

健康格差社会への処方箋

日本福祉大学
近藤克則

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. 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

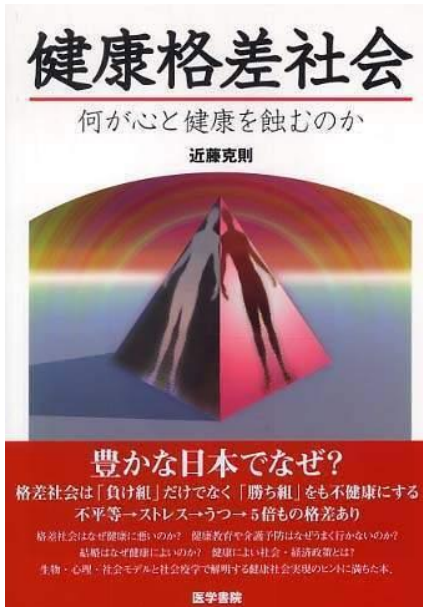
第1部のContents

- 求められている予防対策
- なぜ行動変容は難しいのか？
- 背景にある心理・社会的要因
- なぜ社会的な因子が身体内に？

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)



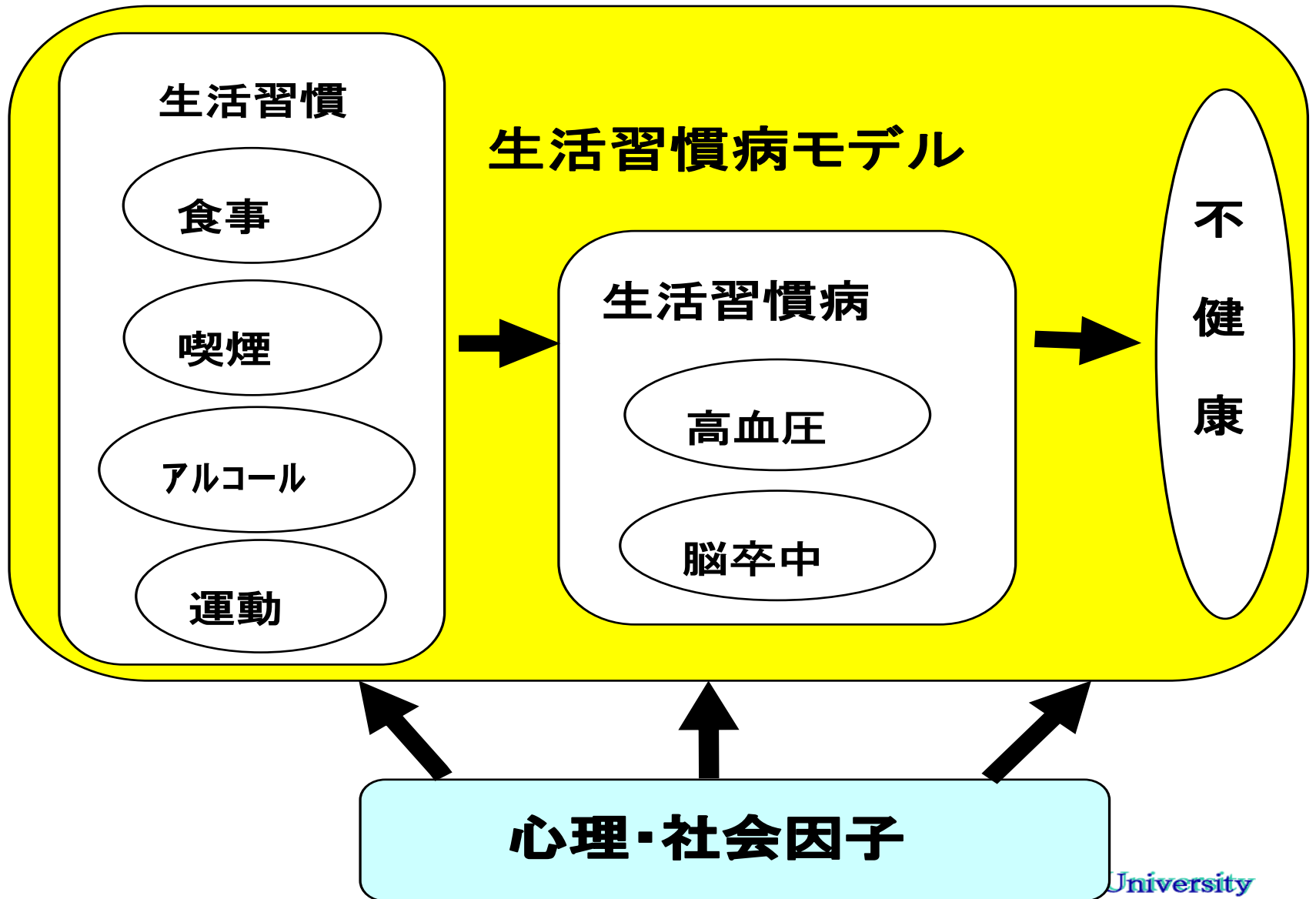
健康格差社会
医学書院,
2005
社会政策学会
奨励賞受賞



求められている予防・健康づくり

- 健康日本21, 健康フロンティア
- 医療制度改革案: 医療費抑制の中長期策としての生活習慣病予防
- 介護保険給付費急増, 約4→6兆円
- 介護保険見直しで介護予防の重視
- 本当に介護予防効果があるのか?
- 疑問の目を向けられ, 3年後に再評価
- 特定高齢者対策の効果は…???

生物・心理・社会モデル



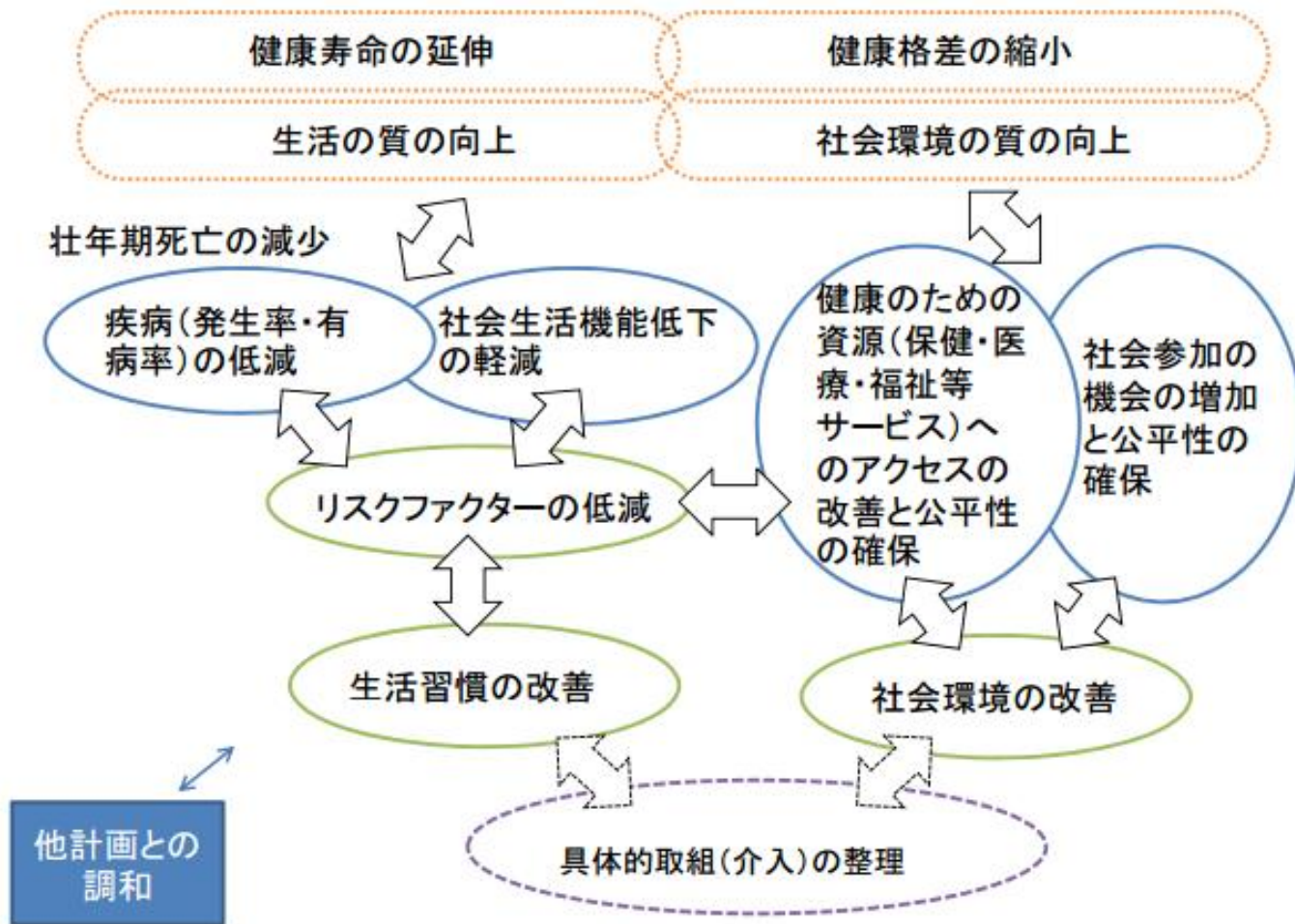
生活習慣は変えられるのか？

- 原因は「生活習慣」
- しかし、原因が取り除けるとは限らない
 - 例)遺伝子・加齢. どうする？
- 努力や善意が、実を結ぶとは限らない

厚生労働省も方向転換

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

次期プランの目標設定の考え方(例)



第1部のContents

- 求められている予防対策
- なぜ行動変容は難しいのか？
- 背景にある心理・社会的要因
- なぜ社会的な因子が身体内に？

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



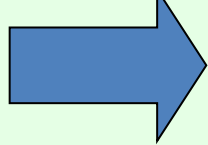
タバコは止めて
食べ過ぎないで
でも野菜繊維を
運動して
肥満ならやせて…
「知らなかった」人は
どれ位いる？

生物・心理・社会モデル

Social

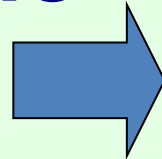
社会
所得
学歴
格差拡大

ソーシャル
ピタル



psycho
心理

ストレ
スうつ



bio

生物

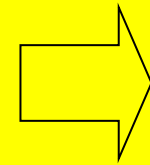
疾患

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



第1部のContents

- 求められている予防対策
- なぜ行動変容は難しいのか？
- 背景にある心理・社会的要因
- なぜ社会的な因子が身体内に？

AGES

(Aichi Gerontological
Evaluation Study,
愛知老年学的評価研究)
プロジェクト

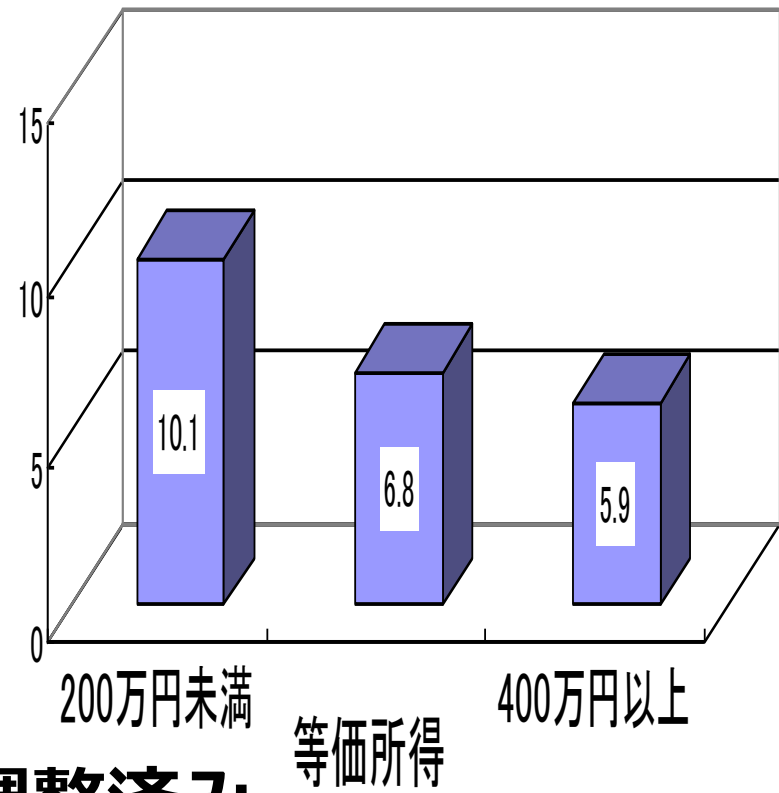
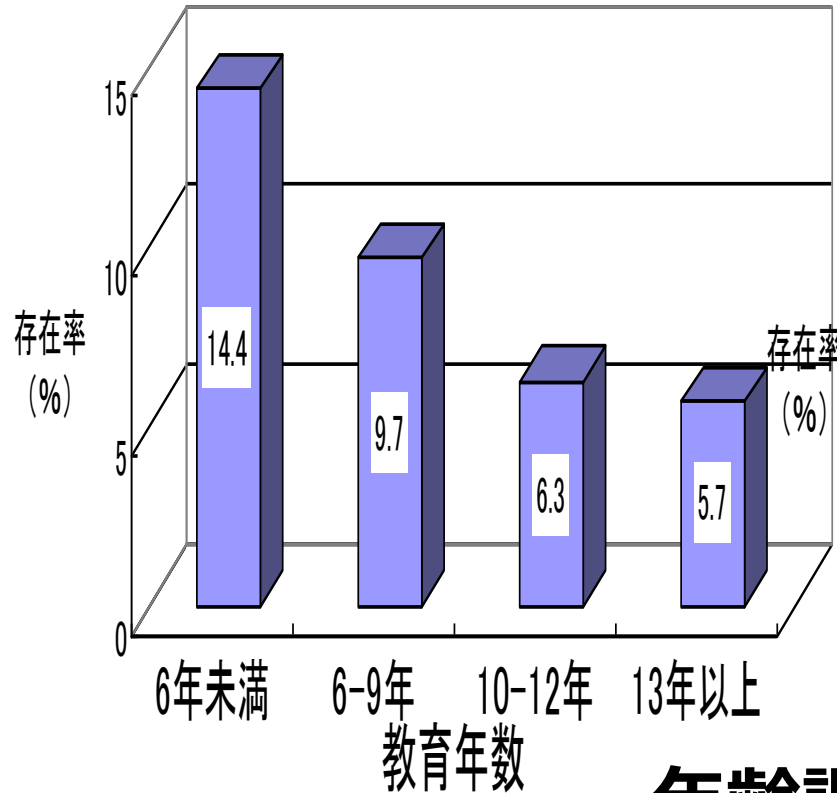
- 高齢者32,891人の
データで検証
- うつ, 閉じこもり,
歯, 虐待まで
- 健康格差は
最大約7倍

The image shows the cover of a report titled "検証「健康格差社会」" (Verification of "Health Disparity Society"). The cover features a pyramid graphic and text in Japanese and English. The main title is "検証「健康格差社会」" (Verification of "Health Disparity Society"). Below it, the subtitle is "介護予防に向けた社会疫学的大規模調査" (Large-scale epidemiological survey for social geriatric care). The cover also states "健康格差は最大約7倍" (Health disparity is up to about 7 times). The English text on the cover includes "Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) Survey on Health Disparity in Japan".

社会経済的因子と咀嚼力

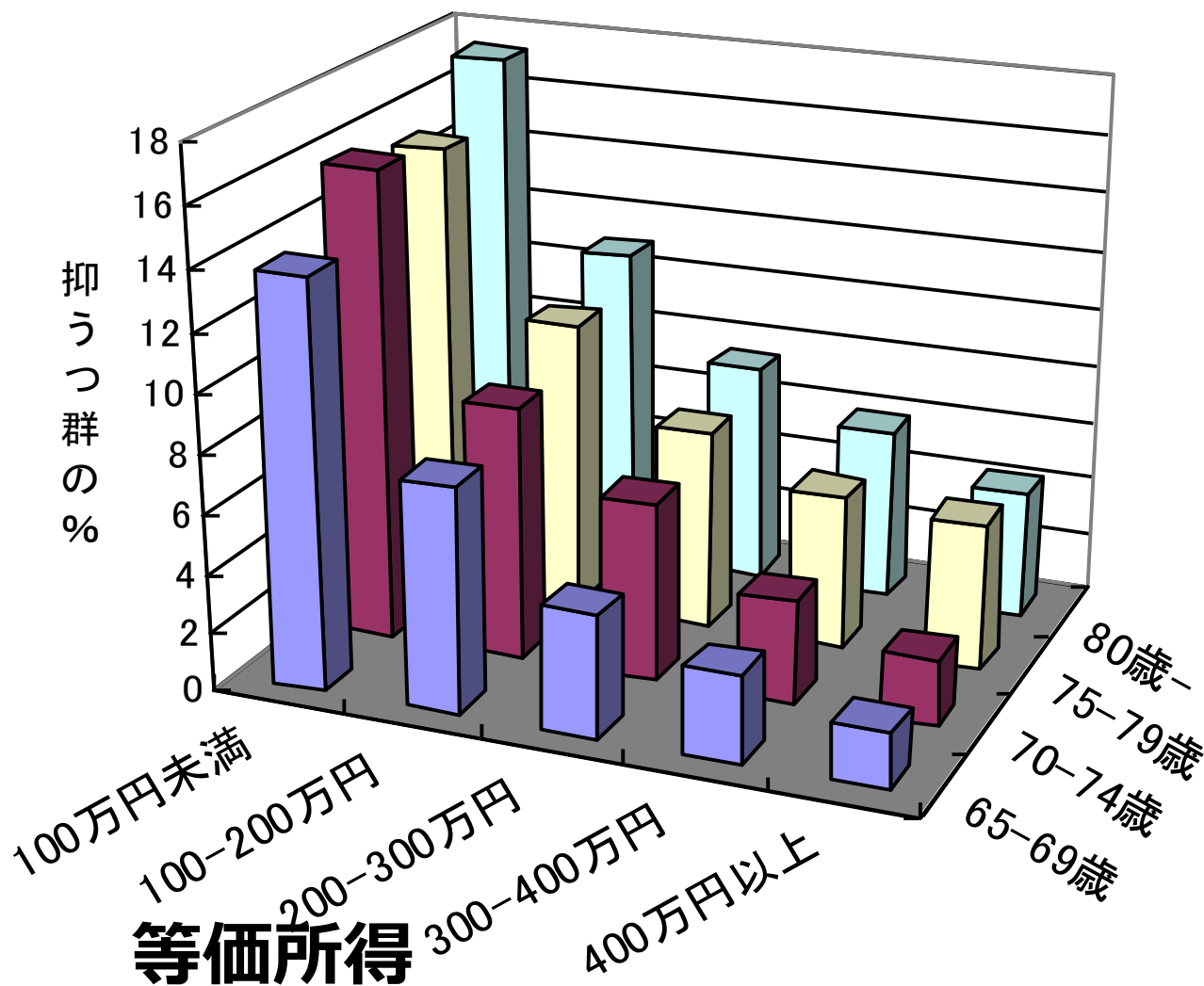
65歳以上の高齢者n=32,891 (中出・平井・近藤, 2005)

咀嚼力: 「あまり噛めない」「ほとんど噛めない」者の割合



年齢調整済み

所得とうつ状態の関係



**65歳以上の
高齢者**

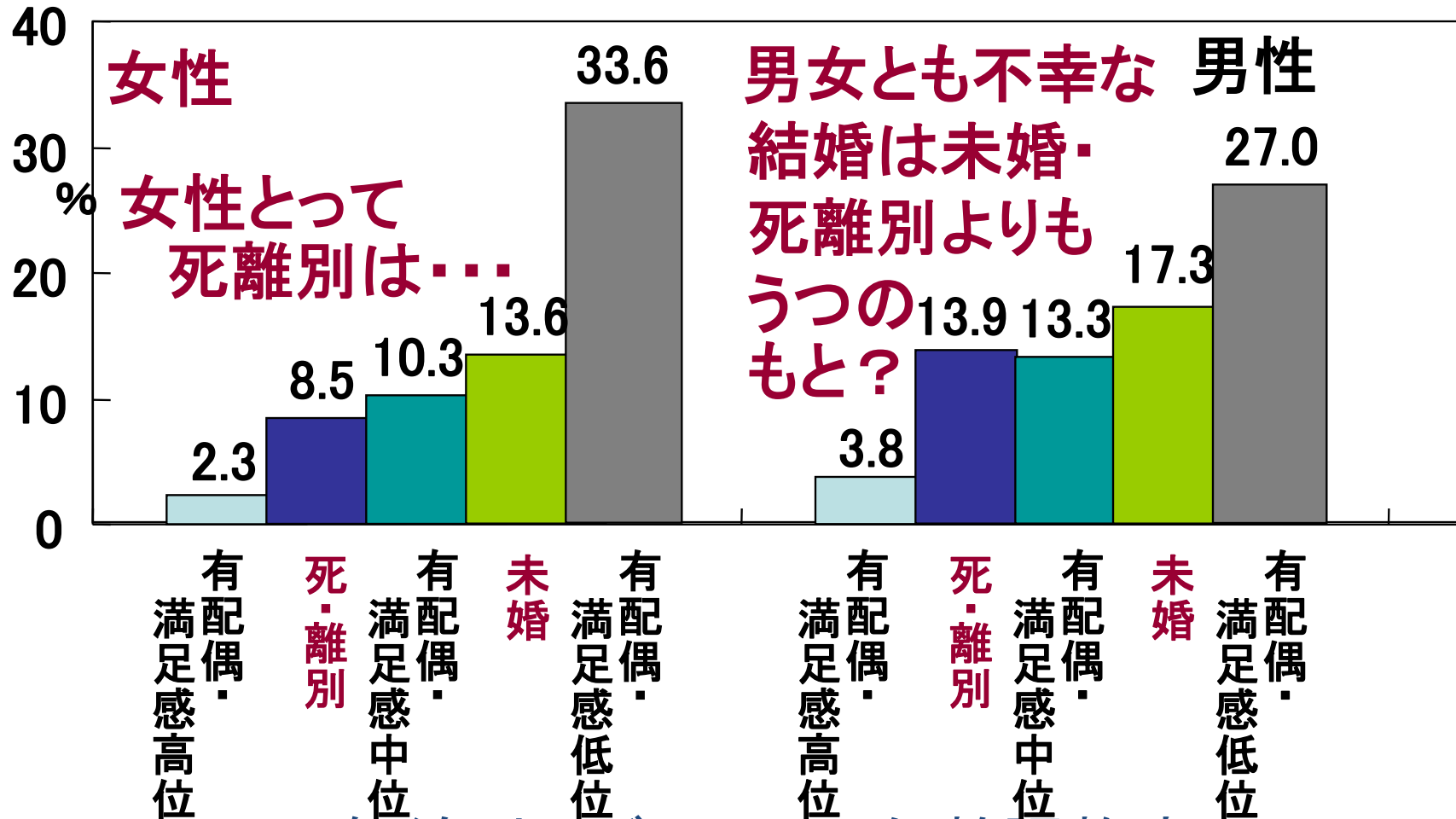
**n
=32,891**

**(吉井・近藤,
2005)**

配偶状態・夫婦関係満足感と抑うつ

(末盛・近藤 2005)

うつ状態であった人の割合

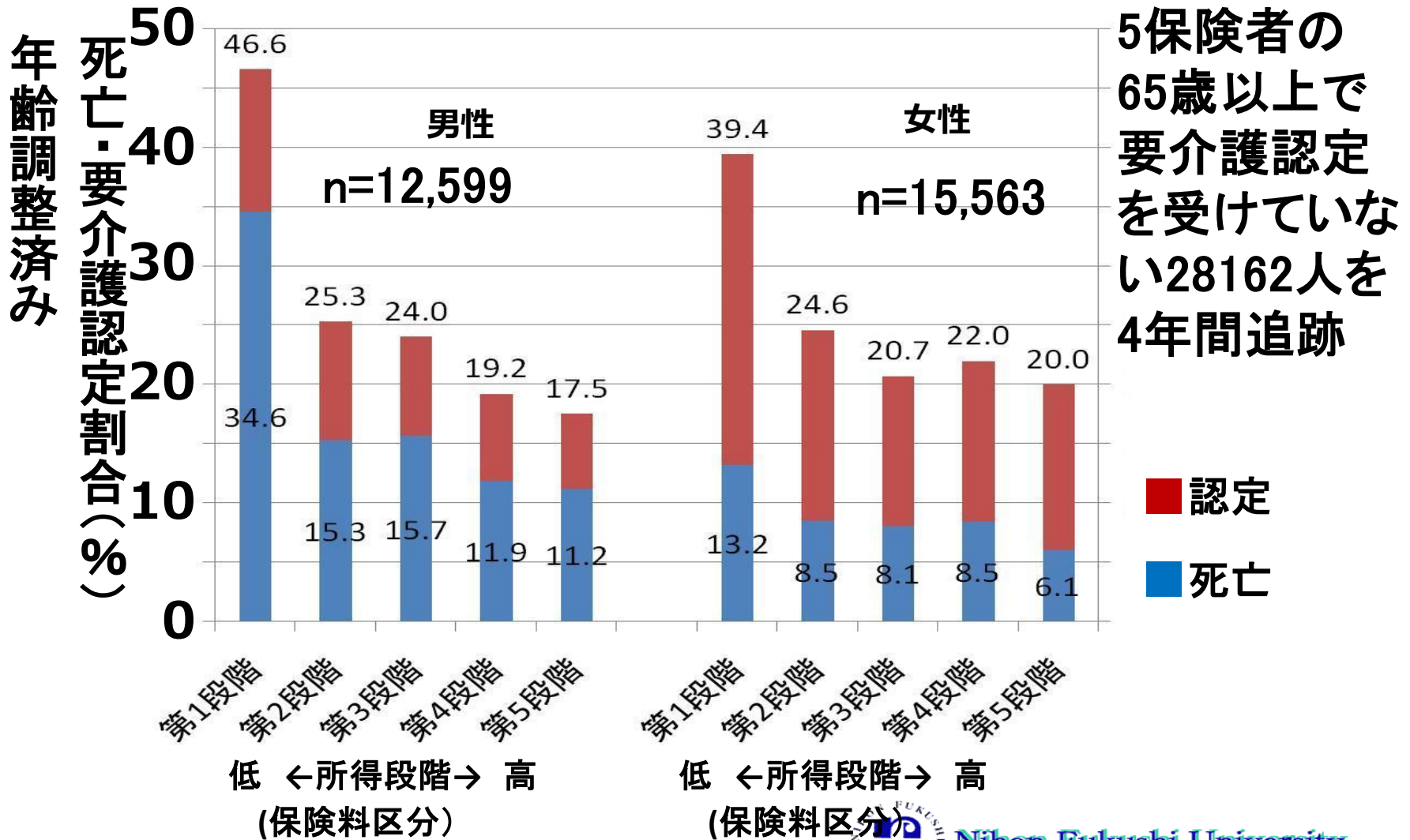


一般線型モデルにより年齢調整済



所得段階別死亡・要介護認定割合（年齢調整）

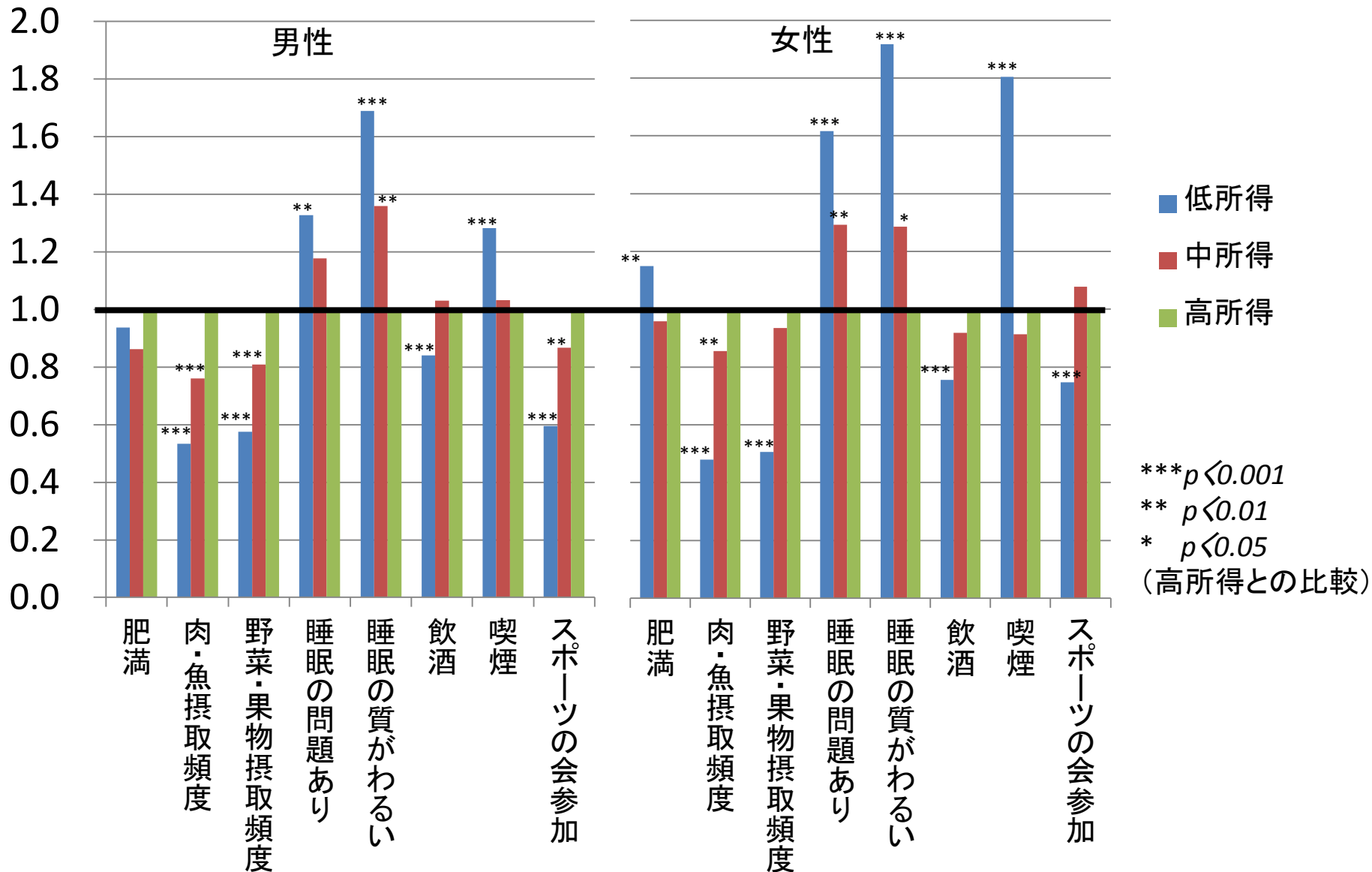
近藤・平井・他 2008



健康行動等の所得階層別相対リスク (一部抜粋)

(大塚・近藤ほか JAGES 2012)

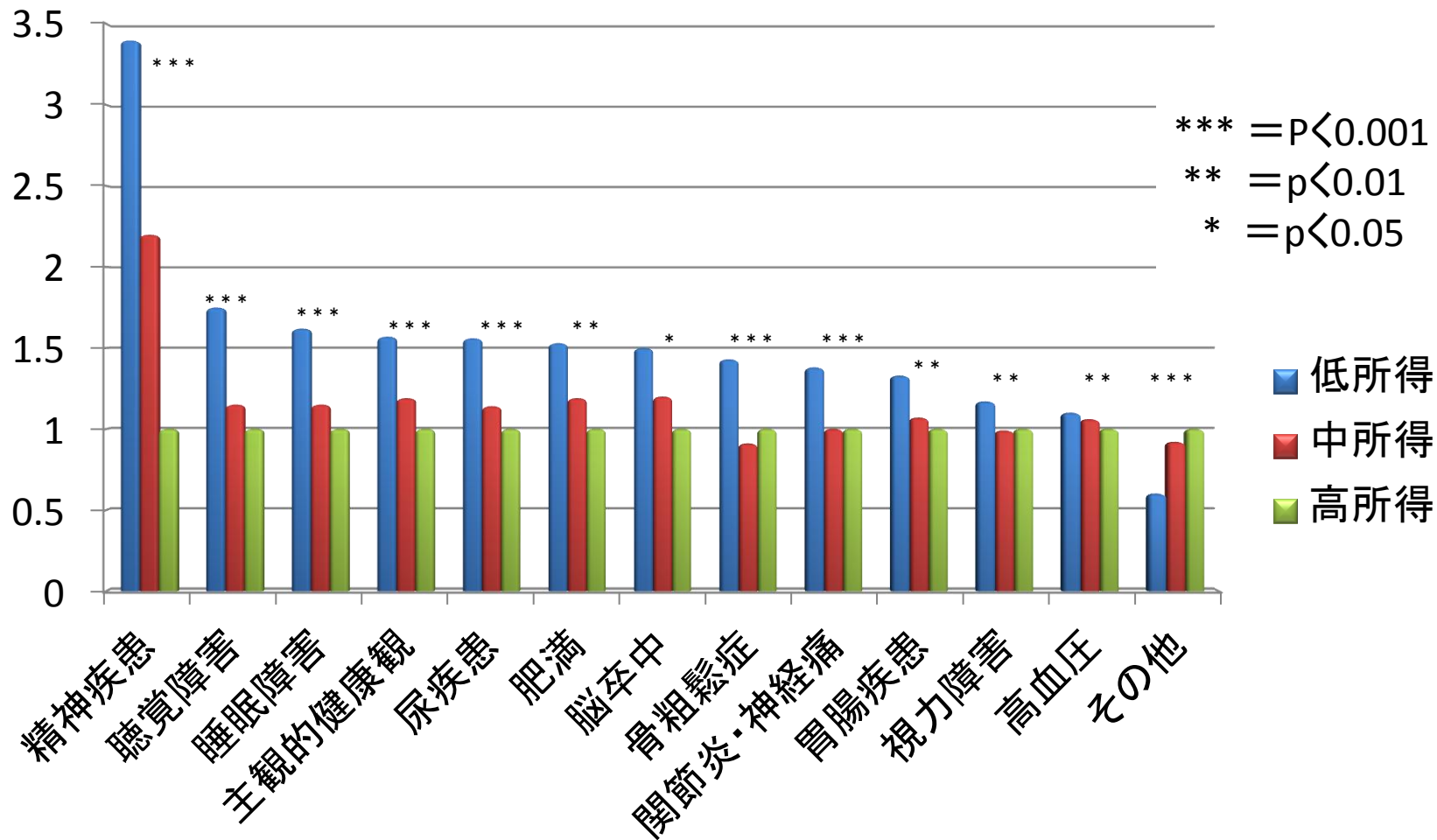
相対リスク



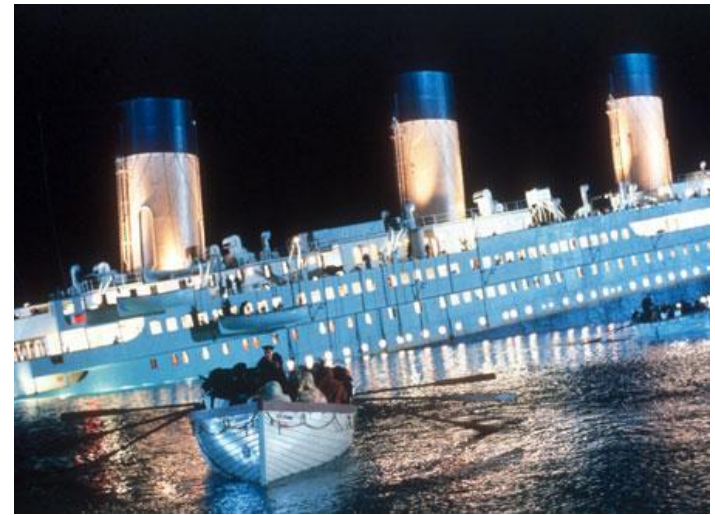
所得階層別疾患相対リスク(一部抜粋)

相対リスク

N=15302



タイタニックの悲劇



画家志望の青年ジャックは上流階級の娘ローズと運命的な出会いを果たし・・・

タイタニック号での死亡率

社会的地位	成人男性		成人女性		小児		合計	
	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

社会格差という病
**ステータス
症候群**

健康格差社会

21世紀の健康づくり
10の

INEQUALITIES IN HEALTH

不平等が
健康を損な

イチロー・カワチ
ブルース・P・ケネディ

社会的な要因により

健康が影響を受けることは

確かな事実 = Solid Facts

健康の社会的決定要因

確かな事実の探求

第二版



Social
Determinants
of Health

EDITED BY
Michael Marmot
and Richard G. Wilkinson



THE
SOLID
FACTS

SECOND EDITION



SOCIAL
DETERMINANTS
OF HEALTH
THE SOLID FACTS

格差社会
イ
導社会
生物・O
Ma
Minister

第1部のContents

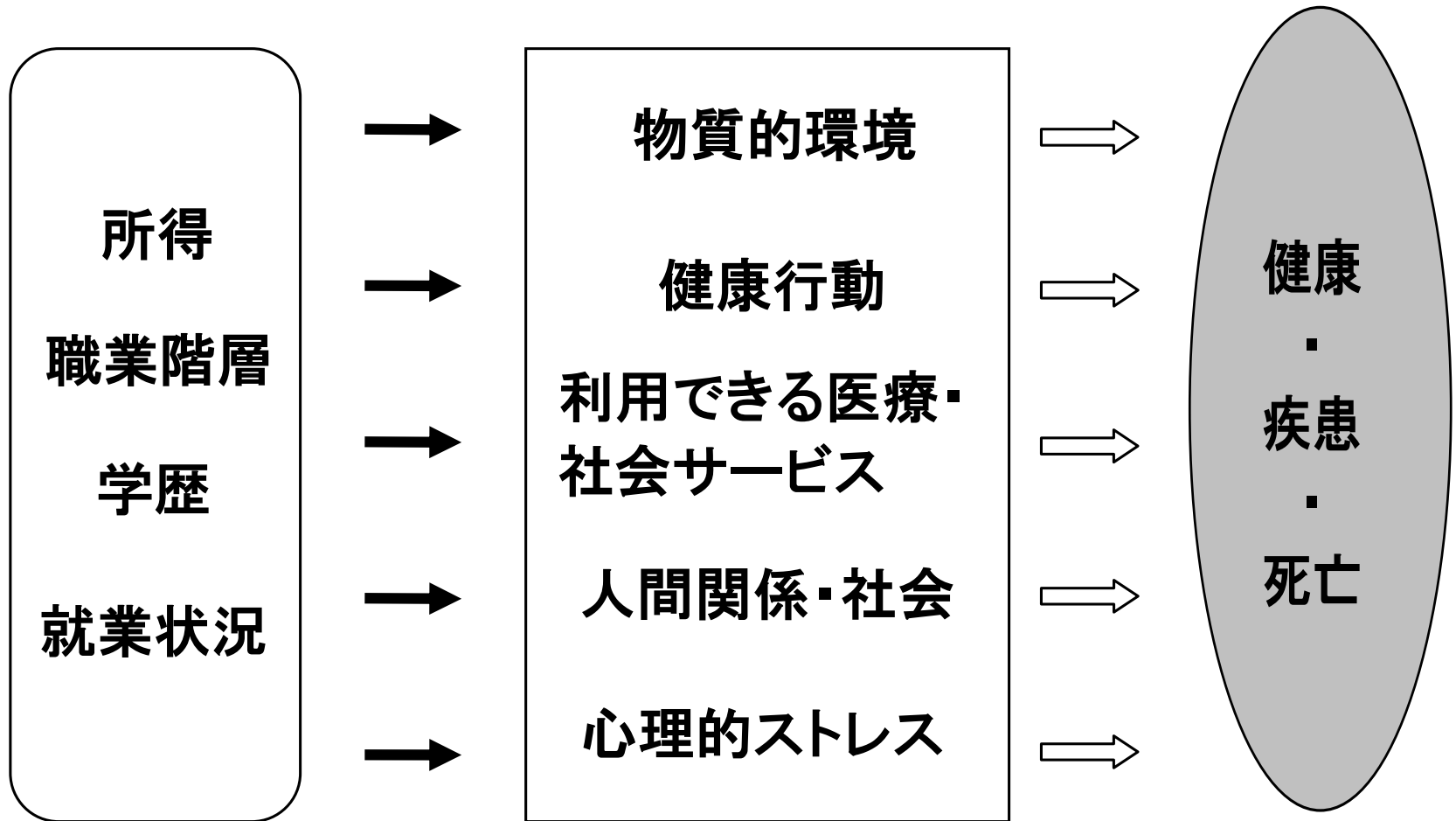
- 求められている予防対策
- なぜ行動変容は難しいのか？
- 背景にある心理・社会的要因
- なぜ社会的な因子が身体内に？

社会経済的因子から健康にいたる経路のモデル(近藤, 2005)

社会経済状態

介在する因子

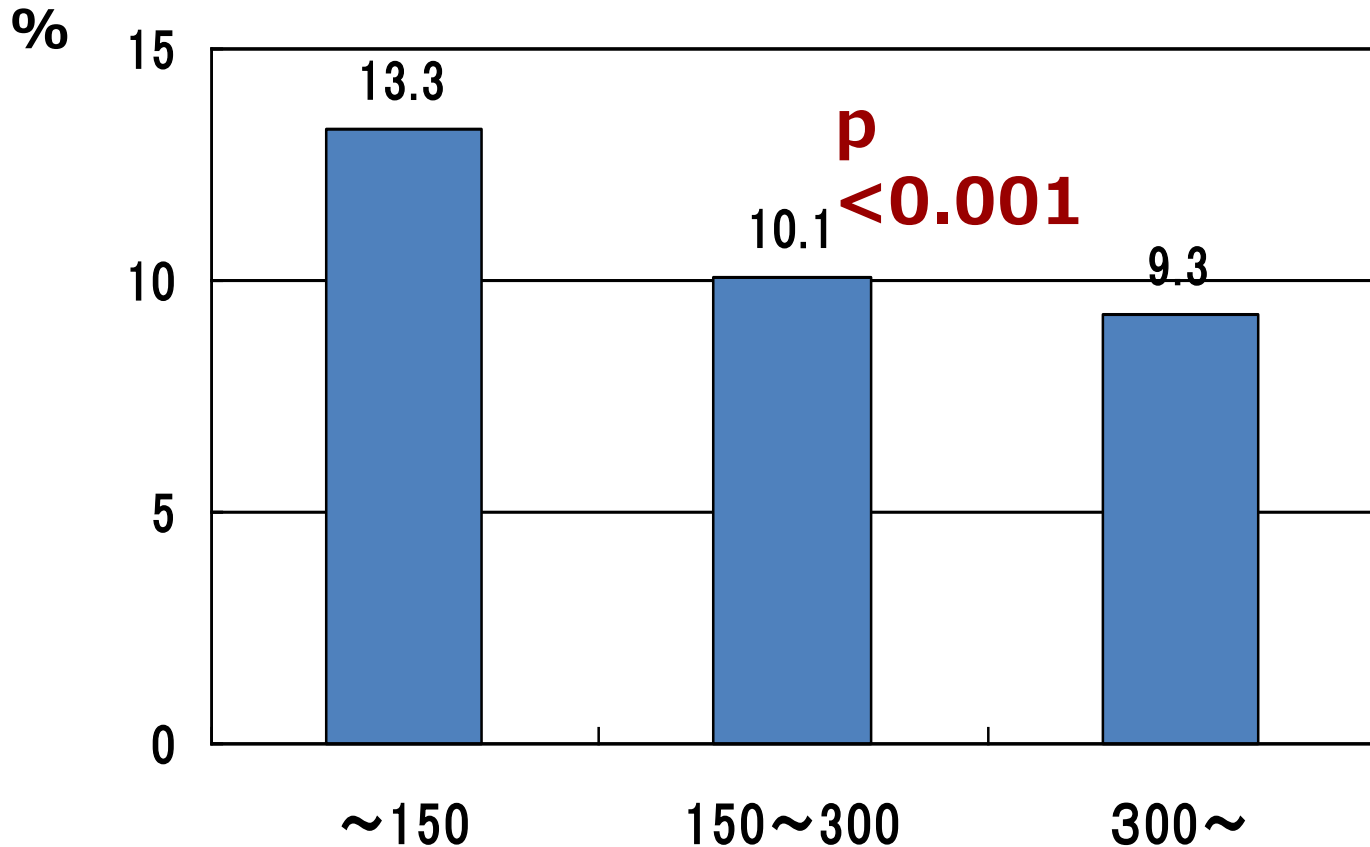
健康状態



過去1年に必要な受診を控えた 高齢者の割合

村田・尾島・近藤ほか 2008

n=25788人

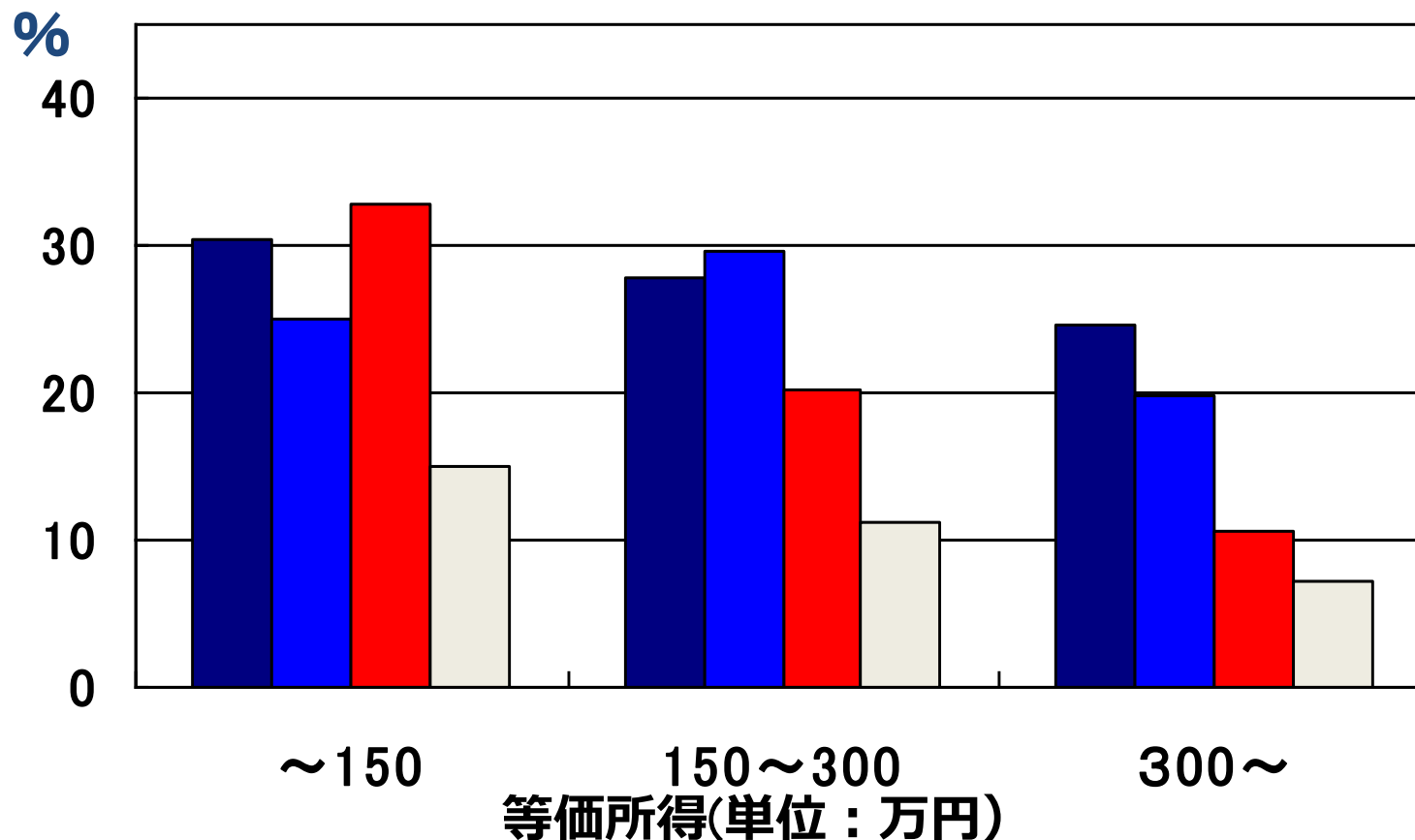


等価所得 (単位: 万円)

治療を控えた主な理由

村田・尾島・近藤ほか 2008

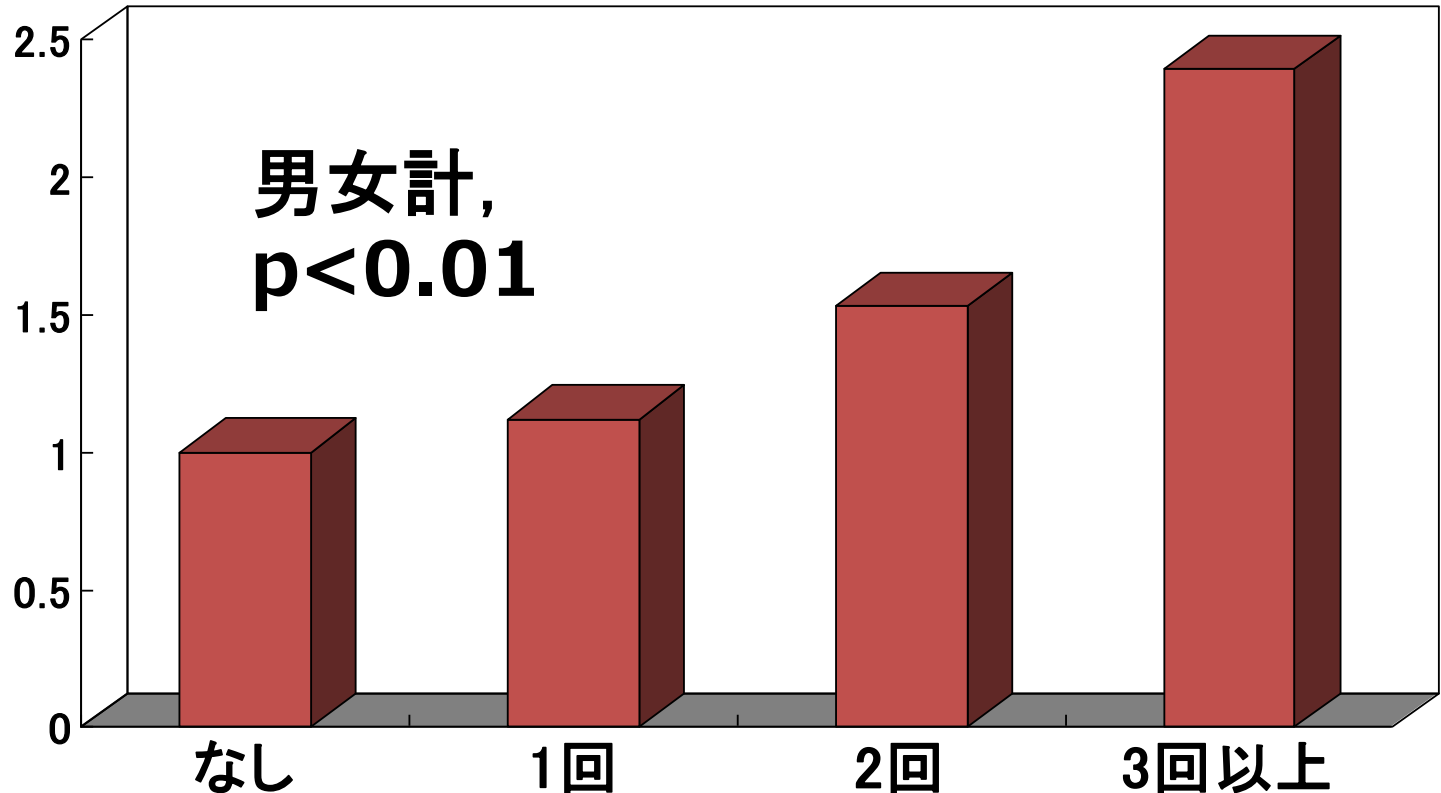
n=25788人



■ 待ち時間 ■ 医者に行くのは好きでない ■ 費用 □ 近くにない

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)

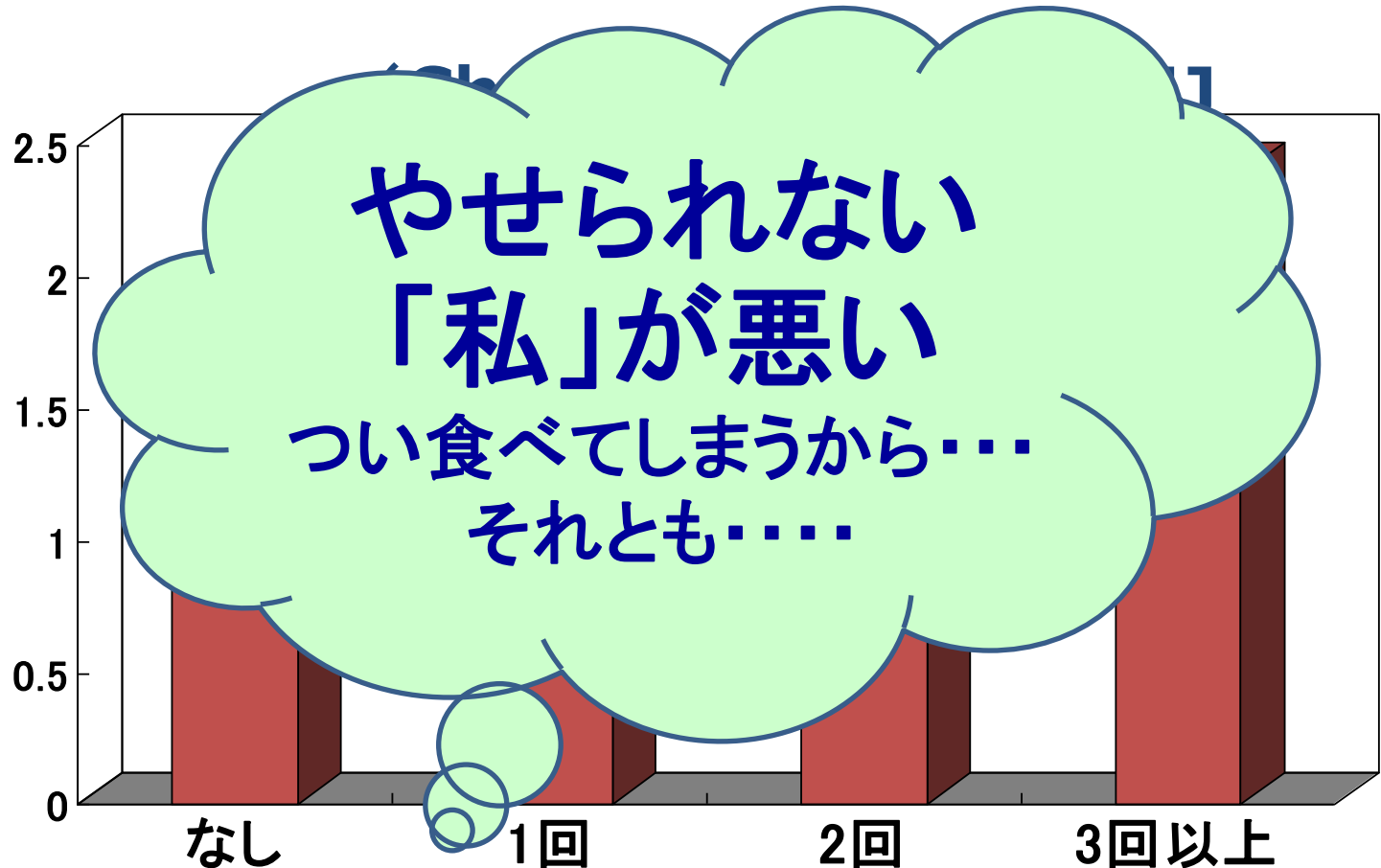
年齢・職業階層・健康行動
で調整済みオッズ比



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

年齢・職業階層・健康行動
で調整済みオッズ比



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

BMJ

2.5

上司が
悪い！

…面もある

調整
職

層
オッズ比

康行動

0.5

0

なし

1回

2回

3回以上

たれとも……

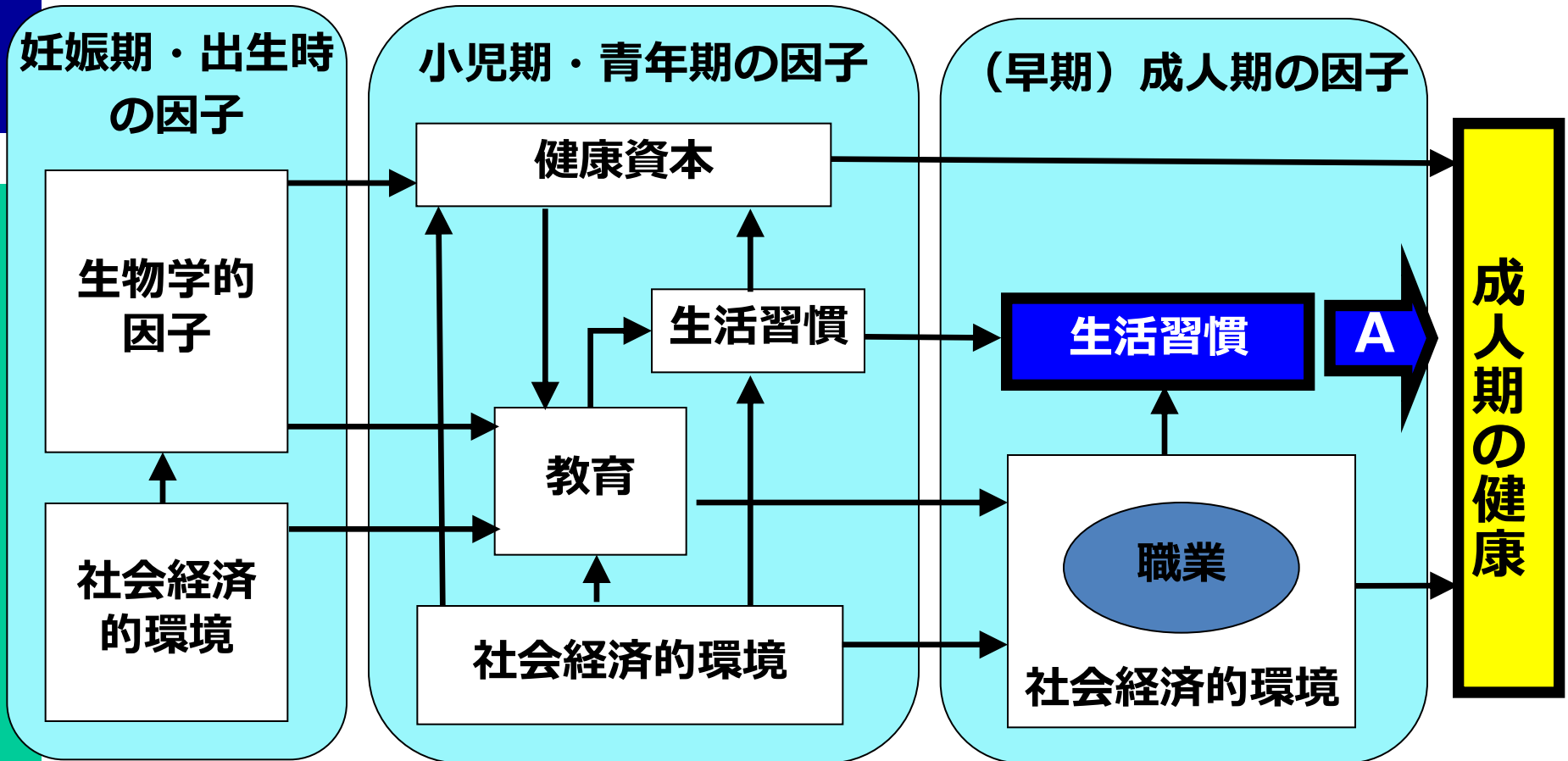
1985-1999年の4回の調査における職業性ストレスの暴露回数
Whitehall Study



Nihon Fukushi University

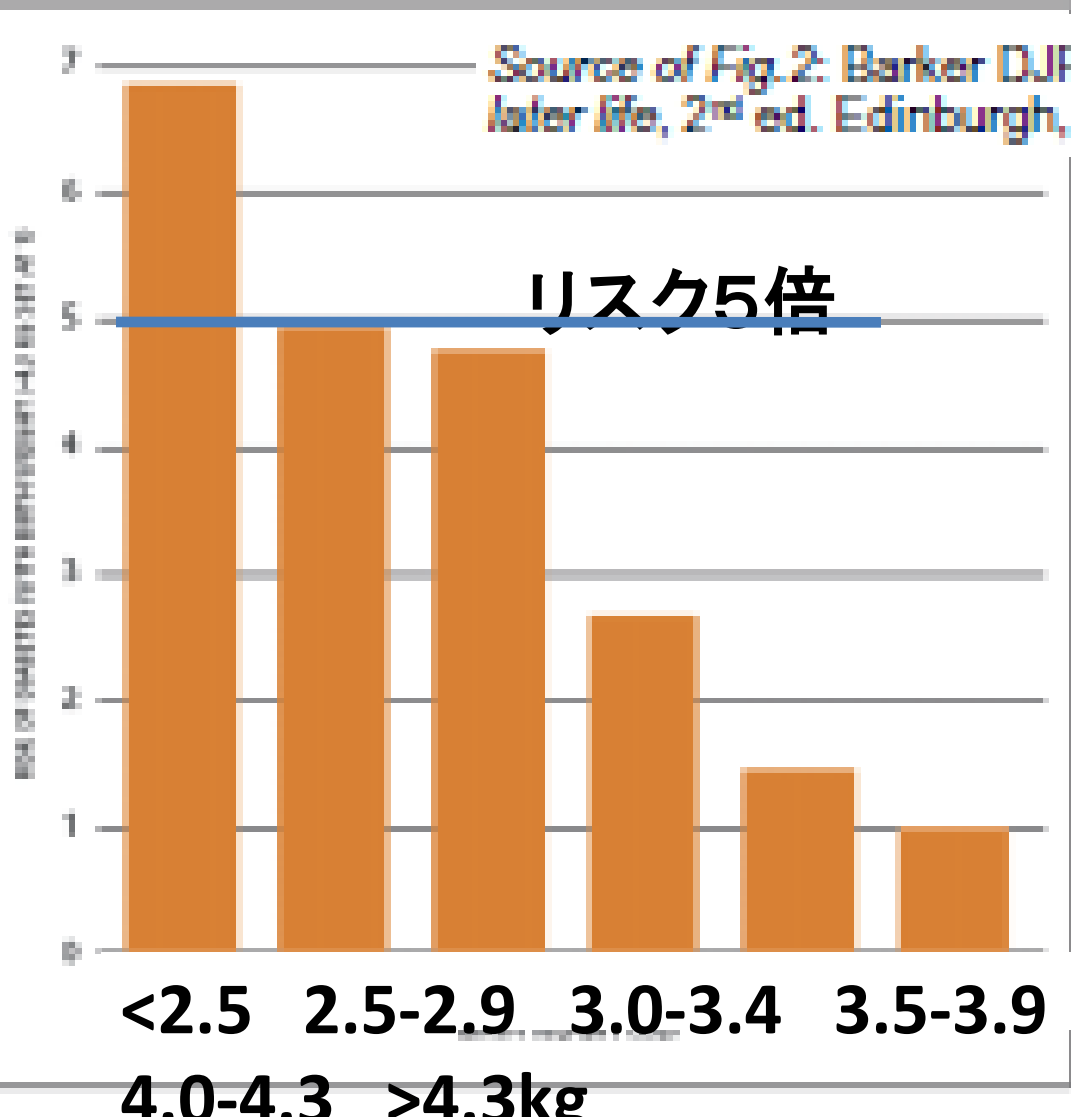
妊娠期から成人期の社会的排除の影響経路

(近藤, 2007)



64歳（男性）の糖尿病罹患率と出生時体重との関係（BMI調整済み）

Source of Fig. 2: Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998

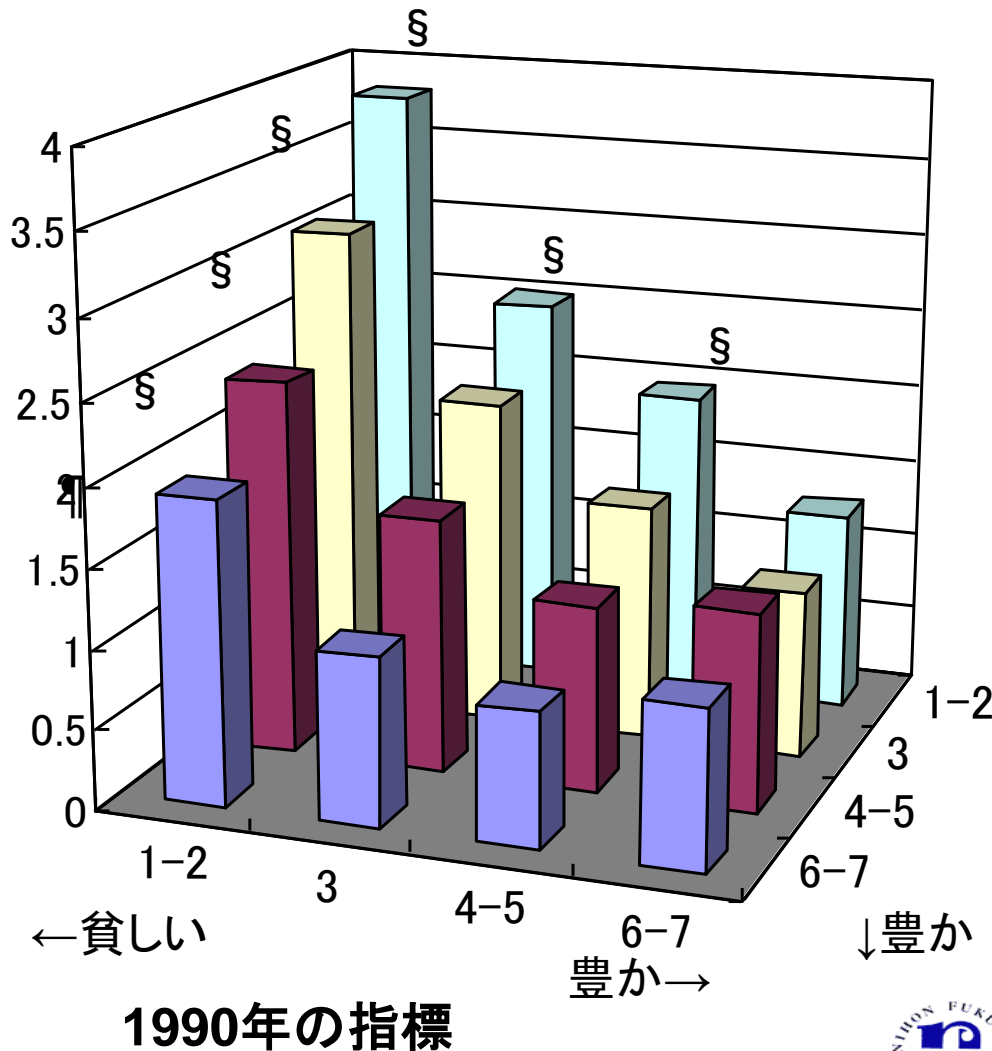


4年間追跡した研究
出生児体重4.3kg以上
あった人が
4歳時点で糖尿病に
なるリスクを1とする

4.0kg未満で約5倍,
5kg未満で約6.8倍

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)

死亡率相対リスク



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

1990年の指標



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

環境（物理・社会）

社会経済階層

社会参加・
閉じこもり

SOC

残歯数

転倒

認知症リ
スク得点

うつ

死亡・
要介護者
認定者
割合

社会疫学social epidemiology

- 健康を規定する社会的な因子 (Social determinants of health) を明らかにする疫学の一分野
- マクロ (人間関係, 心理, 社会階層, 社会のあり方など) に迫る
 - ミクロ (遺伝子・分子生物学) の対極にある「もう一つのフロンティア」

保健指導だけでは うまく行かない7つの理由

1. 職業性ストレス対策は個人だけではできない
2. 日本人の塩分摂取の9割は加工食品
3. 出生時体重は自己責任ではない
4. 社会経済的因子も関与
5. 保健指導の長期効果のエビデンスは少ない
6. 保健指導の対象者は1600万人？
7. ハイリスク戦略が有効な条件を満たしていない

病気にも「上流」と「下流」



たばこ
甘いもの
ビール

健康
教育

社会的決定要因が 人々を川に突き落とす



上流と下流の図

「上流と下流！」“Upstream-downstream!”

流れの速い川の岸に立っていると、おぼれている人の叫び声が聞こえてきました。
そこで、私は川に飛び込み、手を差し伸べ、岸にあげて、人工呼吸をしました。

おぼれた人が、息を吹き返すと、また助けを求める叫び声が聞こえてきました。
仕方なしに、私は川に飛び込み、彼に手を差し伸べ、岸まであげて、人工呼吸を施しました。

彼が息を吹き返すと、また助けを求める叫び声が聞こえてきました。もう選択肢はありません。

私は川に飛び込み、この繰り返しは、果てしなく続きました。
私は、川に飛び込み、岸にあげて、人工呼吸を施すだけで、精一杯でした。

分かってください。

私には、上流に分け入って、どんな地獄が彼らを川に突き落としているのかを
確認する時間なんてなかったんです。

McKinlay, J. (1979). A case for refocusing upstream: the political economy of health
, In Patients, physicians and illness (ed. E. Jaco), pp.96-120. Basingstoke,
Macmillan.



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)



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. 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

第2部のContents

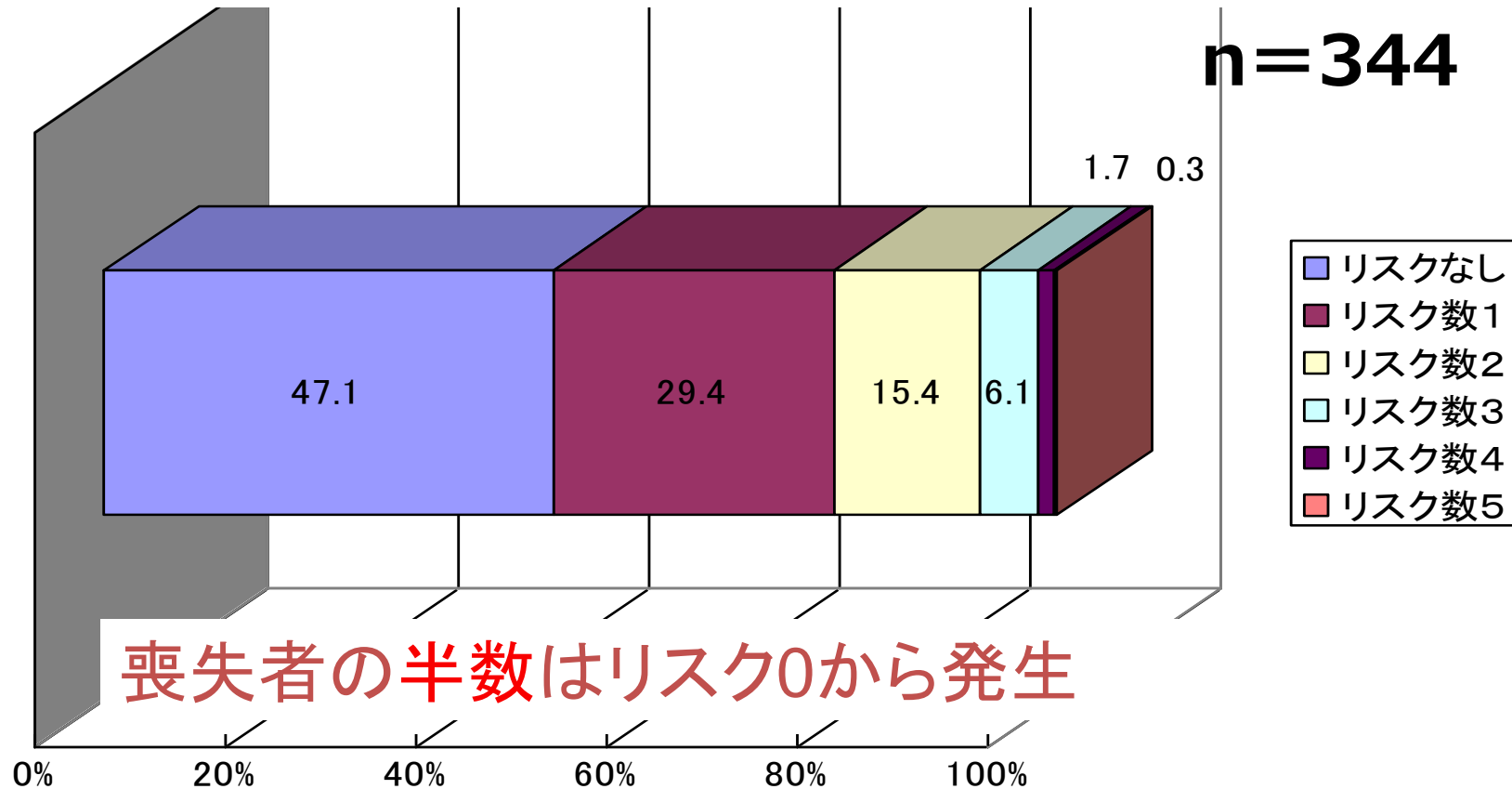
- もう一つの予防戦略の必要性
- 何ができるか
 - 個人レベル
 - コミュニティ・まちづくりレベル
 - 国レベル: ヨーロッパに学ぶ

予防医学の二つの戦略

- ハイリスク・ストラテジー
 - 個人に介入して行動を変える
 - スクリーニング→介入
 - 生活習慣＝自己(個人)責任
- ポピュレーション・ストラテジー
 - 人口集団・社会への介入
 - 社会環境を変えて生活習慣を変える。
 - 例)全館禁煙・タバコ増税

要介護認定者の 1年前のリスク数

ポピュレーションストラテジーとハイリスクストラテジーの両方が必要



喪失者の半数はリスク0から発生

* 使用リスク・・・何度も転倒あり, うつ状態 (GDS<10), 外出頻度が週1回未満, 低栄養 (BMI<18.5), 口腔状態 (あまり噛めない)

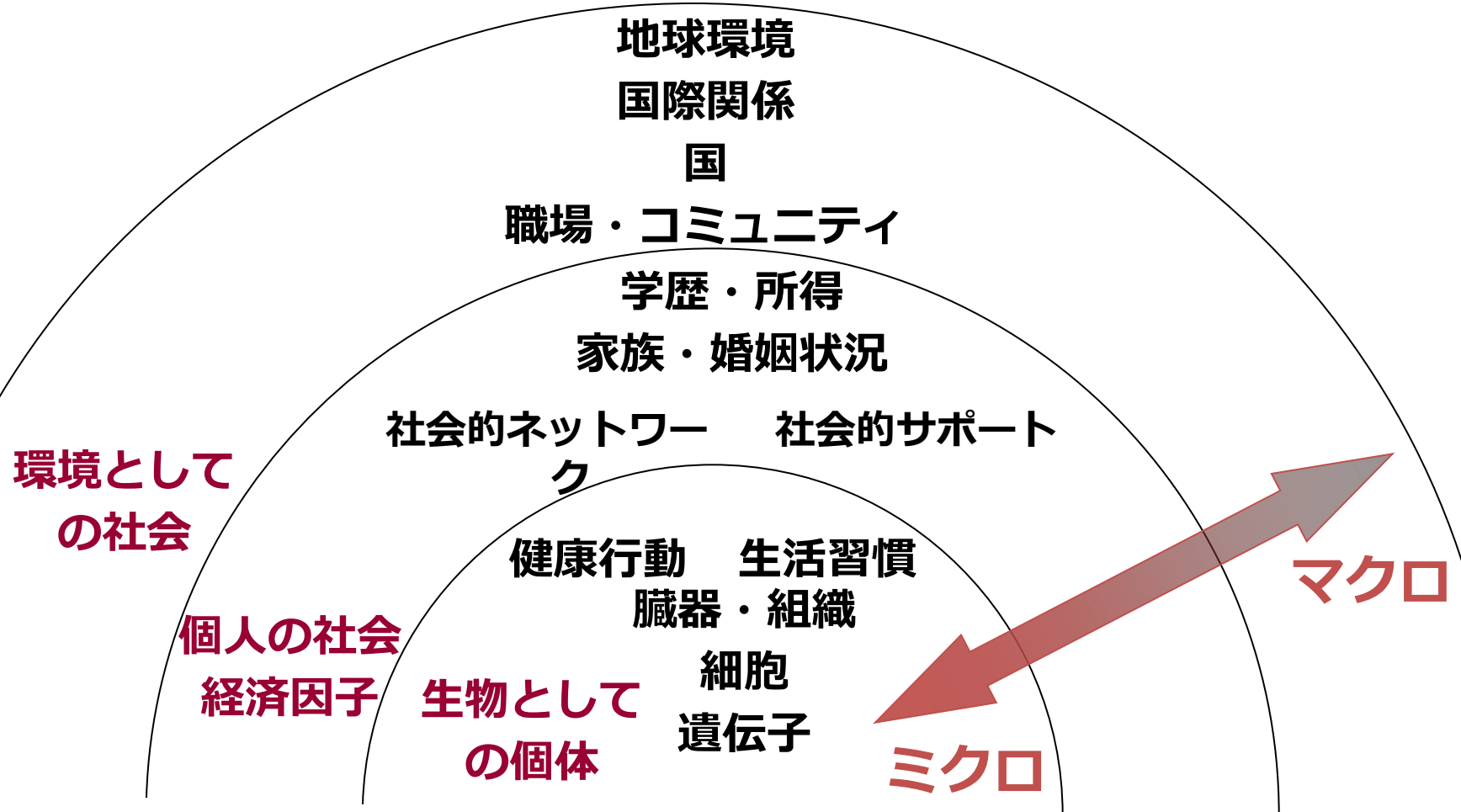
もう一つの予防戦略の必要性

- ハイリスク・ストラテジーだけでは、
一面的＝足りない
- ポピュレーション・ストラテジーも必要
 - 健康(知識)教育では足りない
 - どのように悪影響を及ぼしているのか？
 - エビデンスに基づく介入戦略が必要

第2部のContents

- もう一つの予防戦略の必要性
- 何ができるか
 - 個人レベル
 - コミュニティ・まちづくりレベル
 - 国レベル: ヨーロッパに学ぶ

健康の決定因子の階層構造



環境への介入(=まちづくり)

- 従来型予防政策には限界
- 個人でなく, 環境に介入できないか
- ソーシャル・キャピタルの可能性
- まちづくり型介入の取り組み例
 - 敬老堂, NPOによる拠点整備
 - 祭り: 山笠(博多)
 - 武豊プロジェクト
 - Healthy Cities(健康なまちづくり)

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

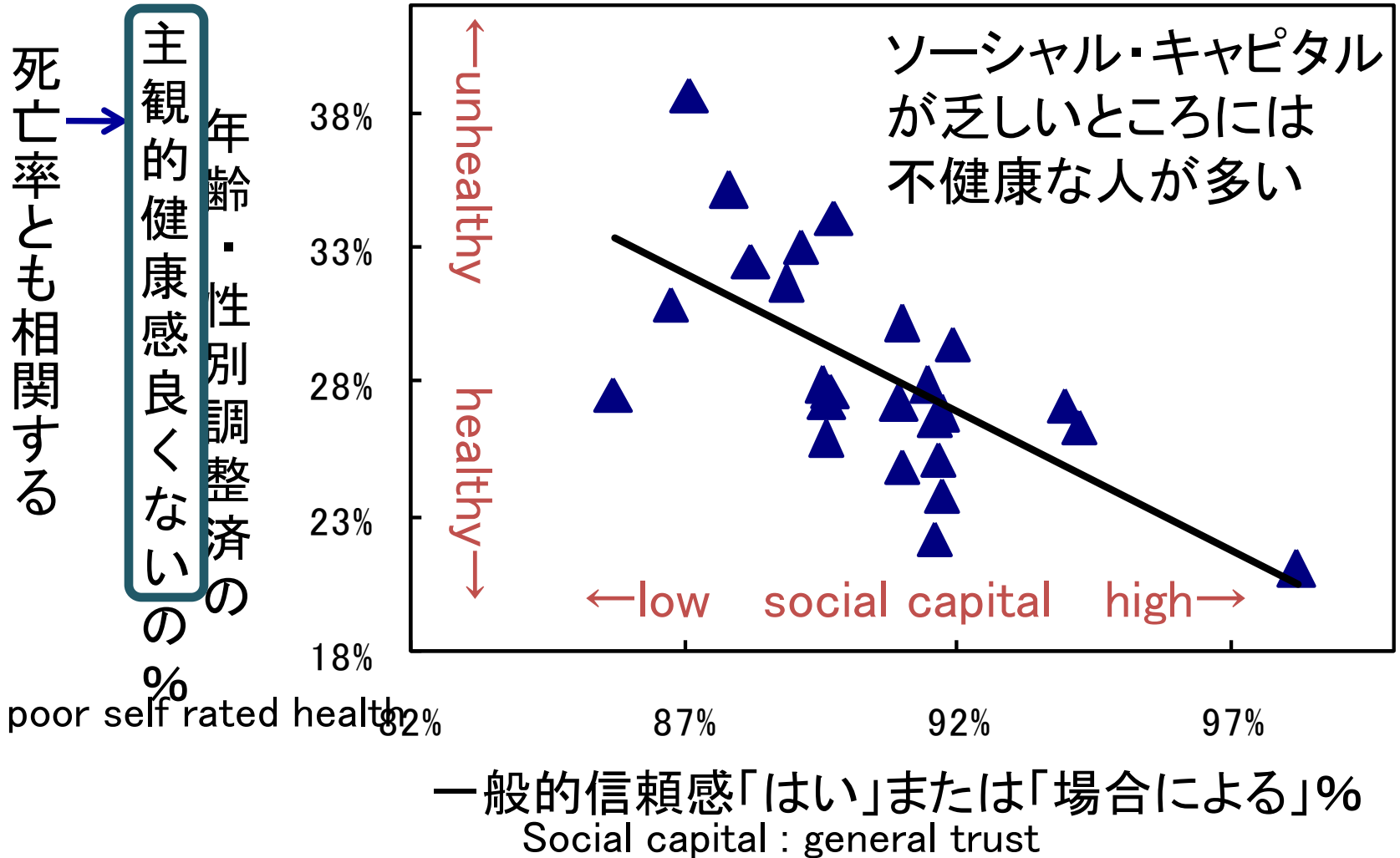
ソーシャルキャピタル

- 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)

Social Capitalと主観的健康感

AGES project (市田ほか2007, Ichida et.al.2009)

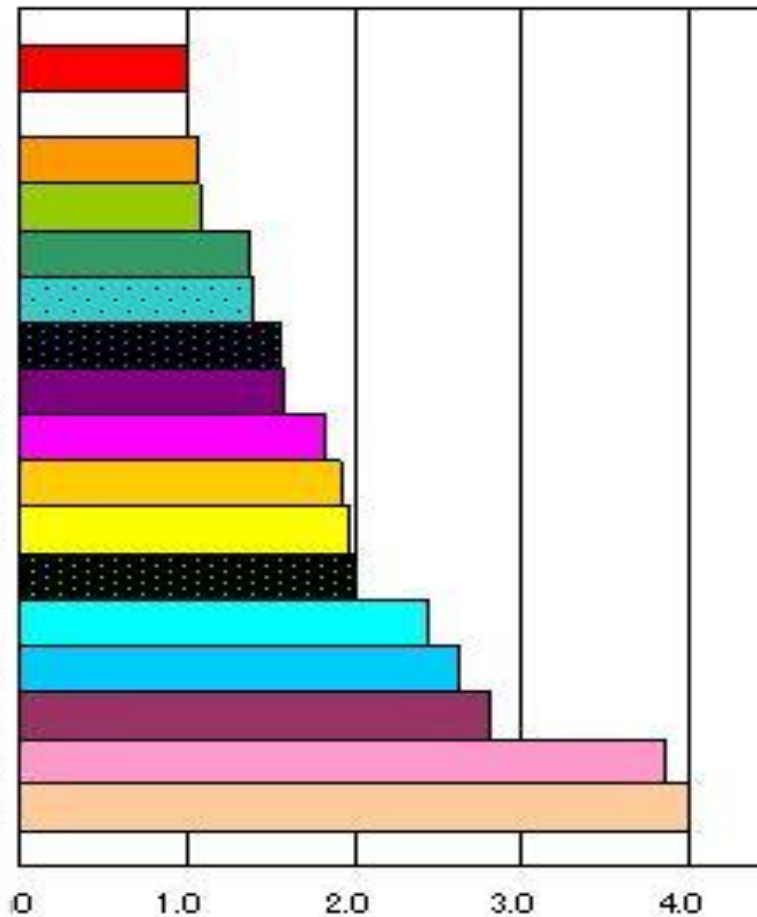


社会的ネットワークの乏しさと死亡率(コホート研究)

社会的ネットワークがもっとも豊かな群

Evans	白人	女性
Evans	黒人	男性
アメリカ	医療職	男性
アメリカ	HMO*会員	
日本	11市町村	
Evans	黒人	女性
Evans	白人	男性
フィンランド		女性
Tecumseh		女性
Alameda	17年後	
Alameda	9年後	男性
フィンランド		男性
Alameda	9年後	女性
Tecumseh		男性
スウェーデン		男性

*HMO : Health Maintenance Organization



社会的に最も孤立していた群の相対危険度

Houseが図示しているデータに、その後報告された4文献のデータを追加した。国名でないものは、全てアメリカの地域名。社会的ネットワークが最も豊かな群の死亡率を1とした時の相対危険度

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

プログラムへの参加

身体的

・活動の増加 & 外出機会の増加

心理・認知的

・楽しみ, 知的活動 & 自己効力感などの増加

社会的

・知人, 社会的サポートネットワークの増加

コミュニティ

・ボランティア活動の促進

健康な高齢者

身体機能の保持・向上

心理・認知機能の保持・向上

個人とコミュニティの社会的機能の保持・向上

ソーシャル・キャピタル

健康長寿

安心・安全なコミュニティ

プログラムの理論仮説

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→
(出前ボラ)



←健康体操で
身体も使う
(出前ボラ)

プログラム評価デザイン

ベースライン調査
(2006.3～7)

介入
(2007.5～)

事後評価

郵送調査
2006.7
回収2,759票

介入群

介入地域
武豊町

対照群

非介入地域
武豊町

郵送調査
2008.2
回収3,459票

町統計データ
要介護認定データ

プロセス評価
事業への参加状況

中間アウトカム指標
健康・外出頻度
の変化

最終アウトカム
指標
介護予防効果

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

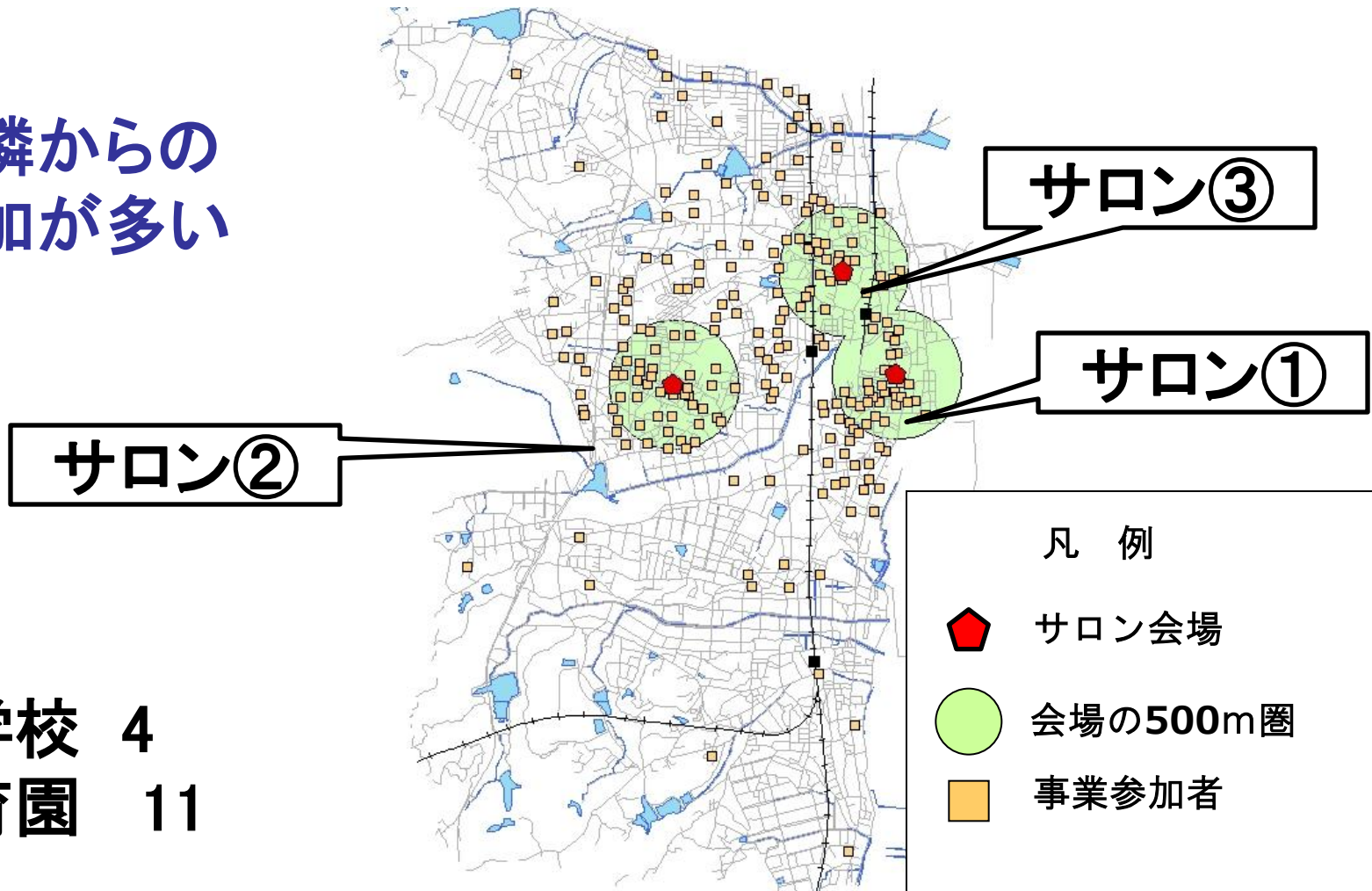
2007/2006 比 (一ヶ月あたり)

- 延べ人数で 7.1 倍
- 実人数で 6.6 倍



サロン開催場所と参加者の分布 (2007)

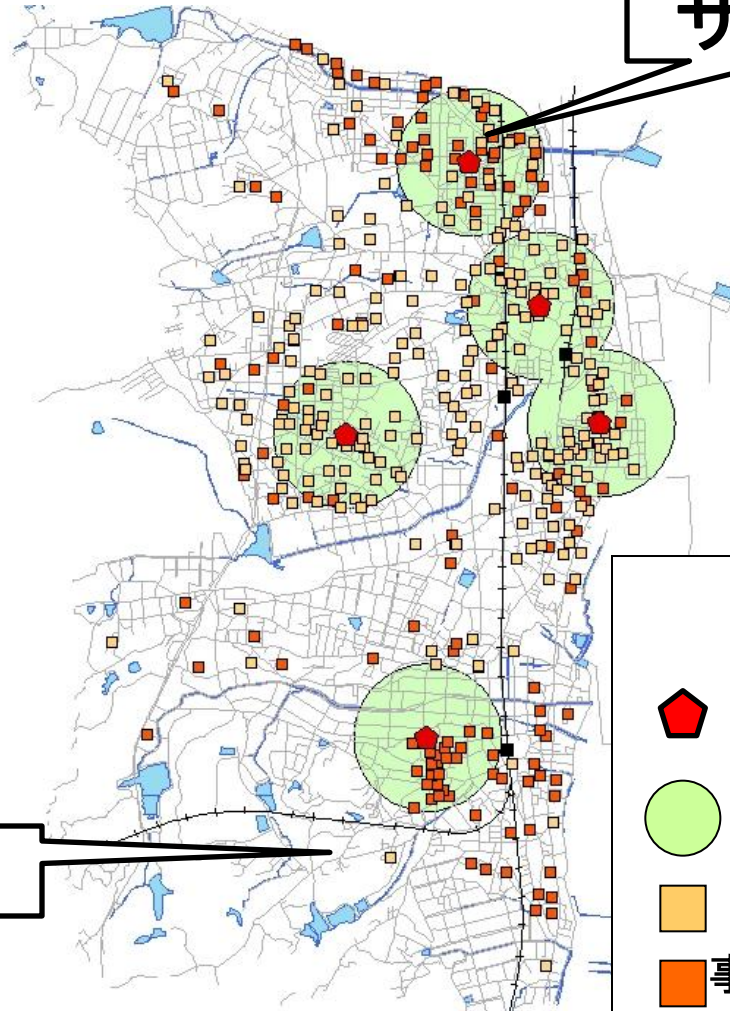
近隣からの
参加が多い



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④



サロン⑤

凡 例



サロン会場



会場の500m圏



事業参加者



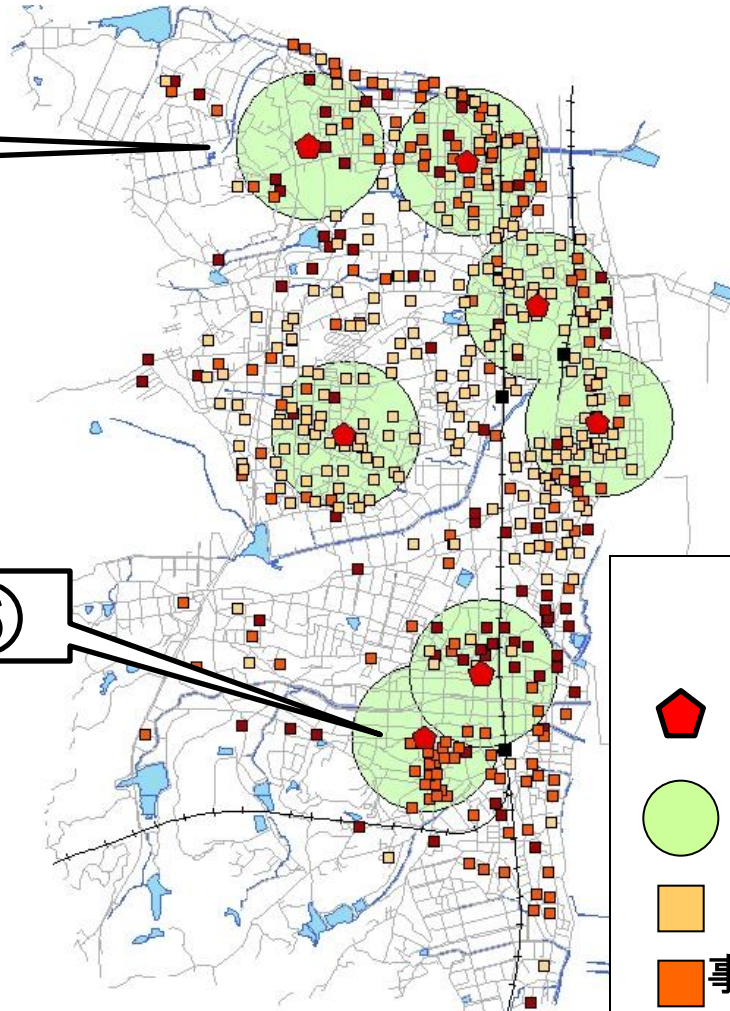
事業参加者 (2008～)

サロン開催場所と参加者の分布 (2007+2008+2009)

サロン⑦

サロン⑥

2007 3カ所
2008 新規 2カ所
2009 新規 2カ所
2012までに 計10カ所



凡 例



サロン会場



会場の500m圏



事業参加者



事業参加者 (2008～)

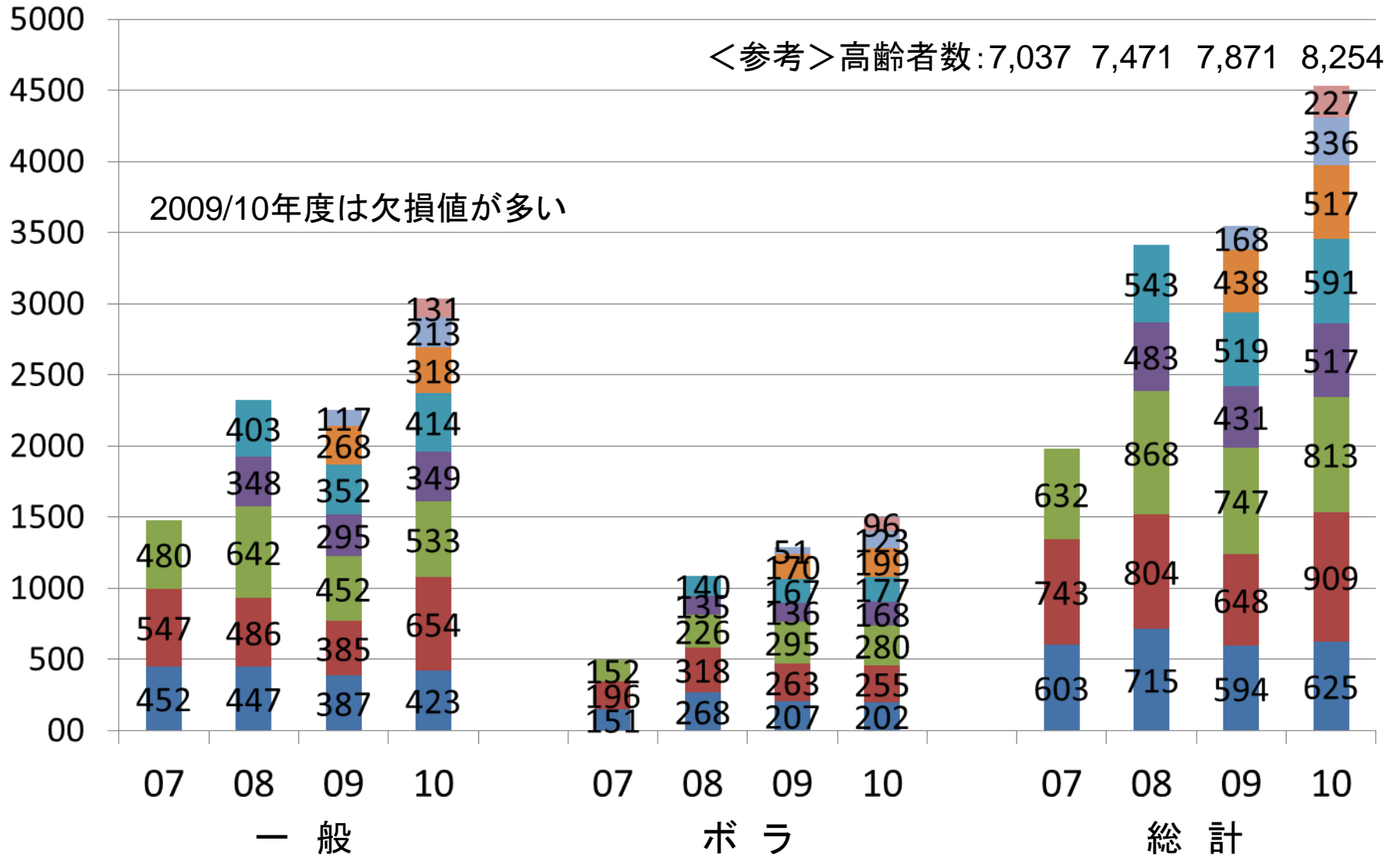
事業参加者 (2009～)

ボランティア数9倍に

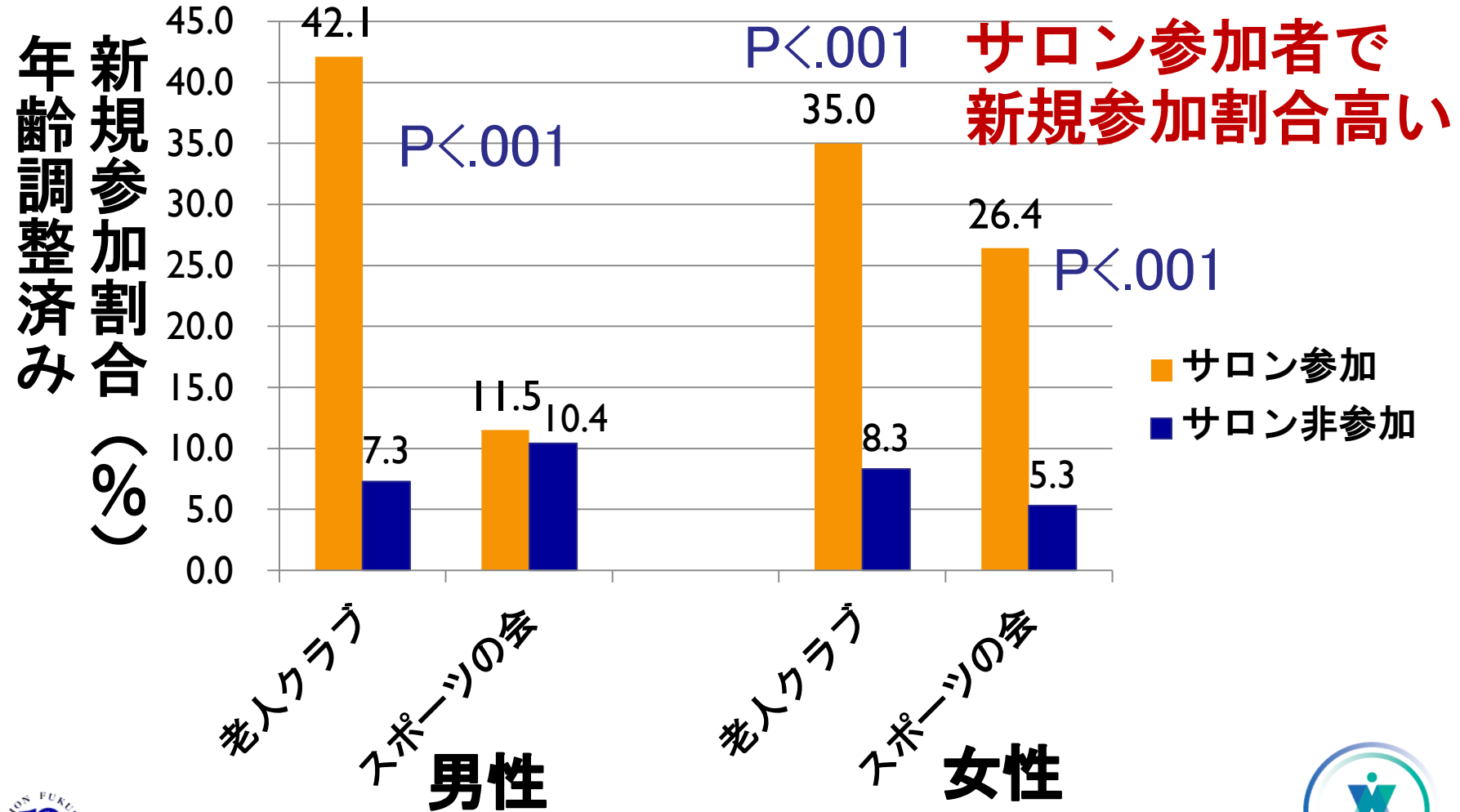


年度別サロン延べ参加者数推移

■ 大足 ■ 上ヶ ■ 玉貫 ■ 富貴 ■ 馬場 ■ 東大高 ■ 北山 ■ 下門



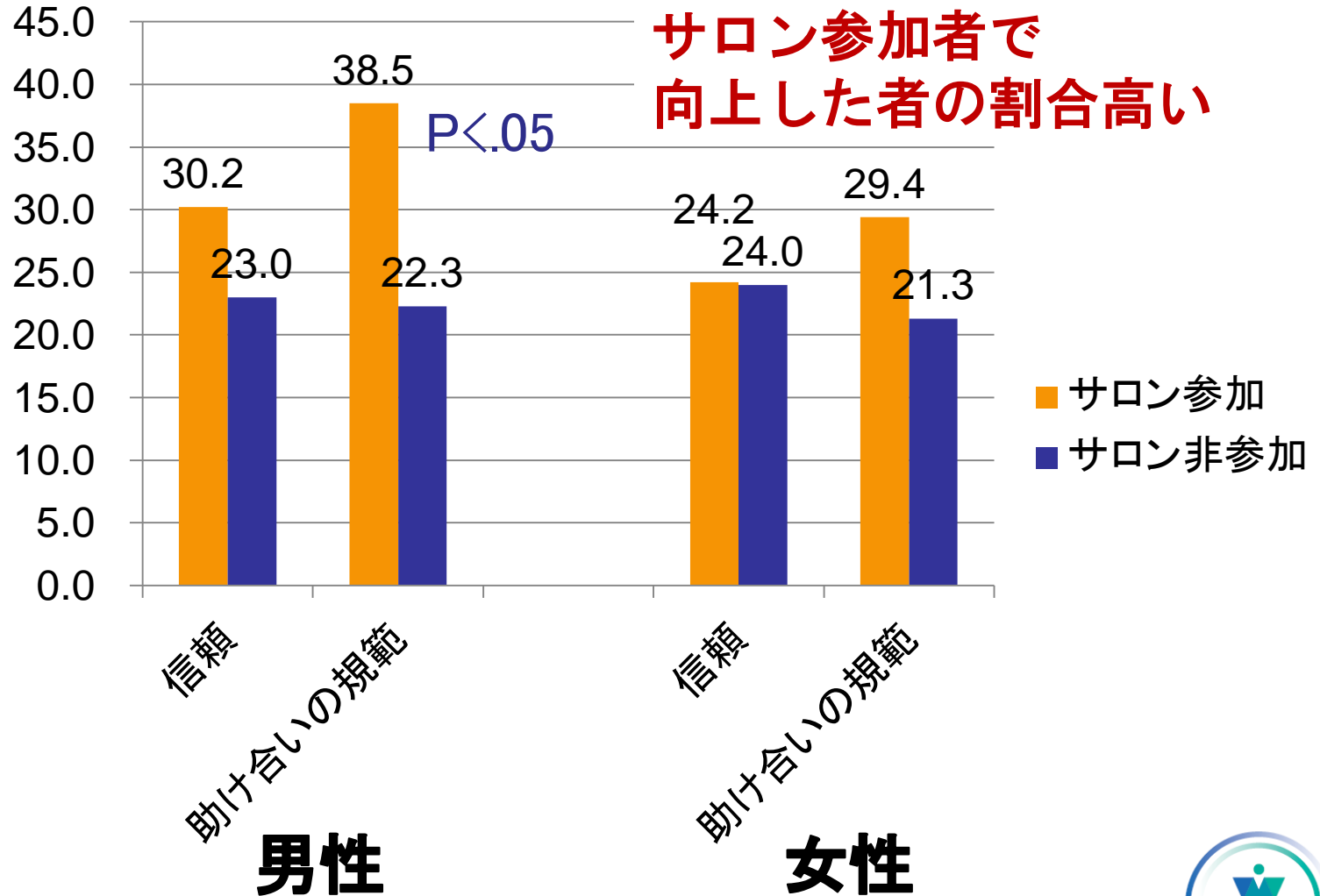
サロン参加者と非参加者での比較 地域の会への新規参加割合 (平井2010)



サロン参加者と非参加者での比較

信頼・規範の向上 (平井2010)

信頼・規範が向上した者の割合(%)
年齢調整済み



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

非参加者 (n=1495)

プログラム参加者 (n=198)

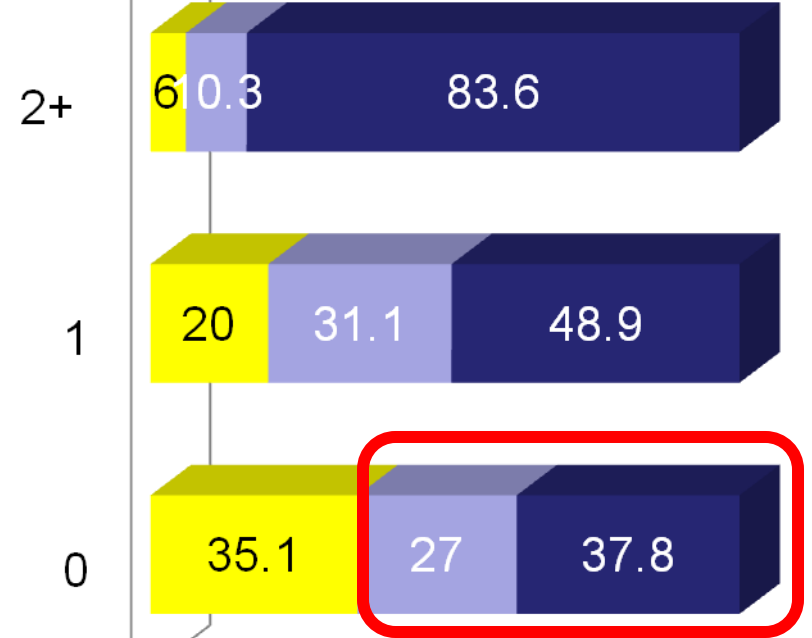
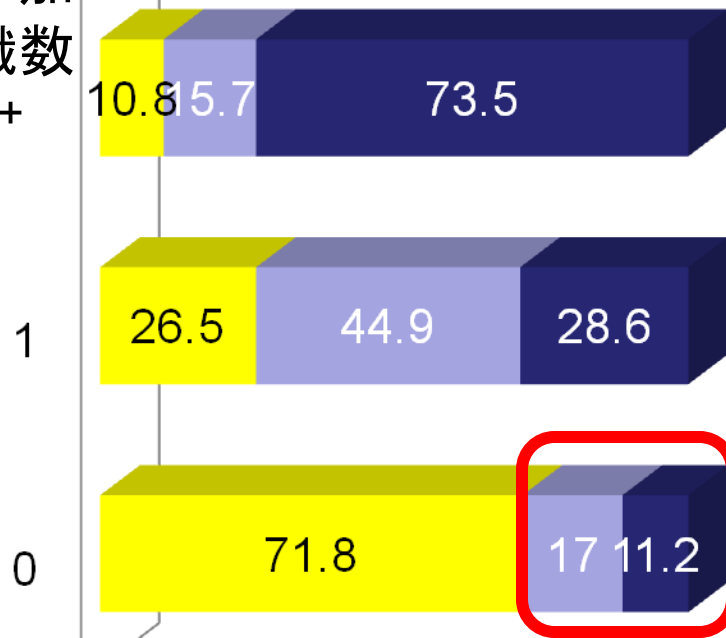
2006年
の参加
組織数

2008年の参加組織数

■ 0 ■ 1 ■ 2+

2008年の参加組織数

■ 0 ■ 1 ■ 2+



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

第5次総合計画への位置付け



○高齢者の生きがいづくりを支援する

○地域ぐるみで福祉を支える

○3カ所から14カ所（2020）へ

参加できる地域社会づくり

- 食事・運動・趣味・知的活動の減少・社会的孤立などは健康寿命に悪影響
- 趣味や知的・創作活動・体操の場を提供することには効果が期待できる
- 社会に参加すること，支援を受けるだけでなく支え役になる，助け合いには効果が期待できる
- ソーシャル・キャピタル・まちづくり
- もっとプログラム評価研究が必要

第2部のContents

- もう一つの予防戦略の必要性
- 何ができるか
 - 個人レベル
 - コミュニティ・まちづくりレベル
 - 国レベル: ヨーロッパに学ぶ

Tackling Health Inequalities

(Dept. of Health,
2003)

Foreword by the Prime Minister



We live in an age of astonishing progress. We are more prosperous and live longer and healthier lives than ever before. In every area of life, scientific and technological advances are helping create new opportunities and vanquish old problems. In health care, new treatments, unthinkable a generation ago, are saving thousands of lives each year. Even more revolutionary medical advances are on the horizon.

But it's not all a story of unrelenting and welcome advances. Our society remains scarred by inequalities. Whole communities remain cut off from the greater wealth and opportunities that others take for granted. This, in turn, fuels avoidable health inequalities.



We can no longer ignore . . .
the health inequalities

もはや無視できない: **認知**

We have started to tackle
this health gap

健康格差を阻止する: **行動**

Rt. Hon. Tony Blair MP



Tackling Health Inequalities

A Programme for Action

健康の不平等への
行動プログラム

Addressing the underlying determinants of health

背景にある因子に立ち向かう。例えば・・・

the opportunity of a decent home for all
neighbourhood services accessed from a single point
strong social networks and high-levels of volunteering
end of fuel poverty for vulnerable groups
cleaner, safer, greener environments for local communities
abolition of adult illiteracy with basic skills universal
a narrower gap in school performance
improved rates of benefit uptake among vulnerable groups
better public transport and better access to services

住宅政策
社会ネットワ
ーク・ボラ
ンティアの
強化
安全で緑豊
かなコミュ
ニティ
社会保障
教育政策
交通政策

Tackling Health Inequalities (2003), p34

スウェーデン公衆衛生法

(~~~~~)

1. 社会における参加と影響
2. 経済と所得保障
3. 安全で望ましい小児期・青年期
4. 健康的なワーキングライフ(労働生活)
5. 健康的で安全な環境と生産物
6. より積極的に健康を増進する保健・医療政策
7. 伝染病に対する効果的な予防対策
8. 安全な性生活と良好な出産育児
9. 身体活動量の増加
10. 良い食生活習慣と安全な食物
11. タバコとアルコールの消費量抑制、不法薬物やドーピングのない社会、過剰なギャンブルによる弊害の抑制

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**

Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT



Closing
the gap
in a
generation

Health equity through action on
the social determinants of health



Framework for national NCD surveillance

Non-communicable Disease

非伝染性疾患（生活習慣病，NCD）サーベイランスのための枠組み

Exposures: 曝露因子 健康行動：喫煙，運動不足，飲酒，食事

- Behavioural risk factors: *tobacco use, physical inactivity, the harmful use of alcohol and unhealthy diet.*
- Physiological and metabolic risk factors: *raised blood pressure, overweight/obesity, raised blood glucose, and raised cholesterol.* 高血圧，肥満，高血糖，高脂血症
- Social determinants: *educational level, household income, access to health care.*

社会的要因：教育，所得，アクセス

Outcomes: アウトカム（結果）

- Mortality: *NCD-specific mortality.* NCDによる死亡率，がん罹患率，種類
- Morbidity: *Cancer incidence and type.*

Health system response: 保健制度による対応

- Interventions and health system capacity: *infrastructure, policies and plans, access to key health-care interventions and treatments, partnerships.*

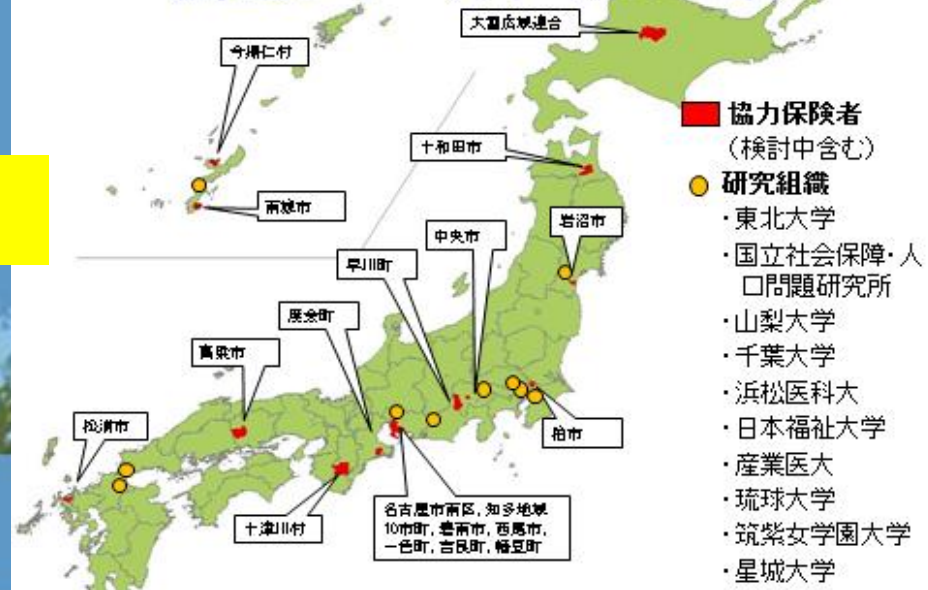
介入と保健制度のキャパシティ：インフラ，政策・計画，アクセスなど

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

調査フィールド(市町村)



介護保険の総合的政策評価

[トップページ](#)

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

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](#)

[要](#)

[イベント](#)

[研究班の紹介](#)

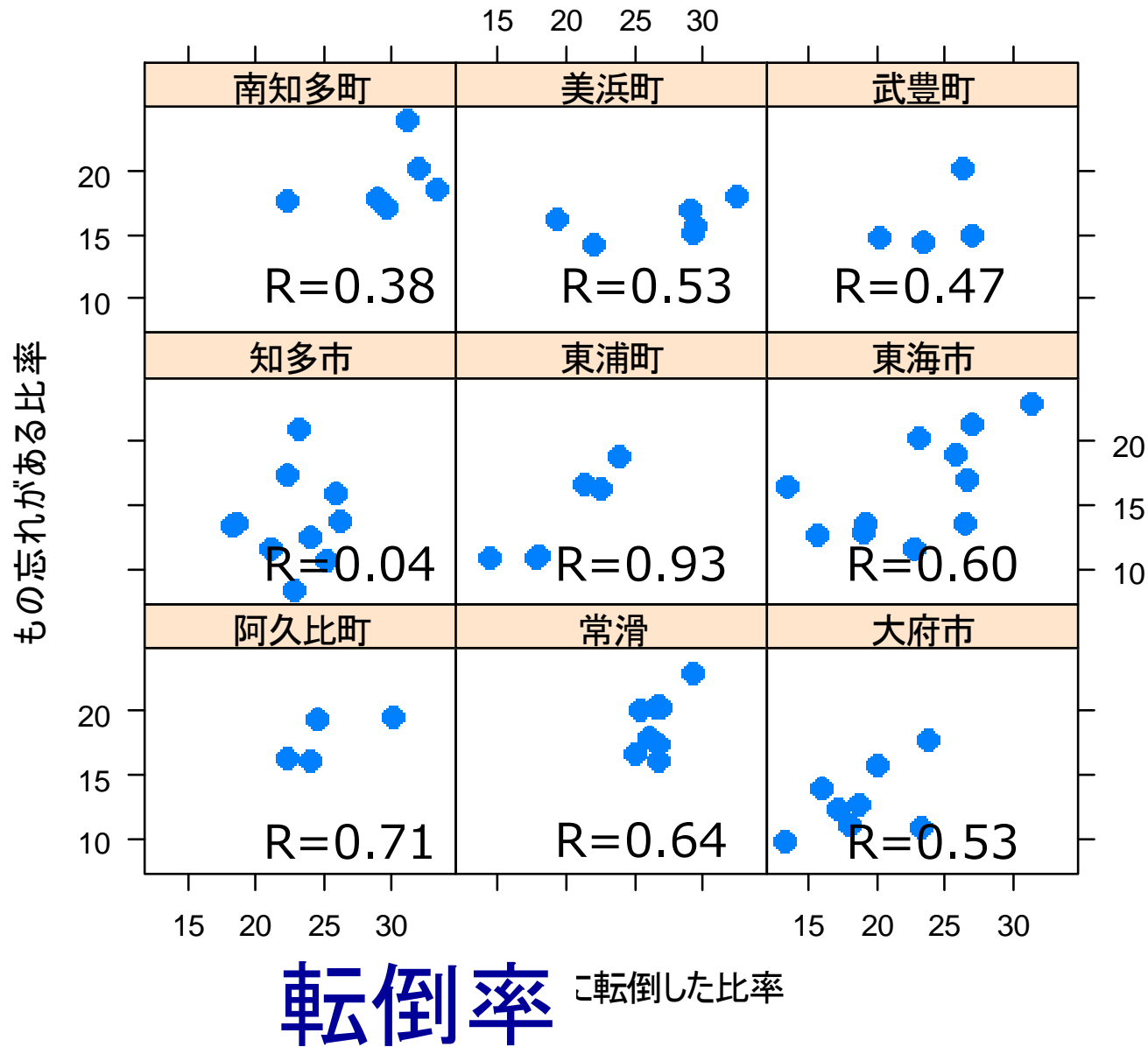
[Q & A](#)

[資料等](#)

[お問い合わせ](#)

転倒ともの忘れ(前期高齢者)

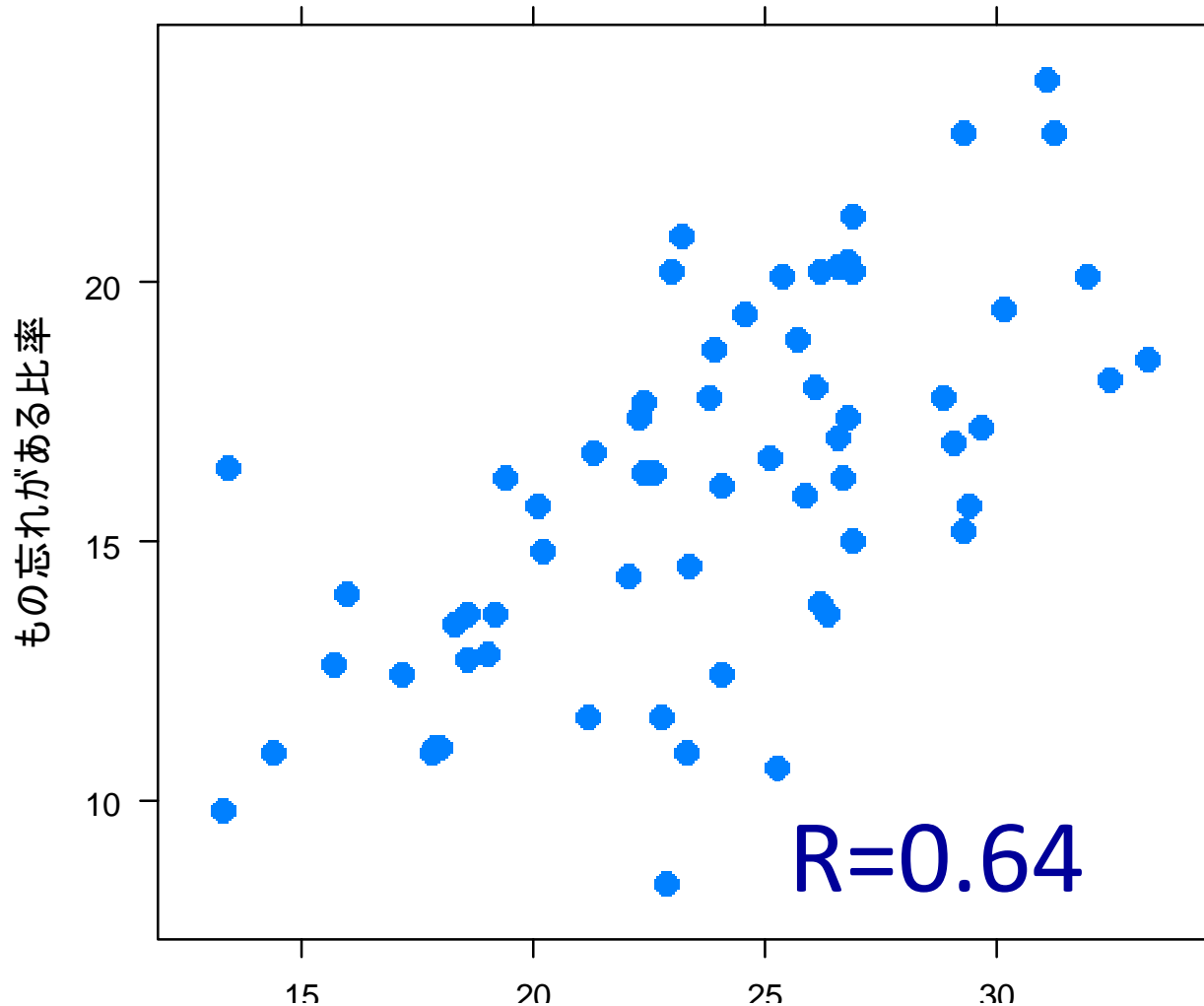
もの忘れありの割合



一つの自治体では
結果が不安定

転倒とももの忘れ(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

1年以内に転倒した比率

J-AGES HEARTとWeb-GIS 「見える化」によるマネジメント

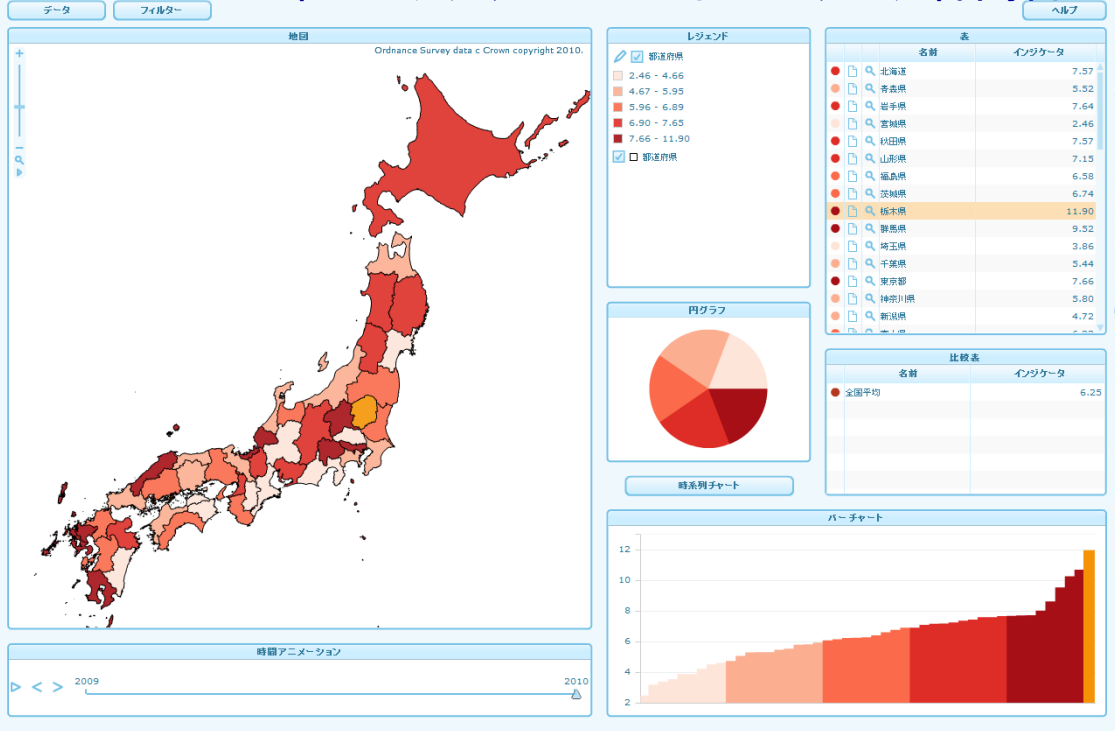
Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART)



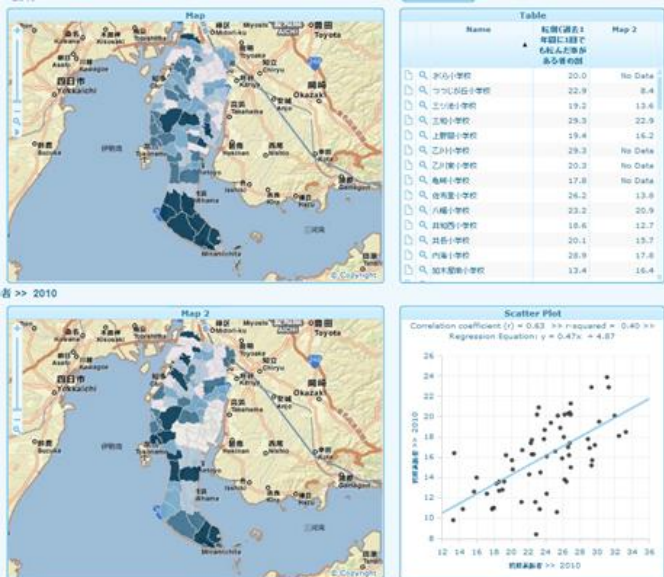
JAGES: 日本老年学的評価研究
Japan Gerontological
Evaluation Study

6つの重点指標 チェックリスト回答者のニーズ比率 >> 運動機能の向上 >> 2010

基本チェックリストによるハイリスク者割合



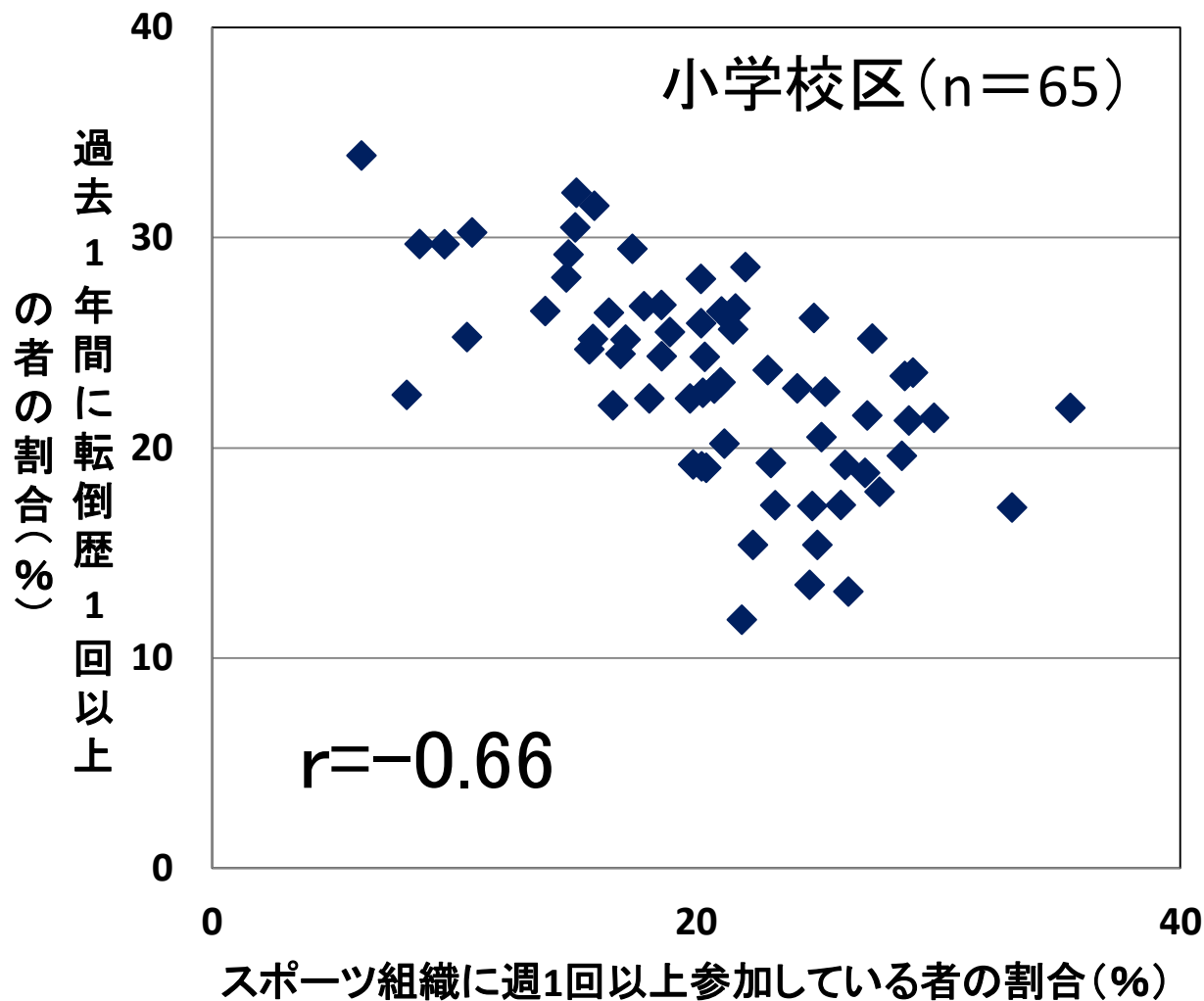
転倒と物忘れ(前期高齢者)



http://www.doctoral.sakura.ne.jp/WebAtlas/JAGES_HEART/23000_Chita/Double/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

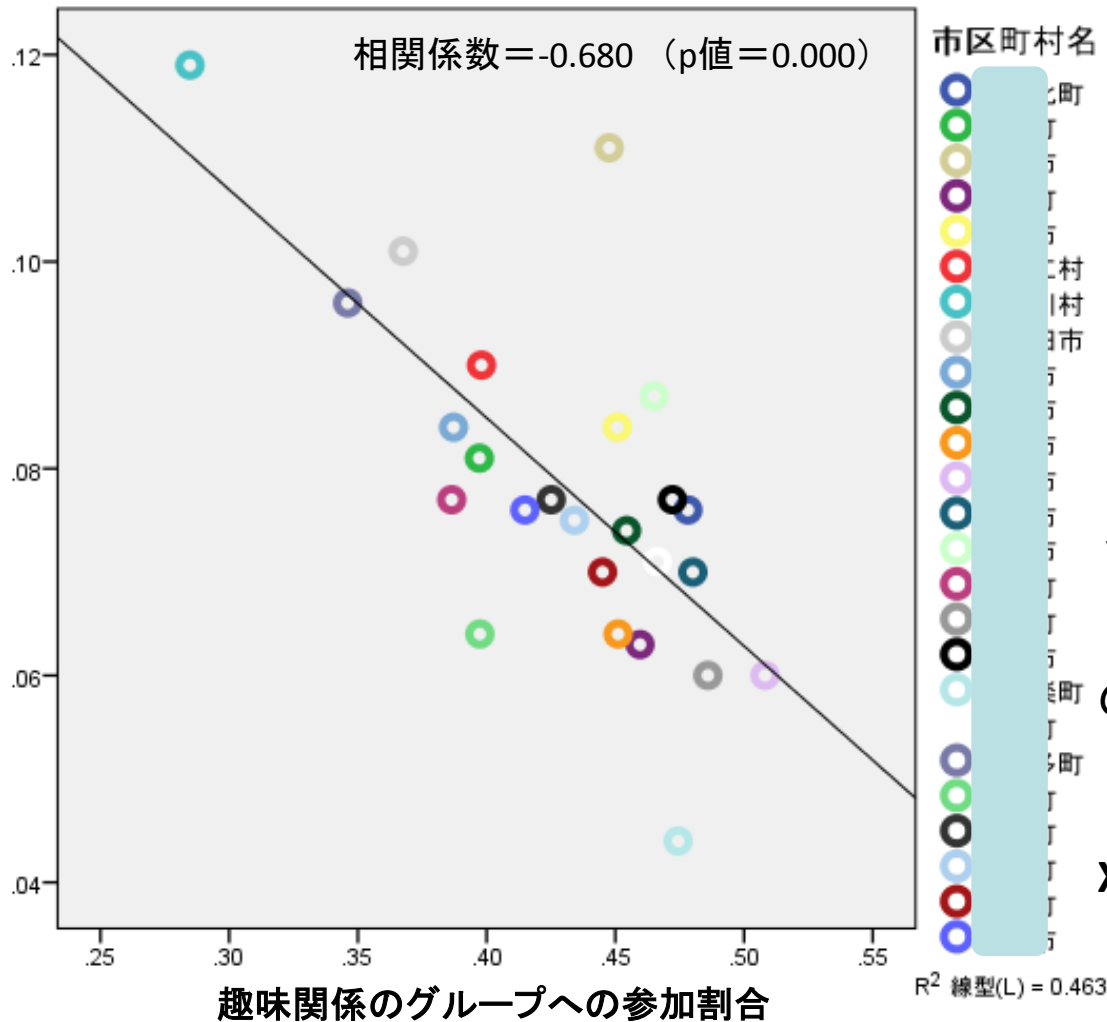


6保険者(9市町村)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した29,072人(回収率62.4%)

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状態を示す回答者の割合が小さい

GDS10点以上(うつ傾向)を示す回答者の割合



【対象】
JAGES 参加25自治体(暫定)

【変数】
Y軸:うつ傾向を示す高齢者の割合
高齢者抑うつ尺度(GDS15点満点)
の点数が10点以上の回答者の割合
(JAGES 2010年度調査)

X軸:高齢者の趣味関係のグループ
への参加割合
(JAGES 2010年度調査)



ソーシャル・サポート授受が多いと 自殺死亡率は低い

【対象】

JAGES 参加29自治体(暫定)

【方法】

社会的サポート授受の割合:

- ～病気で数日間寝込んだときに～
「看病や世話をしてくれる人」
「看病や世話をしてあげる人」
- ～心配事や愚痴(ぐち)を～
「聞いてくれる人」
「聞いてあげる人」

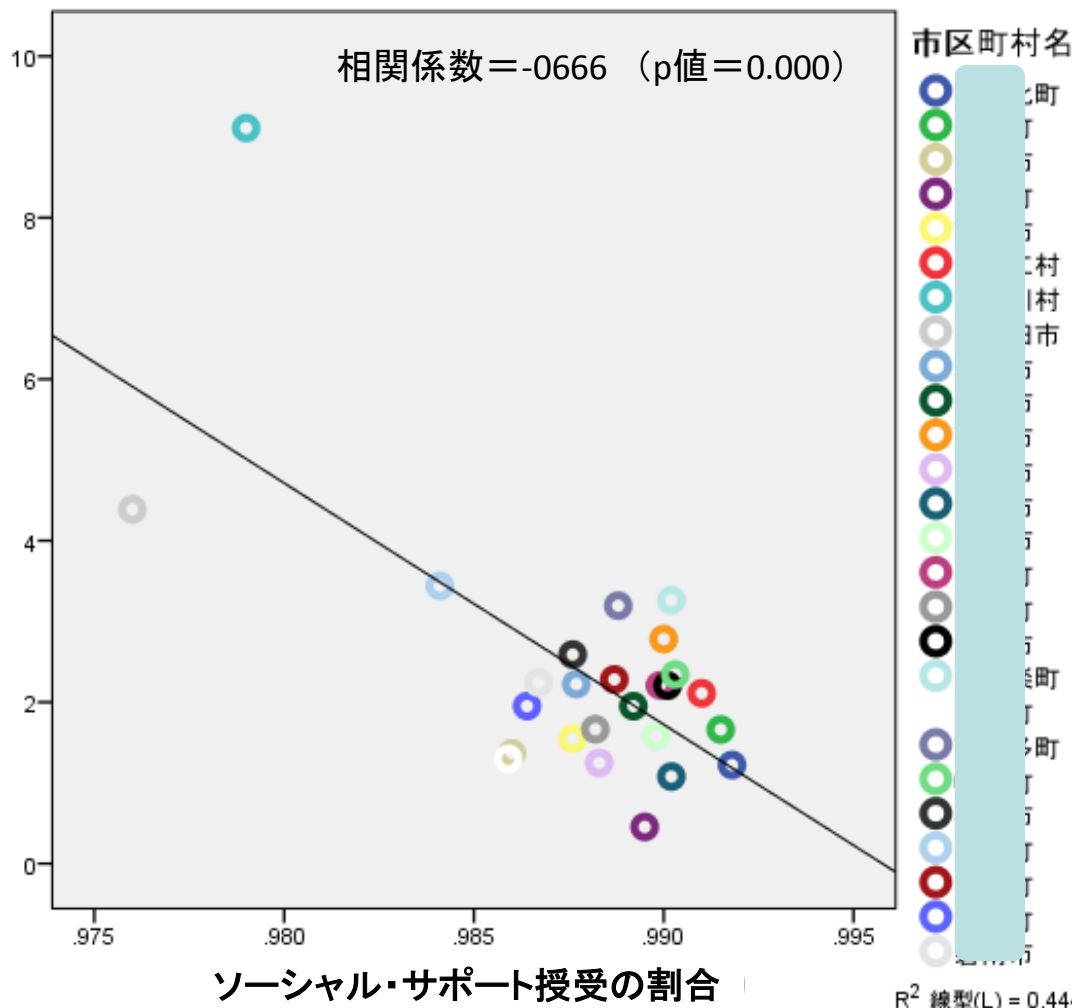
の全てを満たす人がいると回答した人の割合

(JAGES 2010年度調査)

自殺者数:

自殺統計データ

(警視庁2010年度調査)



JAGES2013調査 協力自治体者募集中

- 地域診断は他と比べて特徴が際立つ
- 地域レベルの関連要因をみつけるには多数自治体のデータが必要
- Good Practice発見の手がかり
- 改善経過の確認にもベンチマークが有効

ベンチマークと課題改善



ヘルスプロモーションとは 健康教育ではない

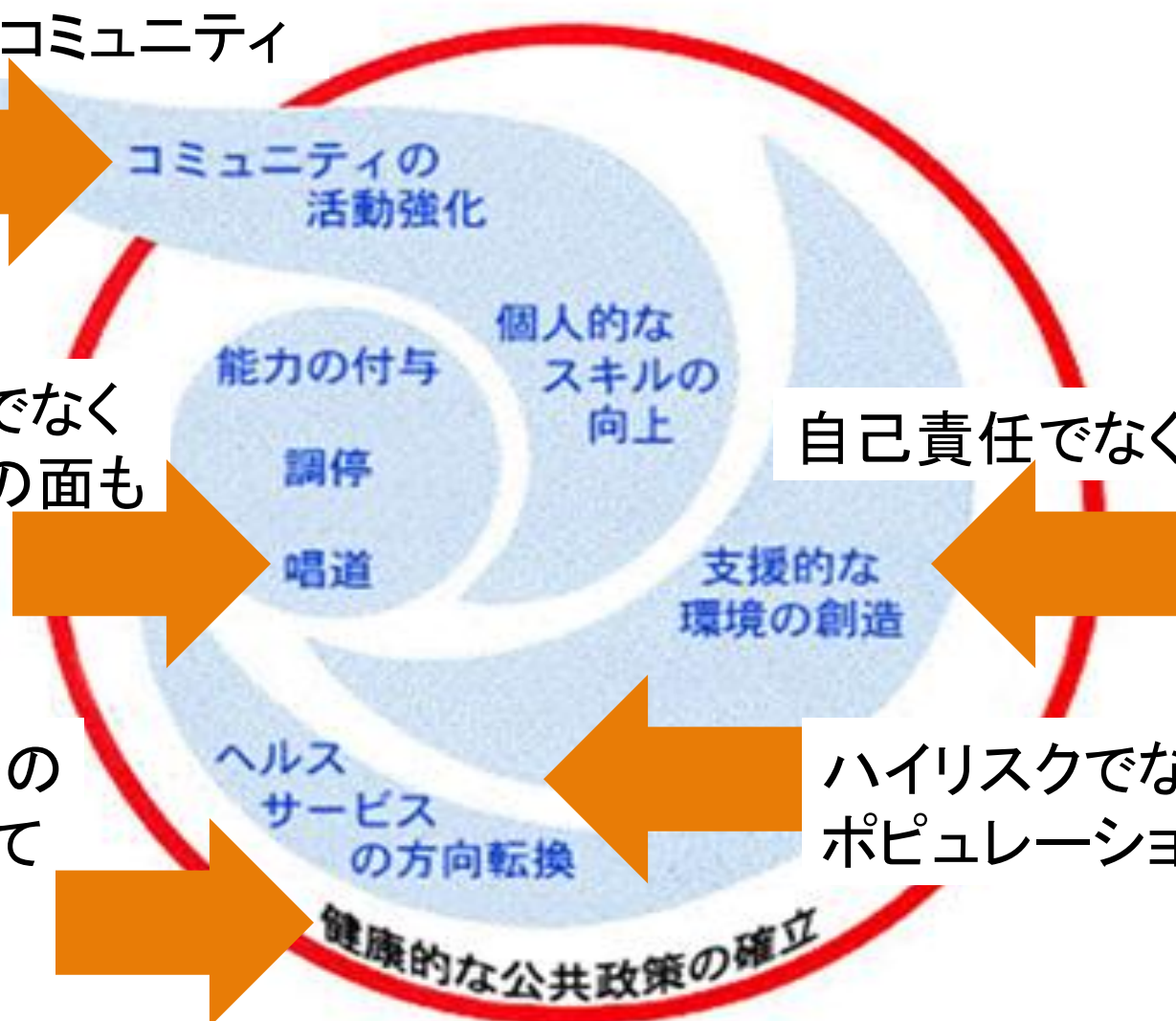
個人でなくコミュニティ

自己責任でなく
社会責任の面も

保健医療の
枠を超えて

自己責任でなく環境

ハイリスクでなく
ポピュレーション戦略



保健指導だけでなく社会への介入も



個人への介入効果は部分的&限界
= 社会環境への働きかけも併用を

- ① 認知療法や社会的サポート
- ② ソーシャルキャピタル＝「絆」づくり
- ③ 格差是正・社会保障拡充を

– Public Health Policy だけでなく
Health in All Policyを (WHO)

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：「保健師ジャーナル」誌連載「『健康格差社会』への処方箋」
- 近藤克則『「健康格差社会」を生き抜く』（朝日新書，2010）
- 学会誌 連載「健康の社会的決定要因」