

健康指標と QOL

星 旦二*

Health Indicator

Tanji Hoshi, M. D. : Institute of Public Health

The major causes of death and disability in Japan have changed markedly mainly depending on the progress of the economic growth and scientific technology. It is predicted that the proportion of elder person comes to increase rapidly from now on. Furthermore, health care needs are diversified.

Health indicators that has been used numerously up to now are tended to limit to the degree of objective health as a groups. If it is considered that subjective and personal health indicator, and also the environment health indicators, the correspondence field of a public health activity does the global field.

The advisable health practices are related to a future health degree, and it could be considered the actual condition of the health practices are one of a health indicator. According to the national survey in 1983, it was pointed out that the percentage of people maintaining an advisable health practices especially no smoking and exercise were very low.

Government of the United States of America has been proposing a health policy that thought highly of prevention and aim the solution of a health problem.

It is thought that the public responsibility has a role to maintain the environment which is difficult to deal with in a private level in the case of preventing disease. Because our

* 国立公衆衛生院衛生行政学部

life style is relying largely on family care, school education, social and environmental condition and culture.

キー・ワード

健康指標 Health Indicator 健康習慣 Health Practice 健康政策
Health Policy 0次予防 Primogenial Prevention

はじめに

わが国の疾病構造は、経済の成長や科学技術の進歩などを背景として、がんや心臓病などの成人病の時代へと移行している。また今後、21世紀にかけて老人人口の割合が増加していくことが予測され、一方では、人々の保健ニーズにも多様性がみられている。このような状況の変化に対応する、健康指標の課題や展望について、健康政策の視点から検討してみたい。その理由は、健康指標を設定する主な目的が、健康政策の策定や評価のための基礎資料として活用されることが多いためである。

I 健康指標と公衆衛生活動

1. 健康指標の多様化

これまで使用されてきた健康指標は、健康度を測定するための指標が多か

表1 健康指標の種類

-
- | |
|--|
| 1. 健康度の測定 |
| A. 集団 (1. 死亡率 2. 罹患率 3. 有病率等) |
| B. 個人 (1. 満足度 2. QOL等) |
| 2. 健康の規定要因 |
| A. 集団 (1. 健康政策 2. 社会経済文化 3. 環境 4. 社会条件等) |
| B. 個人 (1. 行動様式 2. 生活習慣 3. 価値観等) |
-

表2 社会目標（国民生活審議会）

1. 健康	6. 物的環境
2. 教育, 学習, 文化	7. 犯罪と法の執行
3. 雇用と勤労生活の質	8. 家族
4. 余暇	9. コミュニティ生活の質
5. 所得, 消費	10. 階層と社会移動

った。しかし、健康を規定ないし寄与するであろう各種の要素も健康指標として対象化することもできる。表1は、健康指標を健康度とその規定要因に分け、集団と個人別に分類したものである。この様にすると、公衆衛生活動の対応分野が広域化していくだけでなく、QOL（Quality of Life）を含む健康を対象化し、同時に健康づくりのための個人の役割も対象化していくことが可能である。

国民生活審議会は、社会指標（表2）の研究を進めて、社会指標とその構成要素とアウトプット指標とに分類体系化している。この研究は、指標を総合的に体系化したことと、アウトプット指標を採用している点が特徴といえる。いずれの構成要素も健康と関連がみられることから、表1で示した健康の規定要因として考えることができよう。

2. 個人と主観性の重視

感染症対策において開発され活用されてきた健康指標の主な特徴点としては、集団の動向を測定する指標で、かつより客観的な健康指標が多いことが挙げられよう。それに比べて現在では、疾病構造の変化、高齢化社会、そして人々の保健ニーズの多様性などを背景として、新しく開発され活用される健康指標にも変化がみられている。具体的には、人生や生活の満足度、そしてQOL（Quality of Life）などの健康指標に代表されるように、より主観的な指標で、かつ集団よりも個人を対象とする健康指標の開発が試みられている。

戦後増加し続けている成人病が、慢性の退行性疾患であり、疾病特性として、誰でもが加齢とともに罹患しやすくなり、またその罹病期間が数十年と非常に長いことが示されている。このような新しい健康指標が開発される背景に

は、これら、成人病の特性が関連しているといえよう。つまり、健康政策の目標として、単なる、集団からみた疾病だけの予防ではなく、「病気との共生健康観」を基盤として、個々人が、質の高い生活が送れることが提示されていることの反映といえよう。

今後の公衆衛生の課題を検討する場合、これら個々人の多様なニーズに対応しつつ、個々人の主観性、主体性、個別性を十分に考慮しつつ具現化していくことが求められる一方で、健康の向上に寄与するであろう各種健康関連要因の役割に充分配慮していくことが重要であるといえよう。

II 健康づくりにおける人々の役割と公的責任

1. 健康づくりにおける人々の役割

Breslow ら¹⁾は日常の生活習慣と健康度や死亡率との関連について追跡調査を実施し、健康保持に寄与する生活習慣として、1)睡眠 2)朝食 3)間食 4)肥満 5)身体運動 6)喫煙、そして 7)飲酒を挙げている。一方、Powell²⁾らは日頃の身体運動と冠状動脈心疾患との関連について文献学的に検討した結果、日頃の身体運動は、冠状動脈心疾患を予防する点で、血圧のコントロール、食事によるコレステロールのコントロール、そして禁煙と同等に位置づけられるべきであると述べている。

介入疫学つまり、ある生活習慣を好ましいものにすることによって健康度や死亡率が改善されることが示されている。Stamler ら³⁾による高血圧管理に関する無作為化介入研究では、薬物療法を中止し、食事、体重を管理し、食塩やアルコールの制限を4年間継続した結果、食事療法が薬物療法の代行となり得ることが示されている。Framingham 研究で示された、冠状動脈心疾患の三つのリスク要因、つまり、血圧とコレステロールをコントロールし、更に禁煙教育を実施して六年間追跡した MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) 研究⁴⁾では、冠状動脈心疾患の死亡率では有意差が得られなかったも

のの、教育介入群では、三つのリスク要因とも、対照群に比べて有意により良くコントロールされた。

地域を基盤とした大規模な介入研究である North Karelia 研究⁵⁾では、血圧、コレステロールのコントロールと喫煙を制御して七年間追跡し、教育介入を行なった地域では、冠動脈心疾患の死亡率が対照地域に比べて有意に低下している。

このように、健康づくりにおける人々の役割が大きく、健康習慣が将来の健康度に寄与しうる可能性があることが示唆されている。

2. 健康習慣の実態

健康習慣が将来の健康度に関連するという視点でみると、健康習慣の実態も健康指標の一つである。わが国での健康志向行動の実態を健康づくり意識調査⁶⁾によってみると、健康志向意識は強いものの、実行している内容は、快食、快眠、快便が多く、より積極的な健康づくりとしての、運動、禁煙、アルコール制限は今後の課題となっている。

3. 健康づくりにおける公的責任

最近の全米実態調査⁷⁾によると、社会経済的に不利な階層での生活習慣の好ましくないことが示されている。Haan ら⁸⁾は、貧困と不健康との関連を九年間追跡した結果、生活様式以上に社会環境が不健康への寄与因子として重要であることを指摘している。この研究結果は、疾病を予防していくためには、好ましい生活習慣を守っていくべきであるとする疾病予防の自己責任に期待する考え方に加えて、個人レベルでは対処しにくい社会環境を整備していくこと（0次予防と呼ばれる）の重要性を示唆していると言えよう。

高齢者の研究では、生活満足度が、退職後にパートタイムの労働をする群で高い⁹⁾と言う。また、友人と経済的に比較した場合の経済的なゆとりと高齢者の生活満足度は関連¹⁰⁾している。これらの研究報告は、就労機会の確保や所得保障における公的責任の重要性を示している。

Ⅲ QOL の向上をめざすアメリカ政府の健康政策

いま先進諸国では、人口の高齢化、疾病構造の慢性退行性疾患への変化などを背景として医療費の増大が重視されている。わが国でも1985年度には国民総医療費が16兆円に達しており、医療費の増加や新しい健康問題の解決にむけたアプローチが求められている。ここでは、疾病予防にはたす人々の役割を重視し、QOL の向上をめざす健康政策の事例として、アメリカでの健康政策を、1979年以降報告されている“Healthy People”（健康な人々）に関する一連の報告書^{11)~18)}によって見てみたい。

既に1979年に総合的な健康政策の戦略が示され、その後1980年には目標を設定し、さらに、1983年には具体的な実施計画を示している。

この健康政策の第一の特徴は、アメリカ人の健康をより向上させるための方法として、単に医療サービスを拡大し医療費を増大させるだけではなく、疾病の予防や健康増進をめざした政策の必要性を科学的に示したことである。つまり新しい健康政策の基調として、最近では疾病の予防方法が確立し、慢性退行性疾患は予防可能であることを示している。疾病予防を重視する健康政策を打ち出した、科学的な根拠を表3に示す。

第10位までの死亡について、その原因を検討した試算によると「保健医療（Health Care）システムの不適切さ」が死亡原因の10%に寄与し、「不健康な生活習慣ないし行動様式」は同様に50%であるという。健康を守るための具体的な行動様式として、禁煙、アルコール摂取量の低下、過剰のカロリー、脂肪、食塩、糖質のそれぞれの減少、適度な運動、健康診査（性・年齢に対応し

表3 死亡原因に寄与する4つの要素とその寄与割合

A. 保健医療（Health Care）システムの不適切さ	10%
B. 不健康な生活習慣ないし行動様式	50%
C. 環境要因	20%
D. 人間遺伝学的要因	20%

表4 アメリカにおける1990年までの健康づくり達成目標(健康指標)

-
1. 乳児の死亡率を約35%減少させる。
 2. 1歳より14歳までの子供の死亡率を20%減少させ10万人あたり34人以下とする。
 3. 若者(24歳まで)の死亡率を10万人対93人まで約20%減少させる。
 4. 25~64歳の死亡率を25%減少させる。
 5. 65歳以上では病気の日を20%減少させ健康増進を促す。
-

た受診間隔で)そして、自動車のスピード制限を守りシートベルトをしめるという六項目が示されている。さらに疾病予防や健康増進が強調される三つの理由を次のように述べている。すなわち予防は 1. 命を救い, 2. 生命の質(Quality of Life)を向上させ, さらに 3. 長期的には財政を節約するという。

報告書の第二の特徴点は、1990年までの健康づくり達成目標が具体的に設定されていることである(表4)。アメリカのがんセンターの報告¹⁴⁾でも、2000年までに癌死亡率を50%以下にする目標を設定している。つまり、食事や禁煙によって約23%、健康診査によって3%、治療によって26%の癌死亡率を低下させる計画である。わが国でも、公衆衛生審議会答申において、今後10年間にがん死亡率の30%、循環器疾患の死亡率を半減させる目標が設定¹⁵⁾されている。

高血圧対策の個別目標では、高血圧者を健康管理する割合を60%以上にあげること、リスク要因では、1日の食塩摂取制限を3-6gとすること、知識レベルでは、心疾患や脳卒中の主要原因として、高血圧、高コレステロール血症、喫煙が指摘できるようにすることなどを示している。1986年の調査報告¹⁶⁾では、高血圧者の健康管理を受けている割合が3分の2以上であることや、知識レベルでは、90%以上の人が高血圧を心疾患の主要要因と認知していることが明らかになっている。

この新しい健康政策を、Rolenz¹⁷⁾は、「この政策は公衆衛生の革命である」と述べている。健康指標を明示しつつ評価計画を含めて政策を立案していく点は、今後の新しい公衆衛生活動を展望する上で示唆に富む報告である。

IV 健康資源の開発

健康づくりにおける家族の役割が重視されているが、吉川¹⁸⁾らは、両親とその子供の血圧に類似性が認められることを報告している。さらに、渡辺ら¹⁹⁾は、兄弟姉妹間に食餌の嗜好に類似性がみられることを確認している。WHOの報告²⁰⁾では、学校での健康教育が、家庭そして、地域の健康づくりに貢献していることを紹介している。筆者²¹⁾は、健康づくりにおける、自己、家庭、そして地域レベルでの一般の人々の役割も資源として位置づけ、かつこの資源を開発、再生産する投資的な視点を考慮に入れて、新しい「健康資源」の概念化を試みている。

今後の健康政策では、健康度を向上させる人々の活動レベルを健康寄与指標として開発し、その具体的活動を、自己、家庭、そして地域レベルでの主体的な参加を基盤として、地域の特性に対応しつつ推進していくことが求められていくであろう。

V まとめ

1. 0次予防の推進

疾病を予防していくためには、好ましい生活習慣を守っていくべきであるとする視点つまり、疾病予防を自己責任に期待する考え方に加えて、個人レベルでは対処しにくい社会環境を整備していくこと（0次予防）の公的責任が重要である。つまり、私達の Life Style は、家庭を中心に学校や保健医療社会環境に大きく依存していることから、好ましい健康習慣が形成されやすいように社会環境を整備していくことが求められている。今後の公衆衛生活動において、これら0次予防の課題を、個人、集団、政策レベルにわけて検討しなくてはならない。なぜなら、疾病の一次予防の視点だけでは、疾病の自己責任がひ

とり歩きしてしまう可能性があるからである。よって、健康に寄与し得る環境指標が開発される必要があろう。

2. 健康政策の展望

健康は、感染症中心の時代とは異なって、他者から一方的に与えられるものではなく、家族を中心に学校や保健医療社会といった幅広い支援をバックにして、私達が主体的に、共同で継続的につくっていくものと考えられる。

健康政策を考える場合、疾病の予防を、個々人の最終目的とするよりも、自己実現や満足度を含んだ高次の健康のための手段として位置づけ、個々人の意思決定を重視する考え方が、人々に受け入れやすいであろう。よって、公衆衛生の課題を、各病気の減少化のみにおくよりも、いかにして生き生きと長寿を全うするかにおきたいと考える。なぜなら、いずれは誰でもが、加齢現象としての、癌、動脈硬化、高血圧に罹患し、死を迎えていくからである。

これまでの公衆衛生活動は、ややもすると専門家主導型でかつ他者依存型で実践されがちであった。健康問題の解決には、個々人の主体的参加と、その役割が重要であることが認識されている。しかし、これらは考え方であり、これを実証的に追試、検証しながら継続的に発展させ方法論として体系化していくことが重要であろう。

文 献

- 1) Berkman, I. f., and L. Breslow : Health and Way of Living, Oxford University Press, 1983.
- 2) Kenneth E. Powell. et all. : Physical Activity and Incidence of Coronary Heart disease, Annual Review of Public Health, 8 : 253-287, 1987.
- 3) Rose Stamler MA. et all. : Nutritional Therapy for High Blood, JAMA (日本語版9). 32-40, 1987.
- 4) Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. : Multiple Risk Factor Intervention Trial, J. A. M. A., 1465-1477, 1982.
- 5) Puska, P. et all. : Ten Years of the North Karelia Project ; Results with Community Based Prevention of Coronary Heart Disease, Scandinavian Journal of Social Medicine, 11 (3) : 65-68, 1983.

- 6) 森本兼曩他：健康意識と行動(1)面接による全国調査結果の解析，公衆衛生，50：628-636，1986.
 - 7) Charlotte A. Schoenborn：Health Habits of U. S. adults, 1985 the “Alameda 7” Revised, Public Health Report. 101(6) 571-580, 1986.
 - 8) Mary Haan, George A., Kaplan, and Tery Camacho：Poverty and Health, Am. J. Epidemiology, 125：988-98, 1987.
 - 9) Soumerai, S. B., Avorn, J.：Perceived Health, Life Satisfaction, and Activity in Urban Eldely；A Controlled Study of the Impact of Part-Time Work, Journal of Gerontology, 38(3)：356-362, 1983.
 - 10) Usui, W. M., Keil, T. J., Dring, K. R.：Socioeconomic Comparision and Life Satisfaction of Elderly Adults, Journal of Gerontology, 40(1)：110-114, 1985.
 - 11) The Surgeon General Report on Health Promotion and Disease Prevention, USA DHEW/PHS, 1979.
 - 12) Public Health Service Implementation Plans for Attaining the Objectives for the Nation, 1980.
 - 13) Promoting Health/Preventing Disease：Public Health Service Implementation Plans for Attaining the Objectives for the Nation, 1983.
 - 14) Greenwald P., Sondik, E.：Diet and Chemoprevention, in NCI’s research Strategy to Achieve National Cancer Control Objectives, Ann. Rev. Public Health：267-91, 1986.
 - 15) 衛生行政大要（13版），p. 152, 日本公衆衛生協会, 1986.
 - 16) Edward J. Roccella et al：Hypertension；Knowledge, Attitudes and Behavior, 1985 NHIS Findings, Public Health Reports, (101) 6：599-606, 1986.
 - 17) Lorenz:Strategies for Public Health, Van Nostrand Reinhold, p. 1-2, 1981.
 - 18) 吉川賢太郎，他：中学生とその両親の血圧に関する研究，日本衛生学会誌，42(1)：315, 1987.
 - 19) 渡辺能行：兄弟，姉妹間における食習慣の類似性に関する研究, 日本衛生学会誌, 42(1)：234, 1987.
 - 20) P. Saminathan, et al：Health Messages for Adults-from their Children, World Health Forum, 7：191-193, 1986.
 - 21) 星旦二，他：健康資源の概念化の試みについて，日本健康科学学会第3回学術大会講演集：51, 1987.
-