

# 健康づくりの新たな展開



東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 教授  
 辻 一郎

## はじめに

人口減少と高齢化が急速に進むなかで、健康づくりに対する期待がこれまで以上に高まっている。なぜならば、健康づくりこそ、人々の健康と生活の質の向上、社会保障負担の軽減、そして社会経済的活力の向上という、3つの目標を同時に達成することのできる唯一の手段だからである。

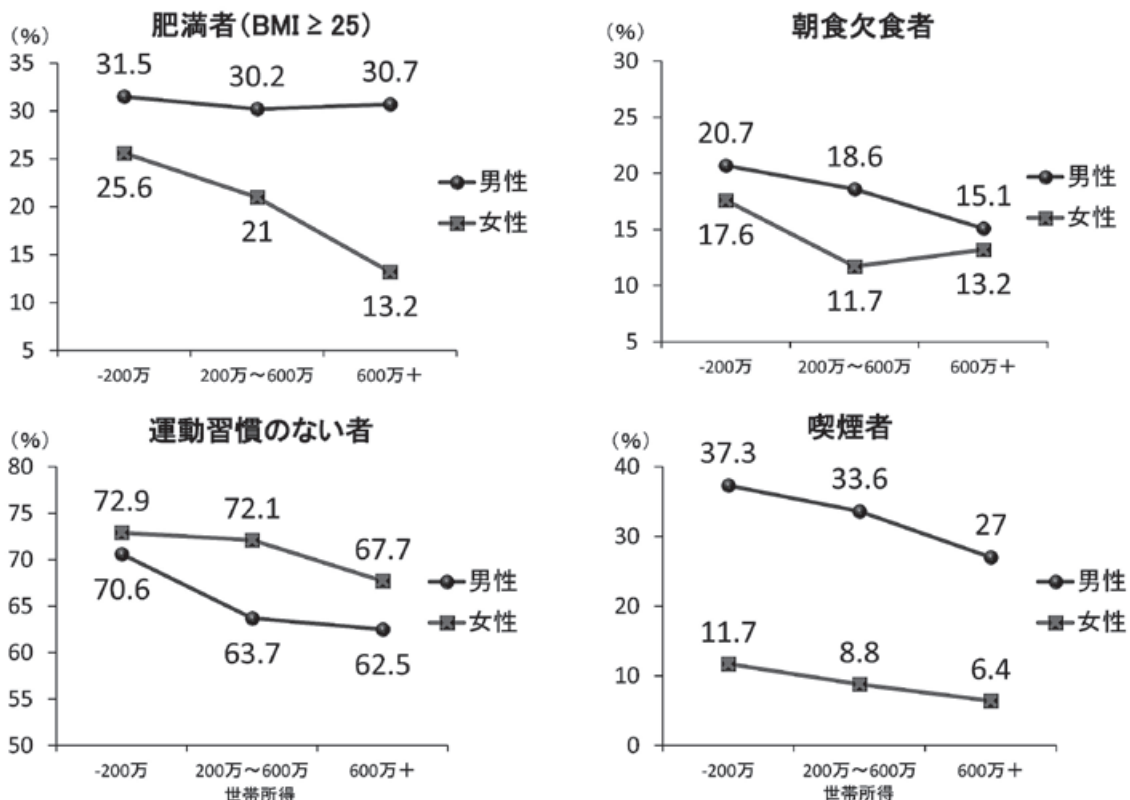
その認識のもとで、健康づくりの対象も個人から社会へと拡大し、さらに健康づくりと街づくり・会社経営とをリンクさせるなど、健康づくりは新たな展開を見せている。

## 1 健康格差の実態と要因

平成25年度から始まった健康日本21（第二次）は、「健康格差の縮小」という新しい課題を提示した。なぜなら、社会経済格差が日本でも拡大するなかで、社会経済格差が健康格差にリンクしようとしているからである。

図1は、世帯所得と生活習慣との関係について厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」の結果を示したものである。世帯所得（世帯員数で補正）ごとに回答者を3群に分けて様々な生活習慣を比べると、低所得世帯に暮らす者ほど、女性の肥満者の割合が高く、朝

図1 世帯所得と生活習慣との関連（20歳以上）



(出典：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」)

食を食べない者の割合、運動習慣のない者の割合、喫煙者の割合が男女ともに高くなっている。さらに、平成26年の同調査によると、所得の低い世帯では、所得の高い世帯と比較して、穀類の摂取量が多く野菜類や肉類の摂取量が少ない、習慣的に喫煙している者の割合が高い、健診の未受診者の割合が高い、歯の本数が20歯未満の者の割合が高いという傾向が見られた。

この問題は成人だけのことではない。たとえば、経済水準が下位3分の1の世帯では、12～18歳における肥満の割合が、上位世帯の約3倍に達することが報告されている。<sup>\*1</sup>親の社会経済格差が子どもの健康格差にまでリンクしているのである。

低所得者ほど生活習慣リスクを多く抱えている状況が続くと、生活習慣病にかかりやすくなる。その医療費は家計に大きな負担となるであろうし、低所得者では雇用が不安定である者も少なくないことから失職する恐れも大きい。そして貧困と疾病の悪循環が進行していくことは想像に難くない。そのような事態は、日本の社会経済的活力に悪影響をもたらすものとなる。

なぜ、低所得者ほど生活習慣リスクを多く抱えるのであろうか？ 第1には、健康に良い習慣や食事をする経済的または時間的な余裕がないからであろう（所得格差）。第2には、健康づくりは将来に向けた先行投資（たとえば、タバコを吸い続けたら数十年後に肺がんなどになる確率が上がるので、それを防ぐために前もって禁煙する）という面があるが、不安定な雇用や先を見通せない生活のなかで将来のことまで考えられない（投資する気になれない）からであろう（希望格差）。第3には、健康リテラシー（健康に関する適切な情報を検索・入手し、それを実地に活かすこと）の程度も、学歴や所得などにより差が大きい

からであろう（リテラシー格差）。

これまでの健康づくりは、様々な生活習慣リスク（喫煙・肥満など）がどのような疾病（がん・循環器疾患など）をもたらすかという知識を人々に伝えて、リスクを有する個人の自覚を促し、個人の努力（行動変容）を支援するというものであった。

しかし、社会経済格差が生活習慣の格差にリンクしているなかで、従来通りの健康づくりを行うだけでは健康格差は広がる一方かもしれない。富める者は（健康に良いとされることを実践するための時間も費用も希望もりテラシーも持ち合わせているので）ますます健康になり、貧しき者はさらに不健康になっていくことが懸念される。

では何を変えるべきか？ そこで、社会環境を変えることにより個人の行動と健康を改善していこうという、ヘルス・プロモーション理論が提唱されたのである。<sup>\*2</sup>1986年の世界保健機関（WHO）オタワ宣言がヘルス・プロモーションの始まりとされているが、その宣言では、(1) 個人の生活習慣にとどまらず、幅広く社会や環境を整えることで、人々が健康でいられるようにすること、(2) 個人に対する健康行動の啓発も重要であるが、それ以上に社会環境をどのように整えるかを重視すべきであること、という2点が強調されている。そのうえで、健康に求められる8つの条件として、平和、住居、教育、食料、収入、安定した環境、持続可能な資源、そして社会的公正が掲げられている。

そこで、社会環境が個人の健康行動にどのような影響を及ぼしているか、その例を紹介しよう。

## 2 健康を支え、守るための社会環境の整備とは

図2は、成人男性の1日あたり平均歩数を

都道府県別に比較したものである（出典：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」）。歩数が多い5都県は、兵庫県、東京都、神奈川県、奈良県、千葉県である。歩数が少ない5県は、鳥取県、青森県、新潟県、和歌山県、秋田県であった。この違いを説明するものは何であろうか？ 個々人の健康意識や運動習慣よりも、社会環境の方が大きな影響を及ぼしていると考えられている。つまり、歩数の多いところは比較的公共交通機関（電車・地下鉄・バスなど）が発達しているところが多いため、自宅から駅まで・途中の乗り換え・駅から目的地までの移動で歩く機会が多いのである。一方、歩数が少ないところは公共交通機関が発達していないために外出に自動車を使うことが多くなり、歩く機会が少ないのである。

私ごとながら、筆者は（全国でも8番目に歩数が少ない）宮城県で暮らしているが、東京に出張する機会がある。そこで歩数を調べてみると、東京に出張した日は（仙台で通常勤務している日に比べて）3,000歩ほど多い。すなわち、歩行が日常生活のなかにビルト・

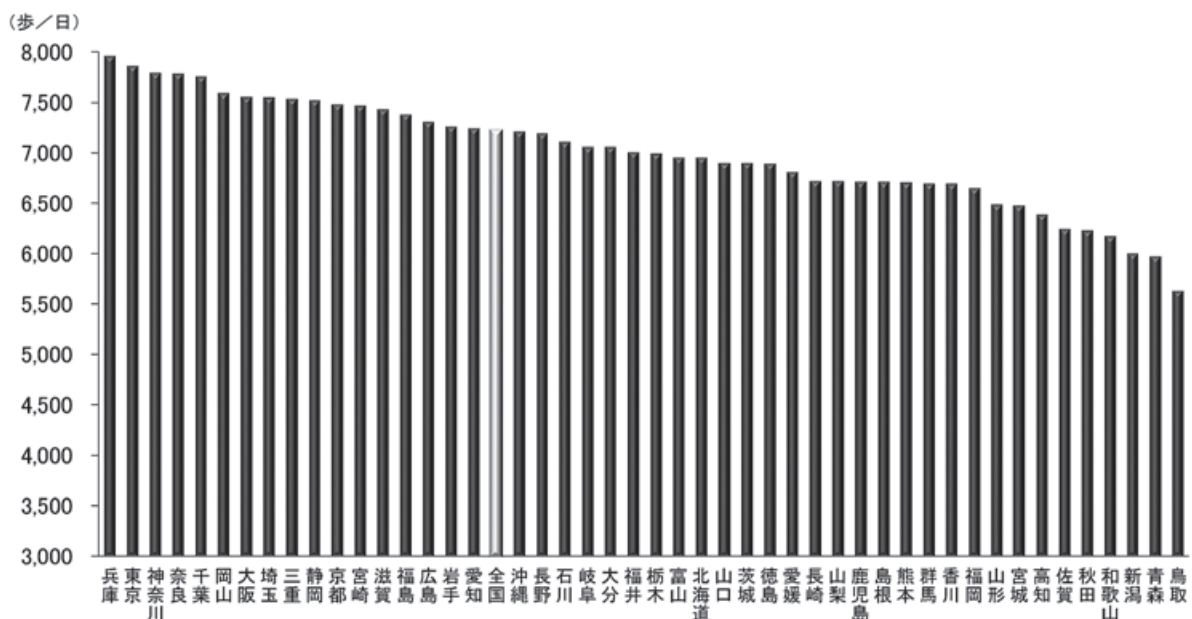
インされた環境のなかで暮らすだけで、知らず知らずに歩くのである。社会環境を変えるだけで、歩数はこれほども変わってくる。

歩くことは、高血圧や糖尿病、動脈硬化性疾患、骨粗鬆症など様々な疾患の予防と関連し、最近では認知症の予防にも関連することが分かってきた。そこで、ウォークブル（walkable）な環境を作ることの重要性が強調されている。さらには、体を動かせる公園・施設や健康的な食材を売る店の近くに住む者ほど、肥満者の割合が有意に低下するという米国の報告もある。<sup>\*3</sup> 個々人の健康づくりを支えるために社会環境を整えることの重要性は実に大きい。

### 3 知らず知らずに誰もが健康になれる社会

すでに見てきたように、個人を対象とする従来の健康づくりでは健康格差が拡大しかねない。一方、個々人の生活習慣は社会環境により大きな影響を受けている。そこで、健康づくりの対象は個人から社会環境へと変わりつつある。

図2 1日あたり歩数（男性20歳以上）平均値の都道府県比較



(出典：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」)

その究極の姿は、そこに暮らすだけで知らず知らずに誰もが（若いも若きも、富める者も貧しい者も）健康になれる社会を創ることである。それが実現すれば、社会経済格差と健康格差とのリンクは消滅するであろう。

知らず知らずに誰もが健康になれる社会は、まだ存在しない。しかし、個々の健康づくりという課題では、成功事例も報告されている。

死亡原因を、疾病（悪性新生物・心疾患など）でなく疾病の原因となる生活習慣（喫煙・肥満・運動不足・食事など）に求めると、日本では喫煙と塩分過多・高血圧による死亡者が最も多い（各12.9万人、13.8万人<sup>\*1</sup>）。それに対する国外の成功事例を紹介したい。

#### (1) 受動喫煙防止法の取り組み：アルゼンチン

WHOのタバコ規制枠組条約の締結を受けて、アルゼンチン政府は公共空間での受動喫煙を防止する法律を作るよう各州政府に勧告した。アルゼンチンは連邦制国家であり、州や市レベルの自治権が相当強い。そのため、受動喫煙防止の取り組みも自治体により様々であった。サンタ・フェは最も厳格な対応をとり、職場やレストラン・バーでの喫煙を完全に禁止する法律を施行した。一方、ブエノス・アイレスが制定した法律は実に緩いもので、職場やレストラン・バーに（換気装置のある）喫煙所の設置を求める程度であった。

サンタ・フェもブエノス・アイレスも、法制化以前の喫煙率は同レベルで、急性冠症候群（心筋梗塞・狭心症など）の入院率にも差はなかった。一方、受動喫煙防止法施行後、両自治体の入院率は大きく異なっていた。厳格な受動喫煙防止を行ったサンタ・フェでは、法施行から5ヶ月後に冠動脈症候群

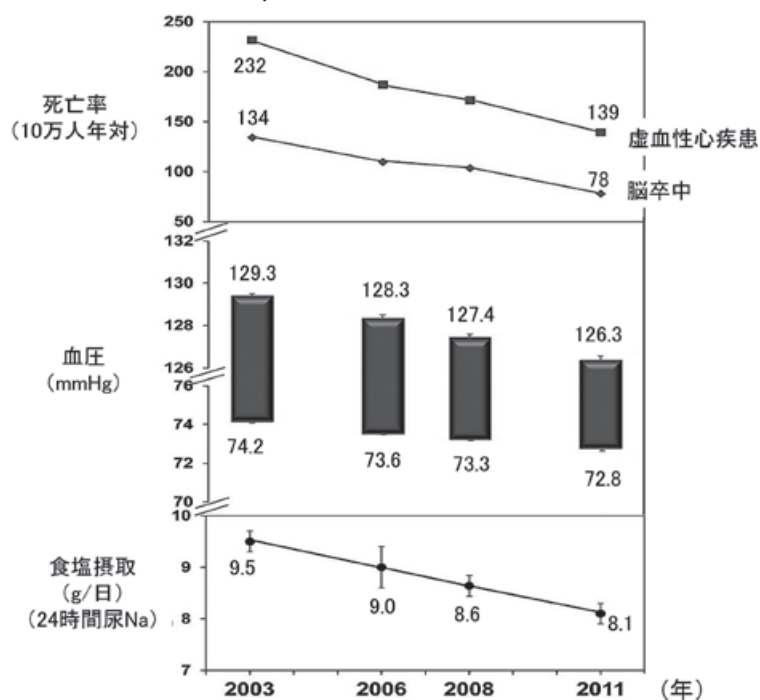
の入院率は約3割も減少し、それが続いている。一方、緩い対策に留まったブエノス・アイレスでは、冠動脈症候群の入院率に変化は見られなかった<sup>\*5</sup>。つまり、サンタ・フェに暮らすだけで知らず知らずに急性冠症候群が3割も予防されたのである。このような事例はアルゼンチンに限らず、世界中で報告されている。そのようなエビデンスに基づいて、日本では厚生労働省の受動喫煙防止対策の原案が作られたものと思われるが、その案が変更を迫られていることは情けない限りである。

#### (2) 食品産業に働きかけて減塩を実現：英国

欧米では、人々の食塩摂取量の約7割が加工済み食品（パン・ソーセージ・チーズなど）に由来している。そこで食品産業に働きかけて減塩を実現させる取り組みが広く行われている。

たとえば英国では、官民が一体となって、様々な食品に含まれる塩分量を何年もかけて徐々に減らしている。相当な時間をかけて塩分を減らした場合、味の変化に気づく者

図3 英国における食塩摂取量、血圧、循環器疾患死亡率の推移：2003～2011年



(出典：He FJ, et al: BMJ Open 2014;4:e004549)



は少ないようである。その結果、英国国民の1日あたり食塩摂取量（平均値）は、2003年の9.5gから2011年の8.1gへと減少した。そして血圧の平均値は129.3/74.2 mmHgから126.3/72.8mmHgへと下がり、循環器疾患も約40%減少したのである（図3）。これにより年間にして約9,000名の救命と15億ポンド以上の経済効果（生産性の向上と医療費の節減など）が見積もられているという<sup>\*6</sup>。

厚生労働省「平成27年国民健康・栄養調査」によると日本人（成人）の1日あたり塩分摂取量（平均値）は、男性 11.0g、女性9.2gであり、世界的にも高い。すでに述べたように、日本では塩分過多・高血圧による死亡が多いことを考えると、日本でも食品産業に働きかけることにより、知らず知らずに血圧値が改善し、様々な疾病（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患など）が予防される社会を創るべきではないか。

## 4 連携・協働による健康づくり

冒頭に述べたように、健康づくりに対する期待がこれまで以上に高まっている。そのなかで、新しい健康づくりは、従来の保健医療セクターの枠を越えて、様々な行政部局や産業界などとの連携を始めている。その例を示そう。

### (1) 行政部局内の協働

すでに見てきたように、国土交通行政は公共交通の整備やウォーカブルな環境の整備を通じて、人々の歩数・身体活動量に多大な影響を及ぼしている。食品行政も、塩分摂取量の改善などを通じて、人々の健康に多大な影響を及ぼしている。タバコ税や酒税の税率の決定は、人々の喫煙・飲酒行動に多大な影響を及ぼしている。このように、あらゆる公共政策は人々の健康に影響を及ぼしているのである。その視点に立って、知らず知らずに誰

もが健康になる地域社会の創成を目標に、あらゆる公共政策を再検討していただきたいものである。

たとえば愛知県蒲郡市（本誌でも紹介）は、メタボリック・シンドロームの該当率が愛知県内で最も高かったことを契機に、市役所の全27課が一体となって「健康化政策全庁的推進プロジェクト」を設置して、同市の課題と健康戦略を検討し、「体重測定100日チャレンジ」というユニークなキャンペーンを展開している。

### (2) インセンティブを通じた地域の活性化

健康づくりに無関心な人々は依然として多い。そこでインセンティブを与えることにより無関心層の取り込みを図る試みが多く行われている。たとえば、特定健診やがん検診を受診すれば定期預金の金利を上げてくれる金融機関や割引クーポンを発行してくれる飲食店も増えてきた。

横浜市では、参加希望者に無料で歩数計を配布し、協力店舗などに設置されたリーダーに歩数計をのせると歩数データが転送され、歩数に応じたポイントにより商品券などが当たるという「よこはまウォーキングポイント」を実施している<sup>\*8</sup>。これは市民の健康づくりと地域経済の振興（歩数計データ転送のために協力店舗を訪れる・商品券は協力店舗で使用可能）とをリンクさせたユニークな取り組みである。また、事業所単位での参加も奨励しており、健康経営のツールとしても役立っている。さらには、同市の環境創造局や経済局も同事業に参加しており、単なる健康づくりを超えた取り組みに発展している。このような取り組みは新しい健康づくりの先駆けとして大いに注目される。

### (3) 健康経営への期待

筆者は、経済産業省「次世代ヘルスケア産業協議会」の委員として、予防・健康管理サー

ビスの新たな役割について検討を続けている。これは、地域のなかで新しいヘルスケア産業を育成することにより、国民の健康レベルの向上・地域の経済活性化と雇用の拡大・社会保障負担の軽減という一石三鳥をねらうものである。

そのなかで健康経営の取り組みが広がっている。健康経営とは日本政策投資銀行によると、「従業員の健康増進を重視し、健康管理を経営課題として捉え、その実践を図ることで従業員の健康の維持・増進と会社の生産性向上を目指す経営手法」と定義される。これは、就業人口の高齢化が急速に進む日本では必須の課題であり、健康づくりの総合的な展開（メタボリック・シンドローム対策、喫煙対策、メンタルヘルス対策など）に加えて、ワークライフ・バランスなどの働き方改革とも連動したものである。

東京証券取引所「健康経営銘柄」や経済産業省による健康経営法人認定制度などのインセンティブもあって、健康経営を志向する企業は増えている。健康経営を行っている会社は（いわゆるブラック企業とは真逆の）ホワイト企業であるという認識も広がり、会社の評価が上がるとともに就職希望者も増えているという。

従業員の健康と生きがいを重視する企業がまっとうに評価されて業績をあげていくという、喜ばしい状況が広がっている。これこそが、新しい健康づくりの目指すものであることを最後に強調したい。

#### 参考文献

- \*1 Kachi Y, et al. Socioeconomic status and overweight: a population-based cross-sectional study of Japanese children and adolescents. J Epidemiol 2015;25:463-9.
- \*2 辻一郎. 健康長寿社会を実現する―「2025年問題」と新しい公衆衛生戦略の展望―. 大修館書店, 2015.
- \*3 Mujahid MS, et al. Relation between neighborhood

environments and obesity in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Am J Epidemiol 2008;167:1349-57.

- \*4 Ikeda N, et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan. Plos Med 2012;e1001160.
- \*5 Ferrante D, et al. Reduction in hospital admissions for acute coronary syndrome in Argentina. Tob Control 2012;21:402-6.
- \*6 He FJ, et al. Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischemic heart disease mortality. BMJ Open 2014, doi:10.1136/bmjopen-2013-004549.
- \*7 Brinsden HC, et al. Surveys on the salt content in UK bread. BMJ Open 2013, doi: 10.1136/bmjopen-2013-002936.
- \*8 横浜市健康福祉局. よこはまウォーキングポイント (<http://enjoy-walking.city.yokohama.lg.jp/walkingpoint/>)

#### 著者略歴

辻 一郎 (つじ・いちろう)

1983年東北大学医学部卒業、リハビリテーション専門医を経て公衆衛生学研究者へ。1991年から1993年まで、米国ジョーンズ・ホプキンス大学公衆衛生学部疫学科研究員、2002年から現職。専門は、生活習慣病・老化の疫学、健康寿命。厚生労働省・厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会長、同がん登録部会長、同・健康日本21推進専門委員会・委員長、経済産業省・次世代ヘルスケア産業協議会委員、日本健康会議実行委員などを務める。主な著書は、『健康長寿社会を実現する―「2025年問題」と新しい公衆衛生戦略の展望―』（大修館書店、2015年）、『病気になるやすい「性格」』（朝日新聞出版、2010年）、『介護予防のねらいと戦略』（社会保険研究所、2006年）、『健康寿命』（麦秋社、1998年）など。