

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」という中長期計画を策定し、それぞれ一定の成果を上げてきたところである。

6. 世界保健機関（WHO）の健康政策

WHOが設立されたのは1948年であるが、そのときに制定されたWHO憲章では、「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」と健康概念が定義されている。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。

1978年12月に旧ソ連邦のアルマ・アタで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アルマ・アタ宣言が出されたが、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指摘された。

WHOは1986年11月、オタワで「ヘルス・プロモーション憲章」を採択した。これはオタワ宣言として広く世に知られているが、その内容は「西暦2000年までにすべての人に健康を」というWHOのローガンにそって、これまでの諸活動の上に出されたものであるとされている。また、アルマ・アタ宣言が開発途上国を意識したものであったのに対して、これは先進国を意識したものであった。その内容は、（1）先進国における生命に対する危険因子(Risk Factors)は、ほとんどすべて生活習慣が原因となっている。従って、予防の主体は生活習慣の改善を図っていくことである。（2）生活習慣を構成するものは、「個人」と「環境」であるので、生活習慣の改善は個人に対するものばかりではなく、環境を健康なものにしていく必要がある。この場合の環境とは、自然的なものから社会文化的なものまで幅広い概念である。（3）環境を健康なものに変えていく活動は、保健分野にとどまらず幅広い領域からの参画が必要である、というものであった。

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、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、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、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、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。

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年オタワ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「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。その結果、特に重視された課題は以下の2点に集約される。

6-1 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るれば、それはできない人を非難する危険性がある。

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付けなければならない。

6-2 ヘルス・プロモーションへの各部門の協力と参加

健康に関する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。

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。健康度を高めるためには社会的、物理的な環境の整備が重要であり、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へ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選択が可能となり容易となる。公的政策を目指すためには、農業、商工業、教育、通信等に関する政府の諸部門も政策の形式において、健康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、健全な公的政策というのは政府部門と非政府部や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ある。

7. アメリカ合衆国（ヘルシーピープル1990）

7-1 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、医療費を増大させるということだけでなく、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・マネジメントの5項目を合わせて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の行動計画が作成された。進捗状況は月ごとに評価され、中間評価が実施された。さらに3年毎の予防に関する寸評も公表された。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重視されている。

7-2 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%は、進展度を妥当に評価するための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型肝炎感染率等である。

7-3 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幅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させ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格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)「青年の衝動的行動に根ざす問題には、行動的な介入のみでは弱い。」、(3)「知識だけではなく文化(例えば、習慣、広報媒体の影響)及び社会的状況(例えば住居、雇用)などに由来する個人的な考え方により

相当な影響を受ける問題は、公衆衛生の世界のみでは対応できず、政府、民間団体、教育界、ボランティア団体と地方組織及び個別の家族の主導性が健康上の目標を達成する鍵である。」等のことが明らかになった。

さらに健康状態の改善に向けての目標に関しては、投入した保健サービス量と成果は正比例するものではなかった。これは、国家によってすべてのグループに同等にサービスが配分されていないことを意味している。同様に、危険についての認識向上や管理方法の改善、危険の減少に対する目標に関してもサービス量に比例した改善をもたらさなかったが、これは知識のみで行動変容を起こさせることがいかに難しいかを示している。

1990年の目標によって、公衆衛生の世界および公衆衛生の進展に関して重要である他の部門、例えば、輸送、環境、教育、労働及び社会サービスなどの関係者間で、意思の疎通が重要であるとの共通認識をもつことができた。州や地方の事業計画で働いている人は、国家的な目標を持つことは、場合によっては関連サービスを改善しようとする努力を確認するものであることを示した。最後に、データ収集の仕事改善の上で目標設定がいかに有用であったかということが認識された。

ヘルシーピープル1990を実行していく過程において必要性の高い3つの領域が明らかになった。それは、(1)「少数集団と低所得層に重点をおくこと。」、(2)「目標設定と実行に幅広い層が参加すること」。(3)「進捗状況を監視し管理するデータを整備すること。」であった。こうして1990年の結果から2000年のゴールに向けて設定されるべき目標の構造や考え方に新たな認識が加わり、ヘルシーピープル2000へとつながっていったのである。

8. アメリカ合衆国（ヘルシーピープル2000）

8-1 3つの主要目標と計画の構造

ヘルシーピープル1990を受けて、次の10年間の取り組みであるヘルシーピープル2000の策定作業が1987年から始まった。この2000年の目標は、公衆衛生局、全米の組織、保健医療の専門家、関心のある人々の協力的な努力により作られた。1987年に325以上の国家的会員組織および全ての州と準州の保健部門を含むヘルシーピープル2000協議会が、その策定過程の進行を助けるために召集された。1987年～1988年の間、公聴会で800の組織や個人から証言や助言を得た。この情報収集に基づいて、改革への22の重点領域が明らかになった。

ヘルシーピープル2000は、今後10年にわたる米国の保健医療行政において、(1)「アメリカ人が健康に生活できる期間を延長する。」、(2)「米国内の集団間の健康状態の不平等を解消する。」、(3)「全国民が容易に予防サービスを享受できるようにする。」という3つの広範な目標を設定した。

これら3つの目標に支えられて、ヘルシーピープル2000は300の評価可能な目標を22の重点領域にまとめた。これら重点領域のうち21は、健康増進、健康保護、予防サービスという3つに大きく分類される。他の1つは計画すべてにわたる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である。

第1番目の健康増進は、日常行動と関連した健康関心事を取り扱っている。重点領域としては、身体活動とフィットネス、栄養、喫煙、アルコールとその他の薬物、家族計画、こころの健康及びこころの障害、暴力、問題行動、さらに教育等の地域に基づいたプログラムが含まれている。

第2番目の健康保護は、身体的・社会的環境と本質的に関連した健康問題を含んでいる。ここに含まれる重点領域は、事故、労働衛生、環境保健、食品と医薬品の安全、歯科保健である。

最後の予防サービスは基本的には臨床的観点からの予防法について述べている。重点領域としては、母子保健、心臓病と脳卒中、がん、糖尿病、慢性疾患、HIV感染症、性行為感染症、予防接種、臨床的予防サービスが含まれている。

ヘルシーピープル2000は健康状態を改善し、疾病や障害に対する危険因子を減らし、保健サービスの分配を改善するための評価可能な目標とともに今後10年間の予防的事項を記載している。目標の多くは、集団全体と比べて疾病、障害、早世が多いハイリスク集団の健康状態を改善することを特に目指したものである。いわばヘルシーピープル2000は公私の努力の結集を通じて達成することの出来る健康状態の改善についての国家的概念なのである。

ところで第1の大きな目標は、長く健康な生活を送ることができるアメリカ人の数を増加させることであるが、いわゆる平均寿命を健康指標として用いるのではなく、生活の質 (Quality of Life: QOL) を重視し、それを計測する指標として「質により補正した平均寿命 (quality-adjusted life expectancy)」すなわち健康に生きられる期間の延長を目指している。未解決な問題は多いものの、暫定的な方法により目標の設定が行われている。それによると健康に生きられる寿命は現在、約64年だが、この値はほとんど横這いであり、ここ数年やや短縮傾向がみられる。これは一部には社会階層・人種・民族間の健康の不均等に起因する。

第2の目標は、健康状態の改善に対する最大の脅威である歴史的、経済的、教育的、政治的に不利益を被ってきた人々に関係するものである。ヘルシーピープル2000は、これら集団における死亡率、有病率、障害発生率の格差を減らし、最終的には格差をなくすことに細心の注意を払っている。

この目標はこれらの不均等を問題化したものであり、障害者や低額所得者、少数民族のなかで予防し得るにもかかわらず死亡率や罹患率の高い疾患や障害を対象にしている。これらの社会階層では乳児死亡率が高く、低出生体重児が多く、十代の妊娠が多く、殺人が多いことにより、医療資源やマンパワーが浪費されているのである。しかし現状では、階層間の不平等がまだ根強く残されている。

第3の目標は、すべての人々が疾病予防サービスが受けられるようにすることである。ヘルシーピープル2000 (Healthy People 2000) が発表された1990年の時点で全国民の14%に当たる3500万人であった無保険者が、1992年には全国民の15%に増加しており、黒人の15%、ヒスパニックの21%が無保険の状態にある。

8-2 1995年の中間評価

アメリカ厚生省公衆衛生局によって計画の進捗状況が審査された。その中間報告において3つの大目標の進捗状況については上記のとおりであるが、ヘルシーピープル2000全体の進捗状況は、300の諸目標に関しては、48%が目標に向かって進展しているが、19%は目標から離れて行っている、3%は変化なし、30%はデータが不十分であった。

その中間報告書で、公衆衛生局は目標の改訂を申し出た。それらは1994年10月に公告として発表され、そのなかには目標変更が含まれており、更に挑戦的なものになった。また新しい特定の人口集団に関する副目標等も追加された。そして、新しい科学的知見、情報、データを組み込んだ新たな目標もその改訂に含まれていた。諸改訂については公衆衛生局の主要な官庁によって行われたが、3つの主要目標や優先分野の枠組みに変更はなかった。

8-3 波及効果

米国はこれら目標設定による進行管理手法によって保健医療上の主要課題の改善を図ってきたところであるが、さまざまな影響を各方面に及ぼした。

第一に、現実的で実行可能性な健康目標を設定することによって、それが国家的ビジョンとなり、人々の行動を鼓舞してきた。

第二に、関係者個人の責任に対する自覚を促した。

第三に、共通言語を形成し、公衆衛生分野を超え、政府および非政府の参加者を集めることができ

た。

第四に、実行過程において国のデータの管理精度が高められた。最初に目標を設定し、10年間その進展を追跡し、その達成度を評価するためのデータが集められたが、それによって保健医療水準の向上のためには監視が基本的に必要であることが明らかになった。

8-4 おわりに

1979年に「ヘルシーピープル：健康増進と疾病予防に関する公衆衛生局長官の報告書」が公表されて以来、米国は健康増進、疾病予防対策を野心的に進めてきたところであるが、それは現在のヘルシーピープル2000にも継承されている。さらに米国はこの計画後の健康政策である西暦2010年をゴールとした、ヘルシーピープル2010の策定作業に着手している。この計画はヘルシーピープル1990及び2000で問題となった事項の改善も視野に入れ、従来弱かった地域介入等を強化していくことも考慮されている。

9. アメリカ合衆国（ヘルシーピープル2010）

9-1 一連の計画の成果と新たな課題

1979年に、米国厚生省は健康増進と疾病予防に関する目標を用いた米国民の健康を改善する計画を開始した。最初の国家的な健康目標が同年に「ヘルシー・ピープル1990：健康増進と疾病予防に関する公衆衛生総監報告書」に発表された。この報告書には1990年までに達成する5つの目標、すなわち乳幼児、小児、青少年、成人の4つの年齢階級の死亡率を減少させること及び高齢者の自立を高めることについて設定された。そのうち、乳幼児、小児及び成人に対して設定された目標は達成されたが、青少年の死亡率は減少せず、目標は達成されなかった。また、高齢者についてはデータ上の問題から評価できなかった。

第2期の計画として実施されたヘルシー・ピープル2000は、第1期計画の10年間の進歩と経験、及び科学的基盤の整備やサーベイランスシステムの拡大を反映したもので、内容的にも広がりを見せている。ボランティア組織、専門家集団、企業、個人の広範な情報網の協力を得て、ヘルシー・ピープル2000の枠組みが3つの大きな目標と共に作成された。3つの目標とは、健康に生活できる期間の延長、健康格差の改善及び臨床予防医療サービスが容易に利用できることである。これらの3つの目標の達成を助けるために、22の分野について約300の小目標が設定された。これらの主眼は健康状態の改善、健康に対する危険の軽減および医療提供の達成であった。1995年の中間評価では、300の諸目標のうち、48%が順調に目標に向かっているが、19%は目標から離れ、3%は変化なく、30%は評価する上でデータが不十分であることがわかった。

一連のヘルシー・ピープルの策定を通じて、個人、民間及びボランティア組織、企業、公衆衛生従事者に対し、健康な行動を促進し、健康状態を改善し、危険因子を減少し、すべての米国人の健康を向上させるための予防計画や医療を容易に確保するために実施しなければならない事項を提示することができた。

ヘルシーピープル2010では、これらの結果を評価し、改善を加えていくことは言うまでもないが、現在の状況は、ヘルシー・ピープル1990や2000が作成された時の状況とは大きく異なっており、これは今後10年間にわたり変化し続けるものである。予防医学、臨床医学、診断技術及びコンピュータ等の情報システムの進歩は、医学の枠組みを変容させ、実践方法も変化させつつあり、行政サービスの提供方法にも変革が求められている。さらに高齢者の増加及び人種的多様化を遂げている米国の人口学的変化から、公衆衛生と全体的な医療システムに対して新たなニーズとデマンドが出てくるものと

予想されている。また、食糧問題、新興・再興感染症及び環境問題等の地球的規模の要因によって新たな公衆衛生上の問題が出現するものと考えられる。

9-2 ヘルシーピープル2010の策定状況

ヘルシー・ピープル2010の全体的な策定には、2010年ヘルシーピープル運営委員会が主導的な役割を果たした。この委員会は、米国厚生省公衆衛生局長官を議長に、健康政策担当長官補を副議長に、全長官補佐と全厚生省の運営部門の長をメンバーとして構成されている。また、保健医療の専門家、ボランティア及び関係団体、州と地域の公衆衛生担当者等から構成される中核的なヘルシーピープル協議会でも検討が開始されている。

1979年に発表された最初の計画であるヘルシーピープル1990やそれに次ぐヘルシーピープル2000は、政府、ボランティア及び関係団体、企業、個人間の初めての協力を得て設けられたヘルシーピープル協議会の努力により成し遂げられたものである。さらにインターネットや地方公聴会を通じて、多くの国民の意見を反映させていくことが考えられている。

ヘルシーピープル2010の進捗状況であるが、1996年に既存の計画から学んだ教訓をもとに新たな課題の洗い出しを行った。1997年秋にはヘルシーピープル2010の枠組み案に対する各界からのコメント及び目標案についての意見募集が連邦官報に公告され、ヘルシーピープル2000の目標の修正及び削減、あるいは新提案等の意見を、個人も電子メール等で提案できることになった。

論評期日は1997年12月15日であったが、終了後、米国厚生省の作業グループが2010年計画の草案を作成した。さらにこの計画案は1998年の2度目の論評期間を経て、ヘルシーピープル2010として、2000年のはじめに公表され、2001年から実施された。

9-3 ヘルシー・ピープル2010の構成

ヘルシーピープル2010においては、米国にとっての重要課題を克服すべく、次の2つの目標が提起されている。

- 1) 健康な生活期間を延長する
- 2) 健康上の不平等をなくす

最初の目標はヘルシーピープル2000の目標を継承するものであるが、単なる平均余命の延長ではなく、質の高い生活期間を増加することがこの計画では強調されている。2番目の目標は、健康格差を減少させるというヘルシー・ピープル2000の目標をさらに踏み込んで、すべての対象集団における健康格差を皆無にするというものになっている。

これらの目標が達成されると米国に在住するすべての人々の健康増進と公平な健康状態がもたらされよう。

そして、ヘルシーピープル2000でも用いられた手法であるが、これらの基本目標に次の4つの下位の実行目標が加えられた。

- 1) 健康な行動をとるよう行動変容を促す
- 2) 健康を保護する
- 3) 質の高い医療へのアクセスを容易にする
- 4) 介入的手法により地域における予防活動を強化する

特に、最後の地域介入(community intervention)を通じた予防活動の強化が草案では強調されている。

これらの実行目標が達成されると連鎖的に基本目標が達成されると考えられている。そして実行目標を踏まえて「重点分野」が提案されている。この「重点分野」はヘルシーピープル2000の「優先分

野」と類似しているが、計画草案の「重点分野」と言う用語は優先順位を意味したものではない。新しい重点分野は、これまでの10年間の医療と公衆衛生における変化およびこれからの10年間に予想される変化に対応して提起されたものである。

ヘルシー・ピープル2010は、世界保健機関（WHO）の「ヘルス・フォー・オール」（Health for All：すべての人に健康を）を念頭におき、健康改善に対する世界戦略や指針に関して、自らのモデルを提供することにより、国際貢献を果たすことを目指している。

ヘルシー・ピープル2010における28の領域

1. 質の高い保健サービスへのアクセス	15. 不慮の事故と暴力被害の予防
2. 関節炎、骨粗鬆症、慢性腰痛	16. 母子保健
3. がん	17. 医薬品の安全性
4. 慢性腎疾患	18. 精神保健と精神疾患
5. 糖尿病	19. 栄養と過栄養
6. 障害者と障害に伴う諸条件	20. 職場における安全と健康
7. 教育的な地域中心のプログラム	21. 口腔衛生
8. 環境保健	22. 身体活動と体力
9. 家族計画	23. 公衆衛生の社会基盤
10. 食品の安全性	24. 呼吸器疾患
11. ヘルスキューション	25. 性行為感染症
12. 心臓疾患と脳卒中	26. 薬物依存
13. エイズ	27. 喫煙
14. 免疫と感染症	28. 視覚と聴覚

10. 目標設定型健康増進政策の国際比較

目標設定型健康増進政策は経営学で用いられる「目標による管理」（Drucker, 1954）を応用した手法である。目標による管理はPlan-Do-Seeというサイクルのなかで評価される。これを保健医療分野に導入したのがMcGinnis（1980）であり、以後アングロサクソン諸国を中心に広がった。今や世界的潮流となった諸外国の目標設定型健康増進政策の中で健康日本21の位置づけを知ることは我が国の健康増進政策を進める上で意義があると考えられる。そこでアメリカ「健康国民21（Healthy People 21）」、WHOヨーロッパ事務局「健康21（Health 21）」、イギリス「われらがより健康な国（Our Healthier Nation）」、と我が国「健康日本21」の比較を「主要目標」、「領域設定」、「目標設定方法」、「評価方法」の4つ側面から試みた。

（1）主要目標

主要目標として、健康寿命の延伸と生活の質の向上が入っている点は4つの健康政策とも共通である。一方、19世紀以来、公衆衛生が取り組んできた重要課題である「健康上の格差の除去」を我が国以外の3つの政策では目標に掲げているのに対し、「健康日本21」はこの視点に欠けている。

（2）領域設定

アメリカ「Healthy People 21」は、領域数が28、目標設定数は467項目におよび、最も広範である。

WHO「Health 21」は21領域で、ヘルスプロモーションの理念および広範な健康決定因子をもとに

設定されており、あえて疾病や生活習慣中心の領域設定をしないところに、ヘルスプロモーションの本家としての面目が躍如している。

イギリス「Our Healthier Nation」は4領域と最も少ないが、領域を絞り込むことにより、国民が理解しやすく、運動の展開が効率的になることを意図している。

「健康日本21」は9領域で、イギリスに次いで少ない。

(3) 目標値設定方法

アメリカ「Healthy People 21」は「better than the best」（過去のデータあるいは地域格差のあるデータのうち最良の値に近づける）、「total coverage」（100%達成方式）、「projection」（将来予測方式）、「25 improvement」（25%達成方式）など多角的な目標設定方法を採用するとともに、目標値設定の根拠が明示されている点が優れている。

WHO「Health 21」は51ものメンバー国を有するため、細かな数値目標の設定は困難であり、目標値設定にあたっては現状と将来予測をブレンドする原則を採用している。

イギリス「Our Healthier Nation」の目標設定は僅か4つで、目標値設定の根拠が明確ではないが、あえて達成困難な数値目標を掲げることによって国民の間で議論を巻き起こすことを狙っている。

「健康日本21」は「total coverage」や「10 improvement」など多角的な目標設定方法を採用しているが、目標値設定の根拠が明確ではない。

(4) 評価方法

アメリカ「Healthy People 21」は各年度の総括（review）、5年目の中間報告（midcourse review）及び最終年の最終報告があり、他の3つの政策に比べ、評価に重点がおかれている。

WHO「Health 21」は事後評価に関しては、中間報告が2005年に実施されること以外は特に決めていない。メンバー国の事情によって、政策の遂行に難易度に差がありことを考慮した結果であろう。

イギリス「Our Healthier Nation」も2005年の中間報告を行うこと以外は明示されていない。

「健康日本21」は2005年の中間報告とともに、2010年に最終報告を行うことが明示されている。

ヨーロッパ事務局「健康 21（Health 21）」の主要目標、健康の価値、行動戦略

(1) 2つの主要目標

- 1) 人々の全障害にわたる健康増進と健康保護
- 2) 主要疾患と障害の発生率と有病率を減少させること

(2) 3つの健康価値

- 1) 健康は基本的人権のひとつである
- 2) メンバーの各国間、それぞれの国内諸集団、男女間における健康上の公正と行動計画の連帯を保つこと
- 3) 個人、手段、地域および健康増進に関わる部門の研究機関、団体、行政の参加と説明責任の確立

(3) 4つの行動戦略

- 1) 健康決定因子の改善に取り組む多部門にわたる戦略の立案。考慮すべき健康決定因子としては、物的環境、経済的環境、社会的環境、文化的環境、男女の役割であり、これらの因子の健康影響評価を含むようにすること
- 2) (政策遂行の評価指標としての)健康上の結果変数を志向したプログラムの策定と健康度の向上と医療への投資を行うこと
- 3) 家族および地域を志向した包括的なプライマリヘルスケアとこれを支える柔軟かつ責任ある病院システムの構築
- 4) 活動のあらゆるレベルにおいて(家庭、学校、職場、地域社会、国)、参加型の健康向上のプロセスと健康問題における適切な連携相手をえらぶこと—共同して政策的意志決定を行い、実行しかつ説明責任をもつこと

健康の概念

1. はじめに

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大きく左右されてきた。国際的な視野からも、時代背景となった医学的・社会的因子を理解して初めて健康概念の内容や広がりへ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影響を与えた。

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は表1に示すように、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、これらの疾患は日々蓄積された生活習慣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. 健康概念の形成及び変遷

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。

(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格差を指摘し、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従事している関係者も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。

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楽しむことができる」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) 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合せるとともに、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、住環境への多元的投資」、「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ている。

(6) 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。」というものである。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. 健康増進政策の変遷

4-1 厚生行政の変遷

明治以来の厚生行政の歩みとその時代背景の関連を総括することは、将来に向けての示唆を得るための極めて重要な視点である。

そこで、健康増進政策の歴史的変遷を考察するにあたり、先ず厚生行政の時代区別のテーマについて以下に概説する。

(1) 厚生省前史（明治初年～昭和12年）

- ① 西洋医学の導入と近代的医薬制度の形成
- ② 急性伝染病の流行と衛生行政の進展
- ③ 産業革命の進行と慢性伝染病対策（保健所の設置）

(2) 戦時下の厚生行政（昭和13年～20年）

- ① 健兵健民政策と衛生行政（体力行政、薬事法、結核対策要綱、母子衛生対策）

(3) 戦後復興期の厚生行政（昭和20年～29年）

- ① 占領下の衛生行政の改革（GHQの指令による衛生行政機構の改革、保健所網の整備、取り

縮まり行政から指導行政の転換、衛生法規の整備)

(4) 経済成長期の厚生行政（昭和30年～48年）

- ① 戦後の結核対策
- ② 国民皆保険体制と医療供給体制
- ③ 都市の人口増加と重化学工業化による公害問題
- ④ 疾病構造の変化と成人病、精神衛生、難病問題

(5) 高齢化時代の厚生行政（昭和49年～59年）

- ① 医療の高度化、医療費の高騰と疾病予防の重視
- ② 施設ケアから地域ケアへ

(6) 少子高齢時代の厚生行政（昭和60年～）

- ① 第2次予防から第1次予防へ
- ② ストラクチャーからアウトカム重視の増進政策への転換

4-2 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。

(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、背景には貧困の問題があった。

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が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（1940）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、国民の幸福・福祉の確保を目的に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いく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、寄生虫予防などの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。

(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目が向けら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顕在化しつつあった。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の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、保健所においてわが国で初めての「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、地域保健という名称が初めて使用された。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～西暦 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 年代に始まった「壮年からの予防対策」等によって疾病予防から積極的な健康づくりへの方向性が示されたが、昭和 53 (1978) 年に、「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。

(8) 2000 年～

平成 12 (2000) 年 4 月に、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「健康日本 21」が 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公表された。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が義務付けられており、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いる。

近年、健康づくり政策の国際的動向をみると、測定可能な一連の目標を設定した管理型が主流である。米国では 1979 年にアメリカ公衆衛生局長官報告書が出され、具体策として刊行された「健康増進と疾病－わが国の目標－」(1980 年)が契機となって、「Healthy People 1990」から現在の「Healthy People 2010」に続く数値目標管理型の健康増進計画が定着した。公的機関(政府)が健康増進分野で実施した行政活動の成果を客観的に評価できることから、数値目標管理型の採用がアングロサクソン系諸国を中心に進んでいる。英国の「The Health of the Nation」や実施中の「Our Healthier Nation」、豪州の「Health for All Australians」なども同様の考えにもとづくものである。健康日本 21 は米国の Healthy People Project の影響を特に強く受けている。

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	食肉輸移入取締規則	
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			

5. 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る。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、高齢化社会を迎えている多くの先進国は概ね高齢者の健康障害に関する問題を抱えていることから、近年、国民の健康状態をより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	シエラレオネ	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ヶ国(年)		
	男性	女性		男性	女性
日本	71.9	77.2	シエラレオネ	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

6. 健康日本21と健康増進法

(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。

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、健康日本21は米国のHealthy People Projectの影響を特に強く受けている。

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。

そもそも健康日本 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 1 次国民健康づくり対策」、続く昭和 63 年度からの「第 2 次国民健康づくり運動」のあとの第 3 次国民健康づくり運動に位置する計画として策定されたものである。第 1 次国民健康づくり対策や第 2 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、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にもなっている。

第 3 次国民健康づくり対策としての健康日本 21 が第 1、2 次国民健康づくり対策と全く異なる点がある。すなわち、第 1、2 次が国民に何かを求める運動であったのに対し、第 3 次は行政側に求めている点である。国民に第 1 次では検診の受診を求め、第 2 次では生活習慣の改善を求めたが、第 3 次は保健行政側に計画策定を求めている。つまり第 3 次になって漸く市町村単位の計画策定により地域での健康づくりが軌道にのったと考えられる。

(1)-1 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 1、2 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。

目標値設定に多元的な方法を採用しているが、その根拠が明確ではない。例えば、「たばこ」の目標値をみると、喫煙が及ぼす影響についての知識の普及については、2010 年までに 100%を設定する「total coverage」であるが、睡眠による休養を十分にとれていない人の減少に関しては「10% improvement」

方式を採用している。しかし、自殺者の減少などは減少の目標の根拠が示されていない。国民への説明責任のためにも、目標値設定のポリシーとその根拠を明確にする必要がある。

(1)-2 実施に当たって

健康寿命の延伸に言及していることから、本来「健康日本 21」はすべての保健医療福祉分野は言うに及ばず、これより上位の概念に位置する環境・都市問題等の人の生命や生活にかかわる分野を包括した計画であるべきである。なぜなら、健康寿命の延伸のためには、こうしたすべての計画や事業の目標達成が不可欠であるからである。よって、計画策定や実施に当たっては、関係部局や関係者を網羅的に取り込んだ形になるように、可能な限り努力しなければならない。

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。行政ならびに関係者は従来型の健康づくりの環境整備ではなく、マーケティングの発想に基づく新たな健康戦略にシフトすべきであるとする。

(2) 地域保健法

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条では国や地方公共団体及び関係者の責務が定められている。

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。

参考文献：

厚生労働白書：<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/index.html>

小町善男、多田羅浩三：国民健康づくり計画モデル事業の現状と課題、公衆衛生、Vol. 47、No. 10、627-631、1983。

冷水豊：福祉サービス評価の基本的課題、季刊社会保障研究、19、80-81、1983。

須川豊：地域保健医療の歴史と将来展望—予防・健康管理を中心として—、日公衛学会、Vol. 30、4-7、1984。

北川定謙：公衆衛生行政の現状と今後の課題、公衆衛生、Vol. 49、No. 1、10-16、1985。

田中恒男：地域保健・医療の変遷と将来の動向、公衆衛生、Vol. 49、No. 1、40-48、1985。

柳井 勉：市町村保健センターと地域保健活動—現状を見据えて—、Vol. 15、No. 12、22-27、1985。

小野寺仲夫：戦前戦後の公衆衛生の歴史 厚生行政発展に関する歴史的考察、公衆衛生情報、Vol. 16、No. 6、29-32、1986。

橋本正己：健康づくり計画の今日的意義、公衆衛生 Vol. 54、No. 1、4-8、1990。

Downie RS, Tannahill C, Tannahill A：Health Promotion, Models and Values. 2ndEd., Oxford, Oxford University Press, 153-167, 1996。

青山英康：地域保健法制定の背景と今後の課題、日衛誌、Vol. 50、No. 6、1026-1035、1996。

河原和夫：わが国におけるヘルスケアプログラムと健康概念の変遷、日本臨床検査標準協議会会誌、Vol. 13、No. 3、16-19、1998。

武見敬三：健康政策立案をめぐる諸問題—求められる Evidence Based Policy Making、医学のあゆみ、Vol. 188、No. 11、1014-1019、1999。

岩永俊博、鳩野洋子、渡部郁子：我が国におけるヘルスプロモーション活動の実践と課題、公衆衛