

N
ボックス

五訂 公衆衛生学

編著

中村信也・後藤政幸

共著

飯坂真司・大江 武・荻本逸郎・清原康介
田口良子・林原好美・八木典子

建帛社

KENPAKUSHA

平成14年4月から、従来「複雑又は困難な業務」としか記されていない管理栄養士の業務が、「傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導、並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別な配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者」にあらためられた。そしてこれをもとに管理栄養士、栄養士養成施設のカリキュラムの改正及び管理栄養士国家試験出題基準が定められた。新カリキュラムによると従来、公衆衛生学として授業されていた項目がなくなり、管理栄養士養成施設では、『社会・環境（人間や生活）と健康』、栄養士養成施設では『社会生活と健康』となった。

すなわち『社会・環境と健康』では教育目標が「人間や生活についての理解を深めるとともに、社会や環境が人間の健康をどう規定し左右するか、あるいは、人間の健康を保持増進するための社会や環境はどうあるべきか等社会や環境と健康の関わりについて理解する。」とあり、①人間や生活を生態系に位置付けて理解する。②人間の行動特性とその基本的メカニズムを理解する。③社会や環境と健康との関係を理解するとともに、社会や環境の変化が健康に与える影響を理解する。④健康の概念、健康増進や疾病予防の考え方やその取り組みについて理解する。⑤健康情報の利用方法、情報管理や情報処理について理解する。⑥保健・医療・福祉・介護システムの概要を理解する。となっている。

また『社会生活と健康』では「社会や環境と健康との関係を理解するとともに、保健・医療・福祉・介護システムの概要について修得する。公衆衛生学、社会福祉概論を含むものとする。」となっている。

しかし管理栄養士国家試験出題基準をみると、健康の定義から始まって、その内容は従来の公衆衛生学とあまり変わっていない。ただ順番が違っていたり、内容に若干のズレがあったりしている。

従って本書は従来の体系は維持しながらも、できるだけ忠実に管理栄養士国家試験出題基準に沿うように心がけた。

新しい管理栄養士養成施設のカリキュラムが始まって平成18年第

1回目の卒業生を迎え、国家試験も従来とは異なったものが出題された。その合格者は同年5月に発表されたが、合格した者、不合格だった者、それぞれ悲喜こもごもである。また昨年から養成校別に合格者数、合格率が発表されたので、学校にとっても同じである。こうした状況が来年以降も続くであろう。我々は希望者が全員、試験に合格できることを祈るとともに本書が少しでも試験に役立てば幸いである。

平成19年3月

苦米地孝之助

五訂にあたって

2002（平成14）年度に管理栄養士国家試験の出題基準の大幅な変更があり、その後も小幅な改定がなされてきた。改定初期には中項目の変更を中心になされてきたが、しだいに10分野の中でも「応用問題」を増加させることに重点が移ってきている。

2020（令和2）年度から実施される、第34回国家試験へ向けた出題基準の改定では、全問題数に変化はなく、「応用問題」が20問から30問に大幅増加され、その分、各分野は1～2問削減された。これは、理論的な事柄よりも臨床を重視し、現場で役立つ人材を育成するという意図に基づくものと考えられる。

公衆衛生分野である「社会・環境と健康」領域においても16問に減じる一方で応用問題は4問となった。これに対応すべく、今回の本書の改訂に当たっては、新出題基準に示された項目の変更に対応することと併せ、実地・臨床的な内容の充実を念頭に置き、実践現場でより能力を発揮できる、新時代にふさわしい記述を目指した。

令和2年3月

編者を代表して 中村 信也

第1章

公衆衛生の意義 1

1. 健康の概念 1
 1. 1 健康の定義 1
 1. 2 健康づくりと健康管理 2
2. 公衆衛生の概念 3
 2. 1 公衆衛生の定義と目標 3
 2. 2 公衆衛生と予防医学 4
 2. 3 プライマリーヘルスケアとヘルスプロモーション
..... 5
 2. 4 公衆衛生活動の進め方 6
3. 社会的公正と健康格差の是正 8
 3. 1 社会的公正の概念 8
 3. 2 健康格差 9

第2章

環境と健康 10

1. 生態系と人々の生活 10
 1. 1 生態系と環境の保全 10
 1. 2 地球規模の環境問題 11
2. 環境汚染と健康影響 16
 2. 1 環境汚染 16
 2. 2 公害 23
3. 環境衛生 25
 3. 1 気候・季節 25
 3. 2 空 気 26
 3. 3 温 熱 27
 3. 4 放 射 線 27
 3. 5 上水道と下水道 29
 3. 6 廃棄物処理 31
 3. 7 建築物衛生 33

第3章

保健統計 34

1. 保健統計の概要 34
2. 保健統計調査 34
3. 人口静態統計 36
 3. 1 人口静態統計（国勢調査）の概要 36
 3. 2 世界の人口の推移 36
 3. 3 日本の人口の推移と人口指標 37
 3. 4 人口ピラミッド 39
4. 人口動態統計 40
 4. 1 人口動態統計の概要 40
 4. 2 出 生 40

4. 3	死 亡	40
4. 4	死因統計	41
4. 5	死産, 乳児死亡, 周産期死亡, 妊産婦死亡	41
4. 6	婚姻と離婚	42
5.	生命表と平均余命	43
6.	傷病統計	44
6. 1	患者調査と受療行動調査	44
6. 2	国民生活基礎調査	45
6. 3	その他の傷病統計	45
7.	その他の保健統計	46
7. 1	国民健康・栄養調査	46
7. 2	県民栄養調査	46
7. 3	学校保健統計調査	47
7. 4	食料需給表	47
	健康状態・疾病の測定と評価	48
1.	疫学概念	48
1. 1	疫学の定義	48
1. 2	疫学の対象と領域	48
2.	疫学の指標	49
2. 1	疫学の基本指標	49
2. 2	曝露効果の指標	51
3.	疫学の方法	52
3. 1	疫学の研究デザイン	52
3. 2	観察研究	52
3. 3	介入研究	55
4.	バイアス, 交絡の制御と因果関係の判定	57
4. 1	疫学研究における誤差	57
4. 2	疫学研究における因果関係	59
5.	スクリーニング	60
5. 1	スクリーニングの目的と適用条件	60
5. 2	スクリーニングの有効性と的中度の指標	61
6.	根拠(エビデンス)に基づいた医療(EBM) および保健対策(EBPH)	63
6. 1	根拠に基づいた医療 (EBM: Evidence-based medicine)	63
6. 2	システマティックレビューとメタアナリシス	64
6. 3	診療ガイドライン	65
6. 4	根拠に基づいた保健対策	65

第4章

7. 疫学研究と倫理	66
7. 1 ヘルシンキ宣言	66
7. 2 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針	66
7. 3 インフォームドコンセント	66
7. 4 利益相反	67
7. 5 倫理審査委員会	67
7. 6 臨床研究法	67
生活習慣の現状と対策	68
1. 生活習慣病	68
1. 1 生活習慣病の概念とその背景	68
1. 2 生活習慣病対策	70
1. 3 食事・栄養摂取と生活習慣病	71
1. 4 食事・栄養改善施策	73
2. 身体活動	75
2. 1 身体活動の現状	75
2. 2 身体活動の健康影響	76
2. 3 運動の普及促進のための施策	76
3. 喫煙	78
3. 1 たばこ	78
3. 2 喫煙の現状	79
3. 3 喫煙の健康影響	80
3. 4 禁煙サポート	82
3. 5 喫煙防止	83
3. 6 受動喫煙防止	83
3. 7 たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約	84
4. 飲酒	84
4. 1 飲酒の生体影響	84
4. 2 アルコール関連疾患	85
4. 3 飲酒の現状	86
4. 4 アルコール対策	87
4. 5 国際的なアルコール対策	88
5. 睡眠・休養とストレス	89
5. 1 疲労と休養	89
5. 2 ストレス	89
5. 3 ストレス性疾患の予防対策	89
6. 歯科保健行動	91
6. 1 歯の健康の現状	91
6. 2 う歯および歯周疾患	92

第6章

6. 3	歯の健康と食生活	92
6. 4	歯科保健活動	93
6. 5	歯科保健対策	93
	主要疾患の疫学と予防対策	95
1.	主要部位のがん（悪性新生物）	95
1. 1	悪性新生物の疫学と動向	95
1. 2	政策的がん対策	96
2.	循環器疾患	99
2. 1	高血圧	99
2. 2	脳血管疾患	100
2. 3	心疾患	101
3.	代謝疾患	103
3. 1	肥満	103
3. 2	糖尿病	105
3. 3	脂質異常症	106
4.	骨・関節疾患	107
4. 1	骨粗鬆症	107
4. 2	骨折	108
4. 3	変形性関節症, 変形性脊椎症	108
4. 4	ロコモティブシンドローム (運動器症候群)	109
5.	感染症	109
5. 1	感染症法	109
5. 2	感染症発生動向システム	109
5. 3	主要な感染症	110
5. 4	検疫と予防接種	116
6.	精神疾患	116
6. 1	精神障害者とその現状	116
6. 2	主要な精神疾患	117
6. 3	精神保健対策	118
6. 4	精神保健福祉対策	120
7.	その他の疾患	121
7. 1	CKD (慢性腎臓病)	121
7. 2	呼吸器疾患; COPD (慢性閉塞性肺疾患)	122
7. 3	認知症	123
8.	高齢期の疾患・機能障害 (低栄養, フレイル)	124
8. 1	高齢期の特徴と老年症候群	124
8. 2	フレイル, サルコペニア	124

第7章

8. 3	低栄養, 低栄養のスクリーニング	125
9.	自殺, 不慮の事故, 虐待・暴力	127
9. 1	自殺	127
9. 2	不慮の事故	129
9. 3	虐待・暴力	130
	保健・医療・福祉・介護の制度	134
1.	社会保障	134
1. 1	社会保障の考え方と歴史	134
1. 2	公衆衛生と社会保障	135
2.	保健・医療・福祉における行政の仕組み	135
2. 1	国の役割と法律	135
2. 2	保健(衛生)法規の定義とその内容	136
2. 3	地方自治の仕組み; 地方自治法	137
2. 4	都道府県の役割	137
2. 5	市町村の役割	138
3.	医療制度	138
3. 1	医療保険制度	138
3. 2	医療施設	140
3. 3	医療従事者	140
3. 4	医療費	142
3. 5	医療法と医療計画	144
4.	福祉制度	145
4. 1	社会福祉	145
4. 2	社会福祉施設	146
4. 3	障害者福祉	147
4. 4	障害者福祉施設(障害者福祉サービス)	149
4. 5	在宅ケア, 訪問看護	149
4. 6	福祉関係法規	152
5.	地域保健	153
5. 1	地域保健活動の概要	153
5. 2	地域保健法	153
5. 3	保健所と従事者	154
5. 4	市町村保健センターと従事者	155
5. 5	地域における資源と連携	155
5. 6	地域における健康危機管理; 自然災害, 感染症, 食中毒	157
6.	母子保健	158
6. 1	母子保健の概要	158
6. 2	母子保健法	161
6. 3	母子健康手帳	161

6. 4	乳幼児健康診査	161
6. 5	新生児マスクリーニング	162
6. 6	健やか親子21 (第2次)	163
6. 7	少子化対策; 子ども・子育て支援新制度	164
6. 8	育児指導と児童虐待防止	166
7.	成人保健	169
7. 1	生活習慣病の発症予防と重症化予防	169
7. 2	食事の変遷と生活習慣病	170
7. 3	特定健康診査, 特定保健指導	173
7. 4	高齢者の医療の確保に関する法律	174
8.	高齢者保健・介護	175
8. 1	高齢者の保健・介護	175
8. 2	介護保険法	177
8. 3	介護予防	178
8. 4	要介護認定とケアマネジメント	180
8. 5	地域包括支援センター	187
8. 6	介護保険施設	187
8. 7	地域包括ケアシステム	189
9.	産業保健	190
9. 1	労働と健康	190
9. 2	労働安全衛生法	190
9. 3	労働安全衛生対策	191
9. 4	安全衛生管理体制と産業保健従事者	194
9. 5	職業と健康障害	194
9. 6	メンタルヘルス, 過労死対策	199
10.	学校保健	199
10. 1	学校保健の概要	199
10. 2	学齢期の体格・体力	200
10. 3	学齢期の健康状態	200
10. 4	学校保健安全法	202
10. 5	学校保健安全対策	202
11.	国際保健	209
11. 1	世界規模の健康問題	209
11. 2	国際協力	210
11. 3	国際協力の機関	213
付 録		220
1.	食生活指針	220
2.	公害関係基準表 (抜粋)	221
索 引		225

公衆衛生の意義

公衆衛生は、地域住民の健康を保持・増進させるため、それぞれの集団組織によって営まれる組織的な衛生活動である。この章では、まず健康の定義、健康の概念、公衆衛生の概念を理解する。次に具体的な健康づくりや健康管理の内容について、健康の各段階や集団の特性における予防方法の知識を学ぶ。

1. 健康の概念

1.1 健康の定義

人間は誰でも健康でありたいと思っている。健康が阻害されれば仕事、家事、学業などの日常生活に直ちに影響が出てくるからである。つまり人生を快適に過ごすためにはまず健康でなければならない。それでは**健康**とは何か。これについてはWHO(世界保健機関)がその憲章の前文に次のように定義している。

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

「健康とは肉体的、精神的および社会的に完全に良い状態にあることであり、単に疾病または虚弱ではないということではない」と訳す。

しかも、以下のように続けて述べている。

「及ぶ限り最高の健康水準を享受することは人種、宗教、政治的信条、経済的あるいは社会的状態のいかんを問わず、すべての人間の基本的権利である」

確かにWHOの考え方はまさに健康の理想像ともいえるであろう。しかし、実際問題として肉体的、精神的はもちろん社会的にも完全によい状態を保つことは何人にとっても容易なことではない。

WHOはその後“2000年までにすべての人々に健康を”のスローガンのもと、1978(昭和53)年9月12日カザフスタン共和国の当時の首都で出されたアルマタ宣言で**プライマリーヘルスケア**の概念を導入した。その中で健康については、以下のように示している。

「健康とは各人の年齢に応じて、かつ環境に内在する経済的条件において到達可能な高度の身体的、精神的並びに社会的安寧である」

つまり、子どもには子どもなりの、高齢者には高齢者なりの健康があり、しかも経済的に許される範囲内で最高の健康を保つことができればそれでよいとした。

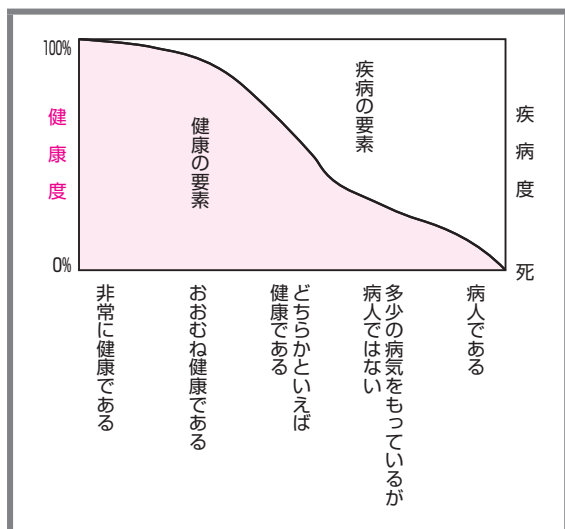


図1-1 健康と疾病の関係

段階がある（図1-1）。非常に健康な人、おおむね健康な人（健康人）、体力が落ちたり、風邪を引きやすいという傾向があるがどちらかといえば健康である人（半健康人）、多少の病気はもっているが病人には至ってない人（半病人）、そして病院に入院しているか、自宅で寝たきりになっている人（病人）などがあり、最後には死に至る過程が存在する。このプロセスは順を追って一方的に進むのではなく、入院していた者が回復して元気になったり、感染症や事故などで一夜にして健康人が病人に変わることもありえる。したがって健康をあまり狭く解釈せず、できるだけ幅広く考えるほうが現実的である。

例えば、高血圧症の患者でも食事療法や降圧剤の使用により、ある程度血圧がコントロールされていて、日常生活に支障がなければ健康人の範囲に含める。つまり一病息災あるいは病気と共存するという考えが近年とり入れられるようになってきた。

1.2 健康づくりと健康管理

健康づくりは健康増進という語が当てられるが、疾病予防よりは広い概念といえる。1986（昭和61）年、WHOはオタワ宣言でヘルスプロモーションの推進を掲げたが、このときに世界的に健康増進の概念が生じたとみてよい。しかし、日本では、それ以前の1978（昭和53）年から10年間毎に「国民健康づくり対策」が実施されていた。その過程と健康管理について述べてみる。

第1次国民健康づくり対策（1978～1988年）、テーマ「生涯を通じての健康づくり」

重点項目は、健康増進の推進、市町村保健センターの設置、健康づくり三大要素を栄養・運動・休養として推進、食生活指針の発表などであった。

なお、“**安寧 (well-being)**”とは穏やかで平和なことを意味するが、要するに自分自身の**生活の質 (QOL ; quality of life)**がうまく保たれ、生きがいをもって日常生活が送れる状態であればよいということであろう。

さらにWHOは1986（昭和61）年カナダの首都オタワで開催された国際会議において、ヘルスプロモーションが健康のカギであるとする、いわゆるオタワ憲章を採択した。

その中で「健康は生きる目的ではなく毎日の生活の資源である。健康は身体的な能力であると同時に社会的、個人的資源である」と定義している。

一般に健康と疾病との間にはいくつかの

第2次国民健康づくり対策（1989～1999年）、テーマ「アクティブ80ヘルスプラン」

重点項目は運動の推進で、健康運動指導士・健康運動実践指導者の育成、健康増進施設の認定制度開始、健康科学センターの整備推進、運動指針・休養指針発表、成人病の生活習慣病への改称などが実施された。

第3次国民健康づくり対策（2000～2012年）、テーマ「21世紀における国民健康づくり」

重点項目は**健康日本21**の下で、健康増進法の制定、健康づくり五大要素（栄養・運動・休養・禁煙・適正飲酒）の目標数値設定と市町村単位での実行、睡眠指針発表などであった。

第4次国民健康づくり対策（2013～2022年）、テーマ「健康日本21（第2次）」

重点項目は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病、COPD）の発症と重症化予防、社会生活の維持、社会環境整備、日常生活態度の改善である。

2. 公衆衛生の概念

2.1 公衆衛生の定義と目標

公衆衛生の定義として最も広く用いられているのはウインスロー（Winslow, C. E.A.）が1920（大正9）年に発表した次のものである。

「公衆衛生とは地域社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学であり、技術である」

個人が健康を保持・増進させるには、まず自らの努力によって達成することが原則であるが、人間の生活が集団化し、各個人が社会の中で相互に依存するような現代社会においては、病気の予防や健康の保持・増進は個人の努力だけでは不完全であり、社会全体の組織的活動によってはじめて実現できると考えられる。

人間の集団には国、都道府県、市町村といった地域の枠組による集団や、学校、事業所といった社会的枠組による集団がある。これらの集団には構成員の特徴や生活環境の特殊性があるが、公衆衛生の目的は、人間集団の健康の保持・増進にあるので、これらの集団が組織として構成員のために努力することが必要であると考えられる。

また、ウインスローの定義中の健康には肉体的健康と精神的健康の2つしか含まないが、WHOではこのほかに社会的健康を含める。したがってウインスローの定義にさらに社会的健康を含めたほうがよいとする考え方もあり、近年は日本でも自殺や交通事故死などが公衆衛生上の問題としてとり上げられるようになってきた。

なお、**日本国憲法第25条**には次のように記されている。

「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」

憲法は戦後すぐに制定されたが、当時は社会保障や社会福祉の考え方がまだ定まっ

ていなかった。その後、日本の社会保障制度が具体化されるのに伴い、社会福祉や公衆衛生は社会保障の一環として認識されるようになった。すなわち1962（昭和37）年に国の社会保障審議会において、社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告を行った。その中で国民を3つの階層に分け、貧困階層に対しては、生活保護などの公的扶助を、低所得層に対しては社会福祉を、一般階層に対しては社会保険を、そして全階層に共通するものとして公衆衛生が対応すべきであると位置づけた。さらに2000（平成12）年には同じ審議会で、新しい世紀に向けた社会保障という意見書を発表した。それによると、

「公衆衛生は国民全体を集合的な受益者である施策」とする一方、社会福祉、社会保障は、「個人または世帯に現金または現物を給付する制度」であるとされた。これが現在の考え方となっている。

このように公衆衛生は、健康面ですべての国民を対象とするが、実際には年齢、性、職業、あるいは疾病により、それぞれ異なった対策が必要となる。例えば、母性、乳児、幼児の健康保持・増進のためには対象に応じた保健指導、健康診査、医療などを総合的に行わなければならないし、老後の健康保持や医療の確保のためには、予防、治療、機能訓練についての保健事業が必要となる。

このため母子保健法、老人保健法（現 高齢者の医療の確保に関する法律）といった法律が制定され、国、都道府県、市町村を通じた一丸となった対策が行われてきた。同じように、小・中・高・大学の児童・生徒、学生などの健康保持のためには学校保健安全法、労働者の安全と健康の確保のためには労働安全衛生法が、さらに感染症の発生予防やまん延を防止するためには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が、飲食物による衛生上の危害防止のためには食品衛生法が、精神障害者の医療・保護・発生予防および精神的健康の保持・増進のためには精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が制定されている。

つまり憲法に規定されている公衆衛生の目標を達成するため、具体的には各種の法律を中心にした、いろいろな対策が講じられているといってもよいだろう。

近年、公衆衛生は単独で事業するだけでなく社会福祉との協調連携が必要とされるようになり、寝たきりの高齢者や精神障害者に対する保健と福祉の一体的な活動が進められる一方、行政機関でもこれに対応して都道府県の保健福祉部局、第一線機関である保健所と福祉事務所とを総合した保健福祉センターの設置などが行われている。

2.2 公衆衛生と予防医学

健康から疾病そして死に至るまでの間、それぞれの段階に応じて公衆衛生活動が必要となる。一般にこの段階を5つに分け、① 健康増進、② 疾病予防、③ 早期発見・早期治療、④ 治療（障害の軽減）、および⑤ 機能回復（リハビリテーション）・再発防止などの活動が必要と考えられており、これらを総合したものを**総合保健**または**包**

括医療とよんでいる。

このうち健康増進と疾病予防を含めて**1次予防**、早期発見・早期治療を**2次予防**、治療と機能の維持、回復を含めて**3次予防**とよんでいる。そして公衆衛生活動は従来主として1次および2次予防を中心に行っていたが、近年は社会福祉と連携しながら3次予防、特に機能回復訓練についても力を入れるようになってきた。

まず1次予防であるが、基本的にバランスのよい食生活、身体を十分に動かすこと、適度な休養と睡眠をとること、そしてストレス予防など、栄養・運動・休養を中心に健康増進が実施されている。また感染症予防のための予防接種、海外からの感染症を防ぐための検疫、食中毒を予防するための食品の監視、安全な水を供給するための水質検査、公害を防止するための環境基準の設定など、疾病予防に万全を期している。

さらに生活習慣病についても、食塩の過剰摂取が高血圧の、脂肪特に動物性脂肪の摂取が虚血性心疾患の、喫煙が肺がん・気管支がんの、過度の飲酒が肝疾患のリスクファクターであることなどの注意をよびかけており、特に1次予防が健康づくりの重点施策となっている。

2次予防である早期発見・早期治療は健康診査によって行われる。健康診査には個人が医療機関に行って検査を受けるものと、集団として委託医療機関、保健所、市町村保健センターあるいは健診車などで検査を行う方法の2つがある。このうち、公衆衛生活動として行われているものは主として後者の集団健診であり、日本では以前から特に重視され実施されている方法である。すなわち、母子保健では妊婦、乳児、学校保健では児童・生徒、学生、労働衛生では労働者、老人保健では40歳以上の者を対象に集団健診が行われており、先天性代謝異常児が発見されたり、早期がんがみづかり治療によって完全に回復したりといった効果が出ている。

3次予防のうち、治療は一般に医療機関で行われるが、公衆衛生の面からは、結核医療のように患者を登録して治療を中断させないようにしたり、必要な医療費を公費で負担したりしている。

最後の機能回復は、脳卒中の後遺症や事故などで寝たきりになった者に、リハビリテーションを行い少しでも日常生活を改善し、社会に復帰させようとするものである。

以上の総合保健を各段階で行うことにより、目標である健康で文化的な最低限度の生活を国民に送ってもらうことが公衆衛生の目的であるといえる。

2.3 プライマリーヘルスケアとヘルスプロモーション

1978（昭和53）年に採択されたアルマアタ宣言によると**プライマリーヘルスケア**とは「自助と自決の精神ののっとり、地域社会または国が、開発の程度に応じて負担可能な範囲内で、地域社会の個人または家庭の十分な参加によって、実用的、科学的かつ社会的に受け入れられる手段と技術に基づいた欠くことのできない保健サービスである」と定義している。そしてプライマリーヘルスケアは健康増進、予防、治療、リハビリテーションなどのサービスの実施など地域社会における主要な保健問題を対