

目で見る WHO

Depression : Let's talk

うつ病 : 一緒に話そう



— 第64号 —

2017 錦秋号

発行 公益社団法人 日本WHO協会

日本WHO協会とは

公益社団法人日本WHO協会は、世界保健機関（WHO）憲章の精神を普及徹底し、その目的達成に協力し、我が国及び海外諸国の人々の健康増進に寄与することを目的として設立された団体です。設立より半世紀近く、関西を拠点にグローバルな視野から国内外の人々の健康を考え、行動しており、今後も積極的に目的達成のため活動していきます。

- (1) WHO 憲章精神を普及するための健康に関するセミナー等の開催及び機関誌・広報等の啓発事業
- (2) 健康に関する調査研究の受託・委託及び助成並びに研究成果に基づく提言等の研究事業
- (3) 国内外で健康に関する社会貢献活動を行う企業、団体並びに個人との連絡・調整・協力等の連携事業
- (4) WHO の事業目的達成に寄与するための募金活動及び募金収益の拠出並びに活動協力等の支援事業
- (5) 国内外の健康の向上につながる人材の育成・援助等の人材開発事業

CONTENT

ごあいさつ	1
沿革	2
WHO憲章	3
●日本 WHO 協会フォーラム「うつ病 ～一緒に話そう～」開催報告	4
開会の挨拶	関 淳一
「世界と日本と自分のうつ病」	杉浦寛奈
●特別寄稿 新型タバコ	
「新型タバコにどのように対応するべきか」	大島 明 19
●特別寄稿 アルマアタ宣言から 40 年	
「プライマリヘルスケア-アルマアタ宣言から 40 周年を迎えて」	中村 安秀 23
●第 7 回 jaih-s との共催企画フォーラム 開催報告	27
開会の挨拶	関 淳一・鈴木野々香
「UHC とは？～上からのアプローチ～」	渡辺 学
「草の根活動から考える UHC」	本田 徹

ごあいさつ



公益社団法人 日本 WHO 協会
理事長 関 淳一

立冬も過ぎ今年も残り少なくなりました。改めて、刻の経つ早さを感じます。

今年の世界保健デーのテーマは、「うつ病—一緒に語ろう」(Depression —Let's Talk!) です。私共の協会では、その啓発活動の一端として、6月に大阪に於いてフォーラムを開催いたしました。フォーラムでは、東京から杉浦寛奈先生(東京大学医学系研究科)をお招きし、「世界と日本と自分のうつ病」と題したご講演をいただきました。杉浦寛奈先生はWHO ジュネーブの精神保健・物質乱用部で仕事をされたご経験をもとに、世界の精神保健、特にうつ病の現状から入られて、日本の現状、臨床医として経験されたうつ病の個々の症例などを例に、うつ病の初期症状や治療法などについて分かり易く話されました。ご講演の後では、これまでのフォーラムでは例を見ない程の活発な質疑があり、参加者の今回のテーマに対する関心の強さを感じられました。この度「目で見るWHO」64号を発刊するに当り当日のご講演録に質疑の部分も合わせて掲載させていただきました。

さらに、今回は私共が知っておかねばならない国際保健関連のトピックスとして、「新型タバコにどのように対応すべきか」と題して大島明先生(大阪大学大学院医学研究科社会医学講座環境医学 招聘教員)に、また「プライマリヘルスケア—アルマアタ宣言から40周年を迎えて」と題して中村安秀先生

(甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授)に特別にお願いしてご寄稿頂きました。いづれも、私共が今考えなければならないテーマについて、分かり易く解説して頂いており極めて有意義な論説で、是非ご一読頂きたいと思えます。

また、去る9月30日に当協会と日本国際保健医療学会学生部会(jaih-s)との共催企画のフォーラム「すべての人に健康を」～UHCの実現にむけて～を開催いたしました。今回、当日ご講演頂いた、渡辺学先生(株式会社PDS 役員)、本田徹先生(保健医療NGO シェア代表理事)のご講演録を中心にワークショップの概略を掲載し、報告とさせていただきます。UHCと言う国際保健医療の分野での究極の目標とも言える重要なテーマについて、御二人の講師の先生から、各々異なる目線から分かり易くお話しして頂き、ワークショップも活発に盛り上がり、極めて意義の深い一日となりました。非常に忙しい中、jaih-sの人達の強い希望にお応え頂き、一日を共にして頂きました渡辺学先生、本田徹先生に改めてこの場を借りて心からお礼申し上げます。

諸般の事情で、当64号は発行時期が少し遅くなりましたが、極めて充実した内容となりました。

ご寄稿頂いた方々をはじめ、ご協力頂いた皆様に厚くお礼申し上げます。

(平成29年11月)

(公社) 日本 WHO 協会の沿革

- 1948 [「WHO憲章」が発効し、国連の専門機関として世界保健機関(WHO)が発足する。]
- 1965 WHO憲章の精神普及を目的とする社団法人日本WHO協会の設立が認可された(本部 京都)。会報発行、WHO講演会等の事業活動を開始。
- 1966 世界保健デー記念大会開催事業を開始。
- 1970 青少年の保健衛生意識向上のため、作文コンクール事業を開始。
- 1981 老年問題に関する神戸国際シンポジウムを主催。
- 1985 WHO健康相談室を開設、中高年向け健康体操教室を開講。
- 1994 海外のWHO関連研究者への研究費助成事業を開始。
- 1998 京都にてWHO創設50周年シンポジウム「健やかで豊かな長寿社会を目指して」を開催。
- 2000 WHO健康フォーラム2000をはじめ、全国各地でもフォーラム事業を展開。
- 2006 事務局を京都より大阪市内へ移転。
- 2007 財団法人エイズ予防財団(JFAP)のエイズ対策関連事業への助成を開始。
- 2008 事務局を大阪商工会議所内に移転。定期健康セミナー事業を開始。
- 2009 「目で見えるWHO」を復刊。パンデミックとなったインフルエンザに対応し、対策セミナーを開催。
- 2010 WHO神戸センターのクマレサン所長を招き、フォーラム「WHOと日本」を開催、WHOへの人的貢献の推進を提唱。
- 2011 メールマガジンの配信を開始。
- 2012 公益社団法人に移行。
世界禁煙デーにあたってWHO神戸センターのロス所長を招き、禁煙セミナーを開催。
- 2013 第5回アフリカ開発会議公式サイドイベントとしてフォーラムを開催。
- 2014 WHO本部から発信されるファクトシートの翻訳出版権を付与される。

第二次世界大戦の硝煙さめやらぬ1946年7月22日、世界61カ国がニューヨークに集い、すべての人々が最高の健康水準に達するためには何をすべきかを話し合い、その原則を取り決めた憲章が採択され、1948年4月7日国連の専門機関として世界保健機関WHOが発足しました。

当協会は、このWHO憲章の精神に賛同した人々により、1965年に民間のWHO支援組織として設立され、グローバルな視野から人類の健康を考え、WHO憲章精神の普及と人々の健康増進につながる諸活動を展開してまいりました。

歴代会長・理事長、副会長・副理事長 (在職期間)

会 長 ・ 理 事 長	中野種一郎(1965-73)	副 会 長 ・ 副 理 事 長	松下幸之助(1965-68)	加治 有恒(1996-98)
	平沢 興(1974-75)		野辺地慶三(1965-68)	坪井 栄孝(1996-03)
	奥田 東(1976-88)		尾村 偉久(1965-68)	堀田 進(1996-04)
	澤田 敏男(1989-92)		木村 廉(1965-73)	奥村 百代(1996-06)
	西島 安則(1993-06)		黒川 武雄(1965-73)	末舛 恵一(1996-04)
	忌部 実(2006-07)		武見 太郎(1965-81)	中野 進(1998-06)
	宇佐美 登(2007-09)		千 宗室(1965-02)	高月 清(2002-06)
	関 淳一(2010-)		清水 三郎(1974-95)	北村 李軒(2002-04)
			花岡 堅而(1982-83)	植松 治雄(2004-06)
			羽田 春免(1984-91)	下村 誠(2006-08)
	佐野 晴洋(1989-95)	市橋 誠(2007)		
	河野 貞男(1989-95)	更家 悠介(2008-12)		
	村瀬 敏郎(1992-95)			

「WHO憲章」

世界保健機関（WHO）憲章は、1946年7月22日にニューヨークで61か国の代表により署名され1948年4月7日より効力が発生しました。日本では、1951年6月26日に条約第1号として公布されました。その定訳は、たとえば「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである」といったように格調高いものです。しかし、現在では、表現が難しすぎるという声も少なくありませんでした。日本WHO協会では、21世紀の市民社会にふさわしい日本語訳を追及し、理事のメンバーが討議を重ね、以下のような仮訳を作成しました。

（日本WHO協会理事 中村 安秀）

THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.

The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all.

Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.

Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.

The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.

Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

ACCEPTING THESE PRINCIPLES, and for the purpose of co-operation among themselves and with others to promote and protect the health of all peoples, the Contracting Parties agree to the present Constitution and hereby establish the World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations.

世界保健機関憲章前文（日本WHO協会仮訳）

この憲章の当事国は、国際連合憲章に従い、次の諸原則がすべての人々の幸福と平和な関係と安全保障の基礎であることを宣言します。

健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。

人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつです。

世界中すべての人々が健康であることは、平和と安全を達成するための基礎であり、その成否は、個人と国家の全面的な協力が得られるかどうかにかかっています。

ひとつの国で健康の増進と保護を達成することができれば、その国のみならず世界全体にとっても有意義なことです。

健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なると、すべての国に共通して危険が及ぶこととなります。

子どもの健やかな成長は、基本的に大切なことです。そして、変化の激しい種々の環境に順応しながら生きていける力を身につけることが、この成長のために不可欠です。

健康を完全に達成するためには、医学、心理学や関連する学問の恩恵をすべての人々に広げることが不可欠です。

一般の市民が確かな見解をもって積極的に協力することは、人々の健康を向上させていくうえで最も重要なことです。

各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。

これらの原則を受け入れ、すべての人々の健康を増進し保護するため互いに他の国々と協力する目的で、締約国はこの憲章に同意し、国際連合憲章第57条の条項の範囲内の専門機関として、ここに世界保健機関を設立します。

●日本 WHO 協会フォーラム「うつ病 ～一緒に話そう～」

開会あいさつ

公益社団法人日本 WHO 協会理事長 関 淳一
WHOでは4月7日の「世界保健デー」に合わせて毎年、その時点で大事なテーマについて世界的なキャンペーンを展開しています。今年のテーマは「うつ病、一緒に話そう！」(Depression Let's Talk!)です。WHOによると、うつ病に悩んでいる人が世界で3億人に上ると推定しています。うつ病は最悪の場合、自殺につながることもあるわけですが、世界でうつ病関連の自殺者が年間30万人発生していると推定されています。これは世界的な数値ですが、このテーマは日本でも時宜にかなったというか、今後の日本にとって非常に大事なテーマだと思います。社会構造や日常生活の状況が変わってきており、いろんなストレスもあるわけですが、日本ではそれに直面しており、特に大きなことは日本が世界の先頭を切って超高齢社会に入ってきたということです。うつ病の3つの大きなカテゴリーは、

●日本 WHO 協会フォーラム講演録

2017・6・21

「世界と日本と自分のうつ病」

東京大学大学院医学系研究科 杉浦寛奈



【Kanna SUGIURA】東京女子医大医学部卒業後、女子医大および横浜市大において精神科医研修を修了。ロンドン大学公衆衛生修士学を取得。フィジー大学医学部、WHO 精神保健・物質乱用部、赤道ギニア国立病院に勤務。帰国後、外務省国際保健政策室に勤務し、現在は東京大学大学院医学系研究科博士課程で当事者の自己決定支援を行い強制入院・隔離・拘束を減らすための研究を行い、寿町勤労者福祉協会診療所で精神科診療に取り組んでいる。

●はじめに

皆さん、こんにちは。本日の講演の始まりとして、今年のWHO「ワールド・ヘルスデー」のトピックが「うつ病」であること、私が国際機関で働いた経験として世界的な視点から精神保健をみてきたこと、また臨床医として個人レベルの精神疾患をみているということで両方の視点からお話できればと思っています。1時間程度の講演を行い、その後に質疑応答の時間をとりたいと考えています。今回の講演会に参加されている方はいろんな背景をお持ちの方たちと聞いています。皆さんの関心のポイントが少しずつ違うと思いますので、質疑応答を通じて盛り上がるようになればいいなと思っていますので、よろしく願います。本日の話題としては、世界でのうつ病はどうか、日本ではどうか、自分や自分の周りで気をつけておく

べきこと、実際にうつ病になってしまった時にどんなふうに取り組んだらよいかという話、また、うつ病はストレスからくるのではないかと話題になるようですので、そもそもストレスとはどんなもので、ストレスを解消するためにどんなことができるのか、そうした情報を提供できればと思っています。

- 各国政府が自国の精神保健対策を行う（日本：五大疾患の一つ）
- 国連障害者権利条約(CRPD)(2007)
- Inter-Agency Standing Committee (IASC), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007)
- WHO決議 Global Mental Health Action Plan 2013-2020 (2012)
- APEC the Healthy Asia Pacific 2020 initiative (2014)
- 国連決議 Mental Health and Human Rights (2016)
- WHO 世界保健デー “Depression: Let's Talk” (2017)

表1 世界の精神保健の位置付け

●世界の精神保健の位置付け

そもそも世界の中で精神保健はどんな位置付けにあるかについて、まず話したいと思います。各国政府が自国の精神保健対策を行うことが基本中の基本となっています。日本に関してなら日本政府が、どれほど精神疾患が大事で対策が大事かを思うかによって位置付けが異なってきた

す。この10年で日本はずいぶん変わってきて、5大疾患の1つに精神保健が入っています。各自治体が医療計画を立てる時に、重視しなければいけない分野として位置付けられているわけですから、精神疾患対策に対しずいぶん意識しているということになります。一方で全く対策を立てていない国もあって、精神科医が全くいないとか、精神保健サービスがゼロの国もあるので、その辺りの話もこの後にしたいと思います。

精神疾患は保健の分野でも重要であり、障害者という分野から見る場合もありますし、医療だけでなく、教育分野などいろんな場面で出てくると思います。2007年につくられた国連の国際障害者権利条約の中で、精神障害が身体障害など他の障害と並んで大事な障害者として位置付けられています。これは日本にも大きな影響を与え、障害者の法令整備などにもつながっています。それとIASC (Inter-Agency Standing Committee) がガイドラインをつくりました。これは緊急支援の際にはどうすべきかを設定したガイドラインですが、2007年に精神保健というチャプターもつくられました。例えば地震などの何か災害があった時には赤十字などの団体が動くわけですが、基本的にはこのガイドラインに沿って動くことになっています。従来は水衛生などが入っていたわけですが、この時にサイコソシアル・サポートも重要であって、サイコソシアル・サポートを提供することもそうですし、支援者側のサイコソシアル・サポートの重要性も含めて位置付けられました。WHOは基本的に決議案で事務局の動きが決まることになりましたが、グローバル・メンタルヘルス・アクションプランが2012年に採択され、2020年までに各国が行うべきことがここに規定されています。APEC もイニシアティブ (2014年) を立てたし、国連でも決議 (2016年) を出しています。このように、ここ10年の間に精神保健を取り巻く環境が変わってきたと思います。今年4月のWHO世界保健デーではメンタルヘルスの特にデプレッション (Depression) が取り上げられ、脚光を浴びているところです。副題が「Let's Talk」ということですが、思いとして込められているのは、先入観や偏見などで自分がうつ病であることや精神症状を話すことへの抵抗、政策(ア)決定者や医療従事者が精神保健を話題にすることへの抵抗、そうした現実を認めた上で、話題に挙げることで問題点について対策をしていけば前進できる。つまり「Let's Talk」、何はともあれ「話す」ことが大事であることが副題となっています。

●世界保健デー Word Health Day (4月7日)

世界保健デーは4月7日が記念日となっていますが、

- 第1回WHO総会が開かれた1948年4月7日を記念し、毎年この日を世界保健デーとして、世界的に取り組むべき健康課題を選定し、キャンペーン啓発活動が展開される
- Depression: Let's talk 「うつ病：一緒に話そう」
- うつ病について啓発し、うつ病対策 (予防、診断、治療、ケア) を推進することを目指している。
- 世界のうつ病患者数は3億人を上回り、うつ病から年間約80万人が自殺している
- 国際的な取組が求められており、青年期、妊娠出産期の女性、高齢者の3つのグループに対する取組が特に必要

表2 世界保健デー Word Health Day (4月7日)

WHOではこの先1年間、これをテーマに様々なキャンペーンを展開していきます。目標としては、うつ病について啓発をし、うつ病対策、つまり予防、診断、治療、ケアを推進することを目指しています。なぜかという、規模がすごく大きいことが理由に挙げられていて、患者数は3億人と推定され、その中でうつ病で年間80万人ほどが自殺しているとされています。特にターゲット・グループとしては青年期の人たち、妊娠出産期の女性、高齢者のグループが取り組むべき対象者として挙げられています。WHOのウェブサイト詳しく紹介されていますので、興味のある方はぜひご覧ください。

●障害調整生命年 (DALY)

この3億人の人たちはうつ病を患って毎日の生活しているため、自分自身への負担がすごく大きく、日常生活は制限されていくこととなります。そうしたことを数値化したものとして例えばDALYというのが最も有名ですが、疾患ごとに日常の制限具合を勘案し、係数をかけて見ていった時に推定されるものを表しています。向かって左側が男性、右側が女性です。いちばん左がゼロ歳で、右の軸に来るほど年齢が上がっていきます。DALYの重さで色分けをしているわけですが、赤ちゃんの時は乳児性疾患とか下痢などでDALYが非常に大きな幅を占めていますが、高齢者になると心臓疾患とか癌などが高い比率を占めます。この朱色が男女ともに若い時に占めていますが、これがメンタルヘルス、この中にデプレッションも含まれています。若い人たちにに対し非常に負担を強いている病気であることが、この数値から分かるかと思います。DALYのメンタルヘルスの部分をいちばん引っ張っているのがデプレッションで、個別の疾患に分けた場合、2020年にはうつ病が最大のDALYの原因になるといわれています。

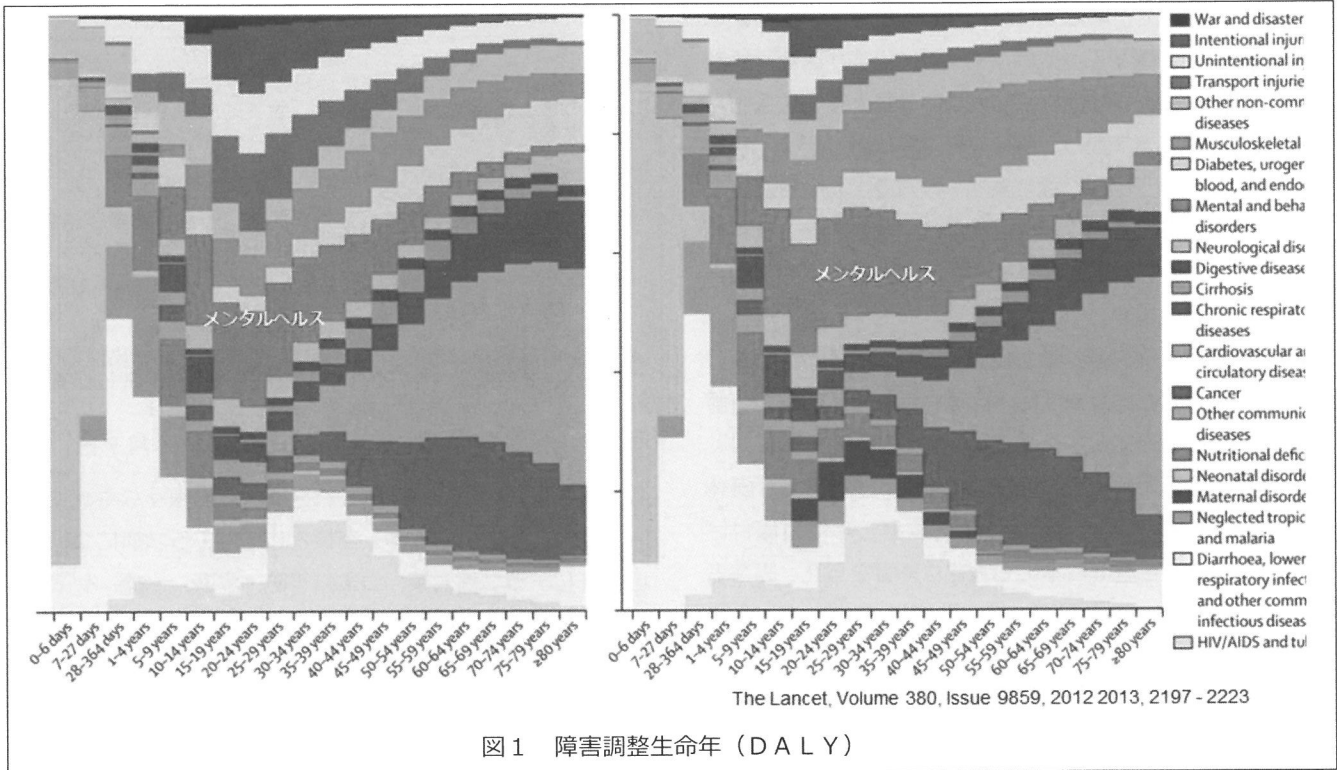


図1 障害調整生命年 (DALY)

●年間 80 万人以上が世界で自殺

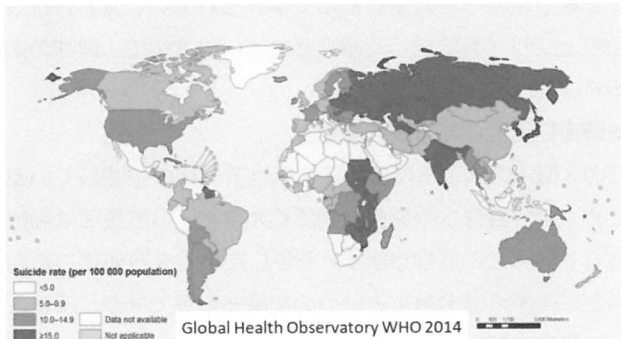


図2 国別の 10 万人に対して自殺者数

先ほど触れた年間 80 万人という自殺者ですが、この世界地図に示した日本を含む濃い赤色の地域が、対 10 万人の比率で見て自殺者が多いところです。日本、中国、インド、さらに旧ソ連圏なども含まれます。色が薄いほど自殺率が低いのですが、いちばん心配なのが白く抜けている地域で、データがないので現実になんてなっているのかわかりません。公衆衛生や疫学の立場から見ていちばん心配なところです。また色が濃いところではどんな対策を取るべきなのか、自殺者が低いところでも 10 万人に対して自殺で 6 人とか 7 人が死んでいるので、やはり対策が必要です。こうした基礎データは、現状を把握するうえで非常に重要であると思います。

●人口 10 万人に対する精神科医数

世界の中で 3 億人がうつ病で年間 80 万人が亡くなって

いる現実を考えた時、精神科医だけが解決策だとは言いませんが、重要な保健人材の精神科医が世界でどれくらいいるのでしょうか。日本では 1 万人程度の精神科の医師がいますが、この地図の色が薄い国や地域はゼロか 1 という感じで、例えば南アフリカ地域では全く存在しない国がたくさんあるし、東南アジアや南太平洋地域でも全くいない国があります。世界約 200 カ国のうち 40 カ国くらいは精神科医が全くいないか、一人しかいない国もあります。私たちの目の前にある精神障害の問題への対策として、非常に遅れた状況にあると思います。

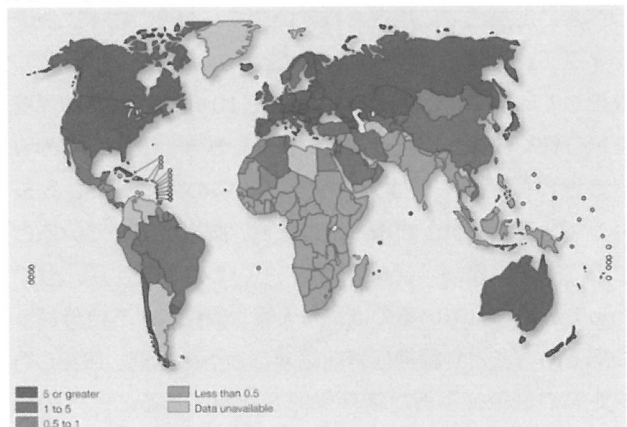


図3 人口 10 万人に対する精神科医数

●自宅でつながれる精神症状を患う人

問題がある中で対策が打てないと何が起こるかという、例えばこれは私の友人のフィリピンの精神科医師から送られてきた写真ですが、家を訪問した時に精神症状を患

っている少女が自分の家でつながれている様子です。悪気はない中で最後の手段だったと思いますが、ほんの少しの差で精神科の予防と対策ができていれば、少なくともこんな状況で人生を送る必要はなかったのではないかと思います。このギャップを埋めることはできないかというのが、私がこの仕事を始めたきっかけでもあるし、今も続けている理由です。



図4 自宅でつながれる精神症状を患う人

● WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020

- より効果的な精神保健のリーダーシップとガバナンスの導入
- 地域におけるより総合的な精神保健および社会保障サービスの立案
- 精神保健の啓発と予防の実行
- 調査、エビデンス、研究の強化
- 2020年までの目標（2年ごとにWHAで報告）
 - 8割の国が精神保健政策を持つもしくは更新する
 - 5割の国が精神保健の法律を持つもしくは更新する
 - 精神疾患を持つ患者で加療を受けている人が2割増える（2014,2017,2020）
 - 8割の国が啓発と予防の側面を持った精神保健施策を2つ以上持つ
 - 各国の自殺率が1割減少する
 - 8割の国が2年ごとに精神保健に関する統計を集計する

表 3WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020

表3は世界が目指すべきWHOのグローバル・メンタルヘルス・アクションプラン（2013-2020）です。たとえば今話したようなことが起きないために何ができるのかを考えた場合、より効果的な精神保健のリーダーシップとガバナンス、これは各国の保健省がやるべきこととして出しています。また、地域における総合的な精神保健および社会保障サービスの立案、これは医療だけでなく大きくくりとして人の生活全部を見た時のサービスとして総合的という表現になっています。まずは精神保健について知ってもらうことと予防を実行すること。先ほどの地図にもデータがない地域があったように、今抜けているエビデンスとか調査、研究を強化するとしています。2020年までの目標値を示したのは画期的なことで、データをとって今のデータに対して8割の国が精神保健の政策を持つこと、5割の国が法律を持つこと、加療を受けている人が2割増

えること、8割の国が啓発とか予防の側面を持った施策を2つ以上持つこと、各国の自殺率が1割減少すること、そして2年ごとの精神保健に関する統計を収集する国が、8割あることを目指しています。目指すためには今いくつかのデータを数えないといけないので、空白が無いようにデータを整えています。データが整うことで目標値が出せるわけで、非常に重要なことだと思います。

● フィジー大学で仕事



図5 フィジーの大学で医学部の教育に関わった時の写真

私が世界でどんな仕事をしてきたかについて少し紹介します。図5はフィジーの大学で医学部の教育に関わった時の写真ですが、私が公衆衛生の大学院を卒業して最初に就いた仕事がこれでした。〇〇〇がその時の保健大臣ですが、精神保健対策に力を入れたいと思って大臣になった方で、やはりトップの意志が固いと人も物も情報も動きますので、予算もずいぶん変わって、当時の数年間はフィジーでの精神保健対策が非常に積極的に行われました。その後ろに写っている人はフィジー大学の学長で、オーストラリアから派遣され、医学部に精神科がなかったので精神科を学問分野として導入されました。それを助けていたのがマレーシアの教授で、この先生に私は学会でお会いしたのをきっかけにフィジー大学での仕事に雇っていただきました。他の人たちが医学生で基本的にはフィジー人なのですが、トンガやサモアには医学部がないので南の島々から留学生が来ています。フィジー大学で精神科の教育を始めることは、南太平洋全体に精神保健が医学として導入されることであり非常に重要な年となりました。精神保健法については、ルナシーアクトという狂人法のような名称で100年前にイギリスが植民地時代につくったものがあって、それを改定して策定した年でもありました。フィジーにとって非常に画期的なことを、この大臣と教授らが支えたわけです。100年前の精神病院のみがこの国の施設でしたが、この時に総合病院の一般外来と精神外来が開設されました。非常に画期的な時に私はアシスタントとして雇っても

らい、おもしろい時期を過ごすことができました。先ほどのフィリピンの事例と同じようにフィジーでも鎖につながれた人がいて、これは看護師とチームとして訪れた1軒の家ですが、彼は私たちが行くまでの2年間、自分の家の居間に鎖でつながれた状態で過ごしていたそうです。



図6 チームとして訪れたフィジーの1軒の家

●WHO精神保健部で仕事、赤道ギニア国立病院で仕事

図7は私がWHOに在籍した当時のものです。WHOにはフィジーの後に行って本部で2年ほど過ごしました。この人が私の直属の上司でオーストラリア人、そのさらに上の上司がインド人、多国籍なスタッフ、専門家たちと仕事をして非常に刺激的な数年を過ごしました。その後、赤道ギニアにも行きました。中央アフリカの非常に小さな国ですが、独裁国家で保健には全く興味がありません。石油がとれてお金があるのですが、それをみんなに使おうという発想がない国での保健活動ということでした。行って仕事をするとそこで何が問題なのかが分かります。



図7 筆者がWHOに在籍した当時の仲間

統計だけの把握で対策を組むのと、現地で統計と照らし合わせて目の前を見ながら対策を組むのはずいぶん違うと感じた時でした。これまで話したのが世界で関わってきた私の仕事の経緯と、なぜWHOがワールド・ヘルスデーのテーマにうつ病を選んだかという主な背景です。

●日本のうつ病

ここからは日本に着目して考えてみます。日本では12ヶ月有病率（過去12ヶ月に経験した者の割合）というものを測りますが、1~2%がうつ病といわれていて、生涯有病率は3~7%。有病率は世界と比べると少ないです。しかし日本では、年間2万5,000人~3万人の自殺者がいるわけで、その辺りが異なるところです。平成26年に医療機関を受療したうつ病・躁うつ病の総患者数は112万人といわれ、医療計画の5大疾患のうちの1つとして対策が組まれています。

●日本の人口当たりの精神科病床数は世界一

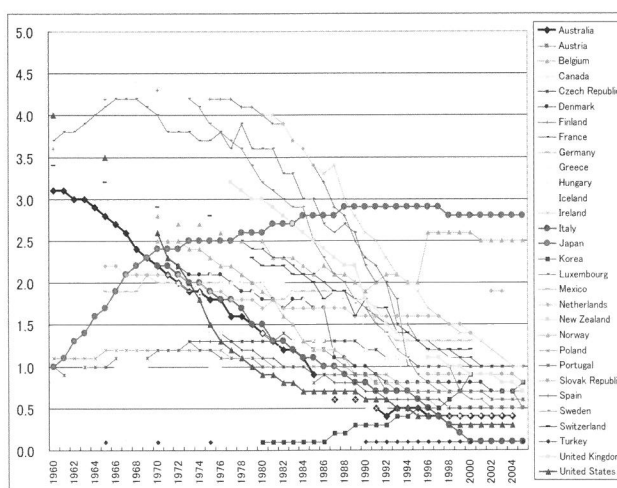


図8 日本の人口当たりの精神科病床数は世界一
OECD 2007

日本の大きな特徴としては精神科病床数が非常に多いことです。日本の医療というのは病院に非常に力を入れているので、他の国なら外来でやるようなことも入院でやっていたりしますが、そこは現状に合わせて改変していくべきだと思います。これはOECDのデータですが、各国が50年間でこんなにベッド数を減らしている中で日本は増やして、世界最大のベッド数を誇っています。これは2007年のデータで、私がこの分野に入るきっかけになったチャートでもあります。私は精神科の病棟で仕事をしていて、隔離拘束や長期入院の患者さんが多いことを感じていました。日本はお金もあり健康長寿国とされている一方で、この状況がベスト・プラクティスなのだろうか疑問を持ったのが、私がこの分野に入るきっかけになりました。他国の医者と話しても、あまりフラストレーションを感じていないようでした。そこが一致しないのはなぜかと考えてみたのですが、このチャートを見ると他国の医者はどちらかというともベッド数が足りないことで困っていて、私の方はベッドからなかなか出られないことに困っている。他

国の医者と話が合わないのはこういうことなのかと分かったチャートです。そんなことがあって、統計というのは非常に重要な意味があるなど腑に落ちたわけです。

●うつ病の気付き方と解決法

世界の現状と日本の現状について考えていって、今度は個人のレベルでどんな時にうつ病に気づくのか、どんな特徴があるのか、もしもうつ病と診断されたら治療法や経過はどんなものなのか、周囲の人はどんな心構えで支えていけばよいのか、そして職場復帰に関する課題やストレスの問題などについても話したいと思います。

●もしかして、うつ病？

いやなことやつらいことがあると誰もが憂鬱な気分になりますが、一方で楽しいことがあれば気が晴れる、それが健康的な状況かと思えます。健康的な気の落ち込みなのか、病的なものかを考えた時には、うつ病の特徴を知っておくことがいいかと思えます。うつ病が疑われるときはどういう状況かという、憂鬱な気分だとか喜びを全く感じられない時期が2週間続くというのが1つの大きな診断基準になります。つらいことがあっても楽しくご飯に行けば気がまぎれるとか、週末は楽しく好きなことができるかというケースはこの2週間には当てはまらないと思います。臨床での感覚として、寝にくいとか、眠りが問題になってきた時に病的な範疇にあるのかを考えます。一般的な会話の中で最近落ち込むと言われた時に最初に聞くのは眠れているかどうか。寝られない、眠るために酒を飲んでいるという話を聞いたら、そこからさらに真剣に話を進めていくこととなります。

●うつ病を疑う症状は？

いろんな症状が出てきますが、本人にはなかなか気付にくいものです。例えば骨が折れてしまったら自らすぐに気付くわけですが、心が沈んでいる時とか、自分のいつものペースでない時は自分ではなかなか気付かないものであり、周りの人たちが気付いてあげるのが重要です。早めに対策を打つためには、家族や同僚など周りが気付くことが大事になります。憂鬱な気分、興味や喜びの喪失などの「心の症状」もありますし、不眠や食欲不振、頭が痛い、お腹が痛いなどの「体の症状」もあり得ます。

「心の症状」としてどんなことがあるのかといえば、例えば毎日のように一日中憂鬱な気分。これまで楽しかったことが楽しめない、興味を持ってない。自分が悪い、自分の責任、自分には価値がないと自分を責めるようなことばかり言う。仕事や家事など、やらなければならないことに集中できず、決断や判断が難しい。この世から消えてしま

たい、死にたいと考える。この辺りが非常に特徴的なことです。自分がつらいと考えた時にこの辺りを考えてみたり、家族が大変そうな時にこの辺りを観察したり。自殺予防のところでは、「死にたいか」のことを話題にすべきかとよく聞かれますが、どちらかといえば積極的に話題にすべきことだと思います。「死にたい」と言われた時にはそれを受け止めて、どんな時に死にたいのか、では何ができ得るのかを一緒になって考える。自分が答えを出せなかったとしても、一度受け止めることが重要です。例えば非常に痛くて死んでしまいたいとか、お金の困って死んでしまいたいとか、何か理由があるのなら、その問題の具体的な解決策を一緒に考えていくことができると思いますし、アルコール問題やうつ病、体調や心の悩みならば、それぞれに対する解決策を一緒に見つけ出していけばいいと思います。自分がどの立場であろうとも、死にたいという話になった時には拒絶はせずに、「それは大変ね」と受け止め、一緒に解決策を考えようというイメージでむしろ話題にしてほしいと思います。本人たちに聞いてみたら、「死にたいほどつらいか？」と聞かれることで気が楽になることもあるようです。家族や友人など親しい関係であるのなら、むしろ誘導して、そこからは一緒に解決策を考えてあげてほしいと思います。

「体の症状」として考えられるのは、食欲が落ちるとか、体重が減る。体重はその逆もありますが、3キロも5キロも落ちてきたら尋常でない食欲の落ち方、体重の落ち方なので、服が緩いとか見た目でも分かると思います。寝付けないとか、夜中に目が覚めるとか、朝早くに目が覚めるとか、逆に寝すぎるとかという、睡眠リズムの乱れはかなり頻度で出てくると思います。また、普段に比べて話し方や動作が遅い、いらいらして落ち着かない、集中力が落ちてはかどらないなど、いつもとどうも違うようだと観察の対象になってくると思います。いつも疲れていて、気が湧いていない、よく横になっているとか昼寝が多いとかを含めて、この辺りは体の症状なので、うつ病なのか発想が結びつかないこともあります。職場でうつ病と診断されても本当なのかと思ったりもするようですが、これらは特徴として出てくる症状ですから情報として知っておいてください。

●うつ病になるきっかけは？

うつ病になるきっかけは何でしょうか。急激な変化や強いストレスなどは原因となります。逆に喜ばしいことも急激な変化ということで、例えば結婚・出産も大きな要因になるし、昇進・栄転など本来は喜ばしいはずなのに、どう

も気がのらないという時には考えなければならないことだと思います。1つのきっかけだけで発症するとは限りません。理由はなかなか分からないケースが多いので、本人や周りの人が原因を追及しすぎないことが重要であり、原因をあまり探っても解決策には結びつかないと思います。

●うつ病は一日の中で症状の変動がある

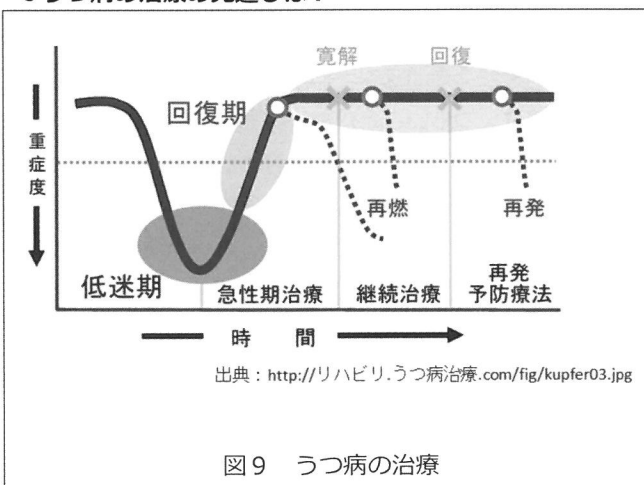
うつ病の別の特徴として知っておいてほしいことが「日内変動」があるということです。多くの場合は、午前中に症状が重くて、午後になると軽減します。朝は職場になかなか来れないのに夕方は元気そうだとか、月曜日は大変そうなのに週末に向かうと元気だとか、本人も十分に混乱します。夜よく眠れていないから朝つらいのかとか、会社に行きたくないから朝つらいのかなどが話題になりますが、「日内変動」というのも症状の1つだということです。職場の受け入れ側や本人、家族もそのリズムを知っておくことが大事であり、本人の回復時に過度に負担をかけずに済むかと思えます。症状は人によって重さが異なりますが、例えば朝、早く目が覚めてしまい、仕事に行きたくなく、食欲がわからないという人は多いようです。昼間の過ごし方として、例えばやらなければならないことがあるが集中できない、仲間と議論しようにも言葉は出てこないし頭は真っ白になってしまう。家族との会話も弾まないし、食欲もわからないというのも特徴的なことです。夜は、友達に会いたくないとか、いつも見ているテレビが楽しくないとか、眠れないとか。うつ病の特徴が日常生活に反映されると、このようなことが出てくるかと思えます。

●うつ病はどのように治療する？

何はともあれ休養をとることは必須です。残業は短くしていただきたいし、有休をとるなどメリハリを付けること、家事を家族で手分けすることも重要で、いろんな形で休養をとることが大事です。医療機関でできることとして精神療法、最近では認知行動療法やカウンセリングなどは有効だと思います。薬物療法で軸になるのは抗うつ薬です。抗うつ薬に対し皆さんは抵抗感があるようです。薬を飲むほど自分は病んでいるのかとか、自分が薬に支配されてしまうのではないのか、始めたらやめられないのではないなどと悩むケースがあります。外来で相談をしながら、本人のペースで納得のいくところで治療をしていくこととなります。抗うつ薬は脳の神経伝達物質のバランスの崩れを調整する作用があります。例えばSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）は、脳内伝達物質のセロトニンを増やし、神経の伝達を円滑にすることで症状を改善します。これが代表的な抗うつ薬です。いずれにしても脳の伝達物質

のバランスを変えることが抗うつ剤の効能であり、それはどの薬にも共通しています。もう一つの特徴として薬の効果を実感するまでに数週間かかることがあります。効果が出ないのでやめたいと訴える人が多いのですが、効果が現れるまでに2週間程度は必要で、しかも徐々にという感じですので、治療が軌道に乗るのに1カ月や2カ月がかかることがあります。今の薬物治療では腰を据えての治療が伴うこと、その辺りをあらかじめ理解していただきたいと思えます。さらにやっかいなのは、症状が軽快した後も半年から1年ほど薬を飲み続けたうえで薬をやめるというのが、うつ病の治療法です。なぜかといえば再発予防が非常に重要で、それは「地固め」と呼ばれています。2～3年で再発する人が多く、職場でも何度も休職し復職している人がいると思えます。この辺りも外来で話題になるところです。

●うつ病の治療の見通しは？



治療の一般的な見通しですが、最初は症状としてつらい時期があって、その後に薬物療法や認知行動療法、休養などを組み合わせて治療を始めると回復に向かいます。再び悪くなってしまう人もいますので、この辺りの急性期治療を維持していくことがポイントになります。途中でやめてしまわないための環境整備が大事です。継続治療の段階は薬を飲み続けなければならない時期であり、さらに再発予防の時期が半年間とか1年程度、この時期を過ぎてしまえば薬をやめてやっていけるというのが一般的なイメージだと思います。眼に見えないので、寛解期や回復期の時期には普通に日常生活を送っているわけで、何ら目に見えるような状況でないため、この時期にやめてしまうと再現があり得ることをぜひ知っておいてほしいと思えます。

●家族や周囲はどう接したらいいのか？

周りの人たちはどうすればいいのでしょうか。うつ病で本人は心も体も大変で、感情的になりやすいわけですが、

これもうつ病によるものであって本人の性格とは別の問題であることを心得ておくべきだと思います。ストレスになっていた事柄に加えて、病気や将来への不安、よくなる自分への焦りもあって、本人は非常に感情的になりやすいわけです。家族や周囲の人たちは「否定せず、客観的に、決めつけない、励まさない」ことがポイントです。頑張れずに大変なので、励まされても本人としてじつは頑張れない状態にあるわけです。「すでに頑張れているよ」と本人を認めるような対応はいいと思いますが、できていないから「頑張れなさい」というのは、本人にとってつらい言葉だと思います。何しろ決めつけないこと、周りが常に希望を持ち続けることだと思います「ここまでできたのだから、この先ここまでできるのでは」とか、「この方法がだめなら、こっちの方法でやってみたらどうだろうか」といった対応が大事だと思います。「客観的に」というのは、痛みが続く場合にうつ病になりやすいとか、お金に困っていたりすると症状が悪化することもあるので、周りが客観的、具体的に解決策を提示してやる方がいいのではないかと思います。

繰り返しになりますが、否定せずに真摯に聞く、感情移入せずに客観的に聞くこと。また、話を否定せずに、つじつまの合わないことでもまずは受け止めること。決めつけは本人の負担になります。そして「頑張って」と励ましたくなりますが、励まされると本人を追い詰めることにもつながってしまいます。

●自殺、自傷行為への注意や対処法は？

いちばん怖いことは自殺や自傷行為で、最悪なケースが自殺であり、これは避けたいところです。「死にたい」とか、「このまま消えてしまいたい」と自殺願望を持つことがあります。具体的な方法などを考えている時には、ベランダから下を見下ろしているなどの兆候があります。この電車なら飛び込めるとか考える、この薬剤なら死ぬかなと買いそろえる、ロープを準備するとか、具体的に考えている時は切羽詰まった状況です。「死にたい」とこっちに訴える状態なら、まずは受け止めて聞くこと、どうしたら解決できるのかを一緒に考えるゆとりがあるわけです。すでに具体的手段を準備している状態なら、周囲の人では止められないので、医療機関にすぐに行ってほしいという目印です。「死にたい」と聞いた時に、「そんなことはだめ」とか、話題を変えたりすると否定された、拒否されたと本人1人で考えるようになってしまうので、これはぜひ避けたいところです。そして困りは具体的に解決する。こうしたことがポイントだと思います。

●うつ病の再発予防に必要なこと

うつ病は再発しやすい病気です。薬をやめたいと思うのは皆さんに共通しますが、抗うつ薬の中止は計画的に行うことが重要です。そして視野を広げて柔軟に考えること。本人は視野が狭くなっているのだから、本人が周りに相談していろんな方法を見つけようとするのは大事です。ストレス原因として自分が嫌いだと分かっているものは避けること。何がストレスになっているかを自分が理解することもそうですが、周りに伝えることができるのも大事です。ストレス解消法が身に付いているのなら、ぜひそれを積極的に活用していただきたいと思います。

●職場復帰までの道のり

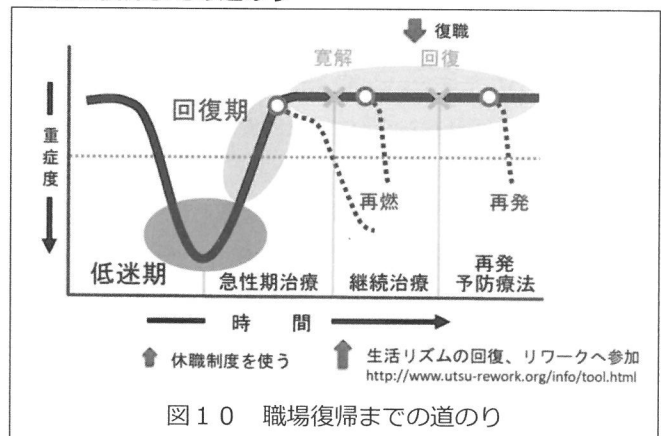


図10 職場復帰までの道のり

職場側としては、うつ病の特徴を示したこの図のパターンを確認し、治療が始まった辺りのことは皆で理解を共有すべきです。休職して治療が始まった後の支えが必要で、復職した後も寛解期、回復期に時間を要すると思うし、この時期に手を抜いてしまうと、再燃、再発してしまうことを職場側も本人も知っておいてほしいと思います。

●復職に必要な準備は？

初期では治療に専念することです。休養、薬、心理療法などがあって、休養については、家庭での家事の分担を見直すことも含め工夫が必要かと思います。そして医療機関を通じて薬を使うこと、認知行動療法など、この時期はとにかく治療に専念してください。症状もだいぶ良くなって回復期に入ったらリズムを持つことです。例えば出勤時間に合わせて起床するとか、昼間は屋外で日光を浴びること、寝る時間を決めるなど、メリハリのあるリズムを日常生活に取り入れることが大切です。ラジオ体操や近所への買い物など、軽い運動も導入して外出するようにしてください。図書館に出かけて読書に集中することも大事だと思うし、そうしたことは回復のバロメーターになります。他にリワークプログラムに参加することもいいかと思います。この時期に会社と復職の連絡を取り始めることも大事なポイント

ントかと思えます。復職の連絡を治療初期の段階でやろうとすると逆効果になるので、初期段階ではもっぱら治療に専念してください。復職のガイドラインも整っていますので、適当な時期になったら本人や企業側も使ってもらったらいと思います。

●心の健康問題で休業した労働者の職場復帰支援の手引き

病気休業開始にあたっては、診断書を提出するとともに、経済的保障の情報提供をします。この辺りのことは事前に準備しておいた方がよいと思います。書類がそろえば手続きは自動的に進むことになります。職場復帰にあたっては主治医の臨床上からの判断が重要になるので、「職場復帰可能」の判断を待ってから、日常生活とか復職側の取り組みに進んでいただきたいと思います。そして職場側と本人が話し合って復職日など具体的なことを決めていきます。復職後のフォローは大事なことであり、フォロー体制を整えることは企業側がやるべきこととなります。やはり本人の状態確認をすることがポイントであり、産業医による「職場復帰への意見書」を作成、職場責任者と本人と医療関係者の3者が「これならいける」と合意した上で、復職を迎えてほしいと思います。

●職場復帰に必要なこと

先ほど触れたように再発予防が非常に重要ですから、薬などは途中でやめないで最後まで続けて完了するようにしてください。自己管理もやはり大事で、本人として日記を毎日つける。例えば「気分」「不安」「億劫な感じ」など自分の気持ちを表に付けたり、「睡眠」「身体症状」「日常生活」など項目ごとにチェックすることがいいと思います。意識して自分をほめることも大事なことです。どちらかといえば日本人には苦手かもしれませんが、日記を書きながら意識してやるといいかもしれません。自分をほめる、できていると認めることがポイントだと思います。

●ストレスとは、環境によって心や体に負担がかかっている状態のこと

ストレスといいますが、1つの定義として環境によって心や体に負担がかかっていることをストレスといいます。仕事量が多いとか、自分が管理していた仕事有谁かに回されるとか、役割上つらい、仕事上の責任、対人葛藤、組織上の問題、労働条件や作業条件など、仕事の中でストレスの要因はたくさんあります。個人の要因もあって、年齢を

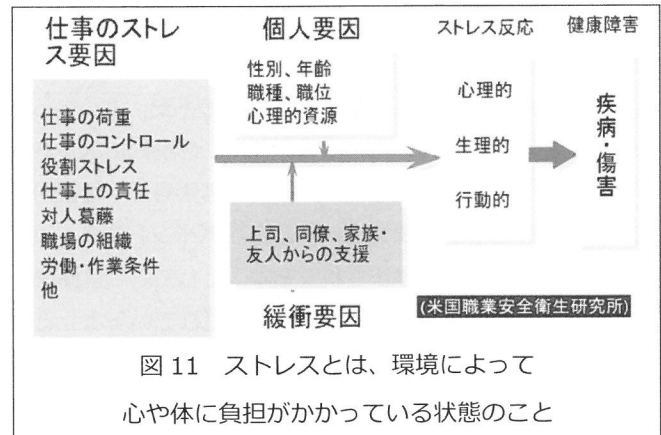


図 11 ストレスとは、環境によって心や体に負担がかかっている状態のこと

重ねるとつらいこと、若い時に大変なこと、仕事内容でつらいこと、自分の周りがどんな人たちに囲まれているかといった要因も重なってきます。自分と周囲との人間関係などがストレス反応につながって、心理的、生理的、行動的に出ることもあります。場合によっては病気につながることもあります。ストレスを分解してみると、この図のようになっているかと思えます。

●ストレス要因、ストレス反応、ストレスによる健康問題の例

仕事が忙しいとか、人間関係、経済的困難などがストレスの要因となりますし、昇進や出産など、はた目には喜ばしいことが本人にはストレスの要因になることがあります。それに対する反応として、いらいらする、不安になる、ドキドキする、血圧が上がる、お腹が痛くなるとか種類はいろいろです。これらが大きく影響するといわれているのが高血圧、心臓疾患、糖尿病、消化器疾患。そしてうつ病も入っています。いらいらすると、けがや事故に遭いやすいことにもなります。

●よいストレス・悪いストレス

ストレスには悪いストレスもあればいいストレスもあって、自分で対処できる範囲でこれを挑戦だと受け止めて主体的に対応する場合なら、これには達成感がともなうとか自分の成長がともなうとか、よい結果が期待できます。しかし、ストレス要因があまりにも強いと自分の体や心では対応できなくて、自分にとってつらくていやなものと認識された場合には強いストレスが発生します。この状態が一般的に言われるストレスだと考えられます。ストレス解消法として日常でできることとしては、睡眠をよくとること、アルコールは避けること、休日をどう過ごすか、運動をどう取り入れるか。この辺りは大きなポイントになると思います。

●睡眠：リズムをつくる

睡眠に関してリズムをつくるのが大切だといわれま

す。まず朝起きる時間を決めることで、休日でも同じ時刻に起きるようにする。休日だからと遅くまで寝ていると、翌日定刻に起きることがつらくなります。就寝時刻の1時間前から例えばコーヒーなどの刺激物を飲まないとか、テレビを見ないとか、照明を落としてベッドで横になるとか、就寝時刻1時間前からはベッドタイムととらえてほしいと思います。朝はテキパキと過ごしましょう。毎朝決まったパターンで行動することで体と頭が目覚め、リズムが戻ります。20分程度の昼寝は効果的だといわれ、それはいいことだと思いますが、30分以上になるとか、午後3時以降に昼寝をすると夜のリズムが崩れるといわれています。昼寝は上手に活用してください。

●睡眠:寝る前にリラックスする

寝る前のリラックスタイムをどのように過ごすのか。アルコール、カフェイン、ニコチンは脳を活性化させるのでやめましょう。アルコールは眠りが浅くなるという要因もあるため避けたいものです。眠ろうとしてよくアルコールを飲む人がいますが、これは全くの逆効果です。そうすることでアルコール依存症になってしまうケースもあります。寝る前がパターン化していると、その分リラックスできるので、ルーティーンが決められるのであれば、それも1つのポイントかと思えます。入浴はぬるめのお風呂に入るのがポイントだと思います。また、寝る前にたくさん食べると胃が活発に動くことになって休まらないので、たくさん食べるとか、遅い時間に食べることは避けましょう。適温の部屋で寝るのも大事ですし、部屋が暗くなっているのも大事です。インテリアや寝具も工夫して、寝室をいちばんリラックスできる場所にしましょう。深呼吸を2~3回すると緊張をやわらげる効果があるといわれています。その他にも、例えばヨガや整理体操なども取り入れてみるのもいいかと思えます。

●睡眠:睡眠に対する考え方を考える

どんな眠りが効率的かとか、睡眠への考え方が外来でも話題になります。睡眠時間は人によってまちまちなので、長さばかりにこだわる必要はないかと思えますが、ぐっすり眠るといった質、例えば寝心地のようなものは大事です。眠ろうとすればするほど、体は興奮して眠れなくなります。だから無理に眠ろうとしないこともポイントだと思います。気がかりなことや心配事があると眠れなくなるので、気がかりなことや心配事はメモにとって、明日にのぼしましょう。

●睡眠:寝室では寝ることを最優先する

眠くないのにベッドに入り眠ろうと努力すると、また考

えてしまって悪循環になるので、眠くなってからベッドに行く。ベッドは眠るだけに使う。ベッドで読書、テレビを見る、食事など、いろんなことに使うと、ベッドは眠る場所ということが根つきません。寝付かれなかったらそこで頑張るのはあきらめて、眠くなるまで待つことも大事です。別の部屋で静かに過ごし、眠になったらベッドに戻ることを繰り返すことがいいと思います。これは夜中に目が覚めたときも使える手法かと思えます。

●睡眠:よりよい睡眠のための練習法

眠りの日記をつけるのもいいことです。どれくらい時間を要したとか、自分の眠りの特徴を把握できます。睡眠の習慣付けとして自分でできそうなことからやってみて、好きなパターンを組んでみたらいいと思います。やってみてうまくいかなければ、また変えればいいことだと思います。寝付かれなかった人も、先ほどのパターンを組み合わせるとやってみると2週間程度で眠られるようになるそうです。これもやってみないと分からないですが、2週間というのは1つの目安で、とにかくいろんなことを練習してみてください。

眠りにくいのもいろいろあって、うつ病から眠りにくい、アルコールによって眠りにくい、他の病気による場合もあります。例えばいびきが大きいとか、息苦しいとか、夜中に息が時々止まっていると旦那さんや奥さんなどから言われる人は睡眠時無呼吸症候群の疑いがあります。ふくらはぎや足先がむずむずするとか、ぴくぴくするとか、昼間に突然眠ってしまうとか。眠り以外に、気分が落ち込むとか不安感が強いとか、他の精神症状があるとか。これらは精神内科などに相談すべきことです。うつ病で眠れない場合もありますし、他の精神的疾患でも眠れないことはあるわけです。何か当てはまるものがあると思ったら、その辺りを追及してみるのもいいかと思えます。

●アルコールは控える

アルコールは眠ろうと思って飲むとか、気分転換と思って飲むとか、多くの人を使う解決策のようですが、大体が逆効果であることが多いようです。コマーシャルでも爽やかなビールの宣伝もあって、日本人にはなじみ深い趣向品としてアルコールは位置付けられています。気軽にやっていると依存症や中毒になってしまい、本来解決したかったことが解決しなくなってしまうことも多々あります。だから、アルコールのことをよく知ったうえで飲んでいただきたいと思えます。うつ病になった人の中でアルコールをよく飲む人は、うつ状態が長く続きやすいし、治療効果がなかなか上がらない傾向にあります。だからアルコールは基

本的にやめてもらいたいと思います。アルコールを飲むとその時は気分がよくなりますが、その後かえって気分が落ち込んでしまいます。解決策としてアルコールを使うことは、ぜひやめていただきたいと思います。アルコールは眠りを浅くします。そもそもアルコールと薬は、精神症状に関わらず併用すべきではなく、肝臓などでの代謝にも影響するし、薬の効果が上がらないので一緒に飲んではいけないということは、どの病気に関しても同じです。

●休日をしっかりとり、趣味をもつ

休日をしっかり過ごすことは大事なことで、ストレス解消につながります。気になることがあったとしても、休日は何しろ休むということです。それを意識してください。自分が元気になる、元気が出る活動を見つけてください。それが運動の場合もあるし、何かを見に行くこと、何かを家でやることもそうです。自分が好きなこと、元気が出ることをたくさん見つけ出すことは非常に大事で、これは体調が悪くなった時に解決策として使えます。計画的にそれらをやって気分がよくなるとか、やる気が出る。行動を活性化することは大事です。楽しかったことを記録するのも大事なことで、何か大変なことになった時に、こうすれば自分は楽しいのだと思わせる記録になるわけです。「自分の好きなこと日記」を手元において、楽しいことを思い

● 質 疑 応 答

Q 1 - 1 : 途上国の人たちは、日本よりも神経質な人は少ないというイメージがあるが、どんな状況からうつ病になるのか？

A 1 - 1 : うつ病発症のきっかけとして、貧困、金銭苦を背景とした病気への負担、育児への影響などを含め、自分自身の選択肢が狭められて無力感が増しやすい。日本でも生活保護を受けている人のうつ病発症率は高い。自分の力が及ばない環境下にあると、うつ病発症のリスクが増すと考えられ、それは途上国、日本に関わらず共通項だと思う。

Q 1 - 2 : 精神疾患に対し、世界や政府機関はどう具体的な対策を講じようとしているのか？「Let's Talk!」で自身のつらいことを話し合ったとしても、笑われたり相手にされなかったり、病院に行くことさえ阻まれることが起こり得るのではないのか？

A 1 - 2 : 政府は予算を組み、医療者を配備し、必要な薬剤を供給しようと考え、民間保健の中に精神保健対策を位置づけることは、根本的なシステム変更だと思う。日本政府では自殺者削減のためにも倒産しそうな中小企業に資金を貸し付けるなど、医療以外でも様々な対策を講じるようになった。本人が周囲の人に話しても笑われたり本気にされなかったり隠されたりという、悪しき環境を何とか

起こすきっかけにしてください。

●運動をする

運動は非常に大事なことです。発想として、「後ろ向きの考えを減らし、心配事から気分転換させてくれる」と頭に浮かんできそうですが、実際に科学的にも証明されていて、気分を前向きにするものとして重要です。1人でやる運動、例えばジョギングも大事ですが、仲間と一緒にジョギングすれば、チームスポーツとして人との交流が生まれ、プラスの側面になります。ストレス解消のためには週3回以上の定期的な運動が勧められています。週3回はなかなか大変ですが、自分の好きなことで日常生活に導入していただければいいかと思います。ヨガなどで姿勢、呼吸を整えることは、ストレスや憂鬱な気分を軽減できることが知られています。運動にはそれぞれの利点があるので、自分が好きな運動を導入してみたいかでしょうか。

●おわりに

これで私からの話は終わりますが、私は世界レベルと日本レベル、人口レベルでは60億人の健康を考え、1億2千万人の健康を考え、自分の健康、家族の健康、職場の健康を考えてこれまで取り組んできました。本日の講演が皆さんのお役に立てるなら、大変うれしく思います。

改善したいという思いこそが、WHOが今年「Let's Talk!」をテーマに掲げた理由でもある。日本でも10年ほど前までは自律神経失調症などでうつ病を隠そうとしていた時期があるが、最近ではうつ病理由の休職事例も増加、心の病気として認識度が向上してきた。そうした中でうつ病から回復した人自身が、成功体験を話してくれることも重要だと思う。治療をしっかりやると働けるようになり、日常生活に戻ることができるという話を、周囲の人たちが共有していけば認識度はさらに向上する。国としても対策を立てやすくなる。外来も充実し自分から出向くにも敷居が低くなってきたし、最近ではオンライン情報も充実し、個人であっても情報が得られやすくなった。身近の人にも気軽に相談できる環境になってきたと思う。

Q 2 - 1 : 様々な公衆衛生上の活動に関わる中、限られた時間内でなぜ外来診療にも携わっているのか。その意義について聞きたい。

A 2 - 1 : 外来は問題を抱えた人が目の前にいて、その問題をどう解決するかを考えて話す場。世界60億人分の健康を考えるうえで、公衆衛生統計で現れたデータだけでは日常の実態が見えにくい。外来診療では患者さんとの距離が近く、直接的に貢献できるといった私自身の達成感にもつながる職務でもある。一方、外来で患者さん一人ひと

りに対応しているだけだと、きりがないというか全体像を見失ってしまいかねない。公衆衛生に携わる上で外来は私の実感の場所であり、外来で役立つものを公衆衛生において考えていきたいと思っている。

Q 2 - 2 : 途上国では精神疾患の人たちに関する人権問題など、さまざまな解決すべき問題があるということだが、先進国として、逆に途上国の精神医療から学ぶべき点はあるのか？

A 2 - 2 : 資源は無尽蔵ではない。途上国では限られた資源の中で問題解決に対応している。逆にいえば限られた資源の中でできる解決策は、途上国だからこそ出てきやすい。日本には 1 万何千人もの精神科医がいるといっても、全ての問題に関わることができるとは限らない。途上国で一般医がうつ病に対してもある程度の診療ができ、うつ病の治療をマネージメントできるという方法が生まれてくれば、それは精神科医の手の届かない領域で展開するサービスにつながると思う。限られた資源の中で生まれた解決策は、どの国でも役立つはずであり、その視点から見ると、途上国から日本が輸入できることはたくさんあると思う。日本では医療者でない人を医療資源と捉えていないところがあるが、途上国では母親は何かできるのか、子供は何かできるのかと考えていて、家庭でできることを取り決める。そのようなことは日本でも導入できるのではないかと思う。

Q 3 - 1 : うつ病のサインを出す人には、例えば会社都合で転勤するなど単身で生活しているケースが多いようだが、家族が周囲にいない中で誰がサインを気付いてあげられるのか？

A 3 - 1 : 直接会わなくとも、家族は電話やメールのやり取りの中で、いつもと様子が違うと把握できる部分はあと思う。家族に限らず長い間本人を知っている人、それが誰にあたるかは人それぞれに異なる。単身の場合、接点が少ないぶん応援が難しくなる。友人や近隣の人にせよ本人をよく知る人が、いつも来る場所に本人が来ないとか、最近連絡が入らなくなったとか、おかしいと察した時が本人からのサインかと思う。

Q 3 - 2 : 単身の場合、復職に向かう段階で家族を介さないで会社から直接本人に話があると負担を感じるとか、逆に連絡が入らないと焦ってしまうことがあると思う。私自身も長年うつ病の治療を受けていて、休職を 3 回して結局は退職、その後に症状が治まったという経験がある。その辺りを含めて見解を聞きたい。

A 3 - 2 : 家族は理想的には本人の味方であってほしいが、必ずしも本人を最優先に考えているとは限らない。うつ病で本人がつらくても、家族がそれをふがいないかと思っているケースもあるため、本人を中心に考えるべきだろう。復職の連絡も最初は主治医からの連絡を待ってから決

めたらよい。その後は 3 カ月ごとに報告してもらおうとか、診断書を事務的に送ってもらおう。復職の具体的な相談はやはり本人にするべきであり、診断経過から目安を付けて本人と連絡を取るのがいいと思う。家族のことを強調しすぎたかもしれないが、本人を最も知っている人物が重要であり、関係性は人によって異なるもので、家族にこだわるものではない。

Q 4 - 1 : 最近、周囲の友人、知人でうつ病の人が多い。うつ病は再発しやすいということだが、初発の時点と再発の時点で治療の考え方の違いはあるのか？ 周囲のものはどう接したらよいのか？

A 4 - 1 : 初発も再発も基本的な症状は同じで、治療策も一緒。しかし再発の場合は、本人自身が初発で経験して治ったという成功体験を持っているので、早めに外来に行くとか、早めに周囲と相談するとか、積極的に休みを取るなど、自らが行動するので対策が早く講じられる可能性がある。初発では、まさか自分がとか、本当にこれでよいのかとか悩むところなので、実際に治療が開始できるまでに時間を要してしまう。再発の場合は、自分自身が動くタイミングも早くなって軌道に乗るのも早い。

Q 4 - 2 : うつ病の友人、知人と話してみると、明るい人が多いという印象がある。それは本人が無理をして対応しているのか？

A 4 - 2 : 講演でも話したように、うつ病の特徴として「日内変動」があるので、1 日のいつ会うかでも印象は異なる。その時は明るく振舞ったとしても、長続きしないことがあると思う。より詳しく聞くと、昼間はいいが夜寝られないとか、困っていることが分かってくることもある。一瞬明るそうな人でも症状が改善していないことはあり得る。性格によってうつ病になりやすいとか、なりにくいとかは関係しないと思うが、自らひとりで解決する能力があるかどうかは関係してくるかもしれない。漠然と優しい人はうつ病になりやすいとか、わがままな人はなりにくいとかの傾向はないと思う。

Q 5 - 1 : 国際的な見地から精神保健を捉えていると、国ごとの文化の違いと個人との間にかなりの幅が出てくると思うが、文化や個人を考慮した国や政府機関の取り組みはあるのか。あるとしたらどんなものなのか？

A 5 - 1 : うつ病という言葉が存在しない国では、表現方法が変わるし、相談先も異なることがあるだろう。しかし、うつ病という本質的な体の症状は同じであり、対策としても基本的には同じ。例えば国民皆保険の状況にあるのか、医者数などを背景とした制度の違いはある。島国のように行くのが難しいとか、ロジスティック上の違いはあると思う。そうした意味から、保険制度や社会保障制度の組み立て方が変わってくる。うつ病そのものについては、

どの国でもどの文化であっても同じだと言われている。

Q 5 - 2 : 日本と世界のメンタルヘルスの状況で大きな違いはあるのか。日本だからこそその役立てることはあるのか？

A 5 - 2 : 日本だからこそできる貢献策として、例えば年間 3 万 5 千人という自殺者数を 2 万 5 千人に減少できたことは日本の最近の成果であり、何によってこの成果が得られたのかを分析・共有することは 1 つの貢献策になる。それを伝えていくことも国際貢献につながる。逆に日本では精神科病床数が非常に多いとか、措置入院や医療保護入院など強制入院の数が多いし、これは世界の視点からは異常事態であり、日本が解決しなければならぬ課題。これらを一緒に解決していけるのではないかと思う。他国でできていて日本でできていないことについては、他国の経験事例を積極的に輸入したいと思う。

Q 5 - 3 : 杉浦先生自身がフィジーなどの海外や日本国内で関わってきた中で、最も苦労したこと、大変だったことは何か。それらから得られたことは何か？

A 5 - 3 : どの国も私にとって面白かったし、同僚にも恵まれた。国際精神保健はあまりメジャーでない分野のため、職探しには少し苦労した。3 カ月程度で契約が切れることがあり、来年はどこに行くのか分からない状況だった。アフリカやフィジーにいた時は食べものに苦労した。スーパーに物がなく、食べ物の選択肢がないこともある。本日は学生たちが多く参加しているので国際保健について少しアドバイスしたい。3 カ月先に仕事がないケースがあるので、貯金を準備しておくことと、医師などの資格を持っていれば、日本に帰ってきてもどうにかなる。国際保健を目指す人には、貯金と資格を準備しておくことを勧めたい。

Q 6 : 私は精神保健を担当しているが、市民から認知行動療法を受けたいという相談がある。うつ病に対しては薬物治療が中心だというイメージがあるが、世界や日本の精神療法の現状を聞きたい。

A 6 : 認知行動療法は日本でも保険適用になっていて、非常に効果的な治療法だと思う。日本では薬物療法でうつ病治療をするという方向でずっと医者を教育し、診療活動を継続してきた経緯があるため、薬物療法の方に手慣れた医療者が多い。私自身も始まりはそうだったが、その後意識して行動をとったというか、認知行動療法のトレーニングの場を求めたからこそ今があると思う。日本では、薬物療法の方を取り組みがちな医者が多いというのが現状だろう。ただ保険対象内のものだから、ここ数年の間で環境も変化してきている。例えばイギリスのガイドラインでは、うつ病は軽症、中等症、重症と分けられ、軽症の第 1 選択は C B T (Cognitive behavioral therapy、認知行動

療法) とされている。薬物を使うのは中等症以上の症状とされおり、認知行動療法は効果がかかなり期待されている治療法だという。認知行動療法はオンラインでもできる。やはり対面の方が効果的でペースもつかみやすいと思うが、オンラインで自分のペースでやるのも選択肢の 1 つであり、活用してもらってもよいと思う。いろんな本も発行されている。認知行動療法を日本に持ち込んだ第一人者は慶応大学の野野先生であり、私の感触として、その先生の名前が付いている関係書籍やオンラインサービスは信頼してもよいと思う。日本の中枢機関の国立精神・神経医療研究センターが出しているものなら確かであり、もちろん厚生省のホームページも活用したらよい。軽症選択では第 1 選択のお墨付きが出ているし、中等症、重症については薬物療法と組み合わせて使うのもよい。再発予防や回復期にある時に薬物と認知行動療法を組み合わせると再発しにくくなるとか、次につながっていくと思う。いずれにしても認知行動療法はどの段階でも役立つ治療法だと思う。

Q 7 : 産業保健分野で最近、若年者の「新型うつ」が話題になっている。産業保健に携わる我々の対応としては、成功体験で自信を持たせるとか、人間的成長を促す支援などに取り組んでいるが、そうした人への対応についてアドバイスをいただきたい。新型うつといわれる状況は日本だけの特徴なのかも知りたい。

A 7 : いわゆる「新型うつ」なのか、本人の未熟性なのかが明確でない中で、本人や周囲の人から相談が来ているのだと思うが、「これだ」という解決策はないというのが実情だと思う。うつ症状が強いのか、未熟性の方が強いのか、あるいは解決能力が低いのか、それらのミックス具合が人によって違っていると思う。成功体験で前進する人もいれば、ソーシャルスキルを上げる必要がある人もいれば、うつ症状に対策した方がよい人もいると思われるので、いろいろ組み合わせることでいいことだと思う。ある程度の枠を組み、問題を整理し、時間的目標を立てたうえで、設定した枠がぶれないようにすることが大事だと思う。本人の言い分に振り回され過ぎると、言えば何でもやってくると本人が思い込んでしまう。方向性が定まらないと、逆に本人の不安にもつながる。最初に作戦を立てたら、そこからぶれないことが大事だと思う。私が大学時代、インドなど海外の病院で精神科医の先生の後について病院見学をした経験から想像すると、未熟だとか、わがままだとか、問題解決能力が追いついていかないという問題は、日本に限らずどの国の若者にも存在しているのではないかと思う。

Q 8 - 1 : うつ病は個人の病気なのか周囲の環境が作り出している病気なのか、判然としない病気だと感じる。組織や地域でユートピアのような取り組み事例があれば紹介してほしい。

A 8 - 1 : 1つの要因があって、これさえ無ければうつ病にならないといった、答えが存在しないのが残念なところでもある。しかし個人の采配の幅広さは大事なことで、自分の自由になる時間、お金、過ごし方など、物事の決定力は大きく影響してくると思う。組織の中では決められたことを順にやりたい人もいるし、自分で決めたいという人もいる。自分で決めたい人にとっては、誰かに決められることは大きなストレスで、誰かに決められたい人にとっては、自分が決めなければならないことが大きなストレスとなる。やはり適材適所で本人の得意不得意を見きわめ、組織としてうまく使っていくことが重要だろう。人材募集の段階で、こんな仕事でこういうことができる人を募集していて、こんな役割のポストだと具体的に示し、本人もそれを見て納得した上で入社し、組織の中で自分の能力が活用されていると思えば、やりがいも出てくるはず。逆に漠然と仕事を始めて、自分の予想外だったとか、異動が重なり全く違う仕事に就いて、自分の役割が見いだせないと感じること、それはかなりのストレスだと思う。組織と個人の能力、得意不得意をマッチさせることは大事だろう。それが日本は労働時間が長く、職場で過ごす時間が長いため人生において職場で何ができるかのウェイトが大きくなりがち。午後5時に退社するとして、それ以降をどう過ごすかは本人任せのところがあり、退社後の過ごし方に困ってしまう人もいる。組織としての役割を明確化する中で、本人が自分の時間を自己管理下でどう使うか、これら相互の組み合わせの度合いが重要だと思う。

私がスイスで働いていた当時、有休は6週間あり、有休はすべて消化した。日常勤務が午後5時までだったので、5時以降に電話するとか、5時以降に会議を組むなどはあり得ない状況で、職場への期待と自分への期待が当初から明確化されていた。職場は、自分の振る舞いに責任を持った個人の集まりという印象だった。うつ病罹患との関係性は確かめられなかったが、働きやすさとか、過ごしやすさの意味で測るなら、ヨーロッパの働き方は「自分次第」だったので、私としては良かったと感じている。会社が追っかけてきて、「あなたの休日はこうなさい」というようなことは必要ないと思う。

Q 8 - 2 : 講演の最後でエクササイズが提案され、その中でヨガについて具体的だったが、ヨガを重要視していることの理由を説明してほしい。

A 8 - 2 : 私自身もヨガをやっているが、エクササイズの紹介でヨガに触れたのは大した理由はない。ヨガは体を動かすことと呼吸を整えることだと言われている。ラジオ体操もそうだが、自分はジョギングが好きだとか、水泳が好きであるのなら、それをやればよいと思う。ただヨガは何歳になっても始めやすいし、ヨガ教室も多いことから事例として紹介してみた。

Q 9 : WHOといえば3大感染症などを取り上げてきたが、それは人的影響を含め国家への影響が大きいからだろう。そうした中で、今年のテーマとして精神疾患「うつ病」を取り上げたのは興味深い。日本は世界に先がけて超高齢社会を迎えたが、高齢者の中にはその日にすることがないと困り果て、ストレスにつながっている人も多いようだ。ストレスとうつ病の関係性について研究が進めば、いずれ高齢化を迎える世界の国々にも役立つのではないかと思うが、杉浦先生の見解を聞きたい。

A 9 : WHOは保健衛生分野から3大感染症などに取り組み、国家の安全や発展に寄与しようとしているが、うつ病も生産性にも関係し各国の経済活動に大きな影響を与えかねない。3大感染症のように疾患そのもので亡くなることはないにせよ、日常生活が行えず経済活動に参加できないわけで、国家の発展への寄与の意味から、うつ病とか精神疾患は重要なテーマと思う。3大感染症との違うところは、例えば隣の国で感染症のインフルエンザが発生すると、日本の安全や発展に影響するようになるので、隣国のインフルエンザ対策に日本が人やお金を送ることは成り立つ。しかし隣国の自殺対策に人を送るようなことがないのが、3大感染症と異なる点だ。認知症対策は日本が必要に迫られて取り組んでいる最中であり、医療だけでなく、まちづくりの面から認知症であっても暮らしやすい街をつくろうとオレンジプランを策定、総合的な見地から取り組みだしている。若い国（平均寿命が低い国）もいずれ高齢化率が高まり、2025年にアジア地域は高齢化していると言われている。日本が取り組んでいる認知症対策の中で何が成功で何が失敗かを共有することは、世界にとっても非常に役に立つと思う。

高齢者が「することがない」という指摘だが、私の実感として、例えばスイスのマッターホルンなどの山々には元気な高齢者たくさん来ていて、遠くに行けば行くほど日本の高齢者は旅に出ているし、時間もお金もあつてのびやかに暮らしているというのが私の印象だ。ただ若い頃から仕事一途にやってきた人にとって、ある日突然「来なくていい」と言われたら、明日朝起きたら何をしたらよいのか困るだろうと思う。私の祖父も父親もそんな時があったと思う。祖父も父親も昔やりたくてもできなかったことを思い出し、父親は好きだったギターをやり始め、それがきっかけで仲間ができ、今では仕事のことなど話題にもしなくなった。運動もそうだが、若い頃に好きだったことが多くある人ほど、時間ができた時にいろんなことに取り組みやすくなると思う。やはり孤立、孤独はつらいことであり、若い頃から様々なことに興味を持つこと、それは長い人生の中では大事なことだと思う。

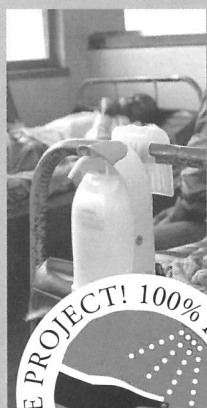


手の消毒100% tearai.jp/hospital

TICAD VI (第6回アフリカ開発会議) での展示



マタニティセンターでの手洗い教育



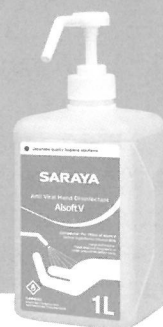
SARAYA

病院で手の消毒100%プロジェクト

東アフリカでの院内感染をなくすために。
SARAYAは、アルコール手指消毒剤の普及を進めています。

出産時、産後の手指消毒の徹底

開発途上国では十分な設備がないまま出産するケースが未だ多くみられ、
新生児死亡率や乳児死亡率が高い国がたくさんあります。
そのためSARAYA East Africaでは 出産時、産後の手指消毒の徹底を推進しています。



WHO(世界保健機関)は
医療従事者の手指衛生を徹底し院内感染予防を目指す
「**Clean Care is Safer Care**」キャンペーンを
途上国、先進国問わず世界中の医療現場で推進しています。

SARAYA サラヤ株式会社
大阪市東住吉区湯里 2-2-8
☎ 0120-40-3636 <http://www.saraya.com/>

SARAYA East Africa
Address: P.O. Box 23740, Kampala, Uganda Tel: +256-(0)312-72-72-92
Email: info@saraya-eastafrika.com Web Site (Eng): <http://worldwide.saraya.com/>



新型タバコにどのように対応するべきか

大阪大学大学院医学研究科社会医学講座環境医学
招聘教員 大島 明

Akira OSHIMA



1942年1月生
1966年大阪大学医学部卒業
1967年大阪府立成人病センター調査部
1995年同調査部長、2007年同定年退職
現在、大阪大学大学院医学系社会医学講座環境医学招聘教員、大阪国際がんセンターがん対策センター特別研究員

新型タバコの登場

加熱式タバコは、2014年11月フィリップモリス・ジャパンがアイコスを販売して以来、ここ数年の間に日本において普及しつつある。アイコスの他にもJTのブルーム・テック、プリティッシュ・アメリカン・タバコのグローも販売されるようになった。2003年中国の薬剤師 Hon Lik によって開発され実用化された電子タバコは、専用カートリッジ内の液体（ニコチン、プロピレングリコール、植物性グリセリン等）を熱して霧状化し、その微粒子のエアゾールを吸引するのに対して、アイコスではプロピレングリコールに浸したタバコ葉を加熱ブレードで直接加熱してエアゾールを発生させる。ブルーム・テックでは、ニコチンを含む液体を加熱して生じるエアゾールをタバコ葉の詰まったカプセルを通す。グローでは、特別に加工したタバコ葉を加熱するが、アイコスでは加熱するホルダーと充電するチャージャーとに分かれているのに対して加熱と充電を1台のデバイスで行うことができる。このように同じ加熱式タバコの中でも違いがある。

日本ではニコチンを含む電子タバコは医薬品として規制され、現時点で製造販売の認可を得たものはなく、個人輸入の形でしか使用することができないのに対して、加熱式タバコは、たばこ事業法のもとで「パイプたばこ」として認可されている。フィリップモリス・ジャパンによると、「2016年4月にアイコスの全国販売を開始して以来、アイコスの販売台数は300万台を超え、アイコスに完全に移行したユーザーは約100万人を達成しました。（2016年12月現在） マールボロ・ヒートスティックのシェアは全

国で7.6%、東京で約9.5%を記録しています。（2017年1月現在、小売販売ベース）」とのことである。

電子タバコは英国や米国で広く普及し、その利害についての研究と熱い議論がなされてきた。しかし、加熱式タバコは、英米ではそれほど普及していないため検討はあまりなされていない。加熱式タバコの利害に関する議論は、広く普及しつつある日本でこそ行う必要がある。

小論では、加熱式タバコに関してこれまで行われた研究をレビューし、英国や米国などで実施された電子タバコに関する研究や議論を参考にして、日本において今後新型タバコにどのように対応するべきか検討する。なお、2005年2月27日に発効したWHOたばこ規制枠組み条約がWHO総会のコンセンサスで成立した2003年当時には新型タバコはまだ登場しておらず、その主な規制対象は紙巻きタバコであったこと、そして、“Smoking and Health 1964”出版50周年を記念して2014年に出版された米国公衆衛生長官の報告書の主要な結論の9には、「米国におけるタバコ使用による死亡と疾病の負荷は、圧倒的に紙巻きタバコやその他の可燃性タバコ製品によってもたらされたものであり、この使用の急速な除去により負荷は劇的に低減する」と記述されていたことに留意することが必要である。

新型タバコに対する2つの考え方

喫煙者に対して、紙巻きタバコの、より害が少なくより安全な代替として加熱式タバコを提示しこれを勧めるとするのがハームリダクションの立場である。日本では馴染みがないが、注射薬物使用者において蔓延するHIV感染を、注射針交換プログラムやメタドンなどの経口薬物の処方による予防対策が、英国などでは広く実施され成果を挙げている。

これに対して、「予防原則」（Precautionary principle）は、「環境や人間の健康に危害をもたらすおそれのある活動に対しては、一部の因果関係が科学的に完全に確立され

てなくとも、予防措置が講じられるべきである」(ウイングスブレッド宣言、1998年)とするもので、対策が遅れて被害が増大した事例として水俣病などの反省がある。喫煙の害に関しても、日本では、1987年になってようやく厚生省編集の「たばこ白書」が出版され、公式に喫煙の害が確認されたが、これは1962年の英国王立内科医学会の報告書、1964年の米国公衆衛生長官の報告書に22-24年も遅れており、この間に喫煙による被害は大きく広がったと考える。

また、喫煙規制の取り組みへのタバコ会社によるこれまでの数々の干渉やフィルター付きタバコや低タール・低ニコチンタバコが低リスクだとするタバコ会社の嘘(実際にはフィルター付きタバコの流行により肺腺がんが増加し、低タール・低ニコチンタバコは、代償により喫煙本数が増えたためリスクは減少しなかった)を思えば、タバコ会社やタバコ会社の製品は信頼できないとするものが多いのも当然である。このため、フィリップモリスの研究者によってアイコスが紙巻きタバコに比して毒性が低いことが示されてはいるもののその結果は俄かには信じられない。また、長期間の健康影響はまだ調査されていない。このため、「予防原則」の立場からは、加熱式タバコを勧められないとする。

なお、タバコ規制以外の分野において、英国では伝統的にハームリダクションの考えに立った対策が講じられてきたのに対して、米国ではハームリダクションの考えは受け入れられず、予防原則の考えに立った対策が取られてきたという事情がある。しかし、2017年7月28日FDAは新しい声明をおこない、紙巻きタバコのニコチン量を減らして青少年が使用しても依存症に陥らないようにするとともに、電子タバコに対して厳しいと議論のあったPreMarket Tobacco Applications (PMTA)とModified Risk Tobacco(MRTP)の申請の提出期限を2018年8月8日から2022年8月8日まで延長するなどの緩和措置をとる方針を示した。これによって、まだ喫煙していない青少年が喫煙を開始しても依存症に陥らない一方、すでにニコチン依存症に陥っている成人喫煙者が害の少ない電子タバコにスイッチすることができるようになることが期待される。米国においても、ハームリダクションの考えが受け入れられつつあるとの印象を筆者はもっている。

新型タバコの使用実態の把握

日本における喫煙行動は、成人に関しては1986年から国民健康栄養調査(以前は国民栄養調査)により、未成年者に関しては1996年から厚生労働科学研究として調査が実施されている。しかし、電子タバコや加熱式タバコに関する項目は設けられていないため、その使用実態を把握することができない。加熱式タバコが普及した現時点では、国民健康栄養調査や未成年に関する喫煙調査における喫煙の項目において、加熱式タバコなど新型タバコの使用実態も把握できるように、調査票を改定する必要がある。

加熱式タバコ使用者への害

アイコスの毒性評価に関しては、フィリップモリスの研究者が実施した研究、すなわちアイコスのエアゾールと紙巻タバコの主流煙との化学分析の比較やin vitroでのヒト気管支上皮細胞への影響の研究などの一連の研究によってアイコスのエアゾールは従来の紙巻きタバコの煙に比して毒性が低いことが示されている¹⁾。一方、Auerらはタバコ会社とは独立して、アイコスのエアゾールを分析し揮発性有機化合物や多環芳香族炭化水素が、紙巻タバコと比較して濃度は低いながら存在することを示した²⁾。さらに、最近、国立保健医療科学院のBekkiらは、アイコスの「主流煙」から標準タバコと同程度のニコチンが検出されたのに対して、TSNAs(タバコ特異的ニトロソアミン)の濃度が5分の1程度にまで低減され、一酸化炭素も100分の1程度であったことを示した³⁾。

また、フィリップモリスの研究者は、東京の病院(大崎病院東京ハートセンター)で160人の日本人の成人喫煙者を対象としたトライアルを実施し、紙巻きタバコからアイコスにスイッチしたものと従来の紙巻きタバコ継続使用者、禁煙したものとにおける血液と尿を検査して、スイッチしたものでは5日後にFDAが示したHarmful and Potentially Harmful Constituents(有害および有害懸念成分)のバイオマーカーが49%~89%低くなったことを示した⁴⁾。これらの減少は90日後も維持され、禁煙したものとほぼ同様であった。また、TSNAsのバイオマーカーであるNNALは90日後77%低くなっていた。なお、90日後の喫煙衝動、喫煙満足度は、両者の間で差を認めなかった。

最近、英国の研究者Stephensが、電子タバコと非燃焼

加熱式タバコと紙巻きタバコの発がん能力(potency)を、公表された各タバコからの放出物の化学分析データと各々を吸入した場合のがんリスクデータとを用いて推定した結果をタバコ会社とは独立して発表した⁵⁾、その結果は、平均生涯発がんリスクは、紙巻きタバコ1日15本の場合は 2.4×10^{-2} 、非燃焼加熱式タバコ1日15スティックの場合は 5.7×10^{-4} 、電子タバコ1日30Lでは 9.5×10^{-5} で、加熱式タバコの平均生涯発がんリスクは、電子タバコの発がんリスクよりは大きい、紙巻きタバコに比して2桁近く少ないとするものであった。

ただし、実際の死亡やがんのり患をエンドポイントとしての追跡調査を今から計画しておかなければならない。このためには加熱式タバコ使用者を、紙巻きタバコの喫煙者および非喫煙者を比較対照として、がん登録あるいは死亡情報と照合して長期に追跡する体制を整えておくことが必要である。このような研究は、タバコ会社に任せるのではなく、厚生労働科学研究費のような国レベルの公的な研究費で実施しなければならない。

追跡調査の結果を得るには今後10年単位の時間を要するが、スヌース(moist snuff、中に熱処理などをされたタバコ粉末が入っているティーバッグのようなものを上唇と歯茎の間に入れて使用する)に関しては、「スウェーデンの経験」がある⁶⁾。すなわち、男性においてスヌースが広く使用されているスウェーデンでは男性の喫煙率と肺がんなど喫煙関連疾患による死亡率が欧州の中で最も低くなっており、2016年の毎日喫煙率は男性で8%、女性で10%、35-44歳の男性では5%であった。日本を含めて、スウェーデン以外の国では、規制や社会風習の違いのためあってスヌースは広まらなかった。ハームリダクションが実際に効果を生じるためには、害の少ないものが人々に受け入れられる必要があるが、加熱式タバコのアイコスはまだにタバコ全体のシェアの約10%を占めており、この要件は満たしつつある。

加熱式タバコによる禁煙効果

2016年に公表された電子タバコの禁煙効果に関するコクランレビュー⁷⁾では、2つのRCTを統合してニコチンを含む電子タバコではニコチンを含まないプラセボの電子タバコに比して6か月間の禁煙成功率は有意に高いとする一方、ニコチンパッチと比較して禁煙成功率の有意差は

なかったとしていたが、これらの証拠としての質は各々低い、あるいは非常に低いと評価されていた。これは参加者数が少ないため禁煙成功のRRの推定値が不確かであるためである。また、これらのRCTで用いられた電子タバコは初期の、ニコチン量が十分に送達されないものである。新しい世代の電子タバコを用いてのRCTが必要との指摘もなされていた。このレビューに取り上げられたニュージーランドの臨床試験では6か月後の禁煙割合は電子タバコ群で7.3% (289人中21人)、ニコチンパッチ群で5.8% (295人中17人)で、有意差はなかったものの電子タバコがやや効果的と示唆する結果だった⁸⁾。現在、ニュージーランドでは対象者数を増やして新たなトライアルを実施中である。

加熱式タバコも、電子タバコと同様に禁煙効果を有すると考えるが、加熱式タバコとニコチンパッチとを比較するきちんとしたデザインのRCTを計画し実現して、効果を確認することが必要である。

加熱式タバコの gateway 効果

電子タバコが紙巻きタバコの入口となるという gateway 効果に関してもこれまで多くの議論がなされてきた。青少年の電子タバコ使用状況別にその後の紙巻タバコの使用状況を調査した追跡調査は、これまでに4つある。Leventhalら⁹⁾は「ロサンジェルスの高校生ではベースラインで電子タバコを使用したことがあるものは使用したことがないものに比して、1年後燃焼性タバコ使用を開始するものが多い」と結論しているが、この研究に対しては、電子タバコを1回だけ試したものを電子タバコ使用者というべきではないし紙巻タバコを1本ふかしてみただけのものを喫煙者というべきではない、この研究は紙巻タバコと電子タバコはリスクなことを試みるのが好きな同じ種類の人間をひきつけるということを確認したにすぎなく、電子タバコ使用と燃焼性タバコ使用との関係は双方向であると考えるべきだとする、説得力のある批判がなされた¹⁰⁾。同様の批判は、他の研究にも当てはまると考える。2015年のNational Youth Tobacco Surveyによると、高校生の過去30日間におけるタバコ製品の使用は電子タバコが16.0%、紙巻タバコが9.3%で、タバコ製品合計では25.3%であった。2011年には各々1.5%、15.8%、24.2%であった。このことは、紙巻タバコが電子タバコにとって

かわられたことを示している。

日本では、加熱式タバコはたばこ事業法のもとで紙巻きタバコと同様の規制を受けているが、米国ではこれまで電子タバコは一般消費財と位置付けられてきた。このため、紙巻きタバコのCMは1971年から禁止されているが、電子タバコのCMは可能であった。米国のテレビには、過去の紙巻きタバコのCMを彷彿させるような電子タバコのCMが多く流され、青少年もこのCMに暴露されていたことが報告されている。

これらを総合すると、加熱式タバコが日本の青少年に対し喫煙のgatewayになるとは考えにくい。

社会全体への害と利益

以上を総合すると、加熱式タバコは、紙巻きタバコの喫煙者に対してより害の少ない代替となる一方、青少年に対して喫煙への入口となることは考えにくいので、社会全体としては害よりも利益の方が大きいと筆者は考える。公的機関による加熱式タバコの使用実態の把握、加熱式タバコの害に関する調査研究を実施することは必要であるが、加熱式タバコの利害に関するきちんとしたエビデンスがまだないからとしてその普及を妨げることは、はるかに有害な紙巻きタバコを温存するだけで社会全体としては害の方がはるかに大きい結果となる。ただし、紙巻きタバコから加熱式タバコへの完全なスイッチではなく、紙巻きタバコと加熱式タバコとの併用の場合は、害は低減しないことに留意する必要がある。Doll and Peto¹¹⁾によると、肺がん罹患リスクは、喫煙期間の4~5乗、1日喫煙本数の2乗程度で推定されるとしており、1日喫煙本数よりも喫煙期間のほうがはるかに重要な要因であるとしている。従って、加熱式タバコを使用しながら紙巻きタバコの本数を減らして使用し続ける2重使用者の場合の肺がんリスクは大きくは減少しないと考えられる。

また、紙巻きタバコから加熱式タバコへのスイッチはゴールではなく一つのステップであり、ゴールはあくまで「タバコのない社会」の実現である。加熱式タバコをやめるための支援方法の開発と普及が次の課題である。なお、喫煙が禁じられている屋内では、加熱式タバコの使用も禁止するべきであると筆者は考える。加熱式タバコ使用者が吐出するエアゾールの有害成分は紙巻きタバコよりもはるかに少ないがゼロではないため、ここでは予防原則を適

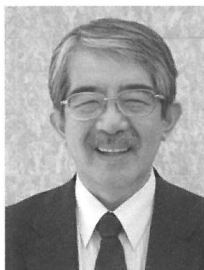
用するのが適切である。

参考文献

1. Gonzalez-Suarez, I, Martin F, Marescotti D, Guedj E, Acali S, John S, Dulize R, Baumer K, Peric D, Goedertier D, Frentzel S, Ivanov NV, Mathis C, Hoeng J and Peitsch MC. In vitro systems toxicology assessment of a candidate modified risk tobacco product shows reduced toxicity compared to a conventional cigarette. *Chem Res Toxicol* 2016;29 (1): 3-18.
2. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I et al. Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes. *Smoke by Any Other Name*. *JAMA Intern Med*. Published online May 22, 2017.
3. Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, Kunugita N. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *J UOEH*. 2017;39(3): 201-207.
4. Lüdicke F, Picavet P, Baker G, Haziza C, Poux V, Lama N, Weitkunat R. Effects of Switching to the Tobacco Heating System 2.2 Menthol, Smoking Abstinence, or Continued Cigarette Smoking on Biomarkers of Exposure: A Randomized, Controlled, Open-Label, Multicenter Study in Sequential Confinement and Ambulatory Settings (Part 1). *Nicotine Tob Res*. 2017 Apr 21.
5. Stephens W.E. Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke. *Tobacco Control* 2017; - Published Online First: 02 Oct 2017
6. Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerstrom K. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tob Control* 2003;12:349-359
7. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Can electronic cigarettes help people stop smoking, and are they safe to use for this purpose? *The Cochrane Library* First published: 13 September 2016
8. Bullen C1, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Nov 16;382(9905):1629-37.
9. Leventhal A, Strong D, Kirkpatrick M, Unger J, Sussman S, Riggs N et al. Association of Electronic Cigarette Use With Initiation of Combustible Tobacco Product Smoking in Early Adolescence. *JAMA*. 2015; 314(7):700.
10. Rigotti NA. e-Cigarette Use and Subsequent Tobacco Use by Adolescents. *New Evidence About a Potential Risk of e-Cigarettes*. *JAMA*. 2015;314(7):673-674.
11. Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *J Epidemiol Community Health*. 1978 Dec;32(4):303-13.

プライマリヘルスケア―アルマアタ宣言から 40 周年を迎えて

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授 中村 安秀



Yasuhide NAKAMURA

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授

1977 年東京大学医学部医学科卒業。小児科医。都立病院小児科、JICA 専門家（インドネシア）、UNHCR（アフガン難民医療）、東京大学小児科講師、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て、2017 年より現職。大阪大学名誉教授。

日本国際保健医療学会理事長、国際ボランティア学会会長、国際母子手帳委員会代表。2015 年に第 43 回医療功労賞を受賞。

1. 第二次世界大戦後の世界は病んでいた

第二次世界大戦後、1950 年代には多くのアジア諸国が独立し、60 年代はアフリカ諸国の独立がなされた。これらの新しく独立した国の多くは、保健医療サービスの公平な供給を重要政策のひとつとして位置づけた。しかし、自国出身の医師や看護師が極端に不足していたうえに、基盤となるインフラストラクチャーが脆弱であり、先進工業国からの援助に頼らざるを得なかった。当初、旧宗主国などの先進諸国は植民地時代からの病院の改築や新病院の建設、あるいは宗教団体による無料診療などを行った。確かに、病院の近くの村の住民の病気を治療し、命を救うことはできたが、病院から離れた農村部で暮らす多くの住民に医療や医薬品が届くことはなかった。世界の多くの国々において、近代医療の直接的な導入により問題が解決しなかったばかりか、医療の恩恵にあずかれる限られた人々と、相変わらず医療にアクセスできない大多数の人々というように、格差がより増大していった。先進国においてさえ、国内における大都市と農村部の医療格差はますます広がっていた。

2 デタントという僥倖の時期に生まれたプライマリヘルスケア

このような時代背景のもと、各国で別々の目標を立てるのではなく、先進工業国と開発途上国を包含し、世界共通のゴールとして「2000 年までにすべての人々に健康を！」が設定された。そして、その目標

を達成するための戦略として取り上げられた理念が、プライマリヘルスケア (Primary Health Care: PHC) であった。

1978 年 9 月に WHO (世界保健機関) とユニセフの共催でアルマアタ (旧ソビエト連邦、現在はカザフスタン共和国) で「プライマリヘルスケアに関する国際会議」が開催された。143 か国の政府代表と 67 の機関 (国際機関やボランティア団体を含む) が参加し、会議の最終日にアルマアタ宣言が採択された。東西対立が厳しかった当時の世界の政治情勢の中で、アメリカ合衆国 (西側) とソビエト連邦 (東側) が同じテーブルに着き協議を重ね合意に至ること自体が稀であった。当時は 1975 年にベトナム戦争が終結し東西の冷戦がいくぶん落ち着きデタント (緊張緩和) と呼ばれていた。しかし、アルマアタ宣言が採択された翌年の 1979 年には、ソビエト連邦のアフガニスタン侵攻が行われ、1980 年には西側諸国のモスクワ・オリンピックのボイコットにまで発展した。このように東西の緊張が高まった時期であれば、西側と東側が友好的に PHC について協議することはできなかったであろう。東西冷戦のさなかのつかの間のデタントの時期に、当時は第三世界と呼ばれていた途上国も参加し、歴史上はじめて世界共通の保健医療目標に到達できたのは、まさに僥倖であったといえることができる。

3. 公平さと参加というプライマリヘルスケアの原則

アルマアタ宣言では、「すべての人々に健康を」というスローガンとともに、健康が基本的人権であることを明言した。宣言は10章から構成され、先進国と開発途上国の間の健康状況の不平等、それぞれの国内における政治的、社会経済的不平等に言及し、人びとが保健医療ケアの計画と実施に対して参加する権利と義務があることを明言した。

アルマアタ宣言第6章の冒頭では、WHOらしい修辞に満ちた文章の中に重要なキーワードがいくつも散りばめられ、PHCの理念を一文で象徴している。具体的には、公平なアクセス、住民参加、地域の自立と自決、保健医療コスト、社会的受容性、科学的有効性などに言及している(表1)。

表1 プライマリヘルスケアとは
(アルマアタ宣言第6章より)

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.

プライマリヘルスケアは、科学的に有効かつ社会的に受容できるやり方や技術に基づく必要不可欠なヘルスケアである。自立と自決の精神に則り、コミュニティや国がその発展の度合いに応じ負担できる費用の範囲内で、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものである。

(出典：WHO：Report of the International Conference on Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978 より著者が翻訳)

PHCはあくまでも抽象的な理念であり、その実践面においては、当然のことながら、国により、地域により、大きな違いがみられる。PHCの実際活動を展開するためには具体的な目標が必要である。アルマアタ宣言においては、基本的保健サービスとして健康教育、母子保健など8項目を具体的に列挙している(表2)。健康教育を優先順位の最初に掲げたこと、狭義の保健医療では通常は扱わない水供給や栄養改善を包含していること、基本医薬品という新しい概念を導入したことなど、随所に斬新な発想が盛

り込まれている。PHC充実のための活動項目では、1970年代にはまだ取り組みが端緒に着いたばかりであるが、その後大きく開花する項目が見事なくらいに羅列されている。女性福祉はリプロダクティブ・ヘルス・ライツにつながり、障害者対策、精神保健、高齢者保健、歯科保健は21世紀の保健医療サービスの中核を占めるようになった。環境保健と環境汚染については、2015年の「持続可能な開発目標(SDGs)」において大きく取り上げられるようになった。時代を先取りするPHCの未来予測の精度の高さを示しているといえることができる。

表2 プライマリヘルスケア (PHC) の基本活動項目
PHCの基本的活動項目

1. 健康教育 (Health Education)
2. 水供給と生活環境
(Safe Water Supply and Basic Sanitation)
3. 栄養改善 (Food supply and Nutrition)
4. 母子保健と家族計画
(Maternal and Child Health and Family Planning)
5. 予防接種 (Expanded Program on Immunization)
6. 感染症対策 (Prevention and Control of
Locally Endemic Diseases)
7. 簡単な病気やケガの手当 (Appropriate
Treatment of Common Diseases and Injuries)
8. 基本医薬品の供給 (Provision of Essential Drugs)

PHC 充実のための活動項目

9. 女性福祉 (Welfare for Women)
10. 障害者対策 (Community-based Rehabilitation)
11. 精神保健 (Mental Health)
12. 高齢者保健 (Health for the Elderly)
13. 歯科保健 (Dental Health)
14. 環境保健と環境汚染
(Environmental Health and Pollution)

(出典：WHO：Report of the International Conference on Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978 より著者が翻訳)

PHCの重要かつ優れた点は、これらの保健サービス項目を地域の中で実践していく際の理念と原則を明確に打ち出したことにある。理念としては、健康を基本的人権と位置づけ、公平さと参加という旧来の保健医療に認められない革新的な思想が織り込まれていた。PHCは個人や家族があまねく享受できるものでなければならない。そして、保健医療サービ

スは医師や看護師という専門職から与えられるという一方通行ではなく、住民や患者の主体的な参画のもとで届けられるべきであるという原則である。また、自立と自決の精神を強調し、患者や住民が必要とするサービスを自分たちで決定することができるという理念を謳っている。

4. PHC40周年という節目の年を迎えて

住民参加、地域資源の有効活用、適正技術、統合と各分野の協調という PHC の基本原則に基づいて、現在でも世界の多くの国で PHC が実践されている。

2018 年は、「すべての人々に健康を！」という夢を実現するために、PHC という理念が打ち立てられてから 40 周年に当たる。格差が広がり人々の健康が脅かされているいまこそ、もう一度、PHC の原点を振り返り、この 40 年間で実現できたこととできなかったことを冷静に検証する必要があるだろう。人びとの生活に寄り添った客観的な検証に基づいたうえで、世界が夢みた「すべての人々に健康を！」という取り組みを、記念すべき 40 周年に再スタートさせてみたい。

広告

大阪の街で、90年。
これからも、皆さまとともに。

9th


「感謝、絆、そして未来への挑戦」



三倉美奈

三倉佳奈

信頼で地域とつながる

 大阪シティ信用金庫

本店/〒541-0041 大阪市中央区北浜2-5-4 TEL. (06) 6201-2881 (代表)
<http://www.osaka-city-shinkin.co.jp/>

大阪府内に90店舗。大阪市内全24区に店舗を有する唯一の地域金融機関です。平成29年11月1日現在

WHO への人的貢献を推進しよう

広告

<p>医療法人 黒川梅田診療所 院長 黒川 彰夫 〒530-0001 大阪市北区梅田1-3-1-300 大阪駅前第1ビル3F TEL 06-6341-5222 FAX 06-6341-5227</p>	<p>医療法人 光陽会 小森内科 院長 小森 忠光 〒558-0011 大阪市住吉区菟田7丁目11番10号 平元ハイツ1F TEL 06-6696-1171 FAX 06-6696-1173</p>
<p>日本ポリグル株式会社 代表取締役 小田 節子 〒540-0013 大阪府中央区久宝寺町4-2-9 TEL 06-6761-5550 FAX 06-6761-5572</p>	<p>新居合同税理士事務所 代表税理士 新居 誠一郎 〒546-0002 大阪市東住吉区杭全1-15-18 TEL 06-6714-8222 FAX 06-6714-8090</p>
<p>岩本法律事務所 弁護士 岩本 洋子 弁護士 藤田 温香 〒541-0041 大阪府中央区北浜2-1-19-901 サンメゾン北浜ラヴィッサ901 TEL 06-6209-8103 FAX 06-6209-8106</p>	<p>株式会社 プロアシスト 代表取締役社長 生駒 京子 〒540-0031 大阪府中央区北浜東4-33 北浜ネクスビル28F TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261</p>

WHO インターンシップ支援助成のご案内

趣旨 日本 WHO 協会が進める WHO への人材貢献推進事業の一環として、WHO にインターンとして登用された個人に対し、インターン期間中の生活費等の負担を軽減するために助成を行うものです。

応募資格 WHO の本部、西太平洋地域事務局、健康開発総合研究センター等のインターンシップ制度によりインターンとして登用が決定した者

応募方法 WHO でのインターン採用決定内容と助成支援を必要とする理由（他の支援制度適用の状況等）を付して協会事務局へ申請してください。

申請書必要記載事項（様式不問・メール可）の詳細は下記当協会のホームページでご確認ください。

http://www.japan-who.or.jp/m_recruit/book5620.pdf

助成対象者の義務 助成対象者には、インターン終了後、WHO での経験を協会機関誌「目で見ると WHO」に掲載する記事として報告頂きます。助成金使途についての報告明示義務はありませんが、何らかの事情によりインターンを中止、中断した場合には直ちにその旨を連絡頂き、個別事情により助成金を返還頂く場合があります。

●第7回 jaih-s との共催企画フォーラム 開催報告

「すべての人に健康を」～UHCの実現に向けて～

日本国際保健医療学会・学生部会(jaih-s)とは「国際保健医療に関わる人材育成」に取り組んでいる学生団体です。全国
の国際保健医療に関心を持つ様々な分野の学生に対して、幅広い情報や機会の提供を行い、将来、世界で活躍する人材を
育成することで日本及び国際社会への貢献を目指す活動は、国内外の健康につながる人材の育成を事業目的の一つに掲げ
る公益社団法人日本 WHO 協会の考えと一致するものです。

この趣旨を踏まえて、第7回目となる共催企画フォーラムを 2017年9月30日に大阪中央区民センターで一般社団法人
大阪薬業クラブの助成も頂き「すべての人に健康を」～UHCの実現に向けて～をテーマとして開催いたしました。



●開会の挨拶 (公社)日本 WHO 協会理事長 関 淳一

日本国際保健医療学会・学生部会(jaih-s)と私共の公益社団法人日本 WHO 協会との共催によるフォーラムも今年で7回目迎えることになりました。毎年、jaih-sの方々の企画・運営の能力は素晴らしい、この共催企画を今日まで発展的に継続させる上での大きな力であったと思います。

今回は、まずケニア保健省で UHC アドバイザーを勤められた渡辺学先生と保健医療 NGO シェア代表理事の本田徹先生のご講演をお聞きます。大変お忙しい中、jaih-sの人達の強い希望にお応え頂き、講師をお引き受け頂きましたお二人の先生方に主催者を代表しまして心から厚くお礼申し上げます。

ご出席の皆様が、今日は日頃の大学等での講義等では得られない何かを得られれば、主催者として何よりの喜びであります。最後まで頑張ってください。

●jaih-s 代表の挨拶 jaih-s12 期代表 鈴木野々香

jaih-s は「国際保健医療に関わる人材育成」を目標に2005年に設立された学生団体です。国際保健の学習機会を地域格差なく学生に届け、更に多くの学生が将来国際保健の分野で活躍することを目指し、全国各地での勉強会や合宿などを開催して参りました。

今回は、国連が定めた SDGs のゴール 3-8 である「UHC(Universal Health Coverage)」がテーマです。UHCとは「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能

回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味します。2015年のWHOと世界銀行グループの報告書「ユニバーサルヘルスカバレッジ達成への軌跡」によると、4億人が基本的な保健サービスを利用できず、低・中所得国の人口の6%が医療費負担により極度の貧困に陥ったり、さらに貧困が深刻化したりする恐れがあるとされています。この現状を打破するために、UHCを実現させる必要があります。

本企画では、ケニア保健省で UHC アドバイザーとしてご活躍されていた渡辺学先生と、2014年にプライマリヘルスケアと UHC に関して Global health check に寄稿された本田徹先生を講師としてお迎えし、「UHC 実現」の切り口から国際保健を考えて参ります。また、参加された皆様自身が将来「UHC の達成」にどのように関わっていけるか、政策や財政などの国や政府を対象とした「上からのアプローチ」と、地域の人々や個人を対象とした「草の根的アプローチ」両方の視点から考えることで、将来の国際保健分野における自身のキャリアを具体的にイメージできる機会としていただけましたら幸いです。ぜひ、先生方に沢山質問し、異なる背景を持った学生同士で大いに語り合うことによって、本企画で国際保健を深く学び、将来共に働く仲間を得る機会としていただけましたら嬉しく思います。

【導入ワークショップ】

「UHCの重要性を知ろう」導入ワークショップは、渡辺先生による政府や機関などの上からのアプローチ、本田先生による草の根のアプローチの2つのご講演へスムーズにつながるものとした。UHCに関心を持ってもらうこと、UHCを達成する重要性に気づいてもらうこと、医療的な問題を解決するためには、金銭的問題が大きく関わることに気づいてもらうことを目的として、ある国のある一家の物語を使いそこからこの物語における問題点を抽出して

もらう流れで行った。物語には、金銭的な問題に加えて法が整っていないこと、病院へのアクセスが悪いことなど複数の問題を入れた。はじめに個人ワークをおこない、グループワークに移り意見を共有してもらった。様々な意見が飛び交い参加者同士良い刺激となった。グループワークの中に講師の先生も参加して下さった。最後に司会者が沢山の問題の中でも金銭的な問題の重要性を述べ、先生のご講演へと繋げた。

●第7回 jaih-s 共催とのフォーラム講演録①

「UHCとは? ~上からのアプローチ~」

株式会社 PSD 役員 渡辺 学 (Satoru WATANABE)

1987年東京大学医学系研究科保健学専攻課修了(人類生態学)後、国際協力事業団に入団。1992年からインドネシア事務所に勤務し、スラウエシ地域保健の立ち上げ、母子手帳案件の立ち上げ等に携わる。2008年1月から長崎大学国際連携研究戦略本部教授兼国際健康開発研究科副研究課長。2010年6月から独立行政法人国際協力機構人間開発部次長として、JICAの保健協力の事業管理、方向性の検討、内外パートナーとの関係性構築等を行う。2013年9月からは、アフリカにおけるUHC実現に向けて、ケニア保健省を支援し他のドナーと調整を図り、円借款と技術協力立ち上げのために専門家としてケニア保健省配属(ケニア保健省UHCアドバイザー)。2017年から株式会社PSD役員。



▶開発途上国と日本の違い

日本と開発途上国の違いは何か? 重要なことは保健サービスを行う際に、自分たちがいつも接している社会と様々な条件が違うということを知ることである。例えば、戸籍があるかどうか? 住民票があるかどうか? 日本国内の住民票や外国人の登録などを含め戸籍を失った人もいる。バングラデシュの写真を見て、日本と開発途上国では色んな部分で違うということが分かったと思う。違うことを劣っているととらえないでほしい。バングラデシュの人達のことを考えた時に、色々な側面で我々の常識とは全く違うところに居るということをしっかり理解していることが重要だ。

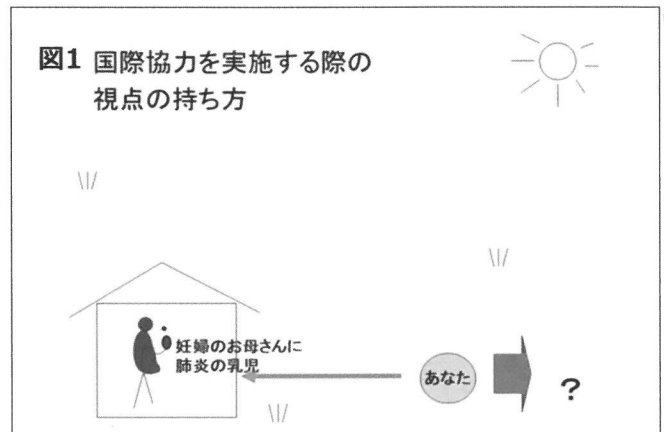
▶国際協力の仕事

例えば、妊婦のお母さんに肺炎の乳児がいたとする、そういう状況を見たときに実際にあなたは何かができるか?

医師だったら直接診断をしてなんらかの処置ができる。しかし、医師でなくてもできることはたくさんあるのではないかと。私は、ケニアで政策を作っていた。そういう政策を作る人こそ、ニーズのある人達のことをどれだけ知っているか、どれだけ理解できるかが重要だと私は信じている。そこの視点を持たない限り、どのような政策を作ってもあまり意味はないと思う。

しかし、アプローチは様々だ。個人に対応することはすごく大切なことだと思う。私は学生の頃にシステムやマクロを考えたいと言って、そちらの方向に進んだが、今になって一人の個人をみることの大切さを感じる。個人を見て、システムや制度や政策などを見直していく必要がある。

図1 国際協力を実施する際の視点の持ち方



▶UHCと3つのアクセス

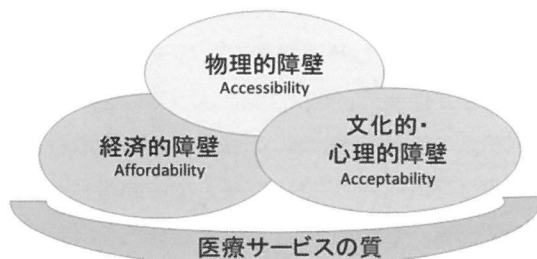
UHCとPHCの何が違うのかとよく聞かれる。UHCの定義が「みんなが健康であるべきだ」というものならばPHC

と同じではないか。世界的に見れば PHC のコンセプトは根幹としてそのまま引き継いで残っている。しかし PHC の時にはっきりと提示されなかったのは財政面だ。UHC はこの財政面をはっきり謳ったことによって社会保障といった意味合いが非常に強くなっている。

先ほどのワークショップでアクセスという言葉が多くグループで出てきた。アクセスには3つの種類があるとUHCのモデルでは言われている。1つは病院が遠い、数が少ない、医師がいないなどの物理的障壁。2つ目は心理的障壁・文化的障壁。3つ目はお金がないといった経済的障壁。ただしこの時に医療サービスの質が保証されていないとどうにもならない。質の高い医療サービスが期待できる医療機関には、多少遠くても、また費用がかかったとしても行かだろう。皆さんも自身が病気にかかった時はよりいい病院に行きたいのではないだろうか。サービスの質が担保されることによって経済的障壁も低くなり、物理的障壁も低くなり、もしくは心理的障壁も低くなるだろう。

だからUHCはアクセスの改善だけでは達成は難しいと考える。医療サービスの質が改善されなければ絶対達成されない。多くの開発途上国の場合、やはりアクセスの問題がよく取り上げられ、どちらかといえば質の問題が少し弱いのではと懸念を抱いている。

図2 UHCモデルと医療サービスの質
3種類のアクセス



▶日本のUHC

WHOはUHCに関して3つのカバレッジを言っている。人口カバレッジと、サービスカバレッジと、財政カバレッジ。多くの国ではこの人口カバレッジがある程度達成されるとUHCが達成されたという言い方をすることが多い。例えば日本でももちろんサービス外の医療がある。歯科のインプラント治療や整形手術などは保険適用外だ。財政面でも100%ではなく窓口負担がある。ただし人口カバレ

ジの方はほぼカバーできている。ただし、まだカバーできていない人もいる。SDGsの「No one left behind」の考え方に立てば、そこに対するアテンションも非常に重要だ。

▶世界のUHC

では、世界に目を向けてみる。日本とは違い、確かに世界的に見ると感染症疾患にあえいでいる国もあれば、すでに疾病転換によって非感染症疾患が死因の大半を占める国もある。例えば中国では非感染性疾患の負荷が大きく、これがアフリカの場合、感染症疾患の負荷が大きいというような状況になっている。バングラデシュの場合、最近の統計だと非感染性疾患が死因の上位を占めてきている。ケニアの場合、まだHIV、もしくは周産期死亡、下気道感染が死因として高い。そして結核やマラリアに次いで脳血管障害などがある。経済成長していくにしたがって疾病構造が変わっていく。開発途上国だと貧困ラインより下にいる人たちに疾病負荷が高く、その疾病が感染症であったりするわけだが、そこに問題が起こる。だんだん経済成長していくとこの構造が変わっていく。例えば日本の場合、高齢化により、貧富にかかわらず疾病負荷がかかってくる。多くの方々が後期高齢者になり、亡くなられるまでの間必ずしも健康であるとは限らない。ここでもう一つ重要になってくるのが人口構造である。誰かが医療費というのを負担しなければならない。しかし、お金を持っている人しか負担できないのだ。誰がお金を払うかということ、働き盛りの人たち、若い人たちが負担しなければならなくなってくる。日本の人口構造を俯瞰するとそれがどれだけ厳しいか見えてくる。

▶日本の医療保障制度

日本のシステムは大きくわけて、医療とプライマリヘルスケアのサービス（保健サービス）に分かれている。基本的に医療は医療保険によりカバーされている。そこには政府からの補助金も入っている。もう一方の予防接種や保健指導など保健サービスは、公的資金により負担されている。日本の医療システムの1つの課題は、現在の健康保険制度にある。健康保険は、市町村ベースの国民健康保険と仕事ベースの全国協会健康保険協会、健康保険組合、共済組合がある。

問題は2つある。市町村は1700もある。そうすると保険者が1700あることになる。また、企業も1400、公務員関係は80ある。全部合わせると3000以上の保険者が

いるわけであり、医療機関は病院だけで2万、診療所も合わせると18万もある。18万の医療機関が3000もある保険者にばらばらにお金を請求している。そして、その間をとり持っているのが都道府県ごとに設置されている支払機関だ。ここに専門性の高い人がいて、すべてのレセプトをチェックしている。これは、必ずしも効率的なシステムとは言えない。

▶ケニアの課題

▶多民族国家

比較的高い経済成長率を保っているケニアにおいて保健指標の改善はまだまだ遅れている。重要な問題は国家が多民族によって成立していることだ。ケニアは通称43の言語部族がある多民族国家で、政治的に必ずしもひとまとまりとなっているとは言えない。それぞれの部族に代表する政治家がおり、その政治家がその民族を自分の部族を土台に政治家になっている。そうすると当然政治家は部族意識があり、そのベースは政治にも大きく影響する。これは、ケニアという国の社会的な統一性を形成する上で大きな障害となる。

▶インフォーマルセクター

インフォーマルセクターとは政府に登録せずに事業をやっている人たちで、税金も取れていない。NGO等ノンプロフィットでも登録してる団体はインフォーマルセクターに入らない。インフォーマルセクターが労働人口の80%を占めている。

ナイロビのスラムと呼ばれているところに住んでいる普通のお母さんの話をする。ナイロビの富裕層の家庭での洗濯の仕事で、だいたい1日200シル(シリング)、日本円でいうと220円くらいの収入を得る。収入は1週間でせいぜい1,000円くらい。1ヶ月だと4,000円で生活している。家賃に少なくとも1,500シルはかかる状況である。ケニアには公的保険があり、元々公務員の健康守るための保健だったが、今はフォーマルセクターつまり登録されて国が把握している事業団体はすべて加盟している。それとは別にインフォーマルセクターに所属する労働者は自発的に加入することになっているが、その保険料が月に500シルかかる。さっきのお母さんの収入4,000円で払えるのか？自身の収入が40万円だとして5万円払うということだ。40万円あればまかなえるかもしれないが、4,000円しかない。そんな中で家賃を取られて、残り2,500円で

500円のかかるはずのない(もしくはかかりたくない)と自分で考えている病気のために事前に保険に入るか？自分が病気になることなど想定できないのだ。

▶ターゲットを絞った保険制度

上のような現状があり、ケニアではターゲットを絞ってプログラムを実施している。1つはお産の無料化プログラムで、妊産婦の費用と1歳未満児の外来を含めて無料にしている。お産の無料化プログラムの中には帝王切開まで含まれている。妊産婦を含むお母さんと子供を把握するための住民登録、妊産婦登録をどうしていくのかは重要な問題だ。

もう1つは、貧困層向けの健康保険。これは先ほどのインフォーマルセクターの保険料500シルを選定された貧困層について無料化するものである。最貧層は生活保護のリストから選定される。その対象者に向けて、最貧層に対する保健サービス、医療保険・健康保険に入るプロジェクトを推進している。ただし、実際の保険加入率は全国平均で25%程度であり、貧しければ貧しいほど少なく、富裕層ほど多くの方が加入している。保険加入率は非常に低い。

▶ケニアの実例

ケニアはこれからどんどん中間層が膨らんでいく。払える人からしっかりお金を集めるシステムさえ作ればマ全体の人口をカバーことができると考えている。ケニアでは貧困層がたくさんいて富裕層が少ない状況がある。貧困層は毎月500円でも払えない人たちである。どうしたら富裕層から資金を徴取し貧困層までカバーできるシステムを構築するかが重要だ。それは国によっては必ずしも医療保険システムを使う必要は無い。税金による徴取もありうる。今ケニアは経済成長しており、そして中間層もどんどん増えてきている。それをそのまま制度を作らないで放っておくと、どんどん民間の保険会社がインフォーマルセクターの富裕層を取り込む状況となる。富裕層は民間保険会社に入るから、公的保険に入らなくてもいいということになる。だからこそ経済成長を始めた今、制度を作らないとシステム構築が難しくなる。アメリカは経済成長していた時にそのシステムを作らなかった。そのため民間の保険会社がマーケットを占有しオバマケアが苦勞した。ではここで何を言いたかったかということ、所属している社会にとって平等とは何かということだ。平等と言うのは簡単だが平等とは

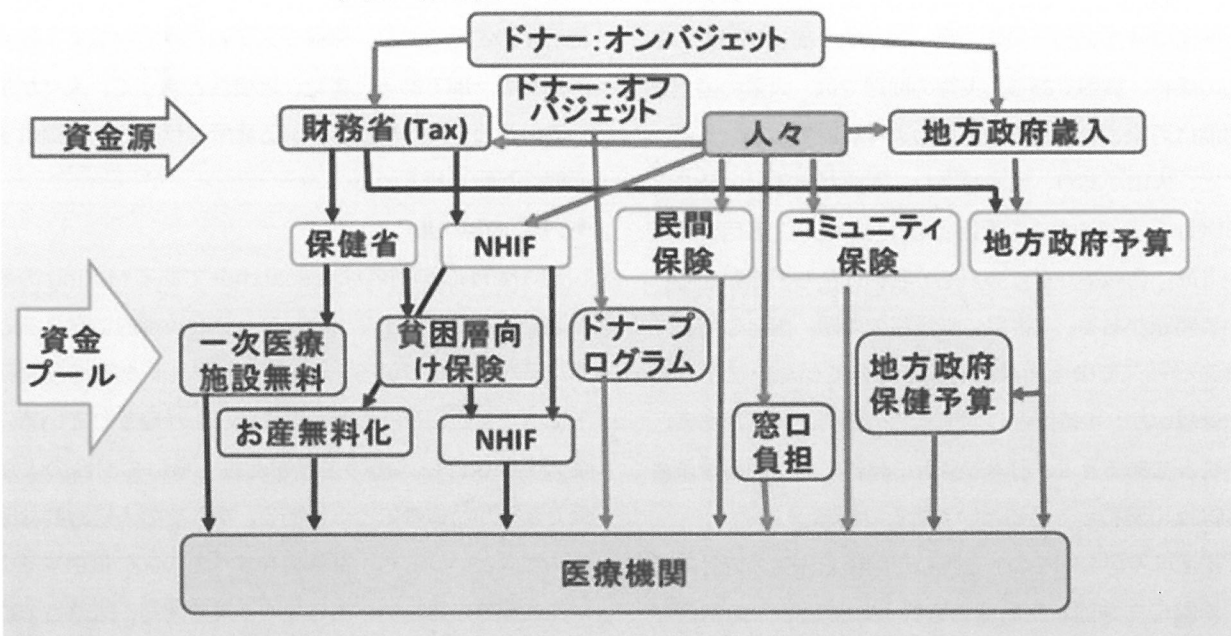
実際にどうやって達成するかは難しい課題である。だから税金のシステムがあるわけだ。さて、貧困層に所得の再分配を行うことが社会的に受け入れられた後にある課題は、どこでその線を引くかということだ。たとえ1シリングでもボーダーの上の人にいる人たちは、社会保障の恩恵を被ることはできない。そのため、社会的平等をどのようにその社会が考えるかが重要で、だからこそ、UHCのデザインは国によって違う。UHCの人口カバレッジ、財政カバレッジ、サービスカバレッジを100%達成している国は日本も含めてないと思う。しかし達成に向け制度を作り努力していくことは、どの国も持っている権利だと思う。何を持てユニバーサルと言うのか、何を持て平等と言うのか、向かう方向性は多様でよい。日本の場合、なぜ国民保険は市町村がベースとなっているのか。もともと地域に根付いた相互補助の考え方が1番わかりやすかった。だから比較的それぞれの顔が見える市町村単位でシステムが成立した。しかしながら、保険者が多数になってしまうと先程言った非効率性がどうしても出てしまう。ではどういう制度を作ればいいのか。それは政治的なコミットメントが重要だし、それに基づく技術的なディスカッションが必要で、実際のその政策の実施が必要だ。

▶ケニアの保険財政のシステム

医療費を賄う公的財源として、徴収した税金、保険料と開発パートナー資金がある。税金と保険料のももとの出

どころは人々である。税金ももともと人々からくる。民間保険に入っている人もいれば、窓口負担もある。地方政府にも金を出している。お産の無料化や貧困層に対する保険料負担のプログラムも動いている。NGOも含めた開発パートナーの資金は、それぞればらばらに様々なチャネルを通して資金が提供される。ここで言いたいのは、今ケニアの課題はこうした支払いメカニズムがシステムとして効率がとても悪いことだ。つまり、診療所レベルで看護師2人、薬剤師1人、管理者1人位で医療サービスを提供しているが、大変多くの資金フローがある。もともとさほどマネジメント能力が高くないところで、こういった複数の資金を管理することは至難の業だ。そのため、可能な限り資金フローの効率化を図る必要がある。そのためには、政治的なコミットメントが必要である。ケニアの社会で平等の定義とは何か。ケニアにおける社会の統一感(ソリダリティー)とはどういったものであるか。島国の日本は同族意識が比較的高い。今ケニアの人たちはそうではない。47の地方政府、43の言語族がありケニアの社会は自分たちで、社会保障をどのように考えるか。それによってデザインも変わる。外国人がアドバイスする話では無い。小生は、アドバイザーとして質問することを心掛けた。資金は限られている。だからこそ、重点化していく必要がある。貧しい人と妊産婦、ここは重要でそこから始めようとしており、それはいいことである。

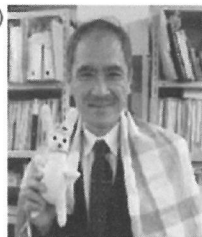
図3 保健財政システムの現状



「草の根活動から考える UHC」

保健医療 NGO シェア代表理事 **本田 徹** (Toru HONDA)

1974年 北海道大学医学部卒業、小児科医として研修
1977年 青年海外協力隊医師隊員としてチュニジア派遣
1979年 長野県佐久総合病院内科
1983年 NGO シェア設立に参加、88年より代表
1991年 タイ国マヒドン大学 AIHD 保健修士課程
1993年 横浜港町診療所（在日外国人医療）
1996年 堀切中央病院院長
2008年 浅草病院内科（在宅医療）
2012年 福島労災病院非常勤医
現在 シェア代表理事 JAIH 理事
パレスチナ子どものキャンペーン理事
NPO 山友会医療 ボランティア



▶日本の SDGs

「誰も取り残さない」ということが SDGs（持続可能な開発目標）のコンセプトである。「誰も取り残さない」ということを SDGs や UHC の本質に関わる問題として考える、1人の市民として自分のこととして問題意識を持つことが非常に重要であると考えます。MDGs（ミレニアム開発目標）は、途上国に対し先進国が助けてあげるといった発想だった。しかし、SDGs は、先進国も含めた目標であり、日本の問題として我がこととして考えていくことが大切である。OECD の中でも、日本の SDGs の達成ランクが低い。原因は4つあり、災害、高い自殺率、高い喫煙率、子どもの虐待、貧困である。災害の問題では、大量の国土が放射能に汚染されて、たくさんの人々が避難しているということ、火山があり、地震があり、津波があるということが SDGs を下げる大きな要因となっている。2番目の問題として高い自殺率が挙げられる。若い人たちの自殺が多いという問題がある。3番目に喫煙率の問題。国としてまだ公共スペースでの全面禁煙を決断できていないことが要因ではないか。4番目として子どもの虐待、貧困がある。我がことであるとは、日本で身近に起きている問題がまさに SDGs に関わっているということである。

「生活に不可欠なもの」を表した阿部彩先生の統計では、どの年齢にも共通して医療を必要としている人の割合が

高い。つまり、必要な時に必要な医療を受けられることが人権として求められているということ、日本で医療に対してこのようなコンセンサスがあるということは非常に重要なことである。

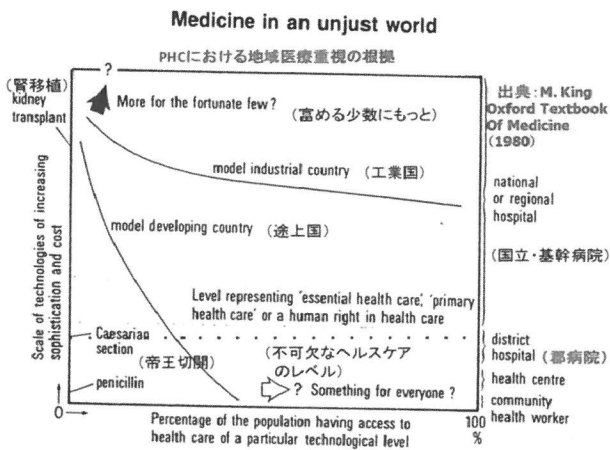
▶プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）への学びの旅から

私の出発点は、3年間小児科医として臨床医を経験した後、青年海外協力隊としてチュニジアに派遣されたところにある。もともと、イスラム文化圏に憧れていた。ラッキーだったのが、1978年9月にアルマアタでプライマリヘルスケア世界宣言がまとめられたこと。それがその後の世界の保健の重要なガイドラインになった。そのことを当時新聞で読み、共鳴を受けたと同時に、自分がやっている診療活動や予防活動に理論的な根拠が与えられ、非常に勇気づけられた。また、もう一つつながったのは、佐久総合病院の若月俊一先生の書かれた「村で病気と戦う」という本。日本で読んだ時は、ピンとこなかった。しかし、チュニジアで読んだとき、若月先生が日本でやっておられたことは日本におけるプライマリヘルスケアであるということに気が付いた。プライマリ・ヘルス・ケアとは、参加型の保健活動のことであり、保健システムだけではなく、社会経済開発の一部である。また、近接性と言って、人々が生活していたり、働いたりしている場所でサービスを提供する必要性が謳われている。

▶PHCのレベル

これは PHC の有名な researcher である M.King の書いた図である。プライマリヘルスケアを技術的に考えるとどうなるかを表している。一番高いレベルにあるのが腎移植、下に下がると、帝王切開、ペニシリンが書かれている。特定の医療技術レベルのことをどれくらいの割合の人が享受できるかが横軸にとってある。すべての人に必要な医療サービスといっても、腎移植をすべての人に提供するのには先進国でも難しい。どこかで予算の問題、医療者の数な

ど折り合いを付けなくてはならない。比較的工業国と言われている国では、広範な人に高い医療技術を提供できる。しかし、途上国では、ペニシリンすら提供できない所もある。とりあえずプライマリヘルスケアが目指すレベルは、郡の病院レベル。郡の病院を自立的に回していくことができることがプライマリヘルスケアの目指しているレベルである。



▶ PHCの認識の変遷

私たちは、草の根で働いている。しかし、全く保健システムと関係のないところで働いている訳ではない。シェアの場合、様々な国で活動を行っていたが、すべて郡以下のヘルスシステムと関わりを持ってきた。私たちは草の根の活動を意識しているが、そこでは常に全体の国のレベルにつながるような郡の保健システム作りをして、それが国全体のモデルになるように努力をしてきた。

プライマリヘルスケアは一時評判が悪かった。2000年までにすべての人に健康をと唱えたが、実現できる訳がないという意見が多かった。しかし、グローバル化経済が進む中で、貧困や格差の問題が大きくなってきて、緩和する手段として見直そうという動きがみられた。2008年にWHOは改めてPHCに関する文書を出している。もう一つ「健康の社会的決定要因」に関する重要な文書を出している。今の健康格差を考えていく上で、個人ではコントロールできないところで起きている決定要因に対してアプローチしていくことが大事であるというコンセンサスが世界で得られている。

▶ 若月先生の活動

若月先生は、腕利きの外科医であると同時に早期から

「予防」ということを強く意識されていた。予防するためには住民の健康意識が大事であるということや、病気にならないことは人間の権利なのだということを住民に意識付けした。若月先生の言葉で今も心に残っているのは、「医療技術は先人から与えられて受け継ぎ、社会のために役立つべく預かったものにすぎない」という言葉である。みなさんにもぜひ覚えておいていただきたい。

若月先生の活動の1つに八千穂村の全村管理運動がある。1961年に国民皆保険制度が始まった。当時は評判が悪かった。なぜなら、現金収入があるのは、盆暮りだけ。いつ行っても5割とられていたらやってられない。それを存続するために、病気になるべくならないように予防をしっかりとやっていこうということになった。その1つとして行われたのが、ロールプレイ。予防活動のおかげで、手遅れの胃がんが減少し、医療費自体も下がっていった。県民全体の努力によって長野県は長寿県である。在宅医療に関しても実現する方法を早くから追及してきた。高齢者1000人あたりの訪問看護利用率は全国でもトップクラスである。

▶ 長野モデル

石巻の長純一先生が長野モデルを検証していた。達成の要因として4つのことが挙げられる。1つ目は、医者に頼らない住民参加型のヘルスプロモーション活動である。2つ目は、病院間の予防活動・健診活動における切磋琢磨。3つ目は、在宅で「生き延びること」を望む患者さんに対して誠実に向き合い、ケアをし続けた献身的努力。4つ目は、村・町・市などの自治体首長の、すぐれた先見の明、イニシアチブである。

岩手県の沢内村の深沢晟雄(まさお)村長。いち早く乳幼児健診の無料化や健診の無料化を行った。その結果として医療費が下がった。ワクチンの接種率もSDGsの指標に入っている。終戦後1960年まではポリオで亡くなる子どもたちや後遺症に苦しむ子どもたちがたくさんいた。東北の母親たちが活動して、生ワクチンが多量に輸入され、一斉に接種された。以降患者は激減した。

▶ Reverse Innovation(RI)と David Werner:From Weakness, Strength

私たちは途上国で教えることばかりかというとなら

はない。逆に途上国でものがなくて何も高い技術もないから逆に工夫をしてそこで生まれたものが先進国に役立つことがよくある。その最たるものがコロンビアで生まれたカンガルーケアである。また、スマホのディスプレイを使った超音波診断装置が安価で実用的な医療器具として普及しつつある。このように技術は必ずしも先進国から途上国に伝わるという訳ではなく、途上国で生まれた技術が先進国に役立つこともたくさんある。

PHCで Reverse Innovation を実現してくれたのがデビッド・ワーナーさん。1960年代にメキシコで始めたPHCの新しいメソッドや家庭医学の本や保健教育のマニュアルは、先進国でも使われている。2007年にメキシコの障害者の自立の村を訪ねたことがある。ご自身が障害をもつことによって、ヘルスワーカーとして非常に傾聴能力の高い人や思いやりを持った人が多い。人間には弱さを強さに変える力を持っているということを知った。人間には弱さを強さに変える力を持っているということを知った。人間には弱さを強さに変える力を持っているということを知った。

▶タイのPHCにおける2実践例

①HIV陽性者・エイズ患者とコミュニティ:Nothing about us Without us

タイでは、UHCの達成においてHIVの問題が大きい。政府の政策が変わって100%コンドームを使った人でないとコマーシャルセックスは認めない、差別をなくすといったことが行われ、新しい感染は減らすことができた。しかし、2000年をピークに母児感染が大きな問題となった。HIVの薬に対するUHCはブラジルから始まった。自国で抗HIV薬を作れるようになった。多国籍製薬企業とぶつかったが、人の命を守る上では健康保険制度の中でコピー薬を作っても良いことを主張し、合法的なものとされた。それ以降、抗HIV薬のアクセシビリティは改善した。

シェアは、東北のタイで活動していた。県の病院でHIV感染の母親たちに子どもの育て方などを教えて勇気づけたりしていた。エイズ薬のアクセシビリティは色々法廷闘争などあったが、最終的に無償で使えるようになった。

最初はNGOシェアが病院の中に入って行って、陽性者のお母さんたちに頑張ってもらい、自分たちでグループを結成してもらおう。その中で生まれたリーダーを能力開発して、だんだん独立して活動できるようにする。

②高齢者へのFamily Care TeamとBuddy Home Care

2014年から始まっている。タイでも高齢化が進んでおり、2030年になると25%以上になるだろうと言われていいる。タイでは、保健ボランティアを養成して、ボランティアさんがケアギバーの資格を得る。ケアギバーが高齢者のお宅を訪問する。日本との違いは、高齢者だけでなく障害者、母子、HIV陽性者、エイズ患者、LGBTなどコミュニティで支援を必要としているすべての人々、家族に対して、包括的なケア活動を行うこと。

さらに子どもを絡ませたBuddy Home Careが行われている。1人のヘルスボランティアに1人の学童がペアを組んで一緒に家庭を回る。いじめをうけた子供や移民の子供など自身も問題を抱えていることが多いが、世の中に役立てることを実感でき、子供にとってもよい影響がある。Buddy Home Careによって高齢者に笑顔が生まれる。日本でも行われており、縦割りのサービスの必要性を感じている人が増えている。

アムナチャラン県HIV陽性者 自助グループ発展の道筋



タイ: HIV陽性者グループリーダーが身につける多様な能力

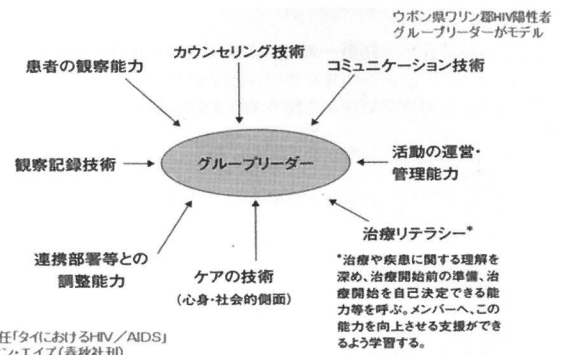


図7 HIV陽性者グループリーダーへのトレーニング項目

▶山谷 超高齢者社会を写す鏡として

日本では、1人暮らし世帯が増えている。デビッド・ワナーさんが日本に来日した際にホームレスの人が公園で警備員に追い立てられている所を目にして、日本でも社会的排除が進んでいると言っていた。山谷の山友クリニックで週1回ボランティアをしている。クリニックはのべ11万人くらいの患者さんを診ている。最近は重篤な病気は減っている。簡易宿泊所の高齢化率はものすごいものである。ハウジングの問題は非常に重要である。屋根がなくで外で暮らしているような人は減っているが、ネットカフェなどで暮らしている人は増えている。UHCの達成には、こういう人たちのことも考えていかなくては行けない。住まいがないと医療の提供を受けたり、住民票をとったりできないため、ハウジングファーストという考えが優先されている。2008年から地域ケア連携をすすめる会を開いている。台東区・荒川区・墨田区を中心に活動をしている。ホームレスの方や、在日外国人に結核感染者・発症者が多い。これは日本におけるUHC達成における課題である。シェアでは医療通訳を養成している。主な仕事は結核治療の通訳であり、結核の薬は6か月間きっちり飲む必要があり、途中でやめてしまうと多剤耐性菌を生み出してしまう。これからも重要なことになってくる。

【まとめワークショップ】

本ワークショップは、本田徹先生、渡辺学先生のご講演から、参加者自身の思考の流れや位置関係が見えるよう整理するマインドマップを用いて行った。それを基に、将来、自分がUHC達成のためにどのような役割を担って、現在どんな立場にいるのかということを考えてもらうことを期待し、企画した。また、目に見えて書き出し考えることで、この企画後もUHC達成に向けた取り組みに関心を向けることができると考えた。

参加者はこのワークショップを元に、自身の知識や学びの成果を抽出し、得た情報を整理し、理解・記憶することができたと考える。またグループ内共有では、現在自身が

▶まとめとして

国民皆保険制度が、日本ではUHCに近い言葉だが、両者は同じではない。「国民」という言葉がネックになっている。「国民」以外はUHCを達成しなくてもよいという考えになってしまっている。例えば、難民・在日外国人、保険料を払えない人々、ホームレスの人々は健康保険制度から排除・差別されてしまう。SDGsによって日本のUHC達成に関する問題点が洗い出されることは非常に良いことで、国民でない市民がUHCの恩恵にあずかれるように政府に働きかける必要がある。

200年以上前に、ルソーは人間には肉体的な不平等があるが、契約によって平等にすることができると言っている。これはUHC達成に大切だと思う。また、Dr. Julian Tudor Hartは医療サービスの必要な人ほど医療から遠ざけられているという現状があり、それに対してアテンションを注ぐことが大事だと言っている。これを「さかさま医療ケアの法則」という。医療者や心にとめておくことが大切である。

最後に、David Wernerさんの“Nothing about us without us”という精神を大事にしてUHC達成のために努力をしていきたい。

できる活動として、講演会に参加する、海外に行く、国家試験に合格するために勉強する等のクリエイティブな案がたくさん出て、とても活発なワークショップとなった。ワークショップを通して、ご講演で自身が学んだことの考えをまとめること、グループ内共有をすることで多角的な視点からUHC達成に向けた取り組みについて考えることができたと思う。今後このワークショップに参加した参加者自身が、今後の自分の将来の夢に向かって、国際協力やUHC達成に向けた取り組みについて、目を向けていき、関心をもって自らの足で行動できるようになっていくことを期待している。

日本WHO協会フォーラム 「認知症を考える」



(公社)日本WHO協会は大阪市健康増進計画「すこやか21」の趣旨に賛同し、「すこやかパートナー」として活動しています。

世界では4,700万人の認知症患者がおり、毎年990万人が新たに認知症を発症しています。日本でも認知症患者は2025年には現在の1.5倍の700万人を超えると予想され、社会的にも議論が高まっています。認知症の人とともに安心して暮らせる地域社会を創るために、認知症に対する理解を深め、当事者、家族、地域、専門職その他幅広い関係者の連携や活動を考える一助としてフォーラムを開催します。市民の皆様、職場関係者の皆様、医療関係者の皆様のご参加をお待ちしております。

■ 講演 「認知症とは～予防と治療～」

大阪大学大学院医学系研究科 教授 池田 学 氏
情報統合医学講座 精神医学

1984年東京大学理学部卒業。1988年大阪大学医学部卒業。1993年より東京都精神医学総合研究所に国内留学。1994年兵庫県立高齢者脳機能研究センター研究員兼医長。1996年愛媛大学医学部精神科神経科助手（田邊敬貴教授）。2000年よりケンブリッジ大学神経科に国外留学。2007年より、熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野教授。2016年5月より、現職。



■ 講演 「認知症のひとたちの介護と社会的支援」

浅香山病院 精神保健福祉士 柏木 一恵 氏

1976年3月同志社大学文学部社会学科卒業。同4月財団法人浅香山病院医療福祉相談室に入職し、現在に至る。直近の主たる業務は認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、特殊疾患治療病棟担当。精神保健参与員。2008年、日本精神保健福祉士協会常任理事となり、2012年同会長に就任。



●開催日時 平成29年12月6日(水) 14:00～16:30

●会場 大阪歴史博物館4階 講堂 (受付開始:13:15)

●資料代 1000円 ●定員 200名 (先着順)

◆申込方法: FAXまたはホームページよりお申込みください。

<http://www.japan-who.or.jp/FS-APL/FS-Form/form.cgi?Code=seminar1>

後援:(一社)大阪府医師会、(一社)大阪府歯科医師会、(一社)大阪府薬剤師会、
(公社)日本精神保健福祉士協会、(公社)大阪府栄養士会

主催:公益社団法人日本WHO協会

寄付者のご芳名

当協会にご寄付いただいた方々のご芳名を掲載させていただきます。

匿名希望を除く。50音順、2017年6月～2017年10月

寄付者のご意向に従い、協会活動の充実を図るべく努力する所存でございます。

ここに「目で見える WHO」の紙面をかりて厚くお礼申し上げます。

【個人】

生駒 京子 様 新居 誠一郎 様

【法人】

サラヤ株式会社様 (一社)生産技術振興協会様

前(63)号のあらまし

- フォーラム「口の健康 Part-3」開催報告
「咀嚼の大切さ」～おいしさを提供する補綴歯科～
田中 昌博
「歯周病と生活習慣病との関係」 深田 拓司
- 国際保健医療の新しいあり方 「だれひとり取り残さない国際保健医療をめざして」 中村 安秀
- WHO 本部研修報告
「医療の質を改善するための WHO の活動」 時田佳次

前々(62)号のあらまし

- jaih-s との共催フォーラム 開催報告
「世界の食糧事情を知る」 目時 しおり
「食糧の入手困難による健康問題」 忍足 謙朗
「健康問題と食事とのかかわりと国際協力」 石川みどり
- ハイチコレラ流行に対する緊急医療支援 森田佳奈子
- うつ病との正しい付き合い方 工藤 喬
- 「未来の医師のためのグローバルヘルス・スタディツアー：WKC の訪問記」 池尻達紀他

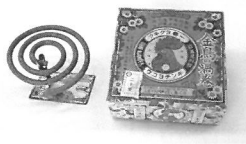
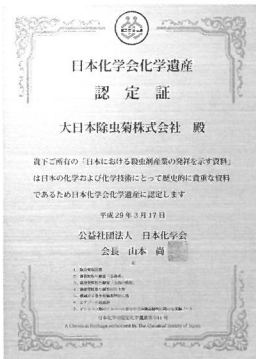
(公社)日本 WHO 協会事務局だより

10月19日、大阪市立大学で WHO 西太平洋地域事務局の葛西健氏の講義を拝聴した。SARS、MERS、エボラなどを例に、①健康に影響を及ぼす因子は国境を越える、②感染症はいまだ分からないことだらけ、③感染症対策は胃の痛くなるような決断の連続、④決断するためには疫学の素養が必要、⑤世界を理解するためには自分の立ち位置を確立することについて話された。SARS で同僚を失った痛みが葛西氏の今のお仕事を支えている一つの要因であることも話された。アジア地域で大きなリスクを抱えている薬剤耐性問題 AMR への WHO 西太平洋地域事務局の取組みについても話された。

後半は、「感染症の判断と決断」という演習問題で、WHO の職員研修テキストを簡易化した資料を基にグループワークが行われた。限られた情報をどのように判断し、どのようなアクションをとるのか、学生たちとの討論を通じて、現地調査での質問力の重要性や WHO が「原則公表」を経験則として持っていることなどをコメントされた。クリティカルな状況での意思決定は、すべてのマネジメントに共通する“胃の痛くなる”決断だと感じた。気さくで熱い語り口のあつという間の3時間の講義であった。葛西氏の今後の益々のご活躍をお祈りしたい。

広告

化学遺産に認定されました 【日本化学会 認定化学遺産 第041号 『日本における殺虫剤産業の発祥を示す資料』】



初期の渦巻型蚊取り線香
金鳥の渦巻



日本で初めての
エアゾール殺虫剤

キチョール

日本の殺虫剤産業は、弊社創業者の上山英一郎と除虫菊との出会いから始まり、有用な化学製品である世界初の蚊取り線香やエアゾール殺虫剤の製品化、ならびに除虫菊に含まれる有効成分・ピレトリン類に関わる化学的研究を礎として現在に至っております。

KINCHO

グローバルな視野から健康を考え、国の内外で人々の健康増進につながる諸活動とWHO憲章精神の普及活動を展開しています。私たちの活動に賛同し、継続的ご支援頂ける方のご入会をお待ちしています。

会員種別	年会費	
正会員 個人	50,000円	
正会員 法人	100,000円	
個人賛助会員	1口	5,000円
学生賛助会員	1口	2,000円
法人賛助会員	1口	10,000円

※公益社団法人日本WHO協会推奨商品等の禁止について
当協会では、特定の商品やサービスについてその品質性能等をWHOに関連付けて評価・認定・推奨するような活動は一切行っておりません。また、会員に対しても倫理規定を設け、当協会名を利用して消費者に誤認を与えるような商品販売・広告等の営業活動を行うことのないよう周知徹底いたしております。もし、当協会が関与したかのような事象にお気づきの場合には、事務局までご一報下さい。公益社団法人日本WHO協会

機関誌 目で見えるWHO 第64号

2017 錦秋号 平成29年 11月25日 印刷
平成29年 12月 1日 発行

発行者 関 淳一
発行所 公益社団法人 日本WHO協会
〒540-0029 大阪市中央区本町橋2-8
大阪商工会議所ビル5F
TEL 06-6944-1110 FAX 06-6944-1136
E-Mail info@japan-who.or.jp
URL <http://www.japan-who.or.jp/>
印刷 大光印刷株式会社 TEL 06-6714-1441

無断転載お断りします