

第二十三回大阪公衆衛生集談会

公衆衛生の実践と大学の役割

磯 博康

座長 小西 正光

日時 平成十八年四月十九日

会場 大阪大学中之島センター

公衆衛生の実践と大学の役割

進行 只今から、集談会としまして『公衆衛生の実践と大学の役割』というテーマで、当教室の新任の磯博康教授から講演をしていたきたいと思います。

座長を愛媛大学医学部教授の小西正光先生にお願いしています。それでは、小西先生よろしくお願いいたします。

司会 只今紹介していただきました愛媛大学の小西でございます。今日は集談会の講演の司会を仰せつかりました。よろしくお願いいたします。今日の集談会は『公衆衛生の実践と大学の役割』というところで、新しく大阪大学の公衆衛生学の教授に就任された磯先生に講演いただくということになっております。磯先生とは、私はずっと一緒に仕事をしておりまして、仲間でございますが、いつも磯君、磯君と言っていますので、磯先生というと、どうも他人行儀になってしまうものですが、時に磯君と言ってしまうかもしれません、失礼ですけれども、よろしく願います。

たします。

講演に先立って皆さん良くご存知だと思いますけれども、ご紹介をさせていただきます。磯先生は、一九八二年（昭和五七年）に筑波大学を卒業されて、当時筑波大学の公衆衛生学の教授をされておられました。大阪大学の公衆衛生同窓会会長の小町喜男先生の教室に大学院生として入学されて、四年後に医学博士の学位を取得されました。その後、フルブライト奨学生として米国のミネソタ大学公衆衛生学疫学教室に二年間留学されて、ミネソタ大学での公衆衛生学修士を取得して、一九八八年九月に帰国されて、大阪府立成人病センター集団検診第一部、この当時飯田先生が部長をされておりました。その時私も一緒にセンターにいたわけですけれども、その成人病センターのほうに入られた後、そこで循環器疾患の疫学と予防に従事されたわけです。一九九〇年の四月から小町教授の筑波大学のほうに戻られて、その時は嶋本先生が助教としてございましたが、講師として筑波大学に赴任されて、それから後、一九九三年に助教、それから二〇〇二年に筑波大学の公衆衛生学

の教授に就任されております。二〇〇五年の七月一日から大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学の教授に就任されたという経歴でございます。なお、一九九六年三月から一年間は米国のハーバード大学医学部客員准教授に就任されておられます。こういうような略歴からもおわかりいただけると思いますが、磯君は小町喜男先生の指導のもとでずっと一貫して循環器疾患の疫学、そしてそのエビデンスに基づいた予防活動を地域で実践されてこられました。今日は『公衆衛生の実践と大学の役割』と題して、これまでの活動の一端を紹介していただくとともに公衆衛生の今後のあり方、そしてその公衆衛生を推進していくためには大学はどういう役割を担うべきかについてお話しいただけるものと思います。それでは磯先生、よろしく願います。

磯 只今紹介にあずかりました公衆衛生学の磯です。本日は『公衆衛生の実践と大学の役割』というタイトルで講演させていただきます。

公衆衛生学の定義は色々ございますけれども、多田羅教授の退官記念の集談会で御講演されたHoland教授は、「社会の人々、集団の健康を増進して、病気の負担を軽減し、健康水準の格差を是正して、地域、職域、国、地球レベルでの健康の脅威に対処するための組織的な活動を実践、評価する学問である」と、定義をされております。

それを私なりにまとめてみますと、関教授から朝倉教授、多田羅教授と三代にわたりまして、本大学の公衆衛生としては、社会制度、保健医療、福祉の制度、行政とが一体になってどういう方向性で進むべきかということを研究されて来られました。私は先ほど紹介にありましたように、主に循環器疾患を地域でどのように減らしていくか、予防していくかということ、生活習慣病に関する疫学研究と予防活動を行なってまいりました。一方で、社会要因、教育水準、心理要因、職業、経済、文化、昨今色々な格差が叫ばれておりますが、こういった社会要因というものが健康を規定する上で非常に大事になっております。これらの要因は、それぞれお互いに影響をしてお

りまして、さらに健康に影響を及ぼすということと言えると思っています。

私が、先程の紹介にありましたように、公衆衛生学と出会い、小町喜男名誉教授から脳卒中の予防、実践、地域医療をいうことを学びまして、その後ミネソタ大学に留学しまして、アメリカ流の疫学も学ばせていただきました。その時小町喜男先生とミネソタ大学のBacklund教授が親友で、ミネソタ大学でも地域の心臓病の予防対策を大々的に行っていました。そこで米国の予防対策の評価についても勉強をしてみました。

その後筑波大学に参りまして、五、六年したところで、ハーバード大学のほうで栄養疫学を中心とした生活習慣病の疫学について大規模な研究に携わりました。

こういった流れのなかで、勉強、経験し、そして実践してきた研究テーマであります、「循環器疾患の予防をどうやってやっていくか」ということを中心にお話ししたいと思っております。

日本人において循環器疾患の中で脳卒中は、小町先生の時代から非常に大きな問題でした。

今では脳卒中の死亡順位が三位になっていますが、寝たきりのこととか、医療費のことを考えますと、高齢化社会において、脳卒中の影響はまだまだ大きいといえます。これまで小町先生、嶋本先生ら、先代の先生方が非常に精力的に研究されて、日本人の脳卒中の原因を追求されました。そして実際に減らす方法を考えて、その方策を評価されてこられました。これはわが国での循環器疾患の予防医学の分野での先駆的な仕事でありました。私も大学院時代より、研究に加わって参りました。さらに今後の問題ですが、高齢化社会で脳卒中予防をさらに進め、その社会的負担の軽減を図りながら、欧米人に多い心筋梗塞を今後日本人で増やさないということが、循環器の分野における非常に大事な課題だと考えております。

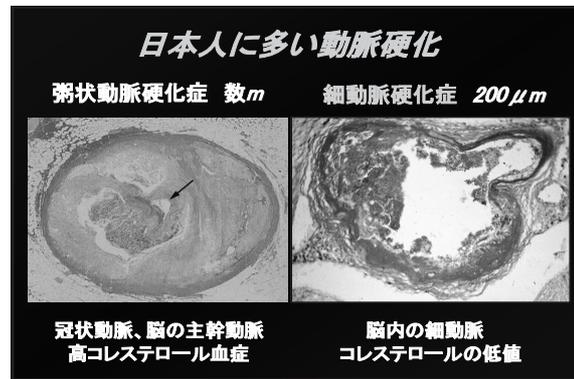
これは、座長をしていただいている小西先生のほうから提供していただいた脳の断面図(図1)ですが、ここにありますように、脳の表面に分布する中大脳動脈、その中大脳動脈の起始部から細いはけ状に脳の基底部に分布する穿通枝系動脈が分かります。日本人に

図1



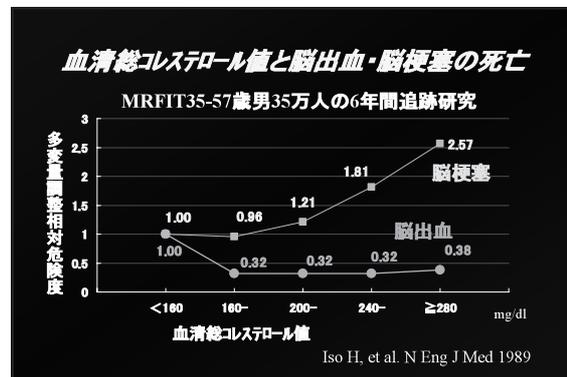
多い脳卒中中、脳硬塞は、脳出血も含めて、この細い動脈に好発します。脳の表面の動脈にはせいぜい二割くらいしか起りません。欧米では逆にこれが六割ぐらいで、このことが日本人と欧米人の大きな違いです。教科書の多くは心臓の冠状動脈における粥状動脈動脈硬化を強調しております。欧米人に多く、高コレステロール血症が主な原因となる病態です。脳の主幹動脈にも起りますが、実際日本人で脳卒中が多発していた本当の理由は、この脳内の細動脈における動脈硬化です(図2)。

図2



していることが小町先生によって初めて提唱され、秋田住民の疫学調査により示されましたが、その後数々の疫学調査により確かめられていきました。これは血管の中膜、平滑筋層がほとんど少なくて無くなっておりまして、血管腔がこういうように、ぐーっと膨れて上がって、弱くなつてそして、これが破れて脳出血を起こすと、そういった病態です。それで私がアメリカに行ったときに、ミネソタでMRFITという非常に大きな追跡調査がありまして、血中のコレステロール値と脳出血の関連を分析する機会を得ました。小町

図3



先生を初めとする諸先生方がすでに日本人において発見された関連ですが、私はアメリカに留学して、アメリカ人においても同じことが起っているのではないかという仮説のもとで分析したところ(図3)、やはりコレステロールが一六〇160mg/dl未満と低いところでおいて発見された関連ですが、私はアメリカに留学して、アメリカ人においても同じことが起っているのではないかという仮説のもとで分析したところ(図3)、やはりコレステロールが一六〇160mg/dl未満と低いところ

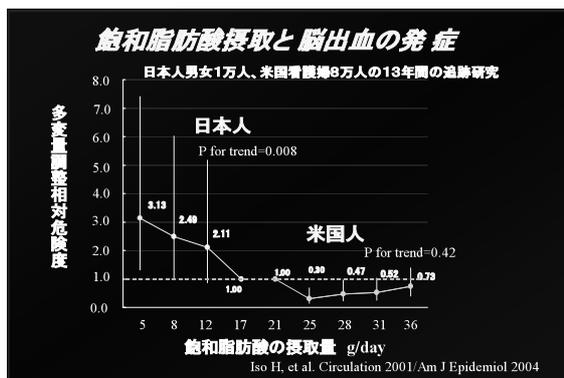
脳出血が多く起こることがわかりました。一方、欧米人の脳硬塞はコレステロールが二四〇mg/dlを越えるあたりでリスクが高くなる

ことがわかりました。

それから一〇年後、ハーバード大学と共同研究で、今度は血中のコレステロールの前段

階である食事中の飽和脂肪酸、肉の脂身に多く含まれているものですが、それと脳出血の関係を見ました(図4)。米国人のナースへ

図4



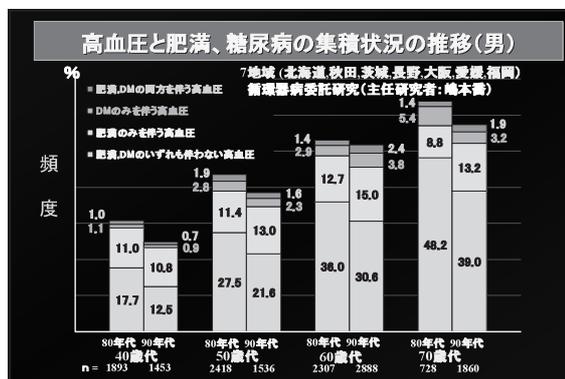
ルススタデイと言って、看護師さんの追跡研究ですが、やはり同じようなパターンで飽和脂肪酸が低いところで脳出血のリスクが上がる、日本人においては飽和脂肪酸の摂取が米国人に比べて非常に少なく、摂取量が少ないほど段階的に脳出血のリスクが上がるということが示されました。

こういった研究がきっかけになって一九九〇年、米国SNHのLow Cholesterol Conference

というのがありまして、小町先生、小西先生と私の三人で出席しました。その時議論されたこれまでのエビデンスが、『Circulation』、『BMJ』等でまとめられております。Law博士が『BMJ』の一節に、「血中のコレステロールが低いということは、多くの場合の死亡に関しては原因ではなく結果であるが、脳出血に関してはそうではない」ということを明言しております。このことが、またきっかけになってオックスフォード大学のメタアナリシスが現在進行しております。

もう一つ、疫学研究のトピックスとして本日お話ししたいことは、脳出血が、肉の摂取量の非常に少ない日本人で多発してきたという点です。昔の秋田では脳出血が非常に多かったという特徴があったわけです。それが現在は日本人の生活習慣が欧米化していると言われますが、日本人全体が欧米化しているわけではありません。男性の中年期でBMIが増加しており、この性、年齢層での欧米化が懸念されます。これは嶋本先生が主任研究者で国立循環器センターの委託研究を行った成績(図5)ですが、全国7つの地域で、四〇

図5



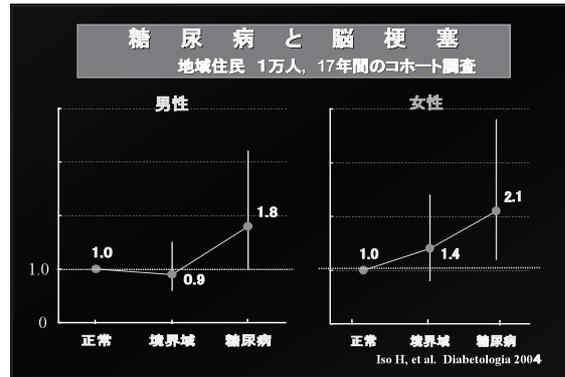
歳代、五〇歳代、六〇歳代、七〇歳代別に、八〇年代から九〇年代にかけて、肥満、糖尿病をいずれも伴わない高血圧(棒グラフの一番下の部分)、いわゆる伝統的なタイプのみ、主として塩分過剰タイプの高血圧ですが、それが非常に多く減っています。ところが、肥満とか糖尿病を伴うタイプの高血圧は余り減っていない。むしろ少し増加しています。ただ、ここで注意していただきたいのは、まだまだ日本人においては、肥満、糖尿病を伴わないタイプの高血圧が多い点です。

これは、大阪府立健康科学センターの先生

方と共同でやっている研究ですが、約一万人追跡調査で、やはり糖尿病は脳梗塞のリスクになる、二倍ぐらいいリスクを上げることが分かりました(図6)。

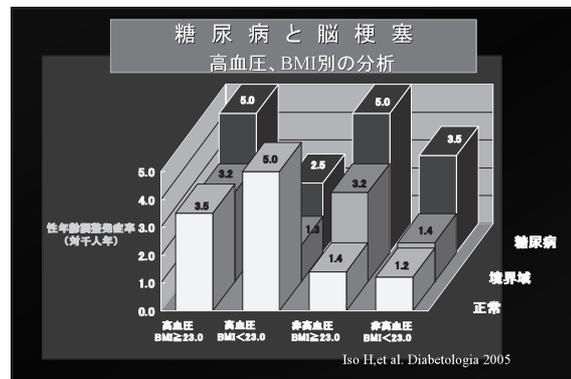
さらにここで大事なのは、正常、境界域、

図6



糖尿病の脳梗塞に対するリスクの影響は、非高血圧者でかつ、肥満気味の群で非常にきれいに表われます(図7)。逆に高血圧があったら肥満していない群では凸凹して糖尿病の影響がほとんど見られません。今後さらに日本人の血圧値レベルが下がってきて、肥満度が上がってくると、この糖尿病の影響が大きくなる

図7



なってくる可能性が出てきます。

そういう意味で、循環器疾患の予防を考えるならば、日本人全体として行うものは、やはり、減塩や栄養のバランスに関する教育、それは、色々なメディアを使ったり、検診で行なったり、医療機関での外来で行なったりしていかなくてはいけない。肥満、運動不足に関してはまずは中年男性にターゲットを絞って、検診や医療機関の外来で教育を行なっていくことが、まずは大事だと思います。たばこに関しては、成人病センター調査部の大島先生が本日いらっしゃいますが、煙草は地

域全体の問題で、大島先生らの非常に熱心な活動によって今度、法的な規制までもってこられました。禁煙、喫煙予防の環境を整備する、そして禁煙外来が大切となります。

小町先生は一九六三年より、秋田県の井川町で検診を中心とする循環器疾患の予防対策、さらに、大阪の八尾市でポランテアを中心とした、予防対策を全国に先駆けて進められ、この二つが全国の循環器病予防のモデルとなったことは皆さんご存知のとおりです。私は筑波大学の大学院生のときから、茨城県の協和町において、Blackburn先生との交流を通してアメリカ的なメディアを活用して、一次、二次予防も一緒にやるような予防対策を行なってきました。それについて、かいつまんでお話ししたいと思います。

井川町、八尾市、協和町で行ってきた対策は、疫学研究で言いますと地域介入研究ということになります。臨床研究的なRCT (Randomized controlled trial) は、因果関係を立証したり、予防効果を判断する上で精度の高い方法と言われますが、あくまでも理想的な条件下での効果(効能)を見るものであり、現実の条件

下での介入プログラムの評価ということになりますと別問題です。公衆衛生学的には現実の条件下での評価が非常に重要になります。

こういった疫学的評価を茨城県の一万七〇〇〇人の地区で行ってきました。

これが脳卒中対策のモデルですが、保健から医療、福祉、この三つが密接に連携しないとなかなか上手くいかないということを、私は小町先生、嶋本先生に大学時代から教わってまいりました。高血圧の予防、そして検診で早期に高血圧者を把握し、指導、管理する。そこでも収まらない場合には高血圧の治療を行なって、そこでも収まらない場合は早期に脳卒中の治療を行なう。そこでもやはり脳卒中発症者の「ぐらゐ」の方は福祉のケアが必要というかたちになります（図8）。例えば、協和町で言うと、人口一・七万人全員が高血圧自体の予防の対象となります。高血圧の早期発見となりますと、その対象は、七〇〇〇人。治療になるとその対象は約一〇〇〇〇人。次の段階は人数が、がくつと減りますが、脳卒中の発症者は約三〇〇人、要介護者は約四〇〇人になります。それぞれ段階で期待される効

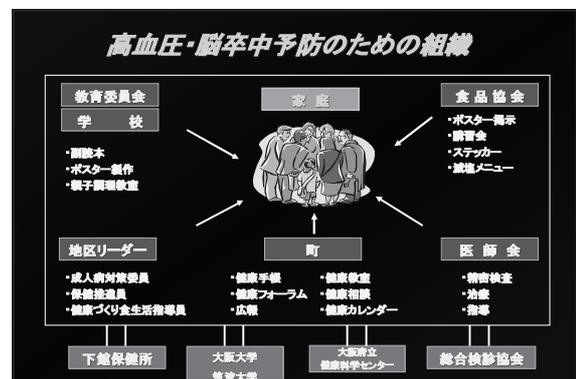
図8

高血圧・脳卒中予防対策		
保健・医療・福祉の連携		
保健 一次・二次予防	医療 二次・三次予防	福祉 三次予防
高血圧の予防	高血圧の早期発見と管理	高血圧治療
健康教育 減塩キャンペーン	健診とその後 の指導	脳卒中の急性期 治療・再発防止
全住民 1.7万人	40歳以上 7千人	医療機関の受 診勧奨・通診
住民の意識の 向上と 食塩摂取量の 低下	血圧レベルの 低下	救急医療システム
		脳卒中発症 年間 30人
		高血圧のコン ロール状況の 改善
		脳卒中発症率 の低下
		脳卒中患者の 77
		脳卒中登録 地域77システム
		脳卒中による 要介護者40人
		脳卒中要介護者 のADL・QOLの 維持・向上

果はここに示した通りですが、ここで私が強調したいのは、現在福祉が非常に騒がれていますが、やはり、この負担を少なくするために、医療の負担を少なくするためには、その前の保健で抑えるといったように、それぞれで抑えていかなければ、なかなか全体として上手くいかないということです。

これが協和町の脳卒中半減対策の組織ですが、様々な組織すなわち、町、学校／教育委員会、食品協会、住民組織、保健所、大学、大阪府立健康科学センター、検診協会が協力

図9



して脳卒中の予防を行ってきました（図9）。例えば減塩キャンペーンですが、現在ですとテレビとかでやっておりませんが、町ではそういったお金はないので、垂れ幕、ポスター、カレンダー、立て看板、健康手帳、広報、健康まつり等で目の触れるところに置いておく。キャッチフレーズは「塩をかけず手間暇かけて愛情料理―豊かな食生活は脳卒中予防の基本です―」等、ちよつと字余りですが、こういったキャッチフレーズを色々なところに置いてあります。

これが垂れ幕です。町の庁舎の上の方に設

図10



置してあります(図10)。これは立て看板、
 これが、ちよつと洒落たポスターですが、二
 年前に筑波大学の芸術の先生と一緒に、
 「協和元気ちゃん」という、協和町の頭文字
 のKを象ったポスターを作りました(図11
)。「薄味でね」と呼びかけています。これ
 は、健康カレンダー(図12)、住民の活動
 のスナップ写真を入れたり、キャッチフレー
 ズを入れたりしております。

これは、筑波大学の助教授、谷川先生が映
 っていますが、検診の結果説明会の風景です
 (図13)。検診の結果の通知を郵送するの

図12



図11



ではなくて、こういったかたちで説明をする。
 これは非常に良い健康教育の機会です。
 これはウォーキング教室(図14)。どこ
 でも行っている行事ですが、こちらの協和町
 では大々的に行っています。最初は四〇〇人
 来て、それ以降も二〇〇人前後の方が毎回、
 年四回ウォーキング教室に参加しております。
 学校です。こういった学校での、減塩や栄
 養のバランスの教育というのは早いうちに小
 学生からやっていかなければいけないという
 ことで、健康副読本を教育委員会と一緒にな
 って作って配給をしています(図15)。

図13



図15



図14



これは検診の受診勧奨用のポスター（図17）。これは、例えば駅前、郵便局、スーパーマーケットのレジのところに、多数をかためて置くことで、非常に目立つようにしております。

これは夏休み親子調理教室（図18）。毎回一五〇人ぐらいの親子がこういった減塩で且つ栄養のバランスの取れた調理の実習を受けています。

図16

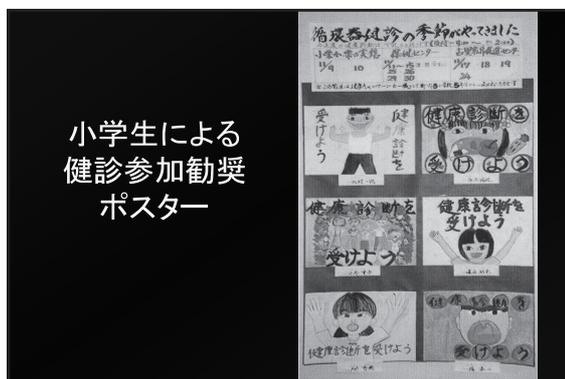


これは授業風景で、例えばポテトチップスの中にどれぐらいの塩分が含まれているかとみんなで勉強をしているところです（図16）。

図18

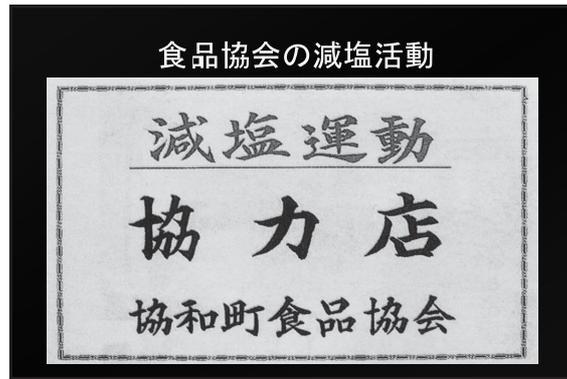


図17



食品協会でも減塩のメニューを提供するということで、ちよつと古いステッカーですけれども、これは減塩協力店の表示です(図19)。

図19



またこの新しいものは、芸術の先生とタイアップしまして、ちよつと洒落た減塩というキャンペーン協力店「皆様のお好みの味付けに調整しますのでお申し付けください」というメッセージが書かれています(図20)。

地区リーダー(図21)。これは、小町先生、嶋本先生の大学時代から、男性の組織と女性の組織が、それぞれ六〇人ずつ一緒にな

図20



図21



って頑張るということで、このスライドの風景は検診の受診勧奨をするために皆さんで話し合っているところです。

地元の医師会にも積極的に参加していただいて、年に二回、生活習慣改善、成人病予防の会議、地域ケアの福祉の部分については、年に十二回に渡って会議に参加し、予防対策の協議を通して、保健指導、精密検査、治療等を行なっていただいています。

対策の成果をざっと示します。これは味噌汁の塩分濃度が全世帯でだんだん低い方に移動しているということを示しています(図22)。尿中食塩排泄量、24時間蓄尿検出をだいたい一〇分の一ぐらいの受診者に行っているのですが、特に高齢の女性では平均で1日食塩排泄量が九グラム以下に減っております(図23)。

血圧値も最大血圧、最少血圧、いずれも大きく減っております(図24)。また、高血圧者に関して最初の時は薬を飲んでいてもなかなかコントロール率が悪かったのですが、健康教育の効果も含めてコントロール率が非常に良くなってきました(図25)。一方、

図 2 3

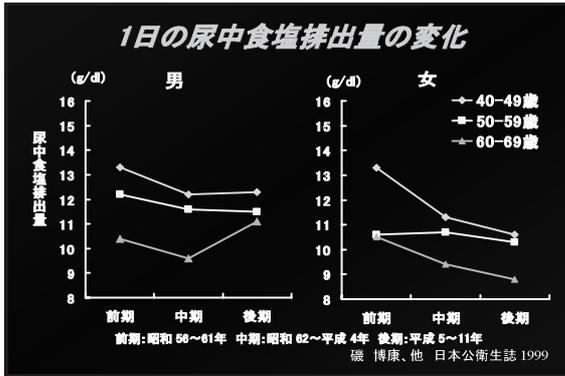


図 2 2

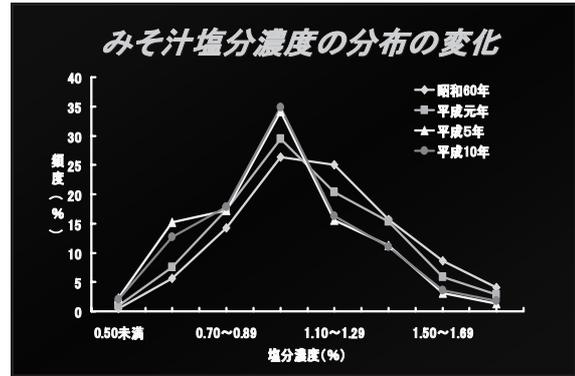


図 2 5

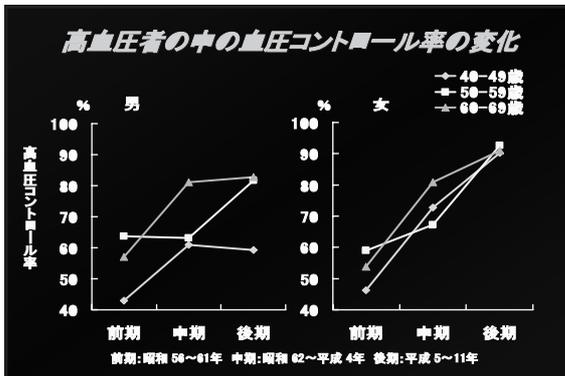
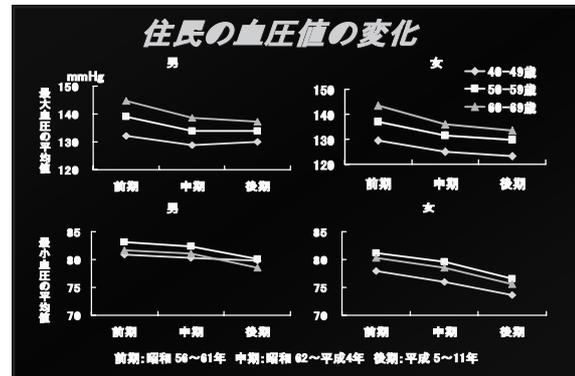
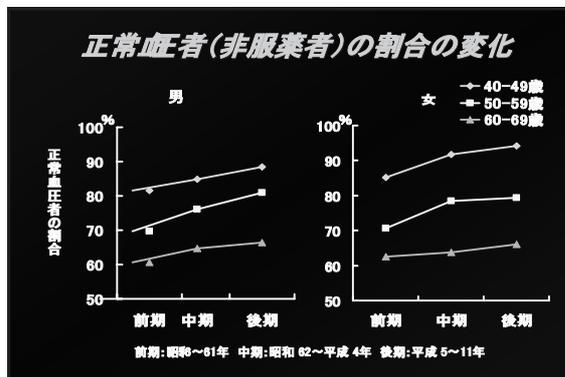


図 2 4



心とした予防活動によるものと考えられます。脳卒中。これは、三〇から六九歳、七〇歳以上の男女とも、このように減ってきておられます。男女とも約四割減りました(図27)。これは寝たきりの数です(図28)。脳卒中による寝たきりの数は、初期は約四〇人でしたが、二五人前後に減ってきております。最近一〇年間でその数が少し上がっているようですが、この間、老人人口が約二倍になっておりますので、老人人口で割った割合でみま

図 2 6



血圧の薬を飲まない方でも正常血圧の人が増えてきました(図26)。これは減塩等を中

図 2 8

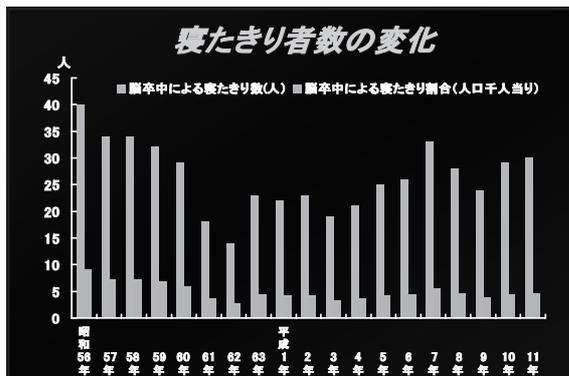
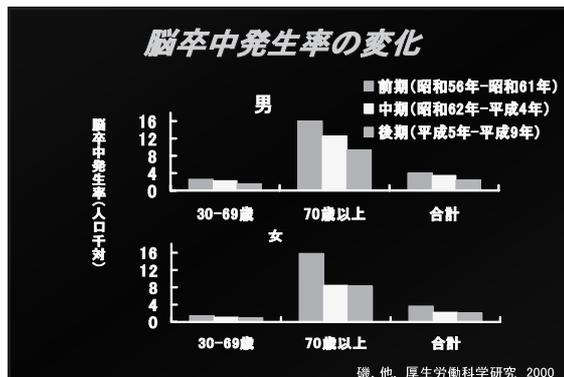


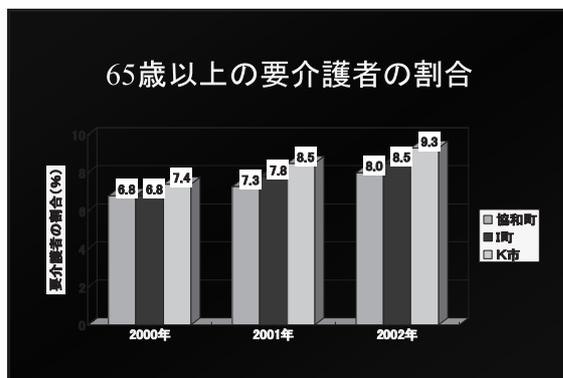
図 2 7



さらに国民健康医療費を近隣同じ医療圏での地域との平均の比較をしますと協和町では約五パーセント、年間で一万円少ないということが分かりました(図30)。

医療費は、一〇年を越える頃から差が出てきます(図31)。保険加入者がこの町では約八〇〇〇人おりますので、約八五〇〇万円

図 2 9



すと大体ほぼ同じ、ですから、最初に比べてやはり四割減少しております。

これは介護保険のデータですが、協和は、他の市町村に比べると要介護者の割合が低く推移していることが分かります(図29)。

図 3 1

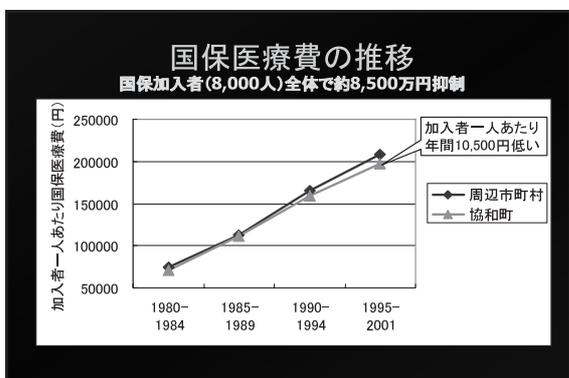
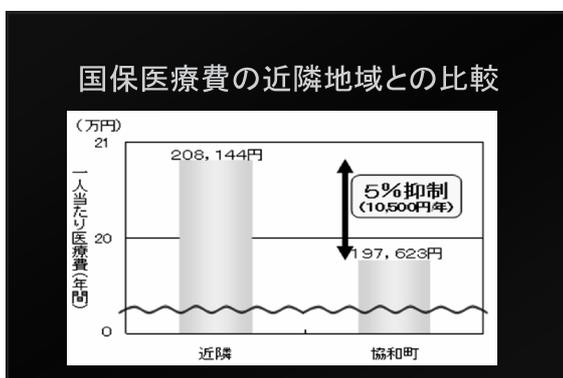


図 3 0



の抑制となる計算になります。

同じように井川町でも同様の計算をしましたら、約七〇〇人ぐらいの人口で三〇〇万円ぐらいの抑制がかかっていることがわかりました。

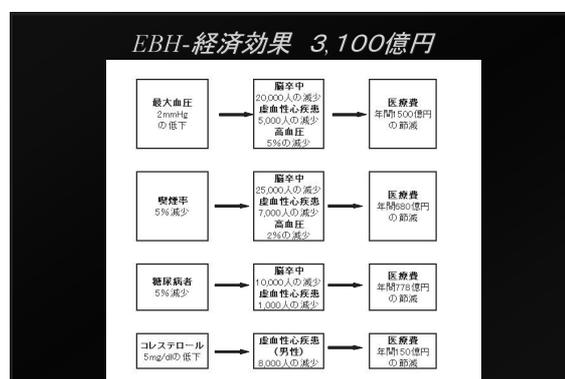
こういう意味で、医療費の節減まで持つていくのは時間がかかるということが分かりますが、予防対策を積極的に継続的することによって医療費の影響がかなりあるということも分かりました。

ここにお集まりの諸先輩方は、成人保健、精神保健、母子保健等、様々な分野でご活躍されておられますが、私どもの成人保健で言いますと、歴史的には一九八〇年に「健康づくりモデル事業」として、市町村の、保健センターを拠点とした活動。それが一九八二年に保健と医療を合わせて老人保健法ができて、二〇〇〇年になりますと、保健のところが健康日本21、さらに健康増進法ができ、一方、福祉のほうは介護保険が開始されました。最近では医療のほうも含めて介護予防という言葉も出てきております。さらに先生方もご存知のように、国は二〇〇八年を目指して医療

制度改革を進めております。最近では目まぐるしく制度改革が、改革と言えるかどうかは必ずしもわかりませんが、制度の変化が起きているのが現状です。これを目指すためには様々な議論はあると思いますが、私はやはり予防をできるだけ充実させて医療に行く人たちを減らしていく、医療では福祉に行く人を減らしていくということを、重構造的に実践しなければいけないと考えております。先ず元を断って福祉に行く人をできる限り減らすことが、我々の公衆衛生の分野では非常に大事だと考えております。

これは経済産業省の研究会で私が昨年、行ったことですが、いわゆるEvidence-Based Healthcare、公衆衛生活動について文献検索を行いました。例えば国民の最大血圧の平均値を二ミリ低下させた場合には、脳卒中がこれだけ減少する、その結果医療費として年間約五〇〇億円の節減になると試算できます（図32）。喫煙率、糖尿病、コレステロールについても同様のことをやりますと、合計で約三〇〇億円の節減になると試算できます。先ほどの協和町のデータでありましたよう

図 3 2



に、脳卒中予防が全国の脳卒中多発県（全国の四分の一ぐらい）で協和町と同じように行なえたと仮定した場合には、年間約二〇〇億円前後の、節減につながることが算出できます。現在、医療制度改革において国民健康保険が毎年約三〇〇億円の赤字だと言っていますが、その七割ぐらいは補ってしまっているのが、予防の力だと私は考えておりますし、今後とも公衆衛生学教室として諸先生方とも議論しながら全国的に唱えていきたいと考えております。

大阪大学のモットーはご存知のように、「

室の発展にご支援いただければ誠にありがとうございます。存じます。ありがとうございました。

司会 どうも磯君、ありがとうございます。

これまでの研究成果と、それから予防活動、非常に短い時間にコンパクトにまとめていただきましたけれども、それと今後の抱負について語っていただきました。

ここで会場の皆様からご意見をいただきましたのですが、予定の時間がほとんどございませぬ。ちょっと絞らせていただきたいのですけれども、私も大学で公衆衛生学の教育、研究に従事しているのですが、それらを進めていく上で最も大事なことというのは、やはり行政機関との連携、共同作業。これは、私は愛媛県ですが、県、保健所、そして市町村、保健センター、こういった方々と共同作業というものはものすごく大事だということはつくづく感じております。そういう意味で、是非、行政の立場から今度新しく教授に就任された磯君に、こういう大学にこういう要望をするとか、期待するとか、あるいは何らかの助言とか、あるいはエールを送っていただけ

れば、大変ありがたいと思うのですが、いかがでしょうか。

先生、よろしいですか。

高杉 大阪府の高杉でございます。今日は磯先生が、僕は久しぶりと言ったら語弊がありますが、本当に地域の健康ということを実践活動を通じたお話を聞きまして、なおかつ我々行政は、まさに地域での公衆衛生の実践そのものをやっておるんですが、なかなか思うにまかせない。あるいはその解析を含め、評価も含めですね、エビデンスがなかなか上手く、ちゃんと発信できないというふうな部分もあって、齒軋りしているところも一部ございます。もちろん行政のスタイルが府県であったり、市町村であったりという、すぼっと一元的に話が通らないところもあることはあるんですが。しかし、今日お話を聞くと、逆に我々に強いエールも含めておっしゃっていただきました。久々に同じ基盤に立ってお互いが連携協力しながら、我々はマンパワーもありますし、色々な意味で協力できる機関ができたというふうなことで、非常に嬉しい

と思っております。ですからこれは我々の注文ではなくて、是非、大阪大学の公衆衛生学教室と一緒に、また、人の連携や交流も含め、是非、一生懸命頑張りたいと思います。今日はありがとうございます。

司会 どうも高杉先生、ありがとうございます。もうひと方がいいでしょうか。そうしたら、座長権限で指名させていただきますが、循環器の疫学の公衆衛生活動を現場でやってきて行政に入られたということで、高山先生、どうですかね。両方見てきた中で、これからまた一緒になって活動していただかないといけない。

高山 今、副知事が全部おっしゃいましたのですが、僕は本当に実践もやった人間として、非常に精緻に展開されて、それを評価されて、きちっと示していただいているというところで、今、我々が本当に現場で求めているバックボーンを磯先生に持ってきていただいたかと思えます。是非、エビデンススペース

と、ヘルスケアですね、一緒になって教えて
いただいて、我々も頑張りたいと思います。
よろしく申し上げます。

司会 はい、どうもありがとうございました。
では、あともう少し時間を延ばしていただい
て、研究機関の代表と言いますか、研究面か
らも一つご助言をいただければと思いますけ
れども。先生、よろしいですか。お願いいた
します。

的場 大阪大学医学部法医学の的場です。よ
ろしく願います。研究と言いますと、
我々の研究はもっぱら生きた人間相手ではな
くて、死体を相手に、行ってきました。我々
は、監察医ということで、色々な死因の方の
剖検を行っておりますが、その中でも特に循
環器の疾患で急死された方々の研究をやっ
てまいりました。今回、磯先生が来られたので、
是非、こういう監察で亡くなられた実際の症
例も公衆衛生の中に入れていただいて、共同
の研究をしたいというふうに思っております
ので、磯先生、よろしく願います。

司会 どうもありがとうございます。今、大
学が独立法人化でたいへん厳しい状況になり
まして、私もものすごい厳しさにさらされて
いるのですが、その中でも、基礎医学を取り
巻く状況がずいぶん厳しくなってきた、さら
に社会医学というものが非常に厳しい状況に
おかれている。これは愛媛大学だけではない
ように思うのですが。ですから、そうなる
大阪大学で是非スクラムを組んでいただいて、
公衆衛生、衛生学、法医学、こういった昔か
らの社会医学系と言われている講座の連携を
保ちながら、大学内部でしっかりとした位置
づけをしていただくといいことが大事になっ
てくると思います。

司会 それでは森本先生一言お願いします。

森本 一言、言わせていただきます。どうも
遅れまして申し訳ございません。磯先生、ど
うも立派なご講演ありがとうございます。隣
で衛生学講座をしております森本と申しまし
的場教授が社会医学についてお話になりまし

たが、社会医学の中で衛生学と公衆衛生学は
ご存知のように、双壁です、どちらがどうな
ってもやはり上手くない。今度、本当に
我々は幸運でありまして、磯君が公衆衛生学
講座に招聘されました、私も、これからの社
会医学が伸びていくことに期待しておりま
す。衛生学はどちらかと言うと基礎社会医学
ですね。現在、医学という広い範疇の中でど
んどん進んでいる新しい学問体系です。どの
ように社会へ活かすかを、今ありましたよう
に予防、あるいは医学の実践にどう活かすか
という、そういう視点の分野でして、ときに
は臨床医学の基礎部隊となります基礎医学と
二人三脚で研究をしております。色々ご支援
いただけるよう希望しております。よろしく
お願いいたします。

司会 どうもありがとうございます。藤本
先生、どうぞ。

藤本 今までの公衆衛生学の分野において、
医療との関係について開業医を中心とした病
院そのものに対しての働きかけというのは、

あまりなかったようですね。大阪府の場合、私自身、今は、現在大島先生に担当していただいているのですが、がん登録という手段を使って、病院の医療そのものを評価することを行ってきました。病院全体の医療を評価できるかどうかはわかりませんが、しかし、僕的に言えば、それは評価できると思っております。大阪以外でそういうことが進んでいるところは全国的に言っても非常に数が少ないようです。公衆衛生の立場から病院における医療というものをどう見ていくかというようなところも含めて研究を進めていただきたい。とりわけ大学における医療の評価ということをどうしたらいいのかということとでございます。お願いいたします。

司会 ありがとうございます。

まだまだ議論があると思うのですが、ちょっと時間が超過しておりますので、あとは懇親会の席で、また色々ディスカッションしていただければというふうに思います。是非また磯君、今日出席された皆様方のご協力も得ながら、大阪を拠点にして、日本、世界の公衆

衛生をリードしていただきたいと思っております。期待しております。どうもありがとうございます。