

か 1%であり、その財源も元々は大半が政府由来である。しかし、アメリカなど他国の例からみても、民間セクターがグローバル・ヘルスにおいてかなりの資金的、技術的貢献をできることは明らかである。そこで、われわれは日本の民間セクター（たとえば官民パートナーシップ、NGO、企業、財団）で眠っている資金と専門性を動員することを提案する。

これらの資源が日本に存在することは明らかである。例えば日本ユニセフ協会は、各国にあるユニセフ国内委員会の中でも最も多額の貢献をしている委員会の1つで、2009年には2.19億ドルが集められ、そのうち1.77億ドルがユニセフに寄付された(49)。大企業もグローバル・ヘルスの分野で積極的な活動を開始しており、例えば住友化学(株)はタンザニアとエチオピアの企業に長期残効型蚊帳(殺虫剤の効果が長期的に持続する蚊帳)の製造技術を供与し、その結果、年間2900万帳の蚊帳が生産されている(パネル1)(50, 51)。日本の民間投資家の台頭も注目すべきで、予防接種のための国際金融ファシリティ(IFFim)が2008年から販売したワクチン債の約半分である15億ドル分は日本人投資家が購入したものである(53)。

このような革新的な民間のグローバル・ヘルス・イニシアティブがさらに促進され、維持されていかなければならない。例えば、日本の財団は主に文化・芸術活動の支援を中心としているが、グローバル・ヘルス分野においてもさらに直接関与していくべきである。しかしながら残念なことに、昨今、日本社会には国際問題に対する幅広い関心が欠けており、また、民間セクターが活性

化するための十分なインセンティブや条件が整っていないことも障害となり、グローバル・ヘルス分野における民間セクターの積極的な参加が阻まれている。最も顕著な例は、民間セクターの成長を促進するための具体的且つ効果的な制度である税額控除資格を、財務省が市民団体に与えることを拒んでいることである(16)。一方でよい動きもいくつかあり、今年、国会は非営利団体設立を推進する法案を通過させ、特に東日本大震災後、復興の取組みを行なう非営利団体などについて、最大控除額を引き上げた(54)。この新しい法案は日本で寄付文化と慈善事業醸成のための推進力となるだろう。しかし、これに加えてわれわれは、民間イニシアティブへの資金投入を奨励する制度も制定するよう強く要請したい。また、効果的なメディアやキャンペーンを通じて、国民にグローバル・ヘルスについての周知を広めることも必要である。

研究能力とグローバル・ヘルス分野におけるリーダーシップ

国内及び対外保健政策に関する厳密な科学的評価がなされていないことは、日本の経験や知識をグローバル・ヘルスに効果的に活用しようとする際の障害となっている。実際、本『ランセット』日本特集号は、日本の国内及びグローバル・ヘルス政策を科学的手法を用いて議論、評価する初めての機会であった。日本が有する保健医療の専門性をグローバル・ヘルスに移転し、活用していくためには、今回のような取組みが今後も維持されていかななくてはならない。

しかし、そのためには、日本は政府内外におけるグローバル・ヘルスに関する研究

能力を大幅に強化する必要がある。現在、グローバル・ヘルス専門家数が絶対的に少ないこともあり、JICAや他の関係省庁には技術官僚が足りていない。また、政府外でもグローバル・ヘルスの研究に積極的に取り組んでいる日本の大学は一握りしかない。これまでの代表的な試みとして挙げられる、アジア、アフリカ諸国で共同研究所を設立するという文部科学省の「感染症研究国際ネットワーク推進プログラム」などは重要な試みであるが、日本のNGOや企業は依然としてグローバル・ヘルスの研究、教育にあまり関与していないことから、さらなる協力と取り組みが必要である。

科学的厳密さと客観性を確保しつつ日本の研究能力を強化するためには、2つの取り組みが必要となる。まず最初に、日本はグローバル・ヘルスの人材育成を優先しなければならない。これは大学でグローバル・ヘルス政策人材養成事業を展開したり、国連、JICA、NGO、科学関連企業のポストを通じて国内の保健専門家をグローバル・ヘルスの分野に動員することである。2つ目に、保健政策に関する独立した評価が必須である。日本では、歴史的に政策評価があまりなされてこなかったために、実現すれば日本のグローバル・ヘルスの取り組みによい影響を及ぼすだけでなく、国内の保健改革にも役立つであろう。そのためには、学術専門家に対する資金提供を増加させ、彼らの意見にこれまで以上に耳を傾けるべきである。また、保健医療の分野で独立した民間機関として、公平で権威あるアドバイスをアメリカ政府や民間セクターに提供している米国医学研究所（Institute of Medicine）のような、外部の専門機関を設

立することも提案したい（55）。

E. 結論

アジアでの日本の貢献

グローバル・ヘルス・コミュニティが国民皆保険に向けて進み始める中、アジアほど援助が必要な地域はない。日本とアジアは歴史的、地政学的、経済的背景を共有していることから、日本はアジアを援助するには最適の立場にある（3）。中所得国の国が、国民皆保険に向けて大きな進展をした注目すべき事例もいくつかある。例えばタイでは国民皆保険を2001年に導入したが、2007年までに人口の97.7%がカバーされるようになった（2）。しかし、これとは対照的に、他のアジア諸国では被保険者の保険カバー率は低く、特にインドでは人口の5.7%、バングラデシュは0.4%、ネパールは0.1%といった低さである（56）。これらのアジア諸国は持続可能な保健財政と保険制度を見つける必要があるが、日本は1960年代に中所得国として保健医療の改善に取り組んだ知識と経験をもって、政策方針と開発におけるリーダーシップを発揮すべきである。

また、日本はアジアにおけるグローバル・ヘルス目標を実現するため、さまざまな地域フォーラムにおいてリーダーシップを担うべきである。例えば、日本はこれまでも経済協力と世界的課題を扱う地域フォーラムに積極的に関与してきたが、アジア太平洋経済協力会議（APEC）などでは今年から保健医療が優先課題になった（57）。また、日本はアジア欧州会合の調整国であり、主要なドナー国の1つとして同会合のパンデミック・インフルエンザについての

イニシアティブを主導している (58)。この 2 つのフォーラムは、日本が保健医療をさらに大きな地域優先課題にすることができる場といえる。さらに、中国と韓国が主要なドナー国となる中、日本は地域の保健医療改善のためのパートナーとして両国と積極的に協力すべきである。すでに 2007 年に地域での知見共有と援助協力を促進する目的で、日本、中国、韓国の三国保健大臣会合が開催されている。今のところこの会合のアジェンダはパンデミック・インフルエンザと MDGs についての情報共有に留まっているが、今後はグローバル・ヘルスの他の領域にも枠組みを広げていくべきである。

グローバル・ヘルスの未来についての日本のビジョン

政策策定プロセスの改善、資金的コミットメントの増加、民間のイノベーション、グローバル・ヘルスにおけるリーダーシップ、これらにより国内及び世界の人々の健康に関する日本の取組みは一新されることになる。歴史上例を見ない国際的相互依存が進み、保健医療課題が山積する今日、日本はこれ以上行動を遅らせるわけにはいかない。3 月 11 日に発生した東日本大地震、津波、そして原発事故により、日本は壊滅的且つ複雑な緊急事態に直面している。日本にとって今日ほど、世界の団結が必要なことを実感できる時はないであろう。

そんな中、既に頼もしい変化の兆候もある。日本のこの危機的状況を受け、多くの日本の若者が被災者を助けようと熱心に取り組むを行なう姿をわれわれは見てきた。革新的なソーシャルメディアを使い、彼らは情報収集と情報共有を効率よく行ない、プ

ロジェクトのための支援を募り、大規模な募金キャンペーンを始めた。日本でもこのような革新的な試みがグローバル・ヘルスの分野でも徐々に現れ始めており、これらは人間中心の保健システムとガバナンスの発展に寄与するものと信じる (パネル 2)。

しかし、日本だけではグローバル・ヘルスの解決策は見いだせない。日本と同様に、他の多くの国々においても、国民の健康を目指し保健医療革新を続けてきた中で、長年培われてきた数えきれないほどの知見や知識が存在するが、未だそれを世界的に集約し、体系的に評価し、グローバル・ヘルスの取組みに活用するところには至っていない。これは、容認できないことである。この豊富な知識の存在は、ある意味無限の、しかしまだ秘められたままの教訓がそこに眠っているということであり、世界はそれを緊急に必要としている。行動を起こすのは、今である。

引用文献

- 1 Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet* 2010; **376**: 1689–98.
- 2 Garrett L. The challenge of global health. *Foreign Aff* 2007; **86**: 14–38.
- 3 Latko B, Temporão JG, Frenk J, et al. The growing movement for universal health coverage. *Lancet* 2011; **377**: 2161–63.
- 4 WHO. The world health report—health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

- (accessed July 20, 2011).
- 5 Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; **373**: 1993–95.
 - 6 Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med* 2010; **7**: e1000089.
 - 7 UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision. New York, NY: United Nations, 2011.
 - 8 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
 - 9 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
 - 10 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
 - 11 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
 - 12 McCurry J. Japan: the aftermath. *Lancet* 2011; **377**: 1061–62.
 - 13 Ravishankar N, Gubbins P, Cooley R, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet* 2009; **373**: 2113–24.
 - 14 IHME. Development assistance for health estimates 1990–2010 tables. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/record/development-assistance-health-estimates-1990-2010-update> (accessed July 20, 2011).
 - 15 内閣府『「保健医療分野の国際協力に関する特別世論調査」の概要』2010年7月発表, 内閣府ウェブサイト (<http://www8.cao.go.jp/survey/tokubetu/h22/h22-health.pdf>) (2011年07月20日アクセス) .
 - 16 Gilson J, Purvis P. Japan's pursuit of human security: humanitarian agenda or political pragmatism? *Japan Forum* 2003; **15**: 193–207.
 - 17 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Japan's official development assistance charter: revision of Japan's Official Development Assistance Charter (August 2003). <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/reform/charter.html> (accessed July 20, 2011).
 - 18 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Japan's ODA annual report, 1994. <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/summary/index.html> (accessed July 20, 2011).
 - 19 Togo K. Japan's foreign policy, 1945–2009: the quest for a proactive policy. Leiden: Brill, 2010.
 - 20 Okita S. Japan's growing role for development financing. In: Reich M, Marui E, eds. International cooperation for health: problems, prospects, and priorities. Dover: Auburn House Publishing Company,

- 1989.
- 21 Trinidad D. Japan's ODA at the crossroads: disbursement patterns of Japan's development assistance to southeast Asia. *Asian Perspect* 2007; **31**: 95–125.
 - 22 Woods N. Whose aid? Whose influence? China, emerging donors and the silent revolution in development assistance. *Int Aff* 2008; **84**: 1205–21.
 - 23 Konrad C. The Japanese approach: tracks of human security implementation. *Human Security Perspectives* 2006; **1**: 22–38.
 - 24 Commission on Human Security. Human security now. New York, NY: Commission on Human Security, 2003.
 - 25 Japan International Cooperation Agency. Mission statement. <http://www.jica.go.jp/english/about/mission> (accessed July 20, 2011).
 - 26 Arase D. Public-private sector interest coordination in Japan's ODA. *Pacific Affairs* 1994; **67**: 171–99.
 - 27 Kawai M, Takagi S. Japan's official development assistance: recent issues and future directions. *J Int Dev* 2004; **16**: 255–80.
 - 28 Lu C, Schneider M, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray C. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *Lancet* 2010; **375**: 1375–87.
 - 29 Samarasinghe S de A. Japanese and US health assistance to Sri Lanka. In: Reich M, Marui E, eds. International cooperation for health: problems, prospects, and priorities. Dover: Auburn House Publishing Company, 1989.
 - 30 World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009; **373**: 2137–69.
 - 31 JOICEF, HANDS. A study on Japan's global health aid policy: towards the formulation of a new policy. Tokyo: Japanese Organisation for International Cooperation in Family Planning, Health and Development Service, 2010.
 - 32 Kunii O. The Okinawa Infectious Diseases Initiative. *Trends Parasitol* 2007; **23**: 58–62.
 - 33 Japan Anti-Tuberculosis Association. Okinawa Infectious Disease Initiative: summary of mid-term evaluation report, March 2004. <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/evaluation/FY2003/text-pdf/okinawa.pdf> (accessed July 20, 2011).
 - 34 Mori K, Yonemoto K, Takei T, Izazola-Licea J, Gobet B. Estimation of Japanese international financial assistance for HIV/AIDS control for 2003–2007: difficulties and limitations of data collection. *Health Policy* 2010; **94**: 54–60.
 - 35 The World Bank. World development indicators 2010. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2010> (accessed July 20, 2011).
 - 36 Ministry of Foreign Affairs. Japan's ODA white paper 2009: Japan's international cooperation. <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/white/20>

- 09/index.html (accessed July 20, 2011).
- 37 Tokyo International Conference on African Development. About TICAD.
<http://www.ticad.net/archive.shtml>
 (accessed July 20, 2011).
- 38 Fenner F. Nature, nurture and chance: the lives of Frank and Charles Fenner. Canberra: Australian National University Press, 2006.
- 39 Murali MS, Sajjan BS. Dots strategy for control of tuberculosis epidemic. *Indian J Med Sci* 2002; **56**: 16–18.
- 40 Reich M, Takemi K, Roberts M, Hsiao W. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *Lancet* 2008; **371**: 865–69.
- 41 Takemi K, Jimba M, Ishii S, Katsuma Y, Nakamura Y, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution. Human security approach for global health. *Lancet* 2008; **372**: 13–14.
- 42 Kurokawa K, Banno Y, Hara S, Kondo J. Italian G8 Summit: a critical juncture for global health. *Lancet* 2009; **373**: 526–27.
- 43 Reich M, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet* 2009; **373**: 508–15.
- 44 Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. *Lancet* 2007; **370**: 1983–84.
- 45 Macdonald R, Horton R. Global health and the G8—is power just too sweet to share? *Lancet* 2008; **372**: 99–100.
- 46 United Nations. Composition of the Secretariat-Report of the Secretary-General. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/64/352 (accessed July 20, 2011).
- 47 Horton R. Offline: Japan: a mirror for our future. *Lancet* 2010; **376**: 858.
- 48 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Press Conference by Minister of Foreign Affairs Takeaki Matsumoto.
http://www.mofa.go.jp/announce/fm_press/2011/4/0422_01.html (accessed July 20, 2011).
- 49 Japan Committee for UNICEF. Annual report 2009. Tokyo: UNICEF, 2009.
- 50 Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Sumitomo Chemical announces expansion of Olyset net plant in Tanzania.
http://www.gbcimpact.org/itcs_node/2/0/news/2015 (accessed July 20, 2011).
- 51 Sumitomo Chemical. Olyset manufacturing in Africa.
<http://www.olyset.net/olysetnet/manufacturingafrica> (accessed July 20, 2011).
- 52 Sumitomo Chemical. Sumitomo Chemical's CSR.
<http://www.sumitomo-chem.co.jp/english/csr/management> (accessed July 20, 2011).
- 53 GAVI Alliance. GAVI Alliance and IFFIm offer condolences to people of Japan.
<http://www.gavialliance.org/library/news/statements/2011/gavi-alliance-and-iffim-offer-condolences-to-people-of-japan> (accessed July 20, 2011).
- 54 NPOWEB 「新寄付税制、関連法案が衆議院を通過！」 2011年6月発表, NPOWEBウェブサイト (<http://www.npoweb.jp/modules/news1/article.php?storyid=3479>) (2011年07月20日ア

- クセス). なし
- 55 Mori R, Takemi K, Fineberg HV. Science and consensus for health policy making in Japan. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9. 2. 実用新案登録
なし
- 56 ILO. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: International Labour Organization, 2008. 3. その他
- 57 Feinberg R, Cooperation A. APEC as an institution: multilateral governance in the Asia-Pacific. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies, 2003.
- 58 Yamahana I. Japan's new global health policy and ASEM initiative. *Asia Eur J* 2011; **8**: 453–55.

G. 研究発表

1. 論文発表

4. Llano R, et al. Re-invigorating Japan's commitment to global health: challenges and opportunities. *Lancet*. 2011 Oct ;378(9798):1255-64.

2. 学会発表

国際シンポジウム「医療構造改革の課題と展望－3月11日の大災害を超えて21世紀型の新たな皆保険制度－日本の保健システムを再考する」（2011. 9. 1）にて本研究の概要を発表し、ランセット編集部や国際諮問員の専門家と今後の研究方針について意見交換を行った。

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

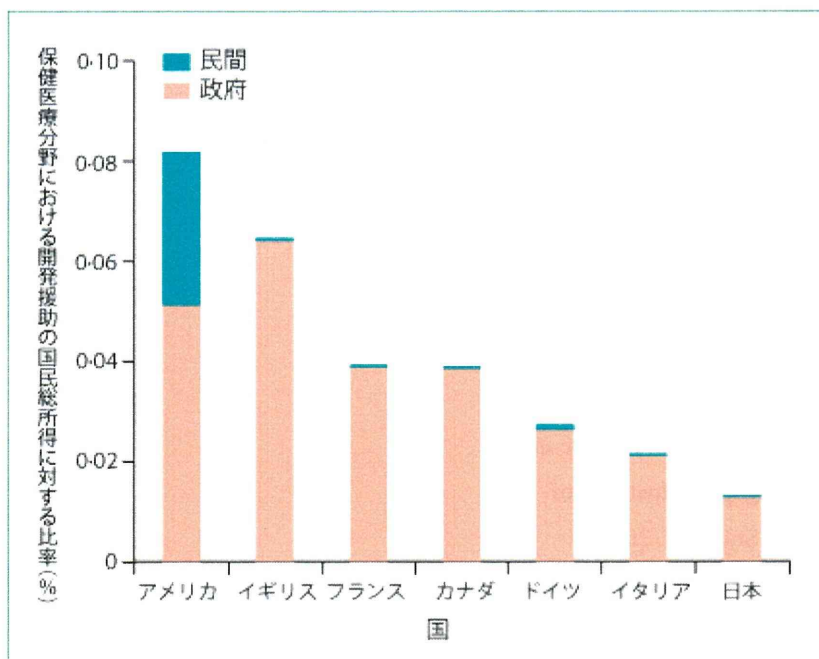


図1 援助形態別の保健医療分野における開発援助の国民所得に対する比率(2008年)^{24, 35}

GNI=国民総所得 (gross national income)

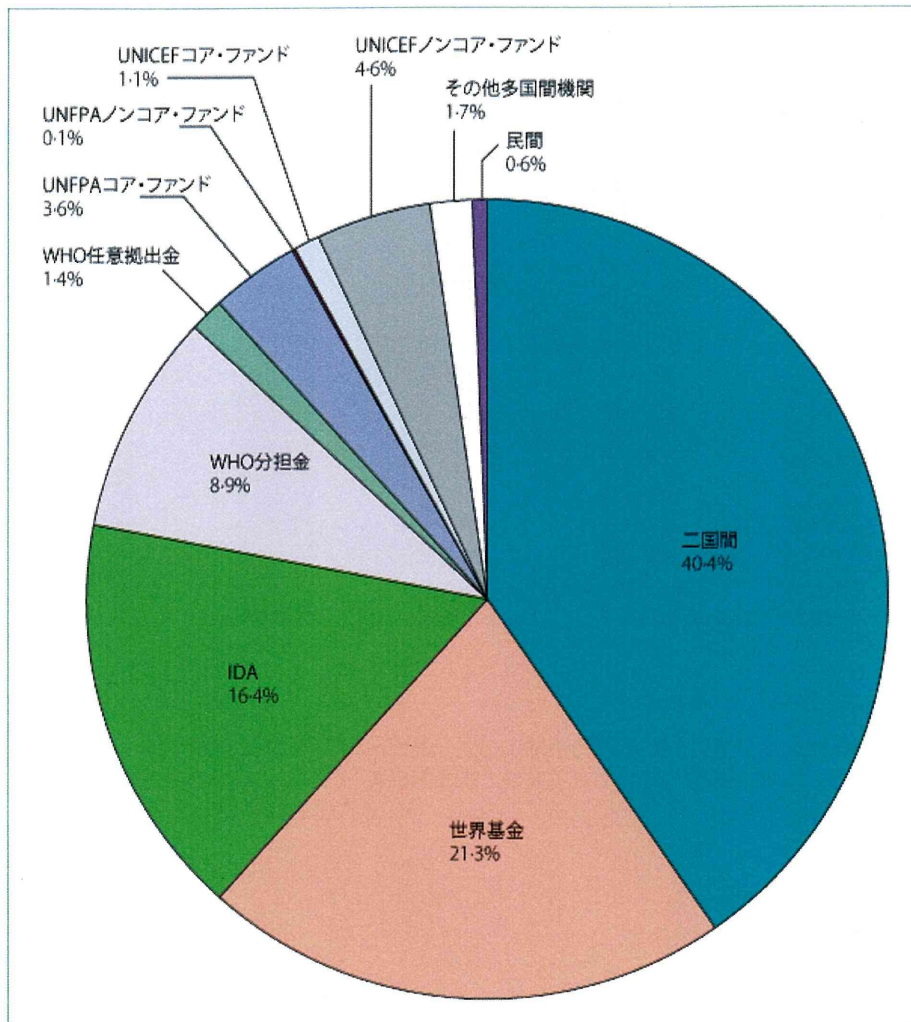


図2 日本の保健医療分野における開発援助の援助形態別内訳(2008年)

出所:外務省,厚生労働省,財務省,文部科学省,国際協力機構,経団連,人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ,沖縄感染症対策イニシアティブに関する外務省/NGO懇談会,2010年(未出版)のデータをもとに作成

UNFPA=国連人口基金(United Nations Population Fund)

IDA=国際開発協会(International Development Association)

世界基金(Global Fund)=世界エイズ・結核・マラリア対策基金(Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)

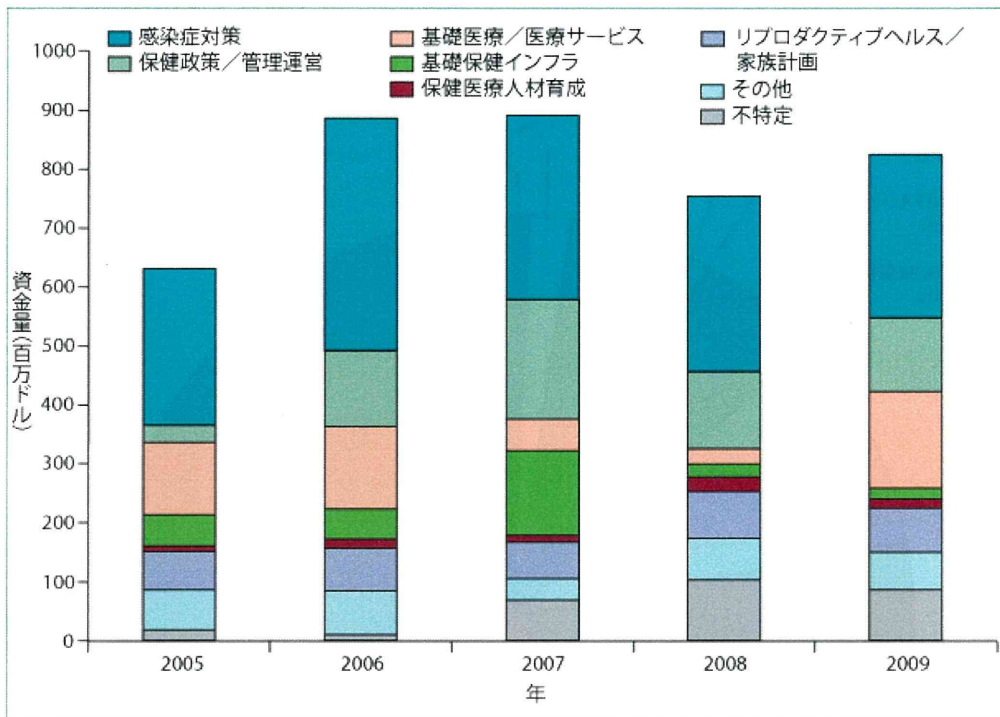


図3 日本の保健医療分野における開発援助の分野別配分(2005年から2009年)

出所:外務省,厚生労働省,財務省,文部科学省,国際協力機構,経団連,人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ,沖縄感染症対策イニシアティブに関する外務省/NGO懇談会,2010年(未出版)のデータをもとに作成

III章

III章 厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
平成23年度 分担研究報告書

我が国の保健指標の改善の要因と保健システム

分担研究者	池田奈由（東京大学大学院国際保健政策学 特任助教）
	渋谷健司（東京大学大学院国際保健政策学 教授）
研究協力者	池田俊也（国際医療福祉大学薬学部 教授）
	磯 博康（大阪大学大学院医学系研究科 教授）
	井上真奈美（国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 室長）
	マジッド・エザティ（英国インペリアルカレッジ 教授）
	片野田耕太（国立がん研究センターがん対策情報センター 研究員）
	近藤直己（山梨大学医学工学総合研究部、講師）
	齋藤英子（東京大学大学院国際保健政策学 大学院生）
	佐藤敏彦（北里大学医学部 教授）
	アンドリュー・スティックリー（東京大学大学院医学系研究科 特任講師）
	祖父江友孝（国立がん研究センターがん対策情報センター 部長）
	津金昌一郎（国立がん研究センター予防研究部 部長）
	野田光彦（国立国際医療研究センター糖尿病研究部 部長）
	藤野善久（産業医科大学 准教授）
	溝上哲也（国立国際医療研究センター国際保健医療研究部 部長）
	和田耕治（北里大学医学部 講師）

研究要旨

日本は戦後、世界一の長寿社会を短期間のうちに達成した。本稿では、入手可能な最善のデータを駆使し、何が過去 50 年に日本国民の健康を向上させたのかについて検討した。戦後の日本では、1950 年代から 1960 年代初めにかけて感染性疾患による死亡率が急速に低下した。脳血管疾患以外の非感染性疾患による死亡率は、1950 年代に既に、他の先進諸国と比べても高くなかった。1960 年代半ば以降、非感染性疾患による成人死亡を抑えるために、一次的および二次的な地域公衆衛生対策が実施され、また、国民皆保険制度を通じて最先端医療技術の利用が拡大したことを背景に、脳血管疾患による死亡率が大幅に低下し、国民の健康は改善を続けた。さらに、平等な教育機会および医療へのアクセスを反映して、国民の平均的な健康状態の改善とともに健康格差が減少したと考えられる。このように、戦後の健康転換において日本は成功を収めた。しかし現在の日本は、急速な高齢化に伴う健康問題、保健医療技術で対処できない疾患、社会的格差による影響といった新たな問題に直面している。

A. 研究目的

20 世紀の日本は、国民の健康水準を大幅に改善して世界一の長寿社会を実現し、世界の注目を集めた。国民の健康水準の向上は、第二次世界大戦前にすでに始まっており、乳児死亡率は 1920 年代から低下を見せ始めていた (1)。この背景の 1 つに、無償義務教育の実施がある。20 世紀初めには、ほぼすべての女兒が小学校に通うようにな

り、母親の教育水準と識字率が上昇したのである (2)。しかし、国民の健康改善が顕著になったのは、第二次世界大戦後である。日本は敗戦により壊滅状態となり、1950 年の 1 人当たり国内総生産 (GDP) は、2005 年国際ドル換算で約 3,400 ドルにすぎなかった (表 1)。この数字は、現在のインドと同等である (ガキドウ E, ワシントン大学保健指標評価研究所, 私信)。国民の健

康状態も芳しくなく、1947年の日本人の平均寿命は、男性50歳、女性54歳であった(5)。

1950年代後半に日本は高度経済成長期に突入し、平均寿命はかつてない速さで上昇を始め、20～30年のうちに多くの先進国を追い越してしまった(図1；図2)。1986年からは、日本人女性の平均寿命は世界第1位を占め、2009年には86歳に到達した(9)。健康寿命も2007年に第1位であった(男性73歳、女性78歳)(10)。一方で、合計特殊出生率は低く、日本の総人口に占める65歳以上の割合が過去60年間で4倍に増大して2010年に23%に達し(4)、世界で最も高齢化の進んだ国民となった。それでも、日本の医療費はGDPの8.5%にとどまっており、2008年の経済協力開発機構(OECD)加盟国中、第20位であった(6)。

いったい何が、日本国民の健康を改善させたのであろうか。いかにして、世界最長の平均寿命を実現したのであろうか。日本は果して、今後も高い健康水準を維持できるのであろうか。短期間で日本国民が健康長寿社会を達成した背景を理解することは、世界の保健医療政策、ひいては健康改善が難航する国々の保健医療政策にとって、きわめて重要である。最初の2つの問いについては、日本の生活様式における次の3つの側面から説明するのが、直観的で分かりやすいかもしれない。第1に、日本人は日常生活のあらゆる側面で衛生に気を配っている。これには、文化、教育、気候(湿度や温度など)、環境(豊富な水資源や米食など)、他者に会う前に心身を清める神道の古い伝統などが、複雑に絡み合っていて影響しているのかもしれない(11, 12)。第2に、日本人は健康意識が高い。定期健康診断を受けるのは普通であり、学校、職場、地域の誰もが健康診断を受けることができる。人間ドックはビジネスパーソンの間で普及しており、数日ほど医療機関に滞在して全身の健康診断を受ける。第3に、日本食は栄養バランスに優れており、日本人の食生活も過去50年の経済成長と並行して改善されてきた(15, 16)。

ただ、以上のような健康的な生活様式は、日本人の生活の一面にすぎない。現在の日本は、人口および社会的構造の著しい変化

に伴って、重要な健康問題に直面している。人口の高齢化は急速に進行しており、2050年には、総人口は2005年の1億2800万人から9500万人に減少し、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は40%に達すると予想されている(17)。1990年代初めからの政治停滞と景気後退が長期化し、不平等感が増している。また、西洋型の食事や座りがちであり動きが生活に移行したために、過体重と肥満の問題も深刻化している。成人肥満の割合(4%)は他の先進国よりもかなり低い(6)、30～59歳男性の約3分の1はやや肥満または肥満である(18)。さらに、日本の典型的なサラリーマンの勤労生活は決して健康的であるとはいえない。週6日、朝から夜遅くまで働くことも多く、日々のストレスを解消するために、喫煙や飲酒といった不健康な行動に出る人や、極端な場合には自殺を図る人もいる。過労死も深刻な社会問題である。こういった人口的・社会的問題を含む状況の下で、日本国民の健康と福祉を守るための最善の方法とは、一体何なのであろうか。

本稿では、第二次世界大戦後の日本国民の健康改善に焦点を当て、入手可能な最善のデータを分析し、何が日本国民の健康を向上させたのかという問題について検討する。まず、死亡率と死亡分布を概観し、長寿の要因を評価する。そして、国民の健康を脅かす危険因子や社会的決定因子の評価を行い、日本の今後の課題に言及する。それとともに、過去50年間の日本の経験から得られる世界への教訓を考える。

B. 研究方法

B-1. 死亡率の推移

1950年以降の日本における死亡率の推移を分析するため、生命表と死因別死亡データを用いた。生命表は、米国カリフォルニア大学パークレー校とドイツのマックスプランク人口研究所の研究者が作成したHuman Mortality Databaseから入手した(7)。また、1950～2008年の死因別死亡データは、厚生労働省(19)、および米国シアトルのワシントン大学保健指標・評価研究所(ナグヴィ M, 未発表)(20)から入手した。日本には、1899年から完全な人口動態登録制度がある。人口動態登録からの死因情報では

あるが、心停止、心不全、老衰といった定義が曖昧な死因や原因不明の死因が含まれており、偏り（バイアス）が生じる可能性がある。そこで、ナガヴィらが作成したアルゴリズム（21）を用いて、死因を再区分し、改訂版国際疾病分類（ICD）との整合性をチェックした。そして、ノルティとマッキー（22）が最初に提案した「医療で対処可能な死因」のうちの主なものをリスト（表2）から抽出し、解析に用いた。

B-2. 健康格差

地域間の健康格差の傾向を分析するため、1985年から2005年までの5年間隔の市区町村別平均寿命データを用いた（23）。市区町村は、日本で平均寿命データを入手できる最小行政単位である。サンプル数は、1985～2000年が3307～3354、2005年は1963であった。2005年にサンプル数が激減したのは、2000年以降に市町村合併が実施されたためである。さらに、1980年から2005年までの5年毎に実施された人口動態職業・産業調査データを用いて、労働人口（30～59歳）における年齢調整全死因死亡率の社会経済的格差の推移を分析した。個人の社会経済状況の指標としては職業を用いた。1985年の日本人人口を標準人口として用い、10万人当たりの死亡率を標準化した（24）。職業別人口データは、5年毎に実施される国勢調査の集計表から入手した（17,24）。

C. 研究結果

C-1. 5歳未満の子どもおよび60歳未満成人の死亡率

戦後60年間（1950～2010年）の日本国民の平均寿命の延びのうち約4割は、1950年代から1960年代前半にかけてのものである（表1）。この時期の平均寿命の延長は、5歳未満の子どもおよび60歳未満成人における死亡率の大幅な減少を反映している。5歳までに死亡する確率は、1950年には出生1000当たり80人を超え、他の先進国に比べ非常に高かったが、1965年には出生1000当たり20人まで減少した（図2）。15歳に達した者が60歳に達しないで死亡する確率も、他の先進国に比べてかなり高かったが減少し、1965年までには一部の先進国に追いついた。5歳未満死亡率の低下によっ

て、平均寿命は男性で4.1年、女性で4.3年延び、60歳未満成人死亡率の低下により、男性で3.1年、女性で4.0年延びたのである（図3A）。

5歳未満の子どもの健康改善に寄与したのは、消化器や呼吸器の感染症、ワクチンで予防可能な疾患を抑え込んだことである。結核以外の感染性疾患による5歳未満の年齢調整死亡率は90%減少し、これにより平均寿命は男性で2.2年、女性で2.4年延びた。新生児死亡も減少し、新生児疾患の年齢調整死亡率は1953年から1970年の間に男児で10万人当たり990人から173人へ、女児で10万人当たり772人から133人に減少した（図4A）。この新生児疾患の死亡率減少により、平均寿命は男女ともに1.0年延長した（図3A）。

5歳未満の子どもにおける結核以外の感染性疾患の死亡率の減少と同等の影響をもたらしたのが、60歳未満成人における結核死亡率の減少であった。60歳未満成人の結核死亡数は、1950～1965年に95%減少し（図4B）、平均寿命は男性で2.4年、女性で2.3年延長したのである（図3A）。

以上に示された1950年代から1960年代前半にかけての死亡率の減少は、終戦後の公衆衛生分野への投資拡大を反映している。日本政府は、終戦後10年間に32の保健医療関連法を成立させ（25）、再独立までの6年間にアメリカ占領軍と協力して地域公衆衛生への介入を拡大した（26）。水道普及率や主要な母子保健介入の使用率は、急速に改善した（図5）。戦前にすでに高い水準にあった母親教育や保健医療施設供給の後押しもあり、安全な飲料水へのアクセスや施設分娩といった子どもの生存に必須の介入手段を効果的に提供することができた（27）。さらに、胸部X線検査やストレプトマイシンなどの結核診療が1952年に無償化され（28）、結核の発症は1961年から1977年まで毎年11%ずつ減少した（29）。本特集の第2稿（30）で詳述されているように、戦前、健康保険の適用率はすでに国民の約70%に達しており、結核の治療薬やワクチンといった新しい介入手段へのアクセスを容易にしたのである。

C-2. 非感染性疾患による死亡率

感染性疾患への取り組みが成功した後も、日本人の平均寿命は着実に伸び続けた。男性と女性の平均寿命の伸びはそれぞれ、1965～1980年に5.7年と5.9年、1980～1995年に3.0年と4.0年、1995～2008年に3.3年と2.9年であった(図1)。15歳から59歳まで、および60歳から74歳までの間に死亡する確率は低下し、1980年までに先進国の中で最も低い国の1つになった(図2)。1950年、脳卒中の死亡率は他の先進国に比べて非常に高く、年齢調整死亡率は男性で10万人当たり363.1人、女性で326.5人であった。一方、悪性新生物(がん)と虚血性心疾患の死亡率はすでにかかなり低く、それぞれ男性で10万人当たり163.8人と143.4人、女性で137.8人と124.8人であった(図6)。戦後間もなく悪性新生物と虚血性心疾患の死亡率がすでに低かったことは、日本国民の健康転換における特徴の1つであるが、その理由は判明していない。血中脂質と血糖値が比較的良好なことや、肥満度が全体的に低かったこと、食生活やアルコール摂取量が適切だったことも可能性として挙げられている(31)。実際に、Ni-Hon-San研究(32,33)およびホノルル心臓プログラム(Honolulu Heart Programme)(34)の結果から、日系アメリカ人(移民1世)は、日本に居住する日本人よりも虚血性心疾患を発症する可能性が高く、脳血管疾患を発症する可能性が低かったことが明らかになり、疾患リスクを判断する上で遺伝子的背景よりもむしろ生活様式が重要である点が注目された(32-34)。

前節で述べた感染性疾患への取り組みが成功した後も、日本人の平均寿命は伸び続け、男性と女性の平均寿命の伸びはそれぞれ、1965～1980年に5.7年と5.9年、1980～1995年に3.0年と4.0年、1995～2008年に3.3年と2.9年であった(図1)。15歳に達した者が60歳に達しないで死亡する確率、および60歳に達した者が75歳に達しないで死亡する確率は低下し、1980年までに先進国の中で最も低い国の1つになった(図2)。このように1960年半ば以降も平均寿命が伸び続けたのは、非感染性疾患による死亡率が低下したことが大きな要因である。1965～1980年に、非感染性疾患の成人死亡率が低下し、特に60～74歳における

脳血管疾患死亡率の低下により、平均寿命は男性で1.1年、女性で1.0年延長した(図3A)。75歳以上女性における脳血管疾患死亡率の低下も、女性の平均寿命延長(0.9年)に寄与した。1980～1995年には、脳血管疾患死亡率の低下傾向は減速する一方で、60～74歳の虚血性心疾患死亡率は着実に下がり続けた(図4C)。その結果、脳血管疾患死亡率は引き続き寿命延長の主要な決定要因であったが、虚血性心疾患死亡率低下の影響が特に高齢女性で顕著に見られ、さらに75歳以上女性の死亡率低下により、女性の平均寿命が2年以上延長した(図3C)。1995～2008年では、年齢及び死因別の死亡率変化が寿命延長に及ぼした影響に、男女間で差はなかった(図3D)。

ところで、日本国民の平均血圧は、1960年代後半に低下を始めた(19,35,36)。その主な要因として、高血圧患者の降圧剤服用率の上昇と、塩分摂取量の低下を含む生活様式の改善が考えられる(38)。この傾向は、脳血管疾患死亡率が改善した時期とほぼ一致している。また、高血圧に関連する脳血管疾患による死亡数は、遅くとも30年前から減少傾向にあると推定されている(37)。

日本政府は、1969年に高血圧と脳血管疾患の予防・管理対策を発表し、1982年にはそれを全国規模に拡大した。対策には、血圧測定による高リスク集団のスクリーニング、高血圧診療への国民健康保険の適用、食塩摂取量の減少やその他の生活習慣関連要因の改善のための健康教育の実施が含まれていた。この戦略の下で、労働安全衛生法(1972年)と老人保健法(1982年)が制定され、年1回の健康診断を含む一次予防と二次予防の提供が義務付けられた。こうした国民全体へのアプローチは、国民皆保険の下でプライマリ・ケアへのアクセスが良くなったことが相俟って、特に脳血管疾患の罹患率や有病率の抑制に寄与したと考えられる(39)。また、現在、45～54歳の日本人男性の70%以上が少なくとも年1回、健康診断を受けている(40)。

食塩摂取量の減少は、日本国民の健康改善のために非常に重要な課題である。日本人中年男性の1日当たり平均食塩摂取量は、1950年代に30グラムであったが1980年代には14グラムに減少した(41)。これには、

塩漬けから冷凍へといった食品保存技術の向上が大きく貢献した可能性が高い(16)。以上の結果は、人口レベルのアプローチも、現代の医療技術の進歩と利用拡大も、ともに日本国民の平均寿命改善に効果的であったという主張を、ある程度裏付けている。

C-3. 文化的背景

日本国民の長寿の原因は、保健医療へのアクセスだけでなく、文化的背景もあるかもしれない。マーモットとスミスは、個人や集団との関わり方が日本国民の長寿の一因となっている可能性があるという仮説を立てた(42)。さらに、数々の先行研究から、日本の地域社会における強い結束が、精神的健康、歯の健康、身体機能の改善に関連しており、所得格差が及ぼす悪影響を緩和している可能性が指摘されている(43)。また、50年以上に及ぶ平和と政治的安定も、日本国民の健康に間接的に寄与している可能性がある。

C-4. 健康格差

均質的で平等主義的な日本社会では、強力な教育政策や、雇用安定のための公的・非公的規制、国民皆保険が実施されてきた。都道府県別の平均寿命の格差は、第二次世界大戦前からすでに縮小傾向にあり、1970年代にはきわめて小さい水準に達した(2)。しかしながら、地方レベルで見た間接的なエビデンスによると、日本の北東部の県の平均寿命は、南西部の県よりも短い可能性がある(44)。北東部の県では、生活様式、保健医療資源、社会経済的状態との関連性が示された高血圧や糖尿病の有病率が高く、このような危険因子の保有状態における差が影響している可能性がある。ただし、われわれの解析によると、市区町村別の平均寿命の標準偏差は、1985年から2005年まで男性で約1.0、女性では約0.8で推移し、米国の郡レベルの平均寿命の標準偏差(男性2.0~2.5、女性1.5~2.0)に比べて小さかった(45)。

男性の全死因死亡率の職業間格差は、1960年代初めから1980年代後半にかけて減少した(サービス業労働者と農林水産業労働者を除く)(2)。われわれの追加解析では、死亡率の社会経済的格差の減少傾向は

1990年代初めまで続いたが、管理職と専門職の死亡率は1990年代後半に上昇しており、これは1997年のアジア経済危機と重なっている(図7)。

1970年代初めまで続いた高度経済成長期には所得格差が縮小し、死亡率の急速な低下に寄与した可能性が指摘されている(42)。1990年代まで国民の90%以上が自分は中流階級であると考えていたが(46)、それはいまや昔の話である。過去20年に渡る日本経済の後退によって所得格差は拡大し、OECD加盟国の平均レベルまで広がった(47)。1990年代までは縮小傾向にあり非常に小さかった健康格差も(2)、近年は拡大傾向にあり(48)、社会経済格差の傾向と一致している。

C-5. 国民の健康に関する課題

C-5-1. 平均寿命の延伸

日本における死因の上位3位は悪性新生物(がん)と心疾患、脳血管疾患であり、0歳児が将来これら3疾患で死亡する確率は5割を超える(5)。したがって、日本人の寿命をさらに延ばすには、これら非感染性疾患による死亡を予防しなければならない。先端医療技術の活用は生存率改善のための有望な戦略ではあるが、健康を長期的に向上させていくためには、根底にある危険因子を国民全体で改善することが重要である。

われわれの研究で、日本における予防可能な危険因子を比較評価した結果、2007年の非感染性疾患と傷害による成人死亡の2つの主要な決定因子は、喫煙と高血圧であることが判明した(図8)(37)。研究対象となった非感染性疾患と傷害による死亡83万4,000件のうち、喫煙は12万9,000件、高血圧は10万4,000件に関連していた。禁煙により回避可能な死亡数に関しては、共同コホート研究から同様の結果が報告されている(49)。さらに、われわれの研究結果から、全成人が禁煙すれば、平均寿命は男性で1.8年、女性で0.6年延長し、また、国民の収縮期血圧の分布が、国民の健康に与える悪影響を最小限に留める水準まで低下すれば、男女とも0.9年延長していたであろうと推定された(37)。

日本では、喫煙が健康に有害な影響を及ぼすことは広く認知されているものの、喫

煙は一般的であり、若い世代の男性の喫煙率は約 50%に上り、女性の間にも広まってきた (18)。2003 年に施行された健康増進法は、公共の場での喫煙及び受動喫煙の予防を推進しており、全国的に遵守されつつある。しかし、地方自治体の間で喫煙規制政策の進展に差があり (50)、クリーンエア法もまだ国内で可決されていない。最も人気のあるたばこ銘柄の小売価格は 2008 年時点で 3.3 米ドル (300 円) であり、高所得国における平均価格 (5.0 ドル) に比べかなり安かった (51)。こうした喫煙者を利する状況は、かつてたばこ税が政府の主要財源の 1 つであったことをある程度反映している (52)。さらに、われわれの研究から、喫煙の健康への悪影響が高齢層で蓄積しつつあり、喫煙関連の死亡率が最近数十年で増加傾向にある可能性が指摘されている (37)。

今後数十年に渡ってその増加を食い止めるためには、有効な政策介入手段を実施する必要がある。特にたばこのさらなる価格値上げによる喫煙規制の重要性を再認識し、たばこ製品の消費を抑制し、禁煙を促進していく必要がある。

前述のように、日本国民の平均血圧は、過去 40 年あまりの間に低下した。しかし、血圧管理状況はまだ不十分であり、高血圧患者のうち薬物療法によって血圧が有効に管理されている者は、5 分の 1 に満たない (37)。

そこで、地域保健や臨床診療において、高血圧の早期発見や生活習慣の修正、有効な薬物治療の実施への取り組みを強化することにより、循環器疾患による死亡率を低下させ、国民の平均寿命をさらに延長できる可能性がある。これに関連して、外来診療で効果的な治療を実施し、患者のコンプライアンスを確保するためには、医師の継続的な医学教育を通して、一般診療における標準臨床ガイドライン (53) の一層の浸透を図っていくことが重要である (54)。

国民の健康をさらに増進するためには、喫煙や高血圧のみならず、高血糖、運動不足、飲酒、過体重・肥満、食塩の高摂取といった他の危険因子の改善も必要である。われわれの研究から、複数の循環器疾患危険因子の管理によって、死亡リスクが減少し、平均寿命をさらに延ばすことが可能であると推定されている (37)。メタボリック

シンドロームをはじめとして複数の危険因子による相乗的作用を抑制するためには、包括的な予防介入を実施し、生活習慣や食事の改善、降圧剤使用の拡大等を同時に進めていく必要がある。先行研究から、日本人は遺伝的にやや肥満になりやすく、糖尿病を発症しやすい可能性が示唆されており (55,56)、現在の肥満になりやすい社会環境において、包括的予防介入の余地は特に大きいと考えられる。政府は、医療費の増大を背景に、2008 年から 40~74 歳の国民に年 1 回の健康診断とメタボリックシンドロームの予防を中心とした健康教育を受けることを義務付けた (59)。しかし、こうした健康診断の有効性は、まだ証明されていない。

日本では、他の東アジア諸国と同様に、ウイルスや細菌の感染に起因する悪性新生物による死亡が多い (58)。われわれの研究結果から、2007 年における胃がんによる死亡 3 万 1,000 件がピロリ菌感染に関連していたことが示されている (37)。また、肝がんによる死亡 2 万 3,000 件が C 型肝炎ウイルス感染と関連しており、70 代、つまり 1930 年代前半を中心に生まれた集団に集中していたことも示されている (37)。C 型慢性肝炎は日本では肝がんの主要な原因であるが (59)、1935 年生まれのコホートの後から C 型肝炎ウイルスの感染率が減少しており、このウイルスによる疾病負担は今後減少すると予想される。ピロリ菌の感染率はかなり高いが (58)、1955 年以降に出生した集団では低下しており (60)、これに起因する胃がんによる疾病の負担は将来減少すると考えられる。

C-5-2. 自殺の予防

自殺予防は、日本国民の健康に関する主要な課題の一つである。自殺死亡者数は 1997 年から急増し、1998 年から毎年 3 万人を超えている (図 9) (19)。自殺は早世の一因であり、社会に深刻な影響を与える。2006 年までに、約 300 万人が家族を自殺により亡くしたと推定されている (61)。自殺者のうち約 70%が男性で、50%が失業中、40%が 45~64 歳である (63)。労働年齢の男性が自殺を図る主な動機は、うつ病を始めとする精神障害や事業の失敗、失業、借

金である (64)。

自殺死亡率の傾向は、1990 年代初めから続く日本経済の低迷、特に 1997 年のアジア経済危機後の経済・社会不安の増大に関連している可能性がある (65)。労働年齢の男性における失業率は、1991 年の 2.0%から 1997 年に 3.4%、2003 年に 5.5%へ上昇した (66)。さらに、1990 年代後半に雇用契約に関する規制が緩和され (67)、主な雇用形態が過去の高度経済成長を支えた終身雇用から移行し、労働環境が大きく変化した。男性労働者における非正規雇用の割合は、1991 年の 9%から 2000 年代後半には約 19%に増加した (66)。政府は自殺の蔓延に対して、2006 年に自殺対策基本法を施行し (68)、続いて包括的な自殺対策指針 (自殺総合対策大綱) を決定したが、その効果はまだ顕著ではない。

C-5-3. 罹病と障害の減少

日本人は単に長寿だけでなく、身体・精神的機能もまた優れているのであろうか。世界では、人口の高齢化に伴い有病率が上昇する一方で、障害は減少していることが、先行研究から示唆されている (69)。日本では、障害率の傾向は年齢によって異なる可能性が、先行研究から示唆されている。たとえば、日本の高齢者人口を代表する標本を用いた研究から、65 歳以上の障害率は 1990 年代に減少したことが報告されている一方で (70)、他の研究では 100 歳以上で障害率が増加していることが報告されている (71,72)。さらに、国民生活基礎調査のデータを用いた研究から、国民の身体・精神機能に関する健康状態は 1995~2004 年の間に悪化した一方で (73)、有病率は 1984~1995 年に減少したものの、1990 年代後半にその傾向は反転し 2004 年まで悪化を続けたことが示されている (74)。しかし、国民生活基礎調査は回答者の自己申告に基づいており、質問や回答選択肢は国民の身体的・精神的健康状態に関して信頼できる測定値が得られるほど詳細に設計されていない。したがって、国民の障害や罹病に関して有効で信頼でき、国際的に比較可能なデータを収集するためには、調査デザインの改訂を含めた国の情報インフラの改善が急務である。

C-5-4. 医療と介護

高齢者死亡率は、過去 60 年間でかつてない速さで低下し (75)、日本国民の平均余命の急速な延長に寄与した。日本人女性の 60 歳時における平均余命は、1950 年には 16.4 年であったが 2007 年には 28.1 年まで延び、80 歳時における平均余命も 5.5 年から 11.4 年へと大きく延びた (表 3、表 4)。他の先進国では、過去 20 年間の平均余命延長率は停滞しており、日本の高齢者の平均余命が例外的に改善していることに注目が集まっている。

しかし、高齢化社会において医療の性質も変化しつつあり、もはや医療では管理できない疾患による死亡の割合や、健康に対して日本社会が抱える懸念も増加している。国民の福祉増大のためには、医療と介護のより密接な連携を図る必要がある (76)。

D. 考察

戦後の日本の経験は、社会経済的発展が遅れている国においても、国民の健康増進が可能であることを示している。1950 年代初めの日本の国民所得は低かったが、主に子どもの生存に必須な介入の拡大と結核診療の無料化を通じて、平均寿命が大幅に延び始めた。この時期に国民の健康改善を推進する原動力となったのは、新しい日本政府が強力な管理責任を持って保健部門における大規模な構造改革を実施し、経済成長の早期段階で公衆衛生への介入・投資を優先させたことである。

世界的潮流として、国民皆保険に向かうべきである。脳卒中による死亡の減少は、1960 年代中期以降、日本国民の平均寿命が延び続けたことの大きな要因であった。また、減塩キャンペーンなどの人口レベルの介入や、国民皆保険の下での降圧剤の服用率増加により、血圧のコントロールが改善した。医療とその他の社会的要因 (例えば所得、教育、栄養、衛生) の双方が改善し、相互に作用することで、死亡率を減少させることが可能である。一方、この減少は、個人、場所、疾患の種類によって変わることがある (77,78)。世界の成人死亡率に関する最近の研究から、(1) 社会経済的発展、(2) 保健医療へのアクセスの向上と保健医

療技術の進歩, (3) 豊かさ病 (diseases of affluence) の3つが特定された(79)。これらのうち, 国民皆保険の下で費用対効果の高い医療を手ごろな価格で提供し, 利用を拡大したことが, 間接的に脳血管疾患による死亡を減少させ, 日本国民の平均寿命が延び続けたことの大きな要因の一つとなった。現在, 保健医療の財政基盤やリスクをプールする仕組みを健康保険によって構築し, 費用対効果の高い介入を拡大する健康戦略が世界で実施されているが(80), 日本国民の健康増進における成功と課題から学ぶことのできる教訓は, この戦略を肯定するものである。

平等主義的な日本社会では, 20世紀初頭に無償初等義務教育, 戦前に社会保障制度, さらに1961年に国民皆保険が達成され, 健康増進機会を均等に提供するという環境の整備が進んだ。国民の健康の平均値が向上するとともに, 地域や社会経済グループ間の健康格差も縮小し, 非常に小さい水準で推移してきた。こうした経験から, 単純に国民の平均的健康指標を高める取り組みだけでは十分ではない可能性が示唆される。平均寿命における地域・社会経済的格差が最も小さい国々の多くは, 平均寿命が世界で最も長い国々なのである(69)。したがって, 保健医療制度の目標には, 平均値を上げることだけでなく, 健康格差を最小限に抑えることも含まれる(81)。グローバル化と経済格差の拡大が進む中で, 日本を含む多くの国々で健康格差が懸念されている。日本が過去60年間で実現したことを他国が達成するには, 人々が平等に健康増進活動に参加するための環境整備が必要なのである。

現在の日本では, 国民の健康に関する課題が山積している。喫煙や高血圧, メタボリックシンドロームといった非感染性疾患の主要な危険因子のコントロールは, 今後の日本国民の平均寿命延伸のために重要である。また, 自殺による早世の防止も重要な問題であり, これには労働市場の安定化や精神保健事業の推進・改善等を含めた社会における包括的対応が必要となる(82)。一方で, 生存率の改善に伴う急速な人口高齢化により, 日本の保健医療制度における財政基盤や医療・介護の質に関する課題も

生じている(30, 54, 76)。これらの課題に対して, 日本はどのように対応していくべきであろうか。現在または将来において同様の問題に直面するであろう他の国々が, 各々の状況に応じた政策を決定する上での一助となることを願っている。

E. 結論

戦後の日本では, 1950年代から1960年代初めにかけて感染性疾患による死亡率が急速に低下した。脳血管疾患以外の非感染性疾患による死亡率は, 1950年代に既に, 他の先進諸国と比べても高くなかった。1960年代半ば以降, 非感染性疾患による成人死亡を抑えるために, 一次的および二次的な地域公衆衛生対策が実施され, また, 国民皆保険制度を通じて最先端医療技術の利用が拡大したことを背景に, 脳血管疾患による死亡率が大幅に低下し, 国民の健康は改善を続けた。さらに, 平等な教育機会および医療へのアクセスを反映して, 国民の平均的健康状態の改善とともに健康格差が減少したと考えられる。このように, 戦後の健康転換において日本は成功を取めた。しかし現在の日本は, 急速な高齢化に伴う健康問題, 保健医療技術で対処できない疾患, 社会的格差による影響といった新たな問題に直面している。

参考文献

- 1 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成19年人口動態統計』東京: 厚生統計協会, 2009年。
- 2 Hasegawa T. Japan: historical and current dimensions of health and health equity. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001: 90-103.
- 3 World Bank. World development indicators. 2010. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (accessed Dec 25, 2010).
- 4 UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision population

- database.
<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
(accessed Aug 1, 2011).
- 5 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成 22 年簡易生命表の概況』2011 年 7 月発表, 厚生労働省 Homepage (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/index.html>) (2011 年 7 月 28 日現在).
 - 6 OECD. OECD health data 2011: statistics and indicators. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2011.
 - 7 University of California at Berkeley, Max Planck Institute for Demographic Research. Human mortality database. <http://www.humanmortality.de> (accessed Oct 25, 2010).
 - 8 厚生労働省大臣官房統計情報部『第 20 回生命表 (完全生命表)』東京: 厚生統計協会, 2007 年.
 - 9 WHO. World health statistics 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.
 - 10 WHO. World health statistics 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
 - 11 Horiuchi S. Major causes of the rapid longevity extension in postwar Japan. *Jpn J Popul* 2011; 9: 162–71.
 - 12 Ohnuki-Tierney E. Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view. New York: Cambridge University Press, 1984.
 - 13 Yamakado M. Taking stock of the Ningen Dock. *Highlighting Japan* 2010; 4: 10–11.
 - 14 日本脳ドック学会—脳ドックの新ガイドライン作成委員会—『脳ドックのガイドライン 2008』札幌: 響文社, 2008 年.
 - 15 Ohno Y. Health development in Japan: determinants, implications and perspectives. *World Health Stat Q* 1985; 38: 176–92.
 - 16 Tominaga S, Kuroishi T. An ecological study on diet/nutrition and cancer in Japan. *Int J Cancer* 1997; 71 (suppl 10): 2–6.
 - 17 総務省統計局『平成 17 年 国勢調査最終報告書 日本の人口』東京: 日本統計協会, 2010 年.
 - 18 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室『平成 19 年度 国民健康・栄養調査報告』東京: 厚生労働省, 2010 年.
 - 19 厚生労働省大臣官房統計情報部 (前・厚生省大臣官房統計調査部, 厚生省大臣官房統計情報部, 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保険統計課, 厚生労働省大臣官房統計情報部)『昭和 25 年—平成 20 年人口動態統計』東京: 厚生統計協会 (前・厚生省大臣官房統計調査部, 厚生省大臣官房統計情報部出版), 1952-2010 年.
 - 20 Institute for Health Metrics and Evaluation. Institute for Health Metrics and Evaluation database. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, 2010.
 - 21 Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metri* 2010; 8: 9.
 - 22 Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.
 - 23 厚生統計協会『市区町村別 生命表市区町村別生命表 1985-2005 年』東京: 厚生労働協会, 2008 年.
 - 24 総務省統計局『昭和 55 年度—平成 12 年度 国勢調査最終報告書 日本の人口』東京: 日本統計協会, 1985-2005 年.
 - 25 Sugiura Y, Ju YS, Yasuoka J, Jimba M. Rapid increase in Japanese life expectancy after World War II. *Biosci Trends* 2010; 4: 9–16.
 - 26 Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2.
 - 27 Johansson SR, Mosk C. Exposure,