

健康格差縮小と21世紀型健康教育・ヘルスプロモーション

近藤 克則^{*1,*2}

日本でも「健康日本21（第2次）」で「健康格差の縮小」が政策目標となった。しかし健康教育は、深く考えずに推し進めれば、健康格差をむしろ拡大しかねない。低学歴、非正規雇用、低所得で困窮している人たちが、健診や健康教室に参加せず、健康情報を得る機会が少なく、知識はあっても処理能力に余裕がない傾向があるからである。

ではどうしたら良いか。その手がかりは、ヘルスプロモーションのオタワ憲章などで示された「健康的な公共政策の確立」「支援的な環境の創造」「コミュニティの活動強化」など環境への介入である。それを進めるためには、その重要性を健康・医療政策に留まらない公共政策、環境・コミュニティづくりを担っている人・部門に対して伝えることが必要となる。

従来型の健康教育から「健康格差の縮小」に寄与する21世紀型の「健康教育21」にしていくには3つの見直しが必要である。1）生活習慣・行動変容を本人に迫る内容から、暮らしているだけで健康になる環境づくり「ゼロ次予防」への内容の拡大、2）ヘルスセクターや一般の人たちに留まらず、非ヘルスセクターや民間事業者への対象の拡大、3）教育方法の研究・開発・普及において、知識伝授型教育から行動経済学などの知見を踏まえた認知・処理能力を重視した方法への変革である。

ヘルスプロモーションを実現するために、21世紀型「健康教育21」へのシフトが必要である。

〔日健教誌, 2019; 27(4): 369-377〕

キーワード：健康格差縮小、健康教育21、ヘルスプロモーション、ゼロ次予防、環境への介入

かつては平等な国と見なされていた日本でも、「健康日本21（第2次）」¹⁾において「健康格差の縮小」が政策目標となった。しかし健康教育の効果が誰に及びやすいのかを深く考えずに推し進めれば、健康格差はむしろ拡大しかねない。高学歴・安定した職業・高所得層などに多い健康リテラシーが高い人たちほど健康教育の効果が大きい一方で、低学歴のために非正規雇用を余儀なくされ、低所得に留まっている人たちは、日々の生活に追われ、健康診断や健康教育の場に足を運ぶこと自体が少なく効果が及ばないからである。つまり、

健康格差の縮小をめざすとき、健康教育には見直しが迫られる。

小論の目的は、健康教育が潜在的に持っている健康格差拡大の危険性を指摘し、ヘルスプロモーションの視点から、健康教育の内容と対象、方法の3つの見直しの方向を考えることである。

I 健康教育による健康格差拡大の可能性

健康教育にも、ハイリスク者を対象にした保健指導と、ハイリスク者に限定しない一般の人たちを対象にした講演会やマスコミなどを通じた健康教育とがある。

ハイリスク者を対象にする場合、まず健診等を通じてハイリスク者をスクリーニングする必要がある。では、どのような人が健診を受診しているか、それとも受診していないのかを、要介護認定

*1 千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門

*2 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部

連絡先：近藤克則

住所：〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1 (医学部本館)

を受けていない高齢者の地域代表サンプル39,765人を対象に郵送調査で尋ねた。その結果、健診未受診者は41.8%で、未受診者は年齢が高く、主観的健康感が悪く、うつ得点が高く、教育年数が短く、等価所得が低い者に多かった²⁾。このことは健診を受診してスクリーニングされた人を保健指導の対象にする場合、健康状態が悪く社会階層の低い層がその対象から漏れがちであることを示唆している。

ハイリスク者に限定しない場合にも、社会階層が低い層で健康情報に接する機会が少ないため情報が届きにくく、一方でテレビから健康情報を得ている女性では死亡率が低いことが報告されている³⁾。その一部は健康情報を適切に使いこなす健康リテラシーが教育歴や所得が低い層で低い傾向があること⁴⁾で説明できる。

つまり、ハイリスク者に限定する場合もしない場合も、このような階層間の格差に配慮しないまま健康教育に力を入れるほど、健康格差を拡大してしまう恐れがあることを意味している。

II 健康教育の見直しと21世紀型「健康教育21」の必要性

では“Health for all (すべての人に健康を)”の

実現を目指し健康格差を縮小を図るために、健康教育に関わる者はどうしたら良いのだろうか。その手がかりを2つ示そう。

1つは、第2次世界大戦中の米国で多発した航空機の操作ミスとその対策のエピソードにある。着陸後に、フラップと誤り車輪を引き上げる操作ミスによる事故が多発したという。当初はパイロットに注意喚起する教育・訓練が行われた。しかし、調べてみると事故は一部の機種(B17とB25)で起きていて、他では起きていないという機種間格差があったという。そして、調べてみると多発した機種の操縦席では、フラップと車輪の制御装置が隣接していることが判明した。この場合、教育よりも設計変更、つまり人間への教育よりも環境への介入の方が有効であったという⁵⁾。

もう1つの手がかりは、本学会の設立の趣旨および英語名称に明示されている「ヘルスプロモーション」(図1)の中にある。ヘルスプロモーションのオタワ憲章⁶⁾やバンコク憲章⁷⁾で示されたのは、健康教育などによる「個人のスキル開発」だけではない。「健康的な公共政策の確立」「支援的な環境の創造」「コミュニティの活動強化」など環境への介入である。「健康日本21(第2次)」¹⁾(2013-2023)でも「健康を支え、まもるための社会環境

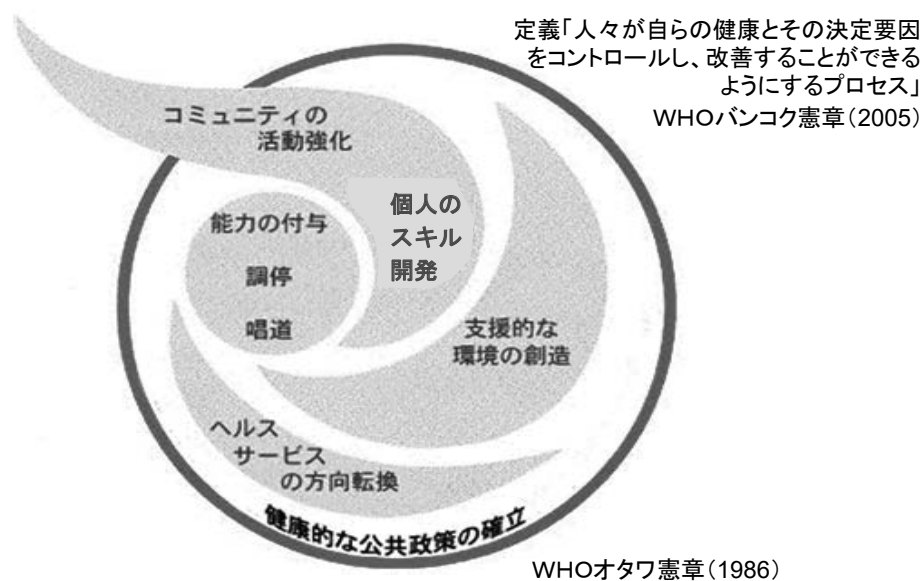


図1 ヘルスプロモーション

の整備」に取り組むとされた。

このような環境への介入を進めるためには、その環境づくりを担っている操縦席の設計者、健康・医療政策に留まらない公共政策、環境・コミュニティづくりなどに関わる者に対する働きかけが必要である。その主要部分は、その環境・設計が健康に影響を及ぼしているという事実やデータ、対策などを知ってもらう教育的なアプローチから始まる。つまり広義の健康教育である。

国内外で21世紀になって政策目標とされた「健康格差の縮小」^{1,8,9)}のために必要となる健康教育を、ここでは21世紀型「健康教育21」(図2)と呼ぶことにしよう。以下では、1) 内容、2) 対象、3) 方法の3つの視点から、20世紀型から21世紀型に見直すべき健康教育の方向について述べる。

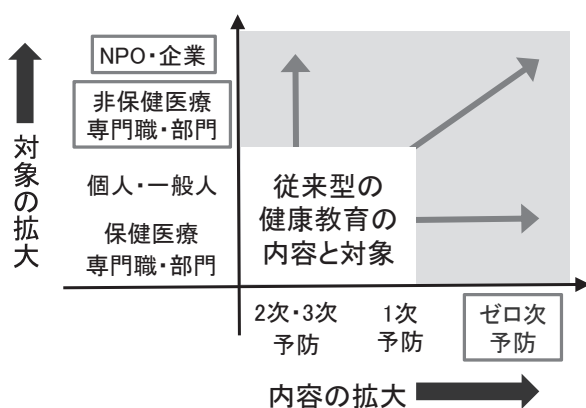


図2 21世紀型「健康教育21」への見直し方向

Ⅲ 「内容」の拡大

第1に、健康教育の「内容」を「ゼロ次予防」へ拡大することである(図2の横軸)。「ゼロ次予防」とは「原因となる社会経済的、環境的、行動的条件の発生を防ぐための対策を取る」とことと「WHOの標準疫学」¹⁰⁾の中で定義されている。言い換えれば、本人が健康に関心であったり、関心を寄せる余裕がなかったりする人でも、そのコミュニティに「暮らしているだけで健康に(望ましい行動をとるように)なる(社会経済的な)環境づくり」「長生きできる町」¹¹⁾づくりがゼロ次予防の目指すものである。

20世紀に、先進国を中心に主な健康課題が感染症から非感染性疾患(Non-communicable Disease, NCD)へ移行するにつれて、重要なものは、「(感染症治療・予防接種などの)専門職が提供する医療技術から本人の健康行動・生活習慣の蓄積へ」というシフトが起きた。それに伴い3次予防(発症後の合併症・重篤化予防など)や2次予防(発病後・発症前の早期癌や高血圧などの疾患を早期発見・早期治療など)から、生活習慣の重要性がわかるにつれ徐々に1次予防(発病前の生活習慣の見直しや行動変容を通じた健康増進など)へと健康教育の重点はシフトしてきた(表1)。そして20世紀の終盤になって、健康の決定要因として

表1 0～3次予防

	対象となるフェーズ	内容	例
0次予防	健康時(発病・発症前)	健康に良い環境づくり	建物内禁煙、運動に適した公園の整備など
1次予防	健康時(発病・発症前)	健康増進	健康に良い食事・運動・社会参加などの健康行動など
2次予防	発病後だが発症前	早期発見・早期治療	健診・保健指導、早期手術など
3次予防	発病後かつ発症後	合併症・重篤化予防、機能回復、QOL向上	重篤化予防のための治療、リハビリテーションなど

予防接種など発病・発症予防を1次予防とし、健康増進を「0次予防」とするものや、3次予防を合併症や重篤化予防に限定し、リハビリなどによる機能回復あるいは終末期の緩和ケアを独立させて「4次予防」とするもの、苦痛・恐怖・孤独の予防を「無限予防」とするものなどがある。
http://amdd.jp/pdf/activities/lecture/012_01.pdf

社会環境の重要性が再発見された⁸⁾。ヘルスプロモーションの定義「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス⁷⁾」に則して言えば、決定要因である社会環境をコントロールし改善することの重要性がWHOの総会決議(2009)⁹⁾や「健康日本21(第2次)」(2013-) ¹⁾で、保健医療専門職の間では共有されるようになった。

それを受けた「健康教育21」の内容は、個人の自覚・努力・行動選択による行動変容(1次予防)だけでなく、健康に良い環境づくりや社会環境の質向上(ゼロ次予防)の重要性を伝えることへシフトすべきである。

具体的には、表1に示した建物内禁煙や運動に適した公園や道路などの建造環境(built environment)の整備や表2¹²⁾に示したような多くの健康格差対策群があげられる。社会保障や税制度、労働・経済政策から、社会参加しやすくソーシャル・キャピタル豊かな職域・地域環境、情報環境まで、多くの環境が健康に影響することが明らかにされてきている¹²⁾。例を加えれば、学校給食が普及する前の世代に見られる「(子ども時代の貧困経験者ほど)野菜・果物の摂取頻度(が少ないと

いう)格差」が給食経験世代では消失していたり¹³⁾、1950年の5割未満から1975年に9割を超えた高校進学率など教育保障で認知症予防が期待できる¹⁴⁾などのライフコース全般の生育環境も重要である。

このように広い範囲の環境要因が健康に影響していることを知らない人、あるいは保健医療専門職の仕事ではないと考える人は、現状では医療専門職を含めてまだまだ多い。一方、今では減塩や運動などが健康な生活習慣であることを知らない人はほとんどいないだろう。やがて環境要因が重要であることが関係者の常識となるまで、教育内容を拡大し「ゼロ次予防」の重要性を伝える「健康教育21」が必要である。

IV 「対象」の拡大

第2に、健康教育の「対象」の拡大である(図2の縦軸)。保健医療専門職・部門や個人・一般人のみならず、「非」保健医療専門職や政策担当部門、NPO・企業などを対象とした教育を強化することである。

「内容」の拡大のところでも表2などで示したように、労働・経済政策から都市・交通政策、職域・

表2 多様な健康格差対策群

レベル	介入対象	介入戦略例
マクロ	社会保障	社会保障の拡充(所得保障, 医療の自己負担軽減など)
	税制度	累進課税や相続税などによる所得の再分配の強化
	労働・経済	失業対策, 公共事業, 雇用支援, 非正規雇用者の保護
メゾ	地方自治体	地方分権支援, 独自の保健医療福祉政策づくりなどの支援
	地域	安心・安全なまちづくり, 運動できる環境づくり, ボランティア育成, ソーシャル・キャピタル醸成支援, コミュニティ政策などの支援
	職域・職場 学校	長労働時間の規制, 職業性ストレス緩和策 健康教育, 給食, 身体運動の機会, 安心な居場所づくり
ミクロ	家庭	子育て支援, 教育費用の軽減, 住宅政策
	高齢者	閉じこもり対策, 所得保障, 雇用希望者の就労, 社会参加
	労働者	職業訓練, 就労支援, フリーター対策
	子ども	いじめ対策, 引きこもり対策, 教育保障
	個人	健康教育, 禁煙支援, 食生活・栄養改善

近藤克則:健康格差社会への処方箋, 医学書院, 2017. p104

地域環境、情報環境、学校給食、教育政策なども健康格差対策の上で重要である。これらの政策を担当したり、現場で関わっていたりするの、ヘルスセクターなどと呼ばれる保健医療専門職や部門ではない。むしろ、それ以外の「非」ヘルスセクターの専門職や部門である。また健康的な環境をつくり出すのは政策担当者や専門職だけではない。多くの市民やボランティア・NPOも、商品やサービス、情報を提供する企業・事業者も関与している。

先進国においては、国民が摂取する食塩の6割以上は、加工食品由来だという¹⁵⁾。イギリスでの企業を巻き込んだ減塩運動はマスコミでも報道され有名になった（朝日新聞「減塩運動企業巻き込む」2008年6月26日、NHKスペシャル「私たちのこれから#健康格差」2016年9月19日放映など）。日本でも、国民健康・栄養調査で1日あたり食塩摂取量は2001年の12.1gから2015年の10gにまで減ったが、同じ時期に、食品加工工業用の塩の消費量（塩需給実績、財務省）は1,000万トン弱からおよそ800万トンへと約200万トンも減っている（図3）。食品加工業者が、塩鮭などの塩蔵品やトマトジュースに加えられていた食塩を減らしたり食

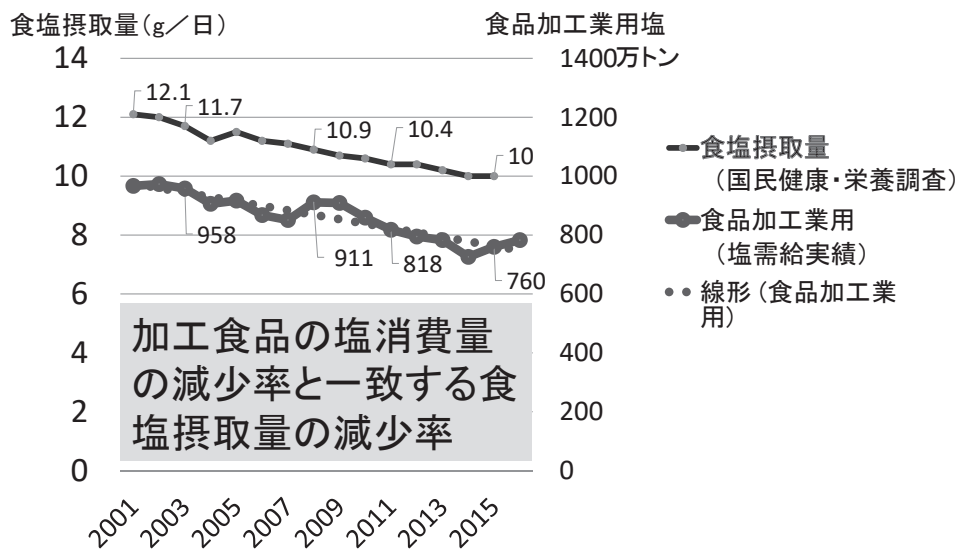
塩無添加にしたりして、スーパーなどの店頭で手にする商品の主流がそれらに置き換われば、国民が意識的な努力をしなくても減塩できる。逆に言えば、国民一人の努力だけでは、環境は変えられない。

これらの健康に影響する環境づくりに関わる「非」保健医療専門職や政策担当部門、商品やサービスを提供する企業・事業者の人たちに、ゼロ次予防について知ってもらい、対策を一緒に検討する必要がある。そのためには「健康教育21」の対象は、ヘルスセクターや一人一人の国民に留まらず、非ヘルスセクターやメディアも含む民間事業者に拡大する必要がある。

V 「方法」の見直し

第3に「方法」の見直しでは、行動経済学などの知見を踏まえると、知識伝授型教育から脱し、認知・遂行能力を重視した教育方法の研究・開発・普及が必要だと考えられる。

ムッライナタンら⁵⁾は、次のような興味深い経済実験の結果を紹介している（詳しくは文献5）参照）。ショッピングモールで協力者を募り簡単な質問に答えてもらった。実験1では、「車の故障の



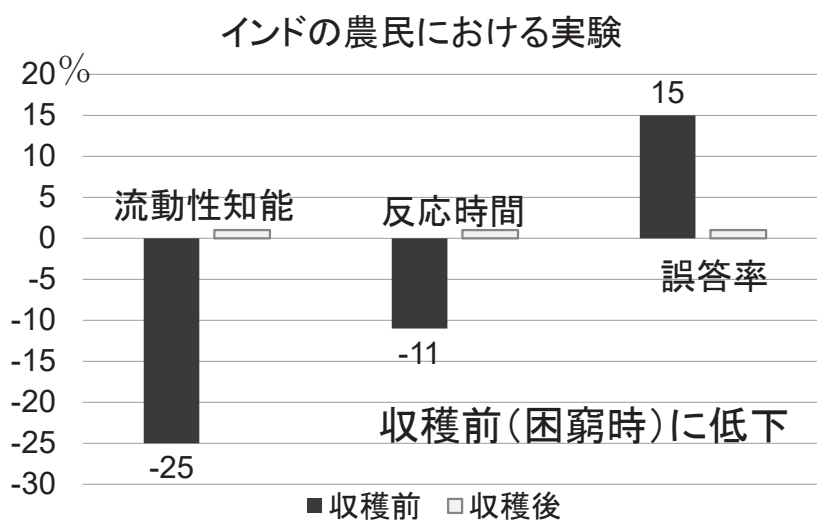
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouinippon21/eiyouchousa/keinen_henka_eiyou.htm
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/kekkaigaiyou.pdf>
http://www.mof.go.jp/tab_salt/reference/salt_result/data.htm

図3 食塩摂取量と食品加工工業用塩の消費量

修理に300ドルかかります。修理するか、そのまま様子を見るか決める必要があります」というシナリオを見せる。そして「経済的なことを考えて決めるのは簡単ですか、難しいですか?」と尋ね、その後流動性知能（予備知識とは無関係に論理的に考え、新しい問題を解決する能力）を測定した。その結果では、自己申告の所得を2等分した低所得層と高所得層で成績に有意差はなかったという。別の対象者集団に対する実験2では、シナリオ中の金額を10倍の3,000ドル（1ドル100円として30万円）に引き上げた。その結果、実験1とは異なり高所得層と低所得層の間に有意差が見られるようになった。低所得層で、IQにして13ポイントも低かったという。同様な実験で実行制御力も評価した。画面にハートが出たら同じ側、花が出たら反対側のキーを押す課題への正答率で評価したところ、やはり低所得者でのみ、正答率が実験1の83%から実験2では63%に低下したという。このような違いを生んだ理由として、低所得層が30万円という額のシナリオを読んだことで、「そんな大金をどうやって工面しようか」などという考えが浮かんで、処理能力に負荷がかかってしまったからと、ムッライナタンらは他の研究結果も引用して考察している。

もう一つインドの農民を対象にした実験で、年に一度の収穫前の経済的困窮時と、収穫後の余裕がある時で比べてみたら、同じ人でも、困窮時に流動性知能は低下し、実行制御力の反応時間は遅くなり、誤答率は高くなったという（図4）。つまり、欠乏・困窮状態にさらされる時、同じ人でも、ものわかりが悪く、遂行ができなくなってしまう。つまり、その原因は知識不足ではない。欠乏や困窮が認知・遂行能力の低下を引き起していると考えられる。

行動経済学によって明らかにされてきたこのような認知や遂行能力の特性を踏まえると、健康格差の背景にある、生活習慣や健康行動における望ましくない選択は、知識不足によるものではない。となれば、知識伝授型の健康教育では行動変容は起きない。ムッライナタンら⁵⁾によれば、望ましい選択・行動の遂行には、処理能力への負荷を軽減することが必要だという。そして、処理能力への負荷を増やしてしまう知識教育では効果がなかったが、処理能力への負荷を減らす工夫をしたことで成果を上げたドミニカ共和国でのマイクロファイナンス機関での財務教育プログラムの実例を紹介している。従来の財務教育では、経費、在庫管理、売掛金と買掛金の勘定、帳簿の記帳、利



センディル・ムッライナタン, エルダー・シャフィール, 大田直子(訳):
いつも「時間がない」あなたに 欠乏の行動経済学. 早川書房, 2015から作図

図4 収穫期前後の処理能力

益と投資の計算などを長々と教えていて出席率も悪かった。一方、そんな財務知識がなくても、成功している事業主たちがいた。その人たちを調べてみると、例えば、数人の女性事業主は、ブラの左と右に分けることで経費管理をしていた。そんな経験側を集めてプログラムをつくると、はるかに短く、わかりやすかった。言い換えれば、必要とされる処理能力が減った。その結果、出席率も良く、実際に収入が増えるという効果もあったという。

健康教育においても、処理能力への負荷を減らす工夫やプログラムはあるだろう。そんな健康教育プログラムの研究・開発・普及が望まれる。

VI ヘルスプロモーションのための21世紀型「健康教育21」を

日本でも「健康格差の縮小」が政策目標となった。健康教育は、深く考えずに推し進めれば、健康格差をむしろ拡大しかねない。低学歴、非正規雇用、低所得で困窮している人たちは、健康情報を得る機会が少ないだけでなく、「1年後の健康」よりも「今日の生活のやりくり」や「明日の生活不安や心配」が頭を占めているために、知識はあっても処理能力に余裕がないことがあるからである。一方で、健康格差の縮小策として期待されるのも健康教育である。

「健康格差の縮小」に寄与する21世紀型の「健康教育21」にしていくには3つの見直しが必要である。1) 生活習慣・行動変容を本人に迫る内容から、暮らしているだけで健康になる環境づくり「ゼロ次予防」への内容の拡大、2) ヘルスセクターや一般の人たちに留まらず、非ヘルスセクターや民間事業者への対象の拡大、3) 方法において、知識伝授型教育から行動経済学などの知見を踏まえた認知・処理能力を重視した教育方法の研究・開発・普及である。

21世紀型「健康教育21」へのシフトは、本学会の設立の趣旨に明示されている「ヘルスプロモーション」=「人々が自らの健康とその決定要因をコ

ントロールし、改善することができるようにするプロセス」が目指す「支援的な環境の創造」や「能力の付与」(図1)などを実現するためのものである。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 厚生労働大臣. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 東京: 厚生労働省, 2012.
- 2) 平松誠, 近藤克則, 平井寛. 介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因—社会経済的因子に着目して. 厚生指針. 2009; 56: 1-8.
- 3) Sato K, Viswanath K, Hayashi H, et al. Association between exposure to health information and mortality: reduced mortality among women exposed to information via tv programs. *Soc Sci Med.* 2019; 221: 124-131.
- 4) Fraser SD, Roderick PJ, Casey M, et al. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2013; 28: 129-137.
- 5) ムツライナタン S, シャフィール E. 大田直子訳. いつも「時間がない」あなたに—欠乏の行動経済学. 東京: 早川書房; 2015.
- 6) WHO Regional Office for Europe. Ottawa charter for health promotion. 1986 (島内憲夫訳: 21世紀の健康戦略2—ヘルスプロモーション. 東京: 垣内出版; 1990).
- 7) The 6th Global Conference on Health Promotion. The bangkok charter for health promotion in a globalized world. Geneva: World Health Organization; 2005. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1 (2019年8月13日にアクセス).
- 8) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1 (日本語訳) http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf (2019年11月15日にアクセス).
- 9) WHO. Resolutions wha62.14 reducing health ineq-

- unities through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2009. (日本語訳) http://sdh.umin.jp/translated/2009_wha.pdf (2019年11月15日にアクセス).
- 10) Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2nd edition: Geneva: World Health Organization; 2006.
 - 11) 近藤克則. 長生きできる町. 東京: 角川書店; 2018.
 - 12) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋. 東京: 医学書院; 2017.
 - 13) Yanagi N, Hata A, Kondo K, et al. Association between childhood socioeconomic status and fruit and vegetable intake among older Japanese: the JAGES 2010 study. *Prev Med.* 2018; 106: 130-136.
 - 14) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet.* 2017; 390: 62.
 - 15) Anderson CA, Appel LJ, Okuda N, et al. Dietary sources of sodium in china, Japan, the United Kingdom, and the United States, women and men aged 40 to 59 years: the INTERMAP Study. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110: 736-745.
(受付 2019.9.11. ; 受理 2019.10.8.)

Reducing health disparity, “health education 21” and health promotion

Katsunori KONDO^{*1,*2}

Abstract

“Reducing health disparities” become the policy goal in “Health Japan 21 (2nd)”. However, if health education is promoted without thinking deeply, it may rather widen health disparity. It is because those, who are less educated, have non-regular employment, and low income and are in poverty, don’t tend to participate in health checkups or health education classes, have opportunities to obtain health information, but tend to have insufficient processing ability even if they have knowledge.

What should we do? The clues are interventions in environments such as “Build healthy public policies”, “Create supportive environments”, and “Strengthen community action” as shown in the Ottawa Charter for Health Promotion. To advance those, it is necessary to convey the importance to people and departments who are responsible not just for the health sector but all public policy, environment and community development.

Three reconsiderations are necessary to change from conventional health education to “health education 21” in the 21st-century that contributes to reducing health disparity.

1) Expansion of content from approaching lifestyle or behavioral modification to “primordial prevention” which creates environment making people healthy just by living in; 2) Expansion of targets from the health sector and the general public to non-health sector or business entity; 3) Concerning research, development, and dissemination of educational methods, it is needed to transform from knowledge transfer-type education to emphasizing recognition and processing ability based on findings of behavioral economics, etc.

In order to realize health promotion, it is necessary to shift to a 21st-century type “health education 21”.

[JJHEP, 2019 : 27(4) : 369-377]

Key words: reducing health inequities, Health Education 21, health promotion, primordial prevention, interventions on the environment

*1 Center for Preventive Medical Sciences, Chiba University

*2 Center for Gerontology and Social Science, National Center for Geriatrics and Gerontology