

# 戦後20年間でなぜ日本の農村は劇的に健康改善を達成できたのか： 健康の決定要因別政策介入に関する仮説の検討

ユアサ モトユキ  
湯浅 資之<sup>\*,2\*</sup>

**目的** 1945年第二次世界大戦に敗戦した日本では、終戦直後から1960年代半ばまでの20年間に、乳児死亡の激減や平均寿命の延伸など特筆すべき健康改善がみられた。まだ経済的に貧困状況にあった日本とりわけ郡部では、なぜ短期間の内に国民の健康水準を劇的に高めることに成功したのであるか。その理由としてこれまで政府主導の公衆衛生政策の寄与が強調されてきたが、その他の政策介入による検討は極めて限られてきた。そこで本稿では、地域保健医療政策に加え、非保健医療領域の政策介入が健康改善に寄与したと考えられる仮説を文献考証により検討した。

**仮説の検討** 戦後日本の劇的健康改善は、さまざまな省庁による多様な政策が相乗的に広範な健康決定要因に介入した結果によってもたらされたと考えられる。厚生省は地域保健医療事業を実施し、母子死亡や結核死亡の低減に直結する保健医療サービスを提供した。農林省は生活改善普及事業を実施して個人や家族のライフスタイルの変容、生活・住環境の改善、社会連帯の強化を促した。また農業改良普及事業により農家の安定経営を促進し、健康的な生活の保障に必要な家計の確保を図った。文部省は社会教育事業を実施して民主主義や合理的精神の普及に努め、人々の迷信や前近代的風習を打破して健康的生活を促すヘルスリテラシーの醸成に寄与した。

**結論** 公衆衛生政策だけではなく、生活、経済や教育など広範囲な健康決定要因を網羅した各種政策が実践されたことではじめて、戦後日本の健康改善が短期間に達成できたと考えられた。この過程をより詳細に検討することは、まだ貧困にあえぐ開発途上国支援の方策を検討することに寄与し、また財源縮小に直面する今日の日本においても人口減少・高齢化対策に対して社会保障の充実以外の選択肢を検討するうえで貴重な示唆を提供してくれると思われる。

**Key words** : 公衆衛生政策, 生活改善普及事業, 農業改良普及事業, 社会教育事業, 健康の決定要因, 日本

日本公衆衛生雑誌 2017; 64(3): 123-132. doi:10.11236/jph.64.3\_123

## I 緒 言

1945年第2次世界大戦に敗戦した日本では、直後の混乱期を除き、生活基盤の復興整備は順調に進展した。この時期、日本の保健指標も特筆すべき改善をみせた。たとえば、生活状況の影響を最もよく反映するといわれる乳児死亡率は1949年の出生1,000対62.5から15年後の1964年には20.4へと3分の2の低下を示した<sup>1)</sup>。さらに乳児死亡率の低下が同時期の出生時の平均余命の改善に大きく寄与し、男女と

も戦後直後に50歳前半であったものが1965年には70歳前後まで大きく延伸した<sup>2)</sup>。ここで注目すべきは、終戦直後から1960年代半ばまでの20年間における著しい健康改善である。

一般に経済成長が個人や集団の健康レベルを高めると考えられている<sup>3)</sup>。事実、マクロ経済状況と国民の健康水準は大きな正の関連があるとする報告は数多い<sup>4,5)</sup>。1990年基準購買力平価に換算した日本の国内総生産(GDP)は1949年には1,800米ドルであったものが1965年に5,934米ドルと3倍以上の伸びをみせているものの、欧米主要国と比較すれば戦後20年間の日本は決して経済的に裕福な国ではなかった(例えば1965年のGDPは英国9,752米ドル、ドイツ9,186米ドル)<sup>6)</sup>。飛躍的に経済規模が拡大した

\* 順天堂大学国際教養学部グローバル社会領域

<sup>2\*</sup> 順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座  
責任著者連絡先: 〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1 順天堂大学国際教養学部 湯浅資之

日本の高度経済成長は1950年代に始まり1972年頃までとされるが<sup>7)</sup>、その助走期のGDPがまだ低かった時期に既に日本の保健指標は顕著な改善傾向をみせていたことになる。

ではなぜ、戦後20年間の短期間に日本はかくも保健指標を劇的に改善し、国民の健康水準を高めることに成功したのであろうか。高度経済成長期以降、とりわけ国民皆保険制度が成立した1961年以後の日本人の健康要因分析に関する先行研究は数多くある<sup>8~10)</sup>。だが、1945年から1965年の戦後20年間を検討した報告は多くはない。数少ない先行研究をみると、例えば重松と南条<sup>11)</sup>は1950~55年の平均寿命延長は男性で65%、女性で59%が感染症死亡の低減に起因しており、成人病死亡は1960年代後半から増加したと報告している。吉永<sup>12)</sup>や綿引ら<sup>13)</sup>は平均寿命における男女格差を検討する中で、戦後20年間は乳幼児死亡、結核、不慮の事故の減少が健康改善の主要因であると分析している。一方、海外研究者による研究としてMarmotとSmith<sup>14)</sup>は、日本食の影響や経済的平等さが平均寿命改善に寄与しているとした上で、日本社会に特有な個人と集団間の社会的な関わり方の強さも関与しているのではないかと推測した。また、Lancet日本特集の1論文として寄稿したIkedaら<sup>15)</sup>の分析によれば、義務教育の普及、均質で平和な社会、健康格差が小さかったことを理由に挙げている。その上で1950~60年代の健康改善に最も奏功を呈した理由として、政府の強力な責任ある統括(stewardship)の下に実施された公衆衛生政策が遂行されたことを指摘している。確かに、終戦直後の社会情勢の悪化や海外からの復員・引上げ等により急増した急性感染症流行や結核蔓延に対し「予防接種法」(1948年)や「新結核予防法」(1951年)を制定し、予防接種の徹底や結核予防体系の確立を図った事例<sup>16)</sup>は、国がGHQ(連合国最高司令官総司令部)の指揮下に優先して公衆衛生政策に取り組んでいたことの査証と言える。

以上の先行研究結果を要約すれば、経済的にまだ貧困状態にあった日本では、乳幼児死亡と結核死亡の激減が戦後20年間の日本人の特筆すべき平均寿命の延伸に寄与した。それは高い教育レベル、政治的な安定、日本食文化を背景としながらも、強力な行政主導による公衆衛生活動の徹底が重要な要因であったということである。

ところで、戦後の健康立国日本を築いた政策は何も公衆衛生に限ったことだけではなかったはずである。保健医療分野以外における政策介入も健康の決定要因に大きく関与したと考えることは自然であるが、非保健医療政策の寄与に言及した著作は極めて

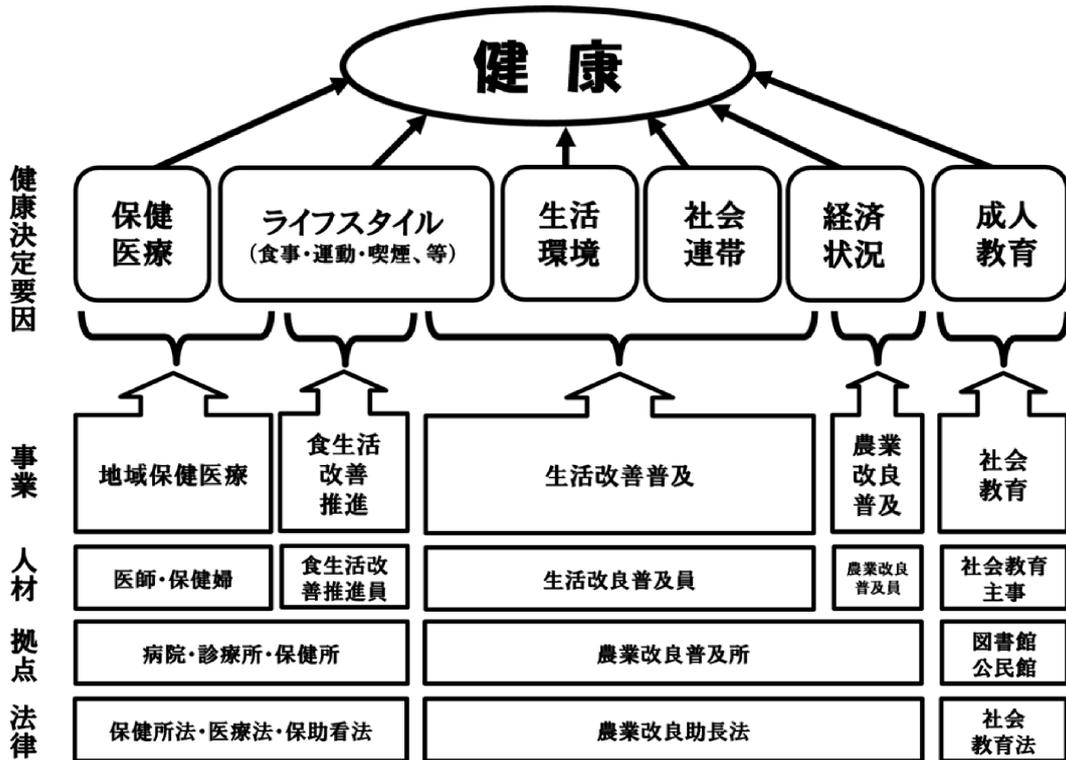
少ない。そこで本稿では、戦後20年間に日本全国、特に農村部でどのような事業が展開されていたかを鳥瞰することで、さまざまな健康決定要因へ結果的に包括的に介入することになった史実を検討したい。その事業とは地域保健医療活動であり、また保健医療分野以外における健康に関連したとされる政策のことである。それらの介入が同時並行的に実施されたことで、健康を劇的に改善したと推論される仮説を展開する。残念なことに政策介入の効果を今となって科学的に論証することは容易なことではないが、文献考証によって論理的に解釈することを試みたい。

## II 仮説

本仮説を検討する時期は戦後直後からの約20年間、すなわち混乱期を経た1947年から1965年前後を想定した。1960年代半ばまでの時期に限定した理由は1964年の東京オリンピック開催が戦後復興の一つのターニングポイントになったと考えられるからである。1947年における全国(沖縄県除く)の総人口は約8千万人であり、7割は郡部(rural)に居住していた<sup>17)</sup>。1950年代半ばには市部(urban)人口は約半数を超え、1965年には総人口はおよそ1億人となり、市部と郡部の人口割合は逆転して約7割が市部に居住するようになった<sup>17)</sup>。高度経済成長を支えた郡部から市部(特に東京・名古屋・大阪の三大都市圏)への健康で若き労働力の移入(いわゆる集団就職)は1950年代に盛んとなったことを考え合わせると<sup>18)</sup>、戦後直後から1950年代半ばの郡部における政策介入がその後の日本の成長を陰で支えたと考えることもできる。以上の理由から、本仮説は戦後20年間の郡部に焦点を絞って史実を検討することにする。

高度経済成長が始まる前およびその間に日本全国の郡部で展開されていたさまざまな政策による事業を、健康の決定要因に関連付けて図示したのが図1である。この仮説図は世界保健機関(WHO)の健康の社会的決定要因諮問委員会作成による概念枠組み<sup>19)</sup>をもとに作成した。概念枠組みでは、社会経済要因と政策、社会的地位、教育、就労、収入、性、人種、生活環境、社会連帯、心理要因、ライフスタイル、生物学的要因、保健医療サービスが相互に関連し合い健康に影響を与えているとしている。この中から本研究対象となる政策による影響が及び難いと考えられた生物学的要因(性、人種、など)と心理要因を除き、類似する要因をグループ化し(社会的地位、就労、収入を経済状況要因としてまとめた)、最終的に「保健医療」、「ライフスタイル」、「生活環

図1 健康決定要因別各種事業の関連仮説図



出典；著者作成

境」，「社会連帯」，「経済状況」，「教育」を健康の決定要因として抽出した。次に，戦後20年間わが国の郡部で展開されていた事業をこうした決定要因ごとに関連付けることで仮説図を形成した。

健康へ影響を与え得る多くの要因は生活の場に存在している。当時の日本政府は健康の決定要因別に事業を実施した政策意図は持ち合わせていなかったと思われるが，人々が生活する家庭，コミュニティ，市町村に各中央省庁がそれぞれ独自に事業を展開し，結果的にそれらの事業が相乗的に健康の改善に大きく寄与したと考えることは想像に難くない。

保健医療サービスは厚生省（当時の呼称）が主導して実施された地域保健医療事業を通じて提供された。専門家として医師，看護婦（当時），准看護婦（当時），助産婦（当時）のほか，保健婦（当時）が従事した。食事や栄養に関しては従来の米中心の和食から小麦や油，肉を用いた欧米食の普及・浸透が，1949年に始まる栄養改善普及運動（後の食生活改善推進）や1954年に開始された学校給食，また1954年以降のキッチンカーによる全国巡回<sup>20)</sup>などを通して積極的に推進された（これらは米国の小麦輸出戦略や余剰農産物処置に基づく政策であったとの指摘がある<sup>21)</sup>）。一方，生活環境やコミュニティにおける住民の動員や社会連帯（ソーシャル・キャピタル）の醸成に大きな役割を果たしたのは，農林省(当時)

が1951年に開始した生活改善普及事業であったと考えられる。生活改良普及員と呼ばれる都道府県職員が，生活に直結するさまざまな健康の決定要因に対して住民参加の活動を促進した<sup>22)</sup>。また，当時の農村の主産業は農業であった。終戦直後の農業就業者は全国で1,700万人に上り，全労働者の53%を占めた<sup>23)</sup>。農業の振興には農業改良助長法（1948年）に基づいて農林省による農業改良普及事業が実施され，農家の経済的自立と安定が促進された<sup>24)</sup>。さらに，学校の教育課程とは別に，主として成人の卒後・生涯学習の向上を目指す社会教育の充実も図られた。文部省（当時）は社会教育法（1949年）によって全国に図書館や公民館を整備し，住民に対する教育講座を企画する社会教育主事を市町村の教育委員会に配置して，成人の教育レベルの向上を促した。

このように，多様な事業が別々の中央省庁や法律によって実施されてはきたが，事業の開始はほぼ同時期であり，事業の最終受益者は国民であり，農村という生活空間であったため，コミュニティにおいて事業の成果が面としてつながる結果になった。このことが，郡部の人々の健康を短期間に飛躍的に高める相乗効果をもたらしたものと考えられる。大門<sup>25)</sup>は占領から1950年にかけて家庭や女性の役割を強調する施策が立て続けに取られたことが，戦後復興に極めて重要な役割を果たしたとも述べている。

仮説図に示す決定要因のうち、とりわけ多くの決定要因へ介入したと考えられた地域保健医療と生活改善普及の事業について、次節以降で詳細に解説する。

### Ⅲ 地域保健医療事業の関与

ここで述べる地域保健医療は、農村の最前線で提供される1次レベルのヘルスケアを意味し、病院で提供される2次、3次レベルのヘルスケアは含まない。戦後の地域保健医療の基本は、プライマリケアの強化だけではなく、疾病の予防と環境の改善も含む事業であり住民参加活動も積極的に推進された。これは今日でいうWHOのプライマリヘルスケア戦略とまったく同じコンセプトで実施されていた点に留意する必要がある。こうした公衆衛生活動は、保健医療サービスやライフスタイルという健康決定要因を直接的に改善することに寄与した。

#### 1. 戦後の地域保健医療の歴史

終戦後のおよそ15年間は、戦争で大きな被害を受けた保健医療システムの再構築が行われた時期である。劣悪な環境下で蔓延した急性感染症と母子保健、環境衛生が主要な課題であった。1948年に保健医療の根幹となる医療法、医師法、保健婦助産婦看護婦法（当時）が制定され、保健医療の人材に関する基本的制度が整備された。日本には、労働者を対象とした健康保険法が1922年に、また農民を対象とした国民健康保険法が1938年にそれぞれ制定されていた。しかし、零細企業の労働者と家族、国民健康保険を実視していない市町村住民は保険の適用外であった。そこで、すべての市町村に国民健康保険事業の運営を義務付けた国民健康保険法の改正が行われ、1961年には皆保険制度が確立した。

#### 2. 保健所と保健婦

保健所は第2次世界大戦前の1937年（厚生省設置の前年）に旧保健所法により設立された地域保健医療の中核機関である。戦後の1948年にGHQの構想に則って新たな保健所として再編され（新保健所法）、その後、最盛期には全国に859か所（1976年）を数えた。保健所は、結核検診や母子健診、予防接種などの疾病予防と保健指導からなる専ら「人」に関するサービスと、上水道、住宅環境の整備・清掃、飲食店の監視など環境衛生と食品衛生を司る「物」に関するサービスを提供した。保健所には所長である医師のほか、歯科医師、保健婦、栄養士、レントゲン技師、臨床検査技師、獣医師、薬剤師、事務職など多彩な職種が勤務した。「人」に関するサービス提供では、保健婦が大きな役割を果たした。保健婦は保健所のほか、市町村にも就業した。

「物」に関するサービス提供は獣医師、薬剤師、環境衛生監視員、狂犬病吏員（野犬の駆除）などが従事した。

#### 3. 各種保健医療事業

終戦直後の死因第1位は結核であった。結核に対しては保健所が中心となって全国一律に胸部レントゲン検査、ツベルクリン検査とBCG接種を実施した<sup>26)</sup>。結核診断技術の向上と治療費負担の軽減を図るため、保健所内に結核審査会が設置され、診断の一括処理や公費負担による抗結核薬の無償提供を行った。この制度はほとんどすべての患者をカバーする質の高い結核対策を展開することにつながり、それが功を奏して結核死亡は激減し、1951年には脳血管疾患に死因1位の座を明け渡した。

母子保健はGHQの重要分野として位置づけられ、1947年に厚生省内に児童局母子衛生課が設置された。保健所法の改訂で保健所を中心に乳幼児健診や予防接種、保健婦や助産婦による訪問指導が強化された。1948年には優生保護法が制定されて人工妊娠中絶が合法化され、経済的理由による望まない妊娠やリスクの高い妊娠・出産が減少したために、妊産婦死亡や乳児死亡が大きく低下した<sup>27)</sup>。また母子健康手帳が妊婦に交付されるようになり、母子保健情報を統一的に管理することが可能となった。

戦後直後に470万人もの復員や引き揚げに伴う繰り延べられた結婚が増加したことから、1947～49年のわずか3年間に約800万人が出生したベビーブームが起こった。当時のアメリカでは病院出産が一般的であったことからGHQは施設分娩を指導し、また1958年以降民間組織や市町村が「母子健康センター」を設置することもあり<sup>28)</sup>、助産婦の介助による施設分娩が急速に進んだ<sup>29)</sup>。半面、1950年時点で95.4%であった自宅分娩率は1960年には半減し、1970年にはわずか4%にまで低下した<sup>27)</sup>。

母子保健に関係ある住民参加活動として愛育班活動がある。これは母子愛育会財団により特に乳児死亡率が高い農村において実施された<sup>30)</sup>。戦前の1936年に始まり、戦時中の1944年に全国に展開され、1946年には全国に1,173を数えた。地域の女性が知識を得て、近隣の妊産婦や乳幼児を助け支える共助活動であった。

### Ⅳ 生活改善普及事業の関与

1948年に成立した米国を参考とする農業改良助長法に基づき、農業と農民生活の改善に関する技術と知識を普及することを目的に、農林省と都道府県が協同農業普及事業を開始した。この事業は農業改良普及事業と生活改善普及事業の2つから構成され、

両者の相互発展が目標とされた。前者の農業改良普及事業は、農業の生産性向上や農作物品質向上、効率的な農業経営を支援する目的として、農業改良普及員（多くは男性）が農家に対して農業技術の指導を行った<sup>24)</sup>。これにより農家は安定した収入を得る基盤を得たことは、健康改善に大きく貢献したと考えられる。

### 1. 生活改善普及事業の制度設計

生活改善普及事業は三重、京都、山口などの先進地域では1948年から開始されていたが、全国への展開は農業改良普及事業から3年遅れの1951年に始まる<sup>24)</sup>。この事業では都道府県職員であった生活改良普及員（多くは女性）が農村女性に対して衣食住などの改善指導を行い、また農村女性の自律的住民組織（生活改善実行グループ）の結成を促した<sup>31)</sup>。住民組織への活動と普及という手法は当時の占領国米国から導入されたものである。学問的根拠は家政学（home economics）を基礎とし<sup>22)</sup>、米国から知見を取り入れて日本独自の手法として設計されていた<sup>32)</sup>。

まず、生活改良普及員は個別に家庭訪問をしながら住民（特に女性）のニーズを把握することからこの事業は開始された。その中で共通する話題を抽出すると同時に、コミュニティの組織化を通して家族間で改善すべき問題の共有化を図った。生活改良普及員は解決のための知識や技術を押し付けることはせず、住民の主体性を尊重しつつ、住民自身が問題解決できるように支援した<sup>31)</sup>。

### 2. 生活改善普及事業の具体事例

具体的活動は表1に示したように住居、食生活、衣類、家事経済（家計）および生活環境の改善等が含まれていた<sup>22)</sup>。主な具体事例を以下にあげる。

#### 1) かまどの改善（写真1）

旧式かまどでは腰を屈めて薪をくべる必要があり、煙が室内に充満したので、腰痛や気管支炎の原因、トラコーマ眼炎の悪化の理由となっていた。新式かまどに改良すると作業が容易となり、煤煙を煙突で外に出せたので、腰や呼吸器、眼の健康障害を減少できた<sup>22,24)</sup>。また改良かまどは熱効率を高めることにもなった（燃料は約3分の1に減少<sup>31)</sup>。しかしその導入にあっては、妊婦がいる家ではかまどの改造をすると悪い子が生まれるなどの迷信が多く、改良する苦労が多かった<sup>22)</sup>。その一方で、旧式かまどは暖房器具の用途も兼ねていたが、新式かまどは室内の暖房器具にはなり得ず、台所にいることの多かった主婦は冷えに悩むようになったとの報告もあった<sup>33)</sup>。

表1 生活改善普及事業の具体事例

分野別	主な改善活動	介入したコミュニティ数	コミュニティの中で活動を採用した農家の割合平均 (%)
住居の改善	かまどの改善	43,187	30.9
	台所の改善	40,689	25.6
	風呂の改善	26,745	16.4
	便所の改善	17,831	18.7
	給水施設の改善	23,618	26.9
	排水施設の改善	16,496	17.9
	暖房施設の改善	12,927	33.7
食生活の改善	カルシウム強化味噌の使用	19,065	29.2
	保存食	49,269	48.8
	小家畜飼育	33,141	42.6
	農繁期共同炊飯	2,613	24.4
	共同製パン所の設置	2,429	44.3
衣類の改善	共同菜園の設置	1,305	21.1
	改良作業衣の着用	25,975	40.2
家事経済の改善	家計簿の記帳	16,330	25.9
	日用品の共同購入	15,923	52.4
生活環境の改善	共同洗濯所の設置	602	30.2
	蚊ハエの共同駆除	25,153	48.1

出典；市田（岩田）1995<sup>22)</sup>

#### 2) 台所の改善

旧来の流しは腰の位置より低いところにあつたため、使用時に中腰になって腰痛の原因となっていた。そこで主婦の身長に合わせた高さに流しを改造することで、家事作業の効率化を図り、腰痛の減少につながった<sup>31)</sup>。

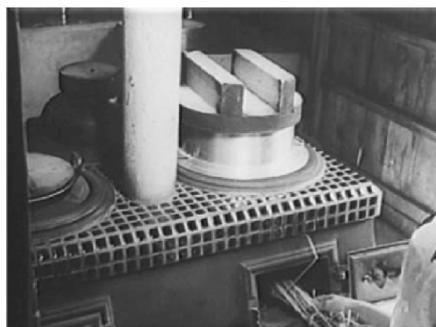
#### 3) 農繁期共同炊飯

稲の田植えと刈り取り時期には家族総出で農作業を行うために食事の調理は手抜きとなり、体重の減少や子どもが病気になることが多かった。生活改良普及員はコミュニティに呼びかけ、共同炊飯の導入を図った。家庭の持ち回りで調理するため、栄養価のある食事を準備することができると同時に、食事を準備する家庭の農作業は別の家庭が面倒を見てくれたために、農作業と食事準備の両立が可能となった<sup>24)</sup>。

#### 4) ハエと蚊をなくす生活実践運動

1952年に生活改善普及活動の実践グループの中か

写真1 旧式かまど（左）と新式かまど（右）



出典；IDE-JETRO デジタルアーカイブ

ら成熟した住民による自主的活動としてこの運動が開始された<sup>34)</sup>。2年後には全国で3,500か所にまで広がり、1955年には国民運動として政府が後押しすることになり、さらに全国に拡大した。科学的根拠に基づき、便所や台所の排水などハエや蚊の発生源対策を地域ぐるみで実践し、大きな成果を上げた。1960年代に入ると活動は下火となり、地区対応ではなく家庭対応へと変化していった。

### 3. ヘルスプロモーション活動としての生活改善普及事業

WHO のオタワ憲章<sup>35)</sup>および健康決定要因を定義に明記したバンコク憲章<sup>36)</sup>の視点からみると、生活改善普及事業は生活の場に存在するあらゆる種類の健康決定要因への介入を家庭とコミュニティの協働参画により行っていることから、今日でいうヘルスプロモーション活動であるとみなすことができる。さらにこうした活動は、古い風習や習慣を変え、迷信を打倒し、生活と健康を重視する合理的価値観を植え付け、農村女性の地位向上に一定の役割を果たしたと評価されている<sup>37)</sup>。戦後発布された新憲法の下で男女平等や民主主義の理念の普及に貢献した本事業の役割も忘れてはならない。

## V 健康決定要因へ多角的に介入した一事例

そもそも早急な健康改善は保健医療領域だけの介入だけで達成できるものではなく、保健医療外領域、たとえば農業、環境、社会、経済、教育の分野での政策介入が必須である。その好事例が岩手県旧沢内村であろう。

旧沢内村は岩手県と秋田県の県境山間部にある寒村で、冬季には3メートルを超える豪雪のためかつて交通は遮断され陸の孤島になった。深沢晟雄はそこで教育長、村長（就任期間1957～1965年）として活躍した時、「生命尊重行政」をスローガンとし村民の健康を最優先にした村政を敷いた<sup>38)</sup>。まず教育

長時代に個別に家を回り、地域のニーズを拾い上げ、青年会や婦人会を組織し、健康のための勉強会を継続した（その結果、健康に関心を抱く主婦が増加した<sup>39)</sup>）。またナメコ栽培を手掛けて産業を興し、農家の収入を高めた。村長になると、冬季の交通確保を目的にナメコ栽培で得た財源を元手に購入した（実際は小松製作所から寄付された）新型ブルドーザーを用いて冬期間の除雪を可能とし、村人が病院や学校や商店へ冬季でも自由に往来できるようにした<sup>39)</sup>。この環境整備は利便性に加え、村民に与えた心理的影響も計り知れない。夏場にはブルドーザーは農地や道路工事に使われ、村の財源を潤した。深沢らはまた保健婦の充足にも努め（当時の岩手県市町村内で沢内村は人口当たり保健婦数が最多<sup>40)</sup>）、妊産婦健診や乳幼児健診、疾病の予防活動にも力を入れた。特に子どもと高齢者の健康を守るために、1960年1歳未満児と60歳以上高齢者の医療費無料化を実現した。

以上を総括すると、住民組織化というソーシャルキャピタルの強化と村民の意識改革、ナメコによる農家の経済基盤の確保、除雪による生活環境の整備、疾病予防というライフスタイルの改善、医療費無料化による保健医療サービスへのアクセス確保といったさまざまな健康の決定要因への介入が同時並行に実践されていたことがわかる。その結果、沢内村では1962年にはついに日本の市町村では初めて乳児死亡をゼロにするという快挙を達成したのである。実に、深沢が村長に就任してわずか5年という短期間で成し遂げられた（村長就任時1957年の乳児死亡率は出生千対69.3と全国平均の2倍弱であった<sup>41)</sup>）。

## VI 考 察

以上、戦後20年間に日本で各省庁が実施したさまざまな施策が多様な健康の決定要因へ介入してきた

事例を概観した。以下ではこうした施策の包括的介入の相乗効果を考察する。

農林省が「考える農民」<sup>24)</sup>を育成する施策の一環として施行した生活改善普及事業は、個人や家族のライフスタイルを変容し、生活・住環境を改善し、社会連帯を強化した上に、家計簿の普及や山羊の共同飼育等を通して農家における健康生活への支出を確保し、健康に決定的な効果をもたらしたとの言説を提案した。言うなれば、日本ではWHOが提唱する以前から既にヘルスプロモーション戦略が実践されていたのである。

生活改善普及事業は農業改良普及事業とセットで導入された点が重要であったと考えられる。農業改善による農家の収入を確固たるものにすることが、沢内村のナメコ事業や農地拡張同様に、生活の質的向上を図る基盤になる。Marmot<sup>42)</sup>は、ある一定の物質的な福利厚生が確保されることで人は自律性を持つことができ、社会的活動に参加できるようになる。そして、これら自律性と社会参加こそが健康や長寿に欠かせない条件であると述べている。つまり、健康向上には生計向上を合わせて導入する必要性があるという点は重要である。

次に、生活改善普及事業の与えたインパクトを検討したい。農業改良普及員に比べ生活改良普及員の公務員数は極めて限定的であった。前者は1952年には全国に1万1千人を数えたが、後者は多くても2千人程度であった<sup>22)</sup>。しかし、生活改良普及員によって組織された住民による生活改善実行グループ数は1953年に全国で約5,200組、グループ員数は約12万8千人に及んだ<sup>22)</sup>。決して少数者に対するインパクトとは言えない。これを裏付ける唯一の量的研究としてSugiuraら<sup>43)</sup>による多変量回帰分析の報告がある。終戦翌年から1983年までを栄養摂取可能な状態を尺度に3期に分け、日本人の平均寿命に影響を与える要因の解析をしたところ、初期教育、衛生法規整備状況と同時に生活改良普及員数が関係していることを明らかにしている。このことから、生活改善普及事業が与えた影響を過小評価することは困難である。

生活改善普及事業と公衆衛生活動のつながりは恒常的に存在した。生活改良普及員が住民を組織化し、生活上のニーズを住民自身に考えさせて話題化し、そこで初めて保健婦や栄養士を招いた健康講習会を開催していた<sup>31)</sup>。こうした連携プレーは自立した農民を育成する普及手法として国が普及を働きかけた<sup>22)</sup>。このように農業事業と保健事業の連携が既に一般化していた点は重要である。

さらに文部省分掌の社会教育事業と生活改善普及

事業の協働も注目すべきである。生活改善普及事業に関する報告によると、生活改善を阻む最大の阻害要因は農民の保守的、非合理的価値観であったという<sup>22)</sup>。貧相な食事に満足すべしとする美德や、日当たりの良い仏間は客間として使用すべきで家族は北部屋の万年床で就床起床することが先祖来の慣習であるとする信念、あるいは医師に診てもらふことは贅沢といった思考や、女性が家族内や村落で自分の考えを主張することを不遜と見なす社会規範などである。こうした前近代的価値観を如何に打破していくのかということが、生活改良普及員が最も奮闘した障壁であったと記録にある<sup>22)</sup>。一方、この当時の公民館は戦後施行された日本国憲法による国民主権、平和主義、民主主義といった基本理念や近代的合理的精神の普及の拠点として設置されていた<sup>44)</sup>。社会教育と生活改善はヘルスリテラシーの基盤となる合理的思考力の醸成を果たす上で、目には見えないが極めて大きな役割を担ったことは想像に難くない。

本稿による考証的検討はまだ不十分である。政策介入が健康にどのように影響を与えたのかという点について、今後更に個別の事業ごとに質的量的に詳細にかつ批判的に吟味する必要がある。本稿で顧みなかった上下水道の敷設状況、食生活改善事業（特に日本食）の効果判定、学校給食の導入効果、伝統医療や日本独自の置き薬の効能、農家のミクロ経済的分析、農作業のリスク評価（農薬中毒、農夫症等）なども視野に入れて政策介入を分析すべきである。

## Ⅶ 結 語

佐藤は戦後日本の農村開発はマルチセクターによるアプローチであったとし、特に生活改善普及事業は行政に呼応する受皿組織として機能したと高く評価している<sup>45)</sup>。その一例として、生活改善実行グループが活発で十分に組織化されていた地域では、後に導入されたハエと蚊をなくす運動が効果的に実施されたという。健康の決定要因は生活の場に広く散在するという視点に立てば、マルチセクターアプローチでなければ短期間に健康を改善することは望めなかったという言葉こそ尤も論理的解釈に耐え得ると考えられる。

健康の決定要因を広く考慮するヘルスプロモーションの視座はRoseが唱えた原因の原因（causes of causes）<sup>46)</sup>を考えることにはかならない。医師や保健婦らが住民に健康情報をいくら提供しても、それを理解し活用できるヘルスリテラシーが低ければ期待された成果は上げられない。そのヘルスリテラシーは社会教育や生活改善の事業で培われた合理的

精神を尊ぶ土壌づくりが前提にあったことは前述のとおりである。また変容した行動を持続化させ、行動を成果につなげるには、一定以上の収入という実現要因やソーシャルサポートといった強化要因が必要である。戦後に政府の指導で強力に推し進められた公衆衛生政策の背後に、原因の原因を改善させた幅広い他領域からの政策介入があったことは忘れてはならない視点である。

終戦直後の奇跡の理由を健康決定要因の広い評価軸で解明していくことは、そのまま開発途上国の技術支援に活用できる方策を考察することに直結する。それと同時に、人口減少と超高齢化に直面している現在の日本にとっても貴重な示唆を提示してくれると思われる。医療や介護を社会から切り離して検討するのではなく、地域再生、環境、雇用、エネルギーなど他の領域を含めて持続可能な社会創造という視点から問題分析を試みるべきである。財源が著しく縮小する中でこれらの課題を乗り切るには、社会保障の充実以外の選択肢を検討するうえでも必要な研究と思われる。

## 補足

国は1991年に農業改良普及員と生活改良普及員の呼称区分を廃止して改良普及員に統一した。また2005年には、現場で活躍する改良普及員とそれを指導する専門技術員を統合して普及指導員に一元化し、今日に至っている。

## 利益相反

開示すべきCOI状態はない。

(受付 2016. 6.28)  
採用 2016.12.21)

## 文 献

- 小林和正. 死亡率の推移. 人口問題研究 1967; 100: 82-91.
- 小林和正. 生命表から見た死亡. 人口問題研究 1967; 100: 92-96.
- World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press. 1993; 17-36. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> (2017年1月1日アクセス可能).
- Hertzman C, Siddiqi A. Health and rapid economic change in the late twentieth century. Soc Sci Med 2000; 51(6): 809-819.
- McDonough P, Duncan GJ, Williams D, et al. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. Am J Public Health 1997; 87(9): 1476-1483.
- Bolt J, van Zanden JL. The Maddison Project: collaborative research on historical national accounts. The Economic History Review 2014; 67(3): 627-651.
- 中谷 巖. 入門マクロ経済学 (第5版). 東京: 日本評論社. 2007; 5-16.
- Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. Lancet 2011; 378(9796): 1106-1115.
- Araki S, Uchida E, Murata K. Social life factors affecting the mortality, longevity, and birth rate of total Japanese population: effects of rapid industrialization and urbanization. J Hum Ergol (Tokyo) 1990; 19(2): 185-199.
- Hashimoto S, Kawado M, Seko R, et al. Trends in disability-free life expectancy in Japan, 1995-2004. J Epidemiol 2010; 20(4): 308-312.
- 重松峻夫, 南条善治. 主要死因の平均寿命に及ぼす影響: 戦後25年間の観察. 民族衛生 1981; 47(4): 160-174.
- 吉永一彦. 日本における死因構造の推移 (1950~2000): 平均寿命の性差への寄与. 厚生指標 2006; 53(4): 26-31.
- 綿引信義, 西田茂樹. わが国の平均寿命の男女格差について (2): 男女格差の推移について. 民族衛生 1996; 62(3): 139-153.
- Marmot MG, Smith GD. Why are the Japanese living longer? BMJ 1989; 299(6715): 1547-1551.
- Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011; 378(9796): 1094-1105.
- 厚生労働省, 編. 平成26年版厚生労働白書: 健康長寿社会の実現に向けて~健康・予防元年~. 東京: 日経印刷. 2014; 8-9.
- 総務省統計局. 日本の長期統計系列 第2章 人口・世帯 2-7 都道府県・市部・郡部別人口, 人口密度, 人口集中地区人口及び面積. <http://www.stat.go.jp/data/chouki/02.htm> (2016年11月17日アクセス可能).
- 縄田康光. 戦後日本の人口移動と経済成長. 経済のプリズム 2008; 54: 20-37.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2008; 42-46. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) (2017年1月1日アクセス可能).
- 厚生省栄養課. 栄養改善普及運動の歩み. 栄養日本 1958; 8: 17-20.
- 鈴木猛夫. 「アメリカ小麦戦略」と日本人の食生活. 東京: 藤原書店. 2003; 13-99, 163-177.
- 市田(岩田)知子. 生活改善普及事業の理念と展開. 農業総合研究 1995; 49(2): 1-63.
- 張 坦. 近代日本における農村過剰人口流出と都市

- 労働力の形成. 現代社会文化研究 2006; 36: 157-172.
- 24) 国際協力事業団. 「農村生活改善協力のあり方に関する研究」検討会報告書(第1分冊). 2002; 1-13, 23-28, 56-60. [http://open\\_jicareport.jica.go.jp/pdf/11689882\\_01.pdf](http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/11689882_01.pdf) (2017年1月1日アクセス可能).
- 25) 大門正克. 日本の歴史15 戦争と戦後を生きる: 1930年代から1955年. 東京: 小学館. 2009; 312-345.
- 26) 厚生労働統計協会, 編. 国民衛生の動向 2015/2016. 東京: 厚生労働統計協会. 2015; 156-160.
- 27) 中村安秀. 第3章 母子保健. 国際協力機構国際協力総合研修所, 編. 日本の保健医療の経験: 途上国の保健医療改善を考える. 2004; 49-64.
- 28) 竹村秀男, 伊藤隆子. 地域母子保健の要としての母子健康センター. 助産婦雑誌 1976; 30(5): 258-268.
- 29) 大林道子. 助産婦の戦後. 東京: 勁草書房. 1989; 254-257, 275-276.
- 30) 小山 修. 市町村における母子保健活動の推進 地域特性を基本にした母子保健 地域に根ざした活動: 愛育班活動. 公衆衛生 1996; 60(1): 34-36.
- 31) 太田美帆. 平成15年度国際協力機構準客員研究員報告書 生活改良普及員に学ぶファシリテーターのあり方: 戦後日本の経験からの教訓. 2004; 20-26, 51-77.
- 32) 呉 民錫. 農村女性の生活改善普及事業の展開と意義: アメリカと日本の比較. 早稲田大学大学院教育学研究科紀要: 別冊 2009; 17(1): 169-180.
- 33) 若月俊一. 村で病気とたたかう. 東京: 岩波書店. 2002; 122-127.
- 34) 関なおみ. 戦後日本の「蚊とハエのいない生活実践運動」: 住民参加と国際協力の視点から. 国際保健医療 2009; 24(1): 1-11.
- 35) World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (2016年11月17日アクセス可能).
- 36) World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 2005. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/) (2016年11月17日アクセス可能).
- 37) 中間由紀子, 内田和義. 戦後改革期における生活改善普及事業と婦人会. 農林業問題研究 2009; 45(1): 108-113.
- 38) 及川和男. 村長ありき: 沢内村 深沢晟雄の生涯. 東京: れんが書房新社. 2008; 161-186.
- 39) 太田祖電, 増田 進, 田中トシ, 他. 沢内村奮戦記: 住民の生命を守る村. 東京: あけび書房. 1983; 35-174.
- 40) 佐々木久美子. 地域保健医療行政の展開における保健師活動の効果: 岩手県における保健師配置と乳児死亡率の変化に関する統計的分析. 社会学年報 2008; 37: 105-116.
- 41) 鈴木るり子. 生命行政の検証: 岩手県旧沢内村(現西和賀町)の老人医療費無料化が村におよぼした影響. 厚生指標 2009; 56(8): 6-10.
- 42) Marmot M. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity. New York: Henry Holt and Company. 2004; 1-12.
- 43) Sugiura Y, Ju YS, Yasuoka J, et al. Rapid increase in Japanese life expectancy after World War II. Biosci Trends 2010; 4(1): 9-16.
- 44) 小林文人. 公民館の再発見: その新しい実践. 東京: 国土社. 1988; 25-29.
- 45) 佐藤 寛. 戦後日本の農村開発経験: 日本型マルチセクターアプローチ. 国際開発研究 2002; 11(2): 5-24.
- 46) Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. New York: Oxford University Press. 1994; 98-100.
-

## How did Japanese rural dwellers become rapidly healthier in the two decades following World War II?: Examining the diverse policy interventions that improved the population's health

Motoyuki YUASA<sup>\*,2\*</sup>

**Key words** : public health policy, livelihood improvement program, agricultural improvement program, social education program, determinants of health, Japan

**Objective** During the two decades following Japan's World War II surrender in 1945, tremendous improvement in the population's health was observed, particularly in infant mortality and life expectancy. How did Japanese rural dwellers achieve such remarkable health improvement during this relatively short time span while its economy remained heavily damaged following the war? While the efforts from government-driven public health strategies and programs are well known, relatively little is known about the contributions of policies in non-health sectors. Therefore, the main aim is to verify, using literature based sources, whether non-health sectors contributed to the betterment of the population's health in addition to the public health sector policies.

**Hypotheses** Synergistic efforts of diverse interventions from different policies and programs likely catalyzed the drastic health improvement observed in the Japanese population in the two decades after World War II. The Ministry of Health and Welfare, for example, implemented programs to provide health care services. These are thought to have contributed directly to reducing maternal and child mortality, as well as tuberculosis-related mortality. Additionally, the Ministry of Agriculture and Forestry carried out a nationwide livelihood improvement program to enhance individual and family lifestyles, improve indoor and outdoor environments, and strengthen social solidarity. The ministry also attempted to generate income stability for farmers through an agricultural improvement program to ensure allocation of household income to family health. The Ministry of Education also had an initiative to disseminate the concepts of democracy and rational thought to the Japanese population through a social education program. Through these efforts, superstition and pre-modern customs were reduced, and subsequently health awareness increased, leading to an improvement in the population's health.

**Conclusion** The public health policies implemented in Japan as well as the integration of various policies and programs addressing livelihoods, economics, and education greatly improved the population's health in a relatively short time. These non-health initiatives intersected with a wide range of health determinants. Verifying these hypotheses in detail would help develop effective measures for international aid to poverty-stricken regions. It also encourages alternative ways through which Japan could overcome its present-day challenges such as a rapidly aging population with limited access to national schemes for social security.

---

\* Global Society Course, Faculty of International Liberal Arts, Juntendo University

<sup>2\*</sup> Department of Public Health, Graduated School of Medicine, Juntendo University