



情報ボックス

中高年ひきこもり全国に61.3万人 ひきこもり期間は5年以上51%,20年以上も19%

内閣府が「生活状況に関する調査」
40～64歳のひきこもり状態の人の全国推計値を初公表

内閣府政策統括官(共生社会政策担当)は3月29日、中高年ひきこもりの実態を調査した「生活状況に関する調査」報告書を公表し、40～64歳のひきこもり状態の人の全国規模の推計値を明らかにした。

同調査では、疾患等がないのに自室等からほとんど出ず、コンビニ以外に外出しない状態が半年以上続いている場合を「ひきこもり」と定義。昨年12月に無作為抽出した40～64歳5,000人に調査したところ、1.45%が該当。総務省人口推計によれば、40～64歳人口は4,235万人なので、この年代のひきこもりは61.3万人と推計されるとした。

ひきこもりの年齢層は、40歳代38.3%、50歳代36.2%、60～64歳25.5%で、男性76.6%、女性23.4%と男性が圧倒的に多い。ひきこもり期間は、5年以上が51.1%で、20年以上も19.1%に達した。また、親に経済的に依存しているのは34.0%に上った。最近6か月以内に家族以外の人とほとんど会話をしなかったのは51.1%、まったくしなかったのは6.4%だった。ひきこもりのきっかけは、「退職」が最も多く、「人間関係がうまくいかなかった」「病気」「職場になじめなかった」などが続いた。通院や入院の経験を聞いたところ、精神的な病気が31.9%で最も多かった。関係機関に相談したいと「非常に思う」は10.6%、「思う」は8.5%、「少し思う」は27.7%で、「思わない」は53.2%。相談したことがある人は44.4%で、相談先は病院・診療所52.2%、ハローワーク、ジョブカフェ、地域若者サポートステーションなどの就労支援機関13.0%だった。

「70歳代での認知症の発症を10年間で 1歳遅らせる」と新たな大綱のたたき台に明記

内閣官房「認知症施策推進のための有識者会議」に
事務局が提示、6月の関係閣僚会議で決定へ

内閣官房健康・医療戦略室は5月16日、認知症施策推進のための有識者会議(座長=鳥羽研二・国立長寿医療研究センター理事長特任補佐)に提出した「今後の認知症に関する政府の取り組み(案)」を公表した。

同案は、現行の認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に代わる新たな大綱のたたき台で、大綱は6月の関係閣僚会議で決定される。対象期間は、2019～2025年。それによると、政府全体の方針として、「予防と共生を車の両輪として施策を推進する」とし、予防にかかるKPI(重要業績評価指標)として、「70歳代での認知症の発症を10年間で1歳遅らせる」ことを掲げた。有病率に置き換えると、10年間で相対的に約1割の低下となるので、6年間で6%の低下となる。日本医療研究開発機構が実施する「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート」(1万人コホート)で報告された2018年の有病率は、70～74歳3.6%、75～79歳10.4%なので、それぞれ3.4%、9.8%まで低下させることが目標となる。

具体的な施策は、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人の支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開の5本柱で、予防については、エビデンス不足であることから、予防に関するエビデンスの収集と認知症予防に資する可能性のある活動の推進、民間の商品やサービスの評価、認証等の仕組みの検討を行うとし、主なKPIとして、通いの場への参加率を2020年までに6%、2040年までに15%とする、認知症予防に関するエビデンスを整理した手引きを作成する、認知症予防に関する事例集・取り組みの実践に向けたガイドラインを作成する、介護情報総合データベースなどでデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏づけられたサービスを国民に提示する——などを掲げた。

病院も健康の社会的決定要因の改善に着手 政治的・経済的視点の不足に警鐘

日本ヘルスプロモーションホスピタルネットワークが
第3回カンファレンスを開催

日本ヘルスプロモーションホスピタルネットワーク(J-HPHネットワーク)は昨年10月13～14日、「人権としての健康とヘルスプロモーション～アルマ・アタ宣言40周年にあたって」をテーマに第3回カンファレンスを開催した。J-HPHネットワークは、WHOが1989年に開始したヘルスプロモーションを推進する医療機関の世界的な組織「国際HPHネットワーク」の国内ネットワーク。2015年に発足し、加盟病院数は2019年2月現在、103病院に上っている。

基調講演では、聖ミカエル病院都市健康ソリューションセンター・ジ・アップストリーム・ラボの研究員で家庭医でもあるトロント大学准教授のアンドリュー・ピント氏が「カナダにおける健康の社会的

決定要因（SDH）の改善のための実践」と題し、その取り組みを紹介した。まず、「もう少し、政府が配慮し監督していれば、雇用主に博愛主義があれば、労働者に注意と自己愛があれば、これほど多くの犠牲者が死の報いを受けることはなかった」と指摘したチャドウィックや、「社会は日々健全な労働者の内臓に社会的殺人と見なされる行為を犯している」と追及したエンゲルス、「医療とは社会科学であり、政治とは大規模な医療にはかならない」としたウィルヒョウらの功績や、社会階層が病気や死亡率の鍵を握ると指摘したマーモットの研究の一端を示しながら、SDHの歴史的発展を振り返った。

そして、1978年にWHOが採択したアルマアタ宣言について論及。そこにはすでに、健康は基本的人権の一つで、その実現には保健分野のみでなく、多くの社会的経済的分野からの行動が必要であると明記され、公正に焦点をあてた新経済体制や健康づくり活動のための資源の再配分を実現すべきと書き記されているなどと指摘し、その意義を改めて認識しておく必要があると強調した。

その後、失われた10年の時代にイギリス保健社会保障省は、格差が健康に影響を与えているとする「ブラック・レポート」を公表し、2008年にはWHOが「健康の社会的決定要因委員会の最終報告書」をまとめた。これらした後、イギリスやカナダでは、医療分野でSDHへの取り組みが本格化し、イギリスでは医師会が、①医師は個々の患者や家族等に介入し、社会的処方と臨床ツールを用いて助けることができる、②医師は社会的決定要因に変化を及ぼすようなヘルスプロモーションや不健康の予防方法を開始するなど地域で活動できる、③医師はエビデンスを活用し、その立場と専門知識を駆使し、変革を訴えるアドボカシーができるなどとする「健康の社会的決定要因－医師にできること」を2011年に公表。また、カナダにおいても、医師会が健康の公正の改善とSDH評価ツールの開発や患者のための計画とサービスに関する医師のための資源の開発などを明記した「カナダにおけるヘルスケア改革～医師と健康の公正」、さらには貧困を減らす戦略、年間所得の保証、支払い可能な住宅、SDHの認知、健康影響評価の必要性など12項目を挙げた「カナダ医師会タウンホール報告書」をまとめるなど、すでに世界では医療機関がSDHに対応しはじめていたと解説した。

医師が貧困患者に「所得保障」を処方

その上でピント氏は、毎月末に生活費が不足し、低血糖症状が悪化して入院するケースが急増していることを示すカリフォルニア病院における低血糖患

者の所得別の入院件数のデータなどを紹介し、集団の健康に影響を与える相関条件と要因、発生パターンの体系を明らかにする「集団の健康アプローチを指示するデータ」の重要性を指摘。「得られた知見を集団の健康と健全な生活を高めるために政策と行動の策定と実践に適用させること、つまり上流で起こっている問題を明らかにし、政策レベルで予防することが重要」と強調した。そして、自身が勤務する聖ミカエル病院都市健康ソリューションセンター・ジ・アップストリーム・ラボでの個人レベル、組織レベル、地区レベル、集団レベルの介入研究を紹介した。個人レベルでの研究では、適切な所得へのアクセスのために開発した「オンラインの所得保障ツール」と、「所得保障ヘルスプロモーション」について解説。前者では、「ある月には紹介した患者の17%が財政支援の受給につながった」と述べ、後者では、医師が所得保障の処方をした貧困状態にある患者に対し、保健省が雇用したヘルスプロモーターがリテラシーを向上させるプログラムを提供しつつ、財政状況を改善させるというサービスにより、「お金のコントロールができるようになった」と説明した。また、医療従事者が貧困状態にある患者の雇用主に病気の偏見を解消する連絡や教育をするとともに、法律家に情報をフィードバックし、法律家からも職場に患者を受け入れさせる相談・教育などを行うプログラムを実施した結果、「病院が雇用問題に介入したことで病気が改善した」などと報告した。集団レベルの事例としては、ピント氏も関わる「ディーセントワーク&ヘルスネットワーク」という組織において、医療従事者900人以上の署名で最低賃金の改善や有給病気休暇などを州政府に求め、最低賃金の改善を勝ち取った経験などを紹介。低所得が健康を害するといった原因究明するだけでなく、低所得をつくり出す社会システムの改善にも積極的に取り組むべきとし、そうしたアプローチが不足している現状に対し、警鐘を鳴らした。

これらを踏まえてピント氏は、①根本原因を挙げる、②分析に政治的・経済的視点を含める、③経験者を担当に加える、④ミクロ・メゾ・マクロレベル間の介入の関連づけを行うといった改善策を示し、「ミクロ・メゾ・マクロの各レベルで何をすべきかを考える。ミクロで介入したら、メゾレベル、マクロレベルでどうなったかを検証することが大事」「生物医学的レンズという色眼鏡だけで社会的決定要因を見てしまう、という根本的な問題の改善に取り組まない限り、SDHが鍵を握るすべての人の健康の改善を達成することはできない」などと指摘した。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）

