

スポーツ振興等調査特別委員会会議記録

スポーツ振興等調査特別委員会委員長 城内 愛彦

- 1 日時
平成 26 年 8 月 6 日（水曜日）
午前 10 時 2 分開会、午前 12 時散会
- 2 場所
第 4 委員会室
- 3 出席委員
城内愛彦委員長、佐々木朋和副委員長、樋下正信委員、岩崎友一委員、佐々木博委員、
飯澤匡委員、大宮惇幸委員、伊藤勢至委員、名須川晋委員、小野寺好委員、
吉田敬子委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
今担当書記、伊藤担当書記
- 6 説明のため出席した者
国立大学法人岩手大学 教授・保健管理センター長 立身 政信氏
- 7 一般傍聴者
なし
- 8 会議に付した事件
 - (1) 調査
「県民の健康づくり」
 - (2) その他
次回の委員会運営について
- 9 議事の内容
○**城内愛彦委員長** おはようございます。ただいまからスポーツ振興等調査特別委員会を開会いたします。
なお、佐々木朋和副委員長は若干おくれますので、よろしく願い申し上げます。
これより本日の会議を開きます。
本日は、お手元に配付しております日程のとおり、県民の健康づくりについて調査を行いたいと思います。
本日は、講師として、国立大学法人岩手大学教授であり、同大学の保健管理センター長も務められている立身政信氏をお招きしておりますので、御紹介いたします。
○**立身政信講師** 委員の皆さん、よろしくお願いいたします。

○**城内愛彦委員長** 立身様の御略歴につきましては、お手元に配付している資料のとおりでございます。

本日は、立身様から、県民の健康づくりと題しまして、本県における健康づくりの推進に関するお話をいただくこととなっております。立身様におかれましては、御多忙のところ、このたびの御講演を快くお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

これから講師のお話をいただくところでありますが、後ほど立身様を交えての質疑、意見交換の時間を設けますので、御了承願いたいと思います。

それでは、立身様、よろしくお願い申し上げます。

○**立身政信講師** おはようございます。再来年ですか、いわて国体がありますので、これまでその方面のスポーツに関する学習会を重ねてこられたと伺いましたけれども、その成果だと思えます。もうかなりスポーツの成績レベルが上がってきていて、私は岩手大学におりますけれども、陸上部を初め一生懸命強化に取り組んでいるところでございます。

ただ、一方で健康レベルがどうなのか、非常に心配なところがありまして、スポーツと健康、一般の県民の健康というもののレベルも上げていかなければいけないのではないかとということもあって、こうしてこういう機会を与えていただき、大変ありがたく思います。よろしくお願いいたします。

レジュメと申しますか、同じ内容の資料を配ってありますので、そちらを見ていただいてもよろしいのですけれども、健康いわて21プラン、これは国の健康日本21というものの都道府県版としてつくるように求められているもので、第2次のプランをつくって指導中ですが、その話を少ししていきたいと思えます。特に、脳卒中死亡率ワーストワンという不名誉なことが起こってしまいましたので、これについてどうするか、そこからの脱却ということで、県を挙げて取り組み始めたところでございます。それから、喫煙の問題。高い喫煙率と書きましたけれども、これがどうかと。それから、国体があると、国体の後はどうなのか、それがすごく大事だと思っておりますし、それが同時に高齢化への対応ということでもあるし、若者から高齢者まで広く見ていく必要があるのだらうと思えますが、特に高齢化が進んでいるということでお話したいと思えます。

これがよく見るデータです。平成22年度の、これは男性の、人口10万対の都道府県別の脳血管疾患年齢調整死亡率。年齢調整というのは、若い人がたくさんいる県もありますし、高齢化が進んでいる県もありますので、どうしても高齢化が進んでいる県はいろいろな病気も多くなっていますから、総死亡率も高くなっていくということで、そのままでは比べられない、その年齢構成を調整し平等にして比較するのが年齢調整死亡率ということです。その結果、岩手県が一番高かったということなのです。青森県、秋田県と、隣県がワーストスリーというのですかね、その中でも岩手県が70.1という数字でトップだったという、これが男性です。ところが、女性もこういうことになっておりまして、2位には、秋田県が下について栃木県が入ってきていますけれども、岩手県は相変わらず1位だと。男女ともにとるところが何かすごいことだなという気がします。

一つ弁解がありまして、この脳血管疾患、脳卒中というものの医学的専門領域は脳外科ということになります。岩手県は、例えば岩手医科大学、小川彰学長を初め脳外科の専門医が東北では断トツに多いのです。脳外科は非常に充実した県であるのです。にもかかわらずワーストワンかということになるのですが、脳卒中の診断をするということ、それから死亡した場合にその死亡原因をどうするかという死亡統計に関するものがあります。死亡診断書をつくるに当たっての医師の目といいますか、脳血管疾患に非常に詳しい医師が多いものですから、そこをしっかりと見ているということの反映であるという見方もなくはないのです。それだけ脳外科が充実しているがために、その疾患の病名をつけられて、それが死亡原因だとされる人が多くなってしまって、こういうちょっと矛盾したような話なのですけれども、それが一つはあるのではないかとということです。

逆に言うと、脳卒中というのは、発症してからいかに救急の対応をするかが死亡を防ぐ上で非常に大事なことです。そうすると、この広い岩手県において、救急医療体制がどうなのかということに原因を求める方も結構います。

そして、もう一つはやはり脳卒中という病気にかかる素養があるのではないかと。そちらから見てみたいのですが、その翌年、平成23年に塩分摂取量が全国のトップになっているということなのです。これは男性です。ここには青森県がないですよ。長野県が2位になっています。山形県、秋田県と続きますが、岩手県が最も塩分摂取量が高い県ということで、これが女性もそうなのです。ただ、「おや？」と書きましたが、長野県が岩手県に次いで2位で、先ほどの男性の方でも2位は長野県なのです。

この長野県は、もうちょっと見てみる必要があります。というのは、長野県は確かに脳卒中が高いわけです。先ほどと同じグラフに、ただ長野県に色をつけてみただけです。女性に限っていますけれども、高いほうではあります、平均寿命、これが長野県は第1位。こちらは平均寿命ですから長いのでよいわけです。これが長野県は今や第1位の県であります。昔は沖縄県と言われたものですが、今は長野県が安定して1位になってきています。岩手県はというところの辺にいますね。やはり秋田県、青森県、そして岩手県ということですね。脳卒中だけは長野県もこちらの仲間だったのですけれども、平均寿命という見方をすると格差が出てきたということになります。女性はというと、やはり同じようなグラフなのです。女性も長野県は全国で一番平均寿命の長い県ということなのです。

平均寿命、ただ長生きしていればよいというものではないとは聞きますけれども、がんについて岩手県と長野県で比べてみると、がんの年齢調整死亡率の順位で示していきますと、死亡率の高いほうが順位は上なわけですが、全体のがんでは岩手県は男性13位、女性18位ということですから、低くはないけれども、脳卒中に比べれば1位とか2位とかではない。けれども、長野県はどうかというと、男性47位、女性46位です。47位ということは最下位です。最下位ということは、最もがんの死亡率が低いのです。それから、中身を見てみると、肺がんはどうかというと岩手県の男性28位、女性30位に比べて——これはなかなかよいですね、岩手県も頑張っているのですが、男性47位、女性45位とさらに低

いです。胃がんはというと、岩手県の男性 28 位、女性 30 位に対して男性 47 位、女性 45 位。大腸がんは岩手県がちょっと多いですね、男性 6 位、女性 28 位、長野県は男性 39 位、女性 32 位と、死亡率のトップであるがんというのは、長野県は最も低いレベルだということと言えます。

心臓病はどうかということです。三大生活習慣病と言われるがん、脳卒中、心臓病、特に心筋梗塞なのですが、岩手県は男性 4 位と女性 10 位です。なかなか多いですね。やはり長野県は男性 46 位、女性 45 位という、この差があるのです。ということで、脳卒中だけは若干長野県も高目ではありますけれども、そのほかの生活習慣病は本当に低いということになります。

逆に長野県がどうして脳卒中だけかというと、塩分摂取量は長野県も結構高いのです。ということは、塩分の取り過ぎというのは、確かに血圧を上げていくと病理学的にわかっていますので、それは一つの要因としては大きいものだということがわかります。ですので、今、減塩ということで改めてまた取り組んでいかなければいけないということが言われています。

ただ、三大生活習慣病と言いましたけれども、がん — 悪性新生物といいます。この危険因子は何かというと、特に肺がん、あるいは喉頭がんを中心にして喫煙です。そしてもう一つは、乳がんや結腸がんが多いのですが、高脂肪食、それから特に結腸がんでは多く見られますが、要するに運動不足です。この三つ、赤、緑、青で書きましたが、喫煙、高脂肪食、身体活動の減少、これが悪性新生物の主な危険因子になります。

では、心疾患はというと、先ほど言いましたように心筋梗塞という心臓を養っている血管の動脈硬化が問題になるものですが、これの危険因子が喫煙と身体活動の減少と肥満なのです。これが高血圧や高脂血症というものを来して、やがてこうなってしまうということの矢印です。緑の高脂肪食と肥満というのはちょっと違うことは違うのですが、相通じるところはあります。

そして、脳血管疾患は、ふえているのは脳出血よりは脳梗塞です。詰まってしまうのです。ということで、これは実は心疾患の冠状動脈硬化とほとんど同じ危険因子なのです。心臓の血管が詰まったか、脳の血管が詰まったかの違いですから、ほとんど同じです。

そうして見ますと、この三大生活習慣病の危険因子は共通しているのです。何かというと、赤く書いたたばこ、青く書いた運動不足と、それから高脂肪食あるいは肥満というものであるということです。ですから、この中で脳血管疾患、これが多いとなれば、そのための予防活動をすることが恐らくは同時にがんの予防あるいは心臓病の予防にもつながるということがわかります。

岩手県としては、脳卒中を減らそうということで一丸となって、この間も知事を議長にして脳卒中予防県民会議を開催しました。本当にいろいろな分野の代表に集まっていたいただいて会議を行ったのですが、こういう機運が出てくれば、恐らくは脳卒中対策が進んでいくと思います。ということは、同時にこういったがんや心臓病の対策にもつながっていく

だろうということで、非常に有効なのではないかという期待をしているところであります。

そこで、これはちょっとしゃべることを書いて、脳卒中死亡率全国ワーストワン——落ちるところまで落ちたという余りいい表現ではないのですが、我々健康づくり関係の委員会では、このワーストワンというのは余り言わないようにしようという意見も多いのですが、ただ事実は事実ですので、これは覚悟しよう。むしろもっと言って、落ちるところまで落ちたのだから、これを跳躍台として、ここから脱却するための生活習慣の改善に本腰を入れようではないかと、それがほかのがんや心臓病の対策にもつながっていくのだと。ですので、塩分を控えようという、ついこれだけがひとり歩きしてしまうことがあるのですけれども、そうではないと。たばこもあれば運動不足もあるのだよということ、総合的に考えていくことも大事な方向性なのかなということ。

では、最初に食べ物ということなのですが、これは岩手大学に、同郷ですが、副学長で菅原悦子先生がいますので、機会がありましたらぜひ岩手の食ということで話してもらいたいと、ここはお任せということで、たばこから入りたいと思います。

喫煙対策です。これはマイルドセブンですが、今はこういう表示ができなくなっています。メビウスという銘柄で売られていますが、日本のたばこです。それがタイで販売されるときにはこういったものが必要になってくるということです。日本では「健康のために吸い過ぎに注意しましょう」といったようなものをどこかに書くということで行われていますけれども、WHO——世界保健機関ではわかりやすく、わかりやす過ぎると思いますが、こういった表示をなさいたいということです。

さて、喫煙率はどうかというと、また長野県を比較対象にしながら見ていきますが、喫煙率はやはり高目なのです。福島県、青森県、北海道、なぜか佐賀県、岩手県と、こうなっておりますが、長野県は真ん中の宮崎県よりもさらに下のこの辺になっていると。長野県が32.3%で岩手県が38.5%。全体的には非常に下がってきているということなのですが、まだ岩手県の場合は下がり方が少ないなという感じです。

女性の場合、女性はそんなに高くないので、一つ注目しているのは妊婦さんの喫煙です。これは、健康いわて21プランでもゼロにしようということで一生懸命取り組んでいますけれども、それが実は青森県に次いで第2位になってしまっているということです。長野県はこの辺であります。鳥取県は本当かなという話がありますが、棒になっていないですね。データがないだけかもしれませんが、そのような感じで下がっています。かなり高いのかなと。妊娠中の母親の喫煙というのは、胎児にとって非常に問題が大きいのです。それだけではなくて、妊娠判明時の父親の喫煙率も岩手県はこのくらいのところ、長野県はここということで、やはり高いですね。岩手県と長野県の差は大きいなという感じはいたします。

自覚が必要かということですが、実は妊婦さんの喫煙ということに対して、成人病胎児期発症説というものがあるのです。バーカー説というのですが、デービッド・バーカーさん。この研究をされているのは私の友人で、山梨大学の山縣然太郎先生という公衆衛生の

教授で、この人がこんなことが言われているのだよということで教えてくれました。イギリスのデービッド・バーカーが、1986年に、大分前ですが、出生時体重が小さい人に虚血性心疾患の死亡が多いということを発表したのです。これに端を発して、胎児期に栄養が足りないと、お母さんのおなかについて低栄養ですと、成人期に肥満、高血圧、糖尿病などのリスク、危険性があるのだということが、その後多くの研究者によって明らかにされてきたのです。

例えばこれです。妊娠中の母の喫煙と子の肥満ということですが、生まれてきた子が5歳児のときの健診なのですが、お母さんが妊娠中にたばこを吸っていなかったという人を1として見ますと、喫煙していましたという人の5歳児の肥満が4.4倍になっているということなのです。9から10歳児になりますともうちょっと下がってきますが、約2倍にはなっています。小児肥満の原因に母親のたばこというのがあるのです。

なぜかという、先ほどのバーカー説です。お母さんが喫煙をすると、胎児が酸素欠乏状態になります。栄養状態が非常によくなくなって、胎盤に行く、そして赤ちゃんに行く血管が細くなってしまふ、収縮とけいれんを起こしてしまふ、そんなことがあります。そういった胎児の低栄養というのは喫煙によって出てくるということなのです。それがやがて生まれてから逆に太ってしまうというわけです。飢餓を経験した赤ちゃんですから、食べたものを効率よく体にためていこうという体質になるのではないかと。ですので、妊婦の喫煙率が岩手県は高いのですが、肥満児の割合も高いです。

これは必ずしもそれだけの関係ではないです。ほかにも理由があるはずで、次に何かというと、肥満率が高いというのは、お母さんの喫煙率が高いからというだけではなく、例えば運動がどうなのでしょうかとということです。運動不足はないでしょうか、あるいは食べ過ぎはないのでしょうかということも当然ありますけれども、中の一つにこういった妊婦さんの喫煙ということを考えてみなければいけない。これは男の子ですが、女の子でも多いです。肥満傾向にあるということです。

さらに、大人になっていきますと、血糖値、糖分をとったときにそれを蓄えてしまふということにして、それを発散させるためのインシュリンの働きという点も問題になってきますと、糖尿病の発生が危ぶまれます。ここでは死亡率で比較をしていますけれども、岩手県は糖尿病も実は全国的には高いということなのです。長野県は男性が見えてきませんでしたが、女性の場合は糖尿病死亡率が下の方です。

実は山縣先生はこんなことを言い出したのです。経済的に苦しい人はそうでない人に比べて2.33倍喫煙しているという話なのです。3歳児の母親に対する調査ですが、喫煙している人は経済的に苦しい赤字の人たちが半分くらい、喫煙していない人はこんなものだというので、喫煙の有無と経済的な状況について、そんなことを言っています。

そこで何を言い出したかという、ソーシャル・キャピタルという言葉があります。社会資本とも訳してよいでしょうけれども、もっと具体的には、地域社会の中での人々のつながりというのをソーシャル・キャピタルと言うことが多いです。そういうものがとても

大切なのだということがここから言えると。格差社会で弱体化するソーシャル・キャピタルというものがある。そうすると、伝染するかのように肥満というのはその地域に多くなる。あるいは喫煙というのも伝染するかのごとく格差社会、特に貧しい社会に多くなるということです。地域として見た場合でもそうだということは、岩手県のいわゆるソーシャル・キャピタル、あるいは貧しさといいますか、こういうものがどうだということも考えなければいけないかもしれません。今言ったようにソーシャル・キャピタルというのは、特にソーシャル・ネットワーク — 人と人とのつながりというものを重要視しています。そして、団結力 — ソーシャル・コヒーションがいかに強いかがというのがこれから非常に大きくなっていく。そこに、これは山縣先生と私が酒を飲みながらしゃべって、それいただきと言われたもので、伝承力というものがあるのです。つまりいかにそれを伝えていっているのかということです。地域社会の団結と人とのつながりというものをいかに伝えていっているかということがとても大事だということです。

そこで、たばこに関してなのですが、健康いわて21プランの、これから行われる第2次の調査でどのような目標を立てていくかということで、まず成人の喫煙率を低下させましょうということで、全体で20%を切りました。第1次計画でついに20%を切ったのを、さらに12%まで落としていこうということです。平成34年を目標にしております。これは国の健康日本21の第2次喫煙対策プランと同じ数字です。現状は日本の喫煙率はこれよりも低いですから、岩手県はかなり頑張らないと追いつかないぞという感じはあります。男性、女性に分けて目標を立てています。それから、次からは目標値にゼロが並んでいます。未成年者の喫煙、妊婦さんの喫煙、そして受動喫煙の機会を有する人を減らしていかなければいけないと。自分は吸わないのだけれども、他人のたばこを吸わざるを得ないような、行政機関でそういうことがあってよいのかということで、これは5.2%と言われてますけれども、ゼロにしよう。医療機関をゼロにしよう、職場もゼロにしよう。ここですね、職場はゼロだと、これが実は国際的な流れにあるというのは後でお示しいたしますが、家庭が3%、飲食店が15%。飲食店も職場ではないのかという話もあるので、実は。そこも大きな問題だということです。

そして、まず未成年に関してなのですが、未成年者の喫煙をなくすにはたばこを値上げすれば一番よいのだということは、これはかなり常識的です。カナダの研究が非常に有名で、少しずつたばこの実質価格を上げていったならば、それに反比例するかのように未成年者の喫煙率が下がっていったということです。これが一番よい方法だということで、我々医師会でもそれを訴えているところなのです。

ところが、ではこれをどう見るということで、未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査というものが4年に1回行われているのですけれども、そのデータで毎日たばこを吸っていますよという男子高校生の率が1996年の調査で18%、高校3年生だけに限ると25%という数字でしたから、男子高校生の4人に1人が毎日たばこを吸っているという話ですね。そんなデータで、みんなびっくりしたのですが、これが正しいだろうと思ったのは

4年後の2000年のときもほとんど変わらなかったのです。ところが、次の4年後、2004年に半減したのです。2008年にさらにまた半減した。そのところで、たばこの値上げというのはどうだったのかと記録を見てみますと、1996年から2000年までの4年間で2回値上げがあったのです、0.5円と1円ずつ、変わらないのです。ところが、2000年から2004年の間に1回あったのです。2003年に1本1円、それで半減してしまったのです。また4年たった2008年までの間、2006年に1本1円の値上げがあったと、これでまた半減してしまったのです。この次に大きな値上げがあって、もう2012年のデータが出ているはずで、まだ発表はされていないところではありますが、下がっているようだという話は聞いていますけれども、いずれとんとん拍子で下がっている。値上げと余り関係なく下がっています。2回値上げがあったのに変わらなかったのが、1回の値上げで半分に減るのですかということになりますから、どうもカナダの例とは合わないのです。もっと違う何かの原因にあるのではないかと、子供の喫煙を減らすのに。

ということで、これです。周りで、これも実態を調査したわけですが、東北北海道地区道県立学校敷地内禁煙。ほとんど行われています。北海道は2004年10月からです。青森県はもっと早くて2004年4月からです。2004年10月から宮城県、2005年4月から秋田県、同じく福島県、山形県が2005年10月から。岩手県がないのです。調査していないわけではないのですが。これが健康いわて21プランの第1次計画を立てていて、どうしても岩手県はなかなか進んでいかない。そこで保健福祉部に言いましたけれども、同じ県庁の中で壁があるのです。学校ですね、教育委員会です。保健福祉部の健康いわて21プランの計画を、なかなか直には教育委員会に行けないのです。「はあ、そういうものなのですか」と、こういうふう考えたのですが。

私の略歴の中の一番下にあるのですが、岩手県武術太極拳連盟で、実はこのころ連盟の会長をされていた方が、この前亡くなりましたけれども、竹内元副知事だったのです。私が理事長をしていて、会長が竹内さんだから、飲み会もあるわけです。これは副知事に言うしかないなということで、このデータを見せて、どう思いますと言ったら「ああ、そうですか」と。竹内さんも喫煙者ではあったのですが、でも県庁は禁煙にしようとして頑張っていますからと言っていました。その飲み会が終わるころ、今度は竹内さんのほうから来て「さっきのデータ、もう一回見せてくれますか。これちょっと見逃せないですね」ということで、「これをいただけますか」というので、「どうぞどうぞ」と言ったら、その翌月、教育委員会で飲み会があったのですが、「先生でしょう」と言われたのです。「何ですか」と言ったら、この前、副知事が、たしか知事も一緒に来たと言ったような気がするのですが、教育委員会に来て、これはいかんということでは言われましたということで、これから検討しますということになったのです。2007年、これだけおくらせているのです。2006年を飛ばして2007年。2006年の12月だったのです、そのお話をしたのが。2007年の4月からということにはなかなかならず、ついに2007年の10月から、岩手県の県立学校の敷地内が禁煙になったと。喫煙対策というものはトップダウンが非常に強いのです。中からじわ

じわというよりも、どうしてもトップがそういう意識を持って、よしといかないとなかなか進まないというのはあると思います。

これは岩手大学の新生の喫煙率なのですが、2006年、この辺ですね、この2006年というところでちょっと異変が起こったのです。というのは何かというと、喫煙率がぐんと減って、新生ですから未成年です、ほとんど。ところが、これが減ってきたのは、岩手大学の学生の半分は県外から来ています。約半分が県内です。その県外からの新生はもう既にこの辺で喫煙が高校生のときに始まっている。岩手大学には毎年1,200人くらいの新入生が入りますけれども、そのうちたばこを吸うという新生は、浪人して入ってきたという新生も入れて10人そこそこです。1,200人もいて、そんな状況です。それくらい未成年者の喫煙というのは少なくなっているということが言えます。

それはなぜだと彼ら自身に聞いてみたら、まず値上げはやめました。どうせ値上げは来ますからね、みんな考えますから。そうすると、最初からトップだったのは公共場所の禁煙化ということ、どこでも吸える状況ではなくなってきました。次にぼんぼんと上がってきたのが学校の敷地内禁煙です。これも公共場所ではあるのですが、特に学校の敷地内が禁煙になったというのは強いなということです。

数ある中で、教育の成果というものもありますけれども、この緑色にちょっと注目したいです。赤と同じようなペースで上がっているものがあるのです。これが若年者の喫煙興味の消失と、ちょっと言葉を短くしようとしてこう書きましたけれども、要するに今の未成年者、子供たちはたばこに興味を持っていないのです。そういう答えです。彼ら自身がそう言うのです。そういうのはどンドンとふえてきています。これはなぜかというのは納得できます。なぜかと、私が昔喫煙をしたとき、告白になりますが、大学生のころは吸っていましたので、何で吸ったのかというと、もうこれは興味です。その興味がなぜ生まれたかということ、昔はよくやっていた西部劇とかでカウボーイがシュッとこうやって吸う、あの格好よさです。そういうのに引かれたという、格好よさを求めた。ところが、今はテレビでこのようなものはやりませんからね。これはやらないようにしようというWHOの国際的な枠組条約があって、それに準じていますけれども、テレビドラマの中でも本当にいたし方のないとき、たばこがなければ話が進まないよというとき以外、捕物帳、警察物とかあったりしますけれども。典型は、おとし吉田茂をテーマにしてドラマ化したものを、正月にNHKで、3日、4日かけて連続で放映したことがありました。吉田茂からたばこというか、葉巻を抜いたら吉田茂ではないですからねということで、いつのシーンでもこうやって、閣議でも、もわつとなったところをあえてやっていました。あのような事例は珍しいです。でも、言ってみればああいう年寄りが吸っているのを若者は格好よいとは思いませんから、だからよいのです、それは。今のイケメンのタレントたち、あるいはスポーツマンが吸っているようなシーンだったら真似します。これは絶対いけないということで、今は全くそれがなくなっています。そういった取り組みが一番強いのではないかなという気はします。

興味の消失ということ、子供が吸わなくなっているということは、ずっと一生吸わないで過ごせるということになりますから、それはよいことだということで、我が岩手大学は、国立大学から法人化するのを機会に取り組みを始めよう。なぜかという中期目標というのを求められて、社会の趨勢と学内関係者の健康と教育の観点から学内禁煙化を促進するということを目標に立てました。具体的に何をするかということで、平成16年に中期の計画、それから平成17年4月に学長からの発令で、平成20年4月から岩手大学は敷地内全面禁煙としますということになりました。単にだめだと言っているとはいけないので、私のいる保健管理センター——学生たちはホケカンと言っていますけれども、全力で応援しますよ。ニコチンパッチを無料で配布したりなど、いろいろやっています。大体年間40人くらいでしょうか、やめたいと言っています。全体の喫煙者というのは恐らく300人かそこらだと思いますが、その中で40人がやめたいということは相当効果があるかなと。そういった支援体制をきちっとしないと、単に吸うなではまずいだろうなという気がしています。

これは、先ほど言ったWHOの条約です。たばこの規制に関する枠組条約、FCTCというのですが、この締約国というのは日本もそうですが、例えば職場や公共場所のたばこの煙から非喫煙者の効果的な保護をしましょうということです。具体的には、WHOはこれを言っているのです。2010年までに建物内を100%完全禁煙とするような受動喫煙防止法の成立と施行を求めているのです。2010年というのはもう過ぎてしまいましたが、そういうことを言っています。それから、先ほどのタイのたばこのパッケージですが、主要面の30%以上を健康警告表示に充てなければいけない、あるいは広告や販売を包括的に禁止または制限していかなければいけないという。そうなりますと、やがて不法取引が行われてくるのだというので、その効果的措置を考えなければいけないと。

もう一つ、すごく大事なのが10番です。たばこにかわる作物への転換に係る活動等を促進するということを決めています。当然岩手県は本場にそうです。たばこ耕作にかかわる人口は日本一です。生産量は日本一ではないのですが、たばこの農家。ただ、3年くらい前に、日本たばこ産業株式会社がたばこ耕作をやめる農家を募集して、4分の1ぐらい減ったことがありました。そういった減少をしています。そうするとたばこ農家はどうするのだということになってきます。そういったたばこ農家は大体中山間地にありますから、ちゃんとそこで暮らしていけるような、まず作物の転換というのが、でもなかなかたばこのように安定して高値で売れるようなもの、岩手大学でもブルーベリーであるとか、あるいは桑、昔は養蚕でしたけれども、今では糖尿病予防の桑の葉茶とか、そういったいろいろなものを考えては中山間地でできるものを検討して、やっていますけれども、なかなか難しい。一つには中山間地で農業を継続してくれるような直接支払制度、これがやはり望まれるかなという感じはします。

3年に1回ぐらい、COPですね、カンファレンスオブパーティーを開催していて、その2回目が実はバンコクで開かれたものですから、タイはああやってかなり積極的なので

す。そこで話し合われた中では、喫煙室というのは結構な金がかかるものですよと。ですから、これはちょっと矛盾というか、喫煙対策は喫煙室の廃止から始めるのだと。喫煙対策のために喫煙室をちゃんと整えようではないのです。喫煙対策は喫煙室をなくすところからスタートだと。建物内を全面禁煙にするというところから始める、そしてやがて屋内でもそうだし、屋外でも受動喫煙はあるわけだから、敷地内禁煙を目指していかなければいけないということです。喫煙できる環境をなくすことで禁煙の希望者が増加して、再喫煙防止にもなって、結果的に喫煙者が減少するはずだという見解、これがCOP2で2007年ですけども、話し合われた内容です。

厚生労働省でもいろいろなことを受けて検討会を行って、例えば多数の者が利用する公共的な空間は全面禁煙であるべきだというようなこと、それが困難なときは、いろいろなことで受動喫煙防止対策を進めていこうと。特に子供が利用するような公共的な空間は、受動喫煙防止のための禁煙に努めるということで、具体的には例えば通学路の路上喫煙禁止条例といったものが必要なのだろうということで、これは大都市中心ですけれども、だんだんできてきていると。

2010年にはこういった検討会が行われています。労働行政の中で、労働安全衛生法が柱になっていますが、その中で快適職場づくりということが言われているのですが、この快適職場というのはいかに快適にするかという頭でやっていたのですけれども、たばこに関して労働者の健康障害防止という観点から取り組まなければいけないことだろうということです。一酸化炭素濃度とか、そういうものが測られて、検討されて、職場の全面禁煙化を進めようというのが厚生労働省の見解です。

ということで、これが閣議決定されたのは2010年の6月です。新成長戦略の雇用・人材戦略の中の職場における安全衛生対策の推進ということで、2020年までを目標として、受動喫煙のない職場の実現というのが閣議決定されております。FCTC、WHOでは2010年だったのです。これが過ぎてなかなか進んでいかないということで、少なくとも2020年まで。この閣議決定がなされたのは東京オリンピックが決まる前です。偶然でしょうね、2020年というのは東京オリンピックの年です。東京オリンピックが開かれるときには受動喫煙がある職場はないと、どこの職場でも受動喫煙はないというふうにしていかなければいけない、これは国際的な流れなのだということです。

これは日本の職場環境から見ると本当に大変です。フランスなどはかなり進んでいるのですけれども、どう進むかという、先ほど少し言った、レストランも職場でしょうと。お客さんも確かに来るのですが、従業員がいて注文をとったり運んでいたりします。この従業員が受動喫煙を受けてはいけないということになるのです。喫煙コーナーや喫煙室というのはつけれないということです。もしつくとしたら全てセルフサービスです。食券を買って、はい取りに来てくださいという話になります。高級レストランでそんなことはできませんから、当店は全面禁煙ですという看板を立てて営業するしかなくなっていくということになるかもしれません。これが2020年までの目標になったのです。かなり厳し

い動きが出てきそうだなと。

さらに施設の出入り口というのが問題になっていまして、これは厚生労働省の生活習慣病対策室長からの通知ということで出ていますが、受動喫煙というのは法的に言われていると、これを防止すると。ところが、受動喫煙が起こらないように、建物内はだめだというから、入り口より外でということになると、出入り口付近に喫煙場所ができてしまうのです、ほとんど。そうすると、出入り口というのは一番人通りがあるところですから、そこで受動喫煙が起きてしまうということで、出入り口においてたばこの煙に曝露されることを指摘されているところであって、この点についても御配慮いただきたいというのがこの通知であります。

2012年にはCOP5、第5回の締約国会議がソウルでありました。これが一番新しい締約国会議です。まず、不法取引や課税などがありますけれども、その他のところでたばこ栽培にかわる経済的に持続可能な活動、これはやはり奨励していかなければいけないので、政策上の選択肢及び勧告案を、次はモスクワで行われるのですが、ここに提出しましょうということです。いかにきちんとみんなで話し合ったことをやっているかどうか、最近話題の無煙たばこや電子たばことか、これも防止しようということを話し合っています。わずかにニコチンが入っているという話もあったりするので、こういったことの実施を加速していこうと、それがどこまで進んでいますかというのを次のモスクワで報告するというようなことを盛り込んだソウル宣言というのが採択されたということです。

岩手大学はどうしているかという、やはり敷地の外に出て吸うということが問題になってくるわけです。それに対応するために、まずは学生、職員あるいは地域の人たち。岩手大学は上田地区にありますから、盛岡第一高等学校、上田小学校など文教地区と言ってよいです。まず、吸い殻もそうだけれども、ごみも一緒に拾おうではないかと、町内の理解を深めていこうではないかと。それで理解を得て、さらに児童の通学時間帯、15時から17時と書いていますけれども、キャンパス外でも大学関係者の喫煙は禁止しようと。これはかなり多くの大学で進めています。

東北地方でみこしを上げてもらって、非常に助かっているのは東北大学です。やはり東北地方を代表する大学ですので、東北大学が3年前から敷地内禁煙を始めました。それで、こういうキャンパス外の問題にも対処していくよという姿勢で臨んでいますので、かなり進んでいる。東北地方は一般の喫煙率は高く、なかなか進んでいないのですけれども、大学だけで見ると非常に進んでいます、全国的に見て。東北地方というのはすごいと言われています。ですので、ちょっと浮いている感じがしないでもないです、県内では。県立大学も当然のように敷地内禁煙です。

最終的にはこういうことです。名古屋市であれ東京都千代田区であれ、神戸市であれ大阪市であれ、敷地内ではなくて路上喫煙の禁止条例、これが次々とつくられていっているということです。東京都千代田区は罰金もあるのです。これは2,000円の罰金ですが、東京都千代田区だと御茶ノ水も入ります。そうすると、東京医科歯科大学、順天堂大学、大

学がいっぱいあります。当然、東京医科歯科大学も敷地内禁煙です。外の千代田区も禁煙です。でも、やはりたばこを吸いたい人はいます。だから、聖堂前というのですか、喫煙できる公園がありますけれども、でもそっち側に行くのはなかなかということで、実は東京医科歯科大学に聞いたら、禁煙のはずなのだけれども、道行く人が構内に入ってきて吸っているのですと。なぜかというと、外で吸うと罰金を取られると、大学だったら罰金を取られないだろうと吸うのですと、こう言って悩んでいましたけれども、残念ながら盛岡市も含めて岩手県には、路上喫煙禁止というところが1カ所もないです。そこをだんだん進めていく必要があるという気がいたします。

要するに、どこでも吸えないならやめるしかないかと考えるということなのです。そうすると、喫煙者はどんどん減っていくということになります。喫煙者にとっては大変耳の痛い、あるいは反感を抱くことではあるのですけれども、何よりもその人の健康のため。大学にもいっぱい反感が来ます。それは、自由を、権利を侵しているとか何とかと言います。あるいは女子学生だとかわいそうだとか言い出します、喫煙所を中に置いてあげないとかかわいそうじゃないですかと。よく考えてみて、どっちがかわいそうかと言えば、よく考えていただけたらと思いますけれども、やがて病気になると。

さあ、そして運動のことをお話したいと思います。これは先ほど、たばこも出しましたので、健康いわて21プランでは、運動ではどんな目標を立てているかということ、歩数を増加させようということで、これは選んだ人に対して万歩計を配付して、そしてやっていただくということで、歩数を少しでもふやしていこうということをやっています。それから、運動習慣者の割合をふやしていこうというのがもう一つです。現在のパーセンテージをどのくらいふやしていくかという目標です。そして、大事なことは住民が運動しやすいまちづくり、環境整備に取り組む自治体をふやしていくと。平成24年度の調査では12市町村、これを33市町村までふやしていこうという計画を立てております。

これは国の基準、2013年——去年出された身体活動基準ですが、要は年をとっても毎日40分は何か活動しようよと。今より少しでもふやしていこうといったようなことです。若い人たちには、こういう運動量というのをメッツという、これはもう勉強済みだと思えますが、大体3メッツという少し早目のウォーキング程度ということになりますが、そういった身体活動を毎日1時間くらいはやりましょうということで、いろんな健康診断を受けて、リスクによってそれは控えなければいけないものもあるでしょうしということ考えた活動基準をつくっていくところなんです。

今度は高齢者対策ですが、年をとるとまず持久力がなくなってしまうのです、続かない。それから、筋力、力が入らない、柔軟性、固くて曲がらない、平衡感覚、ふらふらする、これが集まってくると転ぶことになります。転ぶと骨折します。特に大腿骨頸部骨折、足のつけ根の骨折です。骨折と同時に頭部を打撲して、脳内出血、くも膜下出血、これで命を落とすと。それが寝たきり状態を引き起こすことにもなります。ということで、この体力を何とか維持していきたいということになります。

これです。コマーシャルタイムのような感じですが、私は太極拳というのをもっと進めていきたいと思っております。福島県に喜多方市があります。ここには市役所の市民部に高齢福祉課があり、この中にこういう係がありました、太極拳のまち推進係。「太極拳の係お願いします」と電話すると「はい」と出るので、市役所で。そのくらいのまちです。市を挙げて太極拳を継続して進めている。

これは大分前、平成17年の、今でも毎年やっていますが、フェスティバルを開いて、全国から人を集めるのです。講演会を行いまして、これは私の友人なのですが、福島県立医科大学の公衆衛生、私も専門が公衆衛生ですが、安村誠司先生が研究課題として、転倒あるいは骨折というものを防ぐ高齢者向けの体操はやはり断トツで太極拳ですねと、これはアメリカの文献でもそうだといい言っているのです。

そのようなわけで、私ども岩手県の武術太極拳連盟の、644名の高齢者を対象にしてどういう変化がありましたかと。大体よいことを聞きますから、柔軟になったとか、姿勢がよくなったとか、転ばなくなったと、そういったようなことが聞こえてきました。さらには70%の人が、これは何をやってもそうでしょうけれども、友達がふえる、生活に張りが出たとか、いろいろなことがあります。マイナス要因はないのですかと、あったのは膝が痛くなったということです。これが本当のわずかですけども、一番悪いものとしては膝、次に腰ですが、断トツで膝です。太極拳というのは体勢を低くして、体重をずっと足に載せて行う体操です。ですので、やり方を間違えると膝に負担がぐっとくるのです。それをなくすようにということで、私たちは指導員の資格をつくって、指導してもらおうということをやっています。

といったことで、もう一つは国体後ということで、これは実は、頼まれてきた部分もあるのですけれども、私も一緒に参加していますが、岩手県体育協会、教育委員会もですが、作山正美先生、岩手医科大学の体育の先生で、一生懸命取り組んでおりますが、国体後の問題ですね。スポーツ振興の問題があるということで、スポーツ健康科学センター、仮称ですけども、こういうものを実際にはつくってやっていきかけた。震災のこともあって、建物はなくても、組織としてはぜひつくっていかねばいけないだろうというのは、先ほどのたばこと同様、教育委員会と保健福祉部が協働しなければいけない面がある。例えば体育指導員というのは教育委員会の、岩手県体育協会の中であるのですけれども、かなり多くの人たちが各地域でいろいろな種目で、子供たちのリーダーとして、あるいは高齢者に対して指導を行っています。一方で、保健福祉部関係では運動普及推進員がいらっしやいます。きょう私は滝沢市の小岩井地区の自治会で、近くに岩手看護短期大学があるものですから、その学生も一緒になって毎朝ラジオ体操、夏休みですので、けさもやってきましたけれども、地域の人たちの中では小岩井地区の運動普及推進員さんがそろいのTシャツを着て、子どもたちやお年寄りと一緒に、ちょっと雨模様だったので、きょうはコミュニティーセンターの中でやりましたけれども、そんな活動をしています。そういう人たちの横のつながり、それから運動普及推進員と食生活改善推進員という

のは同じ保健福祉部の分野で、かなり密接に連携していますけれども、体育指導員というのはどうもやはり違うのです。同じ資源としてそれはあるのですけれども、お互いがよく知らないで、上手にすみ分けしていると言え言えるのですけれども、お互いに連携をとれないと。残念ながら小岩井地区にしても、高齢者と子供たち——その中間にある親たちの層が朝から忙しいからすぼっと抜けるものですから、子供たちが来ますけれども、お年寄りと子供たちの会話というのですか、この世代間の連携といいますか、取り組みがなかなか進まないところは若干あります。そこに親の世代がどう絡んでくるか、PTAの世代ということが一つの問題で、やはりこれは教育委員会の姿勢も必要になってくるだろうという気はしています。

それから、当然今やらなければいけないのは、被災地の人たちの健康の支援です。体力的に非常に落ちて、健康状態、血圧であるとか動脈硬化だとか、そういったところにも影響が出てきている。一つには食の問題もありますけれども、運動の問題はすごく大きいと。これをどう進めるか。そういう中に、NPOとか大学とか医療機関とか、いろいろな関連団体がどう参画していくかが必要でしょうということで、こういうセンターを構想して、そういう人たちが集まって、事業内容の一つはスポーツ活動支援だし、一つは健康づくりの支援ということ、安全で効果的なスポーツ、あるいは安全で効果的な健康づくりというのを支援していく中で競技力を向上させていこう、あるいは地域や団体の健康づくりを支援していこうと、こういう総合的な政策が、スポーツ及び運動においては絶対必要だと。そこが分かれているのではないかというのが私の印象としてあります。両方に行ったり来たりしているものですから。

最後ですが、結構早口で言ってしまいましたので、たくさんの御意見をいただきたいと思って、締めに入ります。ということで、締めが長かったりするのですが、健康の重要性、WHOは1948年、大分前に設立されているわけですが、WHOの憲章前文、本当は英語で書いているわけですが、日本語にすれば、健康とは肉体的にも精神的にも社会的にも完全によい状態であって、単に病気や虚弱ではないということではないのですよというふうなことが書いてあるのです。これは教科書にも必ず載っています。

ただ、よく考えてみると、この赤い、コンプリートウェルビーイングという言葉なのですが、誰かいるかときくと、最初は「はい」と手を挙げる若者もいますけれども、ではその眼鏡は、視力はというと0.1とか、それなしで運転できるのかというと、だめだと。要するにこれを完全と言えるかどうかということが一つあるのです。曖昧です。ただ、虫歯はというと、ちゃんと治しているから今はないと、治した歯を完全と言えるかと突っ込んでいきますと、だんだん、貧血は、水虫はと、大体まず健康診断で全くひっかからないというのが前提であります、健康診断というのは全てを見ているわけではないですし、ましてや肉体、精神がどうと言われても、別に不満もないけれども、欲求不満もないですよ。欲求不満のない人間というのはよいのかということになって、非常によくわからない、曖昧だと。まして、社会的に完全によい状態って一体何なのだろうと。社会、経済と

か、お金の問題かと、やはり十分かという、いや、うちはだめだなということになってしまうと、これはあり得ないです。完全によい状態というのは、WHOがそういうことを言うかということで、そこで学生といろいろ検討し合うのです。

そうすれば、これは実は確かにあり得ないのだけれども、あり得ないからよいのではないかということなのです。なぜかと。例えば健康診断をしても全然ひっかかりません、精神的にもばりばりです、社会的にも恵まれていますといったようなモデルがここにいたとします。健康づくりというのは私たちがやるわけなのですが、ではこいつを目指せということになると、だったら目が見えない人はどうするのですか、あるいはうちの学生だった狩野亮君がチェアスキーで金メダルをとってくれましたけれども、彼のように事故で下半身不随になったらどうするのですか、彼は健康ではないのですかと、肉体的に完全によい状態ではないという感じになってきて、もう学生全員にはてなマークがつくのです。それはないと。WHOは何を言っているのかということになるのです。だから、あり得ないことは実はよくて、そういうことではないのだなということに気がつきます。健康というのは、健康に向かって生きる生きざまを言うのではないかと。生きざまって余り使ってはいけないと国語の先生は言いますので、ざまというのは死にざまというふうに使われそうなのですが、生きよう、生き方でもよいのです。今がどういう状態であれ、そこから一歩でも健康というもの、ではその健康というものは何かというと、もうこれは神様です。完全によい状態というのはあり得ないのですから、そういうことなのです。

しかも、言ってみればWHOは国連のもので、アメリカもイギリスもフランスも、ロシアも、それと中国ですが、中国はちょっとまだあれですけども、そのほかの4カ国はほとんどキリスト教圏、つまり一神教の中での神です。だから、言えば私たちは死んだって神様にはなれないので、死んだって健康にはなれないのです。それが答えでしょうね。健康というのは死んだってなれやしないよと、ましてや生きていて健康だなんておこがましい、生き様かということになってしまうのです。そうではないのです。

誰しもが健康ではないというところから始まって、その健康に向かって何とかしていこうではないかというのを、これを持ち出すと大体わかります、うちの学生は。宮沢賢治が先輩だということは知っていますよね。その宮沢賢治が昭和元年に書いた農民芸術概論綱要、その序論があります。これはもう既に読まれた方も多いと思いますけれども、長大な詩です。第1章、第2章と続いていくのですが、そのうちの序論に、「われらはいっしょにこれから何を論ずるか。おれたちはみな農民である。ずいぶん忙がしく仕事もつらい。もっと明るく生き生きと生活する道を見付けたい。われらの古い師父たちの中にはそういう人も応々あった。近代科学の実証と求道者たちの実験とわれらの直感の一致に於いて論じたい。世界がぜんたい幸福にならないうちは個人の幸福はあり得ない。自我の意識は個人から集団社会宇宙と次第に進化する。この方向は古い聖者の踏みまた教えた道ではないか。新たな時代は世界が一の意識になり生物となる方向にある。正しく強く生きるとは銀河系を自らの中に意識してこれに応じて行くことである。われらは世界のまことの幸福を索ね

よう。求道すでに道である」というのが序文です。

健康と出てきているわけではないのですが、賢治が目指すものは道です。それを求めていくのですが、きゅうどうとも読みますが、仏教的にはぐどうと読みます。既に道である。そして、その美しい詩が終了した最後に、「永遠の未完成、これ完成である」と結んでいます。同じことを言っているのです。道が完成されたというのです。これはもう永遠に未完成だと、でもその状態で既に完成しているというのです。これを健康に置きかえてみていただくとよいです。健康を求めていくこと、既にそれが健康な姿だと。こう言うと、納得したというふうになる。それまでは本当に学術書の教科書的ではあるのですが、みんなわからないと思いますね、健康づくりだといって、何をつくるのというふうにやっていますけれども、健康を求めていかなければいけないということで、頑張っていきたいなと思っております。

健康観のさらなる拡大となっていますけれども、賢治が言ったように、新たな時代というのは、自我の意識というのは宇宙に進化していくという。昔は日本人の中で戦争をしていたわけです。あるいはアメリカだって南北戦争で、自分の国で戦争していた。それがやがて国同士で戦争ですから、あり得ない話になってきて、やがてこれは世界の、そして宇宙まで一体化というのは進んでいくのだと。

さらなる拡大とはどういうことなのかということで、実は 1999 年、20 世紀の最後ですが、WHO が一つの案を提示しております。理事会での提案、先ほどの憲章全文ですけれども、この赤い文字は 1948 年には入っていなかったものです。これを日本語訳すると、dynamic だから動的です。Health is a dynamic state ということで、これは非常に助かります。健康に向かっていくのだと、動的にあらわした言葉だなという感じがします。ただ、これは実は発案者はそういう意味で使ったものではなさそうです。健康というのは、健康なときと病気のとときがあつて、それをいつも私たちは行ったり来たりしている動的なものだという意味で使ったようですが、勝手に解釈すると健康づくりだという解釈。

それから、もう一つは spiritual というのが入っています。これはどう考えても霊的というのですかね。辞書を引いたらスピリチュアルは霊的、第 2 の意味としては魂的とあるのです。その次に精神と出てきます。精神はもうメンタルで言っていますから、これは使えないと。実は日本語訳はまだできていません。なぜかという、これは総会で成立していないからです、この改定は。1999 年に案が出されて、2014 年の今に至るまで、いまだにこの改定は成立していないということは、総会にかけられていないのです。これは、ちょうどこのころから宗教的な確執が世界的にうんと大きくなって、あの 9.11 のニューヨークのアメリカ同時多発テロ事件、あれが一つのきっかけでしょうけれども、キリスト教とイスラム教の確執と言ったらいいでしょうか。この案を出したのは実はイスラム国家なのです。ということで、キリスト教としては、イスラム教のスピリットを入れてもっては困るということになるのです。というようなことがあるのかもしれない。日本も WHO の加盟国ですから、日本はどうしたかということと棄権です。まあ大体そんなものだろうなとい

う感じはしますけれども。だから、理事会では棄権、棄権で、理事会案としては通って、総会にかけられないという段階でとまっているのです。かければ文句を言う人はいないです。というのは、spiritual というのは実は人権の尊重というようなことで使っています。中身は何だといったときに、人間の命の尊厳とか、そうなると人種差別をなくそうという動きは盛んに世界の流れとしてありますから、誰も文句は言わないでしょうけれども、総会には上げられないということです、この spiritual に対する日本語訳も正式にはいまだないのです。

だから、私たちは、霊的は嫌だなということで、命的と訳したりしていますけれども、命なのです。これは何かというと、実はフィジカル、肉体的健康、メンタルの健康、肉体的にも精神的にも健康な状態というのは、1人の人間で片がつく話なのです。私の肉体と私の健康と。ですけれども、次に出てくる social というのは、これは1人の人間では片づかないわけです。地域とか会社とか国とか、そういったものがあるのです。だから、それは1人の個人から社会という面で広がった概念であるということで、social well-being というのは非常に難しいことであるし、大事なことだと言われています。

では、spiritual とは何かというと、これは環境との一体感と、過去、未来を突き抜ける命の実感でしょうということです。環境と一体になるという。これは、社会というのは環境というのを第一に持っていき、人と人とのつながりということで持っていきます。でも、そこには自然環境などの大事な構成要素がある。それをまず重要視しようというのが一つ。それからもう一つは、それを次代に引き継いでいくのだという、先ほど少し出ましたけれども、過去から未来へ健康が引き継がれていくと、ここに世代間交流等によって行われる環境や文化の伝承というものが必要なのだということです。それをスピリチュアルヘルスということで表現できないかということです。伝えていく。

私たちは議会で皆さんとこうやって話し合って、健康づくりに取り組んでいきますけれども、こうやってつくり上げた岩手県に50年後に住んでいる人は、今はまだ生まれていない人々です。あるいは選挙権のない人たち、そういう人たちが生きていく社会あるいは環境を私たちが今つくろうとしているのです。そこに世代間の倫理というものがなければいけないのではないかという考え方です。そこはやはり伝承して行って、現在のものをよくして、次に伝えていくというためのものだと、それが健康観というものだとWHOでは大きく捉え始めているのです。

ということで、以上でお話を終了したいと思います。御清聴ありがとうございました。

〔拍手〕

○城内愛彦委員長 どうも大変貴重なお話、ありがとうございました。

先生に講師の依頼をしたときには、まだ岩手県が脳卒中ワーストワンということが発表されていないときでありまして、タイムリーだったのかなということもありますし、やはり健康であるということが大事だなと実感したところでもあります。

それでは、これより質疑、意見交換を行いたいと思います。ただいまお話をいただきま

したことに、質疑、意見等がありましたらお願いしたいと思います。何かありませんでしょうか。

○佐々木朋和副委員長 御講演ありがとうございました。脳卒中の死亡率についてお伺いしたいと思うのですが、私の地元でも食生活改善推進員の女性の方が、一体これは何が原因なのかという話をよくされます。県のほうで、減塩のメニューをつくりましょうということで動くのはよいのだけれども、そんなに私たちは塩分をとり過ぎているのでしょうかとか、あとはほかにも要因があるのではないのでしょうかとか、そんな話をよくされるのですが、きょうの先生のお話の中で、冒頭のほうでしたけれども、救急救命の仕組みとか、医師の見立てとか、またはいろいろな食事についても要素があるということでお話を伺ったのですが、現在議論の中ではどういったものが原因の大きいところだと言われているのか、その点の議論の流れみたいなことを教えていただければありがたいです。

○立身政信講師 その議論がまだ深まっていなくて、議論乱立というのが現状だと思います。でも、乱立した中で、これは繰り返してみたいになってしまいますけれども、脳外科の医師が多いということが一つの要素として言われる、それは悪いことではない。

ただ、悪いことではないと言いながら、私の立場からこれはマイナス要因的なところもあるぞというのは、救急体制としては脳卒中に関してはいっぱいいるほうがいいわけなのですが、問題は科の意識というのですか、医師の間にある。私は消化器科ですから、私は泌尿器科です、私は眼科だからちょっとそっちはと、そういう医師はかなり多いです。私自身が調査したわけではないのですが、いろいろ聞き耳を立てて医師たちの話を聞いているのです。特に中高年層の指導層の医師たちというのは、これはみんな言うのだけれども、最近の若い者はと、若い医師はということですが、非常に専門化志向が強いということです。ドクターGとかをテレビでやっていて、総合医だとか家庭医だとかいうのを一生懸命言っていますけれども、なかなかああやって叫ばれるだけそれは少ないということ。多くの若い医師たちはやはり心臓の専門であるとか脳だとか、そういうところに興味を持っているのです。そうすると、それが例えば岩手医科大学であるとか県立中央病院とか、大きな病院であれば全ての科がそろっているかもしれませんが、夜間でもそれなりに対応できるかもしれませんが、だんだん中小の病院になってくると、きょうはちょっと脳外科医がいませんのでとか、心臓はちょっといないので、いるところに行ってくださいと。これが救急隊からのお話によると、私たちは必死で駆けつけますよと、だから岩手県内は、駆けつけるまでの時間というのはそんなに問題はないはずですよ。ところが、さあ行こうと行ったときに、どこの病院に行ったらよいかというときに、断られるわけです。それでやっと見つけて行くというところまでの時間が、もったいない時間が長いということなのです。だから、まずは応急の対応をしてほしいわけですよ。それがなかなか今の、私、医師会から怒られそうな気がします、医師の中でちょっと最近抜けてきている。いわゆる何でも診ることができる、まず何でも来なさいと言ってくれる医師の少なさということでしょう。

か、連携の悪さというのでしょうか、それが一つはあるのではないかと。それが、脳外科医が多いというところの裏を返せばということです。そういった専門化が大き過ぎるのではないかと。都会であれば、東京都や周辺であれば分化していても、分化された病院がいっぱいあれば、それはそれで足りるわけなのですが、これだけ広い県で医療資源の乏しいところでそれをされると、大変なのかなという感じはします。それが一つの要因としてあるのではないかという気はします。

だから、これを打開するためにどうするかというと、やはり医師養成機関の岩手医科大学がどう頑張ってくれるか、ということもあるでしょう。お金の問題だけではないのだと思います。気持ちの問題もありますので、私は今その中にはいない、側面からですけれども、一生懸命話してはいます。かえって言いやすいところなのですけれども、そんな問題。

あとは、塩分の問題で第一次予防的な問題というのがある。その前に、第一次と言ったのは、病気になるような生活習慣への改善です。これを第一次予防というのですが、先ほどの応急のことは第三次予防といいます。中に第二次予防というのがある、これが健康診断です。健康診断をどれくらい適切に受け入れているのかというのを実は話の中で示さなければいけなかった、この機会に話さなければいけないことは岩手県と長野県のあの違いです。あの違いの大きな要因として健康診断の実施状況と受診率、この違いがかなり大きいです。恐らく長野県は、健康診断の充実は日本一です。それに対して、岩手県はなかなかそこがうまくいかない。それが特定健康診査とかそういうことで、制度的には保険者を中心にして進めていくのだということでもやり始めていますけれども、始めてもう5年たっていますけれども、それがどうも頭打ちというのではなくて、だんだん飽きられてきているかのように受診率がじわじわ下がっている、そういう感じがある。

これは一体どこから来ているのかということ、これも長野県のお医者さん、あるいは担当者さんに聞いてみました。「何が違うのですかね、長野は」と言ったら、これは2人の人が、医師も保健師も一言、「長野県の人をよく勉強するのです」と言うのです。岩手県の人勉強しないのかと言われそうですけれども、勉強する、そういう表現ですけれども、よく学んで、そして実践するというのですかね。健康に対して素直だということです。要は非常に扱いやすいと彼らは言いたいのもかもしれませんけれども、健康の講話なんかをすると本当によく勉強してくれて、そういう会場によく集まってきて、そして実践しようという意気込みがすごいと、長野県は非常にすぐれていると思いますよと口をそろえて言います。これは恐らく長野県の長い歴史が関係しています。だから、その次に彼らは「まねしようと思ったってすぐにはできませんよ」と見下したように言うのです。これは、今まで積み上げてきた結果がこうなっているのだからと言いたいのです。そういえば、何年も前から長野県は教育県だというような印象を私たちは持っています。教育というものにかなり力を入れてきた県なのかなという感じはします。それが健康教育という中でも花開いてきているのではないかという感じがするのです。学ぶという姿勢と、それを実践するのだとい

った姿勢。それを言われると、岩手県でこれからその土壌をつくっていくというのは、できないことではないです。でも、始めなければこれは始まりませんから、教育というのは必要という、その雰囲気ですよ。それは長野県に学ぶ面はいっぱいあると思います。

医療の面では、あと長野県で言えるのは、農業協同組合、厚生農業協同組合連合会、これが非常に組織として昔から充実しているというところがあります。数年前に亡くなりましたけれども、佐久総合病院の若月俊一先生はかなり長寿でありました。日本でも有名な先生です。この先生を中心にして、厚生農業協同組合連合会としての健康づくりや健康管理活動が非常に古くから進んできたという感じです。それが強いかなという感じです。

岩手県で言うと、岩手県で有名なのは旧沢内村です。皆さん御存じのように西和賀町の沢内地区ですが、ここの健康づくり政策は日本的に、あるいは世界的にも有名です。それを県全体的に推し進めていったのが長野県ということです。そういった歴史というのは、だからこそ伝えていくというようなこと、それが大きいかなと思います。

ただ、それでも長野県では脳卒中がそんなに減らない、全体的にはよいのだけれども、それはやはり塩分だろうなという意識はあります。これは野沢菜漬けです。長野県では本当に好まれて食されています。やはり塩分の摂取が多いのだらうねと本人たちも言っています。でもほかで頑張ればよいと、頑張らないとは言っていませんけれども、意識はちゃんとあるということです。岩手県の場合は、塩分摂取を余り意識せずに、はかってみると高いというのがありますので、その意識づけというのはやはり教育なのかなという感じはします。

そのほかに、国立循環器病研究センターで、かるしおレシピというプロジェクトがあります。塩加減が軽いというのでしょうか。まだ1、2年しかたっていないのかな、全国グランプリというのがあって、レシピの競技会を開いたのです。それで去年、岩手県の久慈保健所がグランプリをとったのです。これは皆さん御存じの方も多いと思いますが、恐らくあまちゃんの関係もあったのかと思いますが、実は久慈の食生活改善推進リーダーの方が現職の北限の海女さんで、その人が中心になって、久慈保健所もそれをバックアップして、かるしおレシピという、本当にすごいものです。これを私は久慈に行って食べたのではなくて、金ケ崎町に行って食べたのですけれども、金ケ崎町にそれを普及しようと、まねをして普及しようということをやっているのですけれども、食生活改善推進員さんたちがその食事をつくってくれたのです。幕の内弁当の立派なものをつくってくれました。1食で塩分がどれくらいだと思いますか。1グラムないのです。ほとんどないに等しいです、塩気が。おいしいです。国立循環器病研究センターで取り入れた手法で、一つ一つの食材にだしをしみ込ませたりしているのです。一晩かけてだしをしみ込ませたりして、ほとんど塩なしでつくった料理というものがすごくおいしく食べられるのです。そういったような工夫も国立循環器病研究センターでは取り組んでいるということです。そういうことは県を挙げて、せっかくグランプリをとっているわけですから、しかもあまちゃんブームで名を上げたことを利用しない手はないなという感じはあります。これは食と健康とい

うことで、そのようなものをまたやっていただければいいなと私は思っています。

お答えになっているかどうか、一つ一つ見てみると、その要因と改善点というか、それをこれからみんなで県民運動として展開していきたいなということです。

○佐々木朋和副委員長 ありがとうございます。

○伊藤勢至委員 ありがとうございます。最初にお話というか、お断りをしておきますが、私は随分若いころからたばこをやってきた人間でありまして、休んだり間を置いたり、現在はおいしいなと思ってまた始めているわけでありますが、私はへそが曲がっている人間でありますので、どういうことを言うか、自分でもわからない点がありますが、ちょっとお許しを。今、たばこが集団虐待に遭っているのではないかという思いがしております。たばこに関する人が全部悪いような感じになっていますけれども、先生の御経歴を拝見いたしますと、大きくは地球温暖化防止というテーマの研究をなさっているようにも思うのですが、そういう中で人間の役に立つたばこ、人間に吸ってもらうことによって例えばCO₂の削減ができるとか、フロンガスを減らすことができるとか、そういうたばこに転換すれば、たばこはいわれなき虐待から逃れられるのではないかと思ったりしているわけがあります。物事は上から下から斜めから、いろいろ考えるべきだと思っていまして、ただ、私はたばこを吸いたいと思って県議会に来たのではありませんので、それが悪いというのならそれには従いますし、大体自分の孫のいる前では吸わないことにだんだんなってきましたので、人並みになってきたかなと思っておりますが、いずれ嗜好品の中で、本来は日本になかった文化といいますか、そういうものでありますが、逆転の発想ということを加えて、そういったことを新しい成果として上げていただきたいというのを私たちは大学の先生に期待を申し上げたいと思うのであります。何かそういう前向きな、いじめではないようなお話をしていただければ、今まで払ってきたたばこの税金での貢献にもなるかなと思ったりしているのであります。いかがでしょうか。

○立身政信講師 なかなかどこから拾い上げても見つからないのです、よい点が。よい点だと思われていたところが、実はそれこそ逆に見るとやはりまずいかなと。例えば、たばこによってのコミュニケーション、喫煙所の中で物事がさくさくと決まっていくと、仲間うちでということも一つに言われますけれども、その余裕が社会からなくなっているということもあるのかもしれないけれども、喫煙所に行っている間にその人にかかってきた電話をとって、どこに行ったのと探している人は誰なのでしょうかとか、そういう職場から離脱するというか、離れる時間の問題はどうなのかなということとか、何よりも健康というのを出してしまうと、なかなか健康によいところが出てこないのです。

気持ちが落ち着くということがあります。ストレスに対するリラクゼーションということもあります。これも一方から見ると、このリラクゼーションというのは実はニコチンの作用なのです。言ってみればマリファナとか、ああいった習慣性を持つような。というのは、なぜ習慣性を持つかという、脳内の神経伝達物質というのですかね、ドーパミンとかセロトニンとかいろいろあるのですが、そういうものと同じ働きをしているのです、ニ

コチンというのは。そのために気持ちがよくなるのです。リラックスもしますけれども、習慣性が出てしまうというのがネックです。でも、それが毒ではなければよいのではないかとは思いますが。

だけれども、ニコチンという物質の毒性を見ると、実は青酸カリの倍以上あるのです。毒性が強いのです。人間では実験できませんから動物実験をしますと、青酸カリの倍から1桁上くらいの毒性、微量でマウスが死んでしまうというのです。それを煙で吸っている分には死ぬところまでいかないのだけれども、あれを溶かした茶色い色の水、あれを飲んだら死にますよねというようなところ。そういう毒性があつてのものなので、なかなかリラクゼーションに勧めることができないなというところですよ。

疫学という調査研究をすると、やはりいろいろな病気の原因になっていると。一時期、若年性認知症、アルツハイマーは喫煙者の場合に少ないと、たばこを吸わない人に多く出ているという発表がありました。もう10年以上前ですけど、これは珍しいなと、たばこのよい面というのが出てきた研究かなと。アルツハイマーを防ぐ可能性ということで、ちょっと注目を浴びたのですが、その後いろいろな追試をしたら、こういうことなのです。実際の例を少し簡単にまとめます。アルツハイマーの人を100人集めました、アルツハイマーではない人を100人集めましたと、あなたはどのくらいたばこを吸ってきましたかという質問をした。そうすると、アルツハイマーではない人に喫煙経験者が多かったということです。アルツハイマーの人はたばこを吸っていませんと答えた人が多かったということです。これはなぜかという、アルツハイマーというのは過去の記憶もなくなっていくのです。その人たちに過去の記憶を聞く研究だったということです。

これはいかんということで、たばこを吸う人、たばこを吸わない人を集めてきた。どちらも病気でも何でもないです。でも、1年や2年ではわかりません。その人たちを10年、20年、30年と比較していったならば、やはりたばこを吸っている人のほうにアルツハイマーになる人が多かったという結論が出てしまって、話が逆転してしまったのです。アルツハイマーよ、お前もか、という感じに、やはりなりました。ということでした。

なかなか研究の中で、健康によいという結論が出てこない。でも、やはり社会的な問題として一番配慮しなければいけないのは、たばこ耕作者であり、たばこ販売者でありという、たばこで生きている人たちです。そこは何とかしていかないと。できるだけソフトランディングで、吸っている人もつらい思いをしないでやめることができるような配慮というか、そういう研究をやっているのですけれども、そのために飲み薬が出てきたり、貼り薬が出てきたり、ガムが出てきたり、いろいろありますけれども、そういうことをやっていこうではないかというのが世界的な流れなのかなという気がします。

○伊藤勢至委員 先生、ありがとうございました。

確かに悪いものは悪いので、理屈をつけてそれをなくすとかなんとか思うわけではありませんが、ただ問題は、福島第一原子力発電所の放射能汚染の問題につきましても、これからの世代が取り組んでいかなければならないものです。それから、地球温暖化の大きな

原因と言われておりますCO₂あるいはフロンガス、そういったものを極力少なくしていく努力をしていかなければならないわけです。そういうときにニコチンを1個足せばサンコチンになるが、これが化学的に何とかまいぐあいにフロンガスを減らすとか、こういったものにならないのかなということ。

○立身政信講師 これは今のところ全くないです。まずは、物を燃やすという作業をするわけです。燃やすということで当然一酸化炭素、よく燃えてくれて二酸化炭素が出てきてしまうのです、化学反応ですから。そこを何とか燃えないたばこというので、水たばこ、紙たばこ、いろいろ出てきていますけれども、それが環境にどうなのかという話になると、またちょっとね。だから、なかなかこれは至難のわざだと思います。でも、それを発見したらノーベル賞かどうかわかりませんが、世界の大発見ではあるだろうと思いつつも、それを目指している研究者はほとんどいないだろうという気がします。それよりも悪いとわかっているものを減らしていこうと、例えば放射能汚染であったりフロンガスであったり、そういうものを直接取り上げるほうが道は早いという気がします。

○伊藤勢至委員 よくわかりました。

○小野寺好委員 三つほどちょっと希望したいと思います。

一つはたばこの関係で、喫煙をやめましょうよということがいっぱい出てくるのですが、その根拠として、たばこの煙の中に含まれているさまざまな化学物質が人体に対してどのような悪影響を及ぼしているかというのを客観的にお話ししていただければなと希望します。

二つ目に、普通に呼吸をすれば当然酸素が入ってくると思うのですが、実はなかなか難しいことで、細胞の中でガス交換をして、一生懸命取り入れようとして、これに対してたばこが大きな妨げになっているのですよということをちょっと御説明いただければなと思います。

あと三番目に、私は上田4丁目に住んでいます。岩手大学の野球グラウンドの脇にいます。構内は全面禁煙ですよと御自慢なさっているのですが、弁当屋さんの前、自転車屋さんの前、ガス会社のほうから来る狭い門のところ、国道46号のほうに行く地域連携研究センターのほう、たばこを吸っている人がいない時間はない。毎年1,200人のうち10人しか喫煙者が入ってきませんよとおっしゃいますけれども、まあずっと吸っています。町内会でも掃除をしています、皆さん意識があって、滅多に吸殻を捨てる方はいなくて、皆さん携帯灰皿を持ってきているのですが、それでも職員の方々が時々回ってきてお掃除しています。結構なことだと思います。そのときにちょっと嫌な感じがするのは、縁石に座ってたばこを吸って、そこを例えば今の季節スカートをはいた女の人が通れなかった。構内で禁煙したから偉いのだぞ、ではなくて、ではその周りの人たちはどうなのだ、そういったこともちょっと考えていただければという希望です。

○立身政信講師 第1の質問は、かなり物すごいことになってしまいますから、ちょっとここで答えることは、つまり有害性がどのような基準でなどということになると、毒性の

物質が物すごく多く入っていて、あの煙の中に 200 種類ぐらい入っています。発がん性でも何種類か入っています。それぞれ一つ一つの物質によって、あなたはむしばまれていくのですよということになってしまうのです。それが疫学といったような調査でもって、実態として明らかになってくるということで、もう少し詳しくというのは、また時間を設けて。

2 番目の、吸ったときにどうなるかということで、一つは、たばこというのは煙そのものにはかなり刺激性がありますので、気管支がきゅっと刺激を受けて、軽い炎症を起こしているのです。つまりたん、唾液、体液がにじみ出て、それで通りが悪くなって、ぜんそくと同じような感じですね。それから、空気だとそういうことですが、ニコチンが血液内に吸収されていきますと、血管を収縮させて、血のめぐりが悪くなってしまいます。後はタールの発がん性はよく言われますけれども、実はたばこは発がん性というよりは、発がん性が最も強いのは放射能ですから、発がん性という意味ではたばこはそんなに強くはないということです。そうではなくて、とにかく私たちの体というのは常に細胞が破壊されつつ修復されているわけですから、その修復をうまくできなくしてしまうという作用がたばこにはあるのです。いわゆる免疫機能を壊してしまうと。だから、むしろ発がん性というよりは、がんを育てるものであると。それが 2 番目なのです。

あとは、大変いい質問だと思います。それは町内会からクレームとして来ますので、安全衛生委員会でそれなりに検討しながら進めているところですが、そのうちの一つが今始めている子供たちの通学時間帯はやめましょうというようなことですし、だんだんその時間帯を広げていきたいということがあります。

ただ、外で吸っているとまずいので、では中に入れたらよいでしょうという意見、これはかなり多くあります、学内でも。学内に喫煙所をつくれということ。でも、それは岩手大学で 3 年間経過しているのです。全面禁煙をする前に喫煙所を設けているのです。そのときに学内はどうなのかというと、ほとんど吸い放題の状態です。注意はするのだけれども、「歩きながら禁止だよ」と言う、「わかっています」と言って、ゆっくりと喫煙所に向かって歩いて行って消すという、その行為を禁止はできません。どこからが喫煙所で、どこからが違うという境目がわからなくなってしまう。結果、吸い殻がたくさん出ているというようなことを今の学生たちが知らない。4 年たつと卒業しますから、その時代はもう過ぎて、全面禁煙になって 5 年たちますから、知らない連中は外で問題があるなら中につくれればよいじゃないかとすぐ言います。でも、そうしたらこのようになるのだよと、そこを知らせていかないと学内の禁煙化というのは進まないのです。これはもう津波と一緒にです。伝えていかないと、地震が来たら逃げろというのを知らない人は逃げませんから、それと一緒にです。喫煙所を置いたらそこで吸うのは当たり前です。でも、どこでも吸うようになるということを伝えていかなければいけないということがあります。これは戦争と同じです、伝えていかなければ起こります。

もう一つは、外で吸う人自体が少しずつ減っていくだろうという構えはあります。それ

はなぜかという、喫煙者が減っているからです。大学の喫煙者がどんどん減っているから、そのうちの何人かは確かに外で吸うでしょうけれども、ふえていくことはまずないです。実際にそれは測定しています。毎年2回ずつ、時間と場所を決めて調査をやっていますが、じわじわ、じわじわと減っていく。

一番大事なものは、してほしいのは、盛岡市の医師会としても言っていますし、岩手大学としても言っているのですけれども、盛岡市長に路上喫煙の禁止条例をつくってほしいということです。これは町内会でも言っています。ですけれども、町内会の人たちの70%の署名があれば動きますということでした。そんなものとはとれるわけがないです。ですので、盛岡市医師会では毎月最後の日曜日に盛岡駅から吸い殻拾いをして歩いて、年に2回はそれを市長室まで持って行って訴えています。そういうことなのです。最終的には、周りでも吸ってはいけないと、防げるはずなのです。だから、大学のことを大学だけでやってはいけないです。大学は開けた大学を目指している、地域のために。だったら、地域も一緒になってその地域を禁煙にしていくのだという構えのほうがやるべき方向ではないかという姿勢で、安全衛生委員会は一貫しています。ですので、意見が来るたびにそうやってどうしましょう、どうしましょうということを考えながらやっているというところです。やはり政策は大事です。盛岡市内でそうやって小学生が歩く、高校生が歩く道ならば、みんなでたばこを吸わないようにしようじゃないか、我慢しようじゃないかと、吸うのだったら家で吸ってこようじゃないかと。酒と一緒にですから、歩きながら酒を飲んだらおかしいですね。一緒です。そのように訴えたいなと思っています。

○**城内愛彦委員長** ほかにないようですので、本日の調査はこれをもって終了したいと思います。

立身先生、本当にどうもありがとうございました。

〔拍手〕

○**城内愛彦委員長** 委員の皆様には次回の委員会運営等について御相談がありますので、しばらくお残りをいただきたいと思います。

それでは、次回の委員会運営についてであります。9月に予定されております当委員会の調査事項についてであります。御意見等がありましたならば。

〔「委員長一任」と呼ぶ者あり〕

○**城内愛彦委員長** 特に御意見がないようですので、御一任をいただきたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○**城内愛彦委員長** 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。本日はこれをもって散会いたします。ありがとうございました。