

目で見る WHO

Diabetes 糖尿病 ～Beat diabetes～



— 第59号 —

2016 春号

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

C O N T E N T

ごあいさつ	1
沿革	2
WHO憲章	3
●第5回 Jaihsとの共同企画フォーラム開催報告	
「遠い国なら他人事??」～予防接種から見る、理想の国際支援～	
主催者挨拶	関 淳一 4
開会の挨拶	加治 聡子 5
.....	七野 紀之 5
「拡大予防接種計画とワクチン」/「国レベルからみる予防接種事業」	
.....	蜂矢 正彦 6
「村レベルからみる予防接種事業」	浦部 大策 7
「グローバルなレベルから考える予防接種事業」	久木田 純 9
ワークショップ	11
ワールドカフェ	12
パネルディスカッション	14
●青年海外協力隊員として	
一緒に働きたいと思える人になるために	
ウズベキスタンで学んだ大切なこと	山口 晶子 19
●2016年世界保健デーのテーマ「糖尿病」	
糖尿病の予防・克服をめざして	門田 文 24
フォーラム開催のお知らせ	29

ごあいさつ



公益社団法人 日本WHO協会
理事長 関 淳一

今年も例年のごとく、1月25日から30日迄ジュネーブで2016年のWHO執行理事会(第1回)が、開催されました。執行理事会において、マーガレット・チャン事務局長は、昨年の夏以来ブラジルを中心とした中南米で急速に感染が拡大しているZikaウィルス病について、流行地に於いて先天性小頭症の急増が見られることを念頭に国際保健規則(IHR)による緊急委員会を召集しました。2月1日に緊急委員会が開催され、2月2日には、チャン事務局長は今回のZikaウィルス流行に対して、WHOとして「国際的対応を要する緊急事態」を宣言しました。そして、Zikaウィルス感染と小頭症の関連については、両者の関係が科学的に立証されてはいないが、関連が強く疑われるとして、今後早急に、関係国が連携して、両者の関係について究明を進めることを決定しました。私共は、今後の成果を注視する必要があります。今回のZikaウィルスの流行は、感染症のもつ課題の大きさを改めて感じさせせるものです。

一方、今年の世界保健デー(4月7日)のテーマは、糖尿病です。糖尿病はご承知の様に全世界の成人の1割近い人々が罹患しており、特に中低所得国で急増していることが知られております。

また、糖尿病患者の中で特に大きな比率を占める2型糖尿病については食事・運動などの生活習慣の改善により、発症を遅らせたり、予防することができる要素も多く、グローバルな啓発活動が期待されています。今回、日本WHO協会としての啓発活動の第一弾として、当機関誌に滋賀医科大学アジア疫学研究センターの門田文先生にアジア疫学研究センターの立場でご寄稿をお願いしました。

昨年10月に、今回で第5回となる日本国際保健医療学会学生部会(jaih-s)の人達との共催企画フォーラム「遠い国なら他人事??～予防接種から見る、理想の国際支援～」を開催いたしました。企画・運営は全てjaih-sの人達の手に委ねましたが、周到的な準備と講師の先生方にも恵まれ、非常に中味のあるフォーラムとなりました。三人の講師の先生方は各々の基調講演のほか、ワークショップ、ワールドカフェ、パネルディスカッション等の全て行事に御参加頂きました。ここに改めて蜂矢正彦先生、浦部大策先生、久木田純先生に心から感謝申し上げます。

また、今回青年海外協力隊の一員としてウズベキスタンで2年間に亘り仕事をされ、丁度jaih-sとの共催フォーラムの直前に帰国された、山口晶子様にウズベキスタンでの2年間の貴重な御経験についてご寄稿いただきました。山口様は以前にもjaih-sとのフォーラムに参加された経験をお持ちですが、今回も参加していただき、多くの学生の人達と交流されました。

今回、「目で見えるWHO」59号を発行するに当りご協力を賜りました方々に、この場をお借りしまして、心から厚くお礼申し上げます。

平成28年2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-)
			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 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になります。

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。

「遠い国なら他人事??」 ～予防接種から見る、理想の国際支援～

日本国際保健医療学会・学生部会(jaih-s)とは「国際医療保健に関わる人材育成」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5回目となる共催企画フォーラムを2015年10月3日に大阪産業創造館で一般社団法人大阪薬業クラブの助成も頂き「遠い国なら他人事??」～予防接種から見る、理想の国際支援～をテーマとして開催いたしました。

●開会の挨拶 日本WHO協会 理事長 関 淳一

WHOは目下の最重要目標として、UHC(ユニバーサルヘルスカバレッジ)*1を挙げています。これは、WHO憲章の精神からも、世界の加盟国が先ず取り組むべき、極めて重要かつ適切な目標であります。

共は、少し立ち止まって、医療支援の現在の実態について改めて考えてみることは極めて意味のあることだと思います。

今回、jaih-sの人達は、この課題を考える手段として、予防接種の普及率をとり上げ、フォーラムの参加者と共に考えることを企画しました。

今回のフォーラムもこれ迄と同様に、テーマの選定、企画などは全てjaih-sの人達によって行なわれました。

私は、jaih-sの企画担当スタッフの人達の発想と思考の素晴らしさに接し、まさに今必要な企画であり、是非成功させたいと強く思いました。

今回、非常にお忙しい中、フォーラムの講師をお引き受け頂きました、蜂矢正彦先生、浦部大策先生、久木田純先生にこの場を借りまして、心から厚く御礼を申し上げます。

このフォーラムが、予防接種の普及という現実の課題を直視することを通じて、真の国際支援について参加者の方々が改めて考えられる機会となりますことを期待致しております。



(公社)日本WHO協会×jaih-s 共催企画
遠い国なら他人事??
～予防接種から見る、理想の国際支援!～

WHO JAPAN

2015年10月3日
11:30～18:30
大阪産業創造館

助成: (一社)大阪薬業クラブ助成事業

jaih-s

現在、国際保健医療の世界では、極めて多くの分野において、様々な形での国際医療支援が進められております。その結果、全体としては、世界の人々の健康水準は間違いなく向上していると言えます。

しかし、一方で、医療支援の地域間格差、国際間格差、更には国内格差が指摘されています。そこで、私

*1 Universal Health Coverage: 全ての人が、必要な時に負担可能な費用で基礎的な医療サービスを受けることができる状態

●開会の挨拶

jaih-s第10期代表

加治 聡子



私たち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。jaih-sでは「ネットワーキング」、「大学では得られない学習環境の提供」、「多分野からの活動参加」を大きな3つの柱として、全国の学生に平等に国際保健医療の学習環境を提供すべく全国各地での勉強会や合宿などを開催しています。第10期のスローガンは、『見直す・魅せる・学生として学ぶ』とし、より充実した企画を参加者の皆様にお届けできますよう運営委員自身の活動や学習機会から見直しを行っております。更に、jaih-sが国際保健に関心を持つ学生にとってより近い存在となれるよう、各企画や運営委員としての活動の魅力を発信しております。

本日は、「予防接種から見る、理想の国際支援」をテーマに、疾病予防対策としての予防接種とその普及について学習してまいります。

講師の先生方はお三方とも、それぞれの場所で予防接種の普及に向けてご活躍してこられた方々であり、各立場からのお話や現場のお話を基本からお話しいただけることと存じます。インプットすることに留まらず、先生方のお話を受けてご自分の中で「理想の支援」について考えをめぐらせ、ワークショップでの意見交換に繋げていただけますと幸いです。

また、ワールドカフェでは先生方と直接お話しできる絶好の機会となっておりますので、皆さま是非とも、肩の力を抜いて国際保健へのかかわり方などご質問くださいませ。

●本企画の立案にあたり

jaih-s第10期後半

勉強会班班長 七野 紀之



本企画の立案にあたり、私たちは三つのエッセン

スを立案基盤として設定しました。それらは、「主体的思考の実践」「リアリティの体感」「行動の契機」から構成されております。

本勉強会のテーマは「予防接種」「理想の国際支援」という、国際保健医療の代表的なトピックとなっておりますゆえ、既存の考え方に囚われがちになることも多いかもしれません。このようなトピックにおいて重要となるのは、「主体的思考」であり、その本質は、イノベーションにあると考えます。すなわち、講師の先生方のお話をただ受け入れて終わるのではなく、聞き、考え、選び、そして自らをinnovate(自分自身を刷新する)するということです。その先にこそ、新たなアイデアがデザインされる可能性が存在するはずです。皆様に「主体的思考」の下、「理想の国際支援」の新しい形を探っていただくべく、様々な工夫を凝らしました。

また、Global Healthに従事しておられない方にとって、Global Healthの舞台という非日常を身近に感じることは容易なことではないでしょう。そして、いかに身近に感じるができるか、それはGlobal Healthという分野に進むうえで非常に重要なパラメーターではないかと考えています。なぜならば、身近に感じる事が日頃の行動を促し、日頃の行動の積み重ねが将来への足掛かりになると考えるからです。ゆえに、皆様が本勉強会を経て、ただ学ぶだけでなく、「Global Citizen」の一員としてGlobal Healthに当事者意識を抱き、国際協力の「リアリティを体感」し、それに伴い本勉強会が「行動の契機」となるよう、本企画を練り上げました。

主体的思考を実践していただくことで、国際支援の新たな理想像を考えていただけます。リアリティを体感することで、Global Healthを身近に感じていただけます。可能性を考え、身近に感じる事ができたならば、あとは行動に移していただくだけです。

「拡大予防接種計画とワクチン」/「国レベルからみる予防接種事業」

国立国際医療研究センター 蜂 矢 正 彦



Masahiko HACHIYA

国立国際医療研究センター国際医療協力局。医学博士。小児科専門医。
東邦大学医学部卒。同小児科勤務後、ハーバード公衆衛生大学院にてMPH取得。
マサチューセッツ州保健局、ハーバード大学公衆衛生大学院 熱帯公衆衛生学教室、成田空港検疫所を経て現職。JICA事業やフィールド研究で得た知見をもとに、相手国の保健省やWHOなどの国際機関に対し提言を行っている。

●途上国の現在

平均寿命が少しずつ伸び、現在は癌、糖尿病も常に増えてきている。それと共に、日本では想像もつかないくらい格差が激しいのも事実だ。疾病の予防に関しては、疾病の解釈自体が異なっていることもあるのが現状である。

●ワクチンと免疫

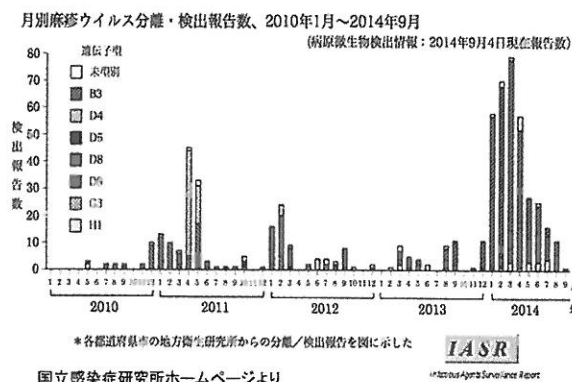
ワクチンは一見簡単なようだが、実はとても難しい。インフラ整備、保健医療人材が大事であり、さらにいうと予防接種が感染症の予防に効くという認識がない場合もある。1970年代に拡大予防接種事業が開始され、6つの疾患(はしか、ポリオ、百日咳、破傷風、ジフテリア、結核)の予防接種事業の拡大が行われた。中でもポリオに関してはかつて世界で毎年35万人もの患者が発生していたが、現在は400人にまで減少している。これは公衆衛生の歴史の中でも輝かしい成果であるが、地域格差が未だ存在しており、根絶できていない疾患がほとんどであるという現実があるのも事実だ。

ワクチンは2～8℃で保存することが必要で、コールドチェーンを維持することは非常に大事になる。プログラムの評価、サーベイランスができてないとどうにもならず、毎週毎月疾病動向調査をすることも非常に大事になる。また、コミュニティとの連携も重要になる。

●フィリピンにおける麻疹の予防接種事業

拡大予防接種事業が行われる以前には日本では麻疹患者は年間10～30万人発生したといわれているが、今年はまだ20人前後と少ない。麻疹は感染力が強く、特に栄養状態の悪い途上国では顕著である。また、治療法がないためワクチンが患者数を減らす唯一の手段になる。日本においては世界的に麻疹排除国とされているが、2014年は大学で流行するなど感染者が多かった。感染症サーベイランスによると麻疹ウイルスの型としては日本ではB3型が多く、これは東南アジア特にフィリピンから来ていることが分かっている。ここからも世界の感染症が国境を越えていることは明らかである。

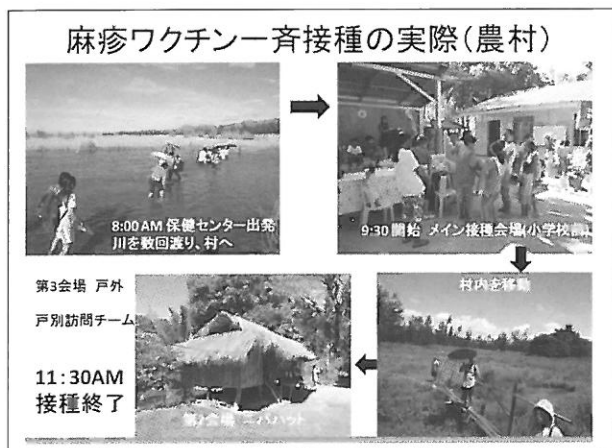
2014年の麻疹流行はフィリピン由来



フィリピンの麻疹を抑えるために2014年9月に補足的ワクチン接種事業が行われた。その中で私が携わった事業に関して紹介させていただく。

その事業の中では、予防接種を打ったことを明らかにするためワクチン接種後左手の小指にマジックでサインをしていた。そのようにすることで、ワクチンをうったかを個人個人判断できたと共に、村のワクチン接種率も算出することができた。その結果、村では予防接種率が良かったが、予防接種センターの近くのスラム街では驚くほど接種率が低かった。

同じように貧しい地域でも情報の格差によって予防接種を受ける機会に格差が出ていることを示している。



●ラオスにおけるB型肝炎の予防接種事業

B型肝炎は80年代からワクチン接種が始まり、乳

幼児期に接種すると母子感染の予防効果が高いと言われている。麻疹は発疹が出るので感染に気付きやすいが、B型肝炎は肝がんに至るまで自覚症状がないことが多いため、国全体での調査が大事になる。

私自身はラオスでB型肝炎の患者数の調査を行った。無作為に1008人の子どもと1008人の母から0.05ccの血液を採取して調査を行った。それまでラオスではB型肝炎は8%以上いるとの報告があったが、実際はそれぞれ1.7%、2.9%という結果であった。このように実際の数値と差異があることはその後の事業の在り方も変わってくるので、正確な数値を知ることは重要だ。

今回は一国について調査を行ったが、一国だけでなく周りの国まで影響のあることであるから、患者数、予防接種率を正確に知ることが重要である。

●第5回 Jaih-sとの共同企画フォーラム②

「村レベルからみる予防接種事業」

聖マリア病院 国際協力部 浦 部 大 策



Daisuke URABE

山口大学医学部卒。聖マリア病院にて小児科・新生児科医として勤務。

パキスタン、中国、インドネシア、タイ、ウズベキスタンをはじめとした地域にてJICA専門家としてポリオ根絶や保健医療プロジェクトに携わり、またNPO法人 ISAPH ではラオスとマラウイで保健プロジェクトを実施するなど、長年にわたり国際協力活動を行ってきた。

●国際保健と予防接種

国際保健は巨大な対象に対して行うものであるから、対象を客観化・可視化して全体構造を考えることが大事になる。また、ワクチン・感染症の根本を理解することが予防接種活動を行う上では重要で

ある。

感染症対策を考えるにはまず、ターゲットとする感染症がどのように人から人へ感染するのか、感染源・感染経路ホストの関係を理解することが重要になる。予防接種はホストの抵抗力を高めることで感染を断ち切る。個人個人の抵抗力を高め、感染経路を打ち切るというのが予防接種の考えだ。この根本を押さえておくことが予防接種事業を考える上で大切だ。

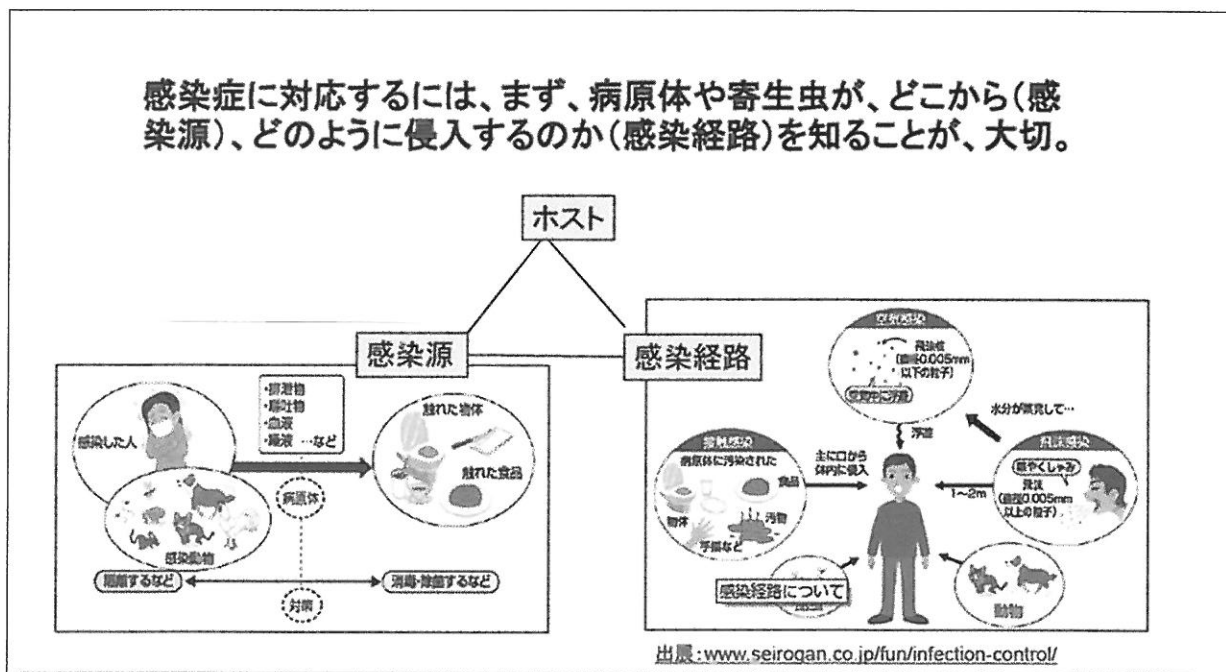
●ミャンマーと予防接種事業

ミャンマーでは生活用水、燃料を確保するのも大変な状況であり、雨水を貯めてみんなで使うことが多い。その水を調べてみると大腸菌が多く検出され

た。このように環境自体が悪い場合でも、人間の抵抗力を高めることができれば病気にかかる人を減らすことができる。その理論を実践したものが予防接種である。

パキスタンでは牛の糞を集めている女の子の写

真が新聞に載ったことがある。集めて何をするのかというと、干して肥料にするわけだ。このような環境下で手を洗いましょう、衛生を心がけましょうとか言ってもらちが明かない。予防接種で対応できる疾患であれば予防接種で予防の方が手っ取り早い。



パキスタンの村落風景



●予防接種と疾患の根絶

予防接種の一番大きな成果は天然痘の根絶だ。致死率3~4割と言われていた天然痘に対する予防接種のはじまりはジェンナーの種痘だ。天然痘、麻疹、風疹は人間にしかかからないウイルスであるので、3か月以上増殖できなければウイルスは増殖能を失い、根絶することができる。しかし、現実はい

ほど簡単ではない。麻疹は今も世界各地で流行している。普通の風邪と症状が変わらない病初期にウイルスをまきちらしているし、さらに、現在は患者数も少ないので、実際の患者を経験したことのない医師には診断できない場合もある。そのため、ウイルスの封じ込めがむづかしい。麻疹が蔓延した後、その地域で抵抗をもった人が増えて流行は収束するが、

次は抵抗のない人の多い地域に広まっていく。つまり、蔓延する地域は、予防接種がうまくいっていないということだ。この点は今後麻疹根絶を目指す上で、大切なポイントである。

●村の予防接種

1990年に中国広東省でポリオの予防接種を広めるために行った事業を例にとる。ポリオ予防接種率は毎年90%~100%と報告されていたが、患者は毎年相当数出現しており、流行する地域も移動していた。これは広い地域に免疫を持っていない人が多いというのを示唆していた。そこで、調査をして回ると、予防接種のカードを家族に配るべきところをきちんと配っていない。予防接種カードの記録には実際にやっていないのに、嘘で予防接種済みと記載していた。ワクチン自体も人口と同じ数しかないからカツカツ状態だ、と聞いていたのだが、村を回るといっぱい冷蔵庫に余っている。つまり、記載上は接種しているのに実際は接種していなかったわけだ。これでは麻疹患者が減るはずもない。

しかし、なぜこんなことが起きてしまったのか。その理由のひとつに、接種対象地のアクセスのむづかしさがあげられた。山を登って断崖絶壁のところを通らないといけない。そのような状況では予防接種をする側の負担がとても大きい。なのに給料は安い。田舎レベルでは、そのような厳しさがある。だから、そのような根本問題から押さえていかないとより高い予防接種率は達成できない。



<パキスタン北方地域への道>

●第5回 Jaih-sとの共同企画フォーラム③

「グローバルなレベルから考える予防接種事業」

関西学院大学SGU招聘客員教授
国連フォーラム共同代表

久 木 田 純



Jun KUKITA

西南学院大学、シンガポール国立大学、九州大学大学院教育心理学修士、博士課程を経て1985年外務省JPO試験に合格。ユニセフ職員としてモルディブ、東京、ナミビア、バングラデッシュ、ニューヨーク、

東ティモール、カザフスタン各事務所勤務。2003年にはポリオ根絶事業の資金調達で世界銀行総裁賞受賞。2015年1月国連を退官。

●ユニセフでの経験

若い方は、自分は何者なのか、何のために生きているのか、何をしたいのか、考えるはずだ。私は18歳の頃、自分の人生100年をどう生きるか考えた。100年生きるために何が必要か、解決しなければいけないものは何かと考えていく中で、人生の目標として「個の保存と、種の保存」が大事だと思った。人類の発達のためには、子どもの成長発達が大切だとの結論に至り、国連職員としてそれを目指すことに

した。国連職員は30歳くらいになる人が多く、コミュニケーション能力、リーダーシップ能力など多くの能力を磨く必要があったので、細かく長期の人生計画を立てた。その結果30歳でJPOという外務省の試験に合格し、その後は子どもたちの潜在能力の発揮と発展をめざしユニセフの活動を行ってきた。

●各国での予防接種事業

インド洋の真ん中のモルディブにてユニセフでの最初の仕事を行った。その時の仕事は予防接種のモニタリングや国のプログラムを作るなどであった。次にナミビアに行き、ヘルスワーカーを育てながら、病院と協力しながら予防接種を行った。当時のナミビアはPKOの下にあったため、軍用飛行機でワクチンを配った。その経験の中で感じた一番大事な点は、コールドチェーンの仕組みが整っており、ヘルスワーカーがしっかり教育されている点である。それに加えて、人々が予防接種に行こうとする意志があることが重要だ。ナミビアでは大統領に依頼してワクチンをうってもらいなどし、国全体を動かす重要性にも気付いた。

その後東京の事務所に派遣となった。ODA世界一の日本が、もっと子どものためにお金をまわせるように仕事をしていった。当時、プライマリーケアを日本が全部支援しようとの動きもあったのだが、まずは予防接種から始めることとなった。インパクトの大きなローコストなものをパッケージ化していくという点で予防接種は大事である。

その後バングラデシュで副所長としてプログラム全体を見る活動を行った。スーパーモデルと一緒に予防接種をする活動など広報活動を行い、結果的にポリオの患者数が激減した。しかし、ここで問題として見たものは、国際機関と国際金融機関との連携ができていない、という点であった。

●ポリオ根絶事業と金融機関との連携

そこで次にニューヨーク本部へいき、ポリオ根絶のためのマルチパートナー協力を行った。野生のポリオ自体は2010年頃には1000ケースくらいとかなり減った。しかし、2000年までに根絶という計画だったため、資金的にはそこをすぎてから以前のような活動ができなくなってきた。そこで、今後は国際金融機関との連携が欠かせないということで、WHO、CDCなども巻き込みながら進めた。ビルゲイツが25億円拠出し、ロータリー財団が25億円拠出して合計50億円を国連財団(UN foundation)が預かっておく。その間にユニセフ、WHO、世界銀行がナイジェリアやパキスタンなど大きな国に行ってポリオワクチン購入のローンの設定をする。そして、ワクチンを購入してもらい、接種活動を実施し、80%以上の接種率を達成できれば、国連財団の50億円を使って、それらの国のローンを当時の価値で購入する。120億円相当のワクチンが50億円で買える仕組みをつくった。これで資金調達はかなりうまくいって、ポリオの報告も2010年までにかなり減った。

ただ、ポリオはまだ完全な根絶にはいってない。残っている国はムスリムの国が多い。しかも紛争を抱えた国。残りはどうやったらうまくいくのか。宗教者などを上手く巻き込んでいかないとやはり難しいだろう。予防接種を通して、MDGs(ミレニアム開発目標)やSDGs(持続可能な開発目標)など世界的ゴールを立てて目標を達成できることを、この事業に関わる人々は実感してきている。世界中を対象にした目標設定はうまくいく、ということが分かり、それによってMDGsができたというのもあり、今はこのような流れで2030年までのSDGs目標もできている。予防接種は地球規模問題の解決にとっても大きな役割を果たしているのは事実である。

ワークショップ

実際に医療支援が広まっていない国、今回はアフガニスタンを対象として、予防接種を普及させるための計画を講演者の話を基に交流を交えながら主体的に考えた。以下にその発表の一部と先生方の講評を紹介する。(敬称略)

☆日本のアニメを現地の言葉で配信する。

←識字率が低いということから、文字ではなく、わかりやすく親しみやすいアニメを用いる。

☆地域に対して啓発のイベントを実施する。

←母子手帳で日程を決めて、母親への勉強会を開催する。

☆日本の学校教育を輸出する。

←給食当番を通じて衛生管理について学ぶ。

☆識字教室の開催。

←女性は畑仕事などの労働力とみなされている。そこで、識字をメインとするのではなく、労働力のアップがメインで、その過程で、一緒に識字の勉強をさせる。

☆スタディーツアーの実施。

←アフガニスタンのリーダーを養成するために、アフガンの子供を海外に送り、国外の医療を受けてもらう。その代わりに、アフガンでは子供は労働力とみなされているため、海外の技術者を労働力として交換する。そして、労働力としてだけでなく、プラスアルファの価値を生み出してもらうことにより、アフガンの子供が戻ってきたときに、子供が労働力として使われない基盤を構築させる。

☆予防接種を広めるモデル都市を作る。

☆コストダウンのために、パキスタン、アフガニスタンでのワクチンの共同購入を行う。



☆医療に携わる人を養成する。

←女性への蔑視や西洋医学への偏見、貧困、低い

識字率などが医療関係者の数が少ない原因になっている。そこで、養成するのに時間のかかりすぎる医者を増やすのではなく、短期間の敷居の低い研修を通じて、コメディカル、すなわち、医療に関わる人を増やす。そのメリットを多くの人にわかってもらうために権力者に話をしてもらったり、村同士の繋がりを利用して権力者同士で説得し合ってもらおう。

蜂矢 人材育成、教育、インフラ整備、資金調達など良い意見が出ていた。ただし、日本のアニメというのは地域によっては地雷にもなりうる。偶像崇拜が避けられている地域において、日本のアニメキャラクターが予防接種の効果を説明するというのはおそらく受け入れられない。そういったことは、現地で仕事をする際に気をつけなくてはならない。保健医療従事者に注射の仕方を説明するのは良いかもしれないが、それを受ける側にも同じように説明するのは文化的に難しいことがあるため、注意をしないてはならない。

浦部 教育を実施したり長老を使ってというのは、海外で活動する際に、皆が考えることですが、現実にはそこが上手くいかないことが多い。色々チャレン



ジしては失敗してというのを繰り返している。長期的なところで教育というのは確かに必要だけれども、宗教的には女性は学ぶ必要はないというイスラムの原理主義が存在する。

また、アフガンは南北において民族の違いがあり、パキスタンも北の方は外国人が非常に入りにくい場所で、そこには知らない女性が知らない家に訪ね

てもあまり支障はないが、知らない男が家を訪ねると殺されても仕様がないうくらい、外部の者を敵視するという部族意識が存在する。そういった状況があるので、状況を改善するためには、向こうの人にやる気になってもらうしか解決策はない。加えて、教育というのは残念ながら短期的な解決策にはならないのではないかと思います。

●第5回 Jaih-sとの共同企画フォーラム⑤

ワールドカフェ

講演者と参加者が直接対話を行い、聞きたいことを訪ね、助言をもらう機会である。他の参加者の意見を聞き、新しい知見を得、先生方の経験談を聞き国際保健への関わり方を考えていった。以下にその対話の一部を紹介する

Q 医療支援を実施するにあたり、職員が赴いて現地を見てから現状を政府に訴えかけるパターンと、政府関係者に直接訴えかけるパターンの二パターンがあると思うが、どちらのアプローチでやっていくかはどのような基準で決めるのか？

A 基本的には、国際保健に限らず援助協力というのは、自立を促すものなので、現地の人たちができれば一番いい。そのためには、緊急事態で直接援助する我々がやらないと命が助からない場合以外は、その国の人たちが自分たちでその国のシステムで予算もつけてやれるようにすることが重要。あるいは、民間企業がやってもいいし、各家庭でやるようにしてもいい。これをハンドオーバーという。ではハンドオーバーできる状態にするにはどうするか。



ハンドオーバーには3つある。各家庭が自分でできること、企業とかでできること、政府ができること。たとえば、予防接種を民間企業では普通はやらない。これは公衆衛生の政府の役割としてやる。しかし、簡単な下痢のための経口補水液による対策などは、政府がやるよりも民間で10円出したり5円出して買えるようにしてやる方が、末端に行き渡るわけだ。あるいは、お医者さんにかからなくても各家庭が知識として持っていればいいこともある。それは手洗いなど予防に関すること。保健なら保健の観点でやるべきことはあるけれども、それをハンドオーバーできる状態にする。

それでは、企業に任せるにはどうすればいいか。たとえばヨード欠乏症に関してだが、民間企業が塩を作る際にヨードをスプレーで塗り、それを各家庭に売るということができればいいわけだ。政府がずっと行うのではなく、民間企業がヨードを買う、民間企業が買うのが難しい場合は、政府がヨードを買ってそれを、民間企業が団体を作って購入し分配することができる。

予防接種の場合は、たとえば、難民がいるとする。難民キャンプができたときに、一番最初にやることは、二つあって、一つは麻疹の予防接種。これは、麻疹は非常に感染力が高いので、ぶわっと広がり、多く

の子供が死んでしまうため、手当たり次第にワクチンを打つ。もう一つは、栄養状態を調べて、栄養状態改善に取り組むこと。これは政府がやれば一番良いが、やれないときはNGOやユニセフが行う。ユニセフの役割というのはどちらかというと直接現場を見るが、NGOができるようになったり政府ができるようになったりするようなシステムを作ることが中心だ。

そのためには、政府の政策、予算、法律、方針ができないとだめ。そして、一般の人たちがそういったサービスを受けたいと思うような気持ちになるシステムを作っていくことが大事。具体的に現在行っていることは、予防接種は大切だからうちの子供連れて行かなければと思ってもらえるように、政府が広報宣伝活動をしている。他の国ではこんなビデオやポスターを作って、これを学校で先生が言ったらこんな風になりましたよ、といった良い事例を持ってきて、それをシェアさせるという形で広げている。

また、ある国でうまくいったら、こういう方法でうまくなったということを他の国にもっていくということもできる。例えば、ナイジェリアでムスリムの人たちに予防接種を行うのがうまくいかなかったのが、こういう方法でやったら上手くいったというのを、パキスタンやアフガニスタンに持っていくということもできる。ある国の中できるようになったことをハンドオーバーして、またそれをハンドオーバーしてほかの国に広げていくというのがユニセフの役割だと思う。

Q ほかの国に向けて広げていくとき、宗派の違いなどが大きな障壁になってくるかと思うが、やはりやり方を変えてやっていかないとだめなのか？

A そうだね。たとえば、キリスト教国では牧師さんがいる。イスラム教国ではイマームにお願いするか、またそのときの説明の仕方を変える。それからワクチンに関してもイスラムでは口に入るものをイスラムの儀式に則って処理したものでないと食べられないという、ハラールというものがあり、ハラールのワクチンかどうかを聞かれることがある。また、ビタミンAとオイルは豚肉からではないよね、など宗

教が違くと、説明の仕方も色々変わってくる。



Q 国連機関で働くのに興味があるので、国連機関で働くために身に着けた技術とか努力されたことを教えて欲しい。

A 私は英語が喋れて、修士・博士号を持っており、2年以上の職務経験があるが、これらをするには最低5〜6年かかる。しかし、5〜6年やるだけの意思が続くか。それは難しいと思う。だから、この間に養う必要があるのは、自分の使命感、価値観、これを明確に持っておかないとそこまで到達しない。一番重要なのは、自分の価値観や目指している目標をはっきりさせる。またそれを考えるだけではなく、外に出してみる、文字に書いてみる、書いて客観的に、私はこれがやりたいのか、できるのかということは何度も何度も考える。そうすると、これをやるための必要なキャリアは何なのか、そのための必要要件は何なのか、それをやるための能力が自分にはあるのか、準備ができているのか、そういうのを勉強しながらどんどん書いていくことで、プランができてくる。

また、英語の力は常に磨かないといけない。それから国連に入ってからでも常に勉強しなくてはならない。ずーっと、勉強。

あと、ぶれない自分というのを持っていた方が効果が高い。私の人生の中で幸運を呼び込んだ方法があるが、それは人生計画を立てたこと。自分が目指しているものを、毎年、毎日はっきりさせていって、それにしがうと、日々のToDoリストができてくるし、月や年の目標もできてくるわけだ。普通だったら、色んなチャンスが皆さんの目の前をとっている。

だけど、これは僕の将来の目標に関係しているなって思ったら、捕まえて、もしくは通り過ぎそうになっているものを追いかけて捕まえて引きずり込んで、自分のものにする。そういう能力がつく。だけど、自分の価値観とかプランとかがない人は、自分の前に来たものだけに対して動いてしまう。人から言われたもので動いてしまう。だから、自分のモチベーションを最大限にあげて、かつ、一番進みたい方向に向けて自分のやりたいことをはっきりさせるというのを人に言っている。そうすると、向こうから、「こんながあるんですよ」と言ってくれる。そうやって、幸運がどんどんやってくる。そして、きっかけができたからそういうネットワークを大切にします。

Q ユニセフでのポジションというのは告知があって、次どこに行くかというのが決まっていたのか？

A ユニセフの中では、世界中のポストの空席情報というのがあり、自分のレベルかもう一つ上のレベルに希望を出す。希望を出した人は2〜30人いて、その中で面接があり、コンピテンシー、能力審査があります。UNコンピテンシーフレームでは、こういう能力のある人が必要だというのがある。たとえば、このポストはコミュニケーション能力が非常に強くないといけないとか、このポストはプログラミング能力が非常に強くないといけないとか。だが一応、大体は決まっていて、その中から競争で採用される。だから、常に競争。

●第5回 Jaih-sとの共同企画フォーラム⑥

パネルディスカッション

今後の医療支援の展望や国際保健に携わるにあたっての留意点を踏まえ、国際医療への携わり方について考える機会である。大きく以下の3つのテーマについて会場全体で議論した。以下にその議論の一部を紹介する。(敬称略)

- ・アフガニスタンで予防接種事業を展開するには。
- ・今後の国際保健医療事情の変容について。
- ・理想の国際支援とは。

司会 アフガニスタン、パキスタン、ナイジェリアの3カ国においてなぜポリオが根絶されないのか。

蜂矢 非常に難しい。ナイジェリアではもう13ヵ月野生株によるポリオは確認されておらず、いよいよアフガニスタンとパキスタンだけになってきた。先週の統計では、二カ国合わせて44例となっている。これは、歴史的に最も低い水準である。44例のうち、パキスタンが32例、アフガニスタンが12例である。

世界で同じようなプログラムを展開していて、なぜこのような国々が最後に残ってしまうのか。私の経験上、最後に残る場所は決まっている。それは、貧困があり、差別があり、少数民族がいて、標準語が通じず、多様な文化があり、インフラの極めて乏しい所。教育レベルも低い。現地の人ですら、移動するのは

難しい場所なのだ。

2005〜2006年あたりから、ポリオ根絶計画に参加して、各国を訪問すると同時に、ジュネーブやマニラでのWHOの会議に参加した。WHOの会議には、ユニセフも来れば、国際ロータリー、米国CDC、日本政府も来る。そのような場において、公式の会議で話されていることと、会議場外で話される話とは大きな隔たりが存在する。コーヒブレイクで話していると、本当はどう思っているのか、ということがわかるのだ。正直なところ、2009〜2011年頃に、「無理じゃない？ 10年、20年しばらくは」という話もあった。ところが、2011年末にインドでポリオ野生株が出現しなくなった。何故達成できたのか、世界はインドに学ぶべきであるとされた。インドも北西

部では差別があり貧困があり、インフラも整っていないにも関わらず、それでも達成できたのだ。

次に出現しなくなったのはナイジェリアである。2014年の7月が最後の報告となったが、ポリオ流行地域は元々入ることができなかった。入ることができないというのは危険過ぎるということで、外国人というだけで狙われる。ポリオワーカーも必死で働くのだが、それでも限界がある。しょうがないから、首都で様々な国際機関、WHOやユニセフ、USAID、米国CDC、ロータリー、みんなあれこれ話すのだが、「最後に行ったのはいつですか?」と聞くと、「少なくともこの1年は行っていません」と言っていた。多くの機関が首都で受け取る情報だけで操作をしていたのだ。2012年頃のことであるが、これじゃあ、ちょっとしばらく埒があかないのではないかと、思った。それでも、2014年には患者さんがいなくなり、アフリカ大陸では少なくとも今はポリオ患者がいなくなったという状況になって嬉しいのですが、上記のような理由から、本当だろうか、という気持ちも半分くらいある。

司会 より現場に近い視点から知見をお願いします。

浦部 パキスタンに合計4年住んでいたが、やはりすごく難しい。アフガニスタンにおける困難な地域に立ち入ることも難しいし、立ち入れれば死ぬことも覚悟しなくてはならない。そのため、国際機関もほとんど入っていない。パキスタン人と一緒に辺境地に行った時も、自分たちもこれ以上は行けないと言っていた。少数民族が住んでいて、ゲリラなどにいつ何時捕まるかわからないという状況が現実存在する。

最初、私がパキスタンに行ったのは1986年のことだが、アフガニスタンが社会主義国になったことに端を発して、戦争が始まった。以前は桃源郷と呼ばれ、素晴らしい地域だったのだが、ちょっとしたことがきっかけで紛争地になり、宗教戦争へと泥沼化してしまった。

また、宗教以外にも、風土的な影響が状況を厳しくさせている。イスラムでは女性を蔑視していると言われるが、本来のイスラムは女性を守っている。



蜂矢先生と浦部先生

一方で、南アジアはカースト制度の名残も強く、女性はモノとみなされる。オーナーキリングと言って、女性は家族の間で売買される対象であり、それに関連して表には出ないが凄まじい話は沢山ある。それらが複雑に絡み合い、非常に状況が難しくなってしまった。インドで最後までポリオが残ってしまったところというのは、特にムスリム人口が多い地域であった。

また、日本人には宗教とか民族の違いなどはあまり実感できないだろう。よって、日本人がそういった場所に介入するというのはよりの層難しい。「なんでこんなことができないのだろう」ということはあるが、一方でいざ実際に入ると異様な雰囲気を受ける。ゾッとするとするか。ペシャワール会で日本人が殺されてしまったが、あのような紛争地では日本人には理解できないようなことが普通に起こるのだ。

アフガニスタンでは首都以外には行くな、と言われているほどかなり制限が厳しい。結局、フィールドに行けなければ何が起きているのかはわからない。したがって、レポートの類が正確な数が出ているのかもかなり疑問に思う。ナイジェリアにおいても紛争があり、こういう状況下で1年ほど報告がないことを鑑みると、決して油断できるものではないだろう。

フロア 国境なき医師団ではアメリカやヨーロッパの人たちが活動している一方、アフガニスタ

ンではむしろ日本人が国境なき医師団として活躍している。これは日本人が西洋人に比べて殺されにくいと言われているが、本当か。また、安全保障条約が成立して、日本が諸外国の戦争に巻き込まれるという情報が独り歩きしているが、このような現況下において、アフガニスタンのような地域において日本人が引き続き国際協力をやっていくことはできるのか。

蜂矢 日本人であれば比較的安全というのは、誤解ではないかと思う。私の同僚にも国境なき医師団でペシャワールの辺りで病院支援をしていた者がいるが、8ヵ月間滞在して、実際に病院に行かれたのは2〜3回だけ。つまり、現地の治安状況、銃声など様々な情報を分析しながら、身の安全を確保してミッションをやりようとしたのだが、非常に厳しかった。ペシャワールに滞在する際に金髪の白人よりも日本人のほうが多少ましかもしれない、という程度ではないだろうか。

また、安保に関して、現地でどのように評価されているのかは不明だが、ただ結構田舎の地域でも、インターネットの英語のサイトを見て分析しているようで、十分注意は必要だろう。

浦部 国際機関が現場に入っている感じは受けない。政策を作るのはニューヨークでも東京でもできるが、現場に行かないといけないことも多々ある。しかし、危険な現場にリスクを冒して行くことができるのか、という問題がある。国際保健医療に関わる際には綺麗事では済まないことも多々存在する。パキスタンに滞在していた際に、近くの学校が爆破されたことがある。そういう光景を見ると、自分はいつ死ぬのかわからない、という思いはあった。ペシャワール会の中村哲先生は30年近くやっておられるがゆえ、中村先生がなされることに対しては問題がそれほど起こらないと思うが、その下で日本人が活動する際に、安全性が担保されるかということそれは違うという気がする。

司会 世界の保健医療状況は今後どのように変容していくのか、また、それに対して私達はどのように対応していくべきなのか。

浦部 天然痘やポリオは人間にしか感染せず、人間に予防接種をすれば、それらの病気を地球上から根絶できる。予防接種の有効性や、根絶することでどれくらい医療費が節約できるのか、そういう論理を組み立てたのがCDC(アメリカ疾病管理予防センター)である。それと同様、日本人も世界で何を達成したいのかという視点を持ち、ロジックを創るということが重要と思う。

したがって、日本人も外に出て、論理的な思考を身に付けられると、国際保健医療という分野においても活躍できる場がふえるのではと思う。疾病の拡がりというのは、鳥インフルエンザを始めとして、ボーダーレスである。このような広がり大きい課題を改善しようと取り組むのであれば、課題の抱える問題を客観化し、目標や評価などの論理を構築する力が必要である。世界の保健医療は今後、巨大な課題に対しても論理を構築して実践していけるような力が要求されてくるのではないかと思う。

司会 浦部先生のお話は日本人がどうすれば、今後より一層活躍していけるのかというお話であったが、今後世界の保健医療事情はどのように変容していくのかという観点から知見をお願いする。

蜂矢 感染症は従来ボーダーレスな問題であるが、非感染性疾患(NCD)も途上国で大きな問題になってきている。二重の負荷と呼ばれるものだ。ただ、これは見方を変えれば、途上国も先進国も今や共通の課題に直面していて、これにより協力をしやすいのかもしれない。ただし、NCD対策は明確なゴールを設定することが難しいのも事実だ。予防接種であれば、予防接種をすれば防げるということで、非常にわかりやすいのだが、NCDに関しては、それが起こるのが先延ばしになるだけ、そういう側面も存在する。つまり、75歳の癌の罹患率を下げることもできても、その人たちが80歳、85歳になったらやはり癌になるので、このことに対して世界が本気で取り組むようになるのにはいくつかの条件が必要だろう。

その内の一つが、その取り組みが社会に対してペイするものであるということ。すなわち、日本でも最近よく言われているが、健康寿命を延ばす、そして

健康な老人たちが社会を支え、人によっては税金を払う側になる、そういう発想の転換が必要である。これに際して、保健医療系だけではなく、法学や人類学など様々な観点が必要とされる、そういう時代になってきているだろう。日本では医療系の人は幅を利かせすぎているところがあると思うので、もう少し広い視点で経済的にペイするか、それで社会は幸せになるのか、そういった視点での分析、アプローチが必要となるだろう。

フロア 予防接種であれば評価はしやすいが、生活習慣病であればどのように目標を設定して、どのように評価をすればよいのか。

浦部 生活習慣病というのは地域がどう病んでいるかというのを考えなければならない。生活習慣病は生活に基づいた病気であるため、日本人であれば、日本の生活によって何歳くらいから血圧が上がり始めるのか、病を患ってしまうのかということを評価する。これが客観化である。日本では健診等で医療情報の収集が行われる。そうして収集したデータから、今度は何が関係して起こっているのかを把握する。そうすれば、どこに介入すればよいかということがわかってきて、次に調査ができる。そうして、こういう状況、たとえば老化を起こしているファクターは何かということがわかってくる。さらに、それに対して、どういう介入をするとそのファクターが減るかがわかる。例えば今言われているのは40歳くらいになると血圧が上がって糖尿病になりやすくなるので、この時期にもっと運動しましょうとか、炭水化物の摂取量を減らしましょう等といったこと。これにリサーチが加わって色んな意見も出てくる。

地域がどう病んでいるのかというのを評価するのが、生活習慣病における地域診断である。地域に起こっていることを客観化し、それに対してどう介入するか、そうすることで、対応が可能になってくる。日本では健診だが、海外では健診ではなくサンプリング調査が行われている。ただ、日本の健診が、健診がやられていない国に比べて、それほど生活習慣病の予防につながっていないという問題点もある。



司会 理想の国際支援とは?既存の国際支援は理想と言えるのだろうか?

蜂矢 政策を決定する立場からの国際協力への関わり方もあれば、現場に直接関わるという関わり方、フィールドワーカーとしての取り組み方もある。そのような取り組みが存在する中、目標として取り上げられているSDGsというのは現在の我々の基準で考えたものであり、一方で世界は我々が想像もし得ないようなことが容易に起こりうる。その中で考えられる別の取り組みというのは、イノベーション(発想の転換)である。つまり、発想の転換であり、game changeである。ワークショップの発表を聞いていると、既存の枠組み内での話が多すぎる。もっと、イノベーションを起こそうという気持ちがあってもいいのではと思う。例えば、虫歯に対しては歯磨きなどの生活指導が昔から言われているが、水道水にフッ素入れた方が早い、効果もあるし、教育も必要ない。コストも安く済む。このようなgame changeを試みるような、そういう野心的な話が出てくることを願っている。加えて、今日はこれだけたくさん的人数がいるわけで、これから様々な仕事、人、テクノロジーと関わっていく中で、きっとイノベーションが起こっていくのではないかと思う。それがどの分野でどのように起こるのかはわからないが、常に頭の中で模索してほしいと思う。

浦部 何を達成したいのかということを考えれば、アプローチは様々な変化しうと思う。たとえば、子

供の死亡数を減らしたいときに、感染症に対する対応策として新しい薬を開発するのも一つだし、成長障害に対して欧米流に大規模に栄養食を提供するようにするのも一つだし、また、現地で収穫できる栄養価の高い作物を導入し、それを食べさせるようにしむけるというのも一つだろう。結局、自分は何がし

たいのか、ということを確認にできていれば、今のアプローチが妥当かどうかを評価することもできるし、新たなデザインをすることもできる。国際支援とは、どういう方法でやるべきか、ということよりも、何を達成するのかということを確認することが非常に重要だと感じる。



フォーラム終了後講師を囲んで記念撮影をするjaih-sの仲間

●jaih-s (Japan Association for International Health, Students Section) とは

jaih-s(日本国際保健医療学会学生部会)とは、学生を対象に「国際保健に関わる人材育成」に取り組んでいる学生団体です。厚生労働省の「国際協力に携わる人材育成の提言」を受けて、2005年11月に国際保健を志す学生たちにより、日本国際保健医療学会(JAIH)の学生部会として正式に設立されました。jaih-sは、国際保健に関心を持つ様々な分野の学生に対して地域格差のない情報や機会の提供を行い、世界で活躍できる人材を育成することをもって日本及び国際社会に貢献することを目指しています。

「日本の国際保健人材不足」と「国際保健を志す学生たち」。
jaih-sはその架け橋となります。

一緒に働きたいと思える人になるために ウズベキスタンで学んだ大切なこと

保健師 看護師 山口 晶子



Akiko YAMAGUCHI

看護学部を卒業後、看護師として働くも、疾患予防の大切さに気づき、保健師に転職。市町村の保健センターの保健師として、主に母子保健に従事した。その後、2013年7月より2015年7月まで、青年海外協力隊として、ウズベキスタンに派遣され、地域をベースにした保健活動を行なった。

私は、青年海外協力隊員として、中央アジアのウズベキスタンという国で、2013年7月から2015年7月までの2年間を過ごしました。周りを果樹と畑と家畜に囲まれた田舎の診療所で、保健師として過ごした時間は、笑いあり、涙あり、怒りあり。喜怒哀楽に満ちた充実した時間でした。何もかもが初めての経験で、失敗もありましたが、たくさんの成功もありました。そこで、気づいたことはとてもシンプルです。いい仕事をするためには、自分自身が一緒に働きたいと思える人になること、それが何よりも大切だということに気づきました。



着任時の写真(2013年8月)
この日から診療所で活動が始まりました。

途上国に行った経験のある人はよくわかると思いますが、先進国の日本に比べ、途上国では人も物資もお金も足りません。だからといって、緊急援助でな

い限り、状況はひっ迫もしていません。そこで暮らす人たちは、足りないことに慣れていて、足りない中での対処法を知っています。そして、そこには、日本とは違う、ゆったりとした時間が流れています。当然ながら、価値観も違います。例えば、日本では患者さんが誰よりも最優先ですが、私が働いた職場では患者さんがいようといなかろうと、昼食は必ず11時にとっていました。最初はびっくりしましたが、患者さんも納得していたためか、私もすぐに慣れてしまいました。そういった環境下で、最初の1年は、異文化に慣れ、言葉を覚え、仕事を覚え、人間関係を築き、キーパーソンを探し、自分のビジョンを理解してもらうだけで、あっという間に過ぎていきました。残りの1年間は勝負になりますが、起こすことのできる変化はそれほど多くなく、その変化を継続することも大変なのが現状です。それは、外国人の私と現地の人との時間の質の違いから生じます。私にとっては重要で限られた異国での2年ですが、現地の人にとっては今後も続く何十年のうちの2年に過ぎないのです。



昼食時の写真(2013年11月)
昼食はいつもスタッフと一緒にべてました。もちろん時間は11時です。

活動期間の2年間という時間は、長いようで実は短いです。だからといって、変化を起こすことを諦めてしまえば、それで活動が終わってしまいます。外国人という利点を生かし、変化の種を蒔き続けること

が必要です。そこで大切なのは、冒頭にも書きましたが、自分自身が現地の人と一緒に働きたいと思ってもらえるようになることだと思います。周りに変わってもらおうことを期待するのではなく、自分自身から変えていくのです。そのために、大切なことは3つです。



初めての看護師向けセミナー(2013年11月)
ウズベク語が上手に話せず、スタッフにたくさん
助けられました。

1つ目は、キーパーソンを見つけることです。キーパーソンとしっかりと信頼関係を築けることができれば、キーパーソンを中心に多くの人を活動に巻き込むことができます。しかしながら、キーパーソンは簡単には見つかりません。キーパーソンを見つけるために、まずは、職場の人たちの名前を覚え、仕事を知り、その人の人となりを知る必要があります。そして、自分自身のことを知ってもらう必要もあります。外国人の私にとって、普段、聞きなれない名前を覚えることから苦戦し、人の出入りの多い職場だったので、スタッフ全員と仕事を把握するのにも苦戦し、これだけで1か月があっという間に過ぎていきました。そもそも、キーパーソンは職場だけにいるとは限りません。そのため、現地のスタッフに付き添い、地域に出て、色々な人を紹介してもらい、話をするようにしました。そうして、キーパーソンを含む様々な方々に出会いました。私にとってのキーパーソンは、カウンターパートである職場の巡回看護師4名と看護師長、学校看護師2名の7名の女性でした。彼女たちが、私の活動をいつも手伝ってくれ、他のスタッフや住民への橋渡し役もして

くれていました。そのおかげで、キーパーソンだけでなく、色々な方々が活動に参加してくれました。キーパーソンの1人が欠けても、仕事はうまくいかなかったと思います。1人ひとりに本当に感謝しています。



住民向けセミナー(2014年4月)
活動にも慣れ、地域の中でセミナーを行うとき
どうすれば効果的なのかわかってきた時期でした。

2つ目は、ビジョンを共有することです。これは、言葉にすることが何よりも重要です。村の人たちが健康でいるために何をすべきだと思うか、職場のスタッフに聞き、私自身の意見も伝えつつ、ビジョンを共有していきました。現地では、ウズベク語を使用していたため、言いたいことの半分も正確に伝えられていなかったように思います。しかし、言わなければ、何も伝わりません。そこで、自分の意見を伝える、相手の意見を聞く、それを繰り返す行うことで、お互いの想いの妥協点が見つかり、ビジョンが共有できてきたように感じます。

3つ目は、失敗も成功も一緒に経験することです。一緒に経験することで、変化が起こります。今でも忘れられない失敗談ですが、配属3か月目で、診療所を会場に、住民向けに健康教育を企画したものの、誰も来てくれませんでした。背景に、地域の中で結婚式があったことや現地の人たちは直前に言わないと忘れてしまうことなどの要因はありましたが、その時の私の悲しみ様はそれはそれは深いものでした。その反省を踏まえ、健康教育の場は地域住民の家を借り、健康教育の当日に結婚式がないか

確認した上で、前日に告知を行うようにした結果、その後の健康教育では最低でも10-20人の人たちが集まってくれるようになりました。これは、私の努力というよりもスタッフの努力の賜物です。元々、お客さんが大好きなウズベク人なので、初回の健康教育であまりにも悲しむ私を見て、大切なお客さんが悲しんでいることに同情し、以後の健康教育では前日と当日の告知を積極的に行ってくれるようになったからです。失敗を経験することで次への改善点が見つかり、成功に一步つながります。そして、失敗と成功を現地の人と一緒に経験することで、両者に連帯が生まれるのです。連帯が生まれ、そこから変化が起こり、行動変容に繋がっていくのだと思います。



最後のセミナー(2015年6年)
一人も来なかったセミナーからたくさんの住民が集まってくれるセミナーに変わりました。

以上が、私が経験として学んだことです。海外で働く方が大変さは数倍以上かもしれませんが、海外で働くのも、日本で働くのも、仕事の本質は変わりません。だからこそ、若い人には一度、海外に出て、働いてみてほしいと思います。自分のできることの小ささを知りつつも、出来ることを知ることができます。若いうちにそういう経験をすることは必ず将来にも生きてくると思います。



離任時の写真(2015年6月)

スタッフが開いてくれたお別会。
外国人である私を温かく受け入れてたスタッフ、
本当に感謝の気持ちいっぱいです。

(参考)



外務省のウェブサイトでは、ウズベキスタンは、「447,400km²(日本の約1.2倍)。2,930万人(2014年:国連人口基金)。首都はタシケント。1991年12月、ソ連の解体とともに独立。公用語はウズベク語(テュルク諸語に属する)。宗教は主としてイスラム教スンニ派。主要産業は綿繊維産業、食品加工、機械製作、金、石油、天然ガス。GDPは620.6億ドル(2014年:IMF)。一人当たりGDPは2,045.9ドル。」と記載されてあります。ウィキペディアには「IMFの統計によると、2011年のGDPは453億ドルであり日本の香川県とほぼ同じ経済規模である。一人当たりのGDPは1,572ドルであり、世界平均の20%に満たない水準である。2011年にアジア開発銀行が公表した資料によると、1日2ドル未満で暮らす貧困層は1248万人と推定されており、国民の40%以上を占めている。近年は豊富な天然ガス関連の投資を多く受け入れており、比較的好調な経済成長を遂げている。」と紹介されています。

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。

手の消毒100%

検索

tearol.jp/hospital



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。
まず、ウガンダから。



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。



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/>

WHO への人的貢献を推進しよう

広告

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	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9F Tel 06-6209-8103 Fax 06-6209-8106
株式会社 SN食品研究所 〒559-0007 大阪市住之江区粉浜西2丁目3番34号 Tel 06-6674-1731 Fax 06-6674-1730 http://www.snfoods.co.jp	日本ポリグル株式会社 代表取締役 小田 節子 〒540-0013 大阪府中央区内久宝寺町4-2-9 Tel 06-6761-5550 Fax 06-6761-5572
大阪大学博士 大阪大学研究科登録医 medical director 内藤 真次 530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜1-4-19 マニユライフプレイス堂島2階 Tel 06-6442-4618 Fax 06-6442-4628 MAIL info@medica-dojima.com URL www.medica-dojima.com  MEDICA DENTAL CLINIC Dojima Implant Center	塩野義製薬株式会社 代表取締役社長 手代木 功 〒541-0045 大阪府中央区道修町3丁目1番8号 電話 06-6202-2161 FAX 06-6229-9596 URL: http://www.shionogi.co.jp/
社会医療法人 行岡医学研究会 行岡 病院 理事長 行岡 正雄 〒530-0021 大阪市北区浮田2-2-3 Tel 06-6371-9921 Fax 06-6371-4199	株式会社 プロアシスト 代表取締役 生駒 京子 〒541-0043 大阪府中央区高麗橋2-3-9 星和高麗橋ビル1F Tel 06-6231-7230 Fax 06-6231-7261

● 日本 WHO 協会 事務局だより

当協会ではWHOへの人的貢献を推進する目的で、WHOでのインターンへの経済的支援や国際保健医療の活動啓発活動等の人材開発事業をおこなっております。

WHOインターンシップ支援助成のご案内は当協会のホームページの<http://www.japan-who.or.jp/library/2015/book5620.pdf> からご覧いただけます。

糖尿病の予防・克服をめざして

滋賀医科大学アジア疫学研究センター 特任准教授 門 田 文

Aya KADOTA

2009年 滋賀医科大学社会医学講座

2012年 大阪教育大学教育学部

2014年 滋賀医科大学アジア疫学研究センター

日本糖尿病学会専門医 日本内科学会認定医

1. はじめに

世界保健機関(World Health Organization, WHO)の世界保健デー2016年度のテーマは「糖尿病」である。糖尿病は血糖値の高い状態が慢性的に続き、数十年を経て視力障害や失明、腎不全による透析導入、神経障害や下肢壊疽による切断といった特有の合併症をひきおこし、人々の生活の質に大きな影響を与える⁽¹⁾。また、心筋梗塞や脳卒中などの生命にかかわる疾患を発症する危険も高く、その確率は糖尿病でない方に比べるとおよそ2倍である。自覚症状のないまま合併症が進行し、重篤な状態になるため、「サイレントキラー病(静かな殺人者)」の異名をもつ疾患である。

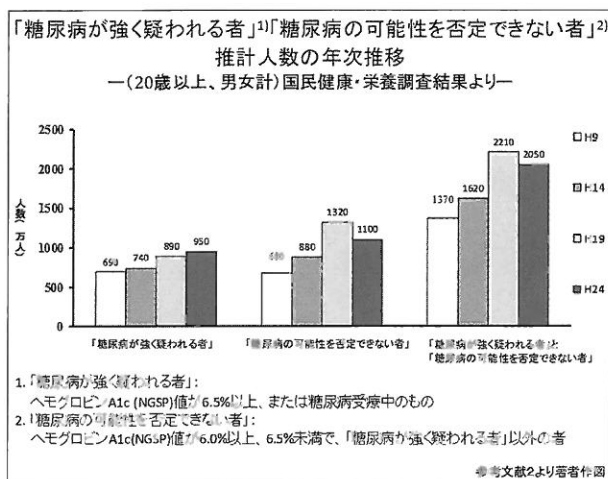


図1 わが国の糖尿病の罹患数(推計人数)の推移

近年の生活習慣の欧米型変化、高齢化に伴い、わが国の糖尿病の罹患数は増加している(図1)。平成

24年度の国民健康栄養調査によると20歳以上で「糖尿病が強く疑われる者」は950万人、「糖尿病の可能性を否定できない者」を合わせると約2050万人と推計される⁽²⁾。40歳以上ではおよそ4人に一人が該当する。健やかな暮らしは皆の願いである。様々な合併症の影響を考えると、健康寿命延伸のために、また、高騰する医療費対策のためにも個人レベル・社会レベルの両方でわが国の糖尿病対策を今後も進める必要がある。

世界および地域別 糖尿病患者数・有病率の推移 ¹⁾²⁾			
	2007年	2015年	2040年(予測)
世界総人口(10億)	6.6	7.3	9.0
成人人口(20~79歳, 10億)	4.1	4.72	6.16
糖尿病(20~79歳)			
糖尿病患者数(100万)	246	415	642
有病率(%)	5.9	8.8	10.1
標準化有病率(%)	6	8.3	10.1
地域別糖尿病(20~79歳)			
糖尿病患者数(100万×有病率(%))			
アフリカ	10.4 (3.1)	14.2 (3.2)	34.2 (3.7)
北アフリカ・中東	24.5 (7.7)	35.4 (9.1)	72.1 (11.4)
東南アジア	46.5 (6.0)	78.3 (8.5)	140.2 (10.7)
(インド)	40.8 (6.2)	69.2 (8.7)	
(バングラディッシュ)	3.8 (4.8)	7.1 (7.4)	
西太平洋	67.0 (4.6)	153.2 (9.3)	214.8 (11.9)
(中華人民共和国)	39.8 (4.3)	109.6 (10.6)	
(日本)	7.0 (7.2)	7.2 (7.6)	
(インドネシア)	2.9 (2.0)	10.0 (6.0)	
(フィリピン)	3.0 (6.5)	3.5 (6.1)	
(ポリネシア)	0.02 (13.1)	0.03 (19.6)	
(ナウル)	0.002 (30.7)	0.001 (23.8)	
(シンガポール)	0.38 (11.9)	0.54 (12.8)	
北米	28.3 (9.2)	44.3 (12.9)	60.5 (14.7)
南米・中米	16.2 (6.0)	29.6 (9.4)	48.8 (11.9)
ヨーロッパ	53.2 (8.4)	59.8 (9.1)	71.1 (10.7)

1. 2007年はIDF DM Atlas 3rd edition, 2015年および2040年は7th edition のデータに基づき、著者が作成した
2. 東南アジア地域と西太平洋地域については、糖尿病患者数と有病率が多い国を一部掲載した

表1 世界・地域別 糖尿病患者数・有病率の推移

糖尿病の罹患数は日本だけでなく世界的に急増している^(3,4)(表1)。WHOは2014年の全世界の罹患数は18歳以上成人の9%であると推定する⁽²⁾。これまでは欧米諸国の罹患数が大半を占めていたが、最近では低・中所得国、特にアジア・太平洋諸国での増加が顕著である。また、糖尿病が直接的原因である死亡者数は150万人と推定されるが、その80%以上は低・中所得国で発生している⁽⁵⁾。低・中所得国で

は、貧困故に適切な治療を行うことがしばしば困難であり、重篤な合併症にいたる確率が高い。医療費は国家財政を圧迫する。そして、国家財政を担う働き盛りの年齢層の早世は、さらなる貧困への悪循環を引き起こす。糖尿病の予防・克服は世界的課題なのだ。

2. アジア・太平洋諸国での急増の背景

アジア・太平洋諸国での糖尿病の増加が顕著である。それは何故か。大きく三つの理由があげられる。一つ目の理由はこれまで最大の健康課題であった感染症が克服されつつあり、寿命が伸びた結果、糖尿病のような慢性疾患の罹患が増加したことである。二つ目の理由は経済の発展に伴う生活習慣の欧米型変化の影響である。そして三つ目の理由は、文化的側面も含めた人種的特徴である。

ここで糖尿病のメカニズムを簡単に説明する。ヒトは血液中の糖を膵臓のβ細胞から分泌されるホルモン「インスリン」によって脳や筋肉、脂肪などの細胞に取り込み、エネルギーとして利用する。血液中の糖はヒトにとってエネルギー源として必要不可欠なのだ。しかし、インスリン分泌が不足した場合や、インスリン作用が低下した場合、血液中の糖を利用して血糖値を低下することが出来ず、慢性的に血糖値が高い状態が続く。これが糖尿病のメカニズムである。

このメカニズムによって糖尿病は1型糖尿病と2型糖尿病に大別される。1型糖尿病は自己免疫等により膵臓のβ細胞が破壊されインスリンを分泌できないため、インスリン治療が必須である。2型糖尿病はインスリンの相対的な分泌不足や作用低下による高血糖状態である。生活習慣との関連が強く、成人糖尿病の大半、90%が2型糖尿病である。

近年、アジア・太平洋諸国は近代化、生活習慣の欧米型変化が急激に進んだ。安価な加工食品の普及等による食事摂取エネルギーの増加は血糖値を上昇させ、インスリンの需要を増やす。この状態が長期間続くと、膵臓のβ細胞は疲弊し、インスリン分泌が相対的に不足する。また、身体活動は全身の血流改善等の機序によって、インスリンの作用を促進

するが、近代化による交通の発達や職業の変化によって身体活動量が減少している。さらに、摂取エネルギーと身体活動による消費エネルギーのアンバランスは、肥満をもたらす。腹部内臓脂肪から分泌されるアディポネクチンはインスリンの作用を大きく低下させ（インスリン抵抗性）、インスリンの需要を増やす。おまけに、近代化により人間関係や社会は複雑化しストレスを生じる。ストレスは交感神経を刺激して、血糖値を上昇させる。このように生活習慣の近代化、欧米型変化はアジア・太平洋諸国の2型糖尿病の増加に大きく影響している。

三つ目の理由は、文化的側面も含めた人種的特徴である。前述のように2型糖尿病はインスリンの相対的な分泌不足や作用低下（インスリン抵抗性）により引き起こされるため、肥満との関連が強い。わが国を含めアジアは欧米諸国と比較するとまだ肥満度は低いが、肥満度の割に糖尿病の有病率が高いという特徴を持つ。我々も40歳代男性を対象に行った3集団（日本人、ハワイ在住日系人、白人）の比較調査において、ハワイ在住日系人は白人と同じ肥満度でありながら糖尿病の有病率がおおよそ2倍高いという結果を得ている（図2）⁽⁶⁾。その理由はまだ完全には解明されていないが、生まれながらに

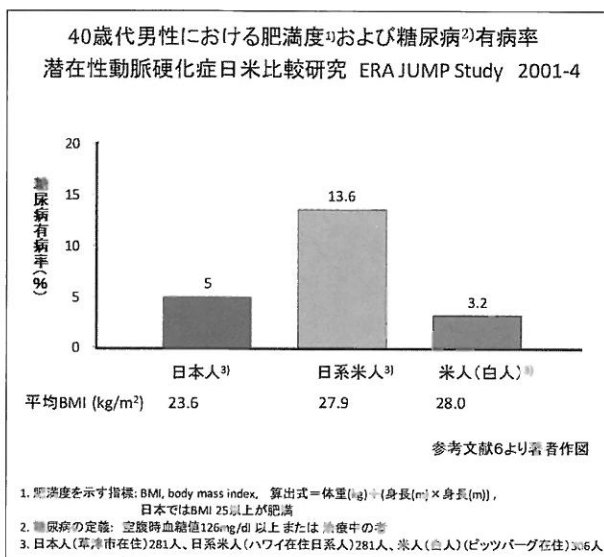


図2 日本人、ハワイ在住日系人、白人の比較

て膵臓のβ細胞数が少ない等の理由でインスリン分泌の予備能力が低いこと、また、食習慣として米、芋などの炭水化物を主食としており生涯のインスリン

の需要が多いこと等が考えられている。アジア・太平洋諸国は人種的に肥満者が増加すると糖尿病の有病率がさらに増加する可能性が極めて高いのである。

3. 糖尿病の予防・克服にむけて

1921年のバンティング博士、ベスト博士のインスリン発見以降、糖尿病治療の開発は日進月歩、目覚ましい進歩であるが、今なお、糖尿病の完全治癒は困難である。しかし、適切な食事や身体活動、標準体重の維持を心がければ、糖尿病の発症および重症化を予防、または、遅らせることができる(図3、表2)^(7,8)。これは私達が世界共通して取り組めることである。

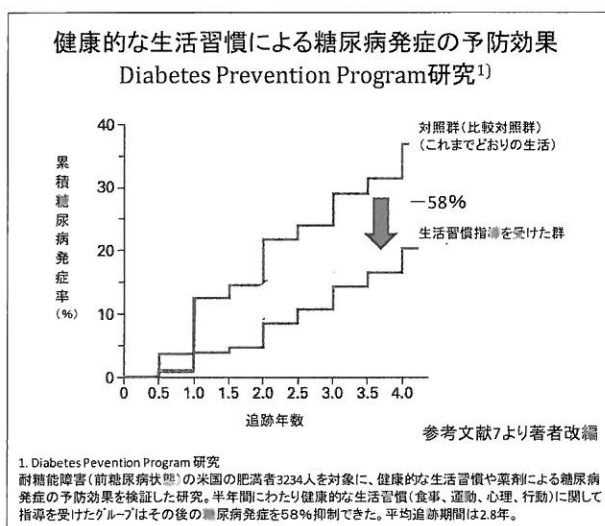


図3 わが国の糖尿病の罹患数の推移

わが国では糖尿病に対する国民の関心は高く、メディアで取り上げられる日も多い。雑誌でもしばしば特集が組まれる。国の糖尿病実態調査でも成人の90%以上が「正しい食生活と運動習慣は糖尿病予防に効果がある」と回答している。「糖尿病が強く疑われる者」の受療率も平成9年45%であったが、平成24年は65%にまで改善されている。これは長年にわたる保健行政、アカデミック、民間(医療機関やメディア等)の糖尿病に関する取り組みの成果と云えよう。しかしながら、糖尿病の合併症についての知識は50%程度にとどまり十分ではない。今後も糖尿病に関する正確な情報を三者が協働して国民に

伝える必要がある。糖尿病予防の重要性が十分に普及すれば、積極的に健康的な生活を心がける個人も増えるであろう。社会は個人の取り組み意欲を引き出すこと、取り組みをサポートする体制の強化が求められる。

一方、アジア・太平洋諸国では糖尿病に関する対策は未だ途上であり、知識の啓発も不十分である。太平洋諸国の一部では肥満は豊かさの象徴とされ、肥満者が70%に及び国もある。まずは、糖尿病に関する知識の啓発、適切な生活習慣についての指導、キャンペーンを行う必要がある。また、初期の糖尿病は自覚症状が乏しく、血液・尿検査によって発見される場合が多いが、日本・中国・韓国を除き、行政による健康診査システムは存在しない。これまで日本が歩んできた保健行政、アカデミック、民間の取り組みを生かして、各国の現状に適した啓発活動、健康診査システムの構築等これらの国々の糖尿病対策を支援していく必要がある。

糖尿病を予防・悪化させない生活習慣

- 食事習慣
- ①腹八分目とする
 - ②食品の種類はできるだけ多くする
 - ③脂肪は控え目に
 - ④食物繊維を多く含む食品(野菜、海藻、きのこなど)をとる
 - ⑤朝食、昼食、夕食を規則正しく
 - ⑥ゆっくりかんで食べる
- * 適正な食事エネルギー摂取量

性別、年齢、肥満度、身体活動量、合併症の有無などによって適正なエネルギー摂取量は異なる。通常、成人男性は1400~2000kcal、成人女性は1200~1800kcalの範囲である。

* エネルギー摂取量の算出方法

エネルギー摂取量 = 標準体重¹⁾ × 身体活動量²⁾

1) 標準体重(kg) = 身長(m) × 身長(m) × 22

2) 身体活動量は体を動かす程度によって決まるエネルギー必要量(kcal/kg/標準体重)。ただし、肥満者の場合は20~25として体重の現像を目指す

軽労作(デスクワークが多い職業など)	25-30(kcal/kg/標準体重)
普通の労作(立ち仕事が多い職業など)	30-35(kcal/kg/標準体重)
重い労作(デスクワークが多い職業など)	35- (kcal/kg/標準体重)

- 運動習慣
- ①日常生活の中でできるだけ動くようにする(例、乗り物→歩く)
 - ②運動療法は中等度の強度(「楽である」「ややきつい」と感じる程度)の有酸素運動(歩行、ジョギング、水泳など)やレジスタンス運動(筋トレなど)
 - ③歩行の場合は、一回15分~30分、一日2回、1日約1万歩程度
 - ④日常生活の中に組み入れ、一週間に3日以上行う

- (注意点)
- ①運動療法は制限が必要な場合もあるので、持病のある方は必ず事前に主治医に確認する、無理をしない
 - ②準備運動と整理運動を励行する、軽い運動から始める
 - ③運動に適した衣服、ウォーキングシューズ

- 嗜好品
- ①飲酒は適量摂取、一日1合まで
 - ②禁煙が望ましい

参考文献8より一部引用、著者改編

表2 糖尿病を予防・悪化させない生活習慣

おわりに

WHOは糖尿病による死亡が2030年には死亡原因の第7位になると予測している。糖尿病対策は急ぎの重要課題である。個人レベル・社会レベルの一つ一つの取り組みが、健康寿命の延伸、高騰する医療費対策そして人々の幸福のいずれにもつながると確信している。

参考文献

1. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Geneva, World Health Organization, 1999.
2. 平成24年国民健康・栄養調査報告. 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h24-houkoku.pdf>



(2015年 WHO Geneva 訪問時) 右端が筆者

3. Global Status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, World Health Organization, 2012
4. IDF Diabetes Atlas 7th edition. International Diabetes Federation, 2015
5. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. Geneva, World Health Organization, 2014.
6. Sekikawa A, Curb JD, Ueshima H, El-Saed A, et al. Marine-derived n-3 fatty acids and atherosclerosis in Japanese, Japanese-American, and White men. JACC 2008;52:417-424.
7. Knowler WC, Barrett-Conner E, Fowler SE, Hamman RF, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;236:393-403.
8. 糖尿病治療ガイド2014-2015. P39-45 文光堂 2014
9. 平成19年国民健康・栄養調査報告. 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/01-mokuji.pdf>
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/01-kekka.pdf>.

広告



金鳥の蚊取線香【世界初の除虫菊を含む蚊取線香】が「重要科学技術史資料(未来技術遺産)」に登録されました
(国立科学博物館による登録)

創業者 上山英一郎は、世界初の蚊取線香を 1890(明治23)年に発明。
蚊取線香は世界中に輸出され、マラリア等 蚊が媒介する疾病の予防に大きく貢献し、
人々の健康を増進し、現在でも広く用いられています。





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、2015年8月～12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「目で見るWHO」の紙面をかりて厚くお礼申し上げます。

【個人】

樣樣樣 好子介 孝美悠 本邊家 稻笹更

寺 坂 佳 彦 様
真 部 哲 也 様

【法人・団体】

(公財) 学びと心のふれあいセンター

前号(第58号 秋号)のあらまし

日本WHO協会フォーラム「食と健康」

2015年世界保健デーのテーマ「食品安全」について

講演録 東根 裕子

Food Safety 食品安全

食品中のヒ素は安全か 圓藤 吟史

WHO report on the global

tobacco epidemic, 2015を読んで

たばこフリー日本の実現に向けて 大島 明

前々号(第57号 夏号)のあらまし

日本WHO協会フォーラム「感染症 正しい知識と予防」
インフルエンザを含めた国内の感染症流行について

安井 良則

日本WHO協会フォーラム「感染症 正しい知識と予防」
エボラ出血熱を含む世界の感染症流行について

砂川 富正

Food Safety 食品安全
我が国における食品の安全性確保について

姫田 尚

WHO/WPRO インターンシップ体験記

WHO西太平洋地域事務局での

インターンシップを経験して

吉田 朋美

國際保健医療

西アフリカにおける

エボラウイルス感染症対応チームに参加して

—感染症流行対応支援者の安全と健康の視点から—

吉川 徹

廣告

夢、かなえる楽しさをご一緒に。

まずはお気軽に
ご相談ください。

三倉茉奈

三食佳奈

信頼で地域とつながる



大阪シティ信用金庫

<http://www.osaka-city-shinkin.co.jp/>

本店 〒541-0041 大阪市中央区北浜2-5-4 TEL(06)6201-2881(代表)

大阪府内に92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28年3月1日現在

日本WHO協会フォーラム

今、話題の『健康経営』(従業員の健康を経営資源と捉え、健康管理に積極的に取り組み、疾患を予防し、従業員が心身ともに元気で働ける企業を目指す活動)、その第一人者の岡田邦夫氏に具体的施策を語っていただきます。



(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。

併せて、昨年12月から義務付けられたストレスチェック制度についても具体的運用を解説していただきます。

*「健康経営」は 特定非営利活動法人 健康経営研究会 の登録商標です。

『健康経営のすすめ』 ～ストレスチェック制度の運用を含めて～

NPO法人 健康経営研究会 理事長 岡田 邦夫 氏



岡田邦夫氏は1982年大阪市立大学大学院医学研究科修了されて、大阪ガス産業医、健康開発センター管理医長を経て1996年より同社統括産業医に就任。関西学院大学社会学部非常勤講師、同志社大学嘱託講師、大阪市立大学医学部臨床教授を歴任され、現在は特定非営利活動法人健康経営研究会理事長、プール学院大学教育学部教育学科教授、健康スポーツ科学センター長、大阪ガス株式会社人事部で大阪ガスグループ健康開発センター統括産業医をなさっておられます。また、厚生労働省の「職場におけるメンタルヘルス検討会」、文部科学省の「教職員のメンタルヘルス対策検討会議」、厚生労働省の「ストレスチェック制度に関する情報管理及び不利益取扱い等に関する検討会」等の行政委員をなさっています。

●開催日時 **平成28年4月28日(木)** 13:30～15:30

●会場 **大阪歴史博物館 4F 講堂** 地下鉄谷町線・中央線『谷町4丁目』下車

●定員：**150名**(先着順) ●資料代：**1,000円**

●申込み方法：

FAX(06-6944-1136)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>

主催 **公益社団法人 日本WHO協会**

(一社)大阪薬業クラブ 助成事業

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)大阪労働基準連合会・健康保険組合連合会大阪連合会

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59号

2016 春号 平成28年 3月 1日 印刷
平成28年 3月10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