

シンポジウムⅡ 高齢者の健康教育・ヘルスプロモーション

座長 北畠義典（埼玉県立大学 健康開発学科 健康行動科学専攻）
春山康夫（獨協医科大学 医学部公衆衛生学講座）

【主旨】

わが国はこれまでに人類が経験したことの無い早さで超高齢社会に突入しています。その後、高齢者人口の割合は増え続け平成30年には既に28%にまで達しました。今後も高齢者人口の割合がますます増加することが予想されています。これらを背景に個人、家族、地域、そして国レベルにおいて高齢者の医療・福祉・介護・年金に関する様々な課題が指摘されています。近年、高齢者の健康問題は、オーラルフレイル、フレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドローム、認知症などがフォーカスされ、加えて健康格差などの社会的決定要因、身体活動、栄養食生活、およびメンタルヘルスの問題に関しても注目されています。

健康教育・ヘルスプロモーション分野では、社会環境の改善と共に、高齢者の健康リスクを減らし、元気な高齢者を増やすことは重要な課題です。今、高齢者の健康問題に対しては、国の新しい政策、研究の成果や現場の実践から様々な新しいアプローチ方法や考え方が次々と報告されています。

本シンポジウムでは、各シンポジストの先生から上述の内容を中心に現在の研究成果などをご報告していただき

ます。それらを踏まえて、これからの高齢者にとって必要な健康教育・ヘルスプロモーションについてあらゆる立場の方々との議論が深まることを希望します。

「社会の行動変容」のための健康教育：社会的決定要因と高齢者の健康

○相田潤（東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野）

【はじめに】

勤勉は日本人に美德と考えられてきた。日本人が勤勉である理由は、「産業革命」と対比した「勤勉革命」という概念で説明されている(1)。狭い日本において江戸時代に土地が開墾されつくした後に、限られた広さの農地で収穫を増やすために、労働力の投入を増やすことで（つまり、限られた農地で勤勉に働くことで）生産性を上げていったことが、日本人の勤勉な文化の起源と考えられている。そして勤勉が文化として根付いたのは、勤勉であることが報われることからくる合理的な態度であるとも考えられている。これは逆に、「経済的に貧しいのはその人が勤勉でないから」という自己責任論に結び付いていく。

こうした勤勉が美德である文化における自己責任論は、健康と病気の保健医療の中にも入り込んでいると思われる。実際、「生活習慣病」という呼称は発病が生活習慣が原因で自己責任である、という考え方を惹起しやすい。しかしながら、近年の公衆衛生学は健康の社会的決定要因の存在とその影響の大きさを明らかにし、必ずしも病気の発生が自己責任で解決できるわけではないことを示している。

【健康の社会的決定要因の影響】

日本においても様々な研究が高齢者の健康を左右する社会的決定要因の存在を示している(2)。所得や学歴が高いほど健康状態が良いといった健康格差や、ソーシャル・ネットワークやソーシャル・キャピタルといった人のつながりやそこから生み出される資源が健康を左右すること、同じ人であっても住んでいる地域が異なれば健康状態が異なる可能性の存在、幼少期の生育環境が高齢期の健康に影響を与え

ていることなど、多様な結果が示され、個人の健康は、個人の努力だけで規定されているわけでは無い、という科学的事実が積み上げられている。

【逆転するケアの法則—リスクの高い人ほど介入を受けにくい】

健康の社会的決定要因の影響は、保健医療従事者であれば多くの人を経験している事態を引き起こす。リスクの高い人ほど、保健指導を聞いてくれなかったり、そもそも保健指導の場に参加してくれないことが多いという事態である。このことは逆転するケアの法則として知られ、逆転する予防の法則、というような言い方もされる。実際にイギリスで実施された小学校で歯科の健康教育を実施する介入研究では、経済的に裕福な地域の小学校では改善が見られたが、貧困地区の小学校では改善が見られず、結果として健康格差が拡大してしまった(3, 4)。健康教育は保健医療分野で非常に重要なツールであるが、健康の社会的決定要因の影響を受けやすい側面が存在することを認識しておく必要があるだろう。

【求められる「社会の行動変容」】

健康の社会的決定要因を考慮した対策としては、生活状況にかかわらず健康になれるような環境をつくるのが最も重要だと考えられており、実際WHOがまとめた健康格差対策もそうした対策が多く含まれている(5)。禁煙環境の法規制による実現、税制による健康的な食品購入の誘導など大きな政策的な対応が含まれる。

日本において小さな地域における健康になれる環境づくりの実現としては、AGES プロジェクトによる武豊町での地域介入研究が挙げら

れる(6-9)。高齢者が徒歩で参加できるよう多数のサロンを作り、運営をボランティアによることで人々の様々な立場での参加をうながし、これらの事業や広報を自治体の実施した。この取り組みは、外出・参加しやすい環境を実現することで、高齢者の要介護状態の発生率も減らしている(10)。

こうした健康の社会的決定要因を考慮したヘルスプロモーションの取り組みにおいて健康教育が果たす役割は、住民や行政や企業などの関係者に環境づくりの重要性を説明し、「社会の行動変容」を導いていくことである。健康を自己責任として「個人の行動変容」を期待する健康教育だけでなく、住んでいる人が健康になりやすい社会環境を導く健康教育が求められている。

【文献】

1. 大島真理夫. 土地希少化と勤勉革命の比較史—経済史上の近世—. 東京: ミネルヴァ書房.
2. 近藤克則. 健康の社会的決定要因 疾患・状態別「健康格差」レビュー. 東京: 日本公衆衛生協会, 2013.
3. Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dent Health* 1994;11: 97-100.
4. 相田 潤. 【歯科口腔保健の推進】 歯科疾患における健康格差とは? *公衆衛生* 2017;81: 47-53.
5. Blas E, Kurup AS, World Health Organization. Equity, social determinants, and public health programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010: vii, 291 p.
6. 近藤 克, 平井寛, 竹田徳則, 市田行信, 相田潤. ソーシャル・キャピタルと健康. 行動計

量学 2010;37: 27-37.

7. 竹田 徳, 近藤克則, 平井寛. 心理社会的因子に着目した認知症予防のための介入研究-ポピュレーション戦略に基づく介入プログラム理論と中間アウトカム評価-. *作業療法* 2009;28: 178-86.

8. 平井寛. 高齢者サロン事業参加者の個人レベルのソーシャル・キャピタル指標の変化. *農村計画学会誌* 2010;28: 201-06.

9. Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T, Endo H. Does social participation improve self-rated health in the older population?

A quasi-experimental intervention study. *Soc Sci Med* 2013;94: 83-90.

10. Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I. Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: Propensity score matching and instrumental variable analyses, jages taketoyo study. *J Epidemiol Community Health* 2015;69: 905-10.

略歴

2003年 北海道大学歯学部卒業

2004年 国立保健医療科学院専門課程修了

2007年 北海道大学大学院歯学研究科博士課程修了

2007年 東北大学大学院歯学研究科助教

2010年 University College London 客員研究員

2011年～ 東北大学大学院歯学研究科准教授

2014年～ 東北大学大学院歯学研究科臨床疫学統計支援室室長

2012年～19 宮城県保健福祉部 参与 (歯科医療保健政策担当) 兼務

(E-mail ; j-aida@umin. ac. jp)

認知機能低下および認知症発症に対する身体活動・社会的つながりの影響

ねもと ゆうた
○根本 裕太 (東京都健康長寿医療センター研究所、早稲田大学)

【はじめに】

わが国では高齢化の進行に伴い認知症患者が急増しており、2025年には700万人に達すると推計されている。認知症の問題は個人のみならず社会的にも大きな影響を及ぼすことから、その予防対策は喫緊の課題とされている。

本シンポジウムでは、認知機能低下や認知症発症に関わる要因のうち、介入により改善が見込める因子である、身体活動、座位行動、ならびに社会的つながりに関する先行研究の概要について発表する。また、発表者が現在実施している研究について報告する。

【身体活動、座位行動と認知症】

これまでに、多くの先行研究により身体活動による認知機能低下や認知症発症への抑制効果が確認されてきた。しかし、身体活動を標的とした大規模ランダム化比較試験や10年以上追跡したコホート研究では、身体活動による認知症抑制効果の結果は一貫していない。近年では、認知機能改善に有効性の高い運動種目が検討されており、ダンスや太極拳などによる有効性が報告されている。申請者はノルディックウォーキングを用いた介入研究を実施し、通常ウォーキングよりも身体・認知機能への効果が高いことを明らかにした。

一方、座位行動についても認知機能との関連が検討されている。システムティックレビューでは、結果は混在するとしているが、座位行動を知的活動 (Mentally-active sedentary behavior) と受動的な座位行動 (Passive sedentary behavior) に分類して検討したところ、知的活動は認知機能にポジティブに働くのに対し、受動的な座位行動はネガティブに働く可能性が示唆された。

【社会的つながりと認知症】

社会的つながりの欠如により生じる社会的孤立は認知症発症の主要な危険因子とされており、観察研究によって認知機能低下および認知症発症と強く関連することが報告されている。介入研究による知見は限られているものの、社会的関係性に対する介入が認知機能の維持に有効であることが示唆されている。

【複合的介入による認知症予防対策】

認知症発症には多様な因子が寄与することから、近年では、複数の危険因子を標的とした複合的介入プログラムが実施され始めている。発表者は身体活動と社会的交流からなる複合的介入を実施し、身体活動を標的とした単独介入よりも身体・認知機能に対する効果が高い傾向があることを明らかにした。

【まとめ】

地域住民の社会的つながりが希薄化している現代においては、自然発生的な交流に加え、通いの場等の人工的な交流の機会を創出し、仲間と一緒に運動をすることが、認知症予防には有効であるかもしれない。

略歴

2009年 早稲田大学スポーツ科学部 卒業

2011年 早稲田大学大学院スポーツ科学研究科修士課程 修了

2016年 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 非常勤研究員 (現在に至る)

2018年 早稲田大学大学院スポーツ科学研究科博士後期 修了

2018年 早稲田大学スポーツ科学学術院 研究員 (現在に至る)

2018年 日本学術振興会 特別研究員 (現在に至る)

(E-mail ; nemoto@tmig.or.jp)

高齢者の健康教育・ヘルスプロモーション —身体活動の不眠に対する効用と集団戦略型の健康づくり—

きたばたけよしのり
○北 嶋 義典（埼玉県立大学保健医療福祉学部）

I. はじめに

本シンポジウムでは高齢者の健康課題である不眠について取り上げる。特に不眠症あるいは睡眠障害の予備軍に対する身体活動の効果について解説する。また、これまで高齢者の健康づくりは機能回復に主眼が置かれていた傾向にある。今後は要介護状態になっても安心して生活できるための地域環境の整備が必要である。さらに介護予防のために高齢者自らが担い手となって活躍できる通いの場の設置や、それらを継続的に運営するための人材育成などが重要である。そこで、現在我々が進めている高齢者の地域健康づくりについて解説をする。

II. 少子高齢化による課題 —人口構造の変化から—

少子高齢化が進行中であることは周知の通りである。団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年頃から生産年齢人口の減少が加速すると予測されている。このことは社会保障の観点から現役世代の負担は大きくなり、日本の社会保障制度をさらに圧迫することが予想される。政府は現役世代の人口が急減する中で、社会全体の活力向上を図るためには高齢者をはじめとして多様な就労や社会参加を促すことを基盤に 2040 年までに健康寿命を 3 年以上延伸することを目指している。その実現のためにはこれまで以上に高齢者の介護予

防や健康づくりが重要となる。

III. 高齢者の睡眠と身体活動

1. 高齢者の睡眠

高齢期を迎えると睡眠に対する不満が増加することが報告されている。日本の高齢者のおよそ 30%が不眠を訴えており、その症状は「寝付けない（入眠潜時の延長）」、「夜中に目覚める（中途覚醒時間の増加）」などである。このような不眠症状は心血管疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満、うつ、および認知症のリスク要因であることが観察研究から示されている。また、眠れないこと自体が日常生活機能を不安定にさせ生活の質（quality of life: QOL）を低下させることが指摘されている。このようなことを踏まえると十分な睡眠を獲得することは介護予防の観点からも重要である。

2. 高齢者の身体活動

身体活動とは安静にしている状態より多くのエネルギーを消費するすべての動きのことを示す。そのうち体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に実施するものを「運動」、運動以外のものを「生活活動」としている。2013 年 3 月の運動基準・運動指針の改定に関する検討会報告書において 65 歳以上の身体活動（生活活動・運動）の基準が追加され、「強度を問わず、身体活動を 10 メッツ・時/週行う」とし、具体的には、「横になったままや、座った

ままにならなければどんな動きでもよいので、身体活動を毎日 40 分行う」としている。骨粗鬆症による骨折や変形性関節症、およびサルコペニアなどによって寝たきりに至るリスクが高まることが指摘されている。これらの疾病は加齢を基盤としており、身体活動不足もそれに寄与していることから、高齢期においては特に、身体活動不足に至らないことが重要である。高齢者がより長く自立した生活を送るために推奨される基準である。

3. 不眠を解消するための身体活動

運動習慣（習慣の有無、強度・頻度・時間）と不眠の関連性は観察研究から報告されている。さらに、睡眠に不満を持つ高齢者を対象に運動を介入手段に用いた研究から運動が質の良い睡眠の獲得に寄与するという報告がある。これらの多くの介入研究では中等度の運動強度を用いている。我々の研究では非重症不眠者（医師の判定）で、睡眠薬の服薬がなく、睡眠に課題を抱える女性在宅高齢者に対して、安全で特別な道具を使用せずに継続可能性が高く（実用性の確保）、かつ介入効果（有効性の高い）が期待できる、低強度、高頻度のプログラム（睡眠前のストレッチ体操と日中のウォーキング・散歩、毎日実施、介入期間 4 週間）を考案し、その効果検証を無作為化比較試験で検討した。その結果、中途覚醒時間が短縮した。そのことで睡眠時間の延長あるいは深睡眠を獲得し、全体の不眠感が改善した可能性が示唆された。「健康づくりのための睡眠指針 2014～睡眠 12 箇条～」の中に「適度な運動」を推奨している。高齢者の不眠改善に関する身

体活動に関しては、低強度で毎日、身体を動かすことで不眠が改善されることが期待できる。

IV. 社会的成果をあげる健康づくりへ

これまで高齢者の健康づくりは機能回復に主眼が置かれる傾向にあったが、これからは高齢者が地域の中に生きがいや役割をもって生活できるような環境を整備して健康づくりを目指すことも必要である。そのためには、全ての人々を対象とした集団戦略型の健康増進対策として健康づくりを実践することが重要である。これまでの機能回復を目的とした無作為化比較試験などの質の高いエビデンスを応用して、より多くの人を対象とした際の集団戦略型の介入研究の蓄積が求められる。これらを実現するためにはヘルスプロモーションを念頭においた多領域・多分野の専門家が学際的に連携し、包括的な健康づくりの方法の開発研究が必要である。当日はこのあたりのことについてディスカッションを深めたい。

略歴

1994年6月公益財団法人明治安田厚生事業団体力医学研究所研究員。2005年6月同・副主任研究員。2011年4月同・新宿健診センター学術室室長（兼務）。2012年4月から現職。専門分野は運動疫学。身体活動を用いた不眠解消プログラムの開発、ならびに健康なまちづくり研究に従事。

(E-mail: kitabatake-yoshinori@spu.ac.jp)