

日本における健康政策の変遷

— 求められる地域での支え合いや助け合い —

真 殿 仁 美

城西大学 現代政策学部

はじめに

本稿では、健康のとらえ方、および日本における健康政策の変遷について取りあげる。本稿を通じて次の三点を明らかにしていく。第一に、健康をとらえる視点が多様化していることを踏まえ、先行研究から健康のとらえかたの変化を明らかにしていく。第二に、これまでの健康政策が何をねらいとして展開してきたのかという点に注目し、各健康づくり対策を検証し、ねらいおよび特徴を明らかにしていく。第三に、現在の第4次健康づくり対策における新たな視点からの試みに焦点をあて、実現の可能性を探る。加えて、こんにちの日本における健康政策の姿についても言及する。

キーワード：健康をとらえる視点の多様化、日本の健康政策、主体的な取り組み（自助）、地域での支え合いや助け合い（互助や共助）

1. 多様な視点からとらえる健康

健康とはなにか。この問いかけにこれまで多くの研究者が挑んできた。グレッグ・ボグナー、イワオ・ヒロセ（2017：56-57）は、人々は健康そのものへの関心はあまりなく、健康が我々に対してもつ価値、すなわち、健康が福利（well-being）⁽¹⁾あるいは生活の質（QOL）に与える影響へ関心が向いている、と指摘している。そのうえで、健康は手段的価値を有するがうえに重要であると述べている。一方、ドイヤル（Len Doyal）とゴフ（Gough）は健康（Physical Health）と自律（personal autonomy）⁽²⁾は、人間が基本的に必要とするものとしてとらえている（坏他2011：53）。

では、福利（well-being）や生活の質（QOL）に影響を与える健康、また人間が基本的に必要とする健康をどのようにとらえるのか。

WHOは1948年に設立した際、WHO憲章前文において健康を次のように定義した。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

(健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう(公益社団法人日本 WHO 協会訳))

上述の健康の定義以外にも、WHO 憲章前文では、健康を増進していく重要性や、健康向上のための個人の努力についても触れている。さらに、国民の健康と各国政府の関係については、

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

(各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行なわなければならない(同)。)

と謳いあげ、各国政府が自国民の健康、また健康政策を展開していく責任を有していることを明確に示した⁽³⁾。

WHO は 1977 年にはグローバル戦略として「Health for all by the year 2000」(2000 年までにすべての人に健康を)を打ち出し、それを WHO の活動目標として掲げた(WHO ホームページ)。1986 年にはカナダのオタワで WHO 第 1 回ヘルスプロモーション会議が開かれ「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」⁽⁴⁾が採択された。オタワ憲章ではヘルスプロモーション(Health Promotion; 健康増進)を「人々が自らの健康を決定づける要因を、自らがコントロールし改善できるようにしていくプロセス」と定義している。このヘルスプロモーションの考え方は、WHO が提唱した健康の定義から出発しているという。また、このオタワ憲章では、健康について「日々の暮らしの資源の一つであり、生きるための目的ではない」と記し、健康を目的としてではなく手段としてとらえる考えを示した。オタワ憲章ではまた、健康の改善に必要な環境や条件として、平和、シェルター(住居)、教育、食料、収入、安定した生態系、持続可能な資源、社会正義、公平などを挙げている(一般社団法人日本国際保健医療学会ホームページ)。

このヘルスプロモーションについてのとらえ方は、これまでいくつか変遷をたどっている。1950 年代にアメリカでは、クラーク E.G. とレベル M.R. がヘルスプロモーションを、健康を増進し発病を予防する一次予防の中に位置づけた。この時代のヘルスプロモーションは、感染症予防における一般的抵抗力の強化や、健康教育によって感染機会を避けることを意味していた。1970 年代にカナダの保健福祉省の大臣マルク・ラロンドによって提出されたラロンド報告では、ヘルスプロモーションは、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それをさらに増強することを意味する概念的な定義として示された。その後 1980 年代に入ってヘルスプロモーションは再度とらえなおされ、個人の生活習慣の改善だけではなく、環境の整備も含めたものとして改めて提唱されるようになる(健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会 2000)。

このようにヘルスプロモーション（健康増進）の考え方は時代によって内容が変遷していることがわかる。こんにちではヘルスプロモーションは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスを指している。ヘルスプロモーションは、健康維持や増進にかかわるシステムを考える上で、重要な位置を占め、こんにちの健康維持・管理に関する取り組みは、この考え方を踏まえてすすめられている（電気通信大学健康・スポーツ科学部会編 2016：7）。

健康やヘルスプロモーションのとらえ方について近藤（2016：2）は、昨今、健康を取り巻く状況や取りあげられる健康課題が変化してきたことを挙げ、身体的（肉体的）、精神的、社会的な well-being（幸福・健康）という多面的な健康への原点回帰が起きている、と指摘している。

一方、健康は明確に定義することが容易ではない、と述べるハイン・マレー、門司（2019：1）は、健康を人文学の視点からとらえる重要性を指摘している。ハイン・マレー、門司（2019：4）は、社会現象としての健康を理解するにあたり、健康を厳密に定義するより、異なる文化や時代、社会層において健康がどのような言説で、どのように語られるか、という問いかけが広範な理解につながり、そこでどのような意味が生まれ、健康が人生の意義とどのように結びつけられるのか、に目を向ける重要性を説いている。そのうえで、健康にかかわる国際的な研究の動向として、医療人文学（medical humanities）や健康人文学（health humanities）が注目され、健康人文学において「意味」にかかわる探求が重視されていることを指摘している。この「意味」にかかわる探求は、人生における健康と疾病を意味のある「物語」として編んでいく、つまり健康や疾病が人生の意義とどのようにかわるか、ということを解き明かしていくことにつながるとしている。そこで注目されるのが、人文学の視点である。人文学は、最終的に世界を知ろうとするとともに変えようとする人の多様性、唯一性、複雑性、独創性を記述、解釈、説明することを強調する（ハイン・マレー、門司 2019：4）視点を有しているという。この人文学の視点をを用いて健康を描写、整理していくことが、こんにちの社会現象としての健康を理解していくことにつながるとしている。

健康人文学は、人文学とヘルスケア分野を融合した新興の学際的な領域（Williams 2019：1-2）であるといわれている。ヘルスケア分野において人文学の視点を取り入れることについて、研究者や開業医らが興味を示し、医療人文学を積極的に扱ったことで、近年“熟した学問領域”としての地位を得たという指摘がある一方で、イギリスやアメリカ、カナダでは医療人文学への考察が深まり、新たに“批判的に医療人文学をとらえる”視点も示されるようになっていく（Crawford et al. 2015：1）という。一人の人間の人生における健康と疾病について解き明かすうえで、また健康と人生の意義を探求するうえでも、これら医療人文学や健康人文学が今後も活発に議論されることが望ましいと考えられる。

さらに、21世紀型の新たな価値観や概念から健康をとらえ直す必要がある、と指摘する見解も示されている。小野（2015：8）によると、健康や健康政策をとらえるうえで、従来の20世紀の概念や価値観だけでは行き詰まるという。20世紀までの日本社会は健康を維持・増進するた

め、疾病の早期発見・早期治療を重視し、効率的に治すことを必要としてきた。小野はこれを質・量、共に必要とされた中心的健康政策であった「治す」20世紀型の健康政策（病院型）と称している。それとは異なり21世紀型の健康は、人間は誰も「生・老・病・死」を免れることができないことを前提に、「非効率的な傍らで見守る」21世紀型健康政策（生活支援型）で対応していくことが求められるとしている。

これら先行研究から、こんにちの21世紀社会において健康は、限定的な概念ではもはやとらえることが難しくなっているといえる。健康をとらえる多様な視点を踏まえ、人生において健康とは何か、という根本的な問いにふたたび向き合う必要があると筆者は考えている。その際、それぞれの社会的・文化的背景を十分に踏まえ、健康をあらゆる視点から見つめ直す工夫をすることも重要になるだろう。

以下では、日本において健康の維持・管理がどのような政策のもとで展開されてきたのかについて、健康政策の変遷を跡づけながら考察を行なう。また、こんにち展開されている健康政策から、どのような方向を目指しているのかについても検証する。

2. 健康政策のはじまり～健康・体力の増強に向けて

戦後の日本において、健康増進に向けた政策が展開されるようになるのは、1960年代以降のことである。それはオリンピックと関係がある（厚生労働省2015）という。1964年に東京で開催された第18回オリンピック競技大会を機に、国民の健康や体力づくりへの関心が高まってきたという。この流れを受けて同年12月に、「国民の健康・体力増強対策について」（1984年、2001年改正）が閣議において決定された。閣議において決定されたこの対策は、①趣旨、②基本方針、③推進方策、④施策の重点、の四部門から構成される。①の趣旨では、国民の健康・体力は、改善に向かってはいるものの、国際水準からみると立ち遅れていることを指摘している。また、国民の健康や体力は、たくましい民族力にもつながるため、健康増進と体力の増強について、国民の自覚を高める必要があると述べている。②の基本方針では、健康は他から与えられるものではなく、自らつくりだすものであるとし、国民に対し自主的に実践活動へ取り組んでいくよう促すとしている。また、政府の役割は、国民が健康の増進と体力の増強に向けた活動に取り組むことができるよう、環境を整備することとしている。③の推進方策では、政府の関係機関で総合的な推進を図り、国民の健康増進、体力の増強に向け国民運動を提唱していくことを打ち出した。④の施策の重点では、関係省庁に対して栄養改善や乳幼児向けの健康管理、学校や地域社会、職場を通じた体力・スポーツ・レクリエーションの普及、健康な生活に親しむための環境整備と各種の健康づくり⁽⁵⁾運動を実施していくこと、など具体的な取り組み内容を挙げた。

このことから、戦後の日本における健康政策のはじまりは、健康増進と体力の増強を目指すという方向性を先ず定め、国民の健康に対する自覚と自主的な取り組みを強調しながら、健康づくりに向けた環境整備を整えていこうとしていたことがわかる。

1965年には当時の厚生省が、組織令の一部改正により、国民の健康づくり対策の一環として健康増進や健康づくり事業に取り組む役割を担うことになった。実際、健康づくり事業として具体的な政策が示されるようになるのは、1970年代に入ってからのことである。

3. 国民健康づくり対策が始動

(1) 第1次国民健康づくり対策～二次予防を中心に

健康づくりのための本格的な政策として、「第1次国民健康づくり対策」(1978-1987；以下、第1次対策)が出されたのは1978年のことである。健康づくりのための10か年計画として出されたこの対策は、健康づくりに欠かすことができない3要素、栄養、運動、休養の観点から(中でも、特に栄養に重点をおく)健康増進事業を推進すること、健康診査を徹底し二次予防⁽⁶⁾である早期発見、早期治療をすすめていくことをねらいとしていた。また、この第1次国民健康づくりは、三つの基本柱として①生涯を通じた健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの啓発・普及、を据えた。①では、乳幼児から高齢者までの健康診査や保健指導体制を確立することを目標にした。②の健康づくりの基盤整備としては、市町村において保健センターを設置していくことを掲げた。③の健康づくりの啓発・普及では、栄養所要量の普及や加工食品の栄養成分の表示を促していくことを挙げていた。

第1次国民健康づくりの10年の取り組みの期間、人々の健康状況に変化が見られるようになった。変化の一つとして、健康状態を示す包括的指標である平均寿命の延伸をあげることができる。戦後間もない1947年の平均寿命は男女ともに50歳台であった(表1)。第1次対策が打ち出された頃の1975年の平均寿命は男女ともに70歳台であった。10か年の第1次対策の終盤に差し掛かった1984年、日本は世界一の長寿国になった⁽⁷⁾。1985年には日本の女性の平均寿命は80歳を超えるようになっていた。この頃、人生80歳時代が視野に入ってきたことを受けて、これ以降、健康づくり対策の視点にも変化が生じるようになる。

表1 平均寿命(完全生命表)の推移

(単位：年)

	男性(0歳)	女性(0歳)
1947年	50.06	53.96
1950-52年	59.57	62.97
1955年	63.60	67.75
1960年	65.32	70.19
1965年	67.74	72.92
1970年	69.31	74.66
1975年	71.73	76.89
1980年	73.35	78.76

1985年	74.78	80.48
1990年	75.92	81.90
1995年	76.38	82.85
2000年	77.72	84.60
2005年	78.56	85.52
2010年	79.55	86.30
2015年	80.75	86.99

(注) 完全生命表は5年ごとの国勢調査に基づく生命表を指す。完全生命表以外に、推計人口を基にした簡易生命表もある。

出典：厚生労働省ホームページ「第22回生命表」

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/22th/dl/22_th_02.pdf, visited 2019/07/31.

(2) 第2次国民健康づくり対策～運動を通じた健康づくり

1988年には「第2次国民健康づくり対策」(1988-1997；以下、第2次対策)が打ち出された。第1次と同様に10ヵ年計画として出されたこの対策には“アクティブ80ヘルスプラン”と副題がつけられた。この時期、人生80年代時代の到来を意識した健康政策が展開されるようになっていくことがわかる。第2次対策では、第1次国民健康づくり対策とは異なり、健康を増進し発病を予防する一次予防の視点および三次予防として社会的不利を予防するリハビリテーションの視点を取り入れた。そのうえで、第1次対策で示された三つの基本柱を基礎に、健康増進の三要素となる栄養・運動・休養を強調した対策を打ち出した。特に、第1次対策において運動を通じた健康づくりへの取り組みが軌道に乗っていなかったことから、健康づくりのための運動指針(1993)を示すことや運動指導者⁽⁸⁾の養成に力を入れることとした。同時に、民間の活力を積極的に活用した健康づくりを推し進めていく方針も示した。この時期、健康づくり分野において民間の活力を取り入れようとした背景には、当時の財政再建に向けた公共部門の改善を図ることをねらいにした市場原理の導入が影響している(北川・川向2018：73)⁽⁹⁾。公共部門の改善に向けた動きは健康政策分野にも当てはまり、民間の活力を取り入れた健康事業の展開が求められるようになる。この第2次対策は、あらゆる視点から積極的健康増進の考えが取り入れられたことから“トータルヘルスプラン”(電気通信大学健康・スポーツ科学部会2016：10)と目された。

4. 国民の責務としての健康増進と健康国家の創造

(1) 第3次国民健康づくり対策～二つのアプローチの融合

2000年には、「第3次国民健康づくり対策～21世紀における国民健康づくり運動(「健康日本21」～(2000-2012；以下、第3次対策))」が出された。この第3次国民健康づくり対策は、アメリカの健康政策である「Healthy People 2000」を意識し、その日本版として作成された(尾島2016：195)。この頃の日本社会は、高齢化の進行にともない要介護者が増加し、生活習慣の改善

や疾病の予防、健康増進の必要性が高まっていた。この状況を受け、人々の生活習慣の改善と生活の質を向上させ、病気や障害などによる社会的な負担を減らし、健康寿命をどのように伸ばし、活力ある持続可能な社会をどのように築いていくか、が課題として挙げられるようになっていた。

高齢化の進行にともなう要介護者の増加をめぐって、要介護状態の予防が高齢者に特異な健康問題として、重要な課題に位置づけられるようになってきたのは1990年代に入ってから（高尾2018：22）のことであるという。当時の厚生省は1990年に「寝たきり老人ゼロ作戦」を掲げ、脳卒中を中心にした疾病の予防や、発症後のリハビリテーションの普及を推し進めてきた。その後、90年代半ば頃から「高齢者ができる限り要介護状態に陥ることなく、健康で生き生きとした生活を送れるように支援する」ことが強調されるようになる（高尾2018：22）。

一方、生活習慣に着目する考えが示されたのは、1996年の公衆衛生審議会でのことである。それ以前は、加齢にともなう罹患率が高くなるという視点から成人病という概念を用いていた。しかしこの成人病は、年齢が重なって発症するというよりも、若い頃からの生活習慣の積み重ねによるところが大きいことから、96年の公衆衛生審議会成人病難病対策部会において「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」は生活習慣病として定義された。生活習慣病の概念を取り入れたことで、生活習慣の改善によって疾病の発症や進行を予防することができる、ということを広く知らしめ、改善に向けた行動へとつなげていくよう促しはじめた（厚生労働省2015：24-25）。

第3次対策ではこのような背景のもと、健康を増進し発病を予防する一次予防を重視するとともに、健康づくり支援のための環境整備を強化し、具体的な数値目標の設定と評価を取り入れること。また、多様な実施主体による連携のとれた効果的な健康事業の展開についても基本方針に据えることとした。実際、2010年までに9つの重点分野（食生活・栄養、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん）の80項目について、具体的な数値目標が設定された。これらの数値目標について、全体の約6割で一定の改善が見られた（河野2012）との報告⁽¹⁰⁾が出されている。

併せて、第3次対策では二つのアプローチをうまく組み合わせて健康政策を展開していくことが求められた。それは、高リスクアプローチ（ハイリスク戦略）と集団アプローチ（ポピュレーション戦略）⁽¹¹⁾である。高リスクアプローチは、健康障害を起こす危険因子を持つ集団のうち、より高い危険度を有する者に対して、その危険を削減することによって疾病を予防する方法を指し、一方の集団アプローチは集団全体で危険因子を下げる方法を指す。集団アプローチは社会全体への働きかけが必要となるため、有効な方法を見いだすことや、効果の定量化が難しいことなどが指摘されている。第3次対策では、双方のアプローチをうまく組み合わせて、時代に即した健康政策を展開していく必要が強調された。

(2) 健康増進法の制定～国民の責務としての健康

2002年には、第3次対策の根拠法として「健康増進法」が制定された。この健康増進法では、健康な生活習慣の重要性への理解を深め、自らの健康状態を自覚し、健康の増進に努めることは国民の責務（第二条）と定めている。一方、国や地方公共団体の責務（第三条）は、健康の増進に向け教育活動や広報活動を通じて、正しい知識を普及することや、人材を養成すること、また健康の増進に向け必要な支援をすることなどを定めている。健康増進法の制定以降、健康の増進については、一人ひとりの責任において主体的に取り組むことが前提となり、国は個人の取り組みを支援する立場（小野 2015：7）に移行することになっていった。実際、2004年に生活習慣病の対策や介護予防の推進をねらいとして打ち出された「健康フロンティア戦略」（2005-2014）では、健康増進にかかわる個人の主体的な活動として、「自らの健康は自らが守る」を基本に、自助を重視しつつ地域で支え合いながら取り組むよう求めていた。

(3) 健康国家の創造に向けて

「健康フロンティア戦略」（2005-2014）の期間中、内閣官房長官が主宰する新健康フロンティア戦略賢人会議から「新健康フロンティア戦略」（2007-2016）が出された（首相官邸ホームページ）。この「新健康フロンティア戦略」において、健康国家⁽¹²⁾の創造に向け挑戦することが大きな目標として掲げられた。「新健康フロンティア戦略」は、国民の健康寿命の延伸や、予防を重視した健康づくりを推し進める取り組みを展開し、そのなかで、家族の役割の見直しや地域コミュニティを強化し、技術のイノベーションなどを通じて、病気を患った人、障害を有する人、高齢者も含め、それぞれが持ちうる能力をフルに活用して充実した人生を送ることができるよう支援し、健康国家の創造を目指すとしている。これまでの健康政策において、健康国家の創造に向け挑戦するという視点はみられなかったことである。

「新健康フロンティア戦略」において具体的に取り組む分野として示された9つの分野（表2）のうち、ここではそのいくつかについてみてみたい。⑤のこころの健康づくり（こころの健康力）では、うつ病の受診率を高めることや、認知症を有する人たちに対して、住み慣れた地域での安心した生活を支える体制づくりが挙げられた。特に、認知症を有する人への支援の一環として、認知症サポーターを増加させることを目標に掲げた。「新健康フロンティア戦略」が打ち出された2007年には認知症サポーターは11万7,226人であった。戦略目標では2009年度には認知症サポーターを100万人に増加する計画が立てられた。実際には2009年度の認知症サポーターの総数は73万4,125人であった。認知症サポーターが100万人を超えるのは2014年度のことである（認知症サポーターキャラバンホームページ）。

⑨の運動・スポーツの振興（スポーツ力）では、運動やスポーツが健康の保持や増進に役立つものであり、健康寿命の延伸を図る観点から重要であるとしている。そのうえで、生涯にわたるゆたかなスポーツライフを実現するために、総合型地域スポーツクラブを全国に展開すること

表2 日本における健康政策の変遷

年	健康づくりに向けた政策等
1964年	「国民の健康・体力増強対策について」を閣議で決定
1978年 (1978-1987) 10か年計画	第1次国民健康づくり対策 ・二次予防を中心に据えた健康政策 ①生涯を通じる健康づくりの推進 ②健康づくりの基盤整備 ③健康づくりの啓発・普及
1988年 (1988-1997) 10か年計画	第2次国民健康づくり対策～アクティブ80ヘルスプラン～ ・健康増進のための三要素（栄養・運動・休養）を重視 ・一次予防の視点に加え、三次予防としてリハビリの視点も取り入れる
2000年 (2000-2012)	第3次国民健康づくり対策～21世紀における国民健康づくり運動（「健康日本21」～） ・一次予防を重視 ・数値目標の設定（9つの重点分野で70の数値目標） ・健康づくりのための環境整備を強化 ・多様な実施主体による連携のとれた効果的な健康事業の展開を図る
2002年	健康増進法 成立 (第二条) 国民の責務 国民は健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない (第三条) 国および地方公共団体の責務 国および地方公共団体は、教育活動および広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析および提供並びに研究の推進、並びに健康の増進にかかわる人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者、その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない
2004年 (2005-2014)	健康フロンティア戦略 ・自らの健康は自らが守る ・生活習慣病対策の推進 ・介護予防の推進
2007年 (2007-2016)	新健康フロンティア戦略 ・健康国家への挑戦 ①子どもの健康力、②女性の健康力、③メタボリックシンドローム克服力、④がん克服力、⑤心の健康力、⑥介護予防力、⑦歯の健康力、⑧食の選択力、⑨スポーツ力
2013年 (2013-2022)	第4次国民健康づくり対策（「健康日本21（第二次）」） 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（NCD（非感染性疾患）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、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の改善のおよび社会環境の改善

出典：各健康づくり対策等を参考に作成。

や、適度な運動・健全な食生活・禁煙を焦点に、不健康習慣を改め、健やかな生活習慣の定着を目指すことなどが掲げられた。厚生労働省（2018：206）の報告によると、喫煙習慣者の比率は「新健康フロンティア戦略」が出された2007年には男性39.4%、女性11.0%であったが、この戦略が終了する2016年には男性30.2%、女性8.2%まで減少していた。喫煙者総数をみても、喫煙

表3 喫煙習慣者の割合年次推移（抜粋）

（単位：％）

年	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017
総数*	27.7	24.2	24.1	23.4	20.1	19.3	18.2	18.3	17.7
男性総数	46.8	39.3	39.4	38.2	32.4	32.1	30.1	30.2	29.4
女性総数	11.3	11.3	11.0	10.9	9.7	8.2	7.9	8.2	7.2

*総数は、男女ともに20-70歳以上の喫煙者の割合総数を指す。

出典：厚生労働省（2018）「平成29年 国民健康・栄養調査報告」。

者の比率は2016年に微増が見られるものの、全体的には喫煙者の比率が減少していることがわかる（表3）。

この禁煙やたばこの規制⁽¹³⁾に関する動きは、国際的な取り組みとしてすでに1990年代から展開されていた。1999年に開かれた世界保健総会（WHA: World Health Assembly）において、たばこ製品の世界的な増加と拡大を食い止めるための方策が示された。2002年にはモスクワで「禁煙のための世界政策 WHO モスクワ会議」が開催された。翌年の2003年には、モスクワ会議での議論を踏まえてWHOが「禁煙とたばこ依存症治療のための政策提言 公衆衛生ツール」を打ち出し、各国において禁煙と包括的なたばこ規制に取り組む重要性を指摘した。同年5月に開かれた世界保健総会では「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が採択（2005年発効）⁽¹⁴⁾された。日本はこの条約を2004年に批准し、2005年2月27日午前零時（日本時間）から効力が生じている。この条約は、WHOのもとで作成された保健分野における初めての多数国間条約であった（外務省ホームページ）という。条約では、たばこの消費等による健康被害から現在および将来の世代を保護することを目的に、たばこに関する広告や包装上の表示等の規制、また、たばこそのものの規制についても国際協力のもとで取り組んでいくことを定めている。この条約を批准した日本は、人の健康を一層保護するため、国内において禁煙やたばこの規制についての政策を打ち出し、展開していくことが求められている（条約第二条）。

一方で、喫煙を含む不健康習慣を異なる視点からとらえる動きもある。宗像（2002：25-26）は、人間にとって生活習慣は諸刃の剣になっているという。アルコールの飲酒や喫煙、運動不足は確かに不健康習慣であることを認めながらも、これらはストレスの軽減、仕事や生きがいの追求にもなっていると指摘している。不健康な生活習慣を取り除き、疾患形成を予防しようとする健康政策について、疾患予防や生活習慣病を予防するための目標指向自体がストレス病をつくりだしていることにも目を向ける必要があると述べている。そのうえで、「健康づくり政策」において「幸せづくり政策」の視点を取り入れることが、一番の健康づくりになるのでは、との見解を示している。

5. 求められる自助・互助・共助の視点

(1) 健康格差の縮小に向けて

2012年には「第4次となる国民健康づくり対策（健康日本21（第二次）」（2013-2022；以下、第4次対策）が出された。この第4次対策では「5つの基本的な方向」が新たに示された（表2）。

なかでも、①の健康寿命の延伸と健康格差の縮小は、中心的な課題として据えられた。健康格差は、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会2012：25）、と定義されている。日本学術会議（2011：1）⁽¹⁵⁾ではこれを“健康の社会格差”と表している。日本において、健康格差に関する研究はまだ限定的であるとしながらも、所得および学歴が低い場合には自覚的健康度が低く、慢性疾患の罹患や死亡が多い、という報告が出されている。また、家庭の貧困が子どもの健康および成人後の健康に影響することについても報告が出ている（日本学術会議2011：ii-iii）という。健康格差を縮小していくことは国際的な課題としても挙げられている。第4次対策においては、地域格差に焦点をあて健康格差の縮小に取り組むとしている。具体的にはまず、各自治体における健康格差の実態を明らかにしたうえで、縮小に向けた取り組みを展開していくという。その際、指標となるのが健康寿命であるという。健康寿命は、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間と定義される。しかしこの健康寿命にはさまざまな定義や算定方法があるため、客観性が強い「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、主観性の強い「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標にすることで、相互に補完性のある評価ができるようにしている（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会2012：24）。主指標を用いて都道府県別の日常生活に制限のない期間の平均をみると、最も長いのは、男性が愛知県（71.74年）、女性が静岡県（75.32年）であった。日常生活に制限のない期間が最も短いところは、男性が青森県（68.95年）、女性が滋賀県（72.37年）で、これらの差は男性が2.79年、女性が2.95年（2010）であった。この状況を踏まえ、第4次対策では各都道府県において不健康な期間⁽¹⁶⁾をできるだけ短くし、健康寿命を延伸させていくことを目標に掲げた。健康寿命の延伸目標としては、2022年までに平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目指す、とした。

第4次対策において、「健康寿命の延伸」は中心課題であり、指標として盛り込むことは不可欠（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会2012：24）としていただけに、この健康格差の是正に向けた取り組みの成果は、注目を集めることになるだろう。

(2) METs 指標の導入

②の生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底では特に、運動分野における取り組みの強化が

求められた。第3次対策の期間を通して、健康を維持するための運動の重要性への意識は高まったものの、実際には効果的な運動へ結びついていないことから、第4次対策では身体活動・運動分野の目標にMETsを取り入れ、身体活動指針をわかりやすく提示することとした。METsとは、活動や運動を行なったときに安静状態の何倍のエネルギーを消費しているかを表す単位を指している。歩行速度によるMETsの変化として、先ず、座っている状態は1METs、立っている状態は2METs、ゆっくり歩くのは3METs、普通の歩行は4METs、早歩きは5METs、ジョギングは6METs、ランニングは7METsに該当する。歩く強度が1METs上がると、消費エネルギーが25-33%増える（一般社団法人日本健康生活推進協会編2018：77）。第4次対策では、1日の歩数を増やすこと、運動習慣者の割合を増やしていくこと、を目標に掲げた。具体的には、現状よりも約1,500歩、歩数を増やし、毎日 $3\text{ METs} \times 0.25\text{ 時間} = 0.75\text{ METs}$ 、これを1週間にして $0.75\text{ METs} \times 7 = 5.25\text{ METs}$ の増加になるよう目指すこととした。運動習慣者の割合を増やすには、4METs/週の運動している人を40%から50%に増やしていくこととした。

第4次対策に即して改訂された「健康づくりのための身体活動基準 2013」⁽¹⁷⁾では、身体活動基準として、3METs以上の強度の身体活動を毎日60分、運動基準では3METs以上の強度の運動を毎週60分取り入れることを指針として示した。

杉山ら（2016：424-431）は、この第4次対策に関する国民の健康意識や認知度について2013-2014年に調査を行なっている。その結果、健康寿命やMETs、COPD、ロコモティブシンドロームなどの用語への認知度が高いことが明らかになっている。しかしその一方で、性別や年齢階級間により健康意識や認知度に差が生じていることから、性別や年齢階級別にターゲットを絞った介入を行ない、健康意識や認知度を高めていく必要があると指摘している。また、杉山ら（2016：425）は、この健康日本21（第二次）を、個人と一般集団におけるヘルスリテラシーを向上させるポピュレーション戦略として重要な役割を担っている、とも指摘している。

（3）健康づくりのための地域での支え合い～自助に加え互助・共助を強調

④の健康を支え、守るための社会環境の整備では、健康は社会的・経済的な影響を受けることから、健康を支える環境づくりが重要であると指摘している。そのうえで、これまでの健康づくりへの取り組みは個人を中心としたものであったが、今後は個人の取り組みでは解決できない地域社会の健康づくりに、公的部門が役割を発揮して取り組んでいくよう求めた。しかし、この分野における具体的な取り組みを見ていくと、健康格差の縮小に向けて取り組む自治体を増やす、という目標を除いて、公的部門の役割については必ずしも明確には記されていない。健康づくりの環境を整えるに際し、地域のつながりを強化していくことを目標に挙げているが、その方法は、居住地域でお互いに助け合い、ソーシャルキャピタルの水準を高めるよう示すのみで、公的部門がどのような役割を果たすのかについては触れていない。また、健康づくりを目的とした地域のさまざまな活動へ主体的に参加⁽¹⁸⁾するようにも求めている。しかしここでも、公的部門が発揮する役割については述べられていない。公的部門の役割よりもむしろ、民間団体が果たす役

割への期待は大きいようで、健康や栄養に関する専門的な支援や相談ができる民間団体の活動拠点を増やすことを目標に掲げている。

さらに、この領域における目標では、居住地域での助け合いや地域のつながりを強化するために、健康づくりを目的とした活動へ、子どもから高齢者まで多様な年齢層による参加を呼びかけ、自助や共助を引き出していく、ともある。これは、やや目的と手段が置き換えられているようにも感じるが、目指すべき方向は、地域社会における活動への主体的な参加と、支え合いや助け合いを強化していくねらいを鮮明に打ち出していることがわかる。

健康政策における自助や共助を求める動きは、近年、その他の社会政策においてもみられる。社会福祉政策の分野では2015年に「新たな福祉の提供ビジョン」が出された。そのなかで、「個々人の持つニーズのすべてを行政が満たすという発想に立つのではなく、住民を含む多様な主体の参加に基づく「支え合い」を醸成していくことが重要」（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム2015：6）として、互助・共助の取り組みを育み（同：1）、地域住民による助け合いをより強化していくことを打ち出している。この「新たな福祉の提供ビジョン」で示された地域住民での助け合いや支え合いの考え方は、その後の「ニッポン一億総活躍プラン」（2016）や、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（2016；以下、「我が事・丸ごと」）での議論にもつながっていく（山下2017：7）。

「我が事・丸ごと」では、地域で暮らす住民がお互いに配慮し、存在を認め合い支え合うことで、生活における安心感と生きがいを得ることができるよう、構築していこうとしている。そのうえで、地域において人と人のつながりを育み、支え合い、自分の暮らす地域をよりよくしたいという地域住民の主体性に基づいて「他人事」ではなく「我が事」として地域全体が連帯していくことを求めている。また、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりのくらしと生きがいや地域をともに創ることもつながっていく（厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部2017：2）としている。この「我が事・丸ごと」で示された考え方について山崎・峰島（2018：74）は岡崎・新福祉国家構想研究会編（2017）の研究を引き合いに、人口減等を理由にした互助や共生、助け合いを規範として強制することを問題視し、本来の共生とは言えず住民間の助け合いに直結するとは限らない、と指摘している。

第4次となる健康づくり対策では、従来の個人による主体的な取り組みに加え、地域における支え合いや助け合いなどの互助や共助を求めて、健康政策を推し進めていこうとしている。公的部門の果たす役割が明確にされていないうえ、強制される互助や共助への懐疑的な見方も示される中、果たして、地域住民の健康づくりにかかわる活動への参画と協働は実現できるのだろうか。

おわりに

本稿を通じて、健康をめぐる考え方が多様化し、もはやWHOの憲章で示された定義のみでは、健康をとらえることが難しくなっていることがみえてきた。また、日本における健康政策の

変遷では、1960年代以降、国民の健康を増進することを掲げ、健康政策を展開し続けてきたことを跡づけてきた。その結果、そのときどきの時代背景や健康を取り巻く環境の変化を考慮しながらねらいを定め、健康政策にさまざまな視点を取り入れてきたことがわかった。尾島（2016：195-196）は日本の健康づくりに向けたこれまでの取り組みをふり返り、カナダで健康づくりに関するオタワ憲章が採択される8年前に、日本はすでに健康づくり対策を講じていたことから、日本はヘルスプロモーション先進国である、と述べている。

2002年に健康増進法が成立して以降、健康の増進に努めることを国民の責務と位置づけ、個人による主体的な取り組みを求め、国の役割は環境整備や健康事業の促進を支援・協力することにおさめてきた。第4次対策からは、健康づくりへの個人の主体的な取り組みに加え、社会全体が相互に支え合い、助け合いながら、地域において健康を守る環境を整えていくことが求められるようになってきている。

いまや日本の健康政策は、責務として個人による健康の増進に努める（自助）ことを求めるのみならず、地域において住民による相互の支え合いや助け合い（互助や共助）にも取り組むことを求める、ある意味「高度な」健康政策と化しているといえるだろう。

《注》

- (1) グレグ・ボグナー、イワオ・ヒロセ（2017：57）は、健康と福利（well-being）の関係について、健康が我々の福利に大きな貢献を果たすことを否定する者はいない、としたうえで、よい健康状態はそれ自体が人生をよいものとする事からの一つであることから、健康は福利の構成要素の一部になると指摘している。また、福利における健康の価値については、福利の他の構成要素の価値と不可分（2017：59-60）であるとも述べている。
- (2) 坏他（2011：52-53）は、Doyal & Gough（1992）および武川（2001）の研究を引き合いに、健康と自律が人間にとって基本的に必要なものであることを指摘すると同時に、健康には働いて購買力を高めるといった目的のための手段（手段的＝インストルメンタルな価値）という面と、それ自体として追求（目的的＝コンサマトリーな価値）される面があるとしている。
- (3) このWHOの憲章前文で示された健康については、格調高い見解であるとはとらえられる一方で、表現が難しすぎるという声も少なくないという。公益社団法人日本WHO協会ホームページ <https://www.japan-who.or.jp/commodity/index.html>, visited 2019/07/28.
- (4) オタワ憲章は、“健康のルネサンス”（奥田2006：4）ともいわれている。
- (5) この1964年に閣議決定された「国民の健康・体力増強対策について」では、“健康づくり”運動という表現を使用している。後に出される健康増進に関する政策では、“健康づくり”という表現を用いている。
- (6) 一次予防は健康を増進し、発病を予防する。二次予防は病気を早期に発見し、早期に治療することを指す。三次予防は、病気にかかった後の対応として治療、機能回復、機能維持を行なうことを指す。厚生労働省（2015）『平成26年版 厚生労働白書』、p.21。
- (7) 1984年に世界一の健康水準に到達した背景について、厚生労働省の検討会の報告では「日本の高い教育・経済水準、保健・医療水準に支えられ、国民全体の努力によって成し遂げられたと考えられる」としている。健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会（2000）「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）について報告書」。
- (8) 運動指導者の養成として、健康運動指導士や健康運動実践指導者、運動普及推進員の養成に力を入れて取り組んだ。健康運動指導士は、個々人の特性に応じた運動プログラムの提供を行なう人を指

し、健康運動実践指導者は、健康運動指導士の運動実施計画に基づく運動指導を行なう人を指す。運動普及推進員は、地域において運動の普及を行なうボランティアを指す。厚生労働省（2015）『平成26年版 厚生労働白書』、p.22。

- (9) 1970年代から課題として挙げられてきた財政再建は、公共部門の改善を図るため1980年代以降、選択と競争に基づく市場原理が導入された。人々の暮らしを支える社会政策も例外ではなく、社会福祉制度は財政再建のために公的責任の原則を縮小させた。その具体的な政策が、1990年代後半から政府が推進しはじめた社会福祉基礎構造改革である（北川・川向2018：73）という。
- (10) 報告では、9つの分野の全体指標80項目のうち、再掲21項目を除いて、59項目の達成状況について結果を示している。それによると、A目標値に達したのが10項目（16.9%）、B目標値に達していないが改善傾向にあるのが25項目（42.4%）、C変わらないが14項目（23.7%）、D悪化しているが9項目（15.3%）、E評価困難が1項目（1.7%）であった。一定の改善が見られたのは、AおよびBを合わせて59.3%であった（河野2012）。
- (11) 高リスクアプローチ（High risk approach）は、ハイリスク戦略、集団アプローチ（Population approach）はポピュレーション戦略、とも称される。アプローチと戦略を区別して使い分ける人がいる一方、感覚的な好みでどちらかの表現を使う人もいる（尾島2016：190）という。このハイリスク戦略やポピュレーション戦略についての詳細は、尾島（2016）を参照。
- (12) 内閣官房・内閣府・文部科学省など（2007）によって出された「新健康フロンティア戦略アクションプラン」では、国民自らが予防を重視した健康づくりを行なうための国民運動に、一人ひとりが持ちうる力を活用して参加することを促している。政府の役割は、国民が主体的に健康づくりに取り組むための支援を行なっていくこと、としている。ここでは目指している健康国家が、具体的にどのようなものであるのかについては触れていない。
- (13) たばこの規制に関する最新の動きとして、WHO（2019）による「新型たばこ」（Heated Tobacco）への見解がある。2019年7月26日WHOが「新型たばこ」と呼ばれる加熱式や電子たばこについて、これらはたばこに含まれる、との見解を報告書において示した。また加熱式たばこは有害物質が含まれるため、健康上のリスクがあることも指摘した。そのうえで、従来の紙巻きたばこと同様に、「新型たばこ」についても規制が必要との見解を示した（SankeiBiz 2019、WHO 2019：52）。
- (14) この「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」は、2004年11月29日に締約国数が条約の発効要件である40カ国に達したことから、条約の規定に基づいて、同日の後90日目となる2005年2月27日に効力を生ずることになった（外務省ホームページ）。
- (15) 日本学術会議（2011）の提案では、健康の社会格差に関する懸念や問題として次の三点を挙げている。①貧困層や生活保護世帯の増加を背景として、低所得者層において健康問題が集積していることを踏まえ、こうした層が最低限の基本的な保健医療福祉サービスを受けることができなくなっている点を懸念。②低所得者層・貧困層に限定することなく、社会階層全体を通して階層による健康問題の格差が生じ、その格差が拡大していることへの懸念。③社会的に不利な立場にある人たち（失業者、障がい者、ホームレス、外国人労働者など）において健康問題が集積していることを踏まえ、これらの人々へ保健医療福祉サービスが十分に提供されていない可能性への懸念。
- (16) 不健康な期間をできるだけ短くし、健康寿命を延ばすため、どのような対策を講じるべきか。1996年の公衆衛生審議会において生活習慣病が位置づけられて以降、生活習慣病への対策が講じられてきた。「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」（p.27）では、どのような生活習慣病の対策を通して、どの程度生活習慣病を減らすことが可能で、それにより健康寿命がどのくらい延びるかを推定するためのエビデンスが存在していないことに言及している。
- (17) 前回の健康づくりのための身体活動を表す基準では「健康づくりのための運動基準2006」として、運動基準という表現が用いられた。改訂に際して、身体活動（生活活動および運動）全体に着目する必要から、「運動基準」を「身体活動基準」に改めた。
- (18) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

(2012: 85-86) の資料では、地域住民による主体的な活動は、健康づくりを目的とした活動に限らないとしている。高齢者や子どもを対象にした活動や、まちづくりや防災に関係した活動、安全な生活のための活動、自然や環境を守るための活動等に、健康づくりの視点を加えていくことが重要、としている。

参考文献

- 环洋一他編 (2011) 『社会政策の視点』法律文化社。
- Crawford, P. Brown, B. Baker, C. Tischler, V. and Abrams, B. (2015), *HEALTH HUMANITIES*. London, UK and New York, USA: Palgrave Macmillan.
- 電気通信大学健康・スポーツ科学部会編 (2016) 『大学生のための「健康」論』道と書院。
- 外務省ホームページ「「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の発効について」 https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/rls_0225_e.html, visited 2019/08/12.
- グレッグ・ボグナー、イワオ・ヒロセ、監訳児玉聡 (2017) 『誰の健康が優先されるのか』岩波書店。
- ハイン・マレー、門司和彦 (2019) 「健康の人文学」(『日本健康学会誌』85(1)), pp. 3-5。
- 一般社団法人日本健康生活推進協会編 (2018) 『日本健康マスター検定 公式テキスト同歩改訂版』NHK出版。
- 一般社団法人日本国際保健医療学会ホームページ「国際保健用語集」 <https://seesaawiki.jp/w/jaih/>, visited 2019/08/12.
- 河野美穂 (2012) 「健康日本 21 (第2次) と健康格差」。
- 北川清一・川向雅弘 (2018) 『社会福祉への招待』ミネルヴァ書房。
- 健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会 (2000) 「21 世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21) について報告書」。
- 公益社団法人日本 WHO 協会ホームページ <https://www.japan-who.or.jp/commodity/index.html>, 2019/07/28.
- 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 (2012) 「健康日本 21 (第2次) の推進に関する参考資料」。
- 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム (2015) 「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現——新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン——」。
- 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部 (2017) 「「地域共生社会」の実現に向けて (当面の改革工程)」。
- 厚生労働省 (2015) 『平成 26 年版 厚生労働白書』。
- 厚生労働省 (2018) 「平成 29 年 国民健康・栄養調査報告」。
- 厚生労働省ホームページ「第 22 回生命表」 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/22th/dl/22th_02.pdf, visited 2019/07/31.
- 近藤克則編著 (2016) 『ケアと健康』ミネルヴァ書房。
- 宗像恒次 (2002) 「ヘルスカウンセリングからみた健康政策」(『ヘルスカウンセリング学会年報』8), pp. 25-34。
- 日本学術会議、基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会 (2011) 「提言わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」。
- 内閣官房・内閣府・文部科学省など (2007) 「新健康フロンティア戦略アクションプラン」。
- 認知症サポーターキャラバンホームページ「1. 認知症サポーターの人数 (平成 17 年度からの累計)」 <http://www.caravanmate.com/web/wp-content/uploads/2019/07/03164f1b4dad882c201b7ac2a50d3a40.pdf>, visited 2019/08/12.
- 尾島俊之 (2016) 「第 8 章予防医学におけるハイリスク戦略とポピュレーション戦略」(近藤克則編著 (2016) 『ケアと健康』ミネルヴァ書房), pp. 188-206。

- 岡崎祐司・新福祉国家構想研究会編（2017）『老後不安社会からの転換』大月書店。
- 奥田文子（2006）「ライフスキル教育を取り入れた健康教育プログラム」（リサーチペーパー） http://www.waseda.jp/sports/supoken/research/2006_1/5006_A317.pdf, visited 2019/08/07.
- 小野直哉（2015）「健康を取り巻く世界と日本の諸問題——20世紀型健康政策と21世紀型健康政策はどのように異なるか——」（『社会鍼灸学研究』通巻10号）、pp. 1-11。
- 杉山賢明・遠又靖丈・武見ゆかり・津下一代他（2016）「健康日本21（第二次）に関する国民の健康意識・認知度とその推移に関する調査研究」（『日本公衛誌』第63巻第8号）、pp. 424-431。
- 首相官邸ホームページ「新健康フロンティア戦略賢人会議」 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkou/index.html>, visited 2019/08/12.
- 『SankeiBiz』2019年7月30日。 <http://www.sankeibiz.jp/econome/news/190730/ecb1907300500002-n1.htm>, visited 2019/08/13.
- 高尾将幸（2018）「健康政策と身体活動／スポーツ」（『計画行政』41(3)）、pp. 21-26。
- WHO（1998）The World Health Report. https://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/, visited 2019/07/28.
- WHO（2019）WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2019.
- Williams, A. L. 2019. *Integrating Health Humanities Social Science, and Clinical Care*. New York: Routledge.
- 山崎光弘・峰島厚（2018）「動向 経済成長施策としての『我が事・丸ごと』地域共生社会」批判」（『障害者問題研究』第46巻第1号）、pp. 72-79。
- 山下幸子（2017）「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現への方向性と障害福祉施策」（『賃金と社会保障』No. 1677 3月上旬号）、pp. 4-19。

Changes in Japanese Health Policy — Seeking Support and Mutual Support From Within the Community —

Hitomi MADONO

Abstract

This paper discusses the current state of health in Japan and changes in contemporary health policy. Firstly, it clarifies changes in health through an examination of previous studies in accordance with a diversification of perspectives regarding the definition of health. Secondly, it examines the aim of health policy and clarifies its characteristics. Thirdly, it focuses on new approaches to health according to the current Fourth Health Promotion Policy and explores future possibilities as well as the current state of Japanese health policy. The results indicate that perceptions of health have become more diversified; it is no longer adequate to perceive health according to the narrow definition as defined by WHO. In addition, changes to health policy in Japan have taken into account previous policies as well as the state of contemporary society, the environment and changes to the concept of health. The Fourth Health Policy calls for both individual and community support and care initiatives in promoting health. Accordingly, contemporary health policy in Japan not only seeks to promote individual health as a responsibility (self-help), but also to promote mutual support and help (mutual aid and mutual assistance) within the community. It can be said that health policy has become more advanced.

Keywords: Diversification of health perspectives, Japanese health policy, Independent activities (self-help), supporting and helping each other within the community (mutual aid and mutual assistance)