

特別区議会議員講演会（平成24年度第3回）

健康格差是正に向けて

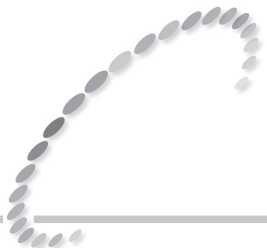
－特別区で取組む地域づくりと健康格差縮小策を考える－

講演録

講師：日本福祉大学社会福祉学部
教授 近藤 克 則

日 時 平成 24 年 11 月 7 日（水）
場 所 東京区政会館20階会議室

公益財団法人 特別区協議会



目 次

	頁
講 演 録	1
質疑応答等	29

この講演録は、平成24年11月7日に行われた講演の
内容を集録したものです。

ただいまご紹介にあずかりました日本福祉大学の近藤と申します。普段は学会等で研究者を相手にお話をさせていただくことが多いのですが、今日は議員の先生方ということで、いつもと違った話も織り交ぜながら、私どもが明らかにしてきた科学的な根拠をお知らせして、それをぜひ政策立案にいかしていただきたいと思います。

根拠に基づく政策、evidence based policy という言葉をご存じでしょうか。特にアングロサクソン系の国々では、ある政策をやったときにどれくらい効果があるのかということをきっちり評価します。政策Aと政策Bがあつたら一体どちらの効果が大きいのか、同じくらい効果がある場合はどちらの費用対効果がいいのか、そういうことも今はいろいろな研究の方法を組み合わせることである程度はできます。特に初めての試みのときなどはモデル事業でやって、その上で本格的に導入する。導入した後も、途中で社会環境が変わって効果がなくなる政策というのもありますので、それをモニタリングしていく。そんな考え方が重視されています。頭文字をとってEBP（evidence based policy）とか、policy making（EBPM）とか、最近文献でよく見るようになりました。研究者というのはそういう科学的な根拠、エビデンスをつくることを仕事にしていますが、私が取り組んできて、今日お話しするテーマは、最後、政策の力を借りないと解決に結びつかない性質の問題です。そういう意味で、今日このような形で政策立案の責任を担っている皆さんに私の今までやってきたことをお話しできることを大変嬉しく思っております。

本日の話の内容

今日の話では、どの程度の健康格差があるのだろうか、その是正に向けて一体どんなことができるのだろうか、ということをお話ししていきたいと思えます。

数年前こういうお話をすると、「そんなの無理だ」とか、「格差がないと人間はさぼるんだ」とか、いろいろなご意見をいただきました。そういうご意見は、今もあろうかと思いますが、健康格差の是正を目指すことは国際的な大きな流れになってきています。例えば、国連の機関でありますWHOをはじめ、米国のCDCというインフルエンザのときに有名になった国立の研究機関なども本格的に取り組み始めております。

とうとうその動きが日本にもたどり着いて、2012年7月に厚生労働省が発表した次の10年間の健康づくりの政策の中で、その目標の一部として「健康格差縮小」が入りました。そして、この問題に取り組む市町村の数を今後はモニタリングするということも明記されております。つまり、先生方が所属されている区が、健康格差是正に取り組んでいるかどうかということが今後10年間にわたってモニタリングされるということです。それを実行に移していただくために、考える視点や

基本的なデータを今日はご紹介させていただきたいと思います。

今日の話は、大きく3つの部分からなっております。まず、なぜ健康格差是正の動きが出てきたのかということです。特定健診だとか、そこで見つかったメタボちゃんと言われる人たちに、保健指導を一生懸命すればよくなるはずだと信じてこの10年やってきました。これは日本だけではなくて、海外の先進国もやってきました。しかし、その結果わかったのは、期待したほどうまくいかないということなのです。その背景に今日のテーマであります健康格差が相当影響を及ぼしている、ということがはっきりとしてきて、そこに手立てをとらないまま政策を打っても上滑りになってしまう。そのことが明らかになったので、先ほどの evidence based policy「根拠に基づく政策」の流れの中で、もう政策自体の枠組み、考え方を変えようという動きが海外から日本にも押し寄せてきました。日本においても健康格差があるんだという事実を、その根拠となるデータを元にご紹介したいと思います。

最初、健康格差があることがわかったときに、「それは放っておいちゃいけない、いのちの問題なんだから」という声がありましたが、一方で「格差のない社会はない」と言った当時の小泉首相のような方もいたわけです。後者の考え方からすると、「格差は必要悪だ、しょうがない」という立場もあり得るわけです。それに対して、「いや、格差には減らせる部分もある」「では、どうやって減らすのか」と考えて、効果が期待できる対策を練るためには、健康格差がどういうプロセスを経て生まれてくるのかということを明らかにする必要があります。これも山のように研究されておりますので、その一端をご紹介します、それらをもとに、「ではどんなことができるのか」ということをコミュニティレベルと政策レベルの両方のレベルで対応すべきことを考えてみたいと思います。

今日いただいた時間が90分なんですが、お伝えしたいことが多いので用意したスライドが86枚です。だから、平均すると1枚約1分で飛んでいきます。「ちょっとそこもう少し詳しく」という方には、お手元の資料に書いてある本が用意してあります。今日お話しする内容の多くはその本に書いてあります。終わった後、ぜひ手にとっていただけたらと思います。

なぜ予防は難しいのか

まず、予防がこの間いろいろなところで強調され取り組まれたのに、うまくいっていないという話です。

介護保険は今、給付費が8兆円ぐらいになっていて、それを何とか抑えたい、保険料を抑えたい、そのためには要介護認定を受ける人を減らしたい、だから介護予防の強化だと2006年から介護予防重視システムへとシフトしたわけです。しかし、それがうまくいっているかといいますと、ご存

じのように介護予防教室を開いてはみたものの、がらがらだという話なんですね。厚生労働省としては、高齢者の5%ぐらいの人がやや虚弱、放っておくと要介護状態になりそうな一歩手前の人たちだから、その人たちに介護予防教室に来てもらおう。筋トレとか頭の体操とかいろいろやってみようことで、寝たきり、認知症になるのを防ごうと作戦を練ったわけです。ところが、ふたをあけてみたら参加者が0.14%。文字どおり桁違いに少ない規模の人にしか政策が及ばなかったということが明らかになってきました。

これ、日本の高齢者だけではありません。壮年期も同じです。全年齢を対象にした健康日本21と呼ばれる健康づくりの国民運動の中で2000年に掲げられた数値目標、それが10年経ってどれぐらい達成できたのかを報じた新聞記事があります。例えば、メタボや、歯など、全部で59指標をつくりました。2000年にスタートして、2010年までに改善させる数値目標を掲げたわけです。一例挙げると1日の歩行数。男性では2000年の時点では8,200歩歩いていた。それをみんなで取り組んで10年後には1,000歩ぐらい増やそうという目標を掲げたわけです。ところが、10年経って実際調べたらどうだったか。7,200歩とむしろ減ってしまった。これが実態なんですね。では、国民が健康に関心がないかというと、人によっては「健康になるためだったら死んでもいい」というぐらい努力をしているわけですね。カニの甲羅がいいと聞けば、お金を出して買ったりするのに、運動するのは面倒くさい。これがどうも人間というものらしい、ということがわかってきたわけです。

小学校の夏休みの宿題、7月中には終わるぞと目標を掲げて、なぜか8月の末になっても残っていたみたいなこと、多くの方が経験あると思います。目標どおりいかないのは人間の常かもしれませんが、達成できないだけではなく、悪化した項目すら達成した項目数と同じぐらいあったのです。そうすると、これはキャンペーンが足りなかったとか、努力が足りなかったとか、そういう問題ではないのではないか。言うなれば人間の、あるいは人間社会の法則に従っていない無理な政策だったのではないかと、まず海外で見直しが始まりました。先ほどのevidence based policyの考え方で、エビデンスに基づいて政策を練り直そうというので、この間大きな見直しが進められてきました。簡単に言うと、このスライドの黄色い枠組み「生活習慣病モデル」や「生物医学モデル」で今まで考えていたけれど、それが間違っていたのではないかというのに気づいたわけです。

この黄色い部分は、皆さんおなじみの話です。寝たきりになる、命を落とす、そういう不健康の原因は、例えば寝たきりで言うと一番多い原因は脳卒中です。脳卒中はどういう人に多いのかというと調べてみたら高血圧の人です。では、どういった人に高血圧が多いのかというと、生活習慣に問題がある人たちです。例えば、塩分とり過ぎ、たばこを吸っている、お酒飲み過ぎ、運動しない。

こういう生活習慣が原因なんだから、それを変えてもらうことで脳卒中を減らし、高血圧を減らし、健康な人を増やすのだと。ここまでは科学的なエビデンスがあって、一応それに基づいて 10 年やってきた。しかし、言うならば試験管の中ではうまくいくんだけど、現実の社会で生活している人間に使ってみたらうまくいかなかったということなのです。

心理社会的要因の重要性

では、なぜうまくいかないのか。この黄色い部分「生物医学モデル」を証明するエビデンスはたくさんあります。ですから、ここが間違っているわけではなさそうです。ではどこで間違えたのか。実はその背景にある、あるいは枠の外にあるものを見落としていたんじゃないかということに気づき出したわけです。それがここでは小さく書いてある心理社会的な要因です。「人間は心を持っている動物です」。「お酒の飲み過ぎはいけませんよ」と言われても、「これが飲まずにやっているか」と思ったことはありませんか。それが人間なんだということに気づいた。なおかつ人間は社会関係のストレスの中でそのような心情を持つ。つまり「動物で正しいことがすべて人間に当てはまるわけではない」と、ある意味当たり前のことに気づいたわけです。

生活習慣を変えるために、いろいろな努力がされました。保健師さんも頑張っていますし、厚生労働省も頑張っています。民間企業も頑張っています、こんな商品まで開発しました。「生活習慣改善せんべい」です。こんな商品まで開発して頑張ってくれているわけですね。これは野菜繊維をたっぷり含んだおせんべいだそうです。野菜繊維はたっぷり取った方が良い。そういう知識を持っている国民が増えてきたので、こういうおせんべいが売れるだろうと商品開発をしたわけです。肥満ならやせた方がいいということも多くの方は知っているでしょう。しかし、それに関わらず、この間肥満はむしろ増えているのです。

「食べ過ぎはいけません」、「運動をしましょう」という話を聞いて「えっ、知らなかった」という人がたくさんいる状況であれば、効果はあると思います。しかし、「その話ならもう 10 回聞いた」みたいな方が多いわけです。だとすると、この間、保健師さんが一生懸命やってきた健康教育をもっと強化すれば国民が行動を変えるのかと考えると、10 年やってきた経験から、どうも違うのではないかと気づいたということなのです。

科学的なエビデンスをもう 1 つ紹介すると、研究が一番進んでいる減塩食の例です。減塩指導がなぜやられるようになったかという、ネズミに与えるえさの中の塩を減らすと血圧が下がる。それなら、入院患者さんに出す食事から塩分を減らしてみよう。そうしたら血圧が下がった。さらに、退院する前に退院患者さんの血圧を下げるために減塩指導をする。「今までおしんこにしょうゆを

かけていたそうですが、おうちに帰ってからは、しょうゆをかけるのは我慢してください」。そういう指導をしたわけですね。退院後の血圧を追跡してみたら確かに効果はあった、ただし、短期間であれば、という結果なんです。半年以上という長い期間追跡した研究を世界中から集めてみたらどうだったか。最初の半年位なら、入院した時のつらさを覚えていたりしますので、「もう二度と入院なんかしたくない」と、健康のために我慢するんです。ところが3カ月経ち、6カ月経つてくると、「少しくらい早く死んでもいいからおしょうゆかけたい」と言い出す。それがどうも人間の实態らしいということが、段々はっきりしてきたのです。

先ほどの図で言いますと、今までは黄色い部分「生物医学的な側面」だけ見てそこに一生懸命エネルギー割いてきたのですが、それは実は一部じゃないのか。その前にはストレスや、うつ状態のような心理的な要因があり、さらにその背景にはストレスをもたらすような社会的な要因があるのではないのか。そこまで視野に入れて政策を練り直さないと、健康の水準は上がらないんじゃないかというコンセンサスができてきたわけです。

日本の健康格差の実態

では、日本にどれぐらい社会的な要因による健康への影響があるのかを、高齢者3万3,000人弱の方にご協力いただいて調べてみました。その中から、時間の兼ね合いで2、3のデータだけご紹介させていただきます、まず「口や歯の健康」です。このグラフは、高齢者に「何でも噛めますか」と聞いて、「あまり噛めない」「ほとんど噛めない」という方がどれぐらいいるのかを調べたものです。年齢の影響を受けるので、これは統計学的方法を使って年齢の影響を差し引いてあります。右側は所得、左側はその方が受けた教育年数で、対象者を3つないし4つの群にわけて比べたものです。

右側の等価所得というのは、次のようにして計算したものです。まず世帯所得を聞くのですが、例えば1年間で300万円ですとお答えになった場合でも、ひとり暮らしの方は1人で300万円使えますね。でも、同じ300万円でも3人暮らしとなると、1人で使える額は減るわけです。それを調整するために国際的に使われている方法で求めたのが等価所得というもので、1人当たりの可処分所得の近似値を出したものです。400万円以上の比較的豊かなお年寄りですと、あまり噛めない、ほとんど噛めない方は6%なんです。200万円未満で生活している方になると、これが10.1%に増えます。いわゆる社会階層の低い人たちに不健康な状態が見られるという典型的なものです。教育年数でも関連があります。高齢者ですので小学校の6年間も最後まで行かせてもらえなかった方たちがいます。「田畑手伝え」「子守しろ」と言われていた方たちです。中卒だと9年ですね。高

卒で働くと 12 年、そこから専門学校、師範学校、大学などに行った人だと 13 年以上教育を受けています。そういう教育を受ける機会があった方と比べると、「噛めない」人が約 2 倍多い。これが日本の高齢者における健康格差の実態です。口の中にも社会が反映しているということなんです。

最近話題の児童虐待も「歯を見るとわかる」というお話を、歯医者さんから聞いたことがあります。歯磨きって面倒くさいですよ。子供は泣くし、恨まれるし、というので、後回しになりがちなんだそうです。ですから、育児放棄や無視されるタイプの虐待を受けている子供たちを見ると、相当口の中の状態が悪い。あるいは、泣くとすぐ甘いもので黙らせるというようなこともあって、歯医者さんの中には「口の中は社会の縮図なんだ」とおっしゃる方もいらっしゃいます。

次の図は心理的なもので、うつ状態のスライドを持ってきました。年齢が上がるほどうつ傾向になるというのはわかっていますので、年齢で 5 歳ずつ分けました。ですから、同じ色の棒を見ると、年齢の影響が入っていない、同年代の方だけを比べていることになります。横軸が先ほどと同じ等価所得です。そうしますと、低所得の方では高所得の方に比べて平均で 5 倍、男性高齢者の 65～69 歳の方に限りますと、6.9 倍うつが多く見られました。ここで気をつけていただきたいのが、「それって貧困者の問題じゃないのか」「人並みに生活している我々には関係ないんじゃないのか」と考えられる方が多いんですね。ところが、この棒グラフをよく見てください。真ん中を基準にすると、右にいくほど良くなるんです。左にいくと悪くなる。ですから健康格差とは、貧困層だけの問題ではなくて中間層も含めた問題なんです。だから WHO も動き出したのです。

健康行動にも格差

健康行動にも格差があります。左が男性で右が女性で、緑色が高所得の方で健康行動上のリスクを持っている人の割合を 1 とします。それに比べて所得が全体の下から 3 分の 1 に属する低所得の方で、リスクがどれぐらい見られたかというのを示したものです。目立つところでいくと睡眠の質、これは糖尿病や生活習慣病の発症リスクに関連することが段々わかってきています。男性で約 1.7 倍、女性では 1.9 倍以上低所得の方に多いということがわかってきました。

それから、たばこで言っても、実はたばこを吸っている方は低所得の方に多くて、男性で 1.3 倍、女性では 1.8 倍多い。ですから、たばこの問題は、「その人の好みの問題」と今まで見られていたのですが、実はその背景には、手軽に安く手に入るストレス解消の方法がたばこしかない、という人たちがいるということなんです。例えば、ここにいらっしゃるような方であれば、スポーツをやったりする機会が多いと思いますが、ゴルフ 1 回行くのに幾らかかりますか。フィットネスクラブへ行くと、月会費 8,000 円しますよ。それが年収 200 万円の方に捻出できますか。そうすると気晴

らしとして、1箱400円か500円で手に入る「たばこ」に手が伸びる。そういう社会背景の中でストレスを抱えながら暮らしている人たちがとっている行動という側面があるのだということが見えてきたわけです。

それから、肥満も低所得の方に多い。肉とか野菜、高齢者では低栄養を防ぐために摂ったほうが良いのですが、低所得の女性では半分になってしまうんですね。男性でも6割を切ってしまう。またスポーツへの参加の割合も低所得の方ほど少ないのですね。だから、望ましくない生活習慣の背景には、社会経済的なものもあるんだということを踏まえて政策を練らないとうまく行かない。いくら「たばこをやめましょう」と宣伝しても、たばこ以外に楽しみがなければ「これくらい楽しませてくれ」となって減らせないわけです。こういうことに早く気づいたほかの国はどう政策を練り直したかという、たばこ代を2,000円にしたわけです。そうすると、その政策で一番たばこを手にしにくくなるのはお金に余裕のない人たちです。最もリスクを持っている人たちに最も有効な方法は健康指導ではない、たばこ代を上げることだということでやり始めた。それを見て、日本でもすったもんだがありましたけれども、たばこ代の値上げによりやく踏み切ったわけです。ただ値段もまだまだ欧米などに比べると低いところにとどまっている。そんなふうに見ることもできます。

疾病に見る格差

今度のグラフは病気があると答えた方の割合です。高所得の方で見られる割合を1としますと、低所得の方で多い疾患というのがたくさんあります。精神疾患などで特に差が大きくて、肥満も、脳卒中も、骨粗鬆症なども低所得の方に多いと、このようなことが段々見えるようになってまいりました。

病気はあっても、死ななきやいいじゃないかというご意見もいただいたので、死亡率も調べてみました。これは男性1万2,600人弱、女性で1万5,500人強を4年間追跡させていただいたものです。この青い部分が死亡率で、赤いほうが要介護認定を受けた方の割合です。出発時点で要介護認定を受けている方は分析対象から外して分析したので、みなさん健康でした。一体どういう人から健康状態を崩して寝たきり、ぼけになり、介護保険を使うようになり、そして命を落とすのかというのを見たものです。横軸は介護保険料です。ご存じのように第1段階が低所得の方で、第5段階が高所得の方です。ご覧のとおり、男性でも女性でもきれいに低所得の方から健康を崩していくというような関係があって、一番差が大きいところを見ますと、男性で死亡率が3倍高いというようなことが見えてきました。最高裁によれば、1票の格差は、2倍が限度です。1票の格差と命の格差、皆さんだったらどっちをとりますか。命だったら3倍でも良いという人がどれほどいるでしょ

うか。だから「放置できない」と、まずはヨーロッパで動きが出てきたわけです。

皆さんご存じのように日本でも自殺率がぼんと増えて、もう 10 年以上 3 万人を超えていました。その背景にやはり社会的な要因があります。例えばこれは、40～50 代の自殺者数と完全失業率の関係を示したデータですが、ご覧のとおりきれいに関連しているということが見えてまいります。今まで生活習慣、本人の努力だという面が強調されていました。そういう面は確かにあると思います。しかし、それだけなのかというと、明らかに社会的なファクターも背景にある。だからそのことも視野に入れて対策を練るべきではないかということが言われるようになってきたわけです。

不慮の事故にも格差

実にいろいろなところにこういう健康格差が及んでおりまして、自殺以外に事故に遭って死ぬ不慮の事故死というのも実は健康格差があらわれやすいものです。それを描いた映画が「タイタニック」だったんですね。

これはどういうことかということ、主人公、2 人いると言っていると思いますが、ジャックは貧乏青年で、イギリスではうだつが上がらないからアメリカに行つて勝負しようとした。船に乗るお金もないというので、サウザンプトンの波止場で賭けポーカーをやつて、それで勝つた。手に入れたチケットが今の貨幣価値にすると大体 3 万数千円だそうです。それに対して上流階級の娘ローズ、彼女が乗つた特等船室、何と 500 万円だそうです。ですから 100 倍以上違う。実は、国際航路の船というのは、特等船室から船底の二等船室まで、社会の階層構造の縮図なんですね。これが氷山にぶつかつて沈みます。そのときに 2 人とも死んだでしょうか、死んだのは 1 人だけなんですね。どちらだったでしょう。社会階層の低いジャックだったんですね。

「たった 2 例で言うなよ」という感じがしますよね。そこで、全乗客 2,200 人のデータを持ってまいりました。国際航路なので、乗客名簿が残っているんだそうです。それをもとに調べたら、特等船室に乗っていた人 322 人中、死んだ方 37%、一等船室、二等船室で、二等船室は 709 人乗っていて死亡率 75%、死亡率 2 倍違うんです。乗組員では船とともにした人が 76%ぐらいいらしたと。これが現実なんですね。

なぜこういうことが起きるのか。映画をご覧になった方は覚えているかと思いますが、船にどんと衝撃がきて何が起きたか。そのときに、特等船室に乗っている人たちにはいち早く「船が沈むぞ」という情報が真っ先に来るんです。それに対して船底の人たちにはなかなか情報が来ない。さらに、もう傾いたからだめだ、救命ボートだというとき、救命ボートってどこに積んであるでしょうか。これは特等船室のそばなんですね。全員分なかったということもあって、特等船室の人たち、

あと女性、子供が優先的に乗せられて一部の人が助かったというのがタイタニックの悲劇の社会的な側面だったんです。

ですから、健康によい情報が早く来るか。あるいは、社会にある資源、この例だと救命ボートが利用しやすいところにあるか、これが社会階層によって違うんじゃないのか。それは本人の努力じゃないでしょう。だとしたら、社会構造も考慮した手立てをとるべきではないのか。これがWHOが言いだした「社会環境に働きかけることで健康格差を是正しよう」という象徴的な例です。

動き出した WHO と厚生労働省

このような健康のいろいろな側面における格差や健康に社会的な要因が影響を及ぼしているというレポートが世界中で次々と出てきました。このスライドの真ん中に出ているものはWHOが出したレポートです。副題が THE SOLID FACTS——「確固たる事実」です。だから、この事実を踏まえない健康政策は失敗すると。確かに対策は難しいですが、この事実を踏まえて健康政策全体を見直すべきなんだという専門委員会のレポートをWHOが出して、その後、2009 年には総会決議まで上げています。総会決議の中で、WHOは加盟諸国に対して、このことを踏まえて政策を見直すべきであるという勧告を出しております。そういう勧告も受けて、あるいは日本国内でもこういう健康格差が3倍以上あるということが明らかになるにつれて厚生労働省も動き出したということですね。

この図が7月に発表された「健康日本 21」の次の10年間、ですから第2次と書いてありますが、その概念図です。10年間やってきた、この図でいうと左側を書いてあることを中心にやってきた。健康寿命を伸ばすことを目指して、生活の質を向上させるために生活習慣を改善しようと頑張ってきた。しかし、それを10年間やった結果、必ずしもうまくいかない。むしろ悪化する項目も多かった。すると、このやり方だけではだめだ。エビデンスに基づいて、あるいは政策のマネジメントサイクルに基づいてエバリュエーションをして、あるいはプラン・ドゥ・チェック・アクションで言えばチェックをして、アクション、やり方を変えましょうということで厚生労働省は示したわけです。そこで謳われたのが「健康格差の縮小」を図る。これを一番上の上位目標に位置づける。そこまで言ったというのは、こういう国際的な大きな潮流と科学的なエビデンスに基づいて従来型の健康教育で「生活習慣を変えてください」というのでは歯が立たないということがわかってきたからです。では、それを一体どうやってやるのかということについては、この図の右側にある緑色の部分「社会環境を改善する」ことでそれを進めていくということを謳ったわけです。この「健康日本 21」、10年前は健康局の局長の通知だったそうです。ところが今回は、健康局だけでは社会環境を変えられないということで、厚生労働大臣による告示に格上げされて公表されたというのが大き

な特徴だと思います。

以上、なぜ保健指導だけではだめなのかということをお話ししてきました。

健康格差が生まれるプロセス

次に、では一体どんな政策を打てばいいのか。それを考えるために健康格差がなぜ生まれるのかというプロセスをもう少し詳しく見てまいりたいと思います。

これについてもいろいろな研究があって、とても与えられた時間では全貌はお話しできません。一言でいうと「いろいろな経路が複雑に絡んでいる」ということです。この図の右側に健康状態、左側に社会経済状態がありまして、この間に介在する因子がいろいろあることがわかってきました。貧しい人のほうが厳しい環境に置かれているとか、さっきのタバコを吸っているとか、あるいは自己負担が増えたので受診抑制が今の日本にはあることなどが段々わかってきました。それ以外に、今まであまり注目されていなかったけれども、意外に関与が大きいとわかってきたのが人間関係とか心理的なストレスの影響の大きさです。

まず、健診から見ていきたいと思います。健診は日本では安い料金で受けられる制度がいろいろな人に対して保障されています。しかし、どれほど利用されていますかという目で見ると、いくら用意されていても使ってもらえないと十分な効果を発揮できないわけです。ではどういう人が受診していないのか。男性と女性に分けて、先ほどの3万3,000人弱の方たちのデータで教育年数別に見たものです。そうしますと、ご覧のとおりきれいに、教育を長期間受けられて、健診には自分の健康を守るために意味があると知っている人たちには未受診者が少ないのです。

皆さん、ちょっと考えてみてください。健診って受けると気持ちいいですか。行くと裸にされて、針を刺されて、ひどい目にあいますよね。そんな一種苦痛でしかないものに行くというのは、それがどういう意味を持っているということを理解している人でないと、直感的に言えば嫌だとか、面倒くさいとか、時間がないとか、言いたくなりますよね。このデータをもとにすると、健診の場で介護予防の対象者を見つけようとしている限り、その政策は空回りすることは明らかです。このエビデンスに基づくと、健診を受けてもらうために健診を受けやすい環境整備を進めるか、あるいはいっそのこと受けなくても良い仕組みを政策の中に持ち込まないといけないとわかった1つの例です。

先ほど見ていただいた健康格差の現実を踏まえると、教育を受けている人と受けていない人、どちらに不健康な方が多かったですか。こちら（受けていない人）ですよね。健診というのは、やっている側は危険因子を持っている人を早く見つけて、良い状態にするためにやっているつもりです

が、実態はそういう危険因子を持っている人ほど来ていない。どういう人が来ているかというと、健康な人が来て、自分は健康であることを確認して帰っている。つまり良かれと思って導入している政策でも、みんなに効果があるわけではないのです。期待した効果が本当にあるかどうかをモニタリングして、空回りしていることが明らかになったら政策を見直すというPDCAサイクルを回す仕組みを入れる必要があります。厚生労働省は実際にそれを実施しました。健診会場に来た人を対象に介護予防事業の対象者をチェックする方法ではなくて、郵送調査に変えたところ、候補者の発見率が上がりました。それがこの5～6年間に起きたことです。

心理的な経路

もう1つ健康格差が生まれる上で、心理的なストレスがいかに大事かという話です。メタボリック・シンドローム。日本では健康行動に原因があると見なされていますので、食べ過ぎがいけない、運動不足がいけない、本人の自己管理が足りないと、どちらかというとな本人が責められてしまう感じですね。ところが、それだけではないことがわかってきています。職業性のストレスがどれぐらいあるかというのを調べて、14年間の追跡調査の中でストレスにさらされ続けた人とストレスがなかった人でメタボリック・シンドロームなる確率を比べたのがこのデータです。健康行動による影響が一定になるように統計学で調整してあります。

これによると、ストレスがない人に比べると、ストレスにさらされ続けている人は2.5倍メタボになりやすい。日本ではこういうデータはあまりないのですが、恐らく同じような心理的な背景があると思います。では職業性ストレスは、本人の自己責任でしょうか。仕事の量であったり、上司であったり、いろいろな社会環境の中で職業性ストレスは生まれるわけです。そして職業性ストレスを多く抱えている人は、社会的階層が低い人達に多いと言う報告も多い。それらの要因を放っておいて、本人の健康行動の努力が足りないという責め方は、ある意味アンフェアではないでしょうか。メタボだと保健師さんにいろいろ指導を受けた側が「やせられない私が悪い、つい食べてしまうから」と自分を責めてしまう。でも、このデータが教えていることは、上司が悪い——かもしれないということなんです。実際に大企業の中に、職場ごととうつの発生状況をモニタリングしているところがあるそうです。ある職場でうつが大量発生すると上司が呼ばれる。「お前の職場、うつが多いんだけど何か心当たりはないか」と。それで上司が対応を変えらうとうつが減ったとか、それでもだめだと上司を変えてしまう。そうするとうつが減ったりする。そういうことが実際にPDCAサイクルが回されているところではやられるわけです。そのようなことを政策レベルでもっとできないだろうかというのが私の言いたいところです。

ライフコース

さらに別の経路もあります。今までは、成人期の枠内でお話ししてきました。成人期の健康は生活習慣でつくられると今まで見なされていたのですが、それだけではないのではないか。職業階層とか職業性ストレスはじめ、社会経済的環境も大事ですという話を今までしてきました。しかし、それだけではないということもわかってきています。実は、成人期の生活習慣というのは、子供の頃の習慣に左右される。さらに最近わかってきたのは出生時の、お母さんのおなかの中にいるときに飢餓状態にさらされたネズミはインシュリン感受性が変わるんだそうです。その結果、糖尿病になりやすいということがわかってきました。それを人間で 64 年間追跡して確かめたというイギリスのデータがあります。貧困層で出生時体重は小さい傾向があるのですが、それが小さい子供たちは、丸々としていい状態で生まれてきた子供に比べると 64 年後に糖尿病になっていた確率が 5 倍以上高かったということがわかっています。

死亡率のデータもあります。大人になったときの経済状態で、貧しい人と豊かな人を比べると、（左の）低所得の人のほうが死亡率が高いですね。これは今までお話ししてきた話です。何が新しい視点なのかというと、その方が子供だった時代に貧しい家庭に育ったのか、豊かな家庭に育ったのかの影響も見たのです。現在大金持ちになっている、上位 4 分の 1 ぐらいに入っている人たちにおいては、子供時代にどういう家庭で育ったかの影響はあまりありませんでした。しかし、2 番目のところでは、子ども時代の所得水準による差があるんです。現在の所得水準が低い方ほど子供時代にどういう環境で育ったかの影響がより大きくなる。子供時代に貧しかったということが大人になっても健康状態に影響を及ぼすというライフコースの影響がこういうエビデンスによって明らかになってきているのです。

貧困児童対策

これらのエビデンスに基づいて、イギリス等では貧困児童対策が強化されました。それは健康対策にもなる。将来の糖尿病、あるいは死亡率を減らすことにも繋がるし、その人たちが失業するリスクも減らすし、社会保障のお世話になる可能性も減らす。だから、最も効率の良い投資先は子供たちだと Sure Start という政策を打つようになりました。貧困児童がどこに多いのかを調べたら、母子家庭に多いということがわかってきた。いろいろな批判、限界もあったけれど、母子家庭のお母さんたちが働きやすい、仕事を見つけやすい環境を政策的に支援しようと思いました。一方日本では、母子家庭のお母さんが「新しく仕事がしたいから、子どもを保育所に預けたい」と相談に行くと、「仕事している人が優先です。」「今、仕事していませんよね。だったら保育所では預かれま

せん」と言われる。子どもを預かってもらえなかったら仕事を探すことだけでも大変です。環境を変えないと、児童を低所得世帯から救済できない。健康政策以外にも広く目を配らないと、根本的な健康対策、格差対策はできないんだという一例です。

日本人は、自分たちの悪いところばかり言うんですね。日本社会に健康格差があるということは事実ですし、それは減らすべきだと私は思います。けれども、私は結構いい国だと思っています。今後財政が心配ですが、社会保障も相当いろいろな工夫はしてきています。貧困児童対策も手を打っていないわけではありません。その一例が、低所得世帯の児童への公費補助です。ただ、十分な水準かと言われると、まだまだやり残していることがたくさんあるのではないかと思います。ぜひ政策を作る議員の先生方や行政の方に頑張ってくださいと思っています。なぜなら貧困児童が増えているからです。その結果、公費援助を受ける子供たちが増えています。東京は、全国の中でも大阪と並んで貧困児童が多い地域なんです。そこでどういう政策をつくるのかが、全国から見て1つのモデルになりますので、ぜひ子供たちを貧困から救う、そういう政策を強化していただきたいと強く思います。

時間の兼ね合いでこれぐらいにとどめますが、どうやって社会的な要因が体の中に入ってきて心臓をほかの人よりも早くとめてしまうのか。これはいろいろな社会関係がストレスを生み出し、それがうつ病などをもたらし、ある人は自殺に走り、ある人は仕事をやめ、ひきこもり、病気になって最後は命を落としてしまうというようなことが見えてきています。さらに、それが実は子供のころから蓄積されてきて起きているのだということです。最後は死亡とか要介護認定にまで、格差があります。厚生労働省が介護予防の重点としている6つのリスクの背景にも、社会経済的な階層とか貧困とか、あるいはいろいろな環境がある。そのことがこのように解明されてきているというさわりの部分でした。

今、揺り戻しの危険を感じていますが、小さな政府を志向する動きが強まった一時期、結果の不平等はしょうがない。チャンスの平等は必要だけれども、本人が努力しなかったものは仕方がないという意見をよく聞きました。そういう面がないとは私も言いません。しかし、出生時体重は自己責任でしょうか。貧困児童は子供の自己責任でしょうか。そのことを考えると、少なくとも子供たちには平等なチャンスを与えるべきではないのか。貧困世帯対策は、機会の平等を保障するという視点で、しかも将来の健康政策にもなりますので、ぜひ考えていただきたいと思っています。

では、何ができるか？

以上のことを踏まえて、ではどんな政策があり得るのかということを幾つかご紹介したいと思います。

まず、厚生労働省が「健康日本 21（第2次）」で何を強調したかということ、「健康格差の縮小」を図ることを上位目標に置きましょう。それはどうやってやるか。生活習慣病対策ではうまくいかない、下手したらむしろ格差を広げてしまうかもしれない。それよりは社会環境に介入する、社会環境の質を高めることも重視しようということを打ち出しました。

これはそれなりに科学的な研究の蓄積を踏まえたものです。既に肥満になったり病気になったりしている人を川に転落して溺れている人に例えれば、健康教育というのは、下流に流れてきた人に泳ぎ方を教えるような対策に過ぎません。それよりは、川上で川に転落する人自体を減らすような取り組み、上流での取り組みが必要です。「もともと断たなきゃだめ」なんです。もとの原因を探ってそこで手を打たないと、下で待っていたのではきりが無い。その重要性を再度強調しているのが「新しい公衆衛生運動」です。そのメッセージは、上流の環境を変えよう。橋を架けたり柵をつくったりすれば、川に転落する人自体が減る。そのために一体何をやったらいいか、すべての政策関係者が考えるべきだということがメッセージです。

厚生労働省が社会環境の質の例として挙げているのが何かといいますと、ソーシャルキャピタルの向上と書いてあるんですね。ソーシャルキャピタルのことが、段々知られるようになってきましたが、政策文書にまで載ったので、私は少し驚きました。その経過を伝え聞いたところ、実は厚生労働省がこの文書をつくっているときに、ある議員さんが来て、この言葉を入れるように言ったんだそうです。それを聞いたものですから、今日皆さんには、とても期待していて、私の話を聞いて納得したところについては、いろいろなところに行って、政策を動かすためにぜひ使っていただけたらと思います。

ソーシャルキャピタルとは何か

このソーシャルキャピタルという言葉、聞いたことがあるという方、どれぐらいいらっしゃるでしょうか？大分いますね。厚生労働省の文書には「地域のつながり」と簡単に書いてありますが、少し詳しく紹介したいと思います。

このソーシャルキャピタルとは何か。一番わかりやすい例だと私が思ったのが長い箸の話。ヨーロッパでは長いスプーンの話というそうです。皆さんの前に御飯があります。そこに1メートルぐらいある長い箸を思い浮かべてください。これを使って、「さあ食べてください」。すると地獄を

見た人と天国を見た人たちがいた。地獄を見た人は、自分のことは自分でやらなきゃだめだと言って、長い箸を使って自分で食べようとした。1メートルの箸ってどうですか、自分で食べられそうですか。口に届かない。だから食べられないというわけです。これ、例え話ですからね。箸を短く持てばいいんじゃないかとか、手づかみじゃいけないのかなと言わないでくださいね。

一方で、天国を見た人たちもいた。その人たちは、「自分1人でやろうと思うから食べられない。向かい合ってお互いに協力して食べさせ合えばいいじゃないか」と。これまた1メートルだと箸の先が揺れるんじゃないかとか、言わないで下さいね。例え話としては、協力し合えば食べられるんです。

天国と地獄を分けるもの

天国と地獄、何が違いますか。これは、人と人との間にあるお互いさまだよねという互酬性、あるいは力を合わせようという協調性、あるいは最初に相手に食べさせてあげれば、その後、相手が自分に食べさせてくれるはずだという信頼感、そういうものが満ちているかどうかが違うんです。これがソーシャルキャピタルと言われるもので、ソーシャルキャピタルに満ちた社会というのはいい社会なんじゃないか。それが満ちている社会が天国であり、「自分のことは自分でやれ。甘えるな。なんでも自己責任だ」という社会が地獄なのではないか。天国と地獄を分けるものが、ソーシャルキャピタルだという考え方です。

私の知り合いのマンチェスター大学の先生に教えてもらった話なんですが、ソーシャルキャピタル、なぜこんなに社会の注目を浴びるようになったのか。ソーシャルリスト（社会主義者）もキャピタリスト（資本主義者）も納得するからだという説があるんですね。社会主義者もこういう連帯という言葉が好きですし、保守的な人たちも地域のつながりというのが大事だということはわかるので、お互いに協力し合えるテーマなんじゃないのかということをおっしゃっていました。

ソーシャルキャピタルの定義と実証研究の例

ソーシャルキャピタルという言葉が世界中の注目を浴びるきっかけをつくったパットナムという方の定義では「社会的な繋がり、ネットワークとそこから生まれる規範、信頼、また、効果的に協調行動へと導く社会組織の特徴」です。個人の特徴ではなくて、社会組織の特徴だというのが大事な点だと思います。こういう社会づくりができないだろうかと、世界銀行とか国連とかいろいろなところで、先進国においても途上国支援においても注目される概念として浮上してまいりました。

ソーシャルキャピタルと健康との関連が一体どの程度のものなのかと、今、いろいろな分析をし

ております。まだ分析途上のものですので参考ですけれども、こんな関係が出てきました。縦軸に後期高齢者の方のうち、何%が認知症を発症しやすい危険因子を持っていたかという割合を調べたものです。これは後ほど紹介する J A G E S（日本老年学的評価研究）プロジェクトのデータの一部を使ったものです。一つの点が小学校区1つを表しています。見てみると、この小学校区は、そこに暮らしている後期高齢者の6割近い方が4年以内に認知症になるリスクが25%というハイリスクの人たちでした。しかし、ある小学校区は2割の人しかそういうリスクを持っていない。3倍も違うんです。では、どういう小学校区がぼけやすく、どういう小学校区がぼけにくいのかというのを今調べています。認知症リスクとソーシャルキャピタルに関連があるかもしれないという関心で、地域にある8種類の組織、例えば政治団体、業界団体、ボランティア、趣味の会、スポーツの会などのいずれかに参加していますかというのを聞いて、参加していますと答えた方の割合をとってみると、後期高齢者の方でも7割が地域組織と繋がっている小学校区では認知症のリスクが低いんです。それに対して、後期高齢者だからといって2割しか地域組織とつながっていない地域は認知症になるリスクが高い。この程度には関連がありそうだということが見えてきています。

ソーシャルキャピタルは努力して豊かにできるのか

次なる関心は、観察して関連がありそうなのはわかった、では、努力すればソーシャルキャピタルというのは豊かになるのか。人々の繋がりや豊かにできるのか。政策介入で変えられるものと変えられないものがあるのではないかという疑問がわいてまいります。それで5年ほど前からある町にご協力いただいて、ソーシャルキャピタルを豊かにすることができるかというモデル事業に取り組んでおります。これは町の介護予防事業として位置づけて、お金は介護保険料から出してもらっています。ただし、虚弱と判定された特定高齢者だけの二次予防じゃなくて、だれでも来ていいですよという一次予防事業でやっています。町の保健センターでやると遠くに住む高齢者は歩いて行けない。1回だったら嫁に送ってくれと頼めるけれども、2度、3度はできないという声も聞いたので、自分の足で歩いていけるよう、町のあちこちに拠点をたくさんつくるという作戦をとりました。

冒頭で、これからは evidence based、根拠に基づいた政策づくりが重要だ。本当に効果があるかどうか評価してから普及すべきだと言いました。言うからには実践しようというので、その町にもご協力いただいて評価しています。今からご紹介しますが、これぐらいのインパクトがあるということが分かってきたので、ぜひ全国に広げたいと考えています。

ある町でのサロン開設の取り組み

今から言うようなことをやりました。人々が集まる場をつくると体が動くようになるし、出かける機会は増えるし、そこでいろいろな楽しみができる。社会的な繋がりが増えるし、ボランティアをやる人が増えて、その結果個人としては健康な高齢者が増える。地域としてはソーシャルキャピタルが豊かになるんじゃないか、これが私たちが最初に思い描いたストーリーです。それを実現するためには、先ほどもお話したように個人ではなく、社会環境に働きかけることが大事なんだと、具体的には社会福祉協議会の取り組んでいるサロンというものを立ち上げました。たまたまこの町はまだやっていなかったのでものをづくり始めて、しかも町の2〜3カ所ではなく、高齢者が歩いていけるようにたくさんつくりましょう。イメージとしては保育所の数よりも多くつくりましょうと、町の担当者にお話ししました。そうしたら町の職員さんから「先生、体が1つなので、何カ所も回れません」と言われました。であれば、ボランティアを募りましょうということで説明会も開いてボランティアを募りました。

住民の方に、集まってもらって「皆さん、ぼけたいですか」と聞くと、みんな「ぼけたくない」と言うんですね。「ボランティアをやっている人はぼけにくいことがわかってきました。さらにソーシャルキャピタルが豊かな社会をつくると、ぼけないようです」という話をして、「それをするためにはボランティアが必要で、やってくれる人を求めています。ボランティアやりたくなっただけの方いますか」と聞くと手が挙がるんですね。

それから、ボランティア任せにすると失敗する事例をたくさん聞きましたので、行政はしっかり後方支援しましょうというので、いろいろやってもらいました。あとは体操ばかりだと飽きるという話を聞いたので、いろいろなプログラムをやろうと考えました。これまた町の職員さんが「そんなに知恵が出てきません」と言われたので、だったらそれもボランティアに協力してもらいましょうと。地域には一芸を持っていて、それを人前で見せたいと思っている人が結構いるんですね。そういう方に場を提供しますよと言うと、「やりたい」という方々が出てきました。1回呼んでもおもしろいとまた別のサロンで呼ばれる、あまりおもしろくないと2度と声がかからないという、そこは競争原理が働いています。そういう形で地域の資源を掘り起こしながらやりました。これが実際の場面の写真です。いろいろなゲームを考えたり、男性がなかなか来ないので、男性に「企画を考えて」と言って考えてもらったりしました。あと、頭を使おう、体を動かそう、といういろいろな企画、この先生役はみんなボランティアです。サロン自体は月1回〜2回という少頻度なんですけれども、ボランティアの人たちは準備のために毎週集まったりしている、好きな人は複数のサロンに参加する、そんな取り組みに広がっていきました。

参加者が6倍増

どれぐらいインパクトがあったかということです。2007年に始めました。その前年に町の介護予防事業にどれぐらいの人が参加していたか調べて比べました。介入した後、参加人数が増えました。その比率を見ると、やり方変えたら介護予防事業の参加者は何と6～7倍に増えました。なぜかという、1つはボランティアがその気になってやると増えるんですね。ボランティアの人がまわりの人を誘ってきたり、「行きたくても足がない」と言われると迎えに行ったりしてくれます。ボランティアもロコミで「私もぼけたくないから何か手伝おうか」という人が増えました。あるいは、特定高齢者と判定された人で「私、まだ体不自由じゃないし、介護予防事業なんて行かない」と言う方に「だったら、ボランティアとして一肌脱いでくれませんか」と言うと「ああ、ボランティアだったら行くわ」と言って、虚弱高齢者と認定された方がボランティアとしてやってきて、1年間来ていたら翌年元気な高齢者になっていました。そういう形で上手に組み合わせる作戦をしっかり練るのが政策ではないか、プログラムではないかと思います。

サロンは初年度3カ所つくりました。どこから人が来るかということも調べてみたら、サロンの近くの方でした。翌年、町の南につくったら南から人が来ました。北に1カ所増やしたら、北の人がきました。3年目にまた別の地域につくったら、その近くの人が来る。高齢者というのは近場ではないと行かないんです。皆さんもどうですか、コンビニが歩いて5分だったら行きますよね。それが15分とか言われたら、「ちょっとだれか買ってこい」とか言いませんか。近いということがとても大事だとかいう評価をしてみると歴然とするんですね。そういうことを政策評価して、それに基づいて町の3カ所で12回やるよりは、町の12カ所で3回やったほうが参加者増えますよと評価結果に基づいて提案し、実際にやり方を変えてみたら介護予防事業の参加者が6倍に増えたということなんです。もう少しこういう科学的な評価に基づいた政策をやったほうがいいと思いませんか。評価には手間暇とお金が少しかかりますけれども、もとがとれるぐらいの効果は生み出せるんじゃないかという感触を得ています。その後もボランティアの方、一般参加者、年々サロンの拠点の数を増やすにつれてふえていて、今、大体町の1割の方が参加する規模になっております。

サロンの波及効果

健康格差対策という面では、どういう人が参加しているかを調べたら、実は教育年数が短い方より多くの方が参加していました。これはどういうことかということ、高学歴の、あるいはお金持ちの人は、サロンでなくてもゴルフクラブやフィットネスクラブなど行けるところがあるのです。そういうものを利用できなかった人たちが、1回100円だと、歩いて行けるというので来てくれるよ

うになったのです。こういうことを丁寧にやっていけば健康格差の是正にも繋がるのではないかと、そんな感触を得ています。

はじめは月1～2回のサロンでは効果がないのではないかと考えていました。それでも波及効果はあるかもしれないと思ったので調べました。そうしたら、サロンに来たことがきっかけで、男性では老人クラブとボランティア組織、女性では老人クラブとスポーツの会に、サロンで誘われて新しく行くようになりましたという方が、サロンに参加していない人に比べ明らかに多いという波及効果が確認できました。サロンに来ている人と来ていない人で、参加している地域組織数を比べました。単純に比較してしまうと、人付き合いが好きな人たちのほうがたくさん地域と繋がっていますから、サロンにも来ている人たちの方が多くの地域組織に参加しているという当たり前の結果になってしまいます。そこで、介入する前の2006年の時点で何カ所に参加していましたかというのを聞いておきました。そして2006年度には参加していた地域組織数が同じ人同士で比べました。2006年の時点では1つも地域組織と繋がっていなかったという人たちで比べると、サロンに参加していない人たちでも2年間で3割弱の人はどこかに参加しているんです。それに対して、政策を打ったことで、サロンに繋がった人では、それが65%にまで増えていました。つまり倍に増やせることが確認できました。これには地域差もあると思いますが、少なくともこの町ではこれぐらいのインパクトがありました。ざっと費用を計算しますと、町の職員の人件費を除くとサロンを1カ所1年間運営するのに約40万円ぐらいです。ですから、月に3万数千円です。ボランティアの人たちに1年間は行政がバックアップするけれども、2年目からは自分たちで運営してくださいという形でお話して、今もサロンを毎年増やしているところです。

都市計画でできること

ここまでがコミュニティレベルでできることでした。残りの時間を使って、今度は議員さんたちに活躍してもらわないとできない話をします。まずは、都市計画も実は健康政策であるという話です。

G I S（地理情報システム）が今では使えるようになってきました。個人を特定できるとまずいというので、何町何丁目までの情報をいただいて、その真ん中の位置にプロットするという形でつくっています。G I Sを使うと、例えばサロンには近くの人が来ているなどと、一目でわかりますよね。それと同じように、運動しやすい公園がそばにある人ほど運動しているのではないかと考えて検証したものです。すると、期待したとおり公園から1キロ以内に暮らしている人と、もっと遠くに暮らしている人を比べてみると、公園のそばに暮らしている人で運動する頻度が2割多いと

ということがわかりました。健康教育で2割の人に運動してもらおうというのは大変です。そのことを考えると、地域毎に運動に適した環境を整備するということが実は効果の大きな健康政策になるのです。あるいは、車がびゅんびゅん飛び交うところを散歩するって気が気じゃないですよね。交通事故が増えるかもしれません。歩道を整備することで安心して散歩できるようにする。環境を変えることで人々の行動を変える方法を考える。先生方にはぜひ健康によい環境というのは何かというのを、分析して考えていただいて、それを後押しする政策をやっていただきたいと思います。

環境の重要性

皆さん、大阪のあいりん地区ってご存じでしょうか。東京で言うと山谷みたいなところですよ。健康データをもったら、大阪府というのは全国に比べると結核罹患率が1.5倍ぐらい多いのですが、その中でも西成区が8倍、あいりん地区は十何倍多い地域なんです。そこに行く機会があったので、何かきつと健康と関連する環境要因があるという仮説を持ってフィールド調査をしてまいりました。

この車、何かわかりますか。これはある方のお住まいなんだそうです。雨露しのぐのには車のほうがいい。その車がない方は、野宿しているからです。このような環境が健康に良いはずはありません。やはり、それなりの環境があるのです。

もう1つ、アルコール関連の相談件数をみると、大阪市に比べると4倍以上多い。女性だと7倍ぐらい多いというデータがある。フィールド調査してみたら、環境要因がありました。15分ぐらいぐると回って見て、目立ったのが酒屋の多さ。2軒酒店が並んでいるんですね。しかも、この酒店は狭いあいりん地区の中に支店を持っているんです。お酒の自動販売機をたくさん並べて、無人なのでチェーンでつないで、警報装置も付いている。皆さん、50円の缶コーヒーって見たことありますか。この地区だけなぜか50円で売っているんです。この地域では100円だと売れないからと安い物を売っているんです。さらにお酒も120円で、近くのコンビニへ行くと150円ぐらいするそうです。さらに驚いたのが、ワンカップ酒が一本100円の小さいのがあるのです。大阪のほかの地区には売っていないそうです。ですから、日雇いで食べている人たちが買いやすい、そういう独自商品までつくって、この地域でだけ売っている。この環境の中で「お酒は体によくないですよ」という教育が通じるのでしょうか。今、未成年は自動販売機でお酒を買えなくなりましたよね。アルコール問題の多い地区に関しては、なんらかの規制もあり得ないのでしょうか。

環境が健康や行動も規定する。酒屋もメーカーも、この環境だったらどうやったら売れるかというふう考えている。一番手軽なストレス解消策が飲むことだ。夜寒いから体をあつためて寝ようとする人もいます。環境が飲酒行動をもたらしている面があるのではないかと。それをほったらかし

にしておいて「自己責任だ」という政策が一体どれくらい有効なのか。10年の経験から考えると、残念ながら期待したほど効果がないことがわかってきた。健康には、やはり社会環境の質も重要ではないでしょうか。

WHOの3つの勧告

こういう事例レベルで、思いつくことをやってみるのも必要ですが、WHOは、もっと系統的にやるべきだと勧告しています。これがWHOの専門委員会が出した最終報告書の3つの勧告です。

1つ目が今言ったように環境条件を変えることが大事だと言う点です。生活習慣を変えろとは書いていないんです。2つ目は、大もとにある不平等の問題を放置していたら、解決は難しいでしょうということです。社会保障の機能強化をして、再分配を強めていくことも必要でしょうということです。3つ目が健康格差や関連要因をもう少し「見える化」すること。いろいろな取り組みをしたら、そのインパクトをアセスメントすることです。先ほどのサロンのモデル事業でいえば、全国でサロンはすでに約6万カ所やられているそうです。でも、それにどれくらい波及効果があるのかはあまり調べられていない。裏付けを取りながらやるということが大事だということを言っています。私は研究者として、この3つのうちでやれるとしたら3点目と考え、この間取り組んできました。

最近WHOとの共同研究もしていますので、そのことを少しお話ししたいと思います。WHOは健康格差を是正すべきだと、加盟諸国に勧告しました。そうしたら、加盟諸国から一体具体的にどうやってやったらいいんだ、教えて欲しいと言われて開発したのが Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) というものです。これは健康格差がどこにどれくらいあるのかというのを特定して、それに対して行動を起こすためのガイドとしてつくられたものです。アセスメントをして、それに対してレスポンスする、反応する、そのための手引です。

これ、だれのためにつくられたかということ、実は皆さんのような政策担当者向けにつくられたものです。WHOの研究センターの1つが神戸にあるんですね。そのWHO神戸センターがこれの開発を担当しています。そこでも、やはりPDCAのマネジメントサイクル、問題を特定して、その中でも取り組むべき課題を設定して、政策を開発して、それを実行したらモニタリングとか評価して、またやり方を変えて、こういう政策サイクルを回すことが大事だと言われています。

WHOの健康格差対策の流れの中で、もう1つ出てきた政策文書が Adelaide Statement というものです。そこでは、今見てきたように、生活習慣病というと生活習慣が原因のように見えますが、それだけじゃないんだと強調されました。先ほど例をあげましたが、公園整備などの都市政策も酒屋の数も、健康行動の背景にはいろいろな要因がかかわっている。だから、すべての政策で健康を

考えるようにしないとといけないと、強調されるようになりました。そこでは部局横断的にやらなければいけないとか、情報評価システムを活用しないといけないとか、健康の視点からの評価、あるいはインパクトをアセスメントすること、あとは法律を上手に使うこと。さっきのたばこ代（税）引き上げや、アルコールの自動販売機の規制などは、法を使わないとできない。さらに、経済・雇用、治安、教育、農業食品、社会資本・交通政策なども載っています。

交通政策で歩行量を増やす例

例えば、ヨーロッパで人々の歩行量を増やすことも期待して導入されているのが、電車で自転車に乗せるコーナーをつくったことです。自転車通勤、東京でもちょっとはやってきましたが、ずっと自転車はしんどいんですよね。電車の一角に自転車コーナーをつくって、疲れたときには電車を使っていいですよ。自宅から駅までは自転車で、電車を降りた駅から会社までまた自転車に乗れる。通勤の途中で、日常生活の中でフィットネス、運動をする人を増やす政策です。あとは、パーク・アンド・ライドもそうです。観光地の郊外に大きな駐車場をつくって、そこから 10 分おきぐらいにバスを走らせる。観光地の真ん中は車をシャットアウトして歩行者天国にする。そうすると観光地でも歩かざるを得ないんですね。そのかわりベンチはいっぱい配置する。そうすることで、人々の歩行量を増やせる。交通政策によって、今の排気ガスも減らす環境政策とも結びつけながら健康に暮らせるような社会環境をつくる。

国土政策とか文化政策とかも健康政策になり得ます。日本には誇るべき食文化がありまして、日本人はなぜ世界一長生きなのかというと、必ず出てくるのは日本食ですよね。イギリスに行くと、料理って揚げてあるものが多い。高カロリーになってしまいます。日本は揚げる以外に煮たり焼いたり、あと、野菜をおいしく食べる文化があるんですよね。そんなのも実は健康づくりにとても役立っているのだと思います。このように、いろいろな面で健康というのを位置づけて見直す必要がありますねということをアデレイド宣言は謳っています。こうなると医学者の出番ではなくて、むしろ皆さんに「これが関連しているのではないのか」とかいろいろ考えていただく必要がある。その裏付けをとるところは、研究者に投げてもらって、科学的な根拠に基づいた政策を打つことが日本でももう少し進んで欲しいと期待しております。

地域づくりによる介護予防－JAGES プロジェクト

このような流れを受けて、日本の厚生労働省も介護予防について、2012 年 3 月に出したマニュアル改定版で、これからは地域づくりだということを前面に出しました。それを進めるためには、

地域の社会資源についてデータベースをつくって、地区診断をして介護予防を進める地域づくりを進めましょう。あとは、地域のニーズとか課題を住民とともに共有してやっていかないと、行政任せではうまくいきませんよというようなことを謳うようになりました。厚生労働省が方向転換をした背景には、厚生労働省からも研究費をいただいて私たちが取り組んできた研究プロジェクトの成果が少し入っていると私は思っています。

2010 年に約 8 万人、2011 年まで入れますと、北は北海道から南は九州・沖縄まで全国 31 自治体、合わせて 11 万人の方にお答えいただくという大規模な調査をやらせていただきました。個人に着目するのであれば数千人でもいいのですが、地域環境に着目しようと思うと、30 位の自治体にご協力いただいて、その間で環境を比べないとわからないと考えて取り組んできました。これを日本老年学的評価研究、頭文字をとって J A G E S と呼んで、この間 NHK や新聞各紙に少しずつ紹介されるようになってきました。

これをやっていたら WHO 神戸センターからコンタクトがありました。先ほどの Urban HEART という健康格差を「見える化」する取り組みを進めていました。実は、日本に研究センターがありながら、日本のデータを持っていない。一方、私たちは日本のデータを持っていて同じように健康格差を「見える化」しようとしていました。だったらお互いに、こちらはデータを出す、向こうは Urban HEART というフレームワークを出す、それらを組み合わせましょうという話になって、現在一緒に取り組んでいます。

今までも自治体単位での調査は、たくさんやられているんです。例えば、介護保険の事業計画を立てるために大体 3 年に 1 回、第 5 期のときにはニーズ調査と言われたり、高齢者一般調査と言われたり、呼び名はいろいろですけれども、恐らく多くの区でやられたと思います。しかし今までは各区で分析していた。すると、各区の中で生活圏域で比べるといっても、このスライドにあるように、小学校区単位で比べて見ても、関連があるのかどうか確信が持てないのです。ところがそれらをプールすると、関連ありそうだとハッキリするわけです。せっかく全国の自治体がお金をかけて調査しているのに、それがばらばらだったために十分生かせていなかったのではないかと。データをプールすると、同じ予算内でもっと多くのものを引き出せるんじゃないかというのが基本的なアイデアです。

介護予防 Web アトラス

実はこの調査、2013 年度にまたやりたいと考えています。先生方の区の介護保険の担当者にぜひご協力いただけないかと思っています。封筒の中に 2013 年調査に協力する自治体を募っていま

すというチラシを2枚入れさせていただいております。そのねらいとか、今までわかったこととかを載せてありますので、それを担当者にご紹介いただいて、2013年度調査への参加をぜひご検討いただきたいと思います。

これをやるとどんなことが見えてくるか、2～3の例をお話ししたいと思います。この地図に東京が出ているのが、わかりますか。これは既に厚生労働省がホームページで一般公開しているデータを使った地区診断の例です。インターネットがつながれば誰でもご覧いただけます。厚生労働省のホームページで介護予防のページにいくと、介護予防の実施状況についてという報告書が毎年出るようになっていきます。「こういうものがあると役立ちますよ」と厚生労働省の事業費の公募に申請したら、採択していただけたので、インターネット上に地図で見られるような仕組みをつくりました。

リンクをクリックしていただくと、「介護予防Webアトラス」に飛んでいきます。ここで何種類か地図が見られるようになっていきます。一般公開している1つの元データは、厚生労働省の介護予防事業報告というものです。これは全国の自治体から厚生労働省に報告されたデータで、今までもエクセルでは公開されていました。それは数字なので、ぱっと見た目でわからない。それを地図に落とすと見やすくなるのではないかというのがこの仕組みのねらいです。同じ東京都でも、例えばうつの割合が、この辺で多くて、こちらでは少ないですね。ここにはデータがいろいろ入っていて、自分で見たいデータを選べます。これが転倒とか運動器に問題のある方の割合で、クリックすると地図が書きかわっているの、わかりましたね。地図でこの辺に不健康な人が多いらしいなど、地域間の格差があるということが見えやすくなるわけです。

これを見せるとよく「いや、うちは高齢化しているから」という話が出ます。そこで、同じ高齢化率のところに絞って比べられるようにしてあります。そうすると、同じ高齢化率なのにこの辺はよく転んでいて、この辺は転んでいないんです。ここには何か転びやすい環境がありそうだとわかるんです。今までは見えなかったけれど、こうすると見える。これをもとに地域でいろいろ論議ができる。実際にある地域の老人会に持っていったら「これはうちらが頑張っているから」とか、悪い数字が出るところは「データがおかしいんじゃないか」とか、いろいろな論議が始まりました。関係者で認識を共有するために使っていただきながら、論議をしてもらい、健康な地域づくりに生かしていただけないかという発想でつくりました。

JAGES HEART

この中には、WHOと共同開発しているUrban HEARTも入っています。クリックしてもらくと、

自治体間で比較できるグラフが出てきます。自分のところの数字が悪いと公表されたくないという心情がありますので、今はアルファベットの記号で示して、当該自治体にはお宅のアルファベットはAですというようにお知らせしています。

これが1年間に転んだことがある人の割合です。高齢化の影響を差し引くために、前期高齢者に限定しています。赤いところが転んでいる前期高齢者が多い町です。緑のところがあまり転んでいない町です。転んでいる人の割合と何との間に関連があるのか。例えば、スポーツ組織に参加している人の割合が自治体によってかなり違うので、ひょっとしたら関係があるかもしれないと見てみたんです。そうしたらかなりの相関が見られました。スポーツ組織に参加している住民が多いところほど、転んでいる人が少ないのです。この3つだけ離れた点（自治体）はどこだ、と気になりますよね。これ、実は北海道です。雪で滑って、若い人でも転んでいる——というような地区診断ができる。もし本当に地域でスポーツ組織に参加する人が増えることで転ばなくなるとしたら新しい政策を考えられます。今、区は転倒予防教室に相当のお金をかけています。なのに参加者が集まらないと言っている。だったら、地域住民たちに週に1回以上10人以上集まってスポーツやったら、それを1年以上続けたら、みんなのお茶菓子代を出しますよとやったほうが、ひょっとしたらより効果的により多くの人が実質的に転倒予防教室と同じような取り組みに参加することになるかもしれないわけです。そういう政策立案と効果の検証をできる仕組みをつくりたいというのがこのJAGESプロジェクトとベンチマーク・システムの構想です。

スライドに戻りますが、これを使って地域住民ともいろいろ論議できないかと考えています。今までお示したのは、自治体単位のものでした。地域を思い浮かべていただくと、例えば文京区あるいは世田谷区と言ってもいろいろなところがありますよね。ちょっと広過ぎる単位ではないかと私たちは考えました。ところが、今まで自治体は自治体単位のデータしか出していない。研究プロジェクトにご協力いただいた31自治体に小学校区単位でやってみませんかと提案して分析してみました。そうしたら、やはり相当の地域差があるんです。これは1年間に転んだことがある人の割合です。この小学校区は、前期高齢者に限定しても3人に1人が転んでいる。ここは前期高齢者の12%しか転んでいない。ですから転倒率が3倍違う。「3倍転びやすい小学校区」があるんです。皆さんのお住まいの周りは転びやすいでしょうか。今までそういうことが見えていたでしょうか。こういう仕組みをつくって分析すると、市町村単位でも見られたスポーツ組織に参加している人の割合が多い地域で転んでいる人が少ないという関係が、小学校区単位でも見られることがわかりました。

趣味の会参加率とうつ得点、自殺率

その他にも今いろいろな関係を分析中です。うつ対策って実際何をやればいいのかよくわからないという話がありますよね。このグラフは縦軸にうつ評価尺度の平均点をとったものです。協力いただいた自治体で、上に位置する自治体は、調査に答えてくれた全高齢者のうつ得点の平均点が高い。メンタルヘルスに問題がありそうなところなんです。横軸に趣味関係の組織に参加している人の割合を取って見ました。右に位置する自治体は高齢者の5割が趣味の会に参加している。左は高齢者の3割しか趣味の会に参加していない。この両者の関係を見たらご覧のように、ちょっと驚くほどきれいな相関関係が出てきました。趣味の会に参加する高齢者の割合が高い自治体では、平均うつ得点が高い（メンタルヘルスが悪い）のです。

こういうときによくあるのは、後期高齢者が多い自治体で、もう趣味の会に行く元気もない人が多く、かつ後期高齢者が多いのでうつが増えているという、年齢の影響のための「見かけ上の関連」です。そこで、前期高齢者と後期高齢者に分けて、男女にも分けてみました。しかし、それでもご覧のとおり、男女とも前期も後期もこの線の上にきれいに乗っているんです。つまり年齢構成や男女比の違いでは説明できない関連でした。その他、うつだから趣味の会にも行けないという「逆の因果」の面もありますが、趣味の会でいろいろな人とお茶飲みながらしゃべったり、気分転換したり、ストレス発散することでメンタルヘルスの改善に寄与している可能性が見えてきました。

さらに、うつと言ったら自殺との関連も気になります。自殺対策に力を入れている区があると聞いていますが、今は相談窓口とか、自殺のハイリスクの人向けの対策が中心です。でも、自殺対策の専門家に言わせると、コミュニティアプローチといってコミュニティ全体を健康にするという視点が必要だと言われています。そこでひょっとしたらと思って分析してみたら、ご覧のとおりこのような関係が出てきました。高齢者の平均のうつ得点が高い自治体ほど自殺率が高かったんです。うつ得点の平均得点で見てメンタルヘルスがよいところは自殺が少ないんです。だったらひょっとしてと思い、さらに1つ分析してみたら、趣味の会に参加している高齢者が多い自治体では自殺が少ない。趣味の会に参加している高齢者が少ないところで自殺が多いのです。ですから、趣味の会がたくさんある、人と人が繋がっている、これは先ほどのソーシャルキャピタルですよね。人々の結びつきが豊かなところでは自殺が少ないということは、デュルケームという社会学者がフランスで調べて1897年に「自殺論」と言う本に書いている。独身者に自殺が多い、結婚している人には自殺が少ない。100年前でも人間は人と繋がっていると踏みとどまっていたんですね。そういう傾向が今の日本にもありそうだということが、今までの個人に着目していた研究では見えていませんでした。地域の特徴があるんじゃないか、地域の健康度を診断すべきなんだという視点に立ってや

ってみて初めて見えてきたことなのだと思います。

ベンチマーク・システムの可能性

ただこの調査研究、弱点があります。11 万人調べるためにはお金がかかります。厚生労働省に「次の調査費用も捻出してくれませんか」と尋ねたら「特別扱いはできません」と言われました。それで私が考えたのは、各自治体が調査をやっているのだから、データを持ち寄ってプールすれば、これの再現性を検証できるのではないかということです。今、あちこちの自治体に伺ってその意義や可能性を説明して、参加を呼びかけています。これは名古屋市のデータですけれども、小学校区単位で分けてみると、隣り合っている小学校区なのに、趣味の会に参加している高齢者の割合が2倍違うんです。このようなことをもう少し「見える化」して、その地域の自治会の人たちや関係者に働きかけると、そんなに健康にいいのだったら、うちらも頑張ろうかと地域の動きを促すことができるかもしれない。これが情報システムの活用であり、地区診断です。「情報を共有することで動きをつくり出す」。厚生労働省が謳っている方向へと進めていくツールになるのではないかと期待しています。

さらに、このようなベンチマーク・システムは、効果の検証にも使えると期待しています。既に2回ご協力いただいた自治体が7つあるのですが、先ほどのスポーツの組織に参加する人が増える
と転倒が減るという関係がもし本当にあるのであれば、経年変化を見るとそちらの方向に動くはず
です。調べてみたら、1つ例外はありましたけれども、基本的には右下に向かうということが確認
できました。このような定点観測をもし全特別区でやっていただければ効果の検証が可能
になります。何区とか○小学校区とかでモデル事業を打つ。そこでは住民が盛り上がり一生懸命
やった。そうしたら、変化が大きかった。それに対して、あまり力を入れなかった従来どおりの
ところはあまり変化がなかったなどと、変化をモニタリングできる仕組みをつくることで、効果の
大小や、ほかの要因が絡んでいることなどの検証ができる。そういうことを解明しながら、より効
果が大きく、できれば少ないお金で済むようなやり方を探しながらやらないと、これからの少子高
齢化を乗り切れないのではないかと考えています。

この調査に参加していただいた自治体の事務職、保健師さんなどに、ベンチマーク・システムを
使ってみてもらい、このような仕組みをつくるのが各地域の課題の発見や改善の手がかりを得る
ことに役立ちましたかと聞いてみました。96%の方が「今までに比べるといい」と言ってくださ
っています。ぜひ各区の担当者の方に働きかけていただいて、願わくばすべての特別区で、取り組ん
でいただけるといろいろなことが見えてくると期待しております。

第6期の介護保険事業計画が2015年スタートですから、どこでも2014年に事業計画を立案します。そのための高齢者調査の費用を、多くの自治体では2013年度予算に組んでいるはずです。一部2014年度のところもありますけれども、それを各区ばらばらにやらないで、ぜひまとめてお互いにデータをプールして比較できる形でやっていただけないかというのが私の願いです。

「見える化」と高齢者に優しいまちづくりで世界に貢献を

私の願いは「見える化」を進めてより効果的で効率的な介護予防政策づくりをしたいということです。厚生労働省も環境の質の改善を図る、人々の繋がりを豊かにするという政策を掲げました。科学的な根拠が十分には揃っていない段階で踏み切った。その背景には政治家の方の直感もあったと思います。今までのやり方でうまくいかないのだったら、同じ事を繰り返すよりも、科学的な証拠が十分揃う前でも方向を変えてもいいんじゃないかと。そのことに共感をおぼえる人が一定数いたので、実際に政策が動いたわけです。同じように、WHOも高齢者に優しいまちをつくるためには、エビデンスを待っていたのでは間に合わないというので、エイジフレンドリーシティ（Age Friendly Cities）づくりに取り組む運動を推進しようとネットワークを2010年に立ち上げました。これは計画をつくって実行して、評価をして、PDCAサイクルを回しながら世界中に高齢者に優しいまちを増やそうという運動です。そのときにぜひ世界一の高齢化先進国となった日本にモデルを示してほしいとWHOの担当者は言っています。こういう取り組みをするときにWHOは世界中から協力してくれる国とか都市を募ってパイロットをやるのですけれども、実は東京都がそれに協力していたってご存じでしたか。それを過去の話にとどめないで欲しい。日本は世界一の健康長寿国を実現した。その首都が東京だ。その東京では高齢者たちはこういう環境でこういう暮らしをしている。それを世界に発信することは、日本や東京が世界に貢献することでもあります。私の今日の提案は新たな予算をかけずにできるものです。各区が既に取りっている予算の使い方を変えることで生み出せる一種のイノベーションです。ぜひご検討ください。

まとめ

お話ししてきたことをまとめます。前半では、この間やってきた個人に着目した保健指導では行動変容は難しいということがわかってきた。その背景に社会的要因があるからだということが世界中で解明された。それを踏まえた政策に方向転換すべきだということをWHOも言った。厚生労働省もその意義を認めて、次の10年それを目指すということを宣言した。では、何ができるかを後半ではお話ししました。コミュニティレベルでの取り組みの事例や手がかりはあります。さらに、

政策レベルでもしっかり「見える化」を進めて、効果も効率も検証しながら進める。そんなベンチマーク・システムのプロトモデルはすでにできてきています。それを特別区の実際の政策運用レベルにも是非使っていただきたい。そのために 2013 年調査にご協力いただきたいをお願いをして、私の講演を閉じさせていただきます。

どうもご清聴ありがとうございました。

〔質疑応答〕

【質問】 足立区議会議員をしております。お金持ちが長生きするというのは何となくわかっていたんですけども、経済格差が健康格差とすごく関係があるということがよくわかりました。今、一番経済格差があるという若年層かなと思っております。高齢者についてはサロンをやるとか、スポーツを振興するとか、あるいはコミュニケーションをとるとかという話があったと思いますけれども、若い人たちに対してはどのような対応をしていけばいいのか、どういうふうに考えていけばいいのか。その辺いかがでしょうか。

【回答】 まず、子供については途中でも強調させていただきましたが、貧困児童対策というのは既にやられているものもありますが、もっと厚みをつけられないかなと思います。子供に対してもう少しお金をかけようというコンセンサスができてきていると思います。社会保障という面でも子供たちにもう少し手厚くするというのはぜひ具体化していただきたいなと強く思います。

そのときに、お金を配ればいいのかという問題ではないということがわかってきています。結局、いわゆる社会階層の低い人たち、しっかり教育を受ける機会がなかった人たちは、極端に言うと、お金をもらってもそれをどうするとうまく使えるのかが分からないことがある。その結果、パチンコで全部使ってしまったとか、お酒を飲んでしまったとか、不健康なことにお金を使ってしまう例もあるわけです。そのことを考えると、能力開発、十分な教育を受けられるようにしてあげるという環境整備が子供においてはとても大事だと思います。

若年層についていえば社会参加、仕事だと思います。今、若い人たちの仕事が不安定で、3人に1人は非正規雇用です。3年以内に3割ぐらいの人がやめるなんていうデータもあります。それが本当に適した仕事に移っているという理想の形であればいいんですけども、実態を見る限り、そうではないと思います。青年たちの雇用と能力開発を保障することをもう少し手厚くすることが必要だと思います。大分この間に合意ができつつあると思いますが、今後はより若年層に対して社会保障、社会政策を手厚くしていくという方向が大事だということが健康格差という視点からも言えると思います。

【質問】 文京区議会議員をしております。本日はありがとうございました。

スライド2枚目に書いてある行動変容についてですが、行動するときにはきっかけがあって、行動して、結果がある。この3つのうちの最初のきっかけづくりに環境の改善をということで先ほどのデータのように、公園がそばにある人はすぐ運動できるとか、サロンとかがあると思うんですけども、健康的な生活をしたり、運動をしたり、サロンに参加したり、そういうことはやはり結果が十分に自分に理解されないと長続きしない。つまり、結果で人は動く。先ほど出た成功体験とか、無理なく続けられるという健康的な生活をするために自分を行動変容して、続けられるために自分をコントロールする。高い目標だったら目標を下げていくとか、つまり、週2回ぐらい運動しなさいということは無理だから週1回に、1時間運動しなさいというのを30分ぐらいにという形の中で、少し体調がよくなったとか、体重が減ったとか、そういう結果に対してなら続けられていく。その観点から言うと、健康的な生活をするときの結果をみんなに共有してもらったり自分で自覚したりというのは、行動を長続きさせる重要なことになるんじゃないかなと思っているんですが、その辺のデータとか、住民の皆さんに示していくとかというところのお話を聞かせていただけますでしょうか。

【回答】 今、とても大事な視点を出していただきました。医学者って、健康がすべてだと思っているところがありまして、健康が目的になりがちなところがあります。社会の人たちから見れば実は健康は目的でなく手段であって、幸福になるためには健康が必要ですねという関係だと思うんです。

一方でこの健康格差の要因というのは幸福の要因とかなり重なっています。幸福研究という分野があるんですけども、そこで言われているのが、うつ、失業、所得の不安、そういうものがあるとき、人の幸福度は下がるというんですね。あるいは、何が楽しみですかという聞き方をすると、人との交流であるとか、今のはやり言葉で言うと絆であるとか、そんなのが幸せだと言う方はとても多い。ただ、幸せってばかりにくいんですね。だから、その最も近い、わかりやすい変数として健康を使う方法があると思います。

もう1つ、2010年、2011年調査を準備している頃は、当時まだ鳩山首相が「これからは最大幸福社会だ」みたいなことを言っていたので、幸福度も調べてあります。今少し分析を始めているんですが、やはり幸福と健康はかなり重なっておりまして、今後幸福度マップというものを出すことも可能です。どうやって使っていただくのが社会のハピネス、社会が幸福になることに最もいい使い方なのか、これからいろいろな方と相談しながら生かしていきたいなと思っています。

【質問】 ありがとうございます。杉並区議会議員をしております。

最初に質問された方とも関連するんですが、先生の先ほどの説明の中で、人の出生時や幼少期、青年期の社会的、経済的要因が、成人期、老齢期の健康と相関関係があるというお話でしたけれども、先ほどの evidence based policy とか P D C A サイクルというふうな考え方からいきまして、政策の評価、検証していく期間が何十年とかかると思います。また、健康問題の幼少期の環境から、それ以外にもいろいろな要因も関連してくると思いますので、その評価、検証のやり方というのが非常に複雑で、どのような考え方でそれを後押ししていくのが今の研究されている課題なのか。その辺をお示しいただきたいと思います。

【回答】 これはWHOも言っていることですが、2つ大事な考え方があります。例えば64歳のときの糖尿病という研究があるんですが、今政策を打って64年後にわかりますというのは間に合わない。なので、中間アウトカム指標とかプロセス指標と言って、例えば糖尿病で死ぬ前には血糖が上がるとか、あるいは体重が多い人、運動が少ない人に多いとか、こういう人がなりやすいということが分かってきています。こういう生成経路についての論理をかいた樹形図をロジックツリーというんですが、最終アウトカムではかるのではなくて、その前のほうではかりましょうということが1つです。

もう1つの例は途中で話した自殺対策、などで言えることです。自殺統計では、人口10万人当たり約20～25人なんです。年間20人とすると、2人減った場合1割減ったのか、2人ですから誤差なのかわからないですね。それよりは、あんなにきれいな関係が、もし今後調べても再現性があるのであれば、地域住民のうちの平均得点をモニタリングするとか、さらにそれが趣味に参加する人の割合と相関するのであれば、地域住民でそういういろいろな人と繋がっている場を持っている人の数をモニタリングするとか、より多数の人で見られる変数で、より短期間で効果が検証できる、最終的なものとも関連が確認されたものを見出していったって、それを使うべきだというのがもう1つのメッセージです。

2つ目に、すべてを新たにといったデータで検証するのは現実的でないということも言っております。例えば子供で言いますと、日本では虫歯の数のデータがあるんですね。学校保健のほうで毎年調べているんです。ところが、私なんかが行ってもデータを提供していただけなかったりするという現実があって、それは教育委員会所轄ですとかと言われて、保健師さんに言ってもだめだったりするんです。WHOが言っている health in all policies、壁を越えて対策をとる時代という視点から考えると、学校の側も健康というのを意識し、さっき言った口の中の状態が悪い子のデータというのは虐待の早期発見にも使えるわけです。そういう既存のデータを最大限生かす。その専門

セクションとしてはすでに報告書を出しているから使っているつもりでも、それをほかのセクションが使うと、もっといろいろな用途がある。その壁を突き破る事例をもう少し日本の中でもためていく必要があると思っています。