

REPORT II

長寿科学研究からみる 予防行動と健康指導の新たな視点

- より豊かな超高齢社会の実現に向けた社会学的考察 -

生活研究部門・ジェロントロジーフォーラム 前田 展弘
maeda@nli-research.co.jp

1. はじめに

日本人の平均寿命は2006年も過去最高を更新した。女性は85.81歳（対2005年+0.29歳）で2年連続世界一である。男性は79.00歳（対2005年+0.44歳）でアイスランドに次いで2位に位置している。今後も平均寿命は伸び続け、例えば2025年では女性88.19歳、男性81.39歳、2050年には女性90.07歳、男性83.37歳と推計されている^{（注1）}。世界の最長寿国であり、高齢化先進国である日本はまさに長寿・高齢社会のモデルであり、世界がその動向に注目している。しかしながら現実には、個人にとっての長生きリスク、社会にとっての高齢化リスク（社会保障財政・労働力問題等）ばかりが注目され、どことなく暗いイメージが想起される。目指すべき将来のより豊かな超高齢社会は、一人ひとりの個人がより生き生きと生活している社会であり、それが実現するか否かは現時点における取組み如何にかかっている。現在、長寿の根底を為す国民の健康づくりに向けては、生活習慣病対策を中心とした施策が講じられてきているが、それだけで個人の豊かな長寿が実現できるのだろうか。

本稿ではまず国の健康づくり施策の動向について概説した後、それらを検証すべく既存の長

寿科学研究のレビューを行い、最後により豊かな長寿の実現に向けた予防行動と健康指導について主に社会学的視点から考察したい。

2. 健康づくり施策の動向

国民の健康の保持・増進は社会保障の根幹を為すものである。戦後の劣悪な食事情と衛生環境の改善に始まり、伝染病予防、医療体制の構築、国民皆保険体制の確立（1961年）、老人保健制度の創設（1982年）等、国民の健康づくりはこれまで保健医療政策の枠組みの中で様々取組まれてきた。1980年代以降になると疾病構造の変化を反映し生活習慣病対策（当時の成人病対策）に焦点が当てられるようになった。

（1）「健康日本21」新健康フロンティア戦略

今日においてもその流れは続いている。厚生労働省主導で2000年度にスタートした「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」あるいは政府（内閣府）主導で2007年度にスタートした「新健康フロンティア戦略」（2005年度からの健康フロンティア戦略をリ・スタート）においても、生活習慣病の改善は対策の一つの大きな柱である。いずれも地方自治体等を巻き込みながらポピュレーションアプローチとして国民運動化を企図している。生活習慣病対

策に向け象徴的に導入されたメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念については、かなり市民権を得てきている感はあるが、前述の両施策自体はやや盛り上がり欠けているように見受けられる。

図表 - 1 健康日本21の概要

趣旨	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の実現、健康寿命の延伸等の実現に向け、国民が一体となった健康づくり運動を推進。
対策分野	栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん
主宰	厚生労働省
運営	地方自治体に通知・指導。2005年に中間評価、2010年に最終評価を実施。
期間	2000～2010年度

(資料) 厚生労働省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

図表 - 2 新健康フロンティア戦略の概要

趣旨	健康寿命の延伸に向け、予防重視の健康づくりを国民運動として展開。家庭力・地域力、研究開発力等の強化をはかり、国民の充実した人生を支援。
対策分野	子どもの健康、女性の健康、メタボリックシンドローム克服、がん克服、こころの健康、介護予防、歯の健康、食育、運動・スポーツ
主宰	政府（内閣府）
運営	地方自治体等と連携、HP等の媒体で広報。今後実施計画（アクションプラン）を策定。
期間	2007～2017年度

(資料) 内閣府資料よりニッセイ基礎研究所が作成

(2) 「特定健診・特定保健指導」

しかし、今後は状況も異なってくるであろう。昨年度の医療制度改革の中で成立した「新たな健康診査・保健指導（＝特定健康診査・特定保健指導の義務化）」（2008年4月より実施）は、良くも悪くも生活習慣病対策をより身近なものにする。当健診・保健指導は、40～74歳の被保険者・被扶養者を対象に生活習慣病を中心とした健診を行い、対象者のリスクに応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の3段階で保健指導を行うものである。その特徴は、強制力が強いことが挙げられる。生活習慣病対策

の責任（役割）を医療保険者^(注2)に明確化した上で、当健診・保健指導を「義務付ける」とともに、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率などの数値目標の達成状況に応じて、後期高齢者支援金^(注3)の負担を最大±10%の範囲で増減させる施策も盛り込み、医療保険者へ強いプレッシャーとインセンティブを与えている。もともと医療費適正化計画の一環であるが、これまでの医療分野（診療報酬改定等）を越えて、保健（予防）分野にまでメスが入ったことは医療保健分野の関係者にとってかなり衝撃的だったのではないだろうか。もっともこうした強制感を含めこの仕組みについては賛否両論あり、2008年4月のスタートに向けては様々な議論が再燃する可能性がある。どこまで実効的な運営がなされるのか、健康寿命延伸の実現に繋がっていくのか、やや不安な面が残る。

図表 - 3 特定健診・特定保健指導の概要

<p>【特定健診】</p> <p>40～74歳の健康保険加入者（被保険者・被扶養者）を対象に毎年度、内臓脂肪型肥満に着目した検査項目（肝機能、血中脂質、血糖値、BMI等）にもとづく健康診査を実施。</p> <p>2008年4月スタート</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>【特定保健指導】</p> <p>特定健診結果にもとづき、メタボリックシンドローム該当者・予備群を階層化（A～C）</p> <p>A「情報提供」（知識サポート） 診査結果とともに生活習慣病対策に関する情報提供 全員対象</p> <p>B「動機付け支援」（態度変容を促す） 面接による指導。個別または1グループ単位で実施（原則1回）。6カ月以上経過後実績評価。</p> <p>C「積極的支援」（行動変容を促す） 面接による指導の後、3カ月以上の継続的な保健指導を実施。6カ月以上経過後実績評価。</p> <p>運営主体：医療保険者</p> <p>2013年度より医療保険者に対して以下a～cの判定基準にもとづく「後期高齢者支援金」納付額の加減算を実施</p> <p>a：特定健診の実施率 b：特定保健指導の実施率（上記BCが対象） c：メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率</p>

(資料) 厚生労働省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

3. 長寿科学研究レビュー

そこで原点に立ち返るべく、健康・長寿とは何かを改めて考えたい。生活習慣病の改善、食事・運動だけを気をつけることが決してすべてではないはずであり、その解を長寿科学に関する先行研究から探ってみる。

長寿科学研究は、老化研究、死亡研究、百寿者研究、あるいは生きがいやサクセスフル・エイジングの研究など様々な分野を含む。その研究実績は国内外に膨大に散在しており、すべてを網羅することは到底できない。しかしながら、可能な範囲でのレビューを行い、どのような人が実際に健康で長生きしているのか（していたのか）、生命予後と個人的要因、生活・環境的要因との関係に関するエビデンスを整理する。

(1) 個人的要因

まず寿命に大きな影響を与えるであろう遺伝子について、北欧で盛んな双子調査（一卵性双生児の遺伝子は全く同じ）によれば、平均寿命に影響する遺伝の力は20～30%だとされている。寿命に影響を与える70～80%はその他の要因、つまり生活習慣等を含む生活・環境的要因であるという事実には驚かされる。

性差の影響は顕著であり特徴がある。平均寿命の長さだけ取り上げれば、周知のとおり女性のほうが長い。しかし、身体機能のレベルについては、例えば同じ100歳の男女を比べた場合、男性のほうが高い傾向にある。つまり女性は身体機能が低下しても生きていられるが（=要介護期間が長い）、男性は何らかの機能障害が死に直結しやすいのである（広瀬ら1992年）。なぜ女性の方が長寿の傾向にあるか科学的にまだ完全には解明されていないが、少なくとも男性が長生きを実現するにはより積極的な健康づくりが必要であることは確かなようである。

性格（人格）と長寿の関係を調べた研究も数多い。長寿に繋がる要因としては、それぞれの調査手法により表現が異なるが、“明るい、呑気、楽天的”という表現が多数を占める（下仲ら1991年他）。その他、几帳面、創造的、依存心がない等ある。一方、競争的、攻撃的、いつも時間に追われている、抑うつ的といった人は短命の傾向が指摘されている（Woodruff 1988年）。

血液型に関する調査結果もある。日本人のA B O血液型頻度はA型4割、O型3割、B型2割、AB型1割であるが、これに対して百寿者（269名）はA型34%、O型29%、B型29%、AB型8%といった調査結果もあり、この中ではB型が長寿傾向の可能性が高いと言われている（広瀬ら1992年）。

なお、学歴・職業との関係に関する調査結果もあるが、時代効果の影響が大きいことからここでは割愛する。

(2) 生活・環境的要因

個人的要因は変えることが不可能であるが、以降の生活・環境的要因は自らの意志や行動で変えられる可能性がある。

生活習慣

生活習慣病（心疾患、脳血管疾患等）の危険因子である肥満症、糖尿病の対策が叫ばれるなか、健康・長寿のための「バランス良い食事（栄養）」と「適度な運動習慣」の重要性は否定の余地がない。生活習慣と健康を先駆的に研究し定説となっている「プレスローの7つの健康習慣」の各項目（睡眠・喫煙・体重・飲酒・運動・朝食・間食）も健康・長寿を規定するキーファクターである。実際、長寿とそれらの項目との関係を実証した研究は膨大にある。その中で、飲酒と喫煙については基本的に健康を害する要因として扱われるが、飲酒については長寿で健康な人ほど適度な飲酒の習慣がある調査結

果が多い。喫煙についてはそれを指示する研究はみられないものの、ある百寿者（4166名）に対する悉皆調査によれば、ADL（日常生活動作）が良好な群ほど喫煙習慣があるといった調査結果もある（荻原ら2000年）

図表 - 4 プレスローの健康習慣

適正な睡眠時間（7～8時間）
喫煙をしない
適正体重を維持する
過度の飲酒をしない
定期的にかなり激しい運動をする
朝食を毎日取る
間食をしない

生活習慣については、この他にも食材の選び方から、よく噛むこと、腹八分目、歩き方や姿勢等、細かな生活行動レベルで多様な情報は散在するが、本稿では割愛する。

社会環境（人間関係・社会参加）

生活習慣と健康・長寿との関係は比較的知られているが、人間関係や社会との接点など、社会環境と長寿との関係は研究者以外あまり知られていないであろう。そこでいくつかのエビデンスを列挙する。

60歳以上2,200人を3年間追跡した調査によれば、男性は加入している組織の数が多いあるいは参加頻度が高い者の方が生命予後が長い、女性は地域との接点において有意な関連はみられない（杉澤1994年）

60歳以上1069名を5年間追跡した調査によれば、地域社会の中での人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などを測定する社会関連性指標の結果と生命予後との関連は有意である（安梅2000年）

男性は家族との会話、女性は家族以外との会話が少ない場合、生命予後が短い傾向にある（橋本ら1986年）

身体機能を代表する「移動力」の支障とともに、精神機能を示す「会話」の支障も独立した生

命予後の規定因子になりうる。高齢者における会話を通した人と人との直接的な接触が生命予後に重要な意義を持っている（中西ら1997年）

各都道府県別の百寿者率と地域の社会インフラ等との関係を調べた結果、百寿者率と各要因との関連では平均気温、老人福祉費割合、民生委員数、病院数、医師数、余暇時間とは有意な正の相関を、仕事時間とのみ有意な負の相関を認めた（岡本ら1995年）

社会的ネットワークと生命予後を調査した結果、配偶者と同居していない者、社会活動のレベルが低い者、情緒的な支援者のいない者に死亡人数の有意な偏りが認められた（岡戸ら2002年）

以上のように、人と人との接点の量および質が生命予後に関係していることは様々実証されている。これらは当たり前のことと受け止められるかもしれないが、統計的検証により社会的活動が健康・長寿と関係しているという事実は、生活習慣の改善だけでない予防行動・健康指導のあり方を示唆するものと考えられる。

生活・社会環境がもたらす心理的要因
（生きがい、自立意欲、生活満足度）

生きがい、自立意欲、生活満足度といった心理的要因と生命予後との関係についても数多くの実証研究がある。

主観的幸福感と生命予後の関連について、男女ともに主観的幸福感と生命予後に有意な関連が認められ、主観的幸福感が低いほど生命予後が不良であった。中高年期において、主観的幸福感は生命予後の予測因子として有効であることが示唆された（岩佐ら2005年）

生きがいがあるとはっきりいえない者、ストレスがある者、頼られていると思わない者ではそうでない者に比べ、年齢、喫煙、飲酒、高血圧の既往歴を調整しても循環器疾患死亡のリスクが上昇していた（坂田ら2002年）

高齢になり周囲からの期待が薄まると、本人の役割意識が低下し、自立意欲が低下しやすい。それは生きがい感やADLに影響を及ぼし、生命予後にも関係する。将来に対しての希望や自分が有用であることを見出せないとき高死亡率をもたらす。高齢期における家族への気兼ねは、ストレスになる一方で自立意欲を高める要因にもなる（阿曾ら1995年）

以上のことは「病は気から」を裏付けるような事実である。ただもちろん身体状態や社会環境との関係などの因果（どちらが先か）の問題は残るが、心理的要因が寿命に影響を与える一要因であることは確かと言える。

上記以外に自然環境や経済環境との関係も健康・長寿の規定因子と考えられる。簡単に触れるが、自然環境については数字上、西高東低（沖縄・熊本等）つまり暖かい地域ほど長寿者が多い。また経済環境については「関係なし」とする見解もあれば、近年では経営管理者層が長寿傾向にあるとする調査結果もある（松崎1980年）

4. 考察～より豊かな長寿の実現に向けて

先行研究レビューからもわかるように、健康・長寿の規定因子は個人的要因、生活・環境的要因さまざまある。特定健診・特定保健指導は生活習慣病対策・メタボリックシンドローム抑制であり、食事（栄養）と運動習慣の改善が中心となる。保健分野の枠組みの中でその仕組みの趣旨に照らせば適当なのであろうが、健康や加齢の本質に照らせば不足な感がある。そこで以下2つの視点を述べたい。

(1) QOL的アプローチの必要性

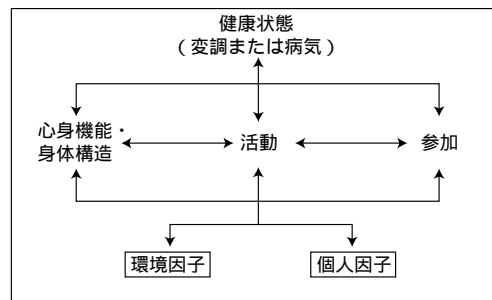
～「生活習慣」から「生活構造」の改善～

生活習慣病対策およびメタボリックシンドロームの普及は、ややもすれば「健康＝メタボリックシンドローム改善＝食事（栄養）と運動の留

意」との概念を社会に植えつけてしまうのではないかと懸念する。しかし、食事も運動も生活の一部であり、生きていくための一つの「手段」にすぎない。食べるために生きているわけではない。今後の予防行動・健康指導において手段が目的化されるような展開は望ましくない。

健康の概念についてWHO（世界保健機構）の定義を引用すれば「健康とは、身体的、精神的、社会的に良好な状態であり、単に疾病にかかっているとか虚弱していない状態ということではない」である。生活機能を分類したWHO-ICFの構図をみても、個人因子・環境因子、心身機能・身体構造・活動・参加といった要素が関連し合って健康が成り立つ。

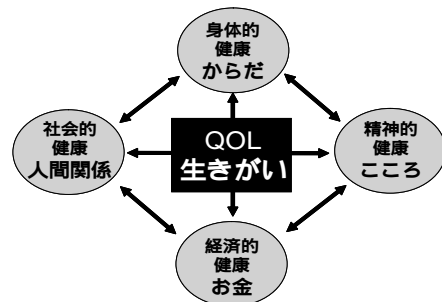
図表 - 5 WHO - ICF 構成要素間の相互作用



（資料）WHO「ICF国際生活機能分類（2002年）」

サクセスフル・エイジングの考え方も、身体的健康・精神的健康・経済的健康・社会的健康が関連し合い、QOL（生活の質）の向上、生きがいに繋がる。「生きがい」についてもその定義・条件は幅広く、「不満の解消」から「満たされること」そして「自己実現」の3つの段階がある。

図表 - 6 サクセスフル・エイジングのイメージ



（資料）ニッセイ基礎研究所作成

図表 - 7 生きがいの条件

	客体的条件			主体的条件		
第1次的条件 (不幸の解消)	欠乏	疾病 無知	貧困 拘束	不満	不満 不安 無意味	孤独 焦燥 無力
第2次的条件 (安定の維持)	充足			満足		
第3次的条件 (幸福の増進)	豊富	健康 教養	富裕 自由	意欲	創造 自己実現 自発性	奉仕 完遂 充実

(資料)「生活構造の理論」(青井和夫他2003年)より

メタボリックシンドロームを産む「生活習慣」があり、その生活習慣を産む「生活構造」がある。真の健康増進・長寿を目指すならば、予防行動も健康指導も直接的な身体的健康の改善だけでなく、生活構造全体を捉えたQOL的アプローチが必要である。もう少し視野を広げ、身体的健康にも影響する精神的・社会的健康の改善にも積極的に取り組むべきである。例えば、指導時の面談において、社会関係性指標や人生満足度によるアセスメントを取り入れたり、社会との接点が希薄な場合には、積極的に地域参加を促したり、可能ならば雇用斡旋を行ったり、その他生涯学習や世代間交流等、その人のポテンシャルをより活かせる機会の提供を行っていくことも健康指導の重要な視点ではないかと考える。また個人もこうした幅広い視点からの予防行動を意識していくことが必要と考える。

(2) 若年期からの予防行動・健康指導の必要性

特定健康診査・保健指導の対象は40歳からである。代表的なエイジング理論である「継続理論」によれば、生活習慣や人格形成はまさに40歳ころまでに確立される。これに従えば、生活習慣病対策は本来20代・30代の若中年層ほど徹底する必要がある。財政的問題から単純な対象年齢の引き下げは困難にしても、メタボリックシンドロームを未然に防ぐためには当該層に対する何らかの手立ては必要と考える。

【ジェロントロジー：継続理論】

… 中年期頃までに培ってきた価値観や生活行動は高齢期にわたって継続される。むしろ先鋭化されなお強固となる。エイジングに伴う変化に対しては、自分らしさを維持するために自らの考え方や行動パターンを調整することで対応する。そして高齢期にも安定した生活を営むことができる (Robert C. Atchley 1999)

以上に加え、研究開発の視点から、老化速度を日常的にセルフチェックできる機器の開発や、画一的な指標だけでなく標準的な加齢に合わせた年齢別のきめ細かな健康指標の確立など、いくつか社会的に有用と考えられることはあるが、また別の機会に論じたい。

5. おわりに

21世紀は「慢性疾患の時代」と言われている。社会は成熟化(低成長経済)し財政的疾患を抱えている。個人は慢性疾患を抱えながら生きていくのが常となりつつある。いずれも豊かさの実現がもたらした皮肉な現象である。こうした時代にとって必要な視点はQOL、つまり俯瞰的・構造的視点に立った質的向上であろう。本稿で取り上げたテーマはまさにQOL的アプローチが必要な分野である。単なる長生きではなく、「質の高い長寿」の実現のためにも、手段を目的化しない、本質を捉えた予防行動・健康指導の実践が望まれる。

(注1) 国立社会保障・人口問題研究所2006年12月中位推計
(注2) 健康保険組合、市町村、国民健康保険組合、共済組合等
(注3) 2008年度より新設の高齢者医療保険制度の財源の一部に充当される納付金

<参考文献>

- ・百寿者研究会(2007)『長寿科学研究のご紹介』
- ・社会政策研究編集委員会(2002)『生活の質研究(QOL)と社会政策』、東信堂
- ・日野原重明(2002)『加齢とQOL』、日本老年医学会誌、第39巻、pp.590-597
- ・柴田博(2002)『サクセスフル・エイジングの条件』、日本老年医学会誌、第39巻、第2号、pp.152-154
- ・小田利勝(2003)『サクセスフル・エイジングの概念と測定方法』、人間科学研究、第11巻、第1号、pp.17-38
- ・宮内康二[編訳](2005)『ジェロントロジー～加齢の価値と社会の力学』、きんざい