

健康づくり国際会議概要報告

西太平洋地域の保健担当大臣などが一堂に会する「健康づくり国際会議」が、平成 14 年 9 月 21 日、日本国厚生労働省主催により、国立京都国際会館で開催された。

同会議は、第 53 回 WHO 西太平洋地域委員会の開催（平成 14 年 9 月 16～20 日）に合わせて開かれたものであり、WHO 西太平洋地域加盟国など 28 の国と地域より、保健担当大臣を含む各国代表団約 60 名、また NGO の代表などが参加した。

■健康づくり国際会議概要

同会議は主催国である日本の坂口力厚生労働大臣の挨拶により始まり、坂口大臣は、現代の日本では、がん、心臓病、脳卒中などの非感染症が死因の大勢を占めていることを述べるとともに、健康づくりの重要性を強調した。

最初の発表は、尾身茂 WPRO 事務局長による「健康増進が目指すものとジレンマ」であった。尾身事務局長は、世界的な視座から生活習慣病の増加とその対策のあり方について報告し、人々に分かるメッセージを出すこと、支援的な環境を整備すること及びすべてのライフステージにおいてヘルスプロモーションが必要であると述べた。

次に、厚生労働省の高原亮治健康局長が『健康日本 21』および『健康増進法』について発表を行った。高原局長は、日本人の健康状態の推移を述べ、その上で『健康日本 21』を解説、同計画をベースに平成 14 年 7 月 26 日に成立した『健康増進法』について概要を述べた。

引き続き、後述のトンガ、マレーシア、大韓民国の代表者による自国の健康進施策に関するスピーチ、休憩を挟んで自由討議と進められた。

最後に、会議の集大成として、全会一致により『健康づくりに関する京都宣言』が採択され、閉会となった。

参加国及び参加地域は、次のとおり。

日本、オーストラリア、カンボディア、中華人民共和国、香港、マカオ、クック諸島、フィジー、フランス、キリバス、ラオス、マレーシア、マーシャル、ミクロネシア、モンゴル、パラオ、パプア・ニューギニア、フィリピン、大韓民国、サモア、シンガポール、ソロモン、トンガ、トゥヴァル、イギリス、アメリカ、ヴァヌアツ、ヴィエトナム

■トンガ、マレーシア、大韓民国代表による発表の要約

【トンガ】発表者：ヴィリアミ タウ タンギ厚生大臣

演 題；＜健康的な生活習慣と其中で我々が果たす役割＞

近年、トンガにおいて、死亡及び疾病の多くは、心臓病、高血圧、糖尿病などの非感染症状を要因とするもの。過去 10 年間、トンガは、人々とその家族がより健康的な生活習慣を送れるように多くの健康増進事業を進めてきた。

トンガの王である Taufa 'ahau Topou IV 世（84 歳）は、健康的な食事や適度な運動を行い、また、たばこや薬物と無縁の生活を営んできた。このことを通して、健康づくり

の達成と健康を保持することの重要性をアピールしている。かつ、王自身が、適度な運動を続け、国民に、特に若者にこのメッセージを伝えるなど先導的な役割を果たしてきた。

このほか、減量大会プログラムや糖尿病のコントロールプログラムも行っている。減量大会プログラムは、WHOによると世界初の試みであり、全ての地域と島が参加している。

【マレーシア】発表者：モハメド タハ ビン アリフ健康局長

演 題；<マレーシアにおける健康増進の概観>

マレーシアにおいては、WHO が唱道している原理と戦略に基づいて、「健康的な生活習慣キャンペーン」及び「ヘルシーセッティング」プログラムという2つの大きな健康増進プログラムを行っている。

「健康的な生活習慣キャンペーン」は、人々が健康的な生活習慣の採択を通じて健康づくりを行うことに焦点を当てたキャンペーンである。フェーズ1（1991～1996年）では、心臓病、がん、エイズ・性感染症、小児疾患などの疾患対策に力を入れ、フェーズ2（1997～2002年）では、疾患よりもむしろ健康行動や生活習慣に焦点を当てている。

一方「ヘルシーセッティング」は、身体的及び社会経済的側面にわたる健康的なかつ支援的な環境整備を図るものである。1994年の着手から、現在では「健康増進学校」、「ヘルシー市場」、「ヘルシー公園」、「ヘルシー病院」、「ヘルシー職場」など様々な取り組みに発展している。

今後は、2つのプログラムを統合した包括的な取り組みに乗り出していく方針である。

【大韓民国】発表者：チョイ ヘー ジョー国際課長

演 題；<「ヘルスプラン2010」が目指すもの>

大韓民国政府は、慢性疾患を予防することを目的とした「ヘルスプラン2010」を推進し、国の保健・医療の基盤を作り変え、国民の健康増進に寄与している。この政策は、2010年を目処に、具体的な数値目標を設定し、健康的な生活の実践対策、健康改善サービス及び疾病管理対策も包括している。政府は、この目標が達成できるよう傾注しているが、同時に、専門家参集による健康改善委員会の運営や国の健康改善基金の増大を含めた基盤の確立を進めている。

さらに政府は「ヘルスプラン2010」の一環として、健康増進法（1995年施行）の改正、政省令の強化を図っている。全ての国民の健康状態を改善することを視野に入れ、タバコ及びアルコール飲料販売を促進する法の制限がなされるよう、これらの法律を改めていく。

Kyoto Declaration on Health Promotion

We, ministers of health and policy makers of the countries of the Western Pacific Region of the World Health Organization, gathered in Kyoto on September 21, 2002 for the International Conference on Health Promotion.

We commend the various measures presented at the conference, which included the health initiatives in Tonga ("Weight Reduction Competition"), Malaysia ("Healthy Lifestyle Campaign" and "Healthy Settings Project"), Republic of Korea ("Health Plan 2010" and "Health Promotion Act"), and recent developments in Japan ("Health Japan 21" initiative and the "Health Promotion Law").

Following the policy dialogues among the participants, we adopt this declaration addressing the World, expecting such exchange of information to be expanded in the future.

1. WE RECOGNISE THE IMPORTANCE OF HEALTH PROMOTION, BOTH AT THE INDIVIDUAL LEVEL AND THROUGH COLLECTIVE EFFORTS IN ENHANCING THE HEALTH OF SOCIETY.

Since non-communicable diseases are steadily increasing worldwide, the adoption of healthy behavior of individuals, which leads to improvements in lifestyles, including balanced diet, physical activities and non-use of tobacco, are central to health promotion. It is important for each individual to actively promote his or her own health, thereby contributing to the promotion of health in society as a whole.

2. WE COMMIT OURSELVES TO DEVELOPING A FAVORABLE ENVIRONMENT IN SUPPORT OF HEALTH PROMOTION.

Health is a personal matter but it can be maintained, enhanced or damaged by the environment in which people live. The environment may act as an obstacle to the attainment of a desirable level of health of the individual. Efforts are needed to develop favorable environment in support of health promotion, through formulation and implementation of relevant public policies including national plans and programs, supportive legislative framework, and developing human resources engaged in health promotion. In this context, special attention should be given to the health needs of vulnerable groups in the population.

3. WE RECOGNISE THE IMPORTANCE OF SOLIDARITY AND PARTNERSHIP AMONG VARIOUS SECTORS TO DEVELOP A SUPPORTIVE ENVIRONMENT FOR HEALTH PROMOTION.

Solidarity and partnership among various sectors of society is crucial to create a supportive environment for health promotion. The involvement of diverse social sectors including economic and political ones beyond the health sector is very important.

4. WE RECOGNIZE THAT HEALTH PROMOTION IS A FUNDAMENTAL STRATEGY FOR THE ALLEVIATION OF HEALTH PROBLEMS IN THE 21ST CENTURY. WE STRONGLY APPEAL FOR A GREATER COMMITMENT TO HEALTH PROMOTION.

We confirm that health promotion is not only important for the health of individuals but is also the basis on which a healthy and vital society is built through prevention of many health problems. We believe that health promotion should be given a central position in national health policies and that various parties in society should collaborate to bring about the highest attainable level of health for all individuals.

健康づくりに関する京都宣言

我々、WHO西太平洋地域各国の大臣および政策担当者は、健康づくり国際会議のために、2002年9月21日京都に参集した。

我々は、会議で発表されたトンガ（「減量コンテスト」）、マレーシア（「健康生活習慣キャンペーン」及び「ヘルシー セッティング プロジェクト」）、韓国（「健康計画2010」及び健康増進法）と日本の近年の取組（「健康日本21」及び健康増進法）などの様々な取組を推賞する。

参加者間の政策に関する意見交換に引き続き、このような情報交換が今後とも進むことに期待し、世界に向けてこの宣言を採択するものである。

1. 我々の健康は、個人レベル及びその積み重ねによって社会の健康水準が向上するというこの意味において健康づくりが重要であることを認識する。

非感染症が世界的に蔓延している状況に鑑み、バランスのよい食事、身体活動、たばこの使用を控えること等生活習慣の改善につながる個人の健康的な行動は、健康を増進するためのカギとなる。そのためには、一人一人が主体的に健康づくりに取り組むことが重要であり、その結果として、社会全体の健康水準の向上が期待できる。

2. 我々は、健康づくりを支援する好ましい環境の整備を進めるために努力する。

健康は、個人的な問題であると同時に、個人を取り巻く環境によって、維持されたり、高められたり、損なわれたりする。環境は、個人が望ましい健康水準に到達するにあたっての一つの障壁となりうる。健康づくりのための国家的な計画やプログラムの作成、支援的な法的枠組み、健康づくりに従事する人材の養成などの政策の立案、実施を通じ、社会全体として健康づくりにとって好ましい環境を整備することが必要である。

このような背景の下、特別な対策を要する人々の健康ニーズに対して配慮が払われるべきである。

3. 我々は、健康づくりを支援する環境整備を進めるために、多様な関係者との連携及び協力が重要であることを認識する。

健康づくりを支援する環境を作り出すためには、社会の様々な関係者と連携、協力することが必須である。その際は、保健医療分野のみならず、経済や政治など様々な分野における幅広い関係者の参加が極めて重要である。

4. 我々は、健康づくりこそ、21世紀における健康問題を解決するための根本的な方策と認識する。我々は健康づくりを推進するためより大きな関与をすることを強く訴える。

健康づくりは、一人一人の健康の増進のみならず、多くの健康上の問題を予防することを通じて、健やかで心豊かな活力ある社会を形成する基盤となるものであることを確信する。我々は、健康づくりに各国における保健医療政策上高い優先順位を与えるべきであり、社会の様々な人々が、可能な限り高い健康レベルに到達するよう、社会の様々な関係者が協力するべきであると信ずる。

近年のたばこ対策の流れ

昭和62年 「喫煙と健康問題に関する報告書」 公衆衛生審議会

平成4年 事業者が講ずべき快適な職場環境形成のための措置に関する指針
平4.7.1 労働省告示第59号

平成5年 「喫煙と健康問題に関する報告書」の改定 公衆衛生審議会

平成7年 たばこ行動計画策定検討会報告（公衆衛生審議会）

- ①防煙対策 未成年者の喫煙の防止
- ②分煙対策 受動喫煙の影響の排除・減少対策
- ③禁煙支援 禁煙を希望する者に対する支援

平成8年 公共の場所における分煙のあり方検討会報告（厚生省保健医療局）

- 公共の場所の基本原則を提言
- 分煙のあり方を4つに分類
 - A：喫煙場所を完全に分割された空間とする。
 - B：喫煙場所を設置し、分煙機器により環境たばこ煙が完全に流れ出ないようにする
 - C：喫煙場所を設置し、分煙機器を用いて環境たばこ煙を低減する。
 - D：喫煙場所を設置するが、分煙機器は使用しない。

平成8年 職場における喫煙対策のためのガイドライン（労働省労働基準局）

本ガイドラインは、労働者がその生活時間の多くを過ごす職場において、喫煙の影響が非喫煙者の健康に及ぶことを防ぎつつ、喫煙者と非喫煙者が良好な人間関係の下に就業できるよう、事業場において関係者が講ずべき原則的な措置を示すことにより、労働者の健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成の促進を図ることを目的とする。

平成8年 未成年者の喫煙行動に関する実態調査（厚生科学研究、国立公衆衛生院）

（未成年者の喫煙率）			
中学1年男子	7.5%	中学1年女子	3.8%
高校3年男子	36.9%	高校3年女子	15.6%

平成9年 「厚生白書」（喫煙習慣を考える）

喫煙が健康に与える影響は大きく、本人のみならず、周囲の人々にも「受動喫煙」によりさまざまな危険性がある。
そして、喫煙習慣は個人の自由意思に基づく嗜好の一つとされてきたが、一方で、喫煙習慣をニコチンによる依存性の視点から捉えることが重要である。
したがって、喫煙習慣は個人の嗜好の問題にとどまるのではなく、健康問題であることを踏まえ、たばこ対策を一層推進することが求められている。

平成10年度 喫煙と健康問題に関する実態調査（厚生省保健医療局）

(喫煙が及ぼす健康影響についての知識)			
肺がん	84.5%	喘息	59.9%
脳卒中	35.1%	気管支炎	65.5%
歯周病	27.3%	心臓病	40.5%
		妊娠に関連した異常	79.6%
(禁煙・節煙を希望する人の割合)			
	男性	女性	総数
禁煙希望	24.8%	34.9%	26.7%
節煙希望	38.3%	34.7%	37.5%
合計	63.1%	69.6%	64.2%

平成11年度 喫煙と健康問題に関する実態調査（厚生省保健医療局）

(医療機関の禁煙・分煙実施状況)		
	完全禁煙	分煙
診察室・検査室	94.9%	2.1%
待合室	46.4%	46.1%
病棟・病室	54.5%	35.0%
(公共交通機関の禁煙・分煙実施状況)		
	完全禁煙	分煙
車両等	66.0%	21.5%
ホーム・乗車口・搭乗窓口等	13.7%	23.3%
待合場所	10.5%	28.2%

平成12年3月 「健康日本21」たばこ分野における柱（厚生省）

生活習慣の改善など9分野を対象として設定したたばこ分野については以下のとおり
○情報提供
○未成年者の喫煙防止
○非喫煙者の保護（受動喫煙対策）
○禁煙支援

平成12年3月 職場における喫煙対策推進のための教育（労働省労働基準局）

「職場における喫煙対策推進のための教育実施要領」を定め、事業場の経営首脳者、管理者及び喫煙対策担当者を対象に、平成12年より当該教育を実施している。

平成12年度 未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査（厚生科学研究、国立公衆衛生院）

(未成年者の喫煙率)			
中学1年男子	5.9%	中学1年女子	4.2%
高校3年男子	36.9%	高校3年女子	15.8%

平成13年12月 「喫煙と健康問題に関する検討会」報告書

平成14年 6月 「分煙効果判定基準策定検討会」報告書