

日本公衆衛生学会総会60回記念座談会

第4回

平成14年8月7日(水)

出席者：島尾忠男，森 享，松野かほる，北川定謙，多田羅浩三，實成文彦，宮武光吉

多田羅

日本公衆衛生学会では、昨年60回の総会を高松で開催させていただきました。この60回記念事業の一環といたしまして日本の公衆衛生、特に戦後の公衆衛生の発展にいろいろご貢献いただいた先生方にお話しをいただくため座談会をもたせていただいております。本日はその第4回であります。島尾忠男先生、森亨先生、松野かほる先生には、お暑いところお集まりいただき本当にありがとうございます。記念事業委員会委員長の北川定謙先生から、最初にご挨拶をお願いします。

北川

北川でございます。日本公衆衛生学会第60回総会は今日ここにおられる實成文彦先生のもと、香川で開催されました。今年の第61回は埼玉で不肖私が、会長を務めさせていただきます。60回総会の記念事業は多田羅理事長からお話あったとおり、先輩諸先生方の貴重な話を記録にとどめておこうと考えまして、第1回は重松先生、第2回が大谷先生、第3回が染谷先生をお招きしてお話を伺いました。本日、先生方にはどうぞ自由にお話しをいただき、私どものほうからも質問させていただくようにしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

多田羅

学会のほうからは記念事業委員会の理事の方にはいっていただいております。本日は宮武光吉先生と實成文彦先生に来ていただいております。本日の主役の先生としては島尾先生をお願いいたしました。そして島尾先生を中心に森先生、松野先生に参加していただいて活発に座談会をしたいと思っております。主旨は今北川先生からご説明いただいたとおりであります。今回は日本の公衆衛生

の大きな柱でございます結核対策、世界に誇る対策が推進されて大きくは克服されたという感じではありますが、今日大きな社会的課題となっております。その日本の対策に対し、戦後一貫して推進いただいた島尾先生の話を中心にお話をいただきたいと思っております。實成先生と宮武先生簡単に自己紹介をお願いします。

實成

昨年第60回の公衆衛生学会総会を開催させていただきました香川医科大学の衛生公衆学教室の實成です。島尾先生には香川がご出身地ということで以前よく香川においていただきまして、いろいろ指導いただきました。本日はよろしく願います。

宮武

宮武と申します。今鶴見大学の歯学部におりますが厚生省に30年程いましてその間に山形県に赴任しましたが、その折りに結核の長期登録者の管理をしたことがあるのですが、その時に島尾先生にいろいろ教えていただき非常に助けていただきました。森先生は国際交流の関係で存じております。丁度、スリランカのペラデニア大学の歯学部の技術協力をやっているのですが、技術協力というのはなかなかむずかしいものだと思っております。松野先生は、私は最初保健所からスタートしたものですから保健婦さん達に随分もまねまして、その後公衆衛生院でいろいろ教えていただきました。本日はどうぞよろしく願います。

多田羅

どうもありがとうございました。森先生、松野先生一言ずつご挨拶をお願いします。

森

結核研究所の森でございます。60回総会記念というお話しですが、私、結核の仕事についてから半分の30年くらい経ちました。今日、ここにお招きいただいてどんなことを発言させていただけるかわかりませんが、30年分についてお役に立つところがあればよろしく願いいたします。

松野

私は結核予防会で10年仕事をいたしましてから、公衆衛生院に移りました。結核の活動では隈部先生や重松逸造先生のご指導を頂いたのですが、結核患者管理の研究班に参加したのが一番の思い出です。また、結核の仕事と共に重松先生を中心に特定疾患スモンの調査や難病患者の在宅療養に関する研究も即実践に結びついた大きな研究でした。

多田羅

それでは島尾先生にお願いしますが、事務局のほうで簡単に先生の結核予防会の方から戴いた略歴書と、学会の方では山形の時に特別講演をお願いしたときの雑誌に載せていただいたレジメのコピーを非常に勝手にございますが作らせていただきました。では島尾先生どこから話していただいたらいいか、先生の若い医学生のところからのお話をよろしく願いいたします。

島尾

本日はお招きいただきまして大変ありがとうございます。過去に3回おやりになったと伺いまして、1回目の重松先生、3回目の染谷先生、お二人ともある時期は結核もやっていたらっしゃいました。

それを考えても如何に結核が数十年前日本で大きな問題だったかご理解いただけたと思います。私が仕事を始めてから50年ちょっとたちますが、結核問題に関わりだしたころの昭和20年代前半の日本の結核はまさに感染している人の数からいっても、発病する人の数、抱えている患者の数、亡くなる人の数、どれからみても疫学的に言えば日本の保健医療問題のトップだったと思います。医療費を見ても昭和29年には28%を結核が占めておりこのことから如何に結核が健康の問題だけで

なく日本の全体に対する影響を与えていたかご理解いただけたと思います。

そのころの結核は今と違って若い人に圧倒的に多かったのが特色でした。結核は青年の病気だったのですが、丁度私が仕事を始めた昭和20年代前半には、すでにそれに対してどう対応をすればいいかという基本方針は先輩の努力で築き上げられていました。きっかけになったのは岡治道先生の大正時代の末頃の研究です。結核の初期変化群に関する研究を、病理学的な手法でおやりになっているのですが、実はある意味では公衆衛生学的意味も持っていた研究です。初期変化群は、大人にはほとんどあるが子供にはあまりない、青年期でふえる。しかもそれを調べてみると若い人の初期変化群は乾酪変性のような新しいのが多く、年寄りには石灰化したものが多い。このような病理学的事実から岡先生はおそらく人間での結核の初感染は若い頃に多く起こって、引き続いて病気が進行して亡くなる人が多いということを推定された。これが大正末期から昭和初期の研究です。それを今度は海軍の軍医である小林義雄先生が、当時使えるようになったツベルクリン反応検査という新しい技術を使って研究を行いました。入隊する時にツベルクリン反応をすると東京のような都会からきた20歳の人たちはかなり陽性率が高く、田舎からきた人たちは低い。最初に陰性の人たちを続けてツベルクリンを繰り返して行くと陽転する人がみられる。陽性転化、略して陽転という言葉も小林先生が作られて、陽転した人を追求していくと高率に胸膜炎をおこし、さらに一部は肺結核になる。このことから岡先生が病理の研究から推定されたことを、小林先生は人間の集団で、しかもツベルクリン反応という新しい手法を使って実証された。

さらにそれをもうひとつ発展させたのが国鉄の健康管理やっておられた千葉保之先生、所沢政夫先生で、お二人は陽転した人に今度はレントゲン検査という新しい技術を用い、陽転者の中から1年間に16パーセント発病してくることが分かった。しかもこの国鉄での仕事は人の異動が少なかったので陽転後30年間にわたって発病を追求できたという日本では異例な研究です。最初の1年が16パーセントそれから数年は年間1パーセント、その後だんだん減って行って30年経ってもなお0.1パーセント発病しています。ですから一度感

染すると感染後早期にたくさん発病するけれど、そのあとも発病が長く尾をひく。しかもあとに出てくる発病は家族内感染とはほとんど関係ない。しかも病巣はほとんど上でてくる。おそらく初感染後かなり早い時期に散布した病巣がいったん治り、後になって、そこで眠っていた菌が目をさまして結核になるという内因性再燃という考え方で説明している。発病をしない人は強い免疫ができてから外から再度感染してもそう簡単には発病しない。結核療養所の医師や看護師で勤め始めた時から陽性だった人はそう簡単には発病しない。最初に陰性だった人は勤務中にたちまち感染し発病するという事実が昭和の10年代に今紹介した先輩方の長年の努力でいわゆる結核の初感染発病学説として確立していました。

これを基にして、対策の基本的な原理として、まず感染させなければいいのですが、これは当時は患者が多すぎてベッドが少なく、感染防止は、項目としてはあるけれど実施が難しい。発病防止のほうはBCG接種が昭和10年代からの共同研究で有効性が確立されて昭和17年から実施されていますからある程度は可能でした。結核を早く見つけることは昭和11年に東北大学の古賀良彦先生が間接撮影、すなわち蛍光版に写る像をカメラに写し取る技術を開発し、これを応用すれば集団検診ができるということを報告されています。同じ年にブラジルのドウ・アブルーという人が全く独立して間接撮影の開発を発表しており、彼の発表は外国語、古賀先生は日本語だったため世界的にはアブルーの名前だけが知られており、古賀先生の業績は世界では知られておらず、ちょっと残念です。実際には昭和11年に発表され、13年くらいから実用化されて大学の入学試験や徴兵検査にも使われていますから、日本のほうが実用化は早かったと思います。治療のほうは当時はまだ残念ながら薬はなく、大気・安静・栄養という形で自然に備わっている人間が結核を治す力、それをきれいな空気のところ、安静にしながらいいものを食べて増強して、なんとか自然治癒に持ち込むということが行われていました。それに加えて人工気胸という胸膜腔に針を刺して空気を送り込み、肺をちぢめ、空洞を潰す治療が行われ、これができれば病気の進行を少なくとも抑えられる。しかも外来でできるということで昭和20年代の初期から

活発に行われ、当時の積極的治療だったかも知れません。ただ気胸は後になって振り返って見ると水がたまって癒着して肺機能が悪くなる、あとになって膿胸を起こすなど功罪いろいろありますが、少なくともあの当時は気胸が入ったということだけで患者さんは喜んだものです。このように、結核対策についての技術的な背景と理論的背景が一応昭和10年代にかなりできていました。

それが戦争で非常にひどい状態になって、これからどうするかという時期に丁度私は、最初は学生として、あとは予防会の職員として結核対策にかかわるということになりました。これが昭和20年代のはじめころの背景です。

多田羅

先生が結核に進まれた動機というのは何かあるのでしょうか。

島尾

それは私は戦争のいちばんひどい時期に旧制高校に入り普通なら3年の課程が2年半に短縮されました。旧制高校が半年短縮され、19年10月に東大に入学して普通なら2年かかる基礎課程を1年で終わって、そして試験も終わったところで終戦になりました。あのまま戦争が続いていればおそらくもう1年臨床を速成でやってあやしげな軍医として戦場におぼりだされたのではないかと思います。そこで戦争が終わりましたので基礎医学を充分教わっていないものでもう一度基礎を勉強したいという希望をだしたのですが「試験を終わっているからだめだ」ということで、もう1年上のクラスと一緒に普通なら2年かける臨床を3年かけて勉強するということになりました。その当時は戦争が敗けた直後ですから東大は焼けなかったですが近辺はほとんど焼けて、それこそ遊ぶ場所も何もない、食いのさえない状態ですから臨床の勉強が1年延びたので、少し余裕ができた時間をどうしようかと思っていたら、学生の同好会の一つに結核研究会があり、戦争中は活動を一旦停止していましたが、戦争が終わったところで復活して、群馬県の農村に夏1か月保健婦さんと一緒に公衆衛生の実習をやろうという動きが出ました。群馬県のほうは当時から国民健康保険がかなり発達しており、保健婦活動も活発なので、そこ

へ入ってやってみようということでした。農村に入
って公衆衛生活動するならせめて寄生虫の検便の
検査とか、ツベルクリン、BCG 接種くらいはで
きなればしょうがないということで、水道橋に
ある第一健康相談所におられた先輩の渡辺 博先
生の所へ行って実習をさせていただいて、その後
昭和21年の夏1か月保健婦さんと農村で家庭訪問
をやる、母子の相談にのる、寄生虫やツベルクリ
ンの検査をやって、臨床できた患者さんを診療し
て治すこと以外に、公衆衛生の仕事のおもしろさ
をある意味で体験させていただいた。これがまさ
きっかけです。

そして大学の授業がすこし間延びしているもの
ですから、授業の合間に予防会の第一健康相談所
に出入りして、ツベルクリン反応検査やBCG 接
種の手伝いをし、レントゲン読影の勉強をしました。
その当時東京都内で集団検診をやったのはお
そらく水道橋の一健だけだったのですが、データ
は沢山たまって誰も集計しない。それでツベル
クリンの陽性率を年齢別に集計してみると、年齢
とともに上昇します。これを関数で示せないかと
検討していたら、陰性率が感染率が一定なら指数
関数で示されるという現象を予防会の中の研究会
で発表して、それが結核の疫学との縁の始まりで
す。

そして医者になって一年水道橋の一健に勤めて
今度は自分自身が結核になってしまいました。結
核になった原因の一つは、当時フィルムがほとん
どないですから患者の診断を透視でしていました。

多田羅

X線と同時に菌を浴びるわけですね。

島尾

浴びたレントゲンの線量は今日から考えると桁
違いに多く、水道橋では1日の外来の新患を110
人に制限して、全部透視でスクリーニングして、
病巣がどこか見つかったとフィルムを小さく切って
そこだけ写す。あるいはペーパーという印画紙に
焼き付ける、そんなやり方をしていました。当時
の水道橋の医者は放射線を桁違いに浴びていま
した。それに加えて父が心不全になり、一時東大に
入院させたんですが、最後の1か月は強い希望で
自宅療養でした。病院なら病室で診療して苦しん

でいるのを見ても医局に帰れば一応忘れられます
が、自宅でいて隣の部屋で寝てヒーヒーいって
いるのをなんとも救えないのはまことにストレス
でした。その両方が加わったんでしょう。痰が出
る、レントゲンを撮ってみて暗室に自分でもは
いてみて現像をみていたら変な影がある。結核だ
ということで結核研究所付属療養所に3年近く入
院して、胸廓成形手術を2回、局所麻酔です。そ
れでも治らないので肺の右上葉と下葉の一部を切
除しました。合計3回手術しても菌がとまらな
かった。やっとINHが使えるようになり、多分気
管支結核だったと思うのですが、菌がとまりました。
普通若い頃結核やったので後に結核医になる
人が多いのですが、私の場合結核医として結核を
経験しています。しかも局所麻酔で成形術とい
ういちばんすごい、残酷な手術をたっぷり経験さ
せられました。その経験が逆にいえば患者としての
経験、それを自分が医者としてどういかにするか
ということにも多分繋がったと思います。

今でも週に一、二回水道橋の一健で診療して
いるんですけど、患者の心理がわかって正しい技
術で診療できるうちは診療を続けようという気持
ちです。下の人からは理事長や会長の立場の者が
誤診をすると困るからやめてくれといわれていま
すが、一健では翌日の外来担当医が、前の日のフ
ィルムをみて、前日の判断が正しいかチェックす
るしくみがあり、若い人たちにおかしければいつ
でもいつてくれ、すぐ診療を止めるから、それま
ではということでした。

多田羅

私ども世代からみますと結核を対象にいろいろ
やられて、先生もおっしゃられたように自分が結
核にかかるというのは怖かったんじゃないかと思
うのですが、医学部の学生とか医者は怖くな
ったのでしょうか。

北川

つまり1日2日で治るという病気ではない。1
年とか2年とか長期にわたる医療が必要なわけ
ですからね。

一番多い時期には、年間14万人の人が結核で亡
くなっておりましたね。特に若い世代の人が。

島尾

われわれ同級生は125人ですが、実は同級生が在学中に結核を発病したのは25人で20パーセントという高率でした。戦争中から終戦直後で飯はまずしい、さんざん働かされるということもあったためだと思っていたのですが、あとで考えると1年の時病理を担当した先生が相当進行した肺結核ですでに喉頭結核で声が濁れていて、教壇に薬瓶が置いてあって、今にしてみたら集団感染であったと思います。

その先生は丁度終戦の日に亡くられました。その先生の講義を5月くらいから聴いていたわけですから、前のほうで真面目に聴いていた学生は皆感染したのだと思います。

病気が多かったせいもあって、誰がなっても不思議はなかった。薬はまだストマイが使えなかったのですが、25人発病している中で在学中に亡くなったのは1人だけです。学生の結核研究会に後になって入ってきたのは森先生です。

多田羅

森先生どうですか。そのころのことをさらにひとつお話いただけますか。

森

私はそういうわけで大学のサークルで結核をやってそのころから結核研究を志望していました。

昭和42年に卒業し、1年間ストライキやってから、43年に島尾先生に誘われて結核研究所に就職したのですがその時まだ医師免許もってなくて(国家試験をボイコットして)、入ってすぐやらされた仕事というのは勿論臨床は出来ませんので、集団検診の手伝いをやるかわら丁度その年43年の結核実態調査の資料が、どんどん研究所に運ばれてきていましたので、その資料の整理を毎日のようにやったんですね。何万というレントゲンフィルムを読影する。それから調査票の記入のチェックをやりました。結核の歴史のなかで結核実態調査はかなり大事な役割があったのではないかと思います。

そのあと1973年、昭和48年にもう一回実態調査があってそれで実態調査は終わりになったわけですが、その実態調査の経験に基づいて登録制度が整備され、登録制度のほうから結核の実態とか対

策の普及状況を評価することが行なわれるようになって、それを機械化したのが1987年から始まる電算化結核サーベイランスシステム。私は丁度そういうサーベイランスシステムに繋がる事業の手伝いを最初にさせていただいたということになると思います。

それからそのあと私に関わったのは、まだ復帰する前の沖縄県の結核対策のお手伝いで、全国の保健所や療養所の先生方が日本政府援助という格好でやっていたんですが、私も最後のほうで関わらせていただきました。沖縄県は結核の予防から医療まで全部保健所が中心に行なっていましたから、いろいろ対策の研究に都合がいいということで勉強させてもらいました。その中で先程申し上げたサーベイランスを電算化するというのを沖縄県のお手伝いをしながらやらせていただいて、それが全国のサーベイランスの基礎になっています。

これは島尾先生からお話していただいたほうがいいのかと思いますが、結核の病理、発生の疫学的な研究ということで日本は国鉄の研究の伝統があるわけですが、それをもう少し枠を広げたような格好で労働衛生の中に結核対策というのがありました。それを島尾先生などが関わられて学問的な成果に繋げていったということもかなり意義があるんじゃないかと思います。私も最後の頃少しお手伝いさせていただいて、研究と対策が一体となったそういう動きに随分感激した覚えがあります。

あとは研修なのですが、やはり結核研究所を中心として、保健所が重要な役割を担っていた結核対策、その基本的な技術を研修させるという事業が、戦前から行なわれたわけですが、戦後も随分大きな役割を果たしてきたのです。今も続けてはおりますが、これも公衆衛生の中で結核対策がひとつのモデルを作ってきたのではないかと思います。

最後にもうひとつ、結核は先程島尾先生がおっしゃったように日本の健康問題の中で歴史的に非常に重い課題であったわけですが、国立の結核研究所は出来なかったんですね。予防会結核研究所という民間の団体がその役割を担ってきたという点でちょっと特異な面があると思います。どうして作らなかったか私よくわかりませんが、結局それで通してきてしまったということなので

す。

島尾

予防会は昭和14年にできて、できるもとなつたのは当時の皇后陛下の御令旨です。結核は非常に大きな問題なので、官民一致して事にあたるようにという御令旨がでて、それを受けて当時の内閣総理大臣がすぐ閣議で結核予防会の設立を決議しました。

多田羅

民間で作ったわけですね。

島尾

ですから官民一致して、官は厚生省でその前年にできていて、それに対して民は民の立場で予防会をつくったんで非常に手際よくやっているから事前にかなりすりあわせをやったことはまちがいないと思います。当時長い歴史を持った民間の団体で結核予防協会というのがあったので、それを予防会を作ってかなり発展的に統合させたのではないのでしょうか。やはり皇后陛下のご意志が働き、当時の厚生省の方が予防会という新しい組織を作りその中で研究所を運営するという形にしました。

しかもその研究所はただ学理を研究するだけでなく研究した内容を対策や臨床に応用できるような研究をやりなさいという、かなり活動内容を指定したような研究所でした。しかもその研究所の構想は今の結研だけでなく本部の調査部、それから健康相談所を健康相談部、療養所を療養部をとし、それを全部抱えた大研究所という構想で、総合的な対策を推進する参謀本部みたいな構想だったと思います。

各県には支部を置き、協力するという構想でした。戦前の予防会は民間団体といっても実は会長は厚生大臣、それから厚生次官が理事長で、予防会の専任職員としては専務理事が一番高い職務となります。ですから民といっても私たちの受け取り方からいえば80パーセント官で20パーセント民という感じなんです。評議員にはずらっと各省大臣がならんでいました。そこに研究所が入っていました。戦後になって予研ができました。あの時にどうするかという話になって、結核については

予防会の研究所があるから、予研はそれ以外の分野をとという話し合いがついたのだと思います。

北川

結核にしても、ハンセン病にしても、皇室をいただいた民間団体という組織がつくられたのですね。結核にしても、ハンセン病にしても非常に国民的な課題ですから、お金を集めるにしても財界からお金を集める、そういう意味ではそういうやり方がよかったのかもしれませんね。極めて日本的なやり方ということができるとも思いません。

島尾

そうですね。予防会のほうが例外的かもしれません。最初にいただいた御下賜金は50万円ですから、これは当時の金にすればものすごく大きいですね。それとそのころの第一生命保険相互会社は、若い人が結核で多く死んでいるのをなんとかしようということで保生会を作って、今の水道橋の一健のところに本部と相談所を置き、今の新山手病院の所に保生園という療養所があり、このふたつを保生会でもっていました。

それを予防会ができるというので、主旨に賛同されて、当時の矢野社長が寄附されて、それで予防会は非常に早い時期から本部の事務所と相談所、療養所を持って、研究所が清瀬にできるまでは保生園の中に研究部をおいて仕事を始めておりました。

多田羅

第一生命は保健文化賞も制定しており、健康問題には強い関心を持っておられますね。

島尾

水道橋の相談所、第一健康相談所というのですが、これは第一生命の関連でつけた名前だったと思います。

現に第二は川崎にできているんですけどそれは予防会の中で作った第二番目という意味で、第一という名前は第一生命の健康相談所だったからだと思います。予防会は戦前から業務をやっていたのですが、当時集まった寄附金が今と違って合計1700万。池田成彬さんという三井の大番頭が副会長で、あの頃は財閥の序列があり、トップの三

井、三菱がある額出して頂けると寄付金が集めやすかった。しかも皇室からは50万円も御下賜金を頂いているということで1700万円も集まったのだと思います。

それで戦前はかなり大規模な活動をしていましたが、戦争で大きな影響を受けました。戦後非常に大きかったのは資産を国策会社の株、例えば南満州鉄道等に投資していた。もし、それを敗戦の前に処分して清瀬の土地を今の10倍くらい買っておいでくれたらその後の運営がもっと容易だったかもしれない。

それで極端にいえばかなりゼロに近い状態から出発した。

北川

でも先生、水道橋の土地と清瀬の土地で結核予防会の再建ができたのではないですか。

島尾

それは清瀬の土地がなかったら今頃潰れてます。それははっきりしてます。戦争が終わってひどい状態だったのですが、そこで偉かったのは当時の中心のひとりだった隈部英雄先生、研修活動を非常に大事されて、保健婦さんの研修が早かったんです。昭和21年からです。敗けた翌年の秋から。医者さんの研修が23年から。その時の考え方は日本は敗けて物を作る工場もない。なにもない状態、しかしそのうちに薬や機械ができるようになるだろう。しかしそれを使いこなす人間は一朝一夕にはできない、今こそ人の養成から始めようじゃないかということでした。

それで呼びかけて全国から若いお医者さんや保健婦さん、熱意ある連中が集まってきて、その当時まだ配給の時代ですから外食券もってくるわけですよ。

それでも食い物が足りない、みんな近くの農家へ買いだしなどに行行って研修を受けた。そのころ保健所のほうでもレントゲンを読む技術というのが当時非常に新しい技術だった。その当時の治療は人工気胸で、これが保健所でできたんです。

結核問題があまり大きかったでしょう、だからこれもできたのです。新しい技術を清瀬で習って持って帰る。各地区の先生方はレントゲンが読める人はほとんどいないから保健所長がリーダーシ

ップをとって新しい読影や気胸という技術を教える。医者同士というのは年齢や学歴もありますけど、いい技術に対してはお互い尊重する気持ちがあります。

結核対策でリーダーシップをとれたのは新しい技術を学んで、それをもってきたためだと思えます。

多田羅

そのメッカは清瀬だったんですか。

島尾

医者さんの研修は清瀬で、保健婦さんの研修は江古田の桐蔭学園で、そこでまず人間の養成を行うことで、ある程度全国の保健所に人が揃い出したところで昭和26年に結核予防法が施行されました。これは日本の結核対策の中では重い出来事なのですが、技術の進歩、人材の養成、保健所網の整備など、それがちゃんとやれる背景がその頃育ってきてきたのだと思います。

薬はストマイとパスがやっと使えるようになっていましたけれど、まだストマイで結核が治るとは当時われわれも考えていなかった。髄膜炎とか特殊な重いケースには使うこともあったけれど、肺結核はまだ薬では治らない、やっと外科療法で成形術が局所麻酔でやれる、あとは人工気胸という時代で、そこで予防法を作ったのですから。結核予防法の基本は健康診断と予防接種と適正医療の普及が3つの柱なのですが、健康診断と予防接種は保健所がやる。医療が一番問題だったと思うんです。その当時の厚生省の幹部のかたはどういういきさつかしらないけれど、とにかく最初から日本の場合は開業医を中心とする医療機関に結核の診療をお願いしようというしくみを採用しました。

二つしくみがあるわけです。専門機関だけで診療するやり方と、一般の医療機関に統合する方式です。日本の場合最初から迷わず一般の医療機関に結核の診療をお願いしましたが、これも特色だと思います。何故そうしたか考えてみますと、患者の数の多いことが基本にあったと思います。

当時の数が罹患率10万対700です。治療に2年、3年かかるとすれば有病率は2パーセントになります。それだけの数いますと当時の専門機関は療養所でしょ、療養所があるのは不便な所です。

清瀬だって今は便利ですが当時は西武線が保谷まで複線でそれから先は単線で30分に1本です。2両連結だったことを憶えています。清瀬に來いといってもそう簡単に来れない。同じような事情はおそらく全国どここの結核療養所にもあった。だから専門の機関だけでは担当できない。保健所はどうか、東京ならいいでしょうが郡部へいったら人口10万の保健所で2000人位患者が気胸に來た場合はさげばないでしょう。それで一般の先生方に結核の診療をお願いすることを考えざるを得ない。しかも気胸の場合、一週間経つと空気がぬけるんですよ。そうするとまたレントゲンでみてどれくらい縮んでいるかみて、空気を挿入する。このため開業医がレントゲン装置をもつという、これも世界にあまり類を見ない状況ができました。レントゲン装置を持っていれば、結核だけでなく他の診療にもレントゲンをかなり使いこなせる。このため日本では、あれだけ健康診断やっているのに新しい患者の発見動機の7割は医療機関発見です。

多田羅

公衆衛生と医療とふたつに分かれるような面が当時生まれたといえるかもしれませんね。

島尾

そうですね。患者数があまりに多いですから、保健所あるいは専門医だけでは到底対応しきれなかった。化学療法の時代だったら違うかもしれません。今のように薬だけで治せるのだったら或いは専門機関や保健所でも対応できたかもしれない。

結核の診療を一般の医療機関にお願いしましたが、専門医ではないですから、診療の精度を保つために結核診療協議会とか結核の治療指針とか結核医療の基準などを作らざるを得なかった。それがいろいろ問題になったこともありますけど。

北川

私は昭和32年から保健所にいたんですがそのころは保健所で結核診査協議会が開かれました。開業医さんからの信頼は厚く頼りにされておりまして。保健所長はかなりリーダーシップとしてレントゲンの読影で「これは結核じゃないですよ」とか、「これは即、要医療ですよ」とか。

島尾

所長がリーダーシップをとれたのは新しい技術を勉強して帰ってきたからです。

北川

さっきの限部先生の話、私は2週間くらいかな清瀬で短期の講習を受けてきまして、肺門の絵を実に克明に描く訓練を受けました。限部先生はお酒が強い先生だったですね。夜になって若い連中集めてはお話をされていた。

宮武

やめられてからも限部研究室をもたれて、そこに若い厚生省の技官たちがよく行っておりまして、私もついていったのですが、そこでもよくお話を聞くことができました。

島尾

労働者の結核管理をやるグループができて、それに対しても限部先生がリーダー的な役割で、これには国鉄が中心となっていた、岡先生が予防会をやめて東大に移られ、定年後、国鉄の顧問をしていました。国鉄のリーダーは、千葉先生でそこに岩崎龍郎先生も加わって、そこに若い研究者が集まって健康管理のデータを活用してすばらしい研究をした。非常にまとまったいい組織でした。

企業は結核からひどい損害を受けていました。というのは、どうして3年保証するようになったのか、そのいきさつは知らないけれど、結核の場合は発生すると身分を3年間保証したんです。そして医療費、あと替わりの人間を雇わなければいけないので、そうすると昭和20年代の企業には、結核で入院の必要な患者が2、3パーセントもおり、それを3年間保証する、替わりの人間を雇う、ものすごいダメージでした。それで企業は結核管理室を作って専任の医者を雇い、レントゲン技師と、保健婦さんを雇って年に2回検診を徹底的にやって、早期に見つける、ちょっと重い患者はたとえば清瀬の委託病棟を使って治療をお願いする。治療に関しては医療基準に従わないで、もうちょっと濃厚にやっていただいて結構ですということで、INH, SM, PASの3剤併用をかなり早くからやっていました。健康管理を徹底してやったわけです。

多田羅

それは企業が費用をもったんですか。

島尾

企業もったんです。結核というものすごく大きな被害を与えていた病気をそのやり方でやったら非常に急速に減って、企業はそれで元気をだして企業の生産性が上がる、日本全体の生産が上がってGNPが上がる。そうすると厚生省のほうも余計予算が使えるようになる。健康水準の改善と経済発展の間に成長するスパイラルが形成され、その中心になっていちばん最初に熱心にやったのが企業でした。

多田羅

結果が明確に見えてきた。やれば減るという。

島尾

これは非常にはっきりと成果がでている。多分企業としてもこれほど急速に減ると思っていなかった。

多田羅

それはやはりストマイで。

島尾

いや、早期発見です。職場での感染がなくなったのです。軽いうち感染性になる前にみつけて、職場内の感染が減って、それでガタッと結核が減ったと思います。

多田羅

それはすごいですね。それは何年頃ですか。

島尾

昭和20年代です。国全体で対策を始めたのは26年で、同じ頃から企業が始めたのです。非常に実績を挙げたものだから、そのあと結核管理室から健康管理室に昇格して、今のように健康管理全般をやるようになったのは、結核の実績が大きい。

北川

結核の問題というのは非常に幅が広いと思います。今、先生方がおやりになった早期発見、それ

から病気になってしまうと非常に経過が長いわけです。さっきは国鉄健康管理所の千葉保之先生たちのあの仕事は、働きながら結核を治すというああいう場面がそこで生まれたのですかね。

島尾

そうです。やはり企業に対して休ませるのは大きな損失ですから可能ならば働きながら治したい。本人だって長く療養しているのはきついですから出来れば働きながらやりたい。両方がうまくマッチしたわけです。

北川

最後は国立療養所が本当に重症の患者を受け入れていましたね。大きな社会問題であったと思うんですけど、療養期間が長いから患者組合みたいなものが出来たり、それから食料がなかったから糞よこせ、食料よこせ闘争があったりで、国立療養所も大変だったと思いますけれど。患者さんの人生のすべてがそこにあったような時代だったと思います。

島尾

一般国民でさえろくに食えない時代に結核療養所にはいっているのは大変だったと思います。食うものもろくにないし、金はないから闇で食物を買うわけにいかない。

松野

それに企業だけでなく学童、生徒、学生に対する予防活動も活発でした。私は当時結核予防会に就職して上北沢予防所（健康相談所）に配属されたのですが。それが昭和25年です。上北沢予防所というのは世田谷区全域の結核予防活動の中心施設で、小・中学校を一手に引き受けて集団検診を実施していました。その当時は間接撮影の機械をガタガタとトラックにのせて運び、現場で組み立てて検診をするという時代でした。

一人の保健婦が世田谷区内の小・中学校を3校くらい担当して、予防会の先生と組んで年に2回検診をする。その結果、要精検者や要治療者の指導を行いました。

結核の活動は保健所の保健婦がほとんど中心になっていたのではないのでしょうか。

島尾

診療は一般の医療機関にお願いしたでしょう。一般の医療機関の先生方は結核の専門ではないですから患者は真剣ですからいろいろ聞いてくる、なかなか答えられない、それに対してかなり答えてくれたのが保健婦さん。患者のもつ悩みに対して。

松野

戦後の進駐軍（GHQ）による公衆衛生政策の1つとして結核予防職員の研修（リフレッシュコース）の充実を目的に終戦直後からGHQのアメリカのナースの指導によって実施されました。

GHQの衛生部に属するアメリカのナースが日本全国6ブロックごとにそれぞれ配置されて、日本の看護教育の制度化や看護の質の向上について指導したのです。結核予防会で実施した医師、保健婦、X線技師の結核研修もその指導の下で行われました。

島尾

アメリカ流を持ち込んでトラブルを起こしたんですよ。

家庭訪問に行ったら保健婦が新聞紙をひいて訪問カバンを置いたとか。

松野

その時はどういう意味で新聞紙の上に訪問カバンを置くのかわからないですよ。感染防止のため等と勝手に考えていましたが、今になってみると諸外国では室内でも靴をはいたままという生活様式が靴ですから、床に新聞紙をひいて訪問カバンを置くのかなと思います。

私も新聞紙をひいてました。私はGHQによる公衆衛生政策によって、看護教育体制を確立するために、現在の聖路加看護大学と日赤看護大学を合併させて創設した、デモンストレーション オブ ナーシングカレッジの出身なのですが、そこでの教育カリキュラムは公衆衛生に関する科目が重視されました。野辺地慶三先生から公衆衛生学を学びました。学生たちは公衆衛生に燃えていました。

多田羅

怖くなかったですか。

北川

それは怖くないことはないのだけれど、今いった使命感に燃えてるでしょ。

例えば僕も保健所にいたけれど僕のところは医者ひとりで保健婦さん5人くらいなのですけど、これは僕らの時代のちょっと前ですが昭和28年、第一回の結核実態調査（全国）が行われて292万という数字が出されました。あの時に全国の保健婦さんの働きは大変なものだったそうです。一軒一軒対象になった地域をしらみつぶしに歩いてほとんど100パーセントつかんだんですよ。

島尾

実態調査の話がでましたが、昭和28年が第一回で、それをやった背景は死亡率だけが急に下がりました。25年までがトップで26年に死亡率半減式典やっています。死亡率は減っているが患者はかなりでている。昔は死んだ数の10倍くらい患者がいると推定していたが、それではあたりそうもない。これからの対策を決めるのに患者数をきちっと推計しないとイケない。たまたま標本調査というやり方が急速に進歩してきた。ただしそれを使えば全国どこがあたるかわからない。幸いに保健所網が完成しているからどこがあたっても調査ができる。それで最初の調査の時には5万人ほどを対象にして、無作為に抽出した211地区を調査し、受診率が90%を超えなきゃダメだという指令がでて、それで必死にがんばって遂に99.3%を達成しました。

松野

あの時の公衆衛生活動に対する医師や保健婦の情熱は最高でしたね。

島尾

それで受診率がものすごくいい成績で、蓋を開けてみると有病率が3.4%、推定患者数が292万人。

その中で自分が病气だと知っていたのは21パーセントしかいない。もうひとつ大きなのは年齢を30歳で分けると、26年の予防法制定の時の健康診断対象は30歳未満にしたが、蓋をあけたら30歳未

満が120万人、30歳以上が172万人で、30歳以上にむしろたくさんいることが分かり、それで健康診断を全国民に拡大しました。実態調査のできた背景は先に申し上げた標本調査法の進歩と保健所網の完成、それに、もうひとつはコンデンサー型のレントゲン装置の開発があります。当時は電源が悪かったので、郡部へ行くと電圧が60~70ボルトのこともあり、ろくな写真が撮れない。それを蓄電器に貯めてからとればいい、その技術が丁度開発されたので実態調査の機会にその技術を普及することにしました。それで全国的に精度の高い検診がやれるようになりました。

北川

あの頃はまだレントゲン車なんて充分なかったのでしょ。

松野

なかったです。

あの頃は保健婦がX線検査の介助もしたのです。先生方の中でX線の被爆が問題となっていましたね。

島尾

コンデンサー型である程度の写真がとれるようになった。実態調査の時に、パイロット調査を東京の近くでしたのですが、その時おもしろかったのは写真の読影をその地域の国立療養所のドクターと保健所の先生が行い、結果がかなり食い違ってどっちが正しいかチェックしたら保健所の医師の読影のほうが正しかった。保健所職員の教育をやっていた成果かもしれません。

療養所の先生は患者しかみてないから、異常なのばかり見ており、異常ないというのがどういのかおわかりになってない。

松野

結核予防活動が全国に浸透したのは、やはり結核研での医師と保健婦、X線技師の教育、それを受けた人たちが現場に帰ってそれぞれ伝達して、全国に浸透して成果を上げたといわれていますね。

島尾

それで法律を変えて、健康診断対策を昭和30年

から全国民に拡大し、32年からは全額公費負担にしました。健康診断を推進して患者が見つかる、調べてみると案外治療を受けていない、あるいは中断する者が多い。それで見つけた患者を治るまで見守るしくみをつくらないといけないというので、昭和33年に御園生圭介先生が中心になって、患者管理委員会を作り、どんな届け出の仕方、登録票を使って管理するか、保健婦さんの訪問はどんな基準でやったらいいのか、管理に使う分類は何を使ったらいいかというような研究を一年間やって、あの頃非常に慎重だったのは結果を翌年全国の4分の1保健所で試行し、さらにいろいろ修正して、35年さらに4分の1、36年から全国一斉に実施するという非常に慎重なやり方が行われました。

松野

あのときの患者管理の研究班は御園生先生、重松先生、島尾先生が中心になって、保健所は渋谷保健所と川崎高津保健所と千葉の中央保健所が参加していましたが、2年目には、全国的な研究となって、多くの医師や保健婦が手弁当で研究会に参加したものです。

島尾

やっておられる県の代表と保健所の代表医師、保健婦いろいろ集まった研究会でした。

松野

最初は公衆衛生院の2階の会議室が会場でしたが、入りきれなくなって、水道橋の予防会の講堂で研究会を開催するようになりました。

全国的でした。その結果をもとにして、厚生省主催で厚生省の技官と結核研の先生と保健婦が組んで、全国でブロック講習会を開催して、患者管理の方法について全国に普及したことを思い出します。

宮武

私は37年に保健所にはいったんですけど当時はビジブルカードを使って患者の管理をやっていたのを見えています。

パンチカードに色をつけていって、いつ患者を訪問するか患者の状態を把握するといった方法

です。

島尾

ちょっと前から使っていたのですが公に認められたのは昭和36年です。

ただ当時はまだ有病率が1パーセントもありましたから全国にするものすごい数なんです。あとでよくいわれるのは何故もうちょっと後でコンピューターが使えるカードにしておかなかったのかということですが、その当時はそんな余裕がなくて下にレールをひきましてそこにカードの穴があいていて、ひとつずつずらすようなしくみになっていて、こちらからぱっと見ると名前の欄だけがでてくる。そこにいろいろなシグナルがついていて、その指示で訪問や管理検診をやっていました。

松野

それが結核患者管理では、いちばん活用しやすい新しい方法でした。

島尾

いちばん最初の結核実態調査の頃は全国集計は統計調査部でやったのですけれど、あれ多分そろばんで行ったんです。それで表はぜんぶ手で書いていました。

北川

そろばんを5本くらい並べて縦と横の数字を同時に計算して行くという名人がいました。

島尾

多分33年の頃からパンチカードがはいってきてひとつの項目を区分できるようになって、まず性別に分ける、次ぎに年齢で分けて、性年齢階級別の数を出すというやり方だったと思います。

北川

僕は38年にエジンバラへ行っただけです。その時「おまえはそろばんと計算尺を持っていけ」といわれましたね。保健統計の講義と演習がありました。それで向こうの学生は皆タイガー計算機で足し算やっていました。そうするとそろばんのほうが早いわけです。それであと計算尺でやりますか

らこれは早いのです。

島尾

最近古い時代の結核の統計を見直していると日本というのはすごい国だと思うのは、明治10年くらいから「日本帝国統計年鑑」という厚い本が刊行されており、人口から産業から全部統計がある。人口は県別、男女別人口、貴族、士族、平民、収監中のものを性別に分けた統計があり、合計はぴしゃっとあっています。そういう技術というのは多分明治の頃からあったと思います。

森

さっき北川先生がおっしゃった結核対策の幅の広いもうひとつのこととして、私が面白いと思っているのは患者教育です。患者運動というのがありましたが、それとならんで「保健同人」という雑誌がありまして、結核の患者さんが一生懸命結核のことを勉強したわけです。この雑誌は、今「暮らしと健康」になっていますけれど結核対策のなかで、ああいう動きもあったということは非常におもしろいです。

島尾

あれは隈部先生が最初に医者教育しようと考えただけけれど、いちばん御し難いのは医者であるということから、患者のほうから質問されるといっても医者のほうも勉強するわけで、患者は真剣ですから結核の正しい知識を一生懸命読んでそれを医者質問する、それを医者も聞かれるものだから勉強せざるを得ないというので刊行されたのが「結核の正しい知識」です。

松野

「保健同人」と同時頃「生活教育」を創刊させた石垣純二先生が、NHKのラジオドクターとして結核の啓蒙活動をしていましたね。現在、地域ケアシステムについて、また各職種間のチームワークが論じられていますけど、25、6年頃には予防会では昼間は検診活動をして、それから人工気胸をやって、夜になる医師と保健婦がベアーになって、隣組みを対象に集団教育をしていました。あの頃は医者とか保健婦の区別なくて一緒に開いて啓蒙活動をしました。世田谷区の場合は開

業の先生が非常に熱心で、われわれと一緒に啓発活動に歩いたものです。

結核がどのようにしてうつるかとか、絵やカードや、パンフレット、操り人形を使ったりしました。結研に全国から来る保健婦さんたちにそういう教育をしたのです。そして、各自が職場に戻って実践しました。

島尾

問題が大きかったからそれだけ情熱をおこさせる何かがあったのでしょうか。

第1回の実態調査の成績をみて限部先生の感想は日本全国が粟粒結核におかされている。要するに全国津々浦々のあらゆる地域、階層に結核が拡がっている。まさにそのとおりで、そういう点で限部先生は表現のしかたがうまかったんです。昭和21年に有楽町の駅前にテントを持ち込んでレントゲン装置を運んで街頭検診をやっているんです。許可とって。

あとで感心したのはその時のいろいろ手引きなど見てたら、レントゲンがうまくとれなかった人へのお詫びの仕方までちゃんと書いてある。例えばうまくとれなかった患者に渡された紙には、これをもって都内の予防会の施設に行けばただでレントゲンを検査いたしますという文章が書いてありました。

多田羅

そのあといわゆる保健所のたそがれなんてでてるのはどういうことですか。

松野

公衆衛生たそがれ論をいいたしたのは石垣純二先生だったと思うのです。結核患者管理が全国に普及し化学療法が行われて、一応結核対策から成人保健へと移って、その頃ですね。

振り返って見ると現在はヘルスプロモーションあるいは住民主体の活動、住民へのインフォームドコンセントなど云々されていますが、結核の時代は私たちの判断で指示するというような形で活動を展開していました。それが成人保健や、さらに精神保健の時代に入って、活動の様相が変わってきます。結核時代の情熱的な一致団結のトーンが落ちたためでしょうか。

北川

たそがれ(黄昏)論については僕は一家言あるのですが、石垣先生が今生きておられたらどう言われるのかなと思います。おそらく昭和20年代というのは他の病院もなにもつぶれちゃって無かったんです。感染症・伝染病問題が大変でGHQがネットワーク張って保健所を抱き起こしていったんですから、それは大きな力だったと思うんです。それがだんだんなくなってというより、まわりの病院などが力をもってくるわけですから保健所が直接やる必要がなくなってきているわけです。

僕は学生時代、「医は医無きを期す」という言葉を教わったのですが、病気が無くなって医者が失業することが医学の目標であると。しかし、現実には、次々と新しいテーマが発生しています。とても黄昏どころではないですね。

石垣先生は或いはもう少ししっかりしろと激励の意味でいわれたのかそこはよくわかりません。

森

結核については先の事になるかもしれませんが今丁度50年ぶりの結核予防法の見直しをやっています。トータルにシステムを変えるのだという勢いでやっているのですけれども、その時にもう一回少なくとも結核に関しては保健所ががんばってもらわないと本当の結核の根絶は出来ないのではないかとこのころにきていると思うんです。昭和40年代から今までに保健所の役割が後退してなんとなくこのまま結核がなくなってしまおうのではと言われてきたのですが、なかなかそうはいかない。また逆転上昇の兆しがでてきた。日本のそういう格好を3、40年先取りしているのがアメリカなんです。アメリカも60年代、70年代、丁度今の日本と同じくらいのムードで結核対策熱はどんどん退潮していくわけですが、20年経って結核が増えだすわけです。大慌てでアメリカは90年になってから結核対策をやり直すわけですが、そういう風にならないようにするためには今日本がもう一回保健所が中心になって、今までと別のアプローチで結核対策をやっていかないとだめではないかと、保健所を含めて公的サービスというのかそこをもう一回しっかり立て直さないといけないのではないかと考えているんです。

島尾

一部の地域では保健所が直接結核患者治療をやることを考えてもいい時代かも知れません。ことに大阪あたりでは。

それこそ問題は発生した患者をどうすれば確実に治せるかという時代で、しかも薬で治せる時代になっている。そうすると直接服薬を見守りながら投薬することが必要になる。今保健所は極端に言いますと逃げてますけれど、むしろ積極的に受けてくれたほうがいい場合も地区によってはあると思います。結核のような感染症では、治療即予防ということを忘れてはいけません。

いうことを聞いてくれない、ウロウロされると他の一般の人はもっと迷惑する少数の患者が、残っています。そういう人に対して今の結核予防法ではあまり強い手は打てなかった。しかし将来はどうみても今より強い措置を入れざるを得ないのではないですか。

もちろん人権は大事にしなくてはいけないけれど、患者の人権とともに多剤耐性患者が勝手な行動をして、多剤耐性菌で感染すれば、うつされた人は大変迷惑なことになります。また、多剤耐性患者を拘束しても、治すことができればかえってその人の人権を尊重することにもなるでしょう。先日東北地方でも多剤耐性で放浪する患者がでて問題になりましたが、そのような患者には、慎重にしなければいけないけど、少し強い措置をとるようにすることがぜひ必要だと思う。そういうことを考えたらそれをどこが責任をとるかとなれば、やはり保健所がとるほかしょうがない。保健所はますます強化する必要がある。石垣さんはああいう頭のいい人なので、薬をきちんと飲んでるかを聞く保健婦を、アリナミン保健婦といっただからかかっていました。

「薬飲んでるから大丈夫なんだから」それが今DOTSになっており、当時からDOTSを実践した。

松野

ともかく保健所として、今、どのような状況下にあるのか。今後どうあるべきかを明確にして活動していかねばならないですね。

島尾

石垣さんご自身が人にはいいことっていたから、自分が結局糖尿病でお気の毒だったけれど、人にいつていることをいちばん実行しなかったのはご自分じゃないかな。

松野

その後、高齢化社会を迎えるようになって公衆衛生の黎明云々が云われはじまりましたが。

多田羅

皮肉でおっしゃったんでしょうかね、石垣先生は。

森先生はそういう意味で保健所の役割はどういうところが大事だと思っていますか。可能性はどうでしょうか。

森

私は可能性は充分あると思います。さっき島尾先生が保健所で治療をといっただけですけど、保健所は治療はやらないという大前提があると思っているわけです。ところが大阪もそうですが東京の新宿とか川崎とか横浜とか結局保健所が治療をやってるみたいな格好つくったんですね。

多田羅

DOTSですか。

森

DOTSです。保健所が自らやるのではないですが、間接的にそういう体制を非常に賢く作っている。だからやる気になればできるのだなと思っています。そういう工夫で保健所が治療も含めた患者管理にもっと手を染めてもらえる可能性は充分あると思います。やる気になるかどうかということです。

島尾

結核の場合は昔は問題が大きかったので、とにかく十羽一絡げ強力でやるという手段しかなかった。やっぱりよくなってくれば変わらなければならない。

でてくる患者をどうやって早く見つけてきちんと治すかというのがいちばん大事だと思います。

例えが悪いですがモグラたたきみたいなものでモグラがでてきたらどうやって早くたたかかということだと思います。それをどう的確にやるかということになるとやはりその地区のリーダーシップをとるのは保健所だと思います。

松野

わたしは昭和44年にイギリスの100万都市のバーミンガムにいたときにみたのですが、バーミンガム市には結核予防センターがあり、日本の小児医療センターやがんセンターのような機関ですが、そこで結核患者の管理も治療もすべてやるのです。これからの結核予防活動や患者管理、治療は保健所の活動の範囲と同時に県または都市を単位として広域的な中心的な感染症センターという考え方もあると思います。

北川

先程、森先生から保健所で治療をする話というのがでしたが、結核の学会ベースの認定制度みたいなものが今は全くないのですか。これはどう考えたらいいのですか。もちろん保健所のネットを抱き起こすという考え方もあると思うんですが、今日では実際には患者さんを発見をしているのは診療の現場の方ではないかと思うのですが。

森

一般の医療機関です。

北川

的確に診断するとか治療をきちんとできるドクターの拠点を拡げていくことはできないものですかね。

島尾

環境は随分変わってきていると思います。医療機関で患者の発見はしていただけると思うのですが治療ということになると、一般の医療機関はあそこに結核患者が来ているという噂があるだけで他の患者がこなくなる。この点を非常に心配している。昭和20年代から40年代には専門機関から紹介して、結核と決まったら紹介した医師のところで治療をしてもらいました。最近は結核なら専門機関の方で治療してくれというようになりまし

た。というのは少数の患者のために薬は用意しなければいけない、しかもあそこには患者が来ると噂たてられると他の人が来なくなる。ですから治療に関してはあまり積極的ではないと思います。医師会に相談しても治療は、出来れば専門機関でやってくれというムードが強いんじゃないですか。

北川

ですから専門機関というのをどこだと考えるわけですけれども、例えば療養所はずっと減っていますから、予防会の拠点が今どうなっているのか。保健所に今これから治療を実際にやれというのはまたむずかしい。最近では情報化ということで専門的診療機能を表示できるような雰囲気になってきています。そうするとどこに結核についての拠点があるかということをもう少し国民全体に見えるようにしていくということができないのではないのでしょうか。

島尾

非常に大事です。すくなくとも各県に最低ひとつはそういう施設がほしい。

松野

あればいいですね。

森

今の指定医療機関は結核予防法による適正医療を行う医療機関として指定されたのです。予防法の中には指定を出来るだけ広く行おうという規定があるわけですが、何もその基準がないんです。だからみな指定医療機関なんで事実上、何もないのと同じなのです。今われわれが議論しているのは北川先生がおっしゃったように、ここで適正な結核治療ができますように、看板になるようにしようという議論をしています。

島尾

結核の場合は認定医はないですが、作ったって誰も応募しないでしょう。しかしせめて結核病学会の会員になってることが条件にならないか。

北川

結核病学会はあるわけですよね。会員はどのくらいおられるのか知らないですが。

森

今3000人。最近増えました。

北川

その先生たちは少なくともちゃんと看板挙げてくだされば。

島尾

アカデミーがいちばん熱心ではないですね。

森

学会の会員がいない県というのはないのですが、数人という県はあります。ものすごくでこぼこがあります。医科大学には学会の会員がひとりもない大学があります。医科大学で、臨床系の教官で学会員が皆無というのが6大学あります。

松野

教育のなかでも結核の科目はあまり重要視されていないようです。

森

結核病床もってない大学が6割。

北川

関連病院ではもっていないのですか。

森

関連病院ではもっているということになっています。

多田羅

予定の時間が12時10分になってしまいました。が、国際保健、国際協力、その辺の話も島尾先生をお願いします。

島尾

国際協力は早いうちからやったと思うんですがひとつはBCGの乾燥ワクチンの製造技術を日本が開発したのが昭和24年。これは世界に群をぬい

て早いです。そのあと室温に保存しても保存出来るワクチンを開発したのが昭和32年です。これは非常に早い時期に開発して、その技術の特許をとらないで、世界に公開しています。とってくれたほうが今にしてみればよかったかと思うのですが、当時の所長が非常にきれいに全部公開しちゃいました。

有効性は初回接種については問題ないと思います。しかも昭和20年代は薬があまりなかったのでBCGにたよる程度がもっと今より強かった。その頃に技術公開したというのは非常に大きな貢献で、当時の隈部所長が占領中からWHOの会議に呼ばれ、その後で早くからWHOの専門委員になっています。渋谷診療所の東先生が昭和32年にWHOの職員にお名指しで日本から行っています。WHOは日本の結核での実力を高く評価していたと思います。

そういう基礎的な技術の開発に続いて、国際研修コースは昭和38年からやっています。これは日本のしている国際コースの中では早いほうです。但しこれも最初やる頃は国内研修の日本語を英語に置き換えただけのコースで、最初の研修生は「俺たちは国際研修のモルモットだった」と言っています。この間もバンコックで国際研修40周年の記念のセミナーを行いました。タイからきたのですが、第1回の研修生が「最初にならったのは肺の解剖だった」と言っていました。国内の最初の授業が肺の解剖学で、それをそのまま、英語に変えただけで。但しその彼は未だに学会分類はちゃんと知っていますから如何に当時はちゃんと教えたかということがわかります。但しそれではだめだというのが国際研修やりながらわかってきていわゆるWHO方式で昭和42年あたりから切り替えています。

北川

何が違うのですかWHO方式は。

島尾

日本は集団検診を中心にして、レントゲン読影とか技術中心にやっていた。WHOは咳や痰のある人の検痰中心に患者を発見する。それで見つけた患者には薬を飲ませるというやり方を中心に行っているんです。

岩村先生なんか最初ネパール行った時はレントゲン担いで行ったんですよ。電気がない国へジェネレーターまでもって。

それで見つかった患者が彼のあとについてゾロロとタンセンの病院までついてきて、結局岩村さんもこれではだめだと切り替えた。

多田羅

国際的にも予防という観点からはどうでしょうか。

島尾

まだEPI（拡大予防接種計画）の1つにBCGは入っています。日本は昭和29年に非援助国家から援助国へ変わったんですが、まだその頃は金がないから専門家を派遣する程度でした。私が35年にエジプトとシリアと一緒にいた当時の、アラブ連合に技術協力で行ったのが最初です。

多田羅

それは結核ですか。

島尾

結核です。そのころから専門家の派遣が始まって、プロジェクトが始まったのは昭和50年代です。日本の実力が認められて昭和50年代から二国間協力がアフガニスタン、ネパールなどで始まり、今はネパール、タイ、カンボジア、フィリピン、イエメン、ザンビアで協力しています。

もうひとつ大きいのは1989年当時のWHOの結核担当課長が定年でやめてあとどうするという話になって森先生をよこすなら試験なしで採用するといわれましたが、彼に行かれると困るので断った。そうしたら公募だというので12名くらい候補者が出て、その中から日本の古知君が応募して、その当時私がWHOの執行理事をしていたせいもあるだろうけど、結核担当課長に採用され、この10年間に新しい対策を打ち出して成果を上げています。あれは典型的な公衆衛生学的手法です。要するに病状に応じて決まった処方治療し、薬はちゃんと配給するやり方で非常に成功しつつある。そういう意味では彼をWHOの本部に送り出したのは大きな成果だと思っています。

多田羅

いまどこにいるんですか。

森

古知 新先生はWHOのエイズ対策担当に変わってニューヨークにいます。

島尾

エイズ対策の指導をしています。あんまりやりすぎるといろいろ問題が出てくる。でも彼のひいた路線はちゃんと後継者もやっていますから、そういう点では最近のこの10年間くらいの世界の結核戦略の基本は、彼が作ったといってもいいと思います。

2年前のG8サミットで世界の貧困解決のための感染症、特に結核、エイズ、マラリア対策強化のリーダーシップを日本がとり、その後、国連のヘルスファンドができています。

多田羅

森先生どうでしょうか国際協力というのはこれから結核に限らず公衆衛生という面で。

森

そうですね、このところ結核対策、ドクター古知が火をつけた世界的な運動の煽りで資金がかなり潤沢になっている。

先ず結核対策でいちばん大事なものは薬でしょう。薬がないことが結核対策の主要な障害だったんです。それでお金を集めてWHOが薬を買って、それを供与しようというプログラムが去年から始まったんです。カナダが主として10億円くらい毎年だしているのです。その次に、エイズ・結核・マラリア対策世界基金（Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria）というのできてこれは日本政府もかなりだしているんですが、今までにもう2千億円くらい集まったといわれています。

島尾

どこから？

森

米国、続いて日本、英国、イタリア、など、ま

た、民間団体も。結核とエイズとマラリア、この三つの病気に対していい対策計画をつくって申請があるとお金をあげるのです。今までに700億円くらい交付を決めた。そういうことになってみるとわかるのはお金だけではだめだし、薬だけでもだめだということです。それを使う技術の問題、インフラとかテクノロジーの問題。もしお金だけを不用意にやると腐敗ですね。結核の場合は薬剤耐性結核をつくる、そういうことがかなり厳しくなりつつあるんです。やっぱり国際協力の中でテクノロジー・トランスファーという使いふるされた感じがありますが、このことがもう一回浮上している。そういう点でうちなんか結核の研修をやっていますけれど、ああいうのはますます重要なのではないか。

島尾

隈部先生が昭和20年代に薬や機械を使える人間を養成しようじゃないかと提唱された。非常に先見の明があったと思います。人間は一朝一夕に出来ないですから。

多田羅

公衆衛生もどこまで人間が育成できているか研修できているかが最も重要だということを改めて

教えていただいたように思います。ありがとうございました。最後に島尾先生まよめの言葉がありましたらお願いします。

島尾

結核の技術は50年振り返ってみるとあれだけ大きかった問題をここまで減らすのに成功したという意味では大きな成果だと思うのですが、相手はそう生やさしい相手でないので、老人とアクセスしにくい人を中心に残っている、これからそれをどうやってきちんと制圧していくかという非常に大事な課題が残っている。それを今必死になってどうしたらいいかを編み出すように努力している段階だと思います。しかし、これから先の段階を考えるとアクセスしにくいところが残っているだけにやはり国や地方自治体はきちんとした対応ができるしくみを構築していかないと、それこそ民間だけに任せたのでは何ともしようがない時代になると思います。結核問題はもう一遍新しい公衆衛生の視点で見直して、どう対応するかを決める大きな転換期に来ているのではないのでしょうか。

多田羅

ありがとうございました。