

内閣府 グローバルヘルス有識者タスクフォース会合 2021.10.13

日本の貢献が期待されるポストコロナのグローバルヘルステーマ

健康格差を見据えた科学的な地域づくり型UHC Healthy Ageingの推進を例に

京都大学 大学院医学研究科 国際保健学講座 社会疫学分野 教授

近藤 尚己 (こんどう なおき)



京都大学
KYOTO UNIVERSITY

自己紹介

近藤尚己 Naoki Kondo, MD, PhD

2000年山梨医科大学卒業。2年間の臨床研修後、山梨大学助教・講師、ハーバード公衆衛生大学院フェロー、東京大学准教授等を経て2020年9月より現職

現在の主なプロジェクト

- 日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study:JAGES）サブリーダー
- 行動科学とマーケティング理論を活用した健康格差是正活動モデル開発：企業との共同研究
- 健康格差是正に向けた戦略的コミュニティ開発研究：兵庫県神戸市・東京都足立区・熊本県御船町ほか

現在の主な学術活動・社会貢献活動等

WHO Global Network on Long Term Care コアメンバー

WHO Clinical Consortium for Healthy Ageing メンバー

日本疫学会理事・J Epidemiol副編集長

日本プライマリ・ケア連合学会 健康の社会的決定要因検討委員会（SDH検討委員会）副委員長(実務統括)

自由民主党「明るい社会保障改革推進議員連盟」学術アドバイザー

日本老年学的評価研究 JAGES調査フィールド

■ 2019調査協力保険者
■ 過去の協力保険者

JAGES 2019/20

参加市町村数 66
送付数 約38.5万人
回収数 約26.5万人
回収率 約68.8%
(2021年4月1日時点)

JAGES 2016/17

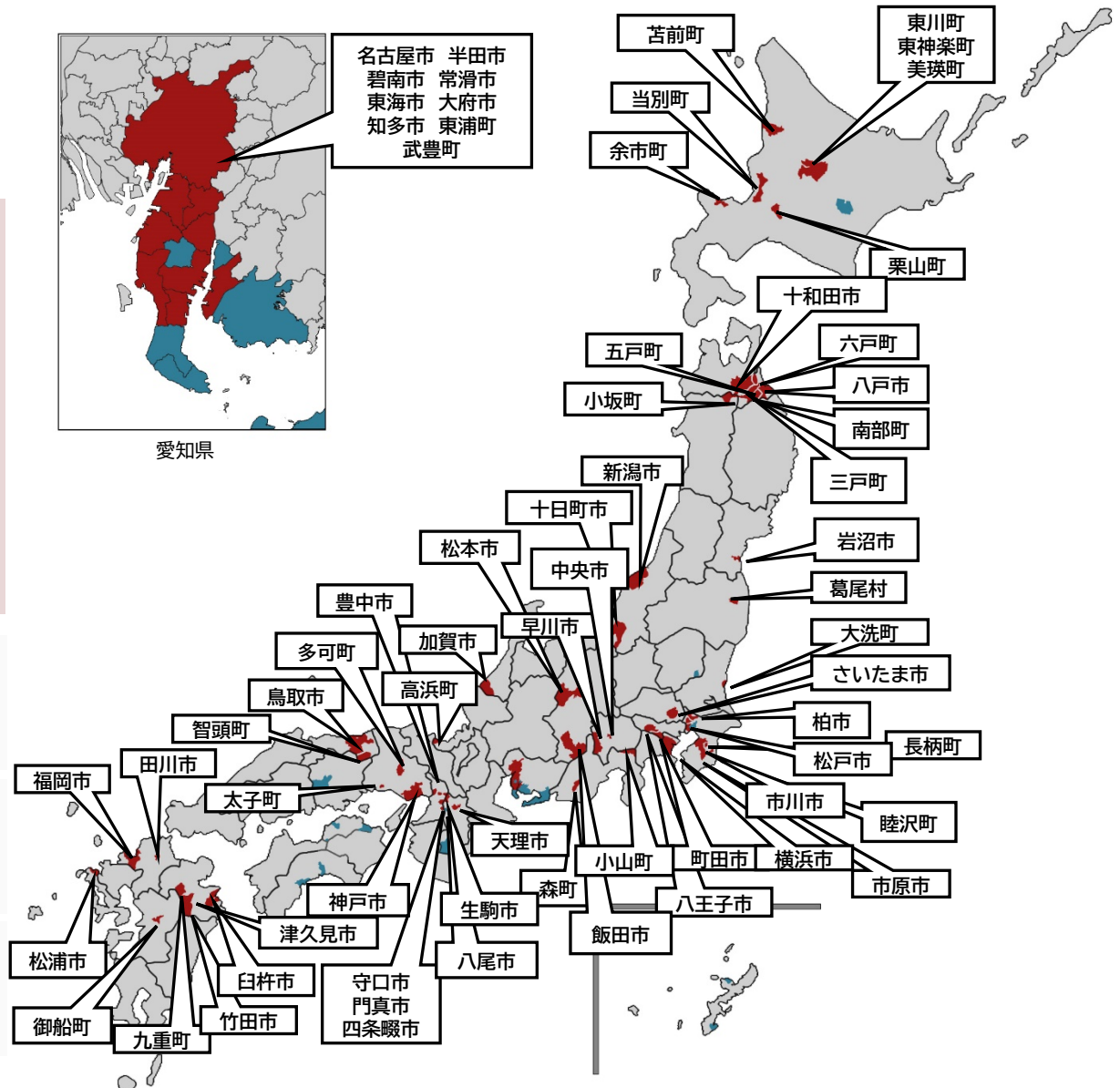
参加市町村数:41 送付数 約30万人
回収数 約20万人 回収率 約69.5%

JAGES 2013/14

参加市町村数 30 送付数 約19.5万人
回収数 約13.8万人 回収率 約70.8%

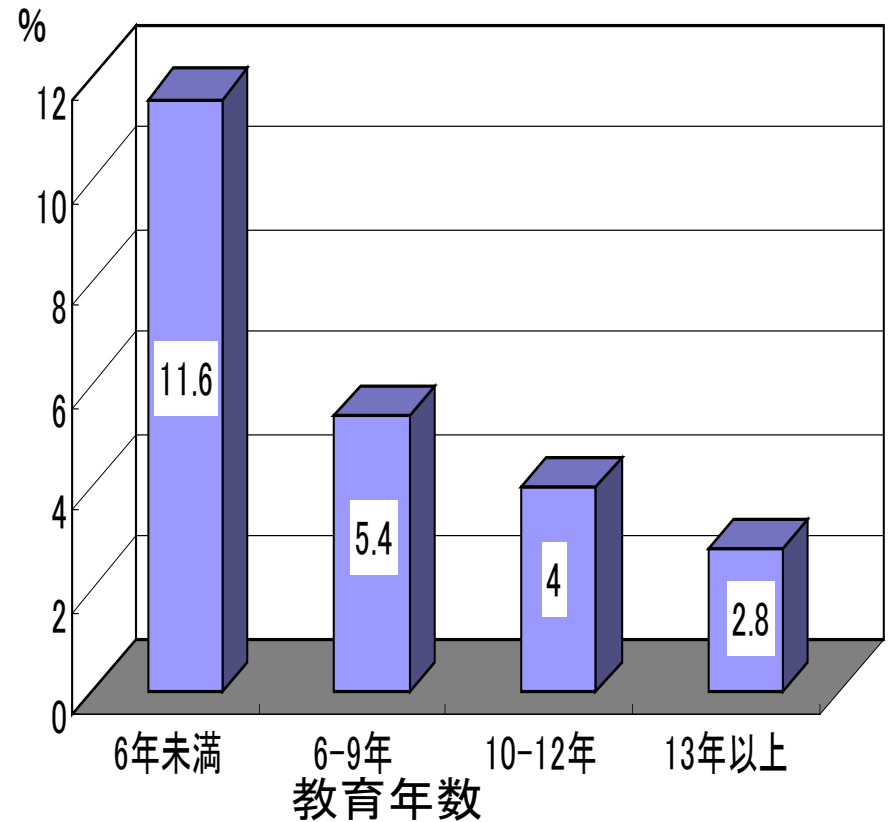
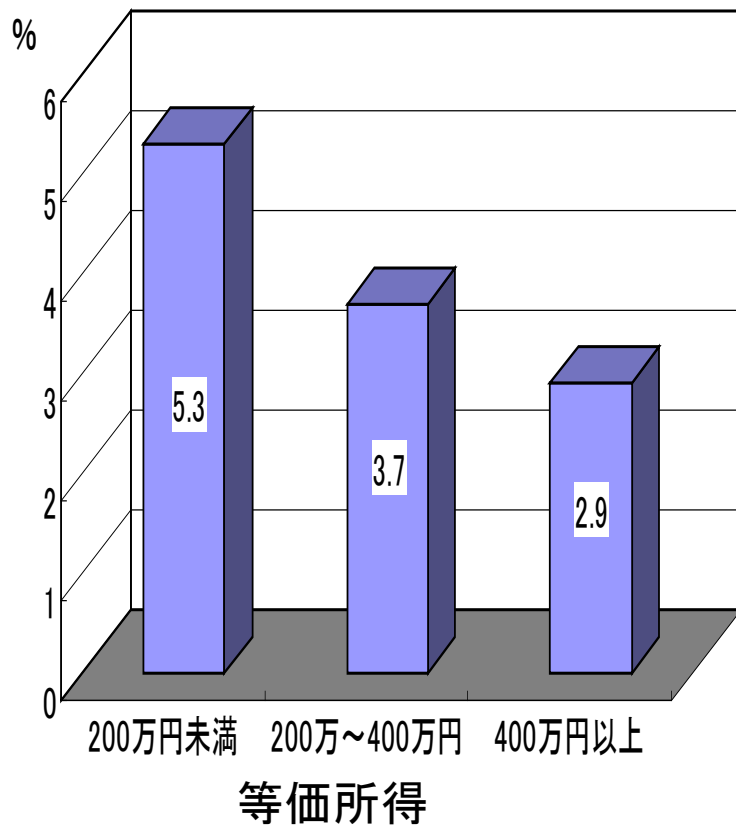
JAGES 2010/11

参加市町村数 31 送付数 約16.9万人
回収数 約11.2万人 回収率 約66.3%



「閉じこもり高齢者」の割合

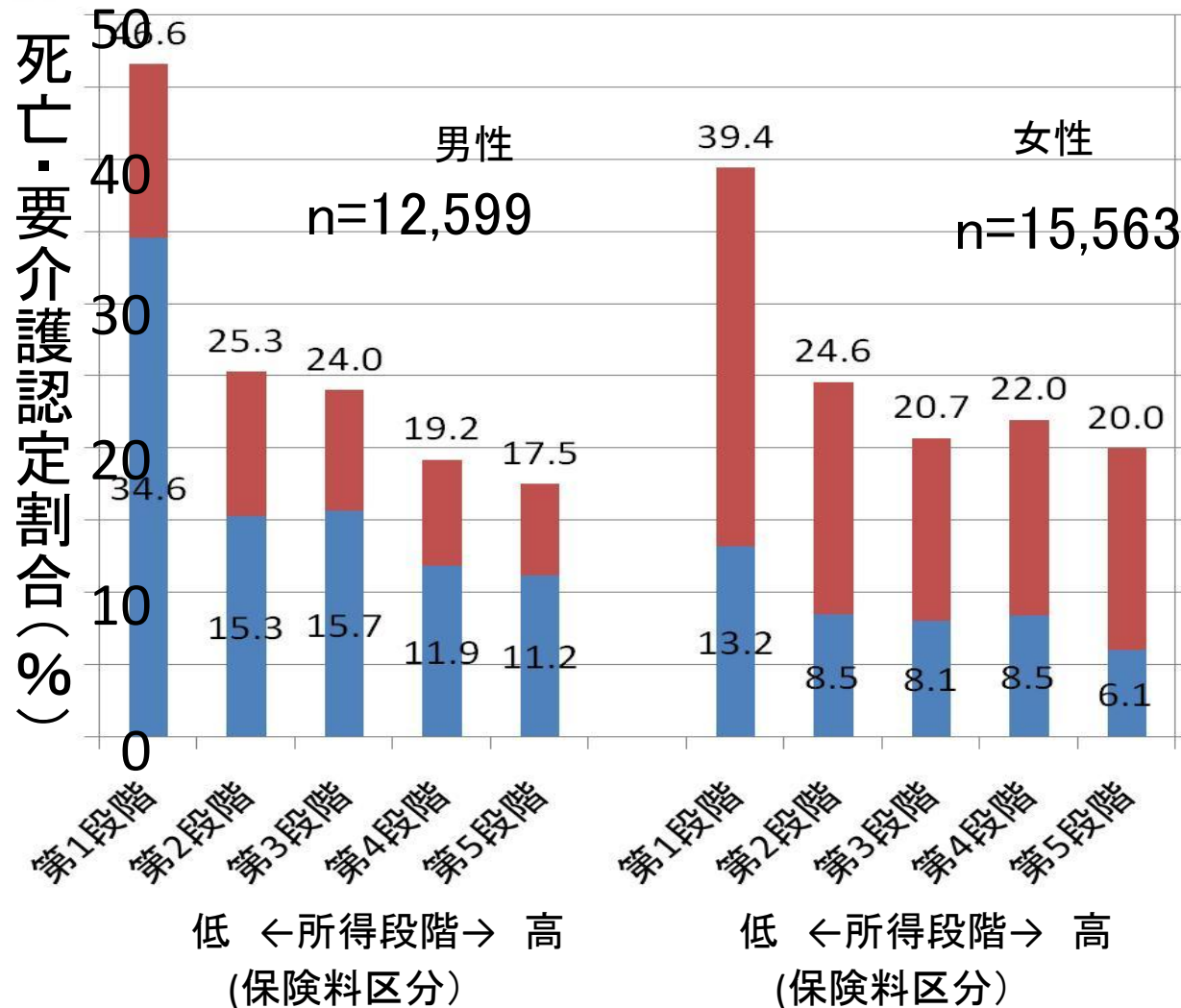
65歳以上の高齢者n=32,891（平井・近藤，2005）



所得と死亡・要介護リスクの関係

近藤・平井・他 2008
%

28162人を
4年間追跡



■ 認定
■ 死亡

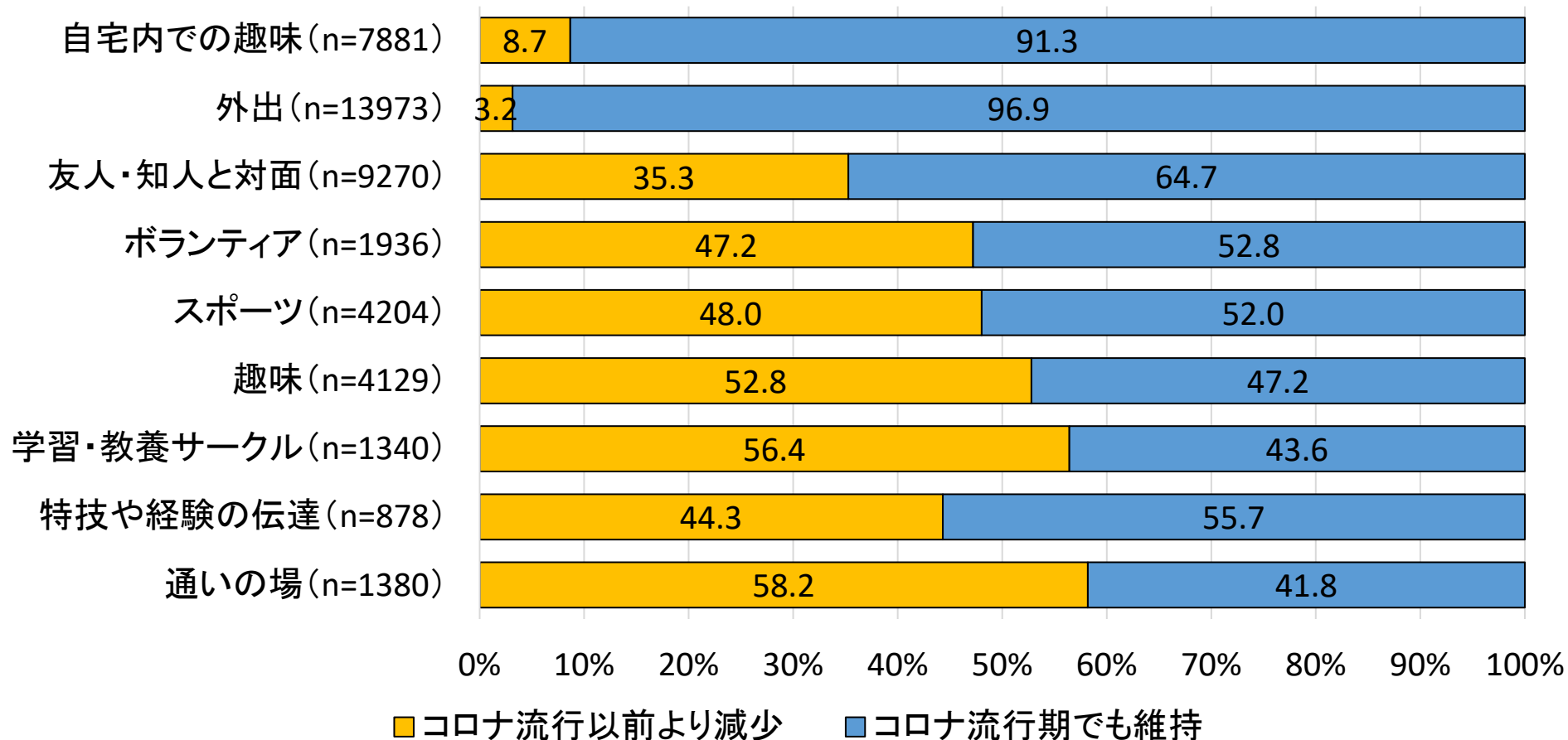
調査方法と分析対象者

分析自治体	11自治体(7市、4町)
調査期間	2020年12月～2021年2月
対象者	要介護認定を受けていない65歳以上高齢者
対象者数	23,550人
回収数(率)	19,509人(82.8%)
分析対象者	17,179人*

※回収数から性・年齢不一致者、日常生活動作非自立、要支援・要介護認定者、事業対象者を除外した人数

ほとんどの社会参加・交流が半数の人で減少

新型コロナ流行前後での活動頻度の変化



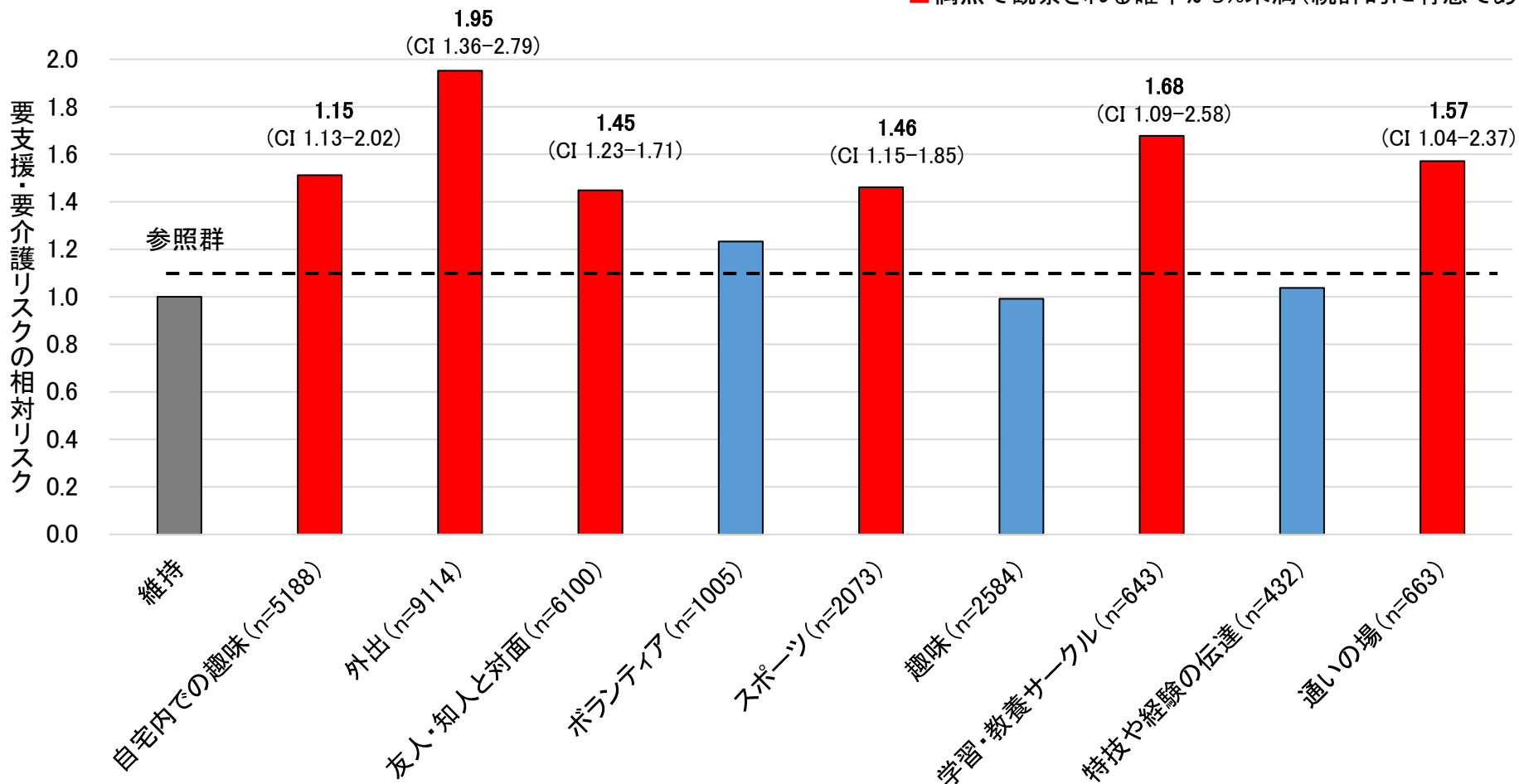
※ コロナ流行以前から活動頻度が月1回以上である人を対象に集計

※ 減少:コロナ流行期に活動頻度が月1回未満、維持:コロナ流行期に活動頻度が月1回以上

活動頻度参加が減少した人は、維持した人に比べて 要支援・要介護である割合が1.2-2.0倍高い

活動頻度の変化と要支援・要介護リスクの関係

■ 偶然で観察される確率が5%未満(統計的に有意である)



多変量ロジスティクス回帰分析を実施

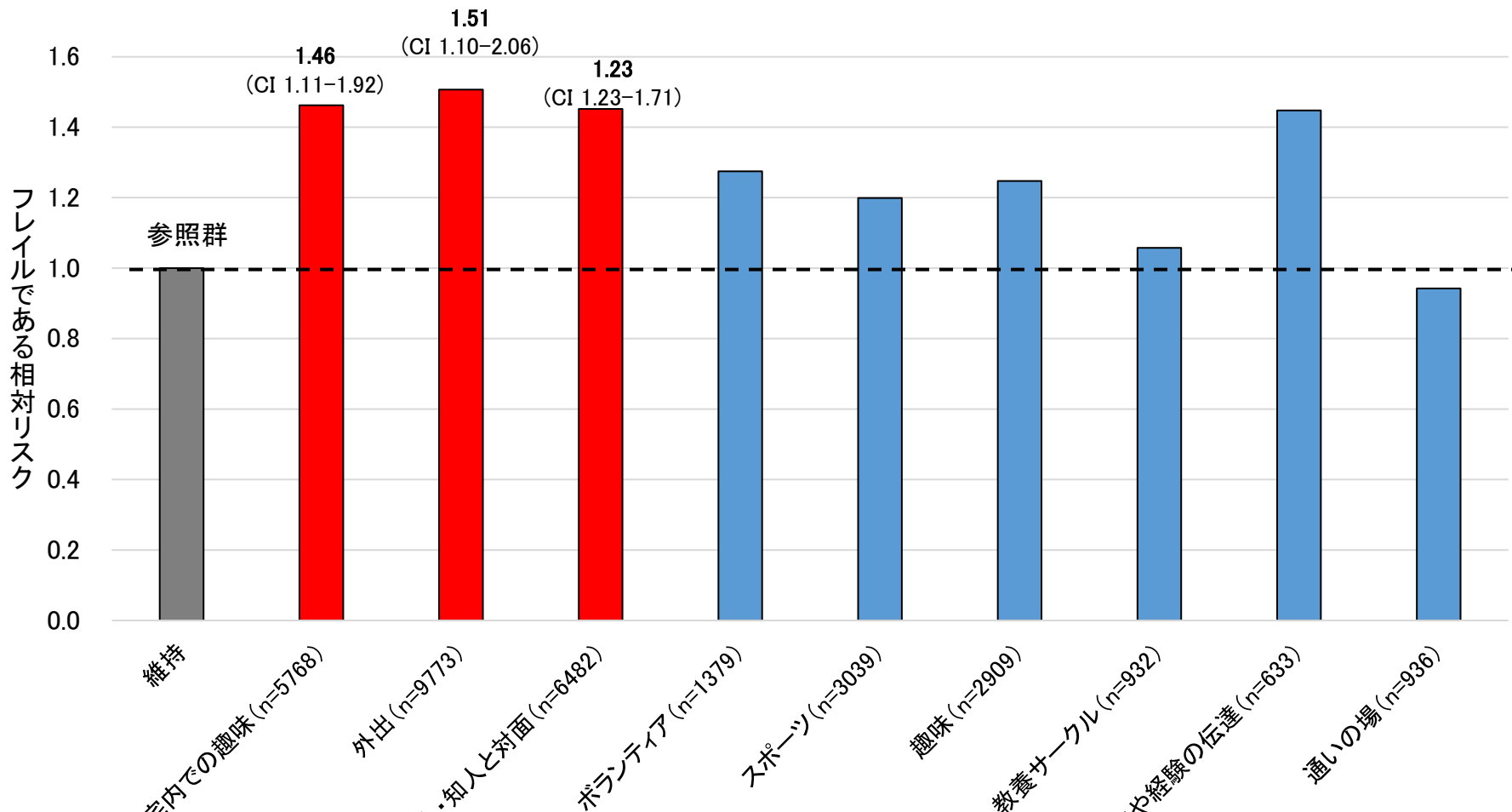
目的変数: 要支援・要介護リスク(要支援・要介護評価尺度17点以上: 1、未満: 0)

調整変数: 年齢、性別、婚姻状況、就労状況、喫煙、飲酒、教育歴、治療中の疾患有無、うつ、IADL

活動頻度参加が減少した人は、維持した人に比べて フレイルである割合が1.2-1.5倍高い

活動頻度の変化フレイルの関係

■ 偶然で観察される確率が5%未満(統計的に有意である)



多変量ロジスティクス回帰分析を実施

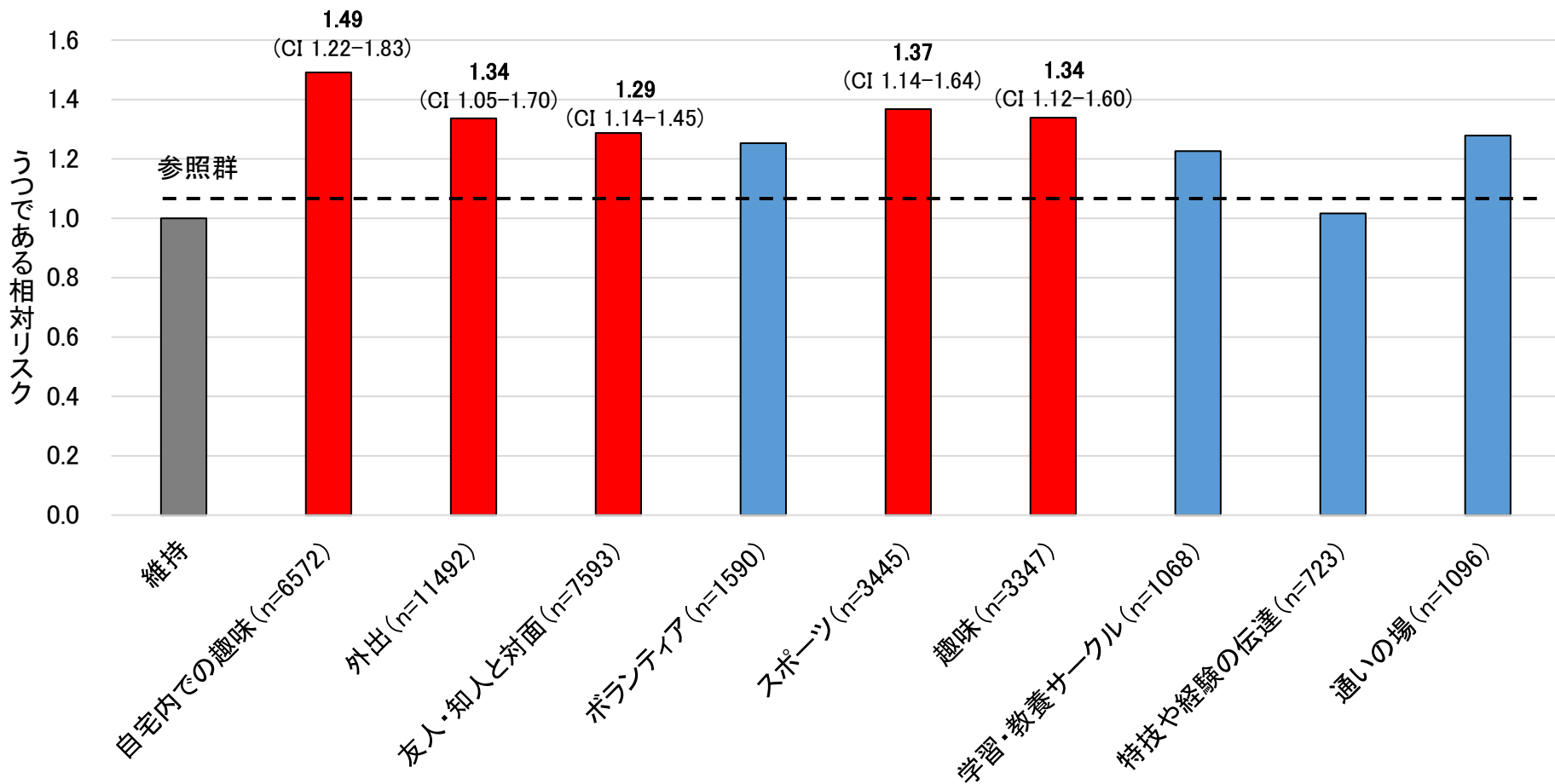
目的変数:フレイル(基本チェックリスト8点以上:1、未満:0)

調整変数:年齢、性別、婚姻状況、就労状況、喫煙、飲酒、教育歴、治療中の疾患有無、うつ、IADL

活動頻度参加が減少した人は、維持した人に比べて うつである割合が1.3-1.5倍高い

活動頻度の変化とうつの関係

■ 偶然で観察される確率が5%未満(統計的に有意である)



多変量ロジスティクス回帰分析を実施

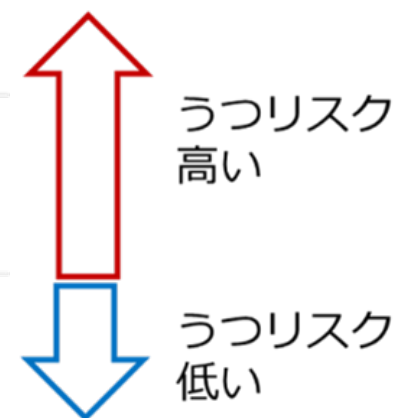
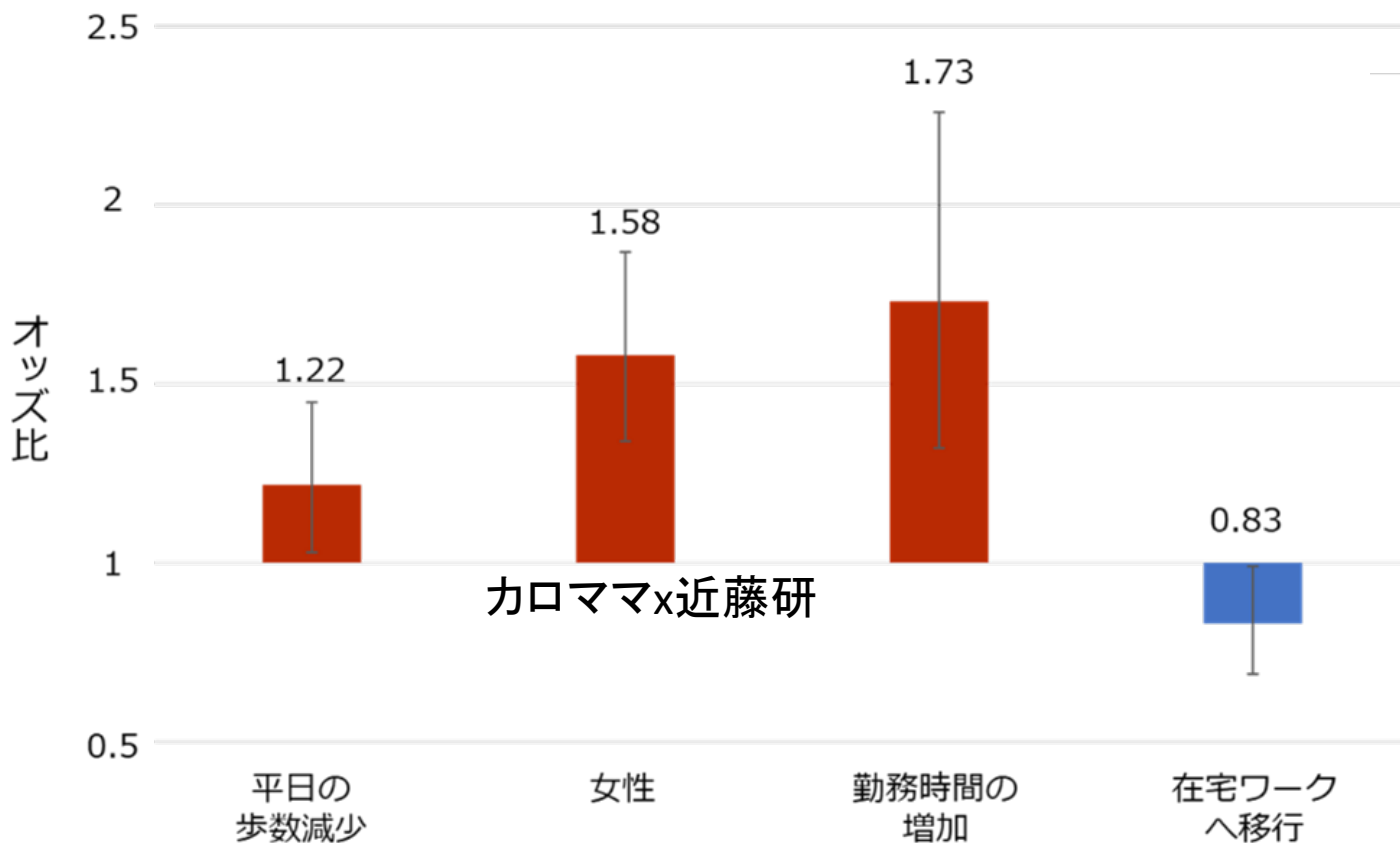
目的変数: うつ (GDS点数5点以上: 1、未満: 0)

調整変数: 年齢、性別、婚姻状況、就労状況、喫煙、飲酒、教育歴、治療中の疾患有無、IADL

緊急事態宣言中「仕事時間」「子育て時間」が増加した人がうつになりやすく「在宅ワーク」へシフトできた人は大丈夫



カロママシリーズの利用イメージ

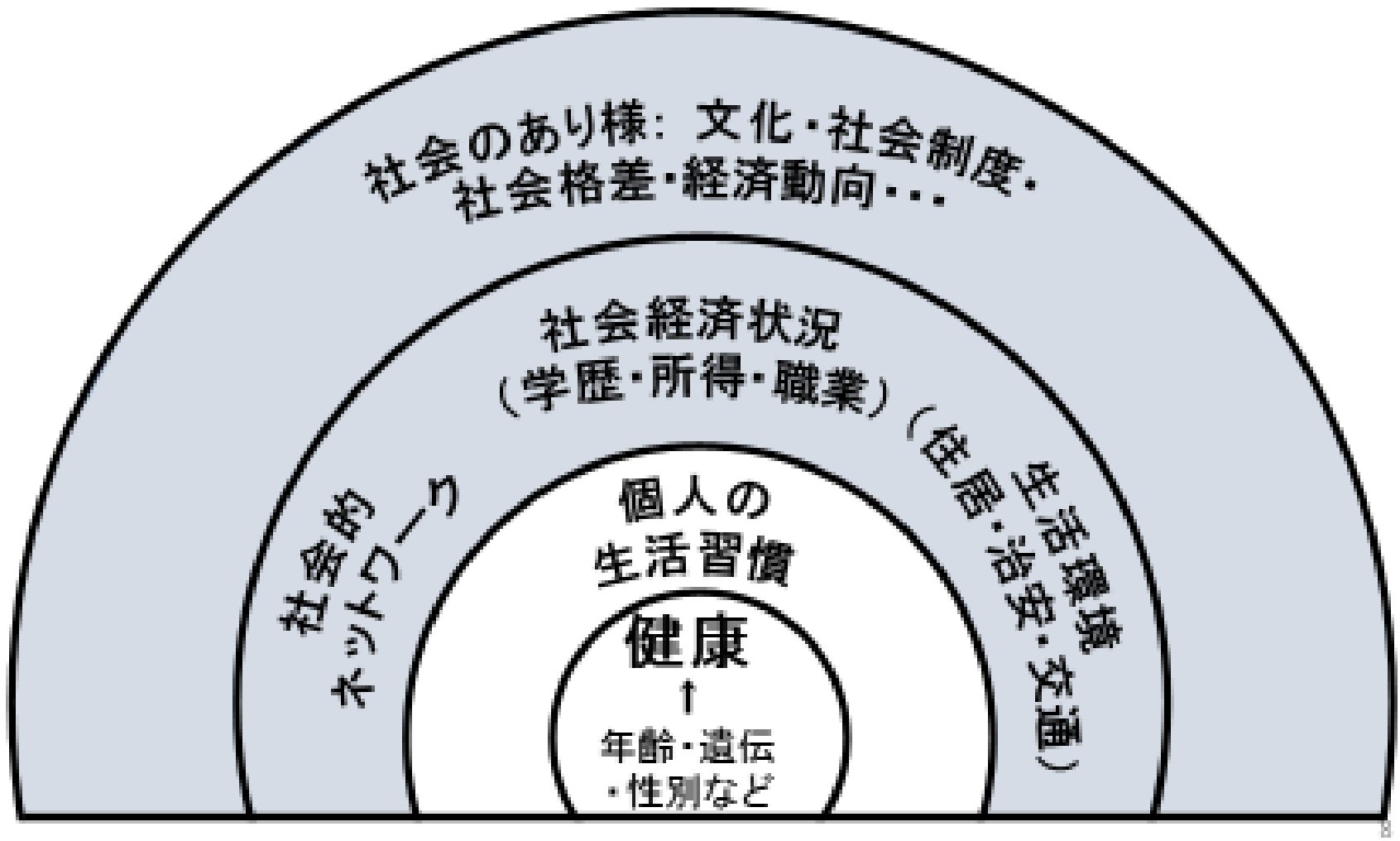


在宅ワークは「野菜と果物の摂取量増加」に貢献！一方、子育て時間が増えた人には悪影響も



健康の社会的決定要因

健康は多重レベルの要因で決定される



健康格差対策の考え方

世界保健機関：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

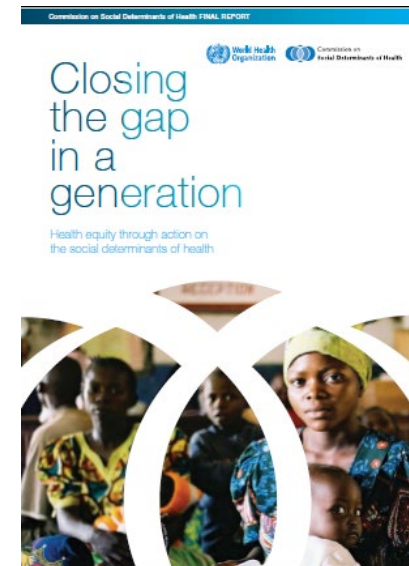
- 「健康」の前にまず「環境」
- 教育・労働・交通・休暇・・・

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

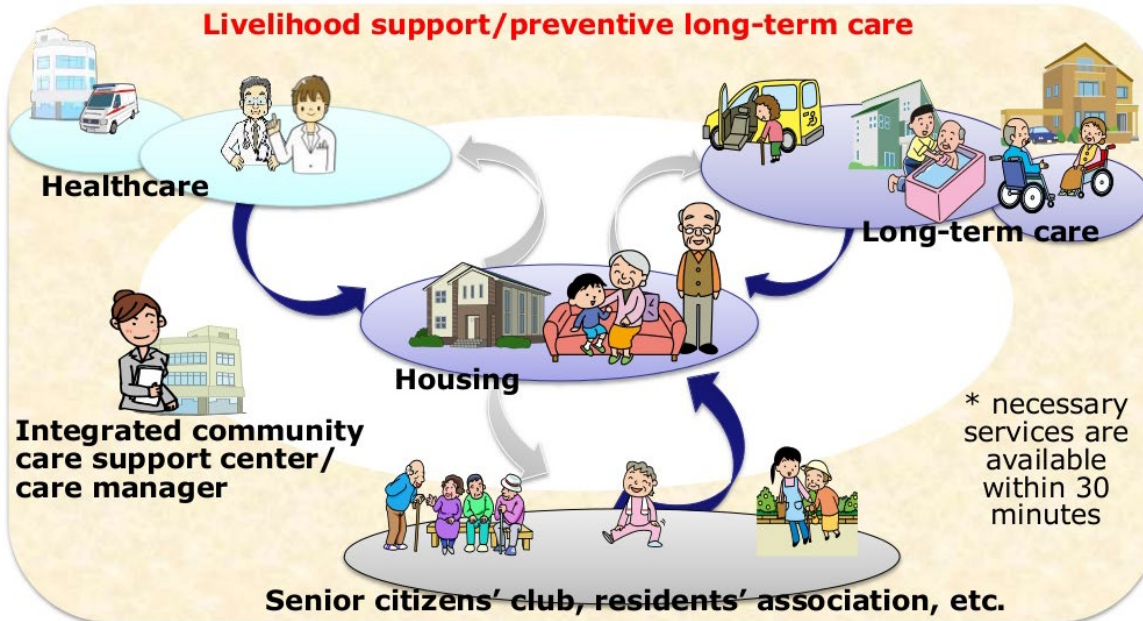
3. 格差の視覚化と活動のアセスメント

- 見える化
- 対策の効果を予測して、改善



環境改善・連携・アセスメント＝地域包括ケア Community-based Integrated Care System: Japan's current community organizing strategy for Healthy aging

To live in community in a pleasant and familiar environment



Lessons from the field

Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan
Juniko Saito,^a Mitsu Haseda,^a Aki Amemiya,^a Daisuke Takagi,^a Katsunori Kondo^b & Naoki Kondo^c

Problem: The measures for long-term care prevention that the Japanese government had introduced in 2006 were unsuccessful because of the failure to identify high-risk individuals and to enroll enough participants in the community prevention programmes.

Approach: The Japanese government shifted its primary strategy from a high-risk strategy to a community-based population strategy in 2016, by introducing the Long-term Care Insurance Act. This is to bring community-based care and social movements of health. The Act and the government plans for long-term care prevention are inspired by a social participation intervention called *demouras*, that is gathering volunteers for people older than 65 years. These volunteers manage for local volunteers, and hold once or twice a month in communal spaces within walking distance of community members' homes and have a low participation fee. At the gatherings, older people can meet and interact with others through voluntary housing and sometimes educational programmes.

Local setting: Japan has the world's largest ageing population, with 27.7% (35.2 million) of people living in Japan were older than 65 years.

Relevant change: Studies have shown that participation in the activities was associated with a reduced incidence in long-term care needs and about one-third reduction in the risk of dementia onset. Evidence also suggests that financially vulnerable older adults were more likely to participate in such interventions.

Lessons learnt: Integrated care for long-term care prevention should consider interventions targeting the whole community in addition to high-risk individuals.

Abstract in Arabic, Chinese, French, Portuguese and Spanish at the end of each article.

Introduction

Japan has the world's largest ageing population. In 2017, 27.7% (35.2 million) of people living in Japan were older than 65 years. Over the years, the Japanese government has reformed its policies to respond to the need of the ageing population and to prevent long-term care. In 2006, the government implemented measures aimed to identify frail or non-frail older adults (that is, 65 years or older) and provide early preventive care programmes for functional decline, to delay dependence on long-term care. The measures consisted of identifying older people with disability risks, by screening them, mainly at regular health check-ups, using a validated one-page questionnaire (Kihon checklist). Identified high-risk individuals were subsequently referred to free community prevention programmes.

However, the measures failed to identify high-risk individuals and participation in community programmes was low. Based on available evidence, the government estimated that approximately 5% of the total older population was at risk, and therefore should be the target of preventive care. However, in 2014, by the sixth year of strategy implementation, only 0.8% (267 654) of 32 844 141 of older adults had joined the community prevention programme.¹ The result was due to the low participation in the screening process for functional difficulties (only 14.9% (11 698 662) of 78 484 141 of older people participated, a lower percentage than that for regular health check-ups (41.5% for 65–74-year-old people). Although supportive evidence is not available, we speculate that physical and environmental barriers and the lack of support to overcome those barriers, such as incentives and transportation, may explain the low participation. The low screening participation could also increase inequalities in preventive service provision.

The low participation in the community prevention programmes resulted in limited attributable impacts. In theory, even if the government succeeded in preventing the programme to all eligible persons, those only represented 5% of the total older population. However, work on disease prevention, suggests that the distribution of disease and risk is generally a continuum, without an exact boundary between the normal and abnormal and that people developing a disease could be identified as normal in a screening programme.² In Japan, half of those who developed functional decline did not belong to the high-risk or special-elderly group before their functional decline started.³ The government recognized the issues associated to the secondary prevention measure, that is, difficulties in maintaining participants' motivation and high discontinuation rates and hence revised its policies for preventing long-term care.⁴

Here we describe the country's current strategy and we focus on social participation interventions called *demouras*, that is, invites whole older people can gather.

Current strategy

In response to the increasing awareness on health inequality, the second term of the National Health Promotion Mission

^aDepartment of Health, Education and Health Sociology, School of Public Health, The University of Tokyo, Room 1375, Faculty of Medicine Building #5, Hongo 7-3-1, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan.
^bCenter for Preventive Medical Science, Chiba University, Chiba, Japan.
^cComprehensive Care for Older People (COMPO) Unit, National Institute of Advanced Industrial Science and Technology, Tsukuba, Japan.
Submitted 27 August 2019; Accepted 18 March 2020; Accepted 27 March 2020; Published online 3 June 2020

DOI: 10.1136/bmjopen-2019-025411

Promoting partnerships among care providers, citizens, and community resources

Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. *Bull World Health Organ* 2019;97:570-4.



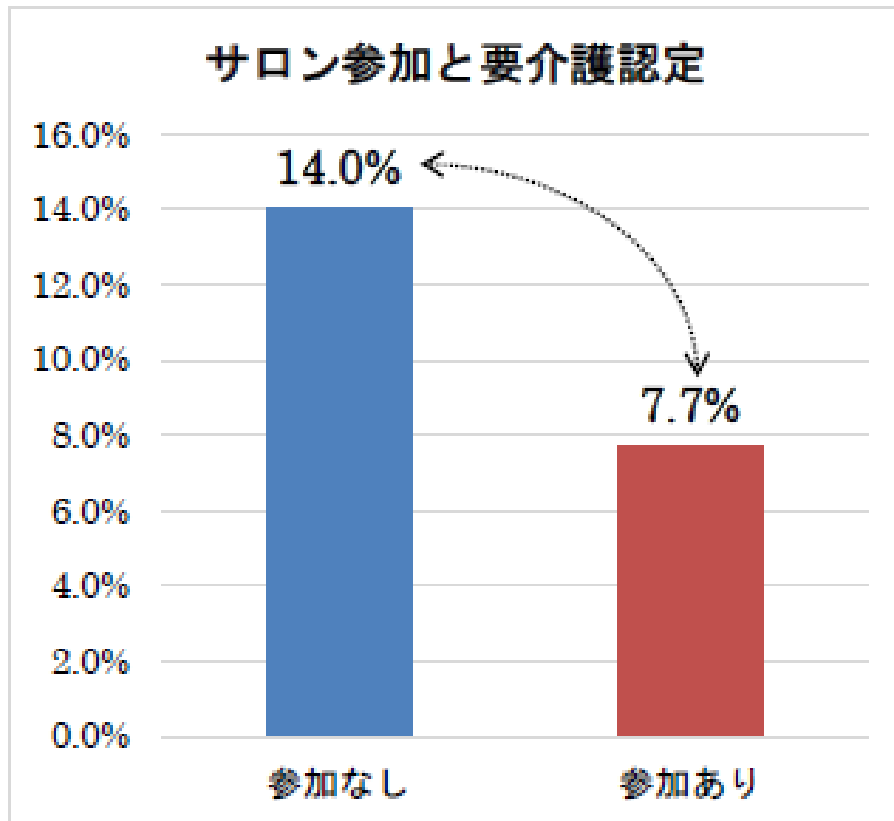
ソーシャルキャピタル

個人も組織も「つながり」が力に

- 「つながり」を資源ととらえる概念
- 個人・組織がそのネットワークを通じてアクセスできる資源。あるいはネットワークそのものを資源としてとらえる
- 個人：友人知人とのつながりの量と質
- 組織：連携する組織の量と質
- つながりの中にある知識、技術、権力、その多様な機能が持つ

通いの場事業：楽しく参加することが介護予防に 高齢者が交流を持つ「コミュニティ・サロン」をまちに設置 すると、要介護認定率が半減する可能性

図：サロン参加者と非参加者の要介護認定率の比較



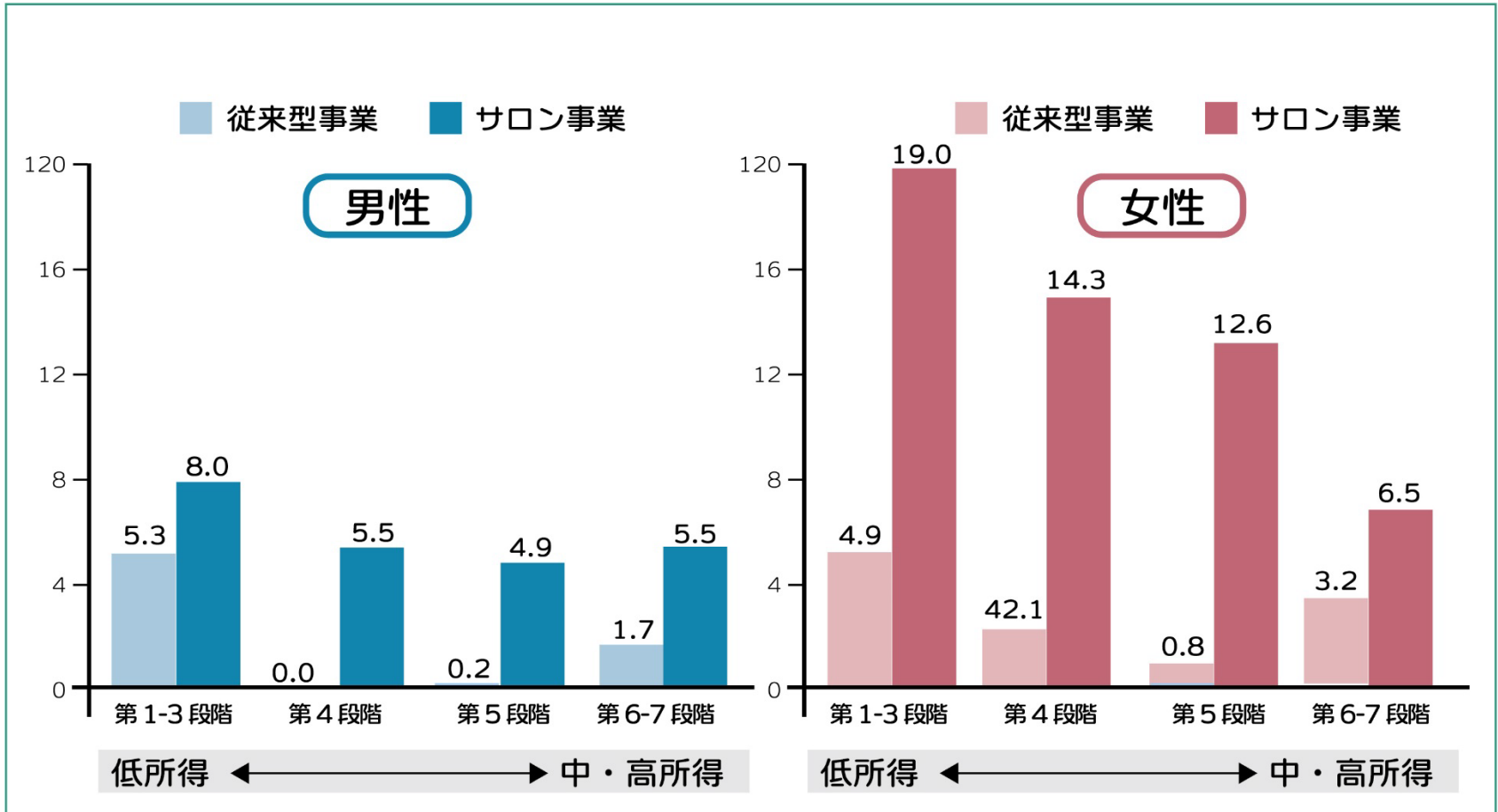
注 3回以上参加した人のみを「参加者」と見なしている（2回以下の参加者は「参加なし」に分類）。



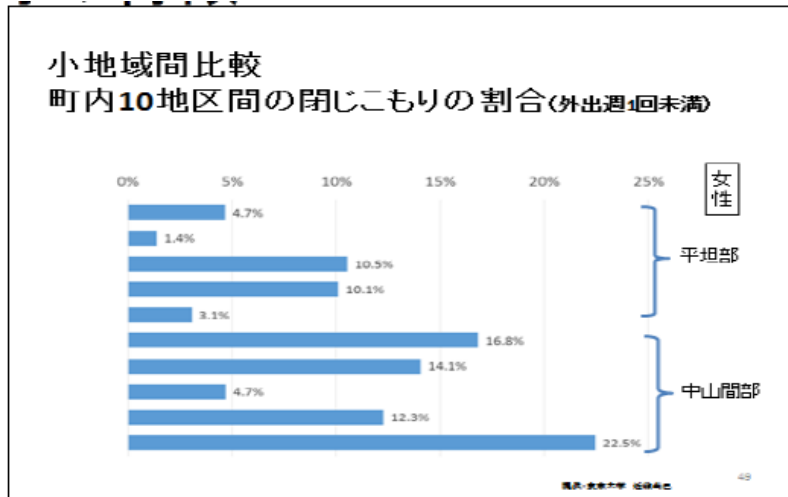
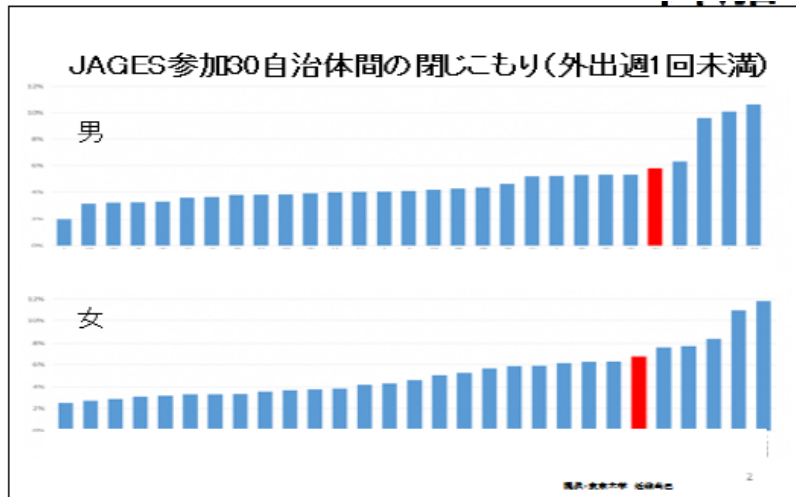
サロンまでの距離を操作変数として健康→参加の逆因果を調整 (Hikichi et al, JECH, 2015)

従来型事業(二次予防のための体力づくり等)に比べて、低所得者の参加が顕著
→健康格差対策になっている可能性

所得区分別のサロン参加者割合



選択と集中で予算を有効活用：シンプルな地域間比較データだけで優先順位付けが可能



第6期介護保険事業計画に明記 閉じこもり地域格差対策の短期・中期・長期目標値

	平坦部	中山間部	割合の差	割合の比
現状	6.1%	11.1%	5.0%ポイント	1.83倍
第6期	6.0%	10.1%	4.1%ポイント	1.68倍
第7期	5.5%	9.0%	3.5%ポイント	1.64倍
第8期	5.0%	8.0%	3.0%ポイント	1.6倍

※閉じこもり高齢者の割合(年齢調整済)

最優先課題を「閉じこもり対策」、「中山間地」にターゲットを絞る！

地区別経年変化のヒートマップ： 改善・悪化の地域別の傾向が一目瞭然！

地域診断書（2019年度・小地域・コア）

変化0.5以上、あるいは-0.5以下を色付け

No	指標名	小地域名 改善状況									
		佐賀	大牟田	小浜	高井	遠賀	上野	田代北部	田代西部	中津	
1	コア:幸福感がある者の割合	-2.3	3.0	3.9	1.9	0.7	5.1	-4.5	5.6	-3.4	-18.7
2	コア:要支援・要介護リスク得点の平均点	14.9	16.8	13.9	8.2	16.8	22.1	20.1	27.5	19.3	20.5
3	コア:フレイルあり割合	5.0	4.9	1.9	1.5	1.5	6.1	5.5	-3.5	9.6	-3.1
4	コア:運動機能低下者割合	3.1	3.3	1.7	0.9	3.4	3.3	8.0	0.8	5.3	-0.7
5	コア:1年間の転倒あり割合	5.9	5.6	1.5	2.8	8.0	4.2	-4.1	1.4	6.0	-12.2
6	コア:認知症リスク者割合	1.9	2.0	1.2	-0.3	1.4	5.4	4.2	3.8	5.8	-5.1
7	コア:物忘れが多い者の割合	-0.2	1.1	3.9	-1.5	-0.1	4.3	7.9	-4.4	9.9	-10.6
8	コア:口腔機能低下者割合	-0.2	1.9	-0.9	3.4	4.3	-0.2	3.4	-2.6	1.2	-5.7
9	コア:残歯数19本以下の者の割合	1.4	6.9	0.6	3.6	4.6	5.0	5.1	-2.2	-9.5	-0.3
10	コア:うつ割合（GDS5点以上）	3.7	4.0	2.7	-0.4	-2.7	1.6	6.5	-2.5	-5.0	-8.9
11	コア:閉じこもり者割合	0.2	1.5	1.5	1.3	2.8	-3.0	1.3	4.0	2.6	10.8
12	コア:スポーツの会参加者割合	2.0	-3.8	-3.4	-0.8	-2.0	2.6	-9.0	-0.8	3.9	0.0
13	コア:趣味の会参加者割合	-4.3	-5.2	-1.8	-6.6	-10.1	-6.4	-7.6	-3.8	16.1	-14.6
14	コア:ボランティア参加者割合	-1.4	-1.0	0.5	-1.2	0.0	-0.8	-12.0	-0.7	12.3	1.1
15	コア:学習・教養サークル参加者割合	0.6	-1.8	2.0	-1.3	-3.4	0.5	-4.9	1.8	7.4	-4.6
16	コア:特技や経験を他者に伝える活動参加者割合	-2.2	-0.1	-0.6	-3.1	0.6	-0.6	0.2	-3.4	16.7	-2.2
17	コア:友人知人と会う頻度が高い者の割合	0.7	0.5	-5.2	-5.3	-5.7	-4.1	-1.3	-0.4	-9.1	-1.8
18	コア:交流する友人がいる者の割合	1.0	0.2	0.9	-2.1	-8.2	-7.1	4.3	-2.8	10.2	-8.6
19	コア:情緒的（心配事や愚痴）サポート受領者割	0.0	2.9	-1.6	-1.2	0.8	-1.4	-0.4	-1.4	2.2	-3.6
20	コア:情緒的（心配事や愚痴）サポート提供者割	1.3	4.0	-1.7	0.2	-0.7	0.0	-1.0	-2.8	5.2	-4.8
21	コア:手段的（看病や世話）サポート受領者割合	-0.4	2.1	-1.2	1.2	-0.8	0.7	-2.2	-1.6	-2.2	-1.9
22	コア:手段的（看病や世話）サポート提供者割合	-6.4	-3.9	-6.8	-6.4	2.9	4.9	-7.2	-6.7	-7.5	-10.9
23	コア:ソーシャル・キャピタル得点（社会参加）	-0.3	-3.7	2.1	-5.6	-10.3	-2.6	-13.4	-0.2	30.1	-6.7
24	コア:ソーシャル・キャピタル得点（連帯感）	-8.1	2.8	-15.9	-9.1	-6.6	9.7	-3.0	2.6	-9.0	-7.4
25	コア:ソーシャル・キャピタル得点（助け合い）	3.1	8.1	-2.8	2.4	3.0	0.1	-4.1	2.0	2.5	-3.2

地域診断データの活用で会議をもりあげよう！ 連携会議（地域ケア会議など）での活用の実際

小規模自治体での部署間連携会議例、およびその運営の内容・ポイント

第1回 会議

データを眺め、「高齢化に関する各課の事業内容と課題」、「高齢者の社会参加を増やすために各課にできること」についてグループワーク

- 一見関係なさそうな部署の担当者も招集すること。
- 「健康」「介護」という言葉をできるだけ出さないこと。
- 「健康至上主義」にならないように、各課の「お悩み」を紹介し合い、公平な立場でみんなで考えるというスタンスを取ること。

ポイント

各課担当者に日頃のお悩みや不安を吐き出してもらい、2回目以降の参加意欲を確保。

第2回 会議

内容：データに基づいて、「まちの課題」と称したグループワーク

データは

- 当該自治体と日本の他の自治体を比較できるもの。
（「同じような規模の自治体と比べて、うちの自治体はどのような状況か」）
- 当該自治体内の地区別のデータ。
（「うちの自治体内の各地区において、課題を抱えているのはどの地区か、それはどのような課題か」）

ポイント

第3回 会議

グループワークを繰り返し行い、自治体全体もしくはその中のリスクの高い地域における「優先課題の抽出」、それを解決するための「長期計画の策定」を目指します。



「ガイド」: 研修会参考書として普及

- 国立保健医療科学院（都道府県向け市町村支援研修会）
- 名古屋市・神戸市・横浜市（地域包括支援センター向け研修会）

データに基づく地域診断→選択と集中&庁内多部署連携→各課乗り 入りで中山間地支援→住民主体の新型サロン発足・継続



健康寿命のばそう！アワード 厚生労働省老健局長優良賞の自治体部門
アジア健康長寿イノベーション賞 国内有望事例 「データの高度活用によるプライマリ
ヘルスケア型の健康長寿戦略」

写真提供：御船町 西橋静香保健師

転載禁止

平成25年度調査と平成28年度調査の比較

町全体では、

- 当初の目標を上回る閉じこもりの地域格差の是正がみられた。

	平坦部	中山間部	割合の差	割合の比
平成25年度調査	6.1%	11.1%	5.0%ポイント	1.83倍
第6期目標値 (平成28年度調査時)	6.0%	10.1%	4.1%ポイント	1.68倍
平成28年度調査	5.7%	8.3%	2.6%ポイント	1.45倍

水越地区では、

- 趣味の会に月1回以上参加している人の割合が22.1%ポイント増加
- ボランティアに参加している人の割合が9.7%ポイント増加
- 月3～9人交流する友人がいる人の割合が9.5%ポイント増加
- 要介護リスク者の割合が14.0%ポイント減少

災害時の格差対策は、平時からの「まちづくり」が肝
コロナ”災害“も同じ

**震災前のソーシャルキャピタル（認知的側面）が高い地
区ほど、メンタルヘルスの悪化が予防されていた**



American Journal of Epidemiology
© The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press on behalf of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journalpermissions@oup.com.

Vol. 189, No. 9
DOI: 10.1093/aje/kwaa041
Advance Access publication:
March 30, 2020

Original Contribution

Postdisaster Changes in Social Capital and Mental Health: A Natural Experiment From the 2016 Kumamoto Earthquake

Koryu Sato*, Airi Amemiya, Maho Haseda, Daisuke Takagi, Mariko Kanamori, Katsunori Kondo, and Naoki Kondo

「見える化・連携・環境改善」支援の効果は？

「積極支援群」16自治体

研究者が密に関わり、提供した地域診断データの活用や、部署間連携を支援。

- ①介入優先度が高い地区の選定支援
- ②選定した地域への介入アドバイス
- ③介入効果評価のアドバイス

「対照群」16自治体

地域診断データの提供のみ



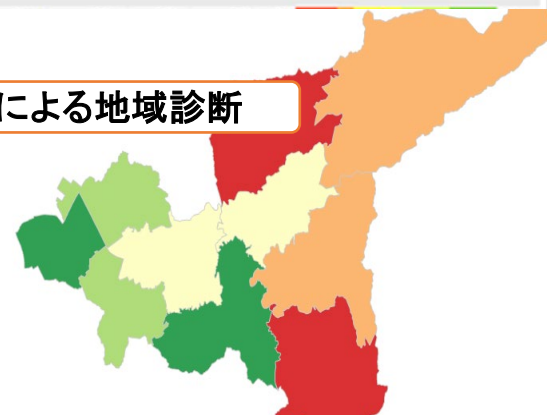
地域診断書

項目	調査担当者	今回値(2013)	前回値(2010)	増減	基準値	地域評価
Y 高齢者全体(生活機能評価)	ゼロ95%	0.25	0.23	0.02	0.19	0.20
高齢者地域下自治体	ゼロ95%	0.07	0.13	-0.06	0.04	0.13
低所得自治体	ゼロ95%	0.02	ゼロ95%	0.02	0.02	0.17
介護地域下自治体	ゼロ95%	0.17	0.16	0.01	0.16	0.14
高齢自治体	ゼロ95%	0.05	ゼロ95%	ゼロ95%	0.05	0.15
認知機能低下自治体	ゼロ95%	0.33	0.33	0.00	0.36	0.41
うつ病自治体	ゼロ95%	0.30	0.49	-0.19	0.26	0.42
Y 高齢者全体(日常生活評価)	ゼロ95%	0.12	0.08	0.04	0.12	0.19
認知機能低下自治体	ゼロ95%	0.12	0.08	0.04	0.12	0.19
Y 高齢者全体(社会参加評価)	ゼロ95%	0.17	0.18	-0.01	0.11	0.26
NPO地域性低下自治体	ゼロ95%	0.17	0.16	0.01	0.23	0.30
ボランティア参加自治体	ゼロ95%	0.05	0.03	0.02	0.06	0.02
スポーツ参加自治体	ゼロ95%	0.19	0.16	0.03	0.20	0.02
福祉の参加自治体	ゼロ95%	0.17	0.19	-0.02	0.19	0.06
老人クラブ参加自治体	ゼロ95%	0.06	0.07	-0.01	0.04	0.02
Y 高齢者全体(その他)	ゼロ95%	0.18	0.16	0.02	0.15	0.30
地域性低下自治体	ゼロ95%	0.18	0.16	0.02	0.15	0.30



様々な部署が参加

JAGES-HEARTによる地域診断



介護予防Webアトラスを活用した地域診断例

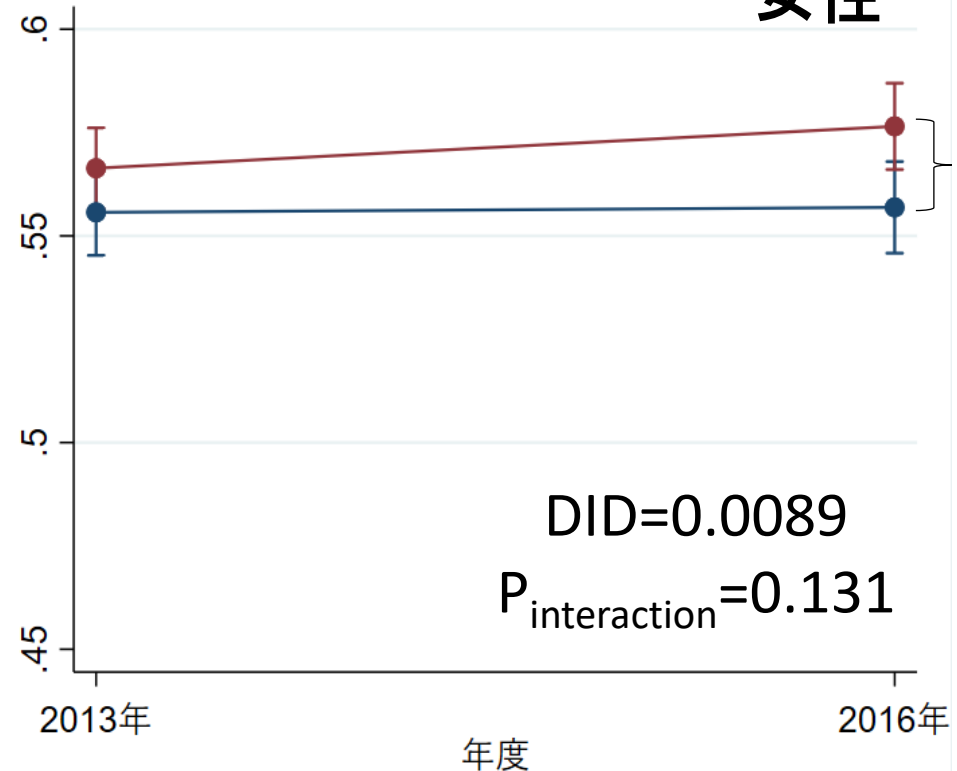
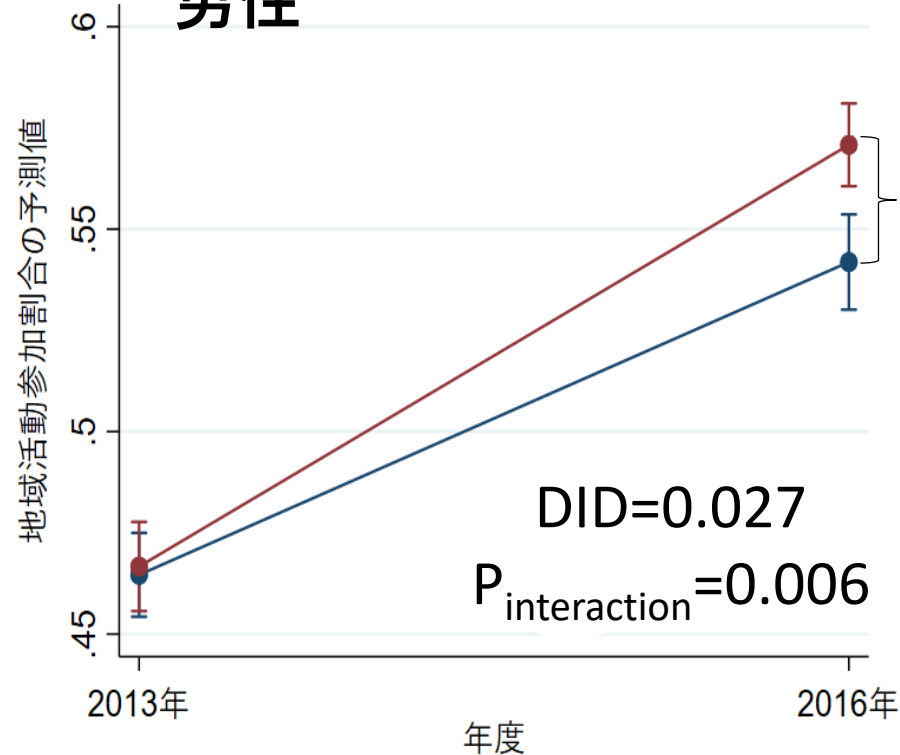
写真: 熊本県御船町の「地域ケア推進会議」の様子

住民の地域活動参加割合の経年変化

● 積極支援群 ● 対照群

男性

女性



積極支援群の市町村に住む高齢男性では、2016年時点の地域活動参加(趣味の会・教養サークル・町内会)が増加。所得による効果の差はなし(低所得者にも効果あり)

ポイント

- ソーシャルキャピタルを平時に育てることで、災害に強い地域ができる
- データ活用で、限られた資源を有効に使用して評価もできて達成感を得られる
- データはシンプルでよい
- 小規模自治体でもできる！
 - ただし、伴走型のコーチング支援は必要

JAGES国際展開概要図

① JAGES手法の導入

- 自治体と研究者の継続した協力体制
- 定期的なデータ収集
- 共通の質問項目を用いた複数の自治体での調査
- 縦断追跡可能な調査手法
- データの「見える化」
- EBPMと住民主体の予防活動

JAGESデータの主な特徴

- 多数の自治体に参加することで比較が可能
- 経年でデータを蓄積することで効果評価が可能
- 社会的要因に関するデータを有することで、ポピュレーションアプローチの分析が可能

JAGESデータ

- 約20年に亘って蓄積されたデータ
- 社会的要因・介護データ
- 40市町村参加（2016年調査）
- 延べ40万人以上のデータ蓄積

比較 ②

② 国際データベース（DB）の構築

- 日・ASEANのデータ共有
- 日・ASEAN間の比較

③ 地域住民主体の介護予防活動

- データを基にした施策・活動立案
- 政府・自治体・地域の協働
- 企業・NGOを巻き込んだ活動

- 地域共生社会
- 「通いの場」
- 「高齢者施設」との連携
- UHCへの寄与

国際DB構築+日本のDBとの比較で期待されること

- 日・ASEAN間の比較で新しい発見
- 日本の知見を生かしたASEANにおける高齢者施策
- ASEANへの日本式データヘルス輸出
- 日本企業のASEANにおける製品効果評価（又は、ASEAN企業の日本での効果評価）

etc.

JAGESはミャンマー2地域とマレーシアへ展開中

The discussion meeting on “Healthy Aging in Myanmar (JAGES Myanmar)” by using visualization tools, 17 Dec 2019

10:00am – 12:00pm, 17 December 2019
Rural health center in Hlaingtharya township

参加者
41名 (Hlaingtharyarタウンシップより)
約20名 (研究者、オブザーバー等)

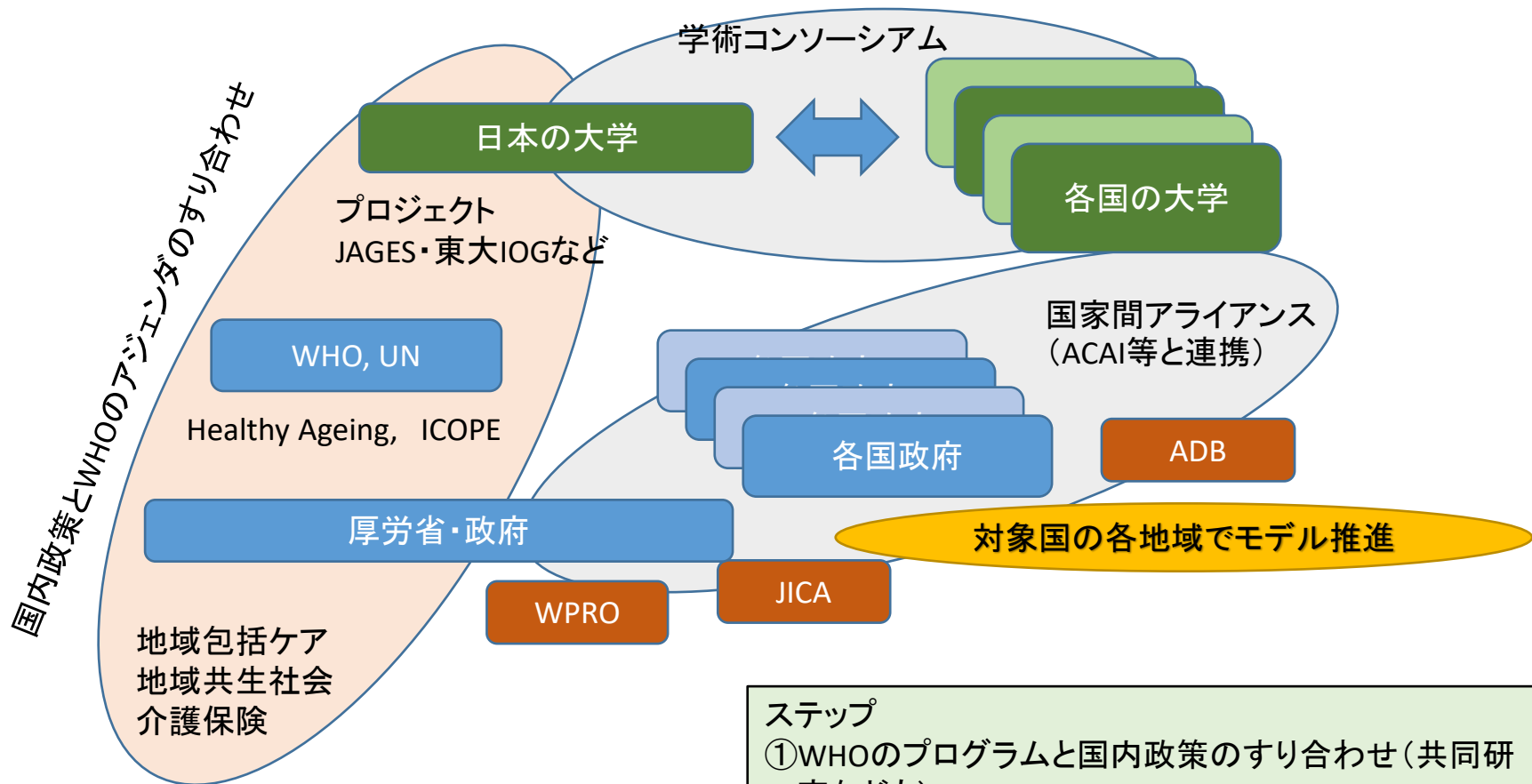
保険者研修会ヤンゴン版を
実施しました！



アジア展開のための 組織組みイメージ

<学術・政府両面でアライアンス形成>

- ・各国の高齢者の健康・生活調査
- ・統一フォーマットで「地域診断」(統一コア項目 & 各国項目)
- ・データ駆動型地域包括ケアモデル国際版パッケージ構築
- ・研修会開催 (WHO 神戸センターに経験あり)
- ・ローカルナレッジの国際的共有



国内施策もグローバル展開を踏まえて実装(エイジズム・介護者人権など未対応部分あり(国際課⇔各局(老健局・社会援護局・)) 連携

ステップ

- ①WHOのプログラムと国内政策のすり合わせ(共同研究なども)
- ②数か国の地域でモデル推進
- ③地域包括ケアモデルをパッケージ化
- ④ACAI等のチャンネルを使って各国展開

Digital divideへの対応

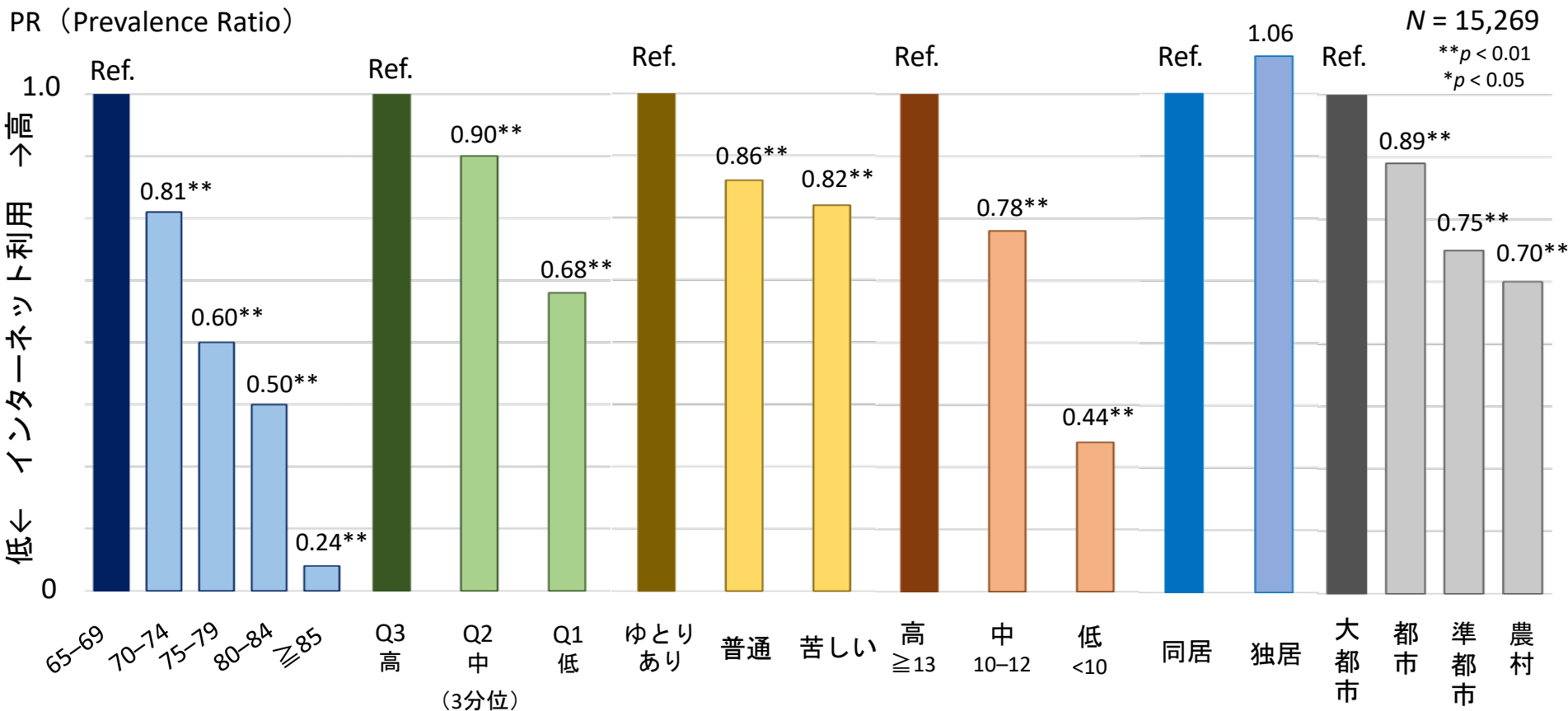
ポストコロナの健康格差対策に必須

インターネット利用の関連要因

JAGES2016
横断

日本の高齢者のインターネット利用の阻害要因は、高年齢、低所得、主観的社会経済的地位の低さ、学歴の低さ、農村在住であった。

PR (Prevalence Ratio)



年齢

等価所得

主観的困窮感

教育歴

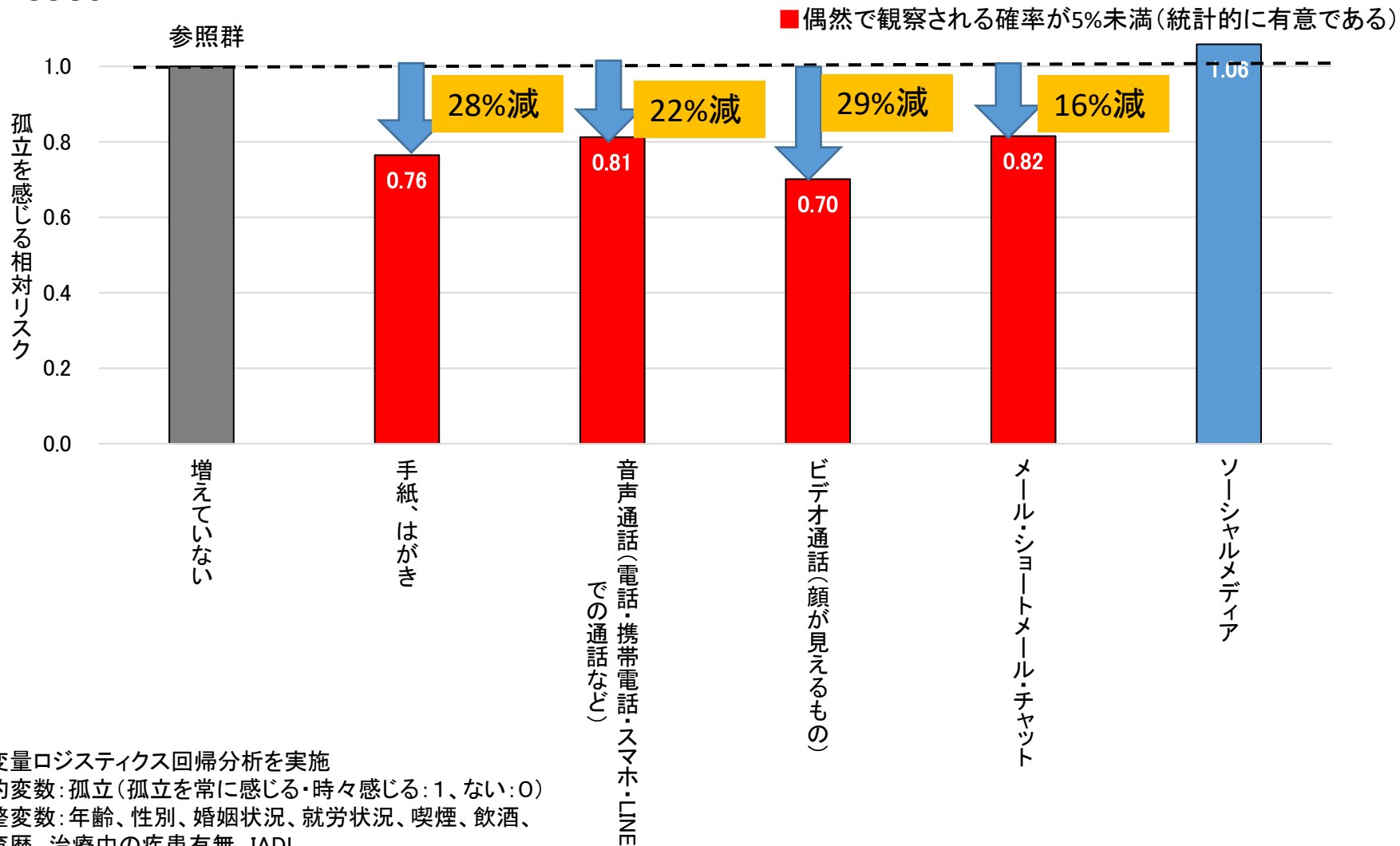
同居家族

人口密度

共変量としては、性別、配偶者の有無、職業の有無、うつ病、日常生活動作を用いた。

インターネットを用いたコミュニケーションツールの利用が増えた人は、 増えていない人に比べて孤立を感じる相対リスクが16-29%低い。 (手紙・はがきは28%低い)

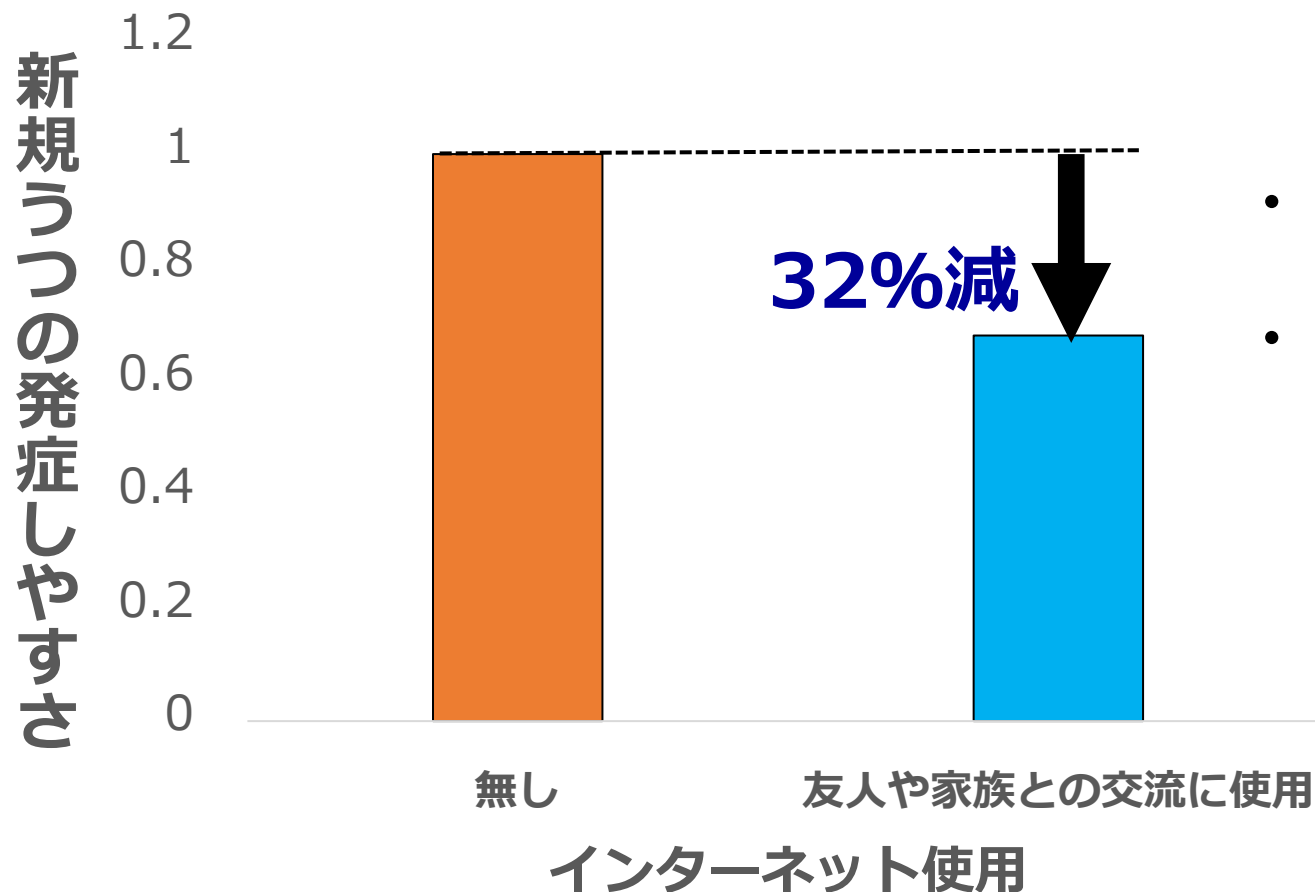
n=9986



ネット交流でうつ発症リスク3割減

高齢者9199名を2013年から3年間追跡

うつ発症率は、無し群11.5%vs使用群で8.1%



- 交流でのみ差があり
- ショッピングや情報収集目的では差がない

政策提言①

インターネット利用における公平性の確保



インターネットのアクセスにおける農村部と都市部の格差の解消



急速に変化するデジタル時代における健康の公平性を実現するために、社会経済的地位の違いによるインターネットアクセスの格差を解消する

理念・経験なき提案の効果には疑問符 国際展開には国内の政策や学術研究との密接な連携が不可欠

人材育成、人材の有効活用、国内部門とグローバル化推進部門のknowledge translationで効率アップを

グローバルヘルス	国内の活動
Healthy Ageing, Integrated Care, Long Term Care (厚労省大臣官房国際課・外務省)	地域包括ケア・介護保険 (厚労省老健局)
Inclusive society	地域共生社会 (厚労省社会・援護局)
Social Determinants of Health, Universal Health Care (厚労省大臣官房国際課・外務省など)	健康格差の縮小:健康日本21(第二次) 医療保険制度 (厚労省健康局・保険局)
ESG investment (外務省?)	環境保全(環境省) 健康経営(経産省ヘルスケア産業課)
Safe Community (厚労省大臣官房国際課・外務省)	歩きたくなるまちづくり (国土交通省+厚労省健康局?)

まとめ

- UHCには金銭的なアクセス確保 + ケアが全員に届くためのローカルシステム
- 日本の高齢化対策の経験を世界に
 - 世界最高齢国・日本への期待は大きい
 - 現状、日本のプレゼンスは大きくない
 - 特に地域包括ケアを世界に（全世代に応用可能：まさにプライマリヘルスケア）
- 日本の得意技「まちづくり（コミュニティの組織化）型UHC」（あるいは誰一人取り残さないPHC）を科学的・戦略的に。地域診断データ活用が肝。
 - 国内経験を蓄積・評価・知見化して、世界へ
 - 国内の政策との連動強化が必要

次の健康づくりを考える有志勉強会

官学民で「健康の社会的決定要因:SDH」を軸に、未来の健康づくりについてzoomで語り合っています。
チャタムハウスルール 新規参加者登録フォーム<https://forms.gle/d3wZwF6a4arGhX3a6>

第1回

(2020/8/25)

「歩きたくなる街づくり」
講師：花里先生@千葉大
会場：ZOOM
懇親会：ZOOM飲み

第2回

(2020/10/16)

「孤立・つながり」
講師：村山先生@東京長寿研
会場：ZOOM
懇親会：ZOOM飲み+東京神田

第3回

(2020/11/17)

「New public health」
講師：相田潤@東京医科歯科大
会場：ZOOM
懇親会：ZOOM飲み

第4回

(2020/12/22)

「がん・健康格差のモニタリング」
講師：伊藤ゆり
会場：ZOOM
懇親会：ZOOM飲み

第5回

(2021/1/21)

「諸外国のヘルスプロモーションプランにおける「社会環境」に関連する取り組みと目標」
講師：西尾まりさ・ほか
会場：ZOOM
懇親会：ZOOM飲み

第6回

(2021/2/16)

「生活困窮者への支援」
講師：西岡大輔
会場：ZOOM
懇親会：ZOOM飲み

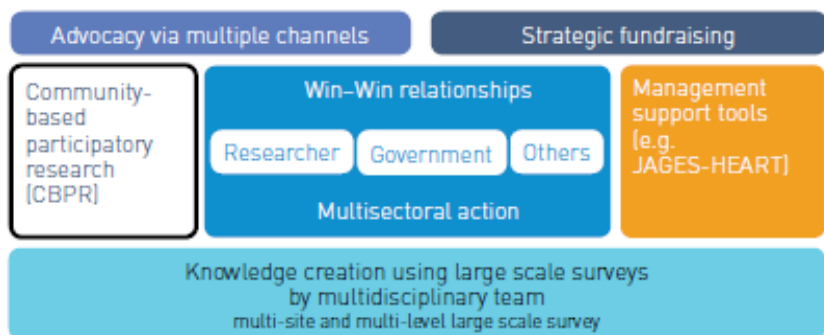
第7回

(2021/3/23)

「社会環境づくりの観点から考えるタバコ対策&JACSIS研究プロジェクトについて」
講師：田淵貴大
会場：zoom
懇親会：ZOOM飲み

JAGESの民・官・学の連携による知見が健康づくりの社会行動論としてWHOから発信

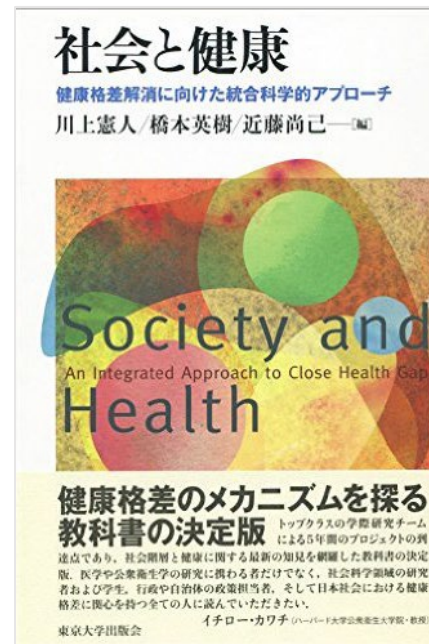
Fig. 2.2 Key driving factors for JAGES' KT



成功のヒケツ

1. 多様なチャンネルを使ったアドボカシー
2. 戦略的資金獲得
3. 参加型研究
4. ウィンウィンの関係（研究者・政府・その他）と多部門によるアクション
5. 地域での健康づくりマネジメント支援ツールの開発と提供
6. 多様性のあるチームによる、大規模調査による知見の創出





AMED成果物
無料ダウンロード（JAGESウェブサイト）：
<https://www.jages.net/library/regional-medical/>



「付き添い」のちから

生活困窮者の医療サービス利用の実態および
受診同行支援の効果に関する調査研究

平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業
「社会的弱者への付き添い支援等
社会的処方効果の検証および
生活困窮家庭の子どもへの
支援に関する調査研究」
報告書



一般社団法人 日本老年学的評価研究機構

生活困窮世帯の 子どもに対する支援って どんな方法があるの？

国内外の取り組みと
その効果に関するレビュー

平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業
「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方
効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの
支援に関する調査研究」報告書



一般社団法人 日本老年学的評価研究機構