

Medical Who's Who

vol.192



一般社団法人日本禁煙学会理事長

作田 学

聞き手／ジャーナリスト 小川 明

外房九十九里の作田村がルーツ

作田 千葉県市川市の中山競馬場に近い中山病院で生まれました。もともとは、外房の九十九里町作田(旧作田村)で網元をしていた家がルーツです。その家は、川崎市多摩区にある「日本民家園」に移設され、17世紀末に建設された豪壮な旧作田家住宅(重要文化財)として残っています。家系をさかのぼると、祖先は10世紀に平将門に加勢した有力武士だったと言われています。私の家が作田村の語源になり、地元には作田川もあります。

——代々、医者をやっておられますね。

作田 祖父の作田晋が「網元のままではいり貧だ」と思って、上京して医師になり、東京・深川で開業しました。父の作田淳と母の静子が戦後まもなく中山病院を購入して、市川市に移った時に祖父は引退して、ラジオで大相撲を聞きながら、トリとかブタの世話をしていました。中山病院は13世紀に中山法華経寺の付帯施設として精神病の人々を収容して加持祈祷で治療していたのが、大正時代に病院となった伝統ある医療機関です。

——両親とも精神科でしたか。

作田 院長の父は慈恵医大の精神科で、母はもともと皮膚科でしたが、その後、勉強して精神科をやり、中山病院の経済的な実務をつかさどっていました。中山病院の手術室で脳の標本を見て、精緻で白く美しいことに感動したもの



4歳の頃。0歳の弟の作田明さん(左)と。真ん中は内科医の叔母=千葉県市川市の中山病院、1951年

です。社交的だった母は東京女子医大の同窓会の役員で、日本女医会の幹部として国際女医会に出席したりしていました。両親の背中を見続けて男女平等、差別反対、反権威主義をたたき込まれ、私のバックボーンになりました。

——3人の兄弟もすべて医者ですね。

作田 兄弟3人、中山病院を継いだ兄の作田勉と私、弟の作田明(犯罪心理学の精神科医、病院再建経営者、2011年死去)と全員がそれぞれ医者になりました。3人兄弟はやや疎遠で、互いに付かず離れず、独立独歩でした。とにかく、うちの家系には母方も含めて医者が多い。私の子ども、娘2人と息子1人も医者になっています。みんな、自然に医者になってしまったという感じでした。私は幼稚園、小学校と市川市の日出学園に電車通学しました。中学からは、自由な学風の武蔵学園に通いました。電車で1時間半かかり、遠いので遅刻ばかりでした。自ら考え、自ら行うという教育方針でした。この武蔵に行っていないければ、今の私はないと思



ます。高校で勉強しただしたら、急に成績が良くなり、高校3年生の時の駿台の全国模試などで3位以内になり、東大理Ⅲに入りました。

東大紛争の嵐の中、写真に熱中

作田 2年間の教養学部を終えて、本郷の医学部に行ったら、東大闘争が始まり、授業がまったくなく、集会やマージャンばかりの生活ですんでいました。どうしようもなく10月から4カ月、ドイツのミュンヘン郊外のゲーティンステイテュート(語学校)に留学しました。「闘争が終わりそうだ」と聞いて、慌てて帰国しました。授業が再開されても、妨害しに来るわけですよ。授業防衛隊を組織して指揮しましたので、授業に出ることができず、僕にとっては授業がない状態が続いていました。

——学生時代は写真部に熱中しましたか。

作田 ドイツで当時高価だったライカを購入して撮影を楽しむようになりました。東大医学部の写真部は産婦人科の小林隆教授(後に日赤医療センター院長)が顧問で、私が部長をしていました。著名なプロカメラマンの樋口忠男先生に指導していただき、ヌード写真などの撮影会を企画しました。スポーツではヨット部に参加しました。医学部の勉強では、ハリソン内科学の原書を繰り返し読みました。6年生の時に、平山雄^典国立がんセンター疫学部長のゼミで、各国別のがん統計を見せていただき、大型コンピュータで相関分析をして論文を医学月刊誌

『内科』に書きました。1973年に医師になり、その6月に、写真部で知り合った東京女子医大出身の福士優子と結婚しました。

——奥さんは精神科でしたか。

作田 私と結婚したので、中山病院を支えるため、精神科を選びました。妻は今、東京・市谷でクリニックを開業しています。3人の子育ては妻がやってくれました。子どもたちの教育費も工面してくれました。一時は中山病院に勤めながらですから、よくやってくれました。妻のおかげで、私は自由に仕事ができました。頭を下げるを得ません。

——東大内科の研修医時代はどうでしたか。

作田 東大では2年間、内科系を順番に回り、どこに入るか、決める仕組みでした。その研修医時代に、鎮痛剤成分のフェナセチン重症中毒患者に出会い、論文を書きました。鎮痛剤にフェナセチンを入れてはいけないという指針がつけられるきっかけになりました。タバコを大量に吸っていた肺がん患者にも出会いました。新婚



長女の七五三の祝いで妻の優子さん、その両親と=1977年

なのに、布団を研修医室に持ち込み、ほとんど泊まり込みました。週1日ぐらい家に帰っていました。

神経生理学を研究し米国へ留学

作田 内科の研修で2年目から神経内科に来ていたので、そのまま抵抗なく、神経内科に入りました。神経内科の豊倉康夫教授に「脳外科で1年勉強したい」と申し出たら、言下に却下されました。豊倉先生とは帰りに私のマイカー、スポーツカータイプの金色ベンツで送ることが多く、この時に随分とマンツーマンで教えていただきました。豊倉先生は回診でも指導が厳しかったです。

——ミネソタ大に留学した事情は。

作田 ミネソタ大のウイリアム・ケネディ教授と、スウェーデンで開かれた世界神経学会で初めて会って話をしているうちに、素晴らしい方だと思いました。筋電図などの神経生理学をやっておられました。私も神経生理学を研究していたので、専門が同じでした。ケネディ教授はもともと、筋萎縮性側索硬化症(ALS)の良性型みたいなケネディ症候群の概念をつくったことで有名でした。直接手紙を書いて、留学しました。ミネソタ大で、発汗神経や自律神経を研究しました。ケネディ教授は、メイヨークリニックからミネソタ大に移ってきて、筋電図などの神経生理学的な研究をされていました。

——留学中のご研究は何ですか。

作田 自律神経の二重支配を発見しました。一つの神経を刺激すると、一定の範囲の発汗が見られます。別の神経を刺激すると、オーバーラップする範囲にも発汗が起きます。神経を切除すると、想定よりも少ない範囲の発汗が消失するわけです。一つの発汗細胞は二つ以上の神経に支配されていることになりました。一つの神経が障害されても大丈夫なようにつくられているという生理的な意義があります。2年間、留学しました。最初の1年は一人で、あとの1年は家族と一緒にしました。

——その留学中がご家族にとって一番のんびりして、ハッピーだった時期でしょう。

作田 妻は今でもそれを言います。留学する前はタバコを吸っていました。東大でも豊倉教授がヘビースモーカーで、喫煙は当たり前でした。留学したミネソタ大ではみんな全然喫煙せず、実験助手の男性だけが吸っていました。部屋のドアに「喫煙者は入ってくるな」と書いてある時代でした。留学して1981年に客員助教授として、神経伝導速度の講義をしていたら、前の席に座った大学院生の女子学生が「なぜタバコを吸うのか」と怒るんです。ふと手を見ると、火のついたタバコを持っていたので、恥ずかしくなって、それからタバコをやめました。この出来事がなかったら、まだ喫煙していたかもしれません。

日赤医療センター神経内科を活性化

作田 留学から帰国して2カ月後に東京・広尾の日赤医療センターの神経内科部長になりました。ある大学の助教授という選択もありましたが、豊倉先生は日赤医療センターの部長の方が向いていると言われました。東大に所属しながら、日赤医療センターで診療していたので、まったく初めての病院ではありませんでした。18年間と長く部長をしました。卒業後9年で若い時に部長になったので、お父さんのような部長がたくさんいました。神経内科部長として外来も入院病棟も見えて、脳梗塞などの救急もカバーしました。本当に忙しかったですね。医員の数も2人から4人に増えました。亡くなった患者の剖検率も1980年代に一時、100%と高い状態が続き、新規の入院患者も増えて、日赤医療センター神経内科が一番活発な時代でした。

それだけ患者・家族から信頼される医療をしていたと思います。その頃、16世紀から19世紀の神経学の古書を収集しました。杏林大をやめた後に、これらの本を読み直して2007年から9年間「神経学をつくった百冊」を医学月刊誌『脳と神経』に連載しました。

——受動喫煙に取り組んだきっかけは。

作田 1985年ぐらいでしたか、右の内頸動脈狭窄で左片まひの6歳の女性患者が軽快したのですが、待合室で受動喫煙を浴びたら、間もなく左の手足のまひが始まりました。1カ月たって再び軽快したのに、また待合室で受動喫煙を受けて再び左片まひになって、もう治らな



日赤医療センター神経内科の仲間たちと。前列右端。後列右端は千葉厚郎杏林大教授＝1988年

くなってしまいました。受動喫煙による脳梗塞の再発とわかって、文献でも確かめて、日赤医療センターの建物を禁煙にしました。このように受動喫煙が急性症状を起こすことがあります。病院では許されないことなので、禁煙はすんなり認められました。日本禁煙推進医師歯科医師連盟が1992年につくられることを聞いて、最初から参加しました。

——日赤医療センター神経内科からは大学教授が随分出たでしょう。

作田 メンバーのほとんどが東大出身で、ほぼ半数は教授になっています。循環器や呼吸器よりも神経内科は新しい研究ができる余地が多くありました。

——救急では脳梗塞の患者が多かったですか。

作田 当直で夜中に救急室に呼ばれる時に、糖尿病や高血圧、高コレステロール、喫煙の有無



ワインへの貢献でフランス・ブルゴーニュ騎士団
叙任式に各国の友人たちと= 1996年

などから簡単に算出できる脳卒中危険指数をひらめき、提唱しました。主として脳梗塞の危険を見る方法として当時はよく知られていました。緊張型頭痛の原因で、頭の重さを首のモーメントで割った値から頭痛指数も提案しました。つまり、頭でつかちで、首の細長い人が緊張型頭痛になりやすいということです。それからパーキンソン病の研究もやりました。これらは1980年代の仕事です。日赤医療センターで若い神経内科部長の頃が一番アクティブでした。神経内科の患者はいっぱい来て、大銀行の会長が何人もいて、その中から勲一等の叙勲者が毎年出ました。1990年代は日赤医療センターで主に各診療部の副部長たちと一緒に研究の話をしながら、ワインを飲みました。病院の中で飲むわけにいかないのです、ただで借りられた病院前のマンションの広い部屋を使わせてもらいました。副部長たちはその後、全員部長に

なりましたが、これは結構、勉強になりました。——その頃からワインは趣味でしたか。

作田 1994年から毎年のように、フランスに行き、現地のワイナリーで交流しました。ネット通信で日本唯一のワインクラブがあつて、1990年ごろからそのボードリーダーをしていました。そうこうしているうちに、ワインで評価されて、フランスの伝統ある「ブルゴーニュの利き酒騎士団」の「シユバリエ・デュ・タストバン」に選ばれました。

煙もつもの杏林大で禁煙活動

作田 当時からテレビやラジオに出演し、脳卒中やパーキンソン病、頭痛について話しました。日本禁煙推進医師歯科医師連盟の活動として「受動喫煙防止と未成年者の喫煙禁止を二本柱にすべきだ」と主張しました。この二つはどちらも反対できないだろうというのが理由でした。受動喫煙防止は20年たつてもまだ不十分です。すね。

——受動喫煙ゼロは政府の新しいがん対策推進基本計画には明記すべきでした。厚生労働省が入れられなかったのは情けないですよ。

作田 結局、タバコ産業からお金が出て、その意を受けた国会議員が財務省に言つて、ぐずぐずになってしまいます。厚生労働省も財務省ににらまれると、予算がつかないから、難しいですね。最近、五輪が開かれた中国や英国、ロシア、ブラジル、韓国では屋内禁煙が実現できて

います。日本だけできないのは異常です。——2000年から杏林大神経内科の教授でしたね。

作田 教授になつて給料がだいぶ安くなりました。最初に、杏林大の第一内科の医局に足を踏み入れたら、もうもうといていて向こう側の壁が見えないんです。「これは何だ」と思い、一人一人に「タバコを吸うことはどういうことか」と尋ねて説得していったんです。2年ぐらいで、医局の中で吸う人はいなくなりました。杏林大医学部の禁煙対策委員長となって取り組みました。当時、理事長もかなり吸っていました。私立大学での禁煙対策の難しさを実感しました。杏林大では学生から「ほとけの作田」と呼ばれました。落第させなかつたからです。5、6年生を担当しましたが、追試を繰り返して進級させました。学生向けに「これだけは覚えなさい」と110ページほどの神経内科の簡単な教科書も作りました。医師国家試験にも受かるように、復習させて徹底的に勉強する方法を教えました。私のせいではないかもしれませんが、その頃から杏林大の医師国家試験の合格率は上がってきました。

——健康格差にも喫煙問題は関係しますね。

作田 都心の広尾から、杏林大のある三鷹市に移つて疾病構造も違いました。患者さんで、たばこを吸っている人が多かつたんです。「こんなに違うのかな」とびっくりしました。貧しい人々に喫煙が多いのは事実です。この健康格差



日本禁煙学会で講師に招いたマーク・レビン米ハワイ大教授と岡本光樹弁護士（現・東京都議）＝2014年11月、那覇市

は次の子どもたちの世代にも再生産されます。最近のデータでは、中学卒業者の喫煙率は60%以上と高いんです。大学院修了者だと14%まで下がります。

教授やめて禁煙学会を設立し専念

作田 2005年に日本禁煙推進医師歯科医師連盟の総会を杏林大で開きました。まったく偶然でしたが、その総会開催日の2月27日がWHOたばこ規制枠組条約（FCTC）の発効日でした。参加者でFCTCの英文字を描いて、条約の発効を祝いました。

——日本禁煙学会の設立に至った事情は。

作田 日本禁煙推進医師歯科医師連盟の中には

「医者は教育に携わるべきでない」という考え方がありました。私たちは「禁煙学会にして、教育に力を入れ、禁煙専門医をつくるべきだ」と考えていました。連盟の運営委員会でも意見が分かれました。それで2006年に日本禁煙学会をつくりました。オーストラリアのマーク・ギブンスさんとの出会いが2006年にあつて、私が禁煙運動に専念することを決意させました。看護師のギブンスさんは鹿児島県の端っこから徒歩で、「禁煙は愛」という旗を持って、北海道の宗谷岬まで歩いたんです。その途中、東京を通り過ぎた時、一緒に歩いたわけです。

——禁煙運動のためとはいえ、定年のかかり前に杏林大教授をよくやめましたね。

作田 素晴らしい千葉厚郎あつろう准教授（現・杏林大神経内科教授）がいるし、私が神経内科の教育をするより彼の方が「よほど学生のためになる」と考えました。千葉厚郎さんはギラン・バレー症候群の亜型であるフィッシャー症候群の原因を突き止めた人で、すごく優秀な人です。患者さんの評判も良いんです。「私がやめても大丈夫だろう」と考えました。

——ちょうど2006年に保険診療で禁煙外来が認められました。これは画期的でした。

作田 禁煙学会の発足と保険診療による禁煙治療の開始が時期的に重なりました。偶然ですが、良いタイミングでした。ゴミ屋敷のような倉庫になっていた市谷の私のマンション一室を片付けて、日本禁煙学会の事務所になりました。3G

を掲げました。グローバルサイエンス、草の根の活動、外圧の頭文字を意味します。国際的な禁煙学会とも提携し、FCTCの締約国会議（COP）や世界禁煙会議にもずっと出席し続けています。COPは条約会議ですから、日本政府代表も外務省がチーフで、財務省と厚生労働省の役人が参加しています。日本政府の代表は最初の頃、COPの足を引っ張るようなことばかりを言っていました。条約のガイドラインを決める時も、水で薄めてわかりにくくするようなことを主張していました。それが2007年にバンコクで開かれたCOP2の受動喫煙防止ガイドラインを作るときでした。その後、11年のCOP4ぐらいになると、私たちに協力的になって、雰囲気は良くなりました。日本禁煙学会はFCTC同盟（FCA）の一員としてCOPに参加を認められています。

——役人は2、3年で交代します。ずっと流れがわかっているのは先生だけでしょう。

作田 途中からは望月友美子さん（現・日本対がん協会参事）が加わりました。FCTCのガイドラインはいろいろできてくるんですが、日本政府や外務省は一向に翻訳しない。「これはいけない」と思っ、日本禁煙学会で独自に翻訳してインターネットで公開しました。南山堂から禁煙学を発行して、3版まで出しました。そろそろ4版をつくる準備をしています。2013年に幕張で開いたアジア太平洋タバコ対策会議（APACT）も招致しました。

喫煙率下げた民主的コントロール

作田 日本禁煙学会の会員は今4千人を超えています。禁煙専門医などは約1700人います。禁煙治療が普及する一つの拠点になったと思います。禁煙治療の保険適用の範囲を拡大するよう要請し続けて、若い人も治療の対象にできるなど、少しずつ拡大はしています。

——日本のたばこ対策の課題や展望は。

作田 毎年、全国各地で開く日本禁煙学会総会には地域の代表が会長になっていただいています。各地の医師会の幹部にも積極的に参加してもらっています。禁煙学会を始める時に、いろんな医学会の会長が関わってくれるのではないかと考えて当たってみました。どうも反応が悪い。よくよく調べてみると、公益財団法人喫煙科学研究財団があつて、それからお金をもらっている人が医学界の要所を占めているんです。「これは駄目だ」と思いました。医師会は選挙で幹部を選ぶので、最初からひも付き



長年支えてくれた妻と子ども3人、その夫婦、孫3人と集合写真＝2018年

にするわけにいかないで、日本たばこ産業（JTI）に対してフリーの人がいっぱいいるわけですね。それで、医師会の幹部に禁煙学会の会長になってもらうケースが多いんです。

——今は罰則付きの緩い受動喫煙防止法案ですが、屋内禁煙は遅れても進むでしょう。

作田 間違いなく進みます。東京都の喫煙率（男女平均）は16・2%、子どもたちを入れれば12%と、東京都の調査でわかっています。全国的には19%ですから、周辺部、地方に行くと、喫煙率が高い県があるのは問題です。禁煙の利益は本人にとつてもばく大なもので、禁煙を進めて「いけないことをした」と言う人は一人もいません。私たちはいわばニコチンに奴隷にされている人の解放運動をしていると思っ

——この30年を見ると、たばこの情勢は日本の社会の大きな変化でした。

作田 日本人は優秀な人種です。政府が何もしていないなくても、自らたばこコントロールをして、徐々に喫煙率が下がっています。世界で見ると、「規制が甘いのに、なぜ喫煙率がこんなに下がっているのか」と不思議がられます。結局、これは「民主的なたばこコントロールだ」と言う学者はいます。アメリカで大麻の使用率は8%です。規制していても、8%は麻薬に手を出します。喫煙率も最終的には8%ぐらいに落ち着くでしょう。どこでも売ってよい、どこでも宣伝してよい商品が19%まで下がってきただけでも

大したものですよ。茨城県下妻市の平間敬文先生は一人で50万人もの小学生に禁煙教育をされました。そうした草の根の禁煙教育が効いています。禁煙教育が必要だというわれわれの考え方は間違っていないかと思ひます。

——恩師はどなたですか。

作田 東大神経内科の豊倉康夫教授と、留学先のミネソタ大のウィリアム・ケネディ教授です。

——今も神経内科の診療はしていますか。

作田 週3回、日赤医療センターなどで外来診療しています。もう何十年も診ている患者さんがいます。そろそろやめたいと思っ

患者さんがいる限り、やめられません。私は“A burden of one's own choice is not felt”（自ら選んで背負う荷は、重く感じない）の考えでこれまでやってきました。これからも同じでしょう。

作田 学 (さくた まなぶ)

【略歴】

- 1947年 千葉県市川市生まれ
- 1973年 東京大学医学部卒
- 1975年 東大神経内科入局
- 1980年 東大神経内科文部技官
ミネソタ大学神経内科学
- 1981年 ミネソタ大神経内科客員助教授
- 1982年 日赤医療センター神経内科部長（～00年）
- 1984年 東大神経内科非常勤講師
- 2000年 杏林大第一内科教授（神経内科）
- 2002年 杏林大第一内科主任教授（～06年）
- 2006年 日本禁煙学会設立、理事長
日赤医療センター神経内科勤務