

ISSN 2434-7205

目で見る WHO

2019 夏号

No.69



公益社団法人
日本WHO協会



CONTENTS

P1	ごあいさつ
P2-5	巻頭特集 子どもの栄養
P6-9	セミナー・イベント報告1 「国際小児科学会母子手帳シンポジウム」
P10-13	セミナー・イベント報告2 「ヘルスプロモーション・スクール 国際基準策定プロジェクト」
P14-15 / P16-17	インターン報告1 / 2
P18-19	WHO協力センター寄稿1 長崎大学医学部
P20-21	WHO協力センター寄稿2 兵庫県立大学
P22-23	WHO協力センター寄稿3 国立保健医療科学院
P24-25	職員お仕事日記
P26-27 / P28-29 / P30-31	WHOニュース 2月 / 3月 / 4月
P32-P33	関西グローバルヘルスの集い報告
P34 / P35	憲章 / WHO の地域事務所と管轄エリア
P36	日本WHO協会沿革

ごあいさつ



日本WHO協会 理事
安田直史

この「目で見えるWHO 2019年夏号」がみなさまのお手元に届くのはG20大阪サミットも終わり、蒸し暑い梅雨の真っ最中であろうかと思えます。2019年は早くも折り返し地点です。

お気づきのことと思いますが、「目で見えるWHO」は先号（2019年春号68巻）から新装改訂いたしました。昨年私とその編集責任者の役を仰せつかり、厚意で集まっていた編集委員の皆さまと一緒に準備をはじめたのですが、みんな保健医療の専門家であり、私を含め雑誌編集の経験者は誰もおりません。プロの編集者やデザイナーさんにアドバイスをもらいながらも、なんとも不安な素人編集団の船出でありました。「どんな記事の構成にするか」、「誰に原稿を依頼するか」、「文字数と写真のバランスは」、「文体はどうするか」・・・。また編集用のソフトに手が出ないおじさんたちを見かねて、大学生がサポートしてくれるようになりました。まさに素人の手探りですが、春号を無事に発行することができ、編集委員一同胸をなでおろしたのも束の間、早くも夏号の準備にかからねばなりませんでした。

新装「目で見えるWHO」では当協会の設立目的に立ち返り、WHOの事業やWHOが発信する有益な情報を多くの方に広く知っていただくことを重視しています。そのためいくつかの新しい試みをご紹介します。まずWHOが英語で発信するニュースの概要を日本語で月毎

にまとめて示しています。既に日本WHO協会のホームページでは和訳を掲載していますが、最新のWHOの動きを日本語で概観できることに對し、既に読者から好意的なコメントをいただいています。次に日本国内に36か所あるWHO協力センター（WHO Collaborating Centre）の紹介コーナーを設けました。またWHOで働く日本人職員の方からご寄稿をいただき、現場の声を届けたいと思っています。そして毎号巻頭には特集としてグローバルヘルスの主要なトピックについての最近の動きをわかりやすくお伝えしますが、SDGsを意識しつつ、さまざまなセクターから見た健康を取り上げたいと考えています。もちろんこれまでどおり、日本WHO協会が主催、後援するイベントやセミナー、勉強会についての報告や、日本WHO協会が人材育成の一環として行う「WHOインターンシップ支援助成」を受けた方々からのWHOインターン体験談もお届けします。

素人編集団ですので、仕上がりには多々ご指摘もあろうかと思いますが、内容に関しては吟味して、質の高いものをお届けしたいと思います。読者からのご批判、ご提案をいただきながら改善を重ね、「楽しく、役に立つ」機関誌に育て上げ、WHOをより身近に感じていただきたいと思います。編集委員一同意気込んでいますので、今後ともご支援を賜りたいと思います。よろしくお願ひします。

2019年6月

コラム

栄養不良の分類と測定

おとなの栄養はBody Mass Index (BMI)を基に判断されますが、成長期の子どもの栄養状態の判定は一般的には身長、体重、年(月) 齢を使い、WHOによる標準成長曲線に基づいて表1のように分類されています。このうち子どもの栄養プログラムで重要になるのは1) 発育障害 (stunting)、2) 消耗症 (wasting)、3) 過体重 (overweight)、これらに4) 微量栄養素欠乏 (micro nutrient deficiency)が加わります。さらにそれぞれ

図A-1 小児上腕周囲径(MUAC)測定用テープ



図A-2 MUACテープで測定しているところ



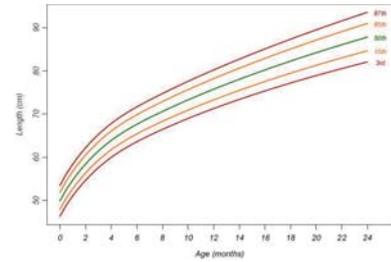
れが重症と軽症に分けられます。特に Wasting については Severe Acute Malnutrition (SAM)、Moderate Acute Malnutrition(MAM)と呼ばれ、SAMは至急的確な治療を始めなければ命の危険が迫っている状況です。

最近では5歳までの子どもに対しては迅速かつ簡便にSAMやMAMを診断する方法として上腕周囲径 (MUAC) の測定が多用されています。MUACが115mm未満の子どもはSAMとして至急に治療を始めなければ命の危険が迫っていると判断します。専用に開発されたMUACテープを用いると、一目瞭然でSAM、MAMが診断できるようになっています。(図A)

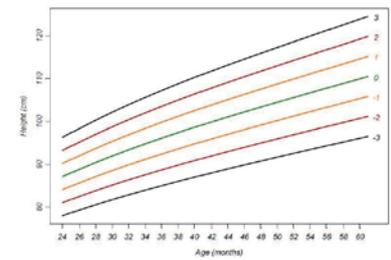
WHO 小児成長標準曲線はどうやって作られている?

2006年の改訂版では人種民族による偏りを是正するためにブラジル、ガーナ、インド、ノルウェー、オマーン、アメリカ合衆国の6か国からの健康な子ども8440人の成長データを基に作られました。しかし母子手帳などに用いられている日本人の標準曲線はWHO標準に比べて小さい傾向があり、やはり人種や民族による違いを完全には補正できていないことがわかります。日本人の栄養を判断するときにWHO標準を基にすると栄養不良の割合が高くなる傾向がみられることに注意が必要でしょう。

図B-1 WHO小児成長標準曲線例 男児身長 0-2歳用



図B-2 WHO小児成長標準曲線例 男児身長 2-5歳用



介入を前提とした実用的分類

急性栄養不良は重症である場合に特に迅速な治療対応を行わないと致死率が30-50%に達するとされています。以前は病因的にKwashiorkorとMarasmusに分けられていましたが、治療方針には差がないため、介入を前提とした、より実用的な分類として最近ではsevere acute malnutrition(SAM) と moderate acute malnutrition(MAM)に分類することが多くなっています。

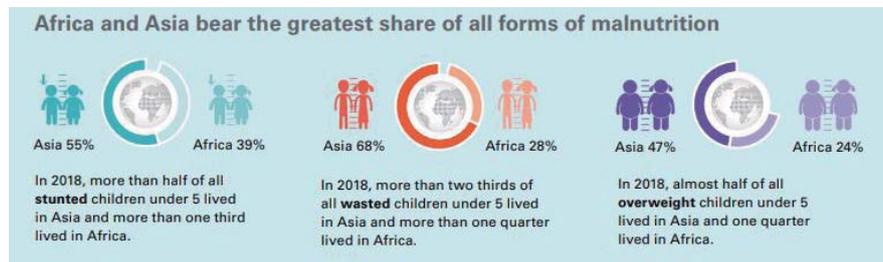
り、世界中で子どもの健康、成長や知的発達を阻んでいます。

依然として多すぎる子どもの栄養不良

では、世界中でどれぐらいの子どもが栄養不良の状態にあるのでしょうか？ユニセフ、WHO、世界銀行発行の“Levels and Trends in Child Malnutrition 2019 Report”から見てみましょう。世界の子どもの7.3%がWastingを示しています。この数字は小さいように感じられるかもしれませんが、数にすると4950万人の命が危険な状況にあることを意味します。Stuntingは減少傾向に

あるとはいえ、なんと全世界の21.9% (1億4900万人)の子どもたちが本来持てる成長・発達の可能性を十分に達成できていないことを示しています。これはその子どもたちが属する社会や国の将来の発展にとって大きな損失であると言えるでしょう。

図3 慢性栄養不良の地域的分布



増える過体重と二重の栄養問題

以前は貧しい国の子どもの栄養不良と言えば、低栄養だけを考えれば十分でした。しかし1990年ごろから世界的に過体重の子どもの増加し現在では全世界で5.9%に達しています(図4)。さらにこの増加は高所得国よりもむしろ低～中所得国に見られることは注意を要します。北部および南部アフリカの2地域では5歳未満の子どもの10%以上が過体重を示しています。過体重の原因としては貧富の格差のみならず、不健康な食事や飲料の宣伝・普及、運動不足などが影響していると考えられています。また過体重や肥満は若くして糖尿病や心血管系の成人病を発症するリスクであることも知られています。このような国では子どもの低栄養と過栄養という二重の課題を同時に抱えるようになっているのです。

人生最初の1000日間の栄養状態がその子の残りの人生を左右する

卵と精子の受精から出生までが270日、そして出生から2歳の誕生日までの730日とで合計1000日間。この1000日間の低栄養状態が身体発育や、認知・知的発達に遅れをもたらし、さらにこの時期の遅れは不可逆的で、後に栄養状態が改善されたとしても身長が追いつくことはできず、さらに将来的には成

績不良や肥満、糖尿病、心臓病などの慢性疾患のリスクが高まることがわかってきました。このように、この時期の栄養が残りの人生に甚大な影響を与えることから、「人生最初の1000日間」というイニシアティブが掲げられるようになりました(参照:1000 Days. <https://thousanddays.org/>)。これはさらに妊娠前の若い女性の栄養状態をも反映することから、「母と子どもの栄養問題」として考えるべきでしょう。

持続可能な問題解決

栄養問題に世界の注目が集まってきた

ここ10年ほどの間に栄養不良問題に関する世界的注目、取り組みには非常に大きな動きがありました。以前は緊急事態、飢餓における栄養問題は「食料問題」と考えられ、国連世界食糧計画(WFP)などの緊急食糧援助の対象と考えられました。平時における子どもの栄養不良は保健医療分野の問題と考えられることが多いものの、下痢や肺炎に比べて栄養はあまり注目されませんでした。2000年台後半の食料価格の高騰を契機にした食料危機によって、食料の安全保障、農業生産性に対する関心が高まるな

か、国際社会は栄養問題に的確に対応してこなかったという批判が行われました。2008年にThe Lancet誌は母子の栄養についてのシリーズを出し、子どもの栄養不良が世界の開発の阻害要因になっており、保健医療のみならず、農業、食料、貧困と言った面からの包括的な取り組みが必要であるとの認識が高まりました。2009年から“Scaling Up Nutrition(SUN)運動”が始められ、国連やG8のハイレベル会合で相次いで食料安全保障・栄養の問題が取り上げるようになりました。2010年には「人生最初の1000日間」の重要性を訴えるイニシアティブも立ち上げられ、2011年には国連総会でハイレベルSUN会議が催されると急速に栄養問題が脚光を浴びるようになりました。2015年9月に採択された持続可能な開発目標(SDGs)でも「Goal2 飢餓をなくそう」が独立したゴールとしてとり挙げられており、ここにも注目度の高まりがうかがわれます。

栄養対策は医療的介入か社会的介入か？

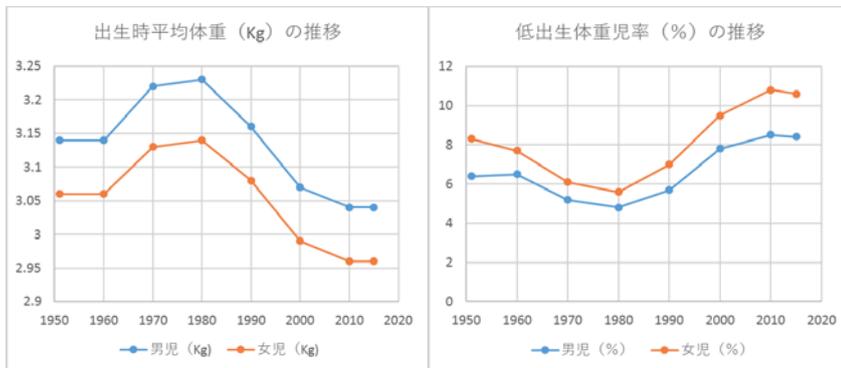
2005年に私がユニセフで働き始めたとき、子どもの栄養は保健医療プログラムの一部であり、予防接種に便乗した年に2度のビタミンAキャンペーンやヨウ素などの微量元素補充、母乳育児推進、成長測定などが中心でした。緊急援助以外では急性栄養不良の支援・治療はほとんどなく、見つかったも栄養指導以外に根本的な介入を行っていませんでした。しかし、その後SUNの動きに応じて栄養部門は保健部門から独立し、保健セクター以外にも農業、教育、地域開発などの多セクターとの連携を強め、地域での予防、啓発に力を入れるようになりました。またwastingに対する病院、地域での治療の取り組みやStuntingに対する啓発も強くなってきました。先に述べた「人生最初の1000日」間、つまり妊娠前・

図4 子どもの過体重の地域別増加

2つのUN地域で過体重児の数の著大な増加が見られた。



図5 日本の低出生体重児の年次推移



中・後の女性の食事、母乳、離乳食に関する知識理解、行動変容に対する介入が強められてきました。生後6か月間は「母乳以外には何も与えない」で育てることにより乳児期の病気、栄養状態や死亡率を改善することが知られています。ところが6か月後からの離乳期に不可逆的な成長障害、発達障害に陥るケースが多いのです。離乳食については地域に伝わる伝統的な教えや習慣は必ずしも科学的知見と一致しないことも多く、質・量・頻度など正しい知識と実行が極めて重要です。離乳期は子どもの栄養にとり非常に脆弱な時期だと言えるでしょう。

ユニセフがタンザニアで行った調査では非常に興味深い結果が得られました。タンザニアは国としては食料不足の状況にはなく、wastingの率は低いのですが、stuntingは34.7%の高率に達しています。しかも驚いたことに農業生産の低い乾燥地域ではなく、肥沃な穀倉地帯の子どものstuntingの率が高いのです。多忙な野良仕事の間子どもの世話を十分にできず、特に離乳食の質と回数の不足などが原因として推定されました。このように、子どもの栄養の問題は栄養だけを取り出しての保健医療や対症療法ではなく、育児・幼児教育・貧困対策・農業・ジェンダー・伝統など幅広い取り組みの中に位置づけなければ持続可能な解決にはならないという一例だといえるでしょう。

RUTFの開発で 容易になった栄養治療

重度の急性栄養不良 (SAM) は特に重篤で生命の危険があるため、以前は入院のうえで栄養治療と合併症の治療が必要でしたが、1996年に「すぐに食べられる栄養補助食品」(Ready to Use Therapeutic Food ; RUTF) が開発されたことが画期的な変化をもたらしています。RUTFはピーナッツなどを主原料としたペースト状のものが銀紙パックに入ったもので、封を開けてそのまま食べられるうえ、長期保存できます。ちょうどピーナッツバターに砂糖を加えてもっと甘くしたような食感で、子どもには食べやすくできています。RUTFにより、SAMについても合併症がなく、食欲があれば在宅のままでの治療が可能になり、入院に伴う費用、旅行、付き添いなどの障壁が取り除かれました。SAMやMAMの治療の拡大と治療成績の改善が期待されています。

日本の子どもの最初の 1000日間は大丈夫か？

日本では戦後復興、経済成長にともない平均身長が伸び、Stuntingの割合が低下しました。Shneider & Ogasawaraによると20世紀初めに65%以上であったものが現在では7.1%に激減しています。経済社会開発が栄養不良の解決

に有効であることを示した好例だと言えるでしょう。しかしながら、日本では現在平均出生時体重が減少しているのです。2500グラム未満の低出生体重児の割合が先進国 (OECD) 諸国の中で最も高い方で、女児では10%を超えています。これには若い女性が過度のダイエット志向によって妊娠前に栄養不良に陥っていること、妊娠中の過度の体重コントロール (「小さく生んで大きく育てる」などと言った誤ったメッセージ) などが影響していると考えられます。日本の子どもたちの二度とない大切な「人生最初の1000日間」の状況は先進国の中で最低水準にあるのかもしれませんが。専門家だけではなく、マスメディアも若い女性、妊娠中の女性の栄養の重要性と子どもへの影響について、正確かつ科学的な情報を提供することが必要なのではないのでしょうか。

おわりに

以上お話ししてきたとおり、子どもの栄養不良の問題は過去のものではありません。紛争、飢饉、干ばつなどの原因で起こり、緊急人道援助の対象となる急性栄養不良から、貧困、正しい知識の欠如や不衛生・病気が原因となる慢性栄養不良や微量栄養素欠乏の多岐に渡ることがおわかりいただけたと思います。また、単に痩せている、背が低いという問題ではなく、認知・知的発達の遅れや将来の慢性疾患のリスクを高めるなど、その後の人生に不可逆的な影響を与えることを考えると、妊娠中及び2歳の誕生日を迎えるまでの「最初の1000日間」の栄養管理はもっと重視されるべきでしょう。日本の女性、子どもにとっても重要なメッセージを含んでいると言えるでしょう。

出典: 図1: WHO-MCEE estimates for child causes of death 2000-2017と参考文献1をもとに作成/図2: ユニセフ世界子供白書1998より/図3, 4: UNICEF, WHO, World Bank. Levels and Trends of Child Malnutrition 2019 / 図5: わが国の人口動態より/(以下コラム内) 図A: UNICEF supply catalogue, UNICEF stories of innovationより/図B: WHO

母子手帳をテーマにパナマでWHOと協働 ～IPA2019・国際小児科学会母子手帳シンポジウム報告～



甲南女子大学教授・大阪大学名誉教授

中村安秀

東京大学医学部卒業。小児科医。東京大学医学部小児科講師、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て現職。2019年3月より世界小児科学会（IPA）理事。

第29回国際小児科学会2019

パナマで 母子手帳シンポジウムが 開催されるまでの舞台裏

2019年3月17～21日にパナマ共和国で第29回国際小児科学会（International Pediatric Association：IPA）が開催されました。世界中から2,300人が集い、5日間にわたり、「子どもたちのためのパートナーシップ」をテーマに活発な議論が行われました。7つの全体集会（Plenary）、18の並列シンポジウム（concurrent session）、20の教育講演（meet the experts）、48の口演発表、150近くのポスター発表、9つのワークショップ（Pre-congress workshop）が開催されました。（写真1）

私たちは、「Maternal and child health handbook and Sustainable Development Goals（母子手帳と持続可能な開発目標）」というシンポジウムを開催することができました。実は、国際小児科学会（IPA）の長い歴史の中で、母子健康手帳（日本の法律上の正式名は「母子健康手帳」ですが、一般に呼びなれている「母子手帳」を使うことにします）に焦点を絞ったシンポジウムを開催したのは、はじめてのことでした。

日本発にふさわしい企画をしたいということで、日本小児科学会（Japan Pediatric Society：JPS）の国際渉外委員会の和田和子理事（大阪母子医療センター）と相談し、母子手帳をテーマとしたシンポジウムを企画しました。私たちも慣れないために、すいずんとIPA事

務局とは綱渡りの交渉をしました。ワークショップには多額の資金が必要だといわれ、2日間にわたるプログラムを翌日までに作るようにと指示を受けたこともありました。

こういうときには、20年以上も前に国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）で国連職員をしていた経験が役立ちました。相手のいいなりにならず、しかし一方的に自分たちの主張をするだけは前進しません。当時IPAのEC（Executive Committee）メンバーの廣瀬伸一教授（福岡大学小児科）のサポートもあり、何度か交渉しているうちに無事に開催が決定しました。気づいてみれば、無料での90分間のシンポジウムとなり、開会式直後の最もいい時間帯を確保してもらうことができました。

母子手帳シンポジウムの内容

WHOと共同座長のもとで 母子手帳を語る

いよいよシンポジウム「母子手帳と持続可能な開発目標（SDGs）」の開幕です。座長は、日本WHO協会理事長の中村安秀（甲南女子大学）と世界保健機関（World Health Organization：WHO）のDr. Nigel Rollins。（写真2）

Rollinsさんは南アフリカの大学で母子保健の教授を務めた後、2008年からWHOの母子青年保健部（the Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health）で活躍しています。演者は、国連人口基金（UNFPA）、モンゴル、ガーナから駆けつけていただきました。旅費などについ

て国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）と日本小児科学会（JPS）による支援をいただき、JICA ガーナ事務所からは大町まゆみさんにも参加いただきました。（表1）

Rollinsさんは、WHOが2018年に発表した『母子の家庭用記録に関する提言（WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health）』について説明しました。最近、WHOでは母子保健というときに、母と子どもの間に新生児を入れて「maternal, newborn and child health」と表現することが少なくありません。また、家庭で保管する医療記録は従来から「home-based records」と呼んでいました。妊娠中の記録カード、予防接種カード、成長曲線が書かれた小児健康ブックなどが相当します。そして、



写真1 国際小児科学会が開催されたアトラパ国際会議場の前景



写真2 母子手帳シンポジウムの座長（WHOのDr. Nigel Rollinsと中村安秀）

Maternal and Child Health Handbook and Sustainable Development Goals

(母子手帳と持続可能な開発目標・SDGs)

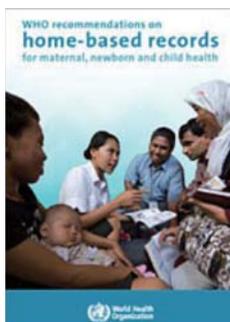


図1 母子の家庭用記録に関するガイドライン(WHO)

Chairs (座長) :

Prof. Yasuhide Nakamura (日本 WHO 協会・甲南女子大学・日本)

Dr. Nigel Rollins (WHO・ジュネーブ)

Speakers (演者) :

Dr. Rintaro Mori (国連人口基金・バンコク)

Dr. Soyolgerel Gochoo (モンゴル小児科学会代表・モンゴル)

Dr. Patrick Kuma-Aboagye (ガーナ保健省家族保健局長・ガーナ)

今回、「統合した母子健康ブック」という名前で、母子手帳も「home-based records」の仲間に加わりました。それらの科学的根拠について議論するなかで、WHOとして、保健医療施設の医療記録を補完するものとして、家庭用記録を推奨しました。家庭用記録は、医療機関への受診行動を改善し、家庭内での男性の関わりや支援を増やし、家庭における母子へのケアの実践が高まり、医師や看護師などの保健医療提供者と養育者のコミュニケーションがよくなるといわれています。(図1)

続いて、国連人口基金 (UNFPA) の森臨太郎さんは、UNFPAが提唱する高齢化に対するライフサイクル・アプローチをもとに、リプロダクティブヘルスの重要性を強調しました。そして、個人の健康記録は、自分自身の健康と幸福を追求する能力を高めてくれる優れた実例となることを話しました。

モンゴル小児科学会代表の Soyolgerel さんは、2007年から導入が始まったモンゴル版母子手帳について報告しました。農村地域では遊牧民が多く保健医療サービスへのアクセスの遅れが見られます。現在では母子手帳は全国レベルで広がり、一次医療施設に通う子どもたちの98%が母子手帳を保持しているとのことでした。また、一冊にまとまっているので、別々の教材を印刷するた

めのコストを削減できます。モンゴルでは、母子手帳において子どもの発達に関する年齢別アンケートを用いることにより、子どもの発達の遅れを早期に把握するための出発点として活用しています。

ガーナ保健省家族保健局長の Patrick さんは、2016年から開始されたガーナ母子手帳 (Maternal and Child Health Record Book) の開発の経過を報告しました。ガーナでは、母親と子どもの家庭用記録は別々に配布されていました。継続ケア (Continuum of Care : CoC) という概念のもと、新しい複合型の母子手帳を開発しました。研修用のパッケージを周到に準備したうえで、指導者養成研修 (ToT) が行われました。今後、全国展開のためには、管理レベルと実施レベルの両方で強力なリーダーシップと長期的なコミットメントが必要です。

中村安秀は、まず日本の経験を報告しました。SDGsでは、2030年までの新生児死亡率の目標は12 (出生1000対) です。日本がこの値を下回ったのは、いまから50年以上も前の1967年でした。日本が大きく経済成長する前で、日本の病院には新生児集中治療室もなく、人工呼吸器もない中で死亡率を下げることができ、SDGs目標に到達していたのでした。そのとき、家族をサポートしたのは、養育医療という無料で新生児医療が受けられる制度と、1948年に生まれた母子

手帳でした。

日本発の母子手帳が世界に広がる過程のなかで、2018年10月の世界医師会 (WMA) レイキャビク総会で「母子健康手帳の開発と普及に関する声明」が出されたことは画期的な出来事でした。WMAは、医師会と医療専門職が母子手帳を利用するように勧告し、だれひとり取り残さないために、特に非識字者、移民家族、難民、少数民族、行政サービスが十分届かない人々や遠隔地の人々のために母子手帳 (あるいは同等のもの) が使われるべきであると明言したのです。

質疑応答の時間では、批判的なコメントはなく、終始なごやかな雰囲気の中で、多くの方から質問や意見が寄せられました。集積された保健医療データの活用において母子手帳が果たす役割、男性の巻き込み、関係機関との協働など、今後の母子手帳の発展に重要な示唆を得ることができました。(写真3)

各機関の協働が成功のカギ

「パートナーシップで目標を達成しよう！」はSDGsの17番目の目標です。

いままで、母子手帳に関する大きな国際会議を開催してきました。1998年に東京大学で開催された第1回母子手帳国際シンポジウムを嚆矢として、日本、アジア、アフリカ、オランダ、カナダなど

で国際会議を開催してきました。ケニア、カメルーン、タイにおける母子手帳国際会議では、それぞれの国の保健省に巨額の資金を準備していただきました。同時に、保健省内のスタッフの皆さん方に準備委員会の設置から当日のロジスティクスまで責任をもって関与していただきました。

今回は、中南米で開催される母子手帳に関する初めての大きな国際会議です。また、国際学会という舞台を使うという意味でも、新鮮な取り組みでした。結論をいえば、パナマのIPA2019では、WHO、国際協力機構（JICA）、国際小児科学会（IPA）、日本小児科学会（JPS）、そしてガーナとモンゴルから来ていただいた専門家たちとすばらしい時間をもつことができました。「パートナーシップで目標を達成しよう！」というSDGsの17番目の目標の重要性を実感することができました。

母子手帳国際会議では、母子手帳に関心がある実務者や研究者が集まります。しかし、国際学会における母子手帳シンポジウムの参加者は、世界中から集まった小児科医であり、母子手帳だけに関心があるとは限りません。今回のシンポジウムには、北米や欧州、中南米やアジア・アフリカなど、多くの方が参加しました。

国際学会でのシンポジウムは、パートナーシップがもたらす大きな効果がありました。まず、WHOや国際小児科学会という大きな組織が母子手帳に関して関心を示したことが直接的なインパクトでした。つぎに、WHOという国際機関からのガイドラインの話とモンゴルやガーナという現場からの科学的報告がかみ合うことにより、ボトムアップとトップダウンのシナジー効果がありました。また、

聴衆に欧米の医師が多く、アジアやアフリカの発表者にとっては自国での成果を理解してもらう絶好の場になりました。欧米の錚々たる小児科医から関心を持ってもらい、賞賛されることが、次への大きな自信につながり、更なる発展の可能性が広がりました。

今後、国際協力の場だけでなく、国際的な学術集会にも積極的に参画する機会を提供することにより、母子手帳の普及や開発に尽力している国際協力の現場の方々の励みとなることを期待したいです。

パナマの国際小児科学会からの学び

若い世代の育成に 資金と手間をかける姿勢は すばらしい

最近、海外の国際学会に参加すると、日本との大きな違いに気づかされるのが少なくありません。パナマでの国際小児科学会では、重厚な抄録集や冊子はまったくありません。学会の最新情報は、すべてアプリを通じて連絡がおこなわれます。会期中に開催された理事会においても、配布物は会議の議事次第の1枚だけでした。理事はコンピュータあるいはタブレットを持参して、事前に電子ファイルで送付された資料集を見ながら、意見を述べ合います。環境にやさしいペーパーレスなのですが、その電子化のスピードには驚かされます。

もちろん、「ソーシャル・メディアと子どもの健康」といったセッションで、デジタル技術の進歩と子どもの健康をどのように考えていくのかという議論は積極的におこないます。手放して新しい技術を賞賛しているわけではありませんが、古いものへの懐古趣味のような執着心はありません。新しいものを取り入れ、走

りながら考えていくというスピード感が心地よかったです。

もうひとつ、国際小児科学会で学んだことは、若い世代を育成することに資金と労力をかけ情熱を傾けていることでした。若い世代を育成するLEADプログラムが、パナマの世界小児科学会からはじめて正式のプログラムとして開始されました。世界中から140名の応募があり、14名が選ばれました。参加者の出身国は、インド、ネパール、スリランカ、インドネシア、日本、トルコ、ガーナ、エチオピア、ウガンダ、ケニア、イギリス、アメリカ、パナマ、ホンジュラス。日本からは堀内清華さん（山梨大学公衆衛生学）が選出され、私はメンター役として参加する機会をいただきました。（写真4）

プログラムの内容は米国のエール大学のGlobal Health Leadership Instituteが作成し、資金はジョンソン&ジョンソンが支援しています。国際小児科学会の2日間のプレ・ワークショップでの講義とディスカッションは単なるキックオフにすぎません。その後、2年後の英国のグラスゴーでの国際小児科学会まで、各自が決めたプロジェクトに取り組み、最終的にどの程度リーダーシップが成長したかを評価することになっています。

エール大学がグローバルヘルスで蓄積してきた知識と経験を濃縮した講義だけでなく、プロジェクトを実施する2年間、エール大学の教員が、各参加者とオンラインでの打ち合わせを通じて個別支援することになっています。また、個人面談を通じて、各参加者に必要な支援の確認が行われ、オーダーメイドの支援が計画されています。

このプログラムはメンターシップを重要な要素として取り入れ、各分野の主要な人物と若手をつなげることで、若手の

活動を支援する体制を国内外で整えようとしています。本会議の最中にも、毎日 LEAD プログラムのために設置されたブースにおいてトークが開催され、世界小児科学会会長や様々な分野のリーダーと個人的に会って話す機会が設けられました。会期中の会長招宴ディナーにも、LEAD プログラムの若手参加者は無料で招待されていました。意識的に、トップリーダーたちと会話する機会を提供していました。

LEAD プログラムは、単なるプレ・ワークショップの一部ではなく、国際本会議の重要なプログラムとしても位置付けられており、次世代の若手を育てようという強い意気込みが感じられました。学術機関との密な連携、メンター制度により、リーダー育成が継続的に実質的に行われる工夫がなされている点にも本気度が伺えました。

いま日本の多くの団体や機関で、次世代育成が声高に叫ばれています。しかし、単に講義を行って、ワークショップをしただけでは、人は成長しません。ひとりひとりの志向と特性を考慮し、オーダーメイドのプログラムを創造し、若い世代の育成に時間と資金と情熱を惜しまないという、国際小児科学会の姿勢には大いに学ばせてもらいました。

パナマ共和国の挑戦

運河だけに頼らず、 中米のハブを めざす国としての元気さ！

パナマ共和国は、人口約 400 万人。中米地峡の東南端に位置する小国です。ひとことでいえば、国立公園と自然保護区が国土の3分の1を占める小さくても元気のいい国でした。

有名なパナマ運河は 1914 年に完成

写真3 母子手帳シンポジウムの座長と演者



写真5 パナマ運河のミラフローレス閘門



しましたが、砂漠地帯を掘削するスエズ運河と異なり、工事は難渋しました。とくにフランスが担当していた時代には、マラリアと黄熱病での死者が多かったそうです。作業環境が改善された 1908 年以降には病死者は減ったといわれていますが、それでも労働者 1000 人あたり 7-8 人という高い割合であったといえます（『パナマを知るための 70 章』、明石書店）。長年、運河と運河地帯の施政権はアメリカ合衆国にありましたが、粘り強い交渉の末、1999 年末に運河と運河地帯はパナマに全面返還されました。その後、2016 年には第三閘門運河が完成し、運河の商業的価値はますます高まっています。（写真5）

いまは狭いパナマ・シティに、高層ビルがそびえています。空港も拡張工事の真っ最中でした。北米からの便と南米からの便が交差するという、地政学的な優位点を十二分に活用しているように見えました。空港では、北米からと南米からの旅行者が入り混じるだけでなく、欧州

写真4 お揃いのTシャツを着た
LEAD プログラムの各国のメンバー



写真6 高層ビルが林立するパナマ市内



やアジアからの旅人の姿も少なくありませんでした。（写真6）

街中のタクシーの運転手には、コロンビア人やペルー人などの移民が少なくありません。パナマに移住したペルー人から、日本に在住する日系ペルー人の話を聞く機会もありました。いま、世界はダイナミックに流動しています。かつてのように、貧しい国から豊かな先進国に労働者が移動するという状況から、大きく変貌を遂げています。国際的な人流には、経済的な理由だけでなく、働きやすさや受け入れ体制など、言語や文化面も考慮する必要があります。日本に対する尊敬と賞賛の声が聞こえてくるいまのうちに、移民を受け入れ共生の形を造ろうとしている、世界の多くの国々に学ぶことが少なくないはず。いわゆる先進国だけをモデルに考えるのではなく、外国人労働者との共生についても、アジアや中南米の国々からも貴重な学びが得られるのではないのでしょうか。

ヘルスプロモーション・スクール ～大阪大学ユネスコチェア

「Global Health and Education (GHE)」キックオフ・イベント～

2019年5月10日(土)、大阪大学吹田キャンパスにおきまして、大阪大学ユネスコチェア「Global Health & Education (グローバル時代の健康と教育)」のキックオフ・イベントが開催されました。午前には開催されたシンポジウムと昼食会に続き、午後には、アジア各国から集まった学校保健の専門家を交え、「ヘルスプロモーション・スクール」についての公開ワークショップ(後援:日本WHO協会)が行われました。



大阪大学大学院人間科学研究科助教
ユネスコチェアGlobal Health and Education運営室

小笠原理恵

米国アリゾナ州で看護学を学んだ後、中国上海市の外資系医療機関でクリニックマネージャーを務める。2017年大阪大学大学院人間科学研究科博士課程修了、特任研究員を経て、2018年より現職。

ヘルスプロモーション・スクール (HPS)

Make every school a health promoting school

ヘルスプロモーション・スクールとは、学校を舞台に展開する総合的健康づくり活動、そしてその実践のための総合的政策と言われています。1986年のオタワ憲章において、「ヘルス・プロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」とされたのを受け、WHO

はヘルス・プロモーション実践の場として学校現場に焦点をあて、児童生徒や教員のみならず、地域や家族との相互交流をも視野に入れた健康促進のモデルづくりを推進しています。そして、健康促進と健康教育活動をコミュニティ、国・地域、グローバルの各レベルで促進していくことで、真の意味でのヘルスプロモーション・スクールと呼び得る学校を増加させ、最終的には、世界中のすべての学校がヘルスプロモーション・スクールとなることを目標に掲げています。

ユネスコチェア

Global Health and Education (GHE)

大阪大学ユネスコチェア (GHE)「グローバル時代の健康と教育」

2018年10月、大阪大学とフランスの Clermont-Auvergne 大学は、ユネスコチェア Global Health and Education (GHE)、日本語名「グローバル時代の健康と教育」を同時に立ちあげました。健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health) に関する WHO 最終報告書 (2008) に明瞭に示されるように、今日、先進国か途上国かを問わず、人々の健康状態と健康格差を決定している最大の要因は社会的要因であり、この問題へのアプローチなくしては、すべての人の健康と福祉という国連の目標を達成することは困難です。日・仏のユネスコチェア (GHE) が目指すものは、教育を通じた、また教育における健康的な環境の創出と、それによる健康格差の縮減です。そして、その目的のために、最初に取り組みははじめたのが、ユネスコと WHO が共同で取り組む「へ



写真① 公開ワークショップの様子(左上がモデレーターの山本ベバリーアン先生と小林潤先生)

表① 招へい専門家

カンボジア	Ms. Jeudyly HUN (Vice-Chief of Planning and Research Office, Department of School Health, Ministry of Education, Youth and Sport)
中国	Ms. Hong-yan LI (National Programme Officer, UNESCO Beijing)
日本	Dr. Sachi TOMOKAWA (Associate Professor, Department of Sports and Sciences, Faculty of Education, Shinshu University) Dr. Takeshi AKIYAMA (Associate Professor, Department of Basic Health Science, Nagano College of Nursing) Dr. Akihiro NISHIO (Associate Professor, Department of Psychiatry, Gifu University) Dr. Mika KIGAWA (Lecturer, Kanagawa University of Human Services)
韓国	Prof. Eun Woo NAM (Director and Professor, Global Health Center, Yonsei University)
ラオス	Dr. Kethsana KANYASAN (Assistant Professor, Faculty of Education, National University of Laos)
フィリピン	Mr. Gregorio Jr. ERNESTO R. (Assistant Professor, Department of Health Promotion and Education, College of Public Health, University of Philippines Manila)
タイ	Dr. Pimpimon THONGTHIEN (Consultant, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University)

ルスプロモーション・スクール国際基準策定プロジェクト」への貢献です。特に大阪大学ユネスコチェアは、Social Design for Healthをキーコンセプトに、日本・アジア地域の研究拠点としての役割を担っています。

公開ワークショップの開催

日本・アジア各国の専門家が集結

イベント当日の5月10日(土)、シンポジウムと昼食会に続いて、アジア各国の学校保健の専門家を招へいしての公開ワークショップが開催されました。大阪大学ユネスコチェアの協力パートナーであり、琉球大学の小林潤先生が理事長を務める国際学校保健コンソーシアム(Japanese Consortium for Global School Health Research: JC-GSHR)にご尽力を頂き、アジア各国の第一線で活躍する学校保健の専門家が大阪に集結しました(表①)。これら招へい専門家に加え、国内外の研究者や実務家、大学院生など約35名がワークショップに参加し、大阪大学ユネスコチェア代表の山本ベバリーアン先生とJC-GSHRの小林潤

先生のお二人がモデレーターを務めました(写真①)。

ヘルスプロモーション・スクールの現状

まず、フランス側ユネスコチェア(GHE)の代表、かつ健康と教育に関するWHO協力センター(WHO Collaborating Center for Research in Education and Health)の代表であるProf. Didier Jourdan(Clermont Auvergne大学)と、WHO本部でヘルスプロモーション・スクール国際基準策定プロジェクトの立ち上げスタッフの一人でもあった牧野由香氏から、これまでの経緯と現状についての概要説明がありました。ヘルスプロモーション・スクールの特徴は、①ヘルシー・スクール政策、②学校の身体的環境、③学校の社会的環境、④健康的に生活するための技術と教育、⑤保護者とコミュニティのつながり、⑥(学校での)保健医療サービスへのアクセスの6点に集約されます。そして、その促進を阻む要因として、①政策やガイドラインが存在しない、あるいは実施されていない、②ロビー活動や

アドボカシーが不十分、③予算確保が不十分、④関係省庁やステークホルダー間の連携不足、⑤人材確保や育成が不十分、⑥実施に際しての資源不足(質と量)、⑦モニタリングと評価ができておらずデータやエビデンスの蓄積不足、⑧実施に際しての文化的障壁、以上8点が特定されています。これらを踏まえて、アジア各国において国・地域レベルでの政策やガイドラインの有無、モニタリングや評価基準の有無、また促進要因と阻害要因について話し合うべく、グループワークが行われました。

地域別グループワーク

参加者全員の簡単な自己紹介が行われた後、休憩をはさんで、いよいよグループワーク開始です。日本/韓国グループ(写真②)、中国グループ(写真③)、ラオス/タイグループ(写真④)、フィリピン/カンボジアグループ(写真⑤)の4グループに分かれて、話し合いが行われました。限られた時間の中でしたので、すべての課題に対して余すことなく意見を出し合うところまでは行きつけませんでした。どのグループも活発な話し合

いが繰り広げられました。その一部を、各グループの発表からご紹介します。

トップバッターはラオスです。ラオスには、学校保健に関する国の政策や法律、ガイドラインが存在します。核となるのは、個人の衛生とライフ・スキル、身体的 (Physical) 環境、心理社会的 (Psycho-social) 環境、保健医療サービス、栄養、学校とコミュニティの協働などの7項目です。またモニタリング・評価のための基準として、保健省が日本のJICAの協力を得て72項目におよぶチェックリストを作成、首都ビエンチャンともう一つの地域において計72校でその評価を実施したとの報告がありました。

続いて日本です。日本には、WHOが提唱するヘルスプロモーション・スクールという枠組みでの学校保健の取組みはなく、ヘルスプロモーション・スクールという名前自体ほとんど浸透していません。しかし、それよりもずっと以前から、学校保健の取組みは活発に行われてきました。国の政策やガイドラインもたくさん存在します。例えば、学校保健安全法、学校教育法、学校給食法、健康増進法、母子保健法、学習指導要領、保育所保育指針などです。また、「早寝・

早起き・朝ごはん運動」の表彰を行うなど、ユニークな取り組みが実施されています。養護教諭が常駐しているのも特徴的です。仕組みがしっかりしているのは促進要因でもある反面、融通が利かないという点で阻害要因にもなり得ます。また、校長先生が数年で交代する任期制度は、持続性の面で課題と言えます。

次は中国です。中国にも、学校保健に関する国レベルでの政策やスタンダードが存在します。しかし、すべての学校がそれをきちんと認識し、それに沿った学校保健の取組みを実施しているかという点、そういう訳ではありません。また、例えばHIV予防、学校の安全、喫煙しないための対策など、個別の取組みは多々あるのですが、すべてがバラバラに存在している状態です。各学校には、健康教育を専門に教えることができる学校保健の専門教員がおらず、責任の所在 (Accountability) に問題があると言えます。また、身体的環境に重点がおかれていて、心理社会的環境への配慮は遅れています。

続いてフィリピン。フィリピンで学校保健のキープレイヤーとなるのは、保健省 (DOH) と教育省 (DepEd) です。DOHは、WHOの提唱するヘルスプロ

モーション・スクールの枠組みに沿った取組みを進めていますが、教育省は別の枠組みを採用しています。また教育省は中央で管轄されているのに対し、保健省は地方分権型です。中央において両省庁での会合は持たれるものの、それは不定期で、地方の現場においては、地方分権化された保健省と中央管轄の教育省という両者の協議には難しい部分があります。

最後はカンボジアです。カンボジアには、学校保健に関する国の政策はあるものの、国が定めた指導要領のようなガイドラインはありません。学校に保健の専門家がおらず、一般の教師が兼任で担っているのが現状です。

今回のワークショップは、アジアの知見の集積にむけた第一歩です。各国の専門家には帰国後も引き続き情報の収集に



写真② 日本/韓国グループ



写真③ 中国グループ



写真④ ラオス/タイグループ



写真⑤ フィリピン/カンボジアグループ

努めていただいております、今秋には第2回目のワークショップの開催が企画されています。

今後の展望

国際基準の策定に向けて

分野は問わず、グローバルな視点で事業を発展させるためには、その道標となるべき「国際基準」が必要不可欠です。例えば人道支援の現場では、難民キャンプにおいて多数の死者を出した過去の反省から、NGO 団体や赤十字社等によって、難民や被災者支援に際しての「最低基準」が設けられたスフィア・プロジェクトが有名です。このスフィア基準は、日本においても、内閣府防災担当が『避難所運営ガイドライン』の中で参考にすべき国際ガイドラインとして紹介し、現在では全国各地の運営ガイドラインに盛り込まれています。ヘルスプロモーション・スクールの国際基準も、同様に、いつの日か世界中の国や地域で応用されることが期待されます。ヘルスプロモーション・スクールの国際基準を策定するという事は、2億3,000万人とも言われる世界中の学齢期児童・生徒の健康と教育の促進に寄与し得る、とても意義深い取り組みです。だからこそ、そのプロセスにおいて、持続可能な開発目標(SDGs)が掲げる理念「No one will be left behind (だれも取り残さない)」を忘れるわけにはいきません。英語圏やフランス語圏では習得できないアジア地域の知見を集約し、もっとも国際基準を必要としている国や地域からの声をグローバルな議論の場に反映させることが、より汎用性に優れた国際基準や実施要綱の策定を可能にすると信じています。

大阪大学ユネスコチェア
グローバル時代の健康と教育(Global Health and Education)
キックオフ・シンポジウム&ワークショップ

日程 2019年5月10日(金) 10:00~(受付開始9:30)
場所 大阪大学吹田キャンパス 共創イノベーション棟2F

プログラム ※使用言語は英語になります。同時通訳はございません。

第1部

9:30- 受付開始
10:00-10:15 開会
●開会挨拶 西尾 章治郎(大阪大学総長)
●来賓挨拶 平下 文康(文部科学省戦略官・日本ユネスコ国内委員会副事務総長)
●世界保健機関(WHO) 本部からのビデオレター

10:15-10:30 集合写真撮影
10:30-11:40 基調講演
1. Prof. Didier Jourdan(クレルモン・オーヴェルニュ大学ユネスコチェア代表、教育と健康に関するWHO協力センター代表)
2. Ms. Li Hong-yan(ユネスコ北京事務所National Programme Officer)
3. 中谷 比呂樹(大阪大学招聘教授、GHIT Fund会長、WHO執行理事)
4. 磯 博康(大阪大学医学系研究科教授)

11:40-11:50 大阪大学ユネスコチェアの概要説明 山本 ベバリーアン
11:50-12:15 質疑応答
山本 ベバリーアン、Didier Jourdan、基調講演講師
12:15-12:20 閉会の挨拶 河原 源太(大阪大学理事・副学長(グローバル連携担当))

12:45-14:15 昼食会(吹田キャンパス内 銀杏会館3階バル)

※昼食後、14:30から銀杏会館大会議室でワークショップを行います。是非足をお運びください。

お問合せ先
大阪大学大学院人間科学研究科ユネスコチェア運営室(担当:小笠原)
TEL:06-6879-4046 E-mail:r.ogasawara@hus.osaka-u.ac.jp

当日のプログラム(上)
午前中に行われたシンポジウムには、国内外から70名を超える参加者が集まりました。(下)

WHO 南東アジア地域事務所での インターン報告



兵庫県立大学大学院 看護学研究科 共同災害看護学専攻
災害看護グローバルリーダー養成プログラム(DNGL)

稲垣真梨奈

阪神淡路大震災の被災経験をきっかけに看護の道を志す。
奈良県立医科大学卒業後、京都大学医学部附属病院勤務、
大学非常勤講師を経て現在に至る。

はじめに

私と災害との出会いは、1995年の阪神淡路大震災でした。この被災体験をきっかけとして看護師となりました。そして現在、兵庫県立大学大学院看護学研究科共同災害看護学専攻「災害看護グローバルリーダー養成プログラム(Disaster Nursing Global Leader Program; DNGL)」に所属しています。本プログラムは、文部科学省博士課程教育リーディングプログラムに採択された国公立共同大学院(高知県立大学、兵庫県立大学、東京医科歯科大学、千葉大学、日本赤十字看護大学)であり、5年一貫制博士課程です。各大学が強みを生かし、互いに補完する独自のプログラムです。私が所属する兵庫県立大学は災害健康危機管理におけるWHO協力センターでもあります。在学中は国内外でのインターンシップが推奨されており、私は4回生の時に、インド・ニューデリーにある世界保健機関南東アジア地域事務局(WHO Regional Office for South-East Asia; WHO/SEARO)の健康危機管理部門(WHO Health Emergencies Programme; WHE)で経験しましたのでここに報告いたします。

WHO/SEAROの WHEについて

WHO/SEAROのメンバー国は、バングラデシュ、ブータン、朝鮮民主主義人民共和国、インド、インドネシア、モルディブ、ミャンマー、ネパール、スリランカ、タイ、東ティモールの11か国と

なっています。WHO/SEAROには5つのプログラムがあり、私が配属されたのは、その1つのWHEです。WHEには、さらに、5つのユニット Infectious Hazard Management、Country Health Emergency Preparedness & International Health Regulations(IHR)、Health Emergency Information & Risk Assessment、Management and Administration、Emergency Operationsが存在しています。

WHO/SEARO 地域における 災害について

災害疫学研究センター(Centre for Research on the Epidemiology of Disasters; CRED)(2019)のデータによると、2014年から2018年に発生した災害における死亡者数は、WHO/SEARO地域が最も多く、全体の30%を占めていました。過去には、2004年スマトラ島沖地震や2015年ネパール地震が発生しています。また、サイクロンや洪水も発生する地域でもあります。加えて、現在は、ロヒンギャ難民の問題を抱えています。

インターンの主な仕事・ 役割について

私は、WHEの中でも、Emergency Operationsのメンバーとなりました。現在発生しているロヒンギャ難民の支援に加え、今後の災害に備えてEmergency Medical Team等の訓練やパートナーシップ等の会議といった様々なタスクが、専門職スタッフ3名を中

心に割り振られ、コンサルタントや一般職スタッフと協力しながら業務を行っておりました。故に、インターンを受け入れるのがなかなか難しい部署でもあったと言われていたので、本当に幸運だったと感じました。

私のインターンとしての主な役割は、Emergency Operationsに限らず、WHE全体においても、看護職が不在であるということから、Health Emergencyの看護担当でした。具体的な仕事として、まず初めに、南東アジア地域の危機対応における看護の役割についての文献検討を行いました。続いて、メンバー国の看護職に直接インタビューまたはアンケートによる調査を行いました。加えて、WHOの西太平洋地域事務所(WHO Regional Office for the Western Pacific; WPRO)とSEAROは、Asia Pacific Emergency and Disaster Nursing Network(APEDNN)を支援しており、これらのネットワークを中心として、南東アジアにおけるパートナーシップ強化に取り組みました。

学んだこと・ 身についたこと

私は、ナイチンゲールの活動に災害看護の原点があると考えています。なぜなら、彼女は、クリミア戦争という人為災害で傷病兵の収容環境の劣悪さに着目し、死亡率を低下させました。彼女は傷病者ケアに携わりながらその人の本来持っている生きる力を伸ばすとともに、データ分析し、グラフ化し、国を動かしました。

現在、各国ヘルスワーカーの50%は

看護職であるといわれており（WHO, 2019）、ひとたび災害が発生すれば、健康への被害を防ぐための看護職の支援活動は大きく期待されています。しかし、南東アジア地域の看護職は、依然として災害支援に対する知識や技術の不安を感じています（Usher et al., 2015）。また、インターン中の調査において、緊急対応における災害看護の文献は研究も含めて少ないという事実が浮き彫りになりました。そもそも、WHO/ SEARO のメンバー国の多くは、慢性的な看護職人材不足に見舞われており、人口 1,000 人あたりの看護職数は 3 人を下回っています（WHO, 2019）。これらのメンバー国において災害も考慮した平時からの看護教育、ヘルスシステム、パートナーシップ強化が重要であり、WHO の果たす役割の大きさを再確認しました。

感想、印象に残ったこと

インターン滞在中は、WHO/SEARO の Regional Director の 2 期目の就任式が開催され、全 11 メンバー国がテレビ越しに参加していました。また、別の日には、WHO 全スタッフ会議が開催され、テドロス事務局長ならびに各地域事務局

ヘルスエマージェンシーチームミーティング



長（WPRO からは葛西事務局長）が WHO リフォームについて話されていました。世界中至るところに存在する WHO のスタッフが、テレビ会議システムを活用して一堂に会し、チームとして一致団結する貴重な機会を拝見することができたことはとても印象的でした。

これから WHO インターンを希望する人へ一言

防災、強靱な保健システム、高齢社会等で世界をリードする日本からの貢献が大いに期待されていると感じました。アドバイスできるような立場ではありませんが、強いて言うなら、実務で使えるレベルにまで英語は向上しておいて損はありません。英語でレポートを書けるということはマストかと思います。また、頻

スタッフとタージマハルへ旅行



繁に略語や専門用語が使用されるので、事前に学習しておくとういでしょう。

おわりに

最後に、現地で私を受け入れてくださった WHO/ SEARO の WHE の皆様、WHO をはじめとした国連日本人スタッフ皆様、現地の関係者各位、ならびに、日本から快く送り出してくださった増野園恵教授を始めとした DNGL の教授陣、（公社）日本 WHO 協会の皆様、その他関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

参考文献

CRED. (2019) EM-DAT The Emergency Events Database. [Cited 5 Mar 2019.]. Available from URL: <https://www.emdat.be/database>

Usher, K. et al. (2015) Cross-sectional survey of the disaster preparedness of nurses across the Asia-Pacific region, *Nursing and Health Sciences*, 17,434-443

WHO. (2019) Global Health Observatory data repository: Density of nursing and midwifery personnel. [Cited 29 Mar 2019.]. Available from URL: https://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

WHO 西太平洋事務所インターン報告



東京大学医学系研究科
公共健康医学専攻臨床疫学・経済学教室

廣瀬直紀

東京大学医学部健康総合科学科卒。農村部の病院にて看護師として勤務後、大学院進学。医療大規模データベースを用いたヘルスサービスリサーチを学ぶ。

配属先事務所・部所

フィリピンはマニラに位置する WHO 西太平洋事務局 (WPRO) の Integrated Service Delivery, Department of Health System に配属されました。本部署は医療人材、医療安全、伝統医療などの医療サービスに係る政策を担当しています。私は医療データベース解析をもちいた看護人材に関する調査に携わりたく、WHO の日本人オフィサーの助言のもとで本部署への配属を希望しました。

インターンの主な仕事

WPRO 側のスーパーバイザーと相談のうえで、私の任務は「国際保健データベースを用いて、質の高い医療人材へのアクセスを持たない世界人口の推計モデルを構築する」ということに決まりました。WHO インターンの業務は指導を受けるスーパーバイザーによってその性質、業務量が大きく異なるため、なるべく自分の専門性やキャリアに沿った業務をさせて頂けるように、渡航前にはじっくりと交渉した方が良いと思われます。

以下が具体的な業務の手順です。

- I. 既存の国際保健データベースのレビューを行い、本研究に使えるデータベースを選定しました（「質の高い医療人材へのアクセス」に関する質問を含んだデータベースで、かつ世界全体から十分なサンプルが確保できるもの）。
- II. 推計モデルの構築のために、まず概念モデルの構築を行いました。ここでは、

質の高い医療人材とは何か、どの医療サービス分野か、どのように複数の指標を統合するかなどの定義づけを行っています。

III. 実際に国際保健データベースを解析し、推計モデルの構築に必要な基礎データの整備を行いました。各国各年でデータが異なるため（例えば、バングラデッシュだけでも 2014 年、2017 年と複数年分の異なるファイルがある等）、ファイルをダウンロードしては解析し、の繰り返しでした。合計 75 か国分の解析を要したため、これだけで約 1 か月もかかってしまいました。

IV. 基礎データをもとに、推計モデルを構築しました。どのような統計手法を用いるか、感度分析をどのように行うかなどの専門的な判断は修士 1 年生の私だけでは限界があり、そのため WHO ジュネーブ本部の統計官、および日本の大学の生物統計学の教員に助言を求めつつ、モデル構築を行いました。

V. 推計モデルを構築し、最終産物として「2030 年時点において、low income country 全体では質の高い医療人材にアクセスできない人口が~万人存在する」という数値の提示を行いました。

VI. インターンはその終了前に Final Presentation として所属部署および業務に関連するプロフェッショナルスタッフに対する発表を行います。上記の推計について発表し、最終的には学術論文として投稿することを勧めて頂き、帰国後の現在も WPRO のスタッフと連絡を取りながら、論文投稿の準備をさせて頂いています。

学んだこと

最も大きな学びは、WHO という世界の保健政策をアドボケートする機関に身を置き、ハイレベルの意思決定が行われる様子を垣間見られたことです。インターン前は、WHO のレポート等を見ても、ただの書類上の文言としか捉えることができませんでした。しかし、WHO インターンとして活動する上で、レポートの中の一文が執筆される過程でどのように担当官が議論を行い、政治的 이슈が考慮され、そしてその一文が政策場面でインパクトを持ちうるかということを感じたこととして知ることができたのは大きいです。

次に大きかったのは、人生で初めて英語のみで長期間活動する機会を得たということです。日本においても留学生向けの授業に参加したり、オンライン英会話をしたりと、英語環境に触れることはありましたが、業務において英語が求められる環境に身を置いたのは初めてでした。業務に支障がでないレベルでコミュニケーションをとることはできたものの、統計や疫学の専門的な話を英語で行う際には常に不全感が付きまとい、英語力不足を痛感しました。特に渡航 7 日目までは「話す英語力の低さがばれてしまうから、なるべく黙ってしよう」と机の隅で縮こまっていた。しかし、それを過ぎたところで「だめだこんなにじゃ仕事にならない。私の英語は日本語なまりがあるだけで、コミュニケーションは取れている。聞き取れなかったとしても、向こうが悪いんだ」と臆面もなく

開き直ることに成功しました。これが WHO インターンにおける一つのブレイクスルーであったように思います。なお、WHO は言わずもがなの国際機関であり、そのスタッフは世界中から集まっています。つまり、各国なまりの英語を聞き分けねばならないということで、これは渡航前には予想していなかった困難の一つでした。

印象に残ったこと

スーパーバイザーの度量の大きさに感動しました。私のスーパーバイザーは元医師のインド人の方でしたが、私にはかなりの自由を与えてくれていました。スーパーバイザーによっては仕事の進捗や会議の参加にその都度許可を求める方もいらっしゃるようですが、私のスーパーバイザーは基本的には「私の好きにしたい」とおっしゃられ、面談も私が必要とするときにいつでも声をかけていいというスタイルにしてくださっていました。推計モデルの構築に関して、まず私が

自分自身で考え、それについてスーパーバイザーがサポートする形でコメントするという方針で行ってくださり、常に私をエンパワーしてくださっていたと思います。インターン初日に「私にとって最も大切なのは、君が成長することだ」とおっしゃってくださった通りの関わりであり、このようなスーパーバイザーに巡り合えたことに深く感謝しています。

WHO インターンは修士以上の学生を対象にしていたと思うのですが、「ある程度具体的なスキルを身に付けてからインターンに臨んだ方が良い」と私は感じています。私の場合は渡航前に統計ソフトを用いた医療データベースの研究論文を学術誌に投稿させて頂いており、そのことからスーパーバイザーが「データベース研究に取り組みさせてやっても良い」と考えてくれていたように思います。WHO での業務はどれも刺激的なものでしたが、専門性の高い仕事の方がやりがいもあり、また業務後に学術論文にさせて頂ける可能性もあがると個人的には思

インターン仲間との一枚



いました。インターンに求められる能力は部署、スーパーバイザーとのマッチング次第だと思うのですが、統計解析スキル (R、Stata など)、システムティックレビュー、メタ解析などのスキルがあると、より専門的な業務を経験できるのではないかと感じています。国際機関に就職する道筋としては外務省の JPO 制度がメジャーですが、その他にもインターンとして業績を残し、コンサルタントとして採用されるという道筋があるということを知りました。この点でも、力を発揮できる専門性を蓄えてからインターンに参加するのが良いのではないかと考えております。

これから WHO インターンを希望する人へ一言

これまでパンフレットや論文の中の存在でしかなかった WHO でインターンとして活動できたことで、世界中で展開される保健政策が一気に身近に感じられるようになったと思っております。また、日本の保健政策の外側に身を置いて、客観的に捉えるというのも大変良い勉強になると思います。日本を 3～6 か月間という長期間不在にすることの不安はあるかもしれませんが、それ以上の見返りがある経験だと思いますので、ぜひご参加をお勧め致します。



Final Presentation を終えた筆者 (一番右)

長崎大学医学部 ～熱帯病・新興感染症の克服を目指して～



長崎大学熱帯医学研究所・ウイルス学分野教授、WHO研究協力センター センター長

森田公一

1981年、長崎大学医学部卒業。長崎大学講師、WHO西太平洋地域事務局感染症対策課長を経て2001年より現職。専門は熱帯性ウイルス感染症。



長崎大学熱帯医学研究所・ウイルス学分野准教授
WHO研究協力センター 副センター長

MOI MENG LING

2010年、筑波大学大学院修了。国立感染研厚労技官を経て、2015年より現職。専門は蚊媒媒介性ウイルス感染症。日本ウイルス学会杉浦奨励賞受賞。

活動概要

長崎大学熱帯医学研究所ウイルス学分野は1993年11月23日付けのWHO西太平洋地域事務局(WPRO)局長San Tae Han博士(当時)のウイルス学分野主任、五十嵐章教授(現名誉教授)宛の書簡により、「熱帯性ウイルス病の資料と研究のためのWHO協力センター」に指定されました。その後、世界における数々の新興感染症の突発的流行を経て、2006年2月3日付けの尾身茂局長(当時)の書簡により「熱帯性及び新興感染症ウイルスのレファレンス及び研究のためのWHO協力センター」に改称され今日に至っています。

同センターの業務内容としては、東南アジアやアフリカのベトナム、フィジー、フィリピン、ケニア、コンゴなど熱帯病、新興感染症に苦しむ多数の開発途上国から研修生を受け入れ感染症対策人材の育成や、熱帯医学研究所の研究者をWHO

短期コンサルタント(専門家)としてWHOが主導する感染症対策や国際会議に専門家として派遣して、世界の感染症対策に貢献しています。

熱帯で蔓延する感染症の研究・専門家育成

21世紀の今日においてもなお、熱帯地域に存在する複雑な自然・社会環境は熱帯病をはじめとする錯綜した健康問題を引き起こし続けています。長崎大学熱帯医学研究所(写真①)は、1942年に設立され、本年で77周年をむかえました。本研究所では、熱帯病の中でも最も重要な領域を占める感染症を主とした疾患と、これに伴う健康に関する諸問題を克服することを目指し、関連機関と協力し、①熱帯病および国際保健における先導的研究、②研究成果の応用による熱帯病の防圧ならびに健康増進への国際貢献、③これらの分野に関わる研究者と専門家の育成に関する活動を実施しております。

熱帯医学研究所・ウイルス学分野(写真②)では、熱帯地域で蔓延するデングウイルス、ジカウイルス、日本脳炎ウイルス、ウェストナイルウイルス、などの蚊媒介性ウイルスに加えて、重症熱性血症減少症ウイルス(SFTS)やダニ媒介性脳炎などのダニ節足動物で媒介するウイルスなどの疫学、診断、予防、治療法に関する研究を行っており、ベトナム、フィリピン、ミャンマー、マレーシアなど

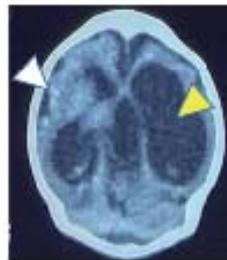
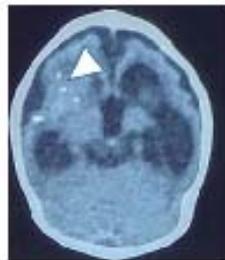
の東南アジア各国やアフリカケニアにおける調査研究や国際科学技術協力を日本医療研究開発機構(AMED)、科学技術振興機構(JST)及び国際協力機構(JICA)のプロジェクトなどを通じて実施しています。そして、1993年にWHO協力センターに指定されてからは、さらにアジア・アフリカ地域を中心として現地専門家への調査研究の活動支援、診断法の評価及び資料・技術提供、機関の検査能力を強化するための専門家の育成に関する活動を毎年実施しています。

ジカ熱流行時における技術指導

記憶に新しい所ですが、ジカ熱が2015年には南米各地で大流行して、2016年には東南アジアへと感染が拡大しました。本WHO研究協力センターはベトナムでの流行拡大に対応するため、WHOの委嘱を受け、専門家をベトナムに派遣しました。この一連の対応では、ウイルス学分野のMOI MENG LING准教授は長崎大学ベトナム研究拠点(ハノイ)在住の長谷部太拠点長(教授)と共に、WHOのチームに合流して、2016年にベトナム国立衛生疫学研究所(NIHE)やWHO西太平洋地域事務局の専門家と協力し、対策に必要とされるジカ熱の実験室診断の技術指導をハノイで実施しました(写真③、④)。この調査では272名のジカ熱患者が確認されました。また、翌年の2017年にはホー



写真① 熱帯医学研究所前景



②研究室スタッフ、学生（2018年12月）③ハノイNIHEで開催されたジカ熱実験室診断講習会（2016年8月）④ハノイNIHEで開催させたジカ熱実験室診断講習会、実験室内の様子（2016年8月）⑤小頭症症例が発生したベトナムDak Lak州での疫学調査（2017年10月）⑥ベトナムで初めて確認されたジカウイルス感染による小頭症例（Lancet Inf. 2017）

チミン市 Pasteur Institute およびニャチャン Pasteur Institute のスタッフを対象としたジカ熱の WHO 主催の血清診断講習会を行うなど、ベトナム国の主要な衛生疫学研究所に対する診断技術のサポートを継続して実施し調査体制が強化されています（写真⑤）。これらの一連の活動において、アジア初めてのジカ熱小頭症症例が発見され、ジカ熱対策の重要性が再確認されています（写真⑥）。

感染症拡大を防ぐ 更なる取り組み

熱帯ウイルス感染症が亜熱帯地域への拡大がみられる中、当 WHO 研究協力

センターは感染拡大の防止への WHO の国際的な他の取組にも参加しています。2015 年からは WHO International Standard for Chikungunya Virus NAT test や WHO International PTP for the detection of arboviruses by PCR などの実験室診断強化プログラムにも参画し、診断技術の向上および世界の機関ラボトリーネットワークの強化を通して、感染症対策に資する活動を進めているところです。

その他、熱帯医学研究所 から社会への情報発信活動

熱帯医学研究所では情報発信活動とし

て、熱帯医学ミュージアムを開設しています。熱帯病の概説パネル、顕微鏡病原体映像、標本、模型等を一般向けに展示・解説しています。また国内外の貴重な標本や資料の収集保存、情報提供を行っています。毎年、多くの市民、修学旅行生などが見学に訪れていますが、近年は海外からの旅行者の見学もあり多言語対応となっていますので是非ご訪問ください（<http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/nekken/facility/museum.html>）。さらに、社会人教育として熱帯医学研修課程（3ヶ月）を国内外から多くの参加者を集めて毎年開催しています。（<http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/3months>）

兵庫県立大学地域ケア開発研究所 ～災害時にも人々が健康を保ち、安心して 暮せる社会を目指した看護の挑戦～



兵庫県立大学地域ケア開発研究所 所長
災害健康危機管理WHO協力センター センター長

増野園恵

病院勤務（看護師）を経て、大学で学部・大学院教育に従事。国内外被災地での支援ニーズ調査、被災者支援に参加。現在は研究所と大学院教育を兼務。

兵庫県立大学 地域ケア開発研究所の概要

兵庫県立大学地域ケア開発研究所は、地域の特性にあわせた看護ケア方略・システムの構築・開発に関する研究を通して、人々の命と暮らしを支援し、看護学の発展に寄与することを目的に、2004年国内初の看護学の実践研究所として開設されました。「地域ケア実践研究部門」「広域ケア開発研究部門」「周産期ケア開発研究部門」の3部門からなり、健康教育及び健康情報の発信基地、国内外の災害や国際援助に関わる研究やネットワークの拠点として活動しています。

WHO 協力センター認証に至る背景

当研究所では周産期から高齢者まで、地域で生活する人々の健康課題に取り組



兵庫県立大学地域ケア開発研究所の外観

んでいます。中でも「災害看護」は部門を横断し中心的テーマとして研究所のスタッフが丸ごと取り組んでいます。これは、当研究所設立の背景に、1995年に発生した阪神・淡路大震災の経験が大きく関わっているからです。

阪神・淡路大震災は、日本の災害対応においてさまざまな分野で転機となりましたが、看護学分野においても例外ではありません。阪神・淡路大震災以前は、災害看護学は確立されていなかったといっても過言ではなく、看護の主眼は発災直後の医療救援に置かれていました。しかし、阪神・淡路大震災では非常に多くの被災者が長期間の避難生活を余儀なくされ、避難所や仮設住宅での生活と健康の問題や災害体験による心的外傷後ストレス障害を含むこころのケアに注目が集まりました。また、保健師を中心とした公衆衛生活動の重要性も認識されるなど、災害看護の新たな展開がありました。

阪神・淡路大震災の被災地にあった兵庫県立看護大学（2004年から兵庫県立大学看護部）は、発災直後からボランティア看護職の活動支援、被災者支援に取り組み、復旧・復興期においても被災者・被災地域の健康支援を長期にわたって行いました。この経験が災害看護に関する研究の推進と災害看護学の確立へと動

き始めました。当時は、世界的にもこの分野の研究者は少なく、包括的に災害看護研究に取り組む教育研究機関はほとんど存在しなかったため、この活動は世界的にも関心を集めることとなり、災害看護学分野での世界的研究拠点構築へと至りました。その後、災害看護に関する取り組みは、2004年の地域ケア開発研究所開設に伴い、研究所へと引き継がれています。

WHO 協力センターとしての役割と活動

本研究所は、2007年に『災害と健康危機管理に関するWHO看護協力センター（WHO Collaborating Centre for Nursing in Disasters and Health Emergency Management）』として認証を受けました。災害看護に関する研究の推進、災害や健康危機の状況に対する看護の役割や基本的能力の明確化、災害看護人材の育成や専門職ネットワークの構築強化を主な役割として活動を行ってきました。2度の再認証を経て、3度目の再認証となった2017年には、公衆衛生にも視点を広げ、『健康危機管理WHO協力センター（WHO Collaborating Centre for Disaster Risk Management for Health）』と改称しま



①海外の防災担当者への研修の一コマ
 ②第3回WHOC ForumでWPROのWHO看護協力センターのメンバーと（中央はMargaret Chan氏）
 ③マレーシアのMalaya大学の看護教員の訪問を受けて



した。今後は、災害健康危機管理に関わる公衆衛生活動従事者の能力開発と災害発生時に対応する人材の心理社会面の健康維持に関する支援が期待されています。

2007年からの10年間では、①災害看護の基本的能力『災害看護コア・コンピテンシー』の明確化、②災害看護活動マニュアルと災害時要配慮者へのケアに関するガイドラインの作成、③災害看護に関する国際ネットワークの構築と強化を行いました。これらの成果は、研究所で実施する教育・研修や研究、国際交流活動の基盤となっています。

『災害看護コア・コンピテンシー』は、看護基礎教育修了時に獲得すべき災害看護に関する基礎能力を構造化したものです。これは、国際看護師協会（International Council of Nurses: ICN）とWHOが『ICN Framework of Disaster Nursing Competencies』（全ての看護職が身につける必要がある災害看護に関する能力枠組み）を作成する際の参考となりました。研究所では、コンピテンシーと災害看護活動マニュアル・ケアガイドラインを元に看護職向けの災害看護研修プログラムを作成し、毎年公

開講座を開催しています。（写真1）

災害看護に関するネットワークとしては、世界災害看護学会の設立による学術的なネットワーク、看護領域のWHOCの連携を基盤とした機関ネットワークおよび専門家ネットワークなどがあります。中でもThe Asia-Pacific Emergency and Disaster Nursing Networkは、2007年にWHO西太平洋地域事務局と南東アジア地域事務局との協力により、WHO看護協力センターを中心に災害看護に関わる専門家が加わり設立されました。看護職間の連携と協力を強化し、世界でも自然災害が多いアジア太平洋地域全体で災害対応に関わる看護職の能力向上を目指し、研究・教育・実践に活用できる基準やガイドライン、教育プログラム等の作成に取り組んでいます。ネットワークを通じて、災害看護教育に関する情報提供やコンサルテーション依頼があり、毎年さまざまな国からの訪問者を受け入れています。（写真2、3）

WHO協力センターとして4期目となる現在、研究所では新たな活動を始めています。とりわけ着目しているのは、災害時に被災者の健康支援に携わる人々の

心身の健康の維持と強化です。災害時に被災者への支援を効果的に行うには、支援者自身の健康が守られることが重要です。災害時に被災者の支援にあたる保健医療職の惨事ストレス、心身の健康への影響やその対応については関心が高まっているものの、十分に知見が整理されておらず、対策も進んでいません。これは国際的にも同様であることから、WHOと協働して、災害時に被災者支援にあたる保健医療職等が、健康を保ちながら支援活動に従事できるよう、支援活動前の準備から活動中及び活動後のフォローアップを含めた指針等の作成と研修プログラムの開発に取り組むこととなりました。

おわりに

災害が発生すると多くの人々の命と健康が脅かされます。災害の発生を0にすることはできませんが、その影響を小さくすることはできます。災害時にも人々が健康を保ち安心して生活できる社会を目指して看護学の実践研究所として引き続き活動して参ります。ご支援のほどよろしくお願いいたします。

国立保健医療科学院

～保健医療、水、たばこ、統計における人材育成と調査研究～

筆頭著者プロフィール



国立保健医療科学院 次長

曾根智史

86年産業医大卒。同公衆衛生学助手・講師から97年旧国立公衆衛生院。国立保健医療科学院にて公衆衛生政策部長、国際協力研究部長等を経て15年より次長。

共著者

島崎大、稲葉洋平、水島洋

国立保健医療科学院の概要

国立保健医療科学院（以下、科学院、National Institute of Public Health）は、厚生労働省下の試験研究機関です。2002年に、旧国立公衆衛生院、旧国立医療・病院管理研究所の組織と国立感染症研究所の口腔科学部が統合され、新たな機関として埼玉県に設置され(写真①)、現在、7 統括研究官、6 研究部、2 研究センターで構成されています。

保健、医療、福祉及び生活環境に関する厚生労働行政施策の推進のため、地方自治体職員の人材育成及び調査研究を行っています。これら人材育成と研究を通じて公衆衛生の向上に寄与することが科学院の使命です。

科学院には、① WHO Collaborating Centre for Integrated People-Centred Service Delivery（国際協力研究部）、②



写真① 国立保健医療科学院の外観

WHO Collaborating Centre for Community Water Supply and Sanitation（生活環境研究部 水管理研究領域）、③ WHO Collaborating Centre on Tobacco Testing and Research（生活環境研究部 衛生環境管理研究領域）、④ Collaborating Centre for the WHO-FIC（研究情報支援研究センター）の4つのWHO協力センター（以下、WHOCC）とWHO Reference Library（総務部総務課図書館サービス室）があります。

病院管理やNCD対策研修を通じた国際協力

人々中心の保健医療サービスの提供に関するWHOCCで、旧国立医療・病院管理研究所時代から活動を続けています。2014年度から毎年、WHO西太平洋地域事務局（以下、WPRO）と共催で、カンボジア、ラオス、ベトナム、モンゴル等の病院幹部等を対象としたHospital Quality and Patient Safety Management Courseを実施しています(写真②)。これは病院管理や患者安全を中心とした研修で、国内外のWHOCCの協力を得て実施しています。

また、Non-Communicable Diseases（非感染性疾患、生活習慣病、以下NCD）対策の分野でも、WPROと共催で、

域内の政策担当者等を対象としたRegional Workshop on Strengthening Leadership and Advocacy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (LeAd-NCD)を実施しています。これはリーダーシップとアドボカシーを中心に、参加者がNCD対策を自ら体験するユニークなワークショップです(写真③)。

水や衛生の諸問題解決に向けて

1986年に旧国立公衆衛生院衛生工学部が指定を受けて以来、30年以上にわたり活動を続けています。当センターは、飲料水および衛生に関する諸問題の解決を目的として、研究の実施、技術的・科学的な知見の収集と意見交換、アジア・西太平洋地域の各知見の普及啓発と教育訓練を行っています。

WHO本部の水・衛生・健康ユニットと連携し、WHO飲料水水質ガイドライン改正や報告書の作成にも参画し、「飲料水における放射性物質の管理」ガイダンス（2018年）の作成に大きく貢献しました。WHO及び国際水協会と共同で水道施設運用管理ネットワークを運営し、適切な運用管理の推進に関する国際ワークショップ等を開催しています。また、教育訓練ではJICA課題別研修「上水道



写真③ 市民と一緒にエクササイズ
 写真② チームワーク演習
 写真④ 科学院の浄水処理実験プラント見学

施設技術総合」の一部を担当し、各国の研修生を対象に、WHO が推進する水安全計画に関する講義・演習や科学院の浄水処理実験プラント施設見学（写真④）等を実施しました。

加熱式たばこ等の分析

2005年に発行された「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第9、10条に基づきたばこ製品の化学分析に関する活動（図1）や、「WHO たばこ研究室ネットワーク（WHO TobLabNet）」の一員として、たばこ製品の分析法の開発・標準作業手順書の作成を行っています。2018年度には、科学院で開発した分析法をもとに WHO TobLabNet SOP 8 and 9「紙巻たばこ主流煙の揮発性有機化合物、カルボニル

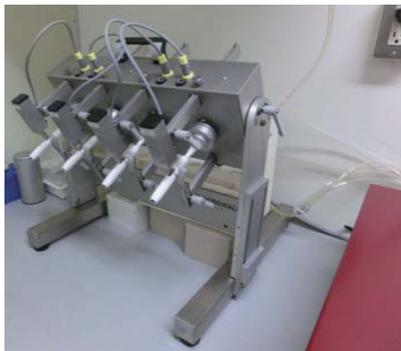


図1 加熱式たばこ主流煙捕集装置

類の分析手順書」が発行されました。

現在では、「加熱式たばこ」分析法の開発を行っています。加熱式たばこは、たばこ葉を専用の携帯型加熱装置で240-350℃で加熱し、喫煙する新型たばこです。わが国では急速に普及しているものの、その有害性については未知の部分が多いため、WHO TobLabNet と共同で、これまで開発した分析法をもとに加熱式たばこ分析法を開発し、その成果を論文等で情報発信しています。

国際分類の開発と普及に向けた支援

本センターは、厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室、国立保健医療科学院、国立がん研究センターがん対策情報センター、日本病院会日本診療情報管理学会、日本東洋医学サミット会議、国立障害者リハビリテーションセンター、国立国際医療研究センター、国立成育医療研究センターの8機関の統合体の体制となっており、厚生労働省国際分類情報管理室長がセンター長を担っています。主な役割は、① WHO-FIC の開発、整備、改訂に関する WHO 支援、② WHO-FIC 協力センターネットワーク会議の各委員会、検討グループ活動への参画、③各地域の分類利用者とのネットワーク形成、支援、情報提供、④各分類

の普及・教育ツール開発及び翻訳、⑤ WHO-FIC の質担保の支援、WHO-FIC の導入と水準の質改善です。

科学院では、ICD-11 のフィールドトライアルを実施し、そのデータ解析を行うとともに、雑誌、ウェブ等で ICD-11 に関する情報提供を行っています。また、ICF の統計的利用に関する課題の特定及び情報共有も行っています。ICD-10 から ICD-11 への改訂関連に関しては、<https://icd.niph.go.jp/> をご参照ください。

健康に関する質問への回答

各国に1か所ずつ WHO から指定を受けた図書館で、研究者のみならず一般からも WHO や健康に関する質問を受けて回答する機能を持っています。

以上のように、科学院では、国の試験研究機関として、保健医療、水、たばこ、統計の幅広い分野で、人材育成や調査研究を軸とし、高い専門性で WHO と連携協力を行っています。これも、全国の自治体の研修や国内政策に関する研究等の確固たる基盤があるからこそだと考えます。科学院にとって国内業務と国際業務はいわば車の両輪です。科学院の特長を生かしつつ WHOCC としての責務を果たしていきたいと考えています。

国際保健、公衆衛生の醍醐味 ～ラオスの現場から～



WHOラオス国事務所 母子保健担当医官

窪田祥吾

小児科医。高校でタイ留学、出家。米国Wesleyan大学宗教学部（仏教人類学）卒業後、金沢大学医学部卒業。聖路加国際病院、日本赤十字医療センター、熊本赤十字病院、JICA専門家等を経て現職

WHO ラオス国事務所の仕事

臨床をしている頃は「医者です」と言えば、白衣に聴診器を想像してもらえ、それ以上の説明は求められませんでした。さらに「小児科です」と言えば、自動的に「お口アーン」をしてもらえました。今の仕事はどうでしょうか。世界保健機関（WHO）と大層な名を掲げ、「国際保健、公衆衛生をやっています」と言っても、聴診器に代わるシンボルはありません。

私は現在、WHO ラオス国事務所母子保健チームの責任者をしています。臨床と違い直接患者さんを診ることはなく、出張でフィールドに出ている時以外は、1日の大半を椅子に座ってコンピュータと睨めっこしているか、会議に出て過ごしています。それでも根本的なところで臨床医と共通しています。それは人の命を救うこと、人がよりよく、より健康的に生きることを目的としている所です。すると、次のような質問が純粋な疑問もしくは嫌味として飛んできそうです。「椅子に座って、会議に出て、本当に人の命を救えるのですか？」。答えはノーです。椅子に座って会議で偉そうなことを言ってみても、子ども一人救えません。それでも胸を張って大切な仕事をしていると言えるのは、前線で人命を救っている医療者をサポートすることで、間接的に人の役に立っているという自負があるからです。サポートとは主に、医療者や公衆衛生に携わる人々がすべきことを同定することと、そのために必要な環境作りと言えます。

妊産婦と 小児死亡削減のための対策

ラオスは、ほぼ日本の本州と同じ大きさで、その人口は約700万人と、私が生まれ育った大阪府の人口を少し下回る大きさです。そのラオスは、周りの東南アジア諸国と比べても、妊産婦や小児の死亡率がとて高く、毎日1人の妊産婦と20人を超える5歳未満の子どもたちが、多くは基本的な予防と治療で防ぐことの出来る理由で命を落としています。例えば、ラオスにおいて妊産婦死亡の最大の原因であるのが産後出血です。子どもが産まれた後に、本来収縮するはずの子宮の収縮不全などが原因で、多量に出血を起こし、すぐに適切な治療が行われない場合、出血多量で命を落とすことがあります。そこで私たちは、産後出血やそれによる死亡を削減するために有効だと分かっている予防や治療方法を、ラオスの現実に照らし合わせてガイドラインとしてまとめ、そのガイドラインを基に、県や郡病院の医療者のトレーニングを行います（写真①）。さて、これでガイドラインに沿った標準的な医療行為が施されるでしょうか。数ヶ月してからその病院を訪問してみると、トレーニング通りに実施されていないことが多々あります。理由は、「トレーニングをした人が他の病院へ移動した」、「薬がない」、「輸血のための血が足りない」、「搬送が間に合わなかった」など、色々聞こえてきます。これらはどれも医師や助産師など臨床家のみでは、どうにも解決出来ない保健システムの問題です。こういった環境整備

のために、私たちは病院長や県や郡の保健局長などのサポートも行います。中には県や郡内では解決出来ない中央保健省の政策に関する課題もあります。例えば、産後出血を予防するために、出産直後に子宮の収縮を促すオキシトシンという薬を予防的に打つことが推奨されていますが、そもそも産科医や助産師もしくは分娩介助の訓練を受けている医療者が出産に付き添わなくては、薬を打つことは出来ません。介助分娩率を上げるためには、病院内の医療の質改善の他にも、例えば誰もが医療を受けられるように医療保険を充実させる、病院までの交通費補填の制度化を行うといったことが必要です。こういった現場の懸念を中央保健省に持ち帰り、政策に反映させるといったことも、私たちの仕事の1つです。①診療ガイドライン策定やトレーニングなど医療的・技術的な支援、②それを可能にするために必要な保健人材、医薬品、患者搬送体制などを整える保健システム強化、③更にそれらをサポートするための医療政策に関する助言。こうしたことをコンピュータに向かって考え、会議に出て話しあっています。いや正確には、こういった仕事をラオスの保健省が出来るよう



① 緊急産科ケア・トレーニングの一室

にサポートすることが、私たち WHO の仕事と言えます。

ラオスにおける Respectful Care

WHO での仕事を通じて、更にもう 1 つ自分が担える大切な役割があることを学びました。それは、そもそもなぜ、技術面のサポートや保健システムの強化、それらを支える医療政策などを行なっているのか、という問いに関係しています。また、医療・保健の根本的な目的でもある「より健康的に、よりよく生きる」とはどういう意味か、といった問いにも繋がります。ラオスという国がどこを目指しているのか。そこに生きる個人が何を求めているのか。それらに対して医療・保健は何を提供出来るのか。ラオスにおける母子保健分野で去年から挙がっている話題を例に挙げてみます。

2015 年に WHO が「施設分娩中の軽蔑と虐待の予防と撲滅」の声明を出しました。その中で “Respectful Care” (尊重されたケア) ということが言われています。この Respectful Care の普及をラオスでも目指そうという話が出ました。まずみんなから疑問が出たのは、「なんとなく分かるが、具体的にどういうケアを意味するのか」ということです。私の応えは、「それに対する『答え』はありません」でした。それは個人がどういったケアを求めるかに依るもので、個人によって答えが異なるでしょう。プライバシーを重視する人もいれば、お産の全過程を家族と一緒に過ごしたい人もいます。近代的で清潔な施設を重視する人もいれば、お母さんと赤ちゃんを焚き火に翳す「ユーファイ」と言われるお産後の風習が守れる環境を重視する人もいます(写真②)。では、個人々人を尊重したケアを提供するために、中央で公衆衛生に携わる人間が出来ることは何でしょうか。ラオスの中央保健省がはじめた試みは、例えば、患者意見箱を設置するなど医療施設認定の基準に患者満足向上の視点を導入すること、出産後のお母さんに

② ユーファイができる郡病院



インタビューするなど医療の質評価に利用者の視点を反映させること、一方的な健康教育ではなく、個々のニーズを聞き出して対応できるようなカウンセリングをトレーニングに組み込むことなどです。こうした政策策定の過程で、そもそも誰のための、何のための保健制度強化や医療政策なのかという視点が議論され、研ぎ澄まされ、共有されていきます。

公衆衛生に携わる医師のジレンマ

更にこの問いは、サービス提供側である臨床家や公衆衛生に関わる人間にも向けられます。臨床家にとって自分が人の役に立っているかは、痛みがとれた、熱が下がった、歩けるようになった、癌がなくなったなど、比較的分かりやすいものです。自分が救った人の数も、ほぼ数えることが出来るでしょう。公衆衛生は中々そうはいきません。会議室で話し合った結果、何人の人が救われたのか。コンピュータと睨めっこすることで、亡くなっていく命に何が出来るのか。私自身、臨床から公衆衛生に身を移した際にジレンマを感じたのが、まさしくこうした自分が目的としていること、価値を置いていることに向かって、どれだけの成果が出ているかが見えにくいということでした。私の周りで公衆衛生に関わる人々もまた、自分達の決断、行為が人々にどのような影響を及ぼしているかを、臨床家ほど直に感じる事がなく、それが場合によっては、仕事に対する動機や態度にも影響しているように感じます。特にラオスのように活動資金の多くを外部から

③ 自分たちで集めたデータを基に改善された医療の質に喜ぶ職員



の支援団体に頼る国では、自分たちの優先順位に従った活動というより、「そこにお金が付いたからやる」といったことも多々あります。

公衆衛生の意義と醍醐味

近年私たちは保健省と共に国内 17 の全県病院を定期的に訪問し、医療の質を評価、それを元に各病院で改善すべき点を同定し、次年度の計画に反映させるといった医療の質改善の制度を強化してきました。2、3年繰り返されてくると、改善した点と以前と変わらぬ課題がはっきりと見えてきます。こうした自分達の介入の成果を継続的に追って制度化することは、まさしくラオスにおいて公衆衛生に関わる個人が「何のための医療・保健か」という問いに対する答えを探していく過程になっており、私たちの仕事、公衆衛生やそれに関わる人々の意義を定義付ける一端を担っていることを実感しています(写真③)。

先に公衆衛生は人の健康を目指す所に臨床と共通点があると言いました。一国の公衆衛生に関わる者には、もう 1 つ臨床家と共通点があります。西洋医学の父 William Osler は、医療とはサイエンスに支えられたアートであると言っています。医学という科学的専門知識を身につけた上で、その知識を目の前の患者の生き方や価値観にどう適応しようとするかこそが、臨床家に求められた技能でしょう。公衆衛生もまた、その国を構成する人々の生き方や価値観に沿った保健のあり方を探り求めるところに、その醍醐味を感じます。

2月

February

2020年を「看護師と助産師の年」に指定へ

WHO執行理事会は、ナイチンゲール生誕200年を記念し、2020年を「看護師と助産師の年」とする提案を、5月の第72回世界保健総会へ提出することにしました。UHC達成に向けての看護師と助産師の役割は大きく、2018年からNursing Now!キャンペーンを実施しており、2020年には世界看護師報告書の発行を予定しています。

がん性疼痛に関する新しいガイドランス

がんは疾病と死亡の大きな割合を占めています。2018年には1,810万人のがん患者が新規に発症し、960万人が死亡しました。治療を受けている患者の55%、進行及び末期がん患者の66%が疼痛を経験しており、疼痛管理はがん治療の重要な領域となっています。WHOのガイドラインには以下のことが含まれています。

- 鎮痛薬の選択
- 補助薬の使用
- 骨転移からの痛みを治療するための特定技術

WHO、子宮頸がんの撲滅を呼びかけ

「いまや子宮頸がんを撲滅するとき-行動を起こさなければ2040年までに死亡者は50%増加するだろう」--WHOは世界的な公衆衛生問題として子宮頸がんの撲滅に取り組んでいます。子宮頸がんは予防可能、治療可能でそれを撲滅する時がきました。毎年30万人を超える女性が子宮頸がん で死亡しており、女性の健康にとって最大の脅威のひとつです。WHOは、子宮頸がんの撲滅に向けて予防接種やスクリーニング等の緊急の行動の必要性を呼びかけています。

若者の聴力障害を予防するための国際規格発行

12～35歳の人々の50%近く、すなわち11億人の若者が、パーソナルオーディオ機器を通じた大音量の音楽を長時間聴くことによる聴覚障害のリスクに曝されています。国際耳の日(3月3日)に先立ち、WHOとITU(国際電気通信連合)は聴覚障害予防のため、スマートフォンなどを含む機器の製造と使用に関する新しい国際規格を発行しました。

食品安全の改善に向けた国際的取組み

AU(アフリカ連合)の主催による第1回国際食品安全会議がアジスアベバで開催されました。約130か国の代表と、WHO、FAO(国連食料農業機関)、WTO(世界貿易機関)などが参加し、持続的開発に向けた食品安全の改善について今まで以上の国際協力が必要であるとの議論が行われました。

ソウルに「環境と健康」に関する新規のアジア太平洋センターを開設へ

西太平洋地域での環境と健康に関する取組みを強化するため、1月15日にWHO西太平洋事務局長、韓国環境大臣、ソウル市長の三者が調印し、センターの設立に合意しました。

センターではSDGsに沿って以下の3領域を強化するとしています。

- 1) 越境大気汚染とエネルギー及び健康影響について
- 2) 島嶼国など、気候変動に脆弱な国々におけるしっかりとした健康システム構築
- 3) 安全な水と衛生について

世界保健デー (4月7日) のテーマは、ユニバーサル ・ヘルス・カバレッジ

今年の世界保健デーのテーマは、昨年に引き続きUniversal health coverage (UHC) です。UHCはWHOにとって最大の目標です。世界のすべての地域や国で進歩がみられますが、まだ数百万人もの人びとがヘルスケアの恩恵を全く受けることができていません。

※日本語テーマ(厚生労働省):「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ誰もがどこでも保健医療を受けられる社会に」

マイセトーマに関する 国際会議

スーダンにおけるマイセトーマに関する第6回国際会議では、国際社会が多国間の組織、パートナー、研究所、製薬企業などと協働し、この悲惨な結末をもたらす疾病に対して行動を起こすよう要請しました。マイセトーマは顧みられない熱帯病の一つで、貧困で農村部の人々の間に流行しています。慢性的、進展性に組織を破壊していく深刻な炎症性疾患であり、患部としては足に多く見られます。

2016年の世界の医療費急増、GDPの10%に

WHOは、2016年の世界の医療費が他のどの分野より急増し、約7兆5000億ドル、世界のGDPの10%に相当すると発表しました。また、全ての国で医療福祉分野の人手不足が見られると指摘しています。各国の医療費のうち政府支出は51%、35%以上が個人の自己負担になっており、その結果1億人が極端な貧困に陥っているとされています。

WHO、先天梅毒に関する 新しい推計を発表

新たな推計によると、2016年の先天梅毒の症例数が約661,000人で、20万件以上の死産と新生児死亡があったとされています。梅毒は世界で最も一般的な性感染症のひとつで、毎年約600万人が新たに感染しています。感染した妊婦が早期に治療を受けなければ胎児に感染します。これを先天梅毒と言い、しばしば死亡に繋がります。先天梅毒は予防可能な死産の原因としてマラリアに次ぐ2番目の原因となっています。



本ニュースは毎月配信するメールマガジンに掲載した記事を、インデックスとしてご利用いただけるよう再掲載したものです。QRコードを利用して、日本WHO協会のホームページ経由で、ニュースリリース、声明、メディア向けノートなどの原文にアクセスできます。

3月
March

国際保健規則に基づく第20回緊急委員会

委員会では野生株ポリオウイルス (WPV1) とワクチン由来ポリオウイルス (cVDPV) に関するデータを検討し、ポリオウイルスが依然として国際的に懸念される緊急事態 (PHEIC: Public health emergency of international concerns) であることを全会一致で確認しました。該当国に対しては、撲滅に向けて予防接種の強化等の政府の関与を求めています。

WHO、広範な組織改革を発表

WHOは、世界の公衆衛生を率いていく組織の役割をより効果的かつ効率的に果たすために、これまでになかった全面的な組織改革を発表しました。今回の変更は、今後5年間の戦略計画の中心となる野心的な「3つの10億」達成のために各国を支援することを目的としています。10億人がUHCの恩恵を受け、10億人が健康の緊急事態から護られ、そして10億人がより良い健康と福祉を教授できることです。主な変更は以下の通りです。

- 本部、地域事務局、国事務所の作業を整合させ、重複や断片化を排除
- WHOの規範的、標準的な業務を強化
- デジタル部門を新設し、AI等への取り組みを強化
- 各国との戦略的政策対話能力の強化のためにデータ収集、分析等を強化
- WHOアカデミーの新設などによる職員や公衆衛生専門家への学習機会の提供、採用プロセスの合理化

国際女性の日 (3月8日)

これに因み、WHOは科学と健康の推進に先駆的な役割を果たしたすべての女性を祝います。最もよく知られているのは、Florence Nightingale (19世紀の統計学者であり、現代につながる看護学の創始者)です。他にも、フィリピン出身のFidel Mundo (デング熱などの感染症の先駆者でハーバード医学校を卒業した最初の女性)、Anandi Gopal Joshi (インド最初の女性医師の一人で、中央インドの病院の医師に指名されたが結核で22歳の若さで逝去)、Elizabeth Garrett Anderson (ソルボンヌ大学で医学を学び、英国最初の女医)、Anne Szarewski (HPVワクチン

ン開発につながる子宮頸がんの原因を突き止めた)、そして20世紀に入れば、Francoise Barre-Sinoussi (AIDSの原因となるHIVウイルス同定の研究)などが挙げられます。2019年の世界の研究者に占める女性の割合は1/3に過ぎず (特に欧州、北米で男女比のバランスが悪い)、医療従事者のうち70%は女性ですが、健康分野の指導的地位にある女性は25%に過ぎません。WHOでは、上級管理職の60%を女性が占め、学術界においても昨年の国立医学アカデミーの新会員の40%が女性であった等の前向きな変化がみられます。

グローバルインフルエンザ戦略 (2019-2030)

WHOは新しいグローバルインフルエンザ戦略 (2019 - 2030) を発表しました。新戦略でも季節性インフルエンザは依然として世界最大の公衆衛生上の課題のひとつで、毎年世界で推定10億の症例があり、そのうち300 - 500万が重症で、29 - 65万人が死亡しています。新型インフルエンザのパンデミックは避けられないとして、最悪の場合は世界で数百万人

が死亡する恐れがあると警告しています。新しい戦略では2つの包括的な目標を掲げています。

1) 疾病の監視と対応、予防と管理等のために各国の状況に応じたインフルエンザプログラムの構築を求める。

2) より効果的なワクチン、抗ウイルス剤などを開発し、すべての国で利用できるようにする。

流産や死産

これらは依然としてタブーな話題であり、スティグマと恥辱と結びついています。赤ちゃんを失った多くの女性は適切で思いやりのあるケアを受けられていません。今こそ、その話を世界で共有しましょう。定義は一律ではないものの、一般には妊娠28週までに胎児が死亡したときを流産といい、それ以降の場合は死産とされています。妊娠を自覚している女性のうち流産の割合は10-15%ですが、先進国でも系統的な統計はなく、実態はもっと高いと推定されています。

流産などについての考え方、態度は国によって大きな違いがあります。悪霊のせいであるとするところや、ソーシャルメデ

ィアでそのつらい経験を発信する場合もあります。

WHO、スポーツイベントでのたばこ広告等の禁止強化を加盟国政府に要請

WHOはフォーミュラ1などを含むスポーツイベントの主催や放送において、たばこの広告、販促の禁止を強化するよう、各国政府に要請しています。WHOはまたすべてのスポーツ主催者に対し、イベントを禁煙とし、また、参加者、レーシングチームに対してタバコ会社をスポンサーとしない強力なポリシーを採用するよう働きかけています。

ゲノム編集に関する WHO 諮問委員会初会合開催

世界的に倫理上の問題が指摘されているヒトゲノム編集について、WHOの新しい諮問メンバーによる会合が開かれました。ゲノム編集は驚くべき可能性を秘めています。倫理的にも医学的にもリスクがあります。透明性を確保するためにWHOに研究内容を登録する体制が必要という見解で一致しました。今後2年間か

けて協議を重ね、包括的なガバナンスの枠組みについて提言をまとめる予定としています。委員会はヒト生殖細胞系の臨床応用はどのようなものであっても、現時点では無責任なものであると意見が一致しました。

2019 世界結核デー

ロベルト・コッホが結核の原因となる菌を発見したと発表した1882年3月24日にちなみ、WHOはこの日を「世界結核デー」に定めています。結核は現在でも世界で最も致命的な感染症です。予防、治療とも可能であるにも関わらず、結核で毎日約4500人が命を落とし、約3万人が新たに罹患しています。今年の世界結核デーのテーマは「It's time」とし、世界の指導者がコミットした以下の緊急行動を強調しています。

- 予防と治療へのアクセスを拡大
- 説明責任の構築
- 研究を含む十分かつ持続可能な資金調達の確保
- スティグマと差別解消の促進
- 公平かつ権利尊重に基づいた、人を中心とした結核対策を推進



本ニュースは毎月配信するメールマガジンに掲載した記事を、インデックスとしてご利用いただけるよう再掲載したものです。QRコードを利用して、日本WHO協会のホームページ経由で、ニュースリリース、声明、メディア向けノートなどの原文にアクセスできます。

4月

April

健康的な環境による 疾病予防

上記のWHO報告書について、環境リスクによる疾病負荷の国際評価が国立国際保健医療科学院から日本語訳が公開されました。原文タイトル: "Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks."

第71回世界保健総会

2018年5月21日から26日にかけて開催されました。WHO総会World Health Assemblyは、WHOの最高意思決定機関です。独立行政法人国立国際医療研究センター国際医療協力局が決議文の日本語訳(仮訳)を作成し公表しています。

保健施設における水と衛生

WHOとユニセフによるJMP(*)の初めての包括的な報告書「WASH in Health Care Facilities」によると、世界中の医療施設のうち4カ所に1カ所は基本的な給水サービスがなく、20億人以上が影響を受けています。特に後発開発途上国(LDCs)では保健施設の55%しか基本的

な水の供給がありません。毎年100万人以上が不衛生な出産によって死亡しています。(*) JMP; Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene

世界保健デーに関する WHO 事務局長の声明

WHOは、世界の全ての人々が可能な限りの健康を享受するという明確で野心的なビジョンとともに、1948年4月7日に誕生しました。しかし今なおビジョン実現には多くの課題が残っています。今日世界の人々の半数は基本的な医療サービスにさえアクセスできていません。何百万という女性は熟練した助産師の力を借りることなく出産しています。また何百万という子供たちが致命的な疾病に対するワクチンを受けられず、HIV、結核、マラリアの治療を受けられずなくなっています。2019年になった現在、このような事態はどうあっても受け入れがたいものです。良いニュースはこの不平等にたいする動きが大きくなってきていることです。

世界の平均寿命

WHOは年次報告書「世界保健統計」で、

2000年からの16年間で世界の平均寿命が5.5歳伸び、2016年生まれの子どもの平均余命は72年(男性は69.8歳、女性は74.2歳)であると発表しました。その一方で、高所得国の平均寿命が80.8歳であるのに対してアフリカなどの低所得国は62.7歳であり、国の豊かさによる格差が明らかになったと指摘し、低所得国における基本的な医療へのアクセスの確保が課題としています(世界保健統計2019)。

IHR 緊急委員会開催

WHOは12日、IHR緊急委員会を開催しました。現時点では「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」には当たらないとしました。しかし特定の地域では感染が広がっており、隣国へ拡大する懸念も残っています。

世界医薬品フォーラム

公正な価格設定と医薬品へのアクセスに関する世界医薬品フォーラムが開催され、各国と市民団体はより安価な価格で医薬品が購入できるよう製造及び研究開発のコストの透明性を高めるよう求めました。

WHO Partners Forum

2日間にわたってストックホルムで開催され、喫緊の課題であるグローバルヘルスのためのWHOの資金調達のためによりよいパートナー構築について議論しました。

非感染性疾患 (NCD) に関するハイレベル会議

トルクメニスタンで開かれ、欧州の53の加盟国が参加しました。欧州地域はNCDによる平均年齢以下での死亡が減少している唯一のWHO地域ですが、タバコ、アルコール、塩分、砂糖、飽和脂肪酸の摂取を減少させるなど幅広い介入の余地があります。

21世紀のユニバーサルヘルス：アルマアタから40年

南北アメリカ地域のすべての人びとが、健康となることができるようにするため、「健康は保障されるべき権利である」を始めとする、10の提言をまとめた報告書「21世紀のユニバーサルヘルス：アルマアタから40年」が発表されました。

世界の麻疹感染者数が4倍に

WHOは15日、1 - 3月の麻疹 (はしか) の感染者数が2019年に入っても増加し続け、前年同期比4倍、約11万2千件になったと発表しました。地域別では、アフリカで前年比8倍、欧州では4倍になっています。人口の95%がワクチンを1回接種していれば大流行も防げるとしていますが、1回接種率でさえ85%程度に留まっています。

デジタル医療介入に関する初のガイドライン

WHOは、モバイルフォン、タブレット、コンピュータを用いたデジタル技術はそれ自体が目的ではなく、健康を増進し、世界を安全に保ち、脆弱な人びとに役立つためには不可欠なツールであるとするガイドラインを発表しました。

マラウイで世界初のマラリアワクチンのパイロット試験

この試験では、RTS,Sとして知られるワクチンが2歳までの子どもに提供されま

す。アフリカで年間25万人の子供がマラリアで死亡し、世界では43万5千死亡しています。そのほとんどが子供たちです。WHOと様々なパートナーとの共同作業で進められているもので、今後3か国で年間36万人の子どもたちへの接種を目指しています。

トランス脂肪酸に関するWHO事務局長の声明

工業的に製造されるトランス脂肪酸を世界の食品から除くことはWHOが優先する課題であり、2023年までのGeneral Programme of Work (GPW)のターゲットの一つです。これら有害な化学物質を、より健康的な脂肪酸や油脂に置き換えるアクションパッケージREPLACEは2018年に発足しました。

子供の健康な発育のためのガイドライン

WHOは5歳未満の子どもの身体活動、椅子に座りがちな行動、睡眠に関するガイドラインを発表しました。年齢区分(1歳未満、1～2歳、3～4歳)ごとに指針を示しています。



本ニュースは毎月配信するメールマガジンに掲載した記事を、インデックスとしてご利用いただけるよう再掲載したものです。QRコードを利用して、日本WHO協会のホームページ経由で、ニュースリリース、声明、メディア向けノートなどの原文にアクセスできます。

関西グローバルヘルスの集い

第2回 国際保健での官と民の関係・連携

～予防接種を例に挙げて～

2019年3月6日水曜日、第2回関西グローバルヘルスの集いが開催されました。2回目となる今回も、大阪の本町にあるサラヤメディカルトレーニングセンターを会場に、関係者9名を含む計25名が参加しました。今回は、「国際保健での官と民の関係・連携 ～予防接種を例に挙げて～」をテーマに、当協会理事である安田直史先生に話題提供を頂いた後、参加者全員参加によるワークショップを行いました。



兵庫医療大学看護学部看護学科助教

山田絵里

看護師として病院等で勤務した後、2008年に渡豪。2015年大阪大学大学院医学系研究科博士前期課程を修了後、大阪大学医学部附属病院国際医療センターにて国際医療コーディネーターとして勤務。2017年より現職。

予防接種における PPP とは

今回は、持続可能な開発目標 (SDGs) の中でも、「3. すべての人に健康と福祉を」、「17. パートナリシップで目標を達成しよう」の2点に注目し、予防接種に関する官と民との連携 (Public-Private Partnership for Health: 以下 PPP) について話題提供を頂きました。

(写真①)

予防接種における PPP として、2000年に設立された Gavi (Global Alliance for Vaccines and Immunization) のミッションは、「低所得国での公平なワクチン普及によって子どもの命と人々の健康を守る」ことで、理事会メンバーには国連 (WHO、UNICEF、World Bank)、途上国ならびに先進国の政府代表等に加え、ワクチン製薬会社や Bill & Melinda Gates Foundation、Gavi CEO 等が名を連ねています。Gavi の設立による資金調達の顕著な増加から、多くの新ワクチ

ン導入や予防接種カバレッジの増加が達成され、子ども死亡率低下につながったと考えられます。しかし一方で、世界の予防接種におけるリーダーシップは、WHO 等国連から Gavi や私企業、ワクチン製薬会社に移ったようにも捉えられ、これは予防接種がパブリックサービスからビジネスに変化したとも考えられます。この結果、予防接種の方針やアジェンダ設定において、Gavi やワクチン製薬会社等が多大な影響を持つようになり、この状況については賛否が分かれています。

ワークショップでは、世界の予防接種において Gavi の様な PPP に賛成、または反対であるという2つの違う立場に立って議論を行う形式を取り入れました。

グループ分け

世界の予防接種においては Gavi の様な PPP に賛成/反対である

議論する内容

1. 賛成/反対の理由
2. 国際保健のアジェンダを設定し、リードするのが、私企業や個人に集中しないためにはどうすればいいか？
3. 公平で持続可能な予防接種を普及するための新しいパートナーシップを考える

運営側が指定したグループでのディスカッションであったため、実際の自分の

意見とは反対の立場で議論することに困難さを感じる方々もいましたが、どのグループも活発に意見交換ができていました。グループワーク後の発表では、賛成グループから、「実益を得るための人材育成が必要」、「支援を受ける側が受動的にならないような工夫が必要」といった意見が見られた一方、反対グループでは、「民間は撤退し、途上国自身で対策を行うシステム作りが必要」といった意見があり、様々な視点から予防接種に関する PPP について考えを深めることができました。

今後の展望

今回の第2回関西グローバルヘルスの集いでは、前回終了後に頂いたご意見や運営スタッフで共有した改善点を踏まえ、より充実した集いを目指しました。新たな取り組みとして、指定された立場のグループでディスカッションを行うことにもチャレンジしましたが、参加者全員が積極的に発言し、「ディスカッションの時間が有意義だった」という感想も頂きました。参加者の皆様と運営スタッフが協働し、素晴らしい意見交換の場が持てたことへの感謝と同時に、より多くの方がグローバルヘルスについて語ることでできる場づくりを工夫していきたいと考えます。

写真① 話題提供の様子



第3回 HIVに関する偏見・スティグマは、 どうすればなくせるか？

2019年5月8日水曜日、第3回関西グローバルヘルスの集いが開催されました。ゴールデンウィークの翌週で慌ただしい時期にもかかわらず、関係者6名を含む22名が参加しました。第3回のテーマは「HIVに関する偏見・スティグマはどうすればなくせるか？」と題し、大阪市立総合医療センターの白野倫徳先生より話題提供をいただき、その後ワークショップを行いました。



甲南女子大学大学院看護学研究科博士前期課程

柳澤沙也子

看護師として病院等で勤務した後、2015～2017年 JICA青年海外協力隊 インドネシア共和国派遣。2018年より現所属。NPO法人Rehab-Care for ASIAインドネシア事業リーダー。

HIVを知り、考え、語る

まず、HIVの感染経路(血液、精液、膣分泌液、母乳)やHIVが体の中に入る窓口(粘膜、傷口)、感染する確率(HIV0.3%に対しC型肝炎2～3%、B型肝炎30%)といった基本的な情報についてご教示いただきました。その後、不安やうつ、希死念慮を持つHIV感染者が大勢おられること、LGBT当事者はいじめの経験や自殺未遂の経験を持つ者が多いこと等の調査結果をお示しいただきました。さらに、ケニアでの活動をもとに、途上国でも抗ウイルス薬は普及しつつあるものの、適切な管理が行われていないこと等をご教示いただきました。

写真② ディスカッションの様子



質疑応答ではHIV感染者は保険証で差別されるのか(保険証を見るだけではHIV感染者だとわからない)、日本ではHIV感染者が依然として多い理由(性教育の遅れ等)といった様々な視点から、4名からの質問がありました。

ワークショップでは、参加者は受付時に4グループにわかれ、模造紙やふせんを用いて意見を出し合いました。参加者は医療系学生や医療者のみならず、一般市民もおられ、それぞれの経験や立場、HIVに関する認識を話し合い、その上でHIVに対する偏見をなくすための方法を考えました。メディアの報道により、良くも悪くもHIVに関する知識が出回ることや、知識を得るだけでは偏見がなくなるのではないかと、といった様々な意見が交わされました(写真②)。

白野先生のまとめでは、ハンス・ロスリング氏の書籍「FACTFULNESS」(日経BP社、2019年)を参考に、従来の疾患のイメージと現在の統計の数値は乖離がある場合もあると話され、事実を知ること、伝えていくことの大切さを改め

て感じました。HIVのみならず、様々な世界の事実を知ること、伝えることが、偏見をなくす第一歩になるでしょう。このように普段話すことのないテーマについて自由闊達に議論する場を提供することの必要性を改めて感じました。

ますます魅力のある 集いの場

この集いはグローバルヘルスを題材とすることから、海外赴任等様々な理由により参加が困難な方もおられます。今後海外でのHIV対策活動を行うことから、参加できなくなることを惜しまれる参加者もおられました。参加者のニーズに応えることができるよう、今後より柔軟な形での情報提供を考えていきたいと思えます。

今回が第3回となる関西グローバルヘルスの集い。中には毎回参加される方もおられ、定期的に開催することの手ごたえを感じています。今後も魅力ある集いを提供していきたいと思えます。

※参加者募集のお知らせ※

関西グローバルヘルスの集いは、関西を中心に、グローバルヘルスに関する諸問題について、あらゆる角度から、自由闊達に議論ができる場の提供を目的に始まりました。参加費は要りません。参加資格もありません。グローバルヘルスに関心のある方は、どなたでもご参加頂けます。2019年度は、奇数月の第1水曜日に開催予定です(ただし5月は、第2水曜日の8日に開催)。開催のお知らせは、日本WHO協会NEWSで配信されるとともに、協会のホームページでもご確認いただけます。普段はつながりのない人たちとつながって、真剣、かつ楽しく切磋琢磨しましょう！

本集いに関するお問い合わせは、kansai.gh.tsudo@gmail.comまでお願いします。

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。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

世界保健機関憲章前文（日本WHO協会仮訳）

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 States 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.

この憲章の当事国は、国際連合憲章に従い、次の諸原則が全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。

子供の健やかな成長は、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。

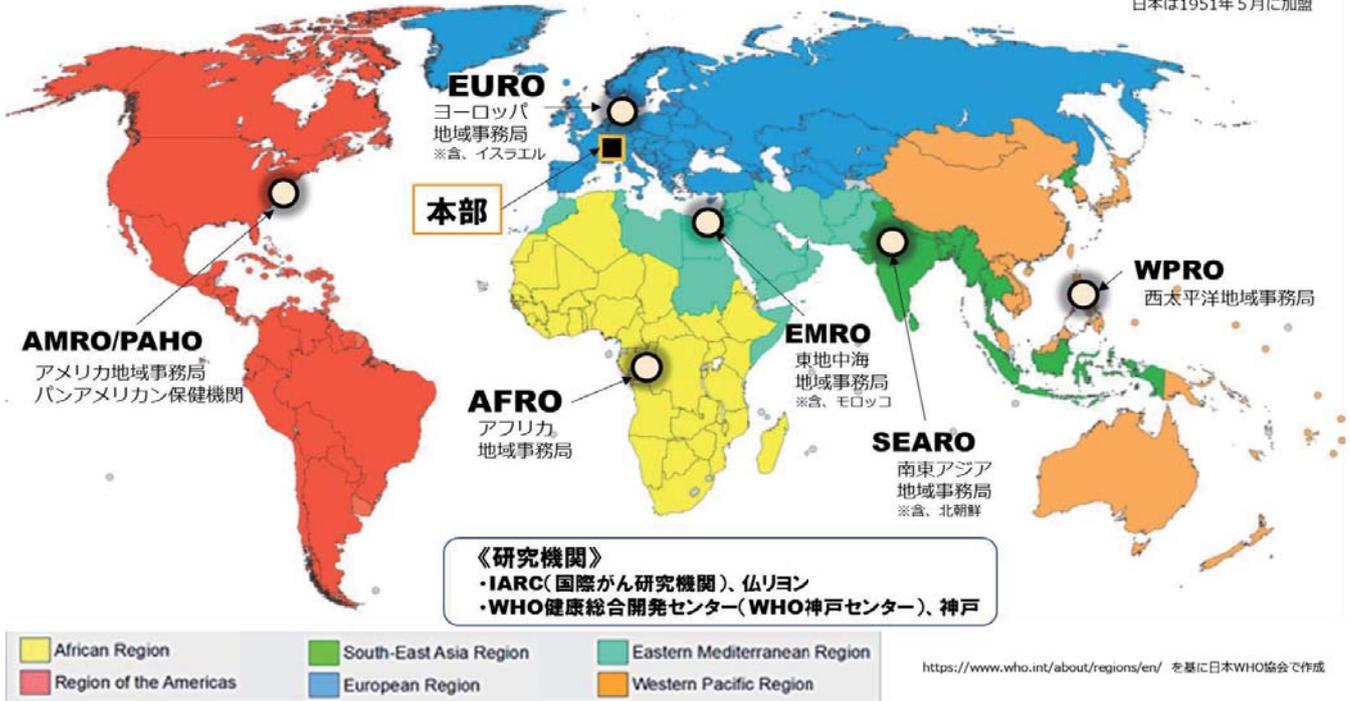
各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。

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。

WHOの地域事務所と管轄エリア

(2018年4月現在194か国・地域と2準加盟地域)

日本は1951年5月に加盟



南北アメリカ地域

- アメリカ合衆国
- アルゼンチン
- アルバ
- アンティグア・バーブーダ
- イギリス領ヴァージン諸島
- ウルグアイ
- エクアドル
- アルサルバドル
- オランダ領アンティル
- カナダ
- ガイアナ
- キューバ
- キュラソー
- グアテマラ
- グアドループ
- グレナダ
- ケイマン諸島
- コスタリカ
- コロンビア
- セント・マーテン
- ジャマイカ
- スリナム
- セントクリストファー・ネイビス
- セントビンセント・グレナディーン
- 諸島
- セントルシア
- タークス・カイコス諸島
- チリ
- トリニダード・トバゴ
- ドミニカ
- ドミニカ共和国
- ニカラグア
- ハイチ
- バハマ
- バミューダ
- バルバドス
- パナマ
- パラグアイ
- フランス領ギアナ
- ブラジル
- プエルトリコ
- ベネズエラ・ボリバル共和国
- ベリーズ
- ペルー
- ホンジュラス

- ボリビア
- マルティニーク
- メキシコ
- モントセラト

ヨーロッパ地域

- アイスランド
- アイルランド
- アゼルバイジャン
- アルバニア
- アルメニア
- アンドラ
- イスラエル
- イタリア
- ウクライナ
- ウズベキスタン
- エストニア
- オーストリア
- オランダ
- カザフスタン
- キプロス
- キルギスタン
- ギリシャ
- グレートブリテンおよび北部アイルランド連合王国
- サンマリノ
- ジョージア
- スイス
- スウェーデン
- スペイン
- スロバキア
- スロベニア
- セルビア
- タジキスタン
- チェコ共和国
- デンマーク
- トルクメニスタン
- トルコ
- ドイツ
- ノルウェー
- ハンガリー
- フィンランド
- フランス
- ブルガリア
- ベラルーシ
- ベルギー

- ボスニア・ヘルツェゴビナ
- ポーランド
- ポルトガル
- マルタ
- モナコ
- モルドバ共和国
- モンテネグロ
- ラトビア
- リトアニア
- ルーマニア
- ルクセンブルグ
- ロシア連邦
- 北マケドニア

アフリカ地域

- アルジェリア
- アンゴラ
- ウガンダ
- エスワティニ
- エチオピア
- エリトリア
- カーボベルデ
- カメルーン
- ガーナ
- ガボン
- ガンビア
- ギニア
- ギニアビサウ
- ケニア
- コートジボワール
- コモロ
- コンゴ
- コンゴ民主共和国
- サントメ・プリンシペ
- ザンビア
- シエラレオネ
- ジンバブエ
- セイシェル
- セネガル
- タンザニア共和国
- チャド
- トーゴ
- ナイジェリア
- ナミビア
- ニジェール
- ブルキナファソ
- ブルンジ

- ペナン
- ボツワナ
- マダガスカル
- マラウイ
- マリ
- モーリシャス
- モーリタニア
- モザンビーク
- リベリア
- ルアンダ
- レソト
- 赤道ギニア
- 中央アフリカ共和国
- 南アフリカ
- 南スーダン

東地中海地域

- アフガニスタン
- アラブ首長国連邦
- イエメン
- イラク
- イランイスラム共和国
- エジプト
- オマーン
- カタール
- クウェート
- サウジアラビア
- シリアアラブ共和国
- ジブチ
- スーダン
- ソマリア
- チュニジア
- バーレーン
- パキスタン
- パレスチナ占領地
- モロッコ
- ヨルダン
- リビア
- レバノン

東南アジア地域

- インド
- インドネシア
- スリランカ
- タイ
- ネパール

- バングラデシュ
- ブータン
- ミャンマー
- モルディブ
- 朝鮮民主主義人民共和国

西太平洋地域

- アメリカ領サモア(米)
- ウォリス・フツナ(仏)
- オーストラリア
- カンボジア
- キリバス
- クック諸島
- グアム(米)
- サモア
- シンガポール
- ソロモン諸島
- ツバル
- トカラ(ニュージーランド)
- トンガ
- ナウル
- ニウエ
- ニューカレドニア(仏)
- ニュージーランド
- バヌアツ
- バブアニューギニア
- パラオ
- ピトケアン島(英)
- フィジー
- フィリピン
- フランス領ポリネシア
- ブルネイ・ダルサラーム
- ベトナム
- マーシャル諸島
- マカオSAR(中)
- マレーシア
- ミクロネシア連邦
- モンゴル
- ラオス人民共和国
- 香港特別行政区(中)
- 大韓民国
- 中華人民共和国
- 日本
- 北マリアナ諸島連邦(米)

(公社)日本WHO協会の沿革

★は世界保健機関 (WHO) 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。
- 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)。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。
- 1968 「目で見ると WHO」発行開始
- 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実施。
- 1981 老年問題に関する神戸国際シンポジウムを実施。
- 1985 WHO 健康相談室を開設、中高年向け健康体操教室を実施。
- 1994 海外の WHO 関連研究者への研究費助成事業を実施。
- ★1996 WHO 健康開発総合研究センター (WHO 神戸センター) 開設。
- 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」を実施。
- 2000 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実施。
- 2006 事務局を京都より大阪市に移転。セミナー事業を開始。
- 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。
- 2009 「目で見ると WHO」を復刊。パンデミックになったインフルエンザに対応し対策セミナーを実施。
- 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」を実施。
- 2011 メールマガジンの配信を開始。
WHO インターナショナル支援助成を開始。
- 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、禁煙セミナーを実施。
- 2013 第 5 回アフリカ開発会議 (TICAD) 公式サイドイベントとしてフォーラムを実施。
- 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。
- 2019 グローバルヘルス研究会「関西グローバルヘルスの集い」開始

第二次世界大戦後の硝煙さめやらぬ 1946 年 7 月 22 日、世界の 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 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)

<p>会長 理事長</p>	<p>中野種一郎(1965-73) 平沢 興(1974-75) 奥田 東(1976-88) 澤田敏夫(1989-92) 西島安則(1993-06) 忌部 実(2006-07) 宇佐美 登(2007-09) 關 淳一(2010-17) 中村 安秀(2018-)</p>	<p>副会長 副理事長</p>	<p>松下幸之助(1965-68) 羽田春免(1984-91) 中野 進(1998-06) 野辺地慶三(1965-68) 佐野晴洋(1989-95) 高月 清(2002-06) 尾村偉久(1965-68) 河野貞男(1989-95) 北村李賢(2002-04) 木村 廉(1965-73) 村瀬敏郎(1992-95) 植松治雄(2004-06) 黒川武雄(1965-73) 加治有恒(1996-98) 下村 誠(2006-08) 武見太郎(1965-81) 坪井栄孝(1996-03) 市橋 誠(2007) 千 宗室(1965-02) 堀田 進(1996-04) 更家悠介(2008-12) 清水三郎(1974-95) 奥村百代(1996-06) 更家悠介(2018-) 花岡堅而(1982-83) 末舛恵一(1996-04) 生駒京子(2018-)</p>
-------------------	---	---------------------	---

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、
継続のご支援頂ける方のお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

目で見る WHO

2019 夏号 No.69
2019年 7月 1日 発行
定価 1000円 (税別)

発行者
中村安秀

編集委員
安田直史(編集長) 小笠原理恵 尾崎史歩
木村暁 佐伯壯一郎 白野倫徳 戸田登美子
柳澤沙也子 山田絵里 吉川健太郎 渡部雄一

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
URL ◯ <https://www.japan-who.or.jp/>

印刷
株式会社因州屋
TEL ◯ 06-4306-6641

WHO への人的貢献を推進しよう

広告

<p>医療法人 黒川梅田診療所 院長 黒川 彰夫 〒530-0001 大阪市北区梅田 1-3-1-300 大阪駅前第1ビル 3F TEL 06-6341-5222 FAX 06-6341-5227</p>	<p>株式会社 プロアシスト 代表取締役社長 生駒 京子 〒540-0031 大阪府中央区北浜東 4-33 北浜ネクスビル 28F TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261</p>
<p>日本ポリグル株式会社 代表取締役 小田 節子 〒540-0013 大阪府中央区内本町 2-1-19 TEL 06-6967-8777 FAX 06-6967-2888</p>	<p>新居合同税理士事務所 代表税理士 新居 誠一郎 〒546-0002 大阪府東住吉区杭全 1-15-18 TEL 06-6714-8222 FAX 06-6714-8090</p>
<p>岩本法律事務所 弁護士 岩本 洋子 弁護士 藤田 温香 〒541-0041 大阪府中央区北浜 2-1-19-901 サンメゾン北浜ラヴィッサ 901 TEL 06-6209-8103 FAX 06-6209-8106</p>	<p>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/</p>
<p>〒192-0916 東京都八王子市みなみ野 3-1-8 医療法人社団 児心会 のま小児科 理事長 野間清司 TEL 042-632-7327 FAX 042-632-7326</p>	

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



初期の渦巻型蚊取り線香

金鳥の渦巻



日本で初めての
エアゾール殺虫剤

キンチョール

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



WHO インターンシップ支援助成のご案内

- 趣 旨** 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、西太平洋地域事務所、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は、下記当協会のホームページでご確認ください。
https://www.japan-who.or.jp/m_recruit/book5620.pdf
- 助成対象者の義務** 助成対象者には、インターン終了後、WHO での経験を協会機関誌「目で見ると WHO」に掲載する記事として報告して頂きます。助成金用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ご連絡頂き、個別事情により助成金をご返還頂く場合があります。

株式会社ブリックス

医療分野に特化した通訳・翻訳サービスを通して
医療従事者・医療機関の皆様を言葉の面からお手伝いしております。

スキル

- 高度医療通訳…一般通訳検定医療1級相当
インフォームドコンセント、問診・診察など医療知識を伴う
比較的高度な医療通訳が対応可能
- 簡易医療通訳…一般通訳検定医療2級相当
予約・問い合わせ、会計、書類関連などの一般的な医療通訳や119番、
110番など、救急通報時の通訳も対応可能

特徴

- 24時間365日、いつでも利用可能
- 夜間・休日も安心の通訳体制
- 救急搬送時の通訳経験が豊富
- モニタリングによる通訳レベルの標準化
- 院内研修の実施
- 社内研修制度の充実
- 弊社対応サービス(電話通訳/映像通訳/通訳者派遣)
一般通訳検定・医療通訳技能認定試験(専門/基礎)資格所有者在中

利用実績

東京都/愛知県/沖縄県/京都市/横浜市/大阪市/神戸市/
さいたま市/聖路加国際病院/がん研有明病院/
他 自治体/国立病院/私立病院ご利用可能施設2,000施設以上

 **BRICKS.** 心と心をつなぐ

株式会社ブリックス

TEL:03-5366-6018 / FAX:03-5366-6002

Mail: bricks_inquiry@bricks-corp.com

<https://www.bricks-corp.com/>

東京都新宿区新宿4-3-17 FORECAST 新宿 SOUTH 4F





手の消毒100% 検索
tearai.jp/hospital

TICAD VI (第6回アフリカ開発会議) での展示



マタニティセンターでの手洗い教育



SARAYA

病院で手の消毒100%プロジェクト

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

出産時、産後の手指消毒の徹底

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



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

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

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



公益社団法人

日本WHO協会

WHO Association of Japan

〒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

URL・<https://www.japan-who.or.jp/>

