



健康増進法とWHO路線の矮小化

——健康自己責任と医療費抑制の強化

日野 秀逸

第154通常国会で健康増進法が成立した。マスコミの扱いも小さく、健康保険法や老人保健法などに関わる個人負担大幅引き上げや、保険料引き上げが大きく取り上げられたこともあり、陰に隠れてしまった感がある。本小論では、健康増進法が健康の自己責任を法制化する内容であることを確認する。次に、厚生労働省がWHOの総路線を矮小化していることを示す。最後に、とりわけ厚生労働省が黙殺を続けている、WHOとユネスコが1988年に開催したリガ会議の内容を紹介する。

1 健康日本21

健康増進法は、2000年に『健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動について）』として発表された厚生省サイドの報告書に法的な裏付けを付与したものである。「健康日本21」の基本方針は、「医療費適正化」であり、このことは省内の主管が保険局企画課という保険財政担当部門であることから容易に理解できる。方法論的には「個人」を「個別指導」するものであり、公衆衛生の手法ではなく、企業の健康管理手法である。「健康日本21」では、後述する「オタワ憲章」に親近感が示されるが、実際の内容では、オタワ憲章が指摘する環境改善は後景に退き、個人の生活習慣改善が前面に出ている。(1)

2 健康増進法への批判

健康増進法案は、「国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定める」(第1条)こ

とを法案の目的にしている。しかし、国の責務を健康増進に関する情報提供に矮小化し、国民に対しては健康の増進に努める責務を課している。特に、法律としては「生活習慣病」という用語を初めて採用し、健康・疾病の自己責任論を法律によって国民に押しつけている点は、看過しがたいものである。以下、問題点を列記しておく。

第1は国の責任の矮小化である。第3条で「国…は、健康の増進に関する正しい知識の普及、…情報の収集、整理、分析及び提供…に努めなければならない」として、国の責務を情報提供に矮小化し、憲法第25条「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」から著しく乖離している。

第2は国民に対する責任の押しつけである。国の責任を矮小化しながら、第2条(国民の責務)で「国民は、…生涯にわたって…健康の増進に努めなければならない」とし、国民には責務を課していることである。国民は自助努力で健康増進に努めよというのは、WHO憲章前文の「到達しうる最高水準の健康を享受することは、……経済的又は社会的条件によらず万民の有する基本的権利の一つである」とする規定に明らかに抵触している。

第3は、健康増進法が、上記のように疾病の自己責任論を強化し、医療費抑制を狙う「健康日本21」に法的根拠を与えるという点である。「健康日本21」は保険局企画課が主管して、「2

国際・国内動向

兆円の経済効果が生ずる」(旧厚生省地域保健・健康増進栄養課長)という医療費抑制効果を狙った計画である。

第4は、健康増進法が「国民の健康増進の推進に関する基本的事項を定める」ものであることから、上記の3つの問題点が、広く公衆衛生の諸分野にも、具体的には母子・学校・老人保健、労働衛生等の諸分野にも貫かれ、憲法第25条に立脚する公衆衛生の諸原則が骨抜きにされていく危険性である。(2)

3 WHOの総路線

さて、「健康日本21」から健康増進法に至る議論において、厚生労働省さらには多くの研究者が完全に黙殺したのが、リガ会議・決議である。以下、WHOの路線について簡単にまとめておく。まず、「健康づくり」は、ヘルスプロモーション(健康促進)と同じではなく、そのほかに、病気の予防、早期発見、治療、リハビリ、さらに治すことが困難なものについては緩和ケアなどがあり、これらの全体が「健康づくり」の内容である。しかし、日本における昨今の傾向は、ヘルスプロモーション、わけでも生活習慣だけに絞って「健康づくり」が語られることが多い。

健康にかかわる国連の専門機関としてWHO(世界保健機関)が設立され、1948年にWHO憲章が定められた。憲章前文では、「公衆が精通した意見を持ち、且つ積極的に協力することは、人民の健康を向上する上で最も重要である」という視点をうちだし、「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し」と行政の責任論を明確にし、「この責任は十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる」と、精神論や計画づくりだけでなく、十分な措置をとることを義務づけた。したがって、健康増進法はWHO憲章前文に照らしても問題が多いことが理解されよう。

とはいえ、憲章は、基本方針でしかない。実

際のところはどうかしているのか。1977年のWHO総会では、戦後の歩みを総括し、世界中の人々が、まだまだ満足すべき健康水準には到達していないことを確認した。翌年、ユニセフと共同して、旧ソ連・カザフ共和国の首都アルマ・アタで会議を開き、「2000年までにすべての人に健康を」という宣言を採択した。これがアルマ・アタ宣言である。アルマ・アタ宣言には、先進工業国の疫学調査も、非同盟諸国も含めた発展途上国の積極的な取り組みも反映された。

この宣言の中心的視点は、保健・医療サービスが「地域共同体の個人と家族に、彼らの全面的な参加を通じて、自立と自決の精神に基づいて提供されるべき」だとしている点である。外国からの援助をうけて病院をつくるのではなく、地域にいる人々が地域にある資源を最大限活用することが重要だとした(もちろん、援助をうけなくていいということではない)。内発的健康づくりにほかならない。

一方、先進国(アメリカ、カナダ、オーストラリア、日本と西欧)が1986年に、オタワで「ヘルスプロモーション会議」を開催した。レーガン・サッチャーの時代に、福祉国家から「新自由主義」国家への転換が叫ばれた時期に、医療費抑制という問題意識を底流のひとつとして、主に健康促進をとりあげた。「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、改善していくことだ」とか「自ら備えをなし、慢性疾患や傷害に対処していけることが本質的に重要である」、さらに「個人、コミュニティー・グループ、保健の専門家、保健・医療機関と政府が——責任を分かちもっている」などの記載は、WHO憲章や後述のリガ決議のような明快な行政の責任論とは乖離がある。「自分でおやりなさい」という方向に流れやすい弱点を持っていた。オタワ会議では、「健康を支援する環境の創造」も議論された。これについて、単純に食生活などに絞る考え方等あまりにも経済的、政治的方向性を薄めすぎたという反省が

WHOにも生まれ、もっと環境を広い意味で捉えるべきだとして「身体的環境とともに、社会的、政治的、経済的、文化的環境」(スンズヴァル会議、1991年)であるということが確認された。

4 健康づくりをめぐる世界的な流れ

アルマ・アタ宣言以後の10年間を総括するために、88年に旧ソ連のラトビア共和国の首都リガで会議が行われ、2000年までの方針であるリガ決議が採択された。WHO教育局のディロンとフィリップが1994年に刊行したHealth promotion and community action for health in developing countriesの第1章が、Health for all: global well-beingであり、WHOの総路線をまとめている。彼らによれば、アルマ・アタ宣言では、健康を社会開発と社会的平等、社会的公正の一環として位置付けた。リガ会議では、社会的・政治的行動、住民の健康に対する政府の責任を強調し、健康を促進させることは発展途上国にとっても先進国にとっても共通の課題であることを確認した。アルマ・アタからリガへと発展させられた戦略がWHOの総路線だ、としている。さらに、健康とは、健康な生活スタイルや生活習慣をこえた地域の幸福を含むものだ、と規定している。ライフスタイルが健康でなければならないのだけれど、そのためにも地域という視点が必要である。ここでも、広い意味での「環境」が大切である、という基本的な立場が提起されている。なお、この視点に立った取り組みとして、ヨーロッパでは健康都市プロジェクトが実施される。

リガ会議においては、1人当たりの所得を尺度としたランクと、乳幼児死亡率を尺度としたランクをくらべ、10年間の健康改善が著しい国として、コスタ・リカとスリランカ、インドのケララ州をあげ、それらの国での健康水準に関

与した主要な3要因をとりだした。第1に、女性の教育水準および女性の社会的自立の度合い。スリランカは女性の首相を輩出するなど女性の社会参加が著しい国で知られる。第2に、健康を重視する持続的政治的活動が存在すること、特に、人民的または急進的な政府が存在し、適切な教育システムと保健・医療システムが供給されていることである。コスタ・リカは中米の小さな国であるが、軍隊を持たない国として大統領がノーベル平和賞を受賞している。ケララ州は、インド共産党を主軸にしたいわゆる革新自治体である。第3に、保健・医療制度が全住民をカバーしていることである。

日本はたしかに先進国で疾病のパターンも先進国型である、政府が常に国民の健康を優先させてはいない。過労死や生活苦からの自殺が先進国に類の無い高さになっているなど、むしろ発展途上国的ともいえる。発展途上国と先進国の双方にあてはまるものとしてアルマ・アタ宣言やリガ決議があり、これらがWHOの総路線の骨格である。これらは日本国憲法にも通じるものがあり、厚生労働省のすすめる「健康日本21」や新自由主義的な健康観、医療費抑制路線との対抗軸になりうるものである。

- (1)「健康日本21」に関する批判的検討として、篠崎次男「介護保険をめぐる運動」(中西啓之・篠崎次男・石川満『介護保険と住民運動』、新日本出版社、2000年)が優れている。
- (2)健康増進法に対する包括的批判として、「健康増進法は国の責任を放棄するもの——公衆衛生の諸原則を覆す危険な企図」全国保険医団体連合会・地域医療対策部部長見解(『保団連資料』No.198、2002年4月)がある。小論でも、この批判の骨子を採用している。
- (3)WHOの路線については、日野秀逸「日本国憲法と健康づくり」『住民と自治』2002年5月および日野秀逸、「地域医療はなにをそなえるべきか」、『講座・日本の保健・医療第3巻』労働旬報社、1990年。

(ひの しゅういつ・常任理事・東北大学教授)