

2. ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチに関する論攷

事業協力者 福永一郎（保健計画総合研究所）

医療制度改革による特定健診・特定保健指導の実施が喫緊の課題となっている。この中で、メタボリックシンドローム対策における「ハイリスクアプローチ」「ポピュレーションアプローチ」を整理し、「ポピュレーションアプローチ」をどのように展開するかが課題となっている。また、衛生行政部門の役割、行政保健師の役割として「ポピュレーションアプローチ」が強調されているが、その具体的な展開方法については未だ十分に検討されていない現状がある。

本稿では、いくつかのキーワードをあげて「ハイリスクアプローチ」「ポピュレーションアプローチ」を整理し、「ポピュレーションアプローチ」の実施のために必要な要素を明らかにして、「ポピュレーションアプローチ」を担う今後の市町村衛生行政の展開について述べる。

1. 健康対策の対象

健康対策はどのような対策でも、以下の3つの要素からなっている。

1) 個人へのアプローチ

個人や家庭へのアプローチであり、健康教育や保健指導、治療、リハビリテーションなどが含まれる。

2) 集団（人々）へのアプローチ

人々の集団、組織へのアプローチであり、健康教育や啓発、地域組織育成などが含まれる。

3) 基盤・環境へのアプローチ

個人や集団が健康になりたいという意志と行動を助けるためには、行動がしやすい環境づくりが必要である。基盤には、健康水準を維持する装置である制度や法規と、集団を組織化し、自主自律化させる、専門家間の連携をはかる等の地域組織育成やネットワーク化、そして、健康推進や疾病予防に利用できるための社会資源（箱物、人材）の確保がある。このアプローチは、個人や民間が単独でなすことは難しく、行政による公的責任のウエイトが大きい。

2. 生活モデルと疾病対策モデル

健康推進、健康問題に対するアプローチの基本的な考え方として、生活モデルと疾病予防モデルの2つをあげることができる。

1) 生活モデル

人の健康は、実際は生活行動・様式、生活環境等で規定されており、生活と不可分のものであって、単に疾病を予防するだけでは十分な健康を得ることはできない。健康対策の目的を生活の質の向上におき、人々の能力開発と行動を支援する環境づくりを中心に据えた概念がヘルスプロモーションであり、それは疾病予防至上主義の限界と反省から出てきたものである。地域での健康確保、健康推進を考えると、住民の生活に着目して、住民が主体的に自分の健康を推進できる支援的環境を地域でつくってゆくという試みが、わが国では「ヘルスプロモーション」をその基礎として、この 20 年来、全国の先進的な地域において行われ、成果を得るに至っている。

これらの試みは、客観的な健康よりはむしろ、人と地域と生活に着目した「生活モデル」としてのアプローチであって、活動の最終目的は「客観的健康」ではなく、「生活の質の向上」であり、生活満足感、健康感の向上にある。そして、その理想的な生活実現の 1 つの土台として客観的健康の確保があり、その手段の 1 つとして疾病予防が位置する。

2) 疾病予防モデル

「疾病にならない」ことを最終目的とした考え方で、古典的に公衆衛生において行われてきたもので長い歴史がある。

疾病予防モデルでは、その目的が疾病の予防、手段が疾病の発生予防と、疾病の発生後の治療・リハビリテーションからなる。疾病予防モデルは個人の生活の質、生活満足感・健康感の向上をその目的にはおいてないので、健康推進の中心理論にはなり得ない。しかし疾病が予防できたら、個人の生活の土台の 1 つである健康の確保が容易になるという点で、間接的に個人の生活の質、生活満足感・健康感の向上につながるため、適材適所（各論的に）に用いれば有効なモデルである。

疾病予防モデルはその目標が唯一疾病予防であるから、生活していく上で重要なことであっても、疾病予防につながらないことは切り捨ててしまうという欠点を持つ。また、個人への予防手段の履行を厳格に求めることが多いため、疾病予防が生活を規定してしまい、他の多くのものを犠牲にしてそれを守るか、あるいは予防手段を守れなくて脱落してしまいがちになり、いずれも人生に大きな影響を与えかねない。

自分の行動と予防手段がマッチしなければ予防効果はでないが、ゴールが特定の疾病の予防である限り、予防手段がの自己選択が不可能で、それが行動を規定しがちであるという決定的な問題点が存する。

さらに、ある疾病にならなかったことが、その人の生活の質の向上に必ずしも結びつかない上、通常は別の疾病による健康障害に悩まされることになる。人の死亡や障害に影響を与える疾病は多くあ

り、「疾病予防モデル」だけで健康対策を形づくることは、大変多くの疾病をカバーしなくてはならず、次から次へとエンドレスに対策をくみ上げることになってしまい、非現実的な行為である。すなわち疾病対策をいくら積み上げても健康推進を行うことは不可能であって、「疾病予防モデル」は、健康推進本体のモデルにはなり得ない。

疾病予防モデルがその本領を発揮できるのは、見逃すと重大な障害や早世が確実に訪れるような疾病に対してである。つまり、「有無を言わせず」軽いうちに発見し重症化防止を図らなければならない性格の疾病であり、生活習慣病ではがん対策がこれにあたる。また、乳幼児健診での発達、聴覚、視覚の健診は、障がいの早期治療療育に結びつくので、疾病予防モデルによる対策が功を奏す。ただし一般に、疾病予防モデルの役割は、発見して事後措置を行った時点で終了する。

3. リスク要因に着目した疾病予防

ハイリスクアプローチは、疾病予防モデルに基づくアプローチ方法である。疾病には自然史があり、疾病の成長過程（病気が悪くなる過程）は連続している。アプローチの段階には、通常、発症前の予防と治療・リハビリテーションの2つのアプローチがある。

その中で、発症前の予防に関しては、その疾病を起こす確率（確率なので評価は個人ではなく集団で行う）を増やす「リスク要因」に着目した分類がある。集団の中から「リスク要因」をもっている人を選別し、その人たちから疾病が起こる確率を減らすためのアプローチを「ハイリスクアプローチ」と呼ぶ（図1）。

一方で、リスク要因を持つ人の数そのものを減らすアプローチも存在する。適切な用語がないので、ここでは「リスク要因を持つ人を減らすアプローチ」としておく。

たとえば重症生活習慣病を「疾病」、高血圧を「リスク要因」とすれば、疾病予防モデルによるアプローチは、表1のようになる。

「ハイリスクアプローチ」は「リスク要因」を持つ人への手厚い「介入」である。しかし、実際に、長期時間を追えば、多くの重症生活習慣病は、一時的に「リスク要因」があると選別された人達からの発症数より、なにもない人たちから発症する数の方が多いとされている。「リスク要因」を持つ人たちの数そのものを減らすアプローチの重要性がここにある。

ハイリスクアプローチは、リスク要因を有する集団を全体から分別することが容易な場合有効である。しかし、集団全体にリスクが広く分布する場合には、ハイリスクアプローチは有効に機能しない。たとえばある地域住民の平均塩分摂取量が多ければ、そうでない地域に比べて脳卒中の発症率が高くなることが予想されるが、この対策として塩分 10 グラム/日以上摂取している人だけを選び出して保健指導をするよりは、住民全体に啓発をして平均塩分摂取量を下げることがはるかに有効である。生

活習慣病対策では、このようなリスク度の平均値を下げるというアプローチが有効である場合が多い。これらのことから、リスク要因の有無で対応を分けない、集団全体へのアプローチが必要であって、これがポピュレーションアプローチであると考えられる。

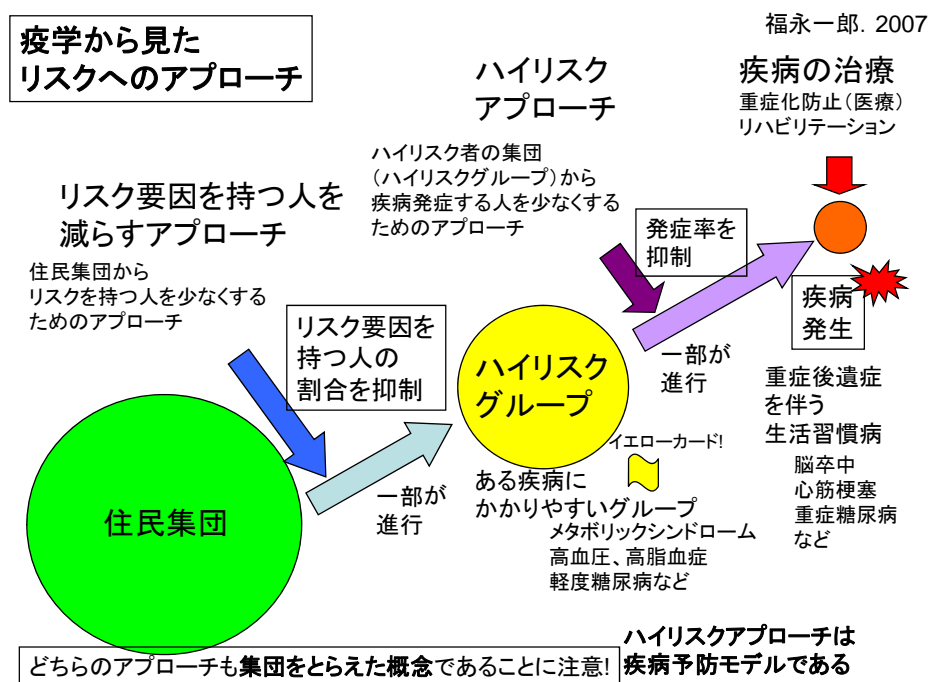


図1 リスク要因に着目した疾病予防

表1 疾病予防モデルによる3つのアプローチ

- (1) リスク要因を持つ人を減らすアプローチ
例) 高血圧対策・・・全体の中で高血圧(重症生活習慣病のリスク要因)がある人の数自体を減らすアプローチ。住民全体への啓発、学校での保健教育、住民の積極的健康への支援環境づくり、減塩運動など。
- (2) ハイリスクアプローチ
疾病のリスク要因を持つ人を重症化させない、可能なものはリスク要因を除去あるいは程度を軽減できるようにするアプローチ。
例) 高血圧対策・・・高血圧のある人から重症生活習慣病を発症させないためのアプローチ。高血圧のある人の血圧コントロール、適切な降圧剤による治療、生活習慣、職場環境、ストレス対策など。
* 疾病のリスク要因を持つ人への個別アプローチが中心になるが、広く言えば対個人の保健指導だけではないと解釈したい(異論はあると思われる)。
- (3) 重症化防止・リハビリテーション
既にリスク要因から重症生活習慣病を発症してしまった人には、必要な治療、療養に関する保健指導、環境づくり、そしてリハビリテーションを行い、社会生活でできるだけ高いQOLと生活満足感や健康感が得られるようにする。
例) 高血圧対策・・・発症してしまった高血圧性あるいは高血圧に起因する重症生活習慣病の治療、療養指導、療養環境整備、リハビリテーション。
* 高血圧性の疾患としては、くも膜下出血(脳大動脈瘤の破裂)、脳出血、脳梗塞(特にラクナ梗塞)、高血圧性心疾患、高血圧性腎症などがある。
なお、通常、高血圧は重症生活習慣病のリスク要因であって、高血圧自身が病気である(疾病予防の目的疾患)という考え方はしないので注意。

4. ポピュレーションアプローチ

この場合の集団とは、必ずしも個人対集団、の集団を意味しない。すなわち、ハイリスクアプローチが対個人指導、ポピュレーションアプローチが対集団指導というのは誤りである。アプローチは環境の変容、集団全体の行動の変容、社会の変容（倫理的規範や、階層社会へのアプローチ、政治的な変化）がターゲットとなる。

Rose (1985) が提唱したポピュレーションアプローチ（ただし Rose はアプローチではなくストラテジーと称した）は、上述のように解釈される。ただ、やや曖昧さを持っている概念であって、成立した背景も英国の事情が反映されている可能性が高い。従って英国とは事情が異なる日本で応用する場合は、いろいろな解釈が可能な部分があろう。

Rose の言う「ハイリスクアプローチ」は明確な疾病予防である。一方「ポピュレーションアプローチ」はリスク度の平均値を下げる疫学的な面に拠る所があるが、アプローチ方法が疾病予防に特化していない。従って、「ハイリスクアプローチ」と「ポピュレーションアプローチ」は一対一対応をしない概念である。

たとえば、脳卒中予防では、ハイリスクアプローチは高血圧の人への指導、ポピュレーションアプローチは高血圧の知識の一般への啓発、と同じレベルで簡単に分けられるものではない。ハイリスクアプローチは特定疾病の予防に特化したアプローチ方法（「疾病」へのアプローチ）、ポピュレーションアプローチは疾病予防に特化しない別のアプローチ方法（「社会」へのアプローチ）ともいえ、これが「ポピュレーションアプローチ」をわかりにくいものになっていると考える。

日本では「ハイリスクアプローチは個人対象、ポピュレーションアプローチは集団対象」と説明されることが多いようであるが、これでは、単なる健康教育的アプローチだけに限定して解釈されかねない懸念がある。たとえば、メタボリックシンドローム対策のアプローチでは、ハイリスクは個人指導、ポピュレーションは集団指導、と狭く解釈される危険性をはらんでいる。しかし、ポピュレーションアプローチは「社会」へのアプローチであるから、私見では、日本の実情に照らし合わせると、ポピュレーションアプローチとは健康推進に対する地域の基盤づくりから始まり、集団指導へ至る広いものと解釈可能であると考えられる。そしてその多くは、生活様式や環境へのアプローチになり、その土台としての地域の組織化、システム化などが含まれると考えられる。

このように本来、ポピュレーションアプローチは、特定疾病の予防を想定していない概念であるが、結果的に、リスク要因を持つ人の数を減らすことができ、疾病予防につながる。従って、ポピュレーションアプローチの成果としては、前述の疾病予防モデルによる3つのアプローチのうち、主に「リスク要因を持つ人を減らすアプローチ」を担うことができる。

5. メタボリックシンドローム対策におけるアプローチ方法

今回の特定健診・特定保健指導は、明確に疾病予防モデルによる対策であり、しかもその一部のみを抜き出して事業化したものである。私見であるが、メタボリックシンドローム対策のハイリスクアプローチには、重症生活習慣病になる「リスク要因」であるメタボリックシンドロームの人たちを対象とする「手厚い介入」であって、国が示した内容にとどまることなく、個人へのアプローチとしての保健指導や、必要な予防的治療（降圧剤投与など）に加え、個人個人に応じた疾病を進行させないための環境づくり、メタボリックシンドロームの人たちが支え合う共助など、「健康対策の基本」で述べた3要素の全てが必要となる。

特定保健指導は（特定健診はメタボリックシンドロームという「リスク」をもった人たちを選び出す手段）、この中の「個人への保健指導」だけを担っており、「ハイリスクアプローチ」に関しても、特定保健指導をやっただけでは不十分で、系統的な対策をきちんとつくる必要がある。

次に、今回の医療制度改革に基づくメタボリックシンドローム対策は、重症生活習慣病をターゲット疾病とし、内臓肥満、軽症糖尿病、高脂血症、高血圧を重症生活習慣病の「リスク要因」としてとらえる「疾病予防モデル」による対策であるので、ハイリスクアプローチが前面に現れた事業となっている。しかし、多くの重症生活習慣病は、一時的に「リスク要因」があると選別された人達からの発症数より、なにもない人たちから発症する数の方が多いから、ハイリスクアプローチの対象外である人に対するアプローチを行わなければ、予防の目的を達することはできない。あくまで疾病予防モデルによるものであるが、総合的な体系は図2のように整理可能である。

疫学から見た生活習慣病への3つのアプローチ

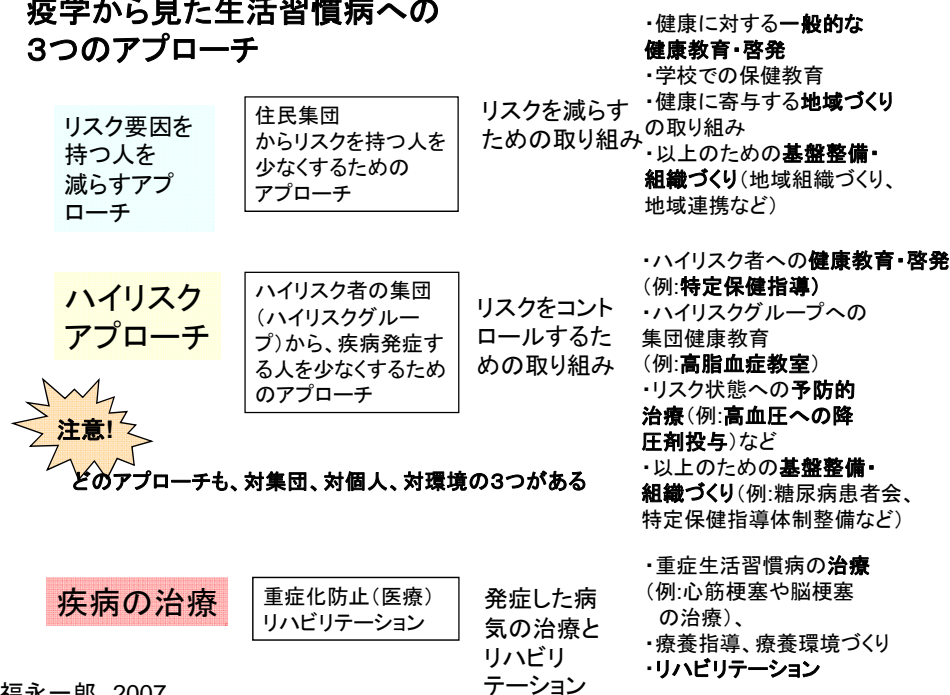


図2 3つのアプローチ

メタボリックシンドローム対策では、住民の中でメタボリックシンドロームになる人の割合を減らす対策を「ポピュレーションアプローチ」が担うことになる。従って、今回の医療制度改革において言われているポピュレーションアプローチは、メタボリックシンドロームになる人の数を減らす効果をもたらすことを期待して行われることになる。

私見では、両アプローチとも、先に述べた対象の3要素を満たすべきと考えるが、ハイリスクアプローチはおおむね個人に特化した対策に偏する傾向にある。リスク要因を持つ人を減らすアプローチは、個人、集団、基盤・環境の全てを対象とした大きな視点が必要で、これを達成するのがポピュレーションアプローチである。

6. メタボリックシンドローム対策での「ポピュレーションアプローチ」の具体的方策

ポピュレーションアプローチは、特定の疾病に特化しない、社会へのアプローチを示している。そして、疾病になるリスク度の平均値を下げることを結果として求めている。ポピュレーションアプローチは、健康推進に対する地域の基盤づくりから始まり、集団指導へ至る広いものであると考えられる。地域の基盤づくりがあって初めて、実効的な集団指導やハイリスクアプローチも成立する。

各アプローチをどこが担うかと言う命題に関して、「ポピュレーションアプローチ」は現在、保険者は担わないことになっている。行政としてトータルにメタボリックシンドローム対策を住民に保障するとなれば、保険者が担わなければ、衛生が担うしかない。

ここで言う「担う」とは、「コントロールタワー」となることであって、全てを衛生行政が実施することではない。ポピュレーションアプローチに属するいろいろな活動は、本来は、その地域の実情に合わせて適切な実施者が行えばよい。たとえば住民の協議会メンバーとか、政治家ブレインのポリシメーカーがやってもかまわない。ただ、日本では、行政保健師等の行政専門技術職が一番適した場所におり、また、その役割として養成されている。

よく語られている「ハイリスクアプローチ」は保険者、「ポピュレーションアプローチ」は衛生、と分断するのも本来は誤りであって、前述の疾病予防の3対策の大きな柱をたて、そこではじめて保険者と衛生と医療セクターで役割分担することが求められる。

この柱を立てるのは誰か、それは市町村の健康政策の全責任を負う立場にある衛生行政が望ましい。保険者は被保険者しか対象にしないが、衛生行政は住民を対象としている。また、地域を見て地域がわかっていると柱は立てにくい。

その柱を立てると言うことは、その地域で健康を推進するための基本計画をつくることである。地域の健康基本計画（現状では地方健康増進計画が相当）をつくり、その中で疾病対策を位置づけることが必要である。地域の健康政策の中で、生活習慣病の疾病対策だけが独立して存在することはあり

得ない。メタボリックシンドローム対策はその中の1つの各論として組み込まれるものである(図3)。他の事業から分離してメタボリックシンドローム対策を一生懸命やっても砂上の楼閣のようなものであり、きちんと地域の基本計画からメタボリックシンドローム対策を派生させることが重要である。

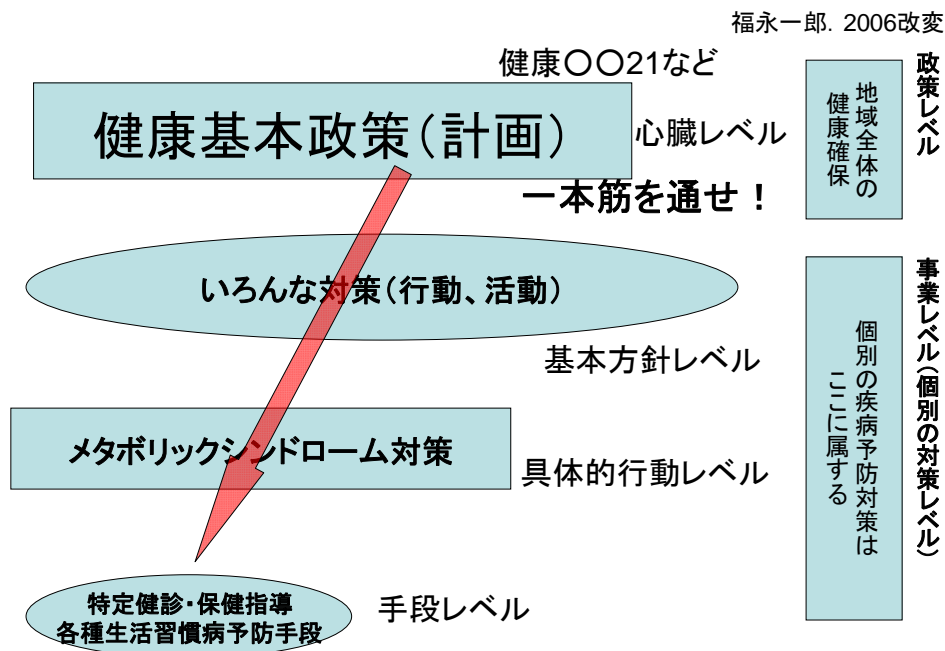


図3 生活習慣病の疾病対策の位置づけ

メタボリックシンドローム対策でいう「ポピュレーションアプローチ」の本体は、住民全体の生活様式や生活習慣の見直しや改善のための種々の取り組みである。住民を動かさないとポピュレーションアプローチは不可能である。健康づくりが地域に浸透していないと、多くの人にとってメタボリックシンドロームは「人ごと」であって、自分の問題に直結しないと思えば人々は動くことはない。また、行動を行おうと思っても、実践する能力がなければ行動できない。メタボリックシンドローム対策に必要な関係機関との地域連携などは、衛生行政がコントロールタワーとなって、時間をかけて醸成してゆく必要があるものである。

これらは全部、ヘルスプロモーションの成果を活用するものである。メタボリックシンドローム対策の「ポピュレーションアプローチ」は、ヘルスプロモーションの果実の上に存在するものである。

健康基本計画で培った地域づくりの全てのノウハウと、つくられた基盤が、ポピュレーションアプローチにそのまま応用できる。従って、生活モデルに沿って、ヘルスプロモーションを推進することが、「ポピュレーションアプローチ」の実践につながるのである。

ヘルスプロモーションから ポピュレーションアプローチへ

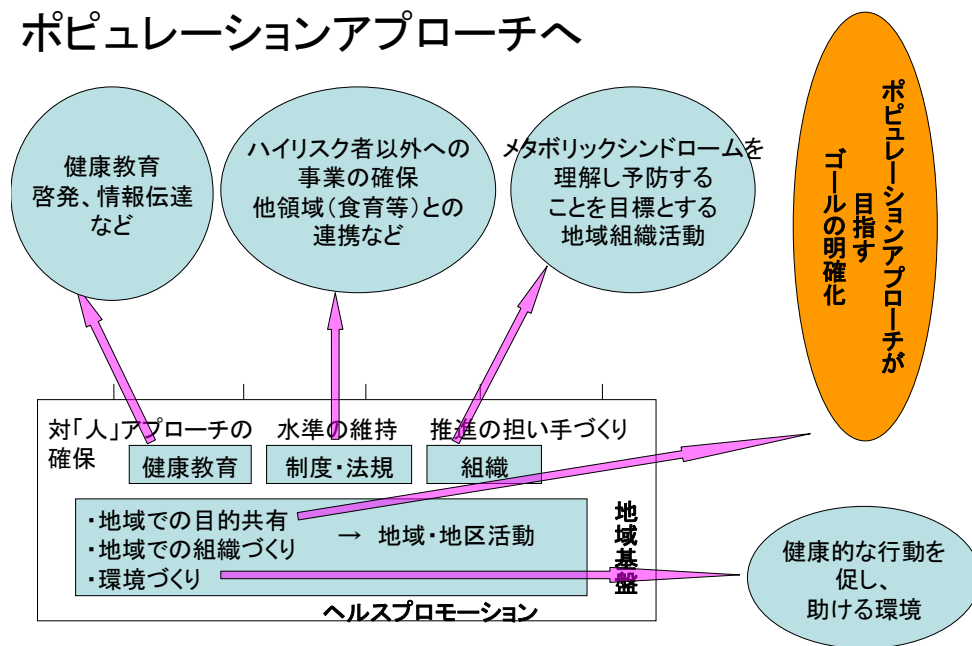


図4 ヘルスプロモーションからポピュレーションアプローチへの展開

7. 結語にかえて～今後の地域保健の方向

和魂洋才と言うが、西洋の思想であるヘルスプロモーション、ポピュレーションアプローチは、日本の歴史と文化の中で消化され、日本固有のものに作り直されることが必要であって、今、日本の地域保健は、成熟に向かって努力しなければいけない時期に来ていることを感じている。

日本においては、おそらく老人保健事業以前には、現在よりはるかに貧弱な専門職ヒューマンリソースにもかかわらず、未だ健在であった地域力を背景として、地区活動を中心とした地域保健活動が行われていたであろう。その時代の後、これまで、20年にわたり老人保健事業が実施されてきた。老人保健事業は地域の専門職ヒューマンリソースを飛躍的に充実させ、高血圧を中心とした生活習慣病の2次予防、3次予防の充実を得た反面、行政体と住民との関係を、あたかも生産と消費のようなサービス供給者、サービス消費者という形に変質させてしまった観がある。

また、時代の趨勢とはいえ、地域力が減退し、個に対するアプローチが行政の対住民アプローチの主体となってきた。多くの地域では、地縁的結合の弱体化、地区活動の主な担い手であった専業主婦層の減少、老人会活動の衰退化等により、地区活動は衰退し、都市周辺では新旧住民のモザイク化がおこり、一方山村では限界集落と呼ばれる地区活動自体が困難な集落も出現してきている。このような状況の中で、今もう一度、「地域」を再編し、新しい地域保健活動をどのように展開するかを、各々の地域で考え、行動してゆかなければならない時代が招来しているように、私には思える。もちろん国策としての大きな健康政策も重要であり、市町村に委任されている具体的事業の執行を粛々を行う

ことは、国民に対する行政の義務である。しかし、地域保健の問題は、ただその執行のみにとどまらず、地域固有、さらには小地域固有の問題がもっとクローズアップされなければならない。日本全国を均質化したものとみなし、均質化したサービスだけを提供するということは不可能なのである。また、市町村合併により市町村は広域化しているが、市町村行政は広域行政ではないのである。市町村は基礎自治体として、地域のすみずみまで保健活動を行き渡らせ、地域住民の一人一人にその成果を享受させる義務を有している。

今回医療制度改革の一環で、特定健診・特定保健指導が導入されたが、これらの事業は医療保険者が行う事業であり、性格としては明確なる保険加入者（被保険者）へのサービスである。保険者間の競争原理が導入され、保険者と被保険者の間には、市場原理が導入されることになるだろう。

もとより市町村国保は市町村行政の中で行われているので、行政の一環としてこれらの事業も行われるのであるが、中期的未来には特定健診・特定保健指導は民間へのシフトが予測され、「事業」をよりどころとした行政施策の体系化は成立しなくなってくる可能性が高い。むしろ、地域で必要なものを見だし、政策を考え、それを施策体系化し、そこから事業化するという、本来の「地域政府」型の保健活動の展開が望まれるだろう。

市町村は最小単位の「地域政府」である。「地域政府」は地域固有の問題に沿って政策を展開することと、国策の執行者として国策を地域にアレンジして実施するという2面性を持っている。多くの自治体で、老人保健事業時代の20年は、後者に偏してきたきらいがある。本来は、地域固有の政策と国策を癒合させ、包括的に政策を実施しなければならない。

幸い、現在ではどの自治体でも過去の時代に比べると豊富な専門職ヒューマンリソースがあり、地域、ことに住民とあい対することのできる小地域に対する積極的な働きかけによって、地域保健を再編できる可能性を秘めている。この豊富な専門職ヒューマンリソースは、今後、事業の執行に偏するのではなく、地域の再編・地域活動の活性化のために使われるべきである。本来の地域保健活動を取り戻してゆく努力が、今、求められていると思われる。

来年度の研究では、ポピュレーションアプローチの具現化として具体的な地域活動をすすめるために、住民や専門職ヒューマンリソースがどのように動き、行政はどのような体制を作ってゆくべきかを、普遍的な方策と、地域に応じたアレンジの方法論を開発できればと思っている。

文 献

・ 予防医学のストラテジー. Rose 著、曾田研二、田中平三監訳、水嶋春朔、中山健夫、土田賢一、伊藤和江訳. 医学書院. 平成 10 年

- ・Geoffrey Rose、The Strategy of Preventive Medicine、Oxford Medical Publication、London、1992
- ・市町村保健活動の日常業務を見直す。社団法人全国保健センター連合会。平成16年3月
- ・「健康日本21」地方計画推進・評価事業報告書。地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター。平成18年3月
- ・「市町村健康づくりスタッフの資質向上と市町村健康政策の科学性・計画性の確保に関する実践的研究」に関する研究報告書。(財)健康・体力づくり事業団 平成11年度健康づくり委託等事業(健康づくり等調査研究委託事業)「市町村健康づくりスタッフの資質向上と市町村健康政策の科学性め計画性の確保に関する実践的研究」に関する研究報告書(主任研究者:福永一郎)。平成12年3月
- ・あなたのまちの健康づくりーみんなで進める「健康日本21」ー。新企画出版社。平成13年1月
- ・日本におけるこれまでの健康づくりと健康日本21。牧野由美子監修。保健計画総合研究所。平成16年4月
- ・福永一郎、他。香川県下の市町における保健計画と地域保健活動の現状分析。四国公衆衛生学会雑誌,37(1),167-175。平成4年2月