

平成19年 4月18日

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針に関する意見」

厚生労働省健康局総務課
生活習慣病対策室 あて

郵便番号：〒160 - 0023
住 所：新宿区西新宿3-2-7 パシフィッ
クシティ西新宿4F
氏名（注1）：東京保険医協会
会長 塩安佳樹
電話番号：03-5339-3601
電子メールアドレス：

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「方針」）の一部改定にあたって、意見を提出いたします。

1. 国民の健康の増進の推進の基本的な方向

< 意見 >

国民の健康増進を推進するためには、個人のみではなく、コミュニティや都市を介入対象とした総合的な公共政策を推進すること。

その際、健康の自己責任論のみを強調するのではなく、健康に対する行政と企業の社会的責任を明確にし、健康を阻害する社会的要因をなくするための公共的施策をすすめること。

さらに、地域において住民参加による健康活動を組織し、住民の健康を支援するための公共的施策をすすめること。

< 理由 >

減塩やコレステロール制限などの食事指導、禁煙、運動指導、体重コントロールなどへの健康教育やカウンセリングによる個人に対する介入策は、長期間になるとその効果は立証されていない。

「健康日本21」などで行われている健康教育・指導など、危険因子を持つ個人に介入する政策は、イギリスでは「壮大なムダ」と呼ばれている。

【 近藤克則著『健康格差社会』（医学書院）によると、減塩食指導や禁煙指導など個人の生活習慣や行動の変容を目指すアプローチは個々のRCT（無作為化臨床試験）では有効との報告はあるが、システマティック・レビュー（現在までの研究の到達点を明らかにするため、RCTを網羅的・体系的に収集して評価したもの）では、その効果はほとんど否定されているという。このレポートはイギリス財務省の諮問により作成されたもので、BBCは、有効という根拠もなく健康教育キャンペーンに巨額の予算が費やされているとして、「無駄なキャンペーン」という小見出しまで使って報道したと、本書は紹介している。】

WHO「オタワ憲章」（1986/11）では、個人が自らの健康をさらにうまくコントロールし、改善できるためには、その前提条件としての社会資源である「平和・住居・教育・食物・収入・安定した生態系・持続可能な生

存のための資源・社会的公正と公平性」の確立が必要であるとしている。

地域で、当事者である住民参加による組織活動を高めながら、健康に対する行政と企業の責任を明確にし、健康的な配慮が組み込まれた公共的施策と、健康を支援する環境作りの取り組みを推進することが、新しい公衆衛生の流れとなっており、健康の自己責任論のみを強調すべきではない。

いま、長時間労働や低賃金、不安定な雇用状態などの労働問題、ファーストフードの蔓延などによる食生活の問題、劣悪な住環境、家族構成の変化、環境汚染など、健康を阻害する社会的要因は街に溢れている。

大企業の乱暴なリストラによる雇用破壊、違法なサービス残業、過労死まで生み出す長時間労働、地域経済を見捨てる工場閉鎖、大型店の出店による地元商店街の崩壊、そして懸命に働いても生活保護水準の収入しか確保ではない「ワーキングプア」と呼ばれる人々が労働人口の2割から3割に達している。

健康の自己責任論に基づく健康づくりは、健康増進政策としてエビデンスがないばかりでなく、多くの国民にとって「時間的にも金銭的」にも受け入れ不能なものである。

社会環境の改善に向けた企業と行政の責任を明記するとともに、地域ぐるみ、都市ぐるみで、その解決に向けた公共的施策を推進することが重要である。

2. 一次予防の範囲について

<意見>

一次予防を、「生活習慣の改善による生活習慣病等の発症の予防」に矮小化するのではなく、がん、うつ病や認知症などの精神疾患、ウイルス性肝炎やHIVなどの感染症、歯科・口腔疾患など、国民の健康確保のために対策が必要な疾患についても対象とすること。

また、「健康の増進」を阻む社会的要因を排除するため、労働環境、居住・生活環境、食生活環境などの社会環境の整備も一次予防の重点とすること。

<理由>

自殺や過労死、長時間労働の問題、収入確保の問題（雇用の確保・年金等の充実）、食生活改善の問題、十分な睡眠と休養の確保の問題、環境汚染の問題など、国民の健康を阻害する要因は「不健康な生活習慣」のみではない。

厚生労働省は、「生活習慣病とは、不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気」と定義して、“自己責任”によることを強調しているが、多くの疾病は、現在の過酷な労働環境と偏った食生活など個人の責任で解決できない生活・労働条件等を背景にしている。また、厚労省が「生活習慣病」と呼ぶ糖尿病・高血圧・高脂血症などは遺伝的要素が強く、罹患しやすい（しにくい）という個体差がある。

一次予防では、国民の健康確保のために、個人の責任では解決できない健康問題を社会的なレベルで改善することが必要である。

3. 目標の設定について

<意見>

健康増進にあたっては、科学的根拠が明らかになったものを目標値とし

て設定すること。

メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少率など、個人に介入することで「行動変容」を促す取り組みに目標値を設定することは不適切である。

医療費適正化計画の数値目標と連動させないこと。

<理由>

先に発表された「健康日本21」中間評価報告において、科学的根拠を持って設定されたはずの数値目標に対して、多くの項目で実績値が後退していることから、目標設定の根拠について検証が必要である。

個人介入による健康増進の科学的根拠が明らかになっていないことから、患者ならびに患者予備軍が減少するとのエビデンスがない特定保健指導などに関する数値目標を設定することは不適切である。

目標の設定は国民の健康増進に資するためであり、医療費削減が目的ではない。よって、「医療費適正化計画」の目標値と連動させるのは、健康増進を目的とする「方針」の趣旨に合わない。

国が進めようとしている、<「医療費適正化」のための「健診・指導」「行動変容」>という図式は、「試案」「大綱」「医療改革関連法」に何の恥じらいもなく、あからさまに明言されているが、この図式は国民を侮辱・愚弄するものである。

真に「国民の健康増進」を考えるためには、それなりの財源を確保すべきであり、場合によっては「医療費削減」の額をはるかに超える予算が必要かも知れない。

<「医療費適正化」のための「健診・指導」「行動変容」>という図式は本末転倒というほかない。「試案」「大綱」「医療改革関連法」は、国の施策として根本的に誤っている。「試案」「大綱」「医療改革関連法」は、保健医療部門からの批判に耳を貸すことなく財務部門の圧力によって推し進められ、日本の厚生行政が歪められ骨抜きにされたものであることを改めて指摘したい。

4. 「健康寿命」について

<意見>

「方針」前文にある「健康寿命」の文言は不適切であること。

<理由>

認知症や寝たきりなど自立できない国民は「健康寿命」が尽きたことになり、意味のない残りの生 = 「余命」をただ費やすものと位置づけられかねない。

「健康寿命」の期間にある国民と、そうではない国民の命の重さが変わりはなく、健康や生活の質の向上は国民にとって必要不可欠のものである。

よって、非高齢者や元気な高齢者の命と、自立できない弱い高齢者の命に「差」があることを前提とするような「健康寿命」という表現は不適切である。

以上