

チツソの反論

- 研究班の発表に対して、昭和34年(1959)8月5日、県議会特別委員会で「有機水銀説は実証性のない推論であり、化学常識からみておかしい」と工場の見解を発表した。しかし、同年チツソは付属病院で、工場廃液を猫に与え、水俣病を発症することを確認したが公表しなかった。

メチル水銀化合物の特定

- 昭和35年(1969)9月29日、研究班は「水俣産の貝から有機水銀化合物の結晶体を抽出した」と発表し、昭和37年8月「工場より塩化メチル水銀を抽出した」と発表した。
- 昭和38年(1963)2月20日「水俣病は、水俣湾産の魚等を食べて起こる中毒性の中樞神経疾患であり、原因物質はメチル水銀化合物であり、貝と工場から抽出された。しかし、現段階では両抽出物質の構造はわずかに異なる」と正式発表した。

政府公式見解

政府は昭和43年(1968)9月26日水俣病に関する公式見解を発表「水俣病は、メチル水銀化合物による中毒性の中樞神経系疾患であり、チツソ水俣工場のアルデヒド製造工程で副生されたメチル水銀化合物が工場排水とともに排出され環境を汚染し、魚介類にメチル水銀化合物が濃縮蓄積され、これらの魚介類を地域住民が多食することにより生じたものである」と断定し水俣病は公害病と公式認定された。水俣病が発見された昭和31年5月から数えて12年目のことだった。

水俣病のその後

- チツソは昭和43年アセトアルデヒドの生産を停止し、訴訟の結果、水俣病患者の補償を行なうようになった。
- 政府・県は、「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」のちに「公害健康被害の補償等に関する法律」に基づき補償し工場排水規正法による環境対策と共に、安全が確認されるまで、水俣湾の魚介類が捕獲されることがないように対策を行なった。

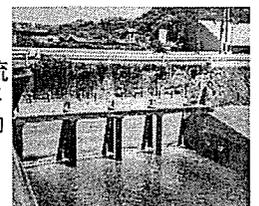
健康危機管理とは

- 「健康危機管理」とは、医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう。

厚生労働省健康危機管理基本指針より抜粋

水俣病での問題点

- 発生予防の面から
昭和7年からメチル水銀を含む排水は水俣湾に流れ込んでいた。昭和35年には、一応の水銀除去効果のあると考えられる排水処理法を採用し、昭和41年には水銀が排水中に含まれなくなり、昭和43年には生産を停止し発生源はなくなった。



現在の百間排水口(平成11年)。ここから水俣湾へ工場排水が排出されました。

排水に対する規制

- 経済企画庁は昭和44年(1969)2月、水俣海域を(旧)水質保本法の指定水域に指定し、水質基準を定め(旧)工場排水規制法によるメチル水銀の規制が開始された。
- 昭和45年(1970)12月には新たに水質汚濁防止法が制定され、水銀等の有害物質について全国一律の排水規制が行なわれるようになった。
- 問題点は、危険性が分かっていたのに、このときまで対策を講じなかった。

拡大防止に関して

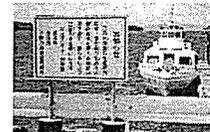
- 熊本県は、魚介類の食用自粛指導や漁獲自粛指導等を行なう方針で臨むとともに、その後食品衛生法により水俣湾産魚介類の販売目的の採捕禁止を告示する方針を決定し、厚生省に、水俣湾産の魚介類に対する食品衛生法適用の可否について照会したが、すべてが有害化している根拠がないため、法適応はないとの回答があった。

ここでの問題点

- 県や市は「危険水域指定、漁獲禁止特別法」の立法も求めたが、法律による規制がないため、自主規制でしかなかった。

その後・・・

- 国は昭和48年7月23日、社会状況を踏まえ一般消費者の水銀汚染の不安を解消するため、総水銀0.4ppm以下、メチル水銀0.3ppm以下とする「魚介類の水銀の暫定的規制値」制定した。
- 県は昭和49年1月、社会不安と魚価暴落を鎮静化するため、水俣湾内に汚染魚を封じ込める仕切網を水俣湾口に設置した。



魚釣り自粛を呼び掛ける告知板



恋路島から続く仕切網

政府レベルでの対応

- 法律の基づく認定制度と補償
- 国立水俣病研究センターの設置
- 水俣病情報センターの建設

県での水俣病総合対策医療事業

- 水俣病が発生した地域において、水俣病とは認定されないものの、水俣病にもみられる四肢末梢優位の感覚障害を有する人や、四肢末梢優位の感覚障害以外の一定の神経症状を有する人に対し、医療の機会を確保することにより、症状の原因解明を行い、健康上の問題の軽減・解消を図る
- 健康管理事業
県は平成5年度から、水俣病が発生した地域において、様々な程度でメチル水銀を摂取した可能性のある住民の健康上の不安を解消するとともに、長期的な健康状態の解明に資するため、①住民の健診、②コンピューターによる健康管理体制の整備等を行っています。



水俣市の対応

- 患者8人を、医療費の負担がかからないよう「疑似日本脳炎」として公費で市の伝染病舎に収容した。
- 働き手が倒れた家庭に対しては、生活扶助や医療扶助などの対策を実施。
- 昭和33年12月水俣病患者のための仮病棟を水俣市立病院内に建設患者11人を収容し、翌年に水俣病専用病棟が完成し、患者29人が公費入院した。
- 昭和40年3月水俣病患者のリハビリテーションセンターを開設



最後に・・・

- 水俣病によって、多くの尊い命と健康が失われた。この失われたものは、もう取り戻すことはできない。今後、行政・企業は素直に反省し、被害者の方々の救済に取り組むと共に、この様な悲劇が二度と繰り返されないように後世に伝えていかなければならない。

東アジアの環境保健 都市化と日本の経験

九州大学医学部3年
座光寺 正裕
zakoji-kyu@umin.ac.jp

課題

- 日本以外の東アジア諸国における近年の都市化・工業化と環境保健の現状について調べなさい。
- これらの国々において日本の経験はどのように生かすことができるだろうか、考察しなさい。

発表の流れ

- 都市とは
- 都市化とは
- 世界の都市化率
- 東アジアの都市化率
- 都市化のメリットとデメリット
- 日本の経験を応用できる場面

都市とは

- 統一された定義はない。
「一定地域の政治・経済・文化の中核をなす人口の集中地域」(広辞苑)
- 指標
 - 人口規模
 - 人口密度
 - 人口の異質性

Table 3. Population in 2000 and 2025 (in millions) (UNEP, 2001; 2002; UNFPA, 2004)

City	2000		2025	
	Population	Urban	Population	Urban
1. New York	21.8	11.8	1	1
2. Tokyo	35.8	19.8	2	2
3. New York	21.8	11.8	3	3
4. Mexico City	20.1	10.1	4	4
5. New York	21.8	11.8	5	5
6. Los Angeles	18.1	9.1	6	6
7. Chicago	15.1	7.1	7	7
8. Osaka	12.1	6.1	8	8
9. Delhi	11.1	5.1	9	9
10. Singapore	3.1	1.1	10	10
11. Moscow	12.1	6.1	11	11
12. Jakarta	11.1	5.1	12	12
13. Osaka	11.1	5.1	13	13
14. Beijing	11.1	5.1	14	14
15. Sao Paulo	11.1	5.1	15	15
16. Kolkata	11.1	5.1	16	16
17. Manila	11.1	5.1	17	17
			18. Cairo	11.1
			19. London	11.1
			20. Osaka	11.1
			21. Toronto	11.1



都市化urbanizationとは ≒工業化

- ④【社会学】
農村社会が都市社会へと変質する過程
- ④【地理学】
近代産業の発展によって、ruralな地域が
urbanな地域に変質する過程
- ④【人口学】
工業化によって労働人口が集積する過程

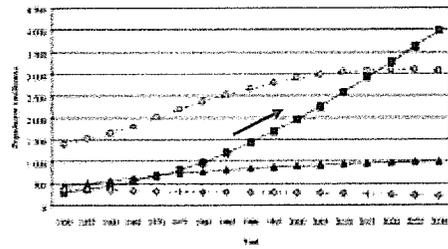
2005.8.5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境健康

6/23

世界の都市化率

Figure 2. Urban and rural population of the world and less developed regions, 1950-2070



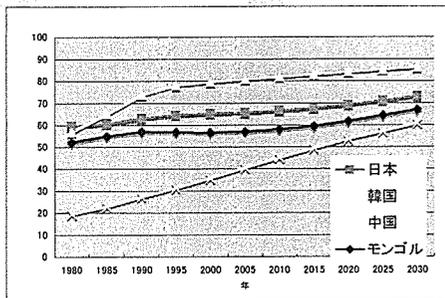
World Urbanization Prospects UN 2002

2005.8.5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境健康

7/23

東アジアの都市化率



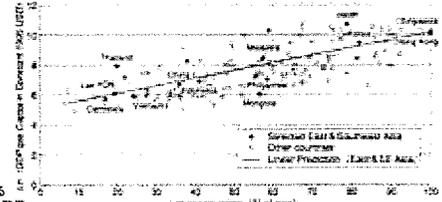
2005.8.5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境健康

8/23

都市化のメリット

- ④ 都市化は成長のエンジン
都市化とGDP成長には強い正の相関がある



東アジアにおける
都市化とインフラ整備
(飯塚2004)

2005.8.5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境健康

9/23

都市化のデメリット

- ④ 工業化により
 - 大気汚染
 - 水質汚染
- ④ 急激な人口流入により
 - 公共インフラの不足
 - スラムの形成
 - 居住・衛生環境の悪化
 - 新興・再興感染症
 - 犯罪増加

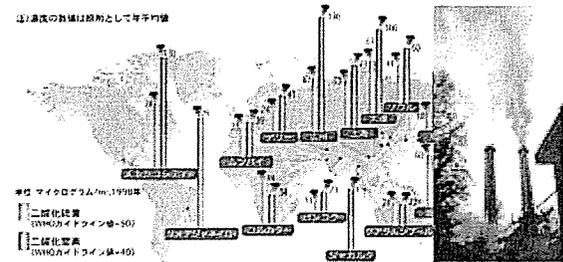
2005.8.5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境健康

10/23

大気汚染

① 濃度の数値は図例として年平均値



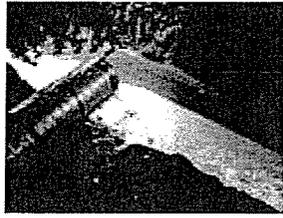
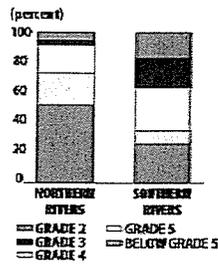
※この値は1995年のもの、ジャカルタは1995年の年平均値

2005.8.5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境健康

11/23

水質の汚染



The World Bank, *Clear Water, Blue Skies* 1997

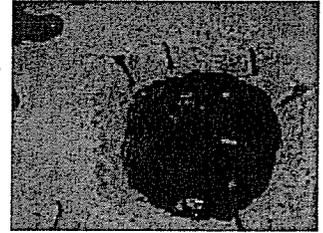
2005 8 5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境保健

12/23

人口流入

- 上下水道などの公共インフラの不足
- 居住環境の悪化
- スラムの形成
- 衛生環境の悪化
- 新興感染症
- 社会不安



2005 8 5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境保健

13/23

課題

- 日本以外の東アジア諸国における近年の都市化・工業化と環境保健の現状について調べなさい。
- これらの国々において日本の経験はどのように生かすことができるだろうか、考察しなさい。

2005 8 5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境保健

14/23

日本の経験を応用

- 母子保健
- 統計整備
- 感染症対策
- 地域保健
- 学校保健
- 公害対策
- 労働衛生
- 医療保険

2005 8 5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境保健

15/23

日本の経験を応用

- 母子保健 母子手帳の導入
 - 統計整備
 - 感染症対策
 - 地域保健
 - 学校保健
 - 公害対策
 - 労働衛生
 - 医療保険
- インドネシアでは1998年から30州のうち21州で、日本の母子手帳を土台に開発されたインドネシア版の母子手帳が130万冊利用され、母子保健の向上に貢献している。



2005 8 5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境保健

16/23

日本の経験を応用

- 母子保健
- 統計整備
- 感染症対策
- 地域保健
- 学校保健
- 公害対策
- 労働衛生
- 医療保険

保健政策の立案に不可欠な統計体制の整備を手助けする。

日本がコレラや結核対策で確立した登録制度をいかして、感染症をコントロールする。

2005 8 5 社会医学サマナーセミナー

東アジアの都市化と環境保健

17/23

日本の経験を応用

- ④ 母子保健
- ④ 統計整備
- ④ 感染症対策
- ④ 地域保健
- ④ 学校保健
- ④ 公害対策
- ④ 労働衛生
- ④ 医療保険



日本の経験を応用

- ④ 母子保健
- ④ 統計整備
- ④ 感染症対策
- ④ 地域保健
- ④ 学校保健
- ④ 公害対策
- ④ 労働衛生
- ④ 医療保険

地域における保健行政の強化、保健スタッフの再訓練、保健所の改善、住民に対する保健教育といった日本的なアプローチが有効。

ネパールで実施している寄生虫予防プロジェクトでは、寄生虫予防と駆虫を切り口として、住民のニーズに基づいた健康活動を展開し、住民自ら主体となり、経費の負担も含めて自立発展に向けた成果を上げている。

日本の経験を応用

- ④ 母子保健
- ④ 統計整備
- ④ 感染症対策
- ④ 地域保健
- ④ 学校保健
- ④ 公害対策
- ④ 労働衛生
- ④ 医療保険

排気中のSOx NOxの排出削減
排水中の有害物質除去
途上国に日系企業の現地工場が多数ある状況を考慮すると、日本の義務ともいえる。

日本の経験を応用

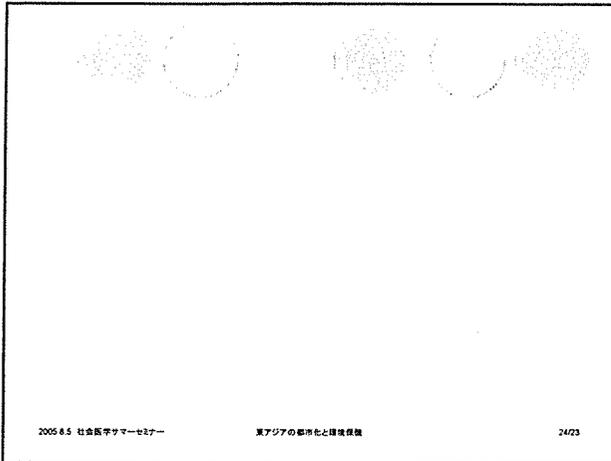
- ④ 母子保健
- ④ 統計整備
- ④ 感染症対策
- ④ 地域保健
- ④ 学校保健
- ④ 公害対策
- ④ 労働衛生
- ④ 医療保険

エネルギー効率の改善
日本は他の東アジア諸国に比べて、1.5~2倍高い効率を実現
(例)発電効率
日本 44%
中国 31%

最後に

途上国の実態に即して

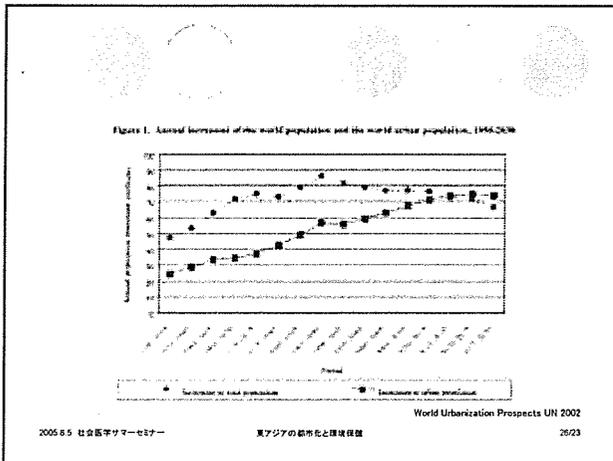
- ④ 途上国の都市部における健康決定要因の諸条件は複雑さを増す一方であり、従来の日本の経験を定式化してそのまま適用することは難しい。
- ④ 従来の公衆衛生対策の各分野を、その国の実情に照らして効果的に統合した枠組みで対応すべき。



日本の都市

- ④【政令指定都市 14市】
人口50万人以上（実際は70万人～）
- ④【中核市 35市】
人口30万人以上
人口50万人未満の場合は面積100km²以上
- ④【特例市 39市】
人口20万人以上

2005.8.5 社会医学サマナー
東アジアの都市化と環境保健
2523



日本の経験を応用

- ④ 母子保健
- ④ 統計整備
- ④ 感染症対策
- ④ 地域保健
- ④ 学校保健
- ④ 公害対策
- ④ 労働衛生
- ④ 医療保険

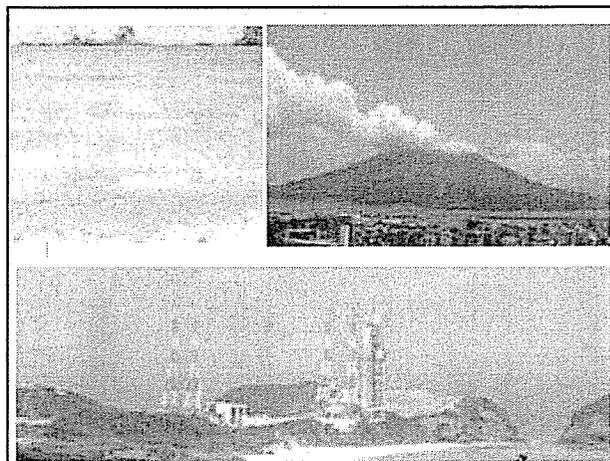
2005.8.5 社会医学サマナー
東アジアの都市化と環境保健
2723

第11回社会医学セミナー・プレゼンテーション

ラッサ熱!! そのときあなたは...

～企業における産業医の役割～

聖マリアンナ医科大学
第5学年 加藤聡一郎



症例) アフリカ帰りの商社マン

- ◆出張でアフリカへ行った商社マン
- ◆成田空港経由で東京に戻った
- ◆その後ラッサ熱を疑う症状が出現

→医師、産業医としての対応は如何に...

ラッサ熱(1)

- ◆ 一類感染症
- ◆ 西アフリカ地帯に分布(シエラレオネ、リベリア、コートジボワール、ガーナ、トーゴ、ベナン、ナイジェリア)
- ◆ アレナウイルス科ラッサウイルス
- ◆ 感染せずみ(げっ歯類)の体内に存在するウイルスへの直接的な接触(尿の飛沫感染を含む)で感染。流行時期は乾期の1～4月。
- ◆ 潜伏期は5～21日
- ◆ 発熱を伴い徐々に発症。嘔吐、のどの痛み、持続する胸痛を伴う厄介な咳、胸水、頭痛、下痢、斑状丘疹、聴力障害
- ◆ 白斑を伴った咽頭炎と、顔・眼瞼の浮腫が特徴的
- ◆ 対症療法。日本では未承認であるがリバビリンが有効。

図: ラッサ熱の分布領域

図はhttp://fdsc.nih.go.jp/fdwr/kansen/02_g2/02_35/kansen_02.gifより引用

ラッサ熱(2)

◆ 西アフリカ地域(流行地域) ◆ 非流行地域

年間20～30万人が感染(CDC推定) 輸入例23例(2002年)
内約4万人(15-16%)が患者に。
約5千人(10数%)が死亡。

ヒ→ヒへの二次感染がよく見られる。 ヒからヒへの二次感染例はない。

対応を要する問題点

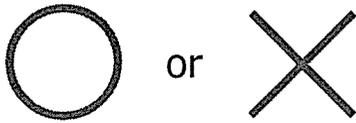
- ◆ 一類感染症＝疾患に対する治療が必要
- ◆ 空港という特殊な環境を通過している
＝大人数、多地域へ感染拡大の可能性
- ◆ 感染症予防における法律的な対応
- ◆ 商社マン＝社内で感染が拡大する可能性



労働安全衛生法施行規則第14条「産業医の職務」における「その他の労働者の健康管理に関すること」

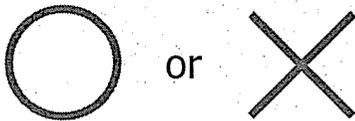
ここで問題！

Q1:ラッサ熱のような一類感染症は、疑似症
(似た症状を持つ人)や無症状病原体保有者(感染している
が発症していない人)も患者とみなして対応するよう、
感染症新法で定められている。



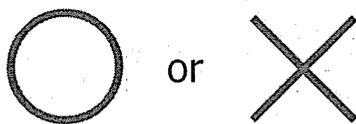
一類感染症及び一部の二類感染症は、
伝染性の強い疾患であるので、疑似症や
無症状病原体保有者も患者とみなして対
応するよう定められている。

Q2:Informed Consentのうるさい昨今、ラッ
サ熱といえども保健所長への届け出には
患者の同意が必要である。



一類感染症の患者を診断した医師は直ちに
患者氏名、年齢、性別その他の厚生労働省
令で定める事項を最寄りの保健所長を経て
都道府県知事まで届け出るよう定められて
いる(第12条第1項)。

Q3:ラッサ熱患者は、二次感染や感染の蔓延
を引き起こす恐れがあるので、事業主・患
者の意見に係わらず、必ず患者は仕事を
休まなくてはならない。



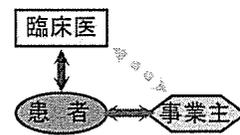
一類感染症の患者は、厚生労働省令で定め
る一定の業務(飲食物に直接接触する業務)
に従事することが禁止される(第18条「就業
制限」)。

一類感染症への対応

- ◆医師の届け出
- ◆入院措置
 - 患者移送
- ◆就業制限
- ◆蔓延・二次感染防止措置
- ◆転帰届出

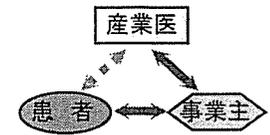
医師/産業医と患者の関係

◆臨床医の場合



- 患者との1:1関係
- 患者の秘密は厳守

◆産業医の場合



- 中立性
- 独立性

すなわち...

- ◆臨床医は患者との直接的な雇用関係
→患者の雇用主(事業主)とは雇用関係無
- ◆産業医は事業主との雇用関係
→患者との関係は、労働者-事業主間の雇用関係があってこそその接点。

事業主の雇用管理上、必要な事柄は告げる義務
 (安全配慮義務)
 必要以上の情報は守る義務 (守秘義務)

- ◆蔓延する感染症
- ◆自傷他害の恐れ

- ◆蔓延しない感染症
- ◆色覚検査



産業医の抱えるバランス

雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項について

平成16年10月29日基発第1029009号厚生労働省労働基準局長発布

- ◆平成17年4月1日「個人情報の保護に関する法律」の全面施行に対し、雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するための各種指針が出ている。
- ◆健康診断の結果、病歴、その他の健康に関する情報の取扱についてまとめたもの。
 - 事業者から健康情報を求められた場合、本人の同意が必要。事業者は予め情報取得目的を明確に提示、必要に応じて労働者本人から提出を受けることが望ましい。
 - HIV・HBV等職場で感染・蔓延の可能性が低い感染症、色覚異常等の遺伝情報は職業上特別な必要性が無い限り、事業者は労働者から取得すべきでない。

具体的な対応

- ◆患者の臨床医受診・入院・就業制限指導
 - ◇患者本人
 - ◇患者家族
 - ◇その他の濃厚接触者の洗い出し
- ◆(保健所への報告)
- ◆事業主に対する説明・指導
- ◆接触社員への指導

◆施設内の消毒

- 対象
 - ①患者の血液、分泌物および排泄物
 - ②患者が使用した物品や病室
- 消毒薬

患者の体液・排泄物などの消毒には、次亜塩素酸ナトリウム(ミルトンR、ビューラックスR、テキサントR、ハイボライトRなど)やジクロルイソシアヌール酸ナトリウム顆粒(プリセプト顆粒R)。

金属製小物などにはグルタール(ステリハイDR、グルトハイDR、サイデックスRなど)などが適している。なお、アルコール(消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノール)も使用可能。

産業医の職務

労働安全衛生法施行規則第14条

- ◆ 健康診断実施、及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置
- ◆ 作業環境の維持管理
- ◆ 作業の管理
- ◆ その他、労働者の健康管理に関すること
- ◆ 健康教育、健康相談
- ◆ 衛生教育
- ◆ 労働者の健康障害の原因調査および再発防止措置

⇒ 疾病管理および生活習慣病の治療は、産業医の業務ではない。

健康危機管理対象感染症

◆SARS

- 社員のSARSに対する知識徹底
- 帰国後自宅待機
- N95マスク、うがい・手洗い

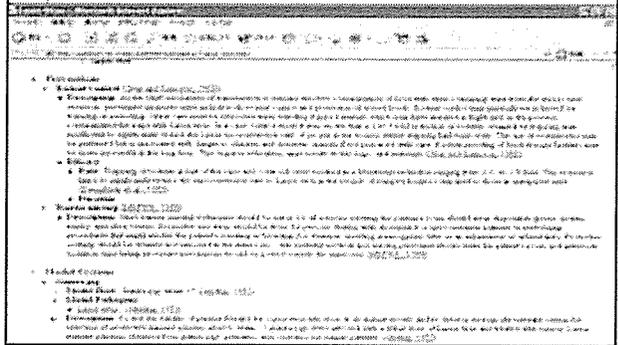
◆結核

- 年間3万人以上の新規患者
- 胸部X線写真・ツ反
- 保健所への連絡(二次感染予防)
- 産業医・担当部署の連携

◆インフルエンザ

- ◆ 営業・接客業
- ◆ ワクチン接種
- ◆ タミフル(リン酸オセルタミビル)

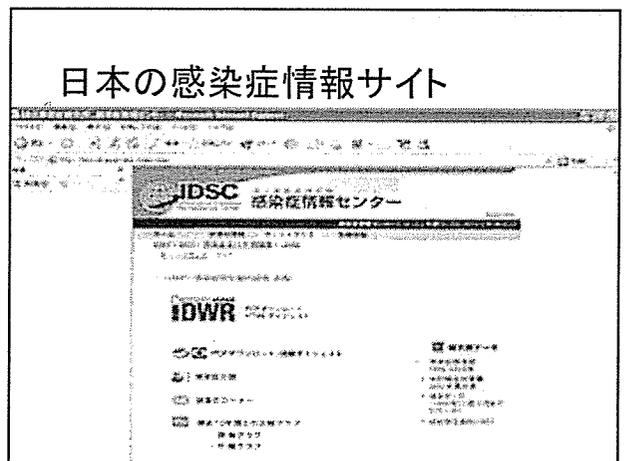
参照資料



健康管理に関する情報サイト



日本の感染症情報サイト



健康都市プロジェクト

高知大学医学部
鈴木瞬

内容

- ・健康都市プロジェクトとは
～誕生とその歴史的、社会的背景～
- ・健康都市プロジェクトの歴史と現在
健康都市の条件
健康都市プロジェクト展開のための20のステップ
- ・欧州の施策について
～スウェーデン イリテボリ市～
- ・日本での施策について ～平良市～
- ・健康都市プロジェクトの評価手法

健康都市プロジェクトとは

従来の健康政策では対応が難しい、都市における健康問題を解決していくための取り組み。都市政策のレベルで展開するヘルスプロモーション。

健康都市プロジェクト誕生の歴史的背景 ～ヘルスプロモーションの歴史～ (1)

1946年、WHOが提唱した健康の定義
「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」



健康増進 health promotionの考え方の始まり

健康都市プロジェクト誕生の歴史的背景 ～ヘルスプロモーションの歴史～ (2)

- ・1974 ラウンド報告
→公衆衛生活動を疾病予防から健康増進へ
- ・1977「ヘルス・フォー・オール」
- ・1978 アルマ・アタ宣言
→高度医療中心から予防を含む一次医療
(プライマリヘルスケア)へ

健康都市プロジェクト誕生の歴史的背景 ～ヘルスプロモーションの歴史～ (3)

1986 「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」
WHO国際会議
「ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるプロセスである」
→健康増進を個人の生活改善に限定して捉えるのではなく、社会的環境の改善を含むことの確認
これを契機に、ヘルスプロモーションを都市政策のレベルで展開することを目指した、
「WHO健康都市プロジェクト」が推進されていく

健康都市プロジェクト 推進の社会的背景

- ・近年における世界の急激な都市化
- 都市問題
 - ・都市部の空洞化（地価高騰 高齢化 スラム街の形成）
 - ・生活環境（大気汚染 騒音 廃棄物処理）
 - ・生活に必要な諸サービスのミスマッチ
 - ・犯罪の増加などの社会的不安
 - ・ストレスや心の問題

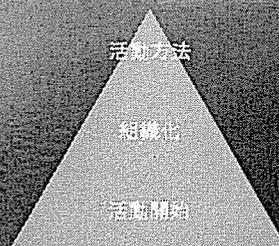
第1期健康都市プロジェクト

- 1986年リスボンで第1回健康都市シンポジウム
ヨーロッパ21の市が参加。
- ・目標 「都市そのものとそこに住む住民をより健康にすること」
 - ・原則 「公平、参加、協力」
地域レベルの新たな公衆衛生活動の開発と実践→医学的概念でなく社会的概念としての健康を模索
 - ・「健康都市の条件」の提示

健康都市11の条件

- 都市は下記の11項目を提供するよう努めなくてはならない。
1. 質の高い、清潔で安全な物理的環境
 2. 現状の安定と長期間維持可能なエコシステム
 3. 強力で、相互支援的で、しかも搾取することのないコミュニティ
 4. 自らの生活、健康そしてウェルビーイングに関する決定への市民の高度な参加と調整
 5. すべての市民の基本的ニーズに関する集会
 6. 広範囲な接触、相互作用そして交流のための機会を伴う広範囲な経験と資源へのアクセス
 7. 多様で、活気があり、しかも斬新な市の経済
 8. 過去、市民の文化的また生物学的遺産、および他のグループや個人との連結性の促進
 9. 適合可能であり、しかも上記の特質を高めるような(市の)形態
 10. 全ての市民への適切な公衆衛生サービスと疾病養護サービスの最適レベル
 11. 高度な健康状態

健康都市プロジェクト展開のための
20のステップ 3つのステージ



健康都市プロジェクト展開の ための20のステップ(1)(1992)

第一段階「活動開始」

- ・支援団体の確立
- ・理念の理解
- ・「市」を知る
- ・経済的基盤
- ・組織の決定
- ・提案の準備
- ・承認

健康都市プロジェクト展開の ための20のステップ(2)

第二段階「組織化」

- ・委員会の任命
- ・環境分析
- ・プロジェクト事業の定義
- ・事務所設置
- ・戦略会議
- ・範囲設定
- ・責任体制確立

健康都市プロジェクト展開のための20のステップ(3)

第三段階「活動方法」

- ・健康意識の高揚
- ・戦略計画唱道
- ・分野間活動の動員
- ・住民参加の勇気づけ
- ・イノベーションの促進
- ・健康的な公共政策の獲得

第2期健康都市プロジェクト(1993～)

20のステップを受けて、「ヘルス・フォー・オール」を目指す都市政策を構築、実践
明示された課題

「都市の健康に関するデータの集約」

「公平性の確保や持続可能な開発」

→総合的な都市計画の立案、健康都市づくりを推進する仕組みの構築

第三期健康都市プロジェクト(1998～2002)

都市の健康増進、地球規模の健康増進のためのプログラムを推進

→イノベーション(革新的変化)

空間、時間、専門的能力とエネルギーが必要

政党の政治活動とプロジェクトが混同されないようし、多部門間協同とコミュニティ参画の実行を重視する。

日本の健康都市ムーブメント

- ・1992 「健康文化都市シンポジウム」in東京
- 健康文化都市協議会など、健康都市ネットワークの形成

イタリアでのHealthy City事業

Developing living skills
生活スキル向上プロジェクト
高齢者を対象とする活動
若者の健康プロジェクト

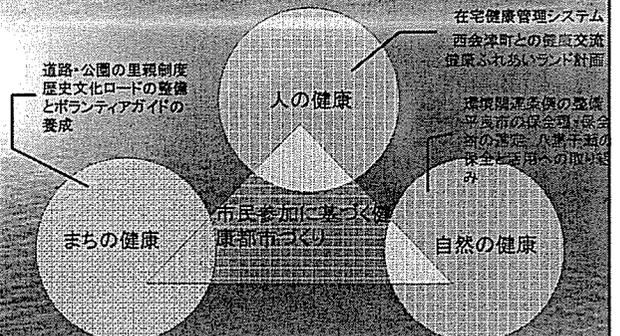
Building bridges
女性特有の病気を予防する活動
職業訓練所に通う人々とお年寄りの交流
若少年による海外援助活動

4つの戦略

Increasing participation
住地域の魅力を高める活動
患者の肉体的精神的苦痛からの解放運動
体に優しい食事の展開

Creating supportive environments
ファミリーセンター
ボランティアセンター
Knowledge center

平良市の健康都市プロジェクト アクションプラン“健康ひらら21”



健康都市プロジェクトを支援する政策手法
～東京医科歯科大学 高野健人教授

健康指標と支援環境指標の指数化

長寿指数	予防・衛生指数
死亡年齢分布指数	保健医療近接指数
疾病構造指数	快適居住指数
活動的健康指数	健康能力開発指数
ジェンダー保健指数	保健医療資源指数
高齢化指数	都市保健衛生基盤指数

参考・引用文献、ホームページ

- ・NEW予防医学 岸鈴子 吉野純典 大前和幸 小泉昭
夫編 南江堂
- ・シンプル衛生公衆衛生学 鈴木庄亮 久道茂編
南江堂
- ・ヘルシー・シティーズ ―新しい公衆衛生をめざして―
島内恵夫編訳 垣内出版
- ・平良町ホームページ
- ・東京医科歯科大学公衆衛生学教室ホームページ
etc.

ご清聴ありがとうございました。

開業医と地域公衆衛生

岡山大学医学部 5回生
加藤卓也

開業医と公衆衛生

- ◆ 19世紀より科学的医学が誕生、社会的に「医師」という専門職が認知されてきた。
- ◆ その医師も、ジェンナーの種痘成功から、「治療から予防」の概念が生まれ、医療の中に、予防接種や公衆衛生の活動が、個人のみならず社会の健康を守るために必要である事を認識。
 - 各国とも保健公衆衛生活動に力を入れる
 - 保健専門職の誕生

開業医と公衆衛生－②

- ◆ 日本の場合(例)
 - 結核感染の蔓延、開業医と連携しながら結核撲滅へ(感染症予防)
 - ↓
- ◆ 結核、その他の感染症が抗生物質による死亡率の減少
- ◆ 生活習慣病が医療の中心となってきた
- ↓
- ◆ 公衆衛生医は予防、開業医(プライマリ医)は治療という役割分担が明確になり、連携が現在は薄くなっている。

開業医の地域ケア活動

- ◆ 開業医の公衆衛生は、わが国では第二次世界大戦後から、各種健康検診や予防接種から始まり、園医・学校医の活動や産業医活動において発揮されてきた。

開業医の地域ケア活動－②

医療専門職として

↓
日常診療活動
学校医、産業医活動
休日夜間活動、地域医師会活動

医療に直接関係しない

↓
政治経済活動
社会教育活動
保健福祉活動

開業医の地域ケア活動－③

<日常診療において>

- 1、感染予防教育と予防接種
 - ◆ 手洗い、リズムある生活などの教育指導
 - ◆ 流行の恐れのある感染症に対して、近接住民に予防接種を勧める
 - ◆ 新感染症に対する対策の設立

開業医の地域ケア活動—④

2、各種検診の普及と生活指導

- ◆ 生活習慣病検診と言われる「検診」の実施
- ◆ がん検診、母子検診
- ◆ 検診と合わせて、食生活やストレス、禁煙指導などの生活改善教育・指導

開業医の地域ケア活動—⑤

<学校保健について>

1、予防接種

- ◆ かつては開業医の公衆衛生活動の中心であったが、近年は集団予防接種から個人予防接種となり問診調査のみとなっている

2、身体検査

- ◆ 全身的な視診・問診・触診・打聴診の診察を基本に定期的な身体検査

開業医の地域ケア活動—⑥

3、学校伝染病

- ◆ 学校保健法により、学校伝染病に罹った児童・生徒を感染症伝播を防ぐため出席停止とする
- ※第三種学校伝染病に関してはすべて一律に出席停止とするわけではなく、医学的根拠と教育的配慮を勘案する必要があり、学校長と学校医(開業医)が相談して決めなければならない。

開業医の地域ケア活動—⑦

4、学校における健康教育

- ◆ 生徒や保護者を対象に、肥満や登校拒否などについての健康講演
- ◆ 高学年の生徒に対してはエイズなどの性感染症の予防対策や性教育の講義の実施

◆ まとめると・・・

開業医は地域社会に対して、
感染症発生・蔓延の予防
地域住民の健康管理・教育・相談
を行う最初の拠点である！



プライマリケア医(初めに行く医者)として重要

開業医の地域ケアの長短

- ◆ 開業医の地域公衆衛生活動の長所は・・・？



- ◆ 実際に住民が健康問題を抱えてしまうと、最初に接するのは、近接性と継続性に富む、地域・家庭医(開業医)である。

その理由をもう少し詳しく述べると・・・

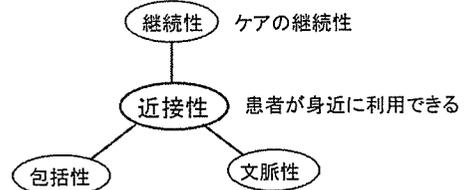
開業医の地域ケアの長短②

開業医の地域ケア(プライマリケア)の長所として

- ①近接性: access to care
 - ②継続性: continuity of care
 - ③包括性: comprehensive care
 - ④文脈性: contextual care
- の4つに分類できる。

(米国アカデミー医学会より抜粋)

開業医の地域ケアの長短③



住民に生じる健康問題の大部分について予防からリハビリまでカバーできる

患者の価値観や生きがいの脈絡を踏まえた医療

開業医の地域ケアの長短⑤

- ◆ 以上より

開業医は患者・地域社会との信頼関係を築きやすいということが最大の利点となる！！

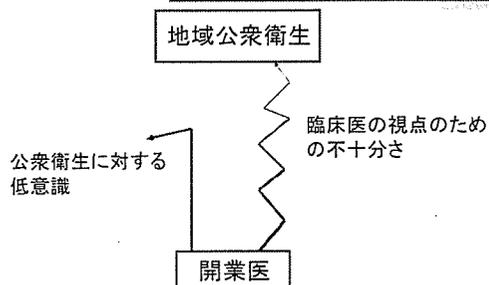
開業医の地域ケアの長短⑥

開業医が地域公衆衛生を行う短所は・・・

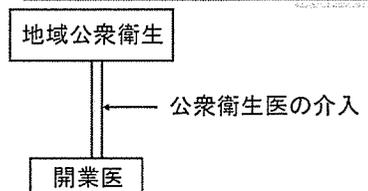


- ①ひとつに今の開業医の多くは、地域の健康度をあげるという視点に欠けている。
- ②公衆衛生医と協働している活動がほとんどなく、臨床医の視点で片付けてしまっているために、十分な効果が発揮されていない。

開業医の地域ケアの長短⑦



開業医の地域ケアの長短⑧



今、まさに、地域と密着の高い開業医と公衆衛生医との連携が不可欠な状態である！！

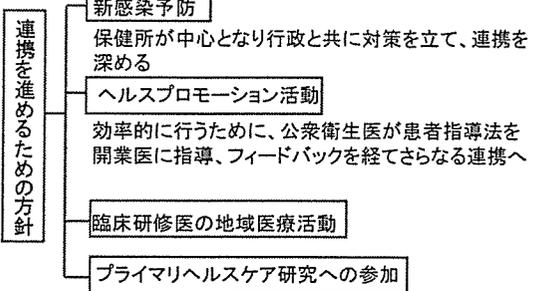
開業医と公衆衛生医との連携

開業医と公衆衛生医との連携を深めるには・・・

↓
お互いの活動について詳しく知り「相互理解」を深めることが大切！

保健所という最も両者が接点を持ちやすい現場が徐々に少なくなってきたため、両者が接する事のできる場の設立の必要性がある。

開業医と公衆衛生医との連携-②



開業医と公衆衛生医との連携-③

◆ 連携のとれた例 健康危機管理シュミレーション

医師・医療スタッフ・薬剤師会・消防署・自治体・教育委員会

机上シュミレーション

実地シュミレーション

マニュアルの作成・修正

関係者への教育の場、信頼関係育成の場の提供
健康管理が疑われるケースに対しての連携強化

まとめとして・・・

開業医は公衆衛生医の協力の下、地域のニーズを明確にするとともに、そのニーズを満たすためのネットワークの構築、また必要に応じて新たな医療サービスの提供し、プライマリケアの機能を高めていくことが重要である。

↓
地域住民のQOLの維持・向上

◆ 参考文献

- 鈴木 荘一：公衆衛生の担い手としてのプライマリ・ケア医. 公衆衛生 vol.67(8):579-582,2003
藤内 修二：公衆衛生とプライマリケアの協働. 公衆衛生 vol.67(8):583-587,2003
石橋 幸滋：プライマリ・ケア医と公衆衛生医の連携のあり方. 公衆衛生 vol.67(8):588-591,2003