

目で見る WHO

2019 秋号 

No.70



公益社団法人

日本WHO協会

CONTENTS

P1	ごあいさつ
P2-5	巻頭特集 感染症
P6-9	セミナー・イベント報告① 「第1回 香港理工大学-甲南女子大学 グローバルヘルス学生セミナー」
P10-13	セミナー・イベント報告② 「Health Professional Meeting (H20) 2019」
P14-15	WHO協会インターン報告
P16-17	協力センター寄稿① 大阪母子医療センター
P18-19	協力センター寄稿② 北里大学
P20-21	協力センター寄稿③ 聖路加国際大学
P22-23	職員お仕事日記
P24-25 / P26-27 / P28-29	WHOニュース 5月 / 6月 / 7月
P30-31	関西グローバルヘルスの集い報告
P32	国際保健イベントカレンダー
P33	健康と関連したSDGsの目標とターゲット
P34	日本の「WHO協力センター」一覧表
P35	WHOの地域事務局と管轄エリア
P36 / P37	日本WHO協会沿革 / WHO憲章

ごあいさつ



日本WHO協会 副理事長
更家 悠介

サラヤ株式会社は1952年に創業しました。当時、日本では赤痢が大流行しており、感染予防のために、手を洗って殺菌消毒できる石鹼液と容器を製造販売したことが、創業の仕事になりました。それ以来、「手を洗い」「手指を消毒すること」は、食中毒や伝染病の予防に繋がる大切な仕事と考え、こだわりを持って「手洗い世界ナンバーワン」を目指してきました。そのため、より良い薬剤の開発やディスペンサーの開発を行い、更に日本で開発された「手洗い」を世界へ普及させ、感染予防に貢献できるよう日々努力を重ねています。

2010年のことでしたが、アフリカのウガンダで「手洗い運動」をやらないかと、日本ユニセフから打診がありました。当時ウガンダでは、1歳未満の乳幼児、5歳未満の子供たちの下痢による死亡率が非常に高く、まず手を洗うことでそれらを予防しようと、ウガンダ政府が取り組んでいるとのことでした。ちょうどサラヤの60周年の記念事業にもなることで、「100万人の手洗いプロジェクト」として、取り組むことを決めました。

現地では、村々にある小学校やマタニティーセンター（分娩所）で「手洗い運動」を行いました。また病院の産科病棟でも感染が多く、お取り上げの時に手指をアルコールベースの手指消毒剤で消毒することを提唱しました。しかしユニセフに対する寄付だけでは、持続可能な事業に繋がらないと考え、2011年にウガンダに「サラヤ東アフリカ」という会社を立ち上げ、ビジネスによる手

洗いの普及を目指しています。また薬剤の普及について輸入では価格が高いため、2014年から現地で製造工場を立ち上げ、生産も開始しました。数度にわたるエボラ騒ぎなどもあり、手洗いや手指消毒は、徐々に普及が進んでいます。

サラヤの「手洗い世界ナンバーワン」のミッションは、「病気よりも予防」という信念と相まって、発展途上国ばかりならず、アメリカ、ヨーロッパ、アジアの先進国も含め、世界各地に普及をはかろうと懸命に努力を続けています。先進国においても、MRSA、VRE、多剤耐性結核菌、などなど抗生物質に対する耐性菌の出現で、院内感染は新たな局面を迎えています。まずは手洗いや、機材の消毒、環境衛生などの基本的な衛生作業を確実に徹底し、抗生物質の多用を避けることが大切です。その意味で「手洗い・手指消毒」は衛生の基本として重要で、それを啓蒙普及する活動を続けています。

最後に、いま日本WHO協会の副理事長の重責をいただいております。いま日本政府は、発展途上国においてUHC（ユニバーサルヘルスカバーレッジ）を実現しようと企画しています。これに対して、手洗いやその他衛生習慣をベースにして、日本の清潔、健康に対するコンセプトに加え、病気や健康のAIを活用した新しい診断など、「健康イノベーション」を、日本WHO協会から発信していきたいと考えています。よろしくお願いします。

2019年10月



感染症 ~根絶・排除・制圧に向けての取り組み~



大阪市立総合医療センター
感染症内科医長 医学博士

白野 倫徳

マヒドン大学で熱帯医学ディプロマを取得。輸入感染症診療やNPO法人でのHIV陽性者支援に関わる。

はじめに

WHOの統計(2016年)では、世界全体の粗死亡率では虚血性心疾患、脳卒中、慢性閉塞性肺疾患(COPD)が上位3位までを占め、感染症としては4位に下気道感染症(肺炎など)、9位に下痢症、10位に結核が入っている程度です(図1)。2000年(図2)と比較すると、HIV/エイズは上位

10疾患から姿を消し、結核も粗死亡率は半分近くに減少し、順位も下がりました。一方、低所得国に限ると、1位:下気道感染症、2位:下痢症、4位:HIV/エイズ、6位:マラリア、7位:結核と、多くを感染症が占めています(図3)。現在もなお、感染症は死因としては深刻な問題となっています。

HIV/エイズの現状

HIVは血液、精液、膣分泌液に含まれており、性行為や注射針の共用、母子感染などで感染します。2018年末時点では、世界で3790万人がHIVとともに生きていて、2330万人が抗ウイルス療法を受けています。2018年には170万人が新たにHIVに感染し、77万人が死亡しました。サハラ砂漠以南のアフリカやアジア太平洋地域では新規HIV感染者数は減少しているものの、東欧・中央アジアや北アフリカ・中東地域では依然増加

しています(図4)。

WHOは2020年までに「90-90-90」を達成することを目標と掲げました。すなわち、(1)HIV感染者の90%が自分の感染ステータスを知る、(2)ステータスを知っている人の90%が治療を受ける、(3)治療を受けている人の90%がウイルス抑制されている、の3つの「90」です。2018年時点では79%が自分の感染ステータスを知り、うち78%が治療を受けており、うち78%がウイルス抑制されていると見積もられており、目標達成は困難なようです。2015年に国連総会で採択された「持続可能な開発(SDGs)のための2030アジェンダ」では、2030年までに「95-95-95」を達成し、年間の新規HIV感染者数を20万人以下にする、エイズ関連死を20万人以下にする、HIV関連のスティグマと差別をなくす、を目標に掲げています。

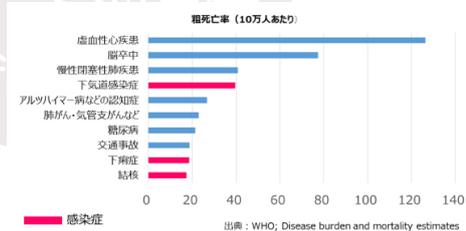


図1: 世界全体の粗死亡率上位10疾患 (2016)



図2: 世界全体の粗死亡率上位10疾患 (2010)

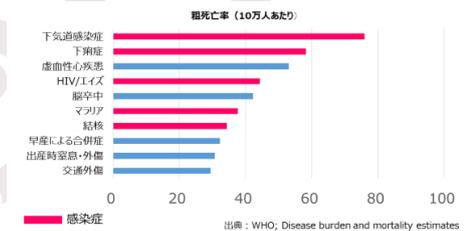


図3: 低所得国における粗死亡率上位10疾患 (2016)



図4: 2017年の新規HIV感染者数と2010年からの変化

コラム

三大感染症

三大感染症と言われるHIV/エイズ、結核、マラリアについては、いずれも1990年代には年間数億人が感染し、500万人以上が死亡する、深刻な疾患でした。これらは貧困や子どもの低栄養とも深く関連し、複合的な対策が必要となります。官民一体となって2002年に設立された「世界エイズ・結核・マラリア対策基金(通称グローバルファンド)」は、すべての人々がより健康的で、エイズ、結核、マラリアによる疾病負担のない世界を目指すことをミッションとして、資金を集め、適切に分配し、実行に移してきました。その結果、これらの感染症の罹患率、死亡率は徐々に低下してきています。

顧みられない熱帯病

顧みられない熱帯病(Neglected Tropical Diseases: NTDs)も見逃せない問題です。ハンセン病、トラコーマなどの細菌感染症、アフリカ睡眠病(アフリカトリパノソーマ症)、ギニア虫感染症、リンパ系フィラリア症、シャーガス病(アメリカトリパノソーマ症)、リーシュマニア症、河川盲目症(オンコセルカ症)、住血吸虫症、土壌伝播性寄生虫症などの寄生虫症が挙げられます。多くは生活習慣の改善、適切な予防、治療で防ぐことができますが、三大感染症に比べると投入される費用も少なく、制圧にはまだまだ時間がかかりそうです。

新興・再興感染症

エボラ出血熱のような新興感染症の問題も深刻な問題となっています。本稿執筆時点で、コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱のアウトブレ

イクは収束の兆しがみえず、WHOが7月18日に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)」を宣言しました。当初の楽観的な見通しに反して収束の見通しが立たないこと背景には、民族間の対立や政情不安定の問題があるとされています。

10年前には豚インフルエンザ由来の新型インフルエンザが発生し、瞬く間に世界中に広がりました。今もなお、世界各地で鳥インフルエンザの発生は報告されており、これらがいつ遺伝子変異を起こし、人に感染力をもつようになるかは予想できません。

いったんは制圧されたかにもえた感染症の再流行もしばしば起こります。麻疹は先進国の多くでは排除されていましたが、今年は米国や欧州を含め、多くの先進国でも大流行しました。日本においても、昨年沖縄県での流行、今年関西圏での流行も記憶に新しいところです。

もはやコントロール可能な疾患だが、根強い差別も

近年の抗ウイルス薬の進歩は目覚ましく、合併症がなくコントロール良好なHIV感染者は、非感染者と生命予後はほぼ変わらなくなりました。先進国では副作用の少ない逆転写酵素阻害剤とイン

テグラゼ阻害剤を中心とした、1日1回1錠の治療が主流となってきました。開発途上国においても、ジェネリック薬品の普及もあり、服薬の困難さは改善されつつあります。ただし適切な服薬指導、管理ができないため継続できないことが問題視されており、今後地域ベースでの取り組みが必要となるでしょう。

HIV曝露前予防(preexposure prophylaxis: PrEP)という概念も普及してきました。治療にも用いられるテノホビル/エムトリシタビン(ツルバダ®)を、感染者のパートナーやリスクのある性行為をする可能性のある人が服用するものです。すでにいくつもの臨床試験でその効果が実証されており、今後のさらなる普及が期待されます。

最近ではコミュニティーベースの取り組みが重要視されています。本年7月に発表されたGlobal AIDS update 2019はタイトルが”Communities at the centre”となっており、サブタイトルは”Defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services”(権利を守り、障壁を破り、HIVともに生きる人々にサービスを届ける)となっています。HIV感染者に対する差別、スティグマはまだ根強

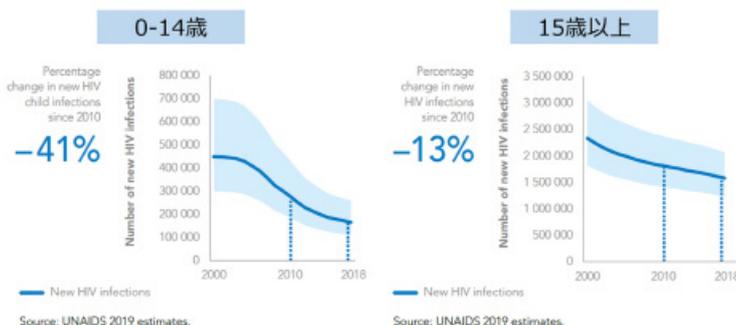


図5: 2000年～2018年にかけての新規HIV感染者数

く残っており、NPO、NGOも含めたコミュニティでの取り組みはますます重要になってきます。

結核とは

結核は結核菌 *Mycobacterium tuberculosis* によって起こる感染症です。結核菌の伝播経路は空気感染、すなわち咳やくしゃみを直接浴びなくても、排菌している感染者と同じ空間を共有するだけでも感染します。感染しても発症するのは1-2割で、残りは潜在性結核症といい、症状を起こさず経過します。発症者のうち8割は感染から2年以内の早期に発症しますが、残りは何年も経過してから、加齢や免疫抑制に伴い発症します。主に肺に感染巣をつくり、咳嗽や血痰などの症状

Figure 6: TB/HIV Progress Chart from a Kenyan hospital. The chart tracks various indicators such as TB cases, HIV status, and treatment progress over a 12-month period. The bottom of the chart includes the instruction '(let the numbers speak)'. The chart shows data points for each month, with some cells containing numbers and others empty, indicating ongoing data collection.

図6: ケニアの病院での結核・HIV感染者数集計表

(10万人年あたり)

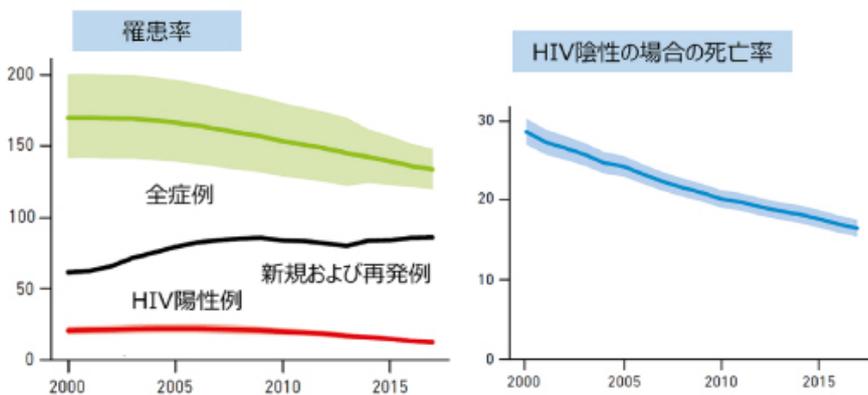


図7: 結核罹患率と死亡率の推移

を呈しますが、全身どの臓器にも病変をきたす可能性があります。複数の抗結核薬を組み合わせる治療すれば予後は良好ですが、最近では薬剤耐性菌の増加が問題となっています。診断の遅れや基礎にある免疫不全の影響で、依然として死亡する人が多い感染症です。

結核に対する挑戦

2017年には160万人が結核に罹患し、うち30万人はHIV陽性と見積もられています。HIVによる免疫不全は結核菌に対する抵抗力を弱め、重症化させることがしばしばあります。HIVと結核の対策は、同時進行で進めなければなりません(図6)。

WHOでは、2030年までに、2015年に比べて(1)死亡者数を90%減少させる、(2)新規罹患率を80%減少させ、結核によって生計がたてられなくなる世帯をゼロにする、を目標に掲げています。啓発活動、検査機会の普及、症状を呈していない潜在性結核に対する治療、発症者に対する直視監視下短期化学療法(Directly Observed Treatment, Short-course:

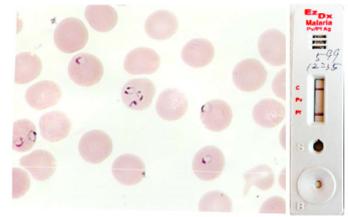


図8: 重症熱帯熱マラリア患者の血液塗抹標本と迅速診断キット

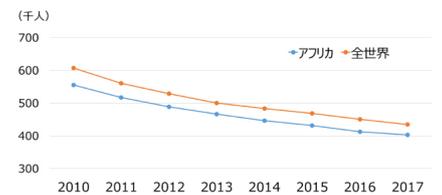


図9: マラリアによる死亡者数の推移

DOTS)の実施など様々な取り組みがなされ、感染者数は減少してきています(図7)。

マラリアとの闘い

マラリアは寄生虫の一種であるマラリア原虫による感染症で、ハマダラ蚊によって媒介されます。ヒトに感染するマラリア原虫には熱帯熱、三日熱、四日熱、卵型の4種がありますが、近年ではこれまでサルにしか感染しないと考えられていた原虫種でもヒトに感染するケースが報告されています。中でも熱帯熱マラリアは重症化することが多く、今なお多くの生命を奪っています。マラリア原虫はヒトの赤血球に感染しますが、熱帯熱マラリアは感染した赤血球が固まり、脳や腎臓など全身の毛細血管を閉塞させます。そのため意識障害や腎不全などの症状を引き起こし、早期に治療しないと死に至ります。特に代償機能や免疫能が未熟な小児での死亡率が高くなります。

WHOでは、2030年までに、2015年に比べ、(1)死亡率を少なく

とも 90% 減少させる、(2) 罹患者数を少なくとも 90% 減少させる、(2) 死亡率を少なくとも 90% 減少させる、(3) 少なくとも 35 カ国でマラリアを排除する、(4) 現在マラリアの流行がないすべての国で再流行を防ぐ、の 4 つを目標に掲げています。サーベイランスシステムの確立、早期診断、早期治療を目指した迅速診断キットや薬剤の普及、蚊の対策としての蚊帳や殺虫剤の普及、住民に対する教育など、様々な取り組みを行った結果、罹患者、死亡率ともに徐々に減少傾向にあります (図 9)。

薬剤耐性に挑む

WHO では、毎年 11 月中に "World Antibiotic Awareness Week" (抗微生物薬耐性啓発週間) を設定し、さまざまな啓発活動を行っています。日本の医療従事者であれば、薬剤耐性といえば抗菌薬が効かない、いわゆる薬剤耐性菌をイメージすることが多いのではないのでしょうか。耐性菌の問題は世界的にも問題になっており、WHO でもたとえば風邪に抗菌薬を処方しない、処方された抗菌薬を他人に譲らないなど、医療従事者、患者さん双方への啓発を行い、抗菌薬の適正使

用の普及に力を入れています (図 10)。

一方、一般細菌だけでなく、三大感染症であるエイズ、結核、マラリアについても、薬剤耐性の問題は深刻になっています。

エイズについては、古くから使用されている逆転写酵素阻害剤に対する耐性は以前から報告されていましたが、最近では新鋭のインテグラーゼ阻害剤であるドルテグラビルの耐性がアフリカで報告されています。結核については、あらゆる抗結核薬に耐性である XDR-TB (超多剤耐性結核菌) が問題となっています。マラリアについては、以前からタイ・カンボジア・ラオス・ミャンマーの国境地帯で最新の抗マラリア薬にも耐性である多剤耐性マラリア原虫が報告されていましたが、最近ではアフリカからも報告されています。いずれの疾患も、薬剤自体は低所得国であっても比較的普及しています。しかしながら適切な服薬指導、服薬管理を行う医療従事者の数は不足しています。そのため服薬の重要性に理解が得られず、自己判断で服薬を中断したり、他人に薬剤を譲渡するなど、適切な服薬継続ができないことが一因と考えられています。医療施設へのアクセスなどのハード面の改善、学校での教育な

ども必要となります。適切な服薬管理を行い現在使用できる薬剤を守るため、医療、行政、教育などさまざまな機関が連携して取り組むことが重要です。

おわりに

多くの感染症は早期に診断し、適切に治療できれば命を奪うことはありません。また、ワクチン接種により防げる感染症、感染者に対する適切な管理を行うことで地域内での伝播も防ぐことができる感染症も多数存在します。

持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) の達成に向けて、感染症対策だけでなく、多方面から取り組んでいく必要があります。

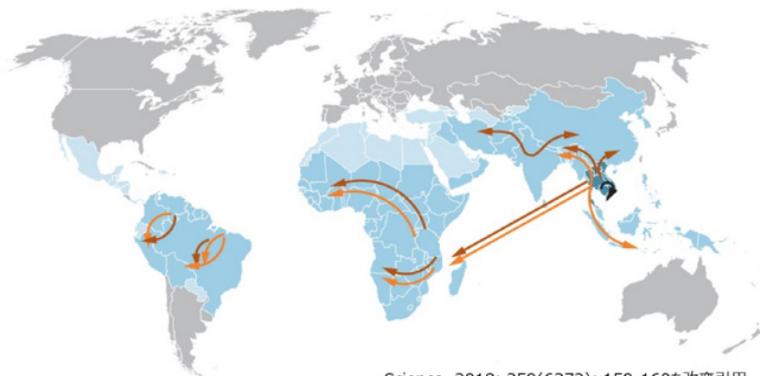


図 10: WHO 薬剤耐性啓発週間のポスターの一例

出典:

WHO: Disease burden and mortality estimates
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
 UNAIDS: Global AIDS update 2019
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf
 WHO: Global tuberculosis report 2018
https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
 The 25th Conference on retroviruses and opportunistic infections (CROI) 2018. Abstract #543.
 Lancet Infect Dis. pii: S1473-3099(19) 30392-5.
 N Engl J Med. 2014; 371(5): 411-23.
 Science. 2018; 359(6372): 159-160
 WHO: World Malaria Report 2018
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf>

【流行と耐性】 ● 流行地 ● クロキン耐性 ● ACT (アルテミシニンを基盤とした併用療法) 耐性
 【耐性の広がり】 → クロキン耐性 → ピリメサミン耐性 → アルテミシニン+ピベラキン耐性



Science. 2018; 359(6372): 159-160を改変引用

図 11: マラリアの流行地と耐性の広がり

日本WHO協会後援

第1回 香港理工大学-甲南女子大学 グローバルヘルス学生セミナー “高齢者と災害医療” レポート

開催概要

7月6日、7日の2日間に渡り、日本WHO協会後援によるグローバルヘルス学生セミナー「高齢者と災害医療」を開催しました。

甲南女子大学看護リハビリテーション学部では、国際交流の一環として、今回初めて香港理工大学看護学生・大学院生10名を受入れました。香港理工大学看護学部では、この時期世界各国に2週間から1か月の間学生を派遣しており、学習内容によって単位認定を行っています。甲南女子大学はその派遣先大学の一つとして選ばれ、全2週間のプログラムを提供する事となりました。講義・演習や関西圏の関連病院等の施設見学プログラムにより、日本の医療に関する講義を受講し、高齢者ケア施設ベルアンサンブル病院と神戸赤十字病院・災害医療センターの見学実習を経て、本セミナーにてよりグローバルな視点から日本の学生と共に学ぶ機会となりました。

このセミナーでは、高齢者を中心とした災害弱者に着目し、世界規模で災害に強い社会システムを構築するための具体的な戦略について理解を深める事を目的にしました。そして、日本および香港の看護学生が、未来の災害時にいかに協働するかについての提言をまとめることを学習目標にしました。

1日目はオープンセミナーで、学内外の参加者と共に講義と香港理工大学の学生・大学院生によるポスター発表を行い、知識強化とネットワーク形成を中心としました。2日目は関西圏の医療系大学より参加者を募り、神戸女子大学、兵庫県

立大学看護学部、甲南女子大学の3大学の看護学生と香港理工大学学生によるグループワークを行い、また最終的なグループワークディスカッションを強化するための講義を入れた後に、プレゼンテーションを行いました。

グローバルヘルスセミナー 講義サマリー

①茅野龍馬先生

“Health emergency and disaster risk management for all people: Increasing vulnerability and required science to address it”

被害の大きさが増している災害の世界動向、減災に向けた日本および世界中長期的な取り組みについてご解説頂きました。グローバル・ローカルな視点で「災害弱者」の存在を考慮しつつ「減災」について考える資料は、P9の参考資料欄に記しました。

Health Vulnerabilityの鍵となる指標は、14歳未満/65歳以上、5歳児死亡率、周産期死亡率、予防接種率、慢性疾患の状況、結核罹患率、と病院ベッド数や人口当たりの医師数などの医療基盤力の7つです。グローバルな観点から見ると、世界は都市への人口集中とスラムの拡大、収入格差の拡大、など災害時の被害拡大の要因が懸念される状態となりつつあります。特に高齢者については、2020年前後で5歳未満人口比と65歳以上人口比の逆転し、2050年には世界的にも60歳以上の高齢者人口比が30%以上となる国として日本、中国をはじめヨーロッパのほとんどの国が含まれている現状を概説頂きました。

甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 国際看護開発学 教授 看護学博士

丸光恵

千葉大学看護学部卒業後、国立国際医療研究センター小児病棟看護師を経て大学教員となる。2014年より現職。

引き続き、WHOのHealth Emergency & Disaster Risk Managementとして、従来の災害医療のパラダイムを変える事の重要性が示されました。つまり災害というイベントを基にした考え方ではなく、リスクを基に減災・防災を検討する事、一つの災害ではなく、全ての災害を想定し、個々の対応能力に焦点を当てて二次災害等の予防策や対応策を図ること、行政から地域へという一方通行ではなく、地域の人々と共に立案・実行していく事などです。行政、企業、市民団体、研究機関などの様々な立場から「ステークホルダー」に発信し減災へ向けた活動や協力が行われています。減災は個人レベルから世界レベルでそれぞれが同じ目標をもって努力することで実現します。

WHO神戸センターでは、災害の研究ネットワークの強化にも取り組んでおり、散在する研究活動の統合、情報共有の促進、パートナーシップの強化、テクニカ



WHO神戸 茅野龍馬先生による講演

ルアドバイスの提供などを行っているとの事で、茅野先生も中心的なメンバーとしてご活躍が期待されています。

茅野先生がご講演の中で学生に向けておっしゃった“Global Health needs you!”と、次の中村先生のご講演の“No one left behind!”は、セミナー参加者の発言・発表の中でも度々繰り返され、その言葉が出るたびに拍手がおきるなど、とても大きなメッセージとなって受け止められました。

②中村安秀先生

“No one left behind”

パキスタンやクウェート、インドネシアにおけるJICA専門官としての開発途上国支援・人道支援の豊富なご経験を基に、Humanitarian Emergencyにおける支援のあり方についてお話いただきました。過去25年間の開発途上国での災害事例を提示され、インフラ設備が整わず、災害知識の普及していない貧困地域は、自然災害の被害がより大きく受けること、そして、被害を受けた国のみにとどまらず、世界経済全体へ影響を及ぼしている事を実際の数値や写真を基に解説。香港理工大学の学生も写真に見入り、真剣な様子が印象的でした。

次にWHOの「持続可能な開発目標(SDGs)」をとりあげ、災害と貧困は直接的に相互に影響を及ぼすため、災害という視点だけでなく、増大する世界人口や社会・経済格差など世界の諸問題に対して統合的なアプローチの必要性を示されました。難民キャンプ内の感染症、PTSDなどの具体的な問題を取りあげ、多職種協働から、cross-disciplinary(新

たな職種が分野横断的に活躍する)、そしてTrans-disciplinary(新たな専門分野の創生)へと発展する分野が生まれてきている事、その一つが災害等に関わる人道支援の分野なのだと教えていただきました。

それでは支援にはどのようなあり方が求められるのでしょうか?そのキーワードの一つが‘Build Back Better!’でした。つまり、復興とは被災前に戻すのではなく、現状復帰よりもさらに良くする事‘We are going to build better than before’なのです。これはインドネシアBanda Acheの津波災害から生まれた言葉だそうです。そしてこれが東日本大震災にも使われます。

東日本大震災では、多国籍チームによる発災時支援、避難所での健康管理、そして専門職から一方的に支援を提供するのではなく、被災者と協働する事の重要性についてご解説いただきました。また、

無電源冷蔵庫による医薬品の保存や、ポスターによる予防接種の周知など、開発途上国支援における物理的・人的支援の方法が幅広く応用できる事が改めて確認できたそうです。開発途上国で行っている支援は、決して他人事ではなく、身近な災害時に役立つ、全てはつながっている事を改めて認識する機会となりました。

最後に中村先生のご講義でとても印象に残った言葉として、「呉越同舟」をあげたいと思います。危機の時、その場その時を共有する人々が立場を超え、問題解決にむけ、被災者と一つになること、そして被災者をエンパワメントすることの重要性。被災者は決して弱い、守られる存在ではなく、トラウマを超えて成長する力をもつ人々であることも言及され、医療専門職としてのあり方についても深く考えさせられるご講義でした。

7月6日(土) 13時~17時 15分	
基調講演: Disaster Risk Management with attention to Older Population	WHO 神戸センター Technical Officer 茅野 龍馬 先生 座長 中村 安秀先生
Poster Session Lightning Talk ポスターセッションの内容を1名2分で発表	香港理工大学 学生・大学院生
Poster Viewing & Q&A 学生によるポスター発表と参加者のディスカッション	
教育講演: Leaving No One Behind	甲南女子大学 看護学研究科 教授 中村 安秀 先生
7月7日(土) 10時~16時	
Group Work 1 3つのディスカッションテーマについて日本人3名、香港理工大学学生2名編成 計5グループで討議 1 "Disaster in Hong Kong and Japan" 2 "Elders and disaster" 3 "Disaster preparedness for Elders"	
教育講演: Health Care for Elderly in disaster	講師 牧本清子先生 座長 中村安秀先生
Group Work 2 テーマ「How can we prepare for the disaster? : Hong Kong & Japan Collaboration」 Group Work 終了後は各グループによるプレゼンテーションとモデレーターによるコメント	

2 日目

③牧本清子先生

"Health care for elderly in disaster"

災害による高齢者の死亡率の高さ、多様な健康問題について焦点を当て、数多くの論文を基に科学的・臨床的なご講義いただきました。

2011年の東日本大震災後では、死者数15,812名中66%が60歳以上の高齢者でした。岩手・宮城・福島共に元々高齢者の居住者割合の高い地域ではありますが、震災そのものによる死亡・津波による溺死に続き、最も多いものが心疾患であり、高齢者は特にたこつぼ型心筋症（心尖部を中心とした左心室壁に一過性の無収縮領域が出来る、左心室造影像がたこつぼに見えることから命名された。器質的な病変を認めない病態で、高齢女性に多く、心因性・身体的ストレスを認める事が多い）、突然死、肺塞栓、深部静脈塞栓などのリスクが高まります。

DCAP AFHCHDC7 リスクスコア
1.Age 75歳以上
2.Family 家族の死亡または入院
3.Housing 完全倒壊
4.Community 完全崩壊
5.Hypertension 高血圧有 内服中または収縮期圧160mmHg以上
6.Diabetes 糖尿病あり
7.Cardiovascular Disease 心血管疾患有り 冠動脈系疾患、脳卒中、心不全

※参考資料より翻訳

DCAP SEDWITMP 8 予防スコア
1.Sleep 睡眠 6時間以上 睡眠中の覚醒 3回未満
2.Pysical Activity 一日 20分以上の歩行
3.Diet 減塩+高カリウム 野菜・果物・海藻 3 servings/一日
4.Body Weight 2kg 以内の増減
5.Infection prevention マスクの常用、手洗い
6.Thrombosis 一日 1ℓ以上の水分補給
7.Medication 抗高血圧薬、抗血小板薬、抗凝固剤の継続
8.Blood Pressure Control 拡張期圧 140 mmHg 以下

※参考資料より翻訳

さらに、加齢等による高血圧があれば、脳卒中、冠動脈疾患、動脈疾患により心不全に陥るのです。これに加えて、人の密集度の高い避難所における感染症やうつ・PTSDが加わる事で、災害関連心血管疾患はさらに増悪する可能性があります。

高血圧はこのような心血管疾患の大きな要因となるため、震災後の高血圧の管理は特に重要となります。睡眠・活動リズムを整える事、食事内容を見直す事、また血圧測定などのセルフモニタリングが大切です。医療者の白衣などの医療環境により血圧が上がる事があるため、できるかぎり平常の状態での血圧測定した値を基に判断することが重要となります。災害関連の心血管疾患予防にはリスク査定のためのスコアが役立ちます。DCAP (Disaster Cardiovascular Prevention Risk Score) を表(左)に示します。

災害時のメンタルヘルスの問題は、高齢者にとっても深刻な問題となります。仮説住宅に住むある高齢者が精神的な影響(PTSD)により歩行不能となったという事例を示され、津波による壮絶な被害を目にした、あるいは体験した被災者の心のケアの重要性について考えさせられました。特に避難所では、ストレスによって引き起こされる「うつ」だけではなく、認知症症状の悪化やせん妄などにも注意が必要となります。

熊本地震では避難所での生活に適応できず、車中泊をする被災者の深部静脈血栓の発症が問題となりました。高血圧や糖尿病等の高齢者に一般的な基礎疾患に加え、活動量の低下や災害ストレス、セルフケア不足によって発症する二次的な健康問題について注意を配る必要があります。特に基礎疾患のある高齢者は、常備薬の紛失、継続観察や診療の欠如は深刻な問題で、糖尿病や歯科疾患の悪化が深刻となります。移動の度に人の手を煩わす事を嫌う傾向にあるため、トイレへ行く事を我慢させてしまわないような配

慮も必要です。水分摂取を減らし排尿量ができるだけ少なくするなどの高齢者の特徴を理解していれば、予防措置を講じる事で増悪・死亡リスクを下げることが出来るものであることも学びました。

災害弱者である高齢者の防災能力や、災害時の医療者の対応を強化するためには、医療機関の専門職だけでなく、政府、自治体、コミュニティが協働しながら活動することが課題と言えます。その際に医療者として、高齢者の病態生理や疾患・治療の特徴に加え、生活スタイルの特徴、悲嘆を理解すること、そしてすべての支援が高齢者の尊厳を守ることにつながる様にすることが重要だと感じました。

グループワーク

香港は現在世界一の長寿国であり、2050年の60歳以上の高齢者の人口比率も世界第7位で40.6%（日本：世界第1位 42.4%）と見込まれています。香港理工大学の学生と甲南女子大学の学生は、本グローバルセミナーの前に、両国の高齢者の生活の共通点相違点に関するグループワークを行っています。ここでは、それぞれの学生の祖父母を例に、様々な趣味活動や、健康的で文化の香り豊かな食生活について情報交換が行われました。

セミナーの午前中のグループワークでは、香港および日本の災害の特徴、防災、発災時の対応など、グループごとに情報交換を行いました。先の牧本先生のご講義の後の、まとめのグループワークは'How can we prepare for the disaster? Hong Kong-Japan collaboration'と題して行いました。笑い声や拍手のおきるグループもあり、最終的に未来の医療職として、両国の学生がいかに協働して災害に備えるのかについて、以下のような提案がなされました。

①防災・減災

両国の災害に関する情報交換、共同教育プログラム、合同防災訓練、両国が互

いに供出し合える備蓄、警告システムの整備（香港では台風には備えた高度なアラームシステムが有ります）、国境を超えてカバーする保険の整備、避難マップの整備

②高齢者への支援

高齢者専門の一次救急の整備（2次的健康問題の予防強化を含む）、避難所における高齢者対象一般薬の備蓄（経口糖尿病薬、高血圧等）、高齢者食の備蓄（減塩、オイルフリー、温かい・軟らかい食べ物）、高齢者対応能力の強化（笑顔、アイコンタクト、高齢者の尊厳を尊重したコミュニケーション技術）

③災害後のマネージメント

心理的支援（ペットセラピー、カウンセリング、ピアサポート）、香港・日本の学生による高齢者支援ボランティア（ボランティアグループ整備、航空券・移動の支援・通訳・コミュニケーショントレーニング）経済支援（双方の国における募金活動、義捐金を被災者へ届けるための平時からのシステム整備）ライフライン・医療等の復興支援のための行政・国レベルの保証システム

これらは5グループの発表成果のほんの一部ですが、最後の発表時には、グループ全員が発言し、その積極性や熱意に加え、内容の素晴らしさにファシリテーター一同、心から感動しました。また、災害弱者に着目する事で、防災・減災・災害時対応全ての質が向上する事は目に見えて明らかであり、災害弱者に必要な



講師と学生のインタラクティブな講演

支援を考える事は「誰一人取り残さない」支援を構築する事につながるのだと確信しました。

素晴らしい学生さんを派遣してください



香港理工大学学生によるポスターセッション

った香港理工大学、本セミナーをご後援頂いた日本 WHO 協会に心より感謝申し上げます。

参加学生の声

甲南女子大学 大学院看護学研究科
博士後期課程 広域看護学分野
潮みゆき

これまで私は自然災害に対して、復興や早期の健康回復といった災害後の回復支援の在り方を中心に、狭い視野で考えを巡らせてきた。しかしこのセミナーに参加して、災害前からの「減災」についてグローバルな視野から広いビジョンと戦略について視座を高めることができた。自然災害は2017年の1年間で9,500万人を超える人々に影響を及ぼし、世界で推定6万8000人の死者と3,350億米ドルを超える経済的損失をもたらしたと報告されている。頻発する災害と共存していくために、その影響を最小限に抑えるための戦略が必要である。災害リスク管理には災害が起こる地域の文化や経済、発展等、世界全体の不均衡を見

直すことが前提として含まれている。これにはグローバルな展望や国際協力が不可欠である。

香港理工大学学生とのディスカッションのセッションでは、互いの国の防災システムや国際協力について情報を交換することができた。自然災害の発生状況や防災システムは異なったが、国際協力の必要性は互いに理解していた。私たちが互いにどんな協力ができるか、具体的な活動や行動レベルに移すためには、まずは問題の背景にあるものや互いの状況をよく知ることから始まる。特に多くの地震を経験している日本と香港の台風被害への対応では、防災意識にも大きく差があるように感じた。

わが国は多くの自然災害を経験し、世界でも先進的、先導的な取り組みを実施している。今後も世界に向けて情報発信していくことが世界規模での減災につながると思う。

参考資料：

1. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction http://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
2. World Report on Ageing and Health <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
3. Kario K. Disaster hypertension. *Circulation Journal*, 2012,76, 553-62
4. Cheng MH. Natural disasters highlight gaps in preparedness. *Lancet* 2009,374,1317-18
5. Below R, Wallemacq P, Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. Annual disaster statistical review 2017, 2018. Available: <https://www.cred.be/annual-disaster-statistical-review-2017>

Health Professional Meeting (H20) 2019

Health Professional Meeting (H20) 2019 が、6月13日、14日の2日間にわたり、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) への道」をテーマとして、日本医師会 (日医) と世界医師会 (WMA) の共催により、東京で開催されました。2018年4月、横倉義武日医会長が WMA 会長として、テドロス世界保健機関 (WHO) 事務局長との間で、「UHC の推進」と「緊急災害対策の強化」に関する覚書を締結しました。本会議は、その覚書の実践の場という位置づけであり、特に、UHC の推進における医師と医師会の役割に焦点をあて、講演及びパネルディスカッションが行われました。日本を含め 38 カ国約 220 名の参加がありました。



公益社団法人 日本医師会 常任理事

道永 麻里

千葉大学医学部卒業。2012年4月より現職。2016年7月より世界医師会理事、アジア大洋州医師会連合事務総長。2019年4月に世界医師会理事会副議長に就任。

開会式典

開会式典は、秋篠宮皇嗣妃殿下のご臨席を仰ぎ、挙行されました。冒頭、主催者挨拶として、横倉日医会長 (WMA 前会長) は、国境を越えた医師の結束がますます重要になっているとし、新たな元号「令和」が示す “Beautiful Harmony” の下に UHC の推進がいっそう進むことに期待を寄せました。また、レオニード・エイデルマン WMA 会長 (イスラエル医師会前会長) は、2030 年までに持続可能な開発目標 (SDGs) を達成するためにも、UHC の推進は国際社会にお

ける最重要課題であり、本会議において実行可能な解決策の議論を重ね、各国関係者の協力・連携の強化を図ることでさらに UHC の推進を図っていきたく述べました。

引き続き、秋篠宮皇嗣妃殿下より「お言葉」を賜りました。妃殿下は、結核罹患率や乳幼児死亡率の改善のために結核予防法が制定され、母子手帳が広く使われるようになり、1961 年に国民皆保険が達成されたことで、国民の生活は大きく改善されたと評価されました。さらに、人口の高齢化に対応するため、日医を含む健康関連の専門家が人々の健康に向け



開会式での横倉日本医師会長あいさつ

て活動していることにも触れられ、「皆様のご尽力が実りあるものとなり、全ての人々が健康で幸せな暮らしを享受できる世界となりますことを心から願っております」と述べられました。

また、安倍晋三内閣総理大臣からは、「UHC の推進は不可欠な要素であり、G20 大阪サミットの議長国を務める本年、この会議が開催されたことをうれしく思っている。今後も、世界の UHC の達成に貢献されることを期待する」旨のビデオメッセージが寄せられました。

世界保健機関 (WHO) と世界医師会 (WMA) の間における覚書

2018年4月5日
ジュネーブ、WHO本部
協力分野

WHO と WMA は、可能で必要な限り、次の分野で協力するつもりである。

- 概念の理解と積極的な参加を促進し、医師とその専門組織の役割に重点を置いて、すべての人々に対するユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する。
- 保健医療従事者の教育、雇用および管理の強化。保健人材に関する WHO グローバル戦略：人材 2030、保健関連の雇用と経済成長に関する国連ハイレベル委員会および保健活動 5 年行動計画の提言は、保健問題のための人材協力の国際レベルでの包括的な政策と戦略的枠組みを提供している。
- 健康の社会的決定要因に基づく行動を通じて、健康関連の人権を積極的に推進し、医療保健分野での差別撤廃に関する国連共同声明の実施を支援しつつ世界中のすべての人々が医の倫理を十分に尊重することを保証すること。
- 医師およびその専門機関の役割に重点を置いて、国内および国際レベルでの緊急災害対策準備システムを強化し発展させること。

基調講演

ミゲル・ジョルジュ WMA 次期会長 (ブラジル医師会理事) の座長の下、基調講演としてサー・マイケル・マーモット WMA 元会長 (ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン疫学教授) による「健康の格差と健康の社会的決定要因」、山本尚子 WHO 事務局長補による「UHC の実現のために～何が必要か～」が行われました。マーモット教授は、人々の健康が経済格差や貧困などの社会環境に大きく

秋篠宮皇嗣妃殿下おことば

本日、「Health Professional Meeting 2019 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道」が開催され、人々の健康のために、たゆみない努力を続けておられる皆さまにお会いできましたことを、大変うれしく思います。そして、海外から参加していらっしゃる皆さまを歓迎いたします。日本でのご滞在が思い出深いものとなりますよう願っております。

すべての人々が、基本的な保健医療サービスを、必要なときに、適切な費用で受けられるようにするという重要な課題に、世界各地で取り組んでこられた皆さまに、心から敬意を表します。

20世紀の後半、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進は、日本の発展に大きく貢献してきました。しかし、その過程では、困難の克服を目指す長い歴史がありました。

日本では、20世紀の半ばまで、結核罹患率や乳幼児死亡率が高く、人

々の健康は厳しい状況にありました。これを改善するため、1951年に結核予防法が制定され、公的機関と民間が連携して、結核の予防や治療のための包括的な対策が実施されてきました。また、すべての妊産婦と子どもの継続的なケアに必要な情報を家族と医療関係者が共有できるよう、母子手帳が広く使われるようになりました。こうしたことをはじめ、国を挙げての努力によって、結核罹患率や乳幼児死亡率は急激に減少し、1961年には国民皆保険が達成され、国民の生活は大きく改善されました。そして、人口が高齢化しつつある今日、日本医師会を含む様々な組織の健康関連の専門家が協力して、すべての人々の健康に向けて活動しています。

この度の会議における講演やパネルディスカッションでは、医師会、世界保健機関、患者団体、NGOなど、



秋篠宮皇嗣妃殿下

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進し、支援する方々がお話しになります。会場には、医療の将来を担う若手医師や医学生も参加しています。この2日間は、お互いの知見を共有し、多様な視点から、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジについて話し合い、それぞれの国や地域に合った進め方を考える貴重な機会となることでしょう。会議に参加された皆さまが、今後一層活躍されますことを、期待しております。

皆さまのご尽力が実りあるものとなり、すべての人々が健康で幸せな暮らしを享受できる世界となりますことを心から願い、会議に寄せる言葉といたします。

影響されているとし、より良い健康を国民に提供するためにも、医師・医療関係者がいかに行動を起こすかが重要になると指摘しました。また、各国における医療の不平等といえる健康格差は社会的危機でもあると強調しました。その解決のためには、UHCの推進に加えて、①小児期での最善な環境、②生涯教育、③雇用の確保、④生活水準を保つための最低賃金、⑤疾病予防について対策を講じる必要があるとの見解を示しました。その上で、健康格差を是正する方法は明確であり、予防することが可能であるとして、尊厳ある人生を送るためにもすべての国の政府が行動を起こすよう呼びかけました。

続いて、山本 WHO 事務局長補は、各国がどのように UHC を導入し、維持

・発展させていくかは本会議の重要なテーマであるが、2030年までのUHCの実現のためには、①政治的なリーダーシップ、②ヘルス分野への資金投入、③人材育成、④プライマリ・ヘルス・ケア、⑤地域づくりが必要になるとの考えを示しました。また、医師会に期待することとして、「医師が医療チームのリーダーとして、様々な職種への教育あるいは支援を行う」、「医療やケアの質に対する考え、評価、改善を行っていく上でリーダーシップを持つ」等を明示しました。その上で、「健康は人間の人権問題、そして社会正義の問題であり、連帯や結束の問題でもある。また、健康は開発、発展あるいは安全や平和の礎となるものである。これからも、医師会の方々と共にUHCの実現に力を尽くしていきたい」

と述べました。

セッション 1

UHCを達成する方法についての見解

エナブレレ WMA 理事（元ナイジェリア医師会長）の座長の下、演者 5 名、コメンテーター 3 名により、UHC に対するそれぞれの立場からの発表が行われました。

ロゼニ国際患者団体連合（IAPO）理事（マラウイ）は、「患者の利益のため、UHCの実現を目指して、WMA 及び加盟医師会と協力する用意がある」とし、コメント WHO 保健人材担当調整官は、「UHC を実現できるか否かは医療従事者にかかっている」と述べました。國井修グローバルファンド戦略・投資・効果局

長は、持続可能な保健システムの強化に向けた医師会の役割と機能の強化、特に地域において置き去りにされている人々を救う努力と実践に期待感を表明しました。ケニア医師会キトゥル会長は、UHC達成には、「適切で十分に訓練された人材」、「予防と健康促進への注力」、「持続可能な医療費調達メカニズム」、「公的資金による戦略的医療への支出」が必要であると指摘しました。ワンケッダカー前インド医師会長は、医療提供においては高度に熟練した医療従事者の配置が重要であるとしました。その他、ティニオ元フィリピン医師会長、オレグブナム WMA-JDN (Junior Doctors Network) 代表 (ナイジェリア)、アルワダニ国際医学生連盟代表 (ヨルダン) によるコメントの後、活発な議論が行われました。

セッション 2

健康の安全保障と UHC

神馬征峰東京大学大学院教授の座長の下、演者 4 名による講演と討論が行われました。戸田隆夫国際協力機構 (JICA) 上級審議役が、災害、感染症の流行などの健康上の脅威に対処するには強靱な社会システムが必要であり、その鍵は人間、コミュニティ、行政、国そして国外からの「信頼」にあるとし、その信頼が果たす役割について言及しました。マイズリッシュ赤十字国際委員会 (ICRC) 駐日代表代理は、武力紛争によってダメージを受けた保健システムを、長きにわたり組織的にサポートしてきた ICRC の実績について説明しました。ファン ヒューリック国境なき医師団 (MSF) 日本医療アドバイザーは、UHC 促進のために

は医療の保護、医療に対する攻撃を阻止することが必要とした他、「医療従事者は患者に医療を提供したことで刑事訴追されてはならず、救命活動は犯罪ではない」としました。タイ保健省ワイボン国際保健政策プログラム部長は、タイの UHC は 2001 - 2002 年に全国での実現に成功したとするとともに、様々なグループは施設が医療部門の内外で行動的に相互連携をとることで、効果的な UHC 政策の維持と医療制度の回復力を支えているとしました。

セッション 3

UHC とプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の政治的側面 - 医療専門職の役割

中谷比呂樹 WHO 執行理事が座長を務め、演者 6 名、コメンテーター 1 名による発表と討論が行われました。レバノン保健省アマー事務局長は、より強力な医療専門職が積極的に関与することは PHC ネットワークの人間中心の医療への転換に貢献するとし、質の高い医療へのアクセスにおいて、レバノンは最もパフォーマンスの高い国の一つに位置付けられているとしました。渋谷健司キングス・カレッジ・ロンドン ポピュレーションヘルス研究所長は、世界の保健システムは、高齢化、慢性疾患、医療技術、グローバル化に翻弄されているとし、誰もが取り残されないように再構築する必要があると指摘しました。パーブ元アメリカ医師会長は、「オバマケア」で得られた利益を守りながら、強力な連邦政府のセーフティネット制度の下で市場ベースのソリューションを利用し、医療のさ

らなる拡大に向けて取り組んでいくとしました。クローバー WMA 事務総長は、PHC を機能させるためには、PHC が信頼に値するもので、医療の拡張性と発展への意欲をもたらすような包括的医療制度に組み込まれている必要があると説明しました。柏倉美保子ビル&メリнда・ゲイツ財団日本代表は、持続可能な保健システム財政の実現、効率的な PHC への投資、PHC へのパフォーマンス評価とデータ収集、国際保健機関間のパートナーシップ強化の重要性に言及しました。宇沢国際学館占部まり代表は、ヘルスケアシステムが社会的共通資本の最も重要な要素であるとし、豊かで魅力的な社会構築への礎となるとしました。最後に、医師の労働団体でもあるイギリス医師会ナグポール議長がコメントを行いました。

セッション 4

UHC に対する責任の共有と個人の義務

葛西健 WHO 西太平洋地域事務局長の進行により、横倉日医会長の講演とパネルディスカッションが行われました。横倉日医会長は、北里柴三郎先生の「予防医学を確立することが近代化である」という志を受け継ぎ、「人生 100 年時代に向けて、治療を中心とした医療のみならず、『予防・健康づくり』にも力点を置き、健康長寿社会の実現に努めていく」と述べました。また、現在の日本の国民医療費の現況についても触れ、「社会保障費は、高齢化によって医療・介護等を中心に、今後も増加していくが見込まれる」との認識を示すとともに、「国



議場から質問する中村安秀日本 WHO 協会理事長



参加者の集合写真

から社会保障費の抑制策が提示される中で、引き続き、『国民の安全な医療に資する政策かどうか』『公的医療保険による国民皆保険を堅持できる政策かどうか』を判断基準として政府に意見を述べるだけでなく、医療現場からの声を基に様々な提言をしていきたい」としました。

引き続き、横倉日医会長、モントゴメリー WMA 理事会議長（ドイツ医師会前会長）、鈴木康裕厚生労働省医務技監、戸田 JICA 上級審議役、平林国彦ユニセフ東アジア・太平洋地域事務局地域保健事業アドバイザー、ナムギャル WHO 南東アジア地域事務局事業統括部長、ガクルー WHO アフリカ地域事務局セシエル事務所代表、ユエ WHO 西太平洋地域事務局ヘルスシステム部 UHC 及び SDGs ガバナンスコーディネーターが参加し、パネルディスカッションが行われました。

その中では、UHC の達成に向けた課題として、主に医療関係者の人材不足の問題、エボラ出血熱等、地域特有の問題や各国の保険制度が異なる点、患者との関係等が挙げられました。特に人材不足については、プライマリ・ケアを担う人材が世界的に不足していることや、待遇・教育面において条件の良い都市部への人材の集中、発展途上国から先進国に留学した医学生などが母国に戻らないなど、絶対数だけではなく、偏在の問題も大きいとの認識が示されました。また、患者との関係性については、横倉会長が、提供する側と受ける側の信頼関係の醸成の重要性を強調した上で、我が国で患者権利法の議論が進んでいることを紹介するとともに、様々な問題の解決のために医師の団結を強く呼びかけました。

「UHCに関する東京宣言」を採択

(1) UHC とプライマリ・ケアの理解と関与の強化、(2) UHC の達成に向けた長期国家政策の策定、(3) 医師及び医師会の役割の明確化、政府と社会のあらゆる側面に向けた提言の策定—を主な内容とした「UHCに関する東京宣言」

UHCに関する東京宣言

Health Professional Meeting (H20) 2019 において、世界医師会 (WMA) と日本医師会 (JMA) は、世界保健機関 (WHO)、各国政府、政府間および国連機関、その他の組織によるユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) を提供するヘルスケア制度の開発を推進する取り組みを歓迎する。

私たちは、UHC を「すべての人々および地域社会が、その必要とする効果的で十分な質の、健康増進、予防、治療、リハビリおよび緩和に関するサービスを、経済的な困難を伴うことなく確実に享受できること」(WHO による定義) を意味すると理解する。

UHC は、ヘルスシステム自体の不平等を克服するためのツールである。

UHC は、人々のためのものであると同時に人々によるものでもある。

多くの国ではヘルスケアのための人的資源が不足している。私たちは、医療専門家の教育と定着化への投資を行う責任者すべてに対して、UHC を実現するよう求める。

これには、質の高い教育、継続的専門能力開発の機会、そして地域社会と患者に医療を提供する人々にとって、最も重要で安全、尊厳重視で魅力的な労働条件や生活状況が含まれる。

WMA は、世界のすべての地域における医師と医師会に対して、UHC の擁護と実現に重要な役割を果たすよう奨励する。

医療側からすれば、包括的ヘルスシステムの中核部分として質の高いプライマリケアの開発への強い関与を含め、UHC の概念を受け入れることに躊躇があってはならない。

私たちは、G20 の財務大臣 が UHC の発展を「開発途上国における、人的資本の開発、持続可能かつ包括的成長と開発、ならびにパンデミックや抗菌薬耐性などの健康上の緊急事態の予防、発見と対応」に貢献するものとして最近注目していることを歓迎する。

私たちは G20 サミットに対して、以上のことが G20 諸国のみならず、理由を問わずヘルスケアシステムに未だ十分な投資ができない他の諸国においてこそヘルスケアシステムに対する改善された持続可能な投資への道を鼓舞するという期待を表明する。

https://www.mof.go.jp/english/international_policy/convention/g20/communique.htm

https://www.mof.go.jp/english/international_policy/convention/g20/annex8_1.pdf

が採択されました。

同宣言の中では、世界中の医師と医師会に UHC の擁護と実現のために重要な役割を果たすよう求めるとともに、G20 サミットに対しては、ヘルスケアシステムに対する持続に十分な投資ができない国への投資を鼓舞することを期待としています。

レセプション・夕食会

13 日のレセプションには、麻生太郎財務大臣が出席されました。自身が議長を務めた財務大臣・中央銀行総裁会議で、

途上国における UHC の推進を議題に取り上げ、UHC ファイナンスの強化の重要性を確認したことに触れ、UHC 推進における医師会の役割の重要性を指摘しました。また、大阪で行われるサミットでも G20 財務大臣・保健大臣合同セッションにおいて、UHC 推進に向けた議論を深めていく考えを示しました。14 日の夕食会には、根本匠厚生労働大臣が出席しました。医療関係者の真摯な議論により、充実した成果文書が取りまとめられたと「東京宣言」を評価するとともに、日医、WMA の尽力を称えました。

WHO 西太平洋地域事務所 顧みられない熱帯病(NTD)対策 -NTD根絶を目指して-



長崎大学熱帯医学・グローバルヘルス研究科/熱帯医学研究所

佐々 美保

名古屋大学卒業後、2017年10月から長崎大学熱帯医学
・グローバルヘルス研究科/熱帯医学研究所に所属

はじめに

本報告は、2019年1月から6月の半年間、顧みられない熱帯病対策(Neglected Tropical Diseases)の現状を学ぶため、World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific(世界保健機関 西太平洋事務局、以下WPRO)にてインターンシップを行ったものです。インターンシップを通して、他分野との連携が一段と求められている顧みられない熱帯病対策の現状を再認識し、自らの顧みられない熱帯病に対する思考を180度変えるとともに、対策にかける情熱を一段と高めることができました。その活動の一端を簡単にご紹介します。

背景

筆者は、住血吸虫というNTDsの1つである感染症について研究しています。2018年に行ったケニアでの研究活動を通し、顧みられない熱帯病がいかんにして顧みられていないのか、その理由と困難を極める対策に直面しました。その経験

を踏まえ、保健分野で世界を先導するWHOがどのような役割を担い、対策を推し進めていくのかを学びたいと考え、WHOインターンシップの応募を決意しました。希望通りのNeglected Tropical Diseases(NTDs), Malaria, other Vector-borne and Parasitic Disease Unit, Division of Communicable DiseasesのNTDs担当官のもと、インターンを行う機会を得ました。

WHO 西太平洋事務局の概要

WHO西太平洋事務局は、世界に6つある地域事務局の1つであり、37の国と地域、そこに住む19億人を対象とし、グローバルなイニシアチブを西太平洋地域における特有のニーズ・課題を反映しながら地域計画に変換していく役割を有します。現在の重点は、感染性疾患、健康保障と緊急対応、非感染性疾患、保健セクター開発、そして太平洋地域の技術支援です。フィリピンの首都マニラに所在し、2019年2月から葛西健先生が事務局長を務められています。

顧みられない熱帯病の動向

「顧みられない熱帯病」とは、アジア・アフリカを中心として蔓延している20の熱帯病を指します。衛生状態や生活環境と深く関わるものが多く、貧しく社会的な弱者の間に蔓延しているため、これまで国際的に顧みられてこなかった疾患です。健康ばかりでなく、疾患に伴う経済的負担、偏見などの人権問題や社会問題を誘発しています。患者の多くが貧困層であるため、治療薬の開発をはじめとした対策が進まないといった状況がありました。しかし、NTDの多くは予防、そして根絶が可能です。たとえば日本では、かつて蔓延していた土壌伝播線虫、フィラリア症、住血吸虫症の撲滅に成功しています。予防、根絶ができる病気でありながら、世界では苦しんでいる人たちがいます。これを改善しないかぎり、国連が掲げる2030年までにUniversal Health Coverageを達成するという目標には到達できません。

NTD対策の現状として、2017年に世界でNTDの治療を受けた人数は10億人を超え、ほとんどの薬が製薬会社によって寄付されています。

WPROでは、全20疾患のうち15疾患が28の国と地域で蔓延しています。特に過去20年間にわたる対策により、多くの進歩とともに疾患の排除に成功してきました。更なるNTD対策の発展にむけ、2018年にRegional Action Framework for Control and Elimination of Neglected Tropical Diseases in the Western Pacificが



WHO/WPRO 局長 葛西健先生と(筆者右から4番目)



① Bi-regional meeting (ジャカルタ) で文献検討、メタアナリシスの結果を発表 (筆者発表中)
 ② MVP スタッフと (筆者左から4番目) ③ インターンと (筆者中央)

WPRO 加盟国によって採択されました。

インターンシップの内容と成果

インターンシップの仕事内容は、インターンシップ開始時に担当官と話し合っ
て決定しました。半年間で多岐に渡る業
務に従事しましたが、一番大きな仕事は
顧みられない熱帯病の1つである住血吸
虫症の診断方法についての文献検討とメ
タアナリシスでした。日々の業務をこな
しつつ3ヶ月かけて文献検討と解析を行
い、得られた結果を2019年3月にイ
ンドネシアのジャカルタで開催された
WHO Regional Office for the South
East Asia (SEARO) と の Bi-regional
meeting で発表を行いました。会議で
の発表に向けて、担当官と幾度ももた
り議論を重ねて発表内容を決定してい
きました。また、この会議には準備段階
から関わらせていただき、SEARO との毎
月のテレビ会議に参加し、会議の演目や
タイムテーブル作成を手伝い、会議当日
は書記と発表、会議終了後は会議レポ
ート作成という、会議の準備から報告ま
で、一通りのプロセスを経験することが
できました。会議では各国から政府の
担当官、各国 WHO の担当官、CDC、
研究者そして WHO 本部の担当官が
出席し、活

発な議論が展開されました。現在の
各国の状況をふまえ、今後の住血吸虫
症対策を推し進めるためにどのような
研究が必要か明確になりました。そし
て、アジア全体で住血吸虫症の根絶に
向けた目標が共有されました。この
会議を通して WHO の会議が目的を達
成するために如何に緻密に準備されて
いるのかを学びました。それだけでな
く、会議参加者にも有益な会議となる
よう、常に新しい科学的根拠や情報を
提供するように会議内容が構成されて
いました。

インターンシップでは、このほかに
も WPRO が年に2回発行している WPRO
NTD News Letter の編集・作成、各種
書類作成補助、データのサマライズや
解析、ガイドライン作成補助など、担
当官と相談し、フィードバックを得な
がら業務に取り組んでいきました。

おわりに

インターンシップを経験して、顧み
られない熱帯病は根絶すべき、そして
できる、と強く信じられるようになった
とともに、国際機関にしかできない大
きな役割があることを学びました。特
に WHO は保健・医療の専門機関とし
て科学的根拠に基づいた国際基準の設
定や枠組みの構築を担っています。こ
れらの国際基準、

枠組みを土台として、西太平洋地域、
世界全体を俯瞰しながら、必要に応じ
て各国を技術的にサポートし、支えて
いることを学びました。日々の業務に
加え、数多くの会議への参加を通して
、世界中の研究者と接し、最新の知見
を得る機会にも恵まれ、知的好奇心を
刺激され、NTD により一層魅了され
ました。インターンシップ前は、ケニア
でのフィールド経験から、顧みられな
い熱帯病がいかんにか、その理由と困
難を極める対策を目で見て知り、NTD
の排除を遠く長い道のりと感じていた
筆者でした。しかし、半年間のインター
ンシップ中に WHO のビジョン、戦略
を深く知り、担当官の各国を支援す
るための日々の活動を間近でみるこ
とを通して、NTD に対する考えが180
度変わり、NTD 排除に向けて貢献し
たいという情熱が強くなりました。

筆者は、この半年間の経験を反芻し
ながら、今後どのように NTD 対策に
貢献していけるのか、再考していきます。

最後に、今回の活動を終始支えてく
ださった担当官の矢島綾先生をはじめ
、WPRO MVP チームの皆様、(公社)
日本 WHO 協会様、文部科学省トビタ
テ留学 JAPAN 様、その他関係者の
皆様にご厚く御礼申し上げます。

母子保健分野におけるWHO協力センター 大阪府立病院機構大阪母子医療センター

大阪母子医療センターの概要

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センター（以下、母子医療センター）の設立は、1974年大阪府衛生対策審議会の答申書に遡ります。当時、大阪府の母子保健の状況は全国平均を大きく下回り、そのような中“母性の健康の保持増進と小児の成長発達を保証するための包括的取り組みを推進する研究と、関連するスタッフの教育のための技術的中核となり、かつ母子の保健と医療を推進してゆく機関として、「母子保健総合医療センター」を設置するものである。なお、「センター」は通常の産科病院や小児病院のような機能を果たすものではなく、府下全域にわたる真に有効な母子保健体制の確立のために、地域社会への技術普及を行うとともに、地域社会の保健医療サービスとの恒常的な連携・協力をはかる母子保健医療の中核機関である。”と答申され、1981年に病院部門（周産期部門）と企画調査部門（後の母子保健情報センター）が始動し、1991年には小児医療部門及び研究所を開設しました。現在は周産期医療の専門的基幹施設として、ハイリスク妊産婦や低出生体重児、様々な疾患を持つ新生児に高度な医



大阪府立病院機構大阪母子医療センター
母子保健調査室長
植田 紀美子

自治医科大学・ハーバード大学公衆衛生院卒業。大阪急性期・総合医療センター、大阪府、厚生労働省等をへて現職。障害児等の臨床と疫学研究に従事。



新生児科主任部長
(国際委員会委員長)
和田 和子

大阪大学医学部卒業。小児科医、新生児科医。淀川キリスト教病院、阪大病院総合周産期センター講師を経て2017年より現職。現在日本小児科学会副会長。

療を行うとともに、小児専門医療機関として高度な医療を提供し、希少・難治・重症疾患患児の治療にあたっています。また、研究所では母子に関する疾病の原因解明や先進医療の開発研究、母子保健情報センターでは母子保健にかかる調査と地域保健機関と連携した患者支援を行っています。

大阪母子医療センターとWHO指定研究協力センター

母子医療センターは、開設当初から欧米、アジアなど海外の研修生を多く受け入れてきました。その実績から、第2次海部俊樹内閣の下条進一郎厚生大臣の推薦のもと、1991年に母子保健分野で本邦初のWHO指定研究協力センター（WHO Collaborating Centre for maternal and child health; 以下、WHOCC）に指定されました。総合周産期母子医療センターで培った高度医療と、公衆衛生的観点から周産期指標の改善に寄与した経験を国際母子保健に生かすべく活動しており、現在の付託事項（Terms of Reference; 以下、TOR）は以下となっています。

1. To serve as a demonstration site for implementation of WHO's Early Essential Newborn Care (EENC)
2. To support WHO in monitoring of hospital-acquired infections during childbirth and postpartum period and for sick children
3. To conduct research to support WHO's work on prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth

海外の保健医療従事者に対する研修

WHOCCのTORに掲げる優先事項(早期の必須新生児ケア、院内感染対策、虐待予防の観点から長期入院児の子育て支援)については、海外の医師、看護師、コメディカル等すべての保健医療従事者を対象とした研修を継続的に実施しています。JICA等の委託事業のみならず、職員が学会等で知り合い、研修を企画することもあります。研修では、短期間であっても知識や技術を自国に持ち帰り、実際に現場で活用することが重要です。一日研修を除き、ほぼ全ての研修で研修



写真①研修修了者へ総長から certificate の授与



写真②研修成果発表会後に研修員とともに記念撮影 写真③カンガルーケアの講義と実践 写真④新生児科医による人形を使った新生児蘇生法の実習

成果を発表し、研修修了書を発行しています。研修に関わる職員だけでなく、国際保健に関心のある職員も参加して熱心に議論を交わしており、帰国後のモチベーションの維持につながればと願っています。(写真①、②)

研修における Early Essential Newborn Care (EENC) の普及

研修における Early Essential Newborn Care (EENC) の普及

「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、SDGs3.1「2030年までに、世界の妊産婦死亡率を出生10万人当たり70人未満に削減する」、SDGs3.2「すべての国が新生児死亡率を少なくとも出生1,000件中12件以下にまで減らし、5歳以下の死亡率を少なくとも1,000件中25件以下まで減らすことを目指し、2030年までに、新生児及び5歳未

満児の予防可能な死亡を根絶する」という周産期・小児保健分野の目標が掲げられています¹。5歳未満児の死亡率減少の鍵は新生児・乳児死亡の削減にあるとされ、周産期への集中的な支援が実施されています。5歳未満児の死亡の約4割が新生児期に起き、新生児死亡の約4分の3は早期新生児期に、うち半数は生後24時間以内に起きています²。新生児死亡の主な原因は、重篤な感染症、早産、窒息であり、これらを合わせると新生児死亡の8割以上を占め、母子医療センターは特にこの領域に貢献すべきと考えます。

新生児の死亡率・罹病率の低減方法は既に確立され、WHOは、新生児ケアの基本三大原則である保温・栄養(授乳)・感染防止を行動化した必須新生児ケアを推奨しています³。さらにWHO西太平洋地域事務局では、早期の必須新生児ケア

(EENC)について、根拠に基づいたプロトコルを2014年にまとめています⁴。WHO西太平洋地域では2分に一人の速さで生後2、3日の新生児が亡くなり、その多くは予防可能な原因とされています。EENCは、生後数時間～数日に焦点をあてた具体的なプロトコルで、新生児に関わる全ての医療従事者を対象としています。母子医療センターでは、海外の保健医療従事者に対する研修の際にEENCを紹介し、新生児蘇生法、カンガルーケア、超低出生体重児の初期対応などより実践的な臨床現場研修を提供しています。(写真③、④)

今後も母子医療センターは、母子保健分野におけるWHOCCとして、周産期・小児医療、地域関係機関との連携、予防的観点から母子保健の取組など、幅広い分野で貢献できればと願っています。

1. <http://www.who.int/sdg/en/> (2019.8.13アクセス)

2. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, Regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 388:3027-35.2016

3. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn_care_course/en/ (2019.8.13アクセス)

4. http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10798/9789290616856_eng.pdf (2019.8.13アクセス)

北里大学東洋医学総合研究所 ～日本の伝統医学「漢方」を通じたWHOへの貢献～



北里大学東洋医学総合研究所
WHO伝統医学協力センター

若杉 安希乃

2007年北里大学大学院医療系研究科博士課程修了。
現在、北里大学東洋医学総合研究所E.B.Mセンター室長。

共著者：関根 麻理子 / 小田口 浩

北里大学東洋医学総合研究所の概要

北里大学東洋医学総合研究所 (Oriental Medicine Research Center) (写真①) は1972年に日本で最初の漢方医学 (漢方薬や鍼灸による治療を中心とした日本の伝統医学) の総合的な研究機関として設立されました。「漢方鍼灸治療センター」「研究部門」「教育部門」「臨床試験部門」「国際部門」「事務部門」からなり、本来の漢方医学をきちんと継承し、発展させることを目指して日々精進しております。

対外的には、国内の漢方医学関連学術機関と共同した研究活動、日本東洋医学会・全日本鍼灸学会・和漢医薬学会など漢方関連学会における活動、関連企業と連携した産学プロジェクトなど、漢方医学の普及や発展につながる様々な活動を行っております。また国際的にも、海外の伝統医学研究機関と連携協定を結び、国際的な漢方関連学会にも積極的に参加す



写真① 施設の外観

るなど、世界を視野に入れた活動も行っております。

WHO協力センターとしての役割

北里大学東洋医学総合研究所は、1986年に我が国初のWHO伝統医学協力センターに指定され、現在に至るまで指定が継続されております。国内でWHO伝統医学協力センターに指定されているのは、北里大学東洋医学総合研究所と富山大学医学部和漢診療学講座の計2施設です。

国内外研究者の教育と情報交換、漢方薬や鍼灸の有用性の評価や品質管理方法の確立、漢方薬や鍼灸の作用機序の解明、医史学研究の実施等を通じて、国内のみでなく世界の伝統医学の発展に貢献できるよう、努力しております。

伝統医療分野における医療安全情報の収集

北里大学東洋医学総合研究所は漢方医学の中核をなす漢方薬医療と鍼灸医療の双方に携わっていることから、伝統医療の安全な提供方法に関する情報を収集し、提供することがWHOへの貢献の一つと考えております。

そこで、一般社団法人日本東洋医学会の医療安全委員会と協力して、漢方領域におけるインシデント・アクシデント事例の情報を試験的に収集・解析する活動を2019年より開始いたしました。次の段階ではより大規模な調査を行い、伝

統医学特有の医療安全ガイドライン作成に役立つ情報を提供したいと考えております。

漢方医療の標準化を目指すプロジェクト

漢方診療においては、問診・舌診・脈診・腹診など五感を使って把握した所見を、陰陽・虚実・気血水など、漢方医学独自の理論を用いて評価し、最終的に適切な漢方方剤を決定しますが、伝統医学に内在する制約のため、診療過程の可視化、標準化が大きな課題となっております。我々はWHO伝統医学協力センターに指定されている富山大学をはじめ、自治医科大学、千葉大学、東海大学、福島県立医科大学の漢方医療専門家と共同し、「漢方診療標準化プロジェクト」を実施しております。プロジェクトの内容は、通常の漢方診療過程から得られるデータを解析し、患者様から採取した漢方医学的所見と漢方方剤の組み合わせが病態にどのような効果をもたらすか、安全性に問題は生じないか、という点を検証することで漢方診療過程を可視化、標準化するものです。これまでに各種研修会・シンポジウムも開催しました (写真②)。漢方診療の骨格部分が標準化されることで、漢方診療の安定化が図られ、漢方研究の礎が作られ、さらに漢方医学教育の標準化も図られるなど、漢方医療を用いた健康管理に多大なメリットが生まれると考えられます。この手法は他の伝統医学にも応用可能であり、WHOの求める課



②診察手合わせ会を開催(2016.11.20) ③日韓 WHO 伝統医学協力センターシンポジウム開催(2017.6.16) ④タイ タラン県看護大学からの見学者(2014.4.11) ⑤北里大学・富山大学・WPRO 協議会(2015.9.5) ⑥ Dr.Zhang Qi,Dr.AHN Sangyoung が来訪(2016.10.6) ⑦ 4th Hospital Quality and Patient Safety Management Course(2017.3.22) ⑧第 70 回日本東洋医学会学術総会の準備委員

題の一つである伝統医療の標準化に資するものと考えております。

日韓 WHO 伝統医学協力センターとの連携

日韓の5つのWHO伝統医学協力センターは、2010年に研究協力協定を結びました。5つの伝統医学協力センターの内訳は、日本側は北里大学東洋医学総合研究所と富山大学和漢診療学講座の2施設と韓国側は国立ソウル大学、キョンヒ大学、韓国韓医学研究院の3施設です。2012年に北里大学、2013年にソウル大学、2015年に富山大学とキョンヒ大学、2016年に韓国韓医学研究院、2017年に北里大学(写真③)、2018年に韓国韓医学研究院というように持ち回りで国際シンポジウムを開催しています。今後も引き続き、日韓両伝統医学の利点を補い合うことを目的に連携を強化していく予定でおります(なお、国立ソウル大学は現在WHO伝統医学協力センターから外れています)。

国際交流活動の活性化

北里大学東洋医学総合研究所には、海外からの多くの訪問者を積極的に受け入れています(写真④、⑤、⑥、⑦)。2007年4月～2019年7月までの見

学受け入れ総回数は103回であり、見学者総数は543名でありました。受け入れ国上位10国のリストを表に示します。見学プログラムの内容は、北里大学東洋医学総合研究所の紹介DVDの上映(英語版・中国語版・韓国語版あり)、資料展示室・薬局の見学・質疑応答等です。近年は、通訳者を同行するケースが増えて、充実した議論が行われるようになっております。(表右)

第70回日本東洋医学会学術総会の開催

2019年6月28日～6月30日、北里大学東洋医学総合研究所の花輪壽彦名誉所長を会頭として、新宿の京王プラザホテルにおいて第70回日本東洋医学会学術総会が開催されました(写真⑧)。本学術総会では、WHOのDr. Zhang Qi(Coordinator of Traditional, Complementary and Integrative Medicine Unit, Department of Service Delivery and Safety)に“Implementation of WHO TM strategy 2014-2023”のタイトルで記念講演をいただきました。その他、前述の一般社団法人日本東洋医学会の医療安全委員会による「漢方薬の副作用に関するシンポジウム」や、同じく前述の診療標準化プ

表. 2007年4月～2019年7月 海外からの来訪状況

	来訪人数(人)	来訪回数(回)
韓国	142	22
中国	136	20
タイ	116	7
アメリカ	53	23
ベトナム	22	5
ロシア	20	1
モンゴル	16	3
アラブ首長国連邦	6	1
ドイツ	5	5
カンボジア	4	1
他	23	15
計	543	103

ロジェクトによる「標準化シンポジウム」といった、WHO活動に関連するプログラムも実施されました。

ICDに導入される伝統医学

WHOから勧告される国際疾病分類の第11版(ICD-11)に「伝統医学」の章が初めて導入されることになりました。中国古代医学を源流にするという共通点を有しながらも現在では診断方法が異なってしまう日本、中国、韓国の伝統医学を一つの章にまとめるには大きな努力を要しましたが、当施設も関与して成果をあげることができたことは大きな喜びです。これを機に、今後は、国際的にも「伝統医学」が益々注目されるようになることを期待しております。

聖路加国際大学 ～市民中心ケアモデルによる健康支援と 国内外の保健医療職との協働～



聖路加国際大学看護学研究科教授・WHOプライマリーヘルスケア
看護開発協力センター部長・PCC開発/地域連携室部長

大田 えりか

東京大学大学院、国立成育医療研究センター研究所などを経て現職。コクランジャパン副代表として、WHOガイドライン作成や共同研究に携わる。

聖路加国際大学の沿革

聖路加国際大学は、1920年にキリスト教宣教医ルドルフ・B・トイスラーが創立した聖路加国際病院附属高等看護婦学校を母体とします。キリスト教精神に基づき、教育・学術・実践活動を通じて、国内外の全ての人の健康と福祉に貢献するという理念の基、看護教育、実践および研究の発展に尽力しています。1964年には私立として国内で初めて看護学部
の4年制教育を開始し、1980年には大学院博士前期課程、1988年には国内初の看護学研究科博士後期課程を設立しました。1997年には看護学研究科博士前

期課程に専門看護師コース、2017年には看護学研究科博士後期課程に Doctor of Nursing Practice コースを設置するなど、大学院教育に重点を置く一方、1997年に学士編入制度の導入、2017年に公衆衛生大学院開設など社会貢献にも取り組んでいます。現在は留学生も増加しており、看護実践者や指導の人材の育成だけでなく、よりグローバルな大学となっています(写真1)。

WHOCC としてのこれまでの取り組み～市民中心のケアモデルの開発～

本学は、1990年にプライマリーヘルスケア (PHC) *1における看護の教育、実践および研究を発展させる拠点として、世界保健機関西太平洋地域事務局 (WPRO) のコラボレーティングセンター (WHOCC) に任命されました。任命時より、(1)少子高齢社会の看護モデルとケアシステムの開発、(2)市民主導型の根拠に基づくケア開発におけるリーダーシップの発揮、(3)本学の新しいコースとカリキュラムの開発及び評価、(4)学会学術活動を通じた情報収集および発信、(5)看護政策策定への学術的貢献におけるリーダーシップの発揮、(6)海外からの研修生の受け入れや、日本の看護に関する情報の国外発信という6つの目的に沿って活動しています。

2011年より、特に People-Centered-Care (PCC) モデルの開発に力を入れてきました。PCCとは、市民中心のケ

アを指し、医療従事者とパートナーシップを取り、ヘルスリテラシーを向上させ、主体的に自身の健康問題の改善に取り組むことです。市民が利用できる施設として聖路加健康ナビスポット(るかなび)やナースクリニックなどを運営し、市民と医療従事者が協働して健康問題や保健医療福祉の動向などをグローバルにとらえ、PCCを研究開発および実践する役割を担っています。超高齢化社会の中で限られた資源を活用し、人々の健康を増進するための枠組みを開発し、世界の国々と知見を共有しています。

2018年の活動～WPRO 諸国における市民中心ケアモデルの開発支援と協働～

WHOCCは毎年、活動成果を報告しており、これまでの取り組みはWHOCCの年報に関するサイト(<http://research.luke.ac.jp/who/annualreport.html>)から閲覧できます。2018年は3つの付託条項に沿って活動を行いました。付託条項1は、WPROとその加盟国におけるPHCの価値に基づくPCCモデルの発展支援、付帯条項2は、加盟国とのヘルスリテラシープログラムに関する日本の知見の共有、付帯条項3は、WPROの低資源国における看護と助産学教育能力の構築支援です。

付帯条項1では、「ヘルスナビゲーションプロジェクト」、「ヘルスリテラシープロジェクト」、および「PCCプロジェクト」という3つのプロジェクトを行

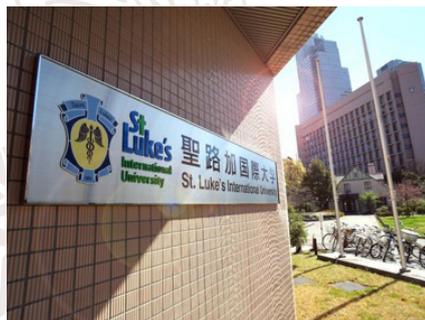


写真1. 聖路加国際大学 外観



写真2. WHOCC 公開セミナー(Nursing Now キャンペーン)

いました。「ヘルスナビゲーションプロジェクト」は、市民が気軽に立ち寄り、健康や身体に関する情報を得る場所としてのかなびを提供する活動で、のべ4607人の市民が利用し、健康チェックや講義などを受けました。「ヘルスリテラシープロジェクト」は、ヘルスリテラシーに関するe-ラーニング教材の開発です。この教材は、聖路加国際大学WHOCCのサイト (<http://research.luke.ac.jp/who/documents.html>) から無料で受講できます。「PCCプロジェクト」は、市民と医療従事者とのパートナーシップを測定する尺度の開発、並びに信頼性、妥当性の検討を行いました。これにより、市民と医療従事者とのパートナーシップを評価でき、各国のPCCの発展支援に役立てられると考えます。

付託事項2では、思春期の女性に対する子宮頸癌健診教育、赤ちゃんが産まれる家族の兄弟支援、アスベストの曝露予防に関する教育を実施し、各国と共有しました。

付託事項3では、ミャンマーのマンドレー大学とラオスの健康科学大学、マホソット病院、保健省の関係者を日本に招き、研究協力の体制を確立しました。また、タンザニアで助産師と助産学生に対して、産科ケアに関するセミナーを開催しました。このセミナーは、参加者自身が課題を見出し、解決策を模索する機会となり、2019年度も実施する予定です。

2019年 そして今後の活動

2019年6月より本センターは、Nursing Now キャンペーン*2に賛同し、参加団体の一員として取り組んでいます(写真3)。WHOCC主催の公開セミナーも年2回開催し

ており、6月には、Nursing Now キャンペーンの一環として、国連人口基金共催、国連開発計画駐日代表事務所後援のもと、Jeanette C. Takamura氏(コロンビア大学社会福祉大学院名誉学部長・教授)と進藤奈邦子医師(WHOジュネーブ本部 Health Emergencies Programme シニアサイエンスアドバイザー)を招き、「女性が変わる、社会が変わる」と題したセミナーを開催しました。日本の働く女性を取り巻く課題などについて参加者が自身の考え方や生き方を考える機会となりました。

7月には、中国上海でWPRO主催の第3回 Health Profession Education Reforms and the Practice of the Cooperation Projects Sharing from Jiading を開催しました(写真4)。国際的に高齢化が進む中、プライマリーヘルスケア促進に向けた保健医療専門職の育成について、ラオス、ベトナム、カンボジア、モンゴルとともに意見交換しました。

2020年度にはWHOCCの活動

も30年目に入ります。これまで大学院生や教員をWHOにインターン等として派遣し、国内外のコラボレーションセンターとも共同研究やセミナーを合同で実施しています。今後も、WHO本部や各センターとつながりを持ちながら、よりWPRO加盟国と連携、協働し、看護教育・実践・研究の発展に貢献していきます。

*1 現実的で科学的妥当性があり社会的に許容可能な方法と技術に基づき、地域において個人と家族が参加を通して普遍的に利用でき、自己決定の精神に基づいて発展の全段階において地域と国が維持可能な費用で提供できる、必要不可欠な保健医療サービス(アルマ・アタ、WHO、1978)

*2 英国の議員連盟から始まり、WHOと国際看護師協会が賛同する世界規模のキャンペーン。ナイチンゲール生誕200年の2020年末まで、看護職の可能性を最大限に発揮し、健康課題に取り組み、人々の健康の向上に貢献することを支援します。

写真3. WHOCCの医療人材育成に関する会議(上海)



子宮頸がんの排除に向けて ～WHO本部コンサルタント報告～



国立国際医療研究センター
国際医療協力局
春山 怜

産婦人科医。東京医科歯科大学卒業、東京大学大学院国際保健政策学修了。病院勤務、東京医科歯科大学特任助教を経て、2017年より現職。

WHO 本部 NCD 管理部門 がん対策グループ

2018年7月から1年間、国立国際医療研究センター (NCGM) から WHO 本部非感染性疾患 (NCD) 管理部門に派遣いただき、がん対策グループのコンサルタントとして勤務致しました。がん対策グループは、がんの予防と管理に関する政策オプションの提示、規範や基準の設定とその実施促進を役割とし、2017年に採択された「統合的アプローチに即したがんの予防と管理に関する決議」(通称 Cancer resolution, WHA70.12) において委任された事項を実施するのが任務です。例えば、費用対効果の優れた介入の同定、資源レベルに応じた指針やツールの策定、世界報告書の作成などが含まれます。やらなければならないことは山ほどあるのに、担当官は2名しかおらず、予算も限られて

いるという状況で、私以外にもコンサルタントが2名勤務していた他、国際がん研究機関 (IARC) や学術団体と協働して業務を進めていました。その中で、産婦人科医である私は主に子宮頸がんに関する業務に携わりました。

なぜ子宮頸がんか？

子宮頸がんは罹患を予防できる数少ないがんの一つです。これは、子宮頸がんのほとんどがハイリスク型ヒトパピローマウイルス (HPV) の持続感染から前がん病変を経て比較的緩徐に発症すること、それに対して HPV ワクチン接種と検診による前がん病変の発見・治療という有効性の示された二つの武器が存在することに起因します。どちらも費用対効果に優れた介入で、WHO は “Best-buys” として挙げています。豪州では、国策として 1991 年から対策型検診、2007 年から HPV ワクチン接種を実施しており、

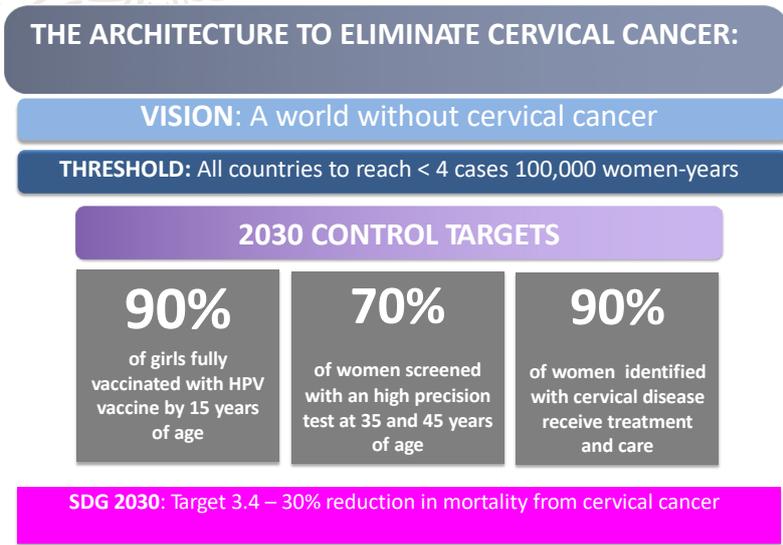
40 年以内に子宮頸がんは排除されるだろう、という研究結果も出ています。全ての国で同じことができれば、理論的には、女性が子宮頸がんを苦しみ亡くなることのない世界をつくることできるということになります。

しかしながら、現実には理想から程遠く、世界における子宮頸がんの新規罹患者数は年間 57 万人、死亡者数は 31 万人で、2040 年には更に 50% 増加すると予測されています。また、罹患者の 9 割が低中所得国に住んでいるため、“disease of the poor” の一つと言われます。ワクチンの値段の高さや供給不足、対策型検診実施の難しさ、治療に必要な医薬品や医療機器へのアクセス困難、医療人材不足など様々な原因が挙げられます。

このような現状を変えようと、2018 年 5 月 WHO 事務局長が子宮頸がんの排除に向けた行動の呼びかけを行いました。子宮頸がんが予防可能な疾患であることに加えて、これを入口としてがん対策全般の支援を強化していきたいという考えです。

子宮頸がん排除に向けた 世界戦略の策定

私が勤務を始めたのが 2018 年 7 月ですので、一年間、事務局チームの一員としてゼロから子宮頸がん排除に向けた世界戦略策定に携わるといふ貴重な経験をさせていただきました。専門家会合や加盟国諮問会議を通して子宮頸がんの公衆衛生学上の「排除」の定義、2030 年までの中間目標、それに至るためのグローバル・地域・国レベルの優先的活動を検討し、世界戦略文書を仕上げていく過



The 2030 targets and elimination threshold are subject to revision depending on the outcomes of the modeling and the WHO approval process



図1 子宮頸がん排除に向けた世界戦略の枠組み (2019年8月現在。出典: WHO)



写真① 子宮頸がん管理に関する専門家会合を企画・実施（2019年2月）

程を間近に見ることができました(図1)。WHO本部では、HPVワクチン接種、子宮頸がん検診と前がん病変治療、浸潤がん管理、アドボカシー、モニタリング・評価、研究に関する業務は全て異なる部門が主導しているため、議論がまとまらない、予定通りに物事が進まないという難しさもありましたが、様々な分野の担当官や専門家の方々に出会い意見を交わすことができ、とても刺激になりました。今後、世界戦略文書は2020年1月のWHO執行理事会を経て5月の世界保健総会に提出される予定です。

NCD管理部門が主導する浸潤がん管理について少し追記させていただくと、今後各国において子宮頸がんへの認識が高まり、検診受診者が増えると、前がん病変だけでなく浸潤がんが発見される機会も必然的に多くなります。従って、ワクチン接種と検診だけでできればよいというわけではなく、浸潤がんが疑われる症例を診断し、病期に合った治療や緩和ケアを提供できる体制も合わせて整備する必要があります。多くの低中所得国において時間もお金もかかることですが、公衆衛生的アプローチのみではがん対策は進みません。子宮頸がんの病理診断、ステージング、病期に応じた治療、緩和ケアについて資源レベルに応じた介入をWHO技術パッケージとしてまとめるべく、今年2月に専門家会議を企画・実施し、文書の原案を起草しました(写真①)。いつ発行されるかはまだ分かりませんが、完成が楽しみです。

子宮頸がん以外にも、病理検査に関する資料作成、小児がんイニシアチブの事



写真② 第72回世界保健総会中 Walk the Talk イベントに娘と参加(2019年)

務局業務支援、がんに関する世界報告書の作成支援などを行いました。これらに携わる中で、WHO本部の役割、業務の流れ、パートナー機関との関わり方を学ぶと共に、加盟国の現状や要望にあった指針策定を行うためには私自身がもっと国レベルの活動経験を深める必要があると痛感致しました。

ジュネーブでの生活・子育て

今回の派遣にあたっては一年間、私と長女(5歳)はジュネーブで、夫と次女(2歳)は東京で過ごしました(写真②)。ジュネーブ到着後に、コンサルタント契約では長女の滞在許可証をWHOから発行してもらえないことが判明し、州移民局と交渉して留学生として滞在許可証を取得する必要がありました。その他、日本で加入してきた海外旅行保険が認められない、物価が高すぎて外食ができないうなど、はじめは戸惑うこともありましたが、ジュネーブは安全で自然豊かな国際都市であり、子育てには最適の場所だと思いました。娘はWHO本部から徒歩5分の学校に通い、18時まで預かってもらえました。ジュネーブ中心部から少し郊外に出れば、思い描いていた「これぞスイス」の光景が広がり、春夏にはアルプスでのハイキング、冬にはスキーを楽しみました。

現在の主たる勤務内容

7月下旬にNCGM国際医療協力局に戻り、現在は主にカンボジアにおける子宮頸がん事業のマネジメントに携わって

います。本事業は、2015年から日本産科婦人科学会とカンボジア産婦人科学会の協力連携により実施されている事業であり、健康教育、HPVテストによる子宮頸がん検診、前がん病変治療の技術強化および体制整備を行ってきました。今年新たに事業費を獲得し、検診対象者を拡大すると共に、自己採取によるHPVテスト検診の導入を図っています。また、包括的ながん対策支援を行うために、他の財源も活用し、病理人材育成や検査室の新設支援を行っています。まさにWHOで策定に携わった世界戦略に則った事業であり、国レベルにおける実施に繋がることができるのは大きな喜びです。

WHO業務を通した国際保健への貢献

WHO本部において規範や基準を策定するための会合を開催する際、世界の各地域から専門家を招聘する必要があるのですが、特に東アジアや東南アジアからの専門家探しに苦慮している印象を受けました。日本から誰か紹介できないか聞かれることもあり、より多くの日本人専門家が技術諮問委員募集に応募したり、本部や地域事務所とのコミュニケーションを積極的にとるなどしてWHO規範・基準策定に携わることができるとWHOにとってもよいのではないかと思います。

最後に

この度の派遣に当たっては、藤田則子部長を始めNCGM国際医療協力局の上司・同僚の皆様大変お世話になりました。この場を借りて厚く御礼申し上げます。NCGMは2019年5月の世界保健総会においてUAE賞を授賞しました。私も本会議場でその様子を見ながら、現場に寄り添う国際保健活動を長年続けてきた諸先輩方の功績を想い深く感動致しました。

5月

May

薬剤耐性菌の増加が危機的状況

国連、国際機関、専門家は薬剤耐性菌が世界的に増加し危機的状況にあり、早急に対策を講じるよう各国に求める共同報告書を発表しました。このまま何も行動をとらなければ、薬剤耐性を獲得した疾病によって2050年までに毎年1000万人が死亡し、世界経済は2008-09年の金融危機に匹敵する破滅的な経済被害をもたらします。

蛇咬による死亡、障害の半減を目標とした戦略

WHOは蛇毒の予防戦略の追加の詳細を公表しました。蛇毒による健康被害は顧みられない熱帯病の一つであり、毎年180万から270万人が被害にあっています。そのうち81000から138000人が死亡し、40万人が永久的な障がい者となります。この戦略は蛇毒による死亡者と障がい者を今後の12年間で半減させようというものです。

欧州地域の看護師、助産師のリーダー・ストーリー

国際助産師の日(5月5日)、国際看護

師の日(5月12日)にちなみ、WHO 欧州地域で指導的な役割を果たしている看護師、助産師9人の感動的な話が紹介されています。共通しているのは、仕事への愛情、患者への貢献の気持ち、そして医療環境を改善することで一生学び続けようとする好奇心と意欲です。

第5回国連世界交通安全週間

交通事故によって年間135万人が死亡しており、交通事故はいまや子どもと若者(5歳~29歳)の命を奪う最大の原因となっているとWHOは警告しています。交通事故による死亡のうち、歩行者と自転車によるものが26%を占め、オートバイによるものが28%を占めています。

デジタルヘルスに関する学際的技術アドバイザーグループの設立と専門家登録

第71回世界保健総会決議をうけて設立されたデジタルヘルス部門では、戦略的アプローチ、介入領域、規制のためのガバナンス構造、デジタルソリューション及び製品の採用など様々な分野の専門

家からなるグループを設置し、そのメンバーを募集しています。

世界で7人に1人は低出生体重時

2015年には7人に1人の割合で低出生体重(2500g未満)で生まれました。毎年250万人の新生児が死亡していますが、その80%以上が低出生体重児です。低出生体重児を減らすには、母親の栄養状態の改善、妊娠関連症状の治療、周産期の臨床サービスの提供と社会的支援など包括的な戦略を必要とします。

WHOがUHC実現のオンラインリソースを立ち上げ

WHOは新製品開発が遅れている状況を打破するためのオンラインリソースを立ち上げました。現在、結核、マラリア、HIV、シヤーガス病などに対する196の製品プロファイルが登録されています。世界的な健康への脅威に対する研究開発を促進することを目的としたものです。

認知症のリスクは生活習慣の改善で減少、ガイドラインを発行

認知症は世界で約5000万人が罹患し

急速に拡大しています。新しいガイドラインによると、定期的な運動、禁煙、過度の飲酒の回避、体重管理、健康的な食事及び適切な血圧・コレステロール・血糖値の維持によって認知症のリスクを減らすことができますとしています。

第72回世界保健総会

薬剤耐性に関する決議を採択

世界保健総会は、多部門の国家行動計画を実施し、適切にリソースを提供するためのハイレベルの関与と貢献を継続することを求める決議に合意しました。この決議は感染防御に取り組みための地球規模の薬剤耐性監視行動などの強化を加盟国に促すもので、SDGs2030 アジェンダの達成にむけての重要性を強調しています。

気候変動、NCDs、シャーガス病、看護・助産師の年、およびインフルエンザ対策に合意

1) 健康、環境および気候変動に関する新しい世界戦略に合意 2030年までに世界とコミュニティが直面する環境の健康上のリスクと課題と将来への道筋。島嶼開発途上国における気候変動と健康に関する行動計画。

2) 非感染性疾患 NCDs がん、糖尿病、心疾患、肺疾患などの非感染性疾患による死亡の予防と治療のための行動を加速・拡大。

3) 毎年4月14日を世界シャーガス・デーとして新たに設置。

4) 2020年を看護師と助産師の年とすることを決定。

5) パンデミック・インフルエンザに対する備えの枠組み。季節性インフルエンザと遺伝子配列データに関し、WHOによる分析結果の検討。

国際疾病分類 ICD-11、患者の安全性、緊急医療システム、医療施設における水・衛生サービスに関する決議を採択

1) 国際疾病分類の新しい改訂版 ICD-11を採択。

2) 患者の安全性について、加盟国は協調行動をとること。9月17日を世界患者安全デーとすること。WHOと英国が「グローバル患者安全共同研究会」を立ち上げ。

3) UHCのための緊急医療システムの推進。

4) 医療施設における安全な水、衛生サービスを改善するための決議に合意。

世界保健統計 2019 のフルバージョンが公開

世界保健統計 2019 の概要版は4月4日に公開されていましたが、今回、世界保健総会 (WHA72) の開催に合わせてフルバージョンが公開されました。健康に関する SDGs の各指標の最新の情報が記載されています(本誌p.33参照)。

難民や移民の健康促進のための5か年行動計画に合意

世界の移民の数は2000年から2017年の間に49%増加し2億5千800万人、うち難民は2450万人となっています。1000万人の無国籍者は教育、医療、雇用、移動の自由などの基本的権利も奪われています。今回合意された5年間の行動計画は、難民と移民の受け入れとUHC達成を目指すものです。

国立国際医療研究センター (NCGM)、世界保健総会でアラブ首長国連邦保健基金賞を受賞

世界保健総会で、日本のNCGMが「アラブ首長国連邦保健基金賞」を受賞しました。この賞は保健開発に優れた功績のあった個人や団体におくられるものです。

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。



6月

June

第72回世界保健総会： 医薬品・ワクチンなど健康・医療関連製品の市場の透明性を改善することに合意

この決議は、加盟国に対して健康・医療関連製品の実勢価格に関する情報の共有や医薬品の特許・臨床試験結果など、価格決定要因に関する透明性の向上を促すものです。

WHO：タバコの肺に対する広範な健康被害を強調

タバコに関連して少なくとも年間800万人が死亡していますが、その40%以上ががん、慢性呼吸器疾患、結核などの肺疾患によるものです。WHOは、たばこ規制枠組み条約FCTCの完全な実施を各国に求めています。

第21回IHR緊急委員会： ポリオウイルスの国際的拡散について声明

国際保健規則2005 (IHR) に基づく第21回緊急委員会は、2019年に野生型ポリオウイルス (WPV1) の症例がアジア地域でのパキスタンやアフガニスタンで大幅

に増加していること、他方アフリカ地域での伝播型ワクチン由来ポリオウイルス (CVDPV) 感染の流行に重大な懸念を表明しました。

6月7日初の国連世界食品安全デー

毎年、細菌やウイルス、寄生虫や化学物質で汚染された食物を食べることで、10人に一人が病気にかかり、42万人が死亡しています。2019年の世界食品安全デーのテーマは「食の安全は全ての人の課題」です。

毎日100万人以上が性感 感染症 (STIs) に感染

WHOはクラジミア、淋病、トリコモナス及び梅毒の4つの新規感染症件数の合計が毎年3億7600万件を超え、STIsのまん延阻止に進展がみられていないとする報告書を発表しました。

フランスのリヨンにWHO アカデミー設立へ

仏のマクロン大統領とテドロスWHO事務局長は、WHOアカデミーの設立に関する宣言に署名しました。このアカデミーはリヨンに置き、多分野の関係者に開

かれたものとなります。

紛争地域の5人に1人は 精神障がいを抱えている

WHOは紛争地域では考えられている以上に精神障がいを持つ人々がいると推定しています。5人に1人が何らかの精神障がいを抱え、10人に1人が中程度から重度の精神障がいを抱えて生活しています。

雨季のデング熱増加についてWHOが警告

世界中でデング熱の事例は過去50年間で30倍に増加しました。デング熱の危険にさらされている25億人のうち約70%がアジア太平洋諸国に住んでいます。症例数の増加は懸念すべきですが、それ以上に特に子どもの死亡率の増加が懸念されています。

世界の3人に1人が安全な 水を利用できていない

ユニセフとWHOの共同監査報告によると、世界の何十億人もの人々が劣悪な水と貧弱な衛生の困難を抱えて生活しています。22億人が安全に管理された飲料水を利用できておらず、42億人が安全に

管理されたトイレ を使えず、30億人が基本的な手洗い施設のない生活をしています。

第3回 E-2020 マラリア根絶フォーラムが開催

6月18日から20日にかけて、中国江蘇省無錫で第3回E-2020マラリア根絶を目指す国々のフォーラムが開催されました。現在、38の国と地域がWHOによるマラリア清浄国の認定を受けていますが、2020年までにさらに21カ国での根絶を目指しています。

WHO：薬剤耐性に関するAWaRe キャンペーンを開始

WHOは、抗生物質の薬剤耐性の増加を抑制し、その使用を安全なものとするためのAWaReツール (WHO必須薬品リストによる) を開発し、加盟国に採用するようキャンペーンを開始しました。AWaReツールでは、抗生物質をAccess, Watch, Reserveの3つのグループに分類し、抗生物質を使用する優先順位を定めています。

WHO 西太平洋地域パートナーズフォーラム開催

WHO西太平洋地域事務局 (WPRO) で

は7月1 - 3日にかけてオンライン・パートナーズフォーラムを開催します。西大西洋地域は、前例がないほどの経済成長、移民、都市化など急速に変化しています。

WHO：てんかんに関する初の報告書発行

WHOは、国際抗てんかん連盟および国際てんかん協会と共同で、てんかんに関する国別、地域別、グローバルレベルの報告書を発表しました。低所得国でてんかんを患っている人の4分の3は必要な治療を受けていません。

セルフケア介入による医療サービスへのアクセス拡大

世界中で少なくとも4億人が最も必要不可欠な医療サービスを利用することができず、その一方で、2035年までに1,300万人近くの医療従事者が不足すると推定されています。この状況を踏まえ、WHOはリプロダクティブヘルス・ライツ (性と生殖に関する健康と権利) に焦点を当て、健康のためのセルフケアによる治療介入に関する最初のガイドラインを発表しました。

ユニセフとユネスコによる校内暴力防止実践ハンドブック発行

毎年、10億人の子供が身体的、性的、心理的な暴力あるいは無視などを経験しています。生徒の34%が前の月にいじめられており、40%が過去1年間に身体的なけんかに巻き込まれています。

WHO：暑さと健康に関するガイダンスを発行

気候変動により、過度の暑さにさらされると、すべての人間が広範囲な生理的影響を受けます。WHOは、そのような事象が数週間も続いた場合、身体的状態が悪化して、早期の死亡および身体的障がいをもたらすとしています。

トラコーマ、急速に減少

WHOによると、失明の原因となるトラコーマのリスクにさらされている人々の数は、2002年の15億人から2019年には1億4,200万人へと91%減少しました。しかし今なお、44カ国で流行し続けており、根絶に向けさらなる努力が必要としています。

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。



7
月
July

WHOのUHC親善大使に 武見敬三氏を任命

WHOは27日、武見敬三氏をUHC(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)親善大使に任命したと発表しました。

武見氏は外務政務次官、厚生労働副大臣を歴任し、グローバルヘルスの分野では世界的なオピニオン・リーダーの一人です。

品質が保証された医薬品の 供給に関する5ヶ年計画 を発表

複数の高血圧の治療薬に発がん性を持つと考えられた不純物が含まれていたため多くの国で製品回収が行われました。不純物は製造方法の変更によって生じたものと見られます。2014年には向精神薬が含まれていたマラリア治療薬で11人が死亡する事件も起きています。特に中低所得国では医薬品の品質と安全性に関する深刻な問題が続いています。WHOでは規制強化、医薬品の審査・承認期間の短縮などを織り込んだ5ヶ年計画を発表しました。

WHO：必須医薬品・診断 薬リストを改訂

WHOの必須医薬品リスト及び必須診

断薬リストは、各国の医療システムに妥当な価格で広く使用されるべき製品の優先順位を考慮する際のガイダンスです。

公表された改訂リストはがんおよびグローバルな健康課題に焦点を当てたもので、患者に対する有効な治療、優先順位と最適な使用を強調しています。必須医薬品リストは世界150カ国以上で使用されています。

有害なアルコールの摂りすぎを減らすために国ができる10のこと

有害な飲酒によって毎年300万人が死亡しています。WHOはグローバル戦略として加盟国が取るべき国内行動について、10の政策と対策の分野を発表しました。

2000万人の子どもたちが ワクチン未接種

WHOとユニセフの新しいデータによると、2018年、世界で2000万人の子供たち(10人に1人以上)は、はしか、ジフテリア、破傷風などの命に係わる予防接種を受ける機会がありませんでした。

2010年以来、DTP3種混合ワクチンおよび、はしかワクチン接種率は86%程度で推移しています。ワクチンでこれらの流行を防御するには95%以上が必要です。

飢餓人口が3年連続で増 加し、肥満も増加

国連食糧農業機関(FAO)とWHOの共同報告書によると、2018年に飢餓状態にあった人は世界で8億2100万を超え、3年連続で増加しています。SDG2の栄養に関する目標は手に届きそうにありません。低・中所得国の20億人はきちんと食事をとることができていませんが、高所得国においても不規則な食事は課題となっています。

離乳食に過剰な糖分と不適 切な販売を WHO 欧州が警 告

WHO欧州は、欧州で市販されている離乳食7955品目を調査した結果、6か月未満の乳児に適さない過剰な糖分が含まれており、不適切に販売されていると発表しました。長期的な立場から、特に最初の6か月間、子供は母乳で育てるべきであり、6か月未満の子供に対する商業的な補助食品を広告宣伝するべきではないと明確にしています。

コンゴのエボラ出血熱に対 して緊急事態宣言

WHOは、コンゴ民主共和国で拡大して

いるエボラ出血熱について、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC; Public Health Emergency of International Concern)」を宣言しました。「今や世界は事態を注視し、努力を倍加させる 때가来た。コンゴと結束してこの事態を収束させ、より良いヘルスシステムの構築のために協力する必要がある。WHOのみならず政府、パートナー、コミュニティなど、ここまで対応してきた諸機関、団体に対し、私たちすべてはさらなる責務を負っている」とWHO事務局長が呼びかけています。

WHO：HIVの第一選択剤としてドルテグラビル (DTG) を推奨

ベネフィット - リスク評価に基づいて、WHOはドルテグラビル (DTG) をHIV感染者に対する第一、第二選択剤として推奨しました。これは妊婦、妊娠の可能性のある婦人を含むすべての感染者が対象です。

DTGは妊娠中に服用した場合、出生児に神経管障がいが見られるのではないかと懸念がありました。しかしDTGとエファビレンツとの大規模な比較臨床試験ではその危険性は当初予測されたものよりはるかに低いことが示されました。

HIVの流行はなぜ終息しないのか

1980年代、HIVの診断から死亡までわずか数週間、長くても数か月で何千人もの人々がなくなりました。12月1日は30回目の世界エイズデーです。これまでに7000万人以上の人々が感染し、約3500万人が死亡しています。現在、世界中で約3700万人がHIVと共に生きており、そのうち2200万人が治療を受けています。

世界肝炎デーについて

7月28日は世界肝炎デーです。325万人がウイルス性B型肝炎、C型肝炎に罹患しており、2017年には285万人の新規患者が発生しました。肝炎は予防も治療も可能ですが、罹患している人々の80%が予防・検査・治療と無縁な状況です。

WHO：肝炎根絶に投資を各国に要請

ランセット・グローバルヘルスに発表されたWHOの新しい研究によると、中・低所得国67か国で年間60億米ドルの投資により、2030年までに450万人の早期死亡と、肝炎根絶目標時期以降に2600万人以上の死亡が回避されるとしています。

WHOの世界肝炎戦略は、2016年から

2030年の間に新規肝炎感染を90%、死亡を65%減らすことを目指しています。

WHO：喫煙蔓延の状況について報告書を発表

世界では50億人以上がタバコの規制措置を導入した国に住んでいます。この人数は10年前の4倍以上になりますが、多くの国ではたばこ規制の政策がまだ適切に実施されていません。現在の喫煙者は11億人と推定され、その80%が中低所得国に住んでいます。

WHO：ヒトゲノム編集に関するWHO諮問委員会の中間勧告を支持

ヒトゲノム編集の管理に関し、WHO諮問委員会が2019年3月に事務局長に対し中間勧告を行いました。WHOはこの勧告を支持し、加盟国の規制当局または倫理当局が、ヒトゲノム編集を含む臨床応用の申請に関する承認を控えるように助言しました。

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4回 筋短縮症 ～日本医療の負の遺産～

第4回関西グローバルヘルスの集い(KGH)は「筋短縮症～日本医療の負の遺産～」と題して2019年7月3日18:30から(株)サラヤのメディカルトレーニングセンターで行われました。あいにく大雨警報が出される悪天候の中での開催となり、当日欠席された方が少なからずありました。それでも15人が集まって熱心に議論することができました。



著者：近畿大学 教授
日本WHO協会理事
安田直史

大阪大学医学部卒業。ジョンズホプキンス大学にて公衆衛生修士を取得。国立国際医療センター、JICA、WHO、ユニセフにてHIV、母子保健対策に関わったのち現職



話題提供者：(一財)医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団参事 日本WHO協会理事

木村 暁

食品、製薬業界でサラリーマンを長年勤める。70歳を前にアカデミアとボランティアの世界を覗く(人間科学博士)。念願はギターを担ぎ、日本と世界一周。

戦後日本の医療の陰

今回の話題提供者は、医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団の木村暁氏(日本WHO協会理事でもある)でした。「医学の進歩は人々の健康に大いに貢献してきましたが、そこには社会的に広範囲に生じた副作用、すなわち薬害という『陰』の事件が少なからずあることは広く知られていません。これを知り、繰り返さないようにすることが大切でしょう。今回は高度成長期の日本で起こった筋短縮症を題材として取り上げ、この問題が起こった背景、対応、そして今後同様の被害を繰り返さないために我々がすべきことについて議論したいと思います」という今回のテーマと意図についての説明があり、続いて「温故知新 薬害から学ぶ」DVDシ

リーズ(医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団)より「筋短縮症」を鑑賞しました(右ページの囲みコラム参照)。今回提示された事例は特定の医薬品による薬害ではなく、注射という新たな医療行為が健康被害をもたらした例です。その背景には経済成長と皆保険の導入により医療が身近なものとなり、さらに「注射」という新しい医療技術は即効的で近代的な医療として医療者からも患者からも手放しで受け入れられるという社会的な状況がありました。新しい医療技術の導入は今までにない効果と共に危険性も含んでいたのです。

多様な意見と指摘： グループ討論から

この事例を基に、「だれもが医療を受け

る機会が増える中で、健康被害を最小限に抑えるために、私達はどのようにすればよいだろうか？」という課題を設定し、このような薬害を繰り返さないためには行政、製薬会社、医療提供者、患者・家族などそれぞれの立場のひとが何をしなければならぬかについて、4つのグループで議論し、発表しました。

各グループから多面的な意見が出されました。その一端をご紹介します(写真①②)。

・一般の人々には医療への過信があり、その結果、処方(この場合は注射)を要求し、医療側もそれに応えようとする。一般の人々(患者)に対して、安易に薬に頼ろうとする前に、健康への自助努力を促すような啓蒙(ヘルスプロモーション)が必要ではないか。

・不都合な健康被害が発生したら、医療側はそれを隠そうとする。患者も医療側も声を挙げやすい環境をつくり、行政も製薬企業も健康被害の情報を統一的に収集するシステムを強化するとともに、情報や危険性についてオープンに社会的に共有されることが重要ではないか。

・医療者は学会や論文を通じて、常に健康被害や薬害への危険性に関するup-to-dateの情報を得る努力をする必要があるのではないか。

他にも以下のような指摘と反省がありました。

・開発途上国では今でも注射が好まれる傾向がみられるし、医療へのアクセスが



写真① グループワークの発表を聞く参加者たち

改善されるにつれて、注射の使用が増える可能性がある。筋短縮症についての知識もほとんど行きわたっていないと考えられることから、我が国がこの負の経験を積極的に語ることは、国際的に新たな筋短縮症被害を予防するために大切なことではないか。

・一開業医として筋短縮症についての知識がなかった。たしかに患者さん自身が注射を希望し、注射しないと満足されないことも多く、安易に希望に沿ったこともある。海外や国内の学会での指摘が活かされなかったことは重要で、次々新しく出てくる薬剤や医療手技について、常に最新の情報を得る努力をしなければならぬと再認識した。

最後にまとめとして、話題提供者から、「医療に限らず、新しい技術が出てきたとき、人々は良い結果を期待する一方、リスクや悪い結果に対して考えようとはしないものです。新しい技術が社会的に安全に定着するには、時間と試行錯誤を必要とします。日本の医療界も事件当時から比べるとずいぶん透明化が進んだと言えますが、今日でも医療界、製薬業界は十分に透明化されているとは言いがたい部分があります。行政も含め、医療を提供するすべてのステークホルダーが、結果責任をどれだけ自覚できるかが一番重要ではないでしょうか」とコメントがありました。まさに「温故知新」。日本の負の経験を風化させてしまうことなく次の世代に受け継ぎ、また、世界的に発信していくことの重要性を皆が確認して会が終了しました。

医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団

「温故知新 薬書から学ぶ」DVDシリーズ

「筋短縮症」要約

1973年に山梨県で、一人の保健師が歩行障害を呈する子どもが多いことに気づいたことから、問題が明らかにされることになりました。初めは地域的な奇病・風土病説も唱えられましたが、自主検診団の調査を通じて、抗生剤や解熱剤の大量・頻繁な筋肉注射が原因であることがわかりました。被害者は子どもに多く、中には何十本もの注射を受けた子も見出されました。1960年代から日本各地で発生しており、全国的な分布がみられた患者の数は万を超えていると推定されました。当時、既に世界的にも筋肉注射が局所組織に障害性を持つこと、また国内でも1950年代に整形外科学会では筋肉注射が原因となって筋短縮、歩行障害を来す

例が報告されて、注意が喚起されていたにも関わらず、残念ながらこれらの情報が活かされることはありませんでした。小児科学会、整形外科学会は事態を重く捉え、安易な注射とその危険性についての注意を喚起する声明を出し、注射薬の添付文書にも、注射手技についての注意のみならず、注射の限定的な適用が記載されるように変化してきました。これらの対応により本症の発生は急速に減少しましたが、全国で裁判が起こされましたが、その結果は和解という形で幕がひかれ、責任の明確化や公的な被害者救済は行われませんでした。当時の被害者の高齢化とともに、再び機能障害が増悪している方も見られ、被害者にとって事件はまだ終わっていないのです。



写真② グループの代表として発表する参加者

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、Facebook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、参加希望の方は、kansai.gh.tsudoi@gmail.comまでお願いします。

国際保健イベントカレンダー

2019

10月 October

- 10 世界精神保健デー；自殺予防に焦点を当てて
- 19-20 G20 保健大臣会合 (H20) (岡山)
- 23-25 第78回日本公衆衛生学会総会
於：高知市

11月 November

- 2-6 American Public Health Association Annual Meeting & EXPO 2019
於：フィラデルフィア (アメリカ合衆国)
- 6 第6回関西グローバルヘルスの集い (大阪)
- 8-10 第60回日本熱帯医学会
於：宜野湾市
- 12-18 世界抗菌薬啓発週間 (WAAW)
- 16-17 国際開発学会・人間の安全保障学会 2019 共催大会
於：東京大学
- 17-20 APRU Global Health Conference 2019
於：香港大学

12月 December

- 1 世界エイズデー テーマ「コミュニティが差をつける」
- 2-3 グローバルワクチン安全サミット (スイス・ジュネーブ)
- 7-8 第34回日本国際保健医療学会学術大会
於：三重大学
- 9-12 SDGs 3.4(NCDs とメンタルヘルス)WHO グローバル会議 (オマーン)
- 12 UHC Day
- 14 第4回国際臨床医学会
於：九州大学

2020

1月 January

- 8 第7回関西グローバルヘルスの集い (大阪)

2月 February

- 15 日本国際看護学会西日本研修会
於：兵庫大学

3月 March

- 4 第8回関西グローバルヘルスの集い (大阪)
- 7 日本国際保健医療学会西日本地方会
於：香川大学医学部

4月 April

- 7 世界保健デー

5月 May

- 13 第9回関西グローバルヘルスの集い (大阪)
- 17-21 WHO 世界保健総会 (スイス・ジュネーブ)

7月 July

- 1 第12回母子手帳国際会議 (12th International Conference on MCH handbook)
- 8-10
於：オランダ・アムステルダム大学 <http://www.mchhandbook.com/>

9月 August

- 2 第11回関西グローバルヘルスの集い (大阪)

11月 November

- 1-3 グローバルヘルス合同学会 2020 (Joint Congress on Global Health 2020 in Osaka) (日本熱帯医学会、日本国際保健医療学会、日本渡航医学会、国際臨床医学会)
於：大阪大学吹田キャンパス
- 4 第12回関西グローバルヘルスの集い (大阪)

健康と関連したSDGsの目標とターゲット

持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals; SDGs）では人々の健康に関連して以下の目標とターゲットが設定されています。詳細はWHOのWorld Health Statistics 2019をご覧ください。（文言は簡略化しています。原文は <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/pdf/000101402.pdf> を参照。）

貧困をなくす

1.A あらゆる次元での貧困を終わらせるための計画や政策を実施するべく、さまざまな供給源からの相当量の**資源の動員**を確保する。（各国保健予算の確保を含む）

飢餓をゼロに

2.2 2030年までにあらゆる形態の**栄養不良を解消**し、若年女子、妊婦・授乳婦及び高齢者の栄養ニーズに対処する。

すべての人に健康と福祉を

- 3.1** 2030年までに、世界の**妊産婦の死亡率**を出生10万人当たり70人未満に削減する。
- 3.2** すべての国が**新生児死亡率**を少なくとも出生1,000件中12件以下まで減らし、**5歳未満死亡率**を少なくとも出生1,000件中25件以下まで減らすことを目指す。
- 3.3** 2030年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を終息するとともに肝炎、水系感染症及びその他の**感染症**に対処する。
- 3.4** 2030年までに、**非感染性疾患**による若年死亡率を、予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健及び福祉を促進する。
- 3.5** **薬物乱用**やアルコールの有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化する。
- 3.6** 2020年までに、世界の**道路交通事故**による死傷者を半減させる。
- 3.7** 2030年までに、家族計画、情報・**教育性と生殖**に関する保健サービスをすべての人々が利用できる。
- 3.8** すべての人々に質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（**UHC**）を達成する。
- 3.9** 2030年までに、**有害化学物質**、ならびに**大気、水質及び土壌**の汚染による死亡及び疾病を減らす。
- 3.A** すべての国々において、**たばこの規制**に関する世界保健機関枠組条約の実施を適宜強化する。
- 3.B** 主に開発途上国に影響を及ぼす感染性及び非感染性疾患のワクチン及び医薬品の研究開発を支援する。また、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS協定）及び公衆の健康に関するドーハ宣言に従い、**安価な必須医薬品及びワクチンへのアクセスを提供**する。
- 3.C** 開発途上国において保健財政及び**保健人材**の採用、能力開発・訓練及び定着を大幅に拡大させる。
- 3.D** すべての国々で**健康危険因子**の早期警告、危険因子緩和及び危険因子管理のための能力を強化する。

ジェンダー平等

5.2 人身売買や性的、その他の種類の搾取など、すべての女性及び女兒に対する、公共・私的空間における**あらゆる形態の暴力を排除**する。

安全な水とトイレ

- 6.1** 2030年までに、すべての人々の、**安全で安価な飲料水**の普遍的かつ平等なアクセスを達成する。
- 6.2** 2030年までに、すべての人々の、適切かつ平等な**下水施設・衛生施設**へのアクセスを達成し、野外での排泄をなくす。女性及び女子、ならびに脆弱な立場にある人々のニーズに特に注意を向ける。
- 6.a** 2030年までに、集水、海水淡水化、水の効率的利用、排水処理、リサイクル・再利用技術などを対象とした**国際協力と能力構築支援**を拡大する。

クリーンエネルギー

7.1 2030年までに、安価かつ信頼できる現代的**エネルギー**サービスへの普遍的アクセスを確保する。

まちづくり

11.6 2030年までに、大気、水質及びその他の廃棄物を含め、都市の一人当たりの**環境上の悪影響を軽減**する。

平和と公正

16.1 あらゆる場所において、すべての形態の**暴力及び暴力**に関連する死亡率を大幅に減少させる。

パートナーシップ

17.9 すべての持続可能な開発目標を実施するための国家計画を支援するべく、開発途上国における効果的かつ的をしぼった**能力構築の実施**に対する国際的な支援を強化する。（**死因統計**の強化を含む）

日本の「WHO協力センター」一覧表

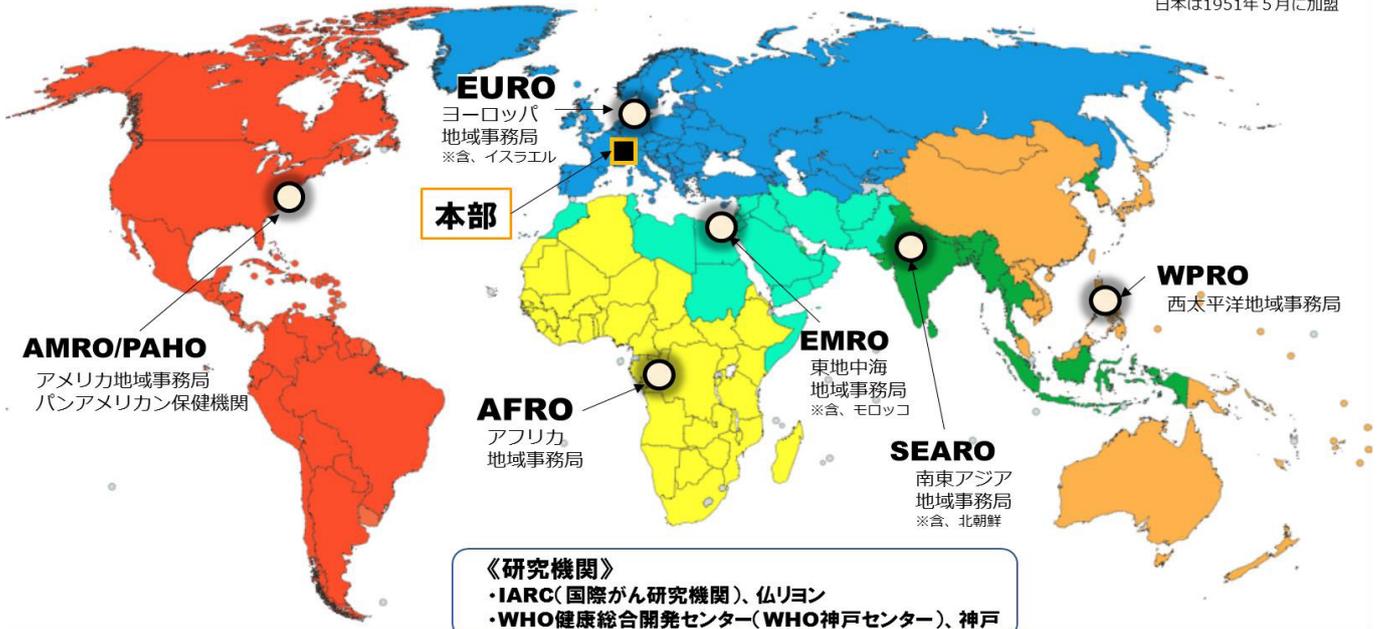
(2019年2月現在)

Reference	Institution name
JPN-28	国立感染症研究所（東京都新宿区）
JPN-32	（公財）放射線影響研究所（広島県広島市）
JPN-38	（公財）結核予防会結核研究所（東京都清瀬市）
JPN-45	国立国際医療研究センター（東京都新宿区）
JPN-46	北里大学（東京都港区）
JPN-49	国立水俣病総合研究センター（熊本県水俣市）
JPN-50	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）
JPN-51	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）
JPN-53	産業医科大学（福岡県北九州市）
JPN-54	富山大学（富山県富山市）
JPN-56	国立病院機構京都医療センター（京都府京都市）
JPN-57	国立病院機構久里浜医療センター（神奈川県横須賀市）
JPN-58	聖路加国際大学（東京都中央区）
JPN-61	大阪母子医療センター（大阪府和泉市）
JPN-64	国立感染症研究所（東京都武蔵村山市）
JPN-67	長崎大学（長崎県長崎市）
JPN-68	長崎大学医学部（長崎県長崎市）
JPN-70	国立障害者リハビリテーションセンター（埼玉県所沢市）
JPN-73	東京医科歯科大学（東京都文京区）
JPN-75	新潟大学大学院医歯学総合研究科（新潟県新潟市）
JPN-76	労働安全衛生総合研究所（東京都清瀬市）
JPN-77	兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所（兵庫県明石市）
JPN-78	日本大学（東京都千代田区）
JPN-79	量子科学技術研究開発機構（千葉県千葉市）
JPN-83	独協医科大学越谷病院（埼玉県越谷市）
JPN-85	厚生労働省（東京都千代田区）
JPN-87	北海道大学（北海道札幌市）
JPN-88	医薬基盤・健康・栄養研究所（東京都新宿区）
JPN-89	群馬大学（群馬県前橋市）
JPN-90	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）
JPN-91	北海道大学（北海道札幌市）
JPN-92	国立精神・神経医療研究センター（東京都小平市）
JPN-93	国立感染症研究所（東京都新宿区）
JPN-94	国立国際医療研究センター（東京都新宿区）
JPN-95	金沢大学（石川県金沢市）
JPN-96	福島県立医科大学（福島県福島市）

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



■ African Region	■ South-East Asia Region	■ Eastern Mediterranean Region
■ Region of the Americas	■ European Region	■ Western Pacific Region

<https://www.who.int/about/regions/en/> を基に日本WHO協会で作成

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
- シント・マーテルン
- 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・トバコ
- 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
- バルバトス
- 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
- ペルー
- 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
- エスワティニー
- 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

- ベナン
- 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
- トケラウ(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
- バプアニューギニア
- 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 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 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 インターンシップ支援助成を開始。
- 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)

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

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 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「目で見える WHO」に掲載する記事として報告して頂きます。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。

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

目で見ると WHO

2019 秋号 No.70
2019年 10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 佐伯壮一郎 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・06-4308-1761



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』



金鳥の渦巻

世界初の
渦巻き型蚊取り線香



キンチョール

日本で初めての
エアゾール殺虫剤



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。

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

株式会社 プロアシスト

代表取締役社長 生駒 京子

〒540-0031 大阪市中央区北浜東 4-33
北浜ネクスピル 28F
TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261

日本ポリグル株式会社

代表取締役 小田 節子

〒540-0013 大阪市中央区内本町 2-1-19
TEL 06-6967-8777 FAX 06-6967-2888

新居合同税理士事務所

代表税理士 新居 誠一郎

〒546-0002 大阪市東住吉区杭全 1-15-18
TEL 06-6714-8222 FAX 06-6714-8090

岩本法律事務所

弁護士 岩本 洋子
弁護士 藤田 温香

〒541-0041 大阪市中央区北浜 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

〒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

広告に関する一切の責任は広告主に帰属し、また、当協会が広告内容について推奨するものではありません。



3 すべての人に
健康と福祉を



6 安全な水とトイレ
を世界中に



8 働きがいも
経済成長も

手の消毒100%

検索

tearai.jp/hospital



SARAYA

病院で手の消毒100% プロジェクト

100% HOSPITAL HAND HYGIENE PROJECT

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



東アフリカの
エボラ出血熱など
緊急対策を要する現場でも
現地生産の
アルコール手指消毒剤
「AlsoftV」は
活用されています。



SARAYA サラヤ株式会社

大阪市東住吉区湖里 2-2-8

☎ 0120-40-3636 <http://www.saraya.com/>

SARAYA Manufacturing (U) Ltd.

Address: Plot6C, Seventh Street, SMS Plaza, Industrial Area P.O. Box 23740, Kampala, Uganda

Office: +256(0)393-72-72-92 Web[Eng]: <http://www.saraya-east-africa.com>

Facebook: www.facebook.com/sarayaeast-africa



広告に関する一切の責任は広告主に帰属し、また、当協会が広告内容について推奨するものではありません。

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/>

