

# 日本疫学会 ニュースレター

平成18年9月15日発行 No.28

## 追悼 福富和夫先生

藤田保健衛生大学医学部衛生学  
橋本 修二



本学会名誉会員の福富和夫先生が、2006年6月26日に逝去されました。享年76歳でした。

昨年になって、先生から体調が芳しくないとお聞きするようになりました。年末の研究班会議では、担当された課題の研究結果をご自身で発表された後に、長い時間は体力が続かないとのことと退席されました。年が明けてからは、研究の打ち合わせ場所が先生のご自宅となりました。私と同様に、多くの方々が先生のご自宅を訪問されたようです。6月3日、先生はソファに座られ、私からの質問に対して1つ1つ丁寧かつ的確にお答えになられ、一段落してからしばらくの間、様々な思い出を語って下さいました。その楽しそうな顔が心に残っています。そして次にお目にかかったのは7月1日、先生とのお別れの会となりました。

先生は1950年に東京農林専門学校を卒業後、中学・高等学校教諭を務めながら、1960年に東京理科大学理学部数学科を卒業され、さらに修士課程と博士課程へ進まれました。1965年に芝浦工業大学数学教室助手、1968年に講師になられ、当時は因子分析を中心に研究されていたそうです。研究成果はいくつかの論文・著書にまとめられ、また、1974年に「因子抽出の妥当性について」で理学博士（東京理科大学）を

取得されました。

1971年から研究拠点を国立公衆衛生院衛生統計学部に移され、1981年に衛生統計室長、1986年に衛生統計学部長になられました。科学は必ずデータを扱いますので、その程度は様々ながら統計学を必要とします。先生は多くの研究者と共同して、様々な研究課題に取り組み、そして、立派な研究成果を導かれています。その特徴は理論的であって、しかも実際的といえるでしょう。先生の信念である、統計学者は常に実質科学の視点からデータを解析・解釈しなくてはならない、を实践されたものと思います。

ご自身について、先生は保健統計学者とお考えだったと思います。たとえば、年齢訂正死亡率から年齢調整死亡率への名称変更について、先生が提案されたことは有名です（「死亡指標の意味と性格。日本公衆衛生雑誌、1984;31:289-295」）。標準化死亡率に関

する混乱に対しては、統計学的視点から正しい方向を教示され、その沈静化に努められました（「標準化死亡比に関する考察。日本公衆衛生雑誌、1989;36:155-160」）。出生、死産、傷病、生命表、長寿指標、健康寿命など、研究業績は多岐にわたっており、保健統計学の体系化への寄与ははかりしれません。1998年に統計界で最高の荣誉とされる大内賞を、2000年には勲四等瑞宝章を受賞されました。

国立公衆衛生院の19年間には、公衆衛生分野の研究者、教育者、技術者の教育に取り組みました。統計学の難しいことも分かりやすく解説され、その講義は受講者にとって新鮮な驚きだったと思います。1990年に定年退官された後も、名講義を各地域で続けられ

### CONTENTS

健康度指標.....大久保 利晃 2	Journal of Epidemiologyの インパクトファクターが出ました 中村 好一 9
国民の歯科疾患の現状と調査の壁 安藤 雄一 4	運動基準が17年ぶりに改定 高田 和子10
私と疫学.....齋藤 安彦 6	掲示板..... 10
私と疫学.....高宮 朋子 7	事務局だより..... 10
ある研究室の一日 聖マリアンナ医科大学予防医学教室 須賀 万智 8	

ました。厳しい研究者、優しい教育者、そして、限りなく温かい先生でした。先生を師と仰ぐ、私のような弟子は全国各地域に広がっています。先生の長年にわたる研究と教育を集大成して、「保健統計・疫学」が生まれました。1990年刊行の「保健統計」に疫学的方法を書き加え、1995年に同書となり、2000年に第2版、2005年に第3版を重ねています（「保健統計・疫学 第3版。南山堂、2005」）。初学者には優しい教科書であり、一方、専門的に深く理解すればするほど、その難しさと意味が見えてきます。まさに、保健統計学の名著であります。

研究と教育以外にも、たとえば、中央薬事審議会では12年間にわたって医薬品の許認可を審議され、厚生統計協議会では保健統計に関する厚生省への意見具申を10年間続けられ、また、日本公衆衛生雑誌では2期6年間の常任編集委員を務められました。さらに、東京大気汚染公害裁判をはじめ、多くの法廷で原告側証人として大気汚染の健康影響を強く訴えられました。このような中で、因果関係を議論する上で基本的視点をまとめられました（「疫学と統計 因果関係論に関する考察」。公害研究、1985;14:29-36）。そこからは、疫学と統計の専門家に社会

性を求める、という強いメッセージが伝わってきます。

写真は先生のバードウォッチング姿です。愛用の帽子をかぶられ、愛用の双眼鏡を首にかけられています。先生は山の小鳥と勇壮なワシタカをこよなく愛されておられました。ご自宅から比較的近い高尾山には頻繁に登られていたそうです。春に連れて行って頂いたとき、多くの小鳥が心地よくさえずり、艶やかな姿を堪能させてくれました。先生のご冥福を心よりお祈り申し上げます。

## 健康度指標

財団法人放射線影響研究所理事長  
大久保 利晃

健康リスクが予想される場合には、少なくとも最低基準は一律強制的に実施することが正当化される。これが快適性の追求となると、一律に実施したのではほとんどの場合最大の効果は期待できない。ましてや実施しない場合の罰則などというのは、まったく受け入れがたいことである。現在のわが国の保健活動は、実はこのようなとても難しい局面にさしかかっているのである。

急性中毒や急性伝染病のように、原因が単一で、要因が作用してから結果である健康障害が発生するまでの時間が短い場合には、それに対する予防活動の疫学的評価は比較的簡単である。しかし、目的とする疾病が慢性疾患であれば発症率が低いことが多いので、予防活動で期待される改善度が小さくなる。その上、予防介入から結果までの観察期間が延長するため、その間に他の要因が介入する機会が増え、結果的に予防活動の効果なのか、その他の要因による見かけ上の改善なのかの区別が難しくなる。

### 難しい健康度改善の証明

最近の健康問題の中心は生活習慣病であり、その予防に各種の健康増進活

動が導入されている。しかし、これら健康増進活動の効果に関する疫学的評価については、生活習慣や肥満など、中間指標の改善はともかく、問題とする健康度改善に関しては納得の行く証明ができたと考えられる例を知らない。その原因は一つ二つではない。まず、プログラムの最終評価目標を何にするかが問題である。最もオーソドックスなモデルは、目標疾患による死亡や罹患の減少を観察することだが、生活習慣病では、予防プログラムに参加した観察対象者全員の発症結果を観察し終わるまでには、最低でも数十年はかかってしまう。そこで、発症モデルにおける最終結果のはるか手前の段階にあると考えられるリスクファクターを探して、その改善をもって最終評価



に代えることが行われる。しかし、このファクターが疾病自然史的観点から、本当に一義的な代表指標たり得るのか誰にも分からない。結果的に、せいぜい体重改善くらいしか評価指標として使えないのがこれまでの実情であった。目標とする結果評価指標が、死亡や罹患のようなイエス・ノーがはっきりするものであれば、観察誤差はさほど心配しなくて良い。しかし、リスクファクターの改善ということになると、変化量の相対比較になるわけでは、測定誤差の問題を避けて通るわけには行かない。どの時点で評価するかも大きな問題である。また、比較対照を置かないと結論が出せないが、この対照群の設定が、ほとんど不可能といっても言い過ぎではないくらい、難しいのである。というのも、健康増進活動に参加しない人を比較対照にしなければ

ならないわけだが、通常健康増進活動への参加は任意であり、この健康増進活動に参加する・しないという行動が、その人の健康に交絡するからである。もう少し具体的に述べるならば、健康増進活動に参加するのは健康意識が高いからで、そういう人はプログラム以外の健康増進活動にも取り組むので、どのファクターが改善に結びついたか分からない。まったく反対に、リスクファクターのいずれかが高くなり、医師に生活改善を勧められたものだけで集団が構成される可能性も考えておかなければならない。いずれの場合にも、通常の方法で対照を選んだのでは、間違った結論に到達する可能性が高いのである。かといって、最初にリスクファクターをそろえたランダムな2群を設定し、片方には健康増進活動を禁ずるといような非倫理的なデザインは許されないし、複雑な人間の生活様式の中でその設定が守られる可能性はほとんどゼロである。

### 求められる発想の転換

これまでもこのニュースレターや疫学専門誌で疫学的アプローチの限界が論じられてきている。その多くが上記のような議論だったわけだが、本項で論じたいのは、発想の転換である。まず、疫学は疫学のためにあるわけではなく、病因解明や公衆衛生活動の立案評価のためにあることを再確認したい。つまり、疫学が限界に達したのではなく、医学研究や公衆衛生活動の方向性に問題があることを主張したいのである。環境の変化にもかかわらず、いつまでも疾病というマイナスの健康問題ばかりを対象にしてきたことから、次第に疫学的アプローチが難しくなったのである。つまり、マイナスをミニマイズする活動が限界に達しているのではなからうか。これからは、マイナスを探すことから脱却して、快適生活環境の形成や健康度の維持向上を図ることに力を入れるべきであり、こういうテーマに疫学手法を活用する

ことにより、再び疫学の活用範囲が広がる可能性を考えたいのである。

ところで、このように活動目的自体が180度転換すると、同じ保健活動といっても、活動様式がこれまでとは大幅に変わらざるを得ない。健康リスクが予想される場合には、少なくとも最低基準は一律強制的に実施することが正当化される。これが快適性の追求となると、一律に実施したのではほとんどの場合、最大の効果は期待できない。ましてや実施しない場合の罰則などというのは、まったく受け入れがたいことである。現在のわが国の保健活動は、実はこのようなとても難しい局面にさしかかっているのである。ただでさえ国民の保健概念が十分形成されていなかったところにこんな提案をすれば、さらに事態が複雑化する可能性がある。われわれ専門家がよほどしっかりしない限り、一般の理解が得られるわけではない。当面は、健康に関する正しい認識を普及させることが必要なのだが、これはただ抽象的な議論のみで簡単に達成できるとは思えない。

### プラス要因に注目する新体系

これまで進められてきた疾病対策の流れを要約すると、古いほうから順に、疾病の発見・同定、曝露・発症の自然史解明、早期診断法の開発、早期発見早期治療、環境改善となり、これが予防医学の体系であった。この流れは、最初にも述べたように、個別疾病要因というマイナスの要因に注目した体系である。それに対し、新しい活動目標は、いわばプラスの要因に注目する体系であるとも言える。まずこの変化がなかなかわかりづらい。

近年行政の音頭で進められてきた施策である、健康増進活動や快適職場づくりはまさにこのようなプラスを目標とする活動である。ところが、この観点からこれらの施策の指針を見ると、違和感を覚えざるを得ない。たとえば、健康増進活動では、リスクファクターのある人を見つけて、運動や栄養指導

などで改善しようとしている。快適職場では、職場の不快、不安全要因を探し、それを排除することが謳われている。こうなってしまう原因の一つは、健康に関する科学的理論体系がまだできあがっていないからである。学問がぐずぐずしている間に世の中が変わり、必要性は認識されているのに正しい方法が示せないのである。そこで、プラスの健康を目標にする活動がマイナス指標を根拠に行われるというまことに奇妙なことになってしまったのだと思う。本来、健康増進活動の評価には、真のプラス方向の尺度としての健康度指標を用いなければならなかったのである。

とはいっても、プラスの健康を考えるのは容易ではない。人が誕生してから、いや、たぶん誕生以前からはじまり、成長、成人、老化の全ての段階で、健康を制御する要因とそのメカニズムを解明しなければならない。これまでの長い医学の歴史では、大部分のエネルギーが疾病状態解明のために費やされた。もちろんその場合に、病気の対立概念としての健康は視野には入っていたであろうが、直接どの疾病にも関係しない要因は、ほとんど手付かずのままであった。健康科学というと、スポーツ医学を思い出すが、これも、より速く走るというような特別の研究目的に特化しており、ここで論じる内容にはほとんど役に立っていない。

### より信頼度の高い疫学的評価へ

歴史上で人の健康メカニズムあるいは健康生理学について体系的に研究されたのは、アメリカが月へ人類を送り込んだアポロ計画の時が最後ではないだろうか。この時は、人が宇宙旅行をした場合の、地上とはまったく違う環境下で健康がどのように脅かされ、それをどう克服するかについて、国策として体系的に研究された。この結果は日本語にも翻訳出版されているが、あの本を見ると、我々は人の健康について如何に無知であるかがはっきりと認

識できる。(人間-環境系 - 人間機能データブック - 上・下巻, 上巻昭和47年1月25日, 下巻昭和48年1月25日発行, 監修: 科学技術庁(資源調査所), 編集: 人間-環境系編集委員会, 発行所: 株式会社人間と技術社)

生理学的なメカニズムが解明された後でなければ, 本来, 健康度指標を論じることはできないだろう。しかし, 人の健康度は, 言い換えれば有機体である組織体としての活動レベルであり, 構成要素個別の役割が全て解明されていなくても, 途中のメカニズムはブラックボックスとして, 様々な段階での健康度を観察することができる。

これが疫学の強みではなかったのではなからうか。本稿では, あまり各論に入るつもりはないのだが, このような健康度の例として, 疲労しにくい身体, 前向きな発想をする心, 快眠・快食・快便など, 昔から経験的に言われていることを, まず科学的に検討してみる必要がある。

また, 健康度は通常個人単位で考えるのだが, 集団で初めて意味をもつ指標もあり得る。個人単位の健康度の合計や平均値が即, 集団の健康度ではない。個体の健康が構成要素である個々の細胞や臓器の活動の総和だけで決まるのではなく, 個体を形成する全ての

要素の有機的な総合的活動によって規定されるように, 社会組織の場合も, その組織のチームワークが良好であるほど, 組織としての健康度が高まる。企業組織や軍隊, スポーツチームなどは緊密な組織体であり, こういう組織のことを考えれば, 個人と同時に組織の健康度も考えなければ不十分であることが理解できよう。

社会的なコンセンサスが得られた, 本当の意味での健康度指標が確立されれば, 健康増進や快適職場形成活動も, 本来の意味での評価が可能になるし, そうなれば再びより信頼度の高い疫学的評価もできるはずである。

### 大久保利晃先生のプロフィール

放射線影響研究所理事長, 前産業医科大学学長

家族: 妻, 長男, 長女に孫2人

(但し, 現在は妻と2人で広島と東京と北九州の三住生活)

趣味: 山登り, 家の改築・増築・修理修繕

好きな食べ物: 魚, 酒(種類を問わず)

好きな動物: 犬

嫌いな動物: 犬が嫌う猫

座右の銘: 後世, 畏る可し

## 国民の歯科疾患の現状と調査の壁

国立保健医療科学院 口腔保健部 口腔保健情報室長  
安藤 雄一

### はじめに

う蝕(虫歯)と歯周病, さらにはその最終転帰である歯の喪失は, 多くの人々に蔓延している国民病です。ちなみに「国民病」をキーワードとしたGoogle検索では107,000件, これに「歯」を追加すると15,300件がヒットします(2006年7月6日現在)。この国民病の全国的実態を把握する調査が厚生労働省による「歯科疾患実態調査」で, 昨年11月に最新調査が実施され, 本年6月に結果の一部が公表されました。本稿では, その概略をお伝えするとともに, 本調査が抱えている問題点も触れてみたいと思います。

### 歯科疾患実態調査の歴史と最新調査結果のポイント

歯科疾患実態調査の最新調査は昨2005年11月に実施されました。初回調査は1957年(私が生まれる1年前)で, その後6年に1回の頻度で実施され, 今回の調査で9回目となります。50年近い歴史を持つ歯科の全国調査というのは世界的に見ても, おそらく例がなく, わが国における歯科保健の推移を語るうえで大変貴重な資料となっているのは言うまでもありません。

今回行われた最新調査の結果については, 厚労省のホームページ(報道発表資料, 2006年6月2日)に概要が掲



載されています。本稿が世に出る頃には, さらに詳しい情報が発信されている予定ですが, 結果の要点は以下のように整理できます。

- ①歯の喪失状況の改善が認められた。
- ②う蝕の減少傾向が認められた。
- ③調査の受診者数(調査受診率)が低下した。

このうち, ①については, 歯を有している高齢者が増加したという結果が得られています。現在, 80歳まで20本の歯を残そうという「はちまる・にいまる8020運動」

が展開されており、80歳で20歯以上保有している人の割合は「健康日本21」の「歯の健康」における目標値の1つになっていますが、今回の結果では80歳（正確には75～84歳）の25%、すなわち4人に1人が「8020」達成者でした（前回の1999年調査では15%）。また、自分の歯が1本も残っていない者の割合も、かなり減ってきました。30年前（1975年）の調査データを見ますと、60歳代の2割近くが無歯顎者でしたが、今回の調査では僅か2%と10分の1近くにまで減少しています。かつては「高齢者＝歯がない」というイメージが何となく強かったように思われますが、比較的若い世代の高齢者から、そのイメージが次第に変わりつつあり、少なくとも総入れ歯を使う前期高齢者は現状では少数派に転じつつあるようです。

②の虫歯の減少傾向は、1980年代後半から観察されており、この傾向が引き続いていることが示されました。かつて、日本の小児の虫歯は先進諸国のなかで例外的に多く、その理由としてフッ化物利用の普及の遅れが指摘されたことがありました。遅ればせながら日本でもフッ化物利用が受け入れられつつあり、汚名返上ができそうなところまで進んできた感があります。WHOが作成している虫歯の世界的マップ（12歳児）によりますと、現在の日本は世界平均よりやや高めであることが示されていますが、日本人の砂糖摂取量が欧米の先進諸国に比べて明らかに少ない点を踏まえると、今後世界一虫歯の少ない国になるのも決して夢ではないと思われます。

### 問題点：調査の「壁」

以上のように、最新調査は国民の歯科疾患が概ね改善傾向にあるという比較的明るい結果を提供していますが、その反面、③で示した調査の受診者（調査受診率）の低下という暗い影も落としています。

今回の調査における分析対象者数は

4,606人でした。前回（1999年）は6,570人、前々回（1993年）が9,287人、前々々回（1987年）が11,649人でしたから、減少傾向に歯止めがかかっていない状況といえます。また、この傾向はとくに若い世代で顕著であることから、分析対象者（受診者）の年齢構成は母集団（日本全国の人口）以上に「高齢化」しています。

ここで「調査の受診者数（調査受診率）」という表現を用いたのは、歯科疾患実態調査では、従来、調査受診率が公表されてこなかったためです。その理由は後述しますが、調査の標的集団の大きさは殆ど変わっていませんから、調査受診率が低下しているのは間違いなく考えられます。

この理由として、口の中を見せることに対する抵抗感や、歯科医院が増えてきたので困った時にはいつでも受診できる環境に変化してきたこと等、歯科特有の問題に由来する割合は大きいと考えられます。

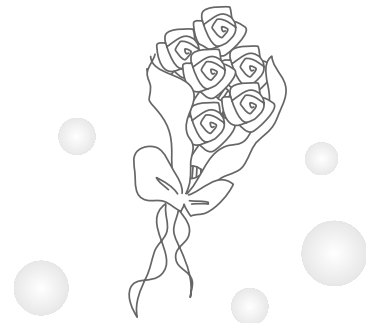
しかしながら、調査の受診者数（調査受診率）の低下は、歯科疾患実態調査だけで生じている問題ではなく、母体（土台）となる調査でも生じています。歯科疾患実態調査は国民健康・栄養調査（国民栄養調査）の対象者に実施され、さらに国民健康・栄養調査は同じ年に行われる国民生活基礎調査の対象者（世帯票）の一部を対象としています。国民生活基礎調査（世帯票）の回収率はここ10年間で約10ポイント低下しています（90.0%→80.2%）。さらに、国民健康・栄養調査の受診者数の低下は顕著で、2000～2004年にかけて調査客体数が5,000人近く少なくなっています（12,271人→7,689人、身体状況調査）。また、対象者の内訳をよく見ますと、都市部の対象者の割合が国全体の人口構成に比べるとかなり低くなっています。なお、この調査では受診率（協力率）が公表されていませんが、前述したように従来の歯科疾患実態調査で受診率が公表されてこなかった理由の1つと考えられます。

歯科疾患実態調査が、日本という国において歯科疾患に関する「代表的な調査」である点は異論がないと思われませんが、「国を代表する」調査かどうかという点については、今まで述べてきた理由から、自信を持って肯定できにくくなってきているのが現状です。

本年6月22日の朝日新聞・夕刊では「健康情報 個人情報壁」という見出しで、歯科疾患実態調査と上記の関連調査を拒否する人が多くなり、健康実態を把握するうえで支障になってきたという主旨の記事が掲載されました。この“壁”をどのように克服していくかという問題は、住民の健康状態に関して適切な実態把握と地域診断を行っていくうえで今後に向けた大きな課題のひとつといえます。

### おわりに

最後に、ではどうしたらよいか？という問題になりますが、昨今の社会環境・意識を考慮しますと、調査への協力を高める道筋は簡単ではないと思われます。また自身で出来ることには限りもあります。研究者の立場としては、本調査の受診率の現状をきちんと情報提供すること、また現状データの信頼性を確認しておく必要性を痛感していますので、最低限ここだけは何とかしたいと考えている今日この頃です。



# 私と疫学

日本大学大学院総合科学研究科人間開発専攻 / 人口研究所  
齋藤 安彦



健康状態別余命の研究が、私の専門である人口学と疫学の接点となりました。人口学の中心的研究課題として死亡に関する研究が挙げられますが、人口の高齢化に伴い最近では死亡も含めた広い意味での健康に関する研究が行われるようになりました。「健康な状態」と比べて「健康でない状態」を定義し、計測するほうが容易であり、「健康でない状態」を疾病の有無や日常生活動作能力などを用いて定義し、健康状態別余命の推計を行っております。

## 生きている時間の質を示す 健康状態別余命も考慮

私は現在、人口学および加齢学を専門としており、なかでも主として、アメリカおよび日本を含むアジア諸国の高齢者の健康や健康状態別余命（Health Expectancy）の研究を行っております。最近ではアメリカのHRSデータを用いて肥満が高齢者の健康状態別余命に与える影響に関する研究（Gerontologist）や、咀嚼力と健康状態別余命の関係に関する研究（日本公衆衛生雑誌）などを行っております。高齢者の割合が急速に増加し、平均寿命が伸び続ける日本において、平均寿命という生きている時間の長さだけでなく、健康状態という観点から、生きている時間の質を示す健康状態別余命も考慮する必要があると考えております。

私がこの健康状態別余命の研究に興味を持ったのは、大学院当時の指導教授である南カリフォルニア大学アンドレス加齢学研究所のCrimmins教授から、Disability-free Life Expectancyの推計方法に関してレポートするようご指示いただいたのがきっかけでした。Disability-free Life Expectancyに関する研究ではDaniel F. Sullivanが1971年に先駆的な論文を発表していました。

しかし、私がレポートを書いた1987

年当時、アメリカでは健康状態別余命の研究はそれほど進んではいませんでした。日本ではSullivanの論文が発表された3年後の1974年に日本の健康状態別余命の推計が発表されています。

1982年には当時東京大学におられた小泉明先生が日本大学総長指定研究プロジェクトの研究成果として健康状態別余命の概念的な論文を発表なさっております。また、1987年には南條善治・重松峻夫両先生が日本の健康状態別余命の推計結果を日本人口学会の地域部会でご発表になっておられます。

健康状態別余命の研究は1989年にフランスのJean-Marie Robine博士がご尽力なさった健康状態別余命の研究者の国際的ネットワークであるREVESの設立を機に非常に進んだように思われます。

幸運にも私はネットワーク設立当時からREVESのメンバーとしてその活動に参加させていただいております。1990年代に入り、長野県佐久市のデータを用いた甲斐一郎先生や宮城県仙台市のデータを用いた辻一郎先生の研究をはじめとして健康状態別余命に関する研究が発表されるようになりました。『健康日本21』においても健康寿命の達成目標が含まれております。

## 人口学と疫学の接点

この健康状態別余命の研究が、私の専門である人口学と疫学の接点となり

ました。人口学の中心的研究課題として死亡に関する研究が挙げられますが、人口の高齢化に伴い最近では死亡も含めた広い意味での健康に関する研究が行われるようになりました。「健康な状態」と比べて「健康でない状態」を定義し、計測するほうが容易であり、「健康でない状態」を疾病の有無や日常生活動作能力などを用いて定義し、健康状態別余命の推計を行っております。健康状態別余命の推計には基本的に疫学調査や社会調査による個票データが不可欠であり、これまで日本、アメリカ、中国、台湾、フィリピンなどのデータを用いて研究を行っております。また、健康状態別余命の推計方法によっては縦断調査によるデータが必要であること、そして健康状態の変化とその要因の因果関係を解き明かすためには縦断調査のデータが不可欠であることから、1999年より日本人高齢者5,000人を対象とした縦断調査を行っております。

この調査は平均約1時間の面接調査で基本属性、居住形態、家族構成、家族関係、経済状態、保健行動、慢性病、身体機能、精神保健、視聴覚、口腔保健、介護、介護サービス利用状況などに関する多数の質問を含んでおります。これまでに、3回調査を行っており1999年と2001年の個票データは申請に基づき大学を通して研究者に貸与しております。ご興味のある方は以下のURLをご参照ください。

日本語

<http://www.nihon-u.ac.jp/cin/nujisoa/>

英語

<http://www.usc.edu/dept/gero/CBPH/nujlsao/>

## 今後の研究

今年11月に上述の縦断調査の第4回調査を計画中で、今回は面接による聞き取り調査の他に血圧、握力、ウェスト、ヒップ、膝下の長さ、上腕周といった実測を伴ったデータも収集する予定です。また中高年齢層を対象とした面接調査の世界的な傾向として血

液や唾液によるバイオマーカーのデータの収集が行われておりますが、日本では個人情報保護法の施行により、社会調査の実施自体が非常に難しくなっております。そこで、今年の調査では調査協力者のバイオマーカーに関するデータ収集に対する意識を調査する予定です。また、日本で行っている調査と同様な調査をシンガポールとフィリピンで行う計画もあり、可能であればバイオマーカーに関するデータの収集

も行いたいと考えております。

これまでの研究では健康と教育程度との関係などが明らかにされていますが、教育程度がどのようなメカニズムで健康状態に影響を与えているかはそれほど理解されていません。バイオマーカーのデータを収集することでそのメカニズムの一端を明らかに出来ればと考えております。

### 齋藤安彦先生のプロフィール

福島県出身。日本大学卒業後、今でいうところのフリーターを8年ほど経験。その後LAにある南カリフォルニア大学大学院へ留学。帰国後、日本大学において研究活動を行っております。日本の梅雨時には8年ほど過ごした南カリフォルニアの気候が恋しくなります。

家族：妻と娘1人の3人家族

趣味：仕事

好きな作家：現在、仕事に追われあまり本など読む時間はありませんが、マイケル・クライトンなどを読んでいたこともありました。

## 私と疫学

東京医科大学医学部公衆衛生講座  
高宮 朋子

この度、日本疫学会に入会させて頂くことになりました、東京医科大学医学部公衆衛生講座の高宮朋子です。公衆衛生業界に入り、疫学に関わり始めたのはもう大分前のことになるのですが、入会させていただきたいと思いつつも何か入会しそびれて、日本疫学会入会が今日となってしまいました。

### 疫学との出会い

私が疫学と最初に出会ったのは、今から約10年前に日本循環器管理研究協議会が主催された循環器病予防セミナーに参加し、1週間、宿泊しながら疫学を勉強したことに始まります。セミナーでは、疫学分野ご専門の著名な先生方からのたくさんの例示を通じた講義やグループワークを通じて疫学を堪能しました。自分にとってとても印象的で有意義なセミナーでしたが、かなり頭を使ってヘトヘトになったため、一緒に参加した同僚と「何とか疫学を学ばずに公衆衛生業界で仕事していけな

いだろうか」といったネガティブな議論を交わしたことを記憶しています。ちなみに、その同僚も私も今では疫学を医学生に情熱的に教えています。

### 疫学との関わり

東京医科大学の博士課程では、健康づくりプログラムに参加した東京都民の生活習慣や体力と冠動脈危険因子をテーマに疫学研究に従事しました。その後、医系技官の交流人事として厚生労働省で働き、循環器疾患基礎調査及び糖尿病実態調査に携わる機会を得ましたが、これらの調査に従事するうちにもっと疫学について勉強したいと思

うようくなりました。また同じ頃に、EBMの台頭により疫学に精通しているという現実在即し、公衆衛生の専門家として生き残るためにもっと疫学について学ぶ必要性を強く感じ、ピッツバーグ大学の公衆衛生大学院疫学部に留学しました。ピッツバーグでは、Associate Professor Akira SekikawaをPIとする、一般住民の中から無作為に抽出した40歳代男性（日本在住日本人男性、ハワイ在住日系米人、米国在住白人、米国在住黒人、韓国在住韓国人）を対象とした潜在的動脈硬化及びその危険因子を評価するInternational研究、ERA JUMP 研究（EBT and Risk Assessment in Japanese and US Men in the Post World War II birth cohort）の多施設共同研究に参加させていただきましたが、米国人対象者の診察・測定等にも立ち合わせていただき、日本人集団との違いを生で感じる事ができたことは外的妥当性の観念を学ぶのに役立ったと思います。今年の5月からは、東京医科大学で講師として医学生の講義

を担当するようになりましたが、講義を通じて自分の経験を医学生に話しながら、疫学の面白さを伝えていきたいと思っています。疫学会会員の諸先生方には、今後ともお世話になることがあるかと存じますが、ご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。

### 高宮朋子先生のプロフィール

趣味：茶道です。特に、現実離れた気分になることができるので、柄杓から水をお釜に返す音が大好きです。今は茶道のお稽古をお休んでいるので、手軽に読むことができる小説で非現実的な世界を堪能しています。

好きな作家：司馬遼太郎  
栗本薫  
F.スコット・フィッツジェラルド  
J.D.サリンジャーなど

### ある研究室の一日

## 聖マリアンナ医科大学予防医学教室

聖マリアンナ医科大学予防医学教室  
須賀 万智

聖マリアンナ医科大学予防医学教室は衛生学と公衆衛生学のふたつの教室が統合されてできた教室です。スタッフ9名は年齢も経歴も専門領域も様々ですが、お互いを尊重しながら教育や研究にあたっています。社会のニーズを見据えながら、健康増進と予防を推進する研究活動拠点として、スタッフ一同、ますます国民の健康のために貢献していきたいと考えています。

### 10年前に衛生学教室と公衆衛生学教室が統合

聖マリアンナ医科大学予防医学教室は、いまから10年前（1996年）、衛生学と公衆衛生学のふたつの教室が統合されてできた教室です。旧衛生学教室（工藤吉郎前教授）ではポルフィリン代謝に関する研究、旧公衆衛生学教室（山村行夫前教授）では重金属中毒に関する研究をメインにしてきましたが、現在の教授・吉田勝美が就任してからは、これらに加え、疫学や健康管理に関する研究も広く進めています。

スタッフは教授1名（吉田勝美）、講師3名（杉森裕樹、高田礼子、須賀万智）、助手2名（荒井二三夫、網中雅仁）、実験助手1名（田中利明）、研究補助員1名（古田名保恵）、秘書1名（山瑞尚美）の計9名です。年齢も経歴も専門領域も様々ですが、お互いを尊重しながら教育や研究にあたっています。

### 教育について

「医療と社会」と「中毒・環境因子」の各コースの講義と実習を担当しています。特に力を注いでいるものに3年生対象の論文セミナー実習があります。学生は3名ずつのグループに分かれ、社会医学関連の研究テーマをひとつ選び、それに関する調査研究を行います。実習期間は計画の立案から結果の報告まで10ヶ月間にわたり、最終的なまとめとして学会発表形式の発表と学術論文形式の論文を求めています。学生は担当の教員の指導を受けながらもできるかぎり自分たちの力でやり抜くことで、計画性、実行性、研究に必要なスキルや能力を身に付けることができます。また、実習を通じて学生と教員のコミュニケーションが増えて両者の関係がより身近になることも大きなメリットです。スタッフの負担は計りしれないですが、それなりにやりがいもある実習といえます。なお、論文

集は、全国80大学の医学部のほか、希望される方に配布しております。また、年度ごとの優秀論文は当教室のホームページからダウンロードできます（<http://www.marianna-u.ac.jp/gakunai/preventive/yobo/index.html>）。

### 研究について

保健医療施策や臨床の現場において現在あるいは将来の課題はなにかを見極めて、それに答え得るような研究を目指しています。実験グループ（高田、荒井、網中）のおもなテーマには、アスベストとその代替繊維の生体影響、種々の生体影響におけるDNA損傷評価、有害金属化合物の生物学的モニタリングなどがあります。疫学グループ（吉田、杉森、須賀、田中）のおもなテーマには、生活習慣病とメタボリックシンドロームの疫学、健診・保健指導のあり方に関する研究、健診データの取り扱いとシステムに関する研究、健康教育手法とヘルスリテラシーに関する研究、体格と生活習慣に関する出生コホート研究、成長期の骨発育と骨折の疫学、男性更年期とEDの疫学、筋骨格系障害の疾病負担評価、新規薬剤導入の医療経済評価、栄養ケアマネージメントの効果評価、院内感染サーベイランスとその評価に関する研究などがあります。

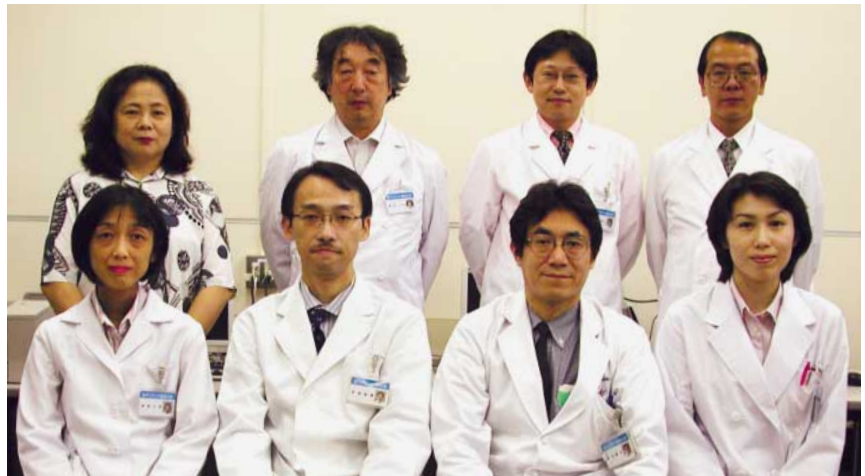
最近の研究の成果を発表し合う場として、毎月1回、研究連絡会を開催しています。自分の専門外の領域について知識や情報を得られるほか、自分の



研究に対して新たな視点からコメントやアドバイスをもらえる貴重な機会となっています。

### 健康増進と予防を推進する 研究活動拠点として！

地元である神奈川県や川崎市の保健医療活動（神奈川産業保健センター産業保健相談、かわさきニューファミリー事業など）において積極的な参加協力を行っています。また、単科大学のメリットとして学内の交流が活発であり、内科学教室、産婦人科学教室、泌尿器科学教室、難病治療研究センターほか、いくつかの共同研究が進行中です。産学共同研究では健康危険度予測（HRA）システムや地域職域診断サービスの開発なども進めています。社会



聖マリアンナ医科大学予防医学教室のスタッフ  
前列右より高田，吉田，杉森，須賀，後列右より田中，網中，荒井，山瑞  
（古田さんは産休中です）

のニーズを見据えながら、健康増進と ために貢献していきたいと考えていま  
予防を推進する研究活動拠点として、 す。  
スタッフ一同、ますます国民の健康の

## Journal of Epidemiologyのインパクトファクターが出ました

Journal of Epidemiology編集委員長 中村 好一  
（自治医科大学公衆衛生学教室）

そもそも、インパクトファクターなんて大っ嫌いである。なんといっても不公平。それぞれの分野の研究者人口が大きな交絡因子となっているにもかかわらず、これを補正しようという気がなく、みんな平気で使っている。それにも増して、雑誌の評価なんて自分の頭で行うべきものであるにもかかわらず、変な数字が一人歩きして、研究者の知の荒廃を感じる（少なくとも俺だけはこうはならないぞ、と念じつつ）

とはいえ、付かないと論文の投稿も先細りになっては困るので、Thomson ISI社に申請したのが2年前。編集委員長が変な英語を書くとそのだけでボツになるかな？ と不安になり、児玉和紀先生にお願いして放射線影響研究所で添削してもらった。なんと1発で合格。ただし、ファクターが付くまでは2年間はかかると思っていたので、こ

れまでの2年間は「まだ先ですよ」と楽観視していた。しかしながら内心は、「ひどい数字が出たらどうしよう」とも思っていたが、「そのときはそれを理由に編集委員長を辞任（引責辞職）するか」とも考えていた。会員の試算では0.753（J Epidemiol 2002; 12: 457）だったので、シナリオとしては「残念ながらあと1歩で1.0に届かなかったね」か、もうひとつは「よかった、よかった、1.0をわずかでも超えて」のどちらかだと思っていた。

ところが、なんと、昨年の合計特殊出生率に近い1.247が出た！ 思ったよりも高い数字である。しかし、これはある意味で編集委員会に対しての大きな圧力にもなる。1回も引用されそうもない論文はともかくとして、1回しか引用されないような論文を掲載してもこの数値は下がっていくのである。嫌いだ、出たからには5年計画

で20ぐらいにはしたい（「ホラを吹くなら大きい方が良い」というのは中村家の家訓である）。大きな社会変革がない限り今後も下がり続けるであろう合計特殊出生率とは異なり、本当に上げるための努力が必要であり、そのためにはよい論文の投稿が必須である。

会員の皆様のさらなる投稿をお待ちいたします。



## 運動基準が17年ぶりに改定

このたび「健康づくりのための運動基準2006」と「健康づくりのための運動指針2006」が発表された。具体的な内容については、厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/index.html>) より全文を参照いただきたいが、今回、原案づくりに係わった立場から紹介したい。今回の改定では、最新の科学的知見に基づいて目標となる身体活動量を設定するために、運動や身体活動量と生活習慣病の

発症の関係に関する論文について、システマティックレビューを行った。結果的に採用された論文は、健康集団のコホート研究により、身体活動量や体力別に各種生活習慣病の発症のリスクを比較したものが多かった。その作業において、身体活動量や運動量の質問項目からの定量化の困難性（実際には運動強度、時間、頻度が聞いてある質問からMETs・時に換算した）、日本人を対象とした研究の不足、小児や高齢

者を対象とした研究の不足、有酸素能力以外の体力についての知見の不足などが問題となった。運動基準には「今後の課題及び方向性」としてこれらの必要と考えられる研究課題が明記されている。運動基準・指針は今後の定期的な改定が予定されている。自分自身、今後の改定に貢献できる研究をしたいと考えている。本学会の先生方の手によって、今回の問題点が次々と解決されることを期待したい。

(独立行政法人 国立健康・栄養研究所  
健康増進プログラム上級研究員  
高田 和子)

### 掲 示 板

#### 第17回日本疫学会学術総会のご案内

平成19(2007)年1月26日(金)、27日(土)に、財団法人放射線影響研究所主席研究員・疫学部長児玉和紀先生を学会長として広島市南区民文化センターで開催されます。テーマは、「疾病予防・健康増進の実践と疫学」

です。また第14回疫学セミナーを1月25日(木)の午後に予定しています。詳細は日本疫学会HPで追ってお知らせいたします。

### 事 務 局 だ よ り

(1) 日本疫学会会員数 2006年7月24日現在)  
名誉会員25名、普通会員1,371名  
(内 評議員224名) 合計1,396名

会 費：普通会員：9,000円  
評 議 員：12,000円  
【お願い】 通信欄に納入年度、会員番号(可能ならば)のご記入をお願いします。

アドレスが登録されています。以後、登録及び変更をされる方は日本疫学会のホームページのインフォメーションメール申し込み (<http://www.soc.nii.ac.jp/cgi-bin/jea/mailma/mail.cgi>) からお願いいたします。または、日本疫学会事務局までメールアドレス変更についてご連絡ください。

(2) 2006年度会費納入について  
日本疫学会の会計年度は1月1日から12月31日まででございます。未納の方は郵便局から下記払込先まで会費の納入をお願い致します。また、このニュースレターを送付した封筒に貼付している宛名シールには、2006年度の会費を含めてお納め頂くべき金額が記載されています。どうかご確認ください。なお、金額の疑問点などがございましたら事務局までご連絡願います。

(3) 住所変更  
異動等により所属先または自宅住所の変わった方は必ず事務局までご連絡ください。理事選出のための所属地域が変わる可能性があります。

【日本疫学会事務局】  
〒818-0135  
福岡県太宰府市向佐野39  
福岡県保健環境研究所 情報管理課 気付  
日本疫学会事務局  
TEL：(092) 921-9942  
FAX：(092) 921-9970  
E-mail：je@fihes.pref.fukuoka.jp

払込先等  
口座番号：01700-6-114231  
加入者名：日本疫学会

(4) 日本疫学会インフォメーションメール(疫学会IM)の登録について  
日本疫学会の会員の皆様には会員向けの情報発信のためにIMへの登録を呼びかけていますが、2006年7月25日現在の登録者は1,119人(全体の80.2%)です。  
新入会員の方は入会申込時のメール

今号から、ニュースレターの郵送が復活しました。ホームページでは、印刷物のレイアウトでの掲載となります。