研究班 ホームページ

厚生労働科学研究（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班

トップ 研究班紹介 研究内容 リンク 問い合わせ

お知らせ

- 健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針(2015)を掲載しました。**NEW**
- WHO Urban HEART(都市における健康格差の評価・対応ツール)を用いた分析結果(英語版)を掲載しました。**NEW**
- 英語による日本からの情報発信のホームページを作成しました。
- 平成25年度研究報告書を掲載しました。
- 健康の社会的決定要因に関する重要な国際的文書の日本語訳を追加しました。
- 平成24年度研究報告書を掲載しました。
- 健康の社会的決定要因に関する重要な国際的文書の日本語訳を掲載しました。
- 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を掲載しました。
- 参考資料として、「いぎいき社会活動チェック表 利用の手引き」を掲載しました。

研究班の紹介

研究班の趣旨

健康の社会的決定要因(SDH)は、国際的にその重要性が叫ばれており、WHOが2008年に委員会報告書を、また2009年に総会議、2011年に国際会議を開催するなど対応が本格化しています。一方で、日本において、関心は広がり始めていますが実際に取り組む研究者や行政担当者はまだ少ない状況にあり、社会全体での認知を広げてしっかりと対応が行われるようにする必要があります。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す。

研究班のメンバー

- 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)
- 研究分担者 近藤 克則(日本福祉大学社会福祉学部教授)
- 近藤 尚己(東京大学大学院医学系研究科准教授)
- 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)
- 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)
- 稲葉 陽二(日本大学法学部教授)

研究内容

平成25年度 厚生労働科学研究報告書

- 報告書 一括ダウンロード(pdfファイル、カラー)
- 報告書 一括ダウンロード(pdfファイル、白黒)
- 分割ダウンロード
- 「総括研究報告書」尾島 俊之(pdfファイル)
- 資料1 Urban HEARTの地域比較分析(pdfファイル)

SDH政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告

研究分担者 橋本 英樹（東京大学医学系研究科 教授）

研究要旨

Post Millennium Development Goalsを巡る国際的議論が2015年に収束し、その具体的な展開が、2016年わが国がホスト国となるG7/G8で議論されることが見込まれている。本分担研究では、post MDG議論でも中核的な議論を形成する「社会的健康決定要因」と「health equity」を巡る議論の動向と政策展開上の課題を見据えるため、世界保健機関の社会的健康決定要因に関する委員会（CSDH）の活動を受け継ぐ、関連研究者・政策担当者による国際的議論の場において、SDH政策展開の現状と課題、展開を促進するために必要とされる条件などについて取材を行った。

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）が最終報告書を総会提出し決議されたのは2008年のことであった。以後、健康格差の縮小に向けたアジェンダは2011年のRio会議でさらに国際的協調政策として位置づけられ、2013年末にはWHOに社会的な健康決定要因に対する専門対応部局が設置されるに至った。しかし現実には、健康格差は拡大の傾向にあり、2008年の世界的経済ショック以降、緊縮財政政策に傾いた欧州諸国ならびに、急速な景気変動にさらされたいわゆるBRICSで、社会保障制度などの整備が追い付かないまま、社会格差・健康格差問題は拡大の一途をたどっている。

政策理念としてのSDHが確立されてきたのと相反して、政策的取組が進まないことについて、すでにExworthy（2008）では、省庁・ガバメントセクター横断的に、長期的視野で、健康を含むより広い社会・環境資源の公正な分

配を図ろうとするSDH政策の特徴自体が、現状の政治体系・政策担当部門のガバナンスの性質と相反する部分を持つために、阻まれやすいことを指摘している。

一方、2014年は国連を中心にMillennium Development Goalsの後継目標としてSustainable Development Goals（SDG）をめぐる議論が加速化し、2015年の合意に向けSDHならびにequityは重要な政策目標としての位置づけがされる見込みとなっている。しかし、その実現に向けた具体的方策は、universal health coverageなどのキーワードが提示されるのみで、health equityに向けたより広い意味でのSDHをどう国レベルならびにグローバルレベルで展開するか、ガバナンスのあり方が模索され続けている。

折しも、現安倍政権において、保健医療戦略を中核に据えた外交戦略(global health diplomacy)が示され（Abe, 2013）、2016年日本がホスト国となるG7/G8においても、どのように各国が連携して、持続可能性と公平性を担保しながら国民の健康に責任を果たすかが議論

されることが期待されている。

そこで本年度分担研究事業では、post MDGを巡り加速化するグローバルヘルス政策の議論のなかで、CSDHの活動を受け継いだ政策議論の国際的動向について取材を進め、日本がグローバルヘルスにおいて果たしうる役割について示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

CSDHの議長を務めたUniversity College LondonのSir Michael Marmot教授が2014年3月にCSDHの元委員ならびに関連機関担当者を集め、イタリアのBellagioのRockefeller財団会議場においてpost CSDH会議を開催し、これに参加し意見交換を行った。さらに10月にMarmot教授を再度ロンドンに訪問し、その後の動きと今後の展開、特にSustainable Development Goalsを巡る議論におけるSDH政策の意義について追加的に議論を行った。さらにBellagio会議に出席したブラジルの関係者（国立公衆衛生院のFelix Rosenberg博士）から、ポルトガル語・スペイン語圏各国で進むSDHに関する政策推進のためのモニタリングシステム（Brazilian Observatory of Health Inequities; BOHI）が連携構築されていることについて、若干の取材を行った。

C. 研究結果

Bellagio会議では、CSDHの前commissioner16人のうち、Marmot教授を含め6人（Flinders大学のBaum教授、インドのNPO SEWA代表のChatterjee博士、カイロのAmerican大学のRashad教授、米国の元Surgeon GeneralのSatcher教授、ストックホルム大学カロリンスカ研究所のVagero教授）が参加し、これにUNDP、UNICEF、WHO、WB各機関の有志、そして報告者を含む若干名の学術経験者（ブラジル、南アフリカ、イタリア、米国）が集った。各部門

ならびに地域におけるSDH政策の現状に関する報告（報告者は日本ならびに周辺東アジア諸国の状況について報告）ののち、post MDGの議論におけるSDH政策の取り扱われ方が不十分であること、UHCなどの議論ではSDHのごく一部だけ、特に臨床的医療技術介入とその分配・財政措置に重きが置かれすぎ、機会や権力・教育などの社会的公正を通じた本来のCSDHのメッセージが十分反映されていないこと、などが現状認識として共有された。そのうえで、SDHを巡る議論を再活性化するためのメッセージをまとめる作業に入った。

その過程で、SDHが健康の平等化に果たす役割について、さらに科学的な知見をまとめあげ、それを政策担当者たちに説得力ある形で示すことでSDH政策の推進を促すべきであるとする意見と、SDH政策が進まないより政治的な構造に着目し、各国政府ならびに国際機関におけるガバナンスのあり方を問う作業が必要であり、疫学的な意味での「科学的証拠」ではなく、より政治学的な分析と行動が求められているとする意見が真っ向から対立し、議論が白熱した。そのうえで、post CSDHとして今後どのような組織的活動が求められるのかについて議論が交わされた。メッセージはその両者の立場を包括する形のものとしてまとめられた。さらに、post MDGのゴール設定がすでに大筋で決まりつつあり、メンバー各国のレビューを受けている最中であること、指標が多すぎてその整理にさらに議論が必要となっていることなどを踏まえて、有効なタイムウインドウが得られるかどうか、どのようなルートでの働きかけが有効かなどの戦術的議論も若干行われたが合意には至らなかった。

高齢化の問題とSDHに焦点を絞った10月のロンドン会議では、高齢者の就労・年金・医療介護、さらに社会参加など、広いSDHについて

英国における縦断調査 (England Longitudinal Study of Ageing; ELSA) による実証的研究の成果が発表され、日本からは報告者がELSAと姉妹調査である日本のJSTARデータを用いて就労による認知機能への影響などについて知見を披露し、高齢者の就労率が大きく異なる英国・欧州・日本さらに米国において、高齢者の就労・社会参加による健康影響について、より比較性を高める分析枠組みが必要であることについて議論された。

Bellagio会議に参加したブラジルの国立公衆衛生院のRosenberg博士より、スペイン語・ポルトガル語圏の各国の国立公衆衛生部局・健康省が連携した、社会格差と健康の状況に関するモニタリングシステムについて紹介があったことから、その後メールにて情報提供などを求めて取材した。その中核となる Brazilian Observatory of Health Inequities; BOHIは、以下の3つの目的を掲げ、既存の情報を集計して、乳児死亡率や平均寿命、健診受診率などを教育歴など社会経済的階層別に統計をまとめ、国内外・時系列でモニタリング・比較することで、健康の均てん化と社会経済・健康政策の健康格差影響を評価するシステムとして稼働開始している。

- To further orient health sectors towards reducing health inequities
- To strengthen global governance and collaboration
- To monitor progress and increase accountability

翻ってわが国においては、人口動態統計に社会経済的指標情報が取り込まれておらず、産業別動態統計も、引退年齢や専業主婦はすべて無職となり階層情報が得られないままである。国民生活基礎調査では2010年よりようやく学歴情報が入手可能となったが、所得情報が依然介護・栄養調査などと重複しない設計

で収集されているため、階層による生活習慣・食事・医療介護アクセスなどの評価が十分に行える状態となっていないのは、ゆゆしき状態であるといわざるを得ない。

D. 考察

2016-G7/G8を控え、グローバルヘルスを外交戦略として展開するわが国において、欧米・さらに近隣アジア諸国と共同的フレームのもとで比較研究や情報連携を模索し、各国の歴史・制度的基盤の違いを踏まえつつ、健康の公平化に必要な経済・社会・人的資源の在り方と、中央政府・地方行政組織、民間事業者や住民参加の在り方を具体的に模索する作業が求められている。そのためにもBOHIなどの先進ケースに深く取材し、SDHに関するモニタリング体制を早急に確保し、わが国固有の医療社会保障が健康状態の平等にどのように寄与したのかを、明確に説明責任が果たせるようにする必要がある。

E. 結論

Post-MDGを巡る議論が2015年に収束し、2016年にはその目標に向けた具体的な行動提起がG7参加各国に求められるようになる。SDHを基軸としたhuman security approachを独自の戦略としてわが国が展開・主導するためには、まず国内における健康階層のモニタリングと、有効なSDH政策を展開するガバナンスの新たな構築、そして影響評価の枠組みを確立することが必須条件となるだろう。

参考文献

- Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *The Lancet*. 382(9896):915 – 916.
- Marmot, Michael. "Universal health coverage and social determinants of

health." *The Lancet* 382, no. 9900 (2013): 1227-1228.

20of%20Health-01.pdf (last accessed in Feb 2, 2015)

- National Institute of Public Health in Mexico, and Ministry of Health in Brazil. Developing SDH indicators for observatories on health inequalities.

Downloadable at

http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnet/recursos/Developing_SDH.pdf

- Rosenberg F. Social Determinants of Health; The role of NIPHS in monitoring health inequities and devising strategies for assessing and processing progress. Presentation at 2014 Public Health Institutes of the World, Morocco. Available at [http://www.ianphi.org/documents/meetings/2014annualmeetingppts/Felix%20Rosenburg%20-%20Social%20Determinants%](http://www.ianphi.org/documents/meetings/2014annualmeetingppts/Felix%20Rosenburg%20-%20Social%20Determinants%20of%20Health-01.pdf)

F. 研究発表

1. 論文発表

未発表

2. 学会発表

未発表

G. 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