

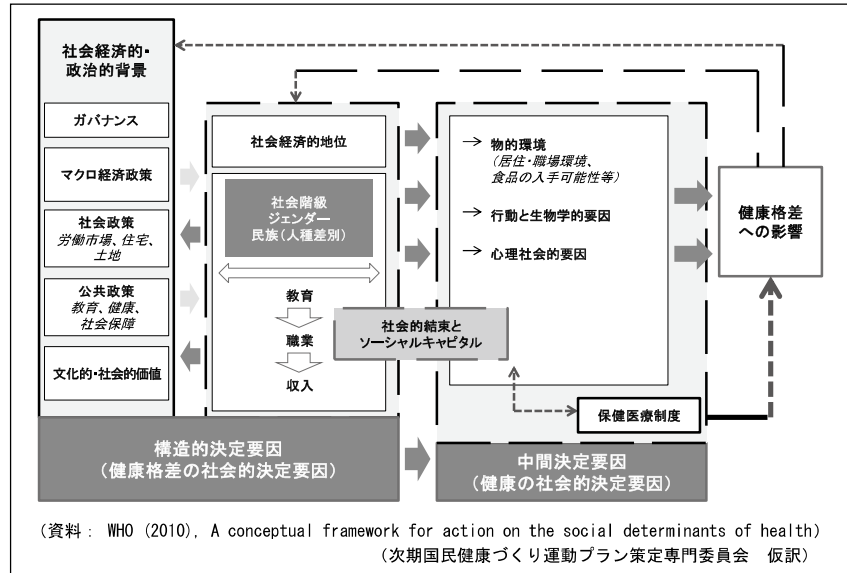
健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要で、国は基準や指針の策定や見直し、人材の育成や情報普及、企業や民間団体との協働による体制整

エ 健康を支え守るための社会環境整備
オ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善
ア 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
イ 生活習慣病の発症予防と重症化予防
ウ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkoujippou21.html、二〇一二年七月) は第一次健康日本二十一を全面改定し、以下の五点を基本方向としました。

今回は、自民党・公明党政権から民主党政権にかけて作られた日本の主な健康政策を概観し、その問題点を検討します。

日本の健康政策の問題点



【図1】健康の社会的要因に関する概念的枠組み (厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkoujippou21_02.pdf より引用)

	世帯所得 200万円未満		世帯所得 200万円以上～600万円未満		世帯所得 600万円以上 200万円未満		世帯所得 200万円以上～600万円未満	
	人数	割合またはは平均	人数	割合またはは平均	人数	割合またはは平均	人数	割合またはは平均
1. 肥満者の割合 (男性)	380	31.5%	1,438	30.2%	600	30.7%		
(女性)	587	25.6%	1,634	21.0%	686	13.2%	★	★
2. 朝食欠食者の割合 (男性)	499	20.7%	1,900	18.6%	816	15.1%	★	★
(女性)	718	17.6%	2,038	11.7%	878	10.5%	★	★
3. 野菜摂取量 (男性)	455	256g	1,716	276g	755	293g	★	★
(女性)	678	270g	1,880	278g	829	305g	★	★
4. 運動習慣のない者の割合 (男性)	302	70.6%	1,050	63.7%	381	62.5%	★	★
(女性)	492	72.9%	1,315	72.1%	505	67.7%	★	★
5. 現在習慣的に喫煙している者の割合 (男性)	497	37.3%	1,896	33.6%	815	27.0%	★	★
(女性)	719	11.7%	2,034	8.8%	877	6.4%	★	★

*年齢と世帯員数で調整した値
★ 600万円以上の世帯の世帯員と比較して、差のあった項目

(資料：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」)

【表1】所得と生活習慣に関する状況 (20歳以上) (引用は図1と同様)

特定健康診査等基本指針の改正案(素案) (http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002e0cn-at/2r985200002e0dp.pdf、二〇一二年六月)では、健診実施と成果目標の期限を延長し、非肥満者でもリスクが重なる者に保健指導や受診勧奨を行うよう標準プログラムを改訂する一方

がん対策 がん対策推進基本計画 (http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002b3v.html、二〇一二年六月)は、平成二十八年までに七十五歳未満の年齢調整死亡率の二〇％減少などのために、がん治療拠点病院でのチーム整備、緩和ケアや就労支援、医薬品や機器の早期承認などと共に、がん健診受診率を五年以内に五〇％(胃、大腸、肺は四〇％)と平成三十四年度までに職場での受動喫煙をゼロ、成人喫煙率を一二％にすることを掲げました。

戦後の健康政策は健康政策のお手本 一九五七年の第二回厚生白書「貧困と疾病の追放」は、貧困と疾病の悪循環を指摘し、「わが国における貧困の相当な部分は、広汎な不完全就業のもたらす構造的貧困によって占められている。・・・社会保障は国民生活の安定策であるとともに、貧困と闘う個々人や個々の家族の努力を社会的に結集し、これを高度に効率化するための施策である。」として、社会保障の充実を掲げました。不完全就業の是正による構造的貧困の解消とソーシャルキャピタル支援策の中核である社会保障の充実を健康政策の柱にすべきです。

1. WHOが掲げるHealth for Allではなく、特に、低所得者、失業者など生活困難を抱えた人々の健康権・生存権が軽視
2. WHOの健康の定義のうち社会的健康や、ノーマライゼーション(病気や障害があっても普通の社会生活を送れる社会)が軽視
3. 具体的対策や目標では個人への健診と保健指導・治療が中心で、EUのように環境改善による予防(健康社会づくり)がない
4. 薬害・公害・職業関連疾患・ストレス関連疾患など健康の社会的決定要因が明らかでない健康問題の再発防止策がない
5. 次世代の健康対策として、子育て世代の生活(雇用、収入)支援がない
6. 働き盛り世代への支援は常勤雇用者が前提で、失業者や非正規雇用者は制度から除外
7. 支援は自助と共助が中心で、公助は自助・共助の補助に後退
8. 政策の目玉とされるソーシャルキャピタル弱体化の原因を直視せず、それを豊かにするための国や自治体の責任を放棄
9. 政財界の利害調整で政策決定され、科学的手法でPDCAが運用されていない

健康格差の社会的決定要因と社会経済的地位の健康影響が記述され(図1)、生活習慣の収入格差に着目してはいますが(表1)、収入格差そのものを縮小する対策ではなく、格差が健康格差に繋がらないよう社会的結束とソーシャルキャピタル(人々の協調行動を活発にすることによって、社

備等に取り組むとされました。健康格差の社会的決定要因と社会経済的地位の健康影響が記述され(図1)、生活習慣の収入格差に着目してはいますが(表1)、収入格差そのものを縮小する対策ではなく、格差が健康格差に繋がらないよう社会的結束とソーシャルキャピタル(人々の協調行動を活発にすることによって、社

1. ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進
2. 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進
3. 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化
4. 地域における健康危機管理体制の確保
5. 学校保健との連携
6. 科学的根拠に基づいた地域保健の推進

地域の健康や次世代の健康や生活習慣も重視され、睡眠の確保や月六十時間以上の時間外労働の減少、低出生体重児や肥満児減少も目標に掲げています。

地域保健 地域保健対策基本指針一部改正 (http://www.okinawamed.or.jp/doctors/health/health-doc/h240915-2he.pdf、二〇一二年七月)の要点を列挙します。ソーシャルキャピタルが強調されています。

1. ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進
2. 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進
3. 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化
4. 地域における健康危機管理体制の確保
5. 学校保健との連携
6. 科学的根拠に基づいた地域保健の推進
7. 保健所の運営及び人材確保
8. 地方衛生研究所の機能強化
9. 快適で安心できる生活環境の確保
10. 国民の健康増進及びがん対策等の推進

地域医療計画 厚生省は「医療計画について」(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_jiryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuchi_jiryuu_keikaku.pdf、二〇一二年三月)を発表し、都道府県に対し、医療提供の量(病床数)の管理と質(医療連携・医療安全)の評価、医療機能の分化・連携により地域完結型医療(急性期から回復期・在宅医療まで)の推進、数値目標設定とPDCAの政策循環実施を求めています。

1. WHOが掲げるHealth for Allではなく、特に、低所得者、失業者など生活困難を抱えた人々の健康権・生存権が軽視
2. WHOの健康の定義のうち社会的健康や、ノーマライゼーション(病気や障害があっても普通の社会生活を送れる社会)が軽視
3. 具体的対策や目標では個人への健診と保健指導・治療が中心で、EUのように環境改善による予防(健康社会づくり)がない
4. 薬害・公害・職業関連疾患・ストレス関連疾患など健康の社会的決定要因が明らかでない健康問題の再発防止策がない
5. 次世代の健康対策として、子育て世代の生活(雇用、収入)支援がない
6. 働き盛り世代への支援は常勤雇用者が前提で、失業者や非正規雇用者は制度から除外
7. 支援は自助と共助が中心で、公助は自助・共助の補助に後退
8. 政策の目玉とされるソーシャルキャピタル弱体化の原因を直視せず、それを豊かにするための国や自治体の責任を放棄
9. 政財界の利害調整で政策決定され、科学的手法でPDCAが運用されていない

これらの健康政策の主な問題点

1. WHOが掲げるHealth for Allではなく、特に、低所得者、失業者など生活困難を抱えた人々の健康権・生存権が軽視
2. WHOの健康の定義のうち社会的健康や、ノーマライゼーション(病気や障害があっても普通の社会生活を送れる社会)が軽視
3. 具体的対策や目標では個人への健診と保健指導・治療が中心で、EUのように環境改善による予防(健康社会づくり)がない
4. 薬害・公害・職業関連疾患・ストレス関連疾患など健康の社会的決定要因が明らかでない健康問題の再発防止策がない
5. 次世代の健康対策として、子育て世代の生活(雇用、収入)支援がない
6. 働き盛り世代への支援は常勤雇用者が前提で、失業者や非正規雇用者は制度から除外
7. 支援は自助と共助が中心で、公助は自助・共助の補助に後退
8. 政策の目玉とされるソーシャルキャピタル弱体化の原因を直視せず、それを豊かにするための国や自治体の責任を放棄
9. 政財界の利害調整で政策決定され、科学的手法でPDCAが運用されていない