



Title	「大阪の公衆衛生40年」：朝倉新太郎先生最終講義から
Author(s)	
Citation	大阪公衆衛生. 1987, 52, p. 2-9
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83741
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

「大阪の公衆衛生40年」

— 朝倉新太郎先生最終講義から —

本協会学術部長の朝倉新太郎先生は、本年3月、大阪大学教授（公衆衛生学）を停年退官されました。2月10日には、阪大医学部で最終講義が行われ、学生、教職員をはじめ多くの関係者が出席し、一同、ユーモアをまじえての先生のお話に大きな感銘を受けました。先生のお許しを得て、その大略をここに掲載させていただきます。(図表は9ページ)

今日、最終講演ということで何を話そうかと考えたわけですが、私がこの大学に入って、そして今日に至るまで過ごしてきた期間というのは、ちょうど大阪の公衆衛生の戦後の歴史でもありますので、その2つのことをかみ合わせながら、私どもの研究のことも混じえてお話を申し上げたいと思っています。

私は昭和19年に医学部に入ってから、今日まで40数年になります。一般の人が聞きますと、40何年も同じところで勉強しておるとは馬鹿とちがうか、と思われるようなそういう生活です。

23年に卒業して、それから公衆衛生の道を道びまして、微研（大阪大学微生物病研究所）の防疫部門の関先生のもとへ伺いました。この当時は公衆衛生学教室というのは実体がなかったのです。公衆衛生といいますが、当時は伝染病が非常に流行しておった時代でありますから、細菌学を勉強しようというわけで微研へ行ったわけです。

またなぜ公衆衛生の道を選んだかということでもありますけれど、今の若に人にはわからないことでしょうけれども、当時公衆衛生と伝染病対策は同意語と考えてもいいような時

代でした。従って、私の同級生を見ましても、10人を下らない人が公衆衛生の研究なり実践活動の道に進まれました。臨床の結核対策、結核の医療も含めて考えますと、おそらく20人ぐらい、クラス3分の1か4分の1ぐらいの人が、今で言えば公衆衛生の道に進んだわけです。今では公衆衛生なんかに行く人は風変わりな人と思われるかも知れませんが、その当時は、まったく自然の成り行きで公衆衛生の道を選んだわけです。そして、細菌学を基礎にしたような公衆衛生の研究を行ったわけです。

感染症の基礎的研究

私はその中で、破傷風毒素の中毒機序という自然科学的な分野の研究をやっていました。今日お見えの前阪大歯学部長の小谷先生が結核免疫を、私と同期に入りました前島健治博士は百日咳の感染免疫を、また現在愛染橋病院院長の辻本兵博先生は、結核免疫の研究をやっておられました。次の学年の藤本伊三郎先生は、現在成人病センター調査部長ですが、ジフテリア毒素あるいはジフテリアの感染免疫をやっておられたと思います。現在筑波大学教授の小町喜男先生も、ジフテリアの感染

免疫をやっておられました。そういうふうにして、現在公衆衛生の広い分野で、しかも畑がやや違う分野において仕事をしておられる人達と一っしょに、感染症の基礎的研究を中心とした勉強をしておったわけです。

それが現在どのように役立っているかということは別問題としまして、その当時の勉強というのは現在でも大変私の印象に残っておりますし、その後専攻の内容は変わりましたが、非常に貴重な勉強をさせてもらったことを幸福に思っております。

感染を受ける側の状態

戦後の初め頃は、結核、感染症が死亡率の第1位、2位でありましたが、昭和30年を越しますと今でいう成人病、つまり脳卒中やがんが1位、2位になりまして、結核などは3位以下へ落ちていきます。そういうふうに変わってきますので、関先生が指導される私どもの公衆衛生学教室は、研究課題、研究方法などについて大きな転換期を迎えたわけでございます。そのことは次にお話するとしまして、私はこういう時代における感染症、伝染病の研究から何を学んだか、ということを少し述べてみたいと思います。慢性疾患時代になった今日にも生きる非常に重要な教訓を残していると思うわけです。

教訓の第1は、公衆衛生的に感染症、伝染病の流行というものを考えた場合、その大きさを決定するうえで最も大きなファクターは、感染を受ける側の状態にあるんだということです。それをコントロールするということの重要性を、学んだように思います。その例として、エイズを考えてもらうことにします。エイズというのはウイルス自身はまったく他のウイルスと違ってコントロールしにくいいろいろな特性をもっているということが言われています。しかしその地域の、その国の国民の、あるいはその人口集団がもっている精神的な健全さといえますか、性道德を含む社

会的道德のあり方が、エイズの流行というものをコントロールする大きな原因であるということが、現在の流行の状況をみてもわかります。その他のいろんな伝染病の流行も含めて考えまして、公衆衛生的に考えた場合、伝染病の感染を受ける側の人間の状態、人間のいろんな肉体的、精神的な状況を含めた感受性といえますか、そういうものが非常に大きいということを学んだのであります。

行政制度の威力と危険性

教訓の第2は、私は当時の大阪における伝染病の流行とそれに対する施策全体を目で見、肌で感じながら、その中で公衆衛生活動における行政力、行政制度の強い威力と、同時に危険性ということを感じました。そのことを私が感じたのは、伝染病に対するワクチン投与の結果おこった副作用の問題からです。

いろいろの事が問題になり、1、2度、裁判での証人になったこともあります。日本においてワクチンによる副作用の結果重篤なる症状を残すという例は、他の先進国に比べますと、やっぱり多いという事実です。その背景をみますと、あまりにも行政力、強制力に頼りすぎたワクチン接種というのが背景にあるのではないかということを感じたわけです。これは伝染病に対する行政力、あるいは法的、権力的なアプローチのもつ二面性の問題でありますけれども、公衆衛生の発展の上でも十分考えなくてはならない問題です。

また逆に、この行政的な対象にならない疾患に対しては、国の関心が低いという点もこの問題に関連して起こってまいります。昭和40年代、50年代になってからですが、慢性疾患、成人病に対する対策において国の措置が遅れていることに関連しまして、そのことを感じました。伝染病に対しては、これほど国が強い力をもって接近し対処するのに、一方の、死亡順位からみると圧倒的に多い慢性疾患等に関して、どうして国が手をさしのべな

いかという問題があると思います。

その当時そのような問題に関連する研究を行う、関先生が班長の厚生省の研究班がありましたが、それに参加した経験から、私は伝染病に限定されて行政力を発揮する国の体質を乗り越えないと成人病対策は進まないというようなことを論証しようとしたわけですが、その当時の厚生省当局、あるいは社会科学者の反応は非常に冷たかったということを感じております。

昭和58年の老人保健法の施行によって、そういう問題が一応解決をみたわけです。これによって慢性疾患、非感染性疾患にまで国や地方自治体も手をのばしていくことになったわけですが、そこまで乗り越えるのに時間のかかったこと、長かったことを今つくづく思い出しております。

総合施策の重要性

教訓の第3は、感染症、伝染病に対して、ともすれば我々は細菌を中心に考えて、これをつぶせばいいんだというふうな具合にみえていますけれども、実はそのことを可能にするためには、非常に総合的な施策を取らなければいけないという問題、健康問題について総合的な、組織的な施策を展開していかなければならないという問題です。

特に感染症の中でも、結核対策を例にとればよくわかるように思います。結核対策では、狭い意味の感染免疫という立場から施策を行ってきているようにみえるかもしれませんが、同時にその患者の生活面を含む社会保障の施策や、労働環境だけではなくて、住宅環境を含めた環境の改善というように総合的に展開して、はじめて問題が解決するという例をみてまいりました。

社会保障制度が十分に普及していなかった時代に、結核予防法の改正が行われ、今でいう総合施策ができるような条件が作られました。それによって亡国病、国民病といわれま

した結核も急速に終焉していくわけでありましたが、その成果を見た時に、総合施策の重要性ということを知りました。その後の日本の公衆衛生施策を考える場合に、非常に大きな教訓として私に残ったものでございます。

こういうふうな事を昭和20年代、30年代あたりに私は大阪の公衆衛生あるいは日本の公衆衛生の実際の流れの中で勉強しました。

公衆衛生の研究課題

時代が過ぎ、疾病構造が変わり、公衆衛生の課題も変わってきます。昭和30年代、40年代と変わっていきます中で、私どもの教室の研究課題も変わりました。その変わる時にいろんな事が問題として議論されました。私なりにまとめてみますと次のような問題が新しい研究の展開に際して議論され、教室が変わっていったように思います。

第1の問題は、ある時代の一定の疾病構造には、それに対応する社会的、経済的な条件というものがあるという点です。それら全体に対応して施策を考える必要もあるんだという点です。一部だけを見て対応していると、わが国の伝統的な社会体制の中で生まれた、公衆衛生の理論なり方法なり、考え方というものも、それ自体が通用しなくなる、ということが起こってくるわけです。

そういうわけで、昭和30年、40年、50年の動向というものを勘案しまして、時代の疾病構造とそれに対応する社会的、経済的な条件、そういうものを総合化するような理念なり方法なり、あるいはそれを裏づける政策なり組織なりを勉強しなくてはならない、ということが議論されました。そういう中から、関先生は、今申し上げたことに対応できるような方法、制度論、組織論、そういうことを研究課題にしようと決められたのだと私は理解しております。

2番目は、やはりこれから主要な疾患とな

るであろう成人病や慢性疾患に対する疫学、しっかりした基礎をもった疫学研究というのがどうしても必要だということです。

この2つの柱をもって、それをバラバラではなくてその2つの観点を統合していく公衆衛生学というものを作らなければならないということを関先生は考えられたと思います。

疫学研究では昭和30年に開設されました成人病センターに、調査部あるいは集検部という形で公衆衛生を専攻する者が中心になる部門が作られました。府県立レベルの機関では日本で初めてで、現在でもあまりないと思います。そこに多くの同僚が所属し、藤本先生とか小町先生などがその後の疫学的研究を推進して来られたのです。

全国的にみた大阪府の健康水準

スライド1は戦前から現在に至る大阪府と、対照の他の府県の男子の平均寿命の順位の推移です。数字が小さいほど長生きする、すなわち長寿県で、数字の多いほど短命な県であるという表です。

大阪府を中心にして2つの違ったグループを並べてみたわけです。戦前は大阪府は他の先進県と同じ状態ですね。「女工哀史」というような言葉を生んだぐらい、産業が発展しますと結核等が蔓延をしまして、非常に高い死亡率を示すようになり平均寿命が悪くなってくるというわけでありました。先進県ほど死亡率が高かったわけですね。それに対して、農村県というのは良かったわけです。大阪府はその先進県の1つでした。とにかく産業が進んだ県でしたから、戦前でも健康水準は、平均寿命から判断しますとあまりよくない状態であったわけです。ここで第2次大戦が起るのです。

大戦後、大阪府はそれ以前より少し良くなりました。しかし他の先進県は一挙に良くなっております。昭和40年くらいになりまして、大阪府も他の先進県に近いような状態になっ

てきました。私は公衆衛生上の条件が良くなるならば、他の府県と同じような形で大阪府民の健康水準は全体によくなるだろう、ということを非常に希望しました。しかし昭和50年、55年と、そういう方向ではなくて、むしろ悪くなっています。戦後に、かつて大都市におけるいろんな社会的な病気の温床になったような状況を、全部田舎の方へ持ち込んだわけです。そういうわけで、農山村の県というのは平均寿命が短いわけですが、大阪府は農村県に近い状態になっていきました。

スライド2（省略）は東京都老人研の松崎さんという方が書かれたものからの引用ですが、今述べたようなことを日本の全府県についてみてみますと、このように、第1象限から第4象限まで4つのグループに分けられるということです。第1象限に属する沖縄県とか長野県は、伝統的に長寿県である。大正時代と昭和の現在、どちらをとりましても非常に長寿県である。「伝統的長寿県」であります。それに対して、大阪は戦前もそして現在も非常に短命県である。「伝統的短命県」である。そういうあまり自慢にならない県に現在陥っているわけですね。それに対して、戦前は同じように短命県であった神奈川県、東京都、あるいは福井県など、今や長寿県となり、「新興長寿県」と言われております。九州の諸県とか四国でも高知、徳島は戦前は良かったのですが、現在短命になってしまった。「新興短命県」です。

他の県の問題は置くとしまして、大阪府は戦前も短命な県である。一時良くなりかけたんだけど、悪くなった。東京都や京都府や神奈川県と同じように工業が発展をして、見たところ非常に立派な都市化が進んできているのに、なぜか健康状態においては大阪府の場合、取り残されているということが平均寿命の点から言えるわけです。

その原因は複雑で、そう簡単に取り除ける問題ではないと思います。それでも現実には

平均寿命が短いということは事実です。その事実を直視して、それを改善していかななくてはならない。それは公衆衛生関係者だけでなく、もっと大きな問題かもしれませんけれども、公衆衛生、医療関係者がやはり考えるべきではないのかと思います。私は実は、その事にここ10年か15年位こだわり続けて、何とかいい方法がないのかということを研究の目標といいますか、励みにしてきたような感じが致しております。

高い大阪市の死亡率

大阪府民が短命だと言われるのは、どのような人が、どのような年齢のところで、どういう原因で早く寿命を終わるかということを確めることが先決だというわけで分析をしました。**スライド3**は、大阪の人間を、大阪市内と大阪市を除く府下の2つに分け、各年齢階級別の死亡率を計算し、死亡率の全国平均を100にしてそれと比べたグラフです。死亡率指数という言い方をしております。大阪市を除く大阪府下全体は、日本全体の平均と比べて、そんなに悪くはない。むしろ、中年以下の年齢の人では、死亡率は全国平均より低いわけですから、健康水準はそんなに悪いとはいえない。

それに比べて、大阪府全体のかかなり大きなウェートをしめる大阪市では、この全国平均に比べてずっと上の方に死亡率がありますから、相当たくさん死亡が出ております。それは大阪府全体の死亡率の平均を上げることになります。平均余命や平均寿命を計算する時には当然こういう年齢別死亡率から計算されますので、平均余命を下げるという結果を生んでいると理解をしています。男女ともこうなんです。どうも問題の核心は大阪市、実際は大阪市だけでなく、もう少し大阪市周辺部分も含んだ、大都市の中にあるんだ、ということが1つ言えます。

それから、死亡率は男女とも30代、40代、

50代という年代に問題がある、つまり人間の一生のうちで中年期に何か大きな問題が起こっているわけです。中年の健康状態が悪いということが、大阪の健康水準を全体的に下げている大きな原因ではないか、ということが考えられるわけであります。

そういうわけで、大阪市に的を絞りまして、大阪市の死亡の状態がどのように戦後経過したか、ということを示したのが**スライド4**でございます。これは、現在島根県の環境保健部長をしている南沢孝夫君が、大学院の学生の時にまとめたデータです。昭和35年の各年齢の死亡率を100にとり、年がたつにつれてどのように死亡率が下がっていくか、というのを見た図です。全体的には大阪市といえどもだんだん下がっている。他の県に比べると、その下がり方が遅いといえながらも死亡率が減ってきているのです。

このことは間違いのないわけですが、どうも年齢によってその死亡率の下がり方が違うのです。理想的にいきますと若い方が死亡率の改善がいいわけですから、左下がりになっていっていいわけですが、そうはいかない。でこぼこした下がり方をしています。ある年齢層ではつかえてしまって降りてこない。ハイティーンと中年の2つの山があります。40歳を境にした中年期の死亡率が、昭和35年から昭和55年の間さっぱり下がらないんですね。

何かの要因が、中年層に強くはたらいっているんじゃないか、と考えられるわけです。

これはその後いろいろな方法で確かめられておりますし、その当時、他の大学等でも中年期の死亡に着目されまして、例の昭和1桁代の人が死亡しやすいというような説がとなえられたこともございます。昭和50年前後のデータで見ますと、ちょうど中年期の人が昭和1桁代の人にあたるもんですから、そういうことが考えられた。私どもの教室で行った研究では、ある時代の人だけが中年期で死亡しているものでもない。むしろ、現代の中年に

共通した現象である。その後生まれた人も含めまして、現在の日本の社会という状況の中では、中年期にいろんな負荷がかかり、中年の死亡を深めるようにはたらいっている、と私どもは解釈をしております。

健康上の南北問題

先ほど大阪市のことを申しましたが、大阪市の名誉のために、決して大阪府下の方がすべていいわけではないということも言うておく必要がございます。中年期に的を絞って中年期の健康水準を測定して、地図に色分けをしてみましたものが**スライド5**（省略）です。これは大阪府衛生部におられる若い医師の人達が大阪の公衆衛生水準を上げようと、市町村ごとに健康水準を見れるように、この地図をかきました。克明にこのような指標の計算ができるような時代になりました。色が黒いほど、健康水準が悪いと見ていただきますと、北の方は白くて健康水準は良いですが、大阪市を含む中央部から南の方は色が黒くなっています。下半身が壊疽を起こしたようです。大阪市は、大阪湾に面している西半分が非常に悪いですね。それから、今後大きく変わるであろう泉州地域もこのように問題があります。経済的な南北問題というのは盛んですが、健康問題での南北問題こそ私は非常に問題だと思います。

産業上の南北問題は、ここに飛行場を作ったら、景気がよくなって解決するという論理ですけど、下手に開発を進めますと健康状態は悪くなるというのがむしろ我々が戦前から戦後にかけて経験した事実です。先ほど各府県の平均寿命の順位を示す表をお見せしました。大阪府が非常に悪い方向に転落していったのは実は、大阪の復興をかけてやりました万博のあたりからです。

健康水準に影響する要因

それでは、医療機関の不足によって健康水

準に問題が生じているのでしょうか。そういうことはあり得ないですね。大阪で医療機関が一番集中しているのは実はこの大阪市です。立派な病院がいっぱいある。泉州地域の医療機関の分布も、この地域におけるこういう健康状態を説明するほど医療機関が不足しているとは言いがたい。医療機関の分布の南北差によって健康水準に差がおきているとは、とても説明できるものではありません。

最も影響が大きいのは、その地域における生活の状態、生活の構造であると想像せざるを得ない。今日はデータを出しませんけれど、そういう事がいろいろな指標によって証明されます。生活の状態を示す住宅問題とか失業業者の率であるとか、生活保護の率であるとか、あるいは中小企業の分布であるとか、いろいろな状態が、こういう地域では北の地域に比べると良くないことは事実であります。慢性疾患や成人病は習慣病であるとか、ライフスタイルによっておこるとよく言われますが、その内容は、実は今言ったような社会的、経済的、あるいは文化的な要因が形成する問題であろうと思うわけです。

公衆衛生の将来への期待

大阪に40年いますから、大阪府民の健康にこだわり続けてまいったわけですが、大阪の健康水準は、お示した通りよろしくありません。これは別に私に責任があるということではありませんが、そういうことに責任をもつ公衆衛生の分野の一員として、遺憾千万なことであると思うわけであります。

しかも私どもは、そういう問題を解くことこそが大学における公衆衛生の大事な研究課題であると考え、関教授以来、教室では医療制度の問題とか行政の活動の問題を研究の主題にしてまいりましたが、そういう点からいいますと、十分その目的を達し得なかったと言わざるを得ない結果でございます。

さらに、今後大阪の府民の健康にとっては、

人口の老化という問題も負担になってまいります。他の府県に比べて、これまでは大阪府では人口の老化は進んでいませんでしたが、これからは逆に、他の府県以上にスピードを上げて老化が進む時代に入ります。老化の問題はこれまで生じなかったような新しい問題、大阪府民の健康を考える場合非常に負担が重い条件を付与するものであります。老人の問題について、もちろん臨床、基礎の研究を進めなければなりません、同時に、公衆衛生の分野におきましてもこれまで以上に研究を進め、実践活動を進める必要があるわけです。

まだ伝染病の流行が必ずしも終焉していなかった昭和30年代の初めに、その当時の大阪府が、すでに将来を予見しまして成人病センターの企画を立てられました。その企画で関教授が活躍されたことも思い出します。そして、昭和34年に成人病センターができました。その当時、死亡順位では、なるほど既に脳卒中が第1位、がんが第2位であります、まだ公衆衛生の課題としてはあまり表に出ていませんでした。公衆衛生行政が、公的というようなものを対象として対策をとろうというようなことは、なかった時代です。にもかかわらず、大阪ではそのような対策がとられ、成人病センターが開設されたわけです。来たるべき21世紀の健康問題を考えますと、まさに

必要な手が、今のうちにこそ打たれなければならないと思います。

これからは立見席で

40年間の大阪の公衆衛生の実際の流れと、流れの中に重ねあわせた私どもの研究にふれてまいりました。結論といたしまして、その目的を達することができず辞めることになりました。しかしながら、私は決して悲観しておりません。全国的に見ますと保健所は人が足りなくて、健康づくりの時代が来たと言いながら、実際活動の基本を充実させるのに¹ついておりますね。そういう状態に比べて、大阪では公衆衛生を専攻する若い人が比較的育ってきているわけです。教室におきましても、多田羅浩三助教授を先頭に若い人達が頑張っていて、地域保健活動や都市の健康問題に取り組んでいます。学内、学外をあわせまして、大阪の公衆衛生の発展を、必ずや成し遂げていただけるものと確信をしております。

今、ここに立って、昔のことを思い出しておりますけれども、これからは公衆衛生を、外野の立見席の立場で、やや気楽な立場でありますけれども、見つづけていきたいと思っております。今日は、多くの先生方、学生諸君に聴講していただき、厚く感謝いたします

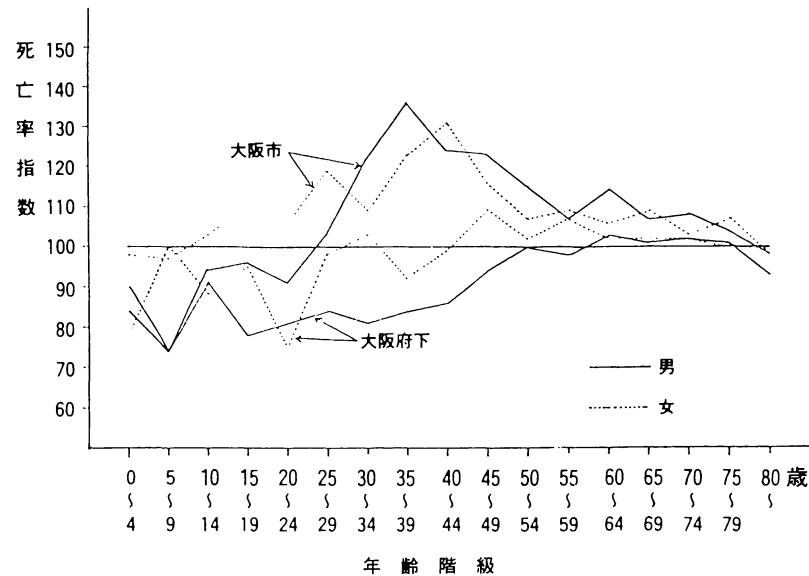
スライド1 男子平均寿命の全国府県順位(沖縄県を除く)

府 県 名	大正 10-14年	昭和 10-11年	昭和 29-31年	昭和 40年	昭和 50年	昭和 55年
神 奈 川	40	22	5	3	2	1
愛 知	32	25	7	4	5	11
京 都	37	28	3	2	3	8
大 阪	42	38	25	12	20	33
高 知	12	7	17	34	45	46
長 崎	3	19	38	43	38	45
宮 崎	1	2	29	35	37	40
鹿 児 島	2	6	27	22	43	43

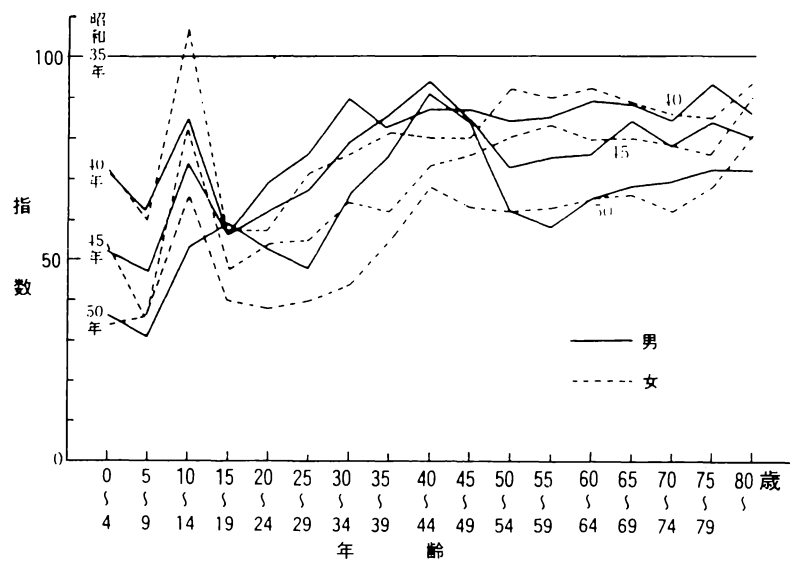
スライド2 (省略)

スライド3 大阪市・府下死亡率指数 年齢(5歳階級)男女別

(昭和50年・年齢5歳階級・男女別 全国死亡率100)



スライド4 死亡率指数、大阪市・年次別(昭和35年、大阪市=100)



スライド5 (省略)