

《パネルディスカッション》



近藤（克）では、パネルディスカッションに移ります。少し壇上の演者の先生方に意見交換してもらいながら、適宜、フロアからのご発言を募りたいと思います。ご協力よろしくお願いします。

今回のシンポジウムの全体のテーマは「健康な社会づくりをめざして」となっています。日本人は自分たちのいいところよりも問題点にばかり目を向けがちな面がありますが、世界から見ると、最も健康な社会は実は日本ではないかという指摘があるのです。なぜなら世界一平均寿命は長いし、健康寿命も世界一ではないか。そんな意見もあります。なぜ日本社会は健康なのか。日本社会のいいところはいいところで確認して、それはできるだけ残して発展させたい。他方、課題は必ずありますので、それを見出して、克服を目指す。そんな両面から考えるために、世界を飛び回っているローゼンバーグさんから、日本社会は海外から見るとどんな側面が健康な社会の秘密として捉えられているのか、その辺についてまず補足する発言から始めていただいていいでしょうか。

ローゼンバーグ 日本は、1つは国民皆保険制度があることによって、医療へのアクセスが比較的平等であるということから、健康格差が少なくともこれまでは比較的小さく抑えられていた、ということは大きな要因かと思えます。

それから、私の発表の中でも言いましたけれど

も、NCD（非感染性疾患）による死亡の低下が実現されてきているということも言われています。その1つの原因は、先生方の発表にもありましたが、減塩です。日本人は食塩の摂取量が高かったのですけれども、それを下げた。ポピュレーション・ストラテジーによって、NCDによる死亡率の低下が実現できた。あとは、教育レベル、識字率も高いですし、健康に対する意識も非常に高いように思います。

課題について考えますと、近藤先生が今おっしゃったように、国際的に見て最も健康な国とか社会、そのときの指標に使われるのが寿命です。しかし、寿命はあくまでもどれだけ長く生きたかという指標です。今、日本社会では、長く生きればいいっていうもんじゃないという意識が出てきている。クオリティー・オブ・ライフの部分、英語だとWell-beingと言われたりもしますが、長く生きているから最も健康な社会とは必ずしも言えない。日本は自殺率が高いですし、メンタルヘルスの部分が非常に問題があるということは指摘されていますので、そのあたりが今後の課題かなと思います。

近藤（克） 今のご発言で、2点について、もう少し補足の説明をお願いしたいのですが、1つ目は減塩のポピュレーション・ストラテジーというご発言がありました。減塩に成功したのは、ポピュレーション・アプローチがうまくいったからという趣旨だと思いますが、具体的にはどんな中身のものをポピュレーション・アプローチと呼んでいらっしゃるのか。

ローゼンバーグ 減塩啓発運動、また、近藤先生のスライドの中で取り上げられていた、加工食品の塩分を減らしたりというような、高血圧の患者だけではなく、健康な人も含め、国民全体が対象となるような取り組みが効いたのではないかと疫学的には言われています。ただ、それはあくまでも1つの要素であって、先ほど先生方とも話していたのですけれども、これが決定的に日本の長

寿に貢献したという要因は特定できていません。今言ったようないろいろな要素があっただとは思いうのですけれども。

近藤(克) 私はあのデータを見つけたときにすごく驚いて、食品加工業界は頑張っていたんだと思いました。イギリスなどでは政府が音頭を取って、製パン業界を巻き込んで減塩をやりました。これだと政策という感じがするのですが、日本の場合、加工業界が頑張るぞとか、厚生省が頑張らしましょうと政策を打ち出したとは、私はあまり認識していませんでした。みんなが空気を読んでやるのが日本的なのかなと思ってしまいました。

次に土屋先生にお尋ねしたいのですが、先ほど静岡県の地図で西と東でこんなに違うんだというのを見せていただいて印象的でした。掛川市はいろいろな指標で一貫して良好な状態にあったようです。先ほどお茶の話とかがありましたけれども、健康な社会づくりというような意味で、掛川市は特徴的なものが何かあるのでしょうか。

土屋 掛川市は昔からソーシャルキャピタルが築かれています。保健師さんや、精神保健のボランティアさんたちが活発に動いています。それに加え、健康づくり課や地区社協さんも頑張っています。また、「ふくしあ」という、中学校区に地域包括支援センター、訪問看護ステーションセンターと郡市医師会と行政が一緒になった建物をつくりまして、地域の問題をいち早く解決するような対策を、保健と福祉と医療の切り口で地道に活動しております。

近藤(克) 阿部先生と近藤先生、研究者の立場で、日本はなぜ世界一の長寿を実現できたのか、社会的な要因、社会づくりという視点から何かお感じになっていることがあったら補足をお願いしていいでしょうか。

近藤(尚) 2011年に「ランセット」というイギリスの医学誌で、日本シリーズという、日本が何で健康になったのかをテーマにした特集があり、私も一部かかわらせてもらいました。関連す

る国際会議のときに、タイの研究者の方が2つのポイントを指摘して、とても印象に残っています。1つは「平和」。戦争を50年以上していないということですね。もう1つは、政治が安定している。自民党がずっと政権に就いていた、ということだけではないと思うのですが、政治がどんどん変わってしまうと、そこで決まるものも決まらなくなってしまう。こういった大きな要因も当然関係あるとは思います。

あと、私が日本のことで思うのは、今まさに土屋さんがおっしゃったように、結局、トップダウンで政策がおりても、受け皿がないと動かないということです。日本では、政府が「減塩しようね」と伝えたときに、半ば自然発生的に地域で具体的な活動を進める人が出てくるようなことが起きたと考えられます。政府から方向性が示されたときに、地域でそれが進むために必要な連携基盤があったために実現したのではないかなと思います。静岡の掛川市に伺わせてもらったのですが、ものすごく優秀な事務員さんがいて、地域の様々な組織同士の関係について、あそこあそこをつなげれば事がどう運ぶか、というようなことをとてもよく把握されていて、実際にうまく連携を進めてきたことで、物事が進んでいる印象でした。そういう地域の力が日本の地域には結構あるのではないかな、あるいはあったのではないかなというのを漠然と感じています。

近藤(克) 阿部先生はアメリカにもいらして、日本社会を外の目からも見られるキャリアをお持ちですが、いかがでしょうか。

阿部 私は所得格差を主に研究していますが、そういった視点から見て、所得格差が与える影響は大きいと思います。日本の中で一番格差が平等であった時期は恐らく1970年代だと思いますが、それ以降、ご存じのとおり、格差も貧困率も上昇しているという状況にあります。先ほどお見せした子どもの生活実態調査によると、現在、小学校5年生の子どもを持つ親御さんを見ると、生まれ

年によって、育ってきた環境が全然違うのです。団塊ジュニア前の世代と後の世代では、ひとり親世帯で育ったとか、親から虐待を受けたという率が後の世代で圧倒的に高くなってきます。確かに日本はいい成績をこれまで保ってきたのですけれども、そういった世代効果があるために、ちょっとこの先が心配だなと思われる状況ではあります。

近藤（克） なぜ日本社会は世界一の長寿を実現できたのか。このテーマについて研究者の中でも一要因ではないという話がありました。この論点については、1つは、要因はいろいろあるのだろうけれども、それがきっちり評価されていない。それが、日本の今後解決すべき1つの課題であるということ。もう1つは、今まではよかったけれども、今起きていることからすると楽観はしてられないんじゃないか。この2つあたりが大事な指摘だと感じました。

さて2つ目の論点は、最初のご挨拶の中でも出てきましたし、途中で何人かの演者の方が言っていました、健康無関心層をどうしたらいいのだろうかという問題です。健康づくりを進めようと健診を行っていて、日本社会は健診大国だと海外から見られていたりもする。他方、健康に関心がある人という、おおむね3割ぐらいだという説が有力で、7割の人たちは健康に良いと言われるにも私には関心がないという反応をするという話があります。しかし、健康な社会づくりをしようとする、無関心層の人を放ってはおけない。その人たちもひっくるめてどうするんだということが大事になってきます。

この点について、4人の先生方、もう既に触れられた方もありますが、まだ触れていないことや、補足することがあればお願いしたいと思います。

土屋 今まで行政は、健康無関心層について、いろいろな事業を工夫して対策を行ってきましたが、健康に関心がある方にしかなかなか情報が届かない状況があります。ですので、いろいろな場面を利用して無関心層の方にも情報を届けること

を心がけて、まずライフステージに沿って、母子手帳の交付時に情報を伝えたり、両親学級のときにメタボ対策のためにお父さんの腹囲をはかるというようなことをしています。いろいろな場面でもいろいろな情報が届くような仕組みづくりがとても大事だと思っています。しかし、行政の力だけではとても賄いきれないので、企業の皆さんや大学の先生たちのお力、また関係機関の力をかりながらやっていきたいと思っています。

近藤（尚） 誰も常に健康のことを考えることはできません。なので、人はどういうことに関心があるのかとか、どうやったら望ましい行動をとりやすくなるのかといったところをもっと応用しましょうというのが、無関心な人への対策のときに大事だと思います。このような行動科学手法を使うことは、近年世界的な潮流になっていまして、特にアメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツ、では政府が省庁横断の行動科学ユニットというのをつくって、日本でもこのほど環境省が中心となって、日本版ナッジ・ユニットができました。省庁横断で、どうやったら元気になるために国民が自然と行動できるようになるのかを考え、応用しましょうという動きです。

ただ、気をつけなければいけないのは、政府が、「国民はこうあるべきだ」と言って、行動を引き起こそうするようなことをあまり強くやってしまうと、批判が生じる可能性があります。まさにナッジのアプローチが倫理的に抱えている問題です。ナッジにはパターンリスティックなところもあります。国民と対話しながら、安全に皆さんが元気に生活できるような環境デザインは何だろうかというのを考えて、実践していくことが必要と思っています。

阿部 2点申し上げたいと思います。学校から親御さんたちにはいろいろな情報が発信されており、その中には健康便りや栄養便りもあるのに、明らかに困窮者の方々はそういった情報を得ていない。今回の調査ではなぜ情報が届かないのかと

いうことも調べました。例えば紙媒体のものを受け取らない、また、読まないという方々はいます。このごろ学校は、ホームページやスマートフォンでの情報発信をするようになってきていますが、紙媒体を読まない方は、やはりスマートフォンでも情報を得ないのです。

一体どうすればいいんだろうということになるのですけれども、詳しく見ると、同じ困窮状態であっても、自治体によって、紙媒体の情報を受け取るのが高いところと低いところがあるのです。一体どこが違うのかということはまだ詳しく分析をしていないのですけれども、お便りのつくり方を思わず読みたくなってしまうようなものにするとか、周知徹底ですとか、さまざまな工夫ができる余地はあると思います。情報を流すことをあきらめてしまうのはまだ早いのではないかなと思います。

2点目は、私も近藤尚己先生のスライドを見て感激したのですけれども、知らず知らずに健康になっていくというアプローチは非常に重要なと思います。ただ、その中で1点申し上げたいことは、私たちは皆、長生きしたい、健康でありたいと思っているのですけれども、一番生活が厳しい方々はそう思っていないのです。ある母子世帯のお母さんからの投書をいただいたことがあるのですけれども、子どもを育てるのにいっぱいばいばいで、老後の資金を全く用意していない。私がもし長生きしたら、子どもに迷惑がかかります。だから私はなるべく早く死にたい。そういうふうにおっしゃっていたのです。

つまり、長生きしていいことがあると思えなければ、別に健康でいたいと思わないわけです。まず、みんな長生きしたいね、健康でいたいねと思える社会をつくっていくのが必要なのではないかなと思います。

ローゼンバーグ 無関心層に対するアプローチは、近藤尚己先生のプレゼンテーションの中でキーポイントが集約されていたかなと思います。

無関心層と言われる人たちは、その行動から健康に無関心なんだと判断されるけれども、その中に隠れてしまっている人たちがいて、実際には健康に関心があって、健康になりたいと思うけれども、日々の生活の中では、それこそ忙し過ぎる、時間がないというような人が多いのだと思います。そういう人たちに対しては、健康的な行動へのハードルを低くすることが重要だと思うので、近藤先生がおっしゃっていた、思わず健康になってしまうような行動を促す環境づくりをするということ。わざわざ何かをしななければいけない、ふだんの自分の生活パターンを変えないと健康的な行動ができないというふうにするのではなく、できるだけそれぞれの人のふだんの生活パターンの中で、健康的なオプションがあるような環境をつくるのが大事なかなと思います。

その意味で、健康経営という言葉も出ていましたけれども、働き盛りの世代にとっては、職場で過ごす時間が圧倒的に多いので、その時間外で何か特に健康的な行動に取り組んでくださいということになると非常に難しくなるので、職場の環境、職場にいる時間帯の中で、何かもっと健康的になれるような取り組みがあればいいのではないかなと思います。

こういうことを言おうと考えていたときに、今、阿部先生のお話をお聞きして、根本的なところでは、健康が価値のあるものとして捉えられるような社会環境と、そういった価値を共有できるような社会にすることが大事なインセンティブ、モチベーションになるかなとは思いました。

近藤（克） 健康に無関心な人が多い社会というのは、病んでいる社会という感じがいたしました。

近藤（尚） 今、阿部先生がおっしゃっていたことはすごく大事なかなと思っています。先ほどは時間の関係ではしゃってしまったのですが、健康至上主義という批判があるのです。「全ての政策に健康を」とWHOが言ったときに、それを言えば、金融だって教育だってそうだ、何で

健康だけそんな大事だと言うのか、という批判が来ました。私たちが健康の専門家として意識しなければいけないのは、健康も手段であるということだと思います。人生を豊かにするための健康です。そこが理解できていない人に「健康づくりしなさい」といくら言っても、余計なお世話になってしまうと思います。なので、今、阿部先生がおっしゃったみたいに、まずはその社会で居場所がある、役割があるという感覚を誰もが持てるような環境づくりが大事なのだろうと思います。

1つ具体例を申し上げますと、今、厚労省が生活保護受給者への健康支援の事業を進めています。しかし、健康づくりを意識できない、居場所が意識できていないような状況にある生活保護受給者の方々に「とにかく健康づくりしなさい」と押し付けてしまうと、かなり自己責任論的になってしまうと思うのです。まずは役割とか居場所の有無について評価することが大切で、健康づくりはあくまで手段と考え、生活に寄り添うような支援をするアプローチをしていかないと、受け入れられないのではないかなと思っています。

近藤(克) 健康に関心を持ってない層というのは、生活に追われていたりしている。無関心になっている原因、さらにその原因というところにも目を向けていくことが大事なのかなと感じました。

無関心層にどう対応したらいいのだろうか。そのあたりについて、もしフロアからご発言とかアイデアとかご質問があったら、一回お受けしたいと思います。どうぞ。

質問者A 私は、健康経営を推進する立場にあります。現在、各企業は、生産年齢人口15歳から64歳までの方の健康づくりを推進しています。従業員のうち7割は健康無関心層ということで、なかなか行動変容が起きない。そういった現状を考えながら、近藤尚己先生のお考を聞き、従業員さんの関心事は何なんだろうと考えてみました。そうしますと、ご自身の将来であったりとか、ご家族と5年後、10年後、何をしたいかというしっか

りとした目標をお父さんが持ってくると、お父さんの行動変容が起きるのではないかと考えております。

ぜひ先行研究があったら教えていただきたいのですが、そういった目標を持ったりとか、夢をしっかりとご家族と見える化したりということをする、健康を1つの手段として考えて行動変容が起きるといったことはありますか。例えば「ふじ33プログラム」では、5年後、10年後の目標をしっかりと自分の文字で書き記すことになっていますが、そういったことで健康行動が起きるかというところ、もし学術的に研究がされていたらしゃつたら、ぜひ教えていただきたいと思います。

近藤(尚) 人生設計みたいなものをしてみると、やる気になるというようなことですかね。研究としてすぐには思い浮かばないです。関連する取り組みとして思い浮かぶのは、子宮頸がんワクチンの受診勧奨をするときのメッセージによって受診率が20%弱も変わるという事例があります。これはキャンサースキャンという会社がやりましたけれども、「ワクチンを受けないとがんになりますよ」という従来のメッセージを出しても受診率は上がらない状況を打破するために、まず、若い女性にインタビューをして、彼女らが持っているインサイトを調査し、その結果をもとにメッセージを変えました。そのメッセージが「子どもを産めなくなりますよ」ということだったそうです。そうすると、子どもが欲しいと思っている方にとっては、かなりグッと来る自分事のメッセージになりますので、それで2割増えたそうです。

近藤(克) 今、「ふじ33プログラム」のパンフレットのことに触れられたのですが、土屋先生、どうしてこの枠をつくったのかとか、この枠をつくった効果とか、何かエピソード等をお持ちでしょうか。

土屋 先ほど近藤尚己先生がおっしゃったように、静岡県では、健康増進計画でも、健康とは自

分の目標、生きる目的を達成するための手段として捉えております。ですので、夢とかそういうものに向かって、どんなふうに目標を自分で立てて、そのために自分がどんなふうに暮らしていくのかというところを大事にしたいなと思いました。ここでは皆さん、おもしろいことを書いてくださるので、事例集をお持ちしたいぐらいなのですけれども、そういうことで自分で記入する欄をつくりました。視察の方が静岡県にいらっしゃって、「何でこういう欄を表紙につけたんですか」というご質問がありましたので、そのようなことをお話ししたりとか、健康のために健康づくりをやるというのではなくて、その人が生き生き暮らして、幸せに暮らすために健康づくりをするというのが原点なのかなと思っております。

近藤（克） それでは、そちらの列にも手を挙げた方がいらっしゃいましたね。

質問者B 私は定年後、民生委員をさせていたでいて10年目になります。人口25万6,000人の中小都市ですが、民生委員というのは救済政策で岡山県から済世顧問制度として発足して、今年で100年目です。

私は健康づくりに民生委員がかなり活躍しているのではないかと考えているのですけれども、今日の4人の先生方のお話の中には、民生委員の話は出てまいりませんでした。民生委員は個々の家をずっと回っていますから、健康に関心のない人にもちゃんとパンフレットを渡していますし、掘り起こしもやっています。ましてや認知症の発見にもかなり貢献していると思っています。私も現にそういう人を何人も発見しています。

ただ、私が10年前に始めたときより、今、個別援助票をつけている人の数は倍になりました。高齢独居の人がどんどん増えています。予備群である高齢者のみ世帯も非常に増えています。片方が欠けると高齢独居になってしまいます。しかも、もう1つの問題は、ひとり親です。ひとり親はどんどん増えており、民生委員は個別に訪問してい

ます。私は地区の会長もしていますけれども、私の地区では、民生委員1人あたり担当している平均人数が、高齢独居が23名、生活保護が19名です。それプラス、子どもの貧困の問題で、貧困児童の問題も抱えています。

こういう現状で、この先、私はどうなるのかと非常に不安です。民生委員の100周年のシンポジウムで、厚労省からの登壇者に対して、今後の民生委員制度をどうするのかという質問が出ましたが、民生委員の愛と情熱に委ねて今後進めていくという答えしかありませんでした。本当にこれでもいいのか。2025年問題を考えたときに、このままで本当にこの社会は大丈夫なのかという不安を抱えています。4人の先生方に民生委員制度、そして、民生委員がどの程度、健康にかかわっているかというご認識のほどをお話いただければと思います。

近藤（克） いかがでしょうか。

土屋 ご質問ありがとうございます。静岡県では、「ふじ33プログラム」の普及のために各関係団体と連絡を取らせていただいています。民生委員や児童委員の協議会もそのうちの1つであり、健康づくりのためにとても大事な役割を担っていただいております。

私も若いころから保健師として地域で働いてきましたが、民生委員さんなくては活動はできなかったという経験があります。静岡県でも民生委員さんのことでいろいろと課題を抱えています。一番大きな問題は、なり手がいなくなっているような地域があるということ。私も、退職したら民生委員さんをやりなさいよ、と先輩に言われています。地域のことを一番知っていてくださるのが民生委員さんだと思いますし、静岡県では特に防災にも力を入れているので、警報が出たときには、民生委員さんが必ずひとり暮らし老人のところに行っている地域もありますので、とても大事な存在だと認識しております。

近藤（克） そのほか、どなたかいかがですか。

近藤（尚） 私も経験上、特に社会福祉協議会や地域包括支援センターの方々と地域づくりの研究をしていますけれども、必ず民生委員さんの話が出てきますので、非常に重要なパートナーだと思います。どの地域でも民生委員がこれから足りなくなるし、もう既に足りないという話は聞いていますので、どのように民生委員さん、あるいは同じような活動ができる人材を確保するかというのは喫緊の課題と認識しています。

阿部 もちろん私も民生委員、特に児童委員の方々とお話しすることはすごく多いですし、子どもの貧困の最前線で活躍して下さっているなと思っております。ただ、おっしゃるように、民生委員の愛と情熱だけに頼っていいのだろうかというのはすごく感じているところです。

私は子どもの問題を主な専門にしているので、子どものお話になってしまいますけれども、スクールソーシャルワーカーですとか、さまざまなNPO、こども食堂ですとか、いろいろな試みが始まっております。厚労省は、民生委員さんだけでなく、NPOさんですとか、地域のそのほかのさまざまな支援の方々が協力してやっていかなければいけないと、お給料も払わずに言っているところがあります。結局、財源がない中で、国民の情熱と熱意、善意だけに頼って、日本の福祉を支えることができるのかということ、恐らくできないと思うのです。そここのところにもお金が必要なんだ、財源を投入していくことが必要なんだという議論がない限り、結局、例えばこども食堂であっても、一時的にバーツとはやっていっても、大変なのでやめていってしまうと思うのです。そのときに一番困るのは、子どもたちであり、地域のお年寄りなので、支える人を支える仕組みを何とか変えていく必要があるかなと思っております。

ローゼンバーグ WHOでも、国際会議などで、高齢化社会の中で、地域の資源、人材も含めて、どうやって地域で高齢者のケアを担っていくかということをいろいろ検討しております。ほかの国

でも様々なモデルがありますけれども、日本の事例紹介として、民生委員の制度の話が出たこともあります。そのときにほかの国から、「どういふうに民生委員には報酬が与えられているのか、そのシステムは」という話になって、「金銭的な報酬はない」という話をしたときに、ほかの国では「それは考えられない、そこまでの仕事は無報酬でやってもらうということは考えられない」と言っていて、日本のすごくいい事例ではあったのですけれども、ほかの国では「いや、それはちょっとうちではできないと思う。ボランティアといっても、必ず報酬を与えないと絶対に継続しない。絶対にやってくれない」ということを聞いた経験がありました。

今、阿部先生がおっしゃったように、これまでの日本の社会では善意と愛と情熱でできたかもしれないですけれども、今後もそれに甘えてしまっているのか、実際にそれでもやりますという人が本当に今後も多くいるのかどうかというのは疑問に思います。

近藤（克） 次の方どうぞ。

質問者C 私は外科医ですが、医師不足と医療崩壊をずっとどうにかしようと思って、十数年活動してきました。

今年の5月、デンマークに行ってきました。デンマークは皆さんご存じのように、幸福度が世界でずっとトップクラスですね。日本はたしか今、50位か70位か、かなり低い。なぜ違うのだろうかと思ったら、まずは教育が違うし、国のお金の使い方も全然違うのです。講演でも触れられていたけれども、格差拡大が進んでいって、お金がなくなれば、長生きしたいと思いませんか。さらにそれに「健康でいろ、おまえは」と、北風みたいに言われたら。自分が長生きしたいなという国じゃないとだめですね。

この間、経済産業省の若手官僚の方が「不安な個人、立ちすくむ国家」というレポートを出しました。その中で、母子家庭の貧困をすごく強く訴

えられていて、私は経産省の若手官僚もよくわかっていてうれしいなと思ったのですけれども、一方、「手厚い年金や医療」と書いてあったのです。日本の医療費のGDPに対する比率は、先進国中最低です。あと年金も、マーサーランキングでいくと最低なのですね。医療がまさに削られて、個人負担を上げられて、年金も少なく、そして介護施設にも入れない。社会保障費はさらに削られる。個人負担がある。それで、健康にならなさい、長生きしなさいと言ったって無理ですよ。デンマークの方は年金が充実していて、年金をもらえるようになると、黙っていても自分で運動したり、楽しくて、長生きしたくなる。やはりそういう国にしないといけないのではないのでしょうか。

ドイツで有名なウィルヒョウという白血病を発見した先生は、医療は政治だと言っています。医療関係者が政治を考えずに医療や社会保障を考えてもよくならない。それが今の私の考えで、問題意識です。どうもありがとうございます。

近藤（克） どうもありがとうございました。狭い意味での医療政策だけでは、健康な社会づくりは考えられないということをご指摘いただいたと思います。

次の話題に移したいと思います。本日参加されている方の背景を集計した資料を拝見すると、企業系の方、医療機関系の方が結構いらっしゃいます。健康な社会づくりといったときには、社会の構成員がそれぞれやるべきことがあると思います。既に行政系がこういうことをやっていますというのは語られてきましたので、企業や職場や医療機関などが健康な社会づくりにどんな役割を発揮し得るのか、そんな視点で、まずは壇上4人の方からご意見をいただいて、あとフロアにご意見をいただこうと思います。

ローゼンバーグ 健康がいかに魅力的で、価値があって、健康でいることがいいことであるかというのを、ぜひマーケティングの力をフルに活用していただいて、そういうアイデアを社会に打ち

出していってほしいなと思います。WHO世界保健機関だから、職員の健康には物すごく気を使うだろうと思うと、必ずしもそうではありません。ぜひ医療・健康関係の企業は、まずは自分たちのスタッフの健康を非常に大事にしているところを強調して、ほかの企業の見本となってほしいと思います。

それを考えたときに、特に日本の職場では、長時間働き、たくさんのストレスを抱えて、体を壊すまでいなくても体調が悪い、という状況に価値があり、いかにストレスフリーで、ワーク・ライフ・バランスをよくするという環境が、必ずしもいいとされないような風潮もあると思います。そういったところも変えていければなと思います。健康になろうとすることは恥ずかしくない、格好悪いことではないという意識改革を、WHOの中でも小さいことから取り組んでいます。例えば会議の途中の休憩のときにみんなで立ち上がって一緒に体操をすとか、コーヒープレイクのときに出るスナックを健康的なものにするとか、本当に小さいところから取り組もうとやっていきます。自社のスタッフの健康をまず大事にするということと、外の社会に向けて健康を気遣うということは全く格好悪いことではない、みんな恥ずかしく思うことなく、積極的に取り組むべきことだというメッセージを発信していってほしいなと思います。

阿部 私も全く同感で、健康にかかわる業界の方々は、まずは日本の見本になっていただきたいなと思うのです。その際にぜひ考えていただきたいのは、現在の日本の健康格差の底辺の方々というのは、正規の労働者ではないということです。皆様の会社や病院、クリニックの事業活動にかかわっていながらも、実際には自分のところの正規職員ではない方というのたくさんいらっしゃるわけです。結局のところ、会社が活動の一部を外委託するというのが日本の中での格差をつくる要因となってきてしまっています。

それを考えると、皆様の活動の中にかかわっている全ての方々、例えば、会社の清掃担当の方、恐らく外部委託していると思うのですが、究極的には、健康経営を行う会社であるのであれば、掃除をしてくれる方々も健康であるべきだと私は思うのです。長時間労働ですとか、過度なストレスですとか、賃金が低過ぎてダブルワーク、トリプルワークをしなければいけないですとか、そういったことも全部含めて、みんな自分のところにかかわっている人は健康で生き生きしていられるような社会、会社づくりをしていただければなと切に願います。

近藤（克） 今のお話を伺って、ヘルシーランチを出しているので有名な企業に派遣で雇われた人が、「これからは健康的なランチが食べられるぞ」と食堂に行ったら、「正社員のみです」と言われて食堂に入れてもらえなかったというお話を聞いたのを思い出しました。

近藤（尚） 企業の場合と医療の場合で2つ、今の制度に足りないものがあると思っています。まず企業での健康づくりに関しては、企業同士のデータを共有するしくみがないということです。以前、某大手の自動車会社の嘱託産業医をしていましたが、そこでは、とても充実した福利厚生と健康づくり支援を行っており、まさに今、健康経営でやっているようなことも20年先んじてやっている企業だと思いました。しかし、企業秘密なので外部にそのノウハウや効果評価の結果を詳しく公表できませんでした。当然データもシェアできませんでした。

今、健康経営の推進においても、健康情報を安全に共有し、うちの会社はほかに比べてここがいいとか、悪いとか、そういうベンチマーキングができるといいと思います。そのような事例も最近聞きます。そこを後押ししてくれるような制度がデータヘルスとかコラボヘルスのところで出てくるといいなと思っています。

もう1つ、医療機関での対応です。患者さんに

社会的な背景の問題があって、治療がうまくいかないことがあります。例えば治療を続けるにもちょっとお金の不安があるとか、糖尿病で薬を管理してほしいのだけれども、支援してくれる人がいないとか、そういうとき、医者や看護師にできることは限られています。善意のある病院は、医療連携の機能を手弁当で充実して、町の保健師につながるといった活動をしています。そこは保険点数が全くつきません。患者の社会背景に対してしっかり対応し、地域資源とつなげるような活動を、最近、「社会的処方」という言葉で表現することがあります。英語だとSocial Prescribingになりますが、社会的処方をしっかり制度化することも必要ではと思います。

土屋 静岡県内には18万の事業所があります。中小企業のところが多いのですが、そこに対して静岡県では健康経営を進めていきたいと考えています。

今、経産省のホワイト500とか、銘柄とか、産業医さんがいるような大手のところはだんだん整ってくる部分があるのですが、静岡県は、労働局に健康診断を提出しなくていいような50名以下ぐらいの中小企業がとて多くて、行政はそういうところの健康づくりをお手伝いしたいと考えて、市町村もそこに取り組もうということで、今、やっています。

そこで感じるのは、ヘルスプロモーション的な視点がとても必要だということです。ある老人施設の従業員さんの8割がコレステロール値が高かったり、中性脂肪が高かったりした例があります。その老人保健施設の介護職の方々は、60歳ちょっと手前だったのですが、平均年齢が高く、お伺いしたら休憩室にお菓子がいっぱいありました。利用者さんの家族が下さるので、もったいないので夜勤のときなどに食べている、ということでした。そういう状況をどのように変えていけるだろうかとアイデア出しと環境づくりをお願いし、お菓子は、近くのこども園に持っていく

ことになりました。そのようなちょっとしたヘルスプロモーション的なことが企業さんの環境づくりの中では効くのかなと思っています。ほんの小さなことでいいのでやっていきたいと思っています。

それから、ある大手のスーパーさんで、正規社員が500人いて、加えて裏方のパートさんたちが2,000人いるという企業がありまして、その経営者はパートさん2,000人にも健康づくりをやってくれる方でした。

また、協会けんぽの支部長に言われたのですが、事業所の約3割が国保の加入者だそうです。パートとか非正規という方になるので、市町村もコラボヘルスではないのですけれども、そういうところでやっていかないといけないと思っています。

近藤（克） では、フロアから企業の方や医療機関の方で、自分たちでこんなことをやっているよとか、社会の構成員であるビジネス、医療機関、そういうところでどんなことができそうか、何かご発言、あるいはご質問等ありましたら、いかがでしょうか。どうぞ。

質問者D 現在私は大学で社会保障の研究をしています。前にいた会社で経済産業省の健康資本増進グランドデザイン研究会という、いわゆる健康経営とか企業にかかわっていましたので、そういった視点から現状をどう見ているのかというのをお話しさせていただきたいと思っています。

企業経営の要素の1つとして健康に取り組むということは、2010年ぐらいに経済産業省で研究会をやったのですけれども、当時からしたら想像がつかないぐらい、数年前から流行っています。何でこんなに流行ったのかというと、恐らく1つには人手不足が背景にありまして、それが一番大きな要因ではないかなと思っています。流行っていることによっていろいろな問題もあると思っています。1つは、これは問題ではないのかもしれませんが、我々研究者のほうでも、どういうところで何をやっているのかということ、恐らく誰も全体像を把握していないというところが

あると思います。

もう1つは、健康経営についてはブームに流されている部分があるのかなという点を心配しております。幾つかの企業さんから話を聞きますと、社長が「隣の企業もやっているようだ。認定を受けるといいことがありそうだから、やれ」と言うのだけれども、一体何をやっていいのかよくわからない。そうすると、とりあえずアンケートとかが回ってきて、いろいろ答えなければいけないので、とにかく形式要件は少なくとも満たすようにしなければいけないということでやっていらっしゃる企業さん、現場の保健師さんの中には、「仏つくって魂入れずだね。お金もおりてこないし」という意見も聞かないわけではないというところですよ。

私の立場としては、流行をうまく利用するのはいいですけれども、それに流されるのではなくて、実質的なところにもう少し力を入れていくようなことをやっていったほうがいいのではないのかなということと、あと、こういったものの全体像をなるべく把握するような取り組みを、これは研究者がやらなければいけないのかもしれないけれども、進めていく必要があるのではないかなと思っています。

近藤（克） 今いただいたコメントについて、壇上の先生方から何か補足はありますか。

土屋 静岡県で6,000事業所に調査をしましたら、6.7%が健康経営をやっていますと回答し、72.7%が今やっていないのだけれども、今後やりたいという回答をいただきました。静岡県では、健康経営のことを考えていくときに、行動期と関心期と無関心期というような事業所があるのかなと思ひまして、それぞれのターゲットに向かって事業をやっていかないといけないと思っています。そういった視点から、ネットワーク会議等にも取り組もうとしています。企業同士があまり情報交換しないということがわかったものですから、県、行政が入ることでそれが可能となる場合

もあるでしょうし、商工会議所や経済4団体とも連携してやっていきたいと思っております。

近藤（克） 先ほどブームじゃないかというお話がありました。私は、日本健康会議の実行委員を仰せつかっているのですけれども、私も想像以上に企業の方が関心を示されて、目標を超過達成する勢いで参加される企業が名乗りを上げているというのを見て驚いています。その背景に、先ほど人手不足があるというご指摘があつて、なるほどそういう要因もあるなと思いました。健康経営をすることで、人手不足の中で従業員を守りたい、あるいは、株価が上がるとか、社員のパフォーマンスが上がりますよとか、健康づくりという目標と企業が追求している目標とが対立するのではなくて、むしろ同じ方向に向かっている。そのことが胸に落ちた企業が動き出す。そんな動きを聞いたところが、うちもやろうという形で、名乗りを上げる。そんな流れが生まれてきているのかなと感じるようになりました。

もう1つ、尚己先生が紹介された「見える化」も広がり始めています。特に協会けんぽがやっている「ヘルスケア通信簿」でしたが、「あなたの事業所にはメタボの人が多いですよ。県内でランク最下位です」みたいな通信簿が来る。すると、経営者は数字に反応するので、「ビリはだめだ、少し上げろ」とか、「トップを目指せ」とか、対応策を考えることになる。「見える化」することで、動機づけられる、動きは始めているという側面があるのだな、と感じております。

では、本日まで参加の中には、もう1グループ、研究者、報道機関関係の方もかなり参加されておられます。研究者とか報道機関にどんな役割が健康な社会づくりの上であるだろうかというところを少し意見交換したいと思えます。医療科学研究所の相談役でもあります日本福祉大学の二木立先生がぜひ発言したいことがあると、資料もご準備していただいております。二木先生からご発言いただきたいと思えます。

二木 こんにちは。日本福祉大学の二木です。

私は、本シンポジウムの副題「健康自己責任論を超えて何をなすべきか」という問いかけに対する答えの1つは、「生活習慣病」という用語、病気の多様な原因を個人の生活習慣＝自己責任に単純化する用語を見直す、はっきり言えば廃棄することだと思います。以下、「参考資料」としてお配りした、私の最新論文^{注2)}をベースにして、5分間発言させていただきます。

本日のシンポジウムを聞き一番共感したのは、座長の近藤克則さんを含めた5人の報告者が「生活習慣病」という用語をほとんど用いなかったこと、ちらりと用いた方も、それが患者の自己責任だとは主張されなかったことです。

しかし、世の中一般には、「生活習慣病」の原因は「悪い生活習慣」であり、自己責任だとの理解・誤解が蔓延しています。私の論文の6頁の【注2】で紹介したように、「医者 of の言うことを何年も無視し続けて自業自得で人工透析になった患者なんて全額実費負担にさせよ！無理だと泣くならそのまま殺してしまえ！」との極論・暴論さえ、主張されています。

私の論文では「生活習慣病」という用語を初めて公式に提唱した1996年の公衆衛生審議会「意見具申」にまで遡って検討したのですが、この「意見具申」には非常に大事なことが2つ書かれていました。2頁の中程です。1つは、「疾病の要因と対策のあり方」で、「外部環境要因」と「遺伝要因」と「生活習慣要因」の3つを同等に扱っていたこと。もう1つは、「疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』、『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがあるという点に配慮

注2) 二木立 (2017)「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点」『文化連情報』474 (2017年9月号): 16-23

する必要がある」と注意喚起したことです。私は、厚生省が当時、この点を正確に広報していれば、「生活習慣病」を自己責任と見なす近年の風潮を予防できたと思います、大変残念です。

公平のために言えば、私の論文の3頁下から4頁です、座長の近藤克則さんも指摘したように、厚生労働省は、2012年に改定した「健康日本21（第二次）」では、生活習慣の改善と「社会環境の改善」を同等に位置付けていますし、「生活習慣病」というほぼ日本だけでしか使われていない用語に加え、国際的に広く用いられている「非感染性疾患」(Non Communicable Diseases) という中立的な用語も用いています。

私は、「健康日本21（第二次）」に沿って包括的な健康増進対策を進めていく上では、疾病が自己責任と誤認させる「生活習慣病」という用語の見直しが不可欠だと思います。

最後に、1978年＝今から39年前、私がまだリハビリテーション専門医だった時に経験したことを述べます。私は、その年、ヨーロッパ諸国の先進的障害者・リハビリテーション施設を初めて見学したのですが、重度障害者が手厚い公的支援を受けて豊かな生活をしていること、特にスウェーデンでは一般のアパートで1人暮らしをしていることを知り感銘を受けました。そこで、帰国後、勤務先の病院の脳卒中患者会でそのことを紹介したところ、ある患者は涙を流してこう言いました。「自分は、今まで、脳卒中になったのは、生活態度が悪かったためだと思い、医療保険でリハビリを受けることにやましさを感じていた。しかし、先生の話聞いて、自分にも他の人と同じ生活をする権利があることが分かり、生きる希望が湧いてきた」。多くの患者がこのような前向きな気持ちを持てるようにするためにも、「健康自己責任論」につながる生活習慣病という用語の見直しが必要だと思います。(拍手)

近藤(克) ありがとうございます。研究者の立場から、言葉・用語というのは概念を規定し

てしまうので、そこから見直すべきではないかというご発言がありました。

本日の副題の前半部分「健康自己責任論を超えて」という点については、今の二木先生のご発言を含めて、壇上の先生方4人のご報告でも共有できたように思います。後半の「何をなすべきか」について、それぞれお考えを一言ずついただけたらと思います。では、ローゼンバーグさんからよろしいでしょうか。

ローゼンバーグ 今、二木先生がおっしゃったことでもあるのですが、WHOの健康の定義に立ち返って健康づくりを考えるときに、長寿を唯一の指標にするのではなく、また、健康長寿、これは多くの学術的な指標に従えば、病気や障害のない寿命という定義になりますけれども、これを指標として単に病気がないこと、障害がないことというふうに考えるのではなく、もっと包括的な考え方で、幸福度とか、そのようなもっと幅広い捉え方で健康を考えることがまず重要なのではないかと思います。その中で、健康の自己責任論を超えて、社会環境でどういったことができるかというところを今後はもっと重視していく必要があるかなと思います。

私に与えられたテーマであった建造環境で言えば、本日、もう話に出ましたが、思わず健康的な行動をとってしまいたくなるような環境づくり、例えばA地点からB地点に行くのに、とにかく時間を最短にする方法で行こうとするのではなく、歩いていきたくなるような環境づくりであったり、家にこもるのではなく、出かけていきたくなるような社会環境づくりが重要かと思います。また、特に高齢化社会においては、徐々に年を重ねることによって、失われてしまう個人の機能をいかに環境が補完して、その人がしたい生活をいかに維持してあげられるかというような視点で、環境づくりをしていく必要があるかなと思います。

阿部 自己責任論についての議論は、私が研究

する貧困の分野でも盛んに言われてきているところですよ。今の二木先生のお話を聞いて、私、本当に感銘いたしました。ありがとうございます。自己責任論というのは、私は日本が平等社会であったことの弊害だと思っているのです。貧困でも同じなのですから、みんな同じ土俵でやっていて、例えば稼げない人や、健康が悪くなってしまう人は、その人が負け犬なんだ、その人が努力しなかったからなんだ、その人の責任だ、というふうになってしまっていて、日本が平等であったこと自体は素晴らしいことなのですから、今、もう既に平等でないのに、同じ土俵で戦っていると思っている。その誤謬が、恐らく自己責任を押しつけられて非常に困ってしまう方々をつくり出しているのではないかなと思います。

そういった中で、今日は、べき論から変えていくべきだというような話もいろいろな先生からあったかなと思います。そこが私は非常に力づけられました。日本はべき論がとてまたくさんある国だと思うのです。テレビをつけると、スクワットを1日何回しなさいとか、何とかをしなさい、何を食べなさいとかいう、山のような情報がやってきて、そのほかの分野でもみんなそうなのです。例えば子育てに関しても、子どもには読み聞かせしなきゃいけないですとか、お弁当はこんなのをつくらなきゃいけないですとか、そういうのが山のようにあって、それができない階層が生まれてしまっていて、それはその人の責任だけではないんだよという話。健康の面から、べき論から政策転換していただくことによって、日本全体がもう少し暮らしやすい、ホッとできるような社会になるのではないかなと思いました。大変力づけられたシンポジウムでした。ありがとうございます。

近藤（尚） 今、AIとかICTが話題になり、いろいろな企業や組織が、何かできるんじゃないかと大きな期待を抱いています。まずは、人々の生活や社会背景をしっかりと見える化することをしてほしいと思います。そのデータを安全に、研究者

なり、いろいろな方々が使えるような仕組みをつくってほしいと思います。個人情報保護の改正は、まさにそういうデータの共有も狙いとしていますね。見える化が、今困っている人は誰なんだろうといったところを明らかにしていく力になると思っています。

私たちの研究でも、バブル崩壊後、常勤で働いている方の中で一番不健康なのは、実は管理職ではないかということが疑われています。地位が高いはずの管理職も、命の危険にさらされる可能性があることは、客観的なデータがあつてはじめて発見されます。

土屋 今日はこのような場を与えていただきまして、本当にありがとうございます。そして、二木先生の今のご説明を受けて、本当に私も感銘しております。成人病から生活習慣病に変わったとき行政にいた人間として、何で「生活習慣病」と言うんだろうというのを保健師としてすごく感じました。その後私はヘルスプロモーションに関わるようになるのですが、その理念は学校でも習っておらず、どうしてもわからなくて、2年間いろいろと勉強させていただきました。行政の立場から申し上げますと、最近、ビッグデータを活用して、行政としてPDCAをどうやって回していくということが課題になっております。市町村でも100以上の事業に対応しており、各関係機関で連絡合いましょう、横ぐしを差しましょう、といったも、なかなか忙しくてできないというような中で、どんなふうやっていくのかということが課題になっています。今日はヒントをたくさんいただきました。

私のテーマは産官学連携ということなのですが、けれども、もっと産業の方、研究者の方、企業と連携していかなくてはいけないなと思いました。本当に今日はありがとうございました。

近藤（尚） 1点だけ追加させてください。「生活習慣病」の言葉の話です。これは私も以前から漠然と違和感がしていました。今回、二木先生に

お礼を申し上げたいと思います。確かに「生活習慣病」という言葉を使わないようにできるのであれば、そういう方向でいくというのは私も大賛成です。どういう言葉にするかというのはこれから皆さんと議論していけたらなと思っています。

近藤（克） ありがとうございます。

それでは、座長として少しまとめたいと思います。「何をなすべきか」というときに、まず理念レベルですべきことがある。二木先生も言われた生活習慣が原因と捉えてしまうと、生活習慣をどう変えるかという論議になるが、そういう生活習慣をとっている「原因の原因」にまで目を向けて、より深いところから、根本的なところから対策をとる。健康な社会をつくると、そこに暮らす人たちが健康になるんだ。そんな考え方をまず関係者で、あるいは社会全体で共有することが、なすべきことの1つ目ではないかと思いました。

次に、その具体策としては、今日、4人の演者の方にご紹介いただいた、建造環境であったり、社会環境であったり、環境の中で規定されるという側面、あるいは子ども時代からのライフコースが規定しているという側面、そういうところに目を向けた対策が今後必要なのではないかと思いました。

では、それを誰が担うのかという点については、社会をつくっている多様な構成員が関わる必要が

ある。例えばNPOやボランティア。フロアからは民生委員の話がありましたけれども、それ以外にも日本には社協もあれば、保健指導員から始まった健康サポーターとか、「食改さん」と呼ばれている食生活改善推進員とか、いろいろなボランティアな人たちが社会を支えてくださっています。さらに企業、職域、あるいは最後の駆け込み寺である医療機関、研究者、ジャーナリスト、いろいろなところが担っていく必要があるということが共有されたように思います。研究所が主催のシンポジウムでしたが、研究者、研究機関としては、どんな環境が不健康をもたらしているのか、あるいは健康を増進するのかを解明し、どんな環境づくりが効果が大きいのかを評価したり、果たすべき役割がいっぱいあると思いました。

原因がいろいろ絡み合っていると、対策も組み合わせないとうまくいかないということは明らかです。そういう意味で、いろいろな社会の構成員が連携しながら取り組んでいく必要がある。そのためには、データとか見える化が大事になる。

このようなことを考えることができたシンポジウムでした。長時間にわたりおつき合いいただき、ありがとうございました。（拍手）

（了）