

特集

特集 健康と主観的厚生の地域差—地域・まちづくりの展望— 基調講演1「健康な街と不健康な街 居住地域スケールの健康格差」

中 谷 友 樹（立命館大学）

ただいまご紹介にあずかりました中谷と申します。どうでもいいことですが、中谷（なかや）という姓は北陸系らしいです。奈良県は「なかたに」という姓が多いです。地理学者はこのようなんちくを語ることが多いのですが、私は文学部の地理学教室に在席しております。いまお話したような名前の地理などを地図化して、時々世間の関心を一瞬だけさらうことがあります。ただ自分が一番力を入れてやっているのは、今回お話しさせていただくような、健康に関する地理学的研究というテーマです。

専門は何かと言われると困るところがあるのですけれども、理学部にも地理学があって、もともとその理学部出身でありまして、空間統計学とか、地理情報処理というものを専門としています。GIS（Geographic Information System：地理情報システム）という言葉をご存じ方は、そういった方面の専門家です。

京大の経済産業研究所の藤田（昌久）先生が主催されていた都市経済ワークショップにも昔、時々参加させていただいたことがございます。ただ財政学というものはあまり縁がなかったかと思っておりますので、どういう経緯で私のところに話が来たのかあまりよく分かっていないのですが、この集会では門外漢のようにも感じておりますので、どうぞお手柔らかにお願い致します。

今回いただいたお題ですが、シンポジウムのテーマは私が最初に聞いたときは、健康格差と都市環境という感じの表現だったかと思うのですが、その健康と主観的厚生という難しい表現に変わっていて、どういうかたちでお話ししていくのがいいのか、ちょっと悩みました。

要は、健康格差について考えるときに、普通は健康の社会的な格差が問題視され、どうしてその社会的な健康格差が生まれるのかが議論されますが、そのときに地理的な要因、地域的な要因があるだろうという着眼です。その健康の社会的決定要因に関する問題意識を前面に出しまして、ここでは健康を支える、あるいは健康を損なう地域の理（ことわり）という表現をしています（こういう柔らかい表現になっているのは、最近市民向けの講義でお話した資料を、だいたいそのまま持ってきているので、この会にややそぐわない雰囲気のものかもしれませんが、どうぞご了承ください）。さらに、それを踏まえた、いろいろな健康のまちづくりや健康政策に関する最近の話題をご参考までに持ってきたというかたちになっています。

ただ、健康格差の話題と、最近の健康まちづくりの話題が必ずしもつながっていない面はあると思いますので、その点はまた質疑の際に、ディスカッションさせてください。

早速ですが、健康の地理的な格差、社会的な格差を反映した地理的な格差という問題意識は、19世紀にはかなり明確に議論されるようになっていました。フリードリヒ・エンゲルスが著した著作の中には、労働者階級が非常に劣悪な居住者地域に押し込められ、この階級の人々の不健康をつくりだしたといった記載がなされています。

これは19世紀終わりの頃のロンドンの貧困地図ですが、ご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、非常に克明にこの地域の貧困の地域差を表していて、通り1本ずつに色が付いています。黄色は金持ち、赤は中間、黒は最悪で、ほとんど犯罪者だと書かれていますけれども、いまの研究者がほとんど犯罪者の住むエリアだと書いたら社会的に抹殺されると思うのですが、この当時のセンスではこういう表現です。

この当時、産業革命の後、労働者が都市地域に集中していきまして、そのときに劣悪な環境汚染の中にさらされて、居住者の健康が大きく損ねられました。そういった背景のもとに、都市計画の中では、いわゆるゾーニング（用途地域制度）のような土地利用計画みたいなものをつくり、要するに居住地と、働く場所、あるいは工場として生産される場所を切り離していきます。それは田園的な地帯の中に新しいコンパクトな都市を建設しているという田園都市計画などにも現れています。

ですから、19世紀というのは、いわゆる公衆衛生と都市計画が、非常に密接なつながりを持つ時代だったと言えるかと思います。それが、いわゆる細菌学説みたいなものが確立していきまして、最近になりますと健康対

策というのはワクチンをつくる、循環器系疾患の問題でも、不健康はあなたの生活態度の問題ですと、個人の問題へと帰着させていくかたちでの健康対策というものが進んでいきます。けれども、健康対策の中でも、最近少しずつ都市の方に、都市環境の整備の問題へと回帰してきているという面を、後ほど少しお話しさせていただきたいと思います。

かつて健康の格差が都市地域の中に明確に存在しているということは、いろいろな記録が残されたわけですが、現在でも、そういった健康の地域差というものが、都市内の環境と関係して、どれほど大きな存在なのだろうかという問題意識については、欧米ではいろいろな研究が進んでいます。

これは私の知り合いのGIS研究者James Cheshireですけども、彼がこのような新しいロンドンの地下鉄地図をつくっています。拡大するとこの辺に丸があるのですが、この丸は地下鉄の駅1つを表しています。79というのは、この地域は生まれたときに79歳の平均寿命だと（本当かどうかちょっと怪しい数字もあって、例えば、96とかいう数字もあるのですけども）、ある種の一定の仮定のもとに年齢階級別の死亡率をたぶん集計して、いわゆる駅勢圏ですね、地下鉄の駅ごとに、その周辺の地域の健康水準を平均寿命で示したものです。すると、非常に大きな差が、一駅、二駅の違いでみられ、時には7、8年も違います。

これが社会的な格差を背景としているかと言うと、明確にそうなっています。いわゆる都心の付近、この辺を見ていただきますと、ウエストエンド、金持ちのエリアですが、長生きに、イーストエンドなどを含めて、東の

方はどちらかと言うと悪い。

金持ちが新しく移り住む場所もあります。例えば、ドックランズというのがこの辺にあるのですが、この辺はもともと居住環境の悪いエリアだったのですが、再開発しまして富裕層が住むようになっていました。現在は、非常に長生きなエリアに変わっています。すなわち、かなりその地域の社会的な背景を明確に写して、大きな健康格差が存在していることが、ロンドンで報じられたということです。

こういう問題は、社会格差大国アメリカでもっと明確に議論されています。これは Mapping Life Expectancy Project という、Virginia Commonwealth University が実施しているプロジェクトですが、アメリカの大都市ごとに、どれだけ居住地による寿命に格差があるのかを示しています。65とか72という数字が見えるのですが、やはり都市の中で特定のエリア（いわゆるインナーシティ）の人々では、65歳しか生まれたときに平均寿命がありません。その一方で、別のエリアはもっと平均寿命が長く、70とか、80あります。シカゴでは、こうした平均寿命の居住地間の差が、最大で16年あって、ラスベガスは16年、ニューヨークは意外と少なく、9年となっていますね。都市の中でもどの地域で生まれ育ったかによって、大きな健康の格差が生まれているということを示しているわけです。

こういった背景をふまえて、これは CDC というアメリカの疾病対策センターの長が「あなたの寿命と健康は遺伝子コード（がん対策についてカスタマイズした治療法が確立されそうだ」というニュースが、いろいろあ

りますけれども）よりも、あなたの住んでいる、郵便番号によって左右される」という、ショッキングな表現を示しています。

ほかにも、関連するいろいろな表現があります。例えば、イギリスに行きますと、postcode lottery という表現があるのです。一見すると、郵便番号くじかなと思うのですが、そうではありません。これは BBC のニュースからとったものですが *postcode lottery in GP services* と書いてありますが、GP というのはかかりつけ医ですね。かかりつけ医に行って、どれぐらい待たされるのかというのに、住む場所によってすごい格差がある。ある場所は2週間で会えるけど、ある場所では1カ月、3カ月かかる。例えば、心臓バイパス手術が、ある場所では、待ち時間が2週間ですが、ある場所では半年とか、1年後とか。これはがんの対策に関する postcode lottery ですが、がんの治療法に関しても、生存率が住む場所によって全然違うと。イギリス人らしい表現だという気がするのですが、要するに、あなたの住む場所を選ぶ時に「貧乏くじ」を引いていると短命である、あなたが「幸運なくじ」を引いてよい場所に住んでいれば、長生きになると。もちろん、ラッキー・アンラッキーな「結果」は、たまたまの偶然ではなくて、お金持ちのエリアがよい（幸運な）結果を持っていて、お金持ちでないエリアがどちらかと言うと、悪いくじに相当するような、いわゆる社会格差があるわけです。

これらは欧米の状況であるわけですが、日本でもそのような健康の格差が地理的にどれくらいあるのかということをやっと確認してみますと、われわれが新聞などの報道

で接するのは、都道府県別スケールです。都道府県別のスケールでの平均寿命の格差というのは、だいたい縮まってきています。いま、例えば、男性で一番長生きは長野県で 80・88、おおよそ 81 歳、青森県が 77 歳、その差がおおよそ 3 歳。これがイギリスだとアメリカになると 10 年とか、十何年という差になります。女性の場合は長野県が 87 歳で青森県が 85 歳、おおよそ 2 歳弱という差があります。

この結果をぱっと見たときに、それが社会格差の反映かと言われても、ぴんと来ないところがあるかと思います。ただ、これを地図として表現してみたときに、意外とその社会格差の大きさに気付かされるというのが、次からのスライドの要点です。この地図は普通の地図です。この地図の赤いところは（平均）寿命が短い、青いところは長いことを示しています。この地図では、地図の上に示した都道府県別の順位と、そう大きく変わらないような印象があります。例えば、青森県付近が赤くて、長野県が青い。

一方こちらの地図では、東京、大阪が、膨らんでいるというところがみそでありまして、それらの地域に人口のかなりの部分が集中していますので、その、人口の集中している大都市圏を、住んでいる人の規模に応じて分かりやすくしたわけです。つまり、人口に比例するようなかたちで面積を大きくしたり、小さくしたりしてあります。これはカルトグラムと呼ばれています、高校の教科書でも出るらしいです。この場合は面積が人口の大きさをそのままダイレクトに示したものです。東京、大阪が大きくなるわけですが、これを使って、市区町村別ですけども、先ほど

の平均寿命の地図を使ってみたらこうなりましたということです。

少し分かりにくいと思うのですが、この辺に巨大な青い塊があります。この青い塊は長野県ではなくて、東京の西側の郊外です。例えば、世田ヶ谷とか、武蔵野市とか、横浜の青葉区とか、川崎の麻生区とか、関東圏の山の手の地名が多いと思うんですけども、そういった場所に日本で一番平均寿命が長い最も大規模な集団がみられます。

長野県が健康というのは、長野県はこの辺ですが何となく見えるかどうかです。東京の中でも東の方のエリアはどちらかと言うと短いですね。ちなみにこれは 77 歳から 78 歳ぐらいの平均寿命階級ですから、長寿な郊外と比べると平均寿命の差はかなり大きいですね。

関西圏はあまりはっきり名前を言うと時々、怒られるのですが、この辺の赤い集団の塊がかなり大きくなっています。その中に大阪市西成区が含まれます。その外側の箕面とかは非常に健康的なエリアです。

これから、大都市圏ぐらいのスケールでみれば、日本でも住む場所によって 10 歳以上の平均寿命差があるということが明らかです。つまり都道府県スケールで見えてしまうと、一見、健康の社会格差が縮小してきているのですが、むしろ居住地域的なスケールで見た健康の社会格差というのは、非常に大きいと言えるのではないのでしょうか。大きくなってきたのか、小さくなってきたのか、判断がなかなか難しいところですけども。

もう少し補いますと、死亡率の高いところは、いわゆるインナーシティー的なエリアです。死亡率の低いところはどこかと言うと、

山の手的な郊外です。第2第3の山の手というところで、ホワイトカラー族が進出していった郊外住宅地です。そのように考えますと、都道府県ベースではよく分らなかったような、大都市圏の中に大きな健康の社会的なすみ分けがあることが、ここから分かると言ってもよいのではないのでしょうか。

以上を整理しますと、社会的につくられた都市環境という中に住む人は、いろいろなかたちで住んでいる環境に応じて影響を受けています。あるいは、その都市環境を選択して住んでいるということがあります。その都市の中に大きな健康格差が認められることは、市町村別のデータでも一定示唆されますし、海外の研究からも、こうした問題は世界的な問題であろうということが言われています。そして、単に健康水準が地域によって違うということだけでなく、健康水準の地域差には、何かしら特徴的な居住地の社会的な背景の違いが反映されています。先程の山の手とかインナーシティといった表現は、もちろん、社会階層的な居住地の選択の結果を意味しているわけですが、住む場所の格差としても健康の社会格差が理解できるというのが、このイントロダクションのポイントとなります。

さて、すでに健康格差（健康の社会格差）を確かめる地図を、市町村別の地図で示したのですが、これをさらに詳細なものへとつないでみたいと思います。というのは、市町村も確かに住む人の社会的な属性を左右していると思うのですが、実際われわれが住む場所、住むまちとか居住地と言った場合に、もっと小さい空間スケールが問題になっていますよね。ですから、ここではさ

らに市町村よりも細かく、居住地域とか、近隣、ネイバーフッドと呼ぶような、社会的地理的な空間単位に着目したいと思います。これを通して、社会経済的な地域差と、健康格差の問題を何とか把握できないのかとやってきたことが、ここ5年程の私の仕事だったかと思っています。

いろいろな方法でこの課題にアプローチしたのですが、直接利用できるデータがなかなかないのですね。当然ですけども、人口動態統計は市町村ぐらいまでしか普通公開されませんので、実際にその市町村や保健所の担当者は自分の担当地域がどのような地域かは何となく漠然と意識していても、明確に視覚化して考えることはできませんでした。

ただ、住所情報にアクセスを許してくれる共同研究者に巡り会いました。がん患者の情報を一元的に管理する大阪府のがん登録の研究グループと一緒にやった研究なのですが、がん登録の患者の住所を全てジオコーディング、すなわち位置情報化して、町字単位で集計しました。ただ、町字で集計して地図を描いても、ほとんど n （患者数）が少ないのでまともな地図になりません。けれども、最近では空間的階層ベイズモデルというのがありまして、空間的に平滑化をすることによって地域差を明瞭に視覚化することができるようになりました。

これは何が地図化されているかと言いますと、居住地別にがん患者の中で診断されたときに何%早期のステージだったかという早期診断割合の数値です。値が大きいということは、良いということですね。つまり、見つかったがん患者のうち、多くは早いステージで見つかっている。ですから、治療の可能性が

高い、赤いところは見つかったときにはすでにステージが進んでいて、治療の成績があまりよく見込まれない方が多くなっています。

これを見ると非常に明確な地域差があるわけですが、細かいことはちょっと省きますが、社会的な貧困の度合いの地域差を示す指標として、地理的剥奪指標というものがあるのですが、欧米でよく使われるのですが、そういったものをまねしてつくった、地理的な貧困の度合い指標と並べてみました。これを統計的なモデル等を使って格差を計測してみると、貧困な地区であるほど、見つかったときにはがんは手遅れである可能性が高くなっていると分かります。これは全てのがんの種類をまづ見えています。実際のがん対策ではそれは現実的ではないので、いろいろな部位別に分けても見ましたが、同じような傾向がみられました。

さらにこれはがんの生存率ですけども、がんが見つかった後、何年生きられるかについても、詳細な分析を重ねていくと、ステージがどうであったかということ調整しても、貧困な地域に住んでいるほど、治療の成績が見込まれない。生きられる時間が短いという傾向が明確です。

これらの知見では、どれぐらいの個人の要因が調整できているかという問題は、たぶん小塩先生の話にいろいろ出てくると思いますが、今回の話では性と年齢ぐらいしか調整ができていません。がん登録には治療の方法などは詳細に記録されているのですけれども、社会的な属性については、ほとんど情報が入っていないのです。

そうしますと、個人がどれぐらいの所得を持っているのかとか、教育年数がどれぐらいなのかとか、そういったいわゆる SES（家

庭の社会的背景）、socio-economic status と言われるような、個人の置かれている社会的な豊かさの要因が、居住地別に分かれていて、それが反映されているだけかもしれない。

その点に注目して、もう少し精査するためには、やはり個人の社会的な属性を持っているデータを見ていかないといけないということで、もう一つの可能性にチャレンジしました。JGSS（Japanese General Social Surveys：日本版総合的社会調査）という社会調査があるのですが、ここで特別に利用申請して住所情報を集計させてもらったことがあります。そのJGSSのデータを集計するときに、また町字ごとに集計しました。ただ全国で1万ぐらいのサンプルしかなく、当然地図を描くわけにもいかないのです、まずは地区類型というものをつくりました。全国に20万ぐらいの町字があるのですけども、その居住者に関する国勢調査の情報が公開されています。どこにどれくらいホワイトカラーがいるのかとか、どこに高齢者がどれくらいいるか、といった情報です。

それはマーケティングの会社なのですが、いわゆる20万の地区データにクラスター分析をかけたりして、つくった地区類型をいろいろ作成したものがデータとして存在します。これをつくる過程でわれわれは多少タッチしています。そういった地区類型別に集計してみて、疑似的に地域差を見てみました。

いろいろな地区類型があつて、覚えてくださいと言ってもちょっと難しいので、極端なやつだけ見ていただくと、一番お金持ちが（このふんぞり返っているおじさんがいる郊外住宅地的な写真がありますね）F類型、会社役

員高級住宅地です。たぶん、郊外で持ち家が多くて、ホワイトカラーが多くて、会社経営者が多くて、少し年齢層が上で、子どもはあまりいないとか、そういった類型がクラスター分析で得られています。

一番所得水準が低いのは公団居住者です。ネーミングに問題がありますが、公団、公社とか、いわゆる公的な団地に住む人が多い地区が、H類型です。いろいろあるのですが、これを全部並べて見ますと、一番お金持ちのエリアを参照カテゴリとして、いわゆる self-rated health 主観的健康観が悪いという人の割合がどれくらい高くなるのかということを見てみました。個人の世帯の所得を調整していますが、これを調整しても、(F類型に対するH類型の)オッズ比が1.5と、かなり明確な差が居住地別にみられますね。

この社会調査では self-rated health 以外にも、いくつかの健康行動について聞いています。例えば喫煙とか、運動習慣とかも聞いています。やはり、一番お金持ちのエリアは、もちろん、所得が一番ですけども、運動習慣も多いですね。喫煙は一番してないと、一番所得水準の低かった公的な団地の居住者は、所得の低さだけではなくて、運動はしてなくて、喫煙率は（他とくらべて）抜群に高くなっています。

ところで、ソーシャルキャピタルが最近健康の規定要因として非常に注目されていて、個人が置かれているその社会関係が豊かだと健康になれるという話があります。例えば、この水平的組織参加というのは、趣味の会なども含めて、その上下関係があまりないような、自発的に参加するような組織に参加している度合いを示しているんですけども、

これもやはり一番健康的な類型で、一番豊かになっています。

もう一つは、一般的に他人が信頼できるかどうかという質問に対してイエスと答える人が多いと、その地区の社会関係が豊かだという話があります。一番所得の低い類型では確かに低くなっているのですが、お金持ちの地区でもあまり高くないですね。お金持ちの人は必ずしも他人を信用していないということが何となく見えてしまいます。

さらに、いろいろなヘルス・アウトカムがあるのですが、self-rated health だけだと、心もとなくて、いろいろな客観的指標でも確かめられないか探しました。コホート資料という、個人を追跡しているデータ資料がありまして、そういった資料の中で、JPHC という日本の中でも代表的なものがあります。丸が付いているところが調査地区ですが、ここで21年間（当初）中年（であった）男性をずっと追跡していました。

追跡の初めは90年代ですけども、その頃の居住地の貧困の度合いというものを国勢調査を利用して推計し、それで21年間の間に亡くなられた方の死亡率を、すなわちハザード率を調べました。この図では、上にいけば上にいくほど死亡する率が高くなるということですが、右側にいくほど貧困の度合いが高くなっています。人口密度の高い地域ほど、貧困の度合いが高ければ高いほど、一定の期間に亡くなられるケース（死亡率）が高くなる傾向が確認されました。

ここまでのところを整理しますと、居住地域という空間スケールで見て、いわゆる社会経済的な居住地の地域的なすみ分けがあり、お金持ちの住む豊かなエリアと、相対的に貧

しいエリアがある。そういったものに対応した健康格差が日本でも一応存在しているということですね。

それは住んでいる人がお金持ちはお金持ちだから、お金持ちはその人の持っている所得や教育水準によって、よりよい医療サービスが受けられるとか、医療の選択ができる、より健康的なライフスタイルを取っていると、そういう可能性によって地域格差が説明される可能性もあります。それは構成効果と言われていると思います。

そのように、住んでいる人がどういう人かということによって、健康の地域格差が決まっているという面は確かにあるのですが、取りあえず社会的な属性として、所得であるとか、教育水準、家族関係を調整しても、先ほどのコホートの追跡の結果で、地域の貧しさと死亡率が関係するといったこともあります。また、JGSSを使った self-rated health とか、あるいは運動に関する分析を別途行ったものでも、やはり、個人や世帯の SES（社会経済的地位）を調整しても、住む場所によって明確な健康行動や健康に関する自覚的な症状の違いが認められました。

ということは、住む場所の何かの要因によって健康格差とか、健康の地域差というものがつくられている一面があると言えるのではないかと。いわゆる環境問題、都市環境の問題として何が逆にここを規定しているのかというのが次に続く話になります。

ここまでの話を整理する図式というのは幾つかありまして、一応一番右側に健康や健康行動、運動しているといった健康につながる行動があり、この辺がいわゆる公衆衛生とか、疫学のときのアウトカムですね。これを被説

明変数として分析します。もちろん（図の下にあるように）関係する個人の要因もいっぱいあります。それ以外に地理的な環境が効いていると考えます。いまとりあえずダイレクトに地理的な貧困の度合いとか、まちのタイプ（類型）というものをつくって、それがこっちと関係しているのか、というふうに見たわけですが、当然中間的な部分である環境特性自体の何かが、貧困と健康をつなげるような仕組みを持っているに違いないと考えます。

その環境としては、いわゆる物的な建造環境と言われているようなもの場合は、社会関係によって規定されるような社会環境といったものもあります。これらについて、ちょっと網羅的に思い付く限りで身近な事例を幾つか引っ張ってきたというのが、ここからの幾つかのスライドです。

例えば、物的な環境が介在するという例でいくと、アメリカでは非常によく知られていますけれども、環境の不正義 environmental injustice というものがあります。これはロサンゼルス の居住者特性でエスニック・マイノリティーの割合を色分けしています。赤いところがエスニック・マイノリティーの割合（白人でない人の構成比率）が高いところ です。緑色の点は、工場で、いろいろな有害物質を排出する工場も立地しています。集計するまでもなく、非常によく両者は対応しています。特定の社会的な弱者をターゲットにして、環境汚染をまき散らすような、いろいろな工場施設であるとか、産業処理廃棄物を処理する工場みたいな施設が立地するといった問題が、アメリカ社会でよく問題視されていますけれども、こういったものが当然健康の

社会格差をつくり出すような、一つの仕組みになっているということがしばしば指摘されています。

いわゆる公害の問題と密接に絡むような環境汚染というのが一つ分かりやすいテーマですけれども、最近ですと、それがもう少し身近な、いわゆる生活の仕組みというところに介在してきているのではないかという話題がありまして、例えば、買物の問題がクローズアップされています。

買物の問題は日本でも買物難民という問題が非常によく議論されるようになりました。これはアメリカでもフードデザートという表現で非常によく出てきます。これはデトロイトのスーパーマーケット・アクセスマップというものですが、デトロイトの都市圏で白いところはスーパーにすぐ行ける場所です。この辺が都心付近なんですけれども、こちら辺を拡大すると、こんな感じでたくさんの点が見えます。この点は全部貧困世帯の位置です。色が付いているところはスーパーに歩いて行けるゾーンでして、スーパーに歩いて行けるゾーンには赤い点が入ってなくて、つまり、お金持ちが住んでいる。赤い点がいっぱい付いている人たちはスーパーに歩いて行けないところにたくさん住んでいて、あまり貧しい人たちは車を持っていないので、なかなか日常的にスーパーに歩いて行けないのです。そうすると、日常的な食べ物は、例えば、ファストフードとか、コンビニのような不健康な食事に制限されやすくなって、それがアメリカ社会の肥満の大流行の原因をつくり、健康の社会格差をつくり出している。そのような説明があったりするので、

日本ですぐこれが適用されるかと言うと、

それはなさそうな気がするのですが、スーパーがもともとあってなくなった場所がどこなのかというのを、日本全国を対象にGISを使って調べてみたんですね。先ほどの地区類型というのを使ってみますと、ちょっと分かりにくいんですが、ブルーカラー系の就業者が多い地区類型ほど、もともとスーパーがあったけどなくなってしまった人が多いという結果が出ました。

それから、公園といったものが運動機会とか、日々の憩いの場所として、健康増進に寄与するというのを、昔からよく指摘されるのですが、その公園へのアクセスに社会経済的な格差が表れるということを検討した研究事例もあります。これは横浜市の事例ですが、右に行くほど、上層ホワイトカラー層の居住者が多い居住地域なのですが、そうしたエリアになるほど、公園の数が多くて、公園の総面積も平均的に多くて、一人あたりの公園面積も多くなるということが認められています。

つまり、程度は欧米に比べてそれほど大きくはないかもしれませんが、物的な環境の整備という面から見ても、おそらく、居住者の豊かさ、貧しさの度合いを反映しているようなかたちで都市資源の整備というものがなされている実態があるということです。

それから、社会環境という問題もあります。その社会環境というのは、なかなか定義が難しく、いろいろな定義が提案されていますが、一つはクレジットカードの審査がリジェクトされる度合いが欧米の研究では指標として挙げられたりしています。それ以外にもその場所について、住んでいるところによって受ける、いろいろな差別的な扱いがストレス

を生み、それが居住者の健康を害する、といったことも指摘されています。

日本ではこれは大阪市の調査ですけども、貧困な地区ほど自分が住んでいる場所によって差別を受けたという経験をする割合が多かったという事例が報告されています。また、自分自身は差別を受けたという自覚はなくても、そういう差別経験を感じているという人が多い地域に住んでいる人ほど、主観的な健康観が悪化するということを示したのがこのグラフです。ちょっと詳細をお話ししている時間がありませんが、いろいろな調整をかけても、そういった傾向が一応認められています。そのようなことを考えますと、住んでいる場所の豊かさ、貧しさの度合いに応じた、ある種の社会的なラベリングによって住んでいる方のストレスがあり健康に影響するといったことは、日本でも仕組みとして存在するということが考えられます。

健康の地理学とか健康の社会疫学といった分野では、都市環境が健康に影響する度合いについて、いま見てきたような環境正義のような問題が、一番貧困の問題と健康格差の問題をつなぐ分かりやすい視点だと思います。それに対して、ほかにもいろいろな論点の研究がなされているということを取り上げたいと思います。そのうちの一つは、それに対して抗うことを可能にするような何か（地域環境）があり得るのかと、つまり、貧しい地域でも健康な場所があるとすれば、社会的に不利な立場を覆すことがあり得るといったことが一つの論点です。もう一つは豊かな地域、豊かな国に住んでいても、不健康が広がるような実態があるとすれば、それはまた別の側面で、不健康な環境の存在というものを明ら

かにします。これもやはり都市計画という問題を考えるときには、これから避けて通れないような、新しい論点になります。

この二つを素早く紹介します。一つは貧しい地域でも健康な場合で、ソーシャルキャピタルの話につながる議論ですけれども、Roseto Mystery という有名な事例があります。これはアメリカで第2次世界大戦後、心臓疾患によって多くの方が亡くなり、心臓疾患の大流行みたいな表現がされました。そのときに驚くほど心臓疾患による死亡率の低い集落が、米国のペンシルバニア州にあるということが話題になりました。このロセトという街なのですけれども、住んでいる人は貧しい炭鉱の労働者だったようです。イタリア系移民が中心でして、別に社会的に豊かでもないのに、なぜ健康なのかと。

生活習慣を調べてみて、例えば、飲酒とか食べているものの不健康の度合いが関係しているのかと思いきや、これはまったくアメリカでは普通でした。そこでいろいろ調べた結果、唯一違うのは住民間の協調性、イタリア系移民によって、お互いの同郷意識みたいなものによって培われた協調性であると指摘されました。その助け合いの意識であるとか、信頼感によって、その社会のコミュニティーの豊かさが、結果としてこの地域の健康水準を高めているのではないかということが語られています。

その後、いろいろな途中経緯がたくさんあるのですが、結果的にそのポジティブな信頼感によって醸成されるような、コミュニティのポジティブな社会性が社会関係資本というかたちで議論されるようになりました。

その測定指標として、いろいろな指標が取り上げられるようになりました。例えば、典型的には住民間での信頼関係が豊かであるほど、互いの協調性の高いことや、助け合いの意識によって豊かになるといった信頼感があります。これは愛知県の研究事例ですが、これも、一般的信頼感、あなたは一般に他人を信頼できますかという問いに対して、はいと答える。あるいは場合によってはそうだと答える人の割合が高いほど主観的な（自覚的な）健康感がよい傾向があります。これはエコロジカルな結果（集計レベルでの関係）ですが、もちろん、個人のレベルで社会経済的な要因をいろいろ調整しても、そういった傾向が出ます。同じような研究が幾つか出ておりまして、いろいろな仮説をもって議論され、社会関係が健康につながるさまざまな経路があると語られています。ちょっと時間がないので、たぶん小塩先生が後を補っていただけるでしょうから、詳細はパスします。

また一方で、別の例外があります。豊かな地域だけでも不健康が広がる例外として、都市環境の問題が照射された事例に、米国社会の肥満の大流行の問題があります。米国社会では先ほどフードデザートの話で肥満という話を採り上げましたが、BMIという基準がありまして、太っている度合いを示します。これは体重を身長二乗で割るのですが、BMIが30以上ある人は日本ではほとんどいません。こんな感じの人が、BMI30だということですが、こういう方がアメリカではかつて15%ぐらいだったんですが、2010年で30%、3人に一人になりました。イギリスとかニュージーランドとか、いわゆる新大陸系の人たちはその後を追っています。日本是非

常に低空飛行をしていますけれども、ちょっとずつ上がっています。ただ、このBMI30という基準は欧米基準で、日本には当てはまらないという議論もあります。

この圧倒的な肥満の増加は、米国社会を非常に不健康な社会にしていると言われます。米国はもちろん、一人あたりのGDPでみて非常に豊かな国なのですが、その不健康の度合いの一つがこの肥満の問題にあるという指摘です。

肥満の問題は先ほどのようなフードデザートの問題だけで片付けられません。肥満というのは摂取するカロリーと排出するカロリーのバランスによって決まっています。先ほど見たようなフードデザート問題で、栄養をたくさん取ることによって太るという問題はもちろんあるのですが、それとは別に排出する、つまり運動してエネルギーを消費する行為というのがアメリカ社会では非常に少ない、とされています。それは要するに車社会だからという話です。欧米の大都市、特にアメリカ社会では多くの人は、郊外に居住しています。その郊外というのは、よくスプロールという表現がされています。このスプロールは日本だと農村地域に住宅地が虫食い状に広がることを言いますが、アメリカの場合にはひたすら住宅が広がる、広大な住宅地の拡大を意味していることが多いです。

この場合、何が問題になるかと言うと、住宅地しかないので、歩いて行ける範囲には（住宅以外）何もないんです。これは歩いて暮らせるとか、歩いて暮らせない街という表現によく結び付くのですが、私が専門としているようなGISというシステムを使いますと、例えば、こちらの郊外住宅地型ですと、

自分が住んでいる家から 10 分ぐらいの範囲は歩けるとして、道が車社会優先なので、クルドサックと言うらしいんですが、要するにどこかに行こうと思っても、真っすぐ行けないんですね。非常に狭い範囲しか移動する範囲がなくて、自宅から 1 マイルと言われる範囲を示していますが、移動できる範囲も住宅地の中だけです。そうすると、郵便を出すのも、お金を下ろすのも、買い物をするのも常に車に乗らなければいけない。それが伝統的な都市環境であれば、道の接続性がよくて、歩ける範囲の広がる範囲に、たくさんの機能が集中しておりますので、その中でいろいろなことが歩いてできます。

その関係をもう少し分析的な俎上に載せたのが、フランクなどの研究者です。徒歩圏、自宅から歩いて 10 分ぐらいの範囲で、土地利用が混在している割合が高ければ高いほど、肥満になる率が低くなるということが実証されています。これはいろいろな別の表現もされていますけれども、やはり、コンパクトで、土地利用が混在しているような都市に住んでいるほど、人々は歩いていて、肥満にならずに、健康的な水準が保たれることを示唆します。これは明確にコンパクトシティが健康の面でよいことを意味します。この辺はほかにもいろいろな基準がありますけれども、飛ばさせていただきます。

日本の実証研究でも、同じような徒歩圏内にある都市の密度でありますとか、道路の接続性とか、公園が存在するとか、そういったことが、運動習慣あるいは歩行量に影響してくるということも一応確かめられています。これは隣の亀岡市というところで、15 分連続して歩くかどうか、高齢者に聞いた質問に

対して、いろいろな調整をかけても、人口密度が高い市街地に住んでいる人ほど、歩いているという結果を示しています。

ここまですべてを整理致しますと、要するに居住地の環境と健康をつなぐいろいろな視点が、いま並列にたくさん集められています。昔は漠然と貧困と健康という問題だったものが、もう少し細かく機能を分けてみて、それぞれがどのように機能しているかというところを見ています。

もちろん、政策的な問題を考えれば、健康に好ましい資源を、どうやって社会的に配分しているのかということについて考えてみるのが当然重要になりますし、資源は存在するけども、社会的な弱者の人には機能していないとか、しているとか、そういったことについての事態の改善を考えることが、社会政策に向けて大事になろうかと思えます。

具体的にこうした健康に関する環境のいろいろな研究が、何か都市計画に反映されつつあるのかと言いますと、社会格差の是正という観点ではちょっと薄いのですが、最近健康という問題が都市計画の中でもたびたびクローズアップされるようになりました。

結局、ここまでの話を整理すると、住んでいる場所の環境というもの、商店街が遠いとか、公共交通機関が不便だとか、まちの景観が魅力的でないとか、運動する場所がないとか、支援してくれる人がいないとか、こういった諸々の物的、社会的な環境がよくないことによって、人々の日常的生活習慣やストレスが既定されて、それがさまざまな健康水準の悪化を招いていると考えられます。

この問題を解決するために、環境の問題を自覚して、都市計画やまちづくりを進めれば、

健康なまちができるはずだという話になります。健康まちづくりと言うと、体操しましょうとか、病院をつくりましょうという話に終始しがちなのですが、ここでの話を踏まえると、都市計画上のいろいろな面も健康に関する政策につながると言うことができます。

例えば、運動場所までのアクセスを保證するとか、歩くときの安全性を高めて、安心して歩けるようにしようとか、商店街を元気にするとか、治安をよくして歩いて行けるようにするとか、車を使わないで生活できるようにしようとか、そうしたさまざまな施策です。こういう発想が都市計画にどれぐらい活かされているかという問題を確かめるために、（東京医科大学の）井上先生が、ある自治体の各部署に、健康政策との関わりを聞いたことがあります。その中でこれはうちも関係していますと答えたところとか、そうでないところとか。

生涯学習課などは結構丸がいっぱい付いていますけども。まちづくり推進室というところはバツが多くてあまりやる気がないとか、そういうのが見えてきています。お互いに自分が関係あるなと思うようなものを、意識的にこういうチャートで理解していただいて、いろいろな組織間の連携を進めていくことが大事なのではないでしょうかと、しばしば議論されています。

われわれが住んでいます京都の場合は「歩くまち・京都」というのがあります。「歩くまち・京都」をご存じですか。「歩くまち・京都」には憲章というものがあまして、この憲章の最初に「健康」という言葉がうたわれています。パンフレットで、（途中でいろ

いろ変わるのですけれども）、やはり公共交通を使うと健康的ですよと盛んにアピールされています。健康をだしに使った都市計画ということもあるらしいです。右上を見ると車がなかった時代の道ではソーシャルキャピタルが高かった、といったイメージですが、これが本当かどうかということはさらなる検証が必要かもしれません。

この「歩くまち・京都」ではいろいろな施策が採り入れられています。もちろん、環境を変えて歩きやすくするというものもあるし、アプリをつくって改善するとか、燃え燃え（萌え萌え）プロジェクトというのがあって、地下鉄の階段を上るときにメッセージが書いてありますね。京都の人はみんな知っているの、あまり受けないと思うのですけれども、ほかの都市で話すと非常に喜ばれます。こういう萌えキャラというのを非常にうまく使っている気がします。この辺はどうでもいいんで飛ばしましょう。

最近、われわれ業界関係者に衝撃を与えたのは、ポケモン GO ですね。オバマ大統領夫人が肥満対策を打ち上げて、積極的に進めようとされたけれども、成果がなかなか挙げられなかったときに、ポケモン GO が短期間のうちに圧倒的な数の人を外に導き出して運動させたということが指摘されて、それを揶揄したいろいろな投稿が出ていました。

このポケモン GO もいわゆる健康に関する施策として、民間からわれわれが意図しなかったようなかたちでの寄与として出たものとみなせます。ポケモン GO は私もやったことがないので分かっていないのですけれども、スマホを持って外に出て何かを収集するので、これは立命館大学の構内にある記念碑

でして、普段はこの記念碑の前ではもちろん誰も立ち止まらないのですけれども、妙に学生がたくさん立ち止まっているなと思ったら、ここで大事なアイテムをゲットしないとモンスターが捕まえられないと言う話でした。

これを意図して大学がやったとは思えないんですけれども、逆に考えれば、どういうところに人を誘導したいとか、そういった動機付けみたいなものを働かせることに使えるのだなということを、そのとき思いました。普段、先人の活躍について思いを巡らせろとか訓示しても、普通はみんなこんなところに来ないんですけども、こういったアイテムがあると、みんなやってくる。普段出ない人も外に引き出すことができるような仕組みとして、いろいろな取り組みの可能性があるのだなと気付かされます。

これで最後ですけれども、いろいろな健康の社会的決定要因として地域環境、都市環境の問題をお話しさせていただきました。そういったものの仕組みを利用したかたちで、都市計画をもう一度考え直そうという動きも、最近、進んできています。それは保健医療サービスをどうするかという問題に限定されない、新しい健康政策というかたちと言い換えるべきかと思います。都市計画で歩きやすいまちをつくるとか、よい買い物環境を保证するとか、そういった話です。ただ、その環境変化をもたらして、本当にそれによって健康によいインパクトがあるのかとか、いわゆる健康の社会格差が縮小するのかどうかといったことについては、まだ十分な議論が尽くされていないということは理解しています。

この取り組みを進めていく上では、単純に

保健医療サービスではないのですから、いわゆる厚生労働行政ではないかたちで、地域環境を変えていく必要があると思います。いわゆる都市計画、交通施策部門とか、さまざまな都市の部門間の連携が必要になってくるといことが強調されますし、それに限らず、自治会組織でありますとか、NPO や民間企業による、健康に関する都市環境の利用の仕方についての新しい取り組みも、注目されています。

以上で私の方からの話を終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

(基調講演 1 終了)

○司会 ありがとうございました。・・・期待していた地域格差と、健康に関する詳細データを示していただいて非常に・・・教えていただきました。後半の議論はまたパネルディスカッションで、いろいろとしたいと思います。本当にありがとうございました。

それでは、続きまして、小塩先生から基調講演をいただきたいと思います。

ディスカッション

中谷先生分

○司会 ありがとうございました。そうしましたら、両先生方、小嶋先生も含めまして前に来ていただきまして、ディスカッションに入りたいと思いますので、よろしくお願いします。

そうしましたら、いまからディスカッションを始めたいと思いますが、いまの小嶋先生のコメントに対して、まず、お二方の先生からリプライをいただくということで、ちょっと

時間が押していますので、トータル、10分ずつぐらいでお話をまとめていただいて、それから、今日は5時までということでもありますので、そこからフロアとのディスカッションに入りたいと思います。

では、中谷先生からお願いします。

○中谷 ありがとうございます。たくさん質問があって、なかなか頭が追いついていかないのですが、一番最初の相対所得という言葉自体は非常に画期的だなと思いますが、相対所得とか、相対所得格差、社会格差を説明変数に使われたりして、先生のおっしゃっている意味合いでいきますと、クロスセクションであれば、普通に所得の水準というものがある相対所得であり、絶対的な水準でもあるということですので、その変化の過程を考えなければならない問題があるのではというのが一つです。もう一つは相対所得を誰と比較するのかとか、どの辺の地域で比較するのかというレファレンスとしての地域の広がりとか、スケール感みたいなものをもう少しシリアスに考える必要があるということ、私も先生のコメントから理解しました。それが第1番目の点です。

2番目のソーシャルキャピタルを的確に表現にする指標、これは非常に難しいと言うか、私自身あまりそのソーシャルキャピタルをメインで研究しているわけではなかったものですから、これは括弧自体が見えていなかったものとして、むしろ積極的にこれまでの研究事例から使われているものを持ってきたという表現が正しいです。受動的にということになります。

あえて自分で使うものは何にするのかと言

われますと、やはり、私が住んでいる地域で実感する、居住地域の中での信頼感やネットワークかと思います。そうしたものを成り立たせる中心に、自治会があります。実際、生活してみると自治会への参加の積極さとか、PTAの参加の押し付け合いとかを見てきていますが、ああいうものを何とか指標化できると、と思うことはありますが、ちょっと具体的な提案は申し訳ありません、というのが2番です。

3番目ですけども、これ自身、私自身はサブジェクティブな幸福感とか、健康感というものだけが、もちろん、健康をはかる指標だとは思っていませんでして、ヘルスアウトカム自身として、確かにクロスセクションの調査ですと、主観的健康感が一番取りやすい指標であるとか、かついろいろなかたちでの融合性が示唆されるというので採用されているということがあります。

私自身はがん登録指標ですとが、精神的健康の指標、それから、運動習慣といったものは違うかたちの（健康の）評価ですので、多面的に健康指標を利用しているということになりますので、主観的厚生だけでではないということについてははっきりしています。

それが全体的なまとめです。私の方のスペシフィックな研究から得られる政策的なインプリケーションというのは、いろいろあるかと思います。例えば、もうちょっと具体的に上げていくと、やはり、貧困な地域で問題が起こりやすいということですが、貧困集中というのが、欧米でも日本でも問題視されていますので。例えば、典型的にはハウジングトラップといわれますが、公的な団地に低所得者層が集積していくという問題に際して、そ

ういう場所の問題があつてさらに難しくなる。いろいろな周辺環境もあまりよくないのではないかという課題も考えられます。そういうハウジングの問題であれば、公的な住宅団地のつくり方、供給の仕方、そういったものの在り方を考え直すということは、どういうかたちでソーシャルミックスするようなハウジングの政策を施策するのかといった問題とも関係します。

それから、マッピングをいろいろとお見せしましたけれども、詳細なマップを示すということでも関与できることはあると思います。例えば買い物難民の地域ですとか、公共サービスが不十分な場所といったものが明らかにされることで、それを社会格差に合わせて、低所得者層の居住地と重なるところを、優先的な対策のターゲットにするといったことで、いわゆる社会格差の是正を行うといったこともあり得えます。いろいろなやり方があると思いますが、ちょっと包括的に整理するのは難しいところがありますので、またに何か具体的な点がありましたらご指摘ください。

3番目の主観的健康感とか、主観的な幸福感ではなくて、格差是正を目指すという、確かに政策目標に上げにくいということは、そのとおりなのですが、それは先ほどの私の答えとダブるんですけども、私自身はその主観的な健康感だけをターゲットにしているわけではないものですから、例えば、死亡率ですとか、疾病の罹患率、そういった健康習慣、喫煙率とか、定期的な運動習慣、歩行の時間等々の、いろいろな健康指標があります。それは主観的とは必ずしも言えないような鍵となる指標も含まれます。一つにターゲットを

絞つてということではなくて、さっきの……ことで言えば、それも指標を上げて、それぞれのスペシフィックな提案に基づいた格差是正や、関係の改善を目指すことが重要ではないかと思います。私自身もそういうふうなことを、ぜひ研究したいと思います。

最後の空間的把握というような、ご指摘のとおり、いま、都心が当時の……観点で、そういった全体的な捉え方に外れている地域を予想する……かくして(?)同じぐらい発見ができないので、模索している段階ですけども。

Roseto Mystery みたいな事例は私の共同研究者が日本でも報告しています。彼は、愛知県の知多半島の例の……で研究しているときに、企業城下町的な場所が1つあり、どこかの地方から集団で社員が移住してきたらしいんですけども、その場所は何か健康水準がよく、いわゆる社縁というものが周りにあるんじゃないかなという指摘でした。

それが幅広くほかの都市とか、地域で使える、施策的なインプリケーションになり得るだろうかというのは難しい問題ですけども。日本でもあり得ますし、地理的な外れ値的なものというのを探して、新しい発見を目指すことは重要なことだと思います。

もう一つだけ付け加えますと、日本そのものが外れ値的な存在で、ある意味、国際的な研究では価値のある存在だと思います。どうしても欧米の研究というのは、圧倒的にアメリカやイギリス、オーストラリア、そういった地域の研究が中心で、実際に郊外の住宅地に広がる歩けない街というのは、日本の郊外でも果たして当てはまるのかと。そういった日本の事例研究が世界的なネームバリューを

得たときに、日本の研究を重ねるということが世界的に見たら外れ値は確かに・・・ではないかということが考えられていなかったと思います。

総合討論

中谷先生分

○司会 はい、ありがとうございます。これから討論に入りたいと思います。いままでお二人の先生方の基調講演、小嶋先生のコメントと、そのやりとりをお聞きいただいたところですが、全体を通じて、ご質問、あるいはコメントがございましたら、ぜひ挙手いただいて、ご発言、お伺いしたいと思いますので、どなたからでも、どうぞ、よろしくお願いします。はい。

○会場1 貴重なご講演ありがとうございました。京都大学のカトウです。伺いたいことは、まず一つ、中谷先生なんですけども、地域環境の影響というのは、人の健康ですとか、さまざまに影響するということはお示しいただいたんですけども。

私がちょっと見たところで、アメリカの研究とかですと、フードライバイネット(?)みたいなところは、マイノリティーには影響するんだけど、白人社会にはあまり影響しないみたいな、同じ物的環境にあっても、その効果というのはグループによって違うみたいな、知見がちょこちょこあるかなと思っていました。

こういったものというのは、日本でもあるのかなということを、もし、こういうものがありますよと。例えば、マイノリティーだけ

に積極的に投資するみたいなことが、日本だと、マイノリティー・・・ますけれども、日本で何か分断して、政策的な管理をやっていくということは、何かさらに妙な対立みたいなものを生まないのかなみたいなものがありましたけど、そういったことをどのようにお考えなのかなということと。

それから、小塩先生に伺いたいのは、またソーシャルキャピタルで申し訳ないんですけども。例えば、近藤克則先生のJAGESのような、日本でソーシャルキャピタルをはかっているようなプロジェクトを見ますと、同じグループに1年後とかに聞いているのを分けるのが、結構ソーシャルキャピタルの値が変わっているみたいな感じで。

これはソーシャルキャピタルの測り方が問題なのか、それともそもそもそういうもので、人の関係なんていうのは1年もあればごろっと変わってしまうようなものだから、そんなに変わっていてもおかしいと思うものではないということなのかに関して伺いたいと思います。お願いします。

○中谷 ご質問ありがとうございます。どちらも重要な問題だと思います。最初のお話にあったような、ある環境資源があって、それを利用する人の度合いみたいなものがあって、社会階層が違うということは、欧米でも報告されていますし、日本でもあるだろうという気がしています。

例えば、先ほどお示ししたような、住宅地の特徴とSRH（主観的健康感）の関係を、所得階層別に分けてみたりすると、やはり、低所得の場合で住宅地による違いがクリアになるわけです。お金持ちの人たちというのは

あまりそういう違いは出てきませんので、住む場所によって低所得の方が影響を強く受けるというのは確かにあります。

ほかにも、公園の利用の状態について調べたときに、所得の低い人は近くに公園がないと公園を利用しないという関係は、確かめられたかと。論文に書いてないので、あまりはっきりと自信はないのですが、そういう関係がありました。

そうすると、例えば、お金があるとか、生活に余裕のある人の方が地域資源を確認しやすいとか、利用するにあたっての生活時間があるとか、利用するにあたっての移動手段を確保しやすいとか、いろいろな理由が考えられます。その辺の部分をまたさらに細かく見ていくことが、具体的施策にとっては大事ではないかと思いました。

その関わりのアクションみたいな感じで、所得の低い人が集まってくるところによい環境を集中させるというのが、日本の社会に新たな格差を生まないかということについては、正直、そういうことはもちろんあるのかもしれません。

ただ、公園を研究したうちのポストドクがいるのですが、彼の研究では横浜市で先ほどお示しした、公園の話のパネルでやっていまして、ホワイトカラーが多い住宅地に公園ができるのか、公園ができるからホワイトカラーが来るのかという点を比較しました。両方あるのですが、結論的に言うと、最初の方が、つまり、ホワイトカラーがいるところに公園が立地した傾向が強かったんですね。その部分について、もうちょっと見ると、政策的に公的な機関がつくる公園と、民間資本がつくる公園とかは、確かに違いがあるか

なと思います。公的な機関がつくったものは確かに公平なんです。要するに、住宅地開発で民間資本が公園を整備するということでは、公園がつくれやすいという傾向はあるんだそうです。

そういう問題を考えると、これは住宅地開発における規制の在り方とか、政策誘導の仕方とか、何かインセンティブを付けて住宅開発をするとか、公園をつくるやり方でも、格差を小さくするような方法が考えられるのかなと思うんですけども、いかにせん、そういう政策的なことは素人ですので、不十分な返答になりますが、ご参考までにということではいかがでしょうか。

○会場 1 ありがとうございます。

○司会 ありがとうございました。ほかにございますでしょうか。

○会場 2 お話ありがとうございました。経済学研究科修士 1 回生のシライシと申します。1 点ご質問させていただきたいんですけども。

基礎研究か、これからの研究の展望について質問なんですが、政策の面、地域の運動であるとか、行政の取り組み、そして、そういった積極的なところと、そうでないところといった観点から、個人の社会参加とか、市民活動の存在意義というものが、どういうふうに変化を取ればいいのかちょっと分からないのですが、そういったものと、今回のテーマである健康といったものの関係性を分析した研究というのは、これまでにあったりするのでしょうか。お伺いさせていただければ思い

ます。

○中谷 すみません。ちょっと質問を確認させていただきたいのですが、都市政策とか、政策の在り方によって、市民参加の何か、活動の参加の度合いが違ふとかということをおっしゃったという。ちょっと違う。どういう方向性ですか。

○会場2 イメージになってしまうんですけど、参加意識の積極的な人が多いところほど、そういった二つの利害と言うか、そういったものを行政が採り入れて、それに対してアプローチするという、先ほどの小嶋先生のメタ認知の話も、そういった地域住民の福祉のために積極的に取り組んで、もしかするとあるということが、その健康に対していいところがあるかどうかという点なんですけれども。

そうすると、結果としてその多くの人が参加しているというのはあるかもしれないんですけど、自分のイメージとしては、行政の施策とか、地域の運動とか、存在意義とかのイメージです。

○中谷 飲み込みが悪くて申し訳ないんですけども、要するに住民がそういう参加に積極的な態度を取っている。あるいはソーシャルキャピタルが高いほど、その地域に好ましい政策的な誘導が得られるかどうか、ということでしょうか。

○会場2 はい、そうです。

○中谷 住民運動論みたいな研究があるかなと思うんですけども、ソーシャルキャピタル

の研究も、ソーシャルキャピタルが高いと、なぜ健康にいい影響があるのかということを考える上で、その視点ものの一つの経路として入っています。それだけは間違いありません。その過程が、どうしても風が吹けば桶やが儲かる的なつながりが膨大になって、間接的な図式になっていますから、それを全て解き明かしたような研究があるのかと言われると、ちょっと自分自身はいまのところないです。

○司会 いまの点は、そういった意味で、中谷先生のお話だと、私的な資本の場合、開発は高所得者層の、ホワイトカラー層の欲求が満たされるような配置になっている公園を置きますね。

その点で中谷先生のお話ですと、公共の提供する会社は公平であるという、たぶん、そうなるんじゃないかと思いつつ。例えば、緑というものに対して意識の高い層、例えば、ホワイトカラー層、高所得者層、一致している場合、それが市役所に対して、あるいは、議員さんを通じて公園をつくってくれという要求が、ホワイトカラー層のエリアから強く出てきて、反映されるという経路も考えられないではないということも、先ほどお話があった。

○中谷 まさにそういう経路があるだろうというのは、(論文の)ディスカッションでは議論されます。それを証明したかと言われると、ちょっと困ってしまうので。そういう過程はすでにあると思います。

○小塩

○中谷 ちょっとこれは録音されているので、後で原稿のときにはどういう表現かというのを考えないといけないかなと思うことがありますけど、立命館大学の近くに... 寺がありまして、その門前でガソリンスタンドとコンビニが計画されたのですが、住民が阻止したということがあったんですね。

私の研究所が、そういう文化遺産の研究をしているところなので、そういう話を身近に感じたんですけど、非常にセンセーショナルでした。そのエリアはホワイトカラーの住宅が集中していますが、お住いの方は、単純にお金持ちとかのレベルじゃない人たちが含まれておりまして、その社会ネットワークが、電話で... の社長に早速電話するわとか、強力なのですね。そういう何かソーシャルキャピタル的话题ではリソースジェネレーターという話がありまして、どういう種類の人とつながっているかということ調べるという、そういう方法があるんですけど、弁護士とつながっているのか、政治家とつながっているのか、社会活動の豊かな人ほど、そういう社会的な力をもたらしやすい組織とつながりやすいというのが地域の性格としてあると思うんです。

○司会 そうですね。社会学でかなり議論されています。

○小塩

○司会 ありがとうございます。ほかの方、ございますでしょうか。じゃあ。

○会場 3 滋賀大学のマツダと申します。い

まのお話の流れとは違うんですけども、中谷先生にご質問させていただきたいんですけども、さまざまな要因が健康に影響を及ぼすということで、非常に勉強になったんですけども。

まちづくりとかに興味がありまして、健康でまちづくりというテーマで議論されるのが望ましいわけですけども、さまざまなテーマがあって、なかなか健康だけでというのが難しいということで、要因がたくさんあるので、もし、どれが一番健康に貢献するのかとかいうのが分かると、まちづくりをするときに作りやすいかなと思うので、もしお考えがありましたら教えていただければでしょうか。

○中谷 それはやはり非常にお答えにくい質問なんですけど、ありがとうございます。

本当に一番インパクトがあるのかということとかどうか分からないんですが、一番こういう研究分野で健康まちづくりみたいな社会政策に関係している典型的な事例は、身体活動、運動の話題ですね。

運動は肥満と関係なくても、健康に寄与することがわかっています。単に循環器系の疾患が予防されるだけではなくて、例えば、その介護予防の問題もあります。要するに筋肉が弱ってきて、体が動かさなくなるのを予防するということは健康な暮らしを続ける上で非常に重要な要素ですので、身体活動を維持するということを一つのキーとして使うというのは、結構できるんです。

これは非常に都市計画と親和性が高いものです。要するにどういうふうにも道路をつくるかとか、どういうふうにも公共交通機関を維持するかとか、そういったまちづくりのいわば、

交通政策など保健医療でない部分が実は健康に密接に関係しているということで、テーマとして上がりやすいです。もちろん、ほかにもたくさんあると思うんですけども、遺伝子のレベル・・・健診受診者の増加など、健康まちづくりの課題はいろいろあると思うんですけども、そういった伝統的なものに比べると、広く生活に関係してきます。

ただ、健康のためにやっているということ自身が、いいのかどうかという問題もあるらしいんです。いろいろな政策が健康にどういうインパクトを与えるのかということを調べる、ヘルス・インパクト・アセスメントという研究ジャンルあります。これを日本でもやっている方がおっしゃっていたのは、健康のためにこの政策で都市計画をやってくださいと言っても、それはなかなか理解されないようです。でも、もともと何かある政策に、こういう健康への影響を考えて、こういうふうな観点で入れてくださいとか、そういう言い方の方がちゃんとしたものができやすいんだそうです。何か都市の課題となるようなものが提案されるときに、健康のことを考えると、例えば、こういう部分をうまく入れてくださいとかいう話の持っていくきの方が効果的だと。

さらにその都市政策を積極的に住民に理解してもらって、参加してもらうためには、健康にいいというのは、重要なフレーズになりますので、そういう意味では何か都市計画を進める上での十分な意味はあるのかと思います。

○司会 いまの点で、私からも、ちょっと中谷先生に伺いたいと思っていたので、重なっ

ていたんですけども、このような抵抗（？）することは、いままで公共政策とか、経済政策がしていたのは、所得とか、JPとか分かりやすい客観指標とされるものをベースに、どういうふうに政策を使っていくいき方と言いますか。

今日、小塩先生の例えば、社会管理、ソーシャルキャピタル、主観的厚生ということですけども、それから、地図情報を使って、その上に目に見えるかたちで格差というのを表すという、いままでになかった情報なんですけども。

こういう新しい情報をつくり出されることで、これまでと違った公共政策が出るようになるんじゃないかなという、今日、ちょっとお二人の先生のお話の中で思っていたんですけども。

その中で中谷先生のお話は、自治体レベルでもし、こういう情報を体系的に整理するというふうになれば、何か細かくなればなるほど、地区情報まで取っていくという部分で、ご苦労されていたんですね。でも、自治体がもし体系的に資源を育て、進んで、こういう情報を整理すればかなり有用な情報ができて、そっちに落とせるようになっていくように思ったんですけど。

それは、こういった地図情報を公共政策に適用するというのは、どれぐらいやられているのか、あるいはやる場合、どういう問題があるのかということを少しお聞きしたいと思うんですね。

それからまさにマツダ先生が聞かれていた点なんですけど、その健康格差を縮小するまちづくりを単独で主張しても、なかなか市役所なんかで通らないということがあるかもしれ

ませんけれども。

これは全体にこれから、例えば、少子高齢化に対応するまちづくりを、どの方針の中でやるかによって、その方向と同じ方向に健康格差を縮小するまちづくりというのであれば結構力になっていく。最後の一押しというか、制度でできることがあると思うんですけども。どういうふうなかたちで健康格差を縮小するまちづくりを、シュウカ（？）していくかという点についてご意見、伺っていいですか。

○中谷 自治体がどれぐらい、その小地域の枠組みを活用して政策を打ち出していくかと言うと、おそらく現在はあまり考えていないじゃないかなというのが私の実感です。もちろん、地域ごとにやっていらっしゃるところもあるんですけども。

やはり、大変なんですね。何が大変かというと、市区町村は行政単位として決まっています。JIS コードのようなコードもふられています。ただ、その市区町村よりも小さい空間単位というのは、どういう（小さな）単位が一番扱いやすいかというのが、地域（自治体）によってまったく違って来るんですね。私の場合は、統計データとしては国勢調査が、町丁字等という単位で公開していますので、それが基本になるんですけども。例えばその自治体にとってみれば、小学校区、中学校区、あるいは治安の問題であれば警察の交番の管轄区とかいった、いろいろな小地域があって、統一されていないんです。

日本には町と字という単位があるということになっているんですけども、これはまた厳密に体系化されていなくて、いろいろな構造

体系が混在していて、国勢調査の町と字は、例えば、事業所統計の町と字と完全に一致しない。いろいろな問題がありまして、なかなかデータの整合性をとる作業が大変なんです。

ですから、本当はまず、国レベルで小地域の統計単位を、1 回きっちり決めてもらった上で、それを利用しながら自治体的に寄与するのが望ましいと思うんですけども、果たしてそれはいったいつなのか、いつ実現できるんだろうなというのが、少し危惧しているところではあります。

おそらく、郵便番号簿というのは調査に便利なので、郵便番号簿みたいなかたちの、……。実は自治体の中にも GIS とかも使えそうになってきたので、使いましょうというかたちの取り組みもあれば、1 回、国レベルでどこかを動かして、……。両面あるのかなという気がするんです。

二つ目の、その健康政策に関係した都市の政策の在り方として、コンパクトシティというのが非常によく引き合いに出されましたように、コンパクトシティであれば、運動習慣を維持されるとか、そのコンパクトであれば買い物もしやすくなるとか、コンパクトであるということは、その環境の差が住んでいる人によってあまり生まれにくいということになりますから、そういう意味では社会的な格差も縮小されるだろうということが、一つの暗黙の前提として議論されます。

例えば、コンパクトシティというの、実際理想的にはそうかなと思っていても、実際進めていくにはたくさん課題がありますね。こんなに土地が余っているのに、住んで

はいけないと言われる際の不満とか、農山村地域には人がいないので、市街地に人口を集約されると農山村の機能が維持できなくなるとか、人が農山村に住んでいれば、社会的なインフラを、どう維持するのかという話もありますので、その辺で、もちろん、ライフスタイルの選択の問題もありますから、一概に開発を規制すればいいという問題ではないですね。一つの定義としてコンパクトシティが理想的な姿として出てくるところは事実ではあります。

○司会 はい、ほかにもう少し意見、ありますか。いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○会場4 先生方、貴重な講演ありがとうございます。京都大学、医学部4回生のイタヤタカヒロといいます。ちょっと財政学研究所に場違いでございますけれども、1点だけご質問させていただきたいなと思いますけれども。

ちょうどいま小塩先生がおっしゃっていたように、この幸福感、主観的厚生というのを、特に私たちのような医療の人間からしたら、どういうふうによく活用していったらいいかなというふうに考えたんですけども。いま、先生がおっしゃっていたように、結構病的に問題点を見つけていくところによく合致するかなというふうに思ったんですけども。

その中でまた中谷先生のお話を伺っていたときに、1点、疑問が湧いたんですけども。マッピングなんかをされているときに、それぞれの地域の中で、例えば、病院が幾つかあると思うんですけども、それらの疾患の罹患

率、死亡率という数字ではなくて、それぞれの病院が配置されている状況。それに対する住民のアクセスの度合いというのは、おそらく見えるかなと思うんですけども。

それだけじゃなくて、その病院、医療機関の持っている特定の機能は、どういったものの機能配置がされていると、住んでいる住民の幸福感というのは、主観的厚生というのは、変動したりするのかというのは、何か先行研究なんかがあれば教えていただきたいなと思いますし。

私がちょっと考えを及ぼしたという点で言いますと、特に病院が新しくできる。できない。なくなるといったときに、結構主観的健康というのは影響するかなと思いますし、特に小塩先生のおっしゃっていた、病理的に考えるということではいきますと、必ず将来予測として、病院の統廃合、あるいは機能の集中分配というところにつながっていくので、そういった点で病院の機能の在り方と、その地域住民の主観的厚生ということでは、どういうふうに関連して考えたらいいいのかなというところの、ご示唆がいただければと思います。

○中谷 これは、あまり明解なお答えをするというぐらゐの研究をしていないのですが、やはり、都市部でやると、物理的なアクセスは健康水準とあまり関係ないです。一定の範囲に、病院はたくさんあるんですね。ただ、その実際に健康の社会格差があるのですが、社会階層によってアクセスの程度が違う、選んでいる病院に違いがあるのかというと、そういうのは確かにあるようです。お金持ちの人がどういう病院を選ぶか、そういう研究も

あります。どれぐらい病院が身近にあればいいのということも、あまり明確なことが分からないので、都市部について、自分の住んでいる場所のすぐ近くに病院があるから主観的厚生が上がるかどうかということについては、いまの私は懐疑的です。

ただ、農山村とかになってきますと、かなりシリアスに2時間、3時間いかないと産婦人科がないというのは、非常に大きな問題でしょうし、土地的に病院へのアクセスの悪いところの方がシリアスに、これからこんな場所に住んでいけるんだらうかというふうの問題となることは事実なのかなと思います。

機能の問題も二つあると思うんですけども、実際にどういう診療科があるとか、どういう施設が付いているのか。こういうのは個人の主観的厚生の影響ということも質問さ

れましたけれども、逆に、一定、集約していかないと高次医療機関が社会的に維持できなくなってしまうので、集約した方が病院の機能を集中させることで、より好ましいことも、たくさんあるという話もあります。人の命を救うということが目的変数だとするだとすると、主観的厚生の問題とはまたちょっと違う意味になるのかなということなんです。

例えば、近くに病院があって、分散しているので、個人の主観的厚生はいいけれども、高次機能を集約しなかったことによって、実は救えた命が救えなかったということが起こり得るかもしれないので、そういう観点から、いや、そっちの方が問題として重要かもしれませんね。

○会場 4 ありがとうございました。