

「健康日本21 (第二次) を推進するために ～身体活動推進のための社会環境の整備～」

平成26年10月7日(火) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

下光 輝一

(しもみつ てるいち)

公益財団法人健康・体力づくり事業財団 理事長
健康日本21推進全国連絡協議会 会長
東京医科大学 名誉教授

講師経歴

■ 略歴

- 1975年 東京医科大学医学部 卒業、同大学病院 臨床研究員(内科学教室)
- 1980年 同大学 八王子医療センター 助手(循環器内科)
- 1983年 米国クリーヴランドクリニック 人工臓器研究所 留学(リサーチフェロー)
～85年
- 1988年 東京医科大学 助手(衛生学公衆衛生学教室)
- 1989年
～90年 スウェーデン王国カロリンスカ医科大学 ストレス研究所 留学(客員研究員)
- 1993年 東京医科大学 講師(衛生学公衆衛生学教室)
- 1994年 同大学 助教授
- 1997年 同大学 主任教授(2006年改組のため公衆衛生学講座に変更)
- 2005年 同大学副学長を併任
- 2006年 同大学学長職務代理を併任
～08年
- 2012年 東京医科大学を定年退職、東京医科大学名誉教授の称号を授与
公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 理事長
健康日本21 推進全国連絡協議会 会長

■ 主な社会的活動など

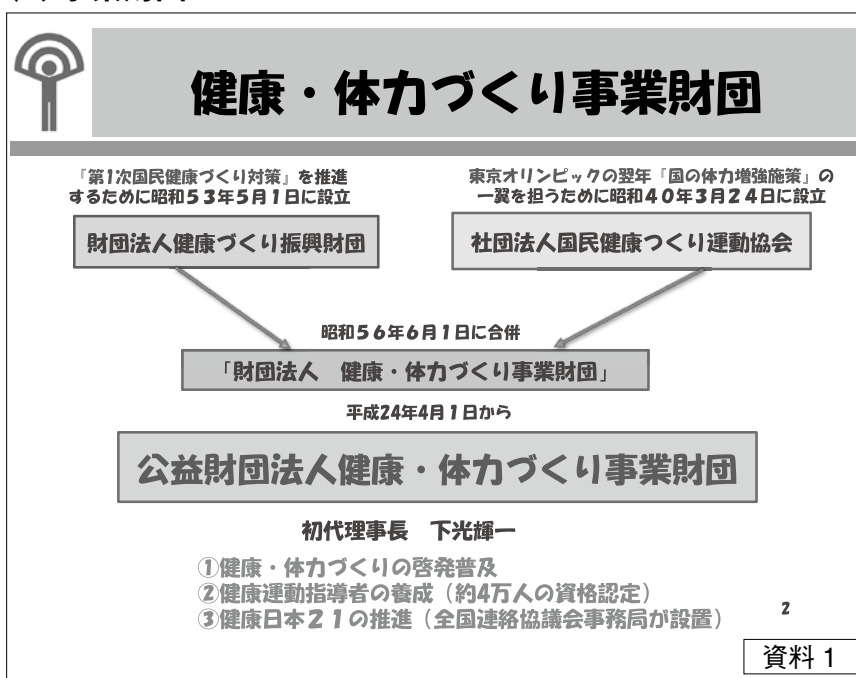
- 健康日本21 推進全国連絡協議会 会長
- 日本体力医学会 理事長
- ほか、多数

はじめに

本日は「健康日本21(第二次)を推進するために」というタイトルでお話しさせていただきます。身体活動を推進する為にはどうしたらよいかということで、特に、社会環境の整備をメインにお話をさせていただきますと思います。

1. 公益財団法人健康・体力づくり事業財団

最初に、私が所属している公益財団法人健康・体力づくり事業財団についてご説明させていただきます。東京オリンピックの翌年(昭和40年)に、国民の体力増強を目的に文部省(現・文部科学省)管轄で社団法人国民健康づくり運動協会が設立されました。また昭和53年、第1次国民健康づくり対策が始まった時に、財団法人健康づくり振興財団が設立されました。これが昭和56年に合併になり、財団法人健康・体力づくり事業財団になりました。その後、いろいろな改革に伴い、平成24年4月1日から公益財団法人健康・体力づくり事業財団に生まれ変わったわけです。私は大学を定年退職して、非常勤で初代理事長を拝命しております。



健康・体力づくり事業財団の仕事は、①国民への健康・体力づくりの啓発普及、②健康運動指導者の養成です。現在、健康運動指導士と健康運動実践指導者、合わせて約4万人が全国で活躍している状況です。そして、③健康日本21の推進です。その為の全国連絡協議会事務局が設置され、私が会長をやらせていただいております。(資料1)



2. 健康日本21推進全国連絡協議会

資料2の左上にあるマークは、健康日本21推進全国連絡協議会のマークです。この協議会は健康に関連する専門家が集まった団体・組織が加盟しています。日本医師会などの三師会、日本看護協会、日本栄養士会、あるいは日本労働組合総連合会、健康保険組合連合会、学会系では日本公衆衛生学会のような所、それから日本体育協会などを含めて約140団体が加盟しています。

ここに企画部会が置かれていて、東京大学医学部附属病院病院長であり糖尿病のご専門の門脇孝教授が、部会長として活動されています。



健康日本21推進全国連絡協議会

◆ 健康関連の団体・組織が加盟

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本栄養士会、日本労働組合総連合会、健康保険組合連合会、日本公衆衛生学会、日本循環器病予防学会、日本体育協会、健康・体力づくり事業財団など139団体

◆ 企画部会：部会長に門脇孝教授（東大病院院長）

◆ 分科会：タバコ分科会、運動分科会、栄養分科会、メンタルヘルス分科会などが活動

◆ 最近の活動：無煙都市東京オリンピック・パラリンピック開催を目指して、東京都に対して「受動喫煙防止条例」の制定を求める要望書を採択（7月10日）

資料2

分科会は4つあり、タバコ分科会・運動分科会・栄養分科会・メンタルヘルス分科会がそれぞれ活動しています。

最近の活動としては、2020年の東京オリンピック・パラリンピックに向けて、無煙都市東京オリンピック・パラリンピック開催を目指し、東京都に対して「受動喫煙防止条例」の制定を求める要望書を7月10日に採択いたしました。近々、舛添要一東京都知事に要望書を提出する予定です。（資料2）

I. 健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」

本日の講演の内容は、主に6つのテーマでお話ししたいと思います。健康日本21が今回のキーワードになりますが、それを理解する為に、まず基本理念として、「ヘルスプロモーション」について復習も兼ねて考えてみたいと思います。

1. 世界の健康づくり施策の歴史


第二次世界大戦は、兵隊や民間の人も含めて世界で5,000万～8,000万人が亡くなった戦争の時代でした。第二次世界大戦が終了した後、平和の時代を築いていかなければいけないということで、国際連合ができ、その一つの機関として世界保健機関(WHO)ができました。1946年、WHOが健康の定義(WHO憲章)を行いました。

その30年後の1978年には、アルマ・アタ宣言(Health for All)で、「すべての人に健康を」ということが唱えられました。そして8年後の1986年には、オタワ憲章でヘルスプロモーションという概念が出てきました。ヘルスプロモーション国際会議は、それ以降ずっと開かれています。ジャカルタの会議では、「健康は投資である」という概念が打ち出されました。メキシコでは、「公平な社会を築いていこう」という声明を作成するなど、それぞれ大きなテーマについてディスカッションしています。これが世界の動向です。

欧米、特にアメリカでは、「Healthy people」ということで、健康づくり施策が10年ごとに進んでいます。ヨーロッパは、どちらかというと「Healthy City(健康都市)」という考え方で健康づくりを進めています。わが国では、第1次国民健康づくり対策が1978年に始まりました。10年後の1988年には第2次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)、2000年には健康日本21(第一次)、直近では健康日本21(第二次)という流れで健康づくりが進んでいます。

(1) WHO憲章(健康の定義)

健康づくりを考える時、まず「健康とは何か」をしっかりと押さえておく必要があります。WHO憲章では、「到達しうる健康の最高水準を享受することは、すべての人間が有する基本的権利である」ということを打ち出し、健康の定義を「健康とは、単に疾病がないとか虚弱でないということではなく、身体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態にあることである」としたわけですね。これは非常に理想的な定義です。だんだん年を取るに従って、いろいろな持病を持つようになります。だれもが完全に良好な状態であるとは言えません。しかし、すべての人間は理想的な健康の定義にアプローチをする、近づく為の権利があるのです。健康であることは、基本的な人権の一つであるということを高々と掲げました。(資料3)

年	WHO	欧米	WHO憲章
1946	WHO憲章 (健康の定義)		 WHO憲章 「到達しうる健康の最高水準を享受することは、すべての人間が有する基本的権利である」 健康の定義 「健康とは、単に疾病がないとか虚弱でないということではなく、身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態にあることである」
1972			
1974			
1978			
1979	アルマ・アタ宣言(Health for All)		
1982			
1984	Health Promotion Program		
1986	第1回ヘルスプロモーション国際会議(オタワ憲章)		
1988	第2回ヘルスプロモーション国際会議(Adelaide)		
1990			
1991	第3回ヘルスプロモーション国際会議(Sandsvall)		
1992			
1997	第4回ヘルスプロモーション国際会議(Jakarta)健康への投資		
2000	第5回ヘルスプロモーション国際会議(Mexico City)公平な社会		
2002			
2005	第6回ヘルスプロモーション国際会議(Bangkok)		
2009	第7回ヘルスプロモーション国際会議(Nairobi)		
2010			
2013			

WHO憲章

「到達しうる健康の最高水準を享受することは、すべての人間が有する基本的権利である」

健康の定義

「健康とは、単に疾病がないとか虚弱でないということではなく、身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態にあることである」

快速職場

第3次国民健康づくり対策(健康日本21)
健康増進法

21世紀における第2次国民健康づくり対策
健康日本21(第2次)

資料 3

(2) アルマ・アタ宣言(Health for All)

健康の定義が決まりました。1978年には、ソ連のカザフスタン地方にあるアルマ・アタという都市で、プライマリヘルスケア国際会議が開かれました。発展途上国は、健康に関するいろいろな条件が悪いという問題があります。下水道・上水道などが完備されていない、貧しくて薬も買えない

年	WHO	欧米	日本
1946	WHO憲章(健康の定義)		
1972			
1974			
1978	アルマ・アタ宣言 (Health for All)		
1979			
1982	Health Promotion Program		
1984	第1回ヘルスプロモーション国際会議(オタワ憲章)		
1986	第2回ヘルスプロモーション国際会議(Adelaide)		
1988			
1990	第3回ヘルスプロモーション国際会議(Sandsvall)		
1991			
1992	第4回ヘルスプロモーション国際会議(Jakarta)健康への投資		
1997	第5回ヘルスプロモーション国際会議(Mexico City)公平な社会		
2000			
2002	第6回ヘルスプロモーション国際会議(Bangkok)		
2005	第7回ヘルスプロモーション国際会議(Nairobi)		
2009			
2010			
2013			

世界の健康づくり施策の歴史

Health for All
すべての人に健康を
プライマリヘルスケア国際会議

快速職場

第3次国民健康づくり対策(健康日本21)
健康増進法

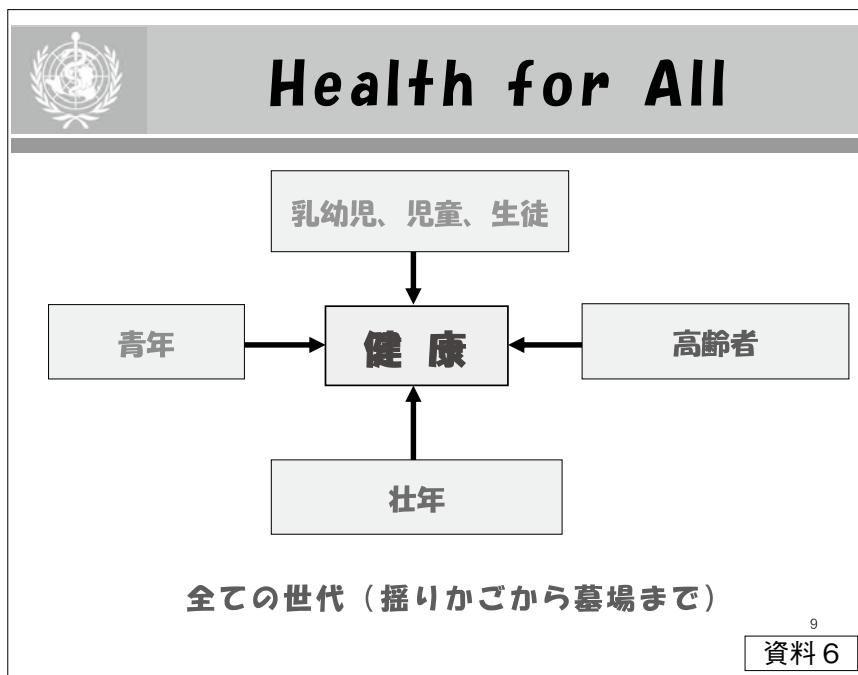
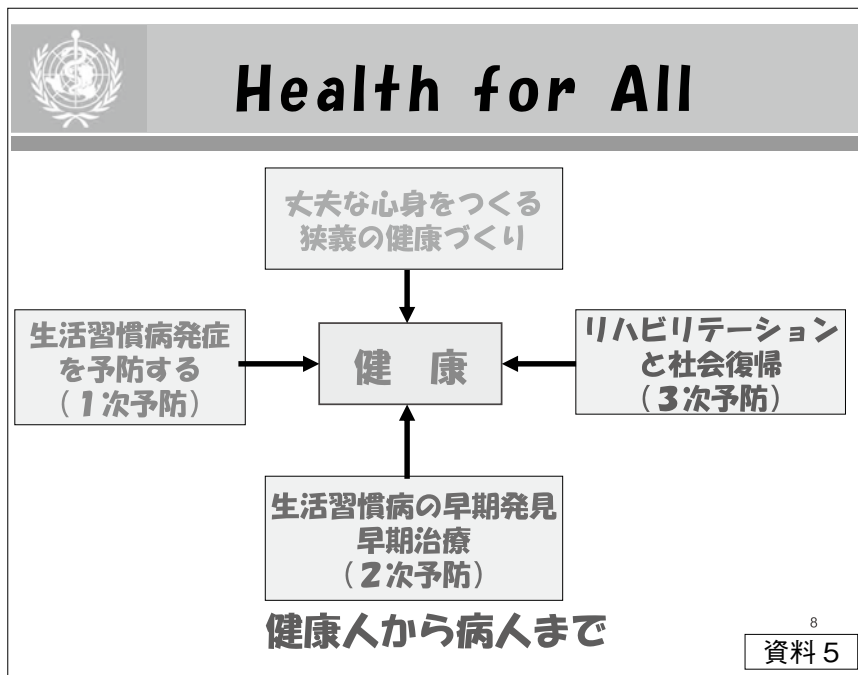
21世紀における第2次国民健康づくり対策
健康日本21(第2次)

資料 4

国々で、まずは一義的に健康を維持する為の最低限のことを遂行していこうというのが、プライマリヘルスケアです。「すべての人に健康を」ということを理念に、先進国だけではなく、発展途上国も含めたすべての人に健康を、「Health for All」という概念が打ち出されました。(資料4)

Health for Allというのは、先進諸国だけではなく、発展途上国の人たちも含めたすべての人ということに加え、まだ病気になっていない人がこれから病気になる、生活習慣病を発症することを予防する「1次予防」、疾病の早期発見・早期治療の「2次予防」、病気を発症して重症になったが、また社会復帰をしていく「3次予防」のすべてが含まれます。つまり、健康人から病人までというのがHealth for Allの切り口です。(資料5)

また、世代という切り口で考えると、生まれてから亡くなるまで、揺りかごから墓場まで、ということで、「すべての世代」という意味でのHealth for Allがあります。いろいろな切り口でHealth for Allの理念が打ち出されました。(資料6)



(3)第1次国民健康づくり対策

ちょうどそのころ、第1次国民健康づくり対策がわが国で始まりました。乳幼児から高齢者までの

世界の健康づくり施策の歴史			日本
<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児から高齢者までの健康診査、健康指導体制の確立(2次予防) ・健康づくりの基盤整備 ・健康・体力づくり事業財団などによる健康づくりの啓発普及対策 <p>→全てのの人に健康を</p>	1990 1991 1992 1997 2000 2002 2005 2009 2010 2013	Healthy people 2000(米国) Our Healthier Nation(英国) Healthy people 2010(米国) Healthy people 2020(米国)	健康増進モデルセンター 労働安全衛生法 第1次国民健康づくり対策 シルバー・ヘルス・プラン 老人保健法 第2次国民健康づくり対策 (アクティブ80ヘルスプラン) Total Health Promotion Plan(THP) 快速職場 第3次国民健康づくり対策 (健康日本21) 健康増進法 21世紀における第2次国民健康づくり対策 健康日本21(第2次)
	資料7		

の健康診査、健康指導体制を確立しようということで、健康診断体制を充実することで早期発見・早期治療を進める2次予防が中心になっていました。そのころに、財団法人健康・体力づくり事業財団が設立されたこともあり、乳幼児から高齢者までのすべての人たちが、このような健康指導体制によってカバーされるようになりました。Health for All「すべての人に健康を」という理念が、日本でも打ち出されたことになり

(4)オタワ憲章

1986年になり、カナダのオタワで「ヘルスプロモーション」という言葉がしっかり打ち出された国際会議がありました。このオタワ憲章で打ち出された定義は、「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、改善することができるようにするプロセスである」ということです。この定義は一読して分かりにくいので、2つの文章に分けます。まず、一人一人が自分たちの健康をコントロールすること、個人の努力です。タバコをやめる、アルコールを飲み過ぎない、運動

世界の健康づくり施策の歴史			
年	WHO	欧米	日本
1946	WHO憲章(健康の定義)		健康増進モデルセンター
1972			
1974		Lalonde report(カナダ)	オタワ憲章 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、改善することができるようにするプロセスである
1978	アルマ・アタ宣言(Health for All)	Healthy people(米国)	
1979			
1982			
1984	Health Promotion Program		
1986	第1回ヘルスプロモーション国際会議(オタワ憲章)		
1988	第2回ヘルスプロモーション国際会議(Adelaide)	Healthy people 2000(米国)	
1990			
1991	第3回ヘルスプロモーション国際会議(Sandsvall)		
1992			
1997	第4回ヘルスプロモーション国際会議(Jakarta)健康への投資		快速職場
2000	第5回ヘルスプロモーション国際会議(Mexico City)公平な社会	Our Healthier Nation(英国) Healthy people 2010(米国)	第3次国民健康づくり対策(健康日本21) 健康増進法
2002			
2005	第6回ヘルスプロモーション国際会議(Bangkok)バンコック憲章		
2009	第7回ヘルスプロモーション国際会議(Nairobi)		
2010		Healthy people 2020(米国)	
2013			21世紀における第2次国民健康づくり対策 健康日本21(第2次)
資料8			

をする、ダイエットをするなど、各自がそれぞれコントロールしていくことが大事なのです。そして、後半の部分、生活習慣や健康を改善することができるようなすべてのプロセスを含んで、「ヘルスプロモーション」と言います。これがオタワ宣言の基本的な理念です。(資料8)

2. ヘルスプロモーション

(1)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、改善することができるようにするプロセスである

資料9は、健康日本21(第一次)の時に出された絵です。健康を一人で進めていくことは、健康のボールを坂道の上に転がしていくような、大変な努力が必要です。家族や同僚やみんながサポートし、坂道を緩めてあげることで、健康を推進できる環境をつくってあげることが大事だということです。オタワ憲章は、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」ということを打ち出しました。端的に言えば、個人の努力と社会環境の整備が一緒になって、

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、改善することができるようにするプロセスである

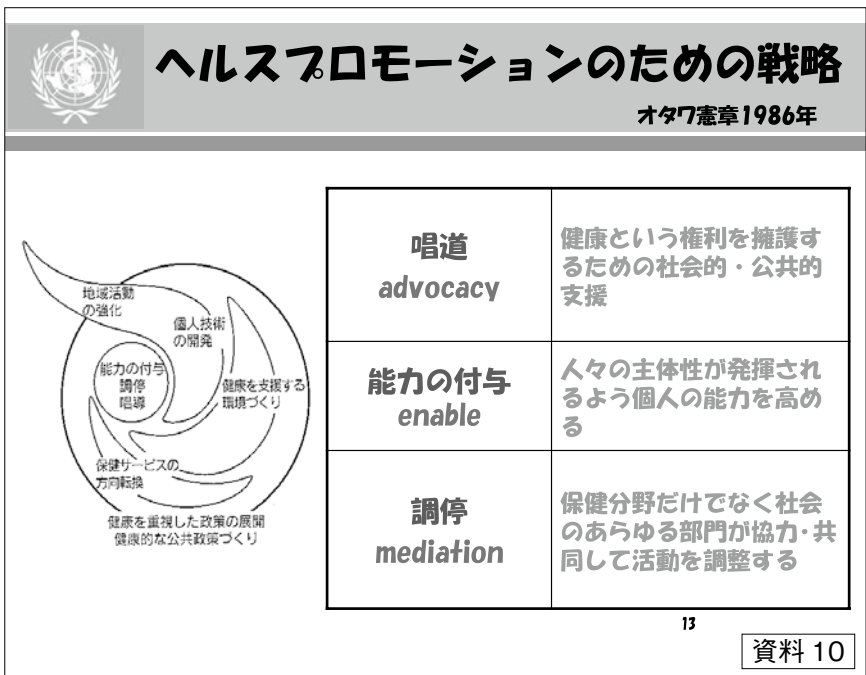


資料9

初めてヘルスプロモーションが進むということです。わが国では、「健康づくり」「健康推進」「健康増進」「健康創造」という言葉が使われていますが、健康づくりの基本的な理念は、オタワ憲章のヘルスプロモーションであると言ってもよいと思います。(資料9)

(2)ヘルスプロモーションのための戦略 オタワ憲章1986年

1986年にヘルスプロモーションの為に3つの戦略が打ち出されました。1つ目の「唱道(advocacy)」は、健康という権利を擁護する為の社会的・公共的支援です。例えば、医師や健康運動指導士や栄養士が人々の健康を支援することです。2つ目の「能力の付与(enable)」は、一人一人が能力を高めることで、主体的に健康づくりに取り組めることが大事だということです。3つ目は、保健分野だけでなく、あらゆる部門が協力・共同して進めていくということで、「調停(mediation)」という言葉を使っています。この3つが重要な戦略であるとして、



資料10

この3つが重要な戦略であるとして、地域活動の活性化や保健サービスの方向転換、健康を支援する環境づくり、あるいは個人技術の開発を総合的に進めようということが、ヘルスプロモーションだったわけです。(資料10)

(3)ヘルスプロモーション国際会議

ヘルスプロモーション国際会議は何回も開かれており、それぞれの会議でさまざまなことがディスカッションされています。ジャカルタのヘルスプロモーション国際会議では、健康への投資についてディスカッションされました。「健康とは、予算を使ってマイナスバランスになるものではなく、そこにお金を使うことは投資であり、より一層利益が得られるものである」という概念が打ち出されたのです。それから、公平性です。バンコクでは、オタワ憲章の理念をもう少し深めていこうということで、それぞれいろいろなディスカッションが行われていました。(資料11)

年	WHO	欧米	日本
1946	WHO憲章(健康の定義)		
1972			健康増進モデルセンター 労働安全衛生法
1974		Lalonde report (カナダ)	
1978	アルマ・アタ宣言(Health for All)	Healthy people (米国)	第1次国民健康づくり対策 シルバーヘルス・プラン
1982	Health Promotion Program		
1984	第1回ヘルスプロモーション 国際会議(オタワ憲章)		
1986	第2回ヘルスプロモーション 国際会議(Adelaide)		
1988			
1990	第3回ヘルスプロモーション 国際会議(Sandsvall)		
1991			
1992	第4回ヘルスプロモーション 国際会議(Jakarta)		
1997	第5回ヘルスプロモーション 国際会議(Mexico city)		
2000			
2002	第6回ヘルスプロモーション 国際会議(Bangkok)		
2005			
2009	第7回ヘルスプロモーション 国際会議(Nairobi)		
2010			
2013	第8回ヘルスプロモーション 国際会議(Helsinki)		

ヘルスプロモーション国際会議

第2回(Adelaide) : 公共的健康政策

第3回(Sandsvall) : 健康支援環境の創造

第4回(Jakarta) : 健康への投資の概念、健康の決定要因への取り組み

第5回(Mexico city) : 不正格差への架橋

第6回(Bangkok) : オタワの概念の再構築

第7回(Nairobi) : 健康制度・政策間のギャップを縮める

第8回(Helsinki) : すべての政策に健康の視点を

健康日本21(第2次) 資料 11

(4)ヘルスプロモーションを成功させるための5つのプロセス バンコック憲章2005

バンコク憲章では、先ほどの「唱道」「能力の付与」「調停」はそのままありますが、それをさらに進化させて、「投資」という言葉が入ってきました。健康の決定要因に焦点を当てた持続的な政策・活動として、社会的基盤に投資することが大事だということです。

「能力形成」は、一人一人が健康づくりを行うだけではなく、指導者や実際にヘルスプロモーションを実践していく人たちのレベルもアップしていこうということです。それから、健康に対する知識(リテラシー)を深めていくということが入っています。

「規制と法制定」では、法律や規制でしっかり健康づくりを行っていこうということです。例えば、タバコの値段を上げる、あるいは健康増進法で児童喫煙ができないような環境をつくっていく、ということがここに入ってくるわけです。

そして、「パートナー(協働連携)」はさらに幅広く、例えば、自治体部門だけの連携ではなく、民間のさまざまな組織や非営利的な組織ともパートナーシップを取り、連携して健康づくりを進めていこうということです。「唱道」「投資」「能力形成」「規制と法制定」「パートナー」をキーワードに進めていくことになりました。(資料12)

唱道	人権と連帯意識に基づいた健康を唱道すること
投資	健康の決定要因に焦点を当てた持続的な政策、活動として社会的基盤に投資すること
能力形成	政策開発、リーダーシップ、ヘルスプロモーションの実践、知識移転や研究、そして健康識字のための能力を形成すること
規制と法制定	すべての人々の健康とwell-beingを達成するために、有害なものから高水準の保護と、平等な機会を保障するための規制と法律を制定すること
パートナー	持続的な活動を創造するためにパートナーと公的組織、民間組織、非政府組織として市民社会による同盟をつくること

資料 12

II. 身体活動・運動の健康影響

ギリシャの時代から、多くの人たちが「運動が大事だ」と言っています。医学の世界では、医聖ヒポクラテスが、「食べることだけでは、人は健康を維持できない。人は、また、健康増進の為に運動をしなければならない」と既に言っています。(資料13)

また、哲学者のプラトンは、「活動的でないことは、すべての人間の良好な状態を損なう。これに対して、動くことや規則的な身体運動は良好な状態を守り、維持する」と言っています。最近問題になっているsedentary(座りがちの生活)は体に良くないことを、既にプラトンは見抜いていたわけです。(資料14)

わが国では、貝原益軒先生が『養生訓』の中で、既に「身体は日々少づつ労働すべし。久しく安坐すべからず。毎日飯後に、必ず庭園の内数百足しづかに歩行すべし。雨中には室屋の内を、幾度も徐行すべし。此如く日々朝晩運動すれば、針・灸を用ひずして、飲食・気血の滞なくして病なし。針灸をして熱痛甚しき身の苦しみをこらえんより、かくの如くせば痛なくして安楽なるべし」。昔の治療というのは鍼灸ですから、熱いお灸を据えたり、針を刺したりして苦しむことなく健康でいられることを、貝原益軒先生は言われたのです。昔の時代ですが、84歳まで長生きされています。(資料15)



Eating alone will not keep a man well. He must also take exercise to produce health.

Hippocrates (BC460-370頃)

食べることだけでは、人は健康を維持できない。人は、また、健康増進のためには、運動をしなければならない。

医聖ヒポクラテス

資料 13

"Lack of activity destroys the good condition of every human being, while movement and methodical physical exercise save it and preserve it"

Plato (BC427-BC347)

活動的でないことは、すべての人間の良好な状態を損なう。これに対して、動くことや規則的な身体運動は良好な状態を守り、維持する

プラトン

資料 14

貝原益軒(1630-1714)養生訓

巻第一 総論上
運動して健康増進に努めること

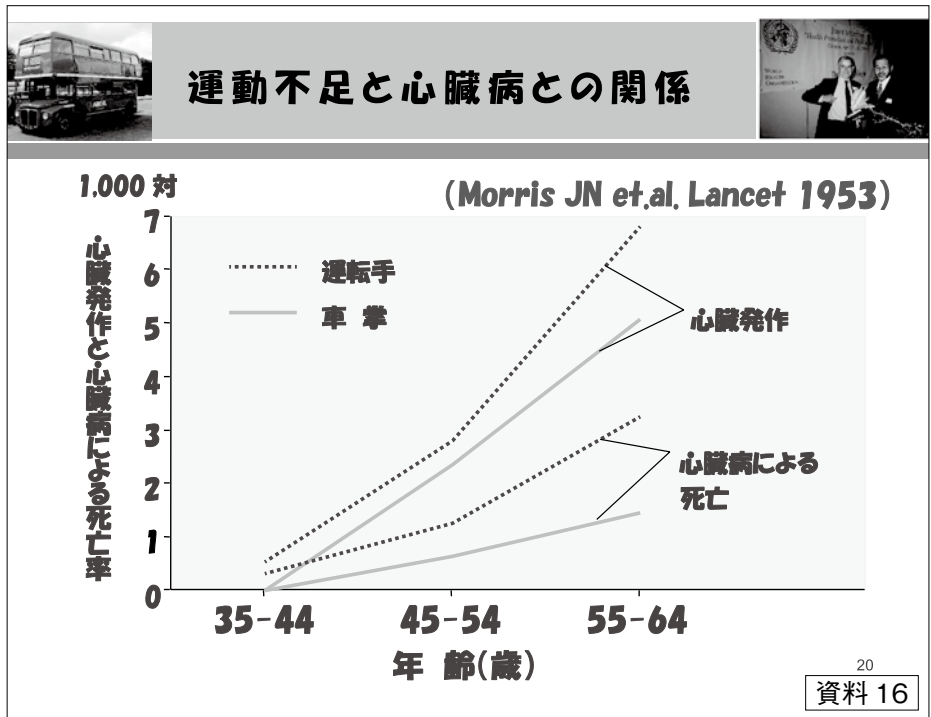
身体は日々少づつ労働すべし。久しく安坐すべからず。毎日飯後に、必ず庭園の内数百足しづかに歩行すべし。雨中には室屋の内を、幾度も徐行すべし。此如く日々朝晩(ちようばん)運動すれば、針・灸を用ひずして、飲食・気血の滞なくして病なし。針灸をして熱痛甚しき身の苦しみをこらえんより、かくの如くせば痛なくして安楽なるべし。



資料 15

1. 運動不足と心臓病との関係

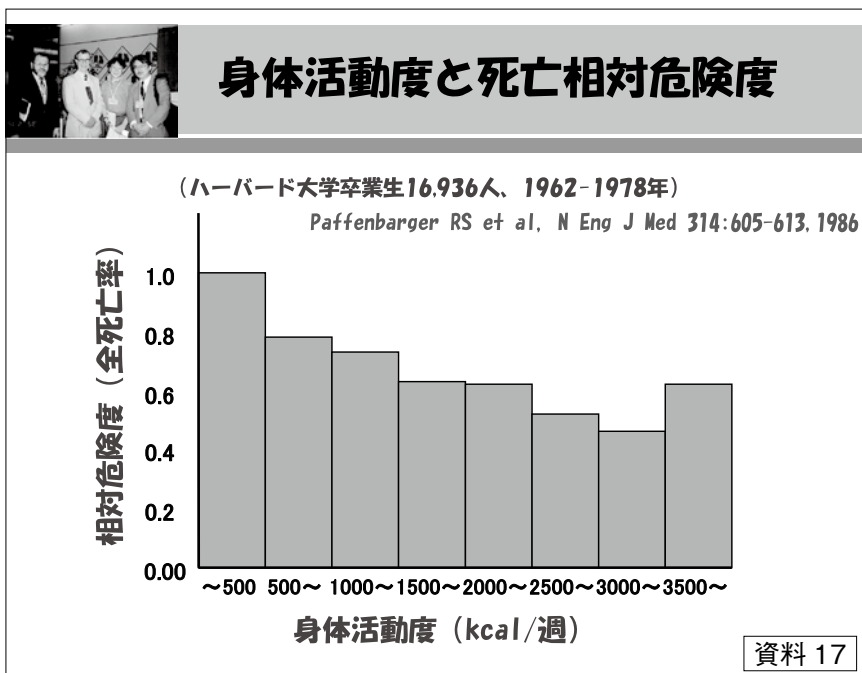
これまでは経験的なお話ですが、科学として発表したのがMorris先生というロンドン大学のプロフェッサーです。これは、今から約60年前の『The Lancet』という世界のトップジャーナルに載ったグラフです。2階建てバスの車掌の心臓病による死亡と心臓発作の頻度を年代別に見ています。高齢になるに従って死亡率は上がっていきます。一方、運転手の場合には、車掌の倍ぐらい発症率・死亡率が高いことが分かりました。2つの職種の人たちの身体



活動の頻度や強度を調べたわけではなく、職業で調べたのです。私もこの論文を読んで若い時にロンドンに行き、2階建てバスに乗りました。後ろから乗客が乗り込んできて、一部の乗客は階段を上っていきます。車掌はバスストップごとに階段を上り下りして切符を切りますが、運転手はずっと座りっぱなしで全くsedentaryです。ずっと体を動かしている車掌と、座りっぱなしの運転手との差が出ていることが分かったわけです。これも間接的な研究です。(資料16)

2. 身体活動度と死亡相対危険度

資料17の左上の写真は、『The New England Journal of Medicine』に掲載されたもので、Paffenbarger先生と私のスナップ写真を右上に付けました。Paffenbarger先生はハーバード大学の卒業生約1万



7,000人の1週間の身体活動量を、エネルギー消費量に換算して、10年以上フォローアップしました。そうすると、結果として死亡率が出てきます。身体活動が1週間で500kcal未満の人たちが、死亡率が一番高いのです。そして、身体活動で3,000kcal消費している人たちの死亡率が、500kcal未満の人たちの半分であることが分かりました。ようやく身体活動と健康との関係が明らかになったという研究です。(資料17)

その研究を基に、身体活動量を2,000 kcalで切ってみました。そうしますと、身体活動量2,000kcal未満の人に対して、2,000kcal以上の人は死亡のリスクが28%低下することがはっきり分かりました。1週間に2,000kcalを一つのメルクマールにしようとする、1日では300kcalになります。300kcalの身体活動量というのは、だいたい1日1万歩のエネルギー消費量になることから、「1日1万歩」と言われ始めたのです。(資料18)

身体活動度と死亡相対危険度

身体活動量指数(kcal/週)	死亡相対危険度
<2000	1.00
2000 ≤	0.72

2000kcal/週 身体活動量 ≒ 300kcal/日 身体活動量

1日あたり300kcal ≒ 1日1万歩の消費
カロリー

資料 18

3. 身体活動に関する研究

身体活動に関する疫学研究は山のように出てきています。最近のトップ医学ジャーナル『The Lancet』の論文を紹介します。台湾の研究ですが41万人の男女を対象集団として追跡しました。最初に健康診断を行い、身体活動を調べました。平均追跡期間8年で死亡のリスクを分析してみました。30歳の時にあと何年生きられるかという余命を調べたのです。

身体活動のグループ分けとして、1日15分未満の身体活動量は「不活動」とします。それから1日約15分の身体活動、15分間速足で歩くぐらいの量は、現在のリコメンデーション(勧告)から考えると、身体活動量は「低」となります。身体活動量「中等度」は、現在のWHOの身体活動の基準を満たしたもので、1日約30分の活動(ウォーキング)をしていることとなります。そして、さらに「それ以上」のグループに分けて、不活動グループと平均余命を比較してみました。

そうしますと、たった15分しか歩いていない「低」身体活動の人であっても、男性では2.55年、女性

では3.10年余命が長かったということになります。通常のWHOの基準(「中等度」の身体活動量)を満たしている人たちは、さらに寿命が長く、男性では4.21年、女性では3.67年も長かったということです。活動が多くなればなるほど、寿命が延びることが明らかになりました。WHOの基準を満たしていなくても、少しでも体を動かしていたら効果があることが明らかになった論文です。(資料19)

30歳時での余命を身体的不活動グループと比較すると、低身体活動量(15分/日の歩行)の者でも、男性2.55年、女性3.10年長かった。WHOの基準(中等度の活動量)を満たしている者では、男性4.21年、女性3.67年長かった。

- ◆ 416175人(男性199265人、女性216910人)を追跡した前向きコホート研究、台湾において標準的な健康診断を受けた1996年~2008年までの平均追跡期間8.05年。
- ◆ 1週間の身体活動量を自記式の質問紙で得た。身体活動量のカテゴリーは、不活動(3.75MET-h未満/W)、低(3.75-7.49MET-h/W)、中等度(7.50-16.49MET-h/W)、高度(16.50-23.49MET-h/W)、最高度(23.5MET-h/W以上)の活動量の5段階に分けられた。すべてのカテゴリーでの死亡のリスクをハザード比で示し、不活動と比較し、各々のグループの寿命を計算した。
- ◆ 結果：不活動のグループに比べて、1日15分の低い身体活動量グループでは身体、全死因による死亡率を14%低下させ、3年間の寿命の延長を認めた。毎日ミニマムの15分からさらに15分ずつ運動を増加させると、全死因による死亡率をさらに4%ずつ低下させ、すべてのがん死亡率を1%ずつ低下させた。これらの結果は、すべての年齢層で、また男女ともに、また心血管疾患を有する者にも適用できた。不活動の個人は、低い身体活動量の者に対して、17%死亡率が高かった。がんの死亡率も11%高かった。これらの結果は量反応関係にあった。
- ◆ 30歳時点での余命を、不活動グループと比較すると、低身体活動量の男性では2.55年、女性では3.10年長かった。WHOの基準(中等度の活動量)を満たしている男性は4.21年、女性では3.67年長かった。
- ◆ 解釈：1日に15分あるいは1週間に90分の中等度の強度の運動であっても、利益があることが明らかになった。心血管疾患を有する人においても同様である。

Wen CP, et al.: Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. Lancet 378: 1244-1253, 2011

資料 19

もう一つは、耐糖能障害の人たち約1万人を調べました。これも『The Lancet』に掲載された論文です。ベースライン調査で1万人の対象者の歩数を調べたところ、1日に平均2,000歩多い人は、約6年後の心臓血管疾患発症のリスクが約10%下がります。さらに2,000歩多い人は、さらに10%下がります。歩数が多くなるに従って、心臓血管疾患の発症のリスクが下がることが明らかになりました。次にフォローアップして、1年後に歩数が2,000歩増えた人たちは、発症のリスクが8%下がることがわかりました。身体活動が高い人たちは心臓血管疾患発症のリスクが低く、これからさらに身体活動を高めても、やはりリスクが下がることが分かったという論文です。(資料20)

糖代謝異常者では、ベースライン調査において歩数が2000歩（20分の歩行時間相当）多くなるごとに心臓血管疾患発症率は10%ずつ低下する。またベースライン調査1年後に歩数が2000歩増加していると発症率が8%低下する。

- ◆ 方法：2002年1月から2004年1月までの40か国で集められた耐糖能障害を持った9306名を含むNAVIGATORトライアルから得られた縦断データを分析した。
- ◆ 参加者は心臓血管疾患（50歳以上）を有するか、または一つ以上の心臓血管疾患のリスクファクターの保有者（55歳以上）で、心臓血管疾患（心臓血管死、非致死的心筋梗塞、あるいは心筋梗塞）の発症（イベント）を平均6年間にわたって追跡された。また、ベースライン時と12か月後に、歩数計を装着して歩行活動を調べた。
- ◆ 調整されたコックス比例ハザードモデルが、ベースラインデータから12か月後の歩行活動とそれに続く心臓血管疾患の発症のリスクとの関連についてそのおののおの交絡因子について調整した上で、計量した。
- ◆ 所見：45211人年の間、531件の心臓血管疾患の発症があった。ベースラインの歩行活動において一日に2000歩多いとそのハザード比は0.9（95% CI: 0.84-0.96）と低下した。また歩行活動の変化（2000歩増加すると）は0.92（95% CI: 0.86-0.99）心臓血管疾患発症と負の関係にあった。歩行活動の変化は、BMIの変化や厚かの交絡因子に影響されなかった。
- ◆ 解釈：耐糖能を有した心臓血管疾患の高いリスクを有する人は、日常的な歩行活動や歩行活動における変化は引き続き心臓血管疾患発症のリスクを低下させることを示している。

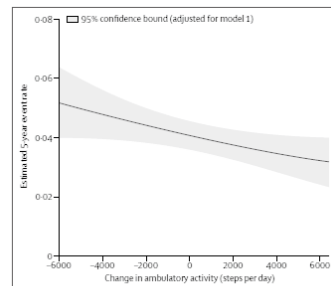


Figure: Relation between change in ambulatory activity and adjusted 5-year cardiovascular event rates

Yates T et al.: Association between change in daily ambulatory activity and cardiovascular events in people with impaired glucose tolerance (NAVIGATOR trial): a cohort analysis, Lancet 2013, Dec 20

資料 20



4. 健康づくりにおける身体活動の意義

健康づくりにおける身体活動の意義

- ✓ 日常の身体活動量を増やすと：
 - **メタボリックシンドロームを含めた循環器疾患・糖尿病・がんなどの生活習慣病の発症及びこれらを原因として死亡に至るリスクを低下させる。**
 - **加齢に伴う生活機能低下（ロコモティブシンドローム及び認知症）のリスクを低下させる。**
- ✓ **更に運動習慣を持つと：**
上記の疾病の予防効果をさらに高めることが期待できる。
- ✓ **特に、高齢者においては、積極的に体を動かすと：**
生活機能低下のリスクを低減させ、自立した生活をより長く送ることができる。→健康寿命の延伸

資料 21

このように疫学的な研究はたくさん出てきており、いろいろなことが分かっています。日常の身体活動量を増やすと、メタボリックシンドロームを含んだ生活習慣病の発症及び、死亡に至るリスクを低下させます。それから、最近出てきた概念では、加齢に伴う生活機能の低下の一つとして、ロコモティブシンドローム及び、精神機能として認知症のリスクを低下させることが分かってきました。特に高齢者においては、積極的に体を動かすことによって生活機能低下のリスクを低減させ、自立した生

活をより長く送ることができるということで、健康寿命を延ばせることが分かってきました。(資料21)

それ以外にもいろいろなメリットがあります。気分転換、ストレス解消の効果もあり、うつ病の予防ができます。現在、うつ病は職場でも大きな問題になっています。うつ病に対して、投薬治療以外で効果があるとされているのは、認知行動療法と有酸素運動です。中等度の運動だと風邪をひきにくくなり、運動が過度になると風邪をひきやすくなるというのはよく言われています。例えば、トライアスロンやフルマラソンを行っている人たちは、その後に風邪をひきやすくなるという報告は多くあります。適度な運動は自己効力感が高まり、クオリティ・オブ・ライフを高めることができます。これに対して、身体活動不足は肥満や生活習慣病発症のリスクになります。あるいは、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子になるということです。(資料22)

健康づくりにおける身体活動の意義

そのほか身体活動（生活活動・運動）に取り組むことで得られる効果

- **日常生活の中でも、気分転換やストレス解消につながることで、いわゆるうつ病などの予防や治療として有効であること、**
- **ストレッチングや筋力トレーニングによって腰痛や膝痛が改善する可能性が高まること**
- **中強度の運動によって風邪（上気道感染症）に罹患しにくくなること**
- **健康的でスマートな体型を維持することで自己効力感が高まること**など

→様々な角度から生活の質を高めることが出来る

一方で、身体活動不足は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であり、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもある

資料 22

Ⅲ. 健康日本21における身体活動・運動の推進

1. 健康日本21(2000年～2012年)

健康日本21における身体活動・運動の推進について少しお話しいたします。健康日本21(第一次)は、今から14年前に始まりました。21世紀のわが国における健康づくり施策ということで、「健康日本21」となりましたが、根本は1次予防です。病気にならないようにする、病気の発症を予防する、それから、なかなか進みませんでした。環境整備も入って、それまでの健康づくり施策とは少し異なっていました。その特長は、それぞれの項目について目標値などを設定し、中間評価・最終評価をしたことです。(資料23)

健康日本21 (2000年～2012年)

- ① 一次予防の重視
- ② 健康づくり支援のための環境整備
 - 健康を実現することは、元来、個人の健康観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組む課題であるが、こうした社会全体として個人の行動変容を支援していく環境を整備することが不可欠である。
- ③ 目標等の設定と評価
- ④ 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

28
資料 23

(1) 成人における現状と目標

身体活動・運動の分野に関しては、身体活動・運動分科会が立ち上げられました。1カ月ぐらいで目標値を立てるようにと厚生労働省から言われ、私と、当時、東京大学医学系研究科健康増進科学の助教授だった川久保清先生と、財団法人明治生命厚生事業団体力医学研究所の所長だった荒尾孝先生の3人で、目標値はどうしたらよいだろうかと考えました。しかし、一部の地域や一部の人の身体活動・運動の数値はありましたが、国民全体の身体活動・運動に関するデータはありませんでした。たまたま国民栄養調査というものが行われていて、栄養調査に付随して歩数が調べられていました。平成9年の歩数を調べると、男性が8,200歩、女性が7,280歩でした。右肩上がりだったこともあり、これから健康づくりで歩数の増加を10年間勧めれば、1,000歩ぐらいは増やせるだろうと思い、「1,000歩増やそう」という目標を立てたわけです。(資料24)

成人における現状と目標

健康日本21(2000年～2012年)

日常生活における歩数の増加(国民栄養調査)

男性	8,202歩	→	9,200歩		
	基準値		目標値		
女性	7,282歩	→	8,300歩		
	基準値		目標値		

注) 1日当たり平均歩数で1,000歩、歩く時間で10分、歩行距離で600～700m程度の増加に相当

基準値:平成9年国民栄養調査

29
資料 24

成人における現状と目標

健康日本21(2000年~2012年)

運動習慣者の増加

運動習慣者：1回30分以上の運動を、
週2回以上実施し、1年以上持続してい
る人



男性 28.6%→39%
基準値 目標値

女性 24.6%→35%
基準値 目標値

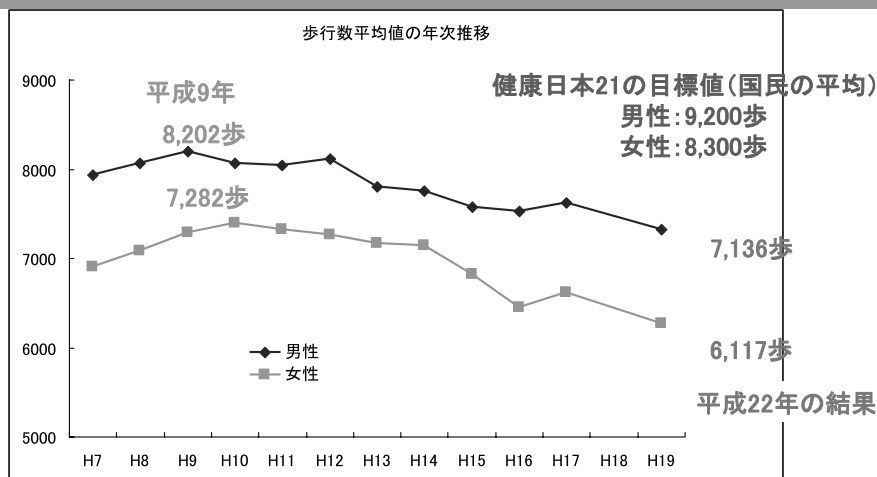
資料 25

もう一つ、国民栄養調査で「運動習慣のある人たちの割合」がありました。その調査結果では、男性も女性もだいたい4人に1人に運動習慣がありました。運動習慣も約10%は増やせるだろうと目標を立てたのです。(資料25)

(2) 歩数平均値の年次推移

ところが資料26のグラフのように、歩数の平均値が平成9年を境に徐々に減ってしまいました。平成9年までは右肩上がりで上がっており、もう少し増やせるだろうということで、男性8,200歩、女性7,200歩から1,000歩増やして、10年後には男性9,200歩、女性8,300歩を達成しようではないかという目標を立てたのです。しかし、残念ながら平成9年以降どんどん減ってきて、平成22年には男性が7,136歩、女性が6,117歩となりました。1,000歩増やすどころか、1,000歩減って、目標値に対しては2,000歩も減った結果になったわけです。(資料26)

歩数平均値の年次推移

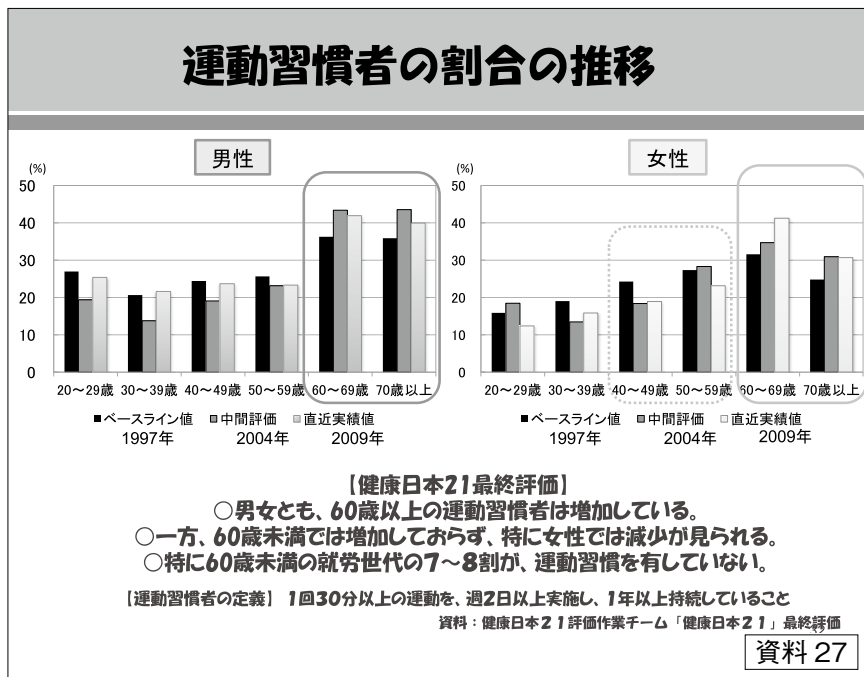


(国民健康・栄養調査)

資料 26

(3) 運動習慣者の割合の推移

では、運動習慣者はどうでしょうか。資料27のグラフは、男女別に20代～70代で分けてあります。

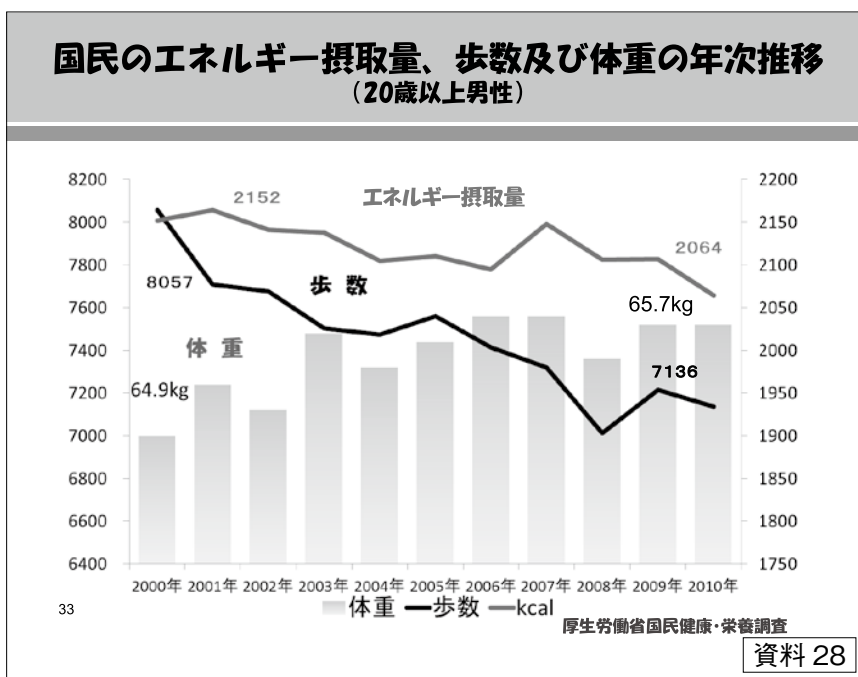


それぞれ左側の棒グラフがベースライン時の1997年、中間評価が真ん中、最終評価あるいは直近の評価が右側です。高齢者は、もともと若い世代よりも運動習慣を持っている人たちが多かったのですが、さらに増えていきます。ところが、若手は男女共に減っています。最終評価としては、男女とも60歳以上の運動習慣者は増加している一方、60歳未満では増加していません。特に女性は減少が見られます。これは大きな問題だということになりました。(資料27)

2. 国民のエネルギー摂取量、歩数及び体重の年次推移

国民健康・栄養調査のデータを見てみました。資料28は栄養に関する詳しい調査を行い、国民のエネルギー摂取量を計算で出しています。グラフは男性のデータです。2,152kcalから2,064kcalと、エネルギー摂取量が約100kcal減っており、必ずしも増えていません。高齢者は食の量が少ないので、その年齢補正をしても、なお減っていることが結果として出てきました。体重を見てみると、64.9kgから65.7kgということで、少しでこぼこはありますが、800gの増加となりました。男性はエネルギー摂取量が減っているのに、体重が増えています。つまり、インが減って、結果が増えているわけですから、アウトはさらに減っていることになります。

エネルギー消費量を計算するのは大変で、調査でもなかなかデータが出てきません。歩数は、エネルギー消費量を代表するものとして考えていただきたいと思います。人間の身体活動は、歩くだけではなく、家事労働などいろいろな労働や動作があります。エネルギー消費量のトータルは反映していませんが、歩数で代表して見てみると1,000歩減ってしまっていました。やはり体重が増えてきた原因は、エネルギー消費量の減少であり、それが10年間の大きな問題であるといえます。(資料28)



3. 歩数が1日1,000歩減ると

歩数が1日1,000歩減るとはどのようなことでしょうか。1日1,000歩、1カ月で3万歩です。そして、1年で36万5,000歩になります。塵も積もれば山となるということで、歩数として1年で36万歩も減ってしまうこととなります。

運動によるエネルギー消費量は体重によって違います。1,000歩というのは、大人の男性が約30kcal消費する運動量ということで例を挙げました。1年では、30kcal×365日で約1万kcalになります。そして、1gの脂肪が生体内で燃えると約7.5kcal消費します。1万kcalが消費されないということは、約1.5kgの脂肪が燃焼されないでたまってしまうこととなります。1年で1.5kgの脂肪、あるいは体重が増加する結果に至ることが分かるだろうと思います。(資料29)

歩数が1日1,000歩減ると

1日:1,000歩、1か月:30,000歩、1年:365,000歩

1,000歩 = 運動によるエネルギー消費量は約30kcal

1年では: $30 \times 365 = 10,950\text{kcal}$

1gの脂肪が生体内で燃焼すると7.5kcalを消費するが

$10,950\text{kcal} / 7.5\text{kcal} = 1,460\text{g} = 1.5\text{kg}$

1年で約1.5kgの脂肪(体重)が増加する

塵も積もれば山となる!

34

資料 29

4. 身体活動量減少の理由

身体活動がなぜ減ったのかということについては、既にWHOが調べています。過去数十年間で、すべての年齢層の身体活動量の減少が進行しているのです。大きな理由としては、仕事と日常作業の機械化・自動化です。徒歩や自転車に代わる車利用度の増大、モータリゼーションの発達です。座って

行う仕事(sedentary work)、オフィスワークがどんどん増えています。省力装置(エスカレーター、エレベーター、動く歩道等)がどんどん開発され、利用されています。そして、子どもたちのコンピューターゲーム、あるいはわれわれも家でテレビを見たり、コンピューターで遊んだりするようになり、非活動的な余暇の過ごし方がどんどん増大しています。このようなものが総合的に身体活動の減少という結果に至っているのです。(資料30)



身体活動量減少の理由

過去数十年間にすべての年齢層で身体活動量の減少が進行している。

その大きな理由としては、

- 仕事と日常作業の機械化、自動化
- 徒歩や自転車に替わる車利用度の増大
- 座って行う仕事(sedentary work)の増加
- 省力装置の利用(エスカレーター、動く歩道など)
- テレビ視聴やコンピューター使用など非活動的な余暇の過ごし方の増大など

が挙げられる

WHO Regional Office for Europe(2006):
Promoting physical activity and active living in urban environment. The role of local government.

資料 30

5. 身体活動・運動に関する目標値の最終評価(健康日本21最終評価報告書より)



身体活動 運動に関する目標値の最終評価 (健康日本21最終評価報告書より)

- 意識的に運動を心がけている人の割合は増加したが、運動習慣者の割合は変わらなかった。運動の重要性は理解しているが長期にわたる定期的な運動に結びついていないと考えられる。
- 日常生活における歩数については悪化した。歩数は余暇時間に行われる運動と比較的活発な生活活動を合わせた「身体活動」の指標であり、歩数の減少は身体活動量が減少していることを示唆している。その原因として運動以外の生活活動量の減少が考えられる。

36

資料 31

いては悪化しています。歩数というのは、余暇時間に行われる運動と比較的活発な生活活動を合わせた身体活動の指標になります。したがって、歩数の減少は、身体活動量が減少していることを大きく示唆しています。原因として、運動以外の生活活動量の減少が考えられます。通勤や日常でのウォーキングが減ってきているということです。(資料31)

健康日本21(第一次)最終評価報告書では、喫煙率や食塩摂取量については効果がありました。身体活動に関してはうまくいかなかったという総括をしています。意識的に運動を心掛けている人の割合は増加しましたが、運動習慣者については、高齢者は増えていますが、全体で見ると変わっていません。つまり、運動は重要であることを国民はみんな理解していても、長期にわたる定期的な運動に結び付いていないのです。

日常生活での身体活動は歩数で表されていますが、これにつ

6. 今後の課題(最終報告書より)



今後の課題 (最終報告書より)

- 歩数の減少は肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であるなど、最も懸念すべき問題であり、早急に重点的な対策を実施する必要がある。
- 運動基準・指針改定、すこやか国民生活習慣運動、特定保健指導などを通して、日常生活における歩数増加のための支援を特に強化することが望まれる。
- 運動・身体活動の重要性を理解しているが、行動に移せない人々に対するアプローチを行う必要がある。具体的には、個人の置かれている環境(地理的・インフラ的・社会経済的)や地域・職場における社会支援の改善などがあげられる。

➡ 身体活動推進への環境支援が重要

37

資料 32

今後の課題として、運動・身体活動の重要性は理解しているが行動に移せない人々に対する働き掛けが必要です。具体的には、個人の置かれている環境、あるいは地域・職場における社会的な支援の改善などが挙げられます。身体活動推進あるいは運動推進への社会環境からの支援が重要であることが総括になっています。(資料32)

IV. 新たな健康づくり対策、健康日本21(第二次)

1. 厚生労働大臣告示 平成24年7月10日

健康日本21(第一次)の総括を踏まえて、新たな健康づくり対策の健康日本21(第二次)が、平成24年から厚生労働大臣告示で始まりました。国民の健康増進の目標に関する事項は1から5まであります。

健康日本21(第2次)

厚生労働大臣告示 平成24年7月10日

国民の健康増進の目標に関する事項

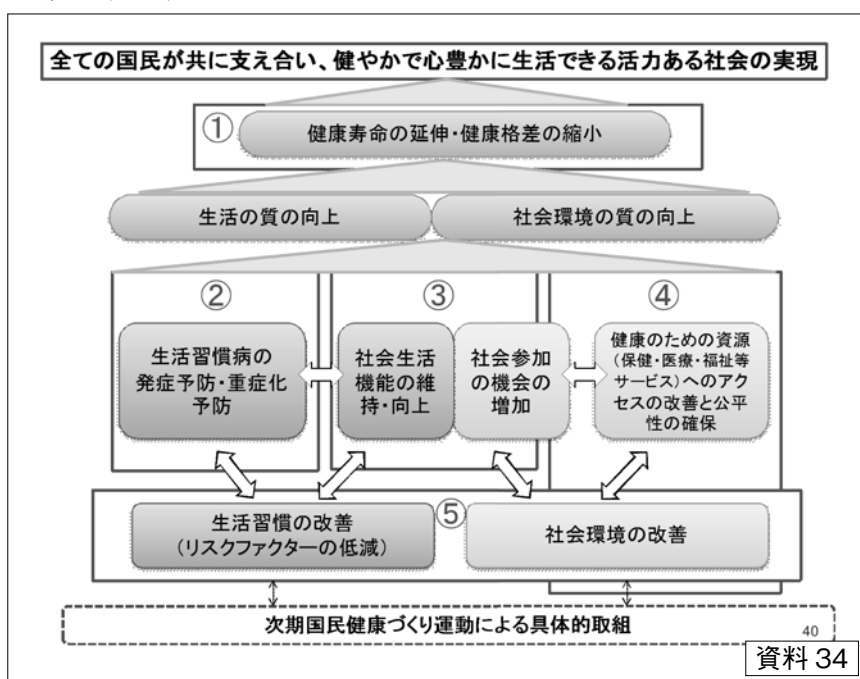
- 一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
- 三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
高齢者では、認知機能の低下及びロコモティブシンドローム(運動器症候群)の予防
- 四 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

資料 33

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小。2. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底。3. 社会生活を営む為に必要な機能の維持及び向上。特に高齢者については認知機能の低下とロコモティブシンドローム(運動器症候群)の予防が入りました。4. 健康を支え、守る為の社会環境の整備。5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔等の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善。この部分は、健康日本21(第一次)と同じです。(資料33)


健康日本21(第二次)を一つの絵で表したものが、資料34です。ヘルスプロモーションの考え方を理解していれば分かりますが、個人に対しては、生活習慣の改善、リスクファクターを減らしていきますよということ。これまでの健康日本21(第一次)は、生活習慣病の発症予防(1次予防)だけだったのですが、重症化も予防し、2次・3次予防も行っていくということです。それから、認知機能やロコモティブシンドロームに対しても予防を行い、社会生活機能の維持向上を図っていくということが新しくなりました。これらは個人へのアプローチで、結果として生活の質向上、クオリティ・オブ・ライフの向上に繋がります。

もう一つは、社会環境の改善・整備です。行政が人々の健康を維持できるような法律を作り施策を進めること、保健医療の専門家などが健康教育を行い個人の知識や技能を高められるよう支援すること、家族・友人が健康づくりを支援すること、歩道の整備や施設を造って健康のための物理的環境を整えることなど、個人の健康づくりを支援する社会環境の整備を行っていくことがあります。この2つが相まって、健康寿命の延伸と健康格差の縮小が得られるのだと訴えたのです。(資料34)




2. アルマ・アタとオタワの流れを汲んでいる

最初にお話しした、アルマ・アタ宣言とオタワ宣言の理念を復習します。今回の健康日本21(第二次)では、健康格差の縮小・解消が主目的の一つになりました。すべての人たちの地域、性差、貧富の差の格差をなくしていこうということです。地域間格差の縮小は、Health for Allに繋がります。生活習慣病の発症予防は、以前は1次予防だけでしたが、病気を持った人たちも健康づくり施策の中にも含めることになりました。Health for Allです。また、これまでは成人と高齢者にいろいろな目標値が



健康日本21(第二次)

アルマ・アタとオタワの流れを汲んでいる



① **アルマ・アタ宣言(1978年): Health for All**
 →健康日本21(第二次)では健康格差の解消が主目的の一つ

- 地域間格差の縮小
- 生活習慣病の発症予防(一次予防)から有病者の重症化予防(二次予防・三次予防)まで
- 乳幼児期から高齢期までのあらゆる世代
- 性差や社会経済状況の違いを考慮

② **オタワ憲章(1986年): Health Promotion**
 ヘルスプロモーションは個人の努力+社会環境の整備
 →健康日本21(第二次)では

- 「社会環境の整備」を施策の中心の一つとした

資料 35

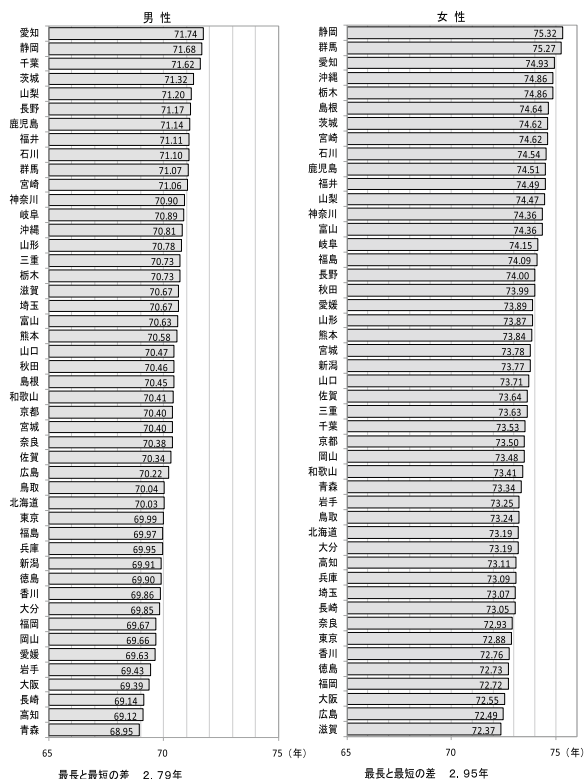
打ち出されていましたが、今回は子どものころからの目標を立てていこうということで、「あらゆる世代」という意味でのHealth for Allが入っています。これらは、アルマ・アタ宣言を実現しようとするものです。

そしてもう一つは、オタワ憲章のヘルスプロモーションの理念です。個人の努力と社会環境の整備が相まって、初めて健康づくりが進むということで、社会環境の整備を施策の中心の一つにしました。2000年から始まった健康日本21(第一次)のスローガンとして、「社会環境の整備」というものがありました。しかし、ほとんどここには手を付けられませんでした。さまざまな項目の目標値の中で、環境に関する項目はほとんどありませんでした。(資料35)



3. 都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均(平成22年)

都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均 (平成22年)



都道府県別健康寿命のデータの公表
は大変インパクトがあった
↓
各県に健康づくりのインセンティブを
与えた

資料:厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 42

資料36

今回は健康格差と健康寿命の延伸が大きな目標になりました。日常生活に制限のない期間「健康寿命」に、これだけ都道府県で差があることが明らかになりました。健康寿命の長い県は、男性が愛知県、静岡県、千葉県、女性は静岡県、群馬県、愛知県がトップスリーです。健康寿命の短い下位の3県は、男性は長崎県、高知県、青森県が、女性は大阪府、広島県、滋賀県ということでした。その差は、男性は2.79年、女性が2.95年という数値になっています。これは非常にインパクトがありました。下位の県は何とかしなくてはいけませんし、上位の県は今後もさらに維持しないとはいけません。行政も県民もこれに対して非常に意識が高く、健康づくりの為の強力なインセンティブ(刺激)となるものです。(資料36)

4. 身体活動・運動分野の目標値 健康日本21(第二次)

身体活動運動分野の目標値

健康日本21(第二次)

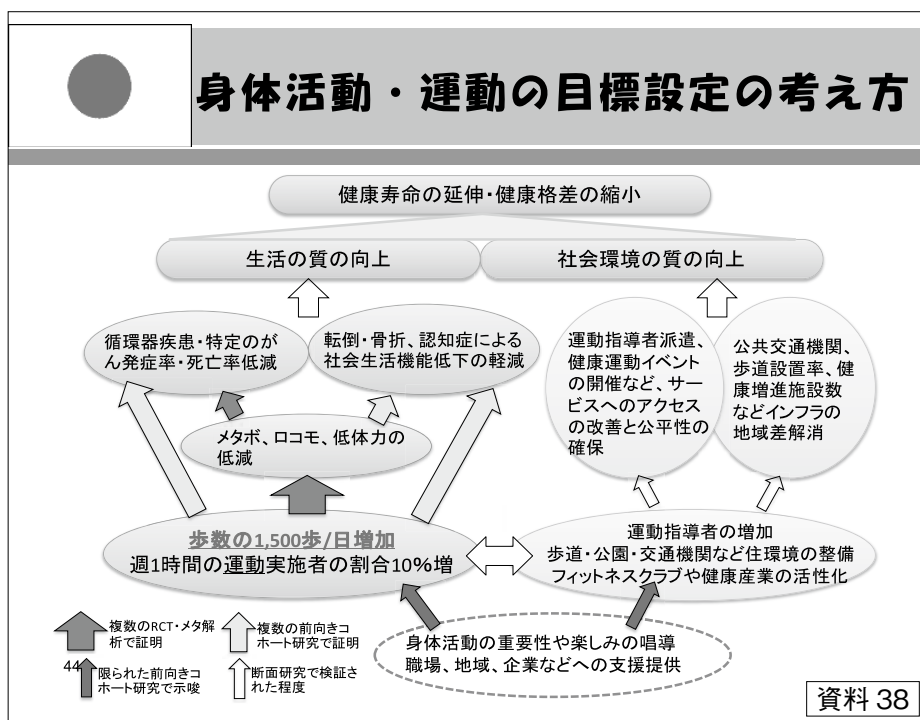
- 歩数の増加(1,000~1,500歩の増加)
20歳~64歳: 男性9,000歩/日、女性8,500歩/日
65歳以上: 男性7,000歩/日、女性6,000歩/日
- 運動習慣者の割合の増加(約10%の増加)
20~64歳: 男性36%、女性33%、総数34%
65歳以上: 男性58%、女48%、総数 52%
- **住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の増加(すべての都道府県)**
17都道府県⇒47都道府県

資料 37

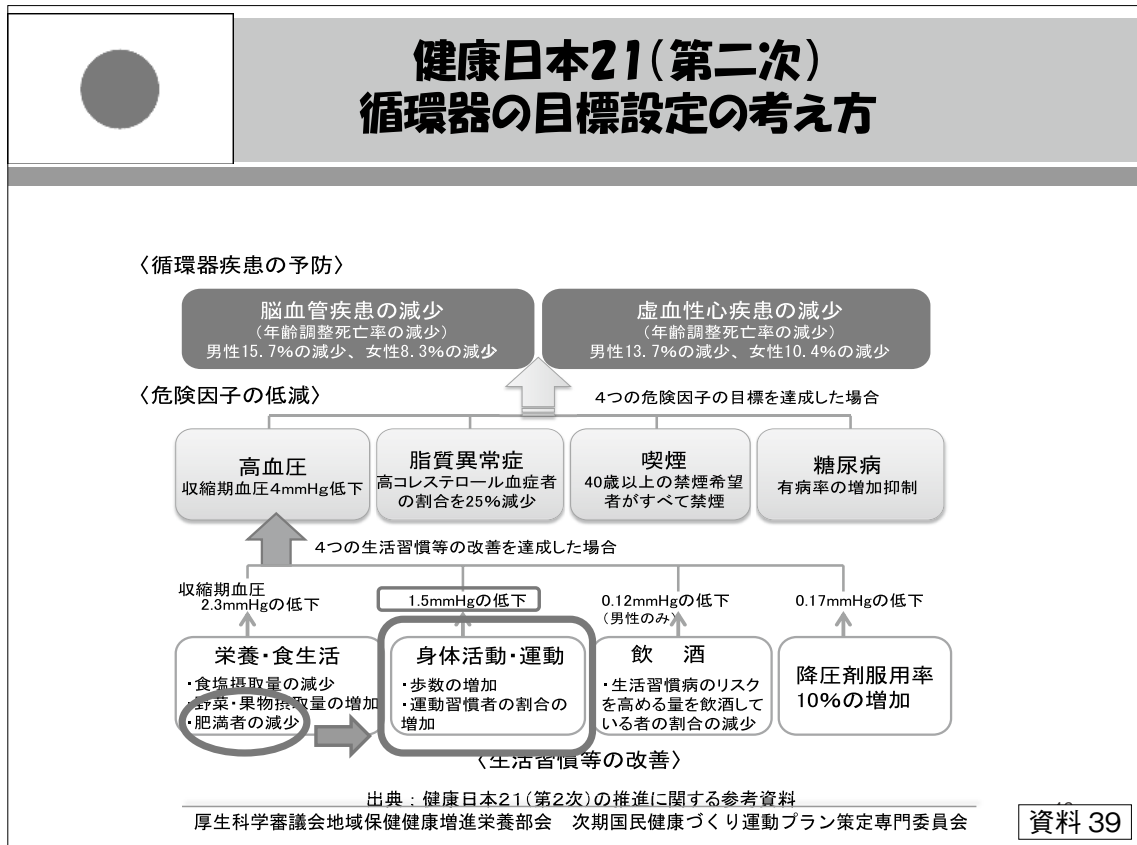
身体活動・運動分野に関して、健康日本21(第二次)では「1,000歩~1,500歩の増加」が加わりました。そして、運動習慣者の割合も10%増やすことになりました。この2つは以前とほとんど変わりませんが、今回は「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の数の増加」ということが新しく加わりました。策定時には17都道府県だったのですが、これを全都道府県にしようということになったのです。(資料37)

(1)身体活動・運動の目標設定の考え方

身体活動・運動に関しても、個人の努力と社会環境の整備が絵として掲げられました。歩数を増加させるのは個人の努力です。ただ、以前は生活習慣病の予防が主でした。特にメタボリックシンドローム、これも途中から入ってきました。循環器疾患だけではなく、がんに関しては身体活動・運動は非常に効果があります。特に大腸がんなどは予防に繋がることありますので、今回はがんも入りました。それから、ロコモティブシンドロームや認知症に対しても、身体活動は非常に効果があるということで、身体活動・運動はオールマイティといってもよいくらいです。身体活動・運動の重要性が大変増えました。身体活動・運動がクオリティ・オブ・ライフを向上させるということです。



(2)循環器の目標設定の考え方



身体活動・運動はさまざま疾患の予防に効果があります。例えば、循環器疾患についても目標が掲げられました。脳血管疾患の死亡率を、男性は約16%、女性は8%下げよう、また虚血性心疾患、心筋梗塞などについても同じように下げていこうという目標値が掲げられました。この数値を達成する為には、国民の平均収縮期血圧を4mmHg下げると一部達成できます。それから、脂質異常症では、高コレステロール血症の割合を25%減少させなければなりません。そして、タバコを禁煙したい人たちはすべて禁煙します。それから、糖尿病の有病率の増加が抑制されます。これらが達成されると、最終的な目標が達成されます。

そして、血圧を4mmHg下げる為にはどのような項目が効果あるのか挙げられています。例えば、降圧剤の服用率が10%増えると、国民の血圧は平均値で収縮期血圧が0.17mmHg下がります。男性のみですが、アルコール多量飲酒者の割合を減らすと0.12mmHg下がります。しかし、これでは4mmHgに対してあまり効果はありません。身体活動・運動は、歩数の増加と運動習慣者の割合が増加すると、1.5 mmHgの低下が見込めます。さらに大きなインパクトがあるのが、栄養・食生活における改善です。食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満者の減少などが達成されると、2.3 mmHgの低下が見込めます。これらをトータルすると4mmHgの低下になります。

これが健康日本21(第二次)の検討委員会の結論ですが、私は異議があります。エネルギー摂取量が増えていないことから肥満者の増加は身体活動量の低下が主要な要因であることは皆さんもお分かりだと思います。この図では、肥満者の増加は、目標値を設定するに当たり栄養・食生活に入っています。しかし、日本人のエネルギー摂取量は増えていません。もちろん食べる時間が遅くなったとか、理由はいろいろあるかもしれませんが、しかし、身体活動・運動の減少は非常に大きなインパクトがあります。全部とはいわなくても、半分くらいは身体活動・運動にもウエートを置くようにしてほしいのです。そうすれば、栄養・食生活以上に身体活動・運動の重要性が増してきます。どちらも重要ですが、身体活動・運動が大変重要だということになろうかと思います。(資料39)

5. 健康づくりのための身体活動基準2013

(1)日本の基準

2012年、健康日本21とほぼ同じ時期に、健康づくりの身体活動基準が新しくなりました。身体活動基準2006をブラッシュアップしたものです。これを見ますと、成人の場合は従来どおりです。2006の身体活動基準でメッツ・時という単位がありました。運動の強さ(メッツ)×時間で、身体活動の量になります。これを23メッツ・時/週行くとよいということです。これを歩行に直すと、身体活動1日60分になります。これが国民のガイドラインになるわけです。また

「健康づくりのための身体活動基準2013」

18歳～64歳の青壮年者：従来通り

- ・ 3メッツ以上の中高強度の身体活動量として23メッツ・時/週⇒歩行またはそれと同等以上の身体活動を1日60分
- ・ 3メッツ以上の中高強度の運動量として4メッツ・時/週⇒息が弾み汗をかく程度の運動を週当たり60分

65歳以上の高齢者：新規に追加

- ・ 強度を問わず身体活動を10メッツ・時/週 ⇒座ったままでなければどんな動きでもよいので、身体活動を毎日40分

全ての世代：新規に追加

- ・ 量反応関係に基づき、現在の身体活動量を少しでも増やす⇒今より毎日10分長く歩く

47

資料 40

運動としては、息が弾み汗をかく程度の運動を、週当たり60分やりましょうということです。

高齢者についても新しく追加になりました。高齢者の場合は、あまり激しい運動をするといろいろな弊害がありますので、強度を問わずに身体活動を10メッツ・時/週行います。これは、毎日身体活動を約40分です。この身体活動は歩行でなくてもよいです。座ったままでなければどんな動きでもよいので、とにかくアクティブに最低1日40分は動きましょうということが目標になりました。

そして、すべての世代に対して、「身体活動を高めれば高めるほど健康への効果がしっかり出てきますので、今より毎日10分長く歩きましょう、『+10(プラス・テン)』という考え方が打ち出されました。国民に対して、以前の運動指針、エクササイズガイドは認知されていなかったもので、アクティブガイドとして分かりやすくアピールのできるパンフレットを作って説明しようということになりました。そして、「いつでもどこでも+10(プラス・テン)」をスローガンにしたのです。(資料40)

「+10(プラス・テン)から始めよう」というのは、現在より10分多く体を動かすだけで健康寿命

を延ばせるというものです。成人の場合は、3メッツ以上が運動の強さで中等度になります。中等度以上の身体活動を、1日60分以上やりましょうということです。65歳以上であれば1日40分です。運動の強さは、あまり強すぎないほうがよいのですが、座って動かない時間を減らしましょうということを掲げています。これがアクティブガイドになります。(資料41)

プラス・テン

+10から始めよう!

今より10分多くからだを動かすだけで、健康寿命をのばせます。あなたも+10で、健康を手に入れてください。

3メッツ以上

18歳～64歳

元気にからだを動かしましょう。

1日60分!

プラス・テン

+10

目指そう!

筋力トレーニングやスポーツなどが含まれると、なお効果的です!

量反応関係

65歳以上

じっとして

いないで、

1日40分!

座位時間の減少

各年代での身体活動基準値 49

資料 41

(2)世界の基準との比較


では、世界の基準はどうでしょうか。WHOは2010年、「Global Recommendations on Physical Activity for Health by WHO」というガイドラインを出しました。アメリカ、ヨーロッパ、オーストラリア、カナダなどの身体活動のガイドラインは、ほとんどこれと同じです。

成人のガイドラインは、「一週間に少なくとも150分の中等度の強度の有酸素性活動を行うか、または、少なくとも75分の高強度の有酸素性活動を行うか、あるいはそれと同等の中等度と高強度の活動の組み合わせを行うべきである」としています。

高強度の有酸素性活動とは、ジョギングやテニスなどのかなり高強度な有酸素運動のことです。アメリカが最初にこのガイドラインを発表した時、「すべてのアメリカ人は、ほとんど毎日1日30分以上の中等度以上の身体活動を行いましょう」というメッセージを国民に対して送っています。これも週トータル150分です。ほとんど毎日ということ、土・日は別として、5日間1日30分という量になっています。

わが国のアクティブガイドは1日60分ですから、WHOのガイドラインで計算すると300分になります。日本のガイドラインの場合、なぜ活動時間が倍量なのかということについては議論のある所ですが、日本人の平均身体活動量の現状を考えると、アメリカのガイドラインではすでに達成されているので、300分になったと聞いています。それから、身体活動量と健康との関係はドーズレスポンス関係(量反応関係)にあり、量が増えれば増えるほど健康の効果は高まるということもあり、わが国では1日60分となったとご承知おきください。

あとは、1回に少なくとも10分以上続ける必要があることや、筋力強化活動(筋肉を鍛えるような運動)も週2回以上というのが、国際的な基準として入っています。(資料42)



Global Recommendations on Physical Activity for Health by WHO (2010)

18才～64才までの成人

1. 一週間に少なくとも150分の中等度の強度有酸素性活動を行うか、または、少なくとも75分の高強度の有酸素性活動を行うか、あるいはそれと同等の中等度と高強度の活動の組み合わせを行うべきである
2. 有酸素性活動は、1回に少なくとも10分以上の持続が必要である
3. より一層の健康上の利益を得るためには、成人は、一週間に300分の中等度の強度有酸素性活動を行うか、または、少なくとも150分の高強度の有酸素性活動を行う、あるいはそれと同等の中等度と高強度の活動の組み合わせを行うべきである
4. 筋力強化活動は、週に2回以上主要な骨格筋群を含んで行われなければならない

50
資料 42

V. 健康づくりにおける身体活動推進

1. THE LANCET身体活動特集号(2012年7月21日発行)

健康づくりにおける身体活動推進の現時点でのさまざまな問題点についてお話しします。

『THE LANCET』は世界トップの医学ジャーナルですので、ここに出る論文は、健康を研究している人たちにとって必読の文献といえます。2012年7月号に身体活動特集号が出されました。2012年は、ロンドンオリンピックが開かれた年です。『THE LANCET』はイギリスの出版社なので、これはチャンスだということで、身体活動を推進する世界の研究グループが働き掛けました。ちょうどMorris先生が1953年にロンドン

の2階建てバスの運転手と車掌さんの心筋梗塞の発症率が違うことを初めて発表し、身体活動の疫学的な研究がそこから始まりました。『THE LANCET』もそれを記念して、この特集を組んだといういきさつがあります。

この研究をしているグループの何十人もの人たちがまとめた論文を、6編投稿しました。それをまとめると、世界の死亡の9.4%は身体的不活動が原因であることが分かりました。その影響の大きさは、肥満や喫煙に匹敵するのです。世界全体で見た時、100人死亡すると、そのうち9.4人(約10人)は身体的不活動が原因だということです。現状はどうでしょうか。世界の成人の約33%、子どもの80%が、WHOにより推奨される身体活動を行っていません。このような人たちは、生活習慣病による死亡のリスクが高い状態にあります。世界の年間死亡率の10%が身体不活動だということです。


例えば、世界の死亡の10%がインフルエンザだったとします。昔、スペイン風邪で数千万人が亡くなりましたが、あの時は、インフルエンザによる死亡を「パンデミック」と言いました。世界的な大流行だと、そのような表現を使います。また、最近のSARSや鳥インフルエンザなどについても、パンデミックになることを、われわれは非常に恐れているわけです。現在のエボラ出血熱も、パンデミックな状態になってしまっただけで世界が破滅します。

それと同じように考えてよいのではないかと、身体活動を研究している人たちは訴えたのです。世界の年間死亡者の10%が運動不足です。これは「大流行」と言ってよいのではないかとということです。この「パンデミックな状態」という表現が良いかどうかはともかく、そのように表現したわけですから、身体活動を推進する為の介入方法はしっかり確立されているので、世界中で対策を組んでいこうと訴えたのです。(資料43)

THE LANCET

身体活動特集号(2012年7月21日発行)

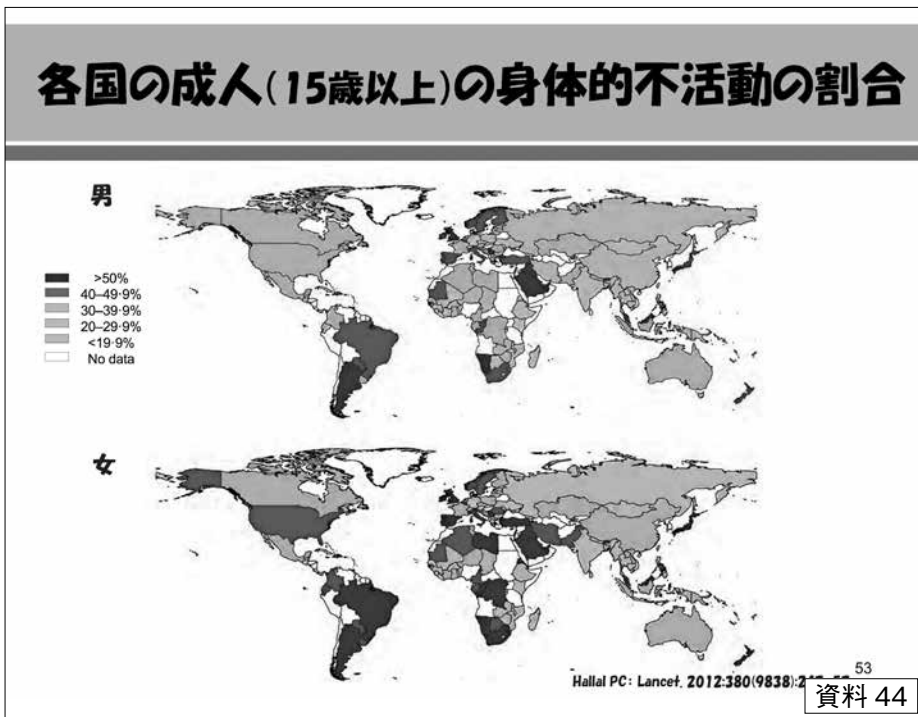
- ⑧ 世界の死亡の9.4%が身体的不活動が原因で、影響の大きさは肥満や喫煙に匹敵する
- ⑧ 成人の33%、子供の80%が推奨される身体活動を行っておらず疾病発症のリスクが高い状態にある
- ⑧ 身体的不活動は、世界的に大流行している(pandeミックな状態)といえる
- ⑧ 身体活動を推進する介入方法のエビデンスが明らかになっている
- ⑧ 世界中で対策を進めよう



2. 各国の身体的不活動の割合

(1) 成人(15歳以上)の場合

資料44は、この論文に掲載された各国の成人の身体的な不活動の割合を表わしたグラフです。やはり女性のほうが身体的不活動の割合が高い傾向があります。各国のデータを集めたもので信頼性はいろいろで、わが国については少し怪しげなデータが使われているようですが、世界でも不活発な国の一つであると考えてよいかと思えます。

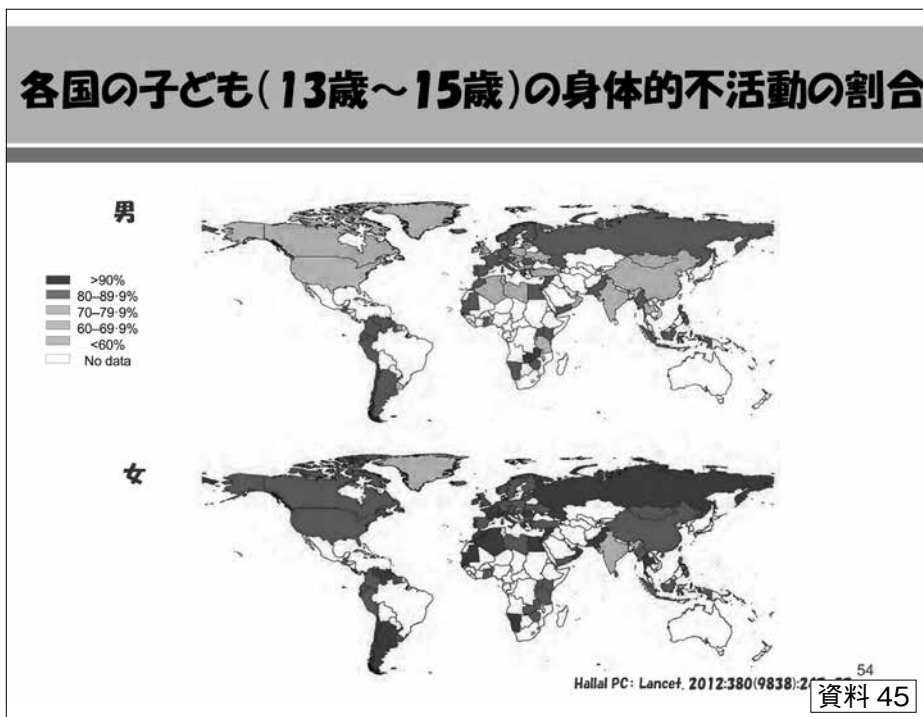


性的な活動はいろいろで、わが国については少し怪しげなデータが使われているようですが、世界でも不活発な国の一つであると考えてよいかと思えます。

身体的不活発の割合が低い国々は、肉体労働などでよく体を動かしていたり、モータリゼーションがまだ発達していなかったり、いろいろなことで身体的な活動はまだ多いのかもしれませんが、やはり先進諸国は不活発であるということは分かるかと思えます。(資料44)

(2) 子ども(13歳～15歳)の場合

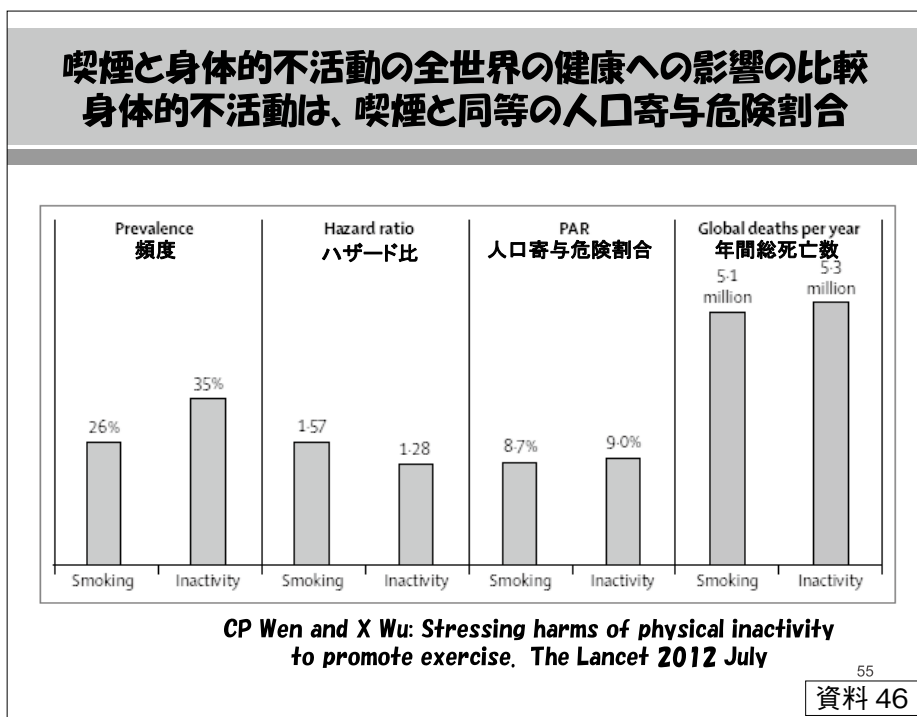
子どもについては身体的不活動の割合が大きく違ってます。大人の場合は、身体的不活動の割合が高い群が50%以上となっていますが、子どもの場合は90%以上です。全体的に子どもたちが不活発であることがお分かりになるかと思えます。わが国の子どもたちも、われわれの父や母のころには野越え山越え通学をしていたという話を聞きますが、現在は通学バスで家から学校まで連れていってもらいなど、活動量が低下しているという世界的な趨勢がここにありま。残念なことは、我が国の子どもの身体活動量の数値が出ていないことです。(資料45)



(3)喫煙と身体的不活動の全世界の健康への影響の比較

身体的不活動は、喫煙と同等の人口寄与危険割合

身体的不活動がどれだけのリスクなのか、喫煙と比較してみました。これも『THE LANCET』の特集論文の中に出ているものです。頻度(prevalence)を見ますと、世界の人々の喫煙率は、男性と女性を合わせると26%です。これに対して身体不活動は、大人では35%です。喫煙率のほうが若干低いです。次の棒グラフは死亡に対するリスクです。タバコを吸っていない人に対して、タバコを吸っている人の死亡リスクは、1.57倍に増えます。また、



身体的に活動的な人に対する身体不活動の人のリスクは1.28倍です。そうしますと、タバコを吸っている人と運動不足の人とでは、タバコを吸っている人のほうが気を付けないといけないことになります。

しかし、コミュニティ全体、地域全体で考えると、頻度が利いてきます。ある期間の地域の死亡数に対してその要因が何%寄与しているかを示す指標である人口寄与危険割合(Population Attributable Risk)で比較すると、喫煙が占める割合よりも身体不活動が占める割合のほうが少しパーセントは高くなっています。これは、その地域の死亡の原因に、タバコと身体不活動が何パーセント寄与しているかということを示しているもので、タバコが8.7%、不活発な身体活動が9%ということなのです。


これを世界の人口に当てはめると、タバコが原因で亡くなる人が年間510万人、身体的不活動で亡くなる人が530万人ということで、大変な数になるわけです。(資料46)

3. 身体活動のトロント憲章(2010)世界規模での行動の呼びかけ

このようなことを『THE LANCET』で訴えた身体活動研究グループですが、2010年に、International Conference of Physical Activity and Public Health(身体活動と公衆衛生に関する国際カンファレンス)を開きました。この時に、世界的な対策を取ることが必要であるとして、トロント憲章を採択しました。「トロント憲章」と検索すると日本語版・英語版、あるいはほかの言語でホームページが出ています。この宣言は、身体活動を推進する為の「行動の呼び掛け」であり、どのようなことを行ったらよいかということの「支援ツール」でもあります。(資料47, 48)

身体活動のトロント憲章(2010)

世界規模での行動の呼びかけ



**The Toronto Charter for Physical Activity:
A Global Call for Action**

Physical activity promotes wellbeing, physical and mental health, prevents disease, improves social connectivity and quality of life, provides economic benefits and contributes to environmental sustainability. Communities that support health enhancing physical activity in a variety of accessible and affordable ways across different settings and throughout life, can achieve many of these benefits. The Toronto Charter for Physical Activity outlines four action based guiding principles and is a call for all countries, regions and communities to strive for greater political and social commitment to support health enhancing physical activity for all.

Why a Charter on physical activity?

The Toronto Charter for Physical Activity is a call for action and an advocacy tool to create sustainable opportunities for physical activity for all. Organizations and individuals interested in promoting physical activity can use the Charter to influence and guide decision-making at national, regional and local levels, to achieve a shared goal. These organizations include health, transport, environment, sport and recreation, education, urban design and planning, as well as government, civil society and the private sector.

Physical activity – a powerful investment in people, health, the economy and sustainability

Throughout the world, technology, urbanisation, increasingly sedentary work environments and automobile-focused community design have eroded much physical activity and daily life. Busy lifestyles, competing priorities, changing family structures and lack of social connections may also be contributing to inactivity. Opportunities for physical activity continue to decline while the prevalence of sedentary lifestyles is increasing in most countries, resulting in major negative health, social and economic consequences.

For health physical activity is the fourth leading cause of chronic disease mortality, such as heart disease, stroke, diabetes, cancer, contributing to over three million preventable deaths annually worldwide. Physical inactivity also contributes to the increasing level of childhood and adult obesity. Physical activity can benefit people of all ages. It leads to healthy growth and social development in children, reduces risk of chronic disease and improves mental health in adults. It is never too late to start physical activity. For older adults the benefits include functional independence, less risk of falls and fractures, and protection from age related diseases.

The 3rd International Congress of Physical Activity and Public Health で採択された
(2010.5.5-8, Toronto)

9つの指針と
4つの行動領域

ホームページ:
www.globalpa.or.uk

資料 47

目的:なぜ身体活動に関する憲章か

「行動の呼びかけ」であると同時に、全ての人々が活動的なライフスタイルを送ることができる機会を作り出すための「支援ツール」である

- 身体活動が慢性疾患対策に有効なことには十分なエビデンスがある
- 不活動な生活習慣は全世界の人口の3分の2以上に及んでいる
- ほとんどの国で不足しているのは、行政のコミットメントと、身体活動の問題に取り組むために必要な長期的投資である
- このような問題は先進国のみならず、発展途上国においても重要である
- このような(エビデンスと対策・政策の)ギャップを埋める支援ツールを提供する必要がある

資料 48

(1) 9項目の指針

日本語に全部訳されて、9つの指針が打ち出されています。

「1. 全人口及び特定の集団、特に身体活動を行なうことに大きな障壁を有する人々に対して、科学的根拠に基づいた戦略を用いる」。やはりエビデンスは大変大事です。「2. 社会的な不平等、健康の不平等、そのようなものを減少させるような公平性の戦略」。特に施策は公平でなければいけないということです。「3. 身体的不活動の環境的、社会的、個人的な規定要因の改善に取り組む」。個人だけではなく、社会、環境に対しても、その規定要因を調べて改善に取り組んでいこうということです。「4. 効果を最大にするために、持続可能な対策を、国や地域の各レベルで複数部門の連携を通じて実施する」

「5. 研究、実践、政策、評価、調査の為の能力を高める」。全体がヘルスプロモーションの3つの戦略、あるいは5つの戦略に沿った内容で、一人一人の能力を高めていこう(キャパシティ・ビルディング)ということです。(資料49)

9項目の指針①

1. 全人口および特定の集団(女性、高齢者、子ども、障害者、勤労者など)、特に身体活動を行うことに大きな障壁を有する人々に対して、科学的根拠に基づいた戦略を用いる。
2. 社会的な不平等、健康の不平等、身体活動機会の不均等を減少させるような公平性の戦略を用いる。
3. 身体不活動の環境的、社会的、個人的な規定要因の改善に取り組む。
4. 効果を最大にするために、持続可能な対策を、国や地域の各レベルで複数部門の連携を通じて実施する。
5. 研究、実践、政策、評価、調査のための能力を高め(キャパシティ・ビルディング)、トレーニングを支援する。

59

資料 49

9項目の指針②

6. 子ども、家族、成人、高齢者のニーズに対応した、生涯を通じたアプローチを行う。
7. 身体活動に関する政治的取り組みを強化し、資源を増大するために、政策決定者や社会一般に対して唱道する。
8. 文化的差異に配慮し、多様な地域の現状、背景、資源に応じた戦略を採用する。
9. 身体活動を行うという選択が容易にできるようにすることで、個人が健康な選択をすることを促進する。

60

資料 50

それから、「6. 生涯を通じたアプローチ(Health All)」 「7. 身体活動に関する政治的取り組みを強化し資源を増大する為に、政策決定者や社会一般に対して唱道する」。そして、その際には「8. 文化的な差異に配慮する」ということです。「9. 身体活動を行うという選択が容易にできるようにすることを促進していこう」という9つの指針です。

(資料50)

(2)4つの行動領域(Framework for action)

行動のフレームワーク(領域)として、「1. 国家政策、行動計画の策定と実行」「2. 身体活動を支援する施策の導入」「3. 身体活動に重点を置いたサービスと財源の新たな方向づけ」「4. 対策のためのパートナーシップの構築」。これらのことを中心にして、身体活動推進を行なっていかなければいけません。

この理念は、先ほどのオタワ憲章の理念をそのまま身体活動推進の中に当てはめたとってもよいかと思えます。(資料51)

4つの行動領域(Framework for action)

1. 国家政策、行動計画の策定と実行
 - *Implement a national policy and action plan*
2. 身体活動を支援する施策の導入
 - *Introduce policies that support physical activity*
3. 身体活動に重点を置いたサービスと財源の新たな方向づけ
 - *Reorient services and funding to prioritise physical activity*
4. 対策のためのパートナーシップの構築
 - *Develop partnerships for action*

61

資料 51



VI. 身体活動推進のための社会環境の整備

1. タバコ対策は飛躍的な成功を遂げた

タバコ対策は飛躍的な成功を遂げた

- 健康増進法が制定され、受動喫煙の防止が盛り込まれた。→公共施設のかなりの部分で禁煙が始まった。たとえば千代田区で路上喫煙防止条例ができた。
 - 厚生労働省が分煙のガイドラインを出した。
 - タバコの価格が上昇した。
→社会環境が近年や分煙の方向に進んだ。
 - 禁煙治療が保険で診療報酬化された。
 - 経口禁煙補助薬剤の進歩（バレニクリンなどの登場）
→喫煙者に対するハイリスク戦略の成功
 - 禁煙に関しては、ポピュレーション戦略とハイリスク戦略がうまく調和を取りながら進んでいった。
- 身体活動・運動や栄養に関する対策も環境整備を考えていかなければならない

資料 52

63

最後に、社会環境について少しお話しします。別の分野ですが、タバコ対策について少し振り返ってみます。

健康増進法が制定され、受動喫煙の防止が盛り込まれました。公共施設のかなりの部分で、禁煙や分煙が始まりました。例えば、千代田区で路上喫煙防止条例ができたたり、神奈川県で条例ができたたり、いろいろあります。それから、厚生労働省が分煙のガイドラインを出しました。タバコの価格が上昇してなかなか買にくくなったなど、社会環境が禁煙

や分煙の方向に進みました。そして、リスクの高いヘビースモーカーの人たちに対する禁煙治療が、保険で診療報酬化されました。特に経口禁煙補助薬剤が進化しています。バレニクリンという薬は、1週間ぐらい飲むとタバコを吸いたくなくなるという、劇的な効果がある薬です。大量喫煙者に対するこのようなハイリスク戦略もうまくいったようで、環境に対するアプローチやハイリスクアプローチが調和を取りながら進んでいきました。

身体活動、運動や栄養に関しても、同じように環境の整備を考えていく必要があるだろうということです。(資料52)

2. 身体活動 - 健康の推進には環境へのアプローチが必要

私たちが生活習慣病、あるいはいろいろな病気について考える時、リスクファクター（肥満・高血圧・糖尿病あるいは脂質異常症）を考えます。これに身体活動、栄養、タバコも関係します。特定健診、特定保健指導のような健診の中で、保健師や栄養士が行動変容の指導をしています。しかし、なかなか効果が得られていません。その原因として、環境に対するアプローチが少なかったからということがあります。

身体活動に関して考えると、「商店街が遠い」「車でしか行けないような郊外に大型ショッピングモールができた」「公共交通機関が非常に不便でマイカーで通勤するしかない」「歩道が整備されていない」「街の景観が魅力的でない」「運動する場所がない」という環境要因からアプローチしていかないと、行動変容の流れを進めることができないということがようやく分かってきました。(資料53)

身体活動 - 健康の推進には環境へのアプローチが必要

環境要因

生活習慣・行動変容

リスクファクター

生活習慣病

QOLの低下・死亡

商店街が遠すぎる（郊外の大型ショッピングモール）
公共交通機関が不便（マイカーで移動）
歩道が整備されていない
街の景観が魅力的でない
運動する場所がない

身体活動量の低下

肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症

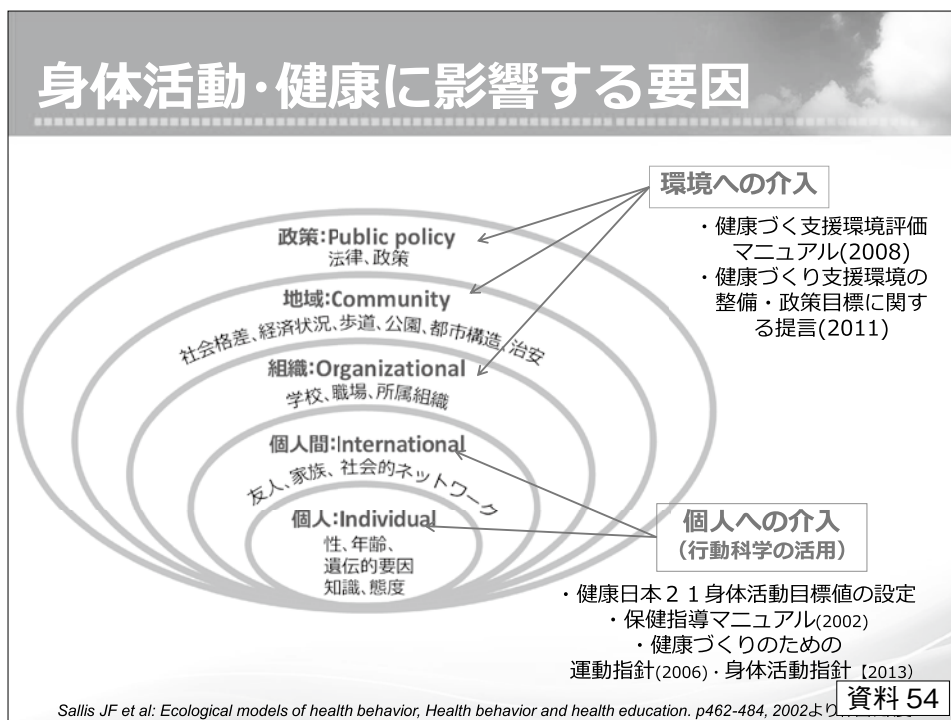
脳卒中、心筋梗塞

寝たきり、死亡

資料 53

(1) 身体活動・健康に影響する要因

私は身体活動推進の為のさまざまなアプローチをしています。個人に対するアプローチは行動変容ということで、目標値の設定や保健指導マニュアルなども作成しています。それから、運動指針や身体活動指針にも関わっています。また、個人だけではなく、組織・地域・施策に対しても働き掛けをしていかなければいけないので、私たちは厚生労働科学研究費を頂いて、健康づくり支援環境評価マニュアルや健康づくり支援環境の整備・政策目標に関する提言を研究し、環境への介入についても進めてきました。(資料54)



(2) 身体活動・運動における「環境」とは

環境には、物理的な環境と社会的な環境があります。一つは、場所や施設の問題、目的地へのアクセスがどうかというようなこと、歩道や自転車道、景観はどうか、というような物理的な環境があります。もう一つは、社会的な環境です。今度の健康日本21(第二次)でも、ソーシャルキャピタル(人々の社会における絆)、ソーシャルネットワーク、社会経済状態、社会格差、家族の支援が大変重要だということを掲げています。それから、運動指導者がどんどん増えて活発に活動していくことや、健康情報や運動プログラムの提供など、健康に関連する産業がより一層発達していくことも大切です。(資料55)

身体活動・運動における「環境」とは

○ 物理的環境

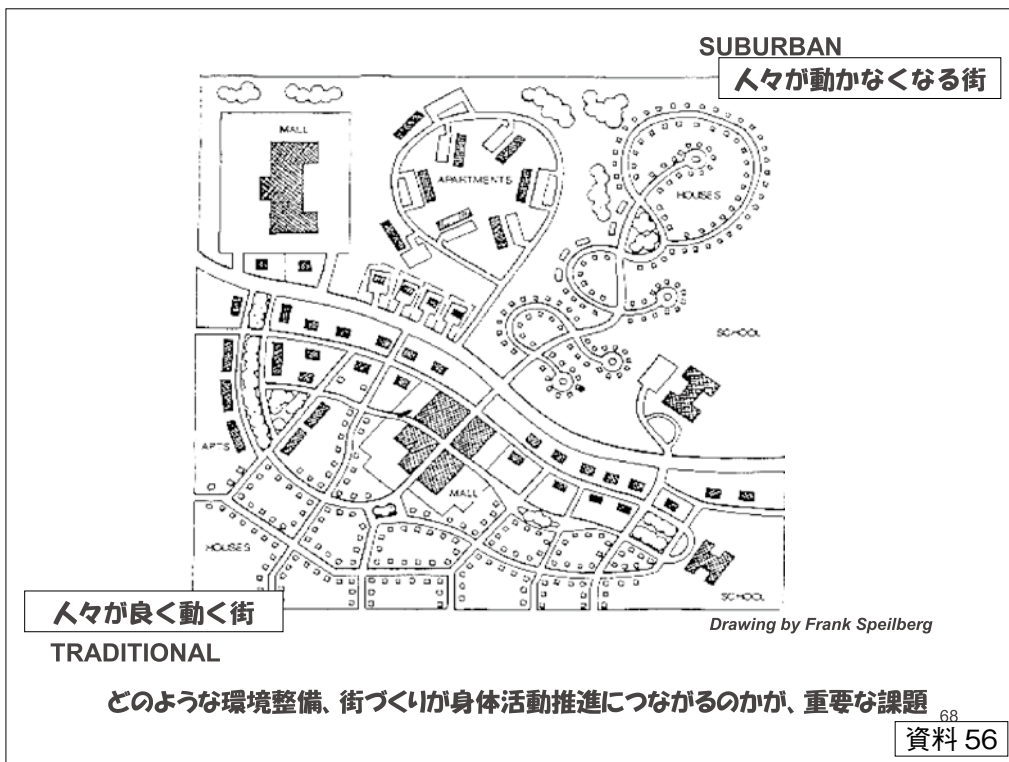
目的地へのアクセス、運動施設へのアクセス、歩道、景観など

○ 社会的環境

ソーシャルネットワーク、ソーシャルキャピタル*、社会経済状態、社会格差、家族の支援、運動指導者、健康情報、運動プログラムなど

*人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「絆」「ネットワーク」といった社会組織の特徴

資料56は、外国の文献から取ってきた絵です。昔の街は、家がたくさんあって道があります。学校、ショッピングセンター、銀行などが街の中にあり、どこからでも歩いていけるような街でした。そのように自然に発生してきたのです。最近、アメリカなどでも郊外の車社会になっていますから、



ショッピングモールは遠くにあります。学校やいろいろな施設は車でしか行かないということで、歩いてアプローチするのが難しい街が出来上がっています。下の絵はトラディショナルな人がよく動く街、上の絵は郊外の人々が動かなくなる街です。環境の整備や街の見直しは現在どこでも言われていますが、これがその一つの例になります。(資料56)

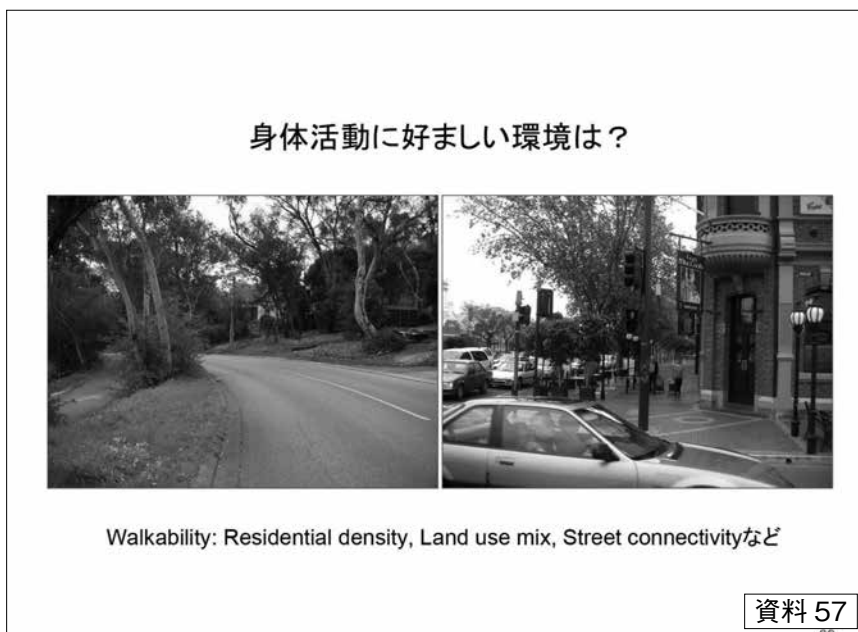
どのような環境整備、街づくりが身体活動推進につながるのかが、重要な課題

資料 56

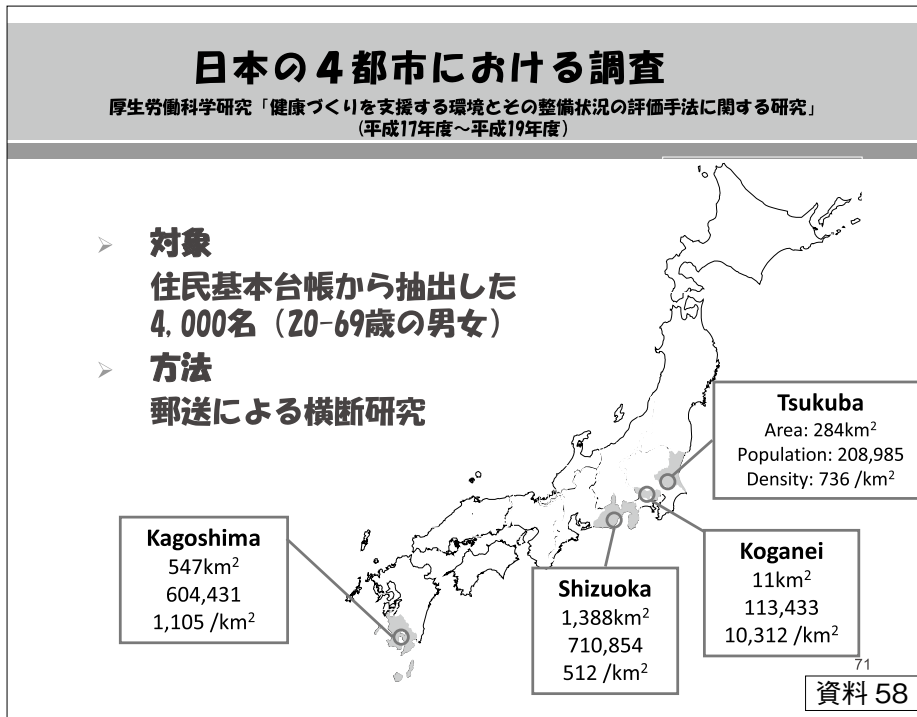
(3) 身体活動に好ましい環境は？

資料57の写真は、どちらが歩きやすいでしょうか。左の写真は、景色は良いかもしれませんが車で移動するような所です。右の写真は街です。立派な歩道があって、歩くことができます。Walkability(歩きやすいかどうか)を一つの環境評価の方法として考えていくということです。

Walkabilityには、Residential density(居住空間における密度)が濃いほうが歩くことが多くなります。それから、Land use mixは、郵便局や銀行や商店などが混在している街です。それから、Street connectivity(道と道のコネクション)がとても良いことです。資料56の上の図は、Street connectivityが悪いのです。このように、Walkability(歩きやすいかどうか)ということは、環境評価をする時に考えていく方法の一つになります。(資料57)



3. 日本の4都市における調査



そこで、私たちは都市構造が地域住民の歩行に関連していることを研究し、論文にしました。

つくば市、小金井市、静岡市、鹿児島市という4つの都市の住民をアトランダムに4,000名抽出して、郵送による横断研究を行ないました。(資料58)

(1) 自宅近隣の環境と歩行時間 (n=1455)

歩行と環境との関係を見ました。自宅近隣の環境と歩行時間を見ると、オッズ比が1より大きければよいのですが、住居密度が高いとオッズ比が高くなります。つまり、住居密度が粗であると、歩行時間が明らかに短くなるということです。P値というのは、統計的に意義があるかどうかということですが、統計的に意義があるのは、住居密度と混合土地利用(アクセスが良いか)です。アクセスが良いと、オッズ比が高くなります。歩道や自転車道がしっかり整備されると、住民の歩行時間が長くなります。

それから、景観が良いと歩行時間は長くなります。4,000名を対象にしたこの研究では、これらの4つが挙げられました。例えばアメリカでは、治安や交通の安全が非常に大きな意義を見せてくるだろうと思いますが、日本は比較的治安が良いので、あまり出てきませんでした。(資料59)

自宅近隣の環境と歩行時間 (n=1,455)

	オッズ比 (95% 信頼区間)	P値
住居密度	1.47 (1.11, 1.96)	0.008
混合土地利用: 多様性	1.19 (0.89, 1.60)	0.238
混合土地利用: アクセス	1.33 (1.00, 1.78)	0.053
道路の連結性	1.01 (0.77, 1.34)	0.924
歩道・自転車道	1.56 (1.19, 2.04)	0.001
景観	1.49 (1.14, 1.95)	0.004
交通安全	1.02 (0.77, 1.35)	0.895
治安	1.03 (0.79, 1.36)	0.816

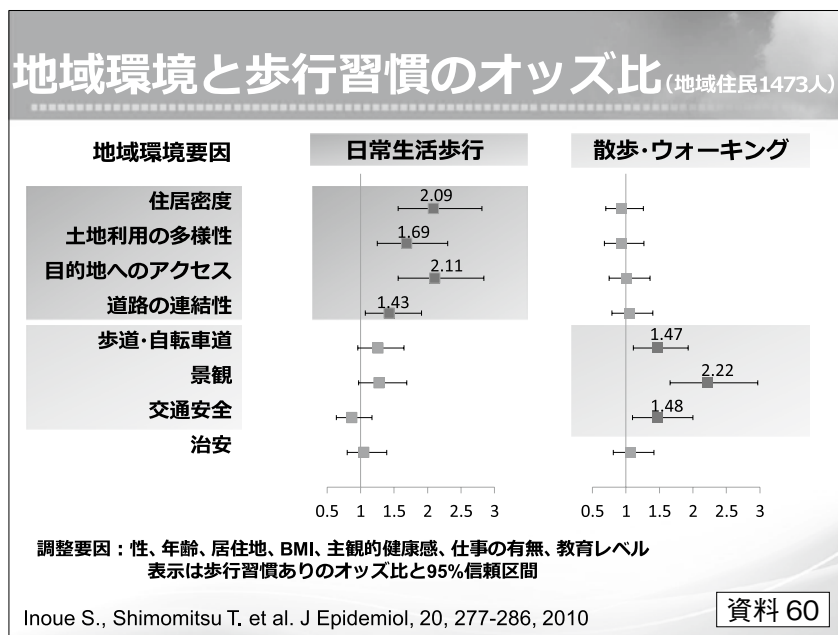
調整要因: 性別、年齢、居住都市、仕事の有無、教育歴、BMI、自覚的健康感

Inoue S, Shimomitsu T, et al, J Epidemiol. 2010; 20(4) 資料 59

(2) 地域環境と歩行習慣のオッズ比(地域住民1473人)

目的別に見るとどうでしょうか。日常生活の通勤や買い物などでの歩行に関連する環境要因は、住居密度、土地利用の多様性、目的地へのアクセス、道路の連結性がとても関連していました。やはり近くに銀行や商店があること、そしてアクセスが良いと歩くのです。アクセスが悪いと車に乗ってしまいます。

これに対して、散歩やウォーキングの場合は、こういうものがあまり関係ありませんでした。関係があったのは、歩道や自転車道がきちんと整備されている、景観が良い、交通が安全であるということでした。散歩・ウォーキングだけを見ると、交通の安全がとても大事です。幹線道路で歩道がなく、トラックなどの大型車両がビュンビュン走っている所を歩くのは怖いのです。



これらのことから、これから地域での健康づくり・身体活動の推進を行なう為には、何を目的とするのかによって環境要因が違うということをしかり押さえる必要があるということです。最近ではモータリゼーションが発達してきて、日常生活の歩行、通勤や買物での歩行が減ってきています。余暇における散歩・ウォーキングも増やさなければいけないとすると、歩道や自転車道の整備、景観を良くする、交通安全、このようなまちづくりをしかり行っていく必要があるだろうと考えられます。(資料60)

(3) 身体活動との関連が示唆されている環境要因

私たちの研究を、資料61のようにまとめてみました。運動に関して関連性が示されたのは、きちんと運動の場所があるかどうかということです。運動施設、オープンスペースがあるかどうかということが一つありました。

わが国で身体活動との関連が一定しない環境要因は、治安ということでした。これは、先ほど申し上げたとおりです。(資料61)

身体活動との関連が示唆されている環境要因


- ⑤ 「移動のための歩行」と関連の強い環境要因
 - 人口密度の高い地域
 - 混合土地利用度 (land use mix) が高い地域 (居住地域、商業地域、文教地域等が混ざっている地域)
 - 道路の接続性のよい地域
- ⑤ 「散歩・ウォーキング」と関連の強い環境要因
 - 景観の良い地域
 - 歩道・自転車道のよく整備された地域
 - 交通安全の確保された地域
- ⑤ 「運動」との関連が示唆されている環境要因
 - 運動場所 (オープンスペース、運動施設) へのアクセスが良い地域
- ⑤ 身体活動との関連が一定していない環境要因
 - 治安

74
資料 61

4. 身体活動運動分野の目標値 健康日本21(第二次)

環境についてももう少し細かく見ていく必要があるだろうということです。今回の健康日本21(第二次)では、環境について非常に大雑把な目標が立てられました。「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の増加」ということで、すべての都道府県で取り組んでもらうという目標です。これは非常に大切です。

大事なことは、今までは個人や地域住民に対するアプローチでしたが、環境改善についてもしっかり目標を立てて遂行してもらおうということです。健康づくり施策の中でこれが掲げられたことをWHOは非常に高く評価しています。しかし、もう少ししっかりと環境に対する目標を立てなければいけないのではないかと、私は思っています。(資料62)



身体活動運動分野の目標値

健康日本21(第二次)

- 歩数の増加(1,000~1,500歩の増加)
 - 20歳~64歳:男性9,000歩/日、女性8,500歩/日
 - 65歳以上:男性7,000歩/日、女性6,000歩/日
- 運動習慣者の割合の増加(約10%の増加)
 - 20~64歳:男性36%、女性33%、総数34%
 - 65歳以上:男性58%、女48%、総数 52%

新しい目標として


- 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の増加(すべての都道府県)

17都道府県⇒47都道府県

資料 62

(1)国民の健康の増進の推進に関する重要事項

健康日本21(第二次)には、そのほかにも国民の健康増進の推進に関する重要事項が掲げられています。その中で列挙されているのは、「多様な主体による自発的取り組みや連携の推進」です。運動や休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業をはじめとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPOなどの団体の取り組みを一層推進するとともに、これらについての情報発信を行ないます。



国民の健康の増進の推進 に関する重要事項

健康日本21(第二次)

- 一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制
- 二 多様な主体による自発的取り組みや連携の推進

運動や休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業をはじめとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体の取り組みを一層推進するとともにこれらについての情報発信を行う。

ウォーキングロードの整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等について、する必要がある。関係行政分野や関係行政機関等が十分に連携
- 三 健康増進を担う人材

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。

資料 63

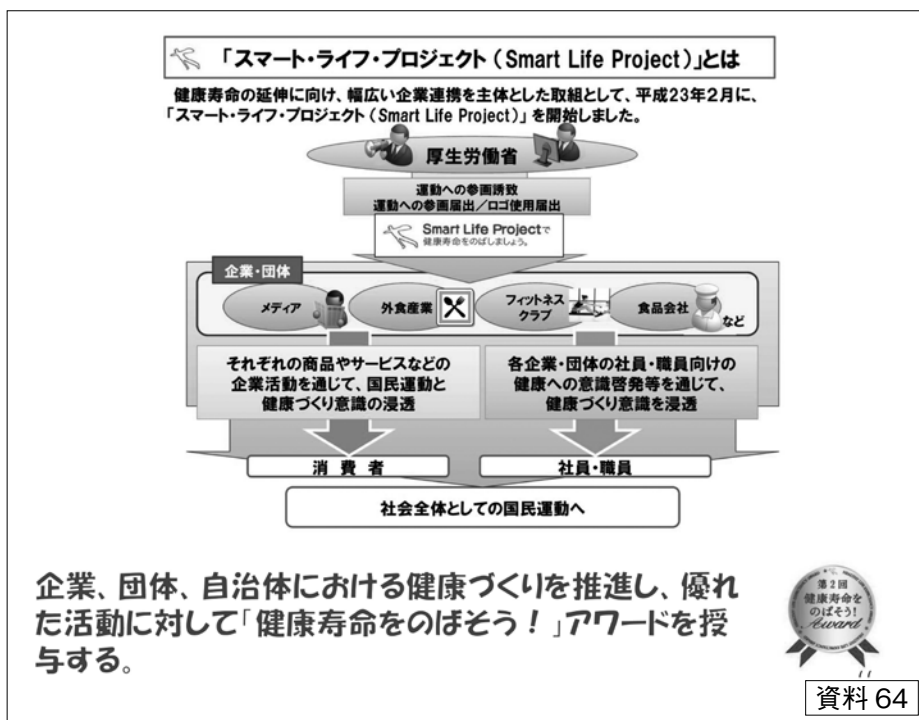
物理的には、ウォーキングロードの整備などの対策、森林等の豊かな自然の利用促進対策、あるいは、文部科学省などが進めている総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成などが列挙されています。また、関係行政分野や関係行政機関等が十分に連携することが重要であると言っています。

もう一つは、人材(マンパワー)を養成していく必要があります。国家資格としての保健師、管理栄養士などの

名前は当然挙がってきますが、健康運動指導士は准国家資格みたいなもので、国家資格ではありません。健康・体力づくり事業財団が養成するものです。運動指導者に関しては4万人いますが、このような健康増進の為に運動指導者、あるいは日本医師会が勧める健康スポーツ医との連携をしっかりと充実していく必要があるだろうということになりました。(資料63)

今度の「健康日本21(第二次)」は、前の「健康日本21(第一次)」よりも非常にブラッシュアップされています。一つは、企業、自治体、団体における健康づくりを推進した優れた活動に対して、「健康寿命を延ばそう！アワード」を授与するという、一つのインセンティブがなされる企画があります。厚生労働省が、スマート・ライフ・プロジェクトとして、企業・団体に優れた健康づくり活動を行なっている所に対してアワードを贈呈しようというものです。このスマート・ライフ・プロジェクトに加盟している企業は現在2,000社を超えており、さらにどんどん増えています。幾つかの企業がアワードを受賞しています。同じように、自治体でも幾つかの所がアワードを受賞しています。

これが一つのモデルとして評価されていきます。そして、ほかの企業もさらにそれを超えるようなアクティビティを持ってもらうということです。健康日本21(第一次)では目標を立て、国民に対して頑張ってもらおうということで行ないました。しかし、なかなか結果が得られませんでした。特に身体活動については得られなかったのです。やはり地域・職域・民間と一緒に健康づくりを行っていく必要があります。(資料64)

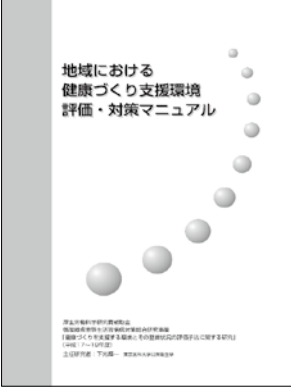


5. 厚生労働省への政策提言


先ほどの私たちの研究は、既に厚生労働省へ政策提言を行なっております。資料65の左は健康づくり支援環境評価マニュアル、右は健康づくり支援環境の整備・政策目標に関する提言です。このようなことを行なっております。(資料65)

厚生労働省への政策提言

**健康づくり支援環境評価マニュアル
(2008年3月)**



**健康づくり支援環境の整備・政策目標
に関する提言 (2011年3月)**

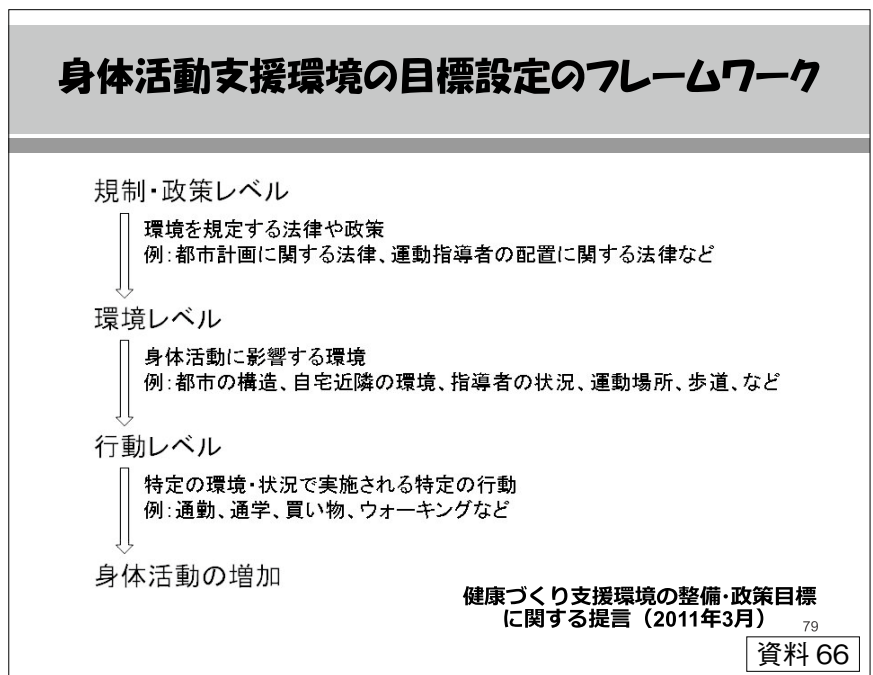


厚生労働科学研究費補助金報告書(主任研究者:下光輝一)

78
資料 65

(1) 身体活動支援環境の目標設定のフレームワーク

政策レベルでは、法律や政策を行なっていくということで、都市計画に関する法律や、運動指導者の配置に関する条例や法律などをつくってもらいます。環境レベルでは、都市の構造や近隣の環境、指導者の状況、運動場所、歩道などについていろいろな施策を出してもらい、目標値を立ててもらいます。行動レベルでは、いろいろな行動について工夫をしてもらい、トータルとして身体活動を増やす為のいろいろな目標を立ててもらおうという提言をしています。ただ、目標を立てる為には、国民あるいは地域の基準となる数値がないと難しいので、おそらく国としてもなかなかここまで踏み込めなかったのではないかと思います。(資料66)



6. 今後どうするか？

今後はどうしたらよいでしょうか。私たち研究側としては、まず環境評価の方法を構築することです。最近はGISなどを使った研究も進んでいます。それから、身体活動に影響する環境要因を明らかにすること、整備すべき環境要因に優先順位をきちんと付けていくことです。

パートナーシップについては、オタワ憲章でも言われているように、環境整備には多分野、特に土木や交通といった所が予算を多く持っていますから、そういう部署との連携が大事です。コンパクトシティ、モビリティ・マネジメント、コミュニティサイクルなどが、現在、健康の分野以外の都市計画、まちづくりで進んでいます。このようなことをしっかり行っていくことです。

個人に対する保健指導も、その人の住んでいる環境や運動資源について把握しながら行なっていくことが大事だろうということです。(資料67)

ではどうするか？

- ・ **研究の推進**
 - 環境評価方法の開発(質問紙、観察、GIS)
 - 身体活動に影響する環境要因を明らかにする。
 - 整備すべき環境要因に優先順位を付ける。
- ・ **環境整備には多分野(すでに予算を持っている部署)との連携が重要**
 - 都市計画:コンパクトシティ
 - 通勤:モビリティ・マネジメント、パークアンドライド
 - 自転車:自転車道の整備、コミュニティサイクル
- ・ **保健指導では自宅周辺の環境、運動資源について知ることが重要**

資料 67

(1)都市計画の新しい試み

多分野が行なっている都市計画の試みとしては、例えば「コンパクトシティ」という概念でいろいろなものが進んでいます。郊外にショッピングモールができて、人々がどんどん外に行ってしまうのではなく、やはり中心市街地の活性化が必要です。駅前商店街が全部つぶれてしまうのではなく、そこをさらに活性化させるために新たな都市計画を進めていこうというものです。

「モビリティ・マネジメント」というのは、人々の動きをマネージしていくことです。多様な交通施策を活用して、個人や組織・地域のモビリティを社会にも個人にも望ましい方向へ自発的に変化させることを促すような取り組みです。

「パークアンドライド」は、自宅から自家用車で最寄りの駅あるいはバス停まで行き、車を駐車させてバスや鉄道で都心に行くような、公共交通機関を利用するシステムです。

「コミュニティサイクルシステム」は、共用の自転車をレンタサイクルのように使い、自転車による身体活動量を増やしていくことです。健康の視点から、都市計画の中ではよくなされています。先日、アムステルダムへ行ってきましたが、自転車道

都市計画の新しい試み

コンパクトシティ:都市的土地利用の郊外への拡大を抑制すると同時に中心市街地の活性化が図られた、生活に必要な諸機能が近接した効率的で持続可能な都市、もしくはそれを目指した都市政策のことである。

モビリティ・マネジメント(Mobility Management、略称MM)とは、多様な交通施策を活用し、個人や組織・地域のモビリティ(移動状況)が社会にも個人にも望ましい方向へ自発的に変化することを促す取り組みを指す。

パークアンドライド(英語:park and ride)とは、自宅から自家用車で最寄りの駅またはバス停まで行き、車を駐車させた後、バスや鉄道等の公共交通機関を利用して都心部の目的地に向かうシステムである。

コミュニティサイクルシステム(CCS)とは、共用の自転車を通常のレンタサイクルのように借りた場所に返すだけでなく、他の駐輪場(サイクルポート)でも貸出・返却を可能としたシステムである。電車やバスへの乗り継ぎの利便性を高め、公共交通機関の利用を促進できる点に特徴がある。

資料 68

がしっかり整備されていて、ほとんどの人が自転車で通勤・通学しています。皆さん楽しげに自転車をこいでいるのを見ました。ヨーロッパ諸国は、自転車を使っている時間で身体活動を評価したほうがよいかもしれません。わが国は、まだまだ自転車道が整備されていないということもあり、ウォーキングで測ることしかできないのかもしれないかもしれません。(資料68)

(2) 身体活動推進のための環境整備にはセクター間の協働(パートナーシップ)が重要

身体活動推進のための環境整備にはセクター間の協働(パートナーシップ)が重要

- コンパクトシティ、歩いて暮らせる街づくり→都市計画部門
- 歩道の整備、自転車道の整備→土木部門
- 公共交通機関の活用→都市交通部門
- 通学路の整備→教育部門、土木部門、都市計画部門
- 自然遊歩道、国民保養温泉地、保養地→環境部門

資料 69

ほかのセクターとの連携が重要です。都市計画部門、土木部門、都市交通部門、あるいは通学路の整備となると教育部門です。また、自然遊歩道や国民保養地などは環境部門との連携になります。(資料69)

(3) 自然環境を利用した身体活動推進

自然環境を利用した身体活動推進です。通勤・通学での日常の身体活動が減ってきているので、増やす必要があります。余暇時間での身体活動・運動の推進がより重要となってきています。

一方、わが国は野山や森林、温泉などのような自然環境に恵まれているので、こういうものを利用した健康づくりを行なっていきます。こんな素晴らしい資源があるのに、なぜこれを利用しないのかということになるわけです。

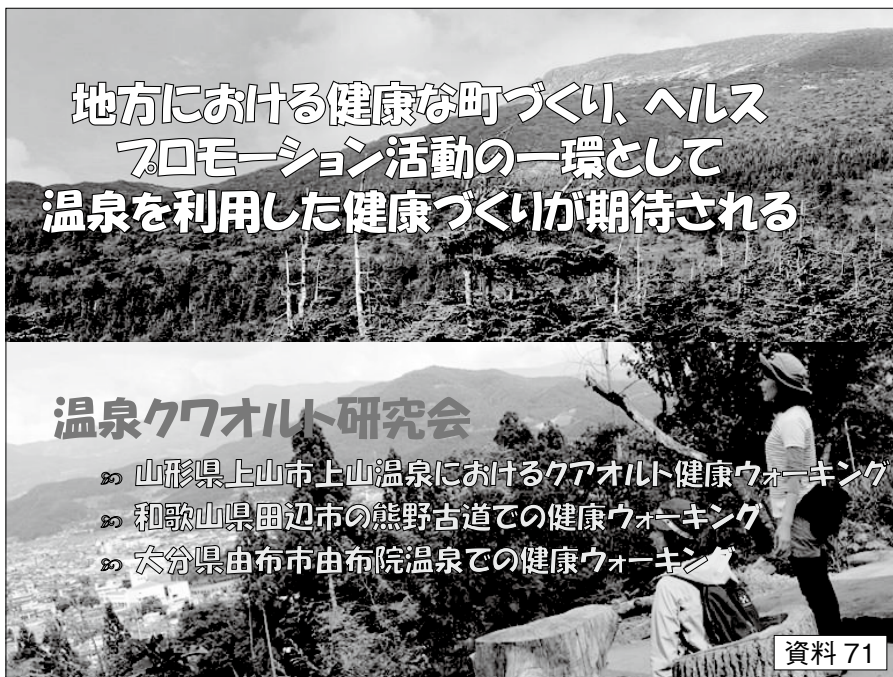
最近、厚生労働省が新しい施策として、糖尿病が疑われる人に対して、ホテル・旅館を利用した滞在型の保健指導プログラムを打ち出そうとしています。このように温泉地や保養地で運動指導を行なっていくことで、これがまた地域・地方の活性化にも繋がることだろうと思います。(資料70)

自然環境を利用した身体活動推進

- ⑧ 社会生活の利便化、モータリゼーションの発達の中で、生活活動での身体活動量が低下しており、余暇時間での身体活動・運動の推進がより重要となっている
- ⑧ 一方、我が国には野山や森林、温泉などの豊かな自然環境に恵まれている
- ⑧ 自然環境を利用した健康づくりの推進も一つの方策

→新しい施策：糖尿病が疑われる者に対するホテル・旅館を利用した滞在型の保健指導プログラムの中での運動指導

資料 70



そのようなことで、積極的に地域で温泉を利用した健康づくりがなされています。例えば、温泉クアオルト研究会というのがあります。山形県の上山温泉におけるクアオルト健康ウォーキング、和歌山県田辺市の熊野古道での健康ウォーキング、大分県由布市の由布温泉での健康ウォーキングなどがあり、これが少しずつ拡大しています。

クアオルトというのは、ドイツの温泉保養制度で、ここでの保養は健康保険を使って行えます。ドイツにはこのよ

うな場所が何百地域とあり、そこで健康づくりを行っています。わが国も、このように自然や温泉を利用した健康づくりというものを今後展開していく必要があるだろうということです。(資料71)

(4)国民の健康づくりを支援できる健康運動指導者の養成と活用は重要な課題である

健康運動指導士について簡単にお話しします。わが財団は、第2次国民健康づくり対策で健康運動指導士と健康運動実践指導者養成制度を始めました。健康運動指導士というのは、健康の為の運動プログラムを作成できる人です。健康運動実践指導者は、運動の実践方法について指導できる人です。こちらのカリキュラムは健康運動指導士のほうは期間が約3倍長くなっています。

健康日本21(第一次)や特定健診・特定保健指導などでもこの運動指導者を活用しようということがうたわれていました。第2次国民健康づくり対策でも健康運動指導士等の活用が必要だということです。身体活動・運動推進というテーマでは、ヘルスプロモーション活動の中心的なマン

パワーとなると思います。最近では、特定健診・特定保健指導の中でも、管理栄養士や保健師がこの資格を取り、より一層、運動に関して詳しい保健指導を行なう人たちが増えています。管理栄養士全員に健康運動指導士の資格を取らせている企業もあると聞いたことがあります。

(資料72)

国民の健康づくりを支援できる健康運動指導者

の養成と活用は重要な課題である

- 第2次国民健康づくり対策(昭和63年)の中で健康運動指導士、健康運動実践指導者養成制度が開始
- 健康日本21(平成12年)
「健康運動指導士や健康運動実践指導者など健康と身体活動・運動に関する十分な知識・技術を持った指導者の育成」
- 「健康日本21」中間評価報告書(平成19年4月10日)
「健康運動指導士等の質の高い運動指導者の育成を促進するとともに、……」
- 特定健診・特定保健指導(平成20年開始)
「財団法人健康・体力づくり事業財団認定する健康運動指導士のほか……」
- 健康日本21(第二次)(平成25年)
「健康増進の担う人材…健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や」

健康運動指導士、健康運動実践指導者は、身体活動推進、ヘルスプロモーション活動の中核となる人材である。

資料72

7. 日本再興戦略

平成25年、安倍内閣が日本再興戦略を打ち出しました。医療、介護、保険、こういった社会保障の関連分野は、確かに財政負担が増大するというネガティブな側面もありますが、考え方次第では、巨大な市場として成長の原動力となり得るということです。今回の戦略の中では、健康長寿産業を戦略的分野の一つに位置付けようということで、健康寿命延伸産業、医薬品・医療機器産業などの発展に向けた施策をこれから展開していこうと訴えたわけです。(資料73)

健康長寿産業ということで、健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模は現状4兆円ですが、2020年のオリンピックの年までに10兆円にしようと計画しています。(資料74)



日本再興戦略

平成25年6月14日

医療や介護、保育や年金などの社会保障関連分野は、少子高齢化の進展等により財政負担が増大している一方、制度の設計次第で巨大な新市場として成長の原動力になり得る分野である。

今回の戦略では健康長寿産業を戦略的分野の一つに位置付け、健康寿命延伸産業や医薬品・医療機器産業などの発展に向けた政策、保育の場における民間活力の活用などが盛り込まれた。

→健康・医療・介護分野をどう成長市場に変え、質の高いサービスを提供するか、制度の持続可能性をいかに確保するかなど、中長期的な成長を実現するための課題が残されている。

86

資料 73



日本再興戦略

平成25年6月14日

④健康長寿産業を創り、育てる

<成果目標>

◆健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を2020年に10兆円（現状4兆円）に拡大する

◆医薬品、医療機器、再生医療の医療関連産業の市場規模を2020年に16兆円（現状12兆円）に拡大する

87

資料 74

(1) 戦略的市場創造プラン

テーマとしては、国民の「健康寿命」の延伸を、戦略的市場創造プランの中で1番に挙げています。この分野は、市場規模としては現在国内で16兆円ですが、2030年ぐらいまでにその倍以上の規模にしようということです。特に雇用規模に関しては、現在約73万人がこの分野で働いているのですが、これを3倍近くにしようとうたわれています。運動指導者なども、これからどんどん増やしていく必要があるでしょう。(資料75)

戦略市場創造プラン

日本再興戦略

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

社会像：予防から治療、早期在宅復帰に至る適正なケアサイクルの確立

戦略分野：健康増進・予防サービス、生活支援サービス、医薬品・医療機器、高齢者向け住宅等

市場規模：国内：26兆円(2020年)、37兆円(2030年)
Cf. 16兆円(現在)

海外：311兆円(2020年)、525兆円(2030年)
Cf. 163兆円

雇用規模：160万人(2020年)、223万人(2030年)
Cf. 73万人

88
資料 75

まとめ

本日の話のまとめは、資料76にあるとおりです。(資料76)

ま と め

- ⑧ 健康増進、ヘルスプロモーションは、個人の健康への努力と社会環境の整備の両方が相まって初めて進めることができる
- ⑧ これまでの我が国の健康増進は、個人の努力に重点が置かれ、社会環境対策がともすれば疎かになっていた
- ⑧ 身体活動・運動の代表的となる歩行に関しても、モータリゼーションなどの発達により、歩数が減少傾向にあり、個人の努力のみでは歩数を増加させることはできない
- ⑧ 特に生活のための日常生活での歩行が少なくなっており、その分余暇時間における歩行などの身体活動のさらなる推進が望まれる
- ⑧ 都市計画や温泉保養地などでの健康づくりなど物理的、社会的環境への働きかけが一層重要となっている
- ⑧ 環境整備などの健康づくり推進には多くの部門の連携がポイントとなる
- ⑧ 健康づくりのための運動指導者の養成と活用は重要課題である

資料 76

(1)夢は2020年東京オリンピック・パラリンピック

2020年に東京オリンピック・パラリンピックが開かれます。私の大先輩である、東京医科大学の中嶋宏先生は、1988年～1998年にWHOの事務局長をなされました。国際機関の事務局長に選挙で選ばれたのは中嶋先生だけです。世界の厚生労働大臣である中嶋先生と、IOCのサマランチ会長(当時)が一緒になって、すべての人に健康「Health for All」と、すべての人にスポーツを「Sports for All」を、ジョイントさせて進めていこうということになりました。東京医科大学の岩根久夫教授が、ここを結び

付けようと頑張り、私もそのかばん持ちでいろいろ行いました。1995年、カナダのケベックでWHOとIOCのジョイントミーティングが開かれています。

この後、運動・スポーツについては1996年アトランタオリンピックの時に国際会議が行われました。その後、タバコ対策に関しては非常に進み、世界の今までのオリンピック開催都市では、オリンピックの前に禁煙や受動喫煙防止条例などの法律ができ、一気にタバコ対策が進んだということがあります。北京でもそういうことがあり、なぜ東京都でできないのかということ。タバコを吸っている方には抵抗される方が多かったり、前の東京都知事がヘビースモーカーだったりということもあり、なかなか進んでいませんでした。オリンピックに向けて、「Health for All, Sports for All」、そして、タバコに関する対策を一気に進めたいということがあります。(資料77)

私は、ぜひこの2020年までに、国民の身体活動推進による健康づくりを進めていきたいと思っています。

夢は2020年東京オリンピック・パラリンピック


WHO
中嶋宏事務局長


IOC
サマランチ会長



Health for All



Sports for All

1995年カナダのケベックでWHOとIOCのジョイントミーティング

↓

2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて
「Health for All, Sports for All」を標語に
身体活動・運動・スポーツによるヘルスプロモーションを推進しましょう!

90
資料 77