

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—

日本福祉大学
近藤克則

※資料については必要な部分を抜粋して掲載しております。



Contents

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因子

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



本日の話の内容

『健康格差社会』を生き抜く

朝日新書, 2010

amazon.co.jp ★★★★★ (6)

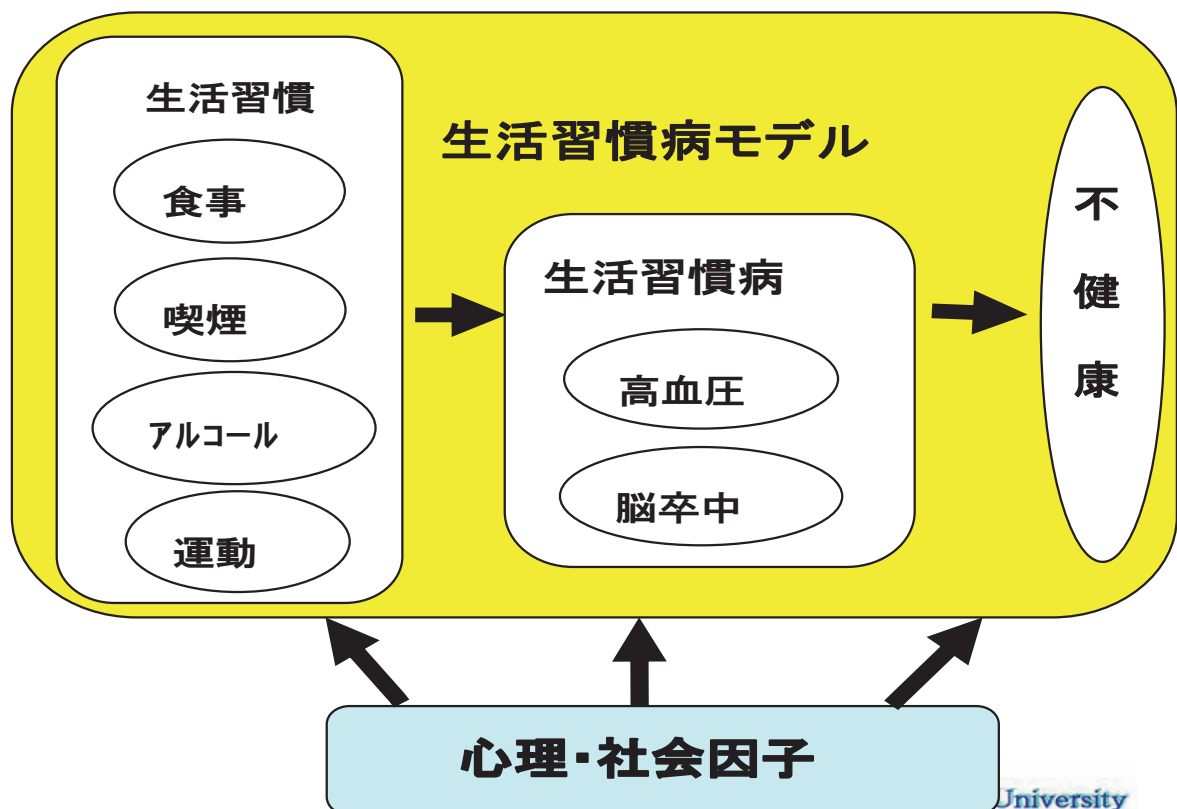


健康格差社会
医学書院,
2005
社会政策学会
奨励賞受賞



Nihon Fukushi University

生物・心理・社会モデル



生活習慣改善への関心は高い



タバコは止めて
食べ過ぎないで
でも野菜繊維を
運動して
肥満ならやせて...
「知らなかった」人は
どれ位いる？

行動変容は難しい

- 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はある
- が、6ヶ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: 628-632, 2002)

生物・心理・社会モデル

Social
社会

所得
学歴
格差拡大
ソーシャル・
キャピタル

psycho
心理

ストレス
うつ

bio

生物
疾患
肥満
飲酒
タバコ
運動

(不)健康

生物・心理・社会モデル

生物医学モデル



Nihon Fukushi University

AGES

(Aichi Gerontological
Evaluation Study,
愛知老年学的評価研究)

プロジェクト

- ・ 高齢者32,891人の
データで検証
- ・ うつ, 閉じこもり,
歯, 虐待まで
- ・ 健康格差は
最大約7倍

検証 健康格差社会

編集 江藤光則



介護予防に向けた
社会疫学的
大規模調査

健康格差は最大約7倍

うつ、歯、歯、閉じこもり、虐待にも
健康格差の存在による健康格差があることも明らかに3.3ポイントで示す。
ソーシャル・キャピタルと健康にも注目！

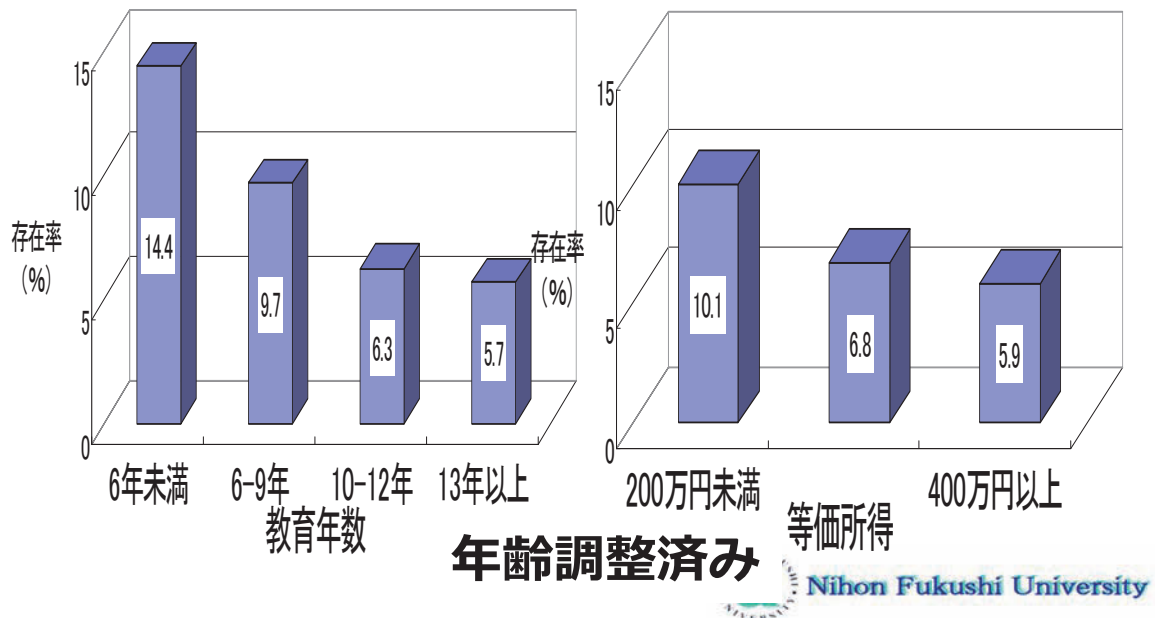


Nihon Fukushi University

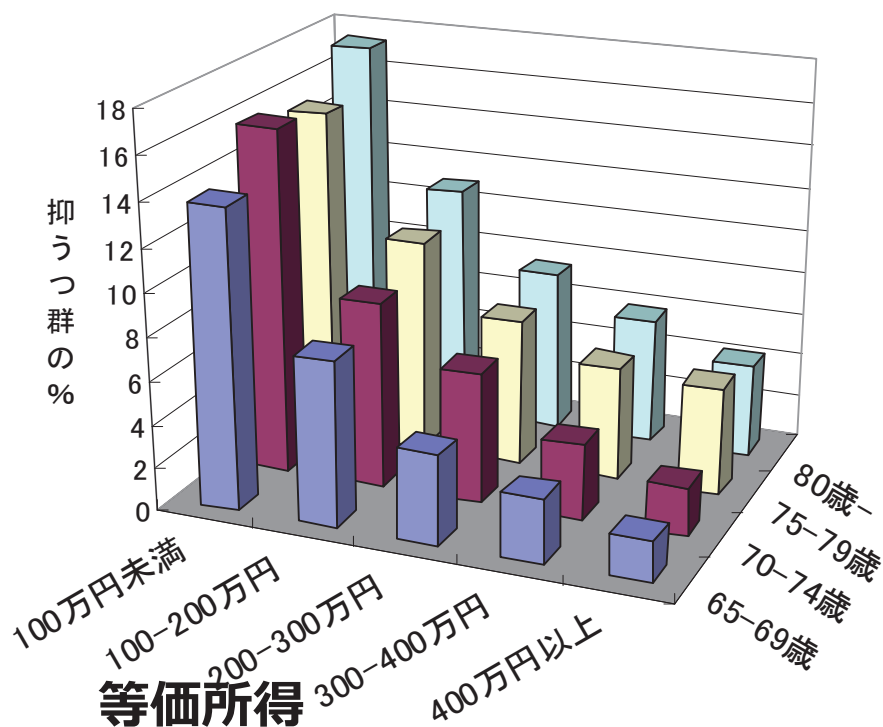
社会経済的因子と咀嚼力

65歳以上の高齢者n=32,891（中出・平井・近藤，2005）

咀嚼力：「あまり噛めない」「ほとんど噛めない」者の割合



所得とうつ状態の関係



65歳以上の
高齢者

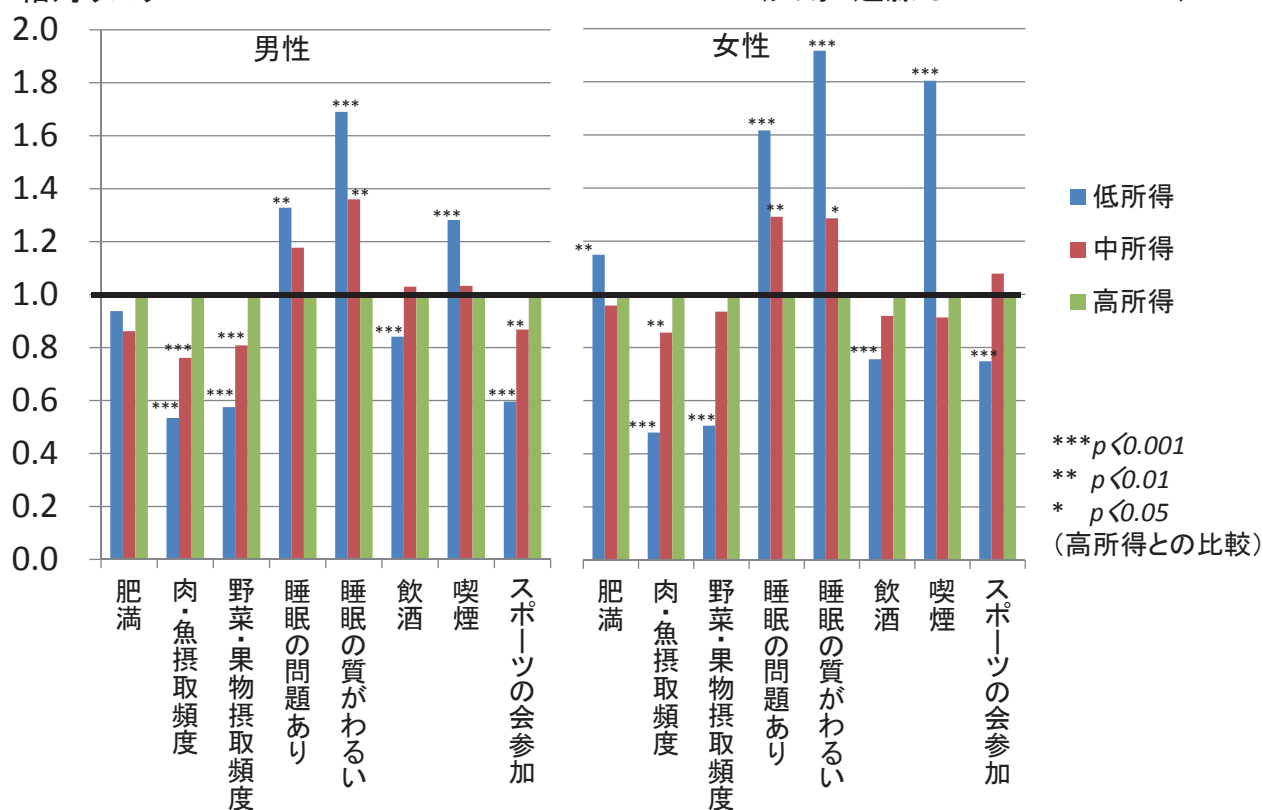
n
=32,891

(吉井・近藤,
2005)

健康行動等の所得階層別相対リスク (一部抜粋)

相対リスク

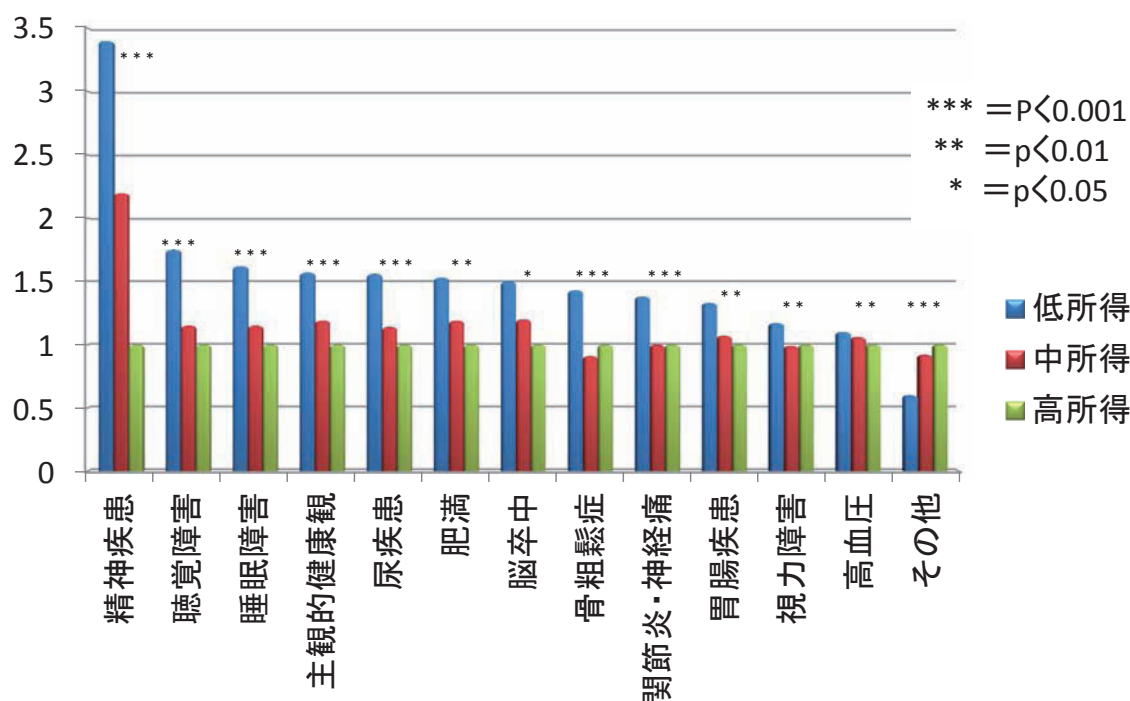
(大塚・近藤ほか JAGES 2012)



所得階層別疾患相対リスク (一部抜粋)

相対リスク

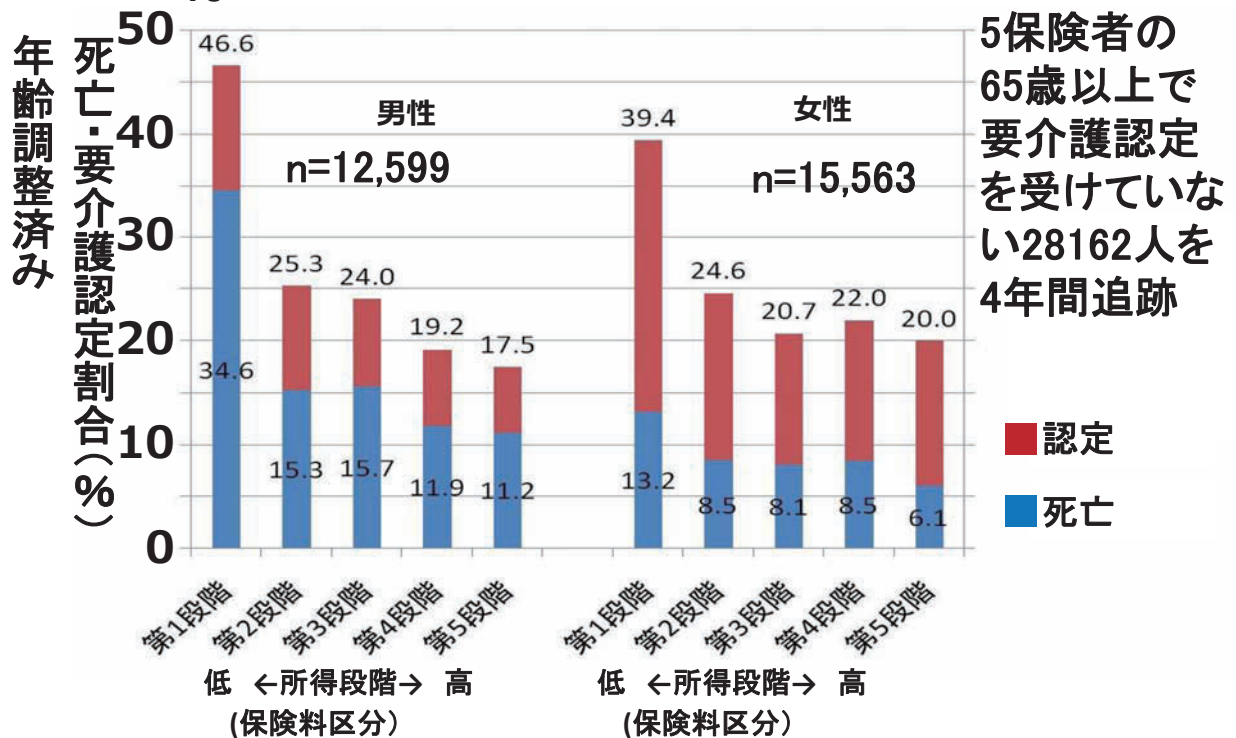
N=15302



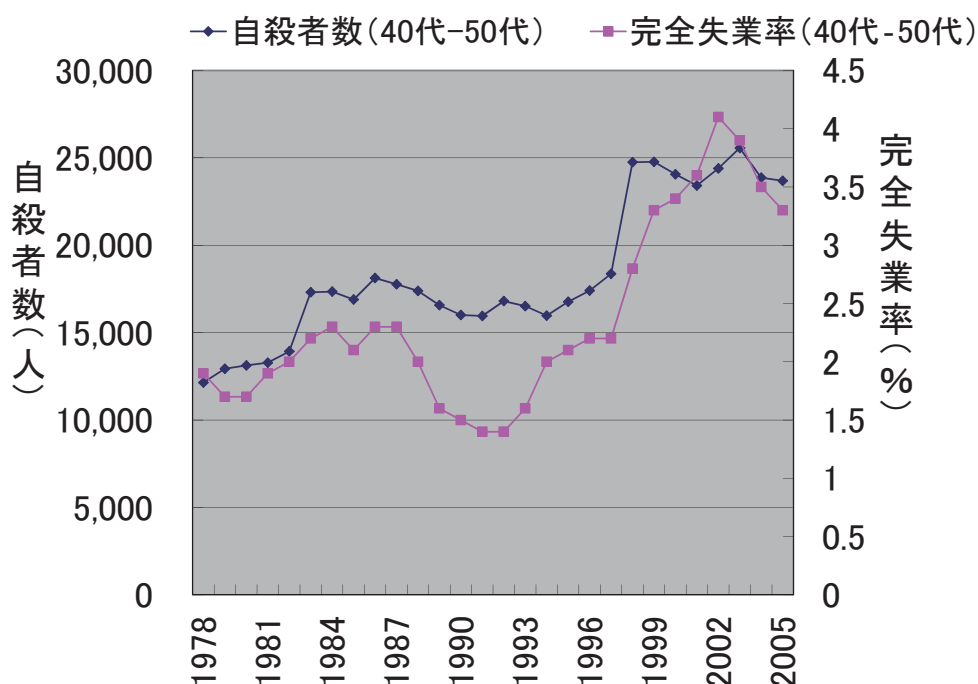
出典: Murata C, et al: Int. J. Environ. Res. Public Health 2010, 7, 1330-1341

所得段階別死亡・要介護認定割合（年齢調整）

近藤・平井・他 2008



40-50代の自殺者数と完全失業率



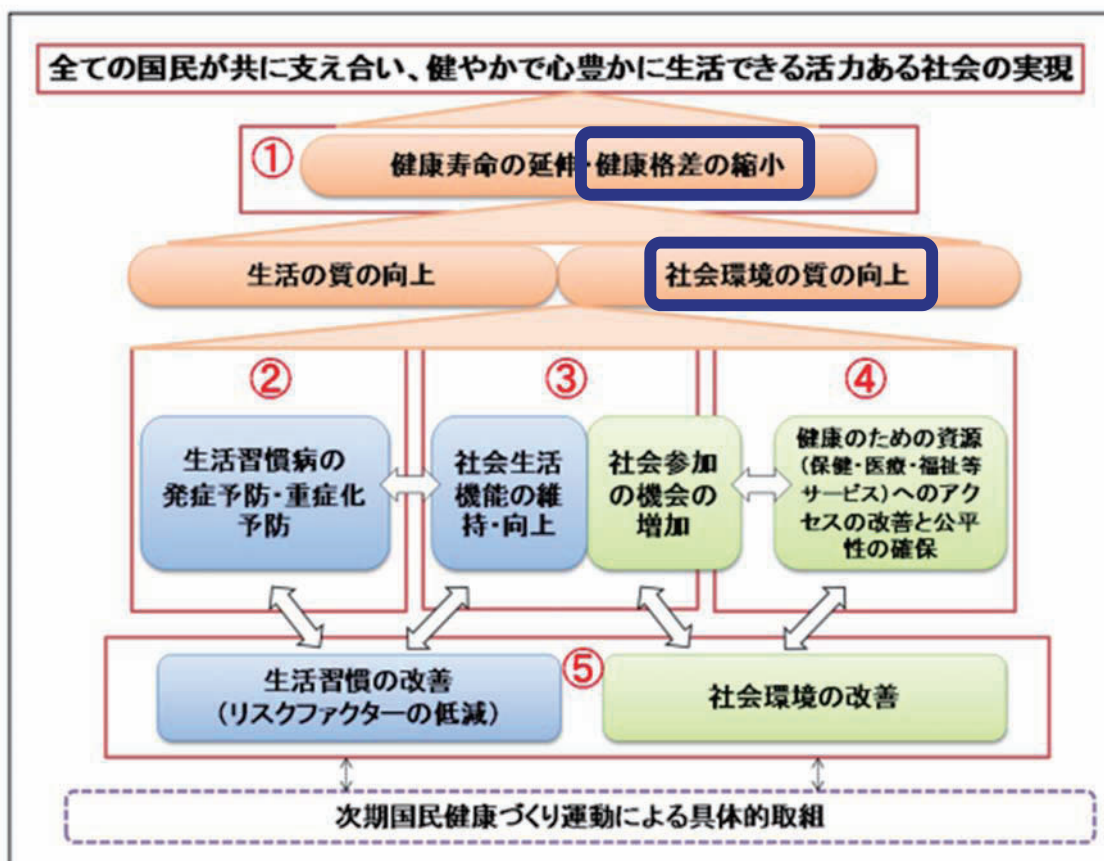
タイタニック号での死亡率

	成人男性		成人女性		小児		合計	
社会的地位	人数	死亡率 (%)	人数	死亡率 (%)	人数	死亡率 (%)	人数	死亡率 (%)
高	173	66.5	144	3.5	5	0.0	322	37.3
中	160	91.9	93	16.1	24	0.0	277	58.5
低	454	87.9	179	45.3	76	71.1	709	75.3
不明	875	78.4	23	8.7	0	—	898	76.6
合計	1662	81.0	439	23.5	105	51.4	2206	68.2

浦島充佳：医学界新聞 第2451号 2001年9月3日



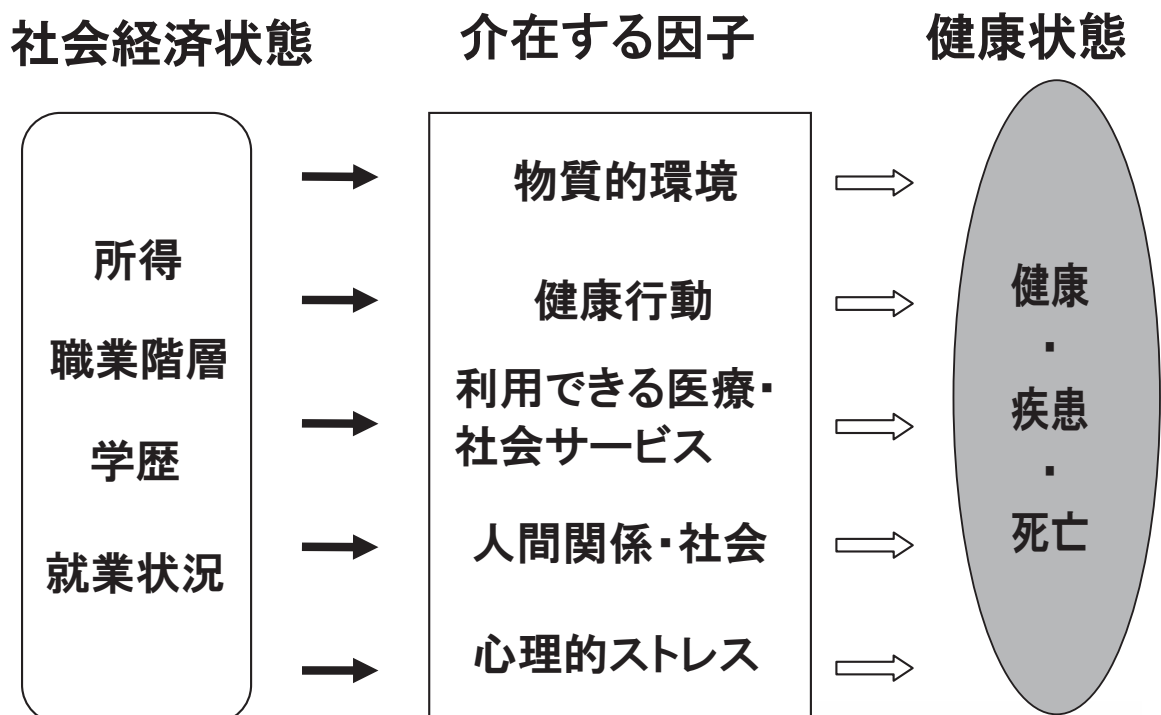
健康日本21（第2次）の概念図



Contents

1. なぜ保健指導では不十分なのか
 - ー行動変容は難しい
 - ー背景に心理社会的な因子
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？
 - ー個人・コミュニティレベル
 - ー社会・国レベル

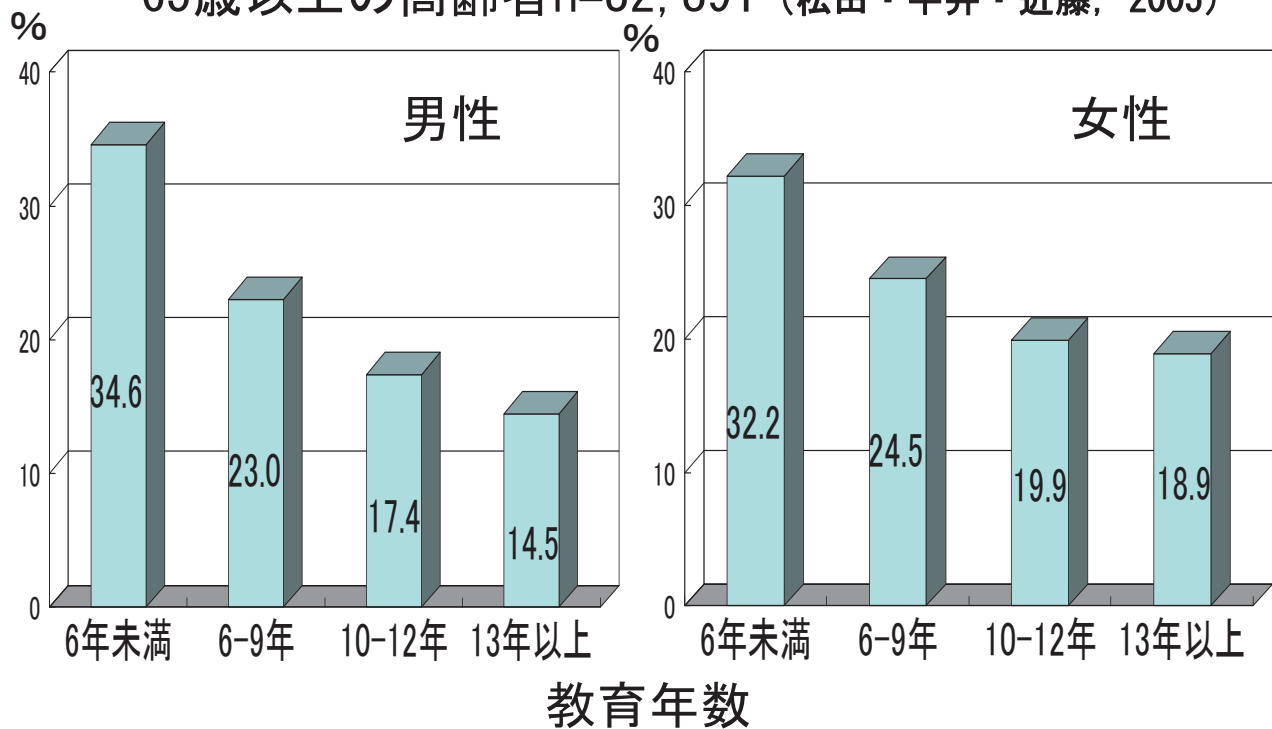
社会経済的因子から 健康にいたる経路のモデル(近藤, 2005)



教育年数別検診未受診者割合

(年齢調整済)

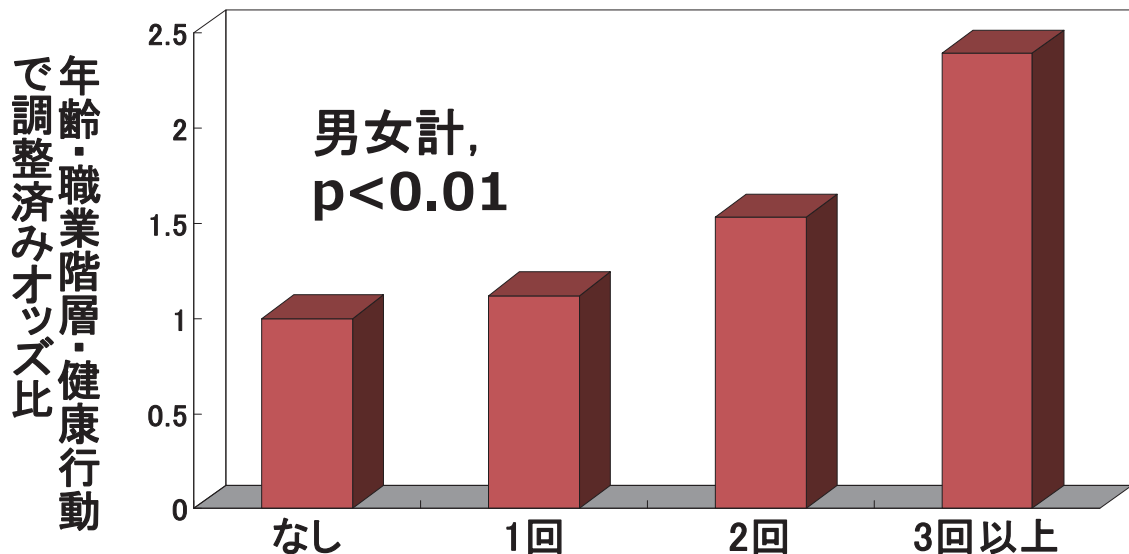
65歳以上の高齢者n=32,891 (松田・平井・近藤, 2005)



職業性ストレス暴露回数別

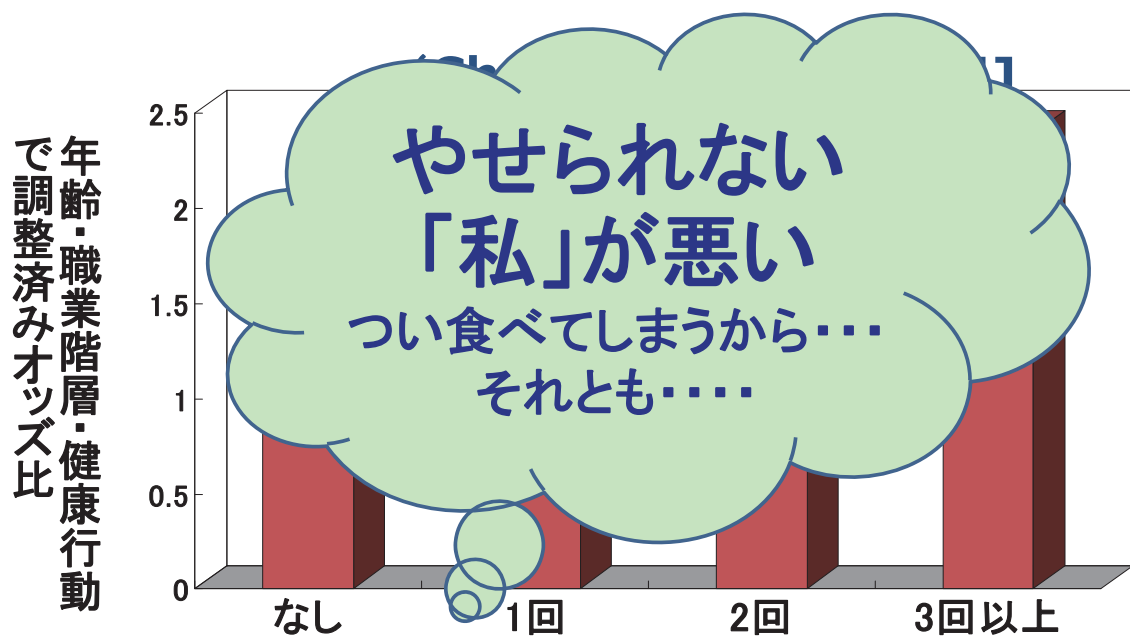
メタボリック・シンドロームのオッズ比

(Chandola T et al, BMJ 2006のデータから作成)



1985-1999年の4回の調査における職業性ストレスの暴露回数
Whitehall Study

職業性ストレス暴露回数別 メタボリック・シンドロームのオッズ比



1985-1999年の4回の調査における職業性ストレスの暴露回数
Whitehall Study

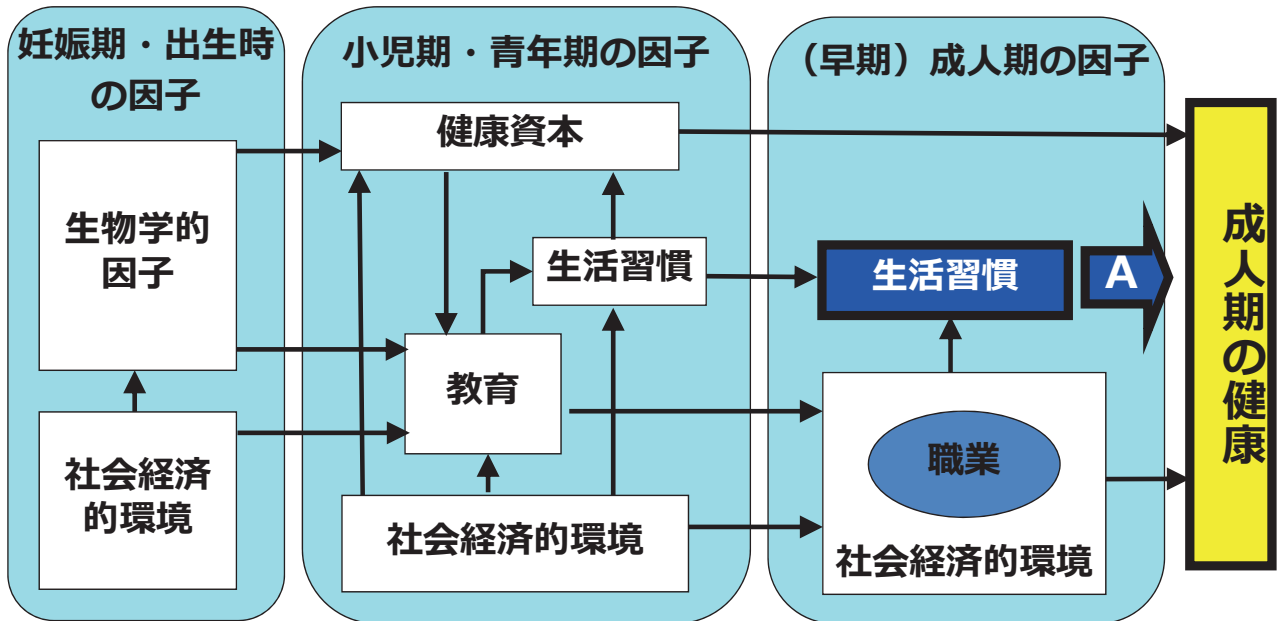
職業性ストレス暴露回数別 メタボリック・シンドロームのオッズ比



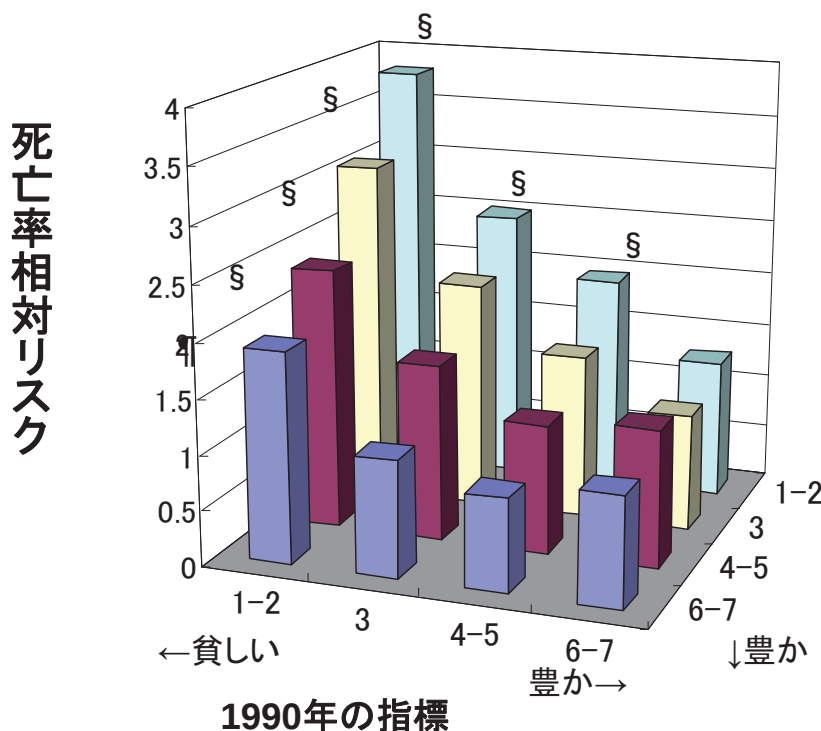
1985-1999年の4回の調査における職業性ストレスの暴露回数
Whitehall Study

妊娠期から成人期の 社会的排除の影響経路

(近藤, 2007)



小児期と現在の社会経済指標と死亡率 相対リスク (31歳～50歳の男性)



Claussen B, et al,
2003のデータ
(n=128,723)から作成

§ : $p < 0.001$

¶ : $p < 0.05$

1960年の指標

↑ 貧しい

現在のSESを考慮
しても1-20歳時
SESが影響

社会的ストレスは身体の中に

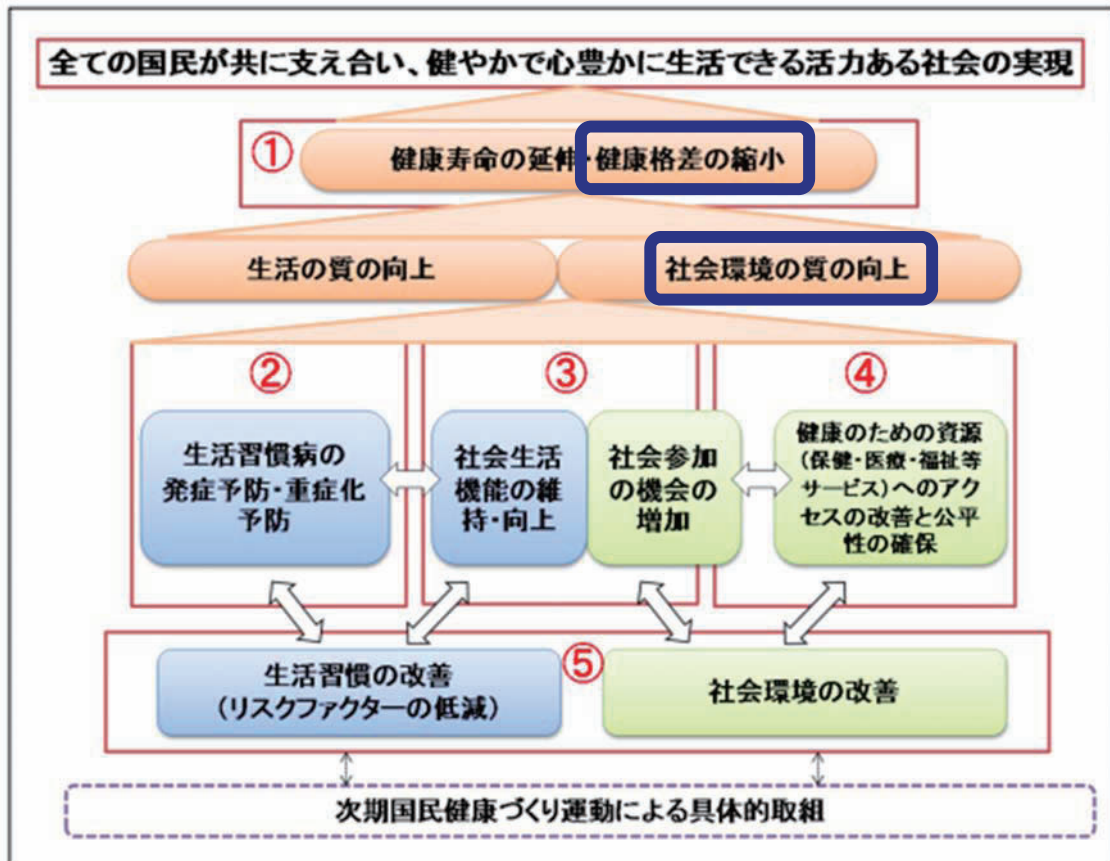
- 社会的関係はストレスの源
- 心理的ストレスに転化しうつ等へ
- ストレスは生物学的(自律神経・内分泌・免疫)反応を引き起こす
- 妊娠期・出生時からの蓄積で疾患が増える
- 要介護・死亡率を高める

環境→SDH→要介護リスク



Contents

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因子
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



<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ddhl-att/2r9852000002ddxn.pdf>

病気にも「上流」と「下流」



たばこ
甘いもの
ビール

健康
教育



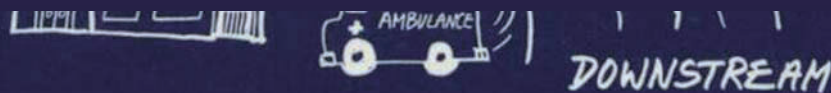
上流の環境を変えよう

(橋をつくったり柵を作ったり、原因をなくしたり)

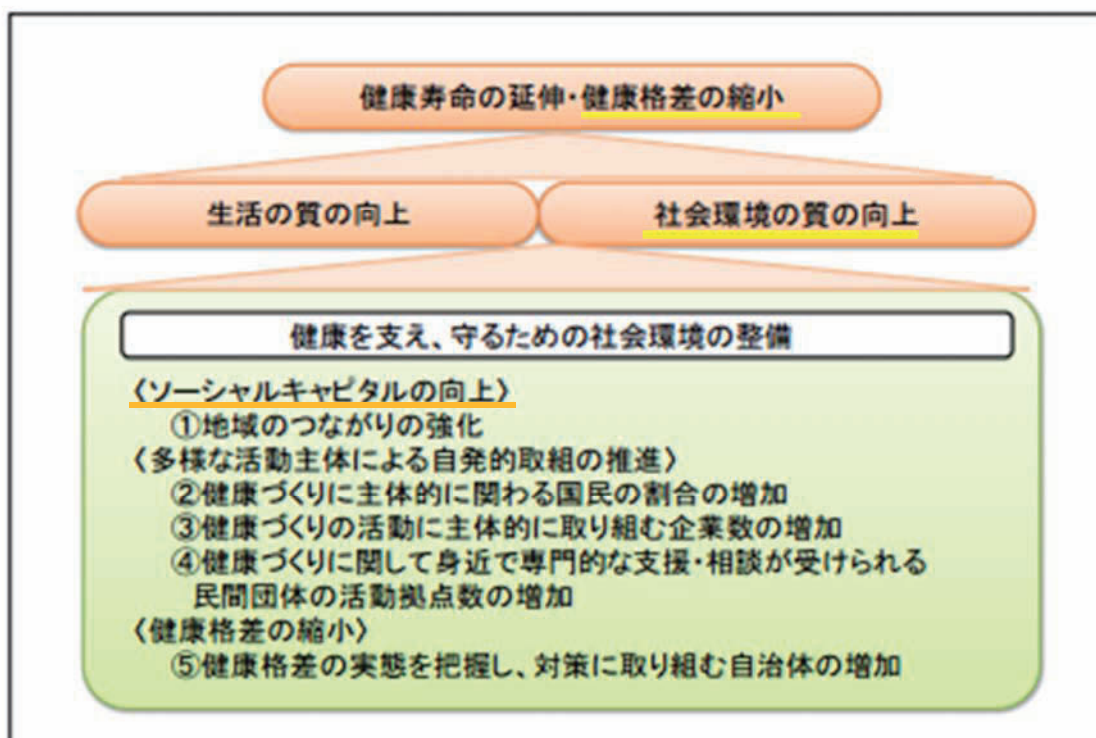


New public health movement

(新たな公衆衛生)



「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料 平成24年7月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

長い箸(スプーン)の話

地獄の者たちは自分のためだけに
長い箸を使い食べられずに空腹のまま



幸せには、互助性・
協調行動・信頼が重要



天国の者たちは向かい合った相手に
食べさせ合うことで誰もが満腹に



Nihon Fukushi University



ソーシャルキャピタル

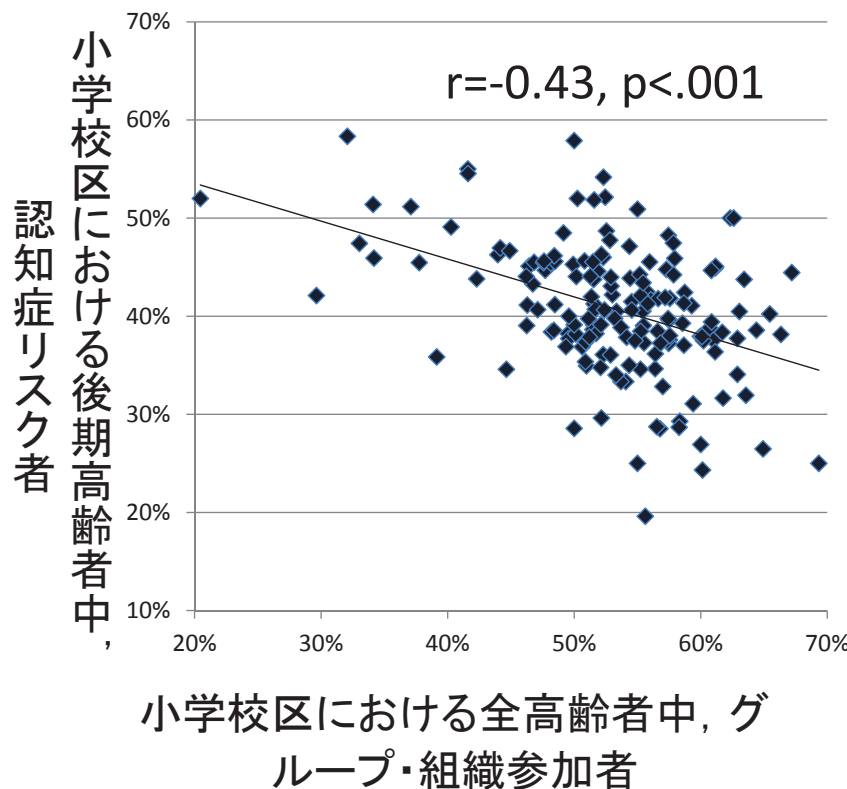
- ソーシャル・キャピタルとは、組織や地域社会における「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」「ご近所の底力」などによる連帯感・まとまり・問題解決力
- 「社会的な繋がりとそこから生まれる規範・信頼であり、効果的に協調行動へと導く社会組織の特徴」
(Putnam, 1993)



Nihon Fukushi University

認知症リスク率とグループ・組織参加高齢者率

JAGES2010—24市町村162小学校区在住の後期高齢者25,314名



(JAGESプロジェクト, 2012)

参加率が高い
小学校区（絆
の強い地域）
では、認知症
リスク率が
低い

8種類の地域組織

（政治団体、業界・同業者団体、ボランティアのグループ、老人クラブ、宗教関係団体、スポーツ関係の団体、町内会・自治会、趣味関係のグループ）

いずれかへの参加率

武豊町 介護予防モデル事業

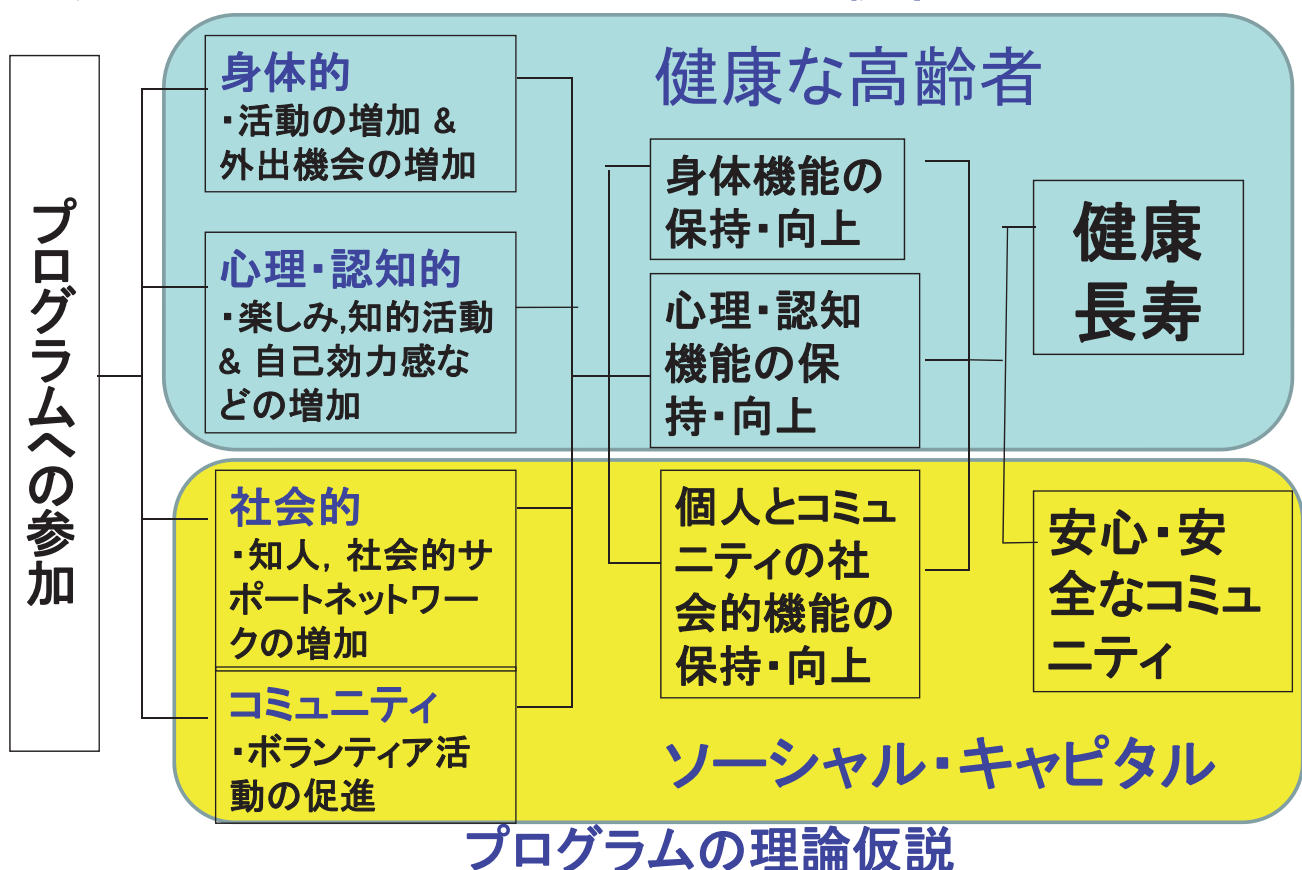
健康によい
まちづくりをめざして

憩いのサロンとは？...

- ・町主催の介護予防事業
- ・一般・特定高齢者対象
- ・徒歩圏内への拠点設置
- ・事業評価を実施
- ・住民との協働事業



介入→中間アウトカム→最終アウトカム



介入プログラムのコンセプト

- ポピュレーション戦略: 個人でなく社会環境への介入.「サロン」の開設
- 町の中央の数力所でなく, 町のあちこちに多拠点(サロン)を整備: 高齢者でも徒歩で, 気軽に参加できるように
- 専門職でなくボランティアによる運営: 多拠点の運営には多くの人手が必要
- 自治体による支援: 公共施設の提供, 財政支援, 町の広報・回覧板での宣伝, 開所式で町長挨拶など.
- 健康体操だけでない楽しい多彩なプログラム

参加型活動でネットワークづくり



←ピンポン
ラリー

折り紙相撲→



Nihon Fukushi University

多彩なメニュー

頭を使う
川柳作り→
(出前ボウ)



←健康体操で
身体も使う
(出前ボウ)

2006と2007の比較

2006 (12ヶ月): 介入前

- 13事業: 講義など非活動的なもの含む
 - 延べ4191人・回, 実参加人数 1830人
- 6 活動的なプログラムのみ
 - 延べ328 人・回, 実人数 93人

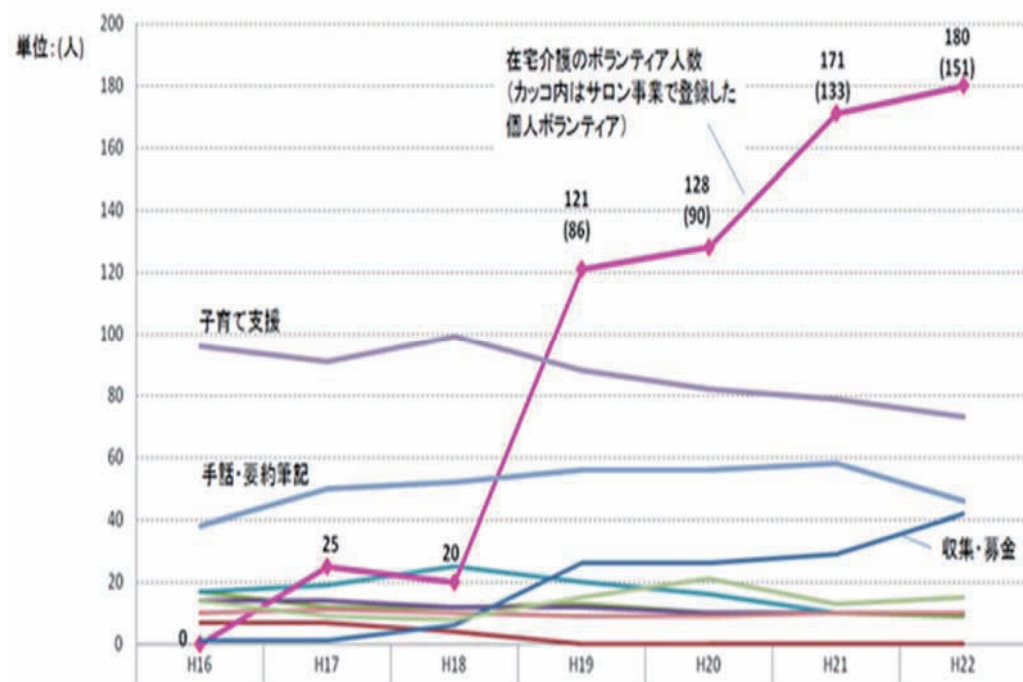
2007 (8ヶ月): 介入後

- 延べ1555 人・回, 実人数 412人

2007/2006 比 (一ヶ月あたり)

- 延べ人数で 7.1 倍
- 実人数で 6.6 倍

ボランティア数9倍に



Nihon Fukushi University

サロン開催場所と参加者の分布 (2007)

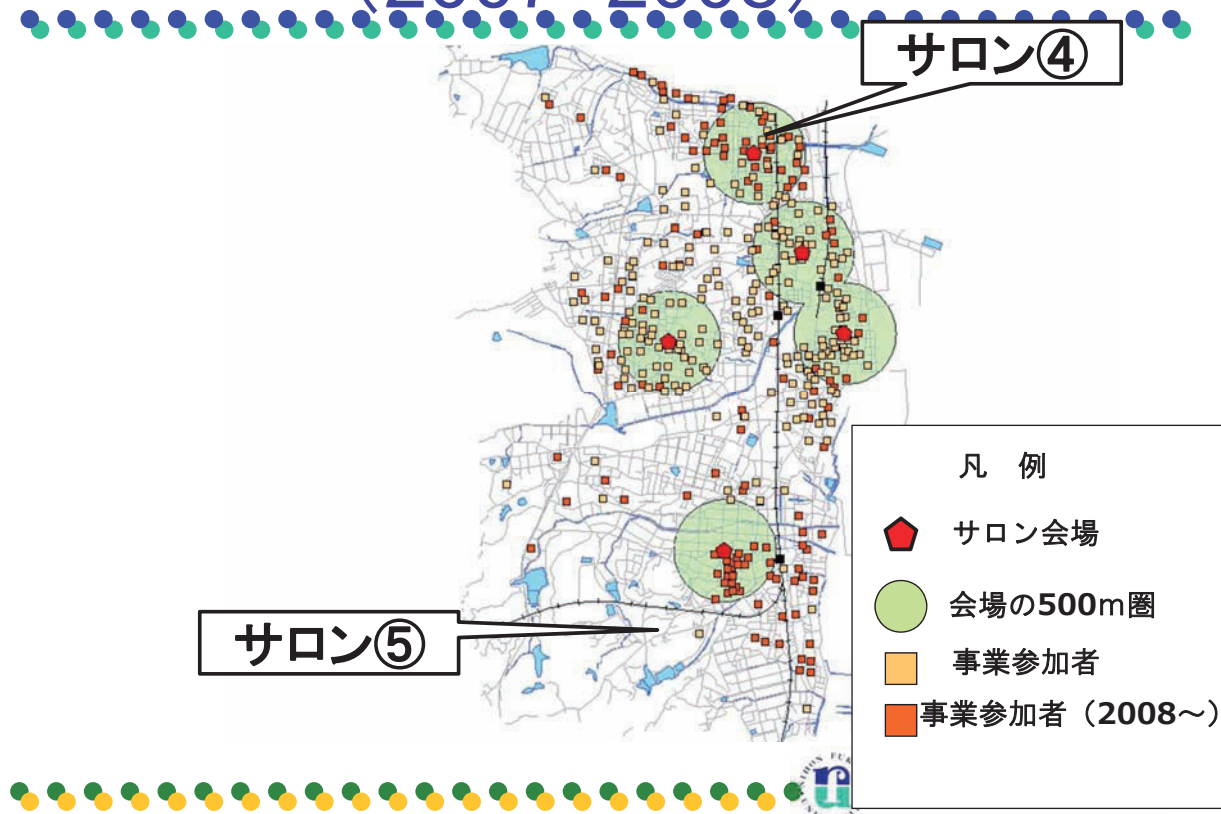
近隣からの参加が多い



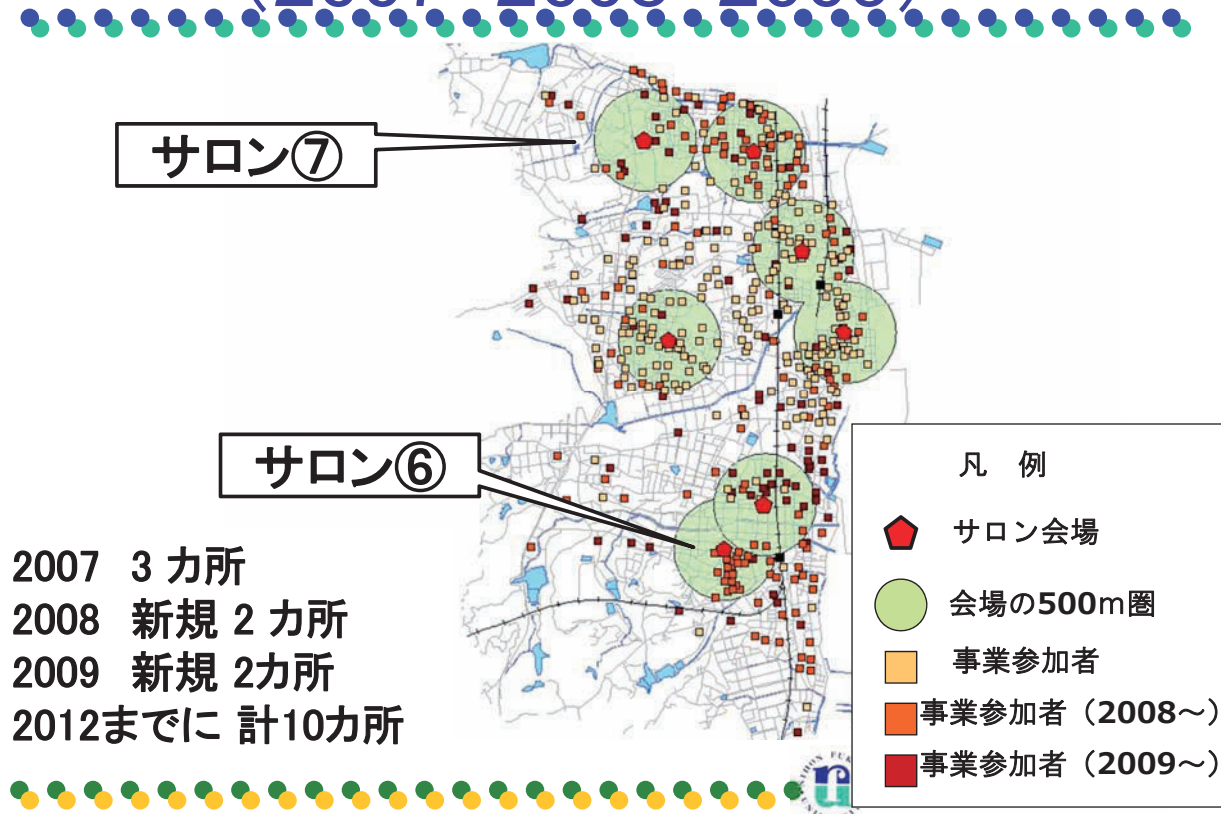
小学校 4
保育園 11



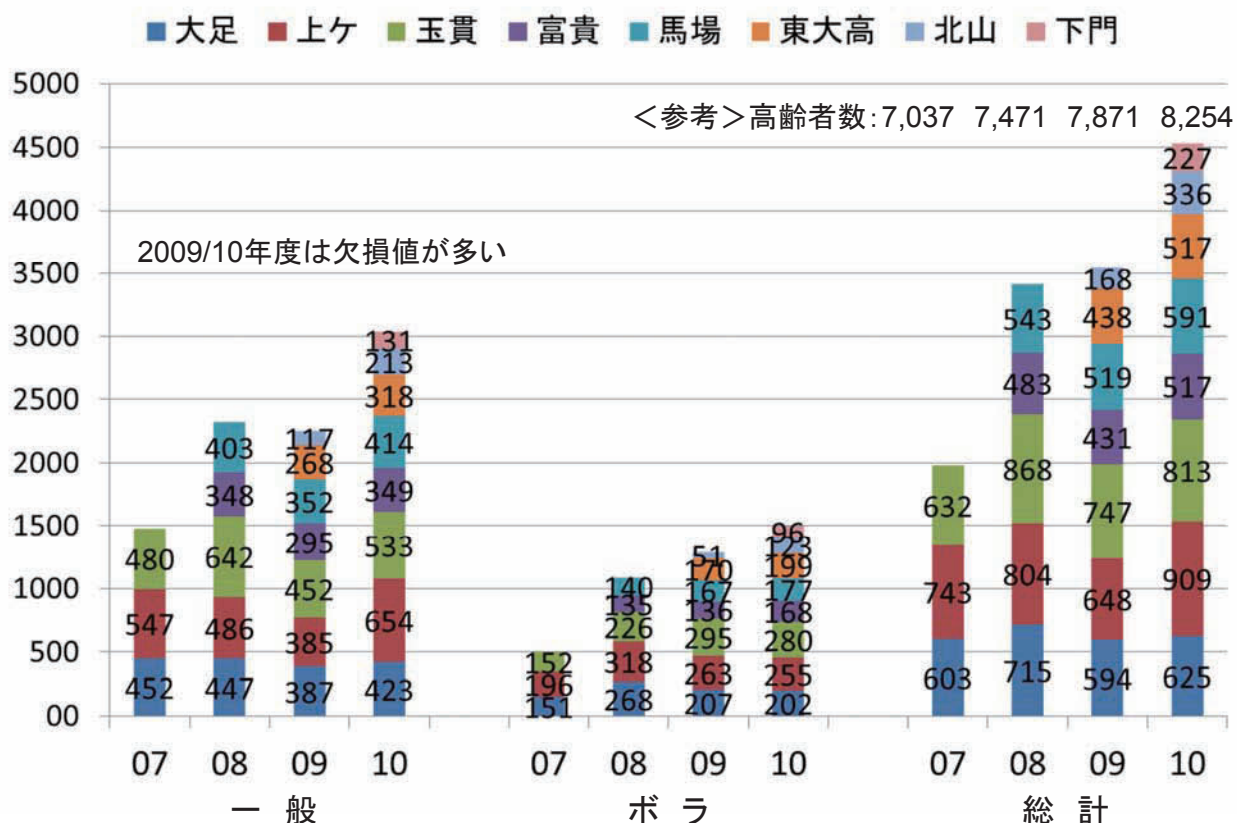
サロン開催場所と参加者の分布 (2007+2008)



サロン開催場所と参加者の分布 (2007+2008+2009)



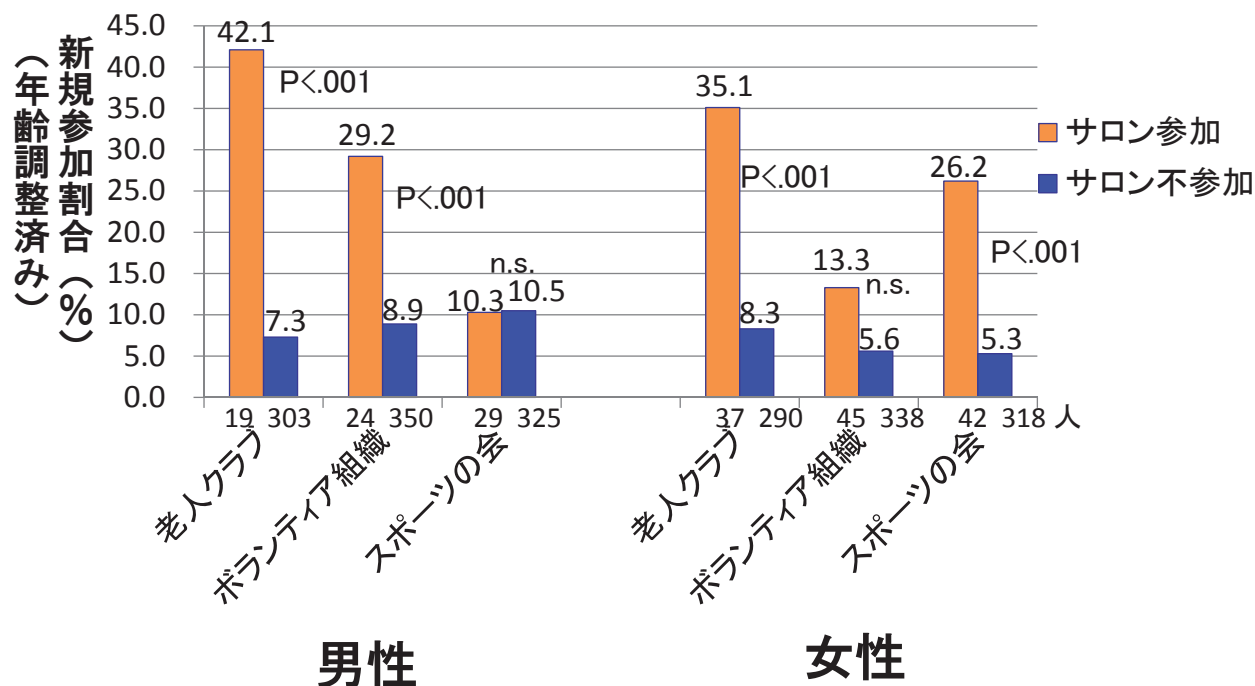
年度別サロン延べ参加者数推移



サロン参加者と非参加者間比較 地域の会への新規参加割合

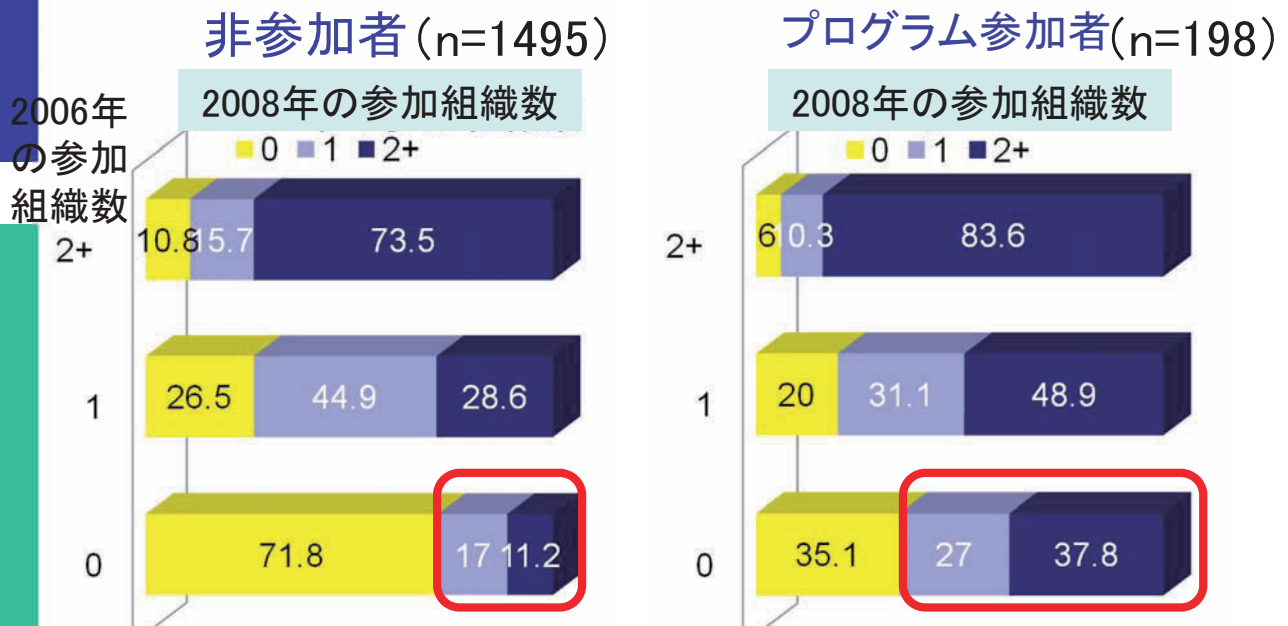
(平井 2010)

「老研式活動能力指標」の「手段的自立」5項目全て自立の者に限定



参加している地域組織数

町内会、スポーツ・趣味・宗教・ボランティア・政治・業界・市民団体



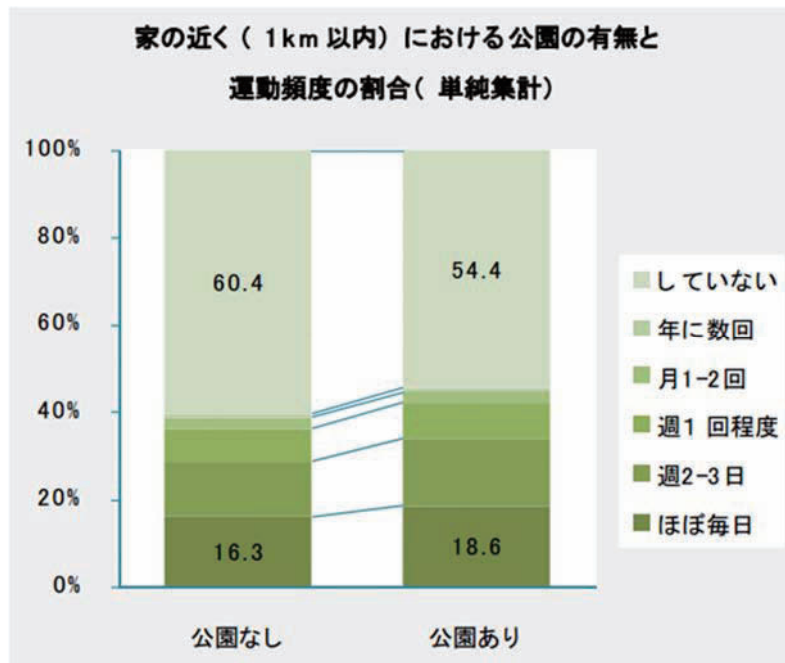
2006年の参加組織数が同じ群で比べても

2008年の参加組織数は増加している

Contents

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因子
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

公園の近くに住む人は 1.2倍頻繁に運動する



都市計画は
健康政策でも
ある

Hanibuchi T, Kawachi I, Nakaya T, Hirai H, Kondo K. 2011. Neighborhood built environment and physical activity of Japanese older adults: Results from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). BMC Public Health 11: 657 (doi: 10.1186/1471-2458-11-657).

西成区あいりん地区 フィールド調査





←予約済み
スペース

あいりん地区の健康指標

結核罹患率

(人口10万人対)

大阪府	29.2
大阪市	47.4
西成区	238.5
あいりん地区	516.7
全国平均	18.2
南アフリカ	978.0
ジンバブエ	743.0

精神保健福祉

相談件数 平成22年

アルコール関連

大阪市 (人口10万対)

男性	457.1
女性	117.8
西成区	
男性	1801.8
女性	736.5

目立つのは……



マーケティング
に基づく
商品開発



環境要因の重要性

- 環境が健康・行動を規定する
- 酒屋も，メーカーも，そして人も
- 「飲み過ぎは身体に悪いからやめましょう」という健康教育は有効か？
- 「社会環境の質」の改善を

Recommendations of CSDH final report 2008

1 Improve Daily Living Conditions

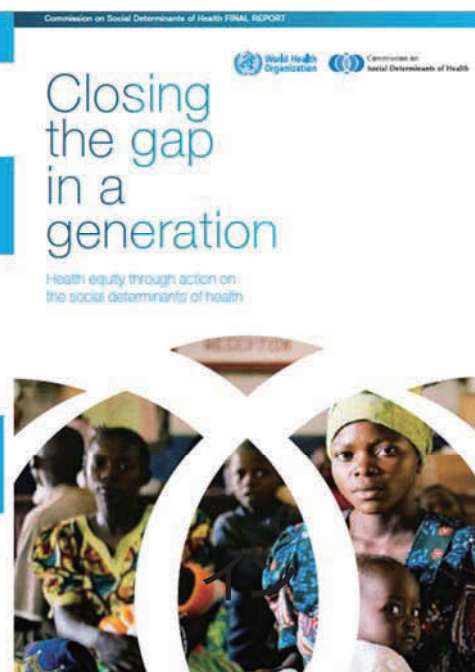
日常生活の環境条件の改善

2 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources

力，お金，資源の分配の
不平等への取り組み

3 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action

問題の測定と理解，活動の
インパクトのアセスメント
＝Health Impact Assessment



Urban HEART



健康格差を特定し行動を起こすためのガイド



Assessment: 指標によるガイド

Response: best practicesのためのガイド

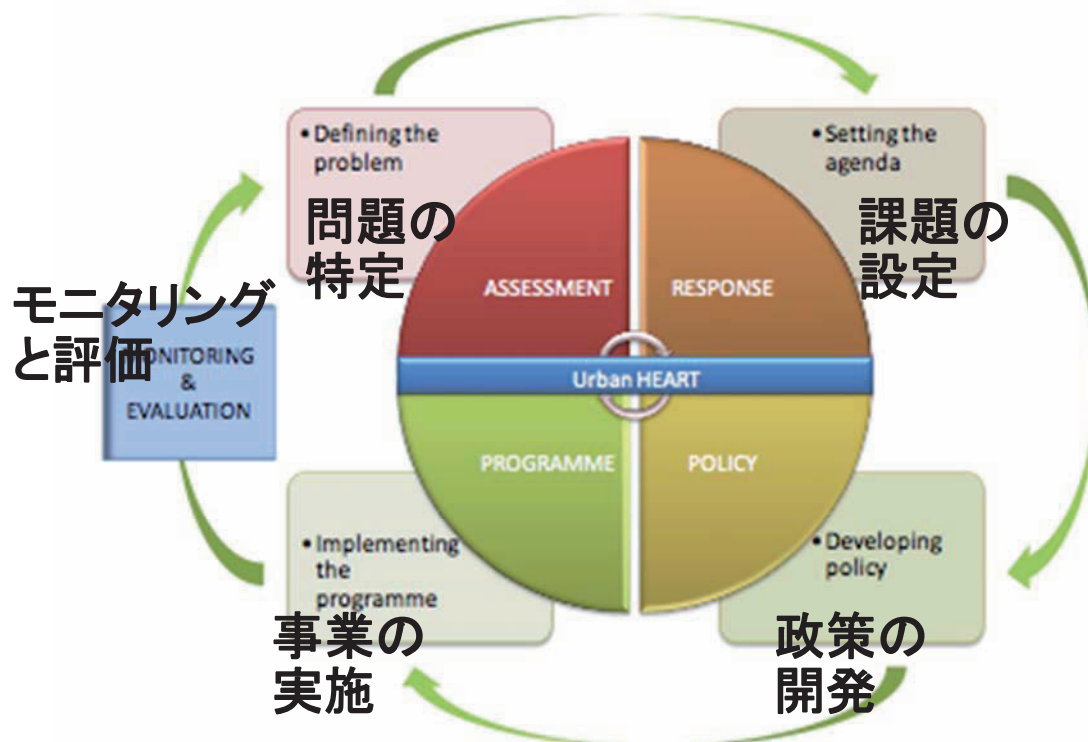


利用が想定される対象

首長,
地方自治体

政府

計画サイクル



Adelaide Statement on Health in All Policies

moving towards a shared governance for health and well-being

Adelaide Statement on Health in All Policies
moving towards a shared governance for health and well-being

Taking account of health
means more effective government
More effective government
means improved health

Report from the International Meeting
on Health in All Policies, Adelaide 2010

The Adelaide Statement on Health in All Policies is to engage leaders and policymakers at all levels of government (local, regional, national and international). It emphasizes that government decisions are best advanced when all sectors include health and well-being as a key component of policy development. This is because the issues of health and well-being are central to the health sector and are closely and increasingly linked. Although many sectors already contribute to better health, significant gaps still exist.



Taking account of health
means more effective government

More effective government
means improved health

Report from the International Meeting
on Health in All Policies, Adelaide 2010

Tools and instruments that have shown to be useful at different stages of the policy cycle include:

- inter-ministerial and inter-departmental committees
- cross-sector action teams
- integrated budgets and accounting
- cross-cutting information and evaluation systems
- joined-up workforce development
- community consultations and Citizens' Juries¹
- partnership platforms
- Health Lens Analysis²
- impact assessments
- legislative frameworks

部局横断的

情報評価システム

健康の視点からの評価, インパクトアセスメント, 法制化

Examples of joined-up government action

Sectors and issues	Interrelationships between health and well-being		
Economy and employment 経済雇用	• Economic resilience and growth is stimulated by a healthy population. Healthier people can increase their household savings, are more productive at work, can adapt more easily to work changes, and can remain working for longer. • Work and stable employment opportunities improve health for all people across different social groups.		
Security and justice 治安	• Rates of violence, ill-health and injury increase in populations whose access to food, water, housing, work opportunities and a fair justice system is poorer. As a result, justice systems within societies have to deal with the consequences of poor access to these basic needs.		
Education and early life 教育	社会資本・交通 環境 住居 国土・文化	Infrastructure, planning and transport	• Optimal planning for roads, transport and housing requires the consideration of health to reduce environmentally costly emissions, and improve the capacity of transport networks with moving people, goods and services. • Better transport opportunities, including cycling and walking opportunities, build safer communities, and reduce environmental degradation, enhancing health.
Agriculture and food 農業食品		Environments and sustainability	• Optimizing the use of natural resources and promoting sustainability can be best achieved by influencing population consumption patterns, which can also enhance human health. • Globally, a quarter of all preventable illnesses are the result of the environmental conditions.
		Housing and community services	• Housing design and infrastructure planning that take account of health and well-being (ventilation, public spaces, refuse removal, etc.) and involve the community can improve support for development projects. • Well-designed, accessible housing and adequate community services address some of the determinants of health for disadvantaged individuals and communities.
		Land and culture	• Improved access to land can support improvements in health and well-being for Indigenous peoples' health and well-being are spiritually and culturally bound to a place, to land and country. • Improvements in Indigenous health can strengthen communities and cultural identity, increase participation and support the maintenance of biodiversity.

介護予防事業を活用した地域づくり

介護予防マニュアル改定版 p4

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

このためには、介護予防事業の実施主体は市町村であるが、地域包括支援センターが中心となり、地域の高齢者の健康状態（支援を要する人がどのくらいいるか等）や、地域の社会資源等について把握し、課題やニーズ、必要な社会資源などをアセスメントすることが重要である。地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握する上で、市町村が実施する日常生活圏域ニーズ調査や市町村の介護保険給付や国保等の情報を共有し用いることが望ましく、地域の社会資源についての情報を含むデータベースの構築がなされていると、効果的かつ効率的に地区診断を進め、適切なアセスメントを行うことができる。市町村と地域包括支援センターは、この地区診断の内容を共有し、介護予防を推進する地域づくりを、連携して進めていくことが重要である。

また、地域づくりにおいて大切な視点は、高齢者を介護予防の対象者としてのみとらえるのではなく、むしろ地域づくりの担い手として活躍できるようにしていくことである。老人クラブや町内会などの地域の既存組織・団体等への働きかけや自主活動の育成支援など、地域の特性を活かした多様な取り組みが求められる。また、これらの組織・団体と協働で地域づくりを進めるためには、地域の課題やニーズを共有し、互いの役割を理解し、信頼関係を築いていくような働きかけが重要となる。

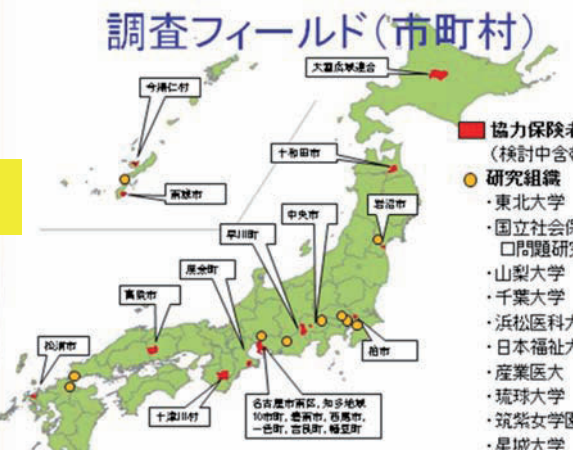
介護保険の総合的政策評価
ベンチマーク・システムの開発
全国27市町村，7.9万人調査



介護保険の総合的政策評価

http://square.umin.ac.jp/kaigo_bm/index.html

調査フィールド(市町村)



協力保険者
(検討中含む)

研究組織

- ・東北大学
- ・国立社会保障・人口問題研究所
- ・山梨大学
- ・千葉大学
- ・浜松医科大学
- ・日本福祉大学
- ・産業医大
- ・琉球大学
- ・筑紫女学館大学
- ・星城大学

J-AGES
日本老年学的評価研究)
プロジェクト

このページは平成22年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）の指定研究「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」（主任研究者近藤克則，H22-長寿-指定-008）のホームページです。

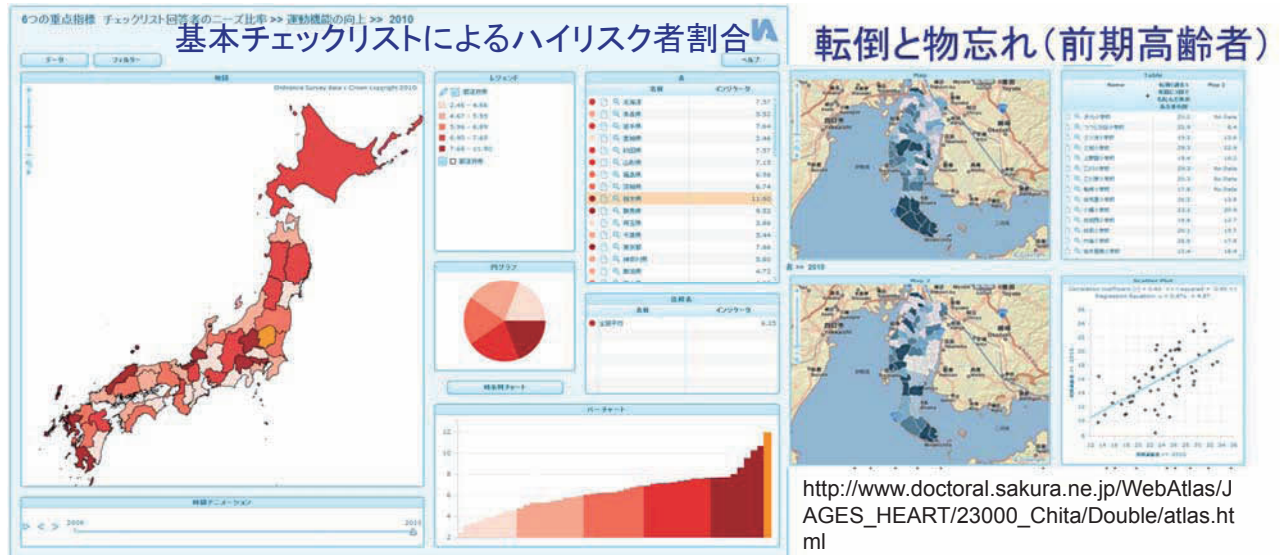
- トップページ
- プロジェクト概要
- イベント
- 研究班の紹介
- Q & A
- 資料等

J-AGES HEARTとWeb-GIS 「見える化」によるマネジメント

Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART)

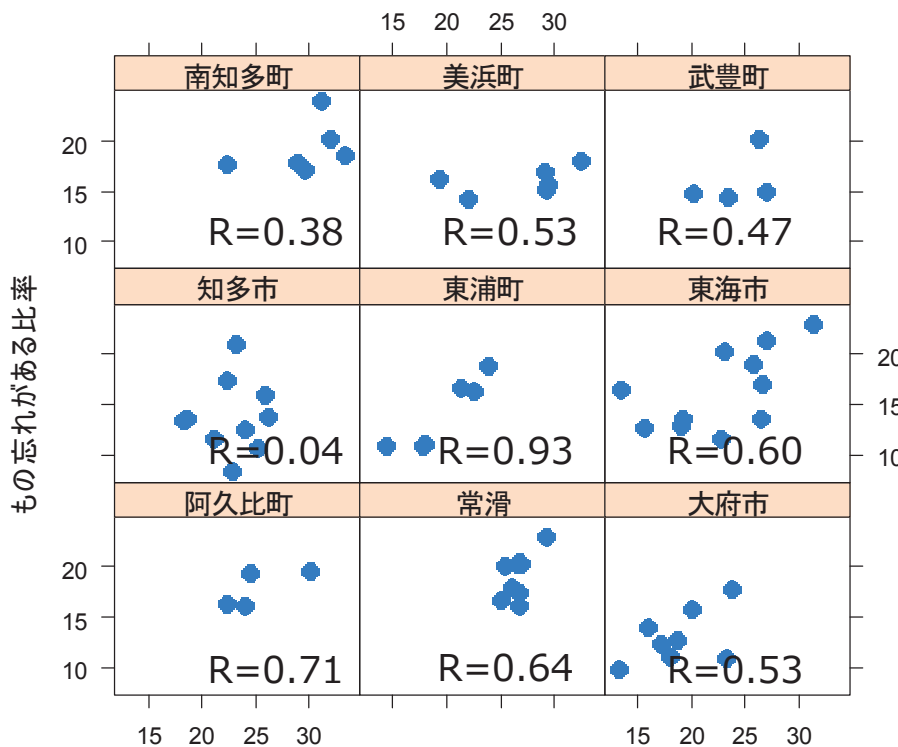


JAGES: 日本老年学的評価研究
Japan Gerontological
Evaluation Study



転倒ともの忘れ(前期高齢者)

もの忘れありの割合

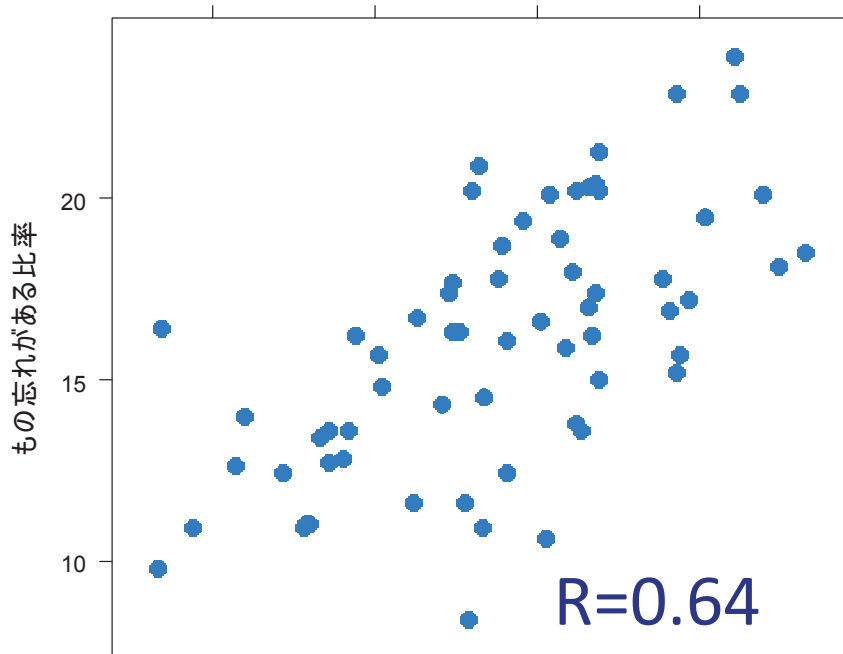


一つの自治体では
結果が不安定

転倒率 転倒した比率

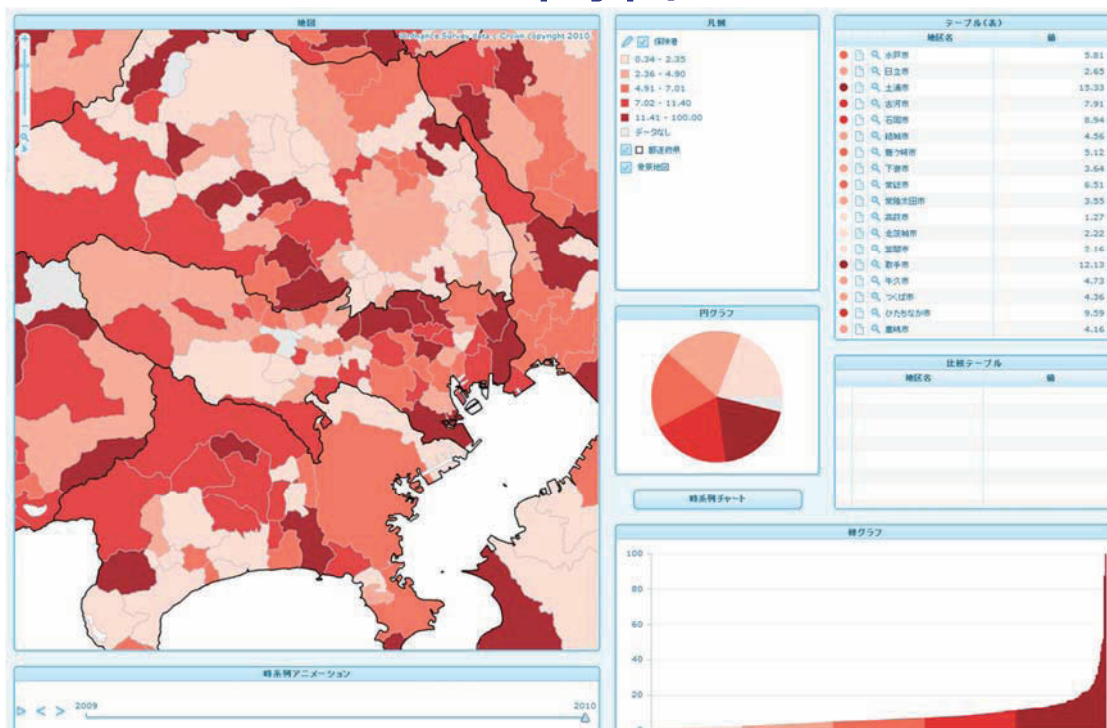
転倒ともの忘れ(前期高齢者)

もの忘れありの割合



多くの自治体が同じ
調査票を使うと合算
可能↓結果が安定

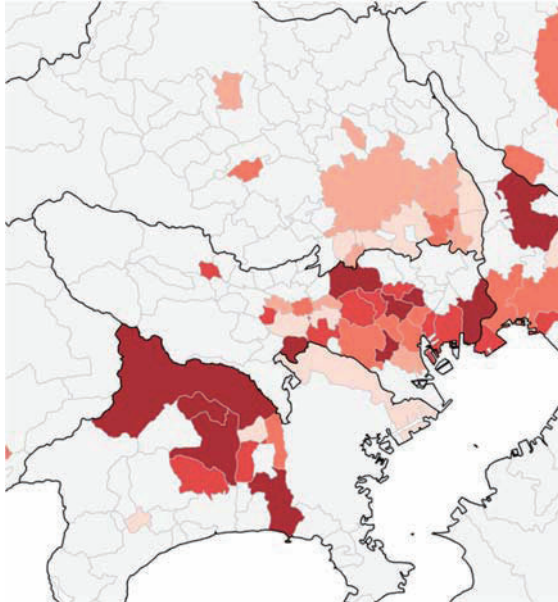
「運動器の機能向上」が必要な人の割合



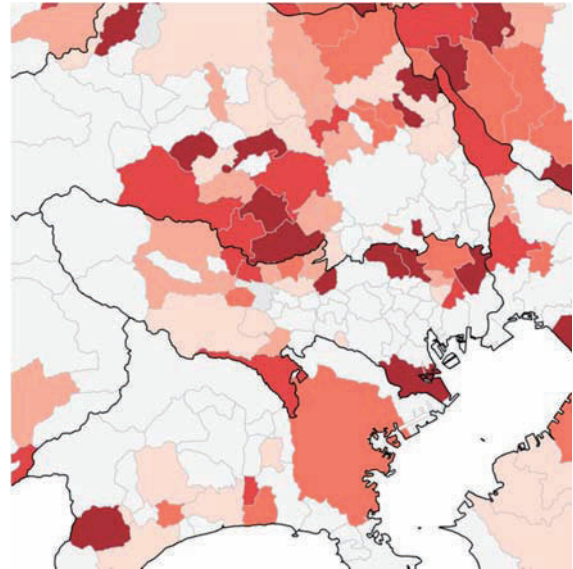
<http://www.doctoral.co.jp/WebAtlas/Kihonchecklist/Single/kanto/atlas.html>

「運動器の機能向上」が必要な人の割合

高齢化率 <20%



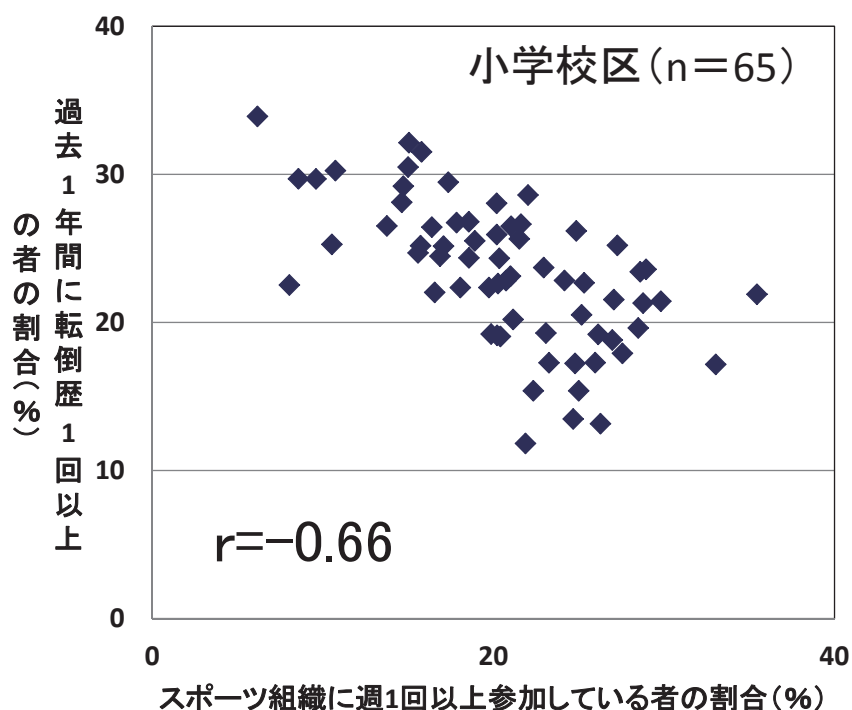
高齢化率 20-25%



<http://www.doctoral.co.jp/WebAtlas/Kihonchecklist/Single/kanto/atlas.html>

小学校区別転倒率とスポーツ組織参加率

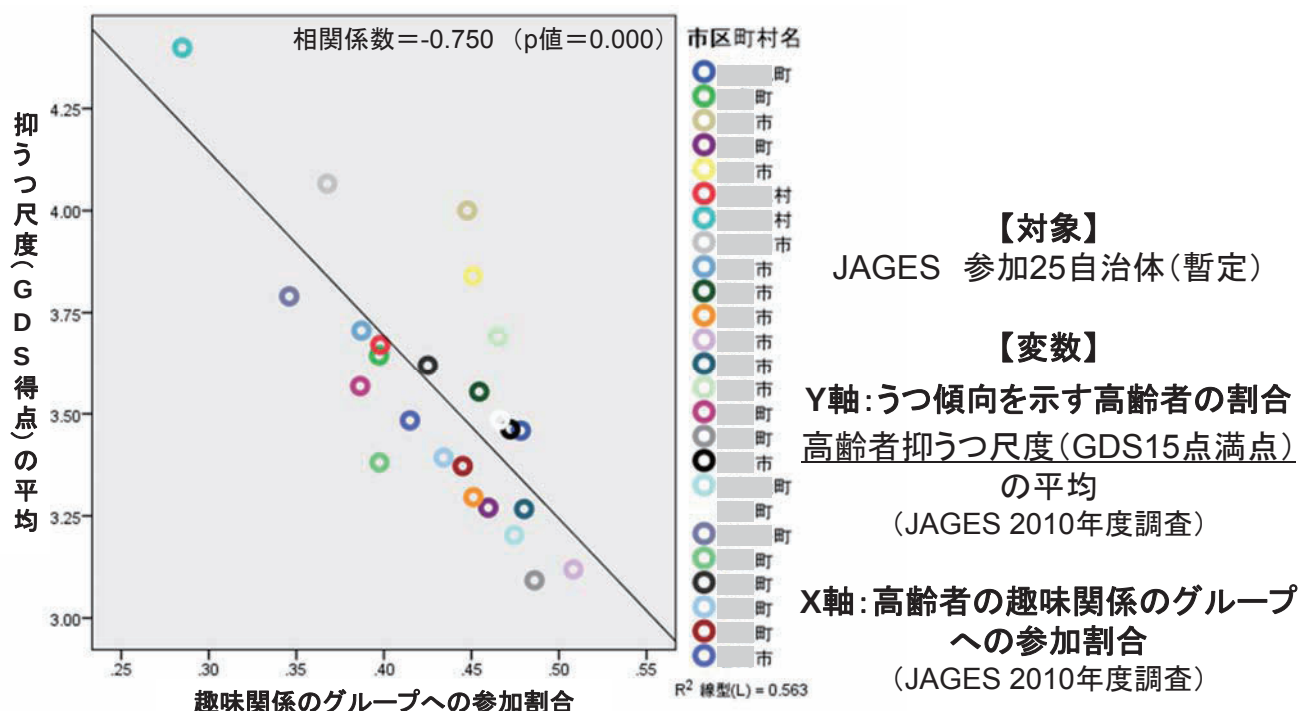
65-74歳の者(16,713人)に限定



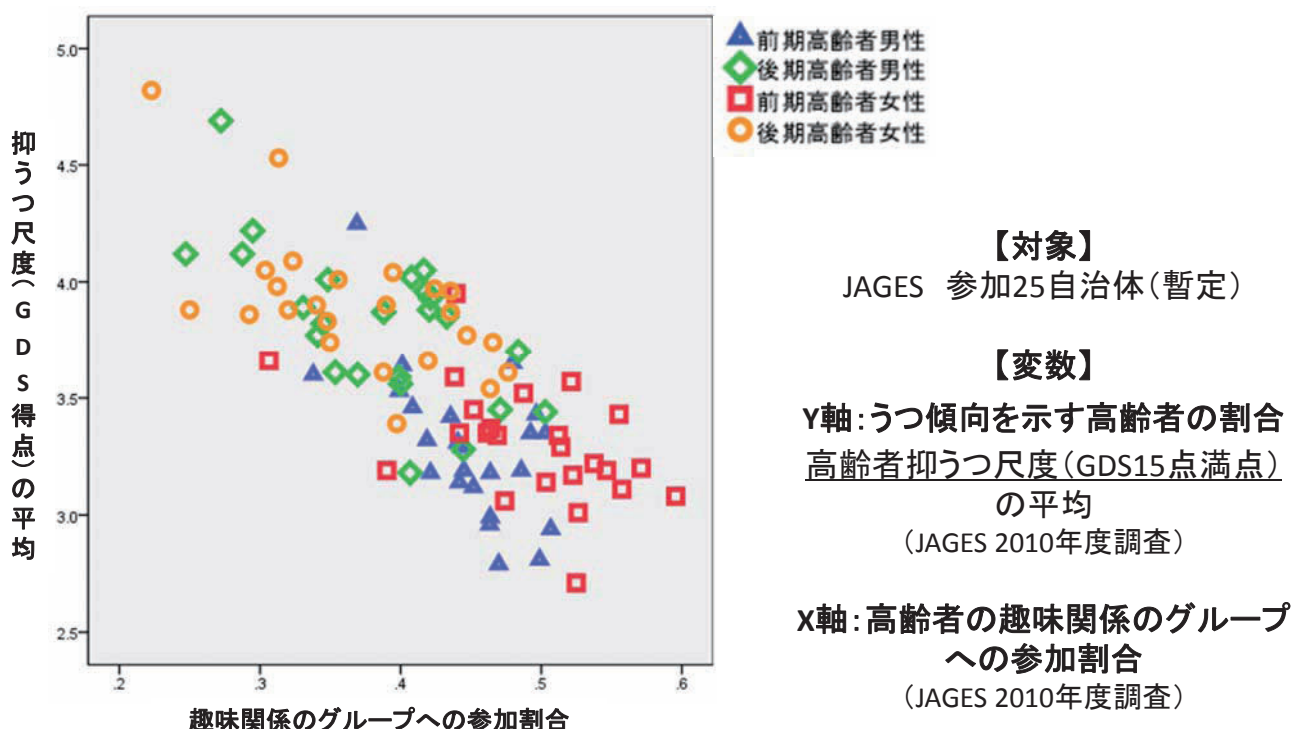
6保険者(9市町村)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した29,072人(回収率62.4%)

転倒率:
11.8%~33.9%
スポーツ組織参加率と相関

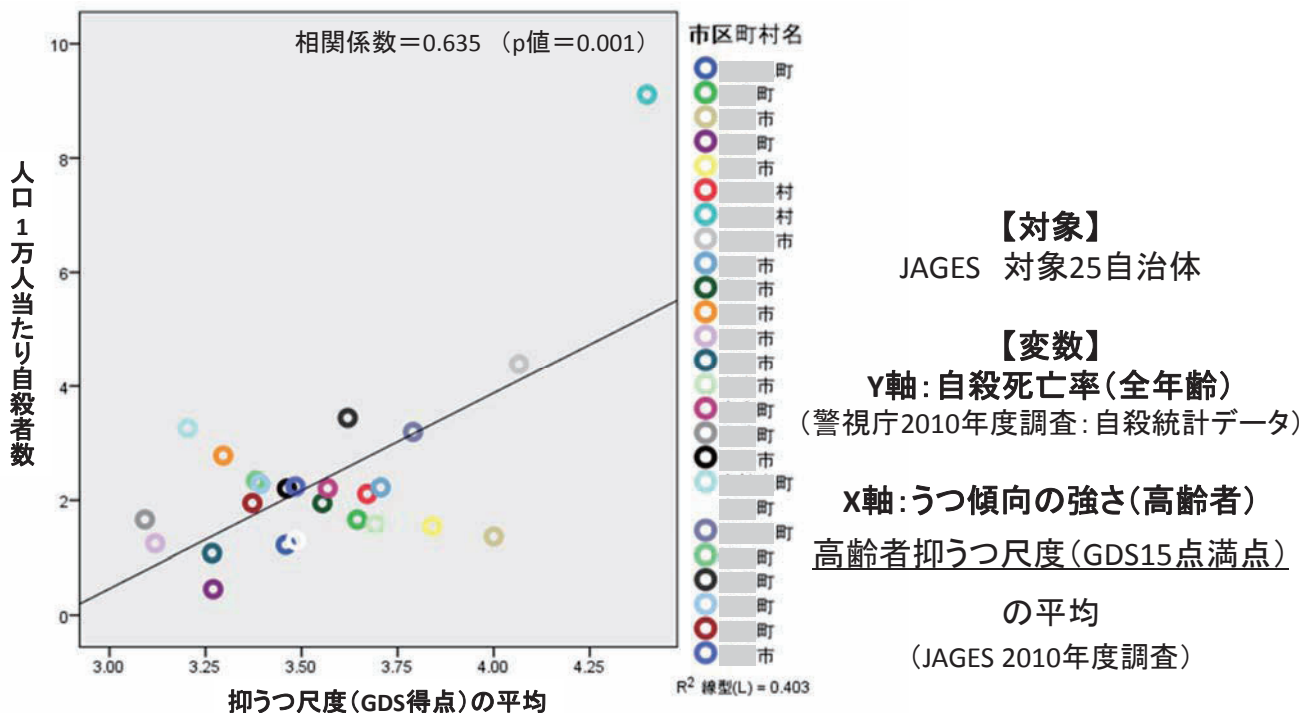
趣味関係のグループへの参加割合 が大きいほどうつ傾向は弱い



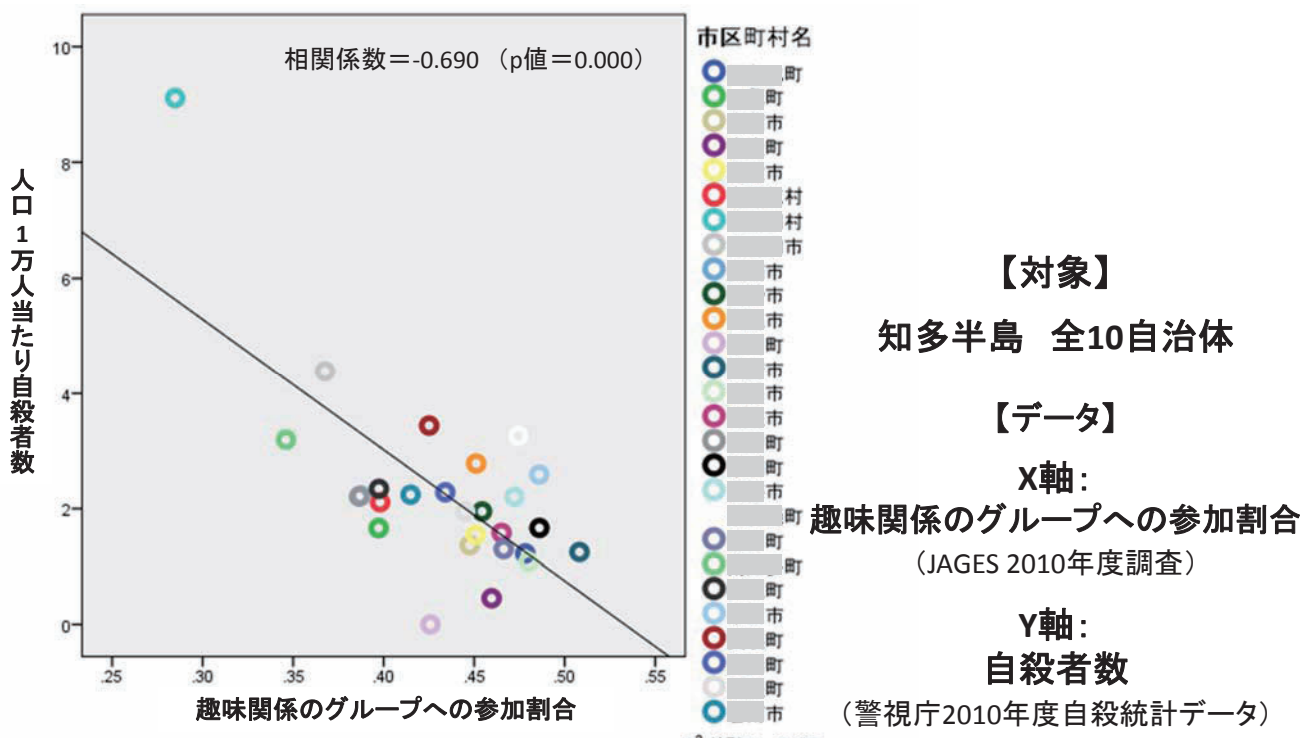
趣味関係のグループへの参加割合 が大きいほどうつ傾向は弱い



うつ傾向が強いほど自殺死亡率は高い

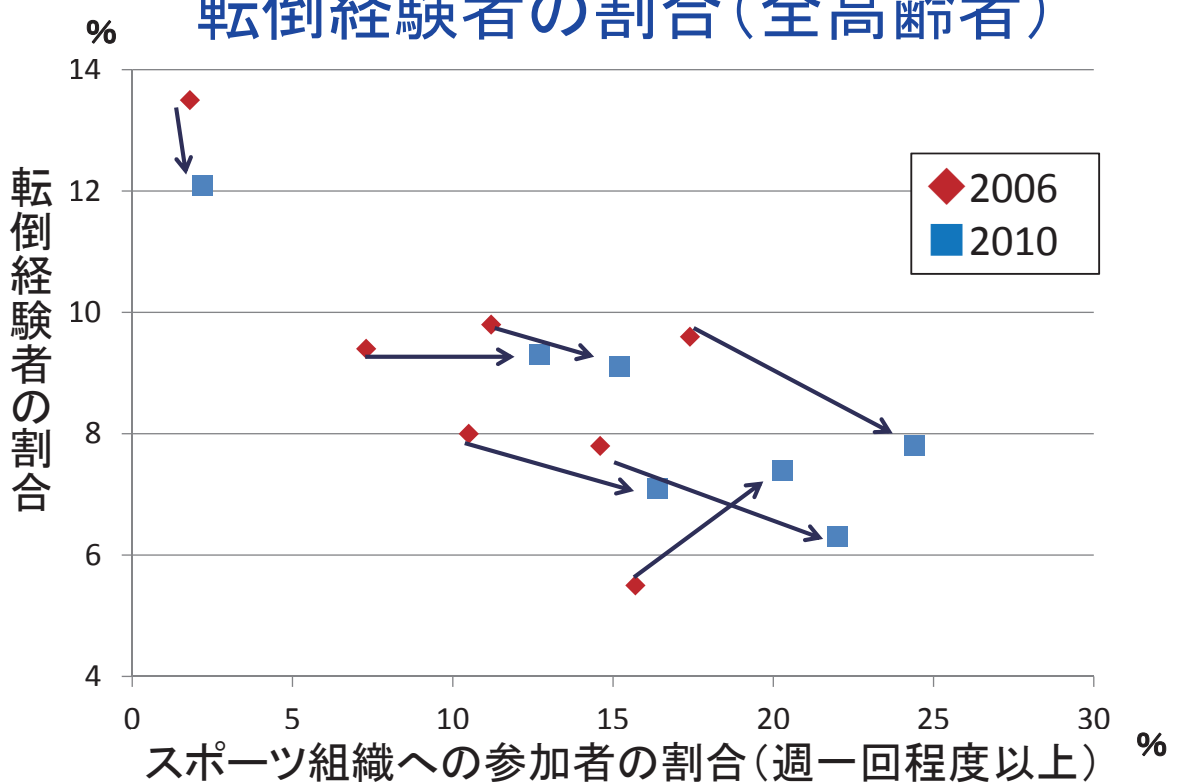


趣味関係のグループへの参加割合 が大きいと自殺死亡率は低い



スポーツ組織への参加者割合と 転倒経験者の割合(全高齢者)

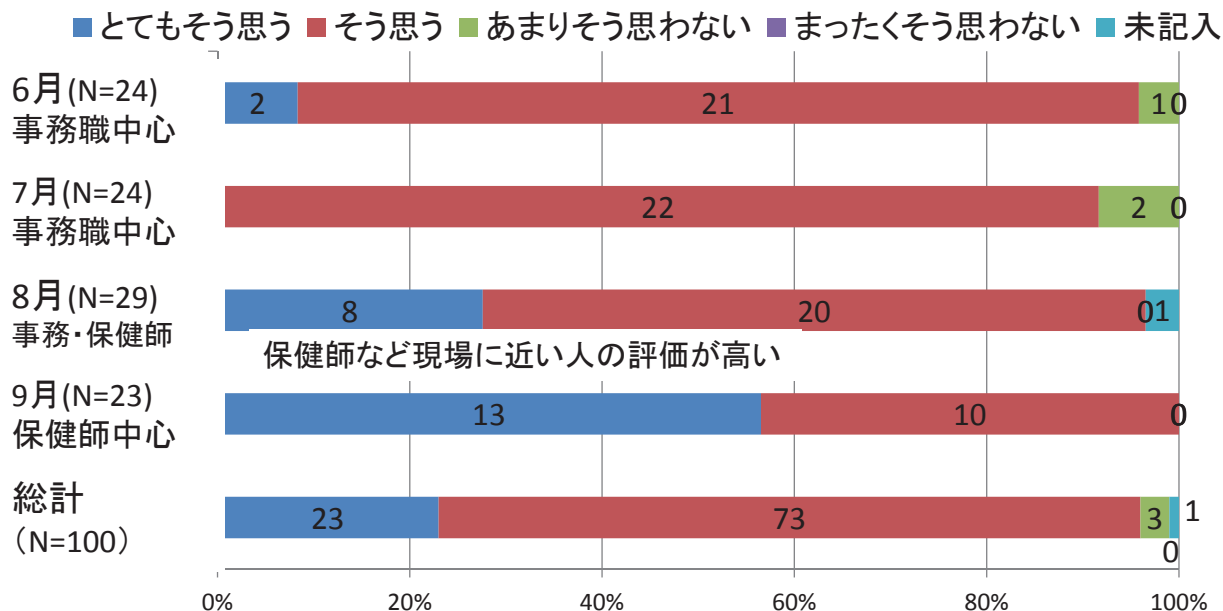
(過去一年以内に複数回転倒した者)



保険者・市町村職員調査 「課題の発見」に役立つか？

対象と方法：4回の共同研究会に参加した保険者・市町村職員 延べ100人

Q. ベンチマークは、①現状の見える化、②課題の発見、③改善の手がかりを得ることなどを目的としています。今回の経験から、それぞれの目的に役立つと思われましたか？



2013年度調査プロジェクト 参加自治体を募集中

- 第6期介護保険事業／健康増進計画策定／医療計画策定にも使える調査
- 参加自治体で共通の調査票を使用して比較
- ベンチマークによる「見える化」

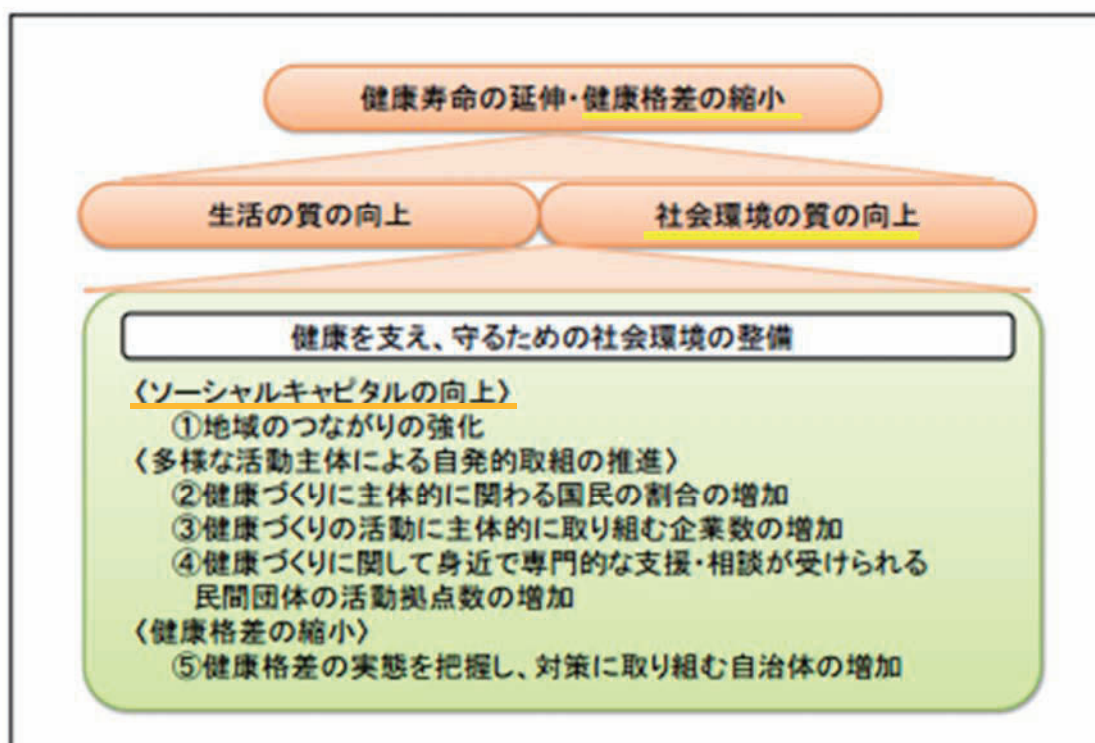
ベンチマークと課題改善

- － 小地域別に課題を分析
- － 他と比べると特徴が際立つ
- － データをプールすることでまちづくりのヒントが得られる



- － 経時的な変化を見ることで、介護予防の効果やAge Friendly Cities (AFC)評価指標の妥当性の検証も

「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料 平成24年7月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

エイジフレンドリーシティって何？

エイジフレンドリー
WHO(世界保健)

Figure 5. World map of age-friendly partner cities



Americas

Argentina, La Plata
Brazil, Rio de Janeiro
Canada, Halifax
Canada, Portage la Prairie
Canada, Saanich
Canada, Sherbrooke
Costa Rica, San Jose
Jamaica, Kingston
Jamaica, Montego Bay
Mexico, Cancun
Mexico, Mexico City
Puerto Rico, Mayaguez

Africa

Kenya, Nairobi

Eastern Mediterranean

Jordan, Amman
Lebanon, Tripoli
Pakistan, Islamabad

Europe

Germany, Ruhr
Ireland, Dundalk
Italy, Udine
Russia, Moscow

UK, Edinburgh
UK, London

South-east Asia

India, New Delhi
India, Udaipur

Western Pacific

Australia, Melbourne
Australia, Melville
China, Shanghai
Japan, Himeji
Japan, Tokyo

です。
の考え方です。

野

コミュニケーションと
情報

地域社会の支援と
保健サービス

4

5年サイ
継続的な

2

年目)
画の実施
のチェック

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf

・WHOへ報告書の提出

まとめ

1. 保健指導では不十分

- －行動変容は難しい:環境の改善を
- －背景に健康格差:健康格差への縮小を

2. ではどうしたらよいのか？

- －コミュニティレベル:社会環境の質向上
- －社会・国レベル:ベンチマークで「見える化」から政策形成, 効果検証へ
- －2013年調査にご協力を

文 献

- 近藤克則:健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか, 医学書院, 2005
 - －社会政策学会賞(奨励賞)受賞
- 近藤克則編:検証「健康格差社会」医学書院, 2007
- 近藤克則:連載「『健康格差社会』への処方箋」. 「保健師ジャーナル」誌, 2010-11
- 近藤克則:「健康格差社会」を生き抜く. 朝日新書, 2010
- 近藤克則編:「健康の社会的決定要因」－疾患・状態別「健康格差」レビュー. 日本公衆衛生協会, 2012 近刊