

健康格差社会への処方箋



近藤 克則（こんどう かつのり）

千葉大学予防医学センター社会予防医学分野教授
国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター
老年学評価研究部長（併任）
日本福祉大学健康社会研究センター長／客員教授
日本老年学的評価研究（JAGES）代表

■略歴

1983年 千葉大学医学部卒業
東京大学医学部付属病院リハビリテーション部医員、
船橋二和病院リハビリテーション科科長などを経て、
1997年 日本福祉大学助教授
2000-2001年University of Kent at Canterbury（イギリス）客員研究員、日本福祉大学教授を経て、
2014年4月から現職

■専門

社会疫学 / 医療と介護の政策科学 / 医療・福祉マネジメント

■主な著書

「健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか」
（医学書院、2005年）
「検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査」編著（医学書院、2007年）
「「健康格差社会」を生き抜く」（朝日新書）
（朝日新聞出版、2010年）
「ケアと健康：社会・地域・病い（講座ケア 新たな人間社会像に向けて）」（ミネルヴァ書房、2016年）
「健康格差社会への処方箋」（医学書院、2017年）
「医療・福祉マネジメント 福祉社会開発に向けて」（ミネルヴァ書房、2017年（第3版））

【要旨】

- 日本国内に他のまちと比較して健康なまちがあり、特に都市には暮らす人達の健康を守る要因がある。
- 社会経済的な背景要因によって、従来思われている以上に健康状態に格差がある。
- 健康格差縮小に取り組むうえで社会環境の質の向上により、そこに暮らす人達の行動を変えて健康づくりをする考え方が出された。
- 社会環境の質の向上の一つとして社会参加が重要であり、地域差を生む要因に歩行時間や社会参加の割合がある。
- スポーツ組織に参加して運動することには、運動生理学的な効果以外に心理的な効果と社会的な効果のある可能性が高い。
- 地域環境・社会環境の整備・改善により、そこに暮らしているだけで健康を保つ社会をつくるゼロ次予防の方向性が提示された。
- 介護予防においては、都市では民間企業・事業者の持つ資源が多く、これを活用したプロボノ型や本社機能型のボランティア活動が有効である。
- コレクティブ・インパクトで組織がお互いの強みを出し合うことにより、超高齢社会を健康長寿社会にすることを目指す。

本稿は、2017年11月21日に実施された講演「健康格差社会への処方箋」に基づき、当研究所が編集を行なった。

はじめに

健康格差など自分に関係ないと思われている人が多くいると思う。自身の健康のためだけでなく、ご両親や自分自身の定年退職後の地域デビューなど、多くのヒントとなる情報を提供したい。

講演にあたり大きく4本の柱を準備した。まず「健康格差」について説明した後、それを減少させるためにもあるいは健康を保つためにも、社会参加が従来思われている以上に大事であることが見えてきたという話をする。そして、民間企業だからこそできることが実はあるのではないかと気付いたのでそれを紹介する。最後に総合的な処方箋としての対策を説明する。

I 健康格差とは何か

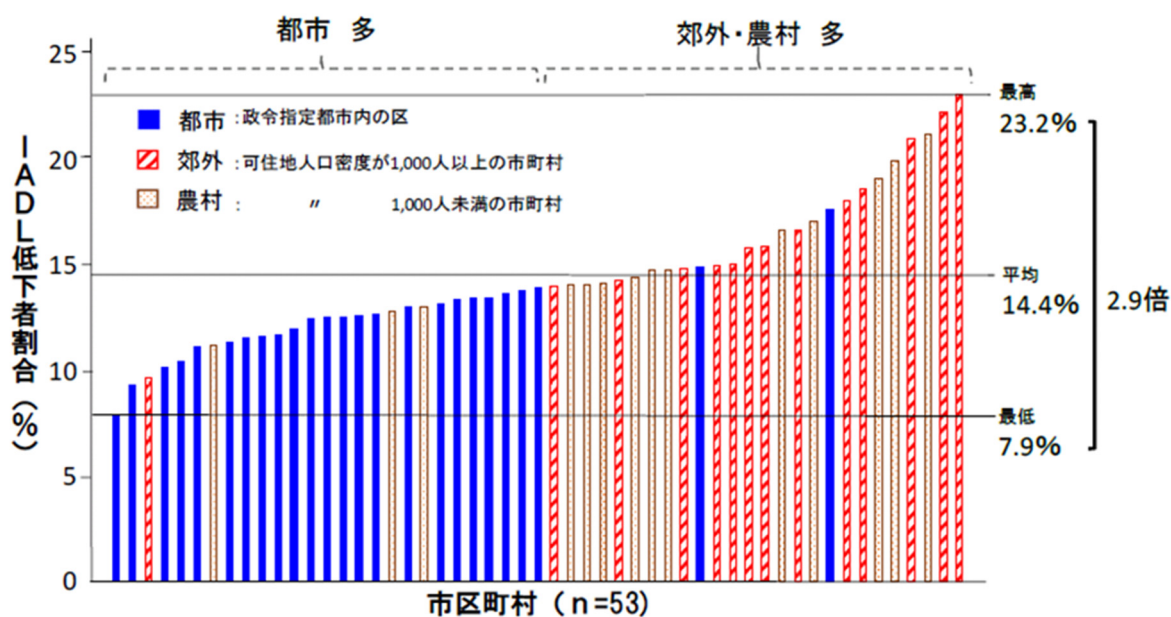
1. 健康格差の実態

「日本老年学的評価研究」(JAGES)という研究プロジェクトで集積したデータがある。これは2010年に31市町村、約11万人からスタートし、2013年は30市町村14万人弱、そして2016年は39市町村、2017年度に41市町村に増え、約20万人に回答を得た大規模なデータを使って見えてきた結果である。北は北海道から南は九州まで全国から市町村が参加しているため、特定の地域での現象とは考えにくい。今までは、大規模調査研究といっても多くは1万人位だったため、健康な高齢者とはどのような人か、個人の特徴を描くことしかできなかったが、10万～20万人規模のデータを分析したところ、健康なまちがあることがわかった。

図表1では縦棒1本が1市区町村を表しているが、縦の長さは「電車・バスを使って外出できるか」「買い物ができるか」「食事の準備ができるか」「金銭管理ができるか」など5項目について尋ね、一つでもできないと回答した人の割合を表現している。左端の背の低い縦棒は、100人中8人ができない、92人はできると回答した健康なまちである。ところが右端は、23人ができないと回答しており、この差を取ると実に3倍になっている。これは、高齢化の影響を差し引くために前期高齢者に限定して再作成したグラフである。つまり、65歳から74歳の年齢に限定し同じ条件にして53市区町村を比較しても、これだけ差がある。そしてIADL(手段的日常生活活動)ができないと回答した人を数年間追跡すると、認知症または寝たきりになりやすいことがわかった。言い換えると、日本国内に他のまちと比較して3倍認知症になりやすいまちがあるということである。どのよう

なまचा分析すると、見えてきたのは左側に政令指定都市内の区である都市が多いことである。政令指定都市ほどではないが人口密度がやや高い郊外、人口密度がまばらな農村は右側に多い。どうやら都市には、そこに暮らしている人達の健康を守る秘密があるらしいことが見えてきた。

図表1 市区町村別にみた IADL 低下者割合（前期高齢者）

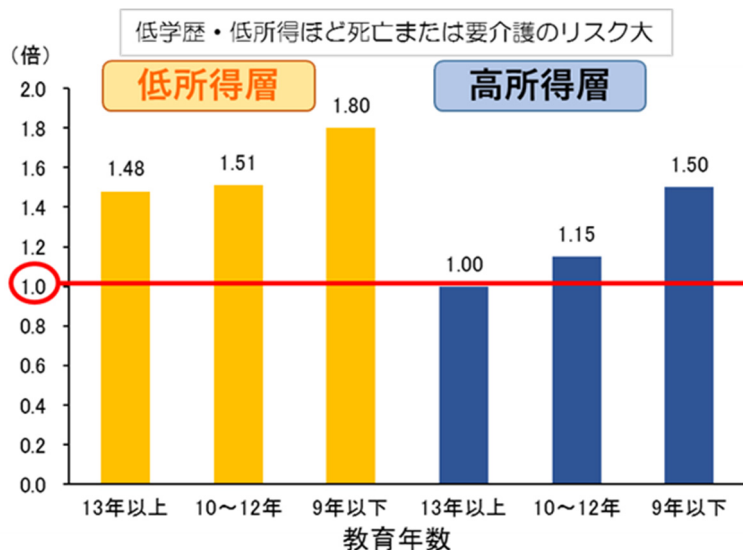


出所：JAGES2010-11（加藤清人ほか、2015 から作成）

現在、その要因を解明する研究をしている。その中から一つ紹介すると、政令指定都市に暮らす人の方が1日の歩行時間が長い。例えば、東京の大手町などで乗り換えると5分以上歩く必要がある。都市部では渋滞に巻き込まれないようにと、公共交通機関を使う人が多いが、言い換えれば歩かされるまちなのである。それが実は健康を守るために寄与しているらしいことが見えてきた。

社会経済的な環境要因によっても従来思われている以上に健康状態に格差があることがわかってきた。図表2は2016年のNHKスペシャルでこの健康格差問題が取り上げられた時に使用されたものである。左側の縦棒が低所得者、右側の縦棒が高所得者で、棒の高さが死亡・要介護認定者になる確率を示している。高所得者と比較し、低所得者の棒はいずれも背が高い。低所得者の方が健康寿命を損ないやすいという結果が歴然と出た。では、所得だけで決まるかというところ、その中をさらに受けた教育年数で3群に分けると、これもまた同じ所得層の中でも明確に異なることがわかった。高所得・高学歴者と比較すると、低所得・低学歴者では1.8倍健康を損ないやすい。このような健康格差が日本の中にもあることが見えてきた。かつて「格差の無い社会は無い」と言った首相もいたが、やむを得ないとみるか、放置すべきでないか考えるかどうかである。

図表 2 高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率



出所：AGES 縦断研究（近藤克則 2012 年）より

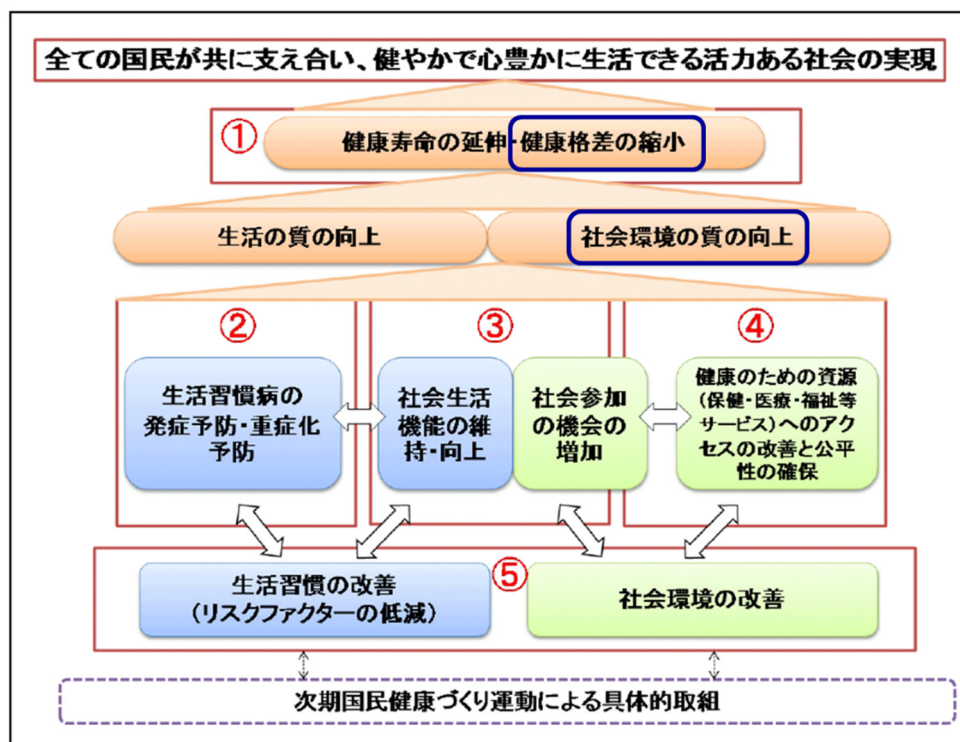
2. 社会環境の質の向上

WHO（世界保健機関）の「健康の社会的決定要因」委員会によるレポート（2008）で、WHO は格差を放置すべきではないという立場に立ち、三つの勧告をした。一つ目が、今までは生活習慣に着目し、例えば「歩いた方が健康に良いから歩きましょう」などと健康教育に力を入れてきた。しかし知識として知っていてもそれを行動に移し継続することはなかなか難しい。生活習慣よりも生活環境の方が大事ではないか。なぜなら、生活環境により行動が規定されているから。視野を原因の原因にまで広げようということである。二つ目は、健康格差だけを無くそうと思っても無理で、背景にある社会経済的な格差にも目を向けるべきだという勧告である。具体的に言えば、社会保障の機能を強化することがこれにあたる。三つ目が、これほど格差があることが知られていなかったため、しっかり測定し様々な取組みをすることで、そのインパクト・効果を評価して、効果があるものを世界中に広める取組みをするべきだという勧告である。これが翌 2009 年の WHO 総会で決議があがった。世界中の加盟諸国および専門職は、健康格差の縮小のために取り組むべきだという決議である。

それが日本に届くまで 3 年ほどかかった。日本の健康政策に「健康日本 21」があるが、この見直しの時期であった。2000 年から 2010 年までが第一次 10 ヶ年計画で、この図表 3 の 3・4 段目の「生活習慣病の発症予防・重症化予防」「社会生活機能の維持・向上」「生活習慣の改善（リスクファクターの低減）」を一生懸命推進した。生活習慣に問題があるため、生活習慣を良くするための教育やキャンペーン、特定健診・保健指導などの取組みである。ところが、これらによって 10 年間に歩行距離が伸びるどころか、むしろ減

ってしまった。これにより生活習慣だけに着目して、教育したりキャンペーンをしたりしても、それだけでは改善しないことに厚生労働省も気付いた。そこで他国はどう対応しているかと情報収集すると、WHO で総会決議まであげられていた。日本国内にも健康格差があることもわかった。様々なキャンペーンに取り組むと、健康意識の高い人達ほど反応し、むしろ格差は広がる。国民の平均値を上げるためには底上げが大事である。その結果、健康日本 21（第二次）の上位目標に「健康格差の縮小」を目指すことが取り入れられた。いかに取り組むかということについて「社会環境の質の向上」が明示された。これは先ほどの WHO の三つの勧告の 1 番目にあたるもので、環境の質を向上させることでそこに暮らす人達の行動を変えて健康づくりをして、健康格差の縮小を目指していく考え方が出された。図表 3 の 3 段目に「社会参加の機会の増加」が例示されたが、参考資料には私達の研究が根拠の一つとして紹介されている。

図表 3 健康日本 21（第二次）の概念図



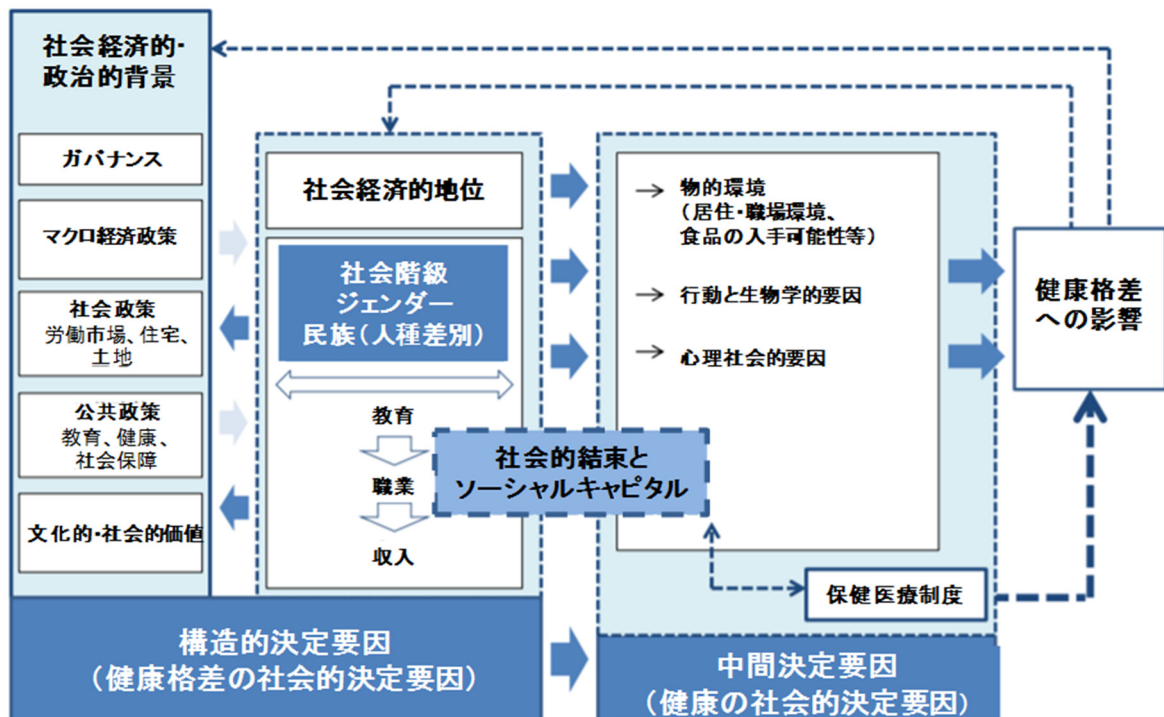
出所：厚生労働省「健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料」（2012 年）より

II 社会参加の重要性

1. 健康格差の発生要因

WHO は健康格差が生まれているプロセスに、どのような要因が絡み合っているのかを概念図としてまとめた。この図表 4 右端にある「健康格差への影響」の手前には物的環境・行動と生物学的要因・心理社会的要因がある。今まで生活習慣が大事と言ってきたが、これらは中間的な決定要因に過ぎないことがわかる。より根本的な原因は、構造的決定要因である。これは先ほどの社会経済的な地位、教育や職業や収入、その左端にはそれらを決定づけている様々な政策がある。マクロ経済政策や社会政策、公共政策あるいは文化といったものが人々の社会経済的な地位を規定し、それらが行動や住むところを決め、その結果、健康格差が生まれているという概念図である。これらすべてにおいて対策を進めることを呼びかけた。

図表 4 健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み

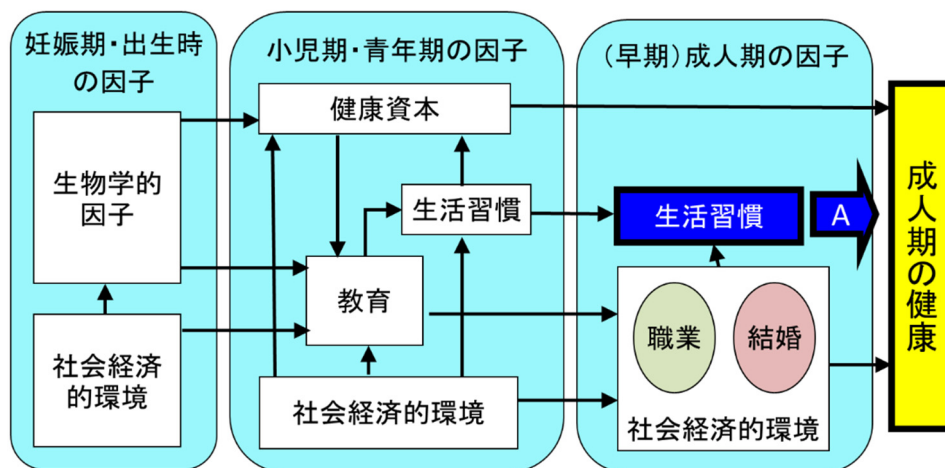


出所：WHO (2010) ,A conceptual framework for action on the social determinants of health

(次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 仮訳)

この概念図で表現しきれっていないものに時間軸がある。図表5の右端にある成人期の健康は、今までは生活習慣が決定するものとみなされていたが、実は職業や所得あるいは結婚している・していないで随分異なる。結婚している人としていない人を比較すると骨折する率が4割も違うという報告もある。結婚していない人では4割骨折が多いというから驚きである。そして結婚している人の方が長生きである。これは、成人期における健康の決定要因として生活習慣以外の社会経済的要因にも視野を広げた考え方である。それに対し時間軸に沿って、出生時にまで遡る考え方も大事だという話である。成人期に太っている人を調査すると小学校の時も太っていた、あるいは早食いだっただ人が多いことが見えてきた。さらに遡ると母親のお腹の中にいる時の影響が、実は成人期にまで及んでいることがわかってきた。

図表5 妊娠期から成人期のライフコースの影響経路



出所：著者作成（2007年に一部補足）

イギリスで実施された研究を紹介したい。64年前の出生時体重が4.3kg（イギリスの標準体重）以上であった人が、64歳時点で糖尿病になるリスクを1とすると、3.0kg未満で約5倍、2.5kg未満で約6.8倍と出生時体重が小さいほど64歳までに糖尿病になるリスクが高い関係がある。

これは動物実験においても確かめられている。母ネズミを飢餓状態にさらすと、母ネズミのお腹の中にいる胎児ネズミのインシュリン感受性が変わる。出生後に同じ餌を二群の子ネズミに食べさせても、妊娠中に栄養状態の良かった母ネズミから生まれた子ネズミと比較すると、飢餓状態にさらされた母ネズミから生まれた子ネズミの方が太ってしまう。母体内で飢餓状態にさらされることで、インシュリン感受性という生物学的なプログラムまで書き換えられてしまうことがわかってきた。このような出生時から小児期、成人期に至る「ライフコース」の影響を健康は受けており、生まれ落ちてからの多様な環境

要因の影響の蓄積も大事である。

「ライフコース」のことを考えると、子どもの貧困の重要性がわかる。子どもの頃の条件を良くしないと、成人してから食習慣に気をつけても、64歳になるまでに糖尿病になる確率が高くなってしまふ。ある意味で手遅れである。子どもの頃の環境を良くしないと間に合わない、幼児教育への投資は十分に回収できるという科学的根拠に基づき、子ども対策を強化することを他国は始めた。日本は、そのような研究の手間を省き、他国が行なっているから取り入れたように私には見える。

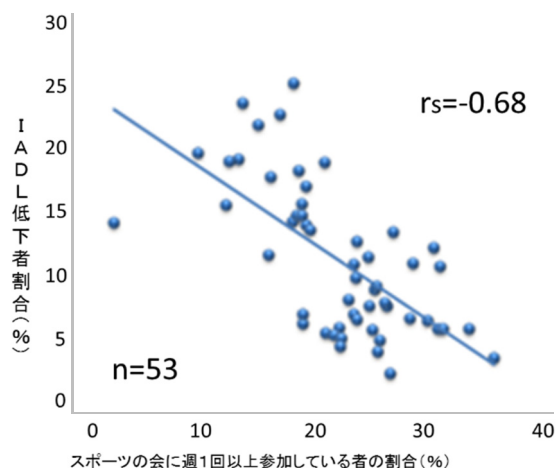
2. 社会参加による効果

どのような環境が大事かという、その一つが社会参加である。どのような要因が先述した図表1に示したような大きな地域差を生むかを分析している。一つには歩行時間の違いがあることを紹介した。もう一つは社会参加の割合である。社会参加が活発な地域とそうでない地域があることがわかってきた。図表6の縦軸は先ほどの53市区町村間で3倍も差があるといったIADL低下者の割合である。女性だけを取り出したため先ほどの数値の分布と少し異なっている。横軸はスポーツの会に週1回以上参加していると答えた人の割合である。例えばラジオ体操・ゲートボール・グラウンドゴルフなど地域に多くの会があり、そこに週1回以上参加している人が4割いるまちがあり、そのようなまちはIADL低下者が少ない。それに対し定期的に行なっている人が1割しかいない、参加率が高いところに比べ4分の1しか社会参加していないまちも実在する。そして、そのようなまちではIADL低下者が多い。

このような関係がはっきり出て驚いた。これは偶然なのか、意味のある事実なのか確かめる研究をいくつか重ねた。その成果が社会保障審議会でも使用され、国の介護予防政策の考え方が変更された。

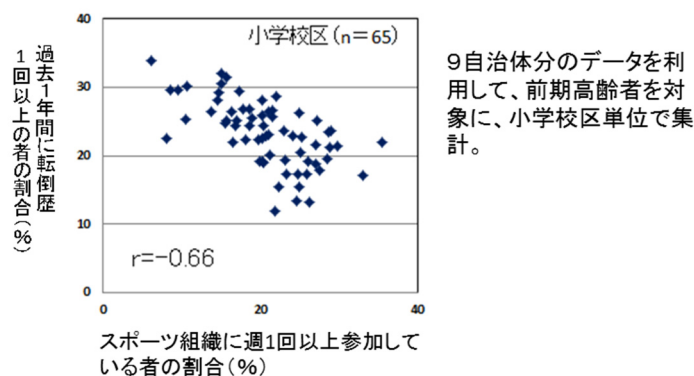
図表7の縦軸は1年間に転倒した人の割合である。今まではおよそ年間に2割位の

図表6 スポーツの会参加と IADL 低下



出所：JAGES2010-11（加藤清人ほか、2015などから作成）

図表7 スポーツの会参加と転倒歴

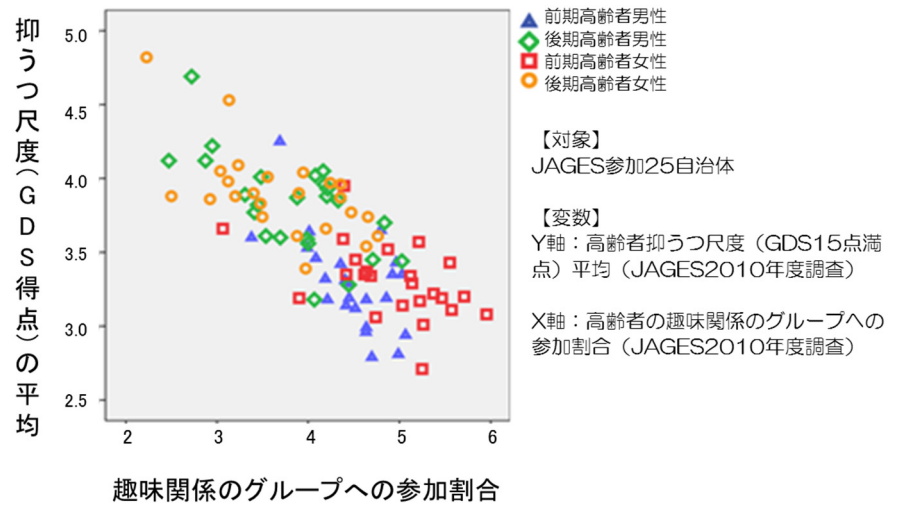


出所：厚生労働省「第47回社会保障審議会介護保険部会資料」（2013年）より

人が転倒しているということがわかっていて、ところがそれを小学校区毎に集計したデータは無かった。集計すると一番下の点が11%位、一番上の点は34%であった。低いところと比較して3倍も転倒しやすい（転倒する人の割合が高い）まちがあるのである。どのようなまちか調査すると、横軸がスポーツの会に週1回以上参加している人の割合で、参加者が多いまちでは転倒する人が少ないが、参加者が少ないまちでは転倒する人が多く、3倍も転倒率が違うから驚いた。

うつについては図表8に示した。うつの点数を見ても、うつの割合で見ても同様の表になる。点一つが1市町村で、そのまちの数千人の高齢者にうつの点数を付け、その平均点をプロットした。男性と女性、前期高齢者と後期高齢者で異なるため4種で表示したが、どのプロットを見てもみな右肩下がりである。横軸は趣味の会に参加している人の割合で、週1回以上参加している人が多いまちはメンタルヘルスが良く、参加している人が少ないまちはメンタルヘルスが悪いことがわかった。

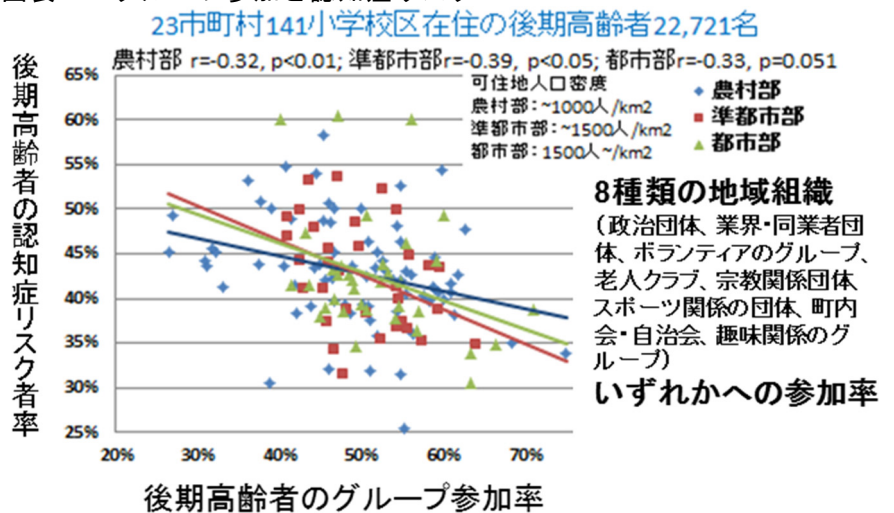
図表8 趣味の会参加とメンタルヘルス



出所：厚生労働省「第47回社会保障審議会介護保険部会資料」（2013年）より

図表9の縦軸は認知症リスクであるが、これも一番少ないところは後期高齢者の25%、多いところは60%がリスクありと判定される。やはり2倍以上認知症になりやすいまちは実在する。横軸が趣味の会・スポーツの会・ボランティアの会など地域における8種類の会いずれかに参加している人の割合で、7割に迫るようなまちは認知症リスクが低い。そのような会に参加している人が3

図表9 グループ参加と認知症リスク



出所：厚生労働省「第47回社会保障審議会介護保険部会資料」（2013年）より

割あたりのまちで認知症リスクが高い。それは都市であろうが田舎であろうが人口密度で3区分しても、いずれにおいてもそのような関係が見られた。

このデータを国へ提供したところ、厚生労働省はこれまでの一人ひとりに着目する介護予防政策からすぐに政策を変更すると言った。図表7の転倒の例では、右にある小学校区ほどプロットは下にある。これはスポーツの会に参加している人が多いまちで転倒する人が少ないことを示している。これは事実であるが、参加しているから転倒しなくなるのか、転倒していないから参加できるのか、どちらが先かこれではわからない

この逆の因果関係を取り除く方法の一つは、転倒した人を分析対象から除外して、転倒せず参加しようと思えば参加できた人だけを対象に数年間待ち、どのグループから転倒した人が出るか縦断追跡研究を行なうものであった。

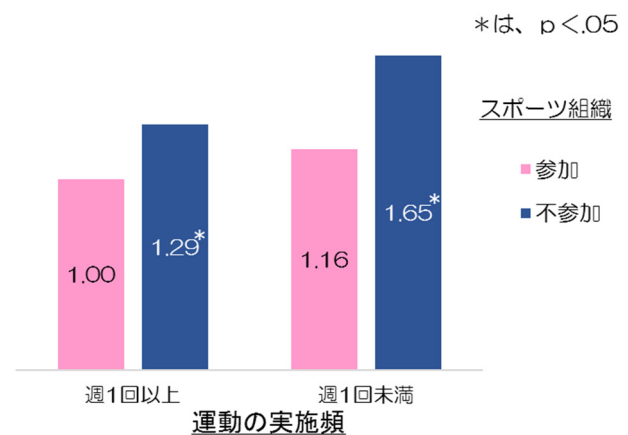
転倒ではなく要介護認定で調査したものであるが、要介護認定を受けず参加しようと思えば参加できた段階で「地域における8種類の会に参加していたか」を訊き、一つも参加していないで要介護認定を受ける確率を1.00とした場合、3種類参加（例えばボランティア、スポーツの会、趣味の会に参加）している人は0.57であり、要介護認定を受ける確率を43%減少させることが確認できた。これは逆の因果だけではなく、社会参加することが時間的に先行して、そのような人達ほど要介護認定を受けないことが確認できた。

これを発表すると、「私はまだ仕事をもち忙しいから3種類は行けない。1種類が時間的に限界である。一番効果のある種類に行きたいので、どれが一番いいか教えてほしい」

と言われ、調査した結果、8種類の中ではスポーツの会が最も健康を守る効果が大きかった。これは昔から言われてきたことであり、納得のできる結果であった。ところがそれを発表すると「それはスポーツの会がいいのか、スポーツそのものがいいのか」と質問された。

そこで比較したものが図表10である。図表10の左側が週1回以上参加している人、右側がたまに参加している人、棒の高さが要介護認定を受けるリスクの高さである。週1回以上参加している人は要介護認定を受けにくい。これは昔、運動生理学的に運動がいいと言われたことの確認である。私達が着目したの

図表10 運動の実施頻度スポーツ組織参加による要介護状態の発生リスク（4年間追跡）



（年齢、性別、所得、学歴、婚姻状態、仕事の有無、健康状態、抑うつ、喫煙、飲酒を考慮済み）

出所：Kanamori S, et al. (2012). PLoS ONE 7(11): e51061. doi:10.1371/journal.pone.0051061 から作成

は、運動を週1回以上行なっている人の中で、スポーツの会に参加している人を1.00とした場合、不参加の人が1.29という差である。つまり一人で行なっている人は毎週一生懸命健康のためと頑張っているが、残念ながら要介護認定を受ける確率は3割も多いという結果が出た。これは、運動生理学的な効果以外にも何かがあるということである。それは何であるかということを探索した。その中で有力なものが二つ見えてきた。

一つ目が心理的な効果である。笑うことは健康に良さそうであることが徐々に裏付けられてきた。高齢者2万人に「どれ位の頻度で笑っているか」と質問した。一番多いのは「ほぼ毎日」笑っているという高齢者である。ところが世の中には笑うことが「ほとんどない」という高齢者がいる。そこで笑いの頻度によって健康度が違うか調査した。「あなたの健康感はどうか」と質問し「良くない」「あまり良くない」と回答した人の割合を比較すると、笑わない人は「ほぼ毎日」笑う人の約1.5倍あった。これは主観的回答であるが、これを先ほどと同様追跡調査を行なうと「良くない」と回答する人ほどよく亡くなる。このように死亡率を予測する力があることがわかっている。そのことを組み合わせてこの「笑いの頻度」から笑うことが「ほとんどない」人ほどよく亡くなることがわかる。

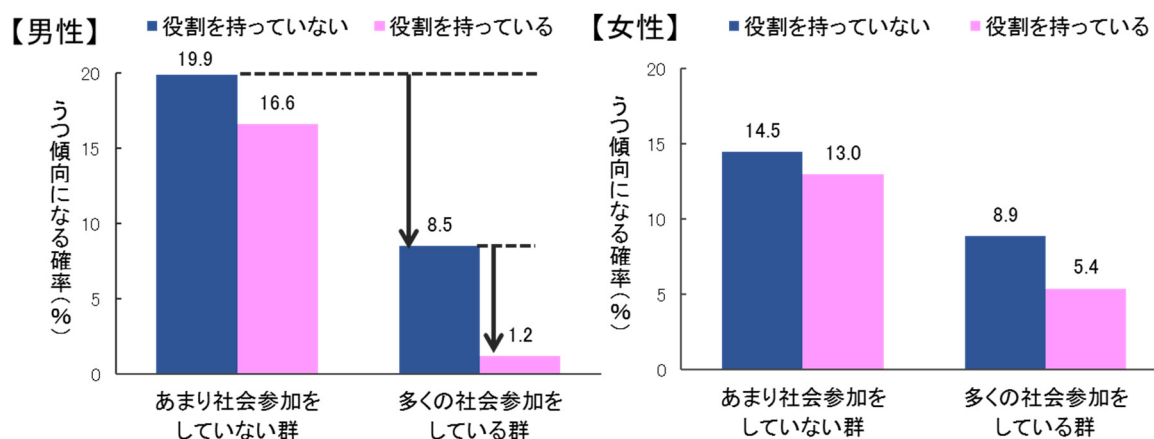
ウォーキングサークルに例えると図表10の1.29に該当する人は毎週歩いているが、おそらく一人で黙々と歩いている。しかしこの1.00に該当する人達はグループで歩いているため、誰かが冗談を言って笑いが起きるといふ、そのような心理的な効果がグループにはあると思われる。

二つ目が社会的な効果である。図表11の左側が男性、右側が女性で、それぞれの左があまり社会参加をしていない人、右が多くの社会参加をしている人、縦軸は3年前にはうつが無かった人に限定し、3年後に追跡調査して新しくうつ状態になった確率を棒の高さで表している。男女とも左の棒が高いため、あまり社会参加をしない人がうつになりやすいことがわかった。ここで私達が着目したのは役割を持って参加している人と何も無い一般会員の人の違いである。社会参加すると、世話人や会長や会計係など何かしらの役割を持つことになる。どこを見ても役割を持って参加している人の方がうつになりにくい。特に差が大きいのは男性で、うつになる確率が7分の1である。定年退職後、地域で役割を持つまたは持てるような社会環境を作っていかなければならない、引きこもりになる人を減らさなければならぬ、ということである。

図表 11 社会参加・役割有無とうつ発症リスク

役割を担って社会参加している男性でうつ発症のリスクは7分の1

AGES 2003年調査時点でうつ傾向が無く、2006年調査にも回答した65歳以上の2,728人



* 趣味、スポーツ、町内会、ボランティア、老人クラブ、業界、宗教、政治のグループへの参加をたずね、主成分分析で社会参加得点を算出

出所：Takagi, D., Kondo, K., & Kawachi, I. (2013). BMC Public Health, 13: 701, doi: 10.1186/1471-2458-13-701. から作成

役割とはグループに参加して初めて生まれるものである。同じスポーツでも一人で黙々と笑わずに行なうよりは、グループに所属して笑いながら、何かしら役割を持ちながら行なう方が健康効果は大きそうであることが見えてきた。しかし社会参加したいといっても、身近に例えばウォーキングサークルが無いところでは一人で歩くしかない。ウォーキングサークルが周りに多くあれば「一緒にいいですか」と合流し仲間に入れる。社会参加する人が多いまちは運動好きの個人が多いまちととらえることもできるが、実はそのようなグループが多い環境ととらえることもできる。

これからは個人に働きかけるのではなく、周りにグループを多く作るような地域づくりによる介護予防政策がいいのではないかと提案し、やがてそれが政策になった。そのようなところに行くと人々とつながり、グループに所属することで自分の居場所ができる。逆にそのようなところにつながらない人は孤立してしまう。定年退職後にこうならないための準備として、まだ仕事をしているうちから地域デビューに努力し、それを支援する環境も重要である。

地域の様々な会に参加する人達 3,000 人に「通いの場に参加するようになってからどのような変化があったか」と訊いた。「健康について意識するようになった」が 84%、「人との交流は増えた」が 81%という結果は当然であるが、私が驚いたのは「しあわせを感じるようになった」が 80%、「気持ちが明るくなった」が 75%、「将来の楽しみが増えた」が 66%いることである。「私は徒党を組むのが嫌いだ」という人がいるかもしれないが、

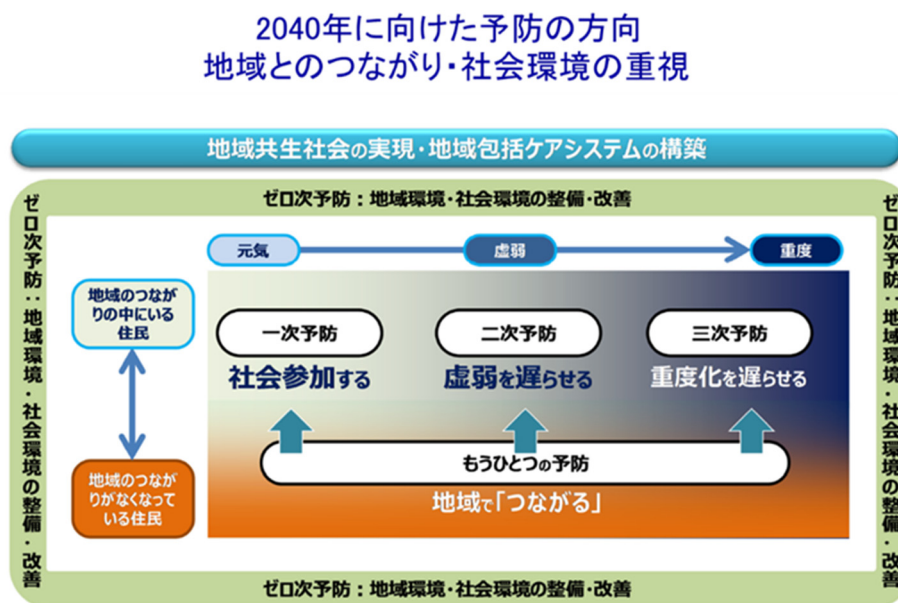
人間はかなり社会的な動物で、通いの場に参加することで結構心理的にポジティブな面を得られていることが見えてきた。

もう一つ驚いたのが、通いの場へ参加した 3,000 人に「心理社会的な変化以外に行動で変わったことはあるか」と訊くと、5 割の人が通いの場へ参加するようになったことがきっかけで運動を始めたと回答したことだ。「運動は行なった方が良い」とわかっている人は多いが、通いの場に参加すると「あなたも来ないか」と誘われて行き始めたりする。あるいは、独りで行なっていると「寒いから今日は止めようか」などと止める理由は幾らでも見つかるが、「約束しちゃったからなあ」と行くとそれなりに楽しく、歩けば体が温まる。運動を続ける要因としてもグループにつながっていることは大事そうだ。

3. 社会参加型介護予防の取組み

2017 年に地域包括ケア研究会から提出された報告書で「予防」が一つのトピックスとして取り上げられた（図表 12）。これまで一次予防・二次予防・三次予防といわれていたが、これは個人に着目したアプローチであった。それに対し図表 12 では外側に「ゼロ次予防：地域環境・社会環境の整備・改善」が配置された。そこに暮らしているだけで本人が特別に努力や我慢をしなくても、知らず知らず健康を保つような社会づくりという戦略があり得ないだろうか、という考え方である。

図表 12 2040 年に向けて地域包括ケアシステムで取り組むべき予防の方向



出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞－2040年に向けた挑戦－」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017年

また、一次予防・二次予防・三次予防の下に「もうひとつの予防」という言葉が加えられた。今まで予防といえば医者・保健師の仕事とみなされてきたが、スポーツのグループを作ることは、ふつう医者の仕事とはみなされない。地域のボランティアや社会福祉協議会など保健・医療の専門職以外がしていることである。今まで予防の専門外と言っていた人達にぜひ一肌脱いでほしい、地域で「つながる」、みんなが参加できるところを周りにたくさん作ってほしい。そのような方向が打ち出された。

研究者から言われたことは、「社会参加が豊かな地域と豊かでない地域があることは認める。社会参加した方がいいことは確かかもしれない。しかし相手は高齢者で頑固な人も多くいる。社会参加した方がいいと言っても「私は参加しない」という人はいる。政策にするのなら、社会参加を働きかけたら人々は動き出し、動き出した人たちの健康が保持されるというところまで証明すべきだ」という極めてもっともなご意見であった。

そこで、十年前から愛知県武豊町で町の介護予防事業として「憩いのサロン」を始めた。対象者は、一人で参加できる人であれば誰でもよく、虚弱なハイリスクと認定された特定高齢者でも良い。環境を変えることを重視して、中央公民館や保健センターで頻回に行なうのではなく、町のあちこちに開設して、誰もが歩いて行ける圏内に拠点を整備した。さらに大学が参画して事業評価を実施することにした。拠点数は、2017年現在14箇所目を準備している。多拠点で事業を行なうとなると町の保健師だけではとても手が足りないため住民ボランティアを募った。徐々に参加者は増加し、今では町の高齢者の約1割が参加している。

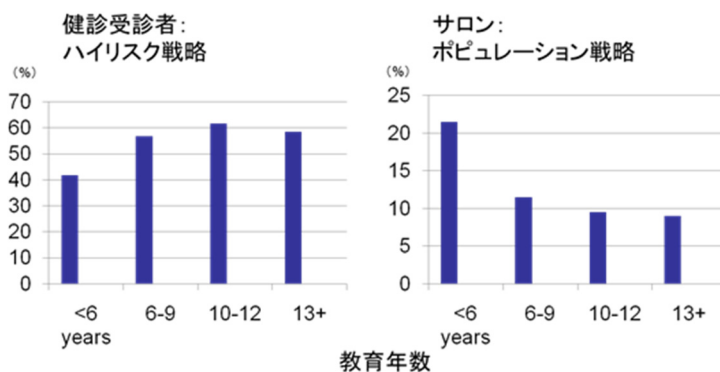
サロンに参加するようになったことで、健康状態が良くなったのか追跡調査した。もともと元気な人が多いため、1年・2年では差が出なかった。待つこと5年、統計学的にも誤差とは考えにくい差がはっきり出た。サロンに参加していない人では5年間で14%の人が要介護認定を受けているのに対し、サロンに参加している人では要介護認定数がおよそ半分に減少した。認知機能低下について分析すると、参加群では3割減少していた。

要介護状態が半分、認知機能低下が3割減る薬があるだろうか。この間認知症の予防・治療薬の治験は失敗している。薬を使わなくても社会参加することで、「しあわせを感じるようになった」など心が動き、社会的な役割ができて生活全体がアクティブになれば頭も使う。頭を使いながらエクササイズするデュアルタスクには認知症予防の効果があるとされている。社会参加の機会が増えれば、間に合うようにと、家事や用事の順番を考え、遅れないようにと早足で歩く。ボランティアとして手順を考えながら、会場の設営などで体も動かす。認知症予防のためのデュアルタスク体操の時間を作らなくても、サロンに通えば、デュアルタスクの身体活動の機会が増えて、認知症予防になるのだと考えている。

逆に定年退職後に行くところがなくなる人が危ない。歩かなくなったら認知症になるリスクは上がる。認知症にならないために地域にサロンなど出かける先を作った方がいいのではないか、というのが私のメッセージである。

これが果たして健康格差対策になるのか、と思った人もいるかもしれない。図表 13 の左側は健診受診者割合である。以前は健診会場でハイリスクな人を見つけ出し、その人達だけを介護予防教室に誘う取組みをしていた。ところが横軸に教育年数や所得を取ると、高学歴・高所得の人ほど健診を受けている。低学歴・低所得の人ほど日々の生活に追われていたり、うつ状態が多かったりする。生きていることに喜びを感じられなければ、将来の健康のために健診など行く意味が無いと思う人もいる。

図表 13 教育年齢別参加者割合



ポピュレーション戦略で健康格差是正可能かも？

出所：JAGES 武豊プロジェクトデータから作成, 2011

これに対して、サロンという通いの場への参加者割合が、図表 13 の右側である。逆に低学歴・低所得の人の方が参加率が高かった。いくつかヒアリングを実施したところ手掛かりが掴めた。高学歴・高所得の人はすでに通いの場を持っている。近場に行かなくても、700 万円のゴルフクラブの会員権を持ち、月 12,000 円のフィットネスクラブに行っている。もう行き先があるのである。今まで通いの場が無かった人達にとって、徒歩圏内に 1 回 100 円で参加できる場ができたから参加するようになった。社会的に不利な立場にある人たちが参加しやすいよう配慮された政策を重ねていけば、長期的には健康格差は縮小し得ると期待できる結果であった。

Ⅲ. 民間企業にできること

1. 通いの場でできること

あるまちのモデル事業から民間企業に協力をお願いしたいことが見えてきた。図表 14 はあるまちで地域診断を行なった結果である。健康指標の悪い割合で 2 割をグラフの一番左側に示しているが、B 地区は A 市内の数十の地域の中でもこの悪い割合の範囲に該当値が多く、例えば 2 段目にある閉じこもり割合では、B 地区は閉じこもりの多いまちだとわかる。「健康日本 21」で国が示した健康格差の縮小には、B 地区のようなまちの健康水準を上げることが必要である。保健師が B 地区の健康水準の向上にチャレンジしたいと言ったので、一緒に作戦を考えた。

閉じこもりの多いB地区には、人が集まれる場所が少ないことがわかった。まず団地の集会所が見つかったが、20～30人しか入れない。この地域には高齢者が1,000人ほどいるため、その一割にあたる100人位は参加できる場所を用意したい。2番目に目を付けたのが接骨院であるが、10人位しか入れない。もっと広い公共施設は無いかと地図で探すと郵便局があった。実際に尋ねたそうだが、「ここは体操するところではない」と断られたそうだ。ホールとあるのを見つけ「このホールは使えないのか」と尋ねると、そこは葬儀用のホールであった。さすがに「葬儀用のホールで、健康体操はできないねえ」という話になったが、保健師は諦めなかった。最近、高齢者の間でエンディングノートづくりなどの「終活」が話題になっている。そこで「葬儀用のホールで終活セミナーをやったらリアルで良いかも」と、老人クラブの役員に聞いてみたそうだ。その答えは「リアル過ぎる」と言われてしまったそうだ。

最後に見つけた場所が、薬局のチェーン店であった。調剤薬局の待合室には椅子がある。人が集まれる駐車場のスペースもある。申し入れてみたら、貸してくれると快諾が得られた。

あるまちで、保健センターの駐車場に集合でウォーキング大会を行なったが、そもそも保健センターがどこにあるかわからないという市民の声があった。集合場所を〇〇薬局の駐車場に変えたら、みんなが場所を知っていて、参加人数が3倍に増えたという話を聞いたことがある。駐車場に集合してからウォーキングをして、10時開店後に戻ってくれば、ゴール地点の店には、ペットボトルが並んでいる。渴いた喉を潤してくれれば、薬局にとっては売上げにつながる。

こんな経験が一つのきっかけになって、特に都市部では、民間企業の持つ資源を大いに使わせてもらうことが有効だと気付いた。民間企業、特に金融機関にできることと言えば、終活セミナーの開催や講師派遣である。高齢者がエンディングノートづくりなどの終活で行なっていることの一つは、ファイナンス面のまとめや見直しである。ファイナンシャルな相談に乗ったり、講師派遣をしたりすることは、すでにやっているだろう。それらに加えて、死に方とは生き方であることを教えたり、自分史を書いたりするセミナーを開催してはどうか。例えば、終末期医療について高齢者に考えてもらうセミナーを行ないたいと言う看護師がいる。人生を振り返る中で、感謝する人もいれば、懺悔したい人も中に

図表 14 地域診断書

健康指標の悪いB地区を重点対象に選定

地域診断書

項目	地域評価	
▼ 前期高齢者		
運動器機能低下割合	0.250	0.022
閉じこもり割合	0.092	0.000
低栄養割合	0.047	0.000
口腔機能低下割合	0.290	0.069
虚弱割合	0.076	0.000
認知機能低下割合	0.429	0.165
うつリスク割合	0.407	0.110

通いの場を開設できる公共施設がないことが判明
⇒どこか人が集まれそうな所はないか？

出所：JAGES HEART2014 より

はいて、お遍路に行こうかと旅行需要が生まれたり、歩く人が増えたりして健康にも良いかもしれない。その中で、社会参加の重要性も伝えれば、その後の社会参加のきっかけにもなるだろうと考えている。講師派遣をしてくれる民間企業・事業者・専門職を集めコーディネートして終活セミナーを開催してくれないだろうか。多彩な内容と工夫次第では、終活セミナーは人気プログラムになるのではないか。

2. SIBの導入・活用

今までは行政と共同研究してきたが、それだけでは限界がある。最初のモデルを開発することは研究として評価され、数十箇所なら研究としてできたが、全国に普及させることまではできない。全国に拡張することが喜びとなるのは、スケールメリットで儲かる産業界である。そこで産業界と組み普及させたいと考えるようになった。

情報を集めている時に、国が「ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）」を試験導入していることを知った。今まで介護保険料で行政がすべて行なってきた介護予防事業を、民間企業が参入することで大きな効果を生み出せば、介護給付費が少なく済む。浮いた金額の一定割合を企業に返還する仕組みがSIBである。

どの程度の金額が期待できるか。計算がしやすいように人口が50万人、高齢者が10万人のまちを想定してみる。厚生労働省は人口1,000人あたり一箇所の通いの場を目指しているから人口50万なら500箇所である。一箇所あたり全国平均で約20人参加しているから、500箇所×20人なら1万人が参加することになる。さらに、通いの場に参加したことをきっかけに5割の人が運動を始めていると答えていたから、5,000人が運動を始めるということは、それほど突飛な仮定ではない。

39市町村でスポーツや趣味の会参加割合と要支援・介護認定率の相関関係をみると、参加者が10%多いまちでは認定率が2～5%位低い。だから5,000人が参加するようになると、1,000～2,500人程度減少すると、粗い試算ができる。今、1年間の介護保険給付費は一人あたり平均約190万円である。その費用が1,000人分浮くと仮定すると、19億円になる。約20億浮かすことに貢献した民間企業には、その2割をSIBなど成果連動型報酬で還元するなら4億円規模になる。新しいビジネスモデルとして、検討する企業が現れないかと期待している。

3. 都市型介護予防における民間企業・事業者の係わり

これから高齢者が増加するのは都市部である。都市の高齢化問題を乗り越えられないと日本社会は大変なことになる。そこで、どこか都市部の自治体で共同研究をするところは無いかと探していたところ、松戸市が名乗り出てくれた。市長と調印式を行ない都市型介護予防モデル「松戸プロジェクト」を立ち上げた。人口50万人、高齢者が10万人いる都市部で果たして何ができるか、今チャレンジしている。

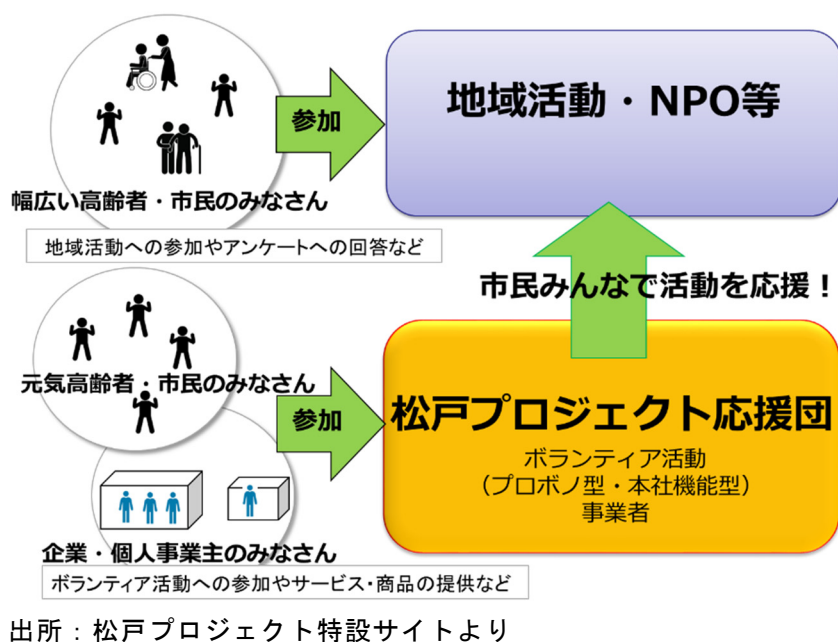
プロジェクトの特徴の一つは、都市ならではの人材や事業者などの資源を活用するこ

とである。都市には、大企業の退職者や専門職など、専門スキルを持った人材がたくさんいる。その人たちの出番を作ることで、ご本人も認知症やうつを予防して幸せになり、地域に参加の場が増えて、周りの人も健康になるまちを作れないか。もう一つの都市部の資源は、民間企業・事業者である。ボランティアに聞くと、集まれるスペースが無いことが結構問題となっている。例えば、店頭スペースや会議室を使っていない時間に、週に2時間でも貸してくれれば、その周りの高齢者にとってはありがたいことである。

ボランティアの型にも、手伝いならしめますという「お手伝い型」、人前で知識や一芸を披露したいという「講師・芸人型」、拠点を作って運営する「拠点づくり型」などいろいろある。人材活用の新しい形の一つにプロボノがある。これは、公共的な目的のためにその人が職業上培ったスキルや専門知識を活かしたボランティア活動である。先ほどのファイナンス面のセミナー講師などとして専門知識を提供してくれたり、元広報マンがイベントの宣伝方法について相談に乗ったりするなどである。松戸市でプロボノ第一期生を募ったところ19人が参加し、その中の一人は82歳の方であった。この人は中堅スーパーの店舗開発を長らく行なっていた。新しい店舗を作る土地を見つけて、建物を建て、オープニングスタッフを育て、立ち上げ初期の多様なトラブルを何度も乗り越えた経験を持っていた。そういった経験・スキルは、通いの場の立ち上げ支援に役立つだろう。その人にコンサルタントになってもらい、アドバイスを受けながら、通いの場づくりを進めたいと思っている。

大企業のマネジメント経験を持つ退職者にも期待している。松戸市に通いの場を増やして500箇所にしたい。どうやって増やすか。エリア別に分析したり、ニーズを分析したりして、戦略を練ることが必要である。500箇所も通いの場ができれば、すべてが常にうまく運営されていくとは思えない。1～2割の通いの場は元気がないなど問題を抱えるだろう。例えば78歳のリーダーが、突然入院したなど危機も発生するだろう。企業なら、本社が地域の拠点を支援したり、一定の確率で予見される危機に備える危機管理をしてつぶれないようにしている。そんなマネジメントを担うのが本社機能（間接支援）型のボランティアである。例えば人事部の経験者には、ボランティアの人への教育なども担当してほしい。大企業出身者は地域デビューする時に、上から目線になりがちで、地域の人から疎まれ失敗する人が多いと言われる。地域デビューをうまくやるには、最初に心構えなどの教育が必要だ。人事部の経験者には、数多く研修を企画運営した経験やファシリテーションが上手な人もいる。そのようなスキルを、ボランティア教育などに発揮して、研修会の企画やコーディネーター・ファシリテーターなどとして貢献してほしい。図表15の下方にある応援団として、プロボノ型・本社機能型のボランティア活動あるいは民間企業・事業者など様々な形でプロジェクトに協力してほしい。

図表 15 松戸プロジェクトの全体像



4. 都市型介護予防プロジェクトの現状と課題

このような取組みを始めていると、これは「コレクティブ・インパクト」という社会的課題の解決の手法だと教えられた。これは、立場の異なる組織・行政・企業・NPO、ここに大学なども入ると思うが、それぞれの組織がお互いの強みを出し合い、社会課題の解決を目指そうというアプローチのことで、これから主流になるだろうと言われている。個別アプローチで解決できる問題はすでに大概解決しており、残っている社会課題は一社だけ、行政だけでは解決できないから課題として残っている。それを乗り越えるためには、手を結ばなければならないということである。

その成功事例として、サマービルという地域での肥満児対策の例が紹介されている。肥満児を減らすために、学校も頑張り、研究者もデータを分析する、行政もウォーキングロードやサイクリングロードを整備し、レストランやスポーツジムも協力した。様々なセクターと一緒に組むことにより、この地域の子どもの平均体重は1 kg減った。1 kgというと小さく聞こえるが、子ども1万人なら10 tである。このような評価をすることが研究者の仕事である。いくつか実施したプログラムで効果が大きいものはどれか、それを評価して最も効果が大きかったものをさらに拡大し、社会課題の解決につなげる。こんな取組みに、企業が持っているノウハウや資源を提供してほしいと思う。

松戸プロジェクトは、2016年11月に協定を結び、2017年2月に説明会を開き、3月30日のお試しワークショップから動き出し半年が経過した。4月から毎月1回で計3回行なったワークショップには、毎回60人位の人が参加した。ボランティアの7～8割が

女性と言われるが、この松戸プロジェクトではプロボノや本社機能の担い手となる男性の参加を呼びかけたからか、参加者の6割が男性であった。男性の中にも地域デビューをしたいと思っている人が潜在的にかなりいて、その受け皿や行き先が今まで無かったのではないか。モデルを作り出せないかと考えている。

ワークショップ参加者の中から通いの場として「元気応援クラブ」（松戸市による呼称、最初の3年間は市が数万円運営費を拠出）が立ち上がり、また、本社機能を担う「パートナー」として企業に勤めていた人・大学教授などが参加してくれた。プロボノ・チャレンジに19人が参加し、1ヵ月体験してもらった。終了後のアンケートでは、今後も参加したい人が7割、長期間係わりたいという人もいた。

また協力企業・事業所も募ったところ、10数社が協力するといって情報交換会に参加している。複数の企業が組み合わせたり、コレクティブ（集会的）な力で提供可能なプログラムはないか検討している。例えば、メーカーが体力測定器を提供し、フィットネスクラブが場所を提供し、県の理学療法士協会がリスク管理・測定をする人を派遣する組み合わせや、薬剤師会による健康サポート薬局の取組みを製薬会社が支援する組み合わせなどである。組み合わせることで、新しいプログラムを作り出せないか、知恵を借りたいと思っている。

一方で、見えてきた課題や、不足している資源もある。地域資源に関するデータベースが意外と無い。また、データベースを構築・管理するには、今の行政あるいはボランティアだけでは力不足である。民間企業による様々な形の協力をお願いしたい。

IV 総合的な処方箋

最後に、健康格差社会に対して、どのような処方箋があり得るのかを考えたい。経済学者の一部には「格差は必要悪」、「成長と公平はトレードオフ」などの意見があった。国際機関が、データを使って、本当かどうか検証する試みが行なわれた結果、むしろ所得格差が大きい国の方が経済成長率は小さかったと発表されている。その一つがOECDで、2017年の厚生労働白書には、世界銀行が行なった実証分析の結果も紹介されている。むしろ格差が大きい国で、経済成長率が低い理由としては、低所得者層が教育投資を行なわなくなるために、低所得層の労働者の能力開発が進まなくなると指摘されている。例えば松下幸之助は丁稚奉公先で教育の機会を与えられ、そこから叩きあげた人である。今の日本社会に生まれていたら教育を受けられなかったかもしれない。実証分析の結果も受けて、他の先進国が、子どもの能力開発・教育の無償化に動いた背景にOECD調査や世界銀行の実証データがあったのである。

その他、健康格差対策を書き出すと、多面的総合的な対策が必要なことがわかる。例えば社会保障・税制度・労働政策・地方自治体・職域・学校・高齢者から子どもまで対策は多様にあり、60分の講演では語りきれない。拙著『健康格差社会への処方箋』（医学書院、

2017) を参照願いたい。

話してきたことをまとめたい。健康格差は、地域間で3倍など、多くの人が思っている以上に大きく、対策を取るべきだと WHO も厚生労働省も言い出した。多くの処方箋が必要であるが、その一つとしてボランティア・通いの場・社会参加しやすい環境を作ることを中心に述べた。この政策は「五方良し」という珍しい政策である。ボランティアを行なうとその人は認知症にならずに済み、支えられる高齢者は幸せ、しかも親世代が元気なら子世代は介護離職せずに済み、介護給付費が減れば保険者である行政も嬉しい、さらにソーシャル・インパクト・ボンドまで展開できれば、事業に参入した民間企業・事業者も新しい市場を開拓できる。介護予防の新しいモデルを作り普及することは、関係者すべてが幸せになれる取組みである。コレクティブ・インパクトで、超高齢社会が直面する課題を解決し健康長寿社会づくりにチャレンジしたいと思っている。各民間企業にもご理解とご協力をお願いしたい。

【参考文献】

- ・近藤克則：健康格差社会への処方箋。医学書院，2017
- ・加藤清人，近藤克則，竹田徳則，鄭丞媛：手段的日常生活活動低下者割合の市町村間格差は存在するのか：JAGES プロジェクト。作業療法 34：541-554、2015
- ・近藤克則，芦田登代，平井寛，三澤仁平，鈴木佳代：高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差－AGES プロジェクト縦断研究－。医療と社会 22 (1)：19-30，2012.
- ・Kanamori S, Kai Y, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Suzuki K, Kawachi I : Participation in sports organizations and the prevention of functional disability in older Japanese: the AGES Cohort Study, PLOS ONE 2012;7(11):e51061. doi: 10.1371/journal.pone.0051061. Epub 2012 Nov 30.
- ・Takagi D, Kondo K , Kawachi I : Social participation and mental health: Moderating effects of gender, social role and rurality. BMC Public Health 2013 Jul 31;13:701. doi: 10.1186/1471-2458-13-701.
- ・JAGES ホームページ <https://www.jages.net/>
- ・松戸プロジェクト特設サイト <https://matsudo-project.com>