

特別
寄稿

エビデンス明らかになる「健康づくりの場」のメリット

「憩いのサロン」創設の武豊 社会環境整備に

「健康づくりの場」が健康状態にもたらすメリットが明らかになりつつある。「健康政策」にはハイリスク者を対象とする「ハイリスク・アプローチ」と、正常者も広く対象とする「ポピュレーション・アプローチ」があり、前者は2次予防、後者は1次予防に入る。これまで、特定健診・保健指導等、2次予防に重点が置かれてきたが、期待通りの効果が得られなかったことから、1次予防への注目が高まっている。健康相談会の実施などを奨励した健康サポート薬局は、そういった政策の潮流を示す一例といえる。

予防医学の研究で政策にも影響を持つ千葉大学大学院医学研究院教授の近藤克則氏と同大学院博士課程の柳奈津代氏に、これまでの経緯と今後の展望についてご寄稿いただいた。(本誌編集部)

地域のソーシャル・キャピタルと一次予防——薬局でできること

「健康サポート薬局」制度がスタートし、薬局は「地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する役割」を期待されるようになった。「健康日本21(第2次)」(2013年度～)においても、地域の健康課題を解決するための拠点とさ

れ、薬剤師も健康増進を担う専門職として再認識された。

そこで本稿では、まず「健康日本21」見直しの動向を確認し、新しく掲げられた「健康格差の縮小」と「社会環境の改善」を説明し、それらの事例とポピュレーション・アプローチによる一次予防のエビデンスを紹介する。最後に薬局における取り組みの可能性と事例を報告する。

～)では、生活習慣に着目して取り組んだものの、芳しい成果が得られなかった。健康教育と早期発見・早期治療である二次予防偏重では期待通りの効果が上がらなかったのである。

■2つの理由——1)健康格差

健康格差とは、教育歴、所得、職位などの社会経済的要因や地域の違いによる集団間の健康状態の差である。教育年数が短い層や低所得者層で、健康状態が悪く、健診を受けず早期発見できない傾向にあることが明らかになった。WHOも「健康の社会的決定要因への働きかけを通じた健康格差の縮小」という総会決議を挙げた。

■2つの理由——2)ハイリスク・アプローチの限界

スクリーニングされたハイリスク者を対象にするハイリスク・アプローチは、特定健診・保健指導等で用いられている。しかし、それが有効なのは、4条件——①リスクが比較的少数者に限定、②診断法の確立、③長期的に有効な治療法の確立、④条件②と③がほとんどの人に提供可能——を満たす場合であり、特定健診では条件①③④を満たしていなかったこと

町では要介護認定率が半減 シフトする政策の潮流

柳 奈津代(千葉大学大学院医学研究院博士課程、かめや薬局)

近藤 克則(千葉大学大学院医学研究院教授、国立長寿医療研究センター 老年学評価研究部長)

が、うまくいかなかった理由である。

それに対するポピュレーション・アプローチでは、リスク者も正常者も含む集団全体の分布を良い方向に移動させる戦略である。例えば、たばこを手に入れやすい環境で禁煙教育をしても効果は小さく、健康に良い行動をとりやすい支援的環境も重要である。そこで「健康日本21(第2次)」では、生活習慣対策だけでなく、「社会環境の質向上」によって健康格差の縮小を目指す方向が示された。

■「社会環境の質向上」の例

社会環境は、ミクロレベルの家庭、マクロレベルの国や社会、中間のメゾレベルの職場や地域に分けることができる。たばこの例でいえば、ミクロレベルでは自宅内、

メゾ、マクロレベルでは公共空間を禁煙にし、広告を規制し、たばこの値段を上げるといった介入策がある。環境を変えることによって、その中で暮らす人々が健康に良い行動を選択してしまうような状況をつくり出すことが重要である。

そのような介入策のためには、不健康な生活習慣という「原因」だけに着目しないで、「原因の原因」に当たる環境に着目する必要がある。不健康な生活習慣をもたらしているのは、低教育歴、低所得や、医療へのアクセスの悪さ、健康的な食物が買いにくいといった不健康な環境にも原因がある。変えやすいのは、遺伝子や生活習慣など生物学的要因ではなく、社会経済的環境である。

冠動脈疾患、脳卒中、転倒、うつ状態等になりやすい健康格差が明らかにされてきた。日本の65歳以上の要介護認定を受けていない方10万人超を対象とした日本老年学的評価研究(JAGES)でも、男性の肥満による死亡リスクは低所得者で約2倍高く、うつ割合には市町村間で1.7倍の地域差がある、などの結果が得られた。

■社会環境としての「ソーシャル・キャピタル」

健康格差の縮小のための社会環境の1つとして「ソーシャル・キャピタル」が着目されている。公衆衛生の領域では、「ネットワークやグループの一員である結果として個人がアクセスできる資源」と定義され、「居住地域での助け合いといった地域のつながり」から生み出される「絆の力」とも表現される。

■横断研究——地域相関研究と個人レベルの研究

JAGES2010(31市町村、約10万人)のデータの一部を用いた地域相関分析によると、趣味の会に参

▶「趣味の会」に入った高齢者ほどメンタルヘルスの状態が良い

2. 環境介入型ポピュレーション・アプローチによる一次予防のエビデンス

■健康格差の事例

WHOや国内外の研究によって、社会経済的に不利な集団ほど、

▶ハイリスク・アプローチの限界

1. 健康日本21見直しの動向

「健康日本21(第1次)」(2000年

加している高齢者が多い市町村ほど、メンタルヘルスが良い。過去1年間の転倒割合を小学校区別に集計すると、前期高齢者に限定しても、約4倍「転びやすい町」があることも分かった。スポーツの会に週1回以上参加している人の割合が1割未満に比べて、3割を超えるところでは転倒経験者がおよそ半分であった。スポーツの会に参加したい人がいても、地域になければ参加できない。スポーツ

への関心が高い個人が多いというだけでなく、スポーツの会が身近に多く、参加しやすいという地域の特徴があり、ソーシャル・キャピタルの豊かさの違いと捉えることができる。

さらに、欠損値のない約9万人を対象にした個人レベルの解析でも、週1回以上スポーツの会に参加している人では、参加していない人より転倒が18%少ないことも確認できた。

地域介入研究が必要である。

そこで愛知県武豊町において、介護予防施策として、高齢者が集い、楽しみ、交流できる「憩いのサロン」を開設し評価研究を進めてきた。社会環境への介入によるポピュレーション・アプローチである。

町中の高齢者が徒歩で参加できるよう多拠点を整備し、自治体が支援を行いながら、ボランティアが運営している。多彩なプログラムのインストラクター役も地域のボランティアである。

1割を超す高齢者が参加するようになり、調べると教育年数の短い人や所得の低い人たちでむしろ参加割合が高く、厚生労働省の基本チェックリストで虚弱と判定される人たちが2割以上を占めていた。健康に保護効果がある社会的サポートや健康情報の授受の場となっており、新たにスポーツの会などの参加を始めた者も非参加群より参加群が多かった。

参加者と非参加者のサロン開設前の健康状態の偏りを極力低減させて純粋なサロン参加の効果のみを検証可能な手法を用いて解析したところ、サロン参加群において8カ月後の主観的健康感の改善が非参加群に比べ2.5倍多く、5年間の要介護認定率もおよそ半分に抑制されていた。

社会環境の豊かさが健康状態に関連

■縦断研究——地域相関研究と個人レベルの研究

先の結果は、スポーツの会への参加率が低いから転倒が多いのか、逆に転倒が多いからスポーツの会に参加する者が少ないのか、どちらだろうか。後者の「逆の因果関係」を取り除くには、時間的に先行する参加の有無を調べ、その後起きる不健康状態を追跡する縦断研究が必要である。すると趣味やスポーツの会に参加している人が多い市町村ほど要介護認定率が低いという地域相関がみられた。

個人レベルでも、4年間追跡した結果、スポーツや趣味、ボランティアの会など参加している地域組織の種類の数が増えるにつれて、参加していない人に比べ、要介護認定の新規発生確率は低くなっていた。地域におけるソーシャル・キャピタルの豊かさが健康状態より時間的に先行しているのである。

■なぜソーシャル・キャピタルが健康格差の縮小や健康につながるのか

ソーシャル・キャピタルが豊か

な地域では、禁煙や運動をしている人の話など健康に良い情報を得る機会が多く、好ましい健康行動をとりやすくなる。お互いの信頼感が高く、心理・社会的ストレスが減り精神衛生上良い。公園整備などの要望が行政に多く届けられ、実現する機会が増える、などの経路が裏付けられてきている。

■地域介入研究

ソーシャル・キャピタルの豊かな地域や人ほど、その後の健康状態がよいという時間的前後関係や経路のエビデンスが示されてきた。しかし、政策や実践に応用するには、意図的に豊かにできるのか、副作用よりメリットの方が十分に大きいかな等を実際に確かめる

地域資源として期待高まる薬局の存在

3. 薬局における取り組みの可能性

病院や薬局などを拠点にヘルスプロモーションに取り組む国際的組織の日本支部J-HPH (Japan Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) が

2015年に設立された。健康の社会的経済的決定要因を重視して、患者・スタッフ・地域住民へのヘルスプロモーションをコミュニティなどと連携しながら行っている。

薬局でも可能な取り組みを、医療と非医療的なものに分けて表に

薬局・ドラッグストアで提供できる資源

	専門的(医療)	非専門的(非医療)
知識	医療、薬の知識 予防接種勧奨 栄養、運動等の健康関連知識	非医療知識 地域の情報 子育て経験等
設備	投薬カウンター、相談窓口 血圧計、体脂肪計、握力計等	授乳設備、おむつ交換台 本、雑誌、絵本、おもちゃ
スペース	投薬待合スペース、感染症予防スペース、 車いすスペース	子どもが待つキッズスペース
活用例	血圧等の測定、健康教室等 (講師は専門家)	地域住民の交流の場 (講師は住民)
サポート	患者さんの状況把握 情動的サポート(医療的な相談)	情緒的サポート(話をきく) 手段的サポート(子どもをみる)
ネットワーク	医療機関との連携(フィードバック、受診 勧奨) 地域包括ケアシステム(在宅、介護予防) ゲートキーパーの役割(認知症、自殺、虐待等)	こども110番 高齢者見守り 子育てネットワーク
購入できる商品	医薬品(処方薬、OTC薬)健康食品、衛生 用品等	一般食品、離乳食 日用雑貨等
アクセス可能な集団	ふだん健康診断を受診しない人も含まれる	健康に無関心、医療機関を受診しない人も含まれる

示した。医療の専門知識を生かした生活習慣などに関する情報提供では、薬局に入店しない人たちでも健康情報を得られるよう外から見える掲示板を工夫することなども、環境介入型ポピュレーション・アプローチといえるだろう。高齢者や喘息患者などハイリスクな人への予防接種勧奨、血圧測定、医薬品の提供などもある。医療相談に応じる中で、その地域に多い健康課題もみつかるともみつかるとも。

非専門的な資源としては、住民や患者さん同士の情報交換・交流の場としてスペースを提供すること、地域の高齢者の見守り、子育て支援なども考えられる。ドラッグストアの中には、地域住民を対

象にした茶話会を店内で開催する例があり、薬剤師による健康の話やレクリエーションだけでなく、住民が趣味や特技を生かして講師役を務めることもある。

医療機関ではアクセスしにくい集団にアプローチできる可能性もある。健康に関心が低く、健診を受ける余裕のない集団に健診ではアプローチできない。一般に、社会階層が低い人たちの健診受診率は低く、医療機関への受診抑制も見られる。一方、薬局には、医療機関への受診を控えた人も来局するなど、社会的階層が低く、困難を抱えたハイリスクの人たちにもアプローチしやすい場であるといえる。

いずれも薬局が持つソーシャル・キャピタル(資源)を活用する例であり、地域の人々からみた敷居の低さ、地域へのヘルスプロモーションの進めやすさの点で、病院・診療所よりも優れている面もある。

まとめ

健康サポート薬局は「地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する役割」を担う拠点である。今後、個人の社会的背景を考慮しつつ良好な地域社会環境の構築に寄与することが期待されている。

引用文献

近藤克則:健康格差社会への処方箋 医学書院, 2017