

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 25 年度 研究報告書

研究代表者 尾島 俊之

(浜松医科大学健康社会医学講座教授)

目 次

I. 総括研究報告書 -----	1
尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学講座）	
資料1 Urban HEART の地域比較分析 -----	12
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 -----	24
＜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 -----	33
資料4 The Case of Kamikatsu Town, Tokushima Prefecture -----	43
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 -----	51
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 -----	54
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 -----	61
稲葉 陽二（日本大学法学部）	
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 -----	69
ー 大規模データでの検討 ー	
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 -----	81
藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター研究所）	
6. 健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究 -----	89
近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧 -----	171

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、平成25年度は、WHOが開発した健康格差の評価及び対応ツールであるUrban HEARTを利用して、国内における評価及び対応方策の検討を行うとともに、Urban HEARTの改訂に向けての専門家会合に参加した。また、日本国内における良い事例についての英語による海外への情報発信を行った。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、(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（日本福祉大学社会福祉学部教授）

橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科教授）

高尾総司（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科講師）

稲葉陽二（日本大学法学部教授）

近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科准教授）

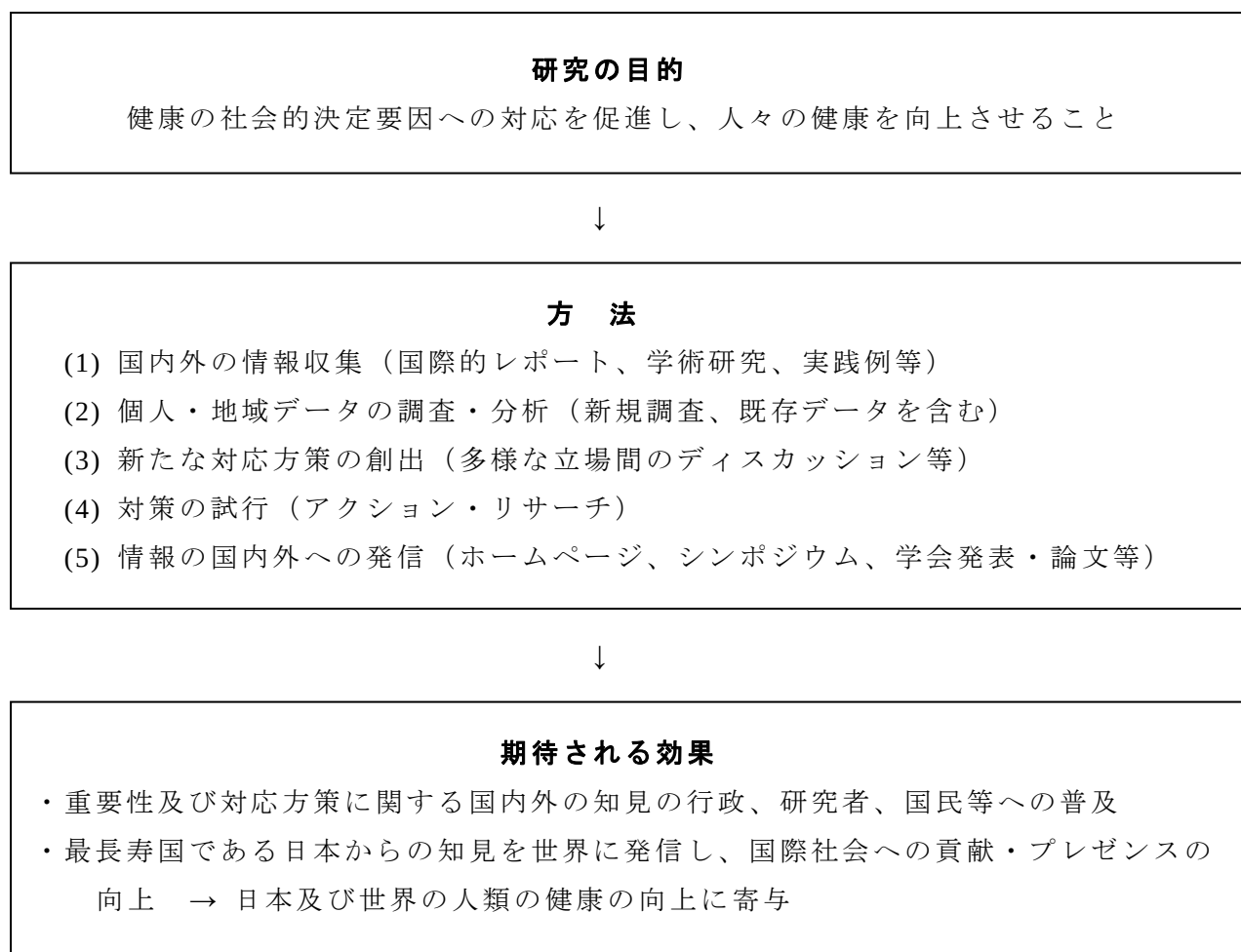
藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム研究部長）

A. 研究目的

健康の社会的決定要因（SDH）は、所得、

教育、就業、生活環境、社会環境等が含まれる。WHO に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会 (Commission on Social Determinants of Health: CSDH)による最終報告書 (Marmot, 2008) で重要性が強調され、2011年に SDH 国際会議が開催され対応が本格化している。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。

図 1 研究全体の流れ図



日本においても健康日本21（第2次）に記載されるなど、注目されつつある。社会全体へSDHの認知を広げ、状況をモニターし、具体的な対応方策を明らかにし、また日本から国際社会への情報発信を強化する必要がある。

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

今年度は、初年度の実施内容を拡大しつつ、WHOの開発したUrban HEARTを日本において活用し、SDHへの対応に資すること、また日本のSDH対応事例を英語によって情報発

信することに力を入れた。

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）

SDHに関するWHOの報告書などの国際的な主要文書について、WHO神戸センターの監修を受けて翻訳を行った。

○SDH政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告（担当：橋本英樹、近藤尚己）

2013年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、本報告書取りまとめ後の 2014 年 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 会議が開催されること予定となっており、これに参加する方向で調整中である。

○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(担当:高尾総司)

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らい温泉街づくり」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。

(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)

第 1 に、前年度に実施した東京都の下町 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 2010 年に実施した全国調査と比較した。第 2 に、別途作成した 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。

○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(担当:近藤尚己)

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。

(3) 新たな対応方策の創出

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

WHO が開発した Urban HEART 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(日本老年学的評価研究)が 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(マトリックス)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。

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

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。

(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、高齢者の就労支援事業として、東京都 A 区に開設されたアクティブシニア就業支援センターについて、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。統計解析には IBM SPSS Statistics 20 および js-STAR 2012(release2.0.6j)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を開設し、その他の方法も含めて、順次、SDH 対策に関する情報及び研究成果の発信を行った。今年度は、国内向けの情報発信に加えて、日本国内での SDH 対策についての海外への英語による情報発信を開始した。具体的には、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。

C. 研究結果と考察

(1) 国内外の情報収集

○健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

WHO による重要文書として、Equity, Social Determinants and Public Health Programmes(公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム)(WHO, 2010)の Chapter1 Introduction and methods of work(第1章 序論および作業方法)及び Chapter14 Synergy for equity(第14章 公平性に向けた相乗効果)について翻訳を行った。また、Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being(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)の仮訳について、併せて情報発信を行った。

○SDH 政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告

11 月 18～19 日に開催された SDH に関する同会議では、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 6～7 日の 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。

○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

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。キーパーソンの存在について、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ものと思われる。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、以下のようによ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。

(2) 個人・地域データの調査・分析

○格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

東京都9区調査の個票データを用いた推計では、「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る。

心と身体の両面の健康（「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。

市町村別の「一人当たり老人医療費」の説明変数として、「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。

○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

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。

(3) 新たな対応方策の創出

○WHO Urban HEART を用いた日本での分析及び対応方策の検討

データ収集を行った日本国内 31 自治体について、Urban HEART の地域比較分析（マトリックス）を行った（資料 1）。人口規模や地理的条件が異なる各地域における介護予防に関連する健康指標等の状況が明らかとなった。

ワークショップにおいて、種々の事例やアイデアが得られた（資料 2）。なお、ワークショップの冒頭で Urban HEART の概要について説明を行った。ワークショップで得られた意見は、Urban HEART による 5 つの介入戦略毎に次のように整理された。戦略 A：都市計画及び都市開発の過程で健康を考慮する（他部門との協働、環境整備）として、道路、公園、住宅、バス、路面電車、自転車の活用、給食などによって健康の向上に結びつけるこ

となど。戦略 B：都市部のプライマリーヘルスケアの役割を強化する（医療活動、保健活動の強化）として、在宅ケアや口腔ケア・歯科医療の強化、医療従事者の理解の向上や研修、健康教育などにおいて講義だけではなく実習などにより体験や感動を取り入れる、子どもの健康のために祖母への啓発を行うなど。戦略 C：都市部における健康の公平なあり方を高める（地域格差・所得格差の現状とその克服）として、地域及び社会経済的状況による格差の確認、高齢者サロンでの内職や高齢者が働けるような新しい内容の起業、医療機関等の有る程度の競争の強化による在宅医療等の充実など。戦略 D：地方自治体の行政において健康格差問題をより重視する（ガバナンスを含む）として、自治体の客観的な状況が市町村長につきつけられたことによって健康政策が重要と位置づけられた事例、専門職の常勤職員配置の重要性、政策形成における 3E（公平性、経済性、選挙での得票）の重要性、マスコミや一般住民へのアピール、職員が楽しく進めていくことの重要性など。戦略 E：全国的な検討課題を追及する（全国的な制度等）として、診療報酬や財源の確保の重要性などが上げられた。

○WHO Urban HEART 改訂作業への参画

世界中から、Urban HEART の利用都市、WHO 各地域事務局、WHO 神戸センター等合計 40 人弱が一堂に会した。3 日間に亘って、報告、グループワーク、全体討論が熱心に重ねられた。Urban HEART で使用される指標の見直しとして、国民皆保険（universal health coverage）に関する指標の追加、高齢化（ageing）に関する指標を検討（一部の国で重要）、非感染性疾患（non-communicable disease）に関する指標の見直し、大気汚染、水質汚濁、騒音などの環境保全に関する指標

の検討、危機管理に関する指標の追加などが検討された。また、各都市による優先順位の設定と対応への支援として、良い事例について、電子的なデータベースで参照できるようにする、質問紙調査・フォーカスグループ・その他の質的方法で地域の意見を収集する、強い立場の人の意見が前面にでることが多いので注意が必要であることなどが議論された。今後の展開として、Urban HEART version 2.0、Urban HEART の活用を促進する政策担当者向け概要、Urban HEART 2.0 電子版などの開発を進めていくことが確認された。

(4) 対策の試行

○高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

アクティブシニア就業支援センターの利用者へのアンケート調査について、回答者は104名（男性69名、女性35名、平均年齢62.6±8.0歳、54歳-71歳）であった。年齢分布について、男性では60-64歳を頂点としていた一方で、女性では年齢階級間の差がみられなかった。最終学歴は、高等学校卒業が最も多く、一般高齢者向け調査結果と比較しても有意に多い結果であった。団体への加入状況については、「いずれの団体にも入っていない」との回答が53.8%と半数を超えていた。世帯構成については、男女ともに独居率が高く30%を超えていた。暮らし向きは、「非常に苦勞している」、「やや苦勞している」との回答が多く6割近くを占めた。前職の離職理由は、「定年または雇用契約の終了」が最も高かったものの、「より良い条件の仕事を探すため」を合わせたポジティブな離職理由は43.2%であり、「会社倒産・事業所閉鎖のため」、「人員整理・勸奨退職のため」、「事業不振や先行き不安のため」、「介護・看病のため」、「自身の健康上の理由」といったネガティブな離職理

由が44.6%であり約半数を占めた。求職理由（複数回答）は、「生活のため」とする回答が80.8%であり突出しており、次いで「健康のため」、「生きがいを得たい」、「社会貢献・社会とのつながり」との回答が続いた。仕事選びで重視する点については、「自分の能力や経験が活かせるか」との回答が最も多く、「収入の多さ」との回答は少なかった。主観的健康感は、「まあ健康な方だ」、「とても健康だ」との回答が多く、健康は概ね維持されていた。

項目間の相関関係については、暮らし向きと年齢の間に有意な負の相関関係がみられ（ $r=-.216, p<.05$ ）、暮らし向きが苦勞しているほどに年齢が若い事が示された。また、暮らし向きはWHO-5とも関連がみられ（ $r=-.366, p<.01$ ）、暮らし向きが苦勞しているほどにWHO-5の得点が低く精神的健康度が低いことが示された。今は比較的若く身体的健康度は維持されているものの、社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いことが示唆された。

仕事を選びには、能力や経験が活かせることが最も重視されており、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがあることについて、仕事探しに影響し、ひいては雇用のミスマッチにも影響している面もあることが推察される。

(5) 情報の国内外への発信

今年度は、日本国内でのSDH対策事例についての英語による紹介を行っている（資料3：愛知県武豊町の事例、資料4：徳島県上勝町の事例）。また、昨年度に引き続き、WHOによる主要文書の日本語訳、健康の社会的決定要因に関する取り組み事例、前述のワークショップによる、今後、取り組みが有用と考えられることなどについて、継続的に情報発信を行っている。

D. 結論

健康の社会的決定要因に関する総合的な研究として、(1) 国内外の情報収集、(2) 個人・地域データの調査・分析、(3) 新たな対応方策の創出、(4) 対策の試行、(5) 情報の国内外への発信の5本柱で実施した。具体的には(1) 国内外の情報収集として、健康の社会的決定要因の主要文献の収集、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への介入実践例の収集を、(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（東京都と全国での調査結果の比較検討）、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（スウェーデンの大規模データを用いての各指標の特徴に関する検討）、(3) 新たな対応方策の創出として、WHO Urban HEARTを用いた日本での分析及び対応方策の検討、WHO Urban HEART改訂作業への参画、(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（日本国内でのSDH対策事例についての英語による紹介など）を行った。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 尾島俊之. SDH (Social Determinants of Health) に関する研究. 東海病院管理学研究会年報 2013; 39-42.
- 2) 尾島俊之、近藤克則、米澤純子. 健康づくりに必要な「社会環境の改善」「健康格差の縮小」にどう取り組むか. 保健師ジャーナル. 2013; 69(4): 304-311.
- 3) Noguchi M, Iwase T, Suzuki E, Kishimoto Y, Takao S. Social support and suicidal ideation

in Japan: are home visits by commissioned welfare volunteers associated with a lower risk of suicidal ideation among elderly people in the community? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Aug 18.

- 4) 稲葉陽二. 『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2012年東京都9区調査の概要. 政経研究. 2013; 50(1): 239-266.
- 5) 稲葉陽二. 『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2013年全国調査の概要. 政経研究. 2014; 51(1). (印刷中).
- 6) 稲葉陽二. 高齢者の社会参加で医療費低減 徳島県上勝町のケース. 保健師ジャーナル. 2013; 69(6): 462-466.
- 7) Kondo N, Rostila M, Yngwe MÅ. Rising inequality in mortality among working-age men and women since the early 1990s in Sweden: a national registry-based repeated cohort study. J Epidemiol Community Health. (投稿中・修正後掲載予定)

2. 学会発表

- 1) 尾島俊之. Urban HEART を使ったベンチマークの指標とシステム. 第51回日本医療・病院管理学会学術総会, 京都, 2013年9月27-28日.
- 2) Ojima T. Healthy Life Expectancies in Japan. Joint Action European Health and Life Expectancy Information System. The 2st Enlarged Steering Committee Meeting, Paris, 2013.4.18.
- 3) Ojima T, Hashimoto S, Tsuji I, Tsutsui H, Noda T, Nakamura M, Kondo K, Lagergren M, Van Oyen H, Robine JM. Healthy Life Expectancy in Japan and comparison with EU. 6th European Public Health Conference, Brussels, 2013.11.13-16.
- 4) 近藤尚己、Mikael Rostila, Monica Aberg

Yngwe. 健康格差モニタリングのための指標の検討：スウェーデン全国民データ. 第24回日本疫学会学術総会，仙台，2014年1月24日.

- 5) 藤原佳典，鈴木宏幸，倉岡正高，深谷太郎，野中久美子，小林江里香. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴：機関の概要と利用成績の傾向. 第72回日本公衆衛生学会総会，三重，2013年10月23-25日.
- 6) 鈴木宏幸，倉岡正高，深谷太郎，小林江里香，藤原佳典. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴：社会活動・生活状況と健康の側面. 第72回日本公衆衛生学会総会，三重，2013年10月23-25日.
- 7) 倉岡正高，鈴木宏幸，深谷太郎，小林江里香，藤原佳典. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴：高齢者の就労意識. 第72回日本公衆衛生学会総会，三重，2013年10月23-25日.

8) Kuraoka M, Suzuki H, Kobayashi E, Fukaya T, Fujiwara Y. Employment Issues among Japanese Seniors: A Longitudinal Study on a Public Employment Support Center. Gerontological Society of America 66th Annual Scientific meeting, New Orleans, USA, 2013.11.20-24.

F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1.特許取得
該当なし

2.実用新案登録
該当なし

3.その他
該当なし

資料1－1. Urban HEARTの地域比較分析に用いた指標一覧

公表統計資料等による指標

指標名	計算方法
総人口	平成22年国勢調査
人口密度(1km ² 当たり)	総人口／面積 平成22年国勢調査、全国都道府県市区町村別面積調
高齢者割合(%)	高齢者(65歳以上)人口／総人口 平成22年国勢調査
後期高齢者割合(%)	後期高齢者(75歳以上)人口／高齢者(65歳以上)人口 平成22年国勢調査
要介護認定者割合(合計、年齢調整、65～74歳、75歳以上)	介護保険事業状況報告(平成21年度年報、平成21年度末現在)による、第1号被保険者数に対する割合。年齢調整は、65～74歳での割合と、75歳以上での割合の単純平均
要介護認定者割合(要介護2以上、年齢調整、65～74歳、75歳以上)	同上、要介護2～要介護5についての合計
新規要介護認定者率(合計、要介護2以上)	平成22年度介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果
標準化死亡比(総死亡、悪性新生物、脳血管疾患、男女単純平均、男性、女性)	人口動態特殊報告・平成20～24年人口動態保健所・市区町村別統計。男女単純平均は公表数値から算定。合併した市町村は、合併後の市町村の数値を各合併前の市町村に記載
介護保険料(第4期第一号保険料月額)	厚生労働省:第4期の介護保険料について(2009年4月) (http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/04/dl/h0423-1b.pdf)
生活保護世帯割合(%)	生活保護世帯数/全世帯数 社会・人口統計体系市町村データ2007
平均課税対象所得(市町村税)	課税対象所得/納税義務者数 平成22年市町村税課税状況等の調
対象者一人当たり運動器の機能向上の実施回数	平成22年度介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果

JAGES(日本老年学的評価研究) 2010年調査結果を用いた指標

指標名	計算方法
一般的に人は信用の割合(%)	「一般的に人は信用できる」の質問に対して「はい」または「場合による」の回答者/全回答者
ボランティアのグループに参加の割合(%)	ボランティアのグループに参加の回答者/全回答者
趣味の会に参加の割合(%)	趣味の会に参加の回答者/全回答者
スポーツの会に参加の割合(%)	スポーツの会に参加の回答者/全回答者
老人クラブに参加の割合(%)	老人クラブに参加の回答者/全回答者
活動への参加頻度	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計
等価所得中央値の半分以下の人の割合(%)	等価所得中央値の半分以下の人の数/全人口
主観的健康観の良い者の割合	主観的健康観の良いの回答者/全回答者
閉じこもり高齢者割合(外出頻度が週に1回未満)	外出頻度が週に1回未満の回答者/全回答者
独居高齢者割合	独居高齢者数/高齢者数
地域活動への出席頻度が4未満の人の割合	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計が4未満の人の割合
1年間の転倒歴(1度以上転倒した人の割合)	1年間に1度以上転倒した人の割合
歩行時間(1日平均歩行時間30分未満の人の割合)	1日平均歩行時間30分未満の人の割合
残歯数(20本以上の人の割合)	残歯数が20本以上の人の割合
BMI(やせの人の割合)	BMIが18.5未満の人の割合
基本チェックリスト認知症項目該当者割合	基本チェックリスト認知症項目該当者数/対象者数
うつ状態者割合	GDS15項目版で10点以上
助け合っている人の割合	2010年のソーシャルサポートの授受の設問(問A)の全ての設問において、7以外を回答している人の割合
交流する友人がいる人の割合	「この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。」の設問(問B)で3人以上と回答した人の割合
健診を受けた人の割合(過去1年間)	過去1年間に健診を受けた人の割合
現在喫煙している人の割合	現在喫煙している人の割合
生活満足度(満足の人割合)	「今の生活に満足していますか」につき「はい」の割合
幸福度(幸福な人の割合)	自分は幸せなほうだと思いますか」につき「はい」の割合
幸福度(平均の幸福度)	あなたはご自分がどの程度幸せだとおもいますか」の平均値

資料 1－2. 要介護等に関する結果（Urban HEARTの地域比較分析）

市区町村名	総人口	高齢者割合	後期高齢者割合	要介護認定者割合 （合計、年齢調整）	要介護認定者割合 （合計、65～74歳）	要介護認定者割合 （合計、75歳以上）	要介護認定者割合（要介護2以上、年齢調整）	要介護認定者割合（要介護2以上、65～74歳）	要介護認定者割合（要介護2以上、75歳以上）	新規要介護認定者率（合計）	新規要介護認定者率（要介護2以上）
A	2,300,000	21.2%	9.7%	16.6%	4.4%	28.7%	2.4%	0.6%	4.2%		
B	1,500,000	23.1%	10.8%	19.4%	5.3%	33.5%	2.3%	0.6%	3.9%	4.5%	0.32%
C	400,000	19.9%	7.9%	15.0%	3.3%	26.6%	2.1%	0.5%	3.7%	4.0%	0.38%
D	120,000	19.4%	8.6%	15.2%	3.6%	26.7%	1.9%	0.5%	3.4%	4.2%	0.32%
E	110,000	18.7%	7.7%	16.4%	4.1%	28.7%	2.4%	0.6%	4.3%	4.0%	0.40%
F	110,000	19.3%	9.1%	13.3%	3.1%	23.6%	2.0%	0.4%	3.7%	3.7%	0.39%
G	85,000	17.5%	7.0%	16.4%	4.1%	28.7%	2.4%	0.6%	4.3%	4.0%	0.40%
H	85,000	20.6%	8.0%	16.4%	4.1%	28.7%	2.4%	0.6%	4.3%	4.0%	0.40%
I	72,000	20.1%	9.8%	13.2%	3.6%	22.8%	1.9%	0.5%	3.2%	4.8%	0.51%
J	66,000	24.7%	12.5%	17.6%	4.6%	30.7%	2.9%	0.8%	5.1%	3.3%	0.50%
K	55,000	23.7%	11.2%	14.5%	3.3%	25.7%	2.4%	0.6%	4.1%	4.1%	0.46%
L	50,000	19.9%	8.3%	16.4%	4.1%	28.7%	2.4%	0.6%	4.3%	4.0%	0.40%
M	44,000	19.8%	9.5%	16.1%	4.2%	28.1%	2.4%	0.5%	4.4%	3.9%	0.38%
N	42,000	19.8%	7.9%	13.9%	3.1%	24.8%	1.8%	0.4%	3.2%	3.5%	0.38%
O	40,000	21.2%	10.8%	17.4%	4.5%	30.3%	2.8%	0.7%	4.8%	3.4%	0.33%
P	35,000	35.6%	22.1%	17.7%	4.5%	31.0%	2.4%	0.6%	4.3%	6.0%	0.58%
Q	31,000	18.2%	8.8%	13.5%	3.3%	23.6%	2.3%	0.6%	4.0%	4.2%	0.57%
R	25,000	23.0%	10.0%	12.3%	2.3%	22.4%	1.8%	0.3%	3.3%	3.7%	0.33%
S	25,000	22.1%	10.6%	13.6%	3.3%	24.0%	1.9%	0.4%	3.4%	4.2%	0.29%
T	25,000	30.0%	17.4%	17.5%	4.4%	30.5%	2.2%	0.5%	3.9%	2.5%	0.23%
U	24,000	24.0%	12.3%	13.3%	3.2%	23.4%	2.0%	0.5%	3.5%	3.8%	0.54%
V	22,000	22.8%	11.4%	11.7%	3.3%	20.1%	1.9%	0.5%	3.4%	3.6%	0.42%
W	21,000	29.6%	15.6%	13.6%	3.4%	23.9%	1.8%	0.5%	3.1%	4.7%	0.45%
X	12,000	25.5%	12.9%	13.0%	2.8%	23.1%	1.8%	0.4%	3.2%	2.4%	0.32%
Y	11,000	33.5%	18.2%	18.0%	4.2%	31.8%	2.5%	0.5%	4.4%	4.0%	0.36%
Z	9,300	22.5%	11.1%	18.0%	4.2%	31.8%	2.5%	0.5%	4.4%	4.0%	0.36%
AA	9,300	26.5%	16.7%	17.4%	4.5%	30.3%	2.8%	0.7%	4.8%	3.4%	0.33%
AB	8,700	27.2%	14.9%	14.4%	2.6%	26.2%	2.2%	0.5%	3.9%	6.1%	0.68%
AC	7,900	28.0%	14.9%	18.0%	4.2%	31.8%	2.5%	0.5%	4.4%	4.0%	0.36%
AD	4,100	38.3%	23.9%	21.2%	6.8%	35.5%	2.4%	0.7%	4.2%	6.9%	0.62%
AE	1,200	47.6%	30.6%	12.8%	2.2%	23.4%	1.9%	0.2%	3.5%	5.1%	0.20%

999.9 良い

999.9 普通

999.9 良くない

標準化死亡比 (総死亡、男女単純平均)	標準化死亡比 (総死亡、男性)	標準化死亡比 (総死亡、女性)	標準化死亡比 (悪性新生物、男性)	標準化死亡比 (悪性新生物、女性)	標準化死亡比 (脳血管疾患、男性)	標準化死亡比 (脳血管疾患、女性)	介護保険料 (第4期第一号保 険料月額)	生活保護世帯割合	平均課税対象所得 (市町村 税)	対象者一人当たり運動器の機 能向上の実施回数
103.7	103.9	103.5	104.3	105.1	98.3	94.1	4,149	2.2%	3,705	2.1
100.9	100.2	101.5	107.4	106.6	84.3	80.5	4,640	4.0%	3,516	0.1
92.7	90.7	94.7	95.0	96.2	84.6	97.0	3,700	1.0%	3,608	0.2
104.3	101.2	107.4	100.7	96.4	88.7	94.3	3,945	0.7%	3,329	0.4
101.1	98.7	103.4	95.5	91.3	126.8	112.4	4,030	0.8%	3,231	0.2
105.7	102.2	109.2	104.1	103.9	105.5	115.0	3,700	0.4%	3,328	0.2
99.6	97.1	102.0	104.4	90.2	85.6	100.7	4,030	0.5%	3,465	0.2
99.4	92.4	106.3	102.7	90.3	100.6	116.7	4,030	0.6%	3,239	0.2
99.8	99.5	100.1	104.0	93.7	114.0	120.0	3,360	0.6%	3,185	0.0
109.7	116.8	102.5	102.9	92.9	139.3	126.7	5,770	2.1%	2,545	0.0
109.0	105.5	112.5	100.5	97.0	92.1	89.2	4,000	0.4%	2,927	0.2
92.4	90.4	94.4	94.5	88.0	74.8	102.2	4,030	0.4%	3,278	0.2
105.7	106.3	105.1	102.6	86.6	112.6	130.0	4,178	0.8%	2,816	0.1
107.2	109.2	105.2	115.4	98.9	98.2	92.1	3,980	0.5%	3,115	
89.6	92.7	86.4	76.3	74.8	85.2	64.7	4,736	1.3%	2,272	1.8
94.8	98.5	91.1	95.8	90.5	99.8	99.0	3,683	1.2%	2,560	0.1
93.5	89.0	98.0	87.5	102.1	93.1	91.4	3,841	0.3%	2,925	1.7
92.3	94.2	90.4	101.7	86.9	91.4	69.2	3,650	0.3%	3,214	0.9
103.8	98.5	109.1	89.3	85.9	64.6	128.3	3,600	0.5%	3,004	0.5
106.4	112.3	100.5	105.5	91.6	141.5	127.6	4,750	4.9%	2,349	
105.7	102.2	109.2	104.1	103.9	105.5	115.0	3,900	0.5%	3,304	0.2
105.7	102.2	109.2	104.1	103.9	105.5	115.0	3,500	0.4%	3,081	0.1
119.8	120.2	119.3	118.9	105.5	84.5	92.2	3,400	0.9%	2,804	0.4
105.7	102.2	109.2	104.1	103.9	105.5	115.0	3,500	0.2%	2,841	0.1
92.0	89.4	94.6	97.9	104.4	74.9	110.7	4,550	3.2%	2,635	0.1
79.7	80.4	79.0	78.7	104.6	92.7	87.5	4,550	0.7%	2,856	0.1
80.5	91.5	69.4	92.3	60.3	78.4	61.9	4,736	1.9%	2,138	1.8
98.5	100.3	96.6	82.2	55.1	132.7	120.5	3,600	0.6%	2,624	0.6
88.6	97.8	79.3	101.2	83.7	88.0	75.0	4,550	1.6%	2,554	0.1
103.1	106.8	99.4	81.0	77.7	111.4	117.5	4,008	1.6%	2,745	
128.3	110.8	145.7	160.6	132.6	103.9	161.3	5,568		2,508	

資料 1－3. 年齢調整済みの結果 (Urban HEARTの地域比較分析)

市区町村名	総人口	人口密度 (1 km ² 当たり)	一般的に人は信用の割合 (%)	ボランティアのグループに参加の割合 (%)	趣味の会に参加の割合 (%)	スポーツの会に参加の割合 (%)	老人クラブに参加の割合 (%)	活動への参加頻度	等価所得中央値の半分以下の人の割合 (%)	主観的健康観の良い者の割合	週に1回未満 閉じこもり高齢者割合 (外出頻度が)	独居高齢者割合	地域活動への出席頻度が4未満の人の割合
A	2,300,000	6,900	92.4	15.5	49.3	28.7	18.3	5.4	32.2	81.7	5.0	14.9	64.4
B	1,500,000	2,800	93.0	16.2	55.5	36.4	15.4	7.1	33.2	85.4	5.9	10.4	54.6
C	400,000	3,500	91.3	16.7	46.7	27.4	14.3	5.7	26.0	79.1	5.1	17.2	62.8
D	120,000	2,500	91.2	18.0	46.1	27.2	30.6	5.9	26.2	77.8	7.3	8.1	63.1
E	110,000	2,500	91.5	16.0	44.0	24.0	27.8	5.5	26.0	79.0	6.2	6.7	66.9
F	110,000	1,400	89.7	16.5	44.5	20.6	32.2	5.6	26.4	76.7	6.4	9.3	64.7
G	85,000	2,500		19.5	47.6	30.5	23.5	5.3	25.8	81.2	5.2	11.7	65.8
H	85,000	1,900	90.3	19.0	46.2	27.9	38.7	6.5	25.3	78.8	8.6	7.5	61.1
I	72,000	2,000	90.5	18.7	49.4	30.7	27.9	6.5	29.8	79.1	6.5	8.1	58.9
J	66,000	91	90.0	16.7	42.4	29.2	37.4	5.1	26.4	72.9	11.3	11.2	66.9
K	55,000	990	90.8	19.2	41.9	24.4	24.7	5.0	27.0	76.9	6.1	9.5	67.3
L	50,000	1,600	89.3	15.1	36.2	19.4	22.5	3.9	25.5	77.4	11.5	15.2	73.4
M	44,000	730	87.7	17.1	45.3	30.6	29.8	4.1	30.9	76.2	10.5	8.7	71.7
N	42,000	1,600	90.2	15.5	40.8	24.9	29.9	5.8	26.0	79.2	6.5	7.5	65.9
O	40,000	800	89.1	31.1	45.3	26.5	36.2	4.8	25.0	78.2	16.3	12.2	65.8
P	35,000	64	94.2	20.4	39.2	26.6	54.3	5.2	26.9	68.0	17.7	16.6	65.9
Q	31,000	980	93.4	24.2	38.2	24.2	50.4	5.9	24.7	72.2	19.6	8.8	65.6
R	25,000	1,100	87.5	16.7	46.8	29.6	26.4	5.9	30.2	80.8	4.3	6.2	60.6
S	25,000	540	90.4	21.6	41.8	22.3	36.2	4.6	26.8	76.2	11.5	8.0	68.4
T	25,000	190	90.5	14.1	33.7	16.4	40.2	3.0	26.5	73.4	16.6	9.0	76.6
U	24,000	1,100	91.3	18.8	43.9	26.6	22.0	4.6	26.8	76.1	14.2	7.7	66.6
V	22,000	620	89.8	20.1	45.2	30.8	40.3	6.3	27.0	75.3	6.9	7.2	61.6
W	21,000	540	88.5	19.7	38.3	25.0	31.3	5.0	30.0	75.9	13.1	12.9	70.2
X	12,000	470	88.6	18.3	38.3	20.9	35.8	4.7	27.3	77.3	9.0	6.3	71.0
Y	11,000	16	91.3	18.9	46.6	28.4	25.9	5.3	33.7	77.0	10.0	11.1	68.1
Z	9,300	140	94.3	16.0	38.4	22.7	34.0	4.5	26.8	76.4	7.6	6.8	71.7
AA	9,300	230	89.1	18.9	45.1	25.7	50.6	5.5	25.7	78.8	7.9	6.0	66.7
AB	8,700	64	91.1	20.9	47.6	33.7	36.3	6.7	30.0	78.9	10.7	8.7	60.3
AC	7,900	32	89.1	20.3	37.7	16.0	48.8	3.8	27.8	79.2	14.2	7.0	75.7
AD	4,100	6	87.2	22.6	28.8	11.7	25.2	2.2	27.5	75.4	30.3	14.6	84.3
AE	1,200	3		36.9	49.4	40.8	59.6	3.3					70.2

999.9 良い

999.9 普通

999.9 良くない

1年間の転倒歴（1度以上転倒した人の割合）	歩行時間（1日平均歩行時間30分未満の人の割合）	残歯数（20本以上の人の割合）	BMI（やせの人の割合）	基本チェックリスト認知症項目該当者割合	うつ状態者割合	助け合っている人の割合	交流する友人がいる人の割合	健診を受けた人の割合（過去1年間）	現在喫煙している人の割合	生活満足度（満足の人の割合）	幸福度（幸福な人の割合）	幸福度（平均の幸福度）
30.2	31.7	39.1	9.6	35.2	6.4	98.2	72.5	54.7	11.4	82.2	90.7	7.1
25.5	26.9	42.8	7.7	31.5	5.6	99.1	75.5	66.5	9.7	84.0	92.5	7.2
29.4	28.4	36.5	8.1	36.3	8.0	97.8	71.6	54.7	10.8	79.8	89.7	6.9
30.4	33.9	35.7	7.4	39.0	8.3	98.9	75.1	63.1	10.6	81.3	90.1	7.2
32.9	35.7	32.6	8.6	36.2	6.5	99.0	75.7	55.5	11.9	83.8	90.5	7.2
31.2	36.7	34.1	8.3	39.5	7.7	98.9	78.9	59.8	10.7	81.4	90.0	7.0
29.7	36.2	34.0	7.6	36.5		98.7	76.4	61.0	10.1			
28.9	34.2	38.6	8.0	39.4	7.7	98.9	75.6	70.4	10.8	82.5	91.1	7.5
26.3	33.9	36.6	7.8	35.1	6.7	98.9	75.7	66.7	11.0	84.2	90.7	7.5
44.1	40.5	17.5	6.5	35.7	7.7	98.4	74.6	51.6	11.5	82.8	89.5	6.8
30.4	36.5	36.1	8.0	38.6	7.1	98.6	74.9	73.2	10.9	82.0	90.6	7.1
38.7	37.3	17.5	5.9	41.0	10.2	97.5	69.8	55.0	9.3	76.9	84.4	6.6
32.5	38.2	31.4	9.6	37.6	8.9	99.0	75.2	57.7	10.5	76.5	86.9	6.9
32.3	38.2	32.1	6.4	38.5	7.7	98.6	72.6	64.0	10.0	83.0	90.7	7.2
31.3	32.8	23.9	7.2	36.9	8.4	98.7	81.6	56.8	8.7	75.9	87.1	6.7
27.8	43.9	18.2	5.2	47.0	9.3	98.9	86.9	78.5	9.6	77.6	82.8	7.2
25.0	34.1	18.9	3.5	42.2	5.7	99.4	77.5	63.5	7.2	80.9	88.0	7.4
27.3	32.6	38.6	9.0	40.3	6.4	98.7	73.3	69.6	12.2	86.6	92.0	7.5
33.9	37.3	30.9	7.3	40.1	7.9	98.8	77.3	62.8	11.7	82.8	90.5	7.2
34.9	40.5	23.9	7.3	43.2	9.7	98.8	78.3	58.0	11.0	80.2	87.9	7.4
32.8	42.1	32.0	6.6	41.5	11.4	98.5	73.6	67.3	10.9	76.5	84.7	6.8
32.1	34.9	37.2	8.6	39.3	8.3	99.2	76.5	62.0	10.3	82.1	89.4	7.0
32.4	39.7	19.8	7.8	33.5	8.6	98.7	82.5	58.8	9.8	72.4	84.0	6.7
38.9	35.4	27.9	9.4	38.7	8.2	99.0	76.5	48.9	11.3	83.0	89.8	7.0
42.8	39.9	20.3	5.8	34.6	7.3	98.5	73.9	54.3	11.7	83.6	88.7	6.7
36.3	41.4	25.8	7.0	38.7	6.6	99.1	78.9	48.0	11.3	83.3	90.6	7.0
34.3	34.9	27.6	8.4	36.4	6.5	98.9	79.1	53.7	11.5	86.6	90.8	7.2
41.6	35.6	21.1	5.3	35.1	4.8	99.0	74.1	56.5	11.6	85.2	91.2	7.0
32.8	33.3	22.2	11.2	32.7	8.1	98.8	80.4	55.4	8.8	80.6	86.7	6.6
35.9	35.6	20.0	10.3	39.5	11.7	97.9	79.7	58.3	11.7	70.4	84.5	6.5
			4.9	29.4			81.1					

資料 1－4. 高齢者全体の粗分析の結果 (Urban HEARTの地域比較分析)

市区町村名	総人口	人口密度（1 k m 2 当たり）	一般的に人は信用の割合（％）	ボランティアのグループに参加の割合（％）	趣味の会に参加の割合（％）	スポーツの会に参加の割合（％）	老人クラブに参加の割合（％）	活動への参加頻度	等価所得中央値の半分以下の人の割合（％）	主観的健康観の良い者の割合	閉じこもり高齢者割合（外出頻度が週に1回未満）	独居高齢者割合	地域活動への出席頻度が4未満の人の割合
A	2,300,000	6,900	92.1	15.9	49.5	29.3	16.6	5.5	31.8	82.3	4.7	14.5	63.7
B	1,500,000	2,800	91.3	17.0	47.2	28.3	13.1	5.8	25.8	79.7	4.9	16.7	62.0
C	400,000	3,500	94.0	18.0	56.6	38.4	12.5	7.4	32.0	86.8	4.9	9.3	52.5
D	120,000	2,500		19.9	48.5	31.2	21.0	5.6	25.1	81.9	4.6	10.8	64.5
E	110,000	2,500	91.4	18.7	47.2	28.3	27.2	6.1	25.3	79.3	6.6	7.5	61.7
F	110,000	1,400	91.6	16.8	45.1	25.1	25.6	5.6	25.3	79.9	5.6	6.7	65.4
G	85,000	2,500	90.9	19.6	50.8	32.9	24.1	6.8	28.9	81.6	5.6	7.8	56.4
H	85,000	1,900	90.7	20.2	48.0	30.1	35.6	6.8	24.9	81.4	7.0	6.8	59.1
I	72,000	2,000	90.1	16.4	41.4	25.5	28.6	5.9	25.5	79.6	6.2	7.3	65.3
J	66,000	91	89.3	15.3	36.6	19.6	22.1	4.0	25.1	77.4	11.4	15.1	73.0
K	55,000	990	89.9	18.0	45.3	21.6	30.2	5.8	25.3	77.7	5.9	8.8	63.4
L	50,000	1,600	87.9	18.2	48.6	31.5	21.9	6.0	29.1	82.8	3.5	5.8	58.8
M	44,000	730	91.3	19.4	44.7	27.2	21.1	4.7	26.5	76.5	13.7	7.5	65.8
N	42,000	1,600	90.5	21.1	44.5	26.9	22.0	5.5	25.1	78.8	5.0	8.5	64.4
O	40,000	800	93.5	23.8	37.8	23.9	51.0	5.9	24.8	72.0	20.0	8.9	65.9
P	35,000	64	89.1	30.7	45.0	26.3	37.3	4.8	25.3	77.6	17.1	12.5	66.0
Q	31,000	980	87.7	17.6	46.4	31.5	28.1	4.3	30.0	76.8	9.9	8.7	70.3
R	25,000	1,100	90.7	21.5	47.7	33.1	38.7	6.7	25.6	77.4	6.1	6.6	58.8
S	25,000	540	90.3	23.0	43.4	23.2	35.9	4.8	25.8	77.2	10.5	7.6	66.6
T	25,000	190	88.6	20.0	38.6	25.0	31.1	5.0	29.7	75.9	13.0	12.9	70.1
U	24,000	1,100	88.9	18.8	39.5	21.9	35.3	5.0	26.2	77.9	8.4	6.2	69.8
V	22,000	620	89.4	19.6	45.8	26.7	49.8	5.7	24.9	79.4	7.6	5.9	65.2
W	21,000	540	90.6	15.1	34.5	16.7	40.0	3.1	25.8	73.8	16.2	8.9	75.6
X	12,000	470	94.0	16.5	39.8	23.3	31.8	4.5	25.9	77.4	7.0	6.6	71.0
Y	11,000	16	89.9	17.2	42.6	29.3	36.7	5.2	26.1	73.0	11.3	11.1	66.6
Z	9,300	140	91.2	20.7	47.4	33.8	32.8	6.5	28.6	79.6	9.7	8.4	60.1
AA	9,300	230	94.1	19.1	37.0	25.4	54.6	5.2	29.0	66.3	19.6	17.6	67.1
AB	8,700	64	88.9	21.0	38.6	16.3	47.8	3.9	26.9	79.4	13.7	6.9	75.0
AC	7,900	32	91.7	19.1	46.5	29.1	23.7	5.3	32.1	77.5	9.5	10.9	67.6
AD	4,100	6	87.2	22.5	28.4	11.5	25.7	2.2	27.9	74.6	31.5	14.9	84.4
AE	1,200	3		35.4	48.1	39.2	62.2	3.2					71.8

999.9 良い

999.9 普通

999.9 良くない

1年間の転倒歴（1度以上転倒した人の割合）	歩行時間（1日平均歩行時間30分未満の人の割合）	残歯数（20本以上の人の割合）	BMI（やせの人の割合）	基本チェックリスト認知症項目該当者割合	うつ状態者割合	助け合っている人の割合	交流する友人がいる人の割合	健診を受けた人の割合（過去1年間）	現在喫煙している人の割合	生活満足度（満足の人の割合）	幸福度（幸福な人の割合）	幸福度（平均の幸福度）
29.4	30.8	40.5	9.4	34.7	6.4	98.2	73.1	55.3	11.8	82.0	90.6	7.1
28.9	27.8	37.7	7.9	35.9	8.0	97.9	72.0	55.6	11.2	79.6	89.6	6.9
24.3	25.2	46.5	7.2	30.3	5.2	99.1	76.7	67.8	10.7	84.2	92.6	7.2
28.1	34.9	36.5	7.1	35.7		98.8	76.9	61.9	10.6			
28.0	32.5	38.3	6.7	37.2	7.7	99.0	76.0	64.3	11.6	81.3	90.0	7.2
31.6	34.5	34.6	8.1	35.4	6.5	99.0	76.5	56.4	12.4	83.4	90.3	7.2
24.0	31.7	40.1	7.2	34.2	6.1	98.8	76.8	68.3	11.6	84.1	90.8	7.5
26.3	31.1	42.2	6.9	37.0	7.0	99.0	76.7	72.2	12.1	82.5	91.0	7.4
31.6	37.1	33.3	6.1	38.0	7.6	98.7	73.1	64.0	10.4	82.7	90.7	7.2
38.5	37.2	17.7	5.8	40.9	10.2	97.6	70.0	55.3	9.4	76.9	84.4	6.6
30.3	35.5	35.8	7.8	38.9	7.4	98.9	79.6	60.2	11.1	81.2	90.0	7.0
24.7	29.9	42.6	8.1	38.0	6.0	98.8	75.6	71.1	12.9	86.6	91.9	7.5
32.2	41.1	32.7	6.4	41.0	11.1	98.6	74.0	68.0	11.2	76.5	84.8	6.8
28.3	34.4	39.7	7.0	37.6	7.0	98.6	76.2	74.0	11.5	81.6	90.6	7.0
25.3	34.4	18.3	3.6	42.5	5.7	99.4	77.3	63.3	7.1	81.1	88.2	7.4
32.0	33.4	22.6	7.5	37.6	8.4	98.7	81.3	56.2	8.6	76.1	87.2	6.7
31.8	37.2	32.3	9.2	36.8	8.7	99.0	75.8	58.9	10.8	76.2	86.8	6.9
30.1	32.7	40.3	7.6	38.2	7.6	99.2	77.7	64.6	11.1	82.0	89.5	7.0
32.7	36.2	32.7	6.8	39.2	7.5	98.9	78.3	63.8	12.5	82.7	90.6	7.2
32.4	39.7	19.8	7.8	33.4	8.6	98.7	82.5	58.9	9.8	72.4	84.0	6.7
38.0	34.4	29.2	8.8	37.8	8.2	99.0	77.2	49.8	11.8	82.7	89.7	7.0
33.6	34.2	28.6	8.0	35.8	6.4	98.9	79.5	54.3	11.7	86.5	90.8	7.2
34.5	40.0	24.7	7.0	42.9	9.6	98.9	78.7	58.4	11.3	80.0	87.8	7.4
35.0	39.8	27.2	6.5	37.4	6.4	99.0	79.6	48.6	11.5	82.9	90.6	7.0
44.1	40.4	17.6	6.4	35.6	7.7	98.4	74.7	51.8	11.5	82.8	89.5	6.8
41.3	34.4	22.5	5.1	33.8	4.5	99.0	74.6	58.7	11.8	85.3	91.6	7.0
29.3	45.9	15.9	5.9	48.4	9.6	99.0	83.8	78.6	9.2	78.1	83.3	7.1
32.4	32.9	22.8	10.9	32.2	7.9	98.8	80.6	55.9	9.1	80.4	86.6	6.6
42.6	39.0	21.3	5.7	34.0	7.2	98.6	74.3	55.9	11.8	83.4	88.8	6.7
36.6	35.9	18.9	10.7	40.3	12.0	97.9	79.4	57.7	11.3	70.4	84.1	6.5
			5.2	30.9			80.4					

資料 1－5. 前期高齢者の結果（Urban HEARTの地域比較分析）

市区町村名	総人口	人口密度（1km ² 当たり）	一般的に人は信用の割合（％）	ボランティアのグループに参加の割合（％）	趣味の会に参加の割合（％）	スポーツの会に参加の割合（％）	老人クラブに参加の割合（％）	活動への参加頻度	等価所得中央値の半分以下の人の割合（％）	主観的健康観の良い者の割合	閉じこもり高齢者割合（外出頻度が週に1回未満）	独居高齢者割合	地域活動への出席頻度が4未満の人の割合
A	2,300,000	6,900	91.0	16.9	49.9	31.3	10.7	5.8	30.7	85.1	3.2	13.0	61.6
B	1,500,000	2,800	91.5	18.2	49.1	31.8	8.0	6.2	24.4	83.6	3.4	14.0	59.0
C	400,000	3,500	95.6	20.6	58.4	41.4	7.6	7.9	30.0	89.5	2.9	7.4	49.5
D	120,000	2,500		20.6	50.8	32.8	14.6	6.1	23.4	84.3	2.8	7.8	61.9
E	110,000	2,500	91.7	19.9	49.4	30.5	20.2	6.5	23.6	82.8	5.0	6.1	59.5
F	110,000	1,400	92.0	18.7	48.4	28.8	18.2	6.0	23.0	84.1	3.0	6.4	61.9
G	85,000	2,500	91.7	20.8	53.1	36.4	17.5	7.2	27.5	86.6	3.9	7.1	53.1
H	85,000	1,900	91.4	21.7	50.7	33.4	30.9	7.1	24.4	85.6	4.4	5.7	56.6
I	72,000	2,000	89.7	19.7	43.8	28.1	22.6	6.0	23.8	82.1	3.7	6.2	63.3
J	66,000	91	90.1	17.1	41.9	22.2	13.5	4.6	21.3	80.4	7.2	13.6	69.4
K	55,000	990	90.4	21.7	47.9	24.7	23.1	6.3	22.3	82.1	3.7	6.6	60.1
L	50,000	1,600	88.6	20.4	51.5	34.6	14.3	6.2	27.3	86.7	1.9	5.2	56.2
M	44,000	730	92.0	23.0	51.8	31.6	13.0	5.3	24.9	83.8	6.3	5.7	60.6
N	42,000	1,600	90.1	23.8	48.7	30.9	17.5	6.2	22.4	82.4	2.7	6.8	60.4
O	40,000	800	93.0	29.8	46.4	28.2	44.9	6.6	20.2	75.5	14.7	6.9	60.8
P	35,000	64	89.1	38.5	50.3	28.9	25.9	5.0	19.3	82.4	9.9	8.9	62.3
Q	31,000	980	87.9	19.6	52.5	35.8	15.8	5.0	25.3	83.0	4.6	8.5	65.0
R	25,000	1,100	92.7	23.9	52.7	37.7	35.5	7.3	22.8	82.7	4.0	5.2	54.2
S	25,000	540	89.9	27.0	48.9	26.4	34.7	5.4	22.3	81.8	6.1	6.0	62.1
T	25,000	190	89.2	23.0	42.5	24.0	20.0	5.2	25.7	80.4	9.3	11.6	69.3
U	24,000	1,100	90.8	20.8	45.0	26.6	33.1	5.7	21.7	82.0	4.7	6.1	65.9
V	22,000	620	91.9	22.4	50.1	32.3	45.1	6.3	21.3	85.2	4.9	4.9	59.4
W	21,000	540	91.0	19.5	39.1	18.6	39.1	3.5	21.7	79.1	11.5	8.3	71.1
X	12,000	470	92.5	18.1	44.1	25.4	23.3	4.6	22.8	81.9	4.8	5.6	69.2
Y	11,000	16	87.8	19.7	44.7	30.6	20.5	5.4	22.5	80.1	7.4	8.6	65.0
Z	9,300	140	91.3	20.3	46.8	34.2	21.5	6.3	24.5	82.3	6.1	7.5	59.8
AA	9,300	230	94.6	28.4	49.4	32.8	53.2	5.7	16.9	75.9	9.7	12.2	58.7
AB	8,700	64	87.6	24.3	44.2	18.4	37.7	4.3	22.3	82.6	7.4	6.3	72.2
AC	7,900	32	93.4	19.6	45.7	31.8	10.5	5.6	25.4	81.1	6.5	9.6	66.1
AD	4,100	6	87.2	26.5	33.2	13.8	19.4	2.5	23.2	80.4	22.2	12.5	80.4
AE	1,200	3		46.4	58.8	52.7	48.9	4.4					59.0

999.9 良い

999.9 普通

999.9 良くない

1年間の転倒歴（1度以上転倒した人の割合）	歩行時間（1日平均歩行時間30分未満の人の割合）	残歯数（20本以上の人の割合）	BMI（やせの人の割合）	基本チェックリスト認知症項目該当者割合	うつ状態者割合	助け合っている人の割合	交流する友人がいる人の割合	健診を受けた人の割合（過去1年間）	現在喫煙している人の割合	生活満足度（満足の人の割合）	幸福度（幸福な人の割合）	幸福度（平均の幸福度）
25.5	26.5	47.3	8.5	32.3	6.2	98.1	75.5	57.7	13.8	80.6	90.0	7.0
25.5	24.3	46.1	6.5	32.9	7.7	98.2	74.0	60.6	13.7	78.6	89.2	6.8
21.8	21.9	53.9	6.3	27.9	4.4	99.1	78.9	70.3	12.5	84.4	92.9	7.2
22.6	30.7	45.0	5.2	33.1		98.8	78.6	64.9	12.5			
22.6	29.5	44.5	5.2	33.3	6.6	99.3	77.7	66.7	13.8	81.3	89.9	7.2
26.3	29.8	43.4	6.0	31.8	6.5	98.9	79.2	60.3	14.1	81.8	89.7	7.1
19.2	27.5	47.3	5.9	32.5	5.0	98.8	79.0	71.4	12.7	83.9	90.9	7.5
22.2	26.0	48.3	5.1	33.2	6.0	99.2	78.4	75.1	14.1	82.5	90.9	7.3
27.5	30.7	40.8	4.4	35.2	7.2	98.8	75.9	64.0	12.7	80.4	90.7	7.0
32.5	32.3	23.7	4.1	34.6	8.8	97.8	73.2	60.4	11.8	76.2	84.2	6.5
26.5	30.3	43.4	6.0	36.0	6.4	98.9	82.6	62.3	12.5	80.2	90.0	6.9
19.7	24.8	50.7	6.5	33.3	5.4	98.9	79.4	74.0	14.2	86.6	91.6	7.5
24.1	31.1	42.5	4.7	32.8	8.4	98.8	79.2	75.5	14.4	76.2	85.4	6.7
24.2	30.4	46.9	5.1	35.6	6.8	98.7	78.5	75.5	12.8	80.7	90.7	7.0
21.4	29.8	26.7	2.8	37.1	5.5	99.3	80.4	67.8	8.1	79.1	85.9	7.3
26.2	27.9	33.7	5.1	31.6	7.7	98.9	84.9	62.2	10.4	74.5	86.6	6.6
24.3	28.8	41.9	6.6	29.1	7.3	98.7	80.3	69.0	13.2	72.7	86.2	6.8
25.2	27.4	47.9	5.3	35.3	6.3	99.2	80.4	70.5	13.0	81.8	90.0	6.9
27.1	31.2	40.9	4.9	35.2	6.2	99.0	81.9	68.1	15.8	82.1	91.0	7.0
27.0	33.6	27.0	5.3	28.8	8.4	98.8	85.4	62.0	11.5	72.0	84.1	6.7
30.8	27.8	38.4	5.6	31.5	7.7	99.0	81.2	55.3	14.4	81.3	88.8	7.0
27.2	28.7	38.8	5.1	30.8	5.5	99.0	82.0	59.4	12.7	85.5	90.9	7.3
29.8	35.4	32.6	4.7	39.9	8.8	99.1	81.6	62.5	14.3	78.0	86.7	7.2
29.2	33.0	33.5	4.4	32.5	5.5	98.9	82.2	51.3	12.1	81.3	90.5	6.9
41.8	34.2	24.1	4.5	30.4	6.4	98.7	77.7	58.0	14.0	81.6	88.8	6.7
40.1	29.8	27.8	4.4	29.0	3.5	99.1	76.3	66.4	12.6	85.7	92.9	7.1
20.9	35.4	29.0	1.9	40.9	7.9	98.0	95.5	77.8	11.8	75.2	80.9	7.3
26.9	28.3	31.7	7.6	26.3	6.0	99.0	82.5	61.2	11.8	78.0	86.3	6.6
40.9	32.6	27.2	5.1	30.4	6.7	98.9	76.3	64.2	12.4	81.7	89.4	6.8
31.6	32.9	26.5	7.4	34.1	9.5	98.5	82.7	62.7	14.4	70.5	87.2	6.6
			3.5	23.3			83.9					

資料 1－6．後期高齢者の結果（Urban HEARTの地域比較分析）

市区町村名	総人口	人口密度（1 km ² 当たり）	一般的に人は信用の割合（％）	ボランティアのグループに参加の割合（％）	趣味の会に参加の割合（％）	スポーツの会に参加の割合（％）	老人クラブに参加の割合（％）	活動への参加頻度	等価所得中央値の半分以下の人の割合（％）	主観的健康観の良い者の割合	閉じこもり高齢者割合（外出頻度が週に1回未満）	独居高齢者割合	地域活動への出席頻度が4未満の人の割合
A	2,300,000	6,900	93.8	14.2	48.7	26.0	25.9	5.1	33.6	78.4	6.9	16.8	67.3
B	1,500,000	2,800	91.0	15.1	44.4	23.0	20.5	5.1	27.7	74.5	6.9	20.3	66.7
C	400,000	3,500	90.4	11.9	52.5	31.5	23.2	6.2	36.4	81.4	8.8	13.3	59.8
D	120,000	2,500		18.5	44.4	28.3	32.4	4.6	28.1	78.1	7.6	15.6	69.7
E	110,000	2,500	90.8	16.1	42.8	23.9	41.0	5.3	28.8	72.7	9.5	10.1	66.7
F	110,000	1,400	91.0	13.3	39.7	19.2	37.4	4.9	29.0	73.9	9.3	7.1	71.8
G	85,000	2,500	89.4	16.7	45.7	25.0	38.3	5.9	32.2	71.7	9.1	9.2	64.8
H	85,000	1,900	89.3	16.3	41.7	22.4	46.4	6.0	26.3	72.0	12.9	9.4	65.7
I	72,000	2,000	90.7	11.3	37.8	21.6	37.2	5.6	28.1	76.3	9.4	8.7	68.6
J	66,000	91	88.5	13.2	30.5	16.6	31.4	3.3	29.7	74.3	15.7	16.8	77.4
K	55,000	990	89.0	11.3	41.2	16.6	41.3	5.0	30.4	71.4	9.0	12.1	69.2
L	50,000	1,600	86.4	12.9	42.2	24.6	38.5	5.5	33.1	74.8	6.6	7.2	65.1
M	44,000	730	90.5	14.6	35.9	21.7	30.9	3.8	28.6	68.3	22.1	9.7	72.6
N	42,000	1,600	91.5	14.6	35.2	17.8	31.9	3.9	31.5	71.5	9.5	12.3	74.1
O	40,000	800	93.8	18.7	30.0	20.2	55.9	5.3	29.1	69.0	24.6	10.6	70.3
P	35,000	64	89.1	23.7	40.3	24.0	46.4	4.7	30.6	74.0	22.7	15.5	69.4
Q	31,000	980	87.5	14.7	38.2	25.4	43.8	3.2	36.5	69.4	16.4	8.9	78.4
R	25,000	1,100	87.0	16.3	37.7	23.9	45.2	5.2	31.2	68.0	9.8	9.1	69.1
S	25,000	540	90.9	16.3	34.7	18.1	37.8	3.7	31.3	70.5	16.9	10.1	74.7
T	25,000	190	87.9	16.5	34.2	26.1	42.7	4.8	34.2	71.4	16.8	14.1	71.0
U	24,000	1,100	86.5	15.8	31.6	15.2	38.5	3.7	32.8	72.6	13.3	6.5	76.1
V	22,000	620	86.4	15.4	40.2	19.2	56.1	4.8	30.1	72.5	10.8	7.1	74.0
W	21,000	540	90.0	8.8	28.3	14.1	41.2	2.5	31.2	67.6	21.7	9.7	82.1
X	12,000	470	96.1	13.8	32.7	19.9	44.8	4.3	30.8	71.0	10.4	8.0	74.1
Y	11,000	16	92.1	13.8	40.1	27.8	54.4	4.9	30.3	65.7	15.2	13.9	68.9
Z	9,300	140	90.9	21.5	48.5	33.1	51.2	7.0	35.4	75.5	15.3	10.0	60.8
AA	9,300	230	93.8	12.3	28.9	20.3	55.5	4.8	37.0	60.1	25.8	21.1	73.0
AB	8,700	64	90.6	16.2	31.2	13.7	59.8	3.2	33.2	75.8	21.0	7.7	79.2
AC	7,900	32	89.3	18.3	47.6	25.1	41.3	5.0	42.1	72.9	13.5	12.6	70.0
AD	4,100	6	87.2	18.8	24.3	9.6	30.9	2.0	31.8	70.4	38.5	16.7	88.3
AE	1,200	3		27.4	40.0	28.9	70.4	2.3					81.5

999.9 良い

999.9 普通

999.9 良くない

幸福度（平均の幸福度）	幸福度（幸福な人の割合）	生活満足度（満足の人の割合）	現在喫煙している人の割合	健診を受けた人の割合（過去1年）	交流する友人がいる人の割合	助け合っている人の割合	うつ状態者割合	基本チェックリスト認知症項目該当者割合	BMI（やせの人の割合）	残歯数（20本以上の人の割合）	歩行時間（1日平均歩行時間30分未満の人の割合）	1年間の転倒歴（1度以上転倒した人の割合）
7.2	91.5	83.9	8.9	51.8	69.5	98.3	6.6	38.1	10.7	30.9	37.0	35.0
7.0	90.2	80.9	8.0	48.9	69.2	97.4	8.3	39.7	9.7	26.9	32.5	33.2
7.2	92.0	83.6	7.0	62.7	72.1	99.0	6.8	35.0	9.1	31.8	31.9	29.2
			7.7	57.1	74.3	98.6		39.9	10.0	23.0	41.6	36.8
7.3	90.3	81.2	7.3	59.5	72.5	98.5	9.9	44.7	9.7	26.9	38.4	38.3
7.4	91.2	85.8	9.6	50.6	72.3	99.1	6.5	40.6	11.3	21.7	41.5	39.5
7.5	90.6	84.6	9.2	61.9	72.4	98.9	8.4	37.7	9.7	25.9	40.3	33.4
7.7	91.3	82.4	7.4	65.6	72.7	98.5	9.4	45.5	10.8	28.9	42.5	35.6
7.4	90.7	85.6	7.4	64.1	69.3	98.5	8.3	41.8	8.5	23.5	45.7	37.2
6.7	84.5	77.7	6.7	49.6	66.5	97.2	11.6	47.4	7.7	11.3	42.4	44.8
7.1	90.0	82.5	9.0	57.2	75.2	99.0	8.9	43.1	10.5	24.9	43.2	35.8
7.4	92.5	86.7	10.2	65.2	67.2	98.5	7.5	47.2	11.5	26.5	40.3	34.8
6.8	84.1	76.9	7.4	59.2	68.0	98.2	14.4	50.2	8.4	21.5	53.1	41.5
7.1	90.4	83.3	9.0	70.8	71.3	98.5	7.5	41.7	10.9	25.2	42.6	36.6
7.4	90.2	82.8	6.3	59.1	74.5	99.5	6.0	47.3	4.3	11.1	38.4	28.5
6.7	87.6	77.3	7.1	51.3	78.4	98.6	9.1	42.2	9.4	14.2	37.7	36.5
7.0	87.6	80.3	7.8	46.4	70.1	99.3	10.6	46.1	12.6	20.8	47.6	40.8
7.2	88.7	82.3	7.7	53.5	72.6	99.1	10.3	43.3	11.9	26.6	42.3	39.1
7.4	89.9	83.5	7.6	57.5	72.8	98.6	9.5	45.0	9.6	20.9	43.5	40.6
6.8	84.0	72.8	8.0	55.5	79.5	98.6	8.9	38.1	10.3	12.5	45.9	37.9
7.0	90.9	84.6	8.3	42.6	71.8	99.1	8.8	45.9	13.1	17.4	43.1	47.1
7.1	90.7	87.6	10.4	48.1	76.2	98.8	7.6	42.0	11.7	16.3	41.0	41.4
7.6	89.1	82.4	7.6	53.5	75.0	98.6	10.7	46.5	9.8	15.2	45.5	40.1
7.1	90.8	85.3	10.6	44.7	75.7	99.2	7.8	44.9	9.6	18.1	49.8	43.4
6.9	90.1	84.0	9.0	45.2	71.5	98.1	9.0	40.9	8.5	10.8	46.8	46.5
6.9	89.6	84.8	10.6	46.6	71.8	99.0	6.1	41.2	6.2	14.4	41.4	43.1
7.1	84.8	80.0	7.4	79.1	78.3	99.8	10.6	53.2	8.4	7.4	52.5	34.6
6.7	87.0	83.3	5.9	49.5	78.3	98.6	10.3	39.1	14.9	12.7	38.2	38.8
6.6	88.0	85.5	11.0	44.4	71.5	98.1	7.9	38.7	6.4	13.4	47.3	44.8
6.4	81.9	70.3	9.0	53.9	76.8	97.4	14.0	44.9	13.2	13.5	38.3	40.2
					78.3			35.6	6.3			

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

1. はじめに

ワークショップの開催にあたって、最初にスライドに示す資料を用いて、Urban HEART の概要を説明した（掲載のスライドはワークショップ開催時のものより若干加筆改変している）。Urban HEART は、WHO が開発した、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である。HEART は、Health Equity Assessment and Response Tool の頭文字を取っている。日本語に訳すと「都市における健康格差の評価・対応ツール」である。Urban HEART の主要な説明文書としては、概要冊子（executive document）と利用の手引き（user manual）がまとめられており、前者は日本語訳も出されている。いずれも、WHO 神戸センターホームページからダウンロードすることができる。

現在までに、世界 35 か国の 50 都市で使用または近々使用予定となっている。日本は、厚生労働科学研究班で導入している。Urban HEART には 4 つの特徴がある。（１）使いやすさ（シンプルかつ実用的である）、（２）包括的（多くの部門や領域の課題に関わる）、（３）長期的に実行可能（既存情報から収集、地域特有の指標も含めることができる）、（４）証拠と対策の明確な関連付け（実証によって現状を明らかにする、そこから見えてきたニーズに応じた対策案を作成できる）。Urban HEART は 6 つのステップで展開される。（１）チームを作る、（２）その地域の指標を作る、（３）データを収集し確認、（４）分析し根拠を作る、（５）健康格差緩和の優先順位を明確化、（６）最善の対応を見つけるというステップである。Urban HEART の分析では、地域比較分析（マトリックス）と、時間比較分析（モニター）が特に有用である。その他に、分解要素（性別、年齢、所得、学齢等）での分析も行われる。この分析結果をもとに、健康格差緩和の優先順位を明確化し、最善の対応を見つけることになる。その際に、4 つの政策分野と、5 つの介入戦略に整理して対応を検討することができる。4 つの政策分野は、政策分野 1：物理的環境とインフラ、政策分野 2：社会・人間開発、政策分野 3：経済、政策分野 4：ガバナンス（健康管理政策）である。5 つの介入戦略は、戦略 A：都市計画及び都市開発の過程で健康を考慮する、戦略 B：都市部のプライマリーヘルスケアの役割を強化する、戦略 C：都市部における健康の公平なあり方を高める、戦略 D：地方自治体の行政において健康格差問題をより重視する、戦略 E：全国的な検討課題を追及するである。

このワークショップでは、Urban HEART による、日本国内の調査参加自治体における地域比較分析（マトリックス）の結果を基に、今後の対応のアイディアを出すことを目的とした。

2. 方法

市町村、都道府県等の自治体の保健師、事務職、また大学の研究者約 15 人の参加により、ワークショップを行った。JAGES（日本老年学的評価研究）が 2010 年に実施した全国の 31 自治体の高齢者への調査データから、Urban HEART による地域比較分析（マト

リックス）を行い、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、ブレインストーミングを行った。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（出された意見に対し、良い悪いという批判をしない）、自由奔放（自由奔放な発言を歓迎し、どんな突飛な意見も歓迎する）、質より量（発言は多ければ多いほどよい。多い量の中には質の高い意見が出る可能性が大きい）、便乗歓迎（他人の出した意見に便乗し、その意見から連想されることを拡大した考えを歓迎する）を提示し、それに則って実施した。

3. 結果

Urban HEART による 31 自治体の地域比較分析（マトリックス）の結果は、資料 1 の通りである（ワークショップの後、一部、データや分析方法の更新があり最新のものを掲載している）。

また、ワークショップで出た意見を、5つの介入戦略により整理したものを表に、また抜粋した意見をその下に記載する。なお、分類は暫定的なものである。

表 ワークショップ結果の5つの介入戦略による整理

戦略A：都市計画及び都市開発の過程で健康を考慮する（他部門との協働、環境整備） 道路、公園、住宅、バス、路面電車、自転車の活用、給食などによって健康の向上に結びつけることなど
戦略B：都市部のプライマリーヘルスケアの役割を強化する（医療活動、保健活動の強化） 在宅ケアや口腔ケア・歯科医療の強化、医療従事者の理解の向上や研修、健康教育などにおいて講義だけではなく実習などにより体験や感動を取り入れる、子どもの健康のために祖母への啓発を行うなど
戦略C：都市部における健康の公平なあり方を高める（地域格差・所得格差の現状とその克服） 地域及び社会経済的状況による格差の確認、高齢者サロンでの内職や高齢者が働けるような新しい内容の起業、医療機関等の有る程度の競争の強化による在宅医療等の充実など
戦略D：地方自治体の行政において健康格差問題をより重視する（ガバナンスを含む） 自治体の客観的な状況が市町村長につきつけられたことによって健康政策が重要と位置づけられた事例、専門職の常勤職員配置の重要性、政策形成における3E（公平性、経済性、選挙での得票）の重要性、マスコミや一般住民へのアピール、職員が楽しく進めていくことの重要性など
戦略E：全国的な検討課題を迫及する（全国的な制度等） 診療報酬や財源の確保の重要性など

戦略A：都市計画及び都市開発の過程で健康を考慮する（他部門との協働、環境整備）
＜ハード面の環境整備＞

- ・〇〇県で、震災復興住宅で、高齢者に住みやすい住宅にしようという話が出ている
- ・〇〇市では、公園に歩行等のペース体感ゾーンを作っている
- ・人の歩ける街作りをしている
- ・高齢者が歩きやすいようなクッション性のある道にしようなどの検討が行われている
- ・行政がお金を持っていれば公民館を建てられるなどはある
- ・交通機関の整備：ランランバス、ワンコインバスについて、ダイヤ改正で、1時間に1本から本数を増やし、運行時間帯を増やして利用者が増えてきた
- ・〇〇市にLRT路面電車を作るかどうか議論がされている。将来の高齢化や、身体障害者などへの対応につながるかなど議論されている
- ・自転車が走れる県をめざしている、プロの自転車チームが2つある、通勤通学に自転車の利用がはまっている
- ・物理的な環境整備として、よりデータを追加することが必要
- ・歩行時間について、道が狭くて危ないなど、環境評価尺度なども入れると良いのではないかな
- ・人口の小さいところで、やせの人が多。自分が保健師をしていたときの実感と合う。人口と、物理的な環境と影響していると考えられるので、解決には環境整備などを考えていく必要がある

<他部門との協働>

- ・都市建設部と共同で考えろと市長から言われている
- ・商業ベースの話などにもうまく乗れると良い
- ・健康増進のための庁内連携のあり方を他地域から学びたい
- ・建設部局で「元気度アップセミナー」を行った、脳科学者、書道家、酪農、旅行、女性団体でシンポジウムを行い、とても良かった
- ・みんなが、Win & win になるようにできると良い
- ・産業医・産業看護全国研修会で、事業所における発達障害の雇用などの話も出た
- ・地域で起きていることが産業の中でも起きており、情報をつなげていくことが重要
- ・給食にヘルシーメニューがでると良いよね、いろいろなところで給食を食べられると良いよね
- ・私自慢のウォーキングコースが作れると良いよね
- ・よその課のことは、普段は言えないが、健康なまちづくりの検討の中で言えた

戦略B：都市部のプライマリーヘルスケアの役割を強化する（医療活動、保健活動の強化）

<主として医療関係>

- ・HPH（ヘルスプロモーションホスピタル&ヘルスサービス）をWHOも絡んで推進されている、日本で4～5か所動き始めている
- ・〇〇市で、医療と一緒にやってみましょうと何度も話をしているうちに、理解をしてもらえるようになってきている
- ・〇〇市歯科医師会は今後の生き残りのために在宅医療が重要であるとして推進している、在宅歯科衛生士を歯科診療所が雇用して訪問している

- ・ケアマネジャーの理解を向上させる必要がある。現在、身体ケアがいっぱいいっぱい歯科までカバーできていない
- ・1次予防、2次予防は、在宅歯科衛生士と行政の関係のみで推進できる
- ・面として展開するには、歯科診療所の歯科衛生士にも活躍してもらえるようにする体制づくりが必要
- ・住民の側の啓発も必要
- ・歯周病予防のために歯間ブラシ、入れ歯推進
- ・歯科治療の考え方が変わっているが、昔ながらにすぐに歯を抜いている地域もあるかもしれない
- ・〇〇県は、高齢者の口腔ケアとして、歯磨き、摂食、嚥下の対策をしている
- ・在宅医療の悉皆調査を行った。訪問診療、かかりつけの患者が寝たきりになった時に、入れ歯のフィッティングの応急処置の往診は行いうが、予防ケアは行われておらず今後重要と考えられる
- ・介護保険施設・地域包括支援センター職員・歯科医師会へのアプローチ、研修会、啓発活動を行っている
- ・歯科医師会の意見に従うと、検診を増やす、受診券を配るなどの方向になってしまうが、一次予防にも力を入れる必要がある
- ・行政で臨時雇用している在宅歯科衛生士は結構多い。歯科診療所と行政と曜日で両方に勤務している人もいる
- ・県の歯科衛生士会での研修なども熱心に行われている、診療所の歯科衛生士は歯科衛生士会に入っていない人が多い
- ・歯科医師会等の専門職が理解してもらえる啓発も必要

<主として保健関係>

- ・要介護の人は、ケアのあり方、日常的に介護している人の磨き方の質の向上、毎食後にうがいを行うなどの啓発が重要
- ・講義だけではなく、実習も重要、口の体操、染め出しなど、歯科衛生士がいるとそのようなことができる、唾液腺を押すと唾液がピット出るといのは、みんな感動する、体験させることが大切
- ・介護予防の点から、唾液がでるように、口臭に対する指導も大切
- ・子どもの時から、フッ素を塗るものだとということになると、むし歯は減っていく
- ・3歳までのう蝕はフッ素洗口ではなく、おやつなどが問題、おばあちゃん、教育、文化
- ・3歳児のむし歯は、社会経済状況や、子どもの数が関連、兄弟の数が多いと、上の子がおやつを食べると下の子も食べるようになる
- ・予防的な訪問、介入、措置の展開
- ・健康レベルの高い人には、一次予防としての啓発、歯磨き、歯間ブラシ、回数、磨き方

戦略C：都市部における健康の公平なあり方を高める（地域格差・所得格差の現状とその克服）

<収入に結びつく取り組みなど>

- ・ ひっぱりだす活動として、お金がかせげるような活動をするとう良い
- ・ 田舎で野生動物が増えて困っていて、猪が増えたため、廃校になっていた給食室で猪を加工して出荷しはじめたという事例がある（島根県美郷町）
- ・ 廃校になったところを地域の人が民宿にしてやっているという事例がある（高知県仁淀川町）
- ・ シルバー人材センターが高齢者の生き甲斐対策として実施できる
- ・ 内職を高齢者サロンでやるなどはできる
- ・ 韓国の敬老堂をモデルにした、韓国のサロンの3本柱のひとつは内職、年金が無いため
- ・ 社会との交流などが健康と関連している
- ・ 社会貢献しているという意識を持つことは良い、いきいき度が違う

<行政の関与>

- ・ 行政は、やりたいひととやりたい人をつなぐことはできる
- ・ 行政のブランドをつけるだけで、信頼してもらえ、みんなが安心して利用する
- ・ 行政も一緒に活動していると、衛生関係の申請をする時などにも楽
- ・ ○○市は、行政がいろいろなことをやってきていて、回りにやらされ感があり、行政の職員がもたないことが課題、商工会などと連携を推進している、行政が旗を振っていないように見えてやっていると良い

<競争と協働について>

- ・ 医療機関同士の競争になれば、訪問診療などを実施する医療機関が増加するのではない
- ・ 訪問診療を斡旋する業者が入っているところもあるようで、それは問題
- ・ 病院は、見える化によって、競争を促進させようという流れがあるのでは
- ・ 在宅医療の推進のために担当医同士で連携する地域グルーピングシステムを行っている
- ・ ○○県歯科医師会の考え方は前向き、異職種連携、他職種連携などを歯科医師会が提案したりする。同じ大学の出身者が多くて、仲が良い
- ・ 地域での医療機関同士の連携などについて、地域の団体や病院に委託して、そこに主体的に考えてもらっている
- ・ 競争と、みんなでやることのバランスが重要
- ・ 農業も競争を促す施策の動きがでている
- ・ 医療機関は守られている意識が強い
- ・ 競争原理の導入は必要と思った。サービスが良くなる。ホワイトカラー系の人で導入しても、何とかやっているとと思う
- ・ 競争に対応していこうとする反応があるのは薬剤師会、生き残りへの反応がある

<地域間格差について>

- ・ 大都市は、趣味の会への参加も多い、（閉じこもりが多い、格差が大きい）
- ・ 残歯数は、都市部で高く、田舎で低い、歯科医数なども関連しているかもしれない
- ・ 歯科医まで遠く、通院が大変なので、歯を抜いてくれと患者が言う

- ・田舎で、先生と折り合いが悪くなると、大都市まで通うか、行かなくなってしまう
- ・田舎ほど、子どものむし歯も多く歯を抜くことになる
- ・歯科診療所が少ないと、抜歯率が多い印象
- ・自治体内のエリアによっての格差はある
- ・田舎の方が生活保護世帯が多い
- ・大都市は、生活保護は多いが、所得水準は高く、市内での格差は大きい
- ・〇〇市は、ある地域をモデル地区にして事業を行うという話はでている
- ・自治体が主催する活動への参加は田舎では高い、都市部では自主的な活動への参加が高い
- ・田舎では、外出すると遊んでいるような意識がある
- ・外出の定義が地域によって違うという話があったが、社会参加の総合指標ができると良い、住民側と行政側（他部署の連携）と、地域でのどのようなリスク、地域のもっている資源という4つの側面から考えているので、そのことを考えていた。
- ・歩行時間30分未満が田舎で多い。転倒者は田舎で多い
- ・過疎の問題については、今後の課題。
- ・〇〇県でも過疎地域では子どもの肥満が多い。車で送り迎えしている。
- ・高脂血症も田舎の子どもで中性脂肪が高かった。
- ・おやつを食べ方も、都会の方がお母さんがコントロールしているが、田舎ではおばあちゃんが与えたり、ゲームの時間が長かった
- ・医療施策も過疎地域では違う
- ・〇〇市は、都市的になっていて、強制的な活動は拒否、好きな人同士の活動が盛ん
- ・好きなものへの参加の支援ができると良い

<所得格差、低所得者、財政格差について>

- ・低所得者の扱いは、啓発は無料、フッ素洗口は家庭の問題への対応として学校・保育園での実施
- ・介護予防1次予防・地域支援事業は無料、歯科検診は無料または一部自己負担、2次予防事業は有料
- ・行政の財政状況も影響は大きい
- ・〇〇市は中学校まで医療費無料
- ・介護保険の所得段階と介護サービス利用との関連をみると、自己負担が無い階層は利用が大きい、その次の所得段階では低い
- ・歯が10本くらいで入れ歯を使っている割合も所得との関連は強い
- ・地域単位での所得と健康状態との関連は余りないのではないかと感じている
- ・〇〇町は貧乏だが、地域のつながりが強く、ボランティアが地域で20年間運動の普及をしているなど、経済状態が悪い地域で必ずしも健康状態は悪くない
- ・〇〇市は、食べるには困らない人は多いが、健康状態が必ずしも良いわけではない

戦略D：地方自治体の行政において健康格差問題をより重視する（ガバナンスを含む）

<トップダウン>

- ・市長が、〇〇市の健康指標が悪いといわれて、健康の視点を入れるようになった
- ・最下位、最上位などの刺激の強い結果がでると政策が進む面がある
- ・〇〇県は一番になろうという面が無い
- ・市長のトップダウンがあればできるが
- ・市長は道路や施設を作ったりするのが認められるので、そちらが優先される
- ・3E（Equity 公平性、Economic 経済性、Electability 選挙での得票）が重要
- ・選挙にうかるため、全庁的な取組のため、マスコミに報道されると市長は喜ぶ
- ・マスコミがくいつきそうなことを行うと良い
- ・健康都市連合（ヘルシーシティーズ）がそれで人気がある 全国で25自治体くらい
- ・Age friendly city、Safe community もWHOが推進している

<ボトムアップ>

- ・〇〇市の市長は、トップダウンでやれとは言わず、考えろという
- ・職員有志40数名で集まり、検討し、今、所属に戻って説得している、結構楽しかったので欠席が少なかったのが良かった、合わなかった人は出てこなくなった
- ・「とりあえず夢から語ろうよ」ということから始めて楽しかった
- ・周囲の人が必要性を感じる間接的なアプローチも必要

<専門職の配置>

- ・歯科の専門職が常勤でいることが政策反映として重要。啓発や、歯科医師会との連携がスムーズ
- ・歯科医師が健康増進課の正規職員として配置されて、地道がな活動が行われている
- ・〇〇保健所管内は歯科保健に力を入れている、昭和から歯科衛生士がいた市町村もある
- ・〇〇市は県内でう蝕トップであり、むし歯緊急事態宣言が出された

戦略E：全国的な検討課題を追及する（全国的な制度等）

- ・介護での歯科への関わりは、2025年問題で在宅ケアが問題になっている、計画的な口腔ケア、歯科衛生士の定期的な訪問への診療報酬が付けられている
- ・歯科診療所の歯科衛生士に活躍してもらえるように財源をつけることは重要
- ・介護、医療の診療報酬に関わる部分については、歯科医師会の理解が重要

4. 考察

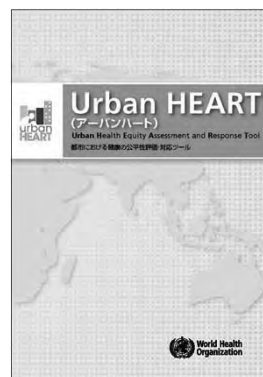
Urban HEARTによる地域比較分析（マトリックス）の結果を見ながらワークショップを行った結果、状況の分析、対応する現時点での取り組み、今後の対応のアイデア等が多数上げられた。

今回のワークショップでは、複数の自治体の関係者に参加してもらい実施したが、ある自治体内で同様のワークショップを行う場合には、その自治体で重要な課題に焦点を絞って、より深く検討することができると考えられる。

Urban HEARTは、日本における健康格差の評価及び対応の検討についても非常に有用なツールであると考えられる。

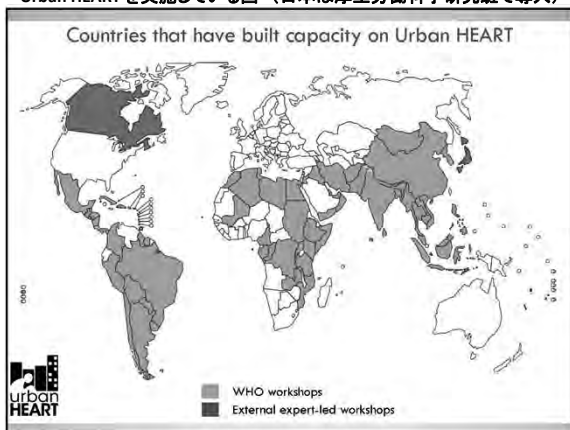
Urban HEART とは

- Health Equity Assessment and Response Tool
の頭文字を取った通称
- 都市における健康格差の評価・対応ツール
- 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、解析する。
- 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。



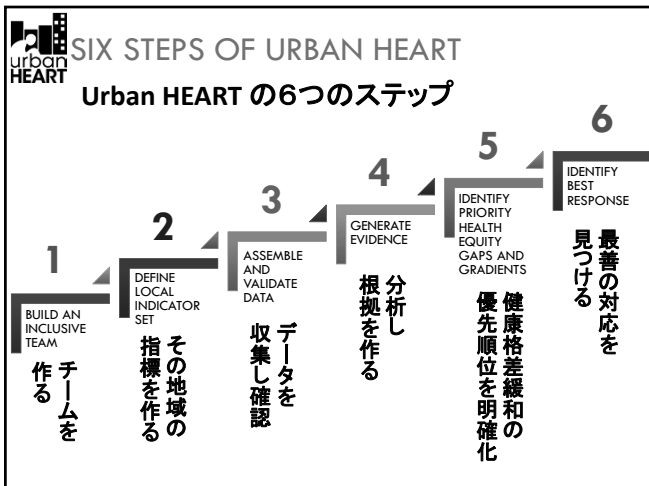
Urban HEART の主要な説明文書
WHO神戸センターホームページ http://www.who.int/kobe_centre/

Urban HEART を実施している国（日本は厚生労働科学研究班で導入）



アーバンハート: 4つの特徴

1. 使いやすさ
シンプルかつ実用的
2. 包括的
多くの部門や領域の課題に関わる
3. 長期的に実行可能
既存情報から収集、地域特有の指標も
4. 証拠と対策の明確な関連付け
実証による、ニーズに応じた対策案

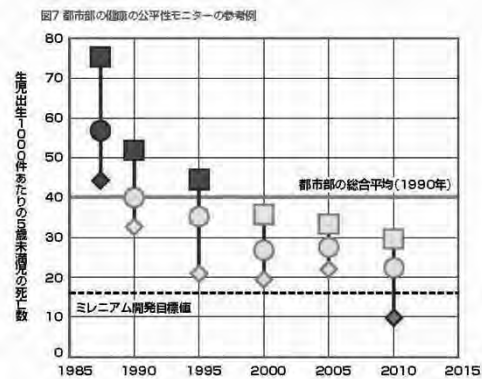


地域比較分析(マトリックス)

図6 都市部の健康の公平性マトリックスの参考例(都市内の健康格差評価を表示)

政策分野	指標	居住区					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
物理的環境とインフラ	安全な飲み水の整備						
	衛生設備の整備						
社会・人間開発	就学率						
	初等教育の修了率						
	熟練労働者の普及率						
経済	貧困率						
	失業率						
ガバナンス(健康管理政策)	保健医療への財政支出						
	投票率						

時間比較分析(モニター)



4つの政策分野

政策分野1. 物理的環境とインフラ

政策分野2. 社会・人間開発

政策分野3. 経済

政策分野4. ガバナンス(健康管理政策)

5つの介入戦略

戦略A. 都市計画及び都市開発の過程で健康を考慮する

戦略B. 都市部のプライマリーヘルスケアの役割を強化する

戦略C. 都市部における健康の公平なあり方を高める

戦略D. 地方自治体の行政において健康格差問題をより重視する

戦略E. 全国的な検討課題を追及する

Urban HEART 後半の作業

• ステップ4

– 分析し根拠を作る

- 地域間比較(居住区)、時間比較、
- 分解要素(性別、年齢、所得、学歴等)での分析

• ステップ5

– 健康格差緩和の優先順位を明確化

• ステップ6

– 最善の対応を見つける

Pleasant, sustainable care prevention— “Relaxation salons” developed in collaboration with the community The Case of Taketoyo Town, Aichi Prefecture

Introduction

From 2013, the basic policy direction for Health Japan 21 (the second term) is to close the health gap by building a good social environment that supports healthy living in all generations. The Care Prevention Manual (March 2012, revised) also advocates “community-building to prevent the need for nursing care.”

In Taketoyo Town we have opened a number of “Relaxation Salons” since 2007 in a primary prevention project to help elderly people avoid the need nursing care. This project aims to develop a social environment that makes it easy for elderly people to use the service and to promote community-building by calling for volunteers to support this social environment.

This article describes the following in relation to these activities: (1) Outline of the town of Taketoyo, (2) History of these efforts, (3) Activity content, (4) Results of activities so far, and (5) Issues and outlook.

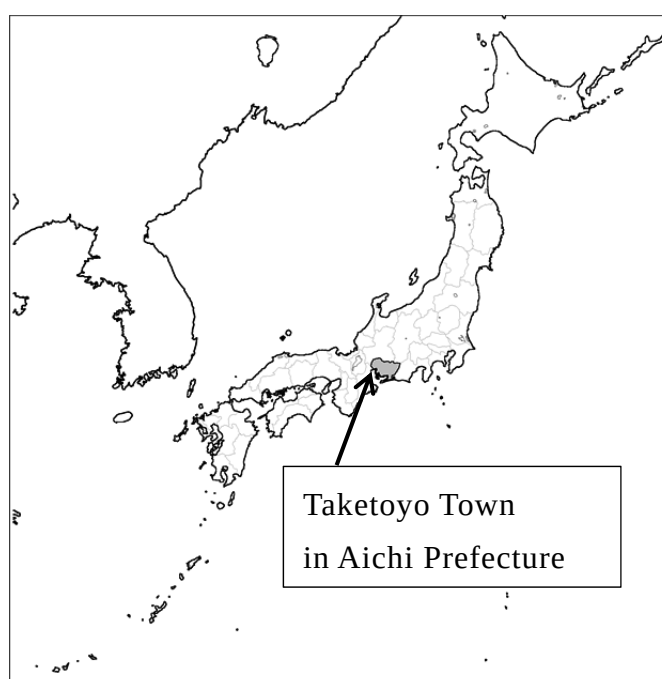
(1) Outline of region

Outline of Taketoyo and demographic composition

Taketoya is a town with a land area of 26 km² located near the center of the Chita Peninsula in



Figure 1 Location of Taketoyo Town



western Aichi Prefecture, Japan (Figure 1). It has a long history as a port and railroad town, and developed rapidly after World War II as an industrial town that played a role in the coastal industrial zone. With this development the town's population grew each year, until recent years when this growth has leveled off. The current population (as of the end of fiscal 2011; the same for all statistical figures below) is 42,635 people.

Reflecting its industrial structure, Taketoyo has had a higher proportion of working-age people than neighboring towns, and was called a “young town.” However, the elderly population has been gradually increasing in recent years, to 8,728 people. In 2000 when the long-term care insurance system was introduced the proportion of elderly (aged 65 years or over) was 12.8%, compared with 20.5% today. Even so the proportion of old-old people (aged 75 years or over) among elderly people is 40%, lower than the national average of 52.4% (at the end of fiscal 2010), and the town is characterized by having many relatively young, vigorous elderly people. A low percentage of people aged 65 years or over have received certification of long-term care need (11.9%; national average 17.8%) and of them a low percentage have received certification for higher levels of care need (Care Need 4: 13.8%, Care Need 5: 8.2%).

Public health activities system

The town currently has nine full-time public health nurses, who are assigned mainly to the Health Section, Health and Welfare Department and are active in a public health center located in the center of town.

With the introduction of the long-term care insurance system, the public health nurses were assigned to other sections in addition to the Health Section, where they had previously been over-concentrated. Currently, two public health nurses are assigned to the Welfare Section in the Health and Welfare Department, and one is assigned to the Childcare Support Section in the Health and Welfare Department (both sections are within the town government office main building).

The public health nurses assigned to the Welfare Section are mainly in charge of home-visit surveys for long-term care insurance certification. The nursing care prevention project is mainly overseen by the Health Section and the Community Comprehensive Support Center (the Welfare Section entrusts this project to the Social Welfare Council. Currently, no public health nurses are assigned there).

(2) History of activities

Collaboration with Nihon Fukushi University

The Mihama Campus of Nihon Fukushi University is located in the town of Mihama, which neighbors Taketoyo to the south. Nihon Fukushi University and Taketoyo have worked together since the introduction of the long-term care insurance system to conduct surveys on the health and lives of general elderly people (the surveys target all people aged 65 years or older who have not received care certification; this includes people targeted by the current secondary prevention project). The survey covers a wide range of items, including elderly people's state of health, level of independence in daily living, lifestyle including frequency of going out and participation in community organizations, social capital including affection for community in which they are living, years' of education, and economic status. These surveys are currently conducted every three years in joint research by Nihon Fukushi University and local governments nationwide, including municipalities in the Chita Peninsula area. Changes in subjects over time are followed (in addition to changes in responses, the survey looks at changes in status of certification of long-term care need, and death). The circumstances of elderly people revealed in these surveys and the health gaps with neighboring municipalities are identified and analyzed. Today the health gap between people has become a well-known area of concern, but the university has focused on this since 1999 and has examined the background and regional characteristics that give rise to these gaps. It is also studying the kinds of care prevention measures that will be effective in the future.

Town public health nurses previously had almost no contact with such survey studies, and at first did not fully understand the meaning of the research. Looking back, the surveys enabled understanding of a wide range of residents' characteristics, inclinations, and thoughts that could not be understood from health checkup data. At the time, however, public health nurses thought the meaning was in gathering information on-site itself, and continued to set up and run various public health projects without considering the data they were gathering, relying on their "intuition and experience" as public health nurses rather than verification from objective data. It did not take long before we realized that these surveys provided evidence and hints for our subsequent projects.

Startup of "salons as a care prevention model project"

At the time of the revisions to the long-term care insurance system in 2006, a major

focus of attention was the importance of preventing the need for nursing care. Several such “care prevention projects” had been undertaken as government initiatives up to that point. Programs such as exercise and relaxation to prevent falls and nutritional improvement programs were planned as individual classes, with instruction provided by licensed specialists (for a fee). This limited the number and frequency of these classes, in addition to which nearly all the classes were held at public health centers. The concept of “care prevention” (that is, preventing the need for nursing care) had also not spread at that time; few people participated in most of these classes and it seemed that the only participants were certain repeat participants who had a high level of health awareness.

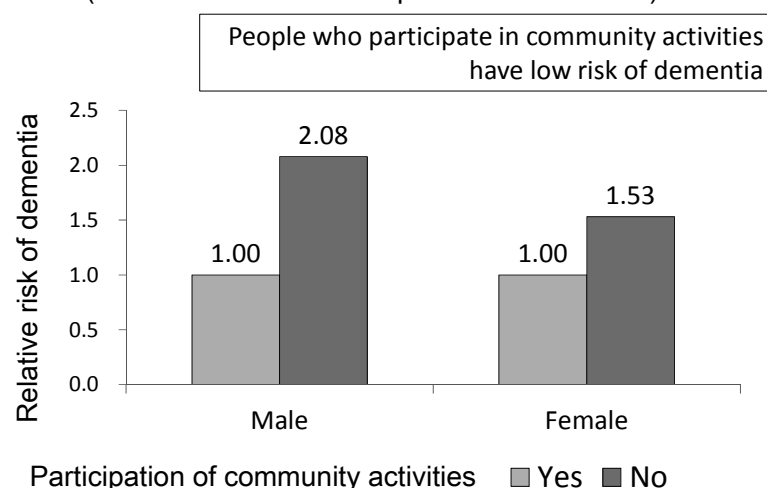
Professor Katsunori Kondo of Nihon Fukushi University was quick to seen the limitations to national movements and secondary prevention. One day before the revisions had been introduced he asked us if we would like to try holding salons for elderly people in Taketoyo as a care prevention model project that emphasized primary prevention.

The “salons” would be places where local residents gathered at community centers or other public facilities. They would be run by these people themselves and be places where they could make friends and socialize. Salon projects for elderly people had already been implemented by many local governments nationwide, but in Taketoyo there were not yet any that had been made open to the general public.

It was becoming clear from university research that an effect could be expected by using such “salon” activities in care prevention projects. For example, it had been shown from a

three-year follow-up of people who meet friends with a high frequency and people who participate in community gatherings that they were 1.5 to 2 times less likely to develop dementia (Figure 2).¹⁾ In addition, self-motivated

Figure 2 Participation of community activities and incidence of dementia (from the data of follow-up from 2003 to 2006)



participation in gatherings as volunteers associated with the running of these meetings was found to be effective in preventing the need for care in both men and women.²⁾

Considering these circumstances and research findings, the Taketoyo Relaxation Salon (in the following, “Salon”) Project Conference was started by the local government administration and university. Visits to inspect trial sites were also made and the plan for a model project was brought into focus. At this time it was agreed that having residents play central roles and the government provide support so that the salons could be continued comfortably and pleasantly were important to the program. It had been shown from an investigation of individuals who made their first application for long-term care need certification, by checking their status one year before the application was made, that half of them had none of the risk factors (history of falling, depression, isolating themselves at home, malnutrition, decreased oral function) for coming to need nursing care.³⁾ For this reason the salons targeted all elderly people and not just high risk individuals. The condition most commonly cited by residents for participation in community projects was the closeness of the place where they are held,⁴⁾ and a general policy was set of establishing salons in various places so that even elderly people could walk to them without difficulty.

Efforts did not stop as simply holding the salons as a program to prevent care need; changes before and after implementation were compared and the effect of the salons was examined.

(3) Activities

Collaboration with residents—Nurturing social capital

In July 2012 the Ministry of Health, Labor and Welfare announced revisions to the Basic Plan to Promote Community Health Measures. These revisions emphasized the importance of resident-centered healthy community building and nurturing and the use of social capital, but the Taketoyo salon project had been carried out with collaboration with town residents as a basic condition from the beginning (2007).

It was necessary to find a large number of people (community volunteers) so that the salons could be continued long-term and in many places. For this purpose, meetings to explain the project to community residents and call for volunteers were held in October 2006. These meetings described the care prevention effect of the upcoming salons, and direct appeals were made for the need for volunteers. Two workshops were held starting in November with about 50 residents who agreed with the meaning of the salons and expressed a desire to cooperate, and through these

workshops a shared image was developed for the kind of salon people would like to make and be involved in. In this way common key words were identified and “key phrases” were adopted to express the image we were aiming for in the Taketoyo salons. These key phrases were (1) Salons that make people smile, (2) Salons where the ideas of each person are respected, and (3) Salons where people meet and create bonds.

These key phrases are still posted at every venue even today, five years after the start of the program. They are recited together before each event and have taken root as the “core values” that should not be forgotten. When new venues are opened, these key phrases are always presented to give direction for people’s efforts.

Through such work, the attitude that the project is run not as a government initiative but as an expression of residents’ own ideas has slowly pervaded.

Operation and current status of the salons

After all the workshops, a preparatory committee was selected to make concrete plans. Through several meetings three locations were selected for the first model neighborhoods. Common rules for the operation of the salons were then also established based on the residents’ own wishes (there would be a participation fee of 100 yen per time, the participation fee would be paid by participants and volunteers alike, people are free to participate at any salon without a reservation). Other things such as the frequency and duration of meetings and program content were decided through discussion among the volunteers at each site. After first communicating that they would like to make the frequency of the salons something that would not be a burden to the volunteers, groups at two sites decided open the salons for half a day once a month, and a group at one site decided to open the salon for a full day twice a month.

For the first year after start of the salons, the municipal government Welfare Section and the Community Comprehensive Support Center provided full intervention in support of the salons. This intervention consisted mainly of training volunteers and financial assistance. From the second year operation of the salons was entrusted fully to the volunteers, with the volunteers at each site doing everything from project planning and operation to managing the budget. At first some volunteers were uneasy about being entrusted with the project and the decrease in support from the town, and some expressed misgivings and satisfaction. After a year had passed, however, success in finding their way in operating the salons seemed to have become a source of great confidence for them, and finally a smooth transition was made to operation by

the volunteers.

With the operational flow at these three initial sites as a model, salons were later opened at one or two new locations each year. As the number of sites increased so did the number of participants. In fiscal 2011 there were eight sites and the total number of visits to the sites exceeded 8,000, comparable to the elderly population of the town (Table). Salons in two new locations opened in June and November 2012, and the target number of 10 locations for the salons (based on an estimation of the number of salons needed so that all elderly people in the town could walk to one within 15 minutes) was reached one year earlier than the target year of 2013. Awareness of the salons within the town has also risen, and today 10% of the actual number of elderly people who have not received long-term care certification participate. The salons have developed into a key feature of the town's care prevention projects.

Public health nurse intervention

From the start of the salon project there was cooperative involvement by the Taketoyo Town Welfare Section, Health Section, and Social Welfare Council, Nihon Fukushi University, and Seijoh University. Currently, the main interventions are provided by the Community Comprehensive Support Center, but Health Section public health nurses also go around to each salon location 2–3 times a year to provide health consultation and health talks to participants. They also attend the monthly meetings of the “Relaxation Salon Management Council” and meetings of people in charge of office work, and are engaged in consultations for the selection and operation of new sites.

(4) Results of activities

In Japan's aging population, living long in a state of health is desired by both

Table Yearly trend of the number of participants for the “Relaxation salons”

Fiscal year	2007	2008	2009	2010	2011
Population of elderly (people)	7,471	7,874	8,259	8,368	8,728
Number of places of salons (places)	3	5	7	8	8
Total times of opening salons (times)	39	66	91	109	136
Actual number of participants (people)	401	583	637	637	794
Total number of participants (people)	2,341	4,553	5,323	6,441	8,084
Proportion of participants among elderly without long-term care certification (%)	8.3	8.4	8.7	9.9	10.4

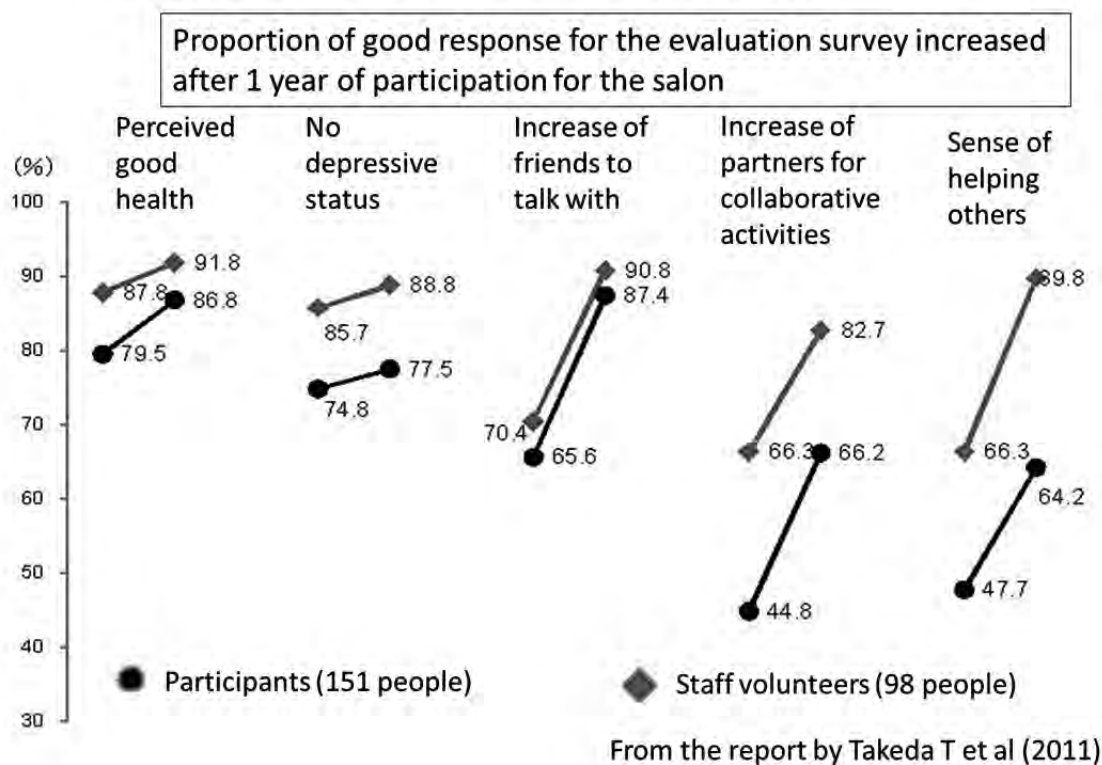
as of March 31 in each fiscal year

individuals and society. For this people need to maintain and prolong their independence to the extent possible, and delay the time when they become frail or come to need care. To achieve this it is important to start care prevention while people are still healthy and vigorous. This “prevention” perspective is the area of specialty of public health nurses, and from this perspective we have felt, based on the difficulty of secondary prevention and our experiences in the salon project, that there are limits to what is possible with government initiatives. The efforts of community residents themselves and activities by local organizations are crucial.

When developing these salons was first suggested, I was, to be honest, concerned about how many local residents would actually raise their hands to volunteer. When the lid to the project was actually opened, however, the response was greater than I had imagined. Many people offered their cooperation with a sense of purpose based on the idea that this project was also important for them personally. I feel that they were supported by that idea in continuing their involvement in starting up this big project.

The anticipated effect also appeared. Each year, with the cooperation of Seijoh University, a “vitality check” of participants and volunteers (a questionnaire on daily

**Figure 3 Change from the first participation in the salon and 1 year later
(Aggregated from the data of fiscal 2007-2010)**



life activities and psychosocial condition, and a survey of cognitive function and physical strength) is carried out (in fiscal 2012, such checks were carried out at six of the 10 sites). In the period from 2007 (when the first salons were opened) until 2010, a comparison of data from people who received both an initial check and a check after one year showed increases of about 20% in “having someone to talk to,” “having someone to do things together with,” and “feeling that I am useful,” respectively, in both volunteers and participants⁵⁾ (Fig. 2). Even though the salons are held only once or twice a month, they were found to nurture social support and networks. Secondary prevention subjects also participated in the salons, and among the 200 general participants who received “vitality checks” at six sites in 2012, 64 (32.0%) were elderly people deemed to have motor function risks. Although a simple comparison cannot be made, this corresponds to 0.7% of the entire elderly population of the town. With the addition of participants at other salons where vitality checks were not performed, the proportion would probably exceed the 0.8% that participate in secondary prevention projects nationwide (2011 Care Prevention Project Report).

(5) Issues and future outlook for the salons

Currently the salons continue to run stably, and the target number of sites has been achieved. From fiscal 2013 we are considering opening new “calisthenics salons” that specialize in calisthenics to increase the participation of men who lack stimulation and to enhance activities for people who are targets for secondary care prevention.

Through the salons I have made new connections with many town residents. I came to understand the ability of residents to implement local organization activities, which had not been fully revealed and used previously, and think that we have been able to increase the number of powerful allies for future public health nursing activities. The shift from public health programs that were excessively concentrated at public health centers to a program in which public health nurses moved out into the community, the rightful place for their activities, has also been a valuable experience for me.

As expressed by the key phrases, all of the salons are filled with smiling faces and participants can participate at whichever site they would like at their own pace, making new acquaintances and reuniting with old ones. Participants also feel an awareness of their roles, with each person doing what they can at a level they are comfortable with.

In consideration of the policies of Health Japan 21 (the second term), announced in July 2012, Taketoyo Town has also begun the “Second Stage Healthy Taketoyo 21

Smile Plan,” a 12-year health promotion plan. The perspectives advocated in the plan of closing the health gap, raising social capital, and developing a social environment that supports and protects health may seem novel at first glance, but the most fundamental part—community building and having community residents themselves play the main roles—remains unchanged. There is also a renewed awareness of the fact that the approaches used in the salon project were effective in achieving its goals.

The abilities of residents that were felt through this salon project are true social capital, and something of real value for Taketoyo. In the future, together with the people living in Taketoyo, we would like to continue to build and develop salons with residents in the main roles. We would also like to be public health nurses who continue to go out into the community for activities and encounter many smiling residents.

- References

- 1) Tokunori Takeda, Hiroshi Hirai, Katsunori Kondo. Factors related to the onset of dementia in community-dwelling elderly—From a 3-year longitudinal study. Health and Labor Sciences Research Grant Longevity Integrated Research Project, “Study on Comprehensive Support Focusing on Psychosocial Aspects to Prevent Dementia.” Fiscal 2007 General and Collaborative Research Report, pp53-62, 2008. (in Japanese)
- 2) Hiroshi Hirai, Katsunori Kondo, Toshiyuki Ojima, et al. Investigation of risk factors for certification of long-term care need in community-dwelling elderly. Japanese Journal of Public Health, 56: 501-512, 2009. (in Japanese)
- 3) Katsunori Kondo. Health Gap Society—What Is Undermining Our Spirit and Health. Igaku Shoin, 2005. (in Japanese)
- 4) Taketoyo Town, Nihon Fukushi University. Collaborative Research Report for Taketoyo Care Prevention Model Project. 2006. (in Japanese)
- 5) Taketoyo Health and Welfare Department Welfare Section. Health Promotion and Care Prevention. Fifth-Stage Taketoyo Geriatric Welfare Plan, Care Prevention Insurance Project Plan—Fiscal 2012–2014. pp17-20, 2012. (in Japanese)

Translated from the Japanese manuscript written by
Miki Kobayashi (Health Section, Public and Welfare Department, Taketoyo Town)

Reduced Medical Expenditures with Social Participation of Elders: The Case of Kamikatsu, Tokushima Prefecture

Outline of Kamikatsu

The town of Kamikatsu is located somewhat to the southwest in central Tokushima Prefecture, about 40 km south of Tokushima City (Figure 1). The distance is just under one hour by car from Tokushima City, but when driving along the Katsuura River from the town of Awa Katsuura the mountains rapidly become steep. Further on the scenery is breathtaking, with small villages dotted along both sides of the Katsuura River. Within the town of Kamikatsu itself the elevation differs by more than 700 m. Kamikatsu was formed in 1955 with the merger of the villages of Takahoko and Fukuhara. These two villages were located on the upper Katsuura River (referred to as “Kamikatsu” in Japanese), and the town was given the new name Kamikatsu from the fact that lumber from the area was stamped “Kamikatsu” to be transported and sold on the market.

In the past many people in this area earned their livelihoods from forestry and growing tangerines. However, the town suffered devastating blows in both forestry, with low lumber prices, and tangerine farming with the death of about 80% of the town’s 120 ha of orchards in an unusual cold spell in 1981. The town is formed along the Katsuura River in an area that records the greatest amount of rainfall in the prefecture, and also struggles every year with disasters including heavy flooding and landslides from concentrated downpours. At the time of the merger in 1955 the population was more than 6,000, but by the 1980s it had decreased by half.

Figure 1. Location of the town of Kamikatsu



Leaf business changed the town

In 1986 Tomoji Yokoishi was an agricultural consultant in Kamikatsu during this decline. In those difficult circumstances, and with the cooperation of four farming households, he started the “Irodori” project to ship leaves and sprigs as *tsumamono*

for Japanese food in restaurants. *Tsumamono* are the leaves and other natural things used as adornment in Japanese dishes. To an outsider it may seem that all one would have to do for this business is to pick up fallen leaves and ship them, but it is not that simple.

In this undeveloped *tsumamono* market, it required great effort to gather more than 100 varieties of leaves and flowers in the different seasons—at their most beautiful and of consistent quality—and ship them quickly to meet demand. With the cooperation of farming families, Yokoishi fought an uphill struggle for 10 years to get the Irodori project on track. The business developed to sales of more than 200 million yen per year after 2003. The Irodori Association membership, which started with four people, also grew to reach 195 people in 2009.

Kamikatsu is also famous for town development by the third sector enterprises utilizing town-financed corporations. The Irodori Corporation was established as a third sector enterprise in 1999 for Irodori project planning and sales, with the mayor as president and Yokoishi serving as vice-president. Yokoishi has received a number of awards, including the Special Prize at the Entrepreneur of the Year Japan Competition in 2002 and the Japan Soft Award in 2003, and has attracted attention for success in regional vitalization. A movie about the Irodori project was also made in 2012 under the title *It's a Beautiful Life—Irodori*, starring Kazuko Yoshiyuki, Sumiko Fuji, and Mie Nakao. These successes, however, have not been able to hold back the waves of a shrinking and aging population; according to the Kamikatsu town website the population was 1,869 as of March 1, 2013, while people aged 65 years or older accounted for 49.7% of the population as of March 1, 2011.

Medical expenses below the prefectural average even with such an aging population

Despite the very aged population of Kamikatsu, it is also known for its low per capita medical care expenditures for the elderly in Tokushima Prefecture. As shown in Figure 2, despite the aging of its population, from 1992 to 2007 the per capita level of medical care expenditures for the elderly in Kamikatsu was below the prefectural average in all years except 2002.

Yokoishi, who launched the Irodori project, offers the explanation that the people are healthy because they are employed. He stresses that the low level of per capital medical care expenditures for the elderly in Kamikatsu is because of the high rate of employment in the town's elderly, centered on the Irodori project. This is illustrated in

the following with quotations from Yokoishi's books.¹⁾²⁾

Among Irodori farm households, continuing the leaf work is a form of mental and physical rehabilitation even among individuals suffering a major disease or facing a great sadness, and it has helped more than a few people regain their vitality.

For one person with a progressive spinal disease, Irodori was a reason to live. Saying "It is good exercise and I want to keep at it as long as I am able," this person continued to ship dozens of types of *tsumamono*.

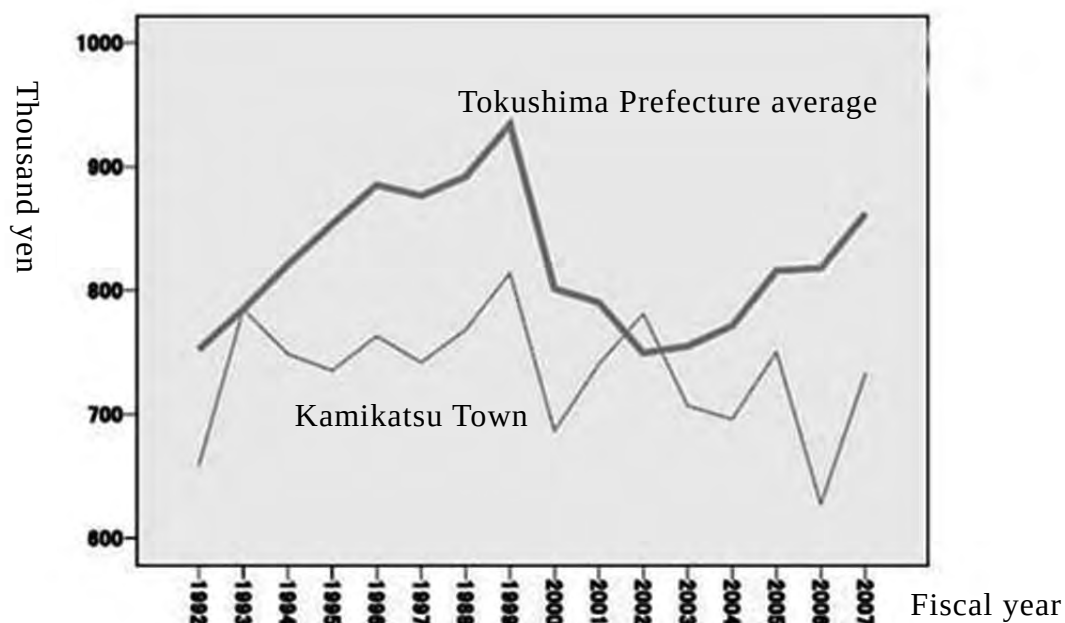
Another person, who had collapsed with a stroke and still had slight paralysis in one leg, still made the effort to plant new seedlings as she did every year. "I'm so glad that the leaves are light. I like this work of making beautiful things. It makes me feel good," she said.

A person with a bad pelvis, who could no longer lift heavy things, concentrated her efforts on pulling weeds and caring for the leaves, saying "This feels better than going to the hospital for rehabilitation."

(Omission)

Another person had lost a child to sudden illness, and spent her days closed in the house, crying. Her neighbors worried about her and encouraged her to participate in the Irodori

Figure 2. Trends in per capita medical care expenses for people aged 65 years and older (Tokushima Prefecture average and Kamikatsu)



Prepared based on Tokushima Prefectural data

project even if it was only a little, thinking it would take her mind off her loss. They said she was gradually able to recover her spirits while doing the leaf work (*That's It! We'll Sell Leaves*,²⁾ p. 204).

Giving an older people an opportunity and keeping them mentally energetic is not the only good thing about “work wellbeing.”

In “Irodori” work, for example, older women carefully separate the leaves gathered from the mountains by quality and size, counting them during packing. This work using the fingers activates the brain and helps to prevent dementia.

Going to the fields and walking up and down mountain slopes strengthens the lower body, helping to maintain health and prevent individuals from becoming bedridden.

(Omission)

This means that these elder women do not use much money for medical care, since they are healthy from working, earning money, and staying busy (*How to Build a Society of Lifelong Gainful Activity*,²⁾ p. 32-33).

Having a job and working gives elderly people a reason for living, and actively using the body contributes to disease prevention. One could say that the result is manifested in reduced medical care expenditures (*ibid.*, p. 44).

Survey on social capital and life satisfaction

Interested in the claims of Yokoishi, the author gained the approval of the Kamikatsu town office in 2009 and conducted a questionnaire survey in collaboration with the town's medical clinic. Figure 3 shows a comparison with the results of a national survey conducted by the author in 2010. As seen in the figure, “Trust in neighbors” is much higher in Kamikatsu than in the nation as a whole. Trust in relatives and trust in workplace colleagues is also higher in Kamikatsu than in the national survey. Frequency of socializing with neighbors, and the number of people who do so, is again much higher in Kamikatsu than in the nation as a whole. These trends are similar to what is seen with participation in community-based activities and participation in volunteer work, NPOs, and civic activities.

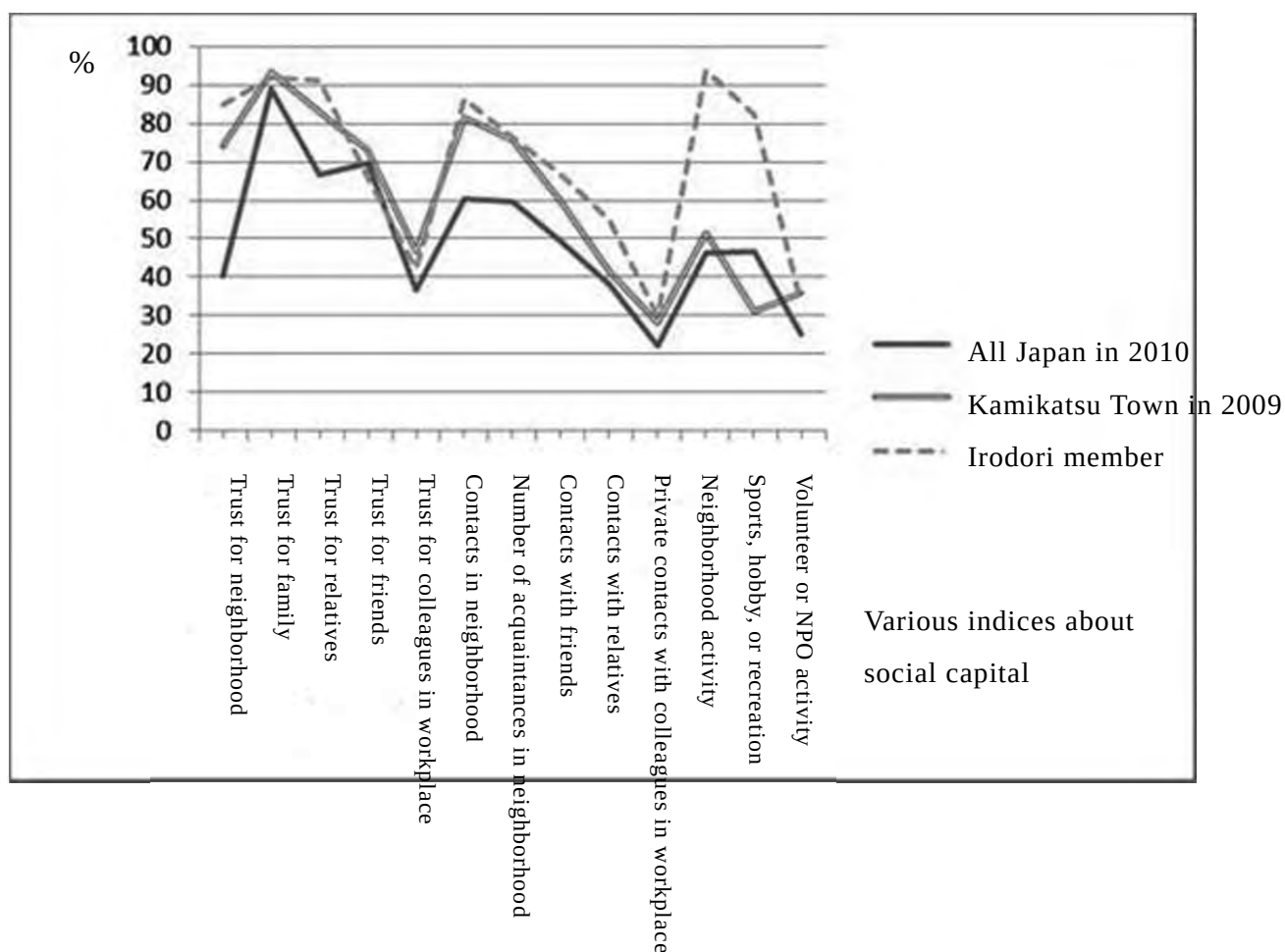
Aggregate values for the participants in the Irodori project are shown in Figure 3. For the Irodori project participants, the trends are more pronounced than the abovementioned figures for Kamikatsu as a whole in comparison with national averages.

Looking at these aggregate figures only, relationships with neighbors, relatives, and workplace colleagues seem to be much stronger in Kamikatsu than in the nation as a whole. Socializing with neighbors, friends and acquaintances, and workplace colleagues also far exceeds that in the entire nation. The group participation rate, excluding sports, hobbies, and leisure activities, is higher than the national average for community-based activities, volunteer activities, and NPO activities, respectively. The town is somewhat closed to the outside, as one may expect from a community of fewer than 2,000 people, but residents have a high level of trust in each other and a tight network.

Although not shown here, individual data also indicate higher levels of life satisfaction and subjective health, and lower levels of depression, plus higher levels of the general trust and networking known as social capital. Although a causal

Figure 3. Comparison of social capital

- Level, participation, and frequency have high rates
- Sample number: National 1599, Kamikatsu 632 (including 51 Irodori members)



association is not clear, these findings suggest some kind of relationship between social capital and the levels of life satisfaction, subjective health, and depression in residents of Kamikatsu.

Does social participation improve health?

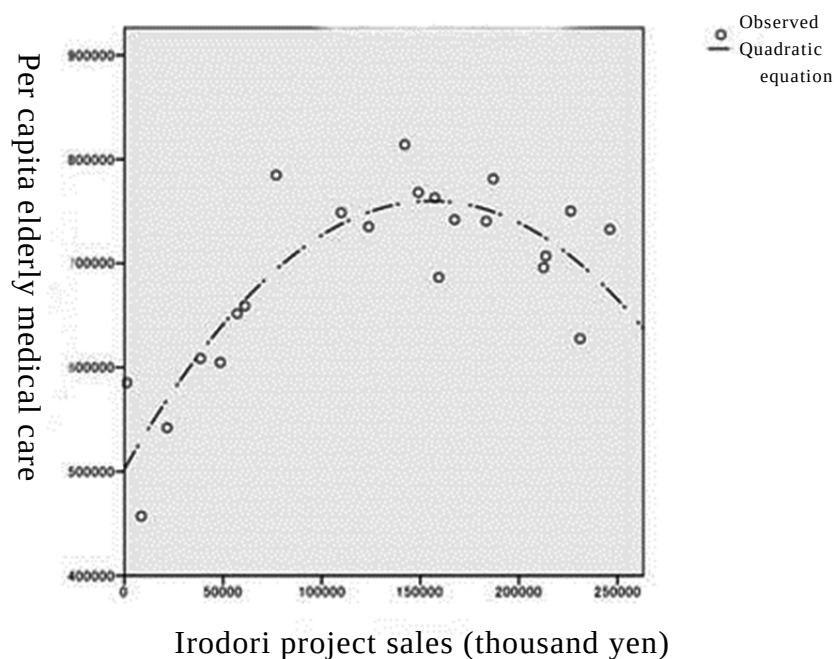
If we had annual data on social participation we could examine how they relate to health-related data, such as medical care expenditures. Unfortunately, the only data on trends in the elderly employment rate in Kamikatsu available are the data from the national census every five years. According to the Kamikatsu town office, no year-by-year data exist. Moreover, just under 200 town residents, or about 10% of the town's population, participate in the Irodori project, so not all elderly people in the town are involved in the project.

However, looking at the sales from the Irodori project and the data for per capita medical expenditures for people aged 65 years and older for the past 23 years, provided by the town government, we find that an inverse U-shaped curve fits the scatter diagrams for both, as shown in Figure 4. In other words, per capita medical care expenditures for the elderly rose until the sales from the Irodori project reach 150 million yen. Then, after sales went beyond 150 million yen, these per capita medical care expenditures declined.

Although this does not demonstrate a causal association, more than

Figure 4. Irodori project sales and per capita medical care expenditure for the elderly in Kamikatsu

Per capita elderly medical care expenditure decreased when Irodori project sales exceeded 150 million yen



Adjusted coefficient of determination = 0.732

Prepared based on Tokushima Prefectural data

70% of the per capita medical care expenditures for the elderly in Kamikatsu can be explained by the changes in Irodori sales. However, both Irodori sales and medical care expenditures are nominal rather than real values, and as a result we are limited to an approximation. Moreover, this could also be seen as a result of pure economic factors rather than the social factor of social participation. However, interpretation of these results as consistent with Yokoishi's hypothesis that social participation makes elderly people healthier is certainly plausible.

In the above we looked at the data for Kamikatsu, but, as seen in Figure 5, the relationship between employment rates for the elderly and per capita medical care expenses for the elderly in other cities, towns, and villages also show a clear decrease in elderly medical care expenses in cities, towns, and villages with high elderly employment rates. Of course, this could also be understood as showing that the people in those places work because they are healthy. However, a visit to Kamikatsu in Tokushima Prefecture holds much persuasive power for the opposite way of thinking: that people become energized by social participation (employment). Of course, readers will view this in the light of their own experiences.

Figure 5. Per capita medical care expenditure for the elderly and elderly employment rate: Scatter diagrams for individual municipalities

The dots indicate municipalities. Per capita medical care expenditures for the elderly are lower in municipalities with higher elderly employment rates



Source: Reference 3

● References

- 1) Tomoji Yokoishi. That's It! We'll Sell Leaves—Revitalization of a Shrinking Town that Had Hit Bottom. SoftBank Creative, 2007 (in Japanese).
- 2) Tomoji Yokoishi. How to Build a Society of Lifelong Gainful Activity. SoftBank Creative, 2009 (in Japanese).
- 3) Yoji Inaba, Yoshinori Fujiwara. Policy Implications of Social Capital in the Era of the Aging Population: An Analysis on the Medical Expenditures for the Elderly. Japanese Journal of Behaviormetrics, 37(1), 39-52, 2010 (in Japanese).
- 4) Kazuichi Kasamatsu, Yumi Sato. Sustainable Towns—Small and Beautiful. The Great Undertaking of Kamikatsu. Gakugei Shuppansha, 2008 (in Japanese).
- 5) Kamikatsu Town. History of Kamikatsu Town (the sequel). Kamikatsu Town, 2008 (in Japanese).
- 6) Tamami Kobayashi, Hisae Tanaka, Toshiko Tada. Employment of Elderly People in Mountainous Regions Is a Factor Affecting QOL. Quality of Life Journal, 9(1), 109-121, 2008 (in Japanese).
- 7) Kamikatsu Town History Editorial Committee. History of Kamikatsu Town. Kamikatsu Town, 1979 (in Japanese).

Translated from the Japanese manuscript written by
Yoji Inaba (Collage of Law, Nihon University)

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）

研究分担者 近藤 尚己（東京大学医学系研究科 准教授）

研究要旨

本分担研究では、昨年度、米国ウィスコンシン州におけるライフライン差し止めの規制や国内さいたま市における民間事業者による孤立死早期発見システムなどに取材しつつ、欧州における経済危機以降の社会経済的健康格差の動向について情報収集し、健康の社会的決定要因のひとつとして経済的要因による社会的排除に対する対応について検討を行った。今年度は、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が2014年4月にイタリアで持たれることから、これを射程にいれつつ、社会的排除を含むSDHに対する政策・研究の動きを加速するための、国際的な情報ネットワーク構築など国際共同活動の在り方、特に、社会的決定要因に関する情報・人材育成・政策提言の在り方について取材を行い、考察した。

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）では、健康の均てん化を図るための重要な政策的取り組み課題のひとつとして社会的排除（social exclusion）を掲げている。昨年、本分担研究事業では、個人や世帯の社会的属性によって社会参加の機会が選択的に阻害されることを「社会的排除」として操作的に定義し、経済不況化における所得格差の拡大や就労機会の格差拡大に伴う社会的排除の問題の表出形のひとつとして、孤立死やライフラインを巡る事故を取り上げた。そして、社会的排除による死亡事故を未然に防ぐうえで、官民を越えた連携とそれを下支えする、法的整備を含む行政の役割が求められることについて示唆を得た。

本年度事業では、CSDHの活動を受け継ぎつつ、よりグローバルな動きに対応できる、研究者・関連政策担当者のネットワーク構築について動きが見られることから、社会的排除に対する政策・研究の動きを加速するための国際共同活動の在り方について取材を進め、示唆を得ることを探った。

B. 研究方法

2013年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、連絡会議が開催され、これに共同研究者である近藤が参加し、各国参加者との意見交換を実施した。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2014年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会議が開催されること予定となっており、これに橋本が参加する方向で調整中である。

C. 研究結果

11月18, 19日の両日にかけて、主に社会的健康決定要因に関する研究者ならびに英国を中心とする政策関係者が参加した会議が開催された。研究者としては、アジア・環太平洋各国の関係研究者によるネットワークであるHealth GAENを主催する、National Australia UniversityのSharon Friel教授や、欧州議会において社会格差・社会的健康決定要因に関する科学アドバイザーとして活躍し、欧州議会に対する関連レポートの著者でもあるErasmus大学疫学部のJohan Mackenbach教授などが参加した。同会議では、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が、具体的な行動提案に至るには2日の会議は十分な時間ではなかったのが残念である。議論を継続し、来る2014年3月のハイレベル会議での議論につなげることを期待された。

12月6, 7日の両日に渡り、Mackenbach教授が来日したのを期に、社会的健康格差の欧州における課題についてレクチャーを頂くとともに、研究を政策提言につなげるための課題について、同教授がこれまで自国オランダの政府委員会や欧州議会などでの経験を通じて得られた教訓などについて伺うことができた。Mackenbach教授の先行研究（Mackenbach, 2012）に主に基づきつつ、欧州各国の比較デ

ータを用いた研究から、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。

これらの議論を踏まえ、3月に開催されるpost CSDH high-level conferenceでは、グローバルな政策評価・提言のフレーム、指標の検討、国家間での協調的政策の在り方などについて議論がなされることが期待されている。

D. 考察

すでに昨年報告したように、経済変動期における規制緩和・景気刺激策に加え、社会保障費の削減などを伴う財政緊縮策が併用された結果、社会的排除の影響を受けやすい生活困窮層において、健康状態の悪化という事態が引き起こされることについて欧州の経験は教訓とすべきである。デフレ経済からの脱却・財政健全化に向けて大きく舵を取ったわが国において、これら一連の経済・社会政策の環境変化がどのように健康資源の公平な配分に影響しうるのかについては、世界的にも強い関心が寄せられている。個人レベルの疫学的アプローチと対局的に、マクロな比較研究などを通じた評価フレームの持つ政策的価

値についてMackenbach教授らの研究は重要な示唆を含んでいる。すなわち、各国における違いは、政策的制度介入による格差是正の可能性を示しているとともに、単なる医療保健サービスの普及・均てん化や健康関連情報の啓蒙などでは、格差の解消は図れないことも示している。特に近年、消費生活の様式と密接に関連した生活習慣が媒介する格差拡大のメカニズムは、消費生活を左右する社会環境の整備とハイリスクアプローチの組み合わせが必要であることを物語っている。今後わが国と欧米・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。

E. 結論

基本的人権を形成する重要資源として健康資源に共通の価値を見定めることが、国際的共同活動を支える基盤を形成している。社会的排除を克服し、健康の社会的決定要因に対する具体的な取り組みの在り方について、来るpost-CSDH会議での議論の展開に注目する

とともに、わが国として、この議論に積極的に参加し、わが国における政策転換の健康への影響評価を行うことが国際的貢献につながると期待される。

参考文献

Mackenbach J. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Soc Sci Med 2012, 75:761-769.

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な形式にまとめることを目的とした。研究初年度である昨年度は（１）全国自治体への調査、（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、を中心に実施した。

本年度は、昨年度実施した調査事例のうち、参考になると考えられる事例について、実際に関係者にヒアリングを行った。事例を抽出する過程において、保健福祉部局以外の部局の関わりの重要性が挙げられたが、実際に明確に関わっていると考えられる事例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 1 件であった。また当該事例も含め、参考になると考えられる事例の多くは、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、言い換えると、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。

別の視点で見ると、健康の社会的決定要因（例えばソーシャル・キャピタル）に対して、醸成しようという試みと維持するための試みがある。注目されるような良好実践事例は前者である場合が多いが、今後の介入方法を検討する上では、現実的には後者にも同様に焦点をあてる必要があると考えられた。そこで、岡山県吉備中央町においては、愛育委員の新たな役割として、65 歳以上の全高齢者に対する声かけ運動を行っており、上記事例と対比しながら、ヒアリングを行った。

また、情報発信については、愛育委員のようなわが国の「これまで」の取り組みについても国際的には価値が高いと期待されることから、愛育委員に関する資料等の英訳の実施について検討した。

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な形式に事例をまとめることを目的とした。

B. 研究方法

(1) ヒアリング事例の抽出

ヒアリング事例の抽出にあたっては、昨年度、「参考になると考えられる」として抽出した10事例（うち、6事例については掲載許可が明確に確認できたので、昨年度報告書に掲載済）の中から、研究会議での検討、研究会員間での意見交換を経て、保健福祉部局以外の部局の関わりを重要と考え、ヒアリング対象として優先することとなった。

(2) ヒアリングの実施

ヒアリングの実施にあたっては、昨年度抽出したポイント（大項目、小項目；以下再掲）を踏まえた。併せて、質問紙調査において尋ねた「他地域での展開・活用のために有用と考えられる視点」については、当該事例を含むほとんどの事例において記入が無かったことから、視点を変えながら、掘り下げて直接尋ねてみることにした。

・大項目1：リソースの把握

①ニーズの把握、②（リソースの）余剰の把握、③複数のリソースの組み合わせがあるかどうか。

・大項目2：リソース交換の円滑化・広域化のための工夫

①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、②社会階層の異なる三者以上の参入による交換の成立、③キーパーソン存在、④条例化や街づくりプランへの健康の視点の導入など。

・大項目3：リソース交換の管理・停止しないための介入

①行政の関与、②民間組織（NPO など）の関与。

・大項目4：リーダーシップ

(3) 情報発信

情報発信については、既に実施している研究班 HP を通じての報告書等によるもの以外についても検討した。

C. 研究結果

(1) ヒアリング事例の抽出の経緯

保健福祉部局以外との明確な関わりを重要視して事例を選択したところ、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1件が結果的に抽出された。HP 等で確認したところ、温泉旅館の「女将会」などの積極的な関与があるものと想定され、関与範囲の拡がりが認められた。一方で、抽出されなかったものの、注目に値するような事例については、HP 等での継続的・積極的な情報発信もなされており、また、インタビュー、紹介記事等についても、インターネット検索の範囲においても、複数確認することができた。一方で、特に大項目2-③でも指摘した、熱心なキーパーソン存在が、こうした展開の重要な要件となっているであろうことも想像された。

ここで、いったん議論を戻すと、SDH としては理解しにくい、ソーシャル・キャピタルのような視点でとらえると、(a)醸成のための介入事例と(b)維持のための介入事例は、別々に収集すべきであったと考えられた。また、他地域での必要性、展開の可能性を考慮すると、(a)のような華やかな事例だけでなく、(b)のような一見地味とも言える事例にも目を向けていくことの重要性が浮かび上がってきた。

岡山県では、Noguchi ら(2013)により、古くから行われてきた愛育委員の活動に対して、

「愛育委員等による声かけの有無」を曝露とし、「希死念慮」をアウトカムとした、65 歳以上の地域住民に対する悉皆調査が行われた。結果は、instrumental/emotional なサポートおよび他の交絡因子を調整しても、希死念慮のオッズ比は愛育委員等の声かけによって有意に減少する（OR=0.67, 95%CI 0.59-0.78）というものであった。ここから言えることは、こうした地域における活動は、ある種の健康の社会的決定要因として機能していると期待されながらも、これまで評価が行われてこなかったものである。また、似たような活動はわが国の多くの地域において認めることができ、その意味で「他地域での活用」を考えた場合に有利である面を含むと期待された。

そこで、ヒアリング対象としては、(a)醸成事例として 1 事例（ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり）、(b)維持事例として 1 事例（愛育委員による全高齢者への声かけ）を対象とした。

（２）ヒアリングの実施

(a) ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり

新潟県三条地域振興局健康福祉環境部 地域保健課長谷川直子課長、同田崎充子課長代理、越後・湯田上温泉末廣館細井久美子女将にヒアリングを行った。

(b)愛育委員による全高齢者への声かけ

岡山県精神保健福祉センター野口正行所長、吉備中央町保健課千田政子課長補佐にヒアリングを行った。

（３）情報発信

愛育委員などの住民組織については、歴史もあり、各地でも認められることから、国内向けの情報発信よりも、むしろ海外向けの情報発信の有用性も期待された。そこで、海外

からも容易に利用できるという点で、まずは、こうした住民組織に関するウェブサイト等の情報を収集し、有用と思われるものについて英訳するなどの対応を検討した。岡山県の担当部局に問い合わせたところ、英訳版を作成した場合、直裁的に県の公式ページとしてサーバーに載せるには、様々な手続きが必要と考えられるが、訳の内容そのものについて研究者自身が責任を持つという前提で、研究成果として研究班 HP 等から情報発信することについては、特段の制約は想定していないとのことであった。しかるに、来年度以降、国際的に情報発信すると良いと考えられるページをリストアップし、その一部について英訳を試みることにした。

（４）次年度計画の立案

次年度計画については、研究代表者、分担研究者と意見交換を行い、引き続き参考になる取組事例を持つ自治体等への直接のヒアリングを行う、情報発信について可能なものについては英語での発信を行っていくことが検討された。

D. 考察

（１）ヒアリング事例（醸成例）から

・大項目 1：リソースの把握

①ニーズの把握

ニーズの把握については個別的に把握したというよりは、よりマクロな視点から、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これを把握した。患者団体であるあけぼの会の会員アンケートでは、約 3 割の方が温泉入浴に際して躊躇するため何らかの配慮があればありが

たいというものであったという。

②（リソースの）余剰の把握

①のニーズを埋め合わせることでできる「提供側」の把握であるが、地理的な要因から新潟県内でも、「ちょっと出かけると言えば」と名前の挙がる観光地であることから、観光資源を活用することに着目したという。その中でも、患者アンケートで把握されていた「温泉に入る際の気兼ね」に、（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ものである。

また提供可能なリソース（サービス）としては、後述する運営会議に際して、旅館ごとの状況を共有しながら進めていった。

③複数のリソースの組み合わせがあるかどうか。

比較的単純に、「気兼ねなく温泉に入るための対応」が提供される点において、複雑なリソース交換の組み合わせはない。

・大項目2：リソース交換の円滑化・広域化のための工夫

①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

ビジネスセクターが関与することによって、住民間の「お互い様」の構図ではなく、ある程度、サービスの提供側と受け手は固定される。本事例の場合、旅館側からの提供に際して、「認定旅館」（審査項目は後述）の制度が、ある意味においてこれにあたると言えるかもしれない。

②社会階層の異なる三者以上の参入による交換の成立

該当しない。

③キーパーソンの存在

本事例にあつては、行政内部における観光担当部局の協力よりも、温泉旅館の「女将会」

の協力が重要であったと考えられる。ヒアリングに協力いただいた、湯田上温泉においては4軒から構成されるという小規模のメリットも活かし、特定の「長」は定めていないものの、末廣館の細井女将が、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。もちろん、本事例は行政側からの事業であり、起案した保健福祉担当部局の担当者も同様にキーパーソンであったといえる。

④条例化や街づくりプランへの健康の視点の導入など。

認定項目の中に、「乳がんの早期発見等について啓発を行っている」という項目があるが、具体的にはシャワールームのノブに掛ける（要するにホテルにある「起こさないでください」の札のような形状）、自己検診の案内であった。これは、ニーズを必要な場所に届けるという意味で、十分に有用であると考えられた。認定旅館の範囲にとどまるものの、健康の視点を広く含むものと考えられた。

・大項目3：リソース交換の管理・停止しないための介入

①行政の関与

十分な関与があった。ビジネスセクターに協力を求めるため、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ものである。非常に興味深かった視点としては、「気兼ね無い入浴」支援のための、アプローチとして、ある意味まったく異なる両極の対応として、一つは貸切風呂とし、もう一つは入浴着着用での入浴への支援（受入および他の利用者への啓発）であったことである。要するに、前者は乳がん術後患者さんを、「別に」するものであり、後者は乳がん術後患者さんを「一緒に」する

というものである。ただし、重要な視点としては、各旅館の取り組みとして、これらのウエイトを自由にすることは許容するが（後者の方が障害に対するノーマライゼーションとしては正当との意見もあるかもしれないが、主として前者、従として後者でも良いとした）、どちらか一方の選択は、（認定基準の上では）認めていなかった点がある。規模の小さい旅館や既に家族風呂等貸切風呂の設定のあった旅館にあっては、前者への対応はさほど障壁のあるものではなく、また、対応時間帯も、患者団体等の意見もくみながら、他の利用客が原則として利用することが少ない夕食時間帯をあてるなどの折衷案により、旅館側にも受け入れやすくした。一方で、規模の大きい旅館の場合（当然、大浴場の規模も大きく）貸切の対応は容易ではない場合もあり、状況に応じて、入浴着での入浴の受入と組み合わせで対応したとのことであった。

また、末廣館では、以前より脳梗塞後の患者さんの入浴に際して、配偶者（異性）の介助を必要とする場合などに、柔軟に「貸切」の対応を行ってきた経緯があることから対応は比較的容易であったという。また、乳がん体験者の受け入れを進め、HP 等でも情報発信したことで、大腸がん体験者（ストーマ装具等）などからの、受け入れ可否に関する問い合わせもあったという（また、同様にさまざまな手術痕などを持つ方が、入浴に際して以前より気軽に話題にするようになったともいう）。

また様々な関係者から構成される運営会議によって利害の不一致をうまく調整しながら事業を進めていった。運営会議の構成メンバーについては、柔軟に構成し、ヒアリングを行った湯田上温泉と（もうひとつの実施地域である）弥彦温泉郷でも、また異なるとのこ

とであった。

②民間組織（NPO など）の関与

女将会の関与があった。特に興味深かったのは、既製の入浴着については、片方掛けになっており、むしろ「変わったもの」として違和感を感じる場合もあるとの意見を踏まえ、独自に両肩の入浴着の開発も行ったとのことであった（これにより、新潟県を訪問しての利用だけではなく、数の上ではわずかであるが、入浴着そのものに対する問い合わせもあったという）。

・大項目 4：リーダーシップ

本点については、良い意味で、単一のキーパーソンのリーダーシップにもとづくというよりは、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

健康への効果については、狙いとしては若い 40 代、50 代における乳がん検診受診率の向上を意図して、事業として住民向けの研修会の開催も実施している。実際の検証は、現時点では行われていない。目に見えるところでは、温泉旅館の従業員向けにも受け入れおよびセルフ・ケアも含めた研修会を実施したことから、従業員では新たに受診するものもいたとのことであった。

また、細井女将の実感として印象に残っていることとしては、受け入れを始めたことで、乳がん体験者の方の利用が増えたというよりも、従来からの利用者の中で、「実は、乳がんの手術を受けていた」と話してくれるケースが非常に多かったとのことであった。要するに、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からといって、利用者が必ずしも、それによって「具体的に何かをして欲しい」というニーズを持つというよりも、むしろ「あれこれ詮索されない」

（素人的な奇異な視線にさらされることが無い）という「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察することもできる。

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（文献1、第1章、p6、*appropriable social organization*の例と言えよう）。

「他地域での展開・活用のために有用と考えられる視点」について

ヒアリングとあわせて、関係者で検討してみたが、本事業の成立の要件として、前述の通り細井女将に看護職経験があったことなどの、ある種の「偶然」のようなものも含まれており、他地域での展開、応用といっても、その特定の単純な要素のようなものを挙げることは容易ではないとの意見であった。

・参考

温泉旅館認定項目（以下の5項目）

- ・従業員がピンクリボンほっと語らい温泉街づくり事業の研修会を受講した施設
- ・大浴場等を乳がん体験者に開放している施設
- ・乳がん体験者の受け入れについてホームページ等で発信している施設
- ・入浴着を着用しての入浴について理解がある施設
- ・乳がんの早期発見等について啓発を行っている施設

（2）ヒアリング事例（維持例）から

保健師ジャーナル誌（医学書院）において、来年度詳細を報告予定のため、ここでは詳細は割愛する。

・大項目1：リソースの把握

①ニーズの把握

住民側からの具体的な愛育委員に訪問して欲しいといったニーズ調査は実施していない。

②（リソースの）余剰の把握

本事業の範囲では達成できなかったが、「気になる住民」に対する見守り活動は、さまざまな組織において独立してすでに実施されているが、これらの連携という意味での、対応余力の把握は重要であると考えられた。具体的には、原則として組合員が対象となるものの、JAとの協力について協議は行ったものの、情報の交換・共有については個人情報をどのように取り扱うかという課題を確認するにとどまり、実現には至らなかった。

③複数のリソースの組み合わせがあるかどうか

意図する範囲においては該当しない。付随的、結果的には起こりうるものとする。

・大項目2：リソース交換の円滑化・広域化のための工夫

①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

現時点では該当なし。

②社会階層の異なる三者以上の参入による交換の成立

現時点では該当なし。

③キーパーソンの存在

現時点では該当なし。

④条例化や街づくりプランへの健康の視点の導入など。

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

①行政の関与

現時点では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。

②民間組織（NPO など）の関与。

上述の通り、JA との連携を試みたが、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。

E. 結論

本年度は、昨年度収集した事例の中から（ソーシャル・キャピタル）「醸成に有用」と思われる事例と、一方でむしろ「維持に有用」と思われる、決して珍しくない（良い意味で、どの地域にも認められる）既存の活動に焦点をあてた事例についてヒアリングを行った。

次年度も、これらの事例を他の自治体が活用できる方法をより具体的に検討していくとともに、特に後者のような既存の活動については HP を英訳するなどして国際的にも情報発信していくことを検討することとした。

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, Kishimoto Y, Takao S. Social support and suicidal ideation in Japan: are home visits by

commissioned welfare volunteers associated with a lower risk of suicidal ideation among elderly people in the community? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Aug 18.

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

文献

1. イチロー・カワチ、高尾総司他編著、ソーシャル・キャピタルと健康政策、日本評論社、2013

参照ウェブサイト

1. ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり
http://www.pref.niigata.lg.jp/sanjou_kenkou/1318456932585.html

2. 岡山県愛育委員
<http://www.pref.okayama.jp/page/271925.html>

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1つとして社会関係資本（Social Capital）があげられるが、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、2つの側面から社会関係資本と健康との関連を検討した。

第1に、昨年実施した東京都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、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2010年に実施した全国調査と比較した。第2に、別途作成した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。

東京都9区調査の分析では、社会関係資本は、計測の対象とした4つのQOL指標の変化の3%から12%程度を説明する。とくに、抑うつ度とは比較的強い相関がある。ただし、全国調査では有意である一般的信頼が東京都調査では有意でない。

上記第2の計測の結果は、経済格差と就業率（社会参加として社会関係資本の代理変数）と一人当たり老人医療費の間に前者とは逆相関（格差が大きいほど医療費が高い）、後者とは正の相関（就業率が高いほど医療費が低い）が観測された。つまり、格差の拡大は高い医療費と、就業率向上は低い医療費とそれぞれ対応している。

A. 研究目的

社会関係資本（Social Capital）は広義にとらえれば信頼・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、地域によってその内容が大きく異なること、健康と密接に関連していることが確認されている。しかし、広義の社会関係資本のどの構成要素が健康にどの程度の影響を及ぼしているのか。それは地域によってどのように異なるのか。社会関係資本は経済格差に影響を受けることが指摘されているが、医療費を含めた社会関係

資本と格差との関連はどのようなになっているのか。本稿では、こうした問に答えるため、単純な手法（線形重回帰分析）により、①健康を含んだQOLが社会関係資本とどのように関連しているのか、②市町村別一人当たり老人医療費がどのように社会関係資本および経済格差と関連しているかを解析した。

研究方法

QOL関数の推計

筆者が2012年9月初旬から10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—2012年東京都9区調査』の個票データから、信頼、規範、ネットワークなどの社会関係資本を構成する要素を独立変数、QOL（生活満足度、心配事、主観的健康、抑うつ度）を従属変数として重回帰分析を実施した。

東京都9区調査は、20歳から79歳までの住民を母集団として、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）計9区の住民基本台帳から無作為に1,500名を抽出して調査票を郵送し、458票の有効回答（回答率30.5%）を得た。比較に用いた全国調査は2010年に同内容の質問票により筆者が全国を対象に実施した郵送法アンケート調査（N=1,599）である。2010年全国郵送法調査と2012年東京都9区郵送法調査の概要は以下のとおりである。

調査目的と設問¹

〔目的〕

外部性を伴う信頼・規範・ネットワークである社会関係資本を、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²）との関連を検証する。社会関係資本には一般的信頼など認知的なものと、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、本調査はその双方を調査対象としている。

〔調査内容・設問〕

1.他人への信頼、2.互酬性、3.日常的なつきあい、4.地域での活動状況、5.生活の満足度・

心配事、6.特定の個人や団体・組織への信頼（特定化信頼）、7.主観的健康と抑うつ度、8.寄付・募金活動、9.腐敗行為に対する許容度、10.回答者の属性

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社団法人新情報センターに委託。

調査関連期間

調査票の検討

東京都調査 2010年4月～8月

全国調査 2012年4月～8月

調査実施期間

東京都調査 2010年9月6日～10月5日

全国調査 2012年9月10日～10月19日

調査方法

無作為抽出郵送法（配付・回収とも）

母集団と調査対象者、対象者のサンプリング方法

2010年全国郵送法調査

〔母集団〕全国の20歳から79歳の居住者

〔対象者〕全国50地点における居住者4,000名

〔サンプリング方法〕住民基本台帳からの無作為抽出法

2012年東京都9区調査

〔母集団〕東京都9区（足立、葛飾、江戸川、千代田、中央、港、目黒、世田谷、杉並）の20歳から79歳の居住者

〔対象者〕東京都9区における居住者1,500名

〔サンプリング方法〕住民基本台帳からの無作為抽出法

¹ 本調査の調査原票を付属資料として本稿の最後に掲載しているのであわせて参照されたい。

² 高齢者を対象としたGDS15項目短縮版。

調査配票数・回収数・回収率

2010 年全国郵送法調査

[配票数] 4,000 票

[回収数] 1,603 票（うち有効 1,599 票、無効 4 票）

[有効回収数] 40.0%（1599 票/4000 票）

2012 年東京都 9 区調査

[配票数] 1,500 票

[回収数] 458 票（無効票なし）

[有効回収数] 30.5%（458 票／1,500 票）

調査実施メンバー

研究代表者 稲葉陽二、研究協力者 緒方淳子、調査実施と回答の入力は社団法人新情報センターに委託。

表 1 2010年全国郵送法調査と2012年東京都 9 区調査の記述統計と回答者の属性

回答者属性	郵送法調査				
	2010 全国	2012 東京 9 区	(下町 3 区)	(都心 3 区)	(山の手 3 区)
性別(%)					
男性	45.3	44.8	42.7	45.9	45.3
女性	54.7	55.2	57.3	54.1	54.7
年齢構成比(%)					
20 歳代	11.4	13.1	12.7	15.3	11.3
30 歳代	16.4	18.6	15.3	21.7 最頻値	18.7
40 歳代	16.7	21.4 中央値	20.7 中央値	19.7 中央値	24.0 中央値・最頻値
50 歳代	17.3 中央値	14.6	15.3	17.1	11.3
60 歳代	23.3	20.3	22.7 最頻値	15.3	23.3
70 歳以上	14.8	12.0	13.3	10.8	11.3
平均年齢（才）	51.4	49.2	50.5	47.5	49.7
職業(%)					
自営業	12.4	15.3	13.3	21.0	11.3
経営者	2.8	5.2	2.0	5.7	8.0
民間勤め人	27.6	32.9	29.3	35.0	34.7
公務員・教員	4.8	4.8	4.7	6.4	3.3
（同上小計）	（47.6）	（58.2）	（49.3）	（68.1）	（57.3）
パート	15.5	13.8	16.0	10.8	14.7
学生	2.3	2.4	0.7	3.2	3.3
無職	13.4	9.4	13.3	4.6	10.0
専業主婦・夫	17.9	13.3	19.3	10.2	10.7

最終学歴(%)					
小中学校	11.5	4.6	5.3	3.2	4.7
高等学校	39.1 最頻値・中央値	29.0	44.7 最頻値・中央値	15.9	27.3
専修学校他	10.8	13.3	16.0	15.3	8.7
高専・短大	11.1	12.4 中央値	11.3	13.4	12.7 中央値
大学	23.5	33.0 最頻値	20.0	40.8 最頻値・中央値	38.0 最頻値
大学院	2.3	5.9	1.3	11.5	4.7
世帯年収(万円)					
<200	8.1	7.9	13.3	4.6	6.0
200～400<	22.1 最頻値	22.7 最頻値	24.0 最頻値	15.3	28.7 最頻値
400～600<	19.9 中央値	17.9 中央値	22.0 中央値	17.2	14.7 中央値
600～800<	13.7	11.6	14.0	10.2 中央値	10.7
800～1,000<	10.1	10.5	10.0	13.4	8.0
1,000～1,200<	4.9	7.6	4.0	10.8	8.0
1,200≤	6.3	10.7	3.3	19.7 最頻値	8.7
居住形態(%)					
持家	79.4	55.5	57.3	52.2	56.7
借家	19.0	42.8	40.7	47.8	40.0

上記の郵送法アンケート調査によるほか、経済格差との関連をみるために、2005年時点における市町村別に、一人当たり老人医療費、高齢者就業率、ジニ係数、医師一人当たりの住民数、一病床あたりの住民数などのデータベースを作成し、市町村別一人当たり老人医療費を被説明変数とする線形重回帰分析を行った。ジニ係数は総務庁納税者所得データから青山学院大学の西川雅史教授が作成したデータの提供を受けた。

B. 研究方法

1) QOL 関数の推計

「生活満足度」、「心配事の多寡」、「主観的健康」、「抑うつ度（GDS15 項目短縮型）」の4つの QOL それぞれを従属変数として、「一般的信頼」、「特定化信頼」、「近所づきあいの頻度と人数」、「友人、知人、親戚、同僚などとのつきあいの程度」、「地域における地縁活動、ボランティア・NPO・市民団体などの活動、その他団体活動への参加」を説明変数とした線形重回帰分析を実施した。あわせて、「生活

満足度」については、心と身体の両面の健康（「抑うつ度」と「主観的健康」）、「年間世帯所得」、「心配事の多寡」を加えた生活満足度関数の推計も行った。

また、全国調査との比較を行うために、同

様の推計を 2010 年に筆者が実施した全国調査のデータからも推計した。

2) 一人当たり老人医療費と経済格差との関連

市町村別の一人当たり老人医療費は、社会関係資本、医療サービスの供給量、経済格差によって規定されるという仮説に基づき、線形重回帰による推計を実施した。市町村別の社会関係資本は全市町村を網羅するデータが存在しないので、国勢調査より市町村別の「高齢者就業率」を、医療サービスの供給量は「医師一人当たり人口」と「一病床あたり住民数」を、それぞれ代理変数として用いている。また、「ジニ係数」は 2003 年時点における納税データ（総所得）により西川雅史教授が作成したものを、その後の市町村合併を反映させ、人口比による 2003 年時点のジニ係数の加重平均を用いている。

C. 研究結果 QOL 関数の推計

2012 年東京都 9 区調査の個票データを用いた推計（表 2）では、「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い。このほか、有意であったのは、「一般的互酬性」が「生活満足度」と「主観的健康」について、「友人、知人、親戚、同僚とのつきあい」が「生活満足度」と「抑うつ度」について、「地域における団体参加」が「抑うつ度」について、と極めて限られている。

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、であるので、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。

なお、「生活満足度」については、心と身体
の両面の健康（「抑うつ度」と「主観的健康」）、
「年間世帯所得」、「心配事の多寡」を加えた

表2 主要社会関係資本とQOL
2010年全国郵送法調査、2012年東京都9区調査によるOLS

	2010 全国調査				2012 東京都 9 区調査			
従属変数 独立変数	生活満足度	注1) 心配事	主観的健康	注1) 抑うつ度(K6値)	生活満足度	注1) 心配事	主観的健康	注1) 抑うつ度(K6値)
	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)	標準化係数(t値)
一般的信頼	0.120(4.170)	-0.137(-4.321)	0.099(3.378)	0.206(7.629)	-0.046(-0.9874)	-0.006(-0.127)	0.058(1.246)	-0.017(-0.377)
一般的互酬性					0.082(1.534)	-0.114(-2.197)	0.075(1.396)	0.125(2.450)
特定化信頼	0.216(7.110)	-0.103(-3.098)	0.092(2.980)	0.042(1.462)	0.134(2.591)	0.294(5.967)	0.110(2.146)	0.133(2.735)
特定化互酬性					-0.049(-0.895)	0.041(0.800)	0.034(0.627)	0.024(0.463)
近所づきあい	0.043(1.335)	-0.125(-3.544)	-0.032(-0.986)	0.073(2.411)	0.082(1.534)	-0.025(-0.485)	-0.062(-1.171)	0.092(1.827)
友人、知人、親戚、 同僚とのつきあい	0.027(0.897)	-0.072(-2.162)	0.053(1.711)	0.042(1.462)	0.151(2.880)	0.084(1.668)	0.064(1.299)	0.112(2.258)
地域における団体 活動	-0.068(-2.236)	注2) 0.029(0.852)	-0.016(-0.511)	注2) -0.089(-3.085)	-0.016(-0.315)	注2) 0.028(0.580)	-0.093(-1.872)	注2) -0.146(-3.078)
N	1176	971	1231	1224	427	455	455	455
Adj. R ²	0.100	0.083	0.024	0.176	0.083	0.099	0.029	0.123

注1) 心配事および抑うつ度(K6値)は地域活動以外の社会関係資本の指標と逆スケールのため、係数が負になっている。

注2) 地域における団体活動指標は高いほど活発、心配事指標、抑うつ度は低いほど深刻としているため、符号条件が負であることは、活発な地域における団体活動は心配事や抑うつ度が低いことを示している。

表3 生活満足度はなにに規定されるか
2010 年全国郵送法調査、2012 年東京都9区調査データによるOLS

	2010 全国調査		2012 東京都 9 区調査	
従属変数 独立変数	生活満足度	有意確率	生活満足度	有意確率
	標準化係数 (t 値)		標準化係数 (t 値)	
一般的信頼	0.006(0.207)	0.836	-0.042(-1.067)	0.287
特定化信頼	0.138(4.418)	0	0.101(2.198)	0.028
近所づきあい	-0.001(-0.021)	0.983	0.028(0.621)	0.535
友人, 知人, 親戚, 同僚との つきあい	-0.27(-0.896)	0.371	0.065(1.457)	0.146
地域における団体活動	-0.044(-1.434)	0.152	0.058(1.347)	0.179
心配事合計	-0.177(-5.309)	0	-0.022(-0.512)	0.609
主観的健康	0.061(1.952)	0.051	-0.022(0.512)	0.609
抑うつ度 (K6値)	0.372(10.082)	0	0.526(12.172)	0
年間世帯収入	-0.028(-0.993)	0.321	-0.139(-3.500)	0
N	856		418	
Adj. R ²	0.345		0.359	

注 1) 年間世帯収入および地域における団体活動は生活満足度と逆スケールのため、係数が負になっている。

表4 市町村別一人当たり老人医療費
2005年データによるOLS推計

	標準化 係数	t 値	有意 確率
定数	—	17.156	0.000
高齢者就業率	-0.255	-11.599	0.000
医師一人当たり人口	-.058	-2.508	0.012
一病床あたり住民数	-0.103	-4.522	0.000
ジニ係数	9.088	9.088	0.000
N = 1812 Adj. R ² = 0.165			

生活満足度関数も推計しているが（表3）、ここで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にあがる。東京都9区調査でみるかぎり、QOLに関しては社会関係資本は、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。

なお、2010年に実施した全国調査による推計も参考として表2に示してある。表2に示されるように、東京都の推計と大きく異なる点は、全国調査では「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る点である。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る。

心と身体の両面の健康（「抑うつ度」と「主観的健康」）、「年間世帯所得」、「心配事の多寡」を加えた生活満足度関数（表3）では、東京都では有意であった「年間世帯収入」が全国レベルでは有意でなく、逆に東京都では有意でなかった「心配事」が全国では有意になっている。大都市では所得が満足度の重要な要素であるが、全国レベルではそうではない。

一人当たり老人医療費と経済格差との関連

表4に示されるように、市町村別の「一人当たり老人医療費」の説明変数として、「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る。換言すれば、t値でみれば、「高齢者就業率」、それについて「ジニ係数」の説明力が高い。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、一人当たり老人医療費が高い。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。

D. 考察

QOLについては、重要な社会関係資本はグループのメンバー間や組織間の信頼である「特定化信頼」である。一方、東京都調査では有意でなかった「一般的信頼」は、全国調査でみれば有意であった。大都会では「一般的信頼」のQOLへの影響は薄い、全国レベルでみればQOLにとって重要である。社会関係資本がQOLに与える影響の程度は、2010年全国郵送法調査でみても、2012年東京都9区調査でみても、数%～1割程度であるが、「抑うつ度」への影響が一番強く、「主観的健康」への影響が一番弱い。

「生活満足度」の説明変数として、「年間世帯収入」と心と身体の健康（「主観的健康」、「抑うつ度」）心配事の多寡を加えると、東京都では「年間世帯収入」が有意であるが、全国レベルでは有意ではない。東京都で生活満足度を高めるためには収入が重要であるが、全国レベルでは高収入と生活満足度との間に関連性はみられない。むしろ、日常生活での心配事の多寡が全国レベルでは生活満足度にとって重要である。

このほか、「一人当たり老人医療費」は、市町村別データでみると、社会参加（「高齢

者就業率」）が高いほど低く、「経済格差」が大きいほど高い。格差と老人医療費との関連の経路は本研究では詳らかではないが、経済格差の存在が高齢者の健康（とくにストレス性の心の健康）に悪影響を与え、医療費の増加を招くという仮説とは矛盾しない。

E. 結論

本稿では、2012年に東京都9区の住民を対象に実施した『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』の個票データを用い QOL と社会関係資本との関連をみた。その際、2010年に実施した全国調査の個票データからの推計値とも比較した。

QOL の説明変数としての社会関係資本の説明力は調整済み決定係数でみて、数%から1割程度であり、東京都でも全国で変わらない。しかし、それぞれの構成要素の重要性は、東京都と全国とでは大きく異なる。

前年度の報告書で、「東京都のデータを下町3区、都心3区、山の手3区にわけると、高学歴、高収入の都心3区が心身ともに最も健康である。社会関係資本以外の要因が影響しているのは明らかであり、健康と社会関係資本との因果関係も明らかではない。しかし、その一方で、収入、学歴で都心3区、山の手3区に劣る下町3区において心身両面で問題がある者の比率は一番低いことは、社会関係資本が健康の悪化を防ぐラチェット（下支え）効果をもつとみることもできよう。」と「社会関係資本のラチェット効果」を指摘した。本稿で QOL のなかの「生活満足度」は東京都では「年間世帯所得」が重要な要素であるが、全国レベルでは「生活満足度」は所得にほと

んど左右されないのも、社会関係資本がもつ低所得を補完する「ラチェット効果」の存在を示唆しているのかもしれない。

このほか、市町村ベースでみれば、経済格差拡大は高い一人当たり老人医療費と、社会参加の指標としての高齢者就業率の上昇は低い一人当たり老人医療費と対応していることが確認された。

F. 研究発表

1. 論文等発表

稲葉陽二（2013）「『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2012年東京都9区調査の概要」『政経研究』第50号第1巻、p.p.239-266、日本大学法学会。

稲葉陽二（2014）「『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」『政経研究』第51号第1巻（印刷中）、日本大学法学会。

稲葉陽二（2013）「高齢者の社会参加で医療費低減 徳島県上勝町のケース」『保健師ジャーナル』Vol.69. No.06 2013, p.p.462-466.

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

以上

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：大規模データでの検討

研究分担者 近藤 尚己（東京大学大学院医学系研究科准教授）

研究協力者 Mikael Rostila (Centre for Health Equity Studies)

Monica Åberg Yngwe (Centre for Health Equity Studies)

研究要旨 健康格差対策は国際的なアジェンダとなっているが、日本ではそのモニタリングの仕組みもなく、対応が遅れている。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。絶対的な指標（健康指標の階層間の差に相当）では、いずれの指標でも91年から94年まで所得階層間の死亡率格差が縮小し、その後03年まで漸増した。相対的な指標（健康指標の階層間の比に相当）では、一時的な減少傾向は顕著ではなくなった。健康指標値の比や差は比較する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。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。

A. 研究目的

背景

健康格差対策は今や世界的な保健のアジェンダである（WHO CSDH）。日本でもこのほど、健康日本21（第2次）のターゲットとして健康格差の縮小があげられた。今後は、日本でも健康格差を全国や地域など各レベルでモニタリングし、取り組みを評価していくことが求められる（健康日本）。

図1はスウェーデンの就労年齢男性のデータから算出した、所得5分位別の年齢調整死亡率の推移である。どの群も一貫して下降傾向であるが、最低所得群だけ、90年代後半か

ら上昇している。ただし、このような階層別の健康指標の推移の観察では、健康格差が拡大したのか縮小したのかを評価することはできない。格差のモニタリングには、格差の大きさを数値指標で表現していく必要がある。

健康格差評価の視点

健康格差とは、健康指標が属性（地域、所得階層、学歴、職業など）によって異なること、あるいはそれら属性によるグループ間のばらつきのことを示しているが、そのばらつきの程度は多面的であり、一概に大きさを語ることはできない。したがって、指標化するときには「何の、どのような格差を見たいの

か」という視点を整理することが求められる。
すなわち、

- 1) 何と何の比較かするか：（例）全体の平均と比較か、最も指標が良い地域と比較か
- 2) 階層の順序の有無：（例）順序がある場合：所得・学歴、順序がない場合：地域・人種
- 3) 絶対指標か、相対指標か（差か、比か）

である。特に3)の絶対指標（差）と相対指標（比）は、格差対策のゴール設定上、明確に区別すべき事項である。表1は、ある2つのグループAとBの死亡率が変化したときに、グループ間の健康格差がどのように変化するかを示している。Aは死亡率50、Bは100で、差は50、比は2倍である。今、何らかの健康対策により、双方とも20ずつ死亡率が低下したとする。すると、差は相変わらず50であり、差で評価した死亡率の格差は不変と判断されるが、比で判断すると、2.7と拡大したことになる。このように、格差評価は特に変化をモニタリングする際、差と比によって評価が異なる。

本研究の目的

格差指標は複数存在し、前述のように上記のような視点で分類される。すべての指標を用いて健康格差をモニタリングすることは現実的ではなく、いずれかを選択する必要がある。昨年度の本研究班報告書では、自治体における格差モニタリングを想定して同様の検討を行った。その結果、自治体のデータによっては、比較する群のサンプル数が極端に小さくなることもあるため、そういったサンプル数の影響を考慮に入れた指標（格差勾配指数など）を用いるべきである、との結論を得

た¹。ただし、そのような小規模なグループの存在があまり見られない、国レベルでの健康格差の継続評価をどうすべきかについてはあまり検討されていない。したがって本報告では、健康格差の継続評価を大きな地域単位で進める際の課題や視点を明らかにすることとした。

B. 研究方法

データ

使用したデータは1990年から2004年までの毎年の、20から64歳のスウェーデン人男性全員である。同国の住民登録及び国勢調査データから基本属性と所得のデータを抽出して、3年後の死亡登録データと個人IDで突合し、繰り返しコホートデータを構築した。

調査の実施に際しては、スウェーデンカロリンスカ研究所（Karolinska Institutet）倫理審査委員会の承認を得た（no 02-481）。

測定と分析

目的変数は総死亡である。死亡率を年齢5歳階級、所得5分位ごとに算出した。同国の標準人口を用いて直接法により年齢調整を施した。所得は個人の可処分所得を用いた。これをもとに、経済学等で知られている10種類の「ばらつき」に関する指標を格差指標として算出した。そのうえで、各指標について、その特性、精度、比較可能性に加え、実用性の評価として、計算の簡便さと解釈の容易さについて検討した。

統計分析にはRとHD*Calc（米国がん研究所）を用いた。各指標の標準偏差や信頼区間については、各グループ内の相関が生じるため直接の計算ができない。そのため、先行研究を参考にしてテラー展開法による近似値を用いて算出した²。

C. 研究結果

計算結果を表2に示した。まず、所得5分位中最高所得群と最低所得群の間の単純な差と比についてその推移をグラフ化して比較した（図2）。その結果、まず差でみると、94年くらいまで格差は縮小し、その後上昇に転じたと観察された。一方、比でみるとそのような一時的な低下は明確とならず、一貫した上昇傾向が観察された。前述のように、このような2グループの比較では、比較する2グループのいずれかのサンプル数が少ない場合、偶然誤差が大きくなることが理論上考えられるが、今回は大規模データを用いて分位に分けた数値を用いたため、信頼区間が極端に大きくなるなどの影響は見られなかった。

次に、グループのサイズ等の問題による偶然誤差の影響を除いた、より洗練された指標として、格差勾配指数と格差相対指数について、その推移を比較した。図3にその計算法を示したように、横軸に所得など階級の累積人数割合を階級順に並べ、縦軸に評価したい健康指標（各グループの中間値）をプロットして回帰した場合の勾配をとったものが格差勾配指数であり、仮想的にグループ内の最も高階層の個人と最も低階層の個人との健康指標の差として解釈が可能である。格差勾配指数は平均値の影響を受けるため平均値で除して相対化したものが格差相対指数である。

観察の結果、勾配指数、相対指数それぞれ、先に算出した死亡率の差や比の値とほとんど同じ傾向を示し、信頼区間の大きさも極端な差は見られなかった（図4）。

格差勾配指数及び格差相対指数とまったく同義に解釈できるものに、絶対集中度指数と相対集中度指数がある。数値は異なるが、グラフ化したところそれぞれ軌跡が完全に一致

した（図5）。ただし数値は格差勾配指数のように直感的に理解できなかった。

以上は比較する集団間に順序がある場合の指標であるが、順序がない場合の絶対指標として、群間分散がある。群間分散の推移を見たところ、死亡率の差や格差勾配指数などの絶対指標と同様に一度低下して上昇に転ずる傾向がみられた（図6）。同様に順序を想定しない指標のうち相対指標として、Index of Disparityと平均対数偏差の推移を観察したところ、前者は90年代後半以降増減が不明確となり、横ばいの傾向を示したが、平均対数偏差の推移は90年代後半以降も強い増加傾向を示した。

各指標の特徴と評価

以上のような計算結果を踏まえ、各指標の特徴と各要因についての評価を行った（表3）。その結果、まず精度等にはそれぞれ一長一短があった。最も単純な指標である率の差および比については比較するグループのサンプルサイズの影響を強く受けるという点で理論上最も課題が大きいと評価した。それ以外の格差指標はいずれもすべてのグループのデータを用いるため、そのような精度上の成績はいずれも同等に良好であった。

一方、実用面の評価は大きく分かれた。まず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、と判断した。

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ありと考えられた。

最後に、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、難ありと判断した。一方、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。一方で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。その代り、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。

D. 考察

今回、スウェーデン一般成人男性全員のデータを用いて所得5分位別の年齢調整死亡率格差について評価した結果、順序の有無を想定するか否かにかかわらず、絶対指標では90年代中ごろに死亡率の格差が減少し、その後増加するという傾向が一貫して観察された。一方相対指標では、おおむね一貫した上昇傾向がみられ、特に平均対数偏差では強い増加トレンドがあると観察された。計算結果を踏まえてそれぞれの指標について吟味したところ、精度の面では差・比以外おおむね良好であったが、実用面の評価は様々で、特に解釈の容易さについては、率・比および格差勾配指数、Kunst&Mackenbachの格差相対指数が最も実用的と判断された。

精度面で理論上課題がある差と比についても、その他のより洗練された指標と同様に安定した結果が得られた。これは今回国レベルの大規模なデータを用いたことによると考えられる。昨年度の報告書で明らかにしたように、群の中に人数の小さなものが含まれる場合は精度上の観点から使用を慎むべきと考えられるこれら単純指標であるが、十分に大きなデータであれば問題なく使用可能であると考えられた。解釈が極めて直感的で、一般市

民にも理解されやすいことを考えると、国レベルや県レベルといった大きな地域での健康格差のモニタリングにおいては、健康指標の群間差やその比を用いることに一定の妥当性があるといえよう。

相対指標については、格差の推移は指標によって評価が異なった。特に平均対数偏差によれば、スウェーデン男性の所得間死亡率格差は強い拡大傾向にあると判断された。平均対数偏差は対数値を用いることにより、階層の高低両端の健康指標の値への感度を高めた指標である。図1に示したようにスウェーデン男性の所得間死亡率の推移には、特徴として、最低所得層が90年代後半から上方にかい離していく、というトレンドがみられる。今回はこれを反映したものと考えられた。

本研究の強みと限界

本研究は極めて精度が高く大規模なデータを用いて、国レベルで健康格差をモニタリングする際の課題点について整理した。データには欠損などによるバイアスの影響が少ないため、結果を直接正当に判断できるものといえる。一方、限界としては、調整変数に年齢しか用いていない点がある。学歴等、所得による健康影響に交絡する要因が複数考えられる。したがって、本研究における推定値を因果関係としてとらえるべきではなく、残余交絡の可能性を念頭において解釈すべきである。

E. 結論

以上より、国や都道府県といった大きな地域における大規模データを用いて健康格差のモニタリングする際には、小地域同士の比較とは異なり各層の人数が均一で十分であると考えられること、また解釈の容易さ等、実用面の利点を考慮すると、健康指標の群間差や

その比を用いることが妥当であると考えられた。ただし、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よう。また、社会階層の低い集団の健康状況を強く反映したい場合など、目的によっては、特定の階層に鋭敏な指標（たとえば平均対数偏差など）を用いるなど、格差対策の目標に応じた指標選定を行うことも有益であると考えられた。

以上を踏まえて、今後わが国でも健康格差について、国レベルから自治体など小規模な地域レベルまで、各行政レベルで健康格差のモニタリングを進めていくべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

Naoki Kondo, Mikael Rostila, Monica Åberg Yngwe. Rising inequality in mortality among working-age men and women since the early 1990s in Sweden: a national registry-based repeated cohort study. J Epidemiol Community Health. (投稿中・修正後掲載予定)

2. 学会発表

(口演)近藤尚己、Mikael Rostila, Monica Åberg Yngwe. 健康格差モニタリングのための指標の検討：スウェーデン全国民データ. 第24

回 日本疫学会学術総会. 2014年1月24日. 仙台.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

<引用文献>

1. 近藤尚己. 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：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. 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）分担研究報告書. 2013.

2. Harper S, Lynch J, Meersman S, Breen N, Davis W, Reichman M. An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by socioeconomic position and race-ethnicity, 1992-2004. Am J Epidemiol. 2008;167:889-907.

図1：スウェーデン人30 - 64歳男性における所得5分位別年齢調整死亡率の推移

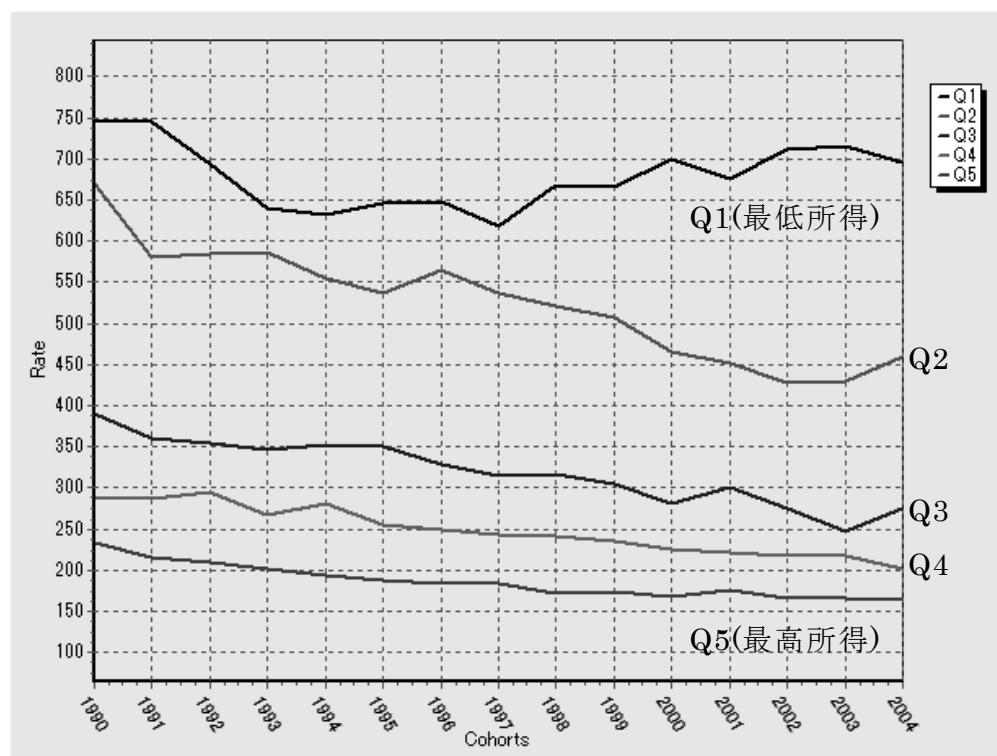


図2：所得第五分位と第一分位の年齢調整死亡率（ASMR）の差と比の推移の比較

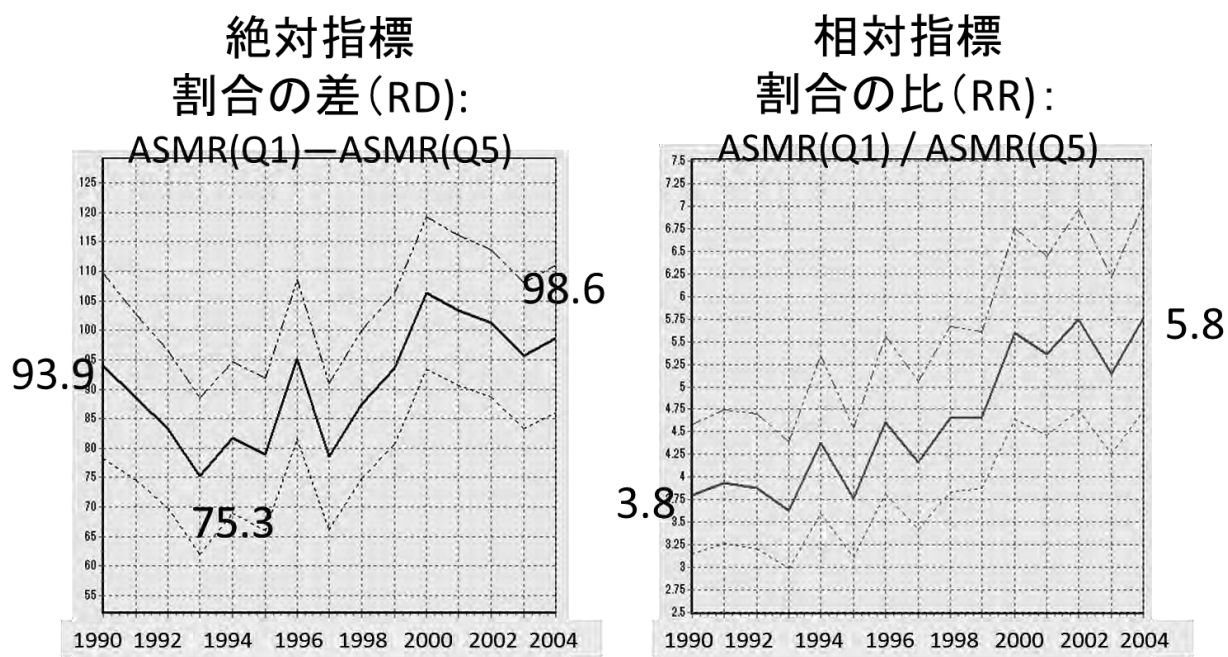
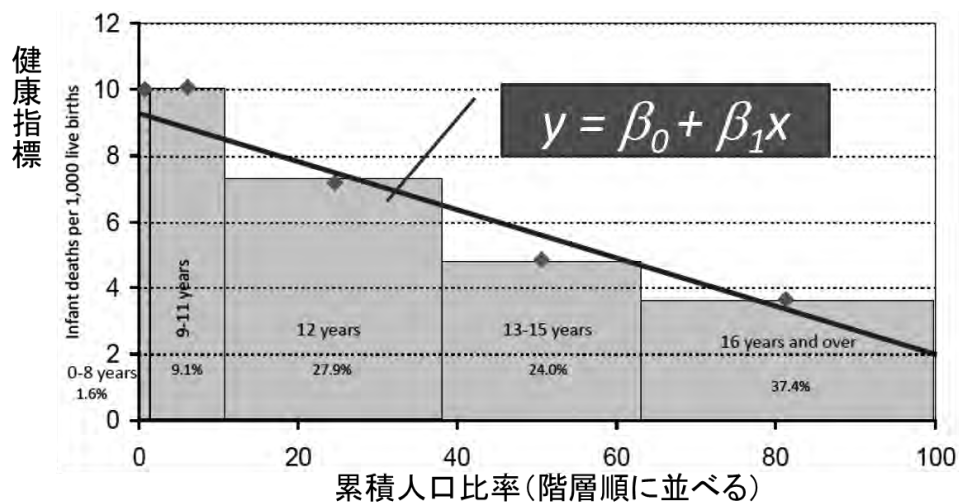


図3 格差勾配指数 (SII) と格差相対指数(RII)の算出



$$SII = \beta_1, RII = SII / \text{平均値}$$

$$KM-RII = \beta_0 / (\beta_0 + \beta_1) = \beta_0 / (\beta_0 + SII)$$

仮定: 階層順位が明確で、指標値が一様に増減する

KM-RII: Kunst&Mackenbach-RII

図4 格差勾配指数 (SII) と格差相対指数(RII)の推移の比較

SII

RII (=SII/mean)

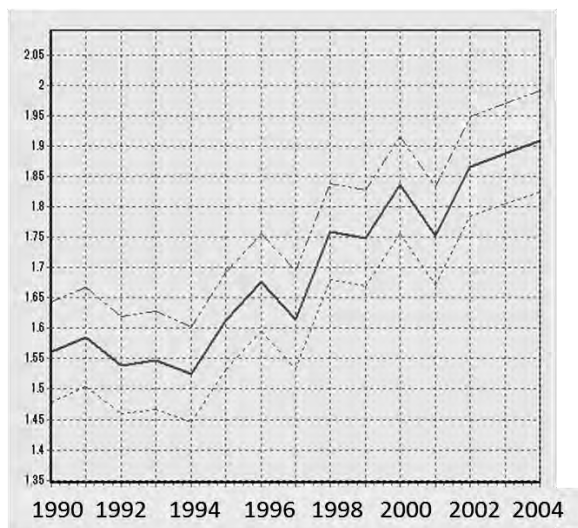
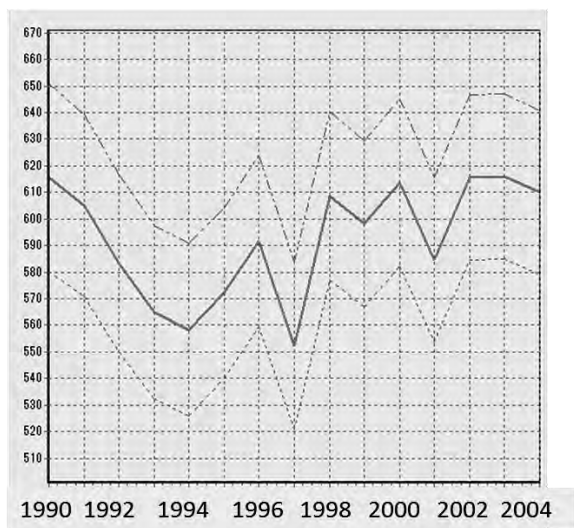


図 5 絶対集中度指数（左）と相対集中度指数（右）の推移

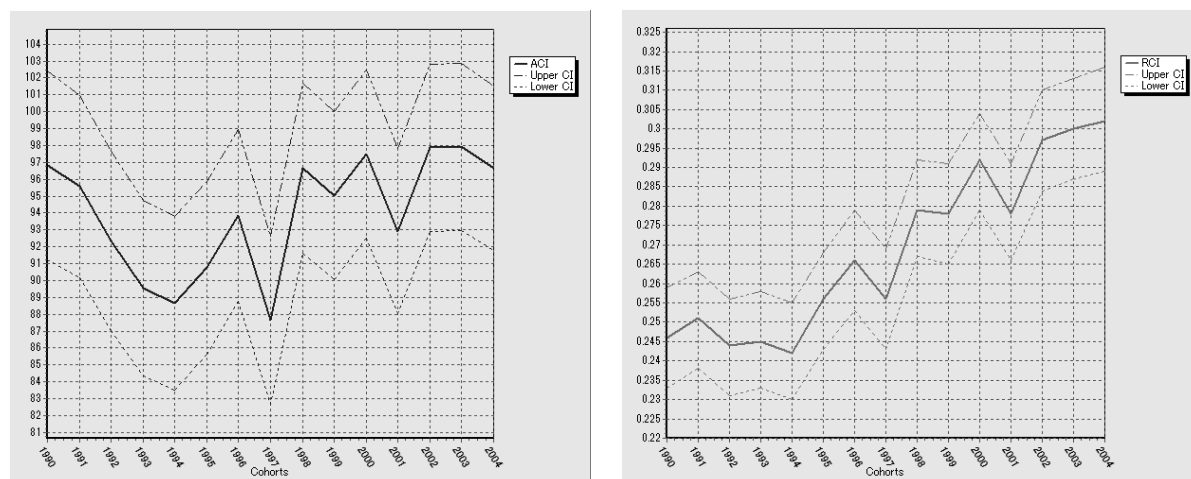


図 6 群間分散の推移

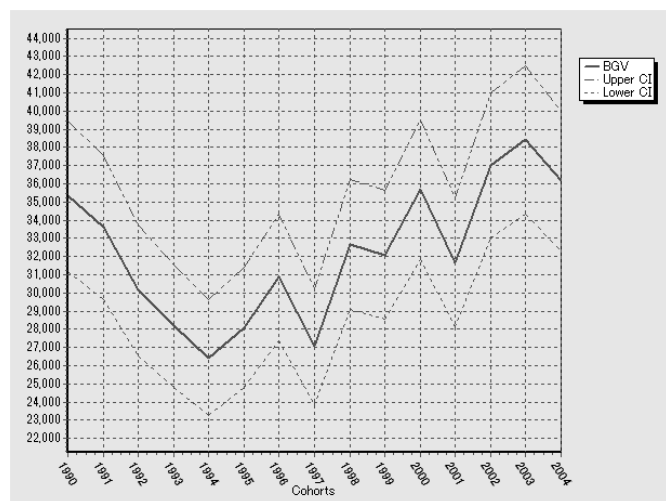


図 7 Index of Disparity（左）と平均対数偏差（右）

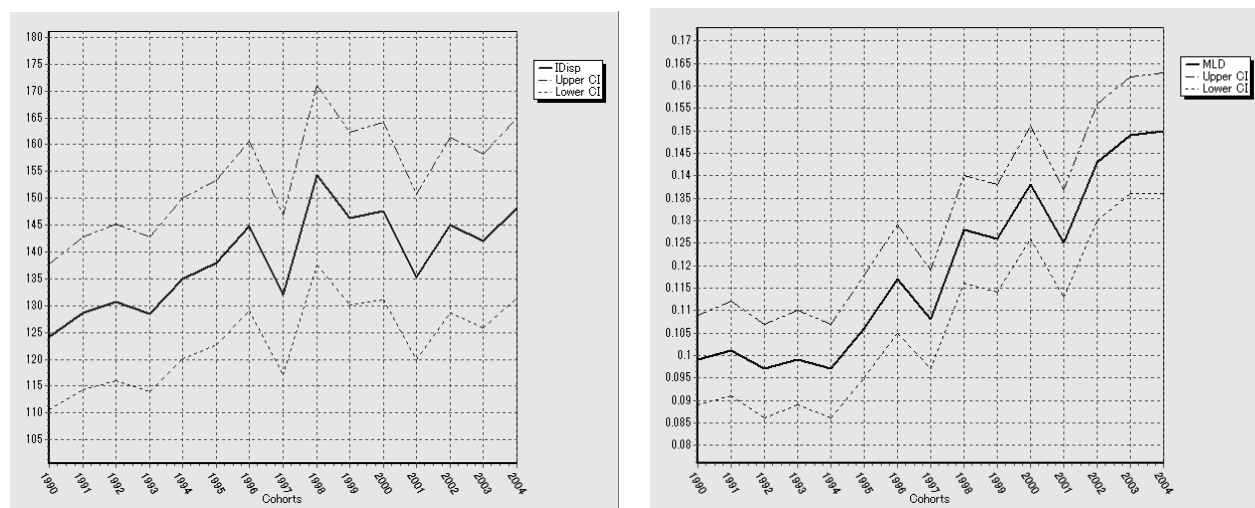


表1 グループ A と B の間の死亡率の変化と格差の評価

		死亡率		変化	
		前	後	差	比
グループ	A	50	30	-20	0.6
	B	100	80	-20	0.8
グループ間格差	差 (B-A)	50	50		
	比 (B/A)	2.0	2.7		

表 2 格差指標計算結果

	年	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
絶対指標 レンジ差	値	511.1	529	484.6	438.6	439.2	459	464.8	433
	1990年からの変化率	0.0	3.5	-5.2	-14.2	-14.1	-10.2	-9.1	-15.3
	標準誤差	19.4	18.2	17.2	16.4	16.0	16.2	16.0	15.5
	95%信頼区間上限	549.1	564.7	518.3	470.7	470.6	490.8	496.1	463.4
	95%信頼区間下限	473.1	493.3	450.9	406.5	407.8	427.2	433.5	402.6
群間分散	値	35332	33607	30150	28196	26429	28112	30865	27052
	1990年からの変化率	0.0	-4.9	-14.7	-20.2	-25.2	-20.4	-12.6	-23.4
	標準誤差	2120	2024	1837	1717	1627	1690	1772	1624
	95%信頼区間上限	39486	37574	33751	31562	29618	31424	34337	30234
	95%信頼区間下限	31178	29641	26549	24831	23239	24800	27393	23870
絶対集中 指数	値	96.8	95.6	92.4	89.6	88.6	90.8	93.9	87.6
	1990年からの変化率	0.0	-1.3	-4.6	-7.5	-8.5	-6.3	-3.1	-9.5
	標準誤差	2.8	2.8	2.7	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5
	95%信頼区間上限	102.4	101.0	97.7	94.7	93.8	95.9	98.9	92.6
	95%信頼区間下限	91.3	90.2	87.1	84.4	83.5	85.7	88.8	82.7
格差勾配 指数	値	615.6	604.9	583.4	564.9	558.3	572.2	591.6	552.2
	1990年からの変化率	0.0	-1.7	-5.2	-8.2	-9.3	-7.1	-3.9	-10.3
	標準誤差	18.1	17.5	17.1	16.7	16.5	16.4	16.4	16.0
	95%信頼区間上限	651.1	639.1	616.9	597.6	590.7	604.4	623.7	583.7
	95%信頼区間下限	580.2	570.6	549.8	532.2	525.9	540.0	559.5	520.8
相対指標 レンジ比	値	3.2	3.5	3.3	3.2	3.3	3.4	3.5	3.3
	1990年からの変化率	0.0	8.3	4.0	-0.4	2.4	7.9	11.1	4.9
	標準誤差	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	95%信頼区間上限	3.4	3.7	3.6	3.4	3.5	3.7	3.8	3.6
	95%信頼区間下限	3.0	3.2	3.1	2.9	3.0	3.2	3.3	3.1
Index of Disparity (IDisp)	値	124.2	128.6	130.6	128.4	135.1	138.1	144.9	132.0
	1990年からの変化率	0.0	3.6	5.2	3.4	8.8	11.2	16.7	6.3
	標準誤差	6.9	7.3	7.4	7.4	7.6	7.8	8.1	7.6
	95%信頼区間上限	137.7	142.8	145.2	142.9	150.0	153.4	160.7	146.9
	95%信頼区間下限	110.6	114.3	116.1	113.9	120.1	122.8	129.0	117.1
平均対数 偏差	値	0.099	0.101	0.097	0.099	0.097	0.106	0.117	0.108
	1990年からの変化率	0.0	2.3	-2.3	0.4	-2.4	7.5	18.2	9.3
	標準誤差	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.006	0.006	0.006
	95%信頼区間上限	0.109	0.112	0.107	0.110	0.107	0.118	0.129	0.119
	95%信頼区間下限	0.089	0.091	0.086	0.089	0.086	0.095	0.105	0.097
Theil指数	値	0.104	0.105	0.098	0.100	0.095	0.106	0.117	0.109
	1990年からの変化率	0.0	1.7	-5.1	-3.3	-8.0	2.5	13.1	5.3
	標準誤差	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.006	0.006
	95%信頼区間上限	0.114	0.116	0.108	0.111	0.105	0.117	0.128	0.120
	95%信頼区間下限	0.093	0.095	0.088	0.090	0.085	0.095	0.106	0.098
相対集中 度指数	値	0.25	0.25	0.24	0.25	0.24	0.26	0.27	0.26
	1990年からの変化率	0.00	2.05	-0.77	-0.11	-1.43	4.11	8.28	4.28
	標準誤差	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
	95%信頼区間上限	0.26	0.26	0.26	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27
	95%信頼区間下限	0.23	0.24	0.23	0.23	0.23	0.24	0.25	0.24
格差相対 指数	値	1.56	1.59	1.54	1.55	1.53	1.61	1.68	1.61
	1990年からの変化率	0.0	1.6	-1.4	-0.9	-2.4	3.2	7.4	3.4
	標準誤差	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
	95%信頼区間上限	1.64	1.67	1.62	1.63	1.60	1.69	1.76	1.70
	95%信頼区間下限	1.48	1.51	1.46	1.47	1.45	1.53	1.60	1.53
Kunst Mackenba ch 格差相 対指数 (KMI)	値	8.12	8.66	7.68	7.84	7.41	9.31	11.35	9.35
	1990年からの変化率	0.0	6.7	-5.4	-3.5	-8.7	14.6	39.9	15.2
	標準誤差	0.87	0.97	0.77	0.80	0.71	1.09	1.55	1.11
	95%信頼区間上限	9.83	10.57	9.19	9.41	8.81	11.43	14.40	11.53
	95%信頼区間下限	6.41	6.76	6.17	6.27	6.02	7.18	8.31	7.18

表 2 (続き)

	年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
絶対指標 レンジ差	値	496.7	491.9	530.7	499.8	545.3	549.5	530.8
	1990年からの変化率	-2.8	-3.8	3.8	-2.2	6.7	7.5	3.9
	標準誤差	15.7	15.5	15.6	15.3	15.5	15.5	15.5
	95%信頼区間上限	527.4	522.3	561.2	529.7	575.7	579.8	561.2
	95%信頼区間下限	466.0	461.5	500.2	469.9	514.9	519.2	500.4
群間分散	値	32674	32084	35690	31678	37031	38439	36169
	1990年からの変化率	-7.5	-9.2	1.0	-10.3	4.8	8.8	2.4
	標準誤差	1830	1804	1967	1810	2034	2081	1955
	95%信頼区間上限	36260	35619	39544	35225	41018	42517	40000
	95%信頼区間下限	29088	28549	31835	28130	33045	34360	32337
絶対集中 指数	値	96.7	95.0	97.5	92.9	97.9	97.9	96.7
	1990年からの変化率	-0.2	-1.9	0.7	-4.0	1.1	1.1	-0.2
	標準誤差	2.6	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
	95%信頼区間上限	101.7	100.0	102.5	97.8	102.8	102.9	101.5
	95%信頼区間下限	91.6	90.1	92.5	88.0	92.9	93.0	91.8
格差勾配 指数	値	608.7	598.1	613.6	584.7	615.6	615.9	610.0
	1990年からの変化率	-1.1	-2.8	-0.3	-5.0	0.0	0.0	-0.9
	標準誤差	16.2	16.0	16.0	15.8	15.9	15.9	15.7
	95%信頼区間上限	640.3	629.5	644.9	615.6	646.7	647.0	640.8
	95%信頼区間下限	577.0	566.8	582.3	553.8	584.4	584.8	579.2
相対指標 レンジ比	値	3.9	3.8	4.1	3.9	4.3	4.3	4.2
	1990年からの変化率	22.1	20.1	30.0	20.8	34.0	34.8	32.5
	標準誤差	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2
	95%信頼区間上限	4.2	4.1	4.5	4.1	4.6	4.6	4.6
	95%信頼区間下限	3.6	3.6	3.9	3.6	4.0	4.0	3.9
Index of Disparity (IDisp)	値	154.4	146.3	147.6	135.3	145.0	142.1	148.2
	1990年からの変化率	24.3	17.8	18.9	9.0	16.8	14.4	19.3
	標準誤差	8.5	8.2	8.4	7.9	8.4	8.2	8.5
	95%信頼区間上限	171.1	162.4	164.1	150.7	161.4	158.2	164.9
	95%信頼区間下限	137.6	130.2	131.2	119.9	128.7	125.9	131.5
平均対数 偏差	値	0.128	0.126	0.138	0.125	0.143	0.149	0.150
	1990年からの変化率	29.0	27.3	39.8	26.3	44.4	50.1	51.0
	標準誤差	0.006	0.006	0.006	0.006	0.007	0.007	0.007
	95%信頼区間上限	0.140	0.138	0.151	0.137	0.156	0.162	0.163
	95%信頼区間下限	0.116	0.114	0.126	0.113	0.130	0.136	0.136
Theil指数	値	0.128	0.127	0.143	0.129	0.150	0.158	0.157
	1990年からの変化率	23.5	23.1	38.5	24.6	45.0	52.3	51.3
	標準誤差	0.006	0.006	0.006	0.006	0.007	0.007	0.007
	95%信頼区間上限	0.140	0.139	0.156	0.141	0.163	0.171	0.170
	95%信頼区間下限	0.116	0.116	0.131	0.117	0.137	0.144	0.143
相対集中 度指数	値	0.28	0.28	0.29	0.28	0.30	0.30	0.30
	1990年からの変化率	13.72	13.15	18.75	13.36	20.84	22.22	23.13
	標準誤差	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
	95%信頼区間上限	0.29	0.29	0.30	0.29	0.31	0.31	0.32
	95%信頼区間下限	0.27	0.27	0.28	0.27	0.28	0.29	0.29
格差相対 指数	値	1.76	1.75	1.84	1.75	1.87	1.89	1.91
	1990年からの変化率	12.6	12.0	17.6	12.2	19.5	20.9	22.2
	標準誤差	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
	95%信頼区間上限	1.84	1.83	1.92	1.83	1.95	1.97	1.99
	95%信頼区間下限	1.68	1.67	1.76	1.67	1.79	1.81	1.82
Kunst Mackenba ch 格差相 対指数 (KMI)	値	15.57	14.92	23.32	15.10	28.96	34.59	42.45
	1990年からの変化率	91.8	83.8	187.3	86.1	256.7	326.1	422.9
	標準誤差	2.77	2.57	6.11	2.68	9.32	13.25	20.10
	95%信頼区間上限	21.01	19.97	35.29	20.35	47.23	60.57	81.85
	95%信頼区間下限	10.14	9.88	11.35	9.86	10.69	8.61	3.05

表 3 格差指標の特徴と評価

	特徴など	絶対 or 相対	順序	精度	計算方法の簡便さ	比較可能性	解釈の容易さ
分散・標準偏差	ばらつきの一般的指標。平均値の影響を受ける (今回未計算)	絶対	なし	○	○	△	×
変動係数	標準化した分散 (今回未計算)	相対	なし	○	○	○	×
格差指数	平均からのかい離の和	相対	なし	○	△	○	×
平均対数偏差	集団サイズで重みづけした格差指数・階層ラン クの上下両端への感度が高い	相対	なし	○	△	○	×
群間分散	集団間の大きさの違いを加味した分散	絶対	なし	○	△	△	×
差 / 比	小さい集団がある場合は要注意	絶対/相対	あり	△	○	△ / ○	○
格差勾配指数 SII / 格差 相対指数 RII	グループのサイズを考慮 (外れ値や小集団の影 響をある程度縮小可)	絶対/相対	あり	○	△	△ / ○	○ / △
Kunst&Mackenbach-RII	最も社会階層の低い者と最も高い者との健康指 標の値の比と解釈	相対	あり	○	△	○	○
集中度指数	階層順にしたジニ係数	絶対・相対	あり	○	×	△ / ○	×

高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

研究分担者 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）

研究要旨

高齢期においては積極的な社会参加活動が生活機能の維持に肝要であり、所得など社会的要因が健康に影響を及ぼすことから、就労支援が高齢者の社会参加促進策の有益な方法であると言える。高齢者の総合就労支援システムのモデルとして就業支援センターに着目し、求職高齢者の社会活動および生活状況と就労意識について検討することを目的として調査を実施した。その結果、就労支援機関利用者は独居率が高くいずれの団体にも所属していない者も半数を超えていた。主観的健康感は維持されている一方で、暮らし向きが悪いほどに年齢が若く、精神的健康度が低かった。今は比較的若く身体的健康度は維持されているものの、社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いことが示唆された。求職理由は生活のためとの回答が多い一方で健康や生きがい、社会とのつながりを求める回答もあり、仕事選びにおいても収入面は重視されていなかった。仕事を選びには、能力や経験が活かせることが最も重視されており、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがある一方、こうした拘りが仕事探しに影響し、ひいては雇用のミスマッチにも影響していることも推察される。

A. 研究目的

我が国における地域高齢者の追跡研究から、生活機能の維持に関して「社会的役割」や「知的能動性」の低下が「手段的自立」障害の予知因子であることが報告されている^{1), 2)}。高齢期においては積極的な社会参加活動が生活機能の維持に肝要であり、所得など社会的要因が健康に影響を及ぼすことから³⁾、就労支援が高齢者の社会参加促進策の有益な方法であると言える。我が国の高齢者雇用政策は、2006年の高年齢者雇用安定法の改正により65歳までの継続雇用などが進められてきた。そして2013年4月に施行される同法のさらなる改正

により65歳までの継続雇用がより強化される。一方、公的年金は同じく2013年に定額部分の支給開始が65歳に完全に引き上げられ、比例報酬部分についても段階的な引き上げが開始される。税と社会保障の一体改革が議論される中、年金制度の見直しを含め今後高齢者の生活がより厳しいものになることが予想されている。

高齢者の就労に関する研究では、個人差を弾力的に認める社会づくりを希望していること、60歳代後半層では生きがいのために働く者の割合が多いこと、運動能力や健康面と合わせた調査の必要性などが指摘されている⁴⁾。しかしながら、高齢者の就労支援に関する学

術的検討は社会的要請が高い一方で、研究実施の困難さから取り組みが遅れている。高齢期におけるライフスタイルが多様化する今日では、従来の社会的・経済的弱者対策としての高齢福祉施策だけでなく、生きがいのある就労を求める高齢者への支援は重要なテーマである。

また、今後の少子高齢化社会の進行を鑑みるに、就労については比較的若く健康度も高い高齢者の社会参加が望まれる。特に男性については就労等の有償労働が生きがいや生活満足度を高めることが示されており⁵⁾、女性と比較して社会的に孤立しやすい男性⁶⁾の社会参加の促進が期待される。高齢者の就労支援の場としては、生きがいづくりと地域社会への貢献を目的としたシルバー人材センターや、公共の職業斡旋と紹介を行うハローワークが挙げられるが、これらに分散されていた有償活動の紹介・斡旋を一元的にコーディネートする窓口として、東京都内には高齢者専用の就業支援センターが設置されている(資料1)。

そこで本研究では、高齢者の総合就労支援システムのモデルとして、公益財団法人東京しごと財団が支援する「アクティブシニア就業支援センター(以降;センター)」に着目したアクション・リサーチを実施する。

昨年度の研究では高齢者の社会参加促進策としてのセンターの可能性について検討した。センターの観察を5か月間行った結果、男性の利用率が高い一方で、就職率は女性の方が高かった。高齢者への就労支援事業が、女性と比して社会参加が劣る傾向にある男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示されるとともに、利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示された⁷⁾。

しかし、上述したように高齢者の就労支援に関する研究は取り組みが遅れており、求職高齢者の生活実態や健康との関連について明

らかではなく、求職活動と仕事への意識に関する調査も十分ではない。本研究では、就労支援機関利用者を対象とした調査を実施し、求職高齢者の社会活動および生活状況と健康面の関連、就労意識について検討する。

B. 研究方法

対象:東京都A区に開設された就労支援機関利用者を対象に、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。回答者は104名(男性69名、女性35名、平均年齢 62.6 ± 8.0 歳、54歳-71歳)であった。

調査内容: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)および健康状況(主観的健康感、WHO-5精神的健康状態表)を尋ねた。

解析:統計解析にはIBM SPSS Statistics 20およびjs-STAR 2012(release2.0.6j)を用いた。

C. 研究結果

返送されたアンケートについて集計を行い、5歳区切りの年齢階級と性別ごとの人数(表1)、最終学歴(表2)、団体への加入状況(表3)、世帯構成(独居率)(表4)、暮らし向き(表5)、前職の離職理由(表6)、求職理由(表7)、仕事さがしで重視する点(表8)、主観的健康感(表9)について分布を求めた。単一回答の項目については χ^2 検定により分布の偏りを検討した。また、2項目の比較においては正確二

項検定により比較した。

次いで、年齢と暮らし向き、主観的健康感、WHO-5（精神的健康状態表）の相関関係について表10に示した。

表1. 性別ごとの年齢分布

	男性		女性		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
50-54歳	1	1.4%	2	5.7%	3	2.9%
55-59歳	20	29.0%	4	11.4%	24	23.1%
60-64歳	24	34.8%	13	37.1%	37	35.6%
65-69歳	16	23.2%	12	34.3%	28	26.9%
70-74歳	6	8.7%	4	11.4%	10	9.6%
75-79歳	2	2.9%	0	0.0%	2	1.9%
合計	69	100.0%	35	100.0%	104	100.0%

対象者の年齢階級の分布について性別ごとに χ^2 検定を行ったところ、男性（ $\chi^2(5)=41.687$, $p<.01$ ）、女性（ $\chi^2(5)=24.824$, $p<.01$ ）ともに有意であり人数に偏りがみられた。残差分析の結果では男性において60-64歳を頂点として50-54歳・70-74歳・75-79歳よりも人数が多く、次いで55-59歳、65-69歳は50-54歳・75-79歳よりも人数が多かった。一方、このような年齢階級間での差は女性では見られなかった。センター利用者は男性と女性で分布が

表2. 最終学歴の分布

	人数	(%)
中学校	22	21.2%
高等学校	52	50.0%
短期大学・専門学校	10	9.6%
大学	18	17.3%
その他	2	1.9%
合計	104	100%

異なることが示された。

また、対象者の性別の人数について正確二項検定を行ったところ、男性69名（66.3%）、女性35名であり、男性の方が有意に多かった（ $p<.01$ ）。

対象者の最終学歴の分布について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた（ $\chi^2(4)=69.846$, $p<.01$ ）。残差分析の結果、最終学歴を高等学校と回答するものがいずれの回答よりも多かった。この偏りは、A区内で実施された一般高齢者向け調査の回答を期待比率として調整した期待比率不等の χ^2 検定においてもみられ、センター利用者は高等学校卒業者が有意に多いことが示された。

表3. 団体への加入状況[#]

	人数	%	有効%
町内会・自治会	21	20.2%	21.2%
老人会・老人クラブ	3	2.9%	3.0%
趣味関係のグループ	10	9.6%	10.1%
スポーツ関係のグループやクラブ	13	12.5%	13.1%
ボランティアのグループ	6	5.8%	6.1%
政治関係の団体や会	2	1.9%	2.0%
業界団体・同業者団体	0	0.0%	0.0%
宗教関係の団体や会	5	4.8%	5.1%
その他のグループや団体	3	2.9%	3.0%
いずれの団体にも入っていない	56	53.8%	56.6%

[#]5名の欠損により99名で集計

対象者の団体への加入状況について、10肢から複数選択にて回答を求めたところ、「いずれの団体にも入っていない」との回答が53.8%と半数を超えていた。

表4. センター利用者の独居率[#]

	非独居		独居	
	人数	%	人数	%
男性	47	69.1%	21	30.9%
女性	22	62.9%	13	37.1%
合計	69	67.0%	34	33.0%

[#]1名の欠損により103名で集計

対象者の世帯構成について、独居か否かに着目し集計したところ、男女ともに独居率が30%を超えていた。

表5. 暮らし向きの分布[#]

	人数	% 有効%	
非常にゆとりがある	2	1.9%	2.0%
ややゆとりがある	9	8.7%	8.9%
どちらともいえない	31	29.8%	30.7%
やや苦勞している	35	33.7%	34.7%
非常に苦勞している	24	23.1%	23.8%

[#]3名の欠損により101名で集計

対象者の暮らし向きの分布について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=39.941$, $p<.01$)。残差分析の結果、「非常に苦勞している」、「やや苦勞している」、「どちらともいえない」との回答が「非常にゆとりがある」、「ややゆとりがある」との回答よりも多かった。

対象者の前職の離職理由について表6に示す9肢から回答を求めたところ、71.2%の対象者から回答が得られた。「前職なし」を含む28.8%を欠損値として扱った。回答では「定年または雇用契約の終了」が最も高かったものの、ポジティブな離職理由は限られている一方、望まないネガティブな離職は多岐に渡っ

表6. 前職の離職理由

	人数	% 有効%	
会社倒産・事業所閉鎖のため	8	7.7	10.8
人員整理・勸奨退職のため	10	9.6	13.5
事業不振や先行き不安のため	6	5.8	8.1
定年または雇用契約の満了	28	26.9	37.8
より良い条件の仕事を探するため	4	3.8	5.4
介護・看病のため	5	4.8	6.8
家事・通学のため	1	1.0	1.4
自身の健康上の理由	3	2.9	4.1
その他	9	8.7	12.2
合計	74	71.2	100.0

ていた。そこで「定年または雇用契約の満了」と「より良い条件の仕事を探するため」をポジティブな離職とし、「会社倒産・事業所閉鎖のため」、「人員整理・勸奨退職のため」、「事業不振や先行き不安のため」、「介護・看病のため」、「自身の健康上の理由」をネガティブな離職として再集計を行った。その結果、ポジティブな離職は30.7%（有効43.2%）であり、ネガティブな離職は30.8%（有効44.6%）であった。センター利用者の半数は望まない失業により求職活動を行っていることが示された。

対象者の求職理由について表7に示す9肢から複数選択にて回答を求めたところ、「生活のため」とする回答が80.8%であり突出していた。次いで、「健康のため」、「生きがいを得たい」、「社会貢献・社会とのつながり」との回答が続いた。

対象者の仕事選びで重視する点について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=14.600$, $p<.01$)。残差分析の結

表7. 求職理由

	%
生活のため	80.8
借金の返済のため	7.7
小遣い程度の収入が欲しい	16.3
健康のため	41.3
生きがいを得たい	34.6
社会貢献・社会とのつながり	27.9
時間に余裕があるから	13.5
家族などの勧め	3.8
その他	7.7

表8. 仕事選びで重視する点[#]

	人数	%	有効%
収入の多さ	12	11.5%	12.0%
通勤の便利さ	19	18.3%	19.0%
職場の雰囲気	13	12.5%	13.0%
自分の能力や経験が活かせるか	33	31.7%	33.0%
勤務日数・時間	23	22.1%	23.0%

[#]4名の欠損により100名で集計

果、「自分の能力や経験が活かせるか」との回答が「収入の多さ」との回答よりも多かった。

対象者の主観的健康感について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=162.538, p<.01$)。残差分析の結果、「まあ健康な方だ」との回答がいずれの回答よりも多かった。次いで「とても健康だ」との回答が多く、「どちらともいえない」、「あまり健康でない」、「健康でない」との回答

表9. 対象者の主観的健康感の分布

	人数	%
とても健康だ	24	23.1%
まあ健康な方だ	70	67.3%
どちらともいえない	8	7.7%
あまり健康でない	2	1.9%
健康でない	0	0.0%

表10. 年齢・暮らし向き・主観的健康感・WHO-5（精神的健康状態表）の相関関係

	年齢	暮らし向き	主観的健康感
年齢			
暮らし向き	-0.216 *		
主観的健康感	0.040	0.070	
WHO-5 (精神的健康状態表)	-0.174	0.366 **	0.163

*; $p<.05$, **; $p<.01$

よりも多かった。

年齢と暮らし向き、主観的健康感、WHO-5（精神的健康状態表）の相関関係について表10に示した。暮らし向きと年齢の間に有意な負の相関関係がみられ($r=-.216, p<.05$)、暮らし向きが苦勞しているほどに年齢が若い事が示された。また、暮らし向きはWHO-5とも関連がみられ($r=-.366, p<.01$)、暮らし向きが苦勞しているほどにWHO-5の得点が低く精神的健康度が低いことが示された。

D. 考察

本研究では、求職高齢者の社会活動および生活状況と健康面の関連、求職活動と就労意

識について検討することを目的として、就労支援機関利用者を対象とした有償アンケートを実施した。

これまでの研究においてみられる就労支援機関利用者の分布と同様に、本研究の対象者においても男性よりも女性が多かった。センターの特徴を反映し利用者の年齢は比較的若く、55歳から64歳までの中高齢者が多くみられた。独居率については、平成24年版高齢者白書において65歳以上の全国平均が男性11.1%、女性20.3%と報告されており、それと比してセンター利用者は独居率が高かった。本研究の対象者は55歳以上だが、年齢の相違を加味してもセンター利用者は独居率が高いと考えられる。最終学歴も比較的低く、いずれの団体にも所属していないものも半数を超えることから、センター利用者は社会的孤立のリスクを抱えている事が伺える。

また、年齢が若く主観的健康感も維持されている一方で、年齢が若いほどに暮らし向きが苦勞していた。暮らし向きは精神的健康度とも関連しており、暮らし向きに苦勞しているほど精神的健康度が低かった。今は比較的若く身体的健康度は維持されているものの、いずれ閉じこもりへと繋がるリスクも抱えていることが示唆される。

センター利用者は社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いと考えられることから、就労支援機関の活用がこれらのリスクの予防に寄与する可能性があるとも考えられる。

前職の離職理由については半数が望まないネガティブな離職であったことから、比較的若い層を対象とした就労支援機関においては、いわゆる生きがい就労ではなく、必要に迫られ求職していると考えられる。このことは仕事を探している理由として生活のためとする回答が多いことから伺える。一方で健康や生きがい、社会とのつながりを求める回答も

あり、仕事選びにおいても収入面は重視されていなかった。センター利用者は暮らし向きが悪い中でも就労には収入だけを求めているわけではないことが伺える。仕事を選ぶ際には、能力や経験が活かせることが重要であるという回答が最も多く、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがある一方、こうした拘りが仕事探しに影響し、強いては雇用のミスマッチにも影響していることも推察される。

E. 結論

求職高齢者の生活状況や就労意識の実態を調査した。その結果、就労支援機関利用者は独居率が高く、いずれの団体にも所属していない者も半数を超えていた。主観的健康感維持されている一方で、暮らし向きが悪いほどに年齢が若く、精神的健康度が低かった。今は比較的若く身体的健康度は維持されているものの、社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いことが示唆された。仕事を探している理由は生活のためとの回答が多い一方で健康や生きがい、社会とのつながりを求める回答もあり、仕事選びにおいても収入面は重視されていなかった。仕事を選ぶ際には、能力や経験が活かせることが重要であるという回答が最も多く、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがある一方、こうした拘りが仕事探しに影響し、ひいては雇用のミスマッチにも影響していることも推察される。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

1) 藤原佳典, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎,

野中久美子, 小林江里香. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴: 機関の概要と利用成績の傾向. 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重, 2013. 10. 23-25.

2) 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎, 小林江里香, 藤原佳典. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴: 社会活動・生活状況と健康の側面. 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重, 2013. 10. 23-25.

3) 倉岡正高, 鈴木宏幸, 深谷太郎, 小林江里香, 藤原佳典. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴: 高齢者の就労意識. 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重, 2013. 10. 23-25.

4) Masataka Kuraoka, Hiroyuki Suzuki, Erika Kobayashi, Taro Fukaya, Yoshinori Fujiwara. Employment Issues among Japanese Seniors: A Longitudinal Study on a Public Employment Support Center. Gerontological Society of America 66th Annual Scientific meeting, New Orleans, USA. 2013.11.20-24.

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。

H. 引用文献

1) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Haga H, Watanabe

S, Shibata H. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. Arch Gerontol Geriatr, 36: 141-153, 2003.

2) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Watanabe S, Haga H, Shibata H. Changes in TMIG-index of competence by subscale in Japanese urban and rural community older populations: six years prospective study. Geriatrics & Gerontology International, 3: 63-68, 2003.

3) 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

4) 労働政策研究・研修機構. 高齢者の継続雇用等、就業実態に関する調査, JILPT 調査シリーズ, 94, 2012

5) 杉原陽子. 高齢者の社会的貢献の実態、精神面への効果、および関連要因の検討. 東京都老人総合研究所短期プロジェクト研究報告書「後期高齢期における健康・家族・経済のダイナミクス」, 2002

6) 平井寛, 近藤克則, 市田行信, 末盛慶. 「健康の不平等」研究: 高齢者の閉じこもり. 公衆衛生, 69 (6), 485-489, 2005

7) 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎, 小林江里香, 野中久美子, 村山陽, 藤原佳典. 高齢者の社会参加促進策としての就労支援事業の可能性: アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討. 第7回日本応用老年学会大会, 2012

[研究協力者]

鈴木宏幸, 倉岡正高, 南潮, 深谷太郎, 小林江里香 (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)

アクティブシニア就労支援事業 (東京しごと財団)

東京しごと財団発信
高齢者向け求人情報
+
事業所の独自開拓
求人情報



個別面接

情報閲覧

情報端末

求職者

- ・履歴書の書き方講習
- ・技能習得のための講習
- ・模擬面接の実施

1 登録

2 相談・求人閲覧

3 紹介

4 面接

採用

求人者

- ・雇用関係給付金(助成金)の取扱い
- ・合同就職面接会の開催

1 求人申込・登録

2 求人情報公開

3 紹介

4 面接

※アクティブシニア就労支援事業のリーフレットを一部改編

健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

研究分担者 近藤 克則（日本福祉大学 社会福祉学部 教授）

研究協力者 宮國 康弘（日本福祉大学 医療・福祉マネジメント研究科修士課程）

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）

研究要旨

日本においても健康の社会的決定要因(SDH)が注目されるようになった。SDHの主要文献を選定し、それを翻訳して日本語で容易に読めるようすることでSDHに関する知識や論考、動向を、日本社会に紹介することを目的とした。SDHに関する主要文献を、研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳した。Equity, Social Determinants and Public Health Programmes の Chapter1 Introduction and methods of work および Chapter14 Synergy for equity を翻訳した。また、Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-beingの仮訳について、併せて情報発信を行った。SDHが日本においても注目されている中で、本研究の成果物が活用されることが期待される。

A. 研究目的

国際的には 2000 年ごろから、健康の社会的決定要因（以下 SDH）が注目されてきている。WHO は 2008 年に「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」を出版した。それ以降 2009 年には WHO 総会決議、2011 年には国際会議開催と動きが出てきた。

一方、日本においても、SDH は注目されるようになり、健康日本 21（第 2 次）においても、SDH の重要性が指摘され、「健康格差の縮小」が目標に明示されるようになった。

このように世界的にも、そして日本においても SDH 対策を推進し、社会環境の質を向上させて、健康増進に取り組もうとする動きは大きくなりつつある。

しかし、世界的には SDH 研究が進み有用な知見が多数あり、それに関する論考や政策文書が多数あるにもかかわらず、英語で書かれているために、日本では、それらを読んだ者が少ない状況である。

そこで、本研究では、SDH に関する文献を翻訳し、広く日本で SDH の知見や論考、政策文書が共有される日本語資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

SDH に関する主要文献を、研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳し、WHO 神戸センターの協力を受け監訳をしていた。

C. 研究結果

以下の文献を翻訳した（表1）。詳細は、

別添資料（翻訳版）参照．

D. 考察

SDHが日本においても注目されている中で，本研究（日本語化）は，世界の英知を日本でも多くの人によって共有でき，健康日本21（第2次）や，介護予防の推進の重要な基礎資料となることが期待される．

E. 結論

本研究では，現在世界的にも，日本においても注目されている SDH に関する文献や世界的知見の日本での共有を目的とし，翻訳した．国際的な主要文献について，共有のための基礎資料を作成することができた．

「公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム（第1章，第14章）」については，狩野恵美さん（WHO 神戸センター）に監訳を担当していただきました。「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」は、佐藤ゆきさんに翻訳をご協力いただきました．記して感謝いたします。

F. 研究発表

1. 論文発表

翻訳版をwebsite等で公開した

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

該当なし

表1 翻訳したSDHに関する文献と出典URL

Appendix I. 第 1 章 序論および作業方法 公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム Chapter1 Introduction and methods of work. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
Appendix II. 第 14 章 公平性に向けた相乗効果 公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム Chapter14 Synergy for equity. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
Appendix III. 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 Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

Appendix I.

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム

Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup

第 1 章

序論および作業方法



Nihon Fukushi University

WHO が 2010 年に『Equity, Social Determinants and Public Health Programmes』として出版。

© World Health Organization 2010

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム』

Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup 編

Japanese version © 日本福祉大学 2013

- 1.1 はじめに
 - 1.2 鍵となる用語と概念
 - 1.3 分析の枠組み
 - 1.4 行動可能な課題に向かって
 - 1.5 プロセス：組織の学習
 - 1.6 全てをひとつに
- 参考文献

図

図 1 優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み

表

表 1 保健医療介入による効果的で公平なアウトカムを達成する際に障害となるうるものを考察するための 2 つの相補的な枠組み

1.1 はじめに

本巻に示す作業を進めるにあたり、健康の公平性の向上を達成することは、それ自体が一つの目標であり、また、さまざまな具体的グローバル保健目標、開発目標を達成することは、人々に対する公平な分配を同時に確保しないとその価値が制限されるという確信があった。公平性と健康の社会的決定要因についての文献の多くは、高所得国のデータ、かつ、起こりうる因果関係に焦点を絞ったデータに基づいている。高所得国でさえ、増大している健康の不公平性を阻止、あるいは既存の不公平性を軽減するための介入と実施アプローチの経験をまとめた資料は少ない。

この不足への対応として、世界保健機関(WHO)は、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワーク(Priority Public Health Conditions Knowledge Network)を形成し、その目的は、健康の不公平性の社会的決定要因とその状況に対処するための適切な介入を特定することにより、何が公衆衛生の介入に相当するかについての議論を深めることである。ネットワークの作業は実践に焦点を当て、まず出発点としての知識ベースを構築し、その後、素早く、実用的に、対策の道筋と選択肢の探索に移行した。エビデンスの科学的評価がネットワークの作業における主要な役割を担っていた一方、主たる目的は既知である領域を拡張し、そして責任を持てる組織的な方法で、公衆衛生プログラムによる取り組みの新しい経路を提案することにより、未知の領域に進むことであった。健康の不公平への効果的な対処には、一連の新しい介入だけでなく、公衆衛生プログラム(場合により WHO)が組織され、運営される方法の改良や、何が公衆衛生の介入に相当するかの再定義を含む。

マラリア、肺結核、性感染症など、公衆衛生の昔からの問題が残存する一方で、新しい課題が現れてきている。古くからの問題の多くは、我々が手元にあるツールを効果的に適用しなかったために存続している。そして、そのツールの中には途中で、例えば薬剤耐性が生じたために、破棄されたものもある。失敗のもう1つの理由は、保健統計の平均値の表面下にある不公平を我々が十分に認識せず、適切に対処してこなかったことである。これはつまり、全体的には進捗があったとしても、特定の人口集団のかなり大きな部分、あるいは世界の特定の地域を丸ごと、置き去りにしていたということである。

我々が直面している新しい公衆衛生の課題は、それが感染性疾患、母体や周産期保健、栄養、あるいは非感染性疾患や外傷にかかわる領域であっても、その全てではないにしろ、そのほとんどは、我々がいかに社会を組織し、いかに生活を送るかに直接的に関係するものであり、また、人口集団間および人口集団内の不公平が際立つ。不公平は新しい公衆衛生の課題の出現に油を注ぐと同時に、それらから発生するものでもある。

保健省庁、医療制度や、保健プログラムの多くは、従来の保健医療領域内のヘルスケアサービスに相当する、個人の偶発的ニーズや要求に応じて下流で介入を提供することに、未だに一番の関心をもっている。これらは重要なことであり、どの社会でも提供される必要がある。しかしながら、このような介入を提供する

ことは、新たに出現したり、繰り返し発生する、新旧の公衆衛生問題への効果的な対応ではない。もし古い課題と新しい課題の両方を扱い、保健関連のミレニアム開発目標といったグローバル目標を達成しようとするならば、特に健康の公平性の視点から見れば、我々は従来の保健介入をはるかに越えて、上流にある健康の決定要因に対処しなければならないという認識が、公衆衛生コミュニティにおいて広まりつつある。

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、健康の社会的決定要因に関する委員会 (Commission on Social Determinants of Health; 以下委員会) により、9 つの研究情報ネットワークの 1 つとして設立された。この委員会は 2005 年に WHO が創設したもので、健康の公平性を促進するために何ができるか、また健康の公平性を確立するためのグローバルな動きを助長するために何ができるかについて、エビデンスを整理し、勧告することを目的とした⁽¹⁾。ネットワークは少なくとも 2 つの独特の方法で委員会の作業に貢献すると当初から期待されていた。その一つは、保健状態の視点であり、それは他の研究情報ネットワークが追求する社会的決定要因の論題とは異なった。そしてもう一つは、プログラムの視点であり、これはさまざまな形態の公衆衛生プログラムが、実践の場で主要な役割を果たすという認識にもとづく。この作業には、WHO をベースとする多くの公衆衛生プログラムが参加し、その結果として、個々の 12 の章と、本巻の最後にそれらを統合した章を記した。そこには、最終的に導かれた提案に普遍的な価値を持たせるのに十分な数のプログラムがかかわったといえる。

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの存続中には、公衆衛生プログラムの今後に直接的に関連する、あるいはそれに影響する、次のいくつかの出来事があった。

- ・ 健康の社会的決定要因に関する委員会が作業を完了し、健康の不公平性の規模、その社会的要因、そしてそれらに対する取り組みの方向性の提案をまとめた最終報告書を発表した⁽¹⁾。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、委員会のネットワークの 1 つとして、エビデンスの生成と取り組みの提案を作成する支援をし、また委員会と他の研究情報ネットワークの成果からインスピレーションを得た。
- ・ 2008 年に発表された世界保健報告では、プライマリーヘルスケアを再生する際、健康の公平性を中心的な価値観として位置づけ、優先すべき公衆衛生プログラムを、公平性に関連する原則やアプローチと合致させるよう求めた⁽²⁾。
- ・ 2008 年中に進んだ世界的な金融危機と景気後退は、最初に高所得国にインパクトを与え、その後に低中所得国に広がった。それまでの 30 年間、多くの国で社会サービスと保健サービスの提供を国家が直接的に提供、融資する役割を徐々に減らし、市場の需要供給メカニズムに対する依存を増してきたことを受けて、この景気後退は、健康と健康の公平性にさらなる挑戦を確実にもたらさだろう。保護貿易主義が現れて職が失われるにつれ、最も脆弱な人々はヘルスケアサービスへのアクセスだけでなく、社会的疎外、教育、住居と全般的な生活状態、食料の質、暴力、アルコールといった、他の健康の決定要因に関しても、さらに脆弱になる。

2009 年 5 月、世界保健総会は国際社会に呼び掛け、WHO 加盟国に対しても、「一世代のうちに格差をなくす(closing the gap in a generation)」ための主要原則について政治的コミットメントを表明することによって、国内および国家間にある健康の不公平に取り組むよう強く求めた。そして、健康と健康の不公平の社会的決定要因と社会的格差に対処するために、各国の状況に合わせた手法とエビデンスを新しく生成するか、既存のものを利用する必要性を強調した。総会は WHO 事務局長に対して、WHO の全ての業務領域、特に優先すべき公衆衛生プログラムおよび効果的な政策と介入についての研究において、1 つの目的として、健康の不公平を軽減するために健康の社会的決定要因への対処を促進するよう求めた(3)。

健康の公平性を改善するための変化を起こす媒体として、この優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークが最も直接的に影響を与えられるのは、プログラム自体であると思われた。それゆえ、焦点はプログラムができうことに絞られ、他のものがすべきことにはそれほど重点を置かなかった。つまり、次の 4 つに分類される問題に取り組むこととなった。

- ・ 個々の公衆衛生プログラムは何ができるか。
- ・ 公衆衛生プログラムが共同で何ができるか。
- ・ 公衆衛生プログラムは他部門の取り組みに比べて何ができるか。
- ・ プログラムの実践方法を変える必要があるとすればそれは何か。

これらの疑問が意味する重要な点は、社会的決定要因への対処には部門間連携による行動が求められるが、他の部門にそれぞれの役割を果たすよう要求する以前に、保健部門内で果たすべき重要なプログラム任務が存在するということである。作業の方法とプロセスの選択は、このことを考慮した。

1.2 鍵となる用語と概念

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、社会的決定要因について、全体論的で価値主導の健康の社会的決定要因に関する委員会の見方を共有した。すなわち、日常生活の構造的な決定要因と状態は、健康の社会的決定要因に相当し、健康の不公平を説明するうえで極めて重要であるという見方である。より具体的には、これらの決定要因と状態に含まれるのは、権力、所得、物品、サービスのグローバルな分配と国内の分配、並びに、ヘルスケア、学校、教育へのアクセスといった即座の目に見える人々の生活状況、就労と余暇の条件、家庭、コミュニティ、農村あるいは都市の環境状態、そして人々がいきいきとした生活を送れる機会の有無の程度である(1)。加えて、これらの構造的な決定要因はサービスの提供のされ方と受け方に影響し、それによってヘルスケアのアウトカムと帰結が形成される。

健康の公平性は道徳上の見解であり、また論理的に引き出される原則である。そして、その表面下にある価値について、政治的擁護派と反対派の両方がいる。委員会は、「健康上の体系的な差異が合理

的な行動により回避できると判断されるとき、それはまさに不公平である。我々が健康の不公平と称するのは、このことである。」という定義において、公平性という価値観の根拠を明らかに認めている(1)。健康の公平性への見解に対する反発は予想されるものの、ほとんどの人と社会は、その哲学的あるいはイデオロギーのスタンスに関係なく、受容できる不公平の度合いに限界があることに留意することが重要である。こうした限界は、時間とともに、また状況により変化しうる(4)。そのため、公共政策に関する討論において公平性への見解を支持するには、健康の不公平の程度をしっかりと記録し、それらに対しては妥当な介入が存在するために回避可能であると実証することが極めて重要である。

不公平性を説明するのに、主たる 3 つの尺度が一般的に用いられる。ひとつは、人口集団の中の小集団間、あるいは異なる社会の間の差異に示される健康の相対的不利である。ふたつめは、社会の中で最も状態が悪い人々とそれ以外の人々との間に生じる健康格差である。そして三つめは、人口集団の全体にわたる連続した差異として明らかになる健康の勾配である(5)。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークでは、これら 3 つの尺度の全てを、状況とデータの有無に応じて使用した。しかし、公平性は、統計的に処理して表やグラフに表せる数字上の話だけでないのは明らかである。それは人々が持つ価値観や人生に何を望むかに関することである。「極端な収入の困窮状態にだけ焦点を絞るのではなく、富んだ国も貧しい国も同じく、不利な状態にある人々が望む機会、権限付与、安全と尊厳に焦点を置く」必要性がある(6)。

社会的因子と健康の一般的関係については十分に裏づけされている一方で、その関係は因果の観点では正確に理解されていない。健康の不公平性の軽減に必要とされる政策についても、既知のデータからは容易に演繹され得ない。これらの不確かさや、解釈における理論的な差異があるために、政策決定者と実践者とがあらゆる社会的決定要因に幅広く対応することをサポートできるような、国際的な手引きはほとんどない(5)。従って、本研究情報ネットワークでは、実践のための指針を得る方法として、エビデンス・ベースを築く際に重要となる一連の原則、つまり、公平性の価値に対するコミットメント、(健康の)勾配と格差の特定と対処、原因・決定要因・アウトカムの重視、社会的な構造と力学の理解(5)に着目した。

プライオリティー(優先)という用語は、使う人と背景により意味が異なる。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、公衆衛生状態のランキングを決めることではなかったが、実際、優先的に注目するに値する公衆衛生状態を特定する際に、次の 4 つの主要基準を適用したことが役立った。

- ・ 総体的に大きな疾病負荷を表すこと
- ・ 人口集団間および人口集団内で、大きな差が見られること
- ・ 特定の人口集団、または人口集団内の特定のグループに偏って影響が見られること
- ・ 新たに出現している、あるいは流行している傾向であること

これら 4 つの観点すべての中核にあるのは、人口集団の健康についての関心であり、この関心が(このネットワークの)分析作業と行動の提案の指針となった。

保健医療制度には、健康向上を主要な目的とするすべての活動が含まれると考えられている(7)。そのため、公衆衛生プログラムは保健医療制度に不可欠である。しかしながら、保健医療制度は統合された組織的な存在ではなく、種々の組織や機関、活動等から成るゆるい集合体であり、一方、公衆衛生プログラムは明確な管理単位であって、それぞれ目的、ディレクター、マネージャー、命令系統、予算、行動計画がある。本巻で用いる公衆衛生プログラムの概念は幅広く、各種保健状態に関連する WHO プログラムをはじめ、国内および国際的にそれらに相当する保健プログラムが、政府、非政府、民間、政府間、多国間の分類を問わず含まれる。

1.3 分析の枠組み

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの目的が、実践的な意義を持つ成果を導くことであり、また測定とエビデンスについての研究情報ネットワーク(Measurement and Evidence Knowledge Network) (5) が示した説明に理論的な多様性が見られたため、5 つのレベルから成る枠組みを用いることとなった。その枠組みを作成するにあたり、WHO ヨーロッパ地域事務局のために作成された討議文書(8)、Diderichsen、Evans、Whitehead の論文 (9)、そして健康の社会的決定要因に関する委員会のための包括的な概念枠組みの構築にかかわる作業成果(10)をそれぞれ参考にした。その結果、優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み(図 1.1)には、分析、介入、測定の 3 つの次元の活動があり、それぞれに 5 つの分析レベルがある。その最上位は社会の構造、2 番目は環境、3 番目は人口集団、残りの 2 つは個人のレベルに関係する。

それら 5 つのレベルを簡単に説明すると、次のとおりである。

- ・ **社会経済的背景と立場**—人々の社会的立場の様相は、社会における健康状態の種類、程度、分配に強力な影響を及ぼす。社会における力とリソースの制御により、制度上と法律上の仕組みに階層化が生じ、政治や市場の力が歪む。社会の階層化はしばしば、他の政策部門の責任とみなされ、保健医療部門が中心的に扱う問題でも必ずしもないが、階層化の理解と対処は健康の不公平を軽減するのに決定的に重要である。立場を定義する因子には、社会階級、ジェンダー(性別)、民族性、教育、職業、収入がある。こういった因子の相対的な重要性は、ガバナンス、社会政策、マクロ経済政策、公共政策、文化、社会的価値観といった国内および国際的な背景により決定される。
- ・ **差別的な暴露**—ほとんどのリスク因子(物質的、心理社会的、行動上の因子)への暴露は、社会的立場と反比例の関係にある。保健医療プログラムの多くは暴露・リスク削減の戦略を社会的立場に応じて差別化していないが、社会経済グループごとの分析を行えば、どのリスク因子が各グループにとって重要であるか、また、それらが人口集団全体にとって重要なものと同じかどうかを明らかにできる。これらの「原因の裏にある原因」を理解することは、公平性本意の適切な健康戦略を展開するうえで重要である。不

利な立場にある人々は、自然や人為的な危機、不健康な住居、危険な労働状態、食料不足や品質の悪さ、社会的排除、健康的な行動パターンを採用する際の障壁といった、多数のリスク因子に差別的にさらされる傾向があるというエビデンスが増加している。

・ **差別的な脆弱性**—同じレベルの暴露であっても、社会的、文化的、経済的環境と累積されたライフコース因子により、社会経済グループが違くと影響が異なる場合がある。社会的排除、低所得、アルコール乱用、栄養不良、住居の狭さ、保健医療サービスのアクセスのしにくさなどのリスク因子が特定の人口集団においてクラスター化することは、個人的な暴露そのものと同じくらい重要な場合がある。さらに、重感染など他の健康問題が共存すると、しばしば脆弱性が増大する。強化因子の存在による増幅効果についてのエビデンス・ベースはまだ限られているが、それが低所得の人口集団や周縁化されたグループに影響していることは確かである。そうした因子を低減あるいは除去しようとするには、脆弱な人口集団が捕らわれる悪循環を断ち切るのにふさわしい切り口を特定することが重要である。

・ **差別的なヘルスケア・アウトカム**—ヘルスケアにおける公平性は、理想的には、保健医療を必要とする誰もが、社会的立場や他の社会的に決定付けられた状況にかかわらず、その人に有益な形で保健医療を受けられることを含意する。その結果、最も有利な人々の健康状態のレベルまで、全ての人々の健康状態が持ち上げられるような形で、健康アウトカムにおける異なる社会経済グループ間の全ての体系的差異が軽減されるべきである。分析枠組みの上位 3 レベルの影響は、特定の人口集団や不利な状態にある人々に対して、他と比較して不適切な、あるいは効果が少ないサービスを保健医療制度が提供することで、さらに増幅されてしまう場合がある。

・ **差別的な帰結**—不健康は、稼ぎの目減り、働く能力の損失、社会的孤立または排除といった、いくつかの社会的帰結および経済的帰結を導く場合がある。さらに病気の人々は、ヘルスケアや薬にお金をあまり払えなくなるような付加的な金銭の負担にしばしば直面する。有利な状態にある人口集団は、例えば雇用の確保や健康保険の点で保護されている。一方、不利な状態にある人口集団については、病気のためにさらに社会経済状況が悪化する結果となる恐れがあり、貧困線を越え、さらに健康を損なう下降スパイラルが加速する。

各レベルに関する分析では、次の項目の立証と記録を目的とした。

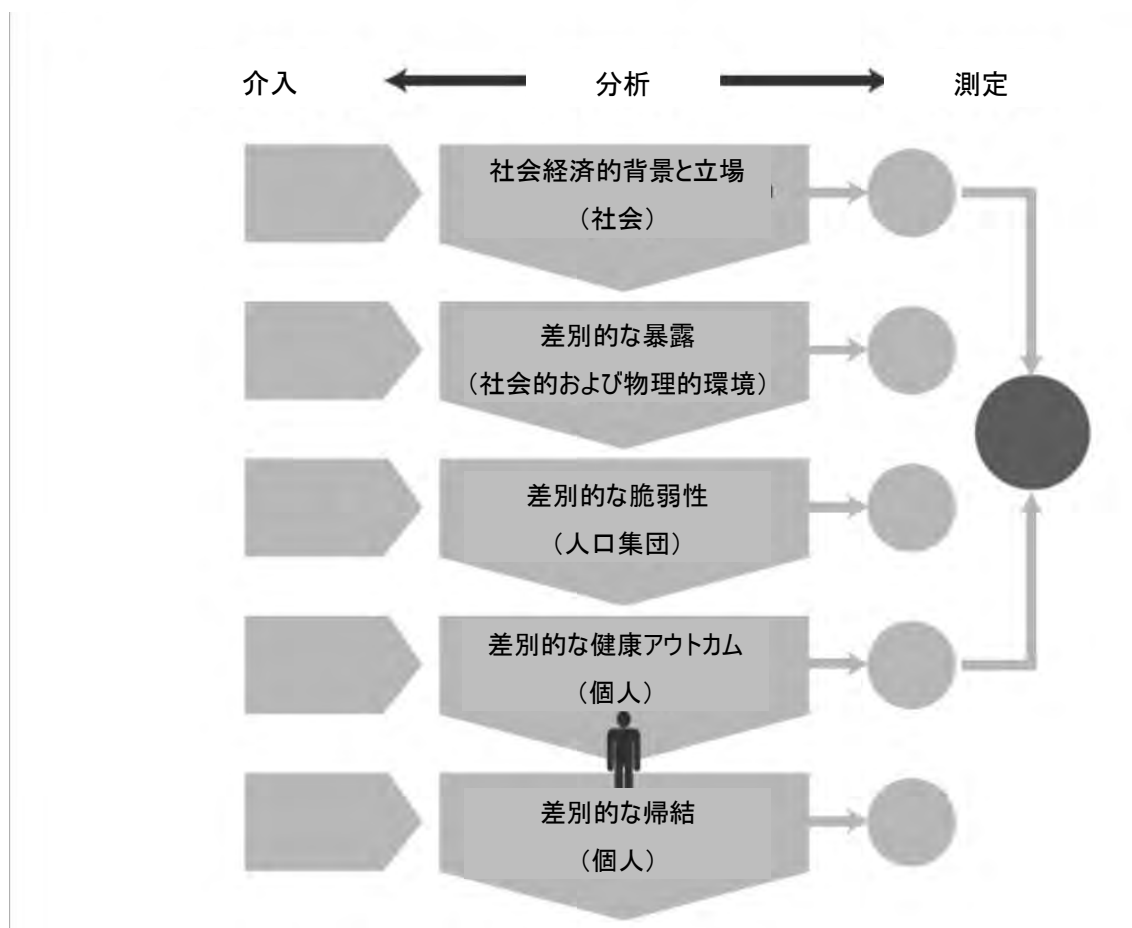
- ・ 社会的決定要因の影響と、それによる不公平性への寄与の経路、程度、社会格差など
- ・ 見込みのある介入の入口
- ・ 介入によってもたらされる変化に伴う可能性のある悪い副作用
- ・ 介入がもたらそうとする変化に対して起こりうる抵抗の源
- ・ これまでにどのような取り組みが試され、何を教訓として学んだか

各レベルの間には潜在的に重複する部分があり、とりわけ、差別的な暴露のレベルと脆弱性のレベルの間には重複が予想される。さらに、レベルの間を横断する経路は必ずしも、この枠組みの最上位から最下位まで全ての中間レベルを通るとは限らない。例えば公共政策の変更は、保健医療サービスの提供のされ方に即座の影響があるかもしれず、そのために、暴露のレベルと脆弱性のレベルを通らずに、ヘルスケア・ア

アウトカムにおける公平性に正または負のインパクトを与えるかもしれない。そのため、この枠組みは、健康の社会的決定要因に関する委員会の概念枠組みやその他のほとんどの研究情報ネットワークで用いられる枠組みと一貫性のあるやり方で、分析から行動までの作業を整理する、実用的な方法として見るべきである。

それぞれの公衆衛生状態の分析は、差別的なヘルスケア・アウトカムのレベルから出発し、その差異の起源がどこにあるかを上流に遡るような形で調査した。主な経路を特定した後、見込みのある介入の入口とそれぞれに見合った介入の提案、そして測定の問題点に注目した。

図 1 優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み



1.4 行動可能な課題に向かって

最上位の社会レベルから2つの個人レベルまで、分析枠組みの5つのレベルのそれぞれに対応するように、5つの介入のクラスターがある。公衆衛生プログラムの最重要任務の1つは、原因についての知識を具体

的な行動に読み換えることである。そのため、どのような介入を、どのように実施したらよいか、起こりうるリスクや仮定条件なども考慮しながら検討することが作業の鍵となった。

そうした行動を実施するのは、公衆衛生プログラム、より幅広い保健医療部門、あるいは保健医療の域を越えた部門の責任かもしれない。枠組みの上流レベル、すなわち社会経済的背景と立場、差別的な暴露、差別的な脆弱性については、次に挙げる Blankenship、Bray、Merson が提案する、構造化された介入の分類に関連づけることで、効果的に検討できる(11)。

- ・ 健康とは社会的、経済的、政治的権力とリソースの働きによるものであると認識し、そのために、権力とリソースを操り、公衆衛生の促進を求める介入
- ・ 健康問題は、行動パターン、環境の設定、あるいは製品やツールの可用性の欠如により生じるという仮定に基づき、そのために、これらの欠如への対処を求める介入
- ・ 社会とその構成員の健康は、その人達の、あるいはその社会の中のある特定のサブグループの人々の価値観、文化、信条により、部分的に決定付けられると認識し、そのために、健康に不利益な社会規範の改変を求める介入

分析枠組みの2つの個人レベルである、差別的なヘルスケア・アウトカムと差別的な帰結において、サービスの設計上の性質が不公平の増加に寄与する場合がある。この点について、当研究情報ネットワークは、個人がサービスから十分な利益を得るためには、複数の段階を上らなければならないという、段階の例えを適用し、検討する介入は上述の3つの構造的介入カテゴリーに加えて、提供者のコンプライアンスと利用者の順守も考慮した。表1.1は、保健医療サービスへのアクセス、その提供、および利用を扱う2つの介入枠組みの組み合わせを示している。Tanahashiの枠組み(12)はアクセスに重点を置き、ヘルスケアを利用する見込みのある人が、保健医療サービスと有効な接触を持つ前に上る必要のある、4つのステップから成る段階を提案している。接触を持つところまで至っても、Tugwell、Sitthi-Amornら(13)によると、良いアウトカムに達するにはさらに3ステップある。これら合計7ステップを1段階ずつ上るときに障害となるものは、サービス提供に関する因子と利用者に関連する社会的決定要因との組み合わせによる。Tugwell、de Savignyらは、貧しい人々は、相対的に貧しくない人々と比べて、各ステップで得る利益が大幅に減じられることを示唆している(14)。

しかしながら、介入を提案することと、介入を効果的に作用させること、特にしばしば見られる、強力な利害関係が対立するような非常に複雑な状況においては、それらは完全に別問題である。一般的には、介入の実施に関連して、次の事項を検討する。

- ・ **再現性**—異なる背景、状況においても、その介入を実施できるか？
- ・ **持続可能性**—望ましいとされる永続的な効果を得られるほど、十分に長い期間介入を継続できるようにするために求められる、人的、技術的、財政的リソースがあるか？
- ・ **拡張可能性**—介入に意義をもたせるために必要な範囲まで、介入の規模を広げられるか？
- ・ **政治的実行可能性**—政治的なタイミング、価値観、権力構造などの、異なる政治状況においても、

その介入を実施できるか？

- ・ **経済的実行可能性**—必要な投資は何で、それは合理的であるか？どのようにして必要な財源を利用できるようにするか？他部門は何を譲歩しなければならないか？
- ・ **技術的実行可能性**—介入に必要なツールは既に利用可能か、あるいは利用できるようになるか？

社会的決定要因にもとづく包括的な戦略は、全てのレベルにおいて政治的な側面を考慮しなければならない。不公平は勢力関係とリソースの制御に本質的に関連している。公衆衛生における不公平を軽減する試みは必然的に、社会的なレベルであれ、あるいは個別の診療所のレベルであれ、より力の弱い者に利益をもたらすために、より力のある者と向き合うことを意味する。そのため包括的な介入戦略には、抵抗や反発に対処する方法も含む必要がある。

表 1 保健医療介入による効果的で公平なアウトカムを達成する際に障害となるうるものを考察するための 2 つの相補的な枠組み

	4 ステップの枠組み Tugwell、de Savigny ら (14)	5 ステップの枠組み Tanahashi (12)
アクセス	アクセス	利用可能性 (Availability) の範囲 アクセスする可能性 (Accessibility) の範囲 受容可能性 (Acceptability) の範囲 接触 (Contact) の範囲
有効性	診断精度 提供者のコンプライアンス 利用者の順守	有効性の範囲

1.5 プロセス：組織の学習

今回の作業プロセスの中で、明白な成果を出すことと等しく重要視したのが、組織の学習プロセスである。そのため、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、一連の公衆衛生状態と組織の単位やレベルの広範囲にわたるネットワークを用いて計画した。具体的には WHO の 16 の主要な公衆衛生プログラムを含むような、14 のプログラムノードを設けた。そのうち 13 のノードは作業の全フェーズを完了し、その成果物を本巻の各章で紹介している（第 10 章は、母体の健康ノードと、性と生殖に関する健康ノードの両方の成果で構成されている）。各ノードの目的は、WHO の各地域、国、そして学界にネットワークを広げることであった。ノードのいくつかはこの課題によく対応したが、他方、これがあまりうまくできず、コンサルタントとの契約を通じてのみネットワークを広げただけのノードもあった。

3 つの研究プログラム（熱帯病に関する研究および訓練を行う特別プログラム (Special Programme for

Research and Training in Tropical Diseases)、ヒトの生殖に関する研究、開発および研究訓練を行う特別プログラム(Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction)、保健医療政策および制度に関する研究同盟(Alliance for Health Policy and Systems Research))で構成された研究ノードと、WHO 倫理・公平性・貿易・人権部は、各国の社会的決定要因にもとづくアプローチの実施から学んだ教訓に関する事例研究を集めた。これらの研究では、試験的なプロジェクトや実験の枠を超え、実施の拡大に関連する 5 つのテーマである、規模変更、政策変更の管理、部門間プロセスの管理、計画の調整、持続可能性の確保を扱った。全部で 14 の研究を委託し、完了した。これらの事例研究から学んだ教訓を本巻のまとめの章に記しており、より詳細な各研究報告は別巻に記す。最後に、組織の学習プロセスを促し、記録するための学習ノードも設けた。

上述の 14 のプログラムノードおよび研究ノードと学習ノードの各リーダーで構成される運営グループは、プロセスを監督するために、2007 年 1 月から 2008 年 6 月まで毎月会議を行った。これは非常に良かった仕組みであり、WHO 内にて、異なる分野や組織単位から複数のプログラム代表者が、長期間に及ぶ共通の具体的な技術プロジェクトについて協力する機会となった。

全体として、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、(a) 状態の分析、(b) 介入と実施の検討、(c) 測定、(d) まとめ、意味付け、結論の 4 フェーズがあった。最初の 3 フェーズには、相互学習を助長するために、それぞれのノードが別のノードの作業を審査してフィードバックを与える相互評価が含まれた。これらの審査を行うにあたり、個々のプログラムノードのネットワーク拡大に限界があるとうわくと、WHO の各地域事務局にも広げて行なわれた。ほとんどの地域では、WHO 地域事務局のアドバイザーと WHO 国事務局のスタッフの両方が、このプロセスに積極的に応じた。

1.6 全てをひとつに

各公衆衛生状態についての分析と提言は、それぞれに価値があり、本巻の個々の章(第 2 章から第 13 章)に次のように記した。

第 2 章 アルコール

第 3 章 心血管疾患

第 4 章 子どもの健康と栄養

第 5 章 糖尿病

第 6 章 食の安全

第 7 章 精神障害

第 8 章 顧みられない熱帯病

第 9 章 口腔衛生

第 10 章 意図しない妊娠と妊娠のアウトカム

第 11 章 喫煙

第 12 章 結核

第 13 章 暴力と不慮の負傷

したが、まとめのプロセスでは、個々の章の研究成果を要約するというよりも、むしろ何が共通する教訓であり、何が共通する行動の基盤となりうるかという、共通の土台づくりが中心となった。そこで目指したのは、個々のプログラムノードが行なった大量の作業と事例研究の成果の活用を中心としつつ、健康の社会的決定要因に関する委員会の他の 8 つの研究情報ネットワークによる入念な分析と作業の成果も利用することであった。そのために、統合をするプロセスには次の 7 つの主要なステップがあった。

- ・ すべての公衆衛生状態にわたり、不公平性のパターンをマッピング
- ・ 6 つ以上の状態に共通する社会的決定要因を、優先すべき公衆衛生状態枠組みの各レベルにおいてそれぞれ特定し、さらに各レベルについて、見込みのある 3 つの介入の入口を特定
- ・ これらの介入の入口のそれぞれに対して、可能性のある 3 つの介入およびその立役者を提案
- ・ 優先すべき公衆衛生状態枠組みの各レベルにおいて、公衆衛生プログラムが実施できる 3 つの行動を提案
- ・ 事例研究から学んだ、介入実施に関する主要な教訓について議論
- ・ 政策立案やプログラム管理に情報を提供するためのデータ収集とモニタリングの必要性和選択肢を議論
- ・ 提案した行動を実践に移すことが、公衆衛生プログラムや WHO にとって何を意味するかを議論

今回の作業では、一方で、各公衆衛生状態に独特な特徴を特定し、他方で、全てに共通する特徴で、関連プログラムが団結、協調して対処すべきものを特定するという、二本立てのアプローチを採用した。そのことをとおして、公衆衛生状態に関連する概念枠組みの展開と、それらに対処する公衆衛生の介入やプログラムの有効性向上の両方に貢献できるはずである。さらに、2008 年の世界保健報告(2)に記載されているプライマリーヘルスケアの課題を運用可能にするためのインプットとしても役立つと考えられる。

参考文献

1. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. World Health Assembly of the World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social

- determinants of health. Resolution WHA62.14. Geneva, World Health Organization, 2009:21–25 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf, accessed 20 October 2009).
4. Blas E. 1990–2000: a decade of health sector reform in developing countries – why and what did we learn? Göteborg, Nordic School of Public Health, 2005.
 5. Kelly PM et al. The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final Report of the Measurement and Evidence Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
 6. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*, 2006, 368(9552):2081–2094.
 7. Gilson L et al., with inputs and contributions from the members of the Health Systems Knowledge Network. Final report of the Health Systems Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
 8. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health (part 2). WHO Regional Office for Europe, 2006.
 9. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health*. New York, Oxford UP, 2001.
 10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
 11. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS*, 2000, 14(1):S11–S21.
 12. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56(2):295–303.
 13. Tugwell P, Sitthi-Amorn C et al. Health research profile to assess the capacity of low and middle income countries for equity-oriented research. *BMC*

Public Health,

2006, 6:151.

14. Tugwell P, de Savigny D et al. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness

loop. British Medical Journal, 2006, 332(7537):358–361.

Appendix II.

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム
Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup

第 14 章

公平性に向けた相乗効果



目次

第 14 章 公平性に向けた相乗効果

14.1 社会的勾配のレベルとパターン

14.2 影響力のある社会的決定要因

14.3 見込みのある介入の入口から行動の提案まで

社会経済的背景と立場

差別的な暴露

差別的な脆弱性

差別的なヘルスケアアウトカム

差別的な帰結

14.4 実施に向けた教訓

価値観

リーダーシップ

部門間協力

規模拡大

コミュニケーション

リスク

外部機関

14.5 測定

有害な決定要因のクラスター化のモニタリング

包括的な社会環境、物理的環境のモニタリン

コミュニティの記録

介入による有害な副作用のモニタリング

指標の選択

14.6 意味付け

個々の公衆衛生プログラム

プログラム間の協力

公衆衛生プログラムの他部門との関係

WHO にとって意味するもの

14.7 結論

付録 14. A 優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの経路に出現する社会的決定要因

参考文献

図

図 1 資産の 5 分位ごと、地域（関連する DHS データが利用可能な低中所得国）ごとの、5 歳児未満死亡率にみられる社会的勾配

図 2 社会経済地位ごと、国ごとの、5 歳未満の子供が生存率向上のための介入を 6 回以上受けている割合

表

表 1 健康における社会的勾配の主要パターンとそれに関する例および本巻の章

表 2 第 2 章から第 13 章で扱った 13 の状態のうち、6 つ以上の因果経路上で発現した社会的決定要因

表 3 社会経済的背景と立場のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 4 差別的な暴露のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 5 差別的な脆弱性のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 6 差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 7 差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

WHO が 2010 年に『Equity, Social Determinants and Public Health Programmes』の第 14 章『Synergy for Equity』として出版。

© World Health Organization 2010

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『公平性に向けた相乗効果』Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup 著

Japanese version © 日本福祉大学 2013

本章では、異なる公衆衛生状態に共通する土台と、それらの間の潜在的な相乗効果について探り、これらをもとに、実践的な行動を提案する。各公衆衛生状態について、その相関関係や因果関係を裏付けするエビデンスは、すでに提示したため（第2章～第13章参照）、ここでは繰り返さない。

本章は、個々の状態を分析して明らかになった各人口集団の健康における、さまざまな社会的勾配パターンの分析から始める。次に、それらの公衆衛生状態の因果経路で最も出現頻度の高い社会的決定要因を特定する。そして、状況を改善するために、各種公衆衛生プログラムが個々に、そして共同して何ができるかについて考察する。続いて、各国のケーススタディから学んだ教訓を考慮した実施方法を検討し、そのモニタリングについて提案をする。最後に、ここで提案する社会的決定要因にもとづくアプローチを実施することの意味合いを考察する。

14.1 社会的勾配のレベルとパターン

分析したすべての公衆衛生状態について、利用可能なデータを見るかぎりには、人口集団内に明らかな社会的勾配があることが示された。しかしながら、勾配の斜度と形状は、各公衆衛生状態によって変わるばかりではなく、同じ状態についても、人口集団と時間により変化する。

例えば、5歳児未満死亡率において、すべての地域に共通して見られる明らかな社会的勾配にも、地域間で違いがある（図14.1）。サハラ砂漠以南のアフリカ地域と南アジア地域の2つは、他の地域よりも5歳児未満死亡率がはるかに高い。南アジアの最高五分位を除き、これら2地域のすべての五分位は、他の地域の最低五分位よりも5歳児未満死亡率が高い。他の4つの地域では、経済発展のレベルが異なるにもかかわらず、5歳児未満死亡率の全体的なレベルと勾配が驚くほど類似している。これら4地域の死亡率は低いが、資産の五分位を横断する勾配はやはり存在する。このことは、5歳児未満死亡率は、経済発展とともに低くなるが、それもある閾値でとどまり、そこに見られる不公平性は、全体の経済発展レベルとは関係なく存在し、別の因子により影響されることを示しているのかもしれない。

さらに国家レベル、地方レベルなど、単位が小さくなるほど、より複雑なパターンが見られる。背景や社会が異なると、宗教的信念、価値観、文化規範といった因子の影響により、異なる社会的勾配パターンが現れる可能性がある（第2章）。さらに、例えば経済発展により、そのパターンが時間とともに変化する可能性もある（第5章）。社会階層を形成する軸は、グローバル、国家、地域の各レベルにおける政治動向、経済動向や、既存の機構、法的制度のあり方などに強い影響を受ける。また、そのような社会階層のさまざまな社会経

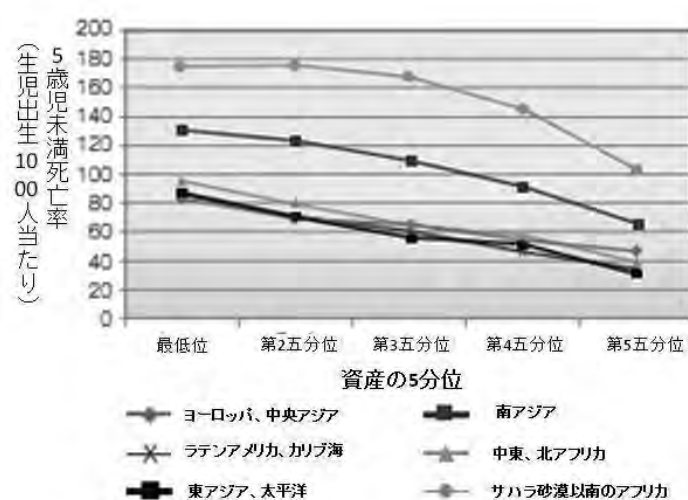
済要因の相対的な説明力は文化間で異なる（第 7 章）。優先すべき公衆衛生状態の分析により、健康の社会的勾配に見られる 6 つの主なパターンが特定された。この 6 パターンを以下にまとめる。各パターンの例は、関連する章へのリンクとともに、表 14.1 に記載する。

- ・ 直線状の勾配は、健康や教育といった、主要な健康の社会的決定要因について、分析したすべての公衆衛生状態に見られた。例えばベナンでは、5 歳未満の子供が生存率向上のための介入を 6 回以上受けた割合は、社会経済地位とほぼ直線の勾配を示した（図 14.2）。
- ・ ボトムエンドの不公平は、図 14.2 のブラジルのケースで説明できる。上位 4 つの五分位の間の差は比較的小さいが、最も貧しいグループは他に比べて有意に劣る。ベナンと比較すると、同じ公衆衛生状態を分析しても、そこに見られる勾配が違うパターンを示す場合があることがわかる。
- ・ トップエンドの不公平は、図 14.2 のカンボジアのケースのように、社会階層の上位の階層だけが妥当なレベルのサービスを受けられる場合に生じ、それは、ブラジルとは逆の状況である。
- ・ 勾配の方向転換は、例えば経済発展に伴って、特定の非感染性疾患に対する、人口集団内の脆弱性の分布に変化がもたらされる場合に起こりうる（第 3、5、9、13 章）。
- ・ 二分勾配（ダイコトミー）は、他の社会的決定要因に関係なく、グループ間に有意で不連続な不公平がある場合に生じる。これは、とりわけジェンダー（性別）にもとづく格差の場合によくあることだが、民族性（第 11 章）（2）や法的地位（3）に関しても起こることがある。
- ・ クラスター化は、同時に存在する複数の社会的決定要因が、個々の決定要因の単純効果の合計を上回るような方法で健康差異を増幅している状況を表す。例えば、いくつかの精神障害について、2 つの因子が同時に作用することでリスクが 4 倍に増し、それが 4 つの因子になるとリスクが 10 倍にもなることがわかっている（第 7 章）。このように、ある不利な条件にある人口集団について、その脆弱性が有意に高い理由として、無力感・社会的な見放し・貧困、教育不足、人口構成の変化、農業・商業・工業の変遷、不十分な食の安全システムなど、複数の因子の相乗効果が可能性として考えられる（第 2、6、7、8、12、13 章）。

社会的勾配のパターンは当然、それぞれの状況に適切な介入の設計と選択に大きな影響を与える。例えば、直線勾配とトップエンドの不公平への対処の場合には、普遍的（ユニバーサル）な介入アプローチを検討できるが、ボトムエンド、クラスター化、二分勾配の場合には、ターゲットを絞ったアプローチがより適しているかもしれない。しかしながら現実には、相互に作用するさまざまな決定要因が、より複雑に絡み合いながら、人口集団内で健康の不公平な分配を生んでいる。そのため、健康における不公平を是正するための実践的な行動には、次のものが考えられる。

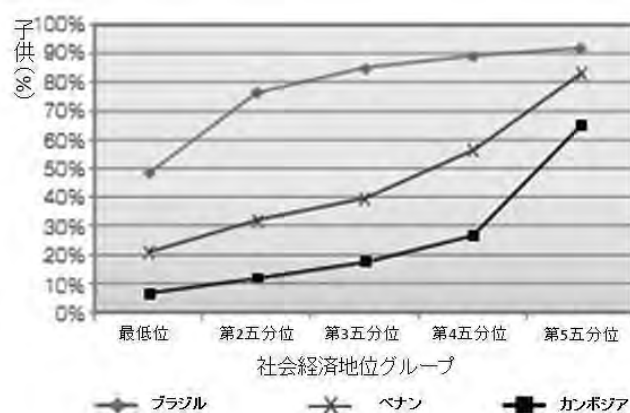
- ・ 個々の状態の分析（第2章～第13章）に基づき、健康差異が生じる主要な経路を遡り、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの各レベルごとに、「リバース・エンジニアリング」（逆行分析）を用いて、主要な社会的決定要因を特定し、何が状況の変化を阻んでいるのか（変化への抵抗）を探り出し、見込みのある介入の入口を見つける。
- ・ 可能性のある介入を提案し、各介入の先導者を特定する。
- ・ 提案した介入を各公衆衛生プログラムが実施するうえで鍵となる具体的な行動を特定する。

図1 資産の5分位ごと、地域（関連する DHS データが利用可能な低中所得国）ごとの、5歳児未満死亡率にみられる社会的勾配



出典：Gwatkin らのデータより（1）（第4章を参照）

図2 社会経済地位ごと、国ごとの、5歳未満の子供が生存率向上のための介入を6回以上受けている割合



出典：Victora らから抜粋（4）（第4章も参照）

表 1 健康における社会的勾配の主要パターンとそれに関する例および本巻の章

不公平の 主要パターン	例	関 連 す る 章
直線	アルコール消費量が一定である場合、アルコール関連の問題は、社会経済的地位の低下に伴って増加する傾向がある。	2
	社会経済的地位が低いほど傷害の頻度が高くなるという強い相関がある。	13
	栄養摂取と罹病に関する指標は、肥満を除いて、どれも富裕層の子供よりも貧困層の子供の方がかなり悪い値を示す。	4
	精神障害のリスク因子に対する差別的な暴露は、しばしば社会的立場と負の相関がある。	7
	先進国では、資産および教育レベルは、それぞれ歯の喪失との間に、単調な反比例の関係がある。	9
	多くの国で、出生率に関して、資産の五分位にもとづく急激な社会的勾配がある。	10
	国の貧富にかかわらず、社会経済地位が低い人々の方が、結核のリスクがはるかに高い。	12
ボトムエンド	ブラジルとニカラグアでは、資産の五分位における最下位層の子供たちは、他の層の子供たちに比べ、生存率向上のための介入を6回以上受けた割合が、有意に少ない。	4
トップエンド	カンボジアでは、生存率向上のための介入を6回以上受けている割合は、富の五分位における下位4層に属する子供たちの間では20%未満であるのに対し、最高位層では60%である。	4
方向転換	かつて富裕層に特徴的であった非感染性疾患のパターンが、経済発展の影響により、逆に貧困層によく見られる状態に変化した。	2, 3, 5, 13
	いくつかの開発途上国では、母親の教育歴と子供の歯の健康との関係が、より複雑である。	9
二分	女性が実質的に全くアルコールを消費しない文化もある。	2
	多くの国で、結核患者の届出比率は、男性対女性で2:1である。	12
	喫煙率と民族性（エスニシティー）は、二分のパターンとなる。	11
クラスター化 （効果の増幅）	アルコールと食に関する公衆衛生状態に累積効果をもたらすのは、貧困、教育の欠如、人口構成の変化、農業・商業・工業の変遷、不十分な食の安全システムなどの要因である。	2, 6
	精神障害や傷害に対する脆弱性に影響するのは、性別や年齢と	7, 13

	いった個人の特徴と、民族性や移住経験など、集団に共通する属性や経験である。	
	社会経済的背景や立場、粗末な住宅や地域環境、危険な道路網など、複数の社会的決定要因がクラスター化した人口集団において傷害件数は増加する。	2, 13
	低所得国の 100%が、少なくとも 5 つの顧みられない熱帯病の影響を受けている。	8
	都市部の貧困層には、結核のリスク因子のクラスター化が目立つ。	12

14.2 影響力のある社会的決定要因

第 2 章から第 13 章では、それぞれの公衆衛生状態に至る経路上にある、多数の決定要因が特定された。しかしながら、その分析における発現頻度にもとづいて決定要因をグループ分けすると、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの各レベルにおいて、限られた数の主要な決定要因が複数の状態に影響し、すなわち人口集団全体の健康の形成に影響していることが明らかになった。これらの主要な決定要因は表 14.2 にまとめる。それぞれについての詳細と、各決定要因を特定した章へのリンクは、本章の付録 14.A を参照すること。

優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みと、そこに示された経路の根本にある概念によれば、各決定要因の間には階層構造のつながりがあり、より高いレベルでの変化、例えば社会経済的背景と立場のレベルにおける変化は、それ以下の、例えば暴露、脆弱性、ヘルスケアアウトカムまたは帰結のレベルの、ひとつあるいは複数の決定要因に影響を与える（階層構造が複雑であるために、単純なつながりはないものとされる）。

介入の入口に関する分析では、最も頻繁に発現する決定要因の経路上のどこにおいて、効果的な介入を配置できる可能性があるかを検討する。はじめに最も発現頻度の高い決定要因を簡潔に記述し、それから介入によって予測される変化に伴うかもしれない副作用と、そうした変化に対して起こりうる抵抗の源を議論してから、介入の入口を提案する。そして、中でも最も見込みのある介入の入口をもとに、各種公衆衛生プログラムを通して実施できる介入を提案する。この際に目指すのは、必ずしも包括的であることではなく、多くの公衆衛生状態にわたり、インパクトのある具体的な行動を可能にする潜在力が最も高い、数の限られた介入の入口を特定し、追究することである。本巻の関連する各章で、より具体的な提案を示す。

表 2 第 2 章から第 13 章で扱った 13 の状態のうち、6 つ以上の因果経路上で発現した社会的決定要因

優先すべき公衆衛生状態の 分析枠組みレベル	影響力のある主要な社会的決定要因 (括弧内の数字は、その決定要因の影響が確認された公衆衛生状態の数を示す)
社会経済的背景と立場 社会	グローバリゼーションと都市化[7] 社会的地位と不平等[9] ジェンダー（性別）[10] 少数派の境遇と社会的疎外[8] 高齢化などの急速な人口構造の変化[9]
差別的な暴露 社会環境、物理環境	社会規範[9] コミュニティ（地域）レベルの環境とインフラストラクチャー[9] 不健康で有害な消耗品[8] 未規制の市場と小売業[6] 広告とテレビを通じた暴露[6]
差別的な脆弱性 人口集団	貧困と失業[8] 手の届きにくい人口集団[7] ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ[7] 教育と知識の不足[8] たばこの利用と薬物乱用[8] 家族とコミュニティの機能不全[6] 食料不安と栄養不良[6]
差別的なヘルスケアアウトカム 個人	質の悪い、差別的な治療とケアのサービス[10] 患者と医療従事者の間の限られた意思疎通と患者による治療の順守[9]
差別的な帰結 個人	社会、教育、雇用、財政面における帰結[9] 社会的疎外とスティグマ[7] 保険からの除外[7]

14.3 見込みのある介入の入口から行動の提案まで

優先すべき公衆衛生状態に関して公平性を向上するには、いかに保健医療制度を広義に捉えたとしても、その制度外にある、中核的な社会的決定要因について効果的な介入を行わないかぎり、実現はできない。ヘルスケアサービスが大方の場合、保健医療分野以外の要因によって決定付けられた健康問題の症状に対処している一方、公衆衛生プログラムは、保健医療サービスがどのように提供されているかだけでなく、どのように、そしてなぜ、ある人口集団に病気と不公平な健康の分配が生じているかを分析して対処する特権と義務

がある。これは、医学的介入の提供をはるかに越え、ある脆弱なグループに手を差し伸べるよりもずっと包括的である。公衆衛生において社会的決定要因と公平性にもとづくアプローチを取ることは、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの 5 つすべてのレベルがそれぞれ役割を果たすことを意味する。公衆衛生プログラムが、求められる介入のすべてに責任を負うことができないのは明らかである。しかし公衆衛生プログラムは、パートナーに従事させ、立役者を活気づける、決定的に重要な役割を果たすことができる。以降の小節では、見込みのある介入の入口に応じた、可能性のある介入の概略を述べ、立役者を特定し、公衆衛生プログラムが個々に、あるいは共同で引き受けることのできる行動を議論する。

社会経済的背景と立場

このレベルの 5 つの決定要因は、分析した公衆衛生状態の大部分に共通してみられる。その 5 つとは、すなわちグローバリゼーションと都市化、社会的地位と不平等、ジェンダー、少数派の境遇と社会的疎外、高齢化などの急速な人口構造の変化である。

世の中は、グローバルな市場と経済の統合に特徴付けられる、前例のない近代化とグローバリゼーションのプロセスの最中にある。低・中所得国は、IT 技術の普及などによって新しい機会に恵まれている反面、経済変動と不平等の拡大の影響をとりわけ受けている (5)。地方から都市部へ、そして国家間で、巨大な人口の移動が起こっており、都市化自体がひとつの健康の社会的決定要因になっている (6)。経済成長は人口集団の平均的な健康の改善を促すが、一方で社会的に最も有利な人々と最も不利な人々との格差を広げもする。

ジェンダー、収入あるいは財産、そして教育は、不公平性の測定に適用する層別化因子として、しばしば用いられる。これらは比較的単純に測定できるが、複雑に絡み合う因子の網の表面だけを成すものであり、それらの因子のほとんどは、法律と権利、従属状態、人間関係と感情、権力へのアクセスなど、定量化がはるかに困難なものである (7, 8)。

人口構造の変化、とりわけ高齢化は、人口集団の健康の性質、例えば寿命に関連する（特に非感染性の）病気や状態に影響し、また、社会のリソースと権力の分配に影響する。

分析枠組みのこのレベルで変化を起こすことは、経済と社会の組織構造や機能の基礎を変更することを意味する。歴史は、例えば、労働市場に関連する権力とリソースの分配など、健康の公平性に望ましい効果がみられた例をいくつも示してきた (6, 9)。このレベルの変化は、権力構造、政治的および哲学的価値観と観点、国家と宗教の役割といった、まさに社会の根本となるものに触れる。そして、そのような変化は、それによって権力やコントロールを失うことになる、あるいは失ってしまうと感じるグループによる抵抗の引き金と

なりやすい。

表 14.3 は、社会経済的背景と立場のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入と、立役者を示す。

このレベルでの介入は、さらに下流の決定要因について根本的な効果をもたらす可能性を秘めている。このレベルのほとんどの介入は、単一機関の責務ではなく、保健医療分野は必ずしもそこにかかわらせてもらえるわけではない。さらに、実際の行動責任は、経済学者や法律家といった、限られた専門領域の手中にあり、彼らは公衆衛生介入の公平性の側面を必ずしも正しく理解したり、歓迎したりしないかもしれない。公衆衛生の行為者には、個々に、そして共同して、この状況を正す道がいくつかある。正式なルートとしては、国の保健省や世界保健機関（WHO）を通して、例えば経済フォーラムや貿易フォーラムなどの場に、国の、あるいは国際組織の代表を正式参加させ、そこから公衆衛生の利益を擁護し、影響力を持てるようにすることである（5, 10）。正式でないアプローチには、メディア、市民社会や個人の擁護者と協力して、社会問題に関する議論に影響を与えたり、法律、政策や、合意の形成に影響を与えたりすることが考えられる。

社会問題に関する議論の舵取りに成功した公衆衛生プログラムは、ごくわずかしがなく、特定の疾病はたびたびメディアで取りざたされるが、その焦点は、その疾病の本質的な原因よりも、むしろ問題をセンセーショナルにすることに当てられている。しかしながら、これは保健医療の非常に重要な問題に、議員、金融関係者、計画立案者、立法者の目を向けさせるかもしれない、メディアを上手に利用することは政治課題を形成するうえで不可欠である（11）。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる 3 つの行動

- ・ 健康の決定要因とアウトカム（その程度と分配）の関係について、状況が特定され、時宜にかなった、関連するエビデンスを、グローバルレベル、国家レベル、地方レベルにおいて提供する。
- ・ 個々に、そして共同で、国家として、また国際的に、健康影響予測評価（ヘルス・インパクト・アセスメント）、研究調査、分析を実施すること。そして良い実践の例を提供し、政策展開プロセスの前および最中に、政策オプションを検討して提案する。
- ・ 擁護者および活動グループが、社会問題に関する議論に関与し、保健医療部門内を含む、政治家、取り締まり官、立法者に、健康の社会的決定要因に対処し、健康の公平性の問題を経済と社会の戦略および計画に取り入れるように説得することをサポートする。

表 3 社会経済的背景と立場のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
権利の定義、制度化、保護、施行と、行使のためのエンパワーメント	妥当で信頼できる国家および国際ガバナンスの強化 立法、政策、施行の改善—基本的人権と生殖の権利に関するものを含む 女子の普通教育の整備	議員 立法機関 教育部門 開発機関と開発銀行 市民社会
国内および国家間の権力とリソースの再分配および規制	再分配と税を財源とする公共サービスを伴う累進課税の実施 現金給付の実施 貿易協定が公平で社会的に責任のある貿易を奨励し、生産と規制のインフラストラクチャーが公衆衛生を促進することを確保	金融、企画、社会福祉部局 貿易組織とそれらのパートナー
近代化とグローバルな統合による、正の効果の利用と負の影響の緩和	健全な都市計画の向上と展開 製品の流通とマーケティングを規制する国際的基盤と国家的基盤を形成 国際的な知識の共有、団結、好ましい実践の伝播を奨励	企画部局 地方自治体 立法機関および規制機関 市民社会 産業と商業 保健医療部門

差別的な暴露

このレベルでは、主要な5つの決定要因のグループが、分析した公衆衛生状態のほとんどに共通している。これらは、社会規範、コミュニティの環境とインフラストラクチャー、不健康で有害な消耗品、未規制の市場と小売業、広告とテレビによる暴露である。社会規範には、グループや個人がさらされ影響を受ける種々の信念、実践、期待などが含まれ、そこから逸脱したり排除されたりすることによって、スティグマ化や周縁化が生じる可能性がある。コミュニティの環境やインフラストラクチャーには、環境の安全性、雇用率、犯罪率、安全な水と衛生設備の整備、社会サービスの機能性が含まれる。社会規範およびコミュニティの環境とインフラストラクチャーの影響は、未規制の市場と広告活動との相乗効果によって、特定のグループをアルコールやたばこなどの不健康あるいは安全ではない食品や有害な消耗品にとくに暴露する可能性がある。また、都市部の貧しいコミュニティは、しばしば災害の影響をとりわけ強く受けたり、そうした影響に対応することができなかったりする(6)。

この領域の介入に意図していない負の副作用がないようにするために気を配る必要がある。食品のサプライチェーンの規制とコントロールは、地元の小さな生産者を市場から追い出し、持続可能性と多様性に影響するかもしれない（第6章）。例えばアルコールとたばこの消費を抑えることを目的とした増税は、個人にマイナスの経済効果があったり、代替品の消費を促す場合がある（第2章）。コミュニティ構造の改善は、その生活コストと魅力を増し、結果として社会的立場の弱い居住者を追い出すことになりかねない（第13章）。

差別的な暴露に対処することは、社会の権力保持者、すなわち現状を変化させるいかなる試みにも強い抵抗を示そうとする利害関係者との対決を意味する。例えば、ある製品の流通とアクセスのしやすさに影響するような介入は、小規模会社から多国籍企業までのすべての範囲を網羅する、商業上の利害関係に直面する。

表 14.4 は、差別的な暴露のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

差別的な暴露を考慮した公衆衛生プログラムの例はあるが、その影響力はたいてい間接的なものである。保健分野以外の他のプログラムは、通常はそれによる人々の健康への影響や、それによって失われる健康開発の機会があることに気付いていない。そのため、差別的な暴露に対処する3つの鍵となる介入の入口は、それぞれ全く異なる介入を必要とする。

第一に、人口集団、グループや、個人がさらされる社会規範は、しばしば、文化と状況に深く根差している。こうした規範を修正することは、背景、立場、暴露、脆弱性のレベルにわたる、複合的な行為者とマルチレベルの戦略による行動が求められる（8）。公衆衛生プログラムは個々に、そしてとりわけ共同することによって、どの社会規範が人口集団の健康を促進するものであり、どれが人口集団の健康に有害な影響を与えるかを特定するうえで重要な役割を果たすことができる。

それに比べ、より明白でわかりやすいのは、2つ目の介入の入口で、それは人々が生まれ、生活し、働き、亡くなっていく物理的環境に関係する。これらの中で鍵となる因子は、分析対象となった各公衆衛生状態に共通しており、また相互に関連しているため、この領域での介入は複数の公衆衛生状態に好ましい効果を与えうる。

3つ目の介入グループは、人口集団の健康にプラスあるいはマイナスの影響を与える、消費目的の製品の流通に関連する。これらの介入は、背景のレベルにおける、近代化とグローバルな統合の介入とも直接関連するが、このレベルの介入は、個々の商品への暴露とその利用可能性により直接的に焦点を絞ることになる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 社会規範に対処するためのエビデンスの生成と、適切な介入の特定、擁護において、先導的役割を果たす。
- ・ 市民社会グループと民間の世論形成者と協力し、また彼らをサポートしながら、上記3つの介入の入口に、社会の議論や行動が集中するよう仕向ける。保健省に対して、より上流にある政策や人口集団に健康と病をもたらすものに注意を向けるよう働きかける。
- ・ 公衆衛生プログラムが個々に、あるいは共同して、コミュニティの教育、規制、インフラストラクチャーの企画設計、課税、広告といった領域に直接、積極的に関与するよう奨励する。

表 4 差別的な暴露のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
社会的機関・制度：規範を設定する者と守る者	ジェンダー規範、アルコールのマーケティングと流通、暴力への態度に対処するため、これらに関してコミュニティを教育し、鋭敏化させるプログラムを実行 身体的運動と栄養を含む、就学と学校保健のプログラムを実施 ロールモデルを用いた、仲間や同僚に焦点を絞った介入を奨励	警察、メディア、教育者、コミュニティグループ 教育部門 保健医療部門
コミュニティのインフラストラクチャー開発（道路、交通、水道、衛生、廃棄物管理、電気）	インフラストラクチャーの設計を改善して身体的運動を奨励し、安全と安心を高め、脆弱なグループが必要とするものを提供 住居、生活、労働の条件、水道と衛生、身体的運動の場所を改善	企画、開発、交通部局 水道部門 コミュニティグループ 非政府組織 保健医療部門
多様性、安心、安全、マーケティングの側面も含めた、消費目的の製品の流通	たばこの広告、スポンサー行為、販売促進の禁止、食品の生産と取り扱いの安全規格など、政府による規制を施行 監視役および産業との自主協定を導入、対抗広告 不健康な食品、アルコール、たばこへの課税、健康的な食品と製品の流通拡大にインセンティブを提供	金融、農業、産業、小売り業の各部門 コミュニケーションとメディア 教育部門 消費者グループ 保健医療部門

差別的な脆弱性

脆弱性のレベルでは、分析した公衆衛生状態のうち 6 つ以上に共通する幅広い 7 つの決定要因がある。それらとは、貧困と失業、手の届きにくい人口集団、ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ、低水準の教育と知識、たばこの使用と薬物乱用、家族とコミュニティの機能不全、食の不安と栄養失調である。貧困、教育と知識の欠如、および失業は、健康的な食品を購入し消費する能力、暴力のない安全な居住区に住む能力、保健医療サービスや製品にアクセスする能力にそれぞれ影響し、結果として家族や個人の脆弱性を増加させる。人口集団のなかには、少数派の地位、ジェンダー、コミュニティやコミュニケーション構造の乏しさ、あるいは社会の機能不全といった、いくつもの決定要因の複合効果により、サービスにアクセスしにくい、あるいはサービスを受けるのに困難のあるグループもある。サービスアクセスの障壁は、保健医療および社会の制度とサービスの設計と財政に起因する場合がある（11）。そして、分析した公衆衛生状態の半分以上の発生経路において、たばこの使用、アルコールおよび薬物の乱用があり、差別的な脆弱性に寄与している。

このレベルでは、介入の範囲がしばしばより限定されており、その位置も分析レベルの低いほうであるため、大規模な副作用を起こすリスクはおそらく少ない。それでもなお、対象限定の現金給付などは、社会的一体性と生産性には逆効果であるかもしれない（7）。さらに、例えば小さな会社の設立などにより、個人を貧困から救済すると、それによって既にわずかばかりであるコミュニティのリソースが再分配されることになれば、不健康な製品への暴露の増加や新たな階級構造と不公平が生じるかもしれない。そして、脆弱性の特定の側面に注目する反面、暴露、背景、立場の各レベルの決定要因への対処から注意が逸れてしまう可能性がある。

脆弱性レベルの変化に対しては、無知、現状への満足、そして仲間や家族、コミュニティ、そのほか現状維持で利益を得る人々からの積極的圧力などによる、複数の抵抗源がある。また、公衆衛生の理解が狭い、あるいは新しいアプローチを採用することに何のインセンティブもない、保健医療や他の分野の専門家による抵抗もあるかもしれない。

表 14.5 は、差別的な脆弱性のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

多くの公衆衛生プログラムにとって、このレベルは決して新しい領域ではない。しかし、最も脆弱なグループを見出し、彼らの利益になるように干渉するための直接的介入と他のプログラムとの共同介入の両方に、未だかなりの拡張の余地がある。このレベルでの保健

医療プログラムの関与は、エビデンスの提供と擁護活動の範囲をはるかに超える。個々の公衆衛生状態の分析では、不利な条件のクラスター化による効果の増幅が明らかになり、不利な条件にあるエリアと不利な条件にある人口集団への早期の介入を含む、人口集団全体の状況に対処するような集合的介入の実施の必要性が示された。

最初の介入の入口では、一連の介入を通して、脆弱な人口集団が自己開発によってクラスター化の影響を軽減できるようにエンパワーメントを実施し、特定の地域に貧困が集中するのを回避することを目指す。そうした介入の成功と持続可能性は、背景、立場、暴露レベルにおける、先行する、あるいは同時並行の介入がアシストする。次の介入の入口では、保健医療サービスと社会サービスへのアクセスを改善し、健康で有益な製品の利用を促進する介入が求められる。最後の介入の入口では、公衆衛生のプログラムとサービスを脆弱な人口集団にいかに行き届かせるかに焦点を絞る。不利な条件のクラスター化と、そうした条件の併存が蔓延している現状には、こうした脆弱な人口集団に手を伸ばす協調した努力が求められる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・脆弱な人口集団やグループ、および差別的な脆弱性の固有の原因を特定するうえで、個々に、そして共同して、主導的立場をとる。他部門と協力して、差別的な脆弱性を生む社会的決定要因に対処する。
- ・ コミュニティと協力して、保健医療分配システムが文化背景や社会背景と一致するようにし、公衆衛生プログラムの活動による健康利益に対して、脆弱な人口集団が鋭敏になるようにする。
- ・ 保健医療サービス提供者や他のプログラムと協力してカバレッジを広げ、脆弱な人口集団が保健医療サービス（予防、治療、リハビリ）にアクセスするうえでの障壁を減らすような取組みを主導する。

表 5 差別的な脆弱性のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
エンパワーメント（権限付与）：社会的、構造的、経済的機会の提供、教育	貧困の軽減、分散、とりわけ女性による、家庭財産へのアクセスおよびコントロールに対処 リスクの高い子供たちの家庭訪問プログラムと親のトレーニングプログラムを実施 健康促進や疾病予防の手段に関して、そ	コミュニティ開発組織 教育部門 コミュニケーションとメディア 宗教指導者 保健医療部門

	れへの人口集団のアクセス、受益対象、および適合度を改善、脆弱なグループに責任を持たせ行動させるようなエンパワメントの手段を提供	
補償：対象限定、助成金	貧困の軽減を保健医療および教育のサービス利用増加と結びつける介入を促進—例えば、条件付きの現金やバウチャーを給付 無料または補助金付で健康的な食を提供 料金の免除などで提供者が損失を被らないように社会保険を提供	社会福祉部局 保健医療部門
公衆衛生の範囲拡大：保健医療サービスの利用、併存条件、保健医療製品、合法の刺激剤	スラム居住者、ホームレス、移民、薬物乱用者、服役者、HIV 患者といった、脆弱なグループに対象を絞り、個々のケースの発見を改善 サービスのカバレッジと統合を拡大、不利な条件にある人口集団の身近に、適切なかたちで、品質の良いサービスを組織し、サービス分配経路を多様化 他の公衆衛生状態との関連性を利用して、例えば、喫煙、アルコール、屋内空気汚染、栄養失調など、共通の根本原因に対処する	保健医療部門、行政、私企業

差別的なヘルスケアアウトカム

ケアと治療が必要な人がヘルスケアシステムに接触すると、差別的なアウトカムを生む可能性のある決定要因が2グループある。1つ目は、個人的偏見や支払い能力といった因子を含む、質の悪い、差別的な治療とケアのサービスであり、2つ目は、個人が医療とケアを利用してその利益を受ける能力を減じるような、限られた患者と医療従事者との交流と、患者による順守行為である。要するに、保健医療の制度とサービス自体が不公平の社会的決定要因となる可能性がある（11）。

標準的なサービスを利用する能力が他に比べて低い人々への特別な注意あるいは専用サービスには、スティグマを悪化させるなど、意図していない副作用がある場合がある。そうしたサービスのために生じる余分な時間や控除のコストをサービス提供者が負担すること

になれば、医療を利用するうえで新たな障壁も生まれうる。そのような専用サービスは、容易に資金不足になり、専門家にも魅力的ではなくなり、結果としてサービス品質の下降スパイラルを招く可能性がある。脆弱な人に対する無神経な質問などは、患者と提供者との間にしばしば存在する、社会、教育、民族の溝を深め、患者が治療を受けるのを嫌がるようになることもありうる。

このレベルにおける変化に対する抵抗の源が、患者、専門家、そして一般の人々の間にいくつか潜んでいる。患者は、現在の状況を黙認し、保健医療の専門家の知識を最も信頼するかもしれない。一部の保健医療従事者が持つ、特定の人口集団に対する偏見は、社会の権力や階級関係のヒエラルキーを強化しうる。また、個々のサービス提供者の報酬のあり方や、保健医療システム全体の財政、監視のあり方なども変化の障壁となることがある。例えば、サービスの利用が困難である患者のニーズに応じるのに多くの時間を費やすことで、提供者が収入を失ってしまうことになれば、それは抵抗を生むだろう。そして、メディアと世間は、ヘルスケアサービスがどのように運用されるべきかについて、しばしば強い見解を持っており、こうした見解は必ずしも不利な条件にある人口集団や個人のニーズに相応しいわけではない。

表 14.6 は、差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

公衆衛生プログラムは、ときどき治療とケアのサービスを提供する直接的な責任を有するが、ほとんどの場合はそうではない。これらのプログラムの焦点は、たいていは治療とケアに関するガイドラインとトレーニングの提供にあるが、必要な機材や備品の提供およびアウトプットのモニタリングを含む場合もある。しかしほとんどの場合、施設内で施されるヘルスケアサービスは、幅広い臨床サービスの責任を有する保健医療機関および部局が提供し、それぞれ独自の手続きやダイナミックスに従うものである。

最初の介入の入口は、効果的に適切なサービスを利用する能力を含めた、患者の順守行動への対処で、次の 2 つのタイプの介入が求められる。1 つ目は、医療処置や事務手続きを、脆弱な人口集団が利用しやすいように簡素化および調整すること。そして 2 つ目は、各種手続きを行う際の案内や、フォローアップ治療の順守の奨励などといった、集団または個人へのサポートである。2 つ目の介入の入口では、サービス提供者側のコンプライアンスに対処し、公平なアウトカムの確保に貢献しないような態度と実践を抑止しようとする。これらに対応する介入は、複数の領域で同時に作用し、かつ保健医療制度の通常のルーチンの一部となる必要がある。それは、各専門職に関して、大学教育の場から臨床現場にまでわたって介入し、患者の背景や状況に関わらず、適切な治療が受けられる権利を強化し、

さらにヘルスケアアウトカムにおける公平性の向上を妨げるのではなく、それを促進するように、保健医療制度のインセンティブ構造のあり方を改善することなどが含まれる。そして最後の介入の入口は、通常のサービスにアクセスしたり、それを利用したりするのに、克服できない困難がある、特定の人口集団のニーズに対応するように設計した、専用の保健医療サービスの提供を必要とする。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 治療とケアにおける差別的なヘルスケアアウトカムを生む、ヘルスケアサービス内に存在する、種々の源や原因の特定を主導する。
- ・ 保健医療制度における、プライオリティ設定とサービスの提供、財政、組織を再検討し、それに影響を与え、さらにプライマリーヘルスケアを復興させるためにパートナーシップを築いて行動する。
- ・ メディア、世論形成者、活動グループなどと協力して、公平なヘルスケアに対する意識と要求を創出する。

表 6 差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
医療処置および事務手続き（患者の順守）	処置や手続きの簡素化、パッケージ化、標準化 グループ単位での教育や支援の提供 個人単位での保健医療制度に関する指導の提供	保健医療施設 患者グループ メディア 民間企業
サービス提供者の行動と実践（提供者のコンプライアンス）	倫理規範、差別的でない実践、施設方針へのコンプライアンスについて、提供者を教育し、鋭敏にさせる 市民に対する説明責任を保健医療制度に持たせ、患者の権利を主張・強化し、苦情手続きを簡素化、また臨床監査において健康の社会的決定要因も考慮させる 公的および民間の保健医療部門内で、不利な条件にある者への取り組みを奨励し、アウトカムの公平性を向上させるようなインセンティブを確保—例えば、報	保健医療施設 保健医療の規制機関 および財政機関 メディア 患者グループ 専門家協会 保健医療の教育研修機関

	酬、ボーナス、補償、昇進経路の拡充など	
補償（対象設定と専用サービス）	特定の人口集団、例えば移民や少数派人口に対して、専用の保健医療サービスを提供	保健医療施設 社会福祉部局 メディア

差別的な帰結

これは優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの中で、上述の 4 レベルの累積的效果が差別的な帰結となって現れるレベルである。分析した大部分の公衆衛生状態について、3 つの主要な帰結グループが特定された。それは、社会、教育、雇用、財政にかかわる帰結、社会的疎外とスティグマ、保険からの除外である。これらの帰結はすべて、既に不利な条件に置かれている人々に偏って影響し、そのためにさらなる社会的決定要因となり、立場、暴露、脆弱性、アウトカムレベルにそれぞれ影響を与える悪循環へとつながる。病気を抱えると、財政的な影響に加え、人が働き、教育を受け、社会活動に参加する能力にも影響する場合がある (9)。多くの病とそれに伴う帰結は、さらなるスティグマや社会的疎外の原因ともなる。病の経歴があると、たとえ治癒したとしても、支払い保険料が高くなったり、補償を失ったり、完全に保険対象から除外されたりすることがしばしばあり、そのために将来的な脆弱性がさらに高められる。また、病に侵された人の家族にも影響はあり、それらの帰結によって生じた不利な条件が次の世代にまで受け継がれてしまうこともしばしばある (10)。

この帰結のレベルに焦点を絞ると、その副作用として保健医療制度の欠陥を露呈する可能性があり、その結果、差別的な帰結を生んでいる制度的な要因よりも、むしろその症状に対処するような不適切な政治的対応を招いてしまう場合がある。また、病に伴う種々の帰結を改善し、悪循環を断つようにするためのサポートや活動は、個人にとって利益があるはずで、そうあるべきなのだが、大多数の人が困窮しているようなコミュニティなどでは、個人的なサポートを提供することは、その地域の社会的結束にマイナスの影響を与えるかもしれない (7)。

差別的な帰結に対処するためにリソースを分配することは、他のどこかのリソースを持ってきたり、あるいは社会制度や民間制度の他の部分に負担をかけることを意味するため、そうした変化への抵抗の引き金となる。また、制度上、不公平が生じ続ける限り、個人への補償をすることは、乏しいリソースの最も効果的な使い道ではないかもしれない、あるいは、それをするのは国の役割ではないと主張する者もいる。そしてまた、保険会社に対して、健康状態を理由に個人を保険対象から除外したり、保険料を上げたりできないようにして、その損失を被らせるのは簡単なことではない。

表 14.7 は、差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

差別的な帰結に対応している公衆衛生プログラムはほとんどない。おそらく、それは公衆衛生プログラム、ヘルスケアサービス、そして他部門のインターフェースにあるため、結果として、その解決の手立ては、障害者向けの特別なプログラムや慈善団体などに任されてしまったり、あるいは、ほとんどの場合には、病気の帰結を被って苦しんでいる当個人と家族に任せられ、彼ら自身が制度の中で模索して解決法を見付けなければならない状況となる。

このレベルにおける 3 つの介入の入口は、補償とエンパワメント、権利、そして社会のおよび物理的アクセスに関連する。補償とエンパワメントにかかわる介入には、収入を生み出す活動に携わる能力、社会福祉の提供、仲間によるサポートネットワークへの参加、それぞれの促進が考えられる。その際、(病に侵された) 個人にだけ排他的に焦点を合わせるのではなく、そのヘルスケアアウトカムの帰結により、直近の扶養家族がどのような影響を受けるかについても注目すべきである。権利にかかわる介入の入口からは、一方では公共の環境、一般世間の態度、行動、他方では、規則および法律の 2 つの角度から取り組むことができる。そして、アクセスにかかわる介入の入口では、職場や公共交通機関への物理的アクセスを改善し、教育やその他のサービスへのアクセスを阻む、社会のおよび財政的障壁を低減する介入などが求められる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる 3 つの行動

- ・ 公衆衛生状態の差別的な帰結と、それに起因するニーズとを分析し特定する作業を、個々に、そして共同して主導する。
- ・ 保健医療制度内をはじめ、他の社会制度も横断する、標準的な照会・フォローアップ手続きを開発または強化する
- ・ 患者グループや、非政府組織、メディア、産業、保険会社といった他のパートナーと協力して、適切な対応策を促進する

表 7 差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

鍵となる介入の入口	可能性のある介入	立役者
コピーング：補償とエンパワメント（社会福祉、リハビリなど）	職業訓練、小額無担保融資、社会福祉などを通して、収入を得る能力を向上 特定の健康状態の影響を受けている人々の中のソーシャルネットワークの促進など、心理・社会的サポートの提供	社会福祉部局 教育部門 民間企業 保健医療部門 患者やコミュニティ

	影響を受けている家族に対し、とくに子供に注目して、社会セーフティネット、教育と職業訓練の機会を提供	のグループ
権利の定義、制度化、保護	スティグマや差別を低減するために、キャンペーン運動などを通して、民衆を教育 スティグマ、差別、アクセス、保険による補償の喪失など、健康状態に起因する差別的な帰結に規制措置をもって対処	社会福祉部局 立法機関 メディア 民間企業 保険者 患者グループ 市民社会 保健医療部門
社会的、物理的アクセス (交通、制度、職場等)	差別的な帰結を軽減するような、労働者に優しい政策、環境、実践を導入 特定の健康状態にある人々にとってのアクセス向上と財政負担の軽減 ヘルスケアサービスだけでなく、社会福祉、教育なども対象とする照会サービスの改善	労働者組織 民間企業 教育部門、交通部門 社会福祉部局 患者グループ 保健医療部門

14.4 実施に向けた教訓

実際の状況における社会的決定要因にもとづくアプローチの実施について、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワーク（Priority Public Health Conditions Knowledge Network）が委託した 13 のケーススタディから、多くの教訓を学んだ。鍵となる結論は、価値観、リーダーシップ、部門間協力、規模拡大、コミュニケーション、リスク、外部機関の 7 つの項目に大別される。詳細は、個別に発行されている個々の研究を参照すること。

価値観

人口集団の健康における不公平を軽減することは、社会で影響力の大きいグループの価値観や信念と異なるプログラムを持続させることを意味する場合があります、場合によってはそうしたプログラムと行政との間に緩衝材となるものが必要になる。たとえば、非政府組織と民間部門を通してプログラムを実施し、戦略目的あるいは資金調達目的の同盟などを賢く管理することなどが考えられる。バングラデシュでは、月経調節法プログラム（Menstrual Regulation Programme）を実施するうえで、行政、非政府組織、ドナーが関与した 3 方面のアプローチが 30 年以上にわたり非常にうまく成功している（12）。人口集団内の不公平の矯正を試みる政策プログラムは、いかなるものであれ、その規模を拡大する過程におい

て価値観の違いには十分に注意を払うべきである。あるプログラムが、その効果を確認できるまでの十分な期間、持続される可能性を残すためには、健康における公平性の概念が、ある臨界数の政治指導者や行政指導者に理解され、受け入れられなければならない。

リーダーシップ

バングラデシュの月経調節法プログラムの場合のように、特定の人々の反対があっても、うまく機会を整えばプログラムの立ち上げを可能にできることがある。1970年代のバングラデシュにおいて、新しく独立したばかりの国の非宗教政権、人口増加に対する国際的な懸念、新たに訓練された影響力の大きい医師の集団の存在、進んでサポートを提供する国際的なドナーの出現が合わさったことにより、解放戦争の間にレイプされた女性の中絶を認めるプログラムを立ち上げる機会が提供された（12）。

そうした好機が訪れない場合にも、健康における不公平を軽減するプログラムに着手して実行することは、困難であるが可能である。いったん立ち上げれば、それが生き残れるかどうかは、よい結果を出すことだけではなく、そのアプローチや利益を制度化することにも依存する。健康の社会的決定要因と公平性の取り扱いは、政治、行政、市民社会の複合的な境界部に陥るため、その状況に応じて導く必要がある（13）。これらの関心を結集してつなぐ責任は、まず国の保健省にあるべきで、それを省内に公式に位置づける必要がある。それに対する駆動力やサポートは外部から発信されてもよいが、主な責任とリーダーシップの所在に疑問があってはならない（14）。

ビジョンをはっきりと述べてそれを擁護し、利害関係者を参画させるような、明確なリーダーシップがないことは、問題となりうる。プログラムを展開して関係者が増えると、様々なアジェンダが交わって、公平性のアジェンダを混同させるかもしれない。これは、ナイジェリアの全区に手が届くようにするプロジェクト（Reach Every Ward Project）で起こった。このプロジェクトはもともと予防接種率が他に比べて低い区を優先してサポートを提供する計画であった。しかし実施過程でその概念が変わり、「すべての子供に手が届くように（Reaching Every Child）」となった。この変化によって、より力のある地方行政地域や区に偏ってリソースが配分されることになり、結果として予防接種率が最も高い地域と最も低い地域の格差は、縮まるどころかかえって広がってしまった（15）。

インドネシアでは、先見の明のある技術的なリーダーシップと、最高の政治レベルに対する説明責任が合わさったことにより、個々の部門や行政単位を越えたルーチンのフォローアップや、目標値を達成していない地域の特定などが行われることになり、プライマリーヘルスケアの復興に際して、社会的決定要因にもとづいたアプローチを実施することに成功した（16）。リーダーシップは必ずしも偶然生まれるものではなく、不利な条件にある人

口集団の中でも、あるいはリーダーシップ能力を進んで貸与してくれるような外部者と戦略的な協定を結ぶことで、時間とともに育て、開発できる。これは、カナダ・マニトバ州のファースト・ネーション先住民族の自殺防止プログラム (Manitoba First Nations Suicide Prevention Programme) において効果的に達成された (2)。

部門間協力

人口集団の健康を向上させるうえで、社会的決定要因にもとづくアプローチを実施することは、まず健康が（単に保健医療部門だけではなく）すべての部門のプログラムのアウトカムであると理解することから始まる。単一の公衆衛生状態に関連するアウトカムにのみ集中すると、持続的な政治コミットメントおよび多部門のコミットメントを引きつけにくいことは、イランにおける栄養と公平性のプログラムの事例で明らかにされた (17)。むしろ、インドネシアの例のように、幅広い種類の状態や、保健医療分野にとどまらない成果指標を強調すべきである (16)。

部門が異なると関心も異なる。例えば、教育部門にとって学校給食の目的は栄養ではなく、むしろ家族を学校に引き寄せることである。しかしながら、主な関心が異なっても、健康の社会的決定要因に対して取り組むうえで、部門間協力が成功するかどうかは、共通する中核となるものを特定、定義し、個々の関心が保健医療を含む集団的利益に反しないようにすることにかかっている (18)。

部門が異なると、しばしばマネジメントの文化が異なり、成功判断基準についての見方も異なる。これは、南アフリカの小額無担保融資プログラムと HIV プログラムの協力において経験されたことである。小額無担保融資の側にとって、その計画の持続可能性とは、自己資金によって成り立ち、原価を完全に回収できることを意味した。しかし HIV プログラムの側にとっては、持続可能性とは外部リソースの継続的な流入を確保し、社会規範の変化を根付かせることであった。この論争の中心にあるのは、公衆衛生が、人口集団全体への配慮が駆動力となる公共の利益であるか、あるいは市場の力と利己主義が原動力となる私的利益であるのかという問題である。とりわけ関係組織の価値観、成功判断の基準、実践形態が完全に相容れない場合には、それぞれのリーダーが目に見えるかたちで、そして実践的に関与する必要がある。しかし、こうした状況であったとしても、相乗効果が生まれる可能性は十分にあり、パートナー同士で互いにアプローチや実践に関して学び合うことができる (19)。

規模拡大

社会的決定要因に対処するプログラムを試験的適用から広く規模を拡大する際に重要な要素は、オーナーシップの移転に取り組むことである。中国、イラン、南アフリカから学ん

だ教訓によれば、規模を拡大する際には、プロジェクトの実施モードに大幅な修正変更が必要である。試験実施は 2 つのフェーズに分けるべきであり、まず介入により求められるアウトカムを得られるかどうかを試し、その次にプロジェクトへのインプットの大幅な増加をはじめ、それ以外のことも含めて、実施のアプローチの規模拡大が実現可能かを試すことである (3, 17, 19)。ケニアのミレニアム・ビレッジ・プロジェクトに見られたように、完全包括的なアプローチの場合には、たとえ初期の試験的設定ではうまく行ったとしても、その規模を広げるには、かなりの変更が求められる場合がある。そうした状況に協力的な環境要素として、中央政府が開発政策を調整し、財政と人の公平な分配を確保すること、より裕福な国々が国民総生産 (GNP) の 0.7% を政府開発援助 (ODA) に寄付するとした約束を遂行すること、地方行政が多部門協力にもとづいた方法で成果を出すために必要な知識とツールを備えること、ミレニアム開発目標の例に基づくなどして、指標を適用し、人口集団レベルで公平性に基づく結果を示す説明責任を明確にすることなどが挙げられる (20)。

コミュニケーション

政策オプションを提案、実施することに関連するさまざまな活動に加えて、不公平の問題の大きさ、なぜそれを正す必要があるのか、またどうすればそれを是正できるのかなど、関連する情報を民衆、政治家、上級公務員に提供することも同様に重要である。妊娠のアウトカムにおける不公平を軽減する中国での動きは、保健医療部門が解決策を提案する以前に、まずメディアに端を発し、それを研究者が取り上げて問題の大きさと原因をまとめた。そして事業の実施のプロセスでは、政治家、高官、メディア、民衆に情報を与え続けることが決定的に重要な要素であった (3)。ペルーでは、コミュニティ主導のプライマリヘルスケア・アプローチの規模を拡大する際、公共サービスの共同管理におけるコミュニティのメンバーの役割と責任に関して、その概念を理解し、新しい見解を習得させるのに、政府官僚と保健医療従事者への情報提供は不可欠であった (21)。

そうした情報の流れを管理するうえで、情報の分析とプレゼンテーションの両方において、公平性のレンズ (見方) を適用するように注意しなければならない。そうでないと、タンザニア連合共和国のマラリア対策殺虫剤処理蚊帳プログラムが経験したように、既得権に供するためにエビデンスが歪められるかもしれない (22)。公平性の配慮を確実に含むためには、プロセス手法よりもアウトカムに対して、パフォーマンスのモニタリングとインセンティブを適用すべきである (3)。

リスク

短期的な利益は、例えば潜在的な利害の衝突に対処するのではなく、それを隠したり無視したりするなどのショートカットにより得られる。しかし、こうした衝突はつきまとうも

ので、結局はそのプロジェクトが最も脆弱になった時に、それを強制終了させてしまう可能性があることが、タワナ・パキスタン・プロジェクト（Tawana Pakistan Project）の例から分かっている。このプロジェクトは、女児の就学状況と栄養状態を改善することにおける村落の女性のエンパワーメントをするうえで、地元レベルでは非常にうまくいった。しかし行政のリソースを村落の女性にコントロールさせることに慣れていなかった公務員の抵抗に遭った。プログラムはやがて、明確な実績や利用可能なリソースがあったにもかかわらず終了させられた。予期される抵抗に最初から対処していれば、結果は違っていたかもしれない（13）。バングラデシュの月経調節法プログラムのように、さまざまな利害関係者の間で、機に乗じた非常に微妙なバランスを取ることで、強い社会的価値観と衝突するようなプログラムを継続することが長期的にうまくいく場合もある。しかし、例えば、新しい技術が利用できるようになったとき、保健医療制度の基盤が変わったとき、あるいはドナーが部門別の資金提供に移行したときなど、そうしたプログラムを更新することが難しくなる可能性がある（12）。

優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの低いレベルで不公平に対処することは、上海の出稼ぎ労働者のデリバリーセンターの場合のように、現状維持に寄与するかもしれないような、その場しのぎの措置であり、当問題の最も目に付く症状のいくつかを公衆の面前からは取り除くが、根本原因には対処せず、その場しのぎの措置が廃れ始めても、そうした根本要因は残ってしまう（3）。公衆衛生の問題に対する応急措置は、とりわけ貧困者を優先する、下流の対応策によって不公平の問題を解決することを約束するような場合には、長期的には効果的ではないと考えられる。ソーシャルマーケティングの実施と、殺虫剤処理蚊帳の無償配布との対比のように、アプローチによっては全く相容れないことさえあり、極端な場合には、相互にとって有害な場合もある（22）。

すでに指摘したように、リーダーの役割というのは、社会的決定要因にもとづくアプローチを準備し、立ち上げ、実施するうえで、決定的に重要となりうる。しかしながら、ひとりあるいは少数のリーダーに依存すると、例えばコミュニティ開発プログラムと特定の政治課題との結びつきが密になりすぎてしまうなどのリスクもある（16）。パキスタンにおけるコミュニティベースの刷新的な栄養プログラムの場合には、政府の大臣がそのプロセスを主導し、政府の資金提供も確保したが、その後解任されたために、そのプログラムの実施を監督できなくなってしまった（13）。

外部機関

外の機関は政策研究、擁護活動、技術支援において重要な役割を果たすことができる。バングラデシュとペルーの事例にそれぞれ見られたように、政府が利益団体の圧力を受けている状況では、こうしたサポートがさらに重要になる。しかし外部機関の価値観が中立で

あることはめったにない。例えば、ペルーにおいて 1997 年から 2002 年の間に主要なドナーがコミュニティの共同管理にもとづくプライマリーヘルスケア制度に新しいリソースと活力を注入すると、彼らの視点もコミュニティが中心にある共同体主義から、効率性に焦点を置く功利主義に変化した（21）。バングラデシュでは、主なドナーが、はじめは中絶に賛成であったのが、その後価値観が反転し、資金投入を止めるに至り、プログラムにかなりのインパクトを与えた（12）。タンザニア連合共和国で、蚊帳の配布に関してアプローチが色々変わったのは、それらの効果についてのエビデンスよりも、むしろドナーの見解が変わったことによるところが大きい（22）。

カナダの自殺防止プログラムでは、資金提供者は、しばしば目に見える即座の行動を好み、ファースト・ネーション先住民族における自殺の社会的決定要因に対処するために求められる長期戦略にはあまり関心を示さなかった（2）。そのほか、試験的な小規模のフェーズには、外部の資金を比較的容易に見つけられるが、長期で大規模な実施の場合には、資金を提供するのは政府でしかないとわかった（17, 20）。社会的決定要因に取り組むプロジェクトには、成果を示し、意識向上を目指す、垂直的な短期戦略とともに、根底にある決定要因に対処し、持続的な効果を下支えする、能力開発ともかかわりのある水平的な長期アプローチが必要である（14）。ドナーは、これらをサポートする準備ができていなければ、関与を避ける選択ができる。しかし政府には、そのような選択をする余裕はない。

14.5 測定

限られた数の先進国以外においては、公衆衛生状態のアウトカムを人口集団の社会的特徴と体系的に関連付けたデータは著しく少ない。大規模な有病率調査でさえ、調査対象者の社会的背景についての情報をルーチンで集めてはいない。注目すべき例外として、人口保健調査（Demographic and Health Surveys, DHS）、複数指標クラスター調査（Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS）、グローバル保健調査（Global Health Survey）が挙げられる。またサービスに関するデータは、患者の社会的背景について情報が含まれていることはめったになく、まさに社会的決定要因のためにサービスにアクセスできない人々の情報については言うに及ばない。さらに、サービスを受けるに至った人についても、差別的なサービスを受けたかどうか、またそれによる帰結がどうであったかに関する体系的な情報はほとんどない。

分析したほとんどの公衆衛生状態に関するエビデンスは、さまざまなデータソースから得たものを継ぎ合わせるしかなかった。そこから見出される全体像と傾向は、財産や教育といった、よくある層別化因子に対応して、すべての状態に社会的勾配が認められる点で明確である一方、実際は、前述の第 14.2 節にまとめたように、状況はしばしば非常に複雑でダイナミック（動的）である。

政策決定のためのエビデンス・ベースを改善するためには、次のことが必要である。

- ・ 人口調査の設計を修正して、幅広い範囲の社会的決定要因を捉え、より多くの公衆衛生状態を扱い、保健医療サービスにアクセスしない人々に関する情報も提供できるようにする
- ・ 背景、立場、暴露、脆弱性といった社会的決定要因を、ヘルスケアアウトカムや帰結と結びつけられるように、サービス提供に際したデータ収集の手順と書式を設計する
- ・ データは、例えば最も裕福な人々と最も貧しい人々との比較など、単なる比率だけではなく、むしろ格差の勾配を示すように、データを収集、処理、提示する
- ・ 社会的決定要因と人口集団の健康との関連性についてのすべてのデータが統計的分析に適していないことを考慮して、統計的手法と順序立てて述べる手法とを組み合わせ、政策に影響を与えるようなエビデンスを提示する
- ・ データの欠落を埋め、通常の「何が」「どの程度」に関する質問に加えて、「なぜ」「どのように」という問いに対する答えを追及するような、学際的な疫学、社会学、サービス研究のためにリソースを充てる
- ・ 健康の社会的勾配と、介入の効果が人口集団内で等しく分配されないかもしれないという事実とを考慮して数学モデルを構築する

個々の公衆衛生状態に関するプログラムノードにより、測定とエビデンスに関しては、多くの懸念事項が挙げられ、それらに対する提案がなされた。懸念は主に次の 4 つの問題に集中した。

- A. データの集計。**複数の決定要因が、しばしば同時に作用するため、集計してしまうと差異や分散が埋もれてしまいやすく、そのために、例えば国データや国際データでは、結論が明確にならなかったり、実践的な行動や介入の指針としての有用性が限られてしまう。
- B. ローカル・データの収集。**いくつかの公衆衛生状態は、局地的であったり、関与する人口集団が小さいため、ルーチンの情報システムではそのデータ収集をするのに適していなかったり、統計分析を行うには観測数が不十分であったりして、数が少ないことが問題となる。
- C. 副作用。**社会的決定要因のレベルで介入すると、予期せぬ有害な副作用が生じる場合がある。その副作用のいくつかは、介入する公衆衛生プログラムの直接の利害範囲の外、あるいは保健医療部門の外で現れるかもしれない。
- D. トレンド（傾向）の時宜にかなった特定。**トレンドはしばしば、診療所などにおける数値の増加として明確に現れた時に初めて保健医療制度はそれに気付く。その数年の間に、効果的な対応策が実施できていたかもしれない。

これらの問題に対処するため、多くの提案が個々の公衆衛生状態プログラムノードにより提出された。

有害な決定要因のクラスター化のモニタリング

顧みられない熱帯病はその局地性が特徴的であり、結果として、例えば国家レベルや郡レベルなど、高次の集計レベルでの統計的平均値の中に、疾病負担が高い小集団や小地域が埋もれて見えなくなってしまうリスクがある。生物医学や生物学だけではなく、気候学、人口統計学、経済学、人類学のノウハウを含む、複数の専門分野にまたがる必要知識を含めた、革新的なサーベイランスシステムを確立することが、顧みられない熱帯病を制御する前提条件である。その目的は、脆弱な人口集団を特定することで、それも従来の疫学データに基づいた遡及的な方法だけではなく、既存の、あるいは潜在的な疾病のホットスポットを、（例えば移民集団、気候現象、貧困、女性識字率、幼児死亡率などの）基礎的な指標を用いて特定することにより、そうした脆弱な人口集団を前向きにも特定することである。このアプローチは顧みられない熱帯病のホットスポットに対して、治療または予防の介入を導く手法となり、最も不利な条件にある人口集団の健康における不公平を軽減できるかもしれない（第8章）。

この考え方を一般化して、例えば複数の公衆衛生状態の経路にある決定要因のクラスター化の検出ができる。そのアプローチはさまざまで、衛星を利用した国家レベルでの精巧な地理情報システムから、地区、村落、コミュニティレベルでの、簡単な口伝えによる情報やマッピングなどにまで及ぶ。これは必ずしも新しいデータの収集を要するとは限らない。さまざまなソースから既存のデータを集め、それを新しい方法で分析、提示することで、かなりの利益が得られ、多部門間の対応も可能に示う。このアプローチによって、上記のA、B、Dの問題に対処できるかもしれない。

包括的な社会環境、物理的環境のモニタリング

国際糖尿病連合（International Diabetes Federation）は3年に1度、『糖尿病アトラス（Diabetes atlas）』を発行し、その中で世界中の糖尿病の有病率と合併症の要約統計をまとめている。本作業は次の2つの方向に伸展しうる。それは、この情報を各国内で人口の小集団ごとなどに提供する方向と、それに加え、糖尿病の上流の決定要因と糖尿病における不平等に関する情報、つまり都市中心部の歩きやすさ、食品小売店の分布、糖尿病のニーズに対するヘルスケアの分配など、要するに肥満を起ししやすい環境のモニタリングに関する情報を含める方向とである。これらのデータは、ある程度は既に存在し、まだ整理されていないか、まとめられていないだけだが、多くの低所得国については、新たなデータ収集が必要となるかもしれない（第5章）。

また、これをさらに拡張して複数の公衆衛生状態と必然的な関連性を持つ、我々の生活、食事、飲酒、喫煙、労働、運動や移動の仕方の傾向をマッピングおよびモニタリングすることも考えられる。このような情報は、分析枠組みの全レベルにおいて介入の指針となり、その焦点を定め、モニタリングする際に役立てられる。そのようなデータベースを維持するのが困難であろうことは事実であるが、これは低次よりも高次の集計レベルについてとくに当てはまる。例えば、都市や、とりわけ近隣地域のレベルでは、インターネットに基づくデータ収集システムを用いて、継続的にデータを分析して、その結果を政策決定者や一般市民に提供することが可能である。このアプローチは上記の A、B、D の問題に対処できるかもしれない。

コミュニティの記録

データは必ずしも統計学者、疫学者や行政官によって集められる必要はない。規制という手段を用いて健康の決定要因に取り組んでいるところでは、規制する必要性を裏づけし、適切に規制を施行するために、データ収集に公式統計を用いることが重要である。しかし多くの研究が示してきたように、一般の人々でも、自分達のコミュニティにある危険を特定し、その危険への対応を提案することが十分にできる。こうした地元の素人の知識を記録することが、コミュニティと協力して地元レベルでの健康を向上し、さまざまな種類の介入を試す、一つの手段になるかもしれない（第 13 章）。

この考え方をさらに発展させて、ほとんどの公衆衛生状態に共通してみられた社会的決定要因や介入の入口もその対象に含めると同時に、特定のコミュニティにだけ関連すると思われる、追加の決定要因も含む余地を残すことができる。こうして、上述の提案を地元レベルまで落とし込むことができ、そうすることで、高次レベルで集計すると公平性の観点が見失われてしまうことに伴う問題をいくつか克服できる。このような記録は、アクセスの欠如、サービス提供者の不適切な行為、治療の不公平な成果など、公式の情報システムが提供するのが難しいようなデータなどの情報のコントロールをコミュニティに託すことで、コミュニティのエンパワーメントにとって重要な役割を果たせる。このアプローチは上記の A、B、C、D の問題に対処しうる。

介入による有害な副作用のモニタリング

介入によって生じる可能性のある副作用を管理、モニタリングするには、主な関心領域以外におけるアウトカムの測定が求められるため、必要なデータが大きく欠落している。例えば、ポリオ撲滅キャンペーンなどのイニシアチブは、子どもの生存問題への注意をそらしていると非難されているが、実際これらのプログラムの評価に子どもの生存に関する指標の測定も含まないかぎり、その副作用の可能性についてエビデンスが得られないことになる（第 4 章）。

起こりうる副作用をモニタリングする問題には、より一層の注意と精巧さが求められる。優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの上位 3 レベルの決定要因に的を絞った介入については、その副作用は空間的、時間的にも隔たりがあり、より深刻で、それを予測して食い止めることもより困難になる可能性がある。いくつかの有害な副作用に関しては、そのリスクが予見できるので、それをモニタリングできる。また、別の場合には、ある部門における介入が、人々の健康に及ぼした悪影響が表面化する前に、別の部門において副作用を生むかもしれない。この後者の副作用を捉えるには、相関関係が分かっていない大量のデータに目を通す必要がある。その点では、クレジットカード会社やテロ対策機関が、大量のデータフローの中から、普通ではない出来事や、パターンや傾向の変化を検知する方法から、何か学べるかもしれない。このアプローチは上記の C、D の問題に対処しうる。

指標の選択

熟練の助産師は、適切なトレーニングを受け、病院など主要な産科合併症を管理できる施設のサポートがある場合に限り、妊産婦死亡率を低減することができる。そのため、熟練の助産師が介助する出生率という指標の有用性は、国による熟練した助産師の供給増加と、病院施設へのアクセス向上とが相関関係にあることに依存する。これは、おおむね事実のようである。しかし熟練の助産師が介助する出生率の増加がミレニアム開発目標の 1 つであるため、この目標に向けた前進を実証しなければならないプレッシャーを各国が感じ、そのために熟練した助産師の人数とサービスの質との関連性が脅かされるかもしれない（第 10 章）。

この例は、指標そのものがアウトカムよりも重視されてしまうような状況を表しており、単一あるいは少数の指標に依存するよりも、むしろプロセスとアウトカムに関する指標の両方を慎重に定める必要があることを強調している。さまざまな部門を横断する社会的決定要因に関する指標の選択は、より複雑になる。しかし適切にその過程が管理されれば、目的とされる複雑な社会的および健康上の成果を達成しながら、より幅広い参加とオーナーシップを促すことができる（16）。

健康の社会的決定要因と健康における公平性についての効果的なデータ収集、分析、プレゼンテーションは、それ自体ひとつの新しい分野とも見なせる。それは、健康に直接関係しない多くの異なるソースからデータを得て、それらを結合、分析し、何よりも聴衆に理解しやすく有用であるように結果を発表することである。この聴衆とは、通常の保健医療関係者の聴衆よりもさらに幅が広く、部門管理者、政治家、一般大衆などを含む。後者にはジャーナリストや隣人も含まれれば、その存在すら知らなかったり、決して会おうとは思わなかった近所の人なども含まれる。

大きな課題となるのは、健康の社会的決定要因と公平性の討議を、哲学的、理論的な話から、実用、管理の場へ移すことである。本章に示した考え方と提案は、各公衆衛生プログラムが取りあげた時、初めてその価値を発揮する。次節では、これらが公衆衛生プログラムや一般のプログラムにとって何を意味するのか、とりわけ WHO にとって持つ意味合いについて議論する。

14.6 意味付け

各公衆衛生状態に特化した、国内および国際的な公衆衛生プログラムが、これまでの章で記述した社会的決定要因にもとづくアプローチを採用することによる影響は数多く、非常に重要な意味を持つ可能性がある。それでもなお、既知の、あるいは徐々に進歩する保健医療技術を適用する以上のことをするのをためらうプログラムがあるのには、いくつかの理由がある。そうしたプログラムのほとんどの上級スタッフが社会的アプローチよりもむしろ生物学的アプローチに慣れていること、政治課題やメディアにおいて、保健医療問題への注目が高まり、その中で社会制度と保健医療制度の基礎的な機能を考慮する長期ビジョンよりもむしろ短期の対策が後押しされてしまっていること、そして、それと関連して、しばしば限定された狭義の指標に対する即座の測定可能な効果を生む目的で資金が割り当てられてしまうことである。国際的にはここ 10 年で、外部で確立されていながら、WHO のプログラムの考え方と方向性にも強く影響するような、単一目的の、保健医療商品に焦点を絞ったイニシアチブの数と規模に顕著な成長が見られた。

これは数多くの個人の苦しみに対して効果があることは疑いようがないが、人口集団の健康に対する影響については疑問の余地がある。人口集団内でどのように健康が分配されるかは、第一に経済的および社会的な開発政策の公平性に関わることである。多くの公衆衛生プログラムが、前述の各章にまとめたように、感染性および非感染性疾患のグローバルな流行の増加を止めるため、あるいはグローバルな保健目標を達成し維持するためには、技術（テクノロジー）だけでは足りないことをますます理解してきている。いくつかのプログラム、とくにたばことケガの領域におけるプログラムが、保健医療部門に根差したプログラムであっても、上流の決定要因に対処し、効果的に他部門と協力できることを既に実証している。これらのプログラムが実施する介入の多くは、安心領域の外に踏み出るのを渋っているいくつかのプログラムにも適用できる。そのほかにも、「ストップ結核」プログラムなど、社会的決定要因にもとづくアプローチを生物医学的アプローチと統合し、パラダイム変遷を進めているプログラムがある。

個々の公衆衛生プログラム

公衆衛生プログラムは、主に予防および治療の介入を通して社会的決定要因のアウトカム

と帰結に対処するよりも、むしろ上流に目を向け、社会的決定要因の影響が差別的な脆弱性やヘルスケアアウトカムとして現れる前に、それらに対処するための介入を多様化、拡張しなければならない。個人と特定の小集団に焦点を当てることに加えて、人口集団全体に対しても、より多くの注意を払う必要がある。これは、公衆衛生プログラムが、生物医学的な側面を維持しつつ、より幅広い、社会、経済、開発アジェンダを包含するように拡張する必要があることを意味している。それは、ある程度のリソースを「修復作業」にあてることから、問題をその根源から低減する作業に移行することを含意する。長期的には、技術と社会的決定要因にもとづくアプローチとを組み合わせることが、現在の健康問題、あるいは今後起こりうる健康問題の多くに対処するうえで最善の策となるかもしれない。社会的決定要因にもとづくアプローチを取るうえで、個々の公衆衛生プログラムが実施できる特定の行動には、次のものが挙げられる。

- ・ **情報システム。**公衆衛生プログラムは、公衆衛生状態ごとの、人口集団における健康の分配に対する見識を提供するために、情報システムを見直し、改訂、あるいは開発すべきである。その際、そうしたシステムのアウトプットの実用化を促すために、国レベルおよび地元レベルに焦点を絞るとよい。
- ・ **能力開発。**それぞれの公衆衛生状態や国の背景に応じて、格差の勾配、パターン、そして発生経路を分析し、それぞれに固有の状況に最も適切な介入やアプローチを適用することができるよう、各国のプログラムの能力強化をする必要がある。
- ・ **介入パッケージ。**各公衆衛生状態と、さまざまな形状やパターンの社会的勾配に対応するような一連の介入パッケージを開発して試験する必要がある。
- ・ **擁護。**すべての公衆衛生プログラムは、自身の作業において、そしてより幅広い社会的、政治的、経済的議論の場において、社会的決定要因にもとづくアプローチを取り入れることを擁護する必要がある。

プログラム間の協力

不利な条件にある人口集団の人が、保健医療サービスにおいて、どのような扱いや処置を受けるかということから、ガバナンスや近代化などに関連した背景因子までを含む、重要な社会的決定要因は、幅広い範囲の健康状態に共通してみられる。現在、プログラム間には協力および共同行動ができる、多大な潜在性が未開発のままである。ある場合には、例えばサービス提供やアウトリーチ活動において、直接プログラムを統合させることが良案かもしれない。また、他の場合には、あるプログラムの権力や見解を利用してそのプログラムに主導権を握らせ、他のプログラムは、追加のエビデンスと議論をもって、そこに加わることがよりよいアプローチとなるかもしれない。

明らかにできそうなプログラム間の協力行動には、次のものが挙げられる。

- ・ 個々の公衆衛生状態の発生経路上に**共通してみられる社会的決定要因**と、共通の介入

の入口をそれぞれ特定し、各国の背景を考慮した調整をする。

- ・ **通常健康情報システム**（ルーチンの報告、サーベイランス、調査等）に、複数の公衆衛生状態の経路上に現れる社会的決定要因に関する情報を組み込む。

- ・ 個々の行動よりもむしろ団結した行動の方が、**ヘルスケアサービスの一般的な提供方法や、保健医療制度の設計や機能に影響を与えられる確率が高いことを認識する。**

- ・ 一連の公衆衛生状態に対して脆弱である、**地域特有の、あるいは特定の人口集団**の状況とニーズを対象を絞った、プログラム間に共通するオーダーメイドの介入パッケージを開発し、実施する。特定の疾患を対象とした個々のプログラムの間の垣根を越えることによってそれまでの行動方法を変え、複数の状態の併存や共通のリスク因子、または脆弱性の源の流行を抑える。

- ・ 保健医療部門内からと、より広いアウトリーチをするために、市民社会、政界、メディア、他部門などからも、公衆衛生プログラムの**指導者および擁護者**を特定、養成、サポートする。

- ・ 既にメディア、政治家やドナーから注目を集めている大規模な公衆衛生プログラムは、上流の社会的決定要因に対処することにより、有意義かつ永続的な方法で人口集団の健康を向上させることの重要性について主張するという、**特別な社会的責任**を担い、それを実行に移す。

社会的決定要因に関連するプログラムの活動を、例えば保健省内で、社会的決定要因を専門とするプログラムや部門として分離独立させたくなるかもしれない。しかし、そうすると必然的に権力、資金や集中力が足りなくなる。社会的決定要因はあらゆる人に関わることであり、それらへの対処の効果と持続可能性は、すべての公衆衛生プログラムの積極的かつ継続的な関与に依存する。社会的決定要因専門のプログラムや部門は、関係者を招集したり、変革を促したり、分析や発言を支援したりする役に徹するべきである。

公衆衛生プログラムの他部門との関係

健康はすべての人にとって重要であり、公衆衛生プログラムは、重要なポピュレーション・ヘルスの問題に対処すると考えられるために存在する。特定の疾患を専門とする疾病管理プログラムは、制度に対処するのではなく、実際の人々を扱い、病気を抱えていたり、亡くなったり、苦しんでいる人々に対応するため、民衆と政治家に対して特別な魅力を放つ。しかし、それにはなぜ人々が病気になって死んでしまうのか、なぜ特定の人々が他の人々より脆弱であるのかを特定して伝える義務も伴う。保健医療プログラムには、可能性のある介入の入口と介入を特定し、状況をモニタリングするための枠組みを提案する社会的責任がある。そうしたプログラムは、社会経済的地位と健康との関係についてのエビデンスを提供し、社会的、経済的変化を擁護し、例えばイデオロギー、既得権利、経費などを理由に、変化に対して抵抗する勢力に対処すべきである。そうすることで、健康の社会的決

決定要因および健康における不公平への対処においてリーダーシップを示すことができる。これに関連する行動には、次のものが考えられる（第 14.3 節に提示した一般的な分析を手引きとして用い、個々の国の状況に適合させる）。

- ・ 決定的に重要な経路を分析し、保健医療部門以外の部門による介入を必要とする、4 つから 6 つの**最も見込みのある介入の入口**を特定する。その際、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの上位 3 レベルにとくに重点を置く。
- ・ 証拠を挙げて説得力のある主張を展開し、提示する。健康の社会的決定要因と健康の不公平についてのエビデンスベースを**要約し、世に広め**、一連の公衆衛生状態の悪化を防いだり、罹患率を下げたりするような社会的介入の必要性和利益を実証し、具体的な行動と目標を提案する。
- ・ 成功実現には、行政の他部門との密接な協力と、世論の圧力の創出との両方が必要であることを踏まえ、国の行政および地方行政、そして上級公務員から草の根組織までを巻き込みながら、**社会参加と垂直統合**を通して、下からと上からとの両方向から同時に取り組む。
- ・ 人口集団の総合的な健康を目標とする一方で、他部門がプログラムの活動に価値を見いだせるように、協同的な部門ごとの指標を採用する。
- ・ 国際的な財政および開発支援に関わる人々や、**各部門の計画立案者の能力開発**と意識向上を行い、健康がどのようにもたらされ、また、政治、社会、経済の発展、不公平、そして健康との関係性についてよりよく理解できるようにする。

公衆衛生プログラムは、関連する介入の入口への鍵を握る者を特定し、彼らが行動を取るように説得すべきである。これは、例えば部門間で直接的に行うこともできれば、市民社会組織を奨励、サポートしたり、積極的にメディアを利用したりするなどして、間接的に行うこともできる。上流にある健康の社会的決定要因に望ましい変化をもたらすには、非常に長い期間にわたる体系的で持続的な努力と献身、ならびに、そのプロセスを前進させるための専任のリーダーと擁護者が必要であるという理解が重要である。

WHO にとって意味するもの

優先すべき公衆衛生状態についての情報ネットワークは、異なる各種プログラムが関与しながら、また多くの場合には初めてそうしたプログラムが共同で作業を行った結果、社会的決定要因に対して協力と合同の行動を行う必要性和可能性があることを実証した。世界保健総会は、グローバルな保健課題を討議できる特有のフォーラムであり、WHO の事務局長は、行政および国際的な経済、社会、開発フォーラムの最高レベルにアクセスができる。WHO 内部で着手できる行動もあり、2008 年～2013 年中期戦略プラン(Medium-Term Strategic Plan 2008-2013)の中で、健康の決定要因に幅広く関わる 4 つの戦略的目標が特定されている (23)。

2009 年 5 月、世界保健総会は、「すべての人々に健康を」という原則を想起させ、より広く健康の決定要因に対処することが重要であることを再び主張した。決議 WHA62.14 により、世界保健総会は、国際コミュニティと加盟国に対して行動を起こすよう促し、政治的コミットメントを通して、健康の不公平に焦点を絞った公衆衛生のための政策と戦略を策定、実施するよう呼び掛けた。その決議は、具体的に WHO に対して社会的決定要因を指針として、さらに WHO が取り組む全領域、とくに優先すべき公衆衛生プログラムにおいて健康の不公平の低減を目標に据えるよう求めた（24）。

複雑な社会問題は包括的な介入を必要とし、グローバルな公衆衛生課題に対する包括的な解決策のひとつの重要な側面として、公衆衛生プログラムにおいて健康の社会的決定要因に対処する必要がある。そこで WHO は、公衆衛生プログラムにおいて健康の社会的決定要因と健康の公平を主流化させるため、介入と戦略を再定義し、さらに健康の社会的決定要因と健康の公平に関する決定的に重要な領域において行動を起こす能力を、プログラムと加盟国の両方において強化することが求められる。死亡率の高い病気に介入をすれば明らかに命を救えるが、WHO は、より長期的な取り組みに重点を置いて、それにかかわる困難な政治的、社会的プロセスに従事する必要がある。そうしなければ、近視眼的なアプローチが公衆衛生プログラムの考え方、信念、態度に組み込まれてしまい、例えばアフリカなどにおいて、主要な公衆衛生問題の管理に失敗する原因が、ツール（診断法、薬剤、ワクチン）の欠如ではなく、むしろ歴史的経緯のある、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みにも定義されている、幅広い範囲の社会的決定要因によるものであるにもかかわらず、行政内やパートナー機関、金融機関などの間で、新しいアプローチを追求することに対して抵抗や渋りが生じる危険がある。

また、社会的決定要因に対する公衆衛生プログラムの合同行動の制度化を、まずは WHO 内から始めて、そこから各国に広げていく必要もある。これは、例えば WHO のプログラムが特定の公衆衛生状態についての取組を既にサポートしており、これらのプログラム、WHO の国事務局、当事国政府、その他の健康開発パートナーが、公衆衛生プログラムづくりの境界を変える作業をする準備ができているような草分け的な国々では、最小限のリソースを追加することで実施できる。さらに、本巻を通して実証してきたように、健康アウトカムのほとんどは、保健医療部門以外で形成されるため、WHO は積極的に開発部門の他のさまざまなパートナーの取組と自身の作業を調整、調和させる重要な役割を担う。こうした協同作業は、2008 年世界保健報告書（World Health Report 2008）（25）に表されたプライマリーヘルスケアの再生に関する考え方とも合致し、またプログラム間の結束や、個々のヘルスケアサービスの提供を上回ることを促す。現実的な出発点として考えられるのは、どのプログラムに所属しているかにかかわらず、すべてのプログラムスタッフに対して、事前

研修および現場研修を通して、それぞれの状況に関連するすべての優先すべき公衆衛生状態に関して、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの5つの各レベルにおける、見込みのある介入の入口、可能な介入、そして立役者を見分ける技能とツールを習得させることである。

14.7 結論

本章では、他が何をすべきかということよりも、各状態別の公衆衛生プログラムに何ができ、何をすべきかに焦点を絞った。プログラムづくりにおいて、社会的決定要因にもとづくアプローチを効果的に採用するためには、管理や組織にかかわる問題に取り組み必要があることは明らかである。そうしたことから、次の結論が導き出される。

- ・ **能力基盤の強化。**社会的決定要因に関する各プログラムの能力基盤を強化する必要がある。これは短期的には、どのように結果を測定し評価するかということも含め、プログラムのインセンティブ構造を変えることでできる。成果主義の枠組みにもとづく管理体制だと、分野横断的な問題が見失われる傾向にあり、またプログラム間あるいはプログラム内の協力が過小評価される傾向にある。長期的には、公衆衛生、医療、看護の教育において、適切な能力が育てられるように方向付けなければならない。

- ・ **社会的決定要因のための再編成。**現在、社会的決定要因にもとづく人口集団の健康へのアプローチをサポートするように構築され、情報を十分に把握し、ツールも備えた保健医療プログラムや組織はほとんどなく、この分野におけるプログラム間の協同作業の潜在性が限定されている。行政内、あるいは公共の場における、部門間の政策決定と政治プロセスに、より多くの注意を払う必要がある。

- ・ **コミュニケーションと対話。**プログラム間のコミュニケーションの多くは、リソースの動員について集中してしまい、人口集団の健康を向上させるために求められる、社会、経済、政治にかかわる複雑な変化のプロセスに関する公共政策についての対話に疑問を投げかけたり、そうした対話を生み出すようなことをしていない。

- ・ **適切な時間軸。**各種プログラムは2つ以上の時間軸上で作業する必要がある。短中期では、不公平を補正するために、既存のツールを適用し、サービスを改善する必要がある。しかし、短中期で達成される成果はもろいものである。永続的な解決を得るためには、健康の社会的決定要因の根本に影響を与えるために他部門と協力することが不可欠である。ほとんどの公衆衛生プログラムが通常従事する作業に比べ、こうした作業の時間軸の方がはるかに長いのは明らかである。

- ・ **エビデンスにもとづく行動。**ドナーや各種プログラムが、各国の、あるいは国際的な公衆衛生プログラム作りの過去60年の道のりを振り返ると、かつて有望と思われたが期待された結果を出せなかったアプローチが散在して見えるだろう。後になってわかることだが、実施されたものの、その後中断された対策の多くは、より包括的なエビデンスを得られていたならば、期待される結果が導かれないことは予見できたはずである。これは、リ

スクを取るべきではないというのではない。新しい革新的なアプローチは奨励されるべきであるが、疾病の罹患率だけにとどまらない人口集団の健康への影響を実証するため、より良い情報システム、実行研究 (implementation research)、評価研究 (evaluative research) による裏づけが必要である。

- ・ **コストへの影響。** 社会的決定要因にもとづくアプローチを取ると、直接の介入コストのほとんどを他が負担するため、たいていの公衆衛生プログラムにとってコストの増加はわずかで済む。ヘルスケアサービスの実施においては、社会的決定要因にもとづくアプローチを取り、アクセスと利用の公平性を向上することは、一見、かなりのコスト増加を含意するように見えるかもしれない。しかし、公平性はリソースのレベルの問題ではなく、いかにリソースを配分し、そのコストをどこに計上するかという問題であるから、すべてのプログラム、サービス、社会に、より公平になることを目指す金銭的余裕はあるといえる。社会のいくつかの部門は、自身の行動が人口集団の健康へ与える影響を無視することによって短期的な利益を見出すかもしれないが、その長期的な代償は、保健医療部門だけではなく、社会、政治、経済の各部門にも、ゆくゆくは現れる。国の行政や計画立案者、そして国際的な団体は、リソース、コスト（代償）、利益を分配し、誘導する際に、包括的な社会の見方をしなければならない。

社会的決定要因にもとづくアプローチは、人口集団の健康向上を前進させる正しくかつ必要な方法であると、すべての懐疑派に納得させるような理論的なエビデンスが、すべて揃うようなことはありえない。しかし、本巻の各章を通して、どの公衆衛生状態であろうと、人口集団の健康と人口集団における健康の分布は社会的に形成されるという、明確で一貫性のある主張を示すのに十分な情報を示した。また、健康の社会的決定要因へのさまざまな形態の介入の実施を試みてきたプログラムが現場から学んだ教訓に関する知見も提供された。何ができるかについて具体的なアイデアも提供されており、健康の社会的決定要因に関する委員会の他の情報ネットワークが提供するエビデンスと共に、それが行政、ドナー、非政府組織に思い切って前進し、協力することを促すことが望まれる。実際の大規模プロジェクトに取り組むことで変化を起こすことが可能である。そのためには、重要な公衆衛生状態を扱う既存のプログラムを通してそうした作業に着手することが、堅実で実用的な方法である。

付録 14. A 優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの経路に出現する社会的決定要因

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
社会経済的背景と立場 社会	背景	
	グローバリゼーション（貿易、輸出入、生	2, 11

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
介入は法律、制度、部門間の関係、国など、社会を形成する要素を対象とする。	産)	
	都市化、都市・地方の居住環境	2, 5, 6, 8, 11, 12, 13
	弱いガバナンス、政治的不安定、適切な政策の欠如	6, 9, 12, 13
	立場	
	ジェンダー（性別）	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13
	急速な人口構造の変化	3, 6, 11, 12, 13
	年齢	3, 5, 7, 9, 10, 11, 13
	社会的地位、経済的・社会的・政治的不平等	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13
	民族性、少数派の境遇、人種	5, 6, 7, 11, 12
	社会的疎外	2, 4, 7, 8, 12
差別的な暴露 社会環境、物理環境 介入は組織、機関、企業を対象とする。	社会規範、文化的信念と実践、生活様式（結婚年齢、性行為の開始、子供を産む年齢などを含む）	2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13
	社会的スティグマ、差別	2, 7, 12
	スラムの形成、人口密集、クラスター化、困窮	2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13
	粗悪なインフラストラクチャー	4, 8, 13
	水と衛生	4, 6, 8, 9
	劣悪な生活環境・労働環境	2, 3, 6, 9, 12, 13
	廃棄物処理	6, 8
	栄養価の低い食品	4, 5, 6, 7, 9
	アルコールの手に入れやすさ、安全性、使用	2, 11, 13
	自然災害、戦争、紛争	4, 7, 8, 13
	規制されていない市場と小売店	2, 5, 6, 11
	食料の生産と調理	4, 5, 6
	産業や農業による非コンプライアンスおよび抵抗	2, 6, 9
	市販の食品取扱業者のコンプライアンス欠	6

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
	如	
	汚染された食品とアルコールの源、露店営業	2, 6
	マーケティング、広告	2, 4, 6, 11
	テレビによる暴露	2, 4, 7, 11, 13
	病気の媒介生物への暴露を含めた環境	4, 6, 8, 12
	有毒物質への暴露	6, 7
	不十分または安全でない保健医療サービス	3, 4, 10, 12, 13
	屋内環境汚染	3, 4, 12
	安全ではない住居	8, 13
	作業の機械化	3, 5
	致死的な手段の利用性	13
差別的な脆弱性 人口集団 介入は人口集団を対象とする。	手の届きにくい人口集団	2, 4, 5, 7, 9, 10, 12
	貧困	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12
	失業	2, 3
	ヘルスケアへのアクセスの低さ	4, 10, 12
	健康を求める行動パターンの低さ	3, 4, 5, 7, 9, 10, 12
	(親の) 識字率、教育、知識の低さ	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12
	喫煙	3, 5, 7, 9, 12
	(親の) アルコールと薬物の使用および乱用	2, 4, 7, 12, 13
	避妊用具へのアクセスの低さ	10
	殺虫剤処理蚊帳へのアクセスの低さ	4
	鉄やヨウ素など、微量栄養素へのアクセスの低さ	3, 4, 7
	フッ化物など、口腔衛生製品へのアクセスの低さ	9
	食の不安、栄養失調	3, 4, 5, 6, 7, 12
	虐待を含む幼少期の経験	2, 7, 9, 10, 13
	性的暴力	2, 10, 13
	親の精神衛生	7
	ソーシャル・キャピタルの欠如、家族また	4, 7, 10, 13

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
	はコミュニティのつながりの機能不全	
	女性の地位の低さ	4, 7, 9, 10, 13
	HIV	2, 4, 7, 12
	人口移動、労働力の可動性	6, 8, 10
	糖尿病	3, 4, 12
	遺伝的特徴、家族の病歴	3, 5, 7
	出産時の合併症	4, 7
	家庭内の慣習	6, 13
	妊娠中の母親のストレス	4, 7
	心理的リスク要因、仕事のストレス	3, 7
	運動不足	3, 5
	肥満	3, 5
	家族の大きさ、生まれた順序	7, 10
差別的なヘルスケアアウトカム 個人 介入は個人を対象とする。	保健医療従事者の適性の低さ	2, 3, 4, 5, 7, 10, 13
	不十分または弱い保健医療サービス	2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13
	差別的なサービス	2, 7, 10, 12
	限定された患者との交流、社会的階級の低さ	3, 4, 5, 10, 12
	治療の順守	2, 3, 4, 5, 7, 8, 12
	禁煙サービスの利用	11
	治療とケア、抗レトロウイルスのサービスの利用	12
差別的な帰結 個人 介入は個人と家族を対象とする。	教育と雇用	3, 4, 5, 10, 12
	学校欠席率	12
	社会的、財政的帰結	2, 3, 5, 7, 11, 12, 13
	社会的疎外、スティグマ	2, 4, 5, 7, 8, 10, 12
	保険からの除外	2, 3, 4, 5, 7, 10, 12

a. 各公衆衛生状態（第2章～第13章）について、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの各レベルで特定された社会的決定要因を指す。

参考文献

1. Gwatkin DR et al. Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an over-view. Washington, DC, World Bank, 2007.
2. Kinew KA, Meawasige A, Sinclair S. Youth for youth: a model for youth suicide prevention. Case study of the Assembly of Manitoba Chiefs Youth Council and Secretariat. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_can-ada.pdf, accessed 25 February 2010).
3. Xu Su et al. Dedicated migrants delivery centre in Min-hang District, Shanghai. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_prchina.pdf, accessed 25 February 2010).
4. Victora CG et al. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. Lancet, 2005, 366(9495):1460-1466.
5. Labonté R et al. Towards health equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final Report of the Globalization Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
6. Kjellstrom T (chair and lead writer) and Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
7. Popay J et al. Understanding and tackling social exclusion. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network to the Commission on Social

Determinants of

Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

8. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health - why it exists and how we can change it. Final Report of the Women and Gender Equity Knowledge Network to the Commission

on Social Determinants of Health. Bangalore, Indian Institute of Management Bangalore, and Stockholm, Karolinska Institute, 2007.

9. Benach J, Muntaner C, Santana V and the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET).

Employment conditions and health inequalities. Final Report of the Employment Conditions Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

10. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C and the Early Child Development Knowledge Network. Early child development: a powerful equalizer. Final Report of the Early Child Development Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

11. Gilson L et al., with inputs and contributions from the members of the Health Systems Knowledge Network.

Challenging inequity through health systems. Final Report of the Health Systems Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

12. Johnston H et al. The Bangladesh Menstrual Regulation Programme: a health system intervention for

reducing abortion-related mortality and morbidity. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_bangladesh.pdf, accessed 25 February 2010).

13. Khan KS, Agha A. Women's empowerment and participatory governance: two

- critical elements of social determinants of health. Case study of Tawana: a mega project in Pakistan. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_pakistan.pdf, accessed 25 February 2010).
14. Harris P et al. The Pacific Action for Health Project, Vanuatu. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_vanuatu.pdf, accessed 25 February 2010).
15. Uzochukwu BSC. Immunization Programme in Anambra State, Nigeria: an analysis of policy development and implementation of the Reaching Every Ward (REW) Strategy. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_nigeria.pdf, accessed 25 February 2010).
16. Siswanto S, Sopacua E. Reviving posyandus (integrated health posts) as an entry point of community development movement: a case study of the Gerbangmas movement in Lumajang District, Indonesia. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_indonesia.pdf, accessed 25 February 2010).
17. Javanparast S. Child malnutrition: an integrated and comprehensive study, engaging health and health-related social sectors. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_iran.pdf, accessed 25 February 2010).

18. Agurto I, Rodriguez L, Zacarias I. Food and vegetable promotion and the 5 a day Programme in Chile for the prevention of chronic non-communicable diseases: inter-sectoral and public-private partnerships. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_chile.pdf, accessed 25 February 2010).
19. Hargreaves J et al. Group-microfinance as a vehicle for health promotion among the poor: six-year process evaluation of the intervention with microfinance for AIDS and gender equity (IMAGE) in rural South Africa. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_southafrica.pdf, accessed 25 February 2010).
20. Tozan Y, Negin J, Wariero J. Improving rural health and eliminating extreme poverty: a case study of the implementability of a multi-sectoral rural development Programme in African communities. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_kenya.pdf, accessed 25 February 2010).
21. Altobelli L. Case study of the shared administration Programme and local health administration associations in Peru. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_peru.pdf, accessed 25 February 2010).
22. Koot J, Mtung'e R, Miler J. Insecticide treated nets in Tanzania mainland: reaching the most vulnerable, most exposed and poorest groups. In: Sommerfeld J et al., eds.

Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_tanzania.pdf, accessed 25 February 2010).

23 Medium-Term Strategic Plan 2008-2013. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://apps.who.int/gb/e/e_mtsp.html, accessed 5 July 2009).

24. Reducing health inequities through action on the social determinants of health. World Health Assembly Resolution WHA62.14. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 25 July 2009).

25. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008

世界保健機関 欧州地域委員会

第 62 回会議

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

(仮訳)



Nihon Fukushi University

WHO が 2012 年に『Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being』として出版。

© World Health Organization 2012

世界保健機関（WHO）非公認（仮訳）.

『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』

欧州地域委員会

翻訳協力者：佐藤ゆき

**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**

この健康 2020 と題された健康と幸福な暮らしのためのヨーロッパ政策枠組の最終文書は、WHO 欧州地域委員会第 62 回会議での検討のためにまとめられました。ここで打ち出されているのは、加盟国と世界保健機関（WHO）欧州地域事務局の戦略の方向性と優先政策行動分野です。

健康2020政策枠組は、加盟国およびヨーロッパの幅広い関係機関の参画を得て、十分な議論のもと開発されました。草案は、政府高官によるヨーロッパ健康政策フォーラムやWHO欧州地域委員会常任理事会（SCRC）など、いくつかの会議で検討され議論されました。この最終文書は、スイスのジュネーブで2012年5月19日～20日に開催されたWHO欧州地域委員会第19回常任理事会（SCRC）の第四部会で議論された改訂案も盛り込んだものです。また、正式な文書発言や大変多く寄せられた非公式な意見や見解も参考にしています。

この政策枠組が非常に充実した内容になったのは、加盟国や他の関係者から惜しみなく寄せられた時間と労力のおかげであり、欧州地域事務局地域事務局長は、そうしたすべての関係者に感謝するものです。

現在の任務は、加盟国の諸事情や状況に照らせば、健康2020政策枠組の誠意ある実施を確実に遂行することです。それには加盟国と地域事務局の多くの共同作業が必要であり、加盟国の健康に影響力を持ち健康向上のため貢献する意思を持つ多くの人々の協力が不可欠です。そのため、WHO欧州地域委員会がこの健康2020政策枠組を検討し採択するために招集されました。

この文書の付録には、この作業文書とそれに応じた健康2020に関する決議案の両方で強調された行動のため事務局が要する経費の意味が示されています。

注意：これとは別の、健康2020ヨーロッパ政策枠組と戦略文書には、状況分析と主要戦略と有効な介入、同様に実施に必要なエビデンスと提供力の詳細が示されています。

世界保健機関欧州地域事務局

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark Telephone: +45 39 17 17 17 Fax: +45 39 17 18 18

E-mail: governance@euro.who.int Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

健康2020

健康と幸福な暮らしのため

政府と社会がとりくむ行動を支えるヨーロッパ政策枠組

1. 世界保健機関（WHO）欧州地域の53の加盟国は新しい共通政策の枠組である**健康2020**に同意した。共通目標は、「地域人口の健康と幸福な暮らしを大幅に向上させ、健康格差をなくし、公衆衛生を強化し、市民中心の全員に公平で持続可能な高品質の保健医療制度を確保すること」である。

2. **健康2020**は、ヨーロッパ地域諸国の多様性を認識する。政府内外の多くの多様な人々に手を差し伸べ、21世紀の複雑な健康課題にどうしたらさらに良いとりくみができるかについて提案と方向性を示している。健康2020は、「すべての人に健康を」の価値を確認し、付随文書が提供するエビデンスに支えられて、2つの主要戦略の方向と4つの優先行動分野を明らかにした。「すべての人に健康を」政策から得た従来の経験に立脚し、加盟国とWHO欧州地域事務所の双方を導くものとなっている。

健康は大切な社会資源であり財産である

3. 良好な健康状態はすべての部門と社会全体に利益をもたらす—だからこそ健康は価値ある資源となる。良好な健康状態は、経済社会発展に不可欠なものであり、すべての個人、すべての家族および地域社会の生活にとって重大な問題である。健康状態が悪ければ、潜在可能性は失われ、悲嘆を招き、あらゆる部門から資源が流出する。市民が自らの健康や健康の決定因子を管理できるようにすることで、地域社会は強化され、生活は向上する。市民の積極的な参画がなければ、市民の健康を守り増進させ幸福度を上げる多くの機会が失われてしまう。

4. 社会を豊かに繁栄させるものは市民もまた健康にする—この認識に立つ政策はより効果的である。教育の機会均等、正規雇用、住宅、収入はすべて健康を支えている。健康は生産性と労働効率を上げ、より健全な加齢をうながし、病気と社会保障の支出を削減し、非課税を減らす。市民の健康と幸福な暮らしを実現するには、社会的健康の決定因子と個別の健康の決定因子に政府全体で一丸となって取り組むことが最善である。良好な健康は経済復興や発展をも支えることができる。

5. 健康パフォーマンスと経済活動は連動している—保健医療部門が資源活用を高めることが不可欠である。保健医療部門が経済に及ぼす直接的影響と間接的影響は、両方とも重要である。市民の健康や生産性に影響を与えるだけでなく、今や、どの中所得国と高所得国においても経済をになう最大部門の一つとなっているからである。保健医療部門は大規模雇用主であり、重要な地主であり、建設者であり、消費者である。また研究と技術革新の主要推進者でもあり、人、知、モノをめぐる国際競争でも重要な部門となっている。その重要性は今後も増し続け、それに伴い、より幅広い分野において社会的目標への貢献度も高まるだろう。

6. WHO欧州地域では、健康はこの数十年で大きく向上した。しかし例外地域もあり、平等というわけでもない。これは受容し難いことである。多くの民族や地域がとりのこされ、経済の悪化に伴い、多くの状況下で健康格差が国内あるいは国家間で拡がりつつある。少数民族、いくつかの移民地域、旅行者やジプシーのような集団が格差に苦しんでいる。疾病や人口統計、移民の傾向にみられる変化が、健康の前進に影響するかもしれず、より良い管理とガバナンスが必要とされている。慢性病と精神障害の急増、社会的つながりの欠如、環境への脅威、財政不安などが健康の向上をこれまで以上に難しくし、保健福祉制度の持続可能性を脅かしている。真に貢献できる創造的かつ革新的な対応が必要とされている。

強い価値基盤：到達しうる最高基準の健康をめざして

7. 健康2020はWHO憲章が掲げる価値観に基づいている：「到達しうる最高基準の健康を享有することは、万人の有する基本的権利の一つである。」WHO欧州地域内の諸国は、健康権を認め、すべての国民が同じく平等にアクセスできる保健医療制度を指針の価値として認め、制度の構築と財源捻出の努力を重ねている。各国は民族、性別、年齢、社会的地位、支払い能力のいかんにかかわらず、到達しうる限り最高基準の健康をめざしている。こうした価値観には、公平性、持続可能性、品質、透明性、信頼性、性の平等、尊厳、および決定に参加する権利が含まれる。

健康を向上させる強力な社会経済的案件

8. 医療支出が政府に提示する課題はこれまでになく大きい。多くの国で医療費が国家予算に占める割合は過去最高となっており、医療コストはGDPよりも急速に増えてきている。しかし、そうした諸国のうち少なくとも数カ国では、データは、医療支出と健康成果の間に相関関係がないことを示している。多くの保健医療制度が支出削減に失敗する一方、ひっ迫する財政が、これまでになく医療の収支バランスの適正化や社会保障の確保を難しくしている。医療コストを主に動かしているのは、新しい治療や技術、健康リスクからの保護と高品質医療へのアクセスにたいする市民の期待の高まりなど、供給側である。いかなる保健医療改革も、着手する前に、深く入り組んだ政治経済的利害と社会文化的な反対を慎重に考慮すべきである。こうした課題は、厚生大臣だけでは解決できないため、複数部門によるアプローチを必要とする。

9. 真の健康利益は、効果的な戦略を採用すれば、支払い可能な額と限られた資源の範囲内で達成できる。病気予防の経済に関して集積されたエビデンスは、医療費をどうしたら抑制できるかを示している。しかし、医療費抑制が可能になるのは、唯一、社会的勾配の不公平にとりくみ、一番の弱者を支えた場合のみである。現在、各国政府が厚生予算のうち健康の増進と病気予防に配分する額はほんのわずかであり（経済協力開発機構〈OECD〉諸国では約3%）、多くの場合に不平等問題に系統立てて対応していない。もしも、社会的技術的進歩を特に情報、社会マーケティング、社会メディアの分野で効果的に活用できるならば、真の健康利益を提供できるはずである。

10. 保健医療部門内の資源を有効活用すれば費用を抑制できる。ヨーロッパの保健医療制度は、パフォーマンスの向上と新たな課題への対応を余儀なくされている。サービス内容の改善、新たな責

任を負うこと、インセンティブと支払い構造を導入することで、より良いマネー価値を提供できる。保健医療制度は、他部門のように柔軟に適合し変化する必要がある。欧州連合（EU）や経済協力開発機構（OECD）など国際組織の保健政策文書は、この点を強化してきた。

11. グローバル化された世界では、諸国は多くの主要健康課題にこれまで以上に連携して取り組む必要がある。このためには国境を越えた協力が必要とされる。国際保健規則（IHR）、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約、（知的財産に関する）TRIPS協定や公衆衛生に関するドーハ宣言など、多くの国際協定がこの必要を強調している。

健康2020の戦略目標：健康のより強い公平性とより良いガバナンス

12. 健康2020は、政府が連携する二つの戦略目標の達成にむけて政府全体で共同のとりくみを進めるならば、真の健康向上を成功裏に達成できると認識する。

- ・ 全国民の健康を向上させ健康格差をなくすこと。
- ・ 健康のため指導力と参画型ガバナンスを向上させること。

全員の健康を向上させ健康格差をなくす

13. 共通目標を設定し保健医療と他部門との共同投資を行っている国、地域、都市は、健康と幸福な暮らしを大きく向上させることができる。優先分野に含まれるのは、就学前教育、教育活動、雇用と労働条件、社会保護および貧困をなくすことである。アプローチに含まれるのは、地域社会の弾力性づくり、社会参加と絆づくり、幸福に暮らすための資産の促進、ジェンダー主流化、そして健康を守り促進させるための個人的スキルや帰属意識といった個人や地域社会の強さの形成である。健康格差をなくすための目標設定は行動を促すきっかけになる。目標設定こそ、あらゆるレベルの健康開発を査定する原則的方法の一つである。

14. 社会的格差に取り組むことで健康と幸福な暮らしに大きく貢献することができる。その原因は複雑であり、生活のあらゆる面に深く根を張って不利益と脆弱性を強化している。健康2020は、国内やヨーロッパ全体で、健康不安に対処をとの懸念がたかまっていることを強調している。WHO欧州地域では、誕生時の平均寿命に最高と最低で16年の開きがあり、男女の平均寿命はさらに異なる。出産時の死亡率は、いくつかの国では他国より43倍も高い。そうした極端な健康格差は、喫煙や飲酒、食事、身体行動、精神障害など健康関連の行動とも結びついており、一方では人々が生活の中で抱えるストレスや不利益を反映している。

15. 健康の社会的決定因子と環境的決定因子に関する行動をとることで多くの格差問題に効果的に取り組むことができる。研究は、効果的な介入には、部門間の垣根を越え統合的な計画を可能にする政策環境が必要であることを示している。例えば、エビデンスが明らかに示唆しているのは、子供の幸福な暮らしと幼児期の発達への統合アプローチは、健康と教育の両面により良く優れた成果をもたらす、ということである。健康の決定因子を考慮した都市開発は極めて重要であり、市長や

自治体行政は、健康増進と幸福な暮らしに対しこれまでになく重要な役割を担っている。市民参画、信頼性、持続可能な財源構造がそうした地方計画の効果を補強する。

健康のための指導力と参加型ガバナンスの向上

16. 厚生大臣や公衆衛生局の指導力がヨーロッパ地域における疾病負担への取り組みにおいて、引き続き非常に重要である。強化される必要がある。保健医療部門は次のことに責任がある：国家および準国家的な健康戦略を開発実施すること、健康を向上させるための健康目標と目的を設定すること、他部門の政策が健康にどう影響するかを査定すること、高品質で効果的なヘルスケアサービスを提供すること、公衆衛生の中核機能を確保すること。また、保健政策の決定が他の部門やステークホルダー（利害関係者）にどう影響するかを考慮する必要がある。

17. 厚生省と公衆衛生局は、健康のための複数部門アプローチの開始および健康の仲立人や提唱者としての行動に、これまで以上に関わりを深めている。これには良好な健康で得られる経済、社会、政治的利益と、不健康や不公平がすべての部門、政府全体および社会全体にもたらす悪い影響の両方を強調することが含まれる。そうした指導力の行使には、外交、エビデンス、議論、説得の活用が必要となる。保健医療部門はまた、健康の強化が他部門の目標達成に貢献できるならば、他部門とパートナーシップを結ぶ役割ももつ。国連非伝染性疾患の予防と管理にかんする上級会議と世界保健総会に参加したすべての国は、政府全体や社会全体によるアプローチとして知られる、そうした共同アプローチを支持した。

18. 各国政府は、整合性と複数部門による問題解決を支える正式な構造とプロセスの構築をあらゆるレベルで検討している。これで調整力が強化され、部門間の権力不均衡も対処されるだろう。健康をすべての政策アプローチに採り入れることの戦略的利益は、ますます認識されるようになっていく。このアプローチが提唱するのは、健康を政策課題に掲げること、健康とその決定因子に関する政策論議の強化、および健康成果への信頼性の構築である。健康影響アセスメントと経済評価は、政治の潜在的影響を査定するうえで評価できるツールであり、政治が公平性にどう影響を及ぼすかの査定にも使える。健康の質的データと量的データを集め評価すれば、健康への影響も査定できる。経済協力開発機構（OECD）など他組織が実施したような幸福な暮らしの研究もまた貢献できる。

19. 各国政府は、より広範なステークホルダー（利害関係者）の参加を可能にする構造とプロセスを構築する約束をしている。これは、市民、市民社会組織、その他の市民社会を形成する集団（移民など）にとって特に重要である。積極的で献身的な集団がガバナンスのあらゆるレベルで健康を前進させるために結束を強めてきている。その例は世界規模から地域レベルまで幅広く、次のものが含まれる。健康を議論する各種国連サミット、列国議会同盟（IPU）、WHO健康都市と地域運動、貧困と闘う世界規模の運動、HIVなど病気別の提唱運動、健康目標を定義づける国家的イニシアチブ、欧州連合（EU）のような組織の地域的健康戦略。これらは健康を促進し健康課題を前進させるうえで重要な役割をはたす。

20. 社会全体に影響をもつ指導力は、より良い健康成果を支えることができる。研究は、責任あるガバナンス、指導力の新形態および参画の間に強い相関関係があることを示している。21世紀には、多くの個人、部門、組織が健康のために指導力を発揮できる。これには様々な形態が考えられ、とくに利害対立の管理や難解で複雑な問題に挑むための新たな方策を見つけるうえで、創造性と新たな技能が必要となる。WHOが負う特別な責任は、加盟国と手を携えてこうした指導力を発揮することであり、目標達成のため各国の厚生省を支援することである。

21. 国民、市民、消費者、患者のエンパワメントは健康成果・保健医療制度のパフォーマンス、患者の満足度を向上させるために重要である。個人、患者組織、青年組織、高齢者などの市民社会の声は、健康を害する環境やライフスタイルや製品、ヘルスケアの品質や提供方法の差に目を向けさせるために不可欠である。また、新たな発想を得るうえでも重要である。

健康のための共通の政策的優先課題に共に取り組む

22. 健康2020政策は政策行動のための4つの優先分野に基づいている。

- ・ライフコース（生涯）アプローチと市民のエンパワメントを通じて健康に投資する。
- ・ヨーロッパの主要健康課題である非感染性疾患と感染性疾患にとりくむ。
- ・人を中心に据えた保健医療制度・公衆衛生機能・救急医療準備態勢・調査・対応力を強化する。

そして

- ・弾力的な地域社会と支援を得られる環境を創る。

23. 整合性と一貫性の精神に立ち、4つの優先分野は「世界保健機関（WHO）における優先順位設定と計画の分類」に基づいている。この分類は、加盟国が世界レベルで同意したもので、ヨーロッパ地域の特別な必要や経験に対応するために調整された。また、地域及び世界レベルに関連する世界保健機関（WHO）の戦略と行動計画にも基づいている。

24. 4つの優先分野は連携し独立し、なおかつ相互に支えあう。例えば、ライフコース（生涯）や市民のエンパワメントに関する行動は、非感染性疾患の抑制を助け、公衆衛生力を高めるだろう。反対に、感染性疾患の流行抑制にも役立つだろう。各国政府は政策、投資、サービスを連携させ格差是正に焦点をあてれば、健康により高い影響を及ぼすことができる。WHO欧州地域事務局は、その役割段階を上げ、統合アプローチのエビデンスや例に基づき、政策開発のための情報源となる。ヨーロッパ地域のヘッドライン目標は、健康2020の進捗状況を監視する助けとなるだろう。

25. 4つの優先分野へのとりくみには、健康、公平性、幸福な暮らしを促進するためのガバナンスアプローチの組み合わせが必要となる。賢明なガバナンスは変化を予測し、革新を育み、健康増進と病気予防への投資を中心に据えるだろう。ガバナンスへのアプローチには、公共政策や法律と同様に、市民社会組織、独立機関、専門家団体との共同という新たな形態を通じた統治も含まれる。プライバシーやリスク評価、健康影響評価などの分野において、エビデンスを政策や実践に反映させ、倫理の境を監視し、透明性を高め、責任を

強化する必要はますます高まってきている。

26. **健康2020**は、各国が参加するうえで開始点が異なり、意図や能力も異なることを認識している。多くの健康政策の決定が、不安定で不完全な知識の状態で下されねばならず、保健医療制度改革が多くの側面で広範な医療システムにおよぼす影響も十分に予測できない。肥満や複合的罹患率、神経縮重など複雑化する問題に対抗するのは難しい。社会学、行動学、政治科学の知識に照らせば、社会マーケティングを含めた行動学的経済や神経科学がますます重要であることが証明されている。研究は、学習や柔軟さを奨励するため、小規模ながらも包括的な介入を地域や地域社会レベルで行うことの価値を記している。ヨーロッパ地域での協力が専門知識の発展を加速化できる。どの国や産業部門も学び貢献することができる。

優先分野 1：ライフコース（生涯）アプローチと市民のエンパワメントを通じて健康に投資する。

27. ライフコース（生涯）を通じて優良な健康を支援することは健康寿命を延長し長寿による配当を増額する。その両方とも、重要な経済的社会的個人的利益をもたらすものだ。各国で進む人口統計学上の変化は、健康を増進し病気を予防するため、新アプローチに優先性を持たせる効果的なライフコース戦略を必要としている。健康と健康の公平性の向上は、妊娠と幼児期の発達から始まる。健康な子供ほどよく学び、健康な成人は生殖力が高く、健康な高齢者は社会に積極的に貢献し続ける。健康で活動的な加齢は政策の優先課題であり重要な研究における優先課題である。

28. 参加とエンパワメントの原則に基づくヘルスプロモーション計画は、真の利益をもたらす。これには次のものが含まれる。健康のためのより良い条件づくり、健康リテラシー（理解力）の向上、個別の生活支援、および健康的な選択こそ手軽な選択であるようにしていくこと。さらには、次を意味する。妊娠を安全なものにすること。人が人生のスタートを健康に始めることができるようにすること。安全と幸福な暮らしを促進し、子供を守り青年を保護すること。健康な職場の促進。健康な加齢の支援。生涯を通して健康的な食事と栄養を提供することは、ヨーロッパ中に蔓延する肥満の流行を見れば、優先課題といえる。

29. 費用対効果に優れた政策経路が直接国民の健康と幸福な暮らしを進めることをエビデンスが強く示している。心血管疾患や糖尿病などの重大疾患を抱える集団にたいするヘルスプロモーション計画と国家戦略の実践例やエビデンスが、ヨーロッパ地域で集積されてきた。これらは、政府の指導力、支援体制、管理の実感を高めエンパワメントを促進するアプローチの組合せが成功につながることを示している。社会的行動研究の強化により、そうした動きを支持するエビデンスを提供できる。

30. メンタルヘルスプロモーション計画を強化する意味は大きい。ヨーロッパ地域では4人に1人が、その生涯のどこかで何らかのメンタルヘルスの問題を抱える。とくに挑戦するべきなのは、地域に根差した介入計画により、うつや早期診断をすすめる自殺を予防することである。研究により、メン

タルヘルスと社会的排除、失業、ホームレス、飲酒、その他薬物使用による障害がもつ有害な関係についての理解が深まってきている。オンラインのバーチャルワールド関連の依存症も考慮する必要がある。

31. 若者と高齢者の両者のための健康な生活に関する戦略的注目はとくに価値がある。広範なステークホルダー（利害関係者）が、世代を超えた活動など自らの健康を支える計画に貢献できる。若者向けとして、仲間との学習や、青年団体や学校を基礎とした健康リテラシープログラムへの参加などがある。メンタルヘルスとセクシュアルヘルスのとりくみの統合はとくに重要である。高齢者には、活動的で健康的な加齢イニシアチブが健康と生活の質（QOL）に有益である。

優先分野 2：ヨーロッパの主要健康課題にとりくむ：非感染性疾患と感染性疾患

32. 健康2020は、ヨーロッパ地域における主要健康課題に取り組むため、一連の効果的な統合戦略と介入に焦点をあてる。これらは非感染性疾患と感染性疾患の両方に関連している。両タイプとも断固たる公衆衛生行動とヘルスケア制度の介入の組み合わせを必要としている。その効力は、公平性、健康の社会的決定因子、エンパワメント、それらを支える環境などに関する行動に支えられる。

33. ヨーロッパにおける非感染性疾患の重い負担に旨く対応するためにはアプローチの組み合わせが必要となる。健康2020は、統合された政府全体かつ社会全体によるアプローチの実施を支持する。他地域や世界戦略がこれに同意したのは、個人の振る舞いに影響を及ぼす行動が影響を制限したとの認識がますます深まっているからである。非感染性疾患は国内や国家間でも不均等に広がっており、健康の社会的決定因子や環境的決定因子に関する行動と密接に関連している。

34. 健康2020は非感染性疾患に関連して世界的かつ地域的な権限を実施する取り組みの強化を支持する。

ヨーロッパ地域での優先行動分野には次が含まれる。

- ・ **既存の宣言と戦略。** これには次が含まれる。国連2011年の非感染性疾患に関する政治宣言、たばこの規制に関する世界保健機関（WHO）枠組条約、食事・身体運動・健康に関する世界戦略、アルコールの有害使用を抑制するための世界戦略とアルコールの有害使用を低減するための世界戦略、2012-2016非感染性疾患の予防と管理のためのヨーロッパ戦略実施行動計画、WHOヨーロッパにおけるメンタルヘルス行動計画。

- ・ **ヘルスプロモーション。** ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章で定義されたように、ヘルスプロモーションはこうした宣言や戦略の中核を成すものである。これらの文書はすべて各国政府にたいし、非感染性疾患関連の重要課題に関して目標と目的の設定を伴う複数部門による国家戦略を創るよう奨励している。

35. 健康2020は、感染性疾患とたたかう継続的な強い取り組みを支援する。警戒を弱められる国などなく、高水準を保つためには各国が努力を続けるしかない。ヨーロッパ地域の優先行動分野は次の通りである。

・**情報提供力と調査能力の構築。**国際保健規則（IHR）を施行し、情報交換を高め、ふさわしい場所で公衆衛生、動物医学、食品および農業を管轄する当局により共同調査や疾病管理活動を実施する。そうすれば、新たな感染症や薬物耐性をもつ微生物、水系感染症や食品媒介感染を含め、動物から人に感染しうる感染症の管理がさらに可能になるだろう。

・**深刻なウイルスとバクテリアの脅威に挑む。**地域政策と行動計画の実施、抗菌性とのたたかい、抗生物質の慎重な使用と感染管理により薬物耐性をもつ微生物や感染の出現と分布の抑制、水と食品など安全な基礎商品の供給確保、ワクチン予防が可能な病気の予防のため推奨される範囲への免疫注射の実施達成と維持、小児麻痺・麻疹・風疹・マラリアの撲滅と廃絶をめざす地域と世界の目標達成、弱者集団をふくむ全人口が保健医療制度とエビデンスに基づく介入を確実に受けられるようにし、結核、HIVやインフルエンザなどの主要疾患を充分管理する。

優先分野 3：人を中心に据えた保健医療制度、公衆衛生機能、救急医療準備態勢、調査および対応力の強化

36. 高品質なケアと健康成果の向上を達成するには、財政活動が活発で、あらゆる目的に適合するような、人を中心に据えた、エビデンスに基づく保健医療制度が必須となる。全ての国が人口統計や疾病傾向の変化、特にメンタルヘルス、慢性病、加齢に伴う症状に柔軟に対応しなければならない。これには、病気予防、品質向上の継続的とりくみとサービス提供の統合、治療継続の確保、患者による自己管理の支援、また自宅に近く安全で費用対効果に優れた治療への変更などを優先させる保健医療制度への方向転換が必要となる。個別化医療の潜在可能性を査定する必要がある。

37. 健康2020は、世界保健機関（WHO）と加盟国による高品質かつ支払い可能な治療と処方薬をふくむ国民皆保険の確保という約束を再確認する。多くの国が全員保険を達成したが、ヨーロッパ地域内における破滅的で貧困を招くような支払を撲滅するには、まだ成すべき多くのことがある。経済サイクルに長期の持続可能性と弾力性を持たせることが重要であり、供給側主導の費用増加を抑制し、経費の無駄遣いをなくす一方で、合理的レベルの財源保護を提供しなければならない。医療テクノロジー査定と品質保証メカニズムは、保健医療制度の透明性と信頼性のため特に重要であり、セーフティーカルチャー（患者安全文化）を支える必須部分でもある。

38. 健康2020は、21世紀の保健医療制度の根本理念としてプライマリケアアプローチを引続き重視する。プライマリケアは今日の需要にこたえることが出来、パートナーシップの進展を可能にする環境を育み、市民が新しい治療に参加することや健康のためもっと自己管理することを奨励できる。デジタル記録、テレビ診察、eヘルスなどの通信技術や社会メディアなど、21世紀のツールや技術革新を十分に活用すれば、より良く、より費用対効果に優れた治療に役立つだろう。患者を資源として、またパートナーとしてとらえ、患者による治療評価に説明責任を負うことが重要な原則である。

39. より良い健康成果の達成には主に公衆衛生機能と提供能力の強化が必要とされる。公衆衛生機能と資源はヨーロッパ地域内でも様々とはいえ、公衆衛生制度の整備と機能構築への投資、および

健康保護や健康増進、病気予防を強化する努力は、重要な費用対効果に優れた利益をもたらす。公衆衛生機能を近代化し強化するため公衆衛生法や手段の見直しと柔軟な対応を行うことも助けになる。世界的健康や国境を越えた健康課題での協力は、公衆衛生の責任が国内で移譲され地方分権化された国にたいする調整としても、ますます重要となっている。

40. 公衆衛生の再活性化とサービス提供の変革には、医療専門家の教育研修の見直しが必要になる。より柔軟で多角的技能を有しチーム中心に動ける労働力が、21世紀にふさわしい保健医療制度の中心に存在している。これには次のことが含まれる。チームを基礎とする治療の提供、（在宅ケアや長期ケアを含めた）サービスの新しい提供の形、患者のエンパワメントと自己管理を支えるための技能、向上心のある戦略的企画力、部門を超えた共同作業とリーダーシップ能力。つまり、公衆衛生分野と保健医療分野に従事する専門家による、また保健医療分野とソーシャルサービスの専門家による、あるいは保健医療分野と他部門の専門家による新たな協力体制を発展させる新しい労働文化を示唆している。保健医療従事者をとりまく世界的危機は、「世界保健機関（WHO）保健医療従事者の国際的採用のための世界行動規範」の適用を必要としている。

41. 公衆衛生の危機を効果的に予見し対応するためには、柔軟に対応する政策や弾力的構造、先見性が不可欠である。政策が、原因経路の複雑さを反映させ、迅速かつ革新的に感染性疾患の大流行など予測不能な事態に対応していくことが重要である。国際保健規則（IHR）は、各国が、公衆衛生の危機に際し、多面的有害性、複数部門による境界を越えたアプローチを実施すること、また、緊急事態や人的災害時には、保健医療面から効果的管理ができるよう準備態勢を整えることを課している。

優先分野4：弾力的な地域社会と支援を得られる環境の創造

42. 健康と幸福な暮らしを個人と地域の両段階から保護し促進するうえで、弾力性の構築が重要な要素である。市民の健康機会は、誕生、成長、労働、加齢の条件と密接に関わり合っている。急速に変化する環境が健康におよぼす効果の査定を系統立てて行うこと、特に、技術、労働、発電、都市化に関係するものが欠かせない。また、健康への肯定的利益を確保するための行動が伴わなければならない。弾力的な地域社会は、新しい、あるいは逆風をもたらす変化に積極的に順応し、経済、社会、環境の変化に備え、危機や困難をよりうまく処理する。世界保健機関（WHO）健康都市と地域社会運動は、そのような弾力的な社会をどう築くか、先駆的な例を提供している。とくに地域住民の参画を得ること、また地域社会が健康にたいする責任意識をもつよう自覚を促すなどである。その他、ヘルスプロモーション活動を行う学校や職場など、区域を基礎とするネットワークも同様の例を提示している。

43. 有毒あるいは汚染された環境のリスクから人の健康を保護し、健康増進をおこなう社会や物理的環境を創るためには、環境部門と保健医療部門間の共同作業が重要である。環境内の有毒性は大きな健康の決定因子である。大気汚染や気候変動の影響など、多くの健康状態が環境と関わっており、健康の社会的決定因子とも相互作用を起こしている。低炭素経済が健康に及ぼす利益と環境政

策が健康に及ぼす副次的利益は、リオ+20（国連持続可能な開発会議）の文書中でも考慮されている。諸国は、地球の健康と人々の健康の両方に資する政策作りを始めており、有害または汚染されている環境から人の健康を保護するには部門間の共同作業が不可欠と認識している。

44. **人、環境、動物の健康をあつかう複数部門が学際的に共同作業を拓げることで公衆衛生の効果が高まる。**これには次のことが含まれる。多国間の環境協定やヨーロッパ環境と健康プロセスにかんする勧告の全面的実施、迅速な科学知識基盤の拡大、健康と環境両方に影響する政策など様々な部門で政策が健康に及ぼす影響の査定、環境と健康のためのサービスの開発と柔軟な対処の継続的確保、そして、環境により配慮した行動をとるよう保健医療部門を奨励することである。

手を携えて：パートナーシップを通して価値を高める

45. **健康2020のねらいは個人の努力と集団的努力を組合せることで達成されるだろう。**成功するには、各国において市民や組織が社会全体で共通目標をもち幅広い共同のとりくみに参画する必要がある。つまり政府、非政府組織、市民社会、民間部門、科学と学术界、医療専門家、地域社会、そしてすべての個人である。

46. **健康2020を成功させるための鍵は、加盟国と世界保健機関（WHO）が緊密に連携し、その他のパートナーの協力を得るため呼びかけることである。**WHO欧州地域事務所、世界保健機関（WHO）本部、他の地域事務所との緊密な協力がその中核を成す。そして地域ネットワークや事業体、たとえば独立国家共同体（CIS）、ユーラシア経済共同体、南東ヨーロッパ諸国、そしてEUなどにより広範な関係を築くことが支えとなる。

47. **WHO欧州地域事務局は、憲章に定められた、ヨーロッパ地域における国際保健活動に関する指導と調整の権威としての役割を果たすため、行動する。**地域事務局は多くのパートナーと効果的な協力関係を築き維持し、加盟国に技術支援を提供する。広く協力するためのとりくみをおこなう。政策の絆を強める。共通の政策プラットフォームに貢献する。健康データベースを共有する。調査チームに参加する。新たな形態のネットワークやインターネットを通じた協力の開発について支援する。新たな形態の国家協力戦略を通じて加盟国で機能するものと機能しそうなものについて、ヨーロッパ地域における助言とエビデンスの集積の場として行動する。

48. **EUとの共同は、強い基盤と重要な機会、追加的利益を与える。**ヨーロッパ地域の一部を構成する27のEU諸国は、EU保健戦略と政策枠組、またその実施のための法体系と財政機構に基づいた保健の統合および協力のプロセスを有している。加えて、EU加盟候補国、潜在的候補国、およびヨーロッパの隣国とのパートナーシップ協定参加国は、行政と実践をEU政策に並ばせるためにとりくみを進めている。彼らは健康2020の実施に主体的に貢献できる。さらなる共同のための6つのロードマップをふくむ欧州委員会と世界保健機関（WHO）の共同宣言は、このパートナーシップを強化するうえで重要な一步である。

49. 世界保健機関（WHO）とヨーロッパ地域で活動する国際組織の既存の協力関係も強められてきている。ここでいう国際組織には、国連の諸機関や経済協力開発機構（OECD）、欧州評議会、開発機関や基金、主要NGO（非政府組織）が含まれる。ヨーロッパ地域の国々は、国際組織との協力に貢献し利益を獲得する。そしてこのことが、健康2020の共通目標や他部門や組織との共通目標を支える価値ある資源を表している。

50. ヨーロッパ地域内の様々なガバナンスレベルで活動する新しく発展してきた健康のためのパートナーシップとの連携は、重要な支援となる。主な貢献は、革新的な協力メカニズムを通して行われる。たとえば南東ヨーロッパ保健ネットワークやノーザンディメンション（ND）政策、WHOヨーロッパ健康都市ネットワーク、各国の健康都市ネットワークと健康地域、独立国家共同体（CIS）内の準地域ネットワーク、そしてヨーロッパ中にある学校、職場、病院、刑務所をふくむWHOヘルスプロモーション区域のネットワークなど。

51. 市民社会との活動は、健康2020の実施にむけた提唱を強めるだろう。多くのボランティアや自助団体が、健康を委託された権限の重要な一部と認め、多くの医療サービスを家族や地域のケアの一部として、あるいは自己管理の一部として提供し続けている。これらの組織は地方から世界レベルまで活動し、健康とその社会的決定因子への課題を大きく具体化してきた。ゆえに彼らの活動を支援することはあらゆるレベルで実施のために価値がある。

52. 民間企業との適切な倫理的に連携する方法を模索する。保健医療が民間部門にむける姿勢は、国内あるいは国家間で様々である。しかし、企業は市民生活のあらゆる側面に深くかかわっている。民間企業は、健康の促進であれ軽視であれ、どちらにも影響しうる。民間企業の活動からも健康への強い支援をさらに確保すること、そして民間企業の社会的責任を奨励し報奨することは重要な目標である。

健康2020—共通の目標と責任

53. 健康2020は採択可能で実質的な政策枠組である。国家間で共同学習や技術・経験交流を行うための独自の場を提供している。また健康2020は、すべての国が独自性を有し、これらの共通目標を異なる経路で追求すると認識している。各国とも開始点もアプローチも異なるが、目標では一致している。このプロセスへの政治的貢献が不可欠であり、各国はそれを表明するために地域目標を設定している。

54. 相互依存が進む世界では、諸国が共に行動することがこれまでになく重要である。現在、世界と地域の複合的な勢力が、市民の健康とその決定因子に挑んでいる。これまでになく多くの市民がより良い健康を得る機会に恵まれているにもかかわらず、国が孤立していたのでは、健康と幸福な暮らしの課題にむけて、革新や変革の潜在可能性や解決を見出すことはできない。

55. 個別国家やヨーロッパ地域全体が将来的に繁栄できるかは、現在と未来の世代のために健康と

幸福な暮らしを促進する新たな機会をとらえようとの意志と能力にかかっている。**健康2020**は、より健康なヨーロッパ地域を目指す共通のとりくみに主要なステークホルダー（利害関係者）を結集させるよう各国厚生省を支援し、激励する。

訳注：

ジェンダー主流化 **gender mainstreaming**：女性の地位向上あるいは男女の平等化のために用いられる手段で、政府などが行うあらゆる政策や事業等の中心にジェンダー格差解消の視点を据えること。

ライフコース **Life Course**：個人が一生の間にたどる道筋のこと。

ヘッドライン目標 **headline target**： EU政策に見出しとして掲げられる目標。

個別化医療 **personalized medicine**：バイオテクノロジーに基づいた患者の個別診断と、治療に影響を及ぼす環境要因を考慮に入れた上で、多くの医療資源の中から個々人に対応した治療法を抽出し提供すること。

セーフティーカルチャー **safety culture**：すべての関係者が、常に安全に関する意識を最優先させるという考え方

患者による治療評価 **patient outcome**：患者が治療の成果を評価すること

ノーザンディメンション **(ND) the Northern Dimension**：バルト海、北海、ロシア北西地域等を包摂するEUの地域政策プログラム

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
尾島俊之	SDH (Social Determinants of Health) に関する研究	東海病院管理学研究会年報		39-42	2013
尾島俊之、近藤克則、米澤純子	健康づくりに必要な「社会環境の改善」「健康格差の縮小」にどう取り組むか	保健師ジャーナル	69(4)	304-311	2013
Noguchi M, Iwase T, Suzuki E, Kishimoto Y, Takao S.	Social support and suicidal ideation in Japan: are home visits by commissioned welfare volunteers associated with a lower risk of suicidal ideation among elderly people in the community?	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.			2013
稲葉陽二	『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2012年東京都9区調査の概要	政経研究	50(1)	239-266	2013
稲葉陽二	『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2013年全国調査の概要	政経研究	51(1)	(印刷中)	2014
稲葉陽二	高齢者の社会参加で医療費低減 徳島県上勝町のケース	保健師ジャーナル	69(6)	462-466	2013

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 25 年度 研究報告書

発 行 日 平成 26 (2014) 年 3 月

研究代表者 尾 島 俊 之

事 務 局 〒431-3192 浜松市東区半田山 1 丁目 20-1
浜松医科大学健康社会医学講座

電 話 0 5 3 - 4 3 5 - 2 3 3 3

F A X 0 5 3 - 4 3 5 - 2 3 4 1

メール dph@hama-med.ac.jp

研究班ホームページ <http://sdh.umin.jp/>

(今後、追加情報や訂正等が出ましたらホームページに掲載致します)