第1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷

本章では、明治時代から21世紀初頭までの我が国における健康をめぐる施策の変遷について、第1節では衛生水準の向上が中心であった時代、第2節では積極的な健康づくり施策が始まった時代、第3節では健康づくり対策が本格化した時代、と3つの時代に分けて概観していく。

第1節 衛生水準の向上が中心であった時代

本節では、まず健康をめぐる施策が衛生水準の向上を中心として行われていた昭和30 年代頃までの取組みについて説明する。

👔 明治時代〜戦時中までの衛生行政

(1) 近代衛生行政の発足

我が国における衛生行政は、1868(明治元)年に政府が西洋医学採用の方針を発表した頃より軌道に乗り始めたとされる。その後、1872(明治5)年、文部省内に医務課が設置され、1874(明治7)年には医療制度や衛生行政に関する各種規定を定めた我が国最初の近代的医事衛生法規である「医制」が発布された。「医制」は、「国民の健康を保護し、疾病を治療し及びその学を隆興すること」を目的としており、その発布は近代的な衛生行政の第一歩であった。

1875 (明治8) 年には、衛生行政の所管は内務省に新設された衛生局へ移管され、以後、1938 (昭和13) 年の厚生省の誕生まで衛生行政分野は、主として内務省が担当した。

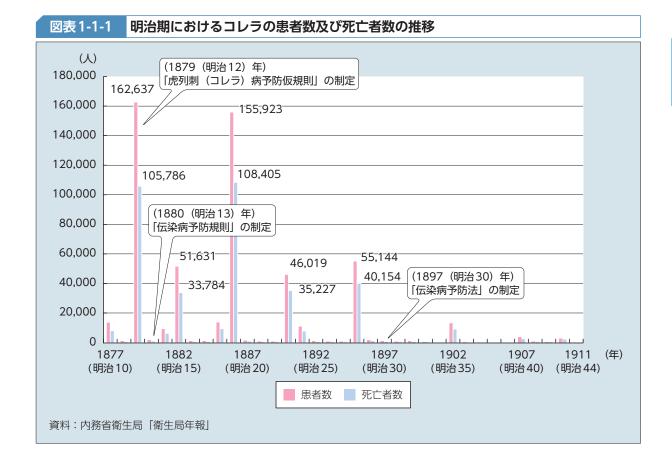
(2) 急性感染症対策 (コレラ対策)

我が国は、明治維新後の文明開化政策の中で、積極的に諸外国との交流を行ったが、その結果、コレラなどの疫病が海外から流入することとなった。これに加えて、低劣な都市の衛生環境等も影響して、たびたび疫病が流行したため、明治初期~中期までの衛生行政の重点はコレラなどの急性感染症対策に置かれた。

明治10年代にはコレラが大流行し、1879(明治12)年には、患者数16万人、死亡者数は10万人を超え、明治最大規模のものとなった。このような事態に対し、明治政府は予防体制の整備を急ぎ、同年「虎列刺(コレラ)病予防仮規則」を、1880(明治13)年には「伝染病予防規則」を定め、統一的かつ恒常的な感染症予防対策が初めて行われることとなった。これらの対策により、コレラの流行は、明治中期以降、落ち着きを見せた(図表1-1-1)。

「伝染病予防規則」は、その後数次にわたって改正が行われたが、その間の伝染病学の進歩も著しいものがあったため、同規則の在り方が再検討され、1897(明治30)年に「伝染病予防法」が制定された。

同法によって国内の感染症予防の制度が完成し、その後、しばしば改正はあったが、 1999 (平成11) 年4月に「感染症予防法」が施行されるまで、国内感染症予防の中心法 規となった。



(3) 慢性感染症対策 (結核対策)

明治中期の頃からは、都市労働者間での結核の流行など慢性感染症対策が問題とされ始めた。1899(明治32)年より、政府で死亡原因別死亡者数の統計が得られるようになり、結核による死亡の実態が次第に解明されるようになった(図表1-1-2)。

このような状況の下、政府は結核予防に関する法令の整備に乗り出し、1904(明治37)年に「肺結核予防ニ関スル件」が公布された。この法令は、我が国で初めての結核予防に関する法令である。しかし、その後も結核死亡者数は10万人以上で推移し、大正中期頃までは増加傾向にあった。1919(大正8)年には、統一的な結核予防法規の制定を望む声の高まりを受けて、「結核予防法」が制定された。

この法律の考え方は、急性感染症の予防対策に近く、感染源除去対策に重点が置かれたものであった。また、1937(昭和12)年には、「結核予防法」の改正が行われ、初めて結核患者の届出制度が設けられたが、届出対象者は「環境上結核を伝染させる恐れのある患者」に限定されていた。

図表 1-1-2 結核死亡者数と死亡率(人口十万対)の推移(1899~1937年) (人) (1919 (大正8)年) 160,000 300 「結核予防法」の制定 (1937 (昭和12)年) (1904 (明治37) 年) 140,000 「結核予防法」の改正 「肺結核予防二関スル件」 250 の制定 120,000 200 死 100.000 率 死亡者数 80.000 150 方対 60,000 100 40,000 50 20,000 0 1899 1905 1910 1915 1920 1925 1930 1935 (昭和10) (年) (明治32) (明治38) (明治43) (大正4) (大正9) (大正14) (昭和5) 死亡者数 — 死亡率 資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

(4) 戦時下における衛生行政

1 戦時体制への移行

我が国は、1937 (昭和12) 年の日中戦争の勃発に伴い、戦時体制に移行した。この時期の衛生行政は、結核死亡率や乳児死亡率等の従来からの課題の解消に加えて、人口を増加させ、国民の体力を積極的に向上させて国防の目的に資することが求められるような時代背景を反映したものとなった。

2 保健所法の制定と厚生省の誕生

1937 (昭和12) 年4月、「保健所法」が制定され、国民一般を対象とする国の健康指導相談の機関として、保健所が設置されることとなった。保健所は、国民の体位を向上させるため、地方において保健上必要な指導を行う所と規定され、1937年度には全国で49か所、以後5年間で187か所が整備された。

翌1938(昭和13)年1月には、「国民の体力向上」や「国民福祉の増進」等を目的として、内務省から分離する形で厚生省が誕生し、以後、保健所に関する事項を含む衛生行政は、厚生省衛生局の担当となった。

1942 (昭和17) 年には、それまで地方長官*1の権限であった体力向上についての指示や療養に関する処置命令の権限等を保健所長が有することとなり、この結果、保健所は単なる指導機関ではなく、行政措置を行う機関としての性格も併せ持つこととなった。

3 国民体力法の制定と結核対策の進展

1940 (昭和15) 年に、未成年者の体力向上と結核予防を目標とした「国民体力法」が

^{*1} 地方長官とは、大日本帝国憲法時代における府県知事、東京都長官、北海道長官の総称である。

制定され、満17歳以上満19歳以下の男子(1942(昭和17)年以降は、満25歳以下の男子)を対象に毎年体力検査が行われるようになった。検査内容は、発育及び体格を判定する身体計測のほかに、疾病異常検診として特に結核に重点が置かれ、この後、長期にわたって我が国の結核対策の基本となった手法であるツベルクリン反応検査・X線検査の集団検診方式が採用された。

なお、体力検査が結核検診に重点を置いて進められたことに伴い、工場鉱山の労働者について行われていた労働関係法令に基づく健康診断や健康保険被保険者に対して行われていた被保険者検診等においても、結核に関する集団検診方式が採用されることとなり、結核の集団検診の受診者は1年間に1千万人以上にも達した。

コラム

ラジオ体操で健康づくり

1 85年の歴史を持つラジオ体操

ラジオ体操は、国民の健康の保持・増進を目的に旧逓信省簡易保険局が創設し、日本放送協会(NHK)の協力のもと、1928(昭和3)年11月1日に初めて放送が開始された。第二次世界大戦の終戦後に一時中断されたが、1951(昭和26)年に現在のラジオ体操第1が、1952(昭和27)年には職場向けのラジオ体操第2が考案された。その後、高齢者や障害者が座ってできる「みんなの体操」が1999(平成11)年に創設され、今では約2,800万人の人々によって、学校、職場、地域、家庭などで実施されている。

現在、ラジオ体操は、株式会社かんぽ生命保険、日本放送協会(NHK)、特定非営利活動法人全国ラジオ体操連盟が協力し、全国各地での普及促進のためのイベント開催、正しいラジオ体操を推進するための指導者資格認定制度の実施や普及促進に寄与した方の表彰、テレビ・ラジオ放送を通じた普及促進が図られている。

背伸びの運動から始まるラジオ体操第1は、 老若男女を問わず誰でもできることに重点を 置いたものである一方、動きが大きい跳躍か ら始まるラジオ体操第2は、第1より運動量 を増やし、「職場で勤労する人」などが「疲 労回復」や「能率増進」ができるよう体力・ 筋力の強化にポイントを置いている。

また、「みんなの体操」は、加齢等により 衰えた全身の筋肉(萎縮しがちな筋肉)を伸 展することにより血行促進を図ることに狙い が置かれている。

ラジオ体操は、体の仕組みを基本に考案された体操で、一つ一つの運動に目的、狙いが定められている。これを正しく理解しながら自分自身の体力等に合わせて継続的に無理なく行うことで、世代を超えた幅広い人々の健康の保持増進に効果が期待される運動法である。



國民保健體操ポスター (1929 (昭和4)年)



第48回1000万人ラジオ体操・みんなの体操祭 (横浜市内:2009 (平成21) 年8月2日)

7

2 健康寿命延伸にも効果が期待される ラジオ体操

ラジオ体操は、速い動きやストレッチを組み合わせて約400種類ある全身の筋肉を活性化させ、習慣にすることで、筋力がついたり、血流が良くなったり、代謝が上がったりする効果が期待されている。

2009 (平成21) 年度に神奈川県立保健福祉大学健康サポート研究会がラジオ体操を習慣化している高齢者(60歳以上の男女506名)に対し調査分析した結果によれば、「ラジオ体操を継続して実施している高齢者は、一般の人と比較して末梢部の血液循環が良好であると言えるほか、特に歩行能力と筋力に優れており、身体の諸機能の維持・増進に貢献できているものと示唆される」との結果を出している。

ただし、自己流であると効果が半減してしまうとも言われている。2010 (平成22) 年度に同研究会が全国の保健所・保健センターに調査したところ、ラジオ体操の指導法について正確に理解しているところが16.9%に留まり、残りは「一通り指導しているが十分ではない」、「ほとんど指導してお

らず指導者の動きを見習わせている」という 結果であった。このため、「指導者に対し、 正しい体操の実施方法と運動効果を早急に理 解していただくよう、講習会の開催が望まれ る」としている。

特定非営利活動法人全国ラジオ体操連盟では、かねてより正しいラジオ体操を普及することが重要であると考えており、2005(平成17)年度から「ラジオ体操指導士」資格の付与を始め、講習会の開催、指導者の派遣等に努めているが、こうした調査結果も参考に、今後も正しいラジオ体操の一層の普及促進に努めている。

また、株式会社かんぽ生命保険では、①ラジオ体操出席カードの配布(全国で約1,100万枚)、②職場(オフィス、工場等)へのラジオ体操指導委員の派遣、③小学生向けのラジオ体操コンクール(2014年度新規事業)の実施等を通じて、ラジオ体操実施者の裾野を拡げる取組みをしている。

ラジオ体操は、場所を選ばず短時間で手軽にできるものであり、健康寿命延伸に一役買うものとして今後も期待される。

2 戦後の厚生行政

(1) 戦時体制の解体と日本国憲法の制定

1945 (昭和20) 年8月15日の終戦によって我が国は連合国の占領下に置かれた。連合国最高司令官総司令部 (GHQ) の主導の下に、国の非軍事化・民主化を掲げ、これによって我が国の戦時体制はすべて解体されることとなった。

翌1946(昭和21)年11月には、「日本国憲法」が制定され、その中で、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ことが明記され、そのために「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」とされた。戦後の我が国の社会保障制度の基本的理念がはっきりと憲法に盛られたのである。

(2) 終戦直後の衛生行政

1 急性感染症対策と予防接種法の制定

終戦直後の我が国は、社会情勢の悪化や相次ぐ海外からの引揚げ等により、急性感染症が大規模に流行した。この時期の我が国にとっては急性感染症対策が最も緊急かつ重要な課題であった。

このため、厚生省では、GHQの強い指示もあって、終戦後、進駐軍によってもたらさ

れた予防接種に関する進歩的医学を採り入れ、緊急感染症対策として行政措置による予防接種を広範に実施することとした。1946(昭和21)年から1947(昭和22)年にかけて行われた腸チフス・パラチフスの予防接種の徹底によって、その患者発生件数は激減し、その他の予防接種についてもその効果が確認された。

この経験を踏まえて、種痘*²以外の予防接種の制度化に大きな拍車がかかり、1948 (昭和23) 年6月には「伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与すること」を目的とし、天然痘(痘瘡)・百日せき・腸チフス等の12の疾病について予防接種を受けることを義務づけた*³「予防接種法」が制定された。

同法の施行に際しては、行政当局が、接種義務の条項にのみ依存することなく、予防接種に関する国民の衛生思想の向上・普及にも努めるべきこと、また、罰則適用に当たっても、これによって予防接種を強制することが趣旨ではなく、あくまでも国民が自ら進んで予防接種を受けるようになることが大切であると強調していた。

2 結核対策と新結核予防法の制定

終戦後の結核対策は、社会情勢等の変革に応じ大きく変化した。1946(昭和21)年には「国民体力法」に基づく体力検査が廃止される一方、同年春以降、復員*4・引揚げの本格化に伴い、復員者及び引揚者の結核検診が実施された。

このような状況の中、結核医学の発達が戦後の結核対策に対して重大な影響を与えた。 最も特筆すべきことは、ストレプトマイシン、パスカルシウムをはじめとする化学療法剤 の出現であった。1950(昭和25)年には、いち早く社会保険の給付対象となり、その後、 広く使用されるようになって、結核医療の改善に大きな役割を果たした。

1951 (昭和26) 年には、新「結核予防法」が制定された。1919 (大正8) 年に制定された旧「結核予防法」が伝染の防止に重点を置いていたのに対し、この新「結核予防法」の意図するところは、何よりもまず戦後の結核医学の進展を背景とした結核予防体系の確立を図ることであった。新法の制定によって、定期検診、患者登録、感染防止、患者指導、医療に関する一連の仕組みが構築されたが、特に重要な点は、結核対策を社会保障制度の一環とし、医療保険制度の活用に加えて、患者の医療費負担を公費により軽減する制度を設けたことである。

3保健所法の改正と保健所業務の拡大

1946 (昭和21) 年5月のGHQ覚書「保健及ヒ厚生行政機構ノ改正ニ関スル件」に基づき、同年11月には厚生省に公衆保健局、医務局及び予防局の3局が新設され、同年12月 (一部は1948 (昭和23) 年1月) には地方庁に衛生部の行政機関が設けられた。

このような体制の下、翌1947(昭和22)年4月には、GHQから「保健所機構の拡充 強化に関する件」の覚書が発せられ、これを受けて、同年9月に「保健所法」の全面改正 が行われ、翌1948年1月から施行された。

同法の改正により、それまで警察署が担当していた食品衛生、急性感染症予防等の衛生

^{*2} 種痘とは、天然痘(痘瘡)に対する予防接種のことで、1909(明治42)年の「種痘法」により、既に法律として整備されていた。なお、「種痘法」は、1948年の「予防接種法」の制定に伴い廃止された。

^{*3 1994 (}平成6) 年の予防接種法の改正により、義務規定から努力規定へと改正された。

^{*4} 召集を解かれた兵士が帰郷すること

警察業務が保健所に移管されることとなり、保健所は公衆衛生の第一線機関として機能が 強化された。

(3) 労働関係諸立法の制定と労働省の設置

GHQは労働の民主化も推し進め、これを受けて1945(昭和20)年に労働者の団結権、団体交渉権、争議権を保障した「労働組合法」が制定された。また、日本国憲法第27条第2項に「賃金、就業時間、休息その他の勤務条件に関する基準は、法律でこれを定める」と明記されたことを踏まえ、1947(昭和22)年4月には、最低労働条件を定めた「労働基準法」が制定され、同年9月には、「労働者の福祉と職業の確保とを図り、経済の興隆と国民生活の安定とに寄与」するため、労働省が設置された。

「労働基準法」では、「労働者が常に健康な状態で労働に従事するには、結核等の感染症を代表とする健康異常をできる限り早期に発見することが必要であり、定期的な健康診断の実施が不可欠である」との認識に基づき、労働者に対する健康診断を使用者に義務づけた。さらに、1972(昭和47)年に制定された「労働安全衛生法」には、「労働基準法」以来の結核を中心とした項目と併せて血圧測定等の項目が追加され、以降、感染症対策以外の健康管理を目的とした健康診断項目が随時追加され、現在の定期健康診断となっている。

(4) 疾病構造の変化

戦後の各種結核対策により、結核の死亡者数は著しく減少し、1939(昭和14)年時点の10万人当たりの死亡率216.3から、1951(昭和26)年時点では死亡率110.3と約半分にまで改善された* *5 (図表1-1-3)。



^{*5} 死亡者数では、1951年に10万人を割った。

一方で、脳血管疾患、がん(悪性新生物)、心疾患の死因順位は、年々上昇し、1951 (昭和26)年には、結核に代わって脳血管疾患が第1位になった。更に1953 (昭和28)年にはがんが第2位、1958 (昭和33)年には心疾患が第3位となり、いわゆる成人病*6が死因順位の上位を占めるようになった(図表1-1-4)。

図表 1-1-4 年次別にみた死亡順位

											(死亡率、人口	10万対)
年次	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位			
十八		死因		死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率
1935	全	結	核	190.8	肺炎及び気管支炎	186.7	胃 腸 炎	173.2	脳血管疾患	165.4	老 衰	114.0
1940	全	結	核	212.9	肺炎及び気管支炎	185.8	脳血管疾患	177.7	胃 腸 炎	159.2	老 衰	124.5
1947	全	結	核	187.2	肺炎及び気管支炎	174.8	胃 腸 炎	136.8	脳血管疾患	129.4	老 衰	100.3
1948	全	結	核	179.9	脳血管疾患	117.9	胃 腸 炎	109.9	肺炎及び気管支炎	98.6	老 衰	79.5
1949	全	結	核	168.9	脳血管疾患	122.6	肺炎及び気管支炎	100.0	胃 腸 炎	92.6	老 衰	80.2
1950	全	結	核	146.4	脳血管疾患	127.1	肺炎及び気管支炎	93.2	胃 腸 炎	82.4	悪性新生物	77.4
1951	脳	血管疾	患	125.2	全 結 核	110.3	肺炎及び気管支炎	82.2	悪性新生物	78.5	老 衰	70.7
1952	脳	血管疾	患	128.5	全 結 核	82.2	悪性新生物	80.9	老 衰	69.3	肺炎及び気管支炎	67.1
1953	脳	血管疾	患	133.7	悪性新生物	82.2	老 衰	77.6	肺炎及び気管支炎	71.3	全 結 核	66.5
1954	脳	血管疾	患	132.4	悪性新生物	85.3	老 衰	69.5	全 結 核	62.4	心 疾 患	60.2
1955	脳	血管疾	患	136.1	悪性新生物	87.1	老 衰	67.1	心 疾 患	60.9	全 結 核	52.3
1956	脳	血管疾	患	148.4	悪性新生物	90.7	老 衰	75.8	心 疾 患	66.0	全 結 核	48.6
1957	脳	血管疾	患	151.7	悪性新生物	91.3	老 衰	80.5	心 疾 患	73.1	肺炎及び気管支炎	59.2
1958	脳	血管疾	患	148.6	悪性新生物	95.5	心 疾 患	64.8	老 衰	55.5	肺炎及び気管支炎	47.6
1959	脳	血管疾	患	153.7	悪性新生物	98.2	心 疾 患	67.7	老 衰	56.7	肺炎及び気管支炎	45.2
1960	脳	血管疾	患	160.7	悪性新生物	100.4	心 疾 患	73.2	老 衰	58.0	肺炎及び気管支炎	49.3

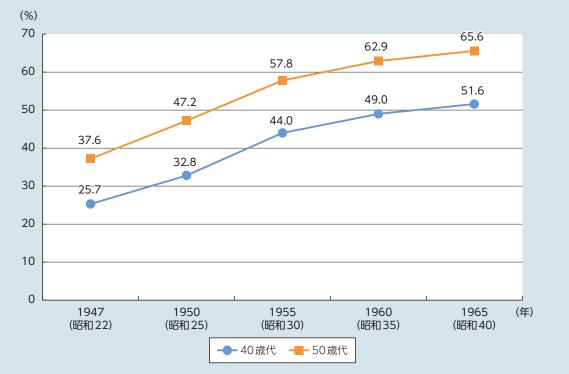
資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

(注) 1.1947年以降は沖縄県を除く。

2. 「老衰」は、「精神病の記載のない老衰」のことである。

また、40歳代及び50歳代の死亡者総数に占める成人病の割合の推移を見てみると、終戦直後の1947(昭和22)年には、40歳代で25.7%、50歳代で37.6%であったのが、1960(昭和35)年には、40歳代では49.0%、50歳代では62.9%と2倍近くまで増えている(図表1-1-5)。

図表 1-1-5 40 歳代及び 50 歳代の死亡者総数に占める成人病の割合の推移



資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

- (注) 1. 「成人病」とは、「悪性新生物」(がん)、「脳血管疾患」、「心疾患」、「糖尿病」、「高血圧性疾患」を合計したものである。
 - 2. 1947年の調査時においては、「高血圧性疾患」の死因分類がなかったため、1947年の数値は、当疾患を除いた4分類の合計である。なお、1950年以降の死亡者総数に占める「高血圧性疾患」の推移は以下のとおりである。1950年:40歳代(0.4%)・50歳代(0.9%)、1955年:40歳代(0.7%)・50歳代(1.1%)、1960年:40歳代(1.2%)・50歳代(1.7%)、1965年:40歳代(1.3%)・50歳代(1.8%)
 - 3. 沖縄県は含まない。

こうしたことから、成人病対策が昭和30年代の我が国における保健医療の大きなテーマとなった。

しかし、当時における成人病対策については、

- ①成人病は長期間にわたる内外の諸条件の影響により起こるものであり、日常生活の環境 条件との関係に注目する必要があったことから、我が国の風土、生活習慣、産業の在り 方などのうち、どれが成人病に最も強く影響を与える因子であるのかを明らかにしなけ ればならなかったこと
- ②成人病の予防、早期発見対策として、感染症の場合の予防接種や結核の集団検診とは異なった方法を開発する必要があったこと
- ③がんは別として、脳血管疾患、心疾患は、一応症状が安定してしまうと、慢性患者として放置され、徐々に衰えていくという経過をたどりがちであったため、家庭や社会における患者の適切な処遇方法を開発し、心身の機能を回復し社会生活を営み得るようにする必要があったこと

から、どのように対策を立てていくかが課題であった。

1956 (昭和31) 年には、学識経験者からなる成人病予防対策協議連絡会が設置され、がん、高血圧、心疾患対策が重点的に取り上げられた。翌1957 (昭和32) 年には、①成人病に対する実態の把握、②専門の医療施設の設置と診療施設の体系づくり、③専門技術者の養成、④医療技術の開発などを進めるべきと具申された。

これを受けて厚生省では、がんについては1958(昭和33)年、1960(昭和35)年、

1963 (昭和38) 年に実態調査を行い、循環器疾患(脳血管疾患、心疾患) については 1961 (昭和36) 年と1962 (昭和37) 年に成人病基礎調査を実施した。また、がん対策 として、1962年に国立がんセンターを設立し、1963年度からは、がん研究に対して国 庫助成を開始した。

(5) 国民皆保険の実現

我が国の社会保障制度は、第一次世界大戦後の1922 (大正11) 年に制定された健康保険法をはじめ、他の先進諸国と同様に、まず労働者(被用者)を対象として発足したが、労働者以外の者にも医療保険の適用範囲を拡大するため、1938 (昭和13) 年に旧国民健康保険法が制定され、戦後の国民皆保険制度の展開の基礎が作られた。

しかし、医療保険制度の未適用者が、1956(昭和31)年3月末時点で零細企業労働者や農林水産業従事者、自営業者を中心に約2,871万人(総人口の約32%)存在し、大企業労働者と零細企業労働者間、国民健康保険を設立している市町村とそれ以外の市町村住民間の「二重構造」が問題視されていた。

このような課題に対応する観点から、政府は、国民皆保険の基盤を確立するため、国民 健康保険制度を強化すべく1958(昭和33)年3月に、

- ①1961 (昭和36) 年4月から全市町村に国民健康保険の実施を義務づけること
- ②給付の範囲を健康保険と同等以上とすること
- ③国の助成を拡充すること
- 等を内容とする「新国民健康保険法」案を提出し、1958年12月に国会を通過した。

この法案は、翌1959(昭和34)年1月から施行され、当初の予定どおり、1961年4月に国民皆保険の体制が実現した。

これにより、我が国では、「誰もが安心して医療を受けることができる医療制度」が確立され、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準の達成に向けて大きく前進することとなった。

第2節 積極的な健康づくり施策の始まり

ここでは、おおむね2000(平成12)年頃までの健康に関する主な施策の状況を概観する。この時期には「国民健康づくり対策」が開始されるなど、より積極的な健康増進の対策が行われるようになってきた。

1 体力つくり国民運動

1964 (昭和39) 年10月に開催されたオリンピック東京大会* 7 を一つの契機として、健康・体力づくりの機運が高まり、同年12月に「国民の健康・体力増強対策について」が閣議決定された(図表1-2-1)。

この閣議決定の中で、政府は、全ての国民が、日常生活を通して積極的に健康・体力つくりの実践活動に参加できるような環境的諸条件の整備を図ることを目的として、保健・栄養の改善、体育・スポーツ・レクリエーションの普及などを重点的に推進することとし

^{*7} 第18回オリンピック競技大会として、1964年10月10日~24日の15日間で93の国と地域が参加して開催された。

た。また、趣旨の普及・徹底と実践的効果を高めるため、広範な国民運動の推進を提唱 し、これを受けて、積極的な健康づくりが展開されることとなった*8。

図表 1-2-1

国民の健康・体力増強対策について (昭和39年12月18日閣議決定、昭和59年6月29日改正、平成13年1月6日改正)

1 趣旨

国の繁栄のもとは、たくましい民族力にある。たくましい民族力を育成するには、高い徳性、すぐれた知性とならんで強じんな体力を培うことが肝要である。

わが国民の健康・体力は、年を追って改善の方向に向かっているが、諸外国の水準に比べると、なお立ちおくれが 痛感される。

国民すべてが健康を楽しみ、ひいては、労働の生産性を高め、経済発展の原動力を培い、国際社会における日本の躍進の礎を築くため、健康の増進、体力の増強についての国民の自覚を高め、その積極的な実践を図る必要がある。よって、これに関する行政上の施策を整備充実し、強力に推進するものとする。

2 基本方針

健康は、他から与えられるものではなく、自らつくり出すものであるので、国民の健康を増進し、その体力の増強を図るためには、国民の自主的実践活動を促進しなければならない。

よって政府は、国民が日常生活を通して、積極的にその活動にいそしめるような環境的諸条件の整備を図ることを目的として、次の事項について重点的推進を図るものとする。

- (1) 保健・栄養を改善する。
- (2) 体育・スポーツ・レクリエーションを普及する。
- (3) 強固な精神力(根性)を養い育てる。

3 推進方策

- (1) 政府関係各機関の施策の総合的推進を図る。
 - ア 関係閣僚の会議を設ける。
 - イ 文部科学省に連絡調整機関を設け、計画的に推進する。
 - ウ 前記に基づき、関係各機関において具体的施策を行う。
- (2) 健康の増進、体力の増強のための国民運動を提唱推進し、趣旨の普及・徹底と実践的効果を高める。
- (3) 健康の増進、体力の増強に必要な施設の整備、指導者の養成、団体活動の育成を計画的に推進する。

4 施策の重点

政府関係各省庁にあっては、とくに次の事項に重点をおいて事業を推進するものとする。

- (1) 国民の栄養改善を図るため、給食、栄養管理、栄養指導及び施設整備を重点的に実施する。
- (2) 国民体力向上の基礎は、乳幼児にはじまる。このため母性保健、乳幼児栄養、健康管理を中心とする施策を強化する。
- (3) 都市と農村、大企業と中小企業等における体力の格差の解消に資するため、保健栄養施設の整備等の施策を行う。
- (4)体力・スポーツ・レクリエーションの普及は学校、地域社会、職場等を通じ組織的に行い、このため施設の整備、指導者の養成、集団訓練を強化する。
- (5) 健康な生活に親しむための環境を整備するとともに、各種の健康つくり運動の実施を図る。
- (6) グループ活動の育成、余暇の善用、集団訓練の強化等を通じて精神力の涵養を図る。

^{*8} この運動を推進する母体として1965(昭和40)年「体力つくり国民会議」が結成され、1969(昭和44)年度から毎年10月を「体力つくり強調月間」として提唱し、国民一般に健康・体力つくりを呼びかける運動をしている。

1

健康水準の向上

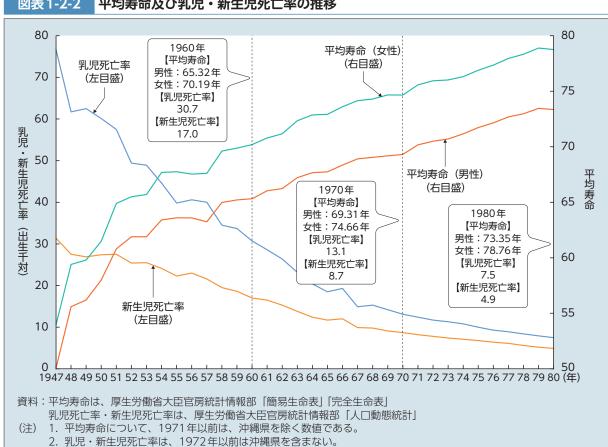
第二次世界大戦以降、国民の健康水準は、乳児死亡率等の改善、栄養摂取量の増加等に より著しく向上した。

(1) 平均寿命の延びと乳児・新生児死亡率の低下

我が国の平均寿命について見てみると、1947(昭和22)年は男性50.06年、女性 53.96年だったが、その後大幅な延びをみせ、1980(昭和55)年には、男性73.35年、 女性78.76年となった*9。

平均寿命とは、0歳の平均余命のことであるが、平均寿命が延びた最大の要因として乳 児・新生児死亡率の低下があった。乳児死亡率は生後1年未満、新生児死亡率は生後4週 未満の出生児数千に対する死亡者数の比率である。1947年は乳児死亡率76.7、新生児死 亡率31.4だったが、医学の進歩、保健指導や健康診査等の母子保健対策の推進等により、 1980年には、乳児死亡率7.5、新生児死亡率4.9と著しく低下した(図表1-2-2)。





60年を超えたのは、男性:1951 (昭和26)年、女性:1950 (昭和25)年 70年を超えたのは、男性:1971 (昭和46)年、女性:1960 (昭和35)年

平均寿命が

コラム

平均寿命・平均余命とは(算出方法)

私たちは日頃何気なく「平均寿命」という 言葉を使っているが、どのように計算されて いるのか知っている人は少ないのではないだ ろうか。やや難しい内容になるが、ここでは 平均寿命・平均余命の算出方法について解説 する。

●生命表と平均寿命・平均余命

厚生労働省では、日本の生命表として「完全生命表」(5年ごとに作成)と「簡易生命表」(毎年作成)の2種類を作成・公表している。また、これとは別に、地域別生命表として「都道府県別生命表」と「市区町村別生命表」(ともに5年ごとに作成)の2種類も作成・公表している。

生命表は、ある集団のある期間における死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の人が1年以内に死亡する確率や平均してあと何年生きられるかという期待値などを、「死亡率」や「平均余命」などの指標(生命関数)によって表したものである。これらの関数は、男女別に各年齢の人口、死亡数等を基に算出されており、現実の年齢構成には左右されず、死亡状況のみを表している。特に、0歳の平均余命である「平均寿命」は、全ての年齢の死亡状況を集約したものとなっており、保健福祉水準を総合的に示す指標として広く活用されている。

平成24年簡易生命表によると、日本人の 平均寿命は、男性79.94年、女性86.41年 で、世界でトップクラスとなっている。また 65歳の平均余命は、男性18.89年、女性 23.82年である。

●定常人口の考え方

人が死亡していく状況は、年齢に依存していると考えられる。生命表では、各年齢において人が死亡する確率を算定し、これが一定であると仮定している。

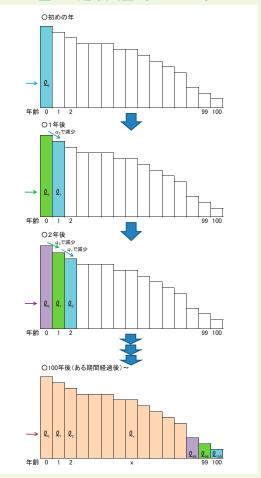
ここで、ちょうどx歳に達した者がx+1歳に達しないで死亡する確率 (x歳の死亡率)を q_x とする。また、生命表上で、一定の出生者 ℓ_0 人(通常は10万人とする)が各年齢の死亡率 q_x に従って死亡減少していくと考

えた場合、x歳に達するまで生き残ると期待される者の人数(x歳における生存数)を ℓ_x で表す。

今、死亡状況が変化せず、出生数も常に一定であるとすると、ある期間経過後、その人口集団の年齢構成は一定の型に収束する。この型の人口を定常人口といい、x歳以上の定常人口を T_x で表す。

イメージ図(図1)を用いて説明しよう。 毎年 ℓ_0 人が生まれ、各年齢の死亡率 q_x に従って死亡減少していくことを考える。ある年に生まれた ℓ_0 人は死亡率 ℓ_0 で減少して1年後には ℓ_1 人(1歳)となり、新たに ℓ_0 人が出生する。2年後には当初に生まれた者が ℓ_2 人(2歳)に、1年後に生まれた者が ℓ_2 人(1歳)になり、 ℓ_0 人が生まれる。これを繰り返すと、最終的に ℓ_0 人の一定の人口集団となる。これが定常人口である。

図1 定常人口(イメージ)



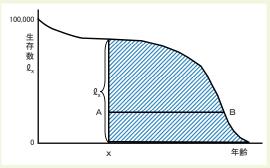
●平均寿命・平均余命の算出方法

さて、x歳における生存数 ℓ_x のグラフを描くと(図 2)、縦線はその年齢まで生存している人数を表し、斜線部分の面積はx歳以上の定常人口 T_x になる。

一方、見方を変えて図を横にみると、下の方から長寿の順に生存者を並べ、横線が各々の生存する期間(年数)を表しているとみることができる。例えば、A点における人は、x歳以降でAB年生存することを示している。この生存年数ABをx歳における生存者全員について合算すると、斜線部分の面積、すなわち T_x になる。したがって、 T_x はx歳における生存者 ℓ_x 人のx歳以降の生存延年数になっている。

この斜線部分の面積 T_x を ℓ_x で割ると、x 歳以降の生存年数ABの平均値、すなわち、x 歳に達した者がx歳以降に生存すると期待される平均年数を求めることができる。これがx歳の平均余命である。また、0歳の平均余命が平均寿命である。

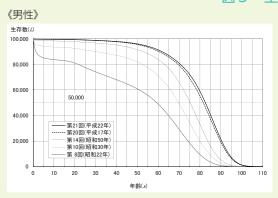
図2 生存数のグラフ (イメージ)



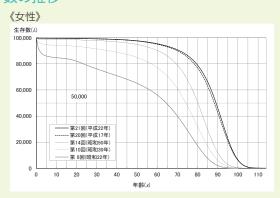
●平均寿命の今と昔

最後に、完全生命表における生存数の推移を見てみよう(図3)。生存数の曲線は回を追うごとに上方にシフトし、昭和22年(第8回)に比べ平成22年(第21回)の生存数は、各年齢で大きく増加している。この間に平均寿命は男性で29.49年、女性で32.34年も延びており、死亡状況が大きく改善している。

図3 生存数の推移



出典:「第21回生命表(完全生命表)」(厚生労働省)



参考:「平成24年簡易生命表」、「第21回生命表(完全生命表)」(厚生労働省)

(2) 栄養状態の改善・体位の向上

栄養状態についても、生活水準の向上と相まって著しく改善されてきた。国民栄養調査*10によると、食生活における栄養素等の摂取量は、炭水化物を除いた項目で摂取量が増加し、また、食品群別摂取量においても、魚介類、肉類などの摂取量が増えるなど、大きな変化が見られた。

栄養状態と関係の深い身体発育状況にも著しい向上が見られた。学校保健統計調査によると、例えば、10歳時における身長及び体重の平均値を比較すると、1950(昭和25)年から1980(昭和55)年の30年間で身長10cm以上、体重6kg以上の増加が見られた(図表1-2-3)。

図表 1-2-3 栄養状態、身体状況の変化 栄養素等の摂取量 食品群別摂取量 (1人1日当たり) (1人1日当たり) 1970年 1980年 1950年 1970年 1980年 1950年 1960年 1960年 エネルギー 2,098kcal 2,096kcal 2,210kcal 2,084kcal 穀類エネルギー比率 77% 71% 56% 49% 蛋白質 68g 70g 78g 78g 野菜類 242g 219g 249g 251g 動物性蛋白質 25g 17g 34g 39g 47g 52g 果実類 42g 59g 81g 155g 18g 25g 動物性脂肪 9.2g 21g 27g 魚介類 61g 76g 87g 93g 368g 313g 418g 399g 炭水化物 43g 肉類 8g 30g 68g 535mg カルシウム 270mg 389mg 536mg 資料:厚生省 [国民栄養調査] 資料:厚生省「国民栄養調査」 身長の平均値 体重の平均値 1950年 1960年 1970年 1980年 1950年 1960年 1970年 1980年 127.1cm 135.3cm 26.4kg 30.5kg 男性 131.6cm 137.3cm 男性 28.0kg 32.4kg 10歳 10歳 31.0kg 女性 126.6cm 132.0cm 136.2cm 138.3cm 女性 26.0kg 28.2kg 32.6kg 男性 161.8cm 165.0cm 167.8cm 169.7cm 男性 52.6kg 56.1kg 58.7kg 60.6kg 17歳 17歳 女性 152.7cm 153.7cm 155.6cm 157.0cm 女性 49.1kg 50.4kg 52.1kg 52.1kg 資料: 文部科学省「学校保健統計調査」 資料:文部科学省「学校保健統計調査」

3 成人病の台頭

一方で、この時期になると、高度経済成長の中で都市化や、人口の高齢化などが進み、健康に影響を与える要因は複雑かつ多様化した。また運動不足や栄養の偏りから、高血圧や肥満を招き、第1節でみたように脳卒中、がん、心臓病などの成人病が増加するなどの問題が生じてきた。

1960(昭和35)年以降の死因別死亡率の順位を見てみると、上位3位に変動はなかったが、その中でもがんの死亡率は伸び続け、1981(昭和56)年になると第1位となった。また、成人病(脳卒中、がん、心臓病)による死亡者の全死亡に占める割合についても1960年の44.2%から1980(昭和55)年には61.9%と増加し、疾病構造が成人病中心へと大きく変化した(図表1-2-4)。

^{*10 「}国民栄養調査」は、終戦直後の1945 (昭和20) 年に海外からの食糧援助を受けるための基礎資料を得る目的で、GHQの指令により開始し、現在まで毎年調査が行われている世界でも珍しい調査である。この調査結果が、終戦後の栄養失調状態の改善をはじめとした公衆衛生施策の重要な基礎資料の1つとなってきた。なお、現在は、「国民健康・栄養調査」として健康増進法(平成14年法律第103号)の規定に基づき実施している。

図表 1-2-4 1950~1980年における状況の変化

指標	1950年	1960年	1970年	1980年	資料	備考
実質 GDP 成長率の 変化	7.5% (1956年)	13.1%	10.3%	2.8%	内閣府 「国民経済計算」 ※1998年度国民経済計算確 報(1990年基準・68SNA) に基づく。	
人口の高齢化	8,320万人 411万人 (4.9%)	9,342万人 535万人 (5.7%)	10,372万人 733万人 (7.1%)	11,706万人 1,065万人 (9.1%)	総務省統計局 「国勢調査」 ※年齢不詳の人口を各歳別 に按分して含めた。	上段:総人口 中段:65歳以上人口 下段:65歳以上割合
産業(3部門)別 15歳以上就業者割 合の推移	48.5% 21.8% 29.6%	32.7% 29.1% 38.2%	19.3% 34.0% 46.6%	10.9% 33.6% 55.4%	総務省統計局 「国勢調査」 ※1分類不能の産業を含む。 ※21950年は、14歳以上 就業者数で、沖縄県の本 土籍日本人及び外国人を 除く。	上段:第1次産業中段:第2次産業下段:第3次作業
3大都市圏の 転入超過数の推移	38万人 (1954年)	59万人	41万人	1万人	総務省統計局 「住民基本台帳人口移動報告」 ※3 大都市圏は、東京圏 (東京都、神奈川県、埼玉県、 千葉県)、名古屋圏 (愛知県、岐阜県、三重県)、大阪圏 (大阪府、兵庫県、京都府、奈良県) をいう。	1970年代に入ると、高度経済成長が終焉を迎え地方からの転入圧力が弱まった。
自動車の普及率	_	2.8% (1961年)	22.1%	57.2%	内閣府 「消費動向調査」 ※1961·1970年は2月調査、 1980年は3月調査	・1961年の対象は都市部のみ(農村部を含まず)・2人以上世帯における普及率
死因別死亡順位	1位:結核 2位:脳卒中 3位:肺炎	1位:脳卒中 2位:がん 3位:心臓病	1位:脳卒中 2位:がん 3位:心臓病	1位:脳卒中 2位:がん 3位:心臓病	厚生労働省 大臣官房統計情報部 「人口動態統計」	1981年には、「がん」 が第1位となる。1950、 1960、1970年は沖縄 県を除く
脳卒中、がん、 心臓病が総死亡に 占める割合	24.7%	44.2%	54.8%	61.9%	厚生労働省 大臣官房統計情報部 「人口動態統計」	1950、1960、1970年は沖縄県を除く

⁽注) 「結核」、「脳卒中」、「肺炎」、「がん」、「心臓病」は、厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」における「全結核」、「脳血管疾患」、「肺炎及び気管支炎」、「悪性新生物」、「心疾患」にあたる。

このように国民生活における急激な変化や成人病の増加など健康を取り巻く情勢が大きく変化する中、公衆衛生行政も単に従来の施策を踏襲するだけでなく、治療から予防に目が向けられるようになってきた。また、健康に関する価値観も「病気ではない」という消極的なものから、「精神・身体ともに健康である」という積極的なものへと変わってきた。こうした中、地域の特性に応じた保健医療体制を拡充するとともに、より積極的な健康増進対策を推進し、総合的に国民の健康水準を引き上げる行政へと、転換を図ることが必要と考えられるようになった。

コラム

健康増進の概念・歴史

健康増進(Health Promotion)の考え方は、国際的には、もともと1946(昭和21)年にWHO(世界保健機関。以下、「WHO」という。)が提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。1950年代の健康増進は、一次予防1の中に位置づけられたが、この当時は、感染症予防における一般的抵抗力の強化や、健康教育によって感染機会を避けることを意味していた。

1970年代、『ラロンド報告・1』が発表された時代になると、健康増進は、疾病と対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味する概念的な定義がなされ、また、アメリカの『ヘルシー・ピープル(Healthy People)・2』で応用された際には、個人の生活習慣の改善による健康の実現に重点をおいたものであった。

そして、1986(昭和61)年には、健康 増進を個人の生活習慣に限定してとらえるの ではなく、社会的環境の改善を含むことを確 認し、『オタワ憲章^{◆3}』として採択された。

このように、健康増進という考え方は時代 によって内容が変遷してきたといえる。

(◆1) ラロンド報告/アルマアタ宣言

ラロンド報告は、1974(昭和49)年に カナダのラロンド保健大臣が発表した報告書で、公衆衛生活動をそれまでの疾病予防から 健康増進へ重点を移し、宿主と病因という病気の決定要因を、単一特定病因論から長期に わたる多数の要因に基づく原因論に再構築したものである。この報告を出発点に、新しい 健康増進政策が欧米に拡がっていった。

1977 (昭和52) 年にWHO総会において、「2000年までにすべての人に健康を」 (Health for All by the Year 2000) (ヘルス・フォー・オール)をWHOの基本目標

に設定した。

翌1978 (昭和53) 年には、アルマアタ (現力ザフスタン共和国) で「プライマリー・ヘルスケアに関する国際会議」(WHOと UNICEFの共催) が開催され、ヘルス・フォー・オールを達成する戦略としてプライマリー・ヘルスケアの導入が提唱され、アルマアタ宣言が採択された。プライマリー・ヘルスケアとは、住民にもっとも身近な段階のもので、地域社会における主要な健康問題に取り組むため、健康増進、予防、治療、リハビリテーションの各種サービスを提供するものである。

(◆2) ヘルシーピープル

ヘルシーピープル (Healthy People) は、1979 (昭和54) 年にアメリカ厚生省より打ち出された国民的健康政策である。この政策の特徴は疫学や健康への危険因子を重視し、特に個人の生活習慣の改善による健康の実現に重点を置いたものであった。ヘルシーピープルでは、乳児、子ども、青年と若い成人、成人の4つの違った年齢層の死亡率を引き下げ、高齢者の自立を高めるため、科学的に立証された数値目標を人生の年代別で設定し、国民運動としてその目標を達成する手法をとっていた。

(◆3) オタワ憲章

1986 (昭和61) 年、カナダのオタワで開催されたWHOの国際会議において、ヘルス・フォー・オールを達成するための行動指針として「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」が採択された。この中で、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され、健康の前提条件として、平和、教育、食料、環境等について安定した基盤が必要であるなど、社会的環境の改善を含んだものとなっていた。

¹ 一次予防については第1章第2節脚注13を参照。

1

4 国民健康づくり対策

国民の健康づくり対策の一環として、厚生省では、1965(昭和40)年に厚生省組織令の一部改正により、公衆衛生局栄養課の所掌事務として「国民の健康増進に関し、企画し実施すること」を加え、健康意識の普及、休日や有給休暇の活用による健康づくり、民間の健康づくり事業の育成等に努めることとなった。

1970年代に入ると、健康づくりに当たっては、国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚と認識を持つことが重要であるとの考え方に立ち、1978(昭和53)年度の厚生省予算の最重点項目として、国民健康づくり対策を取り上げ、また同年度からは、以下の総合的な施策を推進することとなった。

(1) 第1次国民健康づくり対策

この国民健康づくり対策では、健康な人に関してはより良い健康を確保すること、そして高血圧、肥満等の人に関しては疾病に陥ることを防止することによって、国民全てが健康な生活を送れることを目標とし、①生涯を通じる健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの普及啓発の3つを基本施策として1978(昭和53)年度から10か年計画が策定された。

具体的には、

- (ア)従来からの妊産婦、乳幼児、老人等を対象とした各種健康診査・保健指導のほか に、家庭の主婦や自営業の女性を対象に貧血・肥満を中心とした健康診断と生活指 導の実施・充実
- (イ)市町村保健センター*¹¹の設置、保健婦*¹²等のマンパワーの確保を推進し、総合的な対人保健サービスを地域住民のより身近なところで展開
- (ウ)財団法人健康づくり振興財団(現在は、公益財団法人健康・体力づくり事業団)及び市町村に健康づくり推進協議会を設置し、健康づくりの普及啓発などの取組みを掲げ、順次実施していった。

(2) 第2次国民健康づくり対策

第1次国民健康づくり対策では、健康診断の実施による疾病の早期発見・早期治療及び 市町村保健センター等の基盤整備など国民の健康を守るための環境整備が着実に進められ た。また、健康づくりの普及啓発事業を重点的に推進することにより、従来、「治療」の みに力点が置かれていた保健医療分野に、一次予防と二次予防*¹³を重視し、自分の健康 は自分で守るという自覚を国民一人一人に促すとともに、行政にそれを支援すべきである との新たな視点を導入したところに大きな意義があった。

^{*11} 市町村保健センターは、対人保健サービスを総合的に行うことを目的として、市町村ごとに設置される施設である。従来は、保健所が公衆衛生活動を担う機関として中心的な役割を果たしてきたが、対人保健サービス分野における保健需要が多様化してきたことから、第1次国民健康づくり対策において10か年計画で全国の市町村に保健センターを設置することとした。1994(平成6)年には、地域保健法において法定化され、現在地域保健法第18条第2項において、「市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする」とされている。なお、地域保健法については第1章第2節8「地域保健対策の再構築」を参照。

^{*12 「}保健婦」は、1948(昭和23)年制定の保健婦助産婦看護婦法(現、「保健師助産師看護師法」)において「厚生大臣の免許を受けて保健婦の名称を用いて保健指導に従事することを業とする女子」とされていた。保健指導に従事することを業とする男子(保健士)については、1993(平成5)年の改正により「保健婦に関する規定を準用すること」とされた。その後2001(平成13)年の改正において名称を男子・女子ともに「保健師」と統一した。

^{*13} 疾病の予防対策には、健康を増進し発病を予防する「一次予防」、病気を早期に発見し早期に治療する「二次予防」、病気にかかった後の対応として治療・機能回復・機能維持を行う「三次予防」がある。

一方、日本の平均寿命はその後も延び続け、1984(昭和59)年には、男性74.54年、 女性80.18年となり、女性が80年を上回った。

人生80年時代が現実的なものとなり、いかに生きるかといった質的な問題が重要視されるようになった。すなわち、人生80年時代を積極的に生活していくためには、単に健康を守るにとどまらず、一歩進めて積極的に自らの健康を増進するよう取り組んでいくべきであるという考え方が普及しつつあった。

このような中、80歳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にするという趣旨で「第2次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)」が1988(昭和63)年度から10か年計画で開始された。

第2次国民健康づくり対策では、従来の施策について一層の充実を図るとともに、これまでやや取組みの遅れていた運動面からの健康づくりに力を入れ、運動指導者の養成*¹⁴などが行われた(図表1-2-5)。

図表1-2-5 国民健康づくり対策(第1次及び第2次)の概要

	第1次国民健康づくり対策 (1978 (昭和53) 年度~)	第2次国民健康づくり対策 (アクティブ80ヘルスプラン) (1988(昭和63)年度~)
基本的考え方	1.生涯を通じる健康づくりの推進 〔成人病予防のための一次予防の推進〕 2.健康づくりの3要素(栄養、運動、休養)の 健康増進事業の推進(栄養に重点)	1.生涯を通じる健康づくりの推進 2.栄養、運動、休養のうち遅れていた運動習慣 の普及に重点を置いた、健康増進事業の推進
施策の概要	①生涯を通じる健康づくりの推進 ・乳幼児から老人に至るまでの健康診査・ 保健指導体制の確立 ②健康づくりの基盤整備等 ・健康増進センター、市町村保健センター 等の整備 ・保健婦、栄養士等のマンパワー確保 ③健康づくりの啓発・普及 ・市町村健康づくり推進協議会の設置 ・栄養所要量の普及 ・加工食品の栄養成分表示 ・健康づくりに関する研究の実施 等	①生涯を通じる健康づくりの推進 ・乳幼児〜老人に至るまでの健康診査・保健 指導体制の充実 ②健康づくりの基盤整備等 ・健康科学センター、市町村保健センター、 健康増進施設等の整備 ・健康運動指導者、管理栄養士、保健婦等の マンパワー確保 ③健康づくりの啓発・普及 ・栄養所要量の普及 ・栄養所要量の普及 ・たばこ行動計画の普及 ・たばこ行動計画の普及 ・外食栄養成分表示の普及 ・健康文化都市及び健康保養地の推進 ・健康づくりに関する研究の実施
指針等	・健康づくりのための食生活指針(1985年) ・加工食品の栄養成分表示に関する報告 (1986年) ・肥満とやせの判定表・図の発表(1986年) ・喫煙と健康問題に関する報告書(1987年)	・健康づくりのための食生活指針 (対象特性別:1990年) ・外食栄養成分表示ガイドライン策定 (1990年) ・喫煙と健康問題に関する報告書(改定) (1993年) ・健康づくりのための運動指針(1993年) ・健康づくりのための休養指針(1994年) ・たばこ行動計画検討会報告書(1995年) ・公共の場所における分煙のあり方検討会報告 書(1996年) ・年齢対象別身体活動指針(1997年)

5 母子保健対策

1948(昭和23)年から児童の健全な育成を目的として、児童福祉法が施行された。要

^{*14} 個々人の特性に応じた運動プログラムの提供を行う健康運動指導士、健康運動指導士の運動実施計画に基づく運動指導を行う健康 運動実践指導者、地域において運動の普及を行うボランティアである運動普及推進員の養成などが行われた。

保護児童のみならず、児童一般の健全育成を図るとともに、その福祉の増進を積極的に図ることを目的としたもので、戦後における子どもの家庭福祉施策の中心となった。

また、1965 (昭和40) 年には母子保健法が制定された。それまでは、児童福祉法において児童と妊産婦を対象に保健施策を実施してきたが、母子保健法では、母性と乳幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性と乳幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与することを目的としていた。また、母性の尊重、乳幼児の健康の保持増進として、

- (ア)母性は、すべての児童がすこやかに生まれ、かつ、育てられる基盤であることにかんがみ、尊重され、かつ、保護されなければならない
- (イ)乳児及び幼児は、心身ともに健全な人として成長してゆくために、その健康が保持され、かつ、増進されなければならない

と定め、母性保護も含む観点から母子保健施策が推進されることとなった。

母子保健法の制定により、乳幼児の保健については、児童福祉法から切り離し、母性と一体化して母子保健として実施することとなった。これに伴い、従来児童福祉法により実施されてきた母子健康手帳の交付、妊産婦、乳幼児の保健指導、3歳児健康診査、新生児・未熟児の訪問指導等については母子保健法の下で行うこととなった。また、母子保健施設として母子保健に関する保健指導や助産を行う母子健康センターを市町村に設置するよう努めることとなった。更に1977(昭和52)年度からは、市町村事業として1歳6か月児の健康診査が開始された。こうして、我が国の乳幼児健康診査の体系が整った。

6 老人保健対策

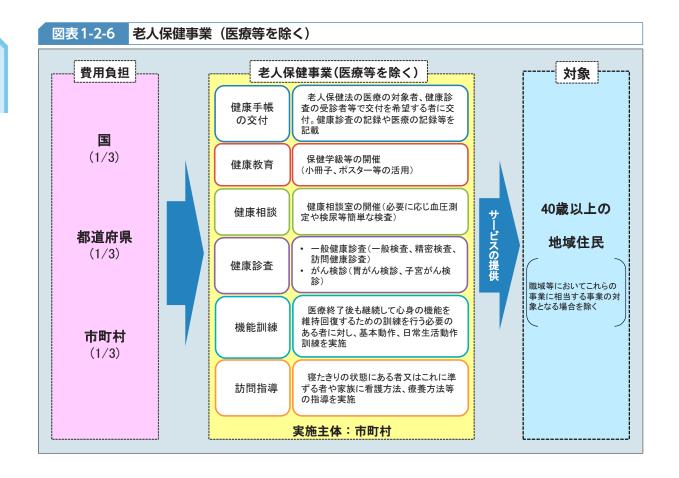
一般に有病率の高い老人に対する保健医療対策については、1963(昭和38)年に制定された老人福祉法で、65歳以上の人を対象に、疾病予防、早期発見、早期治療を目的として老人健康診査を実施していた。

1973 (昭和48) 年に老人福祉法改正により実施された老人医療費支給制度 (無料化) は、老人受療率の上昇及び医療費の増大を招き、各医療保険制度間の負担の不均衡を拡大させた。さらに、疾病構造が成人病中心に変化してきている中で、高齢者の健康という観点からは、壮年期からの予防や早期発見のための対策が重要であり、こうした高齢化社会を取り巻く様々な問題に対処するため、1982 (昭和57) 年に老人保健法が制定された。

老人保健法では、老人医療費支給制度を廃止し、高齢者にも一部負担金を求めることとし、また各医療保険制度間の公平を図るため、拠出金を負担する仕組みが導入された。

また、同法では、医療以外の保健事業について「国民は、年齢、心身の状況に応じ、職域又は地域において、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする」と定め、壮年期からの健康づくりと成人病の予防、早期発見、早期治療を図ることとした。

事業の実施に当たっては、成人病の発生が急増する傾向にある40歳以上の者を対象に、 ①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導を市 町村において実施することとした(図表1-2-6)。



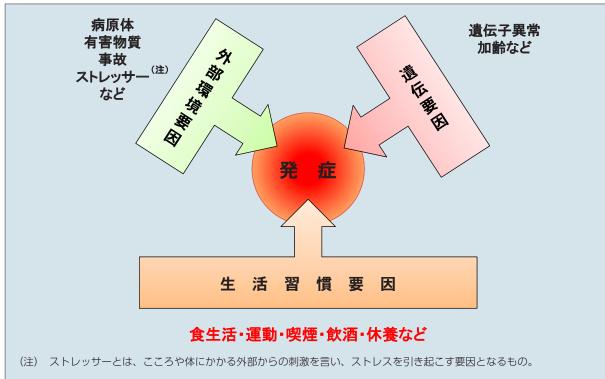
7 「成人病」から「生活習慣病」へ

「成人病」という概念は、「主として、脳卒中、がん、心臓病などの40歳前後から死亡率が高くなり、しかも全死因の中でも上位を占め、40~60歳くらいの働き盛りに多い疾病」として厚生省が昭和30年代に、行政用語として使ったのが最初である。その後、加齢に伴って罹患率が高くなる疾患群という意味として国民の間に定着していった。

当初の成人病対策は、疾病やその危険因子の早期発見を目的とする検診など、二次予防を中心とした公的保健サービスの実施及び成人病患者の救命や延命を主眼とした医療技術の開発・普及を図ろうとするもので、大きな役割を果たしてきた。

その後、成人病は、ある時期に突然発症するのではなく、病原体や有害物質などの外部環境因子や生まれつきの遺伝要因のほか、若い頃からの食生活や運動、睡眠、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣を長年にわたって積み重ねた結果、発症することが多く、生活習慣も深く関わっていることが明らかになってきた(図表1-2-7)。





これに伴い、1996 (平成8) 年に公衆衛生審議会において、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」を「生活習慣病」として定義した。これは加齢という要素に着目した「成人病」から、新たに生活習慣という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という概念を導入することで、生活習慣の改善により疾病の発症・進行が予防できるという認識を国民に醸成し、行動に結びつけていこうとするものであった。

8 地域保健対策の再構築

保健所を中心とした公衆衛生行政の枠組みでは、衛生状態の改善や感染症の予防・治療などに重点が置かれ、成果を上げてきた。

しかしながら、地域保健を取り巻く状況は、急速な高齢化の進展、疾病構造の変化、地域住民のニーズの多様化など大きく変化した。また、1978(昭和53)年度から総合的な健康づくり対策として「国民健康づくり対策」が開始され、市町村を中心とした各種保健対策の進展が図られるとともに、福祉の分野においても、1990(平成2)年の福祉八法の改正*15により、市町村が福祉サービスを一元的に提供する体制が整備された。

そこで、市町村と保健所の役割を明確化、地域の特性及び社会福祉等関連施策との連携を実現することで総合的な地域保健対策を推進するため、1994(平成6)年に保健所法を地域保健法に改正すること及び関連法の改正を内容とした「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律」が制定された(1997(平成9)年全面施行)(図表1-2-8)。

これにより、今まで保健所で実施されてきた3歳児健診等の母子保健サービスや一般的

^{*15} 老人福祉法等の一部を改正する法律をいう。この法律により、当時の老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法の八つの福祉関係法の一部が改正された。在宅福祉サービスの推進、保健・医療・福祉による総合的なケアの実施、福祉行政における国・都道府県・市町村の役割を明確化し、福祉サービスの市町村への一元化、などを内容とする。

な栄養相談などのサービスを市町村で行うこととなり、従来から実施してきた老人保健サービスと併せて、ライフステージを通じた住民に身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村で一元的に提供されることとなった(図表1-2-9)。

また、保健所については、地域保健における広域的・専門的・技術的拠点としての機能を強化することとし、情報の収集・整理・活用の推進、調査・研究の推進、企画調整機能の強化を図ることとした。また、円滑に保健所の設置・運営ができるよう、保健所の所管区域の見直しを行った。具体的には、都道府県、指定都市、中核市、その他政令で定める市又は特別区に設置することとし、保健・医療・福祉の連携を図る観点から二次医療圏*16 などを考慮して保健所の所管区域を設定することとした。なお、都道府県に設置する保健所については、所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整や、市町村の求めに応じて、技術的助言、市町村職員の研修などの必要な援助を行うことができることとした。

図表 1-2-8 地域保健法概要

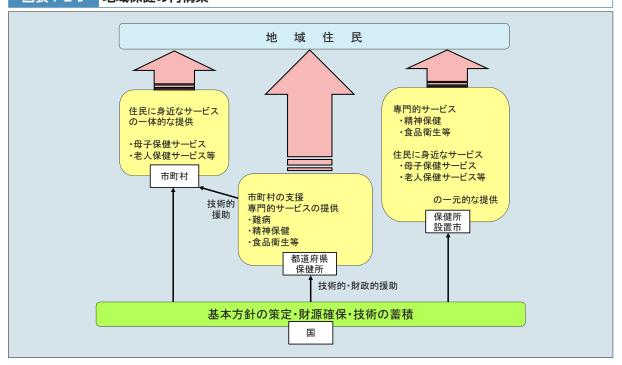
第1条

この法律は、地域保健対策の推進に関する基本方針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項を定めることにより、母子保健法その他の地域保健対策に関する法律による対策が地域において総合的に推進されることを確保し、もって地域住民の健康の保持及び増進に寄与する

具体的な内容

- ・国と地方公共団体の責務を規定
- ・厚生労働大臣が「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」を策定することを規定
- ・都道府県と市町村の役割を見直し
- ・住民に身近で頻度の高い母子保健サービスなどの主たる実施主体を市町村に変更
- ・既に市町村が実施主体となっている老人保健サービスとあわせて住民に身近な保健サービスを一元的に提供
- ・生涯を通じた健康づくりの体制を整備
- ・地方分権の推進

図表 1-2-9 地域保健の再構築



^{*16} 二次医療圏とは、医療法の規定により都道府県において設定される区域(概ね広域市町村圏)で、主として一般の入院医療を提供する病院の病床の整備を図るべき区域をいう。

1

9 労働者の健康確保対策

労働者の安全と健康を確保するための安全衛生対策に関しては、従前は労働基準法の中で定められていたものの、昭和30~40年代に入ると、急激に変化する産業社会の実態に災害防止対策が即応できないこと等から、「労働基準法」及び「労働災害防止団体に関する法律」の関連部分に新事項を加え、安全衛生に関する法制の充実・強化を図るため、1972(昭和47)年に労働安全衛生法が制定された。

労働基準法が労働条件の最低基準を定めたものであったのに対し、労働安全衛生法は、 労働者の安全衛生に関する最低基準を示すとともに、業務内容の変化に対応した健康障害 防止対策の展開と、より快適な職場環境の形成を目指している。

これにより、一定規模以上の事業場に安全管理者等を指揮する総括安全衛生管理者の選任が義務づけられ、衛生委員会の設置が法律上の制度となるなど安全衛生管理体制が整備された。また、医師である衛生管理者を産業医と定め、労働者の健康管理などに当たるとともに、事業者や総括安全衛生管理者に対し指導助言等を行う専門家として活動することとされた。

1980年代以降、高年齢労働者の増加や技術革新による作業態様の急激な変化等を背景とした労働者のストレス増加に伴う心の健康対策が課題となった。労働者の職場における安全と健康を確保するためには、これまでの単に健康障害を防止するという観点から、更に進んで心身両面にわたる積極的な健康の保持増進を目指し、充実する必要があった。

そこで、1988(昭和63)年に労働安全衛生法を改正し、事業者は、労働者の健康保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるよう努めなければならないと定めた。また、同法に基づき「事業場における労働者の健康保持増進のための指針*¹⁷」を策定し、労働者の心と体の健康づくり(トータル・ヘルスプロモーション・プラン)を推進することとなった。具体的には、産業医が中心となって個々の労働者の「健康測定」を行い、その結果に応じて、それぞれの専門分野における十分な知識・技能を有するスタッフが「運動指導」、「メンタルヘルスケア」、「栄養指導」、「保健指導」を実施することにより、心身両面から労働者の健康の保持増進を図ることとした。また、これらの措置は、中長期的視点に立って、継続的かつ計画的に行われる必要がある。このため事業者は、健康保持増進計画を策定し、実施内容を定期的に評価・反映させ、一層の充実を図るよう努めることとされた(図表1-2-10)。

労働者の健康の保持増進 図表 1-2-10 評価結果に基づき必要な改善、健康 労 働 者 保持増進の一層の充実を図る ● 問診 健康測定とは、それぞれの労 ● 生活状況調査 事業場内健康保持増進 働者の健康状態を把握し、そ 体制の整備に関すること ● 診察 の結果に基づいた健康指導等 を行うために実施されるもので 労働者に対する健康測定、 ● 医学的検査 運動指導、メンタルヘルス 疾病の早期発見に重占をおい ● 運動機能検査 た健康診断とはその目的が異なるものである。 ケア 栄養指導,保健指 導等健康保持増進措置 ● 指導票の作成 の実施に関すること ③ 健康保持増進措置を講ず 産業医 るために必要な人材の確 保及び施設、設備の整備 に関すること メンタルケアが必要と判断された場合又は労働者自身が希望する場合 ④ その他労働者の健康の保 食生活上問題が認められた場合 持増進に必要な措置に関 すること ● ストレスに対す ● 運動プログラ ● 健康的な生活 ● 食習慣や食行 事業者(衛生委員会等) る気づきへの への指導・教 ムの作成 動の評価とそ 援助 ● 運動実践の指 育(睡眠、喫煙、 の改善に向け ● リラクセーショ 導援助 飲酒等) た指導 ンの指導 実施状況を適切に評価 ヘルスケア・トレー 心理相談者 産業保健指導者等 産業栄養指導者

第3節 健康づくり対策の本格化

この節では、21世紀初頭における健康に関する施策について、主に国民の健康増進対策を中心に見ていくこととする。なお、2012(平成24)年以降の最新の健康に関する施策については、第3章第1節で取り上げる。

1 厚生労働省の発足

2001 (平成13) 年1月の中央省庁再編により、厚生省と労働省を統合する形で厚生労働省が発足した。厚生労働省は、「国民生活の保障・向上」を基本任務とし、具体的には、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上・増進、労働環境の整備、職業の安定、人材の育成を総合的・一体的に実施することとされた。

厚生労働省発足による組織の見直しに伴い、これまで厚生省保健医療局*¹⁸で行っていた健康増進対策や各種疾病・感染症対策等については、こころの健康づくり対策などの国民の精神的健康の増進に関することを除き*¹⁹、新たに創設された健康局で行うこととされた。

^{*18 1984(}昭和59)年、医療政策は保健と医療を総合化した視点から推進していく必要があるとの観点から、従来の保健サービスを担当する公衆衛生局と医療供給体制を担当する医務局を横断的に再編し、新設された部局。

^{*19} 国民の精神的健康の増進に関することについては、社会・援護局障害保健福祉部で行うこととされた。

21世紀における国民健康づくり運動の推進(健康日本21)

(1)「健康日本21」の策定

我が国では、第2節で見たように「第1次国民健康づくり対策」、「第2次国民健康づく り対策 | を通じて国民の健康づくりに取り組んできた。

これらの対策は、疾病の早期発見・早期治療のための健診体制の充実や市町村保健セン ター等の施設の整備、保健師等の人材(マンパワー)の育成・確保など、国民の疾病予防 や健康づくりの推進に一定の成果を上げてきた。

一方で、急速な高齢化や生活習慣の変化により、疾病の構造が変化し、疾病全体に占め るがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加してきた。

こうした疾病構造の変化に対応し、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある 社会とするために、2000 (平成12) 年、生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等 に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな健康づくり運動 として「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」が策定された。

「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現する ことを目的とし、2010(平成22)年度を目処とした9分野からなる具体的な目標を提示 すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体と なった健康づくりに関する意識の向上及び取組みを促そうとするものであった(図表 **1-3-1**)。

図表 1-3-1 「健康日本21」での目標設定



♣ 一次予防の重視

- 健康づくり支援のための環境整備
- ♣ 具体的な目標設定とその評価
- 多様な実施主体間の連携



健康日本21

9分野からなる具体的な目標を設定

- 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(脳卒中を含む)
- (9)がん

- ○20~60歳代男性で、肥満者を15%以下にする
- ○20歳代女性で、やせの者を15%以下にする
- 〇野菜の1日当たり平均摂取量を350g以上にする
- ○多量に飲酒する男性の割合を3.2%以下にする
- ○朝食を食べない20歳代男性を15%以下にする
- 〇男性の歩数を1日9,200歩以上にする
- 〇公共の場では分煙を100%実施する

また、2003(平成15)年には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくりを更に 積極的に推進する法的基盤を整備するために「健康増進法」が施行された。

「健康日本21」は、2005(平成17)年度を目途に中間評価を行うとともに、2010年

度から最終評価*²⁰を行い、その評価を2013(平成25)年度以降の運動の推進に反映させることとされていた。

そうした方針を踏まえ、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、2007 (平成19) 年4月、「健康日本21中間評価報告書」が取りまとめられた。

その結果を受けて、2008(平成20)年4月から、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少」や「メタボリックシンドロームの概念を導入した健康診査・保健指導の実施率」などの新たな目標項目を追加するとともに、2008年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)の計画期間等との整合性を踏まえ、2年間の運動期間の延長(2012(平成24)年度まで)などを行った。

(2) 9分野における生活習慣病予防に向けた取組み

11栄養・食生活

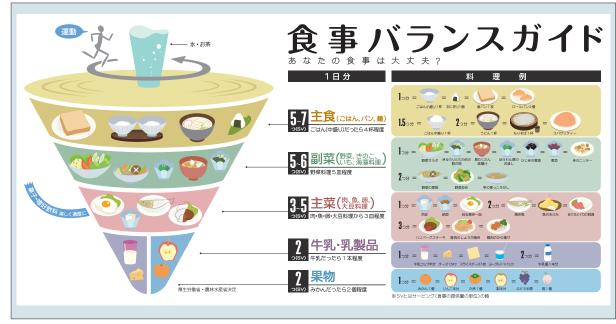
栄養・食生活は、多くの生活習慣病や生活の質との関連が深いことから、健康・栄養状態の改善を図るとともに、人々が良好な食生活を実現できるようにするために個人の行動を変化させたり、その行動を支援するための環境を確保することが必要であるとされた。

そのため、①栄養状態をより良くするための「適正な栄養素(食物)摂取」、②適正な栄養素摂取のための「個人の行動」、③個人の行動を支援するための「環境づくり」の3段階に分けて目標が設定がされた。(例えば、「野菜の1日当たり平均摂取量を350g以上にする」、「朝食を食べない20歳代男性を15%以下にする」など)

関連施策として、2004 (平成16) 年10月には、それまで蓄積されてきた科学的根拠に基づき、日本人のエネルギー及び栄養素の摂取量の基準となる「日本人のための食事摂取基準」(2005年版)を策定した。

2005 (平成17) 年6月には、厚生労働省と農林水産省の連携の下、「何をどれだけ食べたら良いか」を示す「食事バランスガイド」を作成し、産業界とも連携しつつ普及啓発活動に取り組んだ (図表1-3-2)。

図表 1-3-2 食事バランスガイド



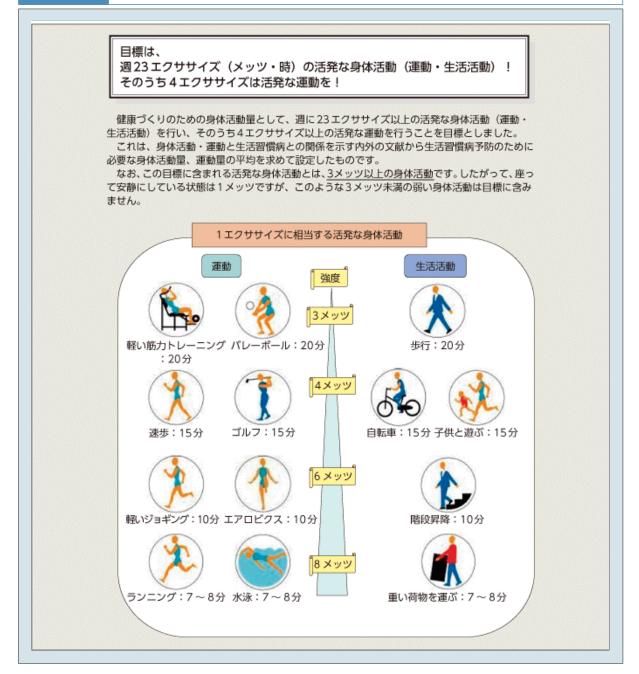
2身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の発症を予防する効果を持ち、健康づくりの重要な要素であることから、国民の身体活動・運動に対する意識を高め、運動習慣を持つ人の割合を増加させるとともに、そのための環境づくりが必要であるとされた。

そのため、日常生活における身体活動に対する意識や運動習慣等について、成人と高齢者に分けて目標が設定された。(例えば、「成人(男性)の歩数を1日9,200歩以上、高齢者(男性)の歩数を1日6,700歩以上にする」、「男性の運動習慣者*21の割合を39%以上にする」など)

関連施策として、1989 (平成元) 年に策定された「健康づくりのための運動所要量」を見直し、2006 (平成18) 年7月、健康づくりのために必要な運動量・身体活動量を「健康づくりのための運動基準2006」において示すとともに、この運動基準に基づいて安全で効果的な運動を行うためのツールとして「健康づくりのための運動指針2006 (エクササイズガイド2006)」を策定した(図表1-3-3)。

図表 1-3-3 健康づくりのための運動指針 2006 (エクササイズガイド 2006)



3休養・こころの健康づくり

健康の増進を図り、生活の質を高めるためには、栄養、運動面だけでなく、休養を日常 生活に適切に取り入れた生活習慣を確立することが重要であるとされた。

そのため、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について目標が設定された。 (例えば、「ストレスを感じた人*²²の割合を49%以下にする」、「自殺者数を年間22,000人以下にする」など)

関連施策として、より充実した睡眠についてわかりやすく情報を提供することを目的に、2003(平成15)年3月に「健康づくりのための睡眠指針」を策定した。

自殺予防については、2002(平成14)年12月、具体的な自殺予防対策として、実態の把握や普及・啓発等の必要性を指摘した「自殺予防に向けての提言」を取りまとめ、自

*22 ストレスを感じた人とは、最近1か月間にストレスを感じた人のこと

治体や関係機関に配布した。

また、2006(平成18)年6月、自殺対策基本法が成立し、同年10月に施行された。 同法に基づく「自殺総合対策大綱」において、国、地方公共団体、医療機関、民間団体等 が密接な連携を図りつつ、自殺対策を強力に推進していくこととされた。

4 たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連した危険因子である。しかし、肺がん など、たばこ関連疾患が顕在化するまでには数十年のタイムラグがあることから、将来的 に、たばこによる死亡を減少させるためには、現時点から抜本的な対策が必要であるとさ れた。

そのため、①たばこの健康影響についての十分な知識の普及、②未成年者の喫煙防止、 ③受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり(分煙)、④禁煙希望者に対する 禁煙支援について目標が設定された。(例えば、「公共の場では分煙を100%実施する」、 「禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合を100%にする」など)

関連施策として、2005(平成17)年10月、喫煙は「喫煙病という全身疾患」である との位置づけを示した「禁煙ガイドライン」を策定した。

さらに、2006年5月には、地域や職域で、主に保健医療従事者を対象に、禁煙支援に 取り組むために必要な基礎知識、実施手法等を自己学習できるように解説した「禁煙支援 マニュアル」を策定し、効果的な禁煙支援の推進を行った。

5アルコール

アルコールの健康に対する影響としては、短期間内の多量飲酒による急性アルコール中 毒、慢性影響として肝疾患、がん等の疾患との関連や、未成年者の飲酒による精神的・身 体的発育への影響などが指摘されていた。

そのため、多量飲酒者の減少*²³、未成年者の飲酒防止及び節度ある適度な飲酒*²⁴につ いての知識の普及について目標が設定された。(例えば、「多量に飲酒する男性の割合を 3.2%以下にする」、「未成年者の飲酒をなくす」など)

関連施策として、2001 (平成13) 年12月及び2010 (平成22) 年7月に、年齢確認 の徹底、酒類自動販売機の適正な管理の徹底等について、警察庁、国税庁及び厚生労働省 から関係業界宛てに通知を出した。

また、2006(平成18)年3月、アルコール対策において重要な役割を担う保健指導に ついて、専門家による検討を行い、保健指導を実践する上で必要なアルコールに関する基 礎知識等を集積した報告書を取りまとめ公表した。

6 歯の健康

歯の健康は、単に食物をそしゃくするという点からだけでなく、食事や会話を楽しむな ど、生活の質を保つために重要であるとされた。

そのため、歯の喪失防止の観点から、う蝕(むし歯)、歯周病の予防について目標が設 定された。(例えば、「一人当たり平均う歯数(12歳)を1歯以下にする」、「80歳(75~

^{* 23} 多量に飲酒する人とは、1日平均純アルコール ^(*) 約60gを超えて摂取する人のこと (※) 純アルコール量=飲んだ量 (ml)×度数×0.8 (換算の目安として、中瓶のビール1本 (500ml) で20g)

^{* 24} 節度のある適度な飲酒とは、1日平均純アルコールで約20g程度の飲酒のこと

84歳)で20歯以上を有する人を20%以上にする」など)

関連施策として、80歳で自分の歯を20歯以上保つことについて「8020(ハチマル・ ニイマル)運動」を推進し、この実現に向けた歯や口腔の健康増進を図った。

また、う蝕対策として、2002(平成14)年度にフッ化物応用の推進やう蝕予防にかかる正しい知識の普及等を目的とした「フッ化物洗口ガイドライン」を策定した。

7糖尿病

糖尿病は、自覚症状がないことが多く、また、放置すると重大な合併症を引き起こすことが多いことから、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要であるとされた。

そのため、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について目標が設定された。(例えば、「糖尿病有病者数の減少(増加の抑制)」、「糖尿病健診における異常所見者の事後指導受診率を100%にする」など)

関連施策として、「食事バランスガイド」や「エクササイズガイド2006」等を活用した生活習慣病の一次予防に関する知識の普及・啓発等を行った。(「食事バランスガイド」、「エクササイズガイド2006」については、それぞれ「11栄養・食生活」、「21身体活動・運動」を参照)

また、2008(平成20)年4月から、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的 として、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した「特定健康診査・特定 保健指導」が新たに導入された。(「特定健康診査・特定保健指導」については後述)

8循環器病(脳卒中を含む)

脳血管疾患と虚血性心疾患を含む循環器病は、我が国の主要な死亡原因の一つであり、 これらの後遺症は、生活の質を低下させる大きな原因となっている。特に、脳卒中は寝た きり・認知症の主な要因となっているため、循環器病の死亡率や罹患率の改善が必要であ るとされた。

そのため、循環器病の一次予防の観点から、生活習慣の改善や循環器病の早期発見について目標が設定された。(例えば、「高脂血症の人の割合を男性で5.2%以下、女性で8.7%以下にする」、「健康診断を受ける人数を6,860万人以上にする」など)

関連施策としては、「**7**糖尿病」と同様、「食事バランスガイド」や「エクササイズガイド 2006」の普及・啓発等を行った。

9がん

がんは、1981 (昭和56) 年以降、我が国最大の死亡原因となっている。これに対応するためには、生活習慣の改善による予防のための取組みが重要であるとされた。

そのため、がんの一次予防を図る観点から、生活習慣の改善、検診の受診者数等について目標が設定された。(「食塩の1日当たり平均摂取量を10g以下にする」、「がん検診(胃がん)の受診者数を2,100万人以上にする」など)

関連施策として、2004(平成16)年度から、がん罹患率と死亡率の激減を目指して、「がん研究の推進」、「がん予防の推進」、「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を柱とする「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んだ。

また、2005(平成17)年5月に厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を 設置し、部局横断的な連携を推進するとともに、同年8月に「がん対策推進アクションプ ラン2005」を策定し、第3次対がん10か年総合戦略の更なる推進を図った。

さらに、2006(平成18)年6月に成立した「がん対策基本法」に基づき、2007(平成19)年度からの5年間を対象として、「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を目標とする、「がん対策推進基本計画」が閣議決定された。

3 介護保険制度と介護予防

(1) 介護保険制度の創設

21世紀の本格的な高齢社会を控え、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大することが見込まれるようになってきた。その一方で、核家族化の進行や、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化してきた。

そのため、高齢者の介護を個人の問題としてとらえるのではなく、高齢者を全ての国民で支え合う仕組み(介護保険制度)が、2000(平成12)年に創設された。

(2) 介護予防に関わる制度の見直し

11介護保険制度施行後の問題点

介護保険制度の開始以降、サービス提供基盤は急速に整備され、サービス受給者数についても、制度開始時の2000(平成12)年度は184万人であったが、2005(平成17)年度には337万人と約1.8倍となり、介護保険制度は国民の老後の安心を支える仕組みとして定着してきた。

一方で、介護保険施行後の問題の一つとして、軽度者(要支援、要介護1)が大幅に増加したことがあげられた。2000年4月末時点では、要介護認定者全体に対する軽度の者の割合が38.6%であったものが、2004(平成16)年4月末時点では48.8%と全体の約半数を占めるに至った(図表1-3-4)。

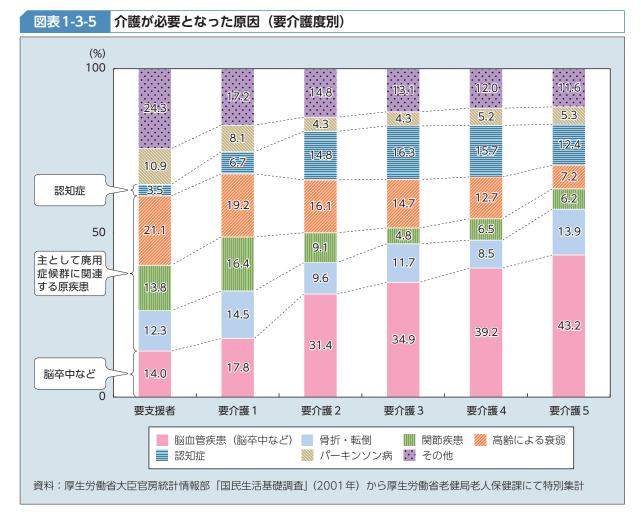
図表 1-3-4 要介護度別・認定者数の推移 (単位:千人) 2000年4月末 からの増加率 4108 88% 3484 465 60% 3029 497 414 2582 47% =4= 527 424 381 2182 394 341 431 614 66% 3 394 290 641 358 56% 317 1332 490 394 1070 1 891 709 138% 551 674 支 505 398 320 291 2000年 2001年 2002年 2003年 2004年 4月末 4月末 4月末 4月末 4月末 要支援 要介護 1 要介護 2 易要介護 3 要介護 4 易要介護 5

要介護度別に介護が必要となった原因を見てみると、要介護度が高い人の多くは、「脳卒中モデル*²⁵」に該当する一方で、増加する軽度者の多くは、「廃用症候群モデル*²⁶」に該当していた(図表1-3-5)。

資料:厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」

^{* 25} 脳卒中等を原因疾患とし、急性的に生活機能が低下するタイプ。要介護3以上の中重程度者に多い。

^{* 26} 骨折・転倒などにより、体を動かさない状態が続くことによって心身の機能が低下し、徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援 1、要介護1等の軽度者に多い。



しかしながら、従前の制度における予防給付は、死亡の原因となる「脳卒中モデル」を中心としたものであり、軽度者に対するサービスが、介護予防*²⁷につながっていないとの指摘がなされていた。

こうした状況を踏まえ、「予防重視型システムへの転換」を大きな柱の一つとして掲げて、2005年6月に介護保険法が改正され、2006(平成18)年4月より施行された。

2 予防重視型システムへの転換

2005年の介護保険法の改正により、軽度者の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムへの転換が図られた。

具体的には、

- ①従来の要支援と要介護1の人を対象に、新たに要支援1及び要支援2という区分を設定し、要支援者には介護予防に力点を置いた予防給付を提供することとし、
- ②また、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における 包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する「地域支援 事業」が創設された。

^{* 27} 要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと

①予防給付

2005年改正で創設された予防給付制度は、「要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」を目的として実施されるものであり、対象者は要支援1及び要支援2と判定された人である。

軽度者の人は、転倒・骨折、関節疾患などにより徐々に生活機能が低下していく「廃用 症候群(生活不活発病)」の状態にある人や、その可能性の高い人が多いのが特徴で、適 切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待された。

②地域支援事業の創設

地域支援事業は、被保険者が要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を送れるよう支援するために創設された事業で、それ以前に実施していた「介護予防・地域支え合い事業」や老人保健事業等を再編したものである。

地域支援事業は、各市町村における介護給付費の3%以内で実施することとされ、2005年改正において、「介護予防事業」、「包括的支援事業」及び「任意事業」の3事業を創設し、さらに、2012(平成24)年の介護保険法の改正では新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」を創設し、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる体制としている*28。

4 特定健康診査・特定保健指導

(1) 特定健康診査・特定保健指導の導入

我が国では、前述したように「第1次国民健康づくり対策」、「第2次国民健康づくり対策」を経て、2000(平成12)年からは「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」として、健康づくり施策を推進してきた。

それとともに、健康診断、健康診査(健診)については、医療保険各法に基づき医療保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法に基づき事業者が行う健診、老人保健法に基づき 市町村が行う健診として実施されてきた。

しかしながら、「健康日本21」の中間評価では、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加(20~60歳代男性)や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように健康状態及び生活習慣の改善が見られない、もしくは悪化しているという状況であった(図表1-3-6)。

図表 1-3-6 「健康日本 21」中間評価における暫定直近実績値(2005(平成 17)年 5月 31 日現在)

目標項目	策定時のベース	暫定直近実績値	
糖尿病有病者数の増加の抑制	糖尿病有病者数	690万人	740万人
適正体重を維持している人の増加	20~60歳代男性の肥満者	24.3%	29.5%
野菜の摂取量の増加	成人	292g/⊟	293g/⊟
口労生活における生物の増加	成人(男性)	8,202歩	7,575歩
日常生活における歩数の増加	成人(女性)	7,282歩	6,821歩

^{*28 2012}年改正後の地域支援事業の主な内容については、第1部第3章第1節を参照。

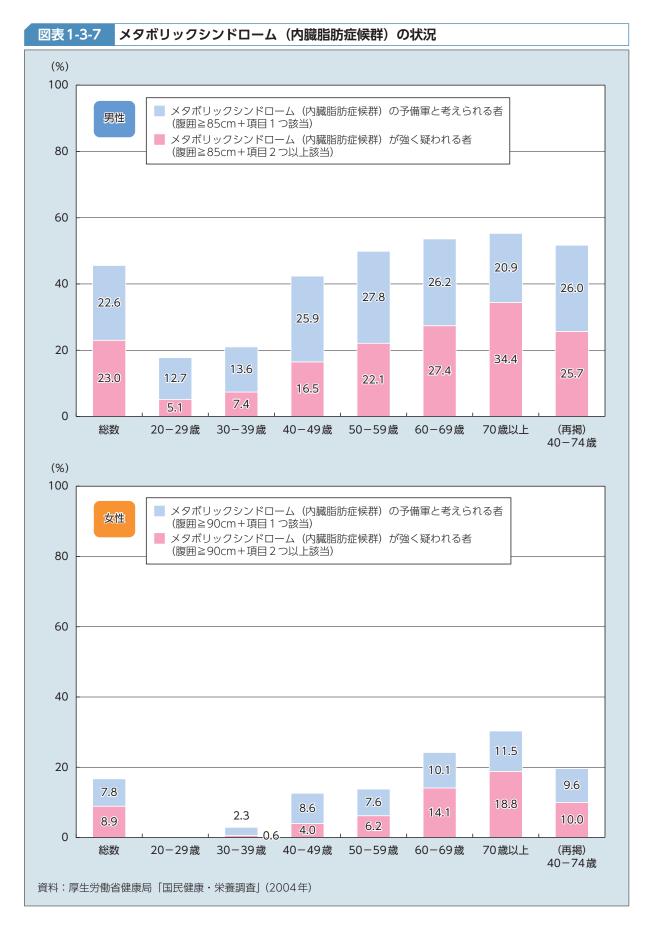
このため、2005(平成17)年9月、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について」(中間取りまとめ)では、

- ①生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分である
- ②科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要である
- ③健診・保健指導の質の更なる向上が必要である

等が、生活習慣病対策を推進していく上での健診の課題としてあげられていた。

また、糖尿病等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)に起因する場合が多く、肥満に加え、高血糖、高血圧及び脂質異常の状態が重複した場合には、脳卒中や心疾患の発症リスクが高くなることがわかってきた。

こうした「メタボリックシンドローム」(内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上をあわせもった状態)が強く疑われる人又はその予備群と考えられる人は、2004(平成16)年で、40~74歳の男性の2人に1人、女性の5人に1人という状況であった(図表1-3-7)。



このような状況を踏まえ、2008 (平成20) 年4月から「高齢者の医療の確保に関する 法律」に基づき、メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) に着目した「特定健康診 査・特定保健指導」が新たに導入されることとなった。

特定健康診査の導入に伴い、それまで市町村が実施してきた40歳以上の人を対象とし

た老人保健事業に基づく基本健康診査については、

- ・40~74歳の人は、各医療保険者(国保・各被用者保険)が実施主体として、加入者 (被保険者・被扶養者)を対象に特定健康診査を実施
- ・75歳以上の人(一定の障害がある65歳以上の人で、後期高齢者医療制度の被保険者の人を含む)は、各都道府県に設置された後期高齢者医療広域連合が実施主体として、後期高齢者健診を実施

することとされた。

(2) 特定健康診査

特定健康診査(特定健診)とは、医療保険者(国保・被用者保険)が実施主体となり、 40~74歳の加入者(被保険者・被扶養者)を対象として、メタボリックシンドロームに 着目して行われる健診である。

それまでの老人保健事業に基づく基本健康診査は、個々の病気の「早期発見・早期治療」を目的にしたものであったが、特定健診は、生活習慣病の発症や重症化の「予防」を目的としたものであり、生活習慣病の発症前の段階であるメタボリックシンドロームの該当者やその予備群を発見するための健診である。

健診項目については、メタボリックシンドロームの概念を踏まえつつ、科学的根拠に基づき、内臓脂肪の蓄積状態を見るために腹囲の計測が追加されるなど、特定保健指導の対象者を的確に抽出するための検査項目が導入されている(図表1-3-8)。

図表 1-3-8 特定健診の項目について

■基本的な項目					
質問票	服薬歴、喫煙歴等				
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲				
血圧測定	血圧測定				
理化学的検査	身体診察				
検尿	尿糖、尿タンパク				
血液検査	脂質検査:中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 血糖検査:空腹時血糖またはHbA1c 肝機能検査:GOT、GPT、γ – GTP				
■詳細な健診の項目(※一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施)					
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値				
心電図	心電図				
眼底検査	眼底検査				

(3) 特定保健指導

特定保健指導は、特定健診の結果により生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる人に対して、医師、保健師、管理栄養士等の専門家が対象者ごとの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを実施するものである。

特定保健指導の対象者は、内臓脂肪蓄積の程度とリスクの要因の数に着目し、リスクの 高さや年齢に応じて、特定健診の結果から「動機付け支援」と「積極的支援」の2段階に 分類される(図表1-3-9)。「動機付け支援」に比べ「積極的支援」は、より生活習慣病のリスクが高い人に対し行われる支援であり、それぞれの支援の流れについては図表1-3-10のとおりである。

図表 1-3-9 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク	4)喫煙歴	対象		
版出	①血糖②脂質③血圧	4 突煌症	40-64歳	65 - 74歳	
> 0F (FB##)	2つ以上該当		積極的	動機付け 支援	
≥ 85cm(男性) ≥ 90cm(女性)	1つ該当	あり	支援		
		なし		- 又]及	
	3つ該当		積極的	動機付け	
上記以外で	2つ該当	あり	支援		
BMI ≧ 25	2 グ設当	なし		支援	
	1つ該当				

⁽注) 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

図表 1-3-10 特定保健指導の支援の流れ

動機付け支援

生活習慣病の改善に対する個別目標を設定 し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援

積極的支援

行動変容に向けた準備状況に合わせて個別 目標を設定し、具体的で実現可能な行動継続 を支援。動機付け支援と比べて、対象者が抱 える発症リスクは高い。

■ 初回面接

個別面接20分以上、または8名以下のグループ面接で80分以上 専門知識・技術を持った者(医師・保健師・管理栄養士等)が、対象者に合わせた実践的なアドバイス等を 行います。

自身で、「行動目標」に沿って、生活習慣改善を実践

面接・電話・メール・ファックス・手紙等を用いて、生活習慣の改善を応援します。 (3ヶ月以上)

■ 実績評価

面接・電話・メール等で健康状態・生活習慣(改善状況)を確認(6か月後)

※個別支援に限り、情報通信技術を活用した30分以上の保健指導も可