

これからのヘルスプロモーション ～超高齢社会に向けて～

田中喜代次・阿久津智美

Health Promotion for Successful Aging in Exceptionally-aged Society

TANAKA Kiyoji, AKUTSU Tomomi

Key words: QoL、高齢者、健康支援、運動

1. はじめに

健康増進の考え方は、1946年にWHO（世界保健機関）が提唱した健康の定義から出発したものであり、時代とともに変遷している。具体的な健康増進策としては、1974年にカナダのラロンド保健大臣による報告書に始まり、ラロンド報告やマッキューン教授の研究結果を受けたマーラーWHO事務局長によるソ連でのアルマアタ宣言（1978年）、翌年に米国厚生省のマクギニス技官が打ち出した“Healthy People”という新たな国民的健康政策、1980年代の後半におけるカナダの“Healthy City”オタワ宣言、イギリスの“The Health of the Nation”、そして我が国の“健康日本21”などが代表的である。

ヘルスプロモーションは健康増進と同義ではなく、1986年にオタワで開催されたWHO国際会議で新たに提唱された概念と言われている。これは、プライマリケアと並んで、Health for Allを勧奨するための公衆衛生戦略の2つの柱に位置づけられている。オタワ憲章の定義によれば、「健康とは、人々の生活の資源であって、生きるための目的ではない。」とされている。また、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスである。」と定義されている。具体的な活動方法として、健康的な公共政策の推進、健康を支援する環境の整備、地域活動の強化、個人技術の向上、ヘルスサービスの

方向転換の5つが提唱されている。我が国の「健康日本21」（第3次国民健康づくり対策）は、このヘルスプロモーション概念を基盤に展開されている。

これらの健康政策（施策）に共通する点は、国民（地域住民）の健康づくりが国（自治体）をあげて取り組むべき重要課題として位置づけられていることにある。しかし、政策の立案・推進とは裏腹に、多くの自治体で十分な成果が得られていないのが実情である。本総説では、これからの日本に求められるヘルスプロモーションについて提言するものである。

2. 健康日本21の概要

2000年4月から厚生省（現・厚生労働省）は、西暦2000～2010年までをムーブメント期間とした21世紀における国民健康づくり運動（movement）、いわゆる「健康日本21」を開始させた。これは、昭和53年（1978）に開始された第一次国民健康づくり対策、および昭和63年（1988）からの第二次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）に続く、第三次国民健康づくり対策の性格をもつ中長期的な健康づくり運動である。「健康日本21」の目的は、壮年期死亡率の減少、健康寿命（寝たきりや認知症にならない状態で自立して生活できる期間）の延伸、および生活の質（quality of life; QoL）の維持・向上を実現し、21

世紀のわが国をすべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会へと導くことにある。

3. 健康日本 21 の特徴

これまでの健康づくり対策（政策、施策）に比べると、「健康日本 21」はいくつの特徴をもっている。第一に、従来の疾病対策の中心であった二次予防（病気の早期発見、早期治療）に加えて、一次予防（病気にならないような生活習慣）を重視している。第二に、健康づくり支援のための環境整備を訴えている。このことは、健康について自己責任のみを問うのではなく、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体として支援していく環境整備が不可欠であるというヘルスプロモーションの視点に基づいている。第三に目標の設定と評価を身体活動（physical activity）と運動（exercise）にも導入したことは特筆に価する。この背景には、アメリカの“Healthy People”、イギリスの“The Health of the Nation”など、目標設定型の健康づくり運動が世界の潮流となってきたこと、政策評価の取り組みがわが国においても求められつつあることがあげられる。

健康日本 21 には、具体的に 9 分野 70 項目 100 指標の目標値が掲げられている。ところが、平成 18 年 10 月の中間実績によると、残念なことに全項目の半数近くの 30 項目で数値が悪化しており（表 1）、その施策の進め方に疑問を抱かざるを得ない。

4. QoL の良好な保持に向けた保健行政

各地域・各家庭をみると、単独・夫婦のみの高齢者世帯数が急速に増加する一方、介護を担う人が不足している。子ども夫婦と同居していても、昼間に 1 人（孤独）になる者が多く、夜も親子間のコミュニケーションが上手くとれていない例も少なくない。比較的軽症の脳梗塞であって回復が期待できるにもかかわらず、自宅内に閉じこもり、運動リハビリテーションに取り組むことができず、テレビの前でじっとしている人も少なくない。その結果、虚弱度が増して介護を必要とする者（廃用性症候群）が増加している。

高齢化が日増しに進展するなか、高齢者を抱える家庭の実情は、複雑多岐の様相を呈している。独居高齢者、要リハビリ高齢者、認知症高齢者、要介護高齢者、寝たきり高齢者などは増加の一途にある。こうした現状を鑑みると、単に生きている日数（量）としての長寿から、生活の中身（質）の良好な人生、つまり良好な QoL の維持を最優先とした福祉政策や良質の健康生活支援策を展開していかなければならない時代にきているといえよう^{10, 13)}。まさに、「待ったなし」の健康支援策が希求されているのである。

ヒトの QoL が著しく低下するのは、病気により生物学的な異常を発症し、慢性的に不快感や苦痛、障害をもつようになるときである。そのため、身体的障害や情緒的苦悩に加え、経済的困窮そして社会的離脱の状態までを回避し、人間らしく尊厳

表 1 「健康日本 21」における目標値に対する暫定直近実績値

目 標	策定時の現状値／参考値	目標値	暫定直近実績値
適正体重維持者	20～60歳代男性肥満24.3% 40～60歳代女性肥満25.2%	15%以下 20%以下	29.4% 26.4%
脂肪エネルギー比率の減少	20～40歳代 27.1%/日	25%以下	25.0%/日
食塩摂取量の減少 野菜摂取量の増加	成人 13.5 g/日 成人 292 g/日	10 g未満 350 g以上	12.0 g/日 285.0 g/日*
【成人(20歳以上)】 意識的に運動を 心がけている人の増加	男性 52.6% 女性 52.8%	63%以上 63%以上	調査中
日常生活における 歩数の増加	男性 8202歩 女性 7282歩	9200歩以上 8300歩以上	7676歩 7084歩
運動習慣者の増加	男性 28.6% 女性 24.6%	39%以上 35%以上	31.6% 28.3%
【高齢者】 日常生活における 歩数の増加	男性(70歳以上)5436歩 女性(70歳以上)4604歩	6700歩以上 5900歩以上	4787歩 4328歩

*食品成分表の改定にもなった重量変化率の換算が必要

(健康・体力づくり事業財団、2005より一部抜粋)

を保って生きられるよう導く介入が必要である。従来、この介入は臨床的アプローチが中心となっていたが、最近になって QoL 低下要因（健康状態の悪化、生活習慣病の発症など）の一次予防策として“運動や身体活動の有効性”が強調されている。しかし、その強調度合は“過度”と言えるほどである。

表 2 に示す運動の効果は、筆者らのヒトを対象

にした縦断的研究データおよび主に欧米で得られた運動疫学的研究データ^{2-4, 6, 7, 14, 16, 17)}に基づく仮説である。仮説と言えども、信憑性は極めて高いと考えている。なお、減量やメタボリックシンドロームの改善に及ぼす運動それ自体の効果は、一般的予想よりもはるかに小さいことも付記しておきたい⁹⁾ (図 1)。

運動仮説が欧米諸国を中心に広く流布されるよ

表 2 運動の習慣化によって期待できる健康利益 (health benefits)

- 1) 日常生活における満足感・達成感・充実感, 自尊心・生きる意欲の獲得
- 2) ストレス耐性の増強・ストレスの軽減
- 3) 社会参加の促進(閉じこもり予防)・健康的ライフスタイルの選択
- 4) 筋力・持久力・柔軟性体力などの維持・改善
- 5) 骨量の維持・転倒予防
- 6) 虚血性心疾患(狭心症, 心筋梗塞)・高血圧・糖尿病・脂質異常(高脂血症)・肥満などの予防・改善
 - ① 高比重リポ蛋白コレステロール値の上昇
 - ② 血圧値・血糖値・中性脂肪値の安定
 - ③ 内臓脂肪・皮下脂肪の減少
- 7) 免疫機能低下の抑制
- 8) 結腸がん・大腸がん・乳がん・子宮体がん・前立腺がん・肺がんの予防
 - ⇒ これらの総合効果として活力寿命・健康寿命が延びる
 - ⇒ QoLが良好に維持され、サクセスフルエイジングにつながる

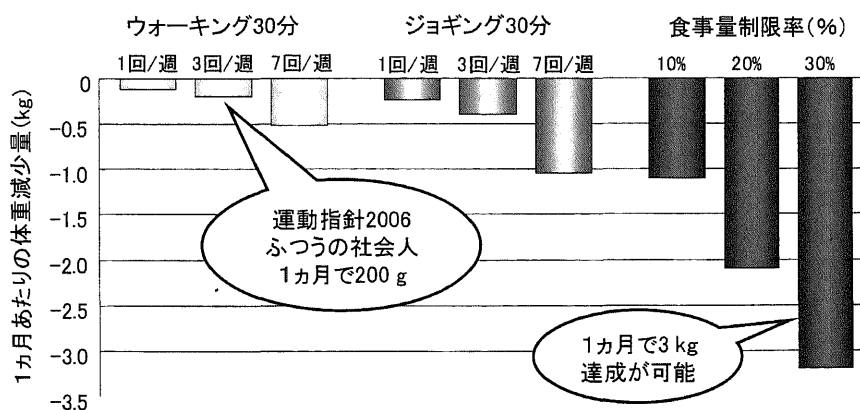


図 1 体重減少量 (1 ヶ月あたり) の理論値の比較

ウォーキングやジョギングによる理論値算出に際しては、体重 80kg の肥満者が 1 回 30 分間、4 METs 強度でおこなうものと仮定 (条件設定) し、週 1 回、3 回、7 回の場合について 1 ヶ月間で消費されるエネルギー量に基づき、体脂肪 1kg の燃焼エネルギーを 7,000kcal として計算した。また、食事制限による理論値算出は、減量前の一総摂取エネルギーを 2,500kcal と仮定し、この量の 10% (250kcal/日)、20% (500kcal/日)、30% (750kcal/日) を減らした場合の体重減少量を算出した。

うになった背景を受け、厚生労働省の健康増進関連審議会の中で最も上位にあると言われる厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」が総括された。そのなかで、今後の生活習慣病対策においては、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」の標語のもと、身体活動・運動施策のより一層の推進が答申された。この部会で示された順位に特別な意味づけはなく、クスリとともに禁煙や食事改善、そして運動実践の重要性をわかりやすく説いているのであろうと理解される。しかし、筆者らは順位づけでは、大多数の人にとって運動が1番ではなく、食生活（特に家庭内）がいかに肝要かを徹底的に再教育し、次に運動の習慣化を推奨するといった健康づくり行動の啓発が先行されるべきと主張している（図2）。それは、食生活の見直し（行動の変容）がメタボリックシンドローム構成因子などに代表される動脈硬化関連指標（血圧値、血糖値、コレステロール値、中性脂肪値、血液流動性など多数）の状態を確実に改善するからである。

一方、運動の習慣化は、身体機能の向上に加えて、さまざまな社会心理的効果をもたらす点⁵⁾で非常に有益である。この場合、日常生活で適量の身体活動量がある人は必ずしもエクササイズをする必要はなく、不足している人は適量実践することが望ましい。また、過剰に実践することは大きなメリットが生まれる一方で、傷害の発生などデメリットも大きくなるため、望ましいとは言え

ない。

このように、運動や身体活動については、生活習慣病の予防・改善効果を過度に求めるのではなく、その社会心理的効果をも加味して、広い視野に立って勧奨されるべきであろう。国民（地域住民）に自己責任の認識をしっかりとせながら、個人の価値観や生きがい感、そして身体的個人差を勘案して、さらには不可避的な老化を受容しながら、医療を含めた柔軟かつ良質の保健行政が運営されるべきであろう。

5. 基本健康診査

基本健康診査（平成20年度より特定健康診査）の受診者増加を図る働きかけは、病気の早期発見・早期治療のために言うまでもなく大切なことであるが、女性の寿命が85年、健康寿命が78年（WHO報告）という現代において、それと併行して有所見の基準を見直すことも必要であろう。それをしないまま闇雲に受診率を高めると、年々病気と診断される人の数が増えてしまう。健（検）診で病気や異常所見を早期発見することが医療費節減につながるると至極当然のことのように謳っているが、現状の基準では健（検）診それ自体が無駄な医療費をつくり出すきっかけになりうることに注視しなければならない。メタボリックシンドローム構成因子の基準が厳しくなっていることは、病気の一次予防をねらったものであり、動機づけ強化策として評価できるといえよう。しかし、行政が画一的におこなう基本健康診査では病人を減

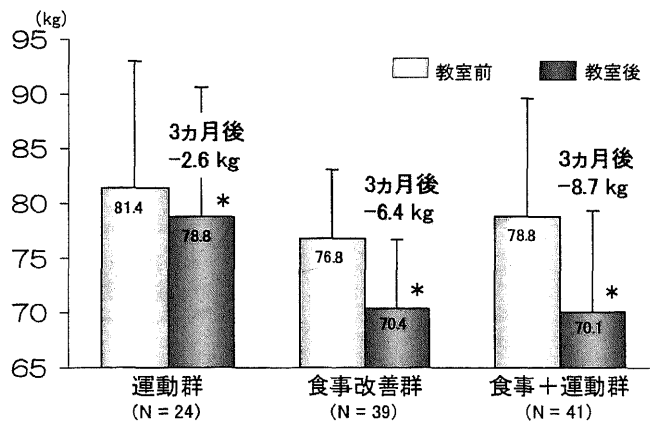


図2 肥満男性（50.1±11.5歳）における体重の変化⁵⁾
食事+運動群で体重の減少の程度が顕著。運動群は微減。

らす（健康な人を増やす）ことが目的であるにもかかわらず、一時的であっても健診を通じて evidence（エビデンス）に乏しい有所見者（特に高齢者、50歳あたりを過ぎた女性の高コレステロール患者、高血圧患者、骨粗しょう症患者、うつ患者など）が増えることは医療費の増加を招くことにつながり、健康逆支援（反健康支援）になりかねない。身長をはじめ、視力、聴力、筋力に大きな個人差があるとともに、それらが加齢に伴い顕著に変化していくことは誰でも承知しているが、血圧やコレステロール、血糖の基準値は1つである。男女で基準値が同じでよいのか、さらに若者と中年者と高齢者のそれぞれに応じた基準値を設定しなくてよいのか、といった疑問が生じる。疑問というよりはむしろそうすべきと考えるのが妥当である。医療従事者、製薬業界関係者、食品会社、健康づくり行動支援関連業者などが、行政とともに人間の規範（モラル）の基軸を安定させたまま健康支援を担っていけるような良質の運営が求められる。

美しい国「日本」、国民の幸福を考える国「日本」の実現には、モラルの基軸をしっかりと安定させる心の教育（徳育）が不可欠で、それが何よりも優先されるべきことである。徳育を怠り知育ばかりを優先すれば、過去に幾度となく先進国が発展途上国を知的に侵略してきたように、高度の知的犯罪にもつながりかねない。高齢化がさらに進展していく時代においては、若者に適用される正常範囲内に高齢者の検査値が収まっていなくても、医師からみて未病¹⁾の範囲内である高齢者が多いことから、「高齢者用プロ」としての診断力が高まることを期待したい。「まだ薬は飲まなくて大丈夫だよ」との医師による励ましの一言は、時に薬効以上のインパクトをもつであろう。大規模コホート研究から妥当と考えられるカットオフ値が発表されるが、実用化には至らず、99%が研究のための研究に終わっている。

6. 反健康支援

安静時の医学的検査値に依拠した運動禁忌令（医師らによる禁止または制限の指示）は時に妥当なものであるが、多くのケースで反健康支援になりかねない。血圧値が高い、血糖値が高い、不整脈（単発の心室性期外収縮など）が認められる、骨密度が低い、などの所見に基づいて、運動実践

を控えるようにとの指示が健（検）診時の担当医や病院の主治医などから出されることがあるが、これはすべてのケースで必ずしも適切な行為とは言えない。症状によってはまったく運動させない（ストレッチすらさせない、寝返りにも細心の注意を払う）ほうがよい場合もごく稀にあるが、多くのケースでは反健康支援になってしまう。行政がおこなう健康フェアであっても、医師会からの派遣医師、保健師（看護師）や大学の研究者、運動指導士ら専門家が複数立ち会っているのだからこそ、決して個人のQoL（生きがい、満足感）を下げない導きが肝要なのである。専門家が揃っている時だからこそ、医学所見に大きな問題があったとしてもそれなりに生き抜く術を授けるべく支援していくことが重要なのである。専門家（プロ）としての自覚と誇りをもって、その名に相応しい適正な支援をしていかなければならない。

7. QoLの良好な保持

民間のフィットネスクラブやスポーツジムにおいては、施設や専門家の質が高ければ、患者に満足してもらえる運動指導が可能となるだろう。しかし、心房細動があり心臓や頸動脈において血栓（血の塊）ができやすい人で、脳梗塞（脳塞栓）の1つ、もう1つは脳血栓）などのリスクが高い人では、発汗量の多い屋外運動や強度の高い運動は避けなければならない。室内監視型であっても高温多湿の夏場の運動はもちろんのこと、運動後の入浴、運動をしなくても多量の発汗を伴うような長時間サウナ入浴は禁忌といえる。これは、血液の粘調性が高く（流れやすさが悪く）なり、血圧が上昇しうるからである。

近年急増している民間のフィットネスクラブやスポーツジムにおいても、施設や専門家の質が高ければ、患者に満足してもらえる運動指導が可能となるだろう。運動禁忌（制限）を受けている高齢者であっても、その半数近くは、巧みな工夫・上手な導き次第では安全に効果的に運動できるものと思われる。運動に楽しさが加われば、少なくともQoLは一過性に向上し、うまくいけば長期的に向上したままである。医療技術など科学の急速な発達により、無病息災から一病息災、多病息災へと人々のニーズが急速に移り変わっている実情にあることを認識しながら、活動的ライフが続けられるよう導かなければならない。

8. 感性の重要性

現場に役立つ健康づくりのエビデンスは研究者の論文作成から生まれるのではなく、患者や家族、高齢者自身の内省報告とコメディカルを含む支援者の感覚（感性）から徐々に顕在化してくるものである。論文はそれらの知見を客観的に整理・統合しようとしたものである。現在、全国的に流行しているメディカル・フィットネス¹⁵⁾は単なるフィットネスに医療色（職）が加わっただけで、以下ごく一部ではあるが、高級感アップに伴うコストアップ、必要性が疑われる検査、不必要な投薬、投薬放棄、医療機関内での横断的連携の欠如、下手な体力測定、的を射ない食事・栄養指導、不安を煽る説明（誤った情報提供）、過度な運動禁忌（制限）などが散見できる。また、ごく一部の患者に対する複数回の過剰な検査や必要性が疑われる再検査、患者やその家族にとって理解が難しい説明などは、常に病人がいないと医療機関や薬局の経営が成り立たない仕組み（医療点数が出来高払い）になっていることに起因している。制度上の大きな障壁があるが故の医療であって、医療機関や医師に改善を求める前に仕組み自体の見直しが先決事項ではないだろうか。

運動指導についても医師らコメディカル（有資格者）が上位に立ち、現場をみる運動指導者が優秀であっても国家資格をもたない故に下位に位置づけられる制度上の問題点もある。医師は医術のプロであっても、運動を習慣化せず、体育や食育は苦手な人も少なくない。一方で、運動指導者は、患者とのコミュニケーションを取るのがうまく、患者の気持ちを汲んだ上で、実際の運動指導に結びつけることができる感性を持っている者が少なくない。高血圧者、糖尿病患者、高度の肥満者、陳旧性心筋梗塞患者、脳血管障害片麻痺者（“へんまひ”と読むのが適当ではないか？）、軽度のパーキンソン症候群、ペースメーカー埋め込み者、慢性閉塞性肺疾患患者（病態の改善は期待薄だが・・・）らを運動場面に上手く導きながら、いかにして元気にさせるか、積極的に生きる意欲を保持させるかなど、個々に備わっているDNAと感性を生かした上手な健康支援策の推進が求められている。体育（運動）やスポーツが楽しめることは、職を持っていること（収入があること）や仲間に恵まれていることとともに、QoLを良好に保持する上で非常に重要な要素と位置づけられよ

う。

9. 東洋的ヘルスプロモーションの発信

欧米式の科学的エビデンスを参考にするとともに、中国やインド・韓国・日本などの東洋的文化（食文化、中国古来の体操、思考や信仰を体系化した儒教（＝思想）の精神、さらには宗教の1つである仏教など）を加味しながら、欧米諸国のものを卓越した健康処方箋を日本（東アジア諸国）から発信し、グローバル規模で人々のQoLを良好に維持していく生き方支援策の充実が望まれる。健康づくりというロードを走る（歩く、車椅子で移動する）際の先頭は、体力が低下した高齢者、要支援・要介護1の立場であっても、また病院の手術台に置かれたことのある人であっても、本人（当人）であるべきだと考える。その背後に、家族、そして友人や職場仲間、さらには地域住民（他人）が伴走し、医療従事者（コメディカル）はそれらの人々が安全に完走できるように導く重要なサポーター役に回ることが有効であろう。従来だと、ほとんどすべてのコメディカルが伴走車の中にいる監督・コーチのような立場であったといえるが、これからの少子高齢社会においては彼らの多くが道端から応援旗を振る役割にシフトせざるをえない。時を遅くして高齢化が急速に進展する韓国や中国のためにも、長寿国日本は良質の健康支援策を見だし、確立し、それを世界に発信していく責務があろう。

10. ディスカッション

医療費適正化などを目的とした医療制度改革関連法が2006年6月に成立した。この中に、生活習慣病対策や要介護化予防対策が柱の1つとして位置づけられている。医療費の絶え間ない高騰への憂慮は国家的課題であるが、医療費対策を重視するあまり、暫定的判定基準に基づくハイリスク群の特定化（実はローリスク者が多数含まれてしまう）やポピュレーションアプローチの概略ばかりが強調され、長期的スパンでの有効な健康支援策や、性・年齢・病態別支援策（病態によってはオーダーメイド指導法）の提示など肝心の保健事業に関する行政運営のあり方が十分に吟味されていない。国は生活習慣病予防や要介護化予防、介護度重症化予防に携わる現場のさまざまな声にもっと耳を傾けるべきで、現場に精通した人たちが占め

る特別委員会を設置し、研究者・有識者・医師らは健康支援のサポーター役に回るような行政運営がなされることを期待している。

茨城県内については、茨城県立健康プラザ（元茨城県健康科学センター）において育成されたシルバーリハビリ体操指導士 1006 人（2007 年 3 月末時点、日立市から約 50 人）、さらには健康づくり推進員（約 190 人）、食生活改善推進員（約 380 人）らが地域ヘルスプロモーションの充実に向けて活躍する機会を増やすことが望まれる。そのためには、茨城県内（日立市内）に多数いる保健師、栄養士、薬剤師、理学療法士、健康運動指導士、体力づくり支援士、臨床心理士らへの期待も大きい。トータル的な心身のケアができるよう、各コメディカルがレベルアップを図らなければならない。また、コミュニティ推進協議会や社会福祉協議会など、健康づくりを推進している主な団体との連携強化や連携のあり方を構築することが有効であろう。住民の確かな行動変容は、同じ地域に暮らす人と人との温かいコミュニケーション（ふれ合い、集い、語らい）から生まれるからである。英語（カタカナ）表記の難しい専門用語を使った医学的解説や運動の特別指導は年に 1～2 回の研修会に留めておき、ふだんはすべての参加者に理解できるわかりやすい内容にすべきである。確かなエビデンスに基づかないトレンド的な押しつけ教育や業務消化としての意欲に欠ける保健事業のなかには、金と時間の無駄使いに終わっているケースも散見できる。

国はこれまでの健診制度を見直すとしており、平成 20 年度からは保険運営者（市町村や企業）が被保険者の健診および事後指導に責任を持つことになる。市町村は原則として国民健康保険への加入者のみの健診をおこない、社会保険加入の社員やその家族は健診の対象外になる。しかし、市町村が財源を持ち出ししてでもすべての住民に必要な検査を提供するのが、行政に課せられた本来の業務だと考える。注意しなければならないことは、判定基準の設定などの見直しである。それがなされなければ、健康な人が事後指導や医療を受けるために健診を受診するという悪循環になり、事後指導を重視して医療費を節減しようという本来の企図が裏目に転じる可能性も大きい。

効果判定については、事後指導による検査値の改善度を然るべき方法で評価するようだが、主に

指導する側（栄養士・運動指導士・保健師等）の力量が判定されてしまい、結果を数値で示せないとアウトソーシングの対象となるシステムは明らかに不適切であろう。「よーいドン」で同じ道を同じ時間帯に同じ自然環境下で競い合っているマラソンのようなレースとは様相がまったく異なり、事業評価それ自体のあり方に疑義が生じるであろう。医療を提供する側（医師・薬剤師等コメディカル）、医療を経営する側の姿勢（方針、指示、医療の質）、そして医療制度を企てる委員会の指南が適正かどうかの評価も併せておこなわなければならないことも予想される。現行の医療保険制度の中で医療費を節減するための施策推進それ自体が妥当な仮説か、また仮にそれが妥当としても実際に達成可能なのか疑問である。

健診率上昇の重要性が強調されているが、根拠に乏しい検査や当を得ない測定を見直したり、服薬に制限を設けたり、運動禁忌令を解いたり、将来的には生と死を見つめて生き方（死に方）上手な導きを模索できるような健診の活用方法が理想であろう。そのためには、健診結果（それが意味する限界も含めて）についてその人が正しく知る機会を提供し、今後の対策方法を自己選択させた上でさまざまな職種がサポートできる体制（システム）を構築することが人々のサクセスフルエイジング（successful aging）の実現にとって必要である。

科学の最先端を走っているアメリカでの国際学会においてさえ、情報の誇張をはっきりとみることができ。科学的エビデンスの必要性が叫ばれるなか、それは逆行していると言わざるをえない。特に人間を対象とする場合には検証方法に限界があるため、効果（有効性）について 4 分 6 分の結果であっても、ほとんどの場合、自分に都合のよい解釈・論理構築がなされる。それをメディアが煽るかのよう、8 分 2 分、9 分 1 分のように無責任に「有効」との情報発信する。情報網が発達し、専門分野が細分化してしまった現代においては、能弁・雄弁・ずる賢い（clever）人物であれば、高度の IT 技術を巧みに駆使しながら、どんなロジックでも導ける状態であり、資金が潤沢であれば何事においても思想家が大活躍できる時代だと感じる。

最近ではエビデンス証拠、根拠）が求められる時

代であり、エビデンスに基づく医療や保健福祉行政がなされるべきことは論を待たず当然のことであるが、そのような行政運営は現時点において時期尚早ではないだろうか？ 根拠になるデータはまだまだ不十分であり、10-20年後に実行できる見通しを立てて事業に取り組むことが自然であろう。信頼できるデータが断片的にしか存在しないなかでエビデンスを求める主張をすることから、不安定な仮説が次第に確立された定説（メカニズム）のように扱われてしまうのである（学術的談合）。健診データの根拠を示すことができないような目標値（例えば、20～74歳という幅広い層の平均値）はいらない。すべての人に共通の目標値であれば数値は1つだが、集団の平均的な傾向をみる場合には中央値か平均値をあくまでも参考値として掲げるべきである。0%（個人差なし）が理想の自殺率や喫煙率は目標値であり、個人差ありの参考値に野菜摂取量（1日あたり350g）や塩分摂取量（1日あたり10g）、歩数（1日1万歩）、睡眠時間（1日あたり7時間）などが該当する。目標値を平均値から示すのであれば、男女ごとに、かつ年齢（年代）ごとに健康で元気な人のみを集めたデータ（真の妥当基準）から割り出すべきである。行動目標を数値（＝不確かな値、希望的観測値）で示すことは誤りではないが、住民が実際に行動を起こさねば目標も見えてこない。行動した結果としての体や心の反応を多くの住民（患者）が自ら感じ取り、それを自己評価していくことで、さらなる行動修正が図られるのである。また、思考錯誤しながら行動を起こすなかで、目標の個人差（性差、

年齢差、人種差など）が明らかになってくるはずである⁹⁾。多くの住民に生活行動の修正を導くことができるコミュニケーションスキルの習得、そしてそのスキルをいかに発揮する新たな人材の育成も重要である。健康長寿のためには、‘からだとの対話’（ボディートーク、セルフメディシン）が重要であることを筆者は全国の指導者に説明している（図3）。また、個別の保健指導においては、目の前にいる人の人生を振り返り、かつ今後の人生を予測し、想像力を発揮しながら、外見ではわからない本質まで見抜けることが望ましい。

このようなロジックを考えると、エクササイズ（運動）の習慣化や運動療法というものは、もはや医学・生理学的効果を出すためだけの手段ではなく、社会・心理（精神）的効果を最大化するために有意義な手段と位置づけるべきだろう。宗教・思想のように画一的、一方的にエクササイズを勧めるのではなく、人生の中で有意義な、大切な一コマとしてのエクササイズの啓発が、また医療費の節減効果と切り離れた位置づけが先決であろう。医療費とエクササイズを結びつけることは、あまりにも距離があって、夢物語に終わることが自明である。医療費は抑制するものではなく、QoLを保証するために必要不可欠な財源であり、経済的発達に呼応して増大していくものとのロジックにも目を向けたい。いじめによる子どもの自殺や生活苦による中高年者の自殺など、命の重みを軽視した痛ましい出来事が相次いでいる。行政からの生活保護が受けられず、ひとり暮らしが原因の孤独死も増えている。自殺や孤独死を防止する効

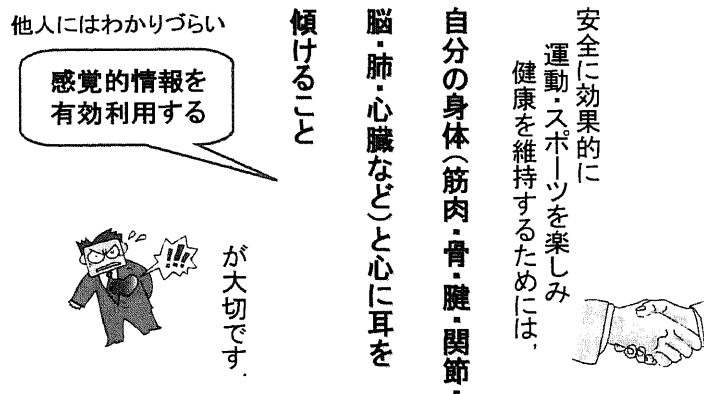


図3 ボディートークによる自己診断（セルフチェック）のすすめ¹¹⁾

果を生み出すよう、メンタル面の健診やエクササイズを絡めた事後指導が強化されなければならない。ヒトの幸せや QoL を真摯に考え、真理の探究に向けた地道な取り組み（四半世紀かけた研究）から生まれた成果をもとに、堅実な政策を打ち出すべきである。21 世紀社会における長寿化（延命化）と QoL とのあるべき連関を再構築し、生（財源の生産過程）と病死（財源の消費過程）の両方を見つめた良質の保健福祉行政の巧みな運営が期待される。

11. 結語

ヘルスプロモーションを推し進める場合、事業の効果を医療費抑制や検査値改善の程度に依拠して見るのではなく、地域住民の幸せを幅広い視点から考え、QoL を良好に保持するためにさまざまな働きかけを実行することが重要である。さまざまな働きかけによる住民の行動変容の集積から、生活習慣病予防策や介護予防策、さらには多病息災のための有効策が見つかるであろう。現実の課題は、いかに本人に生活行動の基本を自覚させ、修正に向けて主体的に、かつ着実に行動していきけるよう上手く導くかといった行政運営の確立であろう。コミュニケーションスキルを高めながら、専門知識の裏付けとリーダーシップの発揮のもと、日本各地の地方自治体、そして海をこえ韓国や中国の、さらには欧米諸国の保健福祉行政にも役立つノウハウを発信していきけることを切に願う。

文献

- 1) 長ヶ原誠 (2007) : ジェロントロジースポーツ総論. (編) エフジー武蔵「ジェロントロジースポーツ-成熟人生を“好く”生きる人のためのスポーツライフ-」, ジェロントロジースポーツ研究所, pp.12-49.
- 2) Kokkinos PF, Holland JC, Narayan P, Collier JA, Dotson CO, Papademetriou V (1995): Mile run per week and high-density-lipoprotein cholesterol levels in healthy, middle-aged men. *Arch Intern Med* 155: 415-420.
- 3) Lee IM, Paffenbarger RS Jr (2000): Association of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. *The Harvard Alumni Health Study. Am J Epidemiol* 151: 293-299.
- 4) Paffenbarger RS Jr, Jung DL, Leung RW, Hyde RT (1991): Physical activity and hypertension: an epidemiological review. *Annals of Medicine* 23: 319-327.
- 5) 笹井浩行 (2006) : 運動トレーニングが内臓脂肪面積に及ぼす影響 : 食事制限による減量との比較. *Health Science* 22 : 462.
- 6) Sesso HD, Paffenbarger RS Jr, Lee IM (2000): Physical activity and coronary heart disease in men. *The Harvard alumni study. Circulation* 102: 975-980.
- 7) 竹田正樹, 田中喜代次, 浅野勝己 (1996) : 虚血性心疾患女性における健康体力水準の改善に必要な運動量-活力年齢を用いた検討-. *体力科学* 45 : 189-198.
- 8) 田中喜代次, 阿久津智美 (2003) : フィットネス-Physical Fitness と Medical Fitness-. *体育の科学* 53 : 476-479.
- 9) 田中喜代次, 林容市, 中田由夫, 大藏倫博 (2006) : ライフスタイルへの介入によるメタボリックシンドロームの予防と治療, 運動療法, メタボリックシンドローム診断における運動療法の基本コンセプト. *日本臨床* 64 巻増刊号 (suppl) 9, 日本臨床社, pp.574-579.
- 10) 田中喜代次, 李美淑 (1995) : 高齢社会における健康・体力評価の意義. *筑波大学体育科学系紀要* 18 : 27-36.
- 11) 田中喜代次, 牧田茂 (2005) : 事故予防のためのセルフチェックの大切さ. *高齢社会における運動支援実践ガイド*. *臨床スポーツ医学臨時増刊号* vol. 22. 文光堂, pp.413-415.
- 12) 田中喜代次, 中田実千 (2007) : Chapter4 運動指導の実践と応用. 特定保健指導における運動指導マニュアル. NPO 法人日本健康運動指導士会, pp.77-122.
- 13) Tanaka K, Shigematsu R, Nakagaichi M, Kim H, Takeshima N(2000): The relationship between functional fitness and coronary heart disease risk factors in older Japanese adults. *Journal of Aging and Physical Activity* 7: 162-174.
- 14) 田中喜代次, 渡邊寛, 檜山輝男, 竹田正樹, 吉村隆善 (1992) : 冠動脈硬化性疾患患者の活力年齢および院内個別監視型運動療法の効果. *動脈硬化* 20 : 597-603.
- 15) 津島基夫 (2007) : ジェロントロジースポーツと未病学. (編) エフジー武蔵「ジェロントロジ

- スポーツ-成熟人生を“好く”生きる人のための
スポーツライフ-」, ジェロントロジースポーツ
研究所, pp.156-166.
- 16) Wannamethee SG, et al (2000) Physical activity,
metabolic risk factors, and the incidence of coronary
heart disease (CHD) and type 2 diabetes. Arch Intern
Med 160: 2108-2116.
- 17) Williams P (1998): Relationships of heart disease
risk factors to exercise quantity and intensity. Arch
Intern Med 158:237-245.