

## 特別報告

## 公的データを用いた多面的な健康格差のモニタリングの必要性と可能性の検討

タカダ 高田	ミドリ 碧*	アイダ 相田	ジュン 潤 <sup>9*</sup>	イトウ 伊藤	ゆり <sup>3*</sup>	オジマ 尾島	トシユキ 俊之 <sup>4*</sup>
カタオカ 片岡	アオイ <sup>5*</sup> 葵	カタノ 片野	ダコウ 田耕太 <sup>6*</sup>	コンドウ 近藤	カツノリ 克則 <sup>7*</sup>	コンドウ 近藤	ナオキ <sup>8*</sup> 尚己
タナカ 田中	ヒロカズ 宏和 <sup>6*</sup>	ナカヤ 中谷	トモキ <sup>9*,10*</sup> 友樹	ニシオ 西尾	マリサ <sup>8*</sup> 麻里沙	ニシ 西	ダイスケ <sup>11*</sup> 大輔
ヨコヤマ 横山	テツジ 徹爾 <sup>12*</sup>	タベチ 田淵	タカヒロ 貴大 <sup>13*</sup>				

2024年4月から始まった「21世紀における国民健康づくり運動：健康日本21」（第三次）は、健康寿命の延伸をめざすと同時に、社会環境の質の向上等を通じて生活習慣や環境等による格差を縮小することで、健康格差（地域や所得等の社会経済状況による格差）の縮小を目指している。本稿は、ヘルスプロモーション政策における健康格差対策として求められる視点に言及する。併せて、今後の日本の健康格差対策のアクションプランの重要な要素の健康格差のモニタリングの現状と課題を論じる。

健康日本21（第三次）の目標設定では、健康日本21（第二次）に目標として掲げられた健康寿命の格差の縮小に加え、生活習慣や環境による格差の縮小が取り上げられた。都道府県の役割として、区域内の市区町村ごとの健康状態や生活習慣、社会環境の差の把握を行い、地域間の健康格差（地域格差）の是正に向けた取組にも触れられた。

これまで日本の公的統計を使用した研究から、栄養摂取状況や肥満率、喫煙率、循環器疾患の危険因子の保有状況、歯科保健領域等の多面的な分野について、社会経済状況の違いによる健康格差の実態把握が進んできているが十分とは言えない。また、健康格差を縮小させるための実践的かつ公的な取り組みは乏しい。日本における健康格差対策の現状は、実態把握、計画、実施、改善というマネジメントの段階のうち、実態把握をより発展させると同時に、効果的なアクションの提示や実行といった計画、実施を進め、それらを各地域でシステム化することが求められるフェーズにある。

海外の健康格差のモニタリングの取り組みと対策の実例を参考として取り上げるとともに、日本で実施可能な、公的統計を活用した、がん、喫煙、歯・口腔の健康に関する健康格差モニタリングを検討する。また、国内自治体の取り組みとして、静岡県での取り組みを取り上げる。

健康日本21のアクションプランとして、まず公開されている公的統計を用いて健康格差を多面的な視点から「見える化」する仕組みを作り上げる。また、地域での具体的な取り組みを考えるために、従来からの都道府県間の格差ではなく市区町村のような小地域間での格差をモニタリングする仕組みづくりに移行する必要がある。政府や地方自治体、研究者が一丸となってモニタリン

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学教室  
<sup>2\*</sup> 東京科学大学大学院医歯学総合研究科歯科公衆衛生学分野  
<sup>3\*</sup> 大阪医科薬科大学総合医学研究センター医療統計室  
<sup>4\*</sup> 浜松医科大学医学部医学科健康社会医学講座  
<sup>5\*</sup> 神戸大学大学院医学研究科未来医学講座分子疫学分野  
<sup>6\*</sup> 国立がん研究センターがん対策研究所データサイエンス研究部  
<sup>7\*</sup> 千葉大学予防医学センター  
<sup>8\*</sup> 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野

<sup>9\*</sup> 東北大学大学院環境科学研究科先端環境創成学専攻  
<sup>10\*</sup> 東北大学大学院理学研究科地学専攻  
<sup>11\*</sup> 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野  
<sup>12\*</sup> 国立保健医療科学院生涯健康研究部  
<sup>13\*</sup> 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学専攻公衆衛生学分野  
 責任著者連絡先：〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1  
 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学専攻公衆衛生学分野 田淵貴大

グやアクションの計画・実行に取り組むことで、実態に即した健康格差対策の議論に結びつくことが期待される。

**Key words** : 健康格差対策, 健康格差モニタリング, 健康日本21

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(12): 961–967. doi:10.11236/jph.25–046

## I はじめに および II 方法

日本のヘルスプロモーション政策「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」は、2023年5月に告示され、2024年4月に開始された。健康日本21（第三次）では、健康寿命の延伸とともに、社会環境の質の向上等を通じて生活習慣や社会環境の格差を縮小することで、健康寿命の地域格差（健康格差）の縮小を目指している<sup>1)</sup>。健康格差は地域格差に加えて、婚姻状況、教育歴、職業、所得など個人の人口属性・社会経済的状况による健康状態の差異<sup>1)</sup>を指し、包括的な対策が求められる。

本稿では、ヘルスプロモーション政策における健康格差対策に求められる視点を整理し、今後のアクションプランの基礎の1つである健康格差のモニタリングと対策について論じる。

## III 報告内容 および IV 考察

### 1. 日本のヘルスプロモーション政策の変遷と健康格差対策

日本では1978年以降、「国民健康づくり対策」として健康増進施策が展開されてきた。地域に密着した保健サービス整備を進めた第1次、運動習慣を重視した第2次（1988年～）に続き、2000年には戦略的なヘルスプロモーション活動として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が開始された<sup>2)</sup>。

健康日本21は、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、タバコ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの9分野で数値目標を定め、国と自治体がモニタリング、実践、評価を行う取り組みである<sup>1)</sup>。健康日本21（第一次）では、一次予防を基本とし、2013年に始まった健康日本21（第二次）では、少子高齢化や健康格差の拡大を背景に「健康格差の縮小」が目標に加わり、「健康を支え、守るための社会環境の整備」も重視された。とくに、「日常生活に制限のない期間（＝

健康寿命）の平均的都道府県格差の縮小」が重要な指標とされた。

この流れを受け、2024年から始まった健康日本21（第三次）では、健康寿命の格差の縮小に加えて、各生活習慣の格差の縮小にも焦点が当てられている。また、都道府県が市区町村ごとの健康状態や生活習慣の差異を把握し、地域間格差の是正を促す役割についても触れられ、より多角的な健康格差対策が打ち出されている<sup>1)</sup>。

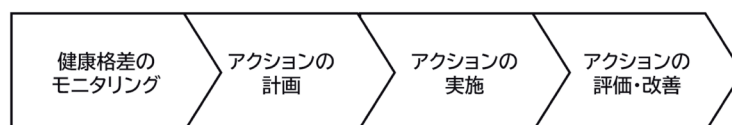
### 2. 健康日本21（第二次）における健康格差のモニタリングと今後の日本の健康格差対策で必要とされる視点

第二次健康日本21では、「健康寿命（日常生活に制限のない期間）の平均的都道府県格差の縮小」が目標とされ、健康寿命の最長県と最短県の差によりモニタリングが行われた。2010年から2019年にかけて、男性では差が2.79年から2.33年縮小し目標達成とされたが、女性では2.95年から3.90年へと拡大し「悪化」と評価された<sup>3)</sup>。また、都道府県間のばらつきを示す標準偏差（地域格差指標）についても、男性は縮小傾向が見られたが、女性では有意な縮小は認められなかった<sup>3,4)</sup>。

上記のモニタリングはなされたものの、都道府県間の健康寿命差を生む要因の解明や、それを縮めるための包括的な取り組みは全国には広がっていない。また、生活習慣や検診受診率、市区町村単位での地域差、医療保険種別や婚姻状況など社会経済的要因に基づく健康格差の全国的な把握も発展途上にある。

現在、日本の健康格差対策は、実態把握、計画、実施、改善というマネジメントの段階（図1）のうち、実態把握にあたるモニタリングの強化と、それに基づく効果的なアクションの提示・実施へと進むべき段階にある。地域や社会経済的要因ごとに健康指標の違いを客観的データで「見える化」することが、対策の第一歩であり<sup>5)</sup>、これは、WHOによる健康格差対策のための行動指針である「Closing the

図1 健康格差のマネジメントの段階



gap in a generation (2008)」で、「健康格差のモニタリング」として強調されている<sup>6)</sup>。

### 3. 海外における健康格差のモニタリングの取り組みと対策

日本の健康格差のモニタリング体制を強化するにあたり、諸外国のヘルスプロモーション政策におけるモニタリング事例や対策が参考になるものと考えられる。諸外国では、健康格差や健康の社会的決定要因に関する知見の蓄積とともに社会的関心が高まり、政策的対応が進められてきた。ここでは、西尾ら<sup>7)</sup>のナラティブレビューをもとに、米国、英国、スウェーデンの健康格差のモニタリング事例を紹介するとともに、米国と英国における実際の健康格差対策の実例についても取り上げる。

#### 1) 【健康格差のモニタリング事例】

##### (1) 米国 (Healthy People)<sup>8)</sup>

米国のヘルスプロモーション政策「Healthy People」は、日本の健康日本21創設時にも参考にされた活動である<sup>8)</sup>。国民の健康向上のために、5つの指標について、「女性の乳がん検診受診率の向上(現状75.6%, 目標80.3%)」など数値目標を定め、モニタリングと評価を行っている。

Healthy People の Web サイトでは、地域、教育歴、世帯収入、医療保険、人種など、多様な集団ごとのデータが公開され、誰もがアクセス可能である。

##### (2) 英国 (Public Health Outcomes Framework)<sup>9)</sup>

英国では、保健社会福祉省内の Office for Health Improvement and Disparities (旧 Public Health England) が中心となり、Public Health Outcomes Framework のもとでモニタリングを実施している<sup>9)</sup>。この枠組みは、国民の健康向上と不平等の削減を中心とした5分野から構成されている。

##### (3) スウェーデン<sup>10)</sup>

公衆衛生局が地方自治体協会と共同で発行した Regional Comparisons Public Health 2019<sup>10)</sup>において、健康格差とその関連要因に関する39指標について、年齢、性別、教育歴、自治体の社会経済状況別の違いを示している。モニタリング結果は、地方自治体協会の Web サイト上で公開されている<sup>11)</sup>。

米国、英国、スウェーデンでは、保健省レベルの機関が中心となり、多様な視点から健康格差のモニタリングを推進している。諸外国では、健康格差のモニタリングは研究者だけの課題ではなく、公衆衛生関係者と政府が連携して取り組む社会政策に位置づけられている。

#### 2) 【健康格差対策の実例】

##### (1) 米国における対策の実例

① デラウェア州における「患者ナビゲーター」によるがん死亡率格差の縮小<sup>12)</sup>

がん死亡率が高いデラウェア州では、黒人と白人間の大きながん死亡率格差を背景に、「患者ナビゲーター」制度が導入された。医療アクセスが困難な人々にスクリーニングや治療の予約支援、交通手段の手配、保険手続きのサポートを行った結果、州全体のがん死亡率低下と、黒人・白人間の格差縮小につながった。

##### ② CDC のがん対策の成功事例<sup>13)</sup>

米国では、CDC の National Comprehensive Cancer Control Program (NCCCP) ががん対策の成功事例をまとめており、健康格差対策も含まれる。マンモグラフィー車による先住民女性の乳がん検診へのアクセス向上や、バウチャー導入による低所得者の結腸直腸がんスクリーニング検査の促進、先住民への結腸癌啓発活動、農村部での患者ナビゲーター制度によるサバイバーケアの改善などが紹介されている。

##### (2) 英国スコットランド

スコットランドでは、ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン接種が、子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) の発生率に与える影響を評価した結果、社会経済的に困難な背景にある女性に対してとくに有効であることが確認された。ワクチン未接種の女性に比べて、高度病変 (CIN3) のリスクが大幅に低下し、HPV ワクチンが子宮頸がんの不平等を減少させる可能性が示唆された<sup>14)</sup>。

#### 4. 日本国内の公的統計を用いた健康格差のモニタリングの拡充に向けて

日本では、公的統計を基にした研究から、死因別死亡率<sup>15)</sup>、栄養摂取状況<sup>16)</sup>や肥満率<sup>17)</sup>、喫煙率<sup>18)</sup>、循環器疾患の危険因子<sup>19)</sup>、歯科保健<sup>20)</sup>などにおいて、所得が高いほど穀物摂取量が低く、社会経済状況が低いほど過体重であり、低い等価家計支出では成人期の歯周疾患や無歯顎の有病率が高いこと、多くの死因や喫煙率において格差が拡大傾向にあることが報告されている。また、国勢調査と人口動態統計死亡票のデータリンケージにより、教育歴など人口属性ごとの死亡率差の推定が試みられている<sup>21,22)</sup>。

今回、日本の公的統計を使用して、健康日本21の目標に基づき、健康格差のモニタリングに適した分野について、健康格差対策のワーキンググループにて検討した。社会経済状況による健康格差について国内外で十分な知見があることから、本稿では「がん」、「タバコ (喫煙)」、「歯・口腔の健康」の3分



表1 健康日本21でモニタリングすることが可能な健康格差指標の例

分野	項目	データソース	格差指標
がん	がん検診の受診率	国民生活基礎調査	世帯収入, 保険種, 職業, 教育, 都道府県別指標
	がんの精密検査（精検）受診率	地域保健・健康増進事業報告	ADI, 市区町村, 都道府県別指標
	がんの年齢調整罹患率	全国がん登録	ADI（市区町村, 町字別）
	がんの年齢調整死亡率	人口動態調査	ADI（市区町村, 町字別）
喫煙	成人の喫煙率	国民健康・栄養調査 国民生活基礎調査	世帯収入, 保険種, 職業, 教育, 都道府県別指標
	受動喫煙の機会を有する者の割合	国民健康・栄養調査 労働安全衛生調査（実態調査）	世帯収入, 事業所規模
歯科・口腔	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	国民健康・栄養調査	世帯収入
	10歳代・20歳代・30歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	国民健康・栄養調査 NDB データ	世帯収入
	咀嚼良好者の割合	国民健康・栄養調査 NDB データ	世帯収入

野に注目することとした。「アルコール(問題飲酒)」や「こころの健康づくり(メンタルヘルス)」は、低収入の人より高収入の人の方が飲酒量が多い、非管理職より管理職の方がうつ状態のリスクが高い等、社会経済状況との関連が単純ではないため、今回は対象としなかった。

「がん」, 「タバコ(喫煙)」, 「歯・口腔の健康」の3分野における格差をモニタリングするためには、性別, 年齢, 人種, 収入, 職業, 教育, 医療保険種別など, 個人・世帯単位の要素に加え, 都道府県, 市区町村, 町丁字, 学校区など, 地域単位の要素がある。また, 地域ごとの失業率や低所得者の割合, 学歴など複数の指標を組み合わせて作成する「地域の社会経済指標(地理的困窮度やArea Deprivation Index: ADIとも呼ばれる)」<sup>23)</sup>のような複合的な指標の活用が国際的に広がっている。これらの指標を含むデータソースとして, 国民生活基礎調査, 地域保健・健康増進事業報告, がん登録, 人口動態調査, 国民健康・栄養調査, NDBデータ等が挙げられる。

上記のデータソースと格差をモニタリングするための要素を活用し, 実際に健康日本21の目標掲げる「がん」, 「タバコ(喫煙)」, 「歯・口腔の健康」の3分野において, どのようなモニタリングが可能かについて表1に整理した。

#### 1) がん

がん対策の目標である「がん検診の受診率」は, 「国民生活基礎調査」を用いて, 世帯収入, 保険種, 職業, 教育, 都道府県別に格差をモニタリングできる。「がんの精密検査(精検)受診率」につい

ては, 「地域保健・健康増進事業報告」を基に, ADI, 市区町村, 都道府県別指標別の格差を評価できる。また, 「がんの年齢調整罹患率」や「がんの年齢調整死亡率」は, 「全国がん登録」を用いて, ADI(市区町村, 町字別)を付与した格差のモニタリングが可能である。すでに都道府県別のがんの年齢調整死亡率・罹患率が国立がん研究センターのがん情報サービスで公開されている<sup>24)</sup>。さらに, 「人口動態特殊統計」を使って, 職業・産業別のモニタリングも可能だが, 死亡時の届出に基づく職業・産業から社会経済的な格差を把握することは難しいため, 国勢調査とのデータリンケージ<sup>22)</sup>を活用した職業・産業別, 学歴別の定期的なモニタリング体制の構築が今後求められる。

実際のモニタリング結果の一例として, 令和4年国民生活基礎調査<sup>25)</sup>に基づき, 世帯人員1人当たり所得金額階級別の胃がん, 肺がん, 大腸がん検診の受診率を表2に示す。所得金額階級が上昇するにつれ, いずれのがん検診受診率も増加している。所得金額階級が最も高い階級のがん検診受診率は, 最も低い階級の受診率の約2倍となっており, がん検診受診率には所得による差が存在する。

格差をモニタリングした次のステップに, 国や県ができる格差対策の例として, がん検診用のクーポンの導入による検診へのアクセス向上が挙げられる。実際の取り組みとして, 日本対がん協会が提供するがん検診デジタル無料クーポンの活用例がある<sup>26)</sup>。この取り組みでは, 貧困世帯やひとり親家庭, 非正規社員などを対象に, 支援団体や健診(検

**表2** 世帯人員1人当たり所得金額階級別の過去1年間の胃がん、肺がん、大腸がん検診の受診率\*

世帯人員1人当たり所得金額階級		過去1年間のがん検診受診状況					
		胃がん検診		肺がん検診		大腸がん検診	
		受けた	%	受けた	%	受けた	%
総数	80,997	27,023	33.4	34,589	42.7	30,401	37.5
50万円未満	2,926	697	23.8	883	30.2	771	26.3
50～100万円未満	8,533	2,000	23.4	2,598	30.4	2,323	27.2
100～150万円未満	14,232	3,733	26.2	4,985	35.0	4,361	30.6
150～200万円未満	15,112	4,800	31.8	6,198	41.0	5,489	36.3
200～250万円未満	12,226	4,271	34.9	5,511	45.1	4,813	39.4
250～300万円未満	8,659	3,249	37.5	4,187	48.4	3,631	41.9
300～350万円未満	5,609	2,260	40.3	2,909	51.9	2,553	45.5
350～400万円未満	3,964	1,589	40.1	2,088	52.7	1,717	43.3
400～450万円未満	2,626	1,132	43.1	1,385	52.7	1,248	47.5
450～500万円未満	1,636	699	42.7	841	51.4	801	49.0
500～600万円未満	2,135	976	45.7	1,155	54.1	1,017	47.6
600～700万円未満	1,177	540	45.9	583	49.5	556	47.2
700～800万円未満	726	353	48.6	434	59.8	355	48.9
800～900万円未満	461	217	47.1	259	56.2	224	48.6
900～1000万円未満	223	90	40.4	109	48.9	104	46.6
1000万円以上	750	419	55.9	466	62.1	436	58.1

\* 国民生活基礎調査 令和4年国民生活基礎調査 所得・貯蓄、世帯人員（20歳以上）、がん検診受診状況（複数回答）・世帯人員1人当たり所得金額階級別より作成

診）団体と連携し、がん検診で利用できる無料クーポン券をデジタル化して発行した。また、NPOと連携して「がん検診セミナー」を開催するなどの活動を通じて、がん検診の受診率向上が図られた。この事例から、日本においても健康格差を考慮したがん対策が実現可能であることが示唆される。

## 2) タバコ（喫煙）

タバコ対策の目標「成人の喫煙率」は、「国民生活基礎調査」を用いて、世帯収入、医療保険種、職業、学歴、都道府県別の格差をモニタリングできる。また、「受動喫煙の機会を有する者の割合」は、「国民健康・栄養調査」や「労働安全衛生調査（実態調査）」を用いて、世帯収入別の格差をモニタリングができる。

タバコ対策において健康格差の縮小は重要な課題であるが、現状では国の計画においてモニタリング方法や対策が十分に位置づけられていない。今後、研究者や施策担当者との議論を深め、アクションプランの改訂時には個別施策の追加も含めてロジックモデルに反映する必要がある<sup>27～30)</sup>。

また、タバコ対策におけるモニタリングの次のス

テップとして、1) 日常診療や健診等での短時間禁煙支援の実施、2) 職域での喫煙対策促進、3) 受動喫煙防止条例の制定と対策の推進などが検討されている<sup>27～30)</sup>。

## 3) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康に関する目標「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」は、「国民健康・栄養調査」を用いて、世帯収入別の格差をモニタリングできる。また、「10歳代・20歳代・30歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合」および「咀嚼良好者の割合」は、「国民健康・栄養調査」や「NDBデータ」を用いて、世帯収入別の格差をモニタリングできる。

一方、自治体の職員がデータ申請し分析することに困難を伴う場合も多い。国の調査結果を所得などと集計し、格差モニタリング用に公開する取組も必要と思われる。

また、歯・口腔の健康における格差対策として、フッ化物の応用（フッ化物洗口、フッ化物塗布、フッ化物配合歯磨剤等）による集団全体のう蝕予防が期待されている<sup>31)</sup>。

このように、公的統計データソースを用いて、健康寿命以外の観点からも健康格差モニタリングが十分に可能であることが示唆される。また、モニタリングの次の格差対策として効果的なアクションも提案されている。

健康日本21（第二次）でモニタリングされた健康寿命の都道府県間差では、男女ともに最も長い県と最も短い県の間に2～4歳程度の差があり、女性ではその差は拡大している。日本の2～4年の健康寿命の都道府県間差は、世界的にみると極端な大きさではないともとれるが、健康寿命が短い地域では、医療費や介護費の増大、地域財政や社会保障制度への負担、高齢者の就労や社会参加の機会の減少などが懸念され、地域経済に深刻な影響を与える可能性がある。

健康格差の問題は個人の問題に留まらず、地域社会や国全体の持続可能性に影響を与える課題である。そのため、公衆衛生関係者の間で健康格差対策の認識を共有し、モニタリングとその後の対策を推進する必要がある。

## 5. 自治体における健康格差対策への取り組みの事例

自治体の公的な健康格差対策の取り組みとして、静岡県の実例を紹介する<sup>32)</sup>。静岡県では、食生活、死亡、特定健診、健康寿命、歯といった健康指標について各市町村のモニタリングが推進され、県東部、とくに伊豆地域が支援が必要な地域として把握されている。モニタリングに続くアクションとして、国保ヘルスアップ支援事業を通じた人材育成を中心に、県全域の取り組み（保健事業評価、保健指導支援、広報力の研修等）と、支援が必要な地域に特化した取り組み（糖尿病等重症化予防の共同実施とスキルアップ等）を組み合わせた配慮ある普遍的対策（proportionate universalism）が県と市町村、大学の連携のもと実施されてきた。

## V 結 語

近年の社会経済格差の拡大や少子高齢化を背景に、日本でも健康格差対策への関心が高まっているが、健康寿命の都道府県格差はこの10年間で縮小したとは言えず、新型コロナウイルス感染症の流行を機に、格差拡大も懸念されている。今後のヘルスプロモーション政策においては、公的統計を活用し、健康格差を多面的に「見える化」することが第一歩となる。都道府県にとどまらず市区町村レベルでの格差の把握、アクションの特定と実施体制の整備を、政府・自治体・研究者が連携して進めることで、実効性ある対策へとつながることが期待される。

本報告書の作成にあたり、共著者の皆様には多大なるご協力と貴重なご助言を賜りました。皆様との建設的な議論を通じて本報告をまとめることができたことに、心より感謝申し上げます。

本報告が関係する皆様のお役に立ち、公衆衛生の発展に寄与することを願っております。

なお、本報告の作成にあたり、開示すべき利益相反はございません。

（ 受付 2025. 5. 2 ）  
（ 採用 2025. 7. 4 ）  
J-STAGE 早期公開 2025.10.13

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001102267.pdf> (2024年2月16日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 平成26年版厚生労働白書. 2014. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf> (2024年2月16日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 「健康日本21（第二次）」最終評価報告について. 最終評価報告書第3章（Ⅰ～Ⅱ4）. 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/000998860.pdf> (2024年2月16日アクセス可能).
- 4) 神田 晃, 尾島俊之, 柳川 洋. 都道府県格差及びその推移の健康指標としての有効性. 厚生指標 2001; 48: 12–21.
- 5) 近藤尚己. 健康格差対策の進め方. 東京: 医学書院. 2016; 27.
- 6) World Health Organization. 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. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1) (2024年2月16日アクセス可能).
- 7) 西尾麻里沙, 長谷田真帆, 金森万里子, 他. ヘルスプロモーション施策における社会環境整備の視点: タイ・スウェーデン・イングランド・アメリカ・日本のナラティブレビュー. 日本公衆衛生雑誌 2022; 69: 338–356.
- 8) Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2030. U.S. Department of Health and Human Services. 2024. <https://health.gov/healthypeople> (2024年2月16日アクセス可能).
- 9) Office for Health Improvement and Disparities. Public health profiles. Public Health Outcomes Framework. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework/data> (2024年2月19日アクセス可能).

- 10) Regional Comparisons Public Health 2019. The Public Health Agency of Sweden. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/public-health-reporting/regional-comparisons-public-health-2019/> (2024年9月26日アクセス可能).
- 11) Kolada. [https://www.kolada.se/?\\_p=index](https://www.kolada.se/?_p=index) (2024年9月26日アクセス可能).
- 12) Delaware State shrunk racial gaps in cancer death by patient navigators. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/03/07/1084317639/delaware-is-shrinking-racial-gaps-in-cancer-death-its-secret-patient-navigators> (2025年1月29日アクセス可能).
- 13) National Comprehensive Cancer Control Program. <https://www.cdc.gov/comprehensive-cancer-control/success-stories/index.html> (2025年1月29日アクセス可能).
- 14) Cameron RL, Kavanagh K, Cameron Watt D, et al. The impact of bivalent HPV vaccine on cervical intraepithelial neoplasia by deprivation in Scotland: reducing the gap. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71: 954–960.
- 15) Nakaya T, Ito Y. The atlas of health inequalities in Japan. Cham: Springer. 2020; 1–372.
- 16) Tajima R, Matsumoto M, Fujiwara A, et al. Time trends in income-related differences in food group intakes: the National Health and Nutrition Survey, Japan in 2010, 2014, and 2018. *J Epidemiol* 2024; 34: 76–86.
- 17) Kachi Y, Otsuka T, Kawada T. Socioeconomic status and overweight: a population-based cross-sectional study of Japanese children and adolescents. *J Epidemiol* 2015; 25: 463–469.
- 18) Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y. Widening socioeconomic inequalities in smoking in Japan, 2001–2016. *J Epidemiol* 2021; 31: 369–377.
- 19) Fukuda Y, Hiyoshi A. Associations of household expenditure and marital status with cardiovascular risk factors in Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *J Epidemiol* 2013; 23: 21–27.
- 20) 相田 潤, 安藤雄一, 柳澤智仁. ライフステージによる日本人の口腔の健康格差の実態: 歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査から. *口腔衛生学会雑誌* 2016; 6: 458–464.
- 21) Tanaka H, Katanoda K, Togawa K, et al. Educational inequalities in all-cause and cause-specific mortality in Japan: national census-linked mortality data for 2010–15. *Int J Epidemiol* 2024; 53: dyae031.
- 22) 田中宏和, 片野田耕太, 小林廉毅. わが国の教育歴別死亡率の都道府県比較: 国勢調査と人口動態統計のリンケージ研究 (2010–2015年). *日本公衆衛生雑誌* 2025; 72: 292–302.
- 23) Nakaya T, Honjo K, Hanibuchi T, et al. Associations of all-cause mortality with census-based neighbourhood deprivation and population density in Japan: a multilevel survival analysis. *PloS one* 2014; 9: e97802.
- 24) 国立がん研究センターがん情報サービス. 都道府県別75歳未満年齢調整死亡率. [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/age-adjusted.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html) (2024年4月9日アクセス可能).
- 25) 国民生活基礎調査 令和4年国民生活基礎調査 所得・貯蓄. 世帯人員 (20歳以上), がん検診受診状況 (複数回答)・世帯人員1人当たり所得金額階級別. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0002042872> (2025年1月29日アクセス可能).
- 26) 日本体がん協会. お知らせ. 【がん検診デジタル無料クーポン 2023年度利用者アンケート】経済支援に加え, 健康面の支援の必要性も浮き彫りに. <https://www.jcancer.jp/news/15586> (2025年1月29日アクセス可能).
- 27) 中村正和, 片野田耕太, 道林千賀子, 他. たばこ対策のロジックモデルとアクションプラン (総論). 2024; 32: S94–S101.
- 28) 道林千賀子, 片野田耕太, 齋藤順子, 他. たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例—成人・妊婦の喫煙率減少—. 2024; 32: S102–S111.
- 29) 齋藤順子, 島津太一, 片野田耕太, 他. たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例—職域のたばこ対策—. 2024; 32: S112–S120.
- 30) 片野田耕太, 道林千賀子, 齋藤順子, 他. たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例—受動喫煙対策—. 2024; 32: S121–S130.
- 31) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会. 歯・口腔の健康づくりプラン推進のための説明資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001074203.pdf> (2025年1月29日アクセス可能).
- 32) 尾島俊之. 健康格差対策への公的取り組み. *日医雑誌* 2023; 151: 1775–1778.