

## 生活習慣病予防における公衆衛生の役割

荒 木 紀 代 子

### 問題の所在

高齢社会での健康問題は生活習慣に起因する病気が増加し、病気と共存しながら生活を送る人が増加してくる。

現在では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患をあわせると死因の6割以上を占めるようになってきた。医療費については、上記3疾患に糖尿病と高血圧性疾患を加えると7兆2058億円で、一般総医療費の32%を占めている。(平成13年度国民医療費)

長年の生活習慣に起因する生活習慣病は、壮年期以降に発症する 경우가多く、1つの疾病が複数の疾患を併発して他臓器の合併症を引き起こし、その後機能低下をきたしていくことになる。しかも無症状のまま進行していくことが特徴であることから見過ごされやすい。そのため生活習慣病を予防するには、若年期からの生活習慣病予防対策が重要となってくる。平成15年国民健康・栄養調査では、すでに20～30歳代のライフスタイルに生活習慣病の危険リスクが高くみられており、特にこの時期の予防対策が重要になっている。

しかし、現在の生活習慣病予防体制をみると、就学前までは母子保健法、学童から大学までは学校保健法、労働者は労働安全衛生法、地域住民の40歳以上は老人保健法でカバーされるようになっており、学校終了後から老人保健法の対象年齢である40歳未満までの、事業所以外で働く人々、即ち自営業や専業主婦といった人々に適用される制度はなく自費で健診や人間ドッグ等を受診せざるを得ない状況となっている。

また、若年期は健康に関する関心が低く、健診未受診者も多い。

元来、健康増進は個人の嗜好や生活習慣に密接に関連するもので、どのような日常生活の行動様式を取ろうと、それは、原則として憲法では、「基本的人権」として保障されている。そのため、2002年（平成14）に公布された健康増進法では、第2条で健康増進は個人の責務として努力規定に止めている。

このように、ライフスタイルの選択は個人が選択し自己決定するものである。しかし、反面、社会を構成する一員である以上個人の健康は社会全体に影響を与えることになる。

この場合、どこまで努力するのが個人の責務なのか不明瞭である。生活習慣病は、遺伝的要素や特異な場合を除き、発症を予防することが相当可能な病気であるため、個人がそれぞれの状況に応じて健康づくりに努める責務があるが、ライフスタイルに直結し、しかも他人には害を及ぼさないからである。

一方、公衆衛生は、生活習慣病は個人の取り組みを促すため、疫学を基礎とする疾病対策を行ってきており一定の成果は収めている。しかし、個人の取り組みのみでは限界があり、高齢化とともに生活習慣病の増加に歯止めがかからず課題となっている。そのため、健康増進法第3条では、国及び地方公共団体に対して健康づくりのための援助の努力義務を規定するに至った。

自治体の取り組みいかんが、個人の健康を増進して「健康日本21」の達成か否かを左右することになる。そのためには、個人の努力の範囲と自治体の努力に課せられている範囲を検討する必要があると考える。

## I 成人病から生活習慣病へ

### 1 生活習慣病の定義

「成人病」という言葉は、昭和32年に開催された「成人病予防対策協議連絡会」の議事録に「成人病とは主として、脳卒中、がんなどの悪性疾患、心臓病などの40歳前後から急に死亡率が高くなり、しかも全死因のなかでも高位を占め、40～60歳くらいの働き盛りに多い疾患を考えている」という記述があり、厚生労働省が用いた行政用語とされている<sup>1)</sup>。

これらの疾患は年齢が上昇するに従ってその頻度が増える性質があるため、高齢化の進展とともに、ますます増加することが予想される。しかし、喫煙と肺がんや心臓病、動物性脂肪の過剰摂取と大腸がん、肥満と糖尿病など、食生活や運動などの生活習慣とこれらの疾患の発症との関係が明らかになり生活習慣の改善によりある程度の予防が可能であることもわかってきた。そこで、国民に生活習慣の重要性を喚起し、健康に対する自発性を促し、生涯を通じた生活習慣改善のための個人の努力を社会全体で支援する体制を整備するため、「生活習慣病」という概念の導入が提案された（公衆衛生審議会意見具申、1996年（平成8））。生活習慣病は「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」と定義されている。

生活習慣病とは、これまで、成人病対策として、早期発見・早期治療を目的とした2次予防に重点を置いていた従来の対策に加え、一人一人が生活習慣を改善し、健康増進に努めるという1次予防対策も推進していく方針を新たに導入した疾患概念である<sup>2)</sup>。

## 2 予防の定義

予防とは、健康上のリスクの軽減のためにとる行動のことで、単に疾病の罹患を防ぐことだけが予防ではない。疾病に罹患した後も、早期発見・早期治療によって、疾病の進展による健康上の損失を軽減させることや、疾病や障害の進行に伴って生じる生活上の問題への対応を行うことも予防である<sup>3)</sup>。さらに病状が固定した後も、機能障害を予防し、社会復帰のためのリハビリテーションを行うことも予防といえる。疾病の予防対策には、健康を増進し発病を予防する1次予防、早期発見・早期治療を目的とする2次予防、リハビリテーションによる社会復帰を目的とした3次予防がある<sup>4)</sup>。

健康レベルの連続性の中で常に予防の方向にベクトルを向ける必要があり、生活習慣病の予防においては、生活習慣病にかからないための健康づくりや環境整備の1次予防と、生活習慣病初期の早期発見・早期治療の2次予

防である。

なお、本稿では、1次予防、2次予防、3次予防に分けて、個人の責務の範囲と自治体の責務範囲を考察するのではなく、1次予防と2次予防を総合的に予防として考察した。

## II これまでの成人病予防対策の展開と課題

### 1 高度経済成長期

1958年（昭和33年）には脳血管疾患、悪性新生物、心疾患が死因の上位3位を占めるようになり、そして、1961年（昭和36）の国民皆保険制度によって医療保障制度が整備され、また高度経済成長とも相俟って1970年代には、成人病時代が到来した。

1961年（昭和36）には、厚生省（現厚生労働省）と医師会との間の政治的緊張緩和のために「医療制度調査会」がつくられ、1963年（昭和38）には医療制度調査会の答申が出されている。この答申の冒頭で、これまで、公衆衛生サイドではWHOの包括的な用語であるヘルスケアを保健という言葉で訳して、予防、医療、リハビリテーションの統合的用語として使ってきたものを、医療の概念の拡大として医療という言葉に置きかえられてしまったことについて、大谷は、予防やリハビリテーションが狭い医療の枠組みの中に押し込まれるような印象を与え残念だった<sup>5)</sup>、と述べている。

かくして、医療は1960年代から、山内が指摘する第2次の医療技術革<sup>6)</sup>に入ることになり、自動化・コンピューター化が医療分野にも導入され、内視鏡、超音波断層診断装置、CT スキャンなどに代表される多くの電子工学、情報工学技術が医学に導入されることになる。診断技術が精密化され検査漬けが当たり前ようになるが、このことは病気の早期発見・早期治療へとつながったのである。

これは、1961年（昭和36）国民皆保険制度の実現で医療保障制度が確立されたことによるものであるといえる。

当時は、脳血管疾患による死亡が死因のトップの時代で、特に高血圧によ

る脳内出血が殆どであった。そのため、成人病予防対策として、このような医療技術が公衆衛生にも導入され、保健所と市町村が協力して結核の集団検診方式をさらに発展させた血圧、心電図、眼底写真、血清脂質検査などを併用した多相ふるいわけ検診によるハイリスクグループの発見と、その事後管理を中心に行われている。脳内出血による死亡率の高い地域では、働き盛りの40歳代に高血圧の人が多く見られるため、40歳代の人達の受診率や向上や精密検査の実施に力点を置いた対策もとられている。

その結果、脳内出血による死亡率（人口10万対）は、1960年（昭和35）に低下し、脳血管疾患全体の死亡率も1948年（昭和23）には、117.9であったものが、1960年（昭和35）に160.7、1970年（昭和45）に175.8と上昇を続けた後低下に転じた。また、脳卒中発作の発症年齢を遅らせたという結果も出されている<sup>7)</sup>。

そして、この時代の成人病対策は、成人病習慣といった普及啓発活動も始まり、がん検診、老人健診など疾病に特異的な予防と早期発見・早期治療という集団に対する一律的な2次予防を中心にすすめられている。無医地区や僻地には移動保健所として保健所からの出張健診が実施されており、保健所は2次予防における直接サービスも担っていたのである。ただ、この時代の健康管理は医師の専門性を核とした臓器別疾患管理であり<sup>8)</sup>、あくまでも、血圧に直接影響する塩分や寒冷対策といった、結核管理の延長線上の疫学手法による公衆衛生であったが当時の主要死因の低下には功を奏したと言える。

一方、この時期は中型大型病院（200床以上）の増加が目だってくる時期である。そのため集団健診後の疾病管理が病院ということになり検査漬けという企業同様営利優先の医療が横行するようになってくるのである。しかし、このことは先にも述べたように病気の早期発見・早期治療へとつながったのである。

本来は、住民自身で健康に関心を持ち健康づくりを行うものであるが、当時の公衆衛生は中央集権体制であり、保健所を中心とした健康管理体制のもとで、健康に関する知識と疾病予防の方法の普及が主で住民の活動は補助的

な位置に置かれており、住民自ら健康づくりを行うには程遠かったといえる。

## 2 経済危機から1990年代まで

成人病予防対策としては、健康づくり対策と老人保健法による予防対策、医療法に基づく医療計画があげられる。

### 1) 健康づくり対策

1973年（昭和48）のオイルショック後、厚生省（現厚生労働省）は、成人病を予防し老人医療費の高騰を抑制するために、1978年（昭和53）から最重要政策として「国民健康づくり対策<sup>9)</sup>」を打ち出した。

また、これまでは公的な保健センターとしては保健所しかなかったが、保健所と市町村の協力による健康づくりのネットワークを作るために、市町村における健康づくりの基盤整備として約4,000ヶ所を目標に市町村保健センター整備事業が実施されたことは、住民が身近に保健サービスを利用できる施設として効果的だったと思われる。（市町村保健センター数は2004年度末で1,803ヶ所 厚生労働省調べ、保健衛生施設等整備費補助金分）

そして、健康づくりの啓発普及対策として、地域の特性を反映し生活に根ざした健康づくり活動を推進するために、専門家ばかりでなく地区組織やボランティアなどの人々も参加する市町村健康づくり推進協議会が全国に設置されたのである。このことは、国民健康づくりは市町村と住民が一体となって地域の健康問題解決や健康づくりを能動的に図っていくことを主眼とする地域保健の推進を目指した施策であった<sup>10)</sup>とされている。確かに、補助金により行政主導ではあったものの食生活推進委員や健康づくり推進委員（地域によって名称は異なる）といった地区組織が育成されており、普及啓発に一定の成果をあげていることが、河合らの中間報告にも述べられている<sup>11)</sup>。

また、国保中央会が平成8年度に実施した長野県の老人医療費に関する研究でも、老人医療費が低いことの一要因として、長野県では昭和40年代から県内各市町村で、脳血管疾患を抑制するために「一部屋暖房運動」と「減塩運動」が展開されてきたが、この運動を支えたのが保健補導員や食生活推進

員などの地区衛生組織で、自立性を持ちながら保健師活動を積極的に支えているという結果が出されている。

ただ、健康づくりではあるものの「諸外国と比較するとライフステージごとの健康診査・検診が強化されているという特徴があり、健康増進よりも疾病対策としての意味がかなり強い<sup>12)</sup>」と指摘されているように疫学手法による疾病対策の感を否めない。

そして、第2次国民健康づくり対策として、1988年（昭和63）から「アクティブ80ヘルスプラン」が始まることになるが、この対策の特徴は、栄養・運動・休養の中で運動に重点が置かれ、民間活力を導入して民間の健康増進施設の整備を図っていることである。この対策では、これまでの早期発見・早期治療という2次予防から、健康増進という1次予防の考え方へ発展しており、これは評価に値する。

しかし、1986年には、「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章<sup>13)</sup>」が提唱されている。ヘルスプロモーションは、一方ではライフスタイルに直結した健康に対する生活戦略であり、他方では政策に直結した政治戦略である。ヘルスプロモーションの行動計画における、政府、公的部門の行動計画としては(1)健康的公共政策の構築、(2)健康支援環境の形成、(3)地域行動の強化、(4)個人の技能の育成、(5)保健医療サービスの再編、の5つが挙げられている。これは、これまでの健康至上主義の公衆衛生から転換して、健康を、社会、経済、及び個人の発展のための重要な資源として位置付け、公衆衛生に上記5つの総合的な戦略を迫り、これは、「新しい公衆衛生」を促すものであったが、第2次国民の健康づくり運動では、健康的公共政策の構築にまでは至っていない。

これはあくまでも、個人の健康実現をゴールとし、自己責任のもと個人の自助努力を促すための政策で個人技能の育成が主体の施策であったといえる。

当時、国民の健康の保持増進を目的とした法令や行政施策は多数あり、それは現在も存在するが、それらの殆どは、がん、感染症、精神疾患などの疾



病別といった疾病指向的システム、あるいは縦割り行政による母子、児童・生徒、労働者、老人などと対象別の施策で、それぞれの分野で個々に行われ、全ライフステージに及ぶ生活習慣病を主要ターゲットにしたものではなかった。この国民の健康づくり運動も栄養改善法に基づき実施されており、2次予防から次予防へシフトして若年期から総合的に健康づくりを推進していくには限界があったといえる。

この時期、米国では、健康的公共政策として、すでに米国厚生省と米国公衆衛生局が、1979年にヘルシーピープル（健康増進と疾病予防についての医監の報告）を発表し、これを健康改善追及の活動を続けていくための基礎としていた。これは、16年にわたり、国民の健康の目的と目標についてモニタリングし追跡調査を行い公的報告を行い州、地域、民間またはボランティア団体との協力のもとに、アメリカ国民の健康改善のための現実的機会に基づいた活動の枠組みを確立して発表したとされている。そして、1990年には、300の目標が22の優先分野に編成されてヘルシーピープル2000として発表された<sup>14)</sup>。このなかには、喫煙者を減らすための州の方針、若年者に対するタバコの広告などの目標値も設定されている。ヘルシーピープル2000の策定にあたって、州、地域、民間またはボランティア団体と協力して目標を掲げ目的を達成しようとしたことは、健康的公共政策が健康支援環境の形成、地域行動の強化につながっていくことになる。

また、米国では、1964年に公衆衛生局長官の喫煙と健康に関するレポートが発表されたのを発端として、直ちに政府機関のたばこ対策連絡委員会が設定されている。1966年にはアメリカ国内のすべての紙巻タバコに警告文がつくようになり、1971年には、タバコのテレビ、ラジオコマーシャルが全面的に禁止され、1972年には国内線飛行機内での禁煙席の設置が義務化された。州レベルでも、1975年にはミネソタ州が全米発の室内のクリーンエア法を可決して、公共施設での分煙を制度化したとされている。そして、ユタ州では1978年に州内すべての広告塔と公共交通機関の車内、車体のすべてのタバコ広告を禁止し、1983年にはサンフランシスコ市が私企業にも分煙の義務化を適用



する条例を可決したとされている<sup>15)</sup>。

第2次国民の健康づくり運動が始まった1988年（昭和63）には、すでに米国では公衆法が施行されて、2時間以内の国内航空路線での喫煙を禁止するといった健康的公共政策が行われていたが、わが国では、1984年（昭和59）のたばこ事業法におけるたばこ産業の健全な発展が優先され、健康セミナーなどによる普及啓発や喫煙防止の保健指導手引書による個人に対する知識の普及といったもので、健康的公共政策の構築のための施策は希薄であったことが指摘できる。

健康支援環境の形成においては、健康づくりの基盤整備として健康増進施設等の整備や健康運動指導者等マンパワーの確保等が行われ、普及啓発として外食栄養成分標示やたばこ行動計画の普及などが行われている。しかし、あくまでも当時の厚生省の範囲内での縦割り行政の取り組みでしかも国レベルでの中央集権体制のもとで全国画一的な施策となっており、省庁を超えて民間やボランティア団体と協力して健康支援環境を形成していくには限界があったと思われる。

例えば、運動を実施するために学校や体育館を開放するといった当時の文部省との連携もなく、健康運動指導士は厚生省と労働省で別々に養成するなど健康支援環境の形成には程遠かったといえる。

ヘルスプロモーションでは健康のための前提条件と展望は、保健部門だけで確保されるものではなくすべての関係部門、すなわち政府、保健及び社会的・経済的部門、行政以外の組織やボランティア組織、地方自治体、産業、そして、メディア活動を調整することが要求される<sup>16)</sup>。

特に、健康づくりという1次予防においては、個人技能の育成も重要であるが、健康的公共政策や健康支援環境の形成が先行されるべきであろう。

ただ、健康づくり対策は一定の成果をあげたとは思われるが、国民の健康状態がどの程度改善されたのかが評価できず、次の対策へ見直してつなげるということが困難であるといった課題もあげられている<sup>17)</sup>。

そして、2000年（平成12）から第3次国民の健康づくり（健康日本21）が

始まった。これは、ヘルスプロモーションの理念のもと、米国のヘルシーピープル2000を参考にして、1次予防を重視した生涯を通じる健康づくりを推進し、国民の保健医療水準の指標となる具体的目標の策定及び評価に基づく健康増進事業の推進及び個人の健康づくりを支援する社会環境づくりを基本的な考えとしている。このことは、これまで個人の責任による健康づくりへの取り組みを推進してきた政策から、政策目標を具体化して評価する仕組みを取り入れて、個人の健康づくりの取り組みを支援する社会環境づくりという公的責任の役割を定めたものといえる。

## 2) 老人保健法

これまでの生活習慣病に対する疾病対策の中心は老人保健法である。

1982年（昭和57）に老人保健法が制定されたのは、保健に医療費を下げることも期待していたものであったが、保健はその役割を果たすことはできなかった。その理由としては、老人保健法は壮年期からの2次予防主体の対策であったことがまずあげられる。もともと、保健活動の成果が結果として医療費に現れるには長期間を要するものであり、特に生活習慣病は早期から1次予防に取り組む必要があるため、高齢期の有所見者に対しては3次予防となってしまう医療費抑制には功を奏さないということである。

しかし、老人保健法の制定によって公衆衛生は大きく転換し、集団的な社会防衛の側面が強かった公衆衛生は慢性疾患という特質に対応すべく、対個人サービスヘシフトした。そのため身近な保健サービスは一番身近な政府である市町村が責務を持ち、都道府県は協力する役割となった。これにより市町村の裁量によって保健サービスの工夫が可能となり、健診や健康教育等も市町村の財源や特性に応じて出来、市町村の力量形成を促したといえる。

そして、老人保健法は、従来から手薄であった生活習慣病予備軍に対する予防的な保健事業を提供するという意味で画期的だったといわれており、保険者である市町村や職域による保健事業展開の素地が出来たことも事実で、今日の地域保健の構造ができあがる過程で同法が果たした役割は大きい<sup>18)</sup>。

課題の一つとしては、保健事業の評価の問題があげられる。これは、平成

16年10月の第6回老人保健事業の見直しに関する検討会議においても課題としてあげられている。

わが国では保健医療プログラムを、特に、経済的評価方法を用いての実証研究が欧米諸国に比べて少なくかなり遅れているということがあげられる。世界的には1970年代から費用効果分析、費用効用分析、費用便益分析といった経済的評価法が用いられるようになったといわれているが、わが国ではまだまだ低調で、数えるほどの研究数である。そして、非経済的評価法でもあまり行われておらず、そのため、同法でも老人保健事業の実施内容や回数等を細かく規定して、その実施自体に重点が置かれていたきらいがある。実施回数や受診率などの数字のみを評価指標として、アウトカム評価の視点が欠けていたことも指摘できる。

わが国で保健医療プログラムの評価が低調であった理由について、武藤は、評価の必要性・重要性が認識されてこなかったことが最大要因としている<sup>19)</sup>。その背景として、特に公衆衛生は中央集権体制のなか補助金での事業主体で推移したため、評価の必要性・重要性を認識できなかったのではないだろうか。

また、健診の精度管理が非常に重要であるものの、市町村はそれぞれ民間の健診機関や医師会等に健診を委託している場合が殆どで、健診機関毎によって検査方法や判定基準が異なっていることが多い場合があり、そのことが住民に混乱を引き起こし、評価も十分に行えないなど多くの問題を生じさせている。

平成16年10月の第6回老人保健事業の見直しに関する検討会議では、本事業が果たしてきた役割として、計画に基づく事業実施による保健関係職種の役割の定着や技術の向上が図られた。

また、健康手帳の交付は1次予防、2次予防、3次予防の連携を促す媒体として予防活動の体系化を促した、医療保険者等の行う保健事業など、他の事業のモデルになったと、ということが出されている。

一方、課題としては、健診受診率の低迷、個々人に対するフォローアップ

の仕組みの不充分さ、40歳未満の者に対する生活習慣病予防の必要性があげられている。

### 3) 医療計画

1985年(昭和60)には第1次医療法改正で、医療資源の地域的偏在の解消、医療施設相互の機能連携の確保を目的とする、都道府県における医療計画<sup>20)</sup>の策定、推進等が定められた。これは、医療と公衆衛生を一体化してスタートさせるもので、これによって医療費抑制のための病床規制が始まったのである。

本来、医療計画はプライマリ・ケアを確保するためのものであるべきであるが、郡司は、「日本はプライマリ・ケアをどうやるのか、ビジョンが全くない。医療計画は単なる病床規制で、本当の意味での医療のビジョンはどこにもないのだから、それを本当に作ることが重要<sup>21)</sup>」と述べている。このプライマリ・ケアは公的責任において確保されなければならない。

プライマリ・ケアの機能としては、①近接性 access to care (患者が身近に利用できる)、②継続性 continuity of care (外来から病棟、診療所から病院など、ケアの場が変わってもケアの内容が継続されること)、③包括性 comprehensive care (住民に対して健康問題の大部分について、予防からリハビリテーションまでカバーできる)、④文脈性 contextual care (患者の価値観や生きがいの脈絡を踏まえた医療である、とされている<sup>22)</sup>。

一方、「プライマリ・ヘルスケアとは、地域に住む個人や家族が受容できる形で、あまねく受ける基本的な保健ケアのことであり、それは住民の積極的参加とその国でまかなえる費用で運営されるものである。プライマリ・ヘルスケアはそれぞれが核となり、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1つの必須部分をなすものである」と定義されている<sup>23)</sup>。このことは、地域ニーズの把握、地域の保健医療資源の最大活用、地域開発の支援といった地域性の重視と、保健スタッフを住民の中から選択し、住民を含めたチームが継続的に責任を負うという住民の自立・自助の2つを柱としている<sup>24)</sup>。

プライマリ・ケアは提供者中心で医療分野に限られているのに対してプライマリ・ヘルスケアは地域住民の主体的な参加を原則とし、医療のみならず、保健・福祉分野まで包括する戦略である。

丸地は、「プライマリ・ヘルスケアに基づく保健医療の特徴は、治療中心型よりも予防重視型、病院・施設中心型より地域・生活の場重視型であり、予防や地域を基本とする保健医療活動は住民の主体的な健康への取り組みを回復させ、わが国の近代医療の弊害を改善する方法を内包している」とし、病院医療（治療医学）偏重からの脱却を述べている<sup>25)</sup>。

そして、生活習慣病対策においては、1974年に、カナダ連邦政府の保健福祉長官であったラロンド（Lalonde, H.M）によってまとめられたラロンド・レポートで、健康問題の解決に寄与するものとして、治療医学や医療制度よりも環境やライフスタイルが重要であると評価し<sup>26)</sup>、これは国外にも強いインパクトを与えた。

医療計画は医療費抑制政策としてスタートしたため、地域でプライマリ・ヘルスケアを推進しながら、同時にプライマリ・ケアを確保していくものになっていないということが指摘できる。

しかし、地域における医療機関の偏在性の解消までにはまだ至っていないものの、総数としての病床規制には役割を果たしたといえる。プライマリ・ケアを確保していくにあたって難しいのは医療機能分化である。そもそも日本では、開業医が有床診療所から病院へと経営を拡大するケースが多いため、医療機能分化が進まないのは歴史的必然性があると言える。その結果、両者の間で患者の奪い合いが生じ、高額な設備投資も行われ医療費の高騰につながってくるのである。

そのため、近年は病院や診療所も健診や人間ドッグ等を実施するようになってきて、そのまま医療につながりやすくなってきたという面もある。ただ、医療における予防は2次予防となる。

一方、日本は皆保険制度で医療へのアクセスが容易な状況にあるため、国民は医療に依存しがちで、しかも健康問題に対しては中央集権・専門家主導

体制の歴史から非主体的になりやすいという問題も指摘できる。

また、医療計画は病床規制を行っているため、医療機関の競争が働かず、許可病床を保護し、新規参入を妨げるという問題点も指摘されている。

### III 生活習慣及び生活習慣病の現状と課題

#### 1 生活習慣の現状と課題

生活習慣病と健康の関わりに関する研究としては、1965年にブレスロー (Breslow L) らが行った研究から、7つの健康習慣が身体的健康度と強く関連していることが明らかにされている<sup>27)</sup>。そして、死亡率に強く関連していたのは、喫煙、過度の飲酒、運動不足、肥満、6時間以下または9時間以上の睡眠という5つの生活習慣であった。ブレスローらの研究以来、わが国でも星らが調査を行い、生活習慣と健康度の関連について同様の結果を報告している<sup>28)</sup>。

従来、生活習慣は個人の責任として公的責任の範囲は小さく、そのため個人の努力を促すような政策であったが、2000年（平成12）の第3次国民の健康づくり運動から、個人の責務とともに健康的な生活習慣を形成するための社会環境づくりを公的責任の範囲として定め取り組んでいる。しかし、返って悪化している生活習慣もみられており生活習慣の改善には至っていない現状が伺える。これは、まだ個人の責任に委ねられている範囲が大きいためと考えられる。そこで、栄養、運動喫煙習慣及び健康診断受診状況といった個人の責務とともに公的責任や事業者責任の範囲が大きいと考えられる生活習慣の現状と課題について述べていく。

##### 1) 栄養

平成15年国民健康・栄養調査結果から、栄養素等摂取状況をみるとエネルギー摂取量に占める脂肪エネルギーの割合は、減少はしているものの、20～40歳代で適正比率を上回っており肥満、高脂血症を招くことになる。食塩摂取量も減少しているものの、成人は基準値の10g/1日を上回る11.7g/1日となっている。また、野菜類の摂取量が目標値の350g/1日に対して、277.5g/

1 日で若年ほど摂取量は少なくなっている。

## 2) 運動

平成15年国民健康・栄養調査結果から、運動習慣のある者の割合は、男女とも平成10年に比べて減少しており、男性の20～50歳代と女性の20～40歳代が低くなっている。特に女性のほうが低く、20歳代では15.3%、30歳代では13.1%、40歳代で16.7%である。これは妊娠、出産、育児の時期であるためと思われるが10年前に比べるとかなり低くなっている。

健康日本21では、日常生活における歩数の増加を男性9,200歩以上、女性8,300歩以上に目標値を設定していたが、昨年10月からの中間評価では、男女とも策定時のベースよりもむしろ減少していた。

## 3) 喫煙

平成15年の国民健康・栄養調査では、わが国の20歳以上の喫煙者率は、男性46.8%、女性11.36%で経年的にみると男性では低下傾向にあるが、他の先進諸国に比べると高率である。男性では30歳代が56.8%と一番高く、女性では20歳代が19.2%と最も高く、近年20歳代、30歳代の喫煙者率が上昇している。

また、2000年度に実施された未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査（厚生科学研究による調査研究班）によると、この30日間に1日以上たばこを吸ったことがあるものの割合は学年とともに上昇し、高校3年の男子生徒では、36.9%（1996年36.9%）、女子生徒では15.8%（同15.6%）であった。そのうち毎日喫煙者も高校3年男子の25.9%（同25.4%）、女子生徒では8.2%（同7.1%）に達している<sup>29)</sup>。

## 4) 健康診断や人間ドッグの受診状況

平成14年国民栄養調査結果から、20歳以上で過去1年間の健康診断や人間ドッグの受診状況をみると、全年齢で男性の受診者が高く、特に45歳～54歳が72%と最も多く、女性は65～74歳が64.8%と最も多くなっている。年齢別にみると、20～24歳が最も少なく男女とも40%程度で、25歳以降男性は60%を越えるが、女性は40～50%程度で、45歳以降に60%を越えることになる。



これは、40歳未満の専業主婦や自営業等の人々が、自費で医療機関や健診機関の健診を受けなくてはならないため思われる。

仕事の有無別にみると、「仕事あり」の人は66.1%が受診し、「仕事なし」の人は50.7%である。「仕事あり」の者を勤めか自営かの別にみると、一般常雇者は72.9%であるのに対して、日々又は1月未満の契約の雇用者は45.9%と少ない。

以上のことから、エネルギーは過剰摂取であるが運動習慣は低く、喫煙率は世界トップクラスで、しかも、高校生の喫煙経験率も高い。そして、20歳代前半の健診受診者は、4割程度で、45歳未満の女性は未受診者が多いといえる。

## 2 生活習慣病の現状と課題

生活習慣病は、その名前のとおり個人の生活習慣に起因する病気として個人の責任とされてきたが、第3次国民の健康づくり運動から、健康的な生活習慣を形成して生活習慣病を予防するのは、個人の責務とともに社会環境づくりが公的責任であるとして取り組んでいることは先にも述べたとおりである。しかし、生活習慣の改善には至らず返って悪化している現状であり、その結果生活習慣病の増加を招く結果となっていることも前述のとおりである。生活習慣病の中でも代表的な糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満といったものは、栄養や運動習慣、喫煙などの生活習慣に起因するもので個人の責任のみならず公的責任の範囲も大きくなってくると考えられる。特に児童生徒については学校や公的責任の範囲が大きいと考えられるが、現状は個人の責務に委ねられる範囲が大きいと思われ、糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満及び児童生徒の現状を述べていくこととする。

なお、これまでの生活習慣病対策は、2次予防の疾病に特異的な予防、例えば高血圧、糖尿病、心疾患などそれぞれの病気に対する予防対策であったが、本年4月に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪を必須項目として2

つ以上の関連危険因子をもつ病態）の診断基準が示されてその概念が導入された。

### 1) 糖尿病

平成14年の糖尿病実態調査によると、糖尿病が強く疑われる人は約740万人、糖尿病の可能性を否定できない人が約880万人をあわせると1,620万人と推計（平成14年10月1日の推計人口で推計）された。これは、平成9年の調査結果に比べて約250万人増加していることになる。

糖尿病は脳卒中や虚血性心疾患などの危険因子で、症状が出現したときには、すでに進行した状態となっていることもあり、透析の原因疾患として糖尿病性腎症は1位である。

糖尿病は初期では自覚症状がないことが多く、健診で初めて見つかることが多い疾患である。今回の調査で糖尿病が強く疑われる人のうち、過去に住民健診、職場健診、人間ドッグなどで糖尿病に関する検査を受けたことがある人では54.9%が治療を受けていたが、糖尿病の検査を受けたことがない人では10.6%しか治療を受けていなかった。健診は異常の早期発見・早期治療のために実施するものであり、健診受診率を高めることと、未受診者への対策が課題になってくる。

そして、糖尿病の予防や治療に関する情報源は、テレビ・ラジオが圧倒的に多く、次いで新聞で、3番目は男性は、病院・診療所があげられており、女性は雑誌・本であった。全体的に男性は女性に比べて情報源が少なく、自分から積極的に情報収集するのではなく、健診や人間ドッグ等の機会に受身的に情報を得ていると思われる。

また、食生活の相談の場所を知っている者の割合は、全体では68.9%であったが、20代、30代では低く特に男性の20代では38.8%、30代では46.9%と他の年代に比べて低く、健康の観点からの食生活そのものに関心が低いものと思われる。

### 2) 高血圧症

平成14年の年齢階級別受療状況（平成14年患者調査）をみると、40歳代後

半から高血圧症で医療機関に係る人が急激に上昇してきており、若年期からの生活習慣の影響が壮年期に現れてきていることがわかる。高血圧は、自覚症状が殆どなく血圧測定によってわかるため、血圧測定の機会がないと見過ごされることになる。

### 3) 高脂血症

平成14年の年齢階級別受療状況（平成14年患者調査）をみると、高血圧同様に40歳代後半から急激に上昇してきているが、高脂血症もそれ自体ではほとんど自覚症状がなく健診などで分かるものである。そのため、健診の機会がないと発見できないことになる。

### 4) 肥満

平成15年国民健康・栄養調査をみると、20歳以上でのBM1（Body Mass Index＝体重（kg）/身長（m）<sup>2</sup>）が25以上の（肥満者）である者は、男性で27.8%、女性で22.2%であった。20年前の状況と比較すると、男性はいずれの年齢層においても肥満者の割合が増加していた。年代ごとにみると特に20～30歳から30～39歳にかけては肥満者の割合が14.8%～32.7%へ上昇し、その後は約3人に1人が肥満者ということになっている。女性は20年前に比べると60歳以上で増加し30.3%と男性より高いものの、他の年代では男性の肥満者が圧倒的に多かった。

健康日本21では、20～60歳代の男性の肥満者の割合の目標値を15%以下にしていたが、中間評価をみると、策定時のベースライン値である24.3%から29.5%に増えていた。

### 5) 児童生徒

現在の児童生徒は、1、偏った食事内容からくるカルシウムや鉄などの微量栄養素の不足、脂肪などによるエネルギーの過剰摂取、2、偏食の増加や高血圧、肥満などの生活習慣病の兆候がみられるとの指摘<sup>30)</sup>がされている。

熊本県が平成16年中高生を対象に実施した子どもドッグの結果からも、高コレステロール血症が24.9%認められ、男子の1割は高尿酸血症と診断され、中にはすぐ治療が必要と診断されたり、このままの生活を続ければ20代前半

で痛風になる可能性の高い者もあり、すでに生活習慣病の兆候がみられている。また、アンケート結果からも、約60%が頻繁に就寝前に夜食をとっており、甘味飲料などを毎日1本は飲むのも約60%で、睡眠不足と感じているのも60%という調査結果がでている。夜型の生活や脂質などの過剰摂取など生活改善が必要となっていることがわかっている。

以上、生活習慣病の代表的な疾患の現状を述べたが、平成16年1年間に日本病院会の予防医学委員会と日本人間ドッグ学会がまとめた「人間ドッグの現況」で、健常者と診断された者の割合が過去最悪の12.3%で、また、15年度調査では生活習慣病予備軍に歯止めがかかっていたものが増加に転じたこと公表され、60歳未満のいずれの年代も増加に転じている<sup>31)</sup>。

長年の生活習慣に起因する生活習慣病は1つの疾病が他臓器の合併症を引き起こし、その後機能低下をきたしていく。例えば糖尿病の場合、発病後長期間にわたって食事療法、運動療法を続ければ社会的活動は続けられるが、不摂生を続ければ、腎機能低下、血行障害、心疾患などを引き起こし、足の壊疽や腎不全に陥る。生活習慣病は単独で発症することは少なく、生活習慣によって複数の疾患を併発し、しかも無症状のまま進行していく特徴がある。

#### IV 生活習慣病予防の方策の現状と課題

##### 1 個人の権利・責務の現状と課題

生活習慣病は、遺伝的要素や特異的な場合を除き、予防することが可能な部分が多い。しかし、これまで述べてきたように、従来、生活習慣病は個人の責任とされてきたが、2000年から第3次国民の健康づくり運動では、生活習慣病の予防のための健康づくりは個人の責務とともにそれを支援する公的責務の役割が規定されるに至り、推進されているものの、まだ、従来の個人の責任に委ねられている範囲が大きい政策から脱しきれていないといわざるを得ない状況であると思われる。

そこで、生活習慣病を予防するための個人の権利・責務の範囲はどこまでなのか、各ライフステージに沿ってそれぞれに規定されている年齢層毎にそ

の現状と課題について考察する。

## 1) 母性並びに乳幼児期における現状と課題

### (1) 現状

まず、生活習慣は子どもの頃からのライフスタイルによって形成されていくが、子どもの時期は保護者の責務となってくる。母性並びに乳児及び幼児を対象とする母子保健法においては、第3条で「乳幼児及び幼児は、心身ともに健全な人として成長していくために、その健康が保持され、かつ、増進されなければならない」とされており、そのために第4条で、母性及び保護者にはみずからすすんでその健康の保持及び増進に努めるようにし、そして乳児又は幼児の健康の保持及び増進に対する努力義務を規定している。

しかし、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持増進のためには、保健や医療に関する専門的な指導や健康診査を受けて健康状態をチェックしていく必要がある。そのため、第12条で満1歳6か月児を越え満2歳に達しない幼児及び満3歳を超え満4歳に達しない幼児には、市町村が実施する健康診査を受ける権利が規定されており、そのような保健サービスを活用して保護者は母性自身並びに乳幼児の健康の保持増進を図っていく責務を有することになる。

また、妊娠した場合、第15条に「妊娠した者は、保健所を設置する市又は特別区においては保健所長を経て市町又は区長に、その他の市町村においては市町村長に妊娠の届出をするようにしなければならない」と届出義務が規定されている。妊娠の届出をした者に対しては、第16条で母子健康手帳の交付が義務付けられている。この母子健康手帳は、妊娠中から出産までの母親の記録および出生から就学時に至るまでの児の健康状態（健康診査、健康相談の指導）を記録する欄があり、その他母子の健康に関する各種情報が記載されており、母子の健康の保持増進のみならず児の健全育成に大きな役割を果たしており、妊娠した者は、妊娠届を行うことで母子健康手帳の交付を受ける権利を有することになる。

## (2) 課題

母子健康手帳の交付によって、母子の健康状態を確認しながら日常生活に活用することが出来るが、妊娠中から出産に関する記録は、あくまでも母体が妊娠を継続できる身体状況であるかどうか、貧血や妊娠中毒症など母子の生命に危険がないか、また、出産も正常であったかどうかなどということを記録し、その後は乳幼児期の子どもの発育発達に関することが主である。そのため、母親は自分の妊娠中から出産までは、健康な子どもを生むために栄養摂取や運動に取り組むが、それは生活習慣病予防のためのものではない。しかも、産褥1ヶ月までは記録欄があるがその後の母親の健康状態を記録するところではなく、体重の変化などを記入し自分自身が健康管理をして生活習慣病を予防していくには限界があると思われる。また、乳幼児期における満1歳6か月児を越え満2歳に達しない時期及び満3歳を超え満4歳に達しない時期に受けることが出来る健康診査は、身体発育や精神発達をチェックし異常の早期発見のためのものであることから、保護者は言葉の発達や疾病の有無、身体発育に関心があり生活習慣病の予防という観点からの健康の保持及び増進までには至らず個人の責務としては限界があるのではないだろうか。

### 2) 児童生徒における現状と課題

#### (1) 現状

児童生徒等並びに職員の生活習慣病予防では学校保健法第1条において、「この法律は、学校における保健管理及び安全管理に関し必要な事項を定め、児童、生徒、学生及び幼児並びに職員の健康の保持増進を図り、もって学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資することを目的とする」とされており、保健管理の中核として第4条～11条で学校に健康診断と健康相談を義務付けている。このことによって児童生徒は学校が実施する就学時の健康診断や定期的健康診断及び健康相談を受ける権利を有することになる。この健康診断は、身長や体重、栄養状態、視力、聴力、心臓疾病の有無等を集団健診という方式を用いて健康管理のためのスクリーニング検査を行い、疾病や異

常があった場合は保護者に通知されて学校医により個別の健康相談を受けたり医療機関を受診したりすることになる。

## (2) 課題

健康診断は目的に照らしてみると単に疾病や異常の早期発見だけではなく、健康の保持増進を目的とした健康状態の把握ということになる。健康診断の役割として、衛藤は、1、個々の児童生徒が、自分の体に興味をもち、健康に対する意識を形成することに資する、2、個々の児童生徒について心身の発育・発達段階を確認するための資料、身長や体重など身体発育値はこのような目的での活用、3、学校生活には大きな支障にはなっていないとしても、児童生徒個人の生涯にわたる健康管理が必要な各種の慢性疾患や慢性的健康障害について、将来を見通した管理や指導、または支援を行なうための資料等をあげている<sup>32)</sup>。しかし、児童生徒が健康診断の結果から自分の健康に関心を持ったとしても、児童生徒自身が将来を見通した生活習慣病予防のためのライフスタイルの選択の範囲は狭く、保護者の選択に委ねられる部分が多いため児童生徒自身が健康管理を行って生活習慣病を予防していくには限界がある。また、児童生徒の生活習慣は学校教育のあり方とも関連してくるため児童生徒の努力の範囲は限られてくるとされる。

## 3) 労働者における現状と課題

### (1) 現状

教職員については一般労働者と同様に労働安全衛生法による健康診断の対象でもある。

労働者の生活習慣病予防では、第66条の5で、「労働者は、前各項の規定により事業者が行う健康診断を受けなければならない。ただし、事業者の指定した医師又は歯科医師が行う健康診断を受けることを希望しない場合において、他の医師又は他の歯科医師の行うこれらの規定による健康診断に相当する健康診断に相当する健康診断を受け、その結果を証明する書面を事業者に提出したときはこの限りではない。」として、労働者に健康診断を受けることを義務付けている。



そして、健康診断の結果は、労働者に通知されなくてはならず（第66条の6）、特に健康の保持に努める必要がある労働者に対しては、医師又は保健師による保健指導を行うように努めなくてはならないと事業者に努力義務が課せられている（第66条の7）。また、第69条では、「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の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に努めなければならない」とされており、健康診断受診の結果、労働者は自分自身の健康状態を確認できることになり、事業者が講じる保健指導等を利用して、健康の保持増進に努めなくてはならない（66条2項、69条2項）。

## (2) 課題

平成9年の労働者健康状況調査<sup>33)</sup>によると、労働安全衛生法第66条で事業者に義務付けられている定期健康診断でも、30人未満の事業所では19.4%と約2割の事業所は健康診断が未実施となっており、このような事業所の労働者は、自分の健康状態のチェックすら行う機会がないことになり、労働者は、生活習慣病予防のための健康診断を受ける権利が侵害されることになる。事業者健康診断の実施を請求し、生活習慣病の予防に努めていく必要があるといえる。

### 4) 老人保健法の対象者における現状と課題

#### (1) 現状

40歳以上で産業保健の対象者を除いた人々の生活習慣病予防は、市町村が実施する老人保健法第12条に規定するもののうち、健康手帳の交付(第13条)、健康教育(第14条)、健康相談(第15条)、健康診査(第16条)を受ける権利があり、これらを活用して、第2条の基本理念である「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める」責務を有することになる。

ただ、個人のライフスタイルは自由であり、公的機関が直接、強制的に個人の生活習慣改善に介入できないが、個人の努力だけでは解決できない生活習慣、例えば受動喫煙に関しては単なる努力義務ではなく、健康増進法第25

条で、受動喫煙の防止は、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するための必要な措置を講ずるように努めなければならない」とされている。この規定によって個人は、施設管理者に対して、受動喫煙防止対策の措置を講じるよう要求する権利があることになり、防止対策が講じられることでさらに健康増進が図られることになる。

## (2) 課題

老人保健法は40歳以上を対象としているため、40歳以上でないと健康診断や健康教育等の保健事業を利用する権利はない。しかし、生活習慣病は、若い頃からの長年の生活習慣の結果として、主に40歳以降から生活習慣病を発症するもので、40歳未満の生活習慣病の予防が重要となってくるが、20歳代～30歳代の学校保健、産業保健の該当にならない人は、自費で健診や人間ドック等を利用するなど個人の責務の範囲が大きいという課題があげられる。

## 2 自治体及びその他の健康増進事業者の責務

本稿では、ヘルスプロモーションの行動計画における、政府、公的部門の行動計画のなかで、健康的公共政策の構築と健康支援環境の形成について検討した。

### 1) 若年期からの生活習慣病予防体制づくり

ライフステージにおける健康支援の政策として健康診断や健康診査は、妊娠・出産・乳幼児期は母子保健法、児童・生徒・学生及び教職員は学校保健法、労働者は労働安全衛生法、自営業者や国保加入者は老人保健法と各法律に基づきそれぞれ場で実施されている。そこで、ライフステージに沿って年齢層毎に自治体及びその他の健康増進事業者の責務について考察する。

### (1) 母性並びに乳幼児期に対する現状と課題

#### ①現状

地方公共団体の責務として、母子保健法では、第5条で、母性並びに乳児

及び幼児の健康の保持増進努めなければならないとされており、そのため、知識の普及（第9条）や保健指導（第10条）、健康診査（第12条）、母子手帳の交付（第16条）等の施策を講じなくてはならない。

この母子保健法は、1965（昭和40）年に制定されており、制定に至った経緯は、戦後母子保健の水準は向上したものの乳児死亡や妊産婦死亡などの改善しなければならない問題が多く、妊産婦のみならずその前段階の女性の健康管理を含め一貫した母性保健対策の強化を図る必要があったことから、広く母性及乳幼児の保健を対象とした単独法として母子保健法を制定する必要があったからである。これによって、母性の保護と尊重、母性及び乳幼児の健康の保持増進、母性及び乳幼児の保護者自らが進んで母子保健に対する理解を深め、その健康保持増進に努力するという母子保健の理念が明らかにされるとともに、母子の一貫した総合的な母子保健対策が推進されることになった。

## ②課題

以上のようなことから、母子保健法の内容は現在の生活習慣病の予防対策としての機能を果たすようにはなっておらず、生活習慣病予防としては限界も感じられる。例えば、1歳6ヶ月児や3歳児の健康診査では、母子保健法施行規則で、身体発育状況や栄養状態及び疾病の有無等といった健診項目が定められているが、これらは児の心身の発育発達を確認するとともに疾病の早期発見といったスクリーニングである。そして、問診においても、食習慣や睡眠習慣等生活習慣病に関連する問診項目があるものの、食習慣では偏食の是正や歯科保健を目的とした保健指導への活用となっており、言語発達や運動発達等心身の発育発達に関するものが主である。しかも、母親は妊産婦期には母子保健法の対象となるが、乳幼児の育児期は母子保健法の対象とはならないため、母親の生活習慣に関する問診項目はないことになる。子どもの頃のライフスタイルは保護者によって形成される。そのため子どもの頃の生活習慣病予防は保護者の責務であることから、母子保健法第10条で規定している、妊産婦若しくはその配偶者又は乳児若しくは幼児の保護者が保健指

導を請求できるようにするためには、このような健康診査時に保護者の生活習慣に関する問診項目等も盛り込み、併せて肥満度の測定を実施するといったことや、あるいは他の健診の受診者は結果を持参してもらうなど保護者の健康状態も含めて保健指導を受けられるような生活習慣病予防対策を工夫する必要もあるのではないだろうか。この年代の保護者は、20～40歳代が殆どであり、健診未受診者も多いことから生活習慣を確認できる機会ともなる。なお、保護者の問診項目の追加や保健指導については、現予算の範囲内での対応が可能で改めて予算措置する必要もないと思われる。

## (2) 児童生徒に対する現状と課題

### ①現状

学校保健法は、学校が集団の場であり、健康に適した環境である必要があること、児童生徒の健康が学校教育における学習能力向上の基礎となること、さらに児童生徒の健康の保持増進そのものが、教育の目的につながることを考慮して、1958（昭和33）年に公布、そして、1995（平成7）年に定期健康診断の見直しが行われ、生活習慣病予防対策としては心電図の検査を小学一年、中学1年、高校1年に実施するようになった。学校保健法では第1条で児童、生徒、学生及び幼児の健康の保持増進を図ることを目的としており、生活習慣病の予防においては健康診断と健康相談（第4条～第11条）が中核となっている。

### ②課題

現行の保健管理の中核は健康診断と健康相談となっているが、これは、疾病や異常の発見にとどまっており、児童生徒が、自分の健康状態を把握し自主的な健康管理を学習して生活習慣病を予防していく場としては限界が感じられる。児童生徒の生活は親や家族、学校などの環境によって形成されることになり、自己選択の範囲は少ない。例えば、交通手段の少ない地域では、自家用車の保有率が高く、保護者等の車での送迎による運動不足から学童肥満が多いという結果もでており、児童生徒を取り巻く環境要因に着目してはならない。そのため、その地域の特性に応じて、児童生徒が自ら健康管

理していけるようにするとともに周囲の環境要件を整えられるように、健康づくりを目指した健康診断のあり方が必要である。現在の健康診断項目は、身長や体重、栄養状態、視力、聴力、心臓疾病の有無等といった身体発育状況や疾病のスクリーニングとなっており、生活習慣をチェックするものではないため、問診項目に児童生徒自身の甘味料や偏食等の食習慣に関することや日頃の身体活動・運動の内容や頻度等を加えて児童生徒が自らの生活習慣を自覚して健康管理していけるようにすることも必要なのではないだろうか。

また、児童生徒代表や保護者を交えた学校保健委員会を設置して、学校保健委員会は任意設置であるため既に設置している学校もあるが、児童生徒の生活習慣や健康状態を通して保護者自身も生活習慣病を予防するとともに児童生徒の健康なライフスタイルが確立できるような方策を協議する場として学校内の組織・体制を整備する必要があると考える。その際、市町村や保健所などとの連携も図る必要がある。

東京都や長野県等は学校保健審議会条例を定めて取り組んでいる。長野県の審議会では教育委員会の諮問に応じて、学校環境や学校生活、学校保健事業、学校給食に関する事項に関して調査審議するとされており、学識関係者や学校保健団体の関係者、関係官公庁の職員からなる委員で構成されている。東京都では学校の保健衛生に関する事項の審議答申で、構成委員としては、長野県の構成委員に加えて児童生徒の保護者や公立学校教職員等も加えている。このように、学校における保健管理について審議する機会も必要なのではないだろうか。

### (3) 労働者に対する現状と課題

#### ①現状

一般労働者の健康の保持増進のための措置としては、労働安全衛生法第66条で「事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない」と事業者健康診断の実施を義務付けている。この一般健康診断は、労働安全衛生規則で雇入時の健康診断(第

43条)、定期健康診断(第44条)、特定業務従事者の健康診断(第45条)、海外派遣労働者の健康診断(第45条の2)結核健康診断(第46条)、給食従事者の検便(第47条)の6種類であるが、生活習慣病の予防の基本となるのは定期健康診断である。そもそも事業所における健康管理の目的は、生産が効果的に行われるよう、その労働者達の疾病予防ならびに健康の保持増進を図ることである。第66条の3では、事業者健康診断の結果の記録を義務付け、第66条の4において、その結果で異常所見があった場合、事業者は医師又は歯科医師の意見を聴かななくてはならないとし、その結果によっては、事業者は就業場所の変更や作業の転換、労働時間の短縮などの措置を講じなくてはならない義務がある。

この定期健康診断等の結果、直近のものにおいて、業務上の事由による脳・心臓疾患の発症に関わる一定の項目(血圧検査、血中脂質検査、血糖検査、BMI 肥満度の測定)のいずれの検査項目にも異常の所見があると診断された場合、これらの者には、脳血管と心臓の状態を把握するために必要な検査を行う二次健康診断と、その結果に基づき脳血管疾患、心臓疾患の発症の予防を図るため医師などにより行われる特定保健指導が平成13年から給付されるようになった。これは、近年労働者が業務上の事由によって脳血管疾患や心臓疾患を発症し、突然死などの重大な事態に至る過労死等の事例が増加傾向にあるためであり、これらの疾患は発症前の予防が有効であることから労働者災害補償保険制度に二次健康診断等給付を新たに設け、発症予防を図るために導入されたのである。

## ②課題

平成9年の労働者健康状況調査では、事業者健康診断の実施を義務付けているが、小規模事業所では約2割が未実施である。しかも、健康診断の結果異常所見があっても、特に何も行っていない事業所が約3割となっており、小規模事業所ほどその割合は高くなっている。第66条の4では、健康診断の結果有所見者に対しては、事業者は何らかの措置を講じるように義務づけられているが、そもそも労働安全衛生法は、労働災害を防止して職場における



労働者の安全と健康を確保すること、そのための職場環境の形成を促進することを主目的としているため、事後指導までは実施しても、生活習慣病発症後の2次障害、例えば身体障害者になった場合等、生産の効率性に影響がある場合を除いては、生活習慣病による就業場所の変更や作業の転換等までは想定していないと思われる。

ただ、労働者の約8割が健康管理のため会社に期待をしており、その内容としては、健康診断の結果に応じた健康指導の実施を求めているものが約3割を占めている。

健康診断が未実施の場合は、第120条で罰則規定が設けられており50万円以下の罰金となるが、有所見者に対する事後指導や事後措置に関しては罰則規定もなく、行政指導となる。行政が生活習慣病に対する事後措置の状況まで把握して対応するには限界もあるが、小規模事業所に対する行政指導を強化していく必要があるのではないだろうか。

#### (4) 老人保健法の対象者に対する現状と課題

##### ①現状

老人保健法では、第4条で地方公共団体の責務として、住民の老後における健康の保持増進を図るため、保健事業が健全かつ円滑に実施されるよう適切な施策を実施しなければならないとし、生活習慣病予防の施策として保健事業で健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査が義務付けられている。

##### ②課題

老人保健法では保健事業の対象は40歳以上の壮年期であり、学校終了後～39歳までの年齢で、産業保健でもカバーされない人々、いわゆる自営業や専業主婦、フリーターなどの人々に対する保健サービスは欠落しており連続性が確保できないということについては先に述べた。昨年10月19日に公表された医療制度構造改革試案でも40歳未満の健診・保健指導については医療保険者による実施を努力義務に止めている。本年から老人保健法による子宮がん検診は対象が20歳以上となったものの、がん検診は一般財源化されており、



市町村の裁量に委ねられている。それ以外は結核予防法における検診のみで生活習慣病対策ではない。

20歳代の運動不足や、20、30歳代の喫煙習慣なども先に述べたが、食生活や、飲酒、喫煙などの生活習慣が大きく変化し、定着する20～30歳代は特に重要な時期であり、そして、近年、定職に就かない若者が増加していることから、この時期にターゲットを絞り込んで予防対策を行うことは自治体の責務と考える。

そのためには、若者が集まりやすい場所での広報活動、ボランティアや民間団体との連携・協力を図りながら、メディアやIT等を活用した広報戦略などで個人が健康に関心を持ち、健康づくりを推進できるように正しい情報を提供し、エビデンスが示されている正しい知識や活用できる資源を常に提供していくことが求められる。また、モニタリングの仕組みも整備しておく必要がある。

健診未受診者対策としては、既存の保健サービスの対象外となる人々の把握を行わなくてはならず、そして、生活習慣の定期的なチェックとハイリスク者には健診の機会を設けることがなくてはならないと考える。ただ、1次予防を重視した健康増進のための方策や健診のあり方等については国の施策の動向等も踏まえて、今後深めていきたいと考える。

#### (5) ライフステージを通じての現状と課題

##### ①現状

従来、縦割り行政の影響でライフステージを分断した体制であったが、地域保健法の基本指針の改訂及び健康増進法の健康診査指針の策定により、生活習慣病予防のために連続性を確保出来るような体制になってきた。

健康増進法第9条では、「厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳（自らの健康管理のために必要な事項を記載する手帳をいう）の交付その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針を定めるものとする」としている。この条文によって、健康診査の

実施方法、その他、結果の通知方法、健康手帳の様式などについて、各保健事業実施者に共通する指針が平成16年に策定され、「母子保健」「学校保健」「産業保健」「医療保険の保健事業」及び「老人保健」の各保健事業が調和の取れたものとなって連続性が確保され、生涯を通じた保健事業の一体的推進が図られることになった。

そこで、本年度から地域と職域の連携の下で生活習慣病対策に取り組むために、都道府県レベル及び2次医療圏レベルで連携推進協議会を設置し健康づくりのための情報共有や保健事業の共同実施、そして、保健事業で使用する施設等の社会資源を相互に有効活用する等の連携事業を行うことになり、生涯を通じた継続的な保健サービスの提供体制の整備を目指すことになったことは前進である。

そして、昨年12月1日には、政府・与党医療改革協議会で医療制度改革大綱が決定した。その中では疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていくことを基本的な考え方としており、特に生活習慣病の予防を重視し、そのために中長期的な医療費適正化策では、都道府県医療費適正化計画の策定や、医療保険者による40歳以上対象の健診・保健指導の義務化を盛り込んでいる。都道府県健康増進計画では、生活習慣病を25%減少させる政策目標に向けて健診・保健指導の実施率で目標を設定し、40歳以上に対してはメタボリックシンドロームの概念を導入した健診・保健指導を実施することとしている。生活習慣病対策では、国保と被用者保険の医療保険者に健診・保健指導の実施を義務付けて平成20年度から実施に移す方針である。現行制度では、老人保健法や医療保険者、事業主などで健診・保健指導が重層化し、必ずしも責任主体が明確となっていなかった問題があったがこれによって、保健事業の責任主体は明確にされたことになり、都道府県の役割が医療保険者への指導、助言、保険者協議会での関係者間の調整、市町村が実施する普及啓発の支援となる。

また、現在、厚生労働省の「生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会」で健診や保健指導の在り方が検討されており、「健診及び保健指導に

関する基本指針」が提示されることになっている。これは、老人保健法で手薄であった健診から保健指導まで一体的なサービスや生活習慣改善の必要度に応じて、保健指導では対象者の階層化・プログラムの標準化を図り、健診では、機会の重層化、内容の重点化を検討している。

## ②課題

本年度から地域と職域の連携の下で生活習慣病対策に取り組むために、連携推進協議会を設置して、生涯を通じた継続的な保健サービスの提供体制の整備を目指すことになったが、生活習慣病の予防のためには、職域よりも学校保健との連携が重要で、2次医療圏毎に設置されている地域医療推進境議会や任意設置ではあるが学校保健委員会を活用しての連携協議会を設けるなど、市町村レベルでの連携体制づくりが図られなければならないと考える。平成10年7月に教育課程審議会の提言に基づき学習指導要領が示され、保健については、「生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を培うため、健康の大切さを認識し、健康なライフスタイルを確立する視点に立って、内容の改善を図る。その際、近年の生育環境、生活行動、疾病構造等の変化にかかわって深刻化しているこころの健康、食生活をはじめとする生活習慣の乱れ、生活習慣病、薬物乱用、性に関する問題等に対応できるようにする」とされている<sup>34)</sup>。思春期は、様々なことに関心を持ち、マスコミや周囲からの影響を受けやすい時期である。そのため、生活習慣病の1次予防の絶好のチャンスであり、その結果、子どものころからの健康な生活習慣が定着できることになるのではないだろうか。

一方、医療制度構改革大綱及び「生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会」の検討内容をみると従来の疾病対応型の2次予防に関する検討が主で、1次予防対策に欠ける感が否めない。医療費が下がる要素として、がん検診や基本健診の2次予防対策を受診した人の方が受診しなかった人より医療費が低いという結果が、辻らの研究<sup>35)</sup>によって示されており、また、平均寿命が上位の市区町村は健診受診率が高いところが多く、そして、平成11年度医療費マップから平均寿命が長いところは医療費が低い傾向にあるとい

うことも分析されている<sup>36)</sup>。このように健診による医療費抑制の効果は確かに認められていることから2次予防対策を充実していくことは重要であるが、併せて1次予防対策に主体をおかなければ従来の健康づくり対策同様、異常の早期発見者は減少せず効果的ではない。辻らの研究では、最も医療費がかかるのは運動をしない人であったという結果がでており、これに喫煙が加わると平均より約3割医療費が増加してくる。このようなことから1次予防対策に主体をおかなければならないのは当然であり、その1次予防対策として新潟県阿賀野市（旧笹神村）では、40歳代の男性がいる家庭を保健師が全戸訪問して保健指導を行った結果、医療費削減につながったという結果がでている。ただ、1次予防も2次予防もQOLの向上を目指して取り組むことが重要でありその結果として医療費の削減を目指さなければならないのは当然のことである。また、平成17年度から始まった国民健康保険法における保健事業として核となる国保ヘルスアップ事業も生活習慣病予備軍（概ね老人保健事業の基本健康診査の結果要指導者）に対する保健事業で2次予防対策である。

一方、健康日本21も医学的な考えに依拠した医学モデルの域を脱しきれていない感も否めない。健康は所得や職業階層、教育年数等といった社会経済的要因と関連しているが、健康日本21では、そこには目が向けられておらず限界も感じられる。所得格差や教育年数を平等化していくことは容易ではないが、社会経済的要因に着目して、医学モデルに社会モデルを加えて対象者のターゲットを絞り込んでいくなどのアプローチも必要なのではないだろうか。近藤は、低所得や低学歴、低い職業階層など低い社会経済状態の者ほど運動不足やカロリーの取りすぎの結果である肥満や喫煙など好ましくないライフスタイルがみられるとしている。そして、低所得者ほどソーシャルサポートの授受が少ない者が多く、また、教育年数が短いほど健診未受診者が多いという結果もでている<sup>37)</sup>。このようなことから、単に健診結果からの検査値の異常者や予備軍のみに着目したハイリスク者というのではなく、所得や学歴、職業等に着目してのハイリスク者を抽出してアプローチしていく必要がある

と思われる。

ヘルスプロモーションは、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。そのため、社会経済的要因のハイリスク者に対して個人の技能の育成を図り、ボランティア等による地域でのサポート体制を整備して支援環境を形成していく必要があると考える。

## 2) 健康増進法における現状と課題

### (1) 現状

従来、公衆衛生では、生活習慣病は個人の取り組みを促すため、疫学を基礎とする疾病対策を行ってきており一定の成果は収めている。しかし、個人の取り組みのみでは限界があり、その取り組みを支援するため、健康増進法第3条では、国及び地方公共団体には「教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析、及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに健康増進実施事業者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない」と努力義務を課している。

現在、健康に関する情報はマスメディアやインターネット等を通じて幅広く提供されているが、逆に情報が溢れており、正しい情報を見極めるのが困難な状況になっているといわざるを得ない。

そのため、第3条は、正しい情報を分かりやすく提供していくこと、また、エビデンスに基づいた正しい知識の普及、例えば生活習慣病を予防する適正体重や運動所要量など常に検討しながら正しい知識を普及していくこと、そして、常に国民の健康状態を把握、分析しその結果から健康増進のための施策を研究していくこと、地方公共団体では保健指導や住民からの相談に対応できる保健師や管理栄養士等を確保し、研修等により資質の向上を図ること、また、食生活改善推進員等のボランティアの育成支援に努めるとともに保険者・学校、企業などの健康増進事業者やその他の民間団体等の関係者に理解を促し、社会全体で国民の健康づくりを支援することを規定している。

なお、第6条で健康増進事業実施者とは次に掲げる者とされており、健康

増進の範囲は（ ）内の通りである。

- 一 健康保険法（大正11年法律第70号）の規定により健康増進事業を行う政府、健康保険組合又は健康保険組合連合会（健康保険法第150条1～6項）
- 二 船員保険法（昭和14年法律第73号）の規定により健康増進事業を行う政府（船員保健法第57条ノ2）
- 三 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定により健康増進事業を行う市町村、国民健康保険組合又は、国民健康保険団体連合会（国民健康保険法第82条第1～5項）
- 四 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）の規定により健康増進事業を行う国家公務員共済組合又は国家公務員共済組合連合会（国家公務員共済組合法第98条第1項の1、同条第2、3項）
- 五 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）の規定により健康増進事業を行う地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会（地方公務員等共済組合法第112条第1項1号、同条第3、4項）
- 六 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）の規定により健康増進事業を行う日本私立学校振興・共済事業団（私立学校教職員共済法第26条第1項の1、第3、4項）
- 七 学校保健法（昭和33年法律第56号）の規定により健康増進事業を行う者（学校保健法第4条～11条）
- 八 母子保健法（昭和40年法律第141号）の規定により健康増進事業を行う市町村（母子保健法第9条～第17条）
- 九 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）の規定により健康増進事業を行う事業者（労働安全衛生法第66条～第70条）
- 十 老人保健法（昭和57年法律第80号）の規定により健康増進事業を行う市町村（老人保健法第12条～16条）
- 十一 その他健康増進事業を行う者であって、政令で定めもの



そして、健康増進法第5条では、(関係者の協力)という見出しで、「国、都道府県、市町村(特別区を含む)健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するように努めなければならない」と規定されている。

## (2) 課題

健康増進法第2条については、個人のライフスタイルは自由であり、公的機関が直接、強制的に個人の生活習慣改善に介入できないため努力規定となっているが、国や地方公共団体の責務も努力規定であることから、取り組みは自治体の裁量に委ねられることになり自治体によって住民に対する健康増進の取り組みに差が出てくることが予想される。

実際、全国に先駆けて三重県が健康づくり推進条例を制定しているが、その前文には「県、事業者、市町村等が協働して、社会環境の改善及び生活環境の整備を含め、総合的かつ計画的に個人の取り組みを支援していくことが必要である」と記載され、県の責務として「県は、県民の健康づくりの取り組みを社会全体で支援する体制を整備するために必要な施策を産業保健、学校保健との連携のもとで総合的かつ基本計画の策定、評価、情報提供等基本的施策を計画的に策定し、及び実施する責務を有する、②県は前項の施策の策定に当たっては、県民等が参画できる体制を整えなければならない」と県の責務を明記している。県民等が参画できる体制については、平成13年からそれまでの健康づくり総合計画審議会を改組して三重県公衆衛生審議会にしている。この条例は、県が住民に身近な保健サービスを実施するのではなく、県民の健康づくりの取り組みを、これまでの県行政や外郭団体のみならず保険者や産業界及びボランティア等を含めた社会全体で支援するために必要な施策を総合的かつ計画的に策定し、実施することを県の責務としている。その際、企画・立案過程に県民等が参画できる体制を整備することを定め、幅広い意見を積極的に反映していくこととしている。条例を制定することによって、財政的な裏付け及び関連する他の部門・分野の施策にも健康という視点からの取り組みを促すことにもなってくる。これは、健康的公共政策、健



康支援環境づくりというヘルスプロモーションの理念を踏まえたもので、「ヘルシーピープルみえ21」の取り組みに対して県民から見た評価システムや健康政策が推進されることになる。

事実、県に対して事業所や団体等から政策の説明要請や健康づくりに関する相談が増加したとされている。そして、第13条では、健康づくりに積極的な事業所の公表制度が盛り込まれており、事業所も健康づくりに対する目標ができることになったとされている。星は、「公衆衛生学的に見て画期的な施策の一つであろう。幅の広い分野との連携により、住民や患者を中心としたボトムアップによる新しい健康づくりシステムが推進される可能性が示唆される<sup>38)</sup>」と述べている。

また、県が条例を制定したことにより市町村へも波及し、三重県内の市町村で2ヶ所健康づくり推進条例が制定されている。ただ、三重県は市町村での健康増進計画策定が27.7%（平成17年7月1日現在）と全国平均の47.9%を下回っているが、その理由は合併で、合併後に全体統一化を図る手段として計画策定が予定されているということである。

一方、都道府県では、秋田県が三重県に次いで平成16年に健康づくり推進条例を制定しており、秋田県の条例には、重点的施策として、第17条に生活習慣病の予防、20条には受動喫煙の防止といった独自のものが盛り込まれている。

生活や行動様式は地域の地理的要件や文化、産業構造等様々な特性と深く結びついているため健康づくりを推進していくには都道府県レベルでの条例を制定して、独自の健康増進対策を推進していくことが必要と考える。そのことが、市町村へ波及することになり、地方分権を推進し、住民自治を実現していくことになる。

健康増進法第5条については、とりわけ、児童・生徒の健康管理・増進に関わる学校や勤労者の健康管理・増進にかかわる事業所における取り組みが重要となってくることから、学校保健や産業保健との協働のもとに生活習慣病を予防する体制づくり、省庁を超えて健康という視点からの政策を優先さ

せる仕組みづくりが必要となってくる。これが健康的公共政策である。例えば、たばこ広告の禁止やカナダで法令化されているたばこパッケージの写真つき警告標示など、たばこ産業の健全な発展ではなく健康を優先させた公共政策が必要である。その結果、受動喫煙の防止にもつながり健康を支援する環境づくりができることになる。

健康日本21においては、タバコに関して未成年者には喫煙率を0%にするという目標が掲げられているが、成人期に関しては残念ながら目標値が設定されておらず、あくまでも健康影響に関する知識の普及や公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及といったもので、たばこ産業界の経済優先政策が伺える現状となっている。地方レベルでの健康的公共政策を行い健康を支援する環境づくりを実現していくためには条例の制定が必要となってくる。

喫煙対策では、千代田区が平成11年から「ポイ捨て禁止条例」を施行していたが、これは努力規定であり、平成14年から「歩きタバコ禁止」条例に過料適用して施行している。千代田区では、区民から歩きタバコやポイ捨てなどに対する改善の要望がかなり多く、区民と区長との対話集会の中でも非常に多い要望事項だったといわれており、まさしく自治の原点にたった住民参加型の条例であり、他団体との協力協定も締結されている。本条例施行後、路上喫煙は約1/10以下に減少している<sup>39)</sup>。

喫煙による健康被害は明らかにされているが、日本では欧米諸国に比べて取り組みが遅れており、健康増進法第25条(受動喫煙の防止)によって、やっと病院、学校、役所をはじめ公的場所の禁煙が進みつつある。先にも述べたが、欧米諸国では、1960年代半ばから取り組んでおり、まず喫煙の健康影響に関する情報提供、次いで個人を対象とした禁煙支援と喫煙防止教育を実施し、さらに広告規制、禁煙場所の拡大、タバコ税引き上げなどの環境整備や法的規制を含む強力な対策を展開して、喫煙者の大幅な減少に成功し、これに伴って、肺がんを始めとする喫煙関連疾患による死亡率を減少させた<sup>40)</sup>。

わが国は昨年6月に、WHO「たばこ規制枠組条約」を批准したが、健康

増進法の受動喫煙の防止も事業主の責任であるなどまだまだ取り組みは不十分である。今後は、住民自治による条例を制定し、モニタリングのシステムの整備や罰則規定などをとり入れる必要があると考える。

しかし、住民自治のためには徹底的な情報公開が原則であり、個人が自己選択・自己決定できるような健康に関する情報、施策の情報等が公開されなければならないことは前提条件である。

ただ、住民自治を実現していくためには、ヘルスプロモーションの地域行動の強化も検討していかななくてはならないが、その方策については今後の課題として模索していきたい。

### 3) 医療計画における現状と課題

#### (1) 現状

医療計画は、都道府県に策定の責務が課せられているもので、生活習慣病を予防するための医療提供体制の整備に関しては自治体の責務となっている。

現在、第4次の医療計画が推進されているが、生活習慣病対策における医療提供体制の取り組みでは、医療機能の分化と連携の不足が課題となっており、先の医療制度構造改革試案では、中長期的な医療費適正化策として、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視するとともに、医療計画の見直しなどによる総治療期間（在院日数含む）の短縮等により、地域ごとに患者本位の医療提供体制を確立する取り組みとして、都道府県に策定を義務づける「都道府県医療費適正化計画制度」の導入を打ち出した。これは医療計画との整合性をとる形で、平均在院日数の短縮に関する数値目標を盛り込むもので、脳卒中、がん、糖尿病等の疾患別の患者の年間総入院日数の短縮、在宅での看取りや地域連携クリティカルパスの普及等、脳卒中、がん、糖尿病等などの医療機関の機能分化と連携等に関する数値目標を盛り込むことになる。

#### (2) 課題

日本の医療施設の体系としては、2003（平成15）年には100床未満の病院の比率が40.2%、200床未満の病院の比率が69.8%で中小病院の占める割合が高

いことに特徴があるが、これは先にも述べたように開業医が経営を拡大した形態であるからである。しかし、現在、100床未満の中小病院が減少傾向であるのに対し無床診療所は確実に増加しており、大病院と無床の診療所という2極分化の方向へ緩やかに進行しており、医療機能分化の問題も含めてプライマリ・ケアの構築が必要であるのではないだろうか。

日本が「健康日本21」のモデルとした米国の「ヘルシーピープル2000」では、健康に影響を与える要因と寄与割合は、不健康な生活様式ないし行動様式が50%で、環境要因（自然環境・社会環境）が20%、人間遺伝学的要因が20%、現在の保健医療の不適切さが10%となっている。そのため、医療計画よりも保健計画に重点が移されている<sup>41)</sup>。

わが国においても、現在、地域保健法を見なおし地域保健計画の法定化に向けて検討中で、地域保健医療計画の任意的記載事項と一体化の方向ですめられている。これは、都道府県における地域保健体制の裁量を大きくするために健康危機管理対策と生活習慣病対策を主とするもので、生活習慣病対策として都道府県の健康課題分析の手法や課題解決のための方策、評価システム等が盛り込まれる予定である。

医療計画策定は都道府県の責務であるが、プライマリ・ヘルスケアを推進していくためには、自治の原点にたった住民参加型の計画とすべきで、生活習慣病に関する健康課題分析や課題解決のための方策も住民参加のもとで行われなければ実効性はない。医療計画は保健医療という専門分野の計画であるため、これまでは保健医療推進協議会も専門家が中心で、しかも行政主導の審議会であるため形式化しており、自治の原点にたったものにはなっていない。住民参加型にするためには、審議会委員の公募やパブリックコメント制度のPRの徹底、あるいはアンケートなどで各世代や各地域の意見を聞くといったことが必要である。また、県協議会と2次医療圏毎の協議会との協議、あるいは圏域同士の協議も関心を高めるうえで有効なのではないだろうか。

しかし、医療計画の策定に関しては、ヘルスプロモーションにおける保健

医療サービスの再編、すなわち、保健・医療の専門家のみならず、住民や団体等とともに計画を策定することによってそれぞれが責任を分担し、そして、常に予防へとシフトしていかなければならない。そのため、現在の医療計画の策定プロセスや医療制度改革の方向性も見据えて詳細に検討する必要がある、今後さらに方策を探っていききたい。

## V 身体活動・運動習慣を通した生活習慣病予防の方策の現状と課題

生活習慣病予防対策においては、現在、身体活動・運動の普及定着が課題となっており、厚生労働省の生活習慣予防のスローガンも、1に運動、2に栄養、しっかり禁煙、最後にクスリとしている。その中でも、特に20～30歳代で定期的に身体活動・運動習慣のない健常者に対する身体活動・運動の普及定着が重要と考える。理由としては、先にも述べたとおりこの世代の身体活動・運動普及定着が低いことと、1次予防を推進していくためには若年期からの取り組みが必要であり、しかも現在、この世代を対象とする対策が不足しているという問題があるからである。そして、身体活動・運動はこれまで個人の責務の範囲が大きいと考えられてきており、自治体や事業者及び学校の責務は小さく、しかも不明瞭であったと思われる。しかし、個人が主体的に身体活動・運動に取り組むためには周囲の支援環境づくりが必要である。そこで、生活習慣病を予防するための個人の責務と自治体や事業者及び学校の責務の範囲を具体的かつ明確にするために身体活動・運動について以下考察する。

### 1 個人の責務の現状と課題

一般労働者も、それ以外の学校終了後～39歳までの人達も原則として自らが身体活動・運動に取り組む必要があり、そのためには運動に関する具体的な知識、(例えば運動の必要性や運動の内容及び方法、または運動する場所など)を得なければならないのは当然である。そこで、身体活動・運動に関しては個人の責務と考えられてきたので改めて述べる必要はないと思われる。

## 2 自治体及び事業者、学校、保険者の責務の現状と課題

個人が主体的に身体活動・運動を実践していくためには、個人の身体活動・運動に対する機運が高まるのは当然のこととして、周囲の人々や健康増進事業者の機運が高まることであると思われる。そのためには、身体活動・運動を支援する環境づくりが必要となってくる。環境づくりとしては、体育館や運動施設などの整備といったハード面と政策や関係機関の連携体制づくり、マンパワーの確保などといったソフト面があり、以下ではこのような環境づくりのための自治体及び事業者、学校、保険者の責務の現状と課題について考察する。

### 1) 労働者に対する現状と課題

#### (1) 現状

労働者の働く職場には労働者自身の力だけでは取り除くことができない健康障害要因、(例えば殆ど1日中OA機器を使用する業務や同じ姿勢で業務をしなくてはならないなど)といった場合があるので、労働者が身体活動・運動習慣を通した生活習慣病予防に取り組んでいけるように、労働安全衛生法第3条1項では「事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保しなければならない」と事業者等の責務を規定している。

そして、労働安全衛生法第69条1項では「事業者は労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の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くてはならない」と健康教育等を事業者が行うよう努力義務を規定している。

この第69条1項の事業者が講ずべき健康の保持増進のための措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため、厚生労働大臣は指針を公表することが第70条の2第1項に規定されており、これに基づき昭和63年に「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」が公表され、健康保持増進措置(トータル・ヘルスプロモーション・プラン(以下THPという))が始まっ



ている。これは、事業場において健康保持増進計画を策定し、推進体制を確立するとともに、具体的な措置として健康測定とその結果に基づく運動指導、保健指導、メンタルヘルスクーア、栄養指導を実施するものである。運動指導においては、産業医が中心となって健康測定、(健康度測定すなわち健康保持増進のための健康測定)で、問診、生活状況調査(仕事内容、運動歴等)、診察、医学的検査(体格、血圧、運動負荷心電図、血液、尿その他)、運動機能検査(筋力、柔軟性、平衡性、全身時給制、その他)、運動指導票の作成(スタッフへの指示)を行うもので、疾病の早期発見に重点を置いた従来の健康診断とはその目的が異なるものである。その後、産業医が指導票によって、すべての労働者に対する運動指導を行うよう運動指導担当者に指導を行う。そして、運動指導は、運動指導担当者が個々の労働者に対し運動プログラムをたて運動実践の指導を行うか、運動実践担当者に指示して、運動プログラムに基づいた運動実践の指導援助をおこなうこと、運動実践担当者は、運動プログラムに基づき、運動指導担当者の指示のもとに個々の労働者に対する運動実践の指導援助を行うこととなっている。その際労働者個々人が自主的、自発的に取り組むように配慮することが必要とされており、これによって、労働者は運動プログラムに基づき自分の運動実践の内容や方法等を知ることができ、身体活動・運動を実践していくことになる。

大阪ガス株式会社におけるヘルスクーアトレーナーの実践事例をみると<sup>42)</sup>、会社には4名のヘルスクーアトレーナーが常駐しており、様々な取り組みを行っている。まず、会社の健康づくりへの考え方としては、「従業員の心豊かで活力に満ち溢れた健康な生活設計の支援と限りないバイタリティーのある体力が健全な企業風土をつくる。」を基本理念として、体系だった健康管理と健康づくりを推進している。

その基本は、従業員が自らの健康に対して関心をもち健康保持増進に努めるよう自立意識を醸成することであるとし、そのため企業は疾病の早期発見と予防ならびに健康づくりの啓発・支援を行なうことになっている。健康づくりの専属スタッフとしては、ヘルスクーアトレーナー以外に産業医、保健師、



看護師、薬剤師、歯科衛生士、放射線技師が常駐している。

健康診断の事後指導における運動指導では、健診当日にすべての検査結果を基に診察医師が健康度の総合判定を行うシステムになっており、その診察医師の判定結果に基づきヘルスケアトレーナーは、主に「異常なし」群及び肥満や高トリグリセライド血症、軽症高血圧、軽症糖尿病等を有する「有所見」、「要注意」者を担当している。マンツーマンで指導し、大半は受診者から話を聞くための時間とし、行動科学的アプローチで自主的行動変容を促すための健康づくり教室を実施している。

肥満者に対しては、健康診断直後に自主的健康目標を設定するよう働きかけ、それに基づく運動プログラムを作成し、取り組みを支援していくことになり、そして、その結果をフォローするための企画として通信カード「へんしんライフ」による健康サポートを実践している。従業員の大半は、健康診断直後は健康に対する関心が高いが、時間が過ぎるに従って健康づくり活動を継続する者が減少してくるため、健康診断直後の指導は大変有効であることから、本人が目標設定しそれに向けて運動プログラムをたてるということである。

担当トレーナーと受診者が「へんしんライフ」カードを用いて社内便で送返信を3ヶ月間行ってもらうよう依頼することにより減量にチャレンジする者を増加させ減量達成者を増やすことを目的としている。

そして、このような「へんしんライフ」を3ヶ月間継続した対象者の大半は減量効果が現れているとのことである。

一方、受診者からの返却結果がヘルスケアトレーナーに対する評価でもありと考えて、「へんしんライフ」による啓発活動を積極的に推進するためにヘルスケアトレーナー毎に、「へんしんライフ」継続者数を競い実績を棒グラフで掲示するようにしたとのことである。その結果、健康づくりスタッフの熱意やスキルがどの程度、従業員に受容されたかについて定量的に評価できる指標となり、また、ヘルスケアトレーナー自身の健康づくり指導に対する意識向上にも大変効果的であったとされている。

このように、事後指導では個別の目標に沿って運動プログラムをたてて継続支援していくということ以外にも、健康診断の待ち時間の有効活用と運動負荷試験の準備体操を兼ねてストレッチ体操等、家で簡単にできる体操等の実技指導もヘルスケアトレーナーが担当している。

また、会社共通のイベントとして、会社共通の健康づくり活動を企画し、健康づくりの定着にも努めている。例えば、健康的な生活習慣を目指し、1日1万歩運動を啓発する目的で、誰でも、いつでも、どこでも手軽に運動不足を解消できるウォーキングを奨励し、参加者が目的、体力によってコースを選択できるように設定して、結果の報告は各個人がホームページから1ヶ月単位に1万歩達成日数、体重、総歩数を入力するのだそうである。ヘルスケアトレーナーはその結果を達成状況や組織別に分析し効果判定を行っているとのことである。

大阪ガス株式会社の実践事例から、個人が継続して身体活動・運動に取り組んでいくためには、健康意識の高い時期にマンツーマンでの個別指導を受け、そして、特に、何らかの有所見がある場合は、自分自身で目標を設定し、その目標に向けた個別運動プログラムを運動専門家の支援のもとで作成することが必要といえる。人が健康に良いとされる行動をとるようになる条件は、保健信念モデルでは、健康についてこのままではまずいという危機感を感じることと、行動をとることのプラス面が、マイナス面より大きいと感ずることであるとされている<sup>43)</sup>。健康によい行動を取ろうと感ずるには、人からのアドバイスやマスメディアによるキャンペーン、医師等専門家の勧めや家族や友人の病気などがきっかけとなる。特に、肥満等の有所見が有る場合は、疾病に係る可能性を自覚することでこのままではまずいという危機感を感じ予防的保健行動をとりやすくなる。大阪ガス株式会社では、健康診断当日という関心の高い時期に実施しているため行動変容を行うきっかけとしてはタイムリーであり、また、ヘルスケアトレーナーという運動の専門家の継続的なサポートによって、適宜必要なアドバイスを受けることができ、その結果、自分自身で目標に対する評価もできることになって身体活動・運動への継続

効果をあげているといえる。身体活動・運動を通して、労働者の健康の保持増進を図るために必要な措置として、THP が継続的かつ計画的に推進されており、労働者はこれらを利用して身体活動・運動に関する具体的な知識と専門家の支援を得ることができ、身体活動・運動による健康の保持増進に努めていくことになる。

## (2) 課題

大阪ガス株式会社のように THP を講じている企業は少なく、平成9年の労働者健康状況調査によると、何らかの健康づくりを行っているのは全事業所の46.4%であるが、THP に限れば4.9%と極めて低い状況といえる。しかし、実施率は事業所規模によって異なり、5,000人以上の事業所では61.4%となっている。THP が始まったのは、1988 (昭和63) 年の第2次国民の健康づくり運動で、運動に重点を置いて健康増進施設の整備や、運動指導のマンパワーの育成が図られ、事業所においては THP が事業者の努力義務としてスタートしたのである。

当時の時代背景を考えると、まだ生活習慣病という概念はなく、成人病対策としてスタートしており、国民全員で運動をしようという方向性を示したのみのアドバルーン的健康づくり対策であった。そのため、現在、推進している健康日本21では、科学的に立証されたデータに基づいた数値目標を設定して1次予防を図ることとしているが、THP ではこのような考え方はない。既に THP を実施している事業所では、作業環境や作業内容を踏まえてエビデンスに基づいた事業所全体の目標設定を取り入れて評価できるようにしていくといった健康日本21の考え方をとり入れて推進していくべきであろう。

しかし、この健康保持増進措置を講ずるための計画は、指針において「健康測定、運動指導等の健康保持増進措置は、中長期的視点に立って、継続的かつ計画的に行われるようにする必要がある。このため、事業者は、労働者の健康の保持増進を図るための基本的な計画(以下健康保持増進計画という)を策定するように努めることが必要である」とされ、事業者の努力義務となっている。そのため、事業者が健康保持増進措置を講じなければ、これを利用

して身体活動・運動の実践はできない。また、健康保持増進計画を策定して推進している事業者は大企業が殆どである。

平成9年の労働者健康状況調査によると、先にも述べたが、事業者に義務付けられている定期健康診断でも、30人未満の事業所では約2割の事業所が健康診断の未実施となっている。また、定期健康診断を実施している場合でも、実施上の問題をあげている事業所が45.3%と約半数にのぼっており、実施上の問題としては「健康診断を実施する時間がとれない（とりにくい）」といった問題が28.5%と約3割を占め、特に事業所規模が小さくなるにつれて「健康診断を実施する時間がとれない（とりにくい）事業所が増加してくることから、小規模事業所の労働者は健康のためにとれる時間的余裕がない状況にあると予想される。

そのため、こういった小規模事業所の労働者に対しては、通勤時間を利用した身体活動・運動を実践したり、また、事業所以外の地域で身体活動・運動に関する知識を得られるようにしなければならないと考える。

## 2) 情報提供における現状と課題

### (1) 現状

健康増進法第7条1項の規定に基づき国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針では、健康増進の支援のための環境整備として、多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取り組みの推進を掲げ、まずは多様な経路による情報提供を掲げている。

情報提供はこれまで、マスコミやインターネット等を通じて幅広く提供されてきた。自治体においては、広報紙やパンフレット、あるいは健康教育や健康相談等の機会を活用して情報提供してきている。また、内容についても、現在、国が見直しを行っている、運動習慣の定着に必要な知識の普及を図るための運動指針に基づき普及啓発に努めてきた。

### (2) 課題

20～30歳代の人達に対しては、健康診断の機会がないため、個別にしかも健康意識の高い時期に情報提供を行うということはできず、広く一般的な広

報活動とならざるを得ない状況であったといえる。そのため、正しい知識の理解には必ずしも結びついていないといえる。実際、(財)健康・体力づくり事業財団が平成5年に実施した、運動・スポーツの阻害要因調査結果によると、運動を実施しない人は、高校時代の体育の授業で不快な思いをしたり、運動を運動負荷の高いテニスやバレーボール、サッカーなどをイメージしていることがわかっている。歩行も階段昇降といったものも立派な有酸素運動であることを知らない人が多いということになり、身近にできる身体活動・運動の内容や方法を周知させる必要があることになる。

しかも、情報提供の結果、どの程度身体活動・運動の実践に結びついたかという評価も行えず、また、果たして身体活動・運動の必要な対象者に情報提供できたのかといった有効性について評価ができる政策ではなかったと言わざるを得ない。そのため、情報提供の評価を行うなら、個々人に確認していくか、ある一定の人口集団をサンプリングとして抽出し、その人達に確認していくという方法をとらなくてはならないと思われる。

身体活動・運動の必要な人に必要な情報を提供していくためには、対象となる人々を選定しなくてはならないが、選定するためには健康状態をチェックし保健行動をアセスメントする機会が必要である。即ち、先にも述べたように、個人が健康についてこのままではまずいという危機感を感じる機会を設けなくてはならないと考える。そのため、20～30歳代の事業所で健診を受ける人を除いた人達に対して質問紙や面接によりメタボリックシンドロームの概念を取り入れた健康状態チェックと保健行動のアセスメントを実施する必要があると思われる。実施は市町村に常駐する保健師か栄養士が実施し、財源は健康づくりに関する普及啓発として質問紙代のみで可能と考える。

まず、身体活動・運動を実践している人々や身体活動・運動の必要は認識しているが実践に至っていない人々、まだ身体活動・運動の必要性すら認識していない人々などの実態を把握して対象者の意識や行動レベルに応じた情報提供を行わないと、果たして効果があったのかどうか評価ができないことになる。特に、所得や学歴等社会経済的要因に着目する必要がある、また、

小規模事業所で健診を受ける機会のない人達に対するアプローチも必要であり、このような人達に対しては個別のアプローチと継続した支援が必要であると思われる。

小規模事業所に対しては、地域保健サービスの一貫として、保健所が健診や健康教育を実施してきているが、保健所数は平成5年の852カ所をピークとして、平成16年には561カ所に減少し、所管区域が拡大してきており、しかも今後は健康危機管理の拠点としての機能が主体となる予定である。そして、医療機関が充実されてきたことから保健所は一般の健康診断は実施しなくなってきている。ただ、保健所は地域保健法第6条で、地域住民の健康の保持及び増進に関する事項を実施することとされており、医師や保健師等も常駐していることから、小規模事業所の事業者や労働者に対して身体活動・運動に対する理解を深めるための情報提供を行なっていく必要があると考える。

身体活動・運動に関する正しい知識の普及は健康増進法第2条で自治体の努力義務とされている。身体活動・運動に対する機運を高めて実践していくためには積極的に様々な機会を通して情報提供していく必要があるが、その内容や方法は対象者に応じて工夫し、評価していかななくてはならないのである。

本年度から地域と職域の連携のもと、都道府県レベル及び2次医療圏レベルで連携推進協議会を設置し健康づくりのための情報共有や保健事業の共同実施、そして、保健事業で使用する施設等の社会資源を相互に有効活用する等の連携事業を行うようになったことは先にも述べたが、このような機会を通して、健康増進事業者の身体活動・運動に対する正しい知識を普及し、身体活動・運動の機運を高めていくことが重要となってくる。特に、中小企業には、保健医療の専門家は殆ど常駐していないため身体活動・運動に関する情報や、保健所や市町村に常駐している医師や保健師等の情報、あるいは保健所や市町村で実施されている保健事業に関する情報など提供して必要がある。また、大企業でしか THP の措置が講じられていないが、大企業のみならず中小企業でも取り組みへの推進を促していく必要があると考える。



一方、平成20年度からは健診、保健指導が国保と被用者保険に義務づけられるため、これまで、中小企業の労働者や被扶養者等を老人保健法でカバーしていた部分ができなくなってくることから、2次医療圏における連携促進協議会のあり方が重要になってくると思われる。この協議会は、現行の地域医療推進協議会を活用することになってくると思われるが、形骸化している地域医療推進協議会のあり方を検討する必要がある、このことは医療計画とも併せて今後方策を探っていきたいと考える。

### 3) ハード面の整備に関する現状と課題

#### (1) 現状

健康増進法では、身体活動・運動を実施するためのハード面での規定はないが、国は健康づくりのために運動実践の場の提供として、トレーニングジム等の設備及び健康運道指導士等を配置している健康増進施設の認定を行っている。334施設（H17.8.1現在）このような施設では、一般の健康づくりは勿論のこと高血圧や糖尿病等の疾病の治療のために、医師の運動療法処方箋に基づき運動指導士等の指導を受けて運動療法を行うことが出来、運動療法を実施した場合の施設利用料は医療費控除の対象とされている。

#### (2) 課題

ただ、このような施設は身近には少なく、トレーニングジムに通って身体活動・運動を実践する人は関心も高いと思われる。それよりもむしろ、日常生活の中でとり入れられる身体活動・運動例えば、通勤時の歩行やウォーキング等といったものでないと身体活動・運動の必要な人が継続するのは難しい。そのため、事業所と地域がお互いに運動施設を共同利用したり、健康教育等の保健事業を共同で実施していくことが必要になってくると思われる。

現に多くの企業が体育館やグラウンドといった運動施設を地域に開放して共同利用している。日本鋼管では、運動施設のみならず、健康保健組合の事業である健康リフレッシュフェアというものなどにも地域住民が参画し、一緒にウォーキングをやっており、逆に地域の事業に健保組合も参画しているといったことも報告されている。市町村の施策の情報や企業の取り組み事業、



利用できる施設等を事業所と地域が共有化して、住民や一般労働者が有効に活用できるように情報提供を行うのは有効的、効率的な方策である。

また、学校とも連携して体育館を開放したり、ウォーキングロードの整備などのまちづくり対策、森林や河川等の自然を利用した身体活動を行うなど、多様な関係機関や行政機関等と連携を図っていかなくてはならなくなることから市町村で連携体制を整備する必要がある。その方策として、現行の市町村保健衛生協議会あるいは健康づくり推進協議会等を活用して連携を図っていくことも有効と思われる。これまで、このような協議会の構成メンバーは医師会等の専門家や住民代表、地区組織代表などであり事業所や学校から委員として参画する機会は少なかったといえる。その理由としては、全ライフステージに及ぶ生活習慣病という概念はなく、ライフステージを分断し、しかも疾病対応型の健康づくりを協議する場であったためである。このような協議会は、市町村における地域住民全体の全ライフステージにわたっての生活習慣病を予防するために身体活動・運動を通した健康づくりを協議する場であり、学校や事業所を交えて連携体制を整備していく絶好の場でもあることから、それぞれの施設を有効活用できるように協議する機会となり得る。自治体は、財政的にも非常に厳しい状況であり、新たな施設の整備は殆ど不可能である。それよりもむしろ既存の有効活用されていない体育館等を見直すべきである。現に国体等のために整備した競技場や体育施設は利用に苦慮している状況にあると思われる。

1997（平成9）年に文部省（現文部科学省）の保健体育審議会が「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツ振興のあり方について」の諮問に対して答申を行っている。

これは、1、社会変化に対応した児童生徒等の心身の健康基礎づくりに関する施策の基本的あり方、2、生涯の各時期に応じてスポーツに親しむことができる条件整備の方策、3、今後のわが国の国際競技力の向上方策について答申しているものである。この中で、1番目に生涯にわたる心身の健康に関する教育・学習を充実させるためには、ヘルスプロモーションの理念に基

づく健康の保持増進というのを掲げて健康に関する教育やスポーツライフの実現に向けた方策を提言している。そして2番目の生涯の各時期に応じてスポーツに親しむことができる条件整備の方策の中では、地域のスポーツ環境づくりとして、市町村における指導者、施設、機会の充実等をあげており、スポーツクラブづくりを進めていく必要があるとしている。また、体育館等のスポーツ施設では健康チェックやスポーツ相談などの多目的な機能を有する施設となるよう、そして、幼児体育室等の設備の整備を図り親子が触れあうような施設の整備を促進している。

学校の体育施設は地域住民共通のコミュニティスポーツの拠点となることが期待されており、地域住民に積極的に解放すべきであるとしている。しかし、利用については、手続き等の煩雑さや利用できる時間帯も限定されておりなかなか利用促進には至っていない面が多いと思われる。

20～30歳代は、児童生徒の親世代であり学校にも馴染みの深い環境にあるため、学校体育施設の共同利用を図っていくことは効果的であると考ええる。

一方、市町村は市町村保健センターといった市町村の健康づくりの拠点となる施設を有している(平成16年度末で1,803ヶ所、厚生労働省調べ、保健衛生施設等整備費補助金)。昭和53年に厚生省公衆衛生局長から各都道府県知事に対して、「市町村保健センターの整備について」という通知文が出されており、このなかの実施要綱に保健センターの健康増進部門として、健康人及び半健康人に対する栄養、運動等の生活指導を行うための必要なスペース、例えば運動のスペースとして運動指導・トレーニング室、シャワー室等が定められている。また、設備整備費として運器機等が補助対象品目としてあげられており、このような設備を備えた市町村保健センターを有効に活用していくべきである。しかも保健センターは保健師等の専門職が殆ど常駐しており身体活動・運動に関する相談には常時応じることが出来る。

自治体は、このような健康増進施設や利用できる体育館やウォーキングロードなどの情報や事業所や民間等が実施している事業等の情報を収集して、また、身体活動・運動ができる場を発掘し、広く住民や健康増進事業者

及び関係者等に提供していくという、身体活動・運動を促進するための基盤整備に努める必要があると思われる。

#### 4) 人材の確保における現状と課題

##### (1) 現状

健康運動指導士や健康運動実践指導者などの健康づくりの運動実践を支援する人材の養成は、昭和63年から(財)健康・体力づくり事業財団が、厚生労働大臣の認定を得て、生活習慣病を予防して健康水準を保持・増進するという観点から、医学的基礎知識、運動生理学の知識等に立脚しつつ、個人個人の身体状況に応じた運動プログラムの提供及び実践指導を行う者の養成、試験等を実施している。

しかし、資格取得者からは、必ずしも就職に結びつくとは限らず、資格取得のメリットが薄いとして普及定着はすすんでいない。また、本年度で厚生労働大臣の認定が廃止されるため、現在健康運動指導者の養成カリキュラムの改訂や健康運動指導士養成校制度の創設、普及定着方策の検討が行われており、昨年10月に体育系大学等を対象にして健康運動指導士養成校制度を提案している。

一方、ヘルケアトレーナーは、労働安全衛生法の規定に基づいた「事業場における労働者の健康往診のための指針による「働く人を対象とした心とからだの健康づくり」である THP で活動を推進するためにスタッフ養成として中央労働災害防止協会が実施しているもので、専門研修終了後の申請によって中央労働災害防止協会に登録を済ませるとヘルケアトレーナーの呼称を使用できるというものである。この養成の受講対象は体育系、保健系の大学（原則として4年制）を卒業した者、保健師等とされており、この研修は卒後研修的意味合いが強い。ヘルケアトレーナーは平成14年9月末時点で3,629名が資格を取得し、1,423名が中央労働災害防止協会に登録しているとされている<sup>44)</sup>。

前者の健康運動指導士会は2000(平成12)年にNPO法人核を取得して活発になってきているが後者のヘルケアトレーナーは会員数が最盛期の半数近く

になっている。これは企業内における THP の役割が変わってきたことが挙げられている。平成不況に入り、健康観理部門はリストラの波が押し寄せ、専門スタッフも余儀なく配置転換をされられたといわれている。

## (2) 課題

これらのマンパワーについては、自治体でリストを作成して中小企業や地域等で活用できるように広く情報提供をしていく必要があると思われる。しかし、健康運動指導士は一般的な運動指導はできるため企業でも指導することは可能であるがヘルケアトレーナーは企業内での運動指導の研修受講者であるため、地域では活用が難しいといった問題点がある。そのため、ヘルケアトレーナーと健康運動指導士の研修内容も見直し一本化すべきではないだろうか。

自治体での身体活動・運動の中心的なマンパワーは保健師である。市町村や政令市、特別区、都道府県の自治体に所属する保健師数は合計25,157人となっている。平成15年3月末で、保健師未設置市町村は5ヶ所となっており、全国の殆どの市町村に保健師は常駐していることになる、保健師が未設置の市町村であっても管轄の保健所には常駐しており、保健師が身体活動・運動を推進していくことになる。そのため、自治体に所属する保健師に具体的な運動指導の能力が求められることになり、活用できる運動指導士がいない場合は、保健師が運動指導の資格を取得することが必要である。その結果、個別の運動プログラムの作成支援や実践者に対する継続的な支援ができることになるとと思われる。保健師は健康運動指導士の養成講習会の受講資格が認められており、実際資格取得者は存在しているが、資格が個人に属するとして、受講料(131,000円)や受験料(13,000円)、あるいは登録料(24,000円)、また更新に係る経費(21,000円)は受講者本人の自己負担となる自治体が殆どといった問題があり、資格取得者は増加しない傾向にある。自治体の財政状況も厳しく、自治体で資格取得に係る経費を予算措置するためには、資格取得に係る投入コストに対する効果測定を行わなくてはならなくなる。ただ、長期的な視点にたたないと費用対効果の測定は難しいが、このような有効性

を評価してのマンパワーの養成も必要であろう。

#### 5) 健康増進計画における現状と課題

##### (1) 現状

第3次国民の健康づくり（健康日本21）は、健康増進法第8条1項で、都道府県は健康増進計画を定めるよう規定され、同条第2項で、市町村は都道府県健康増進計画を勘案して、市町村増進計画を定めるように努めることとされている。この計画は9領域の分野における健康づくりの計画を策定しその計画に基づき推進していくもので、そのうちの一つの領域が身体活動・運動対策である。身体活動・運動における国の目標は、20歳以上の成人は、2010年までに意識的に運動を心がけている人の割合を男性は現在の52.6%から2010年は63%へ、女性は52.8%から63%以上へとそれぞれ約10%増やす、日常生活における歩数を男性は8,202歩から9,200歩以上へ、女性は7,282歩から8,300歩以上とそれぞれ約1,000歩増やす、運動習慣者の割合を男性は28.6%から39%以上へ、女性は24.6%から35%以上へそれぞれ約10%増やすという目標が設定されている。

身体活動・運動に関する意識の向上の必要性については、身体活動を増やすためには、状況に応じて、通勤、買い物で歩くこと、階段を上がること、運動・スポーツを行うことなど身体を動かすことを日常生活にとり入れることが必要であるとしている。平成8年福祉動向調査によると「日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている人が男性は52.6%、女性は52.8%となっており、これは、身体活動・運動の実践とともに「できるだけ心がけている」といった、身体活動・運動に対する意識を示しているとされ、10%増加を目標に掲げている。しかし、その10%の根拠は示されていない。

そして、日常生活においては身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心がけることであるとしている。健康増進関連機器の中で、歩数計を実際使用している者は20歳以上の約16.7%を占め、特に中高年者では3～4人に1人が使用しており（平成8年度健康づ

くりに関する意識調査)、個人が取り組む目安としても、歩数の目標値を設定することは有用とし、身体活動量と死亡率などの関連をみた疫学的研究の結果からは1日1万歩の歩数を確保することが理想と考えられるが、日本人の歩数の現況では、1日1万歩以上歩いている者は男性29.2%、女性21.8%である(平成9年国民栄養調査)。最近10年間の歩数の増加傾向を考慮して、当面10年間の目標として男女とも歩数の1,000歩増加を目指すことにしこれを距離にすると600～700mに相当するとしている。

運動習慣者の増加としては、運動は余暇時間に行うものであり、疾病を予防し、活動的な生活を送る基礎となる体力を増加させるための基本的な身体活動である。爽快感や楽しさを伴うものであり、積極的な行動として勧められる。運動習慣は頻度、時間、強度、期間の4要素から定義されるものであるが、国民栄養調査では運動習慣者を「週2回以上、1回30分以上、1年以上、運動をしている者」としており男性の28.6%、女性の24.6%である(平成9年国民栄養調査)。最近の運動習慣の増加傾向から、この頻度を10%増加を目指すとしている。

## (2) 課題

このように、身体活動・運動に関する具体的な目標は設定されているが、これはあくまでも国の目標である。個人が身体活動・運動に取り組むためには、まず、自分の1日の歩数がどれくらいなのか、どの程度が自分にあった運動習慣なのか等といった自分自身の健康状態と具体的な身体活動・運動に関する知識が必要である。しかし、健康日本21ではこれらの目標を実現するための施策は盛り込まれておらず、また、自治体における経費は一般財源化されており、身体活動・運動施策は自治体の裁量での取り組みとなる。

都道府県の健康増進計画は策定義務があり、市町村健康増進計画は努力義務である。したがって都道府県では、健康増進計画の中での身体活動・運動施策の位置付けや優先性、目標の設定、実施のプログラム、財源の配分等が自治体の裁量で決定されることになる。市町村においては、計画策定そのものが自治体の判断となってくる。

国が身体活動・運動に関する目標を設定し、国民の主體的な健康づくりを促しているが、地域では、地域の地理や地形及び産業や交通、文化等それぞれ特性があり、地域は国が提示する数値目標とは一致しなくなってくる。そのため、地域の社会経済要件や環境要件などの地域の特性に応じて目標値を設定し、施策を講じる必要があると思われる。

その運動施策については、自治体は公表する責務があり、また、推進していくに当たり、住民にとってその施策が有効なのかあるいは優先性等が適切なのか問われることとなる。20～30歳代は身体活動に対する関心も低く、施策も殆どない。基本的には広く、地域住民全てに対する身体活動・運動の必要性和その内容や方法といったものの普及啓発の方策と、個人に応じた個別の運動プログラムが必要と考える。行動をとることのプラス面が、マイナス面よりも大きいと感じるような個別のプログラムを工夫することが重要である。

身体活動・運動は、生活習慣病を予防して健康な生活を送るために最も重要なことであり、積極的に推進していかなくてはならない分野である。むしろ、身体活動・運動への取り組みにいかんによって生活習慣病の予防が成功するか否かに関わってくると思われる。メタポリックシンドロームの概念では、内臓脂肪蓄積への対策がキーとなる。そのため、健康増進計画の中における一つとしての身体活動・運動領域ではなく、身体活動・運動振興計画を策定するようにして健康的な公共政策とすべきなのではないだろうか。

そして、20～30歳代が主體的に身体活動・運動に取り組んでいくためには、住民自身の政策立案制度を設けて必要な施策を盛り込むことによって、個人の責務も果たされるようにすべきではないだろうか。



## VI おわりに

これまで、生活習慣病の予防対策における個人の努力の範囲と自治体の努力の範囲について述べてきた。生活習慣病の予防では、生活習慣病との関連が明らかにされていることに関するライフスタイルの選択・実行は、原則として個人の責任であると考えられる。しかし、個人がその責任を果たすためには、ヘルスプロモーションで掲げられている5つの行動計画、(1)健康的公共政策の構築、(2)健康支援環境の形成、(3)地域行動の強化、(4)個人の技能の育成、(5)保健医療サービスの再編、が必要である。その中でも特に、地域の特性に応じて、健康に関連する分野となる企業や学校や民間団体等が健康を優先する施策となるような健康的公共政策の構築と健康支援環境の形成が重要であり、公的責任の範囲が大きいといえる。

また、生活習慣病の予防に当たっては、若年期からの1次予防を主体とした対策が重要で、そのためには学校保健分野との連携、20～30代のライフスタイルに着目した1次、2次予防対策を構築していく必要がある。

特に20～30歳代の身体活動・運動への取り組みを促していくための情報提供のあり方やソフト面、ハード面での基盤整備が自治体には求められる。そして、自治体の特性に応じた基盤整備のためには自治体レベルでの条例の制定が必要で、しかも、住民自治での条例制定が重要である。

ただし、これまでの医学モデルのみのアプローチだけではなく、社会学的視点からの対策も視野に入れていく必要がある。

さらに、生活習慣病を予防するためには保健医療サービスの再編が必要で、プライマリ・ヘルスケアを目指した医療計画が求められることになる。このことは、現在の医療計画の策定プロセスや医療制度改革の方向性も見据えて、今後、保健医療サービスの提供対瀬のあり方に着目しさらに詳細に検討していきたいと考える。

また、生活習慣病というライフスタイルに直結する課題に対しては、行政のみならず企業や民間団体等との協働体制が重要かつ必要不可欠となってくることから、今後、住民自治の方策を探りながら生活習慣病予防における公

私の役割分担及び都道府県、市町村といった独立した自治体同士の役割分担も検討していきたいと考える。

## 注

- 1) 財団法人 日本公衆衛生協会『衛生行政大要』2004、P54
- 2) 財団法人 日本公衆衛生協会、前掲、P54
- 3) 鴫田忠彦編、平野かよ子他著『ヘルスリサーチの新展開』東洋経済新報社、2003、P110
- 4) 財団法人 厚生統計協会『国民衛生の動向』2004、P144
- 5) 橋本正己他「公衆衛生の軌跡とベクトル」医学書院、1990、P101、
- 6) 川上武編『戦後日本病人史』社団法人 農山漁村文化協会、2002、P.70
- 7) 保健所医師グループ編著「危機に立つ保健所」珠真書房、P65、1978
- 8) 新井他編、新井朋著『健康の政策科学』2000、P15
- 9) 第1次国民の健康づくり運動で、10ヶ年戦略である。生涯を通じた健康づくりの推進では健康診査や保健指導を強化する一方、主婦や自営業者の健康診査を拡充した。健康づくりの基盤整備では市町村保健センターの整備が図られた。市町村保健センターは地域保健法18条により、住民に対し、健康相談、保健指導等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されている。保健所との違いは、センターは市町村の任意設置であり、行政権限がないのが大きな特徴である。
- 10) 日野原重明他『効果をあげる健康教育、成果のあがる健康づくり』ライフ・サイエンス・センター、2001、P89
- 11) 河合克義他「地域医療と住民参加」国民医療研究所報、PP54-68、NO42、1993
- 12) 日野原重明他、前掲、P90
- 13) 「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」と定義している。アルマ・アタ宣言が発展途上国向けでオタワ憲章は先進国向けとされている。

14) 1979年の結果をもとに、第2次の公衆衛生改革として、乳児、少年、青年、成年各期の死亡率減少の目標設定を行い展開されたが、これに併せてさらに目標を達成するための特別な目的を設定するために研究がすすめられ、1990年までに達成すべき226の目標が示された。その成果を踏まえて2000年にまでに達成すべき目標設定を示したのがヘルシーピープル2000である。この最終目標は3つで

- ・すべてのアメリカ国民の健康で過ごせる期間を長くする。
- ・アメリカ国民の健康格差を是正する。
- ・すべてのアメリカ国民が予防サービスを受けられるようにする。

C.G.M. バテリー著、細川えみ子訳『公衆衛生のための行政ハンドブック』保健同人社、1998、PP226-244

15) ホスラー晃子「アメリカ人のたばこ対策と日本人の喫煙率」『公衆衛生』、VOL.64、NO.3、2000

16) 島内憲夫訳『ヘルスプロモーション WHO：オタワ憲章』垣内出版株式会社、1995、P10

17) 財団法人 日本公衆衛生協会、前掲、

18) 河原和夫「老人保健法」『公衆衛生』、VOL.65、NO.11、2001

19) 武藤孝司『保健医療プログラムの経済的評価法』藤原出版、1998

20) 都道府県において、医療圏の設定、必要病小数、その他医療圏ごとの医療提体制の整備の目標に関する事項について記載するものである。

21) 三重野卓他編『福祉国家の医療改革』東信堂、2003、P6

22) 飯島克巳編著『この一冊で在宅患者の主治医になれる』南山堂、2002

23) 藤内修二他『保健医療福祉行政論』医学書院、2005、P8

24) 丸地信弘：PHC の考え方とその日本的展開の諸問題。文部省科学研究費補助金「わが国における PHC のあり方に関する総合的研究」1980

25) 新井他編、前掲、P15

26) 日野原、前掲、P147

27) Berkman L. F, Bleslow, J. Health and Way of Living-The Alameda

- Country Study. Oxford University Press, 1983（森本兼曩 監訳：生活習慣と健康—ライフスタイルの科学、HBJ 出版局、1989
- 28) 森本兼晨「ライフスタイル研究の意義と展望、ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究」医学書院、1991
- 29) 財団法人 厚生統計協会『国民衛生の動向』2004(13) 新井他編、前掲、P16
- 30) 財団法人 厚生統計協会、前掲、P80
- 31) 週間保健衛生ニュース、第1322号、2005/9/5
- 32) 衛藤 隆「学校における健康診断の意義」『保健の科学』VOL.44, NO.9.2002
- 33) 「平成9年労働者健康状況調査結果」労働省
- 34) 平山宗弘「子どもの喫煙対策」『公衆衛生』VOL.68 NO.12 2004
- 35) 平成6年から実施の大崎国保加入者コホート研究結果
- 36) 「週間社会保障」株式会社 法研 NO2230、2003、PP6-PP9
- 37) 近藤克則『健康格差社会』医学書院、2005
- 38) 星 且二「ヘルスプロモーションは保健活動の専売特許ではない」『公衆衛生』VOL.68 NO.9 2004
- 39) 小川賢太郎「千代田区「歩きたばこ禁止」条例の成果を検証する」『公衆衛生』、VOL68、NO.12 2004
- 40) 大島明「喫煙対策のさらなる前進を目指して」『公衆衛生』、VOL.68、NO.12、2004
- 41) G.E.Alan Dever 著、山田裕一訳『コミュニティー・ヘルス』金沢医科大学出版会、1995、P.39
- 42) 山地繁信「中災防認定ヘルスケア・トレーナーの現状と課題」『保健の科学』VOL.44、NO12、2002
- 43) 松本千秋著「健康行動理論の起訴」医歯薬出版株式会社、2002、P1
- 44) 河野照繁他「スポーツ、健康・体力づくり指導者」『保健の科学』VOL.44、NO11、2002