

健康増進政策の成果と問題点

漆 博 雄
知 野 哲 朗

I はじめに

日本の平均寿命は昭和63年において男76歳，女81歳であり，日本は世界有数の長寿国である。また，人口構成は今後急速に高齢化していくことが予想されている。このような長寿化，人口の高齢化を背景にして，健康増進に力点を置いた政策の展開の必要性が指摘されるようになり，厚生省は昭和63年度から10年計画で第2次国民健康づくり対策を実施することになった。この第2次国民健康づくり対策は，80歳になっても身のまわりのことができ社会的参加もできるアクティブな老人をつくっていくための政策という意味で，「アクティブ80ヘルスプラン」と呼ばれている。

人生80年時代の健康問題の中心は，成人病対策である。「アクティブ80ヘルスプラン」には，成人病の予防という観点から運動を中心とした健康づくりに力点を置いているという特徴がある。本稿は，運動習慣の普及による健康増進政策を従来の予防対策と比較し，「アクティブ80ヘルスプラン」の成果と問題点について検討することを目的としている。この目的のために，Ⅱ節では，予防対策の推移を主に疾病構造との関係で概観し，「アクティブ80ヘルスプラン」の具体的な内容について説明する。Ⅲ節では，予防対策の効果を評価するためのフレームワークを提示し，このフレームワークにしたがって結核対策，がん対策，アクティブ80ヘルスプランの効果がどのような要因に依存するかを明らかにする。Ⅳ節では，予防サービスにたいして政策的に介入する根拠につい

て検討し，アクティブ80ヘルスプランの問題点を指摘する。

Ⅱ 予防対策の推移

1. 疾病構造の変化

ある特定の病態による死亡の危険を示す指標に死因別死亡率がある。死因別死亡率は，1年間の当該疾患による死亡数を人口で割ったものと定義される。死因別死亡率には，死亡原因の決定が困難であることなどの理由によっていろいろな誤差や限界があるといわれている。しかしながら，死因別死亡率によって明らかになる死因構造は，保健対策——特に予防対策の優先順位を決定する際の貴重な情報となると考えられる。

表1は，死因群別の人口10万対死亡率とその構成割合(%)の年次推移を示している。表1は死因を5つの死因群に分類しているが，5つの死因群は以下の通りである。すなわち，A群は細菌感染によるもの，B群は成人病，C群は妊産婦および乳児期の疾患，D群は外因死，E群はその他である。表1から，以下のことがわかる。第1に，総死亡率は昭和25年の1,087.6人から昭和62年の618.1人へと一貫して減少してきていることである。第2に，死因群別の死亡率をみると，B群成人病以外の死因群の死亡率は一貫して減少してきているのにたいして，B群成人病の死亡率は昭和25年から昭和40年代の中頃までは増加しその後横ばいで推移していることである。第3に，以上のことの結果として細菌感染による(A群)死亡率が総死亡率に占める割合は昭和25年の35.6%から

表 1 死因群別死亡率と構成割合の推移

	総数	A群	B群	C群	D群	E群
昭和25年	1,087.6 (100)	387.0 (35.6)	356.1 (32.7)	79.2 (7.3)	61.4 (5.6)	203.9 (18.7)
30年	776.8 (100)	158.1 (20.4)	367.0 (47.2)	42.8 (5.5)	64.8 (8.3)	144.1 (18.5)
35年	756.4 (100)	121.9 (16.1)	413.5 (54.7)	28.3 (3.7)	65.2 (8.6)	127.6 (16.9)
40年	712.7 (100)	84.7 (11.9)	435.9 (61.2)	23.2 (3.3)	57.0 (8.0)	111.9 (15.7)
45年	694.0 (100)	66.0 (9.5)	442.0 (63.7)	19.0 (2.7)	60.4 (8.7)	106.6 (15.4)
50年	631.1 (100)	53.7 (8.5)	419.0 (66.4)	14.4 (2.3)	50.7 (8.0)	93.4 (14.8)
55年	621.4 (100)	47.1 (7.6)	431.3 (69.4)	9.5 (1.5)	45.4 (7.3)	88.1 (14.2)
60年	625.5 (100)	54.4 (8.7)	424.8 (67.9)	6.3 (1.0)	46.9 (7.5)	93.2 (14.9)
62年	618.1 (100)	55.4 (9.0)	419.4 (67.9)	5.3 (0.9)	45.8 (7.4)	92.2 (14.9)

資料：厚生省「人口動態統計」。
出典：1989年「国民衛生の動向」。

62年の9.0%へと一貫して減少してきているのにたいして、成人病（B群）については昭和25年の32.7%から62年の67.9%へと増加してきていることがわかる。死因となる疾病のこのような変化は、一般に「感染症から成人病へ」と表現されている。

ところで、死因群A（細菌感染によるもの）と死因群B（成人病）は、以下のような具体的な疾病からなっている。すなわち、A群細菌感染による疾病は感染症および寄生虫症・髄膜炎・インフルエンザ・肺炎および気管支炎・胃腸炎からなり、B群成人病は悪性新生物・良性および性質不詳の新生物・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患・精神病の記載のない老衰からなっている。表2は、死因群A群とB群に分類される疾病のうち死亡率が高いものについて死亡率（対人口10万人）がど

のように推移してきたかを示している。

昭和20年代において最も深刻な疾病は結核であった。結核が最も深刻な疾病であったというのは以下の2つの理由による。第1に、結核による死亡率が高かったことである。表2の疾病別死亡率をみると、昭和20年代においてA群細菌感染による疾病のなかで結核が最も死亡率の高い疾病であったことがわかる。また、結核の死因順位は、すべての疾病のなかで昭和25年には1位であり、昭和30年には5位であった。第2に、結核による死亡率の年齢別分布が他の疾病と異なっていたことである。A群（細菌感染による疾病）に分類される肺炎・胃腸炎の年齢別死亡率は、昭和25年において0～4歳の乳幼児と60歳以上の高齢者が高くなっている。これにたいして、結核の年齢別死亡率は20～60歳が高かった。ただし、結核の死亡率は昭和30年代以降急速に低下していくが、これに伴って年齢別にみると高齢者の死亡率が高くなっていく。死亡率が高かったことと若年および中年層の死亡率が高かったことの2つの理由により、昭和20年代から30年代にかけての保健衛生上最も重要な課題は、結核対策であったことがわかる。

昭和30年の死因順位は、第1位が脳血管疾患、第2位が悪性新生物、第3位が精神病の記載のない老衰、第4位が心疾患、第5位が結核であった。すなわち、死因順位の第1位から第4位までがB群成人病に分類される疾病であった。昭和30年以降の成人病の疾病別死亡率の推移をみると、悪性新生物と心疾患の死亡率が一貫して増加してきたことがわかる。昭和30年に死亡順位第1位であった脳血管疾患の死亡率は、昭和40年代の前半まで増加し、その後減少してきている。その結果、精

表 2 死亡率の推移

		昭和25年	30年	40年	50年	60年	62年
A群	結核	146.2	52.3	22.8	9.5	3.9	3.3
	肺炎	65.1	38.4	30.4	27.4	37.5	40.3
	胃腸炎	82.4	31.7	12.9	5.6	1.9	1.4
B群	悪性新生物	77.4	87.1	108.4	122.6	156.1	164.2
	心疾患	64.2	60.9	77.0	89.2	117.3	118.4
	高血圧性疾患	11.9	10.2	19.3	17.8	10.6	8.8
	脳血管疾患	127.1	136.1	175.8	156.4	112.2	101.7

資料：厚生省「人口動態統計」。

神病の記載のない老衰を除いた死因順位は、昭和30年から昭和50年代半ばまでは脳血管疾患・悪性新生物・心疾患の順、昭和50年代半ばから昭和60年までは悪性新生物・脳血管疾患・心疾患の順、昭和60年代に入ってから悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の順となっている。このように昭和30年代以降一貫して悪性新生物・心疾患・脳血管疾患が死因順位の上位を占めてきたのである。この死因となる疾病構造の変化に伴って、保健対策の重点は昭和20年代から30年代にかけての結核対策から、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患のいわゆる成人病対策へと移行してきたのである。

2. 予防対策の推移

ある疾患は固有の自然史 (natural life history) をもつが、疾患の自然史を一般化すると疾患は以下のような段階を経て進展すると考えられる。すなわち、感受期・発症前期・発病期・障害期の4つの段階である¹⁾。

感受期は、まだ発病していないが発生要因さえあれば発病する素地はすべてできあがっている状態にある期間のことである。発症前期は、ある疾患の兆候または症状はまだ発現していないが体内ではすでに異常が起きている時期である。発病期には、形態的にも機能的にも十分な変化が起こり疾患特有の兆候または症状を認めることになる。疾患はある時点で自然にあるいは治療によって完全に治癒することがあるが、多くの疾患は短期間あるいは長期間にわたって障害を残すことになる。このような障害を残す期間が障害期である。

ところで、先に死亡率が高い疾病がどのように推移してきたかを概観したが、ある疾病の死亡率が高いということは、そのときの医療技術ではその疾病が完治しないことを意味する。したがって、死亡率の高い疾病については、予防が重要な課題となる。予防は狭義には単に発症の防止を意味するが、現在では疾患の進展を止めたり遅らせたりすることも予防に含める。このことは疾患の進展に伴って数段階の予防が考えられることを意味する。予防は疾患の自然史におけるどの段階での予防かによって、第1次予防、第2次予防、第3次

表 3 疾患の自然史と予防段階

病 期	感 受 期	発症前期	発病期	障害期・回復期
予防段階	第 1 次	第 2 次	第 3 次	
予 防 法	健康増進 特異的防御	早期発見 早期治療	治療とリハビリテーショ ン悪化防止	

出典：『疫学 テキスト』²⁾。

予防に分類することができる。

第1次予防は、感受期における予防である。ある因子があるために後にある疾病が発生する危険性があるとき、この因子をリスクファクターという。第1次予防は、感受期におけるリスクファクターを除去することによって疾病の発生を予防しようとするものである。第1次予防は、一般的な健康増進と特殊な予防処置の2つに大別することができる。健康増進としては、家庭・職場・学校などにおいて健康的な生活を送る機会を整えることや健康教育などがある。特殊な予防処置としては、免疫処置・環境整備（上下水道の整備など）などがある。第2次予防は、発症前期あるいは発病期など疾患の進展の初期段階での予防であり、早期発見・早期治療によって疾患を初期の段階で治したり、その進行を防止したりすることを目的とする。第2次予防の典型としては、自覚症状のない住民を対象にした健康診断がある。第3次予防は、疾患の結果生じる障害を軽減し機能を保持することを目的とする、疾患後期あるいは障害発生後における予防である。第3次予防の典型として、リハビリテーションがある。疾患の自然史と予防段階との関係を示したのが、表3である。

先に述べたように、昭和20年代から30年代にかけての保健衛生上の重要な課題は結核対策であった。政府は、昭和26年に本格的な結核対策として「新結核予防法」を制定した。「新結核予防法」は、(1)健康診断の対象者の範囲を拡大し、対象者に毎年定期的健康診断を行うこと、(2)30歳未満の国民および集団生活者に結核予防接種を毎年定期的に行うこと、(3)結核患者の登録制度を設け必要に応じて家庭訪問指導を行うこと、(4)結核医療費の一部を公費負担すること、(5)結核療養所の設置・運営にたいする国庫の補助などを内容としていた。したがって、「新結核予防法」は、第2次予防である

健康診断と第1次予防の特異的予防に分類される予防接種を主な内容としていたといえる。

昭和30年代以降の保健衛生上の課題は成人病対策であったが、成人病対策の重点は主にかん対策であった。昭和40年代から現在までのがん対策を方向づけたのは、昭和40年に政務次官会議がん対策小委員会が決議した「がん対策の推進について」であった。「がん対策の推進について」は、(1)がんに関する正しい知識の普及啓蒙、(2)健康診断の実施、(3)医療施設の整備、(4)専門技術者の養成訓練、(5)がん研究の推進、の5つを柱としていた。がんはいまだにそのメカニズムが十分に解明されておらず、早期発見・早期治療が最も有効な治療法であるといわれている。したがって、がんの予防対策はがん検診、すなわち第2次予防が中心となっているのである。

心疾患・脳血管疾患というがん以外の成人病は、がんとは性質が異なりその結果予防対策も異なったものとなる。がんは、早期に発見し外科的な手術によってがん細胞を除去することによって完治することが可能である。したがって、早期発見・早期治療によってがんの障害期を比較的短い期間にすることが可能である。これにたいして、心疾患・脳血管疾患のような成人病は、慢性的な疾患であるから早期に発見しても完治することは困難である。すなわち、心疾患・脳血管疾患は早期発見・早期治療によって障害期を短縮することが困難であると考えられるのである。また、これらの疾患の重要なリスクファクターとして高血圧が指摘されているが、食塩の摂取量や運動不足が高血圧の原因であることが知られている。したがって、心疾患・脳血管疾患を予防するには、食生活の改善や運動不足の解消などの生活習慣の変更が必要となる。このような生活習慣の変更という第1次予防の健康増進が、心疾患・脳血管疾患という成人病の予防の中心となるのである。

3. 健康増進対策の内容

国民の健康増進を目的とした政策は、「国民健康づくり運動」として昭和53年から展開されてきた。以下では、「国民健康づくり運動」がどのよ

うに推移してきたかを概観し、「アクティブ80ヘルスプラン」の内容について説明する。

昭和62年版の『厚生白書』によると、「本格的な高齢社会の到来に備え、健康で活力のある社会を構築していくために、昭和53年度から①乳幼児から老人に至るまでの健康審査・保健指導体系の確立（生涯を通じる健康管理）②健康増進センター、保健所及び市町村保健センターの整備並びに保健婦、栄養士などマンパワーの確保による健康づくりを具体的に推進する体制の整備（健康づくりの基盤整備）③健康・体力づくり事業財団、食生活改善推進員などによる啓発普及活動の推進（健康づくりの啓発普及）を健康づくり体制の3本柱とし、検診の徹底による疾病の早期発見、早期治療に努めるとともに栄養・運動・休養が健康増進の3要素であるという観点に立った『国民健康づくり運動』を展開してきた。……

『国民健康づくり運動』は、従来ともすれば『治療』にのみ力点が置かれるきらいがあった医療行政に、一次予防（健康増進、疾病の発生予防）および二次予防（早期発見、早期治療）をより重視し、自分の健康は自分で守るという自覚を国民ひとりひとりに促し、行政はそれをサポートすべきであるとの新たな視点を導入したところに意義があった。」とされている。この昭和53年度から展開されてきた「国民健康づくり運動」が、第1次国民健康づくり対策である。

『厚生白書』によれば、第1次国民健康づくり対策の意義は医療行政に新たな視点を導入したことである。この第1次国民健康づくり対策で導入された新しい視点に沿った本格的な健康増進対策が、昭和63年度から10年計画で実施されることになった第2次国民健康づくり対策——すなわち、アクティブ80ヘルスプランである。

アクティブ80ヘルスプランは、以下の3つの特徴をもっている。第1に、疾病の早期発見・早期治療という「第2次予防」から、疾病の発生予防、健康増進という「第1次予防」に重点がおかれていることである。第2に、栄養・運動・休養という健康づくりの3要素のバランスのとれた生活スタイルの確立に重点がおかれていることである。

アクティブ80ヘルスプランは、栄養・運動・休養という健康づくりの3つの要素のうち特に運動を重視し、運動習慣の普及による健康増進を目的としている。第3に、公的セクターによる健康づくり対策に加え、民間活力の積極的な導入を図っていることである。

このような特徴をもつアクティブ80ヘルスプランの運動習慣の普及に関連する具体的な政策は、(1)マンパワーの養成、(2)優良施設の整備促進、(3)社会保険との連携など、(4)運動を通じた健康づくり意識の啓発普及、に大別できる。(1)マンパワーの養成としては、健康運動指導員の認定制度の創設、健康運動指導員の養成および地方公共団体・アスレヘルスクラブ・社会保険関連施設における健康運動指導員の配置、運動普及推進員（ボランティア）の育成がある。(2)優良施設の整備促進としては、健康増進施設の認定および表示制度の創設、健康増進施設に対する税制上の優遇および政策金融の実施、健康増進モデルセンターの整備促進・機能強化ならびに保健所・保健センターの機能強化、健康増進モデルセンターなどと民間健康増進施設との連携強化などがある。(3)社会保険との連携などとしては、健康増進施設と社会保険との連携強化、クアハウス利用料の医療費控除がある。(4)運動を通じた健康づくり意識の啓発普及としては、運動所要量の策定、全国健康福祉祭の開催などがある。

Ⅲ 予防対策のフレームワーク

前節で述べたように、戦後の保健対策は、結核対策から成人病対策へと推移してきた。成人病対策は、がん対策を中心に展開されてきたが、昭和63年から実施されたアクティブ80ヘルスプランは、心疾患や脳血管疾患というがん以外の成人病を対象としている。アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及や食生活の改善など個人の生活習慣を変化させることによって成人病を予防しようとしている点で、従来の結核対策、がん対策とは異なっている。この節では、保健対策の効果を評価するためのフレームワークを提示し、このフレー

ムワークに沿って結核対策、がん対策、アクティブ80ヘルスプランの効果がどのような要因に依存するかを明らかにする。

1. 分析のフレームワーク

結核対策および成人病対策は、予防を主な目的とする保健対策である。予防を目的とする保健対策の効果は、2つの不確実性に依存すると考えられる。

第1の不確実性は、保健対策が人々の行動に与える影響に関連するものである。予防を目的とする保健対策の対象者は、異常を自覚症状としてみない健康と思われる人々である。一般に、ある疾病を予防するためには、人々が予防処置を受け入れる必要がある。たとえば、ある疾病を予防するのに健康診断による早期発見、早期治療が有効であることが医学的に明らかであったとしても、人々が健康診断を受診しなければ健康診断の効果は期待できないことになる。また、アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及や食生活の改善によって成人病を予防することを目的としているから、人々の行動が政策の効果に大きな影響を与えることになる。一般に、予防を目的とした保健対策が、人々の行動にどのような影響を与えるかは不確実であると考えられる。したがって、保健対策の効果は、人々が保健対策によってある疾病の予防に有効な行動をとるかどうかという不確実性に依存することになる。

第2の不確実性は、予防接種・健康診断・運動習慣の普及といった保健対策の手段の最終目的にたいする有効性に関する不確実性である。予防を目的とする保健対策は、特定の疾患の罹患率あるいは死亡率を減少することを最終目的としている。この目的のために、いろいろな具体的な対策が実施されるのである。結核対策は、予防接種と健康診断によって結核の罹患率あるいは死亡率を減少させることを目的とした政策であり、がん対策は健康診断による早期発見・早期治療によってがんの死亡率を減少させることを目的とした政策である。また、アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及および食生活の改善によって心疾患・脳

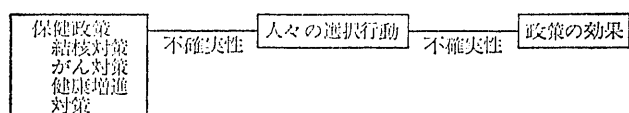


図 1

血管疾患の罹患率を減少させることを目的としている。しかしながら、それぞれの手段が最終目的にたいする有効性は、必ずしも自明とはいえないのである。

図1は、保健政策の効果と上述の2つの不確実性の関係を図示したものである。図1において、保健政策とは結核対策、がん対策、健康増進対策の諸政策を示し、人々の選択行動は予防接種や健康診断を受けることや生活スタイルの変化を意味する。政策の効果は、それぞれの保健政策が対象とする疾病の罹患率や死亡率の低下を意味する。

それでは、上述の2つの不確実性はどのような要因に依存するのであろうか。

保健政策が個人の行動にどのような影響を与えるかに関する第1の不確実性は、以下のような要因に依存すると考えられる。第1に、個人が保健政策が期待するように行動したときに、個人が負担するコストである。この個人が負担するコストとしては、個人の金銭的な負担、時間費用、予防対策の副作用による身体機能の喪失の危険などが考えられる。これらのコストが高い場合には、第1の不確実性は大きくなると考えられる。第2に、予防の対象となる疾病に罹患した場合に個人が負担しなければならないコストである。このコストは、予防の対象となる疾患の自然史と関連している。たとえば、がんのように発病期および障害期が短く、早期発見・早期治療をしなければ短期間のうちに死亡するような疾病は、疾病によって個人が負担しなければならないコストが無限大となる疾病であると考えられる。一般に、ある疾患の自然史は医学および医療技術の水準に依存する。臨床医学および医療技術の進歩は、発病期における治療によって疾病を完治することによって疾患の自然史における障害期をなくすことを目的とし

ているといっただいである。したがって、医学や医療技術の進歩は、疾病に罹患した場合の患者の負担するコストを減少させることを意味する。予防対策が有効であるとしよう。このとき、ある疾病に罹患したときに個人が負担するコストは、逆にいえば予防対策の便益である。この便益（コスト）が大きければ第1の不確実性は、小さくなると考えられる。

保健対策の諸手段の最終目的にたいする有効性に関する第2の不確実性は、以下の要因に依存すると考えられる。第1に、医学や医療技術の進歩である。本稿で問題にしている保健対策は、予防医学における第1次予防と第2次予防の領域に属する予防対策である。第1次予防は、疾患の自然史における感受期に疾患のリスクファクターを取り除くことによって疾患を予防する。したがって、第1次予防の効果は、ある疾患のリスクファクターを発見しそのリスクファクターを除去する方法について十分な知識がなければ、不確実なものとなる。たとえば、後述するように、運動習慣の普及など生活習慣の変更が成人病の罹患率にどのような効果をもつかは不確実である可能性がある。第2次予防は、早期発見、早期治療によって疾病を予防する。第2次予防の典型である健康診断の効果は、健康診断の精度が不十分で発見したときには手遅れの場合や疾病を早期発見しても治療方法が開発されていない場合には不確実となる。

第2に、予防対策へ配分される予算である。予防対策は、異常を自覚していない人々を対象としている。したがって、対象者の多くは健康な人々である。もちろん年齢や性別のようにコントロールが不可能な要因がある疾病のリスクファクターであることが知られている場合には、年齢や性別によって予防対策の対象をあらかじめしぼっておくことが可能である。しかしながら、このようにコントロール不可能なリスクファクターによって対象者をしぼったとしても、予防対策の対象者は多数となると考えられる。予防対策へ配分される予算が事前に決められているとすると、予防対策は予算制約に直面することになる。このように予算に制約があり、多数の人々を対象とする場合に

は、実行される予防対策は対象者1人当たりのコストが低い手段とならざるを得ない。一般に、コストの低い手段の効果は、不確実性が高いと考えられる。

ところで、第1の不確実性と第2の不確実性は、互いに独立ではなく相互に依存すると考えられる。医学的な見地からある予防対策の有効性に関して疑問が呈され、人々はこのことを知っているとしよう。すなわち、人々がある予防対策に関して第2の不確実性が高いことを情報として得ていたとするのである。このとき、人々はこの予防対策を積極的に受け入れようとはしないであろう。したがって、人々が予防対策にたいしてどのような行動をとるかは第2の不確実性の大きさに依存することになる。

2. 予防対策の効果

先に示した予防対策の効果を評価するためのフレームワークに沿って、具体的な予防対策について分析してみよう。ここで取り上げる具体的な予防対策は、結核対策・がん対策・健康増進対策の3つである。Ⅱ節で述べたようにこれら3つの予防対策は、戦後日本の保健対策の中核をなすものである。したがって、これらの3つの予防対策の効果について考察することによって、予防対策が質的にどのように変化してきたか、昭和63年度から本格的に実施されることになった健康増進対策——アクティブ80ヘルスプランが従来の結核対策、がん対策とどのような点で異なるかが明らかになると考えられるのである。

(a) 結核対策

Ⅱ節で述べたように、結核対策の内容や方法は昭和26年に制定された「結核予防法」によって定められている。「結核予防法」が規定する結核予防対策は、健康診断と予防接種を主な内容としている。以下では、「結核予防法」に沿って結核対策の具体的な内容を説明し、結核対策がどのような特徴をもつかを明らかにする。

「結核予防法」が規定する健康診断・予防接種には、定期に行われるものと不定期に行われるものがある。定期の健康診断・予防接種は、事業

所、学校、および施設においてはその長が、それ以外の一般住民については市町村長が、実施義務者となり実施されている（「結核予防法」第4条および第13条）。ここで、健康診断とはツベルクリン反応検査とX線検査などのことであり、予防接種とはBCG接種のことである。

「結核予防法」第7条第1項によれば、「第4条第1項又は第3項の健康診断の対象者は、それぞれ指定された期日又は期間内に、事業者、学校若しくは施設の長又は市町村長の行う健康診断を受けなければならない」とされている。また、第16条第1項では、「予防接種の対象者は、それぞれ指定された期日に、事業者、学校若しくは施設の長又は市町村長の行う予防接種を受けなければならない」としている。すなわち、「結核予防法」は、健康診断の受診と予防接種を受けることを義務としているのである。このことは、結核予防対策が行政的な強制力をもつことを意味する。

ところで、「結核予防法」における健康診断の受診と予防接種を受ける義務には罰則規定があるわけではない。したがって、結核予防対策の行政的な強制力は限られたものである。しかしながら、学校あるいは職場で実施される健康診断や予防接種は、ほとんどの人々に受け入れられてきたし、現在も受け入れられている。すなわち、先のフレームワークでいえば、結核予防については予防対策を人々が受け入れるかどうかに関する第1の不確実性が小さいと考えることができるのである。それでは、結核予防対策が行政的な強制力をもち、多くの人々が予防対策を受け入れてきた理由は何に求められるのであろうか。

第1に、結核が感染性の疾病であることがあげられる。感染性の疾患は、他の人々に伝染するという外部不経済を伴う。個人が、このような外部不経済を伴う疾患の予防サービスの消費量を自由に選択すると、社会的に望ましい予防サービスの消費水準が達成できない。ある個人が予防サービスを消費することは、自分にとって便益があるとともに他の人々にも便益を与えることになる。しかしながら、個人が自分の便益だけを考慮して決定する予防サービスの消費量は、社会的に望まし

い予防サービスの消費水準よりも過小になる。たとえば、無知あるいは自分は結核にはかからないという信念などの理由で、予防サービスをまったく消費しない人が結核に罹患したとすると、その人と接触のある人々は結核に伝染する危険にさらされることになるのである。したがって、伝染性の疾患の予防サービスの消費量を個人の自由な選択に任せることは、資源配分の観点から望ましいとはいえないのである。このことが、結核予防対策が行政的な強制力をもつ理由である。

第2に、結核の医学生物学的研究が発展し、医学的に有効な予防手段が開発されたことがあげられる³⁾。「結核予防法」に規定されている結核予防対策は、ツベルクリン反応・胸部X線間接撮影による結核の早期発見とBCGワクチンの予防接種を主な内容としている。この背景には、1930年代後半から1940年代における、ツベルクリン反応の判定基準の設定、間接撮影法の開発とX線フィルムの読影方法の開発、BCGワクチンの発病防止効果の確認と保存可能な乾燥BCGワクチンの開発など結核の医学生物学的研究の進展がある。さらに、1950年には結核の治療方法として、ストレプトマイシン・パラアミノサリチル酸塩・イソニコチン酸ヒドラジドの三者を併用する化学療法が開発され、結核は化学療法で完治することが可能となった。このような診断技術の進歩、予防ワクチンの開発、治療方法の確立など、結核の有効な予防手段と治療方法が確立して本格的な結核予防対策が展開されたのである。人々が結核予防対策を受け入れてきたのは、実施される予防対策の医学的な有効性にたいする信頼があったからである。

結核と同じように感染性の疾患にインフルエンザがある。インフルエンザは「予防接種法」の対象となっており、インフルエンザ予防接種は義務接種となっている。すなわち、学童は年2回のインフルエンザ予防接種を義務づけられているのである。なお、「予防接種法」における接種義務は、「結核予防法」と同様に罰則規定はない。インフルエンザ予防接種の実施率は、昭和62年度が42%、63年度が35.3%と年々低下してきている。この背景には、インフルエンザワクチンの有効性が疑問

視されるようになったことがあげられる。このインフルエンザの例が示すように、感染性の疾患で予防手段に行政的な強制力がある場合でも、その有効性が疑問視される場合には、人々が予防対策を受け入れなくなる可能性があるのである⁴⁾。

(b) がん対策

がん対策は、成人病のなかでも比較的早い時期から保健衛生上の課題となった。がん対策の具体的な方向は、昭和40年に決議された「がん対策の推進について」で示されたが、そこでのがん対策の中心はがん検診であった。がん検診を中心とする具体的ながん対策は以下のように推移してきた。国は、昭和41年度から都道府県に対して胃集団検診車の整備とその運営費用を補助することになり、42年度からは子宮がん検診事業を補助の対象に加えた。45年度からは民間の集団検診車にも運営費用を補助することになり、さらに53年度からは医療機関における子宮がん検診も補助の対象に加えられた。

近年、外科的手術・放射線療法・化学療法・生物療法などがんの治療技術の進歩は著しく、治療の効果も向上している。その結果、がんは早期に発見されれば外科的手術や放射線療法などによって完治することが可能となった。一方、がんは、発見が遅れれば死にいたるという意味で無限大のコストを負担しなければならない疾病でもある。したがって、個人にとってがん検診の便益はきわめて高いと考えられる。がん検診の便益が高いと考えられるにもかかわらず、現在がんの集団検診の対象となっているのは胃がん、子宮がん、乳がんなどに限られている。このことはどのように解釈したらよいのであろうか。

がん検診は、がんの早期発見・早期治療によってがんの死亡率を減少させることを目的とする第2次予防である。したがって、がん検診は自覚症状をもたない初期段階のがん患者を発見し、その患者を早期治療することによって効果をもつことになる。この診断・治療という一連の過程からがん検診の最終的な効果が実現するということは、がん検診の効果によって治療技術の水準が重要であることを意味している。

一般に、健康診断によって特定の疾患が早期に発見されたとしても、治療方法が確立されていなければ第2次予防としての健康診断の効果は期待できない。したがって、検診の対象となる疾病は、治療方法が確立されていて高い治癒率が期待できる疾病ということになる。先に述べたように、近年のがんの治療技術の進歩は著しく、早期に発見されればがんは完治することが可能である。しかしながら、臓器別のがんの治癒率には明らかに差異が認められる。胃がん・子宮頸がん・乳がんは、早期発見・早期治療によって完治する可能性が高く、5年生存率も高い。これに対して、肺がんは、がん細胞が容易に周囲に侵食したり、遠くに転移・増殖している可能性が高いために5年生存率は低くなっている。このような臓器別のがんの治癒率の差異は、集団検診の診断精度の違いによって生じていると考えられるのである。

近年、X線CT・超音波診断装置・核磁気共鳴装置など診断技術の進歩は著しく、その操作や読影も容易となり診断の精度は向上しているといわれている⁵⁾。しかしながら、集団検診の役割は、自覚症状のない人々のなかからがんの疑いのある人々を発見することであり、集団検診によってがんの疑いがあるとされた人々は、ほんとうにがんであるかどうかを精密検査によって調べられることになる。したがって、集団検診の検査項目や内容は、自覚症状のない人々が対象であるための技術的な制約を受けることになる⁶⁾。

第1の制約は、集団検診で利用される診断技術は、高度に専門的な知識や技能を必要としない技術であることである。集団検診は自覚症状のない人々を対象としているから、対象者は多数となる。年齢はがんのリスクファクターであることが知られているから、がん検診の対象を40歳あるいは50歳以上というように年齢によってしぼることが考えられる。しかしながら、このように年齢で対象者をしぼるとしても自覚症状がない人々を対象とする以上、集団検診の対象者は多数となる。したがって、集団検診が普及するためには、集団検診で利用される診断技術は、標準化しており多くの医師が利用可能で診断精度が高いことが必要とな

る。

第2の制約は、集団検診で利用される診断技術が、早期発見を可能にする精度をもっていることである。一般に、高度な診断技術などより多くの医療資源を投入すれば診断の精度は高まると考えられる。すなわち、診断技術のコストと診断の精度とはトレード・オフの関係があると考えられる。しかしながら、予防対策としての集団検診は、一定の予算という制約のもとで多数の人々を対象にしている。したがって、集団検診で利用される診断技術は、一定の予算で早期発見を可能にする精度をもっていることが必要となるのである。

日本のがん検診の歴史をみると、はじめてがんの集団検診の対象となったのは胃がんであった。この背景には、昭和39年にX線間接撮影の標準術式が作成されたことがある。このX線間接撮影の標準術式は、X線二重造影法と呼ばれ今日でも胃がん集団検診の基本といわれている。X線二重造影法は、以下の2つの理由により画期的な診断技術であるといわれている。第1に、胃がんの早期発見が従来X線間接撮影ではできなかったのが、X線二重造影法によって可能となったことである。すなわち、X線二重造影法が胃がんの診断精度を画期的に高くしたことである。第2に、X線二重造影法が、標準術式が作成されることによって、多くの医師にとって利用可能となったことである。すなわち、X線二重造影法は、診断の精度を向上させるとともにその操作や読影を容易にしたのである。さらに、X線二重造影法は、X線間接撮影であるから検診のコストもそれほど高くはない。したがって、胃がんの集団検診が普及した背景には、上述の制約を満たす診断技術が開発されたことがあげられるのである。

現在、肺がん検診として胸部X線撮影を利用している。胸部X線撮影による集団検診は、結核の早期発見を目的として早い時期から普及していたが、疾病構造の変化に伴い結核の早期発見から肺がんの早期発見へとその目的も変化してきている。しかしながら、諸外国では胸部X線撮影による肺がん検診の効果は疑問視されている。その理由は、胸部X線撮影による肺がんの早期発見の精度が十

分でないことにある。肺がんは、がん細胞が周囲に浸潤したり遠くに転移、増殖する可能性が高いという特徴をもっている。したがって、胸部X線撮影で肺がんが発見されたときには、すでに他の器官に転移しており手遅れである可能性が高いといわれている。このことは、胸部X線撮影の精度では、肺がんは早期発見することが困難であることを意味している。すなわち、肺がんの診断については、先に述べた技術的な条件を満たしている診断技術が開発されていないのである。このように、診断の精度と治療技術とが調和していない場合には、がんの集団検診の効果は疑問視されることになるのである。

(c) 健康増進対策

現在、疾病構造のなかで重要な位置を占めている疾病は、脳卒中や心疾患などの成人病である。これらの成人病は習慣病といわれており、個人の生活スタイルや習慣が疾病の発病と関連していることが指摘されている。たとえば、高血圧は成人病のリスクファクターの1つであるとされているが、高血圧は食塩摂取量や運動不足と有意な関係があることが明らかにされている。人口の高齢化に伴う成人病の増大によって、生活スタイルの変更による第1次予防を目的とした健康増進政策が立案され、本格的に実施されるようになった。このような健康増進政策にアクティブ80ヘルスプランがある。

II節で述べたように、アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及による健康増進を主要な目的としている。したがって、アクティブ80ヘルスプランの効果は、人々がアクティブ80ヘルスプランを受け入れ運動習慣を身につけるかどうか大きく依存することになる。すなわち、先のフレームワークにしたがえば、アクティブ80ヘルスプランの効果は、人々が政策にたいしてどのように反応するかという第1の不確実性に大きく依存するのである。

以下では、アクティブ80ヘルスプランが目的とする運動習慣の普及が、成人病の予防にたいしてどのような効果をもつかを検討する。

成人病のリスクファクターである高血圧は、運

動不足と関連していることが知られている。また、高血圧者にたいして定期的な好氣的運動をさせることには、降圧効果があることが明らかにされている。したがって、高血圧者の運動不足を解消することは、成人病を予防する効果があることになる。しかしながら、これらのことから健康な人々にとって運動習慣の普及が、成人病の予防に効果があるのかないのかは明らかではない。健康な人が習慣的に運動することが、成人病の予防にどのような効果をもつかについての実証的な研究は必ずしも十分でないといわれている。この理由としては、脳卒中や心疾患などの成人病は、いろいろなリスクファクターと複雑に関連しているために、運動が成人病の予防に与える効果を明らかにすることが困難なことがあげられる⁷⁾。このことは、運動習慣の普及が成人病の予防効果をもつということが医学的に保証されていないことを意味する。

脳卒中、心疾患という成人病は、疾病の自然史でいうと障害期が長期にわたるという特徴をもつ。また、成人病はねたきりなどの要介護状態になる確率を高める可能性もある。したがって、成人病は長期にわたるコストの負担を伴う疾病である。このことは、成人病の予防は、個人にとって便益が大きいことを意味する。しかしながら、運動が成人病の予防に有効であるかどうか不確実であるとする、人々が運動の便益（成人病の予防）を評価することは困難となる。

運動が成人病を予防する効果があるとしても、運動は継続されなければ成人病の予防にならない。運動するためには、一定の時間や運動施設が必要である。経済学の言葉でいえば、運動という財を生産するためには、時間や運動施設などの生産要素を投入しなければならないのである。運動のために投入される時間や運動施設の利用料などは、運動のために個人が負担するコストである。アクティブ80ヘルスプランは、これらの個人が負担するコストを軽減することによって運動習慣を普及させることを意図した政策であると解釈することができる。たとえば、マンパワーの養成や優良施設の整備促進は、ある一定以上の質のサービスを

提供している健康増進施設を探すという個人にとっての取引費用を軽減する効果をもつ。また、個人が健康増進施設を利用したとき、その利用料の一部が社会保険によって補助されることは、個人が負担するコストを軽減することになる。しかしながら、運動を成人病の予防対策とする場合には、先に述べたように運動は継続される必要がある。したがって、アクティブ80ヘルスプランによる個人が負担するコストの軽減は、部分的であり個人はコストの大部分を負担しなければならない。

健康増進政策は、個人の生活スタイルを変更することによって成人病を予防しようとする政策である。したがって、個人が政策が意図するように行動するかどうかは政策の効果にとって決定的に重要になる。すなわち、先のフレームワークでいえば第1の不確実性が重要となるのである。しかしながら、アクティブ80ヘルスプランは、運動が成人病の予防に有効であるかどうかが不確実であり、個人が負担するコストが大きいという特徴をもつ。これらのことから、個人がアクティブ80ヘルスプランを受け入れて、運動習慣を身につける可能性は低いことを意味する。したがって、成人病の予防対策としてのアクティブ80ヘルスプランの効果は、あまり期待できないと思われるのである。

IV 健康増進政策の問題点

前節では、結核対策、がん対策、健康増進対策といった予防対策の効果が、どのような要因に依存するかを検討した。そこでの議論は、結核、がん、成人病といった疾病の予防にたいして政策的に介入することを前提としていた。しかしながら、予防対策について考えるとき、ある疾病の予防にたいして政策的に介入することが社会的に望ましいことなのかという問題を検討する必要がある。この節では、ある特定の疾病の予防にたいして公的に介入する根拠について検討し、アクティブ80ヘルスプランの問題点について触れることにする。

1. 公的介入の根拠

日本では、資源配分と所得分配の問題を主に市場メカニズムによって解決している。ここで、資源配分の問題とは、希少な資源を利用して何をどれだけどのようにして生産するかという問題であり、所得分配の問題とは、生産された財・サービスを誰に分配するかという問題である。しかしながら、日本では同時に政府が資源配分と所得分配にたいして大きな役割を果たしている。すなわち、政府は市場の資源配分や所得分配を変えるために市場にいろいろな形で介入しているのである。

予防対策は、健康診断や予防接種の消費にたいして補助を与えることによって市場に介入し、市場の資源配分と所得分配を変える政策である。政府が、予防サービスに関する市場に介入する根拠はどのような点に求められるのであろうか。

政府が市場に介入する根拠は2つに大別することができる。第1に、市場メカニズムが最適な資源配分に失敗する場合である。市場が最適な資源配分に失敗する場合には、市場に公的に介入することによって資源配分を改善することが可能となる。第2に、市場で決定される所得分配が、社会で合意されている平等あるいは公平という価値判断から修正されるべきであると判断される場合である。このような資源配分の効率性と所得分配の公平性の観点から、結核およびがんの予防サービスにたいして公的に介入する根拠について検討しよう。

結核は感染性の疾患であり、結核には他の人々に感染するという外部不経済がある。Ⅲ節で述べたように、外部不経済がある場合には、市場は最適な資源配分に失敗することになる。すなわち、市場では結核の予防サービスは最適な水準よりも過小に消費される可能性があるのである。したがって、結核の予防サービスにたいして公的に介入することは、資源配分の効率性という観点から望ましいことになる。

がん対策の中心は、健康診断であった。がん検診は、がんを早期発見し早期治療することによってがんの死亡率を減少させることを目的としている。すなわち、がん検診の便益は、早期発見と早期

治療という過程を通じて発生するのである。このことは、がん検診の便益は医療サービスの受診を前提としてはじめて発生することを意味している。

現在、日本に限らず先進諸国は、医療サービスの分野でなんらかの形で公的に介入している。たとえば、日本では所得の制約によって医療サービスを消費できないということがないように、国民皆保険制度が達成されていたり高額療養費制度が創設されている。また、採算をとることが困難な僻地や離島に公的な医療機関を設立している。このような医療サービスにたいする公的な介入の背景には、経済的あるいは地理的な条件にかかわらず、すべての人々にある一定の医療サービスが提供されるべきであるという、受診機会の公平性という所得分配に関する価値判断があると考えられる。

現在、医療技術は急速に進歩している。受診機会の公平性は、医療技術の進歩の恩恵は平等に分配されることが望ましいといえることができる。医療技術の進歩によって、がんは早期発見によって完治することが可能となった。一方、がんは発見が遅れば患者に高いコストを課す疾病でもある。このことは、がん患者は早期発見されることによって医療技術の進歩の恩恵を受けることができることを意味している。したがって、がんについては、医療技術の進歩の恩恵を受ける機会が平等に分配されるためには、早期発見の機会が公平に分配される必要がある。このように考えると、がん検診にたいして公的に補助することは、受診機会の公平性という所得分配の観点から、望ましいといえるであろう。

2. アクティブ80ヘルスプランの問題点

アクティブ80ヘルスプランは、3つの特徴を持っている。すなわち、疾病の発生予後、健康増進という第1次予防に重点がおかれていること、運動習慣の普及による健康増進を目的としていること、民間活力の積極的な導入を図っていることの3つである。

民間活力の積極的な導入に関連する具体的な政策としては、優良な民間の健康増進施設を整備促

進するために健康運動指導員の認定制度を創設し、健康運動指導員を配置している健康増進施設を優良施設と認定しこれを表示する制度を創設することを内容としている。さらに、優良な施設にたいしては税制上で優遇したり、政策金融を実施することを計画している。これらの優良な民間の健康増進施設を整備促進する政策は、予防対策というよりも産業政策として位置づけるべき政策である。すなわち、アクティブ80ヘルスプランは、成人病の予防対策であるとともに産業政策であるという特徴をもっているのである。

運動は、個人の年齢や体力によって適切な運動量は異なり、無理な運動はかえって健康を害するという危険がある。したがって、個人にとって適切な運動量についての情報は、重要なサービスとなる。個人の適切な運動量についての正確な情報を提供し、この情報に基づいて運動プログラムを作成する健康増進施設は、良質のサービスを供給しているといえるであろう。しかしながら、消費者がどの健康増進施設が良質のサービスを供給しているかを事前に知ることは困難である。すなわち、健康増進施設については、供給されるサービスの質について売り手と買い手の間に情報の非対称性があると考えられるのである。

健康増進施設が良質のサービスを供給するには、専門のスタッフが必要になる。したがって、良質のサービスを供給する健康増進施設の利用料は、悪質のサービスを供給する健康増進施設よりも高くなる。この結果、良質のサービスを供給する施設が、悪質なサービスを供給する施設によって市場から排除されてしまう可能性が生じる。すなわち、市場は良質なサービスの供給に失敗する可能性があるのである。

先に述べたように、運動は適切に行われないと健康を害するという危険がある。したがって、情報の非対称性による市場の失敗は深刻な問題となる可能性がある。このような市場の失敗を避けるために、政府が供給されるサービスの質を維持することが必要となる。アクティブ80ヘルスプランの産業政策としての側面は、情報の非対称性による市場の失敗を避け消費者を保護するという意味

で望ましいと考えられるのである。

成人病の予防対策としてのアクティブ80ヘルスプランは、健康増進施設の利用にたいして補助を与えることにより運動習慣を普及させ、成人病を予防することを目的としている。以下では、このような予防対策が資源配分の効率性と所得分配の公平性の観点から望ましいといえるかどうかを検討する。

まず、アクティブ80ヘルスプランの合理的な根拠を資源配分の効率性にもとめるのは以下の理由から困難であると思われる。第1に、Ⅲ節で述べたように、運動と成人病の予防との関係に関する研究の蓄積が不十分であり、運動習慣の成人病予防にたいする有効性が保証されていないからである。このことは、アクティブ80ヘルスプランが実施される以前の社会全体での運動量が、成人病の予防という観点から過小であるかどうかを判断できないことを意味する。したがって、運動習慣を普及させることが資源配分を改善することになるとはいえないのである。

第2に、運動が成人病の予防に有効であるとしても、アクティブ80ヘルスプランによって運動習慣が普及するとは思えないからである。運動にとって最も重要な資源は時間である。アクティブ80ヘルスプランは、時間という資源の配分を政策的に変えることによって成人病を予防する政策であるといっていよいであろう。したがって、アクティブ80ヘルスプランが成人病の予防に効果をもつためには、運動不足の人々の運動に配分する時間がアクティブ80ヘルスプランによって増加する必要がある。したがって、アクティブ80ヘルスプランは、健康増進施設の利用者に補助を与える政策であるから、対象者は運動不足の人々に限られるわけではない。ところで、個人の運動するという選択には、運動の機会費用や嗜好が大きく影響すると考えられる。すなわち、運動不足には、運動の機会費用が高い(忙しい)、あるいは運動が嫌いといった理由があると考えられる。そうだとすると、健康増進施設の利用にたいして補助を与えることが、運動不足の人々がより多くの時間を運動に配分する効果をもつとは思われない。したがっ

て、アクティブ80ヘルスプランが、資源配分に与える効果は期待できないと考えられる。

ところで、公的な介入によって運動習慣を普及させなければ、社会の運動量が成人病の予防という観点から過小になると考えられるのはなぜであろうか。運動に成人病を予防する効果があるとしよう。しかしながら、運動の予防効果は、長期間運動を継続してはじめて発生する。このことは、個人は運動が成人病の予防にたいしてどのような効果をもつかを正確に知ることが困難であることを意味する。一般に、個人は、運動の成人病予防効果についての正確な情報を得ることは困難である。個人が、間違った情報に基づいて運動量を選択する場合には、選択された運動量は過大にも過小にもなる可能性がある。したがって、資源配分の効率性の観点からは、運動の成人病予防効果に関する正確な情報を提供することが望ましいことになる。このような正確な情報は、政府が提供する必要がある。

アクティブ80ヘルスプランは、健康増進施設の利用に補助を与える政策である。したがって、アクティブ80ヘルスプランは、健康で運動習慣が身につけている人々の健康増進施設の利用に補助を与えるという効果をもつ可能性がある。このような所得分配に与える効果は、分配の公平性の観点から望ましいといえるであろうか。

成人病の予防は、医療サービスと密接に関連している。したがって、成人病の予防と医療サービスの分配についての価値判断も密接に関連していると考えてよいであろう。医療サービスの分野では、社会保険制度が採用されているが、社会保険は「健康な人々」から「疾病に陥った人々」への所得再分配という機能を果たしている。この背景には、当然のことだがこのような所得再分配は、所得分配の公平性から望ましいことであるという社会的な合意がある。ところで、アクティブ80ヘルスプランは、運動不足の人々から健康で運動習慣が身につけている人々への所得再分配という効果をもつ可能性があった。アクティブ80ヘルスプランが所得分配に与える効果は、医療サービスの分野で合意されている価値判断によると望ましい

ものとはいえないのである。したがって、アクティブ80ヘルスプランは、所得分配の公平性という観点からも望ましいとはいえないことになる。

V おわりに

運動習慣の普及による成人病の予防あるいは健康増進を目的とした、アクティブ80ヘルスプランの成果と問題点について検討した。アクティブ80ヘルスプランは、いくつかの点で結核対策やがん対策などの従来の予防対策とは異なっている。第1に、運動習慣の普及という予防手段は、個人の生活スタイルの変更をもとめることである。このことは、政策の効果は、政策によって個人の行動がどのように変化するかに大きく依存することを意味している。第2に、アクティブ80ヘルスプランは、医師が提供する医療サービスを必ずしも必要としない予防対策であることである。この結果、アクティブ80ヘルスプランは、疾病の自然史でいえば成人病の感受期以前の状態にある健康な人々を対象とすることになる。

一般に、人々が予防対策を受け入れるためには、予防対策の効果が医学的に保証されていることが必要である。すなわち、個人は予防対策の便益を評価できることが必要である。さらに、予防対策のために個人が負担するコストは、小さいほど個人はその予防対策を受け入れると考えられる。しかしながら、アクティブ80ヘルスプランは、この2つの条件を満たしているとは思えない。したがって、アクティブ80ヘルスプランが、運動習慣を普及させる効果は限られていると考えられる。

予防対策は、予防サービスの分野に公的に介入する政策である。公的に介入するには、資源配分の効率性あるいは所得分配の公平性という根拠が必要である。結核予防は資源配分の効率性が、がん対策は所得分配の公平性が公的介入の根拠となると考えられる。しかしながら、成人病の予防対策としてのアクティブ80ヘルスプランには、公的介入の合理的な根拠が希薄であると思われる。

人口が高齢化長寿化するにしたがって、疾病構造の中心は成人病などの慢性疾患へと確実に移行

していくことが予想されている。慢性疾患は、治療では完治することが困難な疾患である。したがって、成人病対策の中心が成人病の予防におかれることは自然なことである。しかしながら、どのような予防手段が成人病の予防に有効であるかは必ずしも十分に分析されていないなど、治療の分野に比べると予防の分野での研究は不十分である。また、生活習慣の変更によって成人病を予防する場合には、政策によって個人の行動がどのように変化するかという視点が不可欠となる。したがって、成人病の予防対策のあり方を考える場合、成人病の予防の医学的・生物学的な研究の蓄積と、政策が個人の行動に与える効果という視点が重要になる。

注

- 1) 以下の議論は、参考文献[5]による。
- 2) 参考文献[5]。
- 3) 結核対策を医学生物学的な研究の進歩と並行させて論じたものに参考文献[11]がある。
- 4) インフルエンザの予防接種率が低下した理由には、この他にインフルエンザが危険の少ない病気であること、深刻な副作用があることなどがある。詳しくは、参考文献[6]を参照。
- 5) 参考文献[1]を参照。
- 6) 診断の進め方に関する基準や制約については、参考文献[2]の第4章を参照。
- 7) 参考文献[9]を参照。

参考文献

- [1] 渥美和彦編『明日の医療5 技術革新』, 中央法規出版, 1984年。
- [2] Fletcher, R. H., Fletcher, S. W. and Wagner, E. H. [1982], *Clinical Epidemiology-The Essentials*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1982 (久道 茂, 清水弘之, 深尾 彰訳『臨床のための疫学』, 医学書院, 1986年)。
- [3] Fuchs, V. R. [1986], *The Health Economy*, Harvard University Press.
- [4] 堀部 博, 青木伸雄, 笠置文善 [1984], 「虚血性心疾患の疫学と予防」『公衆衛生』Vol. 48, No. 3.
- [5] Mausner, J. S. and Kramer, S. [1985], *Epidemiology-An Introductory Text*, Second Edition, W. B. Saunders Company (近藤東男, 糸川喜則, 山本正治監訳 [1986]『疫学 テキスト』, 西村書店)。
- [6] 長戸かおる [1989], 「インフルエンザ予防接種と市民自治」『自治の原点』自治体学会編。
- [7] 西村周三 [1987], 『医学の経済分析』, 東洋経済出版社。

[8] 大井 玄, 武長脩行, 甲斐一郎 [1984], 「費用便益, 費用効果分析と保健事業(その2)——特に, 子宮がん, 胃がん検診をめぐって」『公衆衛生』Vol. 48, No. 1.

[9] Russell, L.B. [1986], *Is Prevention Better Than Cure?*, The Brookings Institution.

[10] 佐々木直亮 [1984], 「脳卒中・高血圧の疫学と

最近の動向」『公衆衛生』Vol. 48, No. 3.

[11] 島尾忠男 [1987], 「結核対策」『21世紀へ向けての医学と医療3 医療の将来像』吉利 和編, 日本評論社。

(うるし・ひろお 上智大学助教授)

(ちの・てつろう 東京学芸大学専任講師)