

提案などがなされた。

検討で収集された素材等を検討しながら、健康の社会的決定要因について市町村に期待される取り組みについてまとめられた。この内容は、日本公衆衛生協会及び地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターによる全国の市町村保健活動調査に調査項目案として提供され、全国の市町村における取り組み状況の調査が行われている。

以上の検討とは別に、2012年7月に厚生労働省から発表された健康日本21(第二次)では、健康格差の縮小、社会環境の整備が大きな柱として掲げられるなど、健康の社会的決定要因への対応が重要視されている。そこで、それを受けての各都道府県・市町村等における健康増進計画策定の参考となるよう、「都道府県・市町村等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針」の策定を行った。

○WHO Urban HEART を用いた日本での分析及び対応方策の検討

平成25年度に日本国内31市町村のJAGESのデータを用いて、Urban HEARTの地域比較

分析(MATRIX分析、図7)を行った。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。その結果を検討し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。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(表2)。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况による格差の確認、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

図7. Urban HEART を利用した MATRIX 分析の結果

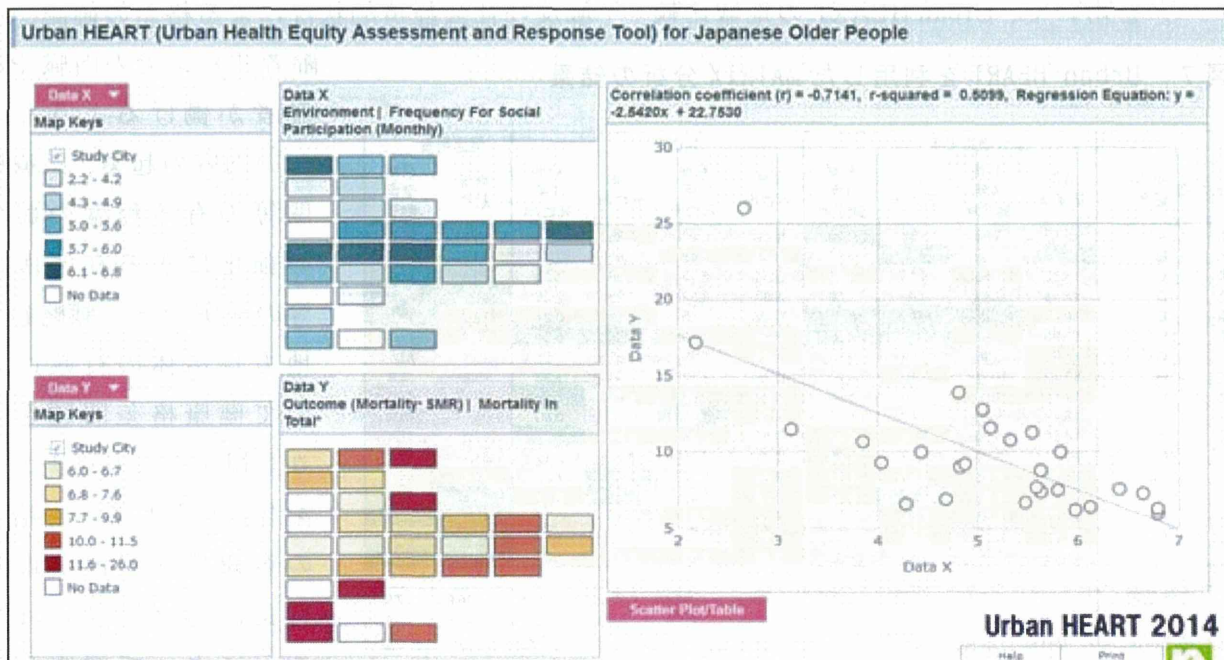
市町村名	小学校区名	要介護認定率				死亡率				健康割合	
		4年認定率	前期4年認定率	1年認定率	前期1年認定率	4年死亡率	前期4年死亡率	1年死亡率	前期1年死亡率	健康割合	前期健康割合
A市	A	16.47	8.93	5.88	0.00	12.94	8.93	2.35	1.79	69.1	69.8
A市	B	8.23	7.08	1.90	1.77	6.96	4.42	2.53	1.77	73.6	73.1
A市	C	14.29	3.68	4.14	1.23	10.90	6.75	1.88	1.23	73.8	75.5
B市	D	15.48	7.47	4.84	2.30	9.35	6.32	3.23	2.30	76.0	78.9
B市	E	10.11	0.91	1.69	0.00	12.36	5.45	1.69	0.91	73.7	79.6
B市	F	13.98	5.82	1.90	0.36	8.06	4.73	1.42	0.00	73.9	77.7
C町	G	11.91	5.96	3.66	1.53	7.63	5.50	2.82	1.99	70.7	73.5
C町	H	13.19	10.00	3.40	2.67	11.06	7.33	2.98	1.33	70.6	74.8
C町	I	11.85	4.00	4.96	1.60	6.89	4.00	1.65	0.40	70.1	73.0
D町	J	16.46	6.27	4.93	1.79	8.59	2.98	2.50	0.90	70.2	73.7
D町	K	14.66	6.14	3.14	1.32	9.69	5.26	1.57	0.44	67.8	72.6
D町	L	20.24	8.70	4.17	1.09	12.50	8.70	4.17	2.17	67.9	73.9
E町	M	11.03	3.80	2.57	1.27	8.46	6.33	1.47	1.90	72.9	74.7
E町	N	11.48	4.32	1.91	0.72	7.18	6.47	1.44	0.72	76.6	76.3
E町	O	11.22	4.86	2.84	1.55	7.24	3.97	2.84	1.77	75.9	78.6
F町	P	11.60	6.50	3.39	1.57	8.60	5.71	3.13	1.57	75.2	77.0
F町	Q	13.43	6.29	3.65	1.92	7.42	3.85	2.47	1.05	75.4	78.8
平均-標準偏差		10.05	3.67	2.29	0.58	6.47	3.69	1.49	0.55	66.8	69.5
平均		13.25	5.96	3.41	1.49	8.83	5.44	2.50	1.40	70.8	74.0
平均+標準偏差		16.44	8.24	4.53	2.40	11.19	7.18	3.50	2.25	74.8	78.4

標準偏差より良い 平均より良い 平均より悪い

表2 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</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追及する（全国的な制度等） 診療報酬や財源の確保の重要性など</p>

図8. ダブルマップの一例（X軸：社会参加頻度、Y軸：標準化死亡比（SMR）、社会参加頻度が多い市町村ほど、標準化死亡比（SMR）が低いことが分かる）



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）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。

平成26年度には、Urban HEARTの枠組みも参考に、5つの要素と2つの側面から構成される指標群のフレームワークをまず開発した。次に、そのフレームワークを参考に、指標群を開発し、計算するための定義を作成した。重要と考えたコア指標以外にも標準化死亡率（SMR）、特定死因死亡率、活動への出席頻度（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算）、主観的健康観の良い者の割合、地域活動への参加頻度なども算出した。

当研究班のウェブサイト上に英語版のサイトを作成した。（<http://sdh.umin.jp/>）。ウェブサイト上では、数百枚の画面を閲覧できる。シングルマップ（市町村間比較）として、例えば社会参加の頻度を市町村比較することができる。ダブルマップ（散布図、図8）として、例えば残歯数20本以上の人の割合や社会参加頻度と、標準化死亡率（SMR）の関係等を見ることができる。さらに、どのような社会組織に参加する人の多いところで健康な人が多いかなどを、散布図により確認できる。

地図やグラフを活用した直感的な地域間の比較や・分析を支援することで、研究者だけでなく、一般国民、メディアによる、健康の社会的決定要因や健康の公正への関心が高まることが期待される。また英語版のサイトにすることで、日本における健康の社会的決定要因やそれによる健康格差の実情について海外への情報提供が可能となった。

○WHO Urban HEART 改訂作業への参画

平成25年11月6～8日に、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人弱が世界各地から一堂に会した。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、Universal Health Coverageに関する指標の追加、高齢化（ageing）に関する指標の検討（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き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。

○SDH への対応を行う人材育成指針の策定とセミナーの開催

平成26年度に「健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針(2015)」を策定した。想定する対象者としては、主として地域保健従事者を念頭に置いたが、その他、さまざまな立場の人についてもSDHへの対応を行うための資質向上は重要である。一般教育目標としては、知識、態度、技能の3本柱でまとめた。それぞれの資質向上のための方法や、扱うべき知識の内容などを検討してまとめた。

また、健康と社会(SDH)セミナーを開催した。ハーバード大学のカワチ教授による基調

講演の他、6名の演者による講演を行った。合計参加者は374名であり、セミナー終了後に回収したアンケートでは、満足・やや満足との回答が8割に達した。また次年度以降も健康の社会的決定要因に関するセミナーを開催するとしたら参加したいかという問いに対して、回答者全員が、「とても思う」または「やや思う」と回答した。

(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について、平成24年度の5か月間の利用者の性別及び年齢、就職率、就職先、求人情報を集計した。利用者の性別は、男性は416名(65.3%)、女性は231名(35.7%)であり、男性の利用率は有意に高かった($p<.01$)。利用者のうち、就職活動のための登録を行い、実際に就職できた者は男性49名(11.8%)、女性38名(16.5%)であった。就職者数に関しては男女間で有意な違いはみられなかった。求人情報源(しごと財団からの情報と自所開拓求人)ごとに就職者数をみたところ、男性は自所開拓求人による就職数が有意に高かった($p<.05$)。女性ではこの有意差はみられなかった。年齢区分ごとに、男女の就職率を比較したところ、70~74歳を除く全ての年齢で女性の方が男性よりも就職率が高かった。また、利用者の最高齢は86歳であったが、男女とも75歳以上の利用者の就職はみられなかった。就職先の内訳として、清掃は男女とも最も多く、加工、運転では男性が多かった。自所開拓求人の内容ごとの求人数をみたところ、清掃が最も多く、次いで警備は求人数が70件と多かったものの、実際の就職者数は少なかった。

高齢者への就労支援事業は、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。

平成25年度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、「自分の能力や経験を活かせるか」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。

平成 26 年度までの調査によって、アクティブシニア就業支援センター利用者の初回調査回答者は、累計で男性 143 名 (61.6%)、女性 89 名 (38.4%) の合計 232 人となった。平均年齢は男性 63.8 歳 \pm SD6.0、女性 63.3 歳 \pm SD4.9、全体で 63.6 歳 \pm SD5.6 であった。求職理由について 8 つの選択肢に対する回答結果の因子分析を行った結果、第一因子は正の方向に「小遣い程度の収入が欲しい」「時間に余裕があるから」、負の方向に「生活のための収入が欲しい」となり、労働時間と対価の経済面に着目し、収入獲得の態度について余裕の有無を示すものであった。第二因子では「社会貢献・社会との繋がり」「生きがいを得たい」「健康のため」といった社会参加の効用を目的とするものであった。第三因子については「家族の勧め」借金の返済のため」とも回答数が極少数のものであった。第一因子、第二因子の因子得点について、性別、年齢による差の検定を行ったところ、第一因子では年齢 ($p=0.017$) で、第二因子では性別 ($p=0.000$)、年齢 ($p=0.018$) 共に有意な差が見られた。

次に、初来所時に無職で継続的に回答が得られた 140 名 (男性 89 名、女性 51 名、平均

63.6 歳 \pm SD5.5) について縦断分析を行った結果、対象者全体の平均求職期間推定値は 40.7 日 \pm SD3.4 であった。Log-rank 検定の結果、年齢 ($p=0.001$)、最終学歴 ($p=0.006$) で求職期間に有意な差が見られたものの、性別 ($p=0.842$)、世帯年収 ($p=0.549$) では有意な差は見られなかった。希望職種ごとに求職期間に差が見られたが、一般事務を希望する群では有意に長くなった ($p=0.032$)。

高齢求職者には、生きがい就労を求めている人から、生活のための収入とする逼迫した人まで存在する事が明らかとなった。特に、比較的若年で高学歴な層で、生活のための収入を得るために一般事務職を希望するような、典型的なホワイトカラー層で適した仕事を見つけることができずに求職期間が長くなっていることが明らかとなった。こうした層に対しては求職環境についての情報を早期に提供し、早期の就職とその後の自己実現に期待するよう方針転換を促す介入が考えられる。雇用企業側にもこうした層を有効活用するような職種や、就業後の業績と連動した評価制度の構築が期待される。

(5) 情報の国内外への発信

SDH 対策に関する情報及び研究成果について、研究班ホームページ(図 9)、学会発表、学術論文、シンポジウムやセミナーとして発信を行った。特に、平成 24~25 年度には、WHO による主要文書の日本語訳の提供を行った。また、平成 25 年度には、SDH 対策として愛知県武豊町及び徳島県上勝町の事例について英語による発信を行った。その他、市町村健康増進計画等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針、健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針(2015)の公表を行った。

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・人材育成方策の創出、(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など）、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（平成26年度の抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究を含む）、(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ワー

クショップによる対応方策の検討、WHO Urban HEART改訂作業への参画、SDHへの対応を行う人材育成指針の策定とセミナーの開催、(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（日本語及び英語による研究班ホームページ、学会発表、学術論文等）を行った。

E. 健康危険情報

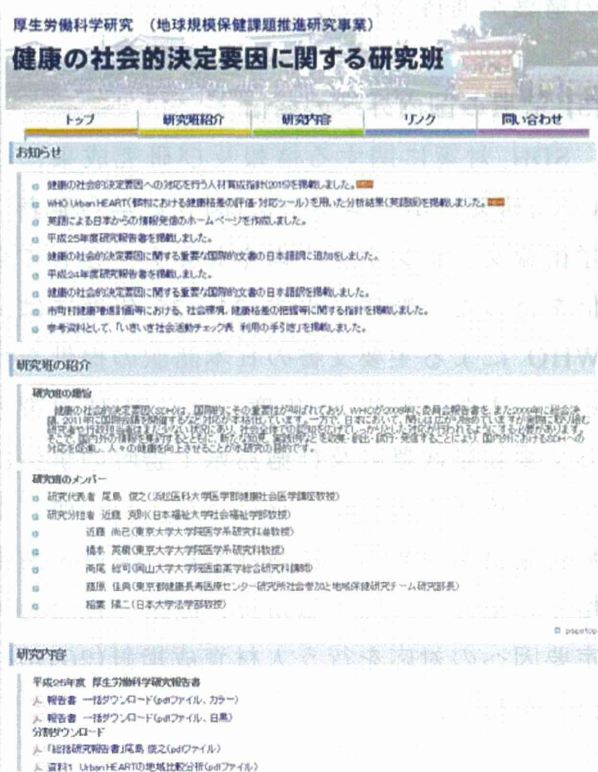
なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 近藤尚己, 近藤克則. 「健康格差の是正」にどう取り組むか. 保健師ジャーナル 2012; 68(6), 468-473.
- 2) 尾島俊之. 「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える. 保健師ジャーナル 2013; 69(2): 104-109.
- 3) 尾島俊之. SDH (Social Determinants of Health) に関する研究. 東海病院管理学会年報 2013; 39-42.
- 4) 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.
- 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』2012年東京都9区調査の概要. 政経研究. 2013; 50(1): 239-266.
- 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) Noguchi M, Iwase T, Suzuki E, Kishimoto Y, Takao S. Social support and suicidal ideation in Japan: are home visits by commissioned

図9. 研究班ホームページ



- welfare volunteers associated with a lower risk of suicidal ideation among elderly people in the community? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014; 49(4): 619-27.
- 8) Naoki Kondo, Mikael Rostila, Monica Åberg Yngwe. Rising inequality in mortality among working-age men and women in Sweden: a national registry-based repeated cohort study, 1990–2007. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68: 1145-1150.
- 9) 近藤克則, JAGESプロジェクト. 健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」— JAGES2010-11プロジェクト. *医療と社会* 2014; 24: 5-20.
- 10) 尾島俊之, JAGESプロジェクト. Urban HEART の枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発. *医療と社会* 2014; 24: 35-45.
- 11) 稲葉陽二. 日本の社会関係資本は毀損したか—2013年全国調査と2003年全国調査からみた社会関係資本の変化—. *政経研究* 2014; 51(1): 1-30.
- 12) 稲葉陽二. 第4章 社会関係資本の実証研究. 稲葉陽二・吉野諒三編. *社会関係資本の世界 ソーシャル・キャピタル叢書第1巻*. 東京, ミネルヴァ書房, 2015. (印刷中)
- 13) Noguchi M, Iwase T, Suzuki E, and Takao S. Home visits by commissioned welfare volunteers and psychological distress: a population-based study of 11,312 community-dwelling elderly people in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* (in press).
2. 学会発表
- 1) 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, 神奈川, 2012年11月9日.
- 2) 近藤尚己, 近藤克則, 市田行信, 狩野恵美, 尾島俊之. 介護予防における健康格差評価尺度とその視覚化ツールの開発. 第71回日本公衆衛生学会学術総会, 山口, 2012年10月26日.
- 3) Toshiyuki Ojima. Healthy Life Expectancies in Japan. Joint Action European Health and Life Expectancy Information System. The 1st Enlarged Steering Committee Meeting. Paris, April 19, 2012.
- 4) 尾島俊之, 近藤尚己, 相田潤, 中村美詠子, 中出美代, 大塚理加, 村田千代栄, 鈴木佳代, 近藤克則. 所得による食やBMIの格差の地域間の差異. 第23回日本疫学会学術総会, 大阪, 2013年1月25日.
- 5) 橋本英樹, 他. 社会格差と健康; 孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか? 伊藤国際学術研究センターシンポジウム, 東京, 2013年3月14日.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.

- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) Ojima T, Okada E, Saito M, Nakamura H, Nakamura M, Kondo N, Kondo K, JAGES Group. Housing status and disparities of healthy life expectancy: JAGES cohort project. 20th World Congress of Epidemiology. Anchorage (USA), Aug 17-21, 2014.
- 15) 稲葉陽二. 日本社会関係資本は毀損したか— 2013年全国調査と2003年全国調査からみた社会関係資本の変化—. 経済社会学会第50回全国大会, 松戸市, 2014年9月20日.
- 16) 藤原佳典, 南 潮, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 小林江里香, 深谷太郎. 就労支援施設を利用する高齢求職者の前職離職理由からみた特徴 ESSENCE研究(1). 第73回日本公衆衛生学会総会, 栃木, 2014.11.5-7.
- 17) 南 潮, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 小林江里香, 深谷太郎, 内田勇人, 藤原佳典. 就労支援施設を利用する高齢求職者の求職活動の推移と精神的健康 ESSENCE研究(2). 第73回日本公衆衛生学会総会, 栃木, 2014.11.5-7.
- 18) 南 潮, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 内田勇人, 藤原佳典. 高齢求職者における相談できる人の存在と精神的健康の関係, 第9回日本応用老年学会大会, 相模原市, 2014.10.26.
- 19) 長谷田真帆, 近藤尚己, 芦田登代, 谷友香子, 近藤克則. 高齢者の抑うつ症状の所得による格差と関連する地域要因の検討— JAGES-HEARTを用いた地域相関分析—. 第25回日本疫学会学術総会, 名古屋, 2015年1月23日.
- 20) Kondo K, Saito M, Aida J, et al.: The Development of benchmark system for health disparities in healthy aging in Japan: JAGES HEART. 第25回日本疫学会学術総会, 名古屋, 2015年1月23日.
- G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)**
- 1.特許取得
該当なし
 - 2.実用新案登録
該当なし
 - 3.その他
該当なし

(資料 I -1) 平成 24 年度研究報告

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）は、重要性が認識され対応が本格化し始めている。そこで、国内外の情報を集約するとともに、新たな知見、実践例などを収集・創出・試行・発信することにより、国内外におけるSDHへの対応を促進し、人々の健康を向上させることが本研究の目的である。具体的には、（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、人口動態統計・国民生活基礎調査等の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・NPO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、シンポジウム、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

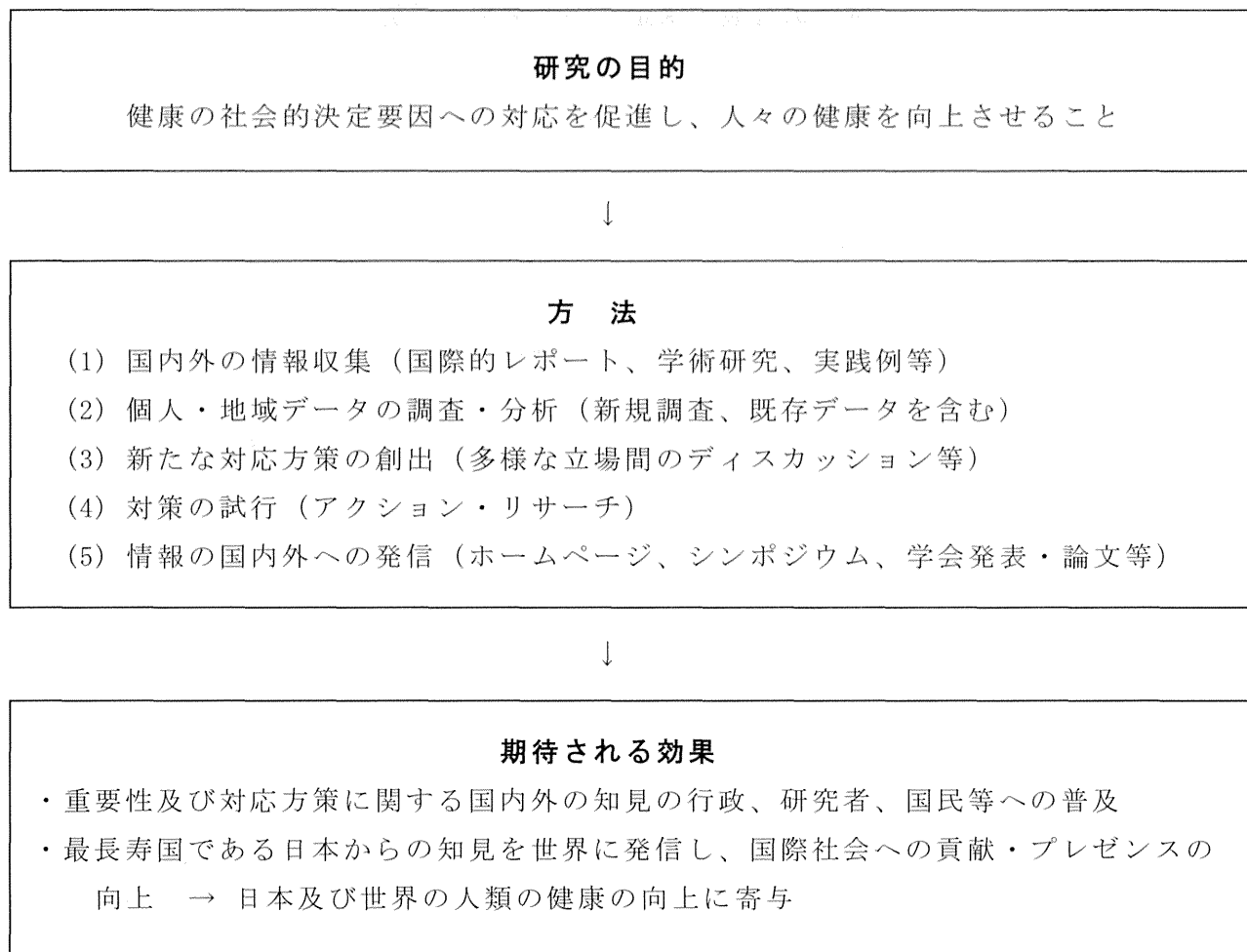
健康の社会的決定要因（SDH）は、所得、教育、就業、生活環境、社会環境等が含まれる。WHO に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on Social

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。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。

研究全体の流れを図1に示す。

図 1 研究全体の流れ図



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

SDH に関する WHO の決議や報告書、その他の国際的なレポートなどの主要文書について翻訳を行った。WHO からの文書については、WHO 神戸センターの監修を受けて実施した。

○社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

海外事例の収集として CSDH の元議長で

ある University College London の Marmot 教授を通じて、1979 年から 80 年代の英国の経済政策の健康影響について、また 2009 年のリーマンショック後の欧州諸国における動向に関する既存研究等について情報収集を行った。社会的排除に関する重要な国内事例として、2012 年 2 月に報道された、さいたま市における 60 代夫婦と 30 代の息子の親子 3 人の孤立死事件について、その背景と市のその後の対応について、さいたま市からの情報収集を行い、WHO の CSDH の最終レポートに示された「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」のフレームを用いて分析を行った。さらに、この事例では経済的困窮か

らガス・電気などのライフラインが供給停止されている。そこで、冬場の低温時期について、ライフラインの供給停止を明確に禁じる条例を有していたウィスコンシン州の公共サービス委員会の Silver Karsh 弁護士から、同条例の成立経緯とその内容について情報収集を行い、国内の米国法専門家として東京大学大学院法学研究科の樋口範雄教授の協力を得て検討を行った。

○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

国内の各地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成及びその他 SDH 改善の介入事例について、全国の都道府県の保健福祉担当部局及び地域振興担当部局の 2 部局の計 94 カ所、全国から無作為に抽出した 1,200 市区町村の保健福祉担当部署（合計 1,294 カ所）を対象に、2012 年 9 月に open-structured questionnaire の質問紙を郵送して調査を行った。返信方法は、市区町村に関しては、① Fax、②電子メール添付、③web 上返信用フォーマットのいずれか、都道府県に関してはそれに返信用封筒を加えた 4 種類の方法のいずれかを任意に選択してもらった。収集された事例について研究者等で検討し、SDH への介入に際して有用と考えられる要因を事例からリストアップして大項目及び小項目に整理した。また、他の地域が参考にできるような事例の抽出を行った。

(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

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 20～79 歳の住民を母集団として、住民基本台帳から

無作為に 1,500 名を抽出して、2012 年 9 月初旬～10 月初旬に、郵送法により『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』を実施した。調査項目は、信頼、規範、ネットワークなどのソーシャル・キャピタルに関して、また健康状態に関してなどである。調査の個票データについて調査項目間の相関分析を行った。また、2010 年に同内容の質問紙により全国を対象に実施したアンケート調査（N=1,599）との比較、および今回の調査での東京の下町、都心、山の手 3 地区の比較を行った。

○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

日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）の 2010-2011 年度調査のデータを用いた。この調査は 12 都県 31 市町村の 65 歳以上の自立生活を営む高齢者を対象とした郵送法による疫学調査である。分析では、まず貧困世帯割合、学歴、最長職、持ち家なし、主観的な治安悪化、失業者の増加、地域経済の沈滞、貧困者の増加の合計 8 項目を用いた。因子分析により 3 変数を抽出した後、主成分分析により、小学校区を地域単位として「困窮度指数」を算出した。次に、自治体内の小校区別の困窮度指数の高低による健康指標の格差に関する格差勾配指数（Slope Index of Inequality: SII）を算出し、自治体間の健康格差の比較を行った。

もうひとつの研究として、全国の全市区町村について、社会経済状況と健康指標の関係の視覚化を行った。社会経済状況としては、公益財団法人統計情報研究開発センターによる「社会・人口統計体系」から平成 17 年完全失業率を用いた。また、健康指標としては、政府統計の総合窓口（e-stat）から、人口動

態統計に基づく平成 15～19 年の市区町村別標準化死亡比（ベイズ推定値）を用いた。なお、市町村合併に対応して、合併後の自治体に合わせる形でデータの統合等を行った。また、分析、視覚化は、WHO を始めとして国際的に多くの公的機関で使用されているウェブ地図ソフトウェアである Instant Atlas を用いた。

(3) 新たな対応方策の創出

研究者及び自治体やその他の現場の関係者（健康増進、介護保険、建設、消防、学校保健、NPO 関係者等）の参画を得て、浜松、神戸、東京においてワールドカフェ方式、その他のワークショップを開催した。また、「健康の社会的決定要因に対処する南米での試み - ボリビアとブラジルの経験から -」と題して、順天堂大学医学部湯浅資之准教授による講演会を行い、意見交換を行った。さらに、前述の「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」に加えて、保健師会議、研修会等において、自治体における取り組み事例の収集を行った。そして、全国の各地域における事例や全国で実施されている施策等の情報について研究者間での意見交換を行い SDH への対応方策の検討を行った。

(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

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、平成 24 年中の 5 か月間の観察を実施した。観察内容は利用者の人数、性別、年齢、就職率、就職決定時の職種、求人内容とした。統計解析には IBM SPSS

Statistics 20 を用いた。正確二項検定により、2 つのカテゴリに分類されたデータの比率を比較した。

(5) 情報の国内外への発信

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。また、国際シンポジウムを共同企画により開催し、本研究班の紹介を行うとともに、米国ハーバード大学の Kawachi 教授に基調講演を行っていただいた。

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、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 executive summary (WHO, 2008), Reducing health inequities through action on the social determinants of health, WHA62.14, 2009 (WHO, 2009), Adelaide Statement on Health in All Policies (WHO, 2010), World Congress on social determinants of health, All for Equity, Summary Report (WHO, 2012), Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health, WHA65.8 (WHO, 2012)等について翻訳を行った。また、その他の国際的に重要なレポートとして、Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review, 2010. Executive Summary (The Marmot Review, 2010)の翻訳を行った。

○社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

海外事例の検討結果では、景気動向の変化に伴い一部の国を除いて失業率と自殺率に緊密な関係が認められるが、北欧など勤労世代に対する福祉・社会保障政策に重点を置いている国ではそうした関連が認められていなかった。経済成長回復を目指し市場活性化を促す経済政策・社会保障費削減などによる財政緊縮の実施は、マクロな経済効果が見られる一方で、社会的排除の対象となりやすい困窮層を中心に健康状態に負の効果が見られ、健康の社会格差の拡大につながる副作用を伴っていた。従って、経済政策の展開と並行し、健康の公平化に向けた社会保障・福祉対策の強化がなされる必要があることが示唆された。ライフラインの差し止めについて、冬期など条件付でこれを禁じる条例をもつ米国ウィスコンシン州においては、ライフライン差し止めにより死亡した事例の発生を受けて、規制対象であるライフライン事業の公共的性質を鑑み、人命優先を掲げてエネルギー関係・税・福祉担当部局が連携し、こうした条例成立につながり、引き続き発生する問題を受けて改正を繰り返しているとのことであった。さいたま市における孤立死予防の取り組みは、従来の行政の網にかからない社会的に排除された住民を、福祉行政部門だけでなく関連部局の横断的連絡と、民間事業者を含めた官民連携を構築する形でリーチアウトしようとしている点で、新たな「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」の基本的モデルを提示していた。以上から、経済的変動期にあたっては、経済政策の及ぼす正と負の効果を予見し、限られた財政資源のもと、健康セクターの壁を越えて行政・民間・住民が共同し、健康の公平性を中核的価値と定めた、新たな政策的取り組みの展開が不可欠であると結論

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

全国の自治体への調査に関しては、都道府県保健福祉担当部局から13事例、都道府県地域振興担当部局から4事例、市区町村から41事例の合計58事例が収集できた。都道府県地域振興担当部局からの提供事例は少なかった。SDH介入に有用と考えられる要因の事例からの抽出に関しては、まず大項目として①リソースの把握、②リソース交換の円滑化・広域化のための工夫、③リソース交換の管理・停止しないための介入、④リーダーシップに分け、またそれぞれの大項目の中にも必要に応じて小項目を想定して、要因を抽出した。また、これらの項目を用いて試行的に、収集した事例に対して、該当するかどうかを適用してみたところ、該当する要因の多い事例と少ない事例があることがわかった。回収できた58事例について、有用と考えられる要因の視点を参考に検討を行い、参考になると期待される事例が抽出できた。これらのうち、掲載の許可の得られた6事例、すなわち、諫早清掃愛護クラブ（長崎県諫早市の団体）、子育てと女性に係る相談窓口の一元化（北海道旭川市）、ふれあい収集事業（三重県伊勢市）、三条市子ども・若者総合サポートシステム（新潟県三条市）、ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり事業（新潟県）、地域の環境・つながりの強化（秋田県小坂町社会福祉協議会）について、具体的な内容を分担研究報告書に掲載した。

(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

東京のソーシャル・キャピタルは、その構

成要素の殆どで、全国の水準を下回っていた。近所づきあいの程度（「協力」＋「立ち話」の比率）が、全国の60.4%に対し、東京は44.9%であるなど、近所の人々への信頼やつきあいは希薄である。しかし、社会全般への一般的信頼、職場の同僚への信頼やつきあい、友人知人への信頼やつきあいなどはほぼ全国と同水準にあり、東京では居住する近隣よりも、むしろ職場や友人知人との関係が中心であることが分かる。地縁的活動への参加率も全国を大幅に下回っており、地域密着型ではないといえる。しかし、ソーシャル・キャピタルと健康関連の回答結果との間には、東京都調査でも、全国調査と同様、統計的に有意な相関がみられた。特に心の健康はソーシャル・キャピタルと密接に関連していることが確認された。一般的信頼と抑うつ度との偏相関係数（性別、最終学歴、年間収入を制御）は、全国0.27、東京0.29といずれも統計学的に有意であった。このほか、サンプル数が少なく母集団推計はできないが、東京都のなかでも、下町、都心、山の手の間では、ソーシャル・キャピタルの構成要素に大きな違いがみられることが確認された。

○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

健康格差モニタリング指標としての条件について、先行する研究や取り組みについて文献調査を行った結果、以下の条件が重要であることが確認された。すなわち、① 時系列比較、地域間比較に必要な標準化が施されていること、② 数値が意味することが直感的で解釈しやすいこと、③（各自治体担当者が利用できるように）計算が簡便であること、④ 国際的に認知され汎用されていることである。健康格差のモニタリングについては、欧州連合や英国の取り組みが大きく先行している。

そのための指標については Mackenbach と Kunst が包括的に議論しており、特に格差勾配指数(SII)と格差相対指数(Relative Index of Inequality: RII)が有用であるとしている。その他、集団寄与危険、集中度指数(concentration index)などの他の指標も検討した。その結果、日本における健康格差モニタリング指標として、妥当性と実用性が高く、広く普及している格差勾配指数を用いることが妥当であると考えられた。

各自治体における小学校区間地域格差の指標として、困窮度指数と「抑うつ疑いの割合」「歯がほとんどない人の割合」「やせ(体格指数BMI<18.5)の割合」について、格差勾配指数とその95%信頼区間を算定した。抑うつ疑いの割合においては、ほぼすべての自治体で正の値を示した(困窮度が高い自治体のほうが抑うつ疑い者が多い)。最も格差が大きかった自治体における格差勾配指数は8.0%であった。つまり、学歴・所得・最長職で評価した困窮度指数が最も高かった小学校区では、最も低かった小学校区に比べて抑うつ疑い者の割合が8%多いという結果であった。同様に、「歯がほとんどない」人の割合に関する格差勾配指数も正の値を示し、最大で31.2%であった。BMI<18.5のやせの割合については、社会経済的な地域格差は少なかった。

全国の全市区町村について、社会経済状況(完全失業率)と健康指標(標準化死亡比)の関係について、ウェブ地図ソフトウェアであるInstant Atlasを用いて視覚化を行った。地図化することで、視覚的に健康状態、社会経済状況の分布が確認できる。一方で、地域の困窮度指数や格差勾配指数を算出することは各自治体の行政担当者には難しく、また、使用する数値の標準化が困難であるなどの課題が明らかとなった。困窮度指数・格差勾配指数についての今後の対応として、① 研究者

が定期的に算定して公表する、② 公的機関が定期的に算定して公表する、③ 総合的な指数化をせずに、課税対象所得や失業率といった個別指標を用いた複数の格差勾配指数を用いるなどが考えられる。

(3) 新たな対応方策の創出

健康の社会的決定要因への対応方策には、すぐに実施できるものとして「既存の資源の活用」、そして根本的な解決に向けては「さらなる資源の投入」、さらにそのための「資源を確保する方策」の3つの方策が必要であると考えられた。

具体的な対応方策の検討にあたっては、まずWHOのCSDH最終報告書に記載された重点項目を確認し、日本における内容例を検討した結果、表1のようにまとめることができた。この内容を自治体の保健師等に示して、その他の取り組み事例の収集を試みたところ、余り収集することができなかつた。日本の保健担当部局にとっては、CSDHの国際的な枠組みでの重点項目をそのまま示されても、日本の保健現場との乖離が大きく、イメージしにくいと考えられた。

そこで次に、CSDH最終報告書の重点項目のうち、日本の保健担当部局が当面重点的に取り組むべき項目を抽出して、日本では既に当然のように実施されている取り組みや、また短期的に市町村での取り組みが可能であると考えられる具体例をまとめて、表2を作成した。ワークショップや保健師研修会等において示したところ、健康の社会的決定要因への取り組みについて、一定の理解が得られることが確認された。

ワークショップにおいて、実施されている取り組みや、今後実施可能なアイデアについて意見交換をしたところ、多数の取り組みについての素材が収集できた。例えば、自宅

を地域に開放してカフェとなっている例、空洞化した飲食店の交流の場としての活用、中学生が高齢者宅を訪問して1日過ごす事業、保健推進員の交流会、高齢者による絵本の読み聞かせ、プレイパークでのプレイリーダーの取り組み、ラジオ体操や学校のプール開放による地域の身体活動の促進、食や保育に関する教育などの例や、親子一緒の健診、給食費無料化、健康格差の見える化を行って住民による検討を行う提案などがなされた。

検討で収集された素材等を検討しながら、健康の社会的決定要因について市町村に期待される取り組みについて表3のようにまとめられた。この内容は、日本公衆衛生協会及び地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターによる全国の市町村保健活動調査に調査項目案として提供され、全国の市町村における取り組み状況の調査が行われている。

以上の検討とは別に、2012年7月に厚生労働省から発表された健康日本21(第2次)では、健康格差の縮小、社会環境の整備が大きな柱として掲げられるなど、健康の社会的決定要因への対応が重要視されている。そこで、それを受けての各都道府県・市町村等における健康増進計画策定の参考となるよう、参考資料1に示す「都道府県・市町村等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針(案)」の策定を行った。

(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

アクティブシニア就業支援センターの5か月間の利用者の性別及び年齢、就職率、就職先、求人情報を集計した。利用者の性別は、男性は416名(65.3%)、女性は231名(35.7%)であり、男性の利用率は有意に高かった($p<.01$)。利用者のうち、就職活動の

ための登録を行い、実際に就職できた者は男性 49 名 (11.8%)、女性 38 名 (16.5%) であった。就職者数に関しては男女間で有意な違いはみられなかった。求人情報源 (しごと財団からの情報と自所開拓求人) ごとに就職者数をみたところ、男性は自所開拓求人による就職数が有意に高かった ($p<.05$)。女性ではこの有意差はみられなかった。年齢区分ごとに、男女の就職率を比較したところ、70~74 歳を除く全ての年齢で女性の方が男性よりも就職率が高かった。また、利用者の最高年齢は 86 歳であったが、男女とも 75 歳以上の利用者の就職はみられなかった。就職先の内訳として、清掃は男女とも最も多く、加工、運転では男性が多かった。自所開拓求人の内容ごとの求人数をみたところ、清掃が最も多く、次いで警備は求人数が 70 件と多かったものの、実際の就職者数は少なかった。

高齢者への就労支援事業は、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。

(5) 情報の国内外への発信

研究班の研究成果について、特に 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、今後、取り組みが有用と考えられること、市町村健康増進計画等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針などについて、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。

今後はさらなる情報収集及び分析などを進めるとともに、WHO の Urban HEART (Health Equity Assessment and Response Tool) の枠組みを活用した検討、日本における健康の社会的決定要因の状況やグッドプラクティス等を含めた研究成果についての国際的な情報発信などを進めていく予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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). (印刷中)
- 2) 近藤尚己, 近藤克則. 「健康格差の是正」にどう取り組むか. 保健師ジャーナル 2012; 68(6), 468-473.
- 3) 尾島俊之. 「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える. 保健師ジャーナル 2013; 69(2): 104-109.

2. 学会発表

- 1) 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, 神奈川, 2012年11月9日.
- 2) 近藤尚己, 近藤克則, 市田行信, 狩野恵美, 尾島俊之. 介護予防における健康格差評価尺度とその視覚化ツールの開発. 第71回日本公衆衛生学会学術総会, 山口, 2012年10月26日.
- 3) 尾島俊之, 近藤尚己, 相田潤, 中村美詠子, 中出美代, 大塚理加, 村田千代栄, 鈴

- 木佳代，近藤克則．所得による食やBMIの格差の地域間の差異．第23回日本疫学会学術総会，大阪，2013年1月25日．
- 4) Toshiyuki Ojima. Healthy Life Expectancies in Japan. Joint Action European Health and Life Expectancy Information System. The 1st Enlarged Steering Committee Meeting. Paris, April 19, 2012.
- 5) 橋本英樹，他．社会格差と健康；孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか？ 伊藤国際学術研究センターシンポジウム，東京，2013年3月14日．
- 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

表1 WHO健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書の重点項目と日本での内容例

1. 日常生活の向上 Improve Daily Living Conditions

・子どもの健康と教育 Equity from the start

子どもの健康のための取組、自治体と民間企業等との連携による療育・幼児学童教育など

・都市と農村の環境 Healthy Places Healthy People

自治体の中心部と周辺部の格差を縮小するための取組、住民相互のつながりを強くするための取組など

・雇用と労働環境 Fair Employment and Decent Work

高齢者や若者などの雇用確保のための取組、地域職域連携や自営業者や中小企業等で働く人の健康確保のための取組など

・生涯の社会保障 Social Protection Across the Lifecourse

低所得家庭への支援など

・全ての人への保健医療 Universal Health Care

低所得世帯への保健医療支援、医療過疎地等に対する取組など

2. 力、お金、資源の格差改善 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources

・全ての政策での健康の平等 Health Equity in All Policies, Systems, and Programmes

自治体の総合計画・健康都市条例・宣言・健康増進計画等に健康格差の縮小の理念を盛り込むなど

・適正な財政・家計 Fair Financing

ふるさと納税推進の取組、健康づくりのための基金の創設など

・市場の責任 Market Responsibility

健康づくりのための民間事業者との協働、健康影響評価の実施、住民の健康確保のための規制など

・男女の平等 Gender Equity

男女共同参画のための取組など

・政治参加 Political Empowerment --- Inclusion and Voice

自治体の意思決定への住民参加の取組、熟慮型世論調査など

・良い国際政治 Good Global Governance

3. 状況把握と評価 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action

・状況把握・研究・人材育成 The Social Determinants of Health: Monitoring, Research, and Training

健康格差や社会環境等に関する調査分析、社会環境整備等のための人材育成の取組など

注. 各項目は、"Closing the gap in a generation" Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT, WHO 2008 より、日本語は意訳、内容例は研究班の検討による

表2 日本の保健担当部局の重点項目

<p>日本の保健担当部局の重点項目 (WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会報告書の重点事項のうち当面重点的に取り組むべき項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 子どもの健康と教育 • つながりの強化 • 格差の縮小 • 地域の環境 • 状況把握と人材育成 	<p>子どもの健康と教育</p> <ul style="list-style-type: none"> • 妊婦・乳幼児の健診・保健指導・療育教室 • 母子健康手帳 • ブックスタート • (栄養バランスのとれた)学校給食 • 家庭科の調理実習 • 学校でのフッ化物洗口
<p>つながりの強化</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健康づくり推進員、町内会活動など • ボランティア活動 • 高齢者のサロン事業 • 都道府県と市町村などの絆 • 多機関、多部局、多職種間の連携 • 民間との協働、誘導 	<p>格差の縮小</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地域間の格差の縮小 <ul style="list-style-type: none"> - 中心地から遠い地域での施策 • 低所得世帯等への支援 <ul style="list-style-type: none"> - 生活保護世帯、低所得世帯などの健診、健康づくり
<p>地域の環境</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健康づくり協力店、禁煙飲食店 • 健康づくりに取り組む給食施設(社員食堂等) • 宅配サービスを行う食料品店 • 育児サークル、趣味の会、運動グループ • 都市計画・道路設計等における健康部局の関与 	<p>状況把握と人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> • 状況把握 <ul style="list-style-type: none"> - 地域間の特徴の把握 - 生活の余裕等と生活習慣等の関連 (例. 国民生活基礎調査所得票による生活意識の設問を地域における調査にも含めて実施) • 職員等の人材育成 <ul style="list-style-type: none"> - 研修、演習・実習・体験、OJT