

講演Ⅱ「健康づくりのための 身体活動に関する運動と栄養」

講師 大阪経済大学 人間科学部
教授 高井 逸史先生



1. 健康日本21(第三次)

我が国における健康づくり運動は1978年から始まった。平均寿命が延びる一方で高齢化や生活習慣の変化により疾患構造が変化してきた。2024年4月から健康日本21は第三次を迎えた。

第三次のビジョンは「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」である。“心豊か”というメンタルについての文言が追加された。

そのために、自然に健康になれる環境づくりが大切である。個人に働きかける第二次の取り組みに対し、第三次では「多様な主体性」「産官学」「個人に負荷をかけない」など、様々な担い手と共に健康づくりを目指す内容となっている。

新たに掲げられた目標は、①睡眠時間が十分に確保できているものの増加②COPD(慢性閉塞性肺疾患)の死亡率の減少③「健康で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進④健康経営の推進⑤骨粗鬆症検診受診の向上である。

栄養・食生活に関する目標では、①バランスの良い食事を摂っているものの増加②地域で共食しているものの増加が追加された。

身体活動・運動分野に関する目標指標では、座位行動(座る時間が長くなりすぎない)がうたわれている。

2. 健康格差とは

健康格差とは、社会的背景(健康の社会的決定要因:SDH)によって生じる健康状態の差である。生物学的要因(年齢・性別・遺伝子)と、健康の社会的決定要因(生活習慣・社会/地域・医療体制・労働環境・教育・平和など)に分類される。

生物学的要因では20-30%、健康の社会的決定要因は70-80%の割合で影響を受ける。社会的決定要因のうち、生活習慣・行動は40%で、影響は大きい。

【データ1:市町村別に見た前期高齢者のIADL低下の割合】住んでいる地域で違いが大きくなる。農村や郊外では都市部に比べてIADL低下者が多い。これは郊外では車移動が多く都市部ではバスや電車が多いためと考える。個人の努

力でカバーできない問題である。

【データ2:疾患発症リスク】インターネットを活用する人と非活用者の健康指標では、前者は3年後の疾患発症リスクが低い。これは自分の知りたいこと・興味関心のあることを調べて行動するからではないかと考える。

【データ3:要介護状態】週1回運動習慣がある者のうち、組織に参加し運動を行っている人と個人で運動を行っている人を比較した。週1回未満の人でも組織参加者のほうが要介護状態になりにくい。これは運動よりも人と関わるということがいかに重要かを示している。

【データ4:認知症リスク】市町村単位で地域組織参加率(ボランティア・町内関係など)は、地域(農村か都市か)は関係なく、認知症リスク者の割合は低い。地域の中に団体があるかが重要であることがわかる。

3. 学生と地域の健康づくり

団地の高齢化が進んでいることからUR都市機構は大阪経済大学と連携し、地域コミュニティの形成・強化および活動の活性化を目的として、多様な主体性による健康づくりを行った。コロナ渦やフレイル予防の背景から、「住民主体の体操クラブを設立する」ことを目標に進めた。設立に向け住民との交流を深め、いきいき百歳体操の拠点に認可され住民主体の体操クラブが発足した。学生はコミュニケーションを図りサポートすることとなった。

4. 高齢者の笑顔を増やすにはデジタル武装せよ

令和4年版高齢者社会白書(内閣府)では、友人VSデジタル どちらが生きがいを感じるかという調査結果がある。当然、多くの友人がいると生きがいは55.6%と高い。一方で、メール連絡やインターネット利用、SNS利用でも31.6~35.9%と高いことが分かった。このことから、コロナ渦で外出を控え、人との交流がなくなり心と体の健康被害が生じたとき、デジタルを活用すれば健康被害を予防できるのではないかと仮説を立てた。学生が、銭湯や企業などとコラボし、スマホ講座を行った結果、盛況であった。ぜひ、様々な場所で活躍する管理栄養士・栄養士の方の取り組みの参考にさせていただきたい。

(文責 福祉 前 夏未)