



## 情報ボックス

### OECDが異常に多い日本の健診の見直しと たばこ規制や食品表示などの包括的政策を要請

OECDが日本の公衆衛生施策に関する分析や提言をまとめた「パブリックヘルスレビュー」を公表

OECD（経済協力開発機構）は2月6日、日本の公衆衛生施策に関する分析や提言をまとめた「OECDパブリックヘルスレビュー（OECD Reviews of Public Health: Japan）」報告書を公表した。

それによると、日本人の平均寿命は84.1歳（2016年）でOECD平均80.8歳を上回り、肥満率はOECDで最低、アルコール消費量もOECD平均を大きく下回っているが、健康リスクがないわけではなく、例えば平均喫煙率はOECD平均を下回るものの、毎日たばこを吸う男性は30.2%（OECD平均23.0%）と非常に多く、受動喫煙率も飲食店42.2%、職場30.9%と高い上、過剰にアルコールを摂取（1日20g以上）する女性も増加しており、急速な高齢化でより悪化する可能性がある」と指摘。こうした人々は慢性疾患にも、公衆衛生緊急事態が起きた際などの健康リスクにも、比較的脆弱だとした。

一方、健康診断については、医療財政が逼迫しているにもかかわらず、早期発見を目的として幅広い項目を取り入れているが、「異常なほど多くの健康診断を頻繁に行っても効果はなく、費用対効果も悪く、有害にすらなりかねない」と厳しく指摘した。

そこで報告書では、無駄のない予防パッケージに焦点を当て、より強い政策で後押しすべきと強調。歳をとっても病気に罹らないようにすることを最優先課題にすべきとするとともに、飲酒量の増加や肥満率の上昇などの不健康行動者の割合が高まる可能性があることから、健康日本21においては、喫煙、飲酒量、健康的な食事といった少数の優先事項と良質で適切なプログラムの提供に焦点を当て、例えば屋内禁煙の拡大、たばこ製品の販売規制の強化、食品パッケージへの教育的な食品表示の印刷、アルコール製品の販売と入手規制（ガソリンスタンドでアルコールを販売しない）などの政策で後押しすべきと強く指摘した。

その上で、日本に対し、以下の提言を行った。①健康診断を合理化する—日本の健康診断はほぼ間違いなくOECD諸国中最も幅広く、そのすべてが疾病の削減または医療コストの削減という意味で、医

療制度に価値をもたらしているのか明確ではない、②健康診断項目の削減を優先すべきだが、その中には全国民に対して行われているがん検診のより良い調整を含むべきである、③医療に関わる緊急事態に対する備えを強化するため、関係機関の相互モニタリング、情報共有、体系的調整メカニズムを強化し、より複雑な公衆衛生緊急事態のシミュレーションを行う。

### 「孤立」の抑制は、社会的にメリット大 課題は分析者の確保と理性より感性を動かす介入

「高齢者の社会的孤立と地域福祉」をテーマに  
ソーシャル・キャピタル研究会を開催

ソーシャル・キャピタル研究会（代表＝稲葉陽二・日本大学法学部政治経済学科教授）は昨年10月27日、日本大学法学部講堂で研究会を開催した。

「高齢者の社会的孤立と地域福祉～計量的アプローチによる測定・評価・予防策」と題して登壇した日本福祉大学社会福祉学部教授の齊藤雅茂氏は、社会的な孤立が本人の嗜好や選択の結果であるとされる風潮や、高齢期には社会関係を縮小したほうが利点があるとする「離脱理論」などの社会的孤立への批判に対し、孤立者はソーシャルサポートが乏しい、社会的孤立は自殺と関連するといったエビデンスを示し、対応の必要性を指摘。「孤立者の多くは、強い孤独を感じている。孤立に満足しているなら、幸福度や抑うつ傾向に相違が生じないはずだが、現実には生じている。また、社会的に孤立した高齢者が犯罪に向かう場合が多いことが示唆されており、被害者にも孤立者が多い。それらの点からも、孤立を抑制したほうが社会的にはメリットがある」と強調した。

その上で自身が関わった調査結果から、交流が月1回未満では1.3倍早期死亡に至りやすい、子なし型や未婚型など若い頃から独り身の人は長期孤立しやすいといった傾向とともに、「孤立死に至っているのは、不衛生や近所づきあいが無いといったいわゆる困難ケースではない。困難ケースは介入根拠があり、アウトリーチされるため、孤立死リスクは低い。実は、拒否・孤立型のケースのほうが介入しにくく、セルフネグレクトや孤立死リスクが高い」といったエビデンスを披露した。

また、プログラムについては、イギリスの先行研究で高齢者の孤立・孤独軽減の効果ありとされた8つ、すなわち、①趣味活動・パーティ、②生活雑事の訪問支援、③情緒的な相談支援・電話相談、④配食サービス、⑤保健福祉サービスの利用案内、⑥身体活動・エクササイズ、⑦移動支援、⑧料理教室を

取り上げ、「日本にも同様のプログラムは存在する。海外に画期的なものがあるわけではない」と指摘。その上で、必要なのは、運営・管理だと強調した。実際、ある市町村では、悲惨な孤立死などを1例も発生させない地域づくりの一環で実施された安心生活創造事業の利用者が3人だけだったり、地域商業活性化補助事業の買い物代行の目標達成率が0.9%にとどまり、高齢者の社会的孤立対策に関する事業の目標を57.3%が未設定だったとした総務省勧告を引き合いに出し、「事業実施が目的になってしまっている。効果検証もなされていない」「まずは、必要な人に届いているのか、参加すべき人が参加したのか、脱落者はどれくらいいたのかを把握することが大事」と主張した。

また、自身の研究結果から、社会的に見守られにくいのは男性、離別・未婚、居住年数10～30年未満、友人等との交流頻度が週1回未満、健康度自己評価が良くない、抑うつ傾向の人たちであるとし、「高齢者の孤立・孤独対策では、手挙げ方式では届けるべき人に届かない」と強調。そして、足立区が実施する「孤独ゼロプロジェクト」では、10分程度の会話をする頻度が週1回未満、相談相手がいない人を「孤立」と認定し、地域包括支援センターが「気づく・つながる・寄り添う・居場所をつくる・社会参加」につなげるフォローを行っているとし、その際に不同意だったのは3～4%のみで、96～97%を見守ることができたと意義を報告した。

さらに、全国の20万人分の高齢者を学区単位で調べたところ、友人等との交流頻度が年数回程度・まったくいない人の割合は8.9%から49.0%と約5倍もの大きな格差があったとした斎藤氏は、JAGES（日本老年学的研究機構）の介入結果から、個人単位で見ると、「社会参加」は3年後の孤立リスクを軽減し、また地域単位で見ると、「互酬性」が高い地域に住んでいると8%ほど孤立リスクが軽減することがわかったとし、介入の必要性を強く指摘した。

一方、今後の課題としては、データに触れられる分析者の確保と、孤立軽減に向けた多様な介入研究の蓄積を挙げ、「データがあっても使われていない。データを活用できる人材がいないとデータがゴミになってしまう。記述統計を正しく読める、出力できるトレーニングが必要」「さまざまな実践はあるが、メタ分析を行えるほどの状況になく、計画的な介入研究が不可欠」などと指摘した。

さらに、斎藤氏は、「仕掛学」や「行動経済学」、衝動的・直観的に判断・行動する「システム1」と吟味・熟慮して判断・行動する「システム2」の「二重過程理論」などの新たな研究の視点を取り込むこ

とも不可欠であるとし、「データで見える化するだけでは、人は動かない。理性ではなく、やってみたい、楽しそうという感性を刺激する介入研究こそ重要。統計データのような科学的根拠で刺激されて行動を変える人は一定数存在するが、大半は見える化されたデータ以外の何か、例えば楽しさなどで刺激される。今後は、“ついついたくなる”を誘発する『目的の二重性』を有する仕掛け、結果として見守りになるような方策が必要だろう」と詰めかけた関係者に呼びかけた。

## 医療ニーズや人口構成、患者流出入を加味した 医師偏在指標を公表、東京と岩手で1.9倍の差

厚生労働省が  
「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」に提出

厚生労働省は2月18日、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」（座長＝片峰茂・長崎大学名誉教授）に都道府県（三次医療圏）別と二次医療圏別の医師偏在指標を提出した。

医師偏在指標とは、2036年に向けた医師偏在の解消を目指すための指標で、人口10万対の医師数に加え、医療ニーズ、将来の人口と人口構成の変化、患者の流出入、へき地の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）の5つの要素を加味し、より精緻化したもの。二次・三次医療圏のいずれについても、医師偏在指標の上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域とした。三次医療圏ではそれぞれ16都府県、335ある二次医療圏ではそれぞれ112医療圏が該当することになる。

それによると、三次医療圏別では、医師が最も多い東京都（医師偏在指標329.0）と最も少ない岩手県（169.3）では1.9倍の差があることになる。医師偏在指標の全国平均は238.3である。二次医療圏別に見ても、最も多い東京都中央区（759.7）と最も少ない秋田県北秋田（69.6）では、10.9倍の差があった。また、二次医療圏別の外来医師偏在指標も公表された。それによると、全国平均の外来医師偏在指標は105.8で、上位3エリアはいずれも東京都で区中央部192.3、区西部181.2、区西南部164.9、下位3エリアは福島県相双48.1、香川県小豆48.4、岩手県宮古54.6だった。なお、数値はいずれも精査中である。

各都道府県では4月から、この医師偏在指標などを用いて、医師偏在対策等を盛り込んだ医師確保計画を策定。具体的な対策を2020年度から本格化させ、3年ごとに医師偏在指標と医師確保計画を見直しながら、2036年度を目標年に医師偏在の是正をはかる。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）

