

服部真理事の (金沢市・産業医療科)

新シリーズ 公衆衛生



はじめに 理事 服部 真 (金沢市・産業医療科)

石川県保険医協会は、これまで「薬害」「ハンセン病」「戦争中の人体実験」「感染症」など医療と人権の問題、「アスベスト」「ワーキングプア」など環境や労働と健康の問題など、重要な社会的健康問題を取り上げ、専門家を交えて議論してきました。そしてこのたび、日本の医療問題について、公衆衛生という視点で概観してみようという提案がありました。

外部の専門家に依頼することも考えましたが、これまで同様、保険医である理事や会員自身ができる範囲で勉強し、批判を覚悟で持論を展開し合うことに意義があるということになりました。読者の皆さま方には、一つのたたき台として議論に参加いただければ幸いです。

私は1980年代に国立公衆衛生院(現在の保健医療科学院)で公衆衛生全般と疫学について学びましたが、その後は主に労働衛生の仕事をしてきましたので、その分野の記述が増えることをご了承ください。

■シリーズの構成

公衆衛生全般といってもすべてを網羅することは考えず、以下のようなテーマを考えています。概ね1年間程度の連載を予定していますが、途中で追加や変更があると思います。

- 公衆衛生と現代の健康観
- 日本人の寿命の推移
- 自殺増加のインパクト
- 健康の社会的要因
- 多重危険要因とメタボリック症候群
- 労働関連疾患
- 環境関連疾患
- 薬害・医源病・医療事故
- 戦争の影響

■コラム

公衆衛生の理解に必要な用語の簡単な解説をコラムとして書いていきます。

公衆衛生と現代の健康観

1 公衆衛生は HEALTH for ALL

ウインスロウ (C.E.A. Winslow: WHO) による公衆衛生の定義(一九四九)は「共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康

と能率の増進をはかる科学・技術である」です。医学の一分野ではなく、環境保健、疾病予防、健康教育、健康管理、衛生行政、医療制度、社会保障などを含む応用科学であり、政策立案や実践のための技術です。

日本国憲法第二十五条でも、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と記載され、公衆衛生は医療を内包する広い概念であること、その向上・増進

は国の義務であることを規定しています。公衆 (public) とは「すべての人々」という意味で、老若男女、人種や国籍、職業や貧富の差無く、一人残らず対象にするという極めて民主主義的な点も大きな特徴です。公衆衛生が目指すものはWHO(世界保健機関)のHEALTH for ALLと同じ、集団全体の健康です。まず、健康についての考え方や、その指標について整理しておきましょう。

2 生死と余命(寿命)

死亡率は健康を生と死の二値変数(コラ

M)で表したものが元になっており、健康指標の基本で、なおかつ、最も信頼性が高い指標です。開発途上国では今でも正確でない場合があります。先進国でもホームレスや不法入国者が増えると怪しくなりますが、他の健康指標に比べればはるかに信頼性が高い客観的指標です。

ここから平均余命(コラム2)

や乳児死亡率など重要な公衆衛生指標が計算され、公衆衛生的な問題の評価や対策立案に大きな力を発揮します。しかし、この指標は死に至らない病気や問題に対しては無効です。

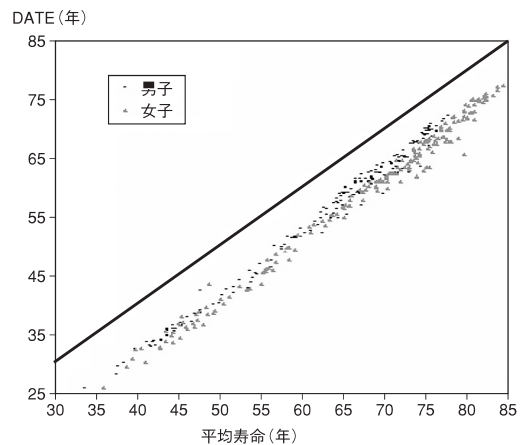
3 健康余命(寿命)

寝たきりなど介護を要する状態になってしまえばwell-beingとはいえないのではないかとすることで、生と死の間の障がい状態を考慮した余命が健康余命です。障がい状態の方の人権侵害だという批判もありますが、健康を生死だけでなく、もう少し連続的な状態として把握し、指標にしようという方法としては意味があります。

WHOが二〇〇〇年に発表した六十五歳健康余命は、障がいの程度によって重み付けをした障害調整健康余命です(コラム2)。

一九九九年のゼロ歳時の障害調整健康余命と従来の余命との相関を見ると(図1)、

図1 出生時の性別平均寿命と障害調整平均寿命(DATE). 191カ国、1999年



出典:保健政策の証拠に関する世界事業ワーキングペーパーNo.16 WHO 2000年6月

男女とも強い相関を示します。世界一は日本で七十四・五歳、以下オーストラリア、フランス、スウェーデンと平均余命の上位国が続きます。最下位はシエラレオネの二十五・九歳です。

障害調整健康余命は従来の余命との相関があまりに強いため、健康余命の独自の意義が少なく、有障害期間/余命など他の指標がさまざま提案されていますが、一般的に使用されるに至っていません。

4 WHOの健康の定義と最近の議論

WHOは、一九四八年にその憲章前文の中で、「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」と定義し、「健康とは完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」(昭和二十六年官報)と訳されていま

コラム① 連続変数とカテゴリ変数

連続変数は数量で表される変数で、高さや重さのように比に意味がある(20kgは10kgの2倍重い)比例尺度とセ氏温度のように比に意味はない(20℃は10℃の2倍の熱量とはいえない)けど差には意味がある(20℃と10℃の熱量の差は90℃と80℃の差と同じ)間隔尺度があります。

一方、カテゴリ変数は性別や人種など記号や名詞で表すことができる名義尺度です。大中小や10歳代20歳代などのように名義尺度だけど、順序がある場合を順序尺度といいます。男を1、女を2とする場合がありますが、それは単なる記号であり、男がAで女が◎でもかまいません。

どの種類の変数かによってその後の解析方法が違ってきますので、データを集めるとき、連続変数として集めるか、カテゴリ変数として集めるかに注意する必要があります。連続変数として集めたものは、簡単に順序尺度に変換できますが、カテゴリ変数を連続変数として解析するには数量化という特殊な方法が必要で解析が煩雑になります。

ただし、男女や生死のように2分化できるカテゴリは2値変数で、0か1の数量として扱うことができます。また、年齢階級のような5つ以上の順序尺度はそのまま10,20,30,...という連続変数として扱える場合もあります。

コラム② 平均余命(Life Expectancy; LE)と障害調整平均余命(Disabilities Adjusted Life Expectancy; DALE)

死亡状況が今後現在のまま変化しないと仮定したときに、各年齢の者が平均してあと何年生きられるかという期待値を平均余命といいます。日本では男女別に各年齢の死亡件数と7月1日現在の人口(中央人口)を基に計算されており、その値は現実の年齢構造には左右されず、死亡状況のみを表しています。0歳時の平均余命を平均寿命と呼び、国や地域の健康状態を示す最も基本的な指標です。

一方、障害調整平均余命は生存の中でも非健康状態にある人口に一定の重み付け値を乗ずることにより「完全な健康」に換算して(たとえばある障害の時は生存期間に0.5をかける)、計算した健康余命の一種です。

(http://hcc.uhwh.ac.jp/siryuu/13_0928.pdf)

上記の定義に対しては、制定直後からあまりに理想的である、一度病気が社会的に不利な状態になるともう健康ではないのか、などの批判が出ていました。

一九九九年のWHO総会で「Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」とする改訂の提案がされました。

spiritualは人間の尊厳の確保やQOL(Quality of Life)のために必要で本質的なもので、dynamicは健康と疾病は別個のものではなく連続したものと説明されています。dynamicについては特に異論が出ませんでした。spiritualについてはイスラム圏が支持したものの全体の合意を得ることができず、改正はされませんでした。健康概念も文化や宗教の影響を強く受けるという象徴的出来事です。

いずれにしても健康は総合的多面的な概念です。

QOL

QOLは活動性、身体状況、精神・心理状態、社会性などを測定しており、WHOの定義を尺度化したものといえます。しかし、尺度化する方法にはさまざまなものが用いられており、どの情報をとれだけの重みをつけて点数化するかによって示すものが変わります。

代表的なものにEuroQOL, SF-36があります。ALS患者のように自力で動けず、進行して人工呼吸器の助けを借りる状態になると、いくら人生の満足度が高くても社会的に活発に活動していても、低い点数となってしまいます。

Social and Spiritualを重視した尺度として、SEIQOLなどの指標が提案されています。SEIQOLではQOLは人生の自己満足度であり、「自分の人生において、大事に思っている領域や分野がうまくいったり満足していること」と定義されています(中島孝・川口由美子「QOLと緩和ケアの奮闘」『現代思想』二〇〇八年vol.33青土社)。

5

6

国民幸福度と人間活用指数

ブータンのワンチュク元国王は、約30年前に、単なる開発ではなく少しでも「幸せ」を増加させることを国家の使命とすべきとして、「国民総幸福量」(GNH-Gross National Happiness)の概念を提唱しました。ブータンは現在王政から立憲君主制に移行するとともに、GNHを数値化する作業を行っています。その結果、国民の幸福度を低下させる最大の要因が貧困であると

して、貧困対策を国の重点課題としました。英国レスター大学の国民幸福度調査(独自の方法)ではデンマーク、スイス、オーストリアがベスト三でブータンも八位でしたが、日本は九十位と世界の中心で、韓国や中国よりも下位でした。

また、より客観的な指標で、ノーベル経済学賞を受賞したインドのセン教授が提唱した人間活用指数(HDI)を国連開発計画が毎年発表しています。HDIは、「一人当たりのGDP」、「平均寿命」、「教育」という三つの指標の合成指数です。二〇〇四年ではノルウェー、アイスランド、オーストラリアがベスト三で、日本も七位で、指標の定義からGDPが高く、平均寿命の長い国が上位を占めています。

7

自覚的健康感と寿命、死亡率

QOLや幸福度では自覚的な健康感が重視されていますが、疾病やその他の要因の客観的なデータが同じであっても、自覚的健康感に差があれば生命予後にも差が出るということが明らかになってきました。

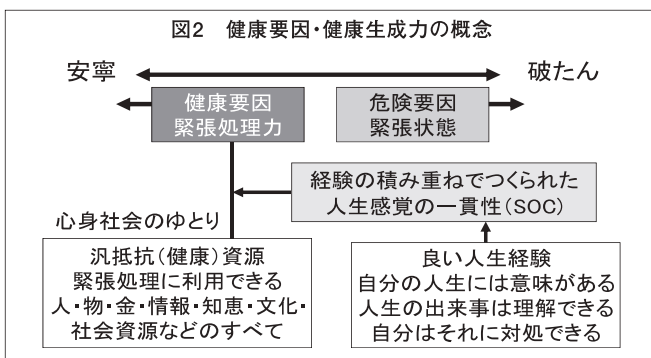
自覚的健康感と死亡率の関連に関するレビュー(三徳ら、川崎医療福祉学会誌、二〇〇六年)によると、自覚的健康感の低い者のその後の生存率が低いことが多数の研究で確認され、特に、心血管疾患やがんによる死亡が有意に増えることとされています。

また、自覚的健康度の低さには個人所得の低さやソーシャルサポートの低下が関連していることが分かっています。

8

SOCと健康要因

近年、健康を考える際には健康を脅かす危険要因だけでなく、健康を守る健康要因



を重視すべきという考えが広まっています。健康要因にはアントノフスキーのストレス対処能力SOC(Sense of Coherence)や山崎らの健康生成力があります。

それらは自己や生活の中の出来事について、それはある意味で把握かつ処理可能であり、首尾一貫したものであるという感覚です。また、ストレスに対処するために地域の健康資源(人、物、金、情報、制度など)をうまく動員し活用する力です。その力を育てるためには地域の健康資源を豊かにし、アクセスしやすくすること、健康資源を活用してストレスを乗り切る成功体験を積み重ねることが大切です(図2)。

一人残らず、すべての人々の健康を守ることが公衆衛生の目的で、社会的健康を含む人として、あるべきよい状態を守る科学や技術であることを理解していただければ幸いです。

◇ 次回は、平均寿命の比較や推移から、日本人の健康について考えてみたいと思います。