

1.食品保健等	・狂犬病にかかった犬等の報告の受理等	0	0	0	1号受託	狂犬病予防法 8条1項、2項
1.食品保健等	・報告受理後の大臣、隣接都道府県知事への通報	0	0	0	1号受託	狂犬病予防法 8条3項
2.水道等	2 水道等	0	0	0		
2.水道等	(水道法)	0	0	0		
2.水道等	・広域的水道整備計画の策定	0	0	0	自治	水道法 5条の2第2項
2.水道等	・広域的水道整備計画の策定の報告及び通知	0	0	0	自治	水道法 5条の2第5項
2.水道等	・消火栓の設置等に係る費用の補償	0	0	0	自治	水道法 24条2項、49条
2.水道等	・水道事業者等に対する緊急応援の命令	0	0	0	自治	水道法 40条第1項
2.水道等	・緊急応援に要する対価の裁定	0	0	0	自治	水道法 40条第4項
2.水道等	・水道事業者等への緊急応援に係る報告徴収、立入検査	0	0	0	自治	水道法 40条第8項
2.水道等	・水道事業に対する給水区域の拡張の要求	0	0	0	自治	水道法 42条1項、49条
2.水道等	・(給水人口が5万人を越える特定水源事業以外の水道事業について)水道事業の認可、変更の認可、届出、事業の休止、廃止、給水開始前検査、料金変更届出、供給条件変更の認可、第3者委託届出、認可取消し、改善の指示等、給水停止命令、供給条件の変更、報告の徴収及び立入検査、水道事業者の買収、水道事業者との協議の裁定	0	0	0	自治	水道法 46条第1項
3.生活衛生関係営業	3 生活衛生関係営業	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	(興行場法)	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	(公衆浴場法)	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	・公衆浴場について講ずべき措置の基準	0	0	0		公衆浴場法 3条2項

業	の条例の定め					
3.生活衛生関係営業	(旅館業法)	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	・営業施設について講ずべき措置の基準の条例の定め	0	0	0		旅館業法 4条2項
3.生活衛生関係営業	・宿泊義務を免除する事由の条例の定め	0	0	0		旅館業法 5条3号
3.生活衛生関係営業	(理容師法)	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	・理容師養成施設の指定に関する事務の一部	0	0	0	1号受託	理容師法 4条
3.生活衛生関係営業	・理容を行う場合に講ずべき措置の条例の定め	0	0	0		理容師法 9条
3.生活衛生関係営業	・管理理容師講習会の指定	0	0	0	自治	理容師法 11条の4第2項
3.生活衛生関係営業	・理容所について講ずべき措置の条例の定め	0	0	0		理容師法 12条
3.生活衛生関係営業	(美容師法)	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	・美容師養成施設の指定に関する事務の一部	0	0	0	1号受託	美容師法 4条5項
3.生活衛生関係営業	・美容を行う場合に講ずべき措置の条例の定め	0	0	0		美容師法 8条3号
3.生活衛生関係営業	・管理美容師講習会の指定	0	0	0	自治	美容師法 12条の3第2項
3.生活衛生関係営業	・美容所について講ずべき措置の条例の定め	0	0	0		美容師法 13条
3.生活衛生関係営業	(クリーニング業法)	0	0	0		
3.生活衛生関係営業	・クリーニング師免許の交付	0	0	0	自治	クリーニング業法 6条
3.生活衛生関係営業	・クリーニング師試験の実施	0	0	0	自治	クリーニング業法 7条1項
3.生活衛生関係営業	・クリーニング師原簿の備付け及び登録	0	0	0	自治	クリーニング業法 8条1項

業						
3.生活衛生関係営業	・クリーニング師研修の指定	0	0	0	自治	クリーニング業法 8条の2第1項
3.生活衛生関係営業	・業務従事者に対する講習の指定	0	0	0	自治	クリーニング業法 8条の3
3.生活衛生関係営業	・クリーニング師免許の取消	0	0	0	自治	クリーニング業法 12条
4.その他の生活衛生	4 その他の生活衛生	0	0	0		
4.その他の生活衛生	(墓地埋葬法)	0	0	0		
4.その他の生活衛生	(建築物衛生法)	0	0	0		
4.その他の生活衛生	(有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律)	0	0	0		
4.その他の生活衛生	(その他)	0	0	0		
4.その他の生活衛生	・尿尿浄化槽等の建徳申請を受理した建築主事からの通知の受理及び建設許認可に関する意見	0	0	0		建築基準法93条
5.薬事	5 薬事	0	0	0		
5.薬事	(薬事法)	0	0	0		
5.薬事	・地方薬事審議会の設置	0	0	0	自治	薬事法 4条1項
5.薬事	・配置販売業の許可	0	0	0	自治	薬事法 30条1項
5.薬事	・配置従事の届出の受理	0	0	0	自治	薬事法 32条
5.薬事	・配置従事者の身分証明書の交付	0	0	0	自治	薬事法 33条1項
5.薬事	(毒物及び劇物取締法)	0	0	0		
5.薬事	・毒物劇物取扱者試験の実施	0	0	0	自治	毒物及び劇物取締法 8条1項3号
5.薬事	(麻薬及び向精神薬取締法)	0	0	0		
5.薬事	・免許証の交付	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 4条1項
5.薬事	・措置命令	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 50条の39
5.薬事	・改善命令	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 50条の40
5.薬事	・向精神薬取扱責任者の変更命令	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 50条の41
5.薬事	・免許等の取消し等	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 51条1項、2項、3

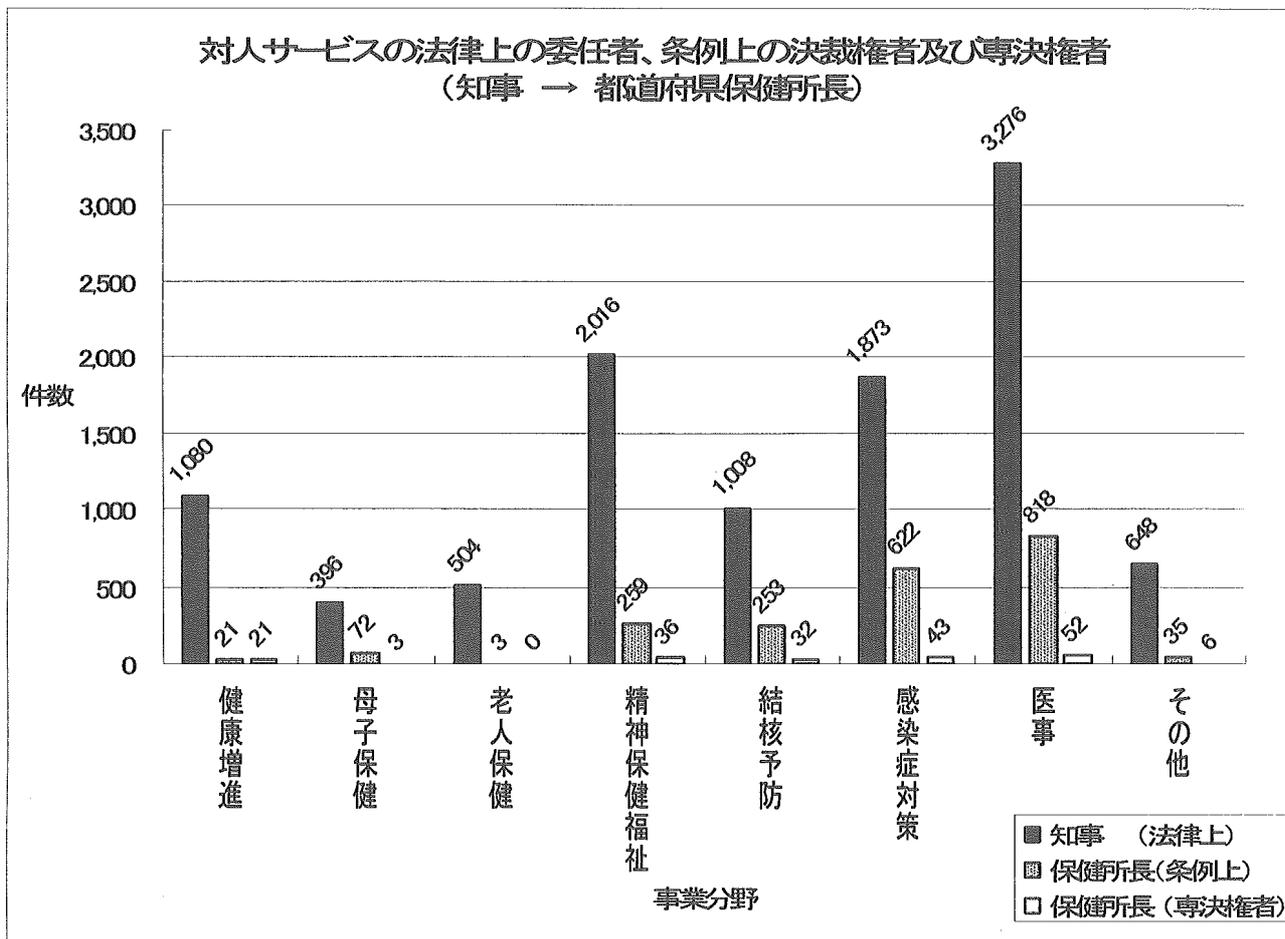
						項
5.薬事	・麻薬取締員の任命	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 54条2項
5.薬事	・麻薬取締官の協力の申請	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 56条2項
5.薬事	・麻薬取締官等からの通報の受領	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 58条の3
5.薬事	・検察官からの通報の受領	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 58条の4
5.薬事	・矯正施設の長からの通報の受領	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 58条の5
5.薬事	・麻薬中毒者等の診察等	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 58条の6第1項、4項、5項、8項
5.薬事	・所持品の保管	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 58条の11
5.薬事	・麻薬中毒審査会の設置等	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 58条の13
5.薬事	・麻薬中毒者医療施設からの報告の徴収等	0	0	0	1号受託	麻薬及び向精神薬取締法 58条の16
5.薬事	・麻薬中毒者の相談に应付する職員の設置	0	0	0	自治	麻薬及び向精神薬取締法 58条の18
5.薬事	(大麻取締法)	0	0	0		
5.薬事	・大麻の輸出入の許可の申請の経由	0	0	0	1号受託	大麻取締法 4条2項
5.薬事	・大麻取扱者の許可	0	0	0	自治	大麻取締法 5条1項
5.薬事	・大麻取扱者名簿の備付け及び登録	0	0	0	自治	大麻取締法 6条1項
5.薬事	・大麻取扱者免許証の交付	0	0	0	自治	大麻取締法 7条1項
5.薬事	・免許の取消しの申請の受理等	0	0	0	自治	大麻取締法 10条1項、2項、3項、4項、5項、6項、7項
5.薬事	・大麻の栽培地外への持出し許可	0	0	0	1号受託	大麻取締法 14条
5.薬事	・大麻栽培者の作付面積等の報告	0	0	0	自治	大麻取締法 15条
5.薬事	・大麻譲渡しの許可の申請の経由	0	0	0	1号受託	大麻取締法 16条2項
5.薬事	・大麻研究者の所持した大麻等の報告	0	0	0	自治	大麻取締法 17条
5.薬事	・大麻取扱者免許の取消	0	0	0	自治	大麻取締法 18条
5.薬事	・大麻の取締りに必要な報告、立入、収去	0	0	0	1号受託	大麻取締法 21条1項
5.薬事	(あへん法)	0	0	0		
5.薬事	・けしがらの輸入等の許可申請の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 6条3項
5.薬事	・あへの廃棄の許可申請の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 10条2項

5.薬事	・栽培の許可申請の 経由	0	0	0	1号受託	あへん法 12条3項
5.薬事	・栽培の許可に係る 意見具申	0	0	0	自治	あへん法 12条4項
5.薬事	・事故の届出の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 20条
5.薬事	・けしがらの譲渡等 の届出の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 21条1項
5.薬事	・けしがらの廃棄の 届出の受理	0	0	0	1号受託	あへん法 21条2項
5.薬事	・変更の届出の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 22条1項
5.薬事	・許可証の再交付の 申請等の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 23条1項、3 項
5.薬事	・許可の失効の届出 の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 24条1項
5.薬事	・廃止の届出の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 25条1項
5.薬事	・許可証の返納の経 由	0	0	0	1号受託	あへん法 27条
5.薬事	・許可が失効した場 合等の届出の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 28条1項
5.薬事	・災害補償金の交付 の申請の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 33条2項
5.薬事	・あへんの売渡しを 受ける申請の経由	0	0	0	1号受託	あへん法 34条2項
5.薬事	・麻薬研究者の届出 の受理	0	0	0	1号受託	あへん法 40条2項
5.薬事	・免許が失効した場 合等の届出の受理	0	0	0	1号受託	あへん法 41条1項
5.薬事	・報告の徴収等	0	0	0	1号受託	あへん法 44条2項
5.薬事	・あへん監視員の指 定	0	0	0	1号受託	あへん法 44条2項
5.薬事	・許可の取消しの具 申	0	0	0	自治	あへん法 44条6項
5.薬事	(覚せい剤取締法)	0	0	0		
5.薬事	・覚せい剤施用機関 等の指定	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 3条1 項
5.薬事	・覚せい剤製造業者 の指定の申請の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 4条1 項
5.薬事	・指定証の交付	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 5条1 項
5.薬事	・指定証の交付の経 由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 5条2 項
5.薬事	・指定の取消し等	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 8条1 項
5.薬事	・覚せい剤の製造の 許可申請の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 15条 2項
5.薬事	・覚せい剤の譲渡等 の許可申請の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 17条 5項
5.薬事	・覚せい剤の施用の 許可申請の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 20条 6項

5.薬事	・保管換の届出の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 22条1項
5.薬事	・廃棄届の受理等	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 22条の2
5.薬事	・覚せい剤原料取扱者等の指定	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 30条の2
5.薬事	・指定の取り消し、業務等の停止	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 30条の3
5.薬事	・業務の廃止の届出の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 30条の4第1項
5.薬事	・輸入及び輸出の許可の申請の経由	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 30条の6第3項
5.薬事	・保管場所の届出の経由、受理	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 30条の12第1項1号、2号
5.薬事	・報告の徴収	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 31条
5.薬事	・立入検査、収去及び質問	0	0	0	1号受託	覚せい剤取締法 32条1項、2項
5.薬事	・覚せい剤監視員の指定	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 33条1項2号
5.薬事	・指定の取消及び業務の停止等に係る意見具申	0	0	0	自治	覚せい剤取締法 34条
5.薬事	(薬剤師法)	0	0	0		
5.薬事	・免許の取消し等の具申	0	0	0	自治	薬剤師法 8条3項
5.薬事	(安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律)	0	0	0		
5.薬事	・都道府県献血推進計画の策定、公表	0	0	0	自治	安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律 10条4項、5項
5.薬事	・献血受入計画に対する意見	0	0	0	自治	安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律 11条2項
5.薬事	・採血業の許可申請等の経由	0	0	0	1号受託	安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律 13条4項、5項
5.薬事	・立入検査等	0	0	0	1号受託	安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律 23条1項

V. 都道府県と都道府県型保健所長、および市町村（長）の権限関係

図 1



すでに述べた結果を図 1 に示しているが、対人保健サービスについては委任条例により保健所長が決裁権者となっている件数の割合は、「健康増進」が1.9%、「母子保健」が18.2%、「老人保健」が0.6%、「精神保健福祉」が12.8%、「結核予防」が25.1%、「感染症対策」が33.2%、「医事」が25.0%、「その他」が5.4%となっていた。

知事に代わりあらかじめ保健所長が専決権者となっていたのは、「健康増進」が1.9%、「母子保健」が0.8%、「老人保健」が0.0%、「精神保健福祉」が1.8%、「結核予防」が3.2%、「感染症対策」が2.3%、「医事」が1.6%、「その他」が0.9%であった。

図 2

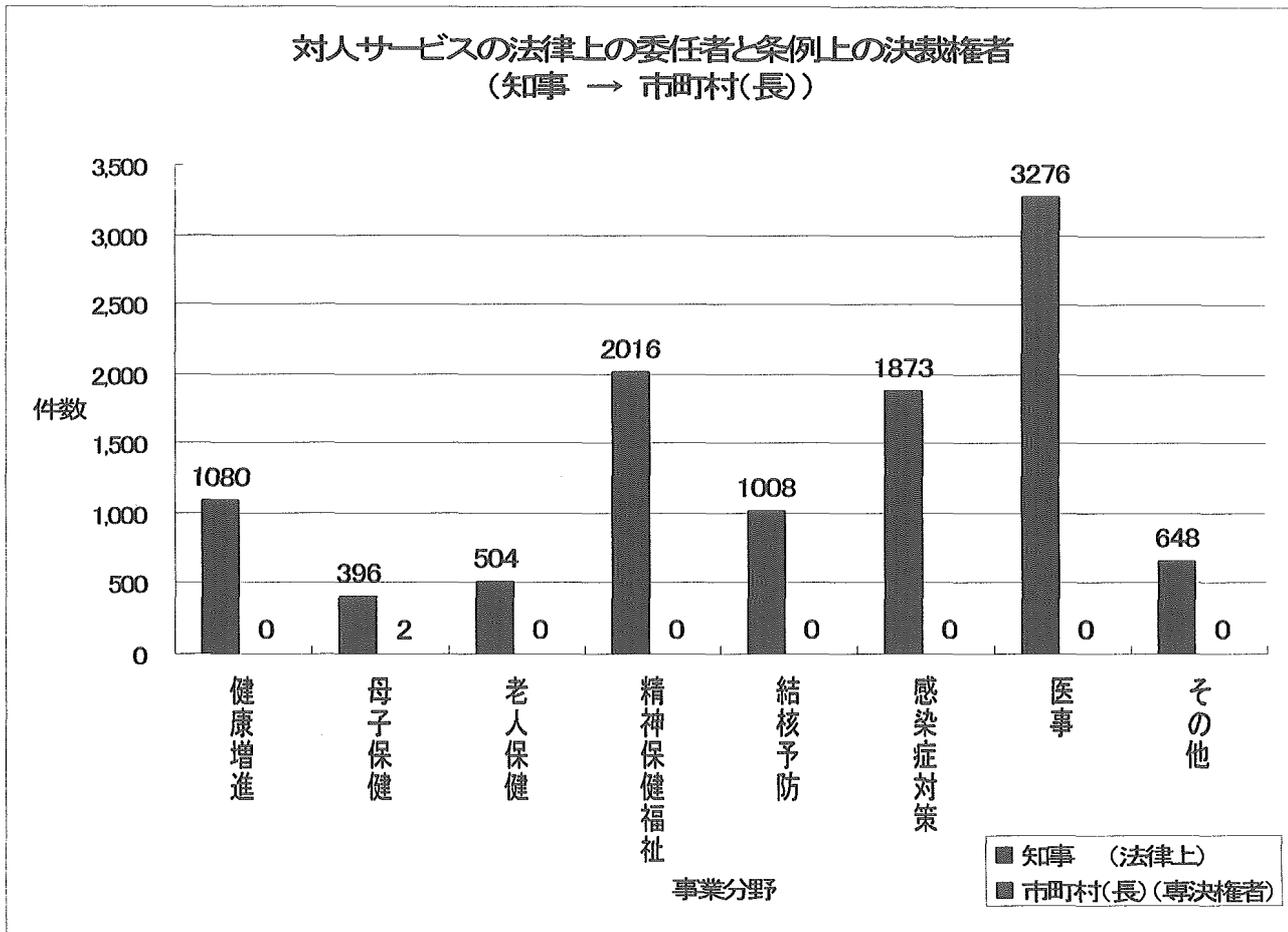
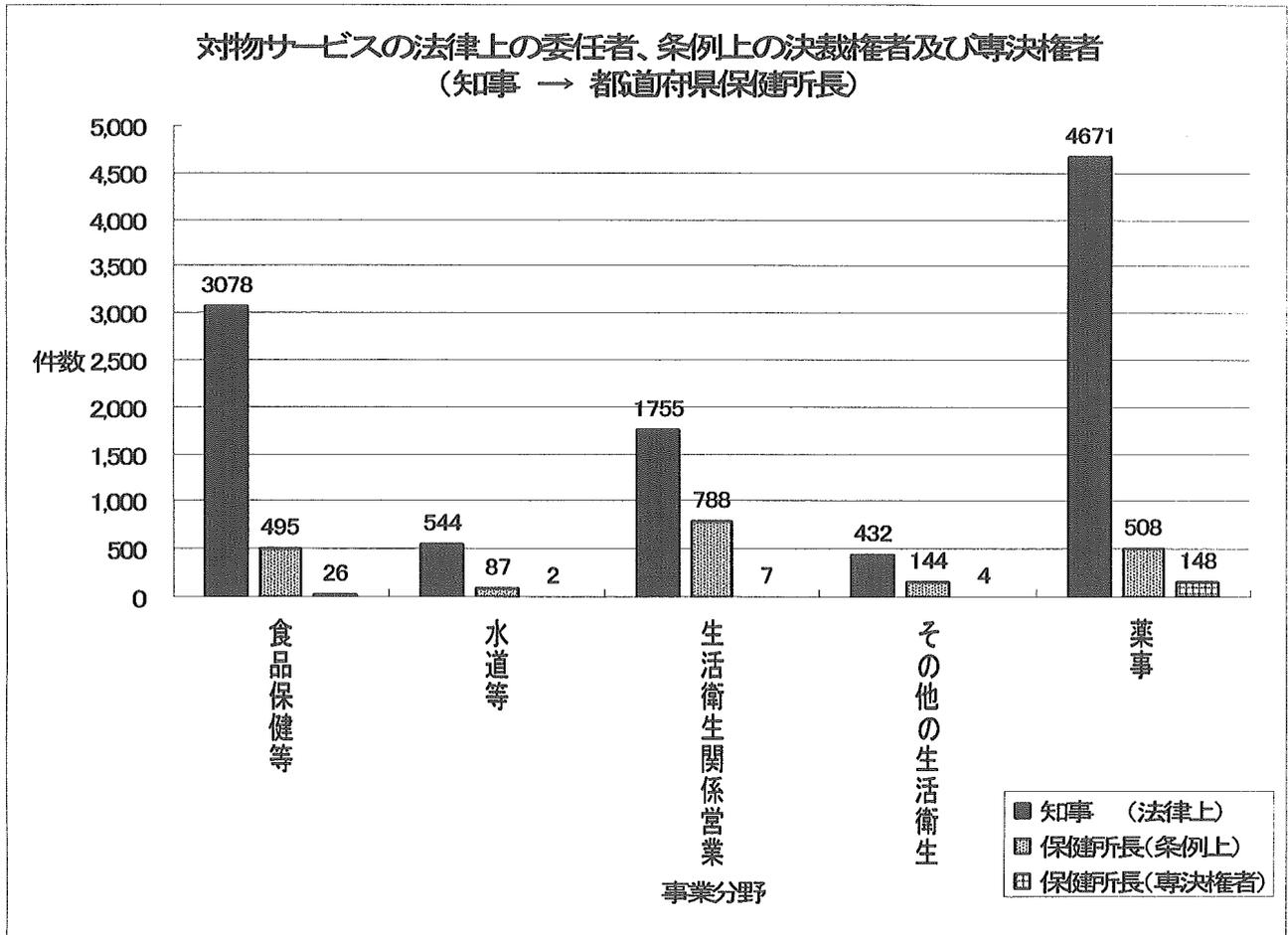


図 2 のように、知事から市町村長に条例上委ねられている事項は、母子保健の 2 項目を除き皆無であった。

図 3



上記図3のように、都道府県保健所における対物サービスの知事から保健所長への権限の委任状況であるが、法律上の権限を有している知事から、委任条例により決裁権者が保健所長になっている事業であるが、「食品保健等」が16.1%、「水道等」が16.0%、「生活衛生関係・営業」が44.9%、「その他の生活衛生」が33.3%、そして「薬事」が10.9%となっていた。

知事が法律上の委任者であるが、あらかじめ専決権者が保健所長である場合については、「食品保健等」が0.8%、「水道等」が0.4%、「生活衛生関係・営業」が0.4%、「その他の生活衛生」が0.9%、そして「薬事」が3.2%であった。

「生活衛生関係・営業」業務が条例によって権限が所長に下りている割合が最も多かった。

図 4

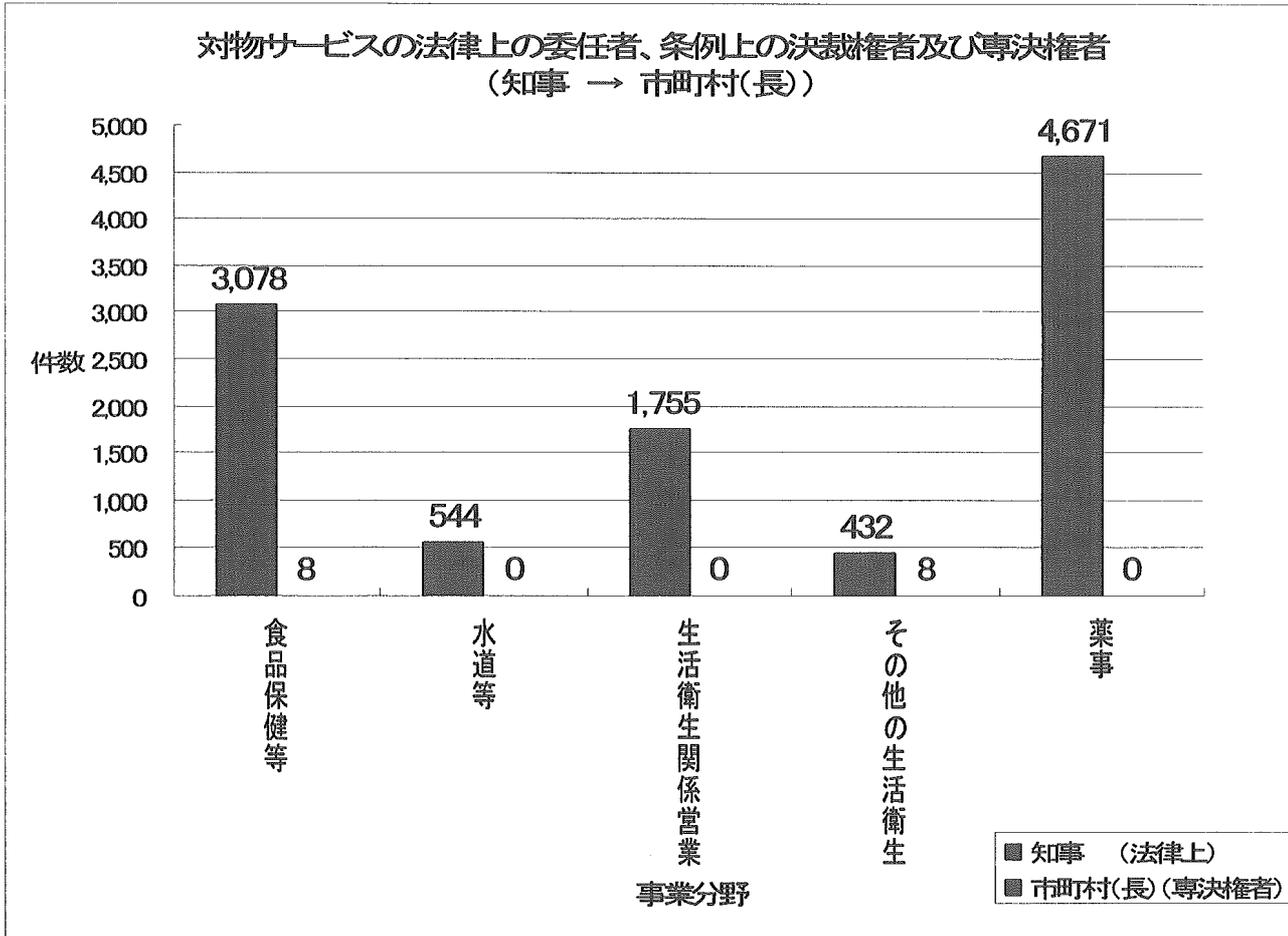
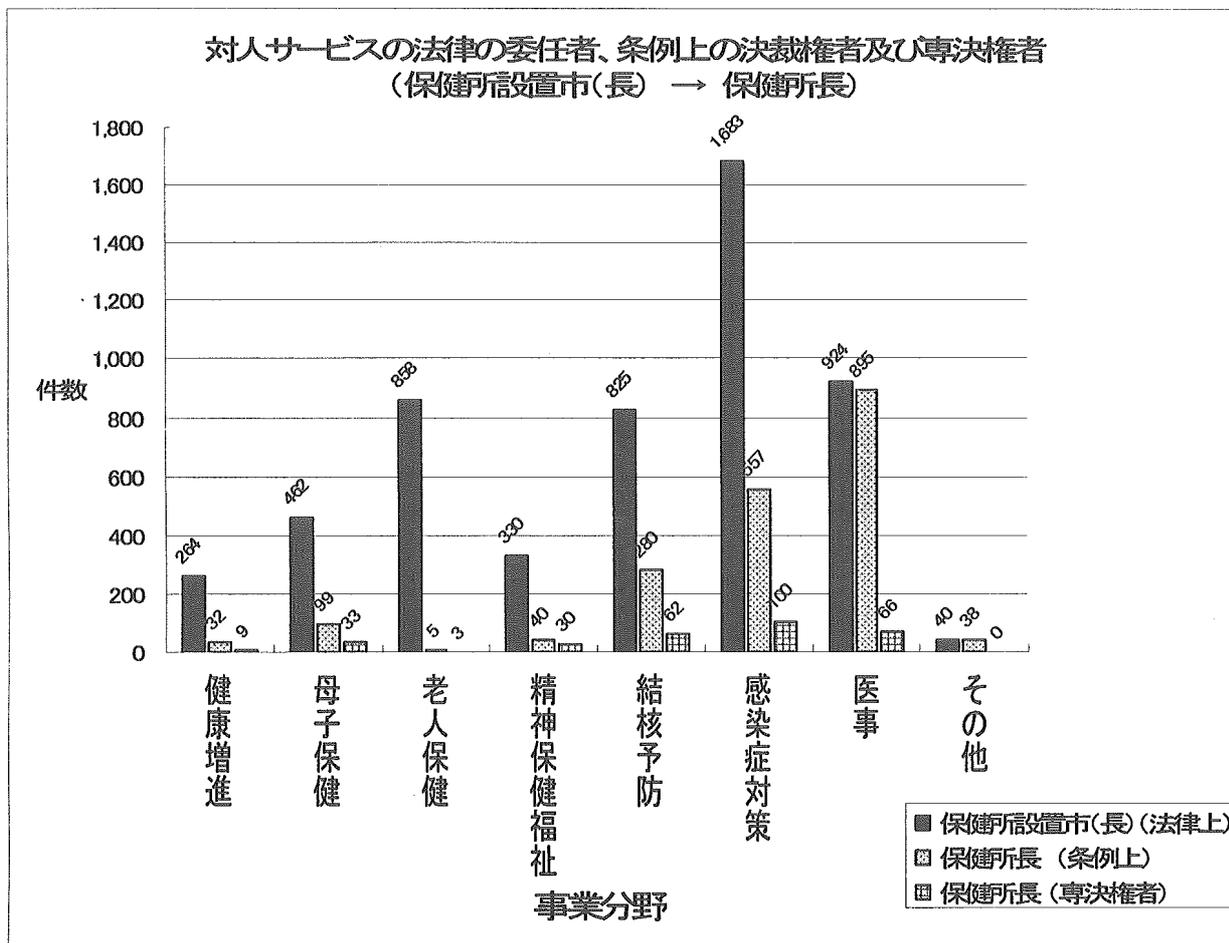


図 4 のように、都道府県における対物サービスのうち、知事が法律上の委任者となっている業務が条例によって市町村（長）に委託されている法律事項は、「食品保健等」で3,078項目のうち8項目、「その他の生活衛生」で432項目のうち、同じく8項目であった。

VI. 政令指定都市、中核市および政令市保健所における市長と保険所（長）の権限関係

図 5



保健所設置市の対人サービスについてであるが、図5のように法律事項が法律上の委任者が市長であるにもかかわらず、条例により保健所長が決裁権者となっていたのは、「健康増進」が12.1%、「母子保健」が21.4%、「老人保健」が0.6%、「精神保健福祉」が12.1%、「結核予防」が33.9%、「感染症対策」が33.1%、「医事」が96.9%、「その他」が95.0%であった。

また保健所設置市の市長に代わりあらかじめ保健所長が専決権者となっていたのは、「健康増進」が3.4%、「母子保健」が7.1%、「老人保健」が0.3%、「精神保健福祉」が9.1%、「結核予防」が7.5%、「感染症対策」が5.9%、「医事」が7.1%、「その他」が0.0%であった。

図 6

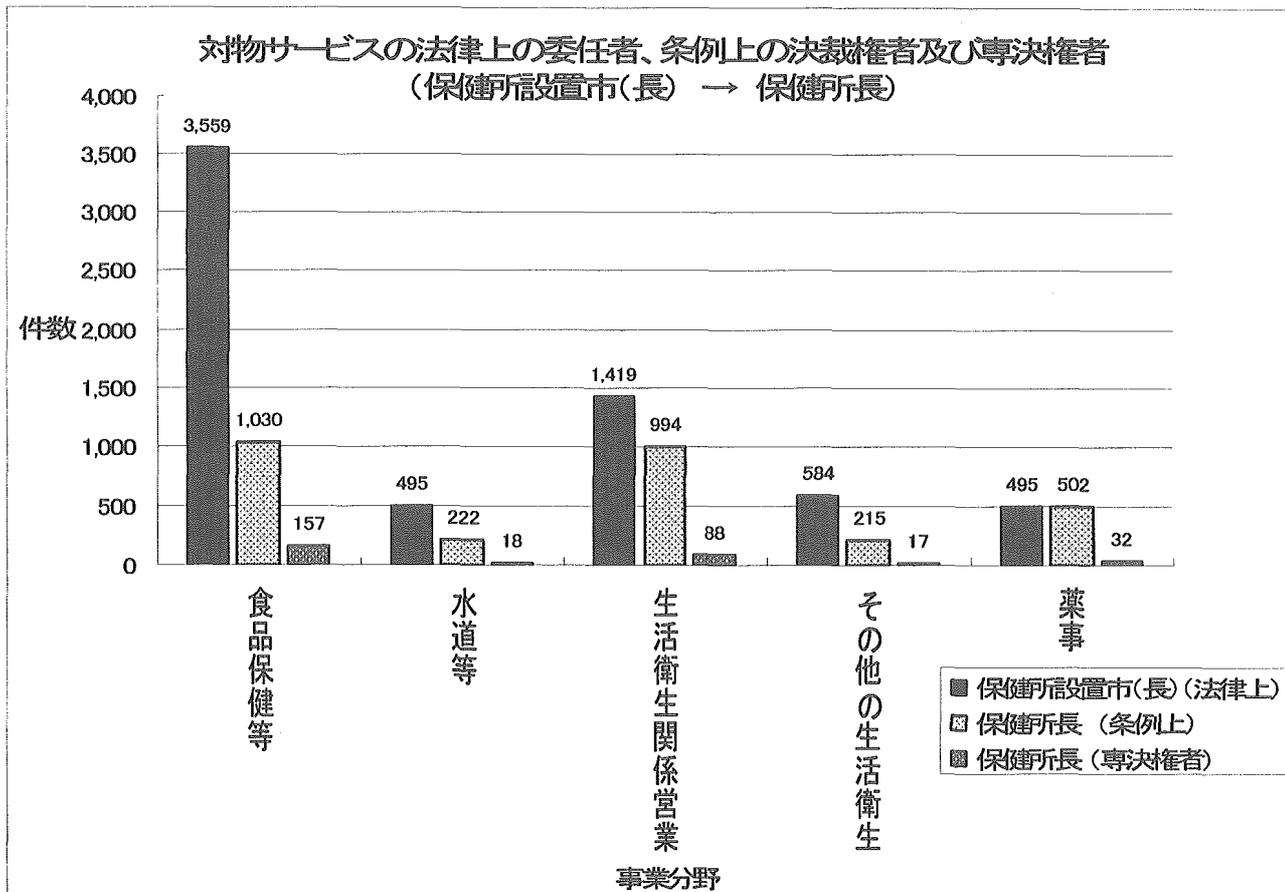


図 6 は保健所設置市における対物サービスの市長から保健所長への権限の委任状況であるが、法律上の権限を有している市長から、委任条例により決裁権者が保健所長になっている事業であるが、「食品保健等」が28.9%、「水道等」が44.8%、「生活衛生関係・営業」が70.0%、「その他の生活衛生」が36.8%、そして「薬事」が101.4%となっていた。

市長が法律上の委任者であるが、あらかじめ専決権者が保健所長である場合については、「食品保健等」が4.4%、「水道等」が3.6%、「生活衛生関係・営業」が6.2%、「その他の生活衛生」が2.9%、そして「薬事」が6.5%であった。

「薬事」、「生活衛生関係・営業」業務が条例によって権限が所長に下りている割合が最も多かった。なお、「薬事」で条例により決裁権が保健所長に付与されている法律事項が 502 件あり、法律上市長に委任されている 495 事項を上回っている。これは、薬事関係で市長以外に保健所に委任されている事項である“毒物及び劇物取締法第 16 条の 2”の「事故の際の届出の受理」を含んでいないためである。これを含めると、薬事については法律により市長または保健所に委任されている法律事項総数は、528 件となる。この数字を用いると条例により保健所長に決裁権が付与されている割合は、薬事に関しては 95.1% (502/528) となる。

いずれにしても「薬事」業務のほとんどが保健所長に決裁権が委ねられていた。

#### D. 考察

具体的に地域保健業務のそれぞれの事実上の決定権者を見ていくと、健康危機管理的要素が強いものとそうでないものとを区分することが可能であるとともに、健康危機管理業務を改めて詳細に定義する際に有益な情報を与えてくれる。

「健康増進」、「母子保健」、および「老人保健」業務については、法律上主として直接的な対人サービスの提供が市町村の責務で行われることがほとんどであるため、知事に委ねられている直接的対人サービスが少ないために保健所長にも条例で委ねられることがほとんどないことが、今回の実態調査でも明らかになっている。また、これらは本来的にも健康危機管理業務に該当しにくいものである。

保健所設置主体別に見ていくと、都道府県型の保健所については、健康危機管理業務のひとつである「感染症対策」に関する決裁権が現場の保健所長に委ねられている比率は 33%であった。しかし、対物サービスとして展開される健康危機管理業務としての性格も有する「食品保健等」、「生活衛生関係・営業」、「薬事」、及び「水道等」については、これらの業務の決裁権が現場の保健所長に委ねられている比率が低かった。

一方、保健所設置市では保健所長に決定権が付与されている比率が高いが、それは保健所設置市では本庁機能が都道府県庁に比して、脆弱なため現場の保健所長に権限が多く付与されているためであろう。

#### E. まとめ

都道府県における対物サービス全般に権限が所長にはあまり下りていなかった。特に危機管理業務が想定される、「食品保健等」、「水道等」および「薬事」の権限の移行が低調であった。危機管理業務の中核となる「感染症対策」については、法律事項のうち約1/3が条例により保健所長に決裁権が委ねられていたが、危機管理という危急時の対応を考えたときにはもう一度委託されている、あるいは委託されていない法律事項を保健所長に決裁権を委託する妥当性を考えるなど、体制自体をもう一度見直して危機管理時に迅速な行動が採れる体制を確立していくことが重要である。

健康危機管理とは、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するもの」であるが、その構成要素としては、緊急行政介入の判断、連絡調整、原因究明、具体的対策といった有事対応（緊急時業務）のみにとどまらず、情報収集・分析、非常時に備えた体制整備、予防教育・指導・監督といった平時対応（日常業務）や事後対応を包含するものであるため、行政機関の行為の法的性質にかかわらず幅広いものがこれに該当することとなり、具体的には地域保健関係業務のうち健康増進関係業務など対人保健業務のうちの一部を除いて健康危機管理対応という位置付けをすることができるものと考えられる。

健康危機に対して適切な対応を行っていくためには、単に個別の事案ごとの対策を構築するだけでなく、当該行政機関において必要な人材を保持し、総合的な判断の下に十分な専門性が発揮できるよう事務の配分に関しても最適なものとなるよう保健関係業務の中で横断的に見直しをしていく必要があるものと考えられる。特に、現在の事務遂行体制の検証を踏まえ、今後更に具体的な改善について検討をすべきものと考えられる。

今回の調査結果は、単に対人および対物サービスについて法律事項の権限が事実上どこに（誰に）あるのかを同定したのみである。

今後、特に健康危機管理業務に関わる法律事項に関し、健康危機管理を単に健康危機発生時（非常

時)といった狭義の解釈に限定するのではなく、「健康危機の発生の未然防止」、「健康危機発生時に備えた準備」、「健康危機による被害の回復」等の観点からもさらに詳しい分析が必要である。

また、各条文に記された法律事項が下命・禁止なのか、許可・免除（義務解除行為）なのか、認可、確認なのかといったことなども考慮した分析も併せて行っていく必要がある。

#### F. 研究発表

予定あり

#### G. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### H. 健康危険情報

急迫した具体的なものはない。体制についての情報は本文で述べたとおり。

平成16年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

2. わが国におけるヘルスケアプログラムの展開  
とその実施主体に関する研究

分担研究者 寺岡 加代（東京医科歯科大学 歯学部 口腔保健学科  
口腔健康教育学分野 教授）

ヘルスケアプログラムと健康概念の変遷

1. はじめに

わが国の健康政策は明治5年文部省医務課ならびに明治8年内務省衛生局の設置、明治7年医制公布に始まる。その後、医務課が内務省に移り、次第に取り締まり的な色彩を強めた。地方衛生行政も内務部から警察部に移り、明治26年以降第2次世界大戦の終わりまで、警察行政の一環として行われた。

その間、昭和10～13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）、全国的規模で衛生行政を展開する厚生省、保健所の技術職員の訓練機関としての国立公衆衛生院が設置され、地域保健の基盤整備が本格的に開始された。それ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ヘルスケアプログラムとその理念となる健康概念の変遷は以下のとおりである。

2. 歴史的経緯

2-1 戦前～戦中

昭和10年の都市保健館の設置を契機に、全国に保健所設置が行われていったが、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保健所が担当する体力検査が制度化され、保健所を中心とする保健指導網の確立が通達された。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、国防の充実を図るという健康は国家が付与するという父権的な当時のヘルスケアプログラムを具現化する機関であった。

2-2 戦後～昭和20年代

戦後、占領軍GHQを中心に日本の行政の変革がなされたが、健民体力づくり中心の戦時体制が改められ、「悪疫阻止」、「飢餓防止」、「救貧対策」など焦眉の課題に力点が置かれた。

富国強兵政策に由来する保健衛生活動から、国民の幸福・福祉の確保を目的にしたアメリカ流の公衆衛生学が導入された。公衆衛生活動が全国規模で開始され、感染症や栄養問題が健康を左右する主たる因子であると認識された。

一方で、栄養改善、母子衛生、寄生虫予防などの分野で、民間リーダーによる地区組織活動が展開

されたが、これらは集団的予防活動として実績を挙げていった。特記すべきことは、この10年間に出生率、粗死亡率、乳児死亡率がいずれも約1/2に、結核死亡率は約1/3に低下し、多産多死から少産少死への人口パターンの転換が実現したことである。

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てきた。

### 2-3 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、水俣病やスモン、さらにはイタイイタイ病など環境汚染に関わる健康障害が相次いで発生し、公害問題が深刻となった。また20年代の死亡率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が注目されるようになってきた。さらに高齢化進行の兆しや医療費の増大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、健康を脅かす原因（健康の脅威）が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、同34年には全国に先駆けて大阪府成人病センターが設置された。同36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、皆年金制度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、二次予防主体の集団的予防活動としてのヘルスケアプログラムが各地方自治体を中心として取り組まれていった。

### 2-4 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率の改善等、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。また40年代の後半には公害病の多発、住民による公害反対運動の激化により、健康の社会性が浮上し、国民の健康観に変化が生じた。脱工業化社会にさしかかった40年代の健康問題の中心は、有病率で最も多くを占めたストレスに起因する疾患であった。行政活動としては、昭和45年、保健所でわが国初めての栄養・運動・休養の三位一体となったヘルスケアプログラム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年に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た。昭和48年に厚生省保健所課が地域保健課に改められ、地域保健という名称が始めて使用された。これは保健所一極の地域保健システムから多極的なシステムへの変更を予見させるものであった。

### 2-5 昭和50年代～現在

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ヘルスケアプログラムのさら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が、昭和53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」がヘルスケアプログラムの総合的対策として打ち出された。その背景には人口の高齢化が加速し、保健・医療・福祉の財政悪化という厳しい事情がある。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、健（検）診中心

の二次予防の重要性が強調されていた。昭和59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等が提言された。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年には、第2次国民健康づくり対策(アティブ・80・ヘルプラン)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ていた。これは、今日の「健康日本21」の策定理念でもある、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。

### 3. 今後のヘルスケアプログラムの方向性

#### 3-1 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。1986年のオタワ憲章以降は、WHOヨーロッパ事務局（EURO）が中心となってヘルスプロモーションを実践活動として具体化させる努力を払ってきた。すなわち医療経済型アプローチである目標設定型健康増進政策の推進である。1888年には世界的な「Health for All（すべての人に健康を）」戦略として38の目標を設定し、1999年には「Health 21（健康21）」を公表している。

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、Healthy People 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。

さらに、ヘルシーピープル2000では、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、実施された。

英国では、「Health of the Nation」（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が設定され、実施された。さらに、21世紀の計画として「Our Healthier Nation」が進行中である。

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、「Health Canada」（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。

#### 3-2 わが国の状況

わが国においても時期を同じくして二次予防以降の対策、すなわち発病してからの早期発見や治療に力を注いだ健康施策が実施されてきたところであるが、来るべき本格的な少子・高齢社会を健康で活力あるものとしていくためには、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。

### 3-2-1 第2次予防思想中心の成人病対策

#### ○第1次国民健康づくり事業

昭和50年に入り、平均寿命、乳児死亡率とも世界のトップグループに入ったが、人口の高齢化や疾病構造の変化に対応した新たな予防行政として厚生省は1978（昭和53）年に第1次国民健康づくり事業を始めた。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本柱は、

#### 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。

### 3-2-2 第1次予防から第2次予防への思想の転換

#### ○第2次国民健康づくり事業(アクトイブ・80・ヘルスプラン)

1988（昭和63）年に、第2次国民健康づくり事業(アクトイブ・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健康づくりの普及啓発という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。このような対策の背景には、健康に関してWHOが提唱するように完全であるということがこれからは期待できないので、「一病息災」の考え方に變化せざるを得ない事情があったのである。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はあるが本質的なものでないことから、健康づくりの定義から外された。

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・高齢社会においては生物学的な生存期間をもって健康状況のすべて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。

### 3-2-3 健康日本21と健康増進法

中長期にわたる健康増進計画を策定するときは、健康を取り巻く社会環境が将来的にどのように変化していくかという点を良く見極めた上での確な政策を推進していく必要がある。健康日本21の生まれた背景には、急速な高齢社会の進展に伴う医療費の増加と生活習慣病の増加によって、世代別対策を体系化する必要性に迫られたという経緯がある。基本方針は（1）一次予防の重視、（2）健康づくり支援のための環境整備、（3）目標等の設置と評価、（4）多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進である。目標を設定する分野は①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・こころの健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器病、⑨がんである。

「健康増進法」は「健康日本21」を推進するための法的基盤として、2002年（平成14年）8月に制定され、2003年（平成15年）5月施行となった。その内容は、①国民・国・都道府県・市町村・医療保険組合の責務と関係者が相互に連携をはかりながら協力すること、②厚生労働大臣は基本方針をさだめること、③健康増進計画（健康日本21）は都道府県が定めること、市町村は努力義務であること、④健康診査を実施し、健康手帳を交付すること、⑤国民健康・栄養調査を行い生活習慣病の発生状況の把握につとめること、⑥市町村、都道府県は生活習慣の改善と健康増進をはかるための保健指導・栄養指導を行うこと、⑦特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給し栄養管理が必要と厚生労働省令で定められている施設）の管理について、⑧受動喫煙（室内またはこれに準ずる環境で、他人のタバコの煙を吸わされること）の防止、⑨特別用途食品（乳児用、妊産婦用、病者用などの用途に適していると大臣の許可を得て表示した食品）についてである。2003年4月に出された「基本方針」のなかで、健康増進法の特性を明確に出している。

## 4. 過去の健康増進活動とその評価

本格的な長寿社会の到来の備え、「第1次国民健康づくり対策」が1978年から、続いては、人生80年時代が現実のものとなり、「第2次国民健康づくり対策」が1988年から実施された。

過去2つの健康づくり対策は、ストラクチャーの観点からは一定の成果をあげたが、アウトカムに対しては疑問である。その理由のひとつに、事業終了後の客観的到達目標が明確でなかったため、施策の有効性の評価が困難であったことが挙げられる。そこで、健康日本21ではアメリカの健康増進計画「ヘルシーピープル」などを参考に、目標の設定と評価を基本方針に掲げているが、なかでも終了後

の評価の重要性が強調されている。そもそもアメリカをはじめとするアングロサクソン諸国で盛んな評価研究が日本で遅れた理由としては、福祉サービスに関する冷水の議論（冷水1983）を援用すれば、次の4点が挙げられる。

1点目は、日本ではサービスの評価指標として、法律や制度の遵守のみを重視する結果、その以外の諸課題を等閑視する傾向がみられた。それには3つの問題点がある。すなわち、①法律・制度基準は急速に変化する人間のニーズや状況に敏速に対応できない。②法律・制度基準の過剰な依拠は「守ってさえいればよい」との一種の保守主義を生む。③保健・福祉の対人サービスの多様性は、法律・制度基準による規定では本来おさまりきらない。こうした法律・制度依拠主義が評価研究の必要性を隠蔽した。

2点目は、サービスのアウトカムに影響する因子としては、インプット（財政的・物的・人的資源）の質や量が中心で論じられ、プロセスまで考慮の対象とはならなかった。従来インプットとアウトカムとを直結しようとする、いわゆるブラック・ボックス・パラダイム中心主義も評価研究を遅らせた。

3点目は、ニーズの有無が政策の要否の判断基準となり、ニーズというインプットの段階にとどまり、プロセスやアウトカムの段階まで評価の対象を広げなかった。

4点目は、説明責任（Accountability）という概念が欠如していたため、サービスを始める段階では厳密なチェックをするが、実施後の評価は行われたとしても形骸的であった。

しかしながら時代とともに、我が国においてもあらゆる政策において効率性と有効性が求められるようになった。保健福祉分野も例外ではなく、政策におけるNPM（ニュー・パブリック・マネジメント）の動きとも連動し、評価の必要性に対する機運が高まった。具体的には、2000年に38都道府県、2001年に国レベルで政策評価制度が始まった。この期に策定された「健康日本21」においても評価制度が導入され、9つの領域に54項目の目標を設定するに至った。

## 5. 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、世界各国の共通の課題であるが、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より異なる展開を見せてきた。

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、生贄等の宗教的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・ローマにおいて自然科学的観点から居住環境、人体の生理的変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。

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が進められた。また、視点を海外に向けてみると1978年に世界保健機関（WHO）のプライマリヘルスケア国際会議が旧ソ連邦のアルマ・アタで開催されたが、その宣言では「健康とは完全な肉体的、精神的ならびに社会的に健全な状態であり、単に疾病や虚弱でないというだけのことではない」と定義され、西暦2000年までにすべての人の健康を確保する目標が示された。こうした潮流を受けて各国で健康概念が再定義され、それに応じた健康政策が示されていき、さらにその後の社会事情の変化により健康概念も変遷してきた。

ヨーロッパでは教育的手法を健康政策に導入し、主として出身が教育分野である専門家により、健康教育を重視した一次予防政策が採用されてきた。また、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「ヘルシーシティズ」計画が進められている。アメリカ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