

## 健康格差対策の進め方：社会疫学から健康教育学への提案

こんどうなおき  
近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野）

### 【はじめに】

地域の病院で研修医をしていたころ、退院して数か月するとまた体調を崩して入院することを繰り返す糖尿病や心不全などの慢性疾患患者を経験した。音信不通となり、地元新聞のお悔やみ欄でその名前を発見して落胆する経験もした。そういった患者の多くが、孤独や貧困といった社会的な困難を抱えていた。社会疫学をけん引してきた元世界医師会長マイケル・マーモット氏は「せっかく病気を治療した患者を、なぜその病気を生んだ環境に戻すのか」と言った。まさに、研修医の私が抱えたジレンマがこれであった。そのような患者を前に、病院で患者を待つ研修医は全く無力であった。

今、健康格差への関心が世界的に高まっている。健康格差とは、個人の持つ社会的な属性により、健康状態に差が存在することである。社会的な属性には、居住地・国・人種・ジェンダー・所得・学歴・職業・雇用形態などが含まれる。2008年、世界保健機関の「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」が健康格差対策の指針を提示し、その後の世界的な動きのきっかけとなった。日本でも、健康日本21第2次の目標に「健康格差の縮小」が追加された。

一方、研修医の私が悩んだように、医療や地域保健の現場からは、「重要性はわかるが具体的にどう取り組めばいいかわからない」との声が聞かれる。本報告では、研修医時代のジレンマを胸に進めてきた社会疫学研究の成果を踏まえ、そういった現場の声にこたえられるような話をしたい。

### 【健康格差対策：3つの推奨事項】

先の世界保健機関の報告書は3つの推奨事項を挙げている。まず、「生活環境を改善すること」である。近年の健康づくりの活動はハイリスク・アプローチが中心であった。検診や個別指導による二次予防である。加えて、メタボリック症候群の認知向上など「知識の普及啓発」によるポピュレーション・アプローチであった。これらは健康格差の是正にはあまり効果的でない。社会的に不利な立場におり健康リスクを抱えやすい人は、健康的な生活習慣への関心と意欲を維持することが困難だからである。目指すべきは、孤立や貧困を生み出す社会環境上の課題を克服し、そこにいるだけで自然と健康になれるような「環境改善型のポピュレーション・アプローチ」である。その恩恵はすべての人々に普遍的（universal）であるべきであるが、社会的に不利な度合いに応じて傾斜的（proportional）であることも重視される。

次に、不公正な資源分配を是正するための「幅広い連携とガバナンス体制の構築」である。貧困や孤立・教育・雇用などの課題は、保健関係者が直接対応できない。そのため、それぞれの役割を担う組織同士が有機的に連携することが求められる。これは「地域包括ケア」の概念にも沿う。

最後に、「健康格差の見える化と施策の健康影響評価」である。健康格差はあらゆる健康課題において様々な程度で存在する。そのため、優先順位をつけて取り組むこと、つまり選択と集中が必要である。また、課題を客観的に明示することで、多様

な組織で向かうべきゴールと対策の達成度を共有し、ガバナンス力が高まる。

#### 【思わず健康になる行動戦略】

世界保健機関の報告書で十分触れられていないのが、行動戦略である。健康的な生活を開始・維持してもらうとは、行動が変わることである。また、社会環境のデザインをするということは、社会の様々な組織の行動が変わることである。これをどう達成するか。もちろん、社会保障の充実により、貧困や孤立など、社会的なリスクそのものを減らすことは極めて重要である。しかし、所得が改善しても、喫煙やギャンブルなど、健康に貢献しない活動を続けては、効果は期待できない。できるだけ無理なく健康的な選択をしたり、健康に無関心でも、思わず健康的な行動をとってしまうような行動戦略も有効であろう。例えば社会心理学者カーネマンのプロスペクト理論や、その応用である行動経済学者セイラーらのナッジ理論が応用できる。多様な社会背景を持つ人々を類別化（セグメンテーション）し、それぞれの興味関心を理解してアプローチするマーケティングの工夫も求められる。

足立区と区内飲食店との共同で行った「野菜増量メニュー購入でもれなく50円キャッシュバック」キャンペーンでは、普段外食に最もお金をかけない群で、キャンペーン中の同メニュー注文率が最も改善した。50円というごく少額のインセンティブでも、栄養摂取の格差是正に向けた行動変容のきっかけを与えられる可能性が示された。

見える化と組織連携の有効性を示唆す

る研究もある。全国32の自治体と共同で進めている高齢者10万人の追跡研究：日本老年学的評価研究（JAGES）では、参加自治体に対して、自治体間やの各自治体内の地域間格差を見える化した「地域診断」のデータを提供している。半数の自治体に対して、地域診断データの活用と多部署連携による、まちづくり（地域エンパワメント）支援を行った。その結果、支援をしなかった自治体に比べて、支援自治体の保健師において組織連携の多様性が高まり、さらに男性住民の地域活動への参加と生存期間が改善した（ただし住民での改善効果に所得間の差は見られなかった）。

医療現場で「せつかく直した患者をもとの環境に戻さない」ための取り組みも芽生え始めている。「社会的処方」は、外来や入院の場で患者の社会的リスクを“診断”し、地域の行政機関や民間活動との信頼ある連携により、それを“治療”するという考え方である。英国では社会的処方により不要不急の受診が減る可能性を示した研究結果が示されている。

#### 【結論】

健康格差対策には、頑張ることが難しい人に寄り添い、行動をそっと後押しするための、幅広い連携によるまちづくりが求められる。

略歴 東京大学准教授・医師・博士（医学）。2000年山梨医科大学医学部医学科卒業。卒業後医師臨床研修後、山梨医科大学助教・同講師・ハーバード大学フェローなどを経て現職。近著：「健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点」（医学書院）、「社会疫学<上・下>（監訳）大修館。（E-mail ; nkondo@m.u-tokyo.ac.jp）