

合においては、モニタリングが適時に管理活動をサポートすることは無理であるということの意味する。

さらに、前年比変化を打開するためには、慣例では、例えば過去3年もしくは過去5年など、複数年のデータのグループ化が行われている。こうすることで、プロセスに安定性が生まれるが、これはモニタリングの適時性が非常に低いことを意味する。

適時性の問題は、入手可能な情報を最大限に活用する予測方法を用いることで対処することが可能である。健康指標および目標に対する進捗状況をモニタリングする際の、適時性確保における方法の用い方についてはさらなる検討が加えられるべきである。

5.6 地域ベースの尺度の問題に対処する

第3章で考察したとおり、広範囲な区域レベル(例えば、行政区画レベルなど)に限定した変化測定では、より裕福な暮らしの人々の範囲内に限定した改善なのか、概して貧困地域においても改善されているのかは不明である。区域内格差目標の導入によってこの問題への対処が試みられたが、これらの目標は全国的な目標からは独立した、依然として社会経済的状況が世帯ごとに大きくばらつきのある地域に重点を置いたものであった。

これらの課題は、仮に小規模地域データが指標や目標を定めるために使用されているのであれば(例えば、スーパーアウトプット地域など)、小規模区域で測定された数値が分析に耐えるだけのものである限りにおいて、問題となることは少ない。小規模区域データを使用するその他のメリットを以下に挙げる。

- すべての区域が目標に対する利害関係を持つことができる
- 格差の尺度が変化に対しより繊細に対応できる
- 目標を全国レベルから、地方、および地域レベルへと尺度を合わせることができる
- 区域内での勾配により重点を置くことができる

5.7 介入の効果を評価する

5.7.1 評価の必要性

健康特別委員会により、健康格差に対する介入のより適切な評価の必要性が指摘されている⁵⁸⁷。第3章および第4章では、過去の介入から得られる効果の実証に対する限界を指摘した。一般的な健康に対する介入の効果が実証されていることは多いが、健康格差に対する介入の影響や費用有効性に関する実証は不足している。最近の公衆衛生調査コンソーシアムの報告書で示されているとおり⁵⁸⁸、この実態は、予備研究の段階と体系的検討の両方の場合において当てはまる。同様に、健康格差に対する「上流での」介入と比較し、「下流での」介入の効果に関する調査のほうが多く実施されている。

結果に関する、徹底的な評価を実施する能力を構築することなく設計した介入や政策が実施されることがあまりにも多い。これは、多くの中間的な段階や長い時間差によって、介入と関心の結果との間のつながりが分離している社会的コンテキストにおいて、根本的に困難である。また、効果を評価する適切な時間がないままに小規模な介入が展開される傾向もあり、正確な比較を行うことが極めて難しい。とはいえ、2009年健康特別委員会の報告書で健康格差が強調されたように⁵⁸⁹、社会的介入の評価に関わる課題を大幅に削減する方法によって、新規の介入が実施されていることを確実にするために取るべき基本的段階が多く存在する。

5.7.2 社会的勾配への影響の評価

新しい政策および介入に、健康における社会的勾配に対して変化をもたらす影響力の有無を評価する際には、注意を必要とする問題が多く存在する。ここでこういった具体的な問題に注目する一方で、要点は、介入と予想される効果との間のあらゆる関係を検証するためのいくつかの基本原則から誘導される。

考慮すべき要素を以下に挙げる。

- 結果因子のために使用する尺度
- 結果と説明変数間の関係
- 介入の性質
- 効果のサイズ

評価

- 健康格差戦略の一環として新規の介入が実施される場合、そういった介入は、まずは総合的な評価戦略を組み込んだ期限付きの予備調査として設計されるべきである。規模の拡大は、その介入にポジティブな効果があることが確認され、影響が記録される十分な時間が経過した後に関わり実施されるべきである。

(資料 I -2) 平成 25 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）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

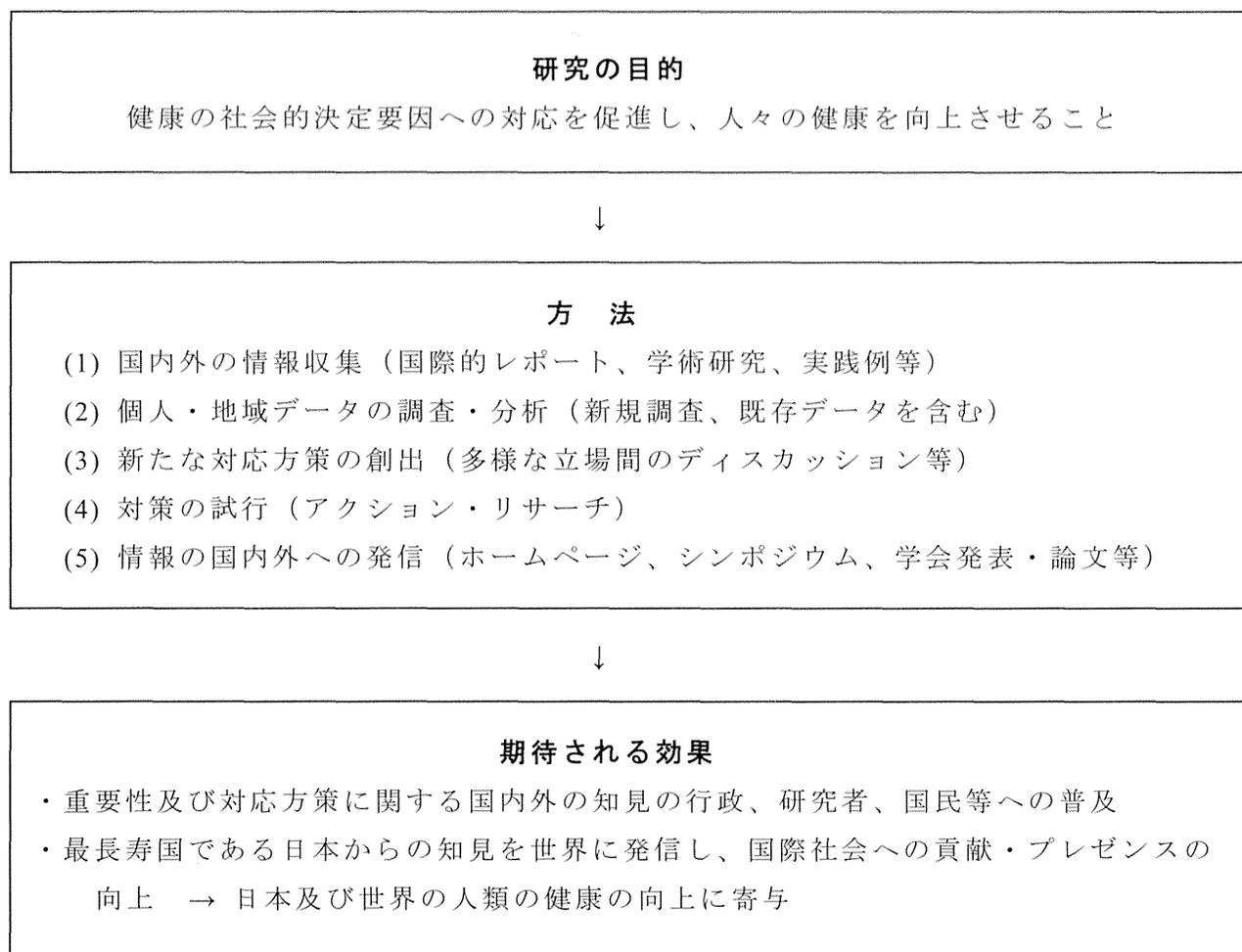
近藤克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）
橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科教授）
高尾総司（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科講師）
稲葉陽二（日本大学法学部教授）
近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科准教授）
藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム研究部長）

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が開発した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。キーパーソンが存在について、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にあがった。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。

(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(満足した人の割合)	「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	高齢化率	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歳以上)	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歳以上)	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	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	92.4	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	91.3	16.7	46.7	27.4	14.3	5.7	26.0	79.1	5.1	17.2	62.8
C	400,000	3,500	93.0	16.2	55.5	36.4	15.4	7.1	33.2	85.4	5.9	10.4	54.6
D	120,000	2,500		19.5	47.6	30.5	23.5	5.3	25.8	81.2	5.2	11.7	65.8
E	110,000	2,500	91.2	18.0	46.1	27.2	30.6	5.9	26.2	77.8	7.3	8.1	63.1
F	110,000	1,400	91.5	16.0	44.0	24.0	27.8	5.5	26.0	79.0	6.2	6.7	66.9
G	85,000	2,500	90.5	18.7	49.4	30.7	27.9	6.5	29.8	79.1	6.5	8.1	58.9
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	90.2	15.5	40.8	24.9	29.9	5.8	26.0	79.2	6.5	7.5	65.9
J	66,000	91	89.3	15.1	36.2	19.4	22.5	3.9	25.5	77.4	11.5	15.2	73.4
K	55,000	990	89.7	16.5	44.5	20.6	32.2	5.6	26.4	76.7	6.4	9.3	64.7
L	50,000	1,600	87.5	16.7	46.8	29.6	26.4	5.9	30.2	80.8	4.3	6.2	60.6
M	44,000	730	91.3	18.8	43.9	26.6	22.0	4.6	26.8	76.1	14.2	7.7	66.6
N	42,000	1,600	90.8	19.2	41.9	24.4	24.7	5.0	27.0	76.9	6.1	9.5	67.3
O	40,000	800	93.4	24.2	38.2	24.2	50.4	5.9	24.7	72.2	19.6	8.8	65.6
P	35,000	64	89.1	31.1	45.3	26.5	36.2	4.8	25.0	78.2	16.3	12.2	65.8
Q	31,000	980	87.7	17.1	45.3	30.6	29.8	4.1	30.9	76.2	10.5	8.7	71.7
R	25,000	1,100	89.8	20.1	45.2	30.8	40.3	6.3	27.0	75.3	6.9	7.2	61.6
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	88.5	19.7	38.3	25.0	31.3	5.0	30.0	75.9	13.1	12.9	70.2
U	24,000	1,100	88.6	18.3	38.3	20.9	35.8	4.7	27.3	77.3	9.0	6.3	71.0
V	22,000	620	89.1	18.9	45.1	25.7	50.6	5.5	25.7	78.8	7.9	6.0	66.7
W	21,000	540	90.5	14.1	33.7	16.4	40.2	3.0	26.5	73.4	16.6	9.0	76.6
X	12,000	470	94.3	16.0	38.4	22.7	34.0	4.5	26.8	76.4	7.6	6.8	71.7
Y	11,000	16	90.0	16.7	42.4	29.2	37.4	5.1	26.4	72.9	11.3	11.2	66.9
Z	9,300	140	91.1	20.9	47.6	33.7	36.3	6.7	30.0	78.9	10.7	8.7	60.3
AA	9,300	230	94.2	20.4	39.2	26.6	54.3	5.2	26.9	68.0	17.7	16.6	65.9
AB	8,700	64	89.1	20.3	37.7	16.0	48.8	3.8	27.8	79.2	14.2	7.0	75.7
AC	7,900	32	91.3	18.9	46.6	28.4	25.9	5.3	33.7	77.0	10.0	11.1	68.1
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
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
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
29.7	36.2	34.0	7.6	36.5		98.7	76.4	61.0	10.1			
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
32.1	34.9	37.2	8.6	39.3	8.3	99.2	76.5	62.0	10.3	82.1	89.4	7.0
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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 (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	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