健康寿命の延伸に寄与する要因
～ 平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「姫島発！あったかなむらづくり事業」の結果から ～

慶應義塾大学 SFC 研究所　上席所員（訪問）／
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　博士課程１年／
社会福祉士　精神保健福祉士

加納　三代

【スライド -1】

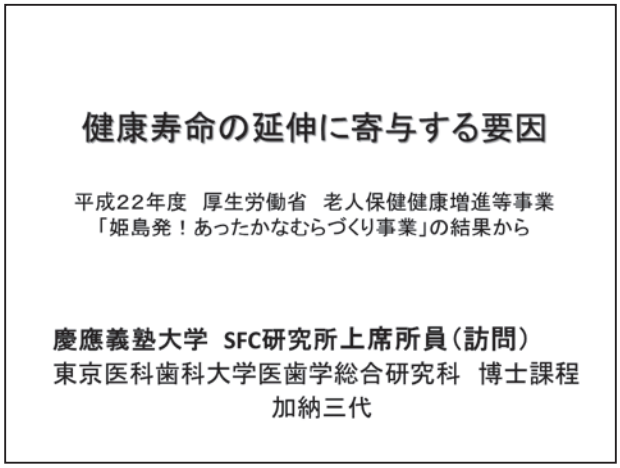
健康寿命の延伸に寄与する要因ということで、政策を探してみるという調査を姫島村（大分県の島）でやってまいりましたので、ご報告をさせていただきます。

【スライド -2】

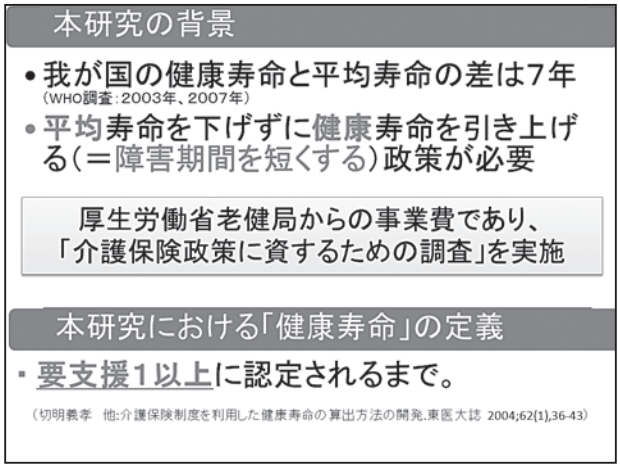
本研究の背景です。

我が国の健康寿命と平均寿命の差は約7年です。これはWHOの調査で、2003年、2007年ともに大体7年です。平均寿命を下げずに健康寿命を引き上げる、つまり障害期間を短くするような政策が今求められています。本研究においては、この健康寿命を「介護保険制度で要支援1以上に認定されるまで」という定義で調査を進めました。厚労省の事業費で介護保険政策に資するための調査という大前提がありましたので、今回はこの定義を採用させていただいています。従って、例えばADLはとても低くても、要介護認定を申請をしていなければ、その人は健康という定義で進めます。

スライド-1



スライド-2



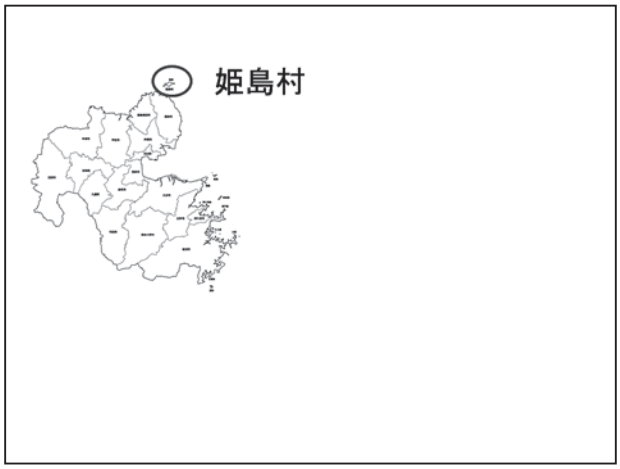
【スライド -3-1, 3-2】

本研究の調査対象は大分県の姫島村といいます。

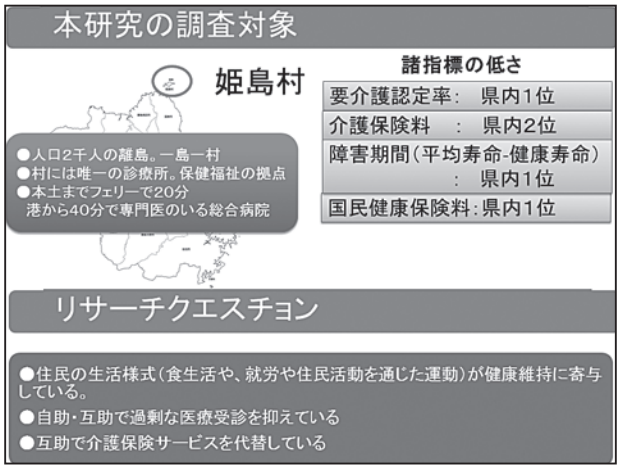
人口2,000人の離島で、一島一村です。村には唯一の診療所が1軒だけありまして、保健福祉の拠点となっています。本土まではフェリーで約20分、港から40分で専門医のいる総合病院があります。

この姫島村は色々な諸指標がとても低い、とても優秀な島です。まず要介護認定率が県内一低い。介護保険料も県内で2番目に低い。これは、大きな企業があるところで政策的

スライド−3-1



スライド−3-2



に保険料を下げている自治体があり、そこが1位ですので、高齢化率等を見ると介護保険料1位になります。あと、障害期間は県内で1番短く、国民健康保険料も県内で1番安い地域です。

作業仮説はスライドの下部のようにしました。

まず、住民の生活様式が健康維持に寄与しているのではないか。自助とか互助で過剰な医療受診を控えているのではないか。互助で介護保険サービスを代替しているのではないか。この3つの作業仮説です。

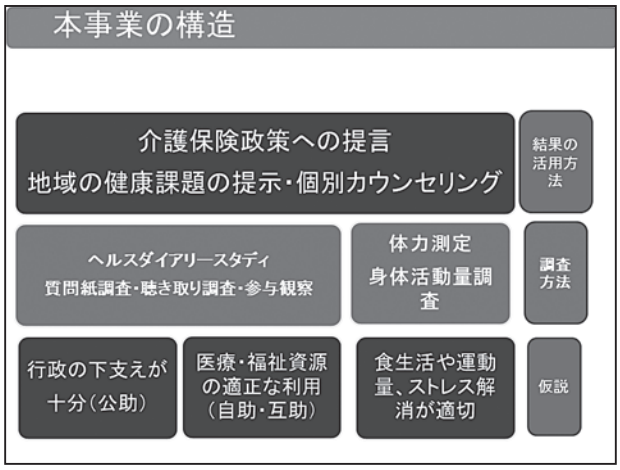
【スライド-4】

本事業の構造ですが、介護保険政策への提言というところを目指して、まず公助、自助、互助の働きを調べるためにヘルスダイアリースタディ、質問紙調査・聴き取り調査・参与観察といった質的な観察を行っています。あと、食生活や運動量、ストレス解消が適切なのではないかという仮説のもとに、住民に対しての体力測定と身体活動量調査を行いました。

【スライド-5】

まず調査の結果です。

スライド−4



スライド−5

調査結果①：体力・身体活動量調査

【仮説】姫島村民は体力・身体能力が高いため、健康寿命が延伸。

	体力測定	身体活動量測定
期間	2010年11月9 日～12日	2010年10月12日～11月11日
対象	村在住 65歳以上の男女	村在住 65歳以上の男女
主要な調査項目	身長、体重、腹囲、腰囲、BMI、身体部位別体脂肪率、身体部位別筋量、OSI、SOS、血圧、握力、等尺性膝伸展筋力、長座体前屈、ステッピング、10m全力歩行タイム、ADL得点、転倒体験、既往歴、現病歴など。	歩数、歩行距離、身体活動の強度とその分布、身体活動および不活動の回数と時間帯、エネルギー消費量など。
状況	192名（回収率100%）	41名（回収率100%）

体力・身体活動量調査です。体力測定は65歳以上の男女192名に、こうしたスポーツテストのようなことを行いました。身体活動量測定については、万歩計のとても性能のいいものを30日間つけていただいて、65歳以上の方が日常生活の中で自然にどんな運動を行っているかということの測定をしました。

【スライド-6】

調べたのですが、色々な諸指標が全国と比べて劣っているという結果でした。男性も女性も、よい身体能力であるとは言えない調査結果となりました。

スライド-6

調査結果②:体力・身体活動量調査

全国と比べて劣っていた運動機能等

本調査事業分担研究者
稲垣敦(大分県立看護科学大学教授)

男性	女性
・やせ、肥満	・下肢の筋量
・上肢・体幹・下肢の筋量	・血圧・握力
・血圧・握力	・開眼片足立ち
・長座体前屈	・走れる時間
・開眼片足立ち	・正座からの立ちあがり
・歩ける時間・走れる時間	・バス、電車で立つ
・重い荷物運び	・シャツ前のボタン掛け
・上体起こし	・布団の上げ下ろし
・中程度以上の強さの運動	・上体起こし
	・中程度以上の強さの運動

【スライド-7】

次にヘルスダイアリースタディです。

これは1カ月間、日記のような感じで、日常生活の健康に対する行動を記載してもらうものです。表の左側は50歳以上の健康な方41名に、その日1日どんな状態ですかということを書いてもらいます。例えば頭痛があったとしたときに、実際に医療機関にかかるまでに何日間かかったか。頭痛がそのまま無くなる場合もあると思いますので、健康問題に対するどういう対処行動を行ったのかということを調べる調査です。

同様の内容で、表の右側は23名の、要介護認定は受けていないのだけどADL的には要支援1以上だろうという方とか、独居または老夫婦のみの世帯についての調査も行いました。

スライド-7

調査結果②:ヘルスダイアリー・スタディ

	調査Ⅰ	調査Ⅱ
期間	2010年10月12日～11月11日30日間	11月27日～12月12日のうち14日間
対象	健康に過ごしている５０歳以上の住民４１名	以下に該当する住民２３名 ・要介護認定は受けていないものの、要支援１以上と考えられる者。 ・要介護認定を受けており、要支援１以上と判定された、独居または老夫婦のみの世帯　１５名
方法	調査対象者が健康問題に直面した際にどのような対処行動をとったかを時系列で記録してもらう	健康問題に対する対処行動と互助による介護保険代替サービス機能の有無を、時系列で記載してもらう

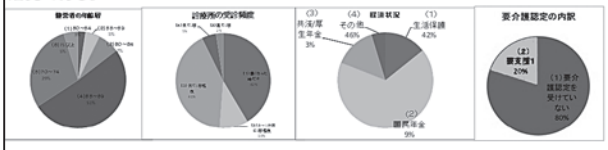
【スライド-8】

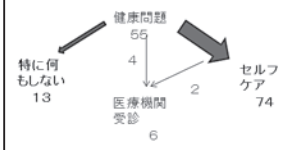
実際に実施したところ、30日間で健康問題が55出ているのですが、医療機関に受診した件数は6（約10％）ということです。この6というのが高いか低いかということなのです

スライド-8

調査結果②:ヘルスダイアリー・スタディ

【仮説】島内には、村直営の有床診療所が一件あるのみ。地理環境的条件が医療へのフリーアクセスを制限しており、セルフケア（自助）による健康問題対処行動が活発である。





医療機関の受診控えは見られず。健康問題を感じた者の1割が受診うち、島外の専門医を直接受診したのは、6ケース中2例

※約26年前、大分県佐伯市(旧清川村)の調査では、健康問題を感じた時に受診した者は3.3%。(稲垣敦ら:山村主婦のillness behaviorに関する研究―健康日記を用いて―Jap.J.Prim.Care Vol.10 No4 1987)

が、ヘルスダイアリー・スタディの文献調査では、（もしかしたら私の調査が不十分だったかもしれないのですが）ちょっと古いデータしかありませんでした。それは同じ大分県佐伯市という、そこは山間僻地で医療機関が1軒しかないような地域ですが、そこでは3.3％でした。この3.3％は海外の文献ともだいたい近似した数字だったので、今回の10％というのは決して低い、つまり医療機関受診控えがあると言える数字ではないのではないかなという結果でした。

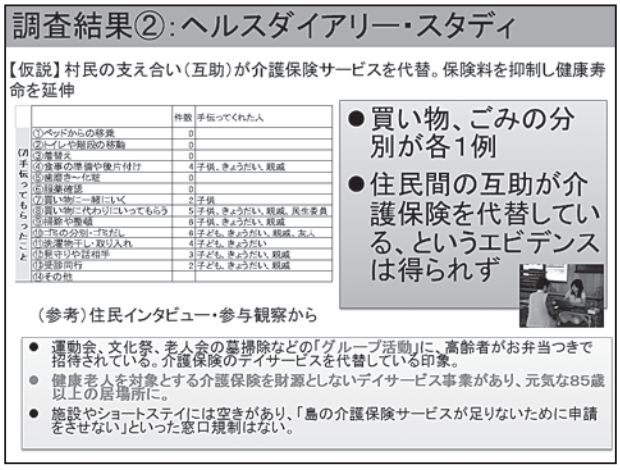
【スライド-9】

次に、村民が助け合って介護保険サービスを代替していて、保険料を抑制しているのではないかということで、「介護保険サービスでやっているような家事援助とか身体介護の内容を誰かにやってもらいましたか」という調査をしたのですが、「買いもの」、「ゴミの分別」が各1例拾えただけだったので、住民間の助け合いで介護保険を代替しているというエビデンスも得られませんでした。

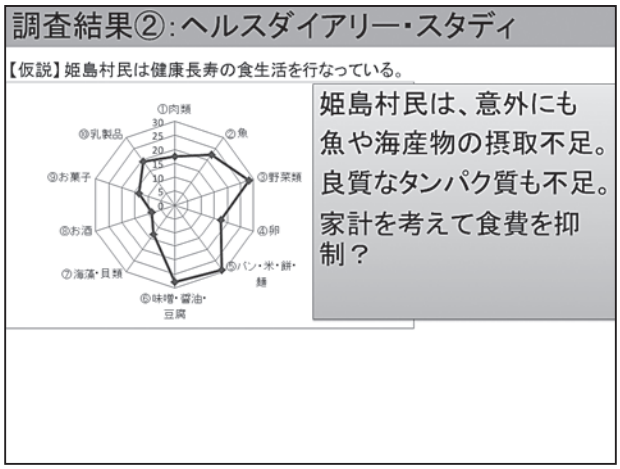
今度は聞き取りと参与観察を行ったのですが、その地域はとても娯楽が無い地域なので、運動会、文化祭、老人会など、だいたい毎週村全体のイベントがあって、あと週に1回から2回老人会の活動があるような地域です。そういう「グループ活動」に、高齢者がお弁当付きで招待されているのです。介護保険のデイサービスを代替している印象がありました。

あと、健康老人を対象とする介護保険を財源としないデイサービス事業があります。つまり自治体独自のデイサービス事業ということです。これが例えば元気な85歳以上の居場所になっていました。高齢者といって一括りにしても、65歳の高齢者と85歳の高齢者では親子ほど歳が違うので、同じ活動をするのには無理があるのですが、そういう85歳以上でも元気な方にちゃんと居場所があるという村でした。ちなみに、介護保険サービスが足りないために申請されないというような窓口規制が起きない程度に空きはありました。

スライド-9



スライド-10



【スライド-10】

食生活の調査をしてみたのですが、決して模範的といえるような食生活ではなかったです。村なのに魚をあまり食べていないとか。全部市

場に出してしまうのです。海藻なども食べていない。卵も食べていなかったです。ご飯と味噌汁と漬け物みたいな生活という感じでした。

【スライド-11】

考察です。姫島村の介護保険事業は村直営です。民間のサービスが無いのです。

あと、介護保険を財源としない「デイサービス事業」がありました。

高齢者自身によるグループ活動（老人会活動等）があり、色々な高齢者スポーツも盛んで、居場所がある環境でした。

村直営なので介護保険サービスの維持誘発需要というのが生まれにくい環境です。

デイサービスを受けたいからという、軽度の要介護認定の申請者というのが少なくて、介護の必要性が高い者のみが申請する。つまり、健康寿命が高くなる要因なのではないかというところが導けました。

スライド-11

調査結果②：考察

①姫島村の介護保険事業は村直営。
②介護保険を財源としない「デイサービス」事業がある。
③高齢者自身によるグループ活動で、居場所づくり

・介護保険サービス誘発需要が生まれにくい。
・デイサービスを目的とした軽度の要介護認定がなく、介護の必要性が高い者のみが申請する。
＝　健康寿命が高くなる要因

（再掲）健康寿命の定義：要支援1まで

【スライド-12】

最後に結論です。

住民の体力、身体活動量、食生活、健康問題対処行動の調査からは、健康寿命を引き上げるような要因は導くことができませんでした。

また、住民互助による介護保険サービスの代替行為というのも、特に見い出すことはできませんでした。

ただし、住民がグループで行う互助活動はとても活発です。

スライド-12

まとめ・結論

- 住民の体力、身体活動量、食生活、健康問題対処行動の調査からは、健康寿命を引き上げるような要因は導くことができなかった。
- 住民互助による介護保険サービスの代替も見い出せなかった。
- ただし、
  ①住民がグループで行う互助活動が活発
  ②介護保険サービスの枠外で、健康老人を対象とした自治体独自のデイサービスを行っている

高齢者に居場所があることが、健康寿命の引き上げ要因と考えられた。

介護保険サービスの枠外で、健康老人を対象とした自治体独自のデイサービスを行っていました。

このように高齢者に居場所を作るような政策が、健康寿命の引き上げ要因として挙げられるのではないかということが、この調査で分かりました。

質疑応答

会場： 非常に面白い成績だったと思います。「そうかな？」というような、データが出されるのに「信じられない」というような感もありましたけれども。日本では一般に医師が少ない県は医療費が安いですね。それが何を意味するかはあまり追求しないことにしますが。それからもう一つは、高度医療を提供しない方が安い。しかも高度医療が必要な人はそう多くない。私はキューバに行ったことがあるのですが、キューバでは一般の疾患の60％は診療所レベルで片が付きます。日本ではそんな人でも大病院に行ったり、色々行きますので、そういう医療環境というのも大きく影響するのだろうと思いました。

加納： 今回は健康寿命を押し上げる要因ということで、健康で長くいられるのは何なのかという調査をしたので、医療の中身というのは特に調査していません。ただ、看取りに関する意識調査はやっています。抄録には記載をしたのですが、7.01ということで、とても満足度が高い村です。障害期間が短いので、要介護になってからの期間はとても短いのですけれども、それについて満足をしていて、特に医療機関が近くに無いからとか、高度医療が受けられないという不満は1件も聞かれなかった地域です。そういう死生観のようなものが地域にあります。ドクターヘリ等の制度はあるのですが、「あんなのに着かれて迷惑だった」という意見はあったものの、「高度医療が近くに無いのが不満だ」というのは無かったです。

矢作： 私などは障害期間をいかに0にするかということを一生懸命考える世代に入っているのですが、大変これは面白い、色々な示唆がたくさんある研究結果だと思います。最後に、「健康寿命を引き上げるような要因は導くことができなかった」と結論を出されましたよね。もしかすると、我々が思っている健康寿命を引き上げる要因というのが、全然違うのではないか。我々の常識自体が違っていたという可能性がありますよね。

加納： 作業仮説がことごとく裏切られて、私も「どうしよう」と思いました。それで追加の調査で聞き取りとか観察研究をやって、何とかこの村独自の仕組みというものがあるらしいというところに行けました。姫島の場合は、よく言われている食事とか栄養とか運動とか、そういうものではないような……。

会場： 姫島を対象に選ばれたのは、どういう理由からなのですか。

加納： さっき言ったように、姫島村は大分県で介護保険料とか国民健康保険料等々の指標が一番安かったので。

会場： 要介護認定がもの凄く高いのですよね。

加納：　違います。一番低いのです。要介護認定率が一番低い、諸指標が低いのです。

会場：　村民の非常に多くの人が介護保険申請はしているわけでしょう？

加納：　していないのです。

会場：　していない人は、この調査から外れてしまうのではないですか。介護申請をしない人は重病でもそこに黙って寝ているわけだから。

加納：　そうです。介護保険で要支援1以上に該当した方は健康ではないという健康寿命の定義を今回は採用しています。なのでADLがすごく低くても、介護保険サービスを使っていなければ健康になってしまいます。

会場：　そうすると、この調査では、要介護認定をたくさんしてる地域に比べれば、健康でない人の中には健康の中に入ってしまっている方がいるということですね。そういうことですか。

加納：　そうです。この定義を採用したらそれが限界になります。

会場：　それはいいんですか。

矢作：　私は姫島に行こうかなと思いましたが、行く前にちょっと考えてみる必要があるかな。

加納：　この健康寿命の定義は公衆衛生の切明先生という方が作った定義です。健康寿命の定義は、色々皆さんおっしゃってて、どれを採用するかというのがあるのですが、今回については介護保険制度に資するという目的があったので、切明先生の定義を採用したということです。

矢作：　これは厚労省の見解とも関連あるのですか。

加納：　見解はないのですけど、大分県が健康寿命の定義として切明先生の定義を採用していたので、大分県のデータを基にこの地域を選出していたということはあります。