

健康と地域経済（内閣府「地域の経済2019」より）

内閣府経済財政分析-地域担当参事官 澤井 景子

はじめに

内閣府経済財政分析部局では、政府の景気判断を示す「月例経済報告」や、経済財政の動向を分析した「経済財政白書」を作成・公表している。地域経済についても、北陸、東海、甲信越、近畿等全国12ブロックの経済動向を「地域経済動向」として四半期ごとにとりまとめており、また、年1回、いわば、地域版「経済財政白書」として、「地域の経済」を公表している。

今年2月に公表した「地域の経済2019」では、「健康と地域経済」という比較的新しいテーマに焦点を当て、地域で暮らす人々の健康と地域の経済活動との関係、地域資源・地域社会が健康に与える影響などを分析し、健康の増進が地域の活力を高め、地域経済の活性化に寄与できる可能性について検討している。本稿では、全国に比べて、平均寿命が長い長野県、健康寿命が長い愛知県等、中部圏の好事例も紹介しながら、概要を紹介したい。^(※1)

1. 問題意識：地域経済における健康の重要性

人口が減少するなかで、高齢化が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。高齢者を含め、意欲のあるあらゆる世代の人々が社会で役割を持って活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めることが必要であるが、その前提となるのが、「健康」である。単に長生きすることではなく、いかに健康で過ごすことのできる期間を長く保つか、という健康寿命の延伸は、我が国の最重要課題の1つであり、その重要度は、今後ますます高まると考えられる。

健康であることは、そもそも個人の人生やQOL（生活の質）の根幹に関わることである。経済社会全体にとっても、就労・社会参加し、活躍することによる経済への影響、また、医療・介護費用が抑制されて社会保障負担が軽減される等、広範囲な影響を及ぼす。地域経済にとっては、全国より急速に高齢化が進み、既に人手不足問題への対応が喫緊の課題となっている地域もあるなかで、地域で生活する人々の健康は、地域の活力の維持・創出に大きく関わる。

本稿では、2.「健康と経済活動」で、地域に暮らす人々の健康の状況（以下、健康度）が、地域の経済活動に及ぼす影響を、さらに、3.「健康と医療費」で、社会保障費用をみるにあたり、医療費への影響を分析する。また、地域の健康度を高めるためには、都道府県や市町村、身近な近隣のコミュニティやボランティアといった地域が果たす役割も大きい。そこで、4.「健康と地域資源」では、長野県や愛知県武豊町における地域のつながりを利用した働きかけの好事例を紹介するとともに、どのような地域資源が健康度を高めるかについて分析する。そして、5.「新たな手法も活用した、地域ぐるみの取り組みの必要性」ではさらなる健康寿命の延伸に向けて、都道府県や市町村等には新たな手法も活用した働きかけが必要とされていることを、愛知県の先進事例も交えてみていくこととしたい。

なお、本稿での「地域」とは、2.「健康と経済活動」、3.「健康と医療費」は、主にデータ取得の都合から都道府県単位を用いるが、4.「健康と地域資源」においては、都道府県、市町村といった地方公共団体、身近な近隣のコミュニティ等、人々が生活の上で関わる地域的なつながりを幅広く意味するものとする。

(※1) 参考文献等、本文の詳細については、内閣府「地域の経済2019」を参照。
<https://www5.cao.go.jp/j-j/cr/cr19/cr19.html>

2. 健康と経済活動

ここでは地域の健康度を包括的に表す指標を概観した上で、健康が経済活動にどのような影響を及ぼすか、具体的には、健康度と有業率や労働生産性との関係、健康が地域の総生産に与える影響についてみていくこととする。

(1) 地域の健康度を示す指標

健康度に関する指標の中から、包括的に健康度を把握することができ、かつ、都道府県別データが入手できるという観点から、平均寿命、健康寿命、主観的健康度を用いることとする。

平均寿命とは、死亡状況がある時点で変化しないと仮定した場合の、当該時点のゼロ歳児が生存する年数の平均である。国際比較を始めとして、ある地域における包括的な健康度を示す客観的な指標として、長年使われてきた^(※2)。一方で、世界保健機関（WHO）が2000年に健康寿命という新たな定義を提唱してから、単に長生きするだけでなく、いかに健康的に長生きするか、が重視されるようになってきた。我が国においても、国民健康づくり運動を推進する基本的方向性を示した「健康日本21（第二次）」（2012年）や「日本再興戦略」（2013年6月閣議決定）などで、健康寿命の延伸が掲げられる等、健康増進政策の方向性や目標として健康寿命が位置づけられるようになってきた。健康寿命の定義にはさまざまなものがあるが、現在、我が国では、健康寿命の政策指標として、「日常生活に制限のない期間の平均」^(※3)が用いられており、身体的要素、精神的要素、社会的要素を総合的に包含して「健康」という状況を表していることから、ここでも、本指標を中心に地域の健康度をみていくこととする^(※4)。

主観的健康度は、健康であるか、健康でないかという、自らの健康感に関する質問への回答を指数化したものである。各個人は自身の総合的な健康状態についておおむね把握していると考えられること、また、健康についての自覚は他の因子をコントロールした上でも、客観的な健康度よりも強く死亡率と相関するという研究^(※5)もあり、主観的健康度も地域の健康度を測る上で参考になる指標として用いることとしたい。

(2) ともに延伸している平均寿命および健康寿命

まず、平均寿命および健康寿命の推移をみると、平均寿命については、2001～2016年に掛けて、男性は78.07年から80.98年に、女性は84.93年から87.14年に延伸した。健康寿命についても、同期間に男性は69.40年から72.14年に、女性は72.65年から74.79年に延伸している。平均寿命および健康寿命の双方について、男女ともに着実に延伸しており、医療の進歩や健康志向の高まり等により日本人の健康度は上昇している（第1図）。男女別にみると、男性よりも女性の方が平均寿命および健康寿命ともに長い。ただし、女性については、健康寿命自体は男性より長いものの、平均寿命がそれ以上に長いため、日常生活に支障が出る期間（平均寿命－健康寿命）も長くなっている。

(3) 都道府県間の平均寿命および健康寿命の差は縮小

平均寿命を都道府県別にみると、男性では、最長の滋賀県では81.78年であるのに対し、最短の青森県では78.67年と最大3.11年の差がある（第2図）。女性は都道府県間の差が男性に比べて小さく、最長は長野県および岡山県の87.67年

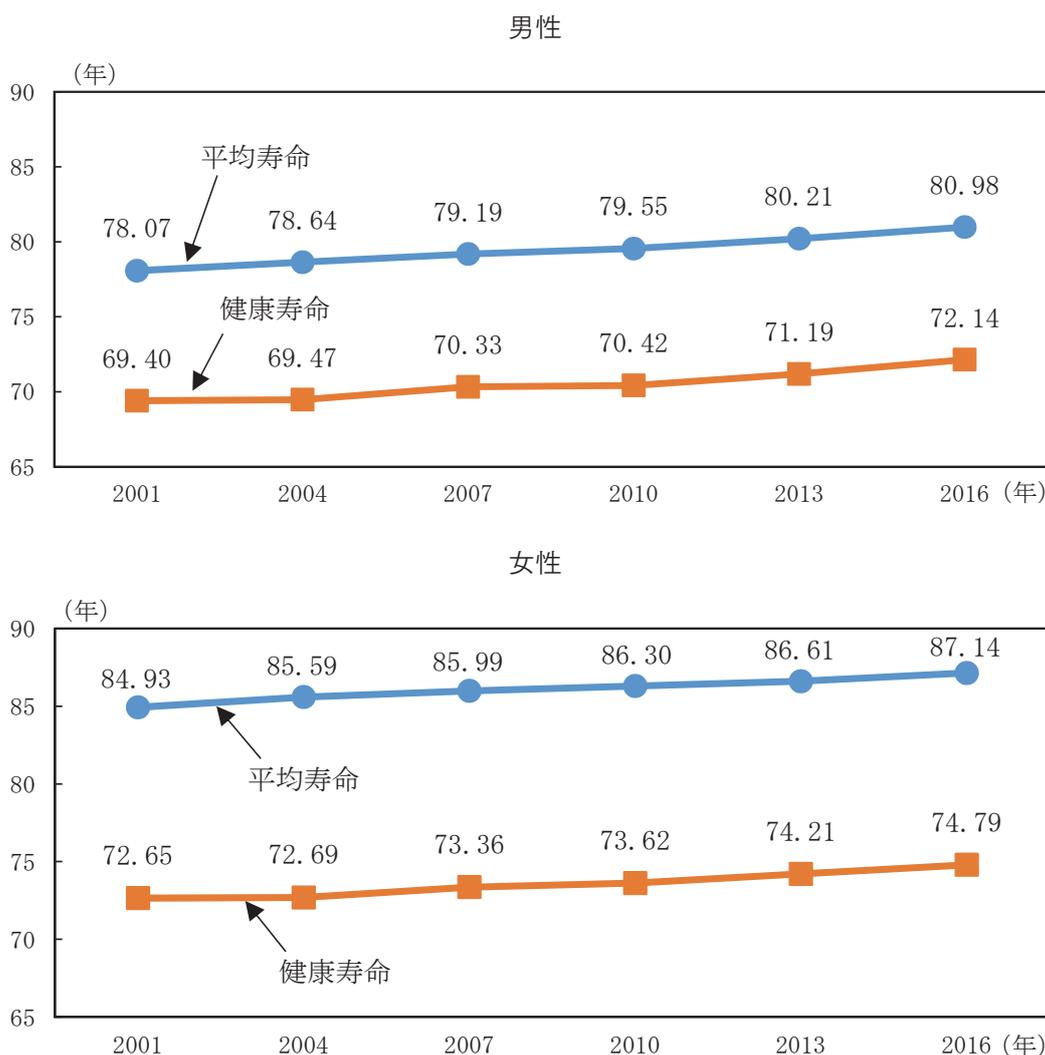
(※2) 国際的に健康度を比較する際に平均寿命を用いる研究は複数存在している（Barro (1996)、Bloom et al.(2004) 等）。

(※3) 「健康日本21（第二次）」では、主指標が「日常生活に制限のない期間の平均」、副指標「自分が健康であることを自覚している期間の平均」とされている。

(※4) 「日常生活に制限のない期間」は、3年毎に実施される国民生活基礎調査の自己申告の回答を基に算出されているため、より客観的な指標が必要、毎年算出すべき、との指摘がある。厚生労働省の「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」報告書（2019年3月）では、現行の指標を「健康」という状態を表す指標としては妥当と考えられるとしつつ、今後、補完的指標として、介護保険データも用いた要介護2以上を「不健康」と定義した「日常生活動作が自立している期間の平均」を活用する、としている。

(※5) 例えば、「自覚的健康」と死亡危険度に関する代表的なサーベイ研究である（Idler and Benyamini(1997)）。

第1図 平均寿命および健康寿命の推移



(備考) 厚生労働省「第22回生命表(完全生命表)」、「平成30年簡易生命表」、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(平成28~30年度)」、「健康日本21(第二次)の推進に関する研究(平成25~27年度)」、「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究(平成23~24年度)」資料より作成。

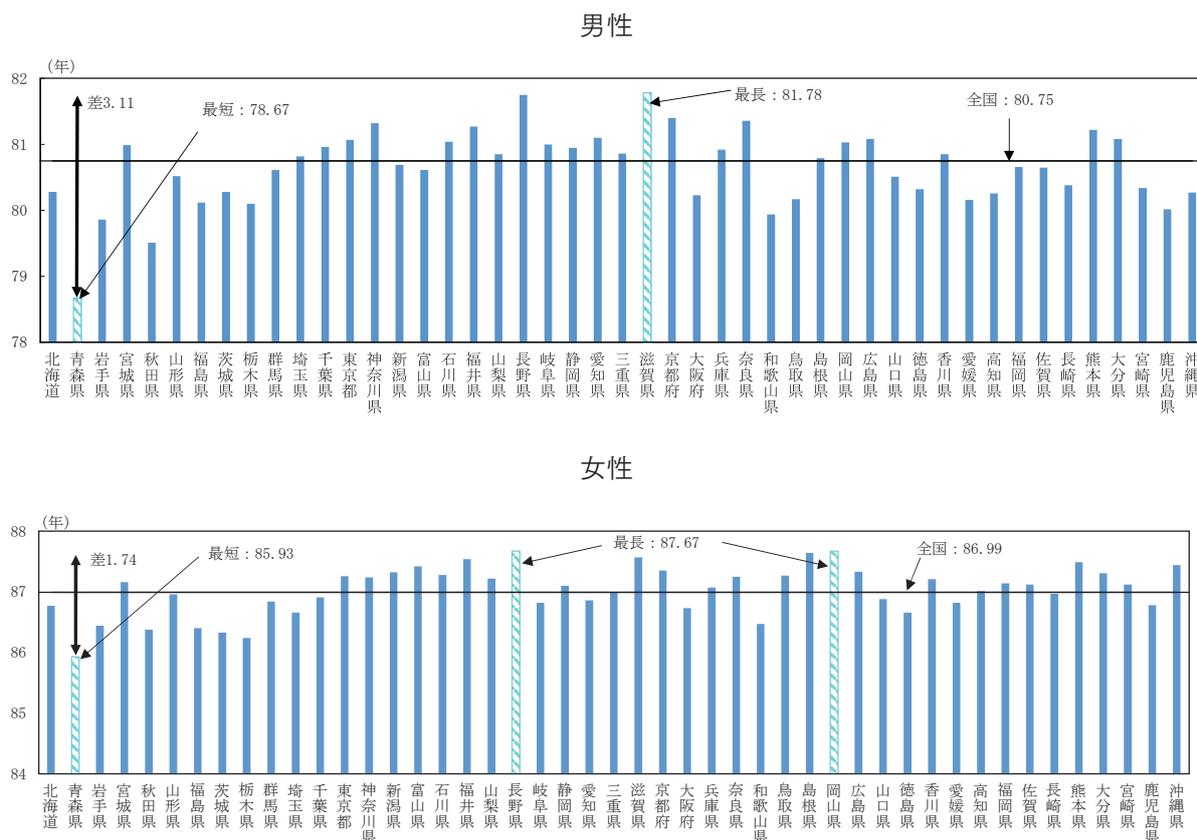
となっているのに対し、最短は青森県の85.93年でその差は1.74年である。中部圏では、長野県は男性が2番目に最長の81.75年、女性が最長であり、また、滋賀県は男性が最長、女性が4番目に最長の87.57年と、全国の中でも長寿県となっている。

次に健康寿命を都道府県別にみると、男性については都道府県間の差が縮まり、最長が山梨県の73.21年となっているのに対し、最短が秋田県の71.21年となっており、差は2.00年である(第3図)。他方、女性については健康寿命になると都道府県間の差が広がり、最長が愛知県の76.32年

となっているのに対し、最短は広島県の73.62年であり、差は2.70年である。中部圏では、愛知県が、男性が3番目に最長の73.06年、女性が最長と、全国の中で男女共に健康寿命が長い。

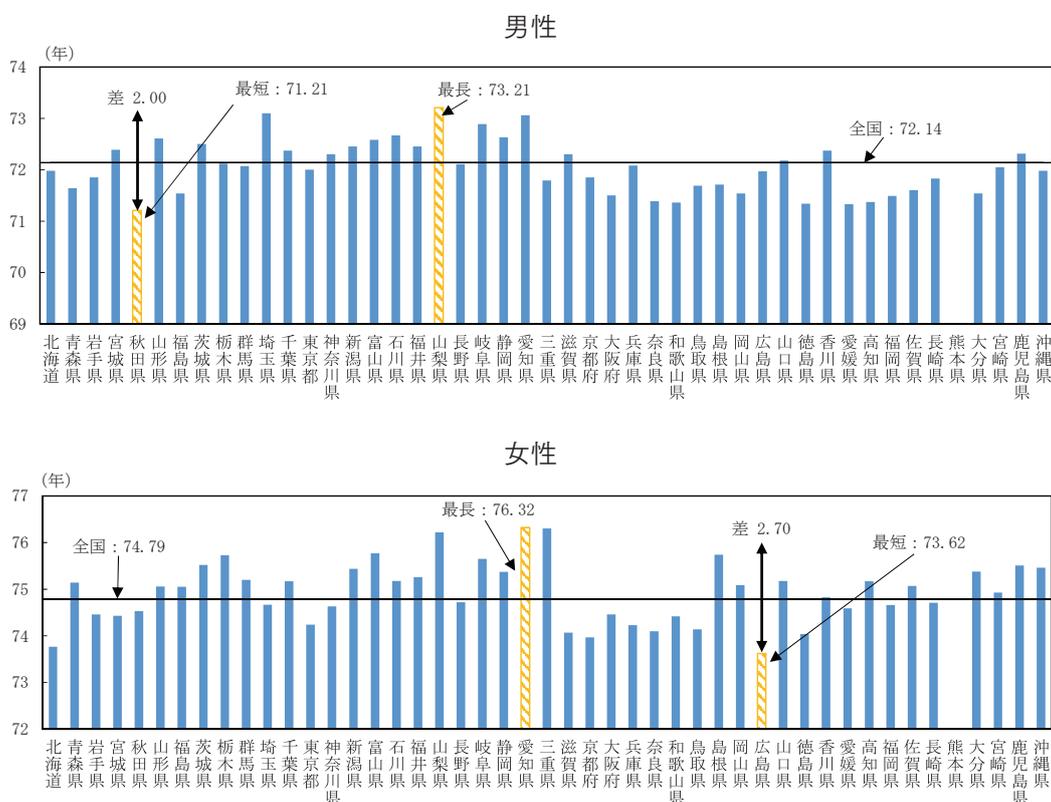
平均寿命という点からみても、健康寿命という点からみても、都道府県間ではばらつきがみられる。ただし、都道府県間の地域差(最長の都道府県-最短の都道府県)は、平均寿命については、2000年では男性3.23年、女性2.32年であったが、2015年では男性3.11年、女性1.74年、健康寿命については、2001年では、男性3.98年、女性3.44年であったが2016年には男性2.00年、女性

第2図 都道府県別の平均寿命（2015年）



(備考) 厚生労働省「平成27年都道府県別生命表」、「第22回生命表（完全生命表）」より作成。

第3図 都道府県別の健康寿命（2016年）



(備考) 1. 厚生労働科学研究費補助金「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（平成28～30年度）」より作成。
 2. 「国民生活基礎調査（平成28年）」において、熊本県は「平成28年熊本地震」により調査を行っていないため欠損値となっている。

2.70年と、地域差は縮小傾向にある。^(※6)

(4) 主観的健康度はおおむね普通からやや良い

次に主観的健康度について都道府県別にみていく。主観的健康度の全国平均は3.45で、最大が3.51の山梨県、次いで3.50の愛知県、最小が3.36の秋田県となっている。主観的健康度は3が普通、4がやや良いという判断になることから、各都道府県で主観的健康度はおおむね普通からやや良いと言える（第4図）。

(5) 健康度と社会参加には一定の関係が存在

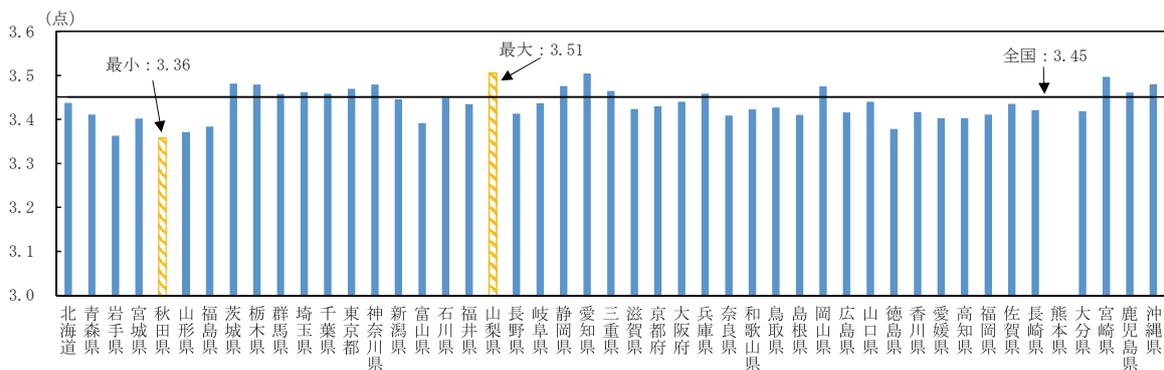
健康度が地域の経済活動に与える影響として、

人々の健康度、特に中高年の健康度が高まれば、働くこと等を通じて社会に参加する人が増えるという効果が考えられる。そこで、都道府県別データを用いて健康寿命と社会参加の1つの指標として有業率の関係についてみると、健康寿命と有業率には正の相関関係がみられた（第5図）。

また、年齢層による違いをみるために、健康寿命と15～49歳および50歳以上の年齢階級別の有業率の関係をみたところ、いずれも正の相関関係がみられ、後者の方が前者に比べて相関は強くなっていた。

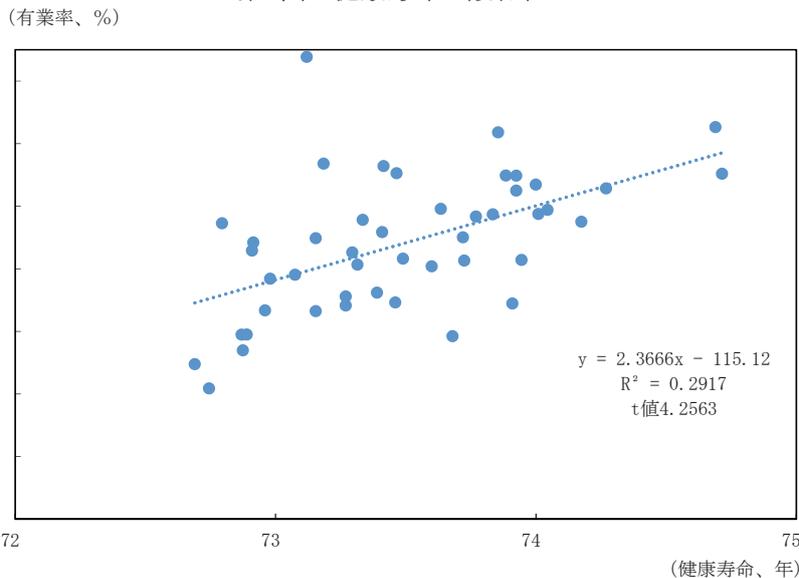
また、人々の健康度が高まれば、働く人のパフォーマンスが高まり、病気による欠勤がなくなる等、

第4図 都道府県別の主観的健康度（2016年）



(備考) 1. 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28年）」より内閣府作成。
 2. 「国民生活基礎調査(平成28年)」において、熊本県は「平成28年熊本地震」により調査を行っていないため欠損値となっている。

第5図 健康寿命と有業率



(※6) ばらつきを標準偏差で見ると、平均寿命については、2000年の男性が0.32、女性が0.19、2015年の男性が0.33、女性が0.16となっている。健康寿命については、2001年の男性が0.76、女性が0.52、2016年の男性が0.26、女性が0.42となっており、健康寿命については都道府県間のばらつきが縮小している。

労働生産性が向上するという効果が考えられる。そこで、主観的健康度と労働生産性の関係をみると、こちらも緩やかながら正の相関関係がみられる^(※7)(第6図)。なお、都道府県別というデータの特性から、労働生産性には、産業構造の違い等さまざまな社会的要因が影響しているとみられる^(※8)。また、有業率等の社会参加においても、女性における結婚・出産といったライフイベントの就労への影響、労働生産性では学歴や経験年数といった要因の影響も大きいと考えられる。一方で、健康度が労働に与える影響を、健康以外の要因を考慮しながら分析した研究では、男性については健康状態の悪化は無職となる確率を上昇させるとともに、労働時間を減少させる効果があるという指摘や、賃金率が低下することも確かめられている^(※9)^(※10)。

(6) 健康度の高まりによって県内総生産が増加

それでは、健康度が生産に影響を与える可能性についてみていく。以下では、健康が県内総生産に与える影響についてモデル分析を行う。Bloom et al.(2004)は、コブ・ダグラス型の生産関

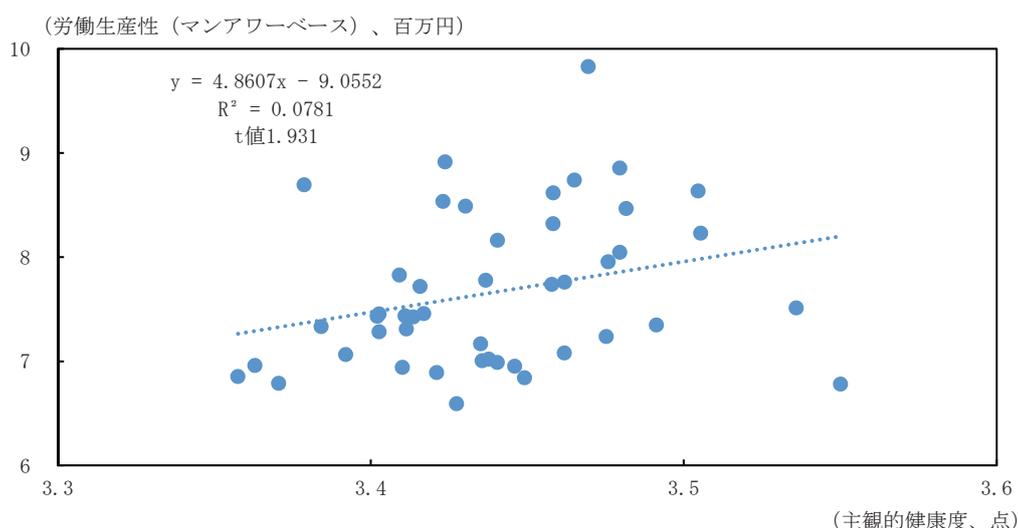
数に人的資本の一部として健康(平均寿命)を取り込んでパネルデータ推計を行ったところ、平均寿命の1年の延伸が国内総生産を4%増加させるという結果を得ている。このモデルを参考に、都道府県データを用いて、健康が県内総生産に影響を与えるかについて分析することとする。データの制約上、パネルデータ分析は難しいことから、1時点のデータを用いて推計を行う。労働ストック、資本ストック、教育年数および経験年数でコントロールしながら、県内総生産と健康度(健康寿命)の関係を推計すると、両者には統計的に正の有意な関係がみられた。他の条件が一定であれば、より健康度が高い地域ほどより県内総生産が高い傾向にあるといえる。

$$\ln Y_i = -8.427 + 0.501^{**} \ln K_i + 0.574^{***} \ln L_i + 0.266^{***} S_i + 0.074^{**} \text{expi} - 0.001 \text{exp}_i^2 + 0.056^{***} h_i$$

(備考) 分析結果の詳細については、内閣府「地域の経済2019」付注3-1を参照。

これまでみてきたことから、地域で暮らす人々の健康度が高まれば、職を持つ人が増加し、労

第6図 主観的健康度と労働生産性(2016年)



- (備考) 1. 内閣府「県民経済計算」、厚生労働省「毎月勤労統計調査(地方調査)」、「国民生活基礎調査(平成28年)」より作成。
 2. 労働生産性は、県内総生産(実質)を労働投入量(総実労働時間×常用労働者数、事業所規模5人以上、年平均)により割ることで算出。

(※7) なお、健康寿命と労働生産性についてはこうした関係はみられなかった。

(※8) 内閣府『地域の経済2018』による。

(※9) 濱秋・野口(2010)。

(※10) 湯田(2010)、上村・駒村(2017)および Jackle and Himmler(2010)。

働者個人の生産性が向上する等により、労働力の量および質が向上し、各地域の総生産を押し上げる可能性があることがうかがえる。

3. 健康と医療費

高齢化の進展は、社会保障費用の増大をもたらすが、健康な状態でより長く過ごすことができれば、結果的に医療・介護費用の増加を抑制することにつながると考えられる。ここでは、健康を害したときに発生する代表的な費用である医療費と地域の健康度の関係について分析する。

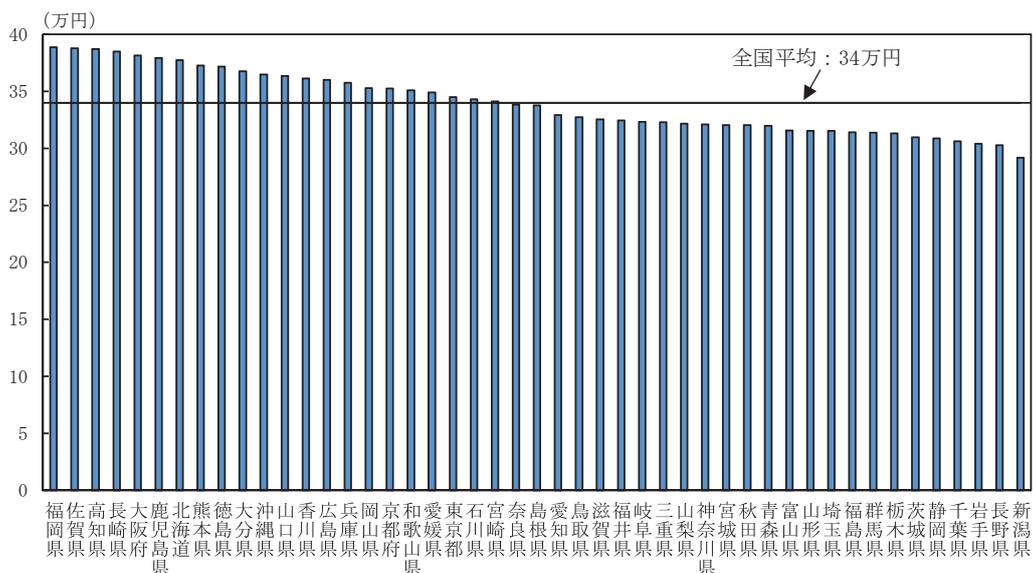
(1) 1人当たり医療費は都道府県間にばらつきがみられる

まず、1人当たり医療費を都道府県別にみてみよう（第7図）。都道府県間の年齢構成の違いは1人当たり医療費にも影響を与えることを考慮し、こうした年齢構成の違いを調整した年齢調整後の1人当たり医療費をみると、最も高い福岡県が約39万円となる一方、最も低い新潟県は約29万円となり、差は約10万円となっている。なお、年齢調整前の1人当たり医療費については、最も高い高知

県（約45万円）と最も低い千葉県（約30万円）の差は約15万円となっている。中部圏をみると、石川県を除き、全国平均を下回っている。年齢調整後の1人当たり医療費の地域差は、年齢調整前の地域差に比べれば小さいものの、金額としては大きな都道府県格差がある。

年齢調整後の1人当たり医療費の都道府県の最大差約10万円のうち、約6万円が入院にかかる費用、約3万円弱が入院外の費用の差となっている。入院にかかる費用に地域差が生じる要因については、年齢調整後の1人当たり医療費の高い地域は、「総じて病床数が多く、平均在院日数が長い。」（厚生労働省、2017）との指摘がある。また、1人当たり医療費に差が生じる要因としては、地域的特性や家族構成が影響している可能性がある。例えば、印南（1997）は、市町村経済が豊かで人口密度の高い都市部や世帯人員の少ない地域で1人当たり医療費が高くなる一方、林野面積などが大きい人口密度の低い地域や、二世帯で居住する地域については1人当たり医療費が低くなる傾向があるとしている。

第7図 都道府県別の1人当たり年齢調整後医療費（国民医療費ベース）（2017年度）



（備考）厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」より作成。

(2) 健康度の改善は1人当たり医療費を引き下げる

全国的に1人当たり医療費は増加しているが、一方で、健康であれば医者にかかる機会も少なく、医療費がかからなくなる。都道府県別の1人当たり医療費と健康寿命の相関をみると、負の相関がみられる(第8図)。

そこで、医療サービスの利用しやすさ等といった個人を取り巻く環境要因をコントロールして、健康度が医療費に与える影響について分析を行ってみよう。都道府県別のデータを用いて、医療費に影響を与えるさまざまな要因(医療サービスのアクセス、家族構成、都市化状況等を印南(1997)を参考に選定)を説明変数に入れてコントロールしながら、医療費と健康度の関係について推計を行ったところ、健康寿命でみた健康度は、健康度が高いほど、有意に1人当たり医療費が低い傾向にある。ここからは、地域の健康度が高まれば、医療費が抑制される可能性があることがうかがえる。

$$C_{health_i} = 871.524 - 9.468^{**} health_i + 3.927^{**} old_i + 683.080^{***} hospital_i + 2.973^{**} family_{old_i} - 0.004gdp_i + 0.001popdensity_i - 0.243^{**} veg_i + 0.006walk_i$$

(備考) 分析結果の詳細については、内閣府「地域の経済2019」付注3-2を参照。

4. 健康と地域資源

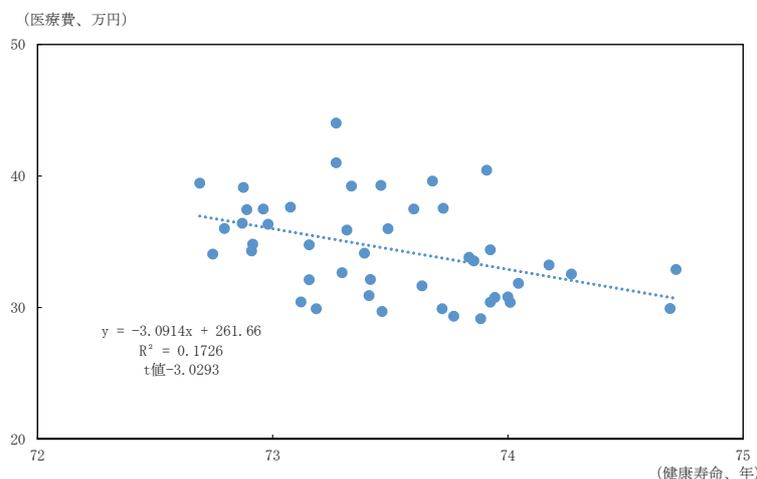
これまでみてきたように、地域の健康度の上昇は、その地域の経済活動を活発にし、医療費を抑制する可能性があるなど、地域経済に好影響をもたらすと考えられる。

では、地域で暮らす人々の健康度を高めるのは、どのような地域資源であろうか。また、どのような取り組みが地域の人々の健康行動の変容に影響するのだろうか。ここでは、地域での人と人とのつながりの健康度への影響や、地域ぐるみの働きかけが成果を生み出した事例をみた上で、健康寿命の延伸に向けて、今後、新たな手法も活用しながら、地域ぐるみのさらなる取り組みが必要とされていることをみていくこととしたい。

(1) 個人の半数は、健康のために特に何もしていない

厚生労働省「健康意識に関する調査」(2014年)によれば、自身の健康に不安が「ある」と回答した人の割合は61.1%を占めており、過半数の人が健康に不安を抱えている。一方、同調査で、普段から健康に気をつけるように意識しているかという質問に対する回答は、「特に意識しておらず、具体的には何も行っていない」が13.5%、「病気になるように気をつけているが、特に何かをやっているわけではない」が32.5%を占め、約半数

第8図 健康寿命と1人当たり年齢調整後医療費(2016年)



- (備考) 1. 厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(平成28~30年度)」、厚生労働省「国民医療費」より作成。
2. 1人当たり医療費は年齢調整後医療費の年度単位。

の人は、健康のために特に何もしていない。これらの回答をした人に対し、その理由を尋ねたところ、「何をどのようにやったらよいかわからない(19.8%)」、「忙しくて時間がない(16.2%)」、「経済的なゆとりがない(14.6%)」の回答が一定数みられた。これらの回答をした人は、ある程度健康のために何らかの行動をとろうという気持ちはある一方で、日々の制約によりそうした行動をとれない人たちであると考えられ、そうした人たちは合計で約半数に上る。健康を気にしつつも、特に具体的な行動をとっていない人々が相当数いることがうかがえる。

(2) 地域における人と人のつながりや健康活動等が地域の健康度を高める

個人の健康行動について何もしていない人が半数を占めるなか、行動の改善についてどのように取り組むべきだろうか。これまでの取り組みのなかでは、地域における人と人とのつながりを元にした働きかけが、地域の健康度の向上に功を奏している事例もある。例えば、長野県では保健師やボランティアによる活動、また、愛知県武豊町では地域サロンの取り組みが地域の健康度を高めたと考えられる(事例:「地域の人と人とのつながりを活用した健康増進」^(※11,12)参照)。

事例 地域の人と人とのつながりを活用した健康増進事例1

長野県の保健師やボランティアによる働きかけ (長野県の保健師、保険補導員等による働きかけ)

長野県は、都道府県別の人口1万人当たりの保健師数が7人以上と全国1位であり、栄養に関する指導を受けている人の数も他の都道府県に比べて多いなど、保健活動が活発である(第9、10図)。長野県の研究チームが、長野県の平均寿命が男女共にトップクラスとなっている要因について分析したところ、人口当たりの保健師数と女性の平均寿命に相関関係がみられた(長野県健康長寿プ

ロジェクト・研究事業 研究チーム(2015年))。また、同研究において、1945年に長野県の一般家庭の主婦が保健師の手助けをしたことをきっかけに創設された保健補導員等のボランティアが専門家と住民との間の橋渡しを行い、地域の健康に寄与したとされている。例えば、脳卒中予防のために冬季の居間の室温を18度以上に保つ一部屋暖房運動など積極的な保健活動が平均寿命の延伸に寄与した可能性が示唆されている。

(ボランティアの働きかけによる食生活の改善)

厚生労働省が推進する健康づくり運動である「健康日本21(第二次)」(2012年)では、健康増進の観点から、野菜摂取量1日平均350グラムを目標にしており、長野県は男女ともに目標値に最も近い県となっている(第11図)。

適切な食生活が生活習慣病の発症リスクを軽減することはよく知られているものの、個人の意思・努力だけで行動を変えるのは容易ではない。長野県では、食を通じた健康づくりのボランティアである食生活改善推進員の働きかけによる野菜摂取量増加の取り組みがある。食生活改善推進員が所属する食生活改善推進協議会において、1970年の発足当初から緑黄色野菜の積極的な摂取をテーマに掲げ、レシピの普及を図るとともに、緑黄色野菜の少ない時期にも自分で育てた野菜を食べられるように野菜の種を配るといったユニークな活動も行っている。こうした活動もあるためか、野菜摂取量を都道府県別にみると長野県は1日当たり男性352グラム、女性335グラムである。

事例2

愛知県武豊町の高齢者地域サロン参加と介護予防

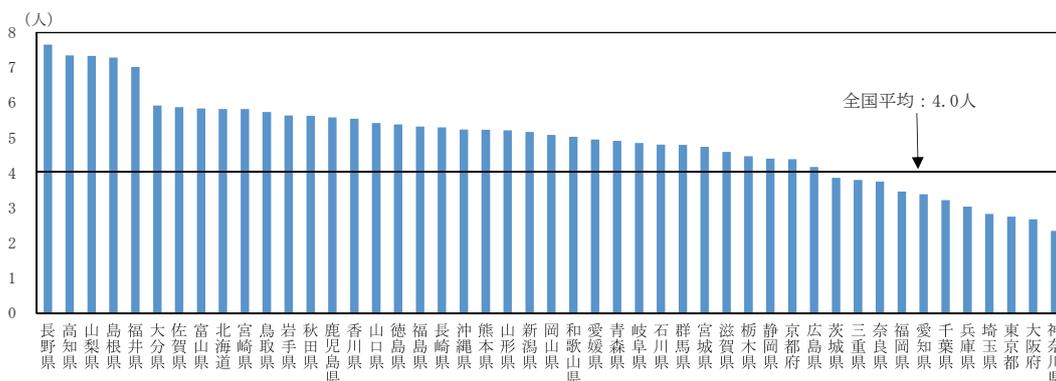
高齢者の社会参加を促すことは、介護予防に効果的であるとみられる。

愛知県武豊町では、既存の調査データを分析し、高齢者が介護予防事業に参加するには、自宅から近いことが条件の1つであることや、また、新規要介護者や死亡者の1年前の状態については、要

(※11) 栗本他(2011)では、調査対象者が現在の健康状態を5段階(最高に良い、とても良い、良い、あまり良くない、良くない)で評価し、そのうち「最高に良い」、「とても良い」および「良い」を主観的健康感が良好であるとしている。

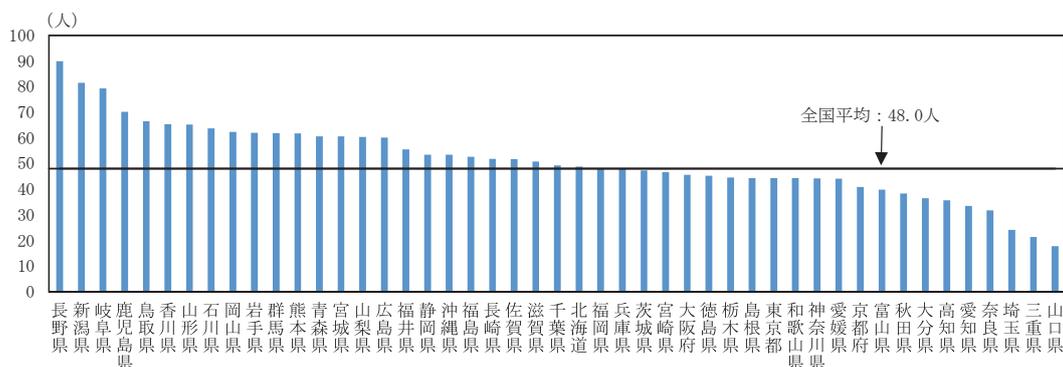
(※12) 両者は、10%水準では統計的に有意な違いがあるとしている。

第9図 人口1万人当たりの保健師数



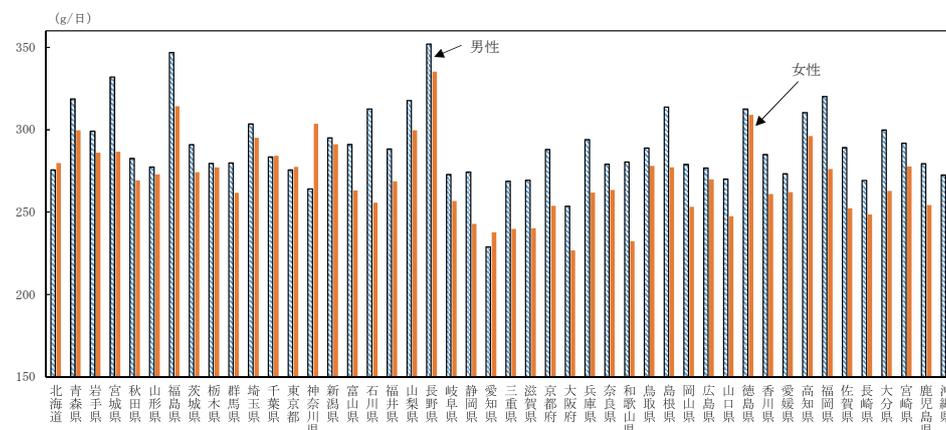
(備考) 総務省統計局「人口推計」、厚生労働省「衛生行政報告例」より作成。

第10図 人口10万人当たり健康増進(栄養指導)の指導を受けている人の数



(備考) 1. 総務省統計局「人口推計」、厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告(地域保健編)」より作成。
2. 延べ人員。

第11図 野菜摂取量(都道府県別、男女別)(2016年)



(備考) 1. 厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査」より作成。
2. 男女それぞれについて、年齢区分の平均年齢(57歳)を用い、年齢調整を行った。
3. 無作為抽出した限られた人数の調査なので、値には誤差があることを考慮する必要がある。

介護リスク「なし」が約半数を占めることが明らかになった。そうした分析を踏まえ、要介護リスクの高い高齢者だけでなく多くの高齢者が気軽に参加できる地域サロンを2007年に立ち上げている。サロンの事業では、町の支援の下、ボランティアを中心に住民参加型で行われ、健康体操や手芸・工作、地域の子供たちとの世代間交流、季節の催しなどの多彩な活動が行われた。2016年度には、町の高齢者のサロンへの参加率も1割を超えた。サロン参加群の要介護認定率は、非参加群と比べて、約半分に抑制されていることが確認できた。また、7年間の追跡調査により、サロン参加群は認知症の発症が3割程度減少していることも確認された。(第12図)。

(3) ソーシャルキャピタルや街の構造等と健康度には相関がある

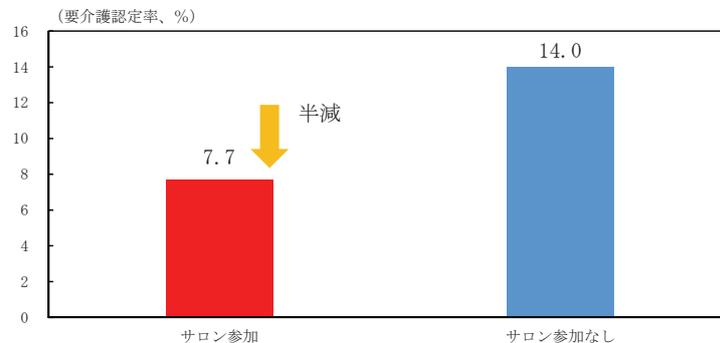
社会・地域における人々の信頼関係や結びつ

きといったソーシャルキャピタルが、個人の健康行動の改善や他者からの援助等を通じて健康に良好な影響を及ぼすという研究もある。^(※13) また、主観的健康度が良好な人々とそうでない人々について、月に1回以上会ったり話したりする家族や友人の有無や、助けを求められることができる家族や友人の数といったソーシャルネットワークの程度を比較すると、主観的健康度が良好な人々の方がソーシャルネットワークを構築しているという指摘がある。

そこで、ソーシャルキャピタル等の地域資源が人々の健康度を高めるかについて、マイクロデータを使って分析する。内閣府「生活の質に関する調査」(2013年)では、主観的健康度、ソーシャルキャピタル等、生活の質について豊富な項目を調査している。この調査データを用いて、主観的健康度に対して、年齢、家族構成、就労状況等の個人の属性以外に、居住環境、ソーシャルキャ

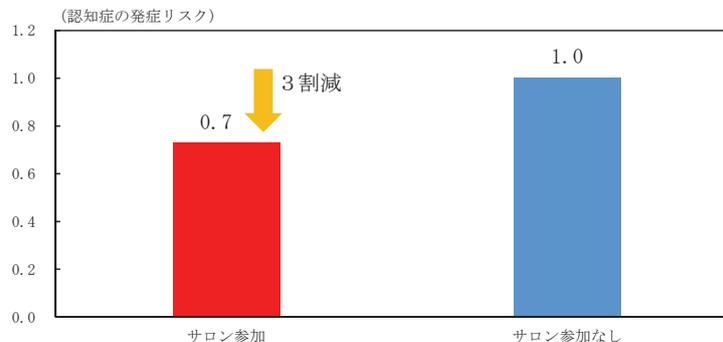
第12図 愛知県武豊町『憩いのサロン』参加者と介護・認知症予防

① サロン参加と要介護認定率



(備考) 引地 (2017) より。

② サロン参加による認知症発症率



(備考) 引地 (2015) より。

(※13) 小塩 (2008)。こうしたソーシャルキャピタルが個人の健康に影響を与える程度は、家庭の経済状況、就業状態、婚姻関係、家族との同居、家族の介護、性別、学歴、そのほか観測されない要素も含めた個人属性にも依存するとも指摘している。

ピタル、街の構造といった地域資源等が影響を与えているかについて、順序ロジット分析を行った。

その結果、困難な時に助けてくれる隣人がいることや身の回りから受ける援助への期待といった、何かあったときにサポートが得られるという期待や、他人に対する一般的信頼や行政等の組織への信頼といった抽象的な信頼度が高いなど、ソーシャルキャピタルが豊かであるほど、主観的健康度が高いことが分かった。また、騒音が少なく公園や緑地が多いといった近隣環境の良好さや、1人当たりの部屋の数が多いなど、居住環境が良好であるほど、また、徒歩または自転車で行ける施設の種類の多い^(※14)といった街の構造であるほど、主観的健康度が高いという結果となった(第13表)。人と人のつながりからのサポートが得やすい、社会に対する信頼が高いといったソーシャルキャピタルが豊かであることが、人々の健康度に好影響を与えていることがうかがえる。

5. 新たな手法も活用した、地域ぐるみの取り組みの必要性

(1) 予防・健康づくりでは地域の役割が重要

では、地域の健康度を高めるために、今後、地域はどのような役割を期待されているのであろう

か。ここでは、主に地域の行政機関である都道府県、市町村といった地方公共団体が健康増進のために人々にどのように働きかけていくことが必要であるかをみていく。

「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」(本部長：厚生労働大臣)で2019年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」では、2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを目指すとしている。また、2019年6月に閣議決定された「成長戦略実行計画」では、人生100年時代の安心の基盤は「健康」であるとされている。

このため重要な役割を担うとされているのが、地域や職場による予防・健康づくりである。健康に無関心な層を含め、全ての世代や地域の住民が予防・健康づくりを進めるためには、地域や職場といった、個人が居住している、あるいは所属している等、つながりのある関係からの取り組みが期待されている。都道府県や企業は医療保険の保険者という立場でもあり、政府としては、保険者に対して、予防・健康事業を行う大胆なインセンティブ措置を講ずるとしている。

(2) 新たな手法を活用した地域からの働きかけ 健康に無関心な層も含めて、予防・健康づくり

第13表 地域資源等が主観的健康度に与える影響に関する分析結果

	プラスに寄与した項目	マイナスに寄与した項目
社会経済的状況 (SES)	世帯人員 就労状態：通学 最終学歴：大卒	配偶関係：死別 就労状態：休業、引退 年齢、介護家族の有無
居住環境	1人当たり部屋の数 近隣の環境	住居の問題
ソーシャルキャピタル	身の回りから受ける援助への期待 困難な時に助けてくれる隣人の有無 組織への信頼 一般的信頼	
街の構造	徒歩又は自転車で行ける施設の種類の多い	

(備考) 1. 内閣府「生活の質に関する調査(2013年)」より作成。

2. プラスは有意水準10%未満で正の相関、マイナスは有意水準10%未満で負の相関があるもの。
分析の詳細については、内閣府「地域の経済 2019」付注3-3を参照。

(※14) 食料品が買える所(食料品店、スーパー等)、日用雑貨が買える所、郵便局、銀行・信用金庫などの金融機関、映画館・劇場・美術館等の文化施設、公共交通機関(バス停、鉄道駅等)、診療所や病院、役場・支所等の自治体窓口、図書館・公民館等の集会所、子どもなどが遊べる場(公園等)。

を推進するために、これまでの取り組みに加えて、新たな手法を用いた働きかけにより効果を高めることが期待されている。

新たな手法とは、自然に健康になれる食環境づくりの推進や、行動経済学（ナッジ理論等）の活用やインセンティブ強化など、個人が無理なく健康な行動をとれるような環境・仕掛けである。

例えば、ナッジ理論を用いた取り組みとして、国立がん研究センターによるソーシャル・マーケティングを活用したがん検診の受診勧奨用の資材の開発がある。ナッジとは、英語で軽く突くという意味であり、行動科学の知見に基づく工夫や仕組みによって、人々がより望ましい行動を自発的に選択するように誘導する手法である。地方公共団体は、がん検診を受けてもらう「きっかけ」を与えるために、ハガキやリーフレットの郵送等によって受診勧奨・再勧奨を行うものの、配布されるリーフレット等の情報量が多すぎてわかりづらいという声が多く聞かれた。そこで、同センターでは、マーケティングの専門家等の協力を得て、受診を促すために必要な情報や効果的なメッセージを簡潔にわかりやすく伝えるハガキやリーフレット等の資材を開発した。全国194市町村がこれらの資材を活用して、受診勧奨を実施したところ、2～4倍の受診率向上を達成できた。今後、このような先進事例をとりまとめたハンドブックを活用し、全国の地方公共団体に横展開していくこととしている。

また、今後、情報通信技術の一層の進展により、個人の健康状態に関わる電子データを活用して、より個人に即した的確な働きかけを行うことが可能となっていくと考えられる。既に、愛知県等で、モデル事業としてIoT機器を活用した生活習慣病予防のサービスも実施されている（事例：「IoT機器を活用した糖尿病等の生活習慣病予防サービス」（愛知県のチーム「七福神」）参照）。政府においても、パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）、個人の健康診断結果や服薬履歴等の健康情報を、電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みの構築を進めることとしている。

事例 IoT機器を活用した糖尿病等の生活習慣病予防サービス（愛知県のチーム「七福神」）

糖尿病は軽症者であれば、生活習慣の改善により予防できるが、実際には、生活習慣改善が難しいと感じたり、治療を中断してしまう人も少なくない。

愛知県健康づくり振興事業団等が率いるチーム「七福神」は、IoT機器等を通じて得られる健康情報等を活用して、糖尿病の発症を予防する健康管理サービスを提供している。糖尿病教育入院の患者または糖尿病の疑いのある者による協力者がウェアラブル端末等で、体重、歩数、血圧値等の測定データの転送、食生活等の自己評価を入力すると、「健康応援七福神アプリ」より週2回応援や注意等のフィードバック、4週ごとのサマリー通知が配信される。また、データについては医師等の専門職とも共有し、個人の状態にあった療養・保健指導を行い、参加者の行動変容を支援している。IoT機器を用いて介入したグループと介入していないグループを比較すると、3か月後に、血糖値の高さを確認する代表的な検査値であるHbA1cが、前者では6.99%から6.43%へと▲0.56%ポイント低下し、糖尿病の疑いのある基準である6.5%を下回った。しかし、介入していないグループではHbA1cが6.75%から6.60%と、▲0.16%ポイントの低下にとどまった。統計的にも両グループ間には、有意な差があることが確認されている。

このような新たな手法も活用しながら、地方公共団体や保険者など関係者・関係団体がこれまで以上に連携し、地域ぐるみ、職場ぐるみで、地域の健康度を向上させる、効果的な予防・健康づくりを進めることが必要とされている。こうした取り組みの推進もあって、地域の多くの人々が健康を享受し、多様な世代の人々が自らの希望に応じて地域で活躍することを通じて、地域経済社会の活力が高まることが期待されている。