ISSN 2434-7205

目で見るWHO

2022 冬号

No.79

公益社団法人
日本WHO協会

CONTENTS

P1	ごあいさつ	上山　直英
P2-5	巻頭特集	
	子どもの虐待	奥山　眞紀子
	セミナー・イベント報告	
P6-9	1. COVID-19と医療政策	花城　真由
P10-13	2. Nippon international Nursing Administrator	南谷　かおり
	日本国際看護師～日本の医療機関で外国人を支援するNiNA～	
P14-15	NGO・団体紹介	
	特定非営利活動法人AMDA社会開発機構（AMDA-MINDS）	白幡　利雄
	WHO協力センター報告	
P16-17	1. 国立保健医療科学院生活環境研究部	島﨑　大
	水管理研究領域 WHO協力センター	浅見　真理
P18-19	2. 国立保健医療科学院	曽根　智史
	Integrated People-Centered Service Delivery	
P20-21	3. 厚生労働大臣指定法人	清水　康之
	いのち支える自殺対策推進センター	
P22-23	特別寄稿	
	WHOのしくみ―執行理事会の役割	中谷　比呂樹
P24-29	WHOニュース　2021年8月／9月／10月	
P30-31	関西グローバルヘルス（KGH）の集い	
	夏の特別セミナー「Global Café 2021夏 わたしたちのグローバルヘルスを語ろう！～第2弾～」	福井　沙織
P32-33	WHO協力センターとは／日本のWHO協力センター一覧表	
P34-35	日本WHO協会沿革／WHO憲章	
P36	WHO地域事務所地図	
P37	寄付者のご芳名／編集委員のページ	鈴木　大地
P38	入会案内	

ごあいさつ

日本WHO協会　理事
大日本除虫菊株式会社　代表取締役社長
上山　直英

大日本除虫菊株式会社(KINCHO)は、1885年に創業しました。創業者・上山英一郎と殺虫効果を持つ「除虫菊」という花との出会いからはじまり、その花に含まれる殺虫成分「ピレトリン」の研究並びに製品開発と共に発展してきました。

除虫菊の殺虫効果は数世紀前より知られていましたが、19世紀になってから商業ベースで栽培され、世界中で広く取引されるようになりました。それに並行して蚊がマラリアを、シラミが発疹チフスを、ノミがペストを媒介することが解明され、殺虫剤は健康的な生活を維持するためには欠かせない製品となりました。20世紀になると、さらに虫と感染症の関係が明らかになると共に、除虫菊の成分組成や作用機序の解明も進み、様々な昆虫に合わせてより有効な成分の開発が進みました。

1890年に弊社が発明した蚊取り線香は日本で開発された技術として2013年に国立科学博物館の「重要科学技術史資料(未来技術遺産)」に登録され、2017年には、蚊取り線香に加えて、除虫菊成分の解明を示す研究ノートや日本初のエアゾールが日本化学会の「化学遺産」に認定されています。

人や物がグローバルに移動する時代になると、虫が介在する被害は一つの国にとどまることはなくなりました。約70年間日本では患者が発生していなかったデング熱が国内で再発したり、セアカゴケグモやヒアリのように、今まで日本では見られなかった生物がやってくるようになったのもその例です。

WHOの憲章には「健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なると、すべての国に共通して危険が及ぶことになります。(日本WHO協会 訳)」と書かれています。この憲章はそれまで、世界が苦闘を重ねてきた経験に基づいて制定されたもので、この憲章が述べている意義を改めて感じております。

こういう時代だからこそ、世界的な協力や密接な情報交換が欠かせないものとなり、また、噂や雑多な情報にまどわされず、正確な情報の選別が必要になります。そのためには日本WHO協会の役割はますます重要なものになってきていると感じております。

日本WHO協会の活動には2010年より関わらせていただいておりますが、生活環境に応じた便利で安全な製品の開発を心がけ、より快適な生活環境づくりを目的とした様々な取り組みを続けてゆくつもりです。

2022年1月

子どもの虐待

子どもの虐待防止センター理事長

奥山　眞紀子

医師、医学博士、小児科専門医、子どものこころ専門医。
専門は子どものトラウマ、子ども虐待。前国立成育医療
研究センターこころの診療部総括部長。

子ども虐待の本質は子どもの権利侵害

子ども虐待は強者としての大人、弱者としての子どもという権力構造を背景とした子どもへの重大な権利侵害です。日本の児童虐待の防止等に関する法律では保護者からのものに制限されていますが、国際的には広い定義がなされています。子ども虐待が子どもへの権利侵害であるという視点を持つことは非常に重要なことです。国連子どもの権利委員会による一般意見13号「あらゆる形態の暴力からの自由に対する子どもの権利」（2011）にも、「子どもの養育および保護に対する子どもの権利基盤アプローチのためには、子どもをもっぱら『被害者』として見るのではなく、権利を有する個人としての子どもの人間としての尊厳ならびに身体的および心理的不可侵性を尊重しかつ促進する方向へのパラダイム転換が必要である」と示されています。また、暴力の定義として、「あらゆる形態の身体的または精神的な暴力、侵害または虐待、放任または怠慢な取扱い、性的虐待を含む不当な取扱いまたは搾取」とされています。

この一般的意見は、締約国報告書の審査およびそれぞれの総括所見、子どもに対する暴力に関して行なわれた2度の一般的討議の勧告（2000年および2001年）、体罰その他の残虐なまたは品位を傷つける形態の罰から保護される子どもの権利に関する一般的意見8号（2006年）ならびに他の一般的意見で行なわれた暴力の問題に関する言及において委員会が示してきた既存の指針をもとに、これを発展させたものです。

日本では2016年に初めて児童福祉法第一条に、子どもが権利の主体であることが明記されました。ただ、日本の子どもの権利に関する取り組みは非常に遅れています。その原因として、条約を担保する国内法がつくられていないことがあります。そのために、図1のように、「子どもの権利条約」を聞いたことがない大人が40%以上もいるのが現状です。日本でも子どもの権利法（仮称）ができることが求められています。

世界中の子どもが晒されている暴力は健康問題

WHOでは暴力は健康問題と位置付けています。図2はWHOによる子どもへの暴力に関する図の一部を日本語に訳したものです。世界中で、4人に1人は親からの体罰という暴力や心理的暴力を受けていると示されています。更には、12億人の20歳以下の女性が性的被害を受けているとあります。図3はやや古いですが、世界の各種子どもの虐待の頻度です。日本での正確な疫学研究は少ないのですが、1999年に私たちが調査をした時には、18歳未満で、性的暴力を受けたと答えた人は女性の39.4%にものぼりました。アメリカでは4人に1人と言われていたので、日本はかなり多い数です。その多くは電車の中での痴漢被害でしたが、低い年齢で被害にあった方の中には、相当のトラウマとなっている人も少なくありませんでした。

日本でも虐待死に関してメディアが取り上げていますが、世界では年間4万人以上の子どもが殺されています。日本での殺人や虐待死の率は国際的にみると

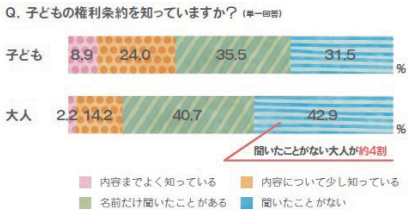


図1　日本における子どもの権利条約の認知度
Source: セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン (2019)

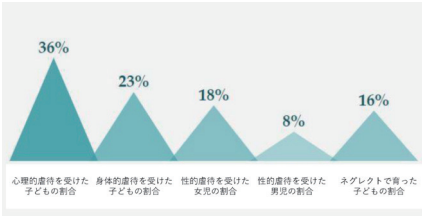


図3　世界の子どもの生涯虐待体験
Source: WHO global status report on violence prevention 2014

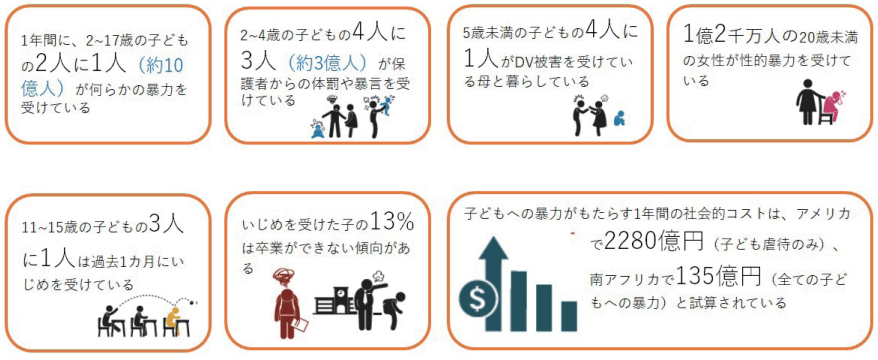


図2　世界の子どもに対する暴力の状況　Source: WHO, 2020

低いものですが、子どもの死に関しては、しっかりとしたChild Death Reviewのシステムを構築しないと、実際の数はわからず、病気や外傷として処理されているために表に出てこない数が多いと考えられています。

図4は後に述べるINSPIREからの引用ですが、暴力の結果として起きるものがあげられています。精神保健上の問題、母子保健上の問題、外傷、非感染性疾患、感染性疾患があげられています。つまり、子どもへの暴力はその結果として心身の健康を害するものであるのです。

ACEs（Adverse Childhood Experiences）研究

近年、多くの研究者が取り組んでいる研究にACEs研究、つまり逆境的子ども期体験の研究があります。身体的虐待、心理的虐待、身体的ネグレクト、情緒的ネグレクト、母への暴力（DV目撃）、家庭に物質乱用者がいる、家庭に精神疾患の人がいる、親の別居や離婚、家庭に犯罪によって収監された人がいる、の10項目に関して、いくつ経験しているかということと、大人になっての健康問題を研究しているものです。それぞれの体験の程度以上に、逆境体験の種類の多さが影響するということが分かってきたからです。ACEsの10項目中6項目はそのものが虐待ですし、あとの4項目も虐待のリスクになりがちなものです。

仮説として、図5のように、ACEsがあると、社会的、情緒的、認知的障害が生じ、健康リスク行動をとるようになり、疾病・障害・社会的問題に至り、最後には早世するというモデルがたてられました。それぞれの段階に至らないように介入することが必要という考え方です。現在まで、多くの結果が出ています。例えば、ACEsはうつや自殺のリスクを増加させるだけではなく、喫煙や10代での妊娠率が上がり、肺疾患・肝臓疾患・心疾患などの身体疾患の率も増加しています。そして、ACEsが6項目以上経験している人はそうでない人に比べて20年寿命が短いという報告もあります(1)。つまり子ども期の逆境体験は、その後の心身の健康に大きな影響をもたらすということが分かってきているのです。

アメリカのCDCによると、アメリカでは、うつ病を2100万人減らすことができるし、心臓疾患も109万人減らすことができるというのです。従って、子ども期に逆境的体験を予防したり、早期介入することが、その後の健康に大きなプラスになるのです。

子どもへの暴力撲滅へ

子ども虐待に影響するSDGsは多くあります。貧困もそうですし、教育も影響します。しかし、直接子ども虐待を減少させる目標はSDGs16.2で、2030年までに世界から子どもへの暴力を撲滅するというものです。上記のように、国連が言う「暴力」の中には、心理的虐待やネグレクトも含まれます。

SDGs16.2を達成するためにGlobal Partnership to end Violence Against Children（GPeVAC）が形成され（https://www.end-violence.org/）ました。日本は早期からPath Finding Country、つまり、道を切り開く国として名乗りを上げています。ただ、残念ながら、日本のSDGsの取り組みに関する紹介には入っていません。そのためか、日本の中で、日本がPath Finding Countryになっていることを殆どの人が知らないのが現状です。名乗りを上げた外務省にはNational Action Plan (NAP)の作成が求められ、かなり遅れたのですが、2021年7月に、子ども虐待、性的搾取等・性暴力、いじめ、体罰（学校、家庭、施

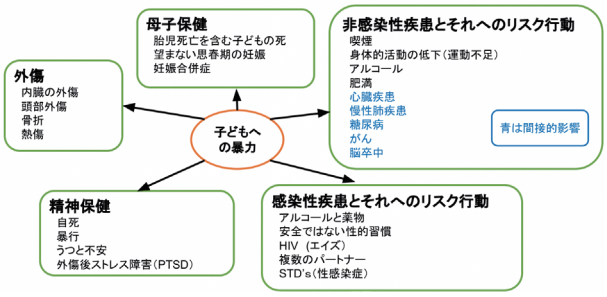


図4　子どもへの暴力の影響　Source: INSPRE

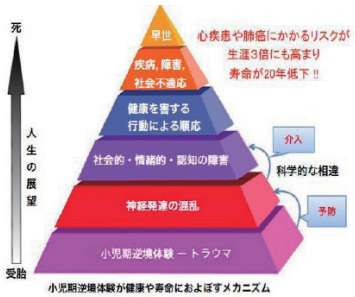


図5　逆境的子ども期体験がもたらす心身への影響モデル　Source: 米疾病予防管理センター

設)、その他に関しての計画が発表されました。しかしながら、ほとんどが現在行われている施策が並べられており、撲滅のための PDCA サイクルを回すような計画になっていないのが残念です。

GPeVAC では、暴力撲滅のために、図 6 に上げられているような INSPIRE という 7 つの項目ごとに戦略を立てることが推奨されています。また、一つのテーマに関して幾つかの INSPIRE 項目が協働して達成するというアプローチもあります。例えば、一番上に書かれている立法に関して見てみると、法律で体罰を禁止することがあげられています。日本では、記憶に新しい結愛ちゃん・心愛ちゃんの痛ましい死亡事件により、しつけの名のもとの暴力が問題となり、世界で 51 番目の体罰禁止の法律を持つ国となりました（図 7）。加えて、民法の親権にある懲戒権の見直しも行われています。それまでは、懲戒権には必要な体罰を含むという考えを法務大臣が国会で述べたことが足かせとなって、子ども達の痛ましい死まで、なかなか立法化が実現しなかったのです。

ただ、法律ができたからと言ってすぐに体罰がなくなるわけではありません。1979 年に初めて体罰禁止を法律で定めたスウェーデンでも、図 8 のようにすぐに体罰が減ったわけではなく、30 年かけて体罰が減少してきています。その背

戦略	アプローチ	分野	分野横断的な活動
法の施行と執行	• 親や教師、その他養育者による子どもへの体罰を禁止する法律 • 子どもへの性的虐待や搾取を犯罪とみなす法律 • アルコール(酒類)の悪用を予防する法律 • 銃器や他の武器への若者のアクセスを制限する法律	司法	多分野に渡る活動と連携
規範と価値	• 偏狭で有害なジェンダーに対する規範や社会規範に対する執着からの変容 • コミュニティ参加型プログラム • 身近な第三者による介入	保健、教育、社会福祉	
安全な環境	• 「ホットスポット」(暴力が頻発する場所)に取り組むことによる暴力の削減 • 暴力の拡大阻止 • 既存環境の改善	内務、計画	
保護者や養育者への支援	• 家庭訪問 • コミュニティ内にあるグループへの支援 • 包括的プログラムを通じた支援	社会福祉、保健	
収入・経済力向上	• 現金支給 • ジェンダー研修と組み合わせた貯蓄と融資のグループ活動 • ジェンダー規範に関する研修と組み合わせたマイクロファイナンス	財務、労働	モニタリングと評価
対応・支援サービス	• カウンセリングおよびセラピー • 対応と組み合わせた精査 • 刑法制度における少年犯罪者更生プログラム • 社会福祉サービスを巻き込んだ里親制度による介入	保健、司法、社会福祉	
教育とライフスキル	• 就学前教育と中・高等学校への就学増加 • 安全な学校環境の確立 • 性的虐待とそれから身を守る方法に関する知識の向上 • ライフスキルとソーシャルスキル研修 • 青年期の親密なパートナー間での暴力を防止するプログラム	教育	

図6　0-18歳の子どもに対する暴力を阻止し、暴力に対応するためのINSPIRE戦略の概要

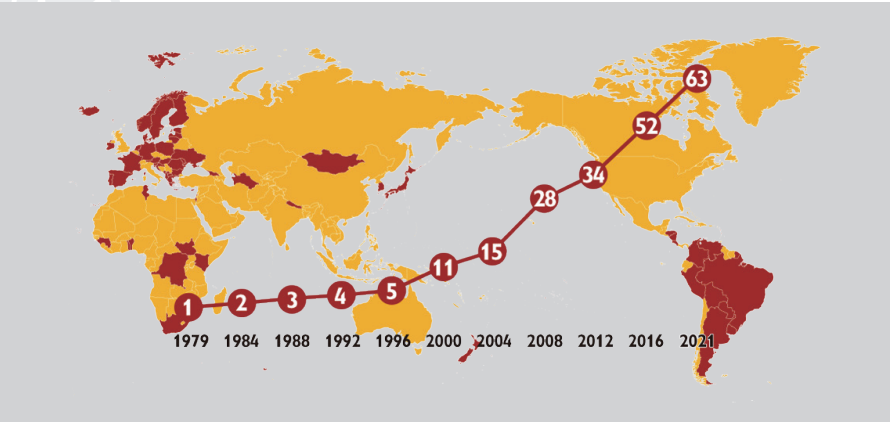


図7　法的に体罰禁止が規定されている国の増加
Source: https://www.savechildren.or.jp/lp/banningphp5/

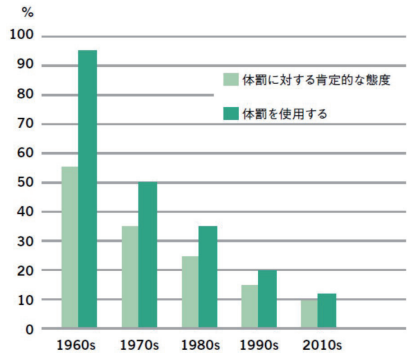


図8　スウェーデンにおける法的体罰禁止の効果
Source: Våld mot barn 2006-2007, スウェーデン児童福祉基金およびカールスタット大学
Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige, 2011

景には、法律に書いただけではなく、体罰をしない子育て（positive discipline）の啓発や、暴力で支配する傾向のある家族への支援が行われた結果です。つまり法律だけではなく、価値の転換、親支援、教育などINSPIREの多くのセクションでの対応が求められるのです。

体罰禁止の子ども虐待防止への効果を判断するのは難しいのですが、2011年にフィンランド西部に住む15～80歳の4,609人を対象に行われ、2014年に公表された調査によると、子どもの頃、手や物で叩かれた経験をした人の数は、1983年の体罰禁止以来減少したとのことです。また、体罰は既往のアルコール中毒、うつ病、メンタルヘルス、統合失調症型人格障害、過去の自殺未遂と関連していることがわかり、子どもの殺害事件のデータと関連するデータを調べると、体罰の減少と子どもの殺害された事件の減少とは類似しており、関連があることが明らかになったと報告されています(2)。

日本でも、体罰によらない子育ての啓発もなされるようになり、地域の家庭支援の充実も目指される方向となっています。増え続けている子ども虐待が減少に転じ、全ての子どもの権利が保障される日が来ることを目指して。

参考文献

(1) Brown, D.W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B., and Giles, W.H. (2009) Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. Am J Prev Med 37, 389-396

(2) Österman, K. et al (2014), “体罰の完全な禁止から28年が経過したフィンランドの現在：傾向と心理社会的付帯状況”, Aggressive Behaviour, 9999, 1-14

多職種連携の場としての学会

子ども虐待の影響の大きさを考えると、早期に発見して早期に介入しなければならない問題ですが、子ども虐待は一つの専門分野で解決することは困難な問題です。つまり、多職種連携（multi-disciplinary）で対応しなければならない問題です。そこで、子どもの権利を守るために、多くの職種が集まってその技能を高めるための研究を発表し、意見を出し合う場として、1977年に国際子ども虐待防止学会が設立されました。図2はISPCANとパートナーシップのある32か国を示しています。つまり、ISPCANは多様な専門職の連携であるとともに、世界的な連携を取っている学会です。2年に1回の世界の学術集会に加え、北米・中米・南米・ヨーロッパ・中東・アジア・アフリカといった地域の集会も開かれています。加えて、WHO、ユニセフ、ユネスコといった国連の組織とも連携しています。また、Child Abuse & Neglectという比較的レベルの高い雑誌も刊行しています。

日本もISPCANのパートナー国として日本子ども虐待防止学会（JaSPCAN）を1994年に設立しました。図2にJaSPCANの会員数の推移と職種の割合を示します。多様な職種の専門家が集まり、学会活動として、年1回の学術集会を開いたり、雑誌「子どもの虐待とネグレクト」を刊行しています。2014年にはISPCANとJaSPCANの合同学術集会として「子ども虐待防止世界会議　名古屋2014」を開催し、海外からの参加者406名を含む2,378名の参加がありました。

ISPCANの理事には日本人も継続的に選ばれており、今年開かれた「2021 World Summit」では、多職種の重要な分野である政治の分野として、塩崎恭久元厚生労働大臣がKey-noteで日本の児童福祉の変革に関して語り、大きな反響を得ました。今後も、日本からの発信が期待されています。

図9　国際子ども虐待防止学会（ISPCAN）の加盟国

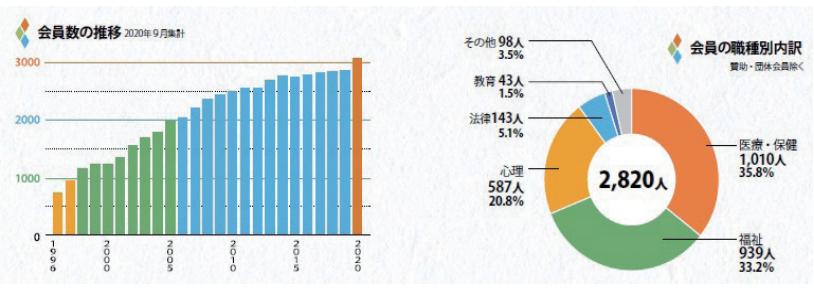


図10　日本子ども虐待防止学会（JaSPCAN）

COVID-19と医療政策

jaih-s 16期企画班班長

花城　真由

島根大学医学部医学科6年

全体挨拶

（jaih-s 16 期代表　森田智子）

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 協会様との第 11 回目の共催フォーラムを、2021 年 9 月 25 日に開催いたしました。本フォーラムでは「COVID-19 と医療政策」をテーマに、日本や諸外国の COVID-19 に対する医療政策を振り返り、今後我々はどのように COVID-19 に向き合うべきかを考えてまいりました。本企画への御登壇をご快諾していただいた坂元晴香先生、松山幸弘先生、海外からご参加いただいた 3 名の学生、島戸麻彩子さん、竹内純平さん、塩澤友紀さん、そして、本企画に多大なるご支援とご協力をいただいた公益社団法人日本 WHO 協会様、一般社団法人大阪薬業クラブ様に厚く御礼申し上げます。

代表挨拶

（jaih-s 16 期企画班班長　花城真由）

本フォーラムは、2019 年末に発生して以降未だ収束の目処が立たず、世界中で猛威を振るい続けている COVID-19 に対して、これまで我が国ではどのような医療政策が行われてきたのか、海外での医療政策の比較とともに、今後どのような医療体制を構築していくべきか考えることを目的としました。医療政策や公衆衛生、そしてアメリカやオーストラリア、イギリス等の社会保障制度を専門とした先生方による講演会の他、海外大学に在籍する学生 3 名とともに実際の海外での生活の様子や COVID-19 に対する医療体制や人々の認識の違い、そして今後求められる医療体制について議論するパネルディスカッションを行いました。参加された皆様にとって実りのある企画となっていれば幸甚です。

COVID-19 と日本の医療制度

講師：坂元晴香 (慶應義塾大学医療政策管理学教室特任助教)

【経歴】

札幌医科大学医学部卒業後、聖路加国際病院で内科医として勤務。その後、厚生労働省国際課及び母子保健課に勤務。国連総会や、WHO（世界保健機関）総会など各種国際会議へ日本代表として参加。現在は、東京大学国際保健政策学教室特任研究員、WHO 西太平洋事務局コンサルタント、ゲイツ財団東京事務所コンサルタントを併任。

【日本と諸外国の COVID-19 の推移】

G7 で COVID-19 の新規感染者数を比較すると、日本は初めこそ少ないですが、アジアの中で見てみると感染者数が多いという指摘もされています。日本では高齢化率が高く、欧米諸国では 20% 台に対して日本は 30%、隣の韓国でも 10% 台と高い数値にあります。しかしこのように高齢化率が高いことを踏まえると、COVID-19 による死亡者は少なく抑えられています。

COVID-19 の流行の拡大で医療機関がひっ迫したことによって、高齢者が急性期疾患などで死亡する超過死亡の事例も増加しています。しかし日本全体では

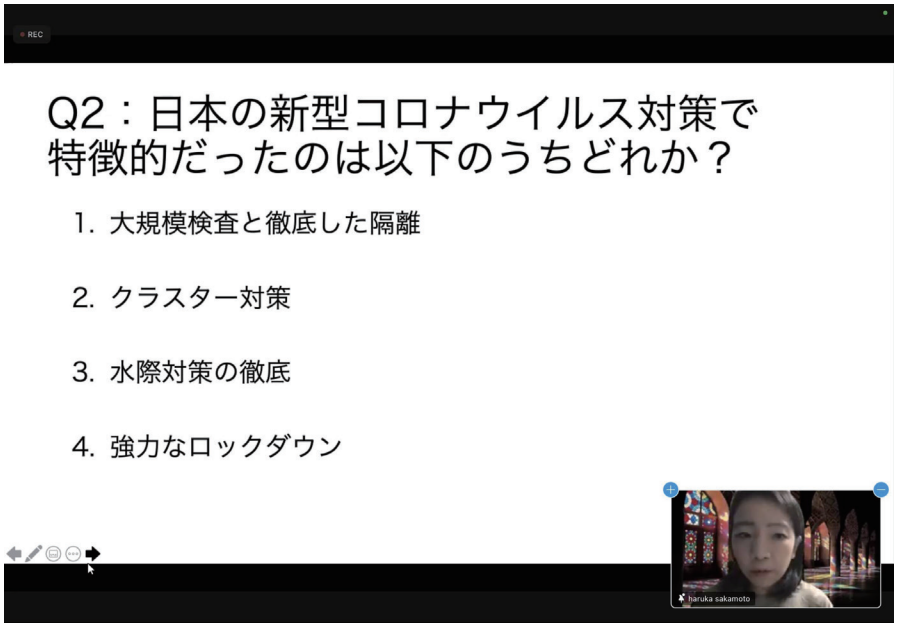


図 1．坂元春香先生とその発表資料

この超過死亡の増加はあまり見られていません。諸外国では総死亡者数は増加しているが、日本ではそれが減少している世界的に見てもユニークな傾向が見られたのが特徴です。

【COVID-19 対策】

新型コロナウイルスの初動から学んだことは、症状が無い人や出る前の人でも感染性がある、ほとんどは二次感染が起こらないが周囲の人に感染を移すスーパースプレッダーの可能性もあることです。このスーパースプレッダーによって引き起こされた集団感染、つまりクラスターを叩くことが日本の戦略です。この戦略には、クラスターをどのように見つけてその人たちを見つけるか、いかにクラスターを作らないかという考えが根底にあります。1 年前と今では検査の動線なども変わってきていますが、基本的には濃厚接触者の追跡が中心であり、欧米などで行われているロックダウンは行わず、人々の行動変容がベースです（図 1）。

【日本で見られた医療機関のひっ迫について】

人口当たりの病床数を先進国で見てみると、日本と韓国が突出して多いが、ICU のような集中治療が必要な病床数を見てみると日本は下から 4 番目であり、ベッドはあるのに重症患者を診るベッドが少ない状況下にあります。また日本はどちらかというと急性期を過ぎた慢性期の患者に使うベッドが多いとみられます。医療機関のうちおよそ 8 割は民間医療機関ですが、ほとんどの民間病院は中小規模であり、また感染症に対する施設や専門家が少なく、2020 年 10 月時点で COVID-19 患者の受け入れは公的病院では 79% であるのに対し、民間は 19% にとどまっています。しかし、民間病院も重要な役割を果たしており、外来での新型コロナ患者の診療、入院調整、ワクチン接種業務、高次医療機関からの退院患者の受け入れ、COVID-19 以外の疾患の診療など多岐にわたります。

人口当たりの医師数を見てみると日本は G7 の中で最も少ないにも関わらず、世界全体で見ると医療機関数が突出して多いです。医師が複数の医療機関に分散されている状態で、患者さんにとってはアクセスのしやすさを感じていると思われるが医療提供体制の非効率を生んでしまっています。

コロナ禍と医療イノベーションの国際比較

～自宅療養者の入院先を事前に決定できる医療提供体制～

講師：松山幸弘（一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹）

【経歴】

1953 年福岡県生まれ。75 年東京大学経済学部卒業。生命保険会社にて勤務中、九州大学経済学部客員助教授、日本銀行金融研究所客員エコノミスト、厚生省 HIV 疫学研究班員など歴任。2009 年より豪州 Macquarie University オーストラリア医療イノベーション研究所名誉教授。

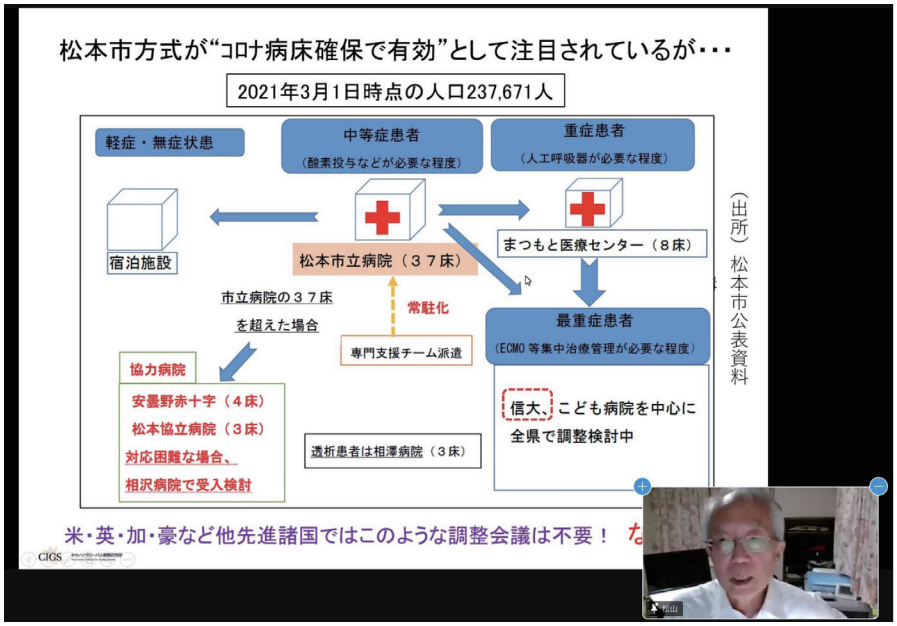


図２．松山幸弘先生とその発表資料

【コロナ禍の国際比較】

イギリスとアメリカは 2021 年 7 月に制限を解除しニューノーマルにチャレンジしている一方、日本は単位人口当たりの感染者数はドイツやカナダよりも多く、死亡者の数もドイツの改善が非常に顕著で日本はあまり改善していません。

日本では病院数と病床数が世界の中でも抜きんでて多いにも関わらずコロナ病床が確保できていません。日本で最もコロナ対策が評価されたのは松本市のモデル（図 2）ですが、市立病院がまとめて患者を受け入れる代わりに、対処できなくなった場合、近隣病院に協力するよう要請しました。平時から広域医療圏（人口 100 万程度）ごとに医療資源を最適配分できる仕組みがあるかどうかが重要です。

【日本の遅れ：デジタルヘルス】

特にオンライン診療について、日本は遅れていて海外が進んでいます。コロナ禍においてカナダ、イギリス、アメリカでは利用率が 80% 程と非常に高く、Kaiser Permanente(後述) は今でも約 50% の利用率です。また、イギリスやカナダでは公立病院はコロナ患者受入れを断れず、事前に必要な病床を確保しているため、日本のように自宅療養中の急変時に入院先が見つからないことはありません。

【各国の医療事業体の話】

イギリスの公的医療制度である NHS は、NHSTrusts（公立病院）と NHSFoundation Trusts（公立病院の中で経営能力が高く、経営の財務と人事で裁量権がある施設）等が広域医療圏ごとにグループを作っており、社会的サービスの提供に最も力を入れています。

オーストラリアでは、2011 年に政府が人口 100 万人ほどの広域医療圏単位で州立病院をすべて経営統合しました。さらに開業医ともネットワークを組んでサービス提供する仕組みを作り、デジタルヘルスの改革でもプラットフォーム機能を発揮してオーストラリアの医療が躍進することになりました。豪州の地域病院のネットワークとプライマリケア・ネットワークが連携して PHR（パーソナルヘルスレコード）を全国民が使えるようになった点が素晴らしいと思います。

オーストラリアでは民間保険の財源の約 30％のお金を政府が補助する代わりに、利益が多く出た会社から利益が少なかった会社に強制的に財源を移転させています。加入者一人一人のリスクを分析し加重平均して財源を調整する制度です。

アメリカではコロナ禍が比較的落ち着いてきている理由は、NY 市が経営している巨大な公立病院のネットワークが無保険者 50 万人も含め面倒を見ているからだと思います。ピーク時は 200 か所検査場を作って毎日 5 万件程検査していました。

日本が学ぶべきであるのは、ジョンズホプキンス大学の医学部の事業体の仕組みです。アメリカの主要な大学では附属病院の代わりに地域に巨大な非営利ネットワークを作り連結していますが、ジョンズホプキンスはこの仕組みの下で州の住民全体の在宅ケアをカバーするネットワークを持っています。またデジタルヘルスに関しては世界トップクラスの仕組みを推進しています。

医療イノベーションを考えなければ、日本は 20 年遅れているばかりかさらに遅れていると評価を受けてしまう恐れがあります。

パネルディスカッション

パネルディスカッションでは、jaih-s からファシリテーターとして米国 Brown University4 年 鈴木健斗と、講師の坂元先生・松山先生、そして 3 名の海外学生で議論しました。海外学生として University Colledge London 医学部医学科 5 年 島戸麻彩子さん、米国 Brown University Pre-Med、健康・人体生物学部 4 年 塩澤友紀さん、The University of South Wales Sydney 医学部医学科 3 年 竹内純平さんの 3 名を招き、各国での実生活の様子、国によって COVID-19 の対応に差が出た理由、新興感染症に強い医療体制を構築するには、という 3 テーマについてディスカッションしました。

【各国での実際の生活】

日本とそれぞれの国で、実際に生活していてどうだったかをとりあげました。アメリカでのマスク着用状況の話の後、イギリスでの規制に対する国民感情という視点が出ました。オーストラリアの感染者数の少ない地域では、みんな何かと理由をつけ外に遊びに行っているという話が出ました。感染の広がる地域では警察や軍の介入があるが地域によっては注意されることはないとのことでした。

その後松山先生から、日本は空床数が多

いのに機能していないことを指摘する人がおらず、厚労省直轄の病院群がセーフティネットになっていないことをどう思うか、という質問が投げかけられました。イギリスやオーストラリアでは病院に指示があり病床数を制御しているとのことでしたが、日本はそのような指揮・管理体制が不明瞭ではないかという意見が上がりました。ここで坂元先生からアウトカムについてのご指摘があり、病床の再編や野戦病院などのインプットは注目されやすいがそのアウトカムについても考えた上で行うことが重要という意見をいただきました。また、日本とイギリスなどでは医療体制や財源がそもそも違うため、その点も考慮が必要であるとご指摘をいただきました。

【なぜ国によって COVID-19 の対応に差が出たか】

ここでは各国で評価された政策や事業を中心に議論が広がりました。
良かった点として、オーストラリアでは水際対策が徹底的に行われた点、イギリスではワクチン接種が計画的に素早く行われた点が挙がりました。先生方からは、パーフェクトな国も全敗の国もなくそれぞれの国が日ごろから抱えていた問題が浮き彫りになっただけである、日本はワクチン接種に関してスタートは遅れたものの挽回は素早かったとご意見をいただきました。

【新興感染症に強い医療体制を構築するためには】

身近に PCR 検査を行う機関が多く、有症状時には無料で検査を受けられるアメリカに比べると、日本では検査会場の少なさや陽性者への偏見から検査へのアクセスが悪いという点が指摘され、医療アクセスの重要性が浮かび上がりました。また、オーストラリアという文化的・人種的に多様な国では、今回のコロナ政策は画一的であり多様性を無視していたとの指摘がありました。国ごとの違いや文化・経済などの違いを踏まえたうえで、いかに格差なく医療を提供していくかという点が重要であるという意見で一致し、パネルディスカッションは終了となりました。

今後の抱負

本フォーラムでは、先生方にそれぞれ日本の医療体制、そして海外の医療体制の視点から、これまで我が国で先人たちが作り上げ受け継がれてきた医療体制のメリット・デメリットを改めて学ぶことが出来ました。ただやみくもに感染者数や重症化率、ワクチン接種率を海外と比較し、目先の数字に一喜一憂するだけでは、COVID-19 を収束させるための解決策は見出せません。COVID-19 下のパンデミックを機に、今後我が国の医療体制はどう変わっていくべきなのか、医療を必要とする人々にとってあるべき姿が何か考え続けることが、医療に携わる者として求められることではないでしょうか。来年も参加者の皆様にとって有意義な企画となるよう、開催後アンケートで頂いたご意見・ご感想を参考に、引き続き活動して参りたいと思います。

図3．当日参加した皆さん（一部のみ）

Nippon international Nursing Administrator

日 本 国 際 看 護 師
～日本の医療機関で外国人を支援するNiNA～

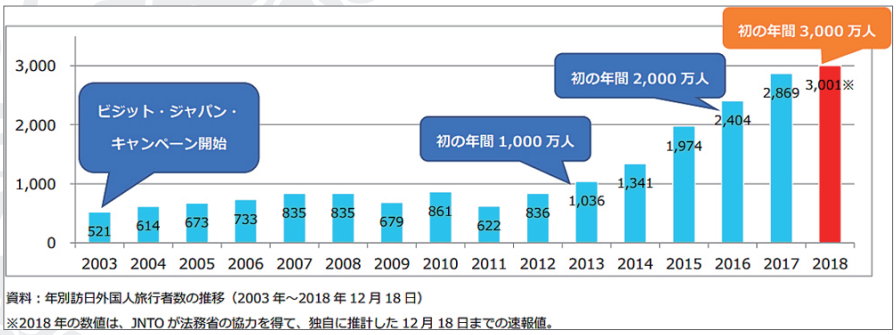
地方独立行政法人
りんくう総合医療センター国際診療科
南谷　かおり

11歳からブラジルで過ごし日本と両国で医師免許を取得。
外国人医療に必要な医療通訳士、コーディネーター、国際看護師等の育成に携わっている。

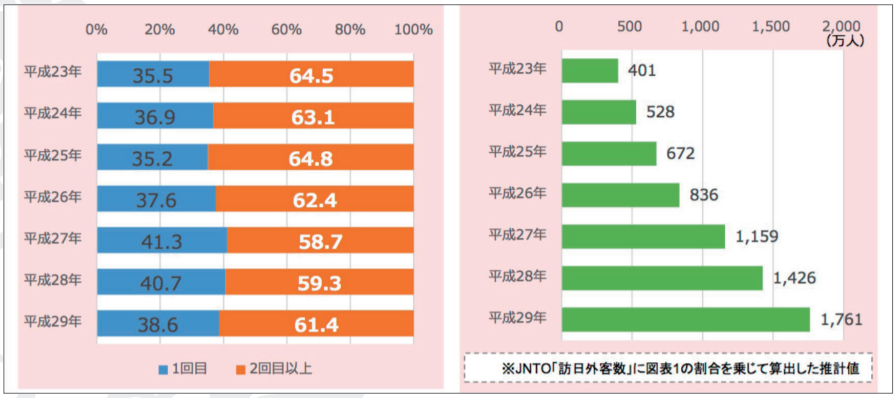
急増した訪日外国人

2015 年、訪日外国人観光客の数は年間 2000 万人近くまで増加し、その後 3 年で 3000 万人を突破しました（図 1）。観光庁の統計によると外国人観光客の 6 割はリピーターで来日数が増えるほど地方を訪れる確率が増え、また一人旅の割合も高くなっていくようです（図 2）。そして当然ながら、数が増えれば一定数が滞在中に怪我や病気で医療機関を訪れ、言葉の壁や常識の違いで困惑する患者も少なくありません。そもそも日本の医療機関は日本語が話せない患者を想定しておらず、表示は全て日本語で支払いも現金のみの病院が 2019 年時点でも半数以上ありました。「郷に入れば郷に従え」で、日本で暮らすなら税金を納めて公的保険に加入し、日本語を話すのが無理なら通訳者を連れて来てくださいというのが、外国人に対する病院側の基本的な姿勢でした。多民族国家の米国では人権の観点から医療通訳の配置は義務付けられていますが、日本では少数派のため、多くの外国人が内容を理解できずに不安を抱えたまま病院を受診していました。

外国人にとって転機が訪れたのは日本政府が経済活性化のために観光立国を目指す方針を固めた頃からです。2003 年には「ビジット・ジャパン・キャンペーン」が始まり、積極的に訪日外国人観光客を呼び込むことで宿泊業や家電量販店等の売り上げは伸びましたが（図 3）、受け入れに対して未整備だった医療現場は対応を迫られることになりました。外国人観光客のリピーターは地方の病院にも突然現れるようになり、とりわけ過疎地域であるスキー場や離島に押し寄せたことで近隣の医療機関は混乱に陥りました。日本語が通じない患者を診るには時間がかかり、診療が滞ることで日本人の患者が待たされるという事態も起きてきたのです。



資料：年別訪日外国人旅行者数の推移（2003 年～2018 年 12 月 18 日）
※2018 年の数値は、JNTO が法務省の協力を得て、独自に推計した 12 月 18 日までの速報値。



上段：図1　年別訪日旅行者数の推移　　出典元：日本政府観光局
下段：図2　訪日リピーター割合の推移(左)と訪日リピーター数(右)　　出典元：観光庁

政府による訪日外国人対策

観光を成長戦略の柱や地方創世の切り札にしようと舵取りを始めた日本政府も、医療現場の課題を見過ごしていたわけではありません。2020 年の東京オリンピック・パラリンピックの開催を見据えて、環境整備のために様々な政策を打ち出していきました。2012 年度には外国人に対応可能な病院を認証する「外国人受け入れ医療機関認証制度 JMIP」を制定し、同時に医療通訳者と外国人向けコーディネーターが配置された「拠点病院」を全国に整備するという方針を固めました。当初、医療通訳者は認知度が低く、外国人患者の診療を調整するコーディネーターに至っては存在さえも知られていない状況でしたが、政策に組み込まれたことで広く知れ渡ることになりました。この

件に関しては裏話となりますが、当時の厚生労働省大臣官房審議官であった新原浩朗氏（後に菊池桃子さんとご結婚されました）に寄与するところが大きいです。新原氏は経済産業省で 30 年近く働かれた後に厚生労働省に異動となり初めての医療政策で、外国人診療ではマスコミに取り上げられ初代 JMIP 認証を受けていた当院にヒアリングに来られました。筆者はインバウンド医療を推進していた経済産業省の有識者会議で医療通訳の重要性については訴えていましたが、新原氏には通訳者以外に国際医療コーディネーターの必要性についても力説しました。それが聞き入れられ、2020 年までに必要な 2 業種の人材育成として政策に組み込まれたのが大きな潮流となりました。医療通訳者やコーディネーターの普及に多額の予算がついたのも、経済産業省に長かった新原氏の功績だったと聞いています。この流れに沿って他にも「医療通訳育成カリキュラム基準、医療通訳テキスト」、病院で行う検査や手術の説明資料や問診票を翻訳した「外国人向け多言語説明資料」（こちらは「りんくう国際医療通訳翻訳協会 IMEDIATA」が 5 言語で作成しました）、「外国人患者の受け入れのための医療機関向けマニュアル」、「地方自治体のための外国人患者受入環境整備に関するマニュアル」等が、厚生労働省の補助事業として次々とホームページにアップされて行きました。最初は伸び悩んでいた JMIP 認証病院の数もオリンピックが近づくにつれて都心で一気に増加し、以降は全国に広まっていきました。

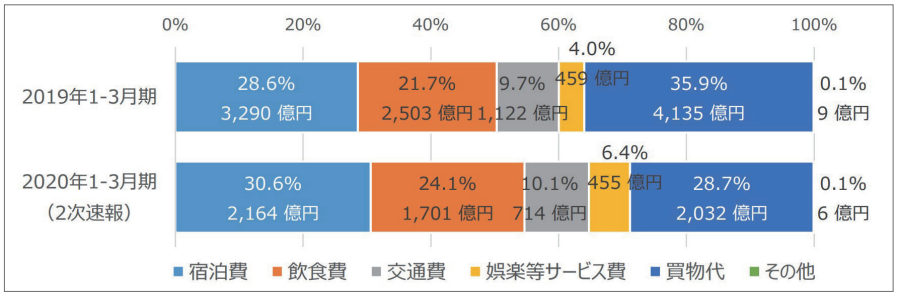


図3　訪日外国人旅行消費額の種目別構成比　出典元：観光庁

2018 年から厚生労働省では「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」が定期開催されるようになり、筆者も委員として様々な課題について意見を述べる機会をいただきました。外国人は訪日観光客だけではありませんが、日本の保険でカバーされずに自由診療となる彼らと、同じくコミュニケーションの問題はあっても日本の公的保険に加入している在留外国人とでは医療費の適正価格から支払い方も全く異なり、2020 年に集団で来日する訪日の方が喫緊の課題でした。しかし結果的に、海外からの観光客に対する環境整備を行うことは、同時に日本に暮らす在留外国人の待遇の改善にもつながりました。結局、新型コロナウイルス感染症で東京オリンピック・パラリンピックは大半無観客で行われ外国人患者が病院に殺到することはありませんでしたが、この国際的イベントがなければ国の後押しもないまま各医療機関のグローバル化は進んでいなかったでしょうから、在留外国人にとっては幸いだったと言えるでしょう。

外国人患者受入れ医療コーディネーター

日本の医療機関において、外国人患者と意思疎通を図る医療通訳者の活動は理解し易いと思います。病院では日本人でも解り辛い単語が飛び交うのですから、外国人にとって難しいのはなおさらです。一般人でも解る「やさしい日本語」を使ったり、専門用語を一般用語に置き換えたりするのは、思うより簡単ではありません。眼科の「硝子体」は「焼死体」ではなく「眼球の内腔をうめるゼリー状の透明な組織」ですが、通訳者は同音異義語を聞き分け、意味を理解したうえで瞬時に外国語の一般的に使われている単語に訳さなければなりません。その過程でどれかができないと、通訳はそこで止まってしまいます。「りんくう総合医療センター」では 2006 年から通訳者を医療現場に導入し、診察や検査でよく使う単語や言い回しを覚えることで正確な医療通訳を目指してきました。ベテランと見習いが同言語でペアを組むスタイルは

互いの研鑽と誤訳防止にもつながり、医学的な内容や訳出の精度向上には言語話者である医療従事者が立ち会いサポートしました。優秀な医療通訳者が育てば患者も医療従事者も助かり、外国人患者とのコミュニケーションが良好であれば信頼関係も芽生えます。しかし、医療通訳者はあくまでも中立的な立場であり自ら意見することや動くことは基本理念に反するので、各症例の課題を見極め解決に導くには別の調整役が必要となります。外国人患者が支払いに関して相談するなら医事課、保証制度に関して知りたければメディカルソーシャルワーカー（MSW）に繋ぐなど、迅速に動いて解決策を見出すのがコーディネーターです。当院でも医療通訳者の登録数が 80 名を超えた時点で、通訳者のシフトや配置を考え、通訳者が予習できるよう事前に内容を伝え、相談相手にもなれるコーディネーターが必要となりました。そこで新たに外国語が話せる事務員を採用し、現場経験を積むことで仕事もはかどるようになりましたが、医療知識がないと調整が難しい場合もありました。コーディネーターの職種は病院によって事務員、メディカルソーシャルワーカー、医事課の職員など様々ですが、看護師であれば医療知識もあり患者さんのケアもできるので最適だと考えるようになりました。

大阪府看護協会と国際臨床医学会のコラボレーション

2020 年に向けた訪日外国人に対する政策のうち、医療通訳に関しては外国人支援団体や自治体等が昔から通訳者の育成や派遣をしていましたが、その重責や報酬の低さから優秀な人材が何人も燃え尽き辞めていきました。それが「医療通訳育成カリキュラム基準」や国際臨床医学会による「医療通訳認証制度」の発足で、医療通訳者の質や地位が担保されるようになりました。しかし国際医療コーディネーターに関しては、病院スタッフ、もしくは院外の医療通訳派遣団体に属する調整役のコーディネーター、海外から患者が治療目的で来日する際に手筈を整えるコーディネーター会社など、呼び方や業務内容も様々で、養成には遅れが見られました。国からの助成金でコーディネーター養成研修が始まりましたが主に病院の事務員が対象だったので、なんとか看護師相手に教育を始められないかと考えていたところ、「大阪府看護協会」の高橋弘枝会長（日本 WHO 協会理事）が医療英語を習いたい看護師を対象とした講座を設け、それを医学会で認定するという話が「国際臨床医学会」の澤芳樹理事長（当時は大阪大学医学部心臓血管外科教授）との間で持ち上がっていることを知りました。この提案は学会側で実行に移す担当者がおらず 1 年半も止まっていたので、筆者が参入して看護協会側と計画を進めることになりました。

りんくう総合医療センター国際診療科と健康管理センターのスタッフ
前列右から2番目は保健師兼国際コーディネーター（英語）のNiNA2期生岩岡文夏さん、前列右端が筆者

日本国際看護師 NiNA の誕生

国際看護師と言えば主に海外で活動する看護師の総称であり、日本からも青年

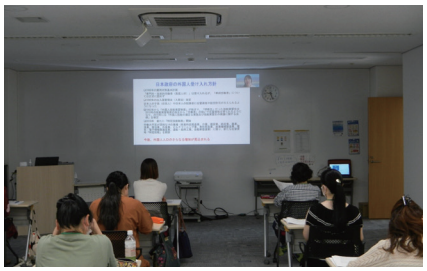
海外協力隊、ワーキングホリデー、国境なき医師団などを通じて多くが海外で活動しています。外国語を使って働きたい、海外に住んでみたい、ボランティアとして貢献したいなどその理由は色々でしょうが、日本で外国人が増えれば国内でも国際看護師が必要となってきます。外国人集住地域の病院やクリニックでは、外国人患者とその家族が外来にあふれかえっているという話をよく聞きますが、日本語を話せず文化や制度の違いで苦労しているのですから、外国人を支援できる看護師が増えれば多くが助かるはずです。帰国しても海外で培ったスキルを活かせず埋もれている人材は結構いるはずで、彼らを発掘して現場に導入すれば各自のモチベーションも上がるはずです。このような背景から、日本で活動する日本国際看護師 Nippon international Nursing Administrator NiNA が誕生しました。

他部署との調整や多職種との連携にはそれなりの知識と経験値を要します。そのため、日本国際看護師はコーディネーターではなく管理者 Administrator と名付け、認定には 5 年以上の実務経験を条件としました。認定や研修については「国際臨床医学会」の日本国際看護師認定部会にて決めており、詳細はホームページに掲載されています。また、同サイトには養成に必要なカリキュラム基準も公開されており、現時点では大阪府看護協会が養成研修コースを設けていますが、今後は日本各地に広がっていくことを期待しています。

外国人も安心できる保健医療を！

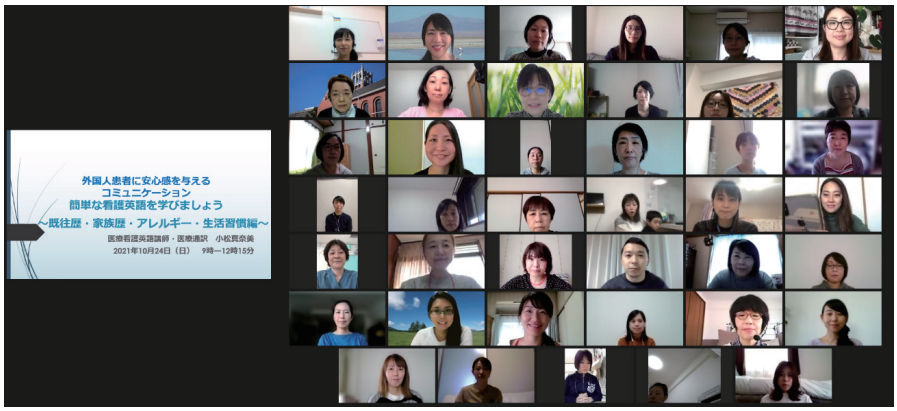
現在の日本には高齢者となったオールドカマー、「特定技能」や「技能実習」で来日した働き盛りの外国人、日本で生まれた子供たちなどあらゆる年齢層の外国人が暮らしています。そして、その誰もが保健医療に関わる可能性があり、入院患者に至っては病院で暮らさなければなりません。ただでさえ病気で不安なうえに、言葉のストレスや習慣の違いなど心配な要素はたくさんあります。そんな患者たちが相談でき信頼を寄せるのが看護師です。看護ケアは人種、文化、宗教、ジェンダーは関係なく、全ての患者に万遍なく平等でなければなりません。日本国際看護師は日本語が通じない外国人患者でも身構えることなく、適切に対応できるよう研修を受けています。外国人の考え方や行動を理解し、親身になって対話できるグローバルな人材を全国に増やすことが、外国人との明るい未来共生につながると信じています。

筆者によるNiNA　オンライン講義
2021年10月9日



中村安秀先生(日本WHO 協会理事長 下段中央)
の講義後にNiNA第6期生と撮影

国際臨床医学会主催の日本国際看護師フォローアップセミナー参加者との集合写真。
テーマは小松真奈美先生による「外国人患者に安心を与えるコミュニケーション、簡単な看護英語を学びましょう」 上段左端が小松先生、隣が筆者



特定非営利活動法人AMDA社会開発機構（AMDA-MINDS）

認定NPO法人AMDA社会開発機構
海外事業運営本部長
白幡　利雄

学生時代に手話を学んだ後、国際協力の世界へ。2014年にAMDA-MINDS入職、2020年から現職。早稲田大学大学院修了（教育学修士）。

AMDA-MINDS とは

AMDA 社会開発機構（AMDA-MINDS、アムダマインズ）は、人づくり村づくりを通じ、世界の貧困地域において暮らしの改善に取り組む認定 NPO 法人です。現在、アジア・アフリカ・中南米の 8 か国で、母子保健、保健衛生、生計向上、農業、青少年育成など多岐にわたる活動を、約 100 人のスタッフ（邦人スタッフ 20 人、現地スタッフ 80 人）とともに実施しています。駐在員を派遣しているのはアジアのミャンマー、ネパール、そして中米ホンジュラスの 3 か国。この他、インドネシア、アフリカのシエラレオネ、ニジェール、ザンビア、マダガスカルには職員を一定期間派遣しつつ、現地スタッフやパートナー NGO とともに日々の取り組みを進めています。いまだに世界中で猛威をふるう新型コロナウイルスに対しても、各地で必要とされる支援を提供し続けています。

岡山発の国際協力

私たち AMDA-MINDS の特徴の一つに、本部が岡山という地方都市にあることが挙げられます。日本の多くの NGO が東京などの大都市に活動拠点をもつ中、ある程度の組織規模をもつ団体の本部が地方におかれていることは、少々珍しいことだといえます。これは 1984 年、岡山で内科の開業医をしていた菅波茂が、アムダを同地で設立したことに端を発しています。そして 2007 年 4 月、中長期の社会開発分野の専門性を高め、活動内容をより充実させることを目的に、特定非営利活動法人アムダの海外事業本部を別法人化したのが、AMDA-MINDS です。緊急救援・国際連携を専門とするアムダのほか、日本に住む外国人への医療情報サービスを提供している AMDA 国際医療情報センター、世界各地に 32 の支部をもつ AMDA International などによって構成される AMDA グループの一員として、これまでに延べ 12 か国の農村や都市スラムで活動してきました。

大切にしていること

私たちが目指しているのは、「家族の今日の平和な生活が保障され、明日への希望が抱ける社会の実現」です。そのために必要な支援を、各国の状況にあわせて計画し、継続的に実施してきているのですが、一貫して大切にしている姿勢があります。その一つが、地域の人々に「寄り添う」ということです。もともと医師が始めた団体を母体としていることもあり、いまも保健衛生や母子保健の向上を目指す活動は多いのですが、こうした専門性の高い分野の活動であれば、なおさら注意して避けなければならないのが「こうしたらいいだろう」という、私たちの側の考えや価値観の押し付けです。国際協力の現場でよく語られることとして、老子の格言である「魚を与えるのではなく、魚の釣り方を教えよ」ということがありますが、AMDA-MINDS はその後のことまで徹底的に考えるべきだと思っています。それは、単に釣り方を教えるだけでは、釣ろうという意欲のない人はすぐに忘れてしまいますし、逆に知識や技術に長けた人が、そこから得られる利益を独占してしまうことにつながる可能性もあるからです。

そこで、私たちはまず、解決すべき根本的な問題は何かについて、地域の人々と一緒に時間をかけて探っていくことから始めます。そして住民自身が行動計画をたて、実践と修正を繰り返す中で必要とされる研修の機会を提供するなど、常に寄り添いながら伴走する、そんな姿勢を心掛けているのです。もちろん、各国の行政とも連携し、保健医療施設を建設・修繕したり、医療物資を提供したりといったことにも積極的に取り組んでいます。

写真1：馬に乗って移動する妊婦（ホンジュラス）

ミャンマーでの活動例

コロナ禍に加え、政変による社会情勢の混乱が続くミャンマーですが、私たちは同国内でも開発がもっとも遅れている地域の一つとして知られ、少数民族が多く暮らすシャン州北部のラショー郡で、母子健康改善プロジェクトを 2019 年 2 月から 3 年計画で実施しています。「村人が自ら、母子の健康を守る行動をとれるようになること」を目標とするこの活

写真2：妊婦の疑似体験（ミャンマー）

写真3：広報アニメ第1弾「愛LOVEマインズ」

写真4：広報アニメ第2弾「すすめ!!マインズジャー」

動の様子を、駐在員のレポートから一部抜粋してご紹介します。

ここは、シャン族（101 世帯）が暮らすカウンショー村。夕暮れ時、畑仕事を終えた村人が 40 人ほど村長の家に集まりました。今日は AMDA-MINDS が月に 1 度開催する母子保健研修の日。スタッフは、すでに室内の壁に、女性器のしくみや月経の周期などについてのカラフルなポスターを貼って、準備万端です。

「女性の下半身には 3 つの穴があります。それぞれ何のための穴でしょう？」。スタッフが参加者に問いかけます。照れたような笑いが広がる中、「おしっこと、ウンチと、赤ちゃんの穴！」と元気な中年女性が答えます。

「正解！赤ちゃんの穴からは、10 歳くらいになると時々血が出るようになります。実はこれ、大人になったときに赤ちゃんを生むための準備なのです」。男性は「そうだったのか」と驚いた表情。こうして月経や妊娠についての研修が始まります。

2 時間の研修では、男性に妊婦の疑似体験をしてもらうコーナーも設けました。妊婦のお腹の重さは臨月には 7kg になりますが、村の女性たちは、時には上の子を背負いながら、出産直前まで畑仕事をします。研修ではその大変さを男性にも実感してもらおうと、7 リットルの水を入れた袋を、男性のお腹と背中に 1 つずつ装着して、実際に動いてもらいました。

男性が立ち上がろうとしてよろけると「ホラホラ、赤ちゃんが危ないよ」など声が飛び、会場は笑いに包まれます。

このように、研修には女性だけでなく男性にも参加してもらうこと、ミャンマー語を十分に理解できない住民のためにシャン語を用いること、みんなが楽しく学べるようにすることなど、さまざまな工夫をこらして日々の活動を進めています。

明日への希望に向けて。

ウェブサイトをご覧ください

活動の詳細はもちろん、駐在員が各国からお届けする「活動レポート」、個人の思いを伝える「スタッフブログ」など、情報満載のウエブサイトを、ぜひご覧ください。4 分程度で見られる広報アニメもありますよ！

https://www.amda-minds.org/

国立保健医療科学院生活環境研究部 水管理研究領域 WHO協力センター 「地域における水供給および衛生」

生活環境研究部水管理
研究領域上席主任研究官
島﨑　大

WHO協力センター共同代表。東京大学工学部総合試験所を経て現職。博士(工学)。専門は衛生工学。水道水や医療用水における微生物リスク制御に従事。

生活環境研究部水管理
研究領域上席主任研究官
浅見　真理

同共同代表。国立公衆衛生院、厚生労働省を経て現職。博士(工学)。専門は水道のリスク管理。WHO飲料水水質ガイドライン専門家メンバー。学術会議会員。

組織の紹介

国立保健医療科学院生活環境研究部水管理研究領域は、水道に関するわが国で唯一の国立の研究・研修組織です。国や地方公共団体、各地の水道事業体に対して、水道システムに係る必要な学術的および技術的支援を行うことなどを目的に、水道工学分野における各種の試験研究と養成訓練を実施しています。

水の衛生は公衆衛生の基本であり、19 世紀の末からの水道の普及が腸管系感染症や乳児死亡数の低下に影響を与えたといわれています。水道システムや浄水処理、水道水質基準に関する基礎的な検討を行っております。中でも①気候変動による水道システムへの影響評価および適応策の検討、②水道における未規制有害化学物質および病原体の存在実態と制御方法の探索、③小規模水道施設の適正運営および管理手法の提案、④医療・介護施設等における給水装置の適正な衛生管理の検討などを重点的に実施しています。養成訓練としては、本院の短期研修「水道工学研修」および「水道クリプトスポリジウム試験法に係る技術研修」を担当しているほか、国内の関連機関や水道事業体と連携し、浄水技術や水質管理に関する国際協力研修を実施しています。また、各事業の推進のため、院内に浄水処理実験プラント（写真 1）や各種の分析機器を備えて活用しております。

写真 1　浄水処理実験プラント

WHO 協力センターの沿革

前号の報告にもありましたように、国立保健医療科学院には 4 つの WHO 協力センターと WHO Reference Library が設立されています。当 WHO 協力センター「地域における水供給および衛生」(WHO Collaborating Centre for Community Water Supply and Sanitation) は、前身の国立公衆衛生院衛生工学部が 1986 年に指定を受けました。以来、35 年にわたる活動を続け、現在は国立保健医療科学院生活環境研究部水管理研究領域の研究職員が中心となって活動しています。WHO 本部の水・衛生・健康ユニットならびに西太平洋地域事務局と連携し、これまでに水供給および衛生に関する諸問題の解決を目的とした、各種の活動を行っています。

WHO 協力センターの活動内容

(1)WHO 飲料水水質ガイドライン改正への貢献

WHO 本部の水・衛生・健康ユニットと密に連携し、WHO 飲料水水質ガイドライン改正や背景報告書の作成に専門家として参画しております。直近では、上記ガイドライン第 4 版第 2 補遺の改正に関して、有機フッ素化合物、放射性物質、アスベストに関する背景報告書への情報提供を行っています。

(2)WHO 出版物等の日本語訳作成と公開

関連する WHO 出版物の日本語訳を作成、本院のウェブページにて提供しています（図）。近年では、WHO 飲料水水質ガイドライン第 4 版の他、2019 年に「健康的な環境による疾病予防　環境リスクによる疾病負荷の国際評価」、2020 年に「定量的微生物リスク評価 ―水安全管理への適用―」を公開しました。本年度中には「水安全計画の監査に関する実践ガイド」を公開する予定です。詳しくは、本院ウェブサイトの刊行物一覧 (https://www.niph.go.jp/publications/) をご覧ください。

(3)WHO 水安全計画に関する教育訓練

水安全計画 (Water Safety Plan) は、WHO が提唱し各国での実施を推奨するリスクベースの飲料水安全管理手法です。食品衛生の分野に適用されている重要管

理　点（Hazard Analysis and Critical Control Point: HACCP）の考え方を取り入れており、水道水源から消費者に至る各段階でのリスク評価により重要管理点を定め、適切な監視項目ならびに是正措置の設定と実施、報告と見直し等を通じて、水道水の適正なリスク管理を実施するものです。

教育訓練の一環として、JICA 課題別研修「上水道施設技術総合」「水道管理行政研修及び水道事業経営研修」の一部を担当しており、これまでにアジアやアフリカ各国の研修生を対象に、水安全計画に関する講義と演習を実施しました（写真 2）。また、浄水処理技術のうち基本となる濁質除去に関連して、ジャーテストによる凝集沈殿性の実習ならびに当院の浄水処理実験プラント施設見学を実施しています。

(4) 協力センター職員の WHO 本部への短期派遣

当協力センターの諸活動ならびに WHO 本部職員との連携を円滑に行うため、各年度の 4 ～ 6 週間、職員が WHO 本部の水・衛生・健康ユニットに派遣、関連する WHO の業務に従事しております。

2019 年度は三浦主任研究官が派遣され、①飲料水水質ガイドライン第 4 版第 2 補遺改正に係る微生物ファクトシート原稿の修正、② COVID-19 ウイルスに関する水・衛生・廃棄物管理の技術概要の作成支援、③家庭用浄水処理技術評価のための標準試験プロトコール改訂の支援等に貢献しました。なお、新型コロナウイルス感染症による海外渡航制限のため、残念ながら直近では派遣できていません。

おわりに

新型コロナウイルス感染症の世界的なまん延により、安全な水を常時安定して供給することの重要性が、改めて認識されるようになりました。安全な水は、それ自体が水系感染症の予防に大きく貢献するだけでなく、手指や環境等の洗浄を適切に行うため、さまざまな感染症対策に不可欠です。なお、安全な水供給や衛生サービスの確保に関する SDG6 だけでなく、SDG3 にも関わる手洗いの重要性等について、2021 年 11 月の日本国際保健医療学会学術大会にて、関連したシンポジウムを開催しました。当協力センターの活動を通じて、国内外における水と衛生に関する諸問題の解決を目指して努めてまいります。今後ともご支援のほどよろしくお願いいたします。

写真２　水安全計画の講義・演習風景

図　WHO出版物の日本語訳

Integrated People-Centered Service Delivery（国立保健医療科学院）の活動について

国立保健医療科学院　院長
曽根　智史
1986年産業医科大学卒業。1997年旧国立公衆衛生院。
2002年以降国立保健医療科学院で、地域保健・国際保健に関する研究、
養成訓練に携わる。2021年10月より現職。

はじめに

国立保健医療科学院（以下、科学院）の概要については、本誌 2021 秋号（No.78）20 ページの Tobacco Testing and Research の記事に詳しいので割愛します。科学院の前身の一つに、国立医療・病院管理研究所（以下、病管研）があります。本 WHO 研究協力センターは、1986 年に当時の病管研が医療機関の設計や設備に関する研究協力を行う目的で、設置・登録されました。その後、2002 年に科学院になり、2011 年の内部組織改編の際、新設された国際協力研究部が担当することとなりました。

当初は、医療機関の設計や設備の研究協力を引き継いでいましたが、科学院になって、医療サービスや生活習慣病対策に関する研究なども充実してきたため、より幅広いテーマでの研究協力にシフトしていきたいと考えました。当時の WHO 西太平洋地域事務局（WPRO）の担当官と相談し、担当して 2 回目の更新の際に、現在の Integrated People-Centered Service Delivery（JPN-50）となりました。

高齢化が進展していく中で、多くの国々で生活習慣病による死亡が増加しており、その対策を早急に進める必要があります。また、外来受診や病院で入院する際の保健医療サービスの質の向上、患者安全対策の徹底も、国民目線の保健医療体制を構築する際に喫緊の課題となっています。科学院では、これらの課題に人材育成を中心として取組んでいます。

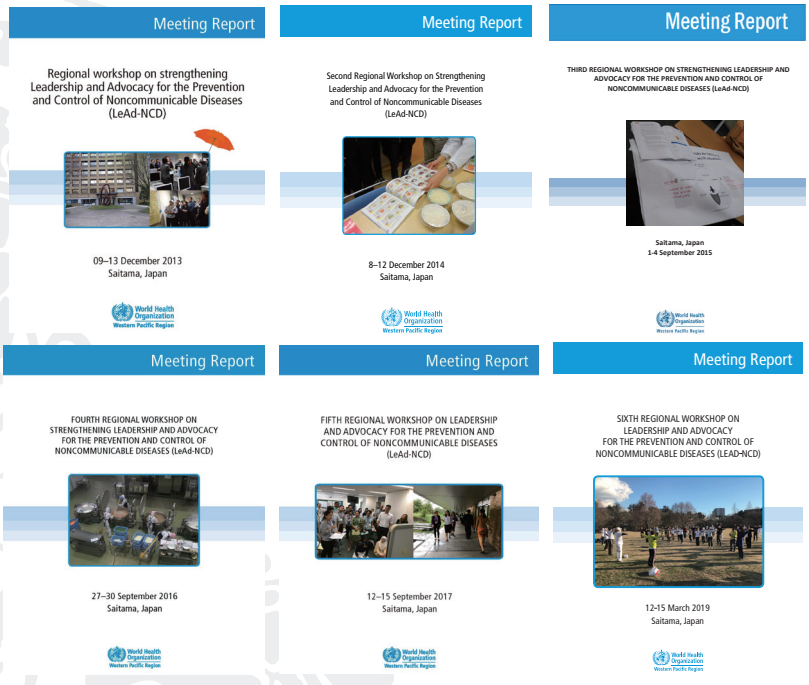


写真1　LeAd-NCD研修のWPRO報告書, 2013-2018年度

Non-Communicable Diseases（NCDs）対策のための人材育成

科学院では 2005 年から WPRO と共催で、NCDs 対策に関するワークショップを開催してきました。本ワークショップでは、サブプログラムとして、NCDs 対策の施策担当者である参加者自身が、事前にヘルスチェックを受け、寄宿舎に滞在しながら、毎食の栄養管理と毎朝の運動を行うという試みを行いました。開始当初は、西太平洋地域でも NCDs 対策に対する認識がそれほど高くない国が多く、担当官自身が対策を体験することで、意識を高めてもらう意図がありました。

2011 年で一区切りついたところで、2012 年に新たな人材育成プログラムの開発をマニラで科学院の専門家も交えて行い、研修名を LeAd-NCD (Leadership and Advocacy for the Prevention and Control of NCDs) と名付けました。LeAd-NCD 研修は、2013 年度から 2018 年度まで 6 回にわたり開催され、科学院は日本側の運営と実地見学を担当しました（写真 1）。実地見学は、毎年テーマが異なり、NCDs リスクスクリーニングの時は都内の健診機関、糖尿病と栄養の時は国立国際医療研究センターや国立健康・栄養研究所、産業保健・職域における予防対策の時は民間企業（製造

業)、小児肥満の時は埼玉県内の給食センターと中学校、健康応援都市の時は西東京市や和光市のご協力をいただいて現場を訪問し、いずれも参加者やWPRO担当者から高い評価をいただきました(写真2)。

医療の質と患者安全の向上のための人材育成

また2014年から、当時のWPROシン事務局長のイニシアティブにより、やはりWPROと共催でHospital Quality and Patient Safety Management Course(病院の質と患者安全管理研修)を毎年実施しています。カンボジア、ラオス、モンゴル、ベトナム、フィジー等の病院管理に関わる保健省の行政官及び大規模病院の院長等に対して、講義に加えて、チームワークに関する演習など多彩なグループワークや医療機関の実地見学を通じて理念と実践方法を学んでいただきました(写真3)。また実施にあたっては、Malaysia's Institute of Health Systems Research、Seoul National University Hospital、聖路加国際大学、国立国際医療研究センター、群馬大学等、国内外のWHO協力センターのご支援をいただきました。

Temporary advisorとしての役割

科学院では、国際協力研究部を中心に自分の専門に沿った形で、WPROの専門家会合にTemporary advisorとして参加しています。比較的最近では、2019年11月にフィジーで開催された「太平洋州におけるNCD優先行動の実施の強化:NCD行動のための太平洋モニタリング連合(MANA)と法的枠組みに関する協議」や2020年6月にオンラインで開催された「NCDs対策のための専門家予備会合」、また2020年12月にオンラインで開催された「早期新生児ケアに関する病院の質と安全に関するワークショップ」に科学院職員がTemporary advisorとして参加しました。

今後の活動の方向性

今後は、人材育成に軸足を置きつつも、域内の高齢化やNCDs対策、住民や患者など人々中心(People-Centered)の保健医療サービス提供体制のあり方に寄与する研究をWPROと連携しながら進めていく必要があると考えています。日本での知見や経験を生かすのはもちろんのこと、各国のWHO協力センターやWHO地域事務局とも連携して、質が高く安全な保健医療サービスの提供に寄与できる活動を進めていきたいと思います。

※執筆にあたり、科学院国際協力研究部のご協力をいただきました。

写真2　LeAd-NCD研修の実地見学で市民ボランティアと交流(2017、2018年度)

写真3　病院の質と患者安全管理研修でのチームワーク演習とWPRO報告書(2018年度)

いのち支える自殺対策推進センター ～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～

厚生労働大臣指定法人
いのち支える自殺対策推進センター
代表理事
清水　康之

元ＮＨＫ報道ディレクター。ＮＰＯ法人自殺対策支援センターライフリンク代表。
元内閣府参与（自殺対策担当）。自殺対策全国民間ネットワーク代表

センターの概要

いのち支える自殺対策推進センター（以下、JSCP、Japan Suicide Countermeasures Promotion Center）は、「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律（2019年9月施行）」に基づいて厚生労働大臣より指定を受けた指定調査研究等法人として2020年4月から活動を始めています。「自殺対策基本法(2006年10月施行)」が目的とする「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」ために、自殺対策を「生きることの包括的な支援」として推進し、そのために必要なあらゆる関係者との協働を模索しつつ、「先進的なモデル」作りにも挑みながら、効果的かつ効率的に自殺対策関連事業を推進するために必要な研究や検証の強化等を通じて、我が国の自殺総合対策の牽引役を務めています。

業務の柱は法律に定められており、①自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証を行い、並びにその成果を提供し、及びその成果の活用を促進すること、②前号に規定する調査研究及び検証を行う者に対して助成を行うこと、③自殺対策について、先進的な取組に関する情報その他の情報の収集、整理及び提供を行うこと、④地域の状況に応じた自殺対策の策定及び実施について、地方公共団体に対し、助言その他の援助を行うこと、⑤自殺対策について、地方公共団体の職員、自殺対策に係る活動を行う民間の団体の職員その他の関係者に対する研修を行うこと、⑥前各号の業務に附帯する業務を行うこと、となっています。

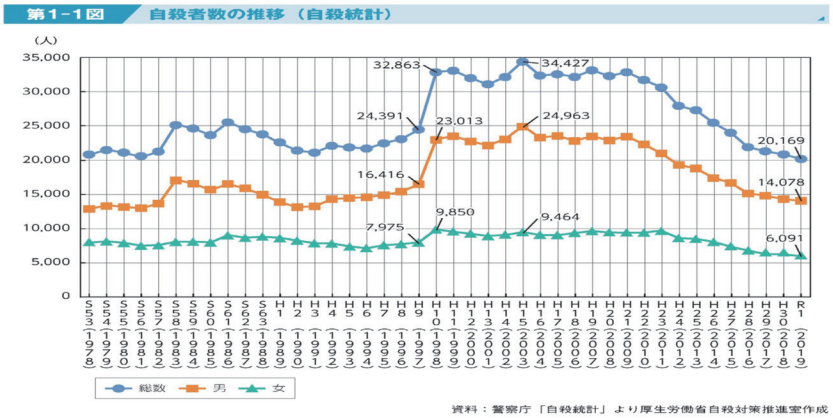


写真1　自殺者数の推移　（「令和2年版　自殺対策白書」より）

WHO 協力センターとしての役割

WHOによると、自殺で亡くなる人は世界で毎年70万人を超えており、非常に深刻な公衆衛生上の問題となっています。ただ一方で、「自殺は、その多くが防ぐことができる死」とも言われており、WHOは世界各国に対して「多部門にわたる包括的な自殺防止戦略」を策定するように強く呼びかけています。

日本の自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）は、2015年の統計で比較すると世界で9番目に高い状況です（「令和2年版　自殺対策白書」）。ただ、日本では自殺対策基本法の施行により社会的な総合対策が進められる中、2010年からは10年連続で自殺者数が減少しており、11年振りに自殺が増加した2020年においても2015年との比較で12.3％減少し、最も自殺が多かった2003年との比較では38.8％の減少となっています（写真1）。日本の自殺対策は世界的にも注目されており、WHOが2014年に初めて発行した「世界自殺レポート」でも、日本の取組が大きく紹介されています。

そうした背景もあり、2021年1月に、JSCPはWHO協力センターに認定され

ました。WHO 協力センターとして担う役割は、① WHO の要請に応じて、自殺行動に関する疫学情報の収集と監視、研究の実施、研究成果、技術ツール、報告書（その翻訳を含む）の普及を行うこと、② WHO の要請に応じて、自殺対策に関する研修や教育を行うこと、③必要に応じて、国や地域の自殺対策計画の実施と評価において WHO を支援すること、となっており、JSCP のホームページ (https://jscp.or.jp/) で WHO の様々な報告書等の翻訳版を紹介したり、ホームページの英語版を作成して日本の様々な自殺対策に関する情報を発信しています（写真 2)。今後はより実践的な取組として、西太平洋地域の国々の自殺対策関係者向けにオンラインで研修を行うことなども検討しています。

JSCP が実施している具体的な事業の紹介

JSCP が活動を始めた 2020 年 4 月には新型コロナ感染症の拡大がすでに深刻化していたため、始動直後から感染拡大による社会的な自殺リスクの高まりに備えるための活動を進めてきました。同年 5 月には、自殺対策に取り組む全国の民間団体（55 団体）を対象に活動状況に関する実態調査を行い、感染拡大の影響で「8 割を超える団体が自殺防止相談等の活動を休止したり制限したりせざるを得ない状況にあること」を明らかにしました。また、同年 5 月に全国の自治体職員（自殺対策担当）を対象にしたオンライン緊急研修会（約 500 自治体が参加）を開催して感染拡大の最中で取り組むべき自殺対策について伝えたりと、活動開始日から今日に至るまで、精力的に活動しています（写真 3)。

2020 年は国内で著名人の自殺が相次ぎ、その報道の影響とみられる自殺リスクの高まりがみられたことから、自殺報道に対する働きかけも行ってきました。自殺報道の影響で自殺が増える現象は「ウェルテル効果」と呼ばれ、過去にも国内外で起きています。コロナ禍で多くの人が不安や生活上の悩みを抱える中で自殺報道が繰り返されると「ウェルテル効果」の影響がより大きくなりかねないため、この影響を抑えるべく、著名人が自殺で亡くなった直後に報道機関等 146 社に対して自殺報道に関する注意喚起を行ったり、メディア関係者向けに自殺報道の勉強会を開催するなどしています。

自殺対策における国際連携を推進するため、2021 年 2 月にはオンラインの国際フォーラムも開催しました（写真 4)。フランスとデンマーク、韓国の自殺対策の専門家と「自殺対策の国家戦略」や「コロナ禍における自殺の現状や対策の状況」等について意見交換を行い、その様子をネット上でオンラインライブ配信。フォーラムの様子を記録した動画もネット上で公開しています。自殺対策の推進には様々な取組や多様な分野・機関等との連携が必要となりますが、引き続き、国内外の自殺対策の推進に資する取組を進めていきたいと思っています。

上段　：写真３　JSCP主催の自治体職員向けオンライン緊急研修会
下段左：写真２　JSCPの英語版ホームページ（https://jscp.or.jp/english/）
下段右：写真４　JSCP主催の自殺対策国際フォーラムでプレゼンする筆者

WHOのしくみ―執行理事会の役割

慶應義塾大学医学部訪問教授
GHIT Fund代表理事、WHO執行理事
中谷　比呂樹
厚労省とWHOを往復し国際公衆衛生の政策分野で活動。
「国民を守り、経済を強くし、世界に貢献する」三方良しのグローバルヘルスを目指している。

はじめに

私は日本とWHOと行き来しながら40年にわたり国際保健のキャリアを積んできました。その中で、UNICEFやMSFのように現場活動を行う組織に比べてWHOの活動はなかなか分かり難い、また、説明しにくいと感じています。組織論から言えば、WHOは国際連合傘下の専門機関で、独自の統治機構、年間30億ドルの予算、選挙で選ばれた事務局長が率いる約8,500名の職員を有する国際機関です。一言でいえば、機能面からは「世界厚生省連合会事務局」、組織の性格としては「外資系の役所」といえば少し感じが分かっていただけると思います。それでも執行理事会については分かりづらい。そこで、WHO憲章で定められたWHOの統治機構（執行理事会はその枢要な一部です）の法的な位置付け、執行理事会の模様、そして今後の展望について逐次ご説明したいと思います。

WHOの統治機構

WHO憲章（1946年制定、1948年発効）は、前文に掲げられた「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。」という健康の定義で有名です。その本文は、目的、任務、組織、予算など基本的事項を定めた19章81条から構成されています。まず、第1章目的（第一条）で、「世界保健機関（以下「この機関」という。）の目的は、すべての人民が可能な最高の健康水準に到達することにある。」と宣言し、第2章任務（第2条）では「この機関がその目的を達成するための任務は、次のとおりとする。」として、「（a）国際保健事業の指導的且つ調整的機関として行動すること。」から22を列挙しています。その上で、諸機関（第4章）において、事業を遂行する機関として世界保健総会（第5章）、執行理事会（第6章）事務局（第7章）を定めています。世界保健総会は18条で13の任務が規定される他、第19条で条約又は協定を、第21条では国際的規則を採択するという大きな権限を与えています。次に、執行理事会について見てみましょう。その任務を定めたのは第28条で、9項目が掲げられていますが骨子は、世界保健総会の決定及び政策を執行機関として実施すること、世界保健総会にかかる中長期事業計画などの重要問題を審議すること、加えて、緊急時にはWHO総会（加盟国）に代わって対応あるいは事業を執行する権限が与えられています。そのため、WHO理事会は、事務局への監督（オーバーサイト）をすることに加え執行権限を有するため、執行理事会（Executive Board）と称されるのです。理事構成は地域バランスを配慮して総会が承認した国が選出する34名(第24条)が3年(第25条）の任期で務めるとされています。また理事会には第8章委員会においても広範な権限が与えられています。そして最後に地域的な取り決めについて言及しましょう。WHOは世界を6つの地域に区分けしてそれぞれに選挙で選ばれた地域事務局長が率いる地域事務局があるので、地域的なガバナンスも必要です。これらを定めたのが第46条です。以上の世界保健総会、執行理事会、地域委員会の関係と日本の参加を整理すると図の如くなります。日本に例えていえば、世界

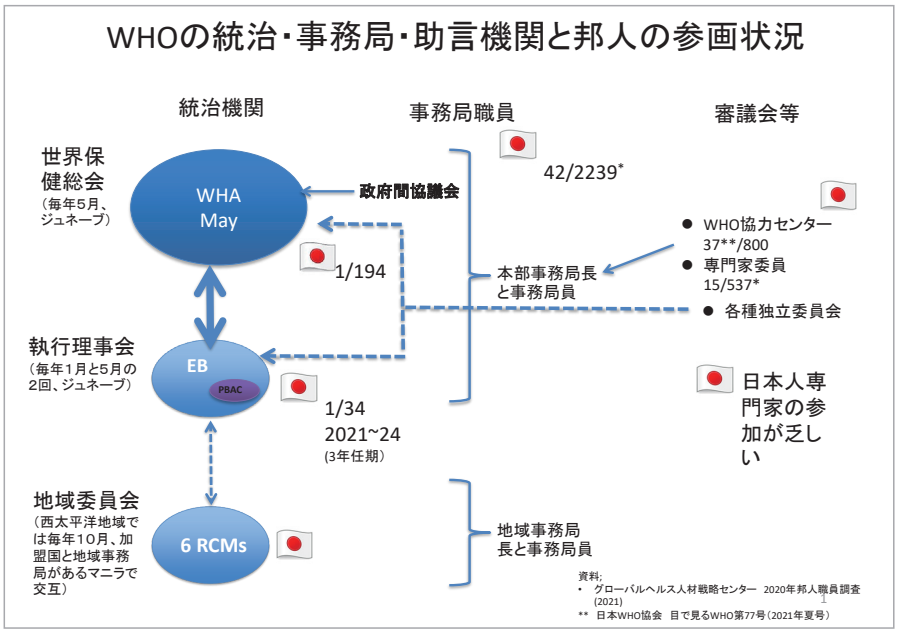


図1　WHOの統治・事務局・助言機関と邦人の参画状況

❶コロナ下での国際会議　❷コロナ前の執行理事会審議風景　❸執行理事会議長として采配を振る筆者
（出典：WHO Photo Library）

保健総会が国会、執行理事会が国会厚生労働委員会、地域委員会が県議会となります。本部事務局長は選挙で選ばれた総理大臣、地域事務局長は選挙で選ばれた県知事です。事務局や審議会にあたる専門家委員会に邦人が参加しています。また日本が属する西太平洋地域事務局長は葛西健博士が務めています。

執行理事会の実際

それでは、実際の執行理事会はどのようなものでしょうか？まず、論議の多くが、最高の意志決定機関である世界保健総会の審議の下準備をするといっても過言ではないでしょう。世界保健総会は、執行理事会が決議するように「推奨」する内容の決議案の採択可否を審議します。近年、国際保健の規模も、専門性も、位置づけも大きく変わりましたから、国家主権を超えるような措置をとれるのか、知的所有権保護による医薬品のアクセス阻害をどう取り扱うか、生む・生まないの権利をＷＨＯの政策に入れるか入れないかなど、複雑で立場が大きく異なる議題や決議が多くなっています。その為、執行理事会は大忙しで、朝９時から午後５時半までの通常の審議時間では足りずに、30 分の休息時間をおいて午後９時までナイトセッションを行い、更にその後、決議案の起草委員会が０時過ぎまで作業することもあります。また、日本の会議と大きく異なるのは、討議は実質的であり、参加者の合意点を最大にした結論となるよう議長は絶対の権力をもってとりまとめを行うことです。また、背景資料は読んでいるという前提で論議が始まり、根回しが済んだものを追認するという日本の会議とは大違いです。その為、準備に手間暇を掛けねばならず、年２回の執行理事会と世界保健総会と地域委員会にも出席しますので、事前準備を含め都合年２ケ月程度、無報酬でグローバルヘルスの為に献身することとなります。執行理事は、世界保健総会で選出国に選ばれた国が、狭い国益ばかりではなく国際公益を考えるような配慮を含めて選任されます。最近は、薄まってきましたが、私が初めて傍聴した 80 年代の執行理事会では、理事は国を代表するのではなく、世界の公衆衛生の英知を代表するのだとの考えから、自国のことをいう際には、Japan とは言わずに Country which I know best というのが定番でした。会期中の食事は昼・夜とサンドイッチで済ませることが多いので、執行理事会が終わると暫くサンドイッチは食事の選択肢から外れるほどです。このような審議に英語を母国語としない我々が充分に参加することは難しい側面もありますが、最近では事前に国際保健外交のワークショップが厚労省研究班により開催され、世界保健総会・執行理事会で理事を支えるチームの研修が行われるという大きな進歩をみせています。

未来に向けて

いま、グローバルヘルスは新型コロナ肺炎パンデミックを乗り越えて、今年の G7 サミットのテーマの如く「より良い再建 Build back better」を目指して様々な論議が進められています。11 月 29 日から 12 月１日まで特別ＷＨＯ総会がパンデミック条約の審議のため招集されており、年明けのＷＨＯ執行理事会では、二度とパンデミックを起こさない為の仕組みとその中でのＷＨＯの機能と予算の論議が交わされることとなります。最近では審議がネット配信され録画も視聴できますので、それをご覧になり、執行理事会の模様を通してダイナミックに変貌するグローバルヘルスの現状を理解していただければこれに優る喜びはありません。

注：WHO 憲章については外務省 HP（https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000026609.pdf）に掲載された訳文を用いました。原文を見られたい方はＷＨＯ Basic Document（https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf）に収録されています。

8月 August

新型コロナウイルス感染症（covid-19）に関するニュース等の日本語版は、
WHO神戸センターの「WHO公式情報特設ページ」をご覧ください。

独立委員会、パンデミック対応を国連総会で説明

独立委員会は、国連総会において、COVID-19への対応と将来のパンデミックの予防策について加盟国に説明しました。

顧みられない熱帯病：ロードマップ2030達成に共通のデータと評価を

顧みられない熱帯病 (NTDs) のロードマップ2030を達成するためには、監視と評価の枠組み の重要性が指摘されました。

孤立と孤独：高齢者の健康

社会的孤立や孤独は、特に日本や英国で公共政策や公衆衛生の議題として取り上げられるようになりました。

抗菌薬耐性 (AMR) への行動を呼びかけ

「抗菌薬耐性に関する行動要請－2021」が発表されました。

ユニセフとWHO：母乳育児を守ろう

8月1日～7日は世界母乳育児週間です。

パンデミック時にこそ必要な医療サービスの継続性を

パンデミックの渦中でも必要不可欠な医療サービスの継続性を確保することは、世界的な課題となっています。

医療施設への攻撃で700人以上の医療従事者と患者が死亡し、2,000人以上が負傷

2017年12月以降3年間で、医療従事者、患者、施設等への攻撃によって700 人以上の医療従事者や患者が死亡し、2,000 人以上が負傷しています。

ご注意：COVID-19補償金宝くじ詐欺メール出回る

Capital Finance, Inc（ロンドン）を名乗った詐欺メールにご注意下さい。

認知症の人びとと共生するためのWHOツール

これは、認知症に対する国民の認識と理解を高めるためのものです。

ギニアでマールブルグウイルス症発生

マールブルグウイルス症の発生をギニアで確認。

結核菌薬剤感受性検査の次世代製品性能

地域の検査センターにおける結核菌の次世代薬剤感受性検査の目標とする最新の製品性能を発表しました。

UHC実現への道のり：2017世界の進捗状況レポートから

UHCサービスカバー率指数は、東アジア (77) と北アメリカ・ヨーロッパ (77) が最も高く、サハラ以南のアフリカは最も低く (42)、次いで南アジア (53) となっています。

COVID-19を対象とした3種類の既存薬の臨床試験開始

マラリア治療薬アルテスネート、白血病治療薬イマチニブおよびクローン病治療薬インフリキシマブの3種類の治療薬を用いた臨床試験 Solidarity PLUS を開始します。

WHO、Facebook、PraekeltがCovid-19情報をモバイルで提供

WHOのCOVID-19情報を「Discover」と「Free Basics」を通じて、世界で最も弱い立場にある人々に提供しています。

WHO：COVID-19後の臨床データと報告の標準化

「Long COVID」（コロナ後遺症）のデータ収集と報告を合理化する課題に取り組んでいます。

2021年国際青少年デー：思春期と青少年の性と生殖の健康

性と生殖に関するデータを要約した「国別プロフィール」を発表しました。

新型コロナウイルスの起源とWHO声明

すべての政府が新型コロナウイルスの起源に関して政治問題化することなく調査を加速するために協力すること、パンデミックの可能性がある将来の新興病原体

注）本サマリーは、WHO発信情報のインデックスとして役立てて頂くよう標題及び冒頭部分を仮訳しているものですので、詳細内容については、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。

に対する共通のフレームワークを開発するために協力することを呼びかけています。

コートジボワールでエボラ出血熱発生

コートジボワールで 1994 年以来となるエボラ出血熱の感染例が確認されました。

顧みられない熱帯病 : 医療提供における安全性マニュアル

顧みられない熱帯病 (NTDs) のための無料医薬品の恩恵を受けている人々の安全性を、医療従事者がより適切に管理運営するためのマニュアル。

コロナ変異株対応に77 億ドル資金協力の緊急アピール

ACT アクセラレーターは、変異株への対応などで新たに 77 億ドルの資金協力について緊急アピールを行いました。

気候変動と健康に関するファクトシート (国連)

気候変動と健康に関するファクトシートが国連から発表されました。

偽情報シグナルの検出 (論文)

COVID-19 のためのソーシャルリスニング・パブリックヘルス・タクソノミーの開発について記載した WHO の新しい論文が発表されました。

ポリオ、国際的に懸念される緊急事態を継続

依然として「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC) 」であることに全会一致で同意しました。

WHO : 新規病原体の起源に関する諮問グループ (SAGO) を新設

WHO は新規病原体の起源に関する諮問グループ (SAGO) を新設し、そのメンバーとなる専門家を公募しました。

世界人道の日 : 気候危機への対応

今年の世界人道デーは、人類が直面している唯一最大の健康上の脅威である気候危機への対応を掲げています。

食料生産に使用する抗菌薬の大幅削減を

グローバルリーダーズグループは、すべての国に対し、世界の食料システムで使用されている抗菌薬の量を大幅に削減することを呼びかけました。

未治療の高血圧症患者は世界で 7 億人以上

30 ～ 79 歳の成人で高血圧の人は、過去 30 年間で 6 億 5,000 万人から 12 億 8,000 万人に増加し、高血圧患者の半数以上 7 億 2 千万人が必要な治療を受けていません。

WHO の活動報告書: 国別ケーススタディ

本書は、GPW13（第 13 次総合事業計画 2019–2023）の報告書の柱として、様々な国の状況において公衆衛生上を促進するための WHO の役割とその適応性に関する 80 以上の国別ケーススタディをまとめたものです。

子どもと青年の結核管理に関するガイダンス更新

子どもと青年の結核管理に関するガイダンスの重要な更新を発表しました。

ワクチン格差解消にむけた国際機関の共同声明

ほとんどの低所得国では、成人の 2 % 未満しかワクチン接種が完了していないのに対し、高所得国では 50 % 近くに達しています。

ワクチン接種のデジタル証明書発行の技術的要件

COVDI-19 に対するワクチン接種のデジタル証明書発行の技術的要件に関するガイダンス文書を発表しました。

世界患者安全の日 (9 月 17 日)

今年のテーマは、Safe maternal and newborn care (安全な妊産婦・新生児ケア) です。

8月のWHOファクトシート改訂項目

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://japan-who.or.jp/wp-content/themes/rewho/img/PDF/library/newsrlsbk/who-releases-2021august
・B型肝炎、 ・C型肝炎、 ・D型肝炎、 ・E型肝炎、 ・オピオイドの過量投与、 ・マールブルグウイルス症、
・リハビリテーション、 ・高血圧

9月 September

新型コロナウイルス感染症（covid-19）に関するニュース等の日本語版は、
WHO神戸センターの「WHO公式情報特設ページ」をご覧ください。

世界抗菌薬啓発週間 (11 月 18 日～ 24 日)

2021 年の世界抗菌薬啓発週間 (WAAW) のテーマを「Spread Awareness, Stop Resistance」としました。

WHO のデータ強化・利用状況報告書「In Focus : 2021」

WHO 改革の一環として、「Division of Data, Analytics and Delivery for Impact」を設立し、最新のデータを駆使・活用する組織へと変革を進めています。

資源制限環境中での 24 の医療技術

COVID-19 パンデミックにより、インフラや資源が不足していますが、WHO は資源が制限された環境で使用できる 24 の新技術の概要をまとめました。

安全な中絶に WHO 勧告の実施を

安全な人工妊娠中絶と合併症への対処を改善するために、各国は WHO の勧告を実施する必要があります。

パンデミックの情報拠点をベルリンに開設

パンデミック及びエピデミックの情報拠点をベルリンに開設しました。

環境リスクから健康を守る500の行動

環境リスクによる死亡や疾病を減らすための 500 の行動をまとめた新しい資料を作成しました。

認知症の行動計画に立ち遅れる加盟国

認知症の人とその家族を支援するための国家政策、戦略、計画を持っている国は、世界でも 4 分の 1 しかありません。

G20 は公約を果たし、世界レベルの統治に責任を : WHO

WHO は、G20 保健相会合で、公約したワクチンの供給などを要請しました。

世界食品安全デーの年次報告書

WHO は食品安全を社会的課題の中心に据え、世界的に食中毒の負担を軽減するために活動しています。

緊急時における医薬品規制の緩和 (共同声明)

世界人道デーを記念して、パンデミックや増え続ける気候関連の災害時を含む緊急事態において、医薬品へのアクセスを容易にすることを改めて呼びかけています。

ジンバブエの抗菌薬耐性への取組み

ジンバブエでは、この数十年、コレラと腸チフスの両方で、抗生物質に対する耐性化が大幅に進んでいます。

手指衛生改善のための介入コスト計算ツール

このツールは、2030 年までに家庭における一般的な手指衛生を実現するために必要なコストを国別に試算することを目的としています。

小麦粉の栄養素強化とモニタリングマニュアル

本マニュアルでは、栄養強化プログラムの行政面と家庭での消費段階におけるモニタリング指標を紹介しています。

健康を支える共通財の原資の確保

健康を守り維持し、社会として共有する財 (Common Goods for Health : CGH) は、社会全体の健康と福祉に不可欠なものです。

WHO : インフォデミック対応管理者を養成

WHO が偽情報、誤情報などの流言に対応するため、インフォデミック管理者の養成を 120 カ国 500 人以上に拡大しました。

世界患者安全デー : 出産時の母子のケア

毎日、約 800 人の女性と約 6,700 人の赤ちゃんが、出産前後に命を落としています。

WHO/ILO: 年200 万人が労働により死亡 – 長時間労働が最大のリスク–

注）本サマリーは、WHO発信情報のインデックスとして役立てて頂くよう標題及び冒頭部分を仮訳しているものですので、詳細内容については、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。

ILOの共同推計によると、2016年に仕事に関連した病気やケガで190万人が死亡しています。

モバイル技術と口腔衛生

「口腔保健のためのモバイル技術：実装ガイド」では、モバイル技術を用いて、従来の口腔保健の取り組みや口腔保健システムの対応を補完する方法が説明されています。

子宮頸がんの啓発と予防を訴えるWorld GO DAY

2019年に制定された「World GO Day」は、欧州婦人科腫瘍学会(ESGO)の一部であるENGAGeが主導するものです。

毒蛇咬傷：被害半減を目指すデータ構築

WHOの蛇毒情報・データ構築は、2030年までに蛇毒による死亡者数と障害者数を半減させるという、世界目標の達成を促進するものです。

メンタルヘルスアクションプラン2013－2030

「メンタルヘルスアクションプラン2013－2020」が更新され、2030年まで延長した計画が発表されました。

気候変動と並ぶ大気汚染の健康リスクー新しい大気質ガイドライン発行

WHOの新しい大気質ガイドライン(AQG)は、大気汚染物質の濃度を下げることで、人々の健康を守ることができる大気の品質レベルを推奨しています。

偽情報を見分けるためのゲームGo Viral

GO VIRAL！は、COVID-19の誤った情報からあなたを守るために役立ちます。

WHO：国連食料システム・サミットで新たな連携を発表

毎年、不健康な食生活が原因で1,100万人が亡くなり、さらに42万人が安全でない食品を摂取することで亡くなっています。

狂犬病を阻止するオンラインコース開始

狂犬病は完全に予防可能な病気であるにもかかわらず、中低所得国では9分ごとに誰かが狂犬病で亡くなっています。

熱帯病(NTDs)患者の治療が大幅に低下

顧みられない熱帯病(NTDs)に対する保健サービスが深刻な混乱に陥っています。

COVID-19サミット：ワクチンなど公平な供給を再確認

2021年に世界人口の40％、2022年に世界人口の70％にワクチンを接種することなどのグローバル目標が合意されました。

WHO：抗体カクテル療法の価格交渉と普及

WHOは新型コロナ感染症の治療指針を改訂するに伴い、抗体カクテル療法を推奨しています。

パンデミックに負けず、子どもたちに希望を与える物語

新しい本は、COVID-19のパンデミックの間でも、子どもたちが希望を持って前向きに生きることを目的として発刊されました。

WHOアカデミー起工式(リヨン)

マクロン大統領とテドロス事務局長が出席し、リヨン市のバイオメディカル地区でWHOアカデミーキャンパスの起工式が行われました。

SDG3-GAP、2周年記念ビデオ

SDG3 GAP(グローバルアクションプラン)は、2030年までに、各国が健康関連の目標達成ができるように支援する、多国間機関が結束したパートナーシップの枠組みです。

WHO髄膜炎戦略：年間20万人の救命を目標

2030年までに、この細菌性髄膜炎の流行をなくし、死亡者数を70％削減し、患者数を半減させることを目標とした初の世界戦略を打ち出しました。

9月のWHOファクトシート改訂項目

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://japan-who.or.jp/wp-content/themes/rewho/img/PDF/library/newsrlsbk/who-releases-2021september

・難民移住者のメンタルヘルス、　・認知症、　・うつ病、　・がん、　・家庭の空気汚染と健康

10月 October

新型コロナウイルス感染症（covid-19）に関するニュース等の日本語版は、
WHO神戸センターの「WHO公式情報特設ページ」をご覧ください。

WHO 事務局長が謝罪の記者会見：コンゴ民主共和国における職員の性的虐待事件

WHO の職員がコンゴ民主共和国で性的虐待に及んでいたとされる問題について、テドロス事務局長は独立調査委員会の報告を受け、被害者に対し謝罪し、責任をとることを約束しました。

WHO：必須医薬品リストに糖尿病とがん治療薬を掲載

WHO は、「必須医薬品モデルリスト」および「小児用必須医薬品モデルリスト」の新版を発表しました。

WHO 西太平洋地域を最も健康な地域に

WHO 西太平洋地域事務局は年間活動報告を発表しました。

妊産婦死亡を防ぐ世界目標

WHO と国連人口基金は、妊産婦死亡の削減に向けた重要な 5 つのターゲットを発表しました。

WHO、待望のマラリアワクチン接種へ

WHO は、RTS, S マラリアワクチンの広範な使用を推進します。

WHO、家庭用エネルギー政策データベースを公開

WHO はストックホルム環境研究所と共同で、家庭でのエネルギー利用に影響を与える政策、規制、法律を「家庭用エネルギー政策リポジトリ」としてまとめました。

緩和ケア：不足する現状と高まる需要

WHO は、緩和ケアサービスの質を向上させるために、各国を支援するテクニカルレポートとテクニカルブリーフを発表しました。

メンタルヘルス行動計画を2030 年まで延長

WHO が発表した新しい報告書「メンタルヘルス・アトラス」は、パンデミックにより必要なメンタルヘルスサービスが世界的に提供されていない状況を示しています。

WHO と国連：ワクチンの世界公平分配呼びかけ

国連とＷＨＯは「ワクチン世界戦略」として、接種率を今年中に全ての国で人口の 40 % に、来年半ばまでに 70 % に引き上げるとの共同目標を発表し、ワクチン分配格差の解消を訴えました。

WHO：気候変動はSDGs の最大の隘路

国連気候変動会議 (COP26) に先立ち、WHO は、「気候変動と健康に関するWHO COP26特別報告書」を発表しました。

国際ガールズ・デー (10 月 11 日) とデジタルソリューション

国際ガールズ・デーは、世界中の女の子の重要性、パワー、可能性を称え、彼女たちが直面する問題に注目する日です。

逆境を生き抜くストレスマネジメント

SSelf-Help Plus は、逆境を経験している人々のためのストレスマネジメントコースです。

故 ヘンリエッタ・ラックス 氏の名誉回復

ヘンリエッタ・ラックスの生誕 100 周年を迎えた昨年は、WHO の「子宮頸がんの撲滅を加速するための世界戦略」の初年度にあたります。

新規病原体の起源に関する科学諮問グループのメンバー決定

WHO は、新規病原体の起源に関する WHO 科学諮問グループ (SAGO) のメンバー 26 名を決定しました。

パンデミックで結核死亡者数が増加 – 世界結核報告書

パンデミックにより、結核対策における長年の世界的な進展が滞り、10 年以上ぶりに結核による死亡者数が増加しました。

一人年間 1 ドルの手指衛生投資で数十万人の命のリターン

世界の後発開発途上国 46 カ国では、2030 年までに、一人当たり年間 1 米ドル以下の投資を行えば、すべての家庭

注）本サマリーは、WHO発信情報のインデックスとして役立てて頂くよう標題及び冒頭部分を仮訳しているものですので、詳細内容については、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。

に手洗い設備を備えることができます。

眼科ケア状況の分析ツールを改訂

世界視力デーの 10 月 14 日、WHO は眼科ケア状況分析ツール（ECSAT）の改訂版を発表しました。

WHO : アフリカのパンデミックは公式発表の 7 倍

アフリカでは COVID-19 の感染者が 14.2 %（7 人に 1 人）しか検出されていないというのが実態です。

強固な医療システム構築に関する政策提言

WHO は、プライマリーヘルスケアを基盤とし、強固な保健医療システムの構築に関する 7 つの政策提言を発表しました。

WHO : 身体活動の環境整備と健康な生活

WHO は、政策決定者に対し、身体活動を促進するプログラムやサービス、そして安全な環境の整備を早急に拡大するよう呼びかけました。

COVID-19 で医療・介護従事者が最大 18 万人死亡 (推定)

国際医療従事者年運営委員会は、中低所得国の医療・介護従事者を保護するための即時かつ具体的な行動を求めています。

熱帯病の治療資源がパンデミックでひっ迫

COVID-19 のパンデミックとの戦いが続く中、顧みられない熱帯病の治療やケアに中断や遅延が生じています。

最新の結核データをポケットに！

2021 年世界結核レポートに沿った最新の統計や必要なデータをすぐに見つけることができ、197 の国と地域のデータを探索し、対話することができます。

WHO 続報 : コンゴ民主共和国の性的虐待事件の対応計画

WHO は、コンゴ民主共和国で発生した WHO 職員による一般人への性的虐待および搾取の疑惑に対して、管理対応計画を発表しました。

パンデミックはまだ終わっていない、WHO の世界規模の再構築を : テドロス事務局長

WPRO 地域委員会においてテドロス事務局長は、協調的で一貫性のあるアプローチやワン・ヘルス、資金調達の不均衡是正について述べました。

パンデミックにエコシステム的なアプローチを : 世界保健サミット

テドロス事務局長は、世界保健サミットのパネルディスカッションで、パンデミックに対応するエコシステム的アプローチについて述べました。

COVID-19 パンデミックに対する勧告(IHR 緊急委員会)

第 9 回緊急委員会が開催され、テドロス事務局長は引き続き緊急事態 (PHEIC) の継続を決定しました。

トップエコノミスト : 万人の健康のために経済の抜本的な見直しを求める

G20 サミットに向けて、WHO の「万人のための健康の経済学に関する評議会」は、健康への資金調達を短期的なコストではなく長期的な投資と考えるよう呼びかけています。

出版 :「健康という政治的選択課題 : 連帯、科学、そして解決策」

この本は、健康と保健における公平さを改善するためのグローバルな行動と多国間の協力を恒久的に強化するための機会を提供します。

WHO : コロナ飲み薬モルヌピラビルのライセンス契約を歓迎

WHO と Unitaid は、医薬品特許プールとメルク社が自主的なライセンス契約を締結したことを歓迎しました。

10月のWHOファクトシート改訂項目

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://japan-who.or.jp/wp-content/themes/rewho/img/PDF/library/newsrlsbk/who-releases-2021october
・環境大気（屋外）の質と健康、 ・髄膜炎、 ・高齢者の虐待、 ・高齢者と健康、 ・鉛中毒と健康、
・失明と視力障がい、 ・結核

関西グローバルヘルスの集い　夏の特別セミナー Global Café 2021夏 わたしたちのグローバルヘルスを語ろう!～第2弾～

サラヤ株式会社　メディカル事業本部
福井　沙織

2014年サラヤ株式会社入社。現職参加制度を利用し、2018年～2020年青年海外協力隊参加。西アフリカのベナン共和国でコミュニティ開発隊員として活動。KGHの集い運営委員。

学びを深める Global Café

関西グローバルヘルスの集い（KGH）は、2020年からオンラインセミナーを継続しています。2021年はオンラインセミナー第3弾として5～7月に「COVID-19からの学びは国境を越えて」という大テーマを掲げて3回開催をしました。今回もYouTube生配信、また見逃し配信をセミナー終了後1週間行うことで、延べ1000人以上の方々にご視聴頂くことができました。

新型コロナウイルス感染症対策により、対面でのセミナー開催が叶わない中、オンラインを活用し、セミナー配信を継続できることは、とても有難い反面、やはり一方的なやり取りで終わってしまうという課題もあります。そこで、このオンラインセミナー第3弾の内容を参加者の皆さんと振り返る時間を作りたいということから、Global Café 第2弾の開催が決まりました。

自由闊達な議論の場の提供

Global Café の最大の目的は、双方向型ディスカッションの場を提供することです。様々なバックグラウンドを持っている方との出会い、コミュニケーションの場を設けることで、新たなネットワークの構築につながることを願い、企画しています。よって、了承を頂いている参加者へは、個別に連絡が取れるよう、メールアドレスの共有を終了後に行っています。

また医療関係者のみならず、様々な分野の方々も気軽に参加できるよう、Google formを利用して申し込みを行えるようにしました（前回はメールでの応募、応募理由など詳しく記載頂くようお願いしていました）。結果として、34名の方々からお申し込みを頂き、年齢層も20代から70代まで幅広いコミュニティとなりました。

第2弾のGlobal Café では、まずオンラインセミナー第3弾の各回のテーマについて運営委員が振り返りと話題提供を行いました。それを基にブレイクアウトルームを活用して、各グループでディスカッションを行い、各グループで話した内容を全体で共有しました。以下、各回の話題提供の内容をご紹介します。

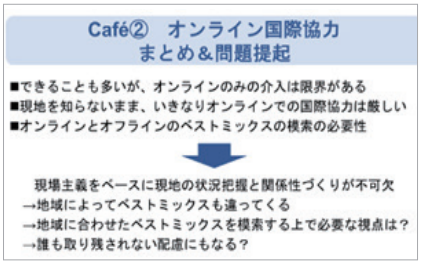
①保健ボランティア：なぜ、日本には活躍の場がないのか？（話題提供：小松法子）

・保健ボランティアが活躍できる環境にするためには何が重要？
・日本で保健ボランティアが活躍するためには？

Café time ①：保健ボランティア資料から

②オンライン国際協力：できること、できないことは、なに？（話題提供：福井沙織）

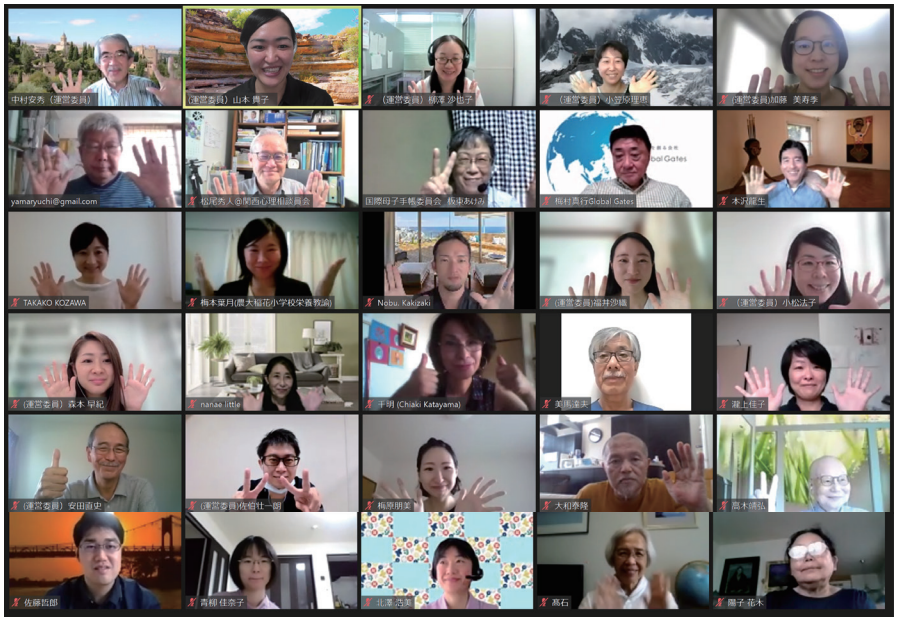
・現場主義をベースに現地の状況把握と関係性づくりが不可欠→地域に合わせたベストミックスを模索する上で必要な視点は？
・現場主義をベースにすることで誰も取り残されない配慮となる？



Café time ②：オンライン国際協力資料から

③ソーシャル・ディスタンス：とり残されたのは、だれ？（話題提供：森本早紀）

・ソーシャル・ディスタンスによって生まれた、またはこれから生まれる隔たりとは？
・ソーシャル・ディスタンスがもたらしたポジティブな側面は？
・取り残されてしまうのは誰なのか、誰一人取り残されないために考えられることは何？



集合写真

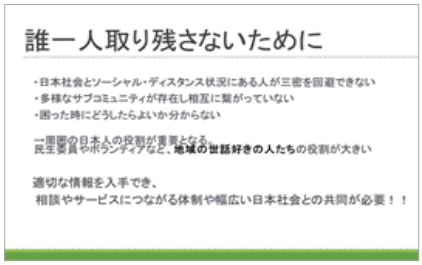
今日の流れ

13:00～	オープニング・自己紹介・日本WHO協会/KGHの活動紹介
13:20～	話題提供 ①「保健ボランティア」
13:30～	Café time ①
13:50～	Café報告 ①
14:00～	話題提供 ②「オンライン国際協力」
14:10～	Café time ②
14:30～	Café報告 ②
14:40～	（休憩）
14:50～	話題提供 ③「ソーシャルディスタンス」
15:00～	Café time ③
15:20～	Café報告の後、全体ディスカッション
15:55～	まとめ
～16:00	終了！

引き続いて16:10～オンライン懇談会！
- 参加は任意です
- ドリンク等はご自身でご用意ください

- Café（ブレークアウトルーム）は、こちらでランダムに割り振ります
- Caféの移動はできません
- 20分で自動的に閉じます

当日の進行表



Café time ③ソーシャル・ディスタンス資料から

Global Café の様子

運営委員の話題提供後、約 6 名のグループに分かれて 20 分間のディスカッションを行いました。ブレイクアウトルームが終了して全体へ戻ってきたときの参加者の表情、また共有されるお話を聞きながら、各グループ活発なディスカッションが行われていたのだと実感することができました。各グループには運営委員が 1，2 名加わるように設定されていたので、基本的には運営委員がディスカッション内容の共有を行いましたが、一部参加者にもご自身の経験を踏まえて共有頂くなど、双方臨機応変に積極的に参加頂くことで、進行もスムーズに、また話しやすかったというお声も頂きました。3 時間という長丁場ではありましたが、あっという間に感じられました。終了後の懇親会には多くの方が残ってくださり、新型コロナウイルス感染症状況下、子どもの権利はどうなっているのか？など、とても深い議論が引き続き行われ、終始学びの多い時間となりました。

参加者からの声

当日の参加者は運営委員を含めて 40 名でした。行政でコロナ対策を行っている方、多方面でボランティアを行っている方、また海外からもご参加頂きました。以下、参加者から頂いた声をご紹介します。

・色々な方のご意見を聞くことができ、とても刺激になりました（医療従事者）

・このような機会がないとお会いすることがない年代や職業の方々とお話することができて、大変勉強になった。最後まで緊張はしましたが、よい経験になった。（医療従事者）

・普段医療関係者との話が多いので、様々な分野の人たちと意見交換できて新たに学ぶことが多かった。グループの人数もちょうどよく、話しやすかった。（大学院生）

継続は力なり！ これからの Global Café

「自由闊達な議論の場」の提供と新たなネットワーキングの構築を目指してはいますが、まだまだ「一期一会」にとどまっているという課題も残っています。しかしリピートして参加頂いている方もいらっしゃり、ＳＮＳを活用した関係構築ができればというお声も頂いていることから、今後も継続してより良い機会を作っていきたいと思います。

新型コロナウイルス感染症パンデミックからすでに 2 年が経ちますが、オンラインの利点も活かしつつ、そろそろハイブリッド型でリアル会場でも開催ができないかと考えています。オンラインセミナー第 4 弾もスタートしています。継続は力なり！を合言葉に企画を続けたいと思います。皆様の継続したご参加、ぜひお待ちしています！

過去の関西グローバルヘルスの集いセミナーは日本 WHO 協会の HP にも記録があります。各回使用された資料が閲覧可能ですので、ぜひご覧ください。（https://japan-who.or.jp/about-us/kgh/）

WHO 協力センターとは

WHO 協力センターとは、

WHO の活動展開に協力する協定を結んだ組織です。2018 年 12 月現在、世界の 80 カ国以上の 800 以上の協力センターが、WHO のプログラムをサポートしています。(WHO collaborating centres のホームページより)

WHO 協力センターの歴史

各国の国内施設を国際的に活用するという考えは国際連盟の時代に遡ります。まず各国内の検査室が生物製剤の標準化のための照会センターとして選定されました。WHO が設立されると 1947 年に世界中の疫学サーベイランスのための世界インフルエンザセンターが指定されたのをはじめとして、さらなる照会センターが指定されました。1949 年には第二回世界保健総会で WHO はその名のもとに国際研究センターを設立するべきではなく、健康領域の研究の進歩は世界中の既存の施設を活用し、連携調整し、支援することによって促進されるものである、という方針を定め、この方針はその後現在に至るまで守られてきています。

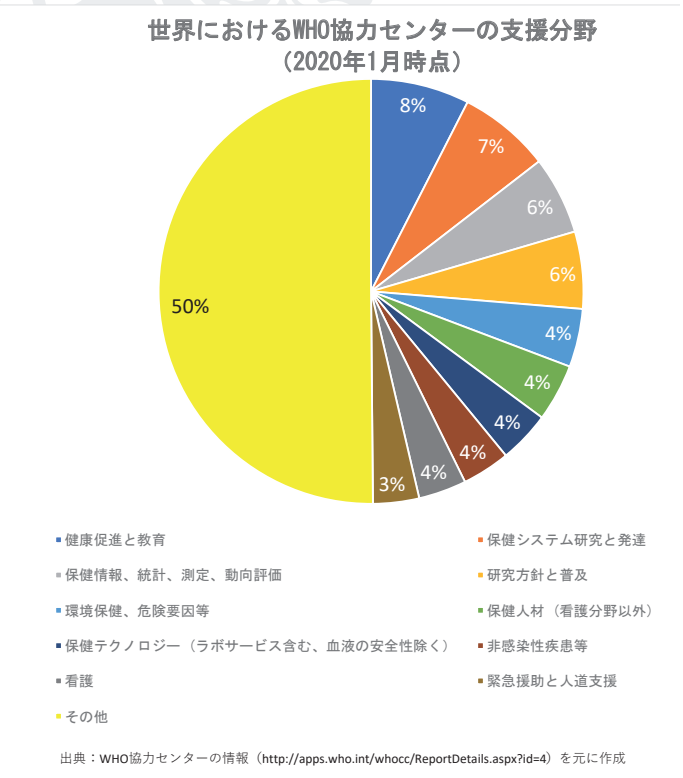
すべての WHO 協力センターは仕事の種類に関わらずその方針のもとに選定されてきており、これは疑いもなく各国が WHO の活動への参加を促進する結果となってきました。

WHO 協力センターは研究施設、大学や学術機関の一部などで、WHO 事務局長が選定し、そのプログラムを支援する活動を行うものです。現在世界中で加盟国の 80 カ国以上に 800 以上の WHO 協力センターが存在し、看護、産業保健、感染症、栄養、精神保健、慢性疾患や保健技術に至る領域で WHO と協力しています。

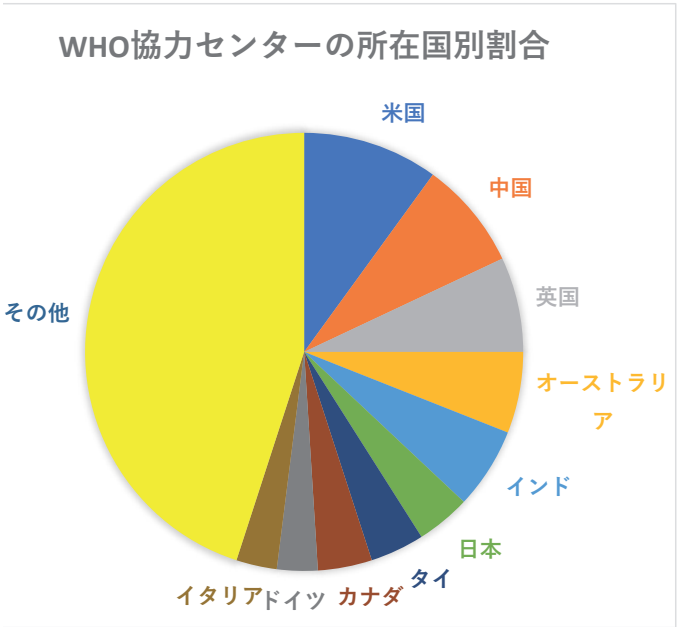
世界の協力センターはどんな分野の活動に協力している？

下記の図は、2020年1月時点での、WHO協力センターがサポートしている分野です。およそ半数がその他となっていて、多彩な分野においてサポートが行われていることが分かります。保健人材(4％)は看護(4％)と合わせると健康促進と教育(Health Promotion and Education)の8％となり、WHOのサポートの具体的な分野としては最大です。

2021年10月末現在、日本には次ページ表のとおり、37施設が協力センターとして指定されています。



出典：WHO協力センターの情報（http://apps.who.int/whocc/ReportDetails.aspx?id=4）を元に作成



Collaborating centre Fact sheetより
(https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/factsheetwhocc2018.pdf?sfvrsn=8c7166ee_2)

日本の「WHO協力センター」一覧表

（2021年10月25現在）

Reference	機関名	協力分野
JPN-94	国立国際医療研究センター病院　国際感染症センター（東京都新宿区）	Prevention, Preparedness and Response to Emerging Infectious Diseases
JPN-56	国立病院機構京都医療センター　WHO 糖尿病協力センター（京都府京都市）	Diabetes Treatment and Education
JPN-95	金沢大学WHO慢性肝炎肝癌協力センター（石川県金沢市）	Chronic Hepatitis and Liver Cancer
JPN-61	大阪母子医療センター（大阪府和泉市）	Maternal and Child Health
JPN-64	国立感染症研究所インフルエンザ研究センター（東京都武蔵村山市）	Reference and Research on Influenza
JPN-89	群馬大学多職種連携教育研究研修センター（群馬県前橋市）	Research and training on Interprofessional Education
JPN-45	国立国際医療研究センター国際医療協力局（東京都新宿区）	Health Systems Development
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-79	量子科学技術研究開発機構（千葉県千葉市）	Radiation Emergency Medicine
JPN-96	福島県立医科大学（福島県福島市）	Radiation Disaster Preparedness, Response and Recovery
JPN-67	長崎大学熱帯医学研究所（長崎県長崎市）	Reference and Research on Tropical and Emerging Viral Diseases
JPN-88	医薬基盤・健康・栄養研究所（東京都新宿区）	Nutrition and Physical Activity
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-28	国立感染症研究所（品質保証・管理部）（東京都新宿区）	Standardization and Evaluation of Biologicals
JPN-90	国立保健医療科学院生活環境研究部（埼玉県和光市）	Tobacco Testing and Research
JPN-93	国立感染症研究所（東京都新宿区）	Virus Reference and Research (Enteroviruses)
JPN-78	日本大学人口研究所（東京都千代田区）	Research and Training in Population , Reproductive Health and Development
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-91	北海道大学環境健康科学教育センター（北海道札幌市）	Environmental Health and Prevention of Chemical Hazards
JPN-85	厚生労働省WHO国際統計分類協力センター（東京都千代田区）	the Family of International Classifications
JPN-76	労働安全衛生総合研究所（東京都清瀬市）	Occupational Health
JPN-50	国立保健医療科学院国際協力研究部（埼玉県和光市）	Integrated People-Centred Service Delivery
JPN-87	北海道大学人獣共通感染症国際共同研究所（北海道札幌市）	Zoonoses Control
JPN-54	富山大学医学部（富山県富山市）	Traditional Medicine
JPN-58	聖路加国際大学WHOプライマリーヘルスケア看護開発協力センター（東京都中央区）	Nursing Development in Primary Health Care
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-38	（公財）結核研究所（東京都清瀬市）	Reference, Research and Training on Tuberculosis
JPN-97	国立感染症研究所（薬剤耐性研究センター）（東京都東村山市）	AMR surveillance and research
JPN-98	国立国際医療研究センター（東京都新宿区）	prevention, preparedness and response to Antimicrobial Resistance
JPN-46	北里大学（東洋医学総合研究所）（東京都港区）	Traditional Medicine
JPN-53	産業医科大学（福岡県北九州市）	Occupational Health
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）	Research and Training on Substance Use and Addictive Behaviours
JPN-51	国立保健医療科学院生活環境研究部（埼玉県和光市）	Community Water Supply and Sanitation
JPN-99	いのち支える自殺対策推進センター（東京都千代田区）	Research and Training in Suicide Prevention
JPN-73	東京医科歯科大学医学部（東京都文京区）	Healthy Cities and Urban Policy Research
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-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

出典：https://apps.who.int/whocc/List.aspx?0Dd89uMTT8HGjyvfJ13oPw=%3d

(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 理事長

中野種一郎(1965-73)
平沢　興(1974-75)
奥田　東(1976-88)
澤田敏夫(1989-92)
西島安則(1993-06)
忌部　実(2006-07)
宇佐美　登(2007-09)
關　淳一(2010-17)
中村　安秀(2018-)

副会長 副理事長

松下幸之助(1965-68)
野辺地慶三(1965-68)
尾村偉久(1965-68)
木村　廉(1965-73)
黒川武雄(1965-73)
武見太郎(1965-81)
千　宗室(1965-02)
清水三郎(1974-95)
花岡堅而(1982-83)
羽田春兔(1984-91)
佐野晴洋(1989-95)
河野貞男(1989-95)
村瀬敏郎(1992-95)
加治有恒(1996-98)
坪井栄孝(1996-03)
堀田　進(1996-04)
奥村百代(1996-06)
末舛恵一(1996-04)
中野　進(1998-06)
高月　清(2002-06)
北村李賢(2002-04)
植松治雄(2004-06)
下村　誠(2006-08)
市橋　誠(2007)
更家悠介(2008-12)
更家悠介(2018-)
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。

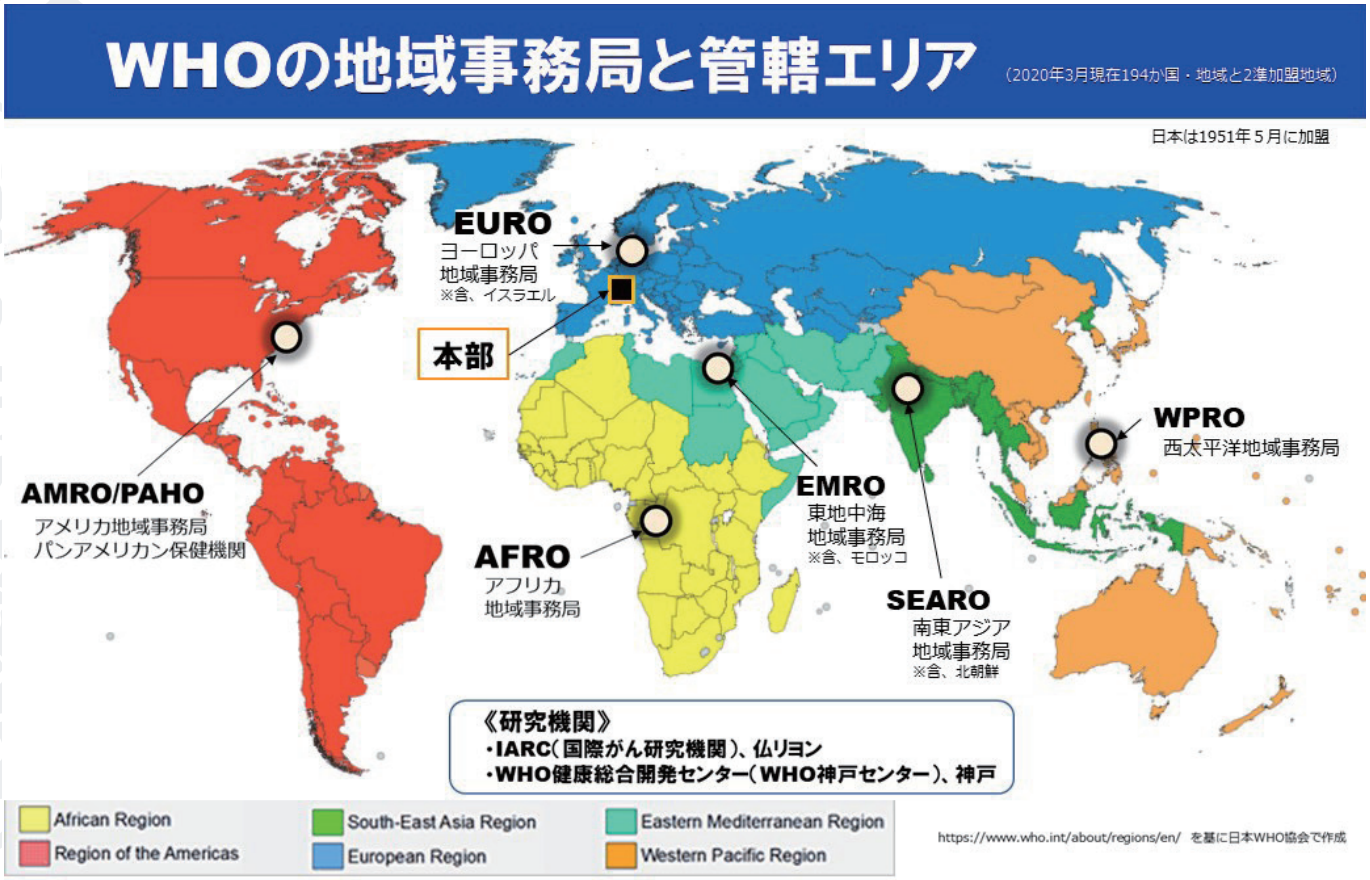
健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なると、すべての国に共通して危険が及ぶことになります。

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。



南北アメリカ地域

アメリカ合衆国
アルゼンチン
アンティグア・バーブーダ
ウルグアイ
エクアドル
エルサルバドル
カナダ
ガイアナ
キューバ
グアテマラ
グレナダ
コスタリカ
コロンビア
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
セントルシア
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
バルバトス
パナマ
パラグアイ
ブラジル
プエルトリコ*
ベネズエラ
ベリーズ
ペルー
ホンジュラス
ボリビア
メキシコ

（*は準加盟地域）

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
イギリス
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
クロアチア
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
ノルウエー
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
北マケドニア

アフリカ地域

アルジェリア
アンゴラ
ウガンダ
エスワティニ
エチオピア
エリトリア
カーボベルデ
カメルーン
ガーナ
ガボン
ガンビア
ギニア
ギニアビサウ
ケニア
コートジボワール
コモロ
コンゴ
コンゴ民主共和国
サントメ・プリンシペ
ザンビア
シエラレオネ
ジンバブエ
セイシェル
セネガル
タンザニア
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
ルワンダ
レソト
赤道ギニア
中央アフリカ
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
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
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
モロッコ
ヨルダン
リビア
レバノン

南東アジア地域

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
東チモール
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

オーストラリア
カンボジア
キリバス
クック諸島
サモア
シンガポール
ソロモン諸島
ツバル
トケラウ*
トンガ
ナウル
ニウエ
ニュージーランド
バヌアツ
パプアニューギニア
パラオ
フィジー
フィリピン
ブルネイ・ダルサラーム
ベトナム
マーシャル諸島
マレーシア
ミクロネシア連邦
モンゴル
ラオス
大韓民国
中華人民共和国
日本

寄付者のご芳名

当協会にご寄付いただいた方々のご芳名を掲載させていただきます。
（匿名希望を除く。50音順、2021年11月末現在）
この紙面をかりて厚くお礼申し上げます。

一般社団法人生産技術振興協会

編集委員のページ

鈴木 大地
神奈川工科大学健康医療科学部看護学科　助教

看護師として都内の病院で勤務した後、国際看護を学ぶ為進学。
2018年聖路加国際大学大学院看護学研究科修士課程修了。病院、看護系大学での勤務を経て2021年より現職。

コロナ禍で得られた便利と不便

関西を中心に構成されているこの編集委員ですが、コロナ以前に三重県で開催された日本国際保健医療学会学術大会での出会いをきっかけに、現在、一人神奈川の地から編集委員として携わっています。

新型コロナウイルスの第１例目の感染から、早いもので丸2年が経とうとしています。感染拡大に伴い国内外での渡航や行動の制限がなされ、慣れない新しい生活様式での生活がスタートしました。新しい生活様式により、編集委員のきっかけとなったオンサイトでの学会等の開催がオンラインへ切り替わり、人との出会いのきっかけも減ることとなりました。その一方で、オンラインでの会議や学術集会も増え、物理的な距離があっても会議に参加することができたり、国際学会への参加が自宅でできたりと、技術の進歩によるさまざまなシステムの恩恵を受けられているように感じます（国際学会の場合は時差がネックでしたが…）。またオンラインでの会議など、リモートでのオンライン○○が主流となり、日常の一部となりつつあり、便利になったことも増えてきました。この編集作業もオンラインだからできることです。

本誌の読者の中には、大学でオンライン講義が主流の学生さんたちも多くいるかと思います。オンラインでの便利さを感じる一方で、直接同級生や先生と会えないもどかしさを感じている人もいるのではないでしょうか？私自身もそうですが、人との出会いによって得られる（た）ことはたくさんあります。皆さんが今感じている「もどかしさ」を解消できる日が、1日でも早く来ることを切に願っています。

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、
継続的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

入会のお申し込みはこちらから

目で見る WHO

2022　冬号　No.79
2022年1月1日　発行
定価 1,100円（本体 1,000円、税10%）

発行者
中村安秀

編集委員
安田直史（編集長）　山田絵里（副編集長）
磯邉綾菜　小笠原理恵　小橋川翔太　佐伯壮一朗
白野倫徳　鈴木大地　戸田登美子　松澤文音
森本早紀　柳澤沙也子　渡部雄一

編集協力：森井真理子
デザイン：根本睦子

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/

WHO への人的貢献を推進しよう

広告

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

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

ポリグルソーシャルビジネス株式会社

代表取締役 小田 節子

〒540-0026 大阪市中央区内本町 2-1-19
TEL 06-6967-8777 FAX 06-6967-2888

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

KINCHO

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。

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。

日本型セルフケアで、健やかな社会を。

JSPA

日本セルフケア推進協議会は、国民の健康を第一に考え、
産学官の垣根を超えた横断的な情報交換を行うことで、
来るべきAI時代の大変化に対応し、
国民の健康寿命延伸に寄与できるような様々な調査や
オープンな意見交換、それに基づく提言を行っていきます。

一般社団法人 日本セルフケア推進協議会
〒103-0023 東京都中央区日本橋本町3丁目4番18号 昭和薬貿ビル5階
Tel:03-6271-8941 https://jspa-nsc.com/ 日本セルフケア推進協議会 検索

SARAYA
SDGs
SOLUTIONS
for UGANDA
3 すべての人に健康と福祉を
5 ジェンダー平等を実現しよう
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
17 パートナーシップで目標を達成しよう
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年よりカンパラ郊外において、
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
Friends of WHO 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/