

生涯にわたる健康の保持増進活動の 体系化をめざして

平成10年3月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

生涯にあたる健康の保持増進活動の 体系化をめざして

平成10年3月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

まえがき

健康投資プロジェクト委員会は、平成9年度に日本医師会総合政策研究機構（日医総研）の研究活動の一環として日本医師会に設置された。

委員会は平成9年9月18日の第1回以降、6回の委員会を開催して、国民の生涯にわたる健康の保持増進に関わる重要な諸問題を検討し、新たな保健医療活動の展開に向けて理論構成を行うとともに、その方向性について検討を進めた。

この度、委員会は、健康投資という考え方に立って、報告書「生涯にわたる健康の保持増進活動の体系化をめざして」をまとめ、そのなかで健康基本法の制定ならびに健康投資としての日常診療の意義を内容とする2つの提言を行った。

21世紀の少子高齢社会を目前にして、本報告書が新しい時代における国民保健医療の充実進展の推進力になることを念願してやまない。

最後に委員会の議論に精力的に参加し、各担当項目について意見を提出された小林・高田両特別委員をはじめとする委員各位、またとくに報告書作成に際してまとめ役の労を取られた吉田勝美委員に感謝の念を表する次第である。

平成10年3月

健康投資プロジェクト委員会

委員長 小 泉 明

健康投資プロジェクト委員会委員

特別委員 委員長	小 泉 明	産業医科大学学長
特別委員	小 林 登	国立小児病院名誉院長 東京大学名誉教授
特別委員	高 田 勲	中央労働災害防止協会労働衛生検査センター所長 北里大学名誉教授
委 員	相 澤 好 治	北里大学医学部衛生学・公衆衛生学教授
委 員	五十嵐 正 紘	自治医科大学地域医療学教授
委 員	大久保 利 晃	産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学 教室教授
委 員	杉 田 肇	大分県医師会副会長
委 員	武 見 敬 三	日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員 東海大学 平和戦略国際研究所教授
委 員	中 川 俊 男	北海道医師会常任理事
委 員	松 井 一 郎	横浜市港北区保健所所長
委 員	森 本 兼 曩	大阪大学医学部環境医学教室教授
委 員	吉 田 勝 美	聖マリアンナ医科大学予防医学教室主任教授

委員：五十音順

目次

1. はじめに	1
2. 現状の問題分析	2
(1) 健康支援システムの現状	
(2) 健康の多面的価値	
(3) 健康支援と倫理	
(4) 健康支援に関わる社会資源の偏在等	
(5) 健康支援活動に関して必要な実証性	
(6) 健康診断の再検討	
3. 包括的健康増進活動の必要性	9
(1) 疾病発見から健康増進へ	
(2) 心の健康と教育	
(3) 生涯にわたる健康の生活史	
(4) 環境評価	
4. 健康投資の概念と施策の展開	13
(1) 投資の概念	
(2) 資源配分	
(3) 健康増進を推進する技術の開発	
(4) 健康投資の評価	
(5) 各国の健康支援マネジメントシステム	
(6) 健康評価技法の開発	
5. 提言	19
(1) 健康基本法の制定	
(2) 健康投資としての日常診療の意義	
6. おわりに	20
7. 用語解説	21
8. 参考資料	23

1. はじめに

医学・医療の歴史を振り返ると、自覚症状をもち健康と生命に不安を抱く人びとの求めに応じ、医師が専ら診療を通じてその解決に当った段階から、結核、高血圧症など主として慢性の感染性および非感染性疾患にみられるように、疾病に対する自覚が欠如または希薄な状況に対して医師の側から働きかけ、疾病を早期に発見し早期に治療する方式がこれに加わった段階、さらに健康増進を主軸として、いま生活習慣病の発症予防と生きることの喜びを追求する段階に進展した。

予防医学では疾病の発症を未然に防ぐ方式を一次予防と呼び、それぞれの疾病の早期発見・早期治療を主眼とする方式を二次予防と呼んで、両者の相違を強調している。健康増進がこの一次予防を包括して国民の健康資質向上を目指すものであることは明らかであり、新たに健康投資の概念に基づく保健・医療活動の展開が強く求められる。

本プロジェクト委員会の第一回の審議に先立ち、坪井栄孝会長が挨拶の中で述べられたように、健康投資の考え方は医療提供体制の構築と医療保険制度の抜本的改革を強調して日本医師会が提案した医療構造改革構想に示されている「生涯にわたる保健事業の体系化」の基本理念となるものである。

本委員会はこの視点に立ち、国民の保健医療をめぐる重要な諸問題を包括的に検討し、活動の展開に向けての理論構築を行うとともに、保健医療活動の方向性を明示することを目的として審議を重ねた。

2. 現状の問題分析

本プロジェクト委員会は、先ず従来のが国の保健医療政策上の問題点を明らかにし分析検討を行った。

(1) 健康支援システムの現状

A) 生涯健康管理の未整備

近年、わが国では疾病構造が変化しており、早期発見・早期治療を主体とした二次予防のみでは増加している生活習慣病への対応は不可能と考えられる。生活習慣病に対しては、疾病の自然史を十分に理解して健康増進を図り、生きることの喜びを追求する観点から取り組む必要がある。

さらに、わが国の保健医療施策は、厚生省、文部省、労働省の縦割行政によっており、国民の健康がライフステージで輪切りにして管理されている状況であり、生涯健康管理の観点から健康投資の概念に基づいた抜本的な検討を要する時期にある。

B) 保健医療施策に関する目的の欠如

わが国の健康保険事業は、罹患疾病の治療を目的としており、予防活動には一部資金を投入しているに過ぎない。さらに、その使用目的が明確でなく、予防医学活動として効果を上げているとはいえない。

法体系に関しても、整合性が取れているとはいえず、労働安全衛生法と老人保健法を例に取り上げても、関連法規間の一貫性が望まれるところである。

C) 複雑な医療保険制度

わが国の国民皆保険制度は、少ない負担で高度の医療を国民に提供することにおいて優れた制度である。しかし、国民健康保険と被用者保険（組合管

掌・政府管掌、共済組合等)など保険制度が複雑に共存することなどの問題点が指摘されている。また保険財政の収支状況により、給付水準が異なるといった複雑な状況が存在する。

(2) 健康の多面的価値

A) 健康状況の把握

国民の健康状況は、疾病の診断のみでは把握できない。

国民の健康把握には、疾病による負荷の評価のみでなく、個人毎に潜在的に有する健康資質の評価が必要である。すなわち個人の健康資質を評価することで、健康増進を推進するための適切な健康情報として還元することが望まれる。

B) 健康や寿命に対する価値観の多様性

健康増進を推進する上で、健康や寿命に対する個人の価値観は生活習慣の改善を含め、健康の保持と増進に重要な役割を持っている。近年、個人の価値観が多様化してきており、心身両面での健康感を把握する必要がある。この際、保健医療職は対象者の価値観の多様性を十分把握して健康増進を支援する必要がある。

(3) 健康支援と倫理

患者と医師の関係については、受診時点で医療提供に関する契約関係が成立すると考えられる。

健康増進についても、受益者との契約関係について以下の点に留意し国民の間での十分なコンセンサスが形成されるべきである。

A) 保健医療データの守秘性

近年、医療におけるプライバシーの保護に関心が高まっている。元来、医

療従事者に対しては、刑法による守秘義務が課されている。

一方、健康管理上の措置が個人の社会的な評価に影響を与えることが知られており、対象者の社会的活動を阻害しないように注意すべきである。

さらに、健康増進活動には従来の医療従事職以外の職種が関与することになり、保健医療データの取り扱いについて十分な検討が必要である。

B) 健康についての倫理上の課題

健康に関する倫理上の問題点として、健康投資の責任者が誰であるかについての社会的な合意形成が必要である。すなわち、健康投資を行う上での実施主体を明らかにしておくことが望まれる。

しかしながら、健康に関する倫理の形成には、健康に対する価値観に依存するところが多く、その意味で新しい倫理体系を確立しなければならない。

(4) 健康支援に関わる社会資源の偏在等

A) 産業保健活動にみられる偏在性

就業者の健康管理体制には、企業規模による偏在が存在している。その1例として従業員規模が50人未満の事業場においては、産業医の選任義務がないという状況がある。

重層下請に基づく企業の垂直構造に依存した就業形態が依然として存続している反面、派遣労働者数の増加という、新たな偏在を生む雇用形態が生まれている。今後終身雇用制の崩壊が予見されており、従来の雇用環境が大いに変化することも予想される。

先端産業では、従来にない化学物質・物理環境に従業員が曝されることがあり、新たな健康障害が発生する可能性がある。また、就業形態の多様化に伴い心身ともに新たな健康負担が引き起こされる可能性がある。大都市集中から地方都市への企業の分散移転が進行しており、従来にない職住環境が展開されている。

B) 地域医療資源にみられる偏在性

医療資源には地域間格差が存在しており、人、物、金、医療技術、情報、時間が偏在している。人については、診療所医療関係者の高齢化も深刻である。包括的健康管理を進めるために必要とされる医療資源を適切に配置することが求められる。

医療資源偏在解消策の一つとして、情報ネット、交通手段による連携の強化を図ることが必要と考えられ、そのためのインフラストラクチャーの整備が望まれる。

C) 母子保健と学校保健の非連続性

それぞれが厚生省と文部省の所管で独立して行われているが、母子保健と学校保健については、乳幼児、児童、生徒、学生期の健康管理を一貫して取り扱うことが望まれる。

成長期の健康管理を効率的に行うには、家庭での健康的な生活習慣の形成が必要であり、小児と家族を一体化した保健施策を確立することが望まれる。

(5) 健康支援活動に関して必要な実証性

これまでの健康管理手法は、治療を目的とした臨床医学を基礎に実証の積み重ねの上で確立されてきた。したがって、健康増進の観点からみた有効性については実証的研究がこれまで必ずしも十分とは言えない。

健康増進活動を評価するには、個人単位に時間軸に沿った継続的データによる評価が必要である。また疾病自然史が十分明らかにされていないものについての評価は慎重でなければならない。

(6) 健康診断の再検討

わが国では、結核健診を契機に健診が予防医学手法として定着してきた。結核健診では、死亡率の低下や休業期間の短縮などの効果を明らかにしてき

た。

しかし健康診断（健診）一般については、その効果をめぐっての客観的な評価がそのすべてについて必ずしも十分とはいえない。

今後は、健診の有効性や経済性を実証に基づいて明らかにしていく必要がある。

A) 健診の目的

a. 対象者の設定

健診の実施段階では、健診の評価を十分に行うとともに、健診対象者の選定を明確な根拠に基づいて行い、実施責任についても明らかにしておかなければならない。特に、個人の持つ健康危険を的確に判断するとともに、効果が期待される方法を個人が選択するという手法も確立されることが期待される。

b. 健診項目

健診の中心的手法であるスクリーニングテストでは当該疾病の有病率によりその有効性が左右される。有病率が低いときは、同じ鋭敏度（疾病を有する者において検査が陽性になる率）、特異度（健康者において検査が陰性になる率）の検査であっても、陽性的中率（検査陽性者中の有病者の率）が低下する。

したがって、健診を計画するにあたって、有病率を考慮して健診項目を選ぶことが必要である。

c. 検診と健診の比較

従来の「検診」は、個別疾病を発見するスクリーニングを目的としたが、これからは健康度を評価するという意味での「健診」としての手法の開発が望まれる。

B) 健診に対する評価

a. わが国の健診事業についての問題点

健診事業の問題点には、

健診毎に連携なく実施されること

年齢、所属による実施主体の違い

健診情報と医療情報が乖離して一元管理ができないこと

事後措置体制の不備と競合

等が指摘される。

健診は、保健医療事業の中で単独に実施されるのでは十分な効果を上げることが難しく、上記のような問題点を解決して、包括的保健医療事業の一環として実施されることが期待される。

b. 妊婦および乳幼児健診の評価

母子保健行政の妊婦および乳幼児健診は母性の保護と乳幼児の健全育成を目的としている。母体の健康は胎児の正常な発育の基盤であり、出生後の各発達時点での健診は小児の成長・発達の支援に重要である。これらの健診は地域内の病院・診療所と密な連携の上で行う必要があり、地域の包括的な発達支援体制を確立し、学校保健に繋ぐ必要がある。

c. 学校健診の評価

学校健診の目的では、対象児童生徒の成長・発達を適正に評価することにある。健康的な生活習慣を学習することは、発育過程において重要な課題であり、学校保健では、母子保健から思春期・青年期保健への一体化した健康支援体制を確立する必要がある。

特に、健康学習によって望ましい生活習慣を獲得することや生きる喜びの育成の重要性に関しての体験的な学習が望まれる。

d. 職域健診の評価

職域で実施される健診は、一般定期健診と有害業務に携わる労働者を対象にした特殊健診に分けられる。

近年、わが国での作業関連疾患が増加するにつれて、健診結果をもとにした事後指導をはじめとする包括的健康支援体制の重要性が認識されてきている。しかし、事後指導体制に関しても十分とはいえず、今後の体制の充実が望まれる。

e. 癌検診

悪性新生物に対して、いわゆる成人病健診や老人保健法の癌検診事業が行われている。癌検診の有用性を評価する際には、疫学的に以下の諸点に注意する必要がある。

lead-time bias（発生から死亡までの長さは変わらないが、検診で早期発見された時間分だけ予後が長く見える）

length bias（進行の遅い癌のみが検診で発見され易いので、検診で発見された癌はみかけ上予後が良く見える）

self-selection bias（検診を受診するものは、一般集団よりも健康に配慮している可能性がある）

これらのバイアスを避けて、検診の有用性を証明する調査方法として、無作為化比較対照試験が必要である。しかし、すでにスクリーニング技術として普及しているものについて、たとえ有効であっても倫理上の問題点はないか、また無効とわかっても続けて実施していることが倫理上問題ではないか、などの検討が必要である。

3. 包括的健康増進活動の必要性

(1) 疾病発見から健康増進へ

国民の健康資質を高めるための予防医学活動については、二次予防を重視した疾病発見のみで十分な成果を上げることは期待できない。そこで、疾病発見中心から一次予防の目的とする健康増進への転換を図る必要がある。

A) 生活習慣病

生活習慣病は、生活習慣の偏りが疾病の発症と進展に関与する疾患群であり、現在のわが国の疾病構造に照らして保健医療上の重要課題である。

生活習慣病に対する効果的な予防医学上のアプローチは、日常の健康度の向上を目指してより積極的に生活習慣を改善することであり、そのために受益者の実行可能でかつ動機を持たせる行動医学的対応の確立が望まれる。

B) 健康教育の重要性

国民の健康資本を増加させるためには、疾病発見から始まる保健医療だけでは十分とはいえない。そこでの保健医療構造上の問題点解決の切り札として、生活習慣の改善に焦点を合わせた健康教育に対して大きな期待がかけられる。

具体的な改善事業としては、

問題となる生活習慣が何であるかを指摘すること

生活習慣改善のための本人が実行可能なメニューを提示すること

本人の生き甲斐と生活習慣の変化をモニターして、経時的な指導をすること

等を通じて、本人のやる気を高揚させることが考えられる。

(2) 心の健康と教育

A) ソーシャルサポート

個人の健康を実現する上で、周辺社会からの支援体制を図ることが必要である。

生活習慣病および作業関連疾患対策を考える上で、個人の取り組みだけでは十分でなく、家庭、学校、地域、職域社会による支援体制が心身の健康管理上有用である。健康を実現する際、健康投資の場として家族や社会から健康を支援することが期待される。

特に、ストレスに対するメンタルヘルス面での健康増進には、ストレスマネジメント技法の開発とともに家族や社会からの支援が重要である。心の健康基盤の形成にとって重要な乳幼児期の子育てを支援することも必要であろう。

B) 自己実現の場としての家庭、学校、地域、職域

健康の成立にはそれを支える人的・物的な環境諸要因によるところが大きいが、人が社会の中で生きていく上での自己実現、特に他者の力になり役に立つことに生きる証を求める生き方が健康の要素として大きな意味を持つことも見逃せない。このような視点に立つとき、家庭、学校、地域、職域は自己実現の場として特記される。

なかでも保健教育を主軸とする学校保健は、将来の国民の健康資質を向上させる上での、健康投資の場として重要である。保健教育は、将来の健康生活を設計し自己の健康を確立するための知識を獲得し実践する教科として重視される。

(3) 生涯にわたる健康の生活史

A) 家族のライフサイクル、ライフステージ、ライフイベント

好ましい生活習慣の形成と健全な心の育成に際して、最小の社会単位であ

る家族単位での健康支援が望まれる。

近年わが国では、核家族、少子化、高齢化という家族をめぐる変化と家族構成を取り巻くライフサイクルの変化がみられ、ライフステージを異にする家族構成やさまざまなライフイベントに対しての新たな支援体制への取り組みが望まれる。

B) 遺伝・体質

疾病の発症に関与する要因として、環境以外に個体の感受性を理解することが、今後の健康管理の課題になると考えられる。そのために、受診者の遺伝・体質といった要因を分析して、健康評価の資料とすることも今後の検討に加えられよう。

遺伝・体質要因を考慮することは、個別性の高い健康管理を可能とさせる。個別性が理解されることによって、健康投資をより積極的に行うことが可能になる。

C) 地域集団の健康の生活史

健康評価においては、地域特異性を考慮して個人を取り巻く環境を検討することが必要である。集団毎の疾病特性を理解することは、疾病に関与する地域関連の環境要因を理解することになり、地域集団への支援施策を考える資料になる。

個人の健康資質の確保に繋がる活動の中には、集団としての評価と個人の価値観の乖離が認められる場合も想定されるので、健康投資には慎重な判断が必要である。

(4) 環境評価

健康を考える上で、個人を取り巻く環境諸要因を評価することが、好ましい生活環境を形成する上で重要である。

一方、ハード的環境を整備するだけでなく、人間関係、働き甲斐、自己実現の可能性などのソフト的な整備が必要とされ、快適生活社会を形成することになる。さらに、高齢者をはじめ社会的弱者に適合した社会環境を形成する上では、環境面での整備が望まれる。社会的弱者がバリアフリーの社会の中で快適に生活できるような地域社会や居住空間を形成することが望まれる。

4. 健康投資の概念と施策の展開

(1) 投資の概念

A) 投資の基礎概念

健康にかかる資本は、健康増進活動を実施しなければ、加齢とともに減少する。また疾病の発症により健康資本の減少は加速されるが、その減少を抑制するために健康保険の仕組みが用いられた。

今後の健康にかかる投資では、疾病発症前の健康な時期に健康資本をより高いレベルへと蓄積する健康増進活動を行い、投資機会に見合う健康資本を確保することが望まれる。

さらに、健康は資源配分や健康投資の内容によって決定されることが知られており、特に米国の National Bureau of Economic Research は、健康の生産効率に教育が強く影響することを示している。

最適な投資基準を設定する際には、外部経済の影響を考慮することが必要である。そこで、受益者には健康投資によってもたらされる投資目標を明示することで、投資に積極的なインセンティブを与える工夫が必要と考えられる。

B) 健康資本

健康資本を増大させる観点から、健康増進活動に取り組む際は、健康資本を定量的に評価する必要がある。この指標として、平均寿命、体力指標、生存率、職業に関する満足度、自己実現の度合、健診受診率、健康法実施率などが考えられる。

C) 投資機会

疾病負担が現れる前に、健康に投資することで健康資本を増大させ、疾病

負荷による健康資本の減少を少しでも抑えることが期待される。

疾病負荷による健康資本の損失部分に見合う貨幣価値を投資機会として健康増進に投資することが望まれる。そのためには、投資機会が同じであっても、健康資本が最も高く確保できるように、資源の最適配分に関する戦略的意思決定手法の確立が望まれる。これらとの関連で、日常的な診療の機会を含めて「かかりつけ医」の役割は大きい。

(2) 資源配分

A) 保健・医療・福祉に関わる組織間の有機的連携

人的資源の充実とともに、保健・医療・福祉に関わる機関（デイサービス施設、介護支援センター、健康保持増進サービス機関など）の機能分化と連携が必要である。

健康資質をより高めるために必要とされる健康支援組織を分析するとともに、供給する体制を整備することが必要である。

健康増進施設や社会福祉施設など、新たな施設の開発についても研究が必要である。

B) マンパワー

健康づくりには、保健医療関係職以外にも多職種の貢献が考えられる。

その中でも中心的役割を果たすことが期待されるのは、「かかりつけ医」の存在である。「かかりつけ医」には、健康増進レベルから従来の医療までの保健医療ニーズを適切に判断して、自らの実践とともに関係職種をコーディネートすることが期待される。

さらに、保健医療福祉関係者の養成と適正な配置計画も必要である。

(3) 健康増進を推進する技術の開発

A) 新たな検診技法

疾病構造が変化するに従い、予防医学が対象とする疾患も変化している。受益者側の健康ニーズが多様化するに従い、従来の健診項目だけで十分でなく、痴呆診断を含む脳ドックという健康負担を把握するための新たな戦略が必要である。

個人が持つ疾患関連遺伝子や免疫学的防禦力を測定することも包括的健康度評価に重要である。一方、精神的健康も現代社会において重要な評価側面であり、客観的かつ定量的な評価方法の確立が望まれる。

B) ライフスタイル診断

この目的は、偏ったライフスタイルが生活習慣病の発生に寄与している程度を定量的に評価することである。

手法としては、生活習慣毎に疾病罹患への寄与度を算出した係数を使用し、ライフスタイルの問題点を受益者に個別に明らかにすることである。この手法を応用することで、ライフスタイルの持つ健康価値の理解を通して個人の健康意識が向上するものと期待される。

C) コミュニティの Quality of life (QOL)

この目的は、個人毎に測定されたQOLを地域、職域、さらに国単位で分析することにより、施策決定の資料とすることにある。

手法としては、ライフステージ毎に、QOL向上に関連する要因を一定の基準で収集し、地域での個人属性毎に分析するものである。

D) 健康情報生涯管理

この目的は、現在の母子保健、学校保健、地域保健、職域保健、老人保健を一貫して健康支援する情報支援体制を確立することである。

この実現にあたり、ICカードを含めた健康情報の共有化が必要であり、共有化された健康情報は医療資源の有効利用に繋がることが期待される。

生涯健康データ管理のメリットとして、より適切な保健指導の展開、救急医療や急性増悪時の診断の効率化、重複検査の防止、医学研究への貢献などが考えられる。一方、検討課題として、プライバシーの保護、アクセス管理、記載事項や様式の統一、データ滅失に対する保護が残されている。

(4) 健康投資の評価

A) インセンティブ形成

健康資本を増加させるためには、投資機会を起こさせるインセンティブの形成が望まれる。投資による健康資本の増加や労働損失の減少が示されることは、積極的な健康投資活動を促すことになるので、健康投資によるメリットが対象者に明確に伝わるように工夫されるべきである。

B) 評価指標

健康資本を高める効果を客観的に理解する際、健康を適切に評価するための指標の開発が必要である。

疾病負担によってもたらされる健康資本の減少を評価する方法と、積極的に増加した健康資本を評価する方法が考えられる。

前者の健康負担を表す指標として、QALY（質的調整生存年）、QOL、DALY（障害調整生存年）が提案されている。

一方、健康年齢などの指標は、ポジティブな健康資本を定量的に評価する方法として提案される。

C) 健康年齢評価

健康年齢は、加齢の変化に影響を与える生活習慣の偏りの程度を定量的に評価することである。この考え方は、地域や職域といった集団にも応用可能であり、健康投資効果の定量的把握の一つとなる。

(5) 各国の健康支援マネジメントシステム

職域健康管理に対する世界的な流れの基本を理解することは、今後の労働安全衛生マネジメントを考える上で有用である。

英国での B S 8800、米国での V P P (Voluntary Protection Program, O S H A) は職域での健康管理の指針を与えている。

この考え方では、職域の潜在的危険の存在を自己評価するとともに、従来からの災害に対する評価基準を見直す必要性を指摘している。

米国では、政策に関する業務遂行性を評価する Government Performance and Results Act (1993) が制定されている。この法では、業績の測定方法を具体的な数値目標として示し、内容は年次遂行プランとそれに対する業績報告の事業から構成されている。

このように数値目標を明示して政策業績を導入することは、今後の保健福祉活動にとっても必要と思われる。

(6) 健康評価技法の開発

健康資本を評価する手法と指標の開発が必須である。健康投資活動に際しては、疾病負担を評価するだけでなく、投資活動によるポジティブな面を評価することも必要である。健康投資がもたらす効果を定量的に評価する方法を開発することが望まれる。

A) 総合的健康指標の開発

健康投資の効果を客観的に評価するには、健康資本を測定する手法の開発が望まれる。

従来の疾病診断のみではなく、健康危険度、ライフスタイル、遺伝情報を考慮して個人に貯えられている健康資本を質的・量的に把握する必要がある。

B) 受益側からの評価

健康は、受益者の多面的価値観によって決定されている。また、健康に対する投資機会の選択に関しても、受益者の価値観は大きな影響力を有している。

受益側の主体性を確保して自己決定権を尊重することが、健康の自己実現にとって必須である。

健康価値観を考慮に入れ、個人別に保健ニーズを分析することで、妥当性と再現性のある客観的な情報を受益者サイドに提供することが可能と考えられる。

5. 提 言

(1) 健康基本法の制定

わが国の健康資質を向上確保するには、国民の健康を人の生涯にわたって一貫して扱う健康基本法の制定が期待される。健康基本法は、国民の健康資質向上を図ることを理念として、既存の母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、老人保健法を包括して基本施策を規定するものである。これによって国民の健康資本が蓄積され、将来、国民の資源としての健康資本が増大することが期待される。

(2) 健康投資としての日常診療の意義

日常診療は、疾病負担による健康資本の減少を適切な治療により軽減することを主たる目的としてきた。これからは、疾病負担の軽減のみを目標とするのではなく、健康資本を増大させる予防医学を柱とした健康増進活動も日常診療活動の中で取り扱われるべきである。

6. おわりに

本プロジェクト委員会は、わが国の保健医療政策上の問題点として、包括化されていない非連続的な健康支援システム、健康の多面的価値に対する理解の不足、健康資源と倫理の課題、健康資源の偏在、健康支援活動での実証性の欠如などを取り上げて検討を加え、あわせて従来疾病予防活動の主軸とされてきた健康診断の再検討を行った。

本委員会は、今後の保健医療施策の目標として包括的健康増進活動の意義を強調し、疾病発見から健康増進への転換、心の健康と教育の重要性、生涯にわたる健康の生活史ならび環境の評価を取り上げて論じた。

検討主題である健康投資をめぐるっては、投資の概念、資源配分、健康増進の観点からの健康投資、健康投資の評価ならびに各国の健康支援マネジメントシステムについて論じ、健康評価技法の開発および健康投資の効果に関する研究の推進についてその必要性を強調した。

以上の論議を踏まえて、本報告書では健康基本法の制定ならびに健康投資としての日常診療の意義を内容とする2つの提言を行った。

21世紀を目前にして、本報告書が新しい時代の国民保健医療の充実進展にその推進力になることを念願してやまない。

7. 用語解説

健康増進

健康増進活動は、特定の疾病を予防するという消極的な意味ではなく、健康資質を包括的に確保・増進させることを目的にしたものである。保健教育、生活環境の改善などを含む。

一次予防

特異的な予防対策を指す。具体的には、予防接種、個人衛生、感染経路対策、病因の除去などを含む。

二次予防

早期診断・早期治療や重症化防止活動を指す。各種検診は、この二次予防に含まれる。

三次予防

再発防止や機能回復訓練と社会復帰を指す。疾病治癒後の再発防止管理、障害に対するリハビリテーションを含む。

かかりつけ医

最も受益者に頻回に接触する医師。その結果として、受益者の価値観や考え方を把握しており、継続的な医療の担い手である。

QOL (Quality of life)

QOLは、疾病負担による機能障害や能力障害を延命や死亡率を重視して評価するのではなく、生存の質として評価するものである。

健康投資

健康資質を向上させるための活動を指す。疾病特異的なものではなく、健康資本を高めることを目的にする。

B S 8800

B S 8800はB S I（英国規格協会、日本の工業規格に相当する）が、1996年5月に発表した労働安全衛生マネジメントシステムで、英国政府のH S E（英国安全衛生委員会）が1991年に発表したH S(G)65が基盤となっている。

V P P (Voluntary Protection Program, O S H A)

V P Pは、O S H A(米国労働省安全衛生庁)により1982年7月に導入された自主的安全衛生管理を勧奨するプログラムで、まず基準に適合するかどうかをO S H Aが審査し、適合事業所は定期監督対象リストから外すというもの。

8. 参考資料

- (1) 江見康一：人的投資としての保健投資，昭和41年版 国民医療年鑑，日本医師会編，春秋社，1966;31-40
- (2) 小泉 明：人間生存と生態学的秩序，武見太郎の人と学問，武見記念生存科学研究基金武見太郎記念論文集編集委員会（編），丸善：東京，1989；36-52
- (3) 高田 勗：健康管理の科学的評価への接近，産業医学ジャーナル，1987;10:4-13
- (4) Grossman M：The demand for health, Occasional paper 119, National Bureau of Economic Research, New York 1972
- (5) Breslow L, Somers AR：The lifetime health-monitoring program, A practical approach to preventive medicine. N Engl J Med, 1977;296:601-608
- (6) 森本兼曩：ライフスタイル環境と健康度との関連性にかかわる予防医学的研究，DMW, 1994;16:50-66

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第5号

非売品

生涯にわたる健康の保持増進活動の
体系化をめざして

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113 東京都文京区本駒込 2-28-16

日本医師会館内 ☎ 03 (3946) 2121 (代)

代表 坪井 栄 孝

平成10年3月 発行