

公衆衛生委員会答申

令和2年6月

日本医師会
公衆衛生委員会

令和2年6月

日本医師会
会長 横倉 義武 殿

公衆衛生委員会
委員長 角 田 徹

公衆衛生委員会答申

平成30年11月15日に開催した第1回委員会において、貴職より「健康格差の縮小に向けた保健事業のあり方」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では平成30年度、令和元年度の2年間にわたり検討を行い、このたび審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

公衆衛生委員会

委員長	角田 徹	(東京都医師会副会長)
副委員長	釣船 崇仁	(長崎県医師会副会長)
委員	加藤 正隆	(愛媛県医師会常任理事)
〃	神村 裕子	(山形県医師会副会長)
〃	小西 眞	(滋賀県医師会副会長)
〃	笹生 正人	(神奈川県医師会理事)
〃	広瀬 真紀	(福井県医師会理事)
〃	長谷川 敏彦	(一般社団法人 未来医療研究機構代表理事)
〃	宮崎 親	(全国保健所長会副会長)
〃	吉田 建世	(宮崎県医師会常任理事)

目次

I. 序 課題の背景.....	1
II. 健康格差とは何か.....	3
1. 医師会が考える健康格差とは（本委員会としての考え方）.....	3
2. 健康格差が生じる背景.....	5
3. 健康格差の現状.....	13
III. 保健事業のあり方について.....	22
1. ライフステージごとの健康格差について（保健事業の現状）.....	23
2. 今後の保健事業に求められるもの.....	25
3. 医師会・かかりつけ医に求められる活動.....	32
IV. まとめ.....	37
委員会審議経過.....	42
巻末資料.....	43

諮問「健康格差の縮小に向けた保健事業のあり方」

I. 序 課題の背景

前期（平成 28～29 年度、2016～2017 年）公衆衛生委員会では、会長諮問『健康寿命延伸のための予防・健康づくりのあり方』について、多様化・高齢化する社会に即し対応できるよう、今後の社会や医療現場で求められる“健康”の定義や“健康寿命”についての考え方を示した。超高齢社会のフロントランナーである我が国においては、何らかの疾病を有していても、住み慣れた地域で自立して暮らせることが、“健康（お達者）”な状態ではないか、そういった状態の期間を、“健康寿命”と考えてよいのではないかと提唱した。これまで WHO（世界保健機構）を始めとして定義されてきた“健康”の概念は、時代や社会構造等の変遷により、変化すべきと考えられた。そして、自立した状態を保ちながら、住み慣れた場所で出来るだけ長く暮らすためには、どのような個人的・社会的要因が重要なのか、を検討した。

今期の公衆衛生委員会には『健康格差の縮小に向けた保健事業のあり方』の会長諮問をいただいた。

健康日本 21（第 2 次）の目標に、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現が定められている。健康格差の縮小では『都道府県格差の縮小』（平成 22 年ベースラインで男性 2.79 歳、女性 2.95 歳）が掲げられている。

第二次健康日本 21 概要の図・中間報告の概要（平成 30 年 9 月）



世界医師会サー・マイケル・マーモット元会長はその退任時の講演でも、『健康格差の主たる原因は、貧困と社会格差・不平等にあり、我々医師は健康格差の原因に関心を持つべきである。回避可能な格差・不平等は是正すべきである』と述べられた。

2017年日医総研ワーキングペーパー『貧困・社会格差と健康格差への政策的考察』では、“貧困”には“絶対的貧困”と“相対的貧困”があり、わが国では“相対的貧困”すなわち社会経済的な格差が拡大し、“相対的貧困率”は国際的にみて劣悪な水準となっている、と述べられている。格差を生み、健康に影響する社会経済的要因は、所得、職業、教育階層、生活習慣、居住・生活環境、人間関係、社会関係、ストレス、胎児期からの成育環境、保健医療へのアクセシビリティ等をあげている。社会階層が低いほど健康に悪い生活習慣を持ち不健康になる傾向があり、格差が大きいほど社会全体の健康レベルが低下する。人間関係が少ないと健康が悪くなり、地域・職場の信頼感等も健康に影響する。職業や保険種類により、国民皆保険にもかかわらず、医療等へのアクセシビリティに差がある。胎児期から幼少期の健康は、その後の人生や健康を左右する。

根本となる社会保障や所得再分配などの多面的な政策対応は、国レベルの課題として日医をあげて国民や国に対して活動すべきである。本答申では、一人一人の医師が、かかりつけ医として、社会的共通資本である医療のその地域での担い手として、保健事業等を通じてどのように『健康格差の縮小』に取り組めるかを議論し、まとめたものである。個々の会員が同じ方向性を持ちながら役割を發揮し、地区・都道府県医師会が結集して取り組めば、その地域における『健康格差の縮小』に繋がるものと期待している。



II. 健康格差とは何か

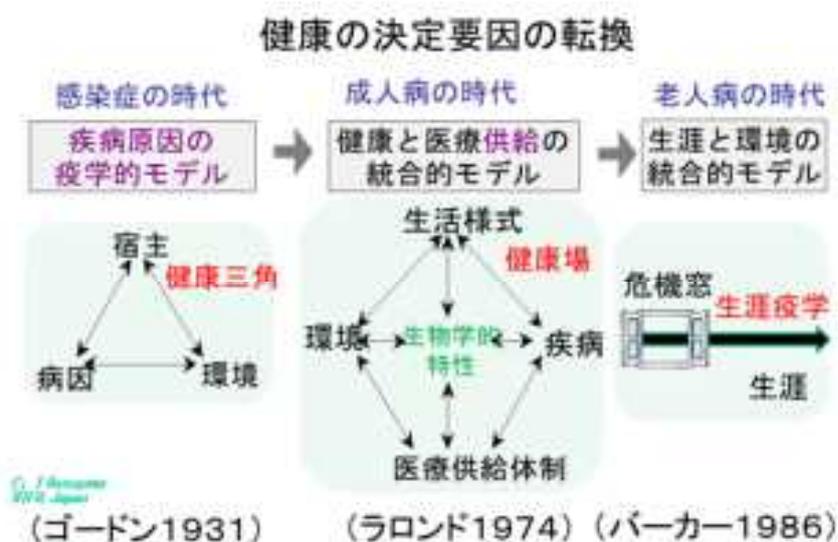
1. 医師会が考える健康格差とは（本委員会としての考え方）

健康格差定義

「一定の集団内での不平等で改善可能な健康状態の差」を意味する。

英語では「health gap」「health disparities」「health inequalities」「health divide」などいくつかの異なる用語で呼ばれてきた。これらの語は、不平等の様態や理想との差などのニュアンスの違いがあり、目的に応じて使い分けられている。

これを改善するには、一定の集団とはどんな集団か、不平等な健康とはどんな状態か、不平等とは集団内でどれぐらいの違いを意味するのかを定義する必要がある。さらに改善可能かの判断には、健康状態を決定する要因や背景を同定し、何らかの方法でそれらを変化させ得るかを分析する必要がある。健康の決定要因は太古より人類の関心事で、感染症の時代には「病原体」「宿主」「環境」と単純な健康三角が、生活習慣病の時代にはそれらに加えて「医療供給」「生活習慣」「生物特性」と複雑な健康上のモデルが提案された。近年では社会経済格差の増大から「社会的決定要因」を加えたモデルや出生前後の環境が中年・老年期の疾病の危険要因と検証された疫学研究結果から「生涯疫学」モデルが提唱されるに至っている。



従って公衆衛生学の新潮流として健康格差を個々人の生物特性のみならず社会格差や生涯の特定期の影響と併せて捉える視点が提唱されている。健康格差の改善にはこれらの要因を勘案することは当然であるが、それらを直接変えることが非現実的な場合がありうる。さらに加えて今日、疾病構造が中年期の生活習慣病から老年期の老人病に転換し、高齢者特有の病態「複数の慢性疾患が時折急性悪化を繰り返しながら死に至る過程」が近々医療需要の大半を占めるに至ると想定される。

そこで本報告では疾病構造の転換を踏まえて、医師会が考える健康格差について提案したい。

医師会が考える健康格差

日本医師会、横倉義武会長の「病む人、恵まれない人を支えるのが医療の原点」という精神は健康格差に取り組むことこそが医療のプロフェッショナルリズムの出発点であることを意味している。更に2017年から横倉会長が第68代の世界医師会会長に就任されて以来、健康格差是正への活動を推進されてきた。というのもその二代前2015年に会長に就任され英国のサー・マーモット卿は、健康格差の課題を永年にわたって研究され、2000年代前後から実践に移された世界のリーダーであったからである。この2つの医師会の流れ、即ち横倉精神と、マーモット科学分析が本委員会が提唱する健康格差の出発点である。

歴史を振り返ると18世紀から永く続く公衆衛生の伝統もまた、健康格差を集団即ち、社会レベルで捉えて、それを改善するという学問の体系であった。これまでの本公衆衛生委員会の活動も、まさしく、日本の医療界への提言、そして医師の活動への働きかけを通して、健康格差を是正する活動であったと言っても過言ではない。

しかし、医療界や医師が様々な健康の決定要因のうちで、例えば所得格差などの社会格差、遺伝因子などの生体要因に介入することは現実的でない。医療界全体と各医師が取り組み得る対象の格差が日本医師会の考える健康格差である。

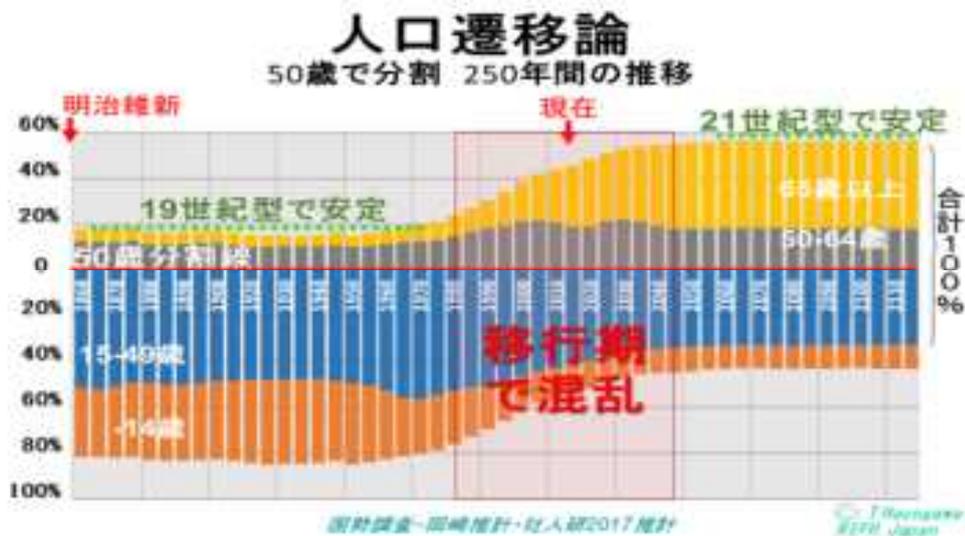
しかし一方、日本の医療需要が人口構造と社会の急激な変化によって激変することが予測され、まちづくりなど、いわゆる介護の地域包括ケアシステムも含めて、単なる医療の提供だけではなく、より根源的なところまで踏み込んでいってもいいのではないかと考えられる。それにより医療界のみならず介護の領域、さらには社会全体と関わることによって改善される可能性がある。このような新たな挑戦は日本医師会からの提言として必要と考えられる。ただ、21世紀の健康格差の特徴は、感染症を中心とする18～19世紀とは全くことになっており、更に、生活習慣病を中心とする20世紀とも大きく異なっている。従って、格差是正のための、「対象」や「方法」、そして、「評価」の手法を変えなければならない。次節でその詳細を述べたい。

評価と改善には、最終的には、幼少期から老年期までにおよぶ個人の生涯のパーソナルヘルスレコードを国民一人一人が持つことが健康格差是正の第一歩である。本報告は、新たな時代の新たな公衆衛生への提案である。

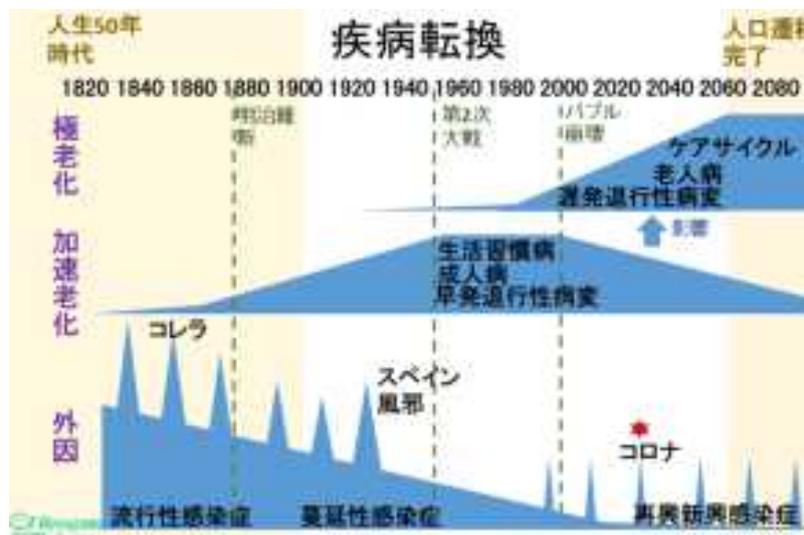
2. 健康格差が生じる背景

健康格差が生じている背景としては、21世紀の社会や個人の生涯の大きな転換がある。この転換の要因として「人口構造の激変」「疾病構造の激変」「社会構造の激変」が考えられる。

まず、「人口構造」としては、人類が歴史的に経験したことのない高齢社会を、日本が世界に先んじて牽引している。日本は、1980年代に、欧米諸国を抜いて世界の平均寿命に踊り出て、香港などの小さな国を除いて、世界トップクラスの平均寿命を誇っている。しかし、一方、出生率は急速に低下し、人口置換最低出生率 2.02 を大きく割り込んで、両方の要因により少子高齢社会が急進した。21世紀の転換を予測するとこれまで数世紀にわたって 50 歳以下即ち、生産と生殖を担う人口が中心であったものが 1980 年頃から減少し、2060 年には 50 歳以上が 3 分の 2 を占める人類未踏の高齢社会に遷移する。



その結果、「疾病構造」が 1990 年代頃から、成人病、即ち、生活習慣病から老人病、即ち、退行性病変に転換し、医療やケアの需要対象が大きく転換している。同時に、高齢者は、これまでの長い人生の結果生じる経済並びに健康の格差が特徴的である。



「社会構造」の変化としては、日本の場合、1990年代の経済バブルの崩壊以降、他の国に比べて、経済成長が停滞し、そのツケを若年層が払わされている。



事実、子供の貧困率はOECD先進国のうちで6位を占め、特にひとり親世帯の貧困率は世界で最悪となっている。



それが、更に少子化を助長している。同時に、生まれた子供の健康格差をも助長している。日本の低体重児出生率は、先進国の中で最悪を争っており健康格差を生じている。



近年の、ブリストル大学バーカー教授等の生涯疫学の成果によると、子宮内の環境や幼少期の成育歴が、中年期以降の成人病にも大きな影響を及ぼすことが判明した。又、中年期での生活習慣病の管理の不十分さが、老年期における退行性病変を生んでいる。

子供は日本の未来を背負う。生涯疫学の成果からもこの小児期の悪影響は、今後日本はWHOの定義がないほどの高齢社会になって、さらに重い健康格差を生むのではなからうか。



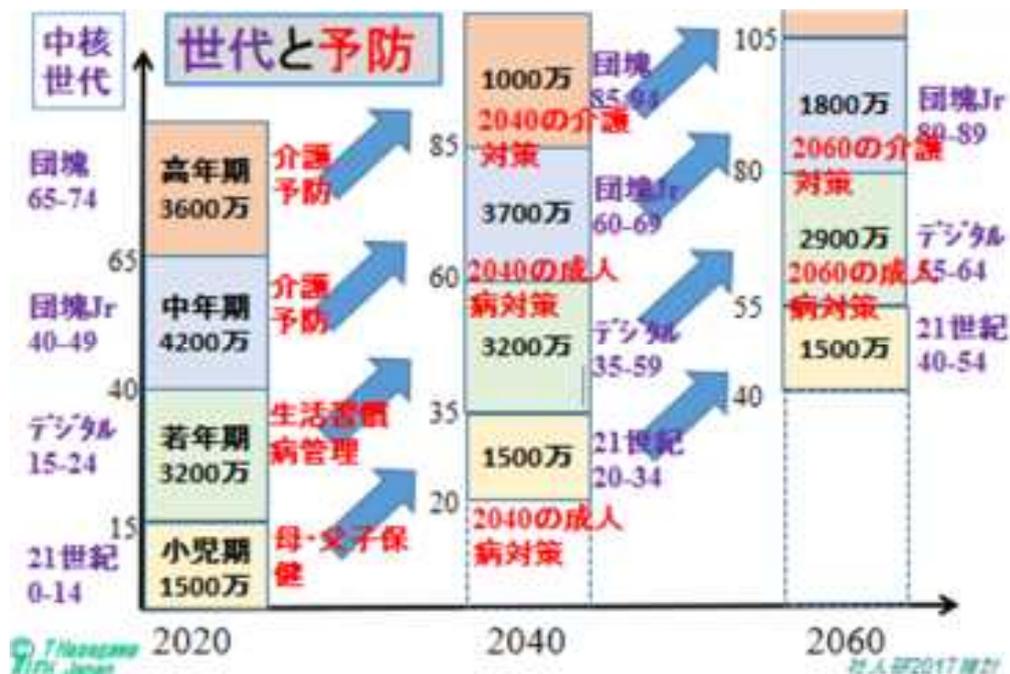
以上の激変から健康格差の増大が想定される3つの時期「幼少期」「中年期」「高齢期」を対象とすることが必要である。それぞれの時期の健康格差を特徴づける指標を選定し、健康格差の動向を追跡する必要がある。

「追跡単位」としては、予防活動を地域で取り組む必要から、指標の特性に対応し、都道府県レベル、市町村レベルが想定される。以下に人生の時期ごとに健康格差を把握し改善すべき主要な対象集団、その格差改善の目的例、指標例、そして追跡する単位を表にまとめた。

生涯と世代をとうした健康格差の改善

	若年期	中年期	高年期
対象	小児(父母子)	勤労者	高齢者
単位	都道府県、郡市 医師会、基礎自治体	自治体(都道府 県)、大企業/中 小企業	基礎自治体
目的	低体重児、肥満 児・羸瘦児、低体 力児(子供の貧 困)	メンタルヘルス、 生活習慣病	要介護要支援者 の減少、食べる 動く交わるの維 持
指標	低体重児修正割 合、その他の健康 指標	ストレス、その 他の健康指標	65歳自立平均 余命、その他の 健康指標

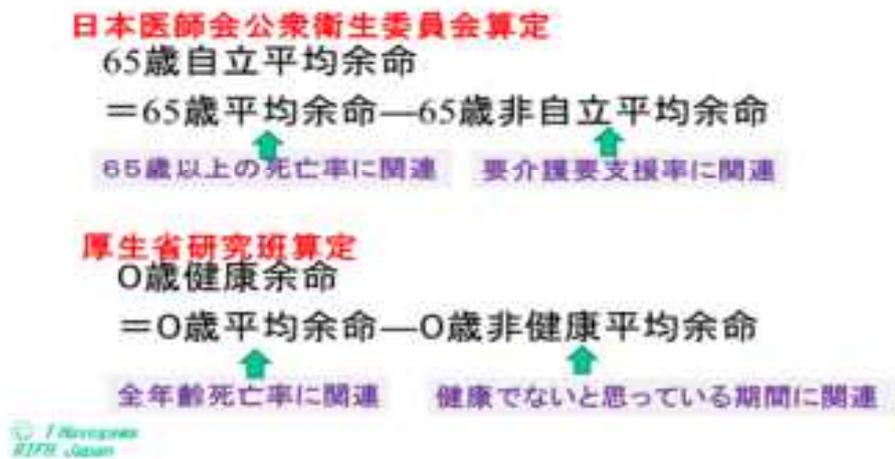
高齢化が一定の成熟を見る 2040 年そして人口遷移が完了する 2060 年を展望すると上述の人生の時期は、それぞれの世代にとってそれぞれの時期が異なる。生涯疫学の考えからすると、2040 年にはまだ団塊の世代が 90 歳前後で、特に女性で要介護要支援者の多くを占める。これから出来る限り引き籠らず、社会で活躍することが介護予防として期待される。団塊ジュニア世代はこれまで様々な人生のストレスを受けてきた。2040 年に高齢者となるが、要介護要支援に至るにはさらに 10-20 年を要する。しかし介護予防の観点からは現時点が重要で、従来の生活習慣病の管理は当然ながら、骨や筋肉の貯蓄、歯周病の予防など高年期の暮らしの機能「食べる」「動く」「交わる」を確保する健康管理が必要となる。この世代は就職氷河期で、経済的困難や 100 万人の引きこもりなど、精神的ストレスが大きく、働き方改革の主要な目的でもあるメンタルヘルスクエアが、老いたのちの人と交わる機能の確保のためにも重要である。彼らは日本の中でも健康格差改善の対象として大変重要な世代となっている。



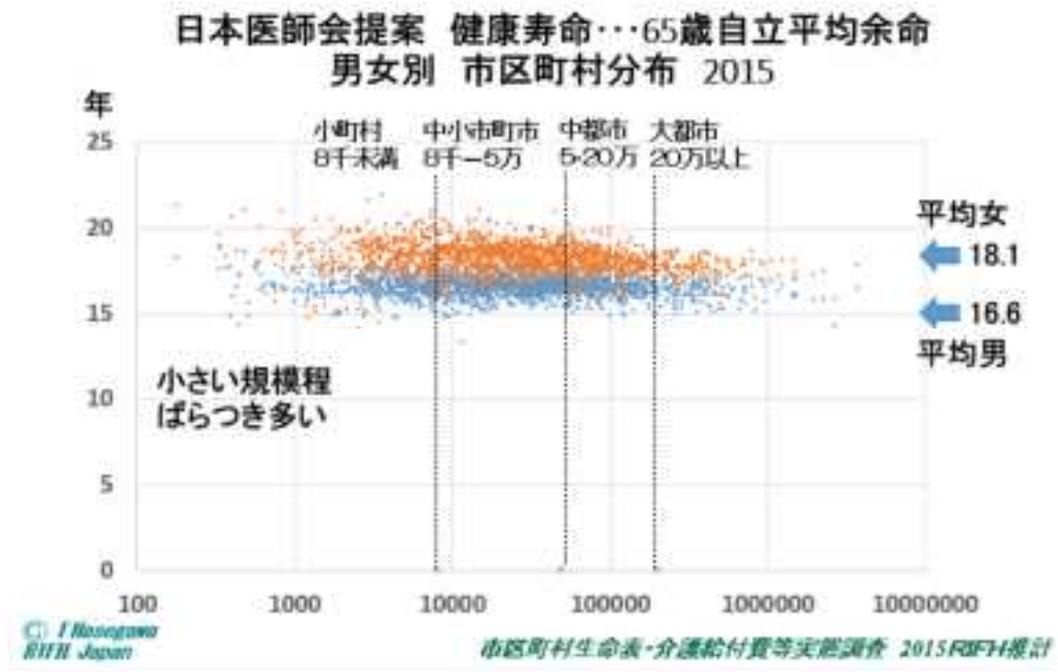
「追跡指標」について改めて考え直してみると 2018 年、既に、横倉会長発案の下、本公衆衛生委員会では、新たな健康概念を提唱した。そして更に新健康概念に基づき、現在測定されているデータを用いて日本医師会の推奨する健康寿命の測定法即ち「65 歳自立平均余命」を提案した。従来測定されてきた指標に比して客観的で、市区町村即ち基礎自治体のレベルで測定可能となる。

これまでの医療の目的であった「救命」や疾病の「治癒」は「生活の質の向上」「より良い死の支援」に重点が移行する。

健康寿命

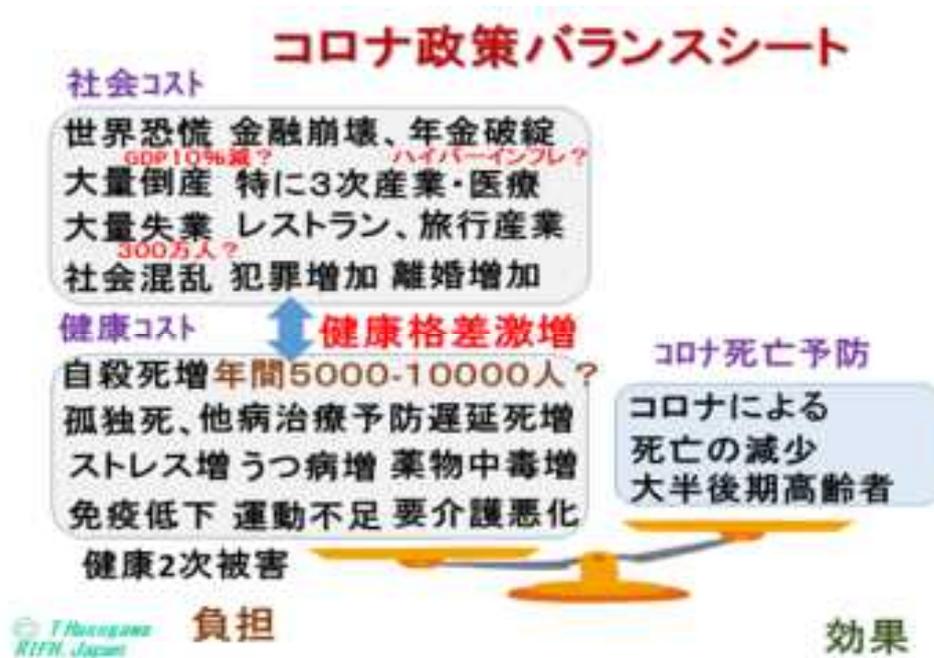


追跡指標の一例として、実際に 2015 年の基礎自治体別平均余命と介護認定データを用い 1741 の市町村で測定してみると、小さい町村程ばらつきがあり、大都市になるほど自立平均余命は短い傾向が認められる。



そしてそれぞれ人生の時期ごとに健康格差改善の対象にふさわしい指標、例えば中年期のストレス度や若年期の低体重出生率などを選定し、データが存在する単位、県や市区町村レベルで測定追跡する必要がある。

健康格差を社会格差の課題として捉えそれを主要な決定要因とする考え方は 18 世紀の産業革命期より欧米では存在した。特に階級が残る英国や人種のるつぼ米国では主要な健康課題でさえあった。しかしこれが世界に広がって行ったのは、1980 年代以降世界の経済が低迷し福祉を削減する新自由主義が台頭し、格差問題が世界の課題となったからである。日本もバブル崩壊以降社会格差が次第に拡大したが、若年層などの一部が焦点で、世界に類を見ない高齢化の速度は若年層への負担による少子化が主因だったと考えられる。しかし 2019 年 11 月中国武漢で発生した新型コロナウイルス感染症は国際交流の激増の波に乗って瞬く間に世界に広がり、日本もその対策に追われている。外出自粛などの強硬な政策により、個々人の健康 2 次被害や経済恐慌大量失業などの社会インパクトが懸念される。

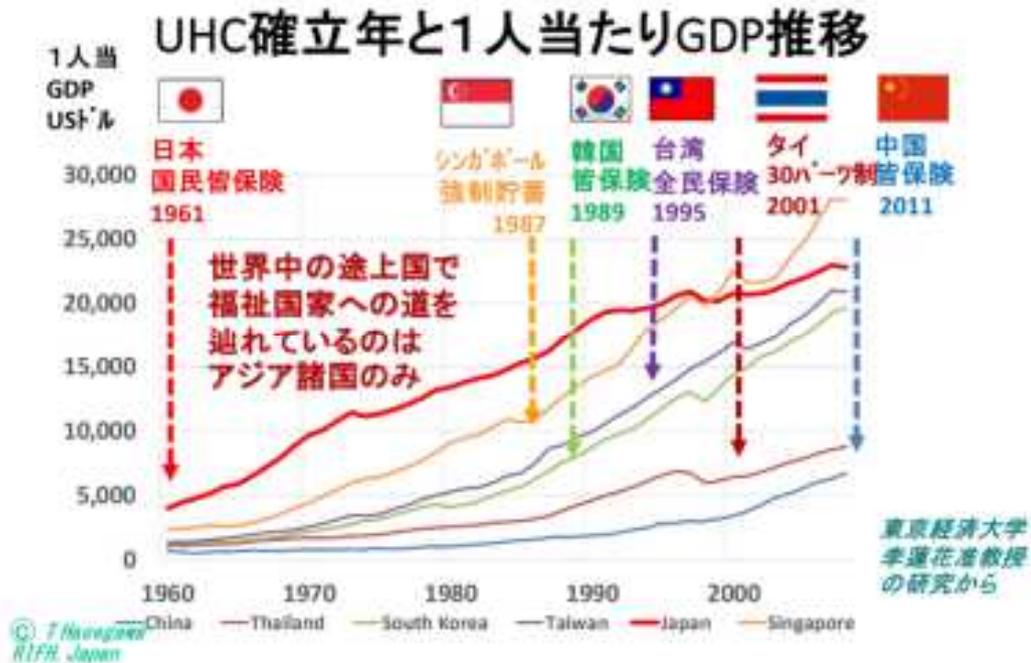


社会への負担は健康への負担を産み、互いに影響して大きな健康格差を生むことが想定される。世界に類を見ない高齢社会に突入しつつある日本にとっては大変重い負担ではあるが、高齢社会を準備するためにも新型コロナウイルス感染症による健康格差に今から対応していく必要があるといえよう。この負担は人生の全ての層で健康格差を産み出し得る。高齢者では、引き籠りによるストレス、免疫機能の低下、運動機能の低下、社会関係の希薄化が想定され、長期的に介護費の負担が増大すると考えられる。中年期では、非常勤低賃金の多かった団塊ジュニアを中心にダメージが大きく、引き籠り世代も巻き添えを受けることとなる。これまでの日本の課題であった母父子家庭の貧困は、更なる悪化が想定される。もう一度各世代で課題を詳細に検討し本気で健康格差に取り組みねばならない。

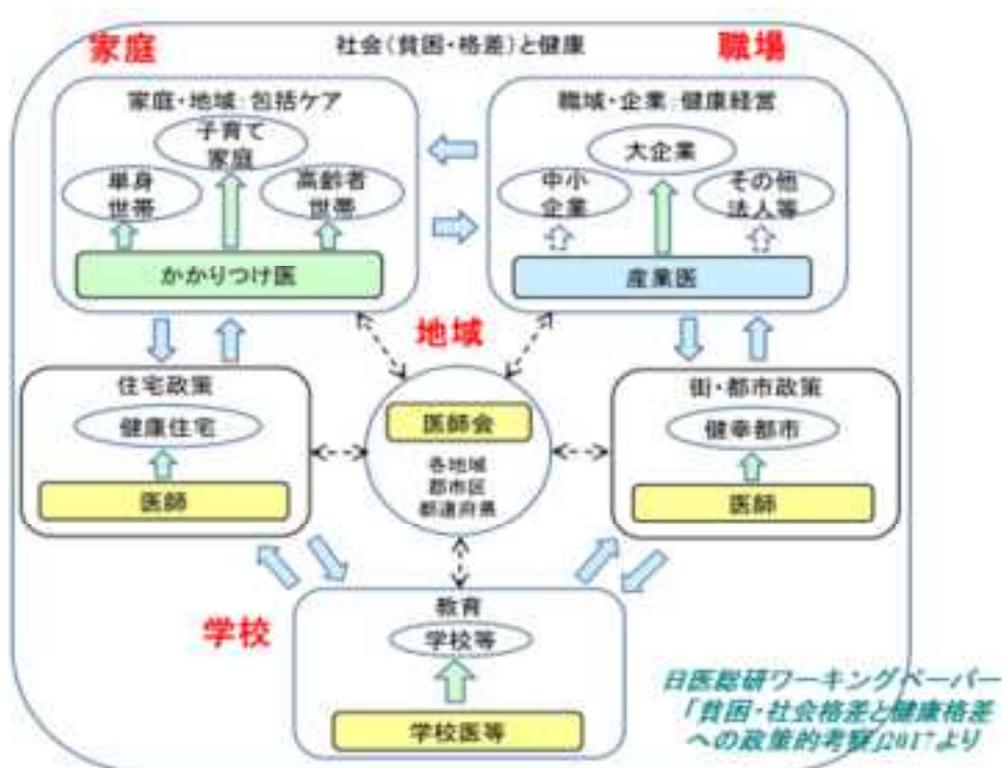
一方今回の新型コロナウイルス感染症による死亡率は、アジアでは世界でも極めて低く欧米の100分の1、一部の国では1000分の1である。ウイルスの種類やアジア人に共通の遺伝的要素免疫状態は否定できないが、やはりアジア独特の元々社会的距離のある生活習慣や清潔な伝統が主な原因とも考えられる。



しかし更に、死亡率の低い重要な理由は、医療へのアクセスである。世界中の途上国で、国民皆保険 (UHC) に成功したのはアジアの国々だけであり、健康には質の高い医療へのアクセスが重要であることが証明された。



高齢社会への対応、健康格差の是正には、医療資源の確保が必須で、医師、病床医療機能の適正な配置が求められる。「国民皆保険」の体制がその礎となることは言うまでもない。もう一つの大変重要な礎が「かかりつけ医」である。地域の暮らしを支える医療が医療需要の中心となるとき、地域の医療を担うかかりつけ医こそが国民一人一人の様々な時期における健康のハブに他ならない。学校と地域、職域と地域、家庭と地域、学校と家庭、職域と家庭を繋ぎ、それらの背景にある地域の暮らしに日夜接して貢献することが期待されている。



本報告書の提案を基に、大きく転換する疾病構造・社会構造に対応した、全く新しい健康概念や予防の方法、医療の在り方を、日本から発信して行く必要があると言えよう。これらの新しい取り組みにより、2040年から始まる、本格的な人類未曾有の超高齢社会に向けて準備をしなければならない。

3. 健康格差の現状

① 健康格差と所得との関係

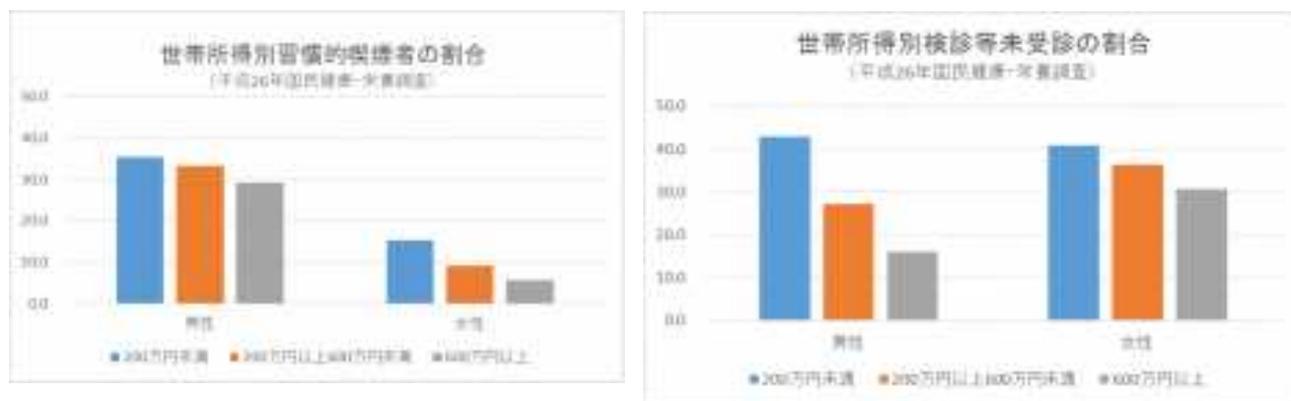
健康格差に影響を及ぼす要因として、最も考えられているのは、貧困の増大や社会経済的な格差である。かつて日本は「一億総中流社会」と称されていたが、近年、バブルの崩壊、グローバル化の進展などにより、終身雇用制度の崩壊、非正規雇用といった就業形態の変化が生じてきた。その中で、いわゆる「勝ち組」とよばれる高所得者層への富の集中が進む一方、安定的な日常生活を営むことが困難となる者は増加し、経済的な二極化が進んでいった。

ここでは、各種調査における指標を基に、健康格差の現状について考えてみる。

国民健康・栄養調査によると、肥満者割合は世帯所得 600 万円以上に比べ、200 万円未満において高く、習慣的な朝食欠食者の割合、現在習慣的に喫煙している者の割合も同様である。逆に、野菜摂取量に関しては世帯所得が低いほど量が少ないなど、生活習慣の場面において、所得と生活習慣病のリスク因子との関連性が考えられる。

また、健康診断の未受診者割合については、低所得者ほど高く、疾病予防・早期発見の観点からも、所得格差が健康格差に影響を及ぼしていることが示唆される。

同様のことは特定健診の保険者種類別の実施率にも反映している。大企業が中心の健保組合に比較し、中小企業が加入する全国健康保険協会では著しく受診率が低いことがわかる。



図：平成 26 年国民健康・栄養調査 世帯所得習慣喫煙者の割合¹

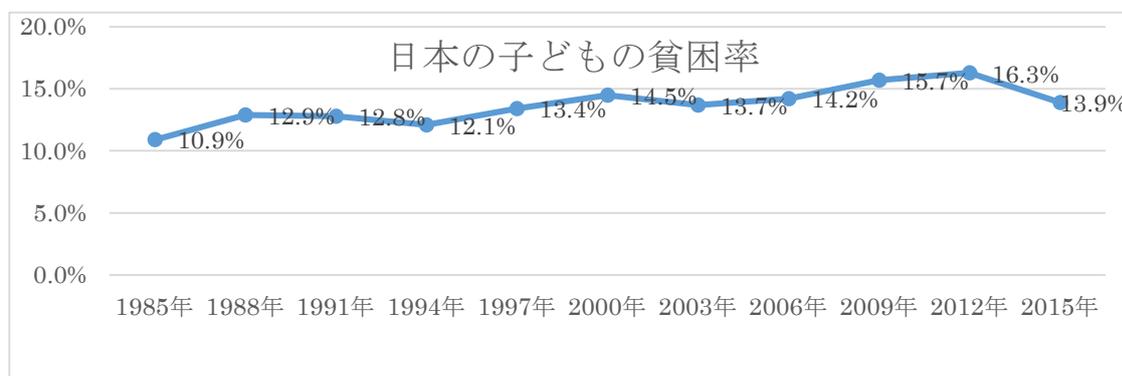
特定健診の保険者種類別実施率						
	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	船員保険	健保組合	共済組合
2017年度	37.2%	48.7%	49.3%	-	77.3%	77.9%
2016年度	36.6%	47.5%	47.4%	48.5%	75.2%	76.7%
2015年度	36.3%	46.7%	45.6%	46.8%	73.9%	75.8%

図：平成 27 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について²

¹ 平成 26 年国民健康・栄養調査

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzou-shinka/0000117311.pdf>

近年、注目されてきているのは「子どもの貧困」である。1985年には10.9%であった子どもの貧困率は、2012年には16.3%まで上昇した。2015年の調査では13.9%にまで回復したが、今後の推移に注意が必要である。また、この30年間で母子世帯は1.5倍、父子世帯は1.1倍と増加し、子どもをめぐる家庭環境に変化が生じてきている。また、母子世帯の就業率は81.8%であるが、そのうち52.3%は非正規雇用であり、そこでの平均年間就労収入は133万円という実態がある。



図：平成27年版 内閣府子供・若者白書 第3節 子供の貧困³

低出生体重児は、大人になってからの糖尿病リスクが高いことは知られている。また、幼少時期の低栄養やストレスは成人後の心臓病、脳卒中、肺がん等の死亡率を高くしているとの報告もある。また、貧困の状況は教育、進学、就職の場面においても不利に働き、次世代に連鎖する。これらにより、子どもの貧困は、成人後に身体的な健康だけでなく、幸福感や主観的健康感などの心理面にも影響を及ぼしてくる。

② 地域・職域保健にみる健康格差⁴⁵⁶

本答申ではライフステージごとの保健事業や健康保険の差違を重視している。健康増進法の示すところでは国民の健康を推進する仕組みは保健事業の実施者（保険者、事業者、市町村、学校等）が担っており、それぞれの力量により差が出てくるのは当然である。実際「健康日本21(第二次)」中間報告（平成30年9月）によると全体的な目標の達成は十分とは言えず、目標を一部変更せざるを得なかった。また、特定健診・特定保

² 平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000173093.pdf>

³ 平成27年版 内閣府子供・若者白書
https://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h27honpen/b1_03_03.html

⁴ 平成29年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（主任研究者：川上憲人）総合研究報告書、平成30年3月：216-239。

⁵ 地域・職域連携推進ガイドライン：これからの地域・職域連携推進の在り方に関する研究会、令和元年9月

⁶ 日本産業衛生学会 健康教育・ヘルスプロモーション研究会 2018, 8, 17 第39回
 基調講演：職域ヘルスプロモーションの良好実践をいかに共有するか？ 福田洋(順天堂大)

健指導に見るように近年保険者の役割が重視されているが、保険者ごとの事業では継続的かつ包括的な保健事業の展開は困難であり、ひとりの国民のライフステージを切れ目なく追う状況になっていない。折しも国が全世代型社会保障に取り組もうとしているのは、現状に不足があるからであろう。

就労期(中年期)はおそらくライフステージで一番長く多様な時期である。その健康を支える健診等の保健事業は、国民健康保険であるか被用者保険であるかによって異なっている。

健康診断と事後措置

①国民健康保険（地域）の場合、健診・検診の受診はあくまで任意であり、特定健診受診率は約 40%（平成 28 年度）である。結果への対応すなわち事後措置では、住民がん検診では異常が疑われた場合に精検勧奨される。その他の血圧・脂質・糖代謝などでは、結果票にコメントがあり受診勧奨されるが、その後は地域ごとに種々であり必ずしも結果に対するフォローはされない。総じて地域保健では健診受診率が低く、事後措置が手薄である。

②社会保険（職域）では定期健診が労働安全衛生法上の義務でもある。健診受診率は従業員 50 人以上の事業所では 100%だが、10～29 人の小規模事業所では 89.4%とやや下がる（平成 24 年労働安全衛生特別調査による。これ以後同様の調査は未実施）。それでも住民健診より高率である。またがん検診は事業所（または保険者）による費用負担や補助がある場合と労働者の自己負担の場合があるが、特に自己負担の際は実施率が伸びない。これは職域における事業者間の健診の格差といえるが、主に経済力の差と経営者の意識の差である。健診事後措置については産業医が意見を述べることとされており、正しく実施すれば十分な事後措置の効果が期待される。ただし、50 人未満の事業場では産業医がおらず、地域産業保健センターの登録産業医に委託できるがその件数は多くない。地域産業保健センターの活動予算は独立行政法人労働者安全機構との委託契約で、ほぼ地区医師会が担っている。このような職域での格差を減らし、現状以上の活動をするためには、予算増額が必須であり地区医師会の理解と協力が不可欠である。

健康づくり、健康会議

③職域には保健サービスの質の格差もある。一部大企業や先進的な企業（健康保険組合）では、疾病を発見するための健診（二次予防）のみならず健康の質向上のための健康づくり（THP：Total Health Promotion 一次予防）に力を入れており、専従産業医の関わりや外部の健康関連サービス事業者の活用が増えているが、中小企業での嘱託産業医が THP に関わることは限られた時間の中では少ないと思われる。

上記のような職域内での保健サービスの格差は、大企業が都市部に多いことから、すなわち都市と地方間の健康格差をもたらすと考えられる。

④健康サービス事業者の活用は一部の自治体でも取り組んでいる。ウェアラブル機器やスマホによる活動量測定ランキング（山形県山形市 SUKSK）、健康長寿ポイントによる商品交換（宮城県延岡市）、東京都医師会のキャンペーン企画キッズホスピタルランドなどは民間の力を有効に使って「楽しく健康に」と呼び掛けている。これからの健康推進にはこのような楽しく興味を引くことが必要であろう。

うつと産業保健

⑤うつ等のメンタル不調に対しては産業保健でのストレスチェック制度が2015年12月より義務化されている。これはうつ病を早期発見するものではなく、個人にはセルフチェックによる気づきを、事業場には結果を踏まえた職場環境改善を期待している。

ストレスチェック制度導入後の成果としては、労働者の仕事関連ストレスの軽減や、生産性の向上に効果がある可能性を示す研究¹⁾がある。うつ病対策には職域での取り組みが重要であることは間違いないが、ここでも事業者規模により産業保健対策の充実度が違う。

地域保健と職域保健

⑥就労期(中年期)にフォーカスし地域保健と職域保健の格差を論じるにあたり、医療そのものではなく、健診や健康づくりの保健サービスに視点を向けたところ、地域と職域の格差、職域での経済規模による格差が浮き彫りになった。

中年期は老年期の健康の基盤であり、中年期に不健康ではリタイア後に地域保健に多大な負荷がかかる。このことを地域保健を担う市町村は強く認識して欲しい。

職域はその健診受診率と捕捉率の高さや、日本的な会社風土(メンバーシップの重視)を生かし、健康づくりに有効な手段が見いだせる可能性がある。これに比べ地域(市町村)の国保データベースに基づいた保健計画では不足な部分も多く、もっと職域保健の保険者との情報交換や共同事業を考えるべきである。しかし自治体の地域・職域連携推進協議会の多くは、報告承認の会議が主体であり形骸化している²⁾。

⑦今、職域では「健康経営[®]」が大きく関心を呼んでいる。健康経営の第一はトップの意識改革である。職域の成功事例を参考に、自治体が健康経営のマインドをもって保健事業を展開することで成果が期待できるであろう³⁾。すでに実施している自治体が数多あることはもちろんである。

医師会は産業医の視点を併せ持ち地域保健の活性化にも貢献しうるであろう。

③ 健康格差と認知症・うつ病の関係

認知症

2017年ランセットの「認知症予防・介入・ケアに関する国際委員会」は、認知症の発症リスクを高める危険因子のうち、遺伝子起因等ではない、本人が意図すれば改善可能な危険因子が35%あると発表した⁷⁾。ライフステージで分けて、小児期では「教育」、中年期では「高血圧」、「肥満」、「聴力低下」、高年期では「喫煙」、「抑うつ」、「運動不足」、「社会的孤立」、「糖尿病」と9つの危険因子を示した。

日本では、最近の久山町の研究において、認知症の約85%はアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症が原因であり、さらに近年の認知症増加の大部分をアルツハイマー型認知症が占めていることが分かっている⁸⁾。

脳血管性認知症は血圧に強く依存しているが、アルツハイマー型認知症では血圧との関連は認められていない⁹⁾

喫煙習慣については、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の両方に強力に寄与

⁷⁾ (Livingston G, et al. Lancet. 2017 Jul 19)

⁸⁾ (Ohara T, et al. Neurology 88:1925, 2017)

⁹⁾ (Ninomiya T, et al. Hypertension 58:22, 2011)

していると同時に、禁煙によりリスクが低下することが分かっている¹⁰。

糖尿病については、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の両方に寄与しており、特に負荷後2時間の血糖高値が強く関与していることが分かっている¹¹ (Ohara T, et al. Neurology 77:1126, 2011)。

運動習慣については、アルツハイマー型認知症を40%低下させ、全認知症でも20%低下することが分かっている¹²

これらのことから、高血圧や糖尿病の不適切な治療状況や、喫煙、運動不足の生活習慣は、認知症の発症リスクを高め、健康格差を生じさせる原因となると言える。

また、認知症において、地域環境要因も健康格差を生じさせる要因である。近藤克則らの日本老年学的評価研究 (JAGES) では、認知症は、人口密度の高い地域の方が、発症リスクが低いと述べている。IADL (電車やバスでの外出、買い物などの高次生活機能) が低下している人は、認知症を発症しやすい。IADLを53市区町村間で比較すると、人口密度の高い政令市の行政区の方が、それ以外の市町よりIADLの低下が低かった (図1)。理由として、公共交通機関が乏しい地域では、車で移動する人が多く、歩行時間が少ないことが推察された (近藤克則. 医学書院, 2007)。実際1日の歩行時間が30分以上の人の割合は、人口密度が高い地域で高かった。またスポーツの実施頻度が、公園の近くに暮らしている人で2割高かった¹³。公園は都市的な地域ほど多い傾向がある。このような公共交通機関や公園など人工的に作られた建造環境と健康の関連を示す報告は増えている。またスポーツや趣味の会などの社会参加は、開催機会の多い環境ほど参加者が多い。健康格差には、地域環境要因の影響はかなり大きいと結論付けている。

また、前述のランセットでは、聴力低下が認知症の発症リスクを1.9倍高めると発表しているが、日本では補聴器の使用率が13.5%と、欧米諸国の30%~40%に比べ、極端に低い。今後難聴への対応不足によって認知症発症の健康格差が広がることは、見逃せない項目である。よって補聴器の使用については、日本でも国民の理解を高めるための啓発が必要であると考えられる。

¹⁰ (Ohara T, et al. J Am Geriatr Soc 63:2332, 2015)

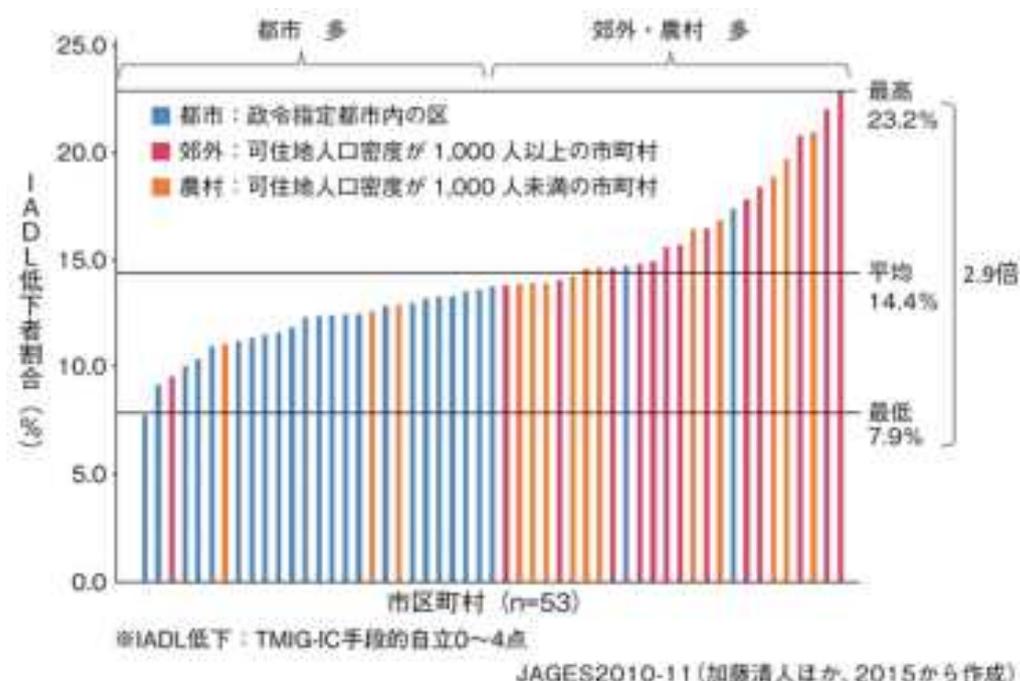
¹¹ (Ohara T, et al. Neurology 77:1126, 2011)

¹² (Kishimoto H, et al. Eur J Epidemiol 31:267, 2016)

¹³ (Hanibuchi T, et al. BMC Public Health 11:657, 2011)

図1：市区町村別にみた IADL 低下者割合（前期高齢者）

老研式活動能力指標 5 項目（外出、買物、食事の準備、請求書支払い、貯金の出入）¹⁴



うつ病

うつ病は、原因別分類として、外因性（あるいは身体因性）、内因性、心因性とに分けられる。外因性うつ病とは、アルツハイマー型認知症のような脳器質性疾患や、産後のうつや、甲状腺機能低下症のような身体的疾患、副腎皮質ステロイドなどの薬剤起因性などをいう。内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり、抗うつ薬が著効するが、一定期間内に改善するものもある。躁状態がある場合は、双極性障害と呼ばれる。心因性うつ病とは、性格や環境がうつ状態に強く関係している場合で、抑うつ神経症と呼ばれることもあり、環境の影響が強い場合は反応性うつ病ともいわれる。ここでは主に内因性うつ病について述べる。

うつ病は、脳内での、神経伝達物質であるセロトニンやノルアドレナリンのモノアミンが減少している状態である。発病因として、遺伝的素因も考えられているが、現在はまだ、確立された所見はない。病前性格として、循環気質や粘着器質、メランコリー親和型気質があり、うつ病になりやすい性格傾向はみられる。それらに、ストレスなどの環境要因や、身体疾患や慢性疲労などの身体的要因が加わり発症するとされる。発症の誘因としては、近親者との離別や家庭内不和、経済問題、職場での移動・人間関係、転勤、昇進、退職や失業、結婚、出産、病気など様々なものがある。うつ病の予防として

¹⁴ 健康長寿ネット

<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/koreisha-kenkokakusa/jages-gaiyo.html>

は、メンタルヘルスの管理が必要であり、重症化しないためには、早期発見・早期治療が必須である。

ここで視点を変えて、うつ病と関連のある自殺対策について述べる。我が国においては、自殺者数が平成10年に3万人を超えて以来、連続して高い水準で推移し、平成15年には3万4,000人まで達していたが、平成18年10月に自殺対策基本法が施行され、平成22年以降は9年連続減少して、平成30年には2万1,000人を下回った。しかし、まだ高い水準にある(図2)。全国的にみると、各県の地域格差も見られる(図3, 4)。

また年代別にみると、特に若年層や若い働き世代において、自殺が主要死因の上位(1, 2位)を占めていることは重大な事項である(表1)。自殺者全体の原因・動機別の割合は、「健康問題」が圧倒的に高く、次に「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」が続く。「健康問題」では、「うつ病」を主体とする精神疾患が全体の半分以上を占めている。それ故に、我が国では「うつ病(メンタルヘルス)対策」を主体とする様々な自殺対策が取り組まれてきた経緯がある。

多くの研究(平成28年度厚生労働省:自殺の状況をめぐる分析、Tsutsumi A, et al. J health and welfare statistics 62:978, 2015 など)において、メンタルヘルス不調となる危険因子として、完全失業率の上昇と低収入が挙げられている。完全失業率は、「経済・生活問題」や「失業」による自殺死亡率と強い相関関係がみられている。失業率の上昇などの景気悪化から自殺に結び付くこと自体が大きな問題である。完全失業率を引き下げるためには、国としてこれまで以上の自殺対策を含めた総合的な経済対策が必要である。

また、厚生労働省の平成28年度自殺対策白書における、「地域と自殺の実態に関する分析」研究で、居住地の傾斜度と自殺に関する分析がなされている。傾斜度を5度未満、5度以上10度未満から、5度毎に30度以上までの7段階に分けた。昭和50年を起点に平成27年までを比べると、傾斜度が急になるほど、人口は少なくなり、高齢化率が高くなった。また、傾斜度が急になるにつれ、自殺の死亡率(SMR)が高くなった(図5)。

社会的資源との関係では、社会活動への参加が高齢者の自殺企図の割合を低くし¹⁵、会やグループへの参加者が多い市区町村ほど自殺率が低い(芦原ひとみ, 他 自殺予防と危機介入 34:31 2014)。また、社会参加や社会的サポートが高い地区に住んでいる高齢者は抑うつ傾向が少ないという報告¹⁶もある。

以上をまとめると、うつ病(メンタルヘルス)の健康格差には、家庭環境や職場要因などの社会的要因がかなり関係してくる。また経済的要因や地域環境要因にも関連性がみられ、格差解消には国や地方自治体の関与が不可欠であり、また地域ごとの社会的サポート体制構築の取り組みも必要である。

¹⁵ Yen Y, et al. Psychiatry Clin Neurosci. 59:365,2005

¹⁶ Saito M, et al. J Epidemiol 27:221,2017

図2：自殺者数の年次推移¹⁷

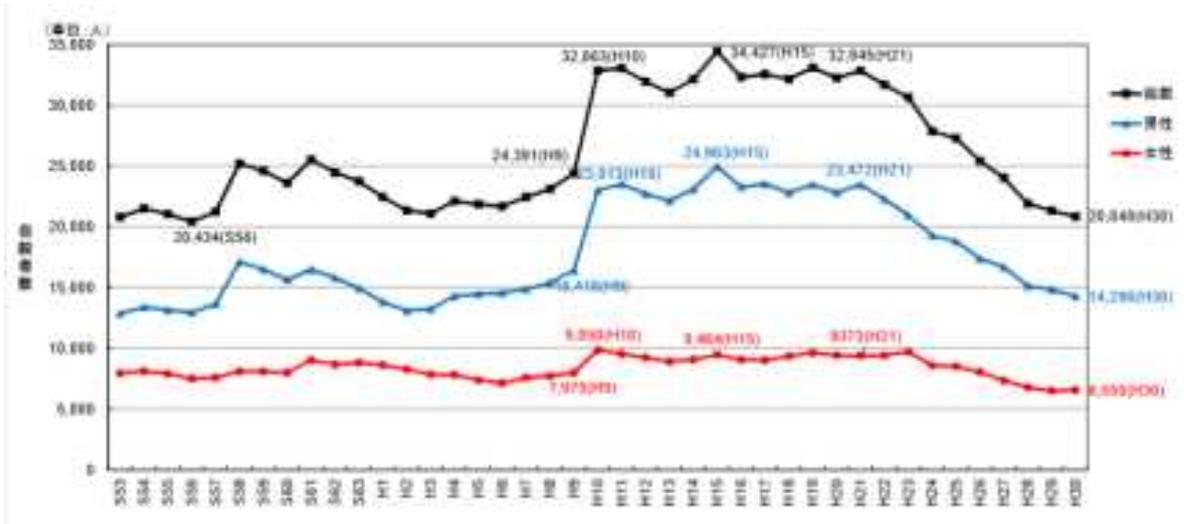


図3：平成29年および30年における都道府県別の年間自殺者数

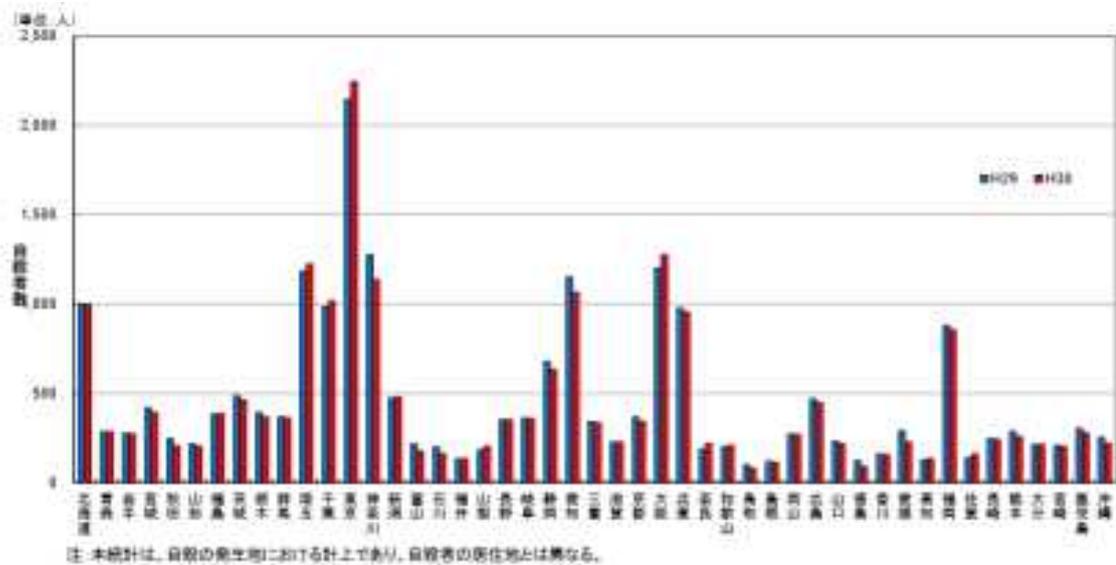
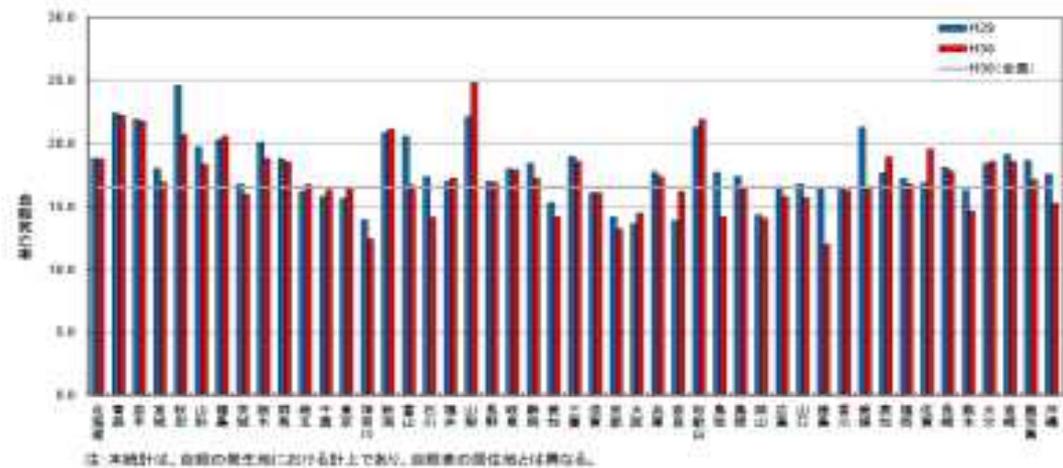


図4：平成29年および30年における都道府県別の年間自殺死亡率



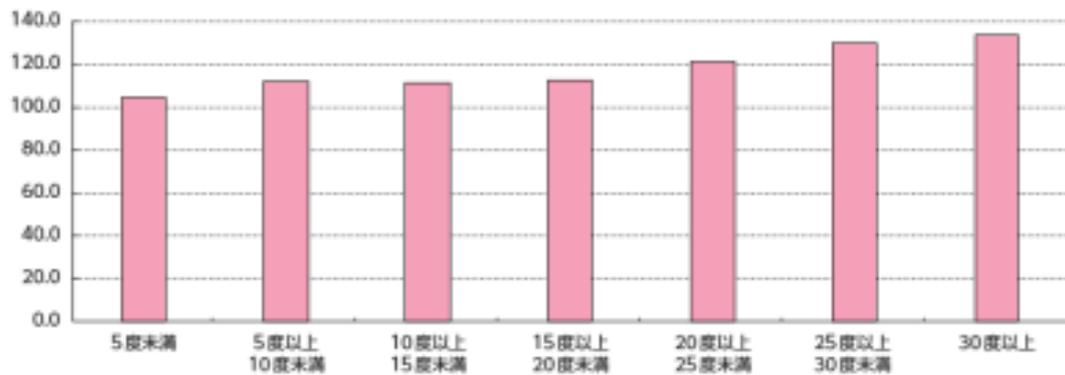
¹⁷ 警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成
<https://www.mhlw.go.jp/content/H30kakutei-01.pdf>

表1 年代別主要死因別順位（平成29年）

年齢階級	1位	2位	3位
10代	悪性新生物	自殺	不慮の事故
20代	自殺	悪性新生物	不慮の事故
30代	自殺	悪性新生物	不慮の事故
40代	悪性新生物	自殺	心疾患
50代	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
60代	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
70代	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
80代以上	悪性新生物	心疾患	肺炎

資料：厚生労働省「人口動態統計」

図5；平成7年から26年における傾斜度別にみたSMR



資料：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」、厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

Ⅲ. 保健事業のあり方について

総論

今や人生100年時代と言われている。人のライフコースを考えると、胎児期・幼小児期、青年・成人期、老年期と続いているが、そのそれぞれのステージにおいて私たち医師は母子保健の現場では健診医として、学校保健の現場では学校医として、社会においてはかかりつけ医として、産業保健の現場では産業医として、さらに高齢者介護や地域包括ケアの現場ではかかりつけ医として各世代との関係性を持っている。保健事業の面から考えると、母子保健、学校保健、産業保健、成人保健、老人保健と連続して繋がっている。その為、乳幼児期から高齢者までの全世代に連続的なつながりを持った保健事業の実施が大変重要である。近年ビッグデータの蓄積が進んでいるが、保健に関してもデータヘルス計画、KDB、NDBなど多くのデータの蓄積があるが、それらのデータの世代間の連携がとられていないという現状がある。今後は行政の壁を越えたデータの共有化と活用、又それを集積する健康カードなどが必要となってくると考える。



平均寿命や健康寿命の延伸を考える時に、人生の出来るだけ早期から健康に対する認識を高めておくことがきわめて重要である。『三つ子の魂100までも』と言うが、まさに小児期からの生活習慣病予防教育を実施することが、将来の健康寿命延伸に繋がっていくと考えられる。従来の保健事業（図1）において、不十分な部分の向上対策（例えば特定健診受診率の向上・がん検診受診率の向上など）や新たな健康寿命延伸のための保健事業を考えていく必要がある。例えば、子宮頸がん予防のためのHPVワクチンの積極的勧奨の再開、学校現場でのがん教育やピロリ菌検診の推進などが考えられる。

ライフサイクルと保健事業（図1）

妊娠	出生 0歳〜	就学(幼、小、中、高、大) 6歳〜	就労	40歳	退職 60歳	75歳	死
母子保健		学校保健	産業保健	成人保健	高齢者保健・介護保健		
(母子保健法)		(学校保健安全法)	(労働安全衛生法)		(高齢者医療確保法)		
母子健康手帳の交付	新生児健康診査	就学时健康診断	一般健康診断	特定健康診査	特定健康診査		
妊婦健康診査	乳児健康診査	定期健康診断	雇い入れ時健康診断	歯周病検診	歯周病検診		
	幼児健康診査 (1歳6か月、3歳児)	臨時の健康診断 (修学旅行前の検診)	定期健康診断	骨粗鬆症検診	骨粗鬆症検診		
			特殊健康診断 じん肺検診 有機溶剤検診 等	特定保健指導	生活機能評価		

医療職のための 公衆衛生・社会医学より改変（テコム）

1. ライフステージごとの健康格差について

「疾病の特徴」は、若年者が1回毎にその「エピソードが完結する」のに比べて、高齢者は慢性疾患の急性悪化などにより、医療の必要性は継続し、「エピソードは反復される」ところにある。予防や治療も、若年者では各々の専門家が独立して生活習慣病の管理や急性悪化の治療に当たることが多かったが、高齢者においては1回毎のエピソードに関わることが、同時に「治療」であり「介護」であり、そして次のエピソードの「予防」である。従って「ケアの在り方」も職種を越えた連携の必要であることに特徴がある。

「医療の目的」も、従来、疾病の治療・救命であり、主として、急性期医療の資源が集中する病院を主体に行われて来たものが、これからは、地域の中で、暮らしの中で、地域医療を担う医師が主体となって推進される必要がある。予防の捉え方も従来の概念の変更を求められる。医療需要の大転換は現在進行中であり、5～10年で一挙に高齢者の需要が若年者のそれを上回ると予測される。この間、日本医師会もその他の職種団体と共に、保険や医療・介護を統合する新しいケアのシステム、地域包括ケアシステムを推進して来ているが、これからの医療の中核はここ5～10年、2025年頃からはそれに移行すると想定される。

「予防の在り方」は、1950年代に感染症から生活習慣病に中心が転換した際、レベルらによって提唱された3つの「予防」、一次予防「原因予防」・二次予防「早期発見・早期治療」・三次予防「社会復帰」の考え方から、地域包括ケアにおける予防、即ち「5つの予防」に転換すると想定される。

1. 介護の予防
2. 介護度深化の予防
3. 施設化の予防
4. 不必要な入院の予防
5. 自分らしくない死の予防

である。

これらの活動の「追跡と評価」も、要介護要支援が発生してから亡くなるまでの継続

した評価が必要であり、これまでの若年者を中心とする1回毎の評価では不十分と言えよう。日本では2000年の介護保険導入時より、20年間に亘って個人単位で介護認定のためにADL/IADLが個人単位で継続測定されており、他の国に先んじた貴重な財産である。若年者においても毎年の「学校保健」における健診データ、更には中年期の「特定健診」による健診データなどが、既に存在しているにも関わらず継続した形で活用されていない。地域の医師のイニシアチブで、これらの個人を繋ぐデータシステムの構築が待たれる。

3つの時期での健康格差の現状と解消の活動について考えると、「高齢者」に生じる健康格差は、2040年には団塊世代の女性が90歳前後となり、要介護者の多くを占めることが推測され、現在からの格差の是正が急務と言えよう。地域の医療においては地域の医師がリードし、他の職種とのチームワークの下に、地域包括ケアを推進して行く必要があると言える。

一方「若年者」では、母子保健分野での健康格差も重大で、子育てや子供の健康に努力し難い環境にあり、その格差が悪化していると言えよう。母子保健や学校保健において、地域の医師が積極的に関わることにより、これらの地域格差の是正に大きく貢献すると考えられる。

「中年者」においては、生活習慣病が職域・地域の健診や予防の活動によって、健康日本21のここ20年間強力に推進されてきた。しかし、職域においても、大企業と中小企業の間には格差があり、これからは中小企業を中心に、地域の医師が職域の健康をも改善することが求められていると言えよう。

健康格差の分析の指標は、「高齢者」では前回の諮問にて答申した健康寿命、即ち65歳自立平均寿命が有用で、市区町村レベルでの分析が可能である。また要介護要支援割合も市区町村レベルで把握でき、規模別に分析すると小さい自治体の率が高くばらつきが多い。

「母子保健」の指標としては、低体重児出産率が県別及び長期に亘って追跡されている。この指標を用いると2000年前後で悪化の傾向にあり、47都道府県で格差も大きかったが、ここ8年間は横ばいとなっている。これを巡って、母親の妊娠中の健康管理、出生してからの子育て、更には近年増加しつつある学童児肥満や羸瘦など、ケアを展開する必要があると言えよう。

最後に、「中年期」における指標としては、仕事上のストレスを抱える人の割合が挙げられる。国民生活基礎調査を用いると、47都道府県で、ストレスを感じる人の割合が把握され、かつ、その理由が多種に亘り分類されている。この仕事上のストレスに関する調査結果を活用することにより、都道府県レベルでの対応・追跡が可能である。

2. 今後の保健事業に求められるもの

① 撲滅できるがんについて

胃がん、子宮頸がん、肝臓がんは感染症との因果関係が明らかながんであり、感染症に対するサーベイランスと対応を行っていくこと（1次予防）でがん罹患率・がん死亡率を減少させることができ、成人後の健康格差に大きな影響をもたらす。国立がん研究センターがん対策情報センターの発表しているがん部位別死亡率年次推移を見ると、胃がん、肝臓がんは減少傾向にあるが、子宮頸がんは以前増加している。各がんの状況を個別に見てみる。

A. 胃がん

胃がん検診をピロリ菌検診へ変更する提案

世界保健機関 WHO の国際がん研究機関 (WHO/IARC) は、1994 年にピロリ菌を胃がんの確実な発ガン因子 (グループ 1) と規定した。日本においては、上下水道の発達と共にピロリ菌の感染率は減少してきている。また 2013 年より、慢性胃炎に対するピロリ菌の除菌治療が保健収載され、年間 500 万人が除菌治療の恩恵を受けている。しかし、ピロリ菌検査を保険で受ける場合には、胃内視鏡検査による画像診断が必須となっている。一方、胃がん検診の受診率は 10% 程度と低く、無症状のピロリ菌感染者の除菌治療をどのように行っていくかが課題である。多くの自治体や職域健診では胃がんリスク検診 (ABC 検診) を行っているが、まだ十分なエビデンスは得られていない、多くの自治体では胃内視鏡検診と組み合わせで、多くの早期胃がんを含めた胃がんが発見され良好な成績を発表している。¹⁸ また胃がんリスク検診は胃がんを発症していないピロリ菌感染者を除菌に導き、胃がん発症リスクを低減させる 1 次予防としての側面もある。しかし、20 歳を過ぎてピロリ菌の除菌を行っても、胃がんの発生リスクは減少するが十分低くはならず、除菌治療成功者にも胃内視鏡検査による経過観察を行っていく必要がある。¹⁹

一部の自治体を中心として、日本ヘリコバクター学会のガイドラインに基づき、中高生を対象としたピロリ菌検診と除菌治療を行っている。若年層におけるピロリ菌感染率は 2~4% 前後といわれている。若年者において学校検診でピロリ菌検診と除菌治療をやっていけば、次世代へのピロリ菌の持越しを防ぐことができ、胃がんの撲滅も可能となる。中高生で除菌治療に成功をしたものはほぼ完治したといってもよく、その後の胃がんの発生もまず報告はない。また中高生においてピロリ菌検診と除菌治療を受けた集団が“がん年齢”に達した後は、胃がん検診の対象者は大幅に減少し保健事業のあり方にも大きく貢献できると考える。神奈川県医師会で行ったモデル事業では、3 郡市 3 年間に中学 2 年生を対象としてピロリ菌検診と除菌治療を公募した。希望した 1,212 名を対象としてピロリ菌検診を行い、感染者は 24 名 (1.9%) であった。²⁰

¹⁸ 水野靖大：胃がんリスク層別化した胃内視鏡検診：消火器内視鏡 Vol31No12 2019:1865-1872

¹⁹ 間部克裕、奥田真由美他：中学生に対するピロリ菌検診および除菌の是非について：加藤委員日本ヘリコバクター学会誌 VO 1 2 1 No1 : 40-45

²⁰ 笹生正人：神奈川県医師会公衆衛生委員会モデル事業 中学 2 年生を対象としたピロリ菌検診と除菌

B. 子宮頸がん

世界保健機関国際がん研究機関 IARC の世界がん統計によると子宮頸がんの罹患率と死亡率は女性のがんの第4位を占める。わが国においても、がん登録データによる罹患数で見ると女性の第5位となっている。現在ワクチンの積極的勧奨が滞っているが、HPV に対する多価ワクチン接種により、子宮頸がんの84～90%は予防可能となっている。WHO によると、2018年の子宮頸がんの全年令に対する年齢調整罹患率の推計を見ると、子宮頸がん罹患率の国家間の不均衡が広がっており公衆衛生上の脅威としている。WHO の提唱する子宮頸がん排除の為の生涯にわたる対策としては、1次予防として9-14歳の少女に対する HPV ワクチン接種、男子への包皮環状切除などが挙げられる。(世界では20か国以上で男子にも HPV ワクチン接種を行っている。集団免疫としての意義のほか、上咽頭がんの発生も予防している)。2次予防として30歳以上の女性に対して検診と治療を1回の受診で行うこと。3次予防と緩和ケアを推奨している。徹底的な検診とワクチン接種により今後100年でほぼ根絶できるとしている。日本医師会や厚生労働省もワクチン再開に向け諸活動を行っているが、わが国でも、ワクチン接種再開、多価ワクチンの導入と集団免疫獲得のため HPV ワクチン接種率90%の達成を実現しなければならない。

C. 肝がん

肝細胞がんは、地域集積性の高いがんであり、B型肝炎ウイルス (HBV) 及びC型肝炎ウイルス (HCV) の関与と生活習慣の影響が大きいとされている。本邦における肝細胞がんの70%は、B型もしくはC型慢性肝炎患者である。B型肝炎に対するユニバーサルワクチンは、WHO が1992年に1997年までに達成するように勧告しているが、日本でゼロ歳児への公的接種を開始したのは2016年であった。平成14年から「C型肝炎等緊急総合対策」、平成20年度からB型C型肝炎のインターフェロン治療等に対する医療費助成が行われている。健康増進法に基づく健康増進事業における肝炎ウイルス検査が、市町村事業で満40歳以上の検査を受けたことのない方を対象として行われている。現在、肝炎ウイルス検査の促進、B型C型肝炎に対するインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療への医療費助成が行われている。特に肝炎集積性の高い地域や肝炎検査の受診率の低い地域・職域での受診勧奨や、特定健診や職域検診との同時受診などによる格差の是正、陽性者の肝疾患診療拠点病院など専門機関への紹介の促進が今後も必要である。

② 喫煙対策について

タバコは、肺がんをはじめとして喉頭がん、口腔・咽頭がん、食道がん、胃がん、膀胱・尿管がん、膵がんなどの多くのがんや、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患、歯周疾患、低出生体重児や流産など妊娠に関連した異常の危険因子である。未成年期に喫煙を開始したものは、成人になってから喫煙を始めたものに比べこれらの疾患のリスクはより大きくなる。1998年の人口動態統計によると、タバコ関連疾患の内、肺がんの死亡数50,612人、脳血管疾患137,767人、慢性閉塞性肺疾患11,962人である。未成年の喫煙は、1996年からの全国調査によると、男女とも学年があがるにつれ喫煙経験率、月喫煙率（この30日間に1日でも喫煙したもの＝中高生の喫煙者と定義）毎日喫煙者率いずれも上昇している。一方中学生全体・高校生全体の喫煙経験率は減少しているものの、2014年で中学男子6.6%、中学女子3.8%、高校男子11.9%、高校女子5.8%となっている。

また、国民健康基礎調査による都道府県別喫煙率を見ると、女性は1位の北海道9.5%から鹿児島県の5.8%、男性は1位の青森36.6%から京都の27.1%とばらつきがある。男女計でも1位の北海道24.7%から奈良17.1%となっているわが国で、現在習慣的に喫煙している者の割合は、男性では世帯の所得が200万円未満で34.3%、200万円以上で400万円未満の32.9%と、600万円以上の27.3%に比較して有意に高く、また女性でも200万円未満で13.7%と、600万円以上の6.5%と比較して有意に高い。喫煙率の所得格差が明らかになっている²¹。

1920年～1945年に生まれ、20歳未満で喫煙を始めた男性の70歳時の生存率は72%に対し、生涯非喫煙者の72%は78歳まで生存しており、男性では喫煙で寿命が8年短く、さらに女性では10年短命だった²²。NIPPON DATA90によると、60歳まで生存した生涯非喫煙者は、その後の平均寿命と健康寿命が喫煙継続者より4年長かった²³。喫煙は寿命も健康寿命も短縮させる。喫煙・受動喫煙対策は、保健事業としては妊婦健診、新生児・乳幼児健診、学校保健、特定健診などで行われている。

妊婦健診における禁煙指導は、日常業務が多忙などの理由で必ずしも積極的には行われていない現状が指摘されている²⁴。喫煙妊婦の周囲には、夫や同居家族にも喫煙者が

²¹ 平成30年国民健康・栄養調査の概要 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000584138.pdf>

²² Sakata R, McGale P, Grant EJ, Ozasa K, Peto R, Darby SC. Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: A prospective cohort study. *BMJ* 2012; 345:e7093 (doi: 10.1136/bmj.e7093)

²³ Sakurai M, Saitoh S, Miura K, Nakagawa H, Ohnishi H, Akasaka H, Kadota A, Kita Y, Hayakawa T, Ohkubo T, et al.; NIPPON DATA90 Research Group: HbA1c and the Risks for All-Cause and Cardiovascular Mortality in the General Japanese Population: NIPPON DATA90. *Diabetes Care*. 2013; 36: 3759-65.

²⁴ 田中奈美, 小林敏生; 産科医療機関における妊婦健診時の禁煙指導に関する実態調査 禁煙指導内容と喫煙状況の検討(解説): 母性衛生(0388-1512)48巻4号: 421-427(2008.01)

多く、妊婦が禁煙を希望しても協力が得られないことも多く、環境による健康格差が生じやすい。しかし、妊娠は人生最大の禁煙チャンスであり、指導を一層充実させる必要がある。また、出産後に再喫煙が多いことも知られており²⁵、新生児・乳幼児健診の際にも禁煙指導を徹底することが重要である。

全喫煙者の90%は10代で喫煙を開始している²⁶。若年者では短期間でニコチン依存が形成される。薬物治療の長期有効性を示すエビデンスはほとんど無く、治療は心理社会的治療が主体であり、禁煙しても再喫煙率が高い^{27,28}。タバコを依存性薬物と捉え、学校保健の薬物乱用防止教育の一環として喫煙防止教育を実施する必要がある。全教育機関の敷地内禁煙のような環境整備も欠かせない。

日本人成人死亡の予防可能な最大危険因子は喫煙だが²⁹、当初の特定健診では喫煙の間診が設定されておらず、喫煙への介入が困難であった。その後、特定健診に現在の喫煙状況の間診が設けられ、健診当日ならびに保健指導の際に禁煙指導が可能になった。禁煙は難しいとあきらめず、真摯に禁煙指導に取り組んで、禁煙治療への動機づけをしていただきたい。

職場健診では喫煙の間診が未だに組み込まれていない場合がほとんどである。特定健診を実施している場合はその結果を入手することで喫煙状況の把握が可能になるが、法改正により職場健診で現在喫煙のみならず過去喫煙・受動喫煙状況も確認可能として指導に活かすことを提言したい。

さらに、どのような介入をしても喫煙率が下がりにくい若年者や低所得者層への対策としては、タバコ税を引き上げ、タバコ価格を値上げすることが有効である³⁰。若年者や低所得者層は価格弾力性が大きく、消費がより大きく減少して健康格差を縮小するこ

²⁵ 瀧本朋弥, 松田宣子; 出産後の女性の喫煙行動とその関連要因: 日本公衆衛生雑誌 第57巻第2号: 104-112

²⁶ 池上建義; 日本赤十字社和歌山医療センター調査, 2001.

²⁷ Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al.: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008, 159-161.

²⁸ Stanton A, Grimshaw G: Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art.No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289. pub5.

²⁹ 渋谷健司『Comprehensive assessment of risk factor interventions and prevention of disease burden in Japan』『我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究』厚生労働省 政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業), 2011年.

³⁰ World Health Organization. 国立がんセンターたばこ政策研究プロジェクト 訳: WHO2008年世界のたばこの流行に関する報告: MPOWER 政策パッケージ (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_jpn.pdf;sequence=5)

とが期待される。また、値上げは国家財政への悪影響ももたらさないことが知られている³¹。

③ 受動喫煙防止対策について

受動喫煙は肺がんや虚血性心疾患、乳幼児突然死症候群などの危険因子である。

公衆衛生分野で初の国際条約であるタバコ規制枠組条約（FCTC）の第8条は受動喫煙防止条約とも言える内容である。胎児期に受動喫煙を受けると低体重児になりやすく³²、大人になってから糖尿病・心筋梗塞などの生活習慣病になる危険性が高い。学歴が低いほど喫煙率、受動喫煙率が高く、健康格差が生じている³³。低学歴の人は、喫煙が容認される職場で働きやすく³⁴、そこでの考え方や習慣が家庭に持ち込まれやすい。子どもは受動喫煙被害を受けるだけでなく、タバコへの抵抗がなくなって、将来喫煙しやすくなってしまふ。

これまでのわが国の受動喫煙対策法は、健康増進法と労働安全衛生法による努力義務のみであったが、改正健康増進法で罰則（過料）が適用されるようになった。

改正法は2019年に一部施行され、第一種施設（学校・児童福祉施設・病院・診療所・行政機関の庁舎等）は「敷地内禁煙」となったが、例外的に設置が認められた屋外喫煙所が多数作られていることが問題視されている。

2020年4月1日からは、第一種施設以外の大部分の施設は第二種施設として「原則屋内禁煙」となった。しかし、一定条件下で認められてしまった喫煙室を設置すると「天井や床の隙間から煙がもれる」「喫煙室から出てくる人に煙がついてくる」「タバコを吸った人の息から有害物質が出てくる」ため、受動喫煙を防ぐことは不可能だ。特に、日本が世界のマーケティングの実験場になってしまっている加熱式タバコは、専用喫煙室内での飲食までもが認められてしまったが、加熱式タバコも従来の紙巻タバコと同様の喫煙・受動喫煙被害があることが分かっている現状では、紙巻タバコと同様の規制が必要だ。さらに、既存小規模飲食店は、「喫煙可能な場所である旨を掲示することにより喫煙」「喫煙専用室での飲食を伴わない喫煙」「加熱式タバコ専用喫煙室での飲食を伴う喫煙」「屋内禁煙」の全ての選択肢が認められた。

³¹ Hill S, et al: Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control*. 23(e2):e89-97,2014

³² Horta, B. L. et al: *Peadiatr Perinat Epidemiol* 11(2): 140, 1997

³³ 田淵貴大；日本における喫煙の学歴格差：厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）分担研究報告書：110-113

³⁴ 田淵貴大，中村正和；日本における年齢階級・学歴・医療保険別の受動喫煙格差：JACR Monograph No.20 第1部 論文集：39-48

そして、家庭内や自家用車内などでの受動喫煙対策はとられていない。これを補うよう東京都では、平成30年4月子供を受動喫煙から守る条例を成立させ、子供のいる家庭内や車内などの喫煙を予防した。平成30年6月には東京都受動喫煙防止条例を成立させ、従業員のいる飲食店での原則屋内禁煙とし改正健康増進法を上回る条例を制定した。改正法では東京都内では約45%の飲食店しか規制対象にならない状況だったが、東京都受動喫煙防止条例では、「人への健康影響」に着目して「従業員を雇用する場合は禁煙」としたため、都内の約84%の飲食店が規制対象となった。「原則屋内禁煙」は、小規模店ごとの判断のため選択肢が多く、受動喫煙を受ける危険性が高まる。社会的弱者ほど職場や飲食店などの選択の幅が小さいため、受動喫煙の危険性が増してしまう。このような受動喫煙による健康格差を無くすためには、全ての第一種施設の敷地内禁煙および第二種施設の屋内完全禁煙が求められる。

その後、千葉市、静岡県、大阪府でも受動喫煙防止条例の制定、兵庫県では受動喫煙防止条例の改正を行い、従業員や未成年者への受動喫煙を防止する動きが各地で強まっている。神奈川県では、平成21年度より全国に先駆けて受動喫煙防止条例が成立した。また医師や歯科医師、マスコミ、学識経験者などからなる受動喫煙を防止するための神奈川会議が、平成11年11月に発足している。行政と手を組み一般人や企業に出向き卒煙塾を開き禁煙指導をしている。また未成年者の喫煙対策として、神奈川県内の公立小学6年生全員にパンフレットを配布したり、小中高校へ喫煙予防対策として講師を派遣したり禁煙指導者講習会を開催している。神奈川県医師会では、広報と連携し喫煙対策に関するポスターを作製し、神奈川県内の全医療機関に配布している。

今後、受動喫煙防止に対する有効な条例の有無による地域間の健康格差が拡大することが懸念される。

④ 新型コロナウイルス感染症と喫煙について

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が世界中で猛威を振るっている。COVID-19 感染と喫煙との関連を検討した対象患者が最も多い論文では、喫煙者は非喫煙者よりも1.4倍重症化しやすく、ICU管理を受ける者が2.4倍多かった³⁵。武漢の3次病院入院症例では、悪化要因に関する多変量解析で喫煙が最大のオッズ比14と報告された³⁶。COVID-19を引き起こすウイルス (SARS-CoV-2) は肺胞上皮等に存在するACE2受容体に結合して増殖するが、現在・過去喫煙者では非喫煙者よりも有意にACE2受容体発現量が多いと報告されている³⁷。喫煙は「吸い口を持った手を口にもっていく」という

³⁵ Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis.* 2020;18:20. Published 2020 Mar 20. doi:10.18332/tid/119324

³⁶ Wei Liu, et al., "Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease." *Chinese Medical Journal*, doi: 10.1097/CM9.0000000000000775, 2020

³⁷ Yang Xia, et al., "Risk of COVID-19 for cancer patients." *THE LANCET Oncology*,

感染率が高まる極めて危険な行為である。クラスター感染が問題視されているが、喫煙室・喫煙所などは「タバコ煙や加熱式タバコ・電子タバコのみストなどのエアロゾルが充満し、喫煙に伴う咳・くしゃみなどの飛沫が存在する極めて危険な濃厚接触場所」だ。今こそ、COVID-19による健康格差拡大を防ぐためにも、禁煙の啓発と支援、喫煙室・喫煙所の閉鎖・廃止や新設を不可とするような対策の必要性を広く社会に発信すべきである。

⑤ 特定健診・保健指導について

公衆衛生の限界

公衆衛生の最大の特徴は、全数対応という役割を担っていることである。そのために自治体はその役割を担ってきた。そしてその自治体には、全国の自治体の一致した取り組みを進めるため、斉一主義ということが求められ、税金に依拠したトップダウン方式で、事業が進められてきた。その公衆衛生の基盤をなしてきたのが、老人保健法による市町村の保健事業であり、その成果もあって平均寿命世界一の記録が達成された。しかし、皮肉なことに、達成された平均寿命世界一という社会は、世界一多様な健康状態の人たちが生活している社会であり、税金による画一的な市町村の保健事業では対応に限界があるということが、国民の生活習慣病の実態から明らかになってきた。こういう状況を受けて発表されたのが、健康日本21という国民運動である。

「健診」から「保健指導」へ

予防の推進という認識に立てば、特定健診・保健指導の眼目は「健診」ではなく、「保健指導」である。75歳以上高齢者が2000万人を超える超高齢社会の到来を控え、「保健指導」によって予防が進められないと、膨大な医療費の増加を抑えることができない。これまでの日本の医療は「症状」から始まっているために、「保健指導」の技術も実績も十分には育っていない。医師は「症状」の中に疾病を発見する、「診断」が仕事である。そういう医療機関の現状では、「保健指導」を担うことに困難がある。だとすると特定健診・保健指導をひろく進めていくためには、医療機関に保健師や栄養士が配置されるということが検討されなければならないのではないかと。市町村の国保や被用者保険の保険者が医療機関に保健師や栄養士を派遣するということがあつて欲しい。保健事業が保健制度のもとで実施されることになったことにより、医師と保健師や栄養士が一緒になって予防に取り組むということが可能になったと考えたい。「保健指導」では、メタボリックシンドロームを対象とすることによって、生活習慣病の「上流」において具体的に予防に取り組むことが可能になった。「特定健診」は入り口であり、「保健指導」が予防のメインの舞台である。時代は「健診」から、「保健指導」に移っていると考えなければならない。

税金制度から保険制度へ

21世紀の健康づくりの舞台は、税金制度から保険制度へ、トップダウンの制度からボトムアップの制度へと転換している。人々のニーズに対応するのが保険制度である。保健事業の実施主体が市町村から保険者に移行して、舞台は地域保健から産業保健に移ってきた。産業保健が社会の柱となる時代を迎えている。地域保健では税金に依存してきたが、産業保健となると企業の経済力に依存することになる。そして医療も福祉も保健も保険制度によって、運営されることになった。まさに、保険制度が社会の主役になってきた。21世紀は、保険の時代である。そのことの意義は、どのように高く評価しても、し過ぎることはないように思える。以上のことから、健康づくりを社会の自律的な力の上に乗せて、推進していかなければならない。自分のことは自分でやるという動きの代表が2009年の裁判員制度の実施である。大きな経済成長があって生まれた社会の多様性に対応すべく、ボトムアップの理念に立った裁判員制度が生まれた。平均寿命世界一という社会は、世界一多様な健康状態の人を包括する社会である。特定健診・保健指導は、まさにこの多様性に対応するために、ボトムアップ型の制度として生まれた。このような実践は、保険制度によってこそ推進される。³⁸

3. 医師会・かかりつけ医に求められる活動

人の健康寿命を考える時、人生の節目節目でどういった健康格差が生じるのか、どうすればその格差を縮められるのか、健康寿命が主観的なものと言われるならそれをどう表現しどう伝達するか、それが我々に問われている。情報発信源としてデータを示しつつ継続的に社会へ介入する事が、医師会に求められた役割と言える。

まずは、シームレスと云えないながらも誕生から終活に至る一貫した流れの中で、健康を見守る事のできる唯一の組織である事を内外に示す必要がある。我々のライフステージへの関わり方が次の課題である。

母子保健、学校保健など、少子化時代の大きなインフラを支える事業に始まり、広く意見していくところに最初のステップがある。この時期の活動は、教育界との十分な話し合いの中なされるべきで、その為にも我々が学校医の意味と役割を十分に再認識する必要がある。学校医は児童生徒の保健管理医であり、職員の健康管理医であり、さらに学校保健法では教育者としての役割も明記されている。がん対策が法律で定められ、がん教育が必須になる中、これに携わる医師の少なさも課題となっている。今は多くをがん拠点病院に頼っているのが現状だが、今後は学校医もこれに対応しなければならない。保護者を交えた衛生会議への助言など、自ら研鑽し、関わっていく事が望まれる。そうすれば、初期段階から教育現場で意見を述べる事も出来る。合理的な検尿システムの提言、若年者ピロリ菌検診の推奨、そして生活習慣病、CKD対策への早期の介入が可能となる。適切な保健指導により、がん死亡率や生活習慣病罹患率など、その指標の変化を示せば格差縮小の力となりうる。学生時代をどう取り扱うかはなかなか難しいが、格

³⁸ 多田羅浩三 (2019)『公衆衛生の論点その記録 (P445-455 抜粋)』 左右社

差が大きくなり且つ不可逆的变化を遂げるのはまさにこの時期で、行政との緊密な対話や試みが必要となる。

学校医の次は産業医が係わることになる。企業の規模を問わず就職当初から喫煙環境、運動環境、アルコール摂取機会と、様々な職場環境を把握できる立場にあり、衛生管理者には積極的に助言ができる。インセンティブが働くかどうかは不明だが環境の改善には役立つ。二人に一人ががんになる事、多くのがんは防止できる事、がん教育の延長として検診を勧める事、これらを発信し、それが死亡率減少につながっていくとすれば日本経済に大きく寄与すると言っても過言ではない。特定健診にも同じ事が言える。心の病に対応する事も必要となる。

我々の最後の大きな役割が、壮年期から終活に至る期間への関与である。人々が明らかに健康寿命を実感する時期になり、健康格差を縮める最後の場にもなる。認知症防止への取り組み、フレイル防止への取り組み、家族への働きかけも大事である。かかりつけ医が人の相談役となり得るのか。終活の相談役となり得るのか。我々は自問し人々との信頼関係醸成に努める事が必要である。生きる為、死ぬ為の提言を行うこと、これこそがかかりつけ医にできる最終的な格差対策となる。

今、人生節目での医師会の流れ、関与、役割を述べてきたが、我々の継続的な介入は、有効的な健康格差是正の手段であるといえる。

精度管理について

対策型検診を県下一律で実施（ダブルチェック・感度、特異度、陽性反応的中度、プロセス指標、全てを出す）し、結果を医療機関を通して個人に返し、精検率・陽性反応等を成績として出すことで各地域間での質を一律に保つことができるのではないかな。

検診受診率向上のための直接のアプローチ

対策型検診を市町村は労働者へも実施・提供すべきであり、働く人に対して何とか手を差し伸べるための出張検診等の検討も必要であろう。また、理解を進めるために企業へは、任意型検診との違いの説明もする必要がある。そして、受診率向上のためには有給休暇は日単位でなく時間で取得できることを知らない企業もあるので、時間休暇の取得も設置し、がん検診を受けるよう助言することを求める。

受診勧奨について

滋賀県では、40代・50代の未受診者、前年度の重症化対象者に対して電話による受診勧奨を行っている。また、健康推進員による5人声かけ運動という取り組みで市民を対象にした運動も実施している。この好事例のように行政の検診業務への意識を高めることが大切である。

健康に関するイベントの開催

山形県・宮崎県では健康ポイントという取り組みが行われており、市町村ごとに健康行事や、登録アプリで歩数計測を行い、協賛している民間事業者からサービスや表彰制度がある。東京都では、都行政と都医師会との共催事業が行われている。神奈川県ではがんに関する講習会を各郡市と協賛で行っている。福井県、福岡県とその他複数の地域では地域版健康会議が開催されている。以上のように地域独自の取り組みがそれぞれで行われており、まだ取り組むことができていない地域の参考にもなるよう、積極的に情報の発信や交流が大切である。

新しい健診の提案

福井県では、若い世代からピロリ菌検診を実施すれば、胃がんも少なくなるのではないかとの考えから、教育委員会に取り上げてもらうよう少しずつその道筋がつき始めてきている。ピロリ菌検査で問題がなくても、3年後に胃がんが発生した事例もあり、ピロリ菌の除菌を行うのはいいが、間違ったアナウンスメントは与えないよう取り組むことが今後も求められる。

また、神奈川県医師会では医師会の活動で中学生を対象としたピロリ菌検診と除菌に関するモデル事業が行われた好事例がある。

健康の目的は、“疾病の減少”から“障害、あるいはQOLの向上”へと移っていくことをメインに取り上げることが必要ではないか。

さらに最近では、風船を吹くことができない、雑巾を絞ることができない、立ち上がることができない子どもが増加している。また、片親の子どもの貧困は、日本が先進国で1番多い。母子保健は、日本は世界に冠たるものであるが、3歳までの子どもが将来の健康を決めるとバーカー教授が証明されて、成人病の元だと言われている。これはぜひ郡市医師会が地域での母子保健なり学校保健なりにしっかりと取り組み、むしろ地域医師会から県あるいは市町村に提言をするべき問題である。

ヘルスレコードについては、現状は子どものデータがフォローされておらず、1人の子どもの成長を追っていくことを、郡市医師会から地域の学校に提言することまですべきではない。

2065年の韓国は半分が高齢者で3人に1人が75歳以上である。これは日本も同じで、75歳以上の3人に2人が女性である。つまり、国民の5人に1人が75歳以上の女性となる。このような社会がもうすぐやってくる。団塊世代の女性を寝たきりにさせないということも重要である。WHOが進めているUHCについて、国民皆保険を達成した国は東アジア地域だけであり、南アメリカや他のアジア地域、アフリカも達成していない。だからこそ、課題を我々は共有しており、一緒に考えていくことが求められる。

歯科・フッ素洗口について

フッ素洗口には意見があるが、う歯の防止に有効であるのは実感としてある。

糖尿病重症化予防対策

地域によって取り組みに温度差があることが現状である。産業医は企業におけるかかりつけ医であり、違った意味で健康格差の縮小を目指し、国民の健康に最も貢献できる医師の1つであると思う。かかりつけ医とは、家庭や地域に密着しており、その特性から見てまさにソーシャル・キャピタルであるということをもっと認識していくべきである。

学校での生活習慣病予防事業とがん教育等の健康教育

小児期からの生活習慣病予防事業について、近江八幡市では、平成4年度から小学校5年生と、6年生の希望者を対象に採血による脂質検査を実施している(LDL-ch、HDL-ch、TG)。ほぼ90～95%の子供たちが検査を受けているが、事前に検診の意義等の説明を行い、当日は朝絶食のうえ(学校で朝食を用意)採血を行う。結果が判明次第、各学校において学校医が事後指導を実施し、さらに市全体の小学校(市内10校)の判定基準以上の対象児に対して保護者同伴で事後指導教室を開催している。学校医による講和と個別指導、養護教諭によるお菓子に関する指導、栄養士による各児の食事調査結果に基づく個別指導、体育教師による運動指導などを実施している。

がん教育について、平成30年3月9日閣議決定された第3期がん対策推進基本計画において、がん教育が記されたことから、学習指導要領が改訂された。東京都ではモデル事業として始めており、トップの理解もある。また、福井県では、今回のがん教育が始まったことで少し教育委員会との垣根が取れたという印象がある。課題としては、まだまだ行政と教育委員会の連携ができていない地域があることだ。

現在の保健事業の具体的な問題点とは、地域によって抱えている健康課題は異なるが、国に合わせた画一的な計画、目標が設定されており、独自性がないことである。加えて、教育では、学校医の役割と機能強化が必要である。居住環境・まちづくり・都市政策でも保健医療の知見等が活用でき、医師会の役割は非常に大きいと考える。

介護・認知症対策について

東京都では、東京の国立長寿医療センターに受け皿となり、現在5カ所の地域でモデル事業を行っている。愛媛県では、認知症サポート医のフォローアップ研修を行い、その充実を図っている。

子ども食堂

子供の貧困対策や居場所づくりの拠点として、子ども食堂が全国的に増加している。滋賀県では県社会福祉協議会が中心となって事業を展開しているが、2018年度には115カ所まで増加している。小学校に占める食堂数の割合は52.5%と沖縄県に次いで2番目に高く、全国平均の約3倍になっている。今後も増やしていく予定である。

ポピュレーションアプローチの重視（若年層への介入）

妊娠期：母子保健手帳交付時の血圧測定

家庭血圧測定と出産後のフォロー

小児期：学童期の健康教育（脂質検査時の血圧測定）

全般：自分のからだを知る環境づくり

- ・正常血圧の周知
- ・「ささえあい商助推進者登録事業」と連動したヘルスチェックが出来る場の整備（コンビニ、薬局等）

滋賀県では、健康づくりのきっかけになるよう、次の①から③までの事業に取り組むことでスタンプが貰え、スタンプを3つ以上貯めると地域通貨券「幡」と交換し、加盟店で買い物をすることが出来る。

- ① 健康診断を受診する
- ② がん検診を受診する
- ③ 健康づくりイベントに参加する

実績として平成30年度は交換者数は1060人であった。このような独自性のある取組みを各地域にも広めていくことが重要である。

IV.まとめ

COVID-19の感染が全世界を席卷している。このような状況になるとは、誰も予想できなかったであろう。当公衆衛生委員会でも、答申のまとめの初期段階で伝えられた“中国武漢での新型肺炎”が、数ヶ月でこれほどすべての国の社会情勢を激変させるなどとは考えも及ばなかった。そして、世界各地の詳細な状況が伝わるにつれて、まさに“健康格差”の状況が明らかになりつつある。

『ある集団における不平等な健康状態の差』を健康格差と捉え、かつ『改善可能』なものを“当委員会が考える健康格差”と考えた。前期委員会にて“健康”を、超高齢社会を迎えた我が国において、多様性があり、包括的で、現実的な意味を持つものとして捉えた。健康格差の要因は、社会的（貧困）、環境的、宿主（生物学的）、生育過程、生活習慣、医療提供体制など極めて多様であり、全く介入が困難な要因も含まれる。本答申では、比較資料等を用いることにより可能な限り客観的に“格差”と判断することができ、かつ医師・医師会の立場からその改善に向けて介入可能な課題を議論の対象とした。

健康格差の現状として、最大の要因は“経済格差（貧困）”である。所得によって、肥満度、喫煙率、野菜摂取量、健康診断未受診率などに明らかな差があり、生活習慣病のリスク因子が低所得ほど高まっている。子供の貧困率も近年上昇傾向にあり、また低出生体重児は成人になってからの糖尿病発症リスクが高いことが明らかとなっている。ライフステージ全般に渡っての保険事業の展開が必要であり、医師の関与は重要である。またそのためにも、生涯を通じた医療情報の継続的活用の仕組み（PHR：Personal Health Record等）づくりは必須であろう。

ライフステージごとの保健事業や健康保険の差異は重要である。健（検）診においては、地域・職域により、その法的義務の関係で受診率が異なる。任意のため受診率が上がらない“地域での健診”に対する手立ては必要である。中年期は、老年期の健康の基盤であり、この時期の健診受診率と補足率は大変重要である。健診後の事後指導率を伸ばすこと、精度管理充実などについては、その費用負担に対する支援等も有効である。

職域健診では受診率が高いものの、その後の保健指導に課題も多く、また大企業の多い都市部と少ない地方部との地域的な健康格差も生じている。

認知症のリスクのうち介入可能な因子は、小児期では教育、中年期では高血圧・肥満・聴力低下であり、高年期では喫煙・抑うつ・運動不足・社会的孤立・糖尿病と言われる。教育の充実と生活習慣病・喫煙への対策、公共交通機関の充実による歩行時間の確保・外出のしやすさ、公園等の設置による歩数の増加、社会参加を促す催しの開催などの社会環境の整備は重要で、補聴器の適正使用の普及も有効である。

うつ病では、早期発見・早期治療が必須である。自殺の原因として『健康問題』は圧倒的一位であるが、その半数はうつ病を主体とする精神疾患が占めている。また二位の『経済・生活問題』と、完全失業率の上昇・低収入は強い相関関係が見られる。社会の状況の変化が大きな影響を及ぼしている。一方で、社会活動参加の機会が多い地域、社会的サポートが高い市域に住んでいる高齢者には、抑うつ傾向が少ないとの報告がある。

医師は、それぞれのライフステージに、母子保健の健診医、学校医、産業医、全体を通じてのかかりつけ医として関わる。つながりを持った保健事業が重要である。人生の早い時期からの介入は、健康教育の面でも重要でより良いリテラシーを持つことに繋がる。がん教育や性教育などの知識面、ピロリ菌除菌や HPV ワクチンの積極的勧奨再開など具体的な活動も現在の日本では早急に必要と思われる。

また、超高齢化社会では、一疾病を治療するという概念から、多くの疾患や障害を有すために介護（ケア）の意味合いや、重症化予防・入院予防といった概念が重要となる。そのため、他職種での連携が必要であり、地域包括ケアシステムを見据えた連携の中心的役割をかかりつけ医は求められる。

撲滅可能ながんとして、胃がん・子宮頸がん・肝がんが挙げられる。日本でその感染が多いピロリ菌については、その除菌療法は進んでおり、合わせて一次予防としての若年者（中学生）における検診と除菌療法が有効である。今後のエビデンスの集積とその拡充が望まれる。

子宮頸がんも、ワクチン接種と検診の徹底により、撲滅可能と言われる。世界的には減少傾向にある子宮頸がんは、日本ではまだ増加している。国内において HPV ワクチンの積極的勧奨の再開は急務であり、早期の国民的同意を得る必要がある。

HBV、HCV が原因となる肝臓がんは、それらのウイルス検診の拡充と適切な治療、HBV については乳児期の予防接種の徹底で撲滅を目指せる疾患である。現在の諸保健事業の徹底を望む。

成人死亡の予防可能な最大危険因子である“喫煙”に関しては、地域差や所得による喫煙率の差が明らかだ。妊娠は人生最大の禁煙チャンスであり、妊婦健診や新生児・乳幼児健診の際の禁煙指導の徹底が必要である。若年者・低所得者への対策として、タバコ税の引き上げ等は有効であろう。

受動喫煙対策においては、胎児期の影響が低出生体重児・将来の糖尿病等のリスクの増加につながることで、子どもの時の影響はタバコへ抵抗性を下げ喫煙しやすくなること、など若い世代・次の世代に大きく影響することを周知する。加熱式タバコの被害も明らかとなり同様の規制が必要である。法的規制の徹底は重要であるが、一方で規制ばかりではなく、正確な理解と卒煙・禁煙を手助けする試みも効果を上げている。

平均寿命世界一を達成したわが国は、同時に世界一多様な健康状態の人々が暮らす社会でもある。特定健診・特定保健指導においては、健診を受けることが目的ではなく、その結果に基づいた保健指導を、他職種連携で実効的にを行い、予防に繋げることが重要である。この世代の健康づくりの実施主体は各保険者となり、舞台が地域保険から産業保険へと移り、産業保険が社会の柱となってきている。

医師会は、健康・医療等の情報発信源として、データを示しつつ継続的に社会に介入すべき役割を有す。誕生から終活まで健康を見守ることができる唯一の組織である。

医師は、母子保健から学校保険へと携わり、ここでは教育者の役割も果たす。格差が拡大し不可逆的変化も起こる“学生”期への関与は、行政との緊密な連携が必要である。産業医として、禁煙・運動・食事などの生活習慣予防指導を行うとともに、職場環境の改善にも関与する時期は長く、社会への影響も大きい。壮年期から終活へ、かかりつけ

医として関与する時期は同様に長い。健康格差を縮める最後の場となり、また、生きるため・死ぬための提言も行い、寄り添うことが重要である。

各地域で行われている保健事業は、その地域のニーズに適切に答え、参加のインセンティブを明確化しているものも多く、効果を上げている。これらの情報を、先行事例として情報共有することはとても有益である。基礎的な行政区・都道府県を超えた事業の広がりや、統一的なスローガンの設定、地域独自のアレンジなども多様性があり、機運を高め、有効であると思われる。

提言

(1) 国へ

経済格差は健康格差の最も大きな原因である。貧富の二極化が明瞭となり経済格差が進む現代において、富の再分配を実現する社会的な仕組みは必須である。“国民皆保険制度”はその代表的なものの一つである。税制などのように直接的で明らかな仕組みではないが、互助の精神のもと、間接的に富の再分配に寄与する国民皆保険制度は、公衆衛生的な観点からも大変重要で実効的である。今回の新型コロナウイルス感染症においてもそれは証明された。国民皆保険制度の持続可能性、将来的な必要性に対応できる制度への進化等について、国民的な議論をさらに進めるべきである。

(2) 国民へ

国民一人一人が、これからの超高齢社会を見据えて『健康格差の縮小』について、自覚し考えるような気運・リテラシーを昂めることが重要である。これは“お達者”（健康）で人生を過ごすことに繋がる。収入や環境の格差など、改善が困難な状況はあるものの、個々人の自覚と正しい知識獲得、実行・自己実現により“健康”を維持増進することができる。そしてそれは自分だけではなく、次世代・これから生まれてくる世代にも大きな影響を及ぼす。

(3) 都道府県、市区町村へ

平均寿命や健康寿命など健康格差を表す指標には、地域差が存在する。各地域の課題を抽出し、その原因や対策について現場を熟知する医師会とともに検討する。そして、各々の地域に相応した適切な住民教育や、地域へ浸透していくような保健事業の展開を、それぞれの医師会との緊密な連携のもと、さらに充実させる。

(4) 教育現場へ

正確な健康リテラシーと健全な心身を子ども達が獲得できるよう、学校医との協働のもと学校教育を進める。健康教育においても学校医を外部講師など教育者としても活用する。

(5) 企業へ

ライフステージにおける就労年齢は最も長く、また他の世代への影響も大きい。この時期の心身の健康維持・獲得は、次の長い老年期ステージの生き方に直結する。産業医との連携のもと、健康経営・社会の健全性向上に寄与すべく環境改善・保健事業の充実を目指す。

(6)都道府県・地区医師会へ

医療の専門家集団として、医学的な立場と見識から実効性のある提言と協働ができるよう、対応する自治体との強固な関係性を作る。その地域の健康格差に関する現状分析を自治体と共有した上で、実状に即した医療政策や保健事業の提案等を行う。またそれらの政策提言が可能となるよう、医師会が中心となって地域の関係職種を含めた議論を重ねる。現場で活動する各会員の意見を吸い上げ、また意思統一のための議論の場の提供や課題の投げかけなどを行う。

(7)医師会員へ

医師としてかかりつけ医として、健康格差縮小に向けては、対象者の全世代を通じて関わらなければならない。さらには、出生前、対象者の存在前から、介入可能な課題は存在する。地域の住民、かかりつけ患者さんに対して、同じ住民として、隣人として、そして医療者として、その方のライフステージ全般にわたり関わることをしっかりと認識し実行する。

委員会審議経過

第1回 2018年11月15日

横倉義武日本医師会長より、公衆衛生委員会へ

「健康寿命延伸のための予防・健康づくりのあり方」について諮問を受け、委員による意見交換をした。

第2回 2019年3月6日

健康、健康格差の縮小に関する保健事業の在り方について、諮問内容に対する審議の方向性について検討した。

第3回 2019年6月7日

国立研究開発法人国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部部長 中山富雄先生より、「健康格差の縮小に向けたがん検診のあり方」について講演いただき、意見交換を行った。

第4回 2019年8月2日

各地域における独自の保健事業の取り組みを知るべく、各委員の所属地域の力を入れている保健事業についてそれぞれ情報の共有を行った。

第5回 2019年9月6日

今期委員会の答申とりまとめに向け審議を行った。

第6回 2019年12月6日

答申原案について審議した。

第7回 2020年3月6日（新型コロナウイルス感染症まん延防止に伴い TV 会議にて開催）

答申案の最終確認を行った。

巻末資料

健康日本 21 の指標、国民健康・栄養調査について

平成 30 年 11 月に実施した「国民健康・栄養調査」では、毎年実施している基本項目に加え、所得等社会経済状況と生活習慣等に関する状況を重点項目とし、その状況が把握された。生活習慣等に関する状況を所得別に比較すると有意な差がみられ、現在習慣的に喫煙している者の割合、健診未受診者の割合、歯の本数が 20 歯未満と回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に高かった。

また、歩数の平均値は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に少なかった。就業時間が週に 1～39 時間の者は、男女ともに健診未受診者の割合が高かった。1 週間の平均的な就業時間が週に 1～39 時間の者における健診未受診者の割合は、男性 26.3%、女性 29.4%と他の就業時間で働く者と比較して高かった。栄養バランスのとれた食事をしている者の割合は 4 割超だが、所得別では差がみられ、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を 1 日 2 回以上食べることが、「ほとんど毎日」と回答した者の割合は、男性 45.4%、女性 49.0%であった。所得別でみると、「ほとんど毎日」と回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に低かった。「加熱式たばこ」等の喫煙状況を今回初めて把握。また、受動喫煙の状況については改善傾向であった。現在習慣的に喫煙している者が使用しているたばこ製品について、「紙巻きたばこのみ」、「加熱式たばこのみ」、「紙巻きたばこ及び加熱式たばこ」の割合は、男性では 68.1%、22.1%、8.5%、女性では 76.1%、14.8%、8.8%であった。家庭、職場、学校、飲食店、遊技場、行政機関及び医療機関における受動喫煙の機会を有する者の割合は有意に減少していた。

表2 所得と生活習慣等に関する状況(20歳以上)

注1)推定値は、年齢階級(20-29歳、40-49歳、60-69歳、70歳以上の4区分)と世帯員数(1人、2人、3人、4人、5人以上世帯の5区分)での調整値。割合に関する項目は直接法、平均値に関する項目は共分散分析を用いて算出。
 注2)「所得」とは、生活習慣調査票の問13で、回答した過去1年間の世帯の収入(税込)。
 注3)世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて多変量解析(割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析)を用いて600万円以上を基準とした他の3群との群間比較を実施。
 注4)★は世帯の所得が600万円以上の世帯員と比較して群間の有意差があった項目。

		①200万円未満		②200万円以上 400万円未満		③400万円以上 600万円未満		④600万円以上		① vs ④	② vs ④	③ vs ④
		割合 人数 又は 平均値	割合 人数 又は 平均値	割合 人数 又は 平均値	割合 人数 又は 平均値	割合 人数 又は 平均値	割合 人数 又は 平均値					
1. 食生活	食塩摂取量の平均値	(男性) 281 10.5g	705 10.9g	537 11.1g	821 11.2g★							
	(女性) 453 9.2g	802 9.3g	574 9.2g	900 9.3g								
	野菜摂取量の平均値	(男性) 281 253.9g	705 271.2g	537 301.2g	821 296.6g★							
	(女性) 453 266.6g	802 264.4g	574 263.7g	900 278.5g								
	果物摂取量 100g未満の者の割合	(男性) 281 64.4%	705 65.3%	537 62.7%	821 67.9%							
	(女性) 453 64.5%	802 56.3%	574 53.3%	900 55.7%★								
2. 運動	運動習慣のない者の割合	(男性) 178 66.4%	439 70.6%	285 66.3%	407 61.7%							
	(女性) 325 70.8%	534 78.5%	375 78.8%	560 63.1%								
	歩数の平均値	(男性) 253 5,327	653 6,751	522 7,243	798 7,015★							
	(女性) 396 5,685	743 5,897	546 5,779	866 6,373★								
3. 喫煙	現在習慣的に喫煙している者の割合	(男性) 337 34.3%	810 32.9%	613 29.4%	925 27.3%★							
	(女性) 529 13.7%	911 9.6%	646 6.6%	1,001 6.5%★								
4. 飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	(男性) 338 12.1%	809 15.3%	615 13.8%	927 19.2%★							
	(女性) 528 6.6%	911 8.7%	645 15.6%	1,001 8.7%								
5. 睡眠	睡眠による休養が十分とれていない者の割合	(男性) 338 16.4%	810 22.5%	615 20.0%	927 22.0%							
	(女性) 528 28.1%	910 20.9%	644 22.4%	999 20.2%★								
6. 健診	未受診者の割合	(男性) 337 40.7%	810 29.8%	615 19.2%	927 16.7%★							
	(女性) 528 41.1%	909 34.2%	644 26.8%	1,001 26.1%★								
7. 体型	肥満者の割合	(男性) 260 30.0%	660 30.8%	486 31.8%	732 32.0%							
	(女性) 431 18.5%	712 23.8%	518 28.1%	804 27.0%								
	やせの者の割合	(男性) 260 4.8%	660 5.1%	486 2.7%	732 2.2%★							
	(女性) 431 9.0%	712 10.7%	518 11.4%	804 9.9%								
8. 歯の本数	歯の本数 20 歯未満と回答した者の割合	(男性) 334 30.2%	802 24.0%	612 21.3%	927 18.9%★							
	(女性) 529 29.8%	905 22.2%	643 16.6%	996 21.6%★								

※「運動習慣のない者」とは、「運動習慣のある者(1回 30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者)」に該当しない者。
 ※「現在習慣的に喫煙している者」とは、喫煙の状況が「毎日喫う」又は「時々喫う」と回答した者。
 ※「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者とし、以下の方法で算出した。
 ①男性「毎日×2回以上」+「週5-6日×2回以上」+「週3-4日×3回以上」+「週1-2日×5回以上」+「月1-3日×5回以上」
 ②女性「毎日×1回以上」+「週5-6日×1回以上」+「週3-4日×1回以上」+「週1-2日×3回以上」+「月1-3日×5回以上」
 ※「睡眠で休養が十分とれていない者」とは、睡眠で休養が「あまりとれていない」又は「まったくとれていない」と回答した者。
 ※「未受診者」とは、過去1年間の健診等を「受診しなかった」と回答した者。
 ※「肥満者」とはBMI 25.0以上の者、「やせの者」とは、BMI 18.5未満の者。

表：平成30年度国民健康・栄養調査結果の概要³⁹

³⁹ 平成30年度国民健康・栄養調査結果の概要
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000584138.pdf>

表2と比較すると就業時間が長く、所得が低い人が不健康状態である割合が高い。

表7 1週間の平均的な就業時間と生活習慣等に関する状況(20歳以上)

※網掛け部分は、各項目において最も値が大きい(野菜摂取量の平均値は最も小さい)カテゴリを示す。

		週に1~39時間		週に40~49時間		週に50~59時間		週に60時間以上	
		人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値
食生活	食塩摂取量の平均値(g)	(男性) 411	11.7g	(男性) 808	11.0g	(男性) 336	10.9g	(男性) 260	11.1g
	(女性) 882	9.4g	(女性) 496	9.1g	(女性) 101	9.0g	(女性) 48	8.5g	
食生活	野菜摂取量の平均値(g)	(男性) 411	308.1g	(男性) 808	283.3g	(男性) 336	277.3g	(男性) 260	279.4g
	(女性) 882	271.2g	(女性) 496	254.3g	(女性) 101	255.0g	(女性) 48	268.0g	
運動	運動習慣のない者の割合	(男性) 240	64.6%	(男性) 423	78.0%	(男性) 151	81.9%	(男性) 120	78.3%
	(女性) 582	82.5%	(女性) 280	87.1%	(女性) 59	88.1%	(女性) 26	98.2%	
喫煙	現在習慣的に喫煙している者の割合	(男性) 479	30.9%	(男性) 956	34.4%	(男性) 377	29.7%	(男性) 314	38.0%
	(女性) 1026	10.9%	(女性) 578	12.3%	(女性) 122	10.7%	(女性) 58	6.9%	
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	(男性) 480	14.6%	(男性) 956	18.4%	(男性) 377	17.2%	(男性) 315	22.9%
	(女性) 1026	11.6%	(女性) 578	13.8%	(女性) 122	19.7%	(女性) 58	19.0%	
睡眠	睡眠による休養が十分とれていない者の割合	(男性) 480	18.1%	(男性) 957	22.8%	(男性) 378	31.7%	(男性) 315	42.2%
	(女性) 1026	25.3%	(女性) 578	29.9%	(女性) 122	34.4%	(女性) 58	32.8%	
健康	未受診者の割合	(男性) 480	28.3%	(男性) 957	15.3%	(男性) 378	11.9%	(男性) 315	16.2%
	(女性) 1026	29.4%	(女性) 577	15.1%	(女性) 122	18.9%	(女性) 58	20.7%	
体型	肥満者の割合	(男性) 382	31.7%	(男性) 729	32.2%	(男性) 284	32.7%	(男性) 229	34.9%
	(女性) 825	20.2%	(女性) 422	17.8%	(女性) 85	23.9%	(女性) 43	30.2%	
体型	やせの者の割合	(男性) 382	3.4%	(男性) 729	3.4%	(男性) 284	2.8%	(男性) 229	2.8%
	(女性) 825	12.1%	(女性) 422	15.6%	(女性) 85	8.2%	(女性) 43	9.3%	

図19 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度(20歳以上、性・年齢階級別)

問:あなたは、主食(ごはん、パン、麺類などの料理)、主菜(魚介類、肉類、卵類、大豆・大豆製品を主材料にした料理)、副菜(野菜類、海藻類、きのこ類を主材料にした料理)の3つを組み合わせて食べることが1日に2回以上あるのは週に何日ありますか。

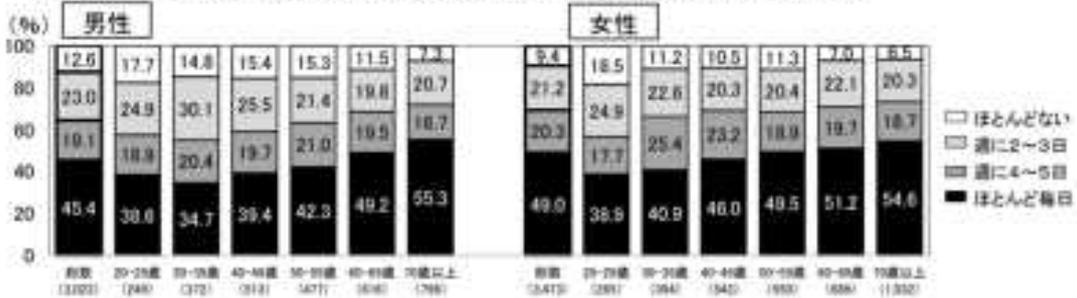


図1 所得と主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度の状況(20歳以上)

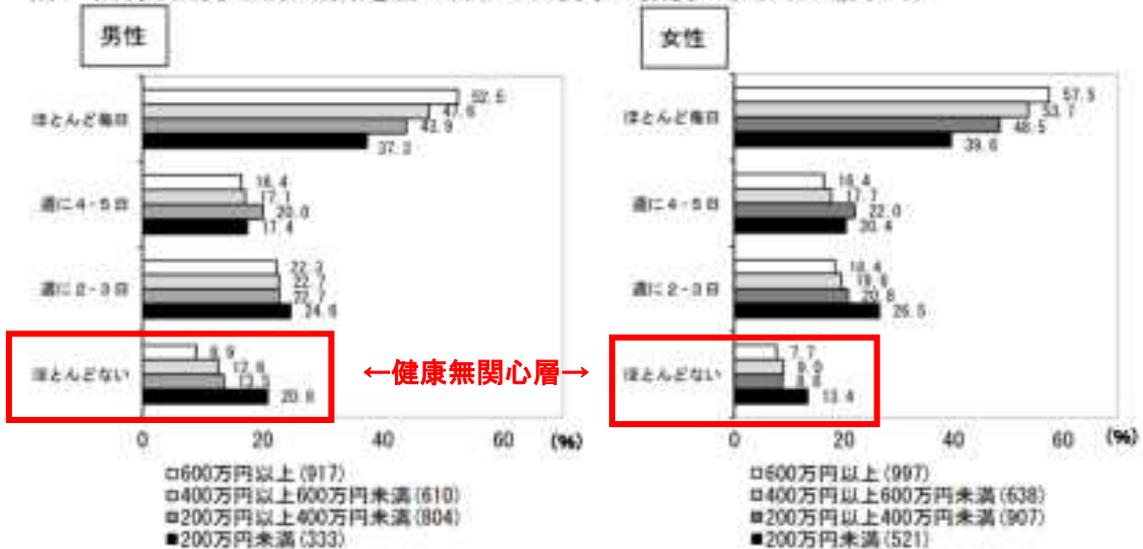
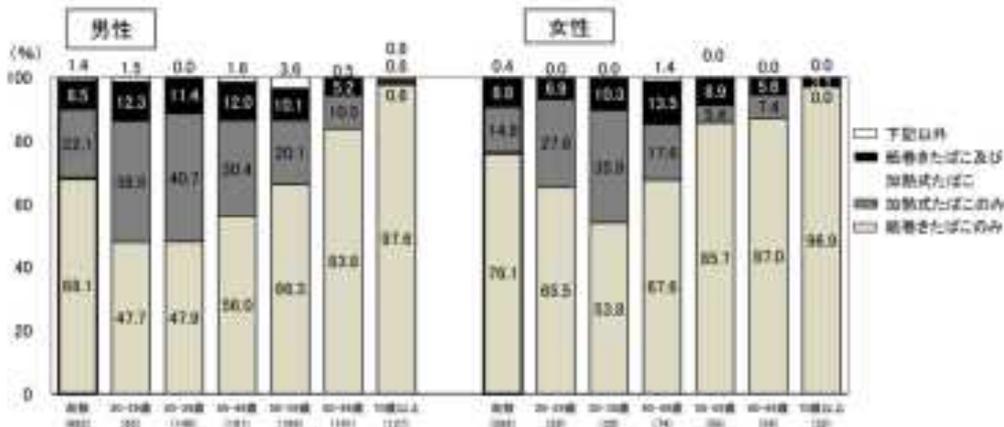


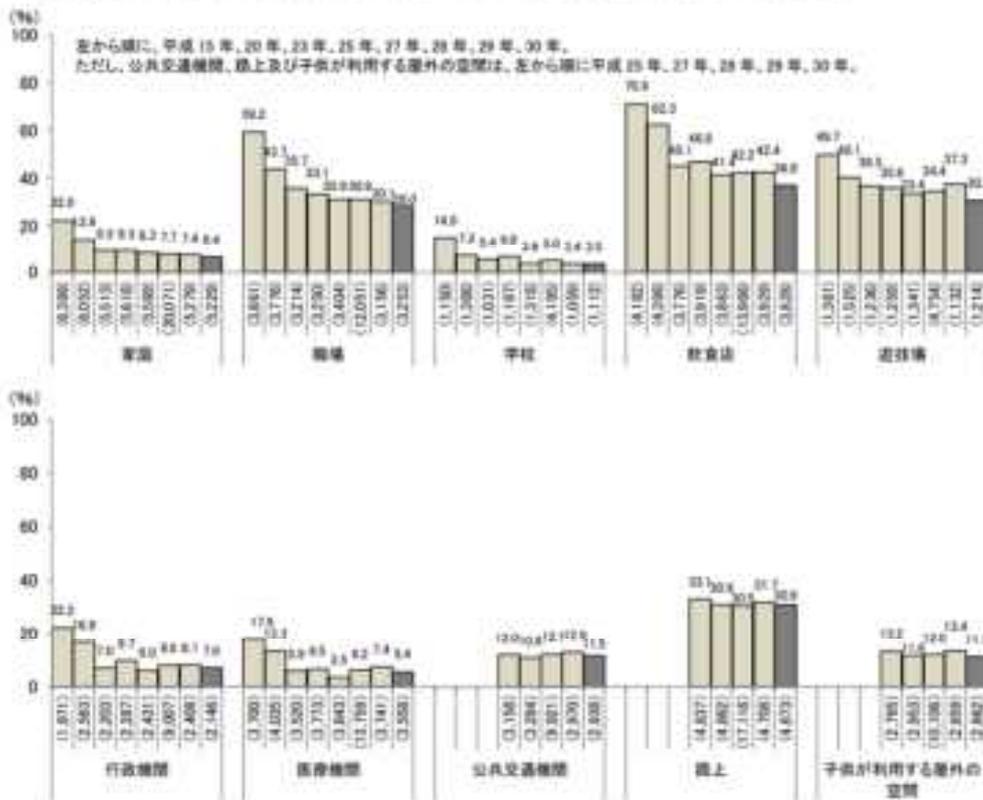
図 32 現在習慣的に喫煙している者が使用しているたばこ製品の組合せの状況



※「紙巻きたばこ及び加熱式たばこ」とは、複数回答において「紙巻きたばこ」及び「加熱式たばこ」をそれぞれ選択した者であり、さらに「その他」も選択した1者を含む。

図 35 自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会(受動喫煙)を有する者の割合の年次比較(20歳以上、男女計、現在喫煙者を除く)(平成15年、20年、23年、25年、27年、28年、29年、30年)

問:あなたはこの1ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会(受動喫煙)がありましたか。



※「現在喫煙者」とは現在習慣的に喫煙している者。
 ※「受動喫煙の機会を有する者」とは、家庭・毎日受動喫煙の機会を有する者、その他、月1回以上受動喫煙の機会を有する者。
 ※学校、飲食店、遊技場などに勤務している、その職場で受動喫煙があった場合は、「職場」欄に回答。
 ※屋内・屋外等、受動喫煙が生じた場所や場所は不明。

(参考)「健康日本21(第二次)」の目標
 受動喫煙のない社会の実現

I 医療の大地殻変動・・・ケアサイクル論の視点から

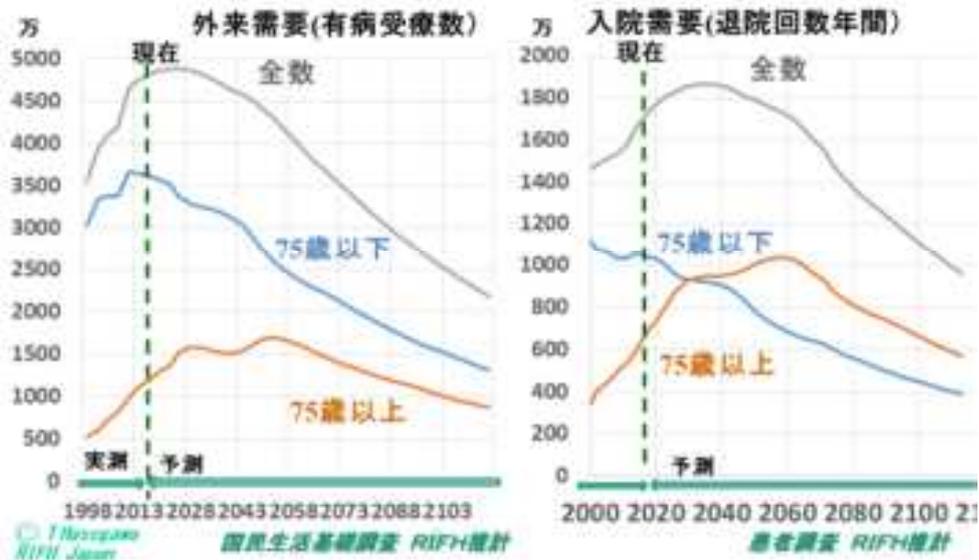
1 需要転換

外来・入院・介護需要の未来を予測すると、意外と早く需要が成熟化することがわかる。国民生活基礎調査の有病受診率を用いて外来需要を、患者調査の退院回数を用いて入院需要を、介護費給付調査の要介護要支援率を用いて介護需要を予測すると、ピークは意外と早い。性年齢階級別有病受診率が固定すると仮定し、人口の将来予測にかけ合わせて推計すると、外来需要は既に 2020 年ごろから減少し始めている。同様の仮定で退院回数すなわち入院需要を推計すると 2025 年ごろに鈍化し 2030 年ごろにピークを迎え 2045 年ごろには減少を始める。一方介護需要を同様の手法を用いて推計すると入院に 10 年遅れて 2035 年ごろから鈍化し 2050 年頃まで横ばいとなり 2060 年頃二度目のピークを迎えてその後急速に減少する。



これらのピークのズレはそれぞれの需要の年齢の人口構成の違いから来ている。例えば外来需要は75歳以下が多く、すでに減少を始めており、75歳以上では増加しているものの両方を組み合わせるとほぼ減少が始まっている。外来に比して入院はこれから10年は増加した後横ばいとなる。75歳以下はすでに減少を始めているが、外来より75歳以上の占める割合が多いからである。介護需要はほとんどが75歳以上なので外来や入院の75歳以上の需要と同様のパターンを示す。

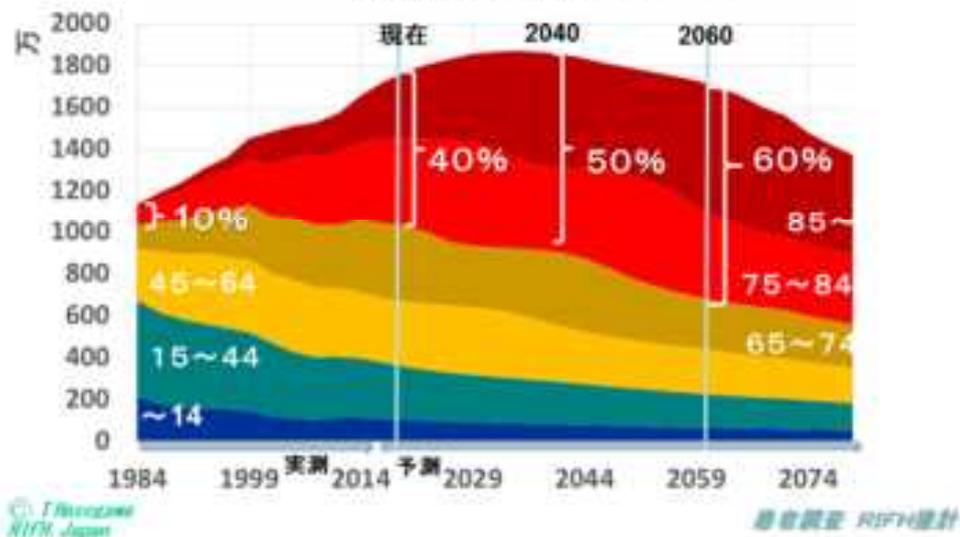
需要の推移 75歳以下・以上・全数



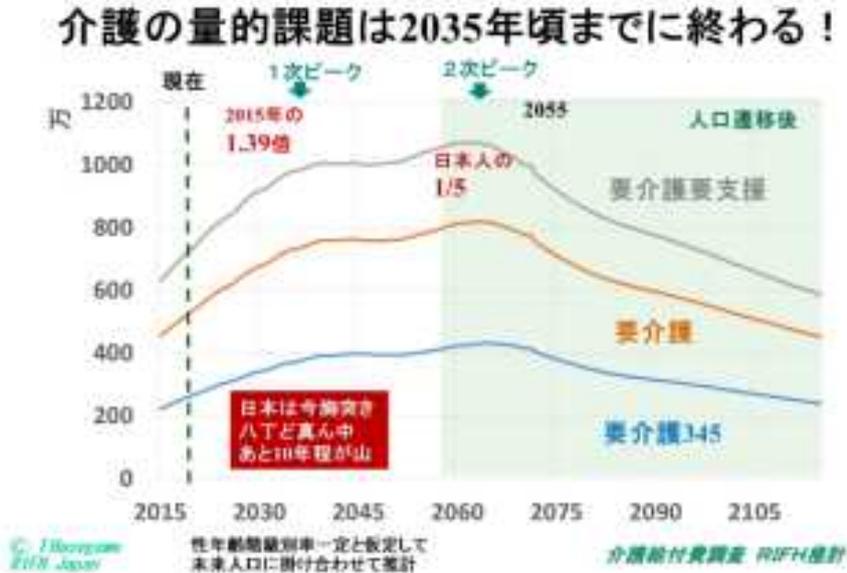
現在を含めこの10年ぐらいが急増する胸突き八丁である。その後は特に若年人口の減少が想定され整備された資源をいかに維持するかが課題となる。年齢階級の人口割合は実数と比べて約5年遅れて横ばいとなり、安定するのは2060年以降後述する人口遷移の完了後である。分母となる、若年人口が減少を続けるからである。

外来需要も入院需要もその年齢構造を分析すると若年から高齢への大転換が進行する。特に入院患者は30年前1980年代には入院の90%が75歳以下であったものが2015年現在では40%、そのうち4分の1が85歳以上となっている。それが2040年には50%、2060年には60%に上りそのうち3分の2が85歳以上となると予測されている。かつて入院患者の大半が単一の疾患で入院し1回の治療で完結できた状態から、複数の疾患を抱えて入院し治療後退院させても又入退院を繰り返し死亡に至るケースが大半を占める。

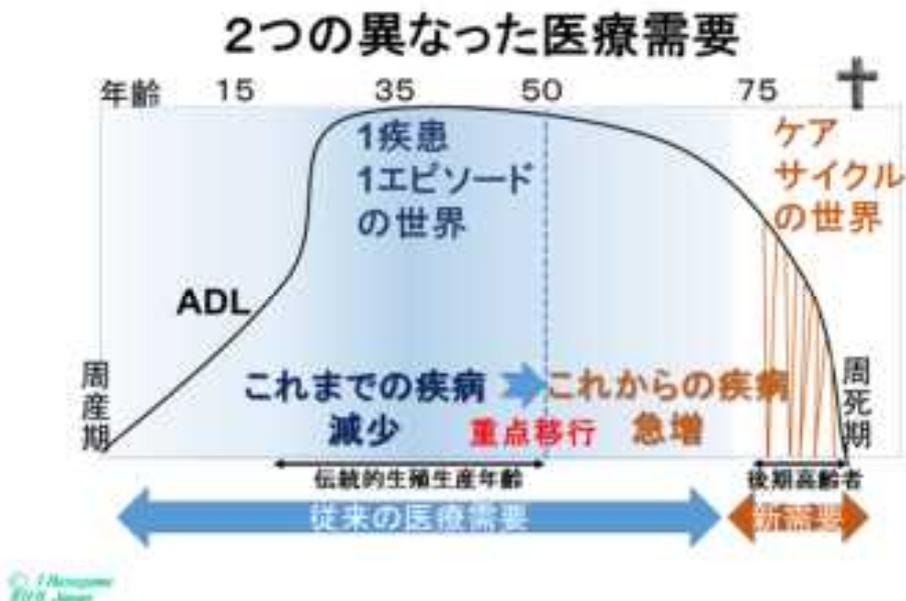
退院回数(入院需要) 年齢階級別年間1984-2080



要介護要支援者は2015年の600万人から2035年頃には1,000万人に急増すると想定される。認知症患者数もほぼ同様の人数と想定され軽度認知症（MCI）と認知症、更に要介護要支援を加えると2000万すなわち日本人人口の5分の1、75歳以上人口の8割にのぼると想定される。2035年から2040年の間に日本は今の日本とは全く別の世界になると想定される。要介護要支援者のうち在宅でのケアを必要とする要介護レベル3、4、5の人口を予測すると2015年現在200万人であったものが2035年には400万人に倍増すると想定される。



以上の医療需要の定量的分析をまとめると、これから15年ぐらいでその焦点が従来の75歳以下から75歳以上に急速に推移することが明らかとなった。この2つの年齢グループは疾病の構造や様態が大きく異なっており、いわばまったく新しい需要に転換することを意味している。2つの異なった需要を人生の過程で捉え図示すると下図となる。中高年までの1疾患1介入1評価の世界と、高齢者の継続反復する疾患エピソードの末に死に至る後述するケアサイクルの世界である。



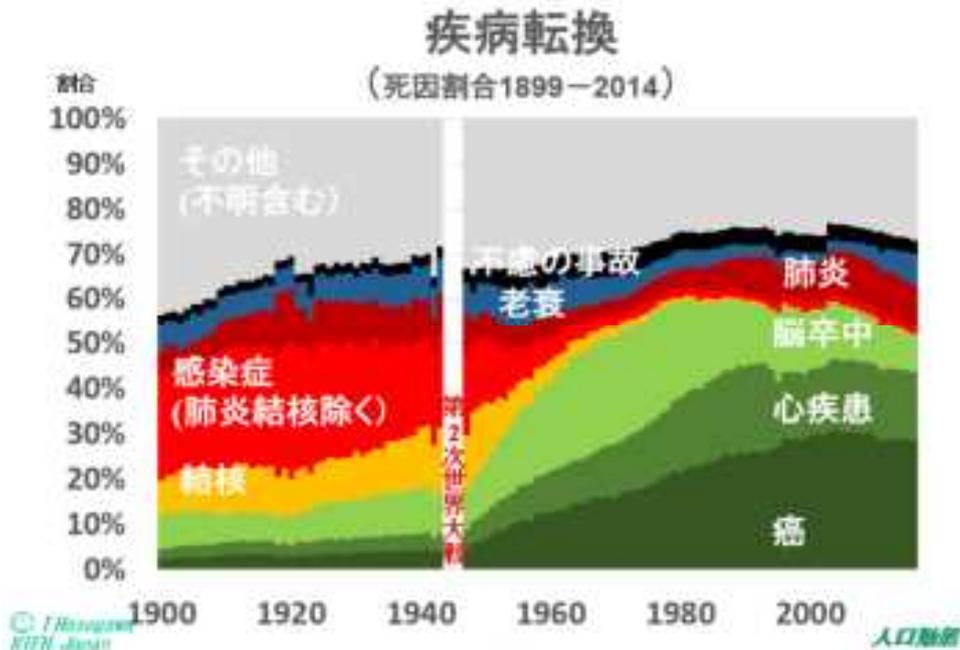
2 疾病転換

日本が国際分類を用いて死因統計を始めた 1900 年以來 120 年間、死因疾病は大きく転換した。1910 年頃までは天然痘やコレラなどの「流行性感染症」が中心で、それらが種痘や検疫によってコントロールされると結核や小児の下痢症などの「蔓延性感染

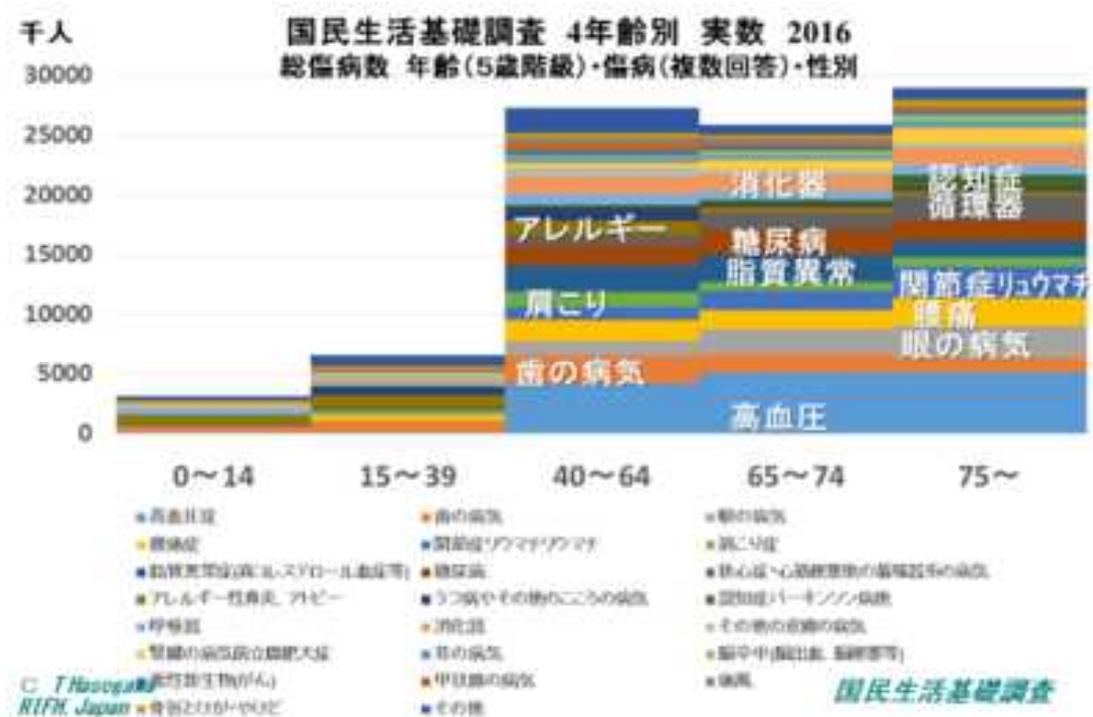


症」に転換した。

1950 年代から非感染症の時代に転換する。がん脳卒中心臓病などのいわゆる生活習慣病が中心となる。これらは「早期退行性病変 early degenerative disease」と呼ばれ長期にわたる悪い生活習慣の末に中年期から初老期にかけて発症する。1990 年ころからアルツハイマー病パーキンソン病大腿頸部骨折などの老人病すなわち「晩期退行性病変 late degenerative disease」が増加し、介護を必要とする人が増えている



これらの疾病の変遷の過程は疾病転換(epidemiological transition)と呼ばれ、1970年代にはオムランらによって3段階、1980年代にはオルシャンスキーらによって4段階の過程が提唱されている。人口の高齢化とともに全世界で類似の転換に進行するとされている。国民生活基礎調査で年齢階級別の疾病を見ると以下の図の通りである



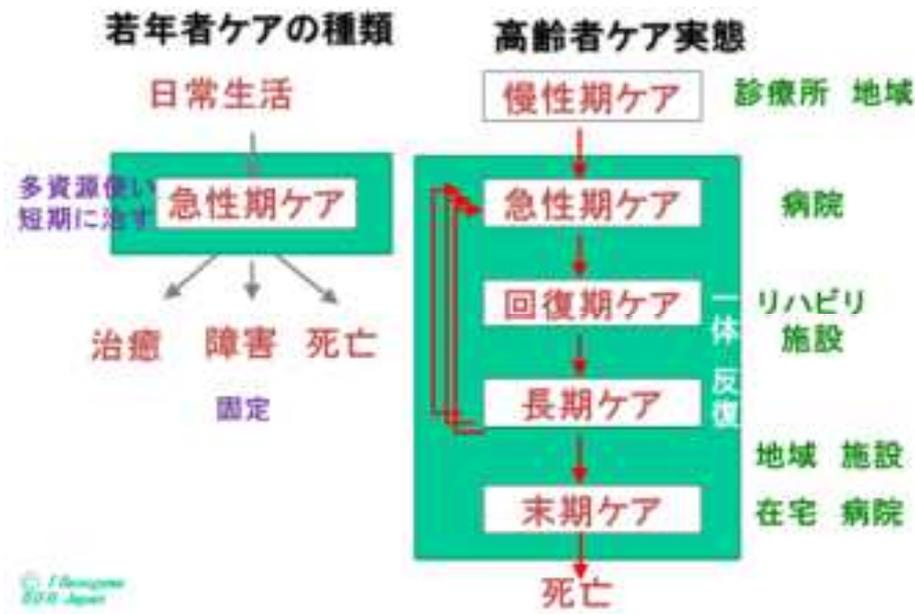
高齢者では疾病が成人病から老人病に転換するのみならず、その自然史すなわち進行過程や特徴が異なる。若年期や中年期では多くの場合疾病は単独でありその発症のエピソードや介入の必要な時期も単独である。介入の結果完治するか死亡するか障害が固定するかでエピソードは完結する。

3 ケア転換

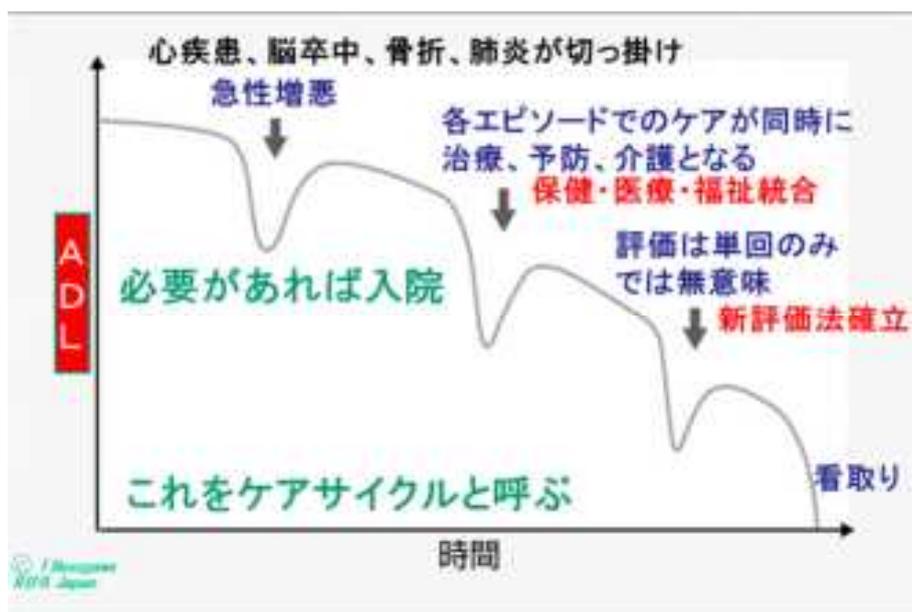
しかし高齢者は、複数の疾病を抱えており完治することは珍しく、時折増悪して発症を繰り返す。障害は固定されず、エピソードごとに増悪寛解を繰り返し最後は死に至る。この疾病過程の違い自然史の違いは、疾病の違い以上に医療提供のあり方に大きく影響する。

従って従来の疾患の中心とする疾病転換の概念は、疾病の過程や数を含む新しい定義に拡張される必要がる。

高齢者のケアは、若年者が急性期ケアの単一もしくは回復期ケアの1種類もしくは2種類であるのに比して、慢性期ケア（Chronic Care）、急性期ケア（Acute Care）、回復期ケア（Rehabilitative Care）、長期ケア（Long-Term Care）、末期ケア（Terminal Care）の5種類とされ、長期ケアに突入した後、再び、急性期ケアを要する場合が発生する。つまり繰り返しのサイクルを形成する場合が多い。そして、最後にいわゆる末期ケアの状態に入って死に至る。長期ケア期をケアサイクル期として捉え、その最後に末期ケア、看取り、死後ケアを必要とする周死期に接続しているととらえる方が実態に近い。



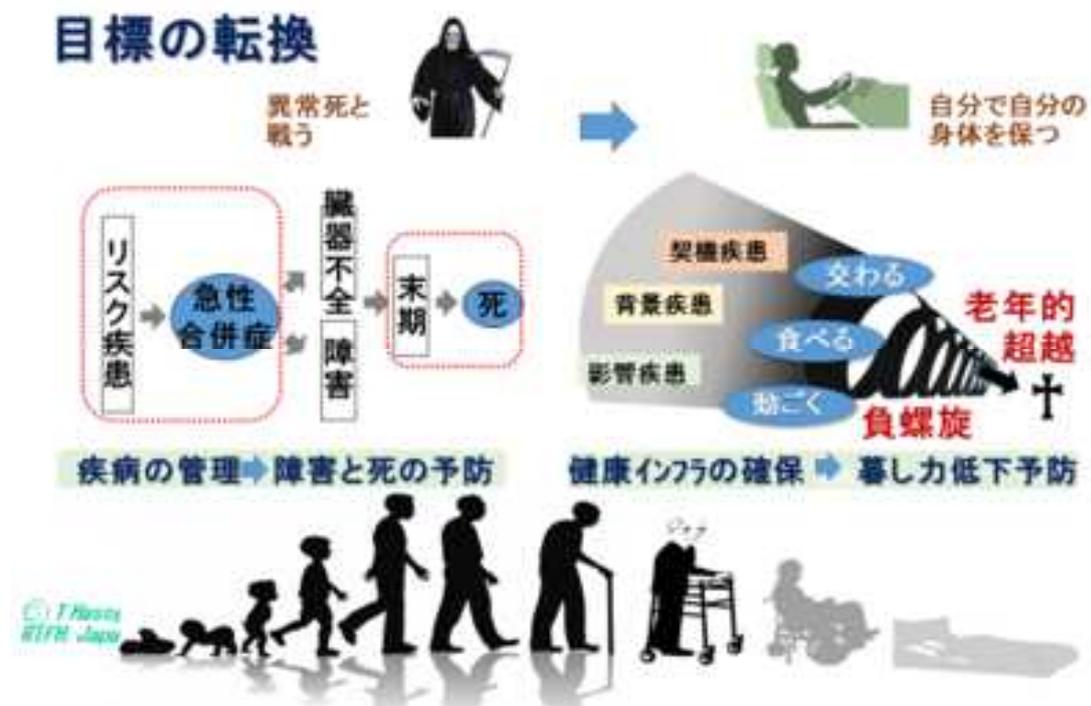
「個人/利用者」の立場やその個人を支援する家族や友人の立場から見れば、ケアサイクルは次第に減衰する「スパイラル」として捉えられる。急性増悪エピソードでは ADL は急激に低下し、急性期ケアと回復期ケアの完了によって ADL は改善し、また、次のエピソードを待つ。その様な ADL のスパイラルをなし周死期に接続し最後には死に至る。



4 目的転換

ケアの需要と供給の大転換により、疾病の様態や死の過程は大きく変わりつつある。大きくまとめると医療の目的は従来の「異常死の予防」から「普通死の支援」へ、「疾病の絶対治癒」から「ADLの改善」へ大きく転換し、ケアの場所も「病院」から「地域」暮らしの場へと転換しつつある。

歯がない、噛めない、飲み込めないなどの「食べる」ことへの機能低下がきっかけとなり、筋肉量が低下し活動量が低下し、そのことによって転倒しやすくなって骨折する負のスパイラルである。さらに精神的に引っ込み思案となり外出や他の人とのコミュニケーション「交わる」が低下する。つまり、「身体的な機能低下」が「精神的機能低下」を生み、更には「社会的な機能低下」にも繋がるといった機能低下の連鎖である。



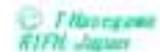
総体として生涯の過程を捉え、暮らしの機能低下を予防する考え方である。目標は、中年期の生活習慣病予防のための生活スタイルの改善、疾病の治療から、人生後半では、生活機能低下のスパイラルの反転、自分らしく生きて普通に死ぬことの支援に転換することとなる。これが2年前の日本医師会公衆衛生委員会の答申の健康概念に他ならない。

日本医師会公衆衛生委員会 新健康定義提案 2018

年齢によって「健康の意義」はそれぞれ異なり、おそらく若い人では「美しいこと」、「スポーツを楽しめること」、「学習ができること」、中年期では「働けること」、「病気ではないこと」、高年期では「不自由ではないこと」、「元気でいられること」、「自立して生活がおくれること」が主要な目的である。同じ人にとってもその時間や役割の変化によって異なった健康観を持ちうる。健康観は元来多元的といえる。

概念の定義は「使用目的」によって異なる。WHOの定義も状態の把握ではなく、追求すべき理想と捉えれば有用である。一方、状態の改善や評価には別の定義が必要となる。多元的な健康観のもとで、元々普遍的で客観的な一つの定義を想定することに無理があったのではなかろうか。

これからの健康概念は、従来考えられてきた「疾病がないこと」や、WHOが定義した「理想論」に限定することなく、「本人が自分らしく生きる、その意志決定ができる能力を持つ(自律)ことで、それを支援する(自立支援)環境や過程を含めて健康を捉える」べきである。



II 人口の大地殻変動…人口遷移論の視点から

1 日本の世代構造転換

2015年現在の高齢者のうち最も若い世代がいわゆる「団塊の世代」である。団塊は人数も多く、世界の転換期に鍵となる世代として登場し注目されてきた。今回も高齢化をリードする世代となっている。ここでは少し広めにとって1945～1954年生まれの世代とすると約2200万人存在し、2015年現在65～75歳と前期高齢者の中心をなす。これから10年かけて後期高齢者75歳以上となり2040年にはその一部が90歳をむかえる。しばらくして大きな世代の塊は消失し、次の大きな塊である団塊ジュニアが登場する。

団塊世代のすぐ上は「戦中世代」とされ1935～44年に生まれた2000万人である。幼少小児期を第2次大戦中にむかえ現在後期高齢者となっている。

さらにその上は青年期に戦争を迎えた誕生年が「昭和1桁」1925～34年世代である。成長期に低栄養で中年期に高度成長期のモーレツ社員であったことから、ストレスが重く病気になりやすく寿命の短い世代とされてきた。1900万人誕生したが2015年現在では820万人に半減している。その上は「大正生まれ」（1924年以前）で90歳をこえており、ここ10年間の医療介護需要の中心になってきた世代であるが急速にその数は減少している。

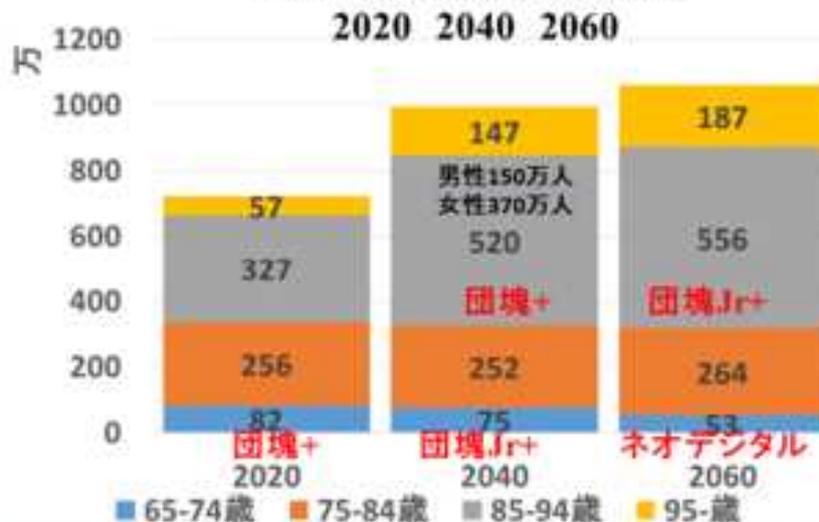
世代定義

世代(範囲)	人口(万人)	中心世代	主な誕生年	特徴
1936-1945	1863	戦中世代	1927-1934	第二次世界大戦終戦
1946-1955	2157	団塊の世代	1947-1949	第一次ベビーブーム
1956-1965	1653	しらけ世代	1950-1964	第一次オイルショック
1966-1975	1906	団塊Jr	1971-1974	第二次ベビーブーム
1976-1985	1599	ポスト団塊Jr	1975-1984	コギャル文化
1986-1995	1256	ゆとり世代	1987-1995	ゆとり教育
1996-2005	1159	ネオデジタル	1996-2005	インターネット普及
2006-2016	1054	21世紀	2006-	今世紀に出生

© T Hasegawa
RIFU Japan

上述表の如く代表する世代を含む10年毎の出生コホートを図示してみた。日本の当面の最大の健康課題は2040年の要介護要支援者をいかに減らすかである。その時団塊の世代は90歳前後で特に女性のまだ半数は生存しており、要介護要支援者の中心をなすと想定される。2015の年齢階級別の有病率は不変であると想定すると、520万人のうち男性は150万人、女性は370万人に上ると推計される。

要介護要支援年齢別推計

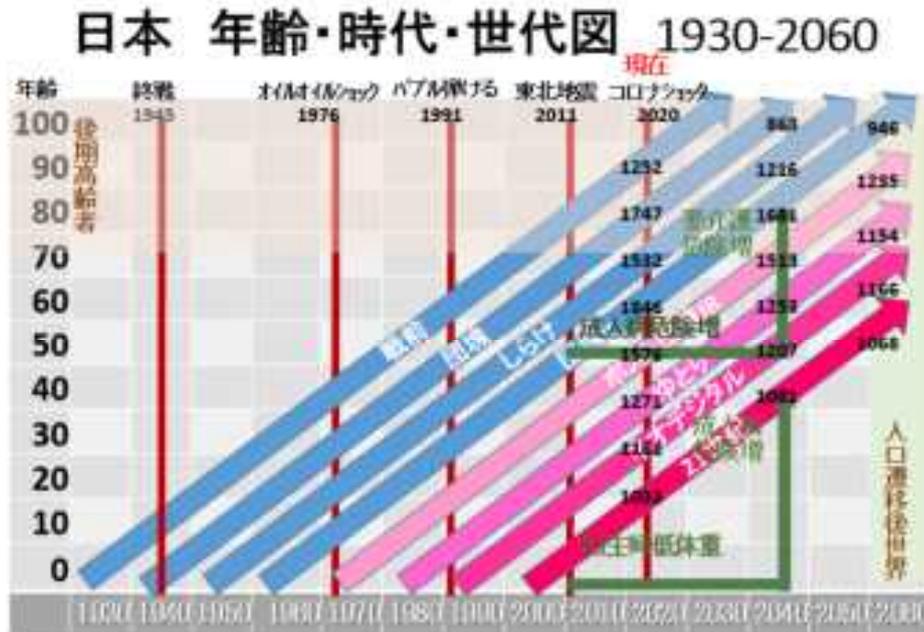


© T Hasegawa
RIFU Japan

性年齢階級別率一定と仮定して
未来人口に掛け合わせて推計

介護給付費調査2015 社人研推計2017

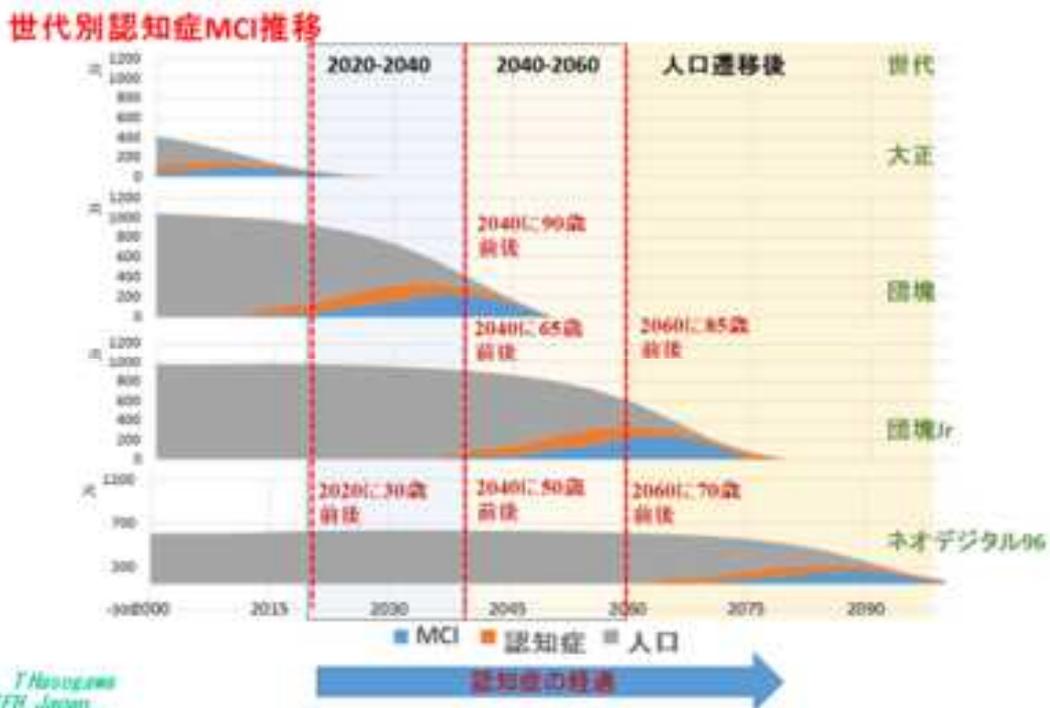
その為には今から介護予防を団塊の世代を対象に始めなければならない。さらに中年期の生活病を成人病ではなく、介護予防の重要な対象として健康管理を行う考えも必要となる。また生涯疫学の視点から母子、幼児期の健康管理が2040年の成人病に影響を与えることが知られており、長期的には2060年の本格的高齢社会の高齢者につながると思われる。



© T.Hosogami
NIFH Japan

社人研2017 推計

年齢・時代・世代を2次元で展開すると、時代を走る世代があたかも列車の如く連なって走っていることをイメージできる。それぞれの世代の人生の最後の時期には、認知症や要介護の状態が待っている。



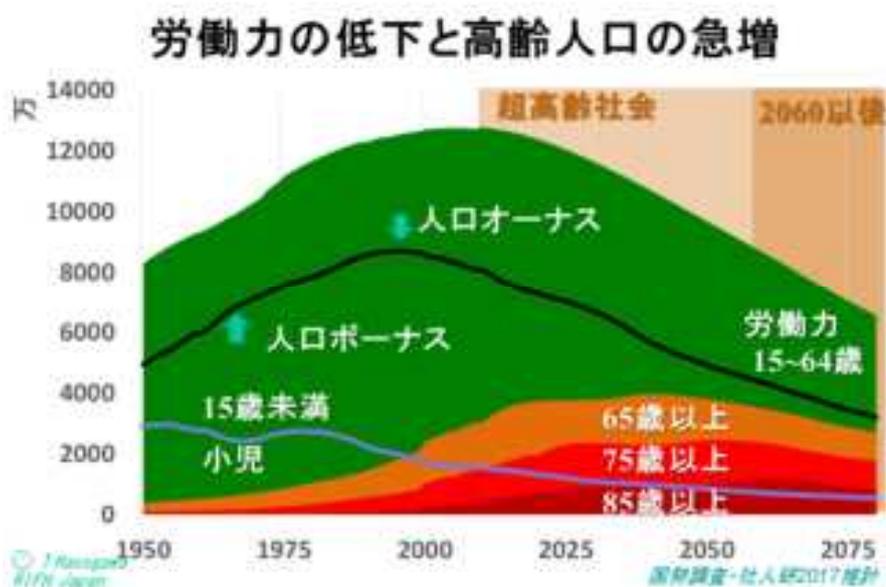
© T.Hosogami
NIFH Japan

改めて介護を要する状態へのきっかけとなる疾患は、これまでの中年期の生活習慣病とは異なり、国民生活基礎調査によるとその現認疾患は以下の図になる。この図からこれから必要とされる診療の対象が浮かび上がるといえよう。

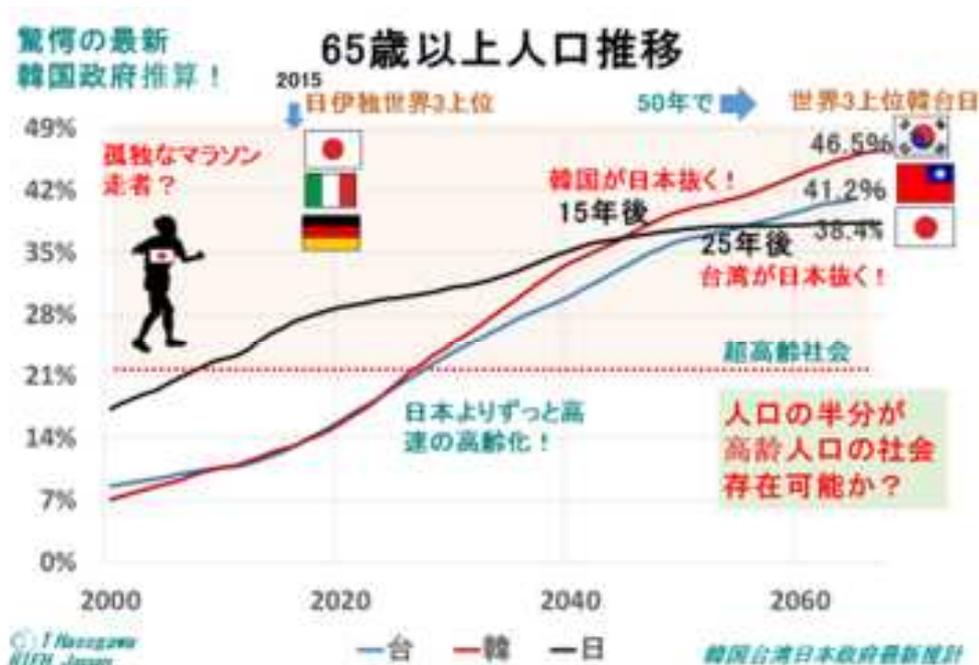


2 アジアの人口構造転換

2020年現在、日本は28%というWHOによっては定義のない異次元の高齢社会となり、2040年には35%と、人類が未だかつてない高齢社会に到達すると予想されている。2015年時点の上位3位は日伊独と、かつて第二次世界大戦を共に戦った枢軸国であるが、2位イタリアとの差は2.8%と断トツに高い値となっている。日本は既にWHOが定義する高齢社会の枠を超え、異次元の高齢社会に突入し、2040年には35%と「超高齢社会」ともいえる人類未踏の境地に達する。



昨年春、衝撃的なニュースが韓国から飛び込んで来た。韓国政府は、将来の人口予測を発表し、2067年には65歳以上人口が46.5%、ほぼ人口の半分が高齢者となると発表したのである。現在、世界第52位の韓国が25年後の2045年に日本を抜き、世界第1位に躍り出、さらに20年後2067年には人口のほぼ半分が高齢者人口になるというのである。最新予測の衝撃は世界に広がっている。人口のほぼ半数が高齢者人口という社会は常では存在しえない。



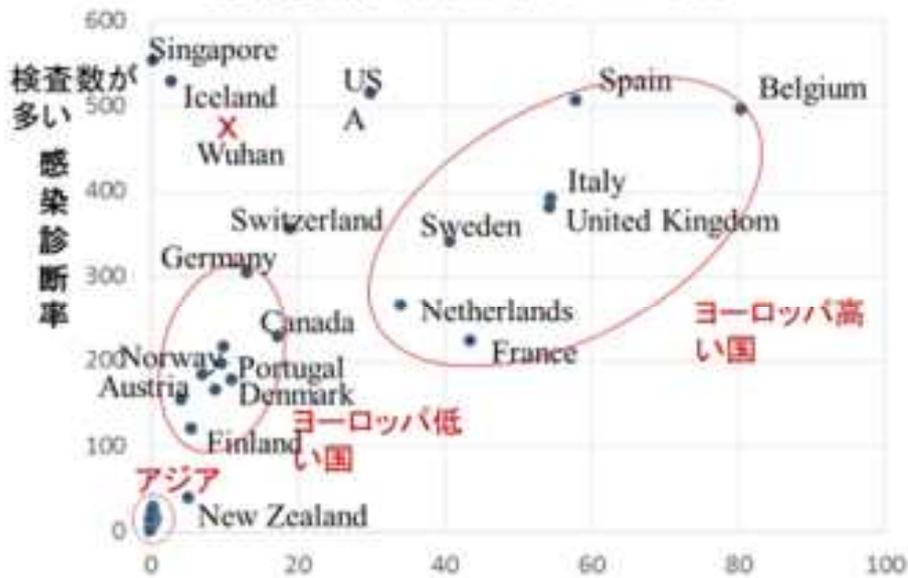
世界の高齢化のホットスポットを世界地図上に描くと、最も熱いのはシナ海をめぐる東アジア東南アジアの国々の領域である。そこには高齢化の最先端を走る韓国、かつてNIESと呼ばれた韓国、台湾、香港、シンガポールの四小龍が加わる。中国の沿海部そしてタイも急速に高齢化している。その次は地中海沿岸国でイタリアを先頭に、スペイン、ポルトガル、ギリシャが続いている。ここは女性の長寿化と少子化がその原因と考えられる。キューバを筆頭とするカリブ海沿岸やポーランドを筆頭とする東ヨーロッパも高齢化のスピードは速い。これらは隣国に大きな経済圏を抱え若年労働者が流出するのはその原因と想定される。

高齢化 世界4大 HOT SPOTS



これまでの数十年、世界の経済をリードしてきたのもこのシナ海をめぐる国々である。これからの数十年、高齢化をリードするのは韓国や台湾などの東アジアの国である。発展途上国の中で、数少ない国民皆保険を達成した国々のある地域である。新型コロナウイルス感染症での最も死亡率の低かった地域である。人口10万人対の死亡率はヨーロッパとは2桁の違いがあり、一部では3桁の違いの千分の一の死亡率である。感染診断は検査の頻度にもよるが、いずれにしても低い。

感染診断率、死亡率人口10万対



<https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID-19>

死亡率
As of 26 May 2020

アジアの国々が今回の新型コロナウイルス感染症発症率が低い理由は、生物学的特性は否定できないが、医療システムへのアクセス、社会格差等正しく健康格差が低いことが想定される。また生活習慣も大きな影響があると想定され、生活習慣病、肥満などが少なく、欧米で問題となった介護施設での死亡が少なかったことが考えられる。まとめると、アジアや日本は医療システムに優れ、医療者の努力、国民の公衆衛生上の意識が高かった結果と考えられる。

新型コロナウイルス感染症の死亡率 アジア、日本が低い理由

	アジア	日本	欧州	米国
社会距離	遠い	遠い	近い	近い
生活習慣	水、清め	水、清め	良い水はない	場所による
生活習慣病	肥満少ない	肥満少ない	肥満多い	大変肥満多い
介護施設	高齢者少ない	感染少ない	感染蔓延	感染拡大
社会格差	比較的少ない 皆保険国多い	少ない 国民皆保険	比較的多い 医療費減額多し	多い 医療アクセス悪し
経験	SARS/MERS 経験あり	SARS経験無	SARS経験無	SARS経験無
免疫状態	従来コロナ？ BCG？	従来コロナ？ BCG？	従来コロナ？ BCG-	従来コロナ？ BCG-
遺伝状態	他の遺伝特徴？ (参考 がんの場合環境因子が圧倒的)			

© The Asahi Shimbun
2020.4.20

この度の新型コロナウイルス感染症対策の政策目的を、長期的な公衆衛生学的視点から考えると、対象を新型コロナウイルス感染症に置くべきでなく、お互いが支えあえる超高齢社会を設計するため世界一の成績のアジアの国々と共に、出来る限り早く国民一人一人の社会活動を始め、ブロック化するポスト新型コロナウイルス感染症復興国際秩序の中でアジアの日本が医学と経済のリーダーシップを発揮することと思われる。

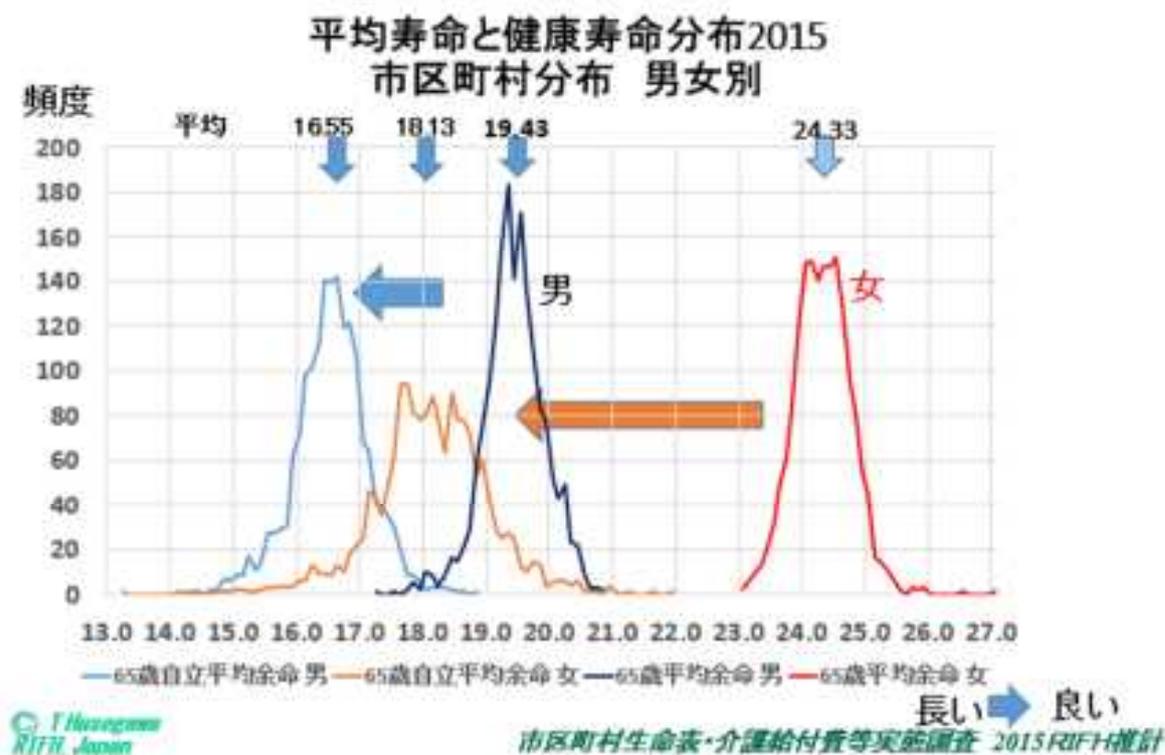


Ⅲ 健康格差指標の提案…新健康指標の応用

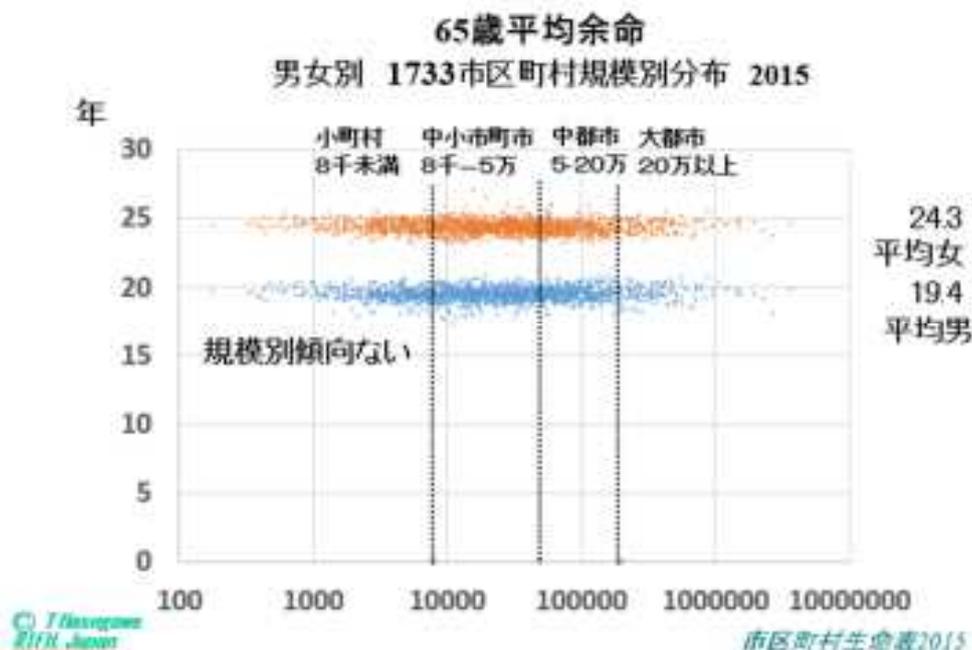
一般に日本での健康格差の議論は、対象や様態など曖昧で実効の伴わないものが多かった。日本医師会の公衆衛生委員会は2年間をかけて、健康の定義とそれを把握する健康指標を開発し、日本の医療界及び社会に提案した。今回はその成果を踏まえさらに一步踏み込んで格差が起こりうる3つの年齢層を抽出し、それぞれの健康格差の課題、追跡の単位、目的、指標を選定した。さらに現在存在するデータを用いて、格差の減少を分析した。ここにその評価の結果を含めて図示したい。

1 高齢者

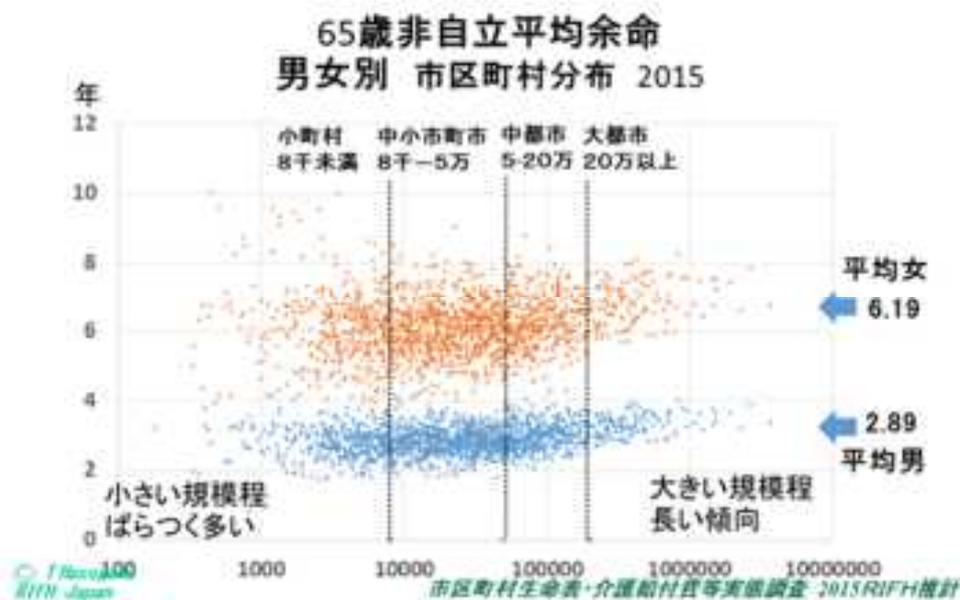
健康結果を65歳平均余命、即ち、高齢者の平均寿命と65歳自立平均余命（高齢者の健康寿命）を用いて分析すると、65歳平均余命では、女性が長く平均で24.33年、男性は19.4年で、その差は4.93年に上る。しかし、65歳自立平均余命の分布を見ると、平均余命よりも低く、その分布の平均は18.13年、男性は16.55年で、その差は1.58年にまで縮まる。つまり、女性は、せつかくの長寿にも関わらず、自立の期間は男性と余り変わらないということが言えよう。



65歳平均余命を、市区町村の規模別で見ると、男女共に、その規模での上下の傾向は特にない。



それに対して、65歳自立平均余命の分布を見ると、僅かに女性では規模が大きいほどばらつきの減少傾向が認められ、規模が小さいほどそのばらつきが多い。この自立平均余命と平均余命の差が非自立平均余命で、男女共に、大きな規模ほど長い傾向が認められる。



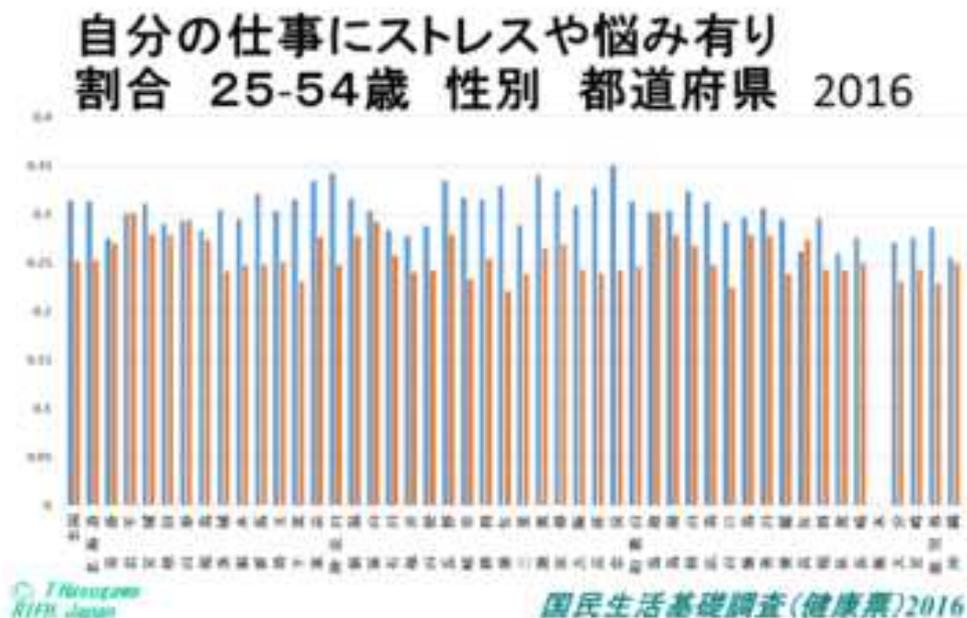
男性の平均は2.89年、女性の平均は6.19年で、これが、ほぼ要介護要支援状態の継続期間と考えられる。

2 中年者

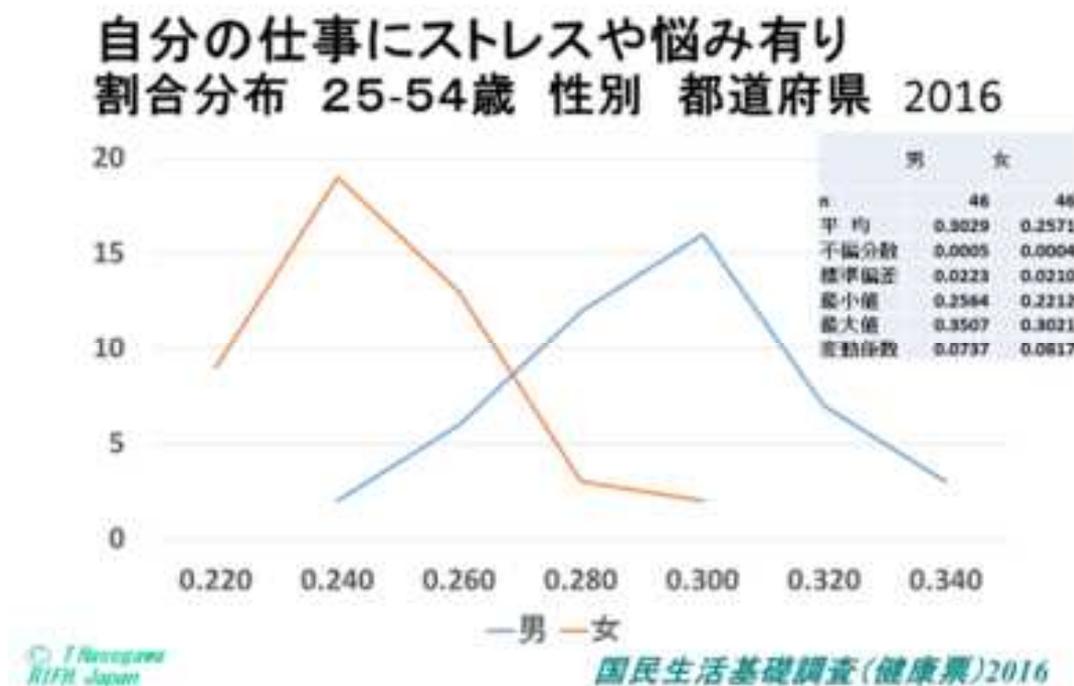
中年者の健康格差を生む要因は職場でのストレスである。企業規模、職位、常勤非常勤などの雇用の形態によってストレスの度合いは違う。ここではデータが存在する国民生活基礎調査の健康票の県別データを用いて分析した。性別年齢別にストレスの原因別頻度を調査している。以下の図が日本国全体の性別年齢別頻度である。男女とも 25-54 まで、即ち就業期間にストレスを感じる割合が多い。



そこで男女別に 47 都道府県で、25-54 歳のストレス度を抽出した。男性は女性に比してストレス度が高く特に北陸や中部で差が大きい。熊本は地震の影響でデータを欠いている。九州は相対的に度合いは低い。



47 都道府県を男女別にその分布を現したのが次の図である。女性の分布は少ないほうに傾いている。



3 若年者

若年者はここ 30 年間もっとも社会格差にさらされた世代である。1991 年のバブル崩壊以降、失われた 30 年に亘って、相対的に低賃金、非常勤の状態に置かれる傾向にあった。特に団塊ジュニア世代は就職氷河期に就職し大きな負担を負ってきた。日本の高齢化が欧米に比して深刻なのは、経済負担による少子化が大きな原因と考えられる。その結果、世界の中でも子供の貧困率は高く、1 人親の場合は先進国中では最大である。社会格差、健康格差は負の循環を世代毎にくりかえす。

日本の貧困率、子供の貧困率、1 人親率の歴史変遷をグラフにすると次図の如く経済ショック後に悪化し、今回の新型コロナウイルス感染症でも同様の減少が危惧される。



県別の比較と、バブルの崩壊を挟む20年間の推移を見ると東日本で貧困率が增大している。もともと西日本は貧困率が高かったが、低かった東日本が追いついた形となっている。

子供の貧困率 都道府県別 1983 2013



母体の栄養や労働強度により左右される低体重児の出産はかつての先進国間でもあまり高くはなかったものの近年最高値を争っている。国内の分布を1970年から2017年まで47年に亘って分析すると、当初は高度経済成長期に当たり、下降気味であったものが、オイルショック後上昇に転じこの十年やっと平坦化するに至っている。出産の高齢化などもリスク要因と想定され、母子保健での課題となっている。

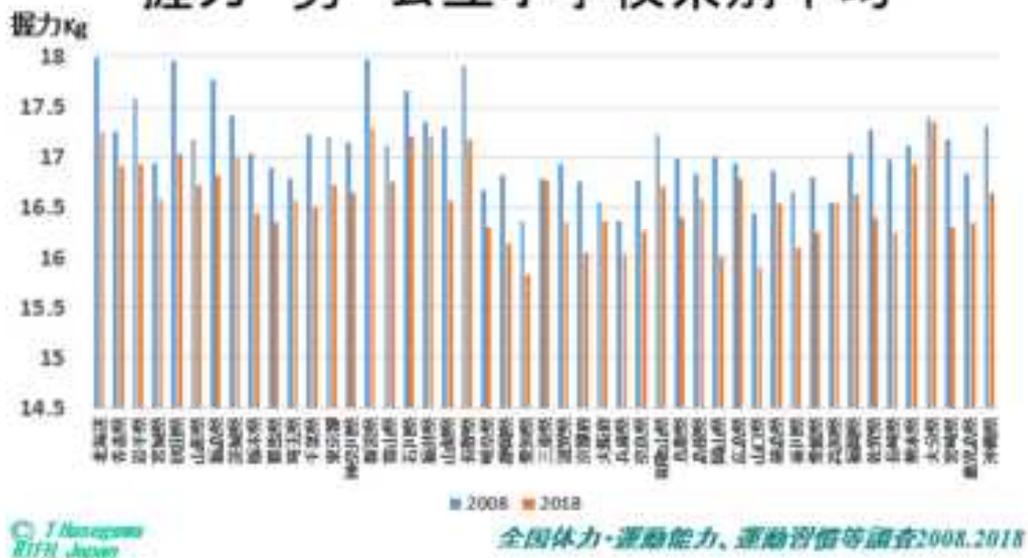


県別の分布をみると、改善期悪化期を経て平坦期の分布がわかる。かなり幅の広い分布となっている。

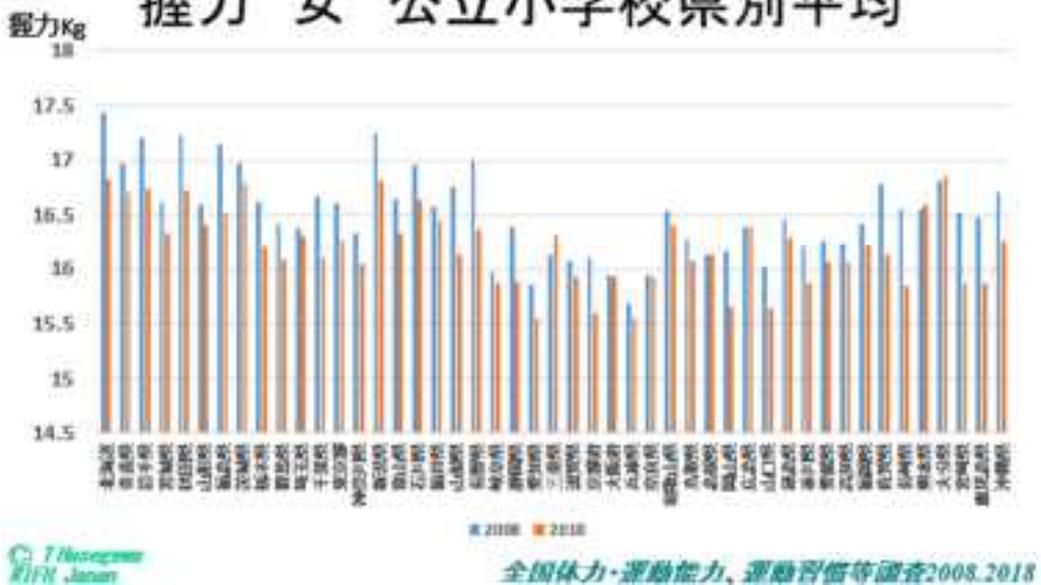


近年の学童は体力の低下が目立ち、風船が吹けない、骨粗鬆症が多いなどで、文部科学省も学童のロコモ健診を始めるに至っている。ぞうきんを絞れなくなっている原因の握力の変化を公立小学校の県別平均の2008年～2018年までの10年間の変化で見ると、男女ともに握力は減少している。男女とも東日本の方が握力は強いが特に男子の減少が大きい。

握力 男 公立小学校県別平均

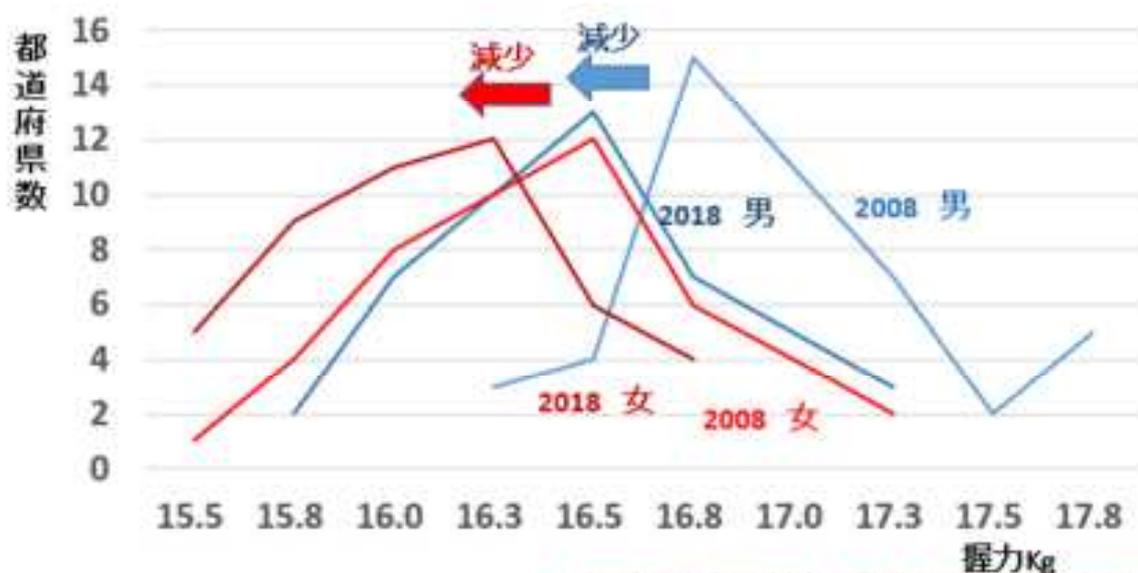


握力 女 公立小学校県別平均



握力の変化を、47都道府県男女別のヒストグラムで分析すると次図のようになる。男性は女性より握力が強いが、ともにこの10年で大きく減少している。

体力変化 握力 公立小学校県別平均分布推移 2008から2018



© T.Hirogawa
RIFU, Japan

全国体力・運動能力、運動習慣等調査2008,2018