

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 -

小野直哉

公益財団法人 未来工学研究所 22世紀ライフエンスセンター

要旨

明治維新以前（19世紀後半以前：健康政策開始以前）の江戸時代末期（幕末）までの日本では、「養生」という考えが日本人に広く受け入れられており、健康の維持は個人の主観的判断と自助努力に委ねられ、歴代の時の権力による系統的健康政策は施策されてこなかった。

明治維新～第2次世界大戦敗戦前（19世紀後半～20世紀前期）の日本の国家の課題は、近代国家建設のための富国強兵（強い兵士の養成）、殖産興業（労働力の確保）、経済成長であった。それに伴う健康政策の課題は、急性感染症防止（コレラ等）、国民全体の体力強化、慢性伝染病対策（結核等）、精神疾患の予防、母子保健であった。それらの実態は、人口の管理、防疫（感染症との闘い）、治療（疾病との闘い）、栄養状態の改善、体位の向上、体力の強化であった。この時代は、ドイツの基礎研究を基盤とした、衛生（Hygiene）政策期であったと考えられる。

第2次世界大戦敗戦後～1970年代前半（20世紀中期）の日本の国家の課題は、戦後復興（国家の再建、行政・制度の再構築）、経済復興（労働力の確保）、高度経済成長（労働力の確保）であった。それに伴う健康政策の課題は、急性感染症防止（コレラ等）、慢性伝染病対策（結核等）、母子保健、家族計画（母体保護）であった。それらの実態は、防疫（感染症との闘い）、治療（疾病との闘い）、栄養状態の改善、体位の向上であった。この時代は、アメリカの疫学研究を基盤とした、公衆衛生（Public Health）政策期であったと考えられる。

1970年代後半～2000年（20世紀後期）の日本の国家の課題は、経済力の維持（労働力の確保）、社会保障費用の抑制であった。それに伴う健康政策の課題は、積極的健康増進対策、医療・介護費用の抑制であった。それらの実態は、慢性疾患の予防（疾病との付き合い）であった。この時代は、北欧等の高齢者医療・介護福祉等を含む、欧米の臨床研究を基盤とした、保健医療（Health Care）政策期であったと考えられる。

2001年～未来（21世紀）の日本の国家の課題は、経済力の維持（労働力の確保）、社会保障費用の抑制、少子化対策、高齢化対策、人口減少対策である。それに伴う健康政策の課題は、医療や介護費用の抑制、長寿による健康寿命の延伸である。それらの実態は、慢性疾患の予防（疾病との付き合い）、生活の支援（傍らで見守る、人間の尊厳の保障）である。この時代は、日本のケア・サイクル（論）を基盤とした、健康（Health）・生活支援（Life Support）政策期になると考えられる。

【はじめに】

現在の日本の健康政策における課題は、日本の人口動態に伴う疾病構造の変化や医療・福祉財政の現状に伴い変化している。その変化している日本の健康政策の課題を明確に把握するためには、これまで各時代において日本政府が行ってきた健康政策を分析し、俯瞰的に把握することが重要である。

本論では、これまで日本において行われてきた健康政策の変遷を整理し、現在の健康政策の課題を明らかし、日本において行われてきた健康政策の変遷を俯瞰的に把握することを目的とした。

本論では、日本の健康政策の変遷に関する文献及び論文等を整理し、Web 検索から、『厚生労働白書』等を参考に、日本の健康政策の変遷の概要を整理する文献調査研究を行った。

【各時代の健康政策の概要と変遷】

日本の健康政策の変遷を俯瞰的に捉えるために、各時代区分として、以下5期に分けて整理した。

1. 明治維新以前 (19 世紀後半以前：健康政策開始以前)
2. 明治維新～第 2 次世界大戦敗戦前 (19 世紀後半～20 世紀前期)
3. 第 2 次世界大戦敗戦後～1970 年代前半 (20 世紀中期)
4. 1970 年代後半～2000 年 (20 世紀後期)
5. 2001 年～未来 (21 世紀)

1. 明治維新以前 (19 世紀後半以前：健康政策開始以前)

今日の「健康政策」で用いられる「健康」という言葉は、一般的に日本国内において、昔から長い間使われて来た言葉と認識されている。

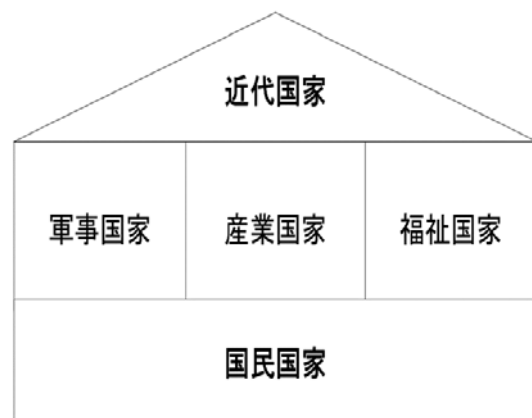
しかし、実は近代以降に日本に持ち込まれた言葉であり、18 世紀末にオランダ語の訳語として、中国の古典である易経の「健体康心」から造語された言葉である。

緒方洪庵らによって江戸末期の医学界で使われるようになり、明治時代に入り、緒方洪庵の弟

子である福沢諭吉らによって広められた。「健康」という言葉は、富国強兵・殖産興業の名の下に、近代国家^{注1)}を目指した明治維新後の日本政府の欧化政策と共に、日本の軍における壮健で屈強な兵士の大量要請とも相まって、初等教育や体操の普及、軍事教練を通じ、日本国民に普及して行った。

「健康」という言葉が日本に持ち込まれる以前は、「お達者」、「元気」、「健やか」、「丈夫」、「養生」等が「健康」を表す言葉として使われていた。

特に「養生」は、江戸時代の儒学者であり、本草学者である貝原益軒 (1630 年 12 月 17 日生～1714 年 10 月 5 日没) が、齢 83 (1712 年) の時、自らの実体験を基に著した『養生訓』¹⁾ で有名であり、19 世紀後半の江戸時代末期 (幕末) までは、「養生」という考えが日本人に広く受け入れられており、健康の維持は個人の主観的判断と自助努力に委ねられ、近代国家 (国民国家) の概念 (図 1) が存在しないため、歴代の時の権力による系統的健康政策は施策されてこなかった。



© 小野直哉 (Naoya Ono) 未来工学研究所 22世紀ライフエンスセンター

図 1. 近代国家の概念図

2. 明治維新～第 2 次世界大戦敗戦前 (19 世紀後半～20 世紀前期)

明治政府 (1868 年) は、当時の欧米列強に対抗するために、江戸幕府による幕藩体制の封建国家^{注2)}から、19 世紀後半の明治維新 (1867 年) 以降、近代国家の構築を目指した。近代国家とは、兵力であり、労働力である国民による国民国家である。また、多子若齢・人口増大社会を前提とした、軍事国家であり、産業国家であり、

福祉国家である。これら近代国家の三要素(軍事・産業・福祉)の共犯関係による国力の拡大成長を目指す国家形態が近代国家である(図2)。

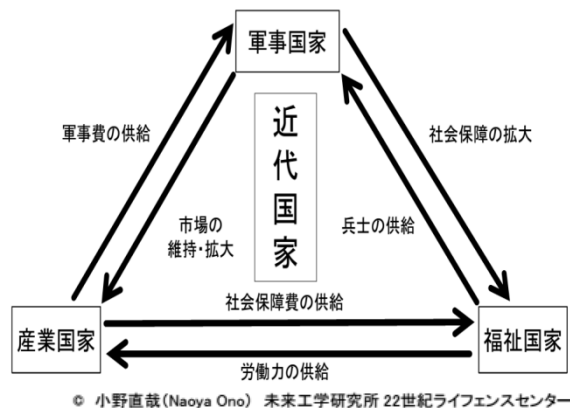


図2. 近代国家の三要素の共犯関係

明治政府は、ドイツの行政政策を参考に、「医制」(1874年)を發布し、「制度的医学」として近代西洋医学を導入した。これに伴い、個人に委ねられていた「養生」に代わり、集団としての社会を対象とする、新たな概念である「衛生」も導入した。「医制」發布から、日本国民の健康への国家介入が、「健康づくり政策」の名の下に始まった。

近代国家としての明治政府の国家課題は、「富国強兵」(強い兵士の養成)と「殖産興業」(労働力の確保)であった。この時期は、日清戦争(明治27年:1894年)、日露戦争(明治37年:1904年)等が行われた時期でもあった。そのため、「富国強兵」及び「殖産興業」政策の下、安定した強い兵士の養成と労働力の確保をするために、国民の体力を向上させ、疾病を予防することが国家の重要な課題とされた。

特に明治政府の健康政策における最重要課題は、コレラ等の「急性感染症対策」のための、「中央集権的防疫体制」の整備:伝染病予防法(1897年)の整備であった。そして、明治政府の次の健康政策課題としては、「国民全体の体力の強化」と、十分な対策がなされてこなかった「結核等の慢性感染症対策」や「精神疾患の予防」であった。

明治期後の大正・昭和期の時代背景としては、大正・昭和期の日本は、戦時体制に突入した時

期であった。この時期は、第1次世界大戦(大正3年:1914~1918年)、満州事変(昭和6年:1931年)、日中戦争(支那事変)(昭和12年:1937年)、第2次世界大戦(太平洋戦争:大東亜戦争)(昭和16年:1941~1945年)等が行われた時期でもあった。

日本の戦時体制の本質は、日本が経済成長するための、武力による資源と市場の獲得と拡大であった。そこでは、健兵健民思想の下、結核と母子保健が主要な健康政策の課題であった(図4参照)。「国家総動員法」(1938年)が制定されるのもこの時期である。これにより、日本が総力戦体制下に突入していった。

また、「保健所法」(1937年)制定による保健所や大日本帝国陸軍の尽力による「厚生省」(1938年)設立等、国民の健康づくりを管轄する政府機関の創設が相次ぎ、中央から地方までの保健医療行政が整備された時期であった。この頃から、日本の保健医療行政における視点が防疫から予防へと徐々に変化し、日本独自の地域保健的アプローチが始まった。

“ Warfare is welfare, welfare is warfare. ” (「戦争は福祉であり、福祉は戦争である」)の言葉通り、正にこの時期の日本では、近代国家の三要素(軍事・産業・福祉)の共犯関係による国力の拡大成長を目指す国家形態である近代国家の真の姿が、明確に目に見える形で現れていた時期であった。

しかし、この時期の健康の主権者は日本国民の各自ではなかった。国民個人の健康は、兵力や労働力としての国家のためのものであった。「国民体力法」(1940年)制定により、未成年者の体力検査が義務付けられた。日本国民の健康は、第2次世界大戦敗戦まで、一貫して国家によって管理・強制された。

これら明治維新~第2次世界大戦敗戦前(19世紀後半~20世紀前半)までの日本の衛生行政の基礎を築いた人物として、長與専齋と後藤新平の名が挙げられる。

長與専齋は日本の医師、医学者、官僚である。岩倉使節団として渡欧し、ドイツやオランダの医学及び衛生行政を視察した。その後、文部省

医務局長と東京医学校(現東京大学医学部)校長を兼務し、近代西洋医学に基づく「医制」(衛生行政機構:1~11条、医学教育体制:12~36条、医師開業免許制度:37~53条、医薬分業体制:54~76条)発布に尽力した。医務局が内務省に移管し、衛生局と改称し、初代衛生局長に就任した。伝染病流行に対して、衛生工事を推進し、衛生思想の普及に尽力し、“Hygiene”の訳語として「衛生」を採用した(図3)。

後藤新平は日本の医師、官僚、政治家である。内務省衛生局に入局し、ドイツへ留学。ドイツ留学中はドイツの衛生行政を学んだ。その後、長與専齋の推薦により、長與専齋の後任として内務省衛生局長に就任した。相馬事件に連座し、衛生局長を非職となり、長與専齋に見捨てられたが、その後、臨時陸軍検疫部事務官長に就任し、台湾総督府民政局長(後に民政長官に改称)、

貴族院勅選議員、南滿州鉄道初代総裁、第2次桂内閣通信大臣・初代内閣鉄道院総裁、寺内内閣内務大臣、寺内内閣外務大臣、拓殖大学学長、関東大震災後の復興時の東京市長(現東京都知事)、第2次山本内閣内務大臣を歴任した(図4)。

長與専齋と後藤新平の二人の共通点は、何れもドイツへの渡航又は留学経験があり、当時の時代背景からドイツの衛生行政及び基礎医学の考え方に強い影響を受け、日本の衛生行政の構築に携わっていたことである。

3. 第2次世界大戦敗戦後~1970年代前半(20世紀中期)

第2次世界大戦敗戦直後の日本では、アメリカ中心のGHQ(連合国軍最高司令官総司令部)の指導の下で、国家が再建された。「日本国憲法第25条」(1946年)で、健康が全ての国民の

長與専齋(1838年10月16日~1902年9月8日)

日本の医師、医学者、官僚

1854年:緒方洪庵の適塾に入門、後に塾頭(福沢諭吉の後任)。
1861年:長崎医学伝習所のオランダ人医師ボンベから近代西洋医学を修める。
1868年:長崎精得館(現長崎大学医学部)医師頭取(病院長)に就任。
1871年:岩倉使節団として渡欧、ドイツやオランダの医学及び衛生行政を視察。
1874年:文部省医務局長就任、東京医学校(現東京大学医学部)校長兼務。
1874年:8月18日、近代西洋医学に基づく、「医制」(衛生行政機構:1~11条、医学教育体制:12~36条、医師開業免許制度:37~53条、医薬分業体制:54~76条)発布。
1875年:医務局が内務省に移管、衛生局と改称、初代衛生局長就任。
1891年:衛生局長退任後、元老院技議員、貴族院議員、宮中顧問官、中央衛生会会長を歴任。

- * 伝染病流行に対して、衛生工事を推進し、衛生思想の普及に尽力。
- * “Hygiene”の訳語として「衛生」を採用した人物。

図3. 日本の衛生行政の基礎を築いた人物①



後藤新平(1857年7月24日~1929年4月13日)

日本の医師、官僚、政治家

1874年:須賀川医学校入学(17歳)。
1881年:愛知県医学校(現名古屋大学医学部)学校長兼病院長就任(24歳)。
1882年:内務省衛生局入局。
1890年:ドイツ留学、ドイツの衛生行政を学ぶ。
1892年:内務省衛生局長就任。
1893年:相馬事件に連座、衛生局長非職。
1895年:臨時陸軍検疫部事務官長就任。
1898年:3月2日、台湾総督府民政局長就任(同年6月20日、民政長官に改称)。
1903年:貴族院勅選議員就任、終生在籍。
1906年:南滿州鉄道初代総裁就任。
1908年7月14日~1911年8月30日:第2次桂内閣通信大臣・初代内閣鉄道院総裁就任。
1916年10月9日~1918年4月23日:寺内内閣内務大臣就任。
1918年4月23日~1918年9月28日:寺内内閣外務大臣就任。
1919年~1929年:拓殖大学学長就任。
1920年12月17日~1923年4月20日:東京市長(現東京都知事)就任。
1923年9月2日~1924年1月7日:第2次山本内閣内務大臣就任。

図4. 日本の衛生行政の基礎を築いた人物②



権利として保障され、国家にはそれを守る義務があることが定められた。これを基盤に、アメリカの疫学研究を基盤とした、公衆衛生 (Public Health) の影響を受け、日本の保健医療行政も再構築され、「医療法」と「医師法」(1948年)が制定された。

戦後の混乱期の健康政策の課題は、急性感染症の鎮静化が急務であった。急性感染症の沈静後は、結核、母子保健、母体保護の視点からの家族計画の普及が行われた。保健所が地域の保健医療の中核として結核・母子保健対策の上で大きな役割を果たし、保健婦や助産婦等の専門職が活躍した。住民組織や民間団体等の自主的な保健衛生活動や、ワクチン開発等の科学者の専門分野における貢献があったことも特徴であり、この時期、地域保健的アプローチは、国民の健康改善に大いに貢献した。

戦後の混乱期の施策として、「日本国憲法」(1946年)、「労働基準法」(1947年)、「医療法」(1948年)、「医師法」(1948年)、「予防接種法」(1948年)、「結核予防法改正」(1951年)等、社会レベルでの健康水準向上を目指した政策が矢継ぎ早に行われた。それらにより、保健医療福祉体制の充実を図り、国民生活支援の基本的仕組みが整備された。それらの成果として、日本国民の平均寿命は大幅に延伸し、総死亡率・乳児死亡率は減少し、体位の向上等、日本国民の健康水準指標は大幅に向上した。

「人の世の50年の歳月は、下天の一日にしかあたらぬ」、これは織田信長が生前、特に好んで演じたと伝えられている^{2, 3), 注3)} 幸若舞の一演目「敦盛」^{4, 5), 注4)}の一節である。欧米先進国において平均寿命が50歳を超えたのは、1900年から1920年であったが、日本人の平均寿命が50歳を超えたのは、1947年のこの時期であった。

その後、日本は、矢継ぎ早の景気と経済政策 [朝鮮戦争特需 (1950~1953年)、神武景気 (1954~1957年)、岩戸景気 (1958~1961年)、所得倍增計画 (1961~1970年)、オリンピック景気 (1962~1964年)、いざなぎ景気 (1965~1970年)、列島改造ブーム (1972~1973年)等]

により、1970年代以降の高度経済成長期へと突入して行った。

日本の高度経済成長期には、「国民健康保険法改正」(1958年) : 国民皆保険、「国民皆保険・皆年金の実施」(1961年)の健康政策が行われた。これらの施策により、医療需要が急速に拡大し、地域保健的介入に替わり、医療サービス提供体制が拡充していった。更に、「老人福祉法改正」(1973年)による老人医療費無料化、「健康保険法改正」(1973年)による家族7割給付と高額療養費の控除、「1県1医大構想」(1973年)が第2次田中角榮内閣で閣議決定された。

日本の現在に至る複数の社会保障関連法が制定された1973年(昭和48年)は、日本の福祉元年といわれる。現在の日本の社会保障制度は、戦後の復興期を経て、高度経済成長期の1960年代~1970年代に骨格が築かれたのである。

また、日本の高度経済成長と社会保障の整備を可能としたもう一つの背景としては、日本の第2次世界大戦敗戦に伴い、アメリカ中心のGHQが日本軍(大日本帝国陸軍・海軍)を解体したが、日本の防衛と安全保障環境を補うために、日本とアメリカの二国間条約である日米安保条約 [日本国とアメリカ合衆国との間の安全保障条約 : 旧日米安保条約 (1951年)、日本国とアメリカ合衆国との間の相互協力及び安全保障条約 : 新日米安保条約 (1960年)] が、この時期に締結されていことが挙げられる。

これにより日本では、近代国家としての三要素(軍事・産業・福祉)の一つである軍事を、自衛隊が担う部分以外をアメリカ軍が肩代わりすることにより、日本の人的資源及び経済的資源を国力の拡大成長のための産業と福祉に投入することが可能な社会環境となった。しかし、その一方で、第2次世界大戦敗戦後から今日に至るまで、多くの日本人の意識から、近代国家の三要素(軍事・産業・福祉)の一つである軍事が欠落し、目に見える表層的な近代国家の二要素(産業・福祉)の共犯関係のみで、多くの日本人は、近代国家としての日本を認識す

るに至っている (図5、6)。



© 小野直哉 (Naoya Ono) 未来工学研究所 22世紀ライフエッセンスセンター
図5. 近代国家の二要素の共犯関係



© 小野直哉 (Naoya Ono) 未来工学研究所 22世紀ライフエッセンスセンター
図6. 目に見える表層的な近代国家の二要素 (産業・福祉) の共犯関係

4. 1970年代後半～2000年 (20世紀後期)

日本は、1970年代以降、急激な高度経済成長を成し遂げ、国民所得は増大し、日本国民の生活は物質的に豊かになった。これに伴い、日本国民の疾病構造も変化し、日本の高度経済成長期の健康政策における主要な課題は、感染症対策から脳血管疾患、がん、心疾患等の生活習慣病 (慢性疾患) 対策へと変化して行った。そして、北欧等の高福祉国家の高齢者医療や介護福祉等を含む、欧米の臨床研究を基盤とした、保健医療 (Health Care) の影響を受けながら、今日に至る積極的健康増進対策の時代がこの頃からはじまった。

また、老人保健制度の見直しもこの時期から始まる。老人医療費の財政調整を行うために、「老人保健法」(1982年)が制定された。それにより、老人医療費の一定の自己負担を日本国民に求め、健康増進・疾病予防による医療費の抑制を図るようになり、老人保健は市町村が基盤となった。そして、この動きは、「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略 (ゴールドプラン)」

(1989年)、「高齢者保健福祉5ヵ年計画 (新ゴールドプラン)」(1994年)へと繋がって行くことになった。

更に、「自分の健康は自分で守る」視点を健康政策へ導入し、「第1次国民健康づくり運動」(1978年)、「第2次国民健康づくり運動 (アクティブ80ヘルスプラン)」(1988年)、「21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21)」(2000年)が施策され、約10年毎に「積極的健康増進対策」が施策された。

1978年から開始された「第1次国民健康づくり運動」は、健康診査体制を整備し、疾病の早期発見・早期治療を重視する2次予防中心の健康政策であった。1988年から開始された「第2次国民健康づくり運動 (アクティブ80ヘルスプラン)」は、1次予防へと焦点が移され、健康増進の主要な要素として、栄養・運動・休養の3本柱が強調され、それぞれの指針が策定された施策であった。また、1996年には生活習慣を改善することで疾病の発症・進行が予防できるということを国民に広く認識させ、行動変容を促すために、それまでの成人病の呼称を「生活習慣病」へと変更し、生活習慣病の予防に努める施策が行われた。更に、2000年から開始された「21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21)」では、21世紀の日本を、全ての日本国民が健やかで、心豊かに生活できる、活力ある社会とするために、日本国民の健康寿命の延伸の実現等を目的とし運動である。「健康日本21」の特徴は、9つの重点分野について2010年度を目途に、70の具体的な数値目標を設定したことである。健康に関連する全ての機関と日本国民が一体となった健康づくり運動を推進し、日本国民の各層の自由な意思決定に基づいて、日本国民の健康づくりに関する意識の向上及び取り組みを促す施策である。その基本方針は、①1次予防の重視、②健康づくり支援のための環境整備、③目標等の設定と評価、④多様な関係者による連携の取れた効果的な運動の推進である。

5. 2001年～未来(21世紀)

21世紀に入り、「健康日本21」の根拠法として、「健康増進法」(2002年)が制定された。「健康増進法」の第2条では、「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」ことが国民の責務とされた。そのため、現在の健康政策の現状は、健康増進は国民個人の責任において主体的に取り組むことを前提とし、国家は国民個人の取り組みを支援する立場へと移行している。

少子高齢化の進展に伴う「超少子高齢・人口減少社会」の日本では、経済の長期的低迷期に入った1990年代以降、高齢者の増加、治療期間の長期化、医療の高度化により国民医療費は高騰し、「医療制度構造改革試案」(2005年)、介護保険法改正(2005年)、健康保険法改正(2006年)、健康保険法改正(2013年)等により、持続可能な保健医療制度の抜本的改革が日本の健康政策の課題として模索されている。

また、中央政府から地方自治体への地方分権の流れを受け、住民に近い、市町村単位の、地域に根ざした、統合的な保健医療介護福祉制度の必要性から、「保健所法」(1937年)が57年振りに「地域保健法」(1994年)に改定された。

また、近年、日本では「2025年問題」として、高齢化の進展に伴い、団塊の世代が後期高齢者(75歳以上)に達し、日本人口の3分の1が65歳以上、5分の1が75歳以上となり、医療・

介護費等の社会保障費用の急増が懸念され、社会的に問題視されている。但し、生物学的に人類が子孫を残すための生殖活動(人類の再生産活動)を終える年齢である50歳以上の人口割合で見れば、「2025年問題」は、日本人口の過半数を50歳以上の人口で占めることになる⁶⁾。

このような日本の社会的背景から、「地域包括ケアシステム」^{7)、注5)}の構築が急務となっているが課題も多い。「地域包括ケアシステム」の具体的且つ効果的なサービスを実践するには、人の一生で免れられない4つのライフイベントである、「出生」、「老化」、「罹病」、「死亡」、即ち「生・老・病・死」を踏まえた地域住民各自のケア・サイクル(論)^{8)、注6)}を考慮した医療や介護、生活支援分野の多職種連携によるサービスが必要となる(図7)。

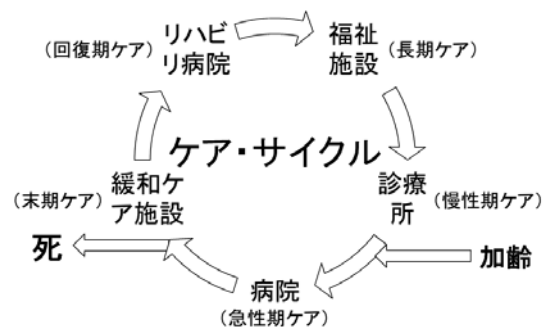


図7. ケア・サイクル(論)

但し、経済合理性の視点から見れば、「地域包括ケアシステム」は政策としては失敗してい

表1. 各世紀のモデルの構成要素

構成要素	20世紀モデル	21世紀モデル
人口動態	多子若齢	超少子高齢
就労人口	増加	減少
医療財源	増加	減少
国民医療費	少ない	多い
疾病	急性疾病	慢性疾病
目標	疾病治癒	QOLの向上、予防、健康増進
主介入者	医師、コメディカル	医師、コメディカル、患者、介護福祉士、地域住民、他
主介入	治療	日常介入(慰安)
主介入手段	近代西洋医学(手術、投薬、他)	運動、栄養、休養、他
主介入場所	病院、診療所	在宅、地域
介入者(職種)数	少ない	多い
医療・介護福祉変数	少ない	多い
対応空間	点	面
モデル	疾病治療型(病院型)、集中型	生活支援型(在宅型、地域型)、地域包括ケアシステム、分散型

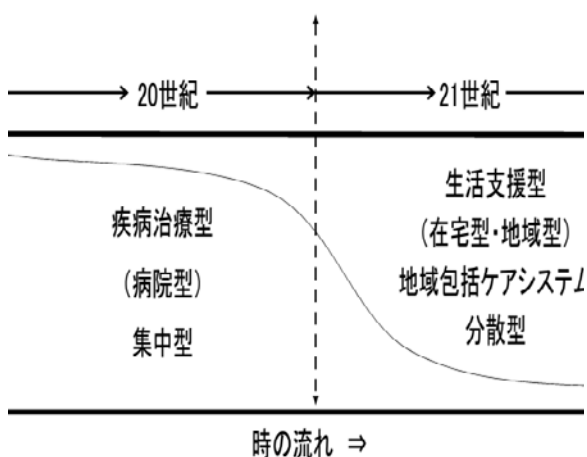
© 小野直哉(Naoya Ono) 未来工学研究所 22世紀ライフエッセンスセンター

る。何故なら、ケアが必要な人は高齢者が多く、ケアが必要な人はケアを受けた後、生産活動に復帰しない。そのため、「地域包括ケアシステム」では、1人毎のケアの費用対効果が低いとされている。そのため、今後は、経済合理性ではない評価軸と手法、価値観が日本国民と政府に必要となる。それは、突き詰めて考えれば、「近代化(合理的、効率的、早い)」を超えた、「脱近代化」が必要ということである。

20世紀までの日本は、多子若齢・人口増大社会で、患者は若く、「効率的」に「治す医療」が必要とされ、近代西洋医学が中心であった。21世紀からの日本は、超少子高齢・人口減少社会で、患者は老いており、人は「生・老・病・死」を免れないのを前提に、「非効率的」な「傍らで見守る医療」が必要とされ、それが中心となる。つまり、「治す」20世紀型健康政策ではなく、「傍らで見守る」21世紀型健康政策が求められているのである。

20世紀の概念や価値観だけでは行き詰る、既に「医療」の枠組を超えた、治せない「敗北の医学」の世紀が21世紀である。これらが、20世紀と21世紀の特徴と差異である(表1)。

そのため、これまで、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)から、これから、質・量、共に必要とされる中心的健康政策である「傍らで見守る」21世紀型の健康政策(生活支援型)へと、健康政策の枠組が移行(パラダイム・シフト)しているのである(図8)。



© 小野直哉(Naoya Ono) 未来工学研究所 22世紀ライフエッセンスセンター
図8. 医療モデルの変化と推移

しかし、現実には日本の医療現場のニーズと医療従事者養成との間で、時代遅れのミスマッチが起こっている。例えば、医師養成において、日本の医科大学や医学部では、現在も前世紀型医療教育により、医学生が多くが専門医(スペシャリスト)として養成される道を辿っている。しかし、現実の日本の医療現場のニーズで必要とされている多くは、生活支援型医療に対応できる家庭医(ジェネラリスト)である。それは、高度医療機関として大学病院が残っても、日本の人口動態の変化に伴う疾病構造の変化から、今後、専門医(スペシャリスト)が活躍する多くの病院型医療の医療機関は減少し、生活支援型医療の医療機関が増加し、多くの市中の医療機関は移行を余儀なくされることから明らかである。しかし、この現実の日本の医療現場のニーズの高まりは、例えば、ケアミックス型、医療・介護のグループ化、訪問介護、訪問看護、訪問診療等、既に1980年代から新聞紙上で取り上げられ、始まっていた事柄である。

【まとめ】

明治維新以前(19世紀後半以前:健康政策開始以前)の江戸時代末期(幕末)までの日本では、「養生」という考えが日本人に広く受け入れられており、健康の維持は個人の主観的判断と自助努力に委ねられ、歴代の時の権力による系統的健康政策は施策されてこなかった。

明治維新～第2次世界大戦敗戦前(19世紀後半～20世紀前期)の日本の国家の課題は、近代国家建設のための富国強兵(強い兵士の養成)、殖産興業(労働力の確保、経済成長であった)。それに伴う健康政策の課題は、急性感染症防止(コレラ等)、国民全体の体力強化、慢性伝染病対策(結核等)、精神疾患の予防、母子保健であった。これらの健康政策の課題を解決するために、医制(1874年)、大日本帝国憲法(1889年)、伝染病予防法(1897年)、結核予防法(1919年)、健康保険法(1922年)、保健所法(1937年)、結核予防法改正(1937年)、国家総動員法(1938年)、厚生省(1938年)、国民健康保険法(1938年)、国民体力法(1940年)が施策さ

表 2. 各時代の課題と施策

時代	国家課題	政策課題	年・施策	実態
明治維新 ～ 第2次世界大戦敗戦前 (19世紀後半～20世紀前期)	近代国家建設 富国強兵 (強い兵士の養成) 殖産興業 (労働力の確保) 経済成長	急性感染症防止 (コレラなど) 国民全体の体力強化 慢性伝染病対策 (結核など) 精神疾患の予防 母子保健	1874年: 医制 1889年: 大日本帝国憲法 1897年: 伝染病予防法 1919年: 結核予防法 1922年: 健康保険法 1937年: 保健所法、結核予防法改正 1938年: 国家総動員法、厚生省、国民健康保険法 1940年: 国民体力法	人口の管理 防疫 (感染症との闘い) 治療 (疾病との闘い) 栄養状態の改善 体位の向上 体力の強化
第2次世界大戦敗戦後 ～ 1970年代前半 (20世紀中期)	戦後復興 (国家の再建) (行政・制度の再構築) 経済復興 (労働力の確保) 高度経済成長 (労働力の確保)	急性感染症防止 (コレラなど) 慢性伝染病対策 (結核など) 母子保健 家族計画 (母体保護)	1946年: 日本国憲法 1947年: 労働基準法 1948年: 医療法、医師法、予防接種法 1951年: 結核予防法改正 1958年: 国民健康保険法改正 1961年: 国民皆保険・皆年金の実施 1963年: 老人福祉法 1965年: 母子保健法 1972年: 労働安全衛生法 1973年: 老人福祉法改正、健康保険法改正(昭和48年: 福祉元年)	防疫 (感染症との闘い) 治療 (疾病との闘い) 栄養状態の改善 体位の向上
1970年代後半 ～ 2000年 (20世紀後期)	経済力の維持 (労働力の確保) 社会保障費用の抑制	積極的健康増進対策 医療・介護費用の抑制	1978年: 第1次国民健康づくり運動 1982年: 老人保健法 1988年: 第2次国民健康づくり運動、労働安全衛生法改正 1989年: 高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略 1994年: 高齢者保健福祉5ヵ年計画、地域保健法 1997年: 介護保険法 1999年: 感染症予防法 2000年: 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)	慢性疾患の予防 (疾病との付き合い)
2001年 ～ 未来 (21世紀)	経済力の維持 (労働力の確保) 社会保障費用の抑制 少子化対策 高齢化対策 人口減少対策	医療・介護費用の抑制 長寿による健康寿命の延伸	2002年: 健康増進法、健康保険法改正 2003年: 地域包括ケアシステム(2005年、2006年) 2005年: 医療制度構造改革試案、介護保険法改正 2006年: 健康保険法改正 2013年: 健康保険法改正	慢性疾患の予防 (疾病との付き合い) 生活の支援 (傍らで見守る) (人間の尊厳の保障)

© 小野直哉(Naoya Ono) 未来工学研究所 22世紀ライフエンスセンター

れた。それらの実態は、人口の管理、防疫（感染症との闘い）、治療（疾病との闘い）、栄養状態の改善、体位の向上、体力の強化であった。明治維新～第2次世界大戦敗戦前（19世紀後半～20世紀前半）の時代は、ドイツの基礎研究を基盤とした、衛生（Hygiene）政策期であったと考えられる（表2）。

第2次世界大戦敗戦後～1970年代前半（20世紀中期）の日本の国家の課題は、戦後復興（国家の再建、行政・制度の再構築）、経済復興（労働力の確保）、高度経済成長（労働力の確保）であった。それに伴う健康政策の課題は、急性感染症防止（コレラ等）、慢性伝染病対策（結核等）、母子保健、家族計画（母体保護）であった。これらの健康政策の課題を解決するために、日本国憲法（1946年）、労働基準法（1947年）、医療法（1948年）、医師法（1948年）、予防接種法（1948年）、結核予防法改正（1951年）、国民健康保険法改正（1958年）、国民皆保険・皆年金の実施（1961年）、老人福祉法（1963年）、母子保健法（1965年）、労働安全衛生法（1972年）、老人福祉法改正（1973年）、健康保険法改正（1973年）が施策され、1973年（昭和48年）

は日本の福祉元年といわれた。それらの実態は、防疫（感染症との闘い）、治療（疾病との闘い）、栄養状態の改善、体位の向上であった。第2次世界大戦敗戦後～1970年代前半（20世紀中期）の時代は、アメリカの疫学研究を基盤とした、公衆衛生（Public Health）政策期であったと考えられる（表2）。

1970年代後半～2000年（20世紀後期）の日本の国家の課題は、経済力の維持（労働力の確保）、社会保障費用の抑制であった。それに伴う健康政策の課題は、積極的健康増進対策、医療・介護費用の抑制であった。これらの健康政策の課題を解決するために、第1次国民健康づくり運動（1978年）、老人保健法（1982年）、第2次国民健康づくり運動（1988年）、労働安全衛生法改正（1988年）、高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（1989年）、高齢者保健福祉5ヵ年計画（1994年）、地域保健法（1994年）、介護保険法（1997年）、感染症予防法（1999年）、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）（2000年）が施策された。それらの実態は、慢性疾患の予防（疾病との付き合い）であった。1970年代後半～2000年（20世紀後期）の時代

は、北欧等の高福祉国家の高齢者医療や介護福祉等を含む、欧米の臨床研究を基盤とした、保健医療 (Health Care) 政策期であったと考えられる (表2)。

2001年～未来 (21世紀) の日本の国家の課題は、経済力の維持 (労働力の確保)、社会保障費用の抑制、少子化対策、高齢化対策、人口減少対策である。それに伴う健康政策の課題は、医療や介護費用の抑制、長寿による健康寿命の延伸である。これらの健康政策の課題を解決するために、健康増進法 (2002年)、健康保険法改正 (2002年)、地域包括ケアシステム (2003年、2005年、2006年)、医療制度構造改革試案 (2005年)、介護保険法改正 (2005年)、健康

保険法改正 (2006年)、健康保険法改正 (2013年) が施策された。それらの実態は、慢性疾患の予防 (疾病との付き合い)、生活の支援 (傍らで見守る、人間の尊厳の保障) であり、「治す」20世紀型健康政策から、「傍らで見守る」21世紀型健康政策へ、健康政策の枠組が移行 (パラダイム・シフト) している。2001年～未来 (21世紀) の時代は、日本のケア・サイクル (論) を基盤とした、健康 (Health) ・生活支援 (Life Support) 政策期になると考えられる (表2)。

出典：参考文献 9), 10), 11), 12), 13) より作成。

注釈

- 1) 近代国家：中世封建国家や近世の絶対主義国家の崩壊後に成立した国家。国民の代表機関である議会制度 (立法)、統一的に組織された行政制度 (行政)、合理的法体系に基づく司法制度 (司法)、国民的基盤に立つ常備軍制度等が整備され、中央集権的統治機構をもつ国家。
- 2) 封建国家：封建的主従関係の下で組織された国家。近代国家との主な相違点は、明確な領土の観念を持たず、契約に基づく個人の人的結合から成立していた事である。
- 3) 「此時、信長敦盛の舞を遊ばし候。人間五十年 下天の内をくらぶれば、夢幻のごとくなり。一度生を得て滅せぬ者のあるべきか、と候て、螺ふけ、具足よこせと仰せられ、御物具召され、たちながら御食をまいり、御甲めし候ひて御出陣なさる」
- 4) 「思へばこの世は常の住み家にあらず。草葉に置く白露、水に宿る月よりなほあやし。金谷に花を詠じ、榮花は先立つて無常の風に誘はるる。南楼の月を弄ぶ輩も 月に先立つて有為の雲にかくれり。人間五十年、化天のうちを比ぶれば、夢幻の如くなり。一度生を享
- け、滅せぬもののあるべきか。これを菩提の種と思ひ定めざらんは、口惜しかりき次第ぞ」 (作者不詳。「敦盛」、製作年不詳。幸若舞の一演目。熊谷直実が出家して世をはかなむ中段後半の一節)
- 5) 地域包括ケアシステム：自助、互助、共助、公助を基盤に、その地に暮らす生活者としての地域住民 (乳幼児から高齢者、障害者も含む、ケアを必要とする者) 全体へ、住居を中心に、より包括的な医療、介護、社会福祉サービスを連携し、日常の暮らしや住いをも包含して支援して行こうとする考え方。1970年代に広島県の地方都市の医師により初めて提起された、日本発のヘルス・ケア概念であり、厚生労働省では、2003年、2005年、2006年に使用し始められた。
- 6) ケア・サイクル (論)：ある病気が発生する。日常の生活動作 (ADL) が低下する。病院 (急性期) に入院して、回復する。自宅で在宅ケアや福祉支援を受ける。また容態が変化する。治療を受けて、回復すれば自宅に戻る・福祉施設に入所する。このサイクルを繰り返しながら、最後は死を迎える。1人の生活者 (患

者) が受ける連続したケア。様々な社会資産 (保健資産・医療資産・福祉資産) から、その時点の状況に応じたケアを受け、連続的に社会資産を乗継いで行くケアのサイクルの概念である。長谷川敏彦 (元外科医, 元厚生労働省医系技官, 元国立保健医療科学院医療政策部長, 元日本医科大学医療管理学教室主任教授) が提唱した。

参考文献

- 1) 貝原益軒 (著), 石川謙 (編纂). 養生訓・和俗童子訓, 岩波書店, 1961.
- 2) 太田牛一 (著), 奥野高広, 岩沢愿彦 (共校注). 信長公記, 角川書店, 1984.
- 3) 太田牛一 (著), 中川太古 (翻訳). 現代語訳信長公記, 中経出版, 2013.
- 4) 観世左近. 敦盛 (観世流特製一番本 (大成版)), 檜書店, 1997.
- 5) 世阿弥 (著), 三宅 晶子 (翻訳). 敦盛 (対訳でたのしむ), 桜書店, 2003.
- 6) 大島伸一 (監修), 長谷川敏彦 (編集). 長生きを喜べるまちへ「愛知の提言」, 公益財団法人杉浦記念財団, 2016.
- 7) 高橋紘士 (編集). 地域包括ケアシステム, オーム社, 2012.
- 8) 長谷川敏彦. 変わる人生・社会・ケア - 研究実験国家日本の挑戦; 鎌田東二企画・編: 講座スピリチュアル学 第2巻 スピリチュアリティと医療・健康, ビイングネットプレス, 2014.
- 9) 平成 26 年版 厚生労働白書 康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/> (2016年8月3日検索)
- 10) 政策レポート 戦後社会保障制度史, 政策統括官付社会保障担当参事官室, 厚生労働省.
<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/21.html> (2016年8月3日検索)
- 11) 社会保障制度の変遷, 厚生労働省.
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/06.pdf> (2016年8月3日検索)
- 12) 日本の保健医療の経験-途上国の保健医療改善を考える-, 変遷-日本の保健医療-.
http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/english/publications/reports/study/topical/health/pdf/path_jp.pdf (2016年8月3日検索)
- 13) 特集: 日本の医療制度史, 医療情報室レポート, No.100. 福岡市医師会医療情報室, 2006年9月15日.
<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouho-usitsu/report100.html> (2016年8月3日検索)