

健康の捉え方の変遷と高齢者の健康政策への一考察

笠置 恵子

県立広島大学名誉教授

抄 録

健康の捉え方の変遷から人々の健康を保つためには疾病治療のための医学的介入に始まり、19世紀以降は疾病予防のための公衆衛生的介入が重要となり、20世紀後半以降は健康格差是正と健康向上のための社会・政策的介入が必要になったといえる。またWHOの健康憲章からも健康は個人の努力、国の責任、専門職の活動により達成できると捉えることができる。高齢者の健康政策としては、社会活動への参加を促すための行政的支援活動とともに高齢者自身が社会的役割を担い生活の満足感を感じる意識を持つことが重要である。特に高齢女性の自立した生活の維持が今後の課題の一つであると考えられる。

キーワード：健康の捉え方, 高齢者の健康政策, 歴史的変遷

1 はじめに

総務省によると我が国の65歳以上の高齢者は2021年には3640万人(前年より22万人増加)と過去最多を示し、総人口に占める高齢者の割合は29.1%で201の国・地域の中で1位であり2位(イタリア, 23.6%)以下を離し高い状況にある。この割合は今後も上昇を続け第2次ベビーブーム期に生まれた世代が65歳以上になる2040年には35.3%になると予測されている。また2020年の労働力調査によると高齢者の就業者数は906万人(就業率25.1%)で4人に1人が就労しており、これは韓国(34.1%)に次ぎ2位で3位米国(18.0%), 4位カナダ(12.8%), 5位英国(10.5%)等の主要国に比べて高い水準にある¹⁾。

少子高齢化の急速な進展と人口減少の中で、政府は元気で働く意欲のある高齢者の就業確保により経済社会の活力を維持するため2021年4月に改正高年齢者雇用安定法²⁾を施行し、事業主に対して65~70歳までの就業確保の努力義務を設けている。

また令和2年版厚生労働白書³⁾によると高齢者の身体機能は20年前の5歳下よりも若いとされ、「高齢者とは何歳以上か」という質問に対しても48.8%の人が75歳以上と返答している等人々の高齢者の捉え方にも変化がみられる。

この状況は高齢者が生き活きと生活できる環境の整備の必要性を示しており、ここに保健医療福祉専門職の活動による貢献が期待される場所である。

本稿では今後の保健医療政策の方向性を考える一助とするため健康の捉え方の変遷を踏まえながら、我が国の高齢者の健康政策について考察した。

2 健康と健康政策

2.1 健康の捉え方の変遷

2.1.1 健康の概念が個人レベルから組織レベルへと変化

健康の概念を考えるとウインスロー(Charles-Edward Amory Winslow, 1877-1957)の定義の前後で大きく変わる。それ以前は快食・快眠・快便で不安や悩みがなければ健康だと個人レベルで捉えられていたがウインスローにより「Public health is science and art if preventing disease, prolonging life and promoting physical and mental health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of environment, the control of community infections, the education of the individual in the principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and treatment of disease, and development of social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the

maintenance of health, so organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity.」とpublic healthの考え方が提唱され、人々の健康は環境改善や衛生教育、医療や看護サービスの組織、生活を支える社会機構の整備など共同社会の組織的努力により守られるとし、健康の概念は個人レベルから組織的レベルで捉えられるようになった。

2.1.2 社会的健康の必要性

第2次世界大戦により世界の環境は大きく破壊された。WHOの健康憲章は大戦後の翌年1946年に61か国の代表により署名され、1948年4月7日より効力が発生した。日本では1951年6月26日に条約第1号として交付されている。

世界保健機関憲章前文⁴⁾の冒頭では、「THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples.」と示され、この憲章の当事国は、国際連合憲章に従い、次の諸原則が全ての人々の幸福と平和な関係と安全保障の基礎であることを宣言している。ここで述べられている諸原則とは9項目あるがその最初に示されているのが健康の定義で「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」と述べ、健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であって、単に疾病や虚弱の存在しないことではないと捉えている。ヒポクラテスの時代から健全な精神は健全な肉体に宿るともいわれていたが、第2次世界大戦後に「社会的に」という概念が加わったことは戦時中の悲惨な環境条件のもとでは決して健康な生活はできないという観点から十分納得できるものである。我が国では日本国憲法25条により健康は基本的人権として保障されている。

5項目では「Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.」と健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なるとすべての国に共通して危険が及ぶことになると述べ、まさに今のpandemicな状況を憂慮し共通の認識が世界各国で必要であることを指摘している。

7項目では「The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.」と健康を完全に達成するには医学、心理学や関連する学問の恩恵をすべての人々に広げることが不可欠であると述べ、ここに医師及び関連職種⁵⁾の活動の重要性を垣間見ることが出来る。

8項目では「Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.」と一般市民

の積極的な協力を、9項目では「Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.」と各国政府の責任を唱えている。

WHO 健康憲章から健康は個人の努力、国の責任及び関連する専門職の活動により達成できると捉えることができる。

2.1.3 健康回復への早期介入の重要性

1953年にはレベルとクラークにより、健康な人はさらに健康保持に努めるという「健康増進」かつ病気にならないように「疾病予防」という1次予防、病気の「早期発見」による「早期治療」の開始という2次予防、リハビリテーションにより健康の回復を図るという「疾病の重症化対策」としての3次予防が提唱されるようになった。これは健康を保つためには疾病に罹患後の対応だけではなくその前の健康の保持・増進の必要性が強く打ち出されたもので、たとえ病気になっても早期に回復へ導くために必要な概念であると考えられる。

2.1.4 ダイナミックとスピリチュアルの WHO 健康定義への追加提案と不採択

1998年の第101回 WHO の執行理事会において健康の定義について、これまでの定義にダイナミック (dynamic) とスピリチュアル (spiritual) という言葉の追加が提案された。この場合のダイナミックとは健康は受動的ではなくむしろ能動的にという考え方であり、スピリチュアルは生きがいを感じて意欲的に前向きな状態と考えられ精神的を意味する mental とは区別して捉えられている。

この提案はイスラム圏担当の EMRO (東地中海地域事務局) から出され、イスラム医学の伝統に則って、文化的宗教的な背景に基づいた健康観を提案したものとされ、このスピリチュアルという用語に関する各国の見解は様々で、宗教観や伝統医療の捉え方も含め拡大解釈され本来の意味が損なわれるのではないかという危惧が示され、現段階での追加は混乱をきたすとの見解から時期尚早とされ事務局預かりとなった経緯があった⁵⁾。この提案は翌年1999年の第52回世界保健総会 (WHA52) で不採択となった⁶⁾。日本では WHO 総会に提案が決まった時点で、健康の定義の改正が規定事実のように報じられ現在も誤解が続いている面があることを日本 WHO 協会是指摘している⁷⁾。この改正案の不採択は健康の定義の解釈が加盟国間で異なった場合に解釈の方向性を WHO 健康定義へ戻って考える契機となり、健康定義の軸である physical, mental, social の3要素はその解釈の幅をもって弾力的に普及拡大していくものと指摘されている⁶⁾。WHO 憲章の健康の定義については時代や環境に即して変化する中で健康とは何かという真摯な議論を続けていく姿勢が今後も求められている⁷⁾。

2019年5月 WHO 世界保健総会 (WHA) にて30年ぶりに ICD (国際疾病分類) の改訂が採択され、第26章に伝統医学の病態—モジュール I が追加されることになった⁸⁾。改定作業にあたっては日本の多くの医学専門家や団体が取りまとめに協力しており、この新たな追加は2022年に ICD11 として発効の予定である⁹⁾。

2.2 健康政策の変遷

2.2.1 WHO の健康政策

1) プライマリーヘルスケア

1978年にアルマアタ宣言によるプライマリーヘルスケア (WHO)¹⁰⁾ の概念により住民の保健医療への主体的参加の重要性が唱えられ、個人・家族の十分な参加に基づく活動により健康を作り上げていこうという考え方になった。この前年の1977年には第13回 WHO 総会で「Health for all by the Year 2000 (2000年までにすべての人に健康を)」が採択されている。

2) ヘルスプロモーション

1986年の第1回ヘルスプロモーション国際会議 (カナダ・オタワ開催)¹¹⁾ で、オタワ憲章が謳われ、健康は身体的能力であると同時に社会的、個人的な資源であると強調され、QOLの向上を目指すうえでの生活の資源として捉えられている。

その後のヘルスプロモーション国際会議のテーマは第2回オーストラリア・アデレード開催 (1988) では「健康な公共政策」、第3回スウェーデン・スツバル開催 (1991) では「健康を支援する環境」、第4回インドネシア・ジャカルタ開催 (1997) では「21世紀への先導」、第5回メキシコ・メキシコシティ開催 (2000) では「健康格差の克服」、第6回タイ・バンコク開催 (2005) では「国際化した疾病の管理」、第7回ケニア共和国・ナイロビ開催 (2009) では「健康と開発」、第8回フィンランド共和国・ヘルシンキ開催 (2013) では「すべての政策に健康を」、第9回中国・上海開催 (2016) では「持続可能な開発目標 (SDGs) 中のヘルスプロモーション」について討議され、国際的に積極的な健康増進への取り組みがなされている。

2.2.2 我が国の健康政策

1) 健康日本21 (第2次) の方向性

2008年 (平成20年) に特定健診・特定保健指導によりメタボリックシンドロームの予備軍の抽出と必要な対策への徹底した保健指導がなされるようになり、健康日本21 (第2次) では健康課題を個人の身体的次元から社会の次元でとらえていく方向性が示されている。2015年 (平成27年) にはストレスチェック制度の義務化¹²⁾ によりメンタルヘルス不調者の発生を未然に防ぐ、つまり人間関係や職場環境の改善にまで視野を広げ健康を作り上げていくという姿勢がみられる。

これらの事は健康は個人的努力に加えて、社会的に政策的にかかわってはじめて達成できることを示している。

2) 第4次国民健康づくり対策(2013-2022)

2012年には第4次健康づくり対策¹³⁾が出され5つの基本的な方向が示されている。

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の徹底—がん、循環器疾患、糖尿病、COPD(慢性閉塞性肺疾患)の予防、③社会生活を営むために必要な機能の維持および向上—心の健康、次世代の健康、高齢者の健康を増進、④健康を支え、守るための社会環境の整備—社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備、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及び社会環境の改善である。

3) 健康寿命延伸プランの目標

健康寿命は人間の寿命を平均的にとらえる視点である平均寿命に対して、日常生活に制限のない自立した状態を示している。

厚生労働省は「健康寿命延伸プラン」¹⁴⁾において「2040年までに健康寿命を男性で75.14歳、女性で77.79歳とする」つまり男女ともに今より3年の延伸を目標としている。そのために次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣の形成、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防等を挙げている。

3 これからの高齢者の健康政策の方向性

3.1 健康寿命の現状と課題

我が国の平均寿命は、2016年で男性80.98歳、女性87.14歳で6.16歳女性が長く、健康寿命でみると男性72.14歳、女性74.79歳で2.65歳女性が長い³⁾。平均寿命と健康寿命の差つまり自立した生活ができない期間は男性8.84年、女性12.35年で、女性が男性よりも3.51年長いことになり、高齢女性の今後の生活状況についてはさらに留意すべき点が残されている。

世界的にみると国によって調査期間や算出方法が異なるため厳密な比較ではないがWHO加盟国194か国中、日本の平均寿命は男性2位、女性1位、健康寿命は男女ともに2位であった(WHO, World health

Statistics 2019)。しかしその差である自立した生活ができない期間は、加盟国の平均が男性7.85年、女性9.33年であるのに対し我が国は男性で1年、女性で3年加盟国の平均より長く、この期間の長さを減少させていくこと、言い換えればいかに日常生活が制限されることなく自立して生活できる期間を延伸させていくことができるかが今後求められている。

一方、健康寿命の延伸が持つ社会的影響にも注意すべきである。たしかに自立した高齢者が増えれば、病気の罹患・寝たきり・認知症の減少によりその結果医療費や介護費用の減少につながり健康寿命の延伸の社会的意味は大きい。しかし元気な高齢者が増加すれば若い世代との職業選択の競合、高齢者の既得権の保持やさらなる少子高齢化の進行等のデメリットの可能性も考えられ今後注視していかなければならない視点である。

現時点で我々ができることは高齢者よりも早い時期の青年期や中壮年期に対して健康寿命延伸プランで掲げている目標に沿って働きかけを実施し個人の努力を促す事、またデメリットの出現に対しては常に社会経済的政策による対応を考えていくことが重要である。このことが個人的及び社会的健康につながっていくものとする。

3.2 高齢者の社会的役割と生活の満足度を高めることの重要性

筆者らは65歳以上の高齢者のADLやQOLの程度が死亡に与える影響について検討した¹⁵⁾。研究対象者をTable 1に示す。女性の自立群の割合は75歳以降男性に比べて低くなる傾向にある。

基本的ADL(食事、排泄、着替え、入浴、屋内移動、屋外歩行)から自立群と非自立群に分け、老研式13項目活動能力指標(手段的自立、知的能動性、社会的役割の3尺度からなる)およびQOL指標としての生活満足度、幸福感、生きがい感との関連について検討した。

その結果自立群では社会的役割を持っていること、つまり社会的ネットワークの中に自己の存在を見出していることが死亡リスクを低下させていた(Table 2)。

またQOL指標である生活に満足感を感じていることが死亡のリスクを下げる要素であることが示された

Table 1. Study subjects and proportion of independent group by sex and age

	Age (yrs)				
	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85
Men	312(96.2)	253(94.9)	165(91.5)	94(83.0)	37(67.6)
Women	402(98.0)	320(96.2)	233(86.7)	145(78.6)	101(55.4)

Proportion (%) of independent group in parentheses.

Table 2. Instrumental self-maintenance, intellectual activity and social role score, and mortality risk among Independent Group

Factor	Unit	HR	95% CI
Instrumental self-maintenance	1 score up	0.92	(0.82, 1.04)
Intellectual activity	1 score up	0.93	(0.81, 1.09)
Social role	1 score up	0.85	(0.75, 0.98)

Hazard ratio (HR) for each factor was multivariately estimated including sex, age, and 3 factors simultaneously in the Cox model.

CI: Confidence interval.

Table 3. Satisfaction, happiness in life and definite aim in life, and mortality risk among Independent Group

Factor	Unit	Multivariate	
		HR	95% CI
Satisfaction in life	Yes/No	0.53	(0.34, 0.88)
Happiness in life	Yes/No	0.74	(0.45, 1.32)
Definite aim in life	Yes/No	0.67	(0.42, 1.11)

Hazard ratio (HR) for each QOL item was multivariately estimated including sex, age, and 3 QOL items simultaneously in the Cox model.

Yes: Positive attitude; No: Negative attitude.

CI: Confidence interval.

(Table 3)。

この結果は自立した生活を送れる状態を示す「健康寿命」の延伸のためには、社会の一員として何らかの役割を担い、諸活動を通して友人知人との適度な交流を持つことが重要であることを示唆している。また自分を支えてくれる家族（あるいは支援者）が廻りにいるということからくる安心感が生活の満足感につながりさらに積極的に前向きに生きていく重要な要素となると考える。

4 結語

健康の捉え方の変遷から人々の健康を保つためには疾病治療のための医学的介入に始まり、19世紀以降は疾病予防のための公衆衛生的介入が重要となり、20世紀後半以降は健康格差是正と健康向上のための社会・政策的介入が必要になったといえる。

WHOの健康憲章からも健康は個人の努力、国の責任、専門職の活動により達成できると捉えることができる。

超少子高齢化時代を迎えたわが国では平均寿命は世界的に優位な状況を示しているが、健康寿命の延伸についてはまだまだ努力していく余地が多分にあるとい

える。特に高齢女性の自立した生活の維持が今後の課題の一つである。

また研究の結果¹⁵⁾から示唆されたことは高齢者の社会活動への参加を促すための行政的支援活動とともに高齢者自身が社会的役割を担い生活の満足感を感じる意識の重要性である。

第4次国民健康づくり対策で出された5つの基本的な方向性の中で示されている「社会生活に必要な機能の維持・向上のための心の健康や高齢者の健康推進」や「社会全体が相互に支え合いながらの環境整備」および健康寿命延伸プランで示されている「介護予防・フレイル予防・認知症予防」等高齢者の健康推進対策はますます重要になると考える。

これらに対しては医師、看護師・保健師等の看護職、PT・OT・STのリハ職、社会福祉士・精神保健福祉士・MSW等の福祉職の独自の活動や連携により貢献が可能でありかつ必要であると考えられる。

健康寿命の延伸は住民自らの主体的な行動とそれを支える専門職の行動が相まってこそ実現できるものである。と同時にそのことが保健医療福祉専門職の活動目標の一つでもあるし、社会から強く期待されていることでもある。

保健福祉学の概念は広く、進むべき方向性を明確に

つかむことは困難さを伴う場合もあるが、現在では保健医療福祉分野の諸事業の展開が我が国においても、WHO の健康政策においても地域を包括した視点で推進していくことが求められている。そのためには、それぞれの専門職としての活動から派生した疑問点をそのままにせず研究や研修等をとおして研鑽を積みさらに実践活動と結び付けて前進させていくように各自の関わりを深めていけば、なお一層の貢献が可能となろう。

5 おわりに

稿を終えるにあたり特別寄稿の依頼をいただいた学術誌編集委員会に感謝申し上げます。文中で紹介した研究¹⁵⁾の一端は現在の高齢者政策に通ずるものがあり高齢者政策はいまだ課題が多いことを改めて実感しています。

保健福祉学部の皆様の更なる研究の推進と実践への活用に期待し稿を閉じたいと思います。

文献

- 1) 総務省：統計局 統計トピックス No129 統計からみた我が国の高齢者。総務省，(オンライン)，入手先
<<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1290.html>>，(参照 2021-9-23)
- 2) 厚生労働省：改正高年齢者雇用安定法。厚生労働省，(オンライン)，入手先
<<https://www.mhlw.go.jp/content/11600000/00626609.pdf>>，(参照 2021-9-23)
- 3) 厚生労働省：令和2年版厚生労働白書。厚生労働省，(オンライン)，入手先
<<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/index.html>>，(参照 2021-9-15)
- 4) 日本 WHO 協会：世界保健機関憲章前文。日本 WHO 協会，(オンライン)，入手先
<<https://www.japan-who.or.jp/about/who-what/charter>>，(参照 2021.9-15)
- 5) 野村垂由美：健康についての医療人類学的一考察—WHO の健康定義から現代日本の健康ブームまで—。保健学研究，21(2):19-27，2009
- 6) 白田寛，玉城英彦ほか：WHO の健康定義制定過程と健康概念の変遷について。日本公衛誌，51(10)：884-889，2004
- 7) 日本 WHO 協会：健康の定義。日本 WHO 協会，(オンライン)，入手先
<<https://www.japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health>>，(参照 2021-9-15)
- 8) World Health Organization：International Classification of Diseases 11th Revision. World Health Organization, (online), available from <<https://icd.who.int/en/>>, (accessed 2021-9-23)
- 9) 厚生労働省：ICD-11 概要について。厚生労働省，(オンライン)，入手先
<https://jams.med.or.jp/glossary_committee/doc/2019material_s2.pdf>，参照 (2021-10-9)
- 10) World Health Organization：Primary health care. World Health Organization, (online), available from <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>>, (accessed 2021-10-11)
- 11) World Health Organization: Health promotion. World Health Organization, (online), available from <<https://www.who.int/teams/healthpromotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>>, (accessed 2021-10-9)
- 12) 厚生労働省：ストレスチェック制度。厚生労働省，(オンライン)，入手先
<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bynya/0000181838.html>>，参照 (2021-9-23)
- 13) 厚生労働省：健康日本21(第2次)第4次国民健康づくり対策。厚生労働省，(オンライン)，入手先
<<https://photo-pharmacy.com/pharmacy/kensapo3.html>> (参照 2021-9-24)
- 14) 厚生労働省：健康寿命延伸プランの概要。厚生労働省，(オンライン)，入手先
<<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/backdata/01-02-03-01.html>>，(参照 2021-9-15)
- 15) Kasagi, K., Hayakawa, T., et al.: The effects of ADL and QOL on mortality risk among the aged-Findings from the NIPPON DATA 90-. The 39th Conference of Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health, Abstract Book of the 39th APACPH Conference: 162, 2007

Transition in the perception of health and a consideration of health policy for the elderly

Keiko KASAGI

Prefectural University of Hiroshima, Professor Emeritus, PhD

Abstract

This paper reviews the transition over time of the public's way of thinking about health. In the 19th century, health, beginning with recognition as medical treatment of illness, became perceived as public health interventions for the prevention of illness. Since the latter half of the 20th century, social and policy interventions became necessary for reducing health inequalities and promoting health. The WHO Charter of Health declares that health can be achieved through individual efforts, state responsibilities, and professional activities. As a health policy for the elderly, it is important that the elderly have a social role and feel a sense of satisfaction in their lives. In order to do that, public administration is required to support and encourage the elderly to participate in social activities. In particular, health policies which support elderly women in maintaining an independent lifestyle as they age are indispensable.

Key words: health perception, health policy for the elderly, historical transition