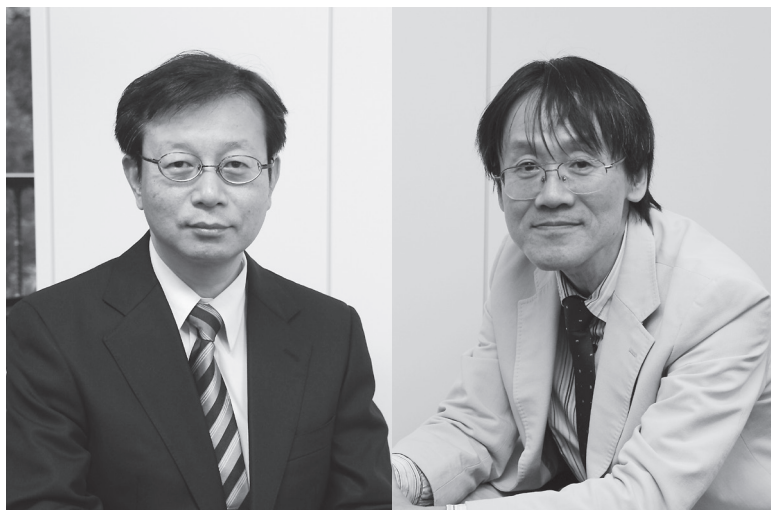


特 集

健 康



日本福祉大学
社会福祉学部 教授

桜美林大学大学院
老年学研究科 教授

近藤 克則 **杉澤 秀博**

対
談

健康と社会

「健康」の社会的側面への注目

近藤 「健康」の概念は、狭い意味でとらえると医学的な問題であり、医療職の専売特許です。しかし最近ではさまざまな理由で、「健康」の社会的側面が注目されていますね。

杉澤 最近といっても、日本ではおそらく10年くらいでしょうか。

近藤先生が高齢者を対象に、身体や心理、社会など多面的な視点から実証的な老年学的研究を行うAGES（愛知老年学的評価研究）プロジェクトを立ち上げたのは、いつごろですか。

近藤 まず1999年度に、愛知県の2つの自治体でスタートしました。2003年に、調査対象を15自治体に広げ、その結果を「検証『健康格差社会』——介護予防に向けた社会疫学的大規模調査」(医学書院、2007)にまとめました。

杉澤 そのころから日本では、社会的にも研究者側からも、「健康」の社会的側面が注目されるようになりました。その理由は、まず欧米、特にイギリスで研究が始まり、それを受けて日本の研究者が導入したのかなと思います。

近藤先生は、どうお考えですか。

近藤 イギリスでは原則受診時無料のNHS（国民保健サービス）が導入され、健康格差は縮小すると期待されていました。しかし1998年に出たAcheson報告書で、健康格差はむしろ広がっていることがわかりました。これはイギリス社会に衝撃を与えました。WHO（世界保健機関）も、1998年にレポート「健康の社会的決定要因——ソリッドファクト」の初版を出しました。

もう一つは、国内の状況があります。貧困児童のいる世帯が増え続け、生活保護世帯数は2013年8月で159万世帯と過去最多を更新し、被雇用者を見ると、非正規雇用が4割近くを占めています。日本はかつて、「一億総中流」などと言われましたが、気がつけば先進7カ国のうちアメリカに次いで貧困率の高い国になっています。

このように2000年代になって社会構造が変化し、社会的な格差、経済的な格差拡大の実感が広がる中、「これでいいのだろうか」と危惧する研究

者や国民が増え、「健康」の社会的側面が注目されるようになったと思います。

杉澤 なるほど。

近藤 さらに、生活習慣病対策の強化を柱とした健康日本21が期待したほどうまくいかず、その原因や対策の論議が起きたのも大きいと思います。

日本では2000年から「健康日本21」（21世紀における国民健康づくり運動）を10年間実施しました。しかし、目標を達成できたのは10項目。改善どころか、悪化したのが9項目でした。「生活習慣の悪い人が不健康になる」とのエビデンス（科学的根拠）に基づき、「ならば生活習慣を変えればいい」と健康教育などを試みましたが、10年間で悪化している指標も少なくなかった。「健康行動」を教育だけで変えるのは難しい、対象者が「なぜお酒を飲まずにいられないのか」「なぜたばこに手を出すのか」といった背景にある社会格差や環境要因までを考えて対策するのが大事だと気づかれました。

そのことを謳ったWHOの2009年の総会決議を受けて、2012年に発表された「健康日本21（第2次）」では、目標に「健康格差の縮小」が掲げられ、そのために社会環境の改善を図ることが組み込まれました。

杉澤 格差論争といえば、経済学者・橘木俊詔先生の『日本の経済格差——所得と資産から考える』（岩波新書）が1998年に、社会学者・佐藤俊樹先生の『不平等社会日本——さよなら総中流』（中公新書）が2000年に大ヒットしました。健康の議論よりも、社会現象をどう見るかの議論が先行していた気がします。

近藤 確かに、そうですね。

杉澤 1980年にイギリス保健社会保障省（現・保健省）が、健康格差についてまとめた報告書「ブラック・レポート」を出しています。私は大学院時代、国立公衆衛生院（現・国立保健医療科学院）の西先生からこのレポートを紹介され、日本がモデルにした国が、あれほどの格差があるのかと衝撃を受けました。

そのころ、もうひとつ記憶に残っていることがあります。それは、大都市圏において、中年期の

死亡率の地域格差が極めて大きいのが明らかになったことです。特に、大阪では格差が大きく、平均寿命も国内で最下位となり、センセーショナルなレポートが日本でいくつか発表されました。

貧困層や生活保護層、ブルーカラー層の割合が高い、いわゆる社会階層の低い人が多い地域において、中年男性の死亡率の改善が遅れていました。あの頃から、こういった生態学的な研究が日本で蓄積されるようになりました。

なぜ健康に地域格差が生じるのか

杉澤 2012年2月に出された「健康日本21」のレポートは、近藤先生が研究されているテーマの「健康の社会格差」よりも、「地域格差」に重点を置いている印象でした。

近藤 私もそう感じましたが、あのレポートを受けて行動を起こすのは、自治体の方々です。行政の論理には、社会階層間の格差よりも地域間格差のほうが、乗りやすい。社会階層間の格差を取り上げるよりも「あなた方の自治体はまわりの自治体よりも不健康です」と言われた方が、保健師さんたちなど関係者のお尻に火がつけます。

杉澤 確かにそうですね。

近藤 健康格差にスポットが当たったようになって、研究に理解が得られるようになりました。私がAGESプロジェクトを始めたころは、「なぜ所得を聞くんだ」「学歴を聞くのは失礼だ」などのクレームや行政内部での反発も多く、調査させていただくのが大変でした。もちろん、こうした苦情はいまだにありますが、最近「これは国の政策です。格差を縮めるには、まず実態を見なければいけないのです」と説明すると、少なくとも行政職員は「国の政策なら仕方ない」などと受け入れてくれます。国の政策に乗ることの威力を実感しましたね。

杉澤 先ほど、大都市圏における中年期の死亡率の地域格差に触れましたが、その健康格差は環境の問題なのか、あるいは住人の特性の問題なのかによって、対策は違ってきます。

近藤 個人が持つ社会経済的要因と区別して、地

域が持つ社会的な環境に着目する論議は、新しい論点だと思います。

社会環境が重要なら、不健康な生活習慣の人でも、健康的な環境に移り住むことで、健康になるかもしれません。タバコ代の引き上げや建物の中は全面禁煙などの環境をつくると、たばこをやめる人が増えることが分かっています。

杉澤 私は、アメリカのソーシャル・キャピタルについての公衆衛生分野の研究をレビューしたことがあります。最初に取り上げたのは、ハーバード大学で社会疫学の研究を精力的に進めるイチロー・カワチ教授のレポートです。所得の分布と死亡率の関連を分析した結果、両者をつなぐ媒介要因としてソーシャル・キャピタルが大きく関与しており、地域の所得格差が地域のソーシャル・キャピタルを低下させ、結果として死亡率を高くしていることを示唆する知見を示しております。

アメリカも日本と同様、ソーシャル・キャピタルの研究では、ソーシャル・キャピタルそのものが説明の中心になることが多く、健康はアウトカムになりがちです。私は「これでいいのか」と、ずっと思っていました。

そもそもソーシャル・キャピタルは、どうすれば醸成でき、変えられるのか、介入可能性に疑問があるのです。ソーシャル・キャピタル概念の提唱者であるロバート・パットナムは、政治学の文脈で信頼感を取り上げているのですが、今の日本の公衆衛生分野におけるソーシャル・キャピタルの議論は、腑に落ちないものが多いですね。

近藤 確かに社会科学の場合、何が説明変数で何が媒介変数なのか、仮説をどう設定するかで、分析方法も解釈も変わってきます。健康は目的変数であるだけでなく、健康が例えば所得を規定しているような「逆の因果関係」、変数間の相互作用もあります。だから特に計量経済学の研究者は、内生性を問題にして「逆の因果をコントロールしていない」だとか、散々言われます。

杉澤 確かに、かなり突っ込まれますね。

近藤 健康の社会的決定要因を解明する社会疫学では、より丁寧に因果関係を解きほぐす必要があると思います。

老人研のパネル調査

近藤 エコロジカルな研究が大半を占める日本において、東京都老人総合研究所（老人研）が中年者の健康と生活について粘り強く調査した「全国高齢者パネル調査」は画期的でした。因果関係に迫るのに不可欠だからです。杉澤先生たちのお仕事は歴史に残ると思います。どのような問題意識や研究課題を設定し、調査なさったのですか。

杉澤 「全国高齢者パネル調査」は、日米共同プロジェクトです。NIA（アメリカ国立老化研究所）の補助金を受け、比較文化研究としてミシガン大学とジョイントし、1987年に調査を行いました。

主たるテーマは、「老年期における幸せな老い」、つまり、Subjective Well-Beingの指標開発を日本で行う試みであったと思います。その方法としては、アメリカで開発されたスケールをそのまま翻訳して日本で使えるかどうかであったと思います。アメリカ側のリーダー・Jersey Liangに詳しく聞いたわけではありませんが、ミシガン大学のパネル・スタディー「ACL」（American Changing Lives）をモデルにし、ほぼ同じ項目を翻訳して調査票を作成していたと思います。

「ACL」には、ソーシャル・サポート・ネットワークに関する質問項目が多く入れられています。この調査のリーダーはJames Houseで、アメリカの「階層と健康」研究の牽引者の1人です。イチロー・カワチ博士が取り組む10年以上前の1986年に、個人の属する階層と健康についてのパネル・スタディー「ACL」を実施しています。そして、1990年頃にhealth behavior（保健行動）が階層と健康を結びつける媒介要因ではないか、とする論文を発表しています。

その「ACL」の調査票をモデルにしましたから、特段、われわれが問題意識を持っていたわけではありません。ただ、私は博士論文が「薬の服薬行動」でしたので、ネットワーク的要素が保健行動に影響することは、なんとなくわかっていました。

近藤 1986年に「ACL」が始まり、その1年後には杉澤先生たちが調査を行ったのですね。それは、早いですね。

杉澤 そうですね。1987年のパネル・スタディーの初回調査を実施後、そのフォローアップ・スタディーを1990年に行いました。そのとき、死亡の状況を自治体に問い合わせた調べました。

近藤 今のようにデータがデジタル化されていませんから、ご苦労も多かったのでしょうか。

杉澤 2,200パネルのうち、約200人がお亡くなりになっていました。その死亡のデータとパネルの初回調査のデータをつなげました。

当時私は、アメリカ留学の機会を得たため、その機会にアメリカ老年学会で研究成果を発表したいと考えていました。そこで、Berkmanの研究論文「社会的ネットワークと健康」（1979年）を読み、それを参考に日本でも同様の項目で調査している「全国高齢者パネル調査」のデータを分析してみました。すると、ネットワーク変数が有意に死亡に影響したという結果が得られ、大変驚きました。

これが、私がネットワークと健康の研究に本格的に足を踏み入れたきっかけです。

近藤 ミシガン大学と老人研のネットワークの産物ですね。日本の内発的な動きを待っていたら、あと10～20年は遅れていたでしょうね。

健康に影響を及ぼすさまざまな要素

杉澤 私が老人研に入った1987年ごろ、大都市圏における中年期の死亡格差が問題になっていました。老人研で最初に携わったプロジェクトも、このテーマでした。

当時、東京都で死亡率が高かったのは、荒川区と江東区などでした。一方、死亡率が低かったのは、杉並区や世田谷区などでした。研究では、この死亡率が高い区と低い区それぞれの中年期の男性1,000ケースずつを対象に調査を行いました。目的は、区による中年期男性の健康状態の違いが住む方々の階層による違いなのか、生活環境による違いなのかを調べるためです。

近藤 結果はいかがでしたか。

杉澤 調査は「保健行動」と「愁訴への対処行動」の2側面から行いましたが、結果は、住む人の階



層による違いも、生活環境による違いもどちらも可能性があるというものでした。

それぞれの地域に住む中年期男性の階層分布は明らかに違っていて、死亡率が高い区はブルーカラー層が、低い区はホワイトカラー層が多かったです。一方、階層による健康の違いは、どちらの地域でも歴然と見受けられました。

近藤 それぞれの地域内の階層による健康の違いですか。

杉澤 そうです。2地域間の保健行動や健康状態の違いが階層分布によるものなのかを調べましたが、すべては説明できませんでした。そうであれば、地域的な要素があるのではないかと考え、公衆衛生雑誌にまとめました。

近藤 こうしたネットワーク研究は、プロジェクトチーム内に社会学の人や健康に関心がある人の両方がいないと、なかなか進みませんね。

日本で「健康」を扱うと、医師が中心になります。医学系のプロジェクトではソーシャル・サポート・ネットワークなどの変数はあまり入っていません。

家族社会学者に、「夫婦関係満足感尺度」を教えてもらい調査に取り入れ分析したら、うつと強

く関連していて驚きました。朝から夫婦喧嘩をすると、その日は気分が優れない経験は多くの人が持っていると思います。これが一例ですが、「今まで気づかなかったけど、言われてみれば……」という新しい発見をできるのが、学際的な研究のおもしろさだと思います。本来、強い影響をしている要因があるのに、認識の「枠組み」から外れていると気づかないのですね。それを「枠組み」に入れ込むと、「こんなに効いていたのか」と驚きます。

杉澤 「学歴」「職業」「収入」の影響も大きいですね。これらの役割の違いについて、近藤先生はどうお考えですか。

近藤 いろいろな指標を見ていて驚くのは、教育の重要性です。

私は今、主に高齢者データを使って研究しています。この世代が教育を受けたのは、半世紀も前です。しかし、そのときに受けた教育が、その後の職業はもちろん、職場での階層や給料、さらには年金の額にも影響を及ぼしています。ライフコースを通じて、いろいろなものに関係し、格差を生み出している。その影響の大きさには驚かされます。

医学モデルでは見えない健康の社会的要因

近藤 ライスコースの重要性を示すものとして、出生時体重が小さいほど、糖尿病になる確率が高くなるという報告があります。また、胎児期に飢餓状態にさらされたかどうかでインスリン感受性が変わることが動物実験で確認できるそうです。生育環境は、非常に重要ですね。

まだ論文にはしていないのですが、「兄弟の何番目か」も健康に影響していそうです。終戦のとき10歳を超えていた世代には影響があまり見られないのですが、当時幼児期だった世代には、身長に差があったんです。

杉澤 有意にですか。

近藤 有意にです。当時、食糧事情が悪かった日本社会で幼児期を過ごした人たちの身長は低いのですが長男の背は高いという結果がでて驚きまし

た。

杉澤 なるほど。長男は大事に育てられたわけですね。

近藤 長男は家父長制を背負う存在ですから、当時も「跡継ぎ」は、特別扱いで、食事を真っ先に与えられていたようです。その世代の弟が「お兄ちゃんはいつも1品多かったよ」と言っていたのを聞いたというエピソードが、研究会でも紹介されていました。

現代のハーバード大学でも、少し似た話を聞いたことがあります。ハーバード大学に来るのは長男、長女が多いとか。

杉澤 それは役割期待感なのでしょう。

近藤 医学では、ライフコースの影響とか、何番目の兄弟であるとか、こうした概念は認識の枠外でした。でも実際には、家庭の中でのポジションなどにより、栄養状態は違うわけです。まさに Social Determinants of Health（健康の社会的決定要因）ですね。

栄養摂取状況が社会関係に影響を受けることを認識の枠に入れていなければ、栄養素分析的な話に留まるでしょう。栄養状態を規定する要因として、「社会的要因」を認識の枠組みに入れていくと、いろいろな発見が出てくる気がします。

杉澤 その意味では戦争の影響がいまだに残っているのでしょうか。

近藤 そうですね。同じように世代全体を襲う影響として、今あるいはこの先日本社会が直面する状況、例えば「不安定雇用の時代」も無視できません。20～30年後には影響が出てくると思います。

杉澤 今20歳ぐらいの人が40～50年後に高齢期になったとき、どんな生活や健康状態かが気になる場所ですね。

「規範」と健康

近藤 専業主婦は、よく地域に溶け込んでいると思われています。しかし高齢期女性で分析してみたら、職業経験のある人たちのほうがネットワークが豊かでした。職業経験には、一種の対人関係能力を開発する面があるのでしょうか。



杉澤 量的ではなく質的な研究ですが、ずっと働いてきて定年後に地域で生活する人は、両極端に分かれるようです。職域における対人関係の持ち方と、地域における対人関係の持ち方は、おそらく違うからでしょう。

職場での人間関係は機能的ですが、地域の人間関係はそうとは限りません。家庭を犠牲にしてバリバリ働いてきた人は、地域にネットワークがない、男性型のキャリアです。このタイプは、地域に戻りづらかったり、そもそも「戻る」ところがなかったりします。一方、仕事と子育てを両立し、地域のネットワークが残っている人は、地域に溶け込みやすくなります。

このように考えると、今バリバリとキャリアを積んでいる女性が将来どうなるのか、少し気になります。

近藤 大都市と田舎でも、違うかもしれませんね。われわれが分析したのは大都市のデータではなく、仕事はパートや、正規職員でもバリバリは目指さない人が多い印象があります。

杉澤 男女雇用機会均等法により、女性がホワイトカラーとして管理職層に就ける世の中になりま

した。しかしある面では、男性型の女性を育てているとも言えます。女性が家庭を犠牲にすると、「結婚しない」か「男性が主夫をする」かの選択になります。まだ日本は、女性が家庭を持ちながらキャリアの第一線で働けるサポート体制が不十分です。逆に言えば男性がホワイトカラーとしてバリバリ働けるのは、女性が専業主婦になり後方支援してくれるおかげだと感じます。

近藤 確かに、それは大きいですね。逆に、その態勢で、仕事だけやっている男性が幸せかどうかの問題もあります。

杉澤 仕事で達成感がある場合には、幸せかもしれません。

近藤 若い世代は、「仕事最優先の人生の行く末は、父親たちの世代をみて知っているよ」と感じていて、それをあまり望んでいない気がします。むしろワーク・ライフ・バランスなどに対する志向が強まっているようです。「規範」も、20年経つと随分変わると感じました。

実は、私が医学から社会科学の領域に足を踏み入れた当時、不思議に思ったのが「規範」でした。目に見えないし、誰かが決めたわけでもありません。はじめは「たいした影響はないのでは」と思いましたが、いったん認識の枠組みに入れていろいろ見渡してみると、「規範」で動いているものは少なくないことに気づきました。

杉澤 結構ありますね。低い階層の人たちが保健行動をきちんととらないのは、経済的な理由だけではなく、健康文化についての「規範」がないことも影響しているかもしれません。

近藤 それは、かなり大きいと思います。イギリスに行って驚いたのは、小学校に「給食」の制度がないことでした。子供は三食とも、母親がつくったものを食べることになりますから、母親が食生活に気を配れる人かどうかで健康に格差が生じていると思います。中には、小学生の子供にバナナ1本、パン1個しか持たせない母親もいて、栄養バランスも良くない。日本では、たとえ朝食をつくってもらえない子供でも、学校給食でバランスのいい食事を、お代わりすれば2食分摂る機会があり、そこで不足した栄養をカバーできます。そう考え

ると日本の給食制度は、健康格差対策として優れた方法かもしれません。

杉澤 三食のうち、少なくとも一食が保障されるのは大きいですね。

近藤 分析していると、日本はほかの国より健康格差が小さい傾向があります。

先日、OECDがPISA（学習到達度調査）の大人版・国際成人力調査（PIAAC）の国際比較の結果を発表しました。そのトップは日本でした。上位者がずばぬけて優れているわけではなく、底辺層の成績が他の国に比べ悪くないためです。

杉澤 「底上げ」ですね。

近藤 例えば、「徒競走で全員同時にゴール」はやり過ぎだと思います。しかし、格差をよしとしない規範も大切です。今は成績順にクラスを分け「行ける人はどんどん先に行く」教育が増えていますが、昔は「成績のよい子は、勉強のできない子に教える」ような規範がありました。

日本には、制度になっていない「規範」や文化で健康格差の是正によさそうなものが結構あります。「困ったときはお互いさま」の精神が、社会の隅々に組み込まれています。

杉澤 「持ちつ持たれつ」といいますか、見方を変えれば「出る杭は打たれる」。

近藤 しかし、トータルで見たとき、日本は、社会がうまく回っていた気がします。

杉澤 アメリカには「人種」の枠が強く、イギリスには「職業階層」の枠がしっかりあります。しかし日本の場合、どんな枠があるのか考えてみると、これがなかなか見えづらいです。日本では一見平準化しているようにみえるがゆえに、階層研究が十分に進みません。所得の面でジニ係数は上がっていますが、圧倒的な格差に広がっていない印象です。

近藤 格差が見えにくい部分はあるでしょうね。ヨーロッパでは組織の幹部候補生は最初から幹部候補生として扱われます。しかし、日本では、まず営業を経験するなど、一般社員としてキャリアが始まります。

最近はこのことが変わってきています。例えば、最初に非正規で雇用されると、そこからなかなか正

規になれない。敗者復活戦のルートが断たれた社会構造になりつつあります。これまでは「まあまあいい社会」だったかもしれませんが、このままでは大変なことが起こるという危機感を覚えます。

しっかりした政策をつくるためには、データに基づいて考える必要があると思います。幻想を幻想と認識し、現実「そんなに甘くない」と、政策担当者をはじめ国民が認識することが大事です。

健康に影響を及ぼす「ストレス」を ソーシャルな観点で考察

近藤 今後、日本では健康格差が広がると予想して、AGESプロジェクトでは、当初から健康格差を実証しようと考えていました。「介護保険政策のための調査に、なぜ所得や学歴を入れるのか」などと、行政の担当者から言われながらも調べていくと、要介護リスクのほとんどすべてに所得と教育歴による健康格差がみられました。小さいもので2倍弱、差が大きかった「うつ」で6.9倍もの格差が、社会経済的な階層間や地域間にあることがわかりました。これまで調査していなかっただけで、実は結構あったんです。

杉澤 東京大学の川上憲人先生が呼びかけたプロジェクト「社会階層と健康」の一環として30自治体の約1万人に住民調査を行ったことがあります。そこでは年齢階級別に、学歴によって健康度自己評価がどう異なるのか見ました。

どの年齢階級でも、学歴による差は有意にありました。ただ、20歳くらいでは差はあまりなく、高齢期になると差は縮まりました。学歴による差が最も開いたのは中年期で、アメリカなどでもほぼ同じデータ結果です。

では、なぜ中年期で差が最も開くのか。その理由は判明していません。高齢期で差が縮まるのは、健康状態が悪い人は中年期に淘汰され、高齢期には健康な人しか残らないため、あるいは何らかの形で適応力がついて縮まるなど、いろいろな説明ができます。しかし、中年期に格差が広がる理由はわかりません。

近藤 「仕事がつらいから」との仮説はなりたちませんか。

杉澤 あるかもしれません。特に学歴が低い層ほど、肉体労働的な仕事の割合が増えます。また、そのことによる職域のストレスも、可能性として考えられます。

近藤 好きでやる仕事は健康によく、やむを得ずやる仕事はストレスフルで健康に悪いことを示すデータがありました。これらを見ると、「階層」の視点を持たないと、判断を誤るかもしれません。

杉澤 私のもうひとつの研究領域は、職業からの引退・退職問題です。

定年退職が健康に与える影響は、個人差が大きく、プラスにもマイナスにもなります。また、仕事に対して強いアイデンティティーを持ちながらも、仕方なく辞めた場合にはストレスフルになる可能性が高いです。しかし、「仕事は定年で区切って、新たな人生を見いだしていこう」と考えられる人は、定年の悪影響はほぼ打ち消されます。

退職で問題なのは、定年ではなく高齢期に失業して辞めるパターンです。この場合は、非常に悪い影響があります。失業は、経済的な問題で健康に悪いと思われがちですが、必ずしもそれだけではありません。失業したことによる先々の見通しが立たないことや、社会的ネットワークが切れてしまうことも無視できません。

近藤 医学的観点だけで答えを求めるのも、経済的観点だけで説明するのも一面的です。トータルで見る認識の枠組みが必要です。その意味でソーシャル・サポート・ネットワークの観点は不可欠だと思います。

人間関係と健康

杉澤 社会的ネットワークづくりのアプローチは「健康日本21」にもありました。ただ、地域の中で社会参加を進めるための具体的なプログラムは乏しく、ましてや有効性が検証されたものとなると、極めて限定的です。どのように一般化、普遍化して「政策」にするかが重要ですが、実際に行われている実験的な試みとは乖離しています。日

本ではコミュニティ政策の必要性が1950年ごろから叫ばれているものの、依然中身は伴っていないのが実情です。

「新しい人間関係をつくる」と「既存の人間関係を活用する」の2つについて考えてみましょう。前者は人間関係の「追加」、後者はいわば「調整」といえます。研究のレビューをしてみると圧倒的に多いのは、「新しい人間関係をつくる」ほうです。しかし、それは保健・医療・福祉の従事者が、人間関係の相手役になる研究がほとんどです。実際にコミュニティを形成する住民同士の関係性を、どうつくるかの研究はほとんど行われていません。

以前、「傾聴ボランティア」について、評価研究をしました。傾聴ボランティアとは、「聞く」ボランティアのこと。彼らを、地域の孤立した高齢者につなげていくことをソーシャルワーカーと協働で行いました。その結果は、量的な面での効果は出ませんでした。ただ、傾聴ボランティアを受け入れた高齢者に、10ケースほどヒアリングしたところ、興味深い結果が得られました。傾聴ボランティアを受け入れた高齢者の中には、実は傾聴とは何かをよく知らないまま受け入れていた人もいたのです。

近藤 それはどうしてですか。

杉澤 ソーシャルワーカーが足しげく通い、口説いたからです。いわば納得ではなく説得されて受け入れていたわけですから、傾聴ボランティアに話をしてほしいと言われても話せるわけがありません。これが、コミュニティを形成する人たち同士の人間関係をつくる難しさで、信頼をどのようにつくるかは検討する必要があります。

また、うまくいっている人間関係にも、あつれきがあります。夫婦関係は、いい面だけでなく、悪い面もあわせ持つからおもしろいのです。「雨降って地固まる」とはよく言ったもので、人間関係は、ネガティブな面とポジティブな面のバランスの問題ですから難しいです。

最近、人間関係のネガティブな面とポジティブな面の「比率」が、健康にどのように影響するかの研究論文を読みました。この論文では健康の指標としてテロメア（真核生物の染色体の末端部に

ある構造）の長さを用いていましたが、人間関係にポジティブな面があったとしても、それをネガティブな面が上回ると健康上よくないそうです。つまり人間関係を指標化しようとするとき、ポジティブな面だけでなく、ネガティブな面も同時に把握し、そのバランスで評価しないと健康への影響は見えないと、その研究論文は示していると思います。これまでのソーシャル・サポート研究には、ポジティブな面を強調する研究と、ネガティブな面を強調する研究がありました。しかし、その両方を視野に収めた研究はなかったので興味深かったですね。

また、例えば、相手から支援を受けるときは、後ろめたさが付きまといます。その支援に対して、恩を返せる場合は問題ありませんが、恩を返せない状況だと精神的にプレッシャーがかかります。そのあたりをどのようにソーシャル・サポート研究の枠組みに入れていくかが重要だと思いました。

近藤 人間関係の影響は大きいですね。

最近、「人が転びやすいまち」があることがわかりました。最初は、その地域に後期高齢者が多いためだと思ったのですが、前期高齢者に限定しても約3倍転んでいます。また地域によって、認知症リスクを持つ人の割合が3倍多かったり、GDS（老年期うつ病評価尺度）で見たメンタルヘルスの得点に大きな差があったりします。

探索してみると、これらの地域間格差と地域組織への参加率とが関連していました。老人会、趣味の会、スポーツの会など8種類の地域組織への参加率が高い地域では、認知症リスクを持つ人が少ない。また、趣味の会に参加する人が多い地域ではGDSの平均点が低い、つまり全体としてメンタルヘルスが良くてうつ傾向でない。そして、スポーツの会に週1回以上参加する人が多い地域では、転ぶ人が少ないのです。

これらが自殺率とも関連していて驚きました。地域組織への参加率が高い市区町村では、自殺率が低い傾向がありました。人々の絆の豊かさは、健康に影響すると言って良いと思います。

組織への参加率から読む健康

近藤 観察研究だけですと、因果の証明は困難なので、地域介入研究にも取り組んでいます。高齢者が集まるサロンを開設して「人々が集まれる場づくり」をして前後で評価しています。

まずサロンを運営してくれるボランティアを募りました。ボランティアの集め方は、こうです。まず調査報告会をやりました。そこで「ほけないためのヒントがわかりました。知りたい人はいますか」と尋ねると皆、手をあげます。「ボランティアをやっている人はやってない人に比べてほけないことがわかりました。ほけないためにボランティアをやってくれる人はいませんか」と尋ねると、50人くらいの人が手をあげてくれました。それまで20人ほどだった町のボランティアが、今では200人になっています。

高齢者の参加率は、家からサロンまでの距離が近いほど高く、遠くなるほど低くなります。そこで、距離を操作変数として使った擬似的な無作為化対照比較研究をしました。その結果、サロンへの参加が2年後の主観的健康感が良い人の割合を増やすという「地域組織参加が健康をもたらす」という因果関係を示唆する結果が得られました。「健康な人がサロンに来る」影響を差し引いても、「サロンに来ることで健康になる」ようです。

また、サロン自体は月に1～2回ですが、サロンをきっかけにほかの地域組織ともつながり、ボランティアやスポーツを始めた人も多いことが確認できました。

ちなみに教育年数が短い人は、健診受診率は低いのですが、サロンへの参加率は高い。所得の低い人は、高額なゴルフクラブやフィットネスクラブには行けませんが、1回100円のサロンなら利用できます。このサロンの試みは、健診受診率の低い層へのアプローチになっています。

また、高齢者の健康情報の入手源は、主にテレビやラジオです。しかし、サロンに参加している人達では、サロンが3番目の情報源になっていました。こうしたサロンを使って、人々のつながりを豊かにすることで健康格差を緩和できるかもし

れないと思っています。

さらに、週1回の運動でも、スポーツ組織に入ってみみんなで楽しく行うのと、1人で黙々と体を動かすのとでは、介護予防効果に差があることもわかりました。たとえ週1回以上運動していても、1人でやるより、少ない頻度でもスポーツ組織に入っている人のほうが、4年間の要介護認定率が低かったのです。運動生理学的な効果以外にも心理社会的な効果がありそうだと見え始めています。

もうひとつ、地域組織の種類による違いがあるかもしれないと分析して驚いたことがあります。それは、スポーツの会・趣味の会・ボランティアの会など「水平的な開かれた組織」と、業界団体・政治団体などは「利害が一致する内向きの組織」とがあります。比べて見ると、前者では参加する人が多い地域ほど健康という関連がでるのですが、後者では出なかったり、場合によって悪いという結果もでました。組織に義務的に行くのは、健康に悪いのかもいれません。

ただし、個人レベルで分析すると結果は異なります。まだ研究が必要ですが、興味深い現象だと思っています。

杉澤 そういった組織への参加率はどれぐらいですか。

近藤 組織の種類によって数%～4割ぐらいです。

杉澤 地域特性として差があるとはいえ、参加率が高い地域でも7割の人は不参加になります。そう考えると、代理変数的な色合いが強い可能性もあると思います。

先ほどの「運動頻度よりも、社会参加的要素のほうが有効」とのお話は、老年学領域の「Successful Aging」でも言われています。「活動理論」と「離脱理論」があり、前者は老年期に社会とかわりながら「役割」を持っていくことの理論的な背景を社会学的に説明しています。その役割とは、自分で決めるのではなく、社会がその人に付与して初めて成り立ちます。人間は社会的な動物ですから、集団の中に帰属することで、役割を付与されます。そして、それが何らかの形で生きがいにつながり、その結果健康になったりするのだと思います。

ただ実際に研究をレビューしてみると、社会参加の何が健康に影響を与えているのか、あるいは帰属する組織数は多いほうがいいのかなどは、はっきりしません。

近藤 個人レベルで分析すると、帰属する組織数は多いほうがいいとの結果が出ています。

杉澤 つまり、多重役割を持っていたほうがいいのかのでしょうか。

近藤 ひとつの組織への参加頻度は少なくとも、いろいろなところに入出入りする人のほうがいいのではないかと考えています。

杉澤 組織の中でのポジションにも関係するのでしょうか。

近藤 宗教の組織は例外だったのですが、基本的にはリーダー役をやっているほうが良いという結果を今論文にまとめています。

杉澤 アメリカの研究では、宗教に帰属しているかどうかではなく、宗教行動をするかどうかが健康に影響をもたらすとされます。例えば、キリスト教徒が実際に教会に行っているか、聖書を読んでいるかなどです。

健康対策のこれから

近藤 エビデンスを出しやすい、つまり研究しやすいサイズと、本当に効果がある政策のサイズは違います。研究しやすいのはプログラムレベルで、傾聴ボランティアを組織して送り込むくらいのサイズです。

先ほどお話したサロンがある程度うまくいったのは、行政を巻き込み、行政が旗を振ってくれたおかげです。最近は怪しいNPOが増え、健康づくりを掲げても高齢者に不審がられ、思うように

人が集まりません。しかし、行政の協力があり、町報に掲載されたりすると高齢者は安心して参加します。本当に効果のある政策を望むのなら、自治体は本腰を入れるべきです。国レベルでは、教育政策を見直しや雇用政策や所得の再分配などが効果的でしょう。

その効果の検証は、サイズが大きくなればなるほど難しくなるため、政策論議しかないのかなと思います。研究すれば何でもわかるというのは幻想だと思います。もっと大きく考える必要があると思います。

杉澤 「健康」の社会的側面が注目され始めて10年。社会関係の研究蓄積は多くありますが、階層と健康についての研究蓄積は近藤先生のグループの頑張りでかなり推し進められているものの、まだ十分とは思いません。

階層と健康とをつなげる媒介的な要因についても、きちんとした検討がされていません。とにかく階層格差の問題については、国を挙げて、情報公開も含めてやっていくべきだと思います。

※この対談は、2013年10月30日に行われたものです。

こんどう・かつのり 日本福祉大学社会福祉学部教授、健康社会研究センター長。主な著書に『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか』（医学書院、2005）。社会疫学専攻。（kkondo@n-fukushi.ac.jp）

すぎさわ・ひでひろ 桜美林大学大学院老年学研究科教授。主な論文に「健康の社会的決定要因としての社会関係——概念と研究の到達点の整理」（『季刊社会保障研究』48（3）、2012）。老年社会学専攻。（sugisawa@obirin.ac.jp）