

201001042A

厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

**貧困層の健康と社会的排除についての  
実態調査と地域の社会医療のあり方についての研究  
(H22-政策-一般-024)**

平成22年度 総括研究報告書

研究代表者 福原 宏幸

平成23（2011）年 3月

# 平成22年度 総括研究報告書

## 目 次

I. 総括研究報告			
貧困層の健康と社会的排除についての実態調査と地域の社会医療のあり方についての研究	福原宏幸	.....	1
II. 研究課題1：大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査			
1. 大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査報告—健康と貧困・社会的排除の連鎖—	福原宏幸・田淵貴大・若松司・四井恵介	.....	5
2. 西成区北西部健康実態調査結果〈ダイジェスト版〉つながりづくりで健康づくり—まちづくりへの参加が健康づくりの第1歩—		.....	17
3. 剥奪指標と西成北西部健康調査報告	田淵貴大	.....	45
資料1 西成北西部健康調査アンケート調査票		.....	61
III. 大阪市民の「社会生活と健康」実態調査			
4. 大都市の健康と不平等、社会的断絶（SIRS） 国際比較プロジェクトの概要	川野英二	.....	79
5. 大阪市における剥奪指標・地区類型マッピング	木村良成	.....	95
資料2 〈翻訳〉大都市の健康と不平等、社会的断絶（SIRS）イル・ド・フランス調査票	中條健志、訳	.....	100
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表		.....	171

## 1. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

総括研究報告書

### 貧困層の健康と社会的排除についての実態調査と 地域の社会医療のあり方についての研究

研究代表者 福原宏幸 大阪市立大学大学院経済学研究科 教授

#### 研究要旨

研究課題1：大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査

本研究の目的は、貧困や社会的排除が集中する大阪市西成区のある地域（N地区とする）を対象に、地域住民の健康の課題を社会医学と社会経済学の観点から明らかにすることにある。あわせて、彼らの健康維持・回復に必要な地域社会のソーシャル・キャピタルの創出と活用に向けた方策と、医療扶助などの制度について検討を行い、広く地域住民の健康の回復、健康格差の是正をめざすことにある。

日本では、社会医学の見地から健康格差の研究が進められてきた。しかし、貧困や社会的排除の課題を抱える人々を対象にした実証研究は多くない。本研究は、この領域の研究を深め、健康格差に関する議論への寄与をめざす。また、社会的問題を抱える地域住民の健康を、「地域の豊かなソーシャル・キャピタルづくり」の観点から支えるシステムの構築に挑戦する。

2009年に実施したこのN地区の調査によって、地区住民の「よくない健康状態」は、個人の生活習慣に影響されているとともに、社会経済的特性とも強い相関関係があることも明らかとなった。同時に、地域住民間のつながりが、健康へのプラス要因であることも明らかとなった。この地域には2つの課題——①著しい単身高齢者の増加と②稼働層を含めた貧困と社会的排除——があるが、いずれも健康にマイナスの要因として作用していると仮定したが、この研究によって、このことが明らかになった。また、地域社会の住民の健康を支えるにあたって、地域コミュニティへの参加、社会生活サポートなどのソーシャル・キャピタルの充実等によって主観的健康観の改善をうながし、同時に、貧困層の食生活改善や地域健康診断など地域ぐるみの健康管理の仕組みを構築することの意義と方策を論じた。

研究課題2：大阪市民の「社会生活と健康」実態調査

他方、2010年度後半は、この研究実績を踏まえて、大阪市全市民を対象とした「社会生活と健康」実態調査に向けた準備を進めた。大阪市立大学の医学部公衆衛生学教室や、経済学部、文学部に属する社会学教室と地理学教室の研究者による学際的調査チームを構築するとともに、大阪市健康福祉局健康づくり部の協力も得ることができた。調査の特徴は、地域住民の社会経済特性を踏まえた健康調査を行うこととし、その実現に向け予備的な研究を重ねてきた。その研究の途中経過の成果もまた、本報告書に掲載する。

## 研究分担者・協力者 氏名・所属研究機関名・職名

研究分担者	高鳥毛敏雄	関西大学社会安全学部	教授
	中山 徹	大阪府立大学人間社会学部	教授
	水内俊雄	大阪市立大学都市研究プラザ	教授
	若松 司	大阪市立大学都市研究プラザ	研究員
研究協力者	川野英二	大阪市立大学大学院文学研究科	准教授
	木村良成	大阪市立大学大学院文学研究科	専任講師
	田淵貴大	大阪府立成人病センターがん予防情報センター	主査
	四井恵介	地域・研究アシスト事務所	代表取締役

### 1. 研究概要

大都市住民の健康状態は、おおむね良くないと言われ、また健康格差の広がりが近年指摘されるようになってきた。とくに、大阪はそのような傾向が著しいと言われているが、にもかかわらず、必ずしも十分な実証研究があるわけではない。

こうした状況のなかで、2008年から大阪市西成区 N 地区を対象とした地区住民の健康と生活の実態調査を進めてきた。これをさらに深めることが、一つの研究課題である（研究課題 1：大阪 N 地区住民の健康と生活に関する実態調査）。この調査は 2009 年に実施するとともに、2010 年度にはその分析を進めた。

また、この実態調査を踏まえて、社会的な不利を抱えた地域の住民の健康実態の調査へと前進させることとした。調査エリアは大阪市とし、2010 年度後半から、これまでの研究課題を拡大させることとした（研究課題 2：大阪市民の「社会生活と健康」実態調査）。

#### 2-A. 研究課題 1 の研究目的

2005 年の市町村区別の平均寿命についての調査によって、大阪市西成区は男性平均寿命が最も短く、女性は下位から 4 番目であった。本研究の第 1 の目的は、このような西成区のなかで貧困や

社会的排除が集中していると言われる北西部において、「健康の社会的決定要因」を活用して地域住民の不健康を社会医学と社会経済学の観点から明らかにすることにある。第 2 に、彼らの健康維持・回復に必要な地域社会のソーシャル・キャピタルの創出と活用に向けた方策と、医療扶助などの医療制度について検討を行い、地域住民の健康の回復、健康格差の是正をめざした。

#### 2-B. 研究課題 1 の研究方法

2008 年度にこの調査実施に向けた予備的研究を行った。これまでの健康調査についてのサーベイ、調査手法についての研究、地域住民組織との教護や協力関係の強化などに取り組んできた。また、調査票の作成に約半年にわたる議論を重ねてきた。

これらを踏まえて、2009 年 2-4 月には、地域住民 2337 人を対象に、アンケート調査「西成地区『健康と生活』実態調査」を実施した。この調査では、健康や社会生活全般にかかわる項目、健康感、うつ状態、通院状況、喫煙、アルコール、運動習慣、家族・友人関係、学歴、雇用、経済状況などを聞いた。

(倫理面への配慮)

本調査研究は、アンケート調査を行い、個人情

報を扱うことから、倫理面に十分配慮が必要である。具体的には、西成地区の地域団体や病院のメディカル・ソーシャルワーカーによる当事者への調査票の配布を行ったが、この場合当事者リストは厳重に管理していただくことを徹底した。また、当事者が記入したアンケート用紙は、無記名の封筒を使って郵送によって研究代表者へ返送してもらって回収をはかった。このように、一方でアンケート用紙配布先リストの管理を徹底するとともに、他方では調査票の配布主体と回収主体を分離することで、個人情報保護を保護する。

## 2-C. 研究課題1の研究結果

調査の結果、N地区住民の健康状態、生活習慣、所得などの経済状況はいずれもよくないことが明らかとなった。個人を取り巻く社会経済環境とその健康の間には強い相関関係が見出された。とくに、生活習慣病やこころの病気などでの通院率が全国平均よりも著しく高い結果となった。

しかし、地域住民間のつながりの広がりや強さが、健康に対してプラスの効果をもたらしていることもわかった。これらを、さらに豊かなものにするので、地域住民の健康の改善に役立てることができよう。この観点に立って、地域住民自身が、そしてまた地域の団体が取り組める課題を明らかにした。

## 3-A. 研究課題2の研究目的

研究課題1の成果を踏まえて、研究課題2では、大阪市民を対象にした「社会生活と健康」の関連についての調査を実施することとした。その理由は、住民の健康状態は、生活習慣はもちろん個人の社会経済環境によっても影響されると言われるが、後者の影響は個々人に対して個別に作用するというよりは、地域で共有された生活空間の中

で育まれる固有の社会経済環境による影響としてとらえるのが妥当であろう。こうした観点から、生活の共同体的空間である地区に注目する調査を企画することとした。また、健康格差の観点からみれば、社会的不利地区ではその影響が強く現れるものと想定できる。このことから社会的不利地区に注目することとした。しかし、社会的不利地区といってもそれぞれの地区の特徴は多様であること、また不利地区とそうでない富裕地区との比較研究の中で、それぞれの特徴を理解することができること、こうした点を明らかにする調査をめざすこととした。

## 3-B. 研究課題2の研究手法

この研究では、社会的不利地区住民を中心に大阪市民を対象にした大規模なアンケート調査を実施する。このため、ジオデモグラフィック・データを活用して社会的不利地区を抽出すること、またアンケート調査により地区住民の健康と社会経済的特性との相関関係を明らかにする。

### (倫理面への配慮)

本調査研究は、アンケート調査を行い、個人情報を扱うことから、倫理面に十分配慮が必要である。今回は、研究代表者が属する大阪市立大学倫理規定に即した倫理面での配慮を行うとともに、大学院経済学研究科倫理委員会への倫理申請を行う。

## 3-C. 研究課題2の研究成果

2011年度のアンケート調査実施をめざし、準備を進めてきた。

第1に、大阪市内における社会的不利地区や富裕地区などの抽出にまず取り組む必要があり、2005年国勢調査の町丁目のデータ分析にもとづいて、これらの地区を拾い出す作業を進めた。

第2に、アンケート調査票の作成であるが、こうした地区に重きを置いた海外の健康調査の成果（フランス公衆衛生研究所を中心とした調査チーム「大都市圏における健康と不平等、社会的断絶国際比較プロジェクト」SIRS）、また国内での様々な健康調査を参照しつつ調査票の検討を行った。

第3に、これまでの健康格差研究の成果をサーベイし、これ蘭研究に対して、我々が取り組もうとしている調査によって何が新しい知見として提起できるか、これらについて議論を深めてきた。

#### 4. 考察

209年実施の大阪N地区の健康調査の結果については、いくつかの項目について、全国データと比較することでその特徴を把握することができた。しかし、比較可能な調査結果がほとんどなく、十分な分析に取り組めないという限界があった。しかし、2011年の大阪市民全体の調査が実現することによって、より深い分析を行うことができるだろう。

他方、2011年調査の準備過程であった2010年後半の研究を通して、日本でこれまで健康格差に関する調査に取り組んできた研究者とのネットワークが広がるとともに、相互に意見交流のできる環境が整ってきた。このように、短期の準備期間であるが、多くの成果を得ることができた。

#### 5. 結論

健康格差、社会的排除、社会的不利地区をキーワードとした健康実態調査の枠組みを提示する調査研究を進めてきた。本格的調査を2011年度に実施するが、それに向けた準備が順調に進んでいる。

この調査では、社会的不利地区では、ひとつは

稼働層を含めた貧困と社会的排除があることが明らかになるとともに、それと健康状態の相関関係もまた明らかとなるだろう。この因果関係の確定には、さらにパネル調査などを加える必要があるが、貧困と社会的排除が健康にマイナス要因として作用していることを推定できるだろう。また、ジオデモグラフィック・データ分析による地域特性の分析や行政機関が把握しているソーシャル・キャピタルなどの情報を収集し、地域における健康づくりに活用でき創出しえるソーシャル・キャピタルを明らかにすることができるだろう。地域のコミュニティへの参加、社会生活サポートなどのソーシャル・キャピタルの充実等によって主観的健康観の改善をうながし、同時に、貧困層の食生活の改善や地域健康診断など地域ぐるみの健康管理の仕組みを構築することの意義と方策が明らかとなるだろう。

#### 6. 研究発表

##### 1. 論文発表

福原宏幸・田淵貴大・若松司・四井恵介（2010）「大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査報告——健康と貧困・社会的排除の連鎖——」『貧困研究』4号。

##### 2. 学会発表

福原宏幸・田淵貴大・若松司・四井恵介、報告論題「大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査報告——健康と貧困・社会的排除の連鎖——」貧困研究会第2回研究大会、2009年10月17日、於：大阪市立大学杉本キャンパス。

## 第1部 大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査

# 1. 大阪N地区住民の健康と生活に関する実態調査報告

## ——健康と貧困・社会的排除の連鎖——

福原宏幸・田淵貴大・若松司・四井恵介

### はじめに

2008年に、厚生労働省は、2005年全国市区町村別平均寿命の調査結果（5年毎に調査）を発表した。それによると、男性で最も平均寿命が短かったのは大阪市西成区で、73.1歳であった。女性の場合も、西成区は下位から4番目の83.3歳であった。この年の日本の男性平均寿命78.8歳、女性85.8歳に対して、男性で5.7歳、女性で2.5歳、短命であることがわかった。

この他、西成区は、自殺件数の多さ、救急車出動件数の多さ、健康診断受診率の低さなど、様々な健康に関する公式統計においてもその指標の低さが指摘されてきた。他方、西成区は、所得水準、雇用問題、居住環境の劣悪さなど、社会経済的指標をみると、多くの課題を抱えていることがこれまで明らかにされている。

西成区の中にあっても、調査対象となったN地区は、社会経済的な諸指標の数値がとくに低い水準であり、また地域住民組織などによって住民の健康問題が取り上げられてきた地区である。こうした背景をもとに、2006年末にN地区の地域住民組織と協力してN地区健康実態調査研究会<sup>1</sup>を立ち上げ、この地区住民の健康問題を調査・分析することになった。

とくに、今回の調査では、個人の健康問題を、個体を取り巻く社会的・経済的・文化的因子すなわち「健康の社会的決定要因（social determinants of health）」に焦点を合わせて調査を行うことをめざした。この研究動向は、世界保健機構・欧州支局（WHO Regional Office for Europe）や健康都市連合（Alliance for Healthy Cities）などの活動によって推進されつつあり、日本においては、近藤克則をはじめとする健康格差研究によっても推進されているところである。

今回の調査は、こうした研究動向を踏まえながら、さらに様々な社会的に困難な課題を重層的に抱える地域に着目し、その住民の健康の実態とそれが経済的・社会的・文化的要因とどのような関連があるかを明らかにすることを目的とした。すなわち、この調査研究の仮説は、この地域住民の健康は従来の単純な医学モデル（生活習慣とそれによる生活習慣病）でのみ理解できるものではなく、経済的・社会的・文化的要因が深く関与していると捉えるものである。同時に、長期的にみた場合、調査研究によって明らかにされた諸要因を改善していくことによって、この地区の住民の健康を一定程度回復できるものと考えている。すなわち、まず①健康を個人的な問題とするのではなく、地域社会の問題として捉えたいうで、②地域医療サービスの充実を重視しつつも、健康づくりに向けた地域住民自らの取り組みや地域組織のガバナンス力を高めること、そして、一方で③生活習慣の改善に向けた地域での生活文化の発展（＝健康のまちづくり）に取り組むとともに、他方では④長期的に地域住民の経済問題や社会問題の改善に取り組むことが求められることになるだろう。

<sup>1</sup> 2006年11月に創設。同研究会メンバーは、福原宏幸（代表）、高島毛敏雄（関西大学・公衆衛生学）、水内俊雄（大阪市立大学・社会地理学）、中山 徹（大阪府立大学・社会調査論）、若松 司（大阪市立大学・地理学）、田淵貴大（大阪大学大学院生・公衆衛生学）、四井恵介（地域・研究アシスト事務所）、摺木利幸（西成のまちづくり委員会）、屋代直信（西成のまちづくり委員会）などである。



調査は、2009年2月～4月の3ヶ月間に、N地区の20歳以上の男女にアンケート票にもとづく対面調査を実施した。対象者の抽出は、国勢調査にみられる当該地区の性別年齢別構成に一致するように配慮した。地区の様々な住民団体から対象者リストを提供してもらい、統合したリストを作成し、性別年齢別に層化しサンプリングした。これにより、調査票の回収数は2,337票、うち有効回答数は2,266票（97.0%）であった。この有効回答数は、地区の全人口の13.6%にあたる。また、調査対象者が現在の居住地に住み始めた年齢は、0歳（＝生まれたときから）が男性で43.5%、女性32.9%、15～30歳が男性22.7%、女性40.3%であった。実際に10年未満の居住者は、男性で4.0%、女性で3.8%に過ぎない。このことから、出生と結婚をきっかけにこの地区に住むようになった対象者が多く、調査対象者のほとんどが長くここに住んでいる者であった。

調査項目は、大きく分けて、①健康状態と疾病の有無そして通院状況、②主観的健康観と生活習慣、③就労実態、④暮らし向きと所得水準、⑤居住環境、⑥社会生活（家族や社会との関係など）である。

## 1. 地域住民の特性

この調査で明らかとなった地区住民の特性は、公式統計によって明らかとなったものとはほぼ同様の傾向だった。一般に、若年層が少なく高齢者が多い。65歳以上の高齢者は、1,132人と全有効回答者数のほぼ50%を占めた（区の公式統計では39%）。また、世帯類型では単身世帯、なかでも高齢者単身世帯が多い。母子家庭や父子家庭もまた、大阪市全体と比べ多い傾向がある。

さらに、今回の調査対象者では、高校進学率は、35～45歳で85.5%、34歳以下で85.7%であった。45歳前後の人々が高校に進学した30年前の1980年の全国の高校進学率は94.2%、35歳前後の人々が高校進学した1990年では95.1%であった（『学校基本調査』より）。このように、N地区住民の学歴水準は全国平均に比べ低くなっている。

N地区の65歳未満の稼働年齢層1,134人のうち、就業者の割合は88.8%と高い。この就業者の就労形態別構成をみると、自営業者（自営業主・家族従業者）37.4%、正規雇用者24.8%、非正規雇用者37.0%、その他0.9%であった。『労働力調査』によれば、2009年の全就業者数は6,282万人で、このうち自営業者12.7%、正規雇用者は53.8%、非正規雇用者は27.4%、会社役員等6.0%であった。N地区では、自営業者と非正規雇用者が圧倒的に多く、このことから相対的に低所得層が多いことが推測される。

実際に、所得水準をみると、N地区住民の年間の平均世帯所得は242万円であった。全国では、2007年の平均所得は556万円（『平成19年国民生活基礎調査』）であり、相当大きな差があることがわかる。これは、低収入の仕事に就いている者が多いこともあるが、世帯構成員数の少なさにもよると思われる。同『国民生活基礎調査』による全国の平均世帯人員数は2.63人であるが、N地区住民では2.43人である。この世帯員数の違いを考慮して算出される一人当たりの所得を推計すると、N地区住民の場合118.1万円であった。これに対し、全国の1世帯員の平均年収207.1万円であり、89万円もの差があった。この差は極めて大きく、全体的に低所得層が多いことがわかる。また、平均等価所得でみると、N地区住民の場合165.7万円であり、『国民生活基礎調査』のデータをもとに3年おきに求められている全国の平均等価所得（再分配後）の2005年の値は348.7万円であった（『平成17年所得再分配調査報告書』）。ここでは、183万円もの差が出ている。このことから、N地区住民の所得水準がいかに低いかがわかる。

暮らし向きについて生活意識を問うと、「苦しい」と回答した人は49.5%（「大変苦しい」21.5%「苦

しい」28.0%)、「普通」が46.8%となっており、「ややゆとりがある」「大変ゆとりがある」は合わせて3.7%にすぎなかった（「わからない」は除く）。先の『平成19年国民生活基礎調査』では、2007年の数値では「苦しい」と回答した人は57.2%（「大変苦しい」23.5%、「やや苦しい」33.7%）、「普通」37.7%、「ややゆとりがある」「大変ゆとりがある」は5.1%であった。N地区では、実際の所得水準が全国の平均よりも相当に低いにもかかわらず、生活意識では、「苦しい」と感じている人の割合が、7.7%も少ないという結果が出た。これは、N地区住民は、同じ地区内の周辺住民を比較の対象とする傾向があったからかもしれない。同時に自分の過去との比較を重視したからかもしれない。

これに関連して、過去（15歳ころ）の暮らし向きについての理解について質問をした。すると、「大変苦しかった」「やや苦しかった」48.3%、「普通」41.8%、「ややゆとりがあった」「大変ゆとりがあった」9.9%であって、かつては「ゆとりがあった」と意識していた人が少し多くなっている。

生活保護率をみると、大阪市は全国平均に比べ相当高く2007年度で42.9%であったが、今回の調査ではN地区のそれは140%という驚異的な高さとなっていた。その中でも、とくに65歳以上の単身高齢者が大きな割合を占めており、高齢貧困層の多さがこの生活保護率の高さに反映されている。

以上のことから、一方で、65歳以上の高齢単身者に生活保護受給者が多いことから、貧困者がこの年齢層に多いことがわかる、他方、65歳未満の稼働年齢層においては、多くは仕事をしているにもかかわらず、不安定で低所得の自営業者や非正規雇用者が多いことがわかった。こうした要因が、地区住民全体の低所得構造をつくり出していると考えられる。

社会的要因として、ここでは「困ったときに頼れる人」という設問への回答（多重回答）に注目したい。「家族に頼れる」が57.2%、「親戚」13.7%、「知人・友人」16.6%、「専門機関」4.0%であった。単身世帯が多いこと（全世帯の27.8%、なお『平成19年国民生活基礎調査』による全国平均は25.0%）を反映してか、家族に頼れるとした人の割合は意外に少ない。また、それ以外の選択肢については、もっと少ないことが明らかとなった。他方、「人に頼られる」ことが「ない」「ほとんどない」人が48.8%と多いことも、特徴的である。

しかし、地域での様々な交流活動（家族・身内の付き合い、友人・近隣との付き合い、配偶者もしくはパートナーの有無、頼れる人など）をポイント化（詳しくは「つながりポイント」のところで後述）して3つのグループに分けると、「よく活動する」人が多いのは50-74歳層で42%であったのに対し、75歳以上では30.3%、34歳以下では28.5%と、高齢者と若者での参加の程度の低さが明らかとなった。他地域の住民についての同様の調査がないので、比較することはできないが、壮年層に地域での様々なつながりを持つ人が多いのに対して、高齢者と若者には、このようなつながりを持つ人は多くないことは、十分に確認できる。

## 2. 健康実態調査の結果

### 1) 生活習慣と生活習慣病の現状

次に、N地区住民の健康の実態、およびそれと社会経済的要因との関係をみていこう。

よくない生活習慣（喫煙、過度の飲酒、運動不足や食事の偏りなどのライフスタイル）の積み重ねによって生活習慣病（高血圧症、高脂血症、糖尿病など）が引き起こされ、ひいては脳卒中やがんの発症に至る。また、睡眠不足やストレスから引き起こされる「うつ状態」も広義の生活習慣病といえる。このことから、これまでは、健康を個人の生活習慣の枠内で考えられることが多かった。

しかし、健康は、先に示した世界保健機関・欧州支局などが注目している「健康の社会的決定要因」、

すなわち、社会格差、ストレス、若年期の生活、社会的排除、労働条件、失業、社会的サポート、薬物依存、食物、交通などの社会経済的要因の影響を強く受けているものと考えられるようになってきた。個人の健康は、個人の生活習慣だけではなく、個人の雇用、経済状態、社会関係や地域ネットワーク、そして教育などの経済社会の全般的な環境から影響を受けているのである。

したがって、ここでは、まず、生活習慣病を引き起こすと考えられているいくつかの要因と生活習慣病を取り上げ、N地区住民のその数値の現状と関連性について検討する。それを踏まえて、次にいくつかの経済社会的要因との関係をみていきたい。

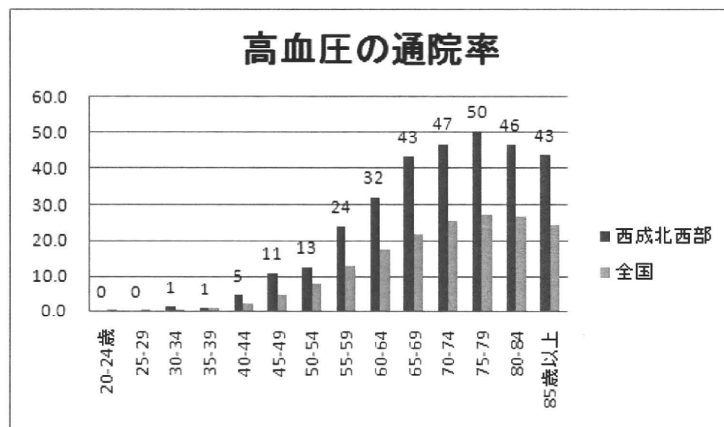
喫煙率では、N地区住民は男性45.8%、女性29.1%であるに対し、厚生労働省『国民健康・栄養調査』の2008年の全国平均では、男性36.8%、女性9.1%であった。男女ともN地区住民の喫煙率の高さがみてとれた。アルコール依存の判定にCAGEテストを用いた。これによると、N地区住民において、アルコール依存症（CAGEテスト2点以上）とみられる者の割合は男性で8.3%、女性で4.3%であった。全国調査としては、[樋口進ほか]による2003年の調査があるが、それによると男性6.8%、女性3.8%であった（樋口ほか、2004）。やはり、アルコール依存症を持つ者の割合は、N地区に多い。ここでは、生活習慣病を招く要因としてひとまずタバコとアルコール依存症を取り上げたが、全国の数値に比べ、このことも生活習慣病が全国平均よりも多いことの一つの要因であると推測される。

では、N地区住民の生活習慣病の罹患状況を次にみていこう。図1は高血圧による通院率、図2は糖尿病による通院率を示している。いずれも全国の数値を大きく上回っていることがわかる。また、これらの病気の結果として脳卒中などが引き起こされる可能性も高いが、それによる通院率を示したのが図3である。ここでも、全国に比べ高い数値が示された。

さらに、うつ状態などのこころの病気による通院率を示したのが図4である。ここでも全国平均に比べ、著しく高い傾向が示された。

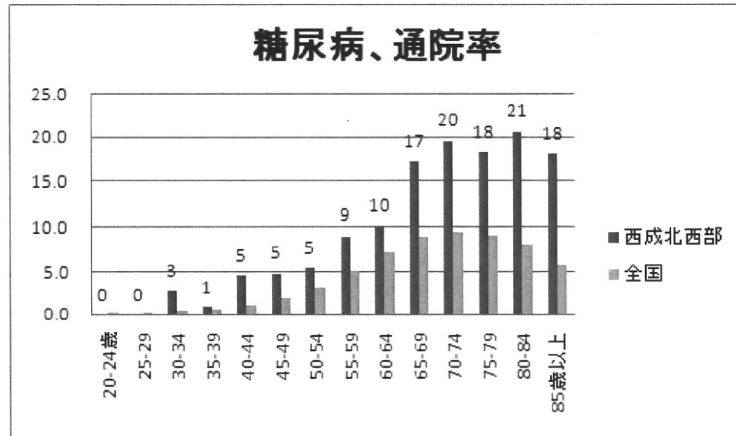
このように、N地区にはよくない生活習慣をもつ人が多く、それが生活習慣病患者の多さと関連していることが推測できる。

図1



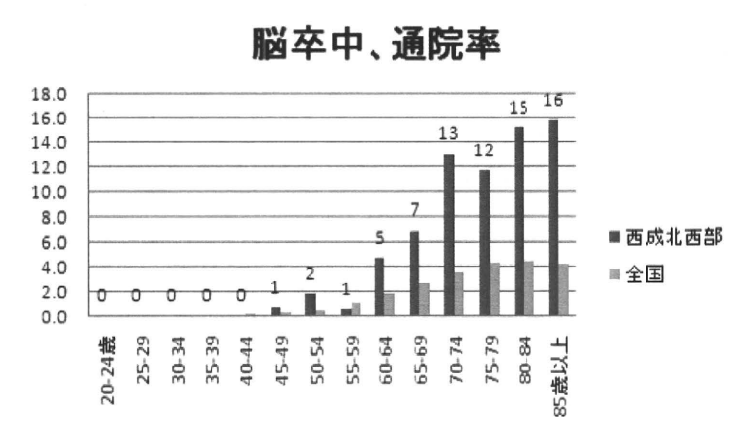
出所：『平成19年度国民生活基礎調査』と本調査のデータにより作成。

図 2



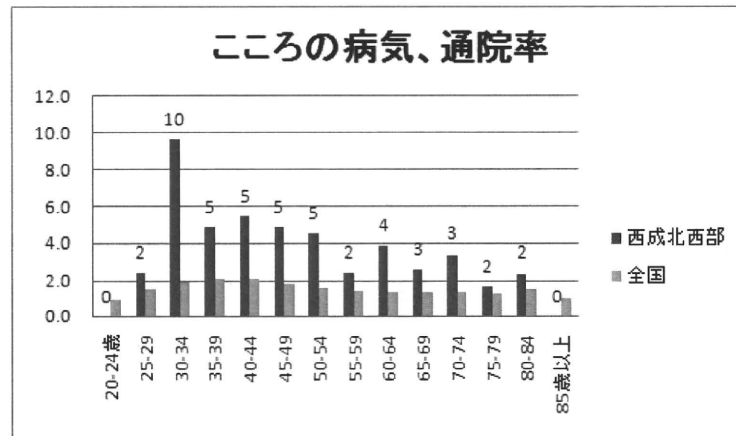
出所：図 1 と同じ。

図 3



出所：図 1 と同じ。

図 4



出所：図 1 と同じ。

## 2) 主観的健康感とうつ状態

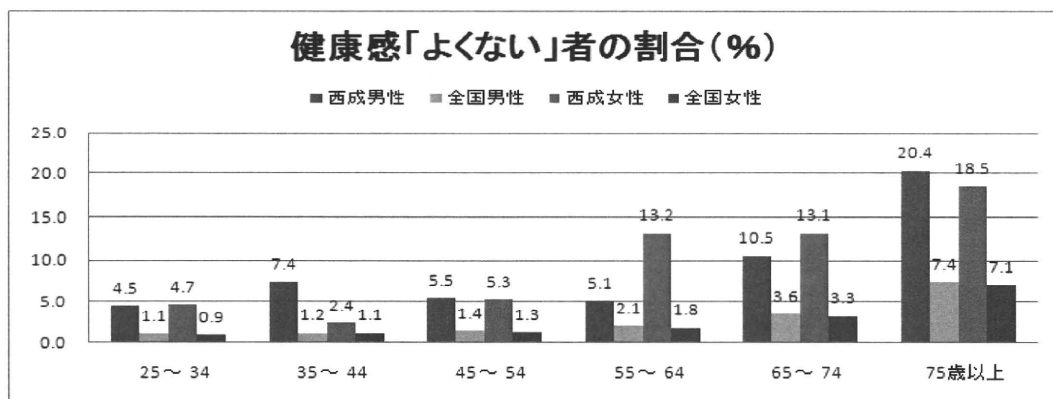
主観的健康感とは、自分がどの程度健康と考えているのかを示す指標である。多くの研究によって、この主観的健康感とは、①疾病の有無やその後の死亡や身体機能低下の予測力を示すとともに、②主観的幸福感・生活満足度・抗鬱などの心理的状态、③社会関係などを総合的に反映する健康評価指標であるとみなされている。その意味で、これは健康状態を示す一つの指標とみなされている。これに関する調査結果を、全国調査のデータ（『平成19年国民生活基礎調査』、ここではこれらの選択肢に「普通」を加えている）と比較したのが、**図5**である。N地区では、全国と比較して、自身の健康について「よくない」と回答した者の割合は約5倍高くなっている。

また、うつ状態についても調査した。これは、スクリーニングテスト用の調査票 The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)をもとに実施し、これを、2001年～2002年に大平らが実施した調査結果（大平ほか、2007）と比較したのが、**図6**である。

こちらでは、うつ状態の者の割合が大阪府のデータと比較して3～5倍の高率であった。

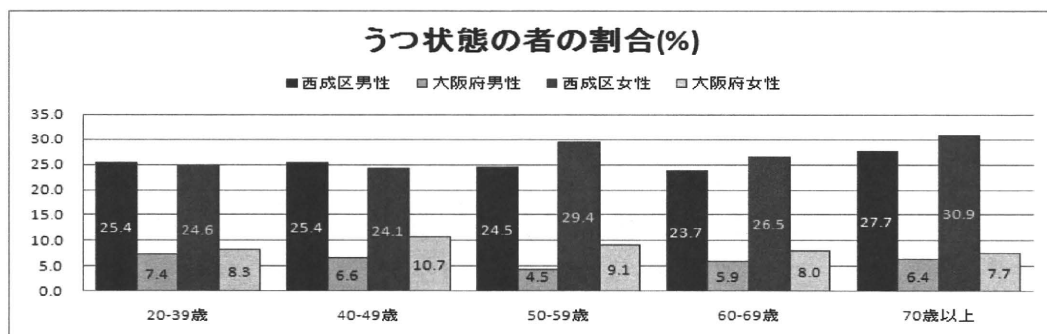
この「よくない」とする主観的健康観とうつ状態の2つの指標をともに、N地区には健康状態のよくない人が多いことを示している。

図5



出所：図1と同じ。

図表6



出所：大平哲也ほか（2007）「心理的健康の維持・増進のための望ましい生活習慣についての疫学研究」『日本公衆衛生雑誌』54巻4号。

注：大阪府のデータは、2001～2002年に大阪府立健康科学センターで健康診断を実施した住民7,947人についての調査によるものである。

### 3) 社会経済的要因と健康との相関関係

では、経済的要因や社会的要因は、健康とどのようにつながっているのか、この点をみていこう。

自営業者や非正規雇用者が多いといった雇用の不安定さは所得水準の低さをもたらし、それはまた生活意識において「苦しい」という結果をもたらす。この生活意識が、社会的な要因、生活習慣という個人の要因、そして健康そのものとのような相関関係にあるかを示しておこう。

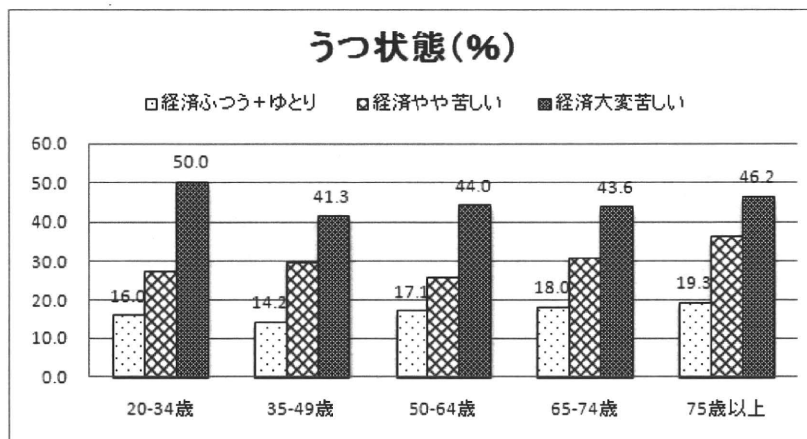
社会的要因については後でみるとして、経済的要因と、生活習慣や健康そのものとの相関関係をまずみておこう。表1では、生活が苦しいと感じている人ほど、喫煙者、アルコール依存者の割合が高いことが示されている。図7では、生活が苦しいと強く感じている人の方がうつ状態の人が多くを示しており、主観的健康観との関連においても、同様の結果が示された。これらは、経済的要因が、生活習慣病そして健康状態と、それぞれ強い相関関係をもっていることを示している。

また、健康診断の受診の有無は生活習慣としてみなされるが、この受診率（過去1年間の健康診断の有無）は全国平均61.4%（『平成19年国民生活基礎調査』）に比べ、N地区住民では56.9%と低い。とくに65歳以上の高齢者は62.0%と全国平均よりもやや高い水準にあるが、65歳未満では50.7%と低い。それは、とくにこの地区住民の雇用形態と強く関係している。正規社員では76%である（上記全国調査では「一般常雇者」77.2%）のに対して、この地区に多い自営業者で33%（同46～51%）、非正規社員で45%（同、1ヶ月未満の雇用者50.3%、1か月以上1年未満の雇用者65.2%）とかなり低くなっている。これは経済的要因が健康診断受診率（＝生活習慣の一つとみなされてきた）と直接に関係していることを示している。

表1 それぞれの生活意識をもつ者に占める喫煙者及びアルコール依存者の割合

生活意識	喫煙者の割合	アルコール依存者の占める割合
生活が大変苦しい	41.4%	8.3%
やや苦しい	38.3%	5.7%
普通+ゆとりあり	30.2%	4.9%
全体	34.9%	5.9%

図7 生活意識別にみたうつ状態の人の割合（年齢階層別）



次に、社会的要因に目を向けよう。これには、様々なレベルでの人とのつながりや、地域社会とのかかわり、さらには社会制度とのつながりなどが含まれるが、ここではひとまず、身近な家族や友人とのつながりに注目しておこう。これに関連した複数の質問への回答に「つながりポイント」を設定し、この質問には、「家族づきあいをよくしている」、「友人づきあいをよくしている」、「家族に頼れる」、「親戚に頼れる」、「友人に頼れる」、「一緒に夕食をとる家族や友人がいる」、「配偶者（内縁関係を含む）がいる」の7項目をとりあげ、それぞれ「はい」の回答を1点として合計した値（0点から7点）を用いた。家族・友人それぞれについて「付き合いをよくしている」、「頼れる」といった回答を1点とした。全体の平均的な「つながりポイント」は3.46ポイント、男性は3.38、女性は3.52であった。これらのポイントの大きさを比較できる調査はないので、このN地区住民のつながりの強さや広がりをもとに他と比較して評価することはできない。しかし、これは、経済的要因、個人の生活習慣、そして健康状態との相関関係を知るうえで、有効である。

つながりポイントの高さと経済的要因の結果としての生活意識との関係を見てみよう。すると図8のように、生活意識で苦しいと思う人の割合は、つながりポイントが高くなるほど、低くなっている。また、図表を省略したが、健康状態がよくないと思っている人と良いと思っている人を比べると、前者の方につながりポイントの低い人たちが多く、さらに、喫煙者やアルコール依存症を持つ人には、つながりポイントの低い人が多い。このように、人々のつながりの豊かさは、経済的な生活意識、生活習慣そして健康状態と強い相関関係があることがわかった。

なお、現在の経済状況は、過去の経歴と強い関連があることも見逃してはならない（図9）。

以上でみてきた3つの要因と健康状態の関係を示すと、図10の様に整理できるだろう。健康状態は、単に生活習慣だけでなく、経済的要因及び社会的要因と深くかかわっているし、経済状態は過去の経歴とも深く関係しているのである。

図8 つながりポイント別にみた「生活状況が苦しい」人の割合

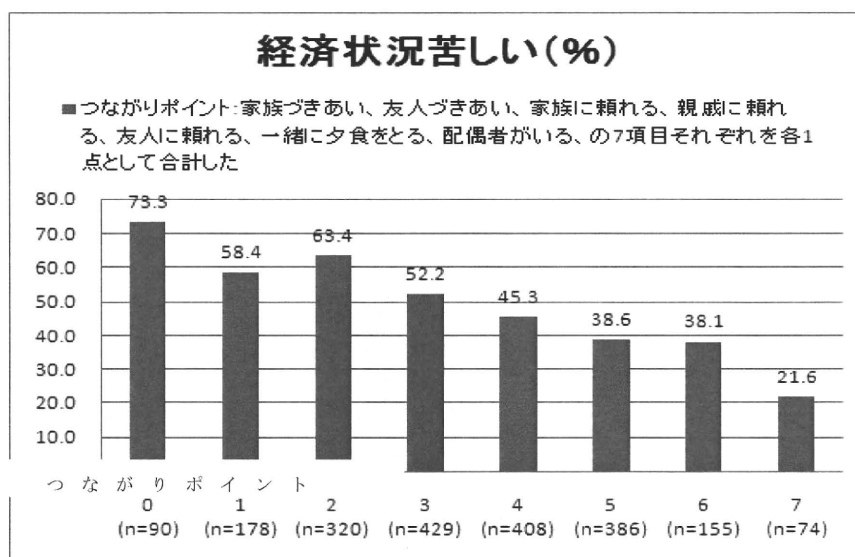


図9 学歴と現在の生活意識の関連性

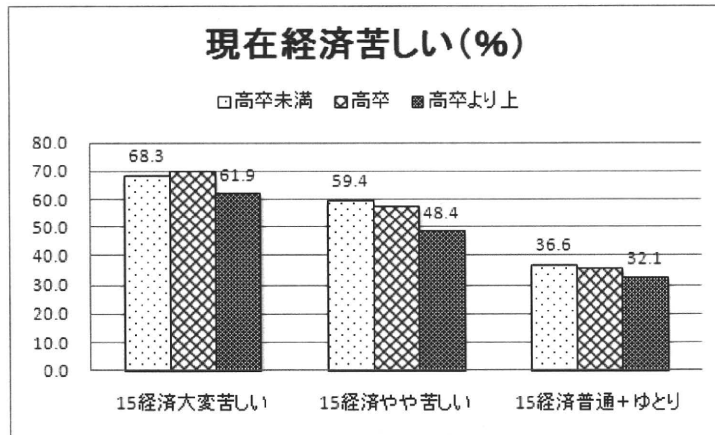
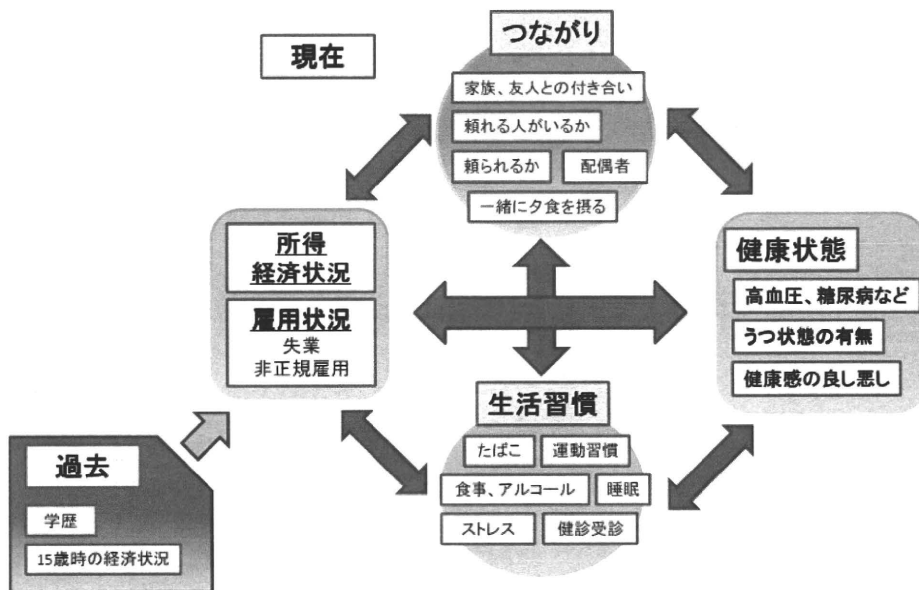


図10

### 社会的要因が健康に影響をおよぼす



#### まとめ——N地区における健康改善に向けた取り組み——

以上の結果を踏まえて、このN地区住民の健康の回復に向けて、どのような取り組みや施策が必要かを考えてみたい。

長期的には、地域居住者の生活の安定を図るという点から、学齢期における教育、成人においてはより安定した仕事に就けるようにするための職業能力の開発・訓練、職業紹介の充実、地域経済活性化に向けた支援なども求められるだろう。しかし、これらは、長期的でかつ経済や社会のより大きな枠組みでの議論を要する課題である。健康問題に関係しているとはいえ、別途、議論する必要のある



課題であろう。

他方、疾病の直接的な予防の観点から見れば、健康診断受診率の引き上げがまず重要であるだろう。とくに、自営業者や非正規雇用者の健康診断受診率を上げることが望まれる。また、健康問題が日常化している高齢者の健康診断受診率をさらに高めることも重要であろう。この地区には、自家風呂がなく最低居住水準も満たさない住宅が密集する老朽密集市街地に住む高齢者が多いことから、まちづくり運動の一環として2000年5月に「N地区くらし組合」を発足させ、この組合に入っている高齢者には、2003年から地域の医療機関の協力で「誕生月健診」を実施してきた。それが、高齢者の健康診断受診率の高さを支えてきたと言える。しかし、それでもまだ、ここから漏れ落ちている高齢者が多くいることも課題であろう。一層の組合員化が望まれる。

他方、禁煙率を下げたり、無謀な飲酒を避けるための地域での取り組みなども必要であろう。しかし、これらは、単に啓発だけではうまく進まない。むしろ、この地域住民がもつ健康に対してプラスに作用する要因を発見し、それに依拠して健康回復への道筋を考えることが、重要であるだろう。その意味で、ここでは「楽しく暮らす」という要因に注目することにしよう。

今回の調査では、「日ごろ楽しく暮らしていますか？」の問を設けた。この問に対し、肯定の回答をした（「そうである」もしくは「どちらかというところである」と回答した）者の割合は、どの年齢階層においても70%を超える高い値を示した。

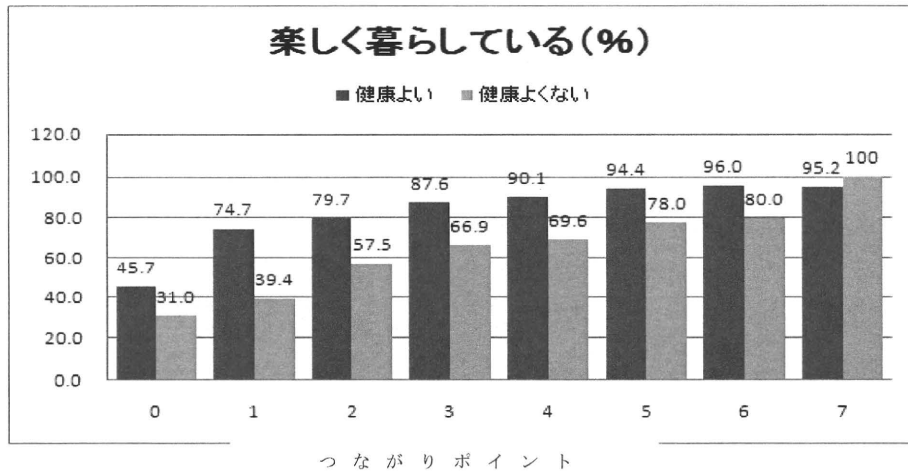
生活が苦しいと感じておりかつ健康もよくないと考えている人においては、「楽しく暮らせている」と思う人は44.3%と少ない。しかし、生活が苦しいと感じていても健康であると考えている人では、「楽しく暮らせる」と考える人は72.0%と高い。さらに、健康がよくないと思っても生活にゆとりができれば、「楽しく暮らせる」と思う人は79.8%と高い値を示した。これらのことから、「楽しく暮らしている」と思えるには、経済的な余裕と主観的健康感が重要であることがわかった。

しかし、もっと重要なのは、実のところ「つながり」であることもわかった。この点を、もう少し詳しくみておこう。図11は、主観的健康感の「よい」「よくない」別にみた、つながりポイントと「楽しく暮らしている」の相関関係を示している。これをみると、「健康がよくない」と考えているグループの中でも、つながりポイントが高くなるほど「楽しく暮らしている」と思っている人が多いことがわかった。同様に、生活が「大変苦しい」と感じているグループの中でも、つながりポイントが高い人ほど「楽しく暮らしている」と思っている人が多いこともわかった（図12）。

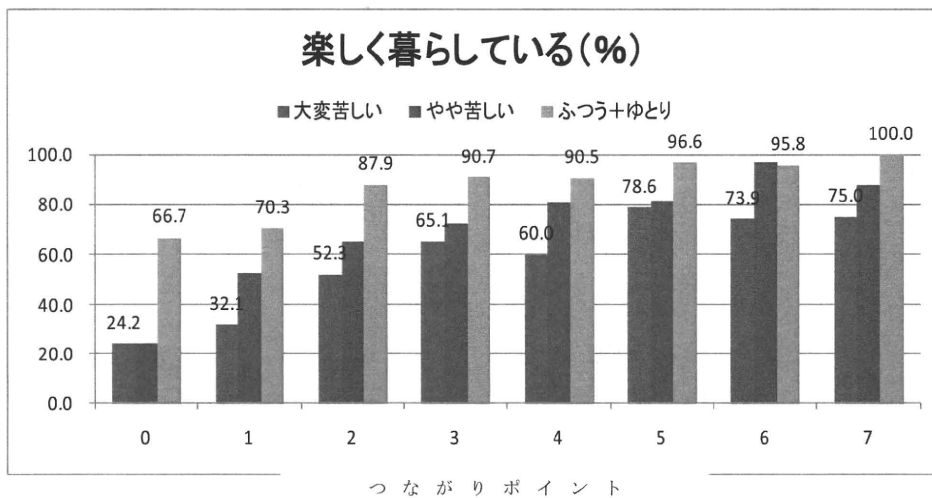
これらのことから、つながりが、楽しく暮らしていく上で、きわめて重要な位置にあることがわかる。したがって、地域社会のなかで、つながりづくりをメインの課題に掲げ、その実践を通して健康診断受診率の向上、禁煙運動、みんなで集まって楽しく適度にお酒を飲む習慣の定着などを進めていくことが望ましいだろう。

幸いにして、このN地区には、先に示した「N地区くらし組合」などの様々な住民組織がある。それらが「健康まちづくり」をキーワードとして、新しい取り組みをはじめることが求められているし、その可能性が広がっているとと言えるだろう。

図表 12 主観的健康感の「良い」「悪い」別にみた、つながりポイントと「楽しく暮らしている」の相関関係



図表 13 生活意識別にみた、つながりポイントと「楽しく暮らしている」の相関関係



【参考文献】

- 大平哲也ほか (2007) 「心理的健康の維持・増進のための望ましい生活習慣についての疫学研究」『日本公衆衛生雑誌』54 巻 4 号。
- 厚生労働省 (2007) 『平成 17 年所得再分配調査報告書』。
- 厚生労働省 (2007) 『平成 19 年国民生活基礎調査』。
- 厚生労働省 (2008) 『国民健康・栄養調査』。
- 近藤克則 (2005) 『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか——』医学書院。
- 総務省 (2007) 『平成 19 年版労働力調査』。

樋口進ほか (2004) 『成人の飲酒実体と関連問題の予防に関する研究』 (厚生労働省科学研究費補助金研究)。

文部科学省 (各年) 『学校基本調査』。

Alliance for Healthy Cities, web サイト。

WHO Regional Office for Europe, web サイト。

## 2. 西成区北西部健康実態調査結果〈ダイジェスト版〉つながりづくりで健康づくり

—まちづくりへの参加が健康づくりの第1歩—

### も く じ

1. 健康調査の概要	18
1) 明らかにしようとしたこと	
2) 健康状態を含め、多くのことを聞きました	
2. 西成区北西部住民の社会経済的特徴	20
1) 住民の学歴と世帯構成	
2) 住民の就業構造と世帯所得	
3) 暮らし向きをどうみているのだろう？	
4) 家族、友人・知人、地域との豊かなつながり	
3. 西成区北西部住民の健康、10の特徴	25
☆ ここで明らかにしたいこと	
1) 高血圧による通院率が全国の2倍	
2) 糖尿病による通院率は全国の2倍を越す	
3) 脳卒中による通院率は極端に高い	
4) 若者も含め、こころの病気を持つ者がかなり多い	
5) 多くの人がうつ状態にある	
6) 健康維持にとって大事な主観的健康感、これも低い	
7) 喫煙率とアルコール依存率	
8) 勤労年齢層では健康診断受診率が低い	
9) 社会経済的要因と健康との関連	
10) 「楽しく暮らしている」は、健康プラス要因	
☆ まとめ—調査から明らかになったこと—	
4. 健康づくりに向けた提案	40
1) 健康づくりに向けて何に取り組むのか	
2) 「西成区北西部健康のまちづくり計画」(案)の提案	
3) 「健康・つながりマイレージ制度」の提案	
5. コラム	
1) 健康づくりの失敗談と成功談	24
2) 子どもの健康問題、生活習慣	31
3) 地元の健康づくり運動 なにわ筋・ラジオ体操と太極拳	35
4) 厚生労働省「健康づくりのための運動基準」づくり	39
5) 北西部地区での取り組み事例、ツルミ診療所阪本院長のコメント	43