

厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

日本の高齢化対策の国際発信に関する研究

平成30年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 近藤 尚己

令和元（2019）年 5月

## 目次

I. 総括研究報告	
日本の高齢化対策の国際発信に関する研究	3
近藤尚己	
II. 分担研究報告	
1. 地域包括ケアシステム等日本の高齢者保健施策の国際展開	9
近藤尚己	
2. Non-communicable Disease (NCD) の社会疫学と 日本の健康政策の国際的な発信	15
近藤克則	
3. Age and Dementia Friendly Cities 関連の国際的な発信	18
尾島俊之	
4. 災害とソーシャル・キャピタル	23
相田潤	
5. 高齢者の健康長寿の関連要因に関する主要な知見の国際的な発信	29
斉藤雅茂	
資料1 第77回日本公衆衛生学会総会シンポジウム（2018年10月） 「高齢化する世界：日本から国際発信と世界からの学び」発表資料	39
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	91

## 日本の高齢化対策の国際発信に関する研究

研究代表者 近藤 尚己（東京大学大学院医学系研究科）

### 研究要旨

世界保健機関（WHO）が進める **Healthy Ageing** の世界戦略をはじめとした、高齢者保健にむけた世界的な動きが加速している。世界で先駆けて高齢化を迎え、その対応のためのシステムをつくってきた日本からの発信を増やし、世界の施策に貢献すること、また世界的な動向から日本が学ぶべきことを理解し日本の施策への実装の一助とすることを目的とした。**WHO Consortium on Healthy Ageing** 委員に就任し、関連する活動に従事した。**WHO** の出版した **Integrated Care for Older People (ICOPE)** における、地域資源の活用や行政・市民・研究を連携づけるガバナンスの視点での課題点を抽出し、レビュー論文として出版した。日本国内の高齢者の健康格差に関する英文書籍を出版する。台湾での国際カンファレンスにおいて日本の認知症対策について報告した。日本公衆衛生学会でのシンポジウム「高齢化する世界：日本からの国際発信と世界からの学び」を開催した。東日本大震災とソーシャル・キャピタルについて文献レビューし英文書籍として出版する。地域コミュニティの環境と高齢者の健康に関する研究成果や、その評価のための研究プロジェクトのウェブサイト、研究者向けデータ活用てびき資料等を英語化してオンラインで公表した。

### <分担研究者>

近藤克則 千葉大学・予防医学センター・  
教授/国立長寿医療センター・  
老年学評価研究部・部長  
尾島俊之 浜松医科大学・医学部・教授  
相田潤 東北大学・大学院歯学系研究  
科・准教授  
斉藤雅茂 日本福祉大学・社会福祉学部・  
准教授

### A. 研究目的

世界保健機関（WHO）が 2015 年に出版した高齢化に関するレポート：**World Report on Ageing and Health** では、高齢者の多様性への対応・格差・差別（エイジズム）・社会変化・高齢者の権利等に着眼し、今後の高齢化対策の指針が示され

た。**WHO** はまた、2020 年を目標として「高齢化と健康に関する世界戦略と行動計画」の策定を進めている。

日本は高齢者保健に関して先進的な取り組みをしてきた。公的介護保険制度や後期高齢者医療制度、最近では地域包括ケアシステムの推進、認知症施策総合戦略の策定などである。ところが、言語等の壁によりその経験や制度、政策に資するエビデンスはあまり諸外国に知られておらず、**WHO** をはじめとした国際機関におけるプレゼンスも高いとは言い難い。

これまで、全国約 30 の自治体と連携して日本老年学的評価研究（**JAGES**）を進めてきた。この研究を基盤として日本の高齢者保健、特に介護予防や健康格差

対策の面で研究と実践を行ってきた。

JAGESにより、地域づくり型の介護予防施策や行政保健師のスキル育成法に関する実証研究や、地域における官民参加型研究を推進し、上記 WHO レポートの作成に貢献した WHO 神戸センターと共同してきた。そのノウハウや成果は「地域包括ケア見える化システム」の参考とされ、また、日本医療開発研究機構「介護予防活動のための地域診断データの活用と組織連携ガイド」等の研究班出版物として発信された。

本研究は、上記のような申請者らの実績と専門性を生かして日本の高齢者保健に関する施策や取り組み、政策に資するエビデンスをレビューして国際的に発信するとともに、海外の研究チームや実務機関との連携を深めることで、高齢化に関する世界的な取り組みに貢献することを目的とした。

## B. 研究方法

2年目の H30 年度は、WHO・アジア諸国との連携と国際的アジェンダへの貢献（近藤尚己）、高齢者の健康の社会的決定要因の現状に関するエビデンスの国際発信（近藤克則）、認知症ケアに向けた環境整備のあり方についての国際発信（尾島）、災害時の高齢者対策についての発信（相田）、国内の大規模調査 JSGES のエビデンスの国際発信（斉藤）を行った。

（倫理面への配慮）

個人を対象とする調査ではないため、倫理審査の対象外である。

## C. 研究結果と考察

### 1. Healthy Ageing 戦略への日本の貢献可能性と課題の整理（担当：近藤尚己）

地域包括ケアの推進にかかわるエビデンスや概念を国際的に普及するための取り組みを進めた。また、国際的な動向から日本が学ぶべき事項として H29 年度に整理した結果から、ageism 対策や社会的処方への推進等を国内の高齢者保健施策に位置づけるべく国内での普及に努めた。

具体的には、WHO・Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health の推進状況評価指標作成への参加、WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 委員（social care 評価等へアドバイス）、WHO の Integrated Care for Older People (ICOPE) の課題点を日本の経験に基づき指摘した総説出版、国内の Healthy Ageing アジェンダの進捗状況評価レポート作成、国内シンポジウムでの ageism や社会的処方の紹介、国際支援機関との連携によるアジア近隣諸国への地域包括ケア普及可能性の検討等を行った。

### 2. 日本老年学的評価研究の国際発信に向けた研究（担当：近藤克則）

Non-communicable Disease (NCD) の社会疫学と日本における健康政策等について、国際発信することを目的とした。これらについての文献レビューを行い出版した書籍『近藤克則編：健康の社会的決定要因-疾患・状態別「健康格差」レビュー。日本公衆衛生協会，2013』の英語での出版を企画し、Springer 社に提案した。審査の結果、同社からの Social Determinants of Health in Non-

communicable Diseases: Case Studies from Japan」と題する書籍として出版することとなった。

### 3. Age and Dementia Friendly Cities に関する研究（担当：尾島俊之）

高齢者と認知症の人にやさしいまちの推進に資する評価指標や日本における取り組み等について、国際健康都市会議において国際的な情報発信を行った。また、シンポジウム「高齢化する世界：日本からの国際発信と世界からの学び」をWHOの協力を得て行った。「地球規模の高齢化におけるWHOの取り組み」、「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み」、「エイジズム（年齢差別）と社会的処方」、「日本と世界での認知症にやさしいまちづくりの取り組み」の報告を行った。

### 4. 災害のフェーズと高齢者における健康の社会的決定要因：国際発信に向けた実証とエビデンスのレビュー（担当：相田潤）

災害時の対応は世界的な公衆衛生課題であり、世界の高齢化を迎え、高齢者への対応法の普及が喫緊の課題となっている。災害時は、防波堤などのハードによる対策だけでなく、人々の協力などのソフト面での対策の必要性が言われている。そこでソーシャル・キャピタルが災害対策に有効かどうか文献をレビューした。その結果、震災の発生前から発生後の復興期に至るまで、ソーシャル・キャピタルは災害の被害を減少させたり、復興を早めるために大切な役割を担っていると考えられた。災害前の近隣住民のつ

ながりを壊さない集団移転や、仮設住宅内での交流や社会参加をうながす活動が被災者の健康に貢献していると考えられた。一方で、ジェンダー面での配慮によりソーシャル・キャピタルの負の影響を除くことも必要だと考えられる。

2019年内に英国の出版社から、日本における健康の社会的決定要因に関する書籍を出版する予定であり、その中の1章で本研究の知見を報告する。

### 5. JAGES プロジェクトによる大規模縦断研究に基づく高齢者の健康長寿の関連要因に関する主要な知見（担当：斉藤雅茂）

主にJAGESの知見を整理し、心理・精神的健康や口腔の状態だけでなく、社会参加や社会関係・ソーシャルサポート、ライフコースを通じた社会経済的地位、居住地域の市民参加や社会的凝集性、互酬性などのソーシャル・キャピタルが高齢者の健康長寿と関連していることを確認してきた。これを受け、本年度は国際発信のためにそれらをまとめたスライドセットの英文翻訳および英文でのレポートを公表し、2018年度に公表された論文をレビューした。

追加のレビューからは、週7回以上の浴槽入浴習慣がある高齢者の間で要介護リスクが有意に低いこと、近隣に食料品店が少ないと認識している人の間で死亡リスク1.6倍程度高い傾向にあること、テレビの健康番組を見る女性の間で死亡率が10%程度低い傾向にあること、ライフラインサービス停止経験など物的・環境的な貧困は1.7倍死亡リスクを上昇させること、自治体の都市度を問わない

全国版「要支援・要介護リスク評価尺度」が開発されたことなどが新たに報告されていることが確認された。

これらは次年度に英語のプレスリリースとして出版する予定である。

#### D. 結論

JAGESをはじめとした国内での研究成果を、複数の国際学会、国連機関での会議等の場、英文の論文やモノグラフ、書籍等で発信した。アジアへの展開の可能性が具体化するなど、期待以上の進展もあった。

最終の令和元年度は、これらの出版物や海外での議論の場を活用して一層の普及を図る。今後 health ageing の枠組みが普及する中で、国内の政策も国際的な動向に対応していく必要が見込まれる。国際動向を国内へ発信する取り組みを引き続き行う。また、各国の研究者や実務機関との交流を深め、特に JAGES のアジア諸国への展開を模索する。

#### E. 健康危険情報

該当なし。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. *Bull World Health Organ*. 2019;in press.

Sato K, Viswanath K, Hayashi H, Ishikawa Y, Kondo K, Shirai K, Kondo N, Nakagawa K, Kawachi I. Association between exposure to health information

and mortality: Reduced mortality among women exposed to information via TV programs. *Soc Sci Med* 2019;**221**:124-31.

Saito J, Kondo N, Saito M, Takagi D, Tani Y, Haseda M, Tabuchi T, Kondo K. Exploring 2.5-Year Trajectories of Functional Decline in Older Adults by Applying a Growth Mixture Model and Frequency of Outings as a Predictor: A 2010-2013 JAGES Longitudinal Study. *J Epidemiol* 2019;**29**:65-72.

Kondo K, Rosenberg M, Kondo N, Cable N. *Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: Lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study*. Kobe: World Health Organization 2019.

Amemiya A, Saito J, Saito M, Takagi D, Haseda M, Tani Y, Kondo K, Kondo N. Social Capital and the Improvement in Functional Ability among Older People in Japan: A Multilevel Survival Analysis Using JAGES Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019;**16**:1310.

Zaito M, Kawachi I, Ashida T, Kondo K, Kondo N. Participation in Community Group Activities Among Older Adults: Is Diversity of Group Membership Associated With Better Self-rated Health? *J Epidemiol* 2018;**28**:452-7.

Tsuji T, Kondo K, Kondo N, Aida J, Takagi D. Development of a risk assessment scale predicting incident functional disability among older people: Japan Gerontological Evaluation Study. *Geriatr Gerontol Int* 2018;**18**:1433-8.

- Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, Kondo K. Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018;**15**:101.
- Tani Y, Kondo N, Noma H, Miyaguni Y, Saito M, Kondo K. Eating Alone Yet Living With Others Is Associated With Mortality in Older Men: The JAGES Cohort Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2018;**73**:1330-4.
- Sasaki I, Kondo K, Kondo N, Aida J, Ichikawa H, Kusumi T, Sueishi N, Imanaka Y. Are pension types associated with happiness in Japanese older people?: JAGES cross-sectional study. *PLoS One* 2018;**13**:e0197423.
- Saito T, Kondo N, Shiba K, Murata C, Kondo K. Income-based inequalities in caregiving time and depressive symptoms among older family caregivers under the Japanese long-term care insurance system: A cross-sectional analysis. *PLoS One* 2018;**13**:e0194919.
- Nagamine Y, Kondo N, Yokobayashi K, Ota A, Miyaguni Y, Sasaki Y, Tani Y, Kondo K. Socioeconomic Disparity in the Prevalence of Objectively Evaluated Diabetes Among Older Japanese Adults: JAGES Cross-Sectional Data in 2010. *J Epidemiol* 2018. Epub ahead of print
- Imai Y, Nagai M, Ohira T, Shirai K, Kondo N, Kondo K. Impact of social relationships on income-laughter relationships among older people: the JAGES cross-sectional study. *BMJ Open* 2018;**8**:e019104.
- Honjo K, Tani Y, Saito M, Sasaki Y, Kondo K, Kawachi I, Kondo N. Living Alone or With Others and Depressive Symptoms, and Effect Modification by Residential Social Cohesion Among Older Adults in Japan: The JAGES Longitudinal Study. *J Epidemiol* 2018;**28**:315-22.
- Higuchi M, Suzuki K, Ashida T, Kondo N, Kondo K. Social Support and Access to Health Care Among Older People in Japan: Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Asia Pac J Public Health* 2018;**30**:425-36.
- Haseda M, Kondo N, Takagi D, Kondo K. Community social capital and inequality in depressive symptoms among older Japanese adults: A multilevel study. *Health Place* 2018;**52**:8-17.
- 斉藤雅茂 (2018) 「〔特集：高齢者の健康格差〕健康格差生成のプロセス；JAGES縦断研究の結果から」『Aging & Health (公益財団法人 長寿科学振興財団)』86：10-13.
- Saito Masashige (2019) Healty aging: IADL and functional disability. Kondo Katsunori (ed) Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases, Springer. (in press)
- Saito Masashige, Kondo Naoki, Oshio Takashi, Tabuchi Takahiro, Kondo Katsunori (2019) Relative Deprivation, Poverty, and Mortality in Japanese Older Adults: A Six-Year Follow-Up of the JAGES Cohort Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(2): 182
- 斉藤雅茂 (2019) 「市区町村担当職員向け研修会の内容例」「住民向け研修会の内容例」「ボランティア候補者向けワークショップの内容例」近藤克則編

著『住民主体の楽しい通いの場づくり；地域づくりによる介護予防進め方ガイド』日本看護協会出版会（印刷中）

（書籍）Katsunori Kondo ed.: Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases: Case Studies from Japan. Springer Series on Epidemiology and Public Health. Springer Nature Singapore Pte Ltd. (in press)

## 2. 学会発表

Toshiyuki Ojima (2018) Efforts for Population Aging including Age and Dementia-Friendly City in Japan. 2018 International Healthy City Conference. Taoyuan (Taiwan), 26 June 2018.

野崎慎仁郎、ローゼンバーグ恵美(2018)「地球規模の高齢化におけるWHOの取組（シンポジウム 高齢化する世界：日本から国際発信と世界からの学び）」『第77回日本公衆衛生学会総会』。福島県福島市。2018年10月25日

斉藤雅茂(2018)「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取組（シンポジウム 高齢化する世界：日本から国際発信と世界からの学び）」『第77回日本

公衆衛生学会総会』。福島県福島市。2018年10月25日

齋藤順子、近藤尚己(2018)「エイジズム（年齢差別）と社会的処方（シンポジウム 高齢化する世界：日本から国際発信と世界からの学び）」『第77回日本公衆衛生学会総会』。福島県福島市。2018年10月25日

尾島俊之(2018)「日本と世界での認知症にやさしいまちづくりの取組（シンポジウム 高齢化する世界：日本から国際発信と世界からの学び）」『第77回日本公衆衛生学会総会』。福島県福島市。2018年10月25日

相田潤。「岩沼プロジェクト：災害時のコミュニティ・エンパワメント」。第77回日本公衆衛生学会総会シンポジウム14参加型研究の最新動向：現場に即役立つエビデンスづくりにむけて：(2018年10月25日)

## G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他



## 地域包括ケアシステム等日本の高齢者保健施策の国際展開

研究分担者 近藤 尚己（東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野）

### 研究要旨

日本は世界に先駆けて高齢者保健施策を構築してきたが、その経験は十分に世界へ発信されていない。WHOのHealthy Ageingのアジェンダでは、integrated careが重視されているが、これには日本が推進している地域包括ケアの概念やその普及方策が参考になると思われる。しかし、日本の知見はあまり引用されていない。そこで、地域包括ケアの推進にかかわるエビデンスや概念を国際展開するための取り組みを進めた。また、国際的な動向から日本が学ぶべき事項としてH29年度に整理したageism対策、社会的処方への推進等について、国内の高齢者保健施策に盛り込むべく国内での普及に努めた。具体的には、WHO・Global Strategy and Action Plan on Ageing and Healthの推進状況評価指標作成への参加、WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing委員（主にsocial care評価へアドバイス）、WHOのIntegrated Care for Older People (ICOPE)の課題点を日本の経験に基づき指摘した総説出版、国内のHealthy Ageingアジェンダの進捗状況評価レポート作成、国内シンポジウムでのageismや社会的処方の紹介、国際支援機関との連携によるアジア近隣諸国への地域包括ケア普及可能性の検討等を行った。

### A. 研究目的

#### 世界保健機関（WHO）の高齢化戦略の動向

加速する世界レベルの高齢化に備え、WHOはその対策のアジェンダづくりを進めている。2015年に初の高齢化に関するレポート：World Report on Ageing and Healthを出版した。このレポートでは、高齢者の多様性への対応・格差・差別（エイジズム）・社会変化・高齢者の権利等に着目し、今後の高齢化対策の指針が示された。また、2016年の世界保健会合において、「Global strategy and action plan on ageing and health（高齢化と健康に関する世界戦略と行動計画）」が採用された。2020年から2030年をA Decade of Healthy Ageing（ヘルシーエイジ

ングの10年）と位置づけ、その開始までに「個々人の機能（functional ability）を最大化するためのエビデンスに基づく行動を起こすこと」および「2020年までに“A Decade of Healthy Ageing”を推進するために必要なエビデンスとパートナーシップを構築すること」を目標に掲げている<sup>1</sup>。その一環として、2017年にIntegrated care for older people (ICOPE) : Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity（高齢者のための包括ケア：高齢者の内在的能力の低下を管理するためのコミュニティ介入ガイドライン）を出版した<sup>2</sup>。これまでに利用可能なエビデンスのレビュー結果に基づき、functional

ability を維持増進するために推奨できるケアを取りまとめたものである。

世界で最も速い高齢化を迎えている日本では高齢者保健に関して先駆的な取り組みと制度作りを進めてきた。公的介護保険制度や後期高齢者医療制度、最近では地域包括ケアシステムの推進、認知症施策総合戦略の策定など、地域単位の介入を重視した戦略を推進している。ところが、言語等の壁によりその経験や制度、政策に資するエビデンスはあまり諸外国に知られておらず、WHO をはじめとした国際機関におけるプレゼンスも高くない。

さらに、独自のシステムを持っているがゆえに、WHO 等が推奨する対策ガイドライン等に対する国内的な注目度は低い。

本研究班の昨年度の分担研究において文献レビューを行った結果、「通いの場」づくりなど、地域環境の整備に力点がシフトしている日本の状況に比べ、WHO の ICOPE ガイドラインでは筋力低下への対応など、二次予防的対応が中心であり、地域環境づくりや生活困窮者へ social care への対応が現バージョンの ICOPE ガイドラインには盛り込まれていないことが明らかとなった。

一方、ICOPE が依拠する Global strategy and action plan on ageing and health では combat ageism (年齢差別に立ち向かう) が強調されている。高齢者に対するステレオタイプ (虚弱・依存・負担など)、高齢者は医療制度への負荷が高いという先入観、生物学的な加齢速度の世界的な低下 (今の 70 歳は以前の 60 歳よりも若い)、病気がないことがウェルビーイングとは言えない、義務定年制は差別となる場合がある、といった、これまで「高齢者」に関して抱かれていたイメージや“常識”、高齢者への制度な

どを見直し、対応すべきとしている。しかし、日本では高齢者保健や地域包括ケアの議論においてこれら年齢差別のトピックはあまり話題となっていない。

ICOPE は 4 年ごとの見直しが計画されており、次期見直しに向け、日本の経験をインプットすることが国際的な貢献となり得ると思われる。また、ageism 対策等、国際動向から学ぶべき事柄について、国内での普及を進めることも求められている。さらに、東南アジア地域など、今後急速に高齢化を迎えることが知られている特定の地域に絞り、日本の政策モデルの応用可能性を探るアプローチも検討すべきと思われる。

## 目的

そこで本分担研究事業では、主に ICOPE 改訂に向けて、日本の経験を国際発信し、また高齢化が見込まれる国への連携による高齢化対策の推進を図ること、そして国際的な動向から学ぶべきことを国内の公衆衛生施策に反映させるべく、普及を進めることを目的とした。

## B. 研究方法

国内外の各政府機関の委員やワーキンググループメンバーとしての活動、シンポジウム等での国際情勢の報告、意見論文および書籍出版、国際的な活動の組織づくりに向けた関係者との調整等を行った。

(倫理面への配慮)

一次データを扱う研究ではなく、特段の配慮は要しない。

## C. 研究結果と考察

①WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing

## メンバーとしての活動

2017年6月より参画している WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing メンバーとして、2018年度は ICOPE 関連資料作成に向けたメーリングリストやオンラインのデルファイ法による social care 評価項目についての調査参加、11月のジュネーブでの ICOPE ガイドライン作成に向けた会議への参加等を行った。

会議では、ICOPE の各評価項目のうち、生活困窮や社会資源へのアクセスの有無等、社会経済的リスクを評価する social care and support のチェックと対応を検討する議論に重点的に加わった。日本の介護予防のための基本チェックリストや日本老年学的評価研究 (JAGES) の評価項目が応用できる可能性を見出した。

当日の会議では、日本の現在の高齢者保健施策と WHO の Healthy Ageing アジェンダとの間に重要なコンセプト上の相違があることが明らかとなった。具体的には、WHO では高齢者の疾病や障害、虚弱 (フレイル) 等ではなく、一人ひとりが持つ「機能」を評価して、必要な機能を支援や環境、サービスにより補うというアプローチを基本としている点が特徴的である。身体・精神・社会それぞれの機能について個人を評価し、それをどうサポートする aid を提供するかを考慮するアプローチである<sup>1,3</sup>。これは現在日本で進められている医学・医療モデルに基づくアプローチ (例えば「フレイル」の診断と対応) とは一線を隔する。

## ②論文・書籍出版

2017年度の本研究課題で実施し、2018年度報告書に記載した、ICOPE ガイドライン

における integrated care のアプローチと日本の地域包括ケアシステムのアプローチの比較結果を踏まえた論考を WHO の機関誌へ投稿し、アクセプトされた<sup>4</sup>。日本の介護予防の取り組みにおいて、ハイリスクな高齢者の抽出に苦慮し、通いの場等地域環境へアプローチするポピュレーションアプローチを取り入れた経緯を報告し、地域環境にアプローチする integrated care の枠組み作りの重要性を主張した (Box 1)。

また、分担研究者らが取り組んできた、JAGES における全国 30 自治体との地域包括ケアシステム構築における、研究と実践の間の双方の knowledge translation の経験をまとめたモノグラフを WHO (神戸センター) の支援を受け出版し、その普及を図った<sup>5</sup>。

## ③国内シンポジウム等での発信

第 77 回日本公衆衛生学会総会 (2018 年 10 月 25 日・郡山市) において、シンポジウム「高齢化する世界：日本からの国際発信と世界からの学び」を企画した。報告内容は以下の通り。

1. 「地球規模の高齢化における WHO の取り組み」 Megumi Rosenberg
2. 「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み」 齊藤雅茂
3. 「Ageism と社会的処方：世界から学ぶべきこと」 齋藤順子・近藤尚己
4. 「日本と世界での認知症にやさしいまちづくりの取り組み」 尾島俊之

シンポジウムでの議論では、特に ageism 対策に日本では遅れがみられるとの意見に対して多くの意見や追加の情報を求めるコメントが寄せられた。

#### ④海外展開に向けた関係者との調整

JAGES では、別の厚労科研および AMED 課題において、ミャンマーとマレーシアにおける地域包括ケアの推進に向けた地域の高齢者保健課題の評価と対応のプログラムを実施している。これを基盤として、両国でのプロジェクトの長期継続および周辺諸外国への展開に向けて、国際協力や関連省庁等との調整を始めた。

#### D. 結論

引き続き国内、国外における普及を進める。今後は、完成したレポート、出版物、英語版ツールを活用して高齢化対策のグローバル・アジェンダの作成や展開を進め、また、評価の議論へ積極参加する。WHO-ICOPE の改訂については、コンソーシアムのメンバーとして日本の地域包括ケアシステム作りからの学びを生かし、国際社会に貢献する活動を続ける。また、主にアジアを中心に、周辺諸国との連携を深め、地域包括ケアに代表される *integrated care* の推進や関連研究の機会を模索する。

#### 【引用文献】

1. World Health Organization. Website: Ageing and life-course: The Global strategy and action plan on ageing and health (<http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>). 2018 [cited 2018; Available from: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>]
2. World Health Organization Department of Ageing and Life Course.

Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.

3. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. Bull World Health Organ. 2019;in press.
5. Kondo K, Rosenberg M, Kondo N, Cable N. Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: Lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study. Kobe: World Health Organization; 2019.

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. Bull World Health Organ. 2019;in press.

##### 2. 学会発表

野崎慎仁郎、ローゼンバーグ恵美 (2018) 「地球規模の高齢化におけるWHOの取組 (シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第 77 回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018 年 10 月 25 日

齊藤雅茂 (2018) 「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み (シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第 77 回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018 年 10 月 25 日  
齋藤順子、近藤尚己 (2018) 「エイジズム (年齢差別) と社会的処方 (シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第 77 回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018 年 10 月 25 日  
尾島俊之 (2018) 「日本と世界での認知症に

やさしいまちづくりの取り組み (シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第 77 回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018 年 10 月 25 日

F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

特になし

**Problem** The long-term care prevention measures the Japanese government had introduced in 2006 were unsuccessful because of the failures to identify high-risk frail individuals and to obtain enough participants in the community prevention programme.

**Approach** The Japanese government shifted from a high-risk strategy to a community-based population strategy in 2015, by reforming the Long-term Care Insurance Act. This act is focusing on community-based care and social determinants of health. The Act and the government's plans for long-term care prevention are inspired by a social participation intervention called *ikoino saron*, that is gathering salons for people older than 65 years. These salons, managed by local volunteers, are held once or twice a month in communal spaces within walking distance and a low participation fee. At the gatherings, older people can meet and interact with others through enjoyable, relaxing and sometimes educational programmes.

**Local setting** Japan has the world's largest aging population, with 27.7% (35.2 million/126.7 million) people older than 65 years.

**Relevant changes** Studies have been estimated that participation in the salon was associated with almost 50% reduction in incidence of long-term care needs in older people and 30% reduction in the risk of the onset of dementia. Evidence also suggests that financially vulnerable older adults were more likely to participate in such interventions. In 2017, nearly 90% (1506/1741) of the municipalities used this intervention.

**Lessons learnt** Integrated care for long-term care prevention should consider interventions targeting the community rather than only high-risk individuals.

## Non-communicable Disease (NCD) の社会疫学と

### 日本の健康政策の国際的な発信

研究分担者 近藤 克則（千葉大学 予防医学センター 社会予防医学研究部門 教授/  
国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長）

研究要旨： Non-communicable Disease (NCD) の社会疫学と日本における健康政策等について、国際発信することを目的とした。これらについての文献レビューを行い出版した書籍『近藤克則編：健康の社会的決定要因-疾患・状態別「健康格差」レビュー。日本公衆衛生協会，2013』の英語での出版を企画し，Springer 社に提案した。審査の結果，同社からの Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases: Case Studies from Japan と題する書籍として出版することとなった。

#### A. 研究目的

世界的な人口高齢者に伴い，途上国を含め，国際的にNon-communicable Disease (NCD) に関する関心が高まっている。また健康の社会的決定要因を研究する社会疫学に関する書籍も増えている。しかし，Non-communicable Disease (NCD) に関する社会疫学的な文献レビューをまとめた形で出版された書籍はなかった。

また世界一の人口高齢化が進んだ国は日本であり日本における健康政策への関心も高まっている。日本でも，介護予防政策や健康格差対策が進められそれなりの成果をあげてきた。しかし，それらが英語で読める情報は限られている。

我々は，近藤克則編：健康の社会的決定要因-疾患・状態別「健康格差」レビュー。日本公衆衛生協会，2013を出版していたが，学術

書としては珍しく増刷されるなど，国内で好評を得ていた。これに加筆して英訳すれば，上記の背景に相応しい書籍になりうると考えた。

本研究の目的は，国際的に関心高まっているNon-communicable Disease (NCD) の社会疫学と日本における健康政策等について国際発信することである。

#### B. 研究方法

書籍の企画書を作成し，近藤克則編：健康の社会的決定要因-疾患・状態別「健康格差」レビュー。日本公衆衛生協会，2013を英訳したものを添え，Springer 社に企画提案をした。同書に，その後の最新文献を加えること，世界でもっとも高齢化が進んでいる日本における社会疫学研究や政策動向を加えることなどを英語版の編集方針として掲げた。Springer Series on Epidemiology and Public

Health の担当エディターを経由して、シリーズエディターの Dr. Wolfgang Ahren と Dr. Iris Pigeot の企画審査を受けた。

(倫理面への配慮)

この分担研究では、個人を対象としたものではないため、倫理審査申請等を行っていない。また、企業等との利益相反はない。

### C. 結果と考察

シリーズエディターの二人の企画審査を受けた結果 “the topic of the book is very interesting, therefore, they are very interested in having the book in their book series” とのことので、シリーズの 1 つとして出版することが決定した。

章構成は、以下のようにした。

- Chapter 1. The Social Determinants of Health and Trends Concerning Health Inequality
- Chapter 2. Problem Behaviors in Children
- Chapter 3. Metabolic Syndrome
- Chapter 4. Cancer
- Chapter 5. Coronary Heart Disease
- Chapter 6. Stroke
- Chapter 7. Chronic Kidney Disease
- Chapter 8. Diabetes
- Chapter 9. Suicide
- Chapter 10. Depression
- Chapter 11. Dementia
- Chapter 12. Falls and Related Bone Fractures
- Chapter 13. Malnutrition in the Elderly
- Chapter 14. Dental Diseases
- Chapter 15. Life Course Epidemiology
- Chapter 16. Social Capital and Health
- Chapter 17. Access to Healthcare and Health Inequality
- Chapter 18. Measures for Health Inequalities and Health Impact Assessment
- Chapter 19. What Measures can be Taken

against Health Inequality? – Focusing on the Actions of the WHO –

- Appendix 1. Recommendations: Assessing and Reducing Social Inequalities in Health in Japan
- Appendix 2. Monitoring Reports

巻末には、日本学術会議の提言や日本公衆衛生学会のモニタリングレポート、健康日本 21 (第 2 次) など、日本における健康の社会的決定要因や健康格差対策の学術的な動向がわかる資料や解説を加えることにした。また各章についても、日本における研究動向を加えることとした。

より多くの読者を得るために、open access できる形での出版形態とすることとした。

### D. 結論

Non-communicable Disease (NCD) の社会疫学と日本における健康政策等について国際発信することを目的とした。これらについての文献レビューを行い出版した書籍『近藤克則編：健康の社会的決定要因-疾患・状態別「健康格差」レビュー。日本公衆衛生協会，2013』の英語での出版を企画し Springer 社に提案した。審査の結果，同社からの Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases: Case Studies from Japan と題する書籍として出版することとなった。

### E. 研究発表

(書籍：open access)

Katsunori Kondo ed.: Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases: Case Studies from Japan. Springer Series on Epidemiology and Public Health. Springer Nature Singapore Pte Ltd. (in press)



F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

## Age and Dementia Friendly Cities 関連の国際的な発信

研究分担者 尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学講座 教授）

研究要旨：高齢者と認知症の人にやさしいまちの推進に資する評価指標や日本における取り組み等について、国際健康都市会議において国際的な情報発信を行った。また、シンポジウム「高齢化する世界：日本からの国際発信と世界からの学び」をWHOの協力を得て行った。「地球規模の高齢化におけるWHOの取り組み」、「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み」、「エイジズム（年齢差別）と社会的処方」、「日本と世界での認知症にやさしいまちづくりの取り組み」の報告を行った。

### A. 研究目的

日本の65歳以上の高齢者割合は、1995年の14%、2018年の28%から、2065年には41%に達すると推計されており、世界で最も高齢化が先行している国である。長寿は喜ばしいことである一方で、高齢化への対応は地球規模での共通の課題であり種々の取組が行われている。そのひとつとして、WHOは高齢者にやさしいまちづくりを推進し、定量的に進行管理を行う枠組みが作られており、2007年にGlobal Age-friendly Cities: A Guideが、2015年にはMeasuring the Age-friendliness of CitiesがそれぞれWHOから発行されている。

そのような高齢化に伴い、認知症の人でも急速に増加している。厚生労働省の資料によると、日本の認知症の人は、2012年の462万人から、2025年には730万人、さらに2060年には1154万人と推計されている。国際的にも同様の増加が見込まれており、World Alzheimer Report 2015によると、世界の認知症の人は2015年に4680万人であるものが、2050年には1億3150万人になると推計されている。その

ような中、2001年にイギリスにおいて、Dementia Friendly Community (DFC) Guideが発表されるなど、認知症にやさしいまちづくりが進められている。

我々は、別の厚生労働科学研究において「高齢者と認知症の人にやさしいまち（Age and Dementia Friendly Cities）」の推進に資する国内版の評価指標を作成している。本研究では、それを英訳し、国際的議論の場でブラッシュアップして課題を整理しつつ、国際発信していくことを目的とした。さらに、国際的にも高齢者支援や認知症対策として優れた取組が行われていることから、WHO等と連携してそれらを国内に紹介するとともに、国際発信すべき日本の取組の整理を行い、国内外の取組の活性化に資することを目的とした。

### B. 研究方法

高齢者と認知症の人にやさしいまち指標作成や日本における高齢者及び認知症の人への支援の取組等について、2018年6月26日に台湾・桃園市で開催された2018 International Healthy City

Conference（国際健康都市会議）において招待講演として情報発信し、意見交換を行った。

また、国際的な取組等の国内発信として、2018年10月25日に福島市で開催された第77回日本公衆衛生学会総会において、シンポジウム「高齢化する世界：日本からの国際発信と世界からの学び」をWHOの協力を得て企画し、情報発信・意見交換を行った。

（倫理面への配慮）

この分担研究では、個人を対象とした調査等は行っていない。また、企業等との利益相反はない。

## C. 結果と考察

### 1. 国際健康都市会議における発信

高齢者及び認知症の人にやさしいまちづくりを含む日本における高齢化対策等についての報告を行った。日本における取り組みを振り返ると、1927年の国民健康保険制度の創設、1958年の国民皆保険制度、1963年の老人福祉法、2000年の介護保険法と着実に進められてきた。認知症対策については、1972年に発表された有吉佐和子の小説『恍惚の人』とその映画が大ヒットとなり、国民及び政府の意識が高まり、本格的な認知症対策が開始されるきっかけとなった。保健医療福祉関係者の努力だけではなく、このような文芸作品が社会を動かすための大きな力となりうる事例である。

近年の介護費用の増大により、介護予防に重点が置かれるようになった。自助、互助、共助、公助のいずれかに頼るのではなく、それらのバランスを重視する制度となっている。さらに具体的には地域包

括支援センターがマネジメントの実務を担う地域包括ケアシステム、そして互助による生活支援や介護予防が推進されている。これらの地域に根ざした取り組みは、高齢者にやさしいまちづくりの概念と重なるものである。

認知症の人の増加に伴い、認知症予防が推進されている。認知症予防には、一次予防、二次予防、三次予防があり、今後は介護予防のひとつとしての認知症の一次予防や、認知症になっても安心して暮らすことができる三次予防をより一層推進していく必要がある。我々の研究班では、WHOのAge Friendly Cities (AFC)のガイドを参考に、認知症にやさしいまちづくりとして重要な点の検討を進めてきた。その検討により、認知症への理解、共生、受援力の3つを重要な要素として抽出し、それぞれの評価指標を開発した。その分析結果の一例として受援力に関して、物忘れがひどくなってきている高齢者においても、助けを求めることが恥ずかしくないと考えている人では抑うつ度スコアが比較的良好であること、助けを求めることは恥ずかしくないと考える人の割合が高い地域では自殺死亡率が低いこと、また、スポーツ活動に参加する人が多い地域では、助けを求めることが恥ずかしくないと考える人が多いなどの結果となった。受援力は2011年の東日本大震災において、外部からの支援を積極的に受け入れることの重要性が認識されて注目されたが、高齢者や認知症の人の支援においても、そのような概念が重要であることが検証された。

その他の、認知症対策としては、認知症サポーターの養成が全国的に進められて

おり、2018年3月には全国の延べ養成人数が1000万人を超えている。また、認知症カフェ、認知症SOSネットワーク、認知症の人と健常者が一緒にスポーツや音楽を楽しむイベント、認知症の人の買い物支援、認知症の人が行方不明になった時に地域の人々の協力で早期に支援できる仕組み、認知症について手軽に学べるゲームの開発などが行われている。さらに、自動運転車の開発や認知症予防のためのロボットの開発なども進められており、今後の認知症にやさしいまちづくりにおいて、情報通信技術の活用が期待される。

意見交換・情報交換においては、情報通信技術の発展への関心の声がかかれた。また、地域包括ケアと同様のシステムづくりは台湾においても積極的に進められている。この会議に引き続いての関連視察では、趣味活動、共食、就労などについて非常に素晴らしい取り組みが行われていた。日本における今後の地域包括ケアや認知症対策等において、一部の恵まれた高齢者や熱心な地域での取り組みにとどまることなく、どこの地域のどのような高齢者でも必要な支援が行われるようにすることが重要であると考えられた。

## 2. WHOと連携した国内発信

国際発信すべき日本での良い取り組みを確認するとともに、さらなる取り組みの向上のために国際的な成果からの学びを得るためのシンポジウムを行った（資料1）。なお、以下の内容紹介で不十分な点があれば、本稿の報告者の責任である。

最初に、WHO健康開発総合研究センター（WHO神戸センター）の野崎慎仁郎上級顧問官から、「地球規模の高齢化におけ

るWHOの取り組み」について紹介いただいた。高齢化が進むなかでのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の見直しについて、高齢者にとって必要なサービス・医薬品・機器を提供すること、健康格差が縮小するように、誰も取り残さずに全ての人々が公平にサービスを受けられること、患者の自己負担額を抑えられるようにすること、保健医療システムの財政的持続可能性を確保することなどの視点で進めていく必要がある。WHOでは、2015年に高齢化と健康に関するワールド・レポートを発表している。健康な高齢化のためには、人々が持っている内在的能力（Intrinsic capacity）、また機能的な能力（Functional ability）を発達・維持させることが重要である。その具体化のために、高齢化と健康に関する世界戦略と行動計画2016-2020を発表している。その戦略目標の達成に向けて、各国の取り組みを評価しながら推進している。

2番目に、日本福祉大学の斉藤雅茂准教授から「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み」について報告いただいた。アジア諸国等は急速な高齢化率の上昇が推計されており、高齢化への取り組みが始まっている。「日本における介護のあゆみとその実践（ポイント集）」の英語版が発行されている。ポイント集では、介護の考え方と高齢者の生活支援が強調されている。国内では当たり前ともいえることも国際的に発信する意義がある。また、健康長寿にむけた社会的要因のエビデンスの収集も求められている。日本老年学的評価研究（JAGES）では、これまでの研究成果から専門職・住民向けのエビデンス集（スライドセット）の作成

を行っている。一方で、イギリスにおける高齢者の孤立・孤独軽減に向けたプログラムが注目されているが、その個々のプログラムそのものは日本でも実施されている。今後は参加者名簿の把握など必要な情報・データの収集を行うことによりプログラム評価を行っていくことが必要である。これまでの研究から、例えば独居高齢者の見守り事業において、リスクの高い見守りが届くべき人に届いていない可能性が示唆された。また、週1回以上趣味やスポーツの会に参加した高齢者は介護費が低い結果となっている。その他に、重点対象地域やローカルの課題発見のためには地域診断が有効である。地図により見える化を行うことで、専門家・住民間での課題共有が進む可能性がある。

3番目に、国立がん研究センターの齋藤順子研究員から「エイジズム(年齢差別)と社会的処方」について報告いただいた。エイジズムとは、「高齢であることを理由とした体系的なステレオタイプ化と差別のプロセス」と定義されている。2016年WHO国際高齢者デーのテーマは「エイジズムの撲滅」が掲げられ、国際的な取り組みが進められている。日本においては、定年退職制度や、免許返納によって生活の足が失われているなどの状況がある。エイジズムの解消のためには、加齢に関する知識と理解を増やすための広報キャンペーン、年齢に基づく差別を法律で禁止、加齢に関するバランスの取れた視点が反映された報道などを進めていく必要がある。高齢者の視力・聴力障害のケアも重要である。Healthy Ageingの実現に向けて、高齢者の内在的能力向上のための社会的処方が注目されている。社会的処方は、患

者の課題の解決のために、医師が薬を処方する代わりに、非医療的サービスの社会資源を提供する第三者機関に紹介することである。社会資源の例としては、趣味・運動・生活改善や、法律相談・仲間づくり・経済・就労援助等の支援がある。日本においても社会的処方の取り組み事例が蓄積されてきている。日本で社会的処方を普及するために、医療機関の地域連携室、地域包括支援センター、社会福祉協議会等の取り組みを始めとして、医療現場と社会資源をリンクさせる方法の標準化が期待される。

最後に尾島から「日本と世界での認知症にやさしいまちづくりの取り組み」についての報告を行った。報告の前半は、認知症対策の歴史や取り組みの紹介を行った。日本公衆衛生学会では、2004年に認知症にやさしいまちづくりの最初の実践事例の報告が行われている。2014年度に「認知症の人にやさしいまちづくりガイド」が作られており、取り組みへの認知症の人の参加、セクターを超えてお互いが納得する仕組み、現場発の体験などがヒントとしてまとめられている。また、2017年からは自治体による認知症にやさしいまちづくり条例の制定が行われている。海外における取り組みとしては、2001年にイギリスのスコットランド・アルツハイマー病協会が認知症にやさしいまちづくりガイドを作成している。また、日本の認知症サポーターの取り組みを参考に、認知症フレンドが創設されている。2015年に認知症にやさしい地域の認証のための公開仕様書が発表されており、プロセス・人・場所の3つの視点や、芸術・仕事・健康を始めとした8つの実施領域が

まとめられている。2018年にWHOから認知症計画のためのガイドが発表されている。そこには、優先順位づけ、啓発、リスクの低減など、認知症行動計画の7つの領域が示されている。認知症にやさしいまちづくりを着実に進めるためには、PDCAサイクルを回して評価を行うことが必要であり、認知症の理解、共生、受援力という認知症にやさしいまちづくり指標などを用いて評価しながら推進していくことが必要である。

#### D. 結論

高齢者と認知症の人にやさしいまちの推進に向けて、国際健康都市会議において国際的な情報発信を行った。また、日本公衆衛生学会においてシンポジウムを行い、国際発信すべき日本での良い取り組みの確認と国際的な取組等の国内発信を行った。

#### E. 研究発表

(学会報告)

Toshiyuki Ojima (2018) Efforts for Population Aging including Age and Dementia-Friendly City in Japan. 2018 International Healthy City Conference. Taoyuan (Taiwan), 26 June 2018.

野崎慎仁郎、ローゼンバーグ恵美(2018)

「地球規模の高齢化におけるWHOの取組(シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第77回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018年10月25日

斉藤雅茂(2018)「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み(シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際

発信と世界からの学び)」『第77回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018年10月25日

齋藤順子、近藤尚己(2018)「エイジズム(年齢差別)と社会的処方(シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第77回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018年10月25日

尾島俊之(2018)「日本と世界での認知症にやさしいまちづくりの取り組み(シンポジウム 高齢化する世界: 日本から国際発信と世界からの学び)」『第77回日本公衆衛生学会総会』. 福島県福島市. 2018年10月25日

#### F. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特になし

## 災害とソーシャル・キャピタル

研究分担者 相田 潤（東北大学 大学院歯学研究科 准教授）

### A. 研究目的

研究要旨：災害は突然発生し、人々の生命や生活を大きく脅かす。防波堤などのハードによる対策だけでなく、人々の協力などのソフト面での対策の必要性が言われている。そこでソーシャル・キャピタルが災害対策に有効かどうか文献をレビューした。その結果、震災の発生前から発生後の復興期に至るまで、ソーシャル・キャピタルは災害の被害を減少させたり、復興を早めるために大切な役割を担っていると考えられた。災害前の近隣住民のつながりを壊さない集団移転や、仮設住宅内での交流や社会参加をうながす活動が被災者の健康に貢献していると考えられた。一方で、ジェンダー面での配慮によりソーシャル・キャピタルの負の影響を除くことも必要だと考えられる。2019年以内に英国の出版社から、日本における健康の社会的決定要因に関する書籍を出版する予定であり、その中の1章で本研究の知見を報告する。

自然災害は世界中で大きな被害を生み出している。2011年3月11日の東日本大震災により東北・北海道・関東地方の太平洋側沿岸部は津波による壊滅的な被害を受けたが、甚大な震災の被害を緩和したり復興を促進する要因として、防波堤などのハード面での対策だけでなく、人々の協力などのソフト面での対策の重要性も言われ、ソーシャル・キャピタルが重要な役割を果たす可能性が注目を集めている(1-3)。東日本大震災の後に日本では多くの研究が、被災者に焦点を当ててソーシャル・キャピタルと健康の関係について報告をしてきた。そこで本研究ではソーシャル・キャピタルと東日本大震災と被災者の健康について文献レビューを行った。

### B. 研究方法

東日本大震災に関して、ソーシャル・キャピタルと健康に関する文献、ソーシャル・キャピタルの維持に関する文献、をレビューしてまとめた。またソーシャル・キャピタルの負の側面についてもまとめた。

（倫理面への配慮）

この分担研究では、個人を対象とした調査等を行っていない。また、企業等との利益相反はない。

### C. 結果と考察

#### 1. 被災者の健康とソーシャル・キャピタル

被災者の健康に関して最も多かったのが精神保健に関する研究であり、1本のシステマティックレビュー(4)および複数の観察研究(5-12)が、ソーシャル・キャピタルおよびネットワークやサポートの精神保健を守る上での働きを報告していた。

精神保健とも関連する睡眠や子どもの問題行動についても、ソーシャル・サポートや社会的なつながり、ソーシャル・キャピタルの保護的な関連について報告されている(13-15)。その他にソーシャル・キャピタルと認知機能の研究(16)、ソーシャル・サポートと健康問題についての報告(6)も存在した。

一方で、ソーシャル・キャピタルやソーシャル・ネットワーク、社会的交流や閉じこもり行動、社会的孤立をアウトカムとして、どのような要因が影響するのか（震災や移住、

居場所を作る介入、店舗までの距離、入れ歯の喪失などを調べた研究も存在した(17-23)。震災やその後の住環境などが、ソーシャル・キャピタルを左右してもいることが示されていた。

また災害の発生前、自治会や住民組織による防災対策の立案や、防災訓練の実施は、住民同士のソーシャル・キャピタルが高いほど良く行われ、災害の被害を減らすと考えられる。災害前からの地域の婦人防災クラブの集会所での備蓄が、東日本大震災後の公的な支援が入るまでの期間に役立ったことが報告されている(24)。

これらから、ソーシャル・キャピタルおよびその関連要素は被災者の健康を守る方向の貢献をしていると考えられた。

## 2. 被災後のソーシャル・キャピタルの維持に関して

### ① 集団移転の有効性

津波で家屋を失った被災者が移住後にソーシャル・キャピタルを維持するための取り組みについて、文献を調べた。東日本大震災発災後は体育館などに避難した後、プレハブの仮設住宅に居住したり、民間賃貸住宅に入居する人々が多かった。プレハブ仮設住宅に転居する場合、旧地区の集団ごとに入居する「集団移転」と、くじ引きなどでランダムに入居者が選ばれる方法（ここでは「抽選移転」とする）が主となる。また基本的に集団移転を採用していても、他の地域から来たり入居時期が何らかの事情でずれたことで、結果として抽選移転と同じ状況になる場合がある。阪神・淡路大震災の時の教訓として、仮設住宅に入居する際に災害前と同じ地域住民が近くに居住することが人のつながりを維持するために大切だとされたため、東日本大震災の際にも宮城県岩沼市などいくつかの地域ではこの教訓が生かされた(25)。また、プレハブ仮

設住宅とは別に、各地に散在する民間賃貸住宅への移住も家賃補助の上で多く行われたが、民間賃貸住宅への移住も災害前のつながりを距離的に離してしまうため、ソーシャル・キャピタルの観点からは抽選移転と同じような状況にあると考えられる。

検索された文献からは、集団移転をした人々では震災前に比べて震災後のソーシャル・キャピタル（友人同士の交流や社会参加の要素）の増加が認められた(19)。反対に個人移転の人々ではこれらの減少が見られた。同様に震災後の別の横断研究でも、集団入居の方が、結果的に抽選移転した人よりもソーシャル・サポートを受けたり与えたりしている人が有意に多かったことが報告されていた(11)。これらのことから災害により転居を余儀なくされる被災者に対しては、状況が許す限り元のコミュニティを維持できる集団入居を積極的に採用していくことが重要だと考えられる。

しかしながら集団移転が必ずしもどこの自治体でも実施されたわけでは無い。これには次のような理由があると考えられる。プレハブの仮設住宅は災害後に建築が始められ、人々は体育館などの避難所で完成を待つ日々を送る。プレハブ仮設住宅が1棟たてば数十世帯の人々が入居を開始する。しかし元の地域の世帯数が1棟の部屋数を上回る場合、すぐには入居できない。元の地域の世帯数とプレハブ仮設の建設状況を勘案して、先に入居する地域、後に入居する地域、といった具合に分ける必要がある。被災者は基本的に早く避難所から仮設住宅に移りたいため、そこを待ってもらうための調整が必要になる。また、誰がどこに住むのかも事前に決めなくてはならない。これらの調整作業を、突然の災害対応に追われる行政が負担できるとは必ずしも限らない。災害規模の大きな自治体ほど難しくなる可能性がある。また、くじ引きのよう



な「公平性」を行政が好むという側面があるため、公平性のためにコミュニティの利便性が犠牲となる場合もあるのかもしれない。東日本大震災の後に集団移転を実施した地域は比較的小さなコミュニティであったり、1つの市の中でも限られた数のコミュニティであったりするようである。集団移転の実施のためには多くの交渉・調整が必要となるが、これらが上手くいくためには災害前からのソーシャル・キャピタル、すなわち災害前からの地区長や行政がつながりをもっていることが大切である可能性がある。また、人手が足りない行政が一手に担うのではなく、住民やボランティアから集団移転のための協力を得ることも重要であろう。

## ②仮設住宅での社会参加の重要性

東日本大震災後につくられた仮設住宅は、被災者が集まって住んでいるためそれぞれがコミュニティとしての役割を担っている。宮城県が実施している被災者の健康調査データの分析から、仮設住宅コミュニティの間で入居者の精神保健状態に差があることが報告されていた(26)。地域行事への参加が活発な人や悩みを相談できる相手が多い人が健康状態が良いという個人レベルの効果に加えて、相談できる人が多い仮設住宅に住む人は1年後のメンタルヘルスが良好であるというコミュニティレベルの効果の存在が報告されていた。別の報告では、東日本大震災後の仮設住宅に入居している被災者において、社会参加があることが良い健康状態と関連しており、プレハブ仮設住宅の被災者では、みなし仮設住宅の被災者と比べて社会参加をしている人の割合が大きかった(27)。プレハブ仮設住宅では社会参加をしている人の割合が大きいことが、良い健康状態の維持に寄与していた可能性が示唆された。震災後のプレハブ仮設住宅におけるボランティアや自治体による社会参加の

機会の提供（イベント開催など）が、被災者の健康状態の維持に寄与していた可能性が示唆されており、こうした介入が被災者の健康の維持・回復に役立っていると考えられる。仮設住宅での介入としては、岩手県陸前高田市での農園をつくり社会参加をうながす事業の効果も報告されていた(28)。

## 3. ソーシャル・キャピタルの負の側面

ソーシャル・キャピタルには悪い側面も存在することが知られているが、平時と同じく災害後のソーシャル・キャピタルにも負の側面が存在する可能性がある(29)。震災後の避難所で女性が朝5時に起きて炊き出しをすべきという意見が通ってしまったところがあった(24)。この女性は反対すると居づらくなると考えて従っており、この集団におけるソーシャル・キャピタルが女性たちにとって悪い方向に働いたと考えられる。意図的に避難所や仮設住宅の支援にあたる行政職員や復興に関する会議が男性だけにならないような配慮をしていた自治体も存在するが、こうしたジェンダー面での配慮は日本において災害後のソーシャル・キャピタルの負の側面を防ぐのにも重要であろう。先に述べた岩沼市では避難所担当の市職員の4割が女性だったことでトイレの問題や救援物資の配分に大きなトラブルが発生しなかったと指摘されている(25)。当然、ジェンダー面だけでなく、障害者や外国人へ配慮も同様に求められる。

## D. 結論

ソーシャル・キャピタルは災害の後においても、人々の健康を守るのに有効な働きをしていると考えられた。ソーシャル・キャピタルの負の側面をおさえ、正の側面をつよめることで、震災からの復興を促進できると思われる。

2019年内に英国の出版社から、日本におけ

る健康の社会的決定要因に関する書籍を出版する予定であり、その中の1章で本研究の知見を報告する。

#### E. 研究発表

(学会報告)

相田潤. 「岩沼プロジェクト：災害時のコミュニティ・エンパワメント」. 第77回日本公衆衛生学会総会シンポジウム 14 参加型研究の最新動向：現場に即役立つエビデンスづくりにむけて：(2018年10月25日)

#### F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

#### 文献

1. Nakagawa Y, Shaw R. Social capital:A missing link to disaster recovery. *Int J Mass Emerg Disasters* 2004;22: 5-34.
2. Aldrich DP, 石田祐(翻訳), 藤澤由和(翻訳). ソーシャル・キャピタルと災害(特集 災害復興と地域のちから). *Estrela* 2014: 2-7.
3. 相田潤, Kawachi I, Subramanian SV, 近藤 克. 災害とソーシャル・キャピタルと健康. In: イチローカワチ, 高尾総司, SV スブラマニアン, editors: ソーシャル・キャピタルと健康政策 地域で活用するために. 東京: 日本評論社; 2013: 257-300.
4. Ando S, Kuwabara H, Araki T, Kanehara A, Tanaka S, Morishima R, et al. Mental health problems in a community after the great east japan earthquake in 2011: A systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2017;25: 15-28.
5. Hikichi H, Aida J, Tsuboya T, Kondo K, Kawachi I. Can community social cohesion prevent posttraumatic stress disorder in the aftermath of a disaster? A natural experiment from the 2011 tohoku earthquake and tsunami. *Am J Epidemiol* 2016;183: 902-10.
6. Inoue M, Yamaoka K. Social factors associated with psychological distress and health problems among elderly members of a disaster-affected population: Subgroup analysis of a 1-year post-disaster survey in ishinomaki area, japan. *Disaster Med Public Health Prep* 2017;11: 64-71.
7. Oe M, Maeda M, Nagai M, Yasumura S, Yabe H, Suzuki Y, et al. Predictors of severe psychological distress trajectory after nuclear disaster: Evidence from the fukushima health management survey. *BMJ Open* 2016;6: e013400.
8. Teramoto C, Matsunaga A, Nagata S. Cross-sectional study of social support and psychological distress among displaced earthquake survivors in japan. *Japan journal of nursing science : JJNS* 2015;12: 320-9.
9. Goodwin R, Takahashi M, Sun S, Ben-Ezra M. Psychological distress among tsunami refugees from the great east japan earthquake. *BJPsych open* 2015;1: 92-97.
10. Yokoyama Y, Otsuka K, Kawakami N, Kobayashi S, Ogawa A, Tannno K, et al. Mental health and related factors after the great east japan earthquake and tsunami. *PLoS One* 2014;9: e102497.
11. Koyama S, Aida J, Kawachi I, Kondo N, Subramanian SV, Ito K, et al. Social

- support improves mental health among the victims relocated to temporary housing following the great east japan earthquake and tsunami. *Tohoku J Exp Med* 2014;234: 241-7.
12. Kotozaki Y, Kawashima R. Effects of the higashi-nihon earthquake: Posttraumatic stress, psychological changes, and cortisol levels of survivors. *PLoS One* 2012;7: e34612.
  13. Matsumoto S, Yamaoka K, Inoue M, Inoue M, Muto S. Implications for social support on prolonged sleep difficulties among a disaster-affected population: Second report from a cross-sectional survey in ishinomaki, japan. *PLoS One* 2015;10: e0130615.
  14. Matsumoto S, Yamaoka K, Inoue M, Muto S. Social ties may play a critical role in mitigating sleep difficulties in disaster-affected communities: A cross-sectional study in the ishinomaki area, japan. *Sleep* 2014;37: 137-45.
  15. Yagi J, Fujiwara T, Yambe T, Okuyama M, Kawachi I, Sakai A. Does social capital reduce child behavior problems? Results from the great east japan earthquake follow-up for children study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51: 1117-23.
  16. Hikichi H, Tsuboya T, Aida J, Matsuyama Y, Kondo K, Subramanian SV, et al. Social capital and cognitive decline in the aftermath of a natural disaster: A natural experiment from the 2011 great east japan earthquake and tsunami. *Lancet Planet Health* 2017;1: e105-e13.
  17. Inoue M, Matsumoto S, Yamaoka K, Muto S. Risk of social isolation among great east japan earthquake survivors living in tsunami-affected ishinomaki, japan. *Disaster Med Public Health Prep* 2014;8: 333-40.
  18. Sato Y, Aida J, Takeuchi K, Ito K, Koyama S, Kakizaki M, et al. Impact of loss of removable dentures on oral health after the great east japan earthquake: A retrospective cohort study. *J Prosthodont* 2015;24: 32-6.
  19. Hikichi H, Sawada Y, Tsuboya T, Aida J, Kondo K, Koyama S, et al. Residential relocation and change in social capital: A natural experiment from the 2011 great east japan earthquake and tsunami. *Sci Adv* 2017;3: e1700426.
  20. Aldrich DP, Kyota E. Creating community resilience through elder-led physical and social infrastructure. *Disaster Med Public Health Prep* 2017;11: 120-26.
  21. Lu X, Brelsford C. Network structure and community evolution on twitter: Human behavior change in response to the 2011 japanese earthquake and tsunami. *Sci Rep* 2014;4: 6773.
  22. Hirai H, Kondo N, Sasaki R, Iwamura S, Masuno K, Ohtsuka R, et al. Distance to retail stores and risk of being homebound among older adults in a city severely affected by the 2011 great east japan earthquake. *Age Ageing* 2015;44: 478-84.
  23. Nishigori H, Nishigori T, Sakurai K, Mizuno S, Obara T, Metoki H, et al. Pregnant women's awareness of social capital in the great east japan

earthquake-affected areas of miyagi prefecture: The japan environment and children's study. *Disaster Med Public Health Prep* 2017;11: 355-64.

リエンスの構築 ミネルヴァ書房; 2015.

24. 引地博之, 近藤克則, 相田潤, 近藤尚己. 集団災害医療における「人とのつながり」の効果 : 東日本大震災後の被災者支援に携わった保健師を対象としたグループインタビューから. *Japanese journal of disaster medicine* 2015;20: 51-56.
25. 井口経明. 「千年希望の丘」のものがたり ~ 「鎮守の森」にかけた東北被災地復興 ~. 仙台: プレスアート; 2015.
26. Matsuyama Y, Aida J, Hase A, Sato Y, Koyama S, Tsuboya T, et al. Do community- and individual-level social relationships contribute to the mental health of disaster survivors?: A multilevel prospective study after the great east japan earthquake. *Soc Sci Med* 2016;151: 187-95.
27. Kusama T, Aida J, Sugiyama K, Matsuyama Y, Koyama S, Sato Y, et al. Does the type of temporary housing make a difference in social participation and health for evacuees of the great east japan earthquake and tsunami?: A cross-sectional study. *J Epidemiol* 2018.
28. Takahashi S, Ishiki M, Kondo N, Ishiki A, Toriyama T, Takahashi S, et al. Health effects of a farming program to foster community social capital of a temporary housing complex of the 2011 great east japan earthquake. *Disaster Med Public Health Prep* 2015;9: 103-10.
29. Aldrich DP, 石田祐(翻訳), 藤澤由和(翻訳). 災害復興におけるソーシャル・キャピタルの役割とは何か : 地域再建とレジ

## 高齢者の健康長寿の関連要因に関する主要な知見の国際的な発信

研究分担者 齊藤 雅茂（日本福祉大学 社会福祉学部 准教授）

研究要旨：公的介護保険の制度設計や介護技術、介護の理念など、高齢者保健・福祉領域では日本の経験を海外に発信する試みが進みつつある。高齢者の健康長寿の実現に関しては「質の高いデータの収集と分析」の必要性が指摘されているが、国内では既に大規模な縦断研究に基づく知見が蓄積されつつある。本研究ではこれまでに得られた知見を改めて整理し、心理・精神的健康や口腔の状態だけでなく、社会参加や社会関係・ソーシャルサポート、ライフコースを通じた社会経済的地位、居住地域の市民参加や社会的凝集性、互酬性などのソーシャル・キャピタルが高齢者の健康長寿と関連していることを確認してきた。そのうえで、本年度は国際発信のためにそれらをまとめたスライドセットの英文翻訳および英文でのレポートを公表し、2018年度に公表された論文をレビューした。追加のレビューからは、週7回以上の浴槽入浴習慣がある高齢者の間で要介護リスクが有意に低いこと、近隣に食料品店が少ないと認識している人の間で死亡リスク1.6倍程度高い傾向にあること、テレビの健康番組を見る女性の間で死亡率が10%程度低い傾向にあること、ライフラインサービス停止経験など物的・環境的な貧困は1.7倍死亡リスクを上昇させること、自治体の都市度を問わない全国版「要支援・要介護リスク評価尺度」が開発されたことなどが新たに報告されていることが確認された。

### A. 研究目的

国際的に高齢化が急速に進展している中で、アジア諸国においても年金制度や施設サービスの整備が進められつつある。しかし、平均寿命でも、高齢化率でも日本はアジア諸国の30～40年先を歩んでいる状態にあることが示唆されている（図表1）。このため、国内における高齢者の保健・福祉・介護領域の経験を海外に発信する試みは多方面で進められている。たとえば、「日本の介護の歩みと実践のポイント集」では、公的介護保険の制度設計や介護の技術・理念など国内では「常識」ともいえる事柄について改めて海外向けに整理されている（インテリジェンスバリューコーポレーション2018）。

同様に、介護予防をはじめ、健康長寿

（Healthy Aging）の実現は国際的な重要課題の1つであり、その関連要因の解明についても一定の蓄積がなされている。WHO（2017）の「健康長寿に関する行動の10年にむけた10の優先課題（10 priorities for a decade of action on healthy ageing）」では、「質の高いデータの収集と分析」が課題の1つにあげられている。なお、不健康であるために活動的になれず、活動的でないために不健康になるといった双方向の関連があるため、横断研究に基づいた知見ではなく、同一個人を追跡する縦断研究に基づく知見の蓄積が重要である。また、アウトカムが死亡や要介護である場合、より頑健な知見を得るためには一定の規模の調査研究であることも重要である。

図表1 アジア諸国における高齢化の動向

	総人口	平均寿命	高齢化率		備考
	2015	2015	2015	2050	
フィリピン	1.0 億人	68.5 歳	4.6%	9.7%	高齢者の 1/3 が貧困。施設サービスの普及してない。家族介護主流。
モンゴル	312 万人	69.6 歳	3.7%	11.0%	施設は身寄りない高齢者が原則。訪問サービスの対象は貧困層。
カンボジア	1,560 万人	68.7 歳	4.1%	11.7%	高齢者の 8 割が農村部。施設サービスはホームレス向け。
ネパール	2,850 万人	69.2 歳	5.5%	14.7%	高齢者の 85% が農村部。2014 年にユニバーサルヘルスケア制度
ミャンマー	5,390 万人	66.6 歳	5.4%	16.1%	2014 年に高齢者に関する 5 カ年計画、高齢者への年金が開始。
ベトナム	9,340 万人	76.0 歳	6.7%	20.7%	高齢者の 7 割が農村部に在住、4 割が健康保健カード未所持。
中国	13.8 億人	76.1 歳	9.6%	26.7%	2017 年より上海版介護保険制度が実施。
インドネシア	2.6 億人	69.1 歳	5.1%	27.4%	2002 年に憲法改正。2015 年に労働社会保障制度が実施。
タイ	6,800 万人	74.9 歳	10.6%	27.4%	高齢者の 34% が貧困状態。2016 年から厚生年金制度等が計画。
日本	1.2 億人	85 歳	26.7%	37.8%	

インテリジェンスバリューコーポレーション (2018) より筆者作成

本研究では、日本の高齢者を対象にした大規模縦断研究をレビューし、健康の社会的決定要因に関する日本のエビデンスの国際的な発信を行う。昨年度は調査対象が 1 万人以上で、がんなどの特定の疾患を扱った論文を除き、一部ハンドサーチを加えた 48 編の原著論文をレビューした。本年度は、昨年文献レビューを踏まえた国際的な成果発信を行った。加えて、2018 年度に発表された同じく大規模縦断研究に基づく原著論文を概観した。

## B. 研究方法

第 1 に、昨年度にまとめた文献レビューの国際発信のために、Kondo Katsunori (ed) "Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases (Springer 社)" に寄稿した (2019 年度内発行予定)。なお、本稿では、他の章との兼ね合いから、要介護・死亡をアウトカムにした研究に限定した。

第 2 に、日本の高齢者を対象した大規模縦断研究の 1 つである JAGES プロジェクトの経験を国際的に発信する試みとして、Kondo Katsunori, Rosenberg Megumi, World Health Organization (eds) "Advancing universal health coverage amid demographic change; Lessons learnt in knowledge creation and translation for healthy ageing from the Japan Gerontological Evaluation Study (World Health Organization)" の分担執筆を担った。並行して、昨年度までに製作した一般市民や専門職向けに論文の知見を要約したエビデンス集の英文翻訳を行った。

第 3 に、JAGES プロジェクトによる縦断研究のうち、2018 年度に新たに発表された要介護ないし死亡をアウトカムにした論文を概観した。なお、JAGES プロジェクトとは、要介護認定を受けていない高齢者を対象にした大規模疫学研究である (代表: 近藤克則, 千葉

大学予防医学研究センター教授)。3年おきに原則として自記式の質問紙調査を郵送法で行い、その後の転帰（死亡や要介護度など）を把握する前向きコホートデータを整備している（詳細はホームページを参照 <https://www.jages.net/>）。

### C. 結果

1点目については、要介護度ないし死亡をアウトカムにした大規模縦断研究34編をレビューしたものを"Healthy aging: IADL and functional disability"という章にまとめた。本章の構成は以下の通りである。

<構成>

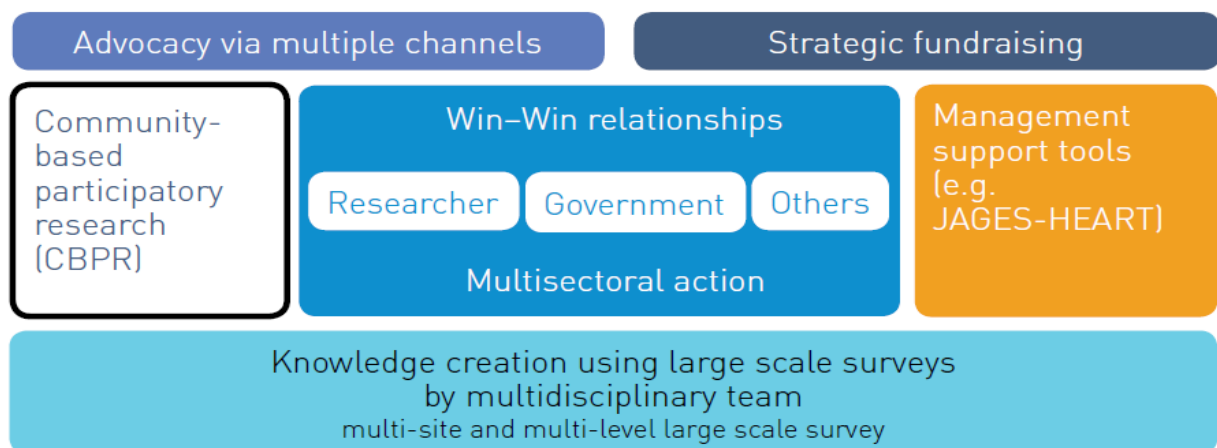
- (1) Introduction
- (2) Overview of Large-Scale Longitudinal Studies
- (3) Mental Health, Health Behavior, and Oral Functions
- (4) Differences in Health Risks due to Socio-economic Status
- (5) Differences in Health Risks due to Social Participation and Social Networks
- (6) Conclusion; social determinants of healthy aging

心理・精神的健康や健康行動、口腔の状態だけでなく、社会参加や社会関係・ソーシャルサポート、ライフコースを通じた社会経済的地位、居住地域の市民参加や社会的凝集性、互酬性などのソーシャル・キャピタルが

でなく、より客観的な所得情報（介護保険制度の保険料区分・賦課情報）でみても、同様の健康格差が認められている（Hirai et al. 2012）ことや、所得は絶対的な少なさだけではなく、周囲の他者（準拠集団）と比べた相対的な少なさ（相対所得）も心理社会的なストレスとなって、とくに男性の間では要介護や死亡のリスク（Kondo N. et al. 2009；近藤尚ら 2012）となっていること、自治会などの社会組織に参加することが要介護（Ashida et al. 2016）や死亡リスク（Ishikawa et al. 2016）に対して保護的に機能しうること、住民運営型のサロン参加者は背景要因等を考慮した上でも、要介護リスクが51%低下している（Hikichi et al. 2015）こと、友人がいないなど孤立した高齢者は1.81～1.30倍死亡リスクが高く（Aida et al. 2011）、他者との交流頻度は週1回未満からが要介護リスクになり、月1回未満になると死亡リスクにもなる交流の乏しさであること（斉藤雅ら 2015）、などが既に報告されていた。

2点目については、WHOよりモノグラフ（Advancing universal health coverage amid demographic change; Lessons learnt in knowledge creation and translation for healthy ageing from the Japan Gerontological Evaluation Study）を発表する機会を得た。本モノグラフでは、JAGESプロジェクトが成功した要因を①学際

図表2 JAGESプロジェクトによる Knowledge Translation の主要な促進要因 Kondo Katsunori., Rosenberg Megumi, World Health Organization (2018)より



高齢者の健康長寿と関連していることを提示した。たとえば、自己申告による所得データ

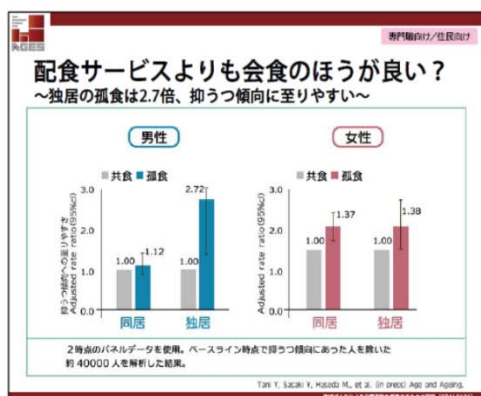
的なチームによる大規模縦断データを用いた知見の蓄積、②Win-Win 関係の構築、③

地域介入研究の実施、④データ管理支援ツールの開発、⑤複数のチャンネルによるアドボカシー、⑥戦略的な資金調達に整理している（図表2）。本研究の一環として、JAGESプロジェクトによる主要な知見のレビュー部分を分担執筆した。

並行して、ナレッジ・トランスレーションのために、各論文で得られた主要な知見や先進的な取り組みを要約したスライドセットを製作した（<https://www.jages.net/library/slide-movie/>）。スライドは、一般市民や専門職向けに論文で得られた所見を一目で分かるように要約し、かつ、メモ欄には結果の読み方と聴衆への問いかけ例などを掲載している（図表3）。今年度はこれらの英文翻訳を行ったため、近日中に公開する予定である。

3点目については、JAGESプロジェクトから

図表3 スライドセット例



【本スライドのポイント】

- ✓ 調査時点で抑うつ傾向ではなかった高齢者4万人を追跡したところ、「人と一緒に食事をする(=共食)」か「一人で食事をする(=孤食)」かで、3年後の抑うつ傾向への至りやすさが異なることが明らかになった。
- ✓ 具体的には、一人住みの高齢者男性(青棒)の場合、食事の形態が共食の人と比べて孤食であった人の方が、新たに抑うつ傾向へ至っている確率は2.7倍、女性(赤棒)では同居・同居に関わらず1.4倍程度、孤食の人が抑うつ傾向へ至りやすい。
- ✓ 配食サービスが全国各地で展開されているが、配食された食事を一人で食べるよりも、会食する機会を設ける方が、要介護状態へのリスク要因である抑うつ傾向を予防する効果が期待される。

詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

- ✓ お食事はいつものようにされていますか？
- ✓ 1人で食事しているといわれる「孤食」は抑うつ傾向へのリスクを高めるかもしれません。

康行動に関連したものとして、岡部ら(2019)は、3年間の前向きコホートデータを用いて、自記式の間診票と特定健診で得ら

れたデータを比較したところ、問診票の方が本人の健康寿命（要介護2以上の要介護認定または死亡）と密接に関連しており、高齢者において健康寿命を伸ばすためには検査よりも問診を行うことの意義を明らかにしていた。Yagi et al. (2018)では、同じく3年間の追跡データから、夏場の浴槽入浴頻度が週7回以上の場合、週0-2回と比較して28%の要介護状態へのリスク減少、冬場でも29%のリスク減少が認められ、入浴を利用した介護予防対策の可能性を示唆している。また、Sato et al. (2019)では、同じく3年間の追跡データから、女性高齢者の間では、テレビの健康番組をみる傾向にある人はそうでない人よりも死亡率が10%程度低いことを明らかにしている。なお、男性やその他のメディア（活字メディア、インターネット）では死亡率との間に有意な関連は認められないという結果であった。

つづいて、社会経済的地位に関わるものとしては、Saito M et al. (2019)では、6年間の追跡データから、経済的理由によるライフラインの停止経験や冷蔵庫の未所持、礼服の未所持など7指標は早期死亡と有意に関連しており、より深刻な貧困状態を把握している可能性があること、それら剥奪状態に複数該当している人びとは、非該当者よりも1.7倍ほど追跡期間中の死亡リスクが高い傾向にあることを公衆衛生分野においても物的・環境的な側面からも貧困問題を捉えていく必要があることを指摘している。また、地域環境要因に関わるものとして、Tani et al. (2018)は近隣の食料品店へのアクセスの悪さが死亡リスクとなりうること、具体的には、3年間の追跡データから、外出時に車の利用がない高齢者では近隣に野菜や果物が手に入る店が「たくさんある」と回答した人に比べて、「ある程度ある」と回答した人では死亡リスクが1.4倍、「あまりない」または「まったくない」と回答した人では1.6倍であることを報告している。その他のトピックとして、Tsuji et al. (2019)は、3年間の追跡データに基づいて、



高齢者の要支援・要介護リスクを評価する尺度（10指標）を開発している。それによれば、48点満点（点数が高いほど高リスク）の指標で、自治体の規模（都市度）に関わらず、要支援・要介護認定の発生を高い精度で予測できること、17点を上回るか否かが閾値になることが報告されている。

以上を含めて、図表4は日本の高齢者を対象にした大規模コホート調査に基づく高齢者の要介護・死亡の関連要因に関する知見をまとめたものである。説明変数については、心理・精神的健康、口腔、社会経済的地位、社会参加、社会関係・ソーシャルサポート、地域特性、その他に大別している。また、国際発信を意図しているためいずれも英文で記載した。

#### D. 考 察

高齢化率だけでなく、介護の考え方や生活支援という視点など国内では当たり前であることも国際的には発信する意義がある。遺伝子や生活習慣だけでなく社会経済的な要因が個人の健康に密接に関連していることは国内では既によく知られている。実際に、日本の高齢者を対象にした大規模縦断研究からも、生活習慣だけでなく、また、心理・精神的健康や口腔の状態だけでなく、その上流にある要因として社会参加や社会関係・ソーシャルサポート、社会経済的地位、居住地域の環境などが健康長寿に関与していることが確認されていた。本研究ではそれらのエビデンスの国際発信にむけて、スライド教材の英文翻訳、および、英文でのレポートの発表を行ってきた。

今後の課題としては、厚生労働省による「地域包括ケア見える化システム」をはじめ、地域診断の具体的な試みが進みつつある点もまた世界に発信すべき日本の経験と考えられる。高齢者の健康関連指標において個人間での格差だけでなく、地域間での格差および地域環境要因の影響が確認されつつある。「地域包括ケア見える化システム」のプロトタイプであるJAGES HEARTという地域診断

システムを活用して、介護予防に関わる地域課題を見える化し、それを住民と協議して対策に取り組んだ事例もある。また、デジタルマップではなく、あえて手作りでデータから地図に塗り絵をして地域課題の見える化を試みた実践もある。「地図に落として当該地域の特徴を描いた上で住民に意見を尋ねると、より具体的な課題の抽出や建設的な意見の提案につながりやすかった」といった意見も聞かれ、地域診断という形で地域の健康問題を「見える化」することの有効性を示唆する事例はいくつか蓄積されつつある。今後はこうした試みも海外に発信していくことが有益であると考えられる。

#### E. 文 献

インテリジェンスバリューコーポレーション

(2018)『外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業（厚生労働省生活困窮者就労準備事業等補助金）』

Kondo K., Rosenberg M., WHO eds. (2018) *Advancing universal health coverage amid demographic change; Lessons learnt in knowledge creation and translation for healthy ageing from the Japan Gerontological Evaluation Study*. World Health Organization. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/279010>)

岡部大地・辻大士・近藤克則 (2019) 高齢者総合機能評価は健診よりも健康寿命喪失を予測する：JAGESコホート研究. 日本老年医学会誌. 印刷中

Sato K, Viswanath K, Hayashi H, Ishikawa Y, Kondo K, Shirai K, Kondo N, Nakagawa K, Kawachi I. (2019) Association between exposure to health information and mortality: Reduced mortality among women exposed to information via TV programs. *Soc. Sci. & Med.* 221:124-131.

Saito M. (2019) Healthy aging: IADL and functional disability. Kondo Katsunori (ed) *Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases*, Springer. (in press)

Saito M., Kondo N., Oshio T. et al. (2019) Relative Deprivation, Poverty, and Mortality in

- Japanese Older Adults: A Six-Year Follow-Up of the JAGES Cohort Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(2): 182
- Tani Y., Suzuki N., Fujiwara T. et al. (2018) Neighborhood and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. (2018) *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15: 101.
- Tsuji T., Kondo K., Kondo N. et al. (2019) Development of a risk assessment scale predicting incident functional disability among older people: JAGES longitudinal study. *Geriatrics & Gerontology International* (in press)
- WHO (2017) 10 Priorities towards a decade of healthy ageing. (<https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf?ua=1>)
- Yagi A., Hayasaka S., Ojima T. et al. (2018) Bathing frequency and onset of functional disability among Japanese older adults: a prospective 3-year cohort study from the JAGES. *Journal of Epidemiology*. doi: 10.2188/jea.

#### F. 研究発表

(論文・書籍)

- 斉藤雅茂 (2018) 「〔特集：高齢者の健康格差〕健康格差生成のプロセス；JAGES縦断研究の結果から」『Aging & Health (公益財団法人 長寿科学振興財団)』86 : 10-13.
- Kondo Katsunori, Rosenberg Megumi, World Health Organization. eds. (2018) Advancing universal health coverage amid demographic change; Lessons learnt in knowledge creation and translation for healthy ageing from the Japan Gerontological Evaluation Study, World Health Organization. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/279010>)
- Saito Masashige (2019) Healty aging: IADL and functional disability. Kondo Katsunori (ed) *Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases*, Springer. (in press)
- Saito Masashige, Kondo Naoki, Oshio Takashi, Tabuchi Takahiro, Kondo Katsunori (2019) Relative Deprivation, Poverty, and Mortality in Japanese Older Adults: A Six-Year Follow-Up of the JAGES Cohort Survey. *Int. J. Environ.*

*Res. Public Health*, 16(2): 182

- 斉藤雅茂 (2019) 「市区町村担当職員向け研修会の内容例」「住民向け研修会の内容例」「ボランティア候補者向けワークショップの内容例」近藤克則編著『住民主体の楽しい通いの場づくり；地域づくりによる介護予防進め方ガイド』日本看護協会出版会 (印刷中)  
(学会報告)
- 斉藤雅茂 (2018) 「世界に貢献できる日本の地域包括ケアの取り組み (高齢化する世界；日本から国際発信と世界からの学び)」『第77回日本公衆衛生学会総会』. 福島県郡山市. 2018年10月
- G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)  
とくになし

図表3 大規模コホート調査に基づく高齢者の要介護・死亡の関連要因

Articles	Data	Explanatory variables	Outcome	Main results	Reference
<b>Mental health and psychological well-being</b>					
Nishi et al (2012)*	2003-07 cohort (n=14,668)	Self-rated health (SRH)	Mortality	Fair/poor self-rated health was a stronger predictor of mortality in both sex (HR=1.67, 95%CI: 1.35-2.07).	<i>PLoSOne</i> , 7(1): e30179
Wada et al. (2014)*	2003-07 cohort (n=14,286)	GDS (short version)	Mortality & functional disability	Compared to older adults with non-depressive symptoms, depressive people was 1.26 times higher for functional disability, and 1.33 times higher for mortality than non-depressive .	<i>Journal of health and welfare statistics (Kousei no Sihyo)</i> , 61(11) : 7-12
<b>Health behavior</b>					
Iso et al (2005)	1989-99 cohort (n=94,683) including < 65y	Smoking cessation	Mortality	The multivariate relative risks for current smokers compared with never smokers were 1.41 (95%CI: 1.19-1.67) in older men, 1.69 (95%CI: 1.32-2.15) in older women for mortality from total cardiovascular disease.	<i>Am J Epidemiology</i> . 161(2):170-179.
Sakata et al. (2012)	1963to92-2008 cohort (n=67,973) including <65y	Smoking	Mortality	Current smokers compared with never smokers were 1.47 (95%CI: 1.41-1.52) among those born before 1920, 1.84 (95%CI: 1.74-1.96) among those born during 1920-45 for all cause mortality.	<i>BMJ</i> . 345:e7093.
Tamakoshi et al. (2010)	1988-2003 cohort (n=26,747)	BMI	Mortality	The underweight group was associated with a statistically higher risk of all-cause mortality; 1.78-fold (95%CI: 1.45–2.20) and 2.55-fold (95%CI: 2.13–3.05) increase in mortality risk among severest thin men and women (BMI: <16.0), respectively.	<i>Obesity</i> , 18(2):362-369.
Nakade et al (2015) *	2003-07 cohort (n=14,931)	BMI	Mortality	Among low income group, hazard ratios for mortality by all causes was 1.96 (95%CI: 1.02-3.73) for overweight.	<i>Prev Med</i> . 77: 112-118.
Yamazaki et al. (2017)	1999-2009 cohort (n=13,280)	BMI	Mortality	Compared with normal-weight participants, overweight/obese participants tended to have lower hazard ratios; the multivariate hazard ratios were 0.86 (95%CI: 0.62-1.19) for obesity, 0.83 (95%CI: 0.73-0.94) for overweight and 1.60 (95%CI: 1.40-1.82) for underweight.	<i>Geriatr Gerontol Int</i> . 17(9):1257-1264.
Tomata et al. (2014)	2006-11 cohort (n=14,260)	Dietary pattern	Functional disability	Japanese pattern as one of three dietary patterns was associated with a lower risk of incident functional disability (HR=0.77; 95%CI: 0.68–0.88). An animal food pattern and a high dairy pattern tended to have a higher risk of incident functional disability.	<i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> . 69(7): 843-851.
Okabe et al. (2019) *	2010-13 cohort (n=9,756)	Medical self-questionnaire	Comprehensive geriatric assessment	Medical self-questionnaire was strongly associated with healthy ageing than specific medical checkup (HR=2.35, 95%CI: 1.44-3.63, HR=1.75, 95%CI: 1.37-2.07, respectively)	<i>Jpn. j. geriat.</i> in press.

Yagi et al. (2018)*	2010-13 cohort (n=13,786)	Bathing frequency	Functional disability	The hazard ratios of the moderate- and high-frequency groups were 0.91 (95% CI, 0.75-1.10) and 0.72 (95% CI, 0.60-0.85) for summer and 0.90 (95% CI, 0.76-1.07) and 0.71 (95% CI, 0.60-0.84) for winter.	<i>Journal of Epidemiology.</i> doi: 10.2188/jea.
Sato et al. (2019)*	2013-16 cohort (n=18,252)	Exposure to health information	Mortality	Among females, receiving health information from TV programs was associated with lower mortality (HR=0.90; 95% CI=0.83-0.98). By contrast, there were no significant associations among males.	<i>Soc Sci &amp; Med</i> 221: 124-131.
<b>Oral function / dental status</b>					
Hayasaka et al. (2013)	2006-10 cohort (n=21,730)	Dental care	Mortality	Participants who practiced all three types of oral care (brushed teeth two or more times per day, had dental visits at least once a year, or used dentures) was 0.54 (95% CI: 0.45–0.64) times lower for mortality than participants who practiced none of the three.	<i>J Am Geriatr Soc.</i> 61(5): 815-820.
Sato et al. (2016)*	2010-13 panel (n=62,333)	Tooth loss	IADL	IPW models estimated the increment in TMIG-IC score ( $\beta = 0.170$ , 95% CI: 0.114-0.227) if edentulous participants gained 20 or more natural teeth.	<i>J Am Geriatr Soc.</i> 64(11): 2336-2342.
Matsuyama et al. (2017)*	2010-13 cohort (n=85,161)	Tooth loss	Functional disability	Among the participants aged $\geq 85$ years old, those with $\geq 20$ teeth had a longer life expectancy (men: +57 day; women: +15 day) and healthy life expectancy (men: +92 day; women: +70 day)	<i>J Dent Res</i> , 96(9): 1006-1013.
<b>Socio-economic status</b>					
Kondo N. et al. (2009)*	2003-07 cohort (n=7,673)	Relative income	Functional disability	The hazard ratio of incident physical/cognitive disability per one standard deviation increase in relative deprivation ranged from 1.13 (95% CI: 0.99-1.29) to 1.15 (95% CI: 1.01-1.31) in men.	<i>J Epidemiol Community Health</i> , 63(6): 461-467
Hirai et al. (2012) *	2003-06 cohort (n=22,829)	Household income	Mortality & functional disability	Using the governmental administrative data, comparing the lowest to the highest income level were 3.50 for men and 2.48 for women for mortality and 3.71 for men and 2.27 for women for loss of healthy life.	<i>Curr Gerontol Geriatr Res</i> , 701583,
Kondo K. et al. (2012)*	2003-07 cohort (n=14,652)	Income & education	Mortality & functional disability	In men, significant health inequalities were observed between the highest income group and lowest one (HR:1.55-1.75), and between the highest educational attainment group and lowest one (HR=1.45-1.97).	<i>Iryo to Shakai</i> . 22(1): 19-30.
Kondo N. et al. (2012)*	2003-07 cohort (n=16,023)	Relative income	Mortality	1SD unit increase in income deprivation relative to others was associated with increased death hazard in men (HR=1.20, 95% CI: 1.06-1.36) and in women (HR=1.17, 95% CI: 0.97-1.41)	<i>Iryo to Syakai</i> . 22(1): 91-101.
Saito M et al. (2012) *	2003-07 cohort (n=13,310)	Poverty, social isolation, etc.	Mortality	Those with simultaneously relative poverty and social isolation and/or social inactivity were 1.29 times more likely to die prematurely than those who were not socially excluded.	<i>Soc Sci Med</i> , 75, 940-945.
Kondo N. et al. (2015)*	2003-07 cohort (n=21,031)	Relative income	Cause specific mortality	The HR for death from cardiovascular diseases per SD increase in relative deprivation was 1.50 (95% CI: 1.09-2.08) in men, whereas HRs for mortality by cancer and other diseases were close to the null value.	<i>J Epidemiol Community Health</i> , 69(7):680-685.
Tani et al. (2016)*	2010-13 cohort (n=15,449)	Childhood SES	Mortality	Compared with men growing up in more advantaged childhood socioeconomic circumstances, the age-adjusted HR for men from low childhood SES backgrounds was 0.75 (95% CI: 0.56-1.00).	<i>Int J Epidemiol</i> , 45(4): 1226-1235.

Murayama et al (2018)*	2010-13 panel (n=11,601)	Childhood SES	IADL	Childhood SES was independently associated with functional decline in the older cohort. In the 75-79 years group, lower childhood SES was associated with functional decline.	<i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci.</i> 73(7):973-979
Inoue et al. (2016)*	2003-13 cohort (n=12,290)	Month of birth	Mortality	Men born in December was more likely to die earlier (14%) while those born in January had lower mortality (10%). Time period when a birth is officially registered might be reflected in socio-economic factors in early life.	<i>Chronobiol Int.</i> 33(4): 441-447.
Saito M et al (2019) *	2010-16 cohort (n=7,614)	Material Poverty (Relative Deprivation)	Mortality	The HRs after adjusting for relative poverty and some confounders were 1.71 (95%CI: 1.18–2.48) for relative deprivation, and 1.87 (95%CI: 1.14–3.09) for a combination of relative poverty and deprivation.	<i>Int. J. Environ. Res. Public Health.</i> 16(2): 182
<b>Social participation</b>					
Hirai et al. (2009)*	2003-06 cohort (n=12,031)	Social participation, SES, etc.	Functional disability	In both sex, frequency of going out, frequency of contact with friends, social participation were significantly related to onset of certification of long-term care insurance.	<i>Jpn J Public Health,</i> 56(8), 501-512
Ueshima et al. (2010)	1999-2006 cohort (n=10,385)	Physical activities	Mortality	Physical activity was associated with a reduced risk of all-cause and CVD mortality. The HRs among participants with 5 or more days of non-exercise physical activity per week and those with pre-existing disease were 0.38 (95%CI: 0.22-0.55) and 0.35 (95%CI: 0.24-0.52), respectively.	<i>Am J Prev Med.</i> 38(4):410-418.
Kanamori et al (2012)*	2003-07 cohort (n=11,581)	Sports activity	Functional disability	Compared to the active participant group, the exercise alone group had HR of 1.29 (95%CI: 1.02-1.64) for incident functional disability. No significant difference was seen with the passive participant group.	<i>PLoSOne,</i> 7(11): e51061.
Kanamori et al (2014) *	2003-07 cohort (n=12,951)	Social participation	Functional disability	Compared to non-participants, the HR was 0.83 (95%CI: 0.73–0.95) for participation in one, 0.72 (95%CI: 0.61–0.85) for in two, and 0.57 (95%CI: 0.46–0.70) for in three or more different types of organizations.	<i>PLoS One.</i> 9(6): e99638.
Ishikawa et al. (2016)*	2003-08 cohort (n=14,286)	Social participation	Mortality	Relative to regular members, the IPTW-HR for all-cause mortality was 0.88 (95%CI: 0.79–0.99) for participants occupying leadership positions (e.g. president, manager, or having administrative roles).	<i>BMC Public Health.</i> 16(1): 394.
Ashida et al. (2016)*	2003-07 cohort (n=12,991)	Social participation	Functional disability	Participants in sports (HR=0.66, 95%CI: 0.51-0.85) or hobby group (HR=0.69, 95%CI: 0.55-0.87), or who had a group facilitator role (HR=0.82, 95%CI: 0.66-1.02) were less likely to be disabled.	<i>BMC Public Health,</i> 11:499
<b>Social network and social support</b>					
Aida et al (2011)*	2003-08 cohort (n=14,668)	Social network	Mortality	Lower friendship network was significantly associated with higher all-cause mortality among men (HR=1.30, 95%CI: 1.10-1.53) and women (HR=1.81, 95%CI: 1.02-3.23).	<i>BMC Public Health,</i> 11:499.
Saito M. et al.(2013)*	2003-07 cohort (n=13,310)	Social isolation & satisfaction	Functional disability	The isolated older people were 1.34 (95%CI: 1.18-1.53) times more likely to develop functional disability. In men, satisfied isolation was associated with 1.27 (95%CI: 1.02-1.58) times higher risk of functional disability.	<i>Jpn J Gerontology.</i> 35(3): 331-341.

Saito M. et al. (2015)*	2003-13 cohort (n=12,085)	Social network	Mortality & functional disability	The hazard ratios for functional disability and premature death increase in those with contact frequency of "less than once a month" were 1.37 (95% CI: 1.16-1.61) and 1.34 (95% CI: 1.16-1.55), respectively.	<i>Jpn J Public Health</i> , 62(3): 95-105
Tani et al. (2018) *	2010-13 cohort (n=71,781)	Eating alone	Mortality	The HR were 1.48 (95% CI: 1.26-1.74) for men who ate alone yet lived with others. Among women, HR was 1.18 (95% CI: 0.97-1.43) who ate alone yet lived with others and 1.10 (95% CI: 0.93-1.29) who ate and lived alone.	<i>J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci</i> . 73(7):1330-1334
Saito T et al (2017) *	2003-13 cohort (n=13,460)	Household	Functional disability	Men living only with non-spousal cohabitants and those living alone were more likely to develop disability. Social support exchange explained 24.4% and 15.8% of the excess risk of disability onset in those men.	<i>BMC Geriatrics</i> . 17(1): 183.
Murata et al (2017) *	2003-13 cohort (n=14,088)	Social support	Functional disability	Social ties with co-residing family members, and those with friends or neighbors, independently protected functional health (HR=0.81, 0.85) among men. Among women, ties with friend or neighbors had a stronger effect.	<i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> . 14: 717
<b>Community environment</b>					
Aida et al (2013)*	2003-07 cohort (n=14,589)	Social capital	Functional disability	Women living in communities with higher mistrust had 1.68 (95% CI: 1.14-2.49) times higher OR of onset of disability, even after adjusting for covariates.	<i>J Epidemiol Community Health</i> , 67:42-47
Tani et al. (2018)	2010-13 cohort (n=49,511)	Food environment	Mortality	Lower subjective availability of food stores was significantly associated with increased mortality. The age- and sex-adjusted HR for those reporting the lowest availability was 1.28 (95% CI: 1.04-1.58).	<i>Int J Behav Nutr Phys Act</i> , 15: 101
<b>Others</b>					
Tsuji et al. (2017)*	2011-15 cohort (n=72,127)	Functional disability risk scale	Functional disability	A risk assessment scale of 0-55 was developed from the Kihon Checklist's 10 items (included in the Needs Survey's essential items) is useful for predicting the incidence of Needed Support/Long-Term Care certification.	<i>Jpn J Public Health</i> , 64 (5): 246-257
Tsuji et al. (2019) *	2013-16 cohort (n=90,889)	Functional disability risk scale (revised)	Functional disability	A risk assessment scale of 0-48 was developed from the Kihon Checklist's 10 items (included in the Needs Survey's essential items) is useful for predicting the incidence of Needed Support/Long-Term Care certification. Over 17 is one of threshold for the risk.	<i>Geriatrics &amp; Gerontology International</i> , in press

\* is from JAGES (AGES) longitudinal survey

# 地球規模の高齢化における WHOの取り組み

WHO健康開発総合研究センター  
(WHO神戸センター)

上級顧問官 野崎慎仁郎  
技官 ローゼンバーグ 恵美



1

## 日本公衆衛生学会 COI 開示

WHO神戸センター  
野崎慎仁郎  
ローゼンバーグ恵美

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある  
企業などはありません。

2

## WHOの目標

- “The attainment by all peoples of the highest possible level of health”

「すべての人々が、可能な限り最高の健康水準に到達すること」

- “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、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に病気でないとか、虚弱でないということではない」

3

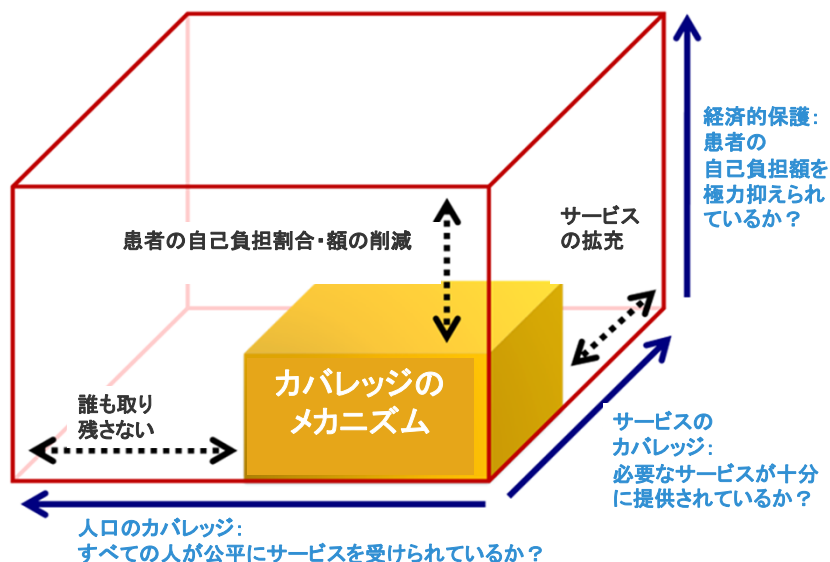
## 保健システムの根本的課題

- 必要な保健医療サービス(薬品や機器も含む)が提供されていない
- 人や地域によって受けられるサービスの内容や質に格差がある
- 保健医療費の患者負担率が高い(困窮や受診の回避を招く)

4



## ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)



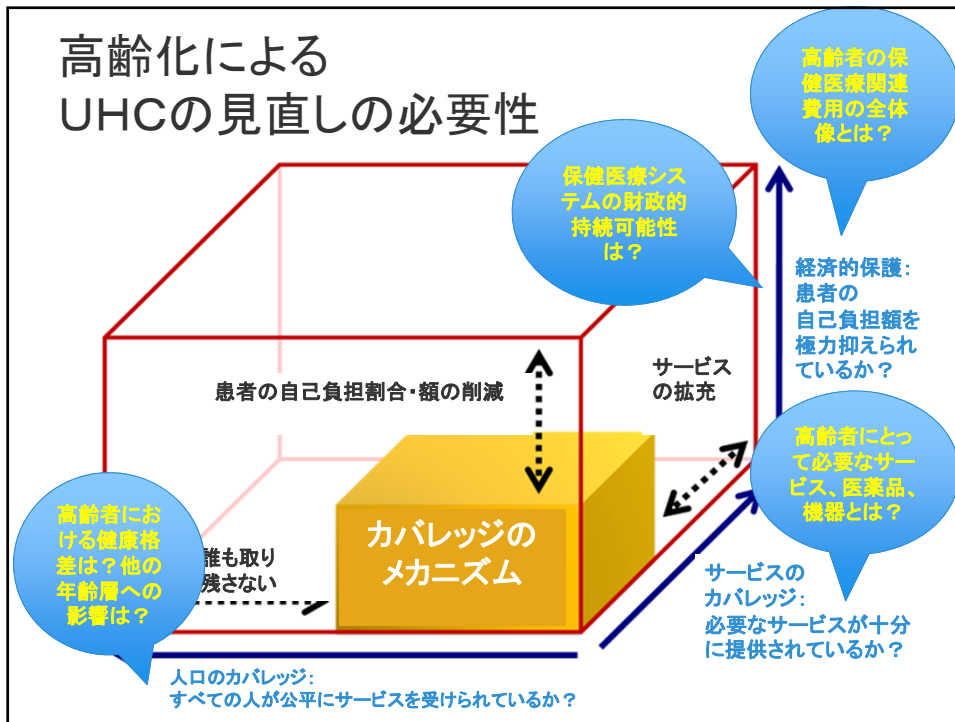
5

## 持続可能な開発目標(SDGs)

- **目標3. あらゆる年齢のすべての人の健康的な生活を確保し、福祉を推進する**
  - **ターゲット3. 8 UHCを達成することで、すべての人に経済的なリスクからの保護、質のよい必須保健医療サービスへのアクセス、および安全、効果的、高品質で手ごろな必須医薬品とワクチンへのアクセスを確保する。**

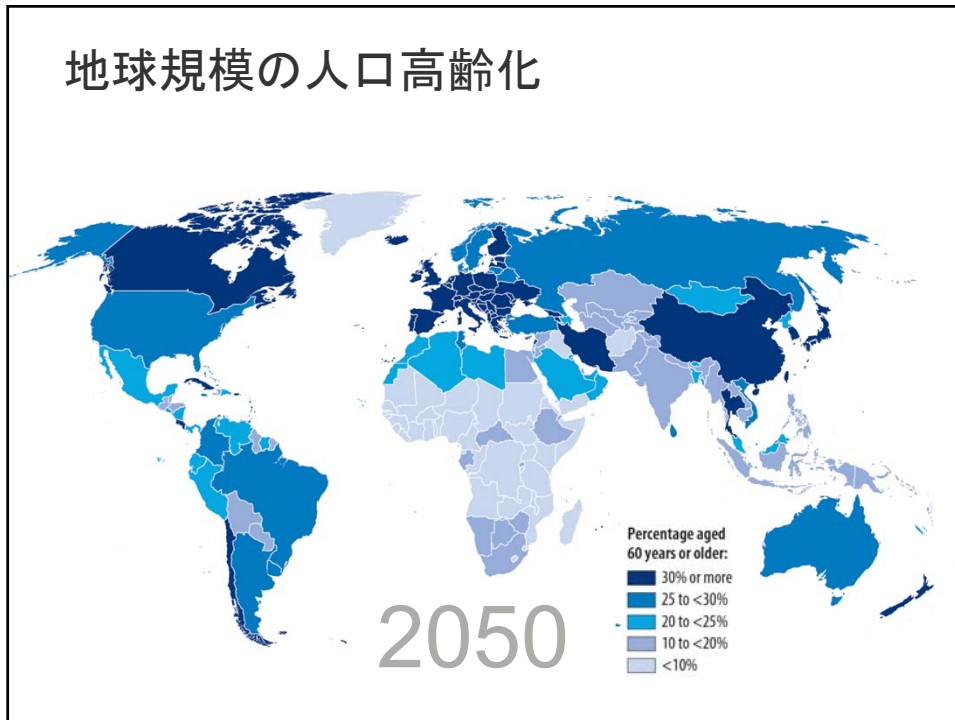
6

# 高齢化による UHCの見直しの必要性



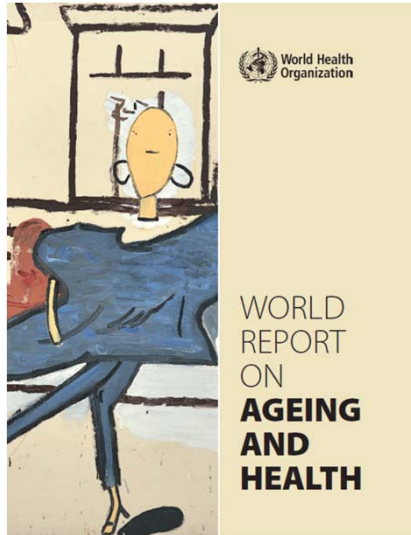
7

# 地球規模の人口高齢化



8

## 高齢化と健康に関するワールド・レポート (2015)



<http://www.who.int/ageing>

レポート全文: 英語とスペイン語

要旨: アラビア語、中国語、英語、フランス語、  
日本語、ポルトガル語、ロシア語、スペイン語

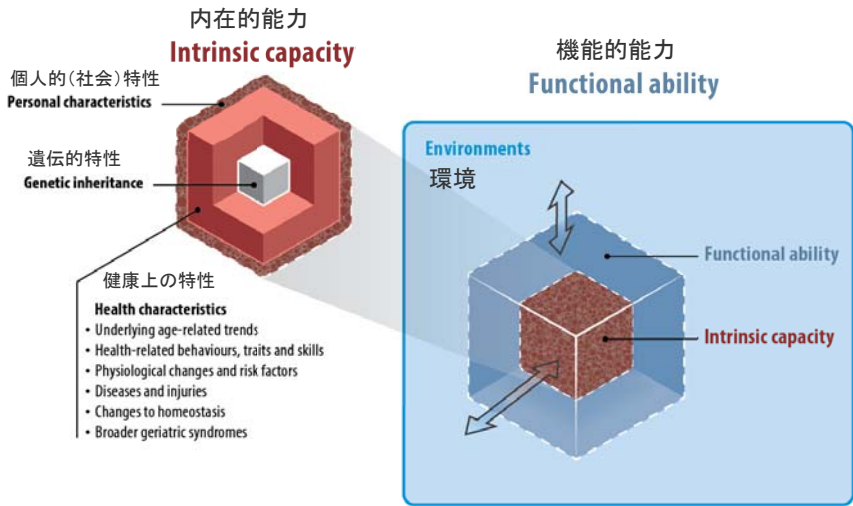
9

## Healthy Ageing

健康な高齢化 (*Healthy Ageing*) とは、  
高齢期における**福祉** (wellbeing) の  
実現を可能にするような  
**機能** (functional ability) を  
発達、維持する**プロセス**のことである

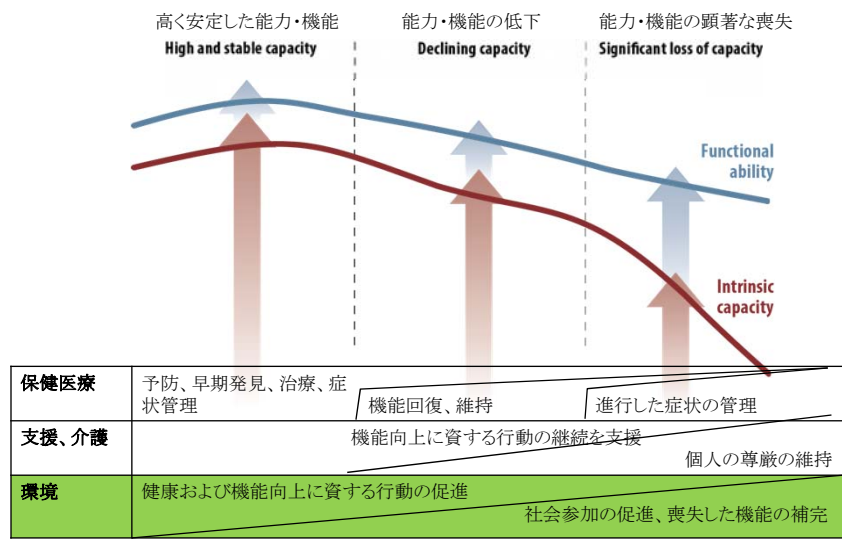
10

# 健康な高齢化にかかわる要素



11

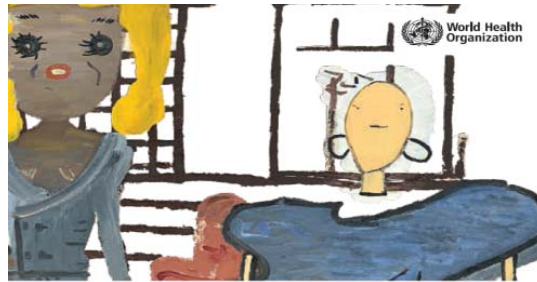
# 健康な高齢化のための公衆衛生学的枠組み



12

## 高齢化と健康に関する 世界戦略と行動計画 2016-2020

- WHO 第69回世界保健総会決議: 議題69.3
- [http://kyokuhp.ncgm.go.jp/who69\\_web2.pdf](http://kyokuhp.ncgm.go.jp/who69_web2.pdf)



### Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)

A framework for coordinated global action by the World Health Organization,  
Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals

13

13

## 目的 (Goals)

- 人々の機能的能力を最大限引き出すために、エビデンスにもとづいた介入を、すべての人に届くような形で、この5年間、実施する。
- 2020年から2030年にかけて「健康な高齢化の10年」(Decade of Healthy Ageing)を実践するのに必要なエビデンスやパートナーシップを2020年までに構築する。

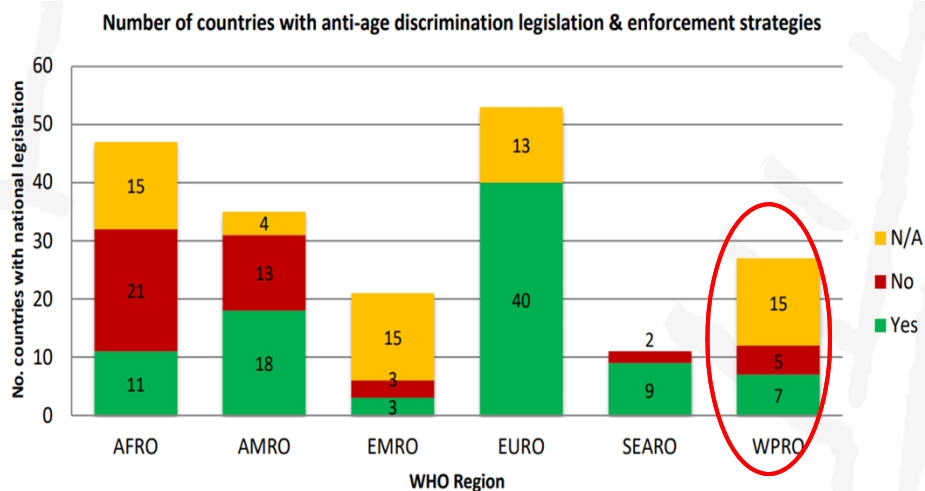
14

## 5つの戦略目標

- すべての国が健康な高齢化の実現に向けて取り組む
- 高齢化に適したエイジフレンドリーな環境をつくる
- 高齢者のニーズに保健医療システムを適合させる
- 在宅、地域、施設等において長期的なケアを持続的にかつ公平に提供できるシステムを築く
- 健康な高齢化に関する測定、モニタリング、研究を強化する

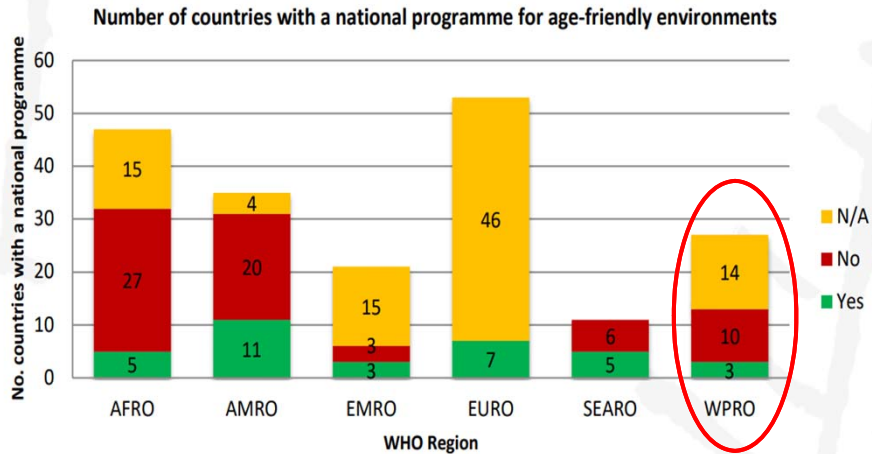
15

## 2018 中間評価： 年齢差別の禁止・撤廃に関する法制や施行戦略がある国



16

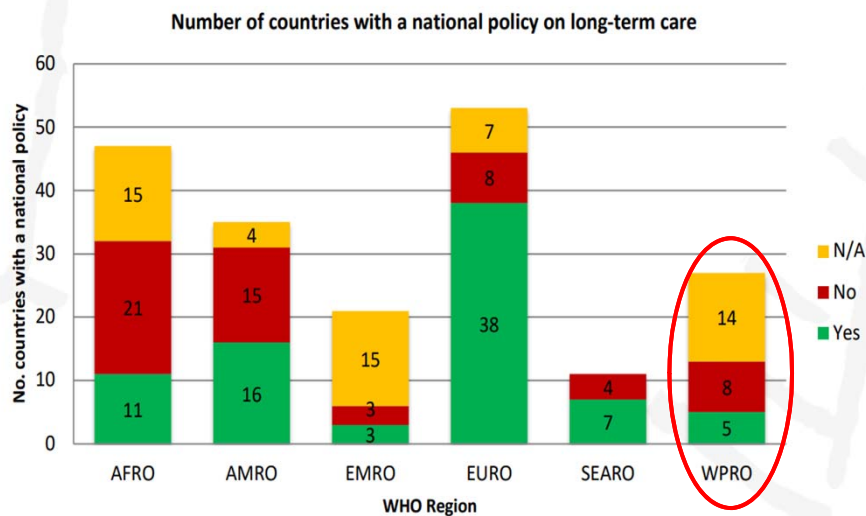
## 2018 中間評価： エイジフレンドリーな環境づくりに関する国の事業・取組 がある国



Source: <http://www.who.int/ageing/commit-action/measuring-progress/indicators-6.pdf>

17

## 2018 中間評価： 長期ケア(介護)に関する国家政策がある国

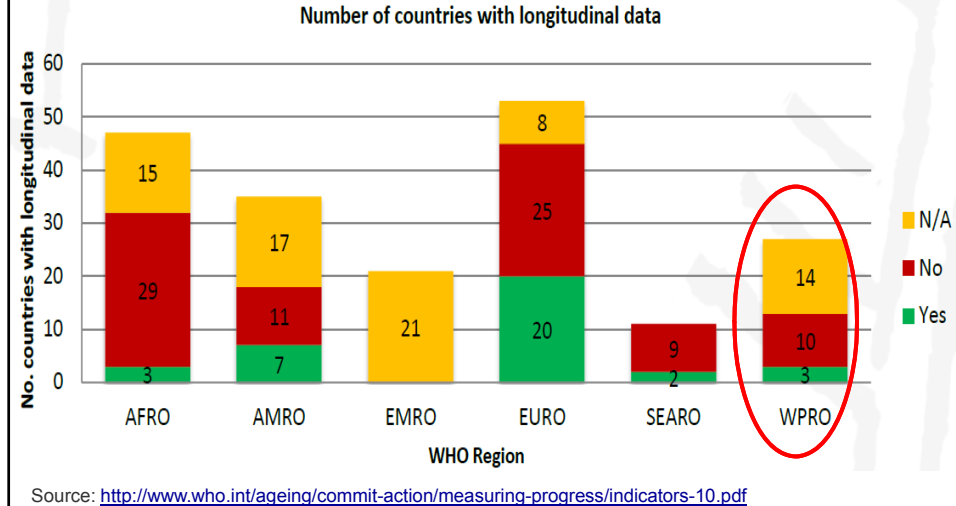


Source: <http://www.who.int/ageing/commit-action/measuring-progress/indicators-8.pdf>

18

## 2018 中間評価:

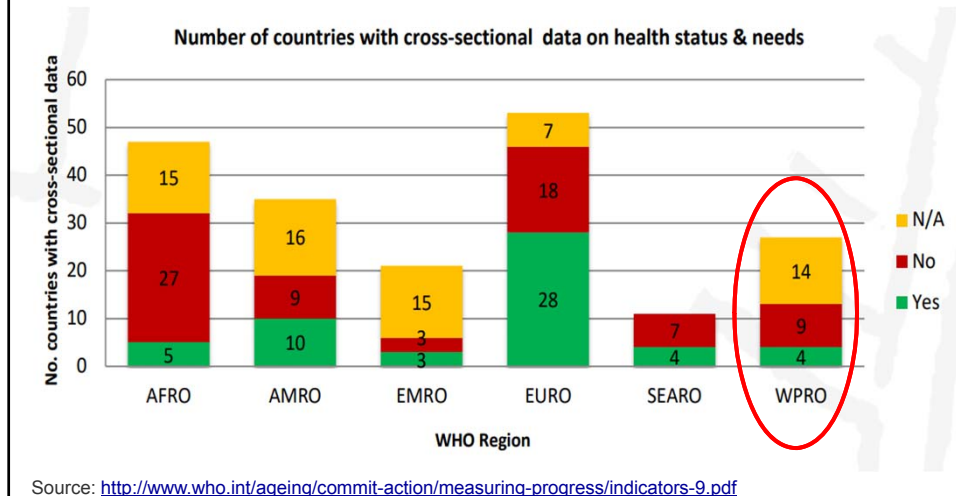
高齢者の健康状態とニーズに関する、国レベルで  
 代表性のある縦断データが公開されている国



19

## 2018 中間評価:

高齢者の健康状態とニーズに関する、国レベルで  
 代表性のある、匿名化された、2010年以降の横  
 断データが公開されている国



20



## WHO 健康開発総合研究センター (WHO 神戸センター)



**ウェブサイト**

[www.who.int/kobe\\_centre](http://www.who.int/kobe_centre)

**Eメール**

[wkc@who.int](mailto:wkc@who.int)

# エイジズム(年齢差別)と社会的処方

齋藤順子<sup>1,2</sup>、近藤尚己<sup>1</sup>

1. 東京大学大学院 医学系研究科
2. 国立がん研究センター 社会と健康研究センター

1

## 日本公衆衛生学会 COI 開示

東京大学大学院 国立がん研究センター  
齋藤順子

東京大学大学院  
近藤尚己

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある  
企業などはありません。

2

# 本日のアウトライン

世界から学ぶべき高齢化の国際的動向

- エイジズム(年齢差別)
- 感覚機能障害
- 社会的処方

3

# エイジズム(年齢差別)とは

「高齢であることを理由とした体系的な  
ステレオタイプ化と差別のプロセス」(1969)

by Robert Butler

- 高齢者はみんなおんなじだ
- 加齢は良い人生における「障害」であり、打ち勝たなければならない
- 年をとれば、健康は損なわれる
- 高齢者は保健システムや経済の金食い虫である

世界価値観調査(2016)  
57か国、8万3000人 調査  
回答者の60%  
高齢者は「尊重されていない」

年齢差別の撲滅 (combat ageism)

「Global strategy and action plan on ageing and health」10の優先事項

2016年 WHO国際高齢者デーのテーマ

(World Value Survey, 2016)

4

## エイジズム(年齢差別)がもたらす影響

- 高齢者自身にエイジズムが内在化  
⇒ 抑うつ症状↑、社会的孤立↑、機能障害からの回復↓、寿命↓
- 高齢者虐待の要因
- 政策や医療にも影響  
(社会的資源の分配対象やデータ収集の対象者から除外するなど)



(Officer, 2016; Cherubini, 2010)

エイジズムと戦うには、加齢に対する新たな理解を世の中に確立し、人々の意識、規範を変えていくことが必要。そして、それは可能！！

(Levy, 2002)

5

## 定年退職制度とエイジズム(年齢差別)

各国の年齢差別禁止法

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
年齢差別禁止根拠法	雇用における年齢差別禁止法 (ADEA)	2006年 雇用均等(年齢)規則	一般雇用機会均等法 (AGG)	労働法典 L.122-45条 (差別防止に関する一般規定) など
施行年月	1967年	2006年10月	2006年8月	(2001年11月に改正)
保護対象年齢	40歳以上のみ	全年齢		

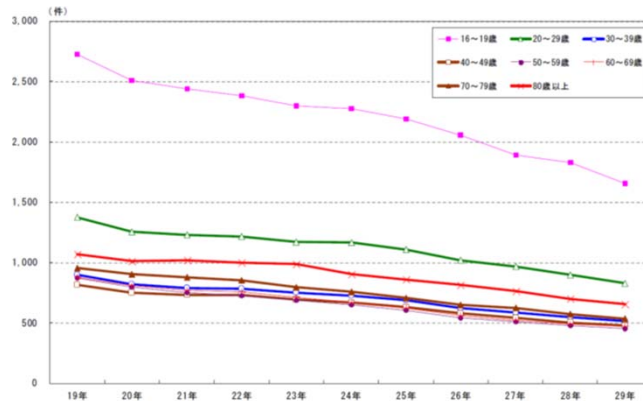
(海外情勢報告 厚生労働省, 2007)

6

## 高齢ドライバーとエイジズム(年齢差別)

原付以上運転者(第1当事者)の年齢層別  
免許保有者10万人当たり交通事故件数の推移

高齢ドライバーによる  
交通事故は増えている？



「16~19歳」が傑出  
次に「20~29歳」  
3番目に「80歳以上」  
70代は他の年代と  
大差なし

(平成29年中の交通事故の発生状況 警察庁交通局, 2018)

7

## 高齢者ドライバーとエイジズム(年齢差別)

- 認知症高齢者による交通事故
  - 75歳以上ドライバーに臨時の認知機能検査の義務付け
- 免許の返納によって生活の足が奪われる／自尊心が低下する
  - 安心して自ら免許を手放せる環境作り
    - 公共交通機関の利用補助券、オンデマンド交通
    - 免許センターに看護師・保健師を設置する取り組み(西日本)
  - 運転したい、運転が必要な高齢者には免許を維持できる環境作り
    - 条件付き運転免許(オーストラリア)、サポカー(安全運転サポート車)

8

## エイジズム(年齢差別)をどう解消するか？

---

- 加齢に関する知識と理解を増やすための広報キャンペーン
- 年齢に基づく差別を法律で規制
- 加齢に関するバランスの取れた視点が反映された報道

(Officer A, 2018)

9

## 高齢者の視力・聴力障害

---

- 高齢者の視力・聴力障害の特徴
  1. 日常生活に不安や不便を抱えながら生活する
    - 社会参加の場から遠ざかる、趣味をあきらめる、抑うつ傾向
    - 認知症発症リスクが高まる可能性(老人性難聴)
  2. ロービジョンへの積極的な動機が低い
  3. 高齢者だけの世帯の増加による支援者の不在
- 高齢者の視力・聴力障害のケア

本人のゴールを把握し、現在の機能とのギャップを可能な限り小さくする

例:眼鏡、補助具の導入、環境整備(照明の調整)、生活訓練など

→ ロービジョンケアの介入で、社会的役割のQOL改善

10

## ICOPE

(地域における高齢者の統合ケアのためのガイドライン)

### 感覚機能の維持



3. 高齢者には、プライマリケアで、**視覚障害の定期スクリーニング**および、適時に総合的な眼科治療を受けることを推奨する。
4. 高齢者には、適時に難聴の診断と管理をするために、**聴力スクリーニング**および**その結果に基づく補聴器の支給**を受けることを推奨する。

多くの場合、加齢に伴い難聴や視覚障害が発生します。これらにより、活動性が低下し、社会への参加・関与に制約が生じ、転倒のリスクも増大します。このような感覚機能に関する問題は、眼鏡や補聴器の提供、白内障手術、生活環境の適合（例：照明の調整）といった、簡単で手頃な方法で解決することができます。

11

## 内在的能力向上のための社会的処方の可能性

Healthy Ageingの実現のため

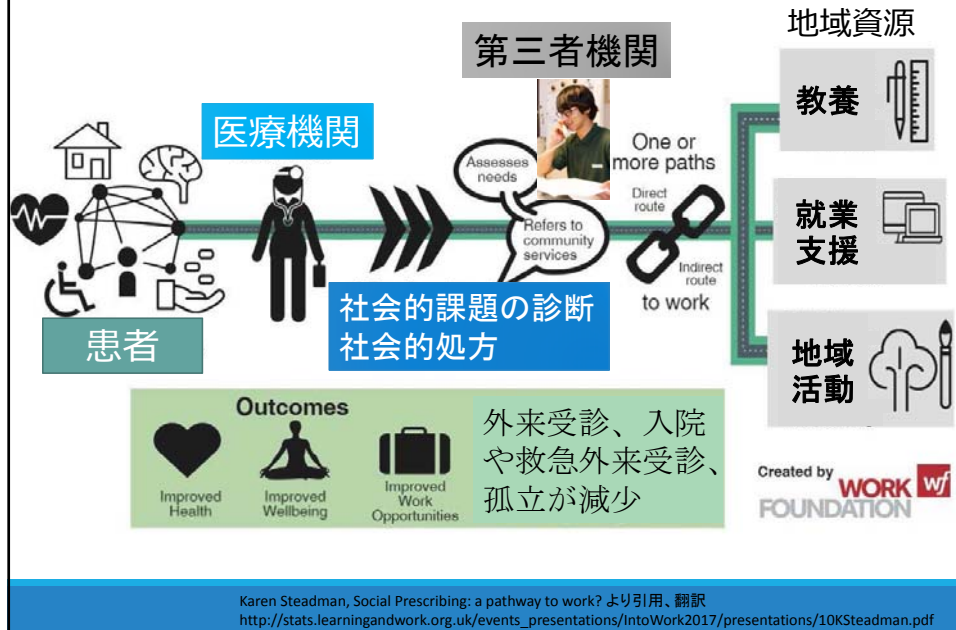
高齢者が持つ「内在的能力」を底上げするケア

- ⇒ 地域活動や地域組織が果たす役割が重要
- ⇒ 病院と地域が連携する必要性

その連携の手段の一つとして。。。

12

# 英国の社会的処方への仕組み



13

# 健康は多重レベルの要因で決定される



## 電子カルテにSDHの項目を取り入れた例

RESPECTIVE

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Patients in Context — EHR Capture of Social and Behavioral Determinants of Health

Nancy E. Adler, Ph.D., and William W. Stead, M.D.  
N Engl J Med 2015; 372:698-701. February 19, 2015; DOI: 10.1056/NEJbp1413945

Core Domain	Measure
Race/ethnicity	人種 *U.S. Census (2 Q)
Education	教育 †Educational attainment (2 Q)
Financial resource strain	経済的困難 †Overall financial resource strain (1 Q)
Stress	ストレス †Stress (1 Q)
Depression	うつ †PHQ-2 (2 Q)
Physical activity	身体活動 †Exercise Vital Sign (2 Q)
Tobacco use and exposure	タバコ †HHS (2 Q)
Alcohol use	アルコール †AUDIT-C (3 Q)
Social connections and social isolation	社会的孤立 †HAWES B (4 Q)
Exposure to violence: Intimate partner violence	暴力 †HARK (4 Q)
Neighborhood and community compositional characteristics	住居 †Residential address †Census tract median income

†The IOM Committee on Recommended Social and Behavioral Domains and Measures for Electronic Health Records.  
‡http://www.ahrq.gov/sites/default/files/sdr-recommended-social-behavioral-domains-measures.pdf

近藤尚己. 健康格差対策の進め方: 効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.  
日本プライマリケア連合学会 健康格差に対する見解と行動指針

14



# 社会資源の例

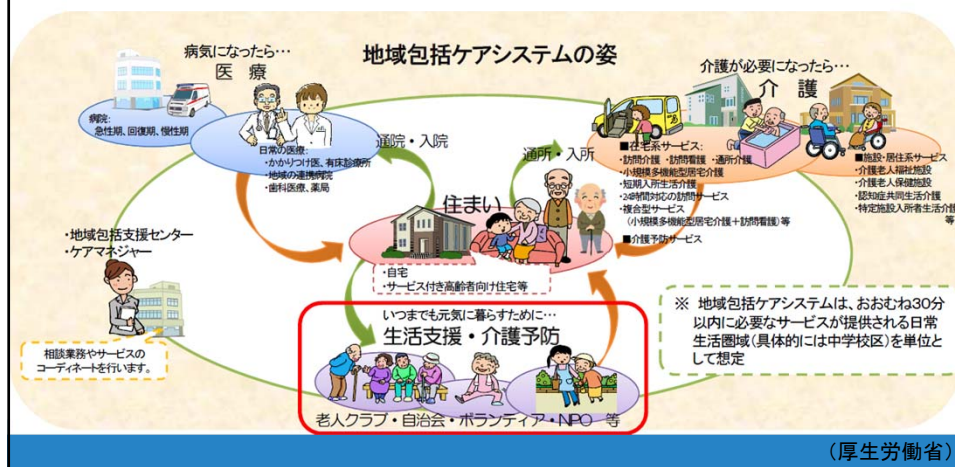
趣味・運動 生活改善	芸術活動・運動などの習い事	釣り
	読書会・自己啓発	ジム
	ガーデニング	健康ウォーキング
	編み物・おしゃべりクラブ	サイクリング
	チームスポーツ	水泳・アクアセラピー
	パソコントレーニング	体操・ダンス教室
	地域教育チームの結成	交通整理と交通案内
支援	法律相談や法的アドバイス	グループ・ボランティア活動
	友人・仲間づくり	自助グループ
	経済援助	時間貯蓄 Time Banks
	就労援助	相互援助

Wilson 2015, Dixon 2016, Mackenzie2017より引用・翻訳  
東京大学 西岡大輔氏提供

15

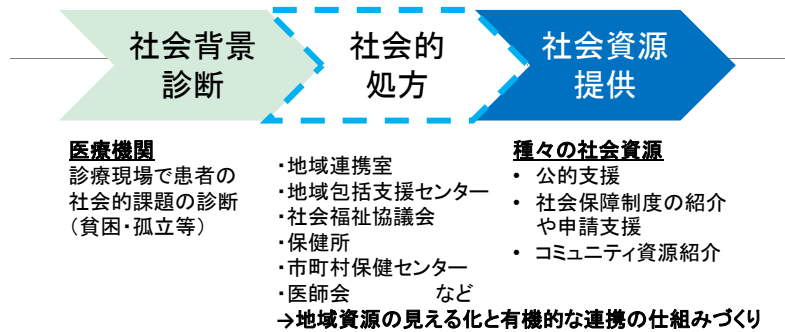
# 社会的処方を検討する際の日本の実情

1. 保健師、ソーシャルワーカー、ケアマネなどは社会的課題を解決する専門家
2. 医療機関にいる医療ソーシャルワーカーはまさに医療と地域のつなぎ役
3. 医療機関は地域資源の一部だが、地域との連携は必ずしも十分ではない



16

# 日本での社会的処方の可能性



- 医療機関（MSW含む）と地域機関との有機的な連携の仕組み作りが大切
- 社会的処方の運用プロセスの標準化
- 社会背景診断ツールの開発
- 活動の効果評価
- 実践へのインセンティブ等の活用を検討

東京大学 西岡大輔氏提供スライド 一部改変

17

## まとめ

- 国際的には、エイジズム（年齢差別）は第3の差別として広く議論されているが、日本はまだ出遅れている
- まずはエイジズムの存在を認識し、日本国内での加齢に対する人々の意識、規範を変えていくことが必要
- Healthy Ageingでは、高齢者の疾病や障害そのものではなく、それらを抱えながら生きる高齢者の日常生活を支える視点が大切
- 視力や聴力など高齢者のQOLに大きな影響を与える障害へのケアも重要
- 社会的処方もHealthy Ageingの実現の手段の一つとして注目される
- 一方で、社会的処方という先進的な仕組みをそのまま取り入れるのではなく、すでに日本で機能している地域連携の仕組みの中で、よりよい包括的なケアの提供を考えることが大切

謝辞：本発表の一部スライド提供、および社会的処方について多大なる助言をいただいた東京大学大学院博士課程の西岡大輔氏に心から御礼申し上げます。

18

2018.10.25  
日本公衆衛生学会

# 日本と世界での 認知症にやさしい まちづくりの取り組み

浜松医科大学医学部健康社会医学講座  
尾島 俊之

1

1

## 日本公衆衛生学会 COI 開示

浜松医科大学健康社会医学講座  
尾島 俊之

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある  
企業などはありません。

2

2

## 本日の内容

- **認知症の予防対策**
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

3

3

### 2025年に認知症730万人

1-1 日本の高齢者人口に占める認知症の人数および割合



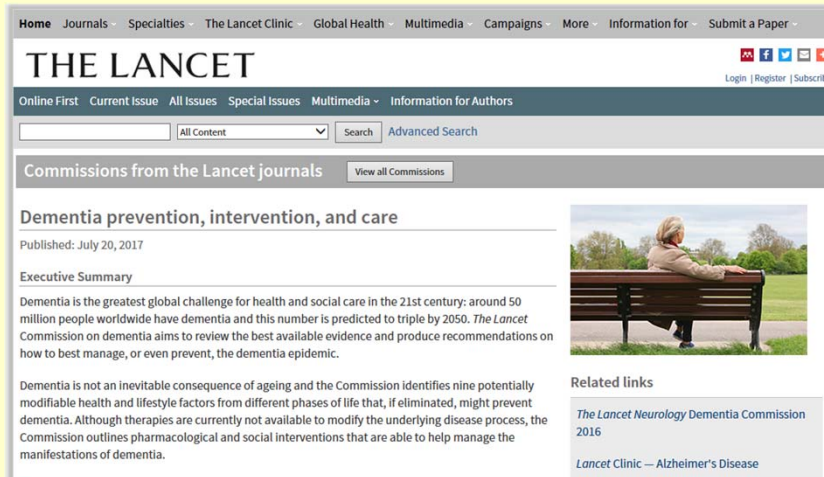
\*糖尿病有病率の増加により認知症有病率が上昇すると仮定した場合。「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(2014年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 二宮利治・九州大学教授)による速報値

4

<http://diamond.jp/articles/-/105317>

4

## 認知症の約35%は9個の要因による



The screenshot shows the homepage of The Lancet website. The main navigation bar includes links for Home, Journals, Specialties, The Lancet Clinic, Global Health, Multimedia, Campaigns, More, Information for, and Submit a Paper. Below this is the site's logo and social media icons. A search bar is present with a dropdown menu set to 'All Content'. The main content area features a section titled 'Commissions from the Lancet journals' with a 'View all Commissions' button. The featured article is 'Dementia prevention, intervention, and care', published on July 20, 2017. The article includes an executive summary stating that dementia is the greatest global challenge for health and social care in the 21st century, with around 50 million people worldwide affected and this number predicted to triple by 2050. The Lancet Commission aims to review the best available evidence and produce recommendations on how to best manage, or even prevent, the dementia epidemic. The summary also notes that dementia is not an inevitable consequence of ageing and that the Commission identifies nine potentially modifiable health and lifestyle factors from different phases of life that, if eliminated, might prevent dementia. Although therapies are currently not available to modify the underlying disease process, the Commission outlines pharmacological and social interventions that are able to help manage the manifestations of dementia. To the right of the text is a photograph of an elderly woman sitting on a park bench, looking out over a green landscape. Below the photo is a 'Related links' section with two links: 'The Lancet Neurology Dementia Commission 2016' and 'Lancet Clinic — Alzheimer's Disease'.

5

5

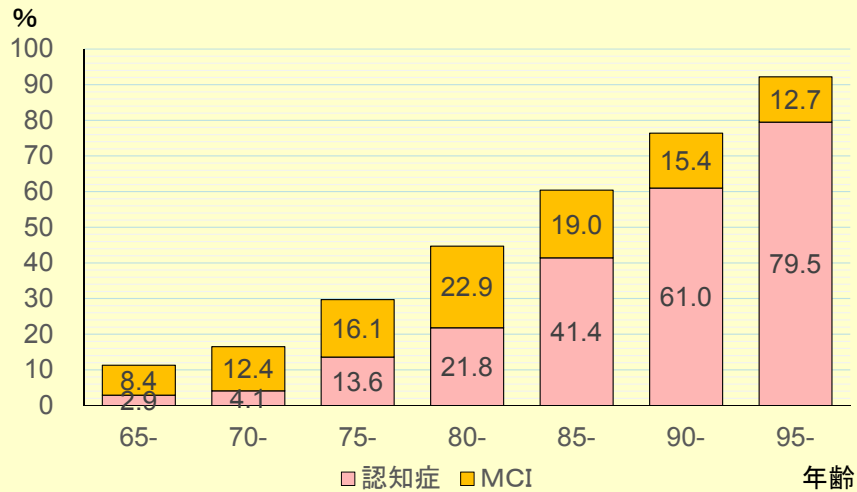
## 認知症の9個の要因

- (1) 教育
- (2) 高血圧
- (3) 肥満
- (4) 難聴
- (5) うつ
- (6) 糖尿病
- (7) 運動不足
- (8) 喫煙
- (9) 社会的孤立

6

6

## 認知症・軽度認知障害(MCI)の有病率 (男女計)



(平成24年度朝田班報告書より計算)

7

## 3種類の認知症予防

- 1次予防  
– 認知症にならない
- 2次予防  
– 軽い認知症になっても、重くならない
- 3次予防  
– 認知症になっても、幸せに暮らせる

8

8

## 本日の内容

- 認知症の予防対策
- **認知症対策の歴史**
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

9

9

## 認知症対策の歴史

- 1906年 アルツハイマー病報告
- 1950年 国際老年学協会 (IAGG) 発足
- 1959年 日本老年医学会、  
日本老年社会科学会発足
- 1963年 老人福祉法制定  
– 特別養護老人ホームなどが制度化
- 1972年 小説『恍惚の人』(有吉佐和子著)出版  
– 翌年、映画化 → 認知症対策が本格化

10

10

## 認知症対策の歴史(続き)

- 1980年 現在の「認知症の人と家族の会」発足
- 1982年 現在の「日本認知症学会」発足
- 1984年 国際アルツハイマー病協会(ADI)発足
- 1986年 厚生省痴呆性老人対策本部設置
- 2001年 大牟田市での認知症対策始まる  
(「認知症にやさしいまち」の先進地)
- 2001年 *Dementia Friendly Community (DFC) Guide*  
(Scotland、イギリス)
- 2004年 日本公衆衛生学会で山口県大和町の発表  
「痴呆予防に優しいまちづくり報告」

11

11

P03-143

### 痴呆予防に優しいまちづくりの概要

○西岡 房枝<sup>1)</sup>、恵上 博文<sup>2)</sup>、佐伯 のり子<sup>2)</sup>、中村 譲治<sup>3)</sup>、岩井 梢<sup>3)</sup>、杉山 真一<sup>4)</sup>

山口県 大和町<sup>1)</sup>、山口県 柳井環境保健所<sup>2)</sup>、NPO 法人 Well-Being<sup>3)</sup>、山口大学 医学部 公衆衛生<sup>4)</sup>

【目的】 近年、本町では、痴呆性高齢者が漸増しているため(出現率7.6%)、これまでの早期発見・早期対応を中心とした取組みでは限界を実感したことから平成14年度から元気じゃ脳計画策定委員会を立上げ、ヘルスプロモーションに基づく痴呆予防に優しいまちづくりを目指し、元気じゃ脳大作戦を策定したので、この経過及び概要を報告する。

12

12



## 2005年 認知症サポーターキャラバン開始

初年度 3万人養成

2009年 100万人突破

2018年3月 1,000万人突破



<http://www.bando-shakyo.jp/index2.html>



13

13

## 本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- **日本における取り組み**
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

14

14

2015年

**認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 資料1**  
**～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要**

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) → (新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

**新オレンジプランの基本的考え方**

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

1

15

[http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet\\_orangeplan\\_explain.html](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_orangeplan_explain.html)


15

## 手軽に認知症を学べるゲームの開発


ゲーム感覚で学ぶ認知症学習アプリを開発しました。

学内だけでなく、アピタや様々なイベントでも実施し、200人以上の方に触ってもらえました。

新しいゲームも開発中・・・

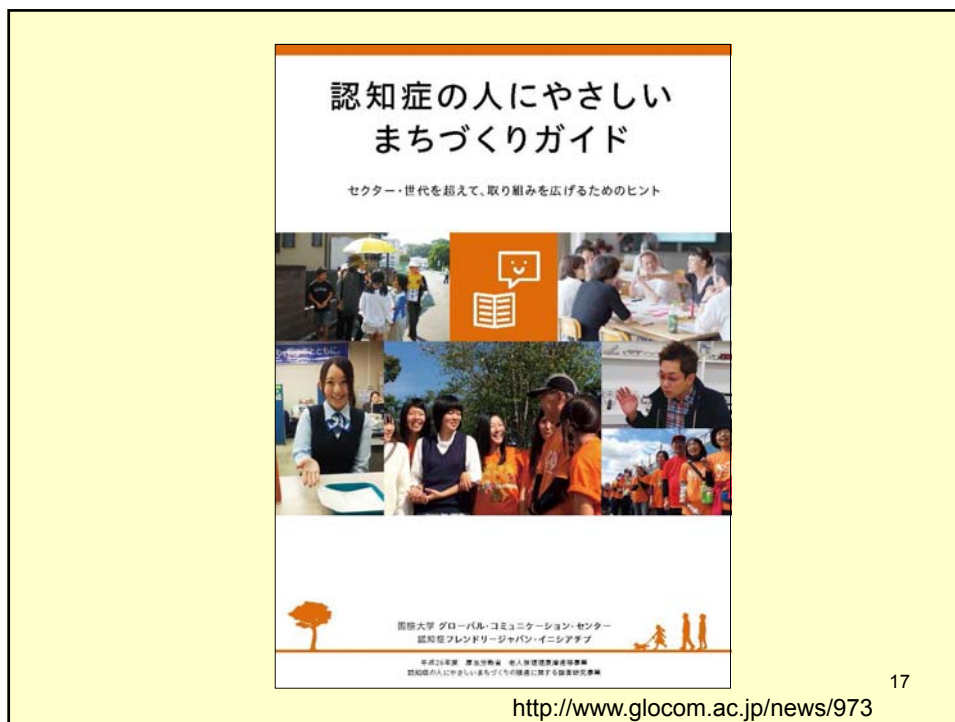


日本福祉大学 斉藤雅茂先生提供スライド



- ・ 2013年度デジタルコンテンツコンテスト マルチメディア部門・最優秀賞
- ・ 2014年度デジタルコンテンツコンテスト マルチメディア部門・奨励賞

16



17

## まちづくりのヒント

1. 取り組みの成長エンジンは、認知症の人の参加
2. 成功の鍵は、セクターを超えて、お互いが得する仕組み
3. 現場初の発想転換 知識から体験へ

18

18

## 認知症にやさしいまちづくり条例 2017大府市、2018神戸市・・・

大府市認知症に対する不安のないまちづくり推進条例をここに公布する。

平成29年12月26日

愛知県大府市長 岡村 秀人

大府市条例第27号

大府市認知症に対する不安のないまちづくり推進条例

平成19年12月に市内で発生した認知症の人の鉄道事故から、10年が経過しました。この事故は、認知症の人を介護する家族の監督義務の有無をめぐる最高裁判所まで争われたこともあり、多くの国民の関心を集め、様々な課題を私たちに投げかけました。高齢化の一層の進展により、認知症が原因で日常生活や社会生活上の不安を抱える人は今後も増加すると見込まれており、その対応は、今や我が国のみならず世界共通の課題となっています。

本市は、昭和45年の市制施行以来、総合計画におけるまちづくりの基本理念を「健康都市」とし、国立長寿医療研究センター、認知症介護研究・研修大府センター、あいち健康の森健康科学総合センターといった保健・医療・福祉に関する日本有数の研究機関が所在

[http://www.city.obu.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000026/26241/291226\\_jyourei\\_27.pdf](http://www.city.obu.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000026/26241/291226_jyourei_27.pdf)

19

## 本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

20

20

## 認知症にやさしい地域の定義

- 認知症の人が、理解され、尊重され、支援され、自信を持って地域生活に貢献できる地域

## 3つの視点

- 過程、人、場所

21

21

## 8つの実施領域

- 芸術、文化、余暇、レクリエーション
- 仕事や商店
- 子供、若者、学生
- 地域、ボランティア、宗教のグループや団体
- 消防や警察
- 健康や福祉ケア
- 住宅
- 交通

22

22

## WHO 認知症計画の ためのガイド



[http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/)

23

## 認知症行動計画の7つの領域



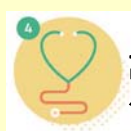
優先順位  
づけ



啓発、認知症に  
やさしいまちづくり



リスク  
の低減



診断、治療、  
ケア



介護者の  
支援



情報  
システム



研究、  
革新

24

24

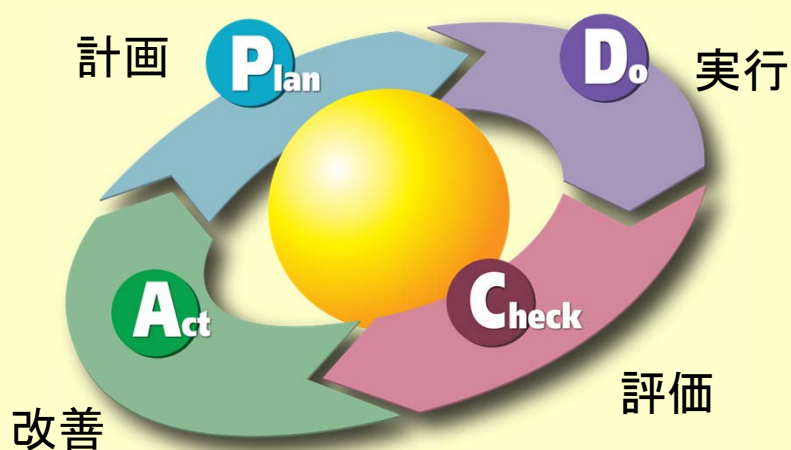
## 本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- **PDCAと評価**
- まとめ

25

25

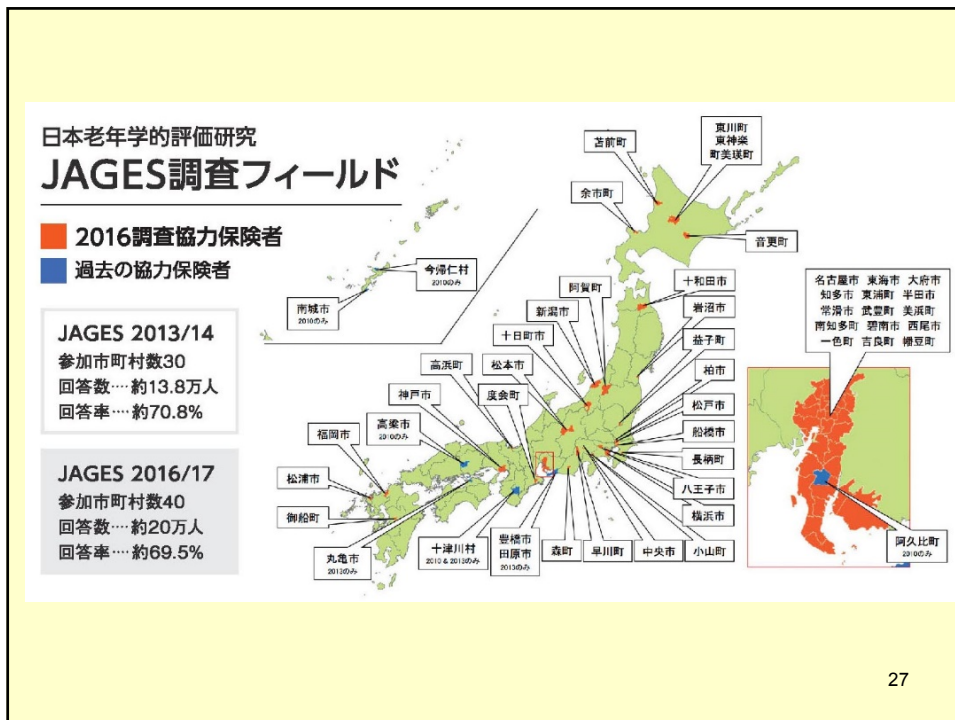
## PDCAサイクル



26

<https://ja.wikipedia.org/wiki/PDCA%E3%82%B5%E3%82%A4%E3%82%AF%E3%83%AB>

26



27

## 世界保健機関(WHO)の高齢者にやさしいまち指標 Age Friendly Cities (AFC)

WHO, 2007

WHO, 2015

28

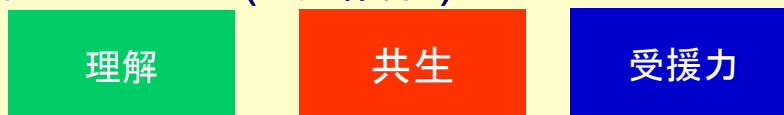
28



## 「高齢者にやさしいまち」の主要素



### + 認知症の人(と介護者)にやさしいまち



29

29

## 認知症の理解に関する指標

Q. 認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか。

Q. 認知症の人は、記憶力が低下し判断することができないので、日々の生活をこちらで決めてあげる必要があると思いますか。

30

30

## 共生に関する指標

Q. 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。

Q. 自分が認知症になったら、周りの人に助けをもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。

31

31

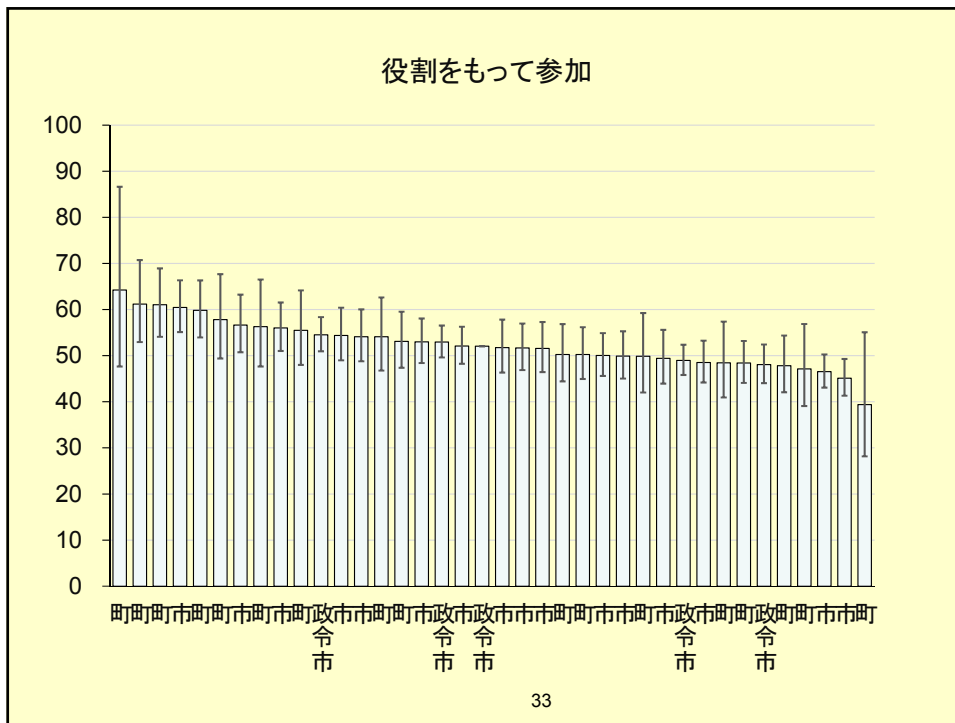
## 受援力に関する指標

Q. 家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。

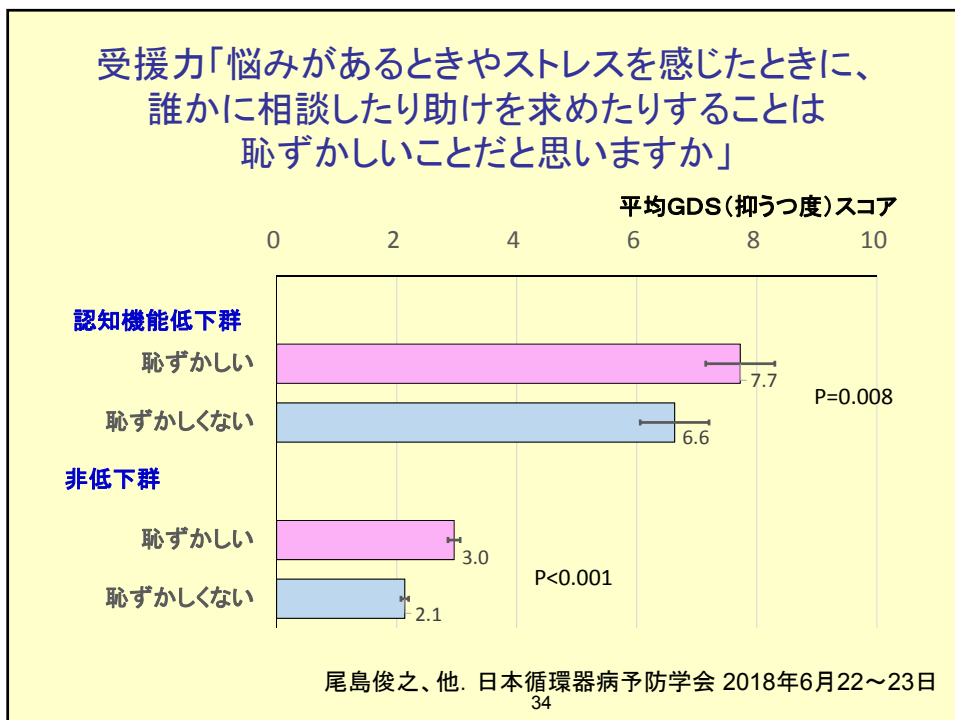
Q. 悩みがあるときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることは恥ずかしいことだと思いますか。

32

32

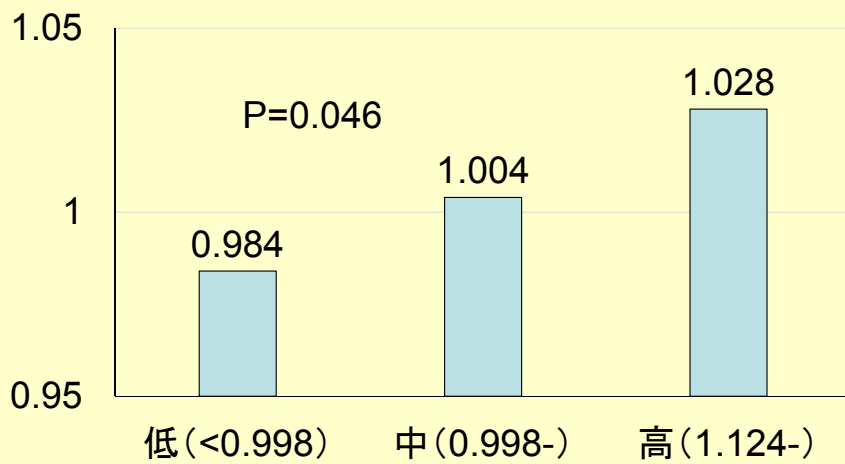


33



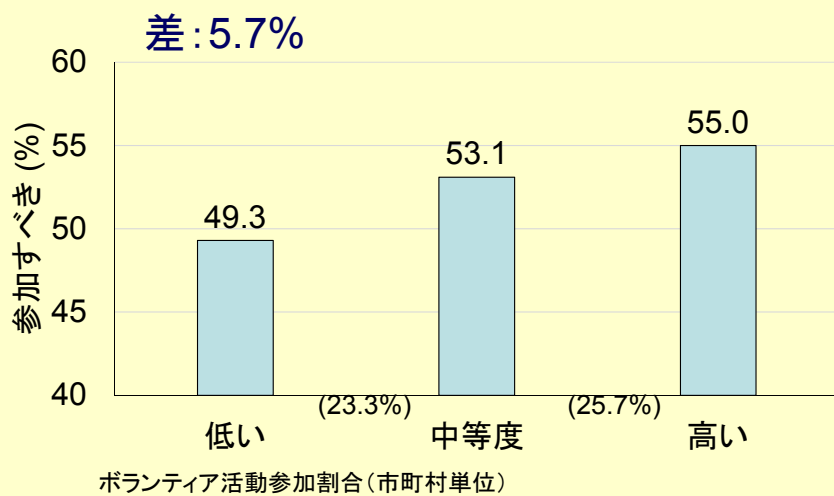
34

認知症の理解と相談は恥ずかしくない  
( $p=0.411$ 、 $p=0.01$ )



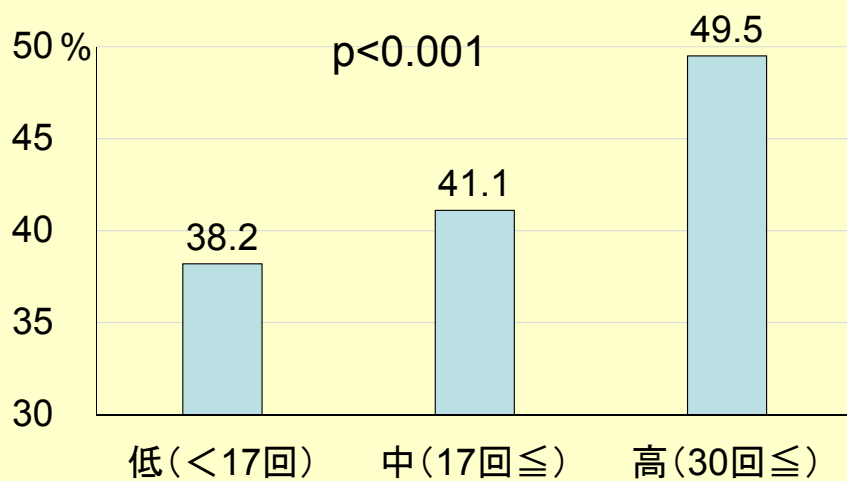
35

ボランティア活動参加割合と  
役割を持って参加すべきと考える割合



36

認知症サポーター講座開催回数(人口1万対)と  
「地域で大切にされている」と感じている高齢者の割合



37

37

## 本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- **まとめ**

38

38

## まとめ

- 認知症にならない予防とともに、認知症になっても幸せに暮らせる地域づくりが重要
- 国内、国外で、認知症にやさしい地域づくりの取り組みが実施
- その取り組みを評価しながら、推進していくことが必要

39

39

# 世界に貢献できる 日本の地域包括ケアの取り組み

齊藤 雅茂

日本福祉大学社会福祉学部

本発表内容に関連し、発表者に開示すべき  
COI関係にある企業などはございません

1

## アジア諸国における高齢化の動向

	総人口	平均寿命	高齢化率		備考
	2015	2015	2015	2050	
フィリピン	1.0億人	68.5歳	4.6%	9.7%	高齢者の1/3が貧困。施設サービスの普及していない。家族介護主流。
モンゴル	312万人	69.6歳	3.7%	11.0%	施設は身寄りない高齢者が原則。訪問サービスの対象は貧困層。
カンボジア	1,560万人	68.7歳	4.1%	11.7%	高齢者の8割が農村部。施設サービスはホームレス向け。
ネパール	2,850万人	69.2歳	5.5%	14.7%	高齢者の85%が農村部。2014年にユニバーサルヘルズケア制度
ミャンマー	5,390万人	66.6歳	5.4%	16.1%	2014年に高齢者に関する5カ年計画、高齢者への年金が開始。
ベトナム	9,340万人	76.0歳	6.7%	20.7%	高齢者の7割が農村部に在住、4割が健康保健カード未所持。
中国	13.8億人	76.1歳	9.6%	26.7%	2017年より上海版介護保険制度が実施。
インドネシア	2.6億人	69.1歳	5.1%	27.4%	2002年に憲法改正。2015年に労働社会保障制度が実施。
タイ	6,800万人	74.9歳	10.6%	27.4%	高齢者の34%が貧困状態。2016年から厚生年金制度等が計画。
日本	1.2億人	85歳	26.7%	37.8%	

インテリジェンス/バリューコーポレーション(2018)「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業(厚労省生活困窮者就労準備事業等補助金)」より

2

## 日本の介護のあゆみと実践のポイント集

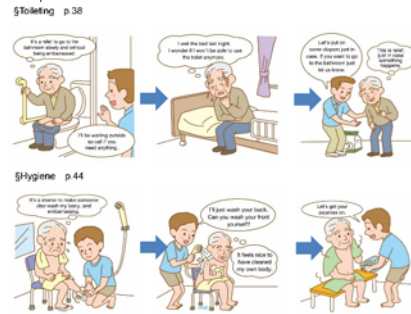
### ●ポイント集では介護の考え方と高齢者の生活支援が強調

- ✓対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護
- ✓自立を支援する介護
- ✓社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護

Historical Development and Practice of Long-Term Care in Japan  
- Helping Elderly People Live Their Own Lives -

### ●12のコラム付き。英語版あり。 ex.介護保険制度の特徴、介護人材のキャリアパス、身体拘束ゼロにむけて「おむつ論争」、など

国内では「当たり前」とも言えることも発信することの意義

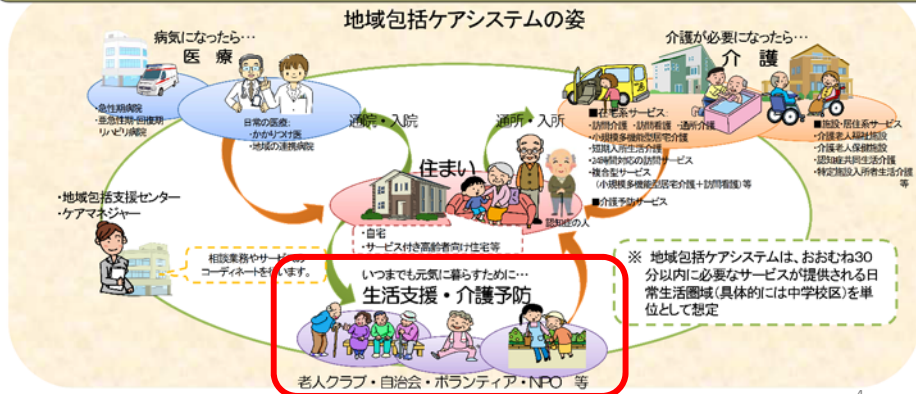


インテリジェンスバリエーション(2018)「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業(厚労省生活困窮者就労準備事業等補助金)」より

3

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

4



## 健康長寿(介護予防)にむけた社会的要因のエビデンス

### 10 priorities towards a decade of healthy ageing

(WHO 2017)

- ①公私のプラットフォームづくり
- ②計画づくりとアクションの支援
- ③健康長寿に関わる質の高い  
グローバルデータの収集
- ④高齢者の現在と将来のニーズ  
に関する調査研究の推進
- ⑤保健医療制度の調整
- ⑥介護制度の財源確保
- ⑦保健医療福祉に携わる人的資源の確保
- ⑧エイジズムへの対応
- ⑨健康長寿の機会費用の解明
- ⑩高齢者に優しい地域づくりの強化



5

5

## 社会関係と死亡との関連を扱った148論文のメタ分析

(Holt-Lunstad et al. 2010)

社会関係が豊かな人々は1.5倍程度、早期死亡に至りにくい。  
喫煙と同程度の影響力の可能性あり。

Table 4. Weighted average effect sizes across different measures of social relationships.

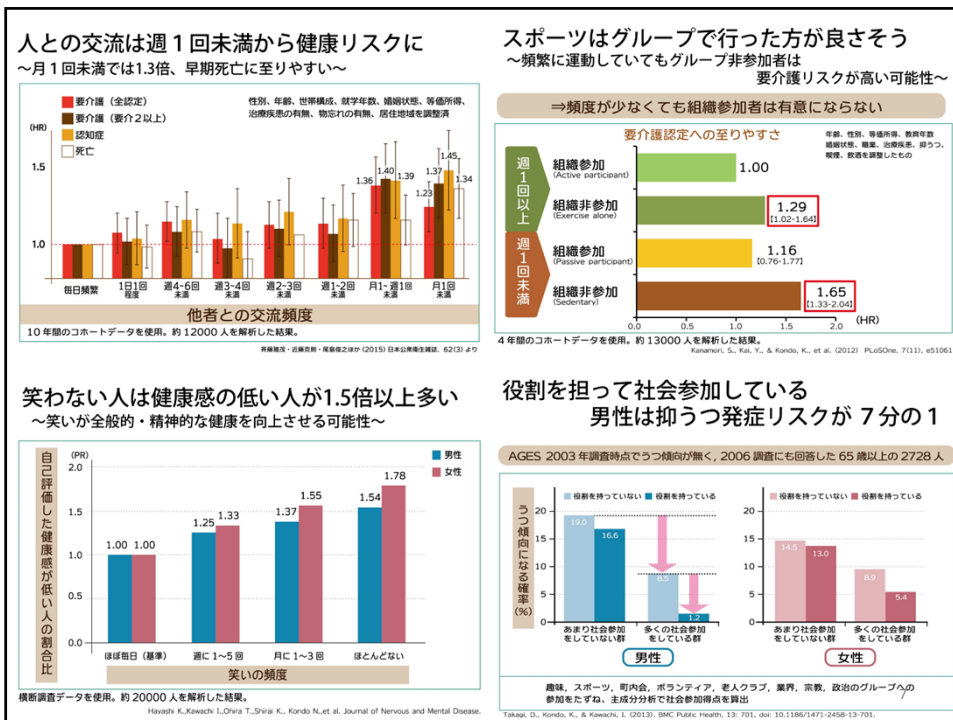
Type of Measure		k	OR	95% CI
Functional	Received social support	9	1.22	[0.91, 1.63]
	Perceptions of social support	73	1.35	[1.22, 1.49]
	Loneliness (inversed)	8	1.45	[1.08, 1.94]
Structural	Living alone (inversed)	17	1.19	[0.99, 1.44]
	Marital status (married versus other)	62	1.33	[1.20, 1.48]
	Social isolation (inversed)	8	1.40	[1.06, 1.86]
	Social networks	71	1.45	[1.32, 1.59]
	Social integration	45	1.52	[1.36, 1.69]
	Complex measures of social integration	30	1.91	[1.63, 2.23]
Combined structural and functional	Multifaceted measurement	67	1.47	[1.34, 1.60]

These analyses shifted the units of analysis, with distinct effect size estimates within studies used within different categories of measurement, such that many studies contributed more than one effect size but not more than one per category of measurement.

OR, odds ratio, transformed from random effects weighted lnOR.  
doi:10.1371/journal.pmed.1000316.t004

Holt-Lunstad et al. (2010) PLoS Med 7(7): e1000316.

6



7

## 専門職・住民向けのエビデンス集の作成

2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した

5年間で要介護認定率は約半分(6.3%ポイント)抑制されていた

5年間のコホートデータを使用。約2400人を解析した結果。  
Kawachi, S., Kubo, T., et al. (2013). Journal of Epidemiology and Community Health, 67(11), 1013-1018.

- 論文で得られた主要な知見や先進的な取り組み等をグラフにして1枚に要約。
- 地域づくりによる介護予防にむけて、「共通認識の形成期」「運営主体の形成期」「評価期」を想定し、49枚を公開中(2018年6月時点)
- 各スライドにはスライドのポイントと、聴衆への問いかけ例などをメモに掲載。
- 英語版は準備中

【本スライドのポイント】

- ✓ 愛知県のある町で高齢者約2,500人を5年間追跡調査した結果、町内の十数個所で、それぞれ月に1回程度行われている高齢者サロンに参加している人たちは、非参加者と比べて、要介護になる比率が約半分(6.3%ポイント)に抑制されていた。
- ✓ なお、より健康な人がサロンに参加しやすい傾向にあることを考慮し、サロンへの参加・非参加以外の状態は同様な人々の中で比較した結果、この町では、高齢者の概ね10%がサロンに参加しているため、高齢者人口を8000人とすると約50人の要介護認定を抑制した効果があることになる。

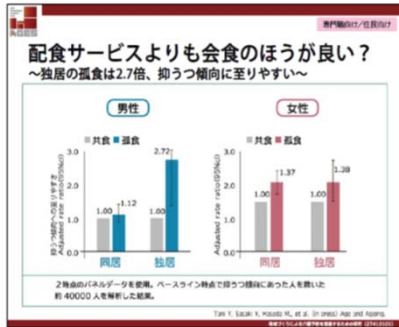
詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

- ✓ 住民が集うサロン活動は、健康維持・増進もしくは介護予防につながっているのでしょうか？

日本老年学的評価研究  
Japan Gerontological Evaluation Study  
AGES  
8  
<https://www.jages.net/>

8



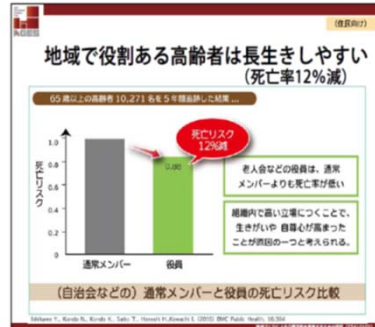
【本スライドのポイント】

- ✓ 調査時点で抑うつ傾向ではなかった高齢者4万人を追跡したところ、「人と一緒に食事をする(=共食)」が「一人で食事をする(=孤食)」かで、3年後の抑うつ傾向への至りやすさが異なることが明らかになった。
- ✓ 具体的には、一人住まいの高齢者男性(青棒)の場合、食事の形態が共食の人と比べて孤食であった人の方が、新たに抑うつ傾向へ至っている確率は2.7倍、女性(赤棒)では独居・同居に関わらず1.4倍程度、孤食の人が抑うつ傾向へ至りやすい。
- ✓ 配食サービスが全国各地で展開されているが、配食された食事を一人で食べるよりも、会食する機会を設ける方が、要介護状態へのリスク要因である抑うつ傾向を予防する効果が期待される。

詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

- ✓ お食事はいつものようにされていますか？
- ✓ 1人で食事していると(いわゆる「孤食」)は抑うつ傾向へのリスクを高めるかもしれません。



【本スライドのポイント】

- ✓ 65歳以上の男女約10000人を5年間追跡調査した結果。
- ✓ 「役割を持って参加する」ことは、死亡のリスクとも関連していることが明らかになった。
- ✓ 具体的には、自治会や老人会などに参加している人のなかでも、1つ以上の役員を担っている人の死亡リスクは通常メンバーに比べおよそ12%低いことが分かった。  
※性別、年齢、等価所得、修学年数、婚姻状態、健康度自己評価、抑うつ傾向、居住年数等を調整
- ✓ この背景には、組織内で高い立場につくことで、生きがいや自尊心が高まったことが原因の一つと考えることができる。

詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

- ✓ 地域での活動に参加するだけでなく、役割を持って参加すると長生きができるかもしれません。

## 生活支援・介護予防の事業評価の課題

総務省は行政機関への勧告を公表(2013年4月)

高齢者の社会的孤立対策に関する事業が

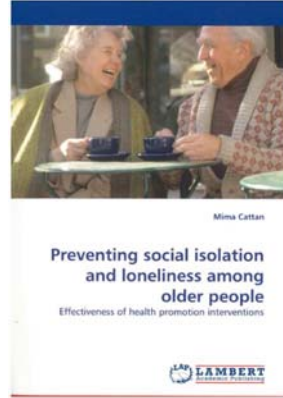
- 利用実績が低調；適切にニーズが把握されていない
  - ・ ある市町村では、安心生活創造事業の利用者数が3人
  - ・ 地域商業活性化補助事業による買物代行サービスの目標達成率は0.9%
- 事業の目標が未設定
  - ・ 調査対象の75機関のうち、57.3%が当初から目標を設定しておらず、効果も検討できない



## 《高齢者の孤立・孤独軽減の主なプログラム》

イギリスにおける高齢者の社会的孤立・孤独軽減にむけた  
12プロジェクトのスタッフへのヒアリング調査 (Cattan 2010)

- ① 各種の趣味活動・パーティー
- ② 生活雑事の訪問支援
- ③ 情緒的な相談支援／電話相談
- ④ (低価格の) 配食サービス
- ⑤ 保健福祉サービスの利用案内
- ⑥ 身体活動・エクササイズ
- ⑦ 移動支援
- ⑧ お料理教室



日本でも同様のプログラムが存在する  
(海外をみれば画期的な何かがあるわけではなさそう) <sup>11</sup>

11

## プログラム評価に必要な情報・データ

### 評価に必須の5つの情報を集める

- ① サロン参加者群とサロン非参加者群の、両方のベースライン情報  
(健康や生活習慣などの調査)
- ② 参加者名簿・ボランティア名簿
- ③ サロンの開催日毎のプログラム (カラオケ、体操、おしゃべりなどの) 内容
- ④ サロンおよび高齢者の住所地 (町丁字まで)
- ⑤ 死亡・要介護認定状況と数年後の縦断調査

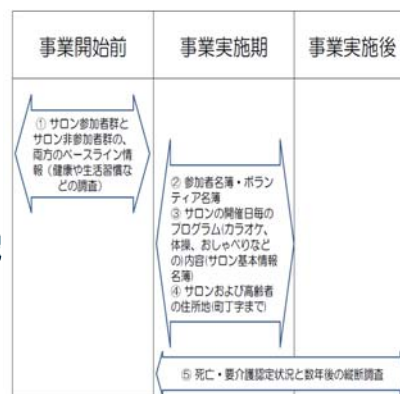
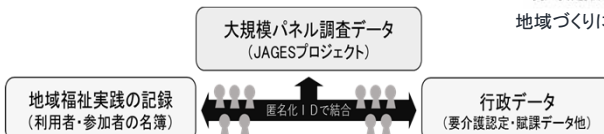


図. 事業評価に必要な情報と、入手の時期  
地域づくりによる介護予防進め方ガイド2015年度版より



12

12

実践記録(名簿)×調査データに基づく評価事例

## 見守りが届くべき人に届いていない可能性あり

### どういった独居者が見守られているのか？

		オッズ比	(95%CI)	集団寄与危険度	未充足数推計(95%CI)
性別	男性(ref.=女性)	<b>0.54**</b>	(0.34 - 0.86)	12.4%	371 (322 - 422)
教育年数	10年未満(ref.=10年以上)	<b>0.89</b>	(0.59 - 1.33)	—	—
婚姻状態	離別・未婚(ref.=死別)	<b>0.51**</b>	(0.32 - 0.83)	12.1%	329 (283 - 377)
等価所得	200万円未満(ref.=200万以上)	<b>0.90</b>	(0.58 - 1.42)	—	—
居住年数	10年未満(ref.=30年以上)	<b>0.54*</b>	(0.32 - 0.91)	8.9%	122 (97 - 152)
	10~30年未満	<b>0.30**</b>	(0.14 - 0.62)	9.2%	198 (166 - 233)
住宅種類	民間賃貸住宅(ref.=持ち家)	<b>0.23**</b>	(0.10 - 0.53)	9.7%	134 (106 - 165)
	公営・公社・公団	<b>0.89</b>	(0.47 - 1.68)	—	—
友人等交流頻度	週1回未満(ref.=週1回以上)	<b>0.65*</b>	(0.42 - 0.99)	11.7%	431 (383 - 481)
健康度自己評価	よくない(ref.=よい)	<b>1.00</b>	(0.61 - 1.64)	—	—
	抑うつ傾向あり(ref.=なし)	<b>0.87</b>	(0.55 - 1.41)	—	—

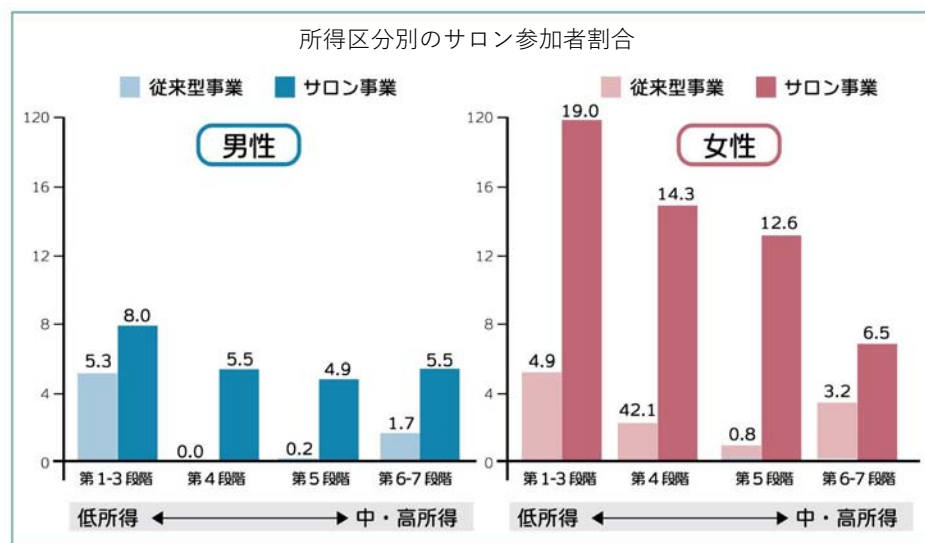
社協データと調査データを結合できた428名(見守りあり=116名)を分析したもの

13  
齊藤雅茂ほか(2017)社会福祉研究(鉄道弘済会)129号

13

実践記録(名簿)×介護保険賦課データに基づく評価事例

## 住民主体のサロンでは低所得者の参加が多い



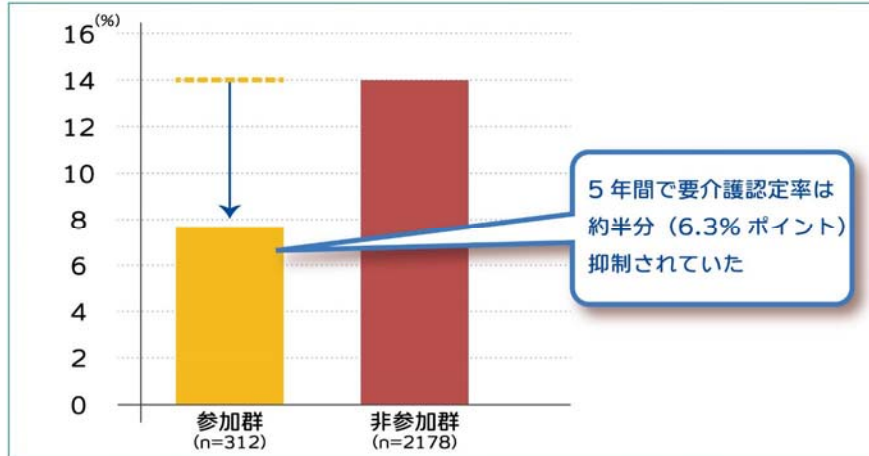
平井寛・近藤克則(2010)季刊社会保障研究, 46(3): 249-263

14

実践記録(名簿)×調査データ×認定データに基づく評価事例

## サロン参加群で要介護認定率が低い

2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した



5年間のコホートデータを使用。約2400人を解析した結果。

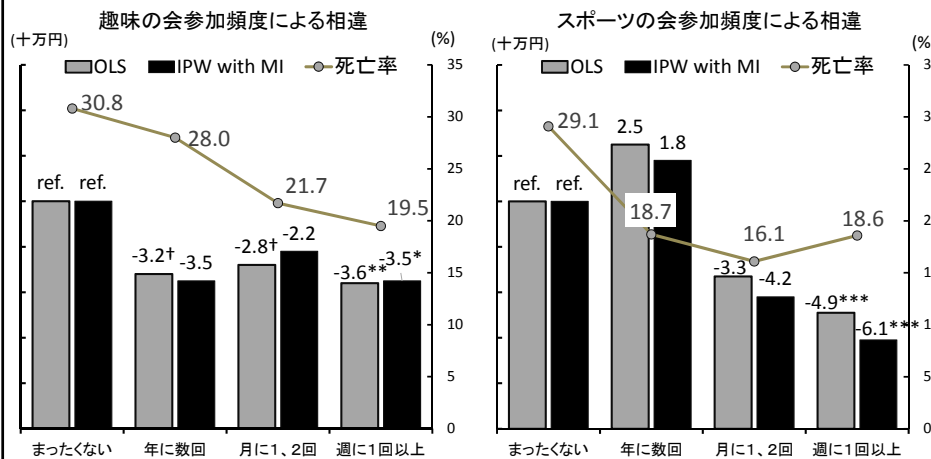
15

Hikichi H., Kondo N., Kondo K., et al. (2015) Journal of Epidemiology and Community Health (doi: 10.1136/jech-2014-205345)

15

調査データ×要介護認定/介護給付データに基づく評価事例

## 週1回以上、趣味やスポーツの会に参加した高齢者の間では、11年間で30~50万円/人程度、介護費が低い



OLSは、2006年時点の性別・年齢・治療疾患の有無・修学年数、等価所得、婚姻状態、世帯構成、健康度自己評価を調整。不明はダミー変数にして投入。

IPWwithMIは、同変数の欠損値を多重代入法で補完後、各社会参加頻度への該当しやすさを推定し、その逆数を調整したもの。 16

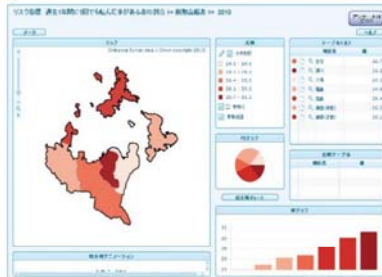
Saito M et al. (2018) 投稿中

16



## M市A地区 介護予防事業「お寄りませ」に至る経過

### 「見える化」による地域診断



### 地域診断による現状把握・課題抽出

介護リスクも買い物に困っている人も多いのはA地区

### 地域診断結果の共有・意見交換

- 住民（各種団体）参加の報告討論会
- 地域ケア会議
- 介護予防サポーター養成講座 等

### 重点地区の住民が集まり取組内容の決定

### 移動販売車を誘致して買い物ニーズも満たす



### 重点地区の公民館に「お寄りませ」オープン



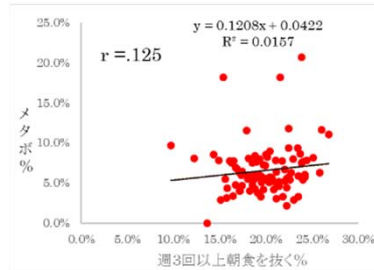
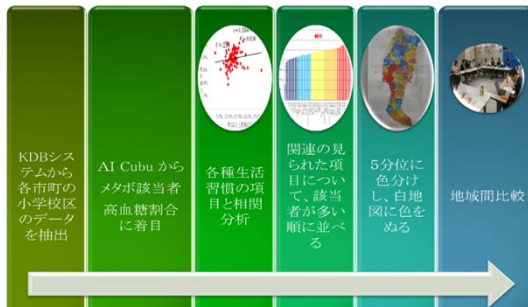
サポーター手作りの  
昼食をみんなで食べます

AMED研究班「地域づくりによる介護予防を推進するための研究(27410101)」より

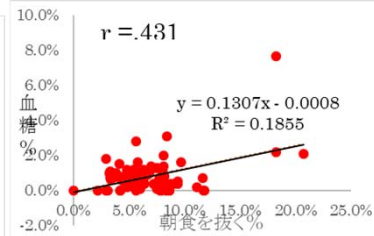
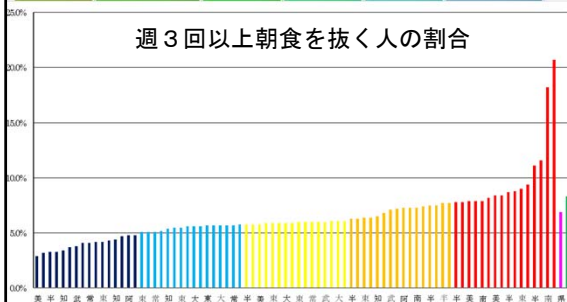
19

## KDBシステムに基づく地域診断の試み

### ～知多地区保健師グループ学習会より～



### 週3回以上朝食を抜く人の割合



伊藤美智氏(南知多町役場厚生部保健師)提供

20



## まとめ

- 高齢化率だけでなく、介護の考え方や生活支援という視点など国内では当たり前であることも国際的には発信する意義がある。
- 介護予防(健康長寿)に関しては、個人・地域単位の社会関係の保護的な効果を示唆する研究が蓄積されつつある。JAGESプロジェクトでは、地域づくりによる介護予防を進めるためのエビデンス集を公開中。
- 生活支援・介護予防プログラムそのものは多様に展開されているが、その評価のためには、名簿管理を含めたベースラインの情報収集が必須(延べ人数では不十分)。
- 重点対象地域やローカルの課題発見のためには「地域診断」が有効。地図にして「見える化」することで専門職・住民間での課題共有が進む可能性あり。

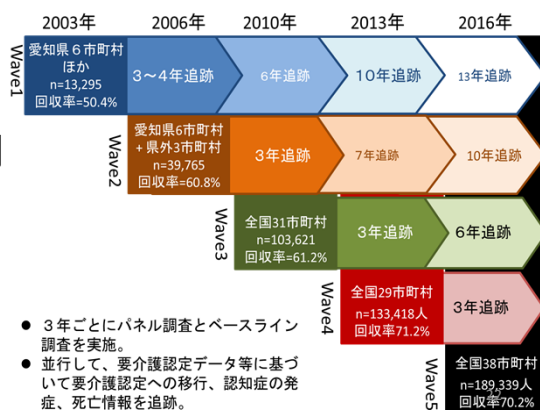
21

21

## 日本の高齢者を対象にした大規模縦断研究の知見

### JAGES(Japan Gerontological Evaluation Study)調査の経過

- 高齢者を対象にした「健康の社会的決定要因」を解明する社会疫学研究の推進。介護予防政策の総合的なベンチマーク・システムの開発と地域介入の評価研究。
- 3年ごとに自治体と共同して要介護認定を受けていない高齢者への大規模な質問紙調査。2016年は約19万人分を回収。
- 公衆衛生学、作業療法学、社会心理学、地理学など学際研究



22

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

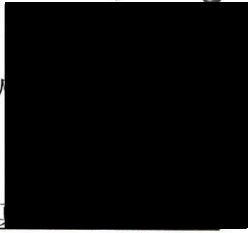
発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N	Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan	Bull World Health Organ			印刷中
Sato K, Viswanath K, Hayashi H, Ishikawa Y, Kondo K, Shirai K, Kondo N, Nakagawa K, Kawachi I	Association between exposure to health information and mortality: Reduced mortality among women exposed to information via TV programs	Soc Sci Med	221	124-31	2019
Saito J, Kondo N, Saito M, Takagi D, Tani Y, Haseda M, Tabuchi T, Kondo K	Exploring 2.5-Year Trajectories of Functional Decline in Older Adults by Applying a Growth Mixture Model and Frequency of Outings as a Predictor: A 2010-2013 JAGES Longitudinal Study	J Epidemiol	29	65-72.	2019
Kondo K, Rosenberg M, Kondo N, Cable N	Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: Lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study	World Health Organization			2019
Amemiya A, Saito J, Saito M, Takagi D, Haseda M, Tani Y, Kondo K, Kondo N	Social Capital and the Improvement in Functional Ability among Older People in Japan: A Multilevel Survival Analysis Using JAGES Data	International Journal of Environmental Research and Public Health	16	1310	2019
Zaito M, Kawachi I, Ashida T, Kondo K, Kondo N	Participation in Community Group Activities Among Older Adults: Is Diversity of Group Membership Associated With Better Self-rated Health?	J Epidemiol	28	452-7	2018
Tsuji T, Kondo K, Kondo N, Aida J, Takagi D	Development of a risk assessment scale predicting incident functional disability among older people: Japan Gerontological Evaluation Study	Geriatr Gerontol Int	18	1433-8	2018

Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, Kondo K.	Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study.	<i>Int J Behav Nutr Phys Act</i>	15	101	2018
Tani Y, Kondo N, Noma H, Miyaguni Y, Saito M, Kondo K	Eating Alone Yet Living With Others Is Associated With Mortality in Older Men: The JAGES Cohort Survey.	<i>J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci</i>	73	1330–4	2018
Sasaki I, Kondo K, Kondo N, Aida J, Ichikawa H, Kusumi T, Sueishi N, Imanaka Y	Are pension types associated with happiness in Japanese older people?: JAGES cross-sectional study	<i>PLoS One</i>	13	e0197423	2018
Saito T, Kondo N, Shiba K, Murata C, Kondo K.	Income-based inequalities in caregiving time and depressive symptoms among older family caregivers under the Japanese long-term care insurance system: A cross-sectional analysis	<i>PLoS One</i>	13	e0194919.	2018
Nagamine Y, Kondo N, Yokobayashi K, Ota A, Miyaguni Y, Sasaki Y, Tani Y, Kondo K.	Socioeconomic Disparity in the Prevalence of Objectively Evaluated Diabetes Among Older Japanese Adults: JAGES Cross-Sectional Data in 2010	<i>J Epidemiol</i>		Epub	2018
Imai Y, Nagai M, Ohira T, Shirai K, Kondo N, Kondo K.	Impact of social relationships on income-laugher relationships among older people: the JAGES cross-sectional study.	<i>BMJ Open</i>	8	e019104.	2018
Honjo K, Tani Y, Saito M, Sasaki Y, Kondo K, Kawachi I, Kondo N	Living Alone or With Others and Depressive Symptoms, and Effect Modification by Residential Social Cohesion Among Older Adults in Japan: The JAGES Longitudinal Study	<i>J Epidemiol</i>	28	315-22.	2018
Higuchi M, Suzuki K, Ashida T, Kondo N, Kondo K.	Social Support and Access to Health Care Among Older People in Japan: Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES)	<i>Asia Pac J Public Health</i>	30	425-36.	2018

機関名 国立大学法人

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 五神



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 日本の高齢化対策の国際発信に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京大学大学院医学系研究科・准教授  
(氏名・フリガナ) 近藤 尚己 ・ コンドウ ナオキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31年 2月 26日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大

所属研究機関長 職名 学長

氏名 徳久 剛



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反管理について以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 日本の高齢化対策の国際発信に関する研究 (H29-地球規模一般-001)
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 予防医学センター・教授  
(氏名・フリガナ) 近藤 克則・コンドウ カツノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 4月 4日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人

所属研究機関長 職名 学長

氏名 今野 弘之

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 日本の高齢化対策の国際発信に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授  
(氏名・フリガナ) 尾島俊之・オジマトシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 29 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 大野 英 印

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 研究課題名 日本の高齢化対策の国際発信に関する研究 (H29-地球規模-一般-001)
- 研究者名 (所属部局・職名) 東北大学 大学院歯学研究科 准教授  
(氏名・フリガナ) 相田 潤・アイダ ジュン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東北大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 日本福祉大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 児玉善良

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 日本の高齢化対策の国際発信に関する研究 (H29-地球規模-一般-001)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会福祉学部・准教授  
(氏名・フリガナ) 斉藤雅茂・サイトウマサシゲ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。