

神奈川県学校・腎疾患管理研究会 第28回研究会

日時 = 平成14年9月7日(土)

場所 = 松村・ガーデンホール

◀ 講 演 ▶

「健康者と向き合う医療」

講 師

県立栄養短期大学学長 鈴木 忠 義

「健康者と向き合う医療」

県立栄養短期大学学長

鈴 木 忠 義

1 なぜこの題か

[プロローグ...前書き]

私が大学進学に際し医学部を選んだのは、人並みに臨床医を目指したからです。きっかけは何かといえば母が乳がんで死んだからで、学部2年の時に公衆衛生修学生制度ができ家庭の事情で奨学金を受けることになりました。貸与月数の1.5倍の期間保健所に勤めれば返済の義務がなくなります。その後外科に入ろうと考えていました。にもかかわらず生涯保健所の医師、公衆衛生医として予防医学の実践に終わったのはなぜか。

それは、ポリオの予防接種に立ち会ってその効果におどろいたからです。

インターンを終わってすぐ保健所に入り、最初の仕事がポリオの生ワクチン投与でした。グラフをみていただきたい。

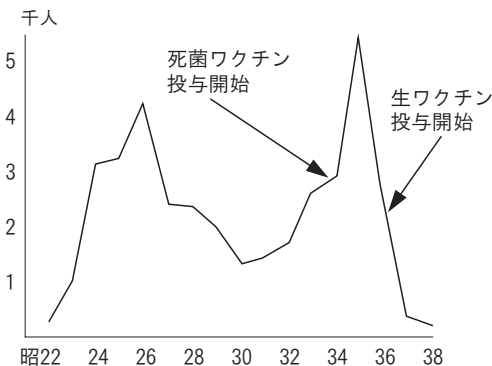


図1 ポリオ患者数・年次別

23年から36年のものです。

終戦後に大きな山があり、届出伝染病になりま

した。このころ僕の同級生が死亡しています。その後やや沈静化したが33年から再び上昇、34年の増加を見て開発間近の死菌ワクチンを投入しましたが、発生曲線の上昇は止まらず35年の大発生を迎えてしまいました。国内の研究と生産態勢では間に合わなかったのです。ついに年を越え再び患者発生は上昇を始めしかも前年を越える勢いを見せました。ここに至り時の厚生大臣古井喜実さんはカナダとソビエトが生菌ワクチンを開発済みと聞いてただちに緊急輸入を決意しました。

外国が開発した薬を輸入し、使用するには国内で薬事法の定める臨床試験が必要です。それを待つてはいられない。薬事法は無視する。両国は快く応援増産を承知し6月中旬に届きました。当時全国800余の保健所が許認可等の業務を除きサービス部門を閉鎖、乳幼児から小学校、中学校の生徒へと全国一斉に投与がはじまりました。

ポリオは腸管感染症で赤痢患者発生曲線と類似の5、6月から上昇し8月末にピークを迎え下降し冬は沈静します。

当時の接種活動を少し紹介します。

勤務地の藤沢保健所は接種班を7～8班編成した。お前は一番若いから責任者をやれといわれた。ワクチンは外国の好意による緊急輸入で数は限られていて無駄にできない。午後の接種業務から帰ると夜に掛けて翌日の会場毎の対象者数を住民登録から数を拾いワクチンの個数を全部勘定した。ソビエトのボンボンと称したが実態はコンペイトウのようだった。ボール紙の箱に裸で入っている。数はバラバラで92～103ぐらい入っている。多ければ良いが少ないと困る。仕方がないからシャーレにあけて数えた。すると砂どとかワラ屑が出てく

る。日本の薬事行政では考えられないが彼等に言わせると口から入るんだから少しぐらい平気だよということらしい。びっくりした。一方カナダのはシロップと称してバイアルに50cc入っている。

当時は薬事法無視の医療行為だから事故はおこせない。予防衣を着てマスクをかける、キャップもかぶれという。6～8月の季節だから汗だくだ。しかもシロップはピペットで計れという。砂糖水の濃いやつをピペットでは吸い上がらない。仕方がないから20ccのピストンで出し入れしていたら監督にきた県庁の女医さんが、あなたそんな不正確なことでもいいんですかという。冗談じゃないピペットでは出来ない。

そうこうしていると患者発生が下向きになった。

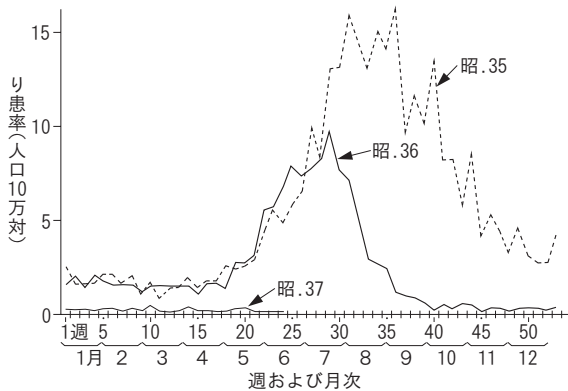


図2 35、36、37年、週別ポリオ患者発生数
(伝染病週報)

35年のグラフに追隨して36年も6月7月と上がってきた。ところが6月下旬多分27・28日頃だと思うがワクチン接種をはじめた。2週後に患者発生はガクンと落ちてきた。10月はもう患者発生はほとんどなく、37年に続きます。この経験で集団を扱う医学があることを知りました。

現在、日本の人口は1億2千6百万人、その中で入院患者は一般病床は100万、精神病床は30万、計130万床は外来患者はその5倍くらい。合計約830万人の患者に対して臨床の先生中心に取り組んでいます。その医療費は約30兆円です。一方予防医学関係はというと、国の予算は保健衛生費といいますが6000億円くらいです。しかしその3分の

2は屠場や火葬場などの建設費で純粋に保健衛生には2000億円くらいです。このほか地方の支出が5倍として、合計1兆2千億円、医療費の25分の1。

日本の医師 約23万人、このうち公衆衛生医は2,000人。115分の1、1%に満たない。にも拘らずさきに見たようにポリオの患者を減らせるではないか。もちろん従事者の問題ではなく医学がそれだけ進歩したということなのだが、人口集団を病人と健康者に分けて議論してみようというのが今日の話です。

2 健康者とは

(1) 『健康』の二義

「健康」の二文字は「元気」と同様にその人の身体的、精神的、社会的な状態を意味する(とくに問い掛けの場合 - 広義 - とその状態が良好の場合 - 狭義 - がある。

(2) 健康の概念

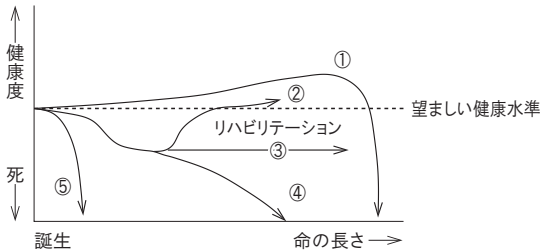
常俊義三：国民の健康状態に関するデータの現状(環境研究 46, 66～79; 1983)によれば、福田邦三先生は『健康の概念の推移』(日医会誌17, 1071～1072; 1968)として「健康とは、病気でないことである」(ガレン; 紀元2世紀)から、次第に文化的に成熟して段階的に「病気の反対語としての健康」、「わずらいのない身体的状態としての健康」、「環境要素を含めた健康」などさまざまな言い方を経て、最近では「心身好調な生活の姿としての健康」、「身体、精神および社会に対するすべて好調な生活の姿としての健康」などと使われると整理されたことを紹介しています。

この最後は、WHO(世界保健機関)の定義そのものです。

『健康とは、身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態であって、単に病気や虚弱でないだけではない。一般にはここまでですがさらに『及ぶ限り最高の健康水準を享受することは、人種、宗教、政治的信条、経済状態の如何を問わず、すべての人間の基本的権利である』と続きます。私は現在、栄養士養成に携わって公衆衛生学の入り口で「健康は基本的人権」をしつこく講義しているのですが、試験の答えに健康=基本的人権を

正答するものは少ない。

さて私の考える健康ですが、稚拙な図で恐縮ですが紹介します。30年前に作って住民の健康教育でよく使ったものです。



- ① 健康で迎えた死 幸福な死
- ② 病を得たが回復した
- ③ 病を得たが完全な回復ではない
目下リハビリテーション中
- ④ 長い病の末に死んだ
- ⑤ 不幸にして幼時に死んだ

図3 健康の幾つかのパターン

健康の度合いが縦軸です。真ん中どこかに望ましい健康水準があります。横軸に命の長さがありますが長寿、もしくは平均寿命と考えてもよい。……(点線)部分の上は健康な状態、下は不健康状態です。はずーっと上だけで過ぎる時、ずっと死ぬ。これは幸福な死です。ところが は病を得たが回復した。 は完全な回復ではない、目下リハビリテーション中、長い病のうちに死んだ。 は不幸にして幼児に死んだ。ということです。

これに対して医師はどのように対処しているか。下の部分を臨床医学領域、上の部分は予防医学領域と考えられる。だが臨床医も上のもに目配りし、下に落ちないようにしてほしい。

私の考えでは、人々は本当は上の部分で生涯を過ごしたいと考えている。だが不幸にして下に行く人もでてくる。では国民は自分の健康をどうとらえているだろうか。

(3) 健康者の割合

国民の自覚による健康状態、及び病気があると認識している割合、その結果医療を受けている割合は以下のようです。

表1 自覚による健康状態

	よい	普通	わるい
昭和43年	23.8	60.7	15.5
52	23.8	60.5	15.7
53	25.2	60.1	14.7
57	24.0	60.7	15.1
61	24.0	62.5	13.5
		あまりよくない	あまりよくない
		まあよい+ふつう	+よくない
平成04年	34.5	54.1	9.5
07	33.7	55.8	8.8
10	27.5	58.8	10.7

「保健衛生基礎調査・国民生活基礎調査」

61年までは全国民、全年齢層のサンプルに質問
61年以降は設問が少し違う。

- 1) 『よい』(健康者)は25% 昭和62年から上昇し、再度下がっている。
- 2) 『悪い、よくない(+あまりよくない)』は15%前後で推移。昭和62年頃から下降。この数字は20年間不変。
- 3) ところが平成に入って調査の設計をかえたので平成4年以後の数字『よい』が10ポイントほど上がり、『悪い、よくない(+あまりよくない)』が8ポイントほど減少したが平成10年やや増加。これは国民の自覚が少し変わったのかもしれない。

表2 有病率・受療率・有訴率

	有病率	受療率	有訴率
昭和30年	3.79%	3.30%	
35	4.69	4.80	
40	6.36	5.91	
45	9.36	6.99	
50	10.99	7.05	
55	11.04	6.85	
60	14.52	6.49	
61			24.8%
平成05年		6.75	
07			28.3
10		7.00	30.5

(国民健康調査)(患者調査)(国民生活基礎調査)

4) 有病率は調査開始時の4%弱から徐々に上昇して来たが昭和55年頃から急に増加し62年から「国民生活基礎調査」の有訴率を使ってほぼ同じものとして扱うと急に跳ね上がって25~30%になる。でてきた数字は極端に違った。これは調査内容・表現が変更されたことが大きい。数字だけでは分かりにくいのでグラフにします。

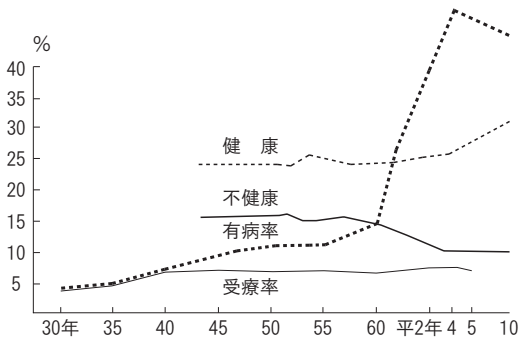


図4 健康度・有病率・受療率

健康は40年代半ばから60年頃まで25%前後、平成に入って35%、最近は少し低下。不健康は15%を続けて平成になって下がってきて最近は少し上向きだが日本人の実態かと思っている。

一方、受療率は医療機関に入院および外来受診者の数字ですが、30年から現在まで7%前後で不変。これは医療機関のキャパシティーも関係しているかも知れない。一番受療率に影響するのは医療費だと私は思っています。ところが有病率は二日以上寝込んだか、仕事を休んだか、受診した人の数ですが、私がこの仕事を始めた頃は受療率とほぼ同じだったが、40年頃から上に離れていって不健康を追い越し63年頃は30%に近付いた。なぜこんなになったか。一つは老人が増え、老人医療費の無料化によってアクセスがよくなった。念のためにいうと国民皆保険は昭和33年だが有病率と受療率は乖離していない。だから老人医療費の無料化は国民と医療をものすごく近付けた。

二つめはこんなにして日本人の集団は健康者と、健康状態の普通の人と不健康者があり、しかも不健康と思いつつながら医師に行かない人もいる。一方、健康だと思いつつながら医療を受けるものも多い。二つめはこの後の組だろうと思う。例えば私は年賀

状に3病息災と書く。高血圧だし、高血糖だし、高尿酸値でここの中央診療所の患者です。したがってこの統計ではどこに入るかを見ると、受療に入るので。

60年以降の調査に乱れがあるのは統計が連続性を意識しないで設計したミスだろうと思う。かつて有病は受療の同義語であった。今は不健康を自覚する以上に受療している。この意味するものは何か、医療を担う側として十分考えてほしい。

ではなぜ病気になるのだろうか。

2) 疾病・健康障害の発生要因

私たちの病気や、健康障害の発生にはそれぞれ原因があると思われる。また相互に関係を及ぼしあっているようである。

生物学的、物理的、化学的原因がある。例えば生物学的な微生物の侵襲を受ける、火傷する、硫酸をかぶる。あるいは個体因子がある。後天的、先天的がある。先天的には遺伝子異常、染色体異常、受精の異常(配偶子)、胎内生活の異常。後天的には精神的な影響などがある。

さらには環境因子もある。大気汚染、水質、土壌の汚染等は人の健康に悪影響を及ぼす因子であり、上水道の普及、下水道の普及などは健康水準を高める因子である。社会的にはさまざまな外圧によるものがある。皆さんの意見を聞きたいが最近では病的な状態と称するものに一つの定義をかぶせる、例えばPTSD、多動症候群と病名を付すとみな納得してしまう。医学が社会的に僭越な行為をしているのではないかと私は思う。学校が社会生活を形成する機能を見失っていないか。病気の原因はさまざまある。健康者の中に紛れ込んでいるやや不健康な状態を納得させるために病名をつけていくのは間違いではないか。そこで医療とは何か、人類の歴史と共に考えたい。

3 健康者を見つめよう

1) 医療の出現

治療目的の手段としての医療

医療は間違いなく、治療を目的として行われた何らかの行為をいう。エジプトの歴史は5000年以上さかのぼれるがそこには医者が存在が伺えるという。犬、猫がおなかを壊すと草を食べている。

類推すると私たちの先祖も同じことをしたと思う。治療者は最初は自分自身であり、家族であり、身内であった。やがて経験の多い者、記憶力のよい者、応用力のよい者などが請われ、呼ばれて行うようになった。治療に成功したときに感謝され、謝礼を与えられたこともあったろう。それが常態になった時、医療の具現者としての職業人としての医師が誕生した。どんな行為が医療行為であったか。それは例えば草を食べ、無機物を粉にして飲み、燻(いぶ)し、祈り、呪(まじない)、である。

醫 醫ともに医の古字である。

医 は箱に矢が入っている。

爰 はルマタと読み 槍と矛である 外科系

酉 はトリ、シ(さんずい)を付せば酒、気付け薬すなわち水薬を意味する。

巫 は「まじない」のこと。巫女(みこ)がある。内科系を意味する。

医師はエジプトの歴史以降のギリシャ・ローマにも存在した。ただしローマ人は医師にならなかった。医師は下賤な職業であった。ではローマの治療者はというとアラビア人だったのである。アラビア医学はそれで発展したといわれる。

何らかの行為によって疾病から健康回復への過程をたどる。治療が成功した喜びと共に当然、原因は何かを考えたい。すなわちなぜ病気になるのかという疑問が生じる。少しでも知恵があれば、健康障害の発端は『何か』について思いを巡らすであろう。様々な事柄が思い当たる。その確からしさを計ってみる。こうして想定された事柄を禁止もしくは勸奨事項として残されていく。エジプト、メソポタミア、インド、中国、世界の4大文明の発祥の地では人間の命にとって大切だという事柄が法律事項として残っている。

2) 治療から予防へ

公衆衛生史を開くと、古代エジプト；排水、灌漑の溝渠、埋葬の制度、獣肉検査の制度、家屋清潔法、身体摂生法などが残っている。古代インド；飲食、衣服、起臥、運動、沐浴、身体の清潔などの規定があった。古代ギリシャではヒポクラテスは人間が住む環境と病気を結びつけて考えた最初の人だろうという。古代ローマ；衛生施設(公衆便所)・上下水道の建設、各戸に沐浴設備。市内

において死体の埋葬、焼却を禁じた。各種のかすかに残る文献では中世よりも進んでいた、と思われる。

デカメロンという小説がある。ローマの家には風呂もなく便所もなかった、と書く。どうやって大小便を始末したか。トイレの文化史によれば洗面器に済ませたら2階から下に「ごめん遊ばせ」と捨てたのだという。これはロンドンもパリも同じだった。よく知られた例だがロンドンのコレラの流行に際してジョン・スノウはある井戸の使用が怪しいと睨んで使用を止めたところコレラの発生が止まったという。ロンドンのあるパブに行くとスノウの井戸がここにあったと掲示してある。僕はそこに行ってウイスキーの水割りを楽しんできた。井戸とはいうが本当の地下水の沁だし貯留ではない。ロンドンはテムズ川の水を地下水路を作って所々に汲み上げ場所を設け井戸と称したのである。当時の上水道施設であった。ところがその上流では下水代わりの小河川が流入していた。古代ローマの水道施設は今に残るが市内を貫流するテーベ川は使わず周囲の山の湧水11か所を水源として人口水路を敷設した。古代の方が安全、健康に配慮した。余談だが相模川はわが神奈川県民の水ガメであるが、太古から上流山梨県の排水路でもあった。淀川は近畿圏の住民の水ガメであると同時に、巨大な下水処理場の排水路でもある。両岸には処理場の排水口と浄水場の取水口が交互に並ぶ(東海道水の旅、岩波ジュニア新書)。

中世の暗黒時代を経てルネッサンスが訪れ、やがて産業革命が始まる。

18世紀になって産業革命によって人口移動が起こった。農村から工場へ、人口は密集し狭い住居、飲料水の供給、生活廃水の行く先、ゴミ、し尿など様々な生活環境の問題が起こった。この中で発生する呼吸器感染症、消化器感染症は20世紀にかけて人類の敵であった。解決のために衛生学が発芽し発展した。細菌学も発展した。

こうした意味から考えると健康者のための施設は金を掛けても作らなければいけないと思う。

3) 病気にならない幸せ

医学は病気からの回復を目指して多くの成果を挙げた。その過程で病気からの回復も価値がある

が、病気になることにもおおきな価値があることに気付いた。

例えば予防接種によるポリオの撲滅例は先に話したが日本で大成功し、その後10年ほどで世界で大々的に試みた。中国はあの巨大な12億の人口に対して一斉に実施した。1987年頃の話です。私たちはある程度金が掛かってもしちゃんと健康者に向き合った予防対策を講じることは病人を作らない幸福につながることを知るべきではないか。

4 予防医学

1) 学校検尿への接近

さて本来のこの会の目的であるが、学校検尿の真の目的は何か。20周年記念誌にも書いたが昭和40年代のはじめに学校保健統計を読んでいたら学校の長期欠席者数の増加の原因がでていた。昭和30年頃迄、長期欠席の児童・生徒は結核による療養者であった。ところが40年代になると腎臓疾患による長欠者が増え、結核は減った。

結核対策より腎臓対策が重要と思って養護教諭と一緒に尿検査を始めた。そして転勤した。保健所の医師は転勤する。最長は小田原保健所の5年半、最短は鎌倉保健所の5か月。したがって何か考えても実施するプログラムと結果を見る迄にタイムラグがあるから、実際の結果を見るのは難しい。小田原で2年をすぎた頃小田原市立病院の守屋先生が腎炎患者が一杯入院してきたので何とかしろという。そこで溶連菌感染があるだろうからと一つは咽頭の菌検査を始めた。もう一つは教育委員会が行っていた尿検査の発展的なプログラム、一次検査、二次検査、三次検査の判定基準とそれぞれの指導区分の確立を考えた。もちろん技術の提供はこの予防医学協会に依頼した。さまざまな助言を関係者から頂いてすすめた。

テーマは二つあった。

私は医者だから技術はもちろんだが行政官として予算を考える。対象者数、要二次検診者の出現率、その費用、場合によっては三次検診の必要性、そのことを保護者が理解し、納得するか大問題だった。もう一つは指導はだれがするのか、学校医か。当時要指導の連絡箋を渡すと校医から還流してくるのが半数あった。要治療であってもきちんと治

療開始してくれる方もあったが、まあ様子を見ようという方も多かった。

2) 結果判定と生活指導

私の興味は一次検査、二次検査の結果と問診による生活歴・病歴からの患児の将来の予測です。たまたま随分後でも同じ思いを持った。埼玉県のしらさぎ幼稚園事件です。O157による食中毒事件では病原大腸菌が20種類くらい出てきた。何と一人で4種類の菌を検出した例もある。初発の患児は12人いたが、その症状はかつて私が経験した赤痢、あるいは疫病だった。後で文献に教えられたのはたまたまO157には病原性があったがそこに志賀菌の毒素産生能が潜り込んだ。だから志賀赤痢と同じ症状が出るのだという。私はどのような臨床症状があったら電撃的な死の転帰をとる危険性があるか、そのサインを欲しかった。

それがわかれば効果的な輸液などの対症療法を指示出来る。抗生物質を使われてしまえば菌が死んでしまうので何が原因だったか不明になる。臨床医に注意したのはいきなり抗生物質を使わないでください。経過がわかりませんよ。危険なサインは何かを知りたかったが100例を超す症例の分析でも明らかにはならなかった。

これと同じことを学校賢でも知りたかった。どんなサインがあれば体育を休むか、休養をするのかの目星をつけたい。そういう観点から平成元年6月の竹中道子先生の「小田原市腎卒後検診10年間の歩み」、平成6年6月の酒井糾先生の「学校検診で発見された腎疾患の長期管理の諸問題」などから一次検査、二次検査、三次検査にいったこどもたちの予後を予想できるシグナルを見つけたいというのが私の願いなのです。今流行のEBMの概念は予防医学の観点からは古くて新しいものなのです。

3) 検診の効果

検診をやってどのくらい社会的価値があるのか、あるいは経済価値を金銭換算で現すのは難しいが例えば肺癌とタバコの関係では、売り上げ8000億円減、肺癌の治療費1兆円減、差し引き2000億円日本経済のプラス、あるいは死ぬ人が働ければさらに大きな経済効果があるのかを伝えている。学校検尿がどのくらい経済価値があるのかは一つの

研究テーマである。ただし最近のデータによると5歳～9歳および10歳～14歳の腎炎およびネフローゼの死亡は漸減していて人口10万対の死亡率は0.1死亡者の実数もヒト桁になっています。もはや死亡統計では経済効果は論じられず、罹患率とか患者医療費の総額など特殊の調査を設計しないといけないのかも知れない。学校保健の予算も苦しい。だから皆さんがもっと積極的に効果を論じないと消えていくかも知れません。医学的に価値があることを、一人の患者が助かるのではなく、いつもいうことですが行政は国民、県民、市民のすべてを見る。たった一人の患者は言葉は悪いが生きるか死ぬかはそのヒトの運命である。沢山のヒトが救えることに価値を認める。ポリオの予防接種のごとく明らかな効果を学校検診の場面で考えられるか、価値を認める人がいるかということが大切であると思うのです。最後にせつかくの機会なので自慢めいて恐縮ですが健康を守る話を紹介したい。

5 公衆衛生医としての経験

昭和36年私が保健所に入った年であるが毎日赤痢患者が発生していた。片瀬幼稚園という東京都の児童養護施設があった。ここで毎年赤痢が集団発生した。東京都は都外に何か所も持っていた。例えば静岡県伊東、千葉県八街にもあった。年齢で年度替わりに収容先が変わる。37年春移動の直後に集団発生があった。伊東や八街で転園児が患者になった。潜伏期間に移動させたと思われる。両施設にも調査に赴き発生経路の解明に当たった。この年母子保健領域では3歳児健康審査が国の予算措置で全国一斉に始まった。「三つ子の魂百まで」で精神発達の項目を重視した。40年新設大和保健所の初代の保健予防課長として異動した。虫歯予防のためのフッ素塗布を綾瀬町で始めた。歯が生え始める1歳から3か月ごとに3歳まで検診と指導のちにフッ素を塗った。合計8回。むし歯の数で半分、むし歯の罹患者で3分の2に減らせた。43年平塚保健所、ここでは糖尿病の集団検診を始めた。キッチンカーと公民館活動の連携、これは栄養指導の領域。あるいは若い人家庭作り教室。45年小田原保健所に異動、47年小児腎炎対策を始めた。50年湯河原町の腸チフスの集団発生、アボ

口11病、これはプールを媒介とした目の感染症。50年暮れ足柄上保健所に転出したが辞令を県庁で受けている時に腸チフス患者が発生した。記者クラブで新任所長のお土産かとかからかわれた。52年厚木保健所時代オーム病で死亡例がでた。これは離任後明らかになったが発病は在任中である。腸炎ピブリオと赤痢が発生した。同じすし店の喫食者から発熱・下痢患者が出たが届けるお医者さんが異なる診断をした。赤痢は老齢熟練の開業医、腸炎ピブリオは若いお医者さんだった。検査はいずれも腸炎ピブリオだった。経験が誤らせたと思われる。これは珍しい事例で私の衛生行政で唯一である。ここでは乳がんの自己触診事業をおこした。乳がんは自分で発見可能な数少ない悪性腫瘍である。53年県庁の保健予防課に転勤、難病相談事業を試みた。医師会の先生からは主治医を疎外すると評判がよくなかった。事前調査では実際にはすでに主治医と離れて10年近く、不安にさらされている患者が多かったのである。乳がんの自己触診事業を県の保健所の事業とした。東京上野の結婚式場からの池之端コレラ事件と、相模川のコレラ事件を経験した。57年医療整備課長に異動、看護婦養成で実習病院が不足するので実習指導者短期講習を開き、病院には交代要員の賃金を交付するから受講させるようお願いした。58年厚生省の衛生統計課長になり、4か月後に栃木県衛生環境部長として赴任した。ここでは宇都宮病院事件に遭遇した。62年埼玉県に異動。平成2年園児2人死亡のしらさぎ幼稚園0157の集団発生を経験した。その他看護婦確保対策も大きな仕事だった。こうして現在にいたるのだが、国民の健康はたった一つの疾患に罹るのではない。そこに生命が存在する限り、さまざまな異常がおこる。それを全人的に見ることが出来ることが必要ではないか。したがって個々の疾患に関して深くきわめることも必要だが、私のような人間を集団として全体を見るという医療技術者がいてもいいのではないかと考える。そして優れた臨床医ほど健康者の健康を管理する視点を持っていることを知った。これが少しわかりにくい健康者と向き合う医療という題をつけた趣旨です。長時間ありがとうございました。

質問 健康増進法が制定された後、予算措置はどうか。

答え 健康増進法の元になったのは栄養改善法である。ベースになった法律は予算がほとんどない。だから法律改正があったのだが、大きな予算は難しい。ましてや緊縮財政の時代であるから。

質問 これからの地方交付税を含めて学校保健の予算はどうなるだろうか。

答え 学校保健は市町村である。教職員の人件費は政令市以外は県である。県の予算で人件費が50%以上と聞くと、皆さんは県職員は貰い過ぎだというが、大部分は義務教育教職員費、県立高等学校教職員費および警察職員費であって純粹の行政職員（衛生部で

は県立病院職員を除く＝特別会計）1割程度です。だから学校保健の予算は市町村長、市町村教育長の考えによる。補助金、交付税は全国均一になることを狙っていたが、小泉総理は地方の時代である、皆さんがおやりなさい、と言う。

学校保健は皆さん方が教育委員会や市町村長に価値のある仕事だと伝えないと消える恐れは大きい。

仕事を作るエネルギーと維持するエネルギーは異質である。

作る時は大変な努力をして予算化するが、その人が転勤して後任者が興味や情熱を沸き立たせないと消滅する。

言い落としましたが、これからは小児糖尿病と肥満が大きな学校保健のテーマになる。小児糖尿病が大人になって成人病、生活習慣病に移行するのではなからうか。