

第64回日本公衆衛生学会総会学会長講演の概要

環境と人権がつくる人々の健康と安全

公衆衛生学の新たな発展をめざして

キシ
岸

レイコ
玲子

学会長として開催準備を進める中で、日本で公衆衛生が今後、一層発展をしていくためにそのキーワードは何だろうかとじっくり考えた。国民各層の健康と安全をめぐる昨今の状況を踏まえて、第64回総会のテーマを「環境と人権がつくる人々の健康と安全」とした。(少し気張ったタイトルではあるが)公衆衛生の責任と私たちの役割を念頭にお話しをしたい。

1. 第2次大戦後の日本の公衆衛生, その光と陰

過去100年間、20年ごとの社会経済環境の変遷と国民の健康指標の推移、公衆衛生の課題を表1に示す。戦前、乳児死亡率や妊産婦死亡率などは非常に高かったが、地道な公衆衛生活動により乳児死亡率は世界でもっとも低いレベルに低下した。世界一の長寿が達成され、平均寿命は男性で78歳、女性で85歳である。その意味で戦後の日本の公衆衛生は大きなサクセス(成功)を遂げたと言える。一方、明治・大正期の女工哀史に代表される劣悪な労働環境は改善されたものの、戦後の高度経済成長期には職業病と労働災害が多発した。広範な地域で公害により大気、土壌や水質が汚染され「修復と再生」の歴史でもあった。

2. 事例1: 職業性クロム肺がんから始まった日本の職業がん対策

後述の「アスベスト問題と予防原則」との対比で日本の職業がん対策の端緒に触れる。本邦初の職業性クロム肺がんは、1972年、北海道の中央部にある日赤病院の若い研修医小松喬氏(私の同級生)が大学からの短期の派遣期間に3例の肺がん患者を診察しクロムの発がん性を疑い公衆衛生学教室に相談を寄せた。調べてみるとすでに1906年にはドイツでクロムとがんについてPfeilによる初めての報告があり、1930年代には数十例の報告が出されていた。教室の先輩達も1960年代始めか

らこのクロム酸塩製造工場で尿中のクロム量による曝露評価をし、鼻中隔穿孔の実態も詳しく調べられていた。発がん性も懸念され肺のレントゲン写真も撮っていたが当時はたった1例の死亡者だったために職業がんの確証が得られず因果関係を詰めることが出来なかった。臨床医の小松医師ががんとクロムの関係に気づいた1972年、直後に本格的な疫学調査がはじまった。SMR(年齢標準化死亡率)は一般人に比して30倍であった。年齢分布を見てもわかるように20-40代の若い時期から発生しており環境がんの特徴が見える。

当時メディアも非常に注目し、新聞や国会等でも何度も取り上げられ、これが発端になり日本で始めて職業がん対策がなされるようになった。1972年に出来たばかりの労働安全衛生法は職業がん対策のために76年には大きな改正がなされ、国(労働省)や職場の産業医に疫学調査を実施する権限や責任が付与された。職場で発がん物質に曝露されている労働者は「健康管理手帳」をもらい国の費用で退職後も健診を受けることが出来る制度が初めて出来た。製造業者には市場に出る前にバイオアッセイセンターなどで発がん性テストをする責任が課せられ、「製造許可・製造禁止」の制度も明文化された。しかし地域住民をも巻き添えにした今般の環境アスベスト問題の勃発を見るとこれまでの日本の職業がん対策にはいまだ十分でない点があったと考えさせられている。

3. 2005年現在の人々の健康と安全

表2には2005年現在の国民の健康と安全の概要をまとめた。

4. 背景にある社会経済環境と生活環境の変化

(1) 社会経済環境の悪化

1) 「勝ち組、負け組」の呼び名に象徴される競争社会で企業合併やリストラが増加、失業率は

表1 社会経済環境の変遷と国民の健康状態（1900～2000）

年 代	1900年 (明治33年)	1920年 (大正9年)	1940年 (昭和15年)	1960年 (昭和35年)	1980年 (昭和55年)	2000年 (平成12年)
社会環境と国民生活の 動向	<ul style="list-style-type: none"> ・富国強兵 ・栄養不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・長時間重労働 ・貧困 ・栄養失調 	<ul style="list-style-type: none"> ・第二次世界大戦へ ・圧迫された個人の生活、自由と民主主義 ・学徒動員と疎開 	<ul style="list-style-type: none"> ・戦後復興 ・高度成長期 ・公害病の発生 	<ul style="list-style-type: none"> ・都市化と過疎の進展 ・廃棄物による環境問題 ・長時間勤務と過労死 	<ul style="list-style-type: none"> ・産業のグローバル化 ・経済不況と大量失業 ・少子高齢化 ・女性の社会進出
人口比率の変化						
第1次産業	60%	50%	43%	30%	10%	5%
都市人口	(-)	20%	35%	60%	75%	80%
65歳以上	4%	5.3%	4.8%	5.7%	9.1%	17.5%
出生率（人口千対）	32.4	36.2	29.4	17.2	13.6	9.5
祖死亡率（人口千対）	20.8	25.4	15.6	7.6	6.2	7.6
乳児死亡率（出生千対）	155	165	90	30	7.5	32
0歳平均余命（歳）	35歳前後	42歳前後	50歳前後	65-70歳	73-78歳	男78歳，女85歳
公衆衛生の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・急性感染症対策（コレラ・赤痢など） ・汚物処理対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性感染症（結核など） ・母子衛生 ・工場法など労働環境の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・戦争による被災 ・栄養失調 	<ul style="list-style-type: none"> ・公害病（水俣病，大気汚染） ・労働衛生対策（急性中毒，労働災害） ・慢性疾患の予防対策（脳卒中など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・過栄養と運動不足による生活習慣病（糖尿病，循環器疾患）の増加 ・労働衛生（過労死，慢性中毒） 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者介護 ・ストレス疾患の増加（自殺，うつ） ・小児の虐待や家庭内暴力 ・犯罪の増加

NEW 予防医学・公衆衛生：岸玲子，古野純典，大前和幸，小泉昭夫編，南江堂（2003）を一部改変

表2 2005年現在の国民の健康と安全

- 1) 疾病構造が大きな変化を遂げ、脳卒中は減少，冠動脈疾患が増加，胃がんが減少，逆に肺がん，大腸がん，ホルモン感受性腫瘍などライフスタイルと関係あるがんが増加。
- 2) 糖尿病，高血圧，高脂血症，肥満など生活習慣病対策が大きな課題に。
- 3) グローバル化で種々の「新興（再興）感染症」が勃発。
- 4) HIV感染症が（男性同性愛者のみならず）青少年の間でも依然増え続けている。
- 5) 3万人を超える自殺が数年続いている。
- 6) 職場で過労死や精神障害の「業務上認定」が減らず，申請が非常に多い。
- 7) アスベストによる一般人の中皮腫などが大問題に。
- 8) 子供の虐待の増加や青少年の心の問題が日本の津々浦々で顕在化。
- 9) 介護保険制度が改正され「介護予防」への転換。
- 10) 喫煙率が男46.8%，女11%と未だ高い。
- 11) 薬物依存者が増加し犯罪も増えている。

5%台で未だ高い。公共事業費が突出し，“GDPあたり財政赤字”が世界1。反面，社会保障費はドイツ・カナダ・スウェーデンなどに比べ半分である。2)働き盛りの30代男性に最も顕著な長時間過重労働，製造業ですら“労働者派遣”で働く人びとの労働条件の悪化が進む。非常勤雇用・契約・パート・アルバイトなど労働者としての諸権利や安全衛生が十分でない状態で働く人が増え続け，今や雇用者の3人に1人は非正規社員と言われる。3)先進諸外国に比し，女性や障がい者の社会進出が遅れている。4)戦後，母子保健指標は改善し，子どもを産むことが楽になったはずなのに，合計特殊出生率は1.29と大きく低下。少子化に歯止めがかからない。

このような昨今の社会経済環境の悪化はどこにその根本原因があるのか？ 人々の健康や安全に係わる対策に繋げるためにも改善の方向を示すことが大事であろう。

(2) 自然環境や生活環境の現状

本学会では初めて地球環境問題を前面にとりあげた。京都議定書以降の世界と日本の環境問題について地球温暖化・砂漠化などの現状を背景に，

環境全体を視野に入れシンポジウムを企画した。野生動物から見た自然保護を特別講演で竹田津実氏に依頼した。一方、身近な生活環境を美しくすることは公衆衛生の課題としてこれまで日本では重要視されてこなかった。この100年、美しい家並み、都市景観など生活環境面があまりに軽視されすぎた。住宅地に無粋な電信柱が林立している姿は先進国の都市ではほとんど見られない。安全からも美観からも問題あるコンクリートの電信柱、電線の架線、醜い宣伝看板、高齢者や障がい者には上り下りが酷な歩道橋が未だに多く、放置されている。なお2004年には“都市景観に関する3つの法律”が改正された。住民自身ももっと身の回りの環境に関心が高くなり、自治体が条例に力を入れれば地域の景観は変わる可能性はある。

日本の大きな問題は人口最大都市への集住率が非常に高く、東京50 km 圏内に4千万人が住み、総人口の30%を超えることである。(パリは15.2%、ニューヨークは7.3%に過ぎない)。ニューヨークやパリでは車や列車で郊外へ30分も走ると緑豊かな森や美しい家並みが続き、良好な自然と住環境が広がっているのに比べ、日本の大都市圏には身近な緑地や水辺があまりにも少ない。安全で、生活環境として魅力があり、潤いのある「人々の居場所」を都市部にもっと増やす必要がある。

(3) 子どもたちの遊び空間量の変化と肥満

子どもの遊び空間の量について定点観察をしている仙田満氏は、横浜市内の小学生に地図を見せて遊び場がどのように狭まっているか調べ、1974年には一人当たりの遊び空間の総量は約5キロ平方だったが、1990年と2002年では丁度その半分に落ち、特にオープンなスペースが少なくなっていることを指摘している。遊びの空間には「自然スペース」、「道具スペース」、「オープンスペース」、「アナーキースペース」、「道スペース」、「アジトスペース」があるそうだが、自動車が普及し、都市の道・路地から子どもたちが追放され、遊びの空間をつないでいた「道スペース」が分断されてしまったためという。

一方、文部科学省「学校保健統計」で見ると、6歳から14歳までの児童を、性別、年齢別に身長別平均体重を求め、平均体重の2割を越えている児童の割合を1970年と2003年を比較すると、

男子では10%台にのぼり、6歳～14歳の全年齢層に渡って高い。女子も男子よりは少し比率が低いがやはり全般的に肥満が増加していることがわかる。肥満は食生活、生活時間、運動など色々な問題が関連しており、そのまま「遊び場」と結びつけることはできないが、子どもの心の問題にとっても重要と思われる自由な遊びスペースとか空間がこの30年間これだけ変わってきていることを、最近の子どもの状態を考えるとときに押さえておく必要がある。

(4) 制度やシステムに問題がある例——子どもの虐待

環境のほかに制度やシステムに問題がある例として小児虐待のことを述べる。日本の場合、児童相談所や保健所が関わっていながら命を救えないケースが多い。原因として「一人当たりの児童福祉士が担当する児童の人口」が非常に多く、なんと児童7万人に児童福祉士が一人しかいないが、イギリスでは6千人に一人、ニューヨークは4千人に一人、カナダは3千人に一人と大きな差があることが指摘されている。マンパワーが欧米に比べこれほど足りなければ児童相談所や保健所に情報が寄せられてもなかなか子どものところに手を差し伸べられないであろう。人の配置面に予算が回っていないという根本的な問題があるのではないだろうか？もっと真剣に虐待予防のシステム作りをしていかなければと思う。児童福祉士や関連職種の専門性も問題であると指摘されている。アメリカの調査では虐待は少年犯罪・殺人強盗など凶悪な犯罪に連鎖しているという。虐待を放っておけば将来、暴力や犯罪が蔓延する社会で私たちの子や孫が生きることになることを強調せねばならない。

5. これからの公衆衛生で大事な環境と人権の視点

(1) 「予防原則」の考え方

人と環境保護のための「予防原則」はヨーロッパで歴史がある。予防原則 (precautionary principle) とは予防的に対処する原則の意味である。生命や経済的な損失を予見し、事前に用心深く対策をたて疾病や損害を予防することによって大きな損失を免れることができることから、健康や安全、環境問題に最も基本的な考え方だということである。その意味では、私たち市民が病気を予防

する時にも、国の保健医療政策でも、基本的には同じであるが、これをドイツや北欧などヨーロッパ諸国では人々の健康と環境を保護する基本原則として高く掲げる。この原則に則って国際条約や協定を重視するやり方でなされてきている。

欧州環境庁では過去100年を振り返り、予防原則がとられないで危害を増大させた14の歴史上の出来事をまとめている。実際に環境汚染が人の健康リスクや生態系の汚染、動植物の被害と密接に関係している可能性が指摘され、さらに科学的にも因果関係が確認されたにも拘わらず、リスクというのはもともと確率で不確実性を伴うので、その“科学的な不確実性”をわざわざ大きく強調し、あるいは“まだまだ根拠が曖昧である”、“原因は他にもあるのではないか? ”、そのような理由をあげながら具体的な規制を遅らせ、あるいは見送ることによって危害をいっそう重大化させた事例である。

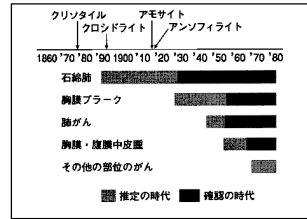
乱獲による漁業被害、放射線、ベンゼン・アスベスト・PCB・オゾン層破壊に繋がるハロゲン含有有機化合物、流産防止薬のDES、成長促進抗生物質、森の“松枯れ”や人の呼吸器疾患とも関係する二酸化イオウ、ガソリン添加剤MTBE、五大湖の化学物質汚染、船の防カビ剤トリブチルスズ、家畜の成長促進ホルモン剤、昨今問題のBSEなどが挙げられている。日本なら公害で大きな問題になった水銀（水俣病）やカドミウム汚染、薬害等が加わるであろう。この予防原則の考えを踏まえて次にアスベスト問題を考えたい。

(2) 事例2：日本のアスベスト問題と予防原則

1) 石綿肺・肺がん・中皮腫の事例報告から疫学的な研究へ

一番古い石綿肺（塵肺）は、1906年イギリスで石綿労働者の剖検事例で、各国の報告が続き、日本の最初の報告は1929年に鈴木らが鉄道の工場です綿肺について報告した。石綿による肺がんは、1935年にアメリカで産業医であったLynchが石綿肺に合併した肺がんの報告をした。イギリスの疫学者Dollは肺がんリスクが石綿で10倍に上がるということをコホート調査で1955年に報告。日本では瀬良が石綿紡績工場です30年勤続した男性の症例について初めて報告したのが1960年であった。中皮腫は1935年に可能性が示唆され、1959年南アフリカでクロシロライドを産生する鉱山労働

図1 石綿との因果関係が“リスク認知”された年代（推定時期と確認時期）



森永 謙二、横山邦彦、疫学から見た石綿関連疾患、職業性石綿ばく露と石綿関連疾患——基礎知識と労災補償、三信図書 2005

者33名で胸膜中皮腫の報告がされた。日本では1973年石綿加工業に従事した男性の中皮腫事例報告が最初である。

2) リスク認知の時期と「予防原則」を適用すべき時期

皆が納得して予防原則を適用するためには、「リスク認知（最初の事例報告があったこと）」と、石綿アスベストにより塵肺の1種である石綿肺や肺がん・中皮腫を確実に起こす「リスクの確定（原因と結果の因果関係が科学的に認められる）」を分けて考える必要はある。図1から当初の事例報告から進み、疫学的に確かとわかってきたのは石綿肺は1930年代であり、胸膜中皮腫に関しては1970年代とされる。従って先に述べた最初の事例報告と、疫学的な知見が集積され「肺がんや中皮腫リスク上昇が本当に石綿によるらしい」と確定される時期には年代で少しずつズレがあることは確かである。しかし、その点を考慮しても、アスベストに関して使用制限や禁止など予防原則の適用を日本では実際の時期にするのが望ましかったのだろうか？

図2に示されるように我が国のアスベスト輸入量は1970年代がピークであるが、いったん減少はさげたものの、ILOでアスベスト条約が採択された1986年以降もさらにまた輸入が前年比で大きく増加に転じた時期があり、全面禁止になるまでに20年近くかかっている。難しい問題ではあるが、私たちは真剣に過去を振りかえり、どうするのが人々の健康のためによかったか、なぜ遅れたか、を種々の角度から検証し、考えなければならないと思う。

3) 紙パルプ産業での国際共同研究の例

紙パルプ産業労働者に関して1992年から国際が

図2 アスベスト輸入量の推移と規制などの動き

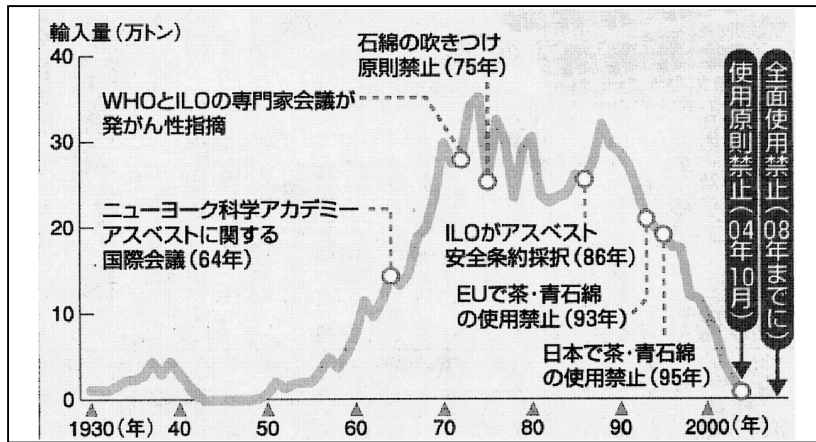


表3 中皮腫リスクの他産業への拡がり (IARC 紙パルプ国際共同研究から)

死 因	非暴露者/ 暴露したケース	相対 危険度	95% 信頼区間
全がん	1656/1202	1.04	0.96-1.12
肺がん	450/351	0.95	0.81-1.10
胸膜悪性腫瘍	10/14	2.53	1.03-6.23

(相対危険度は国、性、年齢、研究カレンダー年、暴露に関係した雇用状態で調整)

肺がんとアスベストの加重累積暴露(繊維数)との関係

環境中アスベスト繊維数 加重累積暴露 (f/cc年)	肺がん		
	数	相対 危険度	95% 信頼区間
≤0.01	111	1.00	
0.02~0.09	131	1.19	0.85~1.66
0.10~0.77	80	1.44	0.97~2.13
0.78+	25	1.44	0.85~2.45
Test for linear trend, P値		0.07	

(岸玲子, 三宅浩次, 紙パルプ産業における SO₂ およびアスベスト曝露とがんのリスク (IARC 国際共同研究), 岸 玲子編, 職業環境がんの疫学——低レベル曝露下でのリスク評価, 篠原出版新社2004を改変)

ん研究機構 (IAEC) と10数カ国の共同研究で実施した大規模疫学調査で、後ろ向き研究の形で世界的に10万人の紙パルプ産業従事者を観察した。私たちは北海道の4つの紙パルプ工場の協力をえて5,442名にのぼる方々の調査を進めた。紙パルプ産業の主要な曝露因子は SO₂ (2酸化硫黄), 硫化物である。肺がん, 非ホジキンリンパ腫, あ

るいは白血病などリスクはそれほど高くはないが, SO₂ 曝露濃度に応じて有意に上昇することがはじめて示された。

同時にこの研究ではそれまで紙パルプ産業ではほとんど注意されていなかったアスベストでも胸膜悪性腫瘍では相対危険度が2倍高く有意であった。肺がんについてアスベストの繊維ファイバー数で層別に解析すると、アスベストの繊維の数が多くなるほどリスクの上昇傾向が見られた。紙パルプ産業のような、従来は中皮腫とは関係がないと思われていた職場でもボイラー、プレーキなどの絶縁材料に接触し、修理などの職種ではアスベストの健康影響が発生しているのは驚きであるとともにアスベスト問題の深刻な拡がりを改めて考えさせられた。

胸膜プラークや石灰化、中皮腫など胸膜の病変が石綿肺や石綿肺がんに比べるとより低い曝露量で起こること、同時に悪性中皮腫は曝露開始から30年、40年という長い経過を経て発生することが示されている。紙パルプ産業での調査で、アスベストに微量ではあるが長い期間従事した場合、肺がんでは有意でなく悪性中皮腫で有意にリスクが高かったのはこのような曝露量の多寡と潜伏期間で健康影響が異なるからである。

4) 「予防原則」と公衆衛生科学者の責任

ここで強調したいのは、既に明らかなリスクにとどまらず“潜在する健康リスク”の特徴や程度を明らかにすることは私ども公衆衛生科学者の責任であることで、私たちはもっとアスベスト問題

を真剣に考えなければいけないのではないだろうか。

私自身は長年、強化プラスチックのスチレン樹脂を重ねてお風呂のバスタブや、漁船・レジャーボートを製造する職場でリスク評価に係わる研究をしてきた。許容濃度に近い低濃度曝露でも末梢神経伝導速度の遅れや、中枢神経や視力や色覚などの10種類にのぼる機能テストの悪化など、比較してみると労働者に種々の影響が出ることがわかった。スチレンの場合、特に後天性の色覚障害が最も鋭敏で青黄色の弁別の障害が引き起こされた。そこで「現行の許容濃度50 ppmであっても健康障害を起こす可能性があるので、職場の基準としてはもっと下げないと安全でない」ということを幾つかの論文で報告をした。これらにより日本やアメリカの許容濃度は半分以下の20 ppmに下げられることになった。

アメリカの許容濃度を決めているACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists) の提案書ドラフトに日本の私たちのデータが引用されて根拠になっているということを知り、驚いたスチレン工業会には何度かよばれて研究結果について講演など話をした。産業界として大変強い団体だが、客観的なデータに基づき科学的な説明をすることによって最終的には納得された。現場では環境濃度を低下するように出された勧告に従い、排気装置の新設や原料のスチレン含有量を下げるなどの努力をし、結果として世界のスチレン取り扱い職場で働く人びとが曝露するスチレン濃度を下げることができた。

日本のアスベスト問題も決して法規制を行う監督行政の責任ばかりでなく、石綿工業会などの産業界、あるいは学会や研究者も、“人の命はかけがえがなく最も重い”ことを肝に銘じ、現場での継続的なサーベイランスや疫学研究を進めつつ「職場の環境レベルを下げる」、「近隣に汚染を拡大させない」、「早くにより安全な代替物質に替える」、あるいは「禁止する」というような“予防原則を適用する強い意志”を、より早い時期に発揮する必要があったのではないかと今、強く考えさせられている。

6. 「健康」のみならず、「安全」は公衆衛生の大きな課題

これからの公衆衛生は健康にとどまらず「安全」

の問題に目を向け対策をとることが必要である。我が国の年齢別死因順位を見ると、不慮の事故死は全体としては5位だが1歳から24歳では死亡の第1位。25歳から34歳では1位が自殺で、ついで第2位である。先進国14カ国の平均と我が国の年齢別の統計を比較した図(田中哲郎氏)を見ても小さい子どもと高齢者に関して日本はもっと安全の問題を重視する必要があることが示される。

健康危機管理は未だ見えない健康や安全の危機に対して、遅れず、適切な予防的な対策をとることである。日本では地震や台風水害などとも自然災害が毎年各地であるので、都道府県や政令市保健所などで重点的・組織的に工夫して対策とられてきているし、大気、水、食の安全問題は各省庁が基盤的な課題として取り組んできたが、今後はこれまで地域保健を担う公衆衛生従事者があまり関心を払わずにきた学校や職場・住宅内・交通機関などの安全対策、あるいは医療の安全の問題などに我々が普段からもっと課題を視野にいれ関心を持つべきでないだろうか。JR 福知山線の電車脱線事故で示されたように、人命が一瞬のうちに失われる交通機関の安全は働く人の労務管理とも密接に結びついている。医療事故も同じで、安全の問題はサービスを提供する側と、サービスの受け手側、および第3者監視機関が、日常的にサービスの質と安全の問題を取り上げていくシステムづくりが大切である。本学会では患者、第3者機関なども含めて医療と公衆衛生関係者が今後の方向性を議論することを期待してはじめて「医療の安全と公衆衛生の役割」についてのシンポジウムを組んだ。

加えて自然災害の多い我が国では、先日、ハリケーン・カトリーナが襲ったアメリカ・ニューオーリンズの轍を踏まないためにも、災害から逃げる手段を個人で十分持たない貧困層や高齢者や障がい者など災害弱者とハイリスク集団をどう守るのかに力を入れることが重要になる。

7. 社会的格差と健康

(1) 大きく広がってきている国民の中での経済格差

想像を越えて現在、深刻さを増しているのが日本における貧困問題である。駅の通路や公園のベンチで埃にまみれ、雨に打たれて過ごすホームレスは全国の都市部で数万人と言われる。さらにこ

の九月の「OECD（経済協力開発機構）の報告（橋木俊詔氏）」によれば、全国民の平均的所得（中央値）の50%しか収入が無い家計所帯の統計を見ると、先進国中では、日本は15.3%で、アメリカ・アイルランドに続いて第3位の高率である。生活保護受給世帯は1992年以降増え続け、「貯蓄が0（ゼロ）の世帯」も1985年以降、毎年上昇20%を超えている。

日本でなぜ、今、貧困層が増えているのか？理由を5点あげる。①失業、不況は低所得層に最も深刻、②フリーター、パートタイマー、派遣社員など賃金や労働条件が悪い非正規雇用職員の増加、③高齢者内で貧富格差の拡大、④離婚などによるシングルあるいは母子家庭の所得の低さ、⑤日本の高い高等教育費や授業料は貧富の差をさらに固定化させる（大学学費が無料の北欧・フランスや、授業料と生活費の貸与を皆が受けることができるイギリスなどに比べ、日本は高校の授業料が払えず退学を余儀なくされる子どもが急増など）。我が国では確かに1980年代半ばまでは多くの国民が中流意識を持って、一見豊かさを成就したが、2005年の今日、新しい姿で出現している貧困と格差問題への対応を迫られている。社会医学を担う公衆衛生は「健康の公平」という視点で、学問の成果を今後の健康政策に活かすことが強く期

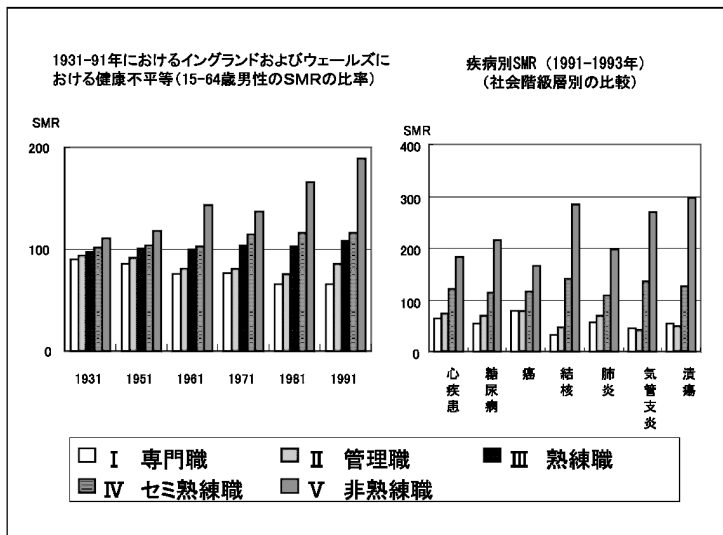
待されているように思われる。

(2) 社会階層間が引き起こす健康格差（イギリスの場合）

貧富の差と健康の関係についてのしっかりとした疫学データは日本ではまだ少ないが、イギリスでは5段階で分けた社会階層について20年ごとのSMR（年齢標準化死亡率）比較を示した詳細なデータがある。“The Black Report and the Health Divide”としてイギリス国民に衝撃を持って迎えられたものである。最近のデータを見ると、1930年代に比べると1960年代から1980年代は貧富の差による健康の差が非常に拡大し、社会階級によるSMRの格差が2倍に広がった。イギリス病を克服するためとして、「民営化、規制緩和、小さい政府」など新自由主義経済体制をとったサッチャー首相の在任期間は79年-90年だが、社会的に地位の高い階層（専門職・管理職層）の健康度はこの間、確かに上がっているが、階層間で大きな格差が見られるようになり、非熟練工など一番低い階層の人達の健康度は逆に大きく悪化、1991年以降はSMRの格差はさらに3倍に拡大した。疾患別に見ても、心疾患・糖尿病・がん・結核あるいは気管支炎など、どの疾病でも社会的な階層の差が健康の格差に結びついている。（図3）

社会的不平等が、なぜ、どのようにして健康の

図3 イギリスの社会階級と健康不平等の関係



(Wilkinson, R. G. (eds) Class and Health: Research and Longitudinal Data, 1986 と Drever, F. and Whitehead, M. (eds) Health Inequalities, 1997 の表から作成)

表4 社会的不平等が、なぜ健康の格差につながるのか？

物質的影響	文化/行動的影響	心理/社会的影響	ライフコース (生涯にわたる) 影響	政治的経済的影響
収入の多寡が人の食事や住宅の質、環境汚染、仕事の危険度を決める	「社会的に不利な状態の人是一般に飲酒を慎み、禁煙をし、余暇に運動をすといった行動をとりづら」(信念や、行動規範や価値観の違いを生む)	職場や家庭における立場、社会的サポートの状態、努力不均衡インバランス(ストレス)は、身体機能面に強い衝撃を与えながら、健康面に影響する	子供の頃の成長のプロセス、あるいは生まれる前に経験した過去のイベントが、その後の生涯にわたる身体能力や健康維持能力に影響を与える	社会的な不平等が関係する政治的な力関係やプロセスが、個人の有する社会関係、身体的環境の質やサービスに影響する

(Mel Bartley; Health Inequality, An introduction to Theories, Concepts and Methods, Policy Press, Cambridge, UK, 2004から作成)

格差につながるのか？ イギリスの Mel Bartley は教科書 (Health Inequality, 2004) の中で、①物質的影響、②文化的行動的影響、③心理社会的影響、④ライフコース(生涯)に渡る影響、⑤政治的経済的影響の5つの視点で書いている。これから先、日本でも研究が進み、実証的なデータを出していくことが必要ではないかと思われる。(表4)

8. 公衆衛生と人権

公衆衛生こそ人権を大切に考え、学会としてははじめて第19分科会「人権と公衆衛生」を設けた。今年は11題の発表がある。

(1) 当事者主権について

「当事者主権」は専門家よりも当事者が自分自身を一番知っている、自分の状態や治療などに関する判断を専門家という第三者に任せないで、自己決定権をとりもどそうという動きである。“自立生活の支援に繋がる”ために、「当事者支援」という考え方を「自己決定権」という意味で尊重し大事にするのがいいのではないかと考える。メインシンポジウムでは統合失調症の患者さんでもある清水里香氏がシンポジストの1人として「北海道・浦河ベテルの家」の活動や地域の人々とともに生きる視点での話をされた。

(2) 戦争、平和と健康

国連環境計画 UNEP の指摘によれば、「イラクの自然環境は世界最悪で、時間がたてばたつほど健康への影響が明白になりつつある」。いまだ外国軍の駐留とテロが続くイラクでは、基本的人権の侵害や情報の制限が日常茶飯事に行われていると報道される。特別講演では鎌田實氏に「草の根の国際保健協力——チェルノブイリ事故後のベラルーシと戦場になったイラクから学ぶもの」をお

願いした。健康と戦争と平和について深い示唆が得られることを期待している。

9. 転換期にある日本の公衆衛生

(1) 「健康日本21」と“Healthy People 2000 および2010”の違い

今年は健康日本21の中間年評価の年である。「健康日本21, すこやか親子21」は日本全体で、非常に多彩な活動がなされており、主として5つの生活習慣と4つの疾病を対象分野に、疾病対策として一次予防に重点を置き、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸をめざし、国民の健康づくり対策として大きな取り組みが実施されている。9領域のべ78項目の目標項目からなり、加えて「健康やか親子21」は4つの領域61の目標項目から構成されているが、諸外国の公衆衛生戦略からみると抜けているところがある。

その一つのポイントは日本の「健康日本21」では「健康増進」と「予防サービス」の項目は“Healthy People 2000 及び 2010”と、一致するが、「環境保健」とか「不慮の事故と暴力の防止」、「医薬品の安全」、「職場の安全と保護」、「薬物乱用」など「health protection (健康保護)」に関係する部分は、ほとんどその中に含まれていない。

現在、大問題になっているアスベストにしても、これだけ被害が大きく広がっていることを思えば、環境省、経済通産省など他省庁も取り組んではいるものの、本当は人の健康問題への対策に力がある厚生労働省が(旧労働省の流れでの「労働衛生」として扱うばかりでなく)環境からの「人々の健康保護」の問題としての位置づけ、優先して予算化できるなど、「health protection (健康保護)」として課題に入っていればよかったのではないかと感じる。

表5 スウェーデンにおける公衆衛生11の戦略目標
(Sweden's new public health policy)

1. 社会参加と影響力
2. 経済的・社会的な安全と保障
3. 幼少期・思春期の安全と好ましい環境づくり
4. より健康的な労働生活
5. 健康的で安全な環境および工業製品
6. より一層の健康を増進する保健医療ケア
7. 伝染病に対する効果的な予防
8. 安全なセクシュアリティと良好なりプロダクティブヘルス
9. 身体的活動性を高めること
10. 良好な食習慣および安全な食品
11. タバコ、アルコール利用の削減、違法な薬物がない社会

National Institute of Public Health-Sweden (2003)

(2) スウェーデンの公衆衛生戦略との違い

スウェーデンは平均寿命を日本と競争しているある意味でライバルの国である。その11ある公衆衛生戦略目標を見ると、まず第一にあげられているのが① participation and influence (社会参加と影響力)、② security (経済的・社会的な安全と保障)、③ 幼少期・思春期の安全と好ましい環境づくり、さらに④の healthier working life (より健康的な労働生活)、⑤健康的で安全な環境および工業製品 (environment) が11ある目標の上位に挙がっている。

それぞれの国で課題は独自で違うから真似する必要はないのだが、特にスウェーデンなどヨーロッパ諸国では participation and influence を1番の目標にするということの人々自身の参加による影響力を強めること、また働く人々の安全と健康増進 (healthier working life) は、日本では男性の自殺で、壮年期の比率が高く、鬱やメンタルヘルスが職場で大きな問題であることを考えれば重要な視点と思われる。たとえば生活習慣病の多くは壮年期には「労働」習慣病ともいえるのだが日本では現在、ライフスタイルそのものを強調するあまり、長時間労働等、労働環境改善への予防対策が弱いからである。

もう一つは先に述べた②安全保障 (security) と健康格差 (inequity) の是正である。日本でも所得の不平等が大きく拡大していることを直視し、経済格差をそのまま健康格差にさせないため

にセイフティネットの充実など国民全体を視野にいった保健医療政策の方向性が大事と思われる。

(3) 地域社会活性化と公衆衛生

これからの公衆衛生活動で自分の地域を活性化するためにどんなことをやっていったらいいのかを考えてみる。6月に実施された内閣府の「地域再生に関する特別世論調査」では自分の住む地域が、「元気がない」と考えている方が15%、「あまりない」が29%と多いが、地域を元気にするために期待する施策は、「防犯・防災対策 (48%)」あるいは「福祉や医療の充実 (41%)」が高いパーセンテージである。「どこが活動の中心になるべきか」については、自分達がやらなきゃいけないと考え、「住民」が48%と多く、「地方自治体」が38%で「国」は18%に留まった。

これからの公衆衛生活動と地域活性化について、私の考えをまとめると、人々の生きがいや夢に関連するようなNPOの育成が、日本の再生、豊かな未来を拓く可能性につながるのではないだろうか。お金や物など個人の欲望の実現ばかりでなく、真の豊かさ、心や自然の豊かさ、仲間や地域の願いや正義感を実現する「NPO」を育て活用することに繋がること、定年後の団塊世代がリードし、若者も参加するような活動を私達自身がやっていかなきゃいけないのではないかと(団塊世代の1人として)考えている。

(4) イギリスから学ぶ——環境NPO活動など一つの例として、イギリスでは、「ナショナルトラスト」とか、「ナショナルヘリテージ」など、環境NPO活動の長い歴史がある。イギリスでは6千5百万人の人口だが、ナショナルトラストに入っている人が3百30万人もいる。日本の人口に直せば6百万人以上がナショナルトラストで活動しているようなものである。加えて最近では16歳以下の市バス料金を無料にするなど、子どもは優遇され、市民レベルで障害児教育ネットワーク、「NGO子どもの貧困行動グループ」なども活発である。イギリス伝統の階級社会・慈善チャリティから市民の力で共同社会を支えるNPOや地域再開発への住民主導コミュニティ作りへ進化してきているように見える。日本でもやはりこのような団体を着実に育て市民活動を増やしていくことが今後もっと必要ではないかと思う。

(5) 社会的サポート・ネットワークをつなぐことの重要性

私たちは1992年から産業と人口基盤が大きく変わった北海道の大都市・旧産炭過疎地・農村の典型的な3地域で同時に行ってきた高齢者を対象にした前向きサポート・ネットワーク研究から「高齢者自身が社会的ネットワークを作り、他者にサポートを与えることが、介護状態を予防し健康にいい影響を与える」データを示してきた。「地域と仲間」は「公衆衛生学のアイデンティティ、組織された地域社会の努力を通じて (through the organized community efforts)」である。地域の中では環境問題も障がい者の問題も介護の資源もよく見える。行政など公衆衛生専門家は特にこれからは「地域と仲間」を育て活性化する公共のための基盤事業やNPOの育成、それらを網の目のネットワークでつなぐような公衆衛生活動が期待されるのではないだろうか。

10. 多様な人材を育てる公衆衛生専門大学院の設立と学会の役割

最後に公衆衛生専門大学院の設立と学会の役割について述べる。以上に見てきたような21世紀、日本と世界で公衆衛生の大きな課題、すなわち、人々の健康と安全を担う人材はどのような人たちだろうか？医師・保健師のみならず多様な背景の公衆衛生専門家が必要であることは論を待たな

い。また国民の健康と安全のための諸政策や人材養成を充実させるためには今までの医学教育は万能ではない。

多様な背景の公衆衛生専門家を育てるために公衆衛生専門大学院が重要である。中でもコアとなるコース①疫学・統計学、②環境科学、③保健医療政策とマネジメント（健康危機管理、保健医療の人材配置や質の評価を含む）、④健康教育や行動科学などの理論がコア科目でカバーされる公衆衛生専門大学院が必要である。大学によっては⑤新興感染症やバイオテロ対策など国際保健なども重要である。

この9月に中教審「大学院改革答申」が出されたので、今後、各大学で公衆衛生専門大学院の設置が予想される。学会としても優れた専門家を育てるための方策を急ぎ、課題として取り上げ検討を進めることが大事なのではないか。本学会ではフォーラムとして公衆衛生専門大学院も開催された。公衆衛生大学院の教育システムやカリキュラムは100年の歴史を持つアメリカやイギリスに学ぶところが大きいですが、日本でも各大学が困難の中で互いに知恵を出し、新しい教育の体制をつくる時がやってきた。日本公衆衛生学会も学会として専門職の養成に役割を果たす時がいよいよ来たのではないかと感じている。