

基礎研 レポート

健康とは何か、誰のための健康 づくりなのか

～医療社会学など学際的な視点からの一考察～

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～健康とは何か～

世の中は健康ブームである。テレビや新聞・雑誌、インターネットでは健康増進の方法や健康食品の情報などがあふれている。さらに、政府としても健康づくりを重視しており、自治体の財政支援を強化したり、従業員の健康づくりに取り組む会社を認定したりする動きを強めている。

しかし、「健康」という定義は意外と奥深く、しかも曖昧である。そして健康づくりの必要性が語られる時、その文脈は個人の幸福だけでなく、健康寿命の延伸、医療費適正化、関連産業の育成など多岐に渡っており、「健康とは何を指すのか」、あるいは「誰のための健康づくりなのか」といった点を意識しつつ、議論する必要がある。

さらに、戦前までさかのぼって歴史を紐解くと、健康な国民と兵士を育成する国策として健康づくりが進められてきた「不健康」な時期があることに気付く。そして、国家による過度な健康づくりは個人の自由と対立する危険性にも留意する必要がある。

本レポートでは、健康に関する医療社会学の指摘や、健康づくり政策に関する歴史的な経緯などを踏まえつつ、個人を取り巻く生活環境が個人の健康に影響を与える点を重視する「健康の社会的決定要因」(Social Determinants of health) も含めて、健康づくり政策の在り方を学際的に再考したい。

2—健康観の変化

1 | 「健康＝病気がない状態」と「病人役割」

健康を語る大前提として、疾病構造の変化を踏まえる必要がある。歴史的に見ると、人類を長く苦しめたのは感染症であり、「黒死病」という異名を持つペストは何回か中世のヨーロッパで拡大したほか、コレラも19世紀に計6回に渡って世界に伝播したという¹。

さらに、1918年に発生した「スペイン風邪」と呼ばれたインフルエンザは第1次世界大戦の間に、世界各国に拡大。日本でも流行し、対外領土を含めて全人口の1%程度に相当する約74万人が亡くな

¹ 酒井シヅ編著(1999)『疫病の時代』大修館書店を参照。

ったという²。

これらに代表される通り、長らく疾病の中心は感染症だった。中でも「国民病」とされたのが結核であり、表1の通り、敗戦直後の日本では日本人を死に至らしめる最も大きい要因は結核だった。

その後、特効薬の開発や公衆衛生の発達などを受け、悪性新生物、つまりがんが1位になった³。肺炎の動向を見ても、敗戦直後は感染症として死因の3位にランクインしていたが、特効薬の開発で一度は上位3位から姿を消し、近年は高齢者の誤嚥性肺炎を主な理由に再び増えてきている。このように見ると社会経済情勢の変化などを受けて、疾病構造が変わっている様子を理解できる。

こうした疾病構造の変化は「健康」の意味を変容させる。具体的には、結核などの感染症が疾病の中心だった頃の健康は「健康＝病気がない状態」「不健康＝病気がある状態」にほぼ二分できた。これを表すのが医療社会学の「病人役割」(sick role)である。

病人役割は医療社会学の本に必ず登場する古典的なモデルであり、病気になった人は①通常の社会的役割を免除される、②病気という現在の状態に関して責任を問われない、③回復に向けて努力する義務がある、④専門的援助を求め医師に協力する義務がある——の4つを満たすという⁴。

このように「健康＝病気がない状態」「不健康＝病気がある状態」に切り分けることが容易な状況では、患者を通常の社会的役割に戻すことが医療の役割になる。さらに医療政策についても患者の早期社会復帰を促す医療保険の拡大・拡充か、感染症を封じ込めるための公衆衛生に力点が置かれていた。実際、初めて発刊された1956年版の『厚生白書』では、既に特効薬の開発で結核による死亡率は減少していた時期だったが、それでも結核対策に相当な紙幅を割く形で、専門病院の整備や検査の充実などの施策を列挙している⁵。

しかし、疾病の中心は慢性疾患に変わり、病人役割の考え方をダイレクトに適用しにくい場面が増えてきた。慢性疾患の患者は「病気がない状態」に戻るのには難しく、逆に病気や障害⁶と上手く付き合いつつ、通常の社会的な役割を果たすことが可能なためだ。

表1：日本人の死因上位5位の推移（人口10万人対）

年度	1位	死亡率	2位	死亡率	3位	死亡率	4位	死亡率	5位	死亡率
1950年度	全結核	146.4	脳血管疾患	127.1	肺炎	93.2	胃腸炎	82.4	悪性新生物	77.4
1960年度	脳血管疾患	160.7	悪性新生物	100.4	心疾患	73.2	老衰	58	肺炎	49.3
1970年度	脳血管疾患	175.8	悪性新生物	116.3	心疾患	86.7	不慮の事故	42.5	老衰	38.1
1980年度	脳血管疾患	139.5	悪性新生物	139.1	心疾患	106.2	肺炎	33.7	老衰	27.6
1990年度	悪性新生物	177.2	心疾患	134.8	脳血管疾患	99.4	肺炎	60.7	不慮の事故	26.2
2000年度	悪性新生物	235.2	心疾患	116.8	脳血管疾患	105.5	肺炎	69.2	不慮の事故	31.4
2005年度	悪性新生物	258.3	心疾患	137.2	脳血管疾患	105.3	肺炎	85	不慮の事故	31.6
2010年度	悪性新生物	279.7	心疾患	149.8	脳血管疾患	97.7	肺炎	94.1	老衰	35.9
2011年度	悪性新生物	283.2	心疾患	154.5	肺炎	98.9	脳血管疾患	98.2	不慮の事故	47.1
2012年度	悪性新生物	286.6	心疾患	157.9	肺炎	98.4	脳血管疾患	96.5	老衰	48.2
2013年度	悪性新生物	290.3	心疾患	156.5	肺炎	97.8	脳血管疾患	94.1	老衰	55.5
2014年度	悪性新生物	293.5	心疾患	157	肺炎	95.4	脳血管疾患	91.1	老衰	60.1
2015年度	悪性新生物	295.5	心疾患	156.5	肺炎	96.5	脳血管疾患	89.4	老衰	67.7
2016年度	悪性新生物	298.3	心疾患	158.4	肺炎	95.4	脳血管疾患	87.4	老衰	74.2

出典：厚生労働省「人口動態」を基に作成
 注1：煩雑さを避けるため、2000年度まで10年刻み。2001～2010年度は2005年度のみを記載。
 注2：1990年までの「肺炎」は気管支炎を含む数字。
 注3：1990年の「不慮の事故」は「不慮の事故及び有害作用」という区分となっている。

² 速水融 (2006) 『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』藤原書店を参照。

³ 表1の統計は2000年度まで10年刻みでしか表記していないが、悪性新生物がトップになったのは1981年度のことである。

⁴ Talcott Parsons (1951) “The Social System” [佐藤勉訳 (1974) 『社会体系論』岩波書店] を参照。

⁵ 厚生省編 (1956) 『厚生白書』を参照。

⁶ 「障害」は元々、「障碍」と表記されていたが、戦後に「碍」が当用漢字、常用漢字にならなかったため、代わりに「害」の字を当てた経緯がある。近年、「害」の字が不快にさせる可能性があるとして、「障がい」「しょうがい」と表記するケースも見られるが、本レポートは原則として法令上の表記に沿って「障害」と記述する。

さらに、高齢者人口の増加も影響する。通常、人は加齢とともに何かしら心身に不具合を感じるようになる分、高齢者人口の増加に伴い、心身の不具合を恒常的に感じている人は増えてくる。言い換えると、高齢化とは「病気がない状態」が難しい人が増えることを意味する。

2 | 健康の定義

では、「健康」はどのように定義されているのだろうか。WHO（世界保健機関）は1946年7月に取りまとめた憲章で、「健康とは病気がないとか弱っていないというだけではなく、肉体的、精神的、社会的に完全に満足な状態であること」と定義している⁷。

しかし、これは感染症が中心だった時代の議論である。先に触れた通り、疾病構造の変化や高齢化の進展を踏まえると、「肉体的、精神的、社会的に完全に満足な状態」は困難となる。

むしろ、アメリカの著名な微生物学者、ルネ・デュボスが記した健康論の古典的な書籍に注目したい。ここでは、周りの環境の変化などに適応する人間本来の生物学的な特性を重視しつつ、「生きているという過程は生体と環境の間の、ときには傷害や病気をもたらすような複雑な相互作用である」と指摘した上で、健康について以下のように述べている⁸。

完全で積極的な健康という考えは、人間のこころのユートピア的な創造物である。人間の生活に、闘い、失敗、あるいは苦悩が入りこまないというまでに、人間がその環境に完全に適応し切るとは決しておこらないだろうから、この考えが現実のものとなることはありえない。

さらにデュボスは別の書籍で健康について、「人間がいちばん望む種類の健康は、必ずしも身体的活力と健康感にあふれた状態ではないし、長寿を与えるものでもない。（略）各個人が自分のためにたてた目標に到達するのにいちばん適した状態」と定義している⁹。

これは近年、オランダの女性医師であるヒューバーらが提起した新たな健康の概念と共通している。ここでは「完全に満足している状態」とするWHOの定義が医学で対応せずに済む問題を医学で解決しようとする「医療化」などの弊害を招くとした上で、健康を身体的、精神的、社会的な側面で環境の変化や問題に「適応し、対応できる能力」（the ability to adapt and self manage）と定義しており、半世紀前の指摘と驚くほど共通している¹⁰。

こうした議論に従うと、病気の有無だけで健康と不健康を線引きできない点、さらに人間の心身や健康状態が周りの環境から大きく影響を受ける点に留意する必要がある。

3 | 主観と客観の食い違い

さらに議論を発展させると、「自分が健康か否か」の判断について、主観と客観が食い違う状態が生

⁷ 日本WHO協会ウェブサイト「健康の定義について」を参照。ここでは詳しく述べないが、1998年に「dynamic」「spiritual」の単語を定義に加える提案が示され、採択されなかった。

<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>

⁸ René Dubos (1965) “Man Adapting” [木原弘二訳 (1970) 『人間と適応』みすず書房 p263、p275]。

⁹ René Dubos (1959) “Mirage of Health” [田多井吉之介訳 (1977) 『健康という幻想』紀伊國屋書店 pp208-209]。

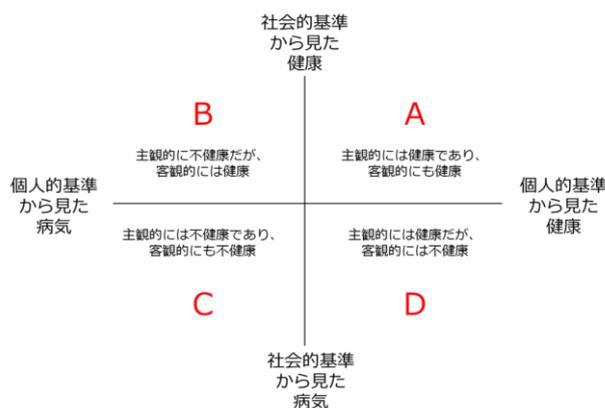
¹⁰ Machteld Huber et al (2011) “How should we define health?” *British Medical Journal* 343 (4163)。

まれる。例えば、自分が何か病気や障害を持っており、医師の診断で「不健康」と認定されたとしても、病気や障害に適応できている状態を維持できたり、自らが立てた目標を満たせるように努力したりしている場合、「健康」と言える可能性がある。あるいは医学的に「健康」と見なされたとしても、その人が何らかの理由で心身に不安を感じていれば、「不健康」と見なすこともできる。その結果、「客観的には不健康だが、主観的には健康」「客観的には健康だが、主観的には不健康」という状況が生まれることになる。

こうした矛盾を考える素材として、医療社会学の書籍を参考にした図 1 を用いる¹¹。横軸は個人的な基準から見た健康または病気（不健康）、縦軸は社会的基準から見た健康または病気（不健康）であり、両者の融和関係が崩れた時に「健康不安」が発生するという。以下、図 1 を手掛かりにしつつ、横軸を主観的な健康観、縦軸は客観的な健康観と言い換え、両者のズレを中心に議論を進めよう。

まず、「A」の象限は個人的基準、つまり主観的に健康であり、心身の不具合を感じておらず、社会的基準、つまり客観的にも健康である状態である。これは特に問題ないように映るが、社会的基準、つまり客観的に健康という判断への同調を迫られれば、健康に不安を感じる可能性がある。具体的には、自分は「健康」と思っているのに、健診の際、社会的基準に沿って「もう少し痩せた方が正常値に近くなり、もっと『健康』になれます」と迫られた時などが該当する。

図1：健康の主観と客観を巡るズレ



出典：上杉正幸（2008）『健康不安の社会学』世界思想社p72を改変

「B」の象限は主観的に病気、つまり不健康だが、客観的には健康とされたケースである。体調が悪くて会社を休んでいるのに、周囲から「そんなに具合が悪くなくさそうなのにズル休みだ」と批判されるケースが該当する。

続いて「C」の象限は主観的、客観的ともに不健康のケースである。両者の間でズレは発生していないが、先に触れた「病人役割」の考え方に沿うと、通常の社会的役割への復帰を迫られれば、やはり不安を感じる可能性がある。

「D」は主観的に健康なのに、客観的に「病気」、つまり不健康と考えられるケースである。例えば、本人は健康と思っているのに、健診で「要再検査」を受けるケースであろう。さらに言えば、本人が「正常（＝健康）」と思ったとしても、医師が「精神に不具合がある（＝病気）」と診断されてしまうケースも該当する。以下、精神疾患について少し考察を試みる。

4 | 精神疾患を社会的にどう捉えるか

精神疾患については、医療社会学を中心に多くの考察がある¹²が、その難しさや論点を考える一助として、映画の描写を取り上げよう。1955年に黒澤明監督が製作した映画『生きものの記録』では、

¹¹ 上杉正幸（2008）『健康不安の社会学』世界思想社を基にしているが、図1は簡略化するなど改変を加えている。

¹² 例えば、Michel Foucault（1961）“Histoire de la folie à l’âge classique”〔田村淑訳『狂気の歴史』新潮社〕を参照。

工場を経営する中島喜一（三船敏郎）が原水爆の放射能を恐れる余り、ブラジルへの移住を計画するものの、家族を含めて周囲は喜一を変人扱いし、精神病院に送る設定になっている。しかし、現実には当時、米ソによる核軍拡と度重なる原水爆実験、その結果として放射能汚染の深刻さが指摘されており、喜一を診断した精神科医（中村伸郎）は溜息交じりで終盤に以下のように語っている。

私は、この患者を見るたびに、ひどく憂うつになって困るんですよ。(略)この患者を診ていると、何だかその…。正気であるつもりの方が妙に不安になるんです。狂っているのはあの患者なのか、こんな時世に正気でいられる我々がおかしいのか。

つまり、社会的基準に基づくと、ブラジルに移住しようとする喜一の行動は「病気（異常）」、つまり不健康になるが、むしろ喜一の個人的基準では核戦争の恐怖を気にしない周囲の方が「病気（異常）」になる。それにもかかわらず、社会的基準で一方向的に「異常」と見なした点について、核戦争の恐怖を知った精神科医が自らの判断の是非を問い直しているのである。

5 | 社会的基準は常に正しいのか

この議論は精神疾患にとどまらない。社会的基準は時代ごとの価値観や社会規範に応じて変化する点に留意する必要がある。例えば、障害や性的マイノリティー理由に差別してはならないという考え方が定着したのは最近に過ぎず、以前は「異常」と見なして社会から排除していた。この事実を踏まえれば、正常（健康）、異常（不健康）を判断する社会的基準が常に正しいとは限らない。

言い換えると、社会的基準だけで健康（正常）、不健康（異常）を判断することは簡単ではなく、健康か否かの線引きには様々な判断が有り得るし、主観と客観の間でズレが生まれる可能性を指摘せざるを得ない。

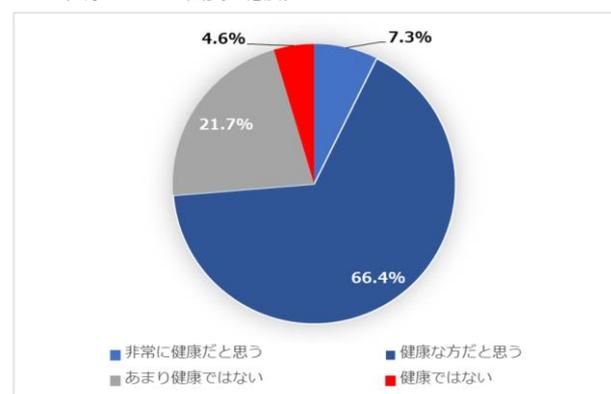
3——日本人の健康観の現状

では、日本人は今、どのような健康観を持っているのだろうか。客観的なデータを見ると、日本人は「健康」である。

例えば、平均寿命は戦後一貫して伸び続け、2017年度現在で男性 81.09 歳、女性 87.26 歳と世界一の水準である。さらに公衆衛生も発達しており、まれに麻疹などのニュースが出るのを除けば、感染症の脅威にさらされているわけではない。

次に、主観的な健康観という点でいくつかのデータを見る。まず、厚生労働省が 2014 年に実施した「健康意識に関する調査」¹³によると、図 2 に示した通り、「普段健康と感じているか」という問い

図2：健康に関する国民の意識



出典：厚生労働省「健康意識に関する調査」（2014年）を基に作成
注：回答数は5,000人。

¹³ 厚生労働省が 2014 年版『厚生労働白書』の作成に際して、みずほ情報総研に委託する形で 2014 年 2 月に実施し、2014 年

に対し、「非常に健康」「健康な方」と答えた人は計 73.7%に及ぶ。

同じような傾向については、図 3 で示した東京都の世論調査の結果でも把握できる。東京都は 3～5 年周期で「健康に関する世論調査」を実施しており、結果を総合すると「健康状態が良い」「まあ良い」と答えた人は計 80%以上をキープしている。こうしたデータを見ると、健康度を示す客観的なデータだけでなく、主観的にも日本人は自らを「健康」と感じていると言える。

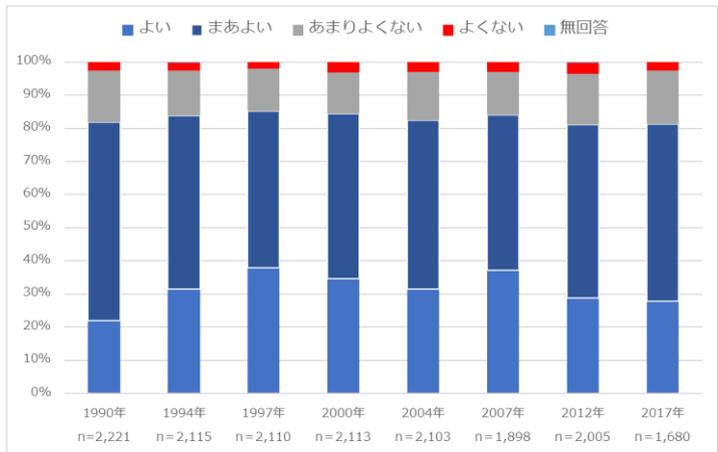
しかし、図 2 と同じ厚生労働省の意識調査によると、図 4 の通りに 61.1%の人が「健康に不安がある」と回答している。しかも、不安を感じているのは高齢者だけではない。

性別、年齢層ごとに「不安あり」と答えた人の比率を見ると、男性では 20～39 歳で 58.3%、40～64 歳で 64.0%、65 歳以上で 65.7%、女性も 20～39 歳で 60.2%、40～64 歳で 59.2%、65 歳以上で 59.8%が「不安がある」と回答していた。さらに、健康に不安を感じる理由としては、図 2 の通りに 20～39 歳はストレスや精神的な疲れ、40～64 歳と 65 歳以上は体力の衰えを主に挙げている。

先に触れた通り、健康かどうかの判断には主観が入るため、その客観的な把握は難しい側面があるが、これらの数字から浮かび上がるのは「大多数の日本人は自らを健康と感じているのに、約 6 割は健康に不安を感じている」という一種、矛盾した状態である。もっと言うと、「完全な状態」という WHO の健康の定義に即せば、精神的に不安を感じて

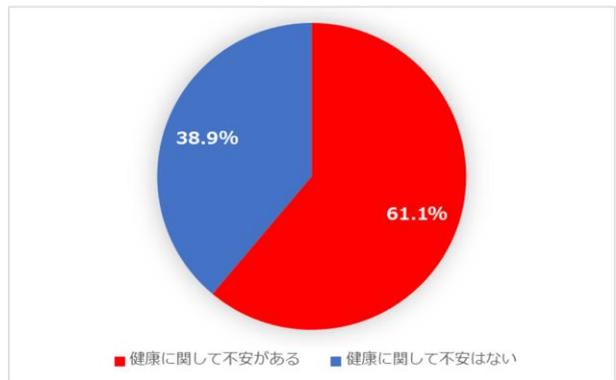
いる日本人は「不健康」なのかもしれない。実際、OECD(経済協力開発機構)のデータでは、自分の健康状態の認識を「良好」または「非常に良好」とする人口の割合は 35.4%であり、OECD 平均(68.7%)の約半分にとどまる¹⁴。

図3：健康状態に関する意識の変化



出典：東京都「健康と保健医療に関する世論調査」(2017年)を基に作成

図4：健康に関する国民の不安



出典：厚生労働省「健康意識に関する調査」(2014年)を基に作成
注：回答数は5,000人。

表2：健康に関する不安の理由

単位：%	持病がある	がんにかかるのが怖い	心筋梗塞・糖尿病などが怖い	体力が衰えてきた	ストレスが溜まる・精神的に疲れる	歯が気になる	肥満が気になる	その他
計	39.6	19.0	17.9	49.7	36.3	26.2	27.3	7.4
20～39歳	24.6	21.2	18.5	46.5	55.9	30.6	34.4	9.6
40～64歳	41.0	19.2	16.7	50.4	38.9	25.9	29.0	5.2
65歳以上	51.9	16.5	18.9	51.8	14.3	22.5	18.1	8.2

出典：厚生労働省「健康意識に関する調査」(2014年)を基に作成
注1：複数回答可。
注2：回答数は図4で「不安あり」と答えた3,056人。

3月に公表した「少子高齢社会等調査検討事業報告書」(健康意識調査編)。回答数は5,000人。

¹⁴ 2017年11月のOECD資料「How's Life in Japan? 日本の幸福度」を参照。ただ、日本では49%の人が「まずまず」と認識しており、この割合は多くのOECD諸国を上回っているという。

こうした食い違いが発生する理由は必ずしも明らかになっていないが、「完全で積極的な健康というユートピア」を目指す気持ちが健康不安を生んでいるのだろうか。虚実入り乱れた様々な健康情報がメディアで流布するのは、こうした健康観や国民の不安が影響している可能性がある。

4—求められる「医学モデル」から「生活モデル」への転換

では、このように健康、不健康の線引きが曖昧になっている状況で、医療が過度に介入した場合、何が起きるだろうか。感染症がメインだった頃、患者が医師に多くを頼らざるを得ず、治療方針などを自ら決定することは難しく、正に病人役割に近い病人像だった。これに対し、慢性疾患は自己決定の余地が大きくなり、その人にとって健康に過ごせる方法を自ら決めやすくなる。その分、医師が一方的に治療方針を決めるのではなく、患者との対話を通じて患者の方針を確認し、これを支援するような医療が求められる。

しかも感染症が中心の時代の医療は「感染した人たちを隔離したり監禁したりして、そのひとたちを避けることだった」が、慢性疾患は病人が孤独になるほど個別性が大きいとの指摘がある¹⁵。さらに、ストレスに起因するような体調不良については医学的なアプローチに頼らずに済むケースも多く、こうした状況を踏まえると、患者の希望や病歴、生活環境など個別性に配慮する必要がある。

それにもかかわらず、医師などの専門職が過度に介入すると、患者の意向が置き去りになったり、病気探しや検査・薬漬けが始まったりする危険性がある。

こうした現象について、医療社会学では「専門家が医療をコントロールすることの破壊的影響はいまや、流行病の規模にまでいたっている」などと指摘する¹⁶ことを通じて、先に触れた「医療化」の問題だけでなく、医療が病気を作り出す「医原病」、医師などの専門家が患者の生殺与奪を握ることで患者を無力化する「専門家支配」といった概念を作り出すことで、患者の利益が侵害される危険性を問題視してきた。

つまり、「健康」「不健康」の線引きが不明確となる中、健康づくりに対する医療の関わり方は変容を迫られており、個人の疾病を診断・治療することを重視する「医学モデル」ではなく、個人と環境の相互関係から全体を理解しようとする「生活モデル」への転換が求められている。そして、こうした状況で求められる医療の一つはプライマリ・ケアと考えられる。

プライマリ・ケアとは「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」と定義¹⁷され、Accessibility（近接性）、Comprehensiveness（包括性）、Coordination（協調性）、Continuity（継続性）、Accountability（責任性）を重視する。そして実際のケアでは臓器・疾病別に患者を診るのではなく、全人的かつ継続的にケアを提供するこ

<https://www.oecd.org/statistics/Better-Life-Initiative-country-note-Japan-in-Japanese.pdf>

¹⁵ Claudine Herzlich, Janine Pierret (1991) “Malades d’hier, malades d’aujourd’hui” [小倉孝誠訳 (1992) 『病人の誕生』藤原書店 p86]。

¹⁶ Ivan Illich (1976) “Limits to Medicine” [金子嗣郎訳 (1979) 『脱病院化社会』晶文社 p11]。

¹⁷ 日本プライマリ・ケア連合学会の定義。プライマリ・ケアについては、Graham Easton (2016) “The Appointment” [葛西龍樹・栗木さつき訳 (2017) 『医者患者をこう診ている』河出書房新社]、日本の提供体制改革との関連では、拙稿レポート 2017 年 12 月 8 日「地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く (4) ー日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性」を参照。

<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57355>

とに力点を置くほか、社会的処方（social prescription）と呼ばれる社会資源の活用も視野に入れており、患者との対話を重視しつつ、患者の意思決定を支援することを重視している。

患者との対話を重視する点については、患者の語り（narrative）を重視する傾向が医療人類学を中心に強まっていることとも符合する¹⁸。現在、そして高齢化が進む中で一層、求められる医療とは、こうした姿ではないだろうか。

5——健康づくり政策の留意点が見える「不健康」な戦前の歴史

1 | 戦争と健康の関係

次に、健康観の変化を踏まえて、健康づくりの政策はどう変わるべきだろうか。実は、昭和戦前期には国民の健康を国策に活用しようとする「不健康」な歴史があり、その教訓から学ぶ必要がある。

まず、明治期以前の歴史を振り返っても、朝廷や幕府が国民の健康づくりに積極的に乗り出した形跡は見受けられない¹⁹。そして明治期以前は専ら「養生」という言葉が使われており、「健康」という言葉を使い始めたのは江戸末期の医師、高野長英か緒方洪庵と言われている²⁰。その後、最初の近代医事法規として、明治維新から7年経った1874年に発布された「医制」は「国民の健康を保護し、疾病を治療し及びその学を隆興すること」として、国民の「健康」保護を言及しているので、「健康」という言葉自体は明治初期までに人口に膾炙するようになったと見られる。

ただ、政府が国民の健康づくりに本格的に関心を持ったのは大正期以降であろう。例えば、1911年に工場法（施行は1916年）、1922年に健康保険法（施行は1927年）が創設された背景には「工女」と呼ばれた女性労働者の健康悪化があった。当時、日本の資本主義を支えた紡績工場や製糸工場では、未成年も含めた女子労働者が数多く働いており、劣悪な環境と長時間労働で結核になるケースが多かった。つまり、労働者保護を図ることを通じて、国家が国民の健康づくりに乗り出したと言える。

昭和初期に入ると、国家統制の色彩が濃くなる。その典型例が厚生労働省の前身、厚生省の創設である²¹。1938年に厚生省が設立された背景には「健兵健民」、つまり健康な兵士と健康な国民を作る意図があった。それを理解する手掛かりとして、当時の近衛文麿内閣が1937年7月に作成した公文書の一節を以下に示す（送り仮名や句読点を追加、片仮名を平仮名に変更）。

国民の健康を増進し、体位の向上を図り、以て国民の精神力及び活動力の源泉を維持培養し、産業経済及び非常時国防の根基を確立するは国家百年の大計にして、特に国力の飛躍的増進を急務とする現下内外の状況に鑑み、喫緊の要務たり。(略)この際、特に一省を設けて急速かつ徹底的に国民の健康を増進し、体位の向上を計るは国家焦眉の急務なりとす。

つまり、国民の健康増進と体力、精神力の向上を通じて、経済や国防の発展を目指すことが重要で

¹⁸ 例えば、Arthur Kleinman、江口重幸、皆藤章編監訳（2015）『ケアをすることの意味』誠信書房を参照。

¹⁹ 例外的な存在として、1722年に江戸幕府が設置した「小石川養生所」などが挙げられる。

²⁰ 北澤一利（2000）『「健康」の日本史』平凡社新書を参照。

²¹ 厚生省発足の経緯については、牧野邦昭（2016）「厚生省設置と人口政策」筒井清忠編著『昭和史講義2』ちくま新書、鐘家新（1998）『日本型福祉国家の形成と「十五年戦争」』ミネルヴァ書房、厚生省五十年史編集委員会編（1988）『厚生省五十年史』厚生問題研究会などを参照。

あると論じており、そのための施策として体力増強を図る中央省庁の設置が浮上したのである。結局、主に内務、文部両省の事務が移管され、厚生省が発足した²²。

こうした流れを作ったのは陸軍だった。陸軍は徴兵候補となる若者の体力低下に危機感を抱き、体力向上を所管する中央省庁の創設を強く主張するようになり、陸軍青年将校が起こしたクーデター事件「2・26事件」の4カ月後の1936年6月、陸相だった寺内寿一が国民衛生や体力向上を目指す総合官庁の創設を訴えた。その後、社会政策に関心を持っていた貴族出身の近衛文麿が1937年6月に首相に就くと、この議論が加速、最終的に厚生省発足に至った。

さらに、厚生省と同じ年にスタートした国民健康保険²³（以下、国保）も健兵健民を一つの目的としていた。1937年7月の日中戦争勃発など国際情勢が緊迫化する中、総力戦を戦う手段として、国民の健康づくりに力点が置かれ、その一環として厚生省や国保が位置付けられていたことになる。

実際、厚生省が発足した当初の政策を見ると、国民の健康を国策に利用する意図を見て取れる。この点については、国民の体力増進を図る「体力局」が発足当初の筆頭局に位置付けられていたことから分かる。さらに、ナチス・ドイツの影響を受けて1940年に制定された国民優生法は「悪質な遺伝性疾患」を持つ人の増加防止と、「健全な素質」を持つ国民の増加を目指し、障害者などに対して中絶手術を実施する一方、その他の避妊手術や妊娠中絶は取り締まりを受けた。

しかし、現在の社会保障制度に繋がる政策もある。例えば、1942年に始まった「妊産婦手帳規程」は流産や死産の防止を通じて、健康な兵士になる国民を育てる意図があったが、敗戦後に「母子健康手帳」に受け継がれており、乳幼児の健康づくりに貢献している。

さらに、戦時中に設立された国保は戦後に再建され、国民全員を公的医療保険でカバーする「国民皆保険」の軸となっており、「（注：戦時中に淵源を持つ厚生年金も含めて）わが国の社会保障制度は、大正から昭和にかけての不況や戦争が生み、育て、そしてのこしたプラスの遺産の一つ」と評価されている²⁴。

2 | 「不健康」な歴史からの示唆

ここで社会保障制度を巡る「不健康」な歴史を蒸し返したのは、国家が健康づくりに過度に介入するリスクを指摘するのが目的である。つまり「国民の健康づくりを進める」という外見が同じだったとしても、その目的や優先順位を取り違えると、国家による健康づくり政策は全体主義的な性格を持つ危険性を伴うのである。

具体的には、健康を単に「病気がないこと」とした場合、先天的に病気や障害がある人や、人生の過程で病気や障害がある状態になった人たちを社会から除外するリスクが高まる。さらに、健康づくりを「個人の健康」ひいては「個人の幸せ」ではなく、全体の利益を優先した場合、個人の健康を全体の利益に従わせようとした戦前の発想に近づく。世界最高水準のがん対策を実施した国が1930年代

²² 当初、「保健社会省」という名称で検討されていたが、「社会」が社会主義を想起させる点などが嫌われた。結局、「衣食を十分にし、空腹や寒さに困らないようにし、民の生活を豊かにする」という中国古典の一節（正徳利用厚生）から「厚生省」と名付けられた。

²³ ただ、①自治体直営ではなく、組合形式だった、②強制設立ではなく、任意設立だった——という点が現在と異なる。

²⁴ 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社 p108。

のドイツだった²⁵事実を知ると、国家による健康づくり政策に諸手を挙げて賛成できなくなる。

6——メタボ健診をどう考えるべきか

1 | 単純に「正常」「異常」を区分する問題点

その観点で見ると、40～74歳の人を対象に2008年度からスタートした特定健診・特定保健指導（以下、メタボ健診）は極めて問題が多い。そもそもの問題として、費用対効果は疑わしい点²⁶は別にしても、今回は「健康とは何か」「誰のための健康か」という点で議論を進める。

メタボ健診は腹囲などのデータを調べ、一律かつ単純に「正常（健康）」と「異常（不健康）」を判断し、異常と判断された人に対して、栄養指導などを実施する枠組みである。生活習慣病になりそうな人に対する保健指導は重要だが、腹囲などのデータだけで「健康」または「不健康」を判断している考え方は乱暴ではないだろうか。前半で述べた定義に沿うと、健康とは生活習慣病に気を付けるだけでなく、メンタル面や周囲の環境改善も含めて、もっと幅広い概念で捉えられるべきだが、このように「健康」「不健康」を単純に線引きする考え方が度を越すと、先天的に病気や障害のある人を排除する「不健康」な社会になる危険性さえはらんでいる²⁷。

2 | 健康は医療費を減らすためにあるのか？

メタボ健診の法的な論理構成も問題含みである。法的根拠は高齢者医療確保法に置かれており、国と都道府県が策定する医療費適正化計画に位置付けられている。言い換えれば、「生活習慣病の健診と結果に基づく保健指導→生活習慣病の抑制→国民の健康保持増進→平均在院日数の削減→高齢者医療費の適正化」というロジックに立っている。つまり、「医療費適正化のための健康づくり」を国家が国民に強いていることになる。

しかし、少し立ち止まって考えると、この論理のおかしさに気付かないだろうか。例えば、夜中まで深酒したり、ストレス解消のために暴飲暴食したりする「愚行」は誰も経験しているだろう。その後、我々が後悔するのはなぜだろうか。ひとえに自分自身の健康悪化を心配するためであり、「数十

²⁵ Robert Proctor (1999) “The Nazi War on Cancer” [宮崎尊訳 (2015) 『健康帝国ナチス』草思社文庫] を参照。

²⁶ ここでは主題として取り上げないが、メタボ健診を含む健康づくりがマクロの医療費を減らしたというエビデンスは見当たらない。二木立 (2015) 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房を参照。実際、メタボ健診は実施後10年を過ぎたが、マクロの医療費を減らしたという結果は報告されていない。例えば、2017年11月24日に開催された経済財政一体改革推進委員会第5回評価・分析ワーキンググループに提出された厚生労働省の資料を見ると、メタボ健診を通じて年間1人当たり約6,000円の医療費適正化効果があったとしているが、全体の1人当たり国民医療費（約33万円）から比べれば微々たる金額であり、栄養指導などに対する国庫補助の単価が約1万8,000円であることを踏まえると、コストだけ見れば全く割に合っていない。それにもかかわらず、メタボ健診が導入された背景には当時の政治情勢が影響している。小泉純一郎政権期に医療制度改革を議論した際、GDPに医療費を連動させる医療費総額管理論が浮上したことで、これに対抗するために厚生労働省が窮余の一策として出した対案であり、厚生労働省OBの堤修三は「従来の腰だめの対策で対応せざるを得ないことをカモフラージュする必要があった」と論じている。堤修三 (2007) 『社会保障改革の立法政策的批判』社会保険研究所 p55。このほか、メタボ健診のようにリスクの高い人を抽出して介入する「ハイリスク戦略」に対する疑問が出ている。近藤克則 (2010) 『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新書 p188 によると、ハイリスク戦略が成功するには、①ハイリスクの対象者が特定の少数に限られている、②ハイリスクの対象者を診断する方法が確立している、③ハイリスクの対象者に対し、長期間にわたって有効な予防・治療法が確立している、④ほとんど全てのハイリスクの対象者に予防・治療法を提供できる——の4点を満たす必要があるが、メタボ健診は②しか満たしていないという。

²⁷ この点は筆者の指摘だけでなく、堤前掲書 p211 は「不健康な者・健康の保持に向けて自己管理ができない者は、文字通りに穀潰し（穀＝経済）ということになる」「『健康』の観念がより多くの生きづらさを齎す（筆者注：もたらす）ことを恐れずにはいられない」と論じている。

年後の医療費を増やすことになるので、他人様に迷惑を掛けてしまう」と思えるほど人間は利他的かつ合理的ではない。医療費抑制は重要な課題だが、私たちが「健康を維持したい」と考えるのは自らの健康を第一に考えるためであり、医療費を減らすという全体の利益のためではないはずである。

3 | 誰のためのメタボ健診なのか？

さらに、メタボ健診にはカラクリがある。健診率や指導率を引き上げない場合、大企業の従業員が加入する健康保険組合（以下、健保組合）が「罰金」を支払う仕組みである。具体的には、75歳以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度に対し、健保組合を含む74歳以下の人をカバーする他の保険者（保険制度を運営する主体）は「後期高齢者医療制度支援金」（以下、支援金）として約40%の費用を拠出している。そして、健保組合に課される支援金についてはメタボ健診の実施状況に応じて最大10%増減する仕組みとなっている。言い換えると、健保組合はメタボ健診を実施しなければ、支援金の加算という「罰金」を取られるのである。

同じような仕組みは他の保険者にも導入されている。例えば、中小企業の従業員を想定した協会けんぽについては、被保険者と事業主の取り組みに関する評価結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映する仕組みになっているほか、国保の「保険者努力支援制度」や後期高齢者医療制度の「調整交付金」もメタボ健診の実施率次第で国の補助金が増減する仕組みとなっている。

こうしたインセンティブの下で、各保険者が被保険者に対し、メタボ健診の受診を働き掛けるのは当然の行動である。しかし、それは一体、誰のための働き掛けなのだろうか。もし被保険者の幸せではなく、会社の保険料負担を減らす、あるいは国の財政支援を増やす目的だとすると、その場合の健康とは一体、誰のための、何のための健康なのだろうか。個人の健康や幸福よりも、「保険料を抑えたい」あるいは「国からの予算を増やしたい」という保険者の利益が優先されるのであれば、その健康づくりは主客が逆転していることになる。こうしたインセンティブ構造を内在している制度は問題である。

7——望ましい健康づくり政策のスタンス

もちろん、国家が健康づくりに乗り出す意義を全て否定しない。実際、1947年のWHO憲章も健康づくりに関する国家と個人の協力に言及しているし、所得や教育水準の問題で必要な情報や医療資源にアクセスできない人に対する配慮は欠かせない。

この観点で近年、注目されているのが「健康の社会的決定要因」(Social Determinants of health)である。WHOの定義²⁸によると、「人々が生まれ、成長し、働き、暮らし、そして年を取る条件であり、日常生活の条件を形成するより広範な力とシステム」であり、政治・経済システムや社会規範、開発政策なども含むとしている。つまり、個人の健康づくりだけでなく、個人を取り巻く生活環境が個人の健康に影響を与える点を重視している。

実際、健康の社会的決定要因に着目した調査結果が数多く公表されており、▽経済的貧困とは無関係な公務員でさえ、階層が死亡率に影響する、▽貧しい世帯に育った人の死亡率が高い、▽子ども時

²⁸ WHO ウェブサイト “Social determinants of health” を参照。
http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

代の豊かさが栄養摂取や身体状況に影響を与える——といった研究結果が蓄積されつつある²⁹ほか、「ソーシャル・キャピタル（社会関係資本、Social Capital）」と呼ばれる地域の繋がりが強いと、住民の健康度や満足度が改善するという研究がある³⁰。

このほか、東京都足立区が実施している「子どもの健康・生活実態調査」では年収 300 万円未満などに該当する生活困難世帯の子どもはそれ以外の世帯に比べると、▽虫歯が多い、▽予防接種を受けていない、▽お菓子やジュースの摂取量が多い——などの傾向が見られる。さらに、2015 年公表の「国民健康・栄養調査」では「低所得者は高所得者と比べて穀類の摂取量が多く、野菜類や肉類の摂取量が少ない」との結果が出ている。

こうした低所得者に対する情報提供や生活支援を含め、個人では解決しにくい「健康の社会的決定要因」を解消する上で、国や自治体しかできない分野は多い。民間企業、市民団体など関係団体と連携しつつ、国や自治体が今後、重点的に取り組むべきテーマである。

そして、ここでの健康づくりとは病気がある人を排除してはならないし、医療費適正化を期待するとしても「副産物」程度に考え、個人の幸福を中心に考えるべきである。

8——おわりに～『智恵子抄』の一節に見る「健康」～

「百を以て数へる枚数の彼女の作った切絵は、まったくゆたかな詩であり、生活記録であり、たのしい造型であり、色階和音であり、ユウモアであり、また微妙な哀憐の情けの訴でもある。彼女は此処に実に健康に生きてゐる」——。これは詩人で彫刻家の高村光太郎が妻・智恵子のために書いた詩集『智恵子抄』の一節である³¹。ここで光太郎は智恵子を「健康」と形容している。

しかし、晩年の智恵子は精神を病んでおり、客観的に見れば「不健康」だった。それでも精神病棟で美しい切絵を一心不乱に作り続け、生来の芸術センスを発揮した智恵子の切絵を見た瞬間、光太郎は「健康」と形容したのである。

この一文は「健康とは何か」という問いの難しさを示していると言えないだろうか。つまり、健康とは当事者にしか分からない曖昧さを持つのである。健康づくりの取り組み自体、意義深い、専門職や国家が一律に健康、不健康を判断する弊害は認識される必要がある。

さらに、健康づくりの目的も慎重に考える必要がある。確かに高齢化で医療費が増える中、医療費適正化は重要な課題だが、美しく正しく映る健康づくり政策も、政策の優先順位を間違えたり、個人の自由との兼ね合いを逸したりした場合、全体主義に繋がる危険性を持つ。

あくまでも中心に据えるべきは個人の幸福であり、今後は「健康の社会的決定要因」に着目した健康づくり政策が求められる。

²⁹ 近藤克則 (2017) 『健康格差社会への処方箋』医学書院、同 (2005) 『健康格差社会』医学書院、NHK スペシャル取材班 (2017) 『健康格差』講談社現代新書、Michael Marmot (2015) “The Health Gap” [栗林寛幸監訳 (2017) 『健康格差』日本評論社]、川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編著 (2015) 『社会と健康』東京大学出版会などを参照。

³⁰ 例えば、Ichiro Kawachi et. al (2013) “Global Perspectives on Social Capital and Health” [高尾総司ほか監訳 (2013) 『ソーシャル・キャピタルと健康政策』日本評論社]などを参照。

³¹ 高村光太郎 (1956) 『智恵子抄』新潮文庫 p146。