

## 講演「コロナ禍における健康づくり」

講師 関西大学 社会安全学部

社会安全研究科 教授 高鳥毛 敏雄先生



これまで、我が国の健康づくりは行政主導で行われてきたが、近年では先進国における死因の上位を占めるようになった疾患は、医療や科学の力だけで解決できる従来型の疾患ではなく、循環器疾患や悪性新生物などの人々のライフスタイルや行動に左右される疾患に移行し、さらにブラジルのような中発展国においても、同様の傾向がみられる。人々のライフスタイルや行動は世界共通ではないため、健康づくりには特にこの点を踏まえて進めることが強く求められている。

2020年から拡大を続けるCOVID-19（新型コロナウイルス感染症）の流行は、人々のライフスタイルと行動が大きな影響を及ぼしており、生活習慣病の広がりと同様とところがみられる。欧米などの資本主義国家においては、感染拡大防止行動を個人個人の努力に委ねても、ほとんどの国では個人の自由度が高いため、行動変容に結びつけることができず、結果的に強権を発動して人々の行動制限をしなければ、COVID-19の拡大を抑えることができなかった。反対に中国のような独裁国家においては、もともと人々のライフスタイルや行動が国家によって制限されているため、新たに強権を発動しなくても、COVID-19の拡大を抑え込むことができた。これと同様に、先進国における死因の上位を占める疾患は、人々のライフスタイルや行動に起因した、循環器疾患、悪性新生物、肥満・糖尿病などの割合が高くなり、独裁国家のような個人のライフスタイルや行動を制限できない資本主義国家の現代社会における健康づくりは、社会的要因や人々のライフスタイルや行動を考慮しなければならず、我が国も例外ではない。

さて、我が国の今後の健康づくりの仕組みを構築するに当たっては、今回のCOVID-19の感染状況を参考にすることができる。大阪府内のCOVID-19感染者発生率（9月15日累計／8月末現在人口）をみると、大阪府に隣接している市または大阪府と鉄道網が密接な市で高く、その代表例が東大阪市である。東大阪府は大阪府内において大阪府に次いで2番目に

感染者発生率が高く、その要因として鉄道および高速道路によって大阪市内へのアクセスが容易であることが挙げられる。さらに兵庫県内のCOVID-19感染者発生率（9月までの累積感染者/2015年人口）は、県庁所在地の神戸市よりも、大阪府に隣接している尼崎市の方が高くなっている。これらのことから、自治体単位での対策には限界があり、隣接する自治体との協力が不可欠であることが考えられる。

我が国のこれまでの健康づくり、すなわち公衆衛生の基盤は、保険者が居住する自治体に委ねられてきたが、近年では就労によって首都圏に移住する割合が多く、また人々は容易に自治体を超えて行動することが可能になったことから、これまでの自治体基盤の健康づくりでは、生誕地・居住地・就労地が乖離している保険者に対応しきれていないのが現状である。また、女性の社会進出によって、保険者は家族単位ではなく、勤務先単位になりつつある。これは人々の健康格差を二重の意味で拡大させる結果になる。そのため、健康格差をなくし、生涯を通じた健康づくりを実現するには、自治体と企業、すなわち地域・職域連携や、自治体間での連携が重要になるため、制度の見直しを行って、保険者の位置付けを再検討する必要があると考えられる。

最後に、健康づくりは慣習や風習を抜きにして考えることは不可能である。もともと日本には健康づくりの習慣が根づいており、地域の人々に支えられた神社や寺院およびこれらに関わる祭りや行事の多くは、人々の健康と安寧を祈念して実施されている。そのため、例え科学的根拠があつたとしても、日本の慣習や風習に基づいていないような欧米のモノマネをしたところで、日本ではおそらく根づくことは不可能であると考えられる。同様に各地域においても、その地域の慣習や風習を考慮に入れた健康づくりが必要である。

人々の健康は、社会的要因、すなわち社会環境やライフスタイルといった個々のアイデンティティに関連しているため、今後は行政主導の健康づくりではなく、個々のアイデンティティを考慮した健康づくり対策の構築が必要になると考えられた。

（文責 研教 村木悦子）