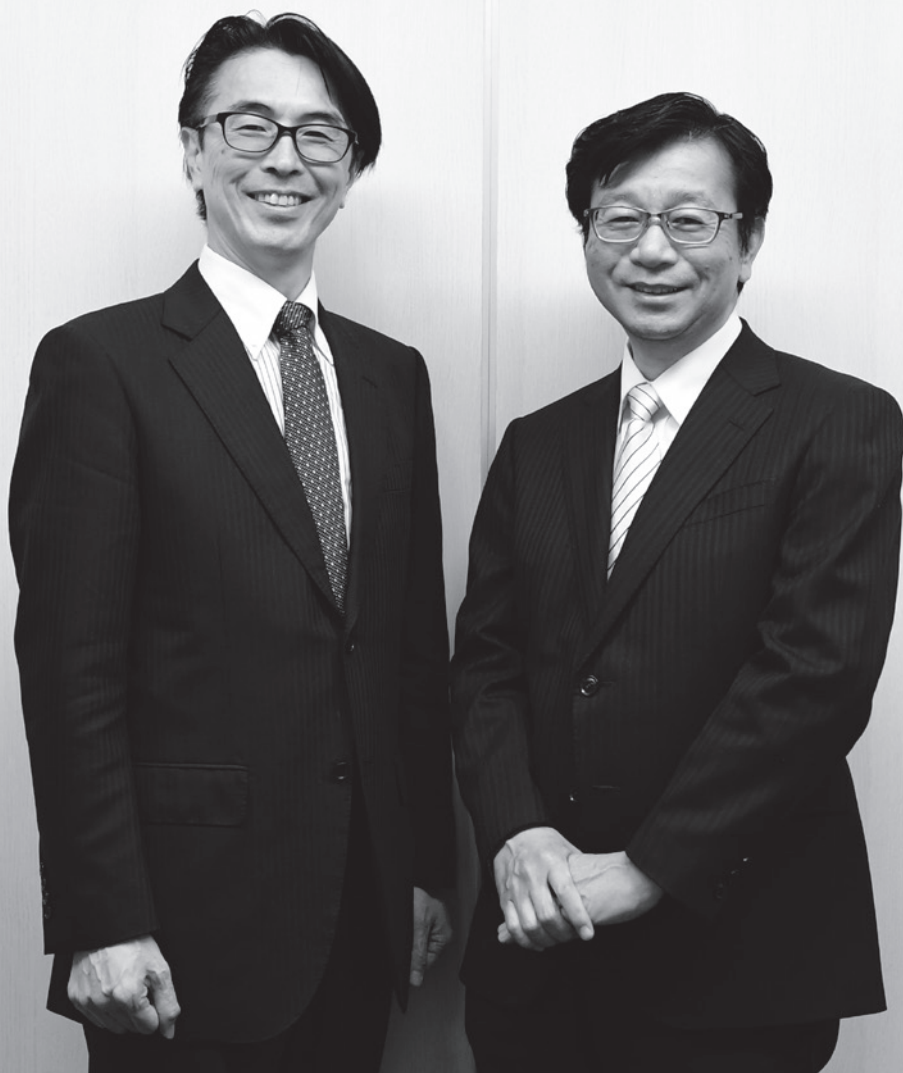


秋山和宏氏

東葛クリニック病院 副院長
一般社団法人日本栄養経営実践協会副代表理事
一般社団法人チーム医療フォーラム代表理事



近藤克則氏

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

足で創る、口が拓く、 寝たきり知らずな街づくり

地域栄養経営とは、地域の特性をつかみ、そこで暮らす高齢者が自分の足で歩き、最後まで口から食べ自分の足で歩き生活できる環境を調整していくことにほかならない……と、「栄養“素”学」から社会栄養学へ視野を大きく広げる意義について語り合ったお二人の熱い対談をお伝えします。

「地域」というマクロの 視点の必要性

——まず、お二人それぞれの現在のお取り組みについてお聞かせください。

近藤 私はもともとリハビリテーション科専門医です。今は予防医学の分野で、どのような生活をされている方が健康長寿なのかを調べて研究しています。伝統的な予防医学の枠を広げて、地域に着目してマクロの視点から取り組んでいます。その中で、今の管理栄養士さんの関心が「栄養学」よりもっと小さい「栄養素学」に向かっているのではないかと、今後は、より広い視野で見ることが求められるのではないかと考えています。

秋山 私は松戸市の東葛クリニック病院で消化器の外科医をしています。小さい病院ですので、だんだんと手術数が少なくなり、その時間をどう使うか考えた時に、志とやる気のある現場の医療従事者の方たちにお声掛けをして、10年前に一般社団法人チーム医療フォーラムを立ち上げました。一般

あきやま・かずひろ

1990年、防衛医科大学卒業。東京女子医大消化器病センター、至誠会第二病院を経て、1999年より東葛クリニック病院勤務。2010年、副院長就任。08年、一般社団法人チーム医療フォーラムを設立。ヘルスウオーキング指導士、医学博士、経営学修士(MBA)、日本消化器外科専門医、日本外科学会専門医、日本静脈経腸栄養学会評議員、日本褥瘡学会評議員。著書「医療システムのモジュール化—アーキテクチャの発想による地域医療再生」(白桃書房 2008)他



的なチーム医療では、多職種で連携してシナジー効果を上げ、結果を出すことを目的としています。が、そこに市民も入った参加型のチーム医療にしないと日本の医療はよくならないのではという思いからのスタートです。

具体的には、医療従事者や市民の方々の意識変革を促すために雑誌を発行したり¹⁾、市民と医療従事者が思いをぶつけ合ったり共鳴できたりするような場としてTED Talks²⁾のメディアカル版のような「MEDDプレゼン」を10年前から行っています。さらには、

医療従事者が全国学会で得た情報を地元の医療従事者向けにアウトプットする勉強会、あるいは市民向けの小さな草の根勉強会の開催を、ネットの活用などでサポートしています。

—— WAVESもその活動の一つですか？

秋山 病院の栄養サポートチームであるNSTの地域版が「WAVES」³⁾です。これも市民に直接、栄養の教育をしていくものなので、チーム医療フォーラムがもつリソースを提供して東口高志理事長のお手伝いをさせていただいています。

—— 近藤先生は41市町村で調査を行ったそうですが、それはどのようなものでしょうか？

近藤 市町村では3年に1回、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を行い、そのデータに基づいて介護保険事業計画や介護予防事業計画を立てています。対象者数は、小さいところなら高齢者全員ですから3千人とか、大きいところでは高齢者1万人とかになります。これまで市町村がバラバラに行っていたのを、「研究班に委託してくれればビッグデータとなり、今

まで見えてこなかったものが見えてくるはずですよ」と提案したところ、参加いただける市町村が徐々に増えてきました。2016・17年には41市町で約30万票の調査票を送付し、約20万票の回答がありました。

秋山 すごい回答率ですね。

近藤 この調査で得た結果は、日本の地域の高齢者の実態をある程度把握しているのではないのでしょうか。16年に39市町村で行った調査によると、厚生労働省のチェックリストの基準⁴⁾で低栄養と判定される方の割合が少ない市町では約0・4%、多いところでは約3・1%でした。BMI⁵⁾18・5kg/m²の「やせ」の割合も、少ないところでは約2・3%、多いところでは約10%と、どちらもかなりの開きがあります。低栄養ややせが多いまちがあるのです。

秋山 後期高齢者の多さのせいでしょうか？

近藤 紹介した数字は、高齢化の影響を除くために前期高齢者に限定した数字です。これだけ地域差があるので、たまたま食の細い人が集積しているとは考えにくいのではないかと。いろいろな地域環境

秋山和宏氏 × 近藤克則氏



こんどう・かつのり

1983年、千葉大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院リハビリテーション部医員、船橋二和病院リハビリテーション科科長などを経て、97年日本福祉大学助教授。University of Kent at Centerbury(イギリス)客員研究員(2000-2001)、日本福祉大学教授を経て、2014年から千葉大学教授。16年から国立長寿医療研究センター老年学評価研究部長(併任)。「健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか」(医学書院2005)で社会政策学会賞(奨励賞)受賞

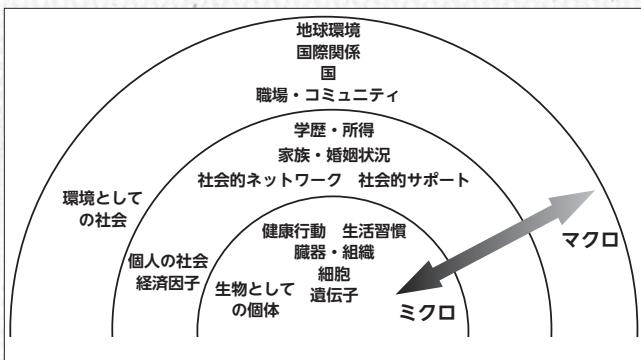
が影響しているのではないかと考え、関連要因を探っています。——かなり格差がありますね。
近藤 予想以上でしたね。このような健康格差がどのような要因で起こるのが私の研究テーマの一つです。健康の決定要因には、孤食か共食か、ご近所の人たちとの支え合いがあるかどうかなど、その人の家庭内や近隣との関係といった「個人レベルの社会的要因」があり、その周りに「地域環境レベルの社会的要因」があるのではないかと考えています(図表1)。年内には論文を公表できると思いますが、近くに食料品店が多くある

エリアの人は健康を保っているというデータも出てきています。低栄養の原因は栄養素だけを見ても見えないことがあるとわかってきました。

秋山 栄養学の始まりは健康な人がより健康になるために、どのような栄養素をどれくらい摂取したらいいかといったものでした。それが1968年に米国の外科医、スタンリー・ダドリック氏によって中心静脈栄養(TPN)が開発されたことで、経口摂取ができない重症患者であっても生き続けることができる革命的な栄養療法であると称賛されました。しかし、TPNの弊害として、消化管を使用しないことによる敗血症などの合併症が生じることが報告され、今日の口から食べる臨床的な意義が周知されるに至っています。

近藤先生のご指摘はまさにダイエタリーニュートリション(食物栄養学)やクリニカルニュートリション(臨床栄養学)というミクロな視点だけで患者を診るのではなく、先の東口理事長が提唱されるソーシヤルニュートリション(社会栄養学)というマクロな視点の重要性を痛感します。そして、先

図表1 「健康の決定因子の階層構造」



進国の高齢者の低栄養を解決するのが社会栄養学なのではないかと。WAVESでも、栄養素だけではなく、もっと広く見渡して栄養学の地平を広げていく必要があるのではないかという流れの中で活動を展開しています。

人と人とのつながりに着目

近藤 一人で食事をしている孤食の人は共食の人と比べると男性の場合は2・7倍うつになりやすい、さらに死亡率も高まるというデータもあります(図表2・3)。

共食の場合は、食事中に会話や笑いがあったり、たとえば近所で持ち寄りの食事があれば、「私の得意なきんぴら食べて」と勧められ、内心「きんぴらは苦手なよね……」なんてつぶやきながらも「おいしそうね」などと口にしたりする。そんなこんなで、食事の様性が生まれたりすると思いませんか。

——秋山先生は在宅医療もされていますが、孤食によるリスクをどう感じられていますか？

秋山 人間は「人・間」じゃないで

すか。たとえば、家族や親しい存在がいる人といない人では、やはり生活を楽しんでいるかという豊かさが違いますよね。

近藤 「人と人との間が大事」というのは、本当にその通りだと思います。たとえば夫婦関係満足度が高い人のほうがうつは少なく、低い人たちは3人に1人がうつなんです。このように、人と人の間にあるものをきちんと捉えて研究しようとする、わかってくることもあるんです。

イギリスでは「社会的処方」*5に、ロンドンの一般開業医の6割が取り組み始めています。その患者に足りないのが薬であれば薬を処方しますが、孤食であることで食が進まないのならば、サプリメントではなく社会関係を処方して孤食を減らすという取り組みです。

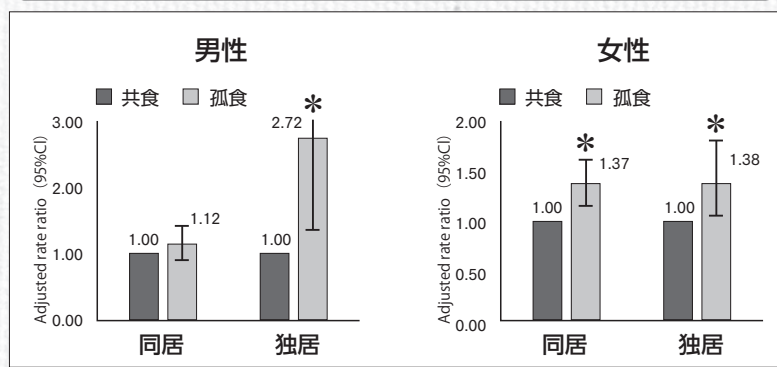
秋山 それで「社会的処方」ですか。イギリスはさすがですね。

近藤 孤食はたばこを1日15本吸うのと同じくらい健康に悪いから、禁煙指導をするのと同様に、孤独からもその人たちを救うべきだとして、孤独担当大臣まで置く国ですからね。

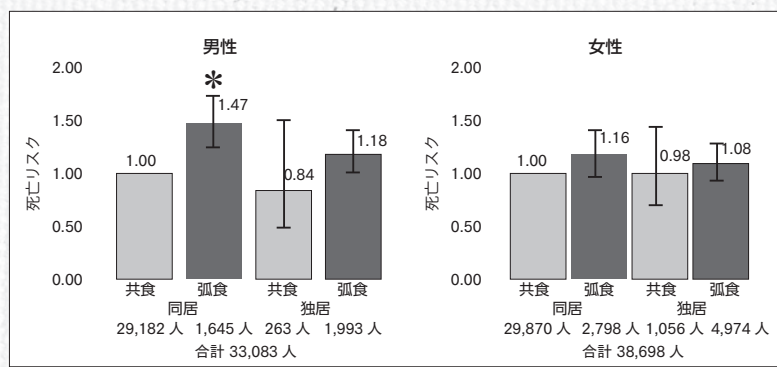
秋山 つながる先の存在を知らないという人は多いですよ。

近藤 チラシを配っただけではつながらず、ご本人から話を聞いてマッチングする人がいないとうまくいかない。イギリスではマッチングをするナビゲーターを雇うための予算があるそうです。また、地域で患者会や趣味の会、スポーツの会などさまざまな会の運営補助をし、新しい人の受け入れをお願いする取り組みが始まっている

図表2 「一緒に食事をする人がいるかどうかによるうつ症状へのなりやすさの比較(男女および世帯別)」



図表3 「高齢者の孤食と死亡との関連(男女別)」



そうです。

——それは近藤先生が取り組んでいる松戸プロジェクト*6にも通じるのでは。

近藤 出掛ける先があること、自分の役割があることで健康を保てる人が増えることがわかってきました。何かやりたいけれどもきつかけがないという人たちに、「場」を提供してマッチングするのも松戸プロジェクトがやるうとしていくことです。(二)専門職の人で何

秋山和宏氏 × 近藤克則氏

近藤 同じ運動でも一人で作るよりグループでやっている人のほうが要介護認定を受けにくいということがわかっていきます(図表4)。運動を週に1回以上しているか、または週1回未満に分けて4年間追跡し、要介護認定を受

秋山 サルコペニア対策は、より多くの人が簡単にできるものでなければ普及しないと考えた時に、歩く速さが寿命に関係するというJAMA*7の論文を読みました。それで能勢博先生の「インターバル速歩」*8を取り入れながら、筋肉を減らさないためのサルコペニア対策としての「メディカル・ウォーキング」を、4年ほど前から月1回、約20人が参加して活動しています。

秋山 サルコペニア対策は、より多くの人が簡単にできるものでなければ普及しないと考えた時に、歩く速さが寿命に関係するというJAMA*7の論文を読みました。それで能勢博先生の「インターバル速歩」*8を取り入れながら、筋肉を減らさないためのサルコペニア対策としての「メディカル・ウォーキング」を、4年ほど前から月1回、約20人が参加して活動しています。

秋山先生も「メディカル・ウォーキング」という、地域の患者さんたちとのつながりを広げる運動をされていますね。

かやりたいという人たちに活躍の場を提供したり、昔に比べ参加者数が減少した既存のグループを応援したり、人々がつながって元気になってほしい。それらにより地域全体が活性化するような仕組みづくりをめざしています。

近藤 もう一つご紹介したいのが、1日30分以上歩いている人の割合もまちによって違いがあるということです。実は、人口密度の高いまちのほうが歩いている人が多い。おそらく都市部なら車に乗るより公共交通機関を使ったほうが便利で、乗り換えなどで歩かなければならない状況がある。一方、地方では一人1台車があつて、近くのコンビニにもつい車で行ってしまう。歩くことが健康にいいという知識をもっている人が多いかどうかではなく、「歩かないと生活できないまちかどうか」という

近藤 もう一つご紹介したいのが、1日30分以上歩いている人の割合もまちによって違いがあるということです。実は、人口密度の高いまちのほうが歩いている人が多い。おそらく都市部なら車に乗るより公共交通機関を使ったほうが便利で、乗り換えなどで歩かなければならない状況がある。一方、地方では一人1台車があつて、近くのコンビニにもつい車で行ってしまう。歩くことが健康にいいという知識をもっている人が多いかどうかではなく、「歩かないと生活できないまちかどうか」という

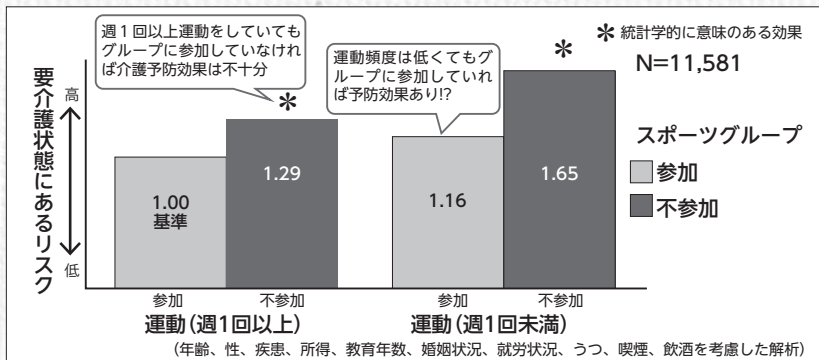
近藤 もう一つご紹介したいのが、1日30分以上歩いている人の割合もまちによって違いがあるということです。実は、人口密度の高いまちのほうが歩いている人が多い。おそらく都市部なら車に乗るより公共交通機関を使ったほうが便利で、乗り換えなどで歩かなければならない状況がある。一方、地方では一人1台車があつて、近くのコンビニにもつい車で行ってしまう。歩くことが健康にいいという知識をもっている人が多いかどうかではなく、「歩かないと生活できないまちかどうか」という

秋山 確かに運動など集団ですると続けられますね。継続するためにも、そうした場をつくるのは非常に大事なことだと思います。

けた確率を比べました。私たちが注目したのは、一人でやっている人と、スポーツの会に入りグループでやっている人たちで違いがあるのかで、比較したらグループでしている人たちでは認定率が3割も低かったのです。

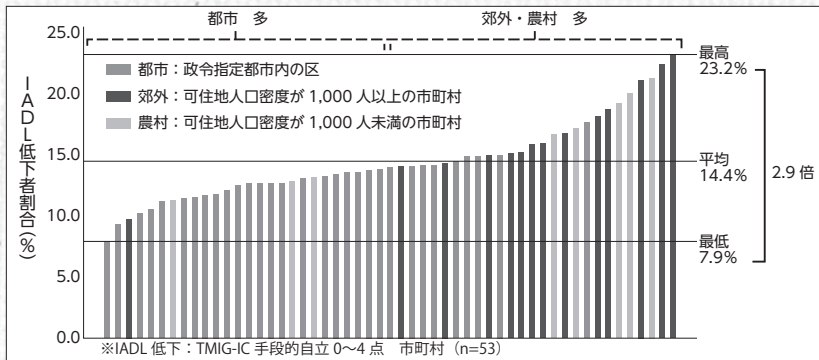
今後求められる管理栄養士の姿

図表4 「運動はスポーツグループに参加して行ってるほうが要介護状態になりにくい」



kanamori et al.2012

図表5 「市区町村別に見たIADL低下者割合(前期高齢者)」



JAGES2010-11 (加藤清人ほか,2015から作成)

環境で歩行時間が決まっているのではないか。これを調べようと思ったきっかけが図表5です。認知症の危険因子だとわかっている生活機能指標IADL*9の5項目のうち*10、1つでも「できない」と答えた人を53市区町村で比べてみました。すると、グラフの左側、一番少ないところでは100人中8人、多いところでは23人と約3倍の差がある

る。しかも前期高齢者に限ってもこれだけの差がありました。その背景要因を調べてみると、グラフの左半分は政令指定都市でした。どうも政令指定都市には、暮らしているだけでボケにくくなる秘密があるらしいと気づきました。その要因を分析していくなかで、歩いている人が多いことがわかりました。さらに都市部ほど、スポーツの会などに参加している人も多

秋山和宏氏 × 近藤克則氏



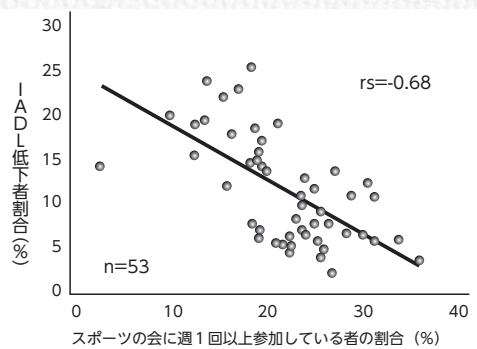
く、スポーツの会に参加している人が多いまちほどIADLが低下している人が少ない(図表6)。近所にスポーツの会がいっぱいあるところでは、外出したり、スポーツを続けたりしている人が多いのです。

このように人は、地域環境の影響を受けて、歩く、運動する、何を誰と食べるかなどを決めている、ほぼ確信となっていました。

——近藤先生のこうしたデータを見ると、管理栄養士さんが患者さんたちの暮らし地域を把握する必要性が非常によくわかります。

近藤 野菜や肉・魚の摂取不足(1日1回未満)を、買い物で便利な地域と不便な地域とで比べると、不便な地域で高い傾向があります。

図表6 「スポーツの会参加とIADL低下」



JAGESプレスリリース(2015年12月)

ました。さらに、近所づきあいの多いグループと少ないグループとに分けて見ると、買い物物が不便な地域でも、近所づきあいが多くと低栄養のリスクは低い。近所づきあいがあると「ついでに買ってあげる」など支えてくれる人がいるのでしょうか。物理的な買物の便利さと、その人の社会関係の豊かさが掛け合わさって、野菜やたんぱく質の摂取量などが決まってくるのです。だから栄養素だけを見て、「野菜が足りないから食べなさい」という指導に留まらず、たとえば食料品の配達サービスを教えたりすべきだと思います。独居高齢世帯に食事を届けて孤食を助長する配食サービスよりも、コ

コミュニティセンターなどへ届け、そこに集まってみんなで食べる会の機会を増やす会食サービスを提供する。そんな地域における環境調整を行うことも、管理栄養士さんにはしてほしいと思います。

秋山 たとえば「あの公園は水曜日の朝にラジオ体操をみんなで行っている」といった地元ならではの情報を発信することで、マッチングの役割を果たせると思うんです。ぜひ自分たちの仕事はここままでいいと決めずにやっていたいただきたいですね。

私は医療従事者に、「社会医療

人たれ」と言っています。中国のことわざで「小賢は山陰に通じ、大賢は市井に通ず」というのがあります。医学知識を本当の意味で役立たせるのならば、医療現場という聖域にこもらず、社会に出てその知識を広めていくべきなのです。特に地域の保険薬局にいる管理栄養士さんたちは、その活躍の場はものすごく広がると思いますが。

——お二人のお話の中から、今後期待される管理栄養士さんの姿というのが見えてきました。本日はありがとうございました。

【注】

- *1: 季刊誌「ツ・ナ・ガール」
- *2: TED Conferenceなど、TED (Technology Entertainment Design) が開催しているイベントの講演内容をネットを通じて無料配信し、多くの人が視聴できるようにするプロジェクト
- *3: We Are Very Educators for Societyの略。健康人の栄養状態の維持・向上と、高齢者の地域医療福祉基盤を確立する医療者による社会貢献事業。日本静脈経腸栄養学会理事長、藤田保健衛生大学病院の東口高志教授が「退院後にまた低栄養にならないよう、地域で低栄養の問題を解決していこう」と創設
- *4: 厚生労働省の基本チェックリストの中に栄養に関する質問 (11「5ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少はありましたか」、12「身長(cm)、体重(kg) (* BMI 18.5kg/m²未満なら該当)」)
- *5: Social prescription
- *6: 千葉県松戸市と千葉大学予防医学センターによる、都市型介護予防モデルの開発をテーマに、地域活動への参加で健康寿命を延ばす全国に先駆けた科学研究プロジェクト。平成28年11月にスタート
- *7: Journal of the American Medical Association
- *8: 「さっさか歩き」と「ゆっくり歩き」を数分間ずつ交互に繰り返すウォーキング法。信州大学・能勢 博教授が提唱
- *9: 手段的日常生活動作
- *10: 手段的日常生活動作能力検査／老研式活動の力指標5項目「バスや電車を使って一人で外出できるか」「日用品の買い物ができるか」「自分で食事の用意ができるか」「請求書の支払いができるか」「預貯金の出し入れが自分でできるか」