

厚生労働科学研究費補助金 がん予防等健康科学総合研究事業  
研究課題番号：H15-がん予防-051

# 政策策定拠点としての健康科学センターの 機能に関する研究

— 健康日本21等の効率的・効果的な実践のためのセンターの新たな機能・役割 —

平成 15 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 河原 和 夫

(東京医科歯科大学大学院 医療管理学分野)

平成16 (2004) 年 3 月

# 目次

ページ

## I. 総括研究報告

1. 政策策定拠点としての健康科学センターの機能に関する研究 ..... 7  
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 医療管理学分野)

## II. 分担研究報告

1. 健康科学センター相互間の人事交流に関する研究 ..... 33  
井形 昭弘 (名古屋学芸大学)
2. 健康づくり対策と生活習慣病対策の統合 ..... 49  
富永 祐民 (あいち健康の森 健康科学総合センター)
3. 健康コミュニティ形成手法における健康科学センターの機能 ..... 61  
高野 健人 (東京医科歯科大学大学院 健康推進医学分野)
4. 乳児の両親の喫煙行動に関する疫学的研究 ..... 63  
大井田 隆 (日本大学医学部 社会医学講座公衆衛生学部門)  
兼板 佳孝、鈴木 健修 (日本大学医学部 社会医学講座公衆衛生学部門)
5. 地域における健康増進政策の展開 ..... 72  
柴田 和顯 (愛知県健康福祉部 健康対策課)
6. あいち健康プラザ健康開発館事業におけるプロセス管理についての研究 ..... 77  
津下 一代 (あいち健康の森 健康科学総合センター指導課)
7. 健診受診者における動脈硬化に関する危険因子の  
集積状況と生活習慣指導についての分析 ..... 106  
武隈 清 (あいち健康の森 健康科学総合センター指導課主幹)

## III. 参考資料

1. 保健医療福祉政策比較年表 (参考資料) ..... 119

# I . 総括研究報告

# 平成 15 年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

## 総括研究報告書

### 政策策定拠点としての健康科学センターの機能に関する研究

主任研究者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 医療管理学分野）

#### 研究要旨

昨年 5 月から施行されている「健康増進法」では、健康増進に対する国、地方公共団体、および国民等の責務が規定されている。

そのなかでも、国民（住民）と直接の接点を持つ都道府県や市町村双方の健康増進に対する責務は、行動・活動や事業等の具体的な形となって現れる非常に重要なものである。

21 世紀初頭の国民の健康づくり計画である「健康日本 21」が、平成 12 年度から実施されているが、健康増進法はその事業の実施を法的にも支援するものである。しかし、わが国の国民健康増進事業は、大きなものが過去に 2 度実施されている。

本研究では、健康増進法の理念の実現のために必要となる住民に対する健康増進活動の推進方法の検証、それに影響を与える因子の解明、そして過去の健康増進事業の成果や問題点を整理し、今後、地域における健康課題の解決のための Center of Center としての役割が期待されている健康科学センターが住民に対する健康増進活動をいかなる理念や手法をもって推進するか、そして、都道府県等の健康政策の策定拠点となるために健康科学センターに求められている機能・役割を解明してきた。

わが国および海外の健康増進対策に関する過去の資料や活動のレビューを行うとともに、これまでにあいち健康の森「あいち健康プラザ」で実施されてきた「あいち計画」および関係事業、そして愛知県生活習慣病対策協議会等の議事録等、各種資料の内容を分析し、問題点の抽出に努めた。また、健康科学センターが地域住民にいかなる機能を提供できるかについても検証した。加えて、健康増進対策の最たるものであるたばこ対策についても、乳児に及ぼす影響に関して最新の知見を得た。

公衆衛生対策が疾病予防に軸足が移ってきていることは、国内外の健康増進政策の状況を経時的に見ても明らかである。また、過去の国民健康づくり事業に比べ現在の「健康日本 21」の実施には、より科学的観点からの事業の遂行が求められている。現に、「健康日本 21」は第 1、2 次の国民健康づくり対策と違って、数値目標管理型の健康増進計画として結果評価が求められている計画である。

一方、あいち健康プラザの事業改善は、かなりの良好な成果を上げてきている。これらの結果からも「健康日本 21」の推進のためには、地域における健康科学研究の拠点であり、新たな健康増進手法の開発も科学的根拠に基づいて行うことができるあいち健康プラザをはじめとする健康科学センターの役割を関係者は再認識する必要があるものとする。また、今回の研究では、全国の健康科学センターの機能を全国レベルで強化する一環として人事交流を企画し、成功を収めたことは、健康科学センターの活動の幅を広げるものとして期待される。

都道府県等の健康政策の策定拠点となるために健康科学センターに求められている機能・役割は多々あるものとするが、研究の対象としたあいち健康プラザが、その専門性（医学、運動、栄養、休養）をさらに発揮し、健康づくり事業全般の政策策定拠点として十分に機能するには、住民、市町村、保健所、保険者などの関係機関の役割分担と連携が重要である。

また、保健、医療、福祉および介護各事業はいずれも地域住民の健康保持や増進に密接に関係していることから、これら複数の領域にをリンクした活動も今後ますます求められることになる。

たとえば健康コミュニティ形成における健康科学センターの機能として、健康政策形成に寄与する健康指標解析システムを構築することをめざし、コミュニティ単位の健康寿命の算出手法について、介護保険認定者数と生命表により健康寿命を算出し、これまでに作成した都市指標データベースとリンクさせ、指標間の関連性を分析することなどは、健康科学センターがコミュニティにおける住民の健康水準を向上させる公衆衛生施策を立案・実施・評価するためのエビデンスを提供しうる可能性を十分に示すものである。

さらに喫煙対策を考える際、この対策の立案には医学、公衆衛生学、疫学、医療経済学および法学などの学問を総合する必要がある。こうした都道府県担当部局では科学的根拠を示しながら策定することが難しい分野についても、関係機関や大学・研究所、医療機関等との連携のもと健康科学センターは政策策定の中核に位置することができる可能性を有している。

今回の研究によって、センター間の広域連携についても一定の成果を得るとともに、健康科学センターの業務改善に積極的に取り組むことによって、健康科学センターの活動も飛躍的に改善し、都道府県や地域の市町村などが健康政策を立案する際の効果的な支援等の地方自治体の政策策定過程に大きく貢献することが可能であることがわかった。そして、科学的観点からの事業進行管理が求められている「健康日本21」の推進にも大きく寄与するものと考えられる。

#### ○分担研究者氏名

井形 昭弘 (名古屋学芸大学 学長)  
 富永 祐民 (あいち健康の森 健康科学総合センター センター長)  
 高野 健人 (東京医科歯科大学大学院 健康推進医学分野 教授)  
 大井田 隆 (日本大学医学部 公衆衛生学教室 教授)  
 柴田 和頼 (愛知県健康福祉部健康対策課 課長)  
 津下 一代 (あいち健康の森 健康科学総合センター指導課 課長)  
 武隈 清 (あいち健康の森 健康科学総合センター指導課 主幹)

#### ○研究協力者 (拡大研究会会議および全国健康科学センター長会議出席者)

澤 宏紀	鈴鹿医療科学大学 学長
揚石 広行	茨城県健康科学センター 副センター長
瀧 利通	埼玉県県民健康福祉村 所長
奥田 嘉彦	富山県国際健康プラザ 常務理事
嶋本 喬	大阪府立健康科学センター 所長
高橋 幸広	山口県健康づくりセンター センター長
沖 勉	北九州市健康づくりセンター 所長
神宮 純江	(財)福岡市健康づくり財団 専務理事
瀬戸山史郎	鹿児島県県民健康プラザ健康増進センター 所長
笥 登希義	あいち健康の森 健康科学総合センター 副センター長
松下 由実	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 医療管理学分野
山内 和志	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 医療管理学分野
田那村雅子	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 医療管理学分野
三羽 牧子	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 医療管理学分野
兼板 佳孝	日本大学医学部 社会医学講座公衆衛生学部門
鈴木 健修	日本大学医学部 社会医学講座公衆衛生学部門

## A. 研究目的

昨年5月から施行されている「健康増進法」では、健康増進に対する国、地方公共団体、および国民等の責務が規定されている。

つまり国民の責務として「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めること」とあり、地方公共団体の責務として、「教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供及び研究の推進ならびに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めること」とされている。

特に、国民（住民）と直接の接点を持つ都道府県や市町村双方の健康増進に対する責務は、行動・活動や事業等の具体的な形となって現れる非常に重要なものである。

21世紀初頭の国民の健康づくり計画である「健康日本21」が、平成12年度から実施されているが、健康増進法はその事業の実施を法的にも支援するものである。しかし、わが国の国民健康増進事業は、大きなものが過去に2度実施されている。

本研究では、健康増進法の理念の実現のために必要となる住民に対する健康増進活動の推進方法の検証、それに影響を与える因子の解明、そして過去の健康増進事業の成果や問題点を整理し、今後、健康科学センターが住民に対する健康増進活動をいかなる理念や手法をもって推進するか、そして、都道府県等の健康政策の策定拠点となるために健康科学センターに求められている機能・役割を解明することが研究目的である。

## B. 方法

わが国および海外の健康増進対策に関する過去の資料や活動のレビューを行うとともに、これまでにあいち健康の森「あいち健康プラザ」で実施されてきた「あいち計画」および関係事業、そして愛知県生活習慣病対策協議会等の議事録等、各種資料の内容を分析し、問題点の抽出に努めた。

（倫理面への配慮）

住民の健康指標や志向行動などについては、データは完全に匿名化され個人識別できないようになっているとともに、各班員が所属している倫理委員会の承認を得た上で実施しているので倫理面での配慮は十分に行われているものとする。

## C. 結果

### C-1. 健康概念と健康増進政策

#### 1. はじめに

戦前は、わが国の健康増進事業は富国強兵の一環として行われてきた。これは何も健康増進分野だけのことでなく、結核対策、母子保健事業等のすべての保健事業の遂行が軍事的事情と密接に連動していた。

戦後の新憲法および新保健所法等の公衆衛生法規に立脚して、わが国の健康増進事業は進められていったが、疾病予防については検診を中心とした2次予防活動からスタートした。

健康概念はその時々の疾病構造や国民栄養の状況、貧困などの社会経済状況にも大きく左右されてきた。国際的にも時代背景となったこうした医学的・社会的因子を理解して初めて健康概念の内容や広がり の把握が可能となる。また、健康概念の変遷は、健康増進等に関する行政施策の展開方法にも変化を与えてきている。

次に戦前から現在の保健福祉等の再編成に至るまで、国民の健康増進に関わるわが国の保健事業およびその理

念となる健康に関する概念の変遷について国内外の状況について述べる。

## 2. 健康概念に影響を与える因子

### (1) 疾病構造の変化

疾病構造の変化は健康概念の変遷や健康増進政策の変化等に密接に関係している。明治期以降の疾病構造等の変化を表1に示しているように、当初、疫病的に急速に拡大し、大きな健康被害をもたらしたコレラ等の急性感染症から、結核等の緩徐に進展していく感染症へと変化してきた。代表的な感染症である結核は昭和25（1950）年まで国民の死因の首位であった。戦後、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患などのいわゆる成人病が増加してきた。当初は脳血管疾患が死因の第1位であった（脳血管疾患は脳出血と脳梗塞に大別される。初期には脳出血による死亡が多かったが、やがて減少し、後には脳梗塞による死亡が増加することになる）が、現在ではこれら順位が入れ替わり、死因の上位は①悪性新生物、②脳血管疾患、③心疾患となり、糖尿病による健康問題も増加し、これらの疾患が日々蓄積された生活習慣内容に起因することから、生活習慣病と呼ばれている。

感染症はその特徴として治癒するか死亡するかのいずれかで、後遺症などを残すことはほとんどない。また、抗生物質などの有効な治療方法が確立してからは、治癒率は大きく向上した。感染症対策は感染者の治療もさることながら、ヒトからヒトあるいは動物からヒトへの伝播を考えると、感染源の根絶や感染経路の遮断などの集団的対策が重要である。一方、生活習慣病は、その予後が、完全に治癒せず後遺症を残すことが少なくないこと、そしてヒトからヒトなど集団内で疾病が伝播するものではなく、その予防のためには個々人の生活習慣の改善が重要であることなど、感染症時代とは異なった対策が求められている。

### (2) 栄養状況の変化

栄養状態の解明は、国民栄養調査として昭和20（1945）年から行われている。この調査の発端は、海外から緊急食糧援助を受けるために、GHQ（連合軍総司令部）の指令のもとに日本国民の栄養不足の状態を把握する一環で行われ、昭和23年に全国規模で行われるようになった。栄養改善法の制定とともに、法定調査として位置づけられているが、調査項目や趣旨が栄養不足の時代を反映したものが多く、平成10年6月に公表された「21世紀の国民栄養調査のあり方検討会報告書」でも栄養過多の今日的な課題に対応したものでないとの指摘がされている。このように、栄養に関する健康問題は栄養不足に基づく疾病罹患や健康障害の防止から、栄養過剰摂取状態を是正することによる生活習慣病の予防へと考え方が変化してきている。つまり、「不足」の問題から「過剰」の問題が問われる時代となったのである。

表1 わが国の健康増進政策と関連する社会因子の変遷

年代	健康増進政策	健康課題及びその帰結	人口動向	対策の対象／実施主体及びその形態
幕末から 1900年頃	感染症対策 ／栄養改善	急性感染症／栄養 不良 生または死	多産多死	集団／警察行政（内務省・警察署）、 事後的対応
1900年から 1960年頃	感染症対策 ／栄養改善	慢性感染症／栄養 不良 生または死	多産多死から 少産少死への 移行過程	集団／警察行政（内務省・警察署のち に厚生省・保健所）、官製団体等の協 力、事後的対応から事前予防へ
1960年から 1995年頃	栄養・運動・ 休養習慣の 改善	成人病 生、死、または後 障害	少産少死 高齢化社会へ	集団から個人への移行過程／地域保 健行政（保健所から市町村への移行過 程）、団体の協力、検診（2次予防） による事後的対応から健康教育等（1 次予防）による事前予防へ
1995年頃か ら現在	右記疾病予 防のための 生活習慣の 改善	生活習慣病 生、死、または後 障害＋少子・高齢 に伴う問題	超少産少死 超高齢社会へ	個人／地域保健関係者（市町村・保健 所・学校・職場・医師会、栄養士会等 の団体、民間）、事前予防

### 3. 健康概念と政策の変遷

国民の健康を向上していくことは、世界各国の共通課題であるが、健康概念とそれに伴う政策は時代、地域、歴史及び文化的基盤の相違に加え、医学的、栄養的、貧困などの社会的要因の影響を受けながら、その時代や国ごとに異なる健康概念が形成され、変遷してきたのである。

#### (1) 古代から近代の概念

洋の東西を問わず、古来より憑依現象等が人間の健康を損なうという概念から健康の回復のためには加持祈祷、生贄等の原始宗教的な儀式が重要なものとされてきた。しかし、一方で古代ギリシャ・ローマでは自然科学的観点から居住環境、人体の生理的变化を捉える思想が出現し、環境要因や生理的要因を調節することによって健康を保持し、疾病を予防するという健康概念が確立された。医聖ヒポクラテス（B.C. 460～B.C. 377）やガレヌス（A.D. 130～A.D. 260）もこれらのことを記述している。なお、Hygiene（衛生）という言葉は健康を守るギリシア神話の女神 Hygieia（ハイジア）から名づけられたものである。

近代以降の医学の急速な進歩は、疾病が病原菌や有害物質等の病因及び物理的・科学的・生物的・社会的な環境要因と人間との均衡（ホメオスターシス）が失したときに出現するという健康概念のもとで、細菌学的・公衆衛生学的手法によって上下水道や居住環境の整備、伝染病が発生したときの患者発見、消毒、隔離が対策として進められた。

#### (2) 世界保健機関(WHO) 憲章

すべての世界市民が最高の健康水準に達することを目的として1946年に設立された「世界保健機関」はその活動の根本となる憲章を定めている。その中で「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。また、到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利のひとつである。」と定義されている。加盟各国は、この原則に従って自国民の健康に関する責任を負うとともに、それを果たしていかなばな

らないとされている。特に感染症問題の解決を通じた健康増進を意識したものであったが、近年、先進諸国で生活習慣病が増大したことから、これらの疾患の予防対策としての健康増進の政策の基本として再認識されている。また、この憲章の趣旨は、健康が単に肉体的・精神的問題のみではなく、困窮などの社会的因子にも影響されることを示していることから、健康概念の社会化及び拡大を図る役割も果たしてきた。

この言葉は現代的な響きをもって聞こえるが、その後この考え方は、1950年代後半の高度経済成長期に入った頃からほとんど忘れ去られた。一方では疾病に視点を置いた保健医療制度が発展し、肥大化してきたが、こうした現象は1960年代から1970年代前半までの工業化社会の共通の現象であった。それが、高齢社会の到来による医療費の増大や長期慢性疾患の増加によってプライマリ・ヘルス・ケアの重要性が認識されるに従って、再び健康問題に視点を置いた保健医療制度の開発が求められるようになり、それは特に1970年代後半に顕著になってきた。これをWHOの初心への30年後の回帰として、当時のWHO健康情報部副部長のDr. D. C. Johnson博士は「健康教育のルネッサンス」と呼んでいた。

### (3) アルマ・アタ宣言

その後、1978年12月に旧ソ連邦のアルマ・アタ（現カザフスタン共和国）でWHOのプライマリ・ヘルス・ケア国際会議が開催され、WHO憲章の理念を踏まえつつそれを再確認するとともに、「西暦2000年までにすべての人に健康を（Health for all by the year 2000）」を標語にした「アルマ・アタ宣言」が出された。先進国と開発途上国との間の健康較差を指摘し、そして世界中のすべての人々の健康を保護し、増進するために政府・保健・開発従事者及び全世界の地域住民による迅速な行動が必要であることが述べられた。

### (4) オタワ憲章

WHOは1986年、カナダのオタワで「健康増進（ヘルス・プロモーション）に関するオタワ憲章」を採択した。その内容は「西暦2000年までにすべての人に健康を」という前述のアルマ・アタ宣言などの諸活動に立脚しつつ、「健康増進（ヘルスプロモーション）とは、人々が自らの健康をコントロールし、改善する一連の活動である」と定義している。アルマ・アタ宣言が開発途上国に視点を置いた内容のものであるのに対して、オタワ憲章は先進国を意識したもので、「①先進国での健康に対する危険因子は、ほとんど生活習慣が原因となっている。よって、予防の主体は生活習慣の改善を進めることである。」、「②生活習慣の決定因子は、個人とそれを取り巻く環境であることから、生活習慣の改善は個人主体のもののほか、自然的な環境のみならず社会文化的な環境も含めて改善し、人々の健康増進に寄与するものに変えていく必要がある。」、「③環境を健康なものに変えていく活動は、保健活動の領域にとどまらず広く周辺領域の業務にも従事している関係者を総括して考えていく必要がある。」と指摘している。

これらの理念を実現するための5本柱として、「①健康を重視した公的政策の実施」、「②支持的な環境づくり」、「③地域活動基盤の強化」、「④健康増進に対する個人の能力開発」、「⑤治療から予防への保健医療サービスの方向転換」をあげているが、特に公的政策の重要性が改めて認識されるようになったのがこの会議であった。

その当時、個人の自己責任を強調する余り、自己の健康確保ができないのは個人の意欲や意思が希薄であるという非難を招き、結果として低所得者や学歴が低い人々に対する、いわば行動変容に対して最も不利な立場にある人々に対する非難となって現れることとなり、いわば、被害者を非難する(victim blaming)という批判があがった。生活習慣の変容は、一時的に個人的次元で行動変容を求めることに解決策を見出そうとしたが、その後次第に、生活習慣を変えていくことについても、個人の試みに併せて人間関係や地域社会及び生活全体の関連性に着目することが重要で、それらに関する公的政策の重要性が改めて認識されるようになったのがこの会議で

あった。

この憲章の精神を受け、ヨーロッパでは教育的手法を健康政策に導入し、健康教育を重視した一次予防政策を採用する形として実施された。また、上記(2)にも関連するが、都市機能を政策誘導することによって住民の健康増進を図っていく「ヘルシーシティ・プロジェクト（健康都市計画）」が英国のリバプールを皮切りに進められている。米国では全米科学アカデミー等が協力して、健康増進のための数値目標を設定して「健康に生活できる期間を延長する」とともに、「国民の健康状態の不均等を解消し」、「国民が容易に予防サービスを享受できる」ようにする「ヘルシーピープル」という数値目標管理型の健康増進計画が策定された。

#### (5) アデレード宣言

続く1988年4月オーストラリアのアデレード市において、WHO とオーストラリア保健省主催による「第2回ヘルス・プロモーションに関する国際会議」が開かれた。これは1986年カナダのオタワ市で開催された第1回会議に次ぐものであった。会議の主題は、「健康的な公的政策」(Healthy Public Policy)とされたのであるが、これは第1回会議の「ヘルスプロモーションに関するオタワ宣言」の5本柱である、「①健康的な公的政策」、「②支持的な環境づくり」、「③コミュニティ・アクション」、「④個人的な技術」、「⑤保健医療の方向転換」のうちの「健康的な公的政策」の重要性に着目して、それを主題に討議を重ねようとしたものである。そして以下のことが強調された。

#### (6) ヘルス・プロモーションにおける公平と責任

もしプログラムや政策というのが実際にはできないのに、人々は健康を選択すると確信しているとすればそれは被害を受けている人を非難する危険があることを意味していた。

政府は国民に、その健康を損なう行動に責任を持つという以前に、彼らのために支えとなるような環境を創り出す責任を負うべきである。

公衆衛生の将来は、すべての人々に入手しうる健康な生活を、構造的、制度的、そして立法的に支える基盤を創り出すことにとりわけ力点を置くということで特徴づけなければならない。

#### (7) ヘルス・プロモーションへの各部門の協力と参加

この会議で強調されたもう一点は、健康的な公的政策を推進するにあたっては、単に保健部局のみでなく、経済や産業、さらに教育や文化等の他の部門も人々の健康を支え、向上させていく上で大きな関わりを有しており、これら非保健セクターとの連携も必要であるという意見であった。

健康な公的政策は、明確な健康への配慮とすべての分野の政策での公平ということと、健康へ及ぼすものへの責任ということで特徴づけられる。健康な公的政策の主たるねらいは、人々をして健康的な生活へと導くことの支えとなる環境を創り出すことである。それによって人々の健康的な選択というのが可能となり容易となる。社会的、物理的な環境が健康を高める。

健康な公的政策を目指すためには、農業、商工業、教育、通信等に関与する政府の諸部門も政策の形式において、健康というのも基本的な要件の一つであることを考慮に入れることが必要である。これらの諸部門は、それら政治的な決定の健康へ及ぼす結果ということに責任を持つべきなのである。

また、健康な公的政策というのは政府部門と非政府機関と民間部門との協働を通して実現されるものである。アメリカ合衆国のヘルシーピープルの素案が検討されていたのはこの時期である。

最近では、1997年7月にインドネシアでWHO主催の健康増進に関する国際会議で「ジャカルタ宣言」が出された。この会議では、21世紀の健康増進のための優先課題として、①人々の健康増進のための社会的責任を強調する。

②健康増進に資する投資を拡大していく。③健康増進に向かってあらゆる活動を統合し拡大していく。④個人の健康志向を高めるとともに社会の受け皿づくりを進めていく。⑤健康増進のための社会資本を整備する、というように、個人と社会の責務をより明確にする方向に向かっているが、ここで21世紀に向けたWHOの健康戦略の基本的考え方を読みとることができる。

#### (8) ジャカルタ宣言

1997年にインドネシアのジャカルタで出された「21世紀の健康増進（ヘルスプロモーション）」に関する宣言で、健康増進活動は健康決定要因（health determinants）に介入することにより、高まることを示している。加えて、オタワ憲章で示された5本柱が健康増進には不可欠であることが確認されている。これら5つの要素を複合的に組み合わせるとともに、健康増進活動を実施する場所、対象者（参加者）を考慮しながら健康増進活動を行っていく必要があることも述べられている。

また、21世紀における健康増進に関する優先分野として、「①健康に対する責任を社会が積極的に果たしていくこと」、「②健康を高めるための健康増進分野、教育、住環境への多角的投資」、「③健康増進のための関係者の協力関係の強化・拡充」、「④地域の受け皿の充実と健康増進に関する個々の資質の向上」、「⑤健康増進のための基盤整備の保障」の5つをあげ、健康増進に関して個人の活動強化とともに公的機関（政府）の果たすべき役割を強調している。

なお、下線を付したところ2か所が、現在、国際的に認知された「健康概念」の定義である。一連のWHO国際会議を通じて、これら定義を軸に据えつつ、健康増進を図るために個人が果たすべき役割以上に、公的機関（政府）の役割を回を追うごとに強く打ち出してきた。

#### (9) WHO憲章の改正問題

平成10（1998）年のWHO執行理事会（総会の下部機関）において、憲章の見直しの提案が行われた。それによると、健康の定義を、「完全な肉体的（physical）、精神的（mental）、Spiritual 及び社会的（social）福祉の Dynamic な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」と言うものである。なお、下線部については、正式な日本語の訳語は発表されていない。

執行理事会ではこの件を総会の議題とすることが承認されたものの、現行の憲章は適切に機能しており本件のみ早急に審議する必要性が他の案件に比べ低いなどの意見もあることから、健康の定義に係る前文の改正案を含めその他の憲章に係る改正案と共に一括して、総会で審議しないまま事務局長が見直しを続けていくこととされ、現在に至っている。

## 4. わが国の健康増進政策の変遷

### (1) 明治初期から中期

明治3（1870）年に「種痘法」が定められ、明治政府発足後早々と全国的な公衆衛生活動が展開される契機となった。明治12（1879）年に患者16万人、死亡者10万人にも及ぶコレラの大流行があったように、コレラ、痘瘡、赤痢などの疫病的な急性感染症から生命を守り健康を維持することが時の政府の最も重要な課題であった。以後、表2に示すように健康関連法規が整備されていった。明治13（1880）年には、各種伝染病に対する総合的規定として「伝染病予防規則」が制定され、さらに明治30（1897）年には伝染病医学の急速な発展を受けてより科学的かつ具体的な内容を持った「伝染病予防法」が制定された。これら行政の実施主体は内務省と警察署であ

った。また、行政活動を支援する団体として、官主体の「中央衛生会」及び府県には「地方衛生会」が設けられた。さらに明治16（1883）年には官民合同で「大日本私立衛生会」が設立され、国民の協力を得つつ衛生問題に対処する体制が整備されていった。なお、厚生省及び保健所が設置されるまで、内務省及び警察署がその後の衛生行政を担っていくことになった。

戦前・戦中の保健医療関連法規の成立状況については、表2に示している。

表2 戦前の主たる保健医療関連法規の成立時期

年	地域保健システム	感染症	食品衛生	環境衛生
1871		種痘法		
1880		伝染病予防規則		
1890				水道条例
1897		伝染病予防法		
1899	産婆規則			
1900			飲食物その他物品取締に関する法律 牛乳栄養取締規則 有害性着色料取締規則 清涼飲料水営業取締規則 氷雪営業取締規則 飲食物器具取締規則	下水道法 汚物掃除法
1901			人口甘味質取締規則	
1906			屠場法	
1907		らい予防法		
1919		結核予防法 トラホーム予防法		
1927		花柳病予防法	食肉輸入取締規則	
1931		寄生虫予防法		
1937	保健所法 母子保護法			
1940	国民体力法			
1941	保健婦規則			
1945	栄養士規則			

## (2) 明治後期から昭和初期

衛生環境などの改善や伝染病学の発展などによって急性感染症が落ち着き、時代は急性感染症から、結核などの慢性的な経過が緩慢な感染症、乳児死亡、低栄養及び低体力が健康上の大きな問題と変化していったが、これらの健康課題は感染性因子や栄養状態に起因するもので、集団を対象とする対策が功を奏するものであった。また、背景には貧困があった。

昭和9（1934）年に恩賜財団母子愛育会が設立され、民間主体とはいえ各地で母子衛生地域組織（愛育村）活動が開始され、昭和14（1939）年には結核予防会が設立され、貧困者や病弱者の救貧対策という事後的対応を残しつつもこれらの団体を介した事前予防的な健康増進活動が、結核予防、母子保健、栄養改善などの分野で各地で行われていった。

### (3) 戦前の保健所活動の黎明期から戦中

昭和12(1937)年に保健行政の地域における活動拠点としての保健館(保健所)、翌13(1938)年に内務省に代わり全国的規模で衛生行政を展開する厚生省の新設、昭和13年に保健所の技術職員の訓練機関としての国立公衆衛生院(現国立保健医療科学院)が設置され地域保健の基盤整備が本格的に開始された。以後、全国に保健所設置が図られたが、日中戦争等のため、これらの施設の整備は遅々として進まなかった。

昭和15~19年にかけて国民体力法の改正により体力検査が制度化され保健所が担当したり、保健所を中心とする保健指導網の確立が通達され、保健所は受け持ち地区の保健衛生総合計画を立てて指導すべきことが各県に指示された。また、各種の健康相談所がすべて保健所に一元化される措置が取られる等、発足以来戦時下にあった保健所は富国強兵政策の一環として、「国民の体力を向上し、以って産業、経済、国防の充実に資する」という健康は国家が付与するという父権的な当時の健康増進活動を具現化する機関であった。当時の体力向上などの健康増進を推進する目的はさておき、一般予防的な健康増進活動が初めて組織的に取り組まれたのはこの時代であった。

### (4) 戦後~昭和20年代

戦後、GHQ(連合軍最高司令部)を中心に日本の行政の変革がなされたが、健兵健民体力づくり中心の戦時体制が改められ、「悪疫阻止(重篤な感染症予防)」、「飢餓防止」、「救貧対策」など、焦眉の課題に力点が置かれた。

このように、富国強兵政策に由来する国策的な保健衛生活動から、新憲法に基づき国民の幸福・福祉の確保を目的とした米国流の公衆衛生学が導入され、それに基づいた公衆衛生活動が全国規模で開始された。当時の国民の健康状態は、再び戦前の悪い状況に戻り、感染症や栄養不良等の健康課題を早急に解決する必要に迫られていた。

外見上は戦前と同様の健康課題を抱えていたものの、健康増進政策を遂行する基本哲学が「富国強兵のための健兵健民」から戦後、初めて認められた社会的な権利である日本国憲法第25条を根拠とする「国民の生存権」に基づく政策へと劇的に変化した。

感染症、栄養不良、母子保健対策などは国や地域が一体となって行う集団的活動に馴染む領域であり、戦前と同様に団体主体の国民運動が遂行されたものの、栄養改善、母子衛生、寄生虫予防などこれら分野では戦前の官製団体に代わり民間リーダーによる地区組織活動が展開され、集団的予防活動として実績を挙げるとともに戦後復興にも大きく貢献してきた。

当時の健康概念は、感染症や栄養不良等の呪縛から抜け出した状態が健康であるというものであった。特にこれらの問題は国や地域が一体となって行う集団的活動に馴染む領域であり、集団活動に基づいたヘルスケアプログラムは戦後の復興と共に大きな成果を挙げた。

### (5) 昭和30年代

昭和30年代前半には都市化・工業化の進行により、公害問題の兆しが現れ、また20年代の死亡の改善により疾病構造に変化が生じ、感染症から成人病へと変化するとともに、心の健康問題としての精神保健にも注目されるようになってきた。さらに高齢化の進行の兆しや医療費増高等の諸問題が見られるようになってきた。健康概念については感染症から成人病や環境問題に移行し、いわば健康概念の社会化が始まった。また、昭和32(1957)年に成人病予防対策連絡協議会が設置され、翌年には日本対がん協会が設立され、同34(1959)年には全国に先駆けて大阪府立成人病センターが設置された。同36(1961)年には国立がんセンターが設置されるとともに、国民皆保険、皆年金が次々確立していった。成人病や精神障害の実態調査が行われるとともに、個人の生活様式が遠因

となる成人病については、疾病の早期発見・早期治療を目的とした検診などの二次予防主体の集団的予防活動として健康増進事業が各地方自治体を中心として取り組まれていった。

#### (6)昭和40年代

高度経済成長による所得の向上、都市への人口集中と農山漁村の過疎化、平均寿命の伸展、結核患者の激減や乳児死亡の改善等、感染症対策から成人病等の長期慢性疾患対策、集団防衛から個人防衛、強制力を持った保健施策から個々人の意識改革等へとこの時期は国民衛生事情の変曲点であった。つまり、二次予防から一次予防へ、集団対応から個人対応の健康概念に変化していった。行政活動としては、昭和45(1970)年、わが国で初めて保健所で栄養・運動・休養の三位一体となった健康増進メニューに基づいた健康教育活動が行われた。その後の第一次国民健康づくり対策は、栄養・運動・休養の健康増進の3要素の改善を中心に昭和53(1978)年から開始されたが、この思想の淵源を伺い知ることができる。また、昭和47(1972)年に市町村の健康増進行政の拠点となる健康増進センターの設置が始まる等、一次予防活動の拠点整備も始まっていった。昭和48年に厚生省保健所課が地域保健課に改められた。地域保健という名称が初めて使用されたが、これは保健所一極の地域保健システムから市町村、各種関係団体、ボランティア団体及び民間企業などの関係者を巻き込んだ多極的なシステムへの移行の契機となった。

#### (7)昭和50年代～1999年

昭和40年代の延長で、感染症対策から日常の健康増進的な健康増進事業の更なる展開が見られた。昭和40年代から「壮年からの予防対策」等に疾病予防から積極的な健康づくりへの方向が示された。当時、わが国においても諸外国と同様に時期を同じくして、発病以前の対策に力を注ぐ予防や高度な「生活の質」の確保が必要であるとの考えから、昭和53(1978)年、「健康増進」、「疾病予防」、「診断治療」、「リハビリテーション」を包括的にとらえた「国民健康づくり運動」が健康増進の総合的対策として打ち出された。

昭和50(1975)年、厚生省は疾病構造の変化に対応した新たな予防行政として「健康づくり行政」を始めた。つまり、疾病の成人病化により、「自らの健康は自ら守る」心構えが強調されたが、現実には依然、検診中心の2次予防の重要性が強調されていた。昭和59(1984)年「国民健康会議答申」(厚生大臣の諮問委員会)で、「①健康の概念を完全無欠なものから、一病息災的なものに変える」、「②民間活力による、身近で楽しい健康づくりを推進する」、「③健康な運動指導者を養成すること」等の健康増進対策は行政専管のものではなく、民間活力も導入して、日常生活の中でその増進を図っていくように変化していき、健康概念の大衆化が生じた。

その後、昭和63(1988)年には、第2次国民健康づくり対策(別名:アクティブ80ヘルスプラン)が始まったが、引き続き健康づくりの3要素である栄養、運動、休養対策を核に、国民が長い人生を健康に過ごせる社会づくりと日々の生活習慣に起因する成人病予防を早期から心がけていく必要性が説かれた。これは、今日の健康日本21(後述)の策定の理念でもある、健康寿命の延長と生活の質の向上にも通じるとともに、二次予防体系が中心の成人病対策から一次予防主体の生活習慣病対策への政策変遷の道程にもなっている。なお、生活習慣病という概念は、従来、成人病対策として検診などの二次予防に重点を置いていた既存の対策に加え、生活習慣を改善することにより、病気の発症や進行を予防するという一次予防対策を推進するために新たに導入された概念である。これらの対策は、生活習慣の改善の実践を促すことが中心課題となることから、生活習慣や行動の改善を支援するための社会環境を整備し、正確な情報提供、環境整備や行動変容の機会を提供することを念頭に置いた政策が形成されている。

#### (7)-1 第1次国民健康づくり事業（第2次予防思想中心の成人病対策）

昭和50年、厚生省は疾病構造の変化に対応した新たな予防行政として「健康づくり行政」を始めた。つまり、疾病の生活習慣病化（当時は成人病化）により、「自らの健康は自ら守る」心構えが強調されたが、現実には依然、2次予防の重要性が強調されていた。

行政の3本柱として、

##### ①生涯を通じた健康づくりの推進

これは実際には健康診査を受診するという意味

当時、わが国では0歳、1歳半、3歳、学校、地域、職場、老人健診が行われていた。

##### ②健康づくりができる施設の基盤整備

・市町村保健センターの整備

##### ③啓蒙活動

・市町村健康づくり協議会の組織化

であるとされたが、わが国においては母子から高齢者に至るまでの体系的な健診体制が整備されているので、それらを十分に活用することを奨励するものであった。③の啓蒙・普及活動のために、健康づくり財団を設立し、マス・メディア等を利用した健康づくりの啓蒙・普及活動に取り組んでいった。その内容は、健康づくりの3要素として、「栄養」、「運動」、「休養」が重要であるというものであった。

栄養については、これまでの行政実績の上に、

##### ①栄養所要量の改正

##### ②健康づくりのための食生活指針

##### ③加工食品の栄養成分表示の推進

##### ④調理師に対する栄養学の知識の普及

##### ⑤ボランティア活動の推進

等が行われたが、これらの行政の中に一貫して流れている目的は、個人が利用できるようにすることであった。

栄養所要量は従来、性別、年齢別に平均値が標示されているため、給食等のように集団を対象とする場合に用いられても、体型が異なる個人レベルで用いることができなかった。それを身長別に標示することによって個人レベルで使用できるようになった。

運動については、従来より体系的な行政活動が行われていなかったが、エネルギーの過剰摂取や交通機関の発達、家庭や職場の機械化・自動化等によって日常生活活動強度は低下しつつある状況を踏まえ、健康づくりのための運動の推進が重要となった。

#### (7)-2 第2次国民健康づくり事業(アクティブ・80・ヘルスプラン) → 第1次予防から第2次予防への思想の転換

1988（昭和63）年に、第2次国民健康づくり事業(アクティブ・80・ヘルスプラン)が始まった。

その健康づくりの標語は「自分の健康は自分で守る」であり、健康管理における自己責任が強調され、健康づくりの3要素が栄養、運動、休養であるとされた。

この3要素と①生涯を通じての健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの啓蒙普及という3本柱の間に乖離があり、3要素が政策の柱の中に生かされていなかった。

第1の柱は、旧態依然として健診中心であった。

栄養については、栄養行政の伝統があり、健康づくり、あるいはヘルス・プロモーションの方向に進展している。つまり、栄養所要量が改訂され、それまで個人が使用できなかったものが使えるようになり、国民が広くわかりやすいように「食生活指針」が作成された。また、加工食品の栄養成分表示が推進され、健康のための消費選択が一層できるようになった。

しかし、運動については、生活習慣病予防からの重要性にもかかわらず、ほとんど実績がなかったが、第2次国民健康づくり対策では、この遅れている運動対策が取り上げられるようになった。運動に関しては、運動指針が平成5年に作成され、世代別の身体活動については、平成9年3月に策定された。

このように第2次計画の背景には、健康に関してWHOが提唱するような完全ということでは期待できないので、「一病息災」の考え方に变化させる必要があったのである。

早期発見、早期治療という第2次予防は健康づくりの重要な条件であるが本質的なものでないことから、この第2次予防を健康づくりの定義から外した。

現在、平均寿命、乳児死亡等の健康指標は世界で最も良好な状況となったが、少子・高齢社会では生物的な生存期間をもって健康状況を語り尽くせない状況を生むこととなった。特に高齢社会を本格的に迎えようとしているわが国にとって、生活習慣の改善、いわゆる一次予防を通じて健康に暮らしていける期間を延長し、生活の質を向上していくことに健康概念が転換してきた。

#### (8) 西暦 2000 年から

第2次予防活動である、各種健診（検診）を中心に疾病予防活動が行われてきたが、これまでの疫学的研究に基づき、主要部位のがん（食道、胃、大腸、肝臓、胆道、膵臓、肺、乳房、子宮、白血病）、循環器疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、虚血性心疾患）、糖尿病ならびに健康増進に関与する因子（危険因子と予防因子）は、生活習慣に関わる多くの危険因子や予防因子が多くの疾患や健康増進に共通して関与していることがわかり、がん予防対策、循環器疾患予防対策、糖尿病予防対策、健康増進対策を包括的に推進することの妥当性が裏付けられた。次に述べる健康日本21はそうした総合対策のひとつである。

#### (8)-1 健康日本21

平成12年4月に、21世紀の国民の健康づくり運動として当時の厚生省から、2010年度を最終目標年とする数値目標管理型の計画として公表されたもので、都道府県及び市町村にこの考えに沿った地方計画の策定を通知等で指導している。現在は、ほとんどの都道府県では策定を終了し、視点は市町村での地方計画の策定及びその実施方法に移ってきている。

健康日本21は、昭和53年度から始まり、栄養、運動、休養の生活習慣の改善を通じて健康状態を改善する「第一次国民健康づくり対策」、続く昭和63年度からの「第二次国民健康づくり対策」のあとの第三次国民健康づくり対策に位置する計画として策定されたものである。

先行する同様の計画として、米国の「Healthy People 1990」、「同2000」そして現在の「Healthy People 2010」、英国の「The Health of the Nation」や実施中の「Our Healthier Nation」、豪州の「Health for All Australians」などがある。前述のように、特に健康日本21は米国のHealthy People Projectの影響を強く受けている。

健康日本21策定当時行われていた米国のHealthy People 2000とわが国の健康日本21の大きな違いは、前者は多数の関係省庁等の参加のもと、健康増進（運動、食生活、たばこ、アルコールなど）、健康保護（事故防止、労働保健、環境保全など）、予防サービス（がん、循環器病、及び広く感染症予防など）合わせて21領域と進捗状況等の監視と計画進行のためのデータシステムの強化（1領域）の合計22分野で約300の項目で現状値と数

値目標を設定した広範な計画であるのに対して、後者は主として厚生労働省の数部局で9分野70の数値目標が設定された小規模な計画となっている。第一次国民健康づくり対策や第二次国民健康づくり対策では行政評価の仕組みがなく、事業の改善の目安が不明確であったが、この健康日本21では数値目標を設定することにより、評価体系を導入する計画であるとされている。

#### (8)-2 内在している問題

健康日本21の実施に当たってはさまざまな問題点が指摘されよう。都道府県や市町村の地方計画が順次公表されているが次のような問題点を抱えていると考えられる。まず、「ベースライン値が未整備で目標も設定しにくいこと」、「全国の市町村の基盤が異なること」、「達成手段等が不明確でありかつ新規性が求められず、その計画執行に当たって従来の第一、二次国民健康づくり対策との差異がほとんど認められないこと」そして「市町村地方計画策定に当たって技術的支援を行うべき保健所の技量と情報量が一般に劣っていること」などが列挙される。

したがって、第一、二次の国民健康づくり対策の差異として、数値目標設定型の健康増進計画で結果評価が可能であるとされているものの、実施には多くの問題を抱えている。

#### (8)-3 実施に当たって

健康日本21の細目の実行は個人の自由意思に委ねられており、その手段は身近に存在するものから選好されることとなる。これはまさしく健康日本21の実施が市場システムの中で行われることを意味する。市場システムの中で、個人の健康志向を高めるためには、数ある健康増進メニュー（ここでは便宜上商品と呼ぶ）のうちから、住民が選好する商品を開発し、従来の商品との差別化を図るような新商品を生み出す政策を選択するとともに顧客（住民）の需要に応じたマーケットの創出が重要で、健康づくりを行いやすい環境整備が主ではない。こうしたことは過去に実施してきた施策の域を出ないもので、行政は企画性のパラダイムシフトを生じていないといっても過言ではない。

## 5. 健康日本21と健康増進法

### (1) 解釈及び問題点

この法律を実施するに当たっての関係者の責務として、第2条で（国民の責務）として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」とあり、自ら国民が平素から健康増進活動を行うことを求めている。続く、第3、4、5条で国や地方公共団体及び関係者の責務が定められてる。

元来、健康増進は個人の嗜好や生活習慣に密接に関係するものであり、どのような日常生活の行動様式を取ろうとそれは日本国憲法が「基本的人権」として保障しているところである。

したがって、国や都道府県、市町村といった役所が直接・強制力をもって個人の生活習慣の改善に介入することが許されないことは言うまでもない。こうした趣旨から健康増進法では、国民の責務を「努力規定」で記載している。ただ、国や地方公共団体の責務も「努力規定」であることから、役所の住民に対する健康増進の取り組みに地域格差が出るのが予想される。現に健康日本21の地方計画は策定しないと公言している市町村もある。つまり、この条文（第三条）を役所がどのように具体化していくかが、健康日本21の成否の鍵を握っていると言ってもよい。

## 6. 平均寿命と健康寿命

健康概念の変化は、健康増進活動の成果のひとつである人間の生存期間の算定方法にも影響を与えている。

各国国民の健康状況を比較する指標としては平均寿命と乳児死亡率が代表的なものであったが、平均寿命は寝たきりや入院状態といった健康を損ねている人々も含めた指標であり、先進国を主として高齢化社会を迎えている多くの国々ではこうした健康問題があることから、近年、より国民の健康状態を正確に表す試みがなされている。こうした中、人々が健康障害を有している期間を補正して一生のうちで健康に生活を遂行できる期間を示すものとして「健康寿命」という概念が出てきた。表3、4に示すものはUNDP（国連開発計画）とWHOにより公表された平均寿命と健康寿命の上位及び下位10か国である。健康寿命の考え方にはさまざまな手法が模索されているが、WHOが公表したものはDALE（Disabled-Adjusted Life Expectancy）と呼ばれるもので、健康な生活期間に障害を有している期間を補正して加えたものである。いずれもわが国は世界のトップに位置している。平均寿命から健康寿命を引いた年数が寝たきり等の健康障害を生涯のうちで有している期間と考えてよい。

表3 平均寿命

上位10か国（年）			下位10か国（年）		
	男性	女性		男性	女性
日本	76.7	82.8	シェラレオネ	33.3	36.3
アイスランド	77.4	80.9	ウガンダ	39.6	41.4
カナダ	76.3	81.8	マラウイ	40.5	41.4
香港	76.1	81.8	ザンビア	41.9	43.4
フランス	74.4	82.6	ビサウギニア	41.9	44.9
スウェーデン	75.9	80.8	ブルンジ	42.9	46.1
オーストリア	75.3	81.8	ギニア	45.0	46.0
スイス	74.8	81.6	ガンビア	44.4	47.6
ギリシャ	75.3	80.5	モザンビーク	44.8	47.8
イタリア	74.7	81.0	ブルキナファソ	45.3	47.4

1998年UNDP（国連開発計画）資料

表4 健康寿命

上位10か国（年）			下位10か国（年）		
	男性	女性		男性	女性
日本	71.9	77.2	シェラレオネ	25.8	26.0
オーストラリア	70.8	75.5	ニジェール	28.1	30.1
フランス	69.3	76.9	マラウイ	29.3	29.4
スウェーデン	71.2	74.9	ザンビア	30.0	30.7
スペイン	69.8	75.7	ボツワナ	32.3	32.2
イタリア	70.7	75.4	ウガンダ	32.9	32.5
ギリシャ	70.5	74.6	ルワンダ	32.9	32.7
スイス	69.5	75.5	ジンバブエ	33.4	32.4
モナコ	68.5	76.3	マリ	32.6	33.5
アンドラ	69.3	75.2	エチオピア	33.5	33.5

2000年World Health Report

## 7. 今後のヘルスケアプログラムの方向性

### (1) 諸外国の状況

近年の健康づくり対策の国際的動向については、1978年にWHO、UNICEF共催により国際会議が旧ソ連のアルマ・アタで開催され、健康に関する宣言が発表された。また、1983年にはWHOの第36回総会で、プライマリ・ヘルス・ケアにおける健康教育の新政策を討議し、健康づくり活動・健康教育活動の一層の効果的推進が図られてきた。

アメリカ合衆国では、1979年にアメリカ公衆衛生局長官報告書が出され、健康増進にアメリカ国民が強い関心を示す契機となった。この報告書の具体策として刊行された「健康増進と疾病予防—わが国の目標—」（1980年）において、1990年までに達成されるべき、測定可能な一連の目標が樹立され、ヘルシーピープル1990として公示された。これらの目標はアメリカ厚生省を含む連邦政府、州や地方政府、あるいは私的、自発的組織を包括して1990年までに達成すべきものとして策定された。

現在は、ヘルシーピープル2000として、西暦2000年までに、「健康に生活できる期間を延長する」、「健康状態の不平等を解消する」、「全国民が予防サービスへのアクセスを享受できるようにする」という3つの大きな目標を達成するために、「健康増進」、「健康保護」、「予防サービス」の中で、特に優先度の高い22の領域について、約300の数値目標を設定し、実施されている。イギリスやオーストラリア等でも同様の考えに基づいてヘルスケアプログラムを展開している。

近年、国民の健康づくりに対する関心が高まってきており、今や「健康づくり」は国、都道府県、及び市町村を問わず、行政を進めるうえでのキーワードとなっている。

わが国における国民の健康づくりについては少子・高齢社会を迎え、新たな展開が期待されている。

英国では、「ザ・ヘルス・オブ・ザ・ネイション」（1992年）として、生活習慣病、喫煙、精神保健、食品の安全性、環境対策等の16項目について、西暦2000年に達成すべき目標設定による計画が進行中である。さらに、21世紀の計画として「The Our Healthier Nation」が実施されている。

カナダでは、1981年12月に「ヘルスプロモーションプログラム」が閣議決定され、「ヘルス・カナダ」（1986年）に、人種・特定集団間の較差の是正や予防接種、さらに生活習慣の変容を通じての「健康増進」、「健康リスクの回避」、リハビリテーションの重視等による「障害者が環境に適応する技能を学ぶことの助長」等を中心とした計画が実施された。

域内諸国の国家統合を目指しているヨーロッパ諸国でも、WHOヨーロッパ事務局地域(EURO)の「Health for all (すべての人に健康を)」戦略の一貫として、生活習慣病や環境等の課題に重点を置き、目標を設定することによって健康政策を実施している(1988年)。

### (2) アメリカ合衆国（ヘルシーピープル1990）

#### (2)-1 政策展開

1979（昭和54年）「アメリカ公衆衛生局長官報告書」(Healthy People-The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention) が発表されたが、これは今日のヘルシーピープルの原型であり、その3年前に公表されたカナダのラロンド（カナダ連邦政府保健福祉省長官）報告の影響を受けている。この報告書の内容は、「米国では生命を脅かす伝染性疾患あるいは感染症は急激に減少し、米国民の死因の75%は心疾患、脳血管疾患、がん等の慢性疾患によるものであり、不慮の事故は40歳までの死因で最大のものになっているように、環境の危険な状態や行動要因が人々の健康に大きな影響を与えており、米国民の一層の健康改善のためには、医療を拡大したり、医療費を増大させるということのみでなく、疾病を予防し、健康を増進させる努力を行っていく必要がある。」というものであった。また、乳幼児、児童、青少年、成人、高齢者といった年齢階級別の健康目標を検討するとともに、健康保護(health protection)として家族計画、妊娠と乳幼児ケア、予防接種、性病対策、

高血圧管理の5項目と生活の安全確保として有害物質の統御、職場の安全確保、事故による傷病の統御、上水道のフッ素添加、感染源の統御の5項目ならびに健康増進(health promotion)として禁煙、飲酒及び薬物乱用の防止、栄養改善、運動、ストレス・マネージメントの5項目の合わせて15項目を予防的保健活動(preventive health services)として、それぞれの課題や取り組み方法、優先項目と数値目標等が設定されてヘルシーピープル1990として実施された。

計画の実行については、連邦政府、州と地方行政及び民間団体とボランティア団体が共同して責任を負うものとされた。優先領域への先導機関としての役割が様々な公衆衛生局に関係する部局に割り振られ、国が果たすべき役割について行動計画が作成され、月ごとに進捗状況を評価をし、正式な中間評価が実施され、3年毎に予防に関する寸評が発表された。州や地方組織に提供された連邦政府の技術的援助は、それぞれの集団に対する測定可能な目標を開発することに重点が置かれた。1987年までに、約46の州が各々の需要に合った測定可能な目標を開発した。

1990年の目標達成状況を表すために用いられたデータは、国立健康統計センターが収集して米国の健康1991(Health, United States, 1991)と予防に関する寸評に発表されたが、米国保健聞き取り調査(National Health Interview Survey)及び人口統計部からの情報が特にその中で重用されている。

## (2)-2 評価

ヘルシーピープル1990の最大の目標は「米国民の健康増進と疾病予防」であった。それは(1)「目標以上の達成(目標の100%以上)」、(2)「部分的な進展(目標の1%から99%)」、(3)「後退または進展なし(0%または目標以下)」という3つの総合的な分類に分けられた。

226項目の健康目標について入手できたデータからは、32%が達成以上、30%で進展が見られたが、15%では健康状態に進展がないか、あるいは後退があった。残りの23%では、進展度を妥当に評価するために十分なデータがなかった。具体的には不慮の傷害、高血圧管理及び喫煙減少の領域で、著しい改善があった。身体活動や運動の有用性についての認識の向上もあったが、この認識は行動パターンを実際に改善させるまでには至らなかった。あまり進展せず懸念が増加した領域は、少数集団の一部と低所得者層の乳幼児死亡率と出生時低体重、10代の妊娠と望まない妊娠、青年の自殺と殺人、薬物関連の死亡率、1期及び2期梅毒罹患率、先天性梅毒罹患率、麻疹及びB型肝炎感染率等が挙げられる。

## (2)-3 教訓

米国は公衆衛生関係者等の協力によって達成可能であると見なされた分野について野心的な目標を設定したわけだが、最も大きな成功を収めたのは、この計画を実行することによって米国民の健康に関する情報を得ることができたことである。

前述のように、高血圧管理と小児の予防接種の増加に関する進展は、それぞれについての効果的かつ受け入れやすい方法と、必要とされるサービスを広い層が利用できることによって促進された。喫煙に関する社会的な行動様式の変化と自動車に関する安全性の配慮により、こうした領域も進展していった。つまり学校入学時の州及び地方レベルでの予防接種法の成立と施行、非喫煙者の権利保護及び小児用安全シートの使用により、目標にむけての進展が認められたのである。上記の改善は、特定の健康上の危険性を発見し介入方法が開発されれば、健康増進教育、健康サービスの提供及び健康保護のための規則の制定によってそうした危険性を減少できることを示している。暴力、B型肝炎、梅毒、未成年者の妊娠、過体重者率、黒人と白人間の乳児死亡率較差ならびに低所得者層等の改善が遅れたのはこうした視点が欠如していたためである。(1)「行動上の選択に由来する問題は、サービス及び/または規制上の努力により強制されない限り、効果的に対応できない。」、(2)「青年の衝撃的行動