



Title	10章 健康文化と長寿少病社会(1部 地域のウエルネス運動)
Author(s)	門司, 和彦
Citation	生活・地域からの健康づくり (長崎大学公開講座叢書 7) p.103-111
Issue Date	1995-03-05
URL	http://hdl.handle.net/10069/6322
Right	

This document is downloaded at: 2019-06-16T08:56:16Z

10章 健康文化と長寿少病社会

門司 和彦

本章では現在が「長寿多病社会」であることを指摘し、「健康文化」を創造し成熟させることによって健康寿命を延長させ、「長寿少病社会」を目指す必要性を論じる。

1 節 長寿多病社会

1. 長寿社会

人類社会は死亡率を下げるために長いあいだ戦ってきた。その戦いに勝利し病気をコントロールし死亡率を低下させることに成功したのはせいぜい近年300年程度のできごとであり、しかも、最近まではほとんど「先進諸国」に限られたできごとであった。この死亡率低下の原因は、1) 社会経済の発展、2) 環境衛生の発展、および3) 近代医療の普及が関連したといわれる。さらにマッケオン(1979)は、「死亡率が低下すれば人口は増加しその分だけ環境も悪化して死亡率がまた上昇するので4) 人口抑制(出生率低下)が近代における継続的死亡率低下の要因として重要である」と指摘している。この4つの要因によって、年齢別死亡率の継続的な低下が起これ平均寿命が延長し、長寿社会が到来した。

2. 人口転換

近代欧米諸国が経験してきたこと、そして明治維新以降に日本が急激に経験してきたことは、死亡率の低下とそれにつづく出生率の低下であった。これは、1) 多産多死(高出生率・高死亡率)から2) 多産少死(高出生率・低死亡率:この時期に人口が急激に増加する)を経て、3) 少産少死(低出生率・

低高死亡率)に至る経験的变化であり、一般に「人口転換 demographic transition」とよばれている。人口転換の結果としてもたらされた家族はまさに我々の社会が望んだ姿であり、「それぞれの家族の子供が2～3人で、若年層における死亡はほとんどなく、皆がおじいちゃん、おばあちゃんになるまで長生きし、そして死亡する」という社会であった。我々はまさに理想を手にしたのであった。しかし、この人口転換によってもたらされた事態は必ずしも歓迎される側面ばかりではなかった。人口転換は以下の3つの問題をもたらした。

3. 人口高齢化

第1は「人口高齢化」である。人口の高齢化を65歳以上人口割合の上昇だと考えると、上昇させる原因は3つある。まず、65歳以上まで生きる人がいなければいつまでたっても65歳以上人口割合は0であるので人間がある程度の長生きをすることが必要である。次に、全人口に占める高齢者の割合を求めるのであるから出生率が低下すると65歳以上人口割合は急激に上昇する。実際のところ出生率低下が人口高齢化の最大の要因であり、死亡率低下とそれによる寿命延長は人口高齢化率にはあまり影響を与えない。

現在、1人の女性が一生に産む子供の数(人口学では合計特殊出生率という)は約1.5人である(1夫婦は平均して2人強の子供を産んでいるが、未婚の女性もいるので全女性平均では1.5人程度となる)。1人の女性が一生に平均2人強の子供を産まないで人口は維持されないで、生まれてくる子供の数は毎年減少し、この傾向が永遠に続けば最後には子供は1人も生まれなくなり、高齢化率が100に達し、やがて日本人口は消滅する。これは女性1人あたりの生涯出生数が不変であるという非現実的な仮定に基づく予測なので、現実とは異なるが、とにかく現在のままでいけば人口高齢化は避けがたい必然である。

高齢化の速度は出生率の低下速度が速ければ速いほど急激であるため、戦後の出生率低下が著しかった日本では高齢化は急激に進む。特に、戦後団塊の世代が65歳を迎える頃、1945年以降の baby boom babies が baby boom elders になる2010年以降には高齢化率は急速に上昇する。日本の高齢者人口割合は1947年の4.8%から、1970年には7.1%、1980年には9.1%、1990年には12.1%と上昇を続け、2.5倍に増加し、実数では1,490万人(1990年)と4倍に増加した。平成4年9月推計の日本の将来推計人口(厚生省人口問題研究所

1993)の中位推計(2025年の合計特殊出生率1.80)では、2000年の65歳以上人口(割合)は2,170万人(17.0%)、2025年に3,244万人(25.8%)、2050年(参考推計)には3,142万人28.2%になると予測されている。2025年の合計特殊出生率を1.45とする低位推計では、2000年の65歳以上人口割合は17.2%、2025年に27.4%、2050年には33.3%になると予測されている。

地域の高齢化を決定する最後の要因は人口転出である。地域人口の場合、65歳以下の生産年齢人口が仕事を求めて転出すると高齢化率は一段と上昇する。働き盛りの転出は再生産年齢(子供を産む世代)の人々の転出であるので高齢化への二重の影響を与える。日本全体で30%の高齢化率になったとすれば、高齢化率が50%を越す地域が現われることも当然予測され、地域社会の崩壊につながると懸念されている。今回の健康運動の対象となった大島町と伊王島町は高齢化率が高く、将来の日本を先取りした地域であるといえる。

人口の高齢化は老人の医療費や福祉・介護費がかかること、年金支出が進むこと、一方で生産年齢人口が減少し、経済が停滞し、介護等のマンパワーが不足するなどの理由で問題視される。老人が増加し、子供が少ない少子社会では活力が低下するともいわれる。しかし、「高齢化社会」は我々の社会が選択した結果としての必然であり、それを逃れることはできないということを我々は認識する必要がある。高齢化社会から回避できる方法はない。したがって、どのような高齢化社会を創っていくかが議論されなければならない。

4. 疾病構造転換

人口転換に伴って生じる第2の問題は疾病構造の変化である。これは人口転換の原因でもあり、また結果でもある。主な死因は人口転換の3ステージ

表10-1 成人病の特徴

-
- 1) 加齢とともに発病率・死亡率が増加する。
 - 2) いったん発病すると完治が困難な場合が多い。
(多くの疾病が根本的原因治療が難しく、対処療法があるのみである)
 - 3) 発病から死亡までの有病期間が一般に長い。
 - 4) 発病を自覚するまでの時間が長い。
 - 5) 特異的原因でなく非特異的な多要因(危険因子)によって発症する。
 - 6) それらの危険因子は生活習慣、ライフスタイルと強く関連している。
-

で、1) 急性感染症から2) 結核等の慢性感染症をへて3) いわゆる成人病を中心とする慢性疾患へ移行した。この変化は「疾病構造転換 epidemiological transition」と呼ばれるものである。栄養状態の改善、個人衛生、環境衛生の向上、および予防接種の普及によって、まず急性感染症が減少し、次いで慢性感染症が減少し、寿命が延長した。それによって慢性疾患の対象となる高齢者も増加し、慢性疾患である成人病が増加した。成人病の特徴はおよそ表10-1のようにまとめられる。

この疾病構造の転換に我々の社会が十分に対応できていないことが問題となっている。今後は、健康増進、成人病の根本的治療対策とともに、長期の闘病・療養に対する医療と福祉が必要となることは明らかであるが、疾病の有無・軽重よりもリハビリテーションとQOLが問題となるため、治療 cure よりも看護介護・生活援助 care の相対的必要性が高まると予測されている。

5. 病気の増加

第3の問題は有病者と虚弱者の増加である。これが人口転換と疾病構造転換の必然的結果である人口高齢化と成人病中心の疾病構造に起因していることは明白である。我々は社会発展や医学医療の進歩によって死を先延すことに成功したが、それによってかえって病気および障害の有病率があがってしまった。これをグレンバーグ(1977)は「成功による失敗」とよんだ。

彼によればこの事態は1936年にサルファ剤ができた時点から始まる。サルファ剤によって肺炎をはじめそれまで多くの人々の終末的死因となっていた感染症が治るようになった。これは医学のすばらしい成功である。しかし、問題はどの様な人がより助かるようになったかであった。サルファ剤は相対的には健常人でなく病人の延命を助けたのであった。

サルファ剤登場以前は慢性疾患の病人、障害者、虚弱老人が肺炎などで死亡していた。インフルエンザと肺炎の流行時に過剰死亡が報告されたのは、心臓病、結核、腎臓病、糖尿病、慢性気管支炎などであった。つまり、インフルエンザや肺炎の予防や治療が可能になると、心臓病、結核等の患者は死亡せずに延命し、これらの病気の有病率が増大する。その後、それ以外にも動脈硬化症では終末期合併症が克服され、高血圧は利尿剤による管理で、糖尿病ではインシュリン治療で、分裂病ではケアの向上で、ダウン症候群では肺炎等での死亡

率の低下によって、それぞれ患者の寿命が延長している。そしてこれらの寿命の延長は一般集団の寿命の延長よりも急激であった。さらに脊柱破裂のような致命的な先天性欠損も手術法の開発によって死を免れ、それによってハンディキャップをもった子供が増加した。

グレンバーグは以下のようにまとめている。

- 1) 我々の医学医療の成功が全体として、人々の健康を実際に悪化させた。
- 2) だからと言って、我々はその成功を放棄することはできない。
(近代医療を放棄したり、病者の寿命を短くすることはできない。)
- 3) 我々は成功に続く「失敗」をいかに克服するかを学ばなければならない。
- 4) 慢性疾患を予防する方法の発見が必要であり、生命保持よりも健康保持に重点がおかれるべきである。

医学の成功は本当の成功であり、それによる恩恵ははかりしれない。病気と障害の量が増加したとしても、その多くは老人の物忘れや管理可能な糖尿病や高血圧など生活上ほとんど支障をきたさないものである。したがって、グレンバーグも決して成功そのものを非難しているわけではない。彼は、その真実の成功がもたらした結果としての病気の増加もまた真実であること、臨床医学が進歩すれば（少なくともある時期は）病気の量が増加することを十分に認識することの必要性を述べているのである。その認識が有効な対策への出発点である。彼は、医療進歩による延命成功のプライドと、近代技術社会に生きる人間が患っている専門分野に分断され全体が見えないという傾向が疾病期間延長という結果をもたらしたことを認識する妨げとなっていると述べている。彼の指摘は20年近くたった現在においても傾聴に値する。

以上の結果として我々は「長寿多病社会」に生きている。その中において今後どのような健康政策、健康戦略をとっていったら良いかが我々が直面している課題である。

2 節 長寿少病社会へのシナリオ

1. 有病量圧縮仮説

長寿多病社会である理由を簡単にいえば、平均寿命が延長し長寿がある程度あたりまえになる一方で、成人病の発生を有効に抑える手段が普及していないことによる。

ここで話を単純にするために人の一生の長さである「生命寿命」は健康な期間である「健康寿命」と病気の期間である「有病期間」に2分できると考えよう。健康の定義は色々あるので「健康寿命」の定義も難しいが、ここでは病気の有無に関係なく、「他者の介護を必要とせずに生活ができる期間」として定義しよう。もし「健康寿命」を「生命寿命」に限りなく近づけることができたなら、我々は病気の量を圧縮することができる。フライス（1980, 1992）は「有病量圧縮仮説」を提唱し、生命寿命よりも早い速度で健康寿命を延長させることによって有病量圧縮 *compression of morbidity* が達成できると主張した。フライス仮説の根拠は、生命寿命はおそらく85歳前後が限界であるので健康寿命を85歳程度まで引上げていけば有病期間は減少するというものである。もし、健康寿命の延長によって有病量が圧縮できたならば表10-2の様な利点がもたらされる。

表10-2 有病量圧縮によってもたらされる利点

-
- 1) 健康寿命の延長（これはまさに我々が望んでいるものである）
 - 2) 医療福祉需要の圧縮（それに伴う良いサービスの提供）
 - 3) 医療福祉マンパワーの増大（それによるサービス供給量の増大）
 - 4) 生産人口の増大
 - 5) 以上を通しての社会全体としての QOL の向上
-

高齢化社会を維持していくためにこのシナリオは非常に魅力的である。これは個人レベルで簡単にいえば「元気で長生きして、ポックリ逝きましょう」といっているだけであり、当たり前結論のようにみえるが、実際には理論的にも現実的にもこの仮説の実証はむずかしく、まだだれにもなされていない。ア

アメリカでは様々な健康増進活動を行なうと健康寿命と同様に生命寿命も延長し、むしろ生命寿命の延長の方が大きいので有病期間は延長すると批判されている。また、仮に有病期間が一定だとしても、60歳代の患者より80歳代の患者の方が介護を要する程度が高く、実際に有病量は増大するとも批判されている。

2. 健康寿命の延長

有病量圧縮仮説が正しいか否かにかかわらず健康寿命を延長しようとする戦略は肯定的に受けとめられている。健康寿命を延長させるには、個別疾患の発症年齢の遅延研究（この戦略を「疾病モデル」という）と加齢研究とそれを基礎とした健康増進科学の研究（これを「生活モデル」という）との両者が進展しなければならない。後者は暦年齢に対する生理年齢の比（ゴンペルツの β ）を低くおさえることであり、加齢速度をいかに遅延させるかという人間生物学的問題である。バランスのとれた食生活、適度の運動、適切な休養とストレス管理は「疾病モデル」においても「生活モデル」においても有効であることが多く証明されている。

現在は、長い一生を健康で過したいという願望と病気や寝たきりに対する恐怖から「健康ブーム」といえる状況に至ったが、実際に一部の人が健康に過度の興味を示す一方で、本当に健康に対する注意が必要な人が健康のための実践を十分に行なっていないのが現状である。かつては、仕事や移動である程度の運動は実践されていた。食生活も食べ過ぎによる問題は一部の人に限られていた。しかし、現在のようにあまり運動をせず、平均的な生活活動強度も低く、過食傾向にあり、精神的ストレスが多く、環境有害物質も増加している社会では、放っておいたら健康寿命は短くなるとさえ考えられている。したがって、健康習慣の日常化、生活習慣化が極めて大切となった。

この健康寿命の延長にとって必要なことは以下の3点である：

- 1) 個々人が健康増進に対する正確な知識と前向きな態度をもち、そして実践すること。
- 2) この様な習慣付けを可能とする支援活動がなされること。
- 3) 健康に対する前向きな姿勢が文化として創造され成熟していくこと。

3. 健康文化の創造と成熟

長崎県は健康づくりのためのウォーキング等の普及を目的として「健康運動推進行動計画（ウェルネスながさき2000）」を平成5年に策定した。我々の研究グループである長崎県健康づくり研究会は大島町と伊王島町の町主催「健康運動教室（ウェルネス大島とヘルスアップ伊王島）」に参加し、運動習慣が体脂肪量や血清脂質などの成人病の危険因子の改善や体力向上に有効であることを実証した。なによりも参加者が楽しく運動していたことが印象的であり、今後も個々の人々の生活習慣改善や運動習慣獲得が大きな流れとなっていくことは間違いない。国も県、市町村もそのための支援体制を確立しつつある。

現時点におけるこれらの健康づくりの問題点は参加者の固定化や、本当に生活習慣改善を必要としている人がそれを自覚し、行動に移していないことなどである。特に仕事に従事している男性の生活習慣は改善の余地が大きいし、また女性の運動レベルも一部の人を除いてまだ低い。

この状況を打破するには、個人の健康増進と同時に、地域全体としての健康づくりを展開する必要がある。厚生省では平成5年度より「健康文化都市推進事業」を始め、モデル市町村に「健康文化と快適な暮らしのまち創造プラン」を策定し、地域ぐるみの健康改革に取り組むよう期待している。今年、長崎県では伊王島町と大島町がモデル市町村の指定をうけ、健康・福祉・環境を包括的に取入れたまちづくりプランの作成に取り組んでいる。

このように健康や福祉、生活環境を「まちづくり」の基本コンセプトの中心に据えることの意義は大きい。そしてそれが単に行政のコンセプトにとどまらず、住民の文化として定着することが社会の構成員一人一人が健康な生涯をおくるために不可欠である。また、「健康文化」は単に病気がなく、身体的に活発であるだけでは不十分であり、病者や障害者をいたわること、彼我を差別しないことなども含まなければならない。加齢とともに我々も多くの病気にかかり、そしていつかは要介護となるのであるからそれを拒否することなく受容する姿勢も身につけなければならない。これも非常に難しいことである。しかし、「成熟した文化」とはそのようなものであるべきである。

「健康文化」というと聞えは良いが、その内容については十分に吟味する必要がある。健康文化が浅薄なものになり、エスカレートすると「命よりも健康

が大事」となり、不健康なものを差別・排除する思想「健康でなければ人間でない」へと繋がりがやすい。これはヘルス・ファシズムといわれるものであり、皮肉にも人々が健康を目指すことによって、社会は不健康になってしまう。

「健康文化」はその地域の文化の中における健康に関する哲学 *cultural philosophy of health* に基づいて構築される。そのためには我々はこれまでの日常や価値観をもう一度考え直す必要があるだろう。健康文化の創造と成熟はそう簡単なことではない。

4. 長寿少病社会へ

地域で住民主体の健康づくりを定着させる動きは海外でも盛んで、ニューパブリックヘルスマーブメントと呼ばれている。これが地域の中に健康文化として定着し、健康寿命を延して「長寿少病社会」を形成できるか否かが超高齢化社会の鍵だとされる。健康文化に根ざした長寿少病社会の実現によってはじめて質の高い医療・福祉サービスが可能となり、安心できる老後が約束される。

アメリカではフライスの有病量圧縮仮説は証明されていない。それはアメリカの生命寿命がまだ十分に延びていないからだとも考えられる。今、日本が健康文化を定着させることに成功したら、健康寿命を延長させ、有病量を圧縮に成功する可能性がある。これを、人口転換、疾病構造転換に続く第3の転換として「有病量転換 *morbidity transition*」と呼びたい。健康運動推進に係わる人々の公衆衛生上の終局の目標は有病量転換の実現でなければならない。

これは、人類の未来に向けての壮大なる挑戦であり、貢献だと考える。

文献

Fries, James F : Aging, natural death, and the compression of morbidity. *NEJM*, 1980 303 : 130-135

Fries, James F : Strategies for reduction of morbidity. *Am J Clin Nutr* 55, 1992 : 1257S-1262S.

Mckeown Thomas : *The Role of Medicine*. 1979 Basil Blackwell, Oxford, UK.