

## 大阪の公衆衛生：集団医学の道

タタラコウゾウ  
多田羅浩三\*

「大阪の公衆衛生」が、わが国の国民健康づくりの歩みを先導し、その成果をもとに特定健診・保健指導が発足して、わが国の公衆衛生は「集団医学」推進の基本の体制を確保した。本稿の目的は、わが国の公衆衛生が「集団医学」を推進するまでに発展した歩みについて、その過程を担った人たちが出版、発表した文献を辿ることによって、その道筋を明らかにすることである。

関梯四郎先生が、イギリスに学んだ、自治体の役割の強化、保健サービスにおける予防と治療の協力体制の推進が、「大阪の公衆衛生」の基本理念である。中谷肇先生は、この理念を実現することが自治体の医療機関、保健所の役割であるとの認識のもとに、大阪府立成人病センターなどの建設に尽力した。その成人病センターを拠点に進めた、地域における循環器疾患の予防管理活動の20年の実績をもとに、小町喜男先生が報告した「地域の特性の把握のうえに立って、疾患の予防、あるいは管理が具体的に行われるという経験を得た」をモデルに、1981年、国民健康づくり計画モデル事業が実施され、その後のわが国の健康づくり対策が推進された。結果として国民の平均寿命の順調な延伸が達成されたが、医療費の高騰が続いていることが報告され、基本健康診査、定期健康診断における、疾病の「早期発見」による「早期治療」は受診者を結局、安易に医療に繋いでいるだけではないかと認識された。このような中で、大阪大学教授の松澤佑次が、内臓脂肪蓄積を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態を「メタボリックシンドローム」として、冠動脈疾患などの「上流」にある病態であると報告した。これを受けて、2008年、「特定健診」に加えて、「メタボリックシンドローム」への対応を目的とした「特定保健指導」が実施される制度が発足した。これによって、糖尿病等の生活習慣病を予防するという観点に立った、疾病予防管理の一貫した体制が発足した。予防と治療の協力体制の構築を目指した「大阪の公衆衛生」が、その目標を達成したといえる。

特定健診・保健指導の制度のもとでは、対象の集団を「集団医学」の対象として位置づけ、構成員の疾病予防につながる基本の因子を明らかにし、保健指導を行い疾病を予防することが期待されている。

日本の公衆衛生医は誇りを持って、期待されている「集団医学」の実践を進め、臨床医学の治療に並んで疾病の予防を担う、新しい公衆衛生の世界を構築する必要がある。

**Key words** : 自治体の役割, 予防と治療の協力, 大阪府立成人病センター, 内臓脂肪の蓄積, 特定健診・保健指導, 「集団医学」の推進

日本公衆衛生雑誌 2017; 64(4): 179-189. doi:10.11236/jph.64.4\_179

### I 自治体の役割, 予防と治療の協力

#### 1. 公衆衛生学教室の発足

1947年5月に施行された日本国憲法第25条で、公衆衛生という概念が、社会福祉、社会保障に並んで取り上げられ、これを受けて1947年7月15日、勅令126号によって東京大学、新潟大学、大阪大学の3つの大学に公衆衛生学教室が設置された。

\* 日本公衆衛生協会

責任著者連絡先: 〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目29番8号 日本公衆衛生協会 多田羅浩三

東京大学の初代教授の石川知福は、東京帝国大学医学部を卒業後、生理学教室副手、倉敷労働科学研究所員、公衆衛生院労働衛生部長などを経て、公衆衛生学講座教授に任命された。また新潟大学では日本大学医学部衛生学教室教授であった小坂孝雄が赴任した。それぞれ衛生学分野の専門家であった人が公衆衛生学教室の教授に就任している。

当然の流れであったと思われるが、一方、大阪大学でも、1948年10月31日に衛生学教室教授であった梶原三郎が、衛生学との兼任で公衆衛生学教室教授に就任した。その後、1949年4月15日に大阪大学微



写真1 関悌四郎 (1912-1977)

生物病研究所の助教授であった関悌四郎(写真1)が公衆衛生学教室の助教授に就任した。そして1951年9月1日に専任として教授の職に就いた。関先生は、細菌学が専門で、破傷風やジフテリアの毒素の研究を行っていた。当時は、伝染病が広く蔓延するなかで、公衆衛生と伝染病対策は同意語という状況があり、細菌学専門の研究者が公衆衛生学教室の教官に就任したということだと思われる。

関先生の赴任の結果、大阪大学医学部公衆衛生学教室は、衛生学教室の弟分、第2衛生学としてではなく、細菌学者の教授就任ということによって、それまでの衛生学の世界から独立した、自らの公衆衛生の世界を自ら開かざるを得ないという形から出発することになった。このことが、その後の「大阪の公衆衛生」が、全国的に固有の公衆衛生の道を歩むことになる、基本の背景になったと思う。

## 2. 関悌四郎教授

関先生が教授に就任した当時は、マルクス・レーニン主義というような思想が一世を風靡する状況であったと思われる。そういう中で、先生はイギリスのフェビアン協会の主義や主張について、とくに関心を持たれた。フェビアン協会は、ローマの将軍、ファビウスの名にちなんでつけられた名前である。慎重な作戦、持久戦を得意とする将軍であったと伝えられている。フェビアン協会は頑固な理念より現実重視による社会主義の実現を主張して、1883年に発足した。シドニー・ウェッブ、ベアトリス・ウェッブ、バーナード・ショウらが活躍した。彼らの指導のもとに、1906年、イギリス労働党が誕生した。

「彼らは、かねて『資本論』の第1巻を読み、第2巻もショウはウェッブからドイツ語を習って読んだ<sup>1)</sup>。」というのは、関先生の言葉であるが、先生

がショウやウェッブに身近な親しみの気持ちをもっていただことがよくわかる。先生は、1958年5月、イギリスを訪問して、5か月滞在した。

## 3. 自治体の近代化

19世紀から20世紀にかけて当時のイギリスでは、自治体制の近代化が意欲的にすすめられつつあった。1835年に都市団体法が成立して、178の都市に住民が自らの市会(Council)を持つ法的立場が認められた。そして、1888年の地方自治体法によって、行政県(County・62か所)、および特別市(County Borough・人口5万人以上57か所、5万人未満4か所)が設置され、それぞれ県会、市会が認められ、地方が行うすべての業務の当局となった。また1894年には、地方自治体法によって各県は市部地区(Urban District)と農村部地区(Rural District)に分けられ、各地区に地区会が創設された。こうして、この頃、今日につながるイギリスの地方自治体制が生まれたということになる。

そういう中で、1601年、エリザベス女王の時代に集大成された救貧法のもとに育ってきた、300年の伝統を有する、イギリスの救貧法体制の改革を課題として、1905年に王立救貧法審議会が設置された。その審議会から「少数派報告」として有名な報告が、1909年に発表された。

フェビアン協会のベアトリス・ウェッブらからなる審議会の少数派の報告は、旧来の救貧法保護委員会(646か所)、および保護委員(2万4千人)を廃止して、その業務を、新しく生まれてきた自治体の保健(Health)、教育(Education)、施設(Asylums)、年金(Pension)の4つの委員会へ移管することを提言した。

関先生は、このようなフェビアン協会の人たちの主義、主張を詳細に勉強するなかで、現代社会における、自治体の担うべき役割の重要性について学んだと思う。

## 4. 国民健康保険制度

こうしてフェビアン協会らによって自治体依存型の考えが強力に主張される中で、ドイツにわたり、この国の疾病保険制度に学び中央の立場から、1911年の国民保険法の制定を進めたのが、大蔵大臣であったロイド・ジョージである。そして1913年に国民健康保険制度による給付が始まった。

この制度では、年収160ポンド未満の被用者本人のための一般医サービスが給付の対象となった。そして一般医へは、人頭報酬制によって診療報酬が支払われた。この場合、一般医は、難しい患者に時間をとられても、収入の増加を期待できない。結果として、患者がどんどんと病院に送られるようになって



*Dawson of Penn*

写真2 ドーソン卿 (Lord Dawson of Penn・1864-1945)

た。このような状況から一般医サービスと病院サービスの間の順当で効率のよい協力体制をどのように構築するかが、大きな課題となってきた。

### 5. ドーソン報告

直面する課題に向けて提起された提案のうち最も代表的なものが、1920年に当時のロンドン王立内科医学会の会長であった、ドーソン卿(写真2)を委員長とする諮問理事会が発表した報告『医療ならびに関連サービスの将来計画に関する中間報告』、いわゆるドーソン報告(Dawson Report)である。ドーソン卿は、国王ジョージ5世の主治医であったということであるから、イギリスの最高位にある医師であったということになる。

ドーソン報告は、古く薬の販売を生業としてきたアポセカリーを源流として発展してきた一般医のサービスをプライマリ・サービス、大学卒の内科医によって病院を基盤に発展してきた専門医のサービスをセカンダリ・サービスとして、ヘルスセンターを拠点に、互いに協力し合ってサービスを担うよう提言した。その内容は、新しい時代の保健サービスを担う基本のあり方を示したものとして、以降、歴史的に保健サービスの体制が論じられる時に必ず言及されてきた。

### 6. ヘルスセンター構想

ドーソン報告で提起されたヘルスセンター構想は、健康を維持し、疾病を治療する最善の方法があらゆる市民に利用されるべきであるという確信から出発している。そしてヘルスセンターの具体的原則として、以下の点を提言した。

①予防サービスと治療サービスが密接な協力関係で行われること。②この予防と治療のサービスは、一般医サービスの領域に属するものであるべきこと。

③プライマリ・ヘルスセンターとセカンダリ・ヘルスセンターが存在すべきであって、プライマリ・ヘルスセンターのスタッフは一般医であり、訪問顧問医の援助をうけること。④プライマリ・ヘルスセンターは16~32床、あるいはそれ以上のベッドを有し、かつ地方の予防サービスの中核であるべきこと。⑤より困難なケース、より専門的処置を必要とするケースはセカンダリ・ヘルスセンターに送られるべきこと。同センターのスタッフは顧問医と専門医であること。セカンダリ・センターのいくつかは教育病院でもあること。

このドーソン報告において、第一に予防サービスと治療サービスが密接な協力関係のもとに行われるべきこと、そして第二にこの予防と治療のサービスは、第一線で診療を行う一般医サービスの領域に属するべきものであるということが、報告の基本の目標とされた。このことが、関先生に強い影響を与えたと思われる。

## II 大阪における拠点構築および活動

### 1. 中谷肇先生の主張

1941年大阪大学医学部卒業、1951年6月以降、奈良保健所長に就任していた中谷肇先生が、1956年に衛生部予防課予防係長として、大阪府に赴任した。以来、中谷先生は、1980年、副知事を退職するまで、24年間、大阪府庁で仕事をした。まさに関先生の指導のもとに、中谷先生の具体的な施設計画があって、大阪に公衆衛生の新しい世界が開かれ、構築されたといえると思う。

先生が、著書『衛生行政の四十年』の中で、当時の状況について、次のように述べている。

「現在でこそ、何の疑問もなく日常使われている『成人病』という言葉、それは主としてがん、高血圧、動脈硬化と脳卒中、ならびに心筋梗塞などの疾患を総称しているが、(中略)この類の疾患は年齢を重ねるとともに確実に発生率は高くなり、結核などの感染症や乳児死亡が減少してくるに従って、相対的に大きく浮き彫りにされてきた疾患群でもある。ほとんどの成人病は早期に発見し、早期に治療することによって少なくとも悪化を防ぐことは可能になってきた。また、がんなども早期段階の手術などの加療によって治癒することも可能になっている<sup>2)</sup>。」

「當時は総合病院の全盛時代で、ベッド数の多い総合病院が最も病院らしい病院であるとされていた。しかし診察室で患者の来るのを待っているだけでは、自覚症状の少ない早期のがん患者が受診してくるはずもなく、折角高価な機械を備え、高度の診

断技術をもった医師が待ち構えていても、早期がんの患者が受診に来なければ、結局、宝の持ち腐れとなってしまう。それを理屈のうででも知っていても、あまりにもそれまでの医療体制に慣れ過ぎてしまって、それではどうすれば早期がんの発見率を高めることができるか、ということを考えるにはいたらなかったのではないかと思う<sup>3)</sup>。」

「成人病センター設立の意義の第一段階は、実にこの課題の解決にあった。またこういう施設を府がつくることそれ自体が、社会に早期発見が成人病治療に最も大事なことであるという知識の普及に最大の効果をあげる施策にもなると思えた。しかし、このような考え方はそのころの医師にも、また一般有識者にもなかなか理解されがたいことであった<sup>4)</sup>。」

こういう中谷先生の認識のもとに、成人病センター建設の構想が生まれた。

「昭和33年、第1期の循環器検診部門の建設にとりかかり、34年9月に完成。第2期工事、がん部門、第3期工事、胃がん診断部門、第4期工事、胃がん施設集団検診と管理棟、これに続いての循環器施設集検棟、そして第6期工事として病院の建設という順序で成人病センターは建設されてゆくことになる<sup>5)</sup>。」

まず病院本体が建設され、いわば中谷先生、関先生へのおわびの印のように、後から検診部門がつくられたと思っていた。しかし、実際は、病院本体より先に、循環器検診部門の建設が始まり、建設された。成人病センターという名前には、この施設はただの病院ではない、早期発見、早期治療による成人病対策の拠点施設であるという強い気持ちが込められていたのである。イギリスのドーソンが新しい予防と治療を担う施設をヘルスセンターと呼んだことも影響しているかも知れない。

こうして循環器検診部門が第一期工事として建設され、循環器疾患対策の拠点施設が、まず最初に建設されたという歴史があって、時代を画する「大阪の公衆衛生」が、そのスタートを切ることができたと思う。まさに特記すべきことである。

中谷先生は、奈良保健所長をされているころ、奈良県山間部農村の乳児死亡の研究をされて、関先生の指導を受けられて、博士号を取得された(写真3)。

## 2. 成人病センターの特徴

中谷先生が、成人病センターの特徴について、次のように述べている。

「そのころ、大阪府には総合病院としては府立病院があるだけで、この病院単独で、急激に進展し始めた最新の医療を府民に提供することは、物理的に不可能なことである。(中略)そこで考えられるこ



写真3 中谷肇先生(左)と関悌四郎先生(右)  
(1975年撮影)

とは、目的の疾病に関係する診療科を結集して、強力な診療を行う専門病院をつくる方式である。この方式を実現したのが成人病センターであり、わが国では初めての施設である。また、早期発見、早期治療の技術の進歩によって、ようやく手の出せることになってきた成人病対策も、病院、研究所、それに公衆衛生部門を加えた『成人病センター』を中核として展開することによって初めて、現実のものになってくる<sup>6)</sup>。」

「いかに診断技術が進歩したといっても、病院内で座して待っているだけでは、早期がんの患者が来てくれるとは限らない。受診する患者が、末期がん患者ばかりでは、名医がそろい、高度な専門治療の施設が整っていても、手の打ちようもない。治療が可能な早期に受診してくれる方策を考えなければならない。成人病センターの建設にあたっては、早期発見に対処できるように、まず強力な成人病の検査診断施設を整備することから始めた。したがって、成人病センター建設の第一期は循環器部門の、第二期はがん部門の検査施設の整備であって、本格的な治療施設の整備は第四期以後になる計画であった<sup>7)</sup>。」

こうして大阪府立成人病センターが誕生した。歴史的で、画期的なことである。その体制は、以下のとおりである。

1959年、府立成人病センター開設、総長は前大阪大学総長今村荒男先生、調査部の設置があり、部長は大阪大学教授関悌四郎先生で、「Centre for Early Detection」ということを関先生は言った。調査課と集検課(循環器部門)が置かれ、集検課1係(成人)の係長は小町喜男先生、2係(学童)の係長は愛川幸平先生が就任した。そして1961年に、調査課課長に藤本伊三郎先生が就任され、集検1課(循環器部門)課長に小町先生、集検2課(がん部門・胃)課長に愛川先生が就任した。

## 3. 初代集検課1係長小町喜男先生

小町喜男先生が、当時のことについてこう述べて

いる。

「大阪府立成人病センターが、正式に発足したのは、昭和34年の敬老の日であるから、9月15日だと記憶している。もちろん、それ以前に建設準備室の発足があり、私は、34年6月1日に準備室主任として赴任した。さらにさかのぼれば、それ以前、年余にわたり、府民における高血圧等の罹病状況調査等が行われ、その対策の必要性を具体的に把握するための試みがなされている。(中略)今でも驚くのであるが、センターの構想は、実にユニークなものであった。センターは、成人病の診断を行うところであり、治療を行うところではないとした。そして、所内での精密高度な診断と並行して、予防のためには、早期発見を行うために、所外活動として集団検診を行う。この二本柱であると示されたことである。そのために、センター内には病室は僅かしか(10数室程度と記憶している)設けられず、しかも、それは治療のためでなく、診断用のためとされた。薬局も、非常に狭いものが一つあるのみで、それは、検査用の薬剤補給を主とし、一時短期入院する人々のための薬剤を調合するというものであった。このことは、現在ほとんど忘れられているために、とくにここに記しておきたい。(中略)行政と大学、この二つが備わって、はじめて具体的なプロジェクトの実現が可能となる。これは現在でも変わらない大切なことである<sup>8)</sup>。」

#### 4. 初代調査課長藤本伊三郎先生

藤本伊三郎先生が、地域がん登録事業の発足について述べている。

「昭和37年秋、故関悌四郎阪大名誉教授(当時、阪大教授のまま府立成人病センター調査部長兼務)、中谷肇元大阪副知事(当時、大阪府衛生部予防課)、故佐谷春隆元大阪府理事(当時、公衆衛生担当)の三先生が合議された結果、大阪府としては、がんの実態把握、対がん活動の企画と評価に役立つ事業であり、大阪府医師会としては、日常の診療活動の中で公衆衛生活動に参加出来、しかもがん診療の向上にも役立つと判断されて、『大阪府のがん登録事業』の実施が定められました。当時わが国では、広島市、長崎市で放射線影響研究所(当時ABCC)が被爆の影響の調査として、また宮城県では東北大学公衆衛生学教室が罹率測定を目的として、それぞれ疫学調査を行っておるのみで、対がん活動の基礎をなすものとしての地域がん登録事業は、同年に開始された愛知県とともにわが国では初めてのものでした。また臨床的分野でも『欧米ではがん登録というものがあるらしい』といわれる程度の認識で、病院内登録さえも、国内では数える程し

かありませんでした。命ぜられて筆者は、大阪府がん登録室を平成4年まで預かりました。この間、上記の三先生から、数々の御援助、御助言を戴きました。本書を上梓するに当たり、改めて御礼申し上げます<sup>9)</sup>。」

#### 5. 予防対策・疾病管理・地域がん登録の活動

そして、成人病センター内で実施される循環器疾患、胃がんの施設集検に加えて、集検一課は、1962年に八尾市循環器疾患予防対策、1963年に八尾市曙川地区モデル地区検診、1975年に八尾市南高安地区成人病予防会の結成、1963年に秋田県井川村循環器検診、1968年に秋田・大阪地域別職域別追跡調査、1969年に高知県野市町循環器検診を始めた。調査課は、国内の地域がん登録室に呼びかけ、相互交流、新知識の導入、精度の向上と標準化、資料利用促進などを目指して活動を続け、地域がん登録事業は次第に普及し、35道府県市で実施されるようになった。その成果をもとに1992年12月に地域がん登録全国協議会が結成された。2001年には、がん患者の情報提供を義務づけるがん登録推進法が制定された。

こうして大阪府立成人病センターを拠点に、自治体の機能を基盤として、循環器疾患およびがんへの挑戦に向けて進められた、予防対策、疾病管理、地域がん登録の活動をもとに、地域保健、がん対策の技術が開発され、普及した。ここで示された実績が全国で始まった地域保健、がん対策の活動を支え、健康づくり対策の基盤となったといえるであろう。

そしてこの間、大阪大学公衆衛生学教室では、センターの人たちを含め、毎週月曜日、午後6時から「教室抄読会」が開かれ、所属機関の壁を越えた議論の場が持たれたことを記しておきたいと思う。

#### 6. 国立循環器病センターの開設

関先生、中谷先生から学んだ公衆衛生の理念のもとに、1977年、国立循環器病センターが大阪に開設された。センターの運営部長を務めた南澤孝夫先生が述べている。

「公衆衛生との係わりから見て国立循環器病センターには、大きく二つの特徴があるといえよう。まずその一つは集団検診部および疫学部の存在であり、いま一つは運営部の存在だ。(中略)国立循環器病センターの設設計画が進められていた頃、故関悌四郎先生がその企画立案に深く関与され、循環器病制圧という大事業を成功させるに当たっては、集団医学の関与が如何に重要であるかを力説されたことはよく知られている。そのような働きかけもあって国立循環器病センターには、がんセンターにも設置されている研究所疫学部に加えて、いま一つ独自に病院集団検診部が設置されることとなった。この

ように、一般には保健所等の役割であると考えられがちだった集団検診の実施部門が、初めてナショナルセンターの病院組織の一部に設けられたことは、当時のみならず現在に至っても非常に先進的発想だったといえる<sup>10)</sup>。」

## 7. 大阪府立母子保健総合医療センターの開設

1981年には、大阪府立母子保健総合医療センターが開設された。中谷先生が述べている。

「出産が少なくなりつつある時期でもあり、母子保健対策が今後は重要な問題になるであろうとの認識を持っていたので、この問題を、当時、設立された衛生対策審議会に諮問した。審議会に母子保健部会をつくってもらい、関先生にその取りまとめをお願いして『母子保健総合医療センター』についての答申をいただいた。成人病センター以外にもセンター形式の施設が必要であると思っていたが、ここで答申された『母子保健総合医療センター』が大阪府で二番目のセンターを名乗る施設になった。

構想の要点は、子供の異常は母親から始まることが多く、母と子をまったく切り離して考えることには無理があるので、同じ施設の中で両者に対応していこうとするものである。この考え方が、わが国ではなかなか実現されず、母親と子供はまったく分離された診療体系のなかにあった。関先生に、この難問をうまくまとめていただいて、病院、研究所、公衆衛生部門、さらに産科救急施設をあわせたセンター構想ができて上がった。苦勞してまとめていただいた関先生は、その時には既に亡くなられ、初代総長には、関先生と大学の同級生の名古屋大学総長であった石塚直隆先生（産婦人科専攻）を迎えることになった。それまで全国と比べて異常に高かった大阪府の妊産婦死亡率が、半減するという劇的な効果を示した<sup>11)</sup>。」

## Ⅲ 健康づくりの道

### 1. 国民健康づくり計画

1978年に、当時のソ連のアルマ・アタで、国際プライマリアケア会議が開かれた。ここでアルマ・アタ宣言が発表され、「Health for All by 2000」が世界に宣言された。会議に出席した大谷藤郎先生を中心に、この年、松浦十四郎公衆衛生局長、大谷藤郎科学審議官、北川定謙地域保健課長、篠崎英夫課長補佐の体制のもとに、厚生省（当時）から国民健康づくり計画（第1次国民健康づくり対策）が発表された。ここにわが国の公衆衛生は、WHOのプライマリアケア体制の充実、強化、ボトムアップ政策の推進という事業展開に学び、都道府県の保健所を基盤とした体制から、国民の経済の成長や平均寿命の大幅

な延伸による人々の健康状態の多様化への対応、そのためのボトムアップ方式による健康づくりの推進という観点から、住民にとって最も身近な自治体である市町村の機能の強化を図るという方向へ大きな展開がみられることになった。

### 2. イギリス訪問

こういう状況の中で、1979年に筆者はイギリスを訪問した。公衆衛生学教室の助手であった。イギリスでは、1974年に国民保健サービス（NHS）の機構改革があって、90の県レベルの地域保健局が創設されるということがあった。これによって病院サービス、一般医サービス、公衆衛生サービス（保健師・地区看護師）の3つのサービスの重層的管理が行われるようになり、結果として、一般医（民間）と保健師・地区看護師（保健局）の所属を越えたチームケアが広く推進されることになった。

これを可能としたのが、アタッチメント・スキーム（attachment scheme）と呼ばれる方法で、保健局の保健師、看護師を一般医の診療所、あるいはヘルスセンターに派遣して、アタッチさせるというものである。このアタッチメント・スキームによる一般医、保健師、地区看護師のチームケア体制は、予防と治療の協力を実現しようとする歴史的な実践であると考えて、「英国の第一線総合保健サービスにおける医師、保健師、看護師の相互協力援助体制の実情に関する調査研究」のために、トヨタ財団から助成金を受けて、筆者は1979年3月から1年間、イギリスのケント大学保健サービス研究所に留学した。

前半6か月には、研究所のマイケル・ワレン教授の指導のもとに、後に大阪府の健康医療部長を務めた笹井康典先生と一緒に、公立のヘルスセンターを25か所、民間の診療所であるサージャリーを13か所、計38か所の施設を全国に訪問して、38人の一般医と28人の保健師、22人の地区看護師に面会して、チームケア体制の現状について調査した。訪問先の施設で、一般医と保健師、地区看護師が日常的に話し合っていて、その結果をもとに一般医は外来の診察や往診を行い、保健師、地区看護師は各家庭を訪問している。そういう相互協力、チームケアのためのミーティングが、全国のヘルスセンターあるいはサージャリーにおいて、まぎれもなく存在していることを、直接、認識し、理解することができた。調査の成果は、1980年の日本公衆衛生学会総会で報告した<sup>12)</sup>。医師と保健師・看護師の協力体制とその成果ということで、インパクトのある報告ができたと思う。保健師は、朝、一般医と会って相談して、その後、子供やお年寄りを訪問する。さわやかで明るい仕事ぶりであった。

後半6か月には、同じく大阪府の高山佳洋先生が、Somerset Wellsの一般医のスチープン先生らの積極的な協力を得て、地区看護師が行う189例の訪問看護に同行して、その現状を調査し、報告した<sup>13)</sup>。地区看護師のさっそうとして、てきぱきとした、看護の姿が、非常に印象的であった。

また1980年、秋、兵庫県佐用町の歯科医師の新庄文明先生が、ケント地域保健局の協力を得て、イギリスの地域歯科保健サービスについて、詳細に実地調査を行い、報告した<sup>14,15)</sup>。

### 3. 国民健康づくり計画モデル事業

1980年、成人病センターを拠点とした活動の20年の実績と成果を総括して、小町喜男先生が『地域と医療』を出版した。その中で述べている。

「このようにして、成人の循環器疾患、とりわけ、高血圧、動脈硬化症については、わが国には、わが国としての特徴がみられることが、漸次明らかにされてきた。そして、その背後には、わが国の地域住民の居住する環境要因が、大いに関係していることを知った。すなわち、地域の特性を抜きにしては、疾患の発生要因を明らかにすることはできないことを痛感した。そして、これらの特性の把握のうえに立って、疾患の予防、あるいは管理が具体的に行われるという経験を得たのである<sup>16)</sup>。」

ここで報告された小町先生の「地域の特性の把握のうえに立って、疾患の予防、あるいは管理が具体的に行われるという経験を得た」がモデルとなって、1981年に厚生省（当時）の国民健康づくり計画モデル事業（1981～1985年度）が始まり、事業推進検討委員会が設置された。

国民健康づくり計画モデル事業の行われた地域は、茨城県水戸地域、新潟県上越地域、長野県上小地域、愛知県西三河地域、大阪府吹田・摂津地域である。

設置された国民健康づくり計画モデル事業推進検討委員会の委員は、岡田達雄（全国社会保険協会常務理事）、乙倉巍（全国保健所長会会長）、金光克己（日本公衆衛生協会理事長）、木島昂（日本医師会広報委員）、小町喜男（筑波大学教授）、首尾木一（国民健康保険中央会理事長）、島田晋（関東信越地方医務局長）、多田羅浩三（大阪大学講師）、西三郎（国立公衆衛生院衛生行政室長）、林弘（医療情報システム開発センター常務理事）である。

委員をみると、国際プライマリケア会議に出席した大谷先生が、アルマ・アタ宣言を受けて、国の総力を挙げてモデル事業を推進しようと考えていたことがよくわかる。この委員会を終始リードし、牽引したのは、文字どおり小町先生である。筆者も委員

であったのでよく覚えている。筆者を委員に入れていただいたのは、イギリスにいるころ、大谷先生から直筆の手紙があって、ドーソン報告について、イギリスの歴史の中で、どのように継承されているかを聞いてこられた。それでアタッチメント・スキームの現状を報告した。そういうことがあり、先生は筆者を委員に加えたのだと思う。

そして1982年に老人保健法が制定され、1983年に基本健康診査が始まった。このころ1984年に、多田羅浩三らの編集による『市町村の保健事業—原点からのレポート—』が日本公衆衛生協会から出版された。その内容は、大阪の公衆衛生分野で仕事をする若い医師ら（飯古益三・上島弘嗣・黒田研二・笹井康典・芝池伸彰・高鳥毛敏雄・高山佳洋・藤林千春）が中心となって、全国の10か所のモデル市町村（鷹栖町・沢内村・大和町・八千穂村・和良村・福光町・八尾市・八雲村・野市町・朝倉町）を分担して訪問し、その実情を分担執筆して、「原点からのレポート」として発表したものである。今から思うと時代の扉を開く、大阪からの若い公衆衛生医の意欲に満ちた、かけがえのない報告の書であったと思う<sup>17)</sup>。

そして1988年に第2次国民健康づくり対策、2000年に第3次国民健康づくり対策が始まり、この年、健康日本21の発表があり、2012年に第4次国民健康づくり対策が始まり、健康日本21（第2次）の発表があった。

### 4. Healthy People 2000・健康日本21・健康増進法

この間の日本人の平均寿命の推移をみると、平均寿命は延伸を続け、1986年には、男75.23年、女80.93年で男女ともに世界一の記録を達成した。偉大な記録である。また、全死因年齢調整死亡率でも、平均寿命の動向と一致して、順調に減少していることが確認された。

しかし2000年までの悪性新生物年齢調整死亡率は、とくに男性では、減少の傾向が見られない。そして、国民医療費の推移では、年間、1兆円ペースで、高騰が続いていることが報告された。

医療費の高騰は高齢化の進展や医療技術の進歩によっても生じるので、平均寿命や年齢調整死亡率と連動するとは限らないが、平均寿命の延長が国民の健康水準の向上をいくらかでも反映するところがあるとすれば、平均寿命の延長が国民の医療依存を抑制し、医療費の高騰に影響することも考えられるが、現状は医療費の高騰が続いている。

そのころアメリカで『Healthy People 2000』の発表があり、「心臓病と脳卒中」の分野において、「過

去2年以内に血圧測定を行ったことがあり、自分の血圧値が正常か否かを述べるができる成人の割合を少なくとも90%に増加させる」という目標が示された<sup>18)</sup>。ここで健康状態が「正常か否か述べるができる」、つまり自分の健康状態についての「自覚」という視点が示されていたのである。

厚生労働省は、これに飛びつき2000年、「健康日本21」を発表した。健康日本21では、健診受診により自分自身の健康の状態を「自覚」すること、Know your bodyということがいわれ、「自覚」の内容をもとに、人々は「生活習慣の改善」に挑戦する。そのため人々は、自らの健康づくりの「各論」をつくり「目標値」を設定する。そして社会の支援として、地方計画の策定、かかりつけ医の健康支援活動を行うとされた<sup>19)</sup>。

そして健康日本21の推進を目指して、2002年、健康増進法が制定された。健康増進法の第2条では、「国民の責務」として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」とされた。自分の健康状態に対して「自覚」をもち、健康の増進に努めることが、「国民の責務」とされたのである。

そして2010年の時点で全死因年齢調整死亡率をみると順調に減少している(表1)。悪性新生物年齢調整死亡率についても、減少傾向にあることを確認することができた(表2)。健康日本21、また健康増進法の成果といえるであろう。しかし国民医療費の推移をみると、依然として国民医療費の高騰が続いている。そして国立社会保障・人口問題研究所か

表1 全死因年齢調整死亡率(人口10万対)

	男	女
1980	923.5	579.8
1990	747.9	423.0
2000	634.2	323.9
2010	544.3	274.9

基準人口は「昭和60年モデル人口」である。

表2 悪性新生物年齢調整死亡率(人口10万対)

	男	女
1980	210.9	118.8
1990	215.6	107.7
2000	214.0	103.5
2010	182.4	92.2

基準人口は「昭和60年モデル人口」である。

ら、2002年に高齢者人口の推移について発表があり、団塊の世代(約800万人)が後期高齢者となり、75歳以上高齢者が2000万人を超えるという推計値が示された。結果、2025年問題として、医療や介護の需要が増大し、医療費が70兆円、80兆円にもなるのではないかということもいわれ、人々の関心が集まっている。

## 5. 松澤佑次先生の報告・特定健診・保健指導の実施

国民の健康づくりが、このような事態に直面している時、大阪大学教授の松澤佑次らが、1994年に肥満症を内臓脂肪蓄積型と皮下脂肪蓄積型に分け、内臓脂肪蓄積型肥満が高血糖や脂質代謝異常、高血圧を合併した病態を「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)」として、冠動脈疾患などの上流にある病態であることを報告した。そして2005年4月に、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会より、日本におけるメタボリックシンドローム評価基準が発表された。

待っていたように、予防のための本格的取組として、厚生労働省は2005年10月19日に「医療制度構造改革試案」を発表した。その最初に「予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組」の項を設定して、「生活習慣病予防のための本格的な取組」として、「糖尿病・高血圧・高脂血症の予防に着目した健診および保健指導の充実等」をあげ、そのため「国保および被用者保険の医療保険者に対し、40歳以上の被保険者および被扶養者を対象とする、糖尿病等の予防に着目した健診および保健指導の事業を計画的に行うことを義務づける」とした。この試案の内容にそって、2006年6月に「高齢者医療確保法」が制定され、2008年4月に施行された。

これによって後期高齢者医療保険制度が創設され、後期高齢者自身の保険料負担(10%)が定められ、後期高齢者医療支援金(40%)制度が制定された。また保険者による特定健診保健指導制度が、薬に依拠せず、「上流」に挑戦し、糖尿病・高血圧・高脂血症を予防することを目指すとして実施された。

## 6. 医師会植松治雄会長の挑戦

2004年4月、大阪府医師会長であった植松治雄が日本医師会長に就任した。植松先生は、1990年からこの年まで大阪府医師会長を務められた。この間、大阪がん予防検診センターの理事長を務められ、とくにがんの検診事業、また地域がん登録事業の推進において、「大阪の公衆衛生」の充実に多大の貢献をした。

また植松先生は、日本医師会長に就任後、筆者を日本医師会公衆衛生委員会委員長に任命し、2005年

4月に筆者を日本医師会総合政策研究機構の副所長に抜擢した。総研は2005年12月、「生涯を通じた医療と保健と福祉—改革と推進のヴィジョン（2005–2009）」を発表した。しかし、まさにこれからという時に、植松先生は2006年4月に会長職を引くことになった。

筆者は、公衆衛生委員会委員長として残り、委員会は唐澤祥人新会長から「健診・保健指導における医師会の役割」の諮問を受けた。そして、委員会は、特定健診・保健指導が、2008年度に発足するという緊急の状況に鑑み、2007年3月に中間答申を行った。その中の「医師会の役割」の項において、次のように述べていることを、特記しておきたいと思う。

「今回の医療制度改革によって、健診・保健指導事業の実施義務を保険者は課せられた。しかし、保険者は健診・保健指導の意義を伝え、啓発する力も、健診・保健指導を実施する技術も有していないことは明らかである。それ故、保険者は、健診・保健指導事業の実施にあたっては、健診・保健指導の啓発と実施を他者に委託せざるを得ない。これに対し、健診は医師の診療技術を基盤とした業務であり、保健指導は医療に並んで、医師法に定められた医師の業務であるので、当然、保険者からの委託を受けて、事業遂行の中核を担うのは医師でなければならない。そして健診・保健指導の遂行には、人口の全数を対象とした啓発事業と受け入れ体制、またフォロー体制の確立が不可欠である。そのため個々の健診・保健指導の業務を担うのは、個々の医師、あるいは関連の専門職の人たちであるとしても、全数を対象にした事業の遂行に対しては、医師会による組織的な対応が不可欠である<sup>20)</sup>。」

## 7. 保健指導の導入について

わが国は、1961年に国民皆保険体制が発足し、医療をいつでも、どこでも、誰でも、利用できる体制ができ、1983年に基本健康診査が発足して、疾病の早期発見・早期治療の体制ができ、2008年に特定健診・保健指導が発足して、生活習慣病の「上流」への挑戦が可能となり、予防体制ができあがった。わが国の公衆衛生が、まさにホップ、ステップ、ジャンプとして、新しい飛躍の時代を迎えているという認識を持つことができると思う。

老人保健法による基本健康診査、および労働安全衛生法による定期健康診断における、早期発見による早期治療体制では、疾病発症のリスクを発見した受診者を「要医療」として医療に繋ぐということが、通常の流れであった。この場合、基本健康診査また定期健康診断は、公費を使って、受診者を安易に医

療につないでいるだけではないか、ここに課題があるのではないか、ということが霞ヶ関において厳しく認識されてきたと思われる。この時点で、先述のとおり大阪大学の松澤佑次教授の報告があった。まさに新しい時代の健診方法の展望を開く、画期的で、革新的な報告であった。厚労省は、これに飛びつき、「特定健診」によって、この内臓脂肪の蓄積への対応が必要な受診者を選定し、「メタボリックシンドローム」に挑戦するという戦略に立った、「保健指導」を行うための制度を特定健診・保健指導として実施することを決定した。

結果として市町村の保健事業として実施されてきた基本健康診査は廃止されることになり、定期健康診断においても「保健指導」が実施されることになった。大変な英断であったと思う。

松澤先生は大阪大学の出身である。先生が血中脂質の研究を始めたのは、先輩の小町先生が低コレステロール血症に関する先駆的な報告を行ったことと無関係ではないと思う。そして小町先生が血圧測定を武器に地域に入り、固有の実績を挙げたのに対し、血圧測定に先行して住民自身が実施できる、自分の身体の状態を的確に把握できる方法はないか、ずっと模索してきて、「腹囲」にたどり着いたと思う。「腹囲」という、身近な経験主義的な手法、プラグマティックな方法を提案したのには、「大阪の公衆衛生」の伝統が継承されていると思う。

## 8. 「上流」への挑戦

何故、「上流」に挑戦するのか。何よりも「上流」の状態は、薬による治療を必要とする状態でないからだといえるだろう。特定保健指導では、服薬者は対象とされない。そして高血糖や高血圧、高脂血症などに繋がる可能性のある、メタボリックシンドローム、「上流」に対し、生活習慣の改善を軸とした「保健指導」を行い、高血糖、高血圧、高脂血症などの生活習慣病の予防を達成する。

基本健康診査や定期健康診断による健診は、結局、国民皆保険体制を背景として早期治療のための早期発見という役割を果たすことしかできなかった。つまり、予防を担うという、健康診断の本来の目的を期待したようには達成することができず、国民の疾病予防を医療に依拠させるという傾向をつくってしまったと思われる。

そのことを総括して、健診に加えて、保健指導を行う体制、つまり疾病予防の体制を、治療と同様に保険者の責任のもとに置くという体制が発足した。国民皆保険体制をもとに国民皆保健を目指す体制が発足したといえる。こうして「健診」によって選定された対象者に「保健指導」を行い、疾病の予防を

実践する、「ひとつの体制」が発足した。そうである以上、「体制」を担う拠点施設が必要であり、「体制」が生む成果を分析し、明らかにする学問が必要である。その学問は、「集団医学」と呼ばれるものであろう。

### 9. 集団医学の発足

関悌四郎先生が自ら編集して、1970年に『集団医学の発足《原点からの発足》』という本を出版している<sup>21)</sup>。

目次に、「動かぬ子ども 脳性小児麻痺 江部高広」, 「心臓を管理する 北田実男」, 「忘れられた日本の脳卒中 小町喜男」, 「無医村の歴史と生活 診療日記から 竹内駿男」, 「釜ヶ崎からの報告 本田良寛」などの見出しが並んでいる。

脳性小児麻痺の子どもたちには脳性小児麻痺の子どもたちの医学がある, 心臓病の子どもたちには心臓病の子供たちの医学がある, 脳卒中の患者には脳卒中の患者の医学がある, これらの固有の医学を担う「集団医学」が必要になっているのではないかと関先生は考え、50年近くも前に「集団医学の発足」という公衆衛生が挑戦しなければならない課題を提起したのだと思う。

この本の中で、小町喜男先生が、「集団医学の必要性」について、述べている。

「臨床医学の立場では、各個人の病気を正確に診断することが主目的である。一つの病気とよく似た病気を区別するための鑑別診断、あるいは非常に稀にしかみられない病気の診断を下すための精細な検査が常に行われなければならない。また、同じ病気でも、個人個人によってその症状のあらわれ方に、少しずつ差があったりするので臨床医は病気をみる場合、患者一人のもつ特殊性を重視することになるのは当然であり、また必要なことである。しかしながらこの個々人の結果の集積がそのまま集団の特性を示すことになるとは限らない。(中略)そして、この検討は単に病院における症例を機械的に集めるだけでは行えない。ある地域の住民、あるいはある職種の人々を計画性をもって調査することによって、はじめて行えることである。このように一つの病気をとり上げ、この病気が何によってひきおこされるかということを検討する場合は、個人個人の症状の細かい違いをみるよりも、集団で共通して見られる症状、或いは所見をより重視する必要がある。また、そのための特殊な調査を行う必要もある。ここに『集団医学』の必要性が出てくる。個人医学は当然のことながら、医師と患者個人の関係が深い。しかし、『集団医学』になると、その人々の所属する集団が、個人に代ってその対象となる。したがっ

て地域住民では、国、都道府県、あるいは市町村が中心となり、職業別には、会社、事業所、あるいは同業組合などが対象となる。特に、高血圧、動脈硬化といった病気は生活習慣や各地の風土に根ざした生活環境が発生の原因とむすびつくので、国や地方自治体が主催者となって住民全体へ働きかけることが大切である<sup>22)</sup>。」

小町先生のこの文章を読むと、先生が50年以上にわたって、八尾市や井川町、あるいは野市町において続けてきた循環器疾患の予防管理事業は、まさに先生が「必要である」といった、「集団医学」の実践であったといえると思う。

その実践を通じて、先生に「集団医学」の力を学び、小澤秀樹教授(大分医科大学)、嶋本喬教授(筑波大学)、小西正光教授(愛媛大学)、上島弘嗣教授(滋賀医科大学)、谷川武教授(愛媛大学・順天堂大学)、磯博康教授(筑波大学・大阪大学)、岡村智教教授(慶應義塾大学)らが生まれた。

そして「集団医学」推進の基盤となる、疾病の登録事業を進めた、藤本先生のもとからは、祖父江友孝教授(大阪大学)らが生まれている。

## IV ま と め

「大阪の公衆衛生」は、自治体の役割の強化、予防と治療の協力体制の推進を理念として、その歩みが刻まれてきた。その中で、地域における循環器疾患の予防管理を担う実践が進み、また地域がん登録体制の構築が進められた。その成果をもとに、メタボリックシンドロームを「上流」とする疾病予防の保健指導の道がつくられ、薬に依拠しない、健康づくりの道が開かれてきた。

こうして「大阪の公衆衛生」が目指してきた、予防と治療の協力体制が構築された。そして、その体制は、まさに「集団医学の世界」であり、その歩んで来た道は「集団医学の道」であったといえると思う。小町喜男先生のことを「集団医学の父」と呼ばせていただきたい。

今日、特定健診を受けた者全員のデータが確保されている。千人受けたら千人のデータが全て記録されている。受診者の記録がデータヘルスとして、全て確保されている。特定健診を受けた集団を「集団医学」の対象として、対象集団の疾病の制圧につながる、基本の因子を明らかにすることが期待されているからである。その成果をもとに、構成員に保健指導を行い、疾病の予防を成就しなければならない。これらの実践を、データに基づく「集団医学」として、日本の公衆衛生医は誇りをもって実践していく必要がある。

こうして、保険者が運営する制度のもとにあって、予防と治療がともに「協力」し合って、疾病の制圧を目指す、体制が生まれ、推進されている。

21世紀は、予防・集団医学 (collective medicine) が治療・臨床医学 (clinical medicine) に並んで、広く実践される時代にならなければならない。

本論文は、第75回日本公衆衛生学会総会の特別講演 (2016年10月26日) で発表した内容に加筆したものである。

(受付 2016.12. 9)  
(採用 2017. 2. 6)

## 文 献

- 1) 関悌四郎. 英国の医療と人. 医学史研究 1978; 51: 329-351.
- 2) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 78.
- 3) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 80.
- 4) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 81-82.
- 5) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 89-92.
- 6) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 158.
- 7) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 159.
- 8) 小町喜男. 集検一部のあゆみと筑波大学・公衆衛生研究所. 公衆衛生学教室創立五〇周年記念同窓会誌. 1999; 3.
- 9) 藤本伊三郎. 地域がん登録による対がん活動の評価: 大阪府がん登録事業の成果. JACR Monograph 2003; Suppl 1: 65-66. [http://www.jacr.info/publication/pub\\_m\\_supp\\_01.html](http://www.jacr.info/publication/pub_m_supp_01.html) (2017年2月15日アクセス可能).
- 10) 南澤孝夫. 厚生省・国立循環器病センター. 公衆衛生学教室創立五〇周年記念同窓会誌. 1999; 104.
- 11) 中谷 肇. 衛生行政の四十年. 大阪: 大阪公衆衛生協会. 1991; 170-172.
- 12) 笹井康典, 高山佳洋, 多田羅浩三, 他. 英国の第一線総合保健サービスにおける医師, 保健婦, 看護婦の相互協力援助体制の実情に関する調査研究 (II): 協力の度合いと内容について. 第39回日本公衆衛生学会総会抄録集 1980; 270.
- 13) 高山佳洋, 笹井康典, 多田羅浩三, 他. 英国の第一線総合保健サービスにおける医師, 保健婦, 看護婦の相互協力援助体制の実情に関する調査研究 (III): 家庭看護婦の活動について. 第39回日本公衆衛生学会総会抄録集 1980; 271.
- 14) 朝倉新太郎, 多田羅浩三, 小川定男, 他. 英国の第一線総合保健サービスにおける医師, 保健婦, 看護婦の相互協力援助体制の実情に関する調査研究報告書 (その1). トヨタ財団助成研究報告書. 1981.
- 15) Tataru K, Sasai Y, Ogawa S, et al. Co-operation between general practitioners and community nurses based at health centres and other types of premises in the United Kingdom as seen through the eyes of Japanese doctors, 1979. Public Health 1982; 96(2): 79-85.
- 16) 小町喜男. 地域と医療. 東京: 講談社. 1989; iii-iv.
- 17) 多田羅浩三, 新庄文明, 朝倉新太郎, 他編. 市町村の保健事業: 原点からのレポート. 東京: 日本公衆衛生協会. 1984.
- 18) U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. DHHS Publication No. (PHS) 91-50212. Washington, DC: Government Printing Office. 1990; 391-405.
- 19) 多田羅浩三, 編. 健康日本21推進ガイドライン 厚生科学特別研究事業: 健康日本21推進の方策に関する研究. 東京: ぎょうせい. 2001.
- 20) 日本医師会公衆衛生委員会. 公衆衛生委員会中間答申「健診・保健指導における医師会の役割」. 2007; 18. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070411\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070411_2.pdf) (2017年2月15日アクセス可能).
- 21) 関悌四郎, 編. 集団医学の発足: 原点からのレポート. 東京: 現代ジャーナリズム出版会. 1970.
- 22) 小町喜男. 忘れられた日本の脳卒中. 関悌四郎, 編. 集団医学の発足: 原点からのレポート. 東京: 現代ジャーナリズム出版会. 1970; 52-53.