

## 基調講演

### 健康格差対策におけるヘルスコミュニケーションへの期待

#### Three Ways in which Health Communication Contributes toward Equitable Health Promotion

近藤尚己  
Naoki Kondo

京都大学  
Kyoto University

#### Abstract

##### 英語抄録

There are two types of population strategy in preventive medicine. One aims to promote public awareness for healthy behavior while the other is directed towards changing the social environment. The former may widen health inequity given that socially vulnerable people are less likely to have sufficient resources to follow behavioral recommendations. Thus, the latter approach is more important for achieving health equity. Given this, as a social epidemiologist, when it comes to obtaining equitable outcomes, I expect the active commitment of health communication researchers in relation to the following three activities. First, promoting advocacy and eliminating the perspective of individual responsibility from health services. Second, applying the latest scientific theories of behavior, including “nudge” theory, in health communication, so that daily lives can be structured in a way that allows people to undertake healthy actions without incurring a heavy cognitive burden. Third, developing organizational communication models to promote community organizing for equitable social actions at the global, national, and local levels. Community organizing is essential for being able to undertake actions that have a synergic impact on both population health and other social values, e.g., as seen with the UN Sustainable Development Goals. Health is “a major resource for social, economic and personal development,” “but not the objective of living” (WHO Ottawa Charter, 1986). We need good partnerships with other sectors. For this reason, health communication sciences are likely to become increasingly important.

#### 要旨

##### 日本語概要

従来からの「知識の普及啓発型のポピュレーションアプローチ」は、健康づくりに前向きになる生活上のゆとりがない人々への効果が期待できないため、健康格差を拡大させる可能性がある。健康格差の制御には「環境改善型のポピュレーションアプローチ」が必要である。そのために①アドボカシーの推進、②ナッジの実装、③コミュニティの組織化の推進の3つにおいて、ヘルスコミュニケーションの活躍を期待する。①アドボカシーについては、自己責任論を払しょくするコミュニケーションを進めていただきたい。②ナッジをヘルスコミュニケーションに取り入れ、誰もが自然と健康に慣れる環境をデザインしていただきたい。③健康以外のセクターの「やる気」を引き出し、健康推進に役立ち、かつそのセクターのメリットにもなる活動を進めるコミュニケーション技法を発展させていただきたい。合意形成のためのデジタル技術の応用や、社会的処方等の医療と社会福祉との一層の連携推進も重要である。SDGs全体の中で健康づくりは一部でしかない。健康の専門家という立場を相対化して多様なセクターと円滑な連携が進むためにも、ヘルスコミュニケーションはますます重要になってくる。

キーワード：社会疫学・健康格差・社会環境

Keywords: social epidemiology, health inequality, social environment

本稿は2020年9月26日にオンライン開催されました第12回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会基調講演の内容を抜粋したものです。

#### 1. 健康格差について

健康格差というと、堅苦しい感じがします。どのよう

に研究していけばいいかわからないというご意見も聞きます。そういったとっつきにくさを今日お聞きの皆さんが払拭していただければ、今日の講演は成功と思っています。

私が専門とする社会疫学を黎明期からけん引してきたマイケル・マーモット教授が近著でこのように言ってい

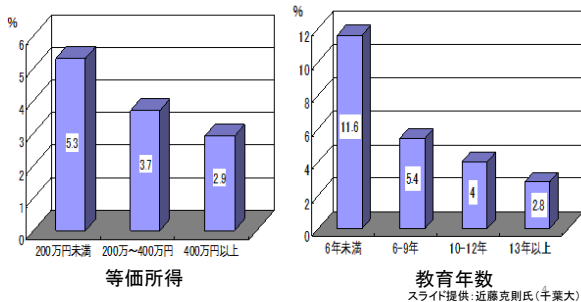
ます。「せっかく治療した患者を、なぜ病気にした環境に戻すのか」。この言葉は私が病院で研修医をしていた時に、いろいろな患者さんに出会って感じたことと合っています。糖尿病で入院して血糖値のコントロールが良くなって、家に帰るとまた元の生活に戻ってしまい、血糖値も不安定になり、ひと月もせずに再入院。そういった患者さんたちに出会いました。患者さんを元気にして病気にならないようにするには、自宅や地域の環境を変える、社会の環境を変えることが大事なのではと思っています。それが健康格差対策につながると感じています。

今日の話題は健康格差です。まず健康格差とは何かについて確認します。「健康格差とは、社会的な背景が異なるグループ間の健康状態の違いのこと」と、ここではします<sup>1</sup>。所得や資産、教育歴、職業や職位など、いろいろな背景による格差があります。健康格差という言葉には通常、その格差は社会的に問題であるという価値判断が含まれていると思ったほうがいいでしょう。

健康日本 21(第2次)でも、健康格差があるといっていて、これを是正しようという目標をたてています。地域間格差だけでなく、例えば高齢者の閉じこもりの格差もある。所得や学歴が低い人ほど閉じこもり、つまり週に1度も外出しない人が多いことが見て取れます。閉じこもりは高齢者保健で重視されている対策のターゲットです。閉じこもりはその後、要介護や死亡するリスクであることが知られています。

## 「閉じこもり高齢者」の割合

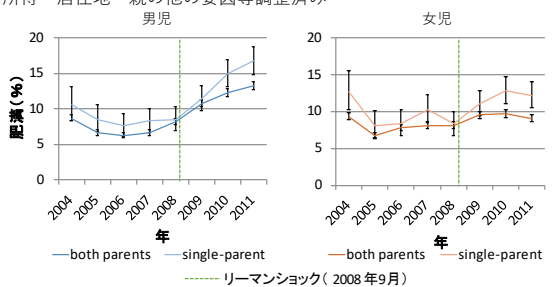
65歳以上の高齢者 n=32,891(平井・近藤, 2005)



今、新型コロナウイルスのパンデミックが起きていま

## 一人親世帯の子どもは肥満になりやすい リーマンショックで格差拡大が

肥満 (BMI>25相当) 割合の推移 21世紀新生児縦断調査  
所得・居住地・親の他の要因等調整済み

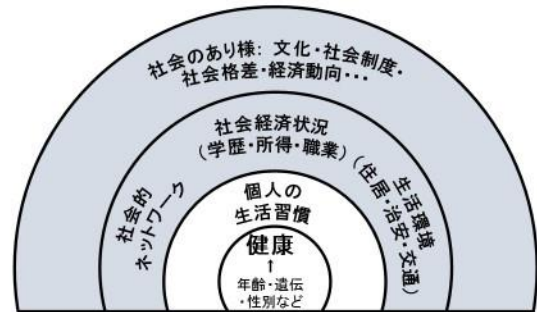


低所得世帯も同様にリスク増大(Ueda, Kondo, Fujiwara, 2015)

すが、危機は健康格差を広げるということは昔から知られています。私たちの過去の研究でも、2008年後半におこった経済危機リーマンショックの後一人親世帯の子どもがそれ以外の世帯の子どもにくらべて太りやすくなったという分析結果が得られています。景気低迷による物質的困窮や心理的なストレスによって、家族全体に余裕がなくなって、子どもの食生活が乱れたり、その他の色々なことがあったりして肥満になってしまうのかもしれない。

このように健康格差が存在することはほぼ明らかで、疑う余地はありません。図に示したように、健康というのは一人ひとりの生活習慣で決まる部分がありますが、その生活習慣自身が、本人を取り巻く社会的な環境——人のつながりや社会経済的な状況——そして住んでいる地域の環境の影響を受けます。さらに、景気動向やコロナのパンデミックなど、よりマクロな社会動向の影響を受けます。社会疫学では、このように健康は多重レベルの社会的な要因で決まるという見方をしています。

## 健康の社会的決定要因 (SDH) 健康は多重レベルの要因で決まる



近藤尚己. 健康格差対策の進め方: 効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.

## 2. 健康格差対策の考え方

健康日本 21 でも、最初の10年では、個人の主体的な健康づくりを支援しようということで、まずは個人の自覚にもとづく行動変容にフォーカスをあてた活動が進みました。ただそれがうまくいかなかったという反省のもとにできたのが、健康日本 21 の第2次です。その中に健康格差の縮小という目的が追加されました。

世界保健機関は健康の社会的決定要因への対応につい

## 世界保健機関： 健康格差対策3つの推奨事項

(WHO Commission on Social Determinants of Health最終報告書, 2008)

### 1. 生活環境の改善

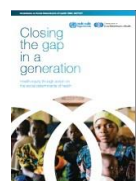
- ・ 「健康」の前にまず「環境」
- ・ 教育・労働・交通・休暇・・・

### 2. 連携の強化

- ・ 必要な資源を必要な人に真っ先に届けるために
- ・ 部門連携で効果的なケアの創成と提供を

### 3. 格差の視覚化と活動のアセスメント

- ・ 見える化
- ・ 対策の効果を予測して、改善
- ・ アセスメントを通じた合意形成



て、3つの推奨事項を示しています。非常によくまとまっていると思います。1つ目が生活環境の改善。「健康になりましょう」という教育、あるいは普及啓発活動をする前に、まずは環境を整えることを重視しています。環境とは何か。例えば教育、労働、交通、あるいは休暇のとり方などが挙げられます。これらは、医師も含めて私たち健康づくりの専門家では手が出せないところです。なので、2.「連携」が必要になります。多様なセクターとコラボしていくということです。そして、連携するには課題を客観的なデータで評価し、考案した対応の方法が本当に安全で効果的かを、データでアセスメントしていくことが必要です。そこで、3つ目、格差の視覚化と活動のアセスメントがあります。見える化して対策をする。アセスメント活動を通じて合意形成を進めるヘルスインプクトアセスメントを行うという事です。コミュニケーションが重要なところですね。

### 3. ヘルスコミュニケーションへの期待 1: アドボカシー

二

今日は、3つのお願いというか、ヘルスコミュニケーションの活動に期待することを述べたいと思います。

## 健康格差是正に向けた「環境デザイン」のために

### 1. Advocacy

- ・弱い立場の人々を代弁し、理解を促す
- ・自己責任論を台頭させない

### 2. Nudge

- ・自然と健康行動がとれる環境をつくる
- ・健康格差是正に資する取り組みに向けて人と組織を動かす
- ・弱い立場の人々のおかれた状況を理解しやすい環境をつくる

### 3. Community organizing

- ・コミュニティを、社会を「ワンチーム」にして、ゴールへ

まず、アドボカシー。社会的に弱い立場の人を代弁して、その方々の権利を守るために社会の認識を深める活動です。健康格差対策の時に問題となるのが、自己責任論だと思います。自分の健康は自分で守る。そういう面はあるかもしれませんが、守れないような環境、自分ではどうしようもない環境にいる人にこのメッセージを出してしまうと、その人は居場所を失ってしまいます。直接そのようなことを言わなくても、自己責任論的な認識や態度が出てしまうことはよくあります。2013年に麻生大臣が「食いたいだけ食べて飲みたいだけ飲んで糖尿病になって病院に入るやつの医療費を俺たちが払う、公平ではない、無性に腹が立つ」と述べました。長い言葉の一部を切り取ったものであり断定的な解釈をしてはいけません。自己責任論的で配慮が十分な言葉とは言えないと思います。まだまだ、さまざまな立場に置かれている方々への理解を深めるようにアドボカイトする必要があります。さきほど、リーマンショックで一人親

世帯の子どもが太りやすくなっていると言いましたが、小さな子どもにいくら「太らないように努力しろ」と言っても難しいでしょう。子どもに自己責任論を言う人は少ないと思います。大人だって、自己責任を強く言われてうれしい人はいません。言われても、おかれた社会環境によって行動できない人もたくさんいます。

### 4. ヘルスコミュニケーションへの期待 2: ナッジ

2つ目、ナッジです。おそらく今日はこの話を期待されて、私にお声かけいただいたのかなと思います。私は行動科学の研究者ではありませんが、健康格差対策への大きなヒントになると思い、早くからナッジに注目してきました。

### Nudge（行動経済学・心理社会学）の応用：人のリスク認知のクセ「認知バイアス」を逆手に取り、健康的な行動をとりたくなるように環境をデザインする

iNcentives	インセンティブ
Understand mapping	選択と結果の関係をわかりやすく見せる
Defaults	デフォルトオプションを望ましいものに
Give feedback	結果をフィードバック
Expect errors	ミスは起こると前提してデザイン
Structure complex choices	選択肢を整理して見せる・絞る

環境をデザインすることで  
これらを引き起こす (choice architecture)

17

自然と健康になれる環境をデザインしてほしい。そのための研究を進めていただきたいということです。健康格差是正に資するナッジをしてほしいのです。また、社会的に弱い立場に置かれた人の状況を多くの人が理解するために役立つ行動を起こすようなナッジの環境をデザインしてほしいです。ナッジは、肘でつつくとか、そつと後押しをする、という意味合いの言葉です。ナッジについては最近、保健分野でも認識が高まってきていますので、詳しい説明は不要だと思いますので、ごく簡単に。

私たち人間は2つの認知システムを持っていると言われています。1つは自動システム。無意識で制御はないけどすばやいものです。疲れて帰宅したとき、ケーキが机の上にあるのを見て無意識にそれを食べてしまう。そんな経験をした方もいると思います。もう1つは熟慮シ

### ヘルスコミュニケーションへの期待②

### Nudge：自然と健康になれる環境をデザインしてほしい

- ・自然と健康行動がとれる環境をつくる
- ・健康格差是正に資する取り組みに向けて人と組織を動かす
- ・弱い立場の人々のおかれた状況を理解しやすい環境をつくる



#### リスク認知にかかわる2つのシステム

プロスペクト理論 (Kahneman, 1979) など

認知システム	特徴	行動
自動システム (system 1)	制御なし・無意識	早い
熟慮システム (system 2)	制御されている・意識的	遅い

システム1は認知バイアスを生む：不合理な選択をする (例：空くじを買う)

#### 我々はどう選択しているか

ホモ・エコノミクス：合理的経済人 (エコノ)

- ・期待効用 (価値×確率) を常に最大化する
- ・手持ちの情報をすべて活用
- ・学習によってこのスキルを徐々に獲得

ホモ・サピエンス (ヒューマン)

われわれ：感情で動く 限定合理的

16

システム。しっかり合理的に考え選択をする。ケーキだ！…でもちょっと待って。昼にラーメンを食べたら今日はやめておこう、という理性に基づく判断と行動をすることです。

私たちの日々の選択のほとんどが自動システムで行われていると言われてます。ただ、直感的・経験的なので、ときにそれが確率的には損をする選択になることがあります。得をする選択と言いましたが、これは期待効用、確率的に得られる効用が最大になるように選択をするという事です。これが合理的経済人：ホモ・エコノミカスの行動です。手持ちの情報をすべて活用して、期待雇用を最大化する選択をします。ただしホモ・エコノミカスは架空のもので、実際には、私たちはホモ・サピエンス。常にそのようにふるまえるとは限りません。自動システムで動いてしまうため、ときに“不合理”な選択をします。その典型として、宝くじを買うというのがあります。確率的には必ず損をするのについて買ってしまう、あるいは、経済合理性は無視して、楽しみで買います。人間にはそのような特性があります。

ナッジはこれを活用して、つい気軽に行動を起こしたら、それがよい選択になりやすいように環境をデザインする、という考え方です。例えば、その行動へのインセンティブを与える。選択するとどのような結果が得られるかを明確にイメージできるように見せる。デフォルトオプション、つまり無意識に選択するものが一番望ましいものになるようにする。結果を即座にフィードバックする。こういったことを、環境をデザインすることで工夫していくのがナッジのポイントです。

関連するものとして、大阪大学の松村先生が「仕掛学」を提案しています。ナッジする物理的な仕掛けについて定義しています。つまり、誰も不利益をこうむらない「公平性」、行動が誘われる「誘因性」、そして仕掛ける側と仕掛けられる側の目的が異なる「目的の二重性」です。特に目的の二重性という定義がとてもわかりやすいと思います。例えばこの仕掛け。ゴミ箱のうえにバスケットゴールが付いています。ついゴミをシュートしたくなる。仕掛ける側はゴミをポイ捨てしてほしくない。仕掛けられる側はシュートして楽しみたいという意図があります。これを1つの者に組み込むと「仕掛け」になります。子

## 体験によるインセンティブ： スウェーデンのピアノ階段



ども向けの「シカケコンテスト」といった面白い活動もされているようです。発想が柔軟な子どもたちは良い仕掛けのアイデアを出してくれそうですね。これはピアノが階段になっているナッジ。つい階段を使いたくなる仕掛けです。

他にも、メキシコの地下鉄の入り口のスクワットマシンなんてものもあります。10回やると、地下鉄の1回乗車券が無料になるという金銭によるインセンティブです。

他にもたくさんナッジの仕組みはありますが、いずれも、理性ではなく「感性に働きかける」というものと言えるでしょう。ナッジはすでに多くの企業がマーケティング戦略として行っています。厚生労働省がポテトチップスのパッケージの裏に成分表示を指示して「よく考えて選択しなさい」と理性に働きかけているのに対し、カルビーは「今だけ20%増量」というような金銭的インセンティブを働かせたり、損失回避バイアスを使って、買わないと損だ、と思わせたりすることで、つい何袋も手にするような戦略をとっています。私の恩師であるハーバード大学の社会疫学者イチロー・カワチ先生に言わせれば「私たちには勝ち目が無い」わけです。

## 企業の戦略に学ぶ

カルビー(ナッジ) VS 厚労省(成分表示)

脳への働きかけは・・・



厚労省に勝ち目なし! ?

ではどうすれば良いのか。ぜひ企業の戦略に学び、真似してみることで、そして時には一緒にやってみたらいいと思います。

例えば東京都の足立区がおこなったキャンペーンがあります。足立区は健康格差対策を非常に積極的に、戦略的にやっている自治体です。区内の800店の飲食店など

感性に訴える「お得感」戦略は健康格差対策になるか？  
足立区の食育月間のキャンペーン



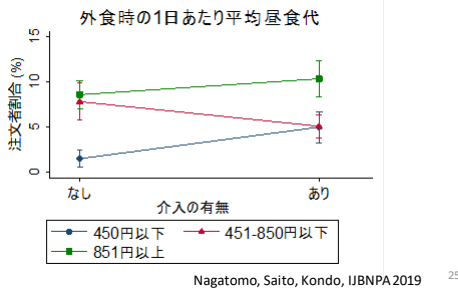
と連携をとり、野菜たっぷりメニューや野菜から食べるメニューを提供してもらっています。ある年、その協力店でそれらの野菜メニューを食べると「もれなく 50 円引き！」というキャンペーンを行いました。共同研究としてその効果評価をさせてもらいました。

たった 50 円ですので、割り引いてもレギュラーメニューよりも安くなるとは限りません。そうであれば、もし野菜に全く関心がなければ、実際は割高になってしまうことになります。それでも「いまだけお得」という情報で自動システムが優位になり、つい頼んでしまう。食べてみたら、野菜メニューも結構おいしいな、と気づく。そんなことが期待できるかもしれません。

評価の結果、キャンペーン中、野菜増量メニューの購入者は 1.3 倍。店も、50 円余計に払ったとしても一日当たり平均 1 万 5000 円近く売上が伸びていました。更に所得の代用変数として普段の昼ごはん代を聞いたところ、昼ご飯代が最も少ないグループは、キャンペーン前は野菜たっぷりメニューを最もオーダーしないグループだったのですが、キャンペーン中はオーダーが増え、その増加率が最も高いグループでした。

結果

- キャンペーン中、野菜増量メニュー注文者は、3倍に
- 1日あたりの店舗売り上げは平均14,820円上昇（割引を店舗負担として推計）
- 普段の昼食代（収入の代用変数）が低い人。非正規雇用者ほど野菜増量メニュー



このように、食選択についてナッジすることで、健康格差の是正に貢献できるかもしれません。その際に大事なのは、健康とする価値を受け取ってもらう、健康サービスを売る、その為の「マーケティングをする」というスタンスです。釈迦に説法かもしれませんが、マーケティングにおいては、needs ではなくて wants、顧客が何を

望んでいるかを把握してその方々にターゲットを絞って製品やその届け方をデザインします。

現在文部科研の課題として、公衆衛生におけるマーケティングのあり方を整理しています。例えば、ごく単純に言えば、ビジネスのマーケティングにおけるゴールは、質の良いサービスをつくりその利用量が増え売りが上がることです。公衆衛生ではさらに公平性が大切になります。

「健康」を“売る”マーケティングを

- 顧客の利益・関心 (wants) を把握
- 顧客の類別化とターゲティング
- マーケティング・ミックスの 4 P・4 C

Product・consumer	製品・サービス・品質・デザイン・ブランド/顧客の価値
Price・customer cost	価格・割引・支払い法/顧客が払うコスト
Promotion・communication	販促・宣伝法/コミュニケーション
Place・convenience	流通・チャンネル・立地・在庫/利便性

× 総花的な対策  
 ○ ターゲットを絞り資源を有効活用  
 ○ ターゲットの wants を探り、どうやったら顧客が行動を起こしてくれるかを考え・実行する

5. ヘルスコミュニケーションへの期待 3: コミュニティの組織化

最後の期待は community organizing (コミュニティの組織化) です。コミュニティを、社会を、「ワンチームでゴールに」向かわせる。そのためのコミュニケーションのあり方の研究に期待します。ミンクラーによれば、community organizing は「コミュニティの中の組織同士が共通の課題を特定し、資源を用いて、戦略的に活動続けるために助け合うプロセス」です。コラボして、みんなでゴールに向かいましょうということです。関連する概念にソーシャル・キャピタルがあります。一人や一つの組織でできることは限られています。しかし、ほかの人や組織とつながれば、使える資源が相乗的に増えるという考えです。community organizing は組織や人同士を有機的に結びつけ、より多く、より早くゴールを達成させることを目指しているといえます。その好事例が日本が進める「地域包括ケア」だと思います。地域包括ケアは高齢者に適切なケアを届けるための community organizing の取組といえます。住み慣れた町で最後まで安寧に過ごすために、多様な組織が、公的・私的なものも含めて、連携しあってケアを届けます。それを発展させ、高齢者に限らず、またケアを一方的に届けるのではなく、互いが助け合う形で「共生」するための community organizing をしましょう、としたのが、今年 6 月には法的根拠が示された地域共生社会の概念と理解しています。お互いに助け合って一緒に生きていくまちをつくっていくということです。

私は、日本老年学的評価研究：JAGES（ジェイジス）

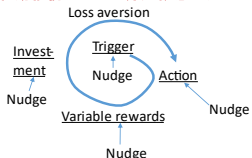
健康格差是正に向けた新しい「公衆衛生マーケティング」理論の確立に向けて (文部科研基礎A, 2018-2022)

健康格差対策における Marketing Mix  
 Product: 行動実容ステージごとに適したサービス  
 Price: ターゲットの支払い能力へ対応  
 Place: アクセスコストの低減  
 Promotion: 効果持続のための工夫

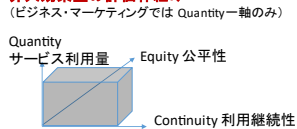
開発・普及フローの相違



行動継続のための介入概念モデル



介入効果量の評価枠組み



という研究チームのコアメンバーの一人です。リーダーは千葉大学の近藤克則教授です。JAGESの研究フィールドをつかい、ある疑似実験をしてみました。JAGESでは3年ごとに自治体に住んでいる高齢者に対してアンケート調査をおこなっています。その集計結果を自治体に返して自治体は介護保険事業計画をつくるためのデータとして用いています。

さらに力のある自治体では、そのデータを活用してcommunity organizingを進めています。長崎県松浦市では、「買い物ができない、かつ独居」の人の割合を地区ごとにレーダーチャートにして、住民との地区懇談会で示しました。各地区の住民とデータを共有して、一緒に課題を考え、共に活動しようというものです。ある地区では、データを見て、これはまずいと立ち上がりまして、「お寄りませ」という会食つきのサロン（通いの場）を自主的に立ち上げました。人が集まったおかげで、これまで過疎化してなくなった移動販売車も来てくれるようになりました。そのおかげで孤立の問題や買い物ができないという問題が解決されました。こうしたコミュニケーションをうまく進めることも大事とおもいます。

問題は、こういった活動をどうスケールアップするかです。例えば、先ほど示した、世界保健機関が掲げる環境改善・連携・見える化という推奨事項を自治体で進めると本当に住民の健康が底上げされ、その社会経済的な格差は正が達成されるのでしょうか。JAGESのフィールドで、それを準実験手法で検証しました。コミュニティの組織化を積極的に支援する16自治体と、対照群として地域診断データのみ提供した自治体に分けました。支援する自治体にはデータを渡すだけでなく、データを使った介入頻度が高い地区の選定や、介入効果評価のアドバイスなどを、コーチング理論などを参考にしてやりました。年3回くらい、訪問して地域ケア推進会議のようなところでお話をしたり、準備のために、自治体のスタッフと一緒に考えたりしました。



例えば熊本県の御船町は成功事例の一つです。2013年に高齢化対策に関する多部門連携を進める「地域包括ケア推進会議」というものを立ち上げ、運営し、私たちがそれをバックアップしました。会議には、総務や税務、農村振興など、健康に関係のあるところ・ないところを含めた様々なスタッフが集まって、まちの高齢化についてデータをもとに考えました。会議では、一緒にできる

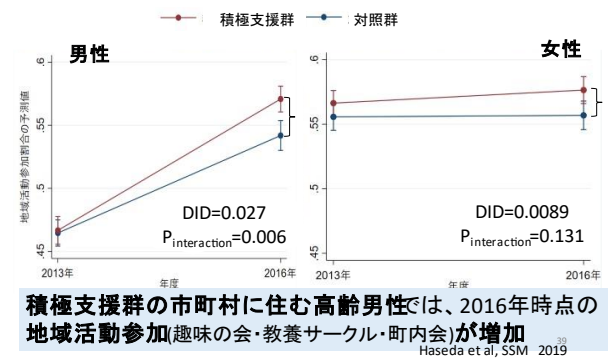
ことは何かを検討したり、同じようなことをダブってやったりしてないかが確認されました。私たちから、ぜひやってみましょうと答えを出すような提案はせずに、答えが自然と出てくるようなコーチングをしました。

例えば、高齢化率が50%を超える水越地区で、松浦市がやったような地区懇談会を行いました。自治体のスタッフは、データ共有して、何をしようかを相談して、住人さんから声を上げるのをじっと待ちました。地区の住民がつくる「水越地区活性化協議会」の方々が立ち上がり、これまで運営してきたサロンには来ないような、閉じこりもがちな方々も来なくなる新しいサロンをつくらう、という話になりました。廃校になった小学校、懐かしの校舎を使って、会食つきの学校タイプのサロン「ほたるの学校」が始まりました。これはとても盛り上がり、今も継続してまして「数年間顔を見なかったひとり暮らしの方が来てくれた」といったエピソードも聞いています。

御船町はうまく行った事例ですが、本当に全国の多様な自治体でも効果が期待できるか。これを検証しないとイケないと思います。そこで、まず3年間追跡して実証しました。その結果、まず、保健師のソーシャル・キャピタルが増え、医療福祉以外の行政外のつながりが増えました。地域の役員さんとのつながりも、相対的に増えました。

住民の健康には効果があったか。まず、通いの場になかなか来てくれない、保健師さんの悩みの種である、男性高齢者の参加が増えたことが観察されました<sup>2)</sup>。

## 住民の地域活動参加割合の経年変化



さらに、死亡率も男性では介入の自治体で下がっていることもわかりました。もともと頑張っている自治体が積極支援群に選ばれたのではないかという選択バイアスの影響を懸念する方がいるかと思いますが、積極支援群への選ばれやすさについては、傾向スコア法でできるだけ調整し、ベースラインの自治体のバランスはとれていることは確認しています。さらに、所得水準別に評価しても、高所得者層・低所得者層、ともに同じように社会参加の増加と死亡率の減少が見られました。

自治体に対して都道府県なり研究者なりが支援に入るときもマーケティングの考え方が大事です。それを踏まえたコミュニケーションの在り方があると思います。自

治体によって、needs も違うが、担当者が今どんな wants を持っているかを把握することが大切です。自治体職員も人間なので、wants に応えるようなコミュニケーションをすることで、今までよりも活動がしやすくなると思います。特に健康格差対策はカタイ感じがするのでやりづらいんです。そこをいかにナッジするか。ナッジの対象は住民だけでなく、組織の方々も、です。

## 市町村支援のマーケティング・ミックス： 市町村職員の目線で！

マーケティングミックスの要素	市町村支援における対応	工夫
Product/ consumer	支援の内容：市町村（職員）が得る価値	市町村職員にとって魅力的な支援提案（例：シンプル・成果が見えやすい・楽しい・わかりやすい・・・）・ブランドイメージ
Price/ customer cost	支援を受けるに必要な市町村（職員）のコスト	支援の内容に見合うコスト（対応に必要な費用・時間・人数）を提案する
Promotion/ communication	支援やその効果を普及・継続させるための工夫・宣伝	支援の声かけ・伴走方法・支援を求める市町村の募集方法（広く呼び掛ける場合）
Place/ convenience	支援の実施場所が便利か	支援を受けやすい場所・時間・頻度などを検討

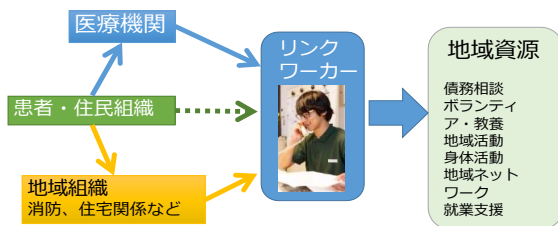
42

## 6. 社会的処方 social prescribing

患者ケアにまつわるコミュニティの組織化の取組として注目しているものに「社会的処方」があります<sup>3,4</sup>。地域共生社会づくりを進めるための医療と地域福祉の連携の取組です。話の冒頭に「せっかく直した患者さんをなぜ病気にした環境に戻すのか」と言う言葉を紹介しました。患者さんが来て、この人は生活が苦しくて治療どころではないと思っても、医者としては「薬を飲んでね」とか、「運動してくださいね」と言うくらいしかできないことが多い。医療にやれることは実はそんなに多くない。患者さんが地域で共生できる環境をつくるためには、地域だけでなく、医療従事者、医療機関をエンパワーする必要があります。英国では、そのような活動を social prescribing と呼び、NHS が普及を進めているようです。ごく大雑把に言いますと、リンクワーカーという役割のスタッフが生活上の課題を抱える患者と面談して、信頼関係をつくりながら、地域の資源につなげていく、といった取り組みです。

### 医療と福祉の更なる連携に向けて： 社会的処方 social prescribing

貧困や孤立を発見、「診断”して、地域資源を”処方”する



**予防：**治療効果改善・重症化予防・不必要な医療サービス利用是正  
**共生：**地域コミュニティの組織化・疾病への理解・対応力強化

Mackenzie G, 2017: Healthy London Partnership 翻訳・一部改変

日本でも手弁当で頑張っている医療機関はあります。

そこで、日本でも、それをスケールアップするための政策のあり方について検討がすすめられています。今年の政府の骨太方針では欄外で紹介されました。

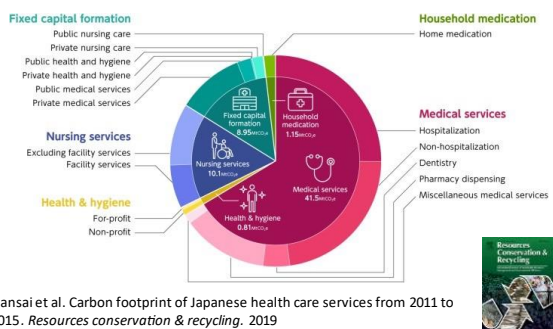
大切なのは、患者さんを地域の活動につなげようにも、資源が十分でなければ受け皿が足りず、効果的な“処方箋”が見つからないという点です。コミュニティの組織化を進め、一緒につくっていくことが必要になってくるのだと思います。

例えば、生活保護の受給者への健康管理支援が令和3年から全国が始まります。頻回受診対策が計画にあがっています。頻回受診の人をデータから見つけ出して個別に「頻回受診しないように」などとシンプルに指導してしまえば、かえって逆効果になってしまうでしょう。私たちの分析によれば、頻回受診をされた経験のある方は、一人暮らしや外国籍、そして就労していない人に多い<sup>5</sup>。地域で孤立して、相談相手がいないから、無料で相談できる医療機関に行ってしまうのかもしれませんが。社会的処方の活動を進め生活に寄り添う支援を行う事で、医療機関の負担も、患者の負担も減るかもしれません。

## 7. 省庁をまたぐコミュニケーションでパブリックヘル

### 予防は“地球の健康”にもよい可能性

医療サービス関連の活動で、保健医療全体による二酸化炭素排出量の半分を占める廃棄された処方箋関連の二酸化炭素排出量は大きい



Nansai et al. Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. Resources conservation & recycling, 2019

### スを変える

最後に、強調したい提案をします。今日はこれまで、自治体など、小さな地域の中での連携の話をしました。公正で健康な社会づくりのためにはより大きなレベルでの連携が必要です。どういう連携が必要でしょうか。

### 保健医療・社会保障だけでなく他の分野とともにWin-winを目指す

- 組織連携すれば、双方の資源を互いに活用できる
- 全体での効果 (collective impact) の最大化をねらう



<例：国民の身体活動を増やす取り組み>

#### ・厚労省のみでできること

- 情報提供による理性的行動の誘発：「運動不足は脳卒中のリスクです」
- 二次予防事業：特定健診・特定保健指導

#### ・他省庁・民間団体との連携でできること

- オリパラを活用したスポーツ普及・関連市場の拡大（文部科学省）
- 自転車利用推進（国土交通省・警察）

46

SDGs(エスディーゼーズ)の話ははずせません。SDGsの推進において、私たち保健医療に携わるものはどう振るまうべきでしょうか。

広く省庁を超えた連携を意識することで、私たち保健医療セクターもエンパワーされ、取組の幅が広がります。例えば、国民の身体活動を増やす取組みを考えましょう。厚生労働省だけでやろうとすると、情報提供による理性的行動の誘発、つまり、「メタボは危険です!」といった啓発とか、二次予防事業として特定健診や指導などを行う事になります。一方、他の組織と連携すればより多くのことができます。

健康の社会的決定要因の概念を踏まえると、他省庁の活動のほうが根本的で大きな影響力を持つ保健活動になり得る場合もあります。例えばオリパラです。スポーツ人口が増える、それによって健康な人が増えます。自転車利用の推進もよい事例です。国土交通省が今推進しています。これらとうまく連携すれば、厚生労働省の予算を使わずに人々を健康にできます。財政上も有利です。省庁間のつながりが、資源になる。ソーシャル・キャピタルの考え方です。

コペンハーゲン自転車天国の街として有名です。自転車用ハイウェイがあったり、グリーンウェイという、20キロで走行すると赤信号にかからないように調整されている信号システムがあるなど、自転車天国。自転車が好きな私にはとてもうらやましい都市です。ある推計ではヨーロッパ167カ国がコペンハーゲン並の自転車促進をしたら、1万人死亡が減るとしています<sup>6</sup>。省庁連携で自転車利用を推進すると、健康にも効果があり、渋滞緩和、大気汚染減少など、多くの省庁同士がWin-Winになれる取組みとなるでしょう。健康だけでなく、多様な側面のトータルな価値、すなわちコレクティブ・インパクトを最大化するような活動を戦略的に進めていくことがSDGsに求められています。そのためのコミュニケーションが求められているのではないのでしょうか。

## 自転車の活用促進で得られる省庁横断的な効果

- ・健康推進（厚生労働省）
- ・渋滞緩和（国土交通省）
- ・大気汚染減少（環境省）
- ・産業育成（経済産業省）
- ・サイクルスポーツ振興（文部科学省）
- ・地方創生（内閣府）
- ・社会保障費削減？（財務省）



49

「健康」は他省庁にもウリになります。例えば環境省。国立環境研究所の南齋先生たちとの推計によれば、医療技術を広げるよりも、疾病の予防活動をしたほうが二酸化炭素排出量を減らせます。保健医療に関する産業による二酸化炭素排出量の総量のうち、医療で占めるのが6

～7割。予防活動はわずかです<sup>7</sup>。予防が増えれば、二酸化炭素も減り、「地球の健康」にも良いことになります。

大事なのは、「保健医療セクターにできることは多くない」と思ったほうが良いということです。健康づくりは他のセクターに任せる。そういっても過言ではないと思います。組織レベルの協調行動を起こすためのナッジがこれからも求められていると思います。

足立区はガバメントからガバナンスへの変換を区全体でやっているそうです。それまでは、多くの自治体同様、区が委託をして、受託業者がそれぞれ独立で事業を進めてきた。いわば一方通行の「ガバメント」体制でした。今は「協創プラットフォーム」を作って、計画段階から多様な組織が「ガバナンス」体制をつくり、それぞれの得意技をうまく連携させて、コレクティブなインパクトの大きな政策を打ち出すことを目指しているようです。

まとめになります。まずはアドボカシー。ヘルスコミュニケーション学への期待として、自己責任論を払しょくするコミュニケーション法を開発してほしい。2つ目に、ナッジ。自然と健康に慣れる環境をデザインしてほしい。活動を評価するときは、所得別、地域別など社会属性別の効果を見ることで、格差を縮めるか広げるか、そういった視点での効果を見ることでできます。情報通信技術の活用、これはコミュニケーション上でも有益なナッジをしやすくする技術なので、どう活用すれば健康格差の是正につながるかも研究していただきたい。最後に、Community organizing。健康以外のセクターをやる気にさせ、健康かつそのセクターのメリットになる活動を進める。それが可能となるメッセージの出し方やコレクティブな活動がすすむコミュニケーション方法の研究です。民主的な合意形成の手続きを加速するための技術開発とその評価も有益でしょう。合意形成のためのデジタル技術の応用や、社会福祉分野での一層の連携もこれから大事になってくると思います。

連携を進める際、健康セクターは「一步引く」態度が大事だと思います。SDGs全体の中で健康づくりは一部でしかない。健康は幸福のための手段でしかない、と謙虚になって、立場を相対化して付き合っていくスタンスが求められると思います。みんなでどうやってよりよい社会をつくっていくか、という議論の中で、健康も是非、すこし考えていただく、というスタンスが大事だと思います。

## ヘルスコミュニケーション学への期待

1. **Advocacy**：自己責任論を払しょくするコミュニケーション法を開発してほしい
  - ・相互理解を促し健康の自己責任論を抑えるコミュニケーションの研究
2. **Nudge**：自然と健康になれる環境をデザインしてほしい
  - ・介入効果は集団ごとに評価&集団間の効果の格差を評価
  - ・情報通信技術の活用が健康格差是正に及ぼす効果の検証
  - ・それら新技術の適切な使い方、普及法の検討
3. **Community organizing**：社会をワンチームにするコミュニケーション法を開発してほしい
  - ・他セクターをやる気にさせる効果的なメッセージの出し方の研究
  - ・コレクティブな活動が進むコミュニケーションの研究
  - ・民主的合意形成の手続きを加速するための技術開発とその評価
  - ・社会福祉分野の共同研究推進
  - ・「Health」の戦略的な相対化→ HiAP (Health in all policies)2.0：保健セクターはSDGs推進におけるservant leaderへ

53



ます。ご清聴ありがとうございました。

## 研究資金

本講演の内容は次の研究助成金を受けて進めた研究事業の成果を含みます：JSPS 挑戦的研究（萌芽）生活保護受給者の健康管理支援優先度導出システムの開発と利用による効果の実証分析（20K20774）・厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）生活習慣及び社会生活等が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究・厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健康日本 21（第二次）の総合的評価と時期健康づくり運動に向けた研究（代表：辻一郎）・JSPS 基盤研究（A）健康格差是正にむけた新しい公衆衛生マーケティング理論の構築と実践モデルの効果検証（18H04071）・AMED「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」。

## 利益相反自己申告

なし

## 引用文献

1. 近藤尚己. 健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.
2. Haseda M, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Effectiveness of community organizing interventions on social activities among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Soc Sci Med.* 2019 Nov;240:112527.
3. 西岡大輔, 近藤尚己. 社会的処方事例と効果に関する文献レビュー. *医療と社会.* 2020;29(4):527-44.
4. 西岡大輔, 近藤尚己. 医療機関における患者の社会的リスクへの対応：social prescribing の動向を参考にした課題整理（特別寄稿）. *医療経済研究.* 2018 2018/12/14:5-19.
5. Nishioka D, Ueno K, Kondo N. Frequent outpatient attendance among people on the governmental welfare program in Japan: assessing both patient and supplier characteristics. *BMJ Open.* in press.
6. Mueller N, Rojas-Rueda D, Salmon M, Martinez D, Ambros A, Brand C, et al. Health impact assessment of cycling network expansions in European cities. *Prev Med.* 2018 2018/04/01;109:62-70.
7. Nansai K, Fry J, Malik A, Takayanagi W, Kondo N. Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. *Resources, Conservation and Recycling.* 2020;152:104525.

**\*責任著者 Corresponding author : Naoki Kondo, e-mail: naoki-kondo@umin.ac.jp**