

目で見る WHO

2019 冬号 
No.71



公益社団法人

日本WHO協会

CONTENTS

P1	ごあいさつ
P2-5	巻頭特集 ヘルスプロモーション・スクール
P6-9	セミナー・イベント報告① 「2025年問題 ～政策的・経済的観点からのアプローチ～」
P10-13	セミナー・イベント報告② 「TICAD7公式サイドイベント UHC：アフリカの未来！～日本とアフリカの未来に対する対話と学び～」
P14-15	WHO協会インターン報告
P16-17	協力センター寄稿① 国立健康・栄養研究所
P18-19	協力センター寄稿② 北海道大学人獣共通感染症リサーチセンター
P20-21	協力センター寄稿③ 国立障害者リハビリテーションセンター
P22-23	職員お仕事日記
P24-25 / P26-27 / P28-29	WHOニュース 8月／9月／10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
生駒 京子

株式会社プロアシストは1994年に創業しました。当時の日本はバブル崩壊後で、ニュースや新聞記事がとても暗かったのを記憶しています。この日本を何とか元気づけたいという思いで起業しました。

弊社は主に信号処理を強みとする3次元&計測技術で、工場での良品不良品判断、機械の劣化計測など多種多様な製造業の皆様の課題解決をしてきました。1998年からはヘルスケア関連の課題である生活習慣病対策として遠隔で栄養指導、運動指導をするクラウドサービスを立ち上げました。

2008年からは睡眠を計測する計測器の開発に着手、翌年に脳波計を発売し、生活リズムの乱れやストレスから引き起こされる「睡眠障害」の分野に取り組んで参りました。今では医療機器としての計測器も発売しています。

背景には、厚生労働省が睡眠分野における国民の健康づくりの取り組みとして、2002年度に「健康づくりのための睡眠指針検討会」を開催、2003年3月に「健康づくりのための睡眠指針～快適な睡眠のための7箇条～」を策定した経緯があります。

指針策定から10年以上が経過し、睡眠に関する科学的知見が蓄積されたこと、また、2013年度から健康日本21（第二次）（21世紀における国民健康づくり運動）を開始したことから、睡眠の重要性について普及啓発を一層推進する必要

があり、2014年に「健康づくりのための睡眠指針2014」として改訂されました。

社会全体で高齢化が進む中、ITの進化発展で社会が24時間稼働となり、ストレス社会となった今、4人に1人が睡眠に課題を抱えていると言われております。

世界保健機関（WHO）では、現在知られている病気を網羅した診断分類法『疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）』を作っています。

約30年ぶりの改訂で国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）が2018年に公表され、以下の章が新たに設けられています。

- ・第4章 免疫系の疾患
- ・第7章 睡眠・覚醒障害
- ・第17章 性保健健康関連の病態
- ・第26章 伝統医学の病態—モジュール I

人生100年時代への突入に際して、技術の進化により医療の診断は変化していくことが予想されます。同時に、世界で健康に関する取り組みがどんどん広がっています。

私が日本WHO協会と関わらせて頂いたのは、2009年からで、現在副理事長を仰せつかっております。

日本WHO協会では、WHOの取り組みを皆様にお伝えし、SDGsの目標にもある「誰一人取り残さない世界の実現」を目指して情報発信やセミナー等を企画して参ります。どうぞ、今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

2019年12月

ヘルスプロモーション・スクール

～学校を舞台とした総合的な健康づくり～



大阪大学大学院人間科学研究科助教
ユネスコチャ 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。

はじめに

WHO の Global Health Estimates (2016) によると、世界中では一年間に 170 万人以上の 5 歳から 19 歳の子どもと若者が死亡しています。そしてこうした死亡のほとんどは、交通事故や溺死、自殺、下痢など、治療可能もしくは回避できたであろう原因で起きています。その一方で、非感染性疾患 (NCDs: Non Communicable Diseases) とその危険因子が、子どもと若者の間にも広がっています。例えば、子どもと若者の世界的な肥満率は、1975 年に全体の 1%未満であったものが、近年では女子で約 6% (約 5,000 万人)、男子で約 8% (約 7,400 万人) と言われています。さらに、子どもと若者の健康は、大気汚染、水を含む不衛生な環境、健康を害する危険性のある化学薬品など、彼らを取りまく環境によっても害されています。

子どもと若者の健康を守るためには、幼少期から大人として成長するまでの過程において、こうした危険因子に暴露しない、させないための取組みが必要です。その取組みは、継続性に優れ、みんなが等しく享受できる形が求められます。

ヘルスプロモーション・スクールとは

教育と健康は、人間開発の両輪とされています。ヘルスプロモーション・スクールとは、学校を舞台に町ぐるみで展開する総合的な健康づくりのための活動、そしてその実践のための総合的政策です。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」として、その重要性が指摘されました。これを受けて WHO は、ヘルスプロモーションの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いたれた健康促進のモデルづくりを推進しています。(図 1)

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. ... health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to well-being.

Ottawa Charter (1986)



図 1 : Key features of Health Promoting Schools (出典 : WHO/ NMH/ PND/ 17.3)

出典 : WHO/ NMH/ PND/ 17.3

セッティング・アプローチ

ヘルスプロモーション・スクールの考え方の核に、セッティング・アプローチがあります。オタワ憲章は、「健康は、人びとが日常生活という舞台（セッティング）の中で、学び、働き、遊び、そして愛することで創り出される」と謳っています。すなわち生活の「場・舞台」に着目した健康促進の取り組みが、セッティング・アプローチです。

Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love.

Ottawa Charter (1986)

こうした「健康的な舞台・場づくり（Healthy Settings）」には、生物医学的アプローチのみならず、多種多様な危険因子に満遍なく取り組むための包括的かつ多面的アプローチが求められます。その目的は、舞台を創り出すシステム全体への働きかけによって、心身の病気予防を最大限まで高めることです。そのためには、地域参加、パートナーシップ、エンパワーメント、そして公平性が必要不可欠とされています。

健康づくりの「舞台・場」としての学校

日本の学校保健の取組みに顕著なように、学校を利用した保健サービスの提供、例えば定期健康診断や歯科検診、集団予防接種など、学校現場は、プライマリケアの延長線上で行われる予防医学提供の場として、これまでも重要な役割を担ってきました。

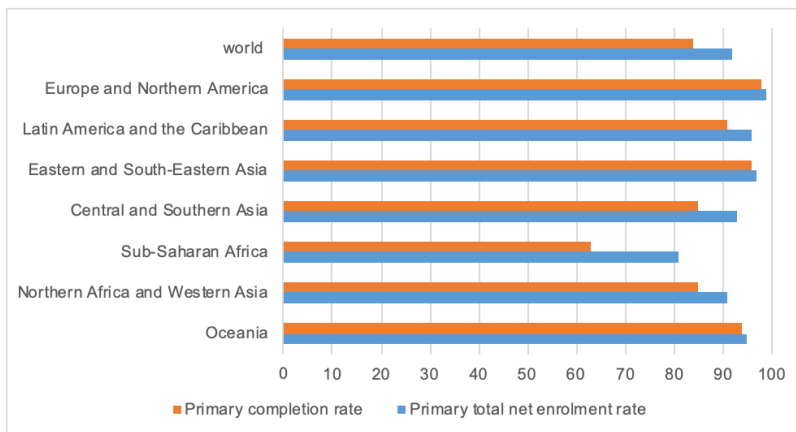


図2：Percentage of children in and completing primary school

(出典：UNESCO Institute for Statistics database)

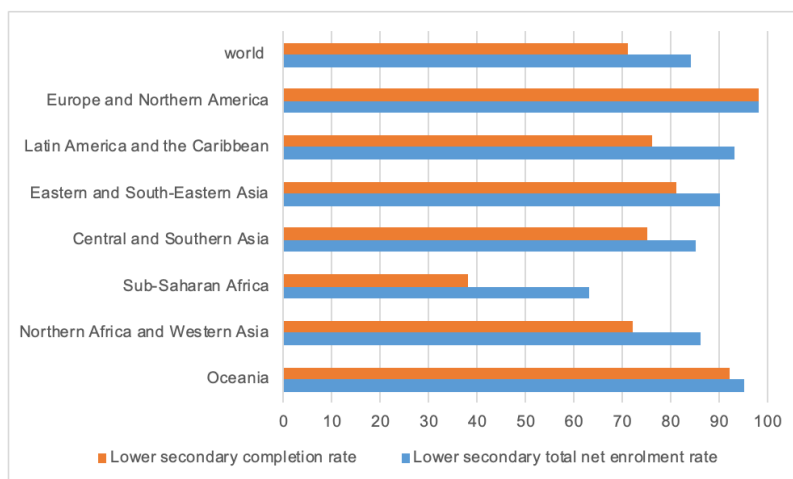


図3：Percentage of children in and completing lower secondary school

(出典：UNESCO Institute for Statistics database)

ユネスコは、世界的には、90%以上の子どもが初等教育（図2）に、80%以上の子どもが前期中等教育（図3）に入学していると報告しています。すなわち、学校は多くの子どもたちにとっての生活の場であり、不特定多数の子どもたちに効果的かつ効率的に接することのできる舞台です。そして、学校という生活の場において幼少期から展開されるヘルスプロモーション活動や健康的な舞台づくりは、子どもたち自身や教員など学校で働く人たちのみならず、家族や学校をとりまく地域住民にとっても有益な効果

を生み出すことが分かっています。

ヘルスプロモーション・スクールの特徴

従来型の学校保健は、健康上の問題となる疾病などを予防する、いわば生物医学的なアプローチが主流でした。ヘルスプロモーション・スクールでは、こうした従来型の「病気の予防」から、「健康の創出」アプローチへの転換が図られています。

WHOは、ヘルスプロモーション・スクールの特徴として、次の5点を挙

未就学の子どもと若者たち

2019年秋にユネスコが公表したSDGs 4（すべての人に質の高い教育を）に関する最新の報告によると、世界レベルの統計で見た場合、子どもと若者の就学率（enrolment rate）は初等教育（小学校レベル）で90%以上、前期中等教育（中学校レベル）で80%以上を達成しています。しかしその一方で、先にあげた図2と図3に示されているように、学校に入学した子どもたちが（青の棒グラフ）、全員きちんと卒業を迎えられているわけではない（オレンジの棒グラフ）という事実も、見逃すわけにはいきません。いまだ約2億5840万人の子どもと若者（6歳から17歳）が、退学などを含め学校に通って

いない状況（out-of-school）にあり、これは同年齢層全体の実に1/6にあたりと報告されています（図4）。後期中等教育（高等学校レベル）に至っては、初等教育の4倍、前期中等教育の2倍以上の若者が学校に通っていない状態にあります。その背景には、貧困、後期中等教育が義務教育ではないことなどの要因が考えられ、多くの10代の若者たちが、教育よりも仕事につくことを優先させている実態がうかがえます。

SDGs 5（ジェンダーの平等）にも関連し、学校に通っていない子どもと若者の男女比は、全世界的に見ると、この18年間で、格差がかなり縮小されてきたことがわかります（図5）。しかしながら、こうした全世界的な傾向の裏側には、いまだ男女格差が改善されず根強くのこっている地域や国が、まだ多数存在していることを忘れてはいけません。

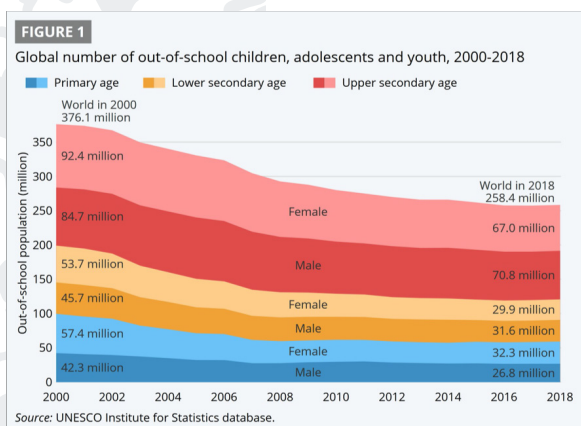


図4：学校に通っていない子どもと若者の人数（2000-2018）

（出典：UNESCO Institute for Statistics database）

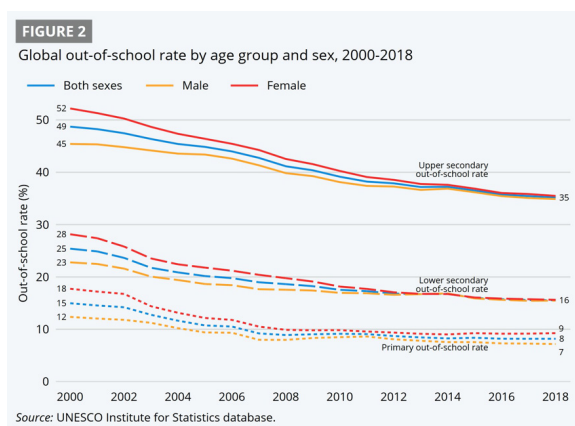


図5：学校に通っていない子どもと若者の割合 年齢層・男女別

（2000-2018）（出典：UNESCO Institute for Statistics database）

げています。

- あらゆる手段を駆使して、健康と学習双方の促進を図ること
- 健康および教育を司る行政機関、教員、生徒、保護者、医療関係者そして地域住民を巻き込んだ健康的な学校づくりに寄与すること
- 教職員のための健康促進活動、栄養および食の安全に関する活動、体育やレクリエーションの時間の創出、カウンセリングやソーシャルサポート、メンタルヘルス対応など、学内外の連携による健康的な環境づくり、学校における健康教育、学校保健サービスの提供を促進すること
- 子どもたち一人ひとりの幸福(Well-being)と尊厳を尊重しつつ、成功のための機会を与え続け、子どもたちの

功績、努力、挑戦する姿勢を後押しするような政策と実践に寄与すること

5. 地域社会のあり方が、子どもたちの健康と教育の促進にとって、いかに良くも悪くも影響しうるかについて、地域のリーダーたちの理解を深め、地域社会とともに、子どもたちの健康のみならず、教職員、家族、地域住民たちの健康促進にも寄与すること

ヘルスプロモーション・スクールの焦点

WHOは、ヘルスプロモーション・スクールで焦点とすべきこととして、以下の6点を挙げています。

1. 自分自身、そして他者を思いやること
2. 健康的な決定を下し、自分自身の

3. 健康に資する環境を創造すること
4. 平和、住居、教育、食料、収入、バランスのとれた生態系、公平性、社会正義、そして持続可能な発展を手に入れるための能力を養うこと
5. 喫煙、HIV/AIDS、性感染症、運動不足、薬物、アルコール、暴力、怪我、不健康な食事など、死亡や病気の原因とされる危険因子を避けること
6. 知識、信念、スキル、前向きな態度、価値観、サポートなど、健康を促進させる行動を促すこと

日本の学校では、生徒自身が教室やトイレの掃除をしたり、給食の配膳をしたりすることはあたりまえで、健康促進活動や学校保健活動の一環とは捉えられていませんが、ヘルスプロモ-

ティング・スクールのアプローチから考えると、日本のこうした活動も立派なヘルスプロモーションの実践といえるでしょう。

ヘルスプロモーション・スクールの流れ

世界中では、これまでも学校を基盤とした健康促進の取り組みが多数行われてきましたが、1995年、WHOはGlobal School Health Initiativeを立ち上げ、ヘルスプロモーション・スクールの世界的な普及活動に乗り出しました。その後、2000年に行われた世界教育フォーラムでは、WHO、ユニセフ、ユネスコ、世界銀行が共同で、学校保健の活動を推進していくための指針となるFocusing Resources on Effective School Health (FRESH)が提唱されました。FRESHの枠組みは、教育、医療、水、衛生、食の安全など、学校保健における多角的なアプローチの重要性への意識を高め、各国や地域でのヘルスプロモーション・スクールの取り組みにつながっています。

これまでのところ、欧州地区で約40か所、アフリカ地区で約30か所、オーストラリア、アジア太平洋地域の一部において、ヘルスプロモーション・スクールのアプローチが取り入れられています。

ヘルスプロモーション・スクールの課題

ヘルスプロモーション・スクールの課題としては、まず、1) 後ろ盾となる政策やガイドラインが確立していない、もしくは実践に活かされていないこと、2) アドボカシー活動が十分ではないこと、3) 継続的な予算の確保とコスト管理ができていないこと、4) 関係省庁を

はじめステークホルダーとの連携が不足していること、5) 人材の確保と育成が十分できていないこと、6) エビデンスに基づいたデータ蓄積のためのシステムが整っていないこと、7) 生徒、教員、保護者、地域住民の意識と責任感が不足していること、などの点が指摘されています。特に最後の点に関しては、学力重視の社会的風潮の中、生徒も教員も勉強以外に割く時間がない、(余計な)仕事が増えるといった不満の声が挙がっています。

高等教育における取り組み

2019年8月20日から22日、フィリピンのマニラ市でThe ASEAN University Network-Health Promoting Network (AUN-HPN)による第2回国際ヘルスプロモーション会議が開催されました。“Moving towards Healthy Universities in Asia”というテーマのもと、AUN加盟大学がヘルスプロモーション・ユニバーシティとなるべく情報共有が行われました。そして会議の最後には、マニラ宣言“Universities as Centers of Health & Wellness”が採択されました(写真1)。

おわりに ～ Making Every School a Health Promoting School ～

ヘルスプロモーション・スクールのコンセプトは、1990年代にWHO、UNESCOそしてUNICEFによって明確化されましたが、そのコンセプトに合致した包括的な規模での実践に成功している国や地域は、いまだ少ないのが現状です。現在、WHOはUNESCOと協働で、「すべての学校をヘルスプ

ロモーション・スクールにしよう」という構想を打ち立て、ヘルスプロモーション・スクールのグローバルスタンダードづくりに着手しています。このイニシアティブがうまくいけば、23億人を超す世界中の子どもと若者たちに、プラスの影響を与えることが期待されています。

出典：UNESCO Fact Sheet No. 56 / UNESCO Information Paper No. 61 / WHO Global Health Estimates (GHE), 2016 /WHO Global school health initiatives: achieving health and education outcomes/ WHO Global Standards for Health Promoting Schools, Concept Note /WHO Health Promoting School: an effective approach for early action on NCD risk factors /WHO Taking action on childhood obesity report 2018

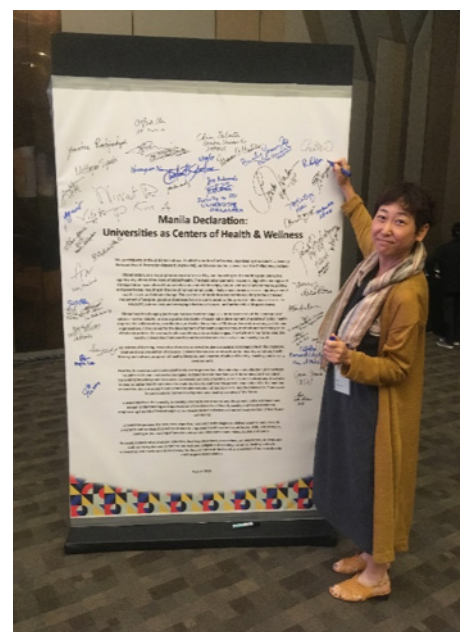


写真1：マニラ宣言にサインする筆者

2025年問題

～政策的・経済的観点からのアプローチ～



京都大学医学部人間健康科学科看護学専攻

太田 敦

国際保健に興味を持ったことをきっかけに、2018年4月より日本国際保健医療学会学生部会 (jaih-s) の活動に参加。2019年4月より14期後半運営委員企画班を務める。

開催挨拶

(公社) 日本 WHO 協会理事長

中村安秀

日本国際保健医療学会学生部会 (jaih-s) と公益社団法人日本 WHO 協会の共催によるフォーラムも今年で9回目を迎えることになりました。従来から、jaih-s の皆さんがテーマの選定、講師の先生方へのご依頼や連絡、ワークショップの内容など、企画・運営を自分たちの責任で行ってきました。この jaih-s の企画に賛同し、ご登壇を快諾していただいたレシャード・カレド様、柴田直慧様、そして大阪薬業クラブ助成事業のご協力に厚く感謝申し上げます。

jaih-s 代表挨拶

jaih-s14 期企画班班長

南里彩夏

本フォーラムは、2025 年問題が差し迫る中、これから生きる私たちに何ができるのか、参加者の皆さんと一緒に考えたいという思いからスタートしました。フォーラム終了時には皆さんが 2025 年問題を他人事ではなく自分事として考えて頂ければ幸いです。

医療と介護施設の運営と課題 ～我々にできること、限界のあること～

医療法人社団健社会レシャード医院

レシャード・カレド氏

1969 年来日。76 年京都大学医学部卒業、島田市民病院や西日本各地の病院で勤務の後、93 年静岡県島田市にレシャード医院を開院、院長を務める (医療法人社団健社会創設)。

▶医師の偏在・不足

我が国の少子高齢化に伴って、15～64 歳の働き手の人口が減少するため、高齢者を支える人数も減少する傾向にあります。それに伴って若者に大きな負担となっています。また厚生労働省は「医師の過剰時代」と報告していますが、実際のところは、医師数は過剰ではなく少ない状況です。過剰であるのは都市部のみであり、静岡県では医師偏在指標で全体の 39 位に位置付けられており、県全体で見ると医師数が不足しているといえます。2036 年までに医師不足を解消する計画は策定されていますが、現実的には医師確保が進んだとしても 12 道県で 5,323 人、このまま医師不足が進んだ場合では 34 道県で 34,911 人が足りないことが予測されています。この状況が進むと医

師数において地方と都会との格差が進行します。

地方の総合病院では医師が足りず果たして病院の役割を果たしているのか、さらに地方では多職種で議論する機会が少ない状況です。3,4 市に 1 病院があったほうが、医師が集中し、専門的な医療を提供できるのに対し、実際は 1 市に 1 病院が存在する状況であり、医師の偏在や不足について真剣に議論がなされていないのが現状です。

▶医師の高齢化

静岡県島田市では医師のうち 65 歳以上が 25.5%、75 歳以上が 5.9% です。また患者の年齢が高齢化しているため、医療費が増加傾向にあります。医療対策として挙げられるのは在宅医療です。この在宅医療は医師だけでなく訪問看護も重要な役割を担っています。24 時間 365 日患者を診ることができるのは医師だけでなく看護師にも可能であり最も重要な存在です。しかし、訪問看護師は島田市の総人口約 10 万人に対して常勤 13 人、非常勤 8 人しか存在しないので、医師だけでなく訪問看護師の不足も大きな問題となっています。

▶在宅医療

数年前に島田市で行った在宅医療に関する意識調査では、完治しない疾患に対して在宅医療を提供する体制があれば、

患者本人の立場ではそれを希望する人が67.2%であったのに対し、患者の家族の立場では30.3%まで減少し、子育てなどで介護をする時間がない、十分な時間や環境がないなどの理由で在宅医療を敬遠している傾向がみられました。レシャード医院では在宅医療を行っており、医師不足への対処法としてチーム医療に力を入れ、訪問介護や訪問看護、居宅サービスなどの社会資源を活用して、年間訪問診療348回のうち64.6%の事例で在宅の看取りを行いました。

地方における在宅医療の課題としては、絶対的な医師不足、医師の高齢化などで夜中などの対応が難しくなっている、無医村では医療従事者がいないので人口の流出に歯止めがかからず何らかの形で支援しなければならない、24時間対応の訪問看護が少ない、医療機器の在庫保有が非経済的などといった数多くの問題があります。これらの課題に対する対策のヒントとして、医療従事者や市の職員だけでなく一般市民などを巻き込んで医療を支える仕組みを作り、チームワークを形成することが考えられます。

▶子どもの貧困

2019年の保育所の定員は289万人と前年よりも増加しており、保育所を利用する人も268万人と増加していますが、待機児童は現在も16,772人存在している状況です。また保育所の充足率は、2017年が94.2%であるのに対し2019年は92.8%と減少しています。このような状況に陥った理由の一つとしては子どもの貧困率が長期的に見て徐々に上昇していることが考えられます。

▶診療費の未払い

診療費を払っていない人の中には在宅酸素療法などお金のかかる治療や検査を



受けている人が多く、患者自身が貧困であることによって診療費も支払えなくなっているケースも多くみられています。また別の原因として、生活保護の受給者が増加していることも挙げられます。

▶在留外国人

在留外国人は2018年末で約300万人ですが、未だに在留外国人に対する医療問題が解決できていない状況です。労働条件は国の働きかけによって改善しつつありますが、地方にある小さな企業においては保険に入っておらず、それによって保障も十分ではないことも問題になっています。レシャード医院の調査では、在留外国人のうち約2割が保険がなく、自費で医療費を払わなければならない状況に陥っています。また保険に入っていないことによって、慢性疾患に罹っているにもかかわらず継続的に受診することができずドロップアウトしてしまう状況になっています。今後、先ほど挙げた一般市民の課題と一緒に在留外国人についても考えていかなければなりません。また医療的な貧困について考えてみると、在留外国人の方が、問題が大きくなっていることが無視できない状態です。

少子高齢社会に対する政策的アプローチ

ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院

柴田直慧氏

東京大学法学部卒業。2013年4月に厚生労働省に入省し、17年9月から19年8月まで医政局地域医療計画課企画法令係長を務める。19年9月から米国ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院に留学中。

▶政策課題の分析

我が国の人口は減少傾向が続いており、高齢化が進んでいます。このような社会的な変化を医療面に着目すると、当面の医療ニーズの増加が挙げられます。2025年頃までに団塊の世代が75歳以上を迎えること、若年層と比較して高齢者の受療率が高い、つまり医療機関にかかる機会が多いことから、現在よりも医療ニーズが高くなることが予想されます。これに加えて、求められる医療も変化していくと考えられます。高血圧や糖尿病

といった慢性疾患が増加するほか、老化による身体の機能の低下によって様々な疾患が複合的に発生しやすくなるので、これらに対応するような医療体制を整備していくことが必要になります。一方で、少子高齢化による現役世代の減少によって、医療ニーズの担い手である医療従事者は減少します。

▶中長期的な課題

高齢化によって増加した医療ニーズは、総人口の減少がさらに進むと減少すると考えられます。さらに、過疎化によって少なくなった医療ニーズは地理的に散在し、より効率的に医療を提供することが求められます。

厚生労働省が発表した今後の医師需給推計では、医師の平均労働時間をベースにした医師の需要は、2030年にピークを迎えてその後減少が見込まれます。また医学部の定員が今後も変動しない前提で考えると、医師の供給推計は年毎に上昇するとみられています。これらから、需要と供給が均衡して医師が余る時代が到来することが予測されています。

▶課題に対する必要な対策とは？

当面の医療ニーズの増加に対しては、短期的に病院数を増加させるのは現実的ではないので、医療の質を保ちながら効率的な医療を提供することが必要です。

これを達成するには、地域内の医療機関が役割を分担して連携して医療を提供することが求められます。加えて、医療従事者が充足している地域から不足している地域への移動を促して、担い手の不足を解消していくことが求められます。

高齢化に伴う疾病構造の変化に対しては、かかりつけ医を普及して、複合疾患に対して適切に対応する体制を整えることが必要です。「急性期の疾患を短期間で治す」時代から「慢性疾患を抱えながらもQOLを保つ」時代に変わっているので、医療は病院の中だけで解決するものではなく、介護への接続など退院後も地域としてどのように支えていくかというように変化しているので、地域包括ケアのさらなる構築が求められます。

医療従事者の減少については、長時間労働を強いられている環境で働いている医療従事者にとってさらに一人当たりの負担が増加することになるので、そのような状況に陥る前に、一刻も早く医療機関の労働環境を改善していくことが必要です。

将来的な医療ニーズの減少や散在化が予測されることを考慮すると、2025年の先を見据え、今あるリソースを活用して、当面のニーズ増加をどう乗り切るのかという考えが必要です。

ワークショップ

各グループのファシリテーターよりWSの報告をさせていただきます。

【病院運営】

はじめに行った課題把握では、主に「高齢化による人手不足」「病院へのアクセスの悪さ」「医療従事者の偏在」などが多く挙がりました。そこから問題が起こる要因を考えると、社会全体の高齢化、都会への人口集中などの意見が出ました。また講演を聴き、現在・今後の大きな問題の1つには高齢化に伴う医療従事者不足が挙げられることがわかりました。次に、私たちが望む社会を考えると、「理想の社会とは、高齢者も子供も誰もが暮らしやすい社会であり、理想の病院とは誰もが暮らしやすい地域を支えることのできる病院である」という結論に至りました。ではそのような病院の実現のために政府がすべきことはなにか、政策を考えました。一例として、病院が地域に溶け込むためには、その地域の既存のコミュニティに馴染むことが必要ですが、交流することで地域住民に抵抗感を生じ得ないためには、コミュニケーション能力を身につけておく必要があります。そこで、医学部での教育を改革し、地域で働くこと・コミュニケーション能力をつけることを重視した医学部での教育改革を行う政策を考えました。また、地域全体が健康であれば、余計な薬や治療を行わずに済み、資金が確保できること、医療従事者の負担も減り、人手不足解消にもつながると考えられる為、予防医学に注力できる環境づくりを支援する政策が必要だと考えました。

【母子保健】

私達が主に焦点を当てたのは、子育て支援制度と経済的な課題についてです。(公財) 地方経済総合研究所が行った「女性の仕事と子育てに関する調査」によると、3歳未満の子どもがいる人が利用できる「短時間勤務制度」は、1日の所定



労働時間を原則6時間に短縮する制度であります。その利用は1割強にとどまり、子育て支援制度があるにもかかわらず、利用しにくい職場があると予想できます。また国立社会保障・人口問題研究所が行った調査では、夫婦にたずねた理想的な子どもの数（平均理想子供数）は1987年から低下傾向にあり、その理由としては、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから（56.3%）」が最も多いという結果が出ています。これらの課題に対して、グループ内で出た政策としては、0歳児に選挙権を与える、30歳までに子どもを3人産むと1000万円が貰えるなどの意見が出ました。大胆で突拍子もないアイデアだと思うかもしれませんが、選挙権に関しては母親に投票権を2票与えることで政治家により子育て世代への政策に力を入れてほしいといった思いが込められています。さらに、1000万円貰えることを視野に入れてライフプランを設計する女性が増えるのではないかと期待が込められています。

【貧困】

私たちの話し合いでは、高齢者貧困だけでなく、子どもの貧困についての課題が多く出てきました。高齢者貧困では生活保護を受けている多くは高齢者であることや少子高齢化が進んでいることから、退職の年齢制限撤廃など様々な案が出ました。その中で、高齢者貧困は都会に多いため、高齢者の出身地などの施設に入るという案が出ました。次に、子どもの貧困では貧困層の子ども達は塾などに通えず学習能力が低いという話がでました。また、貧困の人は病院に行けず市販の安い薬を買うと予想されますが、知識がないと正しい薬の購入や内服ができないという話もあり、薬と貧困の関係は興味深いと考えました。

後半のワークショップでは、薬と貧困の結び付け方に困難を感じていた際、日本WHO協会の渡部事務局長から、昔



は子どもが一人っていると近所の高齢者が一緒に遊んでくれたりしたという話を聞きました。そこで、高齢者が子どもに勉強を教えたり、遊び相手になることでどちらも寂しい思いをしないのではという案が出ました。お金がないことは変わらないものの、子どもや高齢者だけでなく働く親など地域住民全員にとって良い案であると考え、これをメインテーマにして政策を考えました。

【メンタルヘルス】

前半の問題点の共有では、高齢化による介護需要の増大という点から、医療者や家族の精神的負担に着目した意見が多く出ました。そのため解決策としては、「医療従事者を増やす」や「家族だけで介護する必要のない社会システム」など介護負担者側にある問題に対処する意見が多くを占めました。しかしレシャード先生から、「高齢者は人の負担になるだけでしょうか。もっと、高齢者の力を活かす見方もできるのではないですか？」というアドバイスをいただき、高齢者が持つ力を最大限に生かすことで、結果的に介護側の精神的負担を減らし、さらに、被介護側である高齢者の社会的孤立を解決することにもつながると考えました。ワークショップの後半では、高齢者の力を活かす機会の作り方について考えた中で特に目立っていた意見が、老人ホームと保育所を合体させた新しい施設をつくるというものです。2025年問題では高

齢化だけでなく、少子化も問題視されている中で、女性の社会進出も相まって保育所の需要はあるものの、その需要と供給のバランスは難しい状況です。そこで、増え続ける老人ホームに保育所としての機能を持たせることで、財政的にも負担が減り、さらに、子供との関わりの中で高齢者の力を活かすこともできるのではないかと考えました。

高齢者の力を活かした社会の実現を目指して

今回は、2025年問題をテーマとして取り上げ、母子保健・貧困・病院運営・メンタルヘルスの分野に分けて問題点を明らかにして、解決策を提示することを目的としていました。内容が国際保健と少し離れているため議論が活発にできるのかが分からず不安がありました。しかし、どの分野においても議論が活発に行われ、どの解決策の案も興味深いものばかりでした。企画全体を通してみると参加者及び我々jaih-sの運営委員にとって非常に有意義なグループワークになったと思います。今後は高齢者の増加により起こり得る問題ばかりを考えるのではなく、高齢者とその人々を取り巻く社会のニーズをお互いに補い合うことができる社会づくりを目指していくことが重要であると感じました。

TICAD7公式サイドイベント UHC:アフリカの未来!

~日本とアフリカの未来に対する対話と学び~



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。インドネシア、パキスタンにて家族連れで暮らす。ケニアとカメルーンの母子手帳プログラムに携わる。2018年より日本WHO協会理事長。



創価大学看護学部

小松 法子

青年海外協力隊でタンザニアの母子保健クリニックで活動した事をきっかけに、中村安秀教授の下で学び、母子手帳国際会議には事務局として関わっている。

TICAD 7とは

アフリカ開発会議 (Tokyo International Conference on African Development : TICAD) は、1993年から日本政府が主導し、国連や国連開発計画 (UNDP)、アフリカ連合委員会、世界銀行と共同で開催している国際会議です (外務省ホームページ)。現在は、3年ごとに日本とアフリカで交互に開催され、アフリカ各国の首脳、国際機関、国際NGO、アフリカで活動する企業などが参加しています。日本では6年ぶりとなる第7回アフリカ開発会議 (TICAD7) が2019年8月28日から30日の3日間、パシフィコ横浜で開催されました。「アフリカに躍進を!ひと、技術イノベーションで。」のテーマのもと、

アフリカ内外から1万人以上の参加があり、アフリカの経済・社会・平和と安定の3つの柱について議論されました。

UHC:アフリカの未来! 日本とアフリカの 未来に対する対話と学び

TICAD7では、150以上の様々なテーマのサイドイベントが開催されました。今回私たちは、日本WHO協会とサラヤ株式会社が共催した公式サイドイベント「UHC:アフリカの未来! 日本とアフリカの未来に対する対話と学び」に参加しました。このイベントはサブサハラアフリカにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に関わる様々な活動事例を通して、アフリカの未来に向けた対話とするとともに、日本におい

ても持続可能な開発目標 (SDGs) への真の理解への一助となるような学びの機会にしていきたいとの思いで開催されました。活動事例として、医療関連感染予防プロジェクトやヘルスポランティア活動、母子手帳による母子保健活動、小学校での栄養改善プロジェクトなどを取りあげました。企業、大学、国際機関、NPOと立場の異なる登壇者から、アフリカに対する熱い思いとともに、アフリカの人々と取り組んできた活動の成果を含めて発表が行われました。

イベントは、日本WHO協会中村安秀理事長の開催の挨拶から始まりました。ソマリランドの女性医師との出会いについて紹介し、SDGsのスローガン「No one Left Behind (誰一人取り残さない)」になぞらえて、「No Country Left Behind (どの国も取り残さない)」が必要ではないかと提唱しました。ソマリランドは、人口390万人。ソマリアとは別の独立国家であるにも関わらず、国際機関から国として認められていないため、地図にも国際機関の報告書にも出ていません。乳幼児死亡率は71 (出生1000対)、妊産婦死亡率は1300 (出生10万対) という驚くほど高い死亡率ですが、保健人材の不足や保健医療に対する予算が政府予算のわずか3%しかあてられていません。UHCの実現のためには、政府の保健予算を含めた深刻な保健システムの課題がある現状を報告しました。



日本WHO協会中村安秀理事長の開催の挨拶 「No Country Left Behind (どの国も取り残さない)」ソマリランドの紹介

更家 悠介さん

ウガンダの医療衛生とユニセフ支援

サラヤが2010年からユニセフの支援を通じてウガンダで取り組んでいる手洗い啓発プロジェクト(100万人の手洗いプロジェクト)についての紹介がありました。2011年にはウガンダにサラヤ現地法人を設立し、ウガンダ製アルコール手指消毒剤「AlsoftV」他の製造をはじめ、東アフリカでの医療施設でのアルコール手指消毒推進の事業を進めています。さらに、現在、スナノミ(寄生虫)を駆除するためのローションの開発や個人が簡易に心電測定でき、測定したデータがAI解析され、遠隔で心臓の状態が把握可能なモバイル心電図の開発と活用について紹介され、病気の予防や早期発見ができる取り組みを行っていることが発表されました。



*イベントの様子は、動画配信されています。QRコードを読み取るとアクセスができます。



安田 直史さん

タンザニアのヘルスボランティア

ユニセフタンザニア事務所に赴任されていた時に取組まれた、コミュニティーヘルスボランティアの活用について、ヘルスボランティアの役割や歴史的な背景、現在の状況が発表されました。2015年に行われたヘルスワーカーの現状について調査した結果では、小学校卒業レベルの人が多く、年齢層は35歳以上の人が多く、10年以上前に教育を受けてヘルスワーカーとして働いている人が多かったです。今、UHC達成のためにはコミュニティーヘルスの充実が必要であり、ヘルスボランティアの育成等に取り組むことの重要性を強調されました。



*イベントの様子は、動画配信されています。QRコードを読み取るとアクセスができます。

小松 法子さん

アフリカで広がる母子手帳を使った母子保健サービス

青年海外協力隊としてタンザニアに赴任していた時の経験を通して、母子保健における父親の役割について調査を行った研究結果を発表しました。協力隊時代、母子保健クリニックで活動中に日本で使われているような母子手帳が海外で使われていないことに驚きました。日本に帰国後、海外で日本の母子手帳をその国の状況に合わせて活用している国があることを知って、さらに驚いた経験を紹介しました。アフリカで初めて開催された第8回母子手帳国際会議（ケニア）、3年後の第9回母子手帳国際会議（カメルーン）の様子や2018年に行われた第11回母子手帳国際会議で発表された母子手帳の役割や活用した結果・効果を発表しました。最後に、2020年オランダで行われる第12回母子手帳国際会議について紹介しました。



*イベントの様子は、動画配信されています。QRコードを読み取るとアクセスができます。



藤井 千江美さん

シエラレオネの小学校で取り組む栄養改善

JICA 専門家として3年間赴任していた母子保健指標が世界でも最下位に属するシエラレオネのカンビア県で、2019年4月に立ち上げたプロジェクトについて発表されました。このプロジェクトは将来を担っていく子どもたちが、食と栄養の大切さを知り、自らの手で持続した栄養改善を行っていきけるようなしくみを作ることを目的としています。4月に5ヶ所の小学校の校庭に、教師と児童が野菜と一緒にモリンガの木を栽培する「モリンガ・スクールガーデン」を作り、今後は世界食糧計画（WFP）と連携して、WFPが実施している学校給食に収穫された野菜と微量栄養素を多く含むモリンガ葉を加えていくことが説明されました。発表では、モリンガのこと、そしてモリンガと取り組む女性雇用支援を目的としたブルキナファソでの活動も紹介されました。



*イベントの様子は、動画配信されています。QRコードを読み取るとアクセスができます。

おわりに

今回のイベントでは、18時からという遅い時間にもかかわらず、実際にお子さんを育てているお母さんや小学生、小学校の先生、研究者など、様々な方が参加されていました。発表者も企業や国際機関、大学、NGOと様々な立場から、それぞれ取り組んでいる活動やアフリカへの思いを発表しました。その後、参加者の方々と交えて活発な質疑応答が行われ、横浜市の小学校教員の方から、「子どもたちは喜んで募金活動をしているが、実際に現場でどのような活動が行われているか、よくわかって本当に良かった」といった趣旨の発言をいただきました。

アフリカ開発会議も規模が大きくなると、市民との連携が薄くなっていく傾向は否めません。今後も、TICADのような場に積極的に参加し、国際保健医療協力の実際の姿を、市民とともに語り合うことの大切さを改めて実感しました。そういう努力が、これからのアフリカの発展やUHC達成に繋がっていくことを期待したいと思います。



発表者が登壇し、質疑応答の様子

表1 TICADの開催年・開催場所

	開催年	開催場所	テーマ
第1回	1993年	東京	
第2回	1998年	東京	アフリカの貧困削減と世界経済への統合
第3回	2003年	東京	
第4回	2008年	横浜	元気なアフリカを目指して—希望と機会の大陸
第5回	2013年	横浜	躍動するアフリカと手を携えて
第6回	2016年	ケニア・ナイロビ	
第7回	2019年	横浜	アフリカに躍進を！ひと、技術イノベーションで

開会の挨拶と質疑応答も Youtube にて配信しております。QRコードを読み取るとアクセスできます。



開会の挨拶(中村 安秀先生)



質疑応答

ジュネーブ WHO本部

顧みられない熱帯病(ブルーリ潰瘍)部署でのボランティア報告



名古屋大学大学院医学系研究科 皮膚科学分野 病院助教

村瀬 千晶

医学部医学科卒業後、トヨタ記念病院で初期臨床研修を行い、名古屋大学皮膚科に入局。医学博士号を取得後、WHO本部での短期留学を経て現職に至る。

はじめに

～ブルーリ潰瘍と NTDs ～

私は皮膚科入局後、国内発症のブルーリ潰瘍症例の治療に携わったことをきっかけに、2015年以降、WHO本部でのブルーリ潰瘍の専門家会議に定期的に参加するようになりました。ブルーリ潰瘍は、顧みられない熱帯病(Neglected Tropical Diseases: NTDs)に分類される熱帯皮膚病で、抗酸菌の一種である *Mycobacterium (M).ulcerans* の感染により皮膚に潰瘍を起こします。 *M. ulcerans* が出すマイコラクトンという脂質毒素により、宿主が痛みを感じない間に潰瘍病変が緩徐に進行し、四肢の拘縮や切断などの障害を負うリスクとなります。蔓延国であるガーナを含むアフリカ諸国を中心に、年間約4000-5000例(約半数が15歳未満)の発症を認めますが、日本国内でも認知度は低いものの、年間約数例の発症を認めています。

NTDsは約150の熱帯の国や地域を中心に蔓延している寄生虫、細菌、ウイルス等の感染症のことで、現在、ブルーリ潰瘍以外にもリーシュマニア症やデング熱、狂犬病など、20の疾患があります。世界中で14億人以上がこれらの感染症で健康な生活を脅かされています。NTDsの分野は現在患者数に比して、世界的に専門家の数が不足していると言われています。研究も十分に進んでおらず未解明な部分も多く、治療にアクセスできずに苦しむ方も多いと知り、大学院博士課程卒業を機に、NTDsについてさら

に詳しく学ぶために今回の留学を決意しました。

配属先部署

希望通り、スイス・ジュネーブのWHO本部における、NTDsの部署に8～9月の6週間、配属されました。本部署は、多種多様なNTDsをカバーしており、私が専門とするブルーリ潰瘍は、ガーナ出身のMedical OfficerであるAsiedu Kingsley先生が担当されており、私のスーパーバイザーはKingsley先生でした。

主な仕事・役割

～NTDsに対する取り組み～

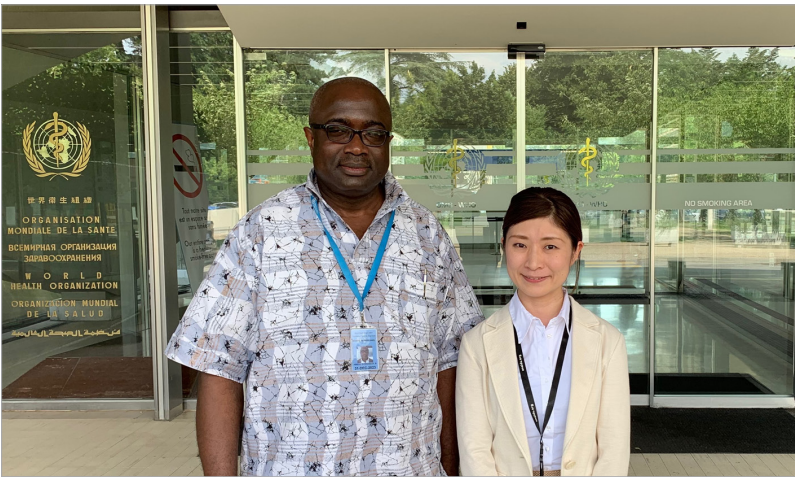
私と与えられた仕事は主に、①Community levelでのskin NTDs教育用資料の作成、②アフリカ諸国でも広く普及している、スマートフォンなどを用いた遠隔診療(Digital Health)を進めていく上での、皮膚科医としての専門的な意見・介入、③熱帯病に関する大型国際研究費の応募、という3点でした。

①に関しては、現地で多様な皮膚NTDsの各疾患の診療に携わる各国の医療スタッフの方々からご提供いただいた臨床写真などをもとに、資料の作成を行いました。これまで、District levelでの教育用資料として、詳しい文章で皮膚NTDsの各疾患の説明が記載された資料はありましたが、Community levelにおいて、文字が読めない患者さんやご家族への説明にも使えるような資料は存在しなかったため、典型的な臨床経過が一

目でわかる写真を4コマ漫画形式で掲載した資料を作成することになりました。NTDs蔓延国において医療を行う上で、まず住民の方々に対し、どのような皮膚の状態になったら医療機関を受診すべきで、治療しない場合はどのような転機を辿るかということを教育し、医療を受けるタイミングと重要性を教育することは非常に重要です。早期に医療機関を受診し、コンプライアンス良く治療を行うことが、多くの疾患で後遺症を残さず治療を成功する上で大切なポイントになりますが、そのためにはこのような教育が欠かせません。この資料作成の仕事は、ジュネーブでの6週間の短い期間では終わらなかったため、残りは日本に持ち帰り、帰国後も引き続きKingsley先生と連絡を取りつつ、進めることになりました。

②に関しては、WHO本部において、皮膚疾患に限らずDigital Healthのプロジェクトを進めている担当者の方とミーティングを行い、画像での遠隔診療が期待されている皮膚疾患における実用化への議論をしました。アクセスのしやすさという観点から、特別な機器を準備しなくても、例えば多くの人が所有しているスマートフォンと、普段広く使用されている連絡用アプリなどを利用した遠隔診療の実現の可能性について、メリットと、想定される様々な問題点を挙げて議論し、実用化への課題を検討しました。

③に関しては、日本の研究機関が主体となって応募する国際研究費で、「ブルーリ潰瘍における臨床現場即時検査



スーパーバイザーの Kingsley 先生と



NTDs の部署でランチタイムのパーティー

「Point of Care Testing: POCT」の開発」のテーマで、応募書類の作成・申請を行いました。ちょうど私がジュネーブに滞在した6週間の間に、一次選考の締め切り (Intent to Apply Submission) と、二次選考の締め切り (Full Proposal Submission) の日程が重なったため、私の留学期間の最初から最後までかけて取り組んだ仕事となりました。

他、ブルーリ潰瘍蔓延国における様々な研究調査の打ち合わせも進めました。WHO 本部での6週間が終わった翌週は、NTDs の部署のうち多くのメンバーと一緒にリバプールに移動し “NTDs NGO Network (NNN) Conference 2019” という国際会議に参加しました。

学んだこと・身についたこと

国際研究費応募の仕事を通して、共同研究機関を探す段階から始まり、英語での応募書類作成及び申請、計7つ(4か国)に及ぶ共同研究機関との各国の時差を計算した連絡のやり取りなど、国際的に協力して一つの仕事を進めることの難しさを経験することができました。語学力だけではなくコミュニケーション能力や、研究分野における専門知識など、実際に仕事を進めていく上で必要となる課題を知ることができました。

感想・印象に残ったこと

普段、日本では臨床医として働いているため、週に4日は朝から外来診療を行い、外来終了後、医局に戻って様々な

研究や書類作業などの仕事を行っています。日本でブルーリ潰瘍などに関する仕事に少しずつ携わらせていただいていたのですが、臨床が中心の生活で、やはり目の前の仕事で頭がいっぱいになってしまふ毎日でした。今回、初めて臨床から離れて NTDs の仕事に集中して広い視野で取り組み、このような医療への関わり方もできるのだと実感できたことは、自分にとって大きな収穫でした。

私が配属された NTDs の部署は、皆気さくに話しかけて下さったり、食事に誘って下さったりと、暖かくて相談しやすい雰囲気の、素晴らしい環境でした。6週間過ごす中で、色々と困りごと(パソコンが壊れるなど)が有りましたが、そのたびに優しく助けてくださいました。ジュネーブにはレマン湖という大きな湖があり、仕事終わりに部署のメンバーでレマン湖のほとりで美味しいチーズやキッシュを持ち寄って、お誕生日会をしたのはとても楽しかったです。

これから WHO インターン / ボランティアを希望する人へ

私は博士号を取得後、半年ほどで渡航でしたので、インターンではなくボランティアの枠で採用されました。インターン制度については最近少し変更があり、インターンは従来のカフェテリアでのランチ割引の他にも、一部金銭的な補助が出るようになったそうです。物価が高いジュネーブでの生活は誰にとっても大変ですが、特に途上国からのインターンの

参加を応援する意味もあるとのことでした。

WHO 本部でのインターンは特に夏は人気が高く、採用までの道のりが長いこともあるかもしれません。ボランティアは、WHO からの金銭的な補助はありませんが、インターンよりも自由度が高く、実際の業務内容としては個人の能力に合わせて仕事を与えられるため、WHO で働くという目的を果たす為には、大変良い選択肢になると感じました。職場は皆一緒なので、同時期に働いている各国からのインターンの方々とも交流があり、毎日彼らと一緒にランチを食べて喋ることは、一番の息抜きでした。特に仲良くなったインターンの方とは、WHO の建物の中を探検したり、週末一緒にピクニックをしたりと、楽しい思い出が沢山できました。

おわりに

最後に、現地で私を受け入れてくださった WHO 本部の NTDs の部署の皆様、WHO 本部の結核の部署にご勤務されており、今回の渡航に関して様々なアドバイスをくださった錦織信幸先生、普段からの活動に加え、今回の渡航を支えてくださった名古屋大学の皆様、渡航に際しましてご支援いただきました公益社団法人 日本 WHO 協会、公益財団法人 村田学術振興財団、公益財団法人 豊秋奨学会、公益財団法人 大山健康財団の皆様、その他関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

国立健康・栄養研究所 東アジアを代表する栄養に関する協力センターとして ～アジアの栄養問題に関する技術支援と若手研究者の能力強化～



国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所
国立健康・栄養研究所 国際栄養情報センター長
西 信雄

大阪大学医学部卒業、同大学院博士課程修了。岩手医科大学、放射線影響研究所等をへて現職。現在、国立健康・栄養研究所国際栄養情報センター長。

国立健康・栄養研究所の概要

国立健康・栄養研究所は、2014年3月に「栄養と身体活動に関するWHO協力センター」に指定されました。2018年3月に更新され、2期目に入った比較的新しいWHO協力センターです。

国立健康・栄養研究所は現在国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所の一つに位置づけられますが、歴史は長く1920年に内務省所管の栄養研究所として創設されたのが始まりです。2020年はオリンピック・パラリンピック東京大会の後に我が国で「成長のための栄養サミット2020(仮称)」が開催予定ですが、当研究所も創立100年を迎えることから、栄養分野でのさらなる貢献が期待されています。

WHO協力センターとしての役割と活動

当研究所は、国民健康・栄養調査の集計、食事摂取基準の活用、生活習慣病の原因解明、国民の身体活動・運動習慣確立への貢献、エネルギーや主要栄養素の適切な摂取法の提示、「健康食品」に対



写真① 国立健康・栄養研究所 外観

する正しい情報の発信、栄養成分表示の信頼性確保など、「栄養・食事」、「身体活動・運動」、「食品の機能・安全性」の分野の健康に関する研究を行っています。当研究所では、国際栄養情報センターが中心となって栄養疫学・食育研究部、身体活動研究部、栄養・代謝研究部とともに「栄養・食事」及び「身体活動・運動」の分野での国際貢献を目指しています。

栄養分野のWHO協力センターは世界で20、西太平洋地域に6つありますが、食品中の化学物質に関する中国・香港のWHO協力センターを除くと、当研究所は栄養に関する東アジア唯一のWHO協力センターといっても過言ではありません。

我々の行動計画は次の2点です。

1. 世界的および地域的栄養目標に向けた母子栄養に関する包括的な行動計画の実施ならびに地域栄養および非感染性疾患に係る施策や行動計画におけるWHOとの連携による西太平洋地域各国への技術支援
2. 国立健康・栄養研究所のフェローシップ(アジア諸国における国際協力推進事業)において毎年最低1名をWHOが選定した候補者に割り当てることを通じた栄養サーベイランスおよび身体活動サーベイランスにおける人材の能力強化に関するWHOの取組の支援

行動計画1の非感染性疾患については、我が国では健康日本21(第二次)の目標のモニタリングに国民健康・栄養調査の結果が活用されており、同様のシステ

ムを西太平洋地域各国で整備するための技術支援に取り組んでいます。また、行動計画2にある栄養サーベイランスおよび身体活動サーベイランスは、厚生労働省が実施し、当研究所が集計を担当する国民健康・栄養調査における経験を生かせるものであり、人材の能力強化を支援しています。

当研究所が実施する国際協力の事業には、主に国際協力若手外国人研究者招へい事業の実施とアジア栄養ネットワークシンポジウムの開催の2つがあります。

国際協力若手外国人研究者招へい事業

行動計画2にも示したもので、毎年度1～2名の研究者を約3ヶ月間招へいして研修を実施しています。2005年度に開始し、これまで12カ国から25名の研究者を招へいしました(表参照)。毎年11月頃に当研究所のHPで公募するとともに、WHO西太平洋事務局の担当官から各国のWHO事務所を通じて候補者を推薦いただいています。定型のプログラムではなく、招へい研究者の経験や希望をもとに当研究所が研究課題を設定して、栄養サーベイランスおよび身体活動サーベイランスに関連する研修を行っています。近年の招へい研究者の所属と研究テーマを以下に紹介します。

2017年度

マレーシア・サンマレーシア大学「栄養素摂取量の評価におけるスコア化法の比



写真② 第8回アジア栄養ネットワークシンポジウム出席者

表 国際協力若手外国人研究者招へい事業における招へい研究者の国別人数

国	人数
マレーシア	7
ベトナム	4
中国	3
タイ	2
モンゴル	2
インド	1
インドネシア	1
韓国	1
トルコ	1
ネパール	1
バングラデシュ	1
フィリピン	1

較」
ベトナム・ホーチミン医科薬科大学「ベトナム版フードピラミッドスコアの開発およびベトナム版フードピラミッド遵守と肥満の関連」

2018年度

フィリピン・食品栄養研究所「非感染性疾患予防のための国民栄養調査の有用性」

2019年度

タイ・マヒドン大学「タイと日本における小児肥満の予防・管理のための食環境」

招へい研究者には行政機関に勤める方もおられ、必ずしも研究者に限りませんが、研修中は日頃の業務や研究を離れて研修に集中できる環境を提供するよう努めています。

アジア栄養ネットワークシンポジウム

アジア栄養ネットワークは緩やかな集合体であり、当研究所がアジア地域における健康および栄養上の問題解決に積極的に貢献することを目指して、2003年度以来、隔年で開催しています。シンポジウムでは、国内外より招へいた当該分野の専門家とともに学術的な討議と意見交換を行っています。WHO 西太平洋地域事務局の栄養の担当官と連携を取りながら継続して開催してきたことも、WHO 協力センターに指定された要因の

一つと考えています。予定も含めて直近3回のシンポジウムのテーマを以下に紹介します。

2016年3月23日開催

第7回「学童の肥満予防のための施策」

2018年2月21日開催

第8回「西太平洋地域におけるSDGs達成に向けた母子栄養施策の重要性」

2020年2月18日開催（予定）

第9回「国民栄養調査を用いた健康格差の評価とモニタリング」

第9回のシンポジウムでは健康格差の評価とモニタリング方法について、アジア各国からの報告をもとに相互の理解を深め、関連する課題や今後の展望を議論する予定です。なお、第7回のシンポジウムは、WHO 西太平洋事務局との共催による「西太平洋地域における小児肥満サーベイランスに関する諮問会議」（2016年3月）と連動して開催しました。

国内のWHO 協力センターとの連携

最後に、WHO からも強く求められている他のWHO 協力センターとの連携の状況を紹介します。

WHO Collaborating Centre for Integrated People-Centred Service Delivery に指定されている国立保健医療科学院（本誌2019年夏号参照）が

WHO 西太平洋事務局と共催する Regional Workshop on Strengthening Leadership and Advocacy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (LeAd-NCD) には、オブザーバー等で度々出席し、西太平洋地域各国の政策担当者等と意見交換を行っています。

また、WHO 健康都市・都市政策研究協力センターに指定されている東京医科歯科大学は健康都市連合学会の事務局の役割も果たしており、2018年10月にマレーシア・クチンで開催された第8回健康都市連合学会で私がゲストスピーカーとして「ヘルスプロモーションの測定におけるリスクファクターのサーベイランス」について講演する機会をいただきました。

なお、健康危機管理 WHO 協力センターに指定されている兵庫県立大学（本誌2019年夏号参照）とは、具体的な連携は始まっておりませんが、昨年度当研究所に国際災害栄養研究室が発足したのを機に、災害栄養分野での連携を模索しているところです。

栄養に関する WHO 協力センターは、国内でももちろん唯一です。「栄養と身体活動に関する WHO 協力センター」として、今後も他の機関との連携を進めていきたいと思っています。

北海道大学人獣共通感染症リサーチセンター ～人獣共通感染症を克服するための先回り戦略と人材育成～



北海道大学人獣共通感染症リサーチセンター統括
WHO人獣共通感染症対策研究協力センター長
喜田 宏
獣医師、獣医学博士。北海道大学獣医学部卒業後、同学部教授を経て2005年より現職（当時はセンター長）。2007年より日本学士院会員、2017年に文化功労者受賞。



北海道大学人獣共通感染症リサーチセンター
特任准教授
磯田典和
獣医師、獣医学博士。アジア・太平洋地域において、人獣共通感染症克服に向けた公衆衛生分野と家畜衛生分野の協働体制の整備について従事。

施設の概要

人獣共通感染症は、自然界の野生動物と共生し被害を及ぼさずに存続してきた微生物が、家畜、家禽やヒトに感染、伝播して起こす感染症です。近年、人類を脅かしているエボラ出血熱、インフルエンザ、中東呼吸器症候群（MERS）、重症急性呼吸器症候群（SARS）、腎および肺症候性出血熱（HFRS および HPRS）、レプトスピラ病などの新興・再興感染症は、すべて人獣共通感染症です。人獣共通感染症は医学（行政は厚生労働省）、獣医学（農林水産省）および環境科学（環境省）のはざまの課題であり、対策の責任の所在が明確ではありませんでした。各領域の密接な協力が人獣共通感染症対策に必要不可欠です。北海道大学は、人獣共通感染症の現状と国内外における関連研究の立ち遅れに強い危機感を抱き、人獣共通感染症の研究・教育の抜本的な強化を目的として、2005年に人獣共通感染症リサーチセンターを設置しました。本センターは、2019年9月現在、7部門、3室、1研究拠点で構成されています。



写真1：前景

WHO 協力センターとしての役割と活動

2011年11月に、本センターは人獣共通感染症対策の強化のために、WHOから人獣共通感染症対策研究協力センターとして指定されました。2005年には、世界動物衛生機関（OIE）の鳥インフルエンザレファレンスラボラトリーに指定され、「One Health, One World」の理念の下で研究と教育を推進しています。本センターでは、主にアジア・アフリカ地域における人獣共通感染症の克服に向けた研究・教育活動を通じ、WHO協力センターとして、人獣共通感染症研究に技術的支援を行うとともに、対策に従事する人材の育成に注力しています。また、アジア・太平洋地域における人獣共通感染症の克服を目指し、技術・研究と政策遂行の支援を行っています。

人獣共通感染症の診断と先回り対策の支援

人獣共通感染症の先回り予防対策を執るためには、病原体の自然宿主動物の特定と伝播経路の解明が前提です。従って、人獣共通感染症の発生頻度が高いフィールドで疫学調査を行い、信頼性の高い結果を得なくてはなりません。我々は最新の疫学調査によって得られた結果や情報を基に、適切な診断抗原または遺伝子を標的とする簡便で、感度と精度に優れた診断手法を開発し、疾病の流行地域に実装することを目指しています。その好例



写真2：Loop-Mediated Isothermal Amplification法を用いたレプトスピラ病の診断。
【右上：感染陰性検体は暗色だが感染陽性検体は反応】

としてリアルタイム RT-PCR 法および迅速診断キットを用いた鳥インフルエンザの診断法を樹立しました。また、フィリピンでは、水牛のサンプルを用いて Loop-Mediated Isothermal Amplification によるレプトスピラ病の診断法を確立しました【写真2】。このように疫学調査を支援する一方で、その技術・研究の方法と知見を公開しています。

また、世界各地の疫学調査から得られたインフルエンザウイルスを系統保存し、的確なウイルス株を選出して、診断抗原ならびにワクチンを試製、その品質を論文公開しています。さらに、多くのウイルス株の遺伝子情報をデータベース化し、世界人類共通の生物資源として公開、要請に応じて提供しています (<https://virusdb.czc.hokudai.ac.jp>)。季節性ならびにパンデミックインフルエンザを引き起こすウイルスの HA および NA 遺伝

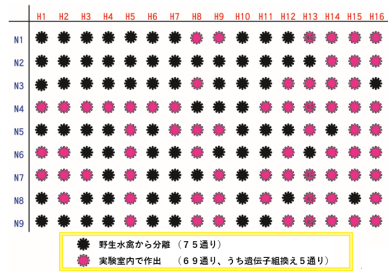


図1 (左上)：インフルエンザウイルスライブラリー 写真3 (左下)：Zoonosis Control Expert 認定試験
写真4 (右)：フィリピンで実施した Zoonosis Prioritization Workshop

子が自然宿主である野生のカモであることを明らかにしました。また、カモ等の野生水禽から分離された鳥インフルエンザウイルスについて、全ての血清亜型(ヘマグルチニン：16種類、ノイラミニダーゼ9種類)の組み合わせを系統保存しています【図1】。その中で、ヒトへの感染が報告されている亜型については、ウイルスの抗原性やマウスやサルを用いた病原性の確認を完了し、パンデミックインフルエンザの発生に備え、ワクチン株を供給する準備も完了しています。

人獣共通感染症対策専門家の育成

本センターは北海道大学大学院国際感染症学院と協力し、人獣共通感染症対策専門家を養成しています。このカリキュラムは人獣共通感染症の疫学、予防、診断、治療および対策方法について幅広い知識を習得し、人獣共通感染症対策について現場で経験を重ねた後、認定試験合格者に与えられる称号で、2019年10月までに合計77人(うち、日本人35人)の専門家を輩出しました。この専門家は国内外の行政、学術機関や民間企業などで、人獣共通感染症の予防、診断および対策業務に従事しています。【写真3】

さらに2018年より、人獣共通感染症対策グローバルエキスパート養成プログラムを開始しています。これは既存の人獣共通感染症対策専門家コースを発展させたもので、アフリカを中心に感染症

対策に与る研究・行政の中核人材が高度な実践・応用能力および地域と世界を俯瞰する力を備えることで、感染症対策のリーダーシップを発揮できる人材を養成する長期研修型のプログラムです。同プログラムは、独立行政法人国際協力機構の援助を受け、委託講座を設置し、人獣共通感染症対策グローバルエキスパートの養成を図っています。今後はアフリカのみならずアジア地域からも研修生を受け入れる計画です。

このような人獣共通感染症対策専門家養成のためには、WHOにおける実地研修が効果的と考え、国際感染症学院所属学生をWHOにインターンとして派遣しています。

加盟国への人獣共通感染症対策の政策提言

人獣共通感染症は Human-Animal-Ecosystem Interface (医学、獣医学および環境学の境界面) で発生する健康課題であることから、その制圧には複数分野の協力体制の構築およびその機能の向上が必要不可欠です。医学、獣医学、および環境学分野での分担および協力体制が確立している国がある一方で、多くの国ではその協力体制が不完全もしくはその機能が十分に発揮されていません。複数分野にまたがる協力体制の構築には、参画分野の選定や、人的および金銭的資源の共有について多くの課題が残っています。またガバナンスの監視・強化や意

思決定方法などの事例が少なく、今後も検討が必要です。そこで我々は、人獣共通感染症の克服に有効な協力体制構築に注力しています。特に、対策が必要な重要人獣共通感染症の選定は、協力体制を構築する分野によって大きな隔たりがあることも多いため、WHO 西太平洋地域事務所や OIE アジア太平洋事務所と協働して、対策対象疾病の選定に関する取り組みを行っており、フィリピンでワークショップの技術的支援を行いました。

【写真4】

人獣共通感染症の克服は全世界共通の課題です。とりわけ、アジアはそのリスクが高く、人獣共通感染症並びに新興・再興感染症に対する備えは各国の重要な課題となっています。我々は、公衆衛生および動物衛生の観点から、WHO、OIE および FAO(国際連合食糧農業機関) が毎年1回人獣共通感染症の克服を目指す Tripartite Meeting を共催し、加盟国やアジア・太平洋地域において適切な人獣共通感染症対策を提言しています。

おわりに

本センターの使命は、人獣共通感染症の克服です。世界各地の共同研究活動から得られた知見や財産などを加盟国に還元し、疾病対策に貢献します。また関連 WHO 協力センターとそれらを共有し、より効果的な人獣共通感染症の克服を目指します。

国立障害者リハビリテーションセンター

～障害の予防とリハビリテーションに関するWHO協力センター～

国立障害者リハビリテーションセンター国際協力室長
西村 陽子

国立障害者リハビリテーションセンターにおいて長年国際協力の業務に携わっている。

国立障害者リハビリテーションセンター総長
飛松 好子

リハビリテーション科医師、専門は義肢装具、脳性麻痺、脊髄損傷等。

国立障害者リハビリテーションセンターの紹介

国立障害者リハビリテーションセンターは、障害がある人々の自立及び社会参加を支援するため、1979年に厚生省が設置した施設です。当センターは障害がある方々に対するリハビリテーション医療の提供、就労のための支援及び社会生活支援までの福祉サービスの提供とともに、障害・リハビリテーションに関する研究・開発、リハビリテーション専門職の人材育成等を一体的に行う総合的なリハビリテーション施設です【写真1】。

近年、当センターが特に力を入れて取り組んでいる活動としては、高次脳機能障害、発達障害に関して日本全国の支援機関・施設の中核となって情報の収集・発信をする活動、また、障害がある人々の健康増進のために健康づくりの支援や、

運動・スポーツ支援に取り組む人々への知識・技術の普及等があります。

国際協力としては、医療から就労支援、研究開発、人材育成までを行う世界的にも数少ない総合的なリハビリテーションセンターとして、毎年多くの見学が海外から訪れており、リハビリテーションに関する当センターの活動を紹介することも活動の一つです。これまでに世界153か国6地域から当センターへの見学を受け入れてきました【表1】。

また、リハビリテーションに従事している海外の専門家に対する個別研修も行っており、当センターや日本で行われているリハビリテーションについて、技術とともに、チームアプローチの考え方も紹介しています。

WHOの協力センターとしての役割

当センターは1955年に“障害の予防とリハビリテーションに関するWHO協力センター” WHO Collaborating Centre for Disability Prevention and Rehabilitation “として認定を受けて以来、現在6回の更新を継続して受けています。

障害に関しての国内では唯一の協力センターであり、西太平洋地域においては同分野の協力センター（中国3センター、オーストラリア1センター、韓国1センター）と連携を図っています。

当センターは協力センターとしての次の4つを中心に活動しています。

- 1 障害がある人々の健康増進とスポーツへのアクセスを促進するためのテキスト作成や知見をWHOに提供する。
- 2 福祉機器に関するデータの収集と分析を行いWHOに提供する。
- 3 災害時における障害者支援に関する研究や知見をWHOに提供する。
- 4 WHOの活動方針や文書の啓発、普及活動を行う。

具体的には、リハビリテーションマニュアルとして障害がある人々の医療、スポーツ、職業訓練、生活のための訓練等、様々なテーマのマニュアル冊子を英語で



写真① 国立障害者リハビリテーションセンター病院



写真2：国際セミナーにてWHOテクニカルリードの講演

作成し、WHOをはじめとして西太平洋地域、アジア地域の約30か国の保健省や関係機関に提供するとともにWebで公開しています。

また、毎年国際セミナーを主催し、WHOの障害とリハビリテーションに関する方針に関連したテーマで、WPRO、西太平洋地域の国の専門家や国内の関係者の講演、ディスカッションを通じて情報共有を図っています【写真2】。

今後、補装具支給制度の紹介や災害支援に関するレポートを作成する予定としています。

また、これらの活動以外にもWHOが行う開発や調査への協力として、“視覚障害リハビリテーションに関する国際標準” International Standards for Visual Rehabilitation の作成への協力、“福祉用具重点品目リスト” Priority Assistive Products List の作成への協力を行ってきました。

厚生労働省の国際統計分類協力センターに協力して、WHO国際生活機能分類ICF(International Classification of Function, Disabilities and Health)の“用具”に関する改善のための支援を行っています。

このように、当センターはWHOの障害とリハビリテーションに関する活動の推進に長年にわたり協力をしています。

WHOは“リハビリテーション”を障害がある人々に限らず、必要とするすべての人々(疾病、障害、怪我等々の状態にある)のために提供されるべきものであると述べています。この事は、国際的にも、またこの分野に携わる人々にとっても新たな概念であり、当センターは協力センターとしてこの概念の普及に取り組む方向で考えています。

おわりに

日本において障害の範囲は徐々に

拡大し、それに対応するため、施策や技術の開発に取り組んできました。また、超高齢化社会における我が国のリハビリテーションや支援に関する取組は、海外の国々においても直面するであろう課題への対応の参考になると考えます。WHOの協力センターとして西太平洋地域はもとより、アジア諸国や他の国々にとって日本が蓄積してきた経験や技術が参考になるよう、これからも海外の同じ分野の協力センターと協力すること、情報を積極的に発信していくことが、当センターの役割であり、今後も推進していきたいと考えています。

表1 外国人見学者の国名内訳 昭和54年度～平成30年度

アジア (36か国4地域)	アフガニスタン、イラク、イラン、キルギス、シリア、タジキスタン、バレスチナ、ブータン、ブルネイ、ラオス、他27か国3地域
欧米 (32か国)	アゼルバイジャン、スロバキア、セルビア・モンテネグロ、マルタ、ボスニアヘルツェゴビナ、モルドバ、ラトビア、他25か国
アフリカ (41か国)	エリトリア、カーボベルデ、ガンビア、シオラレオネ、スワジランド、ニジェール、ブルキナファソ、ベナン、レソト、他32か国
中南米 (32か国)	アンティグア・バーブーダ、エルサルバドル、ガイアナ、グレナダ、スリナム、セントルシア、ニカラグア、パルバドス、他24か国
大洋州 (12か国2地域)	キリバス、サモア、ソロモン諸島、ツバル、トンガ、バヌアツ、パラオ、フィジー、ポリネシア、ミクロネシア連邦、他4か国

(注) 地域・国名は、見学年次の名称である。 合計 153か国、6地域

WHO本部 グローバル結核プログラム



WHO医官

錦織 信幸

山梨大学卒。地域医療（内科・家庭医療）に従事した後、国境なき医師団として紛争地で活動。ロンドン公衆衛生熱帯医学学校および長崎大学熱帯医学研究所にて研究の後、国連児童基金（UNICEF）、WHO西太平洋地域事務局、厚生労働省を経て現職。

病（やまい）がもたらす苦しみ

もう限界だと思った。苦痛が極限に達していた。肉体的にも、精神的にも、感情的にも、霊的にも全てが真っ暗に見えた。

—多剤耐性結核を患った女性の証言

病気は人にどのような影響を与えるのでしょうか。病気もたらすインパクトは、肉体的、精神的、あるいは社会的に幅広い領域に渡って影響をもたらします。また患者個人をこえて家族、地域、あるいは社会に影響を与えたり、逆に周りの環境が患者や家族の苦しみを助長することも少なくないでしょう。

「疾病」という生物医学的な側面だけではなく、患者個人や家族にとっての「病（やまい）」の経験という視点から見たとき、病気もたらすインパクトはより幅広く、より大きなものとして見えてきます。

このような視点が特に重要な病気は数多くありますが、結核も古来から「社会の病」と呼ばれ、患者や家族の人生に大きな影響をもたらすことが経験されています。これには、かつて消耗症と呼ばれたように進行性の栄養障害を伴い徐



写真1. アフリカ27ヶ国における調査計画を支援

々に衰弱していく肉体的・精神的苦痛、家族を巻き込みながら地域全体を蝕んでいく感染症としての恐ろしさ、地域や職場における差別、そして病気と貧困の負の連鎖、等々が挙げられます。

苦しみをなくすことをめざす結核終焉戦略

WHOはSDG時代における結核対策を主導する戦略としてThe WHO End TB Strategy（WHO結核終焉戦略）を策定し、2014年の世界保健総会において承認されました。

戦略では結核のない世界 A world free of TB—Zero TB death, Zero TB disease, Zero TB suffering をビジョンとし、世界における結核の蔓延を終わらせることをゴールとして掲げています。また2035年までの世界目標として(1)結核死の95%削減、(2)結核罹患率の90%削減、(3)結核により壊滅的な経済負担を強いられる世帯をなくす、の3つを設定しています。

3つ目の「壊滅的な経済負担をなくす」という目標は、疾病による苦しみをなくすZero TB sufferingというビジョンを具体的な目標に転化したものであり、従来の感染症対策ではハイライトされてこなかった新しい考え方を提示しているといえます。はじめの2つのターゲット—結核死と罹患率の削減—は、疾病そのものを抑えるという意味で従来からの感染症対策に沿ったものです。一方壊滅的な経済負担をなくすためには、医学的な介入をこえた、社会経済的なアプローチが不可欠であり、公衆衛生の施策としては

大きな挑戦であるといえます。

結核患者経済負担調査

測れなければ、改善することはできない
—ピーター・ドラッカー

「結核による苦しみをなくす」ことが世界戦略のビジョンとして設定されたとしても、具体的に状況を評価し進捗を確認する方法がなければ、これを推し進めていくことはできません。

「壊滅的な経済負担をなくす」という具体的かつ測定可能な目標は、結核もたらす苦しみを経済的側面から評価し、具体的な対応策でこれを改善することを目指して設定されたものです。そしてこれは「誰もが必要な医療に経済的な困難なくアクセスできる」ことをめざすユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）にも沿ったものです。

結核終焉戦略の策定後、WHOは結核による壊滅的な経済負担を各国が測るための方法を患者経済負担調査（national TB patient cost survey）として確立しました。2015年には試行版が策定され、これを逸早く実施した国での経験を活かし、2017年にハンドブックとして出版しました。

私の仕事は、この患者経済負担調査をできるだけ多くの国で実施できるよう調査法についての指針を整備し、各国に技術支援を提供し、さらに調査の結果を政策に活かせるように支援することです。これまでに世界で14ヶ国が調査を終了、9ヶ国が実施中で、さらに28ヶ国が2020年までの実施に向けて準備をしています。（写真1・2）



写真2 (左). 中国における結核患者経済負担調査の様子。写真3 (右). 娘を結核で亡くし、さらに医療費のため多額の借金を背負うことになった経験を訴える母親。ケニアの政策対話では政府高官や国会議員をふくむ多くの関係者が患者と家族の支援策を話し合った。(https://youtu.be/sMP1r1gMmeg)

これまでに実施された各国の調査の結果については、先日刊行された Global TB Report で報告しています。(2) WHO の調査法では、患者が結核の症状を発症してから治療を完了するまでに発生する費用を、医療費、医療費以外の支出(交通費、宿泊費、食費等)、そして収入の損失の3つに分類し、推定しています。これらの経済負担を合計すると、概ね半数の結核患者の家庭で壊滅的経済負担(年収の2割以上)を強いられていることが明らかになりました。また差別により仕事を失う患者も多く、治療継続のために借金をし、家財を売る等、結核をきっかけとして貧困の階段を転がり落ちていく悲惨な現状も調査から読み取れます。

貧困と結核—レ・ミゼラブルや産業革命の時代から知られている方程式—が今でも人々を苦しめ続けていることを再認識するとともに、これが現代でも解決できていないことに歯がゆい思いをします。

このまま診断治療を中心にした「疾病」対策を推し進めるだけでは、一人ひとりの患者を治していくこともできないし、結核を社会からなくしていくこともできない—人類が本当に結核を終焉するためには、UHC はもとより、社会保障の拡充や差別の解消など、保健セクターを超えたアプローチが不可欠であることが再認識されているのです。

エビデンスから政策へ

誰人も薬を買うことと、家族のために食べ物を買うことを選ばされるべきではない

誰人も死ぬことと、生きて貧困化することを選ばされるべきではない。

それは個人にとってだけでなく、国家にとって重要なことだ。

—テドロス・ゲブレイサス, WHO 事務局長

それでは患者経済負担調査をどのようによりよい結核サービスにつなげることができるでしょうか？

結核が様々な苦悩をもたらし、その根幹に差別と貧困が居座っていることは、当然よく知られています。しかしながらそれをきちんとした方法に基づいて調査し、結果を示すことで、結核に関わる社会政策に大きな影響力をおよぼすことができます。

ガーナでは結核患者が重い医療費負担を強いられていることが示され、健康保険における結核の扱いを改正するに至りました。ベトナムでは結核患者に経済的支援を提供する基金が設立され、ソーシャルネットワークを使った募金活動が結核に対する認知を高めることにも貢献しています。フィリピン、ミャンマー、モンゴルでも社会福祉制度との連携強化が進められています。また差別が患者の雇

用と社会復帰の妨げになっていることは各国共通の課題であり、国民の啓発と同時に、労働法規等を用いて雇用の保護を強化することも必要です。

調査の結果を使い幅広い関係者との政策対話を実施した事例として、ケニアからの報道がインターネットで視聴できますので、ぜひご覧になってください。(写真3)

人々のニーズを中心に据えた保健システムを目指して

このように疾病を診断治療することのみに焦点をあてるのではなく、病気をもたらす患者、家族、地域社会へのインパクトを包括的に理解し、保健セクターを超えた行動につなげることは、まさに社会一丸となった結核対策を促進することに繋がります。

また、多くの国の保健システムにおいて、とかく医療提供側の都合が優先され、患者に不便を強いている面がしばしば見られ、これが患者への負担につながっていることも垣間見えます。そうした旧態然とした医療サービスを、より患者、家族、住民のニーズを中心に据えたサービスに変えていくことは、結核だけにとどまらず、各国の UHC への道程において不可欠な要素です。結核を入り口としつつも、こうした取り組みが、長期的には各国の保健システム全体の改善・強化に貢献していくと考えています。

8月

August

コンゴ民主共和国のエボラウイルス病に関するWHO、国連、ユニセフ、世界食糧計画の共同声明

8月1日はコンゴ民主共和国でエボラウイルス病が発生してから1年になります。過去1年間で2600人以上の患者が確認され、うち1800人が死亡しています。770人以上が助かりましたが、この感染症は容赦なく破壊的です。

世界母乳育児週間

子供を持つということは人生を一変させる贈り物であり、また大きな責任を伴うことでもあります。母乳育児週間にあたり、ユニセフとWHOは母乳育児を支援する政策を採用するよう政府や雇用主に求めています。今年のテーマは、「親に力を与え、母乳育児を可能にする」です。

東アフリカ共同体(EAC)：感染症対策

WHOはリフトバレー熱様の架空のウイルスが国境を越えて流行したという想定の下に、人、動物、命、農業、観光、治安、安全など地域経済の全般に亘って影響を受けるといったシナリオを描き、演習を実施しました。

世界の麻疹(はしか)の感染者数、昨年同期の3倍に

WHOに月次報告された中間集計(2019年8月現在)によると、1月から7月までの期間、182カ国から364,808件の麻疹の症例報告がありました。これは昨年同期と比べて約3倍となっています。

ポリオ根絶に取り組むアフガン女性の物語

2019世界人道デーに関するWHOの物語として、ポリオ根絶に取り組むアフガニスタン女性の活動が紹介されています。酷暑、厳寒の中、カブールの町の裏路地をワクチン接種のため家々を回っているDr.Fariba(カブール在住)など4人の活動が紹介されています。

太平洋諸島の国々の健康強化へのコミットメントを強調

WHOのテドロス事務局長は2週間に亘り太平洋諸島を訪問し、気候変動する国連のハイレベル会議を含め、グローバル社会が太平洋諸島の声を聴くことの重要性を指摘しました。

マイクロプラスチックのさらなる研究と規制強化を

飲料水に関する最新の知見をまとめた分析によれば、150マイクロメートルを超える大きさのマイクロプラスチックは人体に吸収される可能性が低いものの、ナノサイズの粒子の吸収は高くなる場合が考えられます。しかしデータはまだ十分ではありません。

補聴器、車椅子など、介護・支援技術へのアクセス改善の会議

WHOは介護・支援技術の世界的な需要と供給、利用上の課題などに関するグローバルな会議を開催しました。例えば、世界では7500万人が車椅子を必要としています。利用できるのは、そのうちの5～15%の人びとだけです。

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。



マラリア根絶の課題に挑戦

現時点では健康関連の研究開発費のわずか1%以下しかマラリアに投資されていません。世界のマラリアの感染及び死亡率は2015年以降ほとんど変化しておらず、2030年にそれらを90%削減するとした「マラリア技術戦略2016-2030」の目標達成が難しくなっています。

コンゴのエボラ対策へ5000万米ドルを拠出

世界銀行はエボラの最前線での救命活動のためにWHOに対して5000万米ドルの拠出を発表しました。

コンゴで活かされている西アフリカの8つの教訓

西アフリカでのエボラ流行(2014～2016年)の教訓が現在のコンゴ民主共和国で活かされています。1) 対応の核心を突いた研究、2) 迅速な臨床検査、3) 試験中のワクチン接種による救命、4) 効果的治療法を見出すための活動(エボラの最適支持療法ガイドライン)など8項目にわたります。

疼痛管理ガイドラインの改訂

WHOは次の2つの文書の改訂プロセスを発表しました。1) 規制薬物の入手可能性とアクセス可能性に関するガイダンス、2) 子どもの疾病における持続的疼痛の薬物療法に関するガイドライン。WHOは米国におけるオピオイドの濫用に深い懸念を抱いています。

マラリア媒介蚊の侵入と拡散

ハマダラカ的一种であるAnopheles stephensiは都市部におけるマラリアを媒介する最も強力な蚊の一種です。2011年まで、この蚊は南・東アジアの特定の国々にとどまっていた。しかし2012年にはジブチ、2016年エチオピア、2017年スリランカ、2019年にはスーダンと拡散してきています。

今月のファクトシート改定

8月には以下のファクトシートが改訂されています。詳しくは当協会のファクトシートのサイトをご覧ください。

<https://www.japan-who.or.jp/act/index.html>

・肺炎 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/331.pdf>

・筋骨格系症状 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/000Mus.pdf>

9月

September

最貧国の飲料水と衛生システムについて警告

WHOとUN-Water (国連水関連機関調整委員会) は、最貧国の政治システムの弱さと人的資源、資金の不足のために水と衛生サービスの提供ができないでいると警告しました。

欧州4カ国、麻疹排除の努力に危険信号

この数年、WHOの欧州地域麻疹および風疹検証委員会は、53か国のうち英国、アルバニア、チェコ及びギリシャの4カ国が麻疹根絶の状態ではなくなったと判断しました。

ヒトゲノム編集に関するグローバル登録を開始

WHOの専門家諮問委員会は、ヒトゲノム編集に関する研究を追跡調査するためのグローバル登録の第一フェーズを承認しました。

ホルモン避妊薬使用のガイドライン改訂

WHOはHIVの高いリスクを持つ女性の可逆的避妊法に関するガイドラインを改訂しました。これにはインプラント、子宮内避妊器具、プロゲステゲン注射剤などすべてが含まれます。

WHO、健康研究への無料アクセスを加速するためcOAlition Sに参加

WHOは国連機関で初めてcOAlition S (コーリションエス, a coalition of research funders and charitable foundations) への参加を発表しました。これは公的資金による研究成果をオープンにアクセスできる媒体あるいはプラットフォームで出版できるようにすることを目的としています。

エボラ出血熱に対する支援約束の履行を要請

コンゴのエボラ出血熱は3000件に達し、WHOはすべてのパートナーの総力を挙げた支援を要請しました。人口8000万人のコンゴ民主共和国には、400万人以上の難民がおり、1300万人が食料危機になっています。

世界予防接種サミット開催

欧州委員会とWHOは、9月12日に世界予防接種サミットを共催しました。ワクチンで予防可能な疾患、およびワクチンに関する虚偽の情報の拡散への対策行動を推進することがこのサミットの目標です。

栄養を含む保健サービスで370万人を救う

WHOによると、人生の各段階における適切な栄養を今以上に健康サービスに組み込むことで、2025年までに370万人の命を救うことができると推定しています。一方で、子供も成人も肥満が増加しており、2016年には成人の19億人が過体重で、そのうち6億5000万人が肥満です。

子宮頸がん根絶に向けた取り組みの加速を

WHOは、東南アジア地域の国々に対して2030年までに子宮頸がんを根絶するよう、取り組みを加速するよう促しました。2018年には15万8千人が新規に罹患し、95,766人が子宮頸がんで死亡しました。ブータン、モルディブ、スリランカ及びタイではヒトパピローマウイルスワクチンを国の政策として導入しました。

ワクチンに関する虚偽情報

ワクチンに関する虚偽の情報は世界の健康に対する大きな脅威です。WHOの正確で信頼できるワクチン情報が多くの人々に確実に届くようにするというFacebookの取り組みを歓迎します。

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。



自殺：40秒に1人が死亡

WHOが自殺に関する報告書を発表して以来、この5年間で国として自殺予防に取り組む国は増えました(38か国)。しかしなお、40秒ごとに一人が自殺で死亡しています。自殺率は高所得国で最も高く、若者(15-29歳)の死因の第2位を占めています。

欧州地域の「健康格差」報告書

欧州地域(53か国)では、各国政府の取り組みにも関わらず、健康格差は拡大傾向にあります。健康格差の主要な要因として次の5つを挙げ、各国政府の取り組みが十分でないと指摘しています。1) 所得保障と社会保障、2) 生活条件、3) 社会資本と人的資本、4) ヘルスケアの質とアクセス、5) 雇用と労働条件。

気候変動から健康を守るよう世界の指導者へ要請

気候変動は世界で最も緊急を要する健康上の脅威のひとつです。WHOは2つのコミットメントへの合意を世界の指導者に要請しました。1) 大気汚染、2030年までにWHOの安全基準を満たすこと。2) 気候変動による健康への悪影響から人びとを保護するための財源の提供。気候変動に対し国際的財源の0.5%しか健康の課題に充当されていません。

医療における患者の危険性を減じる緊急行動を要請

危険な医療のために世界で毎年何百万人も患者が被害を受け、低中所得国だけで年間260万人が死亡しています。社会的・経済的影響は世界で数兆米ドルの損失につながっています。

ケニア、ガーナ、マラウイでマラリアワクチン接種を本格的展開

世界初のマラリアワクチンの接種が本格的に開始されました。これは、アフリカで実施されたパイロットプログラムの結果を受けて本格的に展開するものです。ケニア、ガーナ、マラウイが参加し、生後6か月の子どもたちに接種されます。

国連のUHCに関する歴史的宣言を歓迎

UHCについて国連ハイレベルの政治宣言が採択されました。採択にあたり国連加盟国は、プライマリヘルスケアに関する4つの主要分野へ投資することにより、UHC実現に向けて前進することを約束しました。現在の進捗状況では2030年には最大50億人が医療を受けることができなくなるとされています。

コンゴ：エボラワクチンの包囲接種にゴーサイン

コンゴ民主共和国は、Johnson&

Johnsonが製造した実験的エボラワクチンの第2回接種を10月中旬から導入する計画を発表しました。このワクチン接種は56日間を空けて2回接種を行うもので、患者と濃厚接触した人々を対象にしています。

国連、新生児と妊婦の推定死亡率発表

新生児と妊婦の推定死亡率に関する報告書が国連から発表されました。2000年以降、子どもの死亡率は半減し、妊産婦の死亡率は1/3以上減少しています。しかし、世界ではなお280万人の妊婦と新生児が毎年死亡しています。

健康関連SDGs進展に向けて共同計画

12の多国籍機関が共同計画を開始国連総会において、健康関連のSDGsの進展を加速するため、12の多国籍機関が加盟国をこれからの10年間に亘って支援する共同計画を立ち上げました。

その他、以下のニュースが配信されています。

- ・世界保健統計2019の可視化
- ・心血管疾患リスクチャートを更新
- ・健康情報におけるソーシャルメディア
- ・プラットフォームの役割
- ・9月10日は世界自殺予防デー
- ・国連UHCハイレベル会議へのサポートを呼び掛け

今月のファクトシート改定

9月には以下のファクトシートが改訂されています。詳しくは当協会のファクトシートのサイトをご覧ください。

<https://www.japan-who.or.jp/act/index.html>

- ・自殺 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/398.pdf>
- ・患者の安全(新設) <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/000-6.pdf>
- ・妊産婦死亡率 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/348.pdf>
- ・新生児：死亡率を下げるには <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/333.pdf>
- ・5-14歳の子どもの死亡率(新設) <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/000-7.pdf>
- ・認知症 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/362.pdf>
- ・狂犬病 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/099.pdf>

10月

October

医療従事者の対応能力を検討

このフレームワークは、リハビリテーションや緩和ケアと共に、怪我や病気の予防、診断・治療を行うプライマリヘルスケアの従事者にとってUHCの目標を達成するために必要な能力を特定するものです。

医療従事者の認定と規制に関するグローバルシンポジウム

医療従事者の質と持続可能性を確保することはSDGsの重要な要素です。今回のシンポジウムでは医療従事者に関する認定と規則をレビューし、情報の共有を図ろうというものです。

風疹大幅減少も、子ども10人のうち3人はまだ保護されず

多くの国では予防接種により風疹と先天性風疹症候群が過去のものとなりましたが、ワクチン接種を中止すればすぐに復活する可能性があります。風疹ワクチンを予防接種スケジュールに含める必要があり、政治的および地域社会のリーダーシップと履行を必要としています。

コンゴ、エボラからの1000人目の生還者

エボラウイルス病から回復した1000人目の患者が自宅に戻りました。エボラ対策に取り組んでいる国連機関は、コンゴ

保健当局のリーダーシップと数千人の地元医療従事者、パートナーのたゆまぬ努力を称賛しました。

FIFA (国際サッカー連盟) とWHOが健康に関する覚書締結

ポリオウイルスの国際的広がりに関する第22回IHR緊急委員会の声明

9月16日、IHR (国際保健規則) に基づき緊急委員会が開催され、ポリオウイルスの拡散リスクが、国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC) として継続していることを全会一致で合意しました。

WHO：視力に関する初めての世界レポート発行

世界では少なくとも22億人が視力障がい、または失明しており、そのうち10億人が必要な治療を受けていません。特に低所得国での高齢化、ライフスタイルの変化、治療を受けられないことなどが主な要因です。

出産中の女性の虐待

WHOによると、ガーナ、ギニア、ミャンマー、ナイジェリアの女性の3分の1以上が医療施設での出産中に虐待を受けています。若く、十分な教育を受けない女性ほ

ど虐待のリスクが高くなっています。それらは医療従事者による身体的暴力、言葉による暴力、差別、同意なしの医療的措置、無視などです。

グローバルファンドの拠出金

WHOはHIV、結核、マラリアとの闘いに今後3年間で140億ドルを拠出するとしたグローバルファンドのコミットメントを歓迎しました。毎年260万人以上が亡くなり国家経済に大きな影響を与えています。「2030年までに流行を終わらせる」というSDGsの目標への進捗も停滞しています。

気候変動と環境問題から健康を守る必要性について議論

マニラで第70回WHO西太平洋地域委員会が開催され、気候変動と環境問題による健康への影響について議論が行われました。この地域の諸国では気候変動によるマラリア、デング熱など、また海面上昇と急速な経済成長に伴う汚染によって年間350万人の死亡リスクが見込まれています。

薬剤耐性に関するカリキュラムガイド

WHOは英国と共同で、薬剤耐性に関する医療従事者向けのトレーニングカリキュラムガイドを発行しました。コミュニケーション、教育、トレーニングを通して薬

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。



剤耐性について意識を高め、理解を深めようとするものです

世界結核報告書2019

300万人が未だ治療を受けられず、2018年に結核の診断と治療を受けた人の数は700万人で、2017年の640万人から増加しました。新規患者の発生は確実に減少しているものの、2018年には約1000万人が結核を発症しています。特に5歳以下の子供の結核について対策は不十分です。

UHCが国際的な主要目標に

列国議会同盟(Inter-Parliamentary Union: IPU)で、加盟各国の議会と議員が「UHCを達成するために考えられるすべての措置を講じる」旨の決議を行いました。各国のリーダーやコミュニティが、健康は人権であると同時に経済成長に必要であるということをますます認めるようになってきています。

エボラウイルス病のIHR緊急委員会声明

コンゴでは10月13日時点で3228人の症例が報告され、そのうち2123人が死亡しています。IHR委員会は近隣諸国の対応等もレビューした結果、「国際的に懸念される緊急事態(PHEIC:Public Health

Emergency of International Concern)」に該当するとして、事務局長に対して、暫定勧告の改訂版を発出するためのアドバイスをを行いました。

欧州医薬品庁(EMA)がエボラワクチンの条件付き販売承認

欧州医薬品庁が、rVSV-ZEBOV-GPワクチンの条件付き販売承認の勧告を公表したことをWHOは歓迎しました。WHO事務局長は、「世界初のエボラワクチンの認可は公衆衛生の勝利であり、世界中の多くの専門家が前例のないほどの協力をした証である」と評価しました。

国際鉛中毒予防行動週間

保健指標評価研究所では、2017年に鉛暴露により106万人が死亡したと推定しています。特に懸念されるのは開発途上国での疾病負荷が最も高く、また鉛暴露による子どもの知的障がい進展です。鉛含有塗料廃絶同盟によって設定された2020年目標の達成には大きなギャップがあります。SDGs3.9および12.4の目標達成に向け立法規制が鍵です。

WHO、ジェネリック医薬品の使用拡大に向けてIGBAと覚書を締結

WHOの必須医薬品リストの大部分は

ジェネリック医薬品です。IGBA (国際ジェネリック医薬品・バイオシミラー協会)との今回の合意は、手頃な価格で質の高い医療を受ける機会を増やすためにジェネリック医薬品とバイオシミラー医薬品の重要性を明確にしました。

野生型ポリオウイルス3型、根絶宣言

10月24日の世界ポリオデーにおいて、専門家委員会は野生型ポリオウイルス3型(WPV3)が世界で根絶されたと発表しました。これは天然痘、ポリオウイルス2型の根絶に続く、人類にとって歴史的な成果です。

デジタルヘルス専門家会議の初会合

WHOのグループは、データの保護・管理からデジタル技術の倫理的および公平な使用、デジタルヘルスソリューションによるコミュニティ支援など幅広いトピックを議論しました。

その他、以下のニュースが配信されています。

- ・高齢者のケアを改善するデジタルアプリ
- ・メンタルヘルスのためのコミュニティツールキットを発表

今月のファクトシート改定

10月には以下のファクトシートが改訂されています。詳しくは当協会のファクトシートのサイトをご覧ください。

<https://www.japan-who.or.jp/act/index.html>

- ・子ども：死亡率を下げるには <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/178.pdf>
- ・風疹(三日はしか) <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/367.pdf>
- ・高血圧 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/000-4.pdf>
- ・アフリカ・トリパノソーマ症(睡眠病) <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/259.pdf>
- ・リンパ系フィラリア症 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/102.pdf>
- ・失明と視力障がい <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/282.pdf>
- ・結核 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/104.pdf>
- ・狂犬病 <https://www.japan-who.or.jp/act/factsheet/099.pdf>

関西グローバルヘルスの集い

第5回 医療と宗教

～サウジアラビアとインドネシアの医療機関の視察報告より～



著者：
近畿大学国際学部国際学科
グローバル専攻4年

尾崎 史歩

高校と大学で長期留学を経験。大学在学中に医療分野で国際協力することが目標になり、国際保健を知る。母子保健を卒業論文のテーマとして研究中。

話題提供者：

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 日本WHO協会理事

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。

医療における多文化共生の現状と課題

世界でボーダーレス化が進み、日本でも訪日外国人観光客や在留外国人の数が年々増えてきています。私たちが海外を訪れるときと同様、彼らにも日本で不慮の病気や事故にあってしまった場合、多くの不安が残ります。そこには言語面はもちろん、今回テーマになっている宗教だけではなく、文化や価値観、生活信条への配慮や尊重があるかという問題があります。話題提供では、イスラム教世界の目指す「神学と医学の融合」について、丸先生のサウジアラビアとインドネシアの体験を基に、日本ではほとんど浸透していない、イスラム教の教えである「コーラン」の戒律に則る医療行為の例が紹介されました。西洋的身体観では、身体は社会・文化・宗教的意味から脱文脈化したものと考えられがちですが、イスラム教では医療の場であっても身体は社会・文化・宗教的な意味を持っていると考えられており、その見方をとても興味深く感

じました。他にも透析室にコーランが流せるような設備(写真①)、身体が不自由な患者がお祈りの前のお清めをそれぞれの病室やベッドの上で行えるように考えられてあるお清めセット(写真②)など、医療現場における患者の宗教的価値観をサポートできるような仕組みを紹介していただきました。

患者に対する病院環境だけでなく、医療専門職・職員にも同様の配慮が欠かせません。例えば、祈祷に合わせた就業スケジュールや優秀職員へメッカ巡礼の機会を与えるなど様々です。

また、イスラム教圏内で同じ神を信じ、同じ啓典を信仰していたとしても、終末期の治療方針や蘇生の可否など、地域によって、それぞれの医療行為に多様な解釈があり、色々な角度から医療を捉え、同じ医療行為でもその地での文化に適合しているのだと感じた時間でした。

異文化を尊重すること

ワークショップでは、イスラム教徒に

ループごとに話し合ったあと、日本人がIslamophobia(イスラム恐怖症:イスラム教やムスリムに対する憎悪や宗教的偏見のこと)になる可能性はあるかどうか議論しました。ほとんどのチームで可能性はあるとした上で、どうすれば日本でイスラム教が快く受け入れられるかについて意見交換を行いました。発表は「知るタイミングや方法が大切」、「知識が少ないから嫌悪感が湧く」など自分たちの知識や情報についての意見や、そもそも「多文化の排除はイスラム教に限らない」、「日本人はマイノリティーに対して必要以上になにかしないと、と考える人が多いが、そうではなく、イスラム教を切り口に個人との向き合い方を考えるべき」との意見がありました。

望ましい今後の日本は？

冒頭でも記述したように、日本でも在留外国人や外国人労働者数が増えてきています。丸先生から日本の看護師教育では「日本人による日本人のためだけの看護」を教えている現状があり、多文化看護に関するコンセンサスが未形成ではないか、というご指摘もありました。今回の関西グローバルヘルスの集いでは、「郷にいれば郷に従え」と彼らを日本に染めるばかりではなく、個人の信じるものを尊重し、お互いに住みやすい社会になることを願いたくなるものでした。この集いでも、近いうちに色々なバックグラウンドを持った人たちと交流できるようになるといいなと思います。



写真① コーランを流すためのスピーカー



写真② ベッドで祈祷を行うためのお清めセット

第6回 結核対策から考える国際協力のオーナーシップ、人材育成そして地域の持続可能性



著者：
大阪大学大学院人間科学研究科助教
ユネスコチエア
Global Health and Education 運営室
小笠原 理恵



話題提供者：
大阪市西成区役所結核対策特別顧問
公益財団法人結核予防会結核研究所主幹
下内 昭

環境庁医療専門官（水俣病対策）、WHO西太平洋地域事務局長
小児肺炎担当医官、京府医大公衆衛生講師、園部保健所長、
結核研究所国際協力部長、副所長、大阪市感染症対策監

国際協力と結核対策

国際協力を進める理由は、例えば、経済協力やお互いの経済発展のため、友好親善のため、人道的責務などが挙げられます。保健医療分野の国際協力に関していえば、開発途上国では保健医療予算が非常に少なく、貧しい層に対して政府のサービスが行き届いておらず、外部からの援助に頼っているという事情もあります。途上国における国際協力の現場は、主に診療所・保健施設レベルであり、「問題が発生する場所で、自分たちでできる知識技術で解決する」のが基本です。

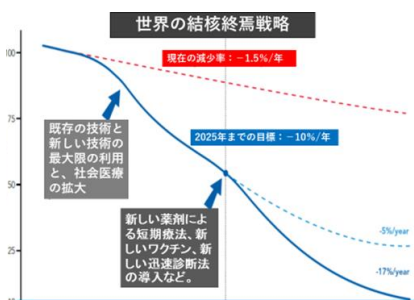
結核は、世界最大級の健康問題です。世界中では、年に約1,000万人の新患が確認され、世界人口の1/3が既に感染していると言います。感染症に国境なし。未だ結核を制圧（罹患率が人口100万対1未満）した国はありません。にもかかわらず、WHOの報告(2016)をみると、患者は全体の6割程度しか登録されておらず、特にアフリカ地域(49%)と南東アジア(56%)で低くなっています。年に約56万人が多剤耐性結核を発病していることは、結核治療の大きな問題点ですが、これも管理が徹底していない所以だと考えられます。このままでは、結核は今後半世紀、

主要感染症として残るだろうと危惧されており、現在WHOが中心となって世界の結核終焉戦略が設定されています(図①)。

日本の国際協力による結核対策は、1) 見つけた患者を確実に治す、2) より多くの患者を見つける、3) 症状のない人からも見つける、さらに余裕があれば、4) より治療が困難な例に対応する、の4ステップで進められるそうです。下内先生からは、日本の国際協力活動の貢献として、現地スタッフの研修とスーパービジョンによる治療成功率の大幅改善(85%以上)、住民・ボランティアを巻き込んだ活動の促進、官民ネットワーク形成、接触者健診の推進、結核対策とHIV対策の連携促進(図②)などが紹介されました。

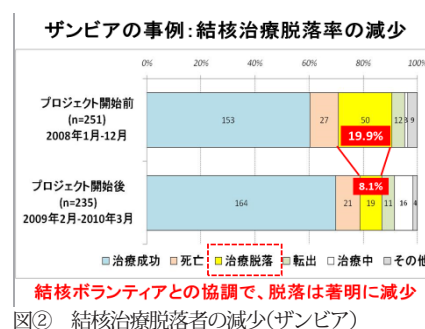
ワークショップ

国際協力によるプロジェクトが終了し



図① 世界の結核終焉戦略

た後も、現地で継続して結核対策を行うためにはどうすればよいだろうか、という課題について、3グループに分かれて話し合いました。特に興味深かったのは、これまで見過ごされていた人材の有効活用を、異なる視点から異なるグループが提案したことです。それが「現地の『医学生』」と、「日本の『シニア世代』」の有効活用です。日本では、医学生や看護学生が患者さんに実際の診察や治療を施すことには抵抗があるかもしれませんが、保健医療の提供に国際協力を必要とする国や地域では、医学生は十分大きな戦力になり得ます。日本のシニア世代に関しては、JICAシニア・ボランティア(～69歳)よりさらに上の年齢(70歳～)が主な対象とされ、集いの参加者の中にも手を挙げられた候補者がいらっしやいました！



図② 結核治療脱落者の減少(ザンビア)

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合ひましょう！

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

国際保健イベントカレンダー 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
16 第二回オーラルヘルスセミナー

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)

6月 June

- 27 国際開発学会春季大会(京都)

7月 July

- 1 第11回関西グローバルヘルスの集い(大阪)
8-10 第12回母子手帳国際会議(12th International Conference on MCH handbook)
於：オランダ・アムステルダム大学 <http://www.mchhandbook.com/>

9月 August

- 2 第12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

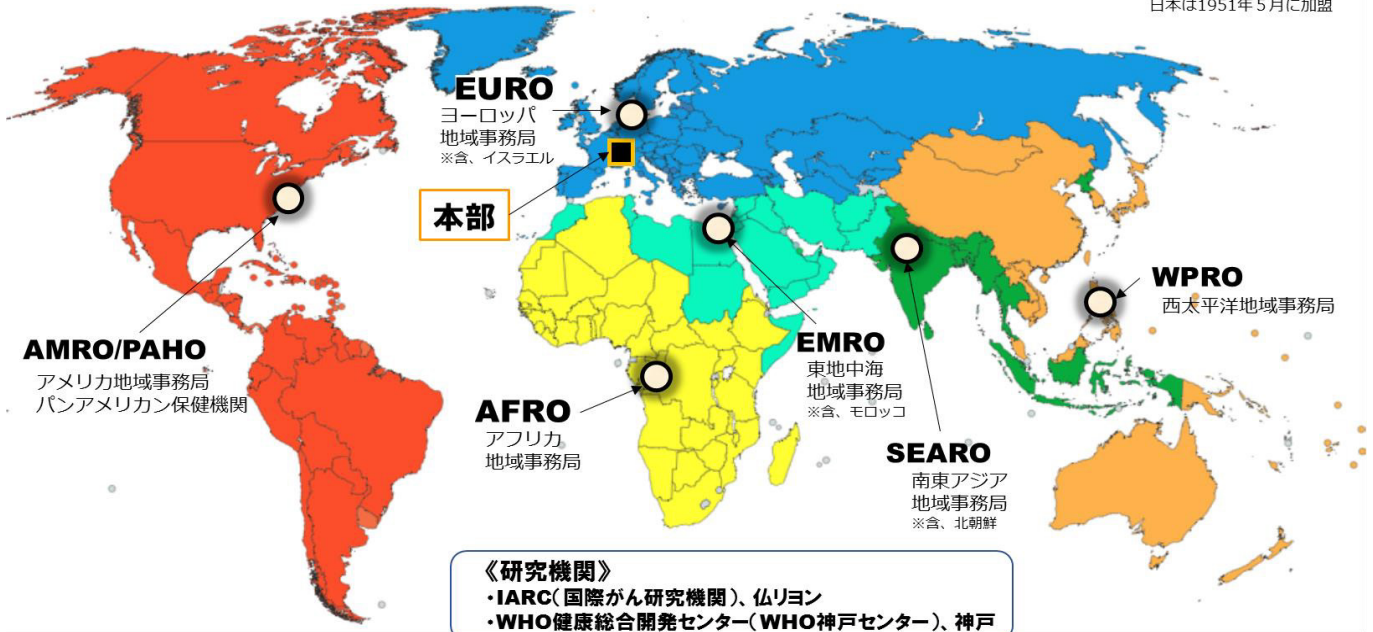
(2019年11月現在)

Reference	Institution name	協力分野
JPN-28	国立感染症研究所（東京都新宿区）	Standardization and Evaluation of Biologicals
JPN-32	（公財）放射線影響研究所（広島県広島市）	Research on Radiation Effects on Human Health
JPN-38	（公財）結核予防会結核研究所（東京都清瀬市）	Reference, Research and Training on Tuberculosis
JPN-45	国立国際医療研究センター（東京都新宿区）	Health Systems Development
JPN-46	北里大学（東京都港区）	Traditional Medicine
JPN-49	国立水俣病総合研究センター（熊本県水俣市）	Studies on the Health Effects of Mercury Compounds
JPN-50	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）	Integrated People-Centred Service Delivery
JPN-51	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）	Community Water Supply and Sanitation
JPN-53	産業医科大学（福岡県北九州市）	Occupational Health
JPN-54	富山大学（富山県富山市）	Traditional Medicine
JPN-56	国立病院機構京都医療センター（京都府京都市）	Diabetes Treatment and Education
JPN-57	国立病院機久里浜医療センター（神奈川県横須賀市）	Research and Training on Alcohol-Related Problems
JPN-58	聖路加国際大学（東京都中央区）	Nursing Development in Primary Health Care
JPN-61	大阪母子医療センター（大阪府和泉市）	Maternal and Child Health
JPN-64	国立感染症研究所（東京都武蔵村山市）	Reference and Research on Influenza
JPN-67	長崎大学（長崎県長崎市）	Reference and Research on Tropical and Emerging Viral Diseases
JPN-68	長崎大学医学部（長崎県長崎市）	Research on Radiation-Induced Thyroid Diseases and Surgical Treatment of Radiation Injuries
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）	Disability Prevention and Rehabilitation
JPN-73	東京医科歯科大学（東京都文京区）	Healthy Cities and Urban Policy Research
JPN-75	新潟大学大学院医歯学総合研究科（新潟県新潟市）	Translation of Oral Health Science
JPN-76	労働安全衛生総合研究所（東京都清瀬市）	Occupational Health
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）	Disaster Risk Management for Health
JPN-78	日本大学（東京都千代田区）	Research and Training in Population, Reproductive Health and Development
JPN-79	量子科学技術研究開発機構（千葉県千葉市）	Radiation Emergency Medicine
JPN-83	独協医科大学越谷病院（埼玉県越谷市）	Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases
JPN-85	厚生労働省（東京都千代田区）	Family of International Classifications
JPN-87	北海道大学（北海道札幌市）	Zoonoses Control
JPN-88	医薬基盤・健康・栄養研究所（東京都新宿区）	Nutrition and Physical Activity
JPN-89	群馬大学（群馬県前橋市）	Research and training on Interprofessional Education
JPN-90	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）	Tobacco Testing and Research
JPN-91	北海道大学（北海道札幌市）	Environmental Health and Prevention of Chemical Hazards
JPN-92	国立精神・神経医療研究センター（東京都小平市）	Research and Training in Suicide Prevention
JPN-93	国立感染症研究所（東京都新宿区）	Virus Reference and Research (Enteroviruses)
JPN-94	国立国際医療研究センター（東京都新宿区）	Prevention, Preparedness and Response to Emerging Infectious Diseases
JPN-95	金沢大学（石川県金沢市）	Chronic Hepatitis and Liver Cancer
JPN-96	福島県立医科大学（福島県福島市）	Radiation Disaster Preparedness, Response and Recovery

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・マールテン
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يش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 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協会理事長 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。

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 WHO

2019 冬号 No.71
2020年 1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
木村晁 佐伯壮一朗 白野倫徳 戸田登美子 藤井まい
松澤文音 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

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。申請は事前申請とし、できれば渡航の1ヶ月前までに申請してください。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
- 助成対象者の義務等 インターン終了後は、
- (1) 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頂きます。
 - (2) 「WHO インターン同窓会」（下記 URL）へ登録をして下さい。
登録フォーム； <https://forms.gle/t6Lurzv8GURqYabB6>
 - (3) 約1年間は、ファクトシートの翻訳のお手伝い等をしていただきます。
お手伝いいただく内容については、個別にご相談をさせていただきます。
 - (4) 日本 WHO 協会では、いままでも WHO インターン修了者の方々とのネットワークを大切に、いろんな機会に日本 WHO 協会の活動にご協力いただきました。これは、義務ではありませんが、インターン終了後、賛助会員（個人又は学生）に入会いただくと大変にうれしいです。
 - (5) 助成金使途についての報告明示義務はありませんが、何らかの事情によりインターンを中止、中断した場合には直ちにその旨を連絡頂き、個別事情により助成金を返還頂く場合があります。



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』



日本化学会化学遺産
認定証
大日本除虫菊株式会社 贈

金鳥。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。

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。

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 大阪市中央区北浜東 4-33 北浜ネクスビル 28F TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261</p>
<p>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</p>	<p>新居合同税理士事務所 代表税理士 新居 誠一郎 〒546-0002 大阪市東住吉区杭全 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 大阪市中央区北浜 2-1-19-901 サンメゾン北浜ラヴィッサ 901 TEL 06-6209-8103 FAX 06-6209-8106</p>	<p>〒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>
<p> 株式会社 SN食品研究所 〒559-0007 大阪市住之江区粉浜西 2丁目3番34号 Tel 06-6674-1731 Fax 06-6674-1730 http://www.snfoods.co.jp/</p>	

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。

SARAYA SDGs SOLUTIONS for UGANDA



日本の衛生環境改善に貢献してきたサラヤ。しかし、世界にはいまだ不衛生が原因で病気になってしまう方々がたくさんいます。

そこで、かつて日本で行った家庭での手洗い、病院での手指消毒の普及活動をウガンダで展開しています。

公共の場での手洗い設備の設置や手洗い啓発キャンペーン、また現地法人で生産するアルコール手指消毒剤の医療施設への導入、病院における院内感染についての知識やアルコール消毒の重要性、正しい方法を伝えるトレーニングを実施しています。

また、妊産婦を守る「ホワイトリボン運動」活動支援の一環として、2018年よりカンバラ郊外において、妊産婦を感染症から守るプロジェクトを開始しました。

ウガンダの衛生環境改善に貢献する、サラヤ。

SARAYA サラヤ株式会社
大阪市東住吉区湯里 2-2-8 ☎ 0120-40-3636
<https://www.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15F
TEL・06-6944-1110 FAX・06-6944-1136
URL・<https://www.japan-who.or.jp/>