

連載

21世紀の地域保健(2)

「ポピュレーション・アプローチとアセット・モデル」

浜松医科大学健康社会医学 尾島 俊之

1. ポピュレーション・アプローチの概念

現在は広く知られるようになったポピュレーション・アプローチの概念は、1980年代半ばに Blackburn¹⁾及び Rose^{2,3)}が最初に提唱した。生活習慣の問題や血圧の異常値などリスクのある人を見つけ出して、その人々への働きかけを行うのがハイリスク・アプローチであるのに対し、リスクのあるなしに関わらず全ての人々に働きかけを行うのがポピュレーション・アプローチである。健康日本21報告書⁴⁾では、疾病発生を大幅に減らすためには、ポピュレーション・アプローチが必須であるとして、その重要性が強調された。

ちなみに、ポピュレーション・ストラテジーという言葉も使われるが、ポピュレーション・アプローチと明確な使い分けはなく、どちらも同じ意味と考えて良いであろう。また、健康日本21報告書では、集団アプローチ、高リスクアプローチという表現が使われている。なお、Roseはポピュレーション・アプローチについて社会の norm を変えることであると説明している。norm という単語には、標準・平均という意味と、規範という意味がある。疫学的に捉えた現象としては、集団の平均を変化させることが求められるが、それを実現させるための活動としては社会の規範を変えることを目指すことの意義は大きいと考えられる。

ところで、日本公衆衛生協会の平成19年度ポピュレーション・アプローチ推進・評価事業⁵⁾において、ポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチの境界はどこであるかという議論がかなり行われた。その結果、ほとんど全ての事業は両者の側面を併せ持つものであり、どこかで明確に分けることはできないと考えられた。

2. ポピュレーション・アプローチの分類と具体的な内容

ポピュレーション・アプローチの内容について確立した分類は見あたらない。筆者⁶⁾は、とりあえず社会的環境整備、物理的環境整備、情動的環境整備

(啓発)の3つに分類している。社会的環境整備としては、法律の制定(健康増進法の分煙規定、栄養成分表示の義務化、公害・衛生関係の規制)、経済誘導(タバコ税の値上げ、健康増進費用の補助)、仕組みづくり(健康づくり協力店)などがある。物理的環境整備としては、人工環境(ウォーキングロードや運動施設の整備)、自然環境(地球温暖化対策によるマラリア予防)、身の回りの物(冷蔵庫の普及による塩分摂取量の減少、体重計・万歩計・家庭血圧計)などがある。情動的環境整備としては、一般的な広報(ちらし、広報誌)、キャンペーン(テレビコマーシャル、マスメディアの活用、組織的・系統的な広報)などがある。地区組織活動は、社会的環境整備と情動的環境整備の両方に含まれると考えられる。

その他の分類として、トップダウンのポピュレーション・アプローチ(政府主導の法制化やキャンペーンなど)と、ボトムアップのポピュレーション・アプローチ(草の根の組織活動など)に分ける考え方もある。

わが国でのポピュレーション・アプローチの実例については、前述の日本公衆衛生協会事業報告書⁵⁾や日本看護協会の平成18年度先駆的保健活動推進交流事業報告書⁷⁾、厚生労働省による平成18年度の市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書⁸⁾などにまとめられている。たとえば、栃木県小山市では、住民主体による「健康都市おやまプラン21」健康推進サポーターの会が行政と連携して種々の健康づくりの企画・運営を行っている。また、市内6支部の健康推進委員会がそれぞれ地域の健康課題の検討や、地域ごとの健康だよりの発行や小学校での健康教育などを行っている。埼玉県坂戸市では、同様の住民参加に加えて、市内の鶴舞自治会では、もともとは防災活動に熱心に取り組んでいたものが、平常時からの健康なまちづくり活動と融合して活動している。神奈川県秦野市では、地域包括支援センターが、虚弱な高齢者だけではなく元気な高齢者も視野に入れて、ヘルスプロモーションの理念によって地

域連携事業、高齢者への訪問、介護予防サポーター養成講座などを行っている。東京都荒川区では、区内の飲食店と連携して、健康応援店の登録、また(健康)満点メニューの提供を行っている。島根県安来市では、医師会、患者会、保健所などと連携して、糖尿病管理協議会を設置し、地区組織活動を含めた糖尿病対策を展開し、糖尿病医療費の伸びを抑えることに成功している。山口県岩国市では、文部科学省・日本体育協会が推進している総合型地域スポーツクラブを健康づくりの一つの中核として活用すると共に、食生活改善推進協議会の学校の授業への参加などを行っている。以上のような活動は他の多くの地域でも推進されていると考えられる。産業保健の分野では、社員食堂でヘルシーメニューを提供したり、卓上メモなどで啓発を行ったりということは多くの事業所で行われている。さらに、ITを活用した取り組みとしては、「ダイエット・マメグラフ」、「ウォーキング! SNS」などのサイトでは、自分の記録を付けるとともに、希望者はそれを公開して、他の参加者と励ましや情報の交換をする仕組みが作られている。

海外での事例としては、循環器疾患の予防を目的として1972年から開始され現在も継続しているフィンランドのノース・カレリア・プロジェクト⁹⁾が有名である。地域の顔役へのリーダー研修(その顔役が、レストランや店舗に、健康的な食品の販売、店内禁煙、タバコ広告の撤去を申し入れる)、婦人会の「長生きパーティー」(婦人会組織活動で、主婦達に健康料理の講習をし、夜に家族を招いてパーティーで試食してもらい、家族が賞賛する)、徹底的な啓発(地域の新聞・ラジオの活用、人口18万人の地域で延べ50万枚のチラシなどの配布、職場・学校・商店・市場・クラブ・ボランティア組織を通じた啓発)、地元の食品会社に低脂肪ソーセージを開発してもらうなどのことが行われ、めざましい効果が報告されている。

3. 健康の社会的決定要因

Marmot¹⁰⁾は、社会階層によって心疾患死亡率やその推移が異なるという報告を行い、その後の多くの研究によって、所得、学歴、職業などの社会経済的地位(socio economic status)によって人々の健康状態は大きく異なることが明らかとなった。さらに、KennedyとKawachi^{11,12)}は、米国の50州のデータから、所得格差が大きい地域ほど年齢調整死亡率が高いことなどを示した。その機序のひとつとしては、所得格差によって、地域の中での助け合いが減ったり、犯罪の増加など人間関係の緊張が高まった

りし、健康への悪影響をもたらしているのではないかと考えられている。このような要因は、ソーシャル・キャピタル(social capital, 社会関係資本)と呼ばれ、Putnam¹³⁾は、信頼、規範、ネットワークなどが含まれると述べている。以上のような社会経済的地位や格差、ソーシャル・キャピタルは、個人の努力だけではなく、社会全体として取り組まなければならない健康の社会的決定要因(social determinants of health)と呼ばれる。もちろん、食事、運動、喫煙などの個人の生活習慣は健康の重要な決定要因である。しかし、不適切な生活習慣は幼少期からの教育やその人が置かれた環境によって影響される部分も多く、そのような病気の原因のさらなる原因(cause of cause)として重要性が認識されるようになってきた。最近、WHOから、格差の縮小に向けてという報告書¹⁴⁾が出され、健康の社会的決定要因を公平にするためには、(政治的な)力・お金・資源の不平等な配分への取り組みが重要であるとしている。最も根源的なポピュレーション・アプローチは、このことへの取り組みであると筆者は考えている。現在、国の財政は、主としてGDP(国内総生産)の成長を最大にすることを目的として経済理論に基づく議論により決定されることが多いと考えられる。しかし、今後は、国民の健康や幸福を最大にするためにはどのような財政や税制であるべきかを検討する必要があるだろう。そのためには、健康についての専門家である公衆衛生関係者が経済学者と対等に財政や税制について議論できる力をつけることが必要であると考えられる。さらに、健康格差の解消のためのキーワードは正義(justice)であると、WHO報告書をまとめたMarmotは述べている。社会の構成が多数の低所得者と少数の高所得者からなる場合、民主主義の原則から考えると多数の低所得者に有利な政策に振れるはずであるが、現実にはそのようになっていない。ひとつには多くの人々は十分に政治参加していないことがあり、もうひとつには多国籍企業の動きを個々の国では制御しきれないことがあると考えられる。我々は、日々の自分に与えられた公衆衛生活動に努力すると共に、人々の健康という視点から国内および国際的な政治や財政にも関心を持つ必要があるだろう。

4. アセット・モデル

これからの公衆衛生活動の展開において、筆者が注目しているのは、KretzmannとMcNightが述べているアセット・モデル^{15,16,17)}という概念である。アセットとは、資産、すなわち、すでに持っている物である。一般的にある地域での公衆衛生活動を展

開する際に、まずニーズを把握してから行うべきだとよく言われる。しかし、ニーズを把握することは、自立できず支援を要する人の状況、その地域に不足すること、その地域の悪いところを明らかにすることを意味する。そして、明らかになったニーズへの対応としては、何からの資源やサービスを持ってきて上から提供するという発想になりがちである。そのことによって、その地域の人々は、何らかのサービスを提供してもらえるとという依存的な習慣が身に付いてしまい、永遠にサービスを提供し続けなければならない袋小路に陥る可能性がある。さらに、ニーズ・モデルでは、ややもすると現状把握までで力尽きてしまい、その後の対策については一般論の議論だけとなってしまふことが多い。それに対して、アセット・モデルでは、その地域にある資源や良いところをみつけるところから始めようという方法である。そのことによって、その地域自身の力でその地域の諸問題を解決する力をつけていこうというものである。そのアセットとしては、individuals（個人：活動できる人々）、associations（グループ：地区組織など）、institutions（機関：専門機関・会社・施設など）の3つがあるとしている。

このような良い点に着目しようという考え方は地域だけではなく、個人についても提唱されてきた。Antonovsky¹⁸⁾は、ナチスの強制収容所という過酷な環境の中でも健康を保つことができる人々がいたことに着目し、その能力を sense of coherence (SOC, ストレス対処能力, 首尾一貫感覚) と名付けた。また、これまでの疫学研究で着目されてきた危険因子 (risk factor) だけではなく、このような健康因子 (salutary factor) に着目すべきだとしている。これまで言われていた定期的に運動することや、タバコを吸わないことなどの因子はどちらの因子であるのかなど、筆者自身は整理がしきれていないが、ともあれ、個人についても不十分な点に着目するよりも、良い点に着目した方が、その人が自ら健康になる力をつける上で有用であろうと考えている。良い点を発見するためには、質問票等を用いた数量的方法よりも、インタビューや実地観察などの質的方法の方が本質的に向いているのではないかと筆者は考えている。一方で、定量的に良い点を発見しようとする試みも行われており、青少年での研究が比較的多く報告されている。Youth Asset Survey (YAS)¹⁹⁾では、家族との会話、尊敬できる仲間、将来の夢、自らの選択、地域活動、文化の尊重、健康行動、時間の使い方、親以外の尊敬できる大人などの項目について評価するようにしている。

特定健診が開始されたが、健診受診率の向上に苦

表 アセット・モデルとニーズ・モデルの特徴 (私見)

	アセット・モデル	ニーズ・モデル
概念	既に持っているもの、良い点に着目	充足する必要があるもの、悪い点に着目
比較の基準	何も無い状態	理想の状態
現状評価に適する手法	質的手法 (インタビュー, 実地観察など)	数量的手法 (質問紙調査など)
別の手法	数量的手法も可能だが項目数が多くなる傾向	質的手法も可能
現状評価の容易さ	やや難しい	比較的容易
現状評価に対する対象者の認知傾向	ほめられた	しかられた, 烙印 (stigma)
着目する因子	健康因子 salutary factor	危険因子 risk factor
対策の発想傾向	地域や個人の力を伸ばす	資源やサービスを提供する
対策後の傾向	自立的になる	依存的になる

注. 対比のため単純化しすぎている点はご了承頂きたい

戦し、また受診者の中で積極的支援に該当する割合が当初予想されていたよりもかなり低いという話しを聞く。これは、腹囲が基準値を超える人が、メタボの烙印 (stigma) を押されることを恐れて、健診を受けないようにしているのではないかと危惧している。このような烙印の問題は、HIV 対策においても問題を潜在化させて有効な対策を取りにくくさせるものとして大きな課題となっている。もちろん、そもそも健診は、早期発見早期治療という二次予防の一環であるという趣旨から考えると、悪い点を発見するということは基本である。しかし、悪い点には敢えて片目をつぶって、むしろ良い点を発見してその人の力を伸ばすような健診が可能になれば、これからの公衆衛生活動の新たな展開になるのではないかと考えている。

地域に話を戻すと、健康増進計画の策定などにおいても、まず地域診断によって地域の課題を明らかにしてから進めようという方法が一般的に行われている。しかし、まず地域の良いところや地域の資源を明らかにして、それをどのように活用していこうかという発想も有用ではないかと考えられる。前述の日本公衆衛生協会の報告書⁵⁾で、岡山市において、愛育委員を始め、さまざまなボランティアや団体と連携して、ウォーキングマップを発展させた「ええとこ発見図」を作成した事例が紹介されてい

る。また、主としてニーズに着目しつつ、同時に無意識にアセットも検討して健康増進計画を策定している例も見かける。水が半分入っているコップを見た時に、「半分足りない」と思うのがニーズ・モデルであり、「半分ある」と思うのがアセット・モデルである。理想は両者の見方をバランス良く組み合わせることであろう。そのためには、意識的に良い点に着目する必要がある。アセット・モデルは、全く新しい手法ではなく、地域や住民をみる時に、実は昔から行われてきた方法のひとつであると考えられる。アセット・モデルにより、あらためて良い点に着目し、地区組織活動や既存の資源の活性化を図ることにより、地域のソーシャル・キャピタルの醸成が可能となれば、有望なポピュレーション・アプローチとなるであろう。

アセット・モデルなどの存在を教えてくださいました東京大学大学院国際地域保健学の神馬征峰教授に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Blackburn H. The primary prevention of high blood pressure—a population approach. *Ann Clin Res* 1984; 16 Suppl 43: 9-17.
- 2) Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14(1): 32-8.
- 3) Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University Press, 1992. (曾田研二, 田中平三監訳. 予防医学のストラテジー. 東京: 医学書院, 1998.)
- 4) 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について報告書. 2000.
- 5) 日本公衆衛生協会. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な融合に向けて(平成19年度ポピュレーション・アプローチ推進・評価事業). 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター, 2007.
<http://www.jadecom.or.jp/healthpromothion/data.html>
- 6) 尾島俊之. 健康格差社会とポピュレーションアプローチ. *公衆衛生* 2007; 71(6): 487-491.
- 7) 日本看護協会. やってみよう!! ポピュレーションアプローチ(平成18年度先駆的保健活動推進交流事業), 2007. <http://www.nurse.or.jp/>
- 8) (厚生労働省)市町村保健活動の再構築に関する検討会. 市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書, 2007.
- 9) McAlister A, Puska P, Salonen JT, et al. Theory and action for health promotion illustrations from the North Karelia Project. *Am J Public Health* 1982; 72(1): 43-50.
- 10) Marmot MG, Adelstein AM, Rose GA, et al. Changing social-class distribution of heart disease. *Br Med J* 1978; 2(6145): 1109-12.
- 11) Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *Br Med J* 1996; 312(7037): 1004-7. [Erratum in: *Br Med J* 1996; 312(7040): 1194.]
- 12) Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- 13) Putnam RD. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster Paperbacks, 2000. (柴内康文訳. 孤独なボウリング 米国コミュニティの崩壊と再生. 東京: 柏書房, 2006)
- 14) World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health)*. 2008. http://www.who.int/social_determinants/
- 15) Kretzmann JP, McKnight JL. *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets*. Skokie(IL): ACTA Publications, 1993.
- 16) Kretzmann JP, McKnight JL. Assets-based community development. *National Civic Review* 1996; 85: 23-29.
- 17) 神馬征峰. 「PRECEDE-PROCEEDモデル」の道しるべ社会アセスメント. *公衆衛生* 2004; 68(9): 728-732.
- 18) Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 1983. (山崎喜比古, 吉井清子監訳. 健康の謎を解く: ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京: 有信堂, 2001.)
- 19) Oman RF, Vesely SK, McLeroy KR, et al. Reliability and validity of the Youth Asset Survey (YAS). *J Adolesc Health* 2002; 31(3): 247-55.