

創造都市研究科 都市公共政策ワークショップⅡ

開 講 日：平成24年10月5日（金）

講 師：日本福祉大学大学院

医療・福祉マネジメント研究科長

健康社会研究センター長 近藤 克則 教授

配布資料：プリント47頁

健康格差とソーシャルキャピタル

健康日本21（第2次）の政策目標

講義概要

導 入

1. なぜ保健指導では不十分なのか
 - －行動変容は難しい
 - －背景に心理社会的な要因
2. なぜ健康格差が生まれるのか
3. ではどうしたらよいのか？
 - －個人・コミュニティレベル
 - －社会・国レベル

本 論

日本でも指標によると5倍くらいの健康格差があり、死亡率では3倍くらい所得による差が生じていることが明らかにされてきた。健康格差は、保健・医療の枠内では解決が難しく、公共政策を総動員しないとこの問題は太刀打ちできないと考えられ始めた。

この間、健康領域では予防が大事ということで、予防・保健を実施してきたが、うまくいかなかった。一例として、介護予防では、特定高齢者の介護予防事業への参加目標5%に対し0.1~0.5%の達成で取り組みはうまくいっていない。それはなぜかを検証し、それに基づいた対策について模索中である。その中で見えてきたことについて話したい。

「健康日本21」は、保健エリア初の本格的にPDCAサイクルを用いた施策であった。2000年から10年間の数値目標を掲げて取り組まれてきたが、その最終評価は、59

項目の数値目標のうち目標達成10項目 VS 悪化9項目であった。

従来の生活習慣病モデルは食事、喫煙、アルコール、運動の生活習慣要素から高血圧、脳卒中の生活習慣病から不健康に至るプロセスへの介入をしたが、背景にある心理・社会要因を見ていなかった。

日本では、生活習慣改善への関心は高い。タバコはやめて、食べ過ぎないで、でも野菜繊維を取り、運動して、肥満ならやせて・・・を知らなかった人は少ない。しかし、行動変容は難しい。健康教育ではうまくいかない。生物・医学的には、減塩食で血圧は下がる。短期間は効果がある。個別のRCT（無作為化臨床試験）では減塩指導など健康教育の効果があるが、6か月以上の長期効果は11論文のシステマティック・レビューによって否定されている。（BMJ 325：632, 2002）

今までの「生活習慣を変えることで健康な人を増やす」という健康推進策の捉え方が狭すぎたのではないか。背景にある社会心理的な要因も視野に入れて働きかける公共政策を総動員しなければ解決出来ない。

生物学的側面に着目する生物医学モデルだけではなく、人間の持つ心理・社会的背景を考慮した、生物・心理・社会モデルを基に考えていかなければならない。

高齢者のなかでも、等価所得や教育歴と咀嚼力・教育年数・転倒歴・うつ状態などとの間に相関があり、無職・独居・集合住宅居住と骨折リスクに正の相関が見られ、高所得者にくらべ低所得者で骨折は多い。また、健康行動についても、スポーツの会に参加しない、喫煙などは低所得層に多い。また、疾患相対リスクでは精神疾患、脳卒中、肥満、骨粗鬆症などに差が認められる。高齢者の所得段階別死亡・要介護認定割合（年齢調整）の結果も保険料所得段階別で、死亡で約3倍の差が生じている。

さまざまな研究により、日本の高齢者でも、社会経済的背景が生死にまで影響を及ぼしていることが検証されてきた。従来はこのような背景を考慮してこなかったことが、健康日本21が上手くいかなかった背景にある。

社会疫学とは健康の社会的決定要因（social determinants of health, SDH）を解明する疫学の一分野である。一例としてタイタニック号での死亡率は社会的地位が低い人達で高かった。情報の格差、資源の格差などにより異なると考えられる。WHOは社会的要因により健康が影響をうけることは確かな事実＝THE SOLID FACTSであるとし、それを踏まえて政策を考え直すべきであると2009年に総会決議をあげている。保健政策、医療政策だけでは足りず公共政策を総動員する必要があるとして、健康の決定要因である、教育、所得、環境としての社会の影響などへの働きかけも必要としている。

2012年7月、厚生労働省は健康日本21について、2010までの第1次の10年間の取り組みと成果を評価分析のうえ政策を見直した。その結果、第2次にあたる次の10年の目標のなかに「健康格差の縮小」が加わった。生活習慣の指導による健康寿命の延伸から、「社会環境の質の向上」による社会底辺層の健康水準の向上を通じて「健康格差の縮小」を目指す。

さまざまな研究が蓄積されてきて、社会経済的な要因から健康に至る経路として、物理的な環境、健診方法の変更、健康行動の社会的影響、背景としての経済やストレス要因、出生時からの社会的排除の影響などが判明してきている。そのため、従来弱かった社会環境要因への介入が必要と考えられ、ソーシャルキャピタルの向上が必要であると言われている。

「社会環境の質」の一つの要素として取り上げられているのがソーシャルキャピタルである。ソーシャルキャピタルとは、組織や地域社会における「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」「ご近所の底力」などによる連帯感、まとめ、問題解決力であり、「社会的な繋がり」と、そこから生まれる規範・信頼であり、効果的に協調行動へと導く社会組織の特徴である。ソーシャルキャピタルが乏しい地域では主観的健康観がよくないと回答する人が多く、また認知症リスク者率が高い。ソーシャルキャピタルの高い地域では健康が良好で、低い地域では不健康なことが多い。ソーシャルキャピタルと犯罪率、失業率等に相関があるといった関係が近年の研究で明らかになってきた。また、小学校区により、コミュニティ組織への参加率などが異なり、個人ではなく地区診断が重要であることがわかってきた。

日本ではデータが蓄積され評価できる仕組みがなかったため健康格差に気づかれるのが遅れた。今後、WHO勧告に則り、健康格差の測定をおこない、取り組みの効果測定が必要であり、介護予防などの政策について地区に着目した事業評価をおこなう方法と評価指標の開発をして、効果検証をすることが必要である。環境条件の改善、社会的格差の解消、高齢者に優しいまちづくり、都市計画等あらゆる政策や取り組みで、健康格差の縮小がどれ位進むのか、効果进行评估できるシステムを開発することも必要となる。我々もWHO神戸センターと共同で、日本国内約11万人のデータを集め、地区間の違いを解析し、施策の検討を行っている。今後より多くの自治体の参加によりデータを収集・研究することで、うまくいっている地域とそうでない地域の背景等を分析し、取り組み事例を検討することが重要である。

まとめ

保健指導だけでは不十分である。なぜなら行動変容は難しい。社会環境の改善が必要である。その背景に健康格差があるからであり、健康日本21でも「健康格差の縮小」が掲げられた。ではどうしたらよいのか？コミュニティレベルでは、「社会環境の質向上」が必要であり、ソーシャルキャピタルが着目されている。加えて社会・国レベルでは、ベンチマークシステムを開発して、健康格差や社会環境の質などの「見える化」を進め、そこから政策形成をして、されに効果検証を進めることが求められている。

質 疑

1. 商店街で福祉と連携したコミュニティサロンを実施し、高齢者就労とも繋げる手法について。
2. 同じサロンでも地域の取り組み方により差が出てくる。評価が必要ではないか。系統的なプログラム評価が出来ることが今後の課題である。
3. 同居率による差はあるのか。
4. 働きかけによる効果の経済的指標はあるか。
5. 健康格差を解消するには、所得の底上げが必要か。
6. ソーシャルキャピタルの評価指標は。

議事録担当 吉田 加代子