

Akita Journal of Public Health

# 秋田県公衆衛生学雑誌

第1巻・第1号

平成15年12月

## 目次

秋田県公衆衛生学会の設立にあたって	1
<b>論 壇</b>	
健康施策と公衆衛生学 —秋田県における公衆衛生学への期待—	藤井 紀男 2
保健所の公衆衛生活動とこれからの展望	伊藤 善信 5
公衆衛生における公と私 —21世紀の公衆衛生におけるパブリック の意味と倫理的側面に関する考察—	本橋 豊 10
<b>秋田県公衆衛生学会特別講演資料</b>	
SARSの流行と健康危機管理	岡部 信彦 18
<b>随 想</b>	
エイズと性感染症	鈴木 紀行 47
鯨の食文化考	村田 勝敬 48
<b>短 報</b>	
在宅高齢者の生活実態と介護予防 —閉じこもり、趣味・役割、対人交 流という観点から—	石川 隆志、他 51
マーシャル諸島リプロダクティブヘルス増進の可能性	鈴木 圭子 54
<b>報 告</b>	
いのちの電話と自殺予防 —市民による地域精神保健活動の可能性と課題—	佐々木久長 58
鳥の目から見た秋田	金子 善博 60
<b>寄 稿</b>	
秋田県の公衆衛生	佐藤 勤一 64
秋田県公衆衛生学会設立にあたり考える	宮島 嘉道 64
秋田県公衆衛生学会の誕生に喝采!	河西 淑子 65
<b>第1回秋田県公衆衛生学会報告</b>	67
プログラム	
一般演題抄録	
(表紙裏に続く)	

秋田県公衆衛生学会

Akita Society for Public Health

**会 報** . . . . . 74

第1回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録

平成15年度決算報告

世話人名簿

秋田県公衆衛生学会運営要項

秋田県公衆衛生学会会費について

平成16年度秋田県公衆衛生学会の予定

秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

執筆要項



## 秋田県公衆衛生学会の設立にあたって

私どもは、秋田県における公衆衛生学分野における研鑽を深める場として、今年度から新たに秋田県公衆衛生学会を発足させることになりました。本学会は平成10年度より5年間にわたって秋田県内の公衆衛生に関する学術活動をして参りました秋田県地域保健研究会を発展的に解消して、新たに学会として立ち上げるものです。

秋田県地域保健研究会の平成10年度からの歩みを簡単に振り返ってみます。平成10年度は、「地域保健 この一年を振り返る」をテーマに厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課主査（当時）の佐々木昌弘氏に基調講演をいただき、同じテーマでシンポジウムが行われました。平成11年度は「どう変わる地域の保健と福祉—介護保険導入後への期待」をテーマに、秋田桂城短期大学教授・出雲祐二氏の特別講演とシンポジウムが行われました。平成12年度は、「秋田から発信する健康づくり」をテーマに秋田大学教授・本橋豊の特別講演とシンポジウムが行われました。平成13年度は、「市町村の健康づくり計画の策定に必要な視点」をテーマに東京都立大学院教授・星旦二氏の特別講演とシンポジウムが行われました。平成14年度は厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 母子保健課課長（当時）谷口隆氏を迎えての特別講演「21世紀の母子保健対策の課題」と、従来までのシンポジウムに変えて一般口演6題の発表が行われました。この様に秋田県地域保健研究会は、その都度、時流に沿ったテーマにて開催して参りました。

このような秋田県地域保健研究会の着実な歩みを踏まえて、秋田県公衆衛生学会は21世紀における新たな公衆衛生学の理論と実践を討議の場を提供することになりました。世代構造や疾病構造の変化、ライフスタイルの多様化や産業構造の変化など、人々の生活と健康を取り巻く環境は目まぐるしい変移の中にあります。公衆衛生活動の実践には、これらの変化に対応して主体的な取り組みが求められています。この生まれたばかりの学会がささやかではありますが、このような取り組みの手がかりとなることを期待しています。本学会が、秋田県の人々が持つ多様化する生活やニーズに密着した血の通う公衆衛生活動に向けて、県内の保健担当者、医療関係者、行政、学術関係者、NPO等の幅広い英知を結集し、地域の多様な実情を学術的基盤にのっとして具体的に分析し、議論し、実践を促進する場となることを心から希望いたします。

当面、年1回の学会開催を中心として活動を進めて参る所存ですが、皆様方の幅広い参加とご支援を得られますようお願いいたします。

平成15年10月

秋田県公衆衛生学会・秋田県地域保健研究会世話人代表

秋田大学医学部社会環境医学講座

健康増進医学分野（公衆衛生学講座）

本 橋 豊

# 健康施策と公衆衛生学

## ～秋田県における公衆衛生学への期待～

藤井紀男

秋田県健康福祉部次長

### 1. 公衆衛生とは？ 公衆衛生学とは？

「公衆衛生」については、学者により様々な定義がなされているが、広く用いられているものとしては C. E. A. Winslow による「公衆衛生とは、環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原則についての個人の教育、疾病の早期診断と治療のための医療と看護サービスの組織化、及び地域社会の全ての人に健康保持のための適切な生活水準を保障する社会制度の発展のために、共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的、精神的健康の能率の増進をはかる科学であり、技術である。(1949)」があげられる。公衆衛生は、健康増進、疾病予防、医療、環境衛生を包含し、健康水準を維持・向上する生活水準の保障をも取り扱う概念として理解される。

また、日本国憲法第 25 条では「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定されている。この規定に基づいて国、地方自治体が行政として行う公衆衛生活動の一環が「衛生行政」であり、具体的には、国、地方自治体などの責任において人、予算、組織、制度などの必要な条件を整える働きであると解される。従って、公衆衛生と衛生行政は、その目的、手段として表裏一体の関係にあり、学問としての「公衆衛生学」は、衛生行政に関する施策の企画・立案及びその評価に対して根拠を

提供し理論的に支える重要な学問分野で、自然科学と社会人文科学、直接的手法と間接的手法、集団と個人、専門性と住民理解といった、ともすれば相異なる要素を包括的に取扱う学問分野であると考えている。

### 2. 公衆衛生上の課題の変遷

公衆衛生上の課題は、時代とともに変遷している。これらの課題は住民が健康な生活を確保するために改善・克服すべきものである。感染症など人類が太古の昔から脅威としてきたもの、公害など人間活動により新たに発生してきたものなどがあげられるが、これらの課題に対し、国、地方自治体は、衛生行政という社会的対応を行いながら、次なる課題、次なるステップに進んできた歴史がある。具体的には、急性感染症から慢性感染症へ、母子保健、公害問題・環境問題へと主要な課題が移り変わってきた。これらは、個人の健康問題である一方、個人による努力のみでは容易に解決できない問題が多々あり、上下水道、住居といった生活環境の整備・改善や医療技術の進歩・普及、保健医療施設や事業所の整備・改善といった主としてハード面、技術面での対応を集団を対象として行うことによって成果をあげてきた。これら各種課題に対する施策は、現在も継続的に提供され、重層的に住民の健康を維持している。

しかし、近年、ハード面や技術面といった手法、集団的、全国一律的な手法のみでは、即効性のある対応として具体的な成果

が得られない課題がクローズアップされている。生活習慣病や心の健康問題などである。また、個人の価値観や権利意識の変化などを背景に、自己責任・行政責任の範囲といった議論も積極的に行われるようになっており、従来からの公衆衛生としての考え方そのものを改めて再確認する必要があると考えられる。

### 3. 住民の健康観・価値観の変化

近年、住民の健康観や価値観が変化している。平成12年に秋田県が行った健康づくりに関する意識調査の結果をみると、「健康に対する考え方」では、約8割の方が「体や心に病気や障害がない」をあげたが、約5割が「気持ちが生きて生きている」、約3割が「病気や障害があっても普通に生活できる」をあげている。また「相談できる友人がいる」「社会に貢献している」という回答も約1割にあった。「健康に対する不安」としては、約6割が「体力の衰え」、約4割が「ストレスがたまる。精神的に疲れる。」、約3割が「肥満が気になる」をあげ、行政施策に対する要望としては、保健医療施設や従事者、相談や指導窓口を増やす、といったものから、公園やスポーツ施設、運動や活動の場の提供、また、正しい情報や知識の提供、といったものがあげられている。この調査は、「健康づくり」をテーマに行ったもので、健康増進の観点にシフトした内容ではあるが、住民が考える健康に対する意識が、単に病気にならない、病気を治す、という視点から、生活の質や社会福祉にも広がり、行政に対しては一方向的なサービスの提供のみでなく、自己選択によるサービスの利用や知識や情報の提供を求めている、ということがうかがわれる。住民の考える「健康」の概念が広がっている中、「衛生行政」という概念も「健康行政」、「健康施策」といった考え方でとらえていく必要があると考える。

### 4. 求められる健康施策

前述のように、住民が健康な生活を確保するため公衆衛生と衛生行政とは、表裏一体の関係で進歩・発展してきた。近年、住民の健康観や価値観、住民をとりまく社会状況が変化する中、行政施策としての手法もそれに応じた見直しが求められる。

これまでの衛生行政として行ってきた取組みを基盤とし、新たな知見の蓄積とそれに基づいた施策へ反映、バージョンアップが求められている。平成14年度からウイルス性肝炎検診事業が導入された。この新たな制度の背景には、新たに得られた技術的、疫学的な知見がある。中でもC型肝炎ウイルスについては、1988年に発見され1898年に検査法が確立されたものであるが、この知見は速やかに献血事業における感染防止対策に活かされた。さらに、疫学的手法によってわが国における年齢的、地域的な特徴、長期予後などが明らかになり、これらの技術的、疫学的根拠を背景として現在の検診事業に至っている。これは、これまでの衛生行政的な手法を現在の課題に適用したものと考えることができる。しかし、一方で、これまで以上に個人としての存在を尊重しつつ、集団全体としての公衆衛生の維持・向上も求められてきている。平成11年に「伝染病予防法」から「感染症法」となった際、一つの大きなポイントは「患者等への人権の配慮」であった。平成13年の予防接種法の改正では、従来の「集団予防的」な目的の予防接種と別に、「個人予防的」な視点からの概念として「二類疾病」が設定された。これまでの手法に加えて、「個人」としての存在を重視した対応が求められている。

さらに、近年、新たな視点、手法での対応を要する課題もクローズアップされている。生活習慣病や心の健康の問題などである。これらの背景には、個人の価値観や素因、生活環境が大きく関わっていることが認識されているが、これらに対して、行政

としてどのようなアプローチが有効か、ということに十分な答えが得られていないのが現状である。現在、行政施策の企画・立案におけるかなり難しい応用問題であると考えている。

行政施策の要否や優先度の判断は、住民のコンセンサスに基づいてなされるものであるが、これまで、こと衛生行政においては、主として専門家の知見を行政担当者が理解して施策の企画・立案が行われ、その実施をもって住民のコンセンサスを得る、というパターンが多かったのではないかと考える。現在でも、行政担当者が各方面の専門的な情報を素早く入手・分析し、時宜を得た施策の企画・立案が求められていることに変わりはないが、さらに個人としての存在を重視した対応を行っていくためには、住民自らもコンセンサス形成に関わることで、行政はもとより住民も関連する情報を幅広く共有し正確に理解することが、実効ある施策の実施につながる重要な要素であると考える。

## 5. 秋田県における公衆衛生学への期待

個人レベルの視野でみると、一人ひとりのライフスタイルや考え方、素因は千差万別である。一方、マクロ的な視野でみると、現在、生活環境や保健医療分野のインフラ整備の状況、健康状態や健康施策の内容は、全国的にはほぼ一定水準が確保されている。しかし、県あるいは地域の視野でみると人口構成や地理的条件、文化的・社会的要素等の違いがあり、全国と秋田県、県全体と各地域を比較すると、脳血管疾患の罹患率や自殺率等を代表とする種々の特徴がある。

近年の公衆衛生上の諸課題に対応するためには、個人としての存在の尊重、個人の価値観や素因、生活環境へアプローチすることが重要となっている。しかし、行政が全ての住民に直接的に関わることは自ずと限界があると認めざるを得ない。そのた

め、住民個人およびその家族や地域などの生活圏の方たちの役割と取組みへの参画を期待し、そのための状況づくりを進めることが、現在の重要な施策目標であると考えている。

それぞれの地域や集団で暮らしている住民に対して、例えば生活習慣病に関する一般的な知見、最新の知見、それぞれの地域・集団における特徴の有無や内容、これらと個人との関係等々の情報をわかりやすい形で提供し、理解を得ることで、個人への動機づけと取組みへのポテンシャルが増大する。また、行政においても、それぞれの地域における特徴の有無や内容に関する情報がさらに具体的に得ることができれば、地域毎の個別の健康施策が必要かどうか、またその内容はどのようなものであるのか、といった検討の根拠となりうる。実際、生活習慣病の問題や自殺の問題を考えると、統計データが示す秋田県の傾向は明らかであるが、その要因、背景に関する決定的な確証が得られていない状況である。おそらく、地域や風土といった個々の特徴の積み重ねが、県全体としての統計データの示す結果となっていると思われるが、どの程度まで個人レベルに近づき、問題を掘り下げることによって、行政施策としての有効なアプローチにつながるのか、また、行政としてどのような介入の方法が可能なのか、現在は試行錯誤の状況である。

これらのことから、秋田県の公衆衛生学関係者には、全国的な視点とともに、秋田県の地域や集団からの視点を踏まえた調査研究の推進とマスメディアやインターネットなどの各種媒体をとおした住民にもわかりやすい情報の積極的な発信、さらに、健康施策との関連、県民のコンセンサス形成という観点から行政との連携を念頭においた役割を是非担っていただきたいと考えている。

## 保健所の公衆衛生活動とこれからの展望

伊藤善信

秋田中央保健所長

(秋田県保健所長会 会長)

保健所、特に秋田県における保健所活動を段階に分けて述べるとともに、これからの保健所が歩むべき方向について述べたい。

昭和 12 年保健所が創設された当時の業務は、国策に沿った国民の体位の向上を図ることを最大の目的として、その重点は結核対策や母子衛生対策であった。秋田県では昭和 13 年の大館保健所に次いで、昭和 19 年 10 月に秋田保健所、能代保健所、横手保健所が設置されたが、秋田保健所は設置当初から秋田県の中心的な保健所と位置付けられ、付属保健婦養成学校なども併置していた。その後、昭和 20 年に湯沢保健所、矢島保健所、花輪保健所、角館保健所、昭和 23 年 6 月に大曲保健所、昭和 27 年 8 月に船川保健所、昭和 28 年 8 月に五城目支所（29 年 10 月に五城目保健所）が設置された。その後一部名称の変更もあったが、昭和 60 年 4 月から 8 保健所 4 支所体制、平成 9 年秋田市保健所の発足、保健所支所の廃止もあり、平成 13 年 4 月から現在の 9 保健所（県 8・市 1）になっている。

戦後の保健所は、健康相談・医事・薬事・食品衛生・環境衛生等に関する行政機能を合わせもつ公衆衛生の第一線機関となり、昭和 35 年には、型別保健所再編成により所轄地域の特性に応じた効果的な活動が進められた。

### 1. 汗と足で稼いだ保健所の公衆衛生活動

第一世代の公衆衛生活動は、農村部の貧困による現状を認識することだった。

昭和 26 年の結核予防法の大幅な改正により、BCG 予防接種、健康診断、医療費の公費負担も取り入れられ、結核撲滅への大きな飛躍の道が開かれた。当時、レントゲン自動車の通れない僻地まで 300 キログラムもある間接撮影装置を荷馬車やリヤカーに積んで、保健所の職員、町村の関係者が一体となって公衆衛生の第一線を担っているという意識に燃えた時代であった。また、結核の集団検診には、映画や幻燈を用い、衛生教育から始まり、集団健診後の事後指導説明会も行うなど、集検体制が整備された。結核患者の中で容易に治療に結びつかず、やむなく自宅隔離という苦肉の策をとらなければならなかった人々に対して、保健婦は家庭訪問を行い、洗髪や清拭、ベッドの工夫、栄養指導を行った。このような活動は結核予防婦人会結成を機により充実し、秋田県の結核死亡や結核罹患率は、全国を下回って推移するようになった。

結核対策のみならず、伝染病対策も大変困難を極めた時代であった。特に環境衛生面での整備が遅れていたため、給食従事者・食品取扱者・水道関係者等に対する保菌者検索、一般住民に対する衛生思想の普及啓発など、保健所の全組織をあげての取り組みがなされた。

当時の業務概要や要覧による赤痢集団発生報告やジフテリア集団発生報告を見ると、関係者の苦勞がしのばれるとともに、疫学調査の観点から参考になる事例も多い。

母子保健についても、精力的な活動が行

われた。保健所では、乳幼児保健指導として、所内において健康相談、所外においては、家庭相談、集団健診とめまぐるしく活動をしていたが、特に生活力に乏しく死亡率が高い未熟児への全数訪問に力が注がれた。さらに赤ちゃんコンクールを実施して、健康で丈夫な赤ちゃんを育てるための保育指導、保育環境の改善が積極的に展開された。妊婦に対しては、集団健診や、春、秋2回の母親教室を実施し妊娠、分娩、産褥中の摂生や育児について指導した。受胎調節指導については、人工妊娠中絶防止と家族計画の推進を目的に、映写機を用いての集団指導を行うとともに、家庭訪問をしての個別指導により器具や薬品を配布するなど精力的な活動が行われた。

## 2. ハートで語った保健所の公衆衛生活動

第二世代の公衆衛生活動は、現状分析を行い、課題を抽出することだった。

死亡の第1位を占めていた肺結核は、結核対策の推進、生活水準の向上によりその死亡率が減少し、代わって脳血管疾患、悪性新生物、心疾患のいわゆる三大成人病が死亡原因の6割以上を占めるようになった。成人病対策は、保健所業務の中で大きな比重を占める重要な事業になった。昭和30年代後半にがん予防対策として集団検診車による胃部集団検診も開始されたが、秋田県の成人病対策の中心は、なんと言っても脳卒中対策であった。秋田県の脳卒中対策は、昭和20年代に雄和町の各地区で学術的研究が継続的に行われてきたが、井川町では昭和38年より30歳以上の全住民を対象として、成人病循環器精密検診と管理が開始された。精密検診の内容は、問診、検尿、血圧測定、レントゲン撮影、心電図検査、眼底検査、血液生化学検査、打聴診及び脳卒中発症者についての各種検査であった。保健所長を委員長とする成人病管理委員会が組織され、減塩運動など地域ぐるみの食生活改善等健康意識の高揚などにより脳卒

中は激減し、健康管理体制も充実した。この活動は各地の予防対策のモデルとなり、国の脳卒中对策に先鞭をつけることとなった。

昭和45年に秋田県脳卒中予防総合対策が策定されたのを契機に、46年からは成人病の早期発見、早期治療を目指した県民皆検診事業、47年からは脳卒中発症通報事業等の実施により対策の基盤整備がなされた。健康教育を重視する観点から各地区で行われた健康大学では、住民の意識高揚を目指した教育が進められた。また、農村婦人の健康阻害の問題も深刻な状況から、農村婦人健康相談室が昭和44年から46年まで開催され、過重労働、貧血対策も併せて展開された。保健所は、各事業を援助するとともに、健診後の疫学分析により実態調査、環境調査を行い、それを基に個別、集団指導を実施し、検診の重要性、正しい知識の普及に努めた。皆検診後の管理指導を強化し脳卒中の激減を図るため、秋田県の重点施策として昭和53年から脳卒中予防事後管理強化事業が実施され、特に5年間にわたる重点地区の指定を受けた20の市町村では、徹底した高血圧管理が行われた。この事業は「秋田県方式」とも言われ、特に長年の課題としていた働き盛りの脳出血死の減少が見られるなど、その取り組みと成果は高い評価を受けた。

脳卒中对策を進めていくうちに明らかになっていくのが、過重な労働と塩分の過剰摂取であった。特にモデル事業の指定を受けた町村を主体に、高血圧教室、栄養調査、みそ汁、つけものの塩分測定などの事業が展開され、食生活に大きな改善が見られた。様々な機会をとらえて「食べ物と健康展」を開催する等啓発普及活動が盛んに実施された。併せて「低塩キャンペーン」による栄養改善事業も全国に先駆けた事業として話題を集めた。住民の組織活動の母体として健康生活推進協議会が結成され、食を中心とした健康づくりの推進に大きな役割を

果たした。

昭和 40 年精神衛生法の改正により、従来の措置入院を中心とした精神衛生対策を予防治療と社会復帰を一環とした施策へと転換した。保健所が精神衛生の第一線機関と位置付けられ、精神相談の実施、精神衛生相談員（保健婦に資格付与）を配置して在宅家庭訪問指導がこまめに行われるようになった。精神衛生協会（支部）の結成、社会復帰教室、精神障害者リハビリテーション事業（職親制度）の開始など精神保健分野の業務も増え、健康教育のテーマもアルコール問題、呆け、更年期、ストレス予防とバラエティに富むようになってきた。今では精神保健福祉分野は、保健所活動の大きな比重を占めている。

難病対策は昭和 47 年 10 月、当時の厚生省が特定疾患対策として「難病対策要綱」を制定したことによる。当初は特定疾患申請事務が主体であったが、「秋田県在宅難病患者訪問相談指導事業」がスタートすると、難病及びその家族が抱えている医療、生活面等の問題に対し、保健婦等による訪問指導を行い、療養環境の整備、改善を図ることが主眼になってきた。各種難病交流会とともに、地域で難病患者を理解し、支援してくれる人たちのための「ボランティア講座」も開催され、難病対策も広がりを見たが、今後この分野のさらなる広がりが期待される。

食品衛生の分野でも消費者保護の観点から、消費者の意見を積極的に食品衛生行政に反映させるため、食品衛生消費者モニター制度の設置と食品衛生スリーライン（行政・営業者・消費者）懇談会を開催した。また、社会経済の発展に伴う営業施設の増加と食品の多様化に対応するため、食品衛生監視指導班を設置し、効率的な監視指導が強化された。

我が国経済の高度成長に伴って多くの公害問題が引き起こされ、全国的な社会問題となったが、秋田県でも秋田湾海域におけ

る「すす水」の問題や秋田市の製紙工場からの悪臭問題など公害問題が発生し、多様化する公害問題と公害苦情の増加に追われた。

このような新たな公衆衛生の課題が生まれる一方で、感染症対策では昭和 59 年に飯田川町で 67 年ぶりに真性コレラの発生が見られた。またエイズ予防対策は、昭和 61 年から実施されたが、当時の保健所関係者の混乱ぶりは昨今の SARS 対策を凌駕するものだった。

### 3. 頭で思い描いた保健所の公衆衛生活動

第三世代の公衆衛生活動は、対策の樹立である。私が公衆衛生行政に関わるようになったのもこの時代である。昭和 60 年代になると、保健所の公衆衛生活動における課題もほぼ出揃い、その課題に向けての方策を考える時期になってきた。昭和 61 年に医療法の改正が行われ、県単位及び医療圏ごとの地域計画の作成が義務づけられた。保健所単位ごとに保健医療対策協議会が設置され、あるべき医療のありかたについて議論された。他県では医師会主導で進められたところもあるが、秋田県では二次医療圏と合致した 8 保健所が主導で計画づくりを進めたところに大きな意義があった。このような調整能力が評価され、全国的にも平成 4 年という早い時期に保健所に企画調整係がおかれたのである。当初は秋田・大館・大曲の 3 保健所のみであったが、平成 6 年にはすべての保健所に企画係として設置されるようになった。また、保健婦の業務の見直しも行われ、今までの地区分担制から業務分担制へと転換していった。これは老人保健事業が市町村主体に行われるようになり、市町村保健婦も充足され、事業の幅が広がってきたことによるものだった。その一方で、保健所保健婦からは地区が見えなくなったなど、戸惑いの声も聞かれた。

平成の時代に入ると、脳卒中対策も様変わりした。働き盛り世代の脳出血による死

亡者を減らす方策から高齢者の痴呆・寝たきりを減ずる“量”から“質”への転換である。県単位で始めた痴呆・寝たきり予防集会は、3ブロックでの開催、12ヶ所での開催（8保健所・4支所）、さらには回数も1ヶ所当たり年2回と増えていった。つまり県全体では年間24回開催されるビッグな事業活動になったのである。この企画運営にも企画系の力量がいかに発揮され、講演やシンポジウムにとどまらず寸劇や朗読、語り部など各地域で工夫を凝らした取組がなされた。もうひとつ特筆されるのは、保健所と福祉事務所が連携協力して取り組んだことで、これが後に保健所と福祉事務所の統合へと発展していった。

健康づくりの面でも活発な公衆衛生活動が行われた。各保健所・支所単位に国の第2次健康づくり運動である「アクティブ80ヘルスプラン」に基づいた“健康づくり学級”に取り組んだ。これは、栄養・運動・休養の3本柱の中で特に運動を主体にしたモデル的な健康づくり活動であったが、同時に保健師や栄養士を健康運動指導士・健康運動実践者として育成するものであった。この“健康づくり学級”は発展的に解消し、市町村に受け継がれていったが、そのスピリットは第3次健康づくり運動である“健康日本21計画”地域計画づくりに活かされている。

母子保健の面でも“量”から“質”への転換が図られた。人海戦術的な妊産婦死亡や乳幼児死亡を減らすための公衆衛生活動も、高度成長社会から成熟社会へと進むにつれ、少子化社会に対応した活動になってきた。秋田県では出会いから結婚・出産・育児までを包括した施策を打ち出したが、保健所では出産・育児を支援する“フレッシュ・パパママ啓発事業”に取り組んだ。このような実践活動を通じた経験は、“健やか秋田21計画”や“新あきた21子どもプラン（エンゼルプラン）”の策定に大きく寄与していった。

食品衛生面では新しい課題も出てきた。ペロ毒素をもつ病原性大腸菌0157等による食中毒は、感染力が強く、感染症法の中で第3類感染症として位置づけられた。食品衛生分野は長らく第2世代の公衆衛生活動に留まっていたが、HACCPマニュアルの作成や食品安全の推進と相まって、今後は大きな飛躍が期待される。環境衛生分野では、廃棄物対策が大きな課題になってきた。ごみの減量化を図るための方策が急務となり、保健所単位に民間団体と協力した“ごみゼロ推進会議”が設置された。今後この分野を充実するためにも企画力の発揮が問われるところである。

第三世代はスクラップ・アンド・ビルドの時代でもある。地域保健法の成立により、全国的には保健所の強化・広域化・専門化が図られた。また、地方分権の推進を目指し、地方自治法の改正による“中核市制度”が発足した。秋田県では平成9年に秋田市が中核市に移行し、秋田市保健所が成立した。全国的に保健所数が減少する中で、秋田県は保健所数が増加した希有な県でもある。平成10年には、秋田保健所は秋田中央保健所と名称変更し、昭和町に移転した。平成12年には県の保健所と福祉事務所が統合して8つの健康福祉センターが発足した。さらには平成15年に秋田県の第二次行政改革により、地域振興局制がスタートしたが、健康福祉センターは福祉環境部として地域振興局に組み込まれることになった。公衆衛生活動のひとつに検診活動がある。秋田県では、医師会はじめ各種検診機関の活動が活発で、結核検診についても全国に先じて民間団体の取組が早かった。保健所で行っていた管理検診や定期外検診は次第に外部への委託がなされ、就職・進学の診断書発行を主目的とした検診（一般クリニック）も平成4年で廃止になった。レントゲン診断装置も使われなくなり、平成8年度にはすべての保健所から撤去された。こうして第一世代の主役であった検診業務

も大きく様変わりした。

#### 4. 宇宙を駆け巡る保健所の公衆衛生活動

第四世代の公衆衛生活動は、評価と情報発信の時代である。多少の凹凸はあるものの、大きくは“現状を把握する”、“課題を抽出する”、“対策を樹立する”という段階的に歩んできた保健所の公衆衛生活動もまとめの成熟した段階に入った。しかし、この段階の活動は果てしない広がりを見せ、いつ終わることもない永遠に続く歩みでもある。このような無限に続く保健所の公衆衛生活動が歩むべき道について思いをめぐらしてみたい。

第三世代の後半から、保健所の公衆衛生活動に欠かせない存在となったのがパソコンの普及である。業務面での使用はもちろん、情報の収集・整理・活用から健康講話に至るまでパソコンを使用しない日はない。このように便利な手段を縦横無尽に使わない手はない。第三世代の頃から“公衆衛生診断”（「地区診断」）という手法が取られ、地域としての健康度の把握がなされてきた。最近ではよりダイナミックに“地域健康度診断”という手法に変わってきたが、このような公衆衛生活動も、“包括的”、“広域的”、“継続的”に取り組んでこそ大きな意義がある。第一世代、第二世代、第三世代に取り組まれた公衆衛生活動は、それぞれの時代を反映した重要な活動であったが、十分な評価もなされないまま、消化しきれないで終わったものもある。また、保健所に所属する公衆衛生活動従事者も、行政の倣いとして一定のサイクルで転勤するが、自らが行ってきた公衆衛生活動が他者に引き継がれないまま放置されている例もある。より具体的に言えば、一度大がかりに管内の公衆衛生診断を行い、その後のフォローのために結核・感染症、精神保健、母子保健、

成人保健に関わる健康指標を毎年蓄積していくことを申し合わせたはずだが、1年で尻切れトンボになってしまっていた。公衆衛生活動の原点である絶対的な健康指標を大事にするという共通認識が欠如していたのである。数字を蓄積しておけば、後で加工は如何様にもなる。

そのような公衆衛生スピリットを換気する意味でも、秋田県公衆衛生学会の発足は大きな意義があると言える。評価が十分でなかったと言える事例に、「脳卒中事後対策強化事業」や「痴呆寝たきり予防地区集会」があるのではないか。確かに行政の事業として10年にも及ぶとマンネリ化は生じるが、公衆衛生活動として40年以上に渡り行われている事例もある。減塩活動ひとつ取ってみても、“健康秋田21計画”の中で改めて減塩の必要性が数値目標として盛り込まれている。

保健所のホームページはできた。しかし、これはようやく公衆衛生活動の情報発信基地ができたということである。ここから各種の保健情報を積載したアドバルーンをタイムリーに飛ばさないと、この情報基地も錆び付いてしまう。第四世代の公衆衛生活動は、ただ情報を発信するだけではなく、いかに収集して新たな情報発信に結びつけるかである。

以上、各世代ごとに保健所の公衆衛生活動について述べてきたが、私にはひとつの夢がある。それは、今までの保健所の公衆衛生活動を集積した“図書館”の創設である。しかし、大きな設備とスタッフを要する施設は今の時代にそぐわない。これからの時代には膨大な情報をコンパクトにまとめた“電子図書館”がふさわしい。秋田県公衆衛生学会の担うべき役割のひとつにこのような構想の具現も期待したい。

## 公衆衛生における公と私 —21世紀の公衆衛生におけるパブリックの意味と 倫理的側面に関する考察—

本 橋 豊

秋田大学医学部教授

社会環境医学講座健康増進医学分野(公衆衛生学)

### 1. 制度の中での健康現象を扱う学問としての公衆衛生学

医学部の学生が社会医学の勉強を始めたときに感じる素朴な疑問のひとつに、公衆衛生学と衛生学はどう違うのか、というものがある。衛生学は個人の健康を取り扱う学問、公衆衛生学は集団の健康を取り扱う学問であると説明する公衆衛生学者は多い。また、衛生学と公衆衛生学は同じ学問で、両者を区別する意味はないという学者もいる。果たして、どちらが当を得ているのだろうか。

公衆衛生学と衛生学を区別する別の視点としては、衛生学は自然科学的実験法に依拠する学問であるのに対して、公衆衛生学は疫学や社会調査に依拠するという方法論の違いであるという意見がある。それぞれの学会誌の掲載論文の内容を見ると確かにそのとおりかもしれないと思わせる説得力がある。この視点をさらに深めて考えると次のようなことが言えるような気がする。すなわち、公衆衛生学は健康現象を社会環境としての制度の中での存在と行為として捉える。一方、衛生学は健康現象を自然環境の中での存在と行為として捉える。両者の違いは倫理的価値言語がその研究に入り込む余地の大きさの違いと考えるのではないか？ 公衆衛生学はPublic Healthの訳語であるが、パブリックの意味は何なのかということを考えてみることは、公衆衛生学の本質を捉えることにつながるような気がする。

コレラやペストのような急性感染症が社会的問題になるような時代の公衆衛生の「公」は国家(政府)であり地方自治体と考えて大きな間違いはない。SARSの流行における騒動を顧みると、現代でもこのような公衆衛生の重要性は変わらないし、その

ような意味での「公」は続いているのである。一方、自殺予防の公衆衛生活動における「公」は国や地方自治体であると考えるのはどうもしっくりしない。この場合のパブリックは「公」というより「公共」と考えた方が良いように思われる。公共の意味はローマ共和制の *res publica* (公共のもの) に近い。国は市民(国民)が生活する公共スペースを提供するための装置と考え、そのために制度や公共資源を整備するということである。

公衆衛生学におけるパブリックの意味を考えるために、ここでSARSの流行における公衆衛生的対応をもう少し考えてみよう。SARSの病原体はもともと自然環境の中に存在し、何かの事情により人間社会の中に入り込んできて、SARS流行という疫学現象(社会環境の中での健康現象)をもたらす。これに対応するためには、まずSARSの病原体と感染経路を追求することになるだろう。このプロセスでの対応は衛生的であり、倫理的価値言語は入らない。その後、疫学的研究により病原体と感染経路が明らかにされるとともに、感染の流行が進展するために寄与した社会的諸要因(例えば、慣習としての食文化のあり方、感染者の社会的接触を広げる交通網や検疫体制等の社会組織、強制隔離等の法制度の仕組みなど)も示される。このプロセスでは原因の究明というよりは、社会化した問題群を解決するための思考のフレームワークを構成するということである。社会の諸制度が順調に機能している場合には、問題群の拡散は止められ、社会全体としての不利益は抑えられることになるだろう。(ここで言う社会の諸制度とは、医療制度や福祉制度といった狭義の制度ではなく、制度とそれを取り巻く健康決定要因としての社会的諸要因の総体

を含むものとする)このようなプロセスは公衆衛生学的な対応であり、倫理的価値言語が入ってくる。倫理的価値言語とは「正」あるいは「正義」のことである。どのような人を強制的に隔離したら良いのか、その人の医療費は国が払うのか、収容施設をどこに置くかといった問題を解決するためには「正」の基準を設けて判断することが必要となる。ただし、ここで言う公衆衛生学的対応とは行政の対応ということだけではない。社会的諸要因が健康阻害要因としてどのように作用しているのかを明らかにする学術的研究、それにもとづく健康政策への提言等の寄与は学者が行うべき対応である。それでは社会の諸制度が順調に機能しない場合にはどうなるのであろうか。順調に機能しない理由として、社会の諸制度が現状に適合せず効率的な運用ができなくなる場合、社会の諸制度に公正さがなくなる場合などが考えられるであろう。前者は伝染病予防法が存続し AIDS などの新興・再興感染症に対応できなくなった 1980 年代が想起される。後者はらい病予防法のために長年にわたって社会復帰を妨げられてきたらい病入所患者の事例が想起される。二次予防中心のがん検診の有効性が科学的根拠という観点から見直された事例も後者に含まれると思われる(効果の確認しにくい検診に多額の公金を支出していたという点)。

社会の諸制度が機能しているかどうかは効率性の問題ではなく、実は公正の問題である。

すなわち、倫理学の体系では、制度の基本的価値言語は「正」であり、操作的価値言語は正義であり、究極目的は権利である<sup>1)</sup>。公衆衛生学で想定されている権利は「生存権」であり「健康権」である<sup>2)</sup>。生存権は社会保障の最低限を規定するセーフティネットとして基本的権利であり、健康権は幸福追求権としての拡張された基本的権利である。SARS などの重篤な結果をもたらす新興感染症では患者の強制的隔離が必要となるが、個人の基本的権利の制限が公共の利益と合致することがその根拠となる。このように、公共の利益と個人の権利の制限がバランスするかどうかは時代によっても変化する。らい病予防法における患者の収容がかつては社会的制度として許容されていたが、現在時点では許容されないのがそ

の例である。

喫煙問題における禁煙の強制は個人の喫煙の権利を侵害すると思われるが、健康増進法が施行された現在ではそのような主張が色あせてきた。これも時代により、公益と私益のバランスが変わってきた例である。「趣味嗜好については争うを得ず (De gustibus non est disputandum)」と言われるが、どこまでが私的问题でどこからが公共の問題かを決定するのは「正」の基準であるとされる<sup>1)</sup>。喫煙問題について言えば、ここ数年のうちにこの基準が非喫煙者側にシフトしつつあるということである。ここで問題となった正義の基準の変移は、喫煙による健康影響が小さいものではないことが生物学的にも疫学的にも実証されたこと、世界的な禁煙の社会的規制の強化が関与しているものと考えられる。「正」の基準はこのように変化するものであり、それに伴い制度が変化していく。

ヘルスプロモーションという考え方が 1980 年代になって現れた。結局のところ、ヘルスプロモーションとは、古典的な公衆衛生が国家(公) — 国民(私)という秩序の中で健康保護をはかる制度的基盤であるのに対して、Public Health に新しい「公」の意味を見いだそうとする試みなのではないかと思うのである。新しい意味とは、活動の主体が国(政府)だけではなく、様々な活動主体が公共スペースにおける健康問題にかかわりうるということである。図 1 には 20 世紀の古典的な公衆衛生学における公と私の関係を模式的に示した。一方、図 2 には 21 世紀の新しい公衆衛生学(New Public Health)における公と私の関係を模式的に示した。エンパワメント(empowerment)やアドボカシー(advocacy)やイネイブリング(enabling、授権)といった福祉関係に親和性のあるキーワードが公衆衛生に導入されたのは、このような文脈で理解すると一層わかりやすい。参加(participation)や連携(partnership)という用語も新たな「公共スペース」を作り出すためのキーワードである。公と私の間に中間集団として、NGO、NPO、地域のグループが存在し、「公共」の役割を果たす。res publica を再構築しようとする試み、それが新しい公衆衛生学・ヘルスプロモーションの本質であるように思うのである。

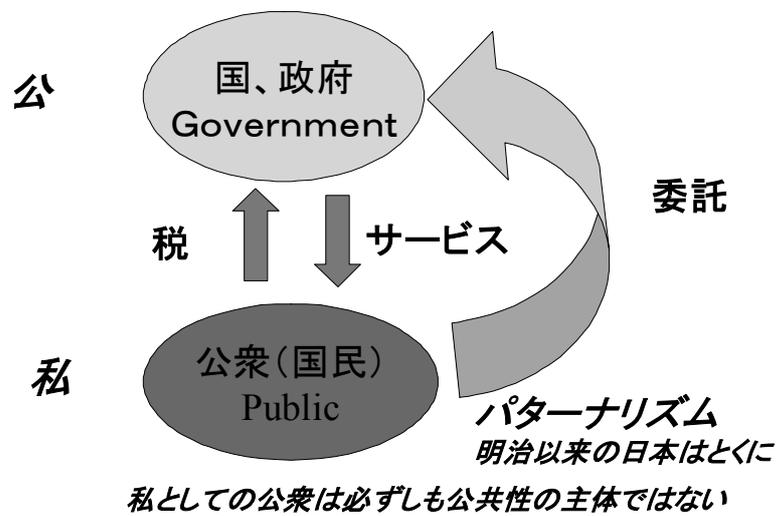


図1 20世紀の公衆衛生学における公と私

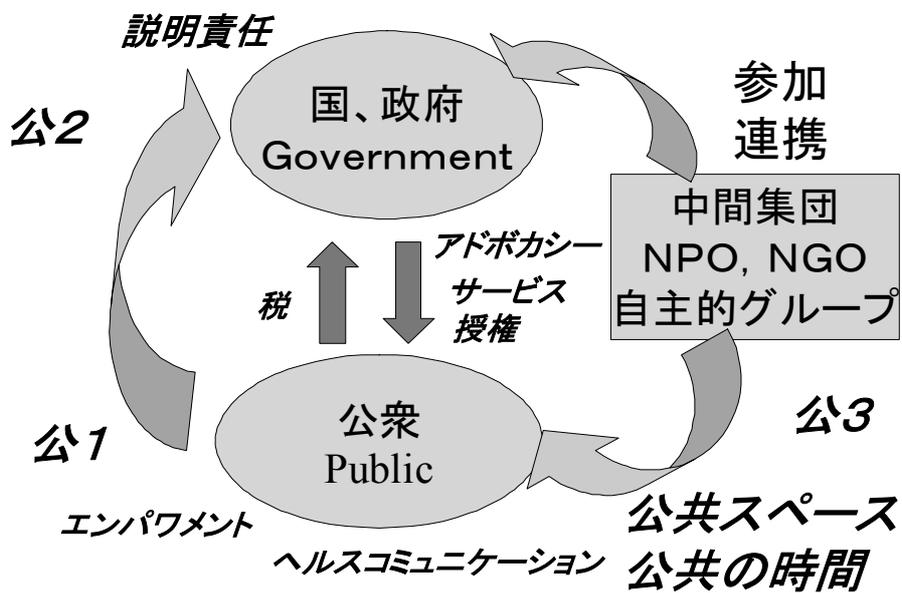


図2 21世紀の公衆衛生学(New Public Health)における公と私

## 2. 自殺予防をめぐる公衆衛生学の倫理的側面

「自殺をするのは個人の自由であり、それに公的部門が干渉するのはおかしい」という議論がある。倫理学において、他人に危害・迷惑をかけない限りは大人が自分で自分のことを判断し決定することに他人があれこれと言うべきではないという原則がある<sup>3)</sup>。このような考え方を他者危害の原則というが、上記の議論はまさしくこれに該当する。このような考え方はJ S・ミルの「自由論」に代表される個人主義的な自由主義の立場である。また、これは生命倫理学で中心に置かれてきた自己決定権の考え方である<sup>3)</sup>。他者危害原則に従えば、自殺予防はすべきではないということになるだろう。実は、この議論は公の健康を扱う公衆衛生の他の問題にも及ぶものであることを認識する必要がある。生活習慣病予防の多くは、個人のライフスタイルの変容を促すために、社会的にどのような対策をとるかということである。自殺の場合には、その行為がただちに死という重大な結果に至るため、議論の緊急性が高いとも認識されるであろう。

ここでは議論を公衆衛生の立場からみた自殺予防に限り、その倫理的側面を考察したい。まず、公衆衛生の立場から行われている自殺予防ではすべての自殺を無くそうとしているのではないことに注意を払うべきである。すべての自殺をなくしたいというのは理想だろうが、それは難しいという基本認識がある。自殺する個人の内面の諸問題のすべては医学的問題ではないし、考えられるすべての諸問題に公衆衛生あるいは公的部門がかかわることはあり得ないだろう。われわれは、自殺をした人の悩みの原因ということを考えて、その悩みをどうか解決して自殺を予防したいという志向性をもっている。しかし、公衆衛生による自殺予防では、ひとまずこのような個人の内面に渦巻く原因結果の因果の連鎖を忘れ

ることから始めてみようとするのである。それはどういうことかと言うと、自殺に導く個人の内面の諸問題がどのようなものであれ、自殺する直前の多くの人が精神医学的にうつ病の状態に陥っているという医学的事実を自殺予防の出発点にしようとするのである<sup>4)</sup>。ある意味ではきわめて視野の狭い視点から、自殺予防を始めようとするのである。このような予防の方法論を「自殺予防の医学モデル」と呼ぶことができるだろう。これまでの医学的研究から、自殺直前の人の精神状態が精神医学的に治療の対象となる病態であることが明らかにされている。うつ病は最も多い自殺者の病態であって、うつ病の引き金となった個人的事情がいかなるものであれ（経済的問題、病氣、恋愛問題など）、医学的に見るとほぼ同一の病態像が観察されるのである。もし、うつ病が治療不可能な病氣であれば、うつ病であるとわかっていても治療の手だてはないが、幸いなことに、現代医学ではうつ病は治療可能な病氣である。うつ病に罹っているのであれば、治療をしてあげれば良いというのが、予防の基本的戦略となる。

すべての自殺にうつ病をはじめとする精神疾患が関与しているわけではない。しかし、多くの自殺者が実はうつ病をはじめとする精神疾患に罹患しており、治療可能であるとしたらどうしたら良いのか？病氣の治療には本人の同意が必要である。自分が病氣であるとわかっていれば、ほとんどの人は治療に同意してくれるだろう。本人に説明をして同意が得られれば、医療機関で適切な治療を受け、結果として自殺願望から脱することができる。このように、医学モデルを適用することで、自殺予防が可能になると考えられる。

しかし、本人が病氣であっても治療は望まない、あるいは拒否するという場合にはどうしたら良いのか。そのような場合に治療を本人に強制することはできないであろう。その人の自己決定権を尊重するという

考えからすれば、医学的な自殺予防モデルの側にその人を引き寄せることはできないこともある。

このような「自殺予防の医学モデル」が意味するもう一つの重要な視点は、自殺は予防可能なもの、あるいは避けることができる死 (avoidable death) ということである。「避けることができる死」と捉えることで、自殺予防を社会的努力として行うことが妥当なものとなる。避けることができる死を個人が自らの力で防げないのならば、社会的努力でこれを防ぐ努力をしようということになるのである。避けられる死が、何らかの理由によって個人が避けられない状況に置かれるとしたら、その避けられないと個人が感じる状況を社会の努力で改善することはできないのか。ここに、公衆衛生の立場から自殺予防を行う理由を見いだすことができようになると考えるのである。近年、問題となっている過労自殺は社会的要因 (過重労働、職場のストレス等) の関与が大きく、社会的努力で予防しなければならぬ自殺の例である。

死ぬという選択をすることは、その人にとって正しくないことと決めつけることはできない。一般的には健康に生きること、幸福に生きるとは、個人にとって善いこと (内在的善) とされる。WHOの健康の定義にある well-being という用語はこのような内在的善を包括的にあらわす言葉である。公衆衛生や医学に携わるものは、このような内在的善を肯定した上で、集団あるいは個人よりも良き健康を目指して努力をするのである。しかし、well-being は善ではあっても正であると言い切ることができないのである。なぜなら、正とは、すでに述べたように、本質的には社会全体の制度のあり方 (法律、道徳、慣習、社会組織) にかかわるものであるとされているからである。実際のところ、現代日本において、個人の自由と自己決定権は医療者の生命救済行為を優越するものであるという司法判

断が示されている (輸血拒否をめぐるエホバの証人の裁判の東京高裁判決)<sup>5)</sup>。その判決は次のように言っている。「人が信念に基づいて生命を賭してでも守るべき価値を認め、その信念に従って行動することは、それが他者の権利や公共的利益ないし秩序を侵害しない限り、違法となるものではなく、他の者がこの行動を是認してこれに関与することも、同様の限定条件のもとで、違法となるものではない。」この判決はJ・S・ミルの「自由論」で示されたりベラリズムに基づく判決であると言える。この判決を肯定的に見るか、否定的に見るかについては個人的には意見があろうが、少なくとも社会制度としての司法判断はそのようなものであり、尊重されるべきである。従って、何が何でも自殺予防を行うことが正しいと公衆衛生関係者が考えることはない。公衆衛生が自殺予防においてすべきことは、強制的にうつ病を発見したり治療したりすることでないことは明らかである。自殺という行為を行う可能性があるハイリスク者を早期に見つけ出し、治療に結びつけるという努力は必要であるが、あくまでも本人の同意と自己決定権の尊重が必要なのである。

公衆衛生活動は生活習慣病予防の時代に入り、感染症予防時代のような国家が強制的に患者を隔離するというような強権的手法を用いることができなくなった。健康教育と個人の生活改善指導という、個人主義的アプローチがもっぱら使われるようになった。公的部門の役割は健康教育に必要な情報の提供、健康教育の手法の開発などに移っていくように思われた。個人主義的自由主義にもとづく公衆衛生学、あるいは public (公共性) が後退した公衆衛生学へと変質していった。1980年代に大きな流れとなった新しい公衆衛生 (New Public Health) あるいはヘルスプロモーションはこのような公衆衛生学の変質に対する一種のプロテストであり、それは個人主義的自

由主義にもとづく公衆衛生を再考しようとする運動でもあった<sup>6)</sup>。別の言い方をすれば、個人の自己決定 (self-decision) だけでなく公共選択 (public choice) を公衆衛生の中に再度位置づけようとする動きであった。

自殺予防に関する公衆衛生政策論は、このような動きにまさにフィットするテーマであるように思われる。すなわち、個人の自己決定を尊重しながら、公衆衛生学的アプローチで個人を支援するという枠組みを構築するにはふさわしい課題である。個人の自己決定を尊重する方法はさまざまなものがありうるだろうが、いずれにせよ、そのために公衆衛生学的な自殺予防対策の効率が低下するのはやむを得ない。地域全体でうつ病のハイリスク者のスクリーニングを行い、ハイリスク者をピックアップして医療につなげるのは効率的な対策である。

(対象者数やこれにかかわる費用の問題はとりあえず考えない) このようなスクリーニングを行うためには名前と住所を記入してもらうことが望ましいが、個人のプライバシーにかかわる情報であるため、本人の確実な同意が必要である。実際にはうつ病のスクリーニングを対象者全員に行おうとしても、調査拒否や非協力という住民が出てくる。そして、実は調査拒否や非協力者の中にうつ病のハイリスク者が存在する可能性は否定できない。しかし、それらの者は以後の対策の対象者にはならない。このような問題は対策を行う上での不可避なものであり、現実に行う対策に万全なものなどないのである。我々は限定された効率という制約下の中で公衆衛生活動を行うのである。

### 3. 健康増進政策における公正の視点—

#### ロールズの正義論における格差原理からの考察

健康日本21では、健康における公正の視点は明確でない。しかし、諸外国の健康

増進政策において、公正の視点は明確である<sup>6)</sup>。日本においては、健康増進対策は生活習慣病対策が中心であり、あくまでも個人のライフスタイルの自己決定を前提として計画が策定されている。個人主義的自由主義の中での自己決定が重視され、公の役割は健康教育、情報提供に限定されている。これに対して、イギリス、アメリカ、北欧の健康増進政策においては、健康における公正の視点は明確である。この背景には、公正としての正義として知られる格差原理の存在が意識されているものと思われる。格差原理とは、20世紀後半の政治哲学におけるきわめて重要な著書であるロールズの「正義論」において示されている<sup>1)、5)、7)</sup>。ロールズの正義論における正義の二原理として示されているのは次の二つである。

第一原理：各人は基本的自由に対する平等の権利を持つべきである。その基本的自由は、他の人びとの同様な自由と両立しうる限りにおいて、最大限広範囲にわたる自由でなければならない。

第二原理：社会的・経済的不平等は、次の二条件を満たすものでなければならない。

- (1) それらの不平等が最も不遇な立場にある人の期待便益を最大化すること
- (2) 公正な機会の均等という条件のもとで、すべての人に開かれている職務や地位に附随するものでしかないこと。

第二原理が民主的平等と格差原理と呼ばれるものである。福祉国家 (welfare state) においては、社会保障制度を整備する倫理的な根拠となるものである。

ロールズの正義論は、自由主義的個人主義の理論となるJ S・ミルの功利主義を批判し、これに対抗するためにルソーの社会

契約論を再構築し、正義にかなった秩序ある民主的社会の実現を追求する倫理的立場であるとされる。ロールズの正義論は1960年代以降のアメリカの民主党政権の社会政策を推進する理論的支柱となったことは有名であり、例えば、差別撤廃のためのアフーマティブ・アクション（教育の機会均等としての大学入学者選抜におけるマイノリティーの有利な条件設定等）へと結びついている<sup>5)</sup>。

アメリカのHealthy People 2010、イギリスのOur Healthier Nation、WHOヨーロッパ地域事務局のHealth 21などの目標設定型健康増進政策において、基本的な理念として掲げられているのは、健康長寿の延長と健康上の格差の減少である<sup>6)</sup>。健康上の格差の減少という理念は、実はロールズの第二原理を踏まえて掲げられているものと考えられる。すなわち、欧米の健康増進政策の基本にはライフスタイルの自己決定というミルの個人主義的自由主義だけでなく、ロールズの正義論にもとづく健康上の公正と考え方が組み込まれているとみるべきである。各国の抱える健康上の課題は一樣ではないが、健康上の公正という考え方は健康政策上無視しえない理念といえることができるだろう。

アメリカのHealthy People 2000が共和党のブッシュ政権時代に策定されたにもかかわらず、格差原理を明確にしている点は注目されなければならない、本来は民主党的なりべラリズムの立場である「公正としての正義」が、健康増進政策において、共和党政権でも継承されているとみることができるのである。

市場主義的な目標管理手法を導入した目標設定型健康増進政策において、社会政策的な理念が組み込まれていることは興味深い。理念にはりべラるな要素を取り入れつつ、政策評価手法には効率優先の市場原理的手法を採用したのが、21世紀型の健康増進政策であるといえることができるだろう。

死亡率の地域格差は、気候学的要因、社会経済文化的要因、遺伝的要因で説明することができるが、これらは健康決定要因の地域格差と要約することができる。社会的努力で改善することが可能な社会経済文化的要因による格差は社会における公正の問題として捉えることができるだろう。どのような健康課題が公正の問題として捉えられるかは、個別に判断することが必要である。しかし、いくつかの問題群が公正の視点で捉えられ、社会的支援の必要性を求められることになる。

#### 4. 終わりに

本稿では公衆衛生の倫理的側面について、自殺予防および健康増進政策という面から考察した。公衆衛生における倫理は、疫学研究における個人のプライバシーや感染症対策や精神保健対策における国家の強制的措置の是非といった観点から従来から論じられてきたが、新たな論点をここでは提供した。ヘルスプロモーションにおける倫理的問題について、なぜ個人的問題と思われる健康課題の解決において社会的支援を強調するのかという問題設定からアプローチした。

#### <参考文献>

- (1) 塩野谷祐一. 経済と倫理 福祉国家の哲学. 東京: 東京大学出版会, 2003.
- (2) 本橋 豊. ヘルスプロモーションの理念形成における健康権の意義に関する研究. 明治生命厚生事業団第7回健康文化研究助成論文集 2001: 132-140.
- (3) 加藤尚武. 脳死・クローン・遺伝子治療—バイオエシックスの練習問題 (PHP 新書). 東京: PHP 研究所, 1999.
- (4) 本橋 豊. 公衆衛生と自殺. 公衆衛

- 生 2003;67(9):659-63.
- (5) 土屋恵一郎. 正義論/自由論 寛容の時代へ(岩波現代文庫). 東京: 岩波書店, 2002.
- (6) 本橋 豊、金子善博. 目標設定型健康増進政策の国際比較—発展経過と現状—. 日本衛生学雑誌 2002; 57(2):498-504.
- (7) 川本隆史. ロールズ 正義の原理(現代思想の冒険者達 23). 東京: 講談社, 1997.
-

## 「SARS の流行と健康危機管理」

岡部 信彦

国立感染症研究所感染症情報センター長

### 御略歴

昭和 46 年 東京慈恵会医科大学卒業。同大学小児科で研修後、帝京大学  
小児科助手、その後慈恵医大小児科助手。  
神奈川県立厚木病院、都立北療育園小児科など勤務

昭和 53-55 年 米国テネシー州バンダービルト大学小児科感染症研究室  
研究員。

帰国後、国立小児病院感染科医員、  
神奈川県衛生看護専門学校附属病院小児科部長。

平成 3 年-平成 7 年 世界保健機関 (WHO) 西太平洋地域事務局 (フィリピン・マニラ市)  
伝染性疾患予防対策課課長。

平成 7 年 慈恵医大小児科助教授 (第三病院)。

平成 9 年 国立感染症研究所感染症情報センター・室長

平成 12 年 現職 (同上感染症情報センター長)

第1回秋田県公衆衛生学会  
平成15年度秋田県地域保健研究会

SARSの流行と健康危機管理

国立感染症研究所感染症情報センター  
岡部信彦  
平成15年10月9日

1

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指針)

2

## 感染症に関する最近の大きな事例

- 1996 O157食中毒
- 1997 感染症情報センター発足  
手足口病・急性脳炎(マレーシア)  
トリ型インフルエンザ(香港)
- 1998 ニパウイルス感染症(マレーシア)・  
インフルエンザ流行・インフルエンザ脳炎・  
毒物混入カレー事件
- 1999 インフルエンザ総合対策・東海村臨界事故
- 2000 ポリオワクチン一時中止・セラチア院内感染  
Y社乳製品食中毒
- 2001 炭疽・BSE
- 2002 ウエストナイル熱・天然痘?
- 2003 SARS

3

## WHOの変化

- 従来
  - 保健衛生向上のための中・長期プラン策定
  - 途上国援助
- 変化
  - 不測事態への対応と備え

**Communicable Disease Surveillance and Response: CSR**

4

# 地域における健康危機管理について ～地域健康危機管理ガイドライン～ (平成13年3月)

地域における健康危機管理のあり方検討会  
委員長:近藤健文慶應大学教授

5

## ○ 各論

### 1. 平常時の備え

- (1) 法令等に基づく監視等の事前管理の  
充実
- (2) 地域に特徴的な健康被害の発のおそれ  
の把握
- (3) 手引書の整備と実効性の確保
- (4) 非常時に備えた体制整備
- (5) 知見の集積(危機情報の収集)
- (6) 模範的健康危機管理の体験

6

○ 各 論

2. 健康危機発生時の対応

(1) 対応体制の確定

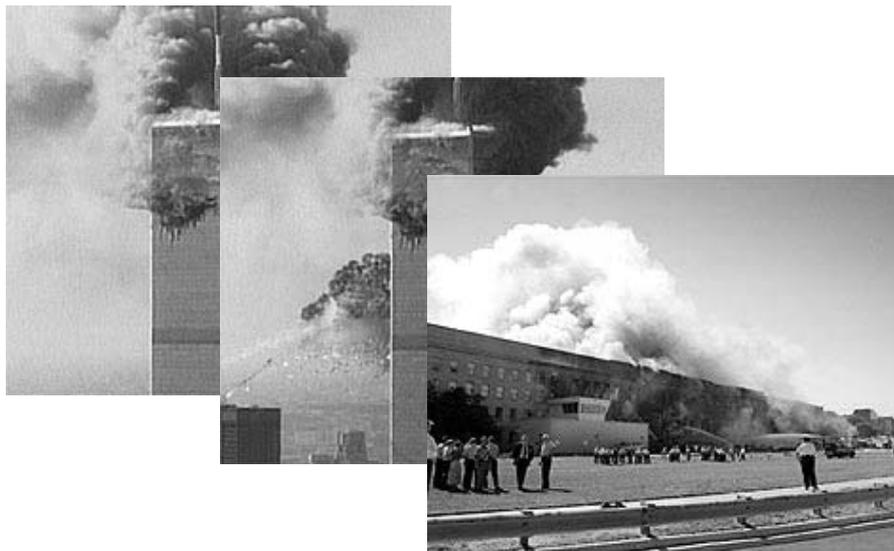
(2) 法令等に基づく対応

(3) 情報管理

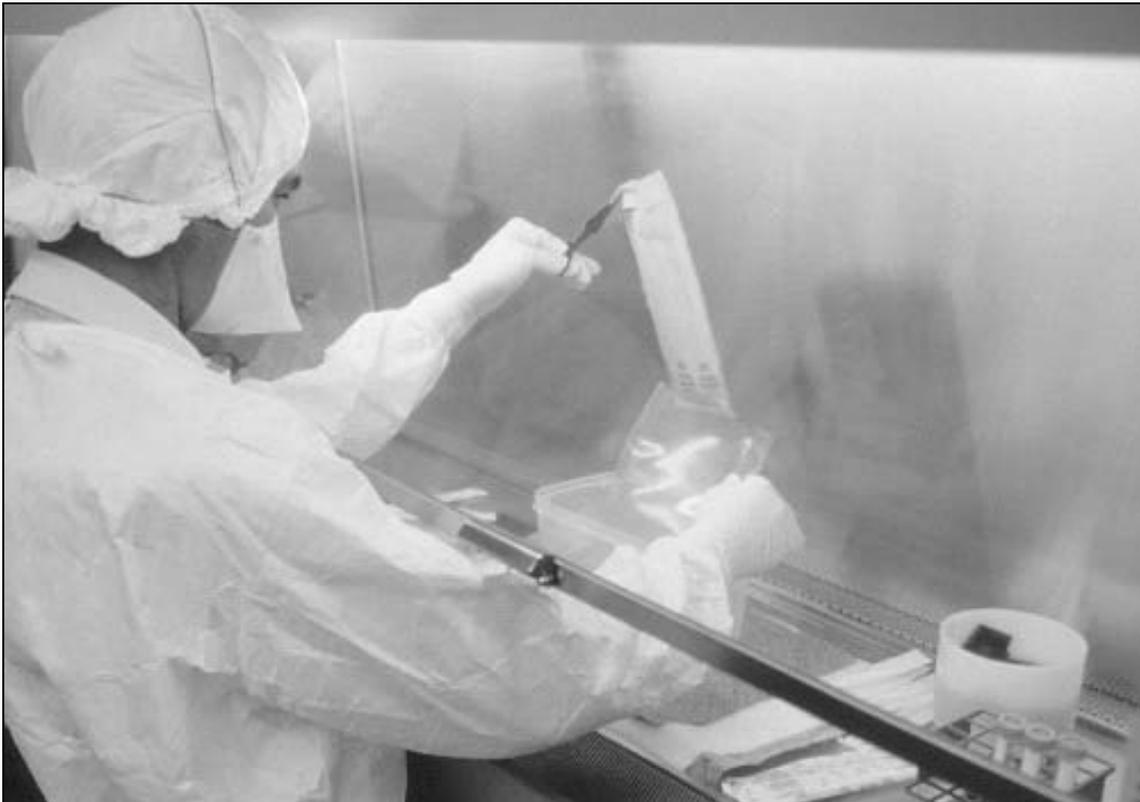
(4) 被害者、家族及びその他の地域  
住民への対応

7

2001年9月11日米国同時多発テロ



8



<http://www.health.state.ny.us/nysdoh>

## 2002年ワールドカップにおける 感染症対策の必要性

- 短期間の人口集中
- 世界中からの選手、観客の来日
- 世界中からの注目度



- 一般感染症のアウトブレイク
- 輸入感染症の多発
- 輸入感染症によるアウトブレイク
- バイオテロリズム

10



2002年ワールドカップサッカー期間中の  
症候群サーベイランス  
および既存サーベイランスシステムの強化

11

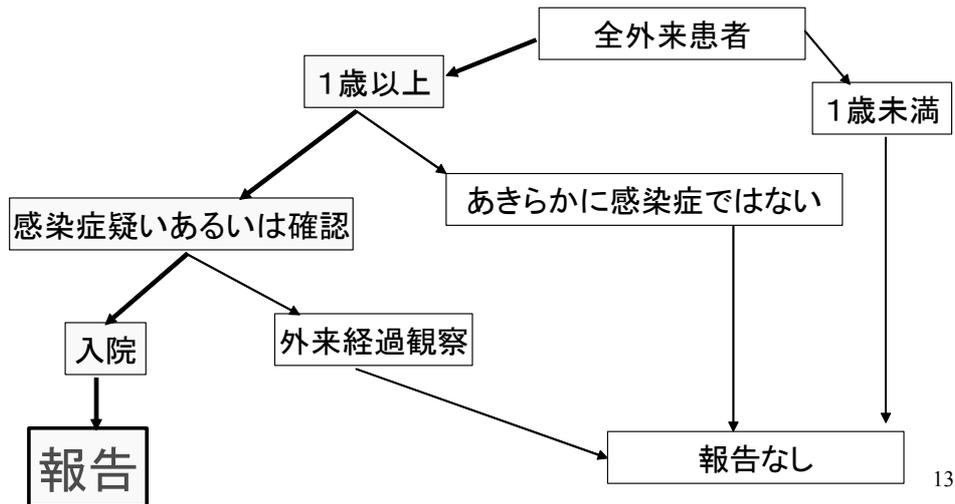
## 報告基準(2) 5つの症候群

1. 急性皮膚/粘膜/出血症候群
  - ・ 皮膚、粘膜症状(発疹、潰瘍など)、あるいは出血症状(紫斑、鼻出血、消化管出血など)
  - 皮膚炭疽、天然痘、出血熱(エボラなど)、マラリア、麻疹、水痘、手足口病など
2. 急性呼吸器症候群
  - ・ 咳、痰、咽頭痛、呼吸困難など呼吸器症状
  - 肺炭疽、肺ペスト、レジオネラ症、溶連菌感染症、肺炎球菌感染症など
3. 急性胃腸症候群
  - ・ 下痢、嘔吐、腹痛など消化器症状
  - 食中毒、コレラ、赤痢、クリプトスポリジウム症など
4. 急性神経症候群
  - ・ 意識障害、麻痺、けいれん、髄膜刺激症状など
  - 髄膜炎菌性髄膜炎、ポツリヌス、脳炎など
5. 急性非特異症候群
  - ・ 発熱があり、頭痛、筋肉痛、全身倦怠感、肝脾腫、リンパ節腫大、肝機能障害、黄疸などがあるが、上記のいずれにも分類できないもの
  - 出血熱や天然痘の初期、デング、マラリア、腺ペスト、黄熱、インフルエンザなど<sub>2</sub>

## 報告基準(1)

24時間全入院患者のうち:

- ・ 感染症が確認されたか、疑われる症例
- ・ 明らかな外傷、心臓血管疾患、脳血管疾患など非感染症を除く
- ・ 1歳未満の患者を除く



13

## 結果

優勝: ブラジル

日本: ベスト16

韓国: ベスト4

14

## 結果

優勝:ブラジル

日本:ベスト16

韓国:ベスト4

WCに関連したと思われる感染症の異常発生、  
流行は、日韓において認められなかった

「何もなかった」

15

## 謎の肺炎SARS！

- 誰がかかる？自分もかかる？
- 町の中でいつのまにかうつる？
- インフルエンザのように拡がる？
- 皆かかってしまう？
- かかると死んでしまう？
- どうやってうつる？
- 治療は？予防する方法は？
- 不安、心配、不安、心配…………… →パニック

16

原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)  
報告基準  
-症候群サーベイランス-

対象:全国医療機関

疑い例:38度以上の急な発熱

咳、呼吸困難などの呼吸器症状  
かつ

発生地域へ旅行

SARS患者への密な接触があった

可能性例:疑い例プラス

胸部レントゲンで肺炎、  
またはARDSの剖検所見

17

原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)  
報告基準  
-症候群サーベイランス-

除外規定(削除ではない)

1. 他の診断によって病状が説明できるもの
2. 標準の抗生剤治療等で、  
3日以内に症状の改善を見るもの  
(細菌性感染等抗生剤反応性疾患の可能性が高い)

18

## 原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)

### 報告基準

#### -症候群サーベイランス-

対象: 全国医療機関

疑い例: 38度以上の急な発熱

咳、呼吸困難などの呼吸器症状  
かつ

発生地域へ旅行

SARS患者への密な接触があった

可能性例: 疑い例プラス

胸部レントゲンで肺炎、

またはARDSの剖検所見

疑い例+SARSコロナウイルスの検査陽性

19

## 我が国における 「重症急性呼吸器症候群(SARS)」報告状況

疑い例      総計 52 例

可能性例    総計 16 例

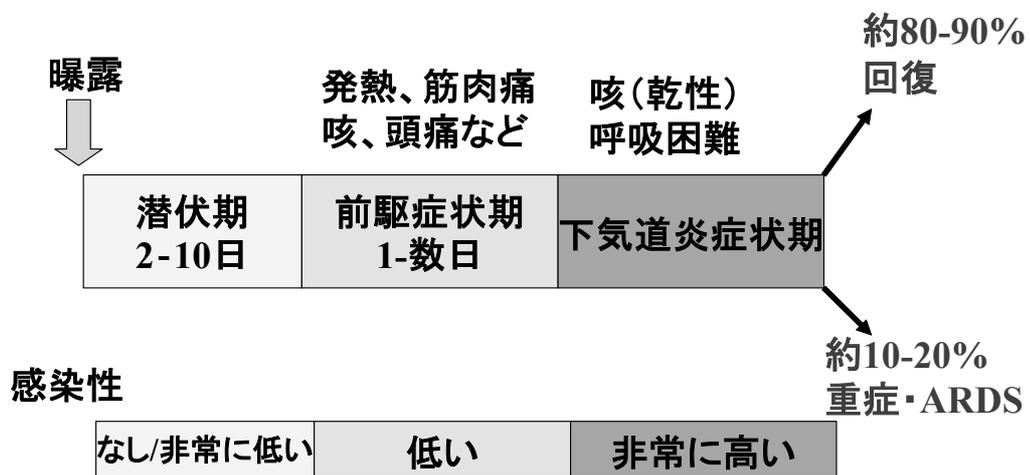
いずれも「SARS対策専門委員会」にて否定。

典型的なSARS例なしと判断→WHOへの報告はゼロ例

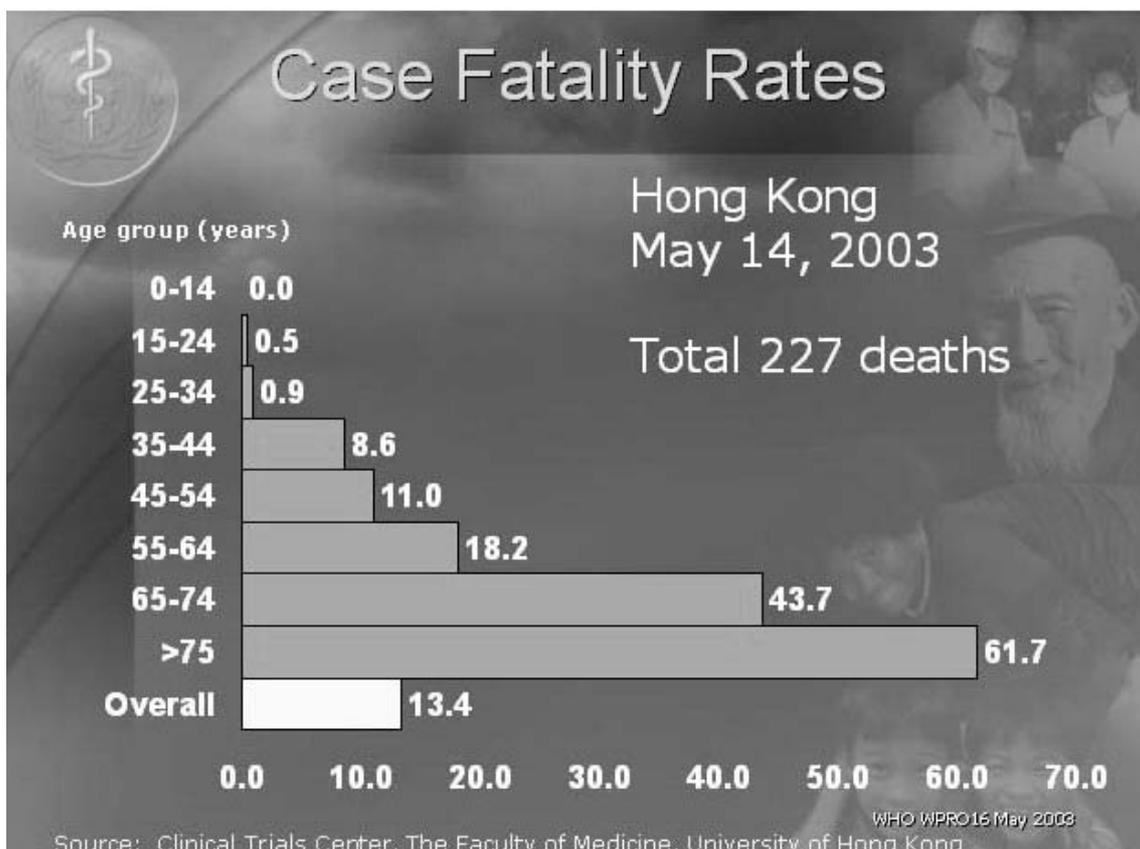
これまでの検査範囲では、SARS Corona virus陽性例はない  
しかしすべてについて検査が行われているわけではない  
回復期血清による確認はほとんど行われていない

20

# SARS 臨床経過と感染性



\* 致死率約10%



# 病原

- パラミクソウイルス？

  - 麻疹・RS・ムンプス・イヌジステンパー・

  - ヘンドラ・ニパ・

  - Human Metapneumo Virus (RSVに類似)

  - 新種？

- コロナウイルス

  - 人のハナカゼ・ブタ胃腸炎・マウス肝炎・

  - ニワトリ胃腸炎・七面鳥コロナ・野生動物

  - (?)

  - 新種 →SARS corona virus

  - 2003.4.16 by WHO

23

# 国内における病原診断

- PCRによるCorona virusの遺伝子診断

- Corona virus の分離・同定

- 血清診断 (IFA, NT, ELISA)

  - \* ウイルスの取り扱いはBSL3ラボが必要

24

# 国内における病原診断

地方衛生研究所  
国立感染症研究所

BSL3クラスラボは地研の50%程度

25

## PCR感度と特異度 (香港可能性例)

	PCR (+)	PCR(-)
血清抗体陰性	13	66
血清抗体陽性	363	241

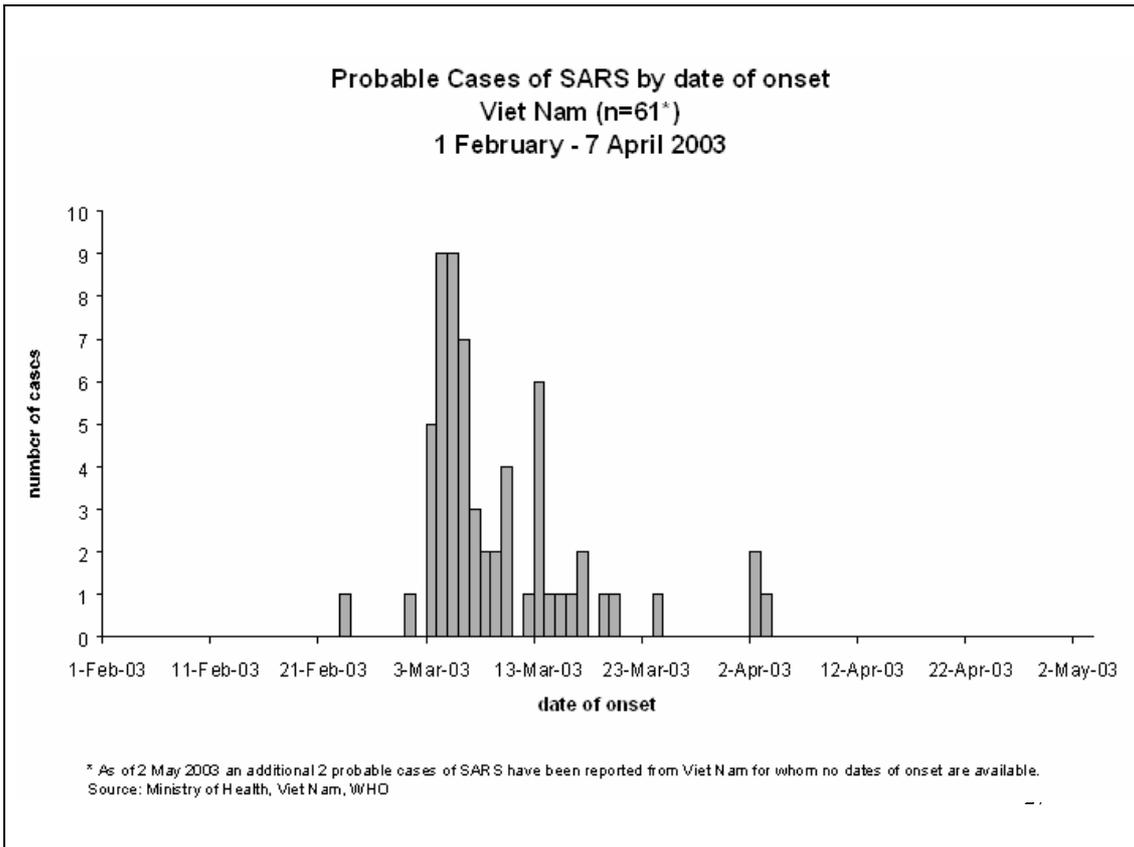
**Sensitivity 363/604 = 0.60**

**Specificity 66/79 = 0.83**

**PPV 363/376 = 0.96**

**NPV 66/307 = 0.21**

26



## バクマイ病院でのSARS対策

- フレンチ病院の院内感染例を収容
  - 患者を重症度に応じ3段階に分け、それぞれの病室へ
- 家族の出入りを制限(多少は行われていた)
  - 病院入り口に面会を控えるようポスター掲示
- 診療態勢
  - N95マスク、ガウン、キャップ、手袋
    - 1人1日1セットの使用
  - 勤務者の制限
    - 勤務時間内は建物からの出入りを制限
    - 食事や睡眠も建物の中で

バクマイ病院では院内感染は1例も発生せず<sup>28</sup>

## ベトナムでの成功

- 院内感染対策の成功  
疾病の存在の意識
  - 医療者側、患者側ともに基本的感染予防策
  - 少ない資源を最大に利用

29

## 病室



バクマイ病院

国立国際医療センター  
呼吸器科川名医長提供



## トロントでの2波にわたる流行

### •第1波の発生

当初、SARSとしての認識がなかった

一般的肺炎としての取り扱いであった

ごく一部における院内感染対策の不徹底

### •第2波の発生

疑い例を退院させてしまった

サーベイランス(届け出)体制の不備

31

## トロントでの2波にわたる流行

•検疫の強化ですべてストップは出来ない

•ほとんどは、病院内での感染

•感染者は、医師・看護師、

その他病室内に出入りするもので、不十分な防護

市中内での感染は一部例外を除きない

(家庭内での感染はあるが、町中での感染はない)

ボーダーラインにある患者の管理に注意すべき

32

## 感染経路

接触感染	中心
飛沫感染(1m程度の距離)	中心
飛沫核感染(空気感染)	可能性を否定できない
環境からの感染	可能性を否定できない

33

## 感染経路

感染力には個人差、病期によって差がある  
(通常の感染力は1人のSARS患者から2-3人へ)

・Super Spreaderの存在

(1人から数10人へ)

Super spreaderと考えられる人は重症、予後不良

34

## 感染経路別主要病原体

- 接触感染 多剤耐性菌(MRSA,VRE,PRSP...)  
腸管出血性大腸菌、赤痢菌、  
B型肝炎、C型肝炎、HIV、  
エンテロウイルス、RSウイルス
- 飛沫感染 ジフテリア、ペスト、溶連菌  
マイコプラズマ、アデノウイルス、  
ムンプス、インフルエンザウイルス
- 空気感染 麻疹、水痘、結核、

## 基本となる知見

- 主な感染経路は濃厚な接触と飛沫感染  
(院内での感染拡大防止が重要)
- 空気(飛沫核)感染の可能性は否定できない  
-特に重症肺炎患者の管理に注意
- 症状のない人からの感染の可能性はゼロ  
または極めて少ない

## 基本となる知見

- 濃厚な接触と飛沫感染が主な感染経路
- 空気(飛沫核)感染の可能性は否定できない
- 症状のないヒトからの感染の可能性はゼロまたは極めて少ない
- 市中での感染の可能性はゼロではないが極めて低い(例外・家庭内感染)
- 輸入品・郵便物からの感染発症報告はない

37

## 消毒

- 紫外線照射
- 熱(熱湯:80度・10分、アイロンなど)
- 消毒用アルコール  
(80%消毒用エタノール、速乾性皮膚消毒剤など)
- 次亜塩素酸ソーダ(0.05%漂白剤など)
- 沃素系消毒剤(ヨードホール)
- 過酢酸、グルタールアルデハイド

## 消毒

### 消毒を行うのであれば

- 拭う、浸ける、ことが重要
- 噴霧は空中のウイルスを不活化させるなどの目的ではない

## 謎の肺炎SARS！

- 誰がかかる？自分もかかる？
- 町の中でいつのまにかうつる？
- インフルエンザのように拡がる？
- 皆かかってしまう？
- かかると死んでしまう？
- どうやってうつる？
- 治療は？予防する方法は？
- 不安、心配……………

## 次第に分かってきたSARS

- 感染のチャンスに気をつける
- 感染の中心は1m程度の近距離での接触
- 感染の拡大の中心は医療機関
- 感染力はインフルエンザよりはるかに低い
- 致死率約10%。90%は快復へ
- 治療、予防は研究中、しかし原因は確定
- 不安、心配  
→次第に解消

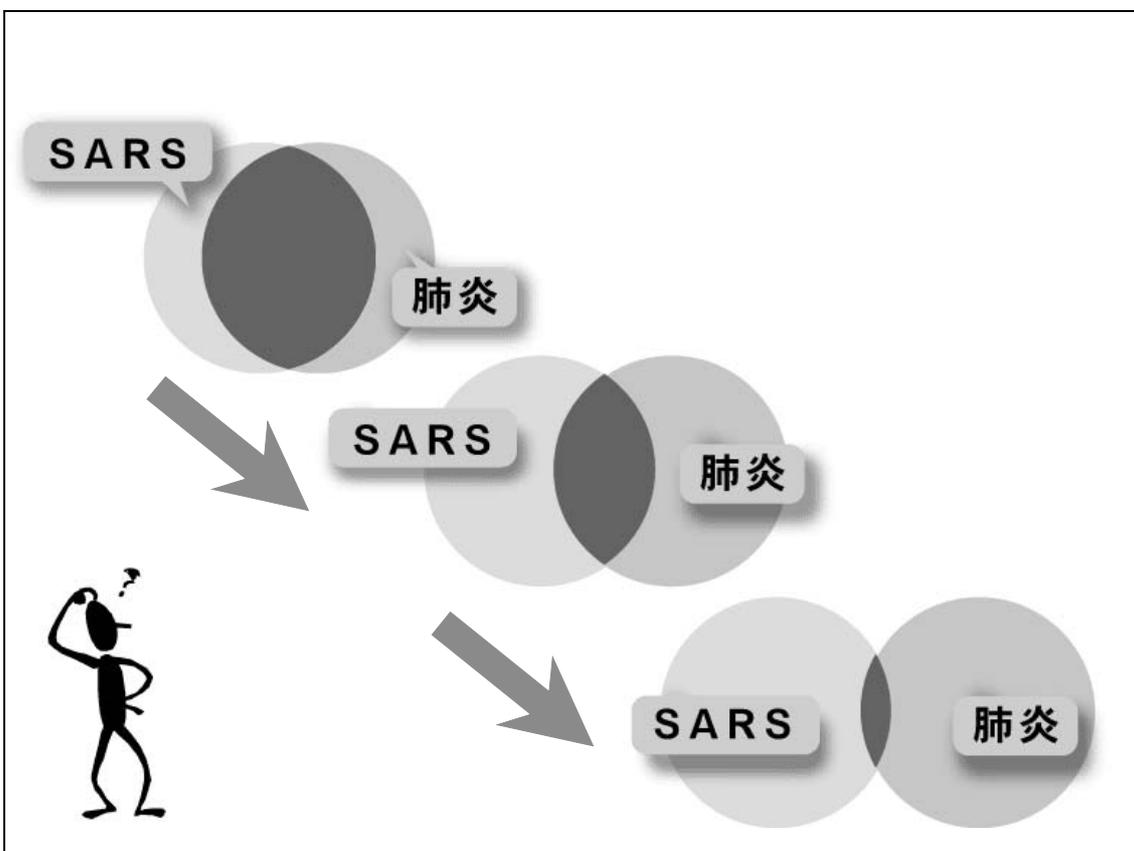
## 次第に分かってきたSARS

- 感染のチャンスに気をつける
- 感染の中心は1m程度の近距離での接触
- 感染の拡大の中心は医療機関
- 感染力はインフルエンザよりはるかに低い
- 致死率約10%。90%は快復へ
- 治療、予防は研究中、しかし原因は確定
- 不安、心配  
→次第に解消→パニックにならないように

# シンガポールにおける SARS感染例

2003.9.9.

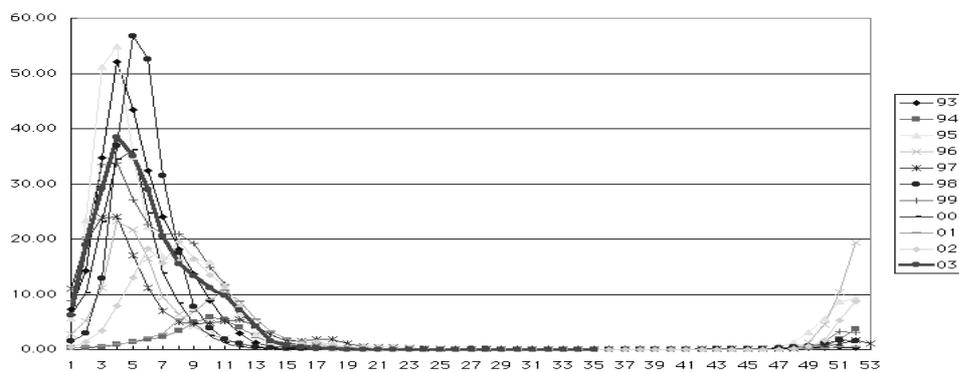
- 8/26 発熱
- 9/3 入院
- 9/8, 9/9 PCR(+)
- 9/9 発熱なし
- 肺炎はない (胸部レントゲン写真)
  
- 患者は隔離、家族等濃厚接触調査実施 (対象25人、発症者なし)
- 研究室内での感染？
  
- 散発例であり、感染拡大の兆候はない



# インフルエンザ

2002/2003 国内インフルエンザ  
最近10年間では中規模の流行  
報告患者118万人

→ 推定患者数1485万人、  
推定入院患者124万人



## 今冬のインフルエンザ／SARS対策

- 冬季にSARSが急増するという科学的根拠はない
- しかしインフルエンザ流行期にSARSとの区別は困難
- できることから  
  十分なインフルエンザ対策が必要
  - ワクチン接種
  - 迅速なインフルエンザの診断と適切な治療
- SARSの早期探知
  - 似たような肺炎の早期診断、病原診断
  - 院内感染としての肺炎の探知
  - 国外/国内でSARS流行状況を知る
  - SARS迅速診断キット開発

インフルエンザとSARS  
感染時期、感染力の相違

	<u>インフルエンザ</u>	<u>SARS</u>
潜伏期	(1-2日)低い	(2-10日)ほぼない
発病初日	高い	低い
1-2日経過(受診の頃)	やや下がる	やや高くなる
肺炎発症	低い	高い

SARSかな？

- 現在発生がみられる地域にいる
- 現在発生がみられる地域からきた
- SARSとの近い距離(1-2m)での接触
- 他の病原による肺炎ではないか？  
インフルエンザ、マイコプラズマ……

## 一般診療の中でのSARSを考えた 呼吸器感染症対策

- 肺炎の疑い患者のトリアージ  
電話相談、来院時の早い段階での問診
- 医療側の外科用マスクの使用
- 患者側へのマスク着用をお願い

## 不明の疾患、不測の事態

- エビデンスを求めることは重要
- しかしすべてにエビデンスはない
- エビデンスは待っていてはできない
- マニュアルを待たなくては……
- それまでの経験・知識による応用、判断が必要  
- より正しい情報を得る、そして考える！ -

## 新・症例定義(WHO)

- ・臨床的症例定義(公衆衛生を目的として設定)

38度以上の発熱、及び一つ以上の下気道症状(咳、呼吸困難、息切れ)

かつ

肺炎・RDSの画像診断、または病理所見

かつ

他にこの病態を完全に説明できる診断が見つからない

- ・病原診断

PCR、ウイルス分離、血清抗体

## SARS国際報告(WHO)

- ・集団発生終息後、加盟各国はWHOに対し検査陽性による確定症例のみを報告

- ・検査結果陽性の無症状者、検査確認が行われていない有症状者の報告は求められていない

# SARSアラート

- ・同一の医療機関内でSARS臨床的症例定義を満たし、10日間に前後して発症した2人以上の医療従事者が発生した場合

あるいは

- ・同一の医療機関において、医療従事者、その他病院職員、患者、来訪者の間に、同じくSARS患者が、10日間に相前後し3人以上の院内感染が発症した場合

## 感染症は完全には防げない

例外:天然痘・ポリオ(?)

結核	(3-4万人/年間)
インフルエンザ	(10-20人に1人)
麻疹	(10-20万人/年間)
急性肺炎	(死因第4位)
O157等	(3000人/年間)

SARS (患者数8000、死亡900/WHO)

拡がりを最小限にすることはできる  
→誰もが感染症の基本的な対応を  
標準予防策の考え方の導入は医療機関では最低限必須事項

54



## エイズと性感染症

鈴木紀行

秋田県衛生科学研究所長

エイズが静かに感染者を増やしている。エイズ爆発前夜とも言われている。厚生労働省H I V研究班の発表では報告件数の4倍、12,000人に達するという推計がなされた。一昨年の暮れに12,000人ぐらいは感染者がいるであろうと言われていたが、ほぼそれが的中していることになる。このままでは10年後には10万人は超えるらしい。また日赤の報告では2002年の献血血液の中から、1.14%のエイズ感染が発見されている。エイズは、アフリカで猛威をふるい、消滅の危機を迎えている国がある。今はインド、中国、ロシアと人口の多い国で爆発が起こっている。特に隣国、中国では100万人以上いるのではないかと予測され、いずれ日本もと思わせる。現在、エイズは治療薬が出来て約5年ほどである。死者は大幅に減らせたが、まだ根治は出来ない。延命のみ可能な状態である。しかし変異が早いため、すでに耐性ウイルスが出始めている。また、治療費も毎月20万円も必要である。

一方で、性感染症がこちらはすでに爆発していると言って良い状況である。家族計画協会の報告では若い女性の10人に一人はクラミジア感染しているとのことであったが、最近の学会報告では5人に一人という報告もあった。症状がはっきりしないため、治療をしないでいて、卵管閉塞で不妊、子宮外妊娠や、肝臓周囲膿瘍で緊急開腹をされてしまう例や新生児肺炎や結膜炎が沢山発見されてきたとのことでもある。またAVなどの影響でオーラルセックスがふつうになり、咽頭に感染をおこしている例が非常に多く、HPVでは性風俗従事女性の3割が感染していることが判明した。パピローマは10代で感染すると子宮がんを起す率が非常に高くなる事がわかっている。

また淋菌では耐性菌がほとんどになり、眼科、耳鼻科、内科、小児科では注意が必要であるとの警告がなされている。

性感染症で問題なのは、全身性に感染が及ぶこととともに、エイズに感染しやすくなることであり、通常の感染率が男から女へ1%、女から男へは0.1%ぐらいといわれているのに対し、その何倍から何十倍にも上昇してしまうことである。クラミジアの若い女性の感染率から考えると、エイズ爆発はすでに生じているかもしれないと考える人もいる。

なぜそうなったか？ 1995年からはっきりと若い女性の中絶率が上昇に転じている。若者の性行動が活発になり、歯止めがなくなっているという各種の調査結果が出ている。そしてコンドームの使用率が減ってきている。調査では知識もおぼろげで、インターネットなどで曖昧な知識を仕入れているだけで、行動に結びついていないことがわかっている。子供達からはきちんと教えてほしいという要望があるが、答えられていないのが現状である。

感染拡大の予防に成功している国の報告では、まず感染者や、リスクグループの自らの活動とそれをバックアップするNPOや行政の動きが大きいですが、もう一つは子供達に対するきちんとした性教育である。そしてコンドームを使うことの大事さをしっかりと教え込むことである。日本ではエイズ・性感染症教育どころか、性教育さえ満足に行われていないのが現状で、現場の一般の教師、特に管理職の理解がないことが問題を大きくしている。しかしエイズになれば、ことは命に関わる。上記のような現状をしっかりと認識し、子供達の健康な未来を守るという気持ちになってほしいと痛感する。

## 鯨と環境保健

村田勝敬

秋田大学医学部教授  
社会環境医学環境保健学分野

2年くらい前のこと、テレビで日本の太平洋岸の砂浜に鯨が打ち上げられている光景を見た。水族館員は「群れの一部が餌の魚を追っているうちに迷い込んだか、寄生虫により方向感覚を失ったのでないか？」と述べていた。一方で、魚多食による高濃度メチル水銀曝露の結果として、鯨が脳神経障害を起こしたのではないかと危惧した研究者もいる。この結論を出すには、鯨の脳組織中の水銀濃度の測定結果を待たねばならないだろう。

小学生時代の学校給食には、鯨肉の竜田揚げが度々出ていた。大学生時代には値段も手頃な「鯨刺し」を寮近くの学生酒場でよく食べた。解凍直後の鯨肉は生姜醤油に

好く合い、シャリ感があって本当に美味しいと思っていた。その後1986年の商業捕鯨禁止も手伝って、約15年近く鯨のことは脳裏から離れていた。1993年4月にフェロー諸島に初めて出かけて、再び鯨肉と遭遇した。「我々は鯨肉を持っている。日本人が食べるという刺身をこれで作ってくれ」と島のウェイエ医師に依頼され、断ることもできず包丁を握った。フェロー諸島の住民は、通常茹でた鯨肉および脂身にマスタードを塗って食べ、私も昼食時に何度か経験した。そして、「島の住民はこの鯨を食べてメチル水銀の曝露を受けている・・・」と考えながら、毎日7歳前後の子供の神経生理学的検査を続けた。



図1 フェロー諸島の集落

「フェロー諸島」(デンマーク自治領、人口約 47,000 人) は、メチル水銀やポリ塩化ビフェニル (PCB) を巡る話題に転じると、環境保健の世界で知らない者がいないくらい有名である。すなわち、ここで 1986-87 年に生まれた 7 歳児 960 名において、妊娠中の母親から胎盤経由で曝露したメチル水銀による神経行動・生理機能への影響が観察されたのである。ともあれ、日本からフェロー諸島まで行くとすれば最短で約 14 時間要する。デンマークのコペンハーゲンからフェロー諸島へは飛行機で約 2 時間であるが、両者の間には 1 時間の時差があり、地理学的にもデンマークの一部とは思えない素朴な自然がある (図 1)。フェロー諸島は西欧諸国の中で独自の食文化および言語を持つがゆえに、メチル水銀や PCB の研究対象の地として選ばれたのである。私は、胎児性メチル水銀曝露による小児神経発達影響に関する共同研究のため、合計すると 1 年近くそこで生活した。

デンマークとアイスランドを結ぶ線上の

北緯 62 度に位置するフェロー諸島は北大西洋の海底火山帯の一部が海面に姿を現したもので、島全体が溶岩でできている火山帯特有の地勢である。島の多くに古い溶岩流の痕とともに、氷河で削られたフィヨルド地形が見られる。また、フェロー諸島は近海をメキシコ湾流が通るために、緯度の割に気候は温和で、海岸では冬氷点下 5℃ に達することは少ない (冬の平均気温は 3℃)。その上、北の海の特徴とも言えるが、天候の変化が激しく、一日のうちで雪が降ったかと思うと晴れたり、そのまた後には雨が降ったりと著しく変わり、1 年の三分の二は雨、霧、雪である。

北大西洋を回遊しているゴンドウ鯨は“齒鯨”に属し、海洋生物の中で食物連鎖の頂点に立つ。鯨は「超音波を発し、岩壁からの反射波を感知する」と考えられていることから、フェロー住民は鯨が島の近海に現れると砂浜のある海岸まで船で追い込み、そこで捕獲する (図 2)。フェロー諸島の捕鯨は古くより行われ今日に至っている



図2 フェロー諸島における捕鯨光景

が、捕獲された鯨は売買されることなく住民全員で分け合うことから、日本やノルウェーにおける商業捕鯨と区別される（フェロー諸島の捕鯨は国際捕鯨委員会で認められている）。1990年代前半のフェロー諸島で捕れるゴンドウ鯨に含まれる平均水銀濃度は3.3 µg/g、鱈で0.07 µg/gであった。当時の成人の平均的な鯨肉摂食量は12 g/日、魚肉は72 g/日であり、水銀摂取量は約36 µg/日と推定された。

1998年にフェロー諸島公衆衛生部より鯨肉摂食制限が出され、伝統的な食文化が変わろうとしている。すなわち、「鯨肉は水銀含有量が高くかつフェロー住民の主たる水銀曝露源であることから、①鯨肉を月2回以上摂食しない、②3ヶ月以内に妊娠を予定している女性や現在妊娠中あるいは授乳中の女性は鯨肉を食べない、また鯨の脂身には高濃度のPCBが含まれるので、③成人でも脂身の摂食は月に最大2回までに抑える、④潜在的なPCBの有害影響に胎児が晒されないため、女性は出産を終えるまで鯨の脂身を食べない、⑤鯨の肝および腎臓は全く食べない」よう勧告した。この結果、フェロー諸島における毛髪水銀濃度が10 µg/g以上の母親の割合は1986-87年に13%、1994年に10%、1998-99年に3%と減少した。まさに、フェロー諸島で行われた疫学研究は単なる調査から予防医学活動への橋渡しとなったのである。

2000年の調査が終わりフェロー諸島を

去る時のことである。出発前の空港ロビーで、一人の日本人と出会った。最初、お互い「日本人だろうか？」と疑いながら沈黙していた。しばらくして、彼のハーフコートの腕に縫いつけてある“Kato”という文字に気付いた。その瞬間、目線が逢って、お互い頭を下げてしまった。3ヶ月の滞在中、日本人に誰一人会うこともなかったので、安堵感から彼と話し込んでしまった。ロシア船内で日本に送る魚の買い付け交渉を終え、フェロー諸島で下船しロンドン支店に戻るところだと言う。鯨を食べているフェロー住民における水銀曝露による小児神経発達影響の調査で滞在していたことを話すと、彼は数奇な人生について語ってくれた。若い頃捕鯨船に乗って南氷洋に出かけたが、商業捕鯨禁止を受けてマグロ漁船に移った。その後マグロ船団も縮小・廃船の波を受け、結果として現在の仕事に就いたという。最近は漁業資源も枯渇気味で、売り手市場だそうだ。商業捕鯨によって急増した鯨の鯨飲馬食がその理由であると聞いて一層驚いた。一方、地球温暖化による砂漠の拡大に伴い牧草地は縮小傾向にあり、家畜の増産にも限界があろう。別れ際のコペンハーゲン空港で、「3~4年も経てば商業捕鯨が始まるかも知れないよ」と彼は言い放った。商業捕鯨はいまだ再開の気配もないが、北大西洋上の小島で鯨が取りもつ邂逅（環境保健？）はあまりにも運命的なものに思えた。

## 在宅高齢者の生活実態と介護予防

### - 閉じこもり、趣味・役割、対人交流という観点から -

石川隆志 湯浅孝男 津軽谷恵 高橋恵一  
秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻

本橋 豊 川島 佳  
秋田大学医学部健康増進医学分野

#### はじめに

われわれは、平成13年度から平成15年度にかけてA市保健所と連携し、在宅高齢者を対象に行動量リズムの測定と、健康状態と生活リズム評価を行い、在宅高齢者の活動量、生活リズム同調の程度、外出頻度や趣味、役割といった様々な観点から生活実態を明らかにし報告してきた<sup>1)~4)</sup>。

今回は、これまでの研究から得られた知見のうち、閉じこもりと生活リズム同調及び生活状況に関する結果の概要について紹介し、介護予防という観点から若干の考察を加えて報告する。

#### 対象と方法

A市に在住する在宅高齢者で、A市独居高齢者生活実態調査および閉じこもり予防訪問事業の対象となり、本調査研究への協力を得られた64名(97.2±3.3歳)を対象とした。対象者の内訳は、男性20名、女性44名で、4組8名の夫婦が含まれていた。外出頻度による閉じこもりの有無の判定(新開、2000)で、閉じこもり有りが18名、閉じこもり無しが46名であり、独居は40名、非独居が24名であった。対象者にはあらかじめ保健師を通じて調査研究の趣

旨を伝えてもらい、初回訪問時にインフォームドコンセントを得た後、面接調査法により簡易生活リズム質問票(Motohashi et al. 2000)<sup>5)</sup>を実施し、健康状態と生活リズム評価と合わせて、趣味の有無と内容、役割、対人交流について聴取した。

#### 結果

##### (1) 閉じこもりの有無と在宅高齢者の生活リズム同調

閉じこもりのある高齢者では、閉じこもりの無い高齢者よりも健康状態や社会との関わりなどを反映する生活リズム同調得点が低く、特に社会との関わりが乏しかった(表1)。社会との関わりは、加齢に伴い減少しているという点が共通していた。また、独居高齢者は非独居高齢者に比較して、生活リズム得点が低かった(表2)。

##### (2) 閉じこもりの有無と趣味、役割、対人交流

閉じこもりの有無にかかわらず、多くの高齢者が趣味を持たれており、その内容は生け花、手芸、裁縫、短歌、書道、音楽鑑賞、楽器演奏、読書、動物の世話、演劇、料理、信仰、庭いじり・園芸、山菜取り、

表1 閉じこもりの有無と生活リズム同調得点

	閉じこもり有り (18人)	閉じこもり無し (46人)
生活リズム同調得合計得点 (40点満点)	24.3	26.9
社会的同調得点 (8点満点)	2.9	4.8

表2 独居、非独居別の生活リズム同調得点

	独居高齢者 (40人)	非独居高齢者 (24人)
生活リズム同調得合計得点 (40点満点)	25.2	27.9
社会的同調得点 (8点満点)	3.5	5.6

田・畑仕事などであった。ただし、閉じこもりの有る高齢者や独居高齢者は、閉じこもりの無い高齢者や非独居高齢者に比較して屋内での活動が中心であった。独居高齢者は家事や生活を維持するための諸活動を一人で行っていたが、買い物や高齢者に困難な生活維持のための活動については、別居している家族や親類、近隣の友人や住民の援助を受けていた。非独居高齢者は、閉じこもりの有る高齢者や独居高齢者に比較して、家庭内の役割に加えて町内会、老人クラブ、趣味の会などの社会的役割を担う方が多かった。

対人交流は、閉じこもりの有無にかかわらずほとんどの高齢者で保たれていたが、閉じこもりの有る高齢者や独居高齢者の交流場所の多くが自宅で、より多様で広範囲な交流機会を持つ非独居高齢者とは対照的であった。

### 考察

これまでの研究から、外出頻度が週1回程度以下の閉じこもりの有る高齢者や独居高齢者は閉じこもりの無い高齢者に比較して、生活リズム得点が低いことが明らかに

なった。その反面、生活実態に関する聞き取り調査からは、ADL (日常生活活動) 能力や QOL (生活の質) の低下、対人交流の減少は必ずしも引き起こされておらず、現在の生活状況に満足されていることがわかった。

非独居高齢者が屋内、屋外とも、対人交流や社会的役割をもたらすより多様で数多くの趣味を持ち活発に活動している背景には、家庭内の役割を分担することができ、身体的、精神的にゆとりが持てること、加齢に伴う心身機能低下や様々な不安を分かち合う家族や友人の存在が心理的な支えとなっていることが考えられる。独居高齢者でも多くの方が、世間話や悩み等について話すことのできる相手を持っていたが、対話の頻度という点では家族と同居している高齢者に比較して少なかった。

これらの点から、独居、非独居にかかわらず、在宅高齢者の心身機能低下を予防し維持していくためには、ADL の自立度に応じた活動性を維持するとともに、家庭内外の役割を可能な限り持ち続けることができる援助や対人交流の機会の保障が必要と考える。

今回の研究を通じて、対象者一人一人の様々な話を聞くことができた。それは高齢者にとっては自分のこれまでの人生と自分自身について表現する時間であり、われわれにとってはそれぞれの高齢者がどのような生活をしており、どのような不安を持たれ、生活の満足感を何によって獲得しているのかについて、理解し共感する時間となった。

介護保険制度のもと虚弱高齢者や要介護高齢者の心身機能を維持、向上する目的で様々なプログラムが提供されるようになってきたが、加齢に伴い地域社会との関わりの狭小化が避けられない在宅高齢者が、その存在価値を自他ともに実感でき満足感を得られるような機会や場を、どのように提供していけるかについて、今後も検討していきたい。

## 謝辞

本研究の対象者の皆様と、秋田市保健所の保健師および職員の皆様に感謝申し上げます。

## 参考文献

- 1) 石川隆志, 本橋 豊, 樋口重和. 閉じこもり傾向をもつ独居高齢者の行動量リズムの検討. 第51回東北公衆衛生学会誌 2002: 46.
- 2) 石川隆志, 本橋 豊, 樋口重和, 阿原美生, 金子善博. 閉じこもり高齢者の行動量リズムの特徴. 第61回日本公衆衛生学会抄録集 2002: 726.
- 3) 石川隆志, 本橋 豊, 川島 佳, 湯浅孝男. 閉じこもり傾向をもつ独居高齢者の行動量リズムの特徴. 第62回日本公衆衛生学会抄録集 2003: 728.
- 4) 石川隆志, 湯浅孝男, 本橋 豊: 閉じ

こもりがちな独居高齢者の生活実態～外出, 趣味, 対人交流という観点から～. 第37回日本作業療法学会誌 2003: 453.

- 5) Motohashi Y, Maeda A, Yuasa T, Higuchi S. Reliability and validity of the questionnaire to determine the biosocial rhythms of daily living in the disabled elderly. J. Physiol. Anthropol. Appl. Human Sci. 2000; 19: 263-69.

## Appendix 簡易生活リズム質問票とは

簡易生活リズム質問票とは本橋らによって開発された18項目の質問票で、高齢者の日常の生活リズムの規則性を評価するためのものである。就寝・起床時刻から、睡眠の様子や排便排尿の規則性、外出の頻度や家族以外の人との接触などの社会的な交わり度、生活の満足度、精神的満足度などの項目を尋ねる。結果は、生活リズム同調の状態を以下の5つの要因ごとに評価する。すなわち、規則正しい睡眠習慣を持っているか、戸外で適宜活動しているか、太陽光を浴びているか、身体の不調の訴えはないか、社会参加を行っているかという、5つの要因である。総得点が高いほど生活リズム同調は良好であると判断される。

(詳細は、本橋豊・著「夜型人間の健康学」、山海堂、2002を参照のこと)

# マーシャル諸島リプロダクティブヘルス増進の可能性

鈴木圭子

日本赤十字秋田短期大学

## I. はじめに

マーシャル諸島共和国（以下、マーシャル諸島）は、中央太平洋に位置する人口が約5万人の島嶼国である（図1，表1）。

同国に対するわが国の保健医療協力は、1993年に青年海外協力隊事業によって開始し、筆者を含め、現在まで継続して同国保健省<sup>1)</sup>マジュロ病院へ医療職が派遣されている。これらは主として病棟や外来に配属されたが、活動中に住民の偏った食生活、多産や子どものケアの不足などが観察され、同国では住民への健康教育の不足や母子保健上の問題があるのではないかと考えた。

今日、母子保健は、開発途上国に対する保健医療協力の中心的な課題となっており、さらにリプロダクティブヘルス/ライツは、「性と生殖に関する健康」として、途上国のみならず先進諸国でも課題として認識されはじめている。そこで本報告では、マーシャル諸島の現状から、同国住民のリプロダクティブヘルス増進の可能性について明らかにすることを目的とした。

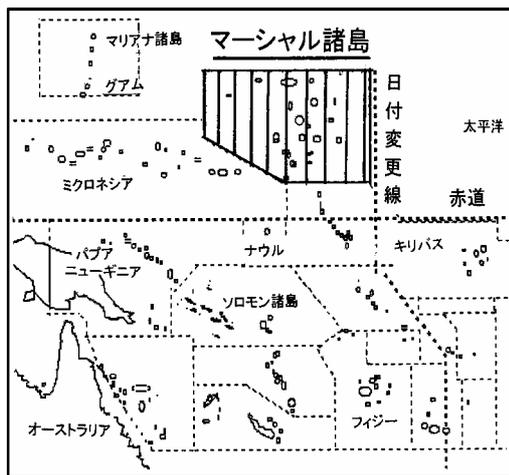


図1 マーシャル諸島の位置

表1 マーシャル諸島の一般事情

位置: 北緯 4~14 度, 東経 160~173 度
陸地面積: 181km <sup>2</sup> (利尻島と同規模)
人口: 53,162 人(2002)
識字率: 90%
一人あたり GDP: 1,830 ドル(2001)
宗教: キリスト教(プロテスタントが主)
平均寿命: 男性 60.7 歳 女性 64.3 歳(2001)

## II. 研究方法

1. マーシャル諸島における母子保健関連資料の分析。2003年8月現在得られる同国の統計資料、青少年への性教育を含む母子保健体制の状況を収集した。
2. 同国保健医療職に対するリプロダクティブヘルス上の問題点に関する非構造化面接調査。マジュロ病院に勤務する Registered nurse に協力を依頼した。

## III. 結果と考察

1. マーシャル諸島における母子保健関連資料の分析

### 1) 母子保健統計指標

収集されたマーシャル諸島の母子保健指標<sup>2)</sup>を表2に、出生率・乳児死亡率・合計特殊出生率の周辺国との比較結果を表3に示した。

マーシャル諸島の指標は、出生率41.8、

表2 マーシャル諸島の母子保健指標

出生率	41.8 <sup>1)</sup>
乳児死亡率	22.4 <sup>2)</sup>
新生児死亡率	16.0 <sup>2)</sup>
早期新生児死亡率	7.0 <sup>2)</sup>
周産期死亡率	27.2 <sup>2)</sup>
合計特殊出生率	5.7 <sup>1)</sup>
家族計画実行者の割合	9.0%(推定) <sup>1)</sup>

マーシャル諸島保健省 1)1999年 2)2002年

表3 周辺国との比較

	マーシャル	ミクロネシア	ナウル	サモア
出生率	41.8 <sup>1)</sup>	23.0 <sup>2)</sup>	22.9 <sup>3)</sup>	29.1 <sup>3)</sup>
乳児死亡率	22.4 <sup>2)</sup>	19.5 <sup>3)</sup>	25.0 <sup>4)</sup>	19.5 <sup>3)</sup>
合計特殊出生率	5.7 <sup>1)</sup>	4.3 <sup>3)</sup>	3.9 <sup>3)</sup>	4.4 <sup>3)</sup>

1)マーシャル諸島保健省 1999年

2)マーシャル諸島保健省 2002年

3)WHO 2000年

4)WHO 1999年

乳児死亡率22.4、合計特殊出生率5.7であった。これに対し周辺国では、出生率22～29、合計特殊出生率3.9～4.4となっており、マーシャル諸島の数値は他国より高値であった。特に合計特殊出生率は西太平洋事務局加盟国中、最も高く<sup>3)</sup>、家族計画実行者割合は推定で9.0%と少ないことから、同国女性の出産間隔が短いこと、計画的な妊娠・出産をしていないことが考えられる。

同国の母親の年齢別にみた出生数と低出生体重児の割合<sup>4)</sup>を、表4に示した。10代の母親は全体の18.1%であり、妊婦の最年少者は13歳だった。低出生体重児は全体で16.4%であり、10代の母親では、低出生体重児を出産する割合が32.4%と高率だった。

STD感染者の割合は、妊婦健診や就職時健康診断時のSTDスクリーニング結果<sup>5)</sup>では、2001年で、梅毒7.1%、淋病6.0%、クラミジア9.2%であり、梅毒感染者が増加傾向にあった(表5)。なお、現在、同国ではAIDSは報告されていない。若年妊娠の他、STD罹患は妊娠・出産のハイリスク因子となることから、STD予防のための住民教育の必要がある。

## 2) 初等・中等教育における教育の実施状況

同国の教育制度は米国の制度をモデルとしており<sup>6)</sup>、初等・中等教育が、Elementary school (義務教育、就学年数：8年、入学年齢：6歳)、High school (就学年数：4年)において実施されている。その他、高等教育機関として、短期大学が1校(就学年数：2年)ある。

保健に関する科目として「Health」があり、義務教育に取り入れられているが、政府が示す指導要領には性に関する健康は含まれておらず<sup>7)</sup>、課外授業も行われていない。また、High schoolでは一部の職業コー

表4 母親の年齢別にみた低出生体重児の割合(登録者)

母親の年齢	出生数	低出生体重児数	低出生体重児割合
<15	3	3	100.0%
15-19	279	80	28.7%
20-24	564	107	19.0%
25-29	346	30	8.7%
30-34	240	17	7.1%
35-39	103	16	15.5%
40-49	19	3	15.7%
不明	7	0	0.0%
計	1561	256	16.4%

マーシャル諸島保健省 2001年

スで履修するのみであり、同国の青少年はインフォーマルな情報以外に、系統的な性教育を受ける機会がなかった。

カソリック系High schoolでは、校則で在学中の妊娠を認めておらず、それ以外のHigh schoolでも、妊娠した場合は自主退学する者も多く、高校生の妊娠は女子の教育途絶の一因ともなっている。

## 2. 面接調査の結果とその問題

Registered Nurse に対する非構造化面接の結果を表6に示した。

調査には3名の協力が得られ、それらは、Public Health の Nursing supervisor 1名、Family Planning の Head nurse 1名、Operation Room の Staff nurse 1名である。なお、面接は個別に1回ずつ行われ、面接時間はそれぞれ30～40分であった。

マーシャルのリプロダクティブヘルスに関して問題だと思うこととして、若年妊娠、女子の妊娠や育児に関する知識の不足、出産間隔の短さとそれに伴う母胎への影響、STDの高罹患率、妊娠に伴う母親の教育の途絶、妊娠・出産に関して男性の関心の低さ、病院のスタッフの不足、親世代の糖尿病の高罹患率が挙げられた。

リプロダクティブヘルスには女性のみならず男性の役割も大きいことから、男子の性に関する正しい教育も不可欠である。加えて、医療スタッフの量や質の不足もあり、保健医療サービスの向上も課題である。

## 3. マーシャルの風俗習慣を通しての考察

同国では、戸籍は存在せず、また、結婚や家族に関する概念は希薄である。食物や所有物を他者に分配するマニットと呼ばれる習慣があり、人口密度の高さも起因し、血縁関係にある者は互いに自由に住居を往復する。このような生活の中、育児に関しても、親のみならず祖母や子どものきょう

表5 STD感染者の推移

		(単位: %)		
		1999年	2000年	2001年
		(N=2260)	(N=2710)	(N=3221)
梅	毒	3.9	5.1	7.1
淋	病	9.5	7.6	6.0
クラ	ミジア	9.5	11.5	9.2

マーシャル諸島保健省 2002年

表6 リプロダクティブヘルス上の問題と思うこととして挙げられた内容(面接調査結果)

- (1)若年妊娠
- (2)女子の妊娠や育児に関する知識の不足
- (3)出産間隔の短さとそれに伴う母胎への影響
- (4)STDの高罹患率
- (5)妊娠に伴う母親の教育の途絶
- (6)妊娠・出産に関しての男性の関心の低さ
- (7)病院のスタッフの不足
- (8)親世代の糖尿病の高罹患率

だいなど数人の血縁者が子どもを世話している。これは、生まれた子どもが順調に生育する環境であるようにもみえるが、生活体験に乏しい母親が、親としての適切な対応ができない可能性があり、また父親の責任も曖昧である。

## IV. 明らかになった課題

本研究から、マーシャル諸島のリプロダクティブヘルスの課題として、以下のことが明らかになった。

1. 合計特殊出生率が高く、家族計画実施率は低いことから、同国女性は出産間隔が短く、計画的な妊娠・出産をしていない可能性がある。

2. STD罹患、若年妊娠など、妊娠・出産のハイリスク要因がある。
3. 同国青少年は、性や生殖に関する正しい知識を得る機会が保証されていない。

以上から、同国住民の性と生殖に関する安全性を確保することは同国住民にとって必要な課題であると考えられ、同国のリプロダクティブヘルス／ライツ増進を目的とした対策が必要である。

注)

- 1) Ministry of Health. なお、2002年までは、Ministry of Health and Environment
- 2) Ministry of Health, Republic of the

- Marshall Islands. Statistical Abstract 1999-2001. Republic of the Marshall Islands : Bureau of Health Planning and Statistics, 2002.
- 3) WHO. WHO Statistical Information System (WHOSIS).  
<http://www3.who.int/whosis/>
  - 4) 前掲 (2) : 30.
  - 5) 前掲 (2) : 98.
  - 6) 外務省アジア大洋州局大洋州課. マーシャル諸島共和国概要. 東京 : 外務省, 2002 : 22.
  - 7) Ministry of Education, Republic of the Marshall Islands. Standard of Health and Physical Education, Republic of the Marshall Islands : Ministry of Education, 2002 : 1-11.

# いのちの電話と自殺予防

## ～市民による地域精神保健活動の可能性と課題～

佐々木久長

特定非営利活動法人 秋田いのちの電話理事  
秋田大学医学部助教授

いのちの電話は、話すことによるストレスや、多くの精神障害の方からの電話を受けることで精神保健活動に寄与している。メンタルヘルスの究極の課題の一つである「自殺予防」という視点からいのちの電話の活動を検討する。

### 1. いのちの電話とその背景

「いのちの電話」は、「孤独の中であって、時には精神的危機に直面し、助けと励ましを求めている一人一人と、主に“電話”という手段で対話すること」を目的として活動している。その背景には英国の「サマリタンズ (The Samaritans)」とオーストラリアの「ライフライン (life line)」がある。日本のいのちの電話は、その基本的理念を前者から（人種や立場を超えて相手が必要としている援助を提供する「善き隣人」）、名称を後者から引き継いでいる。

日本では1971年に「東京いのちの電話」が発足して以来、現在（2003年9月）全国に51センターが開設されている。秋田いのちの電話は44番目のセンターとして1998年3月に開局した。開局当時、秋田県は既に自殺率が高い県（全国一位）であったが、いのちの電話の開局はあまり注目されることがなかった。現在は自殺予防に積極的に取り組んでいる行政（県）や各種団体（秋田県老人クラブ連合会など）から、助成金や寄付金などの支援を受けながら活動を展

開している。

### 2. 自殺予防といのちの電話

いのちの電話は「自殺への危機介入」をその究極の目的としている活動である。実際数は多くないが（数年に1件あるかないか程度）、自殺遂行中の電話（「今手首を切っている」等）を想定した研修や責任体制の確認は行っている。平成13年から毎年12月の最初の一週間、フリーダイヤルで「自殺予防いのちの電話」を開設しているが、その時は普段の電話よりもより危機介入を意識した事前研修を実施して対応する。

このような二次予防的な活動は、いのちの電話に最も期待される所かもしれないが、実際かかってくる電話の相談内容はかなり幅広く、一次予防的な部分での役割が大きいのが現状である。いのちの電話が自殺防止に寄与していることを実証するデータを示すことはなかなか難しいことである。

しかし、自殺の原因の複雑さを考えると、「死にたい」とか「もうダメだ」という言葉の背景にある苦しさを受けとめることは、自殺予防活動の重要な部分であると考えられる。いのちの電話では、このような言葉が出てきた電話を特に「自殺志向」として集計しているが、約1割はこのような電話がかかっている。また自殺と関連が深いとされているうつ病などの精神障害者からの電話も全体の約3割程度を占めている

ことなどを考えると、一次予防的な役割はある程度果たしているといえるのではないだろうか。また最近、身近な人を自殺で喪った人や自殺未遂経験者からの電話もかかってくるようになってきているが、これらは三次予防的な機能を果たしていると評価できるのではないだろうか。

### 3. 市民活動としてのいのちの電話

相談員が全て一般市民のボランティアであるという点も、いのちの電話活動の大きな特徴である。例え他の機関等で相談活動の経験があったとしても、基本的には再度研修を受けてもらい、相談員として認定されなければ活動することが出来ない。このような研修の場を提供するために各センターでは「研修（訓練）委員会（部会）」という組織をつくり、専門家の協力を仰ぎながら講義や実習等のプログラムを実施している。（この研修内容のアウトラインは日本いのちの電話連盟が示しており、研修体制の有無もいのちの電話開局にあたって審査される重要な点である）

自殺予防（特に危機介入）という部分にたとえ研修を受けたとしても、素人のボランティアが関与できるのかという疑問を持つ人は多いかもしれない。それについては、日本いのちの電話連盟元理事長の秋山聡平氏が「生きるか死ぬかは誰もが自分で決めることで、専門家に聞くことではない。だれも自分を理解してくれない—という妄想的うつ状態が自殺の心理なのだから、自分を理解している人がいさえすれば心が開ける」と述べている。

いのちの電話活動は、ボランティア活動としてはもちろんであるが、相談員の生涯学習活動としても評価できるものだと考えている。特に成人期以降に、自分の内面と向き合うような研修の機会は多くない。相談員も研修や相談活動を通して成長する可

能性があるのである。

### 4. いのちの電話の可能性と課題

いのちの電話は市民ボランティアによる活動であるが故の特徴と限界を持っている。その一つに「匿名性」の原則がある。いのちの電話の相談員は、自分が相談員であることを公にはしないことになっている。また電話を受けている場所も公にはしていない。これは電話をかける人が気をつかわないようにという配慮と、相談員を守るという理由からもうけている原則である。

電話相談自体は非対面精神療法の一つとして位置づけられているが、いのちの電話の場合は匿名性・一回性の原則があるために継続的な関わりが出来ないという限界がある。実際は毎日のように数ヶ月、時には数年にわたってかなり頻回にかけてくる方もいるので、一回性の原則が守れないことも生じる。この原則と現実の違いに悩む相談員も少なくない。

かつていのちの電話が発足した時代の電話の内容と、現在の内容は多分大きく違っていると思われる。例えば、最近では中高年男性からの電話や性的・攻撃的内容の電話、そして引きこもっている人からの電話など、時代を反映していると思われる電話が増えている。このように、いのちの電話には時代の変化が最も直接的に伝わってきている。

変えてはいけない原則と変えるべき原則を検討し、現代社会にあった形でいのちの電話も変化することが求められている。今、その狭間にあって悩み苦しんでいる相談員の気持ちをどのように受けとめていくか…まさにいのちの電話の組織内がいのちの電話的であるかどうか問われているのである。

連絡先（相談電話）

018-865-4343（老後はしみじみ）

## 鳥の目から見た秋田

### —統計資料による健康マップの紹介—

金子善博

秋田大学医学部社会環境医学講座

夜、宇宙から秋田県を見ると右のように見えるでしょう。これは2000年の国勢調査結果から、人の住んでいるところに色を付けたもので、白い点一つ一つに人々の生活があります。点の散らばりかたを見るだけでも、その地域の暮らしぶりに想いを馳せることが出来るのではないのでしょうか。

県の北部、南部、秋田市では明らかに分布が異なります。このような地図の上に様々なデータを示し分析する手法は地理情報システム（Geographic Information System; GIS）とよばれ医療福祉の供給や保健政策の立案、実施に活用されることが期待されています。健康関連指標の地図は健康マップと呼ばれ、周辺地域との相違や分布のパターンが明確となります。

ここでは、高齢化率予測値マップと、日頃目にする事の少ないいくつかの健康関連指標を紹介します。秋田県の平成15年11月1日現在の推定人口は116.7万人で、人口規模では秋田市の31.8万人から皆瀬村の2.9千人まで、約100倍の違いがあります。地図の描き方にはいくつかの方法がありますが、市町村を塗り分けるカルトグラムが多く使われます。面積の大きな地域が目立つので、利点にも欠点にもなります。

現在の秋田県の高齢化率と2030年まで予測値を図2に示しました。2000年（平成12年）は国勢調査のデータを、2010年、2020年、2030年は市区町村別将来人口推計を用いました。予測といえば、経済動向は1年

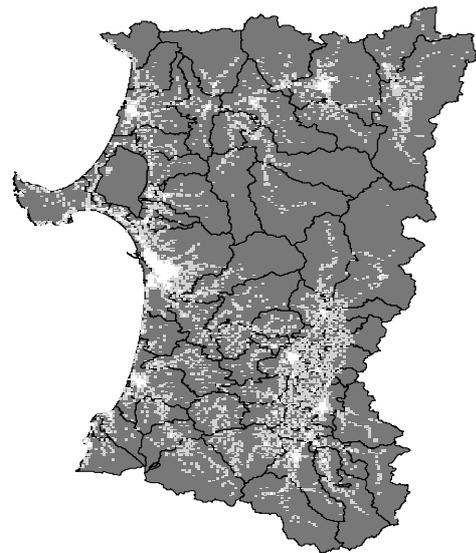
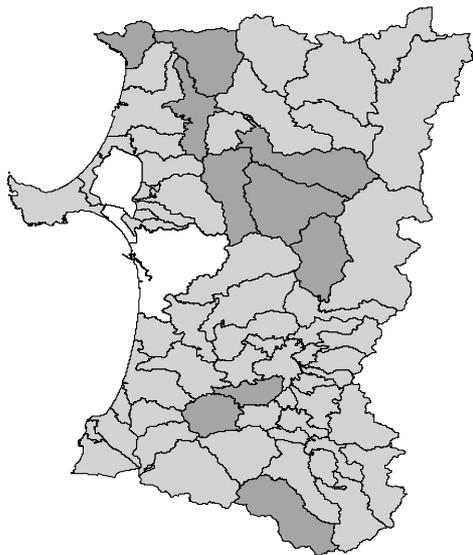


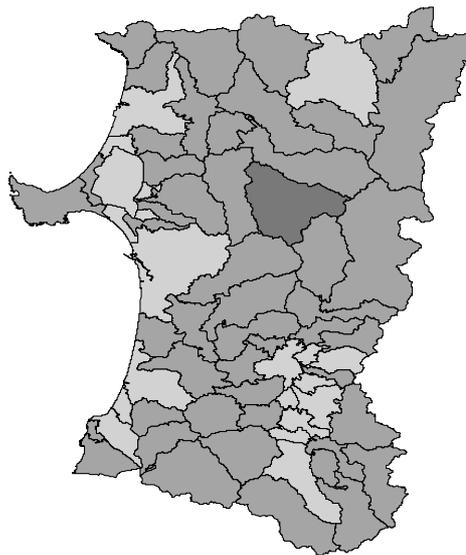
図1 第4次メッシュによる県内の居住地域  
(2000年)

先の事も分からず、出生率すら期待から外れてばかりですが、高齢化の予測はあまり外れないので、参考になるでしょう。2010年には全ての地域で20%を超えます。2020年には幾つかの地域で40%を越え50%に達する地域も出てきます。2030年には多くの地域で40%を越えます。住民の約半数が65才以上となると、町や行政のあり方も考える必要があるでしょう。30%以下と予測されているのは現在の大潟村、飯田川町、天王町、秋田市、本荘市だけで、全県では35.3%と予測されています。将来の高齢者対策や地域の保健医療体制、まちづくりを構想する際にはこのような資料を関係者や住民への説明に使うことで状況を共有できます。

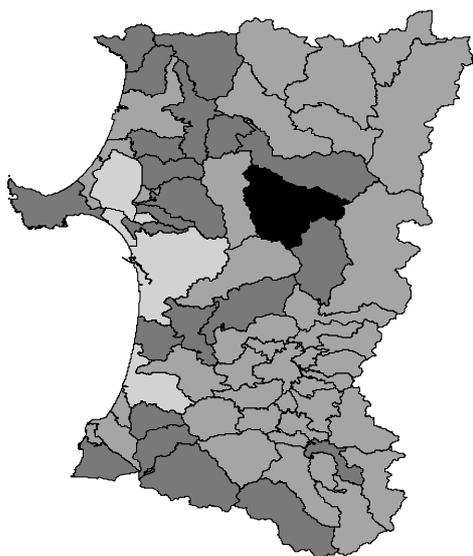
2000 年



2010 年予測値



2020 年予測値



2030 年予測値

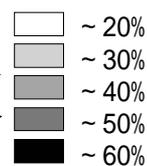
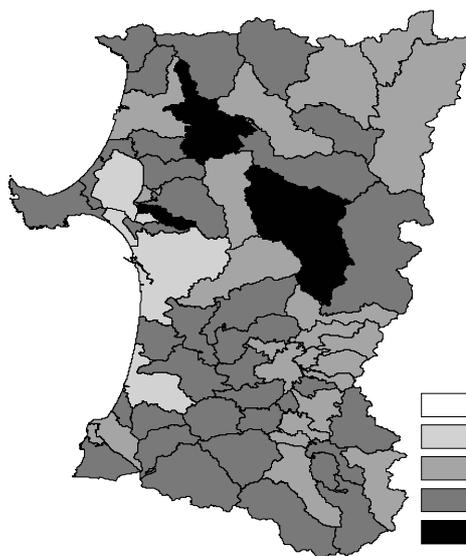


図 2 高齢化率(2000 年)と高齢化率予測値(2010 年,2020 年,2030 年)

ここからは、「統計で見る市町村のすがた」から算出した、幾つかの保健関連指標を示します。図 3 は交通事故件数を人口あたりに換算したものです。外部からの通りがかりの人が起こした事故も含まれますが、地域での交通事故のリスクとして解釈でき

ます。単位も罹患率に合わせてありますので、他の疾患との比較も可能です。

図 4 は、ゴミ総処理量を人口×365 日で割ったものです。ゴミの量は経済活動、回収率など様々な要因に影響されますが、持続可能な社会の構築、環境負荷などの問題

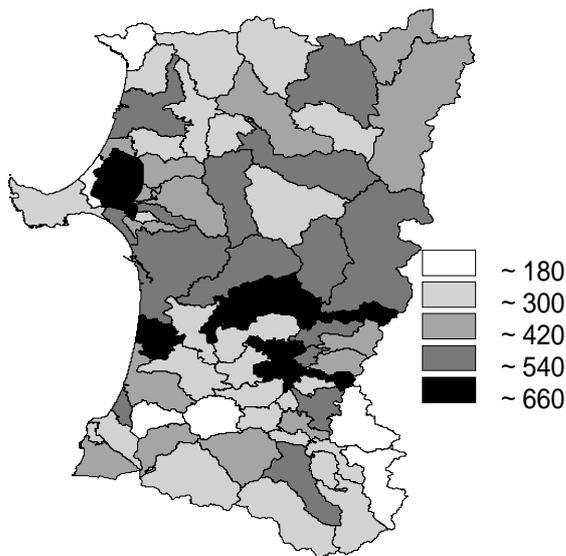


図3 人口あたり交通事故数(対10万)  
(2000年)

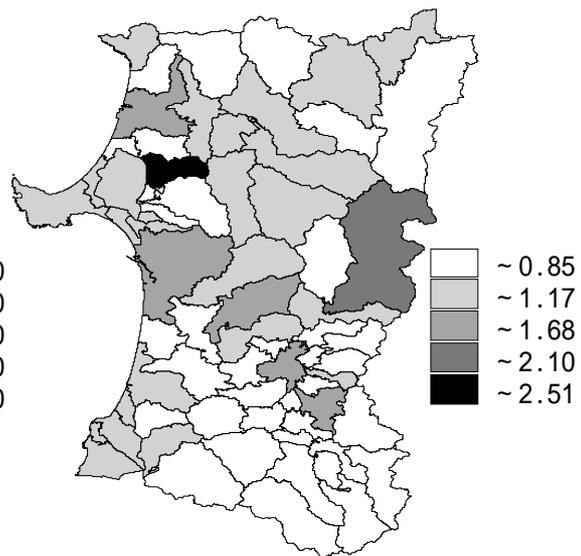


図4 一人あたりゴミ総収集量(kg/日)  
(2000年)

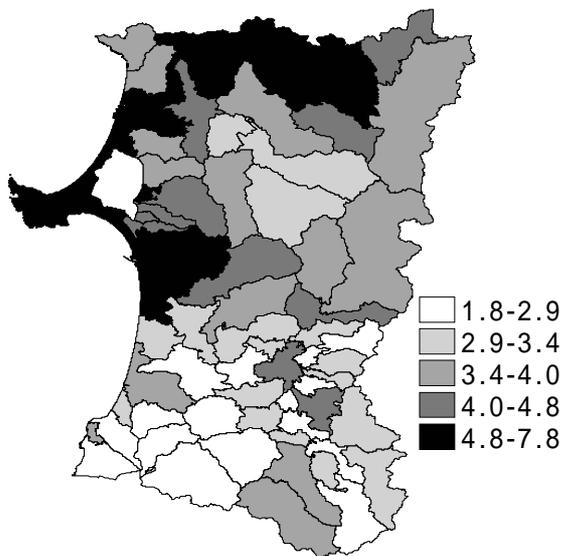


図5 失業率%(2000年)

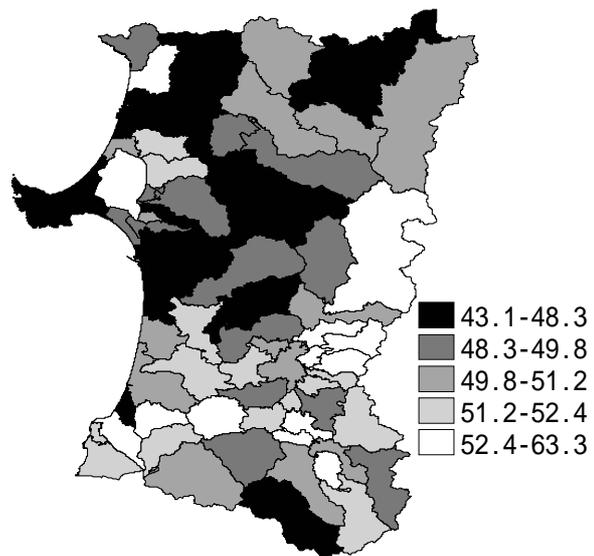


図6 就業者割合%(2000年)

を考える材料の一つとなり得ます。県南部では少ないことが分かります。

地域の雇用に関する指標を図5、図6に示しました。数値は2000年のもので、2003年現在では変化していますが、このような地図も描けるのかと見て下さい。失業率の

定義は、働きたいと思っている人に対する、働いていない人の割合です。図6は通常は用いない指標ですが、全人口に占める就業者の割合です。この指標の低さには、専業主婦が多い、子供や学生が多いなどの要因も影響します。

地域の公衆衛生政策を立案する際に、保健統計は全体像を把握する重要な資料です。明治以来、数度の町村合併により各種統計指標が断絶してしまった地域もあります。県内では秋田市のような、また県外では約80万人を抱える東京都の世田谷区のような人口の多い地域での値が1つにまとめられてしまうことで、地域内での差、違いが分からなくなってしまうこともあります。町村合併が話題に上る時代ですが、これを機にきめの細かい保健統計資料を継続的に

整備することが望まれます。

<資料>

1. (財) 統計情報研究センター編. 市区町村別将来人口推計. 2002. (CD-ROM)
2. (財) 日本統計協会編. 市町村の将来人口(2000~2030). 東京: (財) 日本統計協会 2002.
3. 秋田県 企画振興部 統計課. 統計でみる市町村のすがた' 2002 (改定版). (インターネット版)

## 秋田県の公衆衛生

佐藤勤一

秋田県歯科医師会公衆衛生担当理事

この度、関係各位のご尽力により「秋田県公衆衛生学会」が設立された事に対して、秋田県歯科医師会から心よりお祝いを申し上げます。われわれ歯科開業医は、とかく自分の診療室にこもりがちで、外に出ても会うのは同業者ばかりということも多く、いわば自己完結型のモノトーンな世界に漬っている感があります。

先日行われた第一回の学会に参加させていただき、自分のすぐ身近なところで、たくさんの医療・保健関係に関わる方々が活躍しているにも関わらず、その存在に気がついていなかった事に対して、いささかの驚きと反省、そしてこれまで知らなかった世界への期待を感じざるを得ませんでした。

さて、歯科医療の分野では、これまで日本歯科医師会が中心となって80歳で20本以上の歯を残そうという「8020運動」を展開しております。本県の調査データからは、80歳の平均残存歯数が平成13年で約9本とあり、以前より向上してきているものの、県民への周知の問題など、未だに課題も多い現状にあります。

国の施策としての地域歯科保健事業としては、健康作り運動としての「健康日本21計画」に歯科保健が盛り込まれました。本県では、平成13年から「健康秋田21計画」が推進され、歯科領域では本年度からライフステージごとの歯科保健対策として「歯ッピーライフ推進事業」が実施されております。その一環として、本年からはほぼ全市町村単位での「妊婦歯科健診」が開始され、全国的にも注目される事業として実績が重

ねられております。

さらに本年公布された「健康増進法」の基本方針に「歯の健康保持」が掲げられ、歯および口腔の保健が全身の健康との関連から注目されるようになりました。特に歯周病の問題では、糖尿病や、動脈硬化症などの生活習慣との関連、また喫煙の影響や、妊婦や胎児に対する影響等について、新知見が続々と報告されております。

このように、今後の地域保健活動の展開には、関係各領域との協力、連携がますます重要となってくるものと思われれます。その意味で、秋田県内の医療、保健、行政関係者が一堂に会し、交流を持つ場として、秋田県公衆衛生学会の発展に大いに期待しております。

## 秋田県公衆衛生学会設立にあたり考える

宮島嘉道

秋田県仙北地域振興局福祉環境部長

(秋田県大曲保健所長)

今年、新たに秋田県公衆衛生学会が発足した。これまでの秋田県地域保健研究会を発展して、設立されたものと、私なりに理解している。近年、医師会などの関係団体でも公衆衛生に対する関心が高まっているように感じられる。また、一方では、健康危機管理を必要とする事態の発生頻度が大きくなっている現実もあり、医学・公衆衛生学を基盤とした健康危機に対応すべき関係者に、公衆衛生に関心が集まることは当然とも考えられる。こうした背景を考えると、秋田県公衆衛生学会設立は時宜を得たものと言えよう。

振り返ってみれば私たちが学生の頃は臨床医への志向が今以上に強かったように

感じる。それ故に、衛生、公衆衛生、保健所といった言葉に拒否的な反応を示していたように思われる。それに比べて、私が大学での講義や地域保健活動の現場で接する現代の学生は、少なくとも表面的には拒否的でなく、関心を持って臨んでいるように見える。こうした学生が公衆衛生に従事しないまでも、臨床医として世に出れば、臨床医と公衆衛生との距離は縮まるであろうし、新しい医師臨床研修制度が始まり、保健所で薬1ヶ月を過ごすことになれば、この傾向は更に強まることになる。私たち、公衆衛生サイドからも臨床医の関心や信頼を損ねることのないように、心すべきことは当然である。

今年の春以降、中国から始まったとみられる重傷急性呼吸器症候群（SARS）が世界的に問題となり、国内でもその対応が検討された。その結果、SARSを疑われる患者については、医療機関受診前に保健所に連絡して、保健所の指示に従って行動するように定められた。この定めに基づいて、医師会の先生方がSARSに関する講演を行う際には、受診前の保健所への連絡を強調するようになった。私が保健所に入ってから、これほど医師会関係者が保健所の名を口にしたことはなかった。冗談か本気か、「保健所の復権」と言う医師会関係者がいるくらいである。結核全盛時には、結核といえば、保健所の仕事、出番であると広く認識されていた時代を知る人の言葉であろうか。ある講演でこの言葉を聞いた時には、「保健所はもっと多分野、広範囲な仕事をしているのに、でも、これを糸口に保健所をもっと知ってくれば…」と考えていた。臨床医と公衆衛生、というより臨床医と保健所の距離は未だ遠いということであろうか。

秋田県公衆衛生学会が、県内公衆衛生関係者の資質の向上を図ることは勿論のこ

と、臨床医・臨床医学と公衆衛生や保健所を含めた衛生行政との距離を縮めるうえでも有効に機能していくよう願っている。学会世話人の一人に名を連ねる者として、何が出来るとは甚だ心許ないが、これからゆっくりと考えてみようと思い始めている。

## 秋田県公衆衛生学会の誕生に喝采！

河西淑子

秋田県看護協会第2副会長  
由利地域振興局福祉環境部

このたび秋田大学医学部本橋教授を始め公衆衛生分野の諸先生、その他関係者のご尽力により「秋田県公衆衛生学会」が誕生しましたことを心よりお祝い申し上げます。

私が初めて全国の公衆衛生学会に参加したのは平成7年に山形県で開催された第54回日本公衆衛生学会でした。

それまでは県内で開催される業務研究発表会で発表した経験しか無く、全国規模の学術的な学会への参加は大変衝撃的な出来事でした。

学会長はその年に退官される山形大学の新井学長で、学会長講演は「ヘルスプロモーション」についてでした。今はヘルスプロモーションという言葉はごく当たり前誰かが使っておりますが、その当時は大変新鮮な感覚で、公衆衛生活動に何か新しいウェーブが動き出していることを予感させるものでした。

その学会に保健所の企画担当として前年から取り組んでいたY町の自殺死亡に関する地区診断の調査結果を口演発表しました。7分の発表が1時間にも思えるような緊張の中で発表が終わり、フロアからの暖かな励ましの助言を頂き、興奮と感動の内に発表を終えたことを今でも鮮明に思い出しま

す。

落ち着いて周囲の方々の発表を見聞すると、どの発表も大学や研究機関と共同研究をされており、また研究の過程で様々な専門の方々の指導を受けた内容となっておりました。研究者が保健所の職員だけというのは本当に珍しいくらいでした。

3日間、口演やポスターセッション、自由集会の発表等足が痛くなるくらいに会場を巡って全国各地の公衆衛生活動に触れ、熱く語られる発表に、何か熱病に冒されたような思いで秋田県も、もっともっと研究活動に取り組まなければという思いを強くし帰秋しました。

その後も、3回ほど全国の公衆衛生学会に参加する機会があり、発表内容は年々深まり内容も多岐にわたり、ますます多機関との共同研究した活動の内容となっています。秋田県の保健所や市町村からの発表も増えていますが、まだその取り組みは行政だけの範囲で一向に成長しておらず残念でなりませんでした。

保健所や市町村の研究内容は日々の業務延長上にあり、研究というものからは程遠く、業務のまとめを発表する程度のものですが、脳卒中予防対策、ガン対策、自殺対策など業務内容は秋田県の公衆衛生上の大きな課題です。

今般、秋田県では「健康秋田21」でこれらの課題解決のため目標値を設定し、各自治体ではその目標達成のための地域計画を策定中です。平成17年にはこの施策の中間の見直しがあり、これらの目標達成の評価が問われております。効果的な実効性のある施策展開には科学的なエビデンスが求められ、地域では教育、研究機関等広く公衆衛生関係者からの指導助言を望んでいます。今回誕生しました「秋田県公衆衛生学会」がこれらの研究発表の場となり、公衆衛生活動の推進力となり、秋田県の公衆衛生活動の評価、指針を示してくれることを期待します。

## 第1回秋田県公衆衛生学会報告

# 第1回 秋田県公衆衛生学会 平成15年度 秋田県地域保健研究会

平成15年10月9日(木) 秋田県総合保健センター大会議室

## プログラム

特別講演 (平成15年度 秋田県地域保健研究会)

10:30 ~ 11:30 「SARSの流行と健康危機管理」

国立感染症研究所感染症情報センター長 岡部 信彦

氏

特別企画・一般演題 (第1回 秋田県公衆衛生学会)

13:00 ~ 13:50 「秋田の公衆衛生の明日を語る」

秋田県健康福祉部次長 藤井 紀男 氏

秋田県保健所長会会長 伊藤 善信 氏

秋田大学医学部教授 本橋 豊 氏

13:55 ~ 15:30 一般演題

## 参加費

1,000円 (秋田県公衆衛生学会費)

## 会場

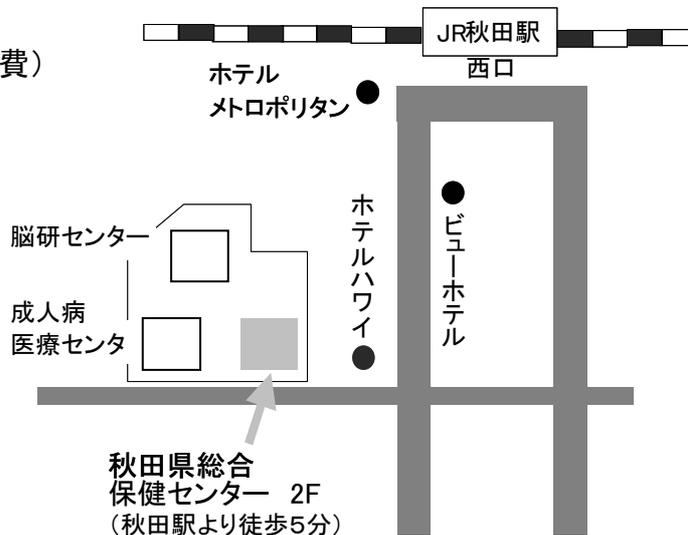
秋田県総合保健センター 2F  
秋田市千秋久保田町 6-6  
当日連絡先 080-3140-2409

## 主催

秋田県公衆衛生学会  
秋田県地域保健研究会

## 事務局

秋田大学 医学部 健康増進医学分野 内  
〒010-8543 秋田市本道 1-1-1  
Tel: 018-884-6088 Fax: 018-836-2609  
E-mail: kaneko@med.akita-u.ac.jp  
担当: 金子



会場に駐車場はありません。来場の際は公共交通機関をご利用ください。また、他の患者さんの迷惑になりますので敷地内医療機関の駐車場には止めないでください。

## 1. 戸外での散策が要介護高齢者の行動量リズムに及ぼす影響について

川島 佳 本橋 豊 石川隆志

秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野

### 【目的】

連続的携行行動量計を用いて、老人保健施設入所の要介護高齢者を対象として、河川の散策による心身への影響を評価した。睡眠相に変化を認めた症例のうち2例を報告する。

### 【方法】

秋田県N町の老人保健施設に入所している要介護高齢者を対象として、本人のインフォームド・コンセントを得たのち、連続的携行行動量計を前腕に装着し行動量リズムを継続的に1週間測定した。測定開始前に質問紙で痴呆、測定開始前と終了時に自立度、抑うつ度、生活リズム同調について調べた。測定終了後に行動量リズムと照度を解析した。測定は毎週木曜日を開始日とし、木曜日から日曜日までは対照期間として川と接しない環境(普段の入所の状態)で行動量の測定を行い、月曜日から水曜日に川べりの遊歩道に行き散策した。散策は午後2時から30分程度とした。

(症例1) 85歳、女性。前庭性めまい、起立性調節障害、加齢によるADL低下、下肢疼痛、難聴。介護者体調不良で自宅介護困難のため入所した。長谷川式簡易知能スケールは19点。要介護判定は3であった。調査は2003年5月29日より6月5日に行った。平均照度(lux/min)は散策無しの日が104.5で散策有りが369.3であった。散策を行なわなかったうち2日間は雨で、他は晴れであった。

(症例2) 83歳、男性。高血圧、心房細動、慢性心不全、難聴。介護者の夫が脳梗塞を発症し、介護者の負担が増加し自宅介護困難のため入所した。長谷川式簡易知能スケールは11点。要介護判定は1であった。調査は2003年6月5日より6月12日に行った。平均照度(lux/min)は散策なしが634.7で散策有りが676.3であった。天候は全て晴れであった。

### 【結果】

(症例1) 調査前後で自立度、生活リズム同調には大きな変化は無かったが、抑うつ度の指標としたSDS得点は37から28点と改善した。夜間の行動量計による睡眠分析では、就寝時刻が散策無しでは平均19:18、有りでは21:09で、睡眠時間が散策なしでは9時間45分、有りでは8時間5分と変化を認めた。起床時刻、中途覚醒の時間・回数には差が無かった。

(症例2) 調査前後で自立度、抑うつ度、生活リズム同調には大きな変化はなかった。行動量リズムパターンは散策なしでは昼夜境界消失型であったが、散策有りでは夜間の行動量が減少した。睡眠時間には差はなかった。また中途覚醒の長さ4時間22分、3時間11分で中途覚醒の回数は44.2回、35.0回と変化を認めた。

### 【考察】

川辺を散策することにより、施設内とは違った環境を体験し、強い光を浴び、体を動かすことができる。症例によって内容が異なるが、睡眠・覚醒リズムに影響が認められた。睡眠リズムの変化については改善、悪化の評価は難しいが、症例1では抑うつ度に改善が認められた。症例2では中途覚醒の減少があり、睡眠の質が改善したと考えられた。以上より、日中太陽を浴びる条件下で散策を行なうことは3日間の短時間であっても、身体・精神に何らかの影響を与えると考えられる。今後症例を増やしてさらに検討を続けたい。

## 2. 秋田県在住女性の魚介類からの水銀摂取量の推定

嶽石美和子<sup>1</sup> 岩崎容子<sup>2</sup> 坂本峰至<sup>3</sup> 仲井邦彦<sup>4</sup> 岡 知子<sup>4</sup> 岩田豊人<sup>1</sup> 佐藤 洋<sup>4</sup>  
村田勝敬<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 秋大医環境保健 <sup>2</sup> 環境省 <sup>3</sup> 国立水俣病総合研究センター <sup>4</sup> 東北大医環境保健医学

【目的】環境中のメチル水銀はほとんどが無機水銀のメチル化によって生じ、世界中至る所で見られる海産物や淡水魚の中に存在している。近年、メチル水銀に感受性の高い集団（妊娠中に曝露を受けた胎児など）への健康影響が懸念されており、米国環境保護庁（EPA）などいくつかの機関がメチル水銀の基準摂取量を定めている。しかし、日本人の水銀摂取量についての研究は少なく、日本におけるこれらの数値の意義は明らかでない。今回、我々は秋田県在住の女性を対象として魚介類摂取頻度調査によりメチル水銀摂取量を推定し、基準摂取量との関連を検討した。

【対象と方法】この調査は、秋田県内5市町村の小学一年生とその母親を対象とした「胎児期のメチル水銀曝露の健康影響に関する横断調査研究」の一部として平成14年夏季に行われた。インフォームドコンセントの得られた154名の母親の毛髪を根本から採取し、国立水俣病総合研究センターで水銀濃度を測定した。魚介類摂取頻度調査は仲井らの方法に従って行い、これまで報告されている魚介類中の水銀濃度をもとに一年間の推定総水銀摂取量を算出した。これを365日で除して、一日あたりの推定水銀摂取量とした。

【結果】秋田県に住む母親154名の推定水銀摂取量の幾何平均は15.3（範囲2.65～48.4） $\mu\text{g}/\text{日}$ であった。推定水銀摂取量

と母親の毛髪水銀濃度（0.49～5.82  $\mu\text{g}/\text{g}$ ）との間に有意な正の相関がみられた（ $r_s=0.335$ 、 $p<0.001$ ）。魚介類に含まれる水銀の75%がメチル水銀であると仮定し、母親の平均体重を55kg（秋田県在住の30-44歳の女性16,353人の平均体重より）とすると、体重1kg一日当たりのメチル水銀摂取量は右の表のようになった。

秋田県在住の母親154人のメチル水銀推定摂取量の分布

摂取量( $\mu\text{g}/\text{kg}$ 体重/日)	人数	%
$\leq 0.1$	13	8.4
$\leq 0.2$	55	35.7
$\leq 0.3$	50	32.5
$\leq 0.4$	19	12.3
$\leq 0.5$	6	3.9
$> 0.5$	11	7.2

【考察】今回の調査で、秋田県に住む母親の推定メチル水銀摂取量の幾何平均値は0.21  $\mu\text{g}/\text{kg}$  体重/日であった。EPAが定めた基準摂取量1.1  $\mu\text{g}/\text{kg}$  体重/日と比較すると、90%以上の人がこの値を超えてメチル水銀を摂取していることになる（FAO/WHO 合同食品添加物専門家委員会が本年6月に定めた1.6  $\mu\text{g}/\text{kg}$  体重/週を約50%が超えている）。わが国は魚介類摂取量が比較的多い固有の食文化を有することから、今後わが国のメチル水銀の基準摂取量を設定する場合、日本人を対象とした疫学研究データに基づいてリスク評価が行われる必要がある。

### 3. 秋田県のスギ花粉症患者等に対する情報支援に関する研究結果について

笹嶋 肇<sup>1</sup> 原田誠三郎<sup>1</sup> 鈴木紀行<sup>1</sup> 井谷 修<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 秋田県衛生科学研究所 <sup>2</sup> 井谷耳鼻咽喉科医院

近年、スギ花粉症患者が増加し、患者数は国民の10数%に達していることが報告され、国民的な健康被害として大きな社会問題となっている。当所では、1986年からアレルギー疾患の予防対策に関する研究として、花粉観測、飛散予測、患者調査等を実施してきた。そして、平成7年度からはこれらの研究成果を受けて県花粉症対策事業が実施されている。そこで、患者に対する情報支援を中心としたこれまでの調査研究内容について紹介する。

〔目的〕秋田県内のスギ花粉の飛散状況を把握するとともに、スギ花粉症患者の実態把握と症状軽減策及び医療機関の診断支援のための情報提供体制を確立することを目的とした。

〔方法〕1) スギ花粉飛散状況調査：1986年から当所屋上で観測を開始し、その後県内の医療機関と大館と横手の保健所でも実施した。2) スギ花粉の抗体保有調査：スギ花粉に対する感作(花粉に対する生体反応の一種)状況を把握するため、1988～91年に、東由利町、金浦町、象潟町の成人約5,827人と同地域の小中学生約3,667人及び県内の高校生約239人の計約9,733人の血清を対象に、スギ花粉特異的IgE抗体検査を実施し、地域・性・年代別の抗体保有率を求めた。3) スギ花粉症患者調査：1988年の由利組合総合病院耳鼻咽喉科のスギ花粉症患者統計と1990年以降の県内の協力医療機関の花粉飛散シーズンの1日当りの初診患者数を集計した。4) 花粉飛散予測方法の確立：スギ林分布と気象因子をもとに風向別の花粉拡散モデルを考案し、モデルから得られた拡散Parameterと気象因子を独立変数として多変量時系列分析を行なった。また、スギ花粉総量を推定するため、スギ雄花芽調査を行い指数化した。5) 予報の有用性の検討：1993～95年に外来患者1451人、1996年に一般住民1001人に対する質問票調査、1996～97年に外来患者98人を対象にアレルギー日誌によるモニター調査を実施した。

〔結果と考察〕スギ花粉抗体調査対象者の平均抗体保有率は9.4%で、地域別には沿岸住民(象潟町、金浦町)7.3%に対して内陸住民(東由利町)10.6%で内陸が有意に高かった。年代別では20代と30代の抗体保有率が高かったが、小学生でも5%前後の抗体保有率を示し、低年齢化の兆候が確認された。抗体保有者の全てが発症するとは限らないが、抗体保有者はわゆる花粉症予備軍であり、今後花粉飛散量の増加に伴うスギ花粉症患者増加が推定された。また、県内のスギ花粉飛散期間は概ね2月下旬から5月上旬で、飛散総量は主としてスギの雄花芽が形成される前年夏季の気象(特に気温、日射量)との相関が大きかった。さらに、飛散シーズンにおいて北西の風向出現率が高いため、沿岸部で少なく、風向に依存しない内陸は沿岸部の約2～3倍と多かった。それまでは、秋田県のスギ花粉飛散量は大都市に比べて少ないとする報告が多かったが、これは沿岸部のデータ用いられてきたことが原因と考えられた。

次に、予報作成のため、過去の時系列データを物理、統計的に解析し日飛散予報を確立した。これにより、地域単位の日予報が可能となり、平成7年度からは全国でも先駆的な花粉症対策事業が施行された。花粉予報は、1999年までは東北大学の方式に沿い、安定日・注意日・警戒日の3段階で提供していた。しかし、患者調査の結果、県の花粉予報を今後も活用したいと回答した者は約70%であったが、花粉数と重症度が必ずしも一致しない例がみられ、モニター調査の結果調査対象患者のうち、日々の症状や重症度が花粉飛散数の変化と相関する患者は、約1/3であることが判明した。このことから、患者個人の過敏性等の発症特性に合わせるため、2000年から、花粉飛散レベル(少ない、やや多い、多い、非常に多い)の4段階に変更した。今後は、花粉症患者の症状と予防方法についてQOLの観点から検討し、発症パターンや重症度別の予防方法についても追究したいと考えている。

#### 4.平成 13 年度から実施した犬のしつけ方教室および飼い主紹介制度について

八重樫 良 高橋広志 戸田理香子 生駒隆一 齋藤節子 鎧屋公雄

秋田市保健所衛生検査課

はじめに：近年、飼い主の不適正な飼養行為に起因した犬の危害や迷惑行為が問題となり、飼い主に対しての責任を適正にはたすよう、普及啓発活動の重要性が認識されている。本市ではその一環として、平成 13 年度から「犬のしつけ方教室」、平成 14 年度から「犬の飼い主紹介制度」を実施したのでその概要を報告する。

方 法：(1) 犬のしつけ方教室；平成 13 年度は犬同伴、平成 14、15 年度は飼い主のみで開催した。また、開催時と開催 1 ヶ月後に参加者対象にアンケートを実施した。(2) 犬の飼い主紹介制度；犬を譲りたい飼い主（以下、譲渡希望者）は譲りたい犬の写真を保健所に登録。写真は保健所窓口とホームページで閲覧可能とした。飼い主希望者は飼いたい犬がいた場合、譲渡希望者と連絡をとり、譲渡が決まり次第保健所へ報告してもらったこととした。

結 果：(1) 犬のしつけ方教室；アンケートでは、飼い犬を家族の一員としている人が 89%。参加理由としては、問題行動やその対処法を学びたいが 76%。教室実施 1 ヶ月後のアンケートでは、教室に参加して学んだことを継続して実施した結果、犬に変化がみられたとの回答が 83%であった。(2) 犬の飼い主紹介制度；譲渡希望登録犬 24 頭（仔犬 18 頭、成犬 6 頭）のうち、10 頭（子犬 8 頭、成犬 2 頭）(42%) が本制度利用で譲渡が成立した。また、譲渡希望登録したが、制度を通さずに譲渡された犬が 14 頭 (58%) いた。

考 察：しつけ方教室のアンケート結果から、この教室の実施が犬の問題行動の改善につながっており、飼い主に適正な飼養方法を学ばせる手段として有効であると考えられた。飼い主紹介制度については、本制度に登録しながら、制度を通さずに譲るケースが半数以上にまで及んだ。これは制度への理解不足と利用上の手続きの繁雑さが原因と考えられた。今後、この制度の積極的な P R と手続きの簡略化により、利用者の増加を図りたい。

## 5. 地域における模倣自殺の発生とポストベンションの重要性

金子善博 本橋 豊 佐々木久長

秋田大学医学部社会環境医学講座 健康増進医学分野

**背景：**自殺の発生には時間的空間的集積性があることが指摘されている。著名人の自殺報道の後に自殺件数が増加すること、自殺報道のあり方がその後の自殺発生に影響を与えることが、多くの質的、量的研究により報告されている。秋田県における地域住民を対象とした調査において、過去に親類知人に自殺者がいたとする回答は 23~39%と高頻度に見られる。小規模なコミュニティ内の自殺の発生は其中で伝達され、自殺の誘因となっている可能性があるが、このような観点からは分析されていない。地域における自殺の模倣現象の有無を検討した。

**対象と方法：**県内A町の中高年を対象とした長期コホートを対象とした。追跡 11 年間の月単位の自殺発生間隔につき、Poisson 分布に対する Kolmogorov 検定を行った。

**結果：**直近の自殺からの期間が3ヶ月未満の自殺は 9 件 (50%) であった。コホート内の自殺数と秋田県の自殺率の経年変化 (Figure 1) と、コホート内で発生した自殺 18 例の発生間隔の累積頻度 (17 区間) と対応する累積ポアソン分布 (Figure 2) を示す。Kolmogorov 検定の結果、 $Z=1.948$ 、 $p=0.001$ 、多発した 1995 年の影響を除いても  $p=0.015$  と有意であり、自殺の発生間隔は有意に短かった。

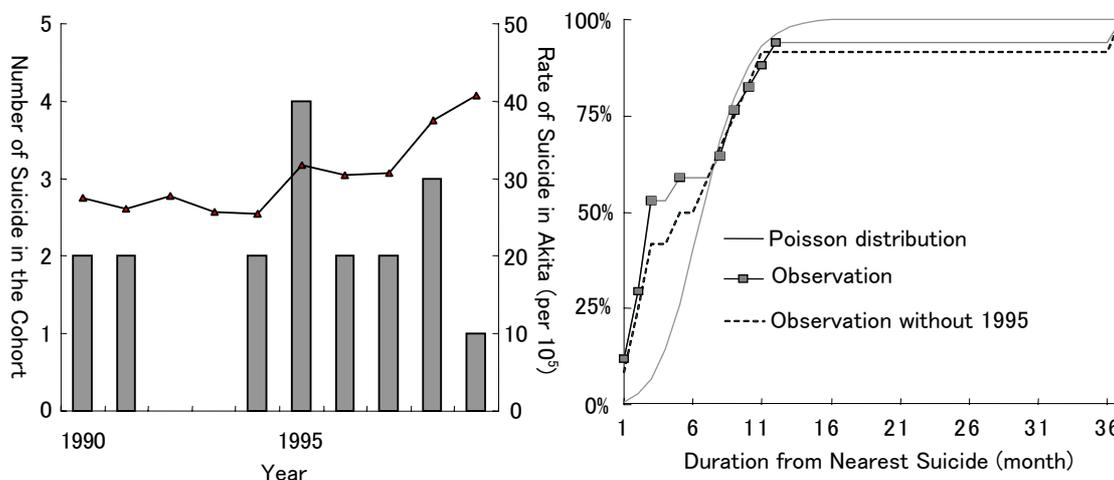


Figure 1

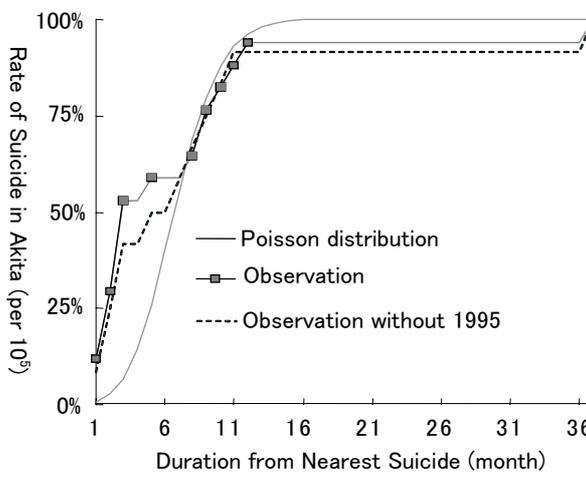


Figure 2

**考察：**先行する自殺、それ自体が後続する自殺の要因となっている可能性が示唆された。自殺の多くには先行するうつ状態や社会経済要因などのリスクが関連しており、事前予防対策が行われている。今回の分析から、プリベンションに加えて、自殺発生直後のコミュニティに対する事後介入、ポストベンションの必要性が考えられた。在り方には慎重を要するが、模倣自殺を防ぐ地域介入手法を検討する必要がある。

## 第1回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録

日時： 平成15年10月9日(木) 11:50～12:50

会場： 秋田県総合保健センター小会議室

出席者(50音順,敬称略)：板波静一、伊藤善信、河西淑子、佐々木秀平、佐藤勤一、  
鳥海良寛、藤井紀男、村田勝敬、本橋豊(代表世話人、学会長) 吉田昇  
(事務局) 佐藤正光、中村康二(以上 県健康対策課) 金子善博(秋田大学)

### 議事

#### 1. 開会

学会長から、当時の県健康福祉部長との相談で平成10年から秋田県地域保健研究会を行ってきた経緯が説明された後、出席者が自己紹介を行った。

#### 2. 協議事項

##### 1) 運営要項(案)・世話人の選任

学会長から運営要項(案)は、秋田県地域保健研究会運営要項を引き継ぎ、会費の徴収などを付け加えたものであると説明された。第十三条を附則とすること、字句の修正を行うことで了承された。

世話人の選任は、配付資料の世話人名簿どおりとすることが了承された。

##### 2) 学会の運営

###### a) 世話人会

世話人会は学会開催時および、学会開催に必要なときに行うことが確認された。

###### b) 学会運営費・年会費

学会長から、配付資料「学会運営費・年会費試算」の説明と、隣県の状況(岩手県：2,000円/年、会員300名程度、宮城県：3,000円/年) 従来の地域保健研究会の参加者数(平均80名)が報告された。保健所技術職の会員確保には年会費1,000円が望ましいと提案があり、最終的に年会費1,000円で了承された。法人会員(年会費、1万円程度)を設けることの提案があり、了承された。

学会参加費につき、当日参加費を年会費より高くする、年会費とは別に参加費を徴収する等が議論されたが今後の検討課題となった。

個人会員1,000円/年、法人会員10,000円/年、会員数目標150名程度とすることが確認された。

###### c) 学会誌の発行

学会長から第1号の準備状況の報告と、本年12月の発刊を目指して投稿の要請がされた。

###### d) 次年度学会

次年度学会を県健康福祉部が担当することが確認された。学会長、期日は後日決定することとした。

#### 3. その他

世話人は会員の確保を精力的に行っていくことが確認された。

以上

# 平成15年度秋田県公衆衛生学会会計報告

## 支出の部

科目	金額
学会参加費	53,000
賛助金	168,000
合計	221,000

## 収入の部

科目	金額
旅費・報償費	0
需用費	
消耗品	2,000
印刷費	150,000
会議費	30,000
役務費（通信費、手数料など）	10,000
使用料（会場利用費）	29,000
合計	221,000

## 秋田県公衆衛生学会世話人名簿（50音順）

平成15年10月9日現在

氏名	所属
板波 静一	秋田県健康福祉部健康対策課長
伊藤 善信	秋田県秋田地域振興局福祉環境部長（秋田中央保健所長）
加藤 清美	秋田県健康福祉部長
河西 淑子	秋田県看護協会第2副会長
佐々木 秀平	秋田市保健所長
佐藤 勤一	秋田県歯科医師会理事
鈴木 紀行	秋田県衛生科学研究所長
福島 幸隆	秋田県医師会常任理事
鳥海 良寛	秋田県薬剤師会専務理事
藤井 紀男	秋田県健康福祉部次長
村田 勝敬	秋田大学医学部教授（環境保健学分野）
本橋 豊*	秋田大学医学部教授（健康増進医学分野）
宮島 嘉道	秋田県大曲仙北地域振興局福祉環境部長（大曲保健所長）
吉田 昇	秋田県環境センター所長

\*代表世話人

## 秋田県公衆衛生学会運営要項

- 第一条 本会は秋田県公衆衛生学会（Akita Society for Public Health）と称する。
- 第二条 本会は秋田県の公衆衛生の向上に寄与することを目的とする。
- 第三条 本会は前条の目的達成のために次の事業を行う。
1. 学会、セミナー等の開催
  2. 会員間の相互交流
  3. その他本会の目的達成に必要な事業
- 第四条 本会の目的に賛同する個人は誰でも会員になることができ、学会に発表し討議に参加することができる。
- 第五条 本会の運営に関して必要な事項を討議するため学会世話人を置く。
- 第六条 学会世話人会は秋田県内の公衆衛生・医療分野の関係者、秋田県の衛生行政担当者、国の厚生労働行政経験者、学識経験者等から成る若干名の者で構成する。
- 第七条 学会世話人の任務を次のように定める。
1. 学会世話人は世話人会に出席し、本会の運営に必要な事項を討議する。
  2. 学会世話人の任期は2年とし、再任を妨げない。
  3. 学会世話人会は原則として年1回、学会開催に際して招集される。
  4. 学会長は学会世話人会において決定する。
- 第八条 学会長はその年の学会の運営及び諸般の事項を担当する。学会世話人会議長は学会長が担当する。
- 第九条 学会は原則として年1回開催される。学会では会員の研究発表と討議を行う。
- 第十条 必要に応じて、セミナー等を行うことができるが、本会の名において行われるセミナー等は学会世話人会の承認を受けなければならない。
- 第十一条 本会は学会やセミナー等の開催にあたって、必要な経費を参加費として徴収することができる。
- 第十二条 本会の事務局の所在は当分の間、秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野に置く。
- 附則 本運営要項は平成15年10月9日より発効する。

## 秋田県公衆衛生学会会費について

秋田県公衆衛生学会の会費は以下となっております。

個人会員 1,000 円／年  
法人会員 10,000 円／年

(4月1日より翌年3月31日まで)

## 平成16年度秋田県公衆衛生学会の予定

秋田県公衆衛生学会は例年10月上旬に開催予定となっております。

次年度の開催概要が決まり次第、公表いたします。

## 秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

1. 秋田県公衆衛生学雑誌は秋田県公衆衛生学会の機関誌であり、公衆衛生全般にわたる総説、原著論文、短報、報告、その他の投稿を受け付けます。
  - 1) 総説： 公衆衛生に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
  - 2) 原著論文： 独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
  - 3) 短報： 独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
  - 4) 報告： 公衆衛生活動に役立つ実践報告や事例報告など
  - 5) その他： 論壇、随想、意見など編集委員会で必要性を認めたもの。
2. 原稿は邦文でも英文のいずれも受け付けます。
3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとしします。
4. ヒトおよび動物を対象にした研究論文は、1975年のヘルシンキ宣言（2000年修正）の方針に従い、必要な手続きを踏まえたものとしてください。
5. 投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡します。
6. 原則として、投稿原稿は別に定める「執筆要項」に従って下さい。
7. 投稿原稿は、秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会宛に送付して下さい。また、書面に総説、原著、短報、報告、その他のいずれのカテゴリーとして投稿するのかを明記して下さい。
8. 投稿先

### 秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会事務局

秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野（公衆衛生学）

〒010-8543 秋田市本道1-1-1

(E-mail) kaneko@med.akita-u.ac.jp

(TEL) 018-884-6088 (FAX) 018-836-2609

## 執筆要項

1. 原稿はワープロソフトを用い、A4版、横書き、新かな使い、常用漢字の明朝体で記載する。句読点および括弧は一字とする。ワープロソフトはワード等のWindows系のソフトで送付すること。
2. 外国語の人名、地名、学名はカタカナでもよい。
3. 和文・英文のいずれの原稿でも、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には緒言 (Introduction)、方法 (Methods)、結果 (Results)、考察 (Discussion) として見出しをつけて記載すること。
4. 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表および図の数などを記載すること。
5. 図表は必要最小限にとどめること。図は白黒とする。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。
6. 本雑誌の単位符号は原則としてSI単位を用いる。(JIS Z8203参照)  
例：長さ、面積、体積 km, m<sup>2</sup>, cm<sup>3</sup>
7. 引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。  
雑誌の場合、全著者名、表題、雑誌名、年号；巻数：頁-頁、の順に記す。  
(1) 田島静, 千々和勝己. 初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス (SRSV) による集団食中毒事例. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50: 225-233.  
(2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 453-455.  
単行本の場合、編・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年：頁、の順に記す。  
引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。  
(3) 川上剛, 藤本瞭一, 矢野友三郎. ISO 労働安全・衛生マネジメント規格. 東京: 日刊工業新聞社, 1998.  
(4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002.  
(5) 川村治子. リスクマネジメント. 高野健人他編. 社会医学事典. 東京: 朝倉書店. 2002: 98-99.  
(6) Detels R, Breslow. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002: 3-20.

## 秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会

編集委員長：本橋 豊（秋田大学医学部教授・健康増進医学分野）

編集委員：伊藤善信（秋田地域振興局福祉環境部長）

金子善博（秋田大学医学部助手・健康増進医学分野）

鈴木圭子（日本赤十字秋田短期大学講師・介護福祉学）

村田勝敬（秋田大学医学部教授・環境保健学分野）

湯浅孝男（秋田大学医学部教授・作業療法学）

---

秋田県公衆衛生学雑誌  
第1巻第1号  
平成15年12月31日発行

発行人 秋田県公衆衛生学会 本橋 豊

秋田大学医学部社会環境医学講座 健康増進医学分野 内  
〒010-8543 秋田市本道1-1-1  
Tel: 018-884-6088（ダイヤルイン）  
Fax: 018-836-2609

印刷 秋田ワークセンター

---