

あたらしい公衆衛生

——健康寿命と人生の最終段階——

柏 崎 郁 子*

1 調整の戦略

公衆衛生 public health は、「健康に悪影響を及ぼす環境や行動、社会的要因を取り除き、健康障害を予防すること、さらには人々の健康状態と QOL を向上させること」を目標にしてきた (小風 2018: 3)。そして、臨床医学が個人を対象とするのに対し、公衆衛生は健康な人々を含めた集団を対象としてきた¹。日本における現代公衆衛生倫理では、日本の近代公衆衛生の歴史がその「官治性」(井上 2015: 45) を特徴とするために、「トップダウン型の初期の公衆衛生の伝統からの脱却」(Petersen & Lupton 1996: 146) や、「権力、知、コミュニティ、主観性、具体化の間の複雑な相互作用」(Petersen & Lupton 1996: 173) という視点からは十分に語られてこなかった。本稿は、公衆衛生のテクノロジーのなかでも、健康増進 health promotion という調整 regulation に用いられる戦略 strategy に着目する²。そして、現代日本の公衆衛生が、「健康寿命」と「人生の最終段階」という二つの規範 norm と出会うことで、いかなる戦略を用いることになるのかについて考察する。本題に入る前に、公衆衛生と個人の関係についてのこれまでの見解として、二つの視点を挙げておく。

第一に、公衆衛生から個人への関係を軋轢のない「経由」と捉える見解がある。今日の日本における保健・医療・福祉・介護関連の法律を根拠とする政策は、(人口)調整のためのマクロへの働きかけだが、ここからミクロレベルの作用が生じる場合、中間を「経由」と考えられてきた (高尾 2010)。つまり、調整のための政策は厚生労働省主導のもとに各自治体の施策に反映され、各自治体は、その地域の病院、学校、企業などに健康規範をもって働きかけ、人々がより健康であるため個別の身体を規律的に管理する (柏崎 2018: 30)。したがって、個人の身体への規律的なコントロールは、あくまで上から下へ、つまりトップダウンの型を成し、地方公共団体や事業者等の中間を「経由」することによって生じてきたということである。

第二に、公衆衛生と個人の間「対立」を見る見解がある。調整のための規範が個人を規律的に管理することの最も大きな倫理的問題は、「個人の自律」と「公共の健康」の「対立」をどう調停するかである、と捉える見解のことである (児玉 2019: 174, 2015: 17, 117, 島内 2015: 174)。これにより、「公衆衛生は、共同体における個人の権利を尊重する仕方で、共同体の健康という目的を達成すべきである」(Public Health Leadership Society 2002) と宣言することが必要であり、「自己選択に基づいた生活習慣の改善および健康づくり」(健康日本 21「総論」) というエクスキューズが必要になる。つまり、前者と後者は「対立」するとの見解が、「ヘルシズム」や「健康イデオロギー」(八木 2016, 横田 2017) 批判の前提となってきた。「公共の健康」は個人に外在する利益であって、公衆衛生がパートナーリスティックに個人を管理するのは、「個人の自律」尊重という倫理に抵触するということである。

ところが近年、このような公衆衛生に対する見解をあらたに捉え直す必要が生じてきたとみるべきである。その理由として、以下の三点が考えられる。第一に、公衆衛生が感染症対策から生活習慣病対策に重心を移動させるな

キーワード：公衆衛生、健康寿命、人生の最終段階、調整の戦略

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2018年度3年次転入学 生命領域
東京女子医科大学看護学部助教

かで、健康増進に努めることが「国民の責務」とされていること。第二に、ACP (advance care planning)³の普及啓発をはじめとした「人生の最終段階」に関するプロモーションがさかんに行われていること。そして第三に、それらを補強する形で、「ビッグデータ」や「リバタリアン・パターンリズム」があらたな公衆衛生の戦略を前景化していること。つまり、公衆衛生が、「健康増進施策の基本的な方向性」(厚生労働省 2019: 3)である「健康寿命」の延伸を目指すと同時に、「人生の最終段階」への関与も並行させることによって、集団から個人衛生 personal hygiene への公衆衛生の「経路」や、「個人の自律」と「公共の健康」の「対立」という図式は、変質してきていると捉え直すことができる。そのため、あたらしい規範を得た公衆衛生が、いかなる戦略を用いることになるのか、改めて考察する必要がある。以上の観点から考察をすすめるにあたり、まず、「健康寿命」にかかわる公衆衛生の動きを概観しておく。

2 健康寿命

2019年に厚生労働省が設置した「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」の座長である辻一郎は、「健康寿命の延伸は国の政策の主要目標であるといっても過言ではない」と述べている(辻 2019: 552)。同研究会では、「健康寿命」を指標とするにあたり、複数ある「不健康状態」を組み合わせた複合健康指標として、以下の三つの指標を用いることを提案している。主指標は、「日常生活に制限のない期間の平均」、副指標は、「自分が健康であると自覚している期間の平均」、補完的指標が「日常生活動作が自立している期間の平均」である。辻によれば、目標が「健康寿命」の延伸とされたのは、1980年に米国の医師 James F. Fries が提唱した「不健康状態の圧縮 compression of morbidity」という概念に基づいているという。Fries が「人生の終わりに適用される高レベルの医療は不条理の典型である」(Fries 1980: 135)と述べていることから理解されるように、Fries が提唱した概念は、本来は「健康寿命」の延伸ではなく「不健康状態の圧縮」であった。現在ではこれを「健康寿命」の延伸と読み替えた統計指標を縦断的に観察することで公衆衛生の効果を評価する方向に傾倒している。

「平均寿命」という目標から「健康寿命」という目標への転換の必要性がどのように語られてきたかを知るには、「21世紀における国民健康づくり運動(以下、健康日本21)」の資料を参照するのが有用である。日本の平均寿命についてみると、「我が国は先進諸国間で、戦後、最下位であったものが、その後、比較的短期間にすべての先進国を追い抜き、昭和59年(1984年)から今日まで、世界一の健康水準を示している」という。この達成から「健康寿命」への目標転換のために、「少子高齢化」がファクターとして強調される。

「急速な出生率の低下によって、社会の高齢化が進展し、20年後の平成32年(2020年)には4人に1人が、50年後の平成62年(2050年)には3人に1人が老人という超高齢社会になる。……社会の高齢化によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、病気を治すこと、あるいは介護のための社会的負担を減らすことが重要である」(健康日本21「総論」)。

こうした財政的な困難状況を背後においた文脈で健康が語られるようになってきたのは、20世紀後半から、「福祉国家の行き詰まりとそれに代わる新たなイデオロギー、なかでも市場経済重視の考え方の台頭によって、国家的関与の在り方とその具体的な活動が再検討されていく時期」に入ったことが指摘されている(藤澤 2015: 117)。この事態に「少子高齢化」がパワーワードとして加わることで、「平均寿命」よりも「健康寿命」が「国の政策の主要目標」とまでいわれるに至ったといえるであろう。

日本においてこの「健康寿命」延伸のための公衆衛生を主に方向付けているのが、健康増進法(平成14年法律第102号)である。健康増進法に「健康寿命」の文言はないが、その第7条で厚生労働大臣が定めると規定された「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」、すなわち「健康日本21」は、「健康寿命」の延伸を趣旨とする国民的な「運動」である。「健康日本21」は、2000年から10年間実行され、さらにその結果をもとに2013年からの10年間で目指す4つの基本方針、がん、糖尿病、高血圧などの生活習慣病に関連した9つの目標設定を掲げている⁴。策定の順序としては、第1次国民健康づくり対策(1978)、第2次国民健康づくり対策(1988)、第3次国民健康づくり対策(健康日本21:第1次)(2000)、健康増進法(2002)、第4次国民健康づくり対策(健康日本21:第2次)(2013)である。

ここで留意すべきは、「健康日本 21」の策定が健康増進法制定よりも前である、ということである。現在は健康増進法の「基本方針」として位置づけられる「健康日本 21」だが、策定当初は、民間の立場から発足した「国民運動」という位置であった。「健康日本 21」に賛同する関係団体が集合し「健康日本 21 推進全国連絡協議会」を設立することを提唱したのである。この協議会の初代会長である加藤陸美は、協議会発足当時を振り返り以下のように述べている。

「厚生労働省や委員の皆さんは、この運動は従来のトップダウン型の対策では成功しない、『国民が主役の健康づくり運動』として推進するのが良いと考えた。そこで国は、政府の対策本部と平行して民間団体に『車の両輪』として活動して貰うことを期待した。これに呼応して立ち上がったのが『健康日本 21 推進全国連絡協議会』でした。参加会員は 143 に達し、『健康日本 21』運動を盛り上げる効果は大きかったと思います」⁵（加藤 2017: 3）。

また、発足の趣旨については、以下のように記述されている。

「健康づくりは、結局は、国民一人一人が正しい知識を持ち、自ら自覚し、自らの意志で生活習慣の行動変容を遂げなければ効果を上げることはできない。こうした個人の力と併せて、社会全体としても、個人の主体的な健康づくりを支援してゆくことが重要である。この点において国・地方公共団体が重要な役割を担うことはいままでのないが、民間団体などの果たすべき役割も大きい」（健康日本 21「設立趣旨書」）。

つまり、「健康日本 21」は、トップダウン型ではなく、「国民が主役」すなわち、ボトムアップ型として実施されることが、国による対策よりも効果があると見込まれたために始まった「運動」であった。そのためその趣旨は、個人の主体的な取組み、すなわち個人衛生の主体的履行を「社会全体」で支援するため、「関係機関・団体」と「国民」が一体となった「運動」として発動することで、健康意識の向上と取組みを「促す」ことにある。そして、この「運動」が目指すものは、2002 年に健康増進法が施行されるときに「責務」として定められることになったのである。

他の公衆衛生に関連した法律同様、健康増進法における「責務」は、「義務」と「努力義務」の二段階に設定されている。厚生労働大臣による「基本方針」（「健康日本 21」に該当する）と「健康診査等指針」策定、「国民健康・栄養調査」実施、都道府県による健康増進計画策定は「義務」として定められ、国民、国と地方公共団体、健康増進事業実施者（保険者、事業者、市町村、学校など）が行う健康増進事業は「努力義務」として定められている。具体的には、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」ること、国と地方公共団体は、健康増進の知識普及、情報収集・整理・分析・提供、研究推進、人材養成、関係者への技術的援助を行うこと、健康増進事業実施者は、健康増進事業を積極的に推進することが努力義務とされている。

ここで、国と国民、そして中間（地方公共団体、事業者等）に課せられた責務に注目してみると、「経由」の変質を指摘することができる。健康増進法の前身である旧栄養改善法⁶には国民の責務条項はなく、従来、公衆衛生に関する法で責務を定めているその名宛人は、国や地方公共団体、事業者等であった⁷。法が地方公共団体や事業者に義務を課し、個人に責務を課さないならば、個人は中間を「経由」したトップダウン型の作用を受けることになる。しかし、健康増進法で地方公共団体、事業者等に課せられている健康増進事業は努力義務であり、同様に国民の健康増進行動にも努力義務が課せられている。すなわち、健康増進法にみられる戦略では、中間への法の強制を「経由」しないかわりに、個人にも中間と同等の努力義務を課しているのである。

さらに、努力義務とはいかなるものかを検討することにより、「対立」の見解について再考することができる。法学者の荒木尚志によると、「努力義務規定は、これに反する行為を違法・無効とする法的効果を生ぜしめるものではなく、……基本的に当事者の任意的・自発的履行に期待するものである。この意味で、努力義務規定は、いわゆるソフトローとして位置づけることができる法規制である」（荒木 2004: 2）とされる。また、前田正一は、努力義務は「強制」ではなく「対象者に対し自発的な義務の履行を促している」（前田 2015: 93-4）という。したがって努力義務とは、あくまで「任意」「自発」を期待した「促し」であり、強制力をもつものではない。国民＝個人に対し「強制」ではなく「促し」であるものが法律の条文に示されるとは、いかなる事態であって、国民＝個人にどう作用し、公衆衛生の戦略にどう作用するのであろうか。医療においては、2007 年の医療法改正において、医療提供施設の開設者、管理者および医師等に対し、「説明を行い、医療を受ける者の理解を得る」ことの努力義務が定められた。そして同時に、医療を受ける個人にも、「医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受ける」ことが努力義務とし

て定められたのである⁸。これにより、医療の提供者と患者間の「対立」は回避され、医療に関わる選択の責務が両者に生じることになったといえる。同様に、個人衛生を「国民の責務」とする公衆衛生の戦略では、「個人の自律」が「公共の健康」を達成するファクターとして扱われているのであり、もはや個と公共の二項対立関係で単純化することはできないことになる。努力義務とは、このように個と公共の「対立」を回避する技術なのである。

ところで、健康増進法で個人衛生が国民の努力義務とされたのは、それが「健康寿命」の延伸に繋がる見込みがあるからである。つまり、その見込みに基づく戦略は、公衆衛生が感染症対策に用いる戦略とは異なり、1990年代に発明された生活習慣病というカテゴリーに属する疾病群は、個人のライフスタイルによって病気の発生を抑制できる、という認識に基づく戦略である。それは、「確率論的病因論」に基づいている（佐々木・中川 2015: 84）。国民に個人衛生への努力義務を課すことを正当化するのは、確率論的病因論であり、さらに、そのエビデンスを強化するのは数量の大きさである。そのため、「巨大なデータの集まり」であるビッグデータは、古くから公衆衛生がその戦略に用いてきた統計という技術を、より強化すると見込まれている。その見込みに基づく戦略は、以下のよう

3 ビッグデータ

医療ビッグデータ活用への国の期待をあらわすものとして、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成 29 年法律第 28 号）の制定が挙げられるであろう。同法は、2016 年に施行された健康・医療戦略推進法（平成 26 年法律第 48 号）の活用を促進するため、個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）との折り合いをつけるかたちで登場したものである。つまり、大量のデータを各種分析に用いる際に現実的なアウトアウト方式を採用することにより、より医療ビッグデータの利便性を高めることが狙いである。社会保障審議会医療部会の資料によると、医療ビッグデータの活用によって期待されることとして、「最適医療の提供」「異なる医療機関や領域の情報を統合した治療成績の評価」「最先端の診療支援ソフトの開発」などが挙げられている（社会保障審議会医療部会 2018: 4）。これらの医療、つまり既に罹患した人々の診療に関連したビッグデータの活用にとどまらず、地域住民のビッグデータ活用は、公衆衛生の戦略・技術を強力に援護する。

滋賀県長浜市では 2007 年から、1 万人規模の医療ビッグデータ解析を行う大規模なコホート調査が開始されている（「ながはま 0 次予防コホート」）。従来の予防医学では、健康増進の一次予防、早期発見・早期治療の二次予防、再発・悪化防止の三次予防という考え方が基本になっていたが、この事業では、「個人の体質を考慮に入れて一人一人に最適な病気の予防法を施す新たな予防医学」を「0 次予防」と呼んでいる。「0 次予防」では、遺伝子解析を行って個人が将来どんな病気になりやすいかを予測し、これに基づいて未病段階から生活習慣や食事などを改善したり、積極的に運動するなどして病気を未然に防ぐ「先制医療」を目指している。その調査では、地域住民約 1 万人の血液や呼吸機能など約 100 項目のバイオマーカーデータと、生活習慣や環境に関する質問票による調査が約 700 項目、合計一人あたり約 800 項目のデータを蓄積し、さらに約 4,000 検体のゲノムデータから合計約 70 億塩基分のデータが付加され、これらのデータを前向きに 10 年、20 年と蓄積し解析するとされている（中山 2014: 40-2, 松田 2012: 219-20）。

「ながはま 0 次予防コホート」においては、大学、行政、市民（NPO 法人「0 次クラブ」）が連携して「ながはまルール」という独自の倫理指針が作成され条例化されている（松田 2012: 220-1）。「ながはまルール」では、ゲノム情報は開示しないことになっており、現状では、得られたデータを用いて個別の遺伝相談を行うわけではなく、特定の疾患発症に関連したバイオマーカーを見つけるための研究が蓄積されている段階である。しかし将来的には、「経年的な変化によって発現する遺伝病の可能性のある人に対しては、発症を防ぐアドバイスができる」し、「どのような生活習慣と遺伝子が合わさったときに、発症しやすくなるか」が解明され、「市民の健康づくりに役立つ」といわれる（中山 2014: 131-2）。

事業報告によると、市民からなる NPO 法人「0 次クラブ」は、本事業の展開に精力的に働きかけており、参加者の確保、質問紙の回収率や継続受診率の向上に寄与している（ながはま 0 次予防コホート事業・レビュー委員会報告 2017: 3）。また、「0 次クラブ」は、「私たちは、将来世代のことを思い、この取組みに積極的にかかわることで、

彼らの、そして人類の健康づくりを進めていきたいと思います」と宣言している。

このビッグデータのゲノム解析が注目に値するのは、現段階ではまだ将来の展望として語られているにすぎないが、このような「先制医療」に期待する市民が主体的に参加して事業に取り組むならば、公衆衛生の戦略に大きな転回が生じる可能性があるからである。それは、「経由」と「対立」の生じない公衆衛生への変質であると捉えることができよう。というのも、「0次予防」では、集団を対象とした戦略である「ポピュレーションストラテジー」と、リスクによる個別の対応である「リスクストラテジー」が同時に期待されているからである（磯・大平 2018: 139）。健康日本21が基礎理論のひとつとしているプリシード・プロシードモデルにおける「疫学診断」や「行動・環境診断」は、あくまで集団を対象にしたものであったのに対し、本事業の目指すものは個別の身体データを直接「健康寿命」に結びつけるものである⁹。そして、個が自ら中間（地域）で集団化することによってビッグデータの集積に貢献し、それにより個への還元を期待するという、個から中間へ、中間から個への循環が局所で多発した結果、公共の健康に寄与するという、ボトムアップ型の図式がみてとれるのである。つまり、本事業では、市民が「体質」に合わせた公衆衛生の個別の介入を期待することによって、主体的に統計という公衆衛生の戦略に寄与しており、トップダウン型の「経由」も、公共との「対立」も生じていないのである。

さらに、「健康寿命」の延伸に繋がるビッグデータ活用への期待にみられる医学モデル推進の裏面として、「人生の最終段階」にかかわる規範があたらしい公衆衛生の戦略にどう作用しているのかをみてみよう。

4 人生の最終段階

言葉が規範を形成し、規範が言葉を産出することに鑑みれば、“end of life”に相当する時期に充てられる言葉は、その時期にある人が何者と捉えられ、どのように調整すべきとされているのかを如実に表しているといえるであろう。それを知るには、厚生労働省の報告書を参照すればよい。

「末期」は、「末期がん」など特定の疾患に付随して使用されることの多い言葉であった。その後、特定の疾患に限定しない「終末期ケア」という概念が広がるときに「終末期」が良く用いられるようになった。その後さらに、疾患の有無にかかわらず、医療の対象者に限定しない概念として「人生の最終段階」が用いられるようになった（厚生労働省 2014）。「人生の最終段階」という名称は、社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）（以下、推進法）で、「特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」（第6条3）と表現されたことに由来する。

つまり、従来、「末期」「終末期」は医療の対象であったが、「人生の最終段階」は医療というより公衆衛生の対象となったのである。そこで、「平均寿命」から「健康寿命」への目標転換と、そのネガとして「不健康状態の圧縮」という調整の戦略が公衆衛生の枠組みのなかで行われるなら、「人生の最終段階を穏やかに過ごす」とは、「人生の最終段階」における医療の抑制を意味するようになるであろう。

公衆衛生が「人生の最終段階」に働きかけることの根拠法は、推進法と持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）（以下、持続法）の二本立てである。この二つの法律は社会保障制度改革に関する法律であり、直接国の健康政策を示すものではない。しかし、国民に健康増進のための努力を求める文脈は、社会保障制度にかかわる法律にこそ、見いだされる。そして、健康増進法では「不健康状態の圧縮」への願いを内包しつつ秘匿しているのに対し、社会保障制度にかかわる法律は、調整の戦略がよりダイレクトに個人に作用する技術を提供する。医療保険制度にかかる条文では、「健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等」（推進法第6条1）、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化」（同条2）と「特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」（同条3）が併記されており、「健康寿命」の延伸と「不健康状態の圧縮」が両輪であることが明確に示されている。

持続法は、現行法で唯一「健康寿命の延伸」が掲げられた法律である。とはいえ、注目すべきことに、個と公共が「対立」するような戦略はとられてはいない。

「政府は、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するためにも、健康寿命の延伸により長寿を実現することが重要であることに鑑み、社会保障制度改革を推進するとともに、個人がその自助努力を喚起される

仕組み及び個人が多様なサービスを選択することができる仕組みの導入その他の高齢者も若者も、健康で年齢等にかかわらず働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生きることができる環境の整備等（次項において『自助・自立のための環境整備等』という。）に努めるものとする」（持続法第2条）。

このように、むしろ、政府が「個人」の取組を「奨励」する「仕組み」、という戦略がとられるのである。

「政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする」（持続法（医療制度）第4条2）。

「政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする」（持続法（介護保険制度）第5条）。

さらに、「人生の最終段階」について、調整の戦略がその時期にある人を何者と捉え、どのように関与すべきとしているのかについては、「個人」にかかわる記載に注目することで明らかになる。

「政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする」（持続法（医療制度）第4条5）。

つまり、「健康寿命の延伸」と「不健康状態の圧縮」によって「持続可能な社会保障制度」が構築されるという期待を示しつつ、「個人の自律」と「公共の健康」が「対立」するどころか、むしろ、「個人の選択を尊重しつつ」「自助努力が喚起される仕組み」「個人の主体的な」取組を「奨励」すること、そして「個人の尊厳が重んぜられ」「患者の意思がより尊重される」という、「個人」を最大限利用する戦略がとられているのである。

では具体的に、「人生の最終段階を穏やかに過ごす」ということが、「不健康状態の圧縮」に帰結するための技術はどのようなものか。厚生労働省のガイドライン（厚生労働省 2018a）を中間への「促し」とするならば、地方公共団体や職能団体、病院などによる具体的な活動、たとえばACPのリーフレット配布、ガイドライン作成や市民講座の開催は、中間が鋭意展開している個人への「促し」である¹⁰。ここにおいて公衆衛生は、「自分らしく」「自分で決める」などのキャッチコピーによって「促し」を受けた主体による決定を「自律」として扱い、さらにその「告白」までも二重に「促し」ている。そこにおいて「告白」は、「促し」の効果を補う機能をもつであろう。「自分らしく」あるために医療を望まない、という「告白」が記録され、結果、個人の選択によって医療が抑制され、「地域」で死を迎える人が増え、「地域包括ケアシステム」が実現し、よって「持続可能な社会」が実現すること、これが「人生の最終段階」に関する調整の戦略であるといえるであろう。その次第を清水哲郎と会田薫子において確かめてみよう。

「事前指示から出発して、本人の人生の物語りへの関心を持つことを通して、今や、単に最期の時期をピンポイントで予想するのではない、本人の目線に沿った真の『ケア計画事前作成プロセス』言い換えれば『本人の心積り支援プロセス』を始める時期なのである」（清水 2015: 229）。

「本人がどのような価値や人生観・死生観をもって生きてきた人なのかを把握すること、つまり本人像に迫り、そのうえで本人のQOLを判断することが必要となる」（会田 2018: 297）。

例を挙げよう。全国老人福祉施設協議会（2015）は、特別養護老人ホームへの入所時に「人生の最期をどのように迎えたいのか、やがて訪れる死について考え」、「入所者の意向や死生観について尊重する姿勢で聞き取る」ことを推奨しており、49%の施設がそれらの意思表示について書面（事前指示書）を用いて記録している（厚生労働省 2018b: 111）。このように、滑らかな従属化、すなわち軋轢のない「経由」が想定されていないからこそ、中間は個人に「価値や人生観・死生観」をもつことを促し、「心積り」を促し、それを「告白」することを促し、そして、「対立」は迂回されるのである¹¹。

しかし、公衆衛生による個人への「促し」技術の指摘を単に支配的イデオロギーへの批判と解されることによって「個人を選択能力がない無能力者のように描き出してしまふ」（江原 2012: 168）ことは筆者の意図するところではない。そうではなく、現代の公衆衛生では、「経由」と「対立」を避けることにより、むしろ「個人の自律」が調整の原理になっているということである。個人の努力によって「健康寿命」が延伸し、個人の意思によって不健康状態が圧縮することは、調整の戦略であると同時に個人の主体的な行いでもあり、必ずしも法によって中間を「経由」する型をとらず、個と公共は「対立」しない。そこにおいて、法は武装せず、努力や告白への「促し」が機能する。「法

はいよいよ常態＝基準として機能する」(Foucault 1976=1986: 182) ののである。

この戦略においては、「促し」技術の有効性がより重要になることはいうまでもない。そこで、本稿の結論を提示する前に、効果的な「促し」を学術的に説明した概念である「リバタリアン・パターナリズム」について触れておく。

5 あたらしい公衆衛生

ナッジ nudge は、肘で軽く突く、という意味である。2017年のノーベル経済学賞を受賞した Richard H. Thaler が提唱した概念で、ナッジは「選択アーキテクチャー」を利用した行動経済学にもとづく戦略である (Thaler and Sunstein 2008=2009)。そしてナッジは、リバタリアン・パターナリズムの概念に基づく。リバタリアン・パターナリズムは、「避けられない認知バイアスや個人の決定的な不適切さを克服することを目的として、個人の決定に影響を与えるような方法で」、「その人が合理的な意思決定者……としての分析能力があり無制限の時間と情報を持っていたならばするであろう選択を促す一連の介入である」(Rebonato 2014: 6)。つまりナッジは、リバタリアン・パターナリズムによる非強制的（もしくは弱強制的な）誘導手法であり、いわば善意と自由意志の尊重によって正当化された緩やかなパターナリズムである。以上の概略のみで、公衆衛生の戦略にナッジの技術が親和的であることは容易に理解されるであろう。カナダの法学者 Jean-Frédéric Ménard は、リバタリアン・パターナリズムは「公衆衛生倫理の概念的なツールボックスへの貴重な追加」であると指摘している (Menard 2010: 229)。

ナッジに相当する技術は、公衆衛生の分野で既に広く用いられている。厚生労働省は、『受診率向上施策ハンドブック——明日から使えるナッジ理論』を公表している¹²。これによると、いくつかの地方公共団体が「選ばなくていい」「明確な指示には素直に従う」などの行動経済学の知見を利用することによって、検診の受診率を向上させたという。このように、実際にナッジのアーキテクチャーを鋭意作成しているのは、中間の団体であり、個人は、「合理的な意思決定者」として行動するよう中間から「促し」を受けるに過ぎないことになるので、そこに「対立」はない。そして、ナッジの活用は「促し」による介入の有効性を高めることがねらいであり、ということは、そこにおいて既に、円滑な服従、すなわち軋轢のない「経路」は想定されていないということである。

さいごに、結論として、公衆衛生に関するあらたな論点を以下の二点において示す。

第一に、公衆衛生が専ら集団への働きかけという戦略を用いてきたという点について、本稿で取り出してきた「健康寿命」と「人生の最終段階」にかかわる調整の戦略をみる限り、川喜田愛郎が以下のように予言した「先ざき」が今既に進行していることを指摘できるであろう。

「その公共の健康が、古代においては、いつも上から与えられる形をとったことをここで咎めるのは無用である。もちろん、個の健康と公共の健康とは、いつか一つに収斂すべき約束を孕んでいるには違いない。しかしそれは、さし当ってまだ先ざきの話である」(川喜田 [1977] 1998: 418)。

第二に、従来の公衆衛生で最も大きな倫理的問題として語られてきた、「個人の自律」と「公共の健康」の「対立」という見解について、本稿で取り上げた調整の戦略は、あらたな論点を要請するものである。感染症の拡大を防止するために個人の行動を制限するのは、公衆衛生の功利主義的戦略であり、それを限定的に個と公共の二項対立関係で捉えることは可能であろう。しかし、今日的な、「健康寿命」と「人生の最終段階」にかかわる公衆衛生の戦略において、努力や告白への「促し」を受けた主体における「自律」を、権力への抵抗・脱出の戦略・戦術としての「自律」と同等にみることは適切ではないということを出発点にしなくてはならない。

そもそも、「健康寿命」と「人生の最終段階」の間には何があり、なぜ前者では医学モデルが肯定され、後者では否定されるのか。そこには、かつて国民の「体力」が国家の軍事力増大に紐づけられたように (瀧澤 2009)、現代においても、「健康寿命」の終焉すなわち生産性の終焉は「人生の最終段階」に切り分けられるような富国強兵の論理が貫かれているというべきなのだろうか。あるいはここで、フーコーのいう「人種主義」が生きるべきものと死ぬべきものの線引きを行うのである、といえは済むのであろうか。しかし、それを調整の原理である、というだけでは、「ながはま0次予防」における市民の主体的な取組みを説明することはできない。かれらは、自分たちとその子孫(人類)の健康を夢見て自ら活動しているのである。そしてそれは、かれら自身への直接的脅威となるようなリスクから逃れるためというよりは、先手を打って先回りする戦略の行使なのである。その主体性ゆえに、かれら自身の「人

生の最終段階」では、医療を否定することもあるのかもしれない。しかし、むしろ「人生の最終段階」と称される人こそが、自らの生存によって調整の過重性を忌避しながら、自らの生と死をもって「対立」するならば、そこにこそ、権力のあらたな戦略への抵抗・脱出の戦略・戦術を發明する糸口があるのかもしれない。

[注]

- 1 本稿では、公衆衛生は、健康の観点からの調整であると捉えているが、公衆衛生の定義として最もよく知られているのは、C.E.A.Winslow (1877-1957) の定義である (Yale News 2015)。Winslow は、公衆衛生の定義のなかに個人衛生教育を入れているが、現代では個人は主に臨床医療の対象として区別されている (児玉 2015: 12)。ただし、個人衛生教育には、保健師 public health nurse が関与している。地域保健活動における家庭訪問などの「個別支援」が個別の個人衛生教育であり、地域住民への健康教育は集団へのそれにあたる。川喜田愛郎 ([1977] 1998: 418) が「歴史的にみて健康の技術には、個人の衛生と公共の健康という二つの区別される起源と作業とがあったと考えておおよそ誤りが無いようである」と論じたのは、「医学史」の枠組みで捉えていたからである。集団と個人を区別せず往来する保健師がいかなるアクターであるのかは興味深い論点だが、ここでは割愛する。
- 2 本稿における調整 regulation の語義は、Foucault (1976=1986: 176) を踏襲している。
- 3 ACP とは、将来のヘルスケアについての患者と医療従事者、家族等との協議のプロセスのこと (Detering 2010)。
- 4 基本方針は、一次予防の重視、健康づくり支援のための環境整備、目標等の設定と評価、多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進。目標は、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん。
- 5 「143」は、2013年3月1日当時の会員団体数。発足時は105団体。
- 6 昭和27年法律第248号。健康増進法第20条以降は旧栄養改善法の内容を引き継いでいる。
- 7 「国民の責務」で法令用語検索 (e-Gov) をかけると、50件の法律が抽出される (2019年7月27日検索)。中でも、国民に個人衛生の努力義務を定めた法律は以下である。健康増進法 (平成14年法律第103号)、食育基本法 (平成17年法律第63号)、がん対策基本法 (平成18年法律第98号)、肝炎対策基本法 (平成21年法律第97号)、歯科口腔保健の推進に関する法律 (平成23年法律第95号)、新型インフルエンザ等対策特別措置法 (平成24年法律第31号)、アルコール健康障害対策基本法 (平成25年法律第109号)、ギャンブル等依存症対策基本法 (平成30年法律第74号)。例外的に、予防接種法 (昭和23年法律第68号) と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 (平成10年法律第104号) は、健康増進法制定以前の法令である。
- 8 医療法 (昭和23年法律第205号) 第1条4、第6条2。
- 9 プリシード・プロシードモデルは、「計画の策定・推進・評価を容易にするためのモデル」として「健康日本21」の資料で引用されている (健康日本21「資料2」)。
- 10 岡山市「もしものために話し合いつたておこう事前ケア計画」(2017)、日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える」(2018)、京都地域包括ケア推進機構「アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の手びき」(2018)、豊中市「最期まであなたらしく生きるための『人生会議』」(2019)、堺市「知っていますか? 『人生会議』」(2019) など。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省 2018a) については、稿を改めて論じる。
- 11 「告白の義務は、今や我々に、余りにも多くの相異なった地点から送られてくるし、それが我々を強要する権力の作用などとは知覚していない程なのだ」(Foucault 1976=1986: 80)。
- 12 2019年11月25日取得 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000506624.pdf>)。

[文献]

- 会田薫子, 2018, 「臨床倫理学と死生学——人生の最終段階における医療とケアの共同の意思決定のために」, 『老年社会学』, 40 (3): 292-300.
- 荒木尚志, 2004, 「労働立法における努力義務規定の機能——日本型ソフト・ロー・アプローチ?」, (2019年7月27日取得, <http://www.j.u-tokyo.ac.jp/coelaw/COESOFTLAW-2004-11.pdf>).
- Detering, K.M., et al., 2010, “The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial,” *British Medical Journal*, 340: e1345.
- 江原由美子, 2012, 『自己決定権とジェンダー』 岩波書店.
- Foucault, M., 1976, *La volonté de savoir (Volume 1 de Histoire de la sexualité)*, Gallimard. (渡辺守章訳, 1986, 『性の歴史 I——知への意志』 新潮社.)
- Fries, J. F., 1980, “Aging, Natural death, and the Compression of Morbidity,” *The New England Journal of Medicine*, Bulletin of the

- World Health Organization 2002, 80 (3): 245-50.
- 藤澤由和, 2015, 「国家」, 中川輝彦・黒田浩一郎編『〔新版〕現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, 116-35.
- 井上悠輔, 2015, 「公衆衛生の歴史：日本（1）概論」, 赤林朗・児玉聡編『入門・医療倫理Ⅲ公衆衛生倫理』勁草書房, 45-62.
- 磯博康, 大平哲也, 2018, 「生活習慣病の疫学と予防」, 岸玲子監修『NEW 予防医学・公衆衛生学 改訂4版』南江堂, 137-66.
- 柏崎郁子, 2018, 「事前指示書の機能——生権力の視点から」, 武蔵野大学通信教育部人間学研究科人間学専攻, (修士論文).
- 加藤陸美, 2017, 「健康日本21への想い」, 健康日本21推進全国連絡協議会, 『健康日本21推進全国連絡協議会13年のあゆみ』, (2019年7月27日取得, http://www.kenkounippon21.gr.jp/pdf/kenounippon21_13th.pdf).
- 川喜田愛郎, [1977] 1998, 『近代医学の史的基盤 上』, 岩波書店.
- 健康日本21, (2018年8月12日取得, <http://www.kenkounippon21.gr.jp/index.html>).
- 児玉聡, 2015, 「公衆衛生倫理学とは何か」, 赤林朗・児玉聡編『入門・医療倫理Ⅲ公衆衛生倫理』勁草書房, 11-24.
- 児玉聡, 2019, 「公衆衛生における実践倫理——公衆衛生の倫理学とその諸課題」, 『公衆衛生』, 83 (3): 172-6.
- 小風暁監修, 2018, 「公衆衛生と健康の概念」, 石川雅俊, 今村智明, 大磯義一郎, 他監修, 『公衆衛生がみえる 2018-2019』メディックメディア, 2-9.
- 厚生労働省, 2014, 「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」(2019年7月28日取得, https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf).
- 厚生労働省, 2018a, 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 改訂平成30年3月」, (2019年4月14日取得, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>).
- 厚生労働省, 2018b, 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 平成30年3月 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」, (2019年4月4日取得, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf).
- 厚生労働省, 2019, 「健康寿命のあり方に関する有識者研究会報告書」, (2019年7月28日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000495323.pdf>).
- 前田正一, 2015, 「公衆衛生活動と法」, 赤林朗・児玉聡編『入門・医療倫理Ⅲ公衆衛生倫理』勁草書房, 91-112.
- 松田文彦, 2012, 「ながはま0次予防コホート事業——ヒト生命情報統合研究のモデルケースとして」, 『日本生物学的精神医学会誌』, 23 (3): 217-24.
- Menard, J. F., 2010, "A 'nudge' for public health ethics: libertarian paternalism as a framework for ethical analysis of public health interventions?," *Public Health Ethics*, 3 (3): 229-38.
- ながはま0次予防コホート事業・レビュー委員会報告, 2017, (2019年7月28日取得, <https://www.city.nagahama.lg.jp/cmsfiles/contents/0000002/2886/H29.pdf>).
- 中山健夫編, 2014, 『医療ビッグデータがもたらす社会変革』日経BP社.
- Petersen, A. & Lupton, D., 1996, "The new public health: Health and self in the age of risk," London, Sage Publications, Inc.
- Public Health Leadership Society, 2002, Principles of the Ethical Practice of Public Health Version 2.2, (2019年7月28日取得, https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membersgroups/ethics/ethics_brochure.ashx).
- Rebonato, R., 2014, "A critical assessment of libertarian paternalism," *Journal of Consumer Policy*, 37 (3): 357-96.
- 佐々木洋子・中川輝彦, 2015, 「病者と患者」, 中川輝彦・黒田浩一郎編『〔新版〕現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, 70-95.
- 島内明文, 2015, 「政治哲学の諸理論Ⅱ」, 赤林朗・児玉聡編『入門・医療倫理Ⅲ公衆衛生倫理』勁草書房, 145-75.
- 清水哲郎, 2015, 「事前指示を人生の最終段階に関する意思決定プロセスに活かすために」, 『日本老年医学会雑誌』, 52 (3): 224-31.
- 社会保障審議会医療部会, 2018, 「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の施行について」, (2018年8月12日取得, https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000210423.pdf).
- 高尾将幸, 2010, 「身体と健康をめぐる政治学の現在」, 『スポーツ社会学研究』, 18 (1), 71-82.
- 瀧澤利行, 2009, 「近代日本の公衆衛生・労働衛生思想における体力観」, 『スポーツ社会学研究』, 17 (1): 15-30.
- Thaler, R. H. & Sunstein, C. R., 2008, "Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness," London, Yale University Press. (遠藤真美訳, 2009, 『実践行動経済学——健康, 富, 幸福への聡明な選択』日経BP社.)
- 辻一郎, 2019, 「健康寿命の延伸に向けて——定義と概念の整理、そして関連要因」, 『保健師ジャーナル』, 75 (7): 552-8.
- 八木晃介, 2016, 『健康幻想の社会学——社会の医療化と生命権』批評社.
- Yale News 2015, "C-E.A. Winslow, who launched public health at Yale a century ago, still influential today," (2019年7月26日取得, <https://news.yale.edu/2015/06/02/public-health-giant-c-ea-winslow-who-launched-public-health-yale-century-ago-still-influe>).
- 横田恵子, 2017, 「健康イデオロギーの時代を生きる——健康長寿の促進が不可視化する女性的な知と実践」, 『女性学評論』, 31: 155-70.
- 全国老人福祉施設協議会, 2015, 「看取り介護指針・説明支援ツール」, (2019年11月24日取得, <file:///C:/Users/kore1/Downloads/mitori->

kaigo-shishin.pdf).

Modern Public Health: Healthy Life Expectancy and End of Life

KASHIWAZAKI Ikuko

Abstract:

Conventional discussions on public health ethics have been based on the perspective that public health acts on individuals through the public, and the public and individuals are in conflict. However, modern Japanese public health began to use a new strategy by advocating two norms: healthy life expectancy and end of life. In order to reveal the new public health strategies, this paper studies the current laws on healthy life expectancy and end of life, as well as cases of big data and libertarian paternalism in public health. The results find that the new strategy “encourages” individuals to avoid conflict between individuals and the public, and the norm of end of life acts as behind-the-scenes regulations of healthy life expectancy. In conclusion, the convergence of individuals and the public is in progress, thus in modern public health, it is necessary to have a new perspective that individuals and the public are no longer in conflict.

Keywords: public health, healthy life expectancy, end of life, regulation strategy

あたらしい公衆衛生 ——健康寿命と人生の最終段階——

柏崎 郁子

要旨：

従来の公衆衛生倫理に関する議論では、公衆衛生は集団を経由し個人に作用するという見解や、公共と個人は対立するものとする見解が前提となってきた。しかし、現代日本の公衆衛生は、「健康寿命」と「人生の最終段階」という二つの規範と出会うことであらたな戦略を用いるようになってきている。そこで本稿は、「健康寿命」と「人生の最終段階」に関する現行法と、公衆衛生におけるビッグデータやリバタリアン・パターナリズムの事例をもとにあらたな公衆衛生の戦略について分析した。結果、現代では個と公共が対立しないよう個人に「促す」戦略が用いられていること、「人生の最終段階」という規範は、「健康寿命」の裏面として調整の戦略に作用していることが明らかになった。結論として、個と公共は一つに収斂する事態が進行していること、現代の公衆衛生では、個人と公共はもはや対立していないというあらたな視点が必要であることを示した。

