

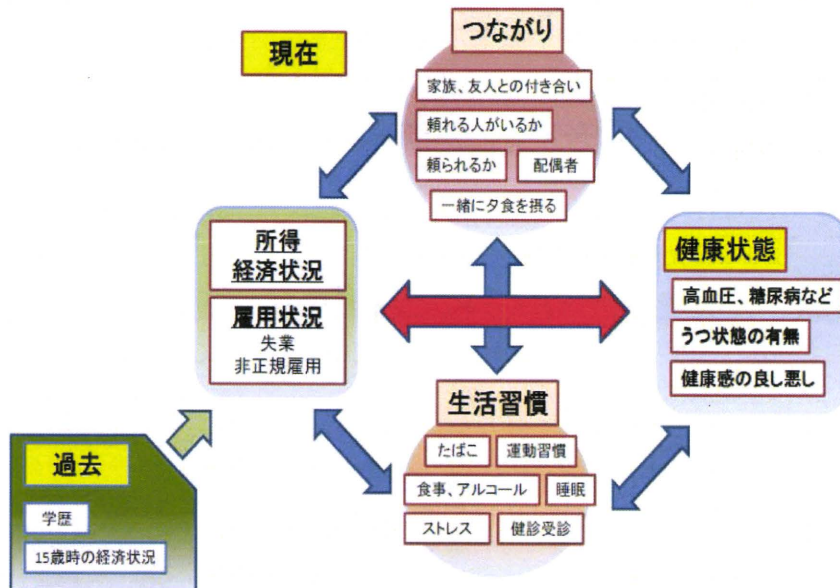
3. 西成区北西部住民の健康、10 の特徴

☆ まとめ—調査から明らかになったこと—

①健康状態を規定する3つの要因

これまで見てきたように、健康は、生活習慣によって大きく左右されますが、それだけでなく、雇用状況や所得といった経済的要因、また家族や友人などとのつながりといった社会的要因によっても、大きく影響を受けています。さらに、現在の経済状況は、過去の生育歴にも影響を受けています。これを、まとめれば、下の図のように示すことができます。このように、私たちの健康は、生活習慣という個人の要因だけでなく、生きてきたこれまでの過程の中で蓄積されてきた社会経済的な要因の影響を強く受けています。

健康に影響を及ぼす社会経済的要因の相関関係



②人からいやな思いをさせられる言葉や振る舞いの影響

「他人からいやな思いをさせられる言葉や振る舞いを受けたことがある」の回答別にみた、うつ状態の人の割合

	うつ		回答者数	
	人	%	人	%
ある	256	69.4%	369	100.0%
ない	250	25.9%	966	100.0%

調査では、「他人からいやな思いをさせられる言葉や振る舞いを受けたこと」があるか否かを聞きました。29.1% (658 人) の人が「ある」と回答しています。とくに「西成に暮らしていること」283 人、「同和地区に暮らしていること」180 人、「職業に関すること」97 人、「外国人であること」72 人などの回答が多くなってします。

また、こうした経験のある人には、うつに陥っている人が 69.4%と多くなっています（経験のない人では 25.9%と少ない）。

コラム 4

厚生労働省「健康づくりのための運動基準」づくり

買物で20分歩いて、床掃除を20分、子どもと20分遊んで1日の運動目標を達成

<2006年02月24日 asahi.com 掲載記事より引用>

生活習慣病の予防策として、厚生労働省は2月23日、健康づくりのための運動基準の案を作り、有識者の検討会に示した。ふだん、運動をしない人向けにも、日常生活でどれだけ体を動かせばいいか具体例をメニューで示した。今後、検討会で議論し、3月中に新基準を決める。

2003年の『国民健康・栄養調査』で、運動習慣を持つ人の割合は3割に満たなかった。

このため、新基準では、生活習慣病予防に必要な運動所要量を日常生活の「身体活動」と、スポーツなどの「運動」に分けた。身体活動なら普通歩行20分、庭いじり15分、運動なら速歩15分などと具体例を示し、それぞれに「1個」という単位をつけた。

その上で、運動習慣のない人は身体活動のメニューから「1日に3、4個」（1週間で計23個）、運動習慣がある人は、運動メニューから好みに合わせて「1週間に4個」を日常生活に採り入れるよう勧めている。

例えば、主婦の場合は買い物で20分歩く（1個）、床掃除20分（1個）、子どもと20分遊ぶ（1個）で計3個。休日の会社員なら洗車20分（1個）、庭いじり30分（2個）を組み合わせると計3個の計算になります。

代表的な活動例は以下の通りです。

▼身体活動（1個相当）

○20分：普通歩行、床掃除、荷物の積み下ろし、子どもの世話、洗車

○15分：速歩、自転車、介護、庭いじり

○10分：芝刈り（電動芝刈機で歩きながら）、家具の移動、階段の昇降

▼運動（1個相当）

○20分：ウェイトトレーニング（軽中度）、ボウリング、バレーボール

○15分：速歩、柔軟体操、ゴルフ（カート使用）、卓球、バドミントン、アクアビクス、太極拳

○10分：軽いジョギング、ウェイトトレーニング（高強度）、ジャズダンス、エアロビクス、

バスケットボール、水泳（ゆっくり）、サッカー、テニス、スキー、スケート

○7～8分：ランニング、水泳

これをきちんと実践すれば、1日1万歩程度歩いたのと同じくらいの運動ができ、1週間で1450kcal（体重60kgの人の場合）を消費することになります。

お茶碗1杯のご飯が約180～200kcalなので、1日につきご飯1杯分のカロリーは消費できるということです。 (So)

4. 健康づくりに向けた提案

1) 健康づくりに向けて何に取り組むのか

①健康改善に向けて地区をあげてできることは何か？

世界保健機関（WHO）は、憲章の前文で、「健康とは、身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態であり、単に病気や虚弱でないことではない」と述べています。この「西成健康実態調査」でも、心身の要因だけでなく、社会や経済の要因が北西部住民の健康に深く影響していることがわかりました。したがって、この地区住民の健康の改善には、こうした社会経済的な問題の解決が求められます。しかし、経済的問題の解決には、安定した仕事に就くための職業能力の開発・訓練、地域経済活性化に向けた支援など、長中期的な取り組みが求められます。

他方、社会的な課題については、地区にあるさまざまな団体や組織が力を合わせることである程度解決できるものもあります。これらを、ここで取り上げていきましょう。

②コンセプト：「つながりづくりで健康づくり！」

a) 北西部地区のまちづくり活動への参加

西成区北西部には、三線教室や着付け教室などの文化活動、ヨガやウォーキングなどのスポーツ活動、また町会活動、子育て活動、ボランティア活動や相談活動、健康診断、学習会、おまつりなど、幅広い活動を行っている団体があります。これらはいずれも、まち全体を活性化する機能を持っています。

自分自身の興味にあった活動に参加することで、新しい「つながり」をつくりましょう。それが、「心」と「体」の健康への大きな一歩です。

b) 身近な「縁」「つながり」の再発見

今までの人生において、身近な人との「縁」というものを感じたことはありませんか？ 家族、近隣、友人との関係、現在の居住地、職場など、すべての「つながり」は、なにかの「縁」で結ばれています。

新しい「縁」を発見し、それを広げていきませんか？ 趣味を通じた「縁」、世代間の「縁」、行き着けのお風呂屋さんでの「縁」など、西成区北西部には、皆さんの知らないたくさんの「縁」が潜んでいます。まずは、関心の持てそうなことで行動におこし、新しい「縁」を結ぶきっかけをつくりましょう。それらは、あたらしい「つながり」の始まりです。そこには、きっと、気持ちを生き生きさせてくれるものが発見できるでしょう。

c) 人へのいたわり、自分という存在の大切さを知ることが健康づくりの出発点

人とのつながりとは、自分がみんなから必要とされていることを理解させてくれます。すると、それは、つながりのある人たちへのいたわりや励ましに姿を変え、さらにつながりは強くなりませす。他方、そうしたつながりの中で生かされている自分の発見は、自らの存在の大切さを知ることになります。自らの大切さの自覚は、健康への関心をおのずと強めてくれます。

しかし、その関心を、実際の行動として実行するには、支えとなる仕組みが必要です。「西成北西部地区健康のまちづくり計画」（案）は、こうした支えを提供しようという計画です。

4. 健康づくりに向けた提案

2) 「西成区北西部健康のまちづくり計画」(案) の提案

① 実効性のある計画づくり

健康づくりには、もちろん地域行政組織の取り組みが重要であるが、それとは別に地域で取り組める課題も多い。ここでは、そうした点を軸に、コンセプトを踏まえて、実効性のある政策の柱を提示していこう。それは以下の5つからなります。

- ① 健康によい生活習慣の獲得
- ② とくに食生活の改善
- ③ 健康関連イベントなどによる啓発事業の促進
- ④ 人とのつながりをつくるきっかけ「縁」の創出
- ⑤ 地区内医療機関との連携

② 「西成北西部地区健康のまちづくり計画」(案) の提案

この5つの柱を踏まえて、具体的な政策を提起すると以下のものとなります。

1. 健康によい生活習慣づくり
 - ・ 酒を飲まない日を設ける
 - ・ 一日一万歩（道標・ウォーキングコースの設置）
2. とくに食生活の改善
 - ・ 体にやさしい食事。腹八分目、1日2000kcal
 - ・ 規則正しい食生活
 - ・ 健康レストランづくり
 - ・ 夕食後すぐに寝ない、できれば4時間は空ける。午後9時以降は何も口にしない
 - ・ 朝食をみんなで食べよう（朝食レストラン）
 - ・ ひとり暮らし男性のための料理教室。
3. 健康関連イベントなどによる啓発事業の促進
 - ・ 健康カレンダーや健康手帳の配布と自己点検
 - ・ 健康診断受診率の引き上げへの啓発
 - ・ 禁煙悩みごとは相談しよう
 - ・ 家族、友人、そして市民交流センターなどへ
4. 人とのつながりをつくるきっかけ「縁」の創出
 - ・ 断酒会や酒をほどほどに楽しむ会
 - ・ 健康レストランづくり
 - ・ 「体にやさしい料理」腕自慢コンテストの開催
 - ・ 健康クラブへの参加（太極拳・ウォーキングなど）
 - ・ 笑う機会を増やそう（寄席の地域公演の開催）
5. 地区内医療機関との連携
 - ・ 禁煙外来などの利用促進
6. 包括的な参加の仕組みづくりー地域での健康マイレージ事業の創設

4. 健康づくりに向けた提案

3) 「健康・つながりマイレージ制度」の提案

つながりづくりと自己啓発をめざす「健康・つながりマイレージ制度」

健康マイレージ制度は、すでに静岡県袋井市、北九州市、福岡県芦屋町、和歌山県紀美野町などの事例があります。また、民間の健康保険組合などでは、ヘルスポイント（サービス）制度などを実施しているところがあります。

西成北西部地区においては、従来の健康マイレージ制度につながりづくりの要素を付加した「健康・つながりマイレージ」制度を提案します。

これは、個人による日々の健康づくりの実践状況をポイント化するのに加えて、さまざまな場面での人や地域組織とのつながりを豊かにしようという取り組みを意識化するためにこれへの実践をポイント化しました。

この制度は、貯めたポイントを地元の学校や町会組織などへの寄付、公共施設利用券や民間の登録サービス券との交換などができるものです。これによって、ポイントを集めることが健康づくりとつながりづくりへの自己啓発のきっかけとなり、あわせて地域の人づくりやまちづくりに貢献することができます。この制度は、健康ポイントとつながりポイントからなります。

ポイント対象は以下の項目で、それぞれを1点とし、年2回の点検期間に、ポイントの記入された「健康・つながりマイレージ手帳」を提示していただき、点数の点検を行います。点数に応じて地域通貨を発行し、これを使って、地元の学校や町会組織などへの寄付行為ができたり、公共施設利用券や民間の登録サービス券と交換ができるようになります。

健康ポイント、つながりポイントの項目は以下のものとします。

「健康ポイント」

- ① その年の特定健診等の健診・がん検診・歯科健診を受けたことが確認できる方
- ② 健康手帳などに、健診結果、受診状況、服薬状況などを記録している方
- ③ 自分の血圧値を把握している方
- ④ 喫煙していない方
- ⑤ このほか、健康を意識され、なにかに取り組まれている方
- ⑥ 総合福祉センターのトレーニングルームの利用が、その年に3回以上ある方
- ⑦ 定期的になにかスポーツをされている方

「つながりポイント」

- ⑧ 家族の誕生会などを開き、参加している方
- ⑨ 市民交流センターや地域活動支援プラザなどに参加している方
- ⑩ 地域にあるなにか団体に所属されて、定期的な活動をしている
- ⑪ 地域のイベント・盆踊りなどへの参加
- ⑫ 地域住民自らによるサークル活動や交流会企画事業などの立ち上げ

ツルミ診療所阪本院長のコメント

「いきがい就労」

1996年、高齢者の生きがいを目的に地域の高齢者が集まり、いきがい労働事業団が結成しました。住宅の除草作業や、不法自転車の整理など、自治会が困っていたことをいきがい労働事業団が手助けをしています。また、プラザ西成・西成障害者会館に喫茶店を開設し、利用者の方々にコーヒーなどを販売し、事業団の当事者達が店員となって運営をしています。

事業団の会員の方は、定年後何もすることなく、毎日お酒をたくさん飲んで、体調を崩してしまいました。彼らは、お酒を飲むことが「いきがい」でしたが、飲めなくなり、ストレスがたまる一方で、悪循環でした。しかし、「いきがい労働事業団」が結成され、この会員となって少し体を動かす仕事をすると、楽しくなり、沢山の方々と話しをし、新たないきがいができるようになりました。(E)

西成くらし組合の誕生日健診

西成くらし組合では、2003年から健康会員の誕生日健診のサービスを開始しました。これは、協力診療所にて、健康診断を受診ができるシステムです。健康会員になると、毎年、会員の誕生日に案内ハガキが郵送され、健康診断を受診できます。この案内ハガキにより、会員は忘れることなく、健康診断を受けることができるようになりました。

2003年に「健康のまちづくり」としてスタートし、現在では約800人の会員がいます。その中には、60歳を超えてから1回も健康診断を受診したことがなかった方が、70歳になって健康会員に登録をし、健康診断を受診をすると、腸にポリープが見つかりました。この人の場合、会員になることで、早期発見・早期治療を行うことができたため、大事に至りませんでした。こうした事例がたくさんあります。(E)

ツルミ診療所阪本院長のコメント

今回の健康調査は、WHO（世界保健機関）の健康の定義、すなわち「病気でないとか、弱っていないということだけではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にもすべてが満たされた状態にあることをいう」という定義にもとづいて、設計されていると思われる。その結果はまた、まさに“衣食足りて礼節を知る”ではないが、これを具現している。つまり、精神的、社会的に充足されていないと健康維持が困難であることを示している。健康は放っておいてやってくるものではなく、自ら働きかけて維持するものであり、現代のような種々の有害物質やストレスがある状態では、より重要となる。これらの対策として提案されている「健康・つながりマイレージ」制度は、積極的に健康づくりに参加できるように考えられており、有効に利用されるよう希望します。(Sa)

3. 剥奪指標と西成北西部健康調査報告

田淵貴大

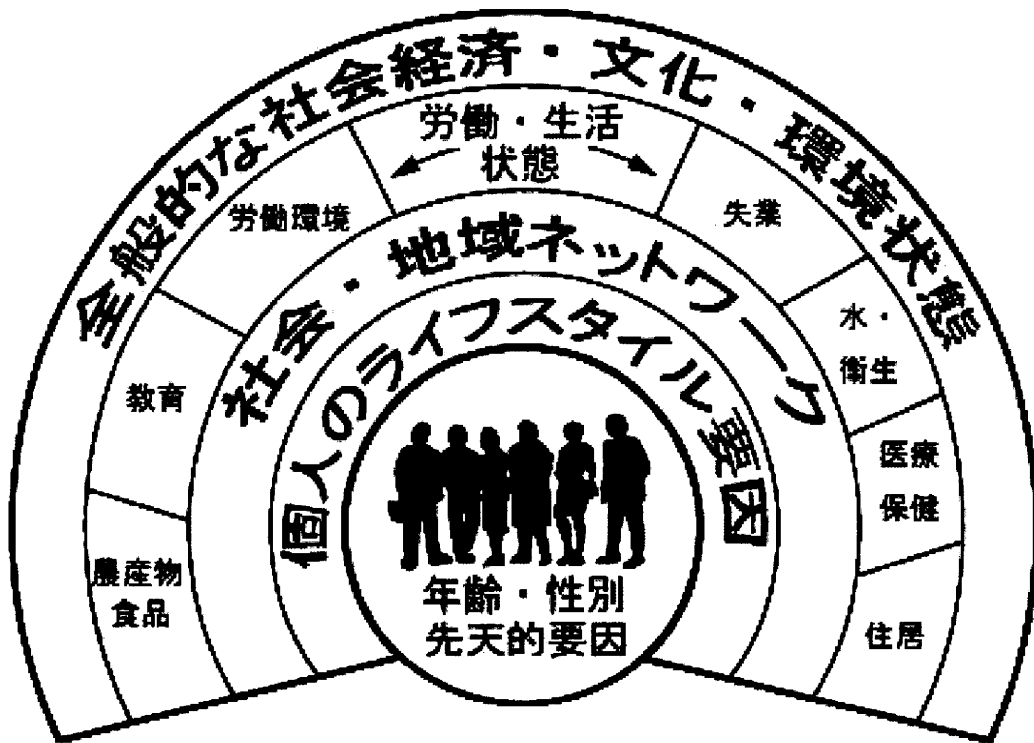
2010年12月22日

背景

- Social determinants of health (社会と健康)
- Perceived discrimination (被差別)
- Deprivation (社会的剥奪)
- Social network (社会的連帯)

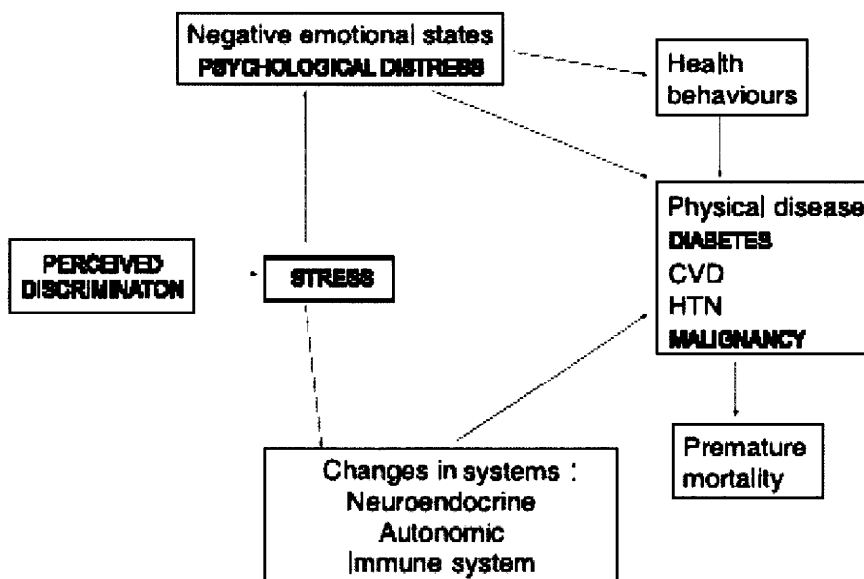
上記3つを区別して、健康との関連を調べた研究はほとんどない。

健康の社会的決定要因 (Social determinants of health)



(Dahlgren G, and Whitehead M in the Acheson Report, 1998)

Perceived discrimination



Indian J Med Res 126, October 2007, pp 318-327

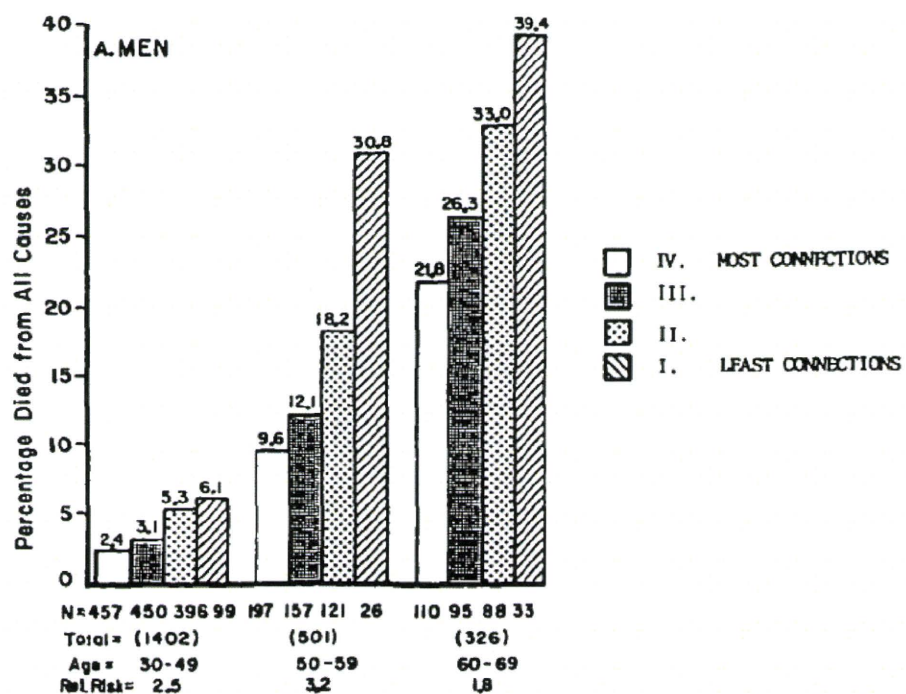
Social Network Index

The **Berkman-Syme social network index** is based on four types of social connections:

- 1) **marital status** (married vs. unmarried)
- 2) sociability (frequency and contact with close **friends and relatives** measured as a subscale with levels 1, 2, and 3; lower values indicate fewer numbers and less contact)
- 3) **religious group** affiliation (yes vs. no)
- 4) membership in other social or **community organizations** (yes vs. no)

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*, 109(2), 186-204.

Mortality rates from all causes per 100 for Social Network Index



Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*, 109(2), 186-204.

Deprivation index

- Townsend (U.K.; four variables)
- Carstairs (U.K.; four variables)
- Index for multiple deprivation 2000
- Index for multiple deprivation 2007
- NZDep2001
- NZiDep
- . . .

対象:個人から地域

内容(項目):収入から人間関係、健康にいたるまで

Townsend deprivation index

- Households without a car
- Overcrowded households
- Households not owner-occupied
- Persons unemployed

Townsend P, Phillimore P, Beattie A. (1988) Health and Deprivation: Inequality and the North Croom Helm: London

The Index of Multiple Deprivation 2007 (IMD 2007)

Deprivation index at the small area level

- Income
- Employment
- **Health and disability**
- Education, skills and training
- Barriers to Housing and **Services**
- Living environment
- Crime

These are weighted and combined to create the overall IMD 2007

["Using the English Indices of Deprivation 2007: Guidance"](#)

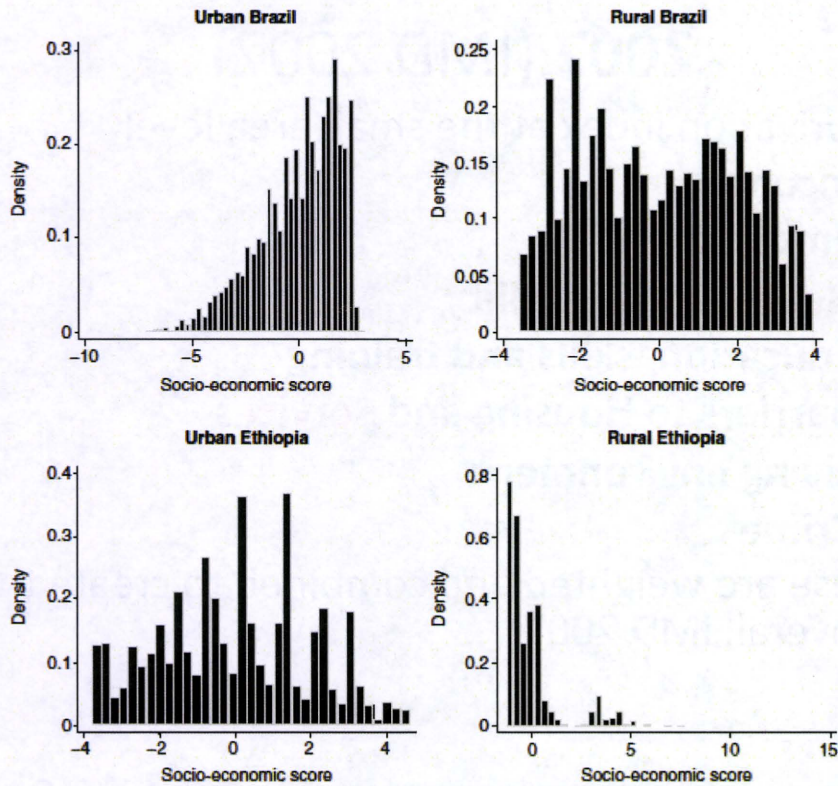
NZDep2001 *BMC Public Health. 2010 May 11;10:240.*

Census Area Units(CAU)-level census data on

- Income
- employment
- **Communication**
- **Support**
- Transport
- qualifications
- living space
- home ownership

Salmond C, Crampton P: *NZDep2001 Index of Deprivation Wellington*: Department of Public Health, Wellington School of Medicine and Health Sciences; 2002.

SESの分布はAreaによって違う



Seema Vyas and Lilani Kumaranayake (2010)

日本におけるDeprivation indexと健康

Public Health (2007) 121, 163–173



**PUBLIC
HEALTH**
JOURNAL OF THE ROYAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH
www.elsevierhealth.com/journals/pubh

Original Research

Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan

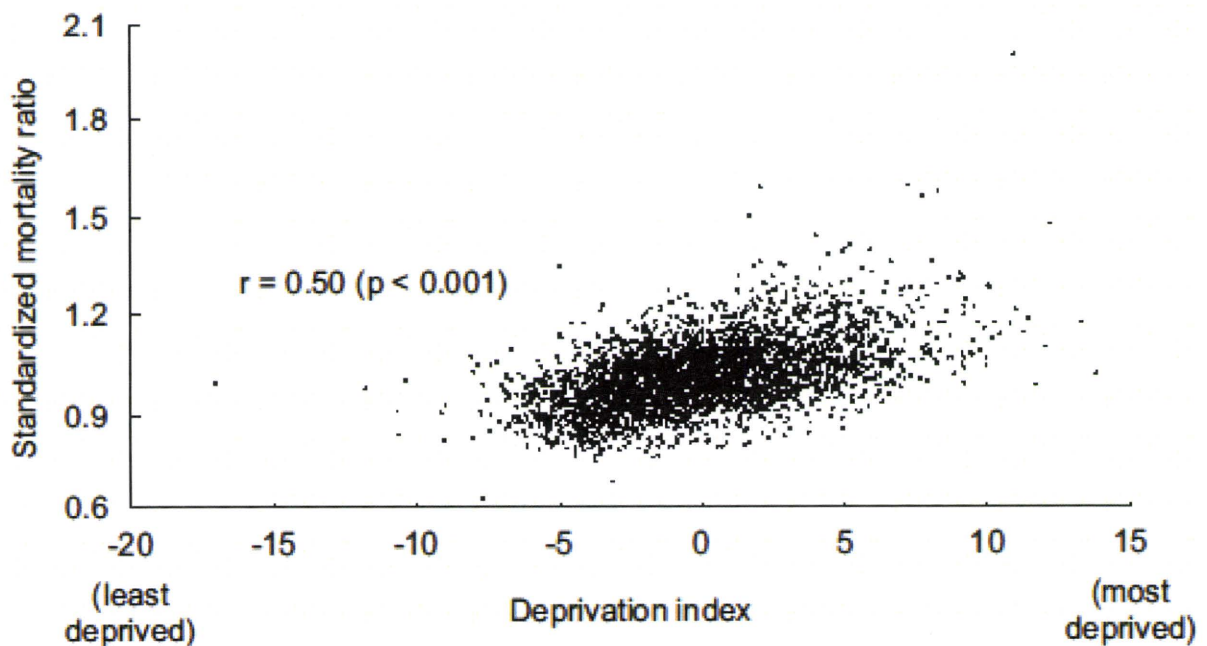
Yoshiharu Fukuda*, Keiko Nakamura, Takehito Takano

上から7項目

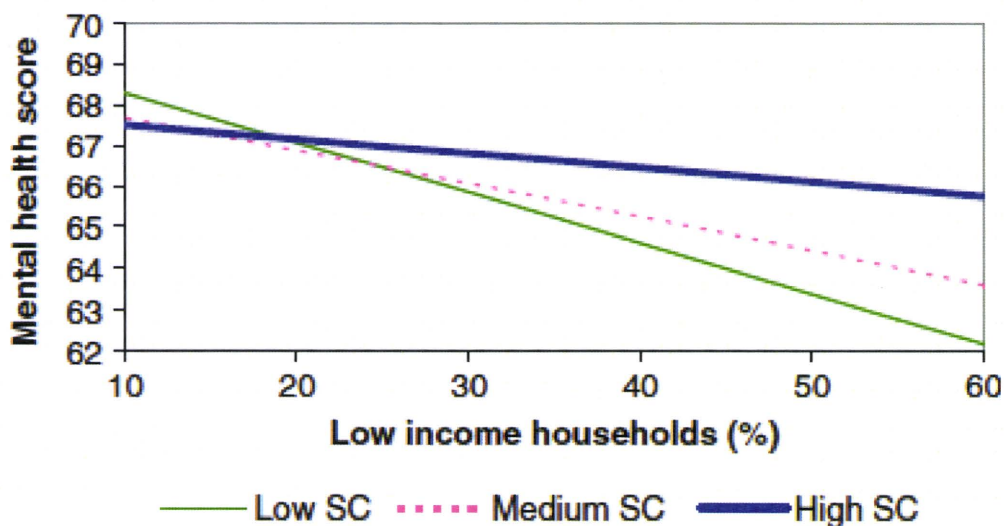
Table 1 Domains of deprivation indices in previous studies and corresponding indicators in this study

Domain	Townsend ¹⁰	Jarman ¹⁰	Carstairs ¹⁰	IMD SIMD NIIMD ¹¹⁻¹⁴	SEIFA ¹⁵	NZDep ¹⁶	USA ¹⁷	CNI ¹⁸
Unemployment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Household overcrowding	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Low social class and poverty			✓	✓	✓	✓	✓	✓
Education				✓	✓	✓	✓	✓
Home ownership	✓	✓		✓		✓	✓	
Income				✓	✓	✓	✓	
Vulnerable group		✓			✓	✓		✓
Car ownership	✓		✓				✓	
Barriers to services and transport				✓		✓		
Communication					✓	✓		
Health				✓				
Crime				✓				

Municipal deprivation index and Bayesian standardized mortality ratio of **men** aged under 75 (N=3366)



社会的に不利でも、良好な社会関係で健康改善？



SC=social cohesion

The author(s) of this article has/have published under an open access model. Users are permitted to use, reproduce, disseminate, or display the open access version of this article for non-commercial purposes provided that the original authorship is properly and fully attributed. No financial incentives should be provided in the regular peer review process with the correct citation being given. If an article is subsequently reprinted or disseminated outside the original journal, it should be clearly indicated. For commercial use, please contact journals.permissions@oxfordjournals.org.
Published by Oxford University Press on behalf of the International Psychogeriatrics Association. International Journal of Gerontology, 2007, 52, 52-58
© The Author 2007. All rights reserved.

Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis

David Force,^{1,2*} Frank Dunstan,³ Keith Lloyd,⁴ Garth Williams,⁵ John Watkins^{1,2} and Stephen Palmer¹

目的

- Perceived discrimination
- Deprivation
- Social network

上記3つを区別して、健康との関連を調べた。

対象と方法

対象：
西成区北西部在住
男女、20歳以上

調査方法：対面調査

→ 2337名分の調査票を回収。
→ 有効回答は2264票
= エリア人口(※1)の約13.6%

25-79歳の1994人を解析



Main outcomes

• うつ状態

スクリーニングテスト用の調査票

The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)

• 主観的健康感

Self-rated health

うつ状態

1) 気分の落ち込み

この1ヶ月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか。

2) 興味の欠如

この1ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

両方ともに「はい」の場合を「うつ状態」とする。

主観的健康感

主観的健康感とは、自分がどの程度健康だと考えているかを示す指標である。主観的健康感は、一見、主観的な指標であり、あてにならないようにみえるが、多くの研究によって、回答者のその後の死亡や身体機能低下の予測力を持つことがわかっている。

健康状態について、

1. とてもよい
2. まあよい
3. あまりよくない
4. よくない

の4択を使用し、3もしくは4の場合を「よくない」と判定した。

Deprivation Index(DI)

調査に含まれたDeprivationに関連すると考えられる18変数

- 学歴(高卒未満)
- 仕事がない
- 非正規雇用
- 家の所有者ではない
- 扶助を受けている(生活保護)
- 等価所得が貧困ライン未満
- 外国籍
- 生活物資の所有の有無11項目(テレビ、冷蔵庫、電子レンジ、冷暖房機器、給湯器、電話機、ビデオデッキ、ステレオ、パソコン、礼服、ふとん)

Deprivation Index(DI)

最終モデル

- 学歴(高卒未満)
- 仕事がない
- 家の所有者ではない
- 扶助を受けている(生活保護)

Table 1. Selected health and socio-demographic characteristics of men and women, NHS2009

Characteristic		NHS2009 (n=1,994)			
		Men (n=928)		Women (n=1066)	
		No.	%	No.	%
Geographically-based discrimination	Total	117	13.1	178	17.2
Reason: Nishinari ward	Yes	101	11.3	163	15.8
Reason: Buraku district	Yes	59	6.6	104	10.1
Education	Less than high school	481	52.7	576	55.2
Occupation	Unemployed	387	42.5	575	55.1
Not home owner	Yes	614	67.5	784	74.4
Public assistance	Yes	132	14.2	165	15.5
Current smoker	Yes	422	46.1	309	29.3
current drinker	Yes	549	59.9	386	36.7
Social support index	high	193	22.6	262	25.8
	middle	289	33.8	392	38.6
	low	372	43.6	361	35.6
Deprivation index	Least deprived	409	46.3	369	36.4
	Middle	212	24.0	261	25.7
	Most deprived	262	29.7	385	37.9

Table 1. Selected health and demographic characteristics of men and women, NHS2009 versus national data

Characteristic		NHS2009 (n=1,994)				Total Japanese population from national data	
		Men (n=928)		Women (n=1066)		%	Source
		No.(missing)	%	No. (missing)	%		
Depression	Yes	234 (14)	25.6	293 (13)	27.8	-	
Self-rated health	Fair/Poor	308 (3)	33.3	418 (12)	39.7	-	
Age group	25-49	233 (0)	25.1	296 (0)	27.8	47.6	a)
	50-64	276	29.7	270	25.3	30.8	
	65-79	419	45.2	500	46.9	21.6	
Education	Less than high school	481 (16)	52.7	576 (22)	55.2	4.9/5.8	b) 1990/1980
Occupation	Unemployment	387 (18)	42.5	575 (23)	55.1	22.4/48.8	a) Men/Women
Not home owner	Yes	614 (18)	67.5	784 (12)	74.4	34.2	c)
Public assistance	Yes	132 (0)	14.2	165 (1)	15.5	1.3	d)
Foreign nationality	Yes	50 (31)	5.6	80 (30)	7.7	1.2	a)
Household arrangement	Living alone	207 (0)	22.3	312 (0)	29.3	11.3	a)
Marital status	Married	600 (6)	65.1	544 (8)	51.4	71.0/69.1	a) Men/Women
Current smoker	Yes	422 (13)	46.1	309 (12)	29.3	36.8/9.1	e) Men/Women
current drinker	Yes	549 (11)	59.9	386 (13)	36.7	35.9/6.4	e) Men/Women
Health check-up within 1 year	No	387 (26)	42.9	456 (15)	43.4	61.5	c)
regular exercise	No	576 (41)	64.9	727 (41)	71.5	-	
Social network	high	193 (74)	22.6	262 (51)	25.8	-	
	middle	289	33.8	392	38.6	-	
	low	372	43.6	361	35.6	-	
Deprivation	Least deprived	409 (45)	46.3	369 (45)	36.4	-	
	Middle	212	24.0	261	25.7	-	
	Most deprived	262	29.7	385	37.9	-	

Data source of national statistics; a) Census, 2005, b) Fundamental School Survey, 1990/1980, c) Comprehensive Survey of the Living Conditions of People on Health and Welfare, 2007, d) Statistical Report on Social Welfare Administration Services, 2009, e) Health and Nutrition Information Study, 2008

Methods and results

- Logistic regression analysis was done to reveal the associations of the discrimination with self-rated health and depression (the PRIME-MD instrument) after adjustment for deprivation, social support and others.

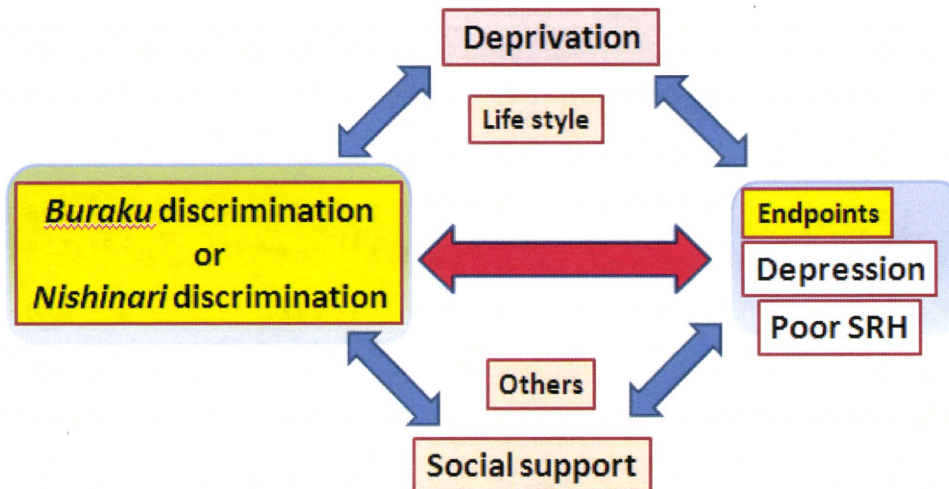


Table 3. Characteristics associated with depression among men in age-adjusted and multivariable analysis

Characteristics	Depression N (%)	Age-adjusted OR (95%CI)	Multivariable* OR (95%CI)
MEN			
Geographically-based discrimination			
No	175 (22.7)	1.000	1.000
Yes	50 (43.9)	2.70 (1.80-4.07)	2.84 (1.78-4.53)
Deprivation index			
Least deprived	153 (19.9)	1.000	1.000
Middle	122 (25.9)	1.95 (1.31-2.90)	1.69 (1.08-2.66)
Most deprived	231 (36.1)	2.88 (1.94-4.27)	2.30 (1.43-3.73)
Social support index			
High	69 (15.3)	1.000	1.000
Middle	144 (21.2)	1.00 (0.61-1.63)	0.97 (0.57-1.64)
Low	289 (39.8)	3.06 (1.98-4.72)	2.35 (1.43-3.88)
Lifestyle			
Current smoker No	120 (24.9)	1.000	1.000
Yes	111 (26.5)	1.09 (0.80-1.48)	0.93 (0.65-1.32)
Current drinker No	107 (29.6)	1.000	1.000
Yes	125 (23.0)	0.71 (0.52-0.96)	1.05 (0.73-1.51)
Regular exercise No	162 (28.5)	1.000	1.000
Yes	67 (21.8)	0.69 (0.50-0.97)	0.66 (0.45-0.97)
Included in analysis cases (depression cases)			779 (199)

Table 3. Characteristics associated with depression among women in age-adjusted and multivariable analysis

Characteristics	Depression N (%)	Age-adjusted OR (95%CI)	Multivariable* OR (95%CI)
WOMEN			
Geographically-based discrimination			
No	218 (25.7)	1.000	1.000
Yes	65 (36.7)	1.73 (1.22-2.44)	1.74 (1.18-2.56)
Deprivation index			
Least deprived	153 (19.9)	1.000	1.000
Middle	122 (25.9)	1.14 (0.76-1.67)	1.11 (0.73-1.69)
Most deprived	231 (36.1)	2.28 (1.58-3.27)	1.76 (1.16-2.68)
Social support index			
High	69 (15.3)	1.000	1.000
Middle	144 (21.2)	1.96 (1.29-2.99)	1.97 (1.25-3.09)
Low	289 (39.8)	4.31 (2.86-6.48)	3.74 (2.39-5.87)
Lifestyle			
Current smoker No	187 (25.4)	1.000	1.000
Yes	103 (33.6)	1.57 (1.17-2.12)	1.16 (0.83-1.63)
Current drinker No	187 (28.3)	1.000	1.000
Yes	105 (27.6)	0.99 (0.74-1.32)	1.22 (0.88-1.69)
Regular exercise No	220 (30.5)	1.000	1.000
Yes	64 (22.2)	0.64 (0.46-0.88)	0.78 (0.55-1.12)
Included in analysis cases (depression cases)			907 (256)

Table 3. Characteristics associated with fair/poor self-rated health among men in age-adjusted and multivariable analysis

Characteristics	Fair/Poor SRH N (%)	Age-adjusted OR (95%CI)	Multivariable* OR (95%CI)
MEN			
Geographically-based discrimination			
No	259 (33.4)	1.000	1.000
Yes	41 (35.0)	1.24 (0.81-1.90)	1.70 (1.05-2.76)
Deprivation index			
Least deprived	140 (18.0)	1.000	1.000
Middle	155 (33.3)	2.37 (1.60-3.49)	1.93 (1.26-2.96)
Most deprived	393 (61.0)	5.32 (3.65-7.75)	4.26 (2.73-6.66)
Social support index			
High	97 (21.4)	1.000	1.000
Middle	225 (33.4)	1.55 (0.99-2.40)	1.20 (0.75-1.94)
Low	366 (50.2)	3.45 (2.28-5.22)	1.71 (1.06-2.75)
Lifestyle			
Current smoker No	172 (35.0)	1.000	1.000
Yes	134 (31.9)	1.09 (0.82-1.46)	0.81 (0.58-1.15)
Current drinker No	157 (42.9)	1.000	1.000
Yes	147 (26.8)	0.52 (0.39-0.70)	0.77 (0.55-1.09)
Regular exercise No	217 (37.7)	1.000	1.000
Yes	83 (26.9)	0.47 (0.34-0.65)	0.43 (0.29-0.62)
Included in analysis cases (fair/poor SRH cases)			784 (271)