－ 日本赤十字看護大学 －

医療と文化

2013/12/18

井 上 陽 介

授業のアウトライン

Module 1

健康・病気の捉え方（第2回–5回）

栄養失調・肥満／痛み／
精神疾患・ストレス／出産・授乳

Module 2

治療・健康追求行動のあり方（第6–9回）

経口補液療法／予防接種／外科手術・臓器移植／
呪術・伝統医療／ネット上の医療情報／プラセボ効果

Module 3

健康決定要因としての文化（第10–13回）

感染症（HIV/AIDS、マラリアなど）／心血管疾患・糖尿病
／移民と健康／経済発展と健康

国際保健学の概要

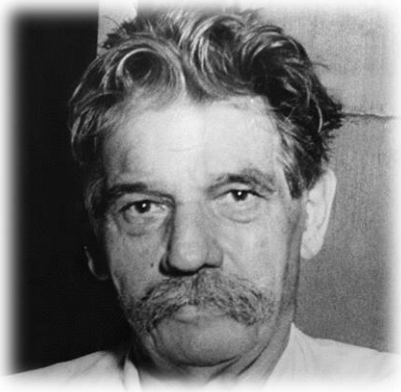
国際保健の歴史的経緯

- ～50年代　植民地主義と熱帯医学／医学モデル
- 1978年　アルマ・アタ宣言とプライマリ・ヘルス・ケア
- 1986年　オタワ憲章とヘルスプロモーション
- 21世紀　MDG、健康の社会的決定要因、Post-MDG

植民地主義と熱帯医学

- 19世紀の開発途上国
  - 伝統的な医療従事者（Traditional Healers）が担う
  - 植民地の西洋人には西洋医学に基づいた医療。
  - マラリアなどから西洋人や植民地の労働者をまもるために熱帯医学がはじめられた。

野口英世



シュバイツアー

植民地経営と熱帯医学

- パナマ運河の失敗（1880-1889年）
  - 1869年　スエズ運河建設の成功（エジプト）ののちに、掘削を開始。
  - ヨーロッパからの技術者のほとんどが黄熱病とマラリアに罹患。
  - 工事関係者の犠牲者は3万人近くに。

- 湿地帯で水たまりが多く、黄熱病やマラリアの媒介昆虫であるネッタイシマカやハマダラカの発生が多かった。
- その後、1903年にアメリカが建設した。徹底的な蚊対策（ベクターコントロール）を行った。

植民地主義と熱帯医学

- 非合理な医療システムの導入
  - 「宗主国」のシステム
  - 大都市中心
  - 高コストな先端医療

農村や都市スラムのニーズは無視！

- 1950-60年代　植民地の独立
  - 農村地域における疾病の予防を重視したが、ほとんどの国際援助機関は都市部における治療に投資を続けた。

- この状況は20世紀中ごろまで続く。

ケニア・ナイロビの状況 (2002年)

	IMR	U5MR
Rural	76	113
Urban (excluding Nairobi)	57	84
Nairobi	39	62
High-income, Nairobi	<10	<15
Informal settlements, Nairobi	91	151
Kibera slum in Nairobi	106	187
Embakasi slum in Nairobi	164	254
Japan	4	5

引用：Urban Health – Global perspectives

医療モデルの時代

- 感染症撲滅キャンペーン
  - 天然痘（1980年根絶）
  - マラリア
    - DDT：発がん性／環境ホルモン
    - 安価なDDTに代わる殺虫剤を調達することが出来なかった途上国では、マラリア患者が再び増加。
    - スリランカ：1948年から1962年　250万→31人
      DDT禁止わずか5年で年間250万に逆戻り。

- 病院だけではなく・・・
  - 基本的ヘルスケアアプローチ
  - 中国　裸足の医師（赤脚医生）1950年代以降

http://showa.mainichi.jp/news/1949/03/ddt-00e9.html

1960~70年代：トップダウンからボトムアップへ

- 国際開発全体の潮流

- 病院中心アプローチ　→　地域保健プログラムを重視
  - コミュニティ・ヘルス・ワーカーが中心
    - 住民参加型。コミュニティの中から選ばれる。
    - 自立、低コスト、健康教育、予防、地域資源の活用、地域住民の関与の観点が重視された。
    - 非政府組織（NGO）などの関与。草の根活動。

  - 中国、キューバ、タンザニア、インド、日本（佐久病院）

アルマ・アタ宣言とプライマリ・ヘルスケア

- 1978年　アルマアタ宣言
  - 世界の健康資源の多くは少数の限られた人々へのサービスと、それに必要な医学、医療の研究開発に向けられており、大多数はこの恩恵の外で日々様々な病気で苦しんでいる。（略）世界には基本的ヘルスケアサービスすら受けられない人々が数十億人おり、保健医療はこれらの人々が健康を改善し、生産的な生活を送れるようにすることを第一に追求しなければならない。（WHOマーラー博士）
  - プライマリ・ヘルスケア(PHC)

PHC活動項目

- 実施上の5原則

  (1)住民のニーズに基づくこと、(2)地域資源の有効活用、(3)住民参加、(4)農業、教育、通信、建設･水利など多分野間の協調と統合、(5)適正技術の使用

- 具体的活動項目

  (1) 健康教育、(2) 食料確保と適切な栄養、(3) 安全な飲み水と基本的な環境衛生、(4) 母子保健（＋家族計画）、(5) 主要感染症への予防接種、(6) 地方風土病への対策、(7) 簡単な病気や怪我の治療、(8) 必須医薬品の供給

ヘルスプロモーション

- 1986年　　健康づくりのためのオタワ憲章

  ヘルスプロモーション（Health promotion）

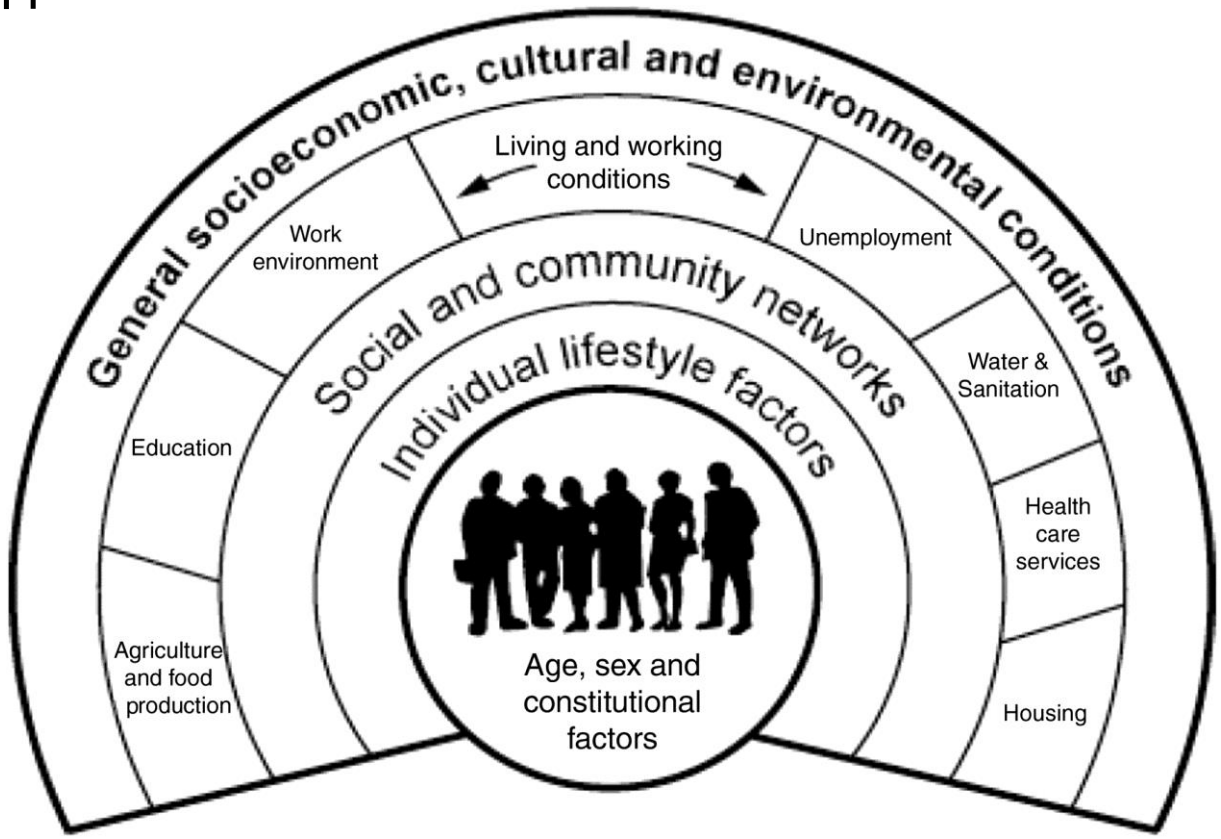
  – 「自らの健康とその決定要因を個人がよりコントロールしやすいようにしていく過程」

  – 収入、住居、食事、雇用、労働環境といった健康の前提条件に関する政策の立案

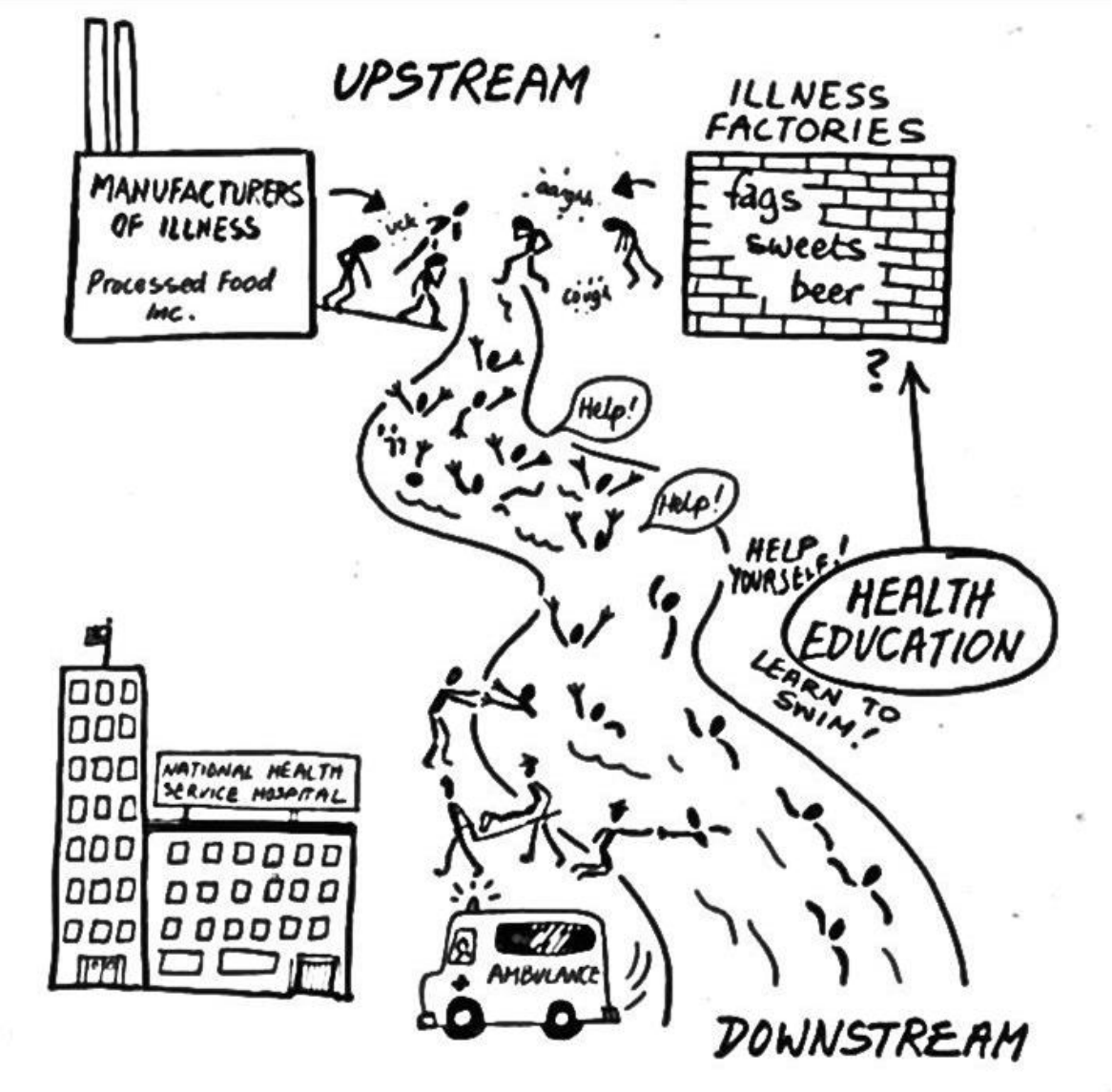
  – Health in All Policies：あらゆる政策に健康の観点を取り入れるべきであるとする考え

健康の社会的決定要因

- 健康の社会的決定要因（Social determinants of health）
  - 人びとの健康状態を決定する社会経済、文化、環境的諸条件



社会疫学の「上流」思考


UPSTREAM
ILLNESS FACTORIES
MANUFACTURERS OF ILLNESS
Processed Food Inc.
fags
sweets
beer
?
Help!
Help!
HELP YOURSELF!
HEALTH EDUCATION
LEARN TO SWIM!
NATIONAL HEALTH SERVICE HOSPITAL
AMBULANCE
DOWNSTREAM

社会疫学の「上流」思考

流れの速い川の岸に立っていると、おぼれている人の叫び声が聞こえてきた。私は川に飛び込み、手を差し伸べ、岸にあげ人工呼吸をした。

おぼれた人が息を吹き返すと、助けを求める声が再び聞こえてきた。私は否応なしに飛び込み、手を差し伸べ、岸まであげて人工呼吸をした。ところが、彼が息を吹き返すと、また助けを求める叫び声が聞こえてたのだ。迷わずまた川に飛び込んだ。そしてこの繰り返しは果てしなく続いた。

私には、川に飛び込み、岸にあげ、人工呼吸を施すことで精一杯だった。私には、上流にいき、彼らを川に突き落としている恐ろしい事実がなんであるのか、確認するひまなどなかったのだ。

McKinlay, J. (1979). A case for refocusing upstream: the political economy of health.

Gapminderで世界の健康を理解！

GAPMINDER

- ハンス・ロスリング
  - スウェーデン出身の医師、公衆衛生学者。カロリンスカ研究所国際保健学部。Gapminderの開発にも携わる。
- TED TALKS　地球規模の人口増加について
  - http://www.ted.com/talks/hans_rosling_on_global_population_growth.html

Gapminderで世界の健康を理解！

- 経済発展と平均余命
  - Income per person (GDP/capita) × Life expectancy (years)
- 子どもの死亡率は下がったか
  - Income per person (GDP/capita) × Child mortality (0-5 year-olds)
- バングラデッシュの奇跡
  - Child mortality (0-5 year-olds) × Children per woman (total fertility)
- 晩婚化
  - Child per woman (total fertility) × Age at 1st marriage (women)

Gapminderで世界の健康を理解！

#nisseki13

- 自分でシナリオを作ってみる。X軸とY軸の組み合わせを考えてつぶやく！

5歳未満死亡、BMI、CO2排出量、GDP、Gini係数、HIV感染率、アルコール摂取量、安全な水の供給、胃がん、医師の数、インターネット使用、援助額、肝臓がん、喫煙、携帯電話使用、血圧、結核、下痢による新生児死亡、合計特殊出生率、識字率、子宮頸がん、自殺率、従属人口指数、初婚年齢、初等教育修了割合、初等教育における女児の割合、数学の達成度、摂取カロリー、絶対的貧困、粗死亡率、粗出生死亡率、大腸がん、長期失業率、低出生体重児、都市人口、乳がん、乳幼児死亡、乳幼児死亡、人間開発指数、農業GDP、非援助額、一人あたり収入、ひとりあたり石油使用料、ひとりあたり石油生産量、武器輸出、武器輸入、平均余命、輸出、輸入