

課題構造マップ

ーヘルスケアー



本資料の目的・概要

■ 目的と位置づけ

- 本資料は、SIIFの重点社会課題テーマの一つである「ヘルスケア」に関して、課題の構造を「課題マップ(ループ図)」という形で可視化したものです。今後、本課題マップに基づき、SIIFとして目指すビジョンとそのビジョンに至るための変化の予想図を検討していきます。また、事業推進する中での気づきや関係者からのフィードバックを得ながら、本課題マップも更新していく予定です。より多くの人々が「ヘルスケア」の課題について議論をするきっかけとなり、解決に向かう活動や協働の一助になればと願っています。

■ 「ヘルスケア」の3つの要素

- 本資料では、「ヘルスケア」を「ヘルスシステム」、「ヘルスリテラシー」、「ソーシャルキャピタル」の3要素に分類し、①「身体と心に不調を抱える患者」と②「身体と心に不調を抱える高齢者」を取り巻く「課題マップ」に取りまとめました。本資料における各要素の定義は、以下のとおりです。
 - ◆ヘルスシステム：健康増進、疾病予防、治療、回復、維持することを主目的とするすべての組織、制度、人々の複合的な活動。
 - ◆ヘルスリテラシー：人生におけるQOLの維持・向上のためのヘルスケア、病気予防、健康増進に関する日常的判断や意思決定を目的に、健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、動機、能力。
 - ◆ソーシャルキャピタル：人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴。

■ 課題のサマリー

- ヘルスケアの課題を考えるにあたり、個別の病気に起因する特有の課題については、解決すべき課題ではなく、前提条件と捉えました。そのうえで、ヘルスケアの課題として、主に以下の課題が挙げられました。
- 「身体と心に不調を抱える患者」に関しては、医学研究の社会実装の低迷、個人・社会が臨床試験に参加できる仕組の未整備等により個人に最適なプロダクト・サービスが開発されにくいといったヘルスシステムに関連する課題；個人が自身の身体・病気を理解せず、適切な情報にアクセスし活用できず自身に最適な治療法・病院が選択できないといったヘルスリテラシーに関連する課題；相談相手が不在、コロナ禍で社会参加ができず病気が悪化するというソーシャルキャピタルに関連する課題が挙げられました。
- 「身体と心に不調を抱える高齢者」に関しては、介護保険を前提とした業界構造による保険外サービスの生まれにくさといったヘルスシステムの課題；複雑化する介護保険制度・仕組みによる自己決定の難しさといったヘルスリテラシーの課題；地域コミュニティの衰退やコロナ禍による社会参加機会の減少によるソーシャルキャピタルの脆弱化といった課題が挙げられました。

I. 課題構造マップ

II. ファクト集

① 身体と心に不調を抱える患者

1. ヘルスシステムに関連する課題
2. ヘルスリテラシーに関連する課題
3. ソーシャルキャピタルに関連する課題

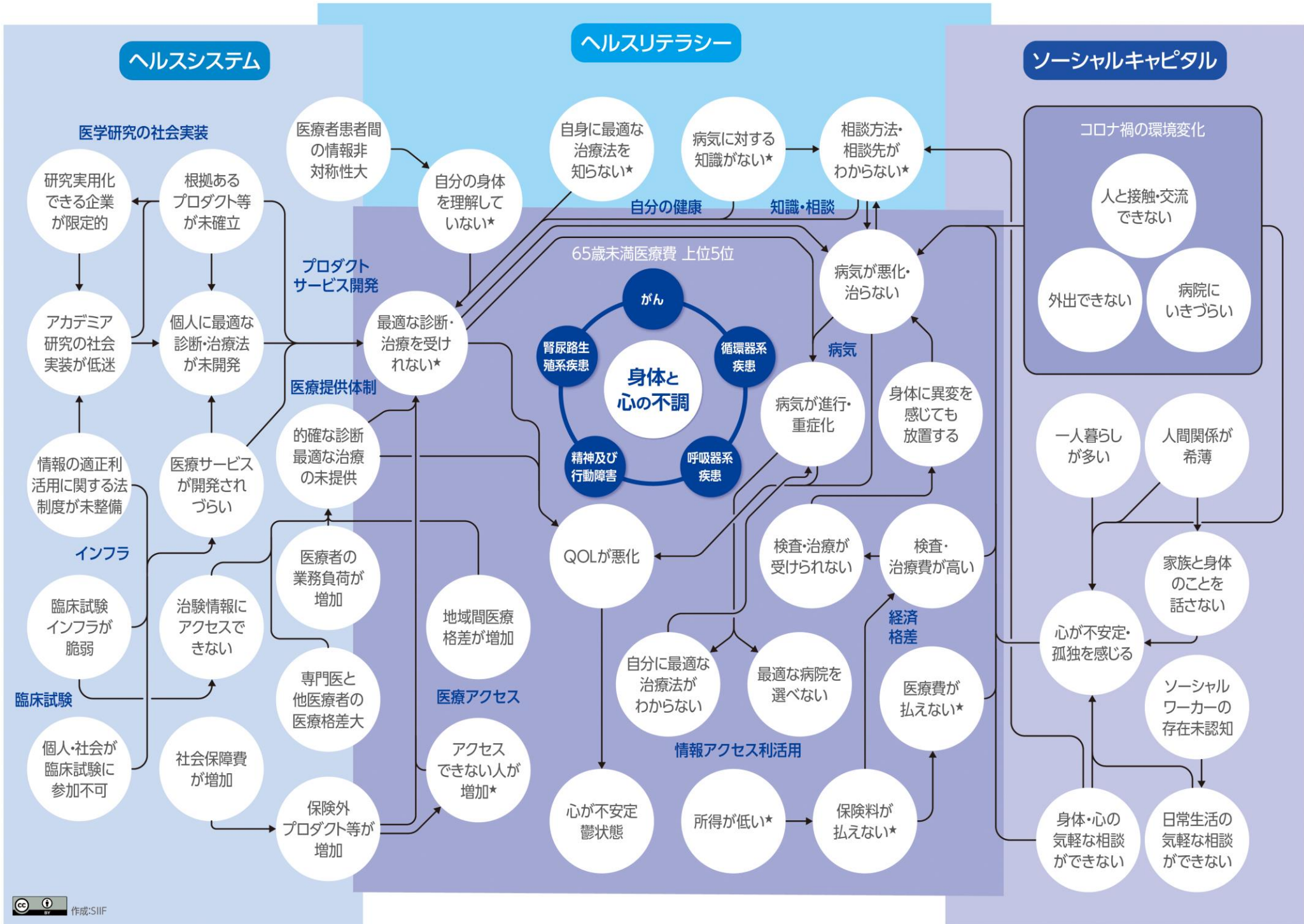
② 身体と心に不調を抱える高齢者

1. ヘルスシステムに関連する課題
2. ヘルスリテラシーに関連する課題
3. ソーシャルキャピタルに関連する課題

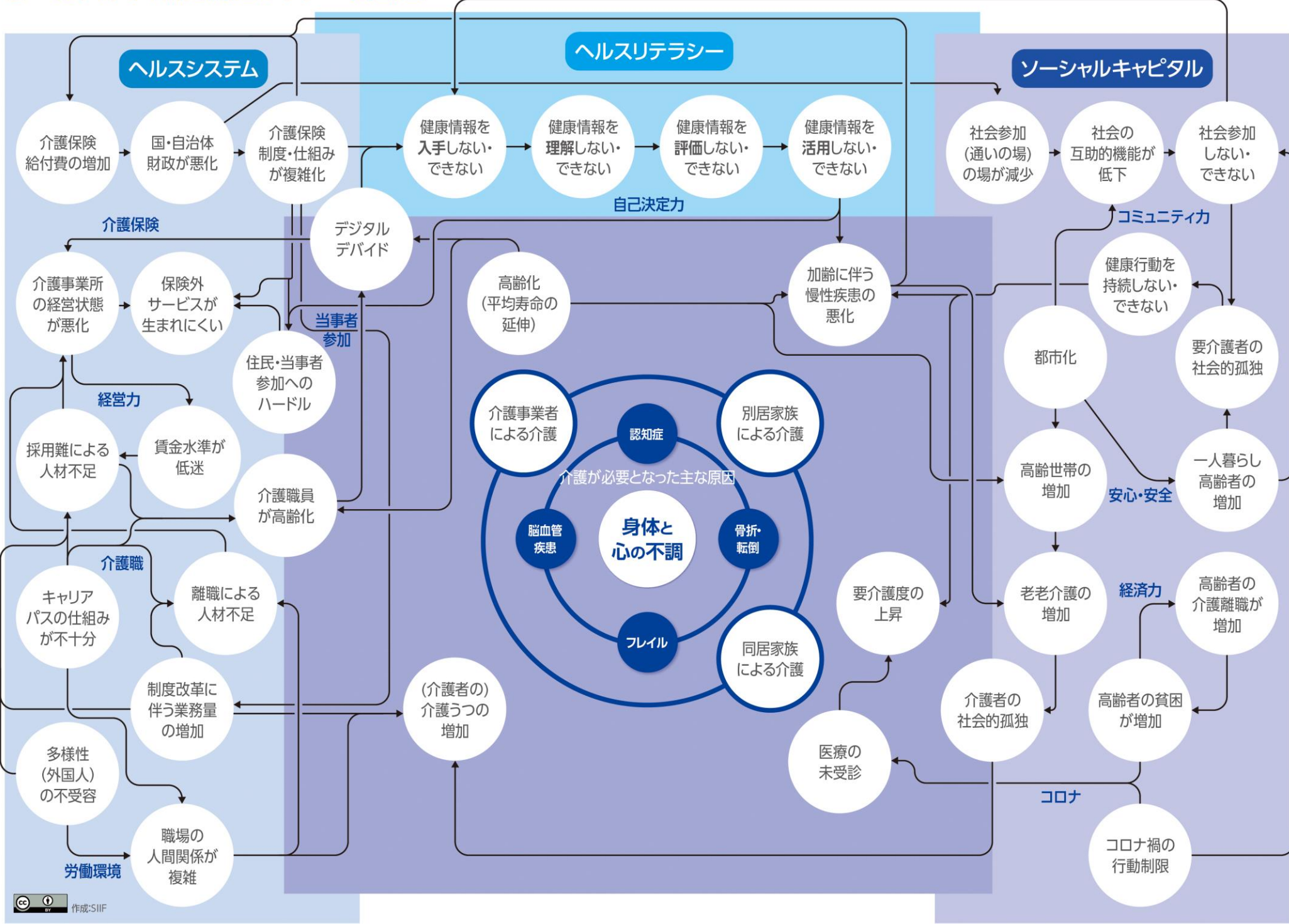
I. 課題構造マップ

①ヘルスケア課題構造マップ—患者

★=所得格差と健康格差の相関が確認されているもの



②ヘルスケア課題構造マップ—高齢者



Ⅱ. ファクト集

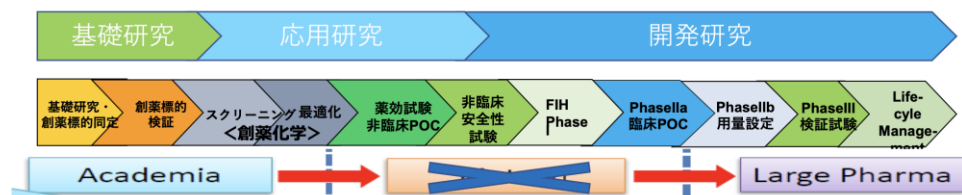
1. ヘルスシステムに関連する課題

1-1. 医学研究の社会実装の低迷

- 医療上の必要性、緊急性が高い場合であっても、事業性等（患者数が限られる、異業種の連携が必要である等の理由で、基礎研究や創薬技術が十分な成果につながっていない領域等）がハードルとなり、単独の企業では取り組めない研究領域が存在。
- アカデミアは保有する技術を迅速に実用化する経験が不足。
- 産学連携が機動的に運営可能な体制が重要。

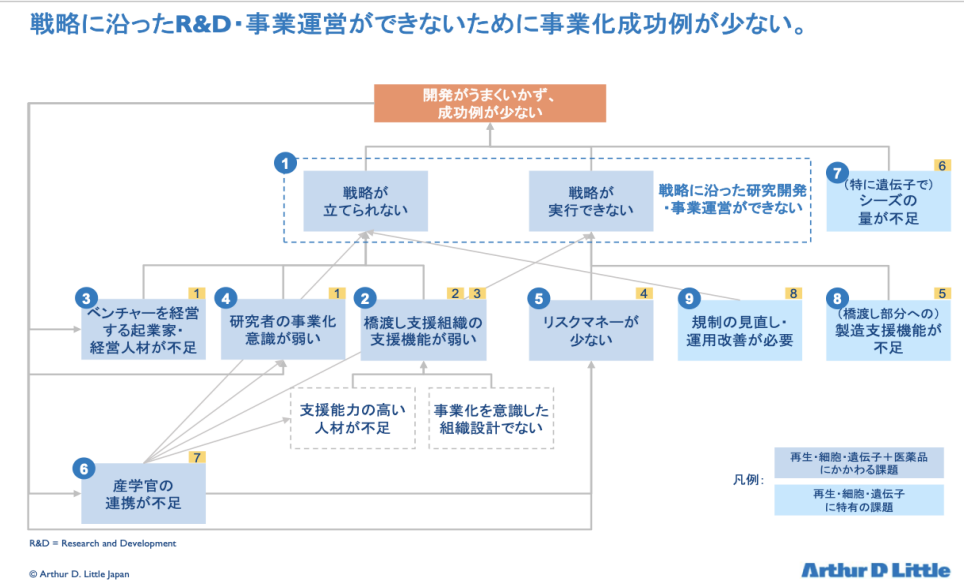
- 製薬企業はアカデミアの早期シーズへは投資しにくく、アカデミアには開発ノウハウがなく開発が進まないという構造的課題の存在に加え、下図の課題①～⑨による成功例の少なさが、製薬企業のアカデミアシーズに対する期待値をより低減させている。結果として、製薬企業のアカデミアシーズの探索は活性化の余地が残されている。
- 産官学での人材交流やニーズ/保有シーズの情報共有が弱い。
- 研究者間の交流、省庁間の分断。

日本におけるアカデミア創薬の特徴と課題



- 1、治療対象が希少疾患や重症例となる例が多い**
 - ・ ビジネスとしての採算がとりにくい例が多い
 - ・ 治験における被験者の確保が容易ではない
 - ・ 治療対象者が限られていても製造販売後調査が求められ、開発企業にとっての負担となっている
- 2、医薬品に留まらず新規な医療技術の開発など様々な技術の応用が見られる**
 - ・ 製薬企業としても経験が多くない
 - ・ 既存の設備では対応が難しく、新たな多額な投資が求められる
- 3、十分な公的資金の準備がなされていない**
 - ・ USと比して1/20の規模
 - ・ 課題の採択率は2割前後
 - ・ 採択されても要求額よりも減額されて支給される
 - ・ 複数年度の支援が必ずしも保証されていない
- 4、民間資金の活用がなかなか進まない**
 - ・ 資金は多くある筈なのに、投資の経験値が高くなく、実例が蓄積されない
 - ・ 関係する担当者、部署が多いために決定に時間がかかる
 - ・ エコシステムが未成熟で、人材も限られており、アカデミアと大手製薬企業を結びバイオテックが育ちにくい

日本におけるエコシステムの課題 課題発生メカニズム



1. ヘルスシステムに関連する課題

1-2. 個人に最適なプロダクト・サービスの開発されにくさ

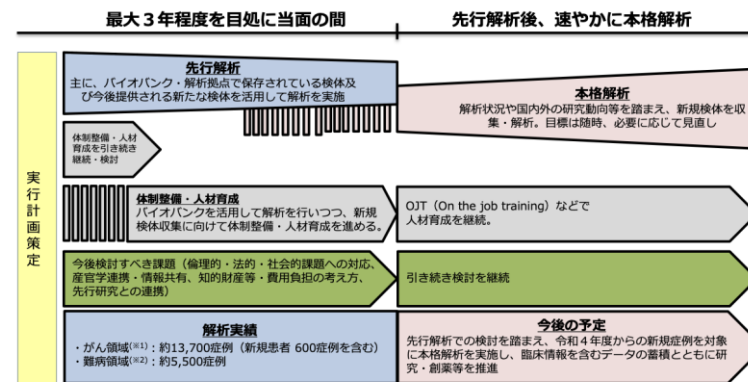
- これまでの医療では、同じ病気と診断された患者には、同じ治療が行われてきた。一方で、**同じ治療を受けても、その人の体質や生体分子によって治療の効果や副作用に個人差**がある。
- 同じ病気であっても、一人ひとりにあった治療ができるのが個別化医療。個別化医療では、治療を始める前に、**その人の体質や遺伝子・生体情報を調べ、病気のタイプを特定**することで、効果がより高く副作用がより少ないと見込まれる治療法を提供する。
- 遺伝子などの違いの頻度には、**地域差・民族差**があることも知られており、特に欧米では大規模の個別化医療の研究開発プログラム（全ゲノム解析等）が進んでいる。一方、欧米で比較的多い遺伝子の違いが、日本人に少ないという例や、逆の例が多くの病気でみられる。このため**日本人に向けた診断・治療法の開発には日本人ベースの個別化医療（生体分子レベル）の研究を拡大し、日本人のエビデンスを得る**ことを進めている。
- 個別化医療は、一人ひとりの**検査・診断・治療の精度**を各段に向上させ、**がん・認知症や希少疾病・難病等の診断・治療**をよりよく進化させる。
- 医療情報や遺伝子等の生体分子レベルの情報を取扱い、**診断・治療が行われたり、研究開発が推進**されることが必要だが、このような**健康・医療情報や生体情報を適正に取扱うための法律制度や社会的インフラ**が欧米に比較して整備がなされていない。また医療機関やアカデミアの情報・研究成果を実用化するための**企業やスタートアップの関与**が欧米に比べて低い。

全ゲノム解析等実施計画

- 全ゲノム解析等は、一人ひとりの治療制度を格段に向上させ、治療法のない患者に新たな治療を提供するといった**がんや難病等の医療の発展や、個別化医療の推進等**、がんや難病等患者のより良い医療の推進のために実施する。

「全ゲノム解析等実行計画」（令和元年12月20日）について

全ゲノム解析等の目的
 ○がんの全ゲノム解析等は、一人ひとりにおける治療精度を格段に向上させ、治療法のない患者に新たな治療を提供するといったがん医療の発展や個別化医療の推進など、がんの克服を目指したがん患者のより良い医療の推進のために実施する。全ゲノム解析等により、がん医療への活用、日本人のがん全ゲノムデータベースの構築、がんの本態解明、創薬等の産業利用を進めていく。
 ○難病の全ゲノム解析等は、難病の早期診断、新たな治療法開発など、難病患者のより良い医療の推進のために実施する。全ゲノム解析等により、難病の本態解明、効果的な治療・診断方法の開発促進を進めていく。



※1 難治性のがん、希少がん (小児がん含む)、遺伝性がん (小児がん含む)等
 ※2 単一遺伝子性疾患、多因子疾患、診断困難な疾患

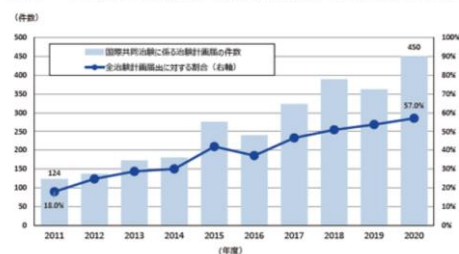
【出所】内閣官房 健康・医療戦略室 第9回ゲノム医療協議会 資料2 全ゲノム解析等実行計画の進捗について (厚生労働省) .令和4年8月3日

1. ヘルスシステムに関連する課題

1-3. 個人・社会が臨床試験に参加できる仕組みの未整備

- 2000年から2021年の日本の試験数（国際共同治験と国内試験の合計）は世界第14位（前回16位）と増加している。
- 一方、国際共同治験は、この10年間に年平均15.4%で成長しているが、世界的にみると試験数では第23位（前回第28位）。

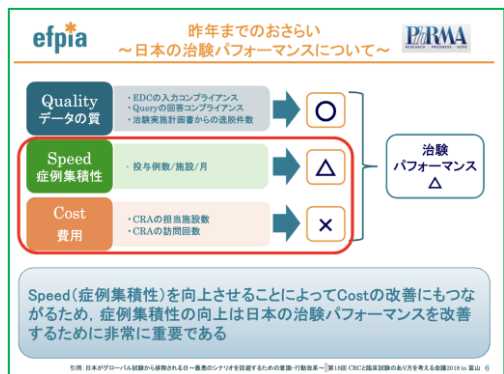
図1 国際共同治験に係る治験計画届件数の推移



出所：独立行政法人医薬品医療機器総合機構 事業年度業務報告書⁶⁾をもとに医薬産業政策研究所にて作成

- 医療者がすべての主導権を握っていた時代から変化し、現在は患者と医療者が協働する必要性が問われている。
- 生命倫理の4原則、すなわち「自己決定の尊重、無危害、善行、正義」の考え方に基づいて、医療研究開発に参加するすべての人々が患者・市民参画の意義を理解し、医療研究開発に参加する患者、医療従事者、研究者、そして今は病に侵されていない人々の間で、相互の「対話」や「協働」によって新たな視点や価値を獲得することが大切。

【出所】医薬産業政策研究所.政策研ニュース No.58 2019年11月.近年における国際共同治験の動向調査



- 国際共同治験の参加国として、日本が選ばれ続けるための喫緊の課題の1つは、「コスト」。
- 症例集積性を向上させることによってコストの改善にもつながる。

【出所】第20回CRCと臨床試験のあり方を考える会議2020 in NAGASAKI. PHRMA/EFPIA JAPAN共催セミナー.グローバル試験から排除されないために~コスト意識が日本の治験を活性化する~.2020年10月

患者・市民・研究者の声 研究者と患者・市民の協働にはどんな意義がある？



日本の研究者の声

- 患者は、その疾患にまつわる問題を真に「自分ごと化」して認識することで、時に研究者・医療者では決して気づくことができないような視点・意見を持ち合わせており、示唆に富む多くの鋭い指摘を拝見することがある。【がんの研究者】
- 研究者が重要と思う研究と、患者さんが困っていることを改善することの間に温度差がある場合もあるので、患者さんやその家族の意見を聞くことは重要と考えています。【難病の研究者】



日本の患者・市民の声

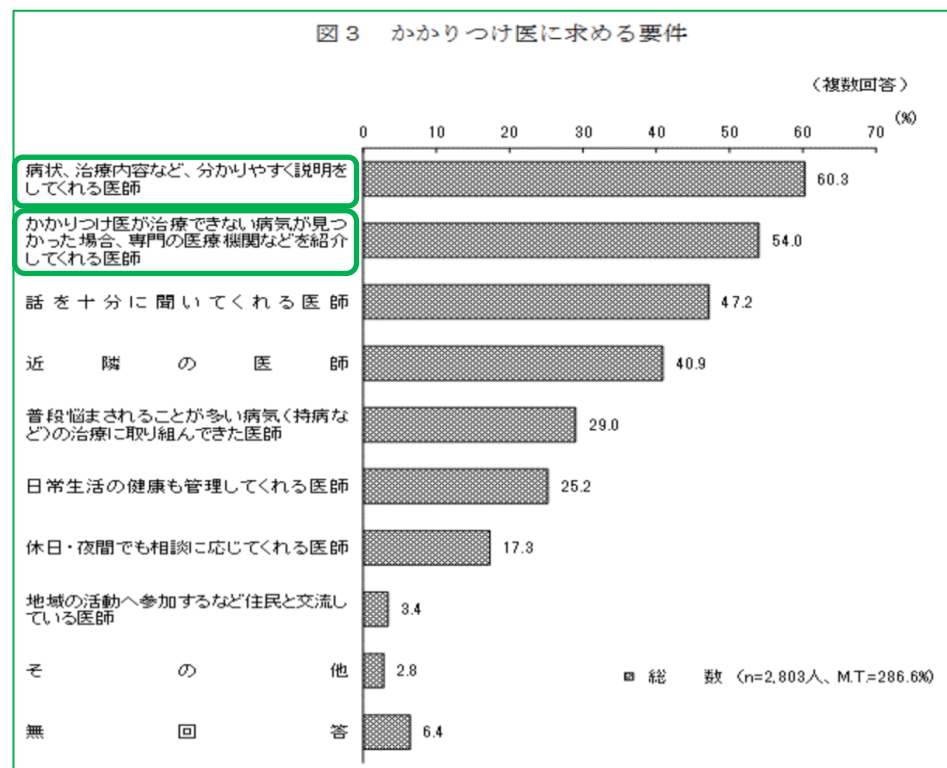
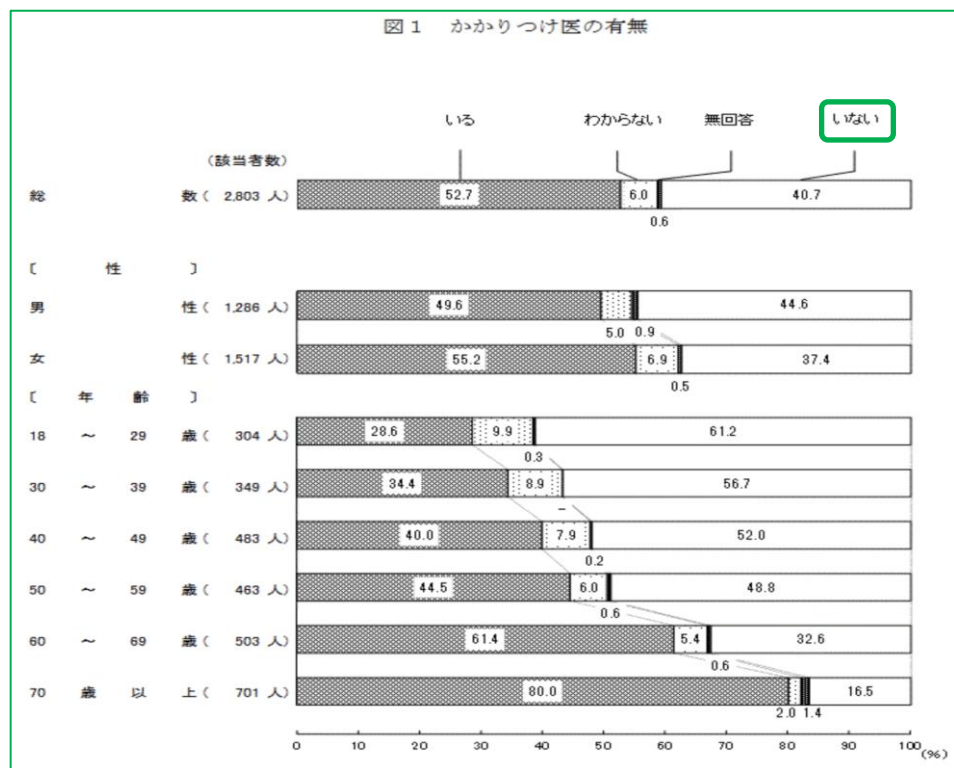
- 医学は過去の講義や医学書ではなく、目の前の患者から生まれるのだと思います。その患者の命を守る基礎となる医学研究が重要と考えますが、一般市民には見えにくい、わかりにくいので可視化し、市民に理解、協力を求めていくことも必要かと考えます。なぜならば、医療を変えていくには医療のエンドユーザーである市民の意識と行動の変容が必須だと考えるからです。【がんの患者・家族会】
- 医学研究を進める際に、純粋に患者・家族会としてその内容を詳しく知りたいという思いもあり、双方の意見交換という意味合いで、こちらからの意見も伝えることが何かの気づきや新しい視点を生むかもしれない、と思う。【難病の患者・家族会】

【出所】国立研究開発法人日本医療研究開発機構・患者・市民参画（PPI）ガイドブック~患者と研究者の共同を目指す第一歩として~.令和2年12月23日

2 ヘルスリテラシーに関する課題

- 「かかりつけ医」（例えば、健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれるような身近にいて頼りになる医師）」が「いない」と答えた者の割合は40.7%。
- 都市規模別に見ると、「いない」と答えた者は大都市で高くなっている。

- 16.3%が、「かかりつけ医」がない理由は「かかりつけ医を選ぶ際の必要な情報が不足しているから」と回答。
- 60.3%が、「かかりつけ医」を選ぶ際に重視しているのは、「病状、治療内容など、分かりやすく説明してくれる医師」と回答。



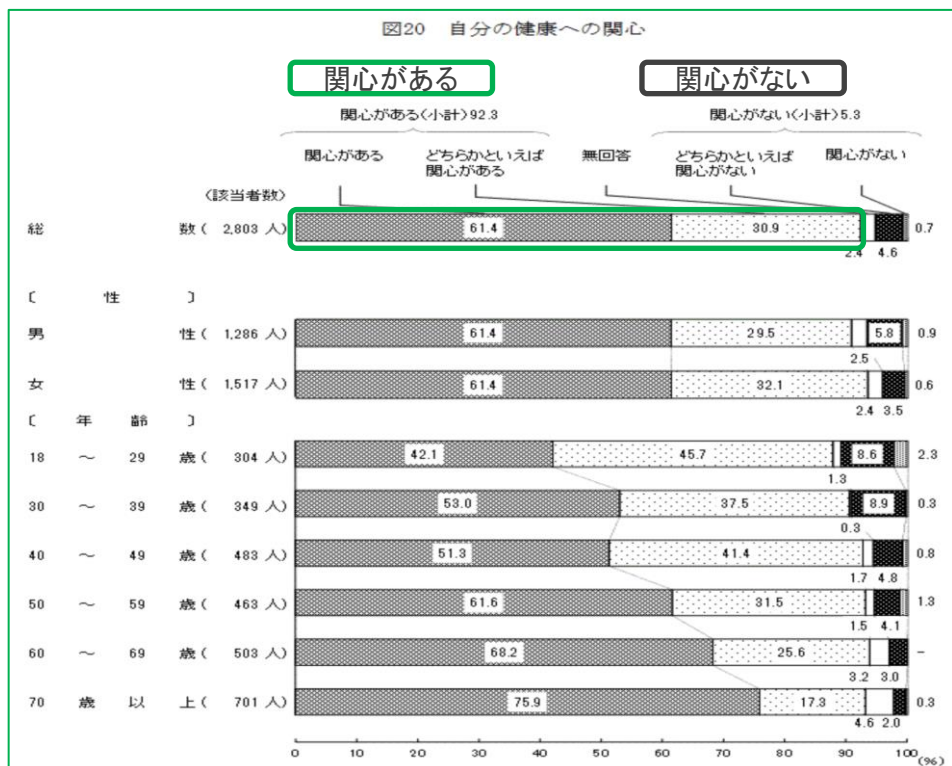
【出所】内閣府大臣官房政府広報室.令和元年度.医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査

【出所】内閣府大臣官房政府広報室.令和元年度.医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査

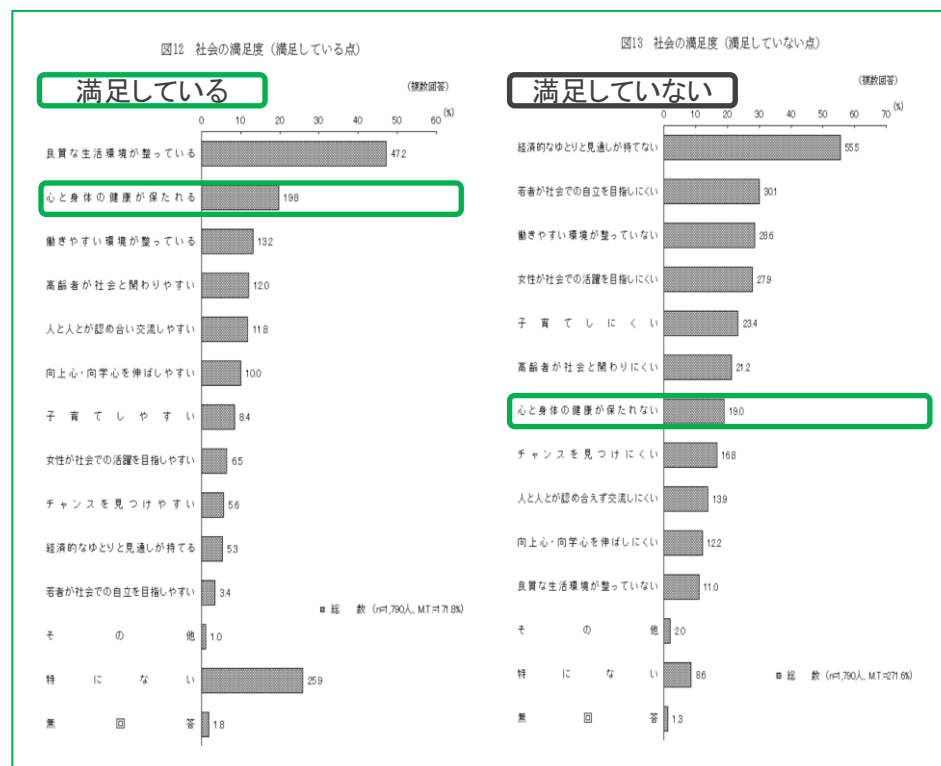
3 ソーシャルキャピタルに関する課題

- 92.3%が自分の健康に「関心がある」と回答。都市規模別に見ると、大きな差異は見られない。性別に見ると、「関心がある」とする者の割合は女性で高くなっている。一方、5.3%が自分の健康に「関心がない」と回答。

- 58.9%が現在の社会に全体として「満足している」と回答。一方、40.1%が「満足していない」と回答。
- 19.8%が「心と身体の健康が保たれている」と回答。一方、19.0%が「心と身体の健康が保たれない」と回答。



【出所】内閣府大臣官房政府広報室. 令和3年度. 社会意義に関する世論調査



【出所】内閣府大臣官房政府広報室. 令和3年度. 社会意義に関する世論調査

3 ソーシャルキャピタルに関する課題（コロナ禍）

- 新型コロナウイルス感染症の拡大及びこれに伴う行動制限等の対策により、感染に対する不安や行動変容に伴うストレスなど、国民の心理面に多大な影響が生じている。約半数が何らかの不安等（「神経過敏に感じた」「そわそわ、落ち着かなく感じた」「気分が落ち込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じた」）を感じたと回答。

- コロナ禍によって他疾患の診療も広い範囲にわたり影響を受けた。
- 疾患別に見ると、呼吸器疾患の入院が最も減少したが、循環器疾患や消化器疾患も減少。内視鏡検査やリハビリの件数も減少が目立った一方で、化学療法や透析療法はほとんど変化がみられなかった。

<医療・福祉、仕事に関すること> (%)

	困ったこと・ストレスに感じたこと	割合
1	医療機関を受診しづらいなど医療サービスを受けづらくなったこと	43.1
2	困ったことやストレスに感じたことはない	30.3
3	世帯の経済的な苦しさが増したこと	19.6
4	仕事の先行きが不安定なこと（失業を含む）	14.9
5	勤め先での感染予防の対応が十分でないこと	7.9
6	福祉や介護サービスが使いにくくなった・使えなくなったこと	5.7
7	答えたくない	4.1
8	その他	2.4

<データ集：表 10-3 >

<家族などに関すること> (%)

	困ったこと・ストレスに感じたこと	割合
1	家族・親戚・友人などに会えないこと	47.9
2	困ったことやストレスに感じたことはない	31.1
3	仕事や家事、勉強の効率が落ちたこと	17.2
4	子どもの勉強や進学に影響が出たり、友達と遊ぶ機会が減ったこと	8.3
5	家庭内でのいさかいが増えたこと	7.0
6	答えたくない	4.6
7	子どもとの関係が変化したこと	3.7
8	配偶者、パートナーとの関係が変化したこと	3.3
9	その他	1.7

【出所】厚生労働省 社会・援護局.新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査.令和2年12月25日

研究報告書（概要版）

新型コロナウイルス感染症アウトブレイク後、就労形態の変化や外出制限、社会参加の減少、人との関わりの変化などにより、食事、運動等の身体活動量、睡眠など、様々な生活習慣に変化が生じている。これらの生活習慣は、生活習慣病の危険因子や予防因子となっているため、生活習慣の変化によって、疾患の発生や進行にも影響を与えることが予測される。また、生活習慣や環境の変化は、幸福感や well-being、ストレス、周囲との関係などにも影響を与えることが知られているため、新型コロナ対策による急激な生活習慣や環境の変化、その後の新しい生活様式への切り替えは、これらの心理社会的要因を通して、健康の維持・増進に関わる行動、ひいては疾患リスクや健康状態にも影響を与えることが考えられる。そこで本研究では、新しい生活様式およびそれに関連する要因として、食事、運動等の身体活動量、就労・社会活動、社会とのつながり、ストレスなどの様々な生活習慣や心理社会的要因などの実態とその変化を1万人規模の全国インターネット調査により把握し、疾患リスクや疾患発生率、重症化等の予測を行い、生活習慣病の発症や重症化予防、健康増進支援に資するエビデンスを創出することを目的とする。

また、生活習慣の変化や新しい生活様式の定着には、個人個人の新型コロナに対するリスク認識も影響を与えると考えられる。リスク認識は、患者数や感染リスクだけでなく、知識や学歴、職業といったバックグラウンド、どのような媒体から情報を得ているかによって異なることが予想される。そこで、リスク認識及びリスク認識に影響を与える要因を明らかにすることによって、緊急事態時に公的機関から健康影響に関する情報提供を行う際の方法や留意点等のヘルスコミュニケーションやリスクコミュニケーションに関するエビデンスを得ることも本研究の目的とする。

研究目的

研究方法

ネットリサーチ会社モニターを用いたインターネット調査

結果と考察

調査結果より、男女合わせた結果であるものの、コロナ期間に対象者が健康になったか、そうでなかったかについて、一定の傾向は見られなかった。平均値で見ると、健康方向への変化として、喫煙率低下、睡眠時間の増加、飲酒量の減少、毎日飲む人の割合の減少などが下がる、などが見られたが、逆に不健康方向への変化として、METsの減少、1日当たりの平均歩数の減少、健康診断、がん検診受診者の減少などが見られた。また、体重やそれに伴うBMIの変化は、若干の増加がみられたが、これらは一概に健康方向、不健康方向のどちらとも判断できないものである。

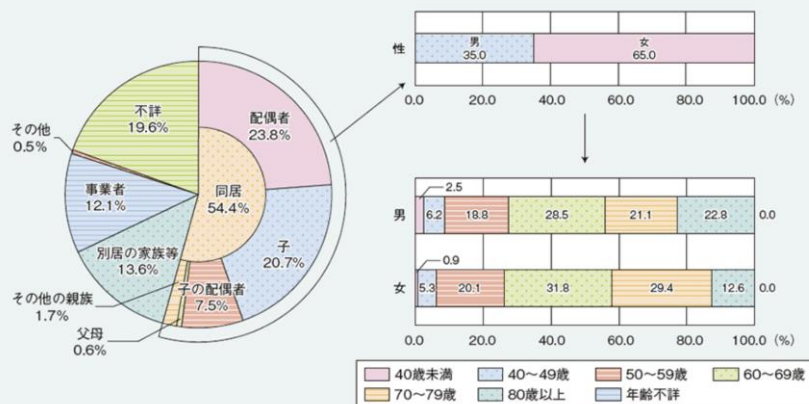
結論

今後、男女別の解析や、疾患リスクの予測、新しい生活習慣の実践状況、リスクに対する認識などとの関連を調べることによって、より様々な仮説を検討する。継続調査については、来年度以降、研究費を確保できた段階で実施する。

【出所】厚生労働省科学成果データベース.新型コロナウイルス感染症に対応した新しい生活様式による生活習慣の変化およびその健康影響の解明に向けた研究—生活習慣病の発症および重症化予防の観点から—.2022年7月25日

② 身体と心に不調を抱える高齢者

図1-2-2-8 要介護者等から見た主な介護者の続柄

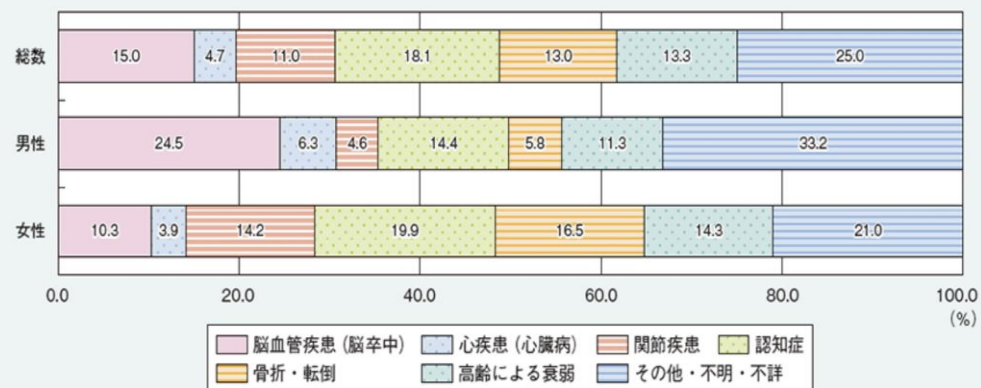


資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)
 (注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

- **要介護者等から見た主な介護者**は、主に**家族**（とりわけ**女性**）がとなっており、「**老老介護**」も相当数存在。
- 主な介護者の続柄を見ると、同居している人が54.4%となっている。その主な内訳を見ると、配偶者が23.8%、子が20.7%、子の配偶者が7.5%となっている。また、性別については、男性が35.0%、女性が65.0%と女性が多くなっている。
- 要介護者等と同居している主な介護者の年齢について見ると、男性では72.4%、女性では73.8%が60歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在していることが分かる。

- **要介護者等（総数）**について、介護が必要になった主な原因について見ると、「**認知症**」が18.1%と最も多く、次いで、「**脳血管疾患（脳卒中）**」が15.0%、「**高齢による衰弱**」が13.3%、「**骨折・転倒**」が13.0%となっている。
- 男女別に見ると、男性は「**脳血管疾患（脳卒中）**」が24.5%、女性は「**認知症**」が19.9%と最も多くなっている。

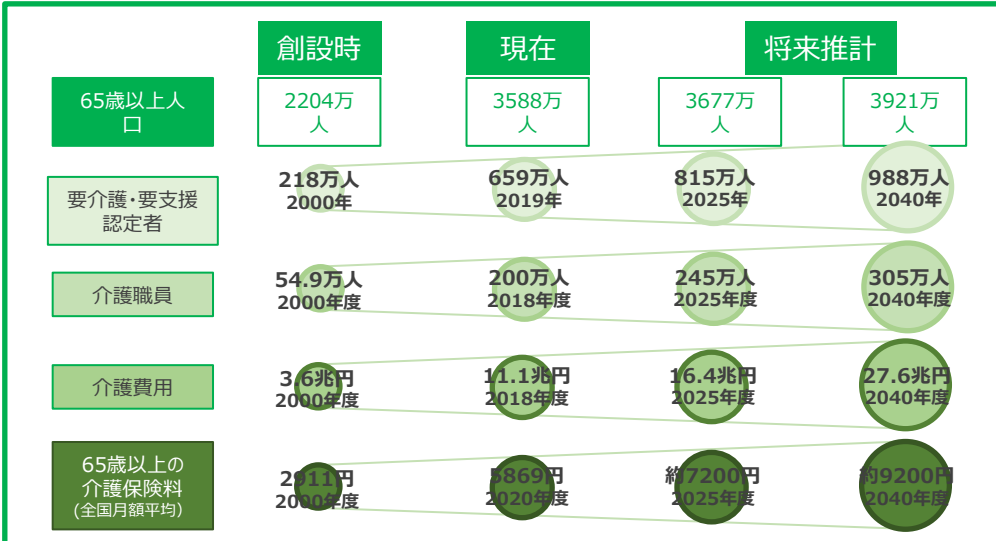
図1-2-2-7 65歳以上の要介護者等の性別に見た介護が必要となった主な原因



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)
 (注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

1 ヘルスシステムに関する課題

- 介護保険制度は介護を必要とする65歳以上の高齢者や、40歳以上65歳未満で特定疾病を抱え介護が必要な人を社会全体で支えるためにできた制度。
- 当初の介護保険制度は、負担と給付の関係が明確で、サービスと保険料の水準について判断しやすい構造となっていた。また、地域における負担と給付の水準に関しても、住民参加による意思決定が想定されていた。
- 一方、この20年で日本を取り巻く環境は大きく変化。結果として、要介護・要支援認定者数、サービス利用者数は3倍以上、65歳以上の介護保険料は約2倍、介護費用は約3倍増加。
- かかる状況下、持続可能な制度を確保するために約3年毎に法改正が行われてきたが、きめ細かい基準が設けられたり、新たなサービスが作られたりすることで、制度は拡大、複雑化していった。



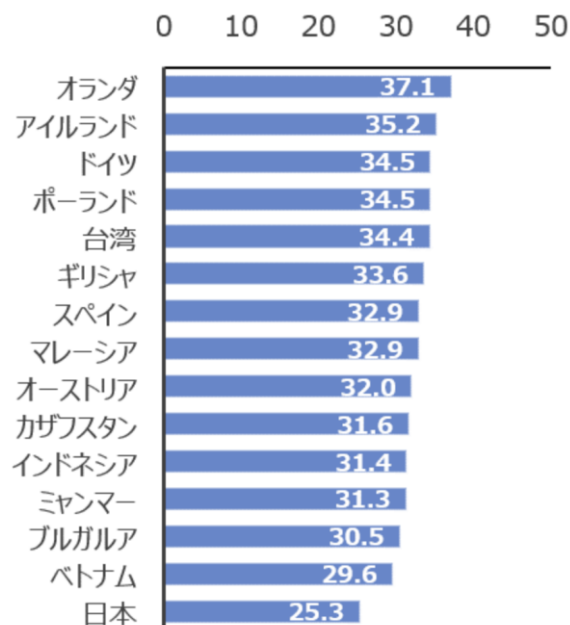
介護保険法改正の推移

- 1963年 ○老人福祉法の制定（高齢者が心身の健康を保持し日常生活を安定して営めるように、高齢者福祉の機関の施設、事業のルールを制定）
- 1982年 ○老人保険法の制定（高齢者医療費の一部自己負担・老後の健康保持と適切な医療確保や、疾病予防から治療、リハビリテーションなどの総合的な保険利用サービスの提供）
- 2000年 ○介護保険法の施行
- 2005年 ○介護予防を重視
要支援者の給付を介護予防給付に
介護予防ケアマネジメントは包括センターが実施
市町村の地域支援事業を創設
- 入所施設の食事・居住費を自己負担化、低所得者への補足給付を創設
- 地域密着型サービスを創設
- 2008年 ○介護事業者の休止・廃止を事前届け出制に、サービス確保を義務化
- 2011年 ○地域包括ケアの推進
定期巡回・随時適応サービスなどを創設
介護予防・日常生活支援総合事業を創設
- 2014年 ○地域支援事業の充実
在宅医療・介護連携、認知症施策などを推進
- 要支援者の訪問介護、通所介護を地域支援事業に移行
- 高所得者の利用者負担を2割に
- 特養入所は原則要介護3以上に
- 2017年 ○自立支援・重度化帽子の仕組みを制度化
- 介護医療院を創設
- 障害福祉との共生型サービスを位置づけ
- 高所得者の利用者負担を3割に
- 2021年 ○地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応
市町村の包括的な支援体制の高知を支援
- 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進
- 医療・介護のデータ基盤の整備の推進
- 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
- 社会福祉連携推進法人制度の創設

【出所】福祉新聞、介護保険制度20年① 自立支援は発展途上、2020年5月20日をもとに筆者作成

2 ヘルスリテラシーに関する課題

- 比較的日本と似たヘルスシステムを持つ欧州8カ国、アジア諸国と日本のヘルスリテラシーを比較すると、全体として日本人のヘルスリテラシーは低い。
- 健康情報の「入手」「理解」「評価」「活用」という4つの能力を「ヘルスケア（病気や症状があるとき、医療の利用場面など）」「疾病予防（予防接種や検診受診、疾病予防行動など）」「ヘルスプロモーション（生活環境を評価したり健康のための活動に参加するなど）」の3領域で測定。



国・地域別のヘルスリテラシーの平均点

- ヨーロッパヘルスリテラシー調査質問紙（ヘルスリテラシーの測定尺度）への回答で、すべての項目について「難しい」と回答した割合（「とても難しい」と「やや難しい」を合わせた割合）について、欧州8カ国全体、最も値が高かったオランダとを比較した表。全体として、差が大きかったものは「評価」「活用」。

表 ヘルスリテラシーの全質問項目での「難しい」の割合（%）-日本とEU・オランダの比較

項目	日本	EU	オランダ
ヘルスケア 気になる病気の症状に関する情報を見つけるのは	46.1	22.8	7.5
ヘルスケア 気になる病気の治療に関する情報を見つけるのは	53.3	26.9	12.3
入手 ア 急病時の対処方法を知るのは	60.9	21.8	13.4
入手 病気になった時、専門家（医師、薬剤師、心理士など）に相談できるところを見つけるのは	63.4	11.9	4.7
ヘルスケア 医師から言われたことを理解するのは	44.0	15.3	8.9
ヘルスケア 薬についての説明書を理解するのは	40.8	28.0	13.1
理解 ア 急病時に対処方法を理解するのは	63.5	21.7	16.2
理解 処方された薬の服用方法について、医師や薬剤師の指示を理解するのは	25.6	6.5	2.1
ヘルスケア 医師から得た情報がどのように自分に当てはまるかを判断するのは	46.7	18.0	10.0
ヘルスケア 治療法が複数ある時、それぞれの長所と短所を判断するのは	70.6	42.6	30.9
評価 ア 別の医師からセカンド・オピニオン(主治医以外の医師の意見)を得る必要があるかどうかを判断するのは	73.0	38.6	44.0
評価 メディア（テレビ、インターネット、その他のメディア）から得た病気に関する情報が信頼できるかどうかを判断するのは	73.2	49.7	47.4
ヘルスケア 自分の病気に関する意思決定をする際に、医師から得た情報を用いるのは	49.3	23.1	19.2
活用 ア 薬の服用に関する指示に従うのは	16.8	6.8	3.2
活用 緊急時に救急車を呼ぶのは	36.8	8.8	4.7
活用 医師や薬剤師の指示に従うのは	15.5	5.6	2.7

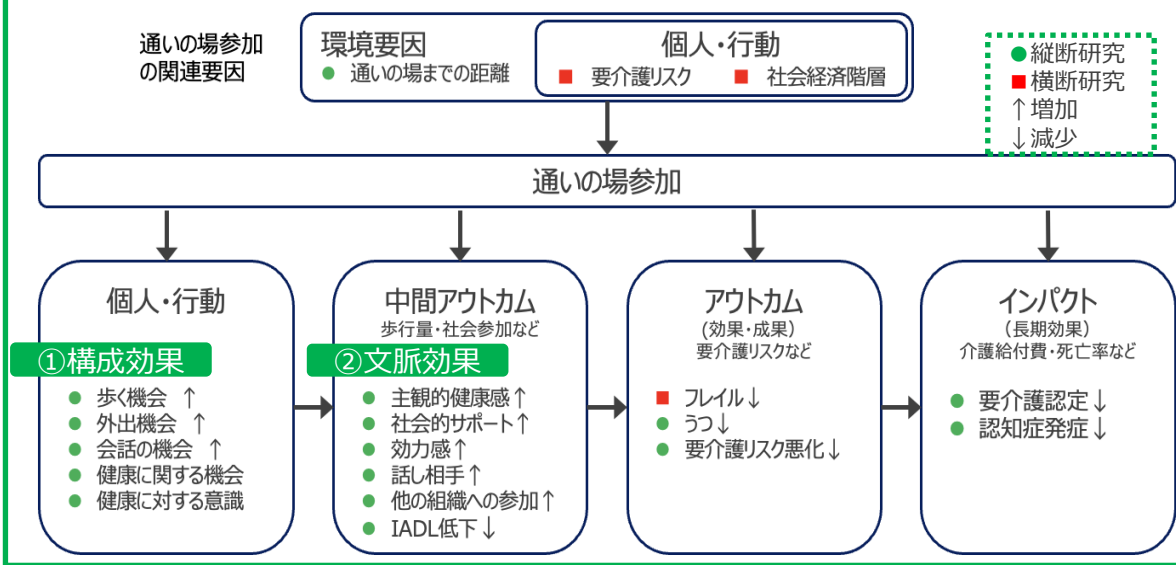
【出所】「ヘルスリテラシー健康決める力」ウェブサイト、<https://www.healthliteracy.jp>、Nakayama K, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health. 2015 May 23;15:505

3 ソーシャルキャピタルに関する課題

- ソーシャルキャピタルとは、**人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴のこと。**
- 昨今、公衆衛生や医療分野においてソーシャルキャピタルは注目を集めており、2014年版の厚生労働白書でも言及されている。日本においても、ソーシャルキャピタルが豊かな地域ほど、合計特殊出生率が高く、65歳以上女性の平均余命が長いことなどが報告されている。
- ソーシャルキャピタルには①個人レベルの特性（構成効果）と②コミュニティレベルの特性（文脈効果）があるとされている。

介護予防のための「通いの場」参加と健康に関わるエビデンス

日本においても複数の研究者により、コミュニティレベルの特性の一部が実証されています。
 【井出一茂,辻大士,渡邊良太,他：通いの場づくり-日本老年学的評価研究機構（JAGES）の知見から.総合リハ,29(12):1163-1168,2021】



① 構成効果

ソーシャルキャピタルの貧しい地域では、組織・ネットワークが少ないために、新しい人と出会う機会が少なく、社会的なサポートを受けられる人が少ない傾向にあります。また、社会階層が低いほど、社会的に孤立しやすく、健康度が低いこともわかっています。

② 文脈効果 【Kawachiによる4つの経路】

- 健康行動の変化**
 ボランティアな活動が活発で、「通いの場」等がたくさんあるところでは、身体運動をしたり、他のグループに参加するチャンスが増えます。また、住民の繋がりが強いほど、ゲートボール場などの整備、健康教室などの要望が行政に多く出され、実現する機会が増えます。
- 健康によりサービスやアメニティの増加**
 ソーシャルキャピタルの豊かな地域では、禁煙や運動、介護予防のための「通いの場」に参加している人の話を聞く機会が多くなり、自分もやってみようかと考え、行動に移す機会が増えます。
- 心理・社会的ストレスの減少**
 「通いの場」が増えるて参加すれば社会的なサポートも得られ、心理・社会的ストレスが減ります。
- 政策の影響**
 ソーシャルキャピタルが豊かであるほど、投票率が高く、保健・医療関連の施設を含む制度のパフォーマンスが高いことが示されています。

【出所】近藤克則.健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか.医学書院.2022.第2班をもとに筆者作成

Kawachi I: Social cohesion, social capital, and health. Berkman LF, Kawachi I(eds): Social Epidemiology, 174-190. Oxford University Press, New York, 2000をもとに筆者作成