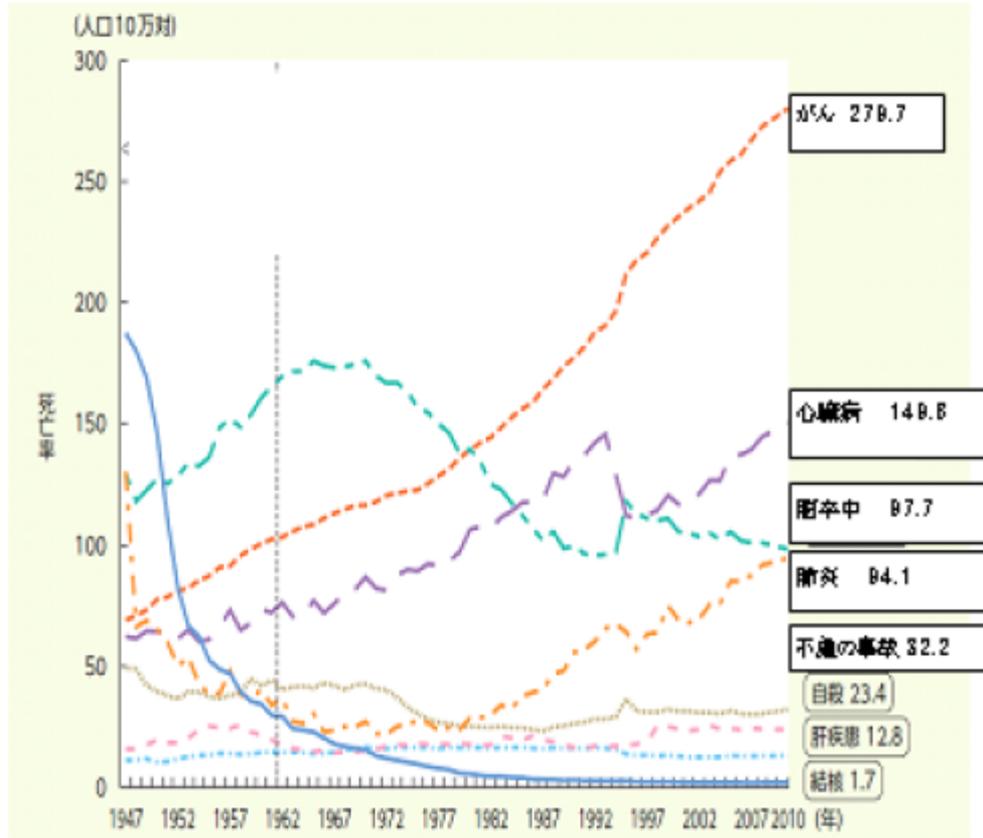


平成30年度
地域包括診療加算・地域包括診療料に係る
かかりつけ医研修会

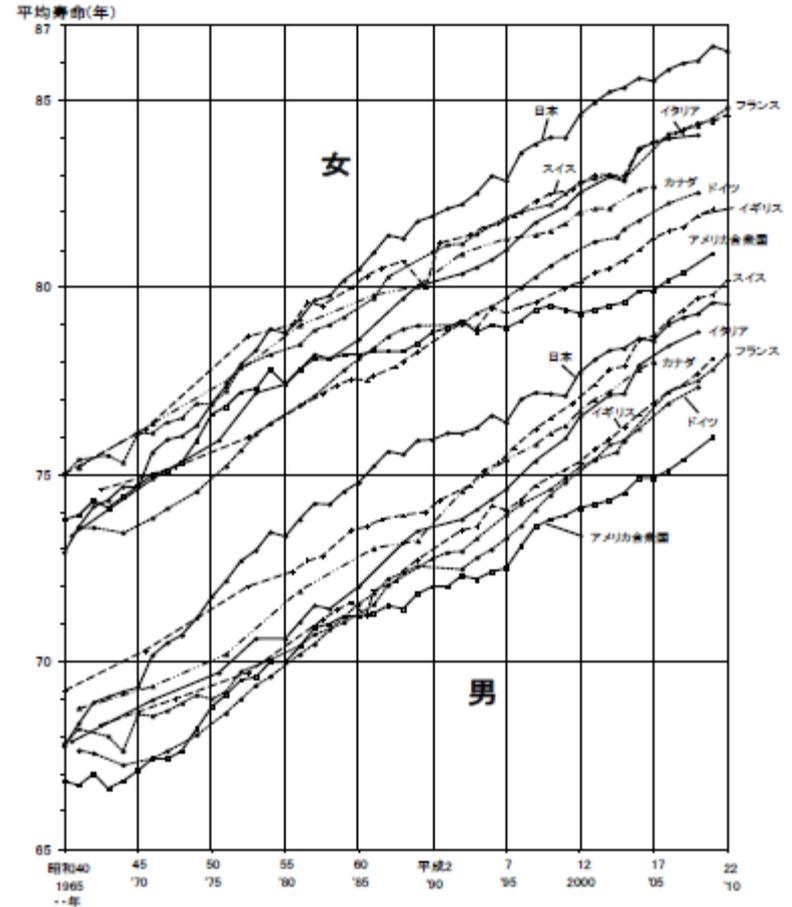
6. 「健康相談」 (新健康概念)

医療法人社団つくし会
理事長 新田 國夫

死因で見た死亡率の推移



平均寿命の推移(各国比較)



(資料：厚生労働省「平成22年人口動態統計」(確定数)の概況) (資料：厚生労働省「第21回生命表(完全生命表)の概況」)

『健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

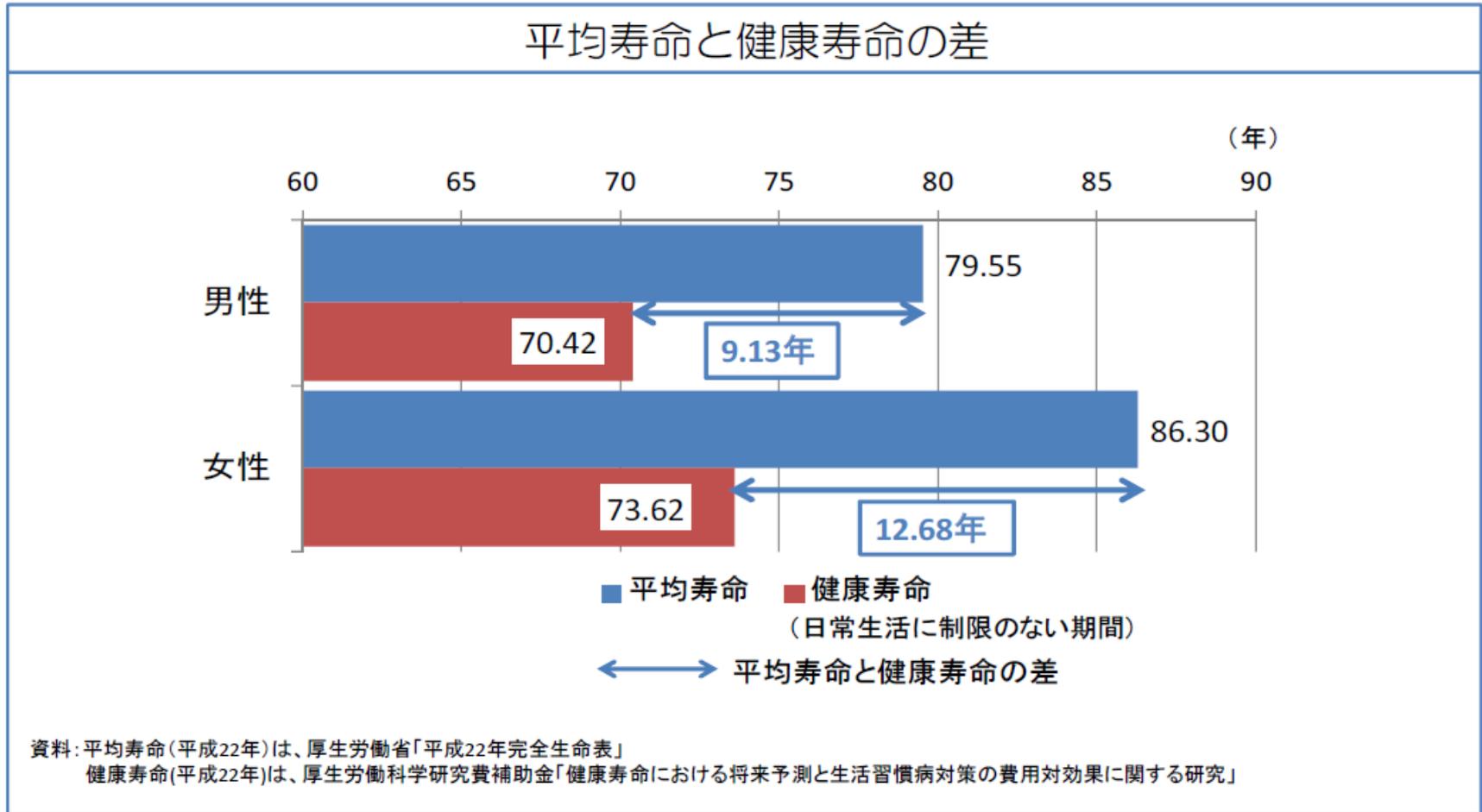
（単位：％）

平成28年

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	18.0	脳血管疾患（脳卒中）	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患（脳卒中）	11.5
要支援2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患（脳卒中）	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患（脳卒中）	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患（脳卒中）	11.9
要介護2	認知症	22.8	脳血管疾患（脳卒中）	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3	認知症	30.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護4	認知症	25.4	脳血管疾患（脳卒中）	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

注：熊本県を除いたものである。

健康を損なってから寿命を迎えるまでに 約10年虚弱な期間がある



[出典]厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会
「健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料」p25



「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

「健康」定義の課題

- 1.健康の状態は疾病と異なり日常状態なので意識されにくい。
(失ってはじめてわかる)
- 2.健康の意義は人の価値観が反映するので普遍的な定義は難しい。
(文化、性別、年齢、人によって違う)
- 3.健康にあたりとされている言葉（Health）は西洋からの輸入語で、従来の日本の一般人の健康は捉えにくい。
(近代の専門家と固有の日本人の一般の考えは異なる)
- 4.現在私たちが健康定義としているものはWHOの健康定義。
- 5.人口の高齢化により若い人を前提とした概念は使えない。
- 6.高齢者は多くの疾病、障害を持ち、最後は死にいたる。

『新たな健康概念の提案』 長谷川敏彦氏資料より

これまでの健康増進対策の沿革

健康増進の考え方

- 1946年にWHOが提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。
- 1970年代になると健康増進は、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味する概念的な定義がなされ（ラロンド報告）、また、米国のHealthy Peopleで応用された際には、個人の生活習慣の改善を意味している。
- 1980年代以降、健康増進はもう一度捉えなおされ、個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせたものとして改めて提唱された（ヘルシーシティ）。

健康の概念をめぐるWHOの歴史

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。(WHO1946年)

この定義の背景には人権概念の問題が存在している。

The right to health is one of the fundamental rights to which every human being,

Without distinction of race, sex, language or religion, is entitled.

健康権は、人種、性別、言語または宗教による差別なく、すべての人々に与えられた基本的人権のひとつである。

この文章は1941年の大西洋憲章、1942年のビバリッジ報告の内容を受けたものであり、1948年の世界人権宣言、1947年の日本国憲法の生存権につながるものである。

1978 アルマ・アタ宣言 (2000年までにすべての人に健康を)

(プライマリ・ヘルス・ケア重視、すべての人に健康を)

1986 オタワ憲章 (ヘルスプロモーション)

(健康増進、健康都市)

1999 定義見直しならず

(動的、霊的追加認められず)

2000 医療保険システム活動評価

(各国医療保険システムを評価しベンチマークする) 『健康相談』 新田國夫資料

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

(1) 第1次国民健康づくり対策（昭和53年～）

健康づくりは、国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚を持つことが基本であり、行政としてはこれを支援するため、国民の多様な健康ニーズに対応しつつ、地域に密着した保健サービスを提供する体制を整備していく必要があるとの観点から、①生涯を通じる健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの普及啓発、の三点を柱として取組を推進。

(2) 第2次国民健康づくり対策《アクティブ80ヘルスプラン》（昭和63年～）

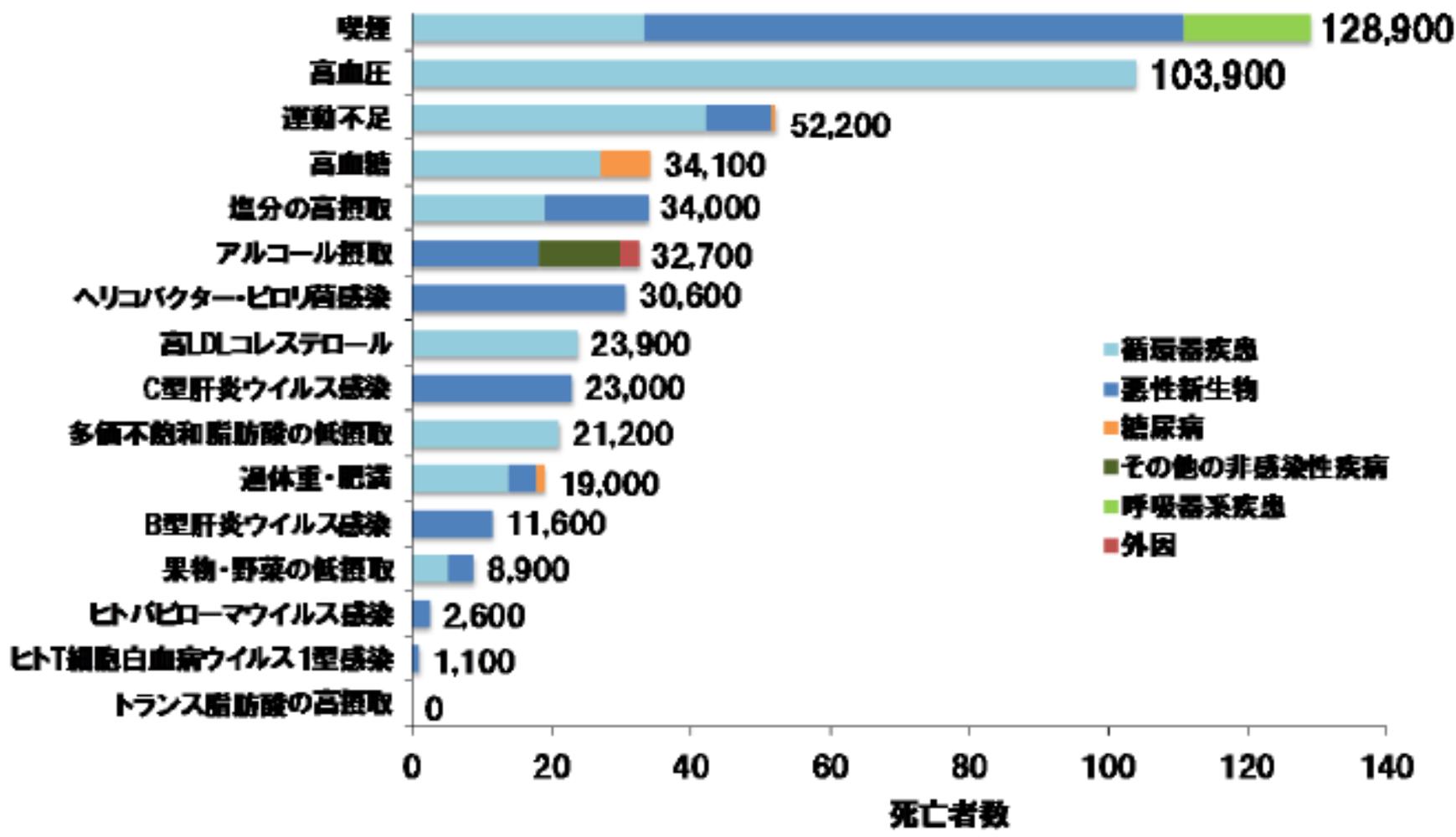
第1次の対策などこれまでの施策を拡充するとともに、運動習慣の普及に重点を置き、栄養・運動・休養の全ての面で均衡のとれた健康的な生活習慣の確立を目指すこととし、取組を推進。

(3) 第3次国民健康づくり対策《21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）》（平成12年～）

壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とし、生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の国民の保健医療対策上重要となる課題について、10年後を目途とした目標等を設定し、国及び地方公共団体等の行政にとどまらず広く関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、「一次予防」の観点を重視した情報提供等を行う取組を推進。

『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

2007年のわが国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数 (男女計)



- 循環器疾患
- 悪性新生物
- 糖尿病
- その他の非感染性疾病
- 呼吸器系疾患
- 外因

(Ikeda N, et al : PLoS Med. 2012; 9(1): e 1001160.)

『健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料』
 平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

図表9

i 最終評価の結果

(i) 全体の目標達成状況等の評価

9つの分野の全指標 80 項目のうち、再掲 21 項目を除く 59 項目の達成状況は次のとおりである。Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約6割で一定の改善がみられた。

評価区分（策定時* の値と直近値を比較）	該当項目数<割合>
A 目標値に達した	10項目 <16.9%>
B 目標値に達していないが改善傾向にある	25項目 <42.4%>
C 変わらない	14項目 <23.7%>
D 悪化している	9項目 <15.3%>
E 評価困難	1項目 <1.7%>
合計	59項目 <100.0%>

* 中間評価時に設定された指標については、中間評価時の値と比較

なお、9分野の目標の中、主なものは、以下のとおりであった。

- A : メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加
高齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加
80歳で20歯以上・60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加 など
- B : 食塩摂取量の減少
意識的に運動を心がけている人の増加
喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及
糖尿病やがん検診の促進 など
- C : 自殺者の減少、多量に飲酒する人の減少**
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少
高脂血症の減少 など
- D : 日常生活における歩数の増加
糖尿病合併症の減少 など

『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」6. 健康相談_新田國夫

10年後を見据えた「目指す姿」

- 日本における近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10年後の人口動態を見据え、「目指す姿」を明らかにする。

〈背景〉

- 平均寿命、健康寿命ともに、世界のトップクラスを維持。
- 総人口は減少し、急速に高齢化が進行。
- 出生数は減少。生涯未婚率の増加、離婚件数の増加など、家族形態は変化。
- 経済状況は停滞し、完全失業率は5%まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況。
- 単身世帯が増加し、高齢者の単身世帯も増加。
- 相対的貧困率は16.0%。生活保護受給者数は過去最高の209万人。
- 進学率は向上し、2人に1人が大学進学する状況。一方、小中学校での不登校児童数は10万人を超える状況。
- がん等の生活習慣病が増加。医療費は30兆円を超える状況。
- 自殺者数は3万人程度で推移。過労死など働く世代にみられる深刻な課題。
- 児童虐待相談対応件数は増加の一途を辿り、5万件を超える状況。
- 国民の7割が日常生活に悩みや不安を感じ、老後の生活設計や自分の健康についての悩みや不安が多い。

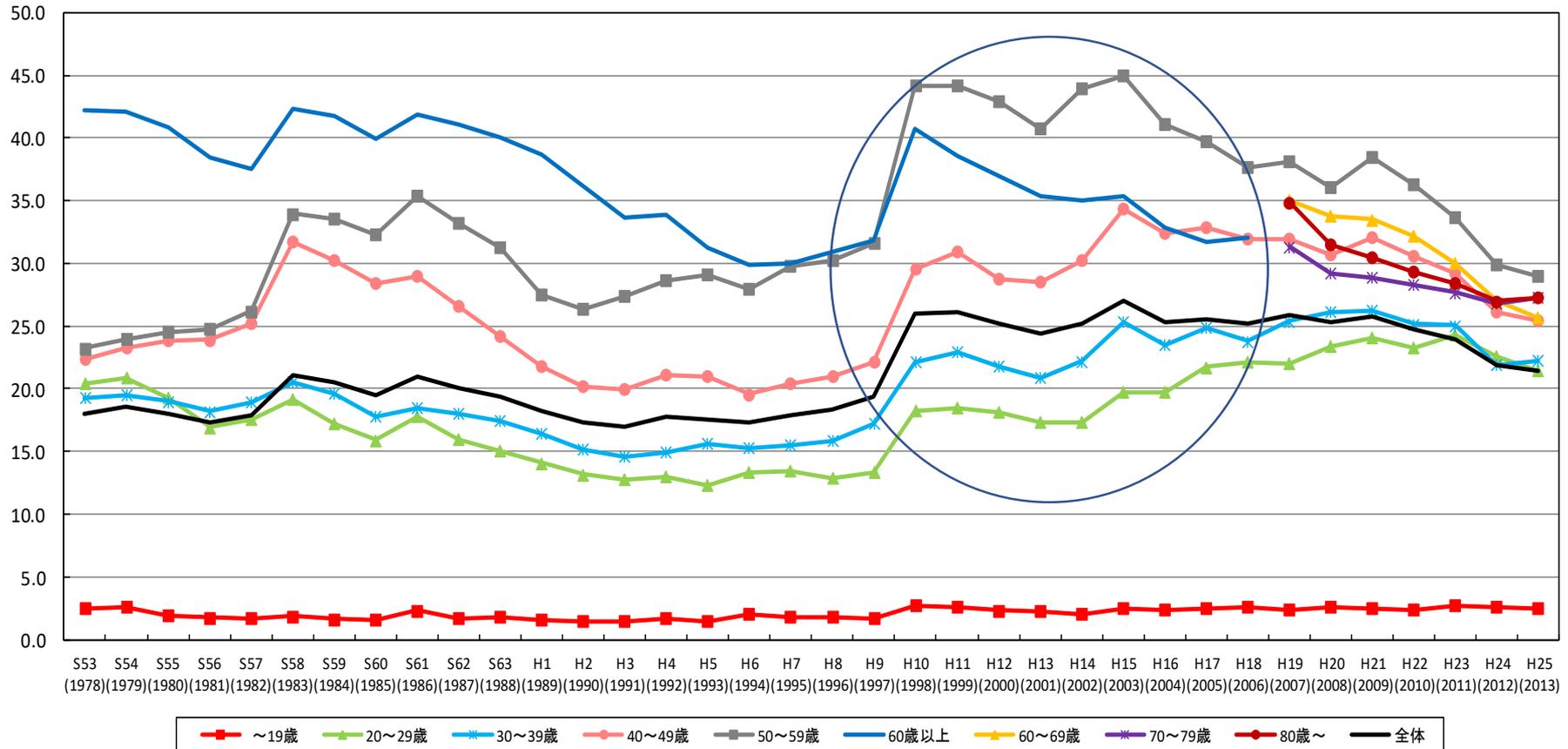
『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

自殺死亡率

年齢階級別の自殺死亡率の推移

○日本の自殺率は、平成10(1998)年に急上昇し、この年年間自殺者数が3万人を超えた。
 ○年齢別で見ると、かつては自殺率は高齢期が高かったが、近年は若年・壮年の自殺率が高まり、ほぼ違いがなくなっている。

(注)自殺死亡率:人口10万人当たりの自殺者数



出典：平成24年版自殺対策白書

資料：警察庁「自殺統計」より内閣府作成

2018.06.09福祉フォーラム・ジャパン第9回通常総会 記念講演 人口減少と社会保障-「全世代型」社会保障を考える- 山崎史郎氏

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

自殺の「危機経路」－リスクの連鎖

○自殺はその多くが追い込まれた末の死である

【無職者（就業経験あり）】

（「→」=連鎖、「+」=併発）

- ① 失業→生活苦→多重債務→うつ病→自殺
- ② 連帯保証債務→倒産→離婚の悩み+将来生活への不安→自殺
- ③ 犯罪被害（性的暴行など）→精神疾患→失業+失恋→自殺

【被雇用者】

- ① 配置転換→過労+職場の人間関係→うつ病→自殺
- ② 昇進→過労→仕事の失敗→職場の人間関係→自殺
- ③ 職場のいじめ→うつ病→自殺

【自営業者】

- ① 事業不振→生活苦→多重債務→うつ病→自殺
- ② 介護疲れ→事業不振→過労→身体疾患+うつ病→自殺
- ③ 解雇→再就職失敗→やむを得ず起業→事業不振→多重債務→生活苦→自殺

【無職者（就業経験なし）】

- ① 子育ての悩み→夫婦間の不和→うつ病→自殺
- ② DV→うつ病+離婚の悩み→生活苦→多重債務→自殺
- ③ 身体疾患+家族の死→将来生活への不安→自殺

【学生】

- ① いじめ→学業不振+学内の人間関係（教師と）→進路の悩み→自殺
- ② 親子間の不和→ひきこもり→うつ病→将来生活への不安→自殺

NPO法人ライフリンク「自殺実態1,000人調査」

2018.06.09福祉フォーラム・ジャパン第9回通常総会 記念講演 人口減少と社会保障-「全世代型」社会保障を考える- 山崎史郎氏

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

社会的包摂ワンストップ相談支援事業の電話相談

<社会的包摂ワンストップ相談支援事業(よりそいホットライン)>

- ・24時間、365日、無料の電話相談
- ・37の地域センターに相談員約2,500人配置。コーディネーター40人配置
- ・支援を担う連携団体は629団体



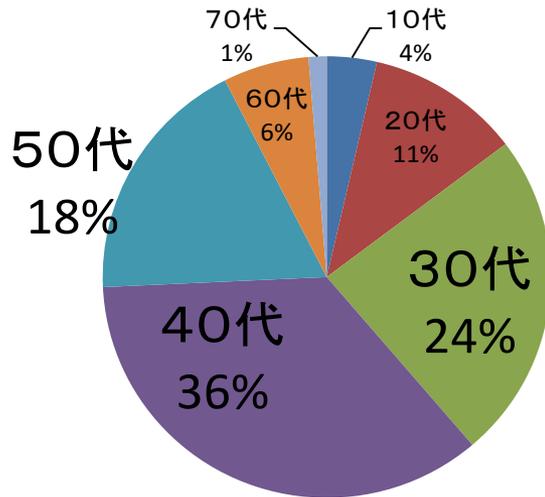
○2014年4月～2015年3月の1年間で、電話件数は約1,088万件(1日3万件)。

○相談者の年齢構成を見ると、40代が最も多く、次いで30代、50代、20代の順となっている。

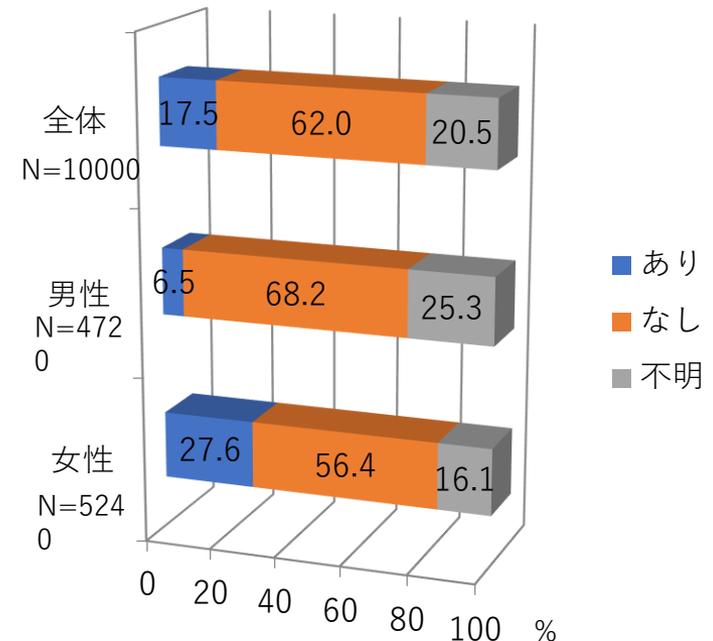
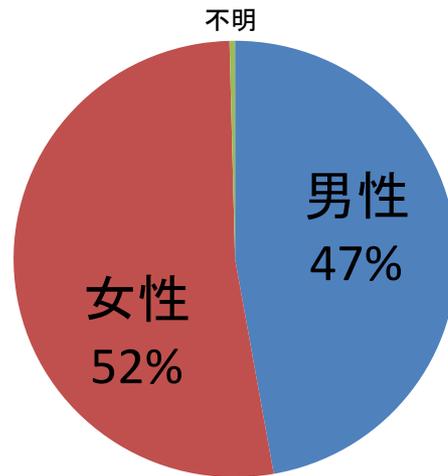
○相談者の内訳は男性と女性がほぼ半数ずつの状況。孤立者の割合が高い(特に男性)

性別・配偶者・パートナー有無

【年齢別相談割合】
(N=10,000)



【性別相談割合】
(N=10,000)



(出典)一般社団法人社会的包摂サポートセンター平成24年度報告書

2018.06.09福祉フォーラム・ジャパン第9回通常総会 記念講演 人口減少と社会保障-「全世代型」社会保障を考える- 山崎史郎氏一部改編

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

社会的包摂ワンス トップ相談支援事業相談事例 (2015、2016年度)

<相談事例 1 > 30歳代男性、単身生活

(相談内容) 派遣社員として働き、シフトで不規則な生活を送っている。帰宅途中にひたたくりにあい、以来、うつ気味で出社できない。休養中、退職をしていないのに会社が給与を振り込まない。家賃で、通常手取りの半分が消える。大学の奨学金返済があり、足りない生活費をサラ金で借りていたら、返せなくなった。どうしていいかわからない。死ぬしかないのか。

<相談事例 2 > 30歳代男性、家族と同居 (母・妹)

(相談内容) うつ病を患っている。アルバイトをしているが、定職につけないことで毎日母親に責められている。いつ、どこで何をしているか、逐一報告しないといけない。休日も自由に出かけることは出来ない。自由がない生活に疲れた。生きていてもなんの楽しみもない。死んだら楽になるのだろうか。

<相談事例 3 > 40歳代男性

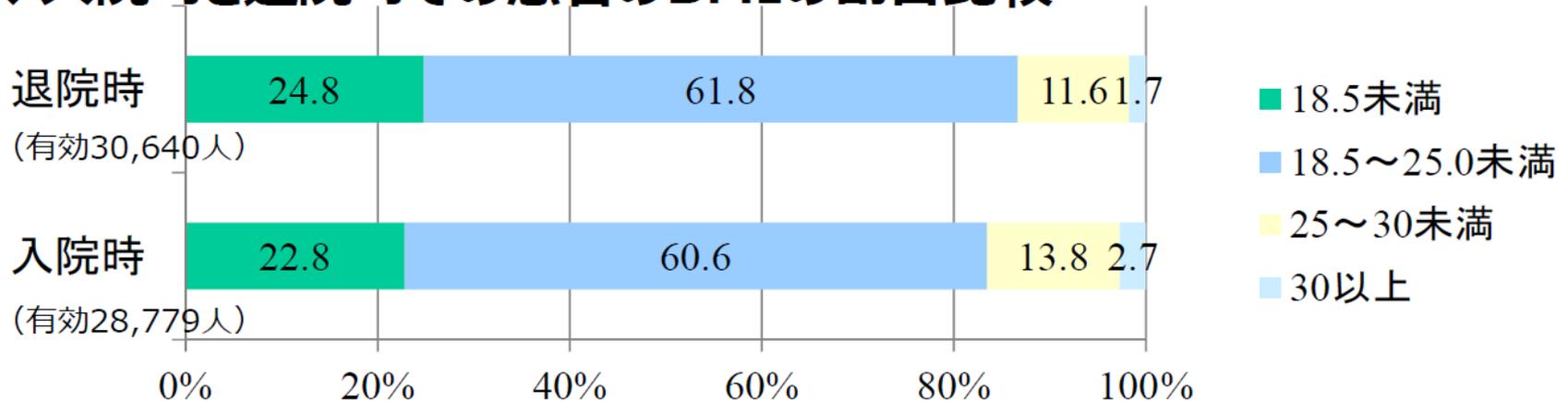
(相談内容) 入水自殺をしようと思っている。以前大手の会社に勤めていたが、転職して小規模の会社に入ったらいじめが横行していて、うつ状態になった。

<相談事例 4 > 50歳代女性、一人暮らし

(相談内容) 両親の介護しながら生活していたが、相次いで亡くなり、今は一人で生活している。両親の年金で生活していたために、収入がなくなり水道光熱費、税金などを滞納している。仕事をしたくても保証人がいないので働けない。家がゴミ屋敷になっていて困り果てている。誰も助けてくれる人がいない。

患者のBMI変化：栄養改善と機能改善

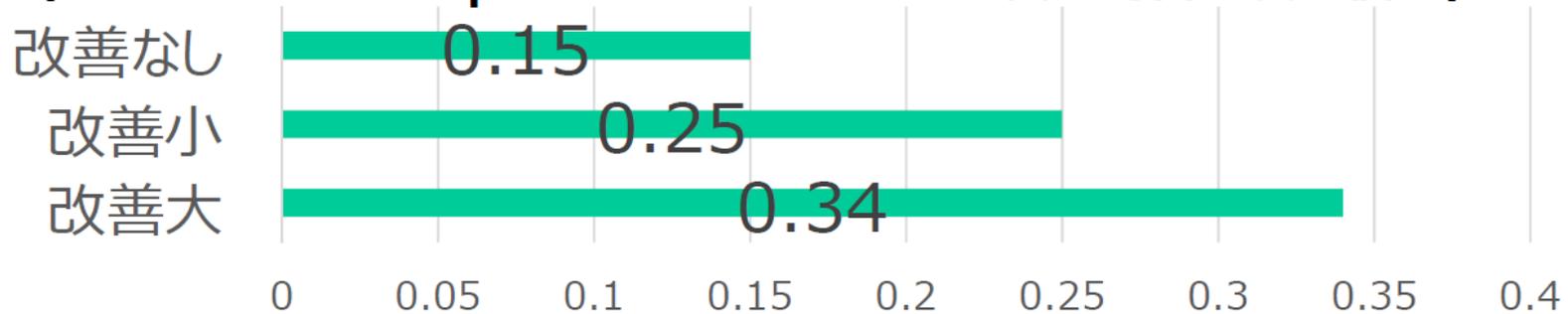
◆入院時と退院時での患者のBMIの割合比較



平成28年3月一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会
平成27年度版 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書

◆栄養改善の程度とFIM改善

(Functional Independence Measure : 機能的自立度評価法)



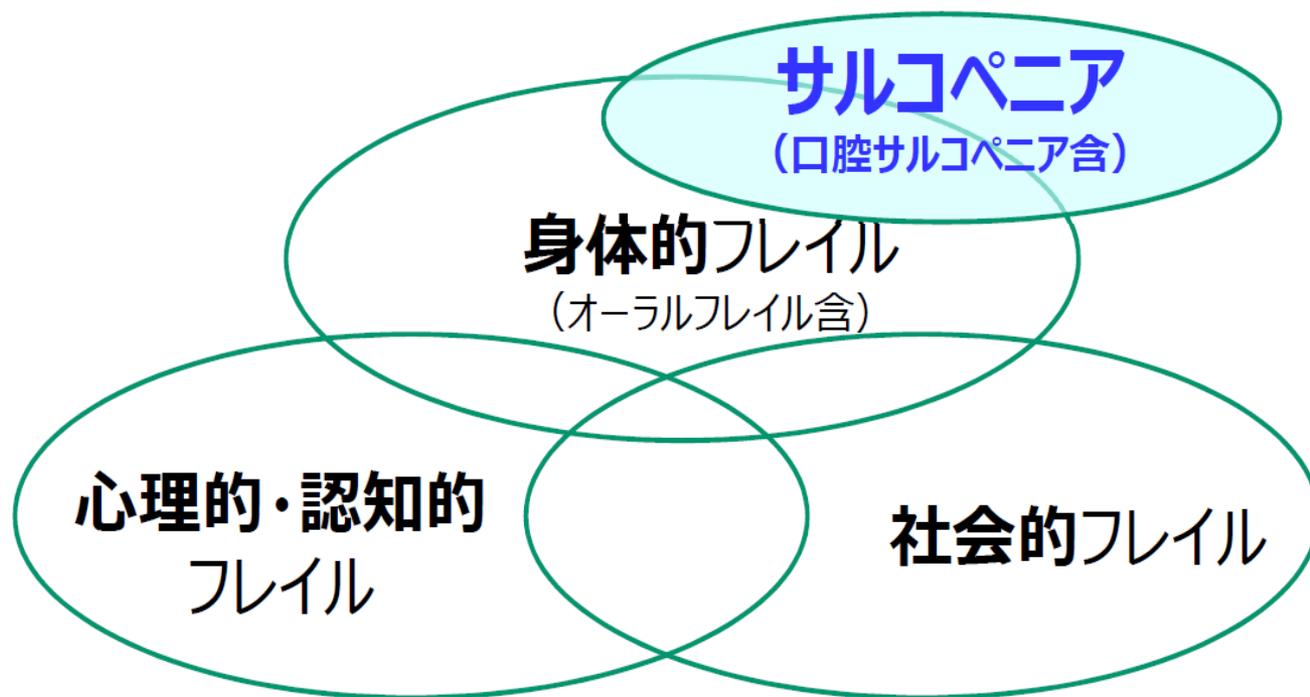
Nishioka S, et al. J Acad Nutr Diet. 2016

図表16

2018.5.20日医かかりつけ医機能研修制度平成30年度応用研修会 フレイル予防、高齢者総合的機能評価 (GGA) ・老年症候群 飯島勝矢氏

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

多面的なフレイルに対して、2つの視点から包括的に評価し、
早期マネジメントを実施/指導することが重要



医学的視点

病態・症状の的確な
アセスメントと早期介入

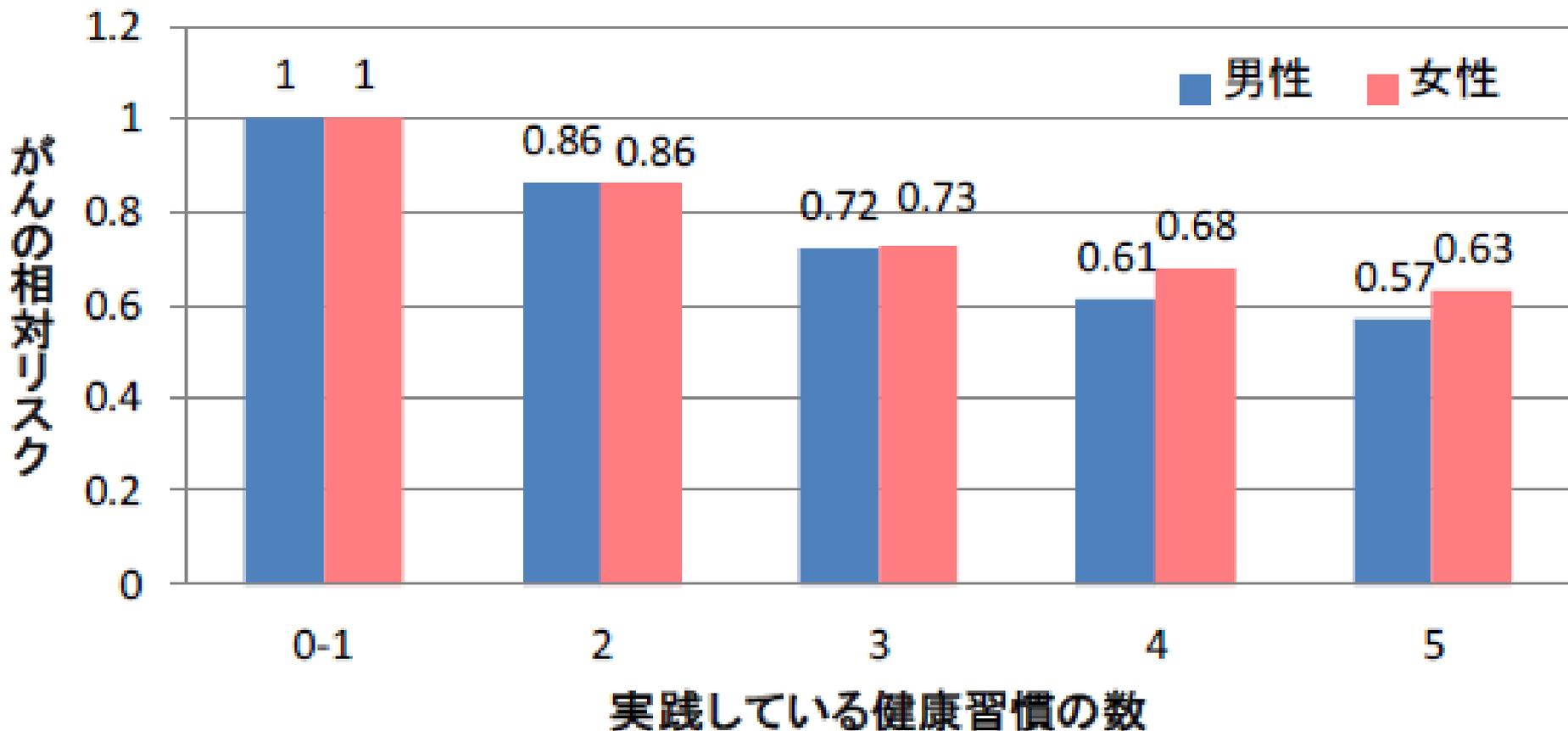


ケア的視点

生活的視点の評価も盛り込み、
多職種連携サポート

図表17

5つの健康習慣とがんのリスク



(Sasazuki S . et al : Prev. Med. 54, 112-116 (2012))

『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会



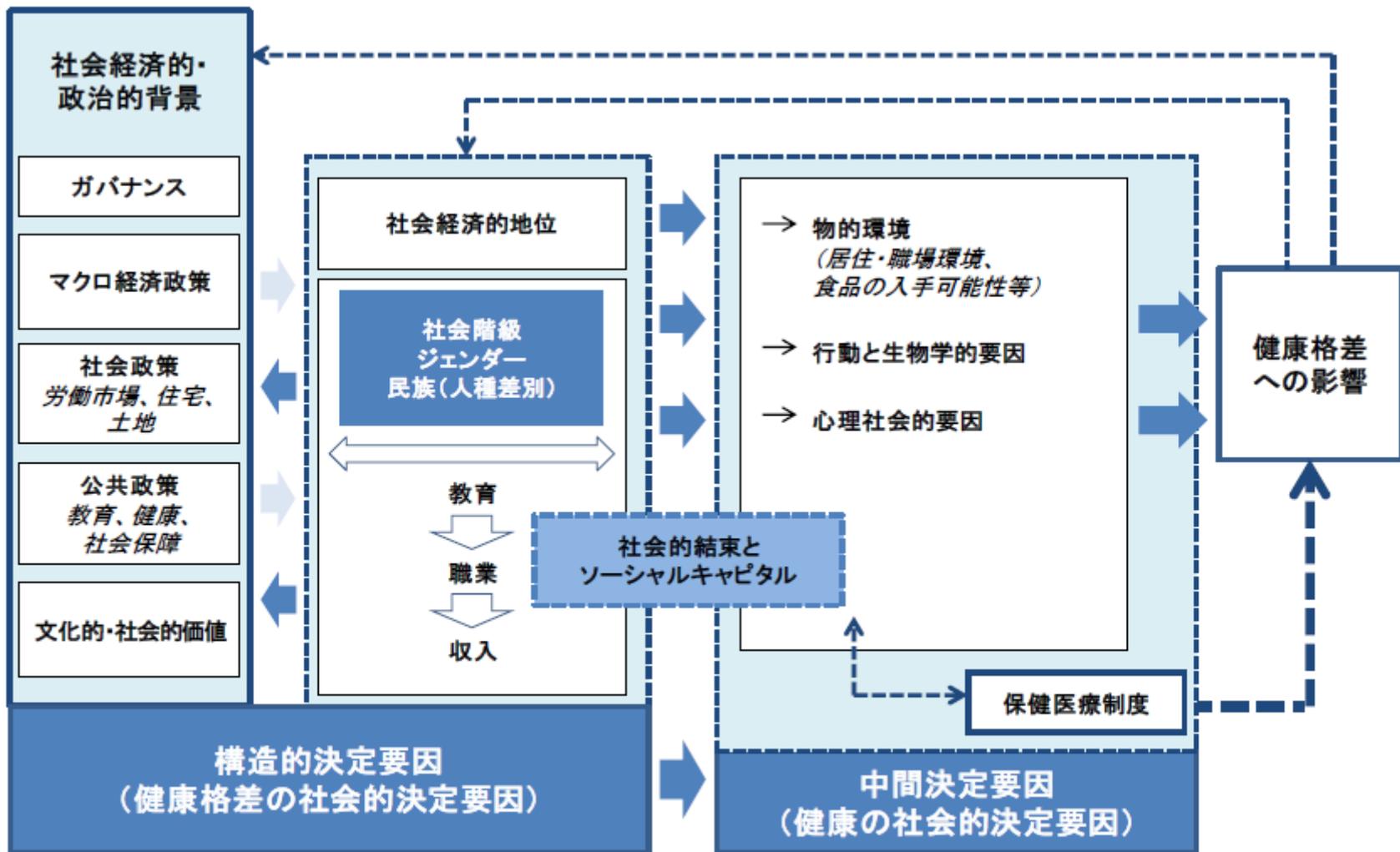
10年後に目指す姿

○すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会

- ・子どもも大人も希望のもてる社会
- ・高齢者が生きがいをもてる社会
- ・希望や生きがいをもてる基盤となる健康を大切にする社会
- ・疾患や介護を有する方も、それぞれに満足できる人生を送ることのできる社会
- ・地域の相互扶助や世代間の相互扶助が機能する社会
- ・誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会
- ・今後健康格差が広まる中で、社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現する社会

『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み

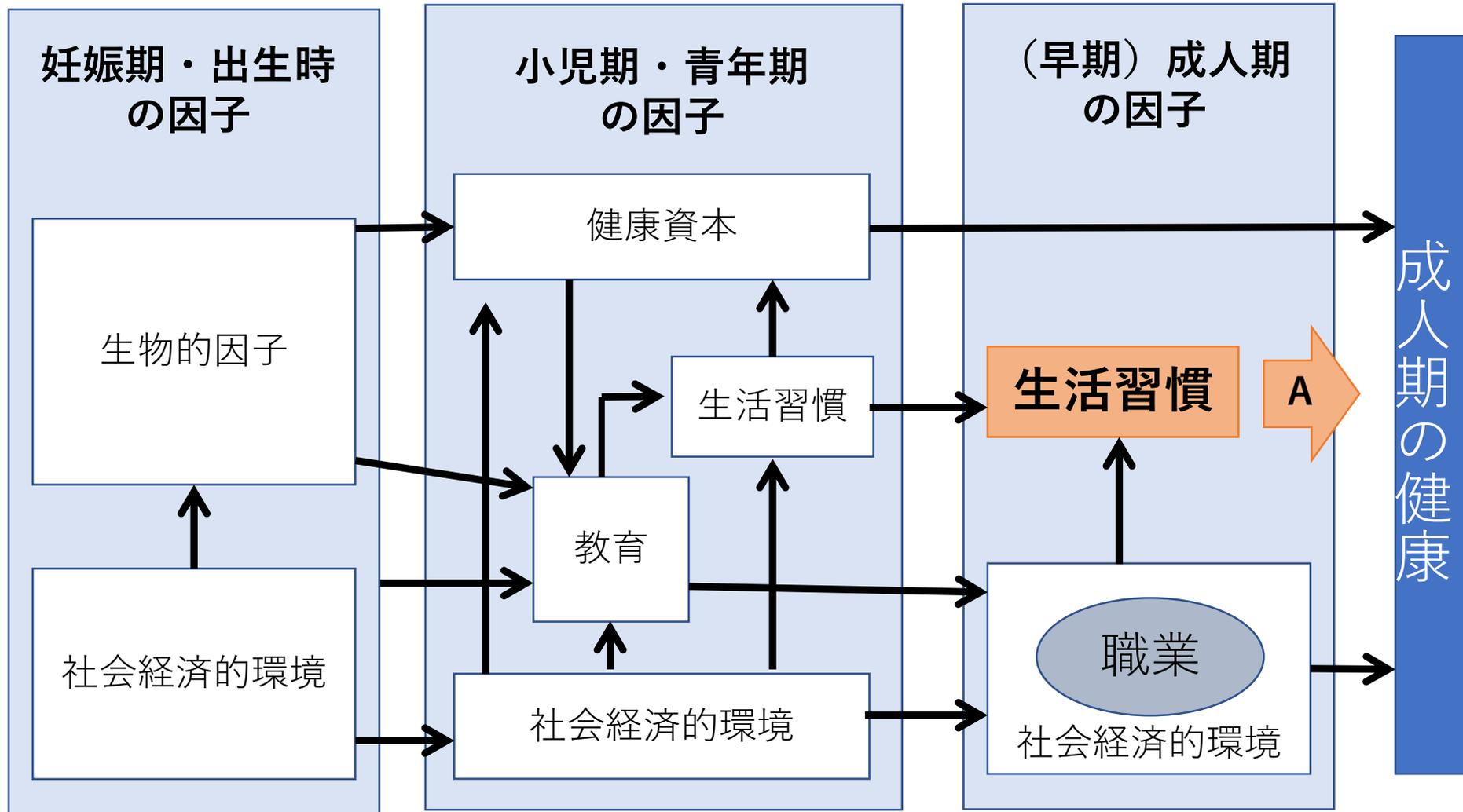


(資料：WHO (2010), A conceptual framework for action on the social determinants of health)

(次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 仮訳)

『健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料』
 平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

妊娠期から成人期の健康への影響経路



近藤克則 『健康格差社会への処方箋』 医学書院 2017年

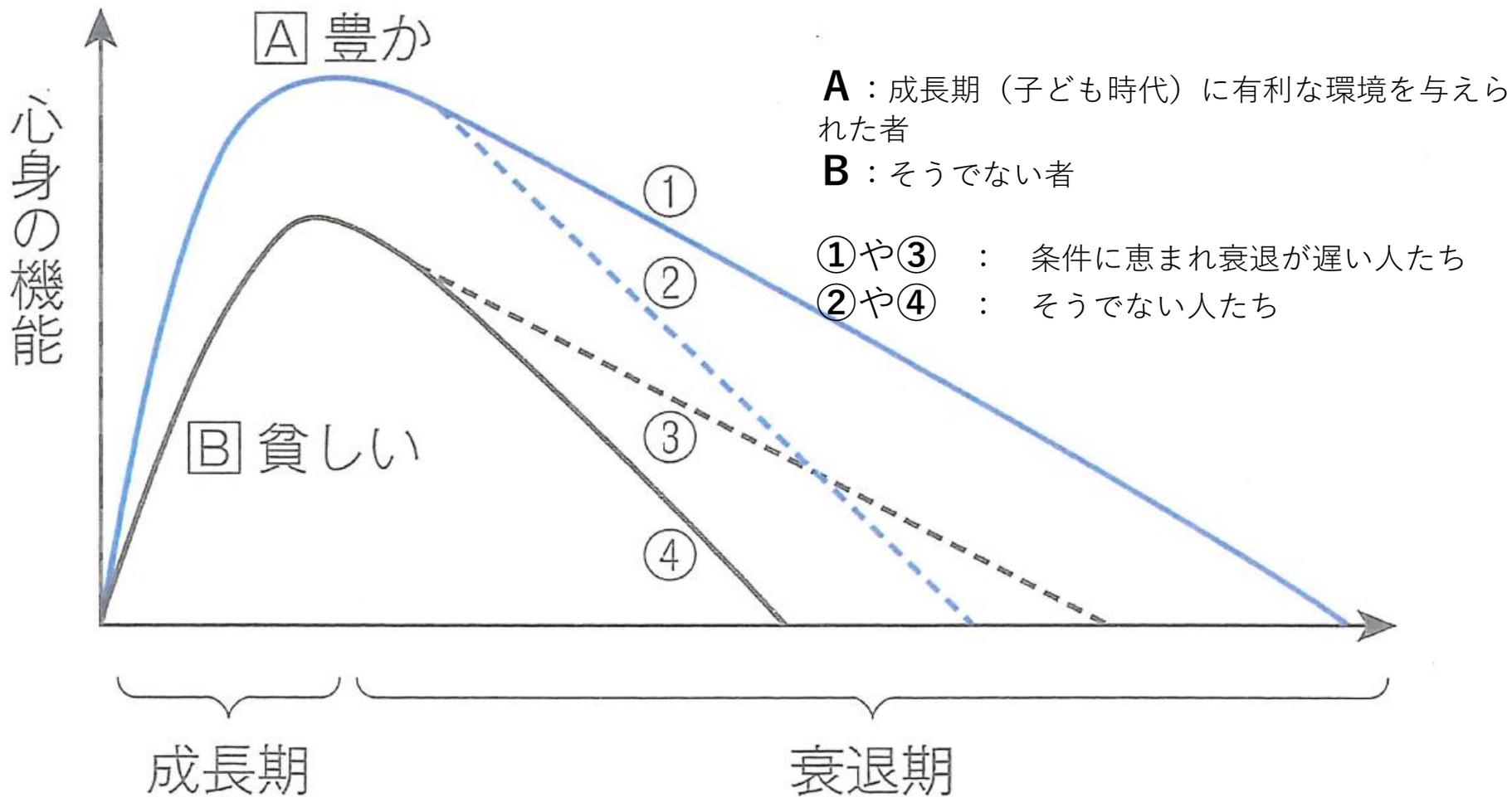


図 1-2 成長期と衰退期のモデル

①・②と③～④は図 1-1 のそれぞれに相当する。

[Kuh D, Ben-Shlomo Y : Introduction. Kuh D, Ben-Shlomo Y (eds) : A life course approach to chronic disease epidemiology, 2nd edition. pp 3-14, Oxford University Press, Oxford, 2004, Fig 1-2 をもとに改変]

近藤克則 『健康格差社会への処方箋』 医学書院 2017年

所得と生活習慣等に関する状況（20歳以上）

		世帯所得 200万円未満		世帯所得 200万円以上～ 600万円未満		世帯所得 600万円以上		200万 円未満	200万円 以上～ 600万円 未満
		人数	割合または 平均*	人数	割合または 平均*	人数	割合または 平均*		
体型	1. 肥満者の割合（男性）	380	31.5%	1,438	30.2%	600	30.7%		
	（女性）	587	25.6%	1,634	21.0%	686	13.2%	★	★
食生活	2. 朝食欠食者の割合（男性）	499	20.7%	1,900	18.6%	816	15.1%	★	★
	（女性）	718	17.6%	2,038	11.7%	878	10.5%	★	
	3. 野菜摂取量（男性）	455	256g	1,716	276g	755	293g	★	★
	（女性）	678	270g	1,880	278g	829	305g	★	★
運動	4. 運動習慣のない者の割合（男性）	302	70.6%	1,050	63.7%	381	62.5%	★	
	（女性）	492	72.9%	1,315	72.1%	505	67.7%	★	★
たばこ	5. 現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）	497	37.3%	1,896	33.6%	815	27.0%	★	★
	（女性）	719	11.7%	2,034	8.8%	877	6.4%	★	★
飲酒	6. 飲酒習慣者の割合（男性）	497	32.6%	1,898	36.6%	816	40.0%	★	
	（女性）	719	7.2%	2,037	6.4%	877	8.0%		
睡眠	7. 睡眠の質が悪い者の割合（男性）	499	11.1%	1,900	11.8%	816	10.8%		
	（女性）	718	15.9%	2,037	15.4%	878	11.4%		★

* 年齢と世帯員数で調整した値

★ 600万円以上の世帯の世帯員と比較して、差のあった項目

（資料：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」）

『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』
平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

日本で見られる社会階層間の健康格差

AGESプロジェクトの一般高齢者データ (n=32,891) 分析による

うつ・主観的健康感

社会経済的地位が高い層ほど、主観的健康感が「よくない」者やうつ状態の者の割合が低かった。

たとえば、男性の主観的健康感がよくない者の割合は、教育年数13年以上で24.2%、6年未満で44.5%

保健行動・転倒歴

所得が低い（200万円未満）場合、高所得者（400万以上）に比べ、歩行時間の短い者の割合（たとえば男性で38.1%と31.5%）、転倒経験率（女性で37.5%と32.0%）、健診の非受診率（男性で24.1%と16.1%）が高い。

歯・口腔状態

歯がほとんどない者は、低所得層で多い。ただし、都市的地域の低所得者（200万円未満）層の29.4%よりも、農村的地域の高所得者（400万円以上）層のほうが35.9%と6.5%も高く、地域間の差も大きい。

趣味活動

趣味「あり」の割合は、社会経済的地位が高い層ほど高い。たとえば、教育年数6年未満でかつ200万円未満の低所得層45.2%に対して、教育年数13年以上かつ400万円以上の高所得者層では91.4%と、2倍となる。

閉じこもり

外出が週1回未満の「閉じこもり」高齢者は、男女とも教育年数の短い（6年未満）層が教育年数の長い（13年以上）層に比べ、男性で11.6%と2.8%、女性で9.4%と3.5%と男性で4.1倍、女性で2.7倍多かった。

近藤克則 『健康格差社会への処方箋』 医学書院 2017年

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 6. 健康相談_新田國夫

世帯構成とうつ

うつ状態の者は、男性の1人暮らしでは17.7%であり、配偶者、子どもと同居する男性の5.5%の3.2倍であった。また、教育年数の短い（6年未満）男性で、1人暮らしの者の割合が高かった。

社会的サポートの授受

他者からサポートを受けるだけの高齢者より、他者へのサポート提供もしている高齢者のほうが、心理的健康状態はよかった。たとえば、前者のうつ状態の割合は15%と、後者の6%の2.5倍であった。

就業状態・経済的不安

主観的健康感の「よくない」者は、就業者（15.3%）より非就業者に多い（26%前後）。客観的所得水準よりも主観的な経済的不安のほうが、うつ状態と関連していた。（低所得でも経済的不安なしの者ではうつ状態は1.5%と、高所得者でも経済的に不安な者の9.1%よりも少ない）

ストレス対処能力

社会経済的地位が高いほど、ストレス対処能力を示すSOC（sense of coherence:首尾一貫感覚）得点も高かった（男性で教育年数13年以上では平均66.6だが、6年未満では平均58.7）。SOC得点の高さは心理的健康状態のよさと関連し、ストレスと不健康の関連を和らげていた。

ソーシャル・キャピタル

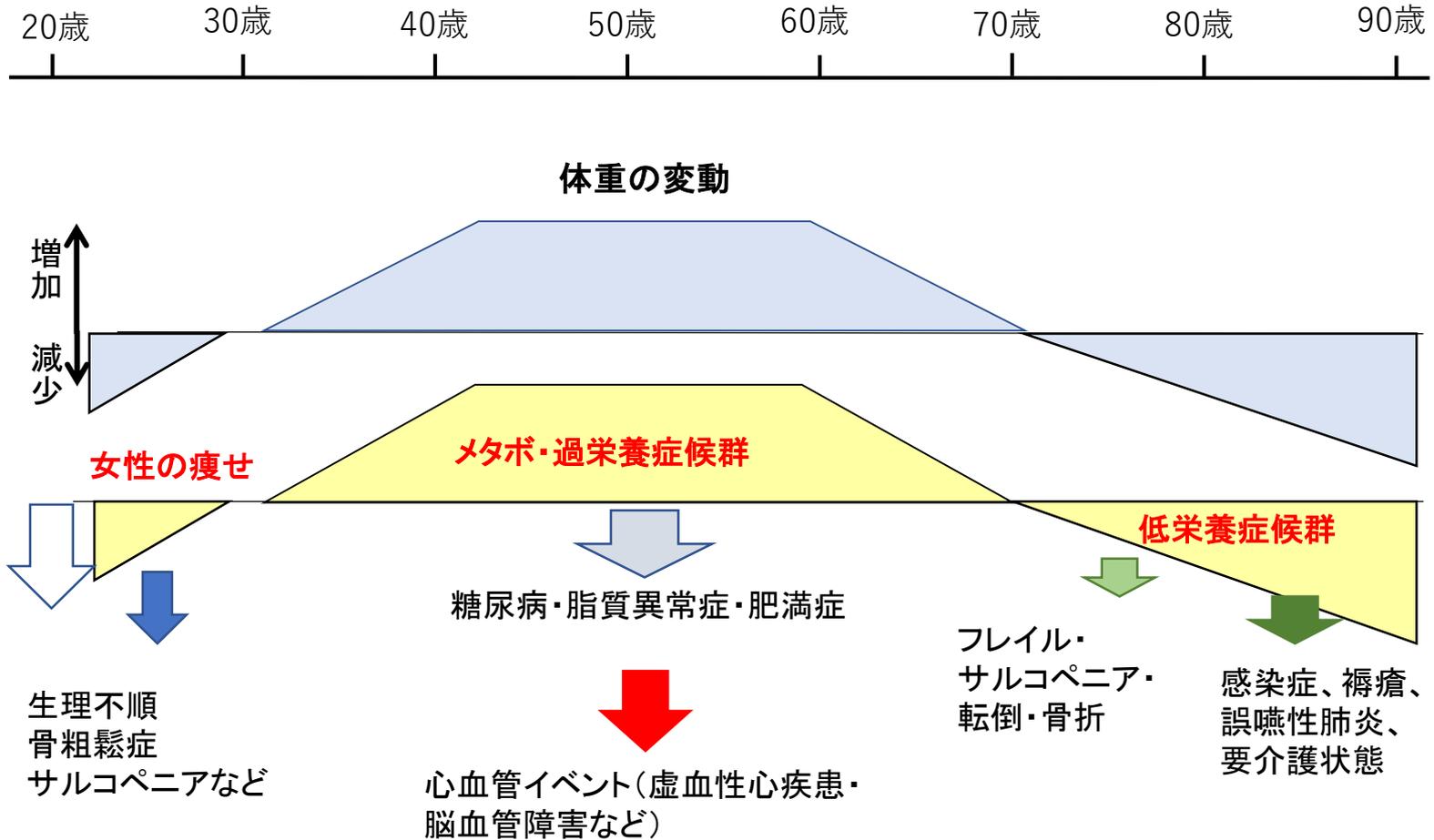
市町村レベルのソーシャル・キャピタルと、市町村ごとに集計した心理的健康の間の好ましい関連を認めた。たとえば、1人当たり組織参加が多い保険者ほど、うつ傾向・うつ状態の者が少なく、相関係数は-0.88であった。

近藤克則：健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか 医学書院 2005年より抜粋

Aichi Gerontological Evaluation Study の略。高齢者ケア施策の基礎となる科学的知見を得る目的で、1999年に愛知県の2自治体を対象として開始。2003年度には3県15市町村の3万2,891人のデータを収集し、2006年には3県10市町村で2度目（追跡を含む）の調査データが得られている。

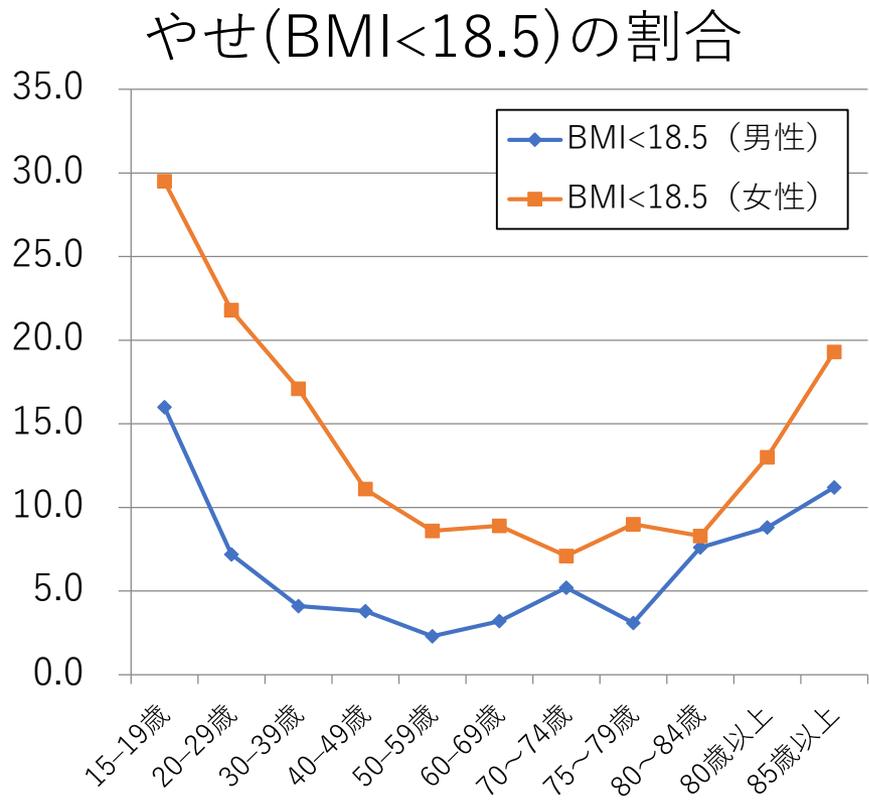
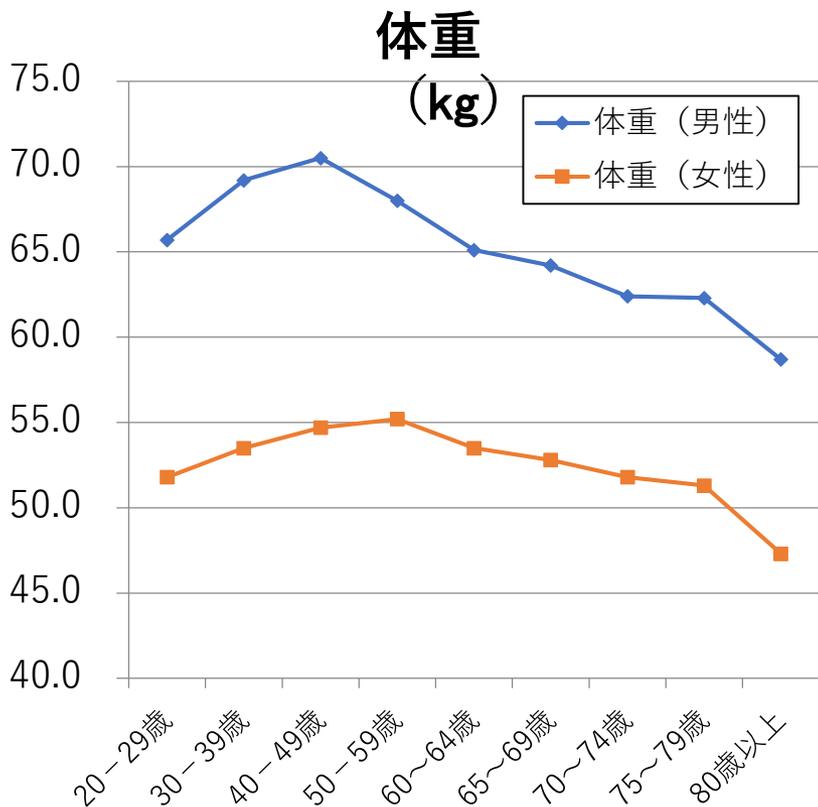
近藤克則 『健康格差社会への処方箋』 医学書院 2017年

ライフステージと栄養の関係



名古屋大学 葛谷雅文氏資料より

年齢階級別体重、BMI変化 ～後期高齢者の低BMIの問題～



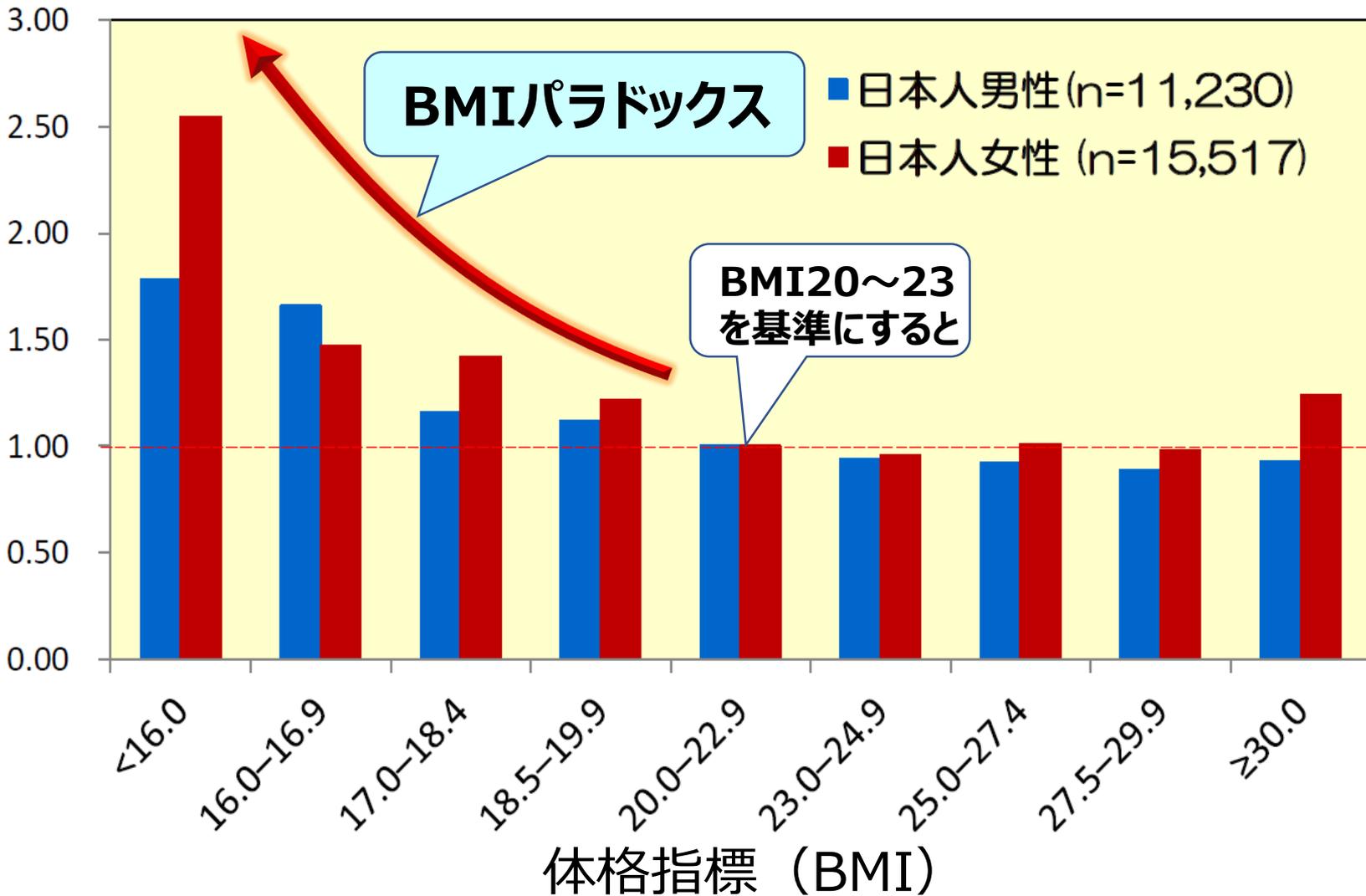
平成24年 国民健康・栄養調査より

高齢者の痩せ（低BMI）は総死亡率が高い

＜日本人65～79歳の11年間の追跡

総死亡率に対する危険度（オッズ比）

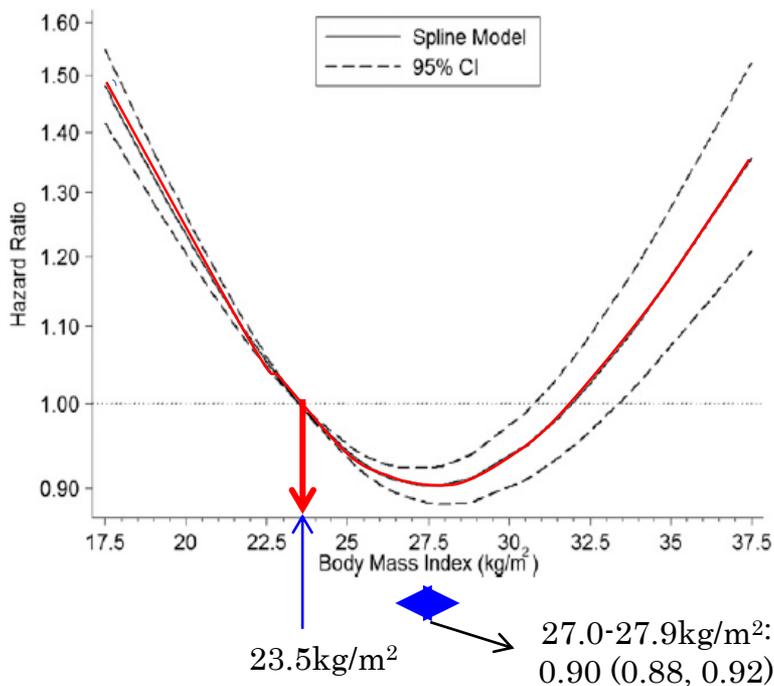
悪 ↑
↓ 良



Tamakoshi Aら. Obesity (Silver Spring). 2010;18:362-9

低栄養と過栄養と生命予後

65歳以上の高齢者 (n=197,940)、
平均12年間のメタ解析



観察疫学研究において報告された総死亡率が最も低かったBMIの範囲(日本人男女共通)

年齢 (歳)	総死亡率が最も低いBMI (kg/m ²)
18~49	18.5~24.9
50~69	20.0~24.9
70~	22.5~27.4

2015年度版日本人の食事摂取基準より



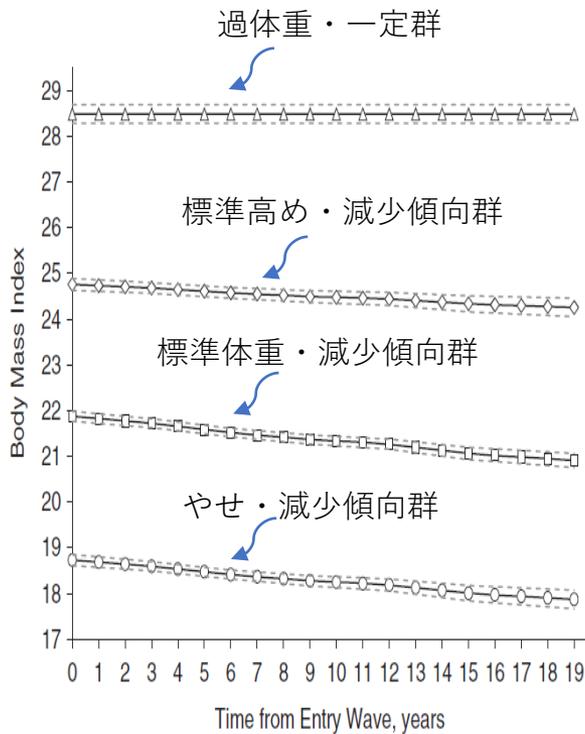
年齢により、至適BMIは異なり、高齢者の至適BMIはかなり高い。

Am J Clin Nutr. 2014 Apr;99(4):875-90.

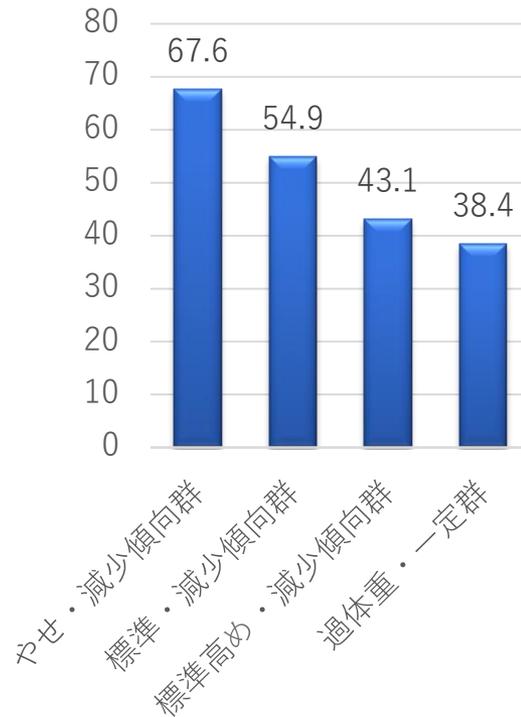
名古屋大学 葛谷雅文氏資料より

BMIの推移パターンと生命予後(13.8年間)

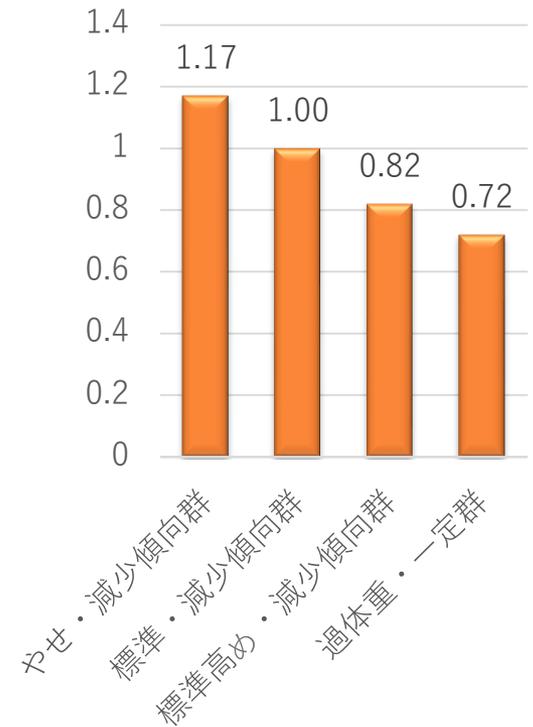
日本人高齢者(60歳以上)4,869名を調査。BMIとその変化と生命予後を検討



死亡者割合 (%)



HR(共変量を調整)



Murayama H, et al. Am J Epidemiol. 2015;182(7):597-605

名古屋大学 葛谷雅文氏資料より

高齢者の体重減少・低栄養の様々な要因

社会的要因

- 一人暮らし
- 介護不足
- 孤独感
- 貧困

疾病ならびに薬剤

- ✓ 臓器不全
- ✓ 炎症・悪性腫瘍
- ✓ 摂食嚥下障害（歯の問題を含む）
- ✓ ADL（日常生活動作）障害
- ✓ 疼痛
- ✓ 消化管障害（下痢、便秘を含む）
- ✓ 薬の副作用

加 齢

- 食欲低下
（中枢神経の関与）
- 臭覚・味覚障害

精神・心理的要因

- ◆ 認知機能障害
- ◆ うつ
- ◆ 誤嚥・窒息の恐怖

その他

- 食形態の問題
- 誤った体格の認識
- 誤った栄養状態の評価
- 誤った食事栄養指導
- 不適切な食生活
- 不十分な人工栄養

内発的動機づけと運動継続

血糖コントロールなど運動以外に目標があり、運動がその達成手段であるものを外発的動機づけ、楽しさなど運動それ自体が目標となるものを内発的動機づけと呼びます。

前者は目標達成まで長期間を要し、目標と運動の関係も強固でないためドロップアウトが起こりやすく、後者は運動するその場で目標が達成されるので、運動継続に重要とされます。

内発的動機づけを構成する因子には、自律性、有能性、社会的関係性があります。当初はウォーキングを指示するとしても、次第に運動の選択の幅を広げて主体的な選択を促し、身体能力の向上に合わせて運動の課題がレベルアップする種目、運動を通じて社会的関係性の得やすい種目を選ばせることが運動継続には重要です。

臨床医など現場の専門職ができること (健康相談を可能にする環境)

1. 貧困やそれに伴ううつなどの心理社会的な困難を抱える人たちを見出し、非医学的な問題についても相談に乗り、自己肯定感を高めるように支援すること
2. 患者会や家族会を支援し、そこにつなぐことで、孤立や不安の緩和をすることができる
3. 日常診療に健康増進、相談を取り入れるための工夫
4. 生活環境と食生活の相談
5. 日常的な運動に対する相談
6. 健康に対する総合的な相談