

---質 疑 応 答---

それでは、フロアからご質問を受ける前に、指定発言として、何人かの先生に関連のご質問、特に我が国と米国とは、ずいぶん生活の仕方も感性も異なっていることをふまえて、我が国の研究者からコメントをいただければと考えてお願いしてございますので、最初に何人かの先生方の指定発言、ご質問を受けたいと思っております。最初に聖マリアンナ医科大学の吉田教授にお願いします。まだお見えになっていないようですので順番を入れ替えまして、平成12年7月に岡山大学の衛生学の教授に就任されました川上憲人教授からコメントならびに質問をお願いします。

---心理社会的に良い環境、良いまちづくりが必要---

川上 わたしは、社会心理的な研究をやっている者として2つコメントさせて頂きたいと思えます。今日、カプラン先生からうつ病やソーシャルサポート、人間関係というのがコミュニティの中でかなり健康に影響を与えたことをお示しいただきました。一つは、社会心理的要因がたぶん健康決定要因として今後すごく重要になってくるということです。

私どもの調査でも、うつ病に罹患している方は、過去6ヵ月間に、100人に2人、2%の方、それから、うつ状態の方の割合は20~30%という、かなり高率でした。この半分以上の方、あるいはほとんどの方が、病院には行っておりません。こうした状態が、将来の健康を決定する要因としてかなり大事だということもわかっておりまして、自殺、社会・家庭での機能低下、引きこもり、高齢者の知的危機、ボケの進行、それから、いろんな慢性疾患とその発病等に大きな影響があったことがわかってきております。たぶんこれからの地域保健の中で、こういう問題にどう対処するかは、かなり大きな課題だろうと思えます。では、どうするか。現時点では、まだレシピ（処方）がありません。

ただ、たくさん研究が動いております。たとえば、厚生科学研究の中の長寿科学の研究では、抑うつを防ぐため、どんなものを食べたら良いかという、栄養と抑うつの研究なども進んでおりますし、もちろん、人間関係や運動やいろんな要因が抑うつを予防するということについての研究が進んでおりますので、もう少したてば、ひょっとしたら、うつ病を予防するためのクッキングブックのようなものが、みなさん方に提供できる可能性もあるのではないかと思います。これはかなり現実的な話だろうと思っております。

二つ目は、ちょっと OHP を使って少し込み入った話をさせていただきますが、二つ目のトピックスについてお話させてください。これは、小さな OHP ですが、ハーバードの河内一郎という先生が、1997年に発表された、アメリカの州単位です、それぞれ「あなたにとってたいいてい人は、機会さえあれば自分を利用しようとしている。そういう人間関係ですか」という質問をしまして、それに回答した割合と、その州の死亡率の関係をみたものなんですが、ご覧いただきますように、ニューヨークとかですね、かなり「機会さえあれば回りの人は自分を利用しようとしている」と答えた人が多い州では、死亡率

が高くて、たとえば、ノースダコタとか、まわりの人がみんな非常にいい人ばかりだと答えた州では、死亡率が低いということを示していらっしやるんです。

他にも似たような研究は、たとえば、ロンドン大学のサー・マイケル・マーモット先生達がよく本に引用されてますけど、東欧では、自分の人生をコントロールできている人の多い国ほど死亡率が低いといったような、そういった研究もあります。

こういうことから、たぶん社会心理的な要因への対応は、人の、個人だけの力じゃなくて、社会環境、社会の社会心理的な環境をどう整えるかが、かなり大事だということが示唆されております。で、こちらの方も、どうするかというレシピがまだないんですが、ただ、すでに一部の保健所の先生方もお考えのように、地域では、「地域づくり型の地域保健」だとか、あるいは市町村の社会施策としての「住みよい社会づくり」が始められています。

最後にひとつだけ質問をカプラン先生に致しましたのは、ではこういう結果が出た時に、どうやって自分達は、コミュニティの、地域の、市町村の政策決定や健康の方針にどういう提言をしていくかということについて、カプラン先生は、おそらく、少し経験がおありだろうと思いますので、そういうことについて、ご質問を致しました。

森本 みなさんお聞きのように、今、カプラン教授がご提言なされたこと、これからの競争社会を迎える日本においても大変重要なことだろうと。ただ、たとえば、このスライドで示しておるような、信頼 trust というようなコミュニティの人間関係というのは、カプラン教授、いみじくもおっしゃったように、それは、死亡の決定要因というよりは、何か、我々が一生懸命いろんなことをやった結果として、醸し出される、そういう質のものだろうと。したがって、信頼を増すような社会状況、コミュニティの条件を整えること。こういうような行政的な措置は、十分とり得るし、我々、公衆衛生でもそういうのを目指していかなければならない。

後半は、友情とか友人関係を例に出されまして、こういうのも同様であって、小遣い、レジャータイムがある程度あるとか、自由に友人と深い人生の話ができるとか、そういう、ある種のゆとりが確保された、そういう条件が整っていて初めて深い友情も培っていけるのではないかと。そんなふうによく考えてみると今、先生がおっしゃったような信頼とか友情の条件というのは、米国的な競争主義社会ではなかったかもしれないけれども、日本のような東洋的な和のハーモニーを強調するような相互協調的な自己観を持っている文化圏では、初めから自明のものとしてあったのかもしれないですね。

しかし、ここ 10 年ぐらい、米国を主体とした、いろんな競争主義的な経営方針、あるいは、様々な社会制度の改革が、なんかこう、ひょっとして、我々の持っていた、本質的な大事なものを壊すようなことがあれば、これは、なかなか大変なことであると考え次第ですけども、いずれにしても、カプラン教授、大変的確なコメントをなさって、米国社会において、今、川上教授が指摘したことは、最も重要である、とおっしゃっておられます。

---運動、身体活動を増加させよう---

森本 下光教授に、運動あるいは一般的な身体活動という視点から、コメントをお願いしてございます。

下光 いいお話をありがとうございました。これから身体運動の重要性についてお話しします。カプラン先生に一つ質問があります。アラメダ郡研究によると、運動には歩行、庭仕事、スポーツなどが挙げられますが、どういう運動が健康に良いか質問したいです。日本では歩行が最も良いとされています。

厚生省は10年の健康増進計画をたてました。「健康増進21」という名前です。その主な目的は、健康寿命を延ばすこと、ハンディキャップの人々を減らすことにあります。「健康日本21」では他にも多くの目標がたてられました。運動については歩行数を増やすことです。では、どのくらい歩けば健康にいいのかお尋ねします。

森本 お聞きになりましたように、もちろん米国でも歩行を中心とした運動を、どういうふうにより多くの人にしてもらおうかというのは、最大のターゲットの一つである。いろんなことをやっておられるようですけれども、例えば、ビルのエレベーターを一定時間停めて、その間階段を昇ってもらうようにするというような措置を実際にとっているところもある。様々な手段を使って、なんとか体を動かす、特に都市の住民にとっては、非常に重要な健康増進の手法である、ということの説明されました。

---禁煙支援の推進を---

森本 続いて、もうひとつお願いしておるのは、スモーカーがどの文化圏でも大変大きなリスク要因になっております。大阪がん予防検診センターの中村正和部長は、この分野で、大変精力的な活動をなさっています。

中村 わたしは、タバコの問題、特に、高齢者の禁煙ということについて、少しコメントしたいと思います。カプラン先生の方から、ライフスタイル要因として、喫煙と運動が重要だと。これらの二つのファクターは、健康リスクを増やすだけではなくて、生活の質の低下に関係すると。こういった、エビデンスに基づいて、高齢者の禁煙についてどのように考え、どのように行動を起こせばいいか、ということにつきまして、わたしたちの実際に地域ぐるみで取り組んだ経験とその結果をご紹介しますながらコメントしたいと思います。スライドをお願いします。

1992年～95年にかけて、大阪で禁煙指導の試みをしたことがあります。この禁煙3年計画は外来患者への禁煙指導とカウンセリングです。地域介入事業は、住民教育キャンペーンです。禁煙コンテストをしたり、パンフレットやカレンダーを配ったり、ポスターコンテストをしました。3年の介入事業で、喫煙防止活動を行いました。喫煙防止事業は、学校、家庭での喫煙防止が含まれます。38%の住民がこの禁煙事業を受けました。(図1)

図1にあるように、11%の人々がたばこをやめました。10.3%がやめたがまた始めた人です。30%がやめようとしたけどやめることができなかった。50%がやめようともしなか

った人々です。

図 2 は、年齢別および態度の変容の、段階別の禁煙率を示しています。やめる心づもり
 でいた人は、60 歳以上の人で最も多くなっています。禁煙を予想するロジスティックモデル
 があります。ここでも年齢が最も大きな禁煙要因です。

60 歳以上の人と 59 歳以下の人は、オッズ比が 2.76 です (表 1)。ということは 60 歳以
 上の方は 2.7 倍も多く、喫煙をやめていることを示しています。その他の介入研究でも年
 齢が禁煙の大きな要因であることを突き止めております。あるお年寄りが禁煙コンテスト
 に参加して短歌を作りました。「孫出来る 喜びありて 頑張れる 禁煙したし 嫁子と共
 に」。彼は孫ができることになり、禁煙に向けて嫁、息子と共に禁煙を頑張ることができ
 と言っています。禁煙は家族の関係を良くすることにもなります。

日本では、老人のたばこをやめる意欲が必ずしも高くない。教養のある人でさえそう
 です。たばこをやめたいと思っている人に禁煙の指導をすることが日本では有効な方法です。

森本 時間がありませんので。すべての年
 齢層に対して、やはり、禁煙教育というも
 のをやっていかなければいけない。それは、
 我々の公衆衛生学の一つの大きな務めであ
 る。というふうに言っていただきました。
 時間が迫っておるんですが、簡単にもうひ
 と方、星旦二教授。

CHANGE OF SMOKING BEHAVIOR AND ATTITUDE

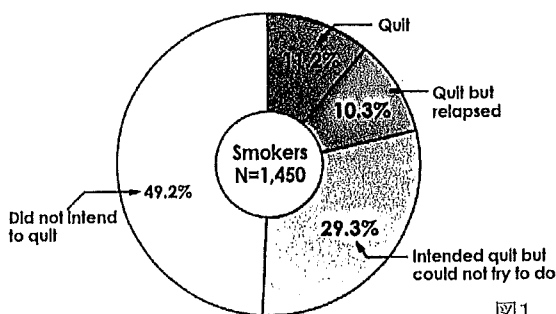


図 1

SMOKING CESSATION RATES BY AGE AND STAGES OF CHANGE

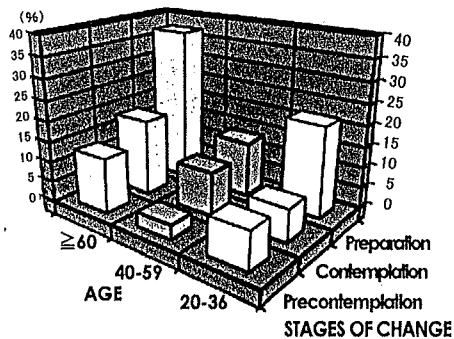


図 2

LOGISTIC REGRESSION MODEL PREDICTING SMOKING CESSATION FOR THREE-YEAR INTERVENTION PERIOD

Variable	(Index/Referent)	Odds Ratio 95% Confidence Limits	
		Odds Ratio	95% Confidence Limits
Sex	(Female/Male)	1.90	1.10, 3.28
Age	(≥60/≤59)	2.76	1.86, 4.10
Time to First Morning Cigarette	(≥31min/≤30)	2.22	1.50, 3.27
Confidence in Quitting	(Some, A lot/Almost None)	1.52	1.02, 2.26
Stages of Change	(P/G, PC)	1.56	0.86, 2.84
Age of Initiation	(≥20/≤19)	1.50	0.92, 2.46
Experience of Quitting	(≥2/Once, None)	1.34	0.89, 2.01
Daily Cigarettes Consumption	(≤24/≥25)	1.29	0.80, 2.10

表 1

---個人の主観的健康感---

星 東京都立大学の星と申します。最初に申し上げますが、実は、カプラン先生には、あさつての土曜日 10 時～12 時、国立公衆衛生院でお話いただく予定でいます。基本的には同じ内容に少々追加してということです。少人数の会でどなたでも参加できますので、参加して頂きたいと思います。

わたしは、実は、今日司会をしていただいている森本先生達と一緒に、プレスロー達が 1965 年から開始した生活習慣と健康に関する研究にとっても興味があって、翻訳して紹介したりしてました。先生達は、その後も次々と新しい作業仮説を設定して研究なさっています。今日、わたしがぜひコメントしてもらいたいと思っていますのは、主観的な健康感と健康との関係なんですけれども、これについては、公衆衛生学雑誌の総説に、杉澤先生という東京都の老人総合研究所の方が、極めて詳細に報告されていますので、それをぜひご覧いただきたいと思いますけれども。

実は、カプラン先生たちの研究が最も広範で、かつ詳細な追跡研究だったんですが、いわゆる「あなたは健康ですか」という質問に対して、「とてもすぐれている」から「すぐれていない」という 4 段階の区分で 10 年間追跡してみた結果をみると、障害があっても「わたしは健康だ」と思っている人は、10 年間 90% 以上生存していました。ところが、いろんな理由で「わたしは健康ではない」と自己申告された方は、ほぼ 40% が亡くなっている。ということ初めて報告されたのが、実は、ここにいらっしゃるカプラン先生でした。

森本 今ご指摘いただいた非常に本質的な主観的な健康感というのは、やはり、カプラン教授が今おっしゃったように、最も大きな健康度の決定要因だろうと。と申しますのも、いくつか理由があるんですが、例えば、健康測定というのを我々職域と地域で毎年 1 回やっています。そういう検査値、あるいは質問紙でとるものを超えた何かの評価が、主観的な健康観というものには含まれて、そういうものが、将来における健康度 health out-put を非常に重要なところで決定していると信じている、とおっしゃっています。客観的なデータと同時に、個別的の主観的な健康感というものを、我々は、やはり上手に把握していく、そういう工夫も必要かと思います。

---終わりに当たって---

森本 というわけで、ちょうど予定の時間になってまいりました。本当ならば、何かまとめですべきなのでしょうけれども、うまい具合にですね、抄録集にカプラン教授に大変きれいなまとめで書いていただきました。今日、あつという間に 2 時間経ってしまったんですが、みなさん方と一緒にアラメダ郡研究、世界に冠たる、たぶん歴史に残る健康の時代を開く、唯一の重要な研究についてお聞きしました。我々日本も「健康日本 21」を厚生省は出しました。しかし、来世紀あれだけではなんとも動かないんで、我々は現場、研究であれ実践の場であれ、現場でなるだけ健康そのものをターゲットにして、今日、カプラン先生がお話されたような非常に深い、ある面では、文化的、哲学的な側面を含めて、その健

康度の決定要因に対してアプローチしていかなければいけないだろうと考えます。それこそが、こういう激変の時代にあつて、医学とは何かというものを問われている時代の中にあつて、我々公衆衛生学、あるいは、公衆衛生の実践が真に社会的にその存在が問われる。それに対する回答であろうかと考える次第です。

そういうわけで、今日の特別講演、鈴木庄亮学会長のご指示で 2 時間いろいろお話いただきました。これを機会に我々もアラメダ郡研究に負けない何かを我が国で作っていききたいと思っております。

参考文献（アラメダ郡研究関係文献 160 余から主なもののみ抜粋）

- Berkman LF, Breslow L. Health and Ways of Living: Alameda County Study 1983; New York: Oxford University Press.
- Breslow L. Risk factors intervention for health maintenance. Science 1987;200:908-12.
- Camacho TC, Strawbridge WJ, Cohen RD, Kaplan GA. Functional ability in the oldest old: cumulative impact of risk factors from the preceding two decades, J Aging Health 1993;5(4):439-54.
- Cohen BA, Wingard DL, Cohen RD, Cirillo PM, Kaplan GA. Sex differences in time from self-reported heart trouble to heart disease death in the Alameda County Study. Am J Epidemiol 1990;131(3):434-42.
- Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE, Kaplan GA. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over 29 years. Arch Intern Med 1998;158:1133-8.
- Haan MN, Kaplan GA, Camacho TC. Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study. Am J Epidemiol 1987;125(6):989-98.
- Kaplan GA. People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. Int J Health Serv 1996;26(3):507-19.
- Kaplan GA. Social contacts and ischaemic heart disease. Ann Clin Res 1988;20:131-6.
- Kaplan GA, Camacho TC. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort. Am J Epidemiol 1983;117(3):292-304.
- Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen JT. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. Int J Epidemiol 1996;25(2):259-65.
- Kaplan GA, Kotler PL. Self-reports predictive of mortality from ischemic heart disease: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort. J Chron Dis 1985;38(2):195-201.
- Kaplan GA, Reynolds P. Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County Study. J Behav Med 1988;11(1):1-13.

Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression. *Am J Epidemiol* 1987;125(2):206-20.

Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988;128(2):370-80.

Kaplan GA, Seeman TE, Cohen RD, Knudsen LP, Guralnik JM. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *Am J Public Health* 1987;77(3):307-12.

Kaplan GA, Strawbridge WJ, Cohen RD, Hungerford LR. Natural history of leisure-time physical activity and its correlates: associations with mortality from all causes and cardiovascular disease over 28 years. *Am J Epidemiol* 1996;144(8):793-7.

Kauhanen J, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen JT. Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study, a prospective population based study. *BMJ* 1997;315.

Kotler PL, Wingard DL. The effect of occupational, marital and parental roles on mortality: the Alameda County Study. *Am J Public Health* 1989;79(5):607-12.

Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD, Leu D-J. Smoking and body mass in the natural history of physical activity: prospective evidence from the Alameda County Study, 1965-1974. *Am J Prev Med* 1989;5(3):127-35.

Lynch JW, Kaplan GA. Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *J Health Psychol* 1997;2(3):297-314.

Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *N Engl J Med* 1997;337(26):1889-95.

Renne KS. Childlessness, health, and marital satisfaction. *Soc Biol* 1976;23(3):183-97.

Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase risk for depression? *Am J Psychiatry* 1997; 154(10):1384-90.

Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: The Alameda County Study. *J Gerontol* 1997;52(5):S252-S258.

Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997;87(6):957-61 .

Strawbridge WJ, Wallhagen MI. Self-rated health and mortality over three decades. *Research on Aging* 1999;21(3):402-16.

Wingard DL, Cohn BA, Cirillo PM, Cohen RD, Kaplan GA. Gender differences in self-reported heart disease morbidity: are intervention opportunities missed for women? *J Women's Health* 1992;1(3):201-8.