

日本公衆衛生学会総会60回記念座談会

第1回

平成13年9月25日 午後3時～5時半

東京厚生年金会館

出席者：重松逸造，小町喜男，青木國雄，多田羅浩三，北川定謙，近藤健文，貫成文彦

司会 多田羅

日本公衆衛生学会は、本年10年末より第60回総会を高松で開催いたします。学会総会60回の記念の事業の一環として、この機会に学会の歩みを振り返り、歴史に学びつつ、新しい学会の展望を考えることを趣旨としまして、これまで学会の運営や活動にご尽力いただいた先生方をお招きして、座談会を持つことを企画しました。

本日は、重松逸造先生、小町喜男先生、青木國雄先生にご出席をお願いして、その第1回の座談会を開催したわけであります。先生方には大変ご多忙のところ、無理なお願いを聞いていただき誠にありがとうございます。

それでは早速ですが重松先生から、戦後の日本公衆衛生学会誕生の頃のお話から始めていただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

重松

今日は、私のような古い人間をお呼び下さいましたことをお礼申し上げます。今や21世紀ですので、私たちの話はむしろ踏み台にさせていただいて、今の学会員の方々には、21世紀に向けての新しい、日本の公衆衛生の進む道を是非確立していただきたいと望んでおります。

日本公衆衛生学会誕生の頃の話ということですが、その話の前にもともと公衆衛生というものが日本ではどのような状況にあったかということにちょっとふれておきたいと思ひます。日本に近代医学が入ってきたのは、もちろん明治時代になってからのことであります。文部省医務局長に相良知安氏の後を継いで就任し、明治8年からは内務省の衛生局長として活躍した長与専斎氏が衛生局をつくった時に、衛生という言葉初めて使いました。その長与氏の話しの中に、公衆衛生という

言葉も出てきておりますので、公衆衛生というのは戦後の専売特許でも何でもない訳です。もともと衛生というのは、ドイツでペッテンコーフェルが衛生学教室、ヒギエーネという名称を始めた訳であります。そのヒギエーネ、英語で言うハイジーンですが、言葉というのは長年使っていると古くなってきます。それでアメリカは新しい国なものですから、ヒギエーネに代わるものとして、パブリック・ヘルスという言葉を使いだした訳です。

ご存じのとおり、長与氏が衛生という言葉を使った時に、衛生という語は高雅にして呼声もあしからずということをおっしゃいます。そしてこの言葉は、日本中に非常によく普及しました。ところが、第二次大戦で日本は破れてアメリカ軍を中心に占領され、そして、アメリカ流のパブリック・ヘルスが入ってきて、公衆衛生という言葉がにわかに日本で戦後から使われ出した訳です。

先程も言いましたように、長与専斎氏の明治時代にも公衆衛生という言葉が使われていますし、昭和13年には公衆衛生院という、国立の機関に公衆衛生がつかわれているのです。戦後の公衆衛生ブームは、占領下においてアメリカナイズされたということかも知れません。

もうひとつ戦後の公衆衛生ブームに関連して、大学の医学部に従来の衛生学教室に加え、公衆衛生学教室というのが当時のGHQ（連合軍総司令館）の命令で設置されました。この時は私たちもそうですが、衛生学をやっておられた先生方は、何でもまたわざわざ同じ教室をつくるのだ、ということ随分異論があった訳です。しかし考えてみると、衛生部門の教室がひとつ増えるのは大変結構なことであると、みんな同じ系統の教室だということを知りながらも、公衆衛生学教室に賛成し

たといういきさつもあるのです。

余計なことを言ってしまいましたが、そんな雰囲気の中で占領下にアメリカ流の公衆衛生が流行しているというので、公衆衛生学会をつくらうということになりました。もっと言うと、GHQの意向を受けてつくらうということになった訳です。その辺のいきさつは、第50回学会、盛岡市で角田学会長が主宰された学会の時に、私がお話した内容が、日本公衆衛生雑誌第38巻10号に載っています。そこに書いてありますように、その時のGHQ公衆衛生福祉部長のサ姆斯大佐、後に准将になりましたが、彼はその時、日本の公衆衛生学会はアメリカ公衆衛生学会に倣うだろうと思って、第1回の時の挨拶にもそういう意味のことを書いておきます。ご存じのようにアメリカ公衆衛生学会はアメリカ公衆衛生協会の事業の一つであります。そして、アメリカ公衆衛生協会とアメリカ医師会というのは車の両輪ようになっており、アメリカ医師会が、傘下にいろいろな分科会を持っているのと同様に、アメリカ公衆衛生協会もその傘下に、公衆衛生学会をはじめ公衆衛生関係のいろいろな分科会を持っております。

昭和22年に日本公衆衛生学会が設立された時、サ姆斯大佐は将来アメリカ公衆衛生学会方式に、公衆衛生協会がおこなう事業のひとつになるべきだと考えていたようですが、実は昭和22年に公衆衛生学会が発足した時は、その親元になるべき公衆衛生協会はなかった訳であります。それで慌ててといったら言葉が悪いかもしれませんが、昭和22年10月の終わりに第1回の総会が開かれた直後に、日本公衆衛生協会をつくらうという集まりがあって、実際の発足はそれから4年後の昭和26年であります。

アメリカと順序が逆になった訳ですが、ともかく形だけは公衆衛生協会、その中の事業の一部としての公衆衛生学会という形になったのですが、学会自身が一体どんな形でいくかということが課題でした。第1回の総会の時はたしか演題数が81題で、その半分以上が厚生省関係者で占められておりました。だからこれは、厚生行政官の学会という感じが当時であったのでしょうか、大学の先生たちは、あれは厚生省の連中の会だ、われらは知らんと、極端にいうとそういう言い方をしていました。もっと口の悪い人は、あれは学会ではな

くて公衆衛生大会だとまで言う始末でした。

そういうことで、スタートはおおよそ自主的な発足というにはほど遠いような感じがなきにしもあらずでした。しかし2回、3回、4回と少しずつ回数を重ねるごとに、大学の人達もだんだん積極的に参加するようになってきました。最初の頃、悪口をいっていた人達も、やはりこういう現場の人達を交えて、いろいろな職種の人達と一緒にやるのが公衆衛生であり、その理論的な根拠を与えるのが公衆衛生学ではないかということに目覚めたといったら、何だか他人事のように悪いのですが、私自身もそのひとりでした。連合軍による日本占領は昭和26年9月のサンフランシスコ条約調印から、27年4月の発効で終了して、日本は独立した訳であります。それと平行して公衆衛生学会もアメリカ色を離れて、少しずつというか、ある意味からいえばかなり急速にといってもいいかもしれませんが、日本的な公衆衛生学会がだんだん出来てきました。そのいくつかの例も、第50回の時の私の懐古文に紹介してあったと思います。

例えば、分科会形式が出来たとか、自由集会がもたれるようになったとか、いくつかのエピソードが書いてあったと思います。そういうことで、学会自身がだんだん発展してきたのはご存じの通りです。そして今や非常に肥大化してきました。そんなことをいえば、親元にあたる日本医学協会総会などはもっと肥大化しています。オリンピックではありませんが、こういうものはどんどん肥大化してくるのです。やはり21世紀に入って、これからどうするかということを、今の方には是非考えていただきたいと思います。

私ばかりがお話したのでは申し訳ないのですが、一言つけ加えておきますと、今や日本は世界一の長寿国であります。日本的にいうと、終わり良ければすべて良しということで、それまでの経過はいろいろ紆余曲折があるにしても、まあまあすべていいじゃないか、という考え方で、一面では真実でありますけれども、例えば今、日本は世界一の長寿国であるから、これまでの日本の公衆衛生施策には、いろいろとトライ・アンド・エラーがあったかもしれないが、全部目をつぶっていいのではないか、という考え方に通じかねない訳であります。これは公衆衛生に限ったことではありませんが、重要なのは後の評価、エバリュ

エーションということであります。エバリュエーションは近ごろの流行語でありますし、もっと言えば今の公衆衛生は、エビデンス・ベースト・パブリック・ヘルスということが言われておりますが、本当の意味の評価というものが今まで行われてきたか、この所がこれからの非常に重要な問題であって、確かに日本は世界一の長寿国ではありますがけれども、もっと評価を厳しくしてやってきたら、もっと早く達成出来たかもしれないし、もっと効率的に出来たかもしれない。結果がよければすべてよしということが良いかどうか、この点はこれからの21世紀を背負われる若い皆さん方に、是非考えていただきたい点であります。

多田羅

重松先生には、日本における公衆衛生の誕生、あるいは衛生制度の発足の頃から、戦後の日本公衆衛生学会の誕生の頃のことについて、非常に貴重なお話をいただきありがとうございました。占領軍によって公衆衛生学教室が設立された経過についても詳しくお話いただきました。この点について、私はアメリカでは、ドイツ由来のハイジーンという考え方で、イギリス由来のパブリック・ヘルスという2つの考え方があって、2つそろって1人前という理解もあったのではないかと考えています。1916年にジョンズ・ホプキンスに最初に来た学校は、School of Hygiene and Public Health と呼ばれたのもそういう背景があったのではないかと思います。それで日本にはハイジーンはあるが、肝腎のパブリック・ヘルスがなと思ったのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

それでは小町先生、お願いします。

小町

私はパブリックヘルスの方は対人保健医療に関するものと理解しています。

私が公衆衛生学教室に入ったのは昭和28年です。その当時は感染症と結核でした。その次に母子衛生が出てきましたね。一番元気があったのは結核でした。多くの方が従事されておりました。精神保健もされておりました。しかし、保健所長の数がすでに足りなかった。私が公衆衛生に志した頃から、公衆衛生の黄昏論ということが言われ

ておりました。しかし公衆衛生に対してニーズはものすごくあったのです。だからその当時のドクター、保健婦さんで、それに対して盛んに挑戦しようという壮絶な方が、地方にたくさんおられました。

北川

公衆衛生黄昏論というのは、戦後の昭和20年代に敗戦後ですべてが破壊されてしまって、保健所がすべて自前でやっていた時代から、やがて、復興が進んで病院とかいろいろな機能ができてきて、保健所が直接手を出さなくても良くなってきた。この状態をとらえて、警告的に言われたことだと思うのです。保健所は、さらにオーガナイザー的、コーディネーター的に機能することが必要になったと思うのです。

重松

あの時分、口の悪い人は、日本の保健所は結核保健所だといっていました。オール結核。例えば間接撮影を撮る、レントゲンを読む、いろいろな検査は全部やる。おっしゃるように開業医さん、病院よりも保健所がトップなんです。戦前は、ご存じのように、防疫官がこれは赤痢というとなそれが最終診断です。実際に彼らは腕を磨いていて権威があった。同様に戦後、結核に関しては、保健所のお医者さんがこれは結核と言えば、それを医師会の先生方は信頼した訳です。それが、結核から、まだ母子保健の時は良かったのです。それがだんだん精神保健とかに手をひろげていくにつれて、保健所の権威というのは、結核に比べると落ちてしまった訳です。

青木

私と公衆衛生学との出会いは画期的なものでした。野辺地慶三先生が名古屋大学に赴任され、昭和26年から教えを受けたのです。講義がなく、いきなり実習でした。学生一人が一つの家庭を担当し、家族全員の健康管理、相談にのり、それをレポートとしてまとめると、すぐセミナーです。それには周辺の保健所関係者や、公衆衛生に関心のある方々が多く出席し、そこで報告、質疑応答があるので大変でしたが充実感がありました。これまでの医学教育の概念をひっくり

かえした感じで、強烈な印象をもちました。これから必要な実践医学と新しい希望を持たせたのです。

その時取り扱ったケースが結核であり、卒業後、結核を目指すのですが、公衆衛生講座ではなく、内科へ入りました。公衆衛生から誘われましたが、治療がより必要と思ったからです。その後、結核予防会結核研究所で研修を受け、帰って名古屋で診療をしてました。昭和34年、疫学を勉強しなさいといわれ、名大予防医学講座に移り、結核の疫学的研究を始めるわけです。昭和38年、米国に留学し、結核患者の追跡調査をしていると、がんが多発することがわかり、これは大変と帰国後がんの研究もはじめたわけです。結核については、多くの先達や同僚がおられますので、ここではがんと公衆衛生との関わりについて、少し歴史的な話を紹介したいと思います。

がんの疫学的研究は、日本でも、明治中期から病理学者が始めておられました。京大病理学藤浪鑑教授は病は予防が目的で、それには社会医学的研究、対策が大切であると考えられました。これはドイツのウイルヒョウの考えと行動に感動されて、病理学研究と同時に地理疫学的研究に取り組まれていたのです。がんでは京都、滋賀、奈良などで市町村別にがんの死亡統計を診断を含めて再検討、頻度分布を観察され、同時に現地調査をして発生要因を探ろうとされました。この研究は先生の弟子で名古屋の愛知医科大学の教授となった林直助教授が受け継がれ、大正11年から中部地方8県にまたがる調査が行われていたのです。各県別に学位論文形式で出ています。いずれも300-400頁という大著です。部位別がん死亡率の市町村別差違、発生要因として、土地の高度、地質、雨量、川、水、食生活、飲酒、住居など多項目にわたって、がん死亡高率地区群と低率地区群で比較している。もっとも死亡診断の精度については問題が多く、苦勞されたようです。それに近代統計学はまだ入っていませんでしたので、解析は不十分でした。しかし当時としては世界的水準の研究と思います。医師の間であまり関心をもたれなかつたことと、戦争や指導者の退官で中断同様になったことは残念でした。

戦後は結核死亡の減少とともにがん死亡が増加してきましたが、1950年代でもまだ低率で関心を

持つ研究者は少なかった。それでも昭和26年には病理学の緒方知三郎教授が厚生科学研究費によるがんの実態調査研究班長として、全国の大病院について実態調査を2回にわたり実施されているのは流石と思いました。厚生省から東北大学公衆衛生学に移られた瀬木三雄教授が疫学調査を担当され、かなり詳しい分析をされ、またケース・コントロール研究の方法で、子宮、胃、肺、乳がんなどの発生要因研究を検討、論議されている。この成績は昭和33年の公衆衛生学会で発表されています。厚生省の曾田長宗先生はがんの疫学研究に関心が高く、1950年の第5回世界地理病理学会の記録を入手され、瀬木先生に検討するようにと手渡されました。戦後初めての大規模な学会で、ここでタバコとがんの因果関係をいかに確証するかの検討やがん登録の論議があったのです。また昭和28年の国際地理病理学会には日本の過去のがん死亡統計をまとめて発表するようにといわれ、瀬木先生が、初めて1899年以来の日本のがんの統計を世界に出されたと瀬木先生からお聞きしております。瀬木先生は世界各国の死亡統計を正確に比較するため、1950年の国連が発表した世界人口を標準人口とするアイデアで、世界先進23か国のがん死亡比較を出版し非常に高く評価されたことは周知のとおりであります。瀬木先生はまたがん登録の重要性を悟り、宮城県で昭和26-28年、がん患者の実態調査を実施、これをベースにがん登録を開始された。米国、デンマーク、英国などにつぐ見事な成果で今日まで続いています。同じ頃、名古屋大学病理学大島福造教授が愛知県で、山口大学公衆衛生学野瀬善勝教授が山口県でがんと自然、生活環境の関連の研究が発表されています。しかしその研究の後継者はいないのです。一方、公衆衛生院の平山雄先生は感染症からがんの疫学へ関心を移され、昭和30年前後に米国のウィンダー博士のもとでがんの疫学研究を始め、帰国後もタバコとがんを中心に極めて活発な研究を展開され、やがて国立がんセンターに移られた。昭和39年1月に米国公衆衛生局長官から、喫煙は肺がんと因果関係にあるという発表があり、それががん予防研究、対策の一大転換期となりました。このとき、私は米国で結核と肺がんの研究をしていました。

北川

先程の重松先生のお話で、公衆衛生学会が昭和22年ですか、その時には公衆衛生協会はなかったのですね。ただしあの頃に、地方技官の会があったのではありませんか。

重松

そうです。当時、既存の関連団体としては明治16年の創立になる財団法人日本衛生会。これは昭和6年からこの名前になったので、最初の名称は大日本私立衛生会、出来た時の副会長が長与専斎氏であって、会長は佐野常民です。一方、大正14年に衛生技官の全国統一組織として設立されたのが日本公衆保健協会です。当時、このふたつがあった訳です。戦後の混乱期にあって、これらの団体の活動も停滞しており、上記の学会・協会の新発足があったことから、厚生省関係者の尽力により、二つの団体の合併が実現したということです。母体は日本衛生会でしたが、名称は日本公衆衛生協会として昭和26年1月に財団法人となり、学会もこの年から正式な協会の事業として運営されることになりました。この時分の日本衛生会というのは、駿河台下の主婦の友社の裏にありました。そこは良い場所だったのですが、今ある所に公衛ビルをつくったのです。

北川

今はちゃんとしたオーナービルですから。

重松

今述べましたような経過で、公衆衛生協会をつくり、公衆衛生学会は昭和26年1月から協会に付属してやってきた訳です。アメリカ風に習ってやったのです。これに対し、特に大学の関係者にとっては、伝統的な衛生学関係の学会が存在していたこともあって、当初は本学会に対する関心が必ずしも盛り上がらなかったということです。

青木

昭和39年サンフランシスコで開催された米国の公衆衛生学会に参加したのですが、医師よりもコメディカルの方々が多く、また極めて実践的な発表や集会があり、おどろきました。これがパブリックヘルスだと思いました。日本での公衆衛生学

会は行政や研究者、特に医師中心の感があり、すこしづつ変化して行きましたが、極めて遅々とした変化だったように思います。

北川

戦後、日本の衛生行政も大きく変わったと思うのですが、厚生省の衛生技術官（技官）が局長になるという大きな進歩もあったんですね。

重松

今から言えば、サムスをうまく利用したという言い方も出来るかもしれませんが、それまでは法科万能であり、一番いい例が三木行治さんのように、医師としての技官だけれど、法科の連中とわたり合うために、自分自身が法科に行って、高文の試験を受けて通ったものだから、三木さんは局長にはなったけれど、医師としてなったというより、高文出のキャリア役人としてなったと言った方がいいかもしれませんね。三木さんの時代まではそういう苦労があったということです。

先程、戦前の防疫官は医学会の中でも権威があったと申し上げましたが、昭和20年代は感染症がまだ盛んな時代でもありましたので、あの時分の厚生省防疫課の技官といったら、錚錚たるつわもの揃いで、発言力もあるし、皆さん自信を持っていました。厚生省の机になんか座っている時間はほとんどなく、しょっちゅう現場に行き廻っていました。公衆衛生院にいた僕だって、一緒に飛び廻っておりました。

昭和26年の結核予防法改正は、疾病を目的とした法律として、予防から治療・リハビリまでを含めたトータルなケアを盛り込んだ法律が、この時期に出来たというのは、僕はたいしたものだと思います。ただ実際には、例えば、結核登録といっても言葉は出来たのですが、本当の意味での登録というのは行われてなかったのです。届出まではあったけれど、それを登録して、フィードバックするところまでは、なかなかいってなかったのです。その辺のところは、僕が直接関与していました。

北川

結核実態調査は昭和28年ですね。各保健所の保健婦はシラミ潰しに家庭訪問をやって、それで受

診率100%を目指して大変な努力をしましたですね。

重松

結核実態調査の話が出ましたが、昭和28年には赤痢の実態調査も行われております。以来、日本ではいろいろな実態調査ばかりになって、「実態調査が大切だ。登録だとか届出は、いい加減で役に立たない」というようなことまでいう人もいました。しかしそうじゃない。届出によって、ルーティンに集まってくるデータ、これを時々、軌道修正なり補正をするために実態調査をやる。それが実態調査でなければいけない、結核に関しても実態調査が一番大切で、後のものはいい加減だというのはとんでもない話です。日本で結核実態調査をやることについては、亡くなられた隈部英雄先生が先頭に立って一生懸命やられた。あの先生は時々奇抜なことを考えられるものですから、実態調査で判明する全国の患者推定数を予め、委員が投票することにしました。大体毎回、投票した各委員の患者数を平均したら、ドンピシャリ当たる、今でいうデルファイ調査ですよ。それから実態調査の3~4回目くらいになると、普段の登録患者数を何倍かすると丁度実態調査からの推計の数になるとか、いろいろなことが分かってきました。

昭和30年代に入ると、公害問題をきっかけに環境保健、これが出てきた時代には、保健所黄昏論ではなくて、保健所無用論とか不要論が出てきた訳です。公害あるいは環境保健に関しては保健所は役に立たない、ということです。

これからの環境保健というのは、いろいろな環境汚染物質、環境ホルモンとか、難しいものまで含めて、余程の専門化した知識、技術が必要なんです。日本の保健所のようなマルチプルな機能をもつ保健所というのは、世界中でも珍しい。ゆりかごから墓場までを全部保健所が扱うというのは理想ではありますが、今のような時代、それでやっていけるのかどうか、やはり国立病院のように、保健所によってそれぞれ機能分化するような時代になってきたのではないか。これは21世紀の課題として是非、検討していただきたい。

昭和30年代に入り、日本の高度経済成長時代を迎えて、各地で頻発した病気が、いわゆる公害病

です。いろいろな環境汚染のつけが一度にドッと吹き出したような感じでした。環境汚染の原因については、昔からいろいろ研究はされていたのですが、昭和30年代に日本が経験した、いわゆる公害事件というのはみんな新しい経験ばかりなんです。いちいち例はあげませんが、昭和30年にはご存じのように岡山県を中心に森永のヒ素ミルク中毒事件が起きました。それから水俣病も初発患者が昭和28年だったということが後で分かった訳であります。例のサリドマイド中毒事件もありました。イタイイタイ病もどうやらカドミウムと関係があるらしいということが後で分かったのですが、これも昭和20年代です。後で調べると昭和22、3年の終戦直後くらいがピークだったのではないかとされるくらいなんです。イタイイタイ病も初めてこういうおかしな病気があるということが報告されたのは昭和30年ということになります。どうも昭和30年代はいわゆる公害病の全盛時代になってきました。そういう環境汚染にどう対処するか、今まであまり経験がないものですから、確かに右往左往しました。こういう問題を保健所に持ち込んでも、保健所の方だって答えの出しようがなかったということです。

これは昭和40年代まで尾を引いて続きましたが、この公害問題は、やがてグローバルな意味での環境保健問題になり、日本だけでなく、世界中にとって公衆衛生の最大課題のひとつになっているのではないかと考えています。疫学を専門にしてきた私なども、真っ先にこの公害病に呼び出されて取りかかった訳です。ともかく環境汚染物質というものに対する知識が今までにないというか乏しい。そういう環境汚染物質が、人体にどう作用するか、どんな具合に取り込まれるかという、汚染経路の問題、あるいは汚染量、曝露量の問題ということがありました。医学がもっとも苦手とするところです。その意味でも、工学だとか化学だとか、いろいろな環境関係の専門家との協力というのが必要になってきた訳です。

環境保健問題を通じて、私も疫学者が一番身に染みて感じたのは個人曝露量の把握です。私が長年勤めておりました、広島、長崎の放射線影響研究所、ここは昭和22年にアメリカがつくったABCC（原爆傷害調査委員会）を引き継いで原爆被爆者の健康問題を調査していますが、今日まで

の50数年間、莫大な経費を使い、多大の人員を投入してやってきた努力の半分以上は、ひとりひとりの人があの原爆放射線をどの程度浴びているかという、個人曝露量を推定するためなんです。平均的な曝露量は昔から分かっているのですが、平均ではやっぱり駄目で、ひとりひとりによって、全部浴び方が違う。物の陰に隠れていたら、それだけでも浴び方が違う。だからひとりひとりの人の行動をつまびらかにして、どれだけ浴びたか、というのをいろいろな実験的なデータも入れて推定するという、この努力が今までやられてきました。同じことが、例えば大気汚染問題についても言えます。大気汚染の研究で対象とする住民の方々の大気汚染への曝露量推定は、いろいろな場所のモニタリングスポットで計測した値を当てはめているわけですが、それでは個人曝露量の推定にはならない。例えば主婦の方が台所で、ガスコンロを使って働けば、それだけでもNO_xの曝露量はうんと違ってくる。タバコを吸えば、一酸化炭素の吸入量が増えます。結局、個人の曝露量をきちんと把握しないことには、量反応関係なんていうことは言えないということ、私自身が疫学者として身にしみて感じている訳です。

21世紀の環境保健問題に関わっていただく方には、ともかく個人の曝露量について出来るだけ真実を掴むよう努力していただきたい。そんなことで、余計なことまで申し上げましたけれど、昭和30年以降の公衆衛生では、環境保健問題が大きくクローズアップされてきたことが一つの特徴ではないかと思えます。

小町

昭和30年代になって、臨床医学も発達しまして、脳卒中もいろいろな形があるということで、実態を明らかにするという運動が非常に大きくなってきました。厚生省も沖中重雄先生が班長になられて、まず日本の脳卒中は世界的にも非常に多い、ということが認知されました。しかし高血圧との関連となりますと、傾向としてどの地方に脳卒中が多いかということはいえませんが、個人との因果関係という、これはなかなか難しいのです。ということで各地で、地域における循環器疾患の調査というのが始まりました。昭和30年代後半の頃です。国が予算をつけたのは、最初は昭和

44年、脳卒中特別予防対策です。これは6県74地区につけました。始めは、特別対策と言わないで、半減対策とつけようとしたらえらく怒られました。脳卒中が半分減るか、武見太郎さんから怒られたのです。当時は佐分利輝彦先生が課長をやっておられ、何とかしようと言われた。そして、国全体の傾向として、脳卒中の死亡率が減少傾向に向かう可能性があるから、何とか予算をつけろということで特対の予算がついた。脳卒中がまだ増加傾向にあるときに、それを抑える対策を講じることが大切ではなかろうか。真っ先に投資してもらって、どうなるかということを見て欲しいのに、国は非常に慎重におやりになっていた。特に言っておきたいのは、対策としてやる、データを取るというのではなくて、高血圧をコントロールするということが重要だということです。

今ではまず細かい要因を特定して、それをコントロールして比較する。

当時は非常におおらかでした。良いというものをやって、その結果が出ればそれでいいじゃないか。私は今でもそのように思っております。これは日本の公衆衛生の発展上、こういうことをやらなければ、ひとつも発展しない。今は理屈ばかり言って、実際の仕事はあまりしない。

とにかく、私どもが揺籃期にやった脳卒中対策というものは非常に効果があったのです。しかも勢いがある程度克服したら、脳卒中なんか怖ろしくない。しかも環境が良くなった。栄養状態も良くなり、労働条件も良くなると、これは減ってくる。ですから国の方もあんまり言わない。けれども初期の効果は若い人の脳卒中が減ったのであって、お年寄りの場合、高血圧の長期の影響を受けて脳梗塞になる。これが困る。もっと徹底して高血圧対策をやれば、年寄りの脳梗塞も減るという証明をやったのですが、本当にシンドイ訳です。だから公害でもそういうことをおっしゃってましたね。曝露量をきっちり決めなければならないということも、私なんかコレステロールについては大きなポピュレーションを対象として、今、思うと本当に大変な作業であったわけですが、当時としてはきっちりやってきたつもりです。そのことが確かに、今日の疫学研究の貴重な基盤になっている訳です。

丹念に調査をやり、公衆衛生学会も大会ではない、学会であるというならば、丁寧なベーシックなリサーチがあり、具体的な対策があって、初めて議論出来る。ただ単に他人のデータだけをよせ集めて、コンピューターで計算するだけでは、公衆衛生ではないと思うので、そのことを私は今、ここではっきり言っておきたい訳です。先程、重松先生が日本人は実態調査が好きだと言われましたが、ただし全体のトレンドをみるとしてしかそれは使えません。トレンドはそれでいいけれど、個人的な、もっと細かい対策については、地域ごとに丁寧に、これは保健所の大きな仕事であったはずです。

そして、昭和30年代、40年代をつうじて丹念に大学、研究所もやり、保健所もやり、地域住民も一緒にやり、体当たりのやっつて、その時には公衆衛生の医者も増えて、ひとつの脳卒中対策のピークをつくっていたということだけははっきりしておきたいのです。

青木

昭和30年代、40年代にはがん研究は大きくも変わりました。30年代からがん死亡は年間約4000人づつ増えていました。がんの基礎的研究は非常に活発になりましたが、予防の方はほとんど手探りの状態でした。原因不明というのがその理由で、大学の社会医学関係者は感染症、循環器疾患、職業病、公害関係の研究が多く、がん研究費は乏しく、がん情報を得るにもかなりの努力が必要な時代でした。

さてわが国の戦後のがん予防は、厚生省が主導で対策が始まったように思います。厚生省は昭和32年に成人病予防対策協議連絡会を組織し、がん対策の戦略をねりました。がんの実態調査、医療施設の充実、専門技術者の養成という緊急課題が設定され、33年に第一回悪性新生物実態調査を、35年に第二回実態調査を実施、37年には国立がんセンターを設立、以降全国に8つのがん専門病院を設ける構想ができました。38年には第3回実態調査を実施し、がん死亡や罹患、治療成績などがあきらかになり、そして科学研究費によりがん研究を推進する方策がとられました。しかし公衆衛生学的研究者については、後で述べる検診以外はあまり出番はなかったのですが、これは、がんの

疫学研究者もすくなかった背景があります。原因がある程度明らかにならねばという考えもあったようでした。私どもは厚生省関係者による公衆衛生関係誌にがんの実態や対がん戦略についてのいくつかの論説を読み研究の必要は認めながらも、出番まじの感がありました。

がん検診については臨床医家により早くから始められています。前後しますが、昭和32年癌研究所塩田広重名誉院長が、がん死亡は急増しているが、既存のシステム、対策だけでは解決が困難で、外国のように対がん協会をつくり、民間レベルでの活動、協力が必要と提言された。それが一つのきっかけとなり、国の対策会議も始まり、また日本対がん協会が設立されました。対がん協会の初期の目標はがんの衛生教育とその普及、がん研究の助成、それにがん検診支援でした。まもなくがん検診実施グループの要請に応じて、子宮がんと胃がんの検診に研究費を助成しはじめた。つまり一次予防と二次予防の活動が始まったのですが、医師や世間が関心を持ったのはがん検診でした。目に見える効果を評価したからであろう。当時は胃がん死亡数急増の時代であり、結核検診の経験をふまえ、何とか死亡の増加をくい止めようとしていたのです。長野で有賀教授、仙台で黒川教授、福岡で入江教授が検診の緊急性を訴えられ、それぞれ自作のX線装置で検診を始められ、早期がんが発見可能と発表された。病院に来診する患者は殆ど手遅れであり、早期がんなら手術で治しうるので、早期発見をせねばならぬというのが論旨でした。検診効果には当時からいろいろ批判がありましたが、世の人の強い支持と要請があり、方法も漸次改善され、普及し、規模が大きくなっていったのです。対がん協会のがん検診助成が、検診事業を全国的に拡大した要因と考えています。それにつれて公衆衛生関係者も検診に参加するようになるのです。

第一次予防面での大きな事業は、米国公衆衛生局長官の発表の重大さから、昭和40年から曾田班、後の平山研究班が発足したことです。タバコと肺がんの関連の追証が主目的の大規模コホート研究で、保健所のネットワークによる、国をあげての疫学研究でした。これは平山雄先生が企画され、タバコ以外にも主な食生活が追け加えられました。しかしこれを除くとめぼしい疫学的研究は

極めて少なかったといつてよいと思います。

広島の被爆者の追跡調査はがん研究としても大きな事業ですが、日米共同研究であり、これについては重松先生からお伺いできると思います。

昭和40年代に入り、がん原性物質が大きな問題となり、公害の問題とともに世を風靡するようになり、そして、がんの原因追及のための疫学的研究が少しずつ増加するようになりました。この頃から、がん予防の運動として喫煙が公衆衛生関係者の間でとりあげられ、同時に子宮がん、胃がんなどの予防についても活動が盛んになってきました。それは公衆衛生学会の発表数からもうかがわれます

保健所は結核や乳幼児対策について大きな貢献がありました。がんについても、知識の普及や検診に努力されていましたが、専門家が常駐せず、情報も遅れがちで、裏方にまわった感じでした。タバコ対策が政府の歯切れの悪い対応で、積極的活動が遅れたことも、保健所としてはかなりの影響を受けたと思います。

小町

がん対策との関連でいえば、公衆衛生のがん対策は人を集めて、検査を受けるようにするということが、主な内容だったのです。指導する手段をもたなかった。がんというのは見つけたら切る、見つからなかったらそのままという訳で、生活指導には、その当時は繋がらなかったのです。具体的な生活指導方法を持つ循環器と非常に違うところなんです。循環器ははっきりいえば、がんのために大変迷惑をしているのです。

それで公衆衛生とがんとの結び付きというのは、今はかなりいろいろなことで因果関係が出てきていますが、当時としては胃がん、子宮がん中心であったようです。見つけたら切らなければいけないですから、指導には繋がらないということが非常に特徴ですけどね。

最近では、がんの疫学者がリードして一次予防というのを盛んに言う。循環器も一次予防をやれ、やれと言われるのです。これは非常に迷惑で、二次予防だって大変効果がある。一次と二次を同時にやるのが、ベターです。

重松

これは、日本の公衆衛生のあゆみの中で、非常に重要な問題ですね。学会としても、集団検診の効果という問題は、もっといろいろな面から学問的に検討して欲しいのです。コストベネフィットだけではいけないのですが、集団検診が本当にどれだけ効果があったかということです。そもそも検診をやる理由は、早期発見、早期治療というのが目標な訳です。出来ればもっと予防にも繋がりたい。いつも問題になるのは、一体早期発見をしただけの価値があるかどうかということです。その意味で集団検診というのは、まさにエビデンス・ベーストでなければいけないのですが、そこの議論が、学会として十分深められていないと思います。ついでに、集団検診といえば一列に並ばせて数をこなすという印象がありますが、これも誕生日検診をはじめ、いろんなやり方が考えられて然るべきですね。

北川

今の小・中学校の結核集団検診は、竹村宏さんが結核予防課長の時に、かなり減らしたのでしょうか。

重松

放射線のことについていうと、結核の胸部検診よりは胃がんの胃集検の方が被曝線量はずっと大きいですね。それよりは、がんなどの放射線治療を受けると、被曝線量はもっと増えますので、二次的に白血病なんかを起こす場合が出てきます。しかし、医療目的の時は、患者さんの利益のためにやっていることだからという理由で、被曝限度に関する規定は適用しないことになっています。

小町

検診効果の議論をされると反論があります。悪い面ばかりを今いわれた。下手な検診機関がいっぱい入って、いい加減な検診をやって精度を下げ、効果がないということで、疫学的に文句をいったって、こんなことは無効ですよ。やっぱり精度を上げなければいけない。だから精度を上げなければいけないということと、エバリュエーションするならば、それを判定する基準というものをきちんとしなければならぬ。登録というならその登録の基準もきちんとしなければいけない。

循環器検診の無用論だって、たくさん言われていますよ。しかし、どこで誰が調べたという根拠がない。ただ単に診断名だけ集めて、脳卒中だっているいろいろあるものを、無用だ無用だと言いつている。一次予防をやって、二次予防をやって、あるいは対策をやった上で始めて本当の原因が出てくるのであって、初めから原因なんて分かるはずがない。どんどん調べていって、何が胃がんの原因だということが分かるので、循環器だって脳卒中は何が原因だということが分かる。それも十分行われずに、今度は脳卒中が減ってから無用だという議論をいくらしたって、やらない人の寝言だと思うのです。公衆衛生が下火になるのは当たり前です。保健所も下火になる。

私にはこんな経験があります。私は若い頃、ジフテリアの疫学をやらされたのです。流行の極期にはジフテリア菌をはっきりと同定することが出来る。Gravis, Mitis, Intermediusなど、症状にあったジフテリアの菌のTypeをはっきり同定出来る。それから流行が終わりにになると、菌型をはっきりしなくなる。だからその時の状況というもの、病気によってある訳です。脳卒中が多発した頃、典型的な脳出血が多かった。脳卒中の勢いが減少すると病気の特徴が分かりにくくなってきて、今度はそれを見て、はっきり見つけてないじゃないとか、効果がないじゃないとかいう。初めの極期に叩いている時は大きな効果があります。非常に効果がある。そして、その次には効果が薄くなったり、対策を変えねばいけないようになる。だから問題はどこで判断するかです。今の検診の話も、そんなの、昭和30年にやってくれと言いたいです。肺がんは知りませんよ。肺がんは難しいから。だけでもヘリカルCTを使ったら今でも有効だという説も出てきています。それはその病気の勢いとその時期ですよ。それを今日は言おうと思ってきたのです。これだけは絶対書いておいて欲しい。例えば鳴門の渦潮の渦巻いている中に、船を入れなければ回りませんよ。そんなものおさまってから観潮船を出したって、渦潮なんてたいしたことないということになる。やっぱり流行っている時に行って見るということが大事です。そういう理解が公衆衛生にあるかどうか。今はみんな評論家になっている。私はそれだけははっきり書いておいていただきたい。

青木

検診の評価は大事です。検診はがん死亡の予防が目的で、発生の予防ではないのです。しかし、死亡を目安においても当時は評価はなかなか難しかった。システムも不備であり、また評価は日本人はあまり好きではないのですね。いろいろ他への影響を考えますので。一方、検診を希望する人が多く、早期発見者の救命をよくみるようになって、人々要望に応えたいという医師が増え、組織も強化されたのです。全く効果がなければ自然に中止してしまうのが世の常ですが、そうはならなかった。もっとも後に効率の問題で悩むことになりました。今後、胃がんなどで検診対象者の中のがん死亡が減少すれば、効率が悪くなり中止ということになります。また結核のように特効薬が登場すれば、検診の在り方も大きく変わると思います。がんもそろそろ特効的な薬剤がではじめています。

重松

今日は公衆衛生のあり方なり、あるいは学会のあり方について話しをしてきましたけど、教育の問題も大切ですね。

小町

地域保健をやらなかったら教育はできない。

重松

地域保健法とも関連して保健所長の医師資格問題が出てきているし、保健医療福祉の連携問題もあります。今日の座談会としてはいろいろなものを宿題として残せばいい訳でしょう。

北川

保健所法を改正して、地域保健法をつくるときに日本公衆衛生学会として始めて内部に委員会を作って意見集約をやりましたね。それは非常に大事なことだと僕は思っている訳です。保健所はもっと福祉の仕事にも手を伸ばして連携をはかる必要があるということも強く主張したと思います。

小町

私は保健婦の味方で、おおいに地域保健法で頑張りました。府県と市町村で重複して存在するの

は保健婦だけですからね。一本にまとめろという。しかし、これでは、バラバラになる。市町村には医者はいない。医師と保健婦が一緒になって始めて機能する。市町村には保健婦しかいない。しかし保健婦だけで地域保健の面倒が全てみられるかという、みられないと思います。それでもよいというのは、国が保健ということをどれだけ重視しているかが問われると思います。これも私は言っておきたい。軽視しているか、何となく出来るでしょうと考えているのではないか。だから余計、公衆衛生というものの専門性が減ってきているのです。そして参加する医師がどんどん減ってきた。さらに厚生省にも学会にも言いたいの、保健所が弱体化して行く、その中で公衆衛生の専門家をどのように育成していくのか。

それとも国は今までやれやれと言ってきたのだから、責任をもって、日本公衆衛生学会の後押しをしてくれるのか。北川さんは厚生省におられたからその辺はどうですか。答えを出しておいて貰わないと学会としても方向がたたないというのが現状ではないのかと思います。

北川

片方で地方分権の動きが非常に強くなってきた。保健所の数が600にまで減少している。そこが大きな問題です。

小町

地方の公聴会などで首長さんも消極的だと聞いていますが。

多田羅

厚生省も知事さんの力だということについては、なかなか発言しにくいのでしょうかね。だから日本における地方分権とは何かということが問われている。自治省（総務省）というのは全く価値観の違う別の世界に立って、彼らの論理でむしろ福祉行政の推進ということによって公衆衛生を包摂しようとしているのではないか。これに対し、健康日本21によって自治省の福祉対策に対して何

とか厚生省は挽回しているのではないのでしょうか。

小町

挽回を計ろうとしているけれども、その中身はどうなんだ、という問題はあります。

地方分権が駄目だとは誰も言っていない。ただ、都合のよいように解釈して、手抜きをされるのは困ると言っているのです。しかも地方分権と言いながら、問題が起ったらナショナルチームが出てきて解決する。健康日本21だって、マニュアルをつくる、ガイドラインをつくる、いろいろお節介をやく。地方の実情がわからない人が集まって、国レベルの調査結果だけを元にして、細かい個人レベルの指導まで出来るようなことを言っている。地方地方にちゃんとしたものをつくって、それは地方に任せておけばいいじゃないか。そのためには、保健所や府県の果たす役割は大きい。

重松

地方分権のとぼっちりで、保健所長の医師資格規制を廃止するという話がでて、保健所長は医師でなくてもいいのかという議論にまでなっていますね。この問題もさることながら、考えなければならぬ大切なことは、公衆衛生の専門家をどう教育するかと言う問題です。今までは、ご存じのように公衆衛生院が、不十分ながらも各職種の人達の教育訓練をやってきましたが、その公衆衛生院も2002年の3月には埼玉県の和光市に移り、名前も変わります。実験系が抜けて、スクール・オブ・パブリック・ヘルス的ではなくなる訳です。教育の問題は今までもいろいろ議論されていますけれど、真剣に考えていただきたい。一番大切なのは、公衆衛生とはなんぞや、その専門家はどうかあるべきで、どう教育するかなどなど、いろいろな問題を含んでいます。

多田羅

時間がまいりました。これで本日の座談会を終了させていただきます。先生方には貴重なお話しをありがとうございました。