

201403005B

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～平成 26 年度 総合研究報告書

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)

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～平成 26 年度 総合研究報告書

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)

班員及び研究協力者一覧

- 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（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（アルファベット、50音順）
- Ichiro Kawachi (Harvard School of Public Health)
Michael Marmot (University College London)
Mikael Rostila (Centre for Health Equity Studies)
Monica Åberg Yngwe (Centre for Health Equity Studies)
芦田 登代（東京大学大学院医学系研究科）
井筒 将斗（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・衛生学分野）
岡田 栄作（浜松医科大学健康社会医学講座）
小塩 隆士（一橋大学経済学部）
狩野 恵美（WHO 神戸センター）
倉岡 正高（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）
鈴木 宏幸（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）
長谷田 真帆（東京大学大学院医学系研究科）
南 潮（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）
宮國 康弘（千葉大学予防医学センター環境健康学研究部門）
宮下 淳子（日本大学法学部稲葉陽二研究室）
- 事務局 飛世 由美子（浜松医科大学健康社会医学講座）

目 次

I. 総合研究報告

健康の社会的決定要因に関する研究-----	1
-----------------------	---

(資料 I-1) 平成 24 年度研究報告

I. 総括研究報告書

健康の社会的決定要因に関する研究-----	23
-----------------------	----

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-----	39
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 -----	64
3. 格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連-----	76
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-----	102
— 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—	
5. 高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ-----	114
— 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—	
6. 健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究-----	119

(資料 I-2) 平成 25 年度研究報告

I. 総括研究報告書

健康の社会的決定要因に関する研究-----	277
-----------------------	-----

資料 1 Urban HEART の地域比較分析 -----	288
--------------------------------	-----

資料 2 Urban HEART の枠組みによる	
--------------------------	--

介護予防への対応についてのワークショップ-----	300
---------------------------	-----

<日本国内での SDH 対策事例についての英語による紹介>	
-------------------------------	--

資料 3 The Case of Taketoyo Town, Aichi Prefecture -----	309
--	-----

資料 4 The Case of Kamikatsu Town, Tokushima Prefecture -----	319
---	-----

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 -----	327
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 -----	330
3. 格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連 -----	337
4. 健康格差の継続モニタリングのための指標に関する研究 -----	345
— 大規模データでの検討 —	
5. 高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ -----	357
6. 健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究 -----	365

(資料 I -3) 平成 26 年度研究報告

I. 総括研究報告書	447
健康の社会的決定要因に関する研究	
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)	455
資料 2 健康と社会 (SDH) セミナーの概要	459
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	460
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	461
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	465
3. 格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連	471
4. 抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究研究	480
— 地域環境の改善による健康格差対策に向けて —	
5. 高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ	498
6. Urban HEART の見える化サイトの作成について	505
II. 研究成果の刊行に関する一覧	513
III. 研究成果の刊行物・別刷	
資料 1 Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: a national registry-based repeated cohort study, 1990–2007.	515
資料 2 健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」	521
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	537

I . 総合研究報告

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、(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）

A. 研究目的

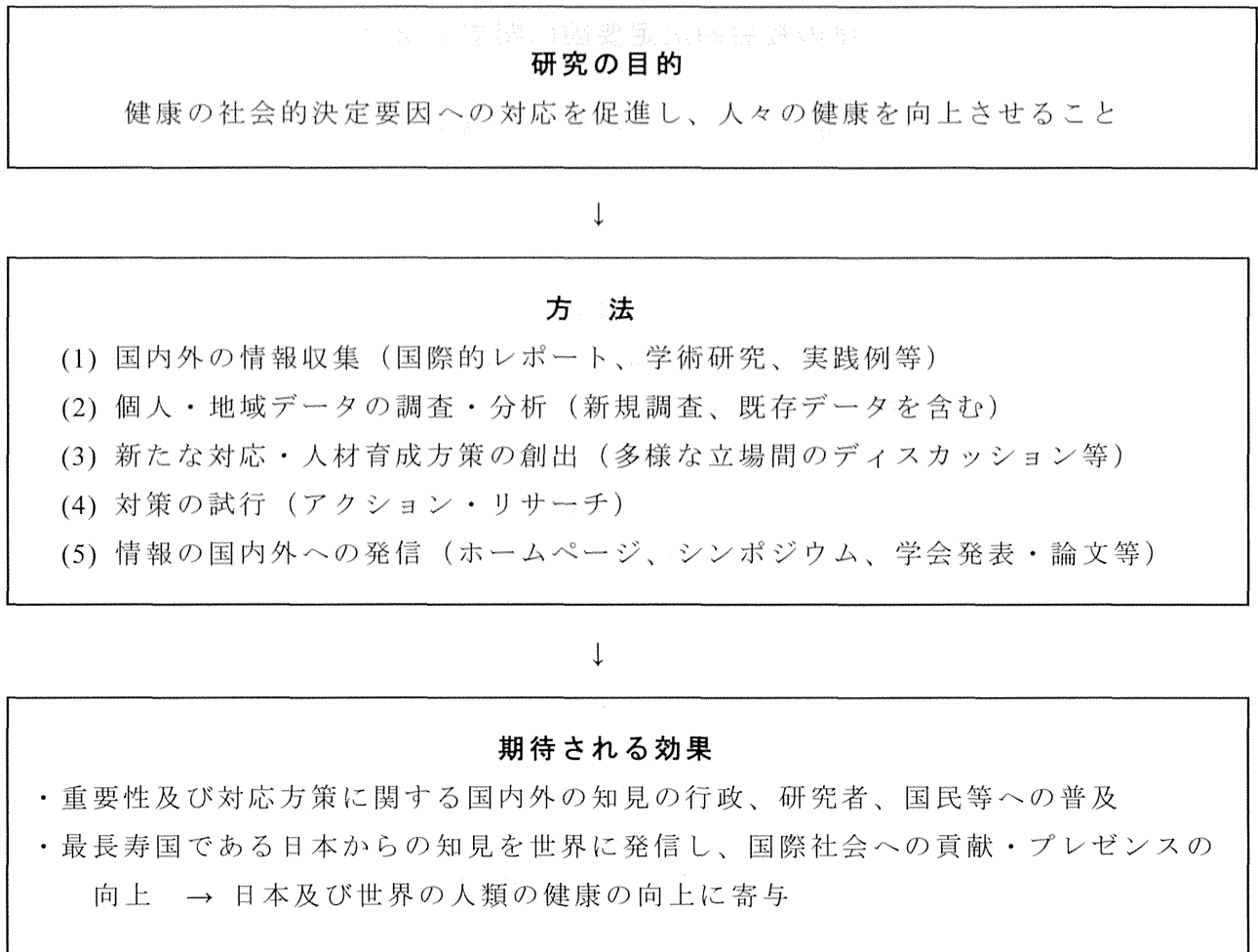
健康の社会的決定要因（SDH）は、所得、教育、就業、生活環境、社会環境等が含まれる。WHO に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on Social

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、都市における健康格差の評価・対応ツール）を2010年に開発している。

SDHは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、

図 1 研究全体の流れ図



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。

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（担当：近藤克則、尾島俊之、他）

平成 24、25 年度に 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。

○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、近藤尚己）

平成 24 年度には、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。

平成 25 年度には、11 月にロンドンにて、CSDH の議長を務めた University College London の Sir Michael Marmot 教授が主催する、SDH 研究者連絡会議に参加し、各国参加者との意見交換を実施した。また、同会議の出席者でもある、Erasmus 大学の Mackenbach 教授が 12 月に来日したのに伴い、政策的提言につながる研究展開の在り方について意見交換を行った。さらに、3 月に、同じく Marmot 教授が主催する CSDH の元委員ならびに関係者を集めた post CSDH 会議が、イタリアの Bellagio において開催されたため、これに参加し意見交換を行った。

平成 26 年度には、10 月に Marmot 教授を再度ロンドンに訪問し、Bellagio での会議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)

平成 24 年度には、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、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。

平成 25 年度には、前年度に実施した調査事例のうち、参考になると考えられる事例として、新潟県三条地域振興局健康福祉環境部における、「ピンクリボンほっと語り温泉街づくり」について、関係者にヒアリングを行った。また、ソーシャル・キャピタルを維持するための試みの事例として、岡山県吉備中央町において愛育委員が 65 歳以上の全高齢者に対する声かけ運動を行っている事例について、上記事例と対比しながら、ヒアリングを行った。

平成 26 年度の研究としては、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を行っている K 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 年度に入って 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 24 年度には、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、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、平成 22（2010）年に同内容の質問票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。

平成 25（2013）年度には、第 1 に、前年度に実施した東京都の郵送法アンケート調査から、QOL（生活満足度、心配事、主観的健康、抑うつ度）と社会関係資本との関連を計測し、それを平成 22 年に実施した全国調査と比較した。第 2 に、別途作成した平成 17（2005）年市町村別データベースから老人医療費、社会関係資本、経済格差の関連を計測した。いずれも線形重回帰分析を用いた。

平成 26 年度には、前年に収集され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。

○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（担当：近藤尚己）

平成 24 年度には、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）による平成 22（2010）年度調査のデータを用いて分析を行った。この調査は、全国 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ものである。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、自治体内の小学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、図 2）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。

平成 25 年度には、国レベルで健康格差のモニタリングを行う際の各指標の利点や欠点について、スウェーデンの住民登録と死亡登録の個人リンケージデータを用いて検討した。30 歳から 64 歳の全男性国民データについて、1990 年から 2004 年の各年コホートをそれぞれ 3 年後の死亡情報とリンケージし、繰り返しコホート分析を行った（各コホート平均 386 万人）。個人所得 5 分位間の 3 年後の年齢調整死亡率の差について、10 種類の格差指標を計算した。評価項目は、相対指標か絶対指標か、順序がある指標か否か、精度、計算方法の簡便さ、比較可能性、解釈の容易さとした。

平成 26 年度には、前年度に JAGES によって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

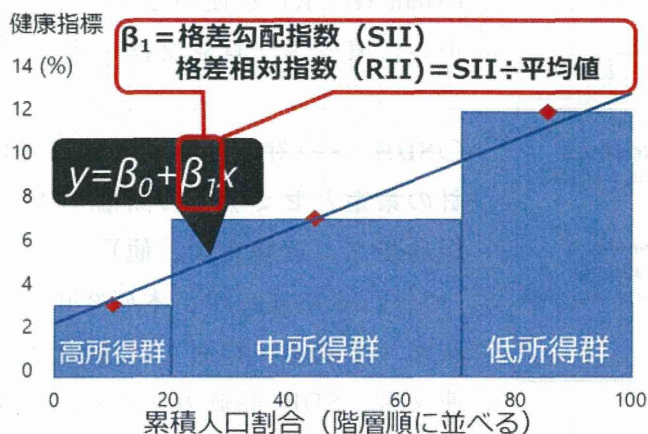
位での割合の差と比、および格差勾配指数・格差相対指数）である。説明変数には、地域の健康状況の評価ツールである Urban HEART に沿って、本研究班で開発した日本人高齢者版のコア 20 項目を参考に、地域環境の変化、建造環境、地域活動への参加状況、ソーシャル・キャピタルに関する項目を選定した。これらについて、まずスピアマンの相関係数を算出した。次いで、抑うつの所得間格差指標を目的変数とし、高齢化率、人口密度、独居者割合で調整し、回帰分析を行った。統計分析には SAS version 9.3 を、格差指標の算出には、HD*Calc(米国がん研究所)を用いた。

(3) 新たな対応・人材育成方策の創出

○ワークショップ等による SDH への対応方策の検討（担当：尾島俊之、近藤克則、他）

平成 24 年度には、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。そこでは、SDH の概念等を説明した上で、自由な発想で対応方策等に関する意見交換を行った。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。

図 2. 格差勾配指数・格差相対指数の算出法



○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）

平成 25 年度には、WHO が開発した Urban HEART（図 3）を用いて、日本の介護予防状況についての分析を行った。具体的には、JAGES が平成 22（2010）年に実施した全国 31 自治体の高齢者への調査データ等を用いて、Urban HEART による地域比較分析（MATRIX 分析）を行った。そして、その結果一覧を見

ながら、自治体の地域特性に応じて、それぞれの地域でどのような介護予防施策を展開していくのが良いか、ワークショップを行った。参加者は、市町村、都道府県等の自治体の保健師、事務職、また大学の研究者等である。その実施にあたっては、ブレインストーミングの 4 つの原則、すなわち、批判厳禁、自由奔放、質より量、便乗歓迎を提示し、それに則って実施した。

平成 26 年度には、Urban HEART の枠組みを参考に閲覧システムを開発した。その開発に当たっては、まず独自の指標群の枠組み（図 4）を開発して定義し、日本の高齢者データを用いて算出が行われた。データには、JAGES 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。

図 3. Urban HEART の進め方（6つのステップ）

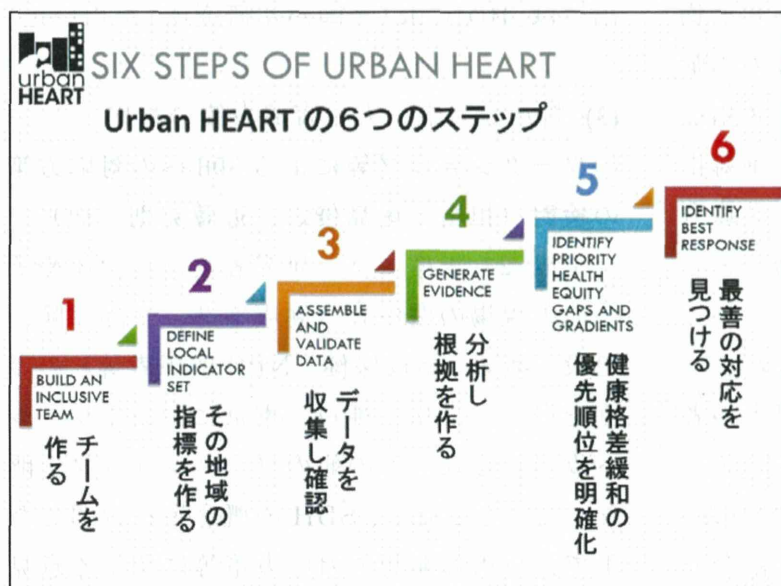
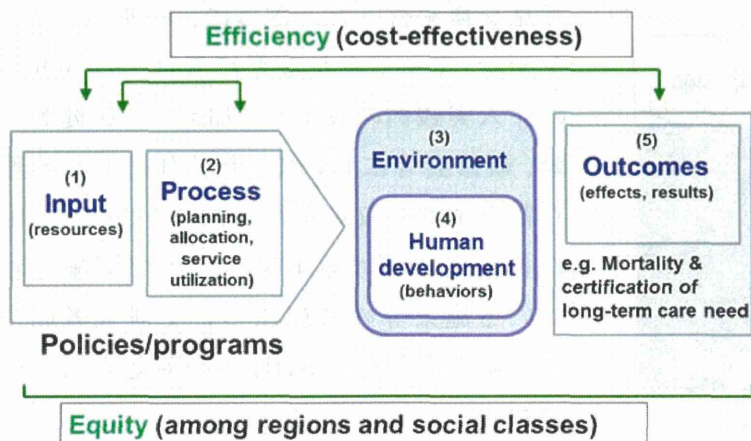


図 4. JAGES で開発した指標群のフレームワーク

Policy Evaluation Indicators Framework

5 elements and 2 dimensions



○WHO Urban HEART 改訂作業への参画（担当：尾島俊之、近藤克則）

平成 25（2013）年 11 月 6～8 日に WHO が開催した Urban HEART に関する専門家会議に参画し、Urban HEART の新しいバージョン開発に向けての検討を行うと共に、Urban HEART を使用している各都市の代表者等と意見交換を行った。

○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（担当：尾島俊之、近藤克則、他）

平成 26 年度には、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)

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。具体的には平成 24~26 年度と継続して、高齢者の就労支援事業として、東京都 A 区、さらに B 区に開設されたアクティブシニア就業支援センター (図 5) についての調査等を行った。

平成 24 年度は、A 区のセンターにおいて、利用者の人数、性別、年齢、就職率、就職決定時の職種、求人内容を観察した。

平成 25 年度は、利用者の来所時にアンケート用紙を配布し郵送による回答を求めた。郵送には返信用封筒を使用し、アンケートへの回答は有償であった。調査内容は、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) および健康状況 (主観的健康感、WHO-5 精神的健康状態表) とした。その後、B 区のセンターにも対象を拡大し、また追跡調査を実施した。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)

平成 24 年度に研究班ホームページを、その後、英語版のホームペー

ジを開設した。学会発表、学術論文、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。日本国内での SDH 対策として、愛知県武豊町及び徳島県上勝町における、ソーシャル・キャピタルの醸成が行われた事例について、その紹介文を英語に翻訳して情報発信した。

また、平成 24 年度には国際シンポジウムを共同企画により開催し、また平成 26 年度には健康と社会 (SDH) セミナーを開催し、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。

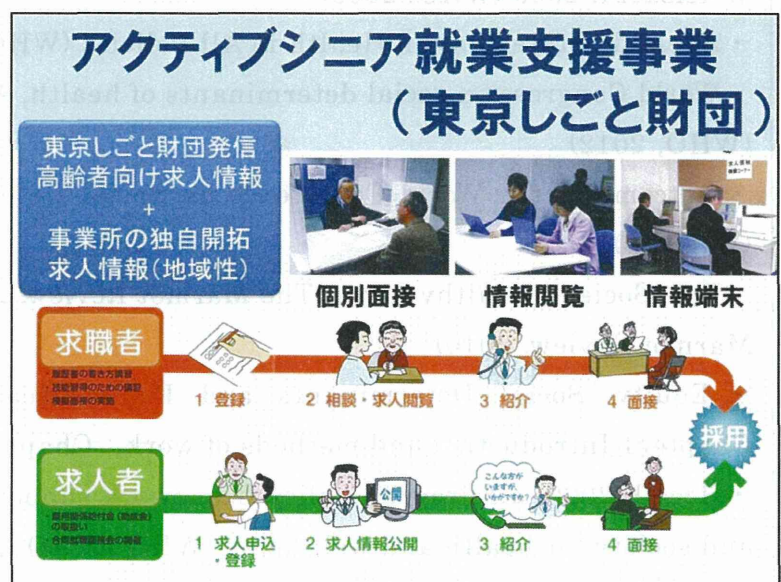
C. 研究結果と考察

(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

表 1 に示す WHO 及びその他の機関等が発行している健康の社会的決定要因に関する国際的な主要文書について日本語に翻訳し、研究班ホームページ及び研究報告書にて公表を

図 5. アクティブシニア就業支援事業の概要



行った。

○SDH 政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告

平成 24 年度の検討結果では、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、

表 1. 日本語訳を行った国際的な主要文書

- ・ 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)
- ・ Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review, 2010. Executive Summary (The Marmot Review, 2010)
- ・ Equity, Social Determinants and Public Health Programmes (WHO, 2010) Chapter1 Introduction and methods of work, Chapter14 Synergy for equity
- ・ Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (WHO EURO, 2012)

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。

平成 25 年度には、11 月に開催された SDH に関する会議で、主に学術的観点から、健康の社会格差に関する学術的知見を国際的に蓄積したうえで、政策提言などにつなげるための連携の在り方について議論が行われた。各国の状況、活動を支える主体の性格・ファンドの確保など、様々な議論が交わされた。12 月の Mackenbach 教授との情報交換では、いわゆる福祉国家レジームによらず、社会的健康格差が拡大傾向にあることについて、2 極化する社会階層の問題に加え、喫煙など社会階層と密接に結びつく生活習慣による健康影響の相対的重みが増していることなどについて議論がなされた。また科学的知見により問題構造を明らかにするだけでは、具体的な政策的インパクトに欠けること、政策的ターゲットと介入の方策についても、具体的な提言が必要であること、そしてそれにつなげるうえで、単に社会的健康格差があることを示すだけでなく、またそのメカニズムについて実証的な検討をするに留まらず、社会実験を含む政策的介入研究や政策評価研究こそが求められていることが示唆された。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。

平成 26 年度に入り、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

平成 24 年度の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て紹介した。

平成 25 年度には、新潟県三条地域振興局健康福祉環境部における、「ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり」のヒアリングの内容を分析した結果から、以下のようにまとめることができた。

・大項目 1：リソースの把握

ニーズの把握として、乳がん罹患患者の増加に伴い、ニーズが高まっているものとの予測とともに、患者団体等におけるアンケート調査結果にもとづき把握されていた。リソースの余剰の把握として、他県の個別の旅館単位では対応している事例があったことから、可能性はあるものと想定したと思われる。

・大項目 2：リソース交換の円滑化・広域化のための工夫

リソースのやりとり（取引）に関してルールがあるかどうかについて、旅館側からの提供に際して、「認定旅館」の制度がこれにあたると言えるかもしれない。キーパーソンが存在について、実施旅館の女将が、たまたま看護職経験があったことから担当することとなり、かつ、疾病への理解、対応が円滑という点においてキーパーソンであったと見ること

ができる。条例化や街づくりプランへの健康の視点の導入などについて、自己検診の案内がシャワールームのノブに掛けて行われている。

・大項目 3：リソース交換の管理・停止しないための介入

行政の関与として、明らかに業務遂行上無理のあるような提案（協力依頼）とならないよう十分に配慮したと思われる。貸し切り風呂と、入浴着着用での入浴への支援という全く異なる 2 つのアプローチが行われた。民間組織（NPO など）の関与として、女将会の関与があった。独自に両肩の入浴着の開発が行われた。

・大項目 4：リーダーシップ

良い意味で、複数の関係者の協力にもとづくものと推察された。

・その他

従業員に乳がんに関する研修を実施することが認定項目に含まれていることから、「乳がんの術後がどういうものか知っている（はずである）」という期待にもとづく安心感を覚え、それによって自己表出することができたのではないかと考えられる。また、本事業において要となった女将会については、新潟県中越地震の際に発足したものであり、これが今回流用可能であった。

岡山県吉備中央町において愛育委員が 65 歳以上の全高齢者に対する声かけ運動を行っている事例のヒアリング結果から、以下のようにまとめることができた。

・大項目 1：リソースの把握

ニーズの把握としては、愛育委員に訪問して欲しいといった住民側からの具体的なニーズの調査は実施していない。リソースの余剰の把握としては、「気になる住民」に対する見守り活動は、JA などさまざまな組織において独立してすでに実施されていた。

・大項目2：リソース交換の円滑化・広域化のための工夫

現時点では該当なし。

・大項目3：リソース交換の管理・停止しないための介入

行政の関与としては、現時点で岡山県保健福祉部健康推進課、岡山県精神保健福祉センターおよび吉備中央町保健課の関与による事業である。民間組織（NPO など）の関与としては、JA との連携の可能性はあるが、現時点ではなし。

・大項目4：リーダーシップ

本事業については、強力なリーダーシップはない。

平成26年度には、K町S地区における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

平成24年度の分析の結果、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。近所づきあいの程度（「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。

平成25年度に、東京都9区調査の個票データを用いた推計を行った結果、「特定化信頼」が4つのQOL（「生活満足度」「心配事」「主観的健康」「抑うつ度」）のいずれに対しても統計的に有意であった。逆に「一般的信頼」「近所づきあい」「特定化互酬性」は、4つのQOLいずれに対しても有意でなかった。これらの推計の調整済み決定係数は「生活満足度」が0.083、「心配事」が0.099、「主観的健康」が0.029、「抑うつ度」が0.123であり、ここで扱った社会関係資本の構成要素はここで掲げたQOLの数%から1割程度を説明するものといえる。全国調査による推計では、「一般

的信頼」が4つのQOLのすべてについて統計的に有意であった。つまり、東京都では関連がみられなかった認知的社会関係資本である「一般的信頼」が、全国レベルではQOLに影響があるという結果がでていいる。心と身体両面の健康(「抑うつ度」と「主観的健康」)、「年間世帯所得」、「心配事の多寡」を独立変数に加えて、生活満足度を従属変数とした推計においても、社会関係資本の構成要素で統計的に有意なのは「特定化信頼」のみであるが、調整済み決定係数は0.359にあがった。東京都9区調査でみるかぎり、QOLに関して社会関係資本は、自分たちの生活圏のなかでの信頼とつきあいがあればそれで十分であるようにみえる。

全国の市町村データについて、「一人当たり老人医療費」を目的変数とした分析結果で、「高齢者就業率」、「医師一人当たり人口」、「一病床当たり住民数」、所得に関する「ジニ係数」のいずれも有意であった。高齢者就業率が高いほど、老人医療費が低く、ジニ係数が高いほど、老人医療費が高い。また、利用サービスの供給能力が高いほど医療費が若干低減する結果であった。

平成26年度に行った99市町村の住民への郵送調査の分析結果では、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マイクロレベルを根、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。

○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

平成24年度に、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。

平成 25 年度にスウェーデンのデータを分析した結果、健康指標の階層間の差、格差勾配指数、絶対集中度指数、群間分散などの絶対的な指標では、1991 年から 1994 年まで所得階層間の死亡率格差が縮小し、その後 2003 年まで漸増した。健康指標の階層間の比、格差相対指数、Kunst&Mackenbach の格差相対指数、相対集中度指数、Index of Disparity、平均対数偏差などの相対的な指標では、一時的な

減少傾向は顕著ではなくなった。各指標の評価として、まず精度について健康指標値の比や差はサンプルサイズが小さいなどにより比較する 2 つの値のどちらかが不安定だと誤差が大きくなる危険があるが、大規模データではその影響は限定的であった。実用面の評価として、計算方法の簡便さについては、どのような統計ソフトでも簡単に計算できる分散・標準偏差、差と比が最も有利と評価した一方、高度な数式処理が必要な集中度指数（絶対・相対）が最も難解と判断された。時系列的・空間的比較の際の妥当性（比較可能性）については、各年の平均値の違いの影響を受ける分散・標準偏差をはじめ、その他の絶対指標全般に課題があると考えられた。解釈の容易さについては、分散や標準偏差関連の指標については、値が示す意味が直感的にわかりづらく、難ありと判断された。差と比に加え、それらと類似に解釈できる格差勾配指数は解釈しやすいと考えられた。格差相対指数は平均値で除することにより解釈が難しくなってしまうが、その変法である Kunst & Mackenbach の格差相対指数は、最も階層が高い者と最も低い者との間の死亡率比として解釈が可能であり、率の比と同様、容易に解釈できると考えられた。検討の結果、大規模なデータでは、指標値の比・差を用いることが、特に実用面（解釈の容易さ）において有利であることが示された。また、計算等において専門家のサポートが得られる場合、格差勾配指数や格差相対指数など、より洗練された数値を用いることも、精度の高さの観点からは推奨されるといえよう。

平成 26 年度の抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究では、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(図6)。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¹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

○ワークショップ等によるSDHへの対応方策の検討

平成24年度のワークショップの結果、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、空洞化した中心市街地の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

図6. 市区町村別の抑うつの格差勾配指数
(エラーバーは95%信頼区間)

