

3)近藤克則 編.(2007). 検証「健康格差社会」
—介護予防に向けた社会疫学の大規模調査—.
医学書院.東京.

表 1 : 各健康指標の値算出に該当した人数

健康指標		該当者数(人)			
		無回答	低所得群	中所得群	高所得群
今の生活に満足している人の割合	男性	8488	17092	17797	16188
	女性	16316	20358	16387	15057
自分が幸せだと思っている人の割合	男性	8616	17186	17824	16273
	女性	16581	20531	16474	15120
抑うつ症状のある人の割合	男性	6620	15039	16051	14950
	女性	11118	16705	13938	13125
1年に1度でも転んだことがある人の割合	男性	8711	17251	17830	16254
	女性	16705	20647	16521	15104
歯がない人の割合	男性	8367	16929	17657	16061
	女性	15802	20006	16251	14939
主観的健康観が悪い人の割合	男性	8523	16989	17640	16062
	女性	16217	20223	16242	14908
やせの人の割合	男性	8200	16607	17591	16056
	女性	15192	19631	16107	14797
もの忘れの自覚のある人の割合	男性	8674	17207	17819	16232
	女性	16635	20578	16471	15081
健診未受診の人の割合	男性	8463	16972	17724	16144
	女性	16002	20225	16353	14998
現在、喫煙している人の割合	男性	8751	17251	17829	16242
	女性	16737	20602	16479	15099
閉じこもりの人の割合	男性	8691	17254	17832	16214
	女性	16736	20656	16526	15134
歩行時間が短い人の割合	男性	8645	17211	17810	16229
	女性	16440	20546	16442	15069
ボランティアに参加している人の割合	男性	7018	14768	15816	14584
	女性	12122	16797	14184	13226
趣味関係のグループに参加している人の割合	男性	7089	14944	16016	14803
	女性	12620	17264	14634	13662
スポーツの会に参加している人の割合	男性	7061	14894	15937	14746
	女性	12255	16962	14347	13420
老人クラブに参加している人の割合	男性	7258	15011	16020	14803
	女性	12942	17328	14547	13513
4つの会どれかに参加している人の割合	男性	7232	15113	16205	14980
	女性	13242	17729	14955	13892

助け合っている人がいる人の割合	男性	8504	17174	17830	16238
	女性	16556	20607	16538	15118
交流する友人がいる人の割合	男性	7999	16519	17462	15978
	女性	15239	19737	16089	14852
一般的信頼	男性	8531	17130	17813	16211
	女性	16357	20519	16471	15049
独居高齢者の割合	男性	8268	16463	17420	16161
	女性	15859	19591	15919	14886

表 2 : 各健康指標の、年齢調整後の所得層ごとの割合

健康指標		年齢調整後の割合 (%)			
		無回答	低所得群	中所得群	高所得群
今の生活に満足している人の割合	男性	77.5%	72.9%	82.1%	88.7%
	女性	82.1%	77.1%	86.0%	90.5%
自分が幸せだと思っている人の割合	男性	85.5%	82.8%	89.6%	94.3%
	女性	90.2%	87.5%	93.4%	95.7%
抑うつ症状のある人の割合	男性	8.9%	11.5%	5.9%	2.9%
	女性	7.2%	10.1%	5.0%	3.1%
1年に1度でも転んだことがある人の割合	男性	24.1%	24.5%	20.8%	19.0%
	女性	28.5%	29.2%	25.4%	25.1%
歯がない人の割合	男性	13.6%	13.7%	9.8%	8.7%
	女性	11.0%	10.9%	8.1%	8.1%
主観的健康観が悪い人の割合	男性	22.5%	23.7%	18.5%	15.1%
	女性	19.4%	20.9%	15.5%	13.8%
やせの人の割合	男性	6.3%	6.0%	5.2%	4.8%
	女性	9.4%	9.6%	9.3%	8.9%
もの忘れの自覚のある人の割合	男性	18.4%	18.6%	14.2%	13.4%
	女性	17.7%	17.5%	13.8%	15.2%
健診未受診の人の割合	男性	48.1%	48.0%	39.3%	34.0%
	女性	44.5%	44.7%	37.7%	35.8%
現在、喫煙している人の割合	男性	19.9%	20.1%	17.1%	15.9%
	女性	3.7%	4.2%	2.7%	2.3%
閉じこもりの人の割合	男性	6.2%	5.5%	3.0%	2.4%
	女性	5.3%	4.9%	3.1%	3.3%
歩行時間が短い人の割合	男性	28.2%	29.4%	23.0%	20.8%
	女性	27.3%	28.7%	23.7%	23.2%

ボランティアに参加している人の割合	男性	10.1%	10.3%	12.3%	13.6%
	女性	12.5%	11.7%	14.1%	14.3%
趣味関係のグループに参加している人の割合	男性	23.2%	22.5%	29.5%	32.2%
	女性	35.7%	33.1%	42.9%	44.2%
スポーツの会に参加している人の割合	男性	17.9%	16.7%	23.7%	28.4%
	女性	24.6%	23.6%	30.7%	32.1%
老人クラブに参加している人の割合	男性	8.6%	7.8%	8.6%	8.0%
	女性	13.0%	10.8%	10.3%	9.3%
4つの会どれかに参加している人の割合	男性	35.8%	34.4%	44.2%	48.9%
	女性	49.8%	46.4%	56.3%	57.7%
助け合っている人がいる人の割合	男性	13.5%	11.7%	12.2%	13.4%
	女性	19.8%	19.1%	19.7%	19.8%
交流する友人がいる人の割合	男性	86.8%	85.0%	88.9%	91.6%
	女性	94.1%	93.2%	95.0%	95.3%
一般的信頼	男性	65.3%	64.3%	72.9%	78.7%
	女性	62.9%	61.5%	70.5%	75.4%
独居高齢者の割合	男性	11.0%	10.3%	9.3%	7.8%
	女性	17.3%	24.5%	22.3%	11.2%

表 3 : 各健康指標の割合の差

	男性	女性	差のとり方
今の生活に満足している人の割合	15.8%	13.3%	高所得-低所得
自分が幸せだと思っている人の割合	11.5%	8.3%	高所得-低所得
うつの人	8.6%	7.0%	低所得-高所得
1年に1度でも転んだことがある人の割合	5.5%	4.0%	低所得-高所得
歯がない	4.9%	2.8%	低所得-高所得
主観的健康観が悪い人の割合	8.6%	7.1%	低所得-高所得
やせの人	1.2%	0.7%	低所得-高所得
もの忘れの自覚のある人の割合	5.2%	2.3%	低所得-高所得
健診未受診	14.0%	8.8%	低所得-高所得
現在、喫煙している人の割合	4.2%	2.0%	低所得-高所得
閉じこもり	3.1%	1.6%	低所得-高所得
1日の平均歩行時間30分未満の人の割合	8.6%	5.5%	低所得-高所得
ボランティアグループの参加	3.3%	2.5%	高所得-低所得
趣味関係のグループに参加している人の割合	9.7%	11.1%	高所得-低所得
スポーツへの会の参加	11.7%	8.5%	高所得-低所得
老人クラブへの参加	0.2%	-1.4%	高所得-低所得
4つの会どれかに参加	14.5%	11.3%	高所得-低所得
助け合っている人がいる人の割合	1.7%	0.8%	高所得-低所得
交流する友人がいる人の割合	6.5%	2.1%	高所得-低所得
一般的信頼	14.4%	13.9%	高所得-低所得

表 4 : 各健康指標の割合の比

	男性	女性	比のとり方
今の生活に満足している人の割合	1.22	1.17	高所得/低所得
自分が幸せだと思っている人の割合	1.14	1.09	高所得/低所得
うつの人	3.94	3.22	低所得/高所得
1年に1度でも転んだことがある人の割合	1.29	1.16	低所得/高所得
歯がない	1.56	1.34	低所得/高所得
主観的健康観が悪い人の割合	1.57	1.52	低所得/高所得
やせの人	1.25	1.08	低所得/高所得
もの忘れの自覚のある人の割合	1.39	1.15	低所得/高所得
健診未受診	1.41	1.25	低所得/高所得
現在、喫煙している人の割合	1.26	1.86	低所得/高所得
閉じこもり	2.29	1.48	低所得/高所得
1日の平均歩行時間30分未満の人の割合	1.41	1.24	低所得/高所得
ボランティア	1.32	1.21	高所得/低所得
趣味関係のグループに参加している人の割合	1.43	1.34	高所得/低所得
スポーツの会	1.70	1.36	高所得/低所得
老人クラブ	1.03	0.87	高所得/低所得
4つの会どれかに参加	1.42	1.24	高所得/低所得
助け合っている人がいる人の割合	1.15	1.04	高所得/低所得
交流する友人がいる人の割合	1.08	1.02	高所得/低所得
一般的信頼	1.22	1.23	高所得/低所得

業務項目名：

- ② 地域診断と見える化ツールを活用した介護予防施策マネジメント・パッケージの開発
e. 介入効果の評価

年金種別と手段的日常生活動作に関する研究

研究協力者	佐々木 一郎	同志社大学	准教授
研究協力者	近藤克則	千葉大学	教授
業務主任者	近藤 尚己	東京大学	准教授
研究協力者	相田 潤	東北大学	准教授
担当責任者	斎藤雅茂	日本福祉大学	准教授

研究要旨

受給している年金種類は、学歴・職業歴、就労時および高齢期の収入などの社会経済的要因を反映する総合指標である。そこで、高齢者が受給している年金種類の違いと高齢者の IADL との関連を分析した。年金種別は、収入・学歴・職業歴を考慮しても、日本の高齢者における IADL の決定要因であることが示唆された。

A. 研究目的

<背景>

高齢者の手段的日常生活動作(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)は、健康寿命や QOL の予測力があることが報告されており、それを高めることは重要な健康政策課題の 1 つである。一方、社会経済的要因による健康格差の縮小も国内外の政策課題となっている。しかし、これまで、IADL の健康格差についての研究は少ない。

そこで、社会経済的要因、なかでも年金種別と IADL 健康格差との関係を分析することにした。

B. 研究方法

要介護状態でない 65 歳以上の高齢者

169201 人を対象とし、JAGES(Japan Gerontological Evaluation Study)2010 調査データを用い、112123 人から回答を得た(回答率 66.3%)。バス・電車での外出、日用品の買い物、食事準備、請求書の支払い、預貯金の出し入れの 5 項目からなる都老研式活動能力指標を用い、各項目が自立の場合に 1 点を与えて IADL 点数(0~5)を算出した。0~3 点を IADL 低位者とした。受給している年金種類を、国民年金(平均月額約 5 万 4 千円)、厚生年金・共済年金(約 15 万 7 千円~17 万 1 千円)、年金基金企業年金(>17 万 1 千円)、無年金の中から選んでもらった。ロジットモデルを用い IADL 低位者であるオッズ比を、受給している公的年金の種類別に、年齢、性別、婚姻状況、世帯年収、教育年数、就業状況を

調整して分析した。

(倫理面の配慮)

本研究は東京大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(番号10555)。

C. 研究結果

IADL 低位者であるオッズ比は、平均の年金受給月額が最も高い年金基金・企業年金の受給者を reference とした場合、無年金で 1.844(95%CI=1.426-2.386)、低年金の国民年金受給の高齢者は 1.753(95%CI=1.564-1.964)、厚生年金・共済年金受給の高齢者は 1.195(95%CI=1.076-1.327)であることが示された。

D. 考察

年金月額が低いタイプの年金を受給する高齢者ほど、IADL 低位者である割合が高かった。

収入・学歴・職業に関する社会経済的要因を調整後に、IAD低位者になる確率に対して顕著に影響していた。

E. 結論

年金種別は、収入・学歴・職業歴を考慮しても、日本の高齢者における IADL の決定要因であることが示唆された。年金制度は、高所得者から低所得者への経済的資源再配分等を通じて健康格差の縮小の有力な手立てとなりうる。縦断研究など、さらに研究が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

書籍:

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

<引用文献>

Enid Schatz, Xavier Gomez-Olive, Margaret Ralston, Jane Menken, and Stephen Tollman, 2012, "The impact of pensions on health and wellbeing in rural South Africa: Does gender matter", *Social Science and Medicine*, Vol.75, pp.1864-1873.

Ichiro Kawachi and Bruce P. Kennedy, 1999, "Income inequality and health: Pathways and mechanisms", *Health Services Research*, Vol.34, No.1, pp.215-227.

Peter Lloyd-Sherlock, Armando Barrientos, Valerie Moller, and Joao Saboia, 2012, "Pensions, poverty and wellbeing in later life: Comparative research from South Africa and Brazil", *Journal of Aging Studies*, Vol.26, pp.243-252.

Stephen E. Snyder and William N. Evans, 2006, "The effect of income on mortality: Evidence from the social security notch", *The Review of Economics and Statistics*, Vol.88, No.3, pp.482-495.

表1 年金制度と社会経済的指標

	世帯年収 300万円以上	教育年数 10年以上	現役時の職種(専 門技術職+管理 職)
無年金者	28.8%	47.4%	17.0%
国民年金受給 者	41.5%	45.3%	9.7%
厚生年金・共 済年金受給者	50.0%	57.7%	24.3%
年金基金・企 業年金受給者	65.2%	68.4%	32.8%

表2 年金制度とIADL低位

	(1)バス・電 車での外出 (できない)	(2)日用品の 買い物 (できない)	(3)食事準備 (できない)	(4)請求書の 支払い (できない)	(5)預貯金の 出し入れ (できない)
無年金者	12.0%	4.9%	9.8%	7.8%	13.2%
国民年金受給 者	13.7%	5.5%	9.9%	5.2%	10.5%
厚生年金・共 済年金受給者	9.0%	3.4%	11.6%	2.8%	7.0%
年金基金・企 業年金受給者	5.2%	1.8%	12.8%	1.9%	5.3%

図1 年金制度と IADL 低位

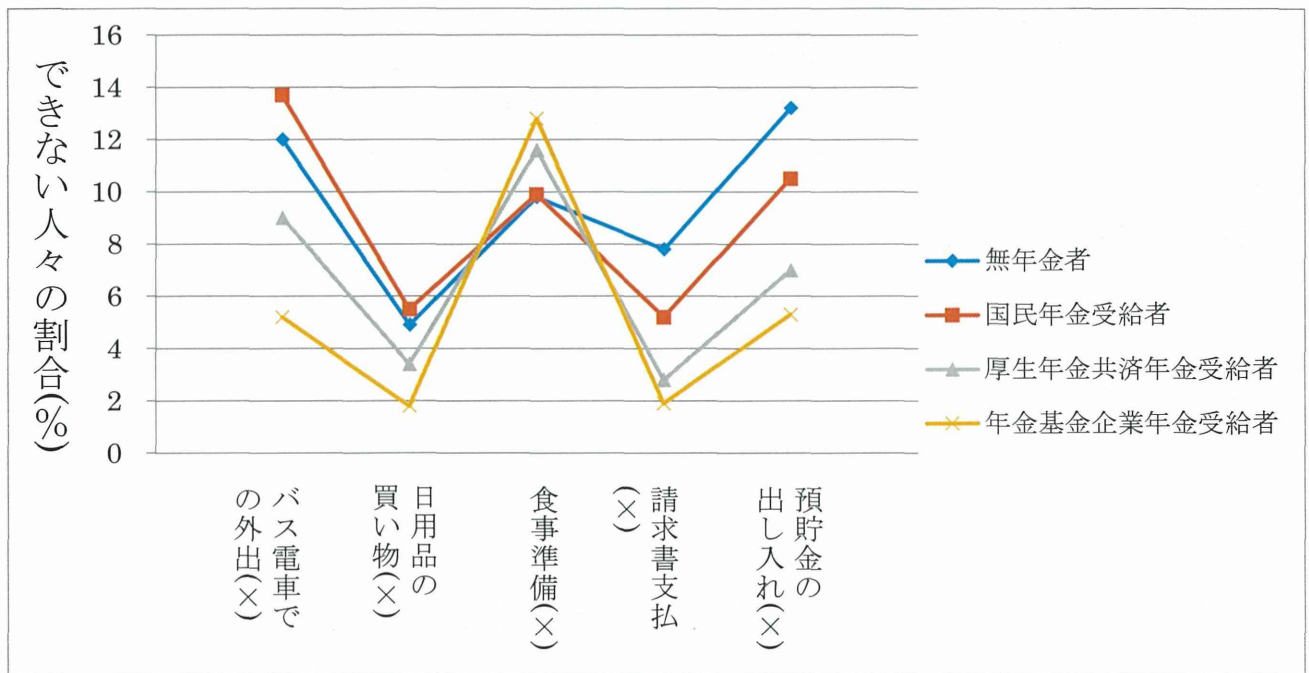


表3 IADL 低位者に関するロジット推定結果

		ケース 1 (全サンプル全項目)		ケース 2 (年金種別除外)		ケース 3 (世帯年収・教育年数・ 就業状況除外)		ケース 4 (男性のみサンプル)	
		オッズ 比	95%信頼 区間	オッズ 比	95%信頼 区間	オッズ 比	95%信頼 区間	オッズ 比	95%信頼 区間
性別(男)	男(基準:女性)	2.194***	2.047-2.353	2.003***	1.871-2.143	1.946***	1.821-2.080		
年齢	65～69歳	0.050***	0.042-0.059	0.047***	0.040-0.056	0.037***	0.032-0.044	0.126***	0.098-0.160
	70～79歳	0.072***	0.062-0.084	0.070***	0.060-0.082	0.060***	0.052-0.070	0.149***	0.118-0.189
	80～89歳	0.187***	0.161-0.218	0.184***	0.158-0.215	0.175***	0.151-0.203	0.226***	0.178-0.288
	(基準:90歳以上)								
婚姻状況	既婚(基準:既婚でない)	0.871***	0.811-0.936	0.897***	0.835-0.964	0.798***	0.743-0.856	1.626***	1.436-1.841
世帯年収	(基準:0～100万円未満)								
	100～300万円未満	0.858***	0.780-0.944	0.761***	0.693-0.835			0.810***	0.702-0.936
	300～500万円未満	0.762***	0.684-0.849	0.660***	0.594-0.733			0.648***	0.553-0.760
	500万円以上	1.017	0.914-1.131	0.890***	0.802-0.987			0.780	0.665-0.915
教育年数	(基準:9年間以下)								
	10～12年間	0.488***	0.455-0.524	0.470***	0.438-0.505			0.516***	0.471-0.565
	13年間以上	0.379***	0.344-0.418	0.360***	0.327-0.397			0.384***	0.342-0.431
就業状況	就労中	0.511***	0.460-0.567	0.498***	0.449-0.553			0.535***	0.457-0.625
	退職	0.641***	0.590-0.696	0.568***	0.524-0.615			0.639***	0.555-0.736
	(基準:ずっと無職)								
受給中の年金種別	無年金者	1.844***	1.426-2.386			2.290***	1.780-2.947	1.486***	1.052-2.098
	国民年金受給者	1.753***	1.564-1.964			2.258***	2.025-2.518	1.958***	1.715-2.236
	厚生年金・共済年金受給者	1.195***	1.076-1.327			1.264***	1.139-1.402	1.236***	1.102-1.386
	(基準:年金基金・企業年金受給者)								
定数		1.239**		2.180***		0.604***		0.912	

業務項目名：

- ③ マーケティング手法等を活用した地域づくり型介入手法の開発および事例収集
a. 多部門連携会議における合意形成手法の開発

「健康の社会的決定要因」の橋渡しにより部門間連携を促進するツールの開発

担当責任者 藤野善久 産業医科大学公衆衛生学教室 准教授

研究協力者 河村洋子 熊本大学政策創造研究教育センター 准教授

研究要旨

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の導入により、今後、介護予防や生活援助を円滑に進めるためには、これまで以上に、健康と関係の薄い主体との連携が必要となり、行政内においても他部署との連携がより必要となると考えられる。

本研究では、「健康の社会的決定要因」に着目し、施策目標に関連する社会的な要因として、「教育」「所得」「地域社会」「建造環境」「職場や労働」を設定し、その要因ごとに健康と社会的要因の関連を具体的に有識者が記述することで、①他部署のどの施策や事業が健康に関連するか（総合計画の中から抽出）、また、②関連する施策や事業が無い場合は何が必要か、が分かるようなツールを、HIA（Health Impact Assessment）を参考に開発した。

熊本県のA町においてツールを試行したところ、当初、総合計画の中において、健康の社会的決定要因と関係のある他部署の施策は少ないと考えられたが、結果的にA町では、選択した2つの施策目標については健康の社会的決定要因の項目の半分程度については、関連施策があることが計画書上は確認できた。今後は、市町村の担当者の意見も踏まえ、ツールの改善を行っていく予定である。

A. 目的と背景

第6期介護保険事業計画の策定では、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）への2017年4月までの移行プロセスが、各保険者において一つの重要な論点となったと考えられる。厚生労働省によれば、「市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。」とされている（厚生労働

省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案（概要）」¹⁾）。

これまで介護保険によるサービスであった、要支援者向けの生活援助サービス等は、その新しい総合事業という形で市町村の裁量による委託事業等という形になり、これまでの介護保険事業所だけでなく、NPOや自治会・町内会など多様な主体が実施可能になり、公助から共助という形で、保険者内の多様な社会的な資源との有機的な連携が

期待されている。

また、厚生労働省が第6期介護保険事業計画に臨み介護予防戦略として示す内容では、これまでのハイリスク者をスクリーニングにより特定するアプローチから、社会参加の促進や役割の付与といったポピュレーション全体を対象にしたアプローチの重要性が指摘されている（厚生労働省「これからの介護予防」ⁱⁱ⁾）。

例えば、自治会・町内会に独居高齢者の見回りの役割が期待されることや、趣味の活動を主目的としたNPOにも高齢者の参加者がいれば健康教育の役割が期待されること、また、コミュニティバスの運営において介護予防の視点期待されること、などが、その第6期介護保険計画の方向性として見られる。

このように、今後は、これまで以上に、健康とは直接関係の無い主体との連携が必要となるため、行政内においても、介護保険の担当部署だけでなく、健康とは直接関係の無い部署との連携がより必要となっている。

しかし、これまでも部門間連携の重要性が謳われることはあっても、それを具体的に推進する手法については十分に明確化されてきたとは言い難い。そこで、本研究では、以下を目的に部門間連携ツールの開発を行った。

- ①健康の社会的決定要因の知見を、現実政策に翻訳すること
- ②計画文書に「部署間連携」の具体的案を導出すること
- ③計画作成時に、記述の過不足を行政担当者が確認できるようにすること
- ④関連部署による「参加型」を促す効果が発現すること

健康の社会的決定要因と健康との関連についての研究は蓄積がある。例えば、所得や教育、婚姻状態、社会参加などが高齢者の健康に影響していることを示す研究などは代表的なものであるⁱⁱⁱ⁾。このような健康の社会的決定要因の視点を加えることで、健康と直接関係の無い他部署の活動が、健康に影響していることを見える化し、他部署の協力を得られやすくと考えられる。

また、それにより計画文書に「部署間連携」の具体的案を記述することができれば、他部署の職員も本業務として介護予防に貢献する活動を実施することが出来、コミットメントが容易になると考えられる。

さらに、計画文書に「部署間連携」の具体的な案を記述するところまで到達できない場合においても、健康の社会的決定要因のフレームワークや項目があることで、行政担当者が計画作成時に、記述の過不足を確認することができるようになると考えられる。

本年度は1年目であることから、フォームのひな形作成と作業工程確認を行い、2015年度は、複数市町村に拡大してツールの精度を上げ、2016年度には複数市町村を対象に、モデル事業を実施し、例えば、どの程度「部署間連携」が記述されているかの評価、また、ドラフト作成時にツール使用しどのような効果が得られるか、等を把握する計画である。

B. 方法

まず、考え方として、部門間連携ツールがHIA (Health Impact Assessment) の、スクリーニングとスコーピングのようなプロセスとして機能することを期待し、その考え方

を踏まえた当初案を作成した（図1）。

次に、以下のように具体的作業に入った。熊本県のA町の健康増進計画をモデルに、政策目標を抜き出し、関連施策を総合計画から洗い出す形でフォームの内容を記述した。今年度の目標は、フォームのひな形作成であることから、22項目中2項目を、行政担当者の意見も踏まえ、抽出した。健康増進計画を利用した理由としては、介護保険計画よりも社会的な側面と健康との関連がより多く触れられていると判断したためである。

施策の洗い出しにおいては、表1のような列を設定した。健康増進計画からの「政策目標」の部分には、計画書の記述と実態を加え、政策目標の詳細がイメージしやすいようにした。

「関連する健康の社会的決定要因とその理由・重要性」においては、健康の社会的決定要因の項目と、それをより政策目標に照らし合わせて具体的な記述にしたものを括弧内に入れられるようにした。括弧内に記述を加えるのは、健康の社会的決定要因についての知見を有する大学の研究者や外部の有識者を想定している。

健康の社会的決定要因を明確にすることで、その政策目標の健康指標等に、社会のどのようなものが影響するかを想起しやすくなり、また、重要な要素の漏れもが少なくなることが期待できる。健康の社会的決定要因の項目としては教育、所得、地域社会、建造環境、職場や労働を最終的に含めた（検討は「家族」や「ライフコース」においても行ったが最終的に除外した）。

総合計画では、「既存の施策」と「施策に対応する主要事業」を列に加え、施策の方向性と具体的な事業内容が分かるようにした。

この部分を総合計画から抜き出す作業は、担当部署あるいは計画策定の業務の委託先を想定した。

「さらに推奨される提案」は、健康の社会的決定要因に対応する事業が既に行われていれば不要になる。既に行われている場合でもより改善の余地があれば、提案を記述する。全く対応する事業が行われていない場合は、最初にすべきことを記述する。

この部分は、関係者の間で何度も加筆修正することになる部分である。この記述においては、まず、有識者が、健康の社会的決定要因の知識をベースに素案を作成する（STEP1）。次に、その内容について、有識者と担当部署が相談し、すでに実施している提案が無いか、有効か否か、実現可能か否か、等について検討し、最終的に担当部署で加筆修正を行う（STEP2）。最後に、担当部署はその内容を踏まえて他部署と相談し、今後の部門間連携のあり方を検討する（STEP3）。

最右の列である、「SDHチェック」は、担当部署の職員が実施することを想定したもので、外部の有識者や委託先等により、健康の社会的決定要因（SDH）の項目ごとに、十分な検討と提案が行われたかをチェックするものである。

（倫理面の配慮）

本研究は東京大学医学部倫理審査委員会の承認を得た（番号 10555）。

C. 結果

結果は表1のようになった。実際に、作業を実施したところ、健康の社会的決定要因の項目のうち、「ライフコース」は小中学

校での教育と対応することが多く、別の健康の社会的決定要因である「教育」と内容が重複することがあったため、既存施策の洗い出しの際にどの項目に施策を分類するかという点で混乱を招くと判断し、項目として除いた。

また、健康の社会的決定要因のうち「家族」についても項目として含むべきか検討したが、家族に関して、具体的な課題が見えたとしても政策として介入するのは容易でないことからこの項目についても除いた。

また、優先度と実現性については、そこまで詳細な検討が今回は難しかったため割愛した。

D. 考察

当初、総合計画の中において、健康の社会的決定要因と関係のある他部署の施策は少ないと考えられたが、結果的にA町では、選択した2つの施策目標については、健康の社会的決定要因の項目（「教育」「所得」「地域社会」「建造環境」「職場や労働」）の半分程度については、関連する施策があることが計画書上は確認することができた。

提案の際、その提案が既存の事業の延長に位置づけられる場合は、他部署からも賛同が得られやすいが、そうでない場合（フォーム上で既存の施策や主要事業が空欄で、提案が新規の場合）などは、その健康の社会的決定要因が政策目標の健康指標等の改善に関連することを示す、論文や報告書等のできる限り科学的な根拠を外部有識者等により添付することが必要と思われた。

今後の課題としては、以下が挙げられる。今回は、ある特定の市町村の健康増進計画と総合計画から、外部者として作業を行っ

たところまでで、市町村の担当者からの意見は十分に反映されていない。このことから、次年度以降は、今年度に行ったフォームの設計やそれに基づく作業結果について市町村の担当者と意見交換し、フィードバックをもらうことで、より現場で使いやすい部門間連携ツールを作成していく予定である。

政策事業	SDH	関連部署	関連する施策 (新規・既存)	健康増進計画 での記述の有無 /評価	優先度/実現性
朝食欠食者の割合を減らす	家族構成、所得、労働、ストレス、婚姻、健康教育				
食事に主食・主菜・副菜が揃っている(1日2回以上)人の割合を増やす	外食産業、社員食堂、婚姻				

計画に記述されている施策目標、事業を抜粋

関係するSDHをリストアップ

リストアップしたSDHに関連する部署をチェック

健康増進計画内における記述の有無のチェック

最終的に、健康増進計画の記述に盛り込むかの推奨可否(実現性など考慮)

関連部署における既存・新規の事業、施策をidentifyする

図1 部門間連携ツールの当初イメージ

表1 部門間連携チェックシート

健康増進計画			関連する健康の社会的決定要因とその理由・重要性(括弧内)	関連部署	総合計画		さらに推奨される提案	SDH チェック*
政策目標	計画書の記述	実態			既存の施策	左の施策に対応する主要事業		
記入主体⇒			外部の有識者	担当部署(委託先)		STEP1: 有識者が素案作成 STEP2: 有識者と担当部署が相談 STEP3: 担当部署と他部署で相談	担当部署	
3-1 年1回の健診を受け、からだところのチェックをして生活習慣の見直しをしている	『いきいきした生活を実現するためにあなたが健康でいることに気付こう!!』	H24年度 特定検診 42% がん検診 受診率 50%以下	●教育(健診により、病気の予防ができ、自分にメリットがあることを、対象者が知らない可能性がある。)	町民 保険 課	町民主体の健康づくりの推進(健康づくり・地域医療・国保運営) : 子どものころからの適切な生活習慣の定着や健康づくりの学習会などの取り組みを通して自分自身の健康に興味をもつよう普及啓発を行うことや、健診結果で出た課題改善のための支援、生活習慣病の重症化予防やがんの早期発見・治療の支援などを実施している。	予防事業 ●元気に生きることを町民自ら意識して、各種健診を生かして生活習慣を改善し各種疾病の予防を行うことができる支援事業を推進します。 保健師・管理栄養士による健康教室 ●妊娠期、乳幼時期にかけての発達段階に応じた健康教室を実施します。 ●小中学生と保護者を対象とした親子料理教室を実施します。	⇒提案: 健診に関する事業は見当たらないため、学校教育課へのコンテンツ提供や教育方法の提案などが考えられる。	○
				学校 教育 課	生きる力を育む学校教育の充実(学校教育) : 心身共に健康な体を作る学校体育・部活活動の取り組みなど「豊かな感性と健やかな体を育む教育の推進」、朝食をとること、早寝早起きの生活習慣の育成など「家庭教育、幼児教育の推進」などを実施している。	御船町教育フォーラムの開催 ●御船町には、幼児教育から大学までの教育施設があり、御船町にとって貴重な財産です。この財産を子どもたちのために活かし、家庭・学校(園)・地域・行政が一体となり、「学園のまち御船町」を実現するために、毎年度「御船町教育フォーラム」を開催します。		

		<ul style="list-style-type: none"> •所得（受診料や交通費が払えないなどの経済的理由で未受診者が発生していないか） 	町民保険課	<p>町民主体の健康づくりの推進（健康づくり・地域医療・国保運営）：（詳細な内容は同上）</p>	<p>子ども医療費 助成事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●子ども医療費助成を行います。 <p>子宮頸がんワクチン 接種助成事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●子宮頸がんワクチン接種助成を行います。 	⇒提案：所得階層別の健診受診率の確認と、低所得者層で受診率が低ければ、その層への働きかけの重点化が考えられる。	○
		<ul style="list-style-type: none"> •地域社会（町内会や自治会において、健診スケジュールの周知が適切に行われているか。未受診者が顕著に多い地区は無い） 	町民保険課	<p>町民主体の健康づくりの推進（健康づくり・地域医療・国保運営）：（詳細な内容は同上）</p>	<p>生活改善教室事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各地域の健康づくり地区推進員が行う健康教室で生活習慣改善のきっかけとなる運動教室や栄養教室を開催します。 	⇒提案：地区別の実施状況の確認と、地区推進員へのコンテンツ提供や研修会開催などが考えられる。	○
		<ul style="list-style-type: none"> •建造環境（クリニックや病院へのアクセス、バスや電車路線スケジュールの整備は十分か） 	建設課	<p>移動しやすい公共交通の充実（公共交通）：コミュニティバスの運行本数や運行時間の見直し、ルート変更や停留所親切を検討など「生活路線の利便性向上と利用促進」の取り組みを行っている。また町内循環バスやデマンドバス・タクシーなど「新たな交通システムの検討」も行っている。</p>	<p>コミュニティバス利用促進事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●運行本数や運行時間の見直し、ルート変更による利便性の向上を図ることで、コミュニティバスの利用を促進します。 <p>地域公共交通ネットワーク検討会議（仮称）の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ●町民や民間事業者などを含めた公共交通の総合的な見直しを行う機関として「地域公共交通ネットワーク検討会議（仮称）」を開催し、町内における公共交通を連携して活性化するための方策を検討します。 	⇒提案：検討会議へ健康の部署の担当者が出席することなどが考えられる。また、交通手段は、日常生活だけでなく健診受診や医療機関受診においても重要であると位置づけ、費用対効果に含めることなどが考えられる。	○
		<ul style="list-style-type: none"> •職場や労働（勤務時間内の受診許可、また受診料の負担など、受診を促進する取組は行われているか） 	商工観光推進係			⇒提案：施策も事業も見当たらないため、他市町村での職場を巻き込んだ健診受診活動の例などを、商工観光課に提案するなどの取り組みが考えられる。	○

* 「SDH チェック」は、担当部署の職員が実施するもので、外部の有識者や委託先等により、健康の社会的決定要因（SDH）の項目ごとに、十分な検討と提案が行われたかをチェックするものである。

健康増進計画			関連する健康の社会的決定要因とその理由・重要性(括弧内)	関連部署	総合計画		さらに推奨される提案	SDH チェック*
政策目標	計画書の記述	実態			既存の施策	左の施策に対応する主要事業		
記入主体→			外部の有識者	担当部署(委託先)		【STEP1】有識者が素案作成 【STEP2】有識者と担当部署が相談 【STEP3】担当部署と他部署で相談	担当部署	
3-6 自分のライフスタイルに合ったスポーツを仲間と週3回30分以上楽しんでいる	ライフスタイル(日常生活)に週3回30分以上運動を取り入れよう ウォーキングでまち巡りをしよう	参加者が少ない 関心がない	<ul style="list-style-type: none"> 教育(知識不足であれば、運動が促す利点や体への影響についての正しい理解、知識が必要) 	社会教育課	スポーツ・レクリエーション活動の振興(スポーツ・レクリエーション) :住民が気軽にスポーツに親しめるようスポーツ教室など地域住民参加型のイベント開催を行っている。	スポーツ教室事業 <ul style="list-style-type: none"> ● 町民のニーズに応じたスポーツ教室を開催します。 地域スポーツイベント・教室事業 <ul style="list-style-type: none"> ● スポーツ競技人口の増加や競技力向上を図るため、スポーツイベント・教室を開催します。 指導者の発掘・育成事業 <ul style="list-style-type: none"> ● 定期的に指導者講習会を開催します。 ニュースポーツ開発事業 <ul style="list-style-type: none"> ● スポーツ推進委員および総合型地域スポーツクラブによるニュースポーツ講習会を開催します。 乳幼時期の運動支援 <ul style="list-style-type: none"> ● 保育園および保護者と連携し、乳幼時期の子どもたちの運動能力向上を図ります。 		○
			<ul style="list-style-type: none"> 所得(経済的理由から、運動する場所や時間を確保できないと言った理由で運動不足が生じていないか) 	社会教育課	スポーツ・レクリエーション活動の振興(スポーツ・レクリエーション) :住民が気軽にスポーツに親しめるようスポーツ教室など地住民参加型のイベント開催を行っている。	体育施設の充実 <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者が安全および快適に利用できる施設の整備を行います。 スポーツ大会事業 <ul style="list-style-type: none"> ● 各種大会を開催し、施設の利用率向上を図ります。 	⇒提案:所得階層別のスポーツ実施率等の確認や、低所得者層で実施率が低ければ、その層への働きかけの重点化などが考えられる。	○

		<ul style="list-style-type: none"> 地域社会（運動を促す取り組みや住民が気軽に参加できるイベントが不足しているなど、週3回30分以上の運動をしていない人が多い地区の要因は無いか） 	社会教育課	スポーツ・レクリエーション活動の振興（スポーツ・レクリエーション） ：住民が気軽にスポーツに親しめるようスポーツ教室など地住民参加型のイベント開催を行っている。	地域町民スポーツ会議の設置 ●地域住民により運営できる組織づくりを図ります。	⇒提案：地区別の実施状況の確認と、町内会や自治会を通じた、運動を促すイベント開催の働きかけなどが考えられる。	○
		<ul style="list-style-type: none"> 建造環境（公園や緑地へのアクセス、街灯、歩道の整備が不十分でないか、安全に歩行できる環境が整備されているか、公園や商店街と言った目的地が不足していると言った要因は無いか） 	建設課	公園・広場整備の推進（公園・広場） ：安全・安心で快適な空間で地域住民が愛着を持ち有効利用できるような公園や広場の整備、また維持管理を行っている（「公園・広場の整備」、「維持管理の充実」）。	施設の整備・管理事業 ●安全で安心して利用できる公共施設として整備・管理を推進します。		○
		<ul style="list-style-type: none"> 職場や労働（職場内におけるサークル活動などスポーツが推奨されているか） 	商工観光推進係			⇒提案：職場でのサークル活動の把握や、それに基づく支援策などの検討が考えられる。	○0

* 「SDH チェック」は、担当部署の職員が実施するもので、外部の有識者や委託先等により、健康の社会的決定要因（SDH）の項目ごとに、十分な検討と提案が行われたかをチェックするものである。

i 「新しい介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン」

厚生労働省ホームページアドレス (2015年3月3日)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html>

ii 「2014年度第1回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議」

厚生労働省ホームページアドレス (2015年3月3日)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000044834.pdf>

iii 例えば、以下が挙げられる。

近藤克則編 (2007) 『検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院。