

差の縮小に責任を負うとして貧困や環境、雇用、交通政策など、社会環境への対策を含む行動計画<sup>15)</sup>を1998年に発表し5年後にその見直しも行った<sup>16)</sup>。その中では保健省だけでなく、首相官邸や内閣府、財務省、通商産業省まで関与する総合的な対策と2010年までの数値目標が掲げられた。

スウェーデンでは、2003年に改正された公衆衛生法の中で「経済と所得保障」が重要であることなどが明記され、その過程で教育、雇用、年金をはじめとする多くの政策による対応が検討された<sup>17)</sup>。

2005年にはWHOが「健康の社会的決定要因に関する委員会」を設置し、健康格差克服をテーマとしたEUサミットが開かれ、36ヵ国から大臣や政府高官が570人も参加し、健康の不平等の削減に向けた取り組みを強めることで合意した。オランダ、フィンランド、イギリス、アイルランドなどで、健康格差是正の数値目標が設定されるなど政策的な対策が始まった<sup>8)-10)</sup>。

WHO「健康の社会的決定要因に関する委員会」の最終報告書<sup>18)</sup>が2008年に出され、その翌年のWHO総会で決議まであげられている<sup>19)</sup>。

このように、健康格差や健康の社会的決定要因は、研究課題から各国政府やEU、WHO等が取り組む政策課題となり、公衆衛生関係者や実践家、さらには他の省庁も巻き込んで取り組みが始められた。

## 2) 日本における動向

日本でも「女工哀史」をはじめ、貧困と不健康の関連は古くから取り上げられてきた。2000年前後から、我が国でも再び社会格差と健康についての関心は高まり、英米に比べれば少数ながら、個票を用いて交絡要因を調整した研究が発表され、学術誌でのレビューや特集、書籍が出版されるようになった<sup>20)-26)</sup>。

日本公衆衛生学会学術集会でも、特別講演やシ

ンポジウムなどで取り上げられるようになり、学会に設置されたモニタリングレポート委員会から子ども<sup>27)</sup>、非正規雇用<sup>28)</sup>、自殺<sup>29)</sup>、高齢者<sup>30)</sup>を対象にした健康の社会的決定要因や、対策としての健康影響予測評価<sup>31)</sup>などに関わる提言が出されるようになった。そして日本学術会議も提言「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」<sup>32)</sup>を発表した。

「健康日本21」(2000-2010)の見直しに向けた最終評価では、2000年に掲げた数値目標59項目のうち、目標値に達したものが10項目あった一方で、「日常生活における歩数」など2000年の数値よりも悪化した項目が9項目あった。2010年までの10年間、生活習慣の改善に重点が置かれていたが、それだけでは不十分であることが明らかになった。

当時の社会経済状況は、リーマンショック(2008)の影響も残り「経済状況は停滞し、完全失業率は5%まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況」「相対的貧困率は16.0%。生活保護受給者数は過去最高の205万人」<sup>1)</sup>であった。2011年3月11日には東日本大震災も起き、そこから地域の絆や助け合いなどの社会のあり様についての学びなどもあった。それらを背景に「健康日本21(第2次)」で10年後に目指す姿として「社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現できる社会」が掲げられるに至ったのである<sup>1)</sup>。

## 3) 生活習慣改善の難しさと社会環境への着目

「健康日本21(第2次)」において社会環境が強調された背景として、もう一つ指摘すべき重要なことがある。かつて健康教育による生活習慣改善には効果があり、冠動脈疾患死や罹病率の減少に効果的で、費用対効果も高く、広く行われるべきと考えられていた。しかし、6ヶ月を超える長期効果を調べてみると、期待されていたような効

果がないことが明らかになってきたのである。

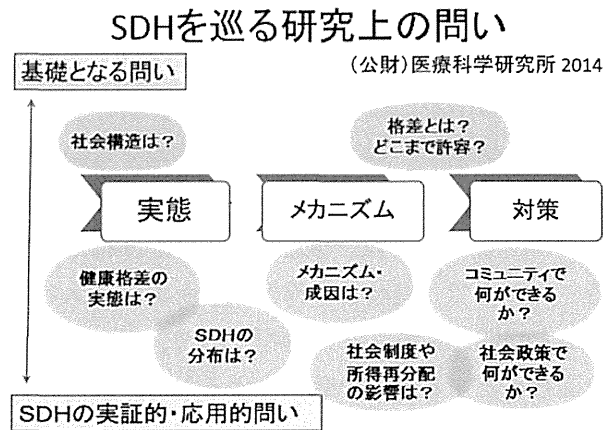
糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満などの冠動脈疾患の危険因子を持つ成人を対象に、これらのうち2つ以上の危険因子を改善させるためのカウンセリングまたは教育を実施し、6か月を超える効果を検証したランダム化比較試験のシステムティック・レビューがコクランライブラリーにある<sup>33)</sup>。55件の試験（参加者163,471例、追跡期間の中央値は12か月間）のうち、臨床イベントのエンドポイントを報告している14件（参加者139,256例）で、総死亡率の統合オッズ比（OR）は1.00（95%CI 0.96~1.05）、冠動脈疾患による死亡率の統合ORは0.99（95%CI 0.92~1.07）と、統計学的に有意なものではなかった。ただし高血圧症患者（16試験）および糖尿病患者（5試験）を対象とするものに限れば、総死亡率ORは0.78（95%CI 0.68~0.89）と致死性的および非致死性的な心血管イベント0.71（95%CI 0.61~0.83）と介入効果が認められた。今後、介入方法を改善したり、より大規模なデータが加わったりして、将来において結論が変わる可能性は残されているものの、現時点のエビデンスに基づけば、行動の変容を目的とする健康教育は、一般集団に対する長期効果については有用性に限界があると結論されている。

これらのことから、健康教育による生活習慣の改善の追求だけでなく、例えば公共空間の禁煙化やタバコ税の引き上げなど社会環境の改善も合わせて追求されることになったのは妥当と言える。

### 3. 関連する研究の課題・対象の枠組みと概要

健康格差の縮小を意図した研究となると、必要となる1) 研究課題、2) 対象・領域は広範に及ぶ。その枠組み（見取り図）を概観しておきたい。

図1



#### 1) 研究課題（図1）

まず健康格差の縮小を図るには、その背景にある健康の社会的決定要因を巡る以下のような研究上の問い（リサーチ・クエスチョン）に答える研究が必要となる。図1<sup>34)</sup>の左手から右に向けて、(1) 実態、(2) メカニズム、(3) 対策である。また上側に示した基礎的な問いもあれば、下側にある実証的な、あるいは応用的な問いもある。

(1) 実態を明らかにする研究には、社会構造はいかなるものかという基礎的な問いもあれば、健康格差の実態やその要因となっている健康の社会的決定要因の分布を明らかにする記述的な研究<sup>20),23),35)~37)</sup>もある。日本における個人<sup>21)</sup>および地域間<sup>38)</sup>の健康格差は小さいと報告されてきた。一方で、日本男性における職業階層別の死亡率のトレンドを分析した結果、他国では管理職や専門職において健康水準が良いが、日本ではむしろ彼らで悪化してきていることが報告されている<sup>39)</sup>。つまり上位層が低いことによって他の国よりも健康格差が小さい可能性もある。また調査では低所得層ほど無回答となる傾向があり、調査データでは統計学的に有意な健康格差が見られなかったが行政が持つ介護保険料データを用いて分析すると、最高（第5段階）層と比べ最低層では死亡ハザード

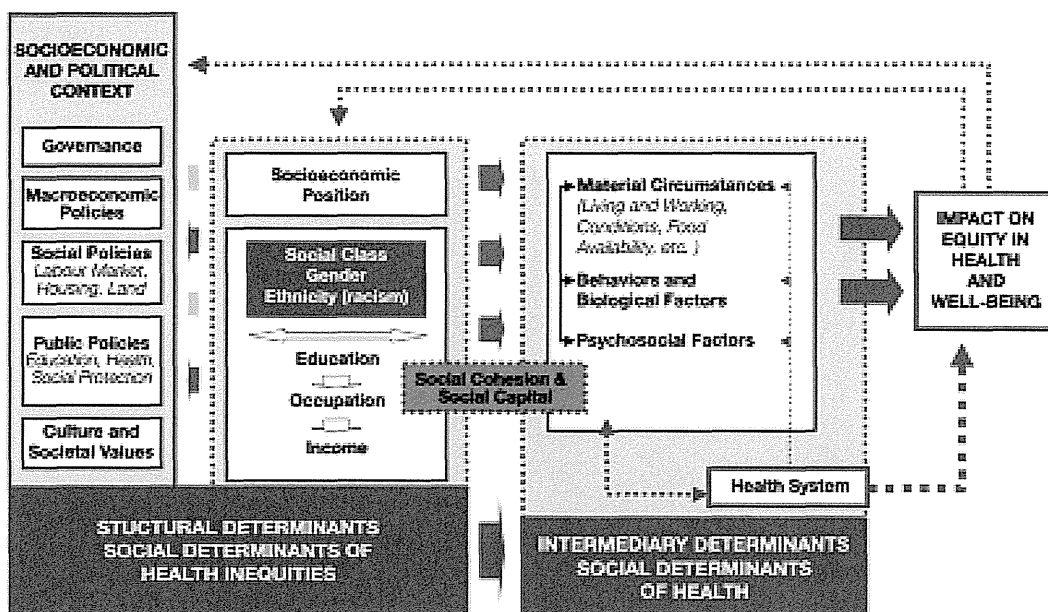
ド比が男性で 3.50、女性 2.48 で有意となったという報告もある<sup>40)</sup>。今後危惧されるのは、日本においては子ども貧困率が 10.9% (1985)→12.1% (1995)→13.7% (2003)→15.7% (2009) と上昇してきていること<sup>41)</sup>、および非正規雇用率も 15.3% (1984)→20.8% (1993)→30.4% (2003)→36.7% (2013) と上昇し、特に 25-34 歳では 12.0% (1993)→27.4% (2013) と急増していることである<sup>42)</sup>。後述するように、出生時から小児期、成人期、高齢期に至るライフコースの影響が蓄積されることから、子ども時代に貧困を経験したり、望まないのに非正規雇用となった人が今後も正社員になれないとすると、健康格差が将来拡大する可能性は高い。それらをモニタリングできるデータと仕組みの整備が望まれる。

(2) メカニズムの解明は、効果的な対策を練る上で重要である。図 2 (WHO2010)<sup>43)</sup> に示したような複雑に絡み合う健康の社会的決定要因間の相互の関係、それらから健康に至るプロセス、および健康からの逆の因果関係も想定して解明が進められている<sup>12),18),24),44)</sup>。平成 21~25 年度文部科学省の科学研究費で新学術領域研究「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御—社会科学と健康科学の融合」(領域代表者川上憲人) が組織され、複数の大規模多目的共用パネル調査が行われ、それを用いた分析など精力的に研究発表がされている<sup>45)</sup>。

(3) 対策に関わる研究では、政策目標を設定するために、どの程度の格差まで問題に(あるいは許容)するのか、どのような対策がありえるの

図 2

## WHO framework of social determinants of health



[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

か、その実現可能性や効果の範囲・大きさ、費用対効果、さらには予期せぬ（悪）影響なども評価する必要がある。また対策を担う主体あるいは対象として、いろいろなものが想定できる。コミュニティレベル<sup>46)</sup>で言えば、地域・職域・学校・NPO・中小企業などがあり、全国レベルで言えば大企業における雇用政策や商品開発、マーケティング戦略の影響は小さくない。例えば、後述するように、塩分の多くは加工食品由来になっており、製造段階で減塩すれば、それを口にする消費者は大きな努力をせずとも減塩が可能となる。さらには所得再分配や教育政策、貧困児童対策、労働政策などを国でないとできない政策群<sup>16),47)</sup>など多様なものが想定できる。また、政策プロセスに関する研究も必要である<sup>48)</sup>。

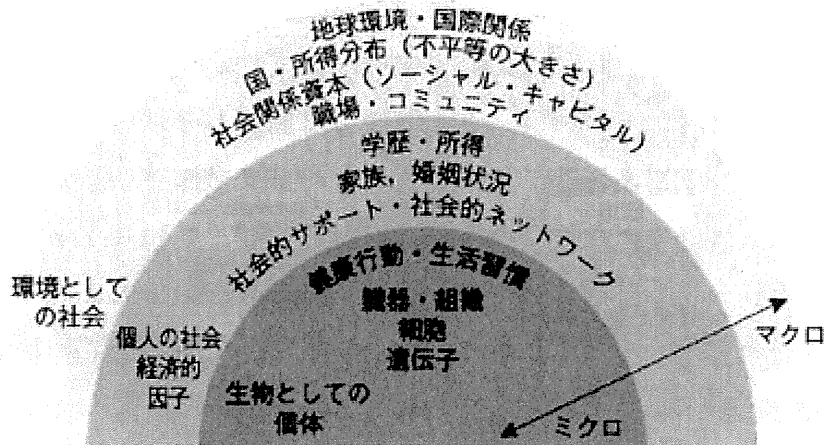
2) 研究対象・領域

健康の社会的決定要因は、個人レベル、コミュニティレベル、国レベルなど、重層構造を持っている（図3）<sup>22)</sup>。またライフコースの影響も受ける。分析にあたっては、これらのマルチレベルの要因間の関係やライフコースの影響についても考慮する必要がある。

個人レベルには所得<sup>49),50)</sup>や、相対的剥奪<sup>51),52)</sup>、教育年数<sup>53),54)</sup>、職業階層<sup>55)-58)</sup>、それらによって影響を受けると思われる選好、さらにソーシャル・ネットワークやソーシャル・サポートなどの人間関係<sup>59)</sup>などと健康との関連は以前から報告されている。

コミュニティレベルで着目されているものとしてソーシャル・キャピタルがある<sup>34),60)-62)</sup>。経済学では、当初、資本の性格を備えていないことなどが批判の対象となったが、開発経済学などでは、ソーシャル・キャピタルの重要性を裏付ける研究が報告されている。国内では、経済学、社会学、経営学、社会疫学など学際的なソーシャル・キャピタル研究として稲葉ら<sup>62),63)</sup>と医療科学研究所の自主研究グループの研究がある<sup>34)</sup>。健康との関連では地域レベルのソーシャル・キャピタルについてはJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究）プロジェクト<sup>64)-66)</sup>、島根大学<sup>67),68)</sup>、上述した川上ら<sup>69),70)</sup>、東京都長寿医療センターのグループ<sup>71)</sup>などが取り組んでいる。職域のソーシャル・キャピタルについては岡山大学のグループ<sup>72),73)</sup>や藤野<sup>74)</sup>ら、子ども

図3



については藤原ら<sup>75),76)</sup>、自殺については本橋ら<sup>77)</sup>が研究を発表している。ソーシャル・キャピタルを個人レベルの資源と捉える定義と、地域や集団の特性として捉える定義とがあるが<sup>34)</sup>、総じて、個人レベルのソーシャル・キャピタルとの関連はほぼ安定して見られるが、地域レベルのそれについては関連が見られなかったとするものもあり、今後さらに研究の蓄積が必要である<sup>78)</sup>。

次に、Gini 係数などで評価される所得分配の不平等が大きい国や県<sup>79),80)</sup>、旧村<sup>81)</sup>ほど、主観的健康感や幸福感が低い者が多いとする報告が増えているが、関連が見られなかったとする報告もある<sup>82)</sup>。集計単位とする地域の大きさ（県、市町村、近隣など）の違い、あるいは悪影響がでる閾値の存在などが、知見のパラツキを説明するという仮説がある。この閾値仮説を裏付けるように、Gini 係数が大きな国での研究で、死亡率が高いことがメタアナリシスで示されている<sup>83)</sup>。その機序として、まわりと比べることによる心理社会的なストレスがあるとの仮説があり、それを支持するように客観的（絶対的な）所得水準は同等でも、まわりの者よりも（相対）所得が低い状態に置かれた者で要介護認定を受ける確率が高かったとの報告がある<sup>84)</sup>。

ライフコースの影響を裏付ける報告も増えており、数十年という時間軸を考慮する必要もある<sup>85),86)</sup>。日本の高齢者においても、15 歳児の経済的な状態を 5 段階で自己評価してもらい、3 群に分けて比較した結果、低い層ほど、高齢期の活動能力指標の低下者が多かった。また、興味深いことに太平洋戦争当時 5-9 歳であった世代でのみ、栄養状態が良かったと推定される身長が高い者では活動能力指標の低下が少なかったという報告がある<sup>87)</sup>。また日本の高齢者約 2.3 万人に最長職を尋ね、高齢期の残歯数など口腔の健康状態と保健行動との関連を調べたところ、農林漁業や販

売職などで、歯間清掃具未使用など保健行動を取っていない者や残歯数が少ない者などが最大で 2 割多いという結果が得られている<sup>88)</sup>。

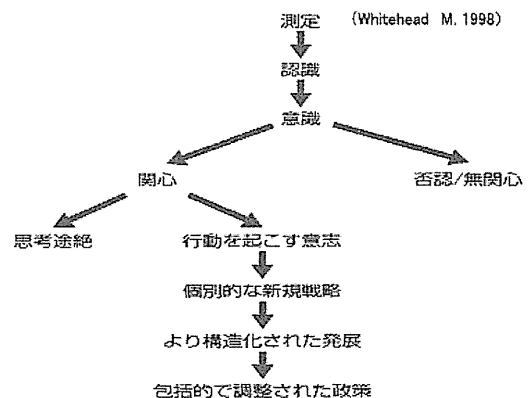
つまり医療にかかる前にすでに健康を損なう要因が蓄積されている。低所得層が窓口費用負担を理由に医療受診を控えているアクセスも問題であるが、かつてフックスが指摘し、アチェソン報告でも確認されたように、NHS（National Health Service, 国民保健サービス）など受診時原則無料にして医療へのアクセスを改善してもそれだけでは健康格差はなくなるのである。

#### 4. 健康格差の縮小に向けた対策の国内外の動向

Whitehead<sup>89)</sup>は、多くの国々の対応をもとに、健康格差対策の発展段階について下図のようなモデルを示している。

これに当てはめてみると、2000 年代までに日本における健康格差の「測定」がなされ「認識」されるようになった、まずは一部の研究者の間などで「意識」され、学会のシンポジウムや書籍などを通じて「関心」を持つ層が広がった。日本学術会議や日本公衆衛生学会の委員会の提言がださ

#### 健康の不平等に対する様々な行動



れるようになり、厚生労働省も健康日本 21（第 2 次）で「健康格差の縮小」をめざすことを明示するなど「行動を起こす意志」を表明した。

今後、因果関係の解明など科学的なエビデンスの蓄積は必要だが、エビデンスは政策形成に必要なものの一つに過ぎない。「個別的な新規戦略」や「より構造化された発展」のためには、緻密な分析とは異なる種類の開発的な研究や政策化の努力が必要である。そのようなものとして国内外でどのような動きがあるのかを見ておこう。

## 1) 海外における動向

### (1) 海外における「見える化」と政策マネジメントに関わる動向

WHO「健康の社会的決定要因に関する委員会」の最終報告書（2008）<sup>18)</sup>で、3つの勧告が示された。第1は、保健医療政策だけでなく子供の頃からの日常生活に関わる諸条件の改善を図ること。第2に、権力、金銭、資源の不公正な分布を是正すること。第3の勧告は、健康格差を測定し、より深く理解し、政策の健康へのインパクトを評価する Health Impact Assessment (HIA)<sup>90),91)</sup>に取り組むことである。

WHOは、第3の勧告にあたる健康格差の評価と対応のためのツールとして Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool, 都市における健康の公平性評価・対応ツール)<sup>92)</sup>を2010までに開発した。これは、健康格差対策に取り組むチーム形成に始まり、評価指標を定め、データを収集し、健康格差の実態を「見える化」し、優先課題を決め、対応を特定する、という一連の流れを支援するマネジメント・ツールとして開発された。イギリスでも同様な取り組みがされ<sup>93)</sup>、10年間の取り組みを評価し<sup>94),95)</sup>、明らかになった課題に対する対応策を検討するマネジメントが行われてきた。

米国でも、1990に始まった Healthy people

2000の頃から、健康指標の人種間、社会経済的階層間の比較データを公表してきた<sup>96)</sup>。2011年と2013年には疾病対策予防センター (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) が健康格差に特化した「健康格差と不平等報告 (CDC Health Disparities and Inequalities Report, CHDIR)<sup>97)</sup>を発表している。そこには、健康の社会的決定要因 (教育や所得、健康に良い食料品店へのアクセス、失業率)、労災事故 (死) など環境上の危険 (hazard)、医療や予防サービスへのアクセス (医療保険加入率や大腸がん検診受診率、インフルエンザワクチンの接種率)、健康行動 (10代の妊娠、大量飲酒、喫煙)、各種疾患の有病率と死亡率などが187ページにまとめられている。変化が見られなかったり、むしろ差が拡大したりしている指標もある一方で、例えば、平均寿命の推移をみると、1999年には、白人77.3歳に対し黒人では71.4歳と5.9歳短く、白人の92.4%だったが、2008年までの10年間で、白人78.5歳に対し黒人で74.0歳と、その差は4.5歳まで縮小し、白人の94.3%にまで格差が縮小してきていることがわかる<sup>98)</sup>。

### (2) 環境に着目した介入政策の動向

従来なら健康政策は保健・医療政策を所轄する省庁の政策を通じて行うのが常識であった。しかし、それらだけでは健康格差はなくなる。

そこで政策介入の面では、保健・医療政策担当省の枠を超えるような、環境や集団に介入する新しい試みが行われている。例えば、ジャンクフードやソフトドリンクによる脂肪やカロリーの過剰摂取、問題飲酒、喫煙などが低所得層に多いことに着目して、脂肪税やソフトドリンク税、アルコールやタバコの最低価格引き上げなどが検討され、一部では実際に導入された。その背景には、低所得層ほど課税による価格引き上げに敏感に反応することがある。

食塩についても、摂取経路を分析してみると、加工食品由来のものが多くことがわかり、加工食品業者を巻き込んだ減塩政策をイギリスは2003年に導入した<sup>99)</sup>。

またニューヨークでは、低所得層が多い地域には生鮮食料品を扱う店自体が少ないことが明らかになり、小売業への補助金も使って健康に良い食料品を手に入れやすくしたり、自ずと歩行量が増えるようなまちの作り方、子ども達がファストフード店にアクセスしにくくなるように学校周辺への出店規制など建造環境 (built environment) に着目した取り組みも進められている。

(3) 政策インパクト評価の事例

このような政策介入には、企業や社会からの反発も大きいため、そのインパクトについて、経済的な側面も含めた評価が盛んに行われている。

例えば、イギリスでは減塩政策の効果が認めら

れ、その経済評価も相次いで報告されている<sup>100)~102)</sup>。ソフトドリンク税についても英国で20%課税した場合に、どれくらいの効果が、どの所得層に見られる可能性があるのかを検討し、肥満が18万人、過体重の人が28.5万人減少すると推計されるが、所得水準による有意差は認められないという研究などが報告されている<sup>103)</sup>。酒類の最低価格を引き上げる制度が導入された場合のシミュレーション研究なども見られる<sup>104)</sup>。

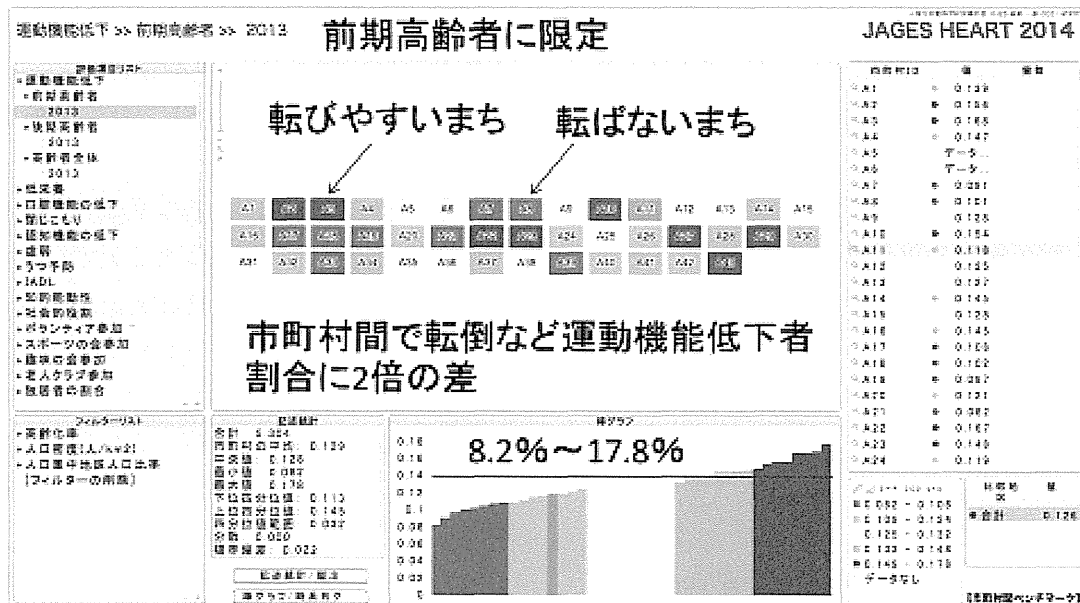
2) 日本における動向

我が国でも、「健康日本21 (第2次)」の開始前後から、十分とは言いがたい「個別的な新規戦略」段階だが、新しい動きが出てきている。

(1) 「見える化」を巡る動き

民主党への政権交代後に、貧困率が公表されるようになった。また栄養調査などの分析結果でも社会経済階層間の比較がされるようになり、低所

地域診断支援のための「見える化」システム



- ✓ 指標は「前期高齢者」「後期高齢者」「高齢者全体」の中から、いずれかを選択します。
- ✓ 評価したい指標が、他の参加市町村や小地域と比較して、どれ位多い(少ない)のか、相対的位置もわかります。

得層に喫煙や肥満が多いことが政府統計でも公表されるようになった。

厚生労働科学研究費補助金による複数の研究班（研究代表者：尾島俊之、近藤克則）も組織され、WHO 神戸センターとの協同で、Urban HEART の枠組みも参考にした JAGES HEART（前頁図）がインターネット上で公表されている<sup>105),106)</sup>。これにより、市町村間に多くの指標で2倍以上の地域間較差があることが容易に把握できるようになった。市町村がこれを用いて、課題を抱えた地域への介入を始めた例も生まれ始めている<sup>107)</sup>。

地域毎の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上でも、地域の実情が見えることは有用として、厚生労働省も介護・医療関連情報の「見える化」を2013年度には試行を、2014年度から3ヵ年計画で本格的な開発に着手している。

健康インパクト評価（Health Impact Assessment）については、日本公衆衛生学会の委員会がガイドンスを公表<sup>31)</sup>している。

## （2）新しい政策の動き

健康格差の縮小をめざした取り組みとして位置づけられているわけではないが、厚生労働省以外の省庁による政策でも、健康格差の縮小につながるものが期待できる政策がいくつか出てきている。例えば、内閣府が所轄する「自殺対策基本法」や「子どもの貧困対策の推進に関する法律」（平成26年施行）、国土交通省の「健康・医療福祉のためのまちづくり推進ガイドライン」の策定などである。

## 5. 今後の課題

既に国の政策課題に載ったにもかかわらず、「健康格差の縮小」や健康の社会的決定要因に関わる研究は、他の先進諸国に比べると日本では遅れており、残されている課題は多い。その中には、

医療経済学（者）に関わり合いが大きい課題と、より普遍的な政策研究に関わるものがある。

### 1) 医療経済学（者）に期待される課題

フュックスが「医療経済学の将来」<sup>6),108)</sup>という章で、医療経済学（者）が持つ二つの強みをあげている。それは、体系的理論の枠組み（概念と研究上の問い）を持っていること、および、不完全なデータから推論を行う統計学的手法を持っていることである。この二つが、健康格差や健康の社会的決定要因の研究においても有用なことは、この領域の研究が、すでに多くの経済学者の手で行われていることから明らかである。

第1に、健康の社会的決定要因の研究にはGini係数などによる所得の不平等や貧困、非正規雇用、選好など、経済学で発展し膨大な蓄積のある概念や測定法が良く登場する。

第2に、複数ある健康格差の対策の中から、いずれかを選択して、その効果だけでなく、費用対効果や効率、公平・公正（equity）の視点から評価をする必要があるが、このような研究上の問いは、少なくとも生物医学的な問いではない。経済学的な枠組みを必要としている。

第3に、健康の社会的決定要因と健康は相互に複雑に絡み合っており（経済学者の言う「内生性」があり）、計量経済学的手法は、厳密な意味での因果関係や政策評価をする上で有用である。例えば、操作変数（Instrumental variable）法を用いて、介入群とコントロール群の背景要因の違いを考慮して効果を検証した分析<sup>109)</sup>などの例が出てきている。行動経済学的な実験手法を用いてソーシャル・キャピタルを測定する試みも始まっている。

一方、フュックスが、医療経済学者の弱点（と同時に他から学ぶべきこと）としてあげているものもある<sup>6),108)</sup>。質の高いデータを実験や調査を通じて自ら集めてこなかったこと、制度や歴史、使



用言語への注意をあまり払わないことである。

健康格差対策でも今後は政策介入やコミュニティへの介入をした評価研究が求められるが、それが期待された成果をあげた場合には、費用対効果の検証などが求められる。そのために必要な社会的費用を含む費用データは、事後的でなく、介入前から収集されることが望ましい。そのような研究デザインやデータ収集の段階から、一緒に取り組む経済学者が求められている。

## 2) 政策研究としての課題

政策は、単純で、短期に成果が上がり、利害関係者が明確でかつ少ない時にまとまりやすく、動きが生まれやすい。

これに対し、健康の社会的決定要因に着目して健康格差の縮小を図る政策は、Exworthy<sup>48)</sup>が指摘しているように、逆の性格を持っており、その形成や実現には多くの困難が予想される(表)。

まず、健康の社会的決定要因は、多くの原因が

多面的に関わっているので、政策として形成するのも達成も困難である。

またライフコースの影響があると言うことは、効果がある政策がとられても、そのライフコースに渡り累積された成果を確認するには30年かかるだろう。これがWHOの委員会報告書のタイトルに「一世代かけて」とあるゆえんである。しかし、政策も研究(費)も数年間で成果が上がらなければ、継続が困難になることが珍しくない。

対策には多くのセクターが関わるが、パートナーシップは問題を抱えやすい。政治家は他にも課題を多く抱えており、そちらの方が「単純で、短期間に成果が上がり、利害関係者が明確で・・・」あれば、健康格差よりも優先される可能性は高い。さらに因果の特定や妥当性のあるプロセス指標の開発、データをルチーンに集める仕組みづくりも必要であるが、いずれも簡単ではない。利害関係者が多いという特徴も、政策形成や実施に有利な

表

# SDHの特徴と政策形成への影響

Exworthy 2008

SDHの特徴	政策形成への影響
多くの原因を伴う多面的な現象	調整された戦略は達成が困難
ライフコースに渡る視点	長期的なアプローチは政策のタイムテーブルにはそぐわない
セクター間の協同やパートナーシップ	パートナーシップは問題を抱えやすい
他の優先事項による支配	SDHはしばしば無視される
原因と効果の関連が複雑、帰属させることが困難	帰属問題は政策を阻害、プロセス指標への信頼
データ	質が高く、タイムリーで利用可能なルチーンデータはしばしば欠如
グローバリゼーションと地方分権	政府の動きを阻む多様なレベルの多くの利害関係者を政策形成に巻き込む

<http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/318.full.pdf>

条件とは言いがたい。

これら多くの課題を乗り越えるには困難が予想されるが、前例はある。1930年代の大恐慌やアジア通貨危機、リーマンショック後の不況などに、自殺をはじめアルコールやストレス関連死が増えた国があった一方で、不況下であるにもかかわらず自殺率が減り続け、死亡率の上昇抑制に成功した国々が実際にある<sup>110)</sup>。それらの国々では、経済政策から失業対策、成人教育から予防接種まで、多くの利害関係者や他部局が関わる多くの政策が組み合わせられてきた<sup>110)</sup>。政策形成に関わる(経済・政策学者にとどまらない)学識経験者の間で、これらについての学術基盤や認識を共有していくことも課題である。

## おわりに

健康格差とその背景にある「健康の社会的決定要因」をテーマに取り上げ、いくつかの面から論じてきた。第1に、医療経済学の枠組みの中で、このテーマは重要なものの一つとして位置づけることができる。第2に、保健医療政策における課題としてそれが浮上してきた経過と背景として、海外での取り組みという外的要因だけでなく、我が国における「健康日本21」の最終評価や社会経済環境の変化という内発的な要因、健康教育の長期効果における限界などが指摘されていることなどを紹介した。第3に、健康の社会的決定要因に関わる研究課題・対象の枠組みには、実態、メカニズム、対策という軸と個人・コミュニティ・国などマルチレベルな重層性があり、さらにはライフコースという時間軸も考慮した立体的な枠組みが必要である。その主要な課題や対象について、我が国でも研究の蓄積が進んできていることを概観した。今後、いっそうの努力が必要とされているのが、4番目に検討した健康格差の縮小に向け

た対策である。海外では、10年以上の時間をかけて、総合的な対策へと発展させてきたこと、その中で多くの経済学(者)による貢献があったことを紹介した。我が国でも取り組みは始まっているが、まだまだやるべきことは多い。最後に、今後の課題として、医療経済学(者)への期待として、経済学が蓄積してきた概念や測定法、評価分析の枠組み、そして計量経済学的な分析手法をあげた。それ以外にも、政策研究としての課題は多いが、乗り越えた前例はあることも述べた。

以上を踏まえて、はじめに紹介した、私に投げかけられた3つの質問に答えておこう。1つ目の「健康格差をなくすのをめざすことには無理がある」は、論点のすり替えである。めざしているのは格差の解消でなく縮小である。2つ目「日本は他国に比べ健康格差は小さいのではないか」については、今までは他の国に比べればそうだったかもしれない。一つの目安として、一票の格差は2倍を超えれば違憲状態との最高裁判所の判断がある。自記式調査データでは、この水準を下回っていたが、行政データを用いると現状でも、死亡率で3倍の格差があったと言う報告がある。私がどちらか一つを選べと言われたら、一票よりは、いのちが欲しい。この3倍の「いのちの格差」を人権上許される「小さな格差」と考えて良いのだろうか。また貧困児童や非正規雇用が増えている。今から対策を打たなければ、健康格差は将来拡大する恐れは高い。3つ目「健康格差の縮小の理念は立派だが、現実的にできることはあるのか」については、国内外の動向を紹介した。また日本は世界一の長寿国であり、今まで諸外国に比べ健康格差が小さかったのであれば、日本社会の中にこそ、そのヒントがある。それを明らかにするのも研究者の役割だろう。

小論が「健康格差の縮小」に向けた「医療経済・医療政策研究の発展を図り、医療政策立案及び評

価に学術的基盤を与える」ことに寄与することを願う。

## 謝辞

本研究には、平成 25～27 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H25-長寿-一般-003）ならびに平成 23～27 年度科学研究費補助金 基盤研究A（23243070）の助成を受けました。記して感謝します。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省. 平成 26 年版厚生労働白書. 2014.  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/>
- 2) 厚生労働大臣. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 2012.  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf)
- 3) 宇沢弘文. 経済学の考え方. 岩波書店; 1989.
- 4) 厚生労働省. 「平成 24 年度 被保護者調査」月次調査. 2014.  
[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001119498&requestSender=search](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001119498&requestSender=search)
- 5) ロベス - カサノヴァス G. 医療経済学研究のフロンティアと医療政策. *医療経済研究* 2009;21(1): 5-23.
- 6) Fuchs VR. *Who Shall Live?: Health, Economics and Social Choice*; 2011.
- 7) Townsend P, Davidson N, editors. *The Black report*. second edition ed. London: Penguin Books; 1992.
- 8) 松田亮三, 近藤克則. 健康格差と社会政策：政策内容と政策過程. *保健医療科学* 2007;56(2): 63-75.
- 9) 松田亮三. 欧州における健康の不平等に関する政策対応. *日本医療経済学会会報* 2006;70: 1-19.
- 10) 近藤克則. 「健康格差社会」への処方箋「健康格差」対策の総合戦略 ヨーロッパの到達点を踏まえて. *保健師ジャーナル* 2007 2007;63(5): 444-50.
- 11) Wilkinson RG, Marmot M, editors. *Social Determinants of Health; the solid facts*. Geneva: World Health Organization; 1998.  
<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/home/SolidFactsJ.pdf>
- 12) Wilkinson RG, Marmot M, editors. *Social Determinants of Health; The Solid Facts 2nd edition*. Geneva: World Health Organization; 2003.  
<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/solidfacts2nd.pdf>  
<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/monograph.html>
- 13) Centers for Disease C. Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives for the year 2000. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* 1990 Oct 5;39: 689-90, 95-7.
- 14) Department of Health. *Independent inquiry into inequalities in health: Report (Chairman: Sir Donald Acheson)*. London: The Stationary Office; 1998.  
<http://www.the-stationery-office.co.uk/document/doh/ih/>
- 15) Department of Health. *Reducing health inequalities: An action report*. London: DoH; 1999.  
<http://www.doh.gov.uk/ohn/inequalities.htm>
- 16) Department of Health. *Tackling health inequalities: a programme for action*. London; 2003.  
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>
- 17) Hogstedt C, Lundgren B, Moberg H, Pettersson B, Ågren G. Background to the new Swedish public health policy. *Scan J Public Health* 2004;32(Supplement 64): 6-17.
- 18) Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*: World Health Organisation; 2008.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)  
(日本語訳) [http://sdh.umin.jp/translated/2008\\_csdh.pdf](http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf)
- 19) WHO. *RESOLUTIONS WHA62.14 Reducing health inequities through action on the social*

- determinants of health* 2009  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en-P2.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf)  
 (日本語訳) [http://sdh.umin.jp/translated/2009\\_wha.pdf](http://sdh.umin.jp/translated/2009_wha.pdf)
- 20) 福田吉治, 今井博久. 日本における「健康格差」研究の現状. *保健医療科学* 2007;56(2): 56-62.
- 21) Kagamimori S, Gaina A, Nasermoaddeli A. Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Social Science & Medicine* 2009; 68 (12): 2152-60.
- 22) 近藤克則. *健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか*. 医学書院; 2005.
- 23) 近藤克則, 編. *検証『健康格差社会』－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査*. 医学書院; 2007.
- 24) 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹, 編. *社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ*. 東京大学出版会; 2006.
- 25) 国立保健医療科学院. *健康格差と保健医療政策*. *保健医療科学* 2007;56(2).
- 26) 近藤克則. *「健康格差社会」を生き抜く*. 朝日新聞出版; 2010.
- 27) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会. 子どもの健康と社会格差・低出生体重の健康影響. *日本公衆衛生雑誌* 2010;57(3): 212-5.
- 28) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会. 非正規雇用の健康影響. *日本公衆衛生雑誌* 2011;58(10): 913-8.
- 29) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリングレポート委員会. 経済変動期の自殺対策のあり方について. *日本公衆衛生雑誌* 2010;57: 415-8.
- 30) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会. 高齢者における健康の社会格差. *日本公衆衛生雑誌* 2011;58(7): 564-8.
- 31) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会. 健康影響予測評価 (Health Impact Assessment) の必要性和日本公衆衛生学会版ガイドの提案. *日本公衆衛生雑誌* 2011;58(11): 989-92.
- 32) 日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会. *わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて*. 日本学術会議; 2011 平成 23 年 (2011 年) 9 月 27 日.  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf>
- 33) Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews* 2011(1): CD001561.
- 34) 公益財団法人 医療科学研究所 自主研究委員会. *健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向－ソーシャル・キャピタル編－最終報告書*. 東京: 医療科学研究所; 2014.  
[http://www.iken.org/activity/commit/sdh/pdf/SC\\_SDH\\_report.pdf](http://www.iken.org/activity/commit/sdh/pdf/SC_SDH_report.pdf)
- 35) 近藤克則, 編. *健康の社会的決定要因－疾患・状態別「健康格差」レビュー－*. 日本公衆衛生協会; 2013.
- 36) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973-1977 and 1993-1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75. *Int J Epidemiol* 2005;34(1): 100-9.
- 37) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. *Ann Epidemiol* 2005;15(5): 365-72.
- 38) Nakaya T, Dorling D. Geographical inequalities of mortality by income in two developed island countries: a cross-national comparison of Britain and Japan. *Soc Sci Med* 2005;60(12): 2865-75.
- 39) Wada K, Kondo N, Gilmour S, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. *BMJ* 2012;344: e1191.
- 40) Hirai H, Kondo K, Kawachi I. Social Determinants of Active Aging: Differences in Mortality and the Loss of Healthy Life between Different Income Levels among Older Japanese in the AGES Cohort Study. *Current Gerontology and*

- Geriatrics Research* 2012; Article ID 701583, 9 pages.  
<http://dx.doi.org/10.1155/2012/701583>
- 41) OECD. OECD.Stat. May.2013 ed; 2015.
- 42) 厚生労働省. 「非正規雇用」の現状と課題. 2015  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000046231.html>
- 43) Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health 2 (Policy and Practice)*; 2010.  
[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- 44) Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2014.
- 45) 領域代表者 川上憲人. 平成 21~25 年度文部科学省の科学研究費で新学術領域研究「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御—社会科学と健康科学の融合」. 2013  
<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/gaiyou.html>
- 46) 近藤克則. 「健康格差社会」への処方箋—第 10 回メゾ（コミュニティ・職場）レベルの危険因子への戦略. *保健師ジャーナル* 2007;63(7): 638-45.
- 47) 近藤克則. 「健康格差社会」への処方箋—第 11 回マクロレベルにおける対策—社会政策. *保健師ジャーナル* 2007;63(8): 728-34.
- 48) Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health policy and planning* 2008;23(5): 318-27.
- 50) 近藤克則, 芦田登代, 平井寛, 三澤仁平, 鈴木佳代. 高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差—AGES プロジェクト縦断研究—. *医療と社会* 2012;22(1): 19-30.
- 51) Saito M, Kondo K, Kondo N, et al. Relative deprivation, poverty, and subjective health: JAGES cross-sectional study. *PLoS One* 2014; 9(10): e111169.
- 52) 近藤尚己, 近藤克則, 横道洋司, 山縣然太郎. 高齢者における所得の相対的剥奪と死亡リスク—AGES 追跡研究—. *医療と社会* 2012;22(1): 91-101.
- 53) Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in a Japanese population. *Ann Epidemiol* 2008;18(7): 584-91.
- 54) Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. *Prev Med* 2005;40(4): 444-51.
- 55) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, McGeoghegan D, Marmot M, Kagamimori S. Explaining social inequalities in health by sleep: the Japanese civil servants study. *J Public Health (Oxf)* 2006;28(1): 63-70.
- 56) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job demand, control, and work hours. *Social Science & Medicine* 2009;69(10): 1417-25.
- 57) Nishi N, Makino K, Fukuda H, Tatara K. Effects of socioeconomic indicators on coronary risk factors, self-rated health and psychological well-being among urban Japanese civil servants. *Soc Sci Med* 2004;58(6): 1159-70.
- 58) Martikainen P, Lahelma E, Marmot M, Sekine M, Nishi N, Kagamimori S. A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. *Soc Sci Med* 2004;59(6): 1287-95.
- 59) House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988 29; 241 (4865): 540-5.
- 60) Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editors. *Social Capital and Health*. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 2008.  
<http://springerlink.com/content/p713jn/?p=7dad08ada1854f3e874fd80f68d7b4d3&pi=0>
- 61) イチロー・カワチ, , 高尾総司, , S.V.スブラマニアン, 編. ソーシャル・キャピタルと健康政策—地域で活用するために: 日本評論社; 2013.
- 62) 稲葉陽二, 大守隆, 金光淳, 近藤克則, 辻中豊, 露口健司, 山内直人, 吉野禎三. ソーシャル・キャピタ

- ルー「きずな」の科学とは何か: ミネルヴァ書房; 2014.
- 63) 稲葉陽二, 大守隆, 近藤克則, 宮田加久子, 矢野聡, 吉野諒三, 編. ソーシャル・キャピタルのフロンティア—その到達点と可能性: ミネルヴァ書房; 2011.
- 64) JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究). 2012  
http://square.umin.ac.jp/ages/index.html
- 65) Aida J, Kondo K, Kawachi I, et al. Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(1): 42-7.
- 66) Aida J, Hanibuchi T, Nakade M, Hirai H, Osaka K, Kondo K. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: A multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009 30;69(4): 512-8.
- 67) Hamano T, Fujisawa Y, Yamasaki M, Ito K, Nabika T, Shiwaku K. Contributions of social context to blood pressure: findings from a multilevel analysis of social capital and systolic blood pressure. *Am J Hypertens* 2011;24(6): 643-6.
- 68) Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawachi I, Shiwaku K. Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS One* 2010;5(10): e13214.
- 69) Okamoto M, Kawakami N, Kido Y, Sakurai K. Social capital and suicide: an ecological study in Tokyo, Japan. *Environ Health Prev Med* 2013;18(4): 306-12.
- 70) Kido Y, Kawakami N, Miyamoto Y, Chiba R, Tsuchiya M. Social capital and stigma toward people with mental illness in Tokyo, Japan. *Community Ment Health J* 2013;49(2): 243-7.
- 71) Murayama H, Nishi M, Matsuo E, et al. Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Social Science & Medicine* 2013; 98(12): 247-252.
- 72) Suzuki E, Takao S, Subramanian SV, Komatsu H, Doi H, Kawachi I. Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health? *Soc Sci Med* 2010 70(9): 1367-72.
- 73) Kobayashi T, Suzuki E, Oksanen T, Kawachi I, Takao S. The bright side and dark side of workplace social capital: opposing effects of gender on overweight among Japanese employees. *PLoS One* 2014;9(1): e88084.
- 74) Fujino Y, Kubo T, Kunimoto M, et al. A cross-sectional study of workplace social capital and blood pressure: a multilevel analysis at Japanese manufacturing companies. *BMJ Open* 2013;3(2):e002215.
- 75) Fujiwara T, Natsume K, Okuyama M, Sato T, Kawachi I. Do home-visit programs for mothers with infants reduce parenting stress and increase social capital in Japan? *J Epidemiol Community Health* 2012 66(12): 1167-76.
- 76) Fujiwara T, Takao S, Iwase T, Hamada J, Kawachi I. Does caregiver's social bonding enhance the health of their children?: the association between social capital and child behaviors. *Acta Med Okayama* 2012;66(4): 343-50.
- 77) 本橋豊. 自殺が減ったまち—秋田県の挑戦 岩波書店; 2006.
- 78) Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol* 2012;22(3): 179-87.
- 79) Oshio T, Kobayashi M. Income inequality, perceived happiness, and self-rated health: Evidence from nationwide surveys in Japan. *Social Science & Medicine* 2010;70(9): 1358-66.
- 80) Oshio T, Kobayashi M. Income inequality, area-level poverty, perceived aversion to inequality, and self-rated health in Japan. *Soc Sci Med* 2009 69(3): 317-26.
- 81) Ichida Y, Kondo K, Hirai H, Hanibuchi T, Yoshikawa G, Murata C. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older

- people in 25 communities. *Soc Sci Med* 2009 11:69(4): 489-99.
- 82) Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 2002 5:324(7328): 16-9.
- 83) Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ* 2009;339: b4471.
- 84) Kondo N, Kawachi I, Hirai H, et al. Relative deprivation and incident functional disability among older Japanese women and men: prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2009 63(6): 461-7.
- 85) Davey Smith G, Lynch J. Lifecourse approaches to socioeconomic differentials in health In: Kuh D, Ben-Shlomo Y, editors. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Second edition ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. 77-115.
- 86) 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会. 出生前・子どものときからの生活習慣病対策. 日本学術会議 2008 (平成 20 年) 8 月 28 日.  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf>
- 87) Fujiwara T, Kondo K, Shirai K, Suzuki K, Kawachi I. Associations of childhood socioeconomic status and adulthood height with functional limitations among Japanese older people: results from the JAGES 2010 Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014 69(7): 852-9.
- 88) Yamamoto T, Kondo K, Aida J, Fuchida S, Hirata Y, JAGES group. Association between the longest job and oral health: Japan Gerontological Evaluation Study project cross-sectional study. *BMC oral health* 2014;14: 130.
- 89) Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 1998;76(3): 469-92, 306.
- 90) World Health Organization (WHO). *Health Impact Assessment*. 2004 Available from: <http://www.who.int/hia/en/>
- 91) Kemm J, Parry J, Palmer S, editors. *Health Impact Assessment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 92) 狩野 恵美. 健康の社会的決定要因と格差対策のための世界保健機関 (WHO) による指標とヘルスマネジメント・ツールの開発 *医療と社会* 2014; 24(1): 21-34.
- 93) 近藤克則. 「医療クライシス」を超えて—イギリスと日本の医療・介護のゆくえ: 医学書院; 2012.
- 94) The Marmot Review. *Fair Society, Healthy Lives-Strategic Review of Health Inequalities in England* 2010. <http://www.marmot-review.org.uk/>
- 95) Department of Health. *Tackling Health Inequalities: 10 Years On - A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years*. 2009  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_098936](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098936)
- 96) Keppel KG, Percy JN, Wagener DK. *Trends in Racial and Ethnic-Specific Rates for the Health Status Indicators: United States, 1990-98*: Center for Disease Control and Prevention; 2002.  
<http://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt23.pdf>
- 97) Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report - United States, 2013. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries* 2013 Nov 22;62 Suppl 3.
- 98) Molla MT, Centers for Disease C, Prevention. Expected years of life free of chronic condition-induced activity limitations - United States, 1999-2008. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries* 2013 Nov 22;62 Suppl 3: 87-92.
- 99) Millett C, Laverty AA, Stylianou N, Bibbins-Domingo K, Pape UJ. Impacts of a national strategy to reduce population salt intake in England: serial cross sectional study. *PLoS One* 2012;7(1): e29836.

- 100) Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010 18;362(7): 590-9.
- 101) Mason H, Shoaibi A, Ghandour R, et al. A cost effectiveness analysis of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in four Eastern Mediterranean countries. *PLoS One* 2014;9(1): e84445.
- 102) Collins M, Mason H, O'Flaherty M, Guzman-Castillo M, Critchley J, Capewell S. An economic evaluation of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in England: a policy modeling study. *Value Health* 2014 17(5): 517-24.
- 103) Briggs AD, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. *BMJ* 2013;347: f6189.
- 104) Holmes J, Meng Y, Meier PS, et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet* 2014 383(9929): 1655-64.
- 105) JAGES (日本老年学的評価研究) プロジェクト. 介護予防サポートサイト. 2013 [http://www.yobou\\_bm.umin.jp/](http://www.yobou_bm.umin.jp/)
- 106) 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(1): 5-19.
- 107) 鈴木佳代, 近藤克則. 見える化システム JAGES HEART を用いた介護予防における保険者支援. *医療と社会* 2014;24(1): 75-85.
- 108) フュックス VR. 医療経済学の将来. *医療経済学* 2000 91-105.
- 109) Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T, Endo H. Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine* 2013 2013;94: 83-90.
- 110) スタックラー, D., バス, S. *経済政策で人は死ぬか?-公衆衛生学から見た不況対策*. 草思社; 2014.



# Social Determinants of health in Health Economics and Policy

Katsunori Kondo\*

## Abstract

"Reducing health disparity" was a basic goal of the Ministry of Health, Labor and Welfare's public notice "Basic Plans to Comprehensively Promote Citizen's Health" (Health Japan 21 (2<sup>nd</sup> edition)). These plans are based on the re-recognition of the importance of social determinants of health (SDH). This paper discusses health disparities and the SDH behind them from various perspectives related to Health Economics and Policy.

First, SDH are identified as an important research field in the Health Economics and Policy framework. Second, the reasons behind the identification of SDH as an issue in the health policy are discussed. These are the limitations of the long-term effects of health education, changes in socio-economic environments, and the final evaluations of "Health Japan 21 (1<sup>st</sup> edition)" for internal and external reasons that include the fact that initiatives on SDH have been pursued in other countries.

Third, the framework for studying issues and topics in SDH research require a three-dimensional framework including a multilayered perspective that involves individuals, communities, national governments, an axis of mechanism and countermeasure, and a life-course approach. A general outline of the studies accumulated in Japan regarding these main issues and topics is provided in this paper. Fourth, it is necessary to take countermeasures for reducing health disparities that will require considerable effort in the future. This paper introduces how other countries have spent more than 10 years developing comprehensive policies and describes the contributions of economics. Our country has started addressing these issues, but there remains much to accomplish.

Concluding discussions are issues for the future and expectations for Health Economics and Policy including concepts and methods of measurement developed through economics, analytical frameworks, and econometric analytical methods. Furthermore, a few examples of how to overcome issues related to policy science are presented.

As described above, this paper reveals that it is possible to reduce health disparity. Moreover, if we fail to take immediate action, health disparity is expected to worsen due to growing poverty and unstable employment; however, we can undertake measures to reduce it.

---

\*

## 健康格差・健康の社会的決定要因研究のゆくえ

研究分担者 三澤 仁平（立教大学社会学部 助教）

### 研究要旨

【目的】わが国がおこなっているさまざまな介護予防事業の政策的基礎にあるのが「健康格差・健康の社会的決定要因」研究であるといえる。Web of Scienceにおいて「Health Disparities」というキーワードで検索すれば、1990年代の10年間で500報にも満たなかったにもかかわらず、2014年の単年のみで3000報も超える論文が報告されているようにこの研究は急激に進展したと言えよう。しかし、健康格差・健康の社会的決定要因研究が大きくふくれあがることで、この研究のもつ本質的な意義や理論的基礎が等閑に付されてしまう可能性がある。そこで本研究では、健康格差・健康の社会的決定要因研究の歴史を省みることで、この研究に内在する意義や限界を再検討することを目的としたい。このように、これまでの研究を概観することで、わが国における医療と介護、福祉における予防のあり方を理論的にもつめることができるものと期待できる。【方法】健康格差・健康の社会的決定要因に関するこれまでの研究を歴史的に整理し、その課題や意義を再検討する。【結果】健康格差研究は、1) ブラック卿らによる研究開拓期、2) ハーバード学派による実態把握期、3) 健康の社会的決定要因探索期、4) 政策展開期、の4つの時期を経て今日にいたっている。【考察】これらの時期のあいだに、大きく見過ごされてきた本質的課題として、1) アウトカムとしての健康の意味が明確にされていないこと、2) 格差と社会的決定要因と関係性が不明瞭であること、3) 政策的に展開できる理論的背景が乏しいこと、といった問題が残っている。これらの問いに答えることが、今後の健康格差・健康の社会的決定要因研究の進展に不可欠であると考え。そのためには、現代における社会のしくみ、つまり社会構造そのものを問うための理論的道具が必要であると言えよう。

### A. 研究目的

2014年、わが国の高齢者の人口は全人口の25.1%を占め、2060年には高齢者の割合は約40%に達して、国民の約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている<sup>1)</sup>。わが国は超高齢社会に突入し、それともなって生じると思われるさまざまな課題に立ち向かっていかなければならない。

とりわけ大きな課題としては、介護が必要な高齢者が増加していることである。なかでも、介護を要するほどではないが、家事や身の回りの支度などの日常生活に支援が必要な状態といわれる軽度の要介護状態（要支援1、2）にある高齢者が、平成12年では、29.1万人であったが、平成20年では120万人弱にまで増えていることが示されている<sup>2)</sup>。

このような状況に対して、わが国は軽度な要介護状態にある高齢者を増やさないために、介護予防を推し進め、さまざまな政策的展開

をはかっている。「要介護状態等となることの予防又は要支援状態の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的として」いる介護予防・日常生活支援総合事業が、その代表としてあげられる<sup>3)</sup>。またこのほかにも、高齢者に対するさまざまな政策がある。たとえば介護予防・日常生活支援総合事業においても、おおきな着眼点となっている地域にかんする政策である。住まい・医療・介護・予防・生活支援の観点から一体的に提供することをめざしている地域包括ケアシステムの構築がこれにあたる<sup>4)</sup>。さらには、2012年の推計で7人に1人の65歳以上高齢者が認知症であると推計され、2025年には認知症の人が700万人前後なると言われているように<sup>5)</sup>、高齢者問題において非常に重要なのが認知症に対応する政策である。その対策に向けて厚生労働省がおこなっているのが、認知症に関する情報の普及・啓発だけでなく、認知症の様態にあわせた医療や介護等を提供することで、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指」している認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）<sup>6)</sup>である。

このようにさまざまな高齢者に対する政策的展開がおこなわれているが、この政策を形成するにいたるエビデンスづくりの基礎にあるのが、健康格差にかんする研究や健康の社会的決定要因にかんする研究であると言えよう。現に、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の第2次改訂において、健康寿命の延伸と健康格差の縮小が目標の1つとして明記されるようになったように、健康格

差や健康の社会的決定要因にかんする研究が政策的展開へ大きく貢献した一例といえる。

その意味では、わが国における高齢者にかんする社会的なさまざまな問題に対応するには、この健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究を丹念に検討する必要があると思われる。だが、健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究は歴史も浅いこともあり、これら研究に内在すると思われる課題や限界について明確に議論されていないという問題が残る。

その一方で、これらの研究は急激に進展してしまっている。Web of Scienceにおいて「Health Disparities」「Social Determinants of Health」というキーワードで検索したところ、前者は1990年代の10年間における論文数で500報にも満たなかったにもかかわらず、2014年の単年のみで3000報も超える論文が報告されている（図1）。後者にかんしても、ここ2～3年で、1000報を超える論文数がみとめられる。このように、この研究はここ数年で大きく進展している様子がうかがえる。

しかし、健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究がこのように大きくふくれあがることで、この研究のもつ本質的な意義や理論的基礎が等閑に付されてしまう可能性がある。このことは、視点を変えれば、健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究における諸問題の詳細な検討なしに多くの実証的研究がうみだされ、それらで得られた知見をもとに政策的に結びついてしまっているとも言える。ひいては、理論的背景なしに政策判断をするという危険性をはらんでしまう。

そこで、本研究では、健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究に内在する意義や限界を再検討することを目的としたい。そのためにも、まずは健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究の歴史を省みることで、

これまでの研究の流れを概観し、そこからどのような問題があり得るのかを言及してみたい。本研究において、これまでの健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究を俯瞰することで、わが国における医療と介護、福祉における予防のあり方を理論的にもつめることができるものと期待できる。

## B. 研究方法

健康格差・健康の社会的決定要因に関するこれまでの研究を歴史的に整理し、その課題や意義を再検討する。

(倫理面への配慮)

理論的研究であるため、倫理的問題はないと考える。

## C. 研究結果

そもそも健康格差の歴史を簡単にひもとけば、1980年にダグラス・ブラック卿が著した『ブラックレポート』<sup>6)</sup>を嚆矢として、健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究が推し進められたと言えよう。『ブラックレポート』とは、イギリスにおける社会階級と健康とのあいだに関連があるのかどうかを検討し、そのメカニズムを説明しようとした重要な文献である。社会階級と健康との関連の有無という点で一例をあげれば、豪華客船タイタニック号事件における社会階級別死亡者の研究がある<sup>7)</sup>。女性や子どもに比べて、どの水準の客室であろうと多くの男性が亡くなっている。しかし、比較的多くの命が助かった女性や子どもでさえ、1等客室では約3%、2等客室11%、3等客室58%が亡くなっており、客室を社会階級の指標と考えれば、裕福な社会階級の方で圧倒的に命が助かっている様子がうかがえる。

また、このような社会階級と健康とのあいだにおける健康格差が生じるメカニズムとして、『ブラックレポート』では人工的産物理論、自然淘汰・社会的選択理論、文化的・行動的理論、唯物論の4つの理論モデルが提示されている。ただし、近年の傾向をふまれば、人工的産物理論が議論されることはなく、自然淘汰・社会的選択理論もライフコースモデルに昇華されていると考えられる<sup>8)</sup>。一方で、社会階層によって健康水準が異なることをモデル化している文化的・行動的理論は、古典的なモデルではあるが現代も通用する理論モデルであり、唯物論もまた、社会資源の差異のみならず社会制度の差異にもその射程をひろげ、現代も議論される理論モデルであると言えよう。つまり、ブラック卿による健康格差・健康の社会的決定要因にかんする研究の開拓期においては、そもそも健康格差が見られるのか、実態を把握することに主眼が置かれ、その上で個人水準の社会経済的状況と、社会環境などマクロ水準での社会経済的状況における差異にフォーカスすることで、健康状態の差異を説明しようとしてきたことがうかがえる。

しかし、その後、個人水準とマクロ水準における差異という観点ばかりでなく、社会のありようや社会関係から生じる差異と健康水準との関係に関心をうつすことになる。

そこで登場するのが、相対所得仮説である。相対所得仮説とは、簡単に言えば、「社会格差が拡大すると不健康が増える」というものである<sup>9)</sup>。とりわけ、国(あるいは州・地方自治体・地域社会)レベルの所得分配のあり方が人々の健康水準に与える影響を扱うものであり、「所得分配が平等であるほど、国民(住民)の健康水準が高いであろう」とする仮説である。つまり、所得の絶対的レベルよりもその相対的な分布の方が人びとの健康に