

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

強い価値基盤：到達しうる最高基準の健康をめざして

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

健康を向上させる強力な社会経済的案

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

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

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

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

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

健康2020の戦略目標：健康のより強い公平性とより良いガバナンス

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

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

全員の健康を向上させ健康格差をなくす

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

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

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

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

健康のための指導力と参加型ガバナンスの向上

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

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

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

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

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

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

健康のための共通の政策的優先課題に共に取り組む

22. 健康2020政策は政策行動のための4つの優先分野に基づいている。

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

そして

- ・弾力的な地域社会と支援を得られる環境を創る。

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

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

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

強化する必要はますます高まってきている。

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

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

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

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

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

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

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

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

優先分野 2：ヨーロッパの主要健康課題にとりくむ：非感染性疾患と感染性疾患

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

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

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

ヨーロッパ地域での優先行動分野には次が含まれる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

優先分野4：弾力的な地域社会と支援を得られる環境の創造

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

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

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

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

手を携えて：パートナーシップを通して価値を高める

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

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

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

48. EUとの共同は、強い基盤と重要な機会、追加的利益を与える。ヨーロッパ地域の一部を構成する27のEU諸国は、EU保健戦略と政策枠組、またその実施のための法体系と財政機構に基づいた保健の統合および協力のプロセスを有している。加えて、EU加盟候補国、潜在的候補国、およびヨーロッパの隣国とのパートナーシップ協定参加国は、行政と実践をEU政策に並ばせるためにとりくみを進めている。彼らは健康2020の実施に主体的に貢献できる。さらなる共同のための6つのロードマップをふくむ欧州委員会と世界保健機関（WHO）の共同宣言は、このパートナーシップを強化するうえで重要な一歩である。

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

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

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

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

健康2020—共通の目標と責任

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

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

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

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

訳注：

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

ライフコースLife Course：個人が一生の間にたどる道筋のこと。

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

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

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

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

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

(資料 I -3) 平成 26 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、最終年度である平成26年度は、①SDHに対応できる人材育成方策の創出及び情報発信、②WHOが開発した健康格差の評価及び対応ツールであるUrban HEART (Health Equity Assessment and Response Tool)の活用に力を入れた。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・人材育成方策の創出：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、人材育成指針の策定及びSDHセミナーの開催、(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（千葉大学予防医学センター環境健康

学研究部門教授）

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）

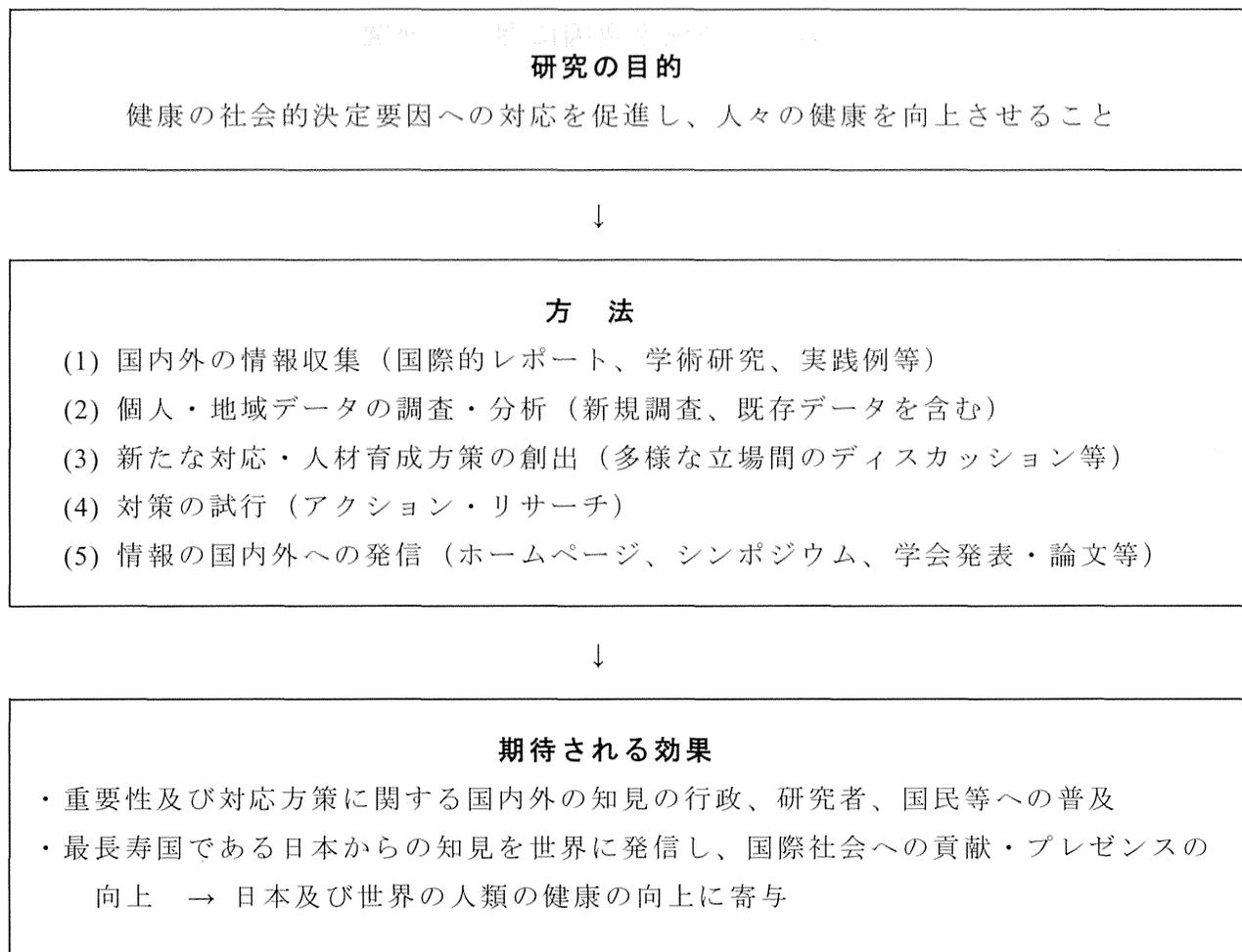
研究協力者

岡田栄作（浜松医科大学健康社会医学講座）

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

図 1 研究全体の流れ図



健康格差の評価・対応ツール)を2010年に開発している。

日本においても健康日本21(第二次)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、①SDHに対応できる人材育成方策の創出及び情報発信、②WHOが開発した

Urban HEARTの活用に力を入れた。

研究全体の流れを図1に示す。3番目の柱について、前年度までは、「新たな対応方策の創出」としていたが、より広くSDH対策が実践されるようにするために、この柱の中に人材育成を追加した。

B. 研究方法

(1) 国内外の情報収集

○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)

CSDHの議長を務めたUniversity College LondonのSir Michael Marmot教授が平成26(2014)年3月にCSDHの元委員ならびに関

連機関担当者を集め、イタリアの Bellagio において post CSDH 会議を開催し、これに参加し意見交換を行った。さらに 10 月に Marmot 教授を再度ロンドンに訪問し、その後の動きと今後の展開、特に Sustainable Development Goals を巡る議論における SDH 政策の意義について追加的に議論を行った。さらに Bellagio 会議に出席したブラジル国立公衆衛生院の Felix Rosenberg 博士から、ポルトガル語・スペイン語圏各国で進む SDH に関する政策推進のためのモニタリングシステムについて取材を行った。

○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(担当:高尾総司)

岡山県 K 町における愛育委員による 65 歳以上の全高齢者に対する声かけ訪問について、各対象者に関するデータの詳細な分析を行った。具体的には、同町 S 地区において、平成 25 年 3 月にベースライン調査を、平成 26 年 10 月にフォローアップ調査を行った。質問紙は、概ね同内容の質問項目を用いた。また、この間に、1~3 ヶ月に 1 回、愛育委員が担当する住民(65 歳以上全住民 273 人)の自宅へ訪問し、声かけを行った。訪問実績報告にもとづき訪問回数を別に算出し、質問紙データと調査用の ID を用いて統合した。訪問有無・頻度と年齢、性別、学歴、同居状態の関連をみた。また、信頼、互酬性、社会参加(ソーシャル・キャピタル)との関連についても同様に検討した。

(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(担当:稲葉陽二)

平成 25(2013)年に実施した郵送法全国調査のデータに基づき、調査対象 99 市町村の市町村レベルの社会関係資本の指標を作成し、そ

れらと生活満足度・主観的健康との関連を計測し、個人レベルと市町村レベルの 2 段階でとらえた社会関係資本の生活満足度・主観的健康とのそれぞれの関係を比較した。加えて、この知見をもとに、広義の社会関係資本の重層モデルを単純化した「社会関係資本の樹」という概念を提案し、その有効性を検討した。

○抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究(担当:近藤尚己)

平成 25(2013)年度に全国 77 の市区町村に住む要介護認定を受けていない 65 歳以上の者 195,290 人を対象に行われた郵送調査のデータを利用して分析を行った。目的変数は市区町村ごとの年齢調整した抑うつ状態の割合の男女別の所得階層間格差指標(年齢調整した抑うつ割合について、所得第 1 分位と第 3 分位の割合の差と比、および格差勾配指数・格差相対指数)である。説明変数には、本研究班で開発した、地域の健康状況の評価ツールである Urban HEART の日本人高齢者版のコア 20 項目を参考に、地域環境の変化、建造環境、地域活動への参加状況、ソーシャル・キャピタルに関する項目を選定した。これらについて、まずスピアマンの相関係数を算出した。次いで、抑うつ所得間格差指標を目的変数とし、高齢化率、人口密度、独居者割合で調整し、回帰分析を行った。統計分析には SAS version 9.3 を、格差指標の算出には、HD*Calc(米国がん研究所)を用いた。

(3) 新たな対応・人材育成方策の創出

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

WHO が開発した Urban HEART の枠組みを参考に独自の指標群の枠組みを開発して定義し、日本の高齢者データを用いて算出した。

データには、JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）プロジェクトのデータを用いた。それを閲覧できる英語版のサイトを作成した。閲覧ソフトとしては、InstantAtlasTM (GeoWise Ltd., 英国) を利用した。

○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（担当：尾島俊之、近藤克則、他）

本研究班でこれまでに収集・検討した SDH の関連文書、SDH 評価方法や対応方策及びそれらの事例、また追加で文献等から収集した情報をもとに、研究班内で検討して SDH への対応を行う人材育成指針(2015)を策定した。また、平成 26(2014)年 11 月 29 日(土)に東京にて健康と社会(SDH)セミナーを開催した。

(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（担当：藤原佳典）

東京都 A 区及び B 区における就労支援機関 2 か所において、相談窓口への来訪者に対して施設スタッフからアンケート調査票を手渡し、同封の返信用封筒を用いて回答の返送を求めた（ベースライン調査）。その後、回答者に対して、2 週後、4 週後、8 週後、12 週後、以下 12 週おきに追跡調査（フォローアップ調査）を実施した。回答に際しては商品券による謝礼を提供した。調査では、現在の就職活動状況（求職理由、仕事選びで重視する点、前職の離職理由）、社会活動・生活状況（世帯構成、団体への加入状況、暮らし向き、最終学歴）及び健康状況（主観的健康感、WHO-5 精神的健康状態表）等について尋ねた。統計解析には IBM SPSS Statistics 20 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、学会発表、学術論文、セミナー等により、日本語及び英語にて SDH 対策に関する情報及び研究成果の発信を行った。

C. 研究結果と考察

(1) 国内外の情報収集

○SDH 政策への取り組みの国際共同の動向に関する報告

Bellagio 会議では、各部門ならびに地域における SDH 政策の現状に関する報告ののち、post MDG の議論における SDH 政策の取り扱われ方等について議論が行われた。Universal Health Coverage などの議論では、臨床的医療技術介入とその分配・財政措置に重きが置かれすぎ、機会や権力・教育などの社会的公正を通じた本来の CSDH のメッセージが十分反映されていないこと等が現状認識として共有された。そして、SDH を巡る議論を再活性化するためのメッセージがまとめられた。議論の中で、SDH が健康の平等化に果たす役割についてさらに科学的な知見をまとめるべきであるとする意見と、SDH 政策が進まない政治的な構造の分析と行動が求められているとする意見が出され、両者の立場を包括する形のものとしてまとめられた。

ブラジル国立公衆衛生院の Rosenberg 博士より、スペイン語・ポルトガル語圏の各国の国立公衆衛生部局・健康省が連携した、社会格差と健康の状況に関するモニタリングシステムについて情報収集した。その中核となる Brazilian Observatory of Health Inequities (BOHI) は、教育歴など社会経済的階層別に保健統計を集計し、国内外・時系列でモニタリング・比較することで、健康の均てん化と社会経済・健康政策の健康格差影響を評価するシステムとして稼働開始している。日本にお

いても SDH に関するモニタリング体制を早急に確保し、日本固有の医療社会保障が健康状態の平等にどのように寄与したのかを、明確に説明責任が果たせるようにする必要がある。

○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

全高齢者を対象とした声かけ訪問について、対象者の属性と訪問の有無及び訪問頻度との関連を分析した。性別では訪問有無には差がなかった。一方、年齢については、75 歳～89 歳の住民のなかで訪問無しが多かった。学歴については、中学卒と高校卒の比較により学歴が低い方が訪問無しが有意に多かった ($p = 0.029$)。同居については関連を認めなかった。ソーシャル・キャピタルの 3 つの指標（一般的信頼、互酬性、社会参加）と訪問の有無については、一般的信頼とは有意な関係が認められなかったが、互酬性、社会参加については低いと訪問を受けていない傾向が認められた。社会参加の少ない方に対して、より積極的に働きかけを行ったと想定すべき機会が、介入期間中に何度か含まれていたにも関わらず、それでもなお、訪問の機会にすら結びつけにくかったという点は注目に値しよう。

(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

個人レベルの社会関係資本は団体参加を除けば、総じて生活満足度と主観的健康感の双方に対して有意な関係がみられるが、コミュニティレベルの社会関係資本は、生活満足度についてはほとんどすべての構成要素が有意に相関していた。しかし、主観的健康感については特定化信頼と特定化互酬性にのみ有意な関係がみられた。

また、包括的なコミュニティ理解の促進のために、社会関係資本からみたコミュニティモデルである「社会関係資本の樹」を描いた。社会関係資本の全体の状況を木にたとえ、メゾレベルから下のミクロレベルを根、メゾレベルから上を幹と枝として表現した。異質な個人が多く、特定化信頼と一般化信頼がともに高いコミュニティは広範に根をはり幹が太く高い樹として、一方で、孤立している個人からなっているコミュニティは根が張っておらず幹が細く、低い樹として描くことができる。どのような社会関係資本構造をもつコミュニティがどのような得失をもつかを把握することができ、コミュニティの特徴に即した施策の参考とすることができよう。

○抑うつとの所得間格差に関連する地域要因に関する研究

各指標について集計したところ、男女とも低所得者ほど抑うつの割合が高かった。自治体の社会環境やその他の特性には大きな地域間のばらつきがあった。相関分析の結果、全体として社会参加が多く、社会サポートの授受や友人との交流が多く、地域の社会経済的環境（失業者や貧困者の増加が少ない、行政サービスが向上したと思う人の割合が多い、地域活動が活発になったと思う人が多いなど）が改善していると思う人の割合が多いほど、抑うつの所得間格差が小さい傾向がみられた。回帰分析により、高齢化、独居者割合、人口密度の影響を除いても、同様の傾向がみられた。以上の結果は、地域の社会環境の影響を反映している可能性（脈絡効果）に加えて、単に構成する一人ひとりの特性も反映している可能性がある（構成効果）。自治体内での地域環境の整備が、抑うつ状態の所得間格差を軽減する可能性があると考えられる。

(3) 新たな対応・人材育成方策の創出

○WHO Urban HEART を用いた日本での分析及び対応方策の検討

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比 (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)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、標準化死亡比(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したこと、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。

○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

「健康の社会的決定要因への対応を行う人材育成指針(2015)」を資料1に示す。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)セミナーの概要を資料2に示す。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利用者の初回調査回答者は、男性143名(61.6%)、女性89名(38.4%)の累計232人となった。平均年齢は男性63.8歳±SD6.0、女性63.3歳±SD4.9歳、全体で63.6歳±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 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±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、資料 3 に示す通り、研究班ホームページによって情報発信を行った。また、後述の通り学術論文及び学会での発表を行った。さらに、前述の社会と健康 (SDH) セミナーにおいて SDH 対策の人材育成に合わせて、本研

究班の成果の紹介も行った。

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、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 への介入実践例についての詳細なデータ収集と分析を、(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 (全国での調査結果の分析とそれに基づいた「社会関係資本の樹」のモデルの提示)、抑うつ所得間格差に関連する地域要因に関する研究、(3) 新たな対応・人材育成方策の創出として、WHO Urban HEARTを用いた日本での分析及び対応方策の検討、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を行った。

E. 健康危険情報

なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 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*