

[Article]

Framework of Disease Prevention and Health Promotion Policies of Japan

Yasuhiro Oda*

* Department of Nursing, Faculty of Health Science, Aino University

Abstract

The public health administration of Japan had implicitly contributed to supply a hordes of robust soldiers in the pre-WWII times and hard-working employees in the post-war era. In recent decades of aging society with fewer children, the public health authorities has been playing a proper and original role in health activities that enables people to establish a healthier life-style, while it has been aiming at a reduction of increasing medical expenditure.

This stream began in the late 1970s when Japan's rapid economic growth came to an end and demographic aging of its population came into our sights. A new framework of disease prevention and health promotion policies was formed in accordance with three categorical types of target diseases such as chronic, infectious and refractory ones and also with two methodological types of treatments such as primary and secondary prevention. Although this framework covers all kinds of health problems occurring on every life stages from childhood to senile state, the importance of the primary prevention against chronic, especially life-style related diseases, is apparently emphasized in these days.

Here this article introduces a panoptic view of the health policies of Japan and suggests the limit of European way of thinking like specific etiology that gives the ground and evidence to the medical sciences regarding our health care systems.

Key Words : specific etiology, life-style related diseases, primary prevention, medical expenditure control, institutional system-design

日本の保健政策

—— 3つの疾患群と2つの接近法 ——

小 田 泰 宏*

【要 旨】

一般に公衆衛生行政と呼ばれる疾病予防と健康増進の制度は、その草創期には屈強な兵士を軍隊に、充実期には健全な労働者を企業に供給するという使命を帯びていた。そして、少子高齢化が進む今日、医療費増大圧力を減殺するという動機をはらみながらも、健康なライフスタイルの確立という本来の役割を果たそうとしている。その淵源は高度成長が終焉を迎え高齢化が兆した1970年代にあり、低成長経済による財政制約の中で試行錯誤を重ね、感染症・生活習慣病等の病因別予防目標と一次・二次別予防手法を基準として、およそすべての日本人のライフステージを対象として体系化されるに至った。

本稿は、現代日本の保健政策を一望俯瞰する包括的視点を提起するとともに、その基盤をなす近代西欧科学に依拠した、問題の原因を特定して改善の方策を講じるという制度設計思想に潜む限界を示唆しようとするものである。

キーワード：特定病因論、生活習慣病、一次予防重視、医療費適正化、法的制度設計

I. 問題と視角

1. 社会の中の保健政策

太平洋戦争を間近に控えた1938年（昭和13年）、健兵健民を唱える陸軍省の主導により、内務省衛生局・社会局を同省から分離独立させて厚生省[†]が新設された。当時は国民病と言われた結核が予防の主たるターゲットであり、戦後も高度成長期に入るまで保健所や保健師を中核的担い手とする感染症予防と栄養改善が公衆衛生行政の中心であった。

日本の高齢化が誰の目にも明らかになる1970年代以降、その時までには既に何かしら黴臭い仕事を十年一日のように繰り返しているというイメージを持たれがちであった公衆衛生行政は新たな課題を見出す。人的資源の涵養に従属した従来の疾病予防とは区別された純粹・本来的な健康づくり、後の健康増進対策の登場である。これを拠り所に、公衆衛生当局は保健行政を所管する政策官庁への脱皮を模索し始めた。

以後の公衆衛生を保健政策という面から再構築し、わが国におけるその構造と機能を分析することが本稿

* 藍野大学医療保健学部

† 省名の原案は保健社会省であったが、社会主義的であるとの異論もあり、『書経』の「徳を正し用を利し生を厚くし和を惟う（正徳利用厚生惟和）」から採られた「厚生」省に決した。なお、陸軍省は、敗戦後、復員庁等を経て、軍病院ともども逆に厚生省に吸収されるという道を進んだ。

2. 保健政策の目的と方法

病気を予防するにはその原因を明らかにしなければならない。今日常識となっているこうした考え方は優れて近代の産物である。前近代社会では病気の原因は神罰や祟り、せいぜい体液の不均衡や気の流れの停滞であり、したがって診断とは魔術師や陰陽師によるト占であり、治療とは宗教者による加持祈祷や床屋による瀉血であった。“藪医者”は、怪しい呪術で治療する田舎の医師（くすし）を指す野巫医者（やぶいしゃ）が語源であるという一説にその痕跡を見る。洋の東西を問わず、そういう時代が長く続いた後、R. コッホに代表される科学者たちが結核菌等の病気の原因を発見するに至る。以来、近代西欧医学では病因を特定しそれを排除することが治療となった。これを「特定病因論」(specific etiology)という。

特定病因論のように「原因－結果」の系列 (corollary) で既存の現象を分析する因果律 (causality law) は近代西欧科学のパラダイムに特有の発想であり、一種の方言である（東洋思想なら“縁起”と言うだろ

う）。しかし、医科学の世界ではこの方言しか共通語 (lingua franca) が存在しないため、本稿も、“科学”の伝統に従い特定病因論によって、次のように疾患を3分類する。

第1に、生活習慣等により体内に原因が内発する「慢性疾患」(Ⅱ節・Ⅲ節)、第2に、人体外の環境から病気の原因が襲来する「感染疾患」(Ⅳ節)、第3に、病気の原因がわからないか、わかっても治療法のない「難治疾患」(Ⅴ節)である。ただし、この分け方は、政策分類の便宜のためであって医学的根拠はない[†]。保健政策は、かかる3つの疾患群のそれぞれを予防(予防できないときは治療または支援)することをもって目的とする。

原因がわかれば方法が導出され、方法が新たな原因となって予防という結果、すなわち目的が達成される。このように「方法－目的」の系列で未在の企図に向けて現実に関与するロジックを逆因果律といい、やはり近代科学のパラダイムの内部に回収される。各疾患に対する予防の方法は、原因発生を未然に防ぐための

表1 保健政策の枠組み

対策分類		一次予防	二次予防	
慢性疾患	戦略別の対策	地域保健 (地域保健法)	運動・休養・栄養の改善, 喫煙・飲酒の抑制	
		健康増進 (健康増進法)	健康日本21, PDCA, KPI, 第2次健康日本21	
	年代別の対策	母子保健 (母子保健法)	母子手帳, 家庭訪問, 両親学級・育児学級	1歳6月児・3歳児健診, 未熟児養育医療
		学校保健 (学校保健安全法)	学校医・養護教員, 保健体育教育, 学校給食	幼稚園から大学までの学校健診, 学校事故救済制度
		産業保健 (労働安全衛生法)	産業医・産業保健師, 衛生委員会, 3管理, THP	職場健診 (一般・特殊・臨時・自発), じん肺健診
		老人保健 (高齢者医療確保法)	メタボ該当者・予備群に対する特定保健指導	メタボ (内臓脂肪症候群) に注目した特定健診
	技術別の対策	精神保健 (精神保健福祉法)	思春期相談, PTSD, 自殺予防, 精神保健福祉士	措置入院, 通院自立支援医療, 社会復帰施設
		歯科保健 (歯科口腔保健法)	8020運動, 噛ミング30, オーラル・フレイル	1歳6月児・3歳児歯科健診, 老人歯周疾患健診
	感染疾患	共通一般対策 (検疫法, 予防接種法, 感染症法)	国際協力, 検疫, 地域・学校での予防接種	医師の届出, 強制入院, 就業制限・交通遮断
		個別疾患対策 (結核予防法, エイズ法等感染症法に統合)	ツ反・BCG, エイズ予防指針, 研究・普及啓発	結核患者登録, 管理健診, 公費負担医療
難治疾患	治療推進対策 (難病医療法, 臓器移植法)		難病の治療研究・医療費支援, 透析・脳死臓器移植	
	被害補償対策 (公健法, 被爆者援護法等)		公害病患者, 被爆者, 薬害被害者, ハンセン病救済	

[†] 人が口にする医薬品等, 食物・飲料等の医薬食品保健, 上下水道, 化学物質規制, 生活衛生営業, 廃棄物処理等の対物規制行政も, 物の衛生 (hygiene) を通じて体外からの病因を排除して人の健康 (health) を確保する「感染疾患」対策に位置づけることができるが, 本稿では対人保健サービスに焦点を当てるため割愛する。

「一次予防」(疫学調査・研究とこれに基づく健康教育・健康相談等)と既に原因が発現していてそれを早期発見し、早期治療につなげる「二次予防」(健診[†]とこれに基づく保健指導・公費負担医療等)に分けられる。リハビリテーションや再発予防を指して三次予防ということもあるが、それらは予防の段階を過ぎた医療の範疇と見る方が自然であろう。保健政策は、この2つのアプローチを方法として持つ。

目的と方法を座標軸とするマトリクスが表1である。これを以下各節の記述に当たってテンプレートとして使用する。次節では、劣化した生活習慣に起因して体内から病気の原因が生来する慢性疾患に関する対策のうち、一次予防を中心とするものを組上に載せる。

II. 慢性疾患の一次予防

1. 地域保健

(1) 第1次国民健康づくり対策 (1978~1987年度)

地域住民を対象とした予防活動の枠組みは、戦後一貫して旧「保健所法」(1947年)によって築かれてきた。そして、高齢化社会^{††}から高齢社会に移行した1994年に、保健所はもとより、予算補助で整備していた市町村保健センターにも法的根拠を与え、あわせて保健師等そこで働く人材確保について定める「地域保健法」に改正改称される。そうした動きのなかで強調されたのが、漫然画一たる二次予防からより根本的な一次予防への重点のシフトである。

一次予防の目的は病因発生それ自体の未然抑止であるから、ライフスタイル自体を健康的なものに改めるよう個人の生活に介入する。具体的なイメージは、健康にとってプラス要因の「運動・休養・栄養(食生活)」を増進し、健康にとってマイナス要因の「喫煙・飲酒・ストレス」を抑制するために保健師等が行

う教育、相談、指導である。“指導”や“教育”を受ける住民側からすれば一定の抵抗を感じて当然だろう。無理筋を通すことを承知のうえで、一次予防を前景に押し出したのが、1978年を初年度とする10年計画「第1次国民健康づくり対策」である。これは、保健分野で始めての長期的・包括的な行政計画であった。

その基本構想は、第1に、“成人病予防のための一次予防”をキーコンセプトとする生涯を通じた健康づくりの推進、第2に、栄養・運動・休養の“健康づくりの3要素”に着目した(とりわけ栄養に重点化した)健康増進事業の推進、の2点に集約される。具体的な計画内容は、①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そのために必要な施設整備(健康増進センター・市町村保健センター等)とマンパワー確保(保健師・栄養士等)などの基盤形成、③民間協力組織の設置(市町村健康づくり推進協議会)、健康づくりに関する調査研究(栄養所要量等)の推進などの普及啓発である。

計画が満了した10年後の成果としては、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)などがあげられる。いずれも保健師等が住民にアドバイスする際の根拠資料や補助教材にとどまるものであって、実効性の高い対策が進んだわけではないが、保健当局としては、全国的に市町村保健センターの設置が進み、(国民健康保険特別会計ではなく)一般会計に属する保健師の定員増という反射的利益があった。

(2) アクティブ80ヘルスプラン(1988年度~)

第1次国民健康づくり対策の後を襲った第2期の計画が、1988年度を初年度とする「アクティブ80ヘルスプラン」(第2次国民健康づくり対策)である。その基本構想は、第1に、生涯を通じた健康づくりの継続、第2に、健康づくりの3要素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であり、概して第1期計画の“日切れ延長版”という性格が濃い。具体的な計画内容も、健康増進施設認定制度の導入と健康運動指導者の養成、運動所要量の策定といった運動面の新規施策以外は、栄養所要量の改定、外食栄養成分表示の普及、たばこ行動計画の策定、健康文化都市・健康保養地の推進など啓発活動をさらに展開するものとどまる。

その成果物としては、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

† 身体全体のヘルスチェックの意味での健康診査や健康診断を「健診」、がん、結核等特定の疾患の有無をスクリーニングする検査を「検診」と表記するのがかつては一般的であったが、現在では例外も多い。

†† 国連報告書「人口の高齢化とその経済的・社会的含意」(1956年)に基づき、65歳以上人口の総人口に対する比率(高齢化率)が7%を超えた集団を「高齢化社会」(aging society)、14%に倍加した集団を「高齢社会」(aged society)と呼ぶ。日本では、1970年に7.1%、1994年に14.1%に達し、高齢社会に至るまでにわずか四半世紀であった。欧米諸国が半世紀から1世紀を要して倍加したのに比べて高齢化のスピードが極めて速かったことがわかる。

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）などがあげられる。確かに、とりまとめられた指針・報告書等の量は増え、市町村保健センターと保健師配置は全国津々浦々にまで普及したが、健康水準の上昇による医療費節減という財政的視点から見れば、その成果は不十分といわざるをえない。このため、計画期間終了後の1998年から直ちに第3次計画に移行することができず、計画の終期も曖昧になった。

この間の経過で重要なことは、後継計画を策定しようとするならば、成果を数値目標に対する達成率で客観的に評価しうる「見える化」の手立てをビルトインすることが条件になったことである。具体的には、取り組みのアウトカムを、検証可能な数値目標 KPI[†]を含む PDCA サイクルという経営学の手法を用いて評価することが求められた。これは、「地域保健」の総花的な底上げから住民一人ひとりにメリットを均霑する「健康増進」への転換にほかならない。

2. 健康増進

(1) 健康日本 21（2000～2012年度）

近年、高齢化の進展とともに生活習慣病^{††}という概念が登場した。生活習慣病は、暴飲暴食や運動不足などの生活習慣の劣化に発端する。これにより内臓に脂肪が蓄積され、エネルギーとして使われなかった遊離脂肪酸が肝臓に流れ込んで代謝（メタボリズム）に異常が生じ、糖尿、高血圧、高脂血、動脈硬化等の危険状態（致命的疾患にとっての基礎疾患）を準備する。この危険状態が老年期に至って死亡順位上位の、がん、

心疾患、脳血管疾患等を引き起こすと考えられている。

このように慢性疾患の病像が変化する中で第3期計画への継続が企図された。その過程で、同じ一次予防でも従来の計画がこだわった地域住民に広く投網を打つポピュレーション・アプローチからメタボリックシンドローム^{†††}の該当者・予備群に絞って生活習慣の徹底した改善を促して KPI で示される結果にコミットする、ハイリスク・アプローチによる新たな健康増進対策が考案されることとなった。

その具体的な手法として2008年に導入されたのが「特定健診・特定保健指導」である。一見すると二次予防の健診を重視するかに見えるが、この健診はハイリスク者をスクリーニングするための一過程であって、主眼はあくまでもスクリーニングされた者に対する教育指導によるハイリスクな行動の抑止と変容、すなわち一次予防にある。

健診および教育指導の内容については、糖尿病その他の生活習慣病に関する健康診査、要指導者に対する保健指導の適切で有効な実施のための方策が「基本方針」として定められ、実施方法やその成果に関する目標等は「実施計画」（5ヶ年）に具体化されている。行動変容を働きかける対象は、40歳～74歳の医療保険加入者である。対象が医療保険加入者であるのは、特定健診・特定保健指導の実施義務を負うのが医療保険者だからである。被保険者が健康であることは保険者の医療費負担の減少に直結する。つまり、保険者は医療費抑制の最大のステークホルダーである。このように、特定健診・特定保健指導は、長期的には医療保険の被保険者の健康の保持増進を通じた医療費適正化をも目指す。

健康増進対策の推進のため、医療保険各法のほか、旧「栄養改善法」が2002年に「健康増進法」に改正改称され、以後の保健計画は同法に基づき厚生労働大

† KPI (Key Performance Indicator) とは、成果を判断する基準となる数値のこと。計画 (Plan)、実施 (Do)、評価 (Check)、改善 (Act) という一連のプロセスによる業務の改善・見直しの手法である PDCA サイクルの中の評価 C の視点となる。こうした過程管理ではなく事業の終期における最終到達目標を表現するのが、KGI (Key Goal Indicator) である。

†† こうした疾患は、従来、40歳以降の壮年期から好発すると考えられたため成人病と呼ばれていたが、1990年代以降、小中学生にも広く見られるようになって実体とずれ、また、生活習慣の改善により予防できるという点を強調するため、1996年の公衆衛生審議会意見具申で生活習慣病と呼称が改められた。

††† 内臓脂肪症候群ともいう。腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上であって（内臓脂肪断面積 100 平方 cm 以上に相当）、① 血圧（拡張期 85 mmHg 以上、収縮期 130 mmHg 以上のいずれか、または両方）、② 血糖（空腹時 110 mg / dl 以上）、③ 血中脂質（トリグリセリド値 150 mg / dl 以上、HDL コレステロール値 40 mg / dl 未満のいずれか、または両方）のうち 2 つ以上に異常がある場合を「該当者」、1 つ異常がある場合を「予備群」といい、糖尿病や心筋梗塞のリスクが高い。国民健康・栄養調査（2006年）によれば、40～70歳代では該当者（960万人）と予備軍（980万人）を併せた割合は40～74歳の男性の2人に1人、女性の5人に1人（計1,940万人）に上る。

臣が定める保健政策の基本指針という位置づけを与えられた。こうして、予定の1998年から遅れること2年、2000年度から開始された「健康日本21」（第3次国民健康づくり対策）は、計画実施の途上において、法律上の根拠を賦与され、かつ、必ず定められなければならない法定計画[†]に格上げされることとなった。

この計画は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的（基本構想）とし、生活習慣の改善に関し保健医療水準の指標となる数値目標 KPI の設定、PDCA に基づく健康増進事業の推進、健康づくり支援の環境整備を方法（計画内容）とする、という明確な「目的-方法」系列の建て付けになっている。具体的な手法として、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、⑨がん、の9分野80（再掲を除くと59）項目の KPI を設定する。これを、特定健診・特定保健指導の着実な実施等によって達成しようとした。その結果、本計画により次のような成果が得られたとされている。

- ①食生活指針（2000年）、健康づくりのための睡眠指針・睡眠に関する7か条（2003年）、健康診査の実施に関する指針（2004年）、禁煙支援マニュアル（2006年）、健康づくりのための運動基準（2006年）、日本人の食事摂取基準 2010～2014年版（2009年）など科学的根拠に基づきアウトカム評価を可能とする指針・ガイドラインが整備されたこと。
- ②以上がいずれも栄養・食生活分野での目標を示して行動変容を誘導しようとするソフトな施策であるのに対し、より強い措置を可能とする「健康増進法」や家庭、学校、地域を通じて食生活に関する知識や判断力を身につける「食育」の普及を目的とした「食育基本法」等の法的基盤が強化されたこと。
- ③中間評価（2006年）以降は、一般的な健康づくりから効果の“見える化”のため、メタボリックシンドローム等生活習慣病対策に重点化し、最終評価（2011年）では、達成10項目（17%）、改善傾向25項目（42%）、不変14項目（24%）、悪化9項目（15%）、評価困難1項目（2%）で、KPI59項目の

[†] 健康増進法第7条に基づき策定された国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向やその目標に関する事項等を定める「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」（2003年厚労大臣告示第195号）。

うち約6割がプラス評価となったこと。

(2) 第2次健康日本21（2013年度～2022年度）

「健康日本21」がおおむね6割の“合格点”を得て2012年度に終了した後を受けて、2013年度からは「第2次健康日本21」が執行されている。その基本構想は、第1次計画を発展させて、第1に、健康寿命を平均寿命の延び以上に伸ばし、地域とりわけ都道府県間の健康格差を縮小すること、第2に、生活習慣や社会環境の改善を通じ国民が健やかに暮らせる社会を実現し社会保障制度を持続可能にすること、である。

具体的な計画手法として、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・重症化の予防徹底、③社会生活上必要な機能の維持・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、歯・口腔の健康に関する生活習慣や社会環境の改善、の5分野53項目についての現状数値と目標数値^{††}が示されている。第1次計画の後継として、目に見えるメリットを生み出したいという当局の切実な意向が露頭している。

2018年度には前半5年の中間評価が行われた。その結果、53項目のうち健康寿命の延伸、健康格差の縮小、自殺者の減少など32項目で改善が認められた。目標達成率は60.4%、未達成項目は上記②分野に多かった。2021年度中には、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に設置された健康日本21推進専門委員会において最終評価が行われることとなっている。

ここまで、高齢化社会が始まった1970年代以降に発展してきた慢性疾患の一次予防を中心とする保健政策を整理したが、終戦直後から高度経済成長期にかけて高齢化以前の保健行政は資金面でも人員面でも二次予防が中心であった。日本の保健政策は、とかく対象者に手帳を持たせてできるだけ多くの者に健診を受け

^{††} 特徴的な数値目標の例として、①平均寿命は男性1.06年/女性1.07年延びると予想されるがこれ以上に健康寿命を延ばすとともに、健康寿命の都道府県間格差である男性2.79年/女性2.95年を減少させること、②がん検診の受診率を50%に引き上げること、③気分障害等の心理的苦痛を感じている人の割合を10.4%から1%引き下げること、④現在1割に上る低出生体重児の割合を減少させること、⑤介護保険サービス利用者を452万人から657万人（2025年度）にとどめること、⑥低栄養傾向の高齢者を17.45%から22%にとどめること、⑦成人の喫煙率を19.5%から12%に引き下げること、⑧80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合を50%に引き上げること、をあげておく。

させるといふ（もはや風俗・習慣に近い）管理スタイルに傾きがちで、健診の精度管理、結果の活用方法、健診自体のリスクについては、必ずしも十分な検討がなされてこなかった[†]。にもかかわらず、今日でも二次予防にはかなりのボリュームで資源（予算と人手）が投入されており、それだけにその効果の如何は国民保健上大きな影響を及ぼす。

表1により次節では、二次予防を中心とする慢性疾患対策を、対象者のライフステージに応じて①母子保健、②学校保健、③職域保健、④老人保健、そして年齢横断的に特殊な技術（精神医学、歯科医学）を必要とする⑤精神保健、⑥歯科保健の併せて6領域に分類して概観する。各領域の対策が、疾患原因の発生を未然に防ぐための「一次予防」と、既に発現している原因を早期に発見して早期治療につなげる「二次予防」に区分されることは、ここまでと同様である。

Ⅲ. 慢性疾患の二次予防

1. 母子保健

(1) 早期発見のための保健

母子保健の枠組みを定めるのは「母子保健法」(1965年)である。その枠組みによれば、予防のための母子保健行政は市町村が、予防しえず治療を要する場合の母子医療行政は都道府県が担当する。

一方、国は保健・医療を含め幅広く子ども政策を集約した行政計画^{††}として、思春期保健の強化、妊娠出産の安全と快適、小児保健医療水準の向上、子どもの心の安らかな発達、をコンセプトとする「健やか親子21(第2次)」(2015年)を推進している。

保健対策のうち、一次予防に当たるのは、①市町村への妊娠の届出および妊娠・出産・育児等の記録を

整理し保健サービスや育児に関する情報を提供する母子健康手帳の交付、②両親学級、育児学級等による妊産婦等に対する保健教育、③新生児・未熟児・乳幼児を保健師等が個別訪問して行う保健指導などである。

これに対し、二次予防は健診である。幼児に対しては、第1に、“歩く・話す”に関する心身障害、虫歯、栄養状態等をチェックし、早期発見のため必要に応じ精密検査を実施する「1歳6月～2歳未満児健診」、第2に、身体の発育、精神発達、視聴覚障害等をチェックし、早期発見のため必要に応じ精密検査を実施する「3歳～4歳未満児健診」(1歳半健診項目プラス眼耳鼻・咽頭検査)が行われる。また、高齢やストレス等を抱える妊婦や就業等により健診を受けない妊婦が増加傾向にあるため、妊娠全過程で14回程度の受診を無料で受けられる「妊婦健診」も行われている。

(2) 早期治療のための医療

こうして早期発見した疾病は早期治療することが可能であるから、次のような医療対策が保健とセットで提供されている。

第1に、出生時体重2,000g以下の未熟児、異常低体温、強い黄疸等を呈する生活力薄弱児を対象に、都道府県から権限委譲された市町村が入院医療費の自己負担分を軽減する「養育医療」がある。対象者は、1歳未満児で約2.9万人が受給している。

第2に、フェニルケトン尿症等の先天性代謝異常、小児がん、血友病等756疾患に上る小児難病の入院・通院の医療費自己負担分に公費補助を行う「小児慢性特定疾病医療」が児童福祉法改正(2014年)によって法定化され、自己負担額も軽減された。対象者は、18歳未満で約15万人が受給している。

第3に、母子双方にとって注意を要する出産前後の周産期(妊娠22週～生後7日)において産科の領域に小児科が協力する「周産期医療」についても、新生児集中治療管理室(NICU)やドクターカーの整備、周産期医療情報センターの設置などの対策が講じられている。

第4に、「生殖補助医療」に関しては、不妊症の治療法として1983年以降実用化された体外受精と顕微授精について特定不妊治療費助成^{†††}が実施されている。また、夫婦以外の第三者が関与する生殖補助医療につ

† 例えば、75歳までにがんになった人のうち3.2%はレントゲン等放射線診断によるものであるとのオクスフォード大学のグループによる研究(2016年3月15日付け読売新聞)などは、日本の胃がん検診、ひいては保健システムの歪みとはいわれないまでも一種の偏りを示唆するものではないだろうか。

†† 社会全体で子育てを支え、希望する子どもの数を持つ社会を目指す福祉面の行政計画として「子ども・子育てビジョン」(2010年)が策定されており、この中にも、早期妊娠届出の勧奨、妊婦健診の公費負担、妊娠・出産・人工妊娠中絶・不妊治療等に関する相談支援体制の整備、小児医療体制の確保などの保健医療対策が含まれている。

††† 1回15万円上限で年2回通算5年であったが、2014年度以降、治療の成功率と母体への負担の観点から年齢により通算助成回数に制限が設定された。

いて、日本産科婦人科学会は非配偶者間人工授精（AID）以外を自主規制しているが、法的ルールが必要との意見[†]もある。

2. 学校保健

(1) 保健教育と保健管理

幼児は成長して学校に通うようになる。母子保健の段階から次のライフステージに進んだ園児・児童・生徒・学生そして教職員併せて約2,200万人を対象とするのが学校保健である。この領域は、「学校教育法」（1947年）、「学校保健安全法」（1958年）、「学校給食法」（1954年）等に基づいて運用される。

学校保健は、地域の保健所・保健センターではなく学校医、養護教諭等の学校当局によって担われる。その際、休養・運動・栄養の“健康づくりの3要素”に見立てられるのが、「学校保健」「学校体育」「学校給食」である^{††}。

学校保健のうち、児童生徒が生涯を通じて自らの健康を管理し改善していける資質や実践力の基礎を培う「保健教育」は、学校保健における一次予防に相当する。その内容は学習指導要領に定められ、近年の学校環境を反映して、感染症予防、心の健康管理、生活習慣病予防、薬物乱用防止、性に関する問題行動への対応などの指導を充実する改訂（1998年）が行われた。この他、学級活動（ホームルーム）、体育的行事等の教育課程上の特別活動と学校医による健康相談や養護教諭による保健室での個別指導等の教育課程外の活動も一次予防に含まれる。

学校保健における二次予防に相当するものが「保健管理」であり、その中心はやはり健診である。幼稚園から大学に至るまで、体位・体格、栄養状態、視聴覚、耳鼻咽喉頭、歯科、結核、寄生虫卵、尿、心臓、呼吸器、循環器、消化器、神経系についての健康診断を実施することが学校管理者に義務付けられている。学校管理の一環としての保健管理のうち、日常的な頭痛・

腹痛と心の問題、各種アレルギー疾患を有する児童生徒の支援などに関する学校医・養護教諭による相談・カウンセリングも医療への迅速な繋ぎを目的とした二次予防的なものと位置づけられるだろう。

(2) 学校体育と学校給食^{†††}

健全な心身を育み保つ学校体育と学校給食は、教育政策としては人格の陶冶に繋がる幅広い目的を有するが、保健政策の文脈からは一次予防に位置づけられる。

「体育教育」は、①小中高校での週3時間程度の教科体育、②クラブ活動等の教科外体育、③体育祭等の学校行事、によって構成される。近年、学校行事における組み体操での事故や競技性の高いクラブ活動での負傷・故障等の頻発が報告されており、疾病予防にもまして安全教育が重視されるようになった。このため、学校保健法は「学校保健安全法」に改称（2009年）され、事故のみならず加害行為、災害安全に対応するものとなった。

体育教育の成果を確認するのが「体育管理」である。近年の結果をみると、体格は身長・体重等の年次推移からみてやや向上しているものの（学校保健統計調査）、体力診断テストでは体力は低下傾向、特に柔軟性に問題があると報告されている（体力・運動能力調査報告書）。

「給食教育」は、バランスのとれた栄養豊かな食事の提供、正しい食事のあり方の体得、食事を通じた好ましい人間関係の育成をも目指す。栄養教諭制度の導入（2005年）や食育推進基本計画の策定（2006年）などもそうした流れに沿う。

栄養面はもちろん衛生面での給食の適切性を確保するのが「給食管理」である。かつての腸管出血性大腸炎 O157 による食中毒事案等を踏まえ、HACCP^{††††}（ハサップ）の考え方に基づく「学校給食衛生管理基準」が告示（2009年）されている。

3. 産業保健

(1) 職域での予防体制

学生生徒は卒業して職業人となる。労働の場にある雇用労働者約5,200万人の疾病予防と健康増進は、

† 日本学術会議「代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題——社会的合意に向けて——」（2008年4月）。なお、米国では、容姿、人種、病歴、知能指数等によってランク付けされた精子や卵子を提供するビジネス（精子銀行・卵子銀行）があるが、日本では自主規制により（おそらく倫理的にも）許容されない。

†† それぞれの近年の課題として、「学校保健」では校内・家庭でのストレスの増大、「学校体育」では塾通いやテレビゲームによる運動不足、「学校給食」では食事内容の洋風化、高カロリーのファストフードの浸透、が指摘されているが、いずれも学校での対応には限界がある。

††† 給食を実施するか否かは学校設置者の判断によるが、小学校では99%、中学校では79%の普及率に達している（児童・生徒数比／2012年5月）。

†††† 食品を扱う工程上の危害要因を分析し、それを最も効率的に管理できる部分を連続的に監視して安全確保を図る危害分析・重要管理点方式といわれる手法で、FAO/WHO 合同食品規格委員会によって採択された。

「労働基準法」(1947年)、「労働安全衛生法」(1972年)等による。これらによれば、産業保健の実施責任は、母子保健のように保健所・保健センター等の保健当局ではなく、勤務先企業等の民間主体に委ねられる。労働者の健康は本人のみならず雇用主ひいては産業界にとって経営上の重要課題だからである[†]。産業保健の手法も事業者を実施義務、労働者に受診義務のある健診を除いて、殆どが企業側の責任で行われる労務管理的な一次予防である。

なお、産業保健の管理監督に当たる責任官庁は、厚生労働省、都道府県労働局、労働基準監督署のラインである。関連する組織として、労災病院の運営等を行う(働)労働者健康安全機構と産業医の養成等を任務とする(学)産業医科大学がある。

企業内の担当者は、事業場単位で配置される総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者、安全衛生推進者であり、産業医および産業保健師(企業勤務の看護師・保健師)が専門職として技術面からこれを補佐する。産業医は、労働者数50人以上規模の事業場には必置、50人未満では配置が努力義務となっている。

(2) 3管理と職業病予防

こうした体制のもとに、①作業環境中の有害因子の測定と低減除去(排気、密閉、自動化等)を行う「作業環境管理」、②有害因子曝露や作業負担の低減のための作業時間・姿勢・強度・密度等の調整と保護具(マスク・ゴーグル、耳栓等)の着用を行う「作業管理」、③採用時や採用後定期に実施し、作業種類や就業場所の配置転換、勤務時間短縮等の事後措置のための一般健診(ストレスチェックと医師との面接を含む)および特殊健診(粉塵、潜水、放射線等8業種が対象)を行う「健康管理」、の3つのレベルで労働者の健康安全面の管理(いわゆる3管理^{††})が行われる。

† 従業員の健康の維持増進が個人の福利厚生に留まらず、企業の生産性と収益性に有益な影響をもたらすというマネジメント戦略をアメリカの経営心理学者 R. H. ローゼンは「健康経営」と呼んだ。わが国でも経済産業省が健康経営優良法人を表彰し、東京証券取引所が健康経営銘柄を選定し、日本政策投資銀行がDBJ健康経営格付で金利優遇するなどの支援策が講じられている。

†† これらの3管理に加えて、近年、労働現場の変化と管理手法の高度化を背景に、新たな一次予防の手法も採用されるようになってきている。例えば、労災発生リスクを低減するため各作業場でPDCAサイクルを実践する「労働安全衛生マネジメントシステム」、ストレスコントロール等のため事業者がより積極的に行う運動・栄養指導、心理相談等の「トータル・ヘルス・プロモーション・プラン(THP)」、温湿度、採光、騒音、禁煙、食

このうち、敢えていえば①②が一次予防であるのに対し、③は企業側に義務づけられた職域での二次予防に該当し、経費やマンパワー等投入すべき資源の面から二次予防の比重は依然として大きい。また、職業に関連する疾患とその対策は、原因別に分類できる。表2により、典型的な職業病・作業関連疾患の事例と労働安全規則等によって事業主に実施が求められる、主として一次予防に分類される対策を紹介する。

労働者の業務上の傷病の治療は、労働基準法により事業主の費用で行わなければならないことから、一般の健康保険等ではなく、事業者のみが保険料を負担する労働者災害補償保険によって賄われる。業務上疾病の範囲は労働基準法施行規則によって示され、発症と業務の関係についての解釈は労災認定基準による。

4. 老人保健

(1) 特定健診・特定保健指導

職業生活を終えた後、フレイル^{†††}な状態に陥りやすい高齢期の健康対策・生活習慣病予防対策としては、従来、旧「老人保健法」に基づき40歳以上を対象として市町村が一次予防・二次予防をワンパッケージで提供するヘルス6事業^{††††}があったが、同法を2008年に改正改称した「高齢者の医療の確保に関する法律」(通称・高齢者医療確保法)が施行されて以降、「健康日本21」上の特定健診・特定保健指導や健康増進法上の一般対策に吸収された。

特定健診・特定保健指導の実施率やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率は、保険者から徴収される後期高齢者支援金の金額に±10%の範囲内でインセンティブとして反映される。これまでの実施過程で、労働安全衛生法や介護保険法(前期高齢者への地域支援事業)等との連携、各制度の健診項目の過不足調整、被保険者家族の受診促進などが課題となっている。

後期高齢者医療制度の被保険者である75歳以上の

↓ 堂・休憩室・運動場・シャワー室等に関わる環境調整により疲労・ストレスが少ない職場にする「快適職場形成」など。

††† 日本老年医学会が2014年頃から提唱する概念で、加齢とともに低栄養、体重減少、筋力低下(サルコペニア)、認知機能低下等をきたす要介護に至る前の状態をいい、適切な治療・予防介入により改善できることが強調される。

†††† 健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導をいう。

表2 職業病の原因別対策

物理的原因	熱中症	○ 炉前・金属圧延・夏期屋外作業等による熱射病、熱痙攣、虚脱 ○ 発生装置の遮熱・遠隔操作化、通風冷房、水分・塩分の補給
	騒音性難聴	○ 建設業等で85 db以上の騒音に長期曝露されて起こる聴力損失 ○ 騒音源機器の改善、遮音・吸音・防音保護具（イヤーマフ等）
	振動障害	○ 削岩機・チェーンソー等の使用による手・指の感覚鈍麻、白蟻病 ○ 低振動工具・防震手袋の使用、勤務時短
	放射線障害	○ 電離放射線被曝によって起こる発がん、脱毛、白血球数減、奇形 ○ 線源の隔離・遮蔽、管理区域の設定・モニタリング、防護服着用
化学的原因	じん肺	○ 建設業、採石業、窯業等での粉塵曝露によって起こる石綿肺、炭素肺等肺の繊維性増殖変化、肺がん、胸膜・腹膜の悪性中皮腫 ○ 粉塵の発生・飛散防止、局所排気装置・集塵機設置、防護マスク
	金属・ガス・有機溶剤中毒	○ 業務用のHg等「金属」、CO等「有毒ガス」、シンナー等「有機溶剤」の曝露・吸入によって起こる粘膜皮膚の炎症、中枢・末梢神経障害、肝障害、貧血、運動失調、窒息、意識消失、肺水腫等 ○ 発生源の密閉化、換気・局所排気装置、保護衣料・手袋・マスク
	職業性がん	○ 石綿・放射線・砒素等のほか、各種化学物質（ベンジジン・クロム・タール等）の長期曝露による尿路系がん、肺がん ○ 設備の自動・密閉化、呼吸保護具の着用、離職後の健康手帳交付
生物的原因	○ 医師・看護師等が治療に関連して細菌・ウイルス感染（鳥インフルエンザ、エイズ）、肝炎・結核感染等 ○ 医療従事者の院内感染・医療事故防止の体制整備、研修実施	
作業特性等の原因	頸肩腕症候群	○ タイプ等打鍵作業・組立・電話交換・保育等によって起こる筋・神経の疲労、頸肩の凝り・痺れ・疼痛、睡眠障害、情緒不安定 ○ 設備や作業の方法・姿勢の改善、健診による配置転換
	腰痛症	○ 建設・運転・介護等で重量物運搬や中腰や長時間の固定した姿勢の継続によって起こるギックリ腰、腰椎・椎間板・筋肉の疼痛 ○ 自動化、作業の方法・姿勢の改善、勤務時短、腰痛体操、健診
	VDT作業障害	○ コンピュータ画面）上での長時間作業によって起こる手指の痺れ、肩こり、眼精疲労、焦燥感 ○ 机・椅子の高さ調節、画面への光の写り込み防止、照明調整
	作業関連疾患	○ 生活習慣病等の発症・増悪に長時間労働・運動不足・偏食・喫煙等と相俟って作業関連因子が関与する疾患の総称（WHO提唱） ○ 快適職場形成、健康教育、健診・保健指導、THP

高齢者については、保険者である後期高齢者医療広域連合が厚生労働大臣の示す指針によって保健事業を実施することになっている。ただし、この事業は、広域連合の独自の、そして任意の事業であり、効果も未知数ないし疑問視され活動は低調といわざるをえない。このため、市町村が主体となっている国民健康保険の保健事業や介護保険の介護予防事業と一体的に実施するスキームが法改正を含め検討されている。

(2) 医療費適正化

健康な高齢期を過ごすためには、職業人である壮年期からの特定健診・特定保健指導をはじめとする健康づくりが効果的であり、それはまた成功すれば究極の医療費節減策でもある。

このため、高齢者医療確保法に基づき、国は、医療費増大傾向の抑制を目的として医療費適正化の「基本方針」を定めるとともに、国民の健康の保持増進に関し国が達成すべき目標、医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標等を定める期間5年の「全国計画」を策定することとされている。都道府県は、その

地方版である「都道府県計画」を、医療計画、健康増進計画、介護保険事業計画等との調和に配慮しつつ策定する。国の基本方針は、都道府県計画の目標に関する参酌標準として扱われる。

計画終了の翌年、国・都道府県は目標の達成状況や施策の実施状況を評価する。国は、計画策定・実施・評価のため地域別医療費等を調査分析した結果を公表し、地方は、診療報酬に関する意見を提出することができる。国は、この意見に基づき都道府県別診療報酬を設定することもできるが、現時点で実績はない。

5. 精神保健

(1) 保健

以上述べてきたライフステージ別の保健対策が一般医学・保健学をツールとするのに対し、精神保健は精神医学という専門性の高い技術を、対象者の年齢を縦断して適用する。適用のルールを定めるのは、旧「精神衛生法」（1950年）を1995年に改正改称した「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（通称・精

神保健福祉法)である。

精神保健に関しては、旧法の時代から保健所が実態把握、相談指導、家族会支援、医療保護事務などの業務を行ってきたが、専門職員の偏在もあって活動状況は地域間でばらつきがあった。しかし近年では、社会の複雑化・多様化を背景に、引きこもり[†]、不登校、家庭内暴力等の思春期精神保健、自然災害に伴う心的外傷後ストレス症候群(PTSD)の対策、自殺予防のためのうつ病またはうつ状態の早期発見と介入など新しい課題群への迅速的確な対処が期待されるようになってきている。

このため、都道府県・指定都市に必置され、専門的なスタッフを擁する「精神保健福祉センター」による複雑困難事例への対応、保健所等への技術指導・援助、社会変容と疾患の相関等の調査研究、社会の偏見に対する広報啓発が期待されている。

(2) 医療

精神疾患については健診等の二次予防はない。一次予防も躁鬱病圏に係る一般的なストレスコーピングがある程度で、ポピュレーション・アプローチも効果に限界がある。統合失調症圏に関しては、そもそも予防は困難である。このため、精神保健福祉法は、予防対策よりも発症後の医療対策について多くを規定する。ただし、精神疾患の患者には病識がない場合もあり、適切な受療のため、人権への配慮を行った上で入院^{††}を強制することが認められている。

第1に、一般人や警察等からの通報に基づき、2人以上の精神保健指定医が診察して精神障害による自傷他害の恐れがあると判断が一致した場合に行われる都道府県知事による強制入院を「措置入院」という。本人が入院を拒否する場合もあり、やむを得ない強制入院であるから謙抑的に運用されており、対象者は年々減少して約1,500人程度である。社会防衛的な入院であるため、その医療費は公費で負担され本人の負担はない。

† かつては、ニートのように35歳までの若人の問題と考えられていたが、近年では、孤立無業の長期化に伴って70~80歳代の高齢の親が40~50歳代の中年の子の生活を支えて共倒れの危険に瀕するいわゆる7040問題、8050問題に転化しつつある。

†† 入院患者については、信書の発受の制限、行政機関の職員等との電話・面会の制限をしてはならず、患者の隔離、身体的拘束には精神保健指定医の判断を要する。受療中の精神障害者は約392万人、うち31万人が入院中で、さらにそのうち5万人は社会的入院といわれる(2014年度厚生労働省調べ)。

第2に、同じく本人が入院を拒否していても、精神保健指定医の診察で精神障害と診断され、配偶者・親権者等家族が同意した場合の強制入院を「医療保護入院」という。認知症患者の増加に伴って年々微増し約13万人(うち2割が認知症患者)が該当する。

第3に、上記以外の入院は、精神障害者自身が同意した「任意入院」で、対象者は障害者の地域移行の流れもあって年々減少し約16万人、精神病床入院患者のおよそ半数を占める。精神病床の平均在院日数は268日(「病院報告」2017年)と極めて長期にわたり、できるだけ在宅または地域へ移行^{†††}させることがノーマライゼーションの観点から、また国際的な批判を避ける観点から望ましい。この入院期間の短縮の受け皿となる外来通院に関しては、2006年4月から障害者自立支援法(現・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、通称・障害者総合支援法)により、医療費の自己負担が1割に軽減(重度継続の場合は1割からさらに軽減)された。その結果、対象者は年々増加し約361万人に達している。

(3) 福祉

治療を終えて、または治療を続けつつ、地域での生活を可能にする福祉対策として、生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の4類型の社会復帰施設(中間施設)が法定(1995年)され、精神科病院から社会復帰施設への移行が誘導されている。さらに、社会復帰施設から在宅・地域への移行のため、地域生活支援センターやグループホームの設置、通院患者リハビリテーション事業、居宅生活支援事業が進められている。

こうした施策の基盤整備のため「障害者プラン」(1996年度~)が策定され、「新障害者プラン」(2003年度~)等を経て、現在、第4次「障害者基本計画」(2018~2022年度)の期間中である。一方、人的な基盤整備の面では、相談・助言・指導を行う精神科ソーシャルワーカー(PSW)が「精神保健福祉士」として国家資格化(1997年)され、また、要支援者の心理状態の観察、分析等を行う専門家として「公認心理師」の資格も立法化(2015年)された(2018年国家試験開始)。

††† これに関連する制度として、殺人、放火事件等の加害者になった地域の精神障害者の医療、観察、指導を行い、犯罪の再発防止、本人の社会復帰を図る「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律」(2003年)がある。

6. 歯科保健

(1) 保健

一般医学に対し、対象者の年齢にかかわらず歯科医学という独自のツールを用いる保健領域が歯科保健である。その担い手も歯科医師、歯科衛生士など医師、保健師等とは別建ての身分資格となっている。しかし、歯科の保健医療政策に関しては長年にわたって法的根拠がなく、体系化も組織化も遅れていた。

「歯科口腔保健の推進に関する法律」(2011年)の制定は、歯科医療界の悲願が実現を見たものである。同法では、歯科口腔保健に関する知識や歯科疾患の予防に向けた取組みに関する普及啓発、歯科口腔保健に関する国民の意欲を高めるための運動の促進、そのために国・地方公共団体が必要な施策を講ずべきこと等が強調されているが、具体的な歯科保健・歯科医療施策への言及には乏しい。

歯科保健の一次予防に関しては、様々な普及啓発活動が行われてきたことが特徴である。伝統的な「歯と口の健康週間」(毎年6月4～10日)、「母と子のよい歯のコンクール」のほか、高齢者については、80歳で20本の歯⁺を保つことを目標に掲げる「8020運動」(1989年～)がよく知られている。近年では運動対象に、オーラル・フレイル⁺⁺への対応が加えられ、歯科保健の健康長寿に対するサポート効果が指摘されている。また、「健康日本21」で歯の健康が重点9分野の一つに挙げられ、唾液分泌を促すため30回噛んで食べる「噛ミング30」(2009年～)というキャンペーンも展開されるなど普及啓発は依然として盛んである。

二次予防としては、母子関連で、1歳6月児・3歳児歯科健診と保健指導が行われ、毎年それぞれ約100万人が受診する。1歳6月児健診時には母親に対する歯科保健指導も行われる(1991年～)。一方、成年や高齢者に対しては、老人保健事業の歯の健康教育・健康相談(1987年～)、同じく歯周疾患検診(1995年～)、同じく歯科衛生士による寝たきり者への訪問口腔衛生指導(1992年～)が実施されてきた。

⁺ ヒトの永久歯は32本だが、第三大臼歯(親知らず)の生えない人もいる。運動開始当初は80歳で5本、すなわち8005、最近では8014(男性80～84歳の場合)まで進捗した。8020自体の達成率は、運動開始当初の7%から50%(2016年)を超えるまでになった。

⁺⁺ 滑舌低下、食べこぼし、むせなど些細な口腔機能の劣化や嗜好が噛みやすい食品に偏るなどの身体の衰えをいう(東京大学高齢社会総合研究機構)。

(2) 医療

「歯科疾患実態調査」(2016年)によると、処置済みまたは未処置の虫歯がある「有う蝕」は、5歳以上10歳未満で10%を下回ったが、25歳以上80歳未満では80%と高い。歯肉については、口臭や歯周病の原因となる4mm以上の歯周ポケットを持つ者の割合が高齢になるほど増える。少子化の影響もあり、幼児の虫歯対策から成人・高齢者の歯周疾患対策へと重点課題が変遷している。

全国的に歯科診療所の数⁺⁺⁺は多いが、休日夜間やへき地など特定の時間帯・地域では歯科医療の供給が不足する。その対策は、休日夜間の在宅当番医制(輪番)やこれを患者利便性の観点から定点化した自治体による歯科救急診療所の設置、離島・へき地における歯科巡回診療事業、過疎地域での歯科診療所整備事業などによる。

また、一般に開業歯科医から敬遠されがちな障害者に対する歯科医療については、自治体や地域歯科医師会が設置する「口腔保健センター」の歯科治療部門や在宅の心身障害児・者を対象とする在宅要介護者歯科保健推進事業(1997年～)によって対応されている。

IV. 感染疾患の危機管理

この節では、体外環境から病因が襲来する感染性疾患(epidemic)に対する予防・医療対策を取り上げる。疫病すなわち感染性疾患の流行動態を研究するものとして発達した学問が疫学(epidemiology)である。臨床疫学は、治療の過程で地域、職域等一定の集団において特徴的に観察される疾病、事故、健康状態の原因や発生機序を統計的に明らかにする。こうした技術を基盤に、市民・国民の健康の保持増進のため保健当局によって営まれる組織的な活動が伝統的な公衆衛生(public health)である。

このように感染疾患対策は、公衆衛生・保健政策の“本籍地”である。しかし、第二次世界大戦後の生活水準の向上、医療技術の発達、抗生物質の普及、生活習慣病の前景化が感染疾患の蔓延への備えの緊急性や深刻性を低下させた。代わって、慢性疾患対策が保健

⁺⁺⁺ 歯科診療所は全国で約6.9万所を数え(2016年)、しばしばコンビニ数5.5万店(日本フランチャイズチェーン協会加盟主要7社計)を上回るなどと揶揄されることがあるが、歯科は勤務医が少なく、その多くが開業するためである。なお、内科診療所は約10.2万か所である。

政策の“現住所”となった。ところが、近年の国際化の進展に伴う結核等の「復興感染症」、エイズ等の「新興感染症」の流行によって一旦低下した感染症対策の重要性は再認識されるに至っている。

感染疾患対策については、国際的な目配りと危機管理意識が欠かせない。対策の方法は一次・二次にわたる予防と医療であるが、精神保健と同様に社会防衛的な行政権の発動が容認されており、感染者・患者およびそれらの疑いのある者に対する措置の上で人権への配慮が強く求められる。

1. 一次予防

(1) 検疫

日本でもかつてはコレラや結核などの感染症が多く、死者を出した時代があった。その後、高度経済成長を経て、上下水道等のインフラ整備により環境衛生の水準が向上し、また、食生活の充実により栄養・体力水準も向上したため、国内に原発する感染症の大規模な流行は減多に見られなくなっている。そして今日では、国際交流の拡大に伴い内外の人の往来や貨物の流通が普遍化した結果、外国から細菌・ウイルス等の病原体が国内に侵入する可能性が増している。

国内に常在しない感染症の病原体が船舶・航空機を介して国内に侵入するのを防止することを検疫という。検疫は外国との関係を含むから、国・厚生労働省⁷⁾の出先機関である検疫所（2014年現在、海港80所・空港30所）が担当する。検疫は、疾病の原因流入を水際で抑止し国内における病因の根絶を目指す一次予防である。

「検疫法」（1951年）の対象疾病（検疫感染症）は、後述する感染症法の規定する1類感染症および同じく新型インフルエンザ等感染症のほか表3のとおりである。これらの疾病を対象に、人と物の双方に対して検疫措置が講じられる。

対人検疫は、海外渡航の前後ともに行われる。まず、渡航前に感染症の流行情報を提供して外来感染症の侵入防止を啓発するとともに、海外渡航予定者からの申請によって予防接種を実施し、接種証明書を発給する。帰国時・入国時にはすべての人に自主的申告と早期受診を呼びかけ、有症状者に対しては検疫官による質問、必要に応じて医師による健康相談・診察・検査を実施

する。

対物検疫として、①輸入生鮮魚介類等に対する「貨物検査」、②港湾施設のネズミ族や航空機、船舶、貨物の蚊族の調査等の「港湾衛生」、③人・貨物の病原体の有無や船舶内のネズミ族生息の有無に関する検査等「申請業務」などが行われている。

とはいえ、国際間の人的・物的往来は膨大であり、限られた検疫体制では細菌・ウイルスの国内流入を完全に防遏することは不可能である。病原体のある程度の流入と感染があっても発症しない体質・体力が人体の側に備わっていれば、大きな人的損失は防ぎうる。そのための一次予防（正確には二次予防の一步手前にある、いわば1.5次予防）が予防接種である。

(2) 予防接種

予防接種とは、免疫効果をもたらして予防に有効であることが確認されているワクチン⁸⁾を、人体に注射または接種して抗体（antibody）を生じさせることをいう。「予防接種法」（1948年）により、通常は市町村長が定期的に、蔓延予防上緊急の必要がある場合は臨時に都道府県知事が（または都道府県知事が市町村長に指示して）行う。海外渡航などに際して検疫上行う黄熱病、狂犬病等の予防接種は、地方公共団体が関与しない個人の責任で行う任意接種である。

表3のとおり、同法が定める対象疾病は、集団における発生・蔓延予防（社会防衛）のために定期的に接種を行う必要があると認められるA類疾病、個人の発病または重症化を防止し（個人防衛）、蔓延予防に資するために定期的に接種を行う必要があるB類疾病に分けられる。

予防接種後、時に発熱、発疹、発赤、腫脹等の（ごくまれには死亡、重度の神経障害等の重篤な）副反応が伴うことがあるため、予防接種事故防止の安全配慮は極めて重要である。このため、A類疾病に関し、市町村長には接種の実施義務が課されるが、被接種者に対しては「予防接種を受けるよう努めなければならない」（予防接種法9条1項）との努力義務に緩和されている。その上で接種の必要性・有効性等について国・自治体は広報啓発義務を課されている。B類疾病

⁷⁾ 動植物の検疫については、農林水産省の動物検疫所・植物防疫所が行う。

⁸⁾ ワクチンとは、抗原（antigen）として生体に用いられる各種感染症の弱毒菌（生ワクチン）、死菌、無毒化毒素（不活化ワクチン）のことで、ポリオ、日本脳炎、インフルエンザ用の単味のものほか、ジフテリア（diphtheria）・百日せき（pertussis）・破傷風（tetanus）用のDPT（三種混合）ワクチンや麻疹（measles）・風しん（rubella）用のMRワクチンなどがある。

表3 感染症の類型

検疫法	感染症法に定める1類感染症、新型インフルエンザ等感染症 ○国内に常在せず国内侵入を防止するため病原体の有無の検査が必要な疾病 ○中東呼吸器症候群（MERS）、鳥インフルエンザA型H5N1、鳥インフルエンザA型H7N9、デング熱、チクングニア熱、マラリア、ジカウイルス感染症 [7種類]	
予防接種法	A類	○社会防衛のために定期的に接種を行う必要がある疾病 ○ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、結核、Hib感染症、小児肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症（接種勧奨を中止中）、痘そう、水痘、B型肝炎 [14種類]
	B類	○個人防衛のために定期的に接種を行う必要がある疾病 ○高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌感染症 [2種類]
感染症法	1類	○感染力、罹患した場合の重篤性からみた危険性が極めて高い感染症で、入院（知事が必要と認めた場合）・消毒・交通制限等の措置が可能 ○エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう（天然痘）、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱 [7種類]
	2類	○感染力、罹患した場合の重篤性からみた危険性が高い感染症で、入院（知事が必要と認めた場合）・消毒等の措置が可能 ○急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）、鳥インフルエンザA型（H5N1、H7N9に限る） [6種類]
	3類	○危険性は高くないが特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こしうる感染症で、就業制限（知事が必要と認めた場合）等の措置が可能 ○コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症（いわゆるO-157）、腸チフス、パラチフス [5種類]
	4類	○動物やその死体、飲食物、衣類、寝具等を介して人に感染し国民の健康に影響を与える恐れのある感染症（人—人間伝染なし）で、動物への措置を含む消毒等 ○E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、2類以外の鳥インフルエンザ、ボツリヌス症、マラリア、野兔病など [44種類]
	5類	○情報提供・公開して発生・拡大を防止すべき感染症、国が発生動向調査を実施 ○鳥インフルエンザ・新型インフルエンザ以外のインフルエンザ、E型・A型以外のウイルス性肝炎、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群（AIDS）、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（MRSA）など [46種類]
	臨時措置	○「新型インフルエンザ等感染症」（新型インフル、再興型インフル）：1類相当措置、感染の恐れがある者への健康状態報告や外出自粛の要請可 ○「指定感染症」：1～3類および新型インフルエンザ等感染症に準じた対応の必要が生じた当該感染症以外の既知の感染症を1年間に限って指定（延長可） ○「新感染症」：人—人間伝染する疾病で既知の感染症と症状等が明らかに異なり伝染力、重篤度からみた危険性が極めて高い未知の感染症で1類と同様の扱い

に関しては、努力義務もなく、接種は個人の判断とされる。また、予診・問診に関する規定が追加されたほか、学校等で児童生徒を対象に一斉に行うかつての集団接種[†]に代わり、被接種者の健康状態を把握している“かかりつけ医”で行う個別接種が推奨されている。こうした任意化・個別化等の配慮にもかかわらず、不幸にして事故が生じた場合の被害救済として、医療費・医療手当、障害年金・遺族年金、死亡一時金・葬祭料等が支給される。

予防接種による予防は、ワクチンが開発されている疾病に限って可能である。よって、一次予防のみでは感染・発症の可能性をゼロにはできない。そこで、健

診等で感染症を早期発見するとともに、必要に応じて速やかに隔離し、または適切な治療を施すことにより、流行と蔓延を管理する二次予防が必要とされる。

2. 二次予防

(1) 感染症類型

かつての感染症関係法令は、「伝染病予防法」「性病予防法」「結核予防法」「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」等のように疾病ごとに個別立法されていた。しかし、この立法形式では「らい予防法」（1996年廃止）のように法の適用対象者への偏見と差別を誘発しやすいため、1998年に統一法典化^{††}された

† かつての集団接種等の際の注射器の連続使用によるB型肝炎ウイルス感染者やその者から母子感染した者を救済対象とする「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法」（2011年）が制定されている。

†† 2009年に発生した新型インフルエンザH1N1パンデミックへの対応をめぐる混乱を踏まえ、行動計画、対策本部、薬品備蓄、医療者先行接種、緊急事態措置等の感染症法には含まれていない事項に関する「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（2012年）が別途制定されて

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（通称・感染症法）に吸収廃止された。

感染症法は、感染症の種類を表3に示すように罹患力と重篤性の大きい順に「1類～5類感染症」および臨時に指定される「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」に区分する。この分類に基づいて対策の内容と強度が決まることとなる。対策は、平常時の備えと流行時に迅速に採るべき措置に分けられ、それぞれに感染した人に対する取扱いと汚染された物に対する処分とがある。

(2) 平常時の備え

第1に、平常時における対人措置である。対人措置の内容は、感染症発生動向の「監視体制」と感染症罹患患者の「医療体制」を構築しておくことである。

国は感染症予防の総合的推進のための「基本指針」を、都道府県はその実施計画である「予防計画」を定める。その際、インフルエンザ、エイズ等21種の特定感染症については、それぞれの「予防指針」が国によって示されている。

こうした基盤の上で、感染症患者を診断した医師からの通報によって保健当局が情報を集約する法定事業の感染症発生動向調査（サーベイランス）が監視の網の目を張る。特に結核については、事業所・学校・施設の長、市町村長が実施義務者となって定期健康診断が行われる。健診対象者には受診義務がある。結核患者については保健所が登録票を作成し、これに基づき保健師による家庭訪問が行われる。

さらに、感染者が発生した場合に備え隔離・入院先を確保しておく必要がある。このため平常時から次の3つのエリアで指定された医療機関がその役割を担うこととされている。すなわち、①ICUを有し新感染症と1～2類感染症に対応できるものとして厚生労働大臣が指定する「特定感染症指定医療機関」（全国4ヶ所[†]、計10床）、②主に1類感染症に対応できる能力を有するものとして都道府県知事が指定する「第1種感染症指定医療機関」（全国55ヶ所、計103床）、③主に2類感染症に対応すべく、知事が2次医療圏毎に指定する「第2種感染症指定医療機関」（全国347ヶ所、計1,744床）、の3形態である。

第2に、平常時の対物措置としては、動物由来感染

症予防のため、汚染地域から発送された「指定動物」^{††}の輸入が禁止され、それ以外の動物も輸入検疫を実施する。指定動物以外の媒介動物の輸入については、安全証明書添付の上、種類・数量等を検疫所に届出なければならない。

疾病研究や医薬品開発等に用いる病原体に関しては、健康影響の恐れのあるものから順に1～4種に分類指定される「特定病原体等」（感染症の病原性を有するウイルスや細菌）の種別に応じた所持・輸入・譲渡等の禁止、大臣許可・届出制が導入されている。また、関係者には、施設・保管・運搬基準等の遵守・感染症発生予防規程の作成、病原体等取扱主任者の選任と教育訓練、使用・滅菌の記帳、事故届出などが義務づけられている。

(3) 流行時の措置

第1に、実際に感染症が発生・流行した場合の対人措置の流れは次の通りである。感染者の発生を疑い、または患者を診断した医師^{†††}は、直ちに（エイズ、梅毒等一部の5類感染症については7日以内に）最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届出なければならない。報告を受けた知事は、1～3類感染症と新型インフルエンザ等感染症にあつては、直ちに健康診断を実施し、飲食物の製造販売業、接客業等に従事する者に対しては就業制限を課す。

また、1類感染症と新感染症の場合、都道府県知事は十分な説明と同意に基づき感染症指定医療機関への入院勧告を行い、罹患者がこれに従わない場合には72時間以内に限り強制入院させることができる。72時間以内に事態が収束しない場合等は、保健所に設置する感染症診査協議会の意見を聴いた上で10日以内ごとの再入院勧告・強制再入院も可能である。ただし、30日を超える長期入院患者からの行政不服審査請求に対しては5日以内に厚生労働大臣が裁決を行わなければならない。勧告・強制入院時の医療費は、社会防衛の観点から、新感染症は全額、新型インフルエンザ等感染症および1～2類感染症は医療保険の自己負担分について公費負担される。

第2に、対物処置である。流行時にあつては、人のみならずその人の接触した物に関わる衛生処分が不可

いる。

† 大規模国際空港周辺の、成田赤十字病院、国立国際医療研究センター病院、常滑市民病院、りんくう総合医療センターの4病院。

†† サル、プレーリードッグ、イタチアナグマ、タヌキ、ハクビシン、コウモリ、ヤワゲネズミの7種が指定されている。

††† エボラ出血熱、マールブルグ病等に感染したサル等を診察した獣医師にも知事への届出義務がある。

欠となる。このため、都道府県知事の権限により、① 1類感染症について、建物立入り制限、72時間以内の交通制限・遮断、② 1～3類感染症について、汚染された生活用水の使用制限、③ 1～4類感染症と新型インフルエンザ等感染症について、患者のいた場所等の消毒、ネズミ族・昆虫等の駆除、汚染された飲食物・衣類等の廃棄が行われる。

3. 国際保健

(1) 国際交流

国内に原発する感染症が減り、海外から侵入する病原体が感染症流行の主因となるならば、海外での発生子予防への貢献、すなわち国際的な保健協力こそがより根本的な一次予防（いわば0次予防）となるだろう。国際保健分野では、日本を含む先進国間での「国際交流」と、先進国が途上国を対象として行う「国際協力」とが区別される。後者を一般に政府開発援助（ODA）という。日本のODA全体予算は5,566億円（2019年度）であるが、ピーク時には約1.2兆円（1997年度）に達していた。

国連諸機関[†]やOECDのメンバー国として、人口、食糧、麻薬、エイズ等地球規模の課題に取り組むことが多国間（マルチ）の国際交流である。二国間（バイ）での交流としては、日米医学協力計画（1964年）、日独科学技術協力協定（1974年）、日仏科学技術協力協定（1974年）、日中科学技術協力協定（1980年）等の枠組みに基づいて行う医学、科学技術分野の研究者レベルでの情報交換、共同研究等がある。これらのプラットフォームには熱帯医学やワクチン開発の研究協力が含まれる。

(2) 国際協力

感染症の0次予防に直接貢献しうるのは国際協力の分野である。そのうち、マルチの協力としては、国連諸機関や世界エイズ結核マラリア対策基金等の国際機関に対する出資金・拠出金を通じた途上国支援をあげることができる。

国際機関を通じた間接的な支援に対し、日本が特定国に対し、特定分野で独自に支援できるのはバイでの協力である。これには資金面と技術面がある。資金協力には、有償の、つまり将来返済してもらう資金貸与（円借款）と、返済義務を課さない無償供与（贈与）

とが区分される。前者は、(株)国際協力銀行（JBIC）による途上国の病院、水道等の施設建設への円借款であり、後者は、(公)国際協力機構（JICA）による途上国の病院、看護学校、水道、廃棄物処理施設等の施設建設費や資機材の整備費に関する無償供与である。途上国にとって無償供与の効果が大きいことはいうまでもない。

資金面以外の人的資源に係るいわゆる技術協力としては、寄附金等によって賄われる民間ベースの活動とJICA・日赤を含む政府ベースのものがある。前者の例としては、日本キリスト教海外医療協力隊、日本国際医療団、国際看護交流協会などの海外での活動^{††}をあげることができる。

後者については、途上国からの研修生の受入れと日本人専門家の派遣による相手国の人材養成に資機材の供与をセットした「プロジェクト方式技術協力」が代表的な仕組みである。また、海外での大規模災害に際し、被災地での救助、医療・防疫等のために、医師・看護師等を含めて編成される国際緊急援助隊（JDR）も「国際緊急援助隊の派遣に関する法律」（1987年）に基づき、外務省はじめ消防・自衛隊等政府が中心となって派遣される。

V. 難治疾患の医療福祉

疾病予防のためにはその原因を明らかにすることが必須である。しかし、病因不明の疾病は少なくない。否、むしろ多い。解明されている病因も現時点での反証可能な仮説にすぎないと捉えるのが科学的態度であるとするならば。

本節では、発症機序不明のいわゆる難病や、原因は知られていても治療の術がない難治性疾患に関する保健政策を検討する。臓器移植が最後の手段となる治療困難な疾患、高度経済成長の影に生じた公害病、戦争の惨禍が今なお続く原爆症の対策は後者に含まれる。なお、薬害やハンセン病など回復し得ない社会的不利益の賠償を保健政策の枠組みで履行するもの^{†††}は他にもあるが、ここでは対策としての蓄積が深い公害と原

† 世界保健機関（WHO）、世界食糧農業機関（FAO）、人口委員会、麻薬委員会、合同エイズ計画、環境計画、合同エイズ計画、開発計画、児童基金、人口基金など。

†† 故中村哲医師とNGOベシヤワール会によるアフガニスタンでの水路開削と衛生的な水の確保が現地の赤痢等感染症の予防に多大な貢献をしたことは記憶に新しい。
††† 詳細は、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」（2002年）、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（2008年）を参照。

爆を事例として取り上げる。

難治性疾患対策の方法は、病因解明のための研究、公費負担の医療、経済支援などの福祉といった、いずれも発症後に講じられるものであり、一般に予防は困難である。難病対策と臓器移植については、治療法の研究・開発等主として医療の範疇にある。公害健康被害者と原爆被爆者に対する支援は、多くは治癒困難な被害の補償として無償の医療や手当の支給など日常生活を支える福祉の色彩を帯びる。

1. 難病対策

(1) 調査と研究

わが国の難病対策は、原因不明の神経疾患として1960年代に社会問題化したスモン病[†]への対応を嚆矢とする。その研究体制の整備が契機となって、「難病対策要綱」(1972年)が制定された。以来、難病対策は、「要綱行政」として法的根拠のない予算措置のみで事実上行われてきたが、2014年の消費税引き上げによる財源を活用することにより要綱上の施策は恒久立法化された。それが同年の「難病の患者に対する医療等に関する法律」(通称・難病医療法)である。とはいっても、難病の多くは定義上、原因不明であるから、原則として一次予防も二次予防もできない。したがって対策は、調査・研究と医療・福祉に焦点化する。

難病対策は調査と研究に始まる。具体的には、①診断基準や診療ガイドラインの作成・改訂等を行う「難治性疾患政策研究事業」と、②病因・患者数・性別・好発年齢等病態の解明、治療薬・医療機器の開発等のため(独)日本医療研究開発機構(AMED)が事業選定や研究費を配分する「難治性疾患実用化研究事業」を併行して実施しつつ、③研究をより有効に進め標準的治療法を確立するための症例数を確保し、症状・治療状況・転帰等の患者データを一元的に収集・登録する難病患者データベースの構築が進められている。

対象となる難病の要件は、①発病機構が不明、②効果的治療法が未確立、③国内患者数が人口の0.1%程度(約12万人)以下、④生活面で長期的支障があること、⑤客観的指標による診断基準が確立してい

ること、である。これらの要件に合致するものとして、現在、パーキンソン病、重症筋無力症、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、進行性筋ジストロフィー、腎不全等333疾患が指定されている。難病と認定された患者数は約150万人に及ぶ。

(2) 医療と福祉

日常生活または社会生活に支障のある指定難病患者の医療費については、難病医療法に基づき、難病指定医療機関(一部の旧国立病院等)において、医療保険の患者自己負担分に対して都道府県が支給認定を行って補助し、その1/2を国が義務的に公費助成する。患者自己負担分は、他の公費負担制度との均衡上、立法化前の3割から2割に軽減された上で、各人の所得や、長期にわたって高額な医療費を要する者、人工呼吸器・体外補助人工心臓装着者に配慮して、上限(月0~3万円)が設定された。その結果、制度導入時(2015年度)の平均自己負担額は月3,200円ほどに抑えられた。

福祉面では、都道府県が「難病相談・支援センター」を設置し、受入れ病院の確保に関する相談・情報提供、訪問看護の拡充、相談支援員やヘルパーの研修等を実施する「療養生活環境整備事業」が実施されている。また、障害者総合支援法の障害児・者の定義に難病患者を加え(2013年度)、同法に基づく福祉サービスを提供したり、ハローワークに配置された難病患者就職サポーターを活用したり、難病雇用マニュアルによる事業者啓発等によって就労支援を充実したりするなど他法・他制度による支援も行われている。

2. 臓器移植

(1) 心臓死移植

病因が解明されても治療法が見出せないことも当然ある。角膜の混濁による失明や糖尿病、高血圧等に起因する重度腎疾患もこれに該当する。機能回復が望めない臓器を、死体から摘出した臓器によって置換する医療技術が臓器移植である。

移植普及のためには、死体からの臓器摘出に係る刑法上の死体損壊罪^{††}の違法性を阻却する必要がある。そこで、角膜障害による失明の根治推進のため旧「角膜移植に関する法律」(1959年)が制定され、刑法と

† 腹痛、下痢、感覚異常、運動障害、視覚障害等を伴う疾患で、1955年頃から日本各地で発生した。整腸薬キノホルムが原因と判明して販売禁止となって以降、発生は終息した。なお、スモンとは、亜急性脊髄視神経症(Subacute Myelo-Optico Neuropathy)の頭字語である。

†† 刑法190条「死体、遺骨、遺髪又は棺に納めてある物を損壊し、遺棄し、又は領得した者は、3年以下の懲役に処する。」

の調整が図られた。また、同法により臓器提供者（ドナー）と移植希望者（レシピエント）との間の斡旋を行うアイバンクが許可されるようになり、やがて全国に普及した。

その後、1968年に行われた日本初、世界では30例目の心臓移植手術に関する様々な疑惑が社会問題化[†]した。これ以降、わが国における臓器移植は、腎臓、肝臓の生体間移植のほか、死の判定と殺人罪の問題の生じない臓器に対象が限定され停滞した。やがて1970年代に入ると、血液のHLA型検査による組織適合性の向上や免疫抑制剤の開発等の進歩により、日常生活に大きな制約を伴う人工透析やドナーへの侵襲が甚だしい生体間移植に代えて死体腎移植を推進する気運が高まった。このため、旧「角膜及び腎臓の移植に関する法律」（1979年）が旧法改正により制定され、それにあわせて（社）日本臓器移植ネットワークがドナーとレシピエント間の組織適合性のマッチングと臓器斡旋に携わる体制も整えられた。

（2）脳死移植

死体から摘出した臓器の移植は、人の死の定義を真正面から問う。人の死は、一般に①心停止、②呼吸停止、③瞳孔散大・対光反射消失、の3徴候を確認して決定される。これに対し、生命維持をつかさどる中枢神経系の脳幹を含め脳のすべての機能が低下し回復不可能な状態になった状態を脳死という。脳死に陥る事例は年間約5,000件程度といわれる。脳死になると植物状態^{††}とは異なり、通常1週間ほどで不可逆的に心停止に至る。

諸外国での医学の進歩により、脳死段階で臓器移植を行うことにより治療成績を上げられることが明らかになった。移植普及のためには、医学の進歩と社会との間にある意識の乖離を縮め、脳死を“人の死”として受容する倫理観や刑法上の諸問題をクリアしていく必要がある。レシピエント側に立って脳死体からの臓器移植を推進するためには、執刀医が訴えられないよう、脳死も心臓死と並ぶ“人の死の一類型”と認めて、その厳密な確認手続を定めることにより、ドナーに対

する刑法上の殺人罪^{†††}の構成要件該当性を否定する法整備が望まれる。脳死体が法的に死体と認められれば、脳死体からの臓器摘出に係る死体損壊罪の違法性阻却ももとより不可欠である。

こうした背景のもとに、脳死判定基準^{††††}の作成（1980年）、臨時脳死及び臓器移植調査会の報告（1992年）を経て、「臓器の移植に関する法律」（1997年）が施行された。この法律は、臓器提供する本人（脳死者）が書面で生前に表示した意思を尊重することを謳う。意思とは、臓器を提供するかどうか、どの臓器を提供したいか、提供に当たって脳死判定を受け入れるか（受け入れないなら心停止後に提供するか）をいう。一方で、遺族（その範囲は配偶者、子、孫、父母、祖父母、同居の親族で、通常は喪主または祭祀主宰者が遺族の総意を取りまとめる）の脳死者への哀惜感に配慮して、脳死者本人の提供意思を拒むことも容認する。本人の意思が不明の場合は、遺族のみが本人の臓器を提供するか否か、提供する場合は脳死を受け入れるか否か、を判断することになる。

法施行後、関係学会の合同委員会による移植施設の選定、脳死判定・移植術の診療報酬点数化（2006年）等の環境整備が進み、さらに親族への優先提供意思表示や子どもの臓器提供を可能にする法改正（2009年）も行われた。脳死下での臓器移植の実績は、1999年2月の初提供（心臓、肝臓、腎臓、角膜）以来、2019年10月までの累積で639例（提供された臓器数は2,769個）を数える（日本臓器移植ネットワーク調べ）。しかし、依然として提供意思の事前表示者は少なく、社会の理解は進んでいない実情にある。

なお、血液は臓器ではないので輸血は移植とはいわないが、臓器ではない骨髄、末梢血幹細胞、臍帯血の移植による白血病や再生不良性貧血の治療推進については、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進

† 執刀した札幌医大・和田寿郎教授（当時）がドナー（死者）およびレシピエント（患者）双方に対する殺人罪で告発された事案。捜査の結果、嫌疑不十分で不起訴となった。

†† 脳幹等脳の一部が機能していて自発呼吸をはじめ循環、消化は正常であるが、運動、感覚が麻痺し意識を失って回復の見込みが全くない状態が3ヶ月以上続く場合をいう。

††† 刑法199条「人を殺した者は、死刑又は無期若しくは5年以上の懲役に処する。」

†††† ①深昏睡、瞳孔固定・瞳孔径左右4mm以上、脳幹反射消失、平坦脳波、自発呼吸消失が6時間以上不変であること、②脳死者本人の生前の臓器提供の意思表示があつて脳死判定を拒否する意思表示がある以外の場合で、その旨の告知を受けた家族が脳死判定を拒まないか家族がないこと（臓器提供や脳死判定に関する本人の意思が不明の場合は家族が書面で脳死判定を承諾していること）、③2回目の脳死判定をもって死亡時刻とすること、④臓器摘出と移植手術は一定の要件を満たす施設で実施すること、⑤（社）日本臓器移植ネットワークを介すること。

に関する法律」(2012年)が制定されている。

3. 被害補償

(1) 環境保健

昭和30年代の高度経済成長の裏側で、工場が排出する煤煙・汚水等による環境汚染が広がった。環境だけでなく健康にも影響は及び、苛酷な健康被害の賠償等を求めて患者団体がそれぞれの原因企業を訴えた4大公害裁判(熊本水俣病, 新潟水俣病, イタイイタイ病, 四日市喘息)が世の耳目を集めた。訴訟の過程で当初原因不明の“奇病”とされた健康被害は、調査研究の進展により環境汚染に起因することが明らかにされていった。

このため、公害対策基本法の制定(1967年)、大気汚染防止法・水質汚濁防止法の改正(1972年)等昭和40年代には公害対策のための立法化が進んだ。これら法規による工場規制等は原因物質の環境中への排出を禁止・抑制して環境を保全するものであるから、環境保健上は一次予防に相当する。一旦発生した公害健康被害の治療は困難を極める。そのため、再発・増悪予防、医療、福祉など二次予防以降の対策として、既発の公害健康被害者の迅速かつ公正な保護を図る目的で1973年に「公害健康被害補償法」(現・公害健康被害の補償等に関する法律)が制定された。

対象者[†]は、「旧第1種地域」(1988年指定解除)の現存被認定者約4万人(2012年末)と「第2種地域」の被認定者数677名(2013年末)である。旧第1種地域とは、大気汚染の深刻な地域での気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫のように、原因物質と疾病の間に特異的な関係のない疾患が多発した四日市、東京19区等の地域を指す。第2種地域とは、水俣湾岸・阿賀野川下流域のメチル水銀による水俣病、神通川下流域のカドミウムによるイタイイタイ病のように、原因物質と疾病の間に特異的な関係のある疾患が多発した地域をいう。

支援の内容は、①無償の医療や各種の補償費・手当の給付、②リハビリテーション、転地療養、療養用具の支給等被認定者の福祉を増進する事業である。このほか、③大気汚染健康被害の予防に限っては、調査研究、知識の普及、研修、自治体助成など(独)環境再生保全機構が行う事業もある。これらに要する

† 被認定者数のピークは、旧第1種地域約11万人(1988年)、第2種地域2,082人(1982年)。

費用^{††}については、「公害防止事業費事業者負担法」(1970年)によって明確化されたPPP原則により汚染原因者が負担する。

(2) 被爆者援護

公害健康被害と違って当初から原因は判明しているものの治療法がないのが原爆放射線障害である。被爆から70年以上経ったとはいえ、被爆者に対する支援(援護)は戦後日本の公衆衛生・保健行政に課された重要な任務であることを忘れてはならない。

1945年8月、米軍によって広島と長崎に投下された原子爆弾の放射線による火傷、白血病、肺がん、甲状腺がん等の健康被害・健康影響は、予防法はもちろん根治療法もない「特別の犠牲」と認識されている。他の戦争犠牲者とは異なる被爆者の特殊性ゆえに、被爆者の健康管理や経済支援は国家責任で行われる。被爆後50年を迎えることを契機に、医療等とそれ以外の措置に分かれていた旧原爆二法を統合したものが「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」(1994年)である。

援護の対象者は、①当時の広島・長崎市内および隣接地域内で直接に被爆した者、②原爆投下後2週間内に爆心地から2km以内に立ち入った入市者、③死体処理や救護に当たった者、④上記の者の胎児であった胎内被爆者、のいずれかであって現在の居住地の知事から被爆者健康手帳の交付を受けた者約15万人(2018年度末健康手帳交付者数)である。その数は、当然ながら時間とともに漸減している。

援護の内容は、①健康診断(希望者にはがん検診)、②厚生労働大臣に原爆症と認定^{†††}された場合は医療給付、③医療特別手当(治療者は特別手当)、健康管理手当(造血機能障害等11種の障害のいずれかを伴う場合)等の金銭給付、④金銭給付以外の生活相談、

†† 旧第1種地域では、煤煙発生施設等固定発生源からの硫酸化物の排出量に応じて徴収する汚染負荷量賦課金(80%)と自動車等移動発生源から徴収する自動車重量税の一部(20%)によって賄われる。第2種地域では、事業活動に伴って汚染原因物質を排出する施設を設置する事業者から徴収する特定賦課金による。なお、環境再生保全機構の事業については、大気汚染の直接の原因者や大気汚染に関連する事業活動を行う者からの拠出金および国の出資金によって造成された基金の運用益から支出される。PPPは、Polluter Pays Principleの頭字語。

††† 医療給付の前提となる原爆症の認定をめぐる争訟の早期解決のために制定されたのが「原爆症認定集団訴訟の原告に係る問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」(2009年)であり、その後、認定の審査方針も改められた(2013年)。

被爆者養護ホーム入所等である。これらに要する費用は原則として国費による。

VI. 課題と展望

冒頭で述べたように、日本の保健政策を、予防治療のターゲットとなる疾患群と対策手法を交差させたマトリクスで分類したものが表1である。この表の左上から右下にかけてキーワードが集中している。このことは、これまでの記述で明らかにしたように、感染疾患から慢性疾患へ、二次予防から一次予防へと保健政策の重心が遷移しつつあることに符合する。

遷移の背景にあるのは医学研究の高度化、臨床疫学の実証化[†]である。特殊西欧的な「特定病因論」に根ざす近代医学は、感染症対策の時代にはめざましい成果を挙げた。しかし、長期にわたる個人のライフスタイルの変容、社会生活の精神面への影響、加齢による遺伝子の変化などが複雑に絡み合っただけで発症する生活習慣病対策の時代には、かつての成功体験がかえって呪縛になる恐れもある。生活習慣病という行政用語が人口に膾炙するにつれ、その発症には生活習慣のほか、遺伝因子や外部環境など複雑多様な要因が関わるのが忘れられがちになる。脂肪を抑えた食事指導を徹底したら高カリウム血症になることもあれば、ヘビースモーカーやベンジドリンカーが長生きすることもある。

ヒトゲノム計画^{††}の完了（1993年）とともに、医学研究は遺伝子解析に殺到して先端化している。遺伝子多型^{†††}（polymorphism）や変異（mutation）で病因が説明される疾患類型が慢性疾患から区別される日も近いかもしれない。そうなると、保健師等による生活習慣への介入を主な手法とする今の一次予防は、ハイテク戦争を竹槍で戦うのに近似する。あるいは、病気になる“運命”に抗う英雄と映るだろうか。

二次予防についても、無料・軽費の健診には税が投入されるので、これが既得権益となって健診機関・団

体が“業界化”する懸念なしとしない。医療が多くの雇用を生み出す産業として注目され、海外富裕層向けの医療ツーリズムが企業化される時代である。人権のインフラであるべき保健・医療・福祉がビジネスの専門用語で語られる時には、あえて眉に唾することも必要であろう。

西欧の近代思想に裏打ちされた「科学的（中略）な診療」（医療法1条の5）が西欧より先行する日本の高齢社会に向けたものである保証はない。そのため、“治す医療”から“支える医療”への転換も主張されている。主張の是非はさておき、さしあたり重要なことは、「根拠に基づく医療」（EBM）の動向に注目し、その新たな成果を速やかに保健政策に反映させていくことである。そうした積み重ねのみが、1970年代このかた保健政策のマントラ（呪文または真言）となった“慢性疾患の一次予防”に至る道を開くだろう。

蛇足ながら、この国策としての一次予防が医療費を削減する効果を持つか否かについては今のところエビデンスベーストには語れない。特定健診等に邁進したこの10年、国民医療費は逆に2割以上増高しているうえ、そもそも医療費削減は保健政策の結果（side-effect）であって目的ではないという建前上、KPIによる効果測定ができないからである。保健政策が国是と掲げる目的は、あくまで疾病予防と健康増進である。

一次予防は確かにKPIで測定できる健康寿命を延ばすかもしれない。健康寿命が延びても人はいつか死ぬ。現状では、死の前に医療費や介護費を多く消費する。日本の保健政策は結局、医療費負担の時期を先送りするだけに終わるのではないか。医療費の増大が不可避であるならば、病院や保険のあり方を改革していくことの方が急務ではないか。これらの疑問に答えるにはまた別の座標軸を用意しなければならない。今後を期して他の機会を待ちたい。

参考文献

- 伊藤澄信・下正宗・奈良信雄監修. 臨床医学小辞典. 東京：同文書院；2007.
- 今春春彦編. ナーシング・グラフィカ医療関係法規. 東京：メディカ出版；2016.
- 衛生法規研究会編. 実務衛生行政六法 平成29年版. 東京：新日本法規出版；2016.
- 大蔵暢. 「老年症候群」の診察室. 東京：朝日新聞出版；2013. pp.8-28
- 小田泰宏. 高齢者自律維持サービスの政策的構想. 平成16年度高齢者日常生活継続調査研究報告書. 東京：国際長寿センター；2005. pp.137-145
- 小田泰宏. 日本の高齢者像. 藍野学院紀要 22. 大阪：学

† 評価の偏りを避け治療効果の有無・程度を客観的に判別できる無作為比較試験（RCT）が医学分野の標準的な研究デザインとされている。

†† 人のゲノムの全塩基配列を解析する国際プロジェクトで、その成果はインターネットを介して誰でも利用できる。

††† 遺伝子を構成するDNAの配列の個体差で集団の1%以上の頻度であるもの。その個体差が例外的な変化であれば変異という。ともに表現型（病気もその一種）に影響を与える。

- 校法人藍野学院；2008. pp.43-54
- 小田泰宏. 日本の社会保障. 藍野大学紀要 30. 大阪：学
校法人藍野大学；2018. pp.1-17
- 小田泰宏. 日本の医療制度. 藍野大学紀要 31. 大阪：学
校法人藍野大学；2019. pp.1-23
- 小泉義之. 病いの哲学. 東京：筑摩書房；2006. pp.
208-231
- 春日武彦. 病んだ家族, 散乱した室内. 東京：医学書
院；2005. pp.108-186
- 厚生省医務局. 医制百年史. 東京：ぎょうせい；1976.
- 厚生省五十年史編集委員会. 厚生省五十年史. 東京：厚
生問題研究会；1988.
- 厚生省健康政策局総務課. 医療法・医師法（歯科医師法）
解. 東京：医学通信社；1994.
- 厚生労働省監修. 厚生労働白書 平成16年版. 東京：
ぎょうせい；2004. pp.42-103
- 厚生労働統計協会. 国民衛生の動向 2014/2015. 東京：
厚生労働統計協会；2014.
- 厚生労働省. 各種統計調査 [2017-10-17 閲覧]
URL. [http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/
dl/01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/dl/01.pdf)
- 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口
（平成25年1月）
- 国立社会保障・人口問題研究所. 社会保障費用統計
[2017-10-17 閲覧]
URL. [http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japan
ese/security.html](http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/security.html)
- 小松秀樹. 医療の限界. 東京：新潮社；2007. pp.13-40
- 近藤克則. 健康格差社会. 東京：医学書院；2009. pp.
161-185
- 総務省統計局. 統計からみた我が国の高齢者（平成30年
9月15日）
- 総務省統計研修所. 日本の統計 2015. 東京：総務省統計
局；2015.
- 日本公衆衛生協会. 衛生行政大要改訂 第19版. 東京：
日本公衆衛生協会；2002.
- 野村陽子編. 最新保健学講座6 保健医療福祉行政論. 東
京：メジカルフレンド社；2004.
- 広井良典. ケア学 越境するケアへ. 東京：医学書院；
2004. pp.57-89
- 三好春樹. 介護覚え書. 東京：医学書院；2005. pp.132-
144