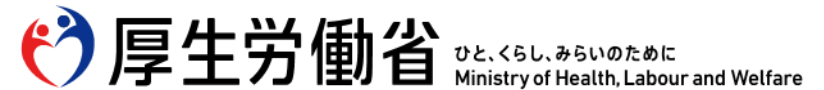


令和3年12月20日	参考資料3
第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会	



国内外の健康づくり運動に関する動向

（令和3年12月20日 暫定版）

厚生労働省 健康局健康課

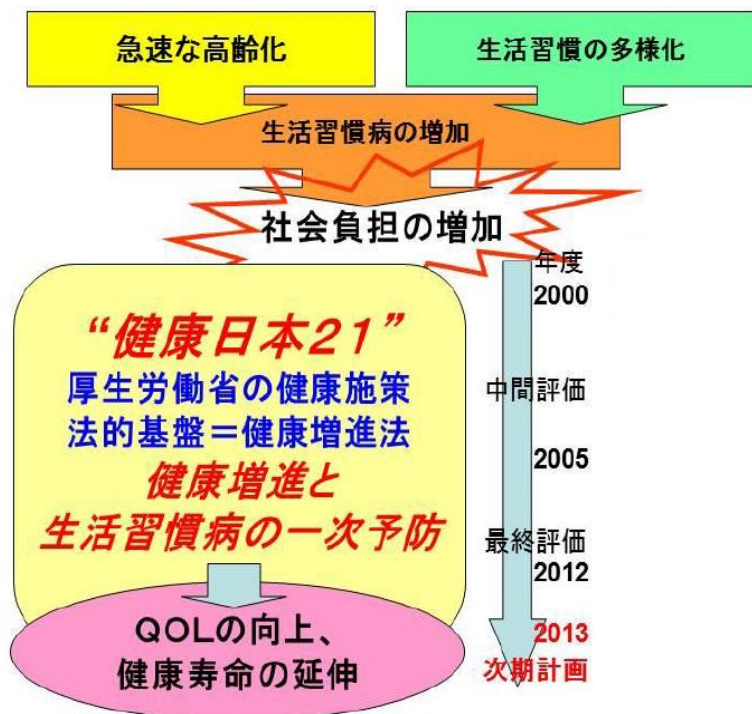
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

国内の健康づくり対策の動向（令和3年12月20日暫定版）



健康日本21の概要

健康日本21は急速な高齢化や生活習慣の多様化を背景に健康の実現は個人の健康観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組む課題であり、社会全体としても個人の主体的な健康づくりを支援することが必要であるという考えのもと開始されました。この政策は意識的に運動をしている人の割合や食塩摂取量等70項目の具体的な目標等を提示すること等により国民の健康づくりに関する意識の向上及び取組を促すものです。



背景

- ✓ 平均寿命の急速な延伸により、世界有数の長寿国となった。
- ✓ 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。
- ✓ 痴呆、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等が深刻な社会問題となっていた。

概要

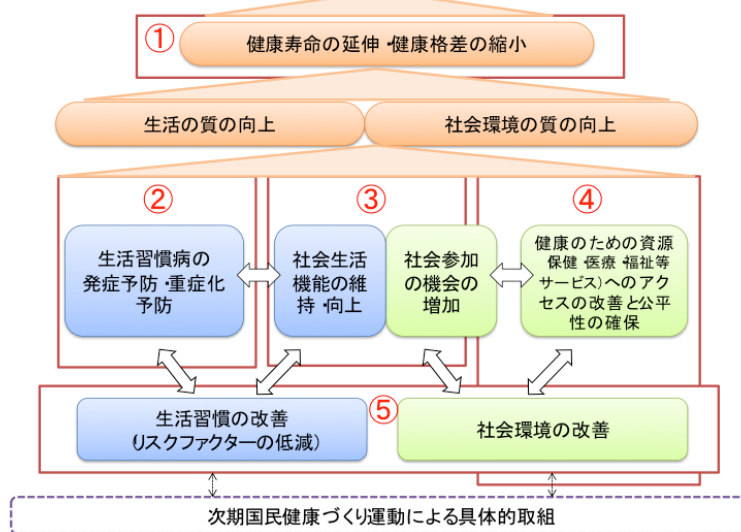
- 目的：** 壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現する
- 最終目標：** 全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とする
- 施策方針：** 1)一次予防の重視、2)健康づくり支援のための環境整備、3)具体的な目標設定とその評価、4)多様な実施主体間の連携
- 重点領域：** 「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康づくり」「たばこ」「アルコール」「歯の健康」「糖尿病」「循環器病」「がん」の9分野で具体的な目標を提示。
- 実施期間：** 2000年度～2012年度

分野	数値目標(例)
① 栄養・食生活	肥満者の割合、脂肪エネルギー比率、食塩摂取量、野菜の摂取量、カルシウムに富む食品の摂取量、朝食を欠食する人の割合 等
② 身体活動・運動	意識的に運動をしている人の割合、日常生活における歩数、運動習慣者の割合、地域活動を実施している高齢者の割合 等
③ 休養・こころの健康づくり	ストレスを感じた人の割合、睡眠補助品等を使用する人の割合、自殺者数、睡眠による休養を十分にとれていない人の割合 等
④ たばこ	未成年で喫煙している人の割合、分煙を実施している割合、禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合 等
⑤ アルコール	多量に飲酒する人の割合、未成年で飲酒している人の割合、節度ある適度な飲酒の知識がある人の割合 等
⑥ 歯の健康	う歯のない幼児の割合(3歳)、1人平均う歯数(12歳)、進行した歯周炎を有する人の割合、歯間部清掃用器具を使用する人の割合 等
⑦ 糖尿病	糖尿病検診を受診している人の割合、糖尿病有病者数、合併症を発症した人の割合、糖尿病有病者の治療継続率 等
⑧ 循環器病	カリウムの1日当たりの平均摂取量、高脂血症の人の割合、健康診断を受ける人の割合 等
⑨ がん	1日の食事において果物類を摂取している人の割合、がん検診の受診者の数 等

健康日本21 (第二次)の概要

健康日本21(第二次)は健康日本の最終評価、および、少子高齢化や経済成長の鈍化といった社会情勢の変化を踏まえ、すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会を10年後に目指すべき姿として設定し、その目標を達成するための生活習慣と社会環境の改善への取り組みとして開始されました。本取り組みにおいては53項目の具体的な目標等を提示すること等により、生活習慣及び社会環境の改善等を通じた国民の健康の増進の総合的な推進等を目指しています。

全ての国民が共に支え合い、健やかに心豊かに生活できる活力ある社会の実現



背景

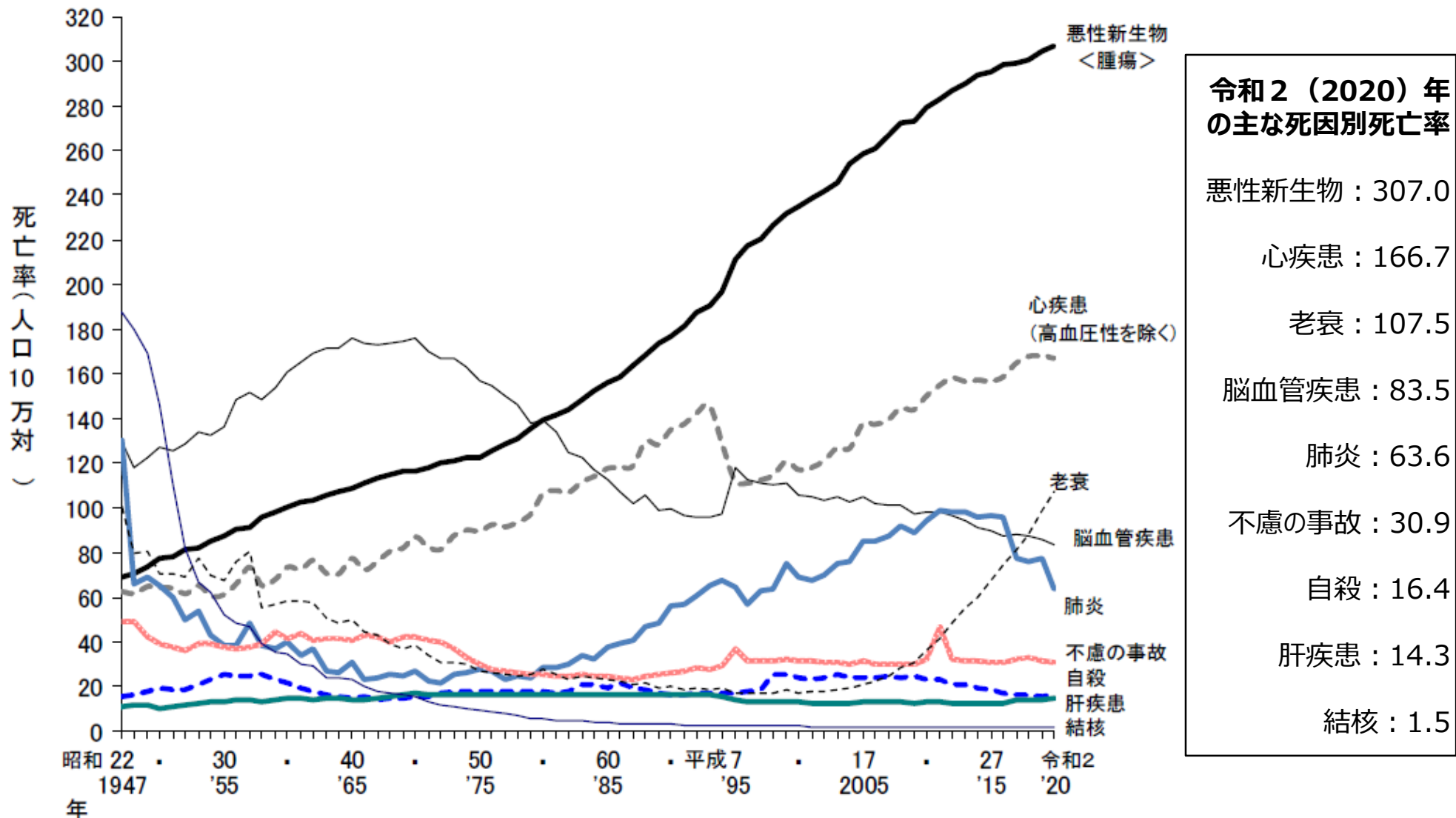
- 平均寿命については世界で高い水準を示す一方、急速な出生率の低下に伴って高齢化が進展している。
- 高齢化の進展により医療や介護に係る負担が一層増すと予想されている一方で、これまでのような高い経済成長が望めない可能性がある。
- 近年の社会経済的状況の変化を踏まえ、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告され、こうした健康格差が、今後深刻化することが危惧されている。

概要

- 目的：** 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 最終目標：** すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会
- 施策方針：** 1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小、2)生活習慣病の発症予防と重症化予防、3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、4)健康を支え、守るための社会環境の整備、5)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
- 重点領域：** 健康寿命の延伸と健康格差の縮小を実現するために、各分野で具体的な目標を提示。
- 実施期間：** 2013年度～2023年度

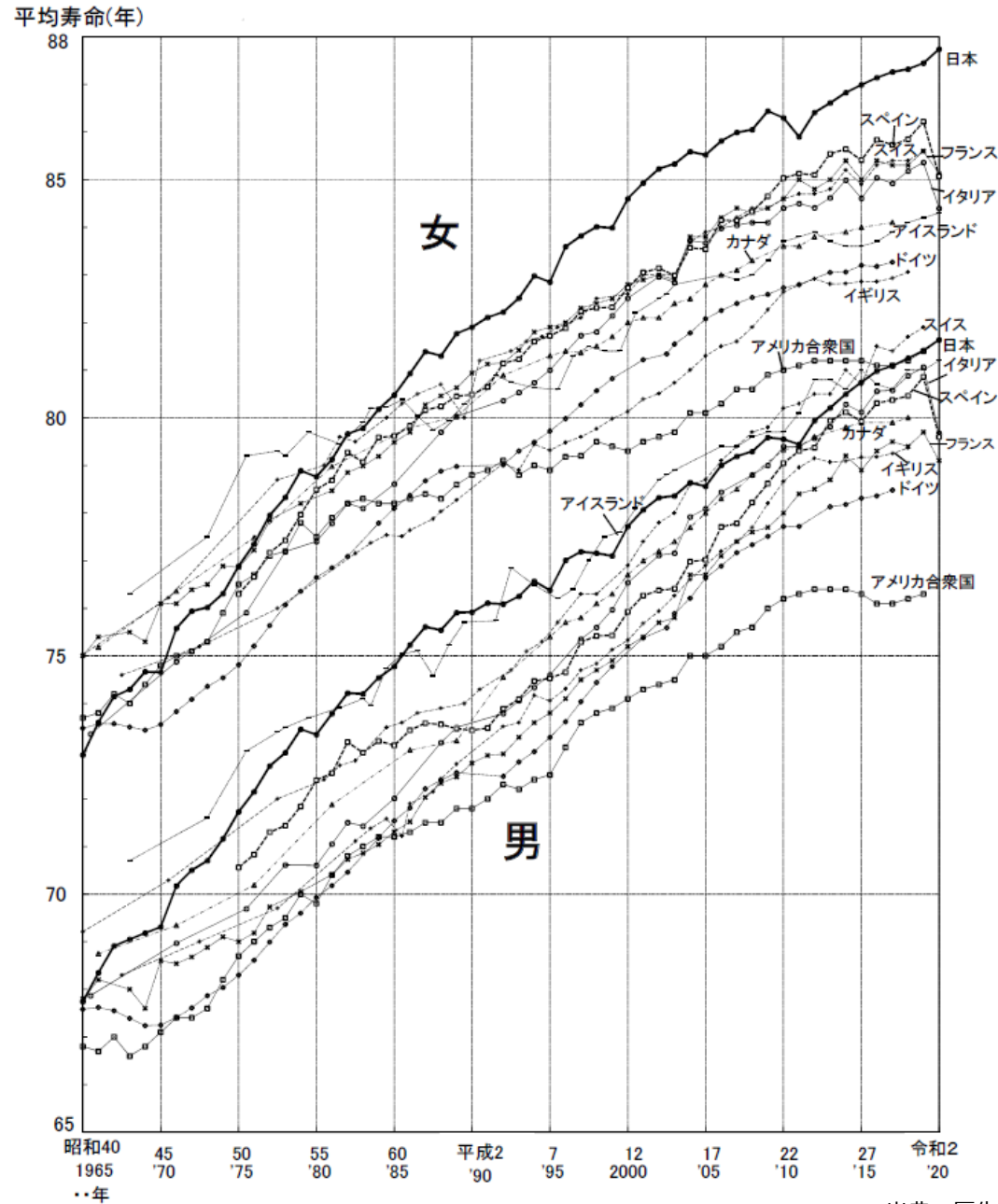
分野	数値目標 (例)	
① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)、健康格差(日常生活に制限のない期間の平均的都道府県格差) 等	
② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	(1)がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率、がん検診の受診率 等
	(2)循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率、収縮期血圧の平均値、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の人数 等
	(3)糖尿病	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)、治療継続者の割合、糖尿病有病者数 等
	(4)COPD	COPDの認知度 等
③ 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	(1)こころの健康	自殺率、気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合 等
	(2)次世代の健康	健康な生活習慣を有する子どもの割合、低出生体重児の割合、肥満傾向にある子どもの割合 等
	(3)高齢者の健康	介護保険サービス利用者数、認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率、ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合 等
④ 健康を支え、守るための社会環境	健康づくりに関する活動に取り組み自発的に情報発信を行う企業登録数、健康格差に取り組む自治体数 等	
⑤ 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	(1)栄養・食生活	肥満者の割合、食塩摂取量、野菜摂取量、果物摂取量、共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) 等
	(2)身体活動・運動	日常生活における歩数、運動習慣者の割合、住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数 等
	(3)休養	睡眠による休養を十分にとれていない人の割合、週労働時間60時間以上の雇用者の割合 等
	(4)飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合、未成年で飲酒している人の割合、妊娠中に飲酒している人の割合 等
	(5)喫煙	成人の喫煙率、未成年で喫煙している人の割合、妊娠中に喫煙している人の割合、受動喫煙の機会を有する者の割合 等
	(6)歯・口腔の健康	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合、歯周病を有する者の割合、乳幼児・学齢期のう蝕のない者の割合 等

死因で見た死亡率の推移



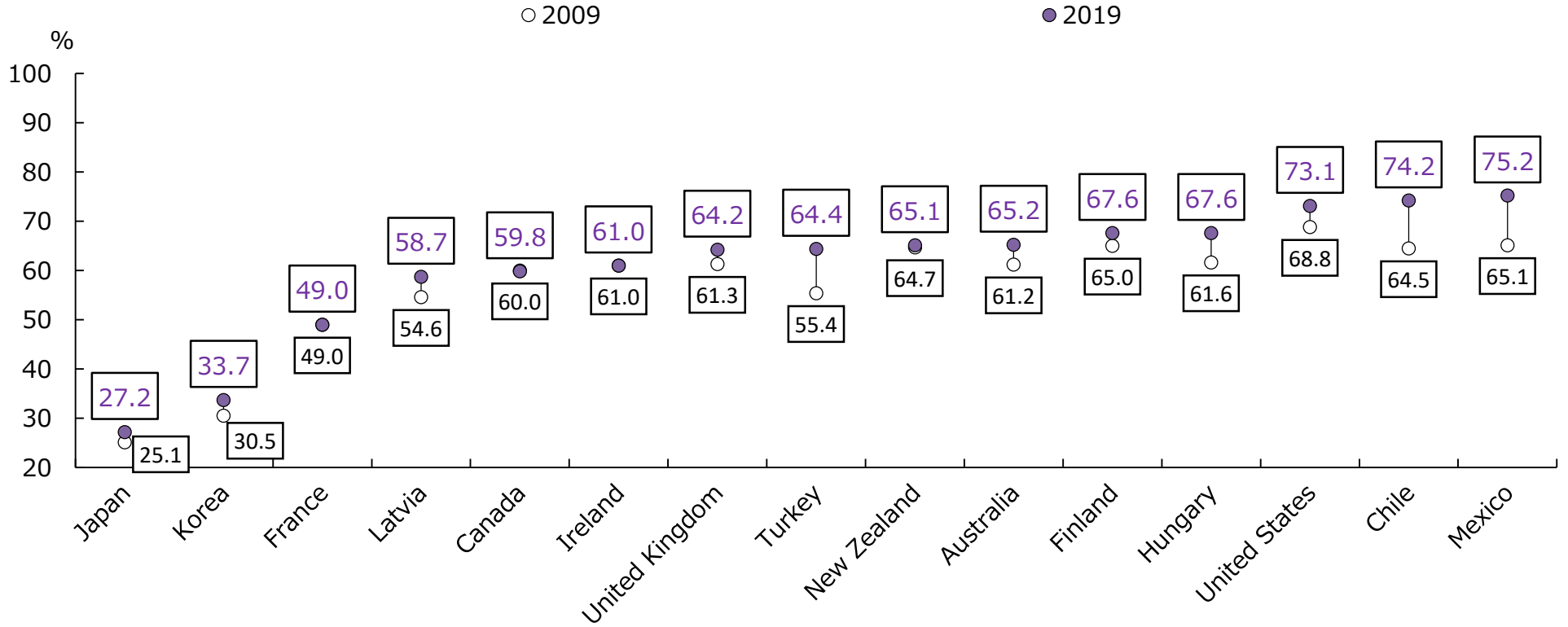
出典：厚生労働省「令和2年（2020）人口動態統計月報年計（概数）の概況」図6

平均寿命の推移（各国比較）

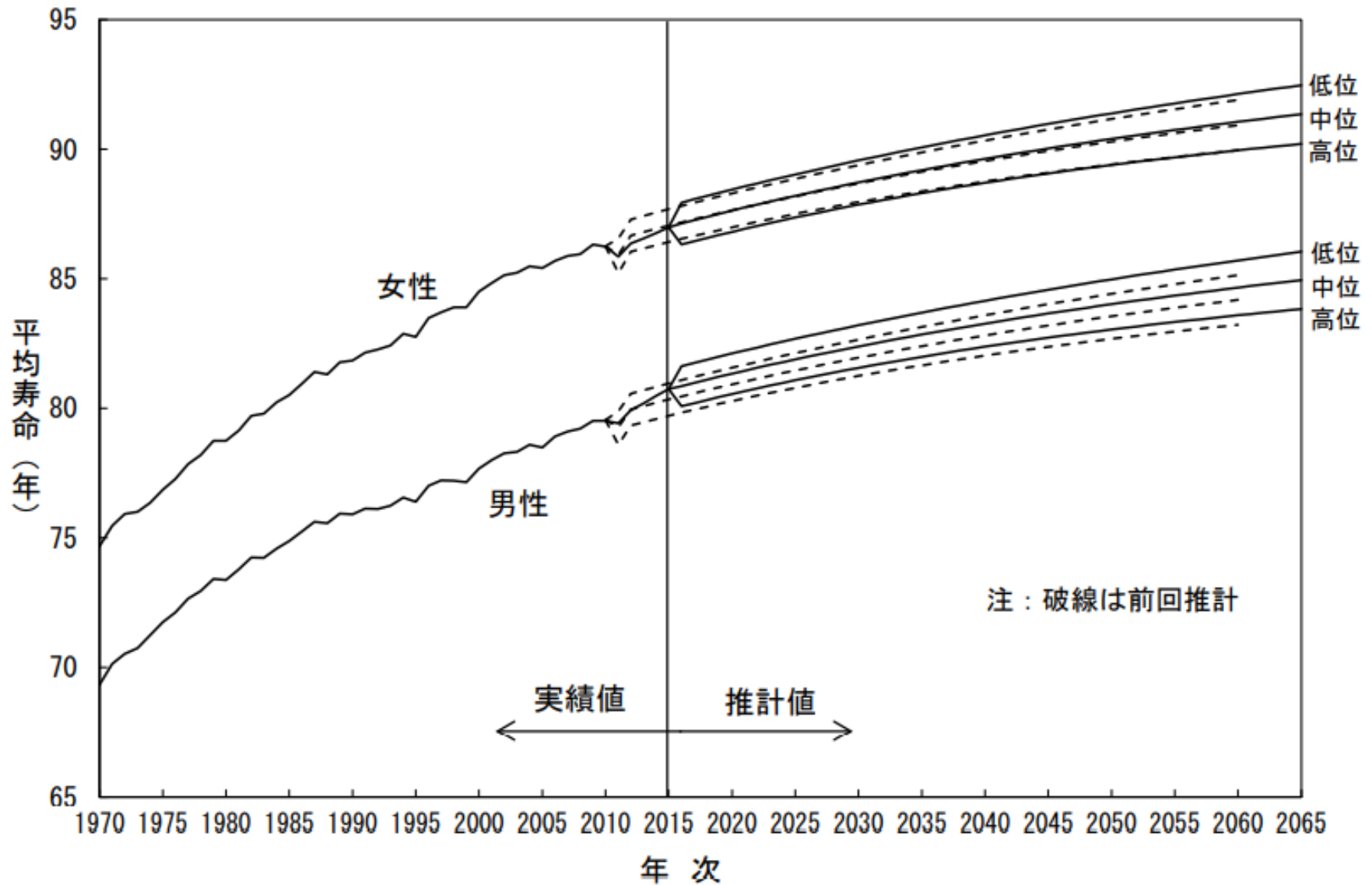


平均寿命の諸外国との比較は、
国により作成基礎期間や作成
方法が異なるため、厳密な比較
は困難であることに留意が必要。

OECD加盟国における成人の肥満

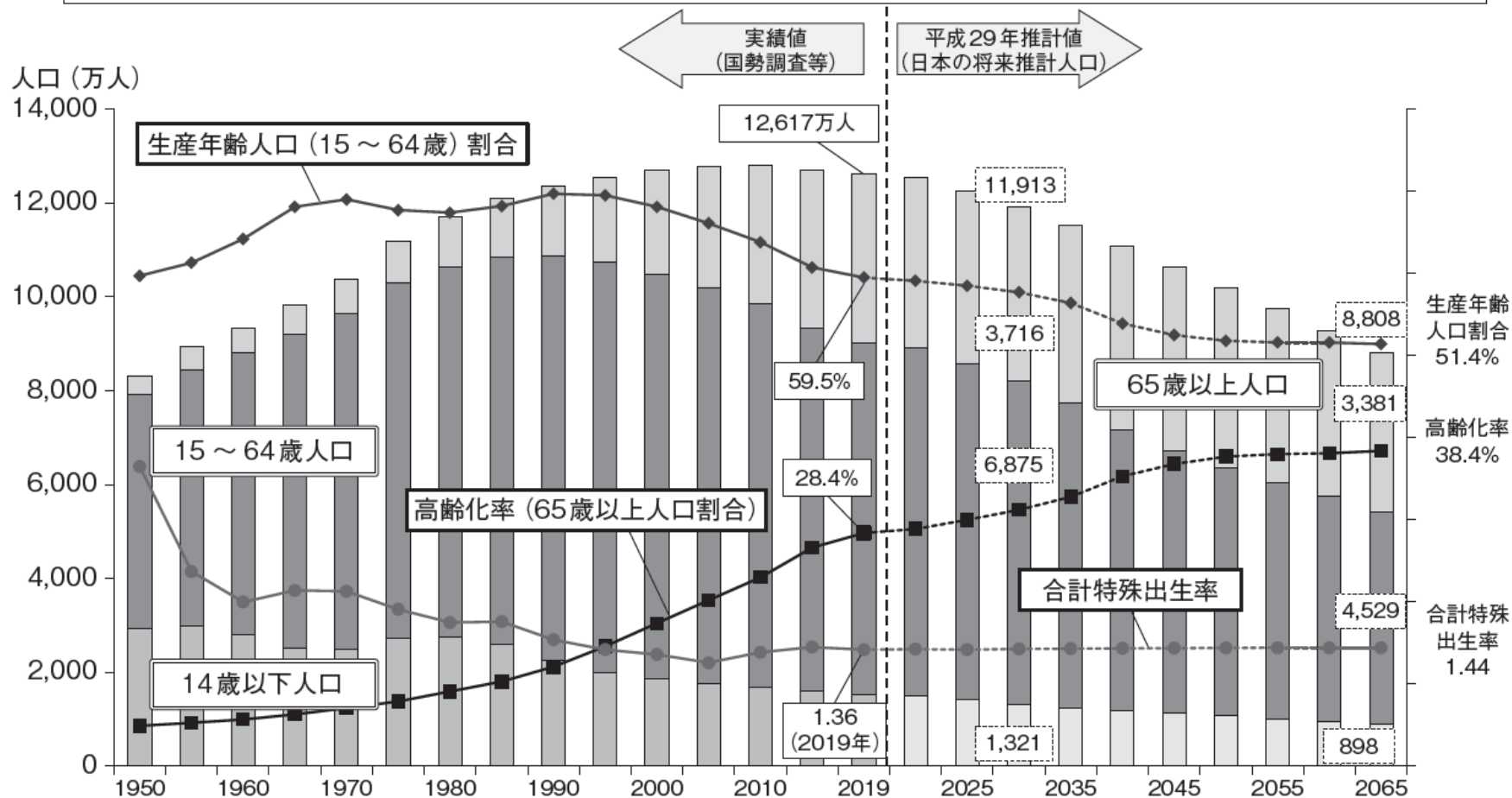


平均寿命の将来推計



人口構造の変化

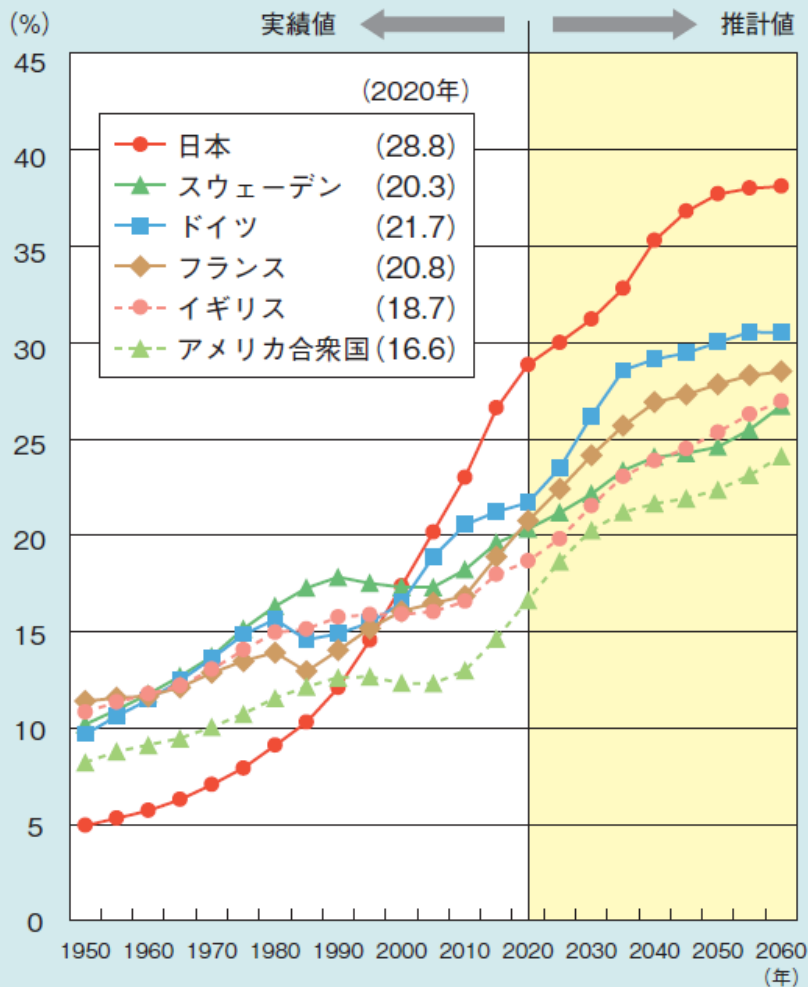
○日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



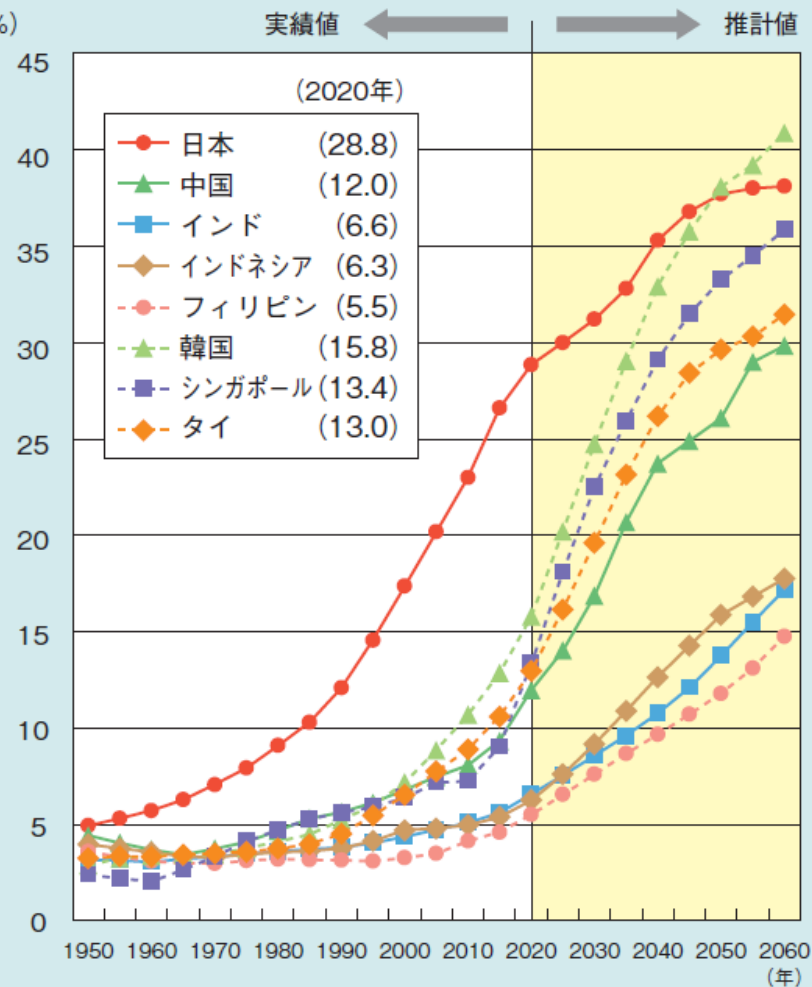
(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

高齢化の国際的動向（総人口に占める65歳以上の者の割合）

1. 欧米



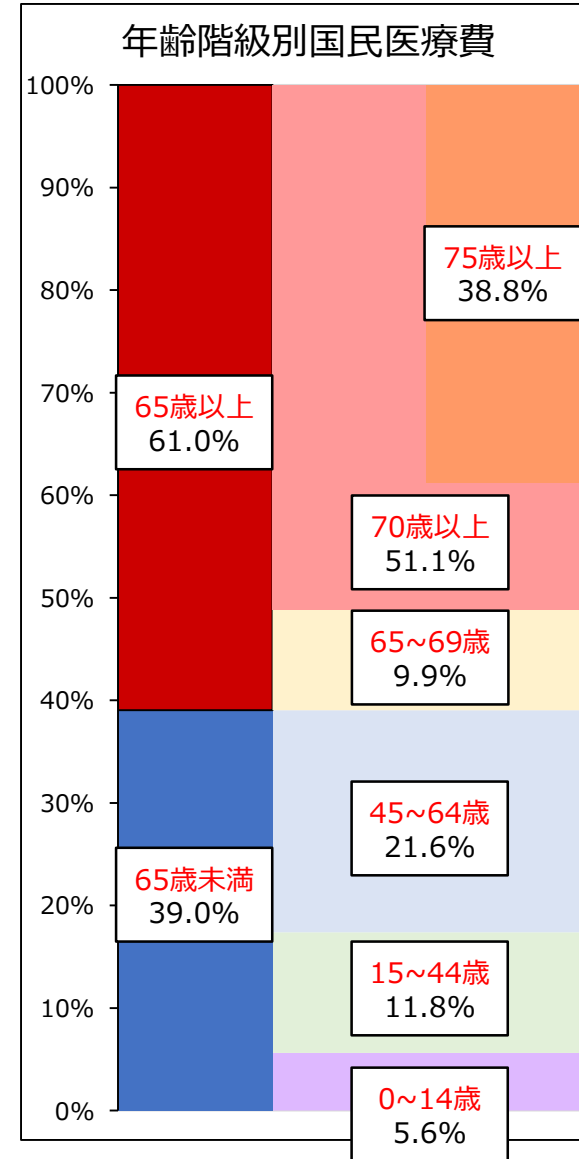
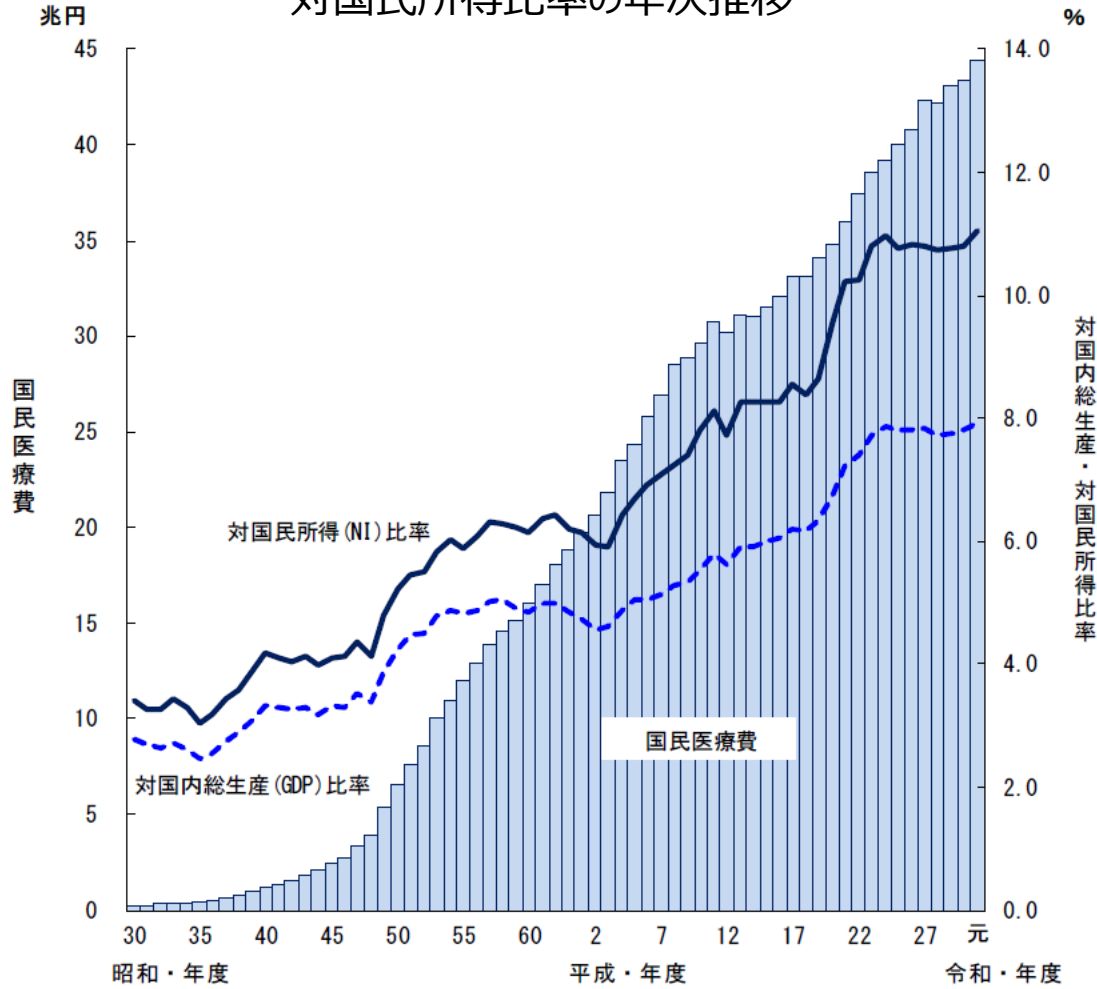
2. アジア



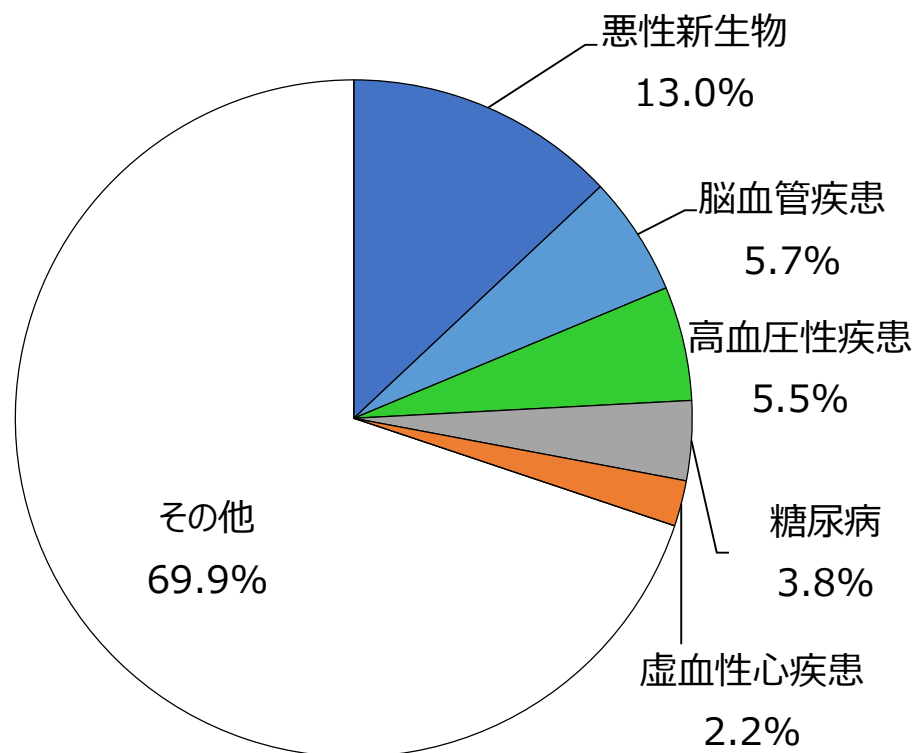
資料：UN、World Population Prospects：The 2019 Revision

ただし日本は、2015年までは総務省「国勢調査」、2020年は総務省「人口推計」（令和2年10月1日現在（平成27年国政調査を基準とする推計））2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

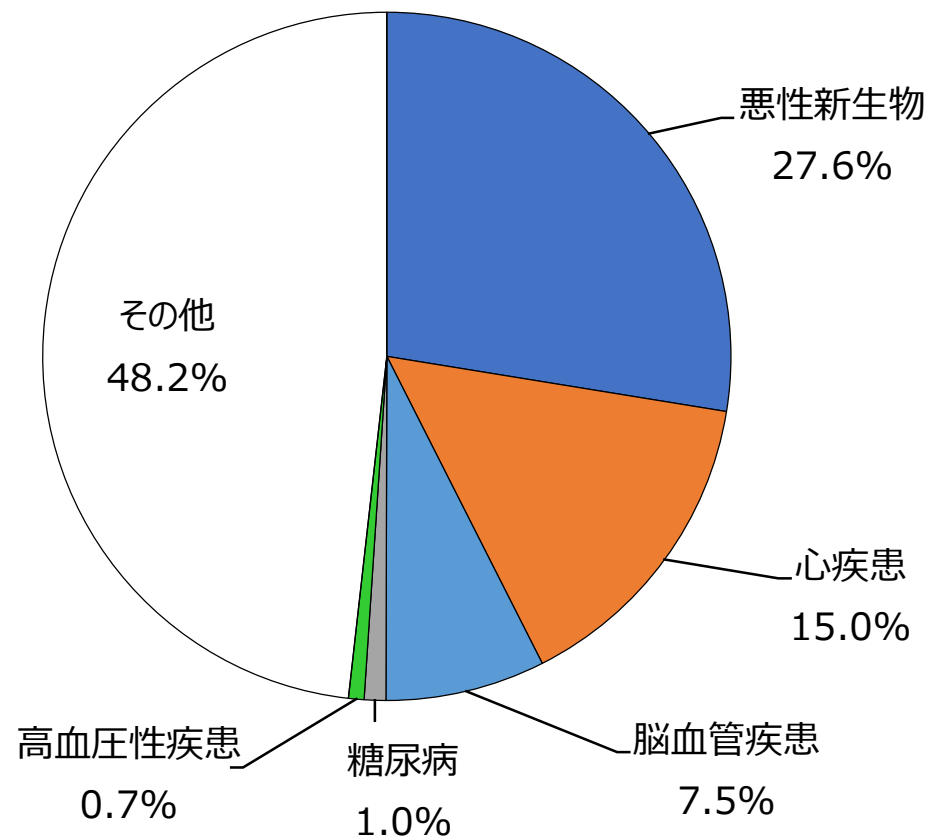
国民医療費、対国内総生産・対国民所得比率の年次推移



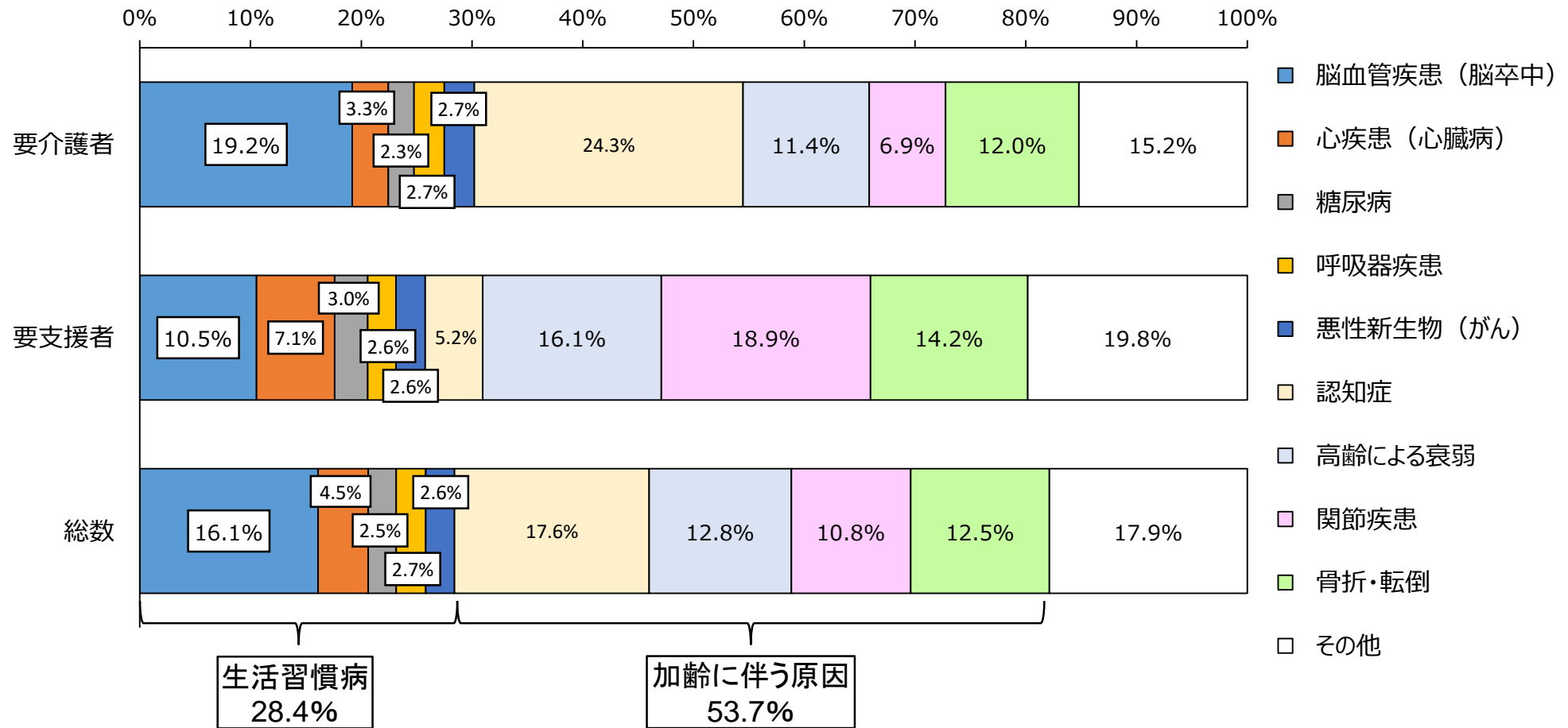
一般診療医療費の構成割合



死因別死亡割合

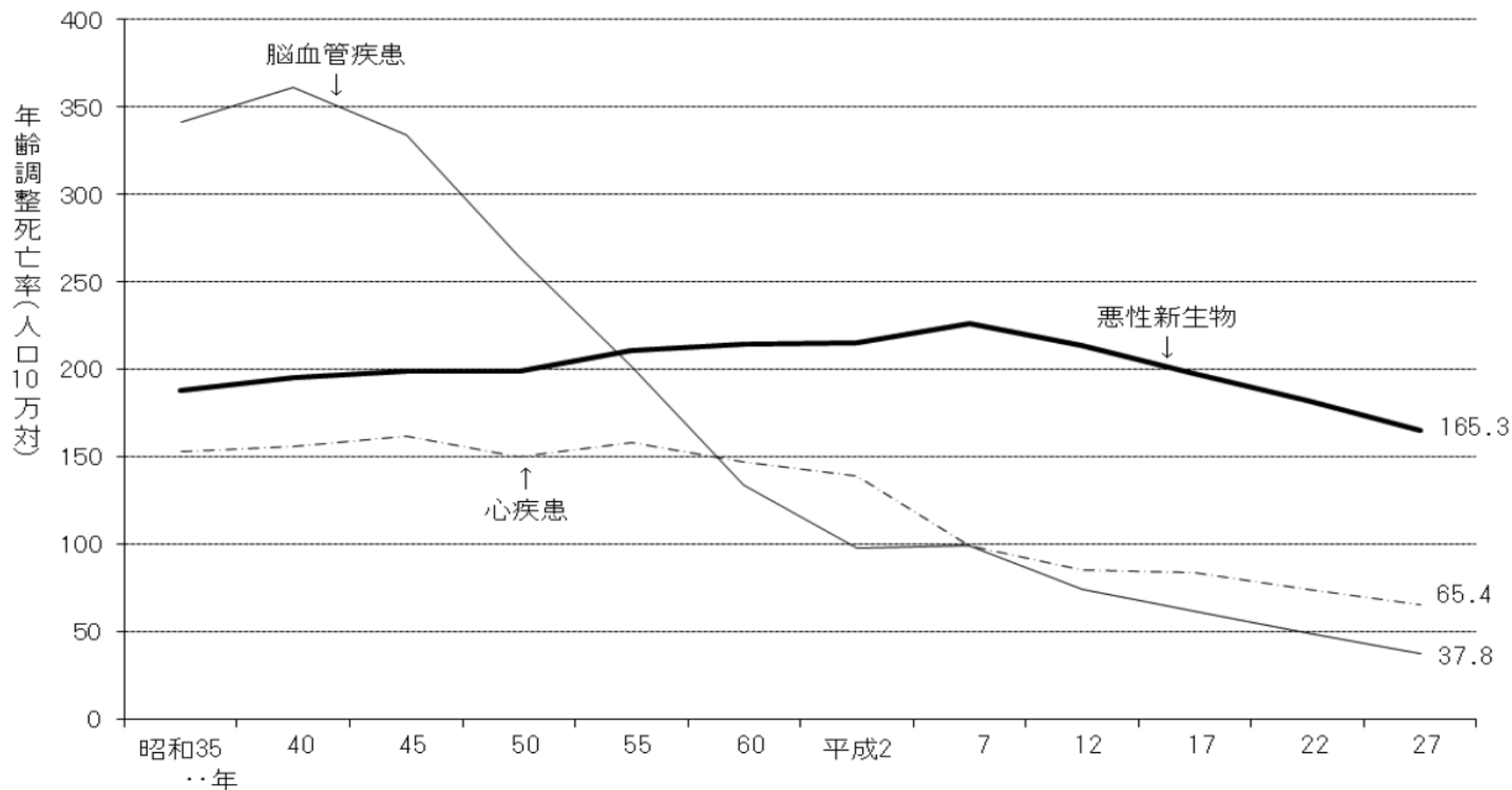


要介護度別にみた介護が必要となった主な原因



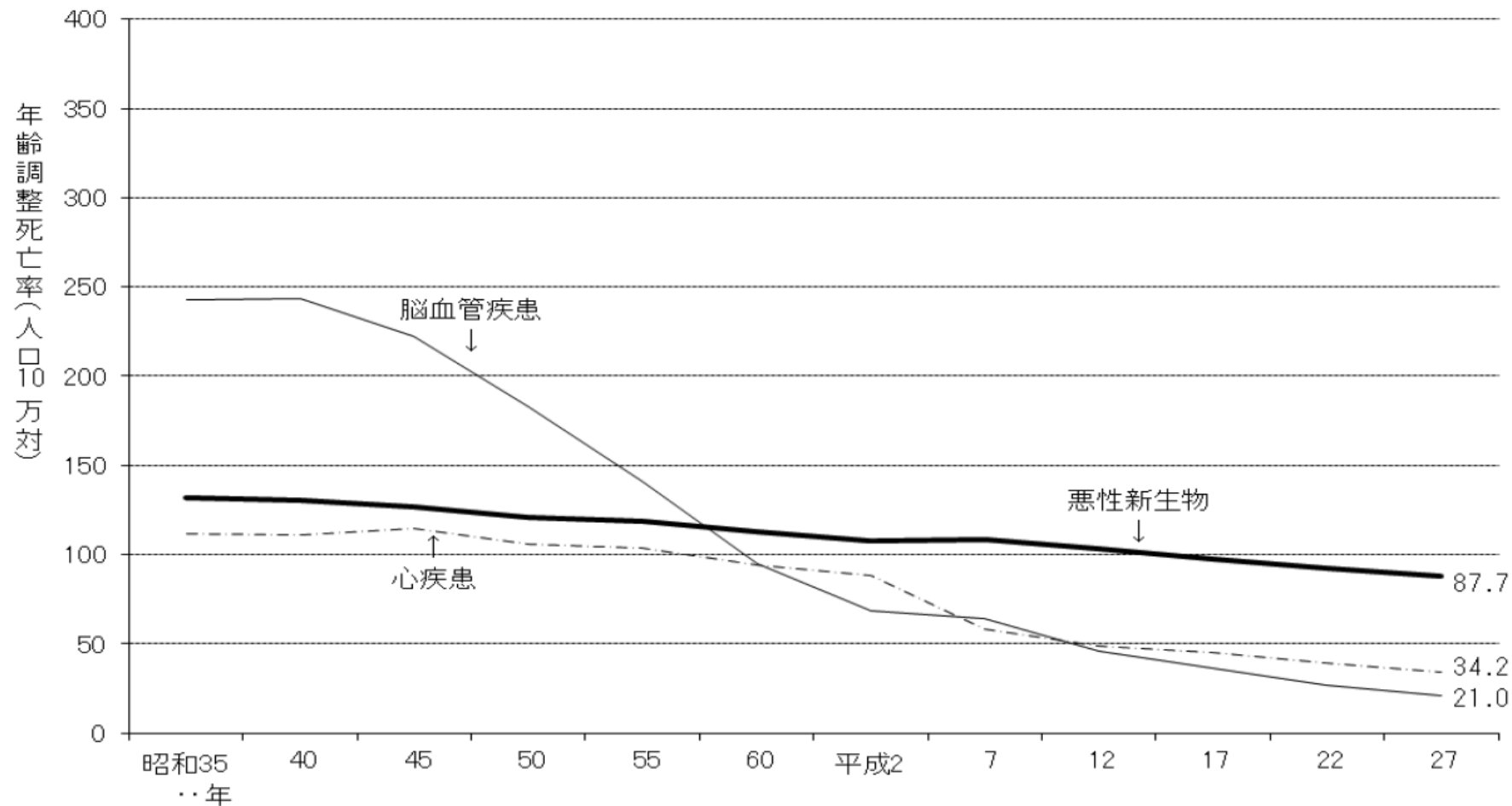
3大死因の年齢調整死亡率の年次推移

男



3大死因の年齢調整死亡率の年次推移

女



所得と生活習慣等に関する状況（20歳以上）

		①200万円未満		②200万円以上 400万円未満		③400万円以上 600万円未満		④600万円以上		① vs ④	② vs ④	③ vs ④	
		人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値				
1. 食生活	食塩摂取量の平均値	(男性)	281	10.5g	705	10.9g	537	11.1g	821	11.2g	★		
		(女性)	453	9.2g	802	9.3g	574	9.2g	900	9.3g			
	野菜摂取量の平均値	(男性)	281	253.9g	705	271.2g	537	301.2g	821	296.6g	★	★	
		(女性)	453	266.6g	802	264.4g	574	283.7g	900	278.5g			
	果物摂取量 100g 未満 の者の割合	(男性)	281	64.4%	705	65.3%	537	62.7%	821	67.9%			
		(女性)	453	64.5%	802	56.3%	574	53.3%	900	55.7%	★		
2. 運動	運動習慣のない者 の割合	(男性)	179	66.4%	439	70.6%	285	66.3%	407	61.7%			
		(女性)	325	70.9%	534	76.5%	375	78.6%	560	63.1%			
	歩数の平均値	(男性)	253	5,327	653	6,751	522	7,243	798	7,015	★		
		(女性)	396	5,685	743	5,897	548	5,779	868	6,373	★	★	★
3. 喫煙	現在習慣的に喫煙 している者の割合	(男性)	337	34.3%	810	32.9%	613	29.4%	925	27.3%	★	★	
		(女性)	529	13.7%	911	9.6%	646	6.6%	1,001	6.5%	★		
4. 飲酒	生活習慣病のリスクを高 める量を飲酒している 者の割合	(男性)	338	12.1%	809	15.3%	615	13.8%	927	19.2%	★		★
		(女性)	528	6.6%	911	8.7%	645	15.6%	1,001	8.7%			
5. 睡眠	睡眠で休養が十分とれて いない者の割合	(男性)	338	16.4%	810	22.5%	615	20.0%	927	22.0%			
		(女性)	529	28.1%	910	20.9%	644	22.4%	999	20.2%	★		
6. 健診	未受診者の割合	(男性)	337	40.7%	810	29.8%	615	19.2%	927	16.7%	★	★	★
		(女性)	528	41.1%	909	34.2%	644	36.8%	1,001	26.1%	★	★	★
7. 体型	肥満者の割合	(男性)	260	30.0%	660	30.8%	486	31.9%	732	32.0%			
		(女性)	431	18.5%	712	23.8%	518	28.1%	804	27.0%			
	やせの者の割合	(男性)	260	4.8%	660	5.1%	486	2.7%	732	2.2%			★
		(女性)	431	9.0%	712	10.7%	518	11.4%	804	9.9%			
8. 歯の本数	歯の本数 20 歯未満と 回答した者の割合	(男性)	334	30.2%	802	24.0%	612	21.3%	927	18.9%	★	★	★
		(女性)	529	29.8%	905	22.2%	643	16.6%	998	21.6%	★	★	

都道府県別の肥満及び主な生活習慣の状況

	全国 平均	都道府県の状況		上位群と下位群の 差
		上位群	下位群	
1. BMI の平均値 (kg/m ²)				
男性 (20～69 歳)	23.8	24.4	23.4	0.9
女性 (40～69 歳)	22.6	23.3	22.1	1.2
2. 野菜摂取量の平均値 (g/日)				
男性 (20 歳以上)	284	318	258	59
女性 (20 歳以上)	270	302	242	60
3. 食塩摂取量の平均値 (g/日)				
男性 (20 歳以上)	10.8	11.5	10.0	1.5
女性 (20 歳以上)	9.2	9.7	8.5	1.1
4. 歩数の平均値 (歩/日)				
男性 (20～64 歳)	7,779	8,264	6,774	1,490
女性 (20～64 歳)	6,776	7,200	5,930	1,270
5. 現在習慣的に喫煙している者の割合 (%)				
男性 (20 歳以上)	29.7	35.2	25.4	9.9

「健康」関連のメディア報道件数の推移について

(令和3年12月20日 暫定版)

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

NHK放送回数の推移

NHK総合における「健康」をキーワードとして含む番組について、過去の放送回数の推移を確認した。

○調査方法：NHKアーカイブス^{※1}にて、タイトルまたは概要説明に「健康」という言葉が含まれている平成12年以降の放送番組を検索し、検索結果を基に放送回数を年別に集計した。

NHK総合における放送を対象としており、2005年まではアナログ総合、2006年からはデジタル総合（デジタル総合2は含まない）の放送数を集計している。

○調査時期：令和3年9月^{※2}

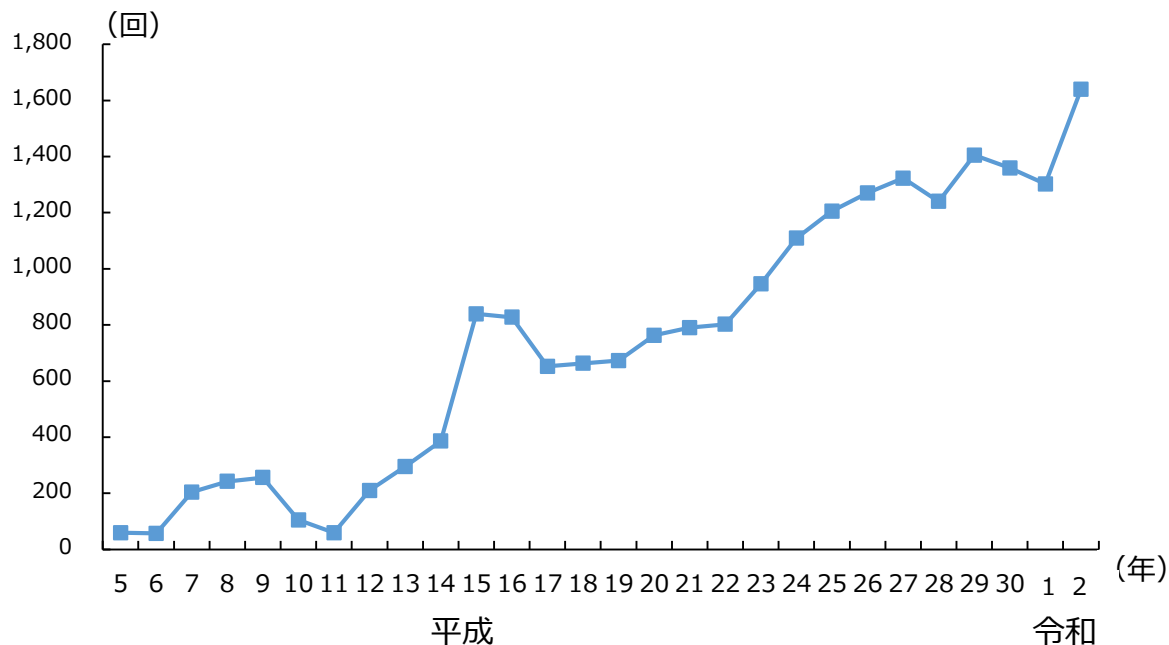
※1：<https://www.nhk.or.jp/archives/>

※2：2021年9月時点ではキーワードを指定した期間集計が可能であったが、システムの変更に伴い検索方法が変更となっている

令和3年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社NTTデータ経営研究所が集計。

結果のポイント

○「健康」をキーワードに含む番組の放送回数は、平成12年頃から増加傾向にある。



全国4紙の記事掲載件数の推移

全国4紙（朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞）における「健康」をキーワードとして含む記事について、過去の掲載件数の推移を確認した。

○調査方法：記事見出しに「健康」という言葉が含まれている平成12年以降の記事を検索^{*}し、検索結果を基に掲載件数を年別に集計した。

全国4紙（朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞）の掲載件数を集計している。

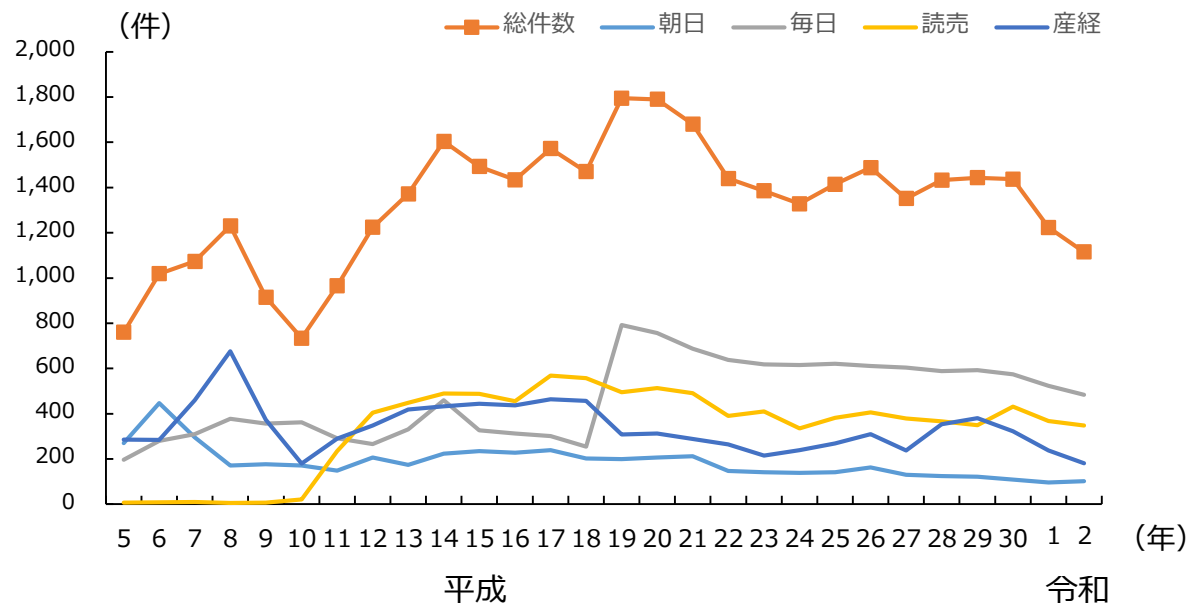
○調査時期：令和3年9月

^{*}：日経テレコンを用いて検索 <https://telecom.nikkei.co.jp/>

令和3年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社NTTデータ経営研究所が集計。

結果のポイント

○「健康」をキーワードに含む記事の掲載件数は、平成12年頃から増加し、近年は横ばいで推移している。



公衆衛生施策の国際的な潮流

次世代の我が国における公衆衛生施策の在り方に関する調査等一式
報告書(※)より抜粋

※ 令和元年度厚生労働省予算事業において、
受託者、株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門
ヘルスケア・事業創造グループがとりまとめたもの

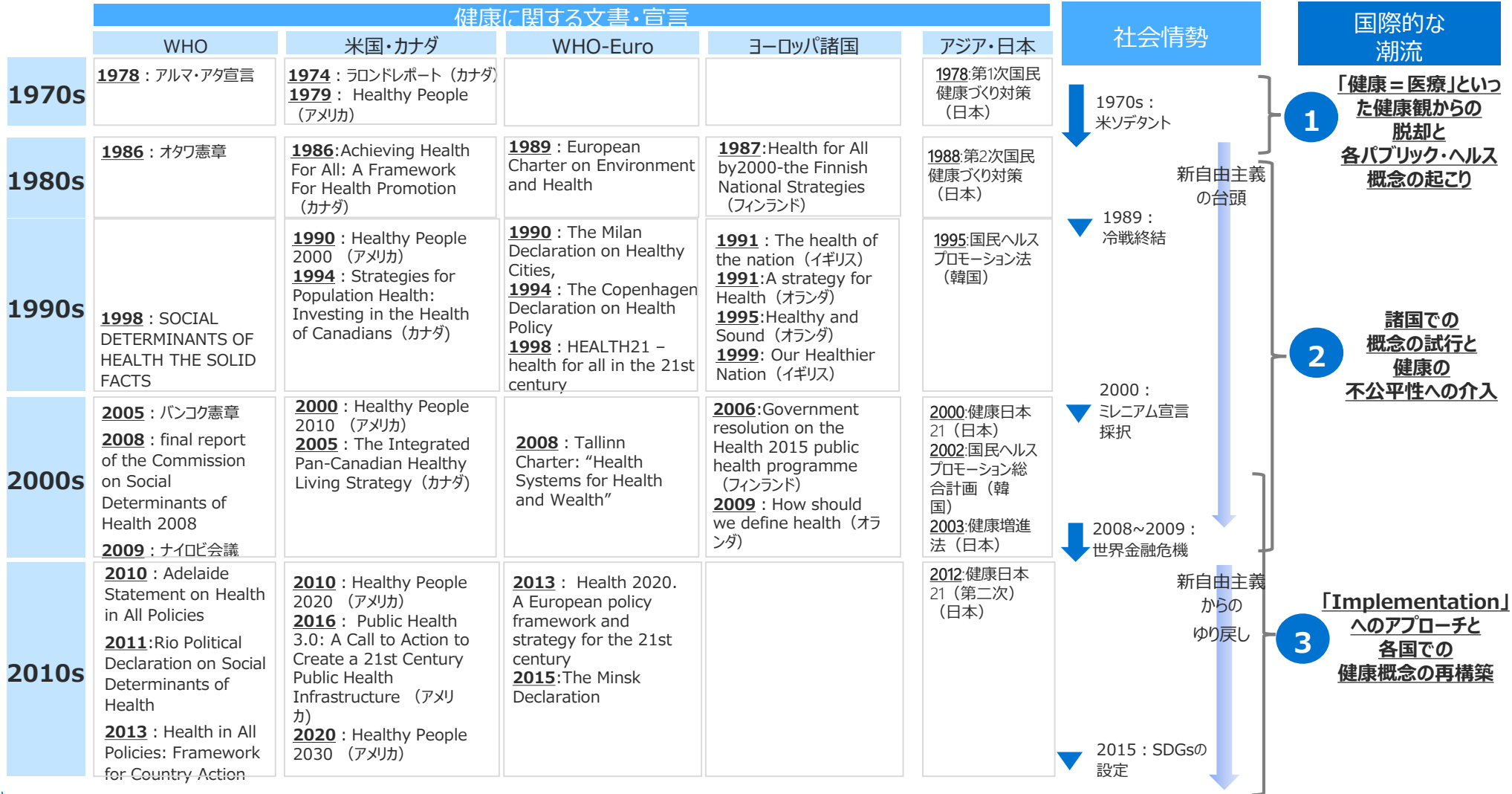
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare







今回調査における主な文献とそこから見える国際的な潮流

今回の文献調査から、大きく3つの潮流が導かれた。



①「健康 = 医療」といった健康観からの脱却と各パブリック・ヘルス概念の起こり

カナダの「ラウンドレポート」は、病気の決定要因を生物学的なものから環境要因・ライフスタイルも含めた4つの広い領域として再定義し、合わせて医療レベルと健康レベルを同一視する思想から脱却し、包括的な健康観へ転換する嚆矢となった。続く1978年の「アルマ・アタ宣言」や1986年の「オタワ憲章」で、現在につながる各パブリック・ヘルス概念の基礎が作られた。

	健康観の変遷	この時期に概ね完成した概念		以降発展していく概念・記載							
		プライマリヘルスケア	Health Promotion	領域横断の取組み	健康の決定要因	コミュニティの記載					
1974 ラウンド・レポート	健康の領域として生物学的要因、環境的要因、およびライフスタイル要因を、医療機能と同様に定義	—	—	—	生物学的要因のみでなく環境的要因およびライフスタイル要因も健康に関係するものであると定義	—					
1978 アルマ・アタ宣言	—	自立と自決の精神に則り、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施される必要不可欠なヘルスケアと定義	—	プライマリヘルスケアは保健分野に加え、国および地域の開発の全てのセクターの協調的な取組を必要とすると記載	—	プライマリヘルスケアとはコミュニティの自立と自決の精神に則り、十分な住民参加のもとで、彼らの健康ニーズに答えるものであると記載					
1986 オタワ憲章	健康は目的ではなく日々の生活の資源と見なされると記載	—	ヘルスプロモーションを「人々が健康をコントロールし改善することを可能とするためのプロセス」と定義	Build Healthy Public Policyとしてすべての部門およびあらゆるレベルの政策立案者の議題に健康を置くことを活動手段として提示	健康のための前提条件として以下を定義 平和、安全な住居、教育、食料、収入、安定した生態系、持続的な資源、社会正義と公平性	ヘルスプロモーションは具体的かつ効果的なコミュニティのアクションを通じて機能すると記載					
 静的な健康観から動的な健康観へ変化		 以降 現在まで継承		 バンコク憲章で一部改変の後現在まで継承		 後年 Health in All Policiesとして整理		 後年 Social Determinant of Healthとして整理		 後年 コミュニティエンパワメントとして整理	

② 諸国での概念の試行と健康の不公平性への介入

オタワ憲章前後から、各国でヘルスプロモーションの概念を施行すべく、宣言・施策が打ち出された。また、オタワ憲章内で健康のための前提条件として身体的・生物学的側面以外の要素が示されたことを起点とし、健康の社会的決定要因についての整理と介入方針の検討がなされ、1998年には「SOLID FACTS」として10のテーマが導かれた。そして2005年にはWHOに健康の社会的決定要因に関する委員会が設置され、2008年には委員会の最終報告がリリースされた。それを受けて、2009年にはWHO総会決議がなされている。

	健康の社会的決定要因に関する記載	各国での文書・白書など		
		米国・カナダ	欧州	アジア
1986 オタワ憲章	健康のための前提条件として以下を定義 (平和、安全な住居、教育、食料、収入、安定した生態系、持続的な資源、社会正義と公平性)	1986 : Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion (カナダ)	1987 : Health for All by2000-the Finnish National Strategies (フィンランド)	1988 : 第2次国民健康づくり対策 (日本)
1988-1997 アデレード勧告 ～ ジャカルタ宣言	各勧告・宣言の中で健康の不公平性への介入や健康の決定要因に対するアプローチの重要性が強調される	1990 : Healthy People 2000 (アメリカ)	1987 : Promoting better Health (イギリス)	1995 : 国民ヘルスプロモーション法 (韓国)
1998 SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS	健康の社会的決定要因について、科学的観点から10のテーマを定義 (社会格差・ストレス・幼少期・社会的排除・労働・失業・社会的支援・薬物依存・食品・交通)	1994 : Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians (カナダ)	1991 : The health of the nation (イギリス)	
2005 バンコク憲章	ヘルスプロモーションの定義に健康の決定要因についての記載を追記し、「健康の社会的決定要因に取り組むために政策アプローチの統合、市民社会や民間部門との連携が必要である」と宣言	2000 : Healthy People 2010 (アメリカ)	1991 : A strategy for Health (オランダ)	2000 : 健康日本21 (日本)
2008 final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008	健康の社会的決定要因に対処するためには、全ライフコースを通じて変化を起こすことが必要であり、これは政府のみの役割ではなく、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスと、これを支える各アクターの協力があることが宣言	2005 : The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy (カナダ)	1993 : Health for All by2000 : revised strategy for co-operation (フィンランド)	2002 : 国民ヘルスプロモーション総合計画 (韓国)
2009 RESOLUTIONS WHA 62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health 2009	「健康の社会的決定要因へのアクションプランを通じた健康格差の縮小」を謳うWHO総会決議がなされた		1999 : Our Healthier Nation (イギリス)	2003 : 健康増進法 (日本)
			2006 : Government resolution on the Health 2015 public health programme (フィンランド)	

健康の社会的決定要因が整理され、1998年以降は「どのように取り組むか」が主眼に
⇒HiAP、市民社会・コミュニティの参加に焦点が当たるように

③「Implementation」へのアプローチと各国での健康概念の再構築(1)

バンコク憲章の中で「オタワ憲章以降でのかなりの数の決議が調印されたが、ほとんどが活動までには及んでいない」と記載されたように、2005年以降では「implementation」がキーワードとなった。また、諸国においてもこれまでの振り返りにより、新たな概念・定義が構築されていった。この時期での宣言・文書の中では特に従来より提唱されていた「健康の社会的決定要因（SDH）」「コミュニティの役割強化」「部門横断的なアクション（Health in All Policies, HiAP）」が強調されている。

	健康観の記載	「Implementation」について	SDH	HiAP	コミュニティの役割強化
2005 バンコク憲章	—	かなりの数の決議が活動までには及んでいないとして、実践上のギャップを埋めることを強く要求	健康の決定要因に取り組むために政策アプローチの統合、市民社会や民間部門との連携が必要であると宣言		適切に組織され権限を与えられたコミュニティは、彼ら自身の健康を決定することに高い効果を及ぼすと記載
2008 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性	—	—	健康の社会的決定要因に対処するためには、全ライフコースを通じて変化を起こすことが必要であり、これは政府のみの役割ではなく、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスと、これを支える各アクターの協力があることが必要であると宣言		
2009 ナイロビ会議	—	「closing the implementation gap」がキーワードとなっており、過去20年（オタワ憲章以降）の教訓を生かすべきとのメッセージが出された	健康の社会的決定要因・健康の不公平が考慮されていない政策立案・部門間のパートナーシップのギャップが効果的な対処が必要なギャップの一つであると記載	健康に対する「政府全体」のアプローチは重要であり、基本的な前提であるとして部門間のコラボレーションやパートナーシップを形成する実用的な側面を探るために議論を実施	コミュニティ・エンパワメントが主要な議題の一つとなっており、エンパワメントは「人々が自身の生活を形作る要素や意思決定をコントロールするプロセス」を指すと定義
2009 How Should we Define Health? (オランダ)	WHO憲章（1946）における健康の定義を批判した上で、健康を「社会的・身体的・感情的課題に直面した際に適応し、自ら管理する能力」と定義	—	—	—	—
2009 Healthy People2020 (アメリカ)	—	—	健康・病気・障がいの決定要因についての認知向上がミッションの一つとされ、健康の公平性を達成し、全てのグループの健康を改善することを包括的目標に設定	複数のセクターを関与させて、利用可能な証拠・知識に基づき政策を強化し、実践を改善するための行動をとることがミッションの一つとされる	—
2010 Adelaide Statement on Health in All Policies	健康とは、人の身体的能力（capacities）に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念であると記載	—	—	HiAPについての定義と、それが効力を発揮する要件、およびそれを支えるツールや駆動力（Driver）が合わせて示される	HiAPを推進するにあたっての有用な手段としてコミュニティ・コンサルテーションやCitizens' Juriesの事例が示される

③「Implementation」へのアプローチと各国での公衆衛生概念・健康概念の再構築(2)

前項からの続き

	健康観の記載	「Implementation」について	SDH	HiAP	コミュニティの役割強化
2011 Rio Political Declaration on Social Determinants of Health	—	政策立案と implementation (実装) への参加促進が一つのキーアクションとして設定されている	健康の不公平の解決に向けた進捗をさらに加速させるためとして、5つのキーアクションが設定され、コミュニティの役割の強化や政策立案・implementationにおける市民社会の貢献の強化、部門横断的な行動を起こすための各セクターへの働きかけが必要であると記載		
2013 Health in All Policies: Framework for Country Action	—	HiAPが概念として新しく運用されていないことを課題として、様々な国や地域レベルでの使用が出来る「スターターキット」と称してヘルシンキ宣言とともに発行	意思決定の健康への影響を体系的に考慮し、健康と健康の公平性を改善するために相乗効果を追求し、健康への有害な影響を回避する、セクター全体の公共政策へのアプローチと概念として記載し、理念やフレームワークのimplementationアプローチを提示		—
2016 Public Health 3.0: A Call to Action to Create a 21st Century Public Health Infrastructure (アメリカ)	—	—	コミュニティを基点とし、複数のセクターを巻きこんでSDHを含めたより上流へアプローチすることをPublic Health 3.0と定義	公衆衛生部門が部門横断的なパートナーシップを形成することの重要性が繰り返し示されている。	コミュニティを起点としたヘルスプロモーションへの取組のため、資金、パブリック・ヘルスのリーダーによるコミュニティの主導、住民の関与が必要と示されている
2020 (予定) Healthy People 2030 (アメリカ)	健康とWell-Beingの促進と病気の予防は身体的健康・精神的健康・社会的健康の各側面を連携させた取組であると記載	—	健康格差の解消と公平性の達成、健全な物理的、社会的、経済的な環境が基本的理念にすえられている	人々の健康とWell-Beingの完全な達成のために取り組むことは、全てのセクターにおける意思決定・政策策定に共通の要素であると記載	—

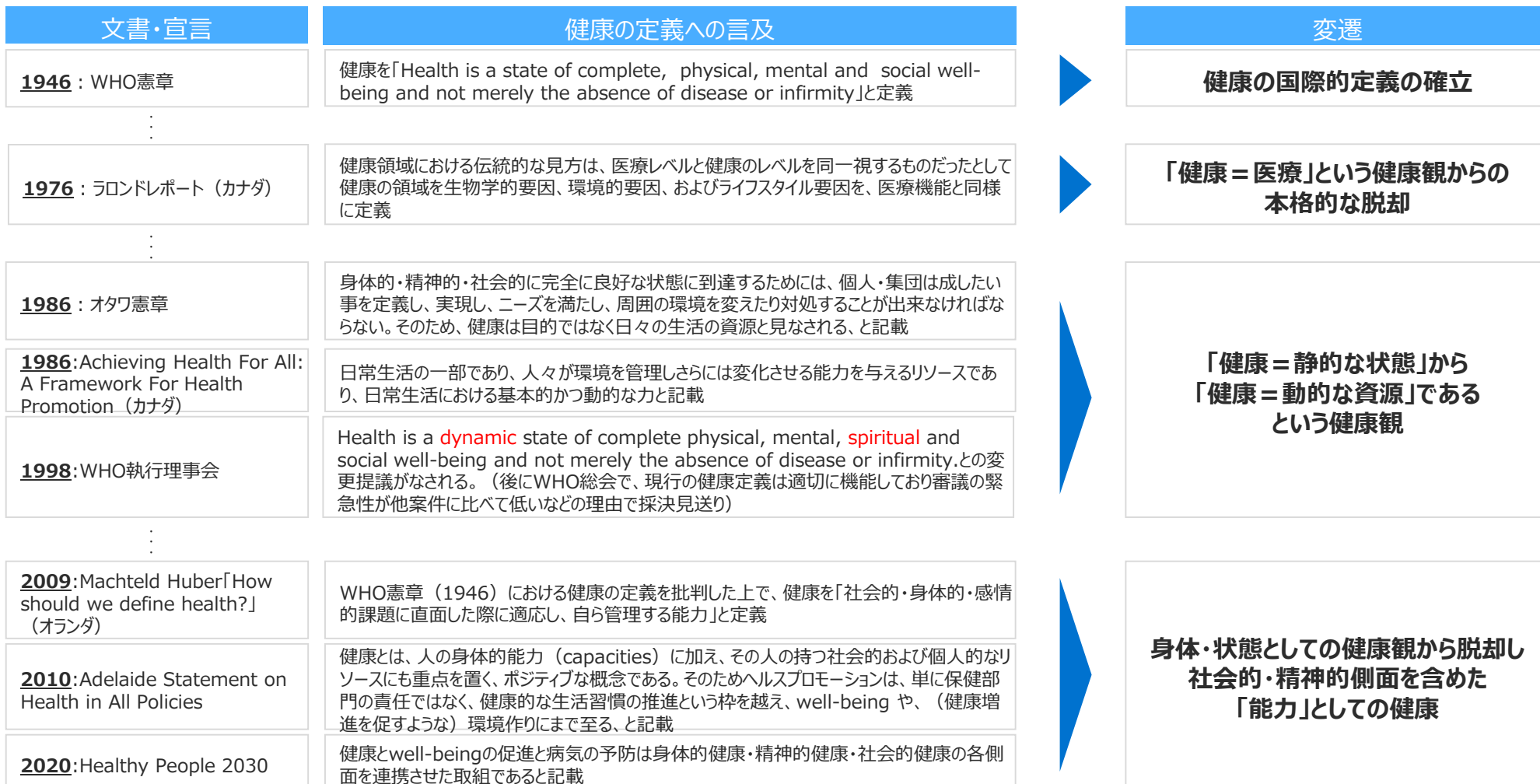
身体・状態としての健康観から脱却し社会的・精神的側面を含めた「能力」としての健康観が見られる

WHO文章において「Implementation」の重要性が繰り返し強調される

健康の不公平を生み出すSDHと、それに対処するためのコミュニティの役割強化・HiAPという整理がなされ、3要素が一体となった記載が多くなされる

今回調査文書から見る健康観の歴史的変遷

1986年のオタワ憲章から健康を目的ではなく「資源」と捉える健康観が登場し、近年になって身体のみならず社会的な文脈への健康観の範囲の拡張や、能力としての健康の定義が見られる。



今回調査文書から見る健康観の歴史的変遷

1946年のWHO憲章は、健康の定義をそれまでの「病がないこと」から脱却する画期的なものであった。それ以降の健康観の変遷をみると、静的から動的、状態から能力、目的から手段、生物学的側面から全人的側面と、相対する概念への変遷がなされているといえる。

過去の健康観

静的

「Health is a **state** of complete, physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」
 (1946:WHO憲章)

状態

「Health is a **state** of complete, physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」
 (1946:WHO憲章)

目的

身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人・集団は成したい事を定義し、実現し、ニーズを満たし、周囲の環境を変えたり対処することが出来なければならない。そのため、**健康は目的ではなく日々の生活の資源と見なされる** (1986:オタワ憲章)

生物学的側面

健康領域における伝統的な見方は、**医療レベルと健康のレベルを同一視**するもの (1974:ラウンドレポート)

近年の健康観

動的

Health is a **dynamic state** of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.との変更提議がなされる。
 (1998:WHO執行理事会)

資源・能力

身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人・集団は成したい事を定義し、実現し、ニーズを満たし、周囲の環境を変えたり対処することが出来なければならない。そのため、健康は目的ではなく日々の生活の**資源**と見なされる (1986:オタワ憲章)
 WHO憲章 (1946) における健康の定義を批判した上で、健康を「社会的・身体的・感情的課題に直面した際に適応し、自ら管理する**能力**」と定義
 (2009:Machteld Huber「How should we define health?」(オランダ))

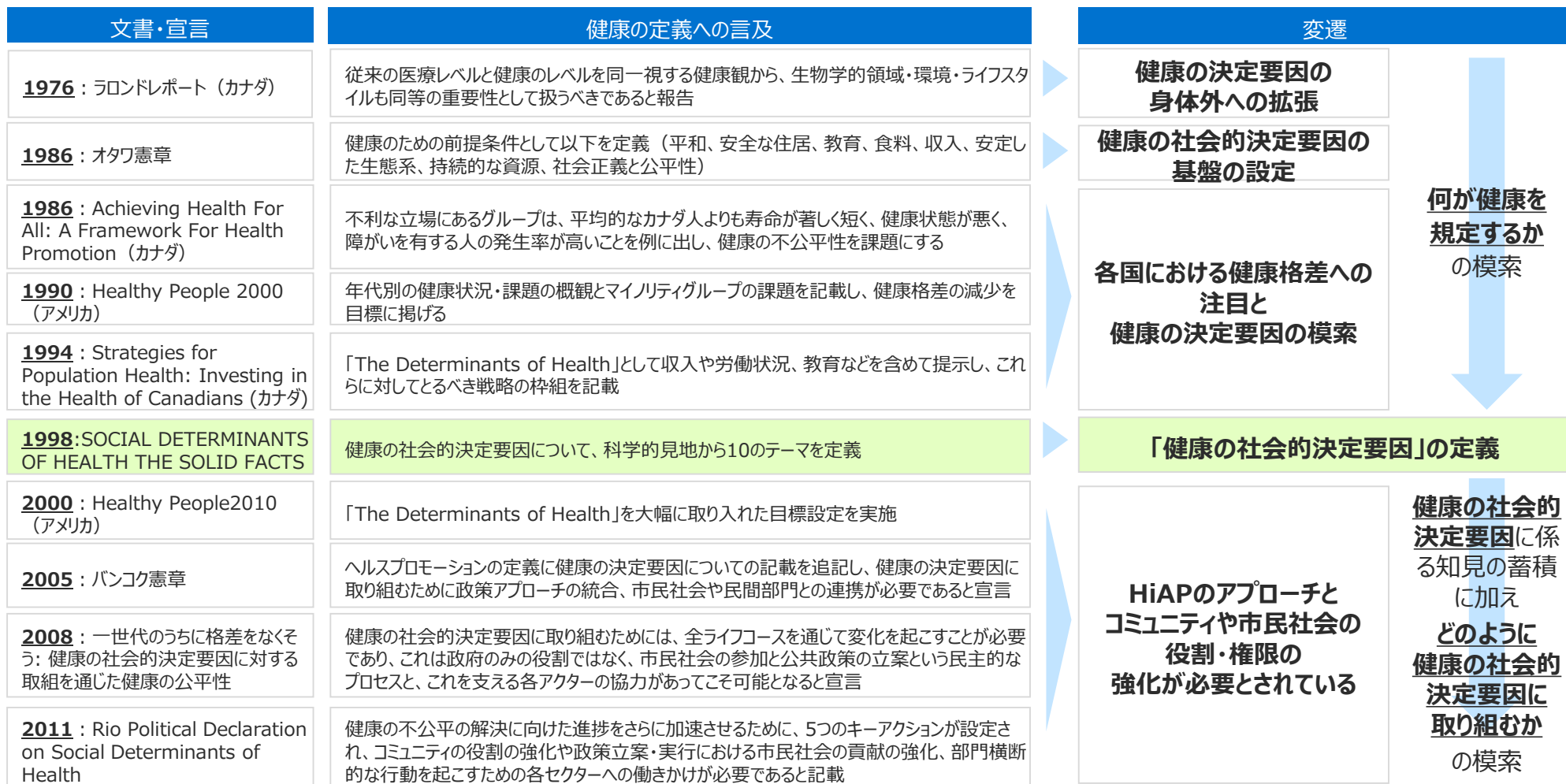
手段

全人的側面

健康とは、**人の身体的能力 (capacities) に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念**
 (2010:Adelaide Statement on Health in All Policies)

今回調査文書から見る健康の社会的決定要因の歴史的変遷

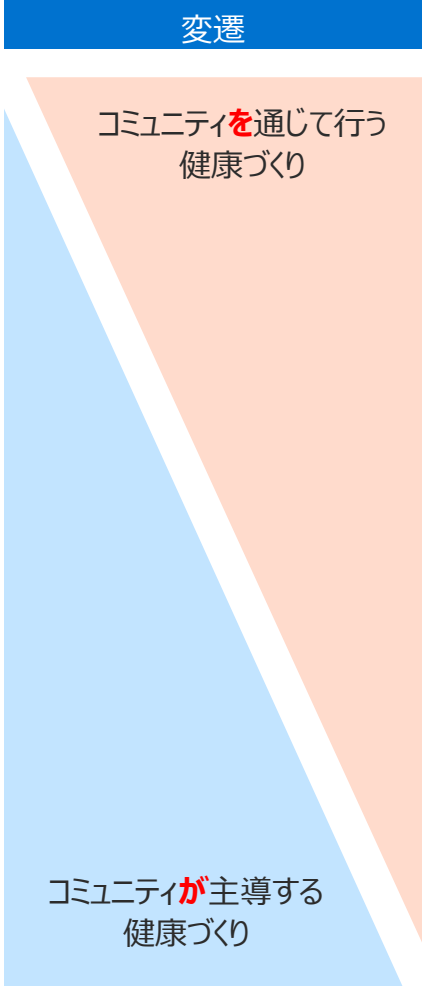
1986年のオタワ憲章で規定された健康の前提条件が各国で取組の模索とともに整理され、1998年のSOLID FACTSで取りまとめられて以降は、どのように取り組むべきかに主眼が置かれており、HiAPのアプローチとコミュニティの取組や市民社会の役割・権限の強化が必要とされている。



何が健康を
規定するか
の模索

今回調査文書から見る「コミュニティ」観の変遷

アルマ・アタ宣言から健康におけるコミュニティの重要性は謳われているが、コミュニティを通じて行う政策から、コミュニティが主導して行う健康づくりに漸次的に移行しており、そのためのコミュニティの役割・権限の拡大や、エンパワメントについての記載が見られるようになる。

文書・宣言	コミュニティへの言及	変遷
1978 : アルマ・アタ宣言	プライマリヘルスケアとはコミュニティの自立と自決の精神に則り、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものであり、コミュニティの主な健康問題に対処し、それに応じてプロモーション、予防、治癒、リハビリテーションのサービスを提供するものであると記載。	
1986 : オタワ憲章	ヘルス・プロモーションは優先順位設定、意思決定、戦略策定、その実装において、具体的かつ効果的なコミュニティアクションを通じて機能するが、そのプロセスにおいてコミュニティの努力と将来に当事者意識を持ちコントロールできるようなエンパワーが肝要であると記載	
1990 : Healthy People 2000 (アメリカ)	支援的なコミュニティが健康に対して重要な役割を担い、地方の健康局、ボランティア団体、ビジネスセクター、学校、教会などそれぞれに（役割を担う）機会があると記載	
2000 : Healthy People 2010 (アメリカ)	コミュニティの中のパートナーシップ、特に伝統的でないパートナーにリーチすることは、コミュニティの健康を改善する最も効果的なツールとなると記載	
2005 : バンコク憲章	適切に組織され権限を与えられたコミュニティは、彼ら自身の健康を決定することに高い効果を及ぼす。また、草の根のコミュニティ・プロジェクト、市民社会グループ、女性組織は、ヘルス・プロモーションにおける効果を示しており、他コミュニティが求める実践モデルを備えていると記載	
2009 : ナイロビ会議	コミュニティ・エンパワメントが主要な議題の一つとなっており、エンパワメントは「人々が自身の生活を形作る要素や意思決定をコントロールするプロセス」を指すと定義	
2011 : Rio Political Declaration on Social Determinants of Health	健康の社会的決定要因に向けたガバナンスの効果的な作用のために、政策の意思決定における効果的な参加手段を採用することによる政策立案・実装におけるコミュニティの役割の強化が必要と記載	
2016 : Public Health 3.0 (アメリカ)	コミュニティを基点とし、複数のセクターを巻きこんでSDHを含めたより上流へアプローチすることをPublic Health 3.0と定義しており、コミュニティの中でパブリック・ヘルスのリーダーがChief Health Strategistとしてさまざまな分野のリーダーと連携して、コミュニティのヘルス・プロモーションの取組を主導することが必要であると記載	