

## 健康格差縮小と健康教育・ヘルスプロモーション

○近藤克則（千葉大学 予防医学センター 社会予防医学研究部門/  
国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長）

### 【はじめに】

「健康寿命の延伸」を目標とした「健康日本21（第1次）」（2000－2010）では生活習慣が重視された。2000年代になって日本国内にも無視できない健康格差があることや健康の社会的決定要因の重要性が報告され、健康行動の変容が容易でないことが共有された。それらを受けた「健康日本21（第2次）」（2013－2023）では、その基本的方向として「健康寿命の延伸」に「健康格差の縮小」が加えられた。健康格差の縮小をめざすとき、健康教育には見直しが必要になる。その内容・対象について考えたい。

### 【健康教育の見直しの必要性】

システマティックレビューによると、カウンセリングや健康教育は、高血圧や糖尿病の診断を受けている集団（二次予防）には効果が見られるが、一般集団（一次予防）には短期効果はあっても長期の死亡率抑制の有意な効果はない。しかも、健康教室には、社会経済階層（SES）が高いものほど参加していることから、効果がある場合には健康格差を広げる恐れがある。

### 【見直しの方向：内容と対象】

いっそう効果が大きな二次予防の教育・行動変容の手法開発と共に、「暮らしているだけで健康になる環境づくり」というゼロ次予防志向のヘルスプロモーションに向けた健康教育の見直しが必要と思わ

れる。

まず内容においては、本人の自覚・努力による行動変容のみならず、環境の選択や質の向上の重要性を加えることである。具体的には、公共的空間の禁煙などの法規制や建造環境（built environment）、ソーシャル・キャピタルなどの職域・地域環境、ライフコースなどの生育環境、情報環境など非ヘルスセクターが形成している環境要因による健康影響が明らかにされてきている。

健康教育の対象も見直しが必要になる。新たに対象にすべきは、健康的な環境をつくり出す非ヘルスセクターの専門職や政策担当者、そしてメディアを含む事業者などである。一般集団における健康教育の効果が乏しかった背景にある健康知識の普及・飽和は、その成功事例と見ることもできる。またヘルスセクターの専門職・政策担当者も、健康に良い環境づくりの実践とそれを保障する制度・政策形成のための多部門連携の重要性、そのために有効な「見える化」等の方法についても研究開発・教育・学習する必要がある。

文献：近藤克則：健康格差社会への処方箋。医学書院，2017

略歴

1983年千葉大学医学部卒業，2014年から千葉大学 予防医学センター 教授，2016年から国立長寿医療研究センター 部長併任

(E-mail ; team-kk\_cpms@chiba-u.jp)