

- 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ー人を育てる職場環境ー

(2) 系統だった人材育成の確立ー人を育てる人事管理ー

(3) 仕事を進める過程の工夫・活用ー人を育てる仕事の進め方ー

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の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

- ❶ 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](#)
- ❷ 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](#)
- ❸ 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。
- ❹ 平成25年度研究報告書を掲載しました。
- ❺ 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。
- ❻ 平成24年度研究報告書を掲載しました。
- ❼ 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。
- ❽ 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。
- ❾ 参考資料として、「いき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年に総会決議、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、関心は広がっ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

- ❶ 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)
- ❷ 研究分担者 近藤 克則(日本福祉大学社会福祉学部教授)
- ❸ 近藤 尚己(東京大学大学院医学系研究科准教授)
- ❹ 橋本 英樹(東京大学大学院医学系研究科教授)
- ❺ 高尾 総司(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科講師)
- ❻ 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)
- ❼ 稲葉 陽二(日本大学法学部教授)

 pagetop

研究内容

平成25年度 厚生労働科学研究報告書

- ❶ 報告書 一括ダウンロード(pdfファイル、カラー)
- ❷ 報告書 一括ダウンロード(pdfファイル、白黒)
- ❸ 分割ダウンロード
- ❹ 「総括研究報告書」尾島 俊之(pdfファイル)
- ❺ 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

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

研究分担者 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 講師)

研究の要旨

本分担研究は、健康の社会的決定要因（SDH）に関する研究のうち、国内各地域における介入実践例を収集し、他の地域においても活用可能となるようにまとめることを目的とした。

研究初年度は（１）全国自治体への事例収集調査、（２）事例から SDH 介入に有用と考えられる要因の抽出、（３）参考になると考えられる事例の抽出を実施した。

昨年度は、初年度実施した調査事例のうち参考になる事例について、実際に関係者にヒアリングを行った。ヒアリング事例も含め、参考になる事例の多くは、すでに WEB サイト等を通じた情報発信も積極的に行われており、こうした事例収集調査によってまったく新しい事例が発掘される可能性は高くないことも分かった。

SDH（例えばソーシャル・キャピタル）に対して、今後の介入方法を検討する上では、どんな方法であっても到達しにくい対象者が必ず発生してしまうことにも注意する必要がある。そこで、最終年度は、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、「全」高齢者を対象とした事業であったにも関わらず、結果的にサービスが提供されなかった対象者の属性を検討することで、SDH 介入によって、むしろ格差を助長してしまわないための視点を検討した。

A.研究の目的

健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health; SDH）は、国際的にもその重要性が指摘されてきており、対応が本格化している。本邦においても社会全体での認知を広げてしっかりとした対応が行われるようにする必要があると考えられる。

SDH への対応を促進し、人々の健康を向上させるために、国内の各地域における SDH 改善・維持の介入実践例の情報収集を行い、他の地域においても活用可能となるようにまとめることを目的とした。

一方で、SDH（例えばソーシャル・キャピタル）に対する今後の介入方法を検討する上では、どんな方法であっても到達しにくい対象者は必ず発生してしまうことにも注意する必要がある。

そこで、最終年度は岡山県 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、「全高齢者」を対象とした事業にも関わらず、サービスが提供されなかった対象者の属性を検討することで、SDH 介入によって、むしろ格差を助長してしまわないための視点を検討した。

B.研究方法

岡山県 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 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（特に当該地区において、声かけが継続的に行われているにもかかわらず、0 回だった住民に着目する）。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。

C.研究結果

ベースライン調査には 200 名（回収割合 73.3%）、フォローアップ調査には 173 名（回収割合 63.4%）が回答した。ベースライン調査またはフォローアップ調査のいずれかに対して回答したものは 251 名であり、これらを解析対象とした。性別では、男性 107 名（42.6%）、女性 144 名（57.4%）であった。年齢は、65 歳～74 歳が 67 名（26.7%）、75 歳～89 歳が 126 名（50.2%）、90 歳以上が 58 名（23.1%）であった。最終学歴は、中学 130 名（53.1%）、高校 96 名（39.2%）、短大以上 19 名（7.8%）であった（欠損 6 名）。同居については、有り 127 名（67.9%）、無し 60 名（62.1%）であった（欠損 54 名）。希死念慮は、20 名（10.5%）に認められた（欠損 50 名）。

表1. 訪問回数の詳細

訪問回数	度数	%
0	85	33.86
1	4	1.59
2	10	3.98
3	4	1.59
4	18	7.17
5	33	13.15
6	46	18.33
7	12	4.78
8	12	4.78
9	10	3.98
10	11	4.38
11	3	1.2
12	3	1.2
合計	251	100

訪問頻度は、0 回～12 回、平均 3.98 回、中央値 5 回であり、詳細は表 1 の通りであった。0 回が 85 名（33.9%）を占める最頻値であった。

訪問回数は、①有無；無しと有り（表 2-1～2-8）、及び、②頻度；無し、中央値以下（1 回～5 回）、中央値より大（6 回以上；表のラベルは簡略化のため中央値以上と表示）（表 3-1～3-8）の 2 パターンについて記述を行った（カイ二乗検定を行った）。また、②については、訪問回数無しの群を除外し、中央値以下と中央値以上の比較もカイ二乗検定にて評価した。

性別・年齢については、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く、必ずしも年齢階級と単調な増減関係は認められなかった。

表2-1. 訪問有無と性別

	訪問		合計
	無し	有り	
女性	47	97	144
男性	38	69	107
合計	85	166	251

*p=0.634

表2-2. 訪問有無と年齢

	訪問				合計
	無し		有り		
65歳～74歳	21	31.3	46	68.7	67
75歳～89歳	52	41.3	74	58.7	126
90歳以上	12	20.7	46	79.3	58
合計	85	33.9	166	66.1	251

*p=0.021

学歴および同居の有無別に訪問の有無を比較した。学歴については短大以上がごく少数であったことから、これを除外し単純に中学、高校での比較とすれば、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。

表2-3. 訪問有無と学歴

	訪問				合計
	無し		有り		
中学校	52	40.0	78	60.0	130
高校	25	26.0	71	74.0	96
短大以上	7	36.8	12	63.2	19
合計	84	34.3	161	65.7	245

*p=0.089
(短大以上を除外すると、 $p=0.029$)

表2-4. 訪問有無と同居

	訪問				合計
	無し		有り		
独居	25	41.7	35	58.3	60
同居	46	36.2	81	63.8	127
合計	71	38.0	116	62.0	187

*p=0.474

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。社会参加が少なければ少ないほど、訪問無しの割合が高かった。

表2-5. 訪問有無と信頼

	訪問				合計
	無し		有り		
不信	26	45.6	31	54.4	57
信頼	49	35.8	88	64.2	137
合計	75	38.7	119	61.3	194

*p=0.199

表2-6. 訪問有無と互酬性

	訪問				合計
	無し		有り		
低い	53	45.3	64	54.7	117
高い	21	27.6	55	72.4	76
合計	74	38.3	119	61.7	193

*p=0.014

表2-7. 訪問有無と社会参加

	訪問				合計
	無し		有り		
無し	39	60.0	26	40.0	65
低い	17	31.5	37	68.5	54
中程度	10	30.3	23	69.7	33
高い	9	23.7	29	76.3	38
合計	75	39.5	115	60.5	190

*p<0.001

希死念慮と訪問有無に関しては、関連がなかった。

表2-8. 訪問有無と希死念慮

	訪問				合計
	無し		有り		
無し	66	38.6	105	61.4	171
有り	9	45.0	11	55.0	20
合計	75	39.3	116	60.7	191

*p=0.579

次に、訪問有りのカテゴリを2分し、中央値以下と中央値より大で比較をした。性別、年齢については関連がなかった。

表3-1. 訪問頻度と性別

	訪問						
	無し		中央値以下		中央値以上		
女性	47	32.6	39	27.1	58	40.3	144
男性	38	35.5	30	28.0	39	36.5	107
合計	85	33.9	69	27.5	97	38.7	251

*p=0.817

表3-2. 訪問頻度と年齢

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
65歳～74歳	21	31.3	17	25.4	29	43.3	67
75歳～89歳	52	41.3	30	23.8	44	34.9	126
90歳以上	12	20.7	22	37.9	24	41.4	58
合計	85	33.9	69	27.5	97	38.7	251

*p=0.058

学歴については、最頻値のカテゴリが各学歴ごとに異なった（中学の場合、訪問無し。高校の場合、中央値以上の訪問。短大以上の場合、中央値以下の訪問）。同居については関連を認めなかった。

表3-3. 訪問頻度と学歴

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
中学校	52	40.0	31	23.9	47	36.2	130
高校	25	26.0	26	27.1	45	46.9	96
短大以上	7	36.8	9	47.4	3	15.8	19
合計	84	34.3	66	26.9	95	38.8	245

*p=0.026

表3-4. 訪問頻度と同居

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
独居	25	41.7	13	21.7	22	36.7	60
同居	46	36.2	32	25.2	49	38.6	127
合計	71	38.0	45	24.1	71	38.0	187

*p=0.752

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関連が認められ、特に社会参加については、自身の社会参加が増えるほど、訪問無しの割合が減少し、中央値以上の訪問の割合は単純に増加していた。

表3-5. 訪問頻度と信頼

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
不信	26	45.6	14	24.6	17	29.8	57
信頼	49	35.8	31	22.6	57	41.6	137
合計	75	38.7	45	23.2	74	38.1	194

*p=0.281

表3-6. 訪問頻度と互酬性

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
低い	53	45.3	28	23.9	36	30.8	117
高い	21	27.6	18	23.7	37	48.7	76
合計	74	38.3	46	23.8	73	37.8	193

*p=0.022

表3-7. 訪問頻度と社会参加

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
無し	39	60.0	9	13.9	17	26.2	65
低い	17	31.5	19	35.2	18	33.3	54
中程度	10	30.3	9	27.3	14	42.4	33
高い	9	23.7	7	18.4	22	57.9	38
合計	75	39.5	44	23.2	71	37.4	190

*p<0.001

希死念慮については、関連を認めなかった。

表3-8. 訪問頻度と希死念慮

	訪問				合計		
	無し	中央値以下	中央値以上				
無し	66	38.6	39	22.8	66	38.6	171
有り	9	45.0	5	25.0	6	30.0	20
合計	75	39.3	44	23.0	72	37.7	191

*p=0.750

なお、頻度については、すべての解析に対して、訪問無しを除外し、中央値以下と中央値より大のみのカテゴリの比較も実施したが、学歴をのぞいて有意な関連は認められなかった。

D. 考察

結果と順序は逆転するが、まずベースライン調査における希死念慮と訪問有無、頻度に関連が無かった点は、本介入としては良かった結果と考えられる。計画段階からの懸念点として、質問紙調査において聴取した個人の希死念慮（有り）に対してどのように対処するかについて慎重な議論が行われた。無記名で実施する調査であり、個人を特定し何らかの介入を行うことを目的とはしないということを確認していた。介入としては、「地域介入」つまり、介入対象となったS地区については、

町内他地区と比較し、希死念慮を訴える住民が多かったことから、当該「地区」を対象とし、地区全体（65歳以上全住民）に介入することとした。結果から見る限り、訪問実施した愛育委員が、当該住民に希死念慮の回答があることを（何らかの形で）知ったがゆえに、がんばって訪問回数を増やすようなことは行われなかったということであろう。

性別については、意外な結果であった。女性の方が訪問を受けやすく、男性は訪問無しの方が多くなるのではないかと予想したが、大きな傾向の違いは無かった。ただし、愛育委員も同様の予測をしていた場合、男性の住民への訪問については、より重点的にもれなく行うよう意識していた可能性は否定できない。実際に、データとしては訪問して会えたかどうかにもとづき回数をカウントしているが、「会えるまで」に複数回訪問していることもあり、その判断は、個別の愛育委員に委ねられていた。つまり、一度の訪問で不在等であっても、必要があると判断した対象住民に対しては、「会えるまで」訪問していたかもしれない。

年齢階級に関しては、75歳～89歳のカテゴリに多くを含みすぎたのかもしれないが、容易に解釈できるような傾向は認められなかった。ただし、やはり90歳以上の住民に対しては、少々熱心に訪問を行ったのではないかと推察はできる。

学歴に関しては、短大以上が多くないため、これを除外して、単純化して考えると、やはり学歴が低い住民の方が訪問を受けない傾向があった。この点は、本分担研究の目的である、「SDH介入によって、むしろ格差を助長してしまわないための視点」としては重要であると考えられた。年齢、性別、同居有無な

どが「見える」指標であるとするならば、学歴については必ずしも、はっきりと愛育委員に「見える」訳ではない。また、調査したわけではないが、愛育委員自身が、住民と比較して相対的に学歴が高い集団となってしまう場合には、なおさら注意が必要であろう。

同居の有無に関して、同居者のいる住民の方が訪問を多く受けているような印象がある。しかし、訪問に際して、本人の在宅を「明確」に確認した訳ではなく、例えば、ご主人が65歳以上で本事業の対象となっているものの、65歳未満の奥様が愛育委員の対応をされた時に、「どうやら在宅ではないか」といった場面で、敢えて、対象のご主人と会うまでは帰らないというような対応までは求めなかったこともあるかもしれない（平たく言えば、同居者への訪問も、上積みでカウントされてしまったかもしれない）。

ソーシャル・キャピタルの3つの指標との関連は非常に興味深い。この中で、周囲の人や愛育委員からでも、「把握（または予想）」しやすい指標は、順に社会参加、互酬性、一般的信頼になろう。社会参加などは、実際に知りうることのできる指標のように思われる。しかし、それでもなお、結局のところ、本人がより多く社会参加をする住民の方が訪問を受けやすく、いかに全住民を対象とし、かつ、可能なかぎり「とりこぼし」をしないという方針のもとに行われたとしても、通常、社会参加に本人側が消極的な場合、周囲からの社会との関わりについても、到達しにくいという点は、学歴同様、注意すべき点であると考えられた。やはり、こうした声かけ訪問の際の「企画」の一つとして町内での健康イベント等への勧誘も実際に行われており、その意味では、「ひきこもり防止」のような視点から、

愛育委員側の意識としては、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。

なお、最後に付け加えておくが、ベースライン調査にも回答しなかった住民については、当然、訪問の対象外となっており、これらの住民の属性についても無視することはできない。また、今回の対象者のように「介入からこぼれる」住民と属性が似ているのかどうかについては分からない。

E. 結論

本分担研究では、健康の社会的決定要因 (SDH) に関する研究のうち、国内各地域における介入実践例を収集し、他の地域においても活用可能となるようまとめることを目的とした。全国自治体への調査を通じ、事例から SDH 介入に有用と考えられる要因の抽出や参考になる事例の抽出を行い、実際にヒアリングも実施した。

SDH (例えばソーシャル・キャピタル) に対して、今後の介入方法を検討する上では、どんな方法であっても到達しにくい対象者は必ず発生してしまうことにも注意が必要であると考えられる。岡山県 K 町で実施された 65 歳以上の全高齢者に対する声かけ訪問では、「全高齢者」を対象とした事業であったにも関わらず、「低学歴」および「自らの社会参加の少ない」住民に対しては、訪問が実現しにくかった。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

研究分担者 稲葉 陽二（日本大学法学部 教授）

研究要旨

健康の社会的決定要因の一つとして社会関係資本（Social Capital）が挙げられるが、これは信頼・互酬性の規範・ネットワークなどの多くの構成要素からなり、また地域によって大きく異なることが確認されている。本年度の研究は、二つの側面から社会関係資本と健康との関連を検討した。

2013年までに、2012年に実施した東京都9区【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）】郵送法アンケート調査から、生活満足度・主観的健康と個人レベルの社会関係資本との関連を計測した。2014年は、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。

A. 研究目的

社会関係資本（Social Capital）は広義にとらえれば公共財（社会全般に対する一般的信頼・一般的互酬性）、クラブ財（特定のグループ内やグループ間の特定化信頼・特定化互酬性）、私的財（個人間のネットワーク）の三つに分けることができる。また、個人レベルとコミュニティレベルの二つの側面から計測することもできる。これらの財としての性格と個人レベルかコミュニティレベルかの違いを組み合わせると、図表1に示すような、コミュニティを社会関係資本をとおして俯瞰する重層構造を描くことができる。

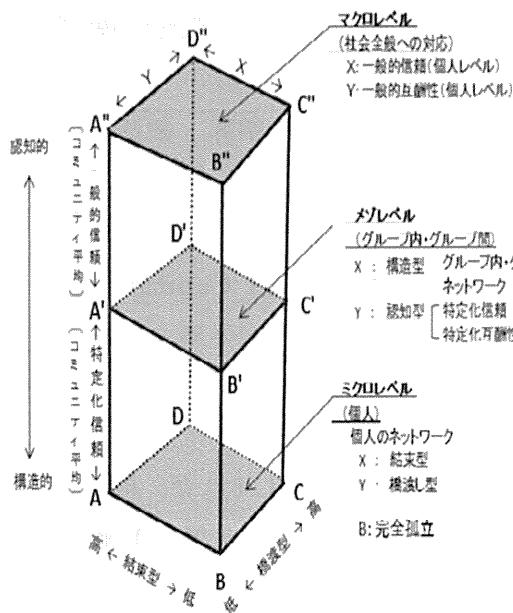
また、この重層構造をより簡略にわかりやすくした「社会関係資本の樹」を描くことができる。

2014年は、広義の社会関係資本のどの構成要素が主観的健康・生活満足度にどの程度の影響を及ぼしているのかを2012年から2014年の研究によって得た知見をもとに仮説を検討し、「社会関係資本の樹」の概念の有効性を考える。

B. 研究方法

筆者が2013年10月中旬から11月初旬にかけ、郵送法により実施した『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査—2013年全国調査』から、社会関係資本の構成要素を個人レベルとコミュニティレベルの2段階からとらえて、社会関係資本の構成要素の主観的健康・生活満足度との関連を検討した。個人レベルについては、サンプル数が多い場

図表1 社会関係資本からみたコミュニティ構造「社会関係資本の樹」



る社会関係資本を、一般的信頼、特定化信頼、ネットワーク（つきあい・社会参加）の観点から明らかにする。あわせて、社会関係資本と健康（主観的健康、生活での積極性＝抑うつ度）との関連を検証する。社会関係資本には信頼・互酬性など認知的なもの、社会交流・社会参加の側面からみたネットワークなどの構造的なものに分かれるが、本調査は双方を調査対象としている。

合、多数の変数間の関係を解析するのに簡便な手法であるCATREG（カテゴリーカル回帰分析）を、サンプル数が限られているコミュニティレベルについてはマルチレベル分析を用いた。コミュニティレベルについては個人レベルの属性（年齢、性別、等価所得、婚姻、学歴）をコントロールしているが、個人レベルの分析では個人の属性をコントロールしていない。ソフトウェアは個人レベルについてはSPSS Ver.19、マルチレベル分析ではMLwin2.01を用いた¹。

あわせて、この知見をもとに社会関係資本からみたコミュニティ構造「社会関係資本の樹」の有効性について規範的考察をおこなう。

『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査—2013年全国調査』の概要

1) 調査目的と設問

[目的]

外部性を伴う信頼・規範・ネットワークであ

[調査内容・設問]

社会全体への 1.一般的信頼、2.一般的互酬性・特定化互酬性、3.日常的なつきあい（近所、友人・知人、親戚・親類、同僚）、4.地域での活動状況（地縁的活動、スポーツ・趣味・娯楽活動、ボランティア・NPO・市民活動、その他団体活動）と活動参加者の同質性、5.生活の満足度、心配事（17項目）、6.特定化信頼（11項目）、7.主観的健康感と抑うつ度（K6値）、8.成人期以降の学習と日常生活での対処について、9.寄付・募金活動の種類と金額、10.腐敗行為（4項目）に対する許容度、11.回答者の属性。

今回調査の内容・形式については、日本大学医学部倫理委員会の審査を受審し、承認を得ている。

2) 調査・実施主体

日本大学法学部 稲葉陽二研究室

アンケートの実施は一般社団法人中央調査社に委託

¹ 本報告で紹介したカテゴリーカル回帰分析とマルチレベル分析の手法・結果の詳細は稲葉（2015）等を参照。2013年調査の実施と分析はJSPS基盤（A）課題番号24243040によっている。

図表2 記述統計量と回答者の属性

		N	平均・構成比 (%)	標準偏差ほか	範囲
性別	男性	1628	45.5		
	女性	1947	54.5		
年齢		3575	53.5 歳	15.8	20-79
職業	自営業	341	9.5		
	経営者	87	2.4		
	民間・団体勤め人(正 規社員)	820	22.9	最頻値	
	民間・団体勤め人(契 約・派遣社員)	195	5.5		
	公務員・教員	168	4.7		
	臨時・パート勤め人	536	15.0		
	学生	61	1.7		
	無職	588	16.4		
	専業主婦・主夫	594	16.6		
	その他	94	2.6		
居住形 態	持ち家	2747	76.8		
	借家	721	20.2		
居住年数		3484	25.5 年		0-79
同居人 数	単身	346	9.7		
	同居人あり	3155	88.3		
最終学 歴	小中学校	375	10.5		
	高等学校	1438	40.2	中位値・最頻値	
	専修学校ほか	407	11.4		
	高専・短大	383	10.7		
	大学	844	23.6		
	大学院	81	2.3		
世帯年 収	200 万円未満	354	9.9		
	200～400 万円未満	1051	29.4	最頻値	
	400～600 万円未満	816	22.8	中位値	
	600～800 万円未満	497	13.9		
	800～1,000 万円未満	329	9.2		
	1,000～1,200 万円未満	147	4.1		
	1,200 万円以上	145	4.1		