

# 目で見る WHO

## Depression うつ病 ～Let's talk～



— 第62号 —

2017 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

## CONTENT

ごあいさつ	1
沿革	2
WHO憲章	3
●jaih-s との共催フォーラム 開催報告	4
命をつなぐ食～世界の食糧事情ってどんななん？～	
「世界の食糧事情を知る」	目時 しおり
「食糧の入手困難による健康問題」	忍足 謙朗
「健康問題と食事とのかかわりと国際協力」	石川 みどり
●ハイチコレラ流行に対する緊急医療支援	
～ローカルイニシアティブを利用した災害公衆衛生活動は有効か～	森田佳奈子 14
●事務局だより	18
●うつ病との正しい付き合い方	工藤 喬 19
●未来の医師のためのグローバルヘルス・スタディツアー：WKC 訪問記	
池尻達紀 東海慶音 川竹絢子 喜多村恭平 阪上慎治郎	24

## ごあいさつ



公益社団法人 日本 WHO 協会  
理事長 関 淳一

年も明け、今年もジュネーブの WHO 本部では 1 月 23 日から 2 月 1 日までの 10 日間、恒例の WHO 執行理事会（第 140 回）が開催されました。今回の執行理事会では、6 月に任期を終えるマーガレット・チャン現事務局長の後任について昨年の 9 月の締め切りで加盟国から推薦された 6 名の候補者の内から 3 名（各々エチオピア・英国・パキスタン）が最終候補者として決定され、公表されました。今後、5 月の WHO 総会に於いて、全加盟国による投票により 3 名の内から次期事務局長が選任されます。WHO は目下多くの課題を抱えており、次期事務局長の選任は注目に値します。

今回、当機関誌 62 号を発刊するに当たり、多くの方々の協力を頂きました。この場を借りまして、先ず厚くお礼申し上げます。

昨年 10 月 1 日に国際保健医療学会学生部会 (jaih-s) と共催企画「命をつなぐ食～世界の食糧事情ってどんななん？～」を開催しました。Jaih-s との共催企画も今年は 6 年目を迎え、双方にとってすっかり年中行事の一つとなった感があります。今回も、企画・運営そして、この開催報告の作成まで全て jaih-s の方々にお任せし、私共は裏方の仕事に徹しましたが、命につながる、「食料」を切り口に世界の情勢を学ぶ極めて有意義な機会となりました。

また、森田佳奈子様には特にお願ひして、ハイチでのコレラ流行に対する緊急支援活動のご経験を中

心にご寄稿頂きました。ご自身の幼少時の経験を常に原点として、国際保健医療現場での活動を続けておられる様子が読み取れ、極めて意味のあるレポートと思います。

又、前号に掲載した、京都大学医学部学生の方々によるスタディーツアー報告文の続編として「WHO 神戸センター訪問記」を掲載いたしました。

寄稿頂いた原稿を一読し、ロス所長を初め WKC のスタッフの方々の全面的なご協力の下で、訪問した学生の方々が、今後のキャリアを考える上で、参考になる非常に多くのことを学ばれた、極めて良いスタディーツアーであったことがうかがえました。

ところで、今年の世界保健デーのテーマは「うつ病:一緒に話そう」(Depression:Let's talk) です。4 月 7 日を中心に世界中で啓発活動が行われます。私共も、その第一弾として、今回大阪大学保健センター教授工藤喬先生に「うつ病との正しい付き合い方」と題して、うつ病対策の現状と課題等についてご寄稿頂きました。

私共も、これを機に、うつ病への対応の仕方について、年間を通じて共に考え語り合いたいと思います。

今後とも、当協会へのご協力ご支援を心からお願い申し上げます。

平成 29 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 「目で見るWHO」を復刊。パンデミックとなったインフルエンザに対応し、対策セミナーを開催。
- 2010 WHO神戸センターのクマレサン所長を招き、フォーラム「WHOと日本」を開催、WHOへの人的貢献の推進を提唱。
- 2011 メールマガジンの配信を開始。
- 2012 公益社団法人に移行。  
世界禁煙デーにあたってWHO神戸センターのロス所長を招き、禁煙セミナーを開催。
- 2013 第5回アフリカ開発会議公式サイドイベントとしてフォーラムを開催。
- 2014 WHO本部から発信されるファクトシートの翻訳出版権を付与される。

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

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

### 歴代会長・理事長、副会長・副理事長 (在職期間)

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

# 「WHO憲章」

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

（日本WHO協会理事 中村 安秀）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 世界保健機関憲章前文（日本WHO協会仮訳）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 「命をつなぐ食」

### ～世界の食糧事情ってどんなんなん？～

日本国際保健医療学会・学生部会(jaih-s)とは「国際保健医療に関わる人材育成」に取り組んでいる学生団体です。全国の国際保健医療に関心を持つ様々な分野の学生に対して、幅広い情報や機会の提供を行い、将来、世界で活躍する人材を育成することで日本及び国際社会への貢献を目指す活動は、国内外の健康につながる人材の育成を事業目的の一つに掲げる公益社団法人日本 WHO 協会の考えと一致するものです。この趣旨を踏まえて、第6回目となる共催企画フォーラムを2016年10月1日に大阪市立大学文化交流センターで一般社団法人大阪薬業クラブの助成も頂き「命をつなぐ食」～世界の食糧事情ってどんなんなん？～をテーマとして開催いたしました。

#### ●開会の挨拶

(公社)日本 WHO 協会理事長 関 淳一

日本国際保健医療学会・学生部会(jaih-s)と私共の(公社)日本 WHO 協会との共催によるフォーラムも今年で6回目迎えることになりました。今年もこれ迄の様に、テーマの選定、講師の先生方へのお願いなども含めて企画全般については jaih-s の皆様にすべてお任せし、私共は会場の選定や資金面の支援などの、いわば裏方に徹し今日を迎えました。

毎年、jaih-s の方々の企画・運営の能力は素晴らしく、この共催企画を今日まで発展的に継続させる上での大きな力であったと思います。ことしのたいとるは「いのちをつなぐ食～世界の食糧事情ってどんなんなん？～」です。

今回は例年と異なり、まずワークショップでバングラディシュとウガンダ共和国を例に取り上げて食糧・栄養問題についての考え方の基本認識を共有し、その後、忍足謙朗先生と石川みどり先生のご講演をお聞きます。

今回は、大変お忙しい中、jaih-s の人達の強い希望にお応え頂き、講師をお引き受け頂きましたお二人の先生方に主催者を代表しまして心から厚くお礼申し上げます。

また、ワークショップの内容や進め方等につきましては、NGO ハンガーフリーワールドの青少年組織である Youth Ending Hunger の方々に早くからお世話になり、本日も直接ご指導頂くことになっております。本日おいで頂きましたお二人に改めて厚くお礼申し上げます。

忍足謙朗先生には30年以上にわたる国連、特に世界食糧計画(WFP)での、直接現場での御経験に基づく貴重なお話を頂けることと思います。

また石川みどり先生には近年のグローバル化とも関連する、特に途上国での食習慣の変化と健康問題

などについて、栄養学の専門家としての国際経験を基にしたお話をお聞きできることと思います。

今回も「いのちをつなぐ食～世界の食糧事情ってどんなんなん？～」というタイトルを jaih-s の担当の方から聞いた時、私はなるほどと思いました。というのは、たしかに食糧の問題は命にかかわる問題です。保健医学の視点から考えるとき、人類にとって最も重要な問題といえると思います。その問題をグローバルな視野で考える時世界の各々の地域の食糧問題の現状真の現実の状況についての正しい知識が強く求められると思います。これは教科書や大学の講義だけからでは、なかなか得にくいものだと思います。

ご出席の皆様が、今日は日常の学校での授業等では得られない何かを得られれば、主催者として何よりの喜びであります。最後まで頑張ってください。

#### ●開会の挨拶

jaih-s11 期代表 坂根和

(富山大学医学部医学科)



第6回目となる(公社)日本 WHO 協会×jaih-s 共催企画「いのちをつなぐ食～世界の食糧事情ってどんなんなん？～」にご参加くださり、誠にありがとうございます。

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 では国際保健の学習機会と学生を繋ぐ架け橋であり続け、更に多くの学生が将来国際保健の分野で活躍することを目指し、全国各地での勉強会や合宿などを開催してまいりました。その中でも jaih-s では、(公社)日本 WHO 協会の協力を得り、2011年より毎年関西区域にて大規模国際保健勉強会を開催させていただいております。

今回は、「食糧と健康」の切り口から国際保健を考えることを学習目標に掲げ、食と健康の分野でご活躍されている、忍足謙朗先生と石川みどり先生を講師にお迎えして学んでまいります。さらに、企画の冒頭で行いますワークショップでは、飢餓・貧困の問題解決を目的として活動しておられる NGO ハンガー・フリー・ワールド（HFW）の青少年組織である Youth Ending Hunger に作成時からご協力いただきました。医療にとどまらない本企画は、ご自身の専門分野を飛び出し、新たな視野から国際保健とご自身の専門分野を見つめ直す絶好の機会となることと存じます。また、先生方に沢山質問し、異なる背景を持った学生同士で大いに語り合うことによって、国際保健を深く学び、将来共に働く仲間を得る機会としていただけましたら幸いです。

最後となりましたが、(公社)日本 WHO 協会×jaih-s 共催企画「いのちをつなぐ食～世界の食糧事情ってどんななん？～」の開催にご尽力くださいました関係者各位に、心より感謝を申し上げます。本日一日が、皆さまにとって実り多き日となりますように。

#### ●本企画の立案にあたり

jaih-s11 期勉強会班

班長 鈴木野々香

(琉球大学医学部医学科)



将来国際保健分野に関わる若手人材の育成という jaih-s の理念が、(公社)日本 WHO協会の理念と合

#### ●jaih-s との共催企画フォーラム ワークショップ

## 「世界の食糧事情を知る」

致したことにより過去5回にわたり開催され、本年度第 6 回目を迎えることが出来ました。

近年、世界の上位20%の富裕層が世界の富の94.5%を有しており\*1、富の格差は広がりつつあります。「食」の格差も同様のことが言えるでしょう。世界では9人に1人が十分な食べ物を得ることができず、慢性的な飢餓状態にあります\*2。これは、食糧不足に依るものではなく、食糧の配分の不公平や食料価格の高騰によるものと言われています。世界中の人々が食べていだけの食糧はあるにもかかわらず、その殆どが先進国で消費されており、飢餓に苦しむ国が諸外国に食糧を輸出する矛盾さえも起きています。その一方で、途上国では近年肥満、高血圧などの生活習慣病も問題となっています。伝統的な食生活に依る塩分摂取過多や、安価なファストフード食の偏重による栄養不足や肥満など、もはや途上国の食糧問題は飢餓と栄養失調のみにとどまりません。

本企画は、私たちが生きていくために必要な「食」にまつわる健康問題に焦点をあて、途上国における食糧問題が飢餓だけではないということを知る機会を設けたく、立案に至りました。将来を担う参加者の皆様が、企画を通して食糧問題をより身近なものとして捉え、自分たちに出来ることは何か考え、行動を起こすきっかけとなることを願っています。

\*1) (オックスファム：2014年度グローバル・ウェルネス・レポート)

\*2) SOFI2015

jaih-s11 期後半運営委員 目時 しおり

(日本赤十字看護大学看護学科)

進行に際しては、貧困国のバングラデシュとウガンダの二か国の食にまつわる写真を用いた。

バングラデシュのワークショップでは、図 1、図 2 の 2 枚の写真を用いた。

写真を見ながらその奥に潜む文化や社会の問題を考え、その問題の原因を考察した。写真から得ることのできる表面的なものだけでなく、ジェンダー

ワークショップは、忍足謙朗先生の「食糧の入手困難による健康問題」、石川みどり先生の「健康問題と食事とのかかわりと国際協力」に繋がるものであり、先生方の講演内容と共通した話題、貧困と途上国における生活習慣病を取り上げた。

参加者を 6 人毎の 5 班に分け、スタッフの目時・加藤・西村・山田・竹内をリーダーとして進行した。

の問題、食の加工法、宗教などの問題についても考えることができた。



図1 女性が家の中で料理を作っている様子



図2 男性が屋外で魚を販売している様子

これは、ワークショップ後に参加者自身がアフリカやアジアにある途上国や世界の問題を自発的に学び、行動していくことを企図し、また、身近にある写真を使うことで、今後も継続的に世界の問題へ関心を向けることができると考えたものである。



図3 1つのグループが作成したシート

( Bangladesh のワークショップで用いた2つの写真を中心に置き、付箋に写真への印象を記載して貼った)

ワークショップを行った後に、共催団体の youth ending hunger ※ の泉谷瑠夏氏により、実際に現地で活動されている hunger free world の方が見てきた現状を講演いただいた。

Bangladesh では、冷蔵庫などの保存する方法がなく、食べ物が腐らないようにするために、油で揚げたスナックのような食べ物が多いということ。また、男性が外で働き、女性は家を守るという文化が根強く残っており、男女格差は今もなお色濃く残っているとのこと。食の問題は気候、宗教、文化などが大きく影響しているということなどを知ることができた。

その後のウガンダのワークショップでは、図4、図5の2枚の写真を用いた。



図4 市場の様子



図5 ウガンダの日常的な食事



問題解決のワークショップでは、まずウガンダの基本情報として、面積、地理、人口、人口分布、肥満率等が掲載された資料を配布した。その資料を基に、ウガンダで起こっている高血圧やジェンダー、貧困などの問題が抽出され、それを基に、クリエイティブなアプローチ方法を考えることができた。

その後、5つのうち2つのグループが代表して発表を行った。

高血圧の女性を対象に食生活を見直すためのワークショップを開催するとか、ウガンダの食材で作ることできるバランスの良い食事を考え提案するとかなどの案が出て活発的なワークショップとなった。

本ワークショップを通して、参加者は、写真を見るだけでは得ることのできない、社会・文化的な問題にも目を向ける視点を獲得することができたと思う。そして、このワークショップの参加者自身が、今後世界の問題に対して、より多くの視点を持って、問題に取り組むことができるようになることを期待したい。

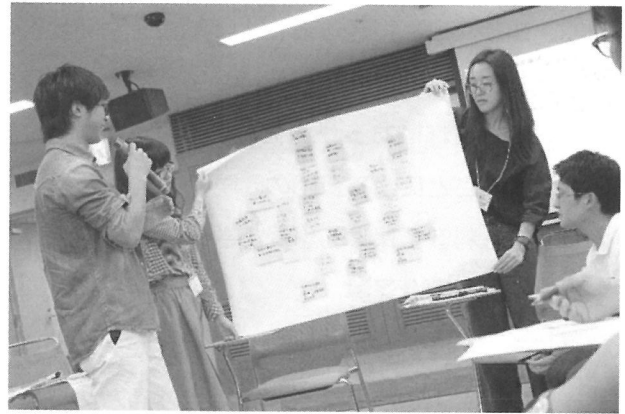


図6 ウガンダのグループ発表の様子

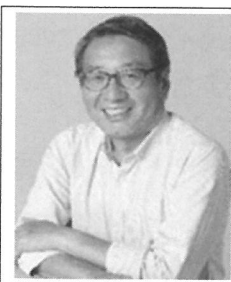
※youth ending hunger

「飢餓が若者の命を終わらせるのではなく、若者が飢餓を終わらせよう」をスローガンに、アジア、アフリカの世界5カ国で15~24歳の若者が中心となって活動しているNGO。具体的には、飢餓や貧困と若者に関する問題についての啓発活動や、若者を対象とした開発事業を実施している。日本では高校生から大学生を中心に、同世代の若者を巻き込み、飢餓や貧困の終わりを訴える啓発活動や、開発途上国の支部の事業への財政的支援を行っている。

●第6回 jaih-s との共催企画フォーラム 講演①

## 「食糧の入手困難による健康問題」

WFP（国際連合 世界食糧計画）元アジア地域局長 忍足 謙朗



Kenro OSHIDARI

30年以上にわたり、国連に勤務し、人道支援、開発支援の現場で活躍。WFPではボスニア戦争、コソボ紛争などの紛争地、内戦時代のカンボジア、スーダン共和国等で大規模な緊急支援の指揮をとる。2009年から2014年、WFPアジア地域局長を務め、アジア14カ国の支援の総責任者となる。2015年から日本国内での活動を開始し、国際協力に興味を持つ若い世代の育成や、防災・緊急支援分野での活動をしている。

▶食糧安全保障

食糧安全保障の定義は、すべての人が、いかなる時にも、活動的で健康的な生活に必要な食生活上のニーズと嗜好を満たすために、十分に安全かつ栄養ある食料を、物理的にも経済的にも入手可能である

ということである。簡単に言うとすべての人がおいしく栄養のあるものを食べられるということ。しかし、世界中で約8億人、世界の9人に1人が食糧安全保障を保障されていない。要因は大きく3点ある。まず、かなりの食料が捨てられているという配給の

問題。また、自然災害などによって生産量が低下してしまうことなどによる供給の問題。そして、マーケットには食糧はあるが、その食糧を買うだけの経済力がないことによる貧困の問題。これら3つの要因により食料安全保障を享受できていない。

#### ▶ 貧困と食糧安全保障

スリランカで行われた調査は、住民がその地域のマーケットでバランスの良い食事を作るために必要な食材を買うことができるかを調べたものである。これは理論的に、どのくらいの人々が栄養バランスの良い食事をとることが可能かということ調査したものである。調査の結果、住民のなかの10%の人たちがマーケットに行き、収入の50%を使って食糧を購入しても栄養どころか必要なカロリーをとることができないということがわかった。つまり、マーケットに食糧があっても必ずそれを買えるとは限らないということが明らかになった。この調査は、栄養を十分にとれているかどうかは食べ物だけでなく、衛生や家族の教養による側面もあり、ちゃんと買うことができても子供に与えているとは限らないということも明らかにした。ある村では80パーセント近くの村の人たちが、マーケットでバランスのいい食事を作るために必要な食材を買うことができないところもあった。

#### ▶ 発育阻害

5歳未満の子供が栄養不良が直接の原因で亡くなった数は1年間に300万人にのぼる。1日にすると8500人が亡くなっていることを意味している。状況はよくなってきているものの解決はしていない。赤ちゃんがお腹にいる間から2歳までがおおよそ1000日とされており、その時期に栄養を摂取できないと発育阻害になってしまう。そのため、お母さんが栄養バランスのいい食事を摂取できていることが大切である。お母さんの栄養状態がよくないとお腹にいる赤ちゃんだけでなく、生まれてからも影響を及ぼす。発育阻害は年齢に対する身長が低いのが特徴で、認知的な発達、学習能力の阻害も重要な問題となる。

成人してからの生産性が低く、成人病（糖尿病）にもなりやすいこともわかっている。世界銀行によると、この発育阻害が原因で、国のGDPが11%くらい変わってくるそうだ。そのため、開発支援も栄養に着目していけば、効果が表れるのではないかと考えている人もいる。世界の5歳未満の子供の4人に1人が発育阻害といわれ、その90%がアジアとアフリカに集中している。発育阻害の大きな問題は、2歳を過ぎてから栄養を与えると、予防することはできても治療はできないという点である。そのため、先に述べた1000日がとても大事になってくる。もちろん食べ物だけじゃなくて医療・衛生・栄養への知識、教育も必要である。貧しかったり、不健康な両親の間に生まれた子供が発育阻害になって学校にいても落ちこぼれたり、学校行けなかったり途中でやめさせたりしてしまう。そういった子供が大人になり、また貧しい家庭を作ってそこからまた貧しい子供がうまれるという貧困の連鎖がある。どこかで断ち切るためには栄養が大事だ。あとは教育。子供が親よりも良い教育を受けないと貧困のサイクルも変わらないのではないかと。WFP、WHO、UNICEF、FAOは様々な国で首相や大統領に対して会う機会があると、「子供に投資してください」と伝えている。国連ができることは限られているため、最終的にはその国で対策を進めていかないと、発育阻害の状況はなかなか変わっていかないのである。WFPは栄養プロジェクトを北朝鮮でも行っている。北朝鮮でも発育阻害の問題があり、みんな背が低い。隣の韓国と北朝鮮で大人の平均身長も全く異なる。



### ▶食糧支援に使用される特別食

一般的に WFP で行う食糧援助は主食からで、これは国や地域によって、アジアは米、アメリカはトウモロコシ、中央アジアは小麦粉というように国や地域に合わせて選択している。そして蛋白源。WFP では肉などの生ものは使えないので豆類を使っている。他にも食用油と塩を主に使用している。たまに砂糖を使用することもある。WFP、FAO の基準では 1 日 1 人 2100 カロリーの摂取が推奨されている。難民キャンプでも同様に主食、豆、油が配給されている。現在は WFP も栄養面についても考えていこうということで、5 歳未満の子供が学校給食を通して食べられる特別な栄養食を作り始めている。例えば、トウモロコシの粉ときな粉をまぜ、砂糖、粉ミルクを加えてお湯で溶いたようなものがあげられる。学校給食、学校行事、緊急援助時に役立っている。混ぜて、お湯で溶かすだけなので手間があまりかからない。あとは、高価だが、フランス製の特別食もよく使われている。ピーナツバター状でカロリーが高く、開けてすぐ食べられるタイプである。また、現地で作っているものも増えていて、レンズ豆をすりつぶしたもので、高カロリー、高タンパクでビタミン、ミネラルも多く含まれている。そのほかにビタミン、ミネラルが多く含まれたふりかけもあり、調理したものに振りかければ食べられる。また、カンボジアなどで学校給食に使われているお米の形をしたビタミンもあり、お米 100 グラムに 1 つ混ぜるだけで栄養を補える。小麦の栄養を強化するものはあったがお米は今までなかった。理想は、このようなものをすべて現地で生産し、スーパーに誰もが買える安価な値段で置いてあることである。だんだんそうになっている国も実際に出てきている。

### ▶特別食以外のアプローチ

こういう特別食もお金がかかるため必ず届けられるわけではない。そこでもう一つの方法として教育的アプローチも行っている。ラオスの山岳部を例

にすると、教育的アプローチとして、パズルを用いて、私たちの身体は食べたものからできていることを伝え、現地で自分たちが集められる食糧でバランスのいい食物を提案する活動を行った。そして、どう調理法で食べるのがいいのかの指導も行った。

学校給食は、栄養というよりは子供を学校に来させる、一食食べられるからと親が学校に行かせたがるようにするという意味で充実させるということも行っている。例えば、学校行くのに 2 時間かかる。朝ごはんを食べていないと学校に行くだけでお腹が空いてしまうというところもあるため、場所によっては、朝来たらご飯を食べさせることや、お昼まで待つこともある。ある国では学校に来たらビスケットを出すようにしている。学校給食を行うと統計的に学校に残る率が上がるという変化もみられる。ある地域の人たちは女の子を学校に行かせないということもある。そういうところは、女の子が一ヶ月来たら食用油など、その地域の高価なものをお土産に渡すことも行っていた。賄賂のようではあるが効果はあり、学校に通う子供の男女比が 50 対 50 になった。結局、男の子にもあげないのはおかしいということになり、最終的には全員に配給することになった。ブータンでは、現在の政府のトップが学校給食を食べて育ってきた人たちであるため、彼ら自身が学校給食の大切さをよく分かっていて、2015～2018 年の間に WFP の支援の割合を減らし、ブータン政府が負担を増やして、2018 年には政府で学校給食を行うと約束してくれた。そうすると WFP の支援から卒業できるということの意味するので我々もうれしいことである。

### ▶自然災害と紛争

貧困の人々が自然災害に遭うと、それだけですべてのもの（家、食糧、仕事）を失う。そのような状態では、WFP で本来行わなければならない支援をすることが困難になってしまう。自然災害は 50 年前から増えているため簡単に解決することは難しい。

紛争は世界から全く減っていない。国連の中で一番お金を使っているのは PKO であり、1 年で 80 億ドル、8000 億円が使われている。次が WFP で 1 年間に 4000 億円使われている。食糧は生きるために必要なもので、これらのお金は基本的に人間が作った問題によって生じた問題に対して、人を生き延びさせるために使うお金である。もしそれだけのお金を、栄養や教育に使えたら、どのくらい世界がよくなるかをもう少し考えるべきである。



●第 6 回 jaih-s との共催企画フォーラム 講演②

## 「健康問題と食事とのかわり」と国際協力

国立保健医療科学院 上席主任研究官 石川 みどり



Midori ISHIKAWA

国立保健医療科学院 生涯健康研究部 地域保健システム研究領域 上席主任研究官

青年海外協力隊員として活動後、JICA プロジェクトの栄養専門家として世界各地の栄養環境改善や保健医療人材育成に従事し、2003 年には WHO 本部栄養部で JICA Fellow として栄養政策データベース作成に関わる。現在所属している国立保健医療科学院では、日本がこれまでに蓄積してきた保健医療に関する取り組みを国際協力の中で活かす方法を研究している。

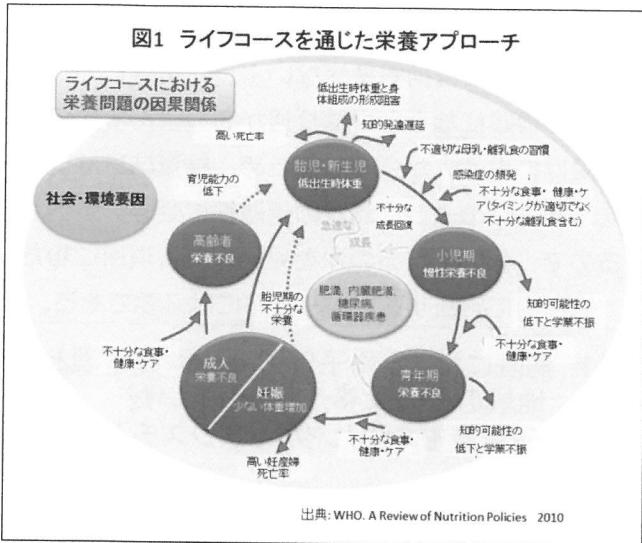
### ▶ 栄養問題の世界的動向

2016 年の持続可能な開発目標 (SDGs) で初めて栄養という言葉が入ってきた。その目標 2 には、「飢餓を終わらせ、食の安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する」というフードシステムの改善の話がある。フードシステムを踏まえて、あらゆる年齢の人々のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを実現するという点において、栄養的な食生活がここでも重要視されている。

栄養の関係者が合言葉にしているものの一つに、1992 年の「第一回栄養に関する世界宣言」がある。この宣言で、「栄養学的に適切かつ安全な食物へのアクセスは、各人の持つ権利である」という世界的な合意に至っている。当時から全世界の全ての人々に供給するための十分な食糧があるということは認識されており、その中で起きている不平等なアクセス、また食品ロスをどう考えていくか、というのが私たちの課題であった。

### ▶ 栄養不良の二重負荷

2002 年に初めて途上国の生活習慣病が世界的な議題に上がってきた。それまでは途上国というと食糧の不足による栄養失調、先進国というと食糧の過剰による生活習慣病というのが、多くの人々の認識であった。しかし 2002 年になって、どんな貧しい国に行っても必ず肥満の人がいる、肥満と栄養不足が両方同時に存在している国があるということが初めて WHO と世界銀行の両者による見解として示された。このように肥満と不足の両方が同時に存在していることは栄養不良の二重負荷 (double burden of malnutrition) とよばれ、これを解決するために健康格差の解消や、ユニバーサルヘルスカバレッジなどの取り組みが行われるようになってきた。2014 年には「第二回栄養に関する世界宣言」が採択され、今度は不足する栄養をただ補うだけでなく、適切な食糧の種類を適量食べるという「栄養のバランス」が重要であるという新たな合意に至っている。途上国ではこれをさらに低価格で実現しなければならない。



**▶途上国における母子保健課題の変遷**

以上を踏まえると、1980年代の途上国における母子保健は、栄養不足の子供、妊娠期の女性にどう支援するかという話が主だったが、2000年ぐらになると不足と過剰の両方をなくするにはどうすればいいかという話になり、現在では予算の少ない国における栄養格差の縮小方法、かつ急激に増加しつつある生活習慣病の解決方法が多く議論されるようになってきたということがわかる。

**▶途上国の肥満について**

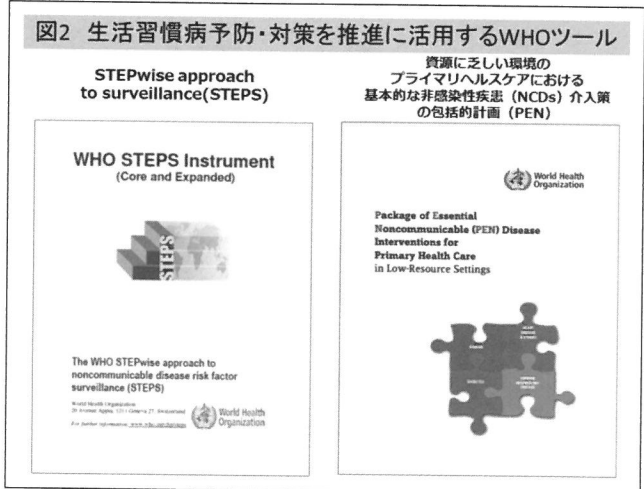
日本とは対照的に、途上国の肥満者は女性に多い。途上国の人々にとっては日本の男性の肥満の方が不思議らしい。今までは低体重出生児は適正な栄養摂取ができないため大人になるまで栄養不良が続き、また栄養不良の子が生まれるというサイクルがあったが、最近はずいぶんこのサイクルを打ち破り、むしろ肥満になるケースが散見されるようになった。この現象がなぜ、どのようなメカニズムで起こるかはまだ謎なところが多く、WHOなどではこの現象の原因究明が急務となっている。

**▶途上国における統計調査の難点**

途上国の肥満の現状を把握するにあたり、まずどのような調査をすべきか、学童期の子供たちのモニタリングをどう行おうかが課題として立ち上がった。5歳未満の子供たちの栄養状態はUNICEFがモニタリングしているが、5歳以上の学童たちの栄養状態などは、新たにモニタリングする必要があり、その際に日本の学童期の子供たちのモニタリング（給食による栄養管理、学力テスト、運動測定など）

方法を参考にすると話なども出た。

現在 WHO は STEPwise approach to surveillance (STEPS)という標準化された調査方法で各地域の成人の健康状態把握を推し進めている。STEPS は簡単な質問項目で構成されており、国内の健康動態を把握するだけでなく、各国が標準化された調査を行うことで国家間の健康状態の比較も行えるようになっている。しかし、現状この調査はほとんどの地域でこの10年間で1回しか行われていない。生活習慣病対策には経時的変化の情報が重要であるため、検診に1回しか来ない人々の健康状態をどう判断するかが問題となっている。社会保険制度がなく、お金がないため治療費を支払えず、経時的変化も見ることのできない地域で、どのように生活習慣病の問題に対処するかが今後の課題である。



**▶大洋州における生活習慣病の一例**

生活習慣病による死亡は、西太平洋の島嶼地域の人々が非常に多く、その主な死因が肥満からくる糖尿病によるものである。社会保険制度が存在し、適切な医療が受けられる日本では糖尿病で亡くなるということはほとんどないが、途上国では社会保険制度がないため高額な医療費が発生し、「血糖値が高い」となった時点で治療が受けられなくなるケースがとても多く存在する。

フィジーは2002年と2011年にSTEPSを2回、集団に対して一応無作為抽出という形で行っている。この9年間の変化を示す2つのデータから国の健康動態を判断するしかなかったが、それでもBMI・血圧・血糖の顕著な上昇がみられ、肥満者の割合が増していることがうかがえた。健康寿命に関わる2大

ファクターとして、BMI と日常の食習慣がある。途上国における肥満者の割合の増加は、近年途上国の各地域で起きている食生活の変化が大きき要因として挙げられる。

フィジーの伝統的な食事はキャッサバなど、野菜を中心としたものであるが、現在主に食べられているのは、揚げ物をメインとしたファストフードである。大洋州の国のほとんどは低中所得地域であるためお金がないわけではない。しかし賃沢するわけにもいかないため、食費を抑える傾向にあり、それとファストフードの供給が合致する状況となっている。



フィジーのスーパーへ行くと清涼飲料水が非常に多く陳列されており、水の売り場はほとんどない。また、ハリケーンが数多く襲来する地域であるため食品コーナーに並ぶのは生鮮食品ではなく、保存の効く缶詰などの加工食品が多くなっている。生鮮食品はマーケットで売っているため、多くの人々はスーパーとマーケットの両方に買い物に行く生活をしている。しかし、スーパーで先に好きなものを買ってからマーケットに行くと、残ったお金で生鮮食品を買うことになり、おのずと加工食品にかけるお金の割合の方が高くなる。さらに、スーパーなどで売っている塩は 500g 単位での販売しかなく、しかもそれが数カ月単位の速さで消費されていることが STEPS 調査により明らかになった。

#### ▶調査の信頼性

血糖値について、日本は HbA1c による血糖値の検査を行っているが、これは検査にかかる費用が非常に高い。そのため途上国の各地域では空腹時血糖による検査を行わざるをえない。この検査の問題点は、

被検者が本当に「空腹状態」なのかということにある。検査当日は何も食べないように指導しても、昼近くの検診になるとやはり何かをつまんでから検査を受けに来る人が多くなるため、検査結果は偽高値を示す。このように調査の信憑性に疑念の余地があるので、信頼に足るのかを見極め、各項目にわたって総合的に判断する目が私たちには必要である。

**表1 病院における母子健診時の栄養管理と地域の公衆栄養活動をつないだ母子栄養モニタリング・ケアシステム**

1. 低出生体重児は、本当に多いのか。  
(グアテマラ保健医療従事者も、どの程度いるのか実態がわからない)
2. なぜ、子どもが低出生体重になるのか。
3. どのような予防・対策(アプローチ)が必要か。
4. どのような仕組みが必要か(押えるべきポイント)。
5. 1~4をつなぎ、全体像をみえる化する。

#### ▶調査の重要性


以上の事例をより正確に把握するため、現在独自に調査を行っている。既存のデータに全面的な信頼が置けない中、少しでもデータの信頼性を上げ全体像を把握するためには、住民の話をきちんと「聞く」ことがまず大事である。

ところで、無作為抽出による調査を行うという際に、住民票は必要不可欠である。フィジーなどの途上国ではそれが無いことが非常に多い。住民の島間の移動が日常的にあり、移民も多いため、だれがどこにいるかを把握することは非常に困難となる。名簿を作ってから無作為抽出を行おうとしても、すでにそこには誰もいないという状況も起こりうる。この問題を打破するため、名簿を作りつつ、ランダムサンプリングをしていく方法で保健調査をおこなった。調査一つで一大イベントとなってしまう。

この調査により高血圧・高血糖のハイリスク者を正確に把握し、彼らにどのような栄養管理が必要なのか、だれに向けてどのような処置が有効か検討しようというのが、各途上国における取組みの現状である。皆さんが大学を卒業するころにはこれらの地域はさらに盛り上がりを見せているだろう。このときに日本がこれまでに積み重ねてきた保健医療制度の知見を少しでも活かしてもらおうというのが、私の思いである。

# WHO への人的貢献を推進しよう

広告

<p>社会医療法人 行岡医学研究会  <b>行岡病院</b>          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</p>	<p> <b>株式会社 SN食品研究所</b>          〒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  <a href="http://www.snfoods.co.jp">http://www.snfoods.co.jp</a></p>
<p>医療法人 <b>黒川梅田診療所</b>          院長 黒川 彰夫          〒530-0001 大阪市北区梅田1-3-1-300          大阪駅前第1ビル3F          TEL 06-6341-5222 FAX 06-6341-5227</p>	<p><b>新居合同税理士事務所</b>          代表税理士 新居 誠一郎          〒546-0002 大阪市東住吉区杭全1-15-18          TEL 06-6714-8222 FAX 06-6714-8090</p>
<p><b>岩本法律事務所</b>          弁護士 岩本 洋子          弁護士 藤田 温香          〒541-0041 大阪市中央区北浜2-1-19-901          サンメゾン北浜ラヴィッサ901          TEL 06-6209-8103 FAX 06-6209-8106</p>	<p><b>株式会社 プロアシスト</b>          代表取締役 社長 生駒 京子          〒540-0031 大阪市中央区北浜東4-33          北浜ネクスビル28F          TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261</p>

## WHO インターンシップ支援助成のご案内

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

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

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

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

<http://www.japan-who.or.jp/library/2015/book5620.pdf>

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

## ハイチコレラ流行に対する緊急医療支援

～ローカルイニシアティブを利用した災害公衆衛生活動は有効か～

Emergency Relief for the Outbreak of Cholera in Haiti

～Is it effectivity intervention of disaster public health thought local initiative～

長崎大学熱帯医学研究所 協力研究員 森田佳奈子



Kanako MORITA 1979年大阪市生:幼少期にフィリピンの孤児との生活が起因し国際保健を志す。四天王寺国際仏教大学(保健学科)、英国リバプール熱帯医学校卒  
JICA 青年海外協力隊(ドミニカ共和国/プライマリーヘルスケア) NGO AMDA (チリ大地震、ハイチ大地震、東日本大震災などの緊急・復興支援) 第一子出産、育児休暇の後、赤道ギニア病院経営プロジェクトの長期専門家を経て、ハイチハリケーンマシュー緊急医療コレラ対策などに従事する。現在は長崎大学熱帯医学研究所国際保健分野に協力研究員として所属。

著者は、国内外の緊急・復興支援事業のフィールド・マネージャーとして、これまでも M8.8 チリ大地震(2010) M7.0 ハイチ大地震 緊急/復興支援(2010) M9.0 東日本大震災(2011)などの緊急医療支援へ出向し、また赤道ギニア病院経営プロジェクトなど長期専門家(2014)としても従事した。2016年10月ハイチハリケーンマシューの緊急医療支援では、今まで築いた現地の人々との関係が活かされた。どの現場も過酷な状況が脳裏に残るが、フィールドでの人道支援は人々との輪と叡智を分け合う、まさに実践教育の場でもある。

本稿では生い立ちから、国際保健の志を回帰し、特にハイチ共和国での緊急医療支援へのローカルイニシアティブ(助援力)による災害公衆衛生介入について私見を述べ後世へ育みたい。

### 【原点】

幼少期、私はフィリピンの孤児(以下、(仮)メアリー)と生活を共にしたことがある。学校長だった父の熱烈な孤児支援活動は家庭にまで及んだのだ。母、私、妹2人は、父がメアリー達へ食事、お風呂、寝かしつける姿にあきれながらも、乳児院勤めの母は寛容であり孤児たちとの生活も家族の日常となった。そして、メアリーのような子に何ができるかと問う中、国際保健を志す。まず阪神淡路大震災後も被害が残った神戸市長田区で保健教諭として赴任

した。その後、2008年 JICA 青年海外協力隊(ドミニカ共和国)としてプライマリーヘルスケア技術協力プロジェクトで活動した。任期終了直後、2010年1月12日ハイチ共和国で M7.0 首都直下型の大地震が起こり死者31万6千人の大惨事となり、首都は遺体の山で歩けないほどであった。元より脆弱な基礎インフラの倒壊が天井と床がひとつになるサンドイッチクラッシュとなった。(写真①)生き残った被災者達も瓦礫倒壊による外科処置を要した。「彼らを助けたい」その一心の思いが AMDA 理事長 医師菅波茂先生と機縁し、緊急医療支援活動の世界に飛び込むことになる。



写真①ハイチ地震でサンドイッチクラッシュした建物

### 【緊急医療支援の現場】

最初の舞台は、派遣先の M8.8 の南米チリ地震だった。その後、ハイチの北西部ゴナイブの AMDA 多



国籍医師団による緊急医療活動を引き継いだ。発災から数か月も放置された外傷患者の傷口は壊死し、また他機関による整形外科手術後体内にボルトが残る患者など目に余る光景の中、我々は野戦病院での支援に医療従事した。時に電気がなく、暗闇の中で大腿骨骨折手術を行うこともあった。常に資材や医薬品不足の中、ローカルスタッフたちの情報や人脈が医療人材や資材調達となった。



写真②野戦病院でのポリビア医師

2010年10月コレラの初症例発生後、感染者719,377人、死者8,767人が報告された。本来カリブ地域にコレラ菌はなかったが、南西部に拠点していたネパールの国連平和部隊に持ち込まれたコレラ菌アジア型（V.cholerae01/o139 - Serotype-Inaba Ogawa）が国内外のパンデミックとなった。

AMDAはニップ県フォンネグロ市救世軍Bethel Clinicのコレラ隔離病棟にて、日本・カナダ・ハイチ（計10名）を派遣し、地元の医療従事者と共に感染症対策を実施した。本事業は、資材、医薬品などは隣国のドミニカ共和国の厚生省から入手し、ハイチ大使館のロジスティック・セキュリティーサポートの元、WHO オフィスを医薬庫の拠点としたマルチセクターによる活動を展開した。（写真③）

また本邦（日本）とドミニカ共和国からのUpstreamのアプローチに加え、ハイチの現場ではローカルイニシアティブを重視した活動（Bottom stream）を行うことがプロジェクトを成功に収めた秘訣であった。



写真③：WHO 協力の医療庫（右：著者）

2016年10月、ハリケーンマシュー(カテゴリー-4)がハイチを通過し大きな被害をもたらした。発災後のコレラ感染者は増加し、罹患者40462人、死者429人に上った。AMDAはグランダンス県ジェレミー市モロン病院にて、日本、ハイチ支部、ハイチ現地雇用者（計17名）で診療補助活動を行った。ハイチの最西端に位置するモロン病院は交通アクセスが悪く、村の中にある小さな井戸に保健ボランティアたちは往復40分かけ、丸一日バケツで水汲みする。そのわずかな貯水に次亜塩素酸を入れ、飲料水や衛生管理に使用した。

水因性疾患のコレラは、安全な水の確保、環境設備、衛生対策に加え、罹患者への経口補水液ORS(Oral rehydration solution：電解質液は水1ℓに対し、ブドウ糖20g、塩化ナトリウム3.5g、炭酸水素ナトリウム2.5g、塩化カリウム1.5gを溶解)や点滴による脱水予防、重症例には抗生物質の投与も有効である。特にアジア型は致死率が非常に高く、脱水が進むと電解質が失われ34℃の低体温となり死に至る。南国とはいえ冬に差し掛かかると、ハイチ人の体温は低下し死因となった。体温管理のための衣服やタオルケットなども汚物により処分せざるをえなかった。そのため低開発国では、家族や友人などのソーシャルサポートが補水や食事を調達し与えたり、汚染管理や体温調節など身の回りの補助を要した。（写真④）

私自身、本事業ではじめてバーンアウトを経験し

た。次々亡くなっていくコレラ患者の遺体は二次感染予防のため WHO 指定のボディバックで安置する。様々な状況がフラッシュバックし脳裏から離れず泣いて眠れない日が続いた。フィールドでの緊急医療支援はマニュアル通りの医療介入のみならず、時期や気温など環境面や、ソーシャルサポートなど福祉面、また想定以外に起こる問題への対応と、実践教育の場から学んだことは計り知れない。



写真④コレラ患者へ点滴する現地医師



写真⑤コレラ患者の身体をふく著者

### 【ローカルイニシアティブと災害公衆衛生活動】

国際保健分野での活動では、グローバル/ナショナルレベルのシステムを理解しながら、NGO の立場では「Think Globally and Act Locally」と現場、現地、そして人々に重点を置き寄り添う活動を目指す。フィールドワークでは理論は頭に叩き込み、実践では「ローカルイニシアティブ=現地のことを現地に聞け」と地域を尊重することが、結果的に最も人々へ波及し根付く活動となった。

ハイチのように大統領不在の無政府状態ではヘルスシステムが構築されず、政府や行政よりも個人レベル、特に親族間のソーシャルネットワークが最も信用できる情報源である。これは、世界ではじめて黒人による共和党が政権を握った歴史的背景もあり民衆の結束力は非常に強い。そのため、事業を導入していく際も、政府や国際機関からのトップダウンの動向を読みながらも、ボトムアップで人々の動きを読み取ることが結果的に支援を要する人々へ届けることができた。

特にプライマリーヘルスケアにおいては、疾病や怪我の初期対応や、感染症の予防・撲滅のみならず、人々の文化慣習や心理的側面を理解できる医療従事者に寄り添ってほしいと患者が望むのは世界共通なのかもしれない。このハイチの例で示されるような「ローカルイニシアティブ」の理解は、ただ保健医療問題の改善だけでなく、予防医学の情報発信、医療施設へのアクセス数の増加などヘルスプロモーションとしての波及効果に期待できる。

ソーシャルキャピタルと健康については様々な議論がなされているが、ここではソーシャルキャピタルを「ネットワークやグループへの参加の結果として個人にもたらされる資源」と定義する (Kawachi & Berkman, 2014)。近年、この目に見えない信頼・規範・ネットワークと人々の健康との関係が期待されており、地域の人々と社会の繋がりが災害や復興支援活動などのレジリエント (回復力・復元力) に大きな力を生み出すと考えられている。特に、低開発国では所得格差はあるものの、人々はコミュニテ

ィーに強く帰属し、一定の文化慣習的規範の中で生活を営んでいる。そのため、災害時のアウトブレイク対応は、事前に地域の帰属の中に見られるソーシャルキャピタル構造や人々の集団心理への理解を深め、協調行動を促進させることで、緊急・復興支援にはレジリエントを効率化すること期待される。

しかし、低開発国における災害時の緊急医療支援では、ヘルスシステムの脆弱性から体系的なオペレーションや訓練などがなされていない。特にハイチは2010年にコレラ菌がパンデミックとなって以来、対策マニュアルや訓練などの機会が増えたものの、やはり対象者は医療従事者や専門職であることが多く、コミュニティヘルスワーカーや保健ボランティアには行き届いておらず衛生教育を徹底化した。



写真⑥汚物処理・体温保護をする保健ボランティア

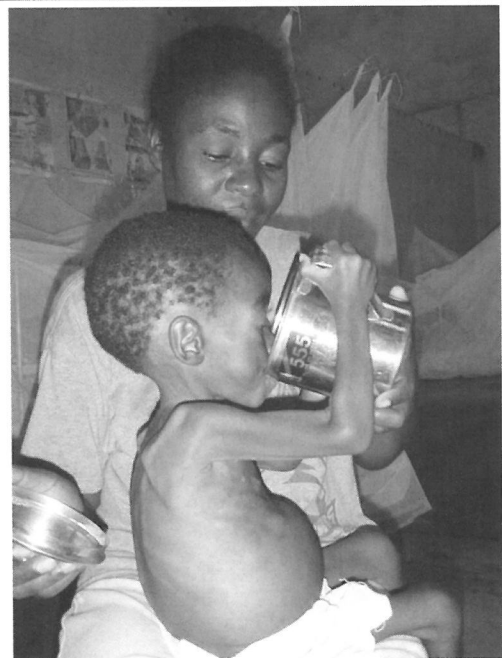
そのため、緊急時の人道支援活動の質をより一層高めるために、保健医療以外に、災害公衆衛生活動として水、衛生、食糧、栄養、教育、人権保護、情報、シェルター、ロジスティックなど多岐に渡る分野のクラスターアプローチを担う人材育成が必要である。介入にはトップダウンのみならず、ボトムアップとして実際の現場で従事する専門家とコミュニティヘルスワーカーの育成に力を注ぎ、ソーシャルキャピタルの中に導入していくことで、より一層人々に深く届く保健医療サービスになると期待する。国際社会は流動的である。年々移り変わるマニフェストは、時には低開発国の人々が翻弄される要因ともなりうる。そのため人々から最も信頼が得られる地域に根付く NGO など文化慣習、生態を知る団体との共同で緩やかであるが地域の人々の能力を發揮させ継続することができると思う。

## 【最後に】

WHO の定義でもある「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」「健康とは」、病気でないとか、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をいい、人間の尊厳や生活の質の向上にもなりうる。また病気や疾病などへ直接介入のみならず、包括的な公衆衛生アプローチと同時に、ソーシャルキャピタルの理解促進が、今後より人々の健康の増進や質をも高めると考えられる。

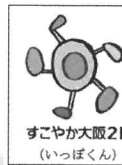
近年、グローバルゼーションが急速に加速し、国際保健医療分野では現地での目の当たりにする現実と理想との狭間で葛藤し試行錯誤することも多い。そんな時ほど、私は幼少期の「メアリーを助けたい」思いに原点回帰する。

そして今までの緊急・復興支援活動はまさに実践教育の場であった。そこから得たソーシャルキャピタルへの視点は、人道支援活動のレジリエント（回復力・復元力）の鍵となるだろう。これからも微力ながら災害公衆衛生の研究とフィールドの実践を強く結び付け、支援を必要とする人々へ届く活動へ貢献することができれば嬉しく思う。



⑦メアリーへの思いを回帰する1枚  
(飢餓の子を見守る母の姿)

# 日本WHO協会フォーラム 口の健康 Part-III



(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。

## ～健口から健康へ～

歯周病と生活習慣病は各々の病態の進行に相互に関係していることが明らかになりつつあります。又、咀嚼が私達の健康を保つために重要な生理的意義のあることが示されております。今回、フォーラムでは咀嚼の重要性と歯周病と生活習慣病との関係についてお二人の先生にご講演いただき、医科歯科連携の現状についてパネルディスカッションを行います。

### ■ 講演

①「<sup>そしゃく</sup>咀嚼の大切さ～おいしさを提供する<sup>ほてつ</sup>補綴歯科」

大阪歯科大学教授 田中 昌博 氏

②「歯周病と生活習慣病との関係」

大阪府歯科医師会専務理事 深田 拓司 氏

### ■ パネルディスカッション 「医科歯科連携の現状」

コーディネーター 日本WHO協会理事長 関 淳一



田中 昌博 先生

大阪歯科大学歯学部主任教授  
日本補綴歯科学会関西支部支部長



深田 拓司 先生

大阪府歯科医師会専務理事、歯科医師  
大阪府生涯歯科保健推進審議会委員等歴任

●開催日時・会場 平成29年2月24日(金) 14:00～16:30  
(受付開始:13:30)

大阪歴史博物館第1研修室(4F)

●参加費 無料 資料代 500円 ●定員 80名 (先着順)

◆申込方法: FAXまたはホームページよりお申込みください。

(一社)大阪薬業クラブ助成事業

後援 大阪府医師会・大阪府歯科医師会・大阪府薬剤師会  
主催 (公社)日本WHO協会

## うつ病との正しい付き合い方

大阪大学保健センター教授  
大阪大学大学院医学系研究科精神健康医学 教授  
工藤 喬



Takashi KUDO

1986年 大阪医科大学卒業

1991年 大阪大学大学院医学系研究科修了

1991年 NYS Institute for Basic Research in Developmental Disabilities 研究員

2013年 大阪大学保健センター教授 (現職)

### ●うつ病対策の重要性

平成23年、厚生労働省は、医療計画に入れるべき疾患として、従来の4大疾病（糖尿病、がん、脳血管疾患、虚血性心疾患）に精神疾患を加え、5大疾患とすると発表しました。その背景には、職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加などがあります。実際、精神疾患の患者数は323万人であり、4大疾病のどの患者数よりも多くなっている、国民に最も関わる疾患となっているのです。その中で、うつ病を含む気分障害の患者は、平成26年厚生労働省の患者調査によれば、111万6千人と

調査開始以来最多となっています。年間3万件弱の自殺事案とも関連して、うつ病は最も重要な疾患と言っても過言ではないのです。

### ●うつ病の症状

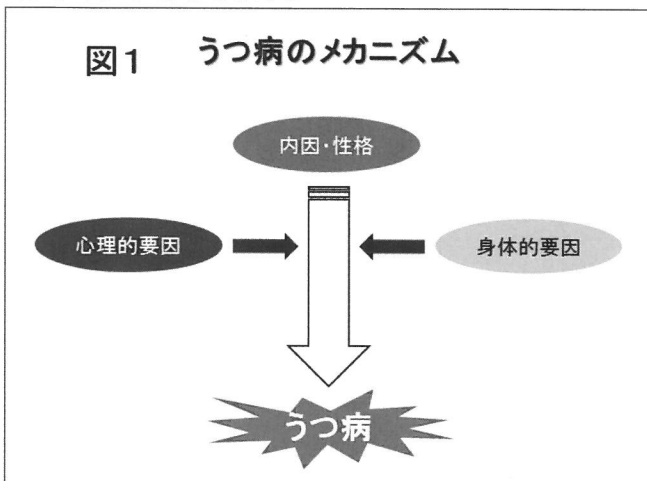
表1に示すように、うつ病の症状は多彩です。気分の落ち込みなどの「感情の異常」のみが取り上げられがちですが、「意欲・行動の異常」、「思考の異常」、そして「身体症状」が伴うことがあります。「感情の異常」では、抑うつ気分といった落ち込み以外に不安や焦燥（イライラする）が出てくることもあります。ここで重要なのは、こう言った「感情の異常」

表1 うつ病の症状

	症状	訴え
感情の異常	抑うつ気分 不安・焦燥	気が沈む、めいる、落ち込む、おもしろくない、喜怒哀楽の感情がわからない、感動がない、哀しい、ひとりだに涙が出る（日内変動、morning depression） いらいらする、落ち着かない(激越性うつ病)
意欲・行動の異常	精神運動抑制(制止)	やる気が出ない、億劫、気力がわからない(何をしても時間がかかる、日常的なことをするのも億劫、寝てばかりいる)(抑うつ性昏迷)
思考の異常	思考抑制(制止) 微小妄想	考えが浮かばない、考えが進まない、決断力が低下、考えがまとまらない、頭の働きの鈍い(返事に時間がかかる、精気のない話し方、話のテンポが遅い、内容に乏しい) 罪業妄想、心気妄想、貧困妄想(コタル症候群)
身体症状	1. 睡眠障害(熟眠障害、中途覚醒、早朝覚醒) 2. 疲労・倦怠感 3. 食欲不振 4. 頭重・頭痛 5. 性欲減退 6. 便秘・下痢 7. 口渇 8. 体重減少 9. めまい 10. 月経異常	

には日内変動が見られ、特に朝に酷くなるということです（Morning Depression ともいいます）。「意欲・行動の異常」では、精神運動抑制(制止)といって、やる気が出ず、何事にも億劫となり、活動性が落ちた状態になります。また、「思考の異常」では、思考抑制（制止）といって、考えがまとまらなくなり、決断力がなくなります。さらに、罪業妄想(とんでもない罪を犯してしまったと信じる)、貧困妄想（全くお金が無くなったと信じる）、あるいは心気妄想（不治の病に罹ってしまったと信じる）などの微小妄想(自分を過小評価する)が出てくることがあります。また、うつ病には「身体症状」が伴うことが多いことも重要です。時には、仮面うつ病（Masked Depression）といって、上記のような精神症状がマスクされあまり目立たず、「身体症状」が前面に出ることがあります。このような場合、本人も周りの人も内科の病気と思って、一般内科を受診してしまうことがあります。「身体症状」も睡眠障害や食欲不振など多彩です。

うつ病の症状に対しては、それらの持続時間に注目することが必要です。臨床的な診断基準にはこのような症状が1日中あり、2週間持続することが求められています。誰でも、気分の落ち込みなどはあるわけで、それが一過性ではなく持続するかどうかポイントとなります。



●うつ病の原因

現在では、うつ病は複数の要因が複合して起こると理解することが正しいと考えられます。図1に示す

ように、それら要因は「心理的要因」、「身体的要因」および「内因・性格」に大きく分けられます。「心理的要因」がうつ病の原因になることは、容易に理解できると思いますが、辛いこと、悲しいこと、あるいはショックなことだけがうつ病の引き金になるとは限りません。一般的にはおめでたいこと、例えば昇進や家の新築などでもうつ病の引き金になることがあります。従って、「心理的要因」は人それぞれなので、早合点は禁物です。

**図2 抑うつ症状を引き起こす一般身体疾患**

- 神経変性疾患: Parkinson病、Huntington病、Alzheimer病、多発性硬化症
- 脳血管疾患: 脳卒中
- 内分泌疾患: 甲状腺機能亢進/低下症、副甲状腺機能亢進/低下症、副腎皮質機能亢進/低下症
- 代謝疾患: ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症
- 自己免疫疾患: 全身性エリテマトーデス
- 感染症: 肝炎、単球増加症、AIDS
- がん: 脳腫瘍、膵がん

うつ病は「心理的要因」のみから発症するものではありません。「身体的要因」として図2に挙げたような疾患がうつ病を起こすと考えられています。特に甲状腺機能低下症によるうつ病は比較的好く見つけられます。このような場合には甲状腺の治療が優先されることとなります。また、図3に示すように、飲んでいるお薬がうつ病を起こすこともあり、担当の医師と相談して薬の量を調整する必要がある場合もあります。

**図3 うつ症状を起こしやすい薬物**

- インターフェロン
- 降圧剤(レセルピン、β遮断薬、メチルドパ、クロニジン)
- 副腎皮質ホルモン
- 経口避妊薬
- 潰瘍治療薬(シメチジン、ラニチジンなど)
- 抗パーキンソン病薬(レボドーパ、プロモクリプテンなど)
- 抗悪性腫瘍薬(ビンクリスチン、ビンブラスチンなど)
- 抗結核薬(サイクロセリン、イソニアジド、エチオナミドなど)
- 抗精神病薬(フルフェナジン、ハロペリドールなど)
- 鎮痛薬(ペンタゾシン、インドメタシン、イブプロフェン、アスピリンなど)

また、患者自身の「内因・性格」も関わってきます。メランコリー親和型性格といって、秩序愛があり、几帳面・入念で、義務責任感が強く、他者を優

先天的配慮するような性格の人がうつ病になりやすいとされています。このような下地がある人に、「心理的要因」や「身体的要因」が関わってくるとうつ病が発症すると考えられているのです。

●「新型うつ病」の流行？

近年、うつ病の診断は米国の診断基準（DSM）を参考に行われています。この診断基準のポリシーは上述したような症状が基準以上の数あり、それが一定の期間持続していれば、その病気の成り立ちなどは問わず診断するというものです。一方、平成 11 年に副作用が少ない抗うつ剤である SSRI が我が国で発売が開始となり、「うつは心の風邪である」とのキャンペーンが繰り広げられました。すなわち、うつ病は心の風邪のようなものだから、DSM でうつ病を積極的に診断して、SSRI をどんどん使用していくという機運が高まってきました。これが、近年に見られるうつ病患者数の爆発的な増加をもたらしているとの指摘があります。

表2 従来型うつ病と新型うつ病

	従来型	新型
年齢層	中高年層	若年層
性格	規範への愛着	自分自身への愛着
症状	疲弊と罪悪感	回避と他人への非難
病識	初期はうつ病の診断に抵抗	初期からうつ病の診断に協力的
薬物反応	良好	部分的効果

(神庭重信, 2006を)

このような背景の中で、話題になってきたのが所謂「新型うつ病」です。表2に従来型のうつ病との比較を示しましたが、従来型とは逆の特徴をいくつか持った「うつ病」が若年層を中心に増えているというのです。しかし、「新型うつ病」は学術的に確立された概念ではありません。日本うつ病学会は、『「新型うつ病」という専門用語はありません。むしろ精神医学的に厳密な定義はなく、そもそもその概念すら学術誌や学会などで検討されたものではありません。一方、非定型うつ病は、歴史的にはさまざま

定義が与えられてきました、最近の米国精神医学会診断基準（DSM-IV）では、大うつ病のうち、過食、過眠、鉛のような体の重さ、対人関係を拒絶されることへの過敏性などの特定の症状を有するうつ病と定義されています。この場合、正確には「非定型の特徴をともなう大うつ病」と呼ばれます。しかし、啓発書やマスメディアで使われる非定型うつ病は、教科書的なうつ病のプロトタイプに合致しないうつ病・抑うつ状態を広く指して用いられ、「新型うつ病」とほぼ同義に扱われることもあるようです。』と述べています。従って、「新型うつ病」という言葉は慎重に使う必要があるようです。

ただ、日本うつ病学会の見解にもあったように、非定型うつ病は確立された病気です。非定型うつ病は、50年以上も前に提唱された病気で、①拒絶過敏性（他人の侮辱、軽視、あるいは批判に、些細なことでも強く反応し、落ち込んだり、激しく怒ったりする。時には学校や職場を休んだり、家事が続けられなかったりの状態が起こる。また、傷つくことを恐れ、友人や恋人を作らないということもある。）、②鉛用麻痺（四肢が鉛のように重く、時に発作的に出現）③気分反応性（何かよい出来事があると、元気になる）、④逆転した身体症状（過食、体重増加、過眠など）を特徴としています。非定型うつ病が見つけられた経緯は、当時使われていたモノアミン酵素阻害薬が効く患者群と効かない患者群があり、効く患者群には上記のような従来型にはない「非定型」な症状があるとの発見から始まっています。すなわち、薬の反応性で決められた患者群ですので、生物学的にこの病気が存在することが示されているわけです。「新型うつ病」と非定型うつ病が混同されている状況で、本来の非定型うつ病がきちり診断できているかが心配されるのです。

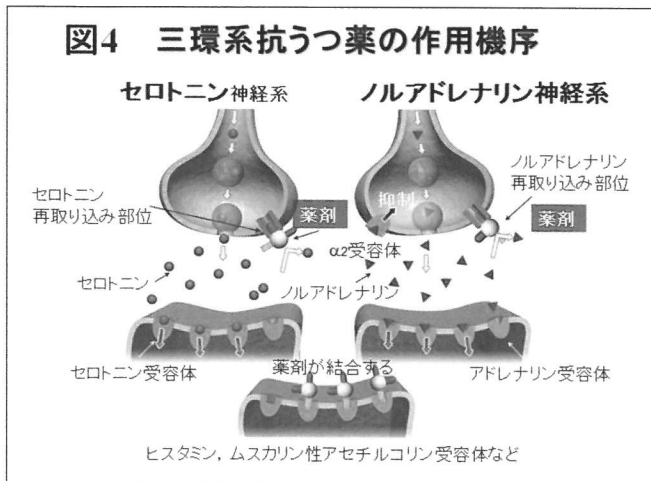
●うつ病の正しい治療法

うつ病の治療は薬物療法および精神療法がバランスよく行われなければなりません。原因のところでも述べた患者の「心理的要因」、「身体的要因」、さらには「心因・性格」をよく検討して、薬物療法と精

神療法のバランスを考えていかねばなりません。

### ●うつ病の薬物療法

多くのうつ病治療には抗うつ薬が使用されます。頭の神経と神経のつなぎ目はシナプスと呼ばれ、その空間は神経伝達物質というものが飛ぶことによって信号が伝わるとされています。役割を終えた神経伝達物質はシナプスの前部にある再取り込み口から吸収され、代謝されます。うつ病では、この神経伝達物質の一種であるセロトニン、ノルアドレナリン、あるいはドパミンが不足することによって、神経が伝わりにくくなりうつ病を発症すると言われていました。抗うつ薬は、これら神経伝達物質の再取り込みを抑えて、結果的にシナプスの間にある神経伝達物質を増やすことで、神経伝達を改善してうつ病を治すのです。しかし、最初に開発された三環系抗うつ薬はセロトニンやノルアドレナリンなどにだけ関与するのではなく、多くの他の神経に関与してしまい、それらが厄介な副作用として出現してきました。中でも、アセチルコリン神経を抑えてしまう作用は口渇や便秘などを起して患者を悩ませました(図4)。そこで開発されてきたのは、セロトニンの再取り込みを選択的に阻害する薬 SSRI(selective serotonin reuptake inhibitor)です。これによりアセチルコリンによる副作用がなくなり、安全で使いやすくなりました。近年では、セロトニンだけではなく、ノルアドレナリンの再取り込みを阻害する SNRI (serotonin noradrenaline reuptake inhibitor)も開発されています。



このように SSRI は使い易くなりましたが、最近新たな問題点も指摘されています。2004年に米国食品医薬品局(FDA)は、抗うつ薬投与初期に出現する自殺思考/行動と関連した症候をアクチベーション症候群として注意を喚起しています。この症候はSSRIに起こりやすいともいわれますが、自殺思考にまで至らなくとも、不安、焦燥感、パニック発作などが出現するとされています。この症候群が出現する背景には、患者に躁うつ傾向がある場合が多いとも指摘されています。うつ病と躁うつ病というのは全く症状も違うはずですが、躁うつ病の患者の中には躁状態はあまり目立たない人がいて、うつ状態の時に医療機関を訪れるので、単極性のうつ病と判断されて、SSRIが投与されることがあるのです。躁うつ病傾向の患者さんにSSRIが投与されることにより、ラピッドサイクリングあるいは混合病相という状況も出現します。気力や体力が同期して上下していたものが、SSRIによって周期が早くなり、それらが同期しなくなる混合病相になります。そのような中、体力は高いレベルなのに気力が低いレベルとなり、自殺の危険が高まるというのです。このように、単極性のうつ病と躁うつ病の鑑別は難しい時もあり、SSRIの投与は慎重にならざるを得ません。

### ●うつ病の精神療法

うつ病に施行される精神療法には、認知行動療法や対人関係療法などがあります。中でも、認知行動療法はその効果が科学的に認められ、平成22年から医療保険が使えるようになりました。

認知行動療法は認知行動モデルに則った治療法です。環境変化あるいは刺激に対し何らかの行動を起こすことが生物の生物たる所以ですが、生物の進化の過程で感覚器官が複雑化し記憶量が増大していくと、これらの情報を収集して脳で統合・処理し、行動の仕方を決定するような情報処理過程が必要となりました。この情報処理過程が認知ということになりますが、さらに行動を一気に効率よく起こさせるために、感情を媒体とした短絡的な認知が発達していったのです。すなわち、情報処理は意識されない



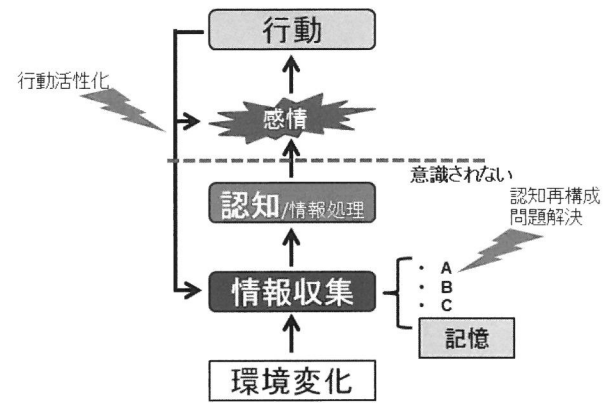
状態で行われ、感情というモニターによって行動が行われるようなシステムが発達しました。このような短絡的認知を必要とした要因としては、緊急事態への迅速な対処の必要性が挙げられます。例えば、天敵に遭遇した時、それにどう対応して行動を起こすかの決定は一刻を争う緊急事態であり、認知を一瞬にして（意識されずに）、感情を駆り立てて、ある行動へ一気に導く必要があります。すなわち、「怒り」を駆り立てて相手を攻撃するのか、「恐怖」を駆り立てて相手から逃避するのかなどを瞬時に決定するのです。

この短絡的認知を基盤とするシステムは緊急事態以外でも日常に普遍的に取り入れられていきました。しかし、認知の基盤となる情報が的確であれば問題はありますが、情報が誤りであったり、情報量が不足していたりすると、瞬時に行う認知、さらにはそれに導かれる感情を誤らせ、間違った行動を起こさせることになるのです。すなわち、患者の行動や感情あるいは気分は、患者の認知によって大いに影響を受けるといのが、「認知行動モデル」なのです（図5）。

うつ病患者では、誤った情報や情報不足により、うつ病の思考パターンの特徴として、自己・世界（周囲）・将来に関するネガティブで非機能的な認知（認知の三徴とよばれる）があります。こうした偏った

認知を現実に沿ったバランスの良い認知に変えることがうつ病に対する認知行動療法の目標です。その

図5 認知行動モデルと認知行動療法




ためには、患者の誤った情報を訂正し、情報不足を補う必要があります。すなわち、認知再構成法や問題解決技法はまさしく情報の適正化をもくろむものですし、行動活性化法も行動することにより、新たな情報を得たり、過去の実績（記憶）を生かしたりして、情報量を増やすことを行うのです（図5）。

●まとめ

うつ病の増加は重大社会問題ですが、「新型うつ病」の問題をはじめ、的確な診断が求められています。さらに、的確な薬物療法と精神療法とのバランスが重要です。


広告




金鳥の蚊取線香

## 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。



## 京都大学医学部学生による WHO 神戸センター訪問記

池尻達紀（京都大学医学部医学科 5 回生）  
東海慶音（京都大学大学院高度実践助産学系修士 1 回生）  
川竹絢子（京都大学医学部医学科 3 回生）  
喜多村恭平（京都大学医学部医学科 3 回生）  
阪上慎治郎（京都大学医学部医学科 1 回生）



前列左から、茅野龍馬テクニカルオフィサー、野崎慎二郎上級顧問官、Alex Ross 所長

### 【WHO 神戸センター訪問にあたって】

池尻達紀（京都大学医学部医学科 5 回生）

「目で見る WHO」61 号（前号）では、私たちの企画である「未来の医師のためのグローバルヘルス・スタディツアー」の概要および大阪ツアーの報告文を掲載していただきました。<sup>[1]</sup> このスタディツアーの一環として、2016 年 8 月 25 日に WHO 神戸センターを訪問しましたので、今回はその報告をさせていただきますと思います。

WHO 神戸センター訪問の当日は、WHO および WHO 神戸センターの概要や役割を学んだ上で、個別のテーマとして、①災害医療、②高齢社会についてレクチャーを受けました。

災害医療について今回は世界的な状況についてお話を伺いましたが、日本においても平成 17 年に DMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）が設立され、このチームが東日本大震災や熊本震災の際に出動したことは記憶に新しい事例です。医学生として京都大学医学部附属病院をはじめ多くの病院において実習をする中で、救急診療科において見学・実習をさせていただく機会もありますが、DMAT 隊員のスタッフの方がおられるなど今では DMAT の制度が診療科に根付いていることを感じます。日々の診療だけでなく、「有事の際の

医療サービスの提供」という、より幅広い領域を医療が体制としてカバーするように変化してきたと言えるのではないのでしょうか。

WHO 神戸センターの主要研究テーマの一つである超高齢社会における認知症および MCI（軽度認知障害）の問題も非常に重要です。これらの患者数を考慮すれば、「ユマニチュード」<sup>[2]</sup>のように認知症患者への接し方の技能に対する日本での関心の高まりも当然のことのように思われます。また、認知症の人々とのように付き合っていくのか、世界全体が高齢化していく中で、日本が一つのモデルケースとして注目されており、日本固有の社会構造を踏まえた医療が必要となっていくと考えられます。

認知症は医学においては精神科（メンタルヘルス）領域に分類して良いかと思われませんが、先述の DMAT と関連して、東日本大震災では特に被災者の方のメンタルヘルスにも注目が集まって「こころのケアチーム」が出動し、これが DPAT（Disaster Post-traumatic Stress Assistance Team：災害派遣精神医療チーム）の設立につながりました。人工知能や IT が医療サービスの一部を担うようになっていく中で、生き残りが有望な医師として精神科が外科医・救急医・家庭医に並んで挙げられています。<sup>[3]</sup>メンタルヘルス分野が「未来の医師」や「未来の

医療者」にとって非常に重要な分野になっていくことは想像に難くありません。

今回の訪問では、①いかなる状況においても人々のセーフティーネットとして機能する医療、②地域の社会構造や文化に即した医療、③メンタルヘルス分野に配慮した医療、これらの重要性の高まりを学ぶことができました。変わりゆく社会においてどのような医療ニーズが高まっていくのか、私たちはこれからも様々な研究機関・団体の方々の協力を得ながら、考え続けていきたいと思えます。

最後になりましたが、今回の WHO 神戸センター訪問をコーディネートして下さった茅野龍馬テクニカル・オフィサーおよび野崎慎二郎上級顧問官、Alex Ross 所長に深く御礼申し上げます。また、京都大学側の指導教官としてお世話になりました木原正博先生にも心より感謝致します。

[1]

<http://www.japan-who.or.jp/library/2016/book6102.pdf>

[2] イヴ ジネスト、ロゼット マレスコッティ (著), 本田 美和子 (監修), 辻谷 真一郎 (翻訳), Humanitude(ユマニチュード)「老いと介護の画期的な書」、トライアリスト東京、2014

[3]高橋優三 (編著)、人口知能時代の医療と医学教育、篠原出版新社、2016、p.41-42

以下に WHO 神戸センター訪問当日のレクチャー・議論の内容の報告と考察を掲載します

### 【WHO について学んだこと・考えたこと：野崎上級顧問官のお話に基づいて】

喜多村恭平 (京都大学医学部医学科 3 回生)

川竹 絢子 (京都大学医学部医学科 3 回生)

WHO の本部はスイスのジュネーブにあり、約 2800 人が働いています。(WHO 全体では約 8000 人。) 1948 年に設立された WHO は WHO 憲章を定めています。その前文の中で、『健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的によい (安寧な) 状態であることを意味し、単に病気ではないとか、虚弱でないということではない』と定めています。健康とは、ともすると病気の反対にある概念ととらえられがちですが、単にそれにとどまらないことがここで示されているという点で、この文には重要な意味合いが含まれていると考えられます。特に、「社会的によい」状態というのが、少し曖昧な表現ではあるのですが、非常に多様な意味を含んでいるのではないでしょう

か。例えば単に病気でないだけでなく、元気に働くことができ心身ともに充実しているということも、健康であることではないかと思えますし、また、そうであるべきだと考えます。特に、近年問題になっているメンタルヘルスなども、この定義に含まれていると考えます。

WHO はその下に、6 つの地域事務局、約 150 の国事務局が存在しています。これは後に茅野先生が補足されていましたが、WHO 本部を政府、地域事務局を都道府県、国事務局を市町村に例えると分かりやすいようです。WHO はどのようにして政策オプションなどを各国へ提示していくのだろうかという疑問に感じていましたが、このように本部から地域事務局へ、そこから国事務局へ、そして各国の政府へと伝えられるということでした。これにより、各国へそれぞれに合うオプションが提示できるのです。逆に、健康などについてのデータは、政府から国事務局、地域事務局を経て WHO 本部へと集められます。6 つの地域事務局のうち、1 つはアメリカにありますが、アメリカは大国であり大きな経済力もある為、独立した意思決定をすることもあるそうです。しかし、そのような対立はマイナスであることから、近年、WHO 改革として、WHO が一つとなって意思決定をしていこうという動きがあります。ちなみに、今回訪れた WHO 神戸センターは、WHO Japan center といった役割ではなく、WHO 本部の組織の一つで、世界のために研究するセンターがたまたま神戸にあるということでした。また、WHO は独自の理事会と総会を持っています。

かつて WHO がターゲットにしてきた医療問題は、感染症でした。もちろん今でもそれは大きな問題の一つですが、天然痘のように根絶したものや、ポリオのように根絶間近なものもあり、古典的な感染症の脅威はかつてよりは減少しています。その代わりとして、近年大きな問題になってきているのが、高齢化や生活習慣病、危機管理などといったものです。例えば喫煙問題やガン、心臓病、脳卒中などの病気、災害などの危機管理、高齢化がもたらす様々な問題などです。感染症に対する対応としては、それを根絶させるという選択肢しかありませんでしたが、近年の様々な問題に対する対応は一つではなく多様です。そこが今までと大きく違うところだと仰っておられました。確かに、感染症とは異なり例えば喫煙問題なら、その土地の習俗や教育なども問題解決において非常に大きな壁となりうるのです。後の質疑応答でも仰っていましたが、先進国とは大きく異

なった独自の文化を持つ発展途上国に政策オプションを提示しても、なかなか受け入れてもらえず苦労するのが現実だそうです。

WHOの役割としては、現場に出て何かをするというより、リーダーシップをとって規範や基準の作成を行ったり、政策オプションの提示をしたり、技術支援を行うことがメインです。また、世界が達成すべき概念も提唱しており、その一つとしてUHC（ユニバーサルヘルスカバレッジ）というものがあります。これは、誰もが等しく必要な時に医療サービスを受けられ、そのサービスの質と費用が適切なものであるという状態のことを言います。

WHO神戸センターが今現在取り組んでいる問題は、UHC、イノベーション、高齢化問題です。イノベーションはUHCや高齢化問題とも関わっています。例えば、高齢化が進むと若者の働き手が減り、人材の奪い合いが生じ、イノベーションの必要性が生じてくるわけです。

野崎先生のご講演で、WHOの組織像について、かなり具体的なものをつかむことができました。また、近年変化していき難くなっていく人々の健康問題に対して様々に取り組みをされていることも学ぶことができました。また、次に記載する質疑応答においてもより理解を深めることができました。

#### <質疑応答>

Q1 本部、地域事務所、国事務所、がありますが、それぞれの役割、関係性を教えてください。

A1 本部が全体に関わるガイドラインや指針を作り、それを地域事務所に共有します。指令を受けた地域事務所は、さらに各国事務所へと、ガイドラインを適用させていきます。このように、本部→地域事務所→国事務所とトップダウン方式で伝達が行なわれていくのです。

逆に、各国で収集されたデータは国事務所から地域事務所へと報告され、最終的に本部に提出されるようになっています。

（補足：同じ地域内でも、発達程度に差があったり、常識が異なったりして、上手い出来ないことも多いです。例えば、データを収集する際にも、きちんとした統計の取り方を知らないために、正確なデータを取ること自体が困難なこともあります。また教育の程度に大きく差が見られることもある。“手洗い”“マスクを使う”という、日本では当たり前のことが周知されていなかったり、受け入れられなかったりし、日本人の常識だけを持っていくと、上手くい

かないことも多いです。）

Q2 WHO神戸センターでは、“シンクタンク”と言われているように、実地で働くというよりも、アイデアを駆使して指示を出すことが多いと思います。具体的な業務を、もう少し詳しく教えて頂けないでしょうか。

A2 WHO神戸センターは、WHO本部直属のリサーチセンターで、「高齢化、UHC、イノベーション」に特に焦点を当てて研究をしています。

主な役割は、研究計画の作成です。研究テーマを設定したら、まずその研究プロジェクトを遂行するには、どの研究機関、研究者に協力を呼び掛けたら良いのかをアレンジします。そして、どのようなスケジュールで進めていくのかを決め、各方面に指示を出していきます。最終的に、研究成果がまとまったら論文集という形で、発信します。研究の表舞台には立たない、言わば「究極の裏方」ですが、人選やスケジュールのアレンジなどにはロジックも必要とされ、研究プロジェクトをスムーズに進めていくためには欠かせない存在なのです。

Q3 政策を提言するとき、どのようなことに気を付けていますか。

A3 一番は、その国の文化に合わせることです。例えば、保険制度にしても、イギリスでは医療費は無料、日本では健康保険制度、アメリカでは貧しい人だけ医療費を補助する、というように、各国の人口構成や文化に合わせて様々です。タイで、日本のような健康保険制度を普及させようという動きが一時ありましたが、キャッシュでの送金制度さえ整っていない農村部で、日本と同様の健康保険制度を普及させることは不可能です。つまり、日本では上手く機能している制度も、文化や経済状況が全く異なるタイでは無意味なのです。そこで、タイでは経済状況に応じて3つのタイプの保険制度を導入することになり、見事成功を収めました。このように、各国の状況や文化を考慮することが非常に大切だと考えています。

#### 【災害医療について：茅野先生のお話】

阪上慎治郎（医学部医学科1回生）

茅野先生から災害医療についてのレクチャーをしていただきましたので、以下にまとめます。

・災害が増加している原因

近年、災害は世界の至る所で発生しており、件数も増えています。その原因として、一つには気候変動が挙げられますが、もう一つは都市化です。ここでの都市とは、人が密集している地域、という意味です。都市部ではサービスへのアクセスが不平等であることや、世界で10億人がスラムに居住していることが災害の際の被害の拡大につながっています。

#### ・災害用語

災害を表す言葉には、hazard「脅威の可能性」、emergency「実際の脅威」、disaster「処理しきれない脅威」の3種類があります。例えば、屋内でタバコの火を床に落としてすぐに消火できた場合はhazard、火が燃え広がり、消防車を呼ばなければならない場合はemergency、燃え広がった火が消防車でも鎮火できなかつた場合はdisasterと定義します。

#### ・世界会議

国連防災世界会議は計3回開催されたが、すべて日本で開催されています。1994年は横浜、2005年は神戸、2015年は仙台で開催されました。第3回の仙台会議では、健康や福祉の面が特に注目されました。

茅野先生によると、このような世界会議でも、先程の災害用語が誤って用いられていたり、日本では20年前の阪神大震災の際にすでに展開された議論がなされていたりするとのこと。災害対策分野は、エビデンスが少なく、さらなる研究成果が待たれるとのこと。

#### ・WHO 神戸センターの研究テーマ

WHO 神戸センターが行っている、災害医療に関する研究の主なテーマは①災害弱者に対するガイドラインの策定、②中長期的な心理影響、③災害に強い社会システムの構築です。先進国の中でも特に災害が多い日本は、その経験を活かし、世界に率先してこの分野の発展に関わっていくべきだと考えられます。〈質疑応答〉

Q. 災害が忘れられないようにするためにはどうすればよいでしょうか？

A. 例えば、神戸では毎年震災の追悼セレモニーが神戸市によって行われ、ニュースでも伝えられている。このように、行政が中心となって行動し、継続的にメディアに取り上げてもらうことが重要でしょう。

#### 【高齢社会について：茅野先生のお話】

東海慶音（京都大学大学院高度実践助産学系修士1年生）

日本はしばらく、少子高齢化という大きな問題を抱えています。今ではそれも日本や一部の先進国

だけの問題ではなくなっています。2016年に日本で開催された、主要国首脳会議（G7）「伊勢志摩サミット」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進に向けて、エボラ出血熱などの教訓を受けた公衆衛生危機への対応や、母子保健から生活習慣病、さらには高齢化までを視野に入れたライフコースを通じた保健サービスの確保等について議論されました。出生率の低下の背景には経済発展による、経済優位から子育てにお金がかかってしまうことが挙げられます。

また、高齢化と同時に問題となるのが「認知症」です。日本では現在認知症と診断されている人は400万人いますが、軽度認知症を合わせると800万人に上ります。認知症は完治不可能であり、進行を遅らせる薬を使用して本人や周囲の人々はその問題に向き合っていかななくてはなりません。認知症の最も恐ろしい点は人間らしさ（理性）からなくなってしまうことです。まず記憶がなくなることから始まり、そのことを本人が認めたくないために怒りっぽくなってしまふことが関係し、深刻な場合、最終的には言語をなくし、動物に近いような状態になってしまうこともあります。「早期発見、早期予防」と言われているが、完治が不可能とされる認知症になってしまった場合、本人や周囲の人には「早期発見、早期絶望」と受け取られる場合の方が多いかもしれません。

2015年10月1日（世界高齢者デー）にWHOは初めて「高齢化と健康に関するワールド・レポート」を発表しました。今までの典型的な高齢者という考え方を取り払い、加齢はその人個人の若いころからの環境、生活様式の影響の積み重ねで大きく差が出ること、また高齢者は家族や社会に依存的であるという「思い込み」は間違いで高齢者にかかる年金、医療などのコストより社会への経済的貢献のほうがはるかに大きく、文化的や精神的な貢献は若い者には到底およばないレベルであるという内容でした。このレポートはこれまでの高齢化に対するマイナスなイメージを大きくポジティブなものへと変えました。このレポートが発表される以前にも日本では「高齢者にやさしい街づくり」を実現できるよう、様々な対策が講じられてきました。しかし、やさしい街づくりと言葉では簡単に言えても、実際は実現が難しく、例えば認知症で怒りっぽくなっている人に対して「やさしく」できるかなど、偏見に対してどのように対処すべきか、スティグマを是正していく必要があります。

## 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、2016年10月～2017年1月)

寄付者のご意向に従い、協会活動の充実を図るべく努力する所存でございます。

ここに「目で見えるWHO」の紙面をかりて厚くお礼申し上げます。

### 【個人】

安部 祐希 様

稲本 孝好 様

堤 陽子 様

### 【法人】

サラヤ株式会社 様

社交サロン ザ・クラブジャパン関西

CSホスピタリティ・アカデミー 様

前(61)号のあらまし

- 日本WHO協会 フォーラム講演録  
「糖尿病の常識・非常識」横野浩一
- 進藤奈邦子先生の講演を拝聴して  
「講演会で未来への刺激を受けた」加藤美寿季
- 「未来の医師のためのグローバルヘルス・  
スタディツアー：大阪ツアーの報告」池尻達紀

前々(60)号のあらまし

- 日本WHO協会 フォーラム講演録  
「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～」岡田邦夫
- WHO-WPRO 体験記  
「WHO 西太平洋事務局ボランティア報告書」山内祐人

広告

大阪の街で、90年。  
これからも、皆さまとともに。




「感謝、絆、そして未来への挑戦」



三倉美奈

三倉佳奈

信頼で地域とつながる

 大阪シティ信用金庫

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

大阪府内に90店舗。大阪市内全24区に店舗を有する唯一の地域金融機関です。

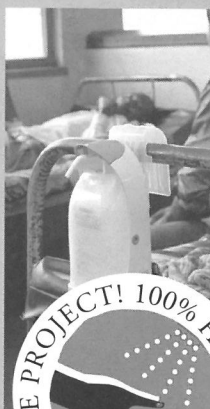
平成29年2月20日現在



東アフリカ感染症会議



マタニティセンターでの手洗い教育



ゴンベ病院でのパイロットプロジェクト



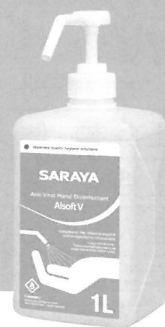
**SARAYA**

## 病院で手の消毒100%プロジェクト

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

### 出産時、産後の手指消毒の徹底

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



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

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

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



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62号

2017 春号 平成29年 2月20日 印刷  
平成29年 2月25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