

日本

如何应对超高龄社会

——医疗保健·社会保障对策

How to challenge the super aging society

in Japan

赵林

Zhao Lin

〔日〕多田罗浩三

Tatara Kozo

桂世勋

Gui Shixun

□ 主编



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

日本如何应对超高龄社会

——医疗保健·社会保障对策

赵 林 [日] 多田罗浩三 桂世勋 主编



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

日本如何应对超高龄社会: 医疗保健·社会保障对策/赵林, (日) 多田罗浩三, 桂世勋主编. —北京: 知识产权出版社, 2014. 9

ISBN 978 - 7 - 5130 - 2952 - 0

I. ①日… II. ①赵…②多…③桂… III. ①人口老龄化—研究—日本②医疗保健—方针政策—日本③社会保障—方针政策—日本 IV. ①C924. 313. 4②R199. 313③D731. 37

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 214179 号

内容提要

日本是目前世界上“老龄化”、“少子化”和“高龄化”最严重的发达国家之一。早在 2007 年, 日本 65 岁及以上老年人口数占总人口数的比重就超过 21%, 进入了“超高龄社会”。预计中国约在 2037 年进入“超高龄社会”。为了使中国在制定积极应对未来老龄化的战略和重大举措时少走弯路, 本书由日中健康福祉协力研究所所长赵林、日本公众卫生协会会长多田罗浩三教授及华东师范大学终身教授桂世勋三位主编, 并另外邀请了 4 位日本著名学者, 将日本在应对“超高龄社会”的卫生保健、养老保险、医疗保险、照护保险、照护认知症老年人、帮助困难老年人方面的经验教训“无遮掩”、“无保留”地介绍给中国读者。

责任编辑: 石红华

责任出版: 刘译文

日本如何应对超高龄社会——医疗保健·社会保障对策

RIBEN RUHE YINGDUI CHAOGAOLING SHEHUI

——YILIAOBAOJIAN · SHEHUIBAOZHANG DUICE

赵 林 [日] 多田罗浩三 桂世勋 主编

出版发行: 知识产权出版社有限责任公司

网 址: <http://www.ipph.cn>

社 址: 北京市海淀区马甸南村 1 号

邮 编: 100088

责编电话: 010 - 82000860 转 8130

责编邮箱: shihonghua@sina.com

发行电话: 010 - 82000860 转 8101/8102

发行传真: 010 - 82000893/82005070/82000270

印 刷: 北京中献拓方科技发展有限公司

经 销: 各大网上书店、新华书店及相关专业书店

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 14.75

版 次: 2014 年 9 月第 1 版

印 次: 2014 年 9 月第 1 次印刷

字 数: 249 千字

定 价: 45.00 元

ISBN 978 - 7 - 5130 - 2952 - 0

出版权专有 侵权必究

如有印装质量问题, 本社负责调换。

目 录

第一章 “健康日本 21” 的战略理念和成效	多田罗浩三 (1)
1 日本医疗体制和保健事业的历史回顾	(1)
2 “健康日本 21” 的战略理念及其形成的深刻社会背景	(9)
第二章 日本老龄化的状况和对策	冈本悦司 西垣千春 (19)
1 日本人口的变迁与未来发展趋势	(19)
2 人口老龄化的地区特征	(22)
3 老龄社会的问题 (西垣千春)	(25)
第三章 日本公共卫生制度的建立和完善	高鸟毛敏雄 (40)
1 日本公共卫生制度的步伐	(40)
2 人口政策与母子保健对策	(50)
3 职工的保护与保健对策	(59)
4 健康危机管理体制的构建	(63)
5 公共卫生行政组织的变迁	(69)
第四章 日本医疗保险、养老保险制度的建立和完善	冈本悦司 (80)
I 医疗保险及老年人医疗制度	(80)
1 皆 (强制) 保险制	(80)
2 医疗保险制度	(83)
3 老年人的医疗	(93)
II 养老保险制度	(100)
1 过程	(100)
2 基本养老金制度的建立 (1986 年)	(101)



3	学生也实行强制加入（1991 年）	(102)
4	企业职工养老金支付开始年龄的推迟（1957—2030 年）	(103)
5	养老金制度的现状——全国加入养老保险人数	(104)
6	保险费	(105)
7	养老金的支付	(108)
8	积立金（积累储蓄金）的运营	(111)
9	养老保险缴费的记录问题	(114)
10	企业养老金等附加养老金	(117)
11	保险费不付款问题	(122)
12	新养老金制度的原则	(123)
第五章	日本照护保险制度的建立和完善	赵 林 (126)
1	照护保险制度诞生的背景和过程	(126)
2	照护保险制度的基本构架	(133)
3	照护保险法的改革与教训	(159)
4	照护保险制度今后的改革方向	(169)
第六章	日本应对认知症老人的照护现状和对策	黑田研二 (173)
1	认知症给社会带来的打击	(173)
2	日本认知症对策的变迁	(174)
3	认知症照护问题的新进展	(180)
4	人们对认知症人群的看法与宣传活动	(188)
第七章	日本营造老年人安心生活社会的实例研究和展望	西垣千春 (204)
1	长寿社会引发的老年人安心生活问题	(204)
2	营造老年人安心生活的探索实例	(207)
3	长寿社会的问题并非仅仅是老年人的问题	(215)
4	应对超高龄社会需研究的社会保障课题	(217)
5	构建“可以安心生活的社会”过程中面临的课题	(224)
作者介绍		(227)

第一章 “健康日本 21” 的战略理念和成效

多田罗浩三

1 日本医疗体制和保健事业的历史回顾

在“赶超欧美先进国家”宣传口号的推动下，日本“国民收入倍增计划”于 1960 年开始了。当时，日本男女两性的平均预期寿命均比先进国家短 5 岁左右。但是随着经济的增长，国民寿命逐年延长。1970 年，日本成功举办了世博会，成为“世界经济伙伴”，此时日本的平均预期寿命也接近了世界最高水平。1975—1980 年间，日本的平均预期寿命进入世界最高行列，与冰岛、瑞典并驾齐驱。1978 年，世界卫生组织（WHO）在苏联的阿拉木图举行了关于初级卫生保健的国际会议，大会上讨论了世界各国战后独立、发展过程中面临的多种人口健康问题，各国在集中社会各方面力量，自下而上增进国民健康问题上达成了共识，提出了“健康每一人，到 2000 年让每个人都拥有健康”的宣言。

在这个背景下，日本接受了“健康每一人”的理念。1978 年开始了第一次“国民健康运动”，1986 年日本男女平均预期寿命跃居世界首位。2000 年开始的“健康日本 21”作为日本第三次国民健康运动，继承了“健康每一人”的理念。下面首先介绍日本使平均预期寿命如此迅速延长的一大基石——日本的医疗保健体制的特征。

1.1 日本的医疗体制

在第一次世界大战后，日本的经济地位上升到能竞争世界霸主的程度。1922 年，日本制定了以企业被雇用者为对象的《健康保险法》，1927 年开始了对该保险的支付。该健康保险制度分为政府管辖的保险和“企业健康保险



组合”管辖的保险。另外，为了发展农村居民的医疗，1938 年制定了“国民健康保险制度”。在这样的医疗保险制度基础上，为了实现“全民皆保险”的目标，1958 年制定了《国民健康保险法》，完善了全国所有的市、町、村政府运营的国民健康保险制度。1961 年 4 月健康保险制度再次修订，以被雇用者为对象的健康保险和以个体经营为对象的国民健康保险成为日本“全民保险”的两大支柱。

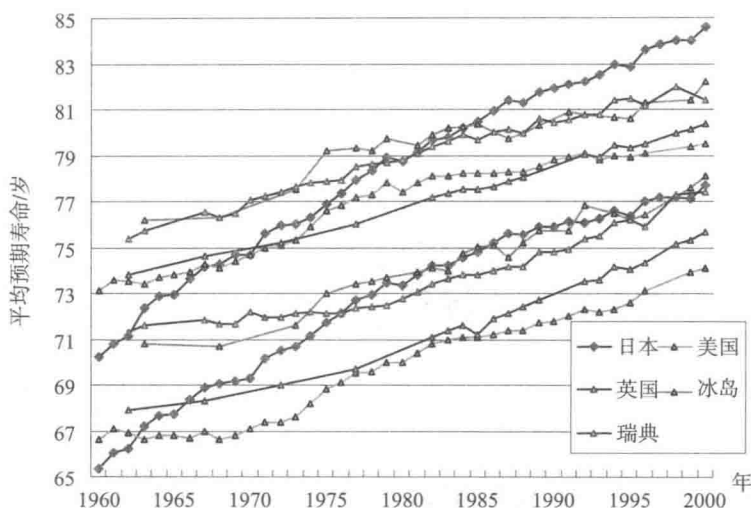


图 1-1 主要国家人口平均预期寿命的变化

资料来源：日本厚生劳动省《简易生命表》，U.N “Demographic Yearbook”，Council of Europe “Recent demographic developments in Europ”。

2008 年日本医疗保险的人数：74 岁及以下的“被用者保险”受保人数为 7400 万人，“国民健康保险”受保人数为 4200 万人，75 岁及以上适用“后期高龄老人医疗制度”的对象为 1300 万人。在这样的体制支撑下，日本医疗制度具有三个特征：

① 1961 年制定的健康保险制度和国民健康保险制度覆盖了全民，实现了任何人无论何时何地就医无障碍体系。

② 日本原则上没有将医药业分割开，一线医生也能从事药品的调剂，所以他们拥有较强的自主经济实力，从而确保了一线具有完备的医疗设施、设备的诊疗体制。

③ 在医疗一线上拥有内科、外科、眼科、耳鼻科、妇产科等专科医疗，

病人可以直接得到专科医生的诊治。病人们在就医当日即可做心电图、胃透视等检查,根据情况当日立即住院都是可以实现的,创立了一个非常方便的医疗体系。

1.2 日本的保健事业

1.2.1 国家对策

相关统计显示,日本的死亡率将会增加。日本应对循环系统疾病、恶性肿瘤等“成人病”(当时的称呼)的具体举措,以1957年作为厚生大臣的咨询机构而设置的“成人病预防对策联络会”为开端。在联络会中,专家经商讨提出:进行“成人病”现状调查、加强医疗机构的配置、对专业技术人员的培养等成为当时亟须解决的课题。

为了回应这些提议,日本在1958年、1960年、1963年对恶性肿瘤做了三次现状调查,对脑血管疾病、心血管疾病进行了循环系统疾病评估。另外,为了进一步获得“成人病”的应对政策的基础资料,日本于1961—1962年、1971—1972年分别进行了两次“成人病”的基础调查。

日本从1969年开始的3年期间,以“脑血管疾病患者减半”为目标,实施了预防脑血管疾病的特殊对策。该对策的实施对象为1969年的脑血管疾病死亡率占全国平均值两倍以上、市、町、村中挑选的74个社区,1970年又增加了57个社区。从1973年开始,市、町、村政府对以循环系统疾病早期诊断为目的的基础健康诊断(测血压、尿检等)的费用,实行了国库补贴。进而,1977年开始在每个县设立了3个循环系统疾病重点防治社区,1980年增为5个左右,对当地的高血压患者等进行心电图检查、眼底检查、集体或个别保健指导等强劲的事后管理服务,以提高脑血管等循环系统疾病的预防效果。另外,为了贯彻农村地区“成人病”的健康诊断,特别是循环系统疾病的健康诊断、健康管理,1973年开始又对农村健康检查中心的设备、设施及运营费实行国库补助,到1979年末共设置了16所农村健康检查中心。

由于有循环系统疾病的预防对策、完善的医疗体制及先进的降压药剂的开发,日本的脑血管疾病的死亡率由1970年的175.8/10万减少至1981年的134.3/10万。脑血管疾病是仅次于恶性肿瘤的第二位国民死亡原因。



1.2.2 国民健康保险制度的传统

第二次世界大战后，国民健康保险制度对日本市、町、村住民的医疗保健发挥了极为重要的作用。

1955年，岩手县国民健康保险实现了全县覆盖。1957年，滋贺县也达到了这个目标。1958年，百分之百覆盖的县达到7个。同年12月，在第31届国会上通过了《新国民健康保险法》。截至1961年3月31日，全国3513个市、町、村中，有3508个地方政府实施了国民健康保险，基本实现了“全民皆保险”的目标。

由此，作为国民健康保险事业的保健机构，在当时的岩手县泽内村、长野县八千穗村、秋田县猪川町，以及在大学大力支持下的福岗县久山町等地，开始了积极的保健探索。这样开展起来的市町村保健事业，成为日本向循环系统疾病挑战的利器，并取得了明显的成效。

1. 泽内村的保健事业

1957年5月，在岩手县泽内村（当时），深泽晟由秘书长升为村长。在深泽晟掌管村政之际，他与应邀就任的教育长官太田祖电（后来的村长）一起连日走访了全村的各个角落，倾听了解了“住民在想什么，困难在哪儿，苦恼是什么，有什么愿望”。通过深入调查访问得知，“大雪”、“贫困”、“多病”是村中的“三恶”，由此将村政府的工作重点放在与“三恶”作斗争上。

深泽村长就任后成立了保健委员会，这是以“婴儿死亡率减半”和“将保健活动渗透到村民中间”的理念为目标成立的，并成为当时推进保健活动的主体。1957年，全村人口数为6979人，出生人口数158人、死亡人口数61人，婴儿死亡人口数11人。

深泽村长向自己的母校东北大学医学部内科教研室提出了派遣医师的请求，1959年开始正式由大学派遣医师，三个月一轮换承担起村里的诊疗任务。1960年被派遣的加藤邦夫任村医院的第10任院长。加藤院长就任以后，立即开始了重建医院的机构改革，并制订乡村综合医疗计划，在医院配置了保健师（保健护士）。

在泽内村，以1957年开始实行的婴儿体检、1961年开始实行的孕产妇体检为标志，健康诊察事业率先开始了。1962年首次实现了婴儿死亡人口为零的纪录。继而，1964年开始肠胃健康检查，1967年开始妇科健康检查，1977年开始综合成人病健康检查的实施。

泽内村的健康管理最初以减少婴儿死亡率为目标而展开，有效地增进了村民的健康。这种由医疗机构和政共同力合作推进健康管理的模式，成为日本市、町、村级政府推进保健事业的典范。

2. 八千穗村的保健事业

在长野县八千穗村，（当时）的国民健康保险直属诊疗所，在第二次大战结束前后就开展了佐久医院的上门诊疗协助服务。在这期间，医院院长若月俊医师每周进行一次门诊诊疗，由此八千穗村村长井出幸吉和若月医师结识了。

1957 年，国民健康保险制度开始实施由医疗机构直接向患者征收本人负担部分诊疗费的措施。由此，当时没有足够的现金不得不中途出院的患者不断出现，国民健康保险也面临预算年年增长的困境，但是，大家逐渐认识到以疾病预防为目的的健康管理的重要性。为了使八千穗村住民正确认识“潜在性疾病”不断增加的现实，开展了让全村村民都能接受的“疾病预防、早期诊断、早期治疗”的活动，八千穗村成为村民健康管理活动的基地。

另一方面，佐久医院反省了医院成立时实施的对无医地区（没有医生医院的乡村）的巡回诊疗计划的片面性，认为有必要定期有组织地对全住民进行持续性的健康管理。因此，必须掌握好与居民的生活、环境因素相关的疾病，建立有连续性的健康数据档案。从“自己的健康自己守护”的观点出发，认为最好是建立一本由住民自己记录的健康手册。由此就诞生了“配备健康档案和健康手册的全村健康管理”的模式。

为了推进这个管理模式，将住民代表、农协代表、村议会代表、开业医生、佐久医院代表组织起来成立了保健委员会，共同商议健康管理的方针和预算。在这个组织下，由国民健康保险的保健师以及一直为改善环境卫生作出过贡献的卫生指导员为主，开展了对村民的保健活动。

健康检查从 1959 年开始，每年 11 月到次年 3 月的农闲期间到各个地区上门实施。根据检查结果作出的保健指导，不仅对急性疾病而且对慢性疾病特别是高血压的管理取得了很大的成效。比如，高压的平均值有降低的倾向，该趋势在高年龄组中比较明显。

此外，脑血管疾病的死亡率也明显下降。但是，癌症没有显示固定的变化倾向。另一方面，心肌梗塞的死亡人数虽然控制在少数之内，但是却有所增加。婴儿死亡人数达到了零的目标。

这种在八千穗村开展的保健事业以及泽内村的做法，后来成为日本各地推



广社区保健活动的模板。

3. 井川町的斗争

在有关脑血管疾病的对策上，日本全国各地开展的预防活动，以及多年来的实际努力取得了明显的成效。在这些成效中，一直起表率作用的是小町喜男先生率领的“大阪府成人病中心”的研究组。

1963年，大阪府立“成人病”研究组，在秋田县井川村（当时）开始了脑血管疾病的预防对策。从1960年日本都、道、府、县级的年龄调整后的脑血管死亡率来看，秋田县男性的死亡率超过了300/10万，占全国第一位，女性也超过了200/10万，仅次于岩手县居全国第二位。针对这种状况，在小町喜男、小島三郎、今村久吉郎的指导下，制订了以预防脑血管疾病为中心的保健事业、循环系统疾病的集体精密检查及事后管理指导的保健计划。该计划决定在开展该项计划的前4年（1963—1966年），对全村居民的循环系统疾病进行一圈仔细的巡检，先掌握脑血管疾病的实际情况，然后在后6年（1967—1972年）将重点放在管理指导的实施上。为了配合保健事业的开展，村里成立了“保健卫生推进协议会”（村长任会长）。为了提高体检的受检率，进一步加强了由“结核预防妇女会”、“营养改善推进协议会”、“各村落保健卫生推进员”联合起来的活动体制。

通过这样的循环系统疾病的检查，那些30~59岁、正值工作精力旺盛的居民的脑血管病变发病率由1964—1967年的5.39‰降低到1968—1970年的3.82‰。这当中，有致命或有严重后遗症的脑出血发病率从2.00‰降低到0.93‰，效果尤为显著。循环系统的体检事业一直持续到现在，取得了辉煌的成绩。

这些成效进一步证实了“通过长期持续的预防对策，脑出血、脑梗塞都是有可能预防”的结论，显示了社区预防对策的重要性。40多年来，大阪府成人病中心在社区开展的循环系统疾病预防的经验，在日本社区的循环系统疾病对策的推进上始终起到了不可替代的先锋示范作用。

4. 久山町的报告

日本在确立脑血管疾病的发病状态的调查研究上取得的成就，应该归功于通过高剖检率获得重要见解的“久山町研究”。

“久山町研究”是1961年九州大学医学部第二内科的胜木司马副教授在福岡县粕屋郡久山町做的临床流行病研究。这项研究的契机是，当时对于日本

脑血管病的高死亡率，美国研究者曾怀疑是否起因于日本医师的死亡诊断填写习惯问题，对于日本诊断方法的可信性提出了怀疑。

胜木教授深感正确掌握好脑血管病死亡率的具体种类，如脑出血、脑梗塞、蛛网膜下出血等死因的重要性，制订了对全体对象进行死因剖检、澄清病变的计划。

在久山町研究中，从一开始就规定把所有因脑血管疾病死亡的居民无一遗漏地进行确诊。1962年1月27日开始第一例剖检，到1991年9月30日为止，通过大学病理学教室的协助，1241例剖检得以实施。剖检率达到82%，保证了在世界上史无前例的高剖检率。

研究开始后第三年发现，在久山町居民的脑血管疾病中，脑梗塞比脑出血所占比例更高，从而在研究报告中提出，“在脑血管病死亡统计中脑出血死亡率极高的倾向并不一定与日本人的实际状态相一致”的论点。从那之后的长期追踪也得出相同的结论。尽管如此，久山町居民的脑出血发病率与美国、欧洲的数据相比还是稍微偏高，因此认为，日本的脑出血死亡率在某种程度上还是属于较高的国家，并明确了高血压不仅是对脑出血，而且对脑梗塞也是一个特别重要的危险因素。可以推断，日本近几年脑出血和脑梗塞死亡率得到改善的最大原因在于对高血压的管理成效，这与高血压所导致的脑内小动脉病变引起的脑出血、脑底穿枝血管梗塞的减少有很大关系。

此外，久山町的研究还对以心肌梗塞为主的心脏病的死亡率、发病率及心血管的发病因素进行了深入研究，并取得了宝贵的成果。

1.2.3 老人保健法的制定

日本人口的老龄化不断加深，平均寿命位居世界前列，这也导致老人医疗费高涨，国民医疗费年年大幅增加。

在这种状况下，依据日本老年人口比例进行医疗费调整成为医疗保险的紧迫课题。在“自助”和“连带”的方针下，1982年日本制定了《老人保健法》。在“连带”理念的指导下，对保险者间的医疗费进行了财政调整，废除了一直实施的老人公费医疗制度；在“自助”的理念下，日本开始要求老年人支付一部分医疗费用，同时，市、町、村自治体被确定为保健事业的实施主体。

为了实现“生活习惯病”的预防和疾病的早期发现，对身心状况具有科学的认知以及正确且常年累积知识是不可或缺的。所以，保健事业中的基本健



康检查，不局限于血压测定和尿检等，还需要进行循环系统方面的检查以及肝功能检查、血糖检查、肾功能检查、心电图检测、眼底检查等。

日本“基本健康检查”的受检人数，从该事业开始的1983年（当时称“一般检查”）的616.8万人，逐渐增加到2007年的1344万人。

2008年日本市、町、村级政府的保健事业已基本普及，这为以循环系统疾病对策为核心的日本国民健康的推进创立了极其重要的基础。

1.2.4 老人保健事业的成果

根据日本所有的市、町、村政府的国民健康保险数据，1993年、1998年、2003年的医疗费总额分别为4697亿日元、6689亿日元、11365亿日元。依据《老人保健法》实施的“基本健康检查”的受检率与每个人的诊疗费用的关联结果显示，老年人的人均受检率与诊疗费之间存在受检率越高诊疗费越低的倾向（见图1-2）。从这个调查结果推算出这些年的医疗费得到了控制。可见，市、町、村实施的基本健康检查也对国家财政支出的相对减少起到了明显的正面推动作用。

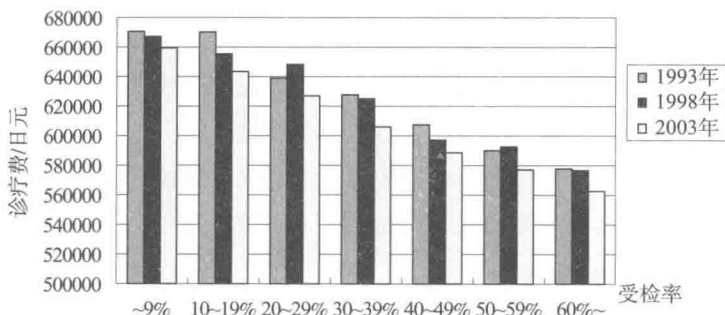


图1-2 老年人基本健康体检受检率与诊疗费的比较

资料来源：厚生劳动省《国民医疗费》、《地域保健·老人保健事业报告》。

1.2.5 保健所的作用

保健所是支撑社区保健事业的重要机构。保健所的基本业务主要是社区保健思想的普及和推广、人口动态统计及其他社区保健的相关统计、营养改善、食品卫生相关事业等。保健所在实施上述相关事业中，通过与市町村地方政府的通力合作，对进一步抑制结核病、推进母婴保健、推进脑血管疾病的预防对策及对市町村的保健事业发展起到了很大的支援作用。

日本规定,保健所的工作人员中必须配备医生、牙医、药剂师、兽医、诊疗放射技师、临床检查技师、营养管理师、保健师等。截至 2011 年 4 月 1 日,日本全国各地共设置了 495 个保健所。

2 “健康日本 21” 的战略理念及其形成的深刻社会背景

2.1 “生活习惯病” 的增加

日本在 1961 年实现了“全民皆保险”的体制。依据《老人保健法》,日本于 1983 年在全国实施了保健事业,2000 年开始实施“照护保险制度”。由此,在第二次世界大战后,日本经过四五十年的努力,创建了医疗、保健、福利体系,逐渐完成了支撑人们生活的基本结构体系。21 世纪到来之后,作为现代社会的日本可以说已经达到了一个出色的保健水准,实现了平均预期寿命世界第一的纪录。但是,尽管拥有如此优越的医疗保健体制,我们还是不能不正视日本全国的患者调查结果,那就是“生活习惯病”的患者数及死亡数仍在大大增加。

例如,1990 年的癌症患者数为 75 万人,1999 年上升到 127 万人,仅仅 9 年时间增加近 70%。同期心脏病患者人数也由 160 万增加到了 190 万,增加了 19%;糖尿病患者数从 150 万增加到 212 万,增加了 41%。脑血管疾病患者数由于原来就很高,所以尽管没有明显的变化,但是也有 147 万人(见表 1-1)。

表 1-1 生活习惯病患者的变化

	1990 年	1999 年	1999/1990 年
恶性肿瘤	75 万人	127 万人	1.7 倍
心脏病	160 万人	190 万人	1.2 倍
脑血管疾病	143 万人	147 万人	1.0 倍
糖尿病	150 万人	212 万人	1.4 倍

资料来源:日本厚生劳动省《患者调查》。

在 1990—2000 年的 10 年间,因癌症死亡的总人数从约 21.7 万人增加到约 29.5 万人,增加了 36%。其中,乳腺癌死亡人数从约 0.6 万人增加为 0.9



万人,肺癌死亡人数从约3.6万人增加到5.4万人,大肠癌死亡人数从约2.5万人增加到3.6万人,全部都增加了50%左右。除此以外,同期的缺血性心脏病死亡人数也从5.1万人增加到约7万人,增加了36%,由此可见,“生活习惯病”的死亡人数有了大幅增加。再从未满70岁人群的女性乳腺癌、大肠癌、前列腺癌,以及缺血性心脏病的死亡人数来看,也显示出大幅度的增加(见表1-2)。

表1-2 生活习惯病死亡数的变化

疾病类型	总数(人,%)			70岁未滿者(人,%)		
	1990年	2000年	2000年/1990年的百分比	1990年	2000年	2000年/1990年的百分比
恶性肿瘤总人数	217413	295484	136	108985	121313	111
胃	47471	50650	107	23083	20020	87
子宫	4600	5202	113	2473	2730	110
女性乳腺	5848	9171	157	4640	6618	143
气管·支气管·肺	36486	53724	147	15613	18585	119
大肠	24632	35948	146	12156	14529	120
肝·胆囊·胆管	36104	49134	136	20059	20867	104
前列腺	3460	7514	217	672	1283	191
缺血性心脏病	51437	70183	136	12969	17810	137
脑血管疾病	121944	132529	109	29120	26435	91
死亡总人数	820305	961653	117	285113	293148	103

资料来源:《国民卫生的动向》(财团法人厚生统计协会编,2003年)。

综上所述,日本通过在20世纪的努力,使平均预期寿命达到了世界第一。这是因为日本拥有世界上独一无二的、非常优越的医疗体制,也与全国的市、町、村社区中实施的综合性保健事业的成效分不开。然而,“生活习惯病”的患者数及死亡人数却仍在增加。尽管是平均预期寿命世界第一的国家,人们却在担心“自己真的没问题吗?”很多国民对自己的健康感到不安。

2.2 新课题

那么“生活习惯病”增加的原因在哪里呢?“生活习惯病”就是说原因在生活习惯中?还是因为尽管医疗制度优越但还是有它的局限性?保健事业尽管

如此优秀，它的作用也是有限的吗？这些都是值得我们深思的问题。

2.2.1 生活习惯

关于人们的生活习惯，比如吸烟者的比例，根据日本国民营养调查显示，尽管关于吸烟的害处有机会就会宣传，1989—1999 年的 10 年间吸烟人数却没有减少的倾向。特别是 30~50 岁的男性，吸烟率超过了 50%，且 10 年间没有变化，而女性的吸烟率反而有所提高。有饮酒习惯者也是，女性饮酒者和 50 岁以上男性饮酒者都有显著增加。关于肥胖的比例，这 10 年中男女都有所增长。该调查结果显示，我们不得不承认，尽管日本医疗制度如此优越，但是人们对自己生活习惯的改善几乎漠不关心。

2.2.2 医疗保险制度的界限

被称为医学之父的希波克拉底医学的最大特征是：重视对就医者的症状进行详细的观察和记录。回顾过去，产业革命开辟了人类医学的新天地，实现了分科就医，以观察和记录症状为特征的新诊断学的诞生，奠定了现代医学的基础。西医最大的特征就是采用对急诊者详细观察和记录的方法，其传统和实绩带来了医学的巨大成就。毫无疑问，现在的人类繁荣与西医的辉煌成就密切相关。但在平均预期寿命第一的社会中，“生活习惯病”的患者数、死亡数却大大增加。“生活习惯病”在不知不觉中侵害人类，当病人症状出现时往往无论多高超的医术都无法妙手回春，多数会导致死亡。虽然这样，现在的医疗保险制度却是以西医为模板构建的，制度的运营中要有症状出现这样的前提，没有症状就无法利用制度，而症状出现时为时已晚，所以我们说在应对“生活习惯病”方面，医疗保险制度有明显的局限性。

2.2.3 健康体检受检率

在日本全国的市、町、村中，依据《老年保健法》的有关规定，在保健事业中实施基本健康体检，检查血液、尿、循环器官、肝脏等。另外，为了癌症的早期诊断，还设置了胃癌、子宫癌、肺癌、乳腺癌、大肠癌的检查。很明显，市、町、村是人们健康的守卫。但是，在 2000 年，基本健康体检的受检率为 41.4%，胃癌的受检率为 13%，子宫癌的受检率为 13.8%，肺癌的受检率为 22.6%，乳腺癌的受检率为 11.7%，大肠癌的受检率为 15.8%，大部分的受检率只有百分之十几，且没有增加趋势。



表 1-3 基本健康检查、癌检查受检率的变化

	1995 年		2000 年	
	受检人数 (千人)	受检率 (%)	受检人数 (千人)	受检率 (%)
基本健康检查	9909	36.5	11533	41.1
胃癌检查	4264	13.8	4207	13
子宫癌检查	3844	15.1	3578	13.8
肺癌检查	4703	21.4	7268	22.6
乳腺癌检查	3126	12.1	3094	11.7
大肠癌检查	4349	13.7	5481	15.8

资料来源：厚生劳动省《地域保健・老人保健事业报告》（《国民卫生的动向》，1995 年、2002 年版）。

德国病理学家菲尔肖提出“所有的细胞（健康的细胞或生病的细胞——译者注）都是由细胞构成的”。他在 1958 年做了“人体中是自律的细胞世界”的报告。根据菲尔肖“生病的是细胞”的细胞病理学理论，现代医疗实现了体系化及疾病类别化。从细胞生病的时点开始计算，从这个细胞生病到症状出现为止的过程需要几年。因此，在此期间可以实现疾病的早期发现。尽管医学界早在 150 年前就开始了早期发现，但是医疗保险制度仍是建立在希波克拉底的“症状医学”基础上的，这是我们无法否认的现状。

2.2.4 后期高龄者的增加

我们面临的课题还有一个：后期高龄者（75 岁及以上的老年人口）的增加。日本 75 岁及以上人口在 2000 年时为 900 万人，根据推算在 2000—2025 年间，这个人群将增加 1100 万人，每年以 45 万人递增；65 岁及以上人口会增加 50 万人，到 2025 年时总数将达到 2000 万（见表 1-4）。那么，如果不设法让国民健康长寿，社会便无法发展，特别是医疗费无法负担。

表 1-4 2000—2025 年人口数的变化（单位：万人）

	总人数	65 岁以上	75 岁以上
2000 年	12693	2204	900
2025 年	12114	3473	2026
2000—2025 年	-579	1269	1126
每年增加	-23.2	50.8	45

资料来源：日本国立社会保障・人口问题研究所编《日本的将来推计人口》。