

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 (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	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

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	健康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（満足の人々の割合）	幸福度（幸福な人の割合）	幸福度（平均の幸福度）
35.0	37.0	30.9	10.7	38.1	6.6	98.3	69.5	51.8	8.9	83.9	91.5	7.2
33.2	32.5	26.9	9.7	39.7	8.3	97.4	69.2	48.9	8.0	80.9	90.2	7.0
29.2	31.9	31.8	9.1	35.0	6.8	99.0	72.1	62.7	7.0	83.6	92.0	7.2
36.8	41.6	23.0	10.0	39.9		98.6	74.3	57.1	7.7			
38.3	38.4	26.9	9.7	44.7	9.9	98.5	72.5	59.5	7.3	81.2	90.3	7.3
39.5	41.5	21.7	11.3	40.6	6.5	99.1	72.3	50.6	9.6	85.8	91.2	7.4
33.4	40.3	25.9	9.7	37.7	8.4	98.9	72.4	61.9	9.2	84.6	90.6	7.5
35.6	42.5	28.9	10.8	45.5	9.4	98.5	72.7	65.6	7.4	82.4	91.3	7.7
37.2	45.7	23.5	8.5	41.8	8.3	98.5	69.3	64.1	7.4	85.6	90.7	7.4
44.8	42.4	11.3	7.7	47.4	11.6	97.2	66.5	49.6	6.7	77.7	84.5	6.7
35.8	43.2	24.9	10.5	43.1	8.9	99.0	75.2	57.2	9.0	82.5	90.0	7.1
34.8	40.3	26.5	11.5	47.2	7.5	98.5	67.2	65.2	10.2	86.7	92.5	7.4
41.5	53.1	21.5	8.4	50.2	14.4	98.2	68.0	59.2	7.4	76.9	84.1	6.8
36.6	42.6	25.2	10.9	41.7	7.5	98.5	71.3	70.8	9.0	83.3	90.4	7.1
28.5	38.4	11.1	4.3	47.3	6.0	99.5	74.5	59.1	6.3	82.8	90.2	7.4
36.5	37.7	14.2	9.4	42.2	9.1	98.6	78.4	51.3	7.1	77.3	87.6	6.7
40.8	47.6	20.8	12.6	46.1	10.6	99.3	70.1	46.4	7.8	80.3	87.6	7.0
39.1	42.3	26.6	11.9	43.3	10.3	99.1	72.6	53.5	7.7	82.3	88.7	7.2
40.6	43.5	20.9	9.6	45.0	9.5	98.6	72.8	57.5	7.6	83.5	89.9	7.4
37.9	45.9	12.5	10.3	38.1	8.9	98.6	79.5	55.5	8.0	72.8	84.0	6.8
47.1	43.1	17.4	13.1	45.9	8.8	99.1	71.8	42.6	8.3	84.6	90.9	7.0
41.4	41.0	16.3	11.7	42.0	7.6	98.8	76.2	48.1	10.4	87.6	90.7	7.1
40.1	45.5	15.2	9.8	46.5	10.7	98.6	75.0	53.5	7.6	82.4	89.1	7.6
43.4	49.8	18.1	9.6	44.9	7.8	99.2	75.7	44.7	10.6	85.3	90.8	7.1
46.5	46.8	10.8	8.5	40.9	9.0	98.1	71.5	45.2	9.0	84.0	90.1	6.9
43.1	41.4	14.4	6.2	41.2	6.1	99.0	71.8	46.6	10.6	84.8	89.6	6.9
34.6	52.5	7.4	8.4	53.2	10.6	99.8	78.3	79.1	7.4	80.0	84.8	7.1
38.8	38.2	12.7	14.9	39.1	10.3	98.6	78.3	49.5	5.9	83.3	87.0	6.7
44.8	47.3	13.4	6.4	38.7	7.9	98.1	71.5	44.4	11.0	85.5	88.0	6.6
40.2	38.3	13.5	13.2	44.9	14.0	97.4	76.8	53.9	9.0	70.3	81.9	6.4
			6.3	35.6			78.3					

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

<p>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、自転車を活用、給食などによって健康の向上に結びつけることなど</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>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</p>

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LR T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やっている
- ・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
- ・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ようと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ようとする啓発も必要

<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
- ・〇〇市は、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
- か
- ・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
- ・〇〇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、みんなで作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ですが、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

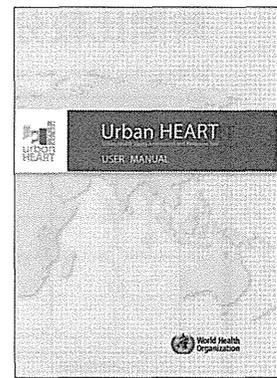
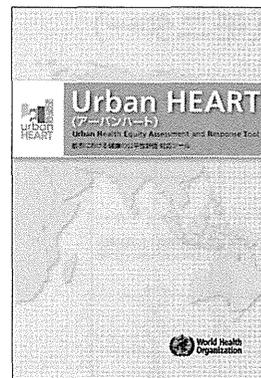
Urban HEARTによる地域比較分析（マトリックス）の結果を見ながらワークショップを行った結果、状況の分析、対応する現時点での取り組み、今後の対応のアイデア等が多数上げられた。

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思われる。

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/

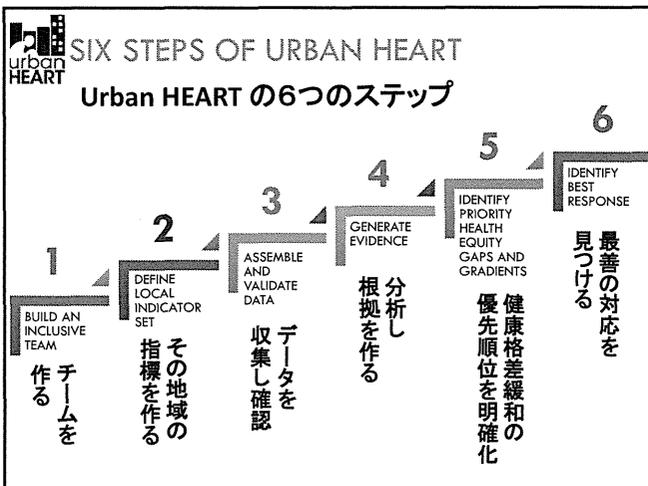
Urban HEART を実施している国（日本は厚生労働科学研究班で導入）

Countries that have built capacity on Urban HEART



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



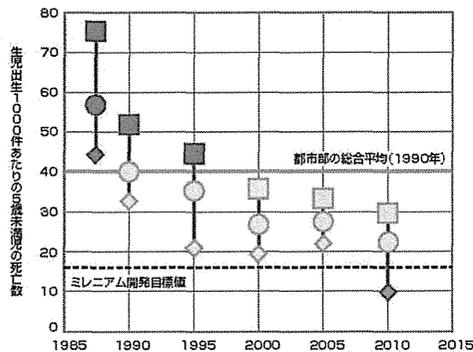
地域比較分析(マトリックス)

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	読書率	■	■	■	■	■	■
	初等教育の修了率	■	■	■	■	■	■
経済	熟練労働者の普及率	■	■	■	■	■	■
	貧困率	■	■	■	■	■	■
ガバナンス(健康管理政策)	失業率	■	■	■	■	■	■
	保健医療への財政支出	■	■	■	■	■	■
	投票率	■	■	■	■	■	■

時間比較分析(モニター)

図7 都市部の健康の公平性モニターの参考例



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.

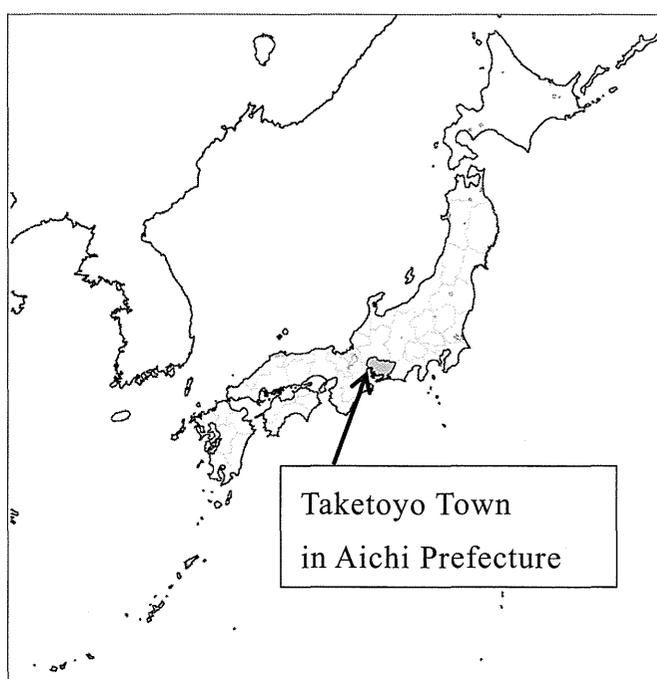
(1) Outline of region

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 though 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.

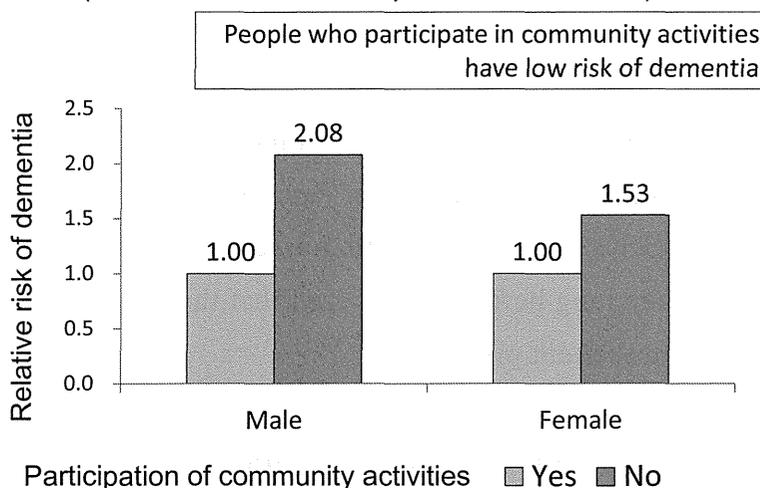
Professor Katsunori Kondo of Nihon Fukushi University was quick to see the limitations to national movements and secondary prevention. One day before the revisions had been introduced he asked us if we would like to try holding salons for elderly people in Taketoyo as a care prevention model project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