

巻頭言 「健康余命」の特集に寄せて

小泉 明*

コレラ・ペストをはじめとする急性の感染症、結核・ハンセン氏病に象徴される慢性の感染症、がん、心血管系疾患などの慢性の非感染症、栄養あるいは環境に起因する諸疾患、遺伝性あるいは先天性の諸疾患等々、公衆衛生活動が次々と生起する問題の解決に追われている中で、国あるいはそれに準じた地域で、人口集団を単位として健康度ないし健康水準を包括的にとり上げる試みがなされたのは今世紀半ばからであったように思う。

そのような視点に立つとき、1955年にWHOが開催した“健康水準の評価に関する研究グループ”の討議は、公衆衛生活動の包括的な展開の幕開けであった。

印刷公表されたその報告 (WHO Technical Report Series 137, 1957) では、健康とは何かを論じた上で、注意深く“その可能性”としながらも包括的な健康指標として粗死亡率、50歳以上死亡比率および平均余命を選定している。

因みにそこでは、精度は低いが入手容易なものとして粗死亡率、精度は高いが資料としての報告に乏しい平均余命、精度に信頼性があり入手可能性の高いものとして当時のWHO統計部長Swaroop氏と、協力者で当時の部長上村一夫氏が開発した50歳以上死亡比率 (pmr: proportional mortality ratio, P.M.I. (IはIndicator

ともいう) を挙げ、それ迄地域の健康指標と考えられていた乳児死亡率に対してはその包括性を疑問視していた。

その後、平均余命（とくに出生時のいわゆる平均寿命）を算出し報告する国は増えたが、平均余命は年齢別にみた死亡のパターンの反映であって、たとえば医療の進歩により平均寿命が延びてもQOL (Quality of Life) の改善・向上を示すことにはならないなどの反論ないし反省がみられるようになった。

このような背景の下に、「健康余命」の概念が生まれ、そのための指標の開発と評価をめぐる研究が世界規模で活発におこなわれるようになった。Active (Disability - Free) Life Expectancyを主題に1995年に仙台で開催された第3回WHO協力センター・シンポジウムはその代表例に数えられよう。

本誌が特集号「健康余命を考える」を企画し、瀬上清貴室長（厚生省統計情報部）の総説につづいて、代表的な健康余命計算法について紹介と検討、健康度の測定・評価システムなど、この問題の全貌と研究の最前線をまとめたことはまことに有意義である。

本特集が二十一世紀の少子高齢社会で健康政策をどのように組立て展開していくかにあたっての貴重な文献になることは疑いない。

* 東京大学名誉教授、日本医師会副会長