

衛生行政と健康に関する法制度 (2)

健康観の哲学的基礎付けのための基礎研究

伊藤ちぢ代

日本大学大学院総合社会情報研究科

Legal System and Public Policies of National Health Care in Modern Japan

ITO Chijiyō

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

In my last essay I examined how Westernizing policies of the Meiji government and social reforms after the end of World War II brought about radical changes in the legal system and public policies of national health care. In this present article, focusing on the postwar period, especially from 1946 to 1980s, I will analyze the historical and social process in which the Constitution of Japan, the Charter of WHO and the Ottawa Charter for Health Promotion helped to improve and promoted the legal systems and public policies for the people's well-being and public health.

はじめに

わが国の保健医療制度は明治7年の医制の発布にまで遡ることができる。その基本的な考え方は西洋思想、西洋医学の導入と普及である。西洋医学の基本概念である「健康」と「衛生」概念が移入され、養生思想を基盤に社会のさまざまな影響の中で、日本人の健康観が形成されていった。第二次世界大戦後、日本国憲法の制定は、国民の生存権の確立とその生活の向上が国家義務とされたことで、公衆衛生は大きく普及した。戦後の社会変動は日本人の価値転換をもたらし、現代の人々の健康観の形成に影響を及ぼしたと考えられる。この時期の価値転換で、健康は個人の問題であるとともに、国民という個人と集団に対する国家の責務はどのように問われてきたのだろうか。1946年WHO憲章や1986年日本におけるヘルスプロモーションの導入は戦後の衛生行政と健康・環境に関する法制度にどのような影響を及ぼしたのか、健康観の形成要因の関連を概観し、分析・考察を試みる。

日本国憲法による生存権の確立

戦後の日本において、日本国憲法(1946年)の制定が行なわれ、憲法25条により国民の生存権の確立と国民の生活の進歩向上が果たせるように国家は社会的な使命を有するとされている。

日本国憲法第25条

「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

1946年WHO憲章でも、健康で人間らしく社会で生きることが認められた。

「今日到達しえる最高水準の健康を享受することは、すべての人間が、民族、宗教、政治的信条、経済・社会的な信条にかかわらず、共通に与えられている基本的人権の一つである。」それに伴い公衆衛生学の展開は大きな変革が行われた。

戦前、国民の健康は近代国家の富国強兵ための戦

力として、同時に経済発展のための労働力として強く期待され、実働を求められた。つまり、国のために健康であることが常識であった。そのため、健康を害することは、状況によって社会的隔離を余儀なくされ、差別につながる場合も多く見られた。

戦後はすべての人が健康で生活を営むことが権利として認められ、法律により保障された。この転換により健康および健康観に関する変化や影響を以下の３点から述べる。

１ 取締りから指導へ

第二次世界大戦後、GHQ（連合軍総司令部）のサムス准将の指導により、日本の公衆衛生は再出発をした。1947年（昭和22）年、戦前の制度を全面改正して保健所法が制定された。新しい概念により保健所が構想され実施に移された。保健所が公衆衛生活動の第一線実施機関であり、直接的に国民に接触する機能の拡充強化がされた。その結果、国民は直接保健所による保健サービスの提供を受けることができるように機能の充実が図られた。さらに、医事、薬事、食品衛生、環境衛生などの行政機能を発揮する組織と制度の改革が行われ、直接健康に関わる衛生や食品、薬品、生活環境の安全が守られ、地域全体の生活の向上に繋がった。

保健所は基本的に人口10万人に一箇所を単位に設置することが定められた。保健所の設置は都道府県が行い、人口が集中していく大都市にも政令市制度による保健所が設けられた。制度の基本は直接的に住民に接することである。そのため人口規模で保健所の管轄範囲を決め、直接住民にサービスを提供する機関として設置されたことは大きな前進と考えられる。すべての人の健康に関わる拠点として、人口規模で設置することは合理的な考え方である。

新しい衛生行政体制の活動では、目的の大きな違いからサービスの提供方法が大きく変更された。明治以降の衛生局の政策、特に伝染病の撲滅という困難な事業には、警察行政という“取り締まり”として強制力を発揮した衛生行政の活動が行われていた。“取り締まり”の背景は、健民健兵の思想と開国以降に伝染病（コレラ、性病、結核など）の蔓延、都市化による人口の集中や生活環境の悪化による健康被害の大きさゆえに、対策は手探りで不十分であり、

当時、感染予防対策ではなく組織的な治安維持対策であったと考えられる。

戦後、保健所はその地域の住民に対して直接的なサービスとして、健康相談や保健指導を行い、“指導”を主にした活動体制を整えることになった。

この“指導”は何を意味しているのだろうか。「国民の健康」が国のためにとという観点から、「国民の健康」はすべての国民が一人ひとりのために健康な生活が営めるように、国がどのように責務を果たすかという観点に転換されたことを意味している。生命ある存在として、社会的存在として、社会を構成する一員として、国の責任を明確にしている。

２ 健康水準の向上

感染症や環境の悪化による国民の健康被害の大きさは、総合的な健康水準を表す乳児死亡率によって把握することができる。乳児は社会の中で最も弱い存在と考えられ、医療や生活環境の劣悪さが端的に表されるためである。1920（大正9）年は乳児死亡率¹⁾が165.7で、終戦まで100代であった。1950（昭和25）年60.1、1970年13.1、1980年7.5、2000年は3.2と著しく健康水準を向上させることができた。毎年話題になる平均寿命²⁾は終戦直後に男女ともに50歳程度であった。50年後の現在は男性78歳、女性85歳という世界一の健康水準に達していることである。

この2つの指標はなぜこのように飛躍的改善されたのか。

日本においては平和な日常生活が送れる世の中が続き、政治・経済・文化の発展の中で、国民の暮らしが豊かになったことである。医学・医療の発達や診断・治療技術の向上として、それまでは助けられなかった生命を救い、疾病からの治癒・症状の改善が期待できるようになったことも貢献している。

また、健康水準の向上の背景には、社会の中で公衆衛生として予防活動が個人および組織的な努力により、技術として展開されたことである。日本の高い教育・経済水準、保健・医療の水準を高める努力と同様、国民全体の努力によって成し遂げられたと考えられる。

C・E・A・ウインスロー（Winslow, C.E.A.）¹⁾は公衆衛生という科学と技術により、共同社会の組織的

な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長することができるとしている。具体的には、日本人の寿命が急速にのびた背景は、「感染症」などの急性期疾患が激減したことが一番にあげられる。公衆衛生の普及は、特に「感染症」の場合は、共同社会の組織的な取り組みが、速効する。明治期のコレラ大流行の際に警察による取締りが世間で当然とされた時代から、指導による感染予防の知識、技術の普及を年齢、性別を問わず徹底することが可能となった。

予防には現状把握とどの時期に予防するかで、健康状況に大きな影響を及ぼす。予防は健康状態の変化に予測がもてることを意味している。予測ができるということは根拠が明確になっていることであり、信頼できる科学的根拠(エビデンス)が求められる。

予防はH・R・リーベル(Leavell,H.R.)とE・G・クラーク(Clark,E.G.)により、次のように区分されている。病気になる前の一次予防(健康づくり、環境整備、予防接種など)、病初期の早期発見・早期治療を二次予防、それ以後の回復期にかけての障害防止やリハビリテーションを三次予防である。

特に、一次予防は戦前の保健所が地域やその集団に働きかけた取締りとして「してはならない」と罪人として扱われることを意味していたと考えられる。取締りでは健康に影響する内容が何かではなく、その場しのぎの状況でその場から事態が解決ではなく消えれば良しとして、改善にはつながらなかった。公衆衛生の向上は人々を集団で把握し、活動の社会的基盤として法律や行政組織を機能させ、組織や職種の協力により健康づくり、リハビリテーションなど指導がなされたと考えられる。

一方、がんや循環器病などの生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変化してきた。成人期・高齢期ともに悪性新生物・心疾患・脳血管疾患といった生活習慣病による死亡は5割以上³⁾を占める。各年代での保健医療対策の課題である健康問題を示唆している。さらに、近年では、生活習慣病による慢性疾患の増加と「寝たきり」「認知症」のように、高齢化に伴う障害も増加している。これらの疾患は生命を奪うだけでなく、身体や精神の機能の低下による生活の質の低下を伴い、予防や治療において、日常生活の質の維持も課題である。

生活習慣病を予防、治療を継続するには、個人の生活習慣を改善し、病気を予防する積極的な健康を維持・増進していくことが課題である。

戦後の健康水準の向上の要因は臨床における診療と公衆衛生が相乗して、人々の健康を実現することができたと考えられる。つまり、病気になってからの手当てが良いだけでなく、まずは病気にならない、健康が破綻したら効果的な診断・治療、回復期には適切なりハビリテーションという連携が、社会で図れてきた結果ではないだろうか。どちらがかけても、健康な社会は成り立たないであろう。

引用文献

- 1)『国民衛生の動向』p59,厚生統計協会,2005
- 2)『国民衛生の動向』p63,厚生統計協会,2005
- 3)『国民衛生の動向』p45,厚生統計協会,2005

注1)ウインスロウ(C.E.A. Winslow; WHO)の定義(1949)

「公衆衛生は、共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学・技術である。」

3 環境破壊 公害病の発生

戦後の復興とともに、急速な産業経済の発展や地域開発が進み日本は高度経済成長と言われる時期へと移行していく。しかし、この時期は重工業化によるエネルギー消費増大に伴う大気汚染、工場から無防備に排出される有機水銀やカドミウムなどの重金属による水質汚濁などで、自然環境破壊は一気に表面化した。その汚染物質により各地で健康被害を伴う公害問題が発生して、公害に関する世論は高まり深刻な社会問題となった。

この状況への対策は、地方公共団体による公害防止条例に始まり、国による最初の環境法令は、1962(昭和37)年ばい煙排出規制に関する法律の成立であった。

1967(昭和42)年には、全国に広がっている公害問題を総合的に推進するために公害対策基本法が制定され、公害対策本部が政府に設けられた。1970(昭和45)年には、公害防止に関連する14法案がすべて成立し、環境関連法制度は抜本的整備を行なった。積極的かつ具体的な対策を進め大気汚染防止法、騒音規制法、公害に係る健康被害の救済に関する特別

措置法などが制定された。

1971年これを機に、環境問題により引き起さる健康被害や自然環境破壊という重大な環境問題に、環境庁が発足した。環境庁は公害の防止とともに環境問題全般について取り組み、基本的な計画の推進を行ない、環境保全に関する事務や環境関係諸法の施行事務を一元化することで、問題の適切・適時の対応が期待された。

引用文献

『環境基本法』

オタワ憲章におけるヘルスプロモーション（Health Promotion）

1 ヘルスプロモーションとは

戦後の日本人の価値観は、人間の個人と集団のあり方や家族のあり方等民主主義の導入により日本社会全体で転換が行なわれた。1986年、WHOが採択した「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」により、ヘルスプロモーションは世界的潮流である。

日本におけるヘルスプロモーションの導入は健康観にどのような影響を及ぼしたのであろうか。オタワ憲章に至る経緯の中でヘルスプロモーションの起源と概念の構成を理解する。中心概念は何か、内容・方法はどのように示されて展開されるのか、評価責任は示されているのかを明らかにする必要がある。

オタワ憲章によるヘルスプロモーションの定義

1) は以下の通りである。

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

「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、改善することできるようにするプロセスである。」

プロセスとは「できるかぎり、身体的、精神的、社会的に良い状態に到達するために、個人やグループは希望を明らかにし、具体化し、ニーズを実現し、環境を変革し、環境にうまく対応することである。」

ヘルスプロモーションにおける健康とは、「毎日の生活を送るための資源であって健康は生きる目的ではなく、身体的な能力であるばかりでなく、社会的ならびに個人的な資源である」ことを強く意味する積極的な概念である。そして、ヘルスプロモーションが、単に保健に関わる部門の責任にとどまらず、ライフスタイルや well-being にも関わる概念であることが確認されている。

引用 1) WHO(1986):Ottawa Charter for Health Promotion.

<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>

1) ヘルスプロモーション起源と発達

オタワ憲章に至るまでのプロセスでは、1946年、健康憲章（ニューヨーク）は「身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態」と健康の定義がされた。1978年、PHC宣言（アルア・マタ）のプライマリ・ヘルス・ケアが強調され、地域に住む個人や家族に受け入れられる基本的保健ケアのことである。それは住民の積極的参加とその国の費用で運営され、それが核となって構成されている国の保健システムおよび地域全般の社会経済開発などの一つの必須部分である。1981年、キックブッシュ（Ilona Kickbusch）博士はヨーロッパ地域における健康教育のアプローチにみられる4つの根本的な転換を指摘した。

処方的な健康維持からヘルスプロモーションへの転換

個別の行動変容アプローチからシステムマッチな公衆衛生的アプローチへの転換

医療側による指導から素人の能力の承認への転換

権威的な健康教育から援助的協力的な健康教育への転換の4つである。

この転換を軸に健康教育計画がたてられた。

ヘルスプロモーション、 予防的健康教育、

支援的健康教育である。その中で、ヘルスプロモーションは計画の1つとして誕生した。ヘルスプロモーションは健康的なライフスタイルの形成をめざした活動として焦点をあて、人びとが自分の健康を維持・改善するために行なっている活動が本当に健康の保持増進につながっているのかを見極めることに課題がある。その中でも、健康的なライフスタイル形成がヘルスプロモーションの不可欠な要素であることは明確であると指摘している。

キックブッシュは「ライフスタイルと健康—序説—」の中で、健康のパラダイムの転換を指摘し、「社会環境」「個人の価値観とライフスタイル」「健康の重要性」の3つの要素の重要性を主張している。これまでは「社会環境」が「個人の価値観とライフスタイル」や「健康の重要性」に大きく影響を及ぼしてきた。しかし、「健康の重要性」を社会が認識するにつれて、その力が逆に「社会環境」や「個人の価値観とライフスタイル」を変化させるようになったことを指摘している。

つまり、彼女は人びとが「健康」という価値を大切にすればするほど、人々は「ライフスタイル」と「社会環境」を健康のために役に立つものとしようと努力すると言う考えを示した。

1985年、キックブッシュは『ヘルスプロモーション—新しい公衆衛生への動き—』において、「ヘルスプロモーション」が世界の「公衆衛生上の問題」の解決のために必要不可欠であると自覚している。この公衆衛生上の問題とは、以下の4点を明確にした。
 □世界に人々の長寿の問題 □先進国における疾病構造の変化の問題 □南北における健康状態の結びつきの問題 □健康に関する持続的不平等の問題である。
 これらの諸問題の解決策は既存の概念や学問では手が届かないところにある。現在の医学的な手段やその介入を超えたところであり、先進国と発展途上国の基本的医療サービス供給、医療費の格差などあらわになっている。それ故、基本的に社会的、政治的な要素を探る方向への動きを重視しなければならない。その理由は、優れた健康の達成は政治的な意志や活動を必要とするし、幅広い人々の社会参加による社会運動を通じて、自分たちのヘルスニーズを表

明することにも関わっているからである。

このような基本的な考え方に基づき、キックブッシュは「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、改善することができるようにするプロセスである」と定義している。この定義が1986年の「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」の定義へと導いている。

2 ヘルスプロモーションの意味するもの

ヘルスプロモーションの中心概念は、個人と公共が健康の決定要素をコントロールすることを増大させて、健康改善を可能にするプロセスである。そのねらいは、「すべての人があらゆる生活舞台 労働・学習・余暇そして愛の場 で健康を享受することのできる公正な社会の創造」にある。

目標達成には2つの戦略がある。1つはライフサイクルに直結した健康に対する生活戦略であり、2つ目は政策に直結した健康に対する戦略である。

具体的な活動内容は 健康的なライフスタイルの推進、健康を支援する環境づくり、地域活動の強化、ヘルスサービスの方向転換、健康的な公共政策づくり、である。

個人が「健康なライフスタイル」を形成することはヘルスプロモーションの成功の鍵となるであろう。個人のライフスタイルの形成は、社会化のプロセスを通して形成される。ヘルスプロモーション活動は、ライフスタイルに影響する個人と全環境の要因の両方に向けられている。期待されるライフスタイルへの変容には、人間の活動を変化させる3要素がある。社会環境、個人の価値観とライフスタイル、健康の重要性の認識である。個人の価値観とライフスタイルに焦点をあてることは健康観の形成と大きく関わることである。

ヘルスプロモーションが推進されることによって、重要なことは、これまで「自らの健康は自ら守るべきである」として個人の責任のみで解決をせまられてきたライフスタイルの改善が健康問題をコントロールできるように社会的レベルの努力も必要であるが確認されたことである。ひとが健康に生きるためには環境が大きく影響することは自明のことである。

そこで、キックブッシュらは社会環境の整備として町全体の環境を健康増進に寄与するように改善さ

れた健康都市（Healthy city）を想定して、ヨーロッパを中心に環境改善運動を提案、オタワ宣言として採択された。諸外国の公衆衛生活動に特徴的なのは、この地域づくりの視点が重視されていることである。WHO の健康都市プロジェクトの推進である。健康都市の考えは、施設や道路をどうつくるかではなく、社会環境の改善である。たとえば、ある都市で薬物依存あるいは性感染症や家庭内暴力の増加の背景として、失業者の増加や少年非行、劣悪な住環境が関係しているという考えに基づき、問題の多い地域をモデルとして家庭機能を重視した総合的な地域づくり活動を行なっている。両親が朝から家庭で仕事に行く当てもなく過ごすことが、不登校や児童虐待などにつながると言う仮説で、行政の責任で雇用を創出し、家庭生活に普通のリズムをつくるという試みである。このような活動は社会活動指導員が地域のスタッフと共同で行なっている。

健康の重要性を社会が認識し、自らが健康を取り巻く環境に働きかけることができることは社会を変革する力を意味している。すべての人が健康で生活できることを目指すヘルスプロモーションの理念を実現することにつながる。

わが国においても環境汚染は社会問題であると前章で述べた。この時代の流れの中で、ヘルスプロモーション活動で健康を支援する環境づくりとして、環境問題に地球全体で国際的協力のもとに取り組むことは、健康に直接的に影響を与える要因であるだけに、重要な意味を持っている。

日本におけるヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションは厚生労働省がすすめてきた国民健康づくり運動（健康日本 21 など）の基本的柱とされている理念である。

ライフサイクルに直結した健康に対する生活戦略と政策に直結した健康に対する日本の戦略はどのように展開されるのであろうか。政策とは「資源を公正に効率よく分配する」ことにかかわる分野である。

1 保健と健康施策

1) 第一次国民健康づくり政策

健康づくり対策としては、1978（昭和 53）年「第

一次国民健康づくり対策」が開始された。健康づくりの基盤整備として市町村保健センターの設置と保健婦等のマンパワーの確保が図られた。市町村保健センターは保健所のような行政機関ではなく、市町村レベルにおける健康づくりの諸活動を効率的に行うための「場」であり、利用施設であると厚生省により位置づけられた。この時を契機に従来国民健康保険事業に従事していた保健婦の身分が移管され、市町村保健婦として、名実ともに保健活動に全般に関わることとなった。

国民健康づくりの具体的な内容については、第一位に生涯を通じての健康づくり対策として、妊産婦、乳幼児、家庭婦人等を対象とした健康診査に加えて、1983 年（昭和 58）年より老人保健法の施行による老人保健事業の実施体制がとられた。生まれてから死ぬまで生涯を通じての予防・検診の体制を整備してゆくことが打ち出された。新しい方法の模索がはじまったが、その経費の内訳からは疾病の早期発見として健康診査が主たる事業であった。つまり疾病の早期発見・早期治療を目的とした健康診査活動である「第二次予防」の普及が主であり、食生活改善などの「第一次予防」は集団で一斉に行われた。その背景は、1960 年代以降、脳血管疾患、心疾患、悪性新生物の 3 疾患が全死亡の半数を占めている成人病対策が公衆衛生上の課題となっていたためである。

2) 第二次健康づくり政策

1988（昭和 63）年からは厚生省「第二次国民健康づくり対策」が始まった。1980 年代より、乳児死亡率や平均寿命で健康水準が上位に達した。一方で、悪性新生物による死亡率が一位を占めた。人口の高齢化や国民医療費の増加により、あらゆる生活習慣の改善（一次予防）に重点が移された。健康増進のために栄養・運動・休養という健康づくりの 3 要素のバランスをとることが指導され、健康の分野に民間活力を積極的に導入していった。健康が障害され、リハビリテーションなどで健康回復に向けた対策をとり、二次的な障害を積極的に予防していくことで、その後の生活の再構築による生活の質を保つことにつながる。その過程が同時に障害防止・社会復帰（三次予防）として重点が移された。また、健康支援の環境づくりは大きな課題であった。

1994(平成6)年に「保健所法」が改正されて「地域保健法」が成立した。その基本的な考え方は以下のように示されている。

「急激な人口の高齢化と出生率の低下、疾病構造の変化、地域住民のニーズの多様化などに対応し、サービスの受け手である生活者を重視した地域保健の新たな体系を構築するというものである。」¹⁾

保健所では食品衛生、環境衛生、感染症対策、母子保健、成人保健などの保健サービス業務が行なわれ、保健サービス業務は市町村に委譲されていくことになる。

1988年に厚生省(当時)により策定された「アクティブ80ヘルスプラン」は、全国的な健康づくりのための政策基盤強化である。

「八十才になっても身の回りのことができ、社会参加もできるようなアクティブな老人を作っていくことを目標とする。」

この計画では、以下の3点の特色が明確になっている。

疾病の早期発見、早期治療という「第二次予防」から、疾病の発生予防、健康増進という「第一次予防」に重点が置かれている。

栄養、休息、運動という健康づくりの3要素のバランスのとれた生活スタイルの確立を図ることに重点が置かれている。

公的セクターによる健康づくり対策に加えて、民間活力の積極的な導入を図っている。

この時点で疾病発生予防へ転換されたのは大きな前進といえるのではないか。その具体的対策で、食生活改善や節酒、禁煙は高血圧や心臓病、糖尿病に罹患するのを減らすという発想で、よりよい生活を楽しむ、生きる力を高める、満足な生涯をめざして現在の生活をよりよくという積極的な健康増進は今後の課題となっていると考えられる。成人病予防のためにまずは個人の努力が求められている。

3) 第3次健康づくり政策

2000年3月「第三次国民健康づくり対策」は「健康日本21」という国民の健康づくりの指針が策定された。この政策の対象期間は2001から2010年である。目標は生活習慣病を予防し、壮年期死亡の減少、“寿命”の延長よりも“生活の質”の向上に重点が

あり、健康寿命^{注1)}延伸を目標にする。人生の中で健康障害のない期間が長いほど生活が自立し、生活の質(QOL; Quality of life)を保つことができる。

「健康日本21」の理念¹⁾は以下の通りである。

健康を実現することは、元来、一人ひとりが主体的に取り組む課題である。自分の健康の意味とあり方を“発見”し、これを達成するための方法や資源を“選択”し、生涯を通じた健康づくりの“設計”を行ない、これに基づいて自分の健康を“実現”するという過程が必要である。

この理念の特徴は、自らの健康の実現においては、一人ひとりが主役であり、健康実現を社会が支援する。社会の支援とは行政による健康の重要性を提唱するのではなく、さまざまな参加者たちの利害を調整し、連携を創造して、健康実現を支援していく役割を担う必要がある。共通の目的に向かって、連携することは健康を支える社会の絆を育んでいくことである。

「健康日本21」の対象は世代である。世代がその社会のその時代の影響を明確に表したグループとして把握されやすい。健康施策は未来を予測した世代ごとにその世代の共通の特徴を共有することができる。同世代であれば、食事、運動や生活様式を共有し、共通の疾病への危険度が予測される。さらに社会資源を用いた支援策は同じような考えや価値観を持ったグループに働きかけることが有効である。世代を政策の対象とするのは世界初のことである。

高齢化社会の限られた貴重な資源を用いて、予防の有効性と効率性を明らかにし、政策資源の浪費を避けることが求められている。さらに、限られた資源を用いて効率的に予防を成功させるには、一次予防と集団アプローチを重視しながら健康づくりを目指すことが基本姿勢として、世界的な新公衆衛生運動の潮流である。この姿勢から期待されることは、一人ひとりの継続的な健康学習に重点を置きながら、住民が生活習慣を変更できるような社会環境を整備することである。

健康日本21の対象領域は、食生活、運動、休養、たばこ、飲酒、歯科疾患、糖尿病、循環器疾患、がん対策である。健康日本21の具体的展開のために、第一次予防を目的として食生活の改善、身体活動の

改善、喫煙の防止などを進めることにより、肥満、高血圧、糖尿病などの生活習慣病の発生を抑える「健康シナリオ」を国民に掲示したことは特徴的であった。健康シナリオは生活習慣が改善されて、疾病の危険リスクの低減により、疾病の減少を目標とする。健康日本 21 は生活習慣病に対する一次予防を中心に健康づくり支援のための環境整備を重視し、計画・実行・評価を適切に示す個人の健康づくりを総合的に社会が支援する。

4) 「健康増進法」のねらい

2001年11月「健康増進法」が成立した。2003年5月に「健康日本21」を推進するためにこの法が施行された。『健康増進法』第二条では、「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めること」、「自らの健康状態を自覚する」、「健康の増進に努めなければならない。」が国民としての責務であるとうたわれている。健康増進とはオタワ憲章で初めて定義づけられたヘルスプロモーションの日本語訳である。健康増進法によって、健康診断、国民栄養調査、喫煙対策に関して、大きな改革がなされた。

健康診断については、検査方法、結果の通知、健康手帳の様式について、制度化して一貫した健康づくりを支援する。健康手帳は生涯にわたって、継続的に根拠ある医療が進められるために、各種事業で行なった健康状態の結果が統一された手帳に記録され、自己の健康歴として保管・活用されることである。国民の健康・栄養調査の内容は生活習慣全般に広げ、科学的根拠に基づく施策の推進を及び評価に活用される。喫煙に対しては、公共施設における受動喫煙の防止に施設管理者の責任において努めることが義務づけられた。

ヘルスプロモーションの理念に基づき健康を増進するためには、個人のライフスタイルの形成は重要な要素である。

わが国は世界一の平均寿命に達していることから、人々の健康状態が向上していることは明かである。しかし、自らの健康に対する自覚と責任感の育つ健康づくり運動を促しているのが健康日本21であり、健康増進法である。

引用文献

1) 木村修一監修：長谷川俊彦『21世紀の日本の新健康政

策「健康日本21」』、ヘルスプロモーションの科学、p5、建白社、2005

注1) 健康寿命(healthy life expectancy)とは日常生活に介護を必要としない、心身とも自立した活動的な状態で生存できる期間である。

引用文献

1) 『国民衛生の動向』p15,厚生統計協会 2005

2 環境保全と健康対策

戦後の公害発生に伴う公害防止に努める一方で、国民の日常生活や通常の事業所の経済活動から生じる地球環境への負荷が続いている。その結果、負荷から生じる人間をはじめとする生命あるものは、健康・生活環境の被害と自然環境の破壊を生じさせている。近年の環境問題は先進国が通常としている大量生産、大量消費、大量廃棄型の社会から持続可能で次世代に引き継げる健全な社会への転換を図っている。

1993(平成5)年「環境基本法」が成立し、基本的な理念を以下のようにあげている。

環境の恵沢の享受と継承(3条)

現在および将来の世代の人間が恵み豊かな環境の恵沢を享受するとともに、これが将来にわたって継承されるようにしなければならないこと
環境への負荷の少ない持続的発展が可能な社会の構築等(4条)

国際的協調による地球環境保全の積極的推進(5条)

この法により環境基本計画が施策され、4つの長期的目標を掲げている。

循環：物質循環による環境負荷の軽減

共生：健全な生態系による自然と人間の共生

参加：あらゆる主体が環境の特性に応じた賢明な利用に主体的に参加する社会

国際的取り組み

計画の実施には、自然環境保全法が引き継がれている。その対策には1995(平成5)年に生物多様性条約を受けて、平成7年「生物多様性国家戦略」が策定された。

2000(平成12)年5月循環型社会形成推進基本法が制定され、廃棄物・リサイクル対策を総合的かつ

計画的に推進するための基本となる法律である。

2001（平成13）年1月、環境庁は環境省に再編されるとともに、廃棄物行政を一元化した取り扱いとして、環境保全を主にした施策を推進している。

公害問題はこれまでにない健康被害を引き起こし、汚染された地域に限定された住民に対して、年齢や性別に関係なく影響が続いている。

環境破壊はわが国では公害問題で社会経済活動のあり方が問われることになった。さらに、今日の環境問題の特質は、ある地域に限定された問題ではなく地球規模の問題であり、生命あるものの生存に関わる問題である。また、オゾン層の破戒、酸性雨の発生、人間の生活によって発生する廃棄物の増大に伴って、健康・生活環境の被害と自然破壊が同時に進行するという特質も明確になっている。現代の人間の日常生活や通常の仕事のあり方が環境への影響を及ぼしているのである。

労働保健はわが国の労働者に対して、労働者の健康の保持増進と快適な職場環境の形成に寄与することを目的としている。労働者にとって職場環境は、安全で衛生管理が十分になされてはじめて効率的で生産的な活動に繋がる。これもまた、必要であり絶対条件である。長時間危険にさらされる状況や事故防止に努めなければならない。戦後は、国際水準をめざした労働安全衛生に関する「労働基準法」や「労働安全衛生法」という法整備がされた。

公害の問題は地域住民だけが被害者として取りあげられがちである。実際には、そこで働く人が安全な環境で働けることが、その地域にも安全な環境を共有していくことに繋がる。

3 医療政策と健康支援

健康の破綻は疾病として診断治療を必要とする。その医療環境のあり方は、国民の健康管理に大きな影響を及ぼしてきた。わが国の医療政策は1948年（昭和23）年医療法が成立し、第二次世界大戦後、医療の荒廃は著しくまず、公的病院の建設が進められた。その後、財政難のため私的病院の増加に頼る医療政策が進められた。医療経済面では1921（大正11）年健康保険法が成立して以来、1961（昭和36）年国民皆保険が達成された。しかし、1973年老人福

祉法を改正して、老人医療費支給制度、すなわち老人医療費の無料化が実施された。この制度は、老人の受診率を引き上げる効果が期待されたとおりであった。しかし、医学医療の進歩で治療や入院など老人の医療費を急激に増大させたために、老人が制度的に加入する仕組みとなっている国民健康保険の財政が危機的状況となった。この解決のため1983年「老人保健法」が施行された。この法により老人保健医療対策は市町村で、健康診査、健康教育、健康相談などの保健施策が老人医療費対策とあわせて、実施された。

わが国の医療施策は医療法の体系を変えることなく社会保険の診療報酬を変更して、対応してきた。しかし、医療費の増大は老人人口の伸びや医学、医療の進歩によりもたらされ、戦後早期につくられた急性期中心の医療制度が人口構成の転換と国民の疾病構造の変化に対応できていないことを根本的にあらためる必要性が高まってきた。

1985（昭和60）年に第一次医療法改正があり、都道府県ごとに二次医療の必要病床数が決定され、明治以降医師の自由開業を基本にしてきた病院・病床の施策の大転換となった。1993（平成5）年第二次医療法改正は戦後の急性期病院中心の病院から老人の慢性疾患に対応する療養型病床群を制度化し、老人保健施設を規定に設けられた。1997（平成9）年に第三次医療法改正と医療機関による医療機能の分担や連携、療養型病床の設置などが改正された。急激に少子高齢化、疾病構造の変化、医療へのニーズが高まりと多様化など、多くの要因によって、健康問題は生じてくる。

特に慢性疾患の増加は一病もって、生活することになり、一人ひとりの目標にあった生活のあり方が問われてくる。また、慢性疾患に対する治療方法は1つとは限らず、疾患の症状にあわせた健康を期待し、満足するのではない。日常の生活習慣やライフスタイルの変更も含めて、主観的に健康であると感じ、日常生活機能の自立度を合わせた複数の選択肢の中で選択ができることが望まれる。これらの選択肢には安全性や有効性など科学的根拠（evidence-based）が求められている。本人の「自立と選択」ができて、社会全体で支援していくことが

重要である。

考察

すべての国民の健康が保障された。その結果は、生活環境の改善や疾病予防、早期発見や早期治療体制の確立がわが国の平均寿命や乳児死亡率などを低下させ、明かに健康水準の向上が図られた。また、わが国の医療制度は、誰もが医療保険に加入できる公平性と自由に診療を受け、安い診療費により高度な医療技術やケアをうけることができた。

しかし、世界一の長寿国となって、なお国民の健康に対する不安は大きく、健康情報に高い関心を示す傾向が継続されている。なぜ、今健康なのか。

わが国は明治維新で近代最初の転換点で、外国からの侵略に軍事大国を築いて対抗してきた。多くの新しい西洋思想の導入で、新しい知識技術をどん欲に導入して、近代国家を築いた。また、戦後は焦土からみごとに経済復興して、健康で豊かな生活を送れるようになった。そして、現在、2010年に向かって行なわれているヘルスプロモーションの展開は、超高齢少子社会を控え、一人ひとりが自らの健康の実現に向けて、自らの健康をコントロールし改善できるように求められている。この社会は人類の新たな挑戦とさえいえるような未知の社会に向かっていると考えられる。今、健康問題は一地域の限定で考えるのではなく、すでに地球規模で考え、情報を共有して、瞬時の判断が安全に繋がる。再興・新興感染症がその例であろう。健康に焦点をあて、戦後の日本の健康状況を概観した。環境問題で健康にとっては資源である。地域、年齢などでは社会的条件の中で人としての価値観がある。そして、健康レベルは常に変化し、変化の意味を人は求める。健康問題は地球規模で環境という資源とその世代・時代の価値をと健康状況の変化に対する根拠の3要素を統合して健康観には大きな影響を及ぼすと考えられる。社会全体の仕組みと支援を受けて、一人ひとりがどのようなライフスタイルの形成をしていけば健康を維持し、よりよく生きることができているのか問われている。

参考文献

1. 園田恭一著『健康の理論と保健社会学』東京大学出版会、

1993
 2. 園田恭一、川田千恵子編『健康観の転換』、東京大学出版会、1995
 3. 北澤一利「日本人の近代化に伴う『健康』概念変遷の系譜」、『健構文化』1996
 4. ノラ J. ペンダー著、小西恵美子監訳『ペンダー ヘルスプロモーション看護論』日本看護協会出版会、1997
 5. ローレンス W. グリーン・マーシャル W. クロイター著、神馬征峰他訳『ヘルスプロモーション』医学書院、1997
 6. 園田恭一『健康の理論と保健社会学』、東京大学出版会、1998
 7. 厚生省大臣官房国際課・厚生科学課「WHO憲章における「健康」の定義の改正案のその後について（第52回WHO総会の結果）」平成11年10月26日付厚生省報道発表資料 1999年
 8. 上杉正幸『健康不安の社会学』世界思想社、2000
 9. 日本健康支援学会編集『健康支援学入門』北大路書房、2001
 10. 長掛芳介『健康観・健康づくり変遷の概論』、世論時報社、2002
 11. 日本健康教育学会編『健康教育～ヘルスプロモーションの展開』保健同人社、2003
 12. Penelope Hawe, Deirdre Degeling, Jane Hall 著、鳩野洋子、曾根智史訳『ヘルスプロモーションの評価』医学書院、2003
 13. 畑栄一『行動科学～健康づくりのための理論と応用』南江堂、2003
 14. L. ノルデンフェルト著、石渡隆司他監訳『健康の本質』時空出版、2003
 15. 湯浅泰雄『スピリチュアリティの現在』人文書院、2003
 16. 厚生労働省監修、『厚生労働白書』、平成16年度版、2005
 17. 厚生の指標、『国民衛生の動向』、厚生統計協会、2005
 18. 大西和子編集、『ヘルスプロモーション』ヌーヴェルヒロカワ、2006.
 19. 北澤一利『「健康」の日本史』、平凡社新書、2000

(Received: May 31, 2006)

(Issued in internet Edition: July 1, 2006)