

目で見る WHO

2023 春号 

No.84

Visual Journal of Friends of WHO Japan



公益社団法人

日本WHO協会

CONTENTS

P1	ごあいさつ	松浦 成昭
P2	巻頭特集	
	妊産婦の健康	松井 三明
P6	セミナー・イベント報告	
	1. 日本国際保健医療学会ランチョンセミナー	柳谷 祐樹
	2. TICAD8サイドイベント: 「母子健康手帳と情報のデジタル化について」	金子 聰 川原 尚行
P14	NGO・団体紹介	
	コミュニティ×デジタルによる医療が届く仕組みづくりへの挑戦	任 喜史
P16	国際保健を学べる大学・大学院	
	1. 聖路加国際大学大学院 国際看護学教室	大田 えりか
	2. 神戸大学大学院保健学研究科	中澤 港
P20	留学生日記	
	タイで学ぶ公衆衛生、アジア・アフリカ出身の友人達、そして、タイでの暮らし	高崎 映子
P22	WHO職員日記	
	看護を通して世界で働く	谷水 亜衣
P24	WHOニュース 11月／12月／1月	林 正幸 渡部 雄一
P30	関西グローバルヘルス(KGH)の集い	
	オンラインセミナー第6弾 第1回:外国人医療は人権です	加藤 美寿季
	第2回:当事者主体の取り組み	山田 絵里
P32	書籍紹介コーナー	安田 直史 小笠原 理恵
P33	International Days (健康関連の国際デー)	
P34	日本WHO協会沿革／WHO憲章	
P36	WHOの地域事務局と加盟国	
P37	寄付者のご芳名／編集委員のページ／世界保健デー	吉川 健太郎
P38	入会案内	

ごあいさつ



日本WHO協会 理事
大阪国際がんセンター 総長
松浦 成昭

がんは世界的な問題

我が国ではがんで亡くなる人が圧倒的に多く、死因の約30%を占めており、増加の一途をたっています。一方、世界的には感染症がまだまだ多いですし、戦争・事故など外傷で命を落とす人も多いせいか、世界の健康でがんのことが取り上げられることは比較的少ないように思われます。しかし、最近の統計では世界でもがんで亡くなる人は着実に増加しています。

Lancetによると世界で最も多い死因は虚血性心疾患（死因の16%）で、脳卒中（11%）、慢性閉塞性肺疾患（6%）、肺炎（5%）、母児の障害（4%）と続き、6番目が肺がん（3%）ですが¹、日本の統計のようにがんを一まとめにすると死因の17%を占め、最多死因になります。さらに死亡者の増加率もトップであり直近10年間で25.4%

増えています。

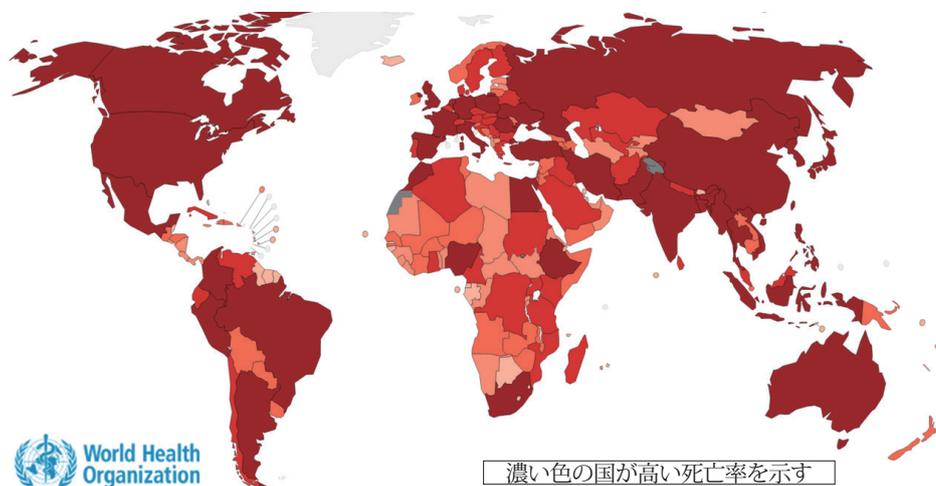
以前は欧米・日本など先進国にがんが多いというイメージがありましたが、今や図のようにがんは世界中で多発しており、アジア、南アメリカのがん罹患は欧米と変わりませんし、アフリカでも増加傾向が著明です。

WHOはタバコに加えて、紫外線・大気汚染などの環境、アルコール・食事因子、肥満、感染症をがんの要因としており、これらの因子は世界共通と考えられます。

「目で見えるWHO」でも今後、がんの話題も時々取り上げ、真剣な議論を促していきたいと思えます。

2023年4月

1. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018; 392(10159):1736-1788.



濃い色の国が高い死亡率を示す

図 世界各国のがん死亡率（2020年）WHO: Global Cancer Observatory より

妊産婦の健康



神戸大学大学院保健学研究科
パブリックヘルス領域国際保健学分野 教授

松井 三明

専門は公衆衛生学、母子保健学。特に低中所得国における妊娠・出産に関連する女性の健康についての研究を行っている。

持続可能な開発目標 (SDGs) ¹ の目標 3「すべての人に健康と福祉を」のうち、目標 3-1 は妊娠・出産で亡くなる女性の死亡率を下げること、3-2 では子どもの死亡率を下げる事が掲げられていることからわかるように、「母子」の健康を守ることは最重要な課題のひとつです。この原稿では、「母子保健」のなかでも「母」、さらに「妊産婦」の健康について世界の現状をご紹介します。

妊産婦の健康指標

WHO の理想的な健康の定義～「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。(日

本 WHO 協会訳)」² が存在するにも関わらず、多くの場面で私たちは「病気」や「死亡」を健康の指標として測定しています。その理由は、測定対象が定義しやすい、したがって数えやすく、地域間や国際比較が行いやすい、ことにあります。妊産婦の健康指標のひとつに「妊産婦死亡数」があります。これはある期間および場所で「妊娠の開始から、妊娠の終了後 6 週間までの間に、妊娠・出産が要因となって発生した死亡」を数えるものです。国際比較のためには、この妊産婦死亡数を分子に、出生 10 万件を分母とする「妊産婦死亡率 (Maternal mortality ratio: MMR)」を指標として用います。

妊産婦と子どもの健康を対比する

この項では、妊産婦の健康指標の特徴を、子どもとの比較を行いながらご説明します。ミレニアム開発目標が採択された 2000 年以降、母子ともに死亡率は着実に減少しています (図 1) ^{3, 4}。しかし妊産婦死亡率の減少は、子どもに比べると緩やかです。2000 年と 2017 年の死亡率の比較では、子どもでは 46% 減少したのに対して、妊産婦では 38% の削減にとどまっています。SDGs では「2030 年までに、妊産婦死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する」ことが目標として掲げられていますが、これから 10 年以内にこの数値を世界的に達成することは、相当に困難な道なりに思えます。

また妊産婦死亡は、子どもに比べると国家間の格差が大きいことが特徴です。図 2 に、それぞれの死亡率ワーストとベスト 5 カ国のデータを示します。子どもの死亡率は 2.0 から 115.2 に分布し、そこには約 58 倍の格差があります。一方、妊産婦死亡率は 2 から 1150 と、その格差は 575 倍に拡大します。私たちが妊産婦死亡率の削減に取り組むべき理由のひとつとして、このような看過することができない格差の存在があります。

では、なぜ妊産婦死亡には、このような特徴が生じるのでしょうか。

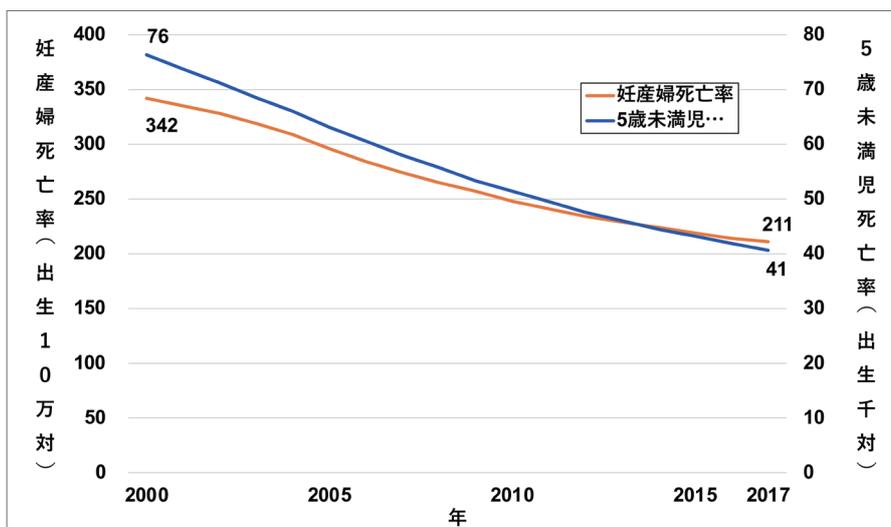


図1 世界における妊産婦と子どもの死亡率の推移、2000年～2017年(引用文献3, 4を改変)

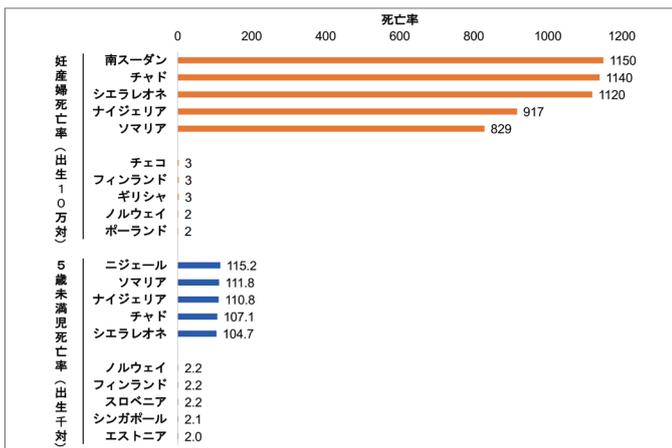


図2 世界における妊産婦(2017年)と子ども(2021年)の死亡率の比較 (引用文献3, 4を改変)

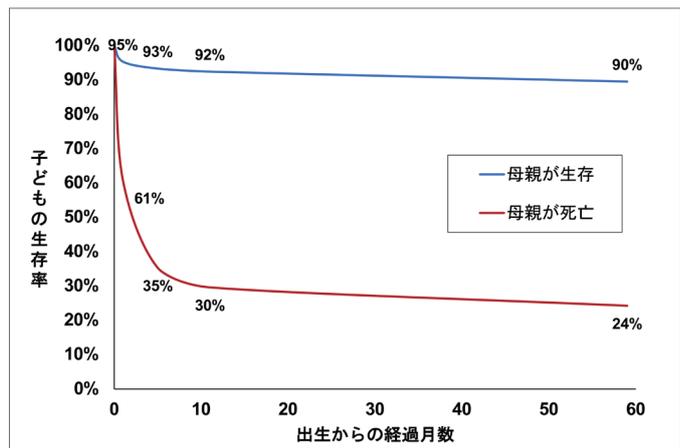


図3 子どもの生存曲線、出生から生後59ヶ月まで、バングラデシュ・マトラブ地区 (出典:引用文献5を改変)

妊産婦死亡の対策が遅れている理由

まず前項でお示した母子の指標について、ひとつ明示しておくべきことがあります。妊産婦死亡率も5歳未満児死亡率も、ともに出生数を分母として計算しています。しかし図1, 2に記載したように、妊産婦死亡率では出生10万件、5歳未満児死亡率では1000件を基準としています。したがって発生している死亡に着目した場合、妊産婦死亡の方が少ないのが現実です。例えば南スーダンでは出生10万対1150人の死亡があると推定されています。これを割合で表現すると1.15%、つまり100人中約1名のお母さんが亡くなっています。一方、ニジェールで5歳未満の子どもの死亡は出生千対115人、すなわち10名中1人以上が亡くなっていることを示しています。よって、妊娠または出産で女性が命を落とすことは健康問題であると言っても、それでも、やはり「子どもの方が母親より多く亡くなっている」ことは絶対的な事実なのです。加えて、国や地域によっては女性の地位が低いために、女性が亡くなったとしても、子ども～特に男児～が亡くなることに比べると、その

死が軽視されてしまうという現実もあります。このように実際に発生している死亡数の少なさ、また社会的文化的背景が、妊産婦死亡削減がすすみにくい一要因です。

妊産婦と子どもの健康との関連性

しかし妊産婦死亡は、子どもの死亡と比べた場合、その重要度は10分の1程度のものなのでしょうか。この項では、妊産婦の健康を守る重要性を示すことを試みます。図3では、バングラデシュのある地域で、出生から5歳(60ヶ月)までの子どもの生存状況を、母親が死亡

した場合と生存している場合に分けて示しています⁵。母親死亡例では、子どもの生存率は生後1ヶ月で61%、6ヶ月で35%、12ヶ月で30%と急激に低下します。5歳時点での子どもの生存率は、母親が生きていれば90%であるのに対して、母親が死亡している場合では24%です。つまり生まれてきた子どもの4分の3が死亡してしまいます。このように母親が健康であることは、子どもの健康に強く影響することがわかります。よって、妊産婦の死亡率そのものは大きな数値ではなくても、その重要度が相対的に高いと言えます。

表1 妊産婦死亡を起こす産科合併症の原疾患および対処方法

原因分類	原疾患	治療手段
出血	前置胎盤	開腹手術(帝王切開)
	常位胎盤早期剥離	開腹手術(帝王切開) または速やかな分娩
	弛緩出血	子宮収縮薬の投与
		物理的圧迫
	重度裂傷	開腹手術(子宮摘出)
子宮破裂	開腹手術(縫合)	
	開腹手術(縫合または子宮摘出)	
妊娠高血圧症候群	子癇	抗けいれん薬の投与 速やかな分娩
敗血症	産道感染症	抗菌薬の投与
中絶合併症	子宮穿孔・出血	開腹手術(縫合または子宮摘出)
	骨盤内感染症	抗菌薬の投与
塞栓症	肺塞栓	抗凝固薬の投与
	羊水塞栓	全身管理

妊産婦の死亡理由と、死亡を削減する対策とは

図4に世界で発生している妊産婦の死因を示します⁶。妊娠・出産による産科合併症（直接要因）が約7割、妊娠と出産によって悪化した内科・外科的疾患による死因（間接要因）が約3割を占めています。表1には、主な死因を構成する疾患、および各疾患に対する治療手段を示します。疾患の詳細はここでは割愛しますが、治療手段に着目すると、開腹手術、薬物（子宮収縮薬、抗けいれん薬、抗菌薬）の投与、呼吸・循環管理など、いずれも高次レベルの医療を要することがわかります。つまり医療従事者が十分にいて、設備と施設が整っている病院の存在が、妊産婦死亡を減らすためには必須です。

話が少し戻りますが、妊産婦と子どもの健康指標の対比の項で、妊産婦死亡は国家間格差が極端に大きいことをご紹介しました。その最大の理由が、高次医療施設に搬送してタイムリーな治療を受けることができないと、妊産婦死亡を減らすことができないことにあります。低中所得国では、高所得国に比べると、病院

で治療を受けることができる人がさまざまな理由によって限定されてしまっています。それを次項で詳細にみていきます。

「3つの遅れ」という考え方

疾病が発生してから、病院で適切な治療を受けるまでの時間が長くなるほど、死亡に至る確率が高くなります。この概念は「3つの遅れ」として1994年に提唱されました（図5）⁷。第1の遅れとは、なにか問題が起きてから、医療が必要であると認識して、病院を受診しようと決断するまでに要する時間。第2の遅れは、受診を決断してから病院にたどりつくまでの時間。第3の遅れは、病院にたどり着いてから適切な診断がされて治療を受けることができるまでの時間です。これらの遅れの発生には、「社会的・経済的・文化的要因」「施設までの物理的・心理的距離」そして「医療の質」が影響します（図6）。

ここで写真を使って、3つの遅れの一部をお見せします。写真1は雨季のカンボジアで撮影した交通状況です。熱帯モンスーン気候地帯のカンボジアでは、例年5月から10月が雨季であり、特に

後半の月降水量平年値は181mm（8月）、266mm（9月）、260mm（10月）と多く⁸、さまざまな地域に浸水被害をもたらします。写真では、あふれた川の水によって未舗装の道路が寸断されています。また木製の橋がかげられましたが、道路上を雨水がたびたび激しく洗い流すために、簡易な造りの橋は簡単に流失してしまいました。このような困難な交通状況は第2の遅れの典型的な要因です。

写真2はアフリカのサブサハラ地域にある某国首都の第1次レベルの産科で撮影しました。分娩のために入院中の女性（左）が、陣痛の痛みを耐えるため椅子の背をつかんで身を委ねています。同じ部屋には病院のスタッフが2名（中央）と掃除会社からの派遣職員1名（右）がいました。スタッフはなにかの記録に忙しいか、携帯電話で誰かと会話をしている、分娩経過中の女性を気にとめる様子はありません。これも典型的な第3の遅れの要因です。すなわち立派な施設があり、医薬品があり、スタッフがそろっていたとしても、支援を必要とする人に対する医療従事者の無関心がある限り、有効な医療の提供にはつながりません。

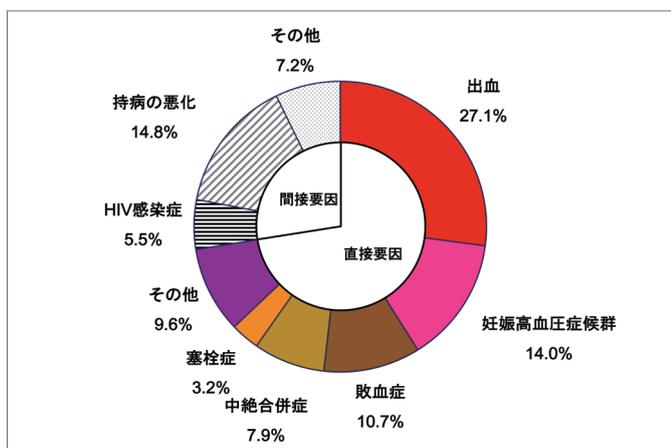


図4 妊産婦死亡の要因(出典:引用文献6を改変)



図5 3つの遅れの概念(出典:引用文献7)

おわりに

妊産婦の健康について、世界的な指標と妊産婦死亡の要因について概説を試みました。簡単に妊産婦死亡を減らす手段がないこと、特に病院に医師を配置する、手術器具を購入するなど医療の供給量を増やすだけでは有効に機能しないことをご理解いただけたかと思います。妊産婦、そして子どもと家族の健康を守るためには、地域から医療施設まで広く見据えた対策が必須です。また医療従事者、為政者の意識の変化が求められます。そのような変化を起こすためには、なによりも私たちひとりひとりが、自分たちの社会にとって子どもを産むこと、子どもが生まれてくる意義と大切さを考え、伝え続けることが必要ではないでしょうか。

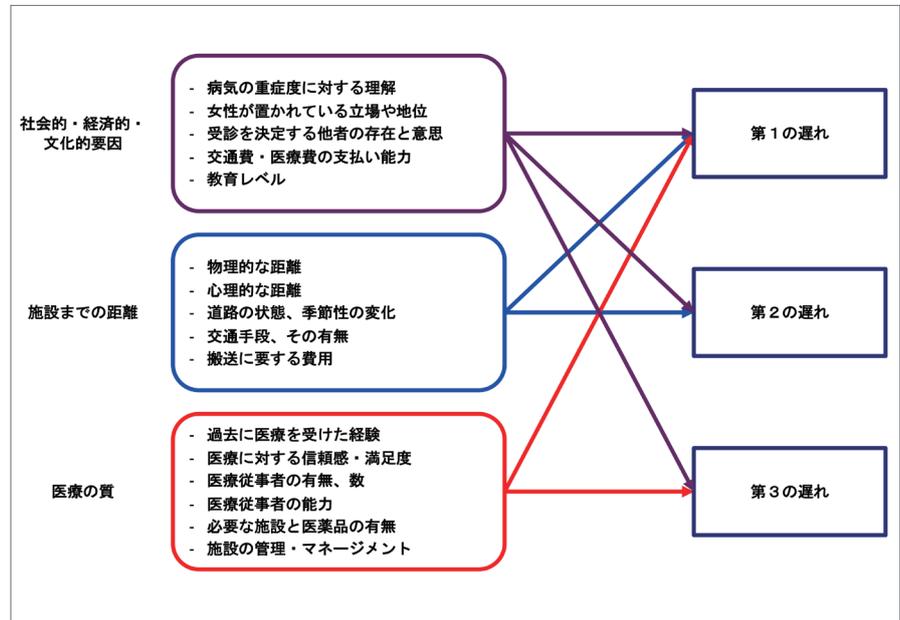


図6 3つの遅れを発生させる要因、およびそれぞれの遅れとの関連



写真1 カンボジアの雨季、交通は容易に遮断されてしまう



写真2 某国保健センターでの分娩経過中の女性と医療スタッフ

参照資料:

1. 外務省. JAPAN SDGs Action Platform. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html>
2. 日本WHO協会. 世界保健機関憲章前文 (日本WHO協会仮訳). <https://japan-who.or.jp/about/who-what/charter/>
3. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNPD (MMEIG). Trends in estimates of maternal mortality ratio (MMR; maternal deaths per 100,000 live births) maternal deaths and lifetime risk of maternal death, 2000-2017.
4. UNICEF GLOBAL DATABASES. Child Mortality Estimates <http://data.unicef.org>
5. Ronsmans C, Chowdhury ME, Dasgupta SK, Ahmed A, Koblinsky M. Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. *Lancet*. 2010; 375(9730): 2024-31.
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014; 2(6): e323-33
7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994; 38(8): 1091-110.
8. 国土交通省気象庁. 世界の天候データツール(ClimatView 月統計値), 月降水量平年値. <https://www.data.jma.go.jp/gmd/cpd/monitor/climatview/frame.php>

日本国際保健医療学会ランチョンセミナー 「WHOガイドライン：健康とウェルビーイング のためのセルフケア介入」



一般社団法人日本セルフケア推進協議会(JSPA)

広報部 部長

柳谷 祐樹

静岡大学大学院理工学研究科修了、2004年興和株式会社入社。医療用医薬品営業部門で営業企画や教育研修を担当、17年秘書室、19年よりJSPAへ出向、現職。

2022年11月20日に開催された第37回日本国際保健医療学会学術大会ランチョンセミナーは「ひとり」をつなぐセルフケアから、みんなのウェルビーイングへ！」がテーマとして掲げられ、その話題の中心は「WHO ガイドライン：健康とウェルビーイングのためのセルフケア介入」（以下、本ガイドライン）でした。

WHOはCOVID-19渦中の2021年7月に本ガイドラインを出版し、2022年6月には、そのアップデートを実施しています。医療機関による疾病予防だけでなく、正にセルフケアにより生活者のウェルビーイングを高める時代の幕開けと言える今このタイミングで本セミナーを日本セルフケア推進協議会が協賛し実現できたことは大変光栄なことです。また、そこでの議論は広く医療従事者や関連産業に携わる方々、そして何より生活者の皆様に知っていただくべき情報と確信し、この場で共有させていただきま

【座長】公益社団法人日本 WHO 協会 理事長 / 一般社団法人日本セルフケア推進協議会 理事 中村 安秀 先生

【演題】「WHO ガイドライン：健康とウェルビーイングのためのセルフケア介入」は何を推奨しているか？

【演者】国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 春山 怜 先生

※会場の定員 100 名はほぼ満席となり、

オンラインで同時視聴された方は延べ 238 名と主催者から伺っております。

キーワードは“セルフケア”と“ウェルビーイング”

講演に先立ち座長の中村先生は冒頭、今回のキーワードは“セルフケア”と“ウェルビーイング”であると宣言されました。その上で WHO 憲章の言葉を紹介されました。

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

健康とは、病気ではないとか、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。

(日本 WHO 協会 訳)

健康とは疾患の診断がついていない状態のみを指すのではなく、そこにウェルビーイング（身体的・精神的・社会的にイキイキとした状態）も含まれることでより本質的な健康の定義になると理解できます。加えて、人類だけではなく、地球上の生き物すべての健康に配慮した視点が不可欠であることも中村先生は強調されました。

世界各国での母子手帳の普及や、あるいは日本セルフケア推進協議会での活動を通じ、中村先生ご自身が持続可能なセルフケアのかたちを模索される中で、WHO から発信された本ガイドラインの作成に携わられた春山先生の講演に期待を寄せられました。



図1 春山怜先生は外部レビュー委員として2021年から本ガイドラインに携わっておられます。図はオンラインで開催されたWHOガイドライン委員会の様子です。また、2022年改訂版の日本語版要約はWHOホームページからダウンロードできます。

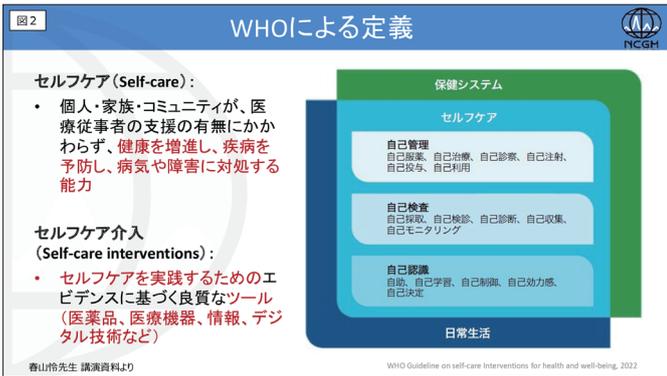


図2 セルフケア(Self-care)・セルフケア介入(Self-care interventions)のWHOによる定義。

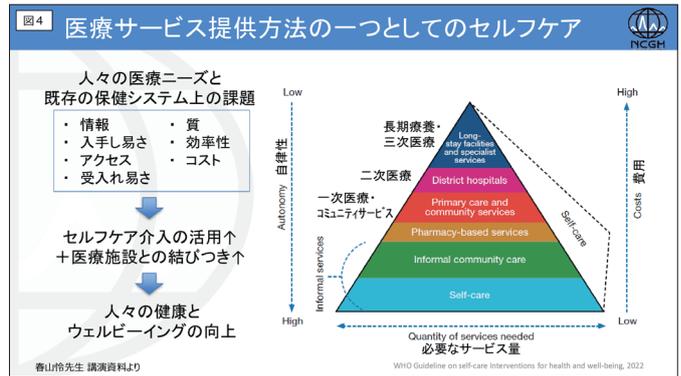


図4 医療サービス提供方法の一つとしてのセルフケア。

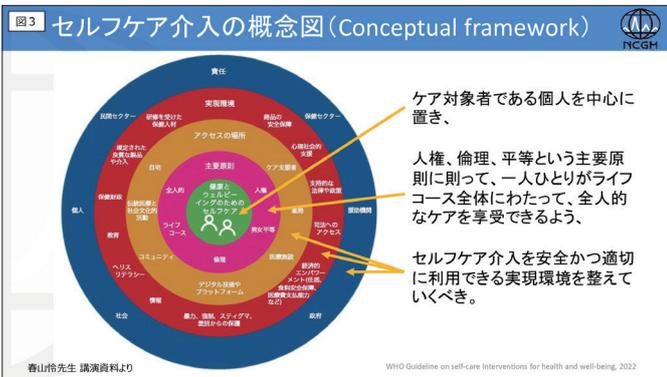


図3 本ガイドラインよりセルフケア介入の概念図(Conceptual framework)。

テーマ	推奨項目(キーワードのみ)
(i) 妊娠期・出産中・産後のケア	帝王切開を減らすための非薬物的介入 悪阻、胸やけ、下肢の痠痛、腰痛、便秘、下肢静脈瘤に対する自己管理 鎮痛剤の自己内服 鉄剤・葉酸サプリメントの自己内服 血圧の自己測定 血糖の自己測定 母親手帳の携帯
(ii) 家族計画	避妊用注射剤の自己投与 市販の緊急避妊薬の利用 コンドームの使用 市販の経口避妊薬の利用・自己管理 排卵予測薬の使用 妊娠検査薬の使用
(iii) 安全な流産・中絶	薬剤による流産・中絶の適格性の自己判断 薬剤による流産・中絶の自己管理 流産・中絶後のホルモン剤による避妊の開始
(iv) 子宮頸がん、性感染症	自己採取によるHPV検査 自己採取による性感染症検査(淋菌・クラミジア検査、梅毒・トリコモナス検査) HIVの自己検査 HIVとともに生きる女性のエンパワーメント
(v) セクシャルヘルス	潤滑剤の使用
(vi) 非感染性疾患	血圧の自己測定 血液凝固能の自己測定 血糖の自己測定
(vii) 感染性疾患	新型コロナウイルスの自己検査 G型肝炎の自己検査

図5 本ガイドラインに掲載されているセルフケア介入の推奨項目。

目指すのは、すべての人々が基本的保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる状態

演台に立たれた春山先生は、先ず本ガイドラインの和訳に取り組んだ想いを「日本の方々にもセルフケア製品・サービスを適切に使える実現環境を整え、エビデンスのある商品・サービスを知ってもらいたい」と語りました(図1)。

SDGsのターゲット 3.8には「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する」とあり、すべての人々が基本的保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる状態の実現が掲げられています。コロナ禍を経験した現在はさらに深刻さが増しており、UHC達成のためのプライマリ・ヘルスケア(PHC)強化には保健医療サービス提供体制のパラダイム転換が必要であり、セルフケアもその1つであると春山先生は述べられました。

セルフケア実現環境の整備は社会全体の責任で推進すべき

WHOでは以下の様に定義されています。

- ▷ セルフケア (Self-care) : 個人・家族・コミュニティが、医療従事者の支援の有無にかかわらず、健康を増進し、疾病を予防し、病気や障害に対処する能力
- ▷ セルフケア介入 (Self-care interventions) : セルフケアを実践するためのエビデンスに基づく良質なツール(医薬品、医療機器、情報、デジタル技術など)

ここで春山先生が強調されたのは、セルフケアの概念は幅広いということでした。実際に本ガイドラインでも多様なセルフケアのアプローチが紹介されています(図2)。さらにセルフケア介入は、ケア対象者である個人を中心に置き、人権、倫理、平等という主要原則に則って、一人ひとりがライフコース全体にわたっ

て、全人的なケアを享受できるよう、セルフケア介入を安全かつ適切に利用できる実現環境を整えていくべきとされました(図3)。

各国・各地域において基盤となる法律が整備され、製品が提供され、生活者が充分なリテラシーを身につけることができるなど実現環境の整備を個人の責任に押し付けるのではなく、社会全体の責任で進めていくことが重要であるとされ、その際にはセルフケアを医療と切り離して捉えるのではなく、セルフケア介入の活用と共に医療施設との結びつきを深めていくことが重要であり、それを通じて人々の健康とウェルビーイング向上が可能になると訴えられました(図4)。

セルフケア介入は医療施設との連携の中で検討される選択肢の拡大

本ガイドラインではセルフケア介入の推奨項目が具体的に挙げられています(図5)。現状では女性の健康や性感染症

に偏っていますが、リビングガイドラインとしてエビデンスの蓄積に応じて追加されていくことが予定されています。いずれにしてもセルフケア介入の推奨項目に共通していることとして春山先生が主張されたのは以下の4項目でした。

1. ある程度研究が存在し、系統的レビューが可能であったもの
2. 医療施設での提供方法に加えた、オプションとしての推奨
 - ▷ 個人の選択肢の拡大や公平なアクセス確保に重点が置かれている
3. 関連する医療サービスの提供方法を検討する際に、参照することが期待されている
 - ▷ 必ず導入すべきとはしていない
4. 導入時には、実現環境の整備が必要（Good practice statementとして記載）
 - ▷ 規制された良質な製品（安全性、効果、価格）
 - ▷ 政策、ガイドライン、プロトコル（対象者、手法、間隔）
 - ▷ 正確な情報提供（使用方法、使用後の対応）
 - ▷ 医療施設との連携（医療従事者の研修、フォローアップ等）など

その上で春山先生が特に強調されたのは、オプションとしてのセルフケア介入の推奨ということでした。セルフケア介入は医療施設、医療従事者と連携の中で導入が検討されるべきものであり、本ガイドラインで必ず導入するべきとはされていません。あくまで、生活者の選択肢

の拡大が趣旨であり、その公平なアクセスに重点が置かれているのが本ガイドラインであると述べられました。

オプションとしてのセルフケア介入 ～カンボジアでの自己採取 HPV 検査～

カンボジアでは子宮頸がんによる死亡者数が妊産婦死亡者数を上回っていますが、その原因は HPV ワクチン接種が未導入であることと子宮頸がん検診が未整備であることの2点とされているそうです。そこで自己採取 HPV 検査受験者を対象にした調査が検討されました。

結果は、自己採取と医師採取との陰性陽性一致率は 95.7%、約 9 割の参加者が説明用紙は分かりやすかったと回答し、約 8 割の参加者は自信をもって自己採取ができたと回答しました。さらに、簡単だった、恥ずかしくなかったと多くの参加者が自己採取に好意的な回答をしている反面、「医師採取を希望する」とした方が約 9 割という回答結果が得られたことが紹介されました。

自己採取 HPV 検査はカンボジアでも充分可能ではありますが、生活者のニーズや好みに応じて選択できる環境が望ましいと春山先生は訴えられました。

続いて、先進国の中で唯一子宮頸がん罹患率が上昇している日本においても大きな問題であることが紹介されました。ただし事情はカンボジアとは異なり、日本では全住民に検診クーポンが送付されているにも関わらず検診率は高くないそ

うです。その意味では日本でも自己採取 HPV 検査というセルフケア介入がオプションとして用意されることは有用であるかもしれません。

もうひとつ本件における日本での重要な課題は、既に多くの自己採取キットがネット上などで市販されているにも関わらず、どの製品が良い製品であるのか判断できないことだと春山先生は指摘されました。1つは製品に関する正確な情報が提供されていないこと、もう1つはこれらの製品に適切な規制が掛けられていないことの2点が問題であると春山先生は危惧を示されました。

セルフケアの費用を自己負担にすることは公平性を欠く

ここまでオプションとしてセルフケア介入が議論されてきましたが、そこで問われるのは費用負担がどうあるべきか、ということではないでしょうか。オプションであれば自己負担が想定されるかもしれませんが、あるいは公費負担もあり得るのか、どう考えるべきでしょうか。

この問いに対して、春山先生は自己負担論を否定します。

セルフケア介入が自己負担であることは、公平性の観点からむしろネガティブに働くことになるため、オプションとしてのセルフケア介入であればこそ費用を生活者に転嫁するべきではなく、医療費削減のためにセルフケア推進をすることがあってはならないと警鐘を鳴らされました。

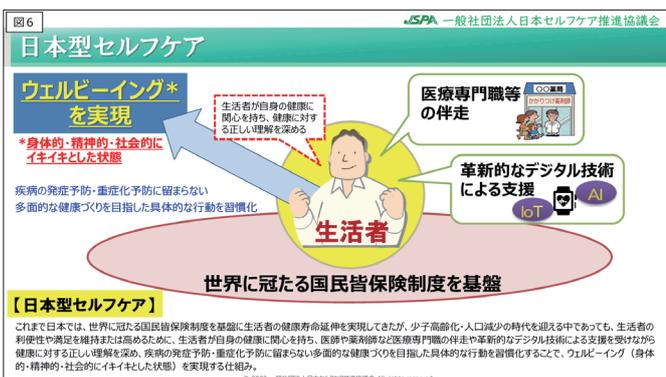


図6 JSPAが提唱する「日本型セルフケア」は国民皆保険を基盤とした医療・介護との連携に重きを置く。



図7 状況に応じて過不足なく必要な選択肢につながる「健康サイクル」は本ガイドラインと趣旨を共有する。

春山先生が本セミナー前半での「目指すのは、すべての人々が基本的保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる状態」「セルフケア実現環境の整備は社会全体の責任で推進すべき」という主張とも符合すると、筆者も改めて理解を深くすることができました。

春山先生のまとめ ～健康とウェルビーイングのためのセルフケア介入～

1. UHC 達成に向けて基礎的保健医療サービスへの公平なアクセス確保が求められる中、セルフケア介入の活用が注目されている。
2. WHO ガイドラインは、セルフケア介入の活用とそれを安全かつ適切に利用できる実現環境の整備を提唱し、エビデンスの明らかなセルフケア介入を掲載している。
3. 選択肢の拡大や公平なアクセス確保に重点を置いた、オプションとしての推奨。
4. 日本や国際保健分野において、関連する医療サービスの提供方法を検討する際に参照し、どのように導入・展開していけるか検討を。

座長：中村先生のまとめ ～セルフケアはイノベティブな概念～

春山先生の講演を受けて、会場から活発な議論と質問が相次ぎ、学校保健や小児下痢症などにおいてもセルフケアの導入が可能であること、誰が誰に向かって「介入」するのかという基本的な問いかけもありました。今後、ガイドラインの日本語訳の完成に向けて大きな示唆をいただきました。

その上で、セルフケアを生活者の選択肢として届けていくには医療者や様々なシステムによるサポートが必要であり、セルフケアはコロナ後に求められるイノベティブな概念になるとの見通しを示されご講演を締め括られました。

筆者より

我々日本セルフケア推進協議会はセルフケアを普及・推進するにあたり、以下の2つの概念を掲げています。

<日本型セルフケア>

これまで日本では、世界に冠たる国民皆保険制度を基盤に生活者の健康寿命延伸を実現してきましたが、少子高齢化・人口減少の時代を迎える中であっても、生活者の利便性や満足度を維持または高めるために、生活者が自身の健康に関心を持ち、医師や薬剤師など医療専門職の伴走や革新的なデジタル技術による支援を受けながら健康に対する正しい理解を深め、疾病の発症予防・重症化予防に留ま

らない多面的な健康づくりを目指した具体的な行動を習慣化することで、ウェルビーイングを実現する仕組み（図6）。

<健康サイクル>

生活者が自らの健康実現のために自身のニーズや状態・症状に合わせ、①医療・介護等のサービス、②かかりつけ薬剤師を中心とした健康サポート、③生活者が自ら取り組む予防・健康づくり——へ過不足なくアクセスし、状況変化に応じて最適な選択肢へと遷移することで、生活者を中心にそこに関わるすべての関係者と社会を健康にする仕組み（図7）。

この2つの概念は本ガイドラインと趣旨を同じくするものであると、春山先生の講演を拝聴し大変心強い励ましをいただいたと受け止めております。

いま日本にはセルフケアが我々の生活に充分浸透しているとは言えない現状があります。まずは本ガイドラインをきっかけにして、セルフケアの議論の入り口を社会保障費削減に求めず、セルフケアは健康寿命延伸とウェルビーイング実現を目的とした国民的取り組みであるという基本理念をベースにして、国民的な議論を始める必要があるのではないのでしょうか。

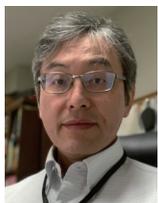


写真1 講演風景



写真2 春山先生と中村先生

TICAD8サイドイベント:「母子健康手帳と情報のデジタル化について」の開催報告



長崎大学熱帯医学研究所副所長/教授

金子 聰

64年神奈川県生まれ。防衛医科大学校卒。国立がんセンター(当時名)を経て、05年から長崎大学教授。ケニアを中心に母子登録の開発も含め、疫学・公衆衛生学研究を展開している。



認定NPO法人ロシナンテス理事長
長崎大学・熊本大学・九州大学客員教授

川原 尚行

65年北九州生まれ。九大医学部卒。06年NPO法人ロシナンテスを設立。スーダン、ザンビアで支援活動を行う。地域に医療が届く仕組み作りを模索している。

第8回アフリカ開発会議(令和4年8月27日及び28日、チュニジアにおいて開催)にあわせて、公式サイドイベントを実施しました。同会議は、1993年から日本政府が主導し開催しているアフリカの開発をテーマとする国際会議で、英語では、TICAD(Tokyo International Conference on African Development)と称しています。新型コロナウイルス感染症パンデミックの影響で、今回、すべての公式サイドイベントは、オンラインで実施することとなりました。私たちが開催したサイドイベントは、「母子健康手帳と情報のデジタル化:アフリカの母子に対する恩恵と公衆衛生への貢献(Digitalization of Maternal and

Child Health Handbooks and Information: Benefits to Mothers and Children and Contributions to Public Health in Africa)」というイベントで、令和4年9月15日にアフリカの時間も考慮し、17:30-19:15(日本時間)の時間帯でオンライン開催しました。用いた言語は、英語で、同時通訳による日本語も提供し、国内の参加者を多くすることに務めました。

主催は、国立大学法人長崎大学、認定NPO法人ロシナンテス、そして、公益社団法人日本WHO協会の3者とし、内閣府、外務省、厚生労働省、デジタル庁、JICA、公益財団法人風に立つライオン基金から後援を頂きました。サイドイベント事務局は、長崎大学熱帯医学研究所が担当しました。

本サイドイベントの背景

母子健康手帳は日本で始まり、アフリカをはじめとする途上国にも普及が進んでいます。母子の健康状態や子どもの成長を記録するという点で、その恩恵は非常に大きいものである一方で、紙面による運用がなされているため、公衆衛生、そして集団としての母子に対するサービスの向上にその記録が十分活かされていません。あらゆる分野でのデジタル化が進む昨今、スマートフォン等を使って母子の健康を集団として把握し、悉皆的に

(誰一人取り残さないように)多くの母子のためになるシステムを構築することが望まれています。そのためには、母子健康手帳や母子登録に関わるすべての関係者が共通認識を持ち、個々の母子と集団としての母子の双方にメリットをもたらす仕組みを構築する必要があります。それは、母子健康手帳が現在の位置づけに加えて、公衆衛生的な役割を果たせるものでなければならず、母子保健の計画や施策の企画・評価などに活用されるシステムとすべきです。異なるアプリやシステムが乱立し、情報の散在と利用効率の低回を避けるためにも、開発過程から情報を共有するプラットフォームを構築し、開発者、ユーザー、行政、医療関係者などが、広く開発に参加できる体制を整えることが必要です。また、取り扱われるデータには個人情報も多く含まれることから、個人情報の保護の観点からの検討を進める必要があります。今回、TICAD8の開催を受け、母子健康手帳を世界に広める日本として、率先して世界の関係者を束ねる責務があるとの考えから、上記提案と次の段階に進むための情報共有と意見集約の場として、今回のサイドイベントを開催することとしました。

サイドイベントの実施内容について

令和4年9月15日の17:30-19:15



TICAD8サイドイベント:「母子健康手帳と情報のデジタル化について」の公式ウェブサイト
(URL: <http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/ticad8-mch-digital/>)

Video Clips and Presentation Materials

TICAD8 official side event, "Digitization of Maternal and Child Health Handbooks and Information, Benefits for African Mothers and Children and Contribution to Public Health," was successfully concluded.
Video clips and presentation materials of the day are posted here courtesy of the presenters.

English version



Japanese Translation version



Materials used for Presentations

- Prof. Yasuhide Nakamura at Opening Remarks
- Panelist team A from Cameroon by Dr. Mbambole Grâce Alake
- Panelist team B from Kenya by Dr. Samson Nzou Muuo et. al.
- Panelist team C from Sudan by Prof. Ahmed S. A. Eisayod
- Panelist team D from Ghana by Dr. Patrick Kurma-Aboagye and Dr. Akiko Hagiwara

公式ウェブサイトの内容を公開しているページ
公式サイトのVideo Clips and Presentationsのボタンからリンクしています。
発表内容は英語ですが、動画は、同時通訳で日本語です

(日本時間) のスケジュールで本 TICAD8 サイドイベントをウェビナー開催しました。オンラインでの参加者は、193名で、アフリカ13か国を含む24か国から参加を得ました(パネリストを含む)。また、スーダンでは、パブリックビューも行われ、現地での会場参加者は、60名にも至りました。

司会は、若手のホープ、加藤美寿季先生(大阪国際がんセンターがん対策セン

ター政策情報部) にお願ひしました。

まず、Prof. Miriam K. Were(第1回野口英世アフリカ賞受賞者)からの祝辞をビデオメッセージにて披露。母子健康手帳の果たしてきた役割や今後のデジタル化に向けての期待が述べられました。とても、印象的なスピーチでした。引き続き、お話しされた武見敬三先生(参議院議員)からは、新型コロナウイルス感染症パンデミックにより認識された医療

情報の標準化の重要性の認識、そして、母子健康手帳のデジタル化においても同様に標準化の取組の必要性和期待が述べられました。まさしく、本シンポジウムの目指すところを的を得て、お話し頂きました。最後の祝辞として、国際協力機構(JICA)理事の井本佐智子氏にお話し頂きました。これまでJICAが取り組んできた母子健康手帳普及事業と今後のデジタル化に向けての期待が述べられました。まさしく、日本が母子健康手帳のデジタル化に取り組むべき背景があることが良く理解できました。そして、主催団体のひとつである公益社団法人日本WHO協会からは、中村安秀理事長が母子健康手帳の歴史から国際的拡がり、母子健康手帳のデジタル化と母子登録についての説明をスライドを用い行い、本シンポジウムの開会を宣言しました。

シンポジウムの最初のセッションでは、パネルディスカッションに参加するアフリカ4ヶ国(カメルーン、ケニア、スーダン、ガーナ)から、各国の母子健康手帳の状況とそのデジタル化に向けた取組が発表されました。Dr. Mbambole Grâce Alake(カメルーン共和国公衆衛生局予防接種担当副局長・家族健康局長)からは、カメルーンの母子健康手帳普及の現状が述べられました。カメルーンでは、紙面ベースの母子健康手帳の普及も、

重要な課題であり、母子健康手帳の普及が母子への保健医療サービスに向けての課題であることが述べられました。ケニアからは、Dr. Samson Nzou Muuo (ケニア中央医学研究所)、幸田芳紀氏 (NEC バイオメトリクス研究所、長崎大学熱帯医学研究所客員研究員)、宮道一千代氏 (長崎大学熱帯医学研究所特任研究員) がケニア国内で実施しているデジタル母子登録と新生児生体認証の応用に関する活動を発表しました。母子登録とは、母子健康手帳とは少し異なり、保健医療施設で母子健康手帳の情報を入力し、登録する仕組みのことです。新生児に対する

生体認証が開発されており、生後2時間で新生児の指紋を登録し、その後も認証出来るという内容は、今後に期待が持てました。次に、スーダンからは、Prof. Ahmed S. A. Elsayed (スーダン Alzaiem Alazhari University) がスーダンにおける母子への医療サービスと連携した母子健康手帳の開発についての報告をしました。携帯電話のアプリを用いた母子への医療サービスの提供システムの構築を目指しており、母子健康手帳のデジタル化を超えた、医療のDX化にいち早く取り組んでいる姿勢がとても新鮮でした。最後に、ガーナから、Dr. Patrick

Kuma-Aboagye (ガーナ共和国保健局長) と萩原明子氏 (JICA ガーナプロジェクト専門員) から、JICA 事業として展開されている母子健康手帳のデジタル化事業についての発表がありました。すでに母子健康手帳のデジタル化に向けての取組をはじめていたことは、強いインパクトを与えました。

引き続き、ファシリテーターを仲佐かおい氏 (認定NPO法人ロシナンテス) に、発表チームによるパネルディスカッションに移行しました。母子健康手帳のデジタル化に向けての課題、さらにそれに向けての日本への期待という題目で、パネリスト (各国1名とて実施) から意見を述べてもらいました。

カメルーン代表の Dr. Alake からは、携帯電話の普及率がまだ進んでいないことなど、インフラの問題が多いこと、日本に対しては、それらの支援を求めるとの意見が述べられました。ケニアの Dr. Samson Muuo からは、母子登録に関連する医療従事者へのトレーニング不足などの問題が述べられました。日本に対して、デジタル化に向けた共同した開発体制の確立支援への期待が寄せられました。スーダンの Prof. Elsayed からは、助産師への教育の必要性が述べられ、その専門教育支援への期待が述べられました。ガーナの Dr. Kuma-Aboagye からは、母子健康手帳をすべての子どもに行き渡

TICAD8 side-event

Digitalization of Maternal and Child Health Handbooks and Information: Benefits to Mothers and Children and Contributions to Public Health in Africa



Organizers:
Nagasaki University,
NPO Rocinantes,
Friends of WHO JAPAN



Prof. Yasuhide NAKAMURA, MD, Ph.D.
President, Friends of WHO Japan
(Chair, International Committee on MCH Handbook)

中村安秀理事長 (日本WHO協会) による開会の辞の際に用いられたスライドの一部

らせる、不記載をなくすことが重要であるとの課題が寄せられました。確かに、母子健康手帳を配布しても不記載が多ければ役に立ちません。また、デジタル化に向けた ICT 人材養成など技術面での支援への期待が述べられました。

最後に参加者達の意見をまとめ、長崎大学熱帯医学研究所の金子が本サイドイベントの宣言を発表しました。その内容は以下の通りです。

(宣言内容)

● **母子健康手帳のデジタル化と母子登録の整備の必要性**

すべての母子に効果的に公平なサービスを提供するためには、母子健康手帳のデジタル化推進と母子登録の整備が必要である。

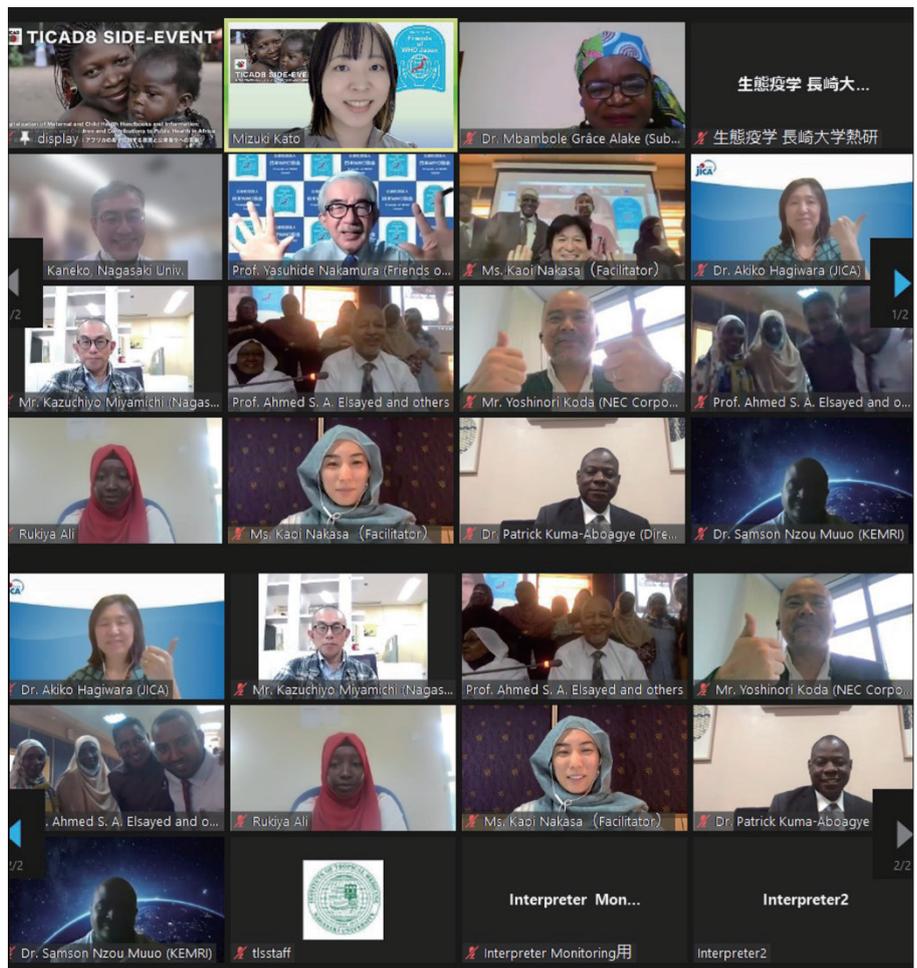
● **母子健康手帳のデジタル化や母子登録のシステムは、すべての関係者の共通理解のもと、開発されるべきである。**

アフリカにおける共通課題を反映したシステムを開発する必要がある。

● **母子健康手帳や母子登録に関わる関係者が集まり、情報を共有できるプラットフォームの必要性**

今回のサイドイベントを契機にコンソーシアムを設立し、情報共有と議論のためのプラットフォームを構築する。

最後に川原(認定 NPO 法人人口シナンテス理事長 / 長崎大学客員教授) が今後の共同作業の必要性、G7 広島サミットに向



発表者の集合写真(オンライン形式で、アフリカ各国、日本各地を繋いで実施した)

けた発信の必要性、JICA も含めた日本からの支援の期待を述べることにより閉会の辞とし、成功裏に本サイドイベントは閉会となりました。

本サイドイベントの動画、ならびに用いられた発表資料は、<http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/ticad8-mch-digital/> から、視聴ならびに入手可能です。

コミュニティ×デジタルによる 「医療が届く仕組みづくり」への挑戦



特例認定NPO法人「ASHA」代表理事

任 喜史

公衆衛生大学院在学中に同級生のネパール人医師・サッキヤとともにASHAを設立、代表理事に就任。医療分野の戦略コンサルタントとして働く傍ら、ASHAの事業を統括。

ASHA とは

ASHA は、Basic health rights for all (どこに生まれても安心して健康に暮らす権利を、みんなに) を目指し、ネパールの僻地で医療へのアクセスの改善を目指す NPO 法人です。医療サービス自体ではなく、必要な医療が必要な人々に届く仕組みを、現地の人々自身で維持できるような形での構築に取り組んでいます(それを Affordable and Sustainable Healthcare Access と呼び、その略とネパール語の「希望」をかけて、ASHA と名付けています)。ASHA の活動の特徴は、地域の医療課題をコミュニティの人々の力をデジタルの力を最大限に活用することで解決しようとしていることです。

ネパール僻地の医療改善を目指して

現在の主な活動拠点であるネパールの僻地では、地理的・リソース的な原因による質の高い医療へのアクセスの限界や医療情報管理不足による診療行為の分断

などの医療提供側の課題、自分で必要なケアや受診の判断をする知識がない住民側の課題、さらにそれらの地域の医療問題を解決するキャパシティーがない行政側の課題が重なり合い、人々の医療へのアクセスが阻害されています。これらのネパール僻地の課題に対し、主に2つの取り組みを進めています。

1つは、デジタルを活用することで、コミュニティの人々や既存の医療機関の力を最大化する医療システムの構築で、①地域保健スタッフ×支援アプリによる家庭訪問によるケア制度の創設、②簡易版電子カルテ導入による僻地医療の質向上とデータ管理、③それらのデータを統合・可視化した公衆衛生アプローチの3つを一体的に進めています。

①家庭訪問によるケア制度：医療機関が少なく、道路も未整備という、医療への物理的アクセスの乏しさを解消するため、各コミュニティからコミュニティヘルスワーカーと呼ばれる保健委員を雇用し、患者や妊婦の家庭を訪問して簡単な指導や教育などを行っています

(Primary Health Care)。さらに、医療知識や経験不足を補填し、活動を支援する「ASHA Connect」というアプリを開発・提供し、日々の問診やリスク検知、住民教育をサポートしています。これにより、医療へのアクセスが乏しい環境においても、地域の中に頼れる仕組みを作っています。

②簡易版電子カルテ導入：従来ネパールでは、紙カルテを使っており、それを患者が持ち帰る文化があり、患者がカルテを紛失したり、再診時に持参しないことが多く、都度ゼロから診療せざるを得ない、医療職間の連携が取れないという問題がありました。そこで、医療機関での患者の情報管理を補助する「Nepal EHR」というオープンソースの情報管理ソフトウェアを地方の小規模医療機関用にカスタマイズして導入しています。これにより、医療機関が各患者の過去の診断や治療を把握できるようになり、継続的な医療の提供を可能にしています。

③データの統合・可視化：さらに、ASHA Connect で入力される地域の人



応急処置の健康教育の実習風景



簡易版電子カルテを使った診察風景



① 地域保健スタッフによる家庭訪問活動
② 渡航時の現地メンバーとの集合写真
③ 健康教育の授業風景



々の健康状態と Nepal EHR の電子カルテデータを統合し、可視化できる仕組みを開発しています。人々の医療情報が一元化されることにより、より持続的で効率的な医療が行えるほか、地域の医療状況が把握しやすくなるため、行政が医療改善のための施策を計画することができるようになります。

もう1つの活動は住民側のヘルスリテラシー強化です。前述の活動をする中で、医療にアクセスできる環境下でも、「病気は悪魔の仕業である」などの古くからの迷信を信じ、身体の変化を感じても医療機関の受診をしない人がいるということが挙げられます。そこで、正しい対処や必要なタイミングでの医療機関受診ができるようにするため、主にまだ柔

軟な考えを持つ中学生を対象に家庭医学と応急処置の研修を行っています。これらの活動を通して、人々がいつでも医療を頼ることのできる社会を現地の人たちの力で作り、支えられ続けられるような仕組みづくりを支援しています。

ASHA を支える人々

ASHA は、日本側のメンバーとネパール側のメンバー、合わせて約50名で活動しています。現地の人々が自分達で持続的に支えることのできる医療の仕組みを作るため、ネパールの医療を変えたいという強い想いを持つ現地側のフルタイムメンバーを、日本の約40名のプロボノメンバーがサポートをするという少し変わった体制を取っています。敢えてプ

ロボメンバーを主体とし、多様な経験や知識を持つ方に参画いただくことで、互いの専門性を掛け合わせて新たな価値を生み出すことを目指しています。

今後の展望

電気もままならない僻地でのデジタル活用やコロナ禍など多くの困難があった中で、ようやく作りたい「仕組み」の形が見えてきました。まずは直近1~2年でモデルケースを完成させ、現地側への運営移管や人材育成に取り組んで、現地で継続できる体制を整えることを目標としています。

さらに、2023年度からは、他地域への展開を進める予定です。医療アクセスが乏しく、それがゆえに軽い怪我や病気が重症化したり亡くなってしまふことを課題とする地域は多くあり、これまでの学びを体系化し、より多くの人に「どこに住んでいても健康に安心して暮らせる権利」を届けたいと思っています。

ASHA は、誰もが医療を頼ることができる社会を目指し、活動を拡大していく予定ですので、ご興味をお持ちいただいた方は、是非何かの形でご支援・ご協力いただけますと幸いです。



団体内対面イベントの集合写真

グローバルヘルスのエビデンスに基づく 実践・研究の推進

世界の人々のよりよい健康 につながる研究

皆さんの「国際保健を学びたい」というきっかけは、なんでしょうか。私は小学生の頃にマザー・テレサやシュヴァイツァーの伝記を読み、将来は途上国で保健医療活動がしたいと漫然と夢見ていました。学部生の時は、スタディツアーやボランティアなどでネパール、タイ、インドネシア、ヨルダン、イラク、ブラジル、トルコ、アルバニアなどの国々に行き、海外でのボランティア活動を行っていました。大学卒業後は助産師として専門性を身につけ、世界の妊産婦や子どもたちに役立つ研究をしたいと考え、修士課程、博士課程へ進学しました。博士課程では、長崎大学のフィールドのベトナム・ニャチャンでの調査を行い、海外で調査する面白さや大変さを味わいました。ベトナムへは3年間通いながら約3000名の妊婦健診の体重増加とそのリスクに



聖路加国際大学大学院 国際看護学教室 教授
大田 えりか

東京大学大学院保健学博士。国際・地域連携センター長、コクランジャパンセンター副理事長、コクラン妊娠出産グループのアソシエイトエディターとして活躍し、世界保健機関ジュネーブ本部リプロダクティブヘルス部門や栄養部門のWHOガイドライン作成や共同研究に携わっている。

関するデータをとり、博士論文としてまとめ、Bulletin of the World Health Organizationに出版しました。

その後は、研究員や大学教員として様々な研究に取り組みました。2014年に、WHOのリプロダクティブヘルスリサーチ部門のシニアヘルスサイエンティストとして、イギリスのリバプールのコクラン妊娠出産グループに出向していた時には、妊娠・出産の感染症のWHOガイドラインの作成に携わりました。現在も継続して、母子保健部門や栄養部門のWHOガイドライン作成の規範セッターの仕事に携わっています。

研究には様々な手法があります。実際の臨床現場や対象となる人々からデータを収集して行う調査研究、ビッグデータといわれる全国調査や既存のデータの2次解析を用いた研究、系統的レビューという手法を用いて、既存のランダム化比較試験などの研究をまとめて新たなエビデンスを明らかにする研究などです。目的に合わせて研究方法を選択するわけですが、なかでも系統的レビューにはエビデンスに基づいた実践を促し、診療ガイドラインの作成や保健政策への提言につながるという重要な役割があります。コクラン日本センターの事務局も、大学内に設置しており、ワークショップなどコクランレビュー著者育成の活動にも力を注いでいます。

聖路加国際大学国際看護学研究室では、グローバルヘルスに関するさまざまなテーマを対象に、研究活動を行っています。私自身は、助産師で国際母子保健学を専門に研究しておりますが、院生は、グローバルヘルスやSDGsに関連するあらゆる分野のテーマで研究しています。国内外で量的・質的に調査を実施したり、系統的レビュー、ネットワークメタ解析や、ミックスメソッド、国レベルのデータを用いた疫学研究、モデリングを用いた研究を実施される方もいます。

また修士課程から系統的レビューや疫学研究について学び、在学中から英文で



国際機関（WHO本部）インターンシップ



修了生との卒業写真



フィリピンフィールドワーク



上段：インドネシアフィールドワーク
下段：国際看護学教室集合写真

の国内・国際学会発表や国際誌への論文投稿を積極的に行っています。このような経験は学生自身の強みとなり、看護職としてグローバルヘルスの分野での活躍や世界への学術的な貢献にもつながります。

さらに在学中に様々な国際機関で数か月のインターンシップを経験することで、知見を広げることも可能です。これまでWHO 本部（スイス/ジュネーブ）やWHO 西太平洋地域事務局（フィリピン/マニラ）、国連人口基金アジア太平洋地域事務所（タイ/バンコク）、厚生労働省（日本/東京）などでインターンシップを行ってきました。国際保健のガイドラインの作成や支援対象国への政策提言など、グローバルヘルスの役割の一端を経験することは、自身のキャリアの方向性を見出す貴重な機会となります。ま

た、インドネシアやフィリピンにフィールドがありますので、海外での調査・研究の実施も可能です。

修士課程には、専門分野での専門性を高め、研究能力の開発をめざす修士論文コースと専門性を深めた実践能力の開発をめざす上級実践コースがあります。博士後期課程には、研究者としてPh.D.取得を目指すコースと、実践に焦点をあて、既存のエビデンスを臨床に実装する学位であるDNP（Doctor of Nursing Practice）コースがあります。国際看護学研究室にはいずれのコースの学生も在籍しており、各自が持つ問題意識に基づいた研究疑問を追究しています。大学が実施する海外研修プログラムに参加する機会や海外に行く院生のための国際奨学金もあります。また研究室には、ミャンマーやインドネシアからの外国人留学生

もいますので、出身国での経験や保健医療事情、文化的背景を共有してもらったり、逆に日本の事情を伝えたりといった、多面的な交流をすることもできます。講義や研究発表、教室会議はすべて英語で行っています。

日本でも世界でも、博士を取得した研究者が求められています。世界をよりよくしたい、世界中の人々がより健康に過ごせる一助となる仕事をしていきたい、途上国で国際看護を実践したい方は、ぜひ研究室のホームページをご覧ください。世界の人々の健康をよりよくしたいという想いをを持った仲間が増えることを祈念しています。

研究室ウェブサイト
<https://www.slghn.com/>

神戸大学で 国際保健を学びたい方へのご案内

2つの研究科での研究指導

私は2012年4月に神戸大学に保健学研究科国際保健学領域国際開発分野の教授として採用されました。前任者の中園直樹教授が国際協力研究科保健医療論講座を協力講座として兼任していたため、それを引き継ぐ形になり、2つの研究科の教授を兼任しています。

どちらの研究科の学生も、海外でフィールドワークをしたいという希望をもって入学してくるケースが大半なのですが、COVID-19のパンデミックが起ってから、海外渡航ができず、在日外国人の研究にテーマを変えたり、DHSなどの二次資料の統計解析や、システムティックレビューとメタアナリシスといった手法にアプローチを変えたり、海外の共同研究者を通じてアシスタントを雇用して現地調査を代行してもらおうといった手段で取り組まざるを得ませんでした。2022年10月から、漸く海外渡航を再開でき、カンボジア、ネパール、ミクロネシア連邦などに滞在する学生ができました。学振DCや、神戸大学が最近開始した博士課程の大学院生向けの奨学金と研究助成金制度を活用して、申請書の指導や推薦状を出すなどサポートはしま



パプアニューギニアの村での聞き取り調査



神戸大学大学院保健学研究科(国際協力研究科兼任) 教授

中澤 港

東京大学医学部保健学科卒。博士(保健学)。2012年から現職。アジア・オセアニア地域で人類生態学の視点から包括的なフィールドワークを展開してきた。

すが、大学院生自身が自力で研究資金を得ています。自分自身の研究としては、人口学や理論疫学もやっているのですが、そういう研究をしたい院生も指導できるのですが、残念ながらこれまで10年間、1人もいませんでした。

保健学研究科パブリックヘルス領域国際保健学分野と国際感染症対策分野

現在の所属は、保健学研究科では、国際保健学領域が地域保健学領域と合併するという組織改革によってパブリックヘルス領域となり、以前の国際開発分野と国際保健協力活動分野が合併して国際保健学分野という大講座になっています。国際保健学分野では、自分の他には、2022年度に長崎大学から異動され、医師でもある松井三明教授、保健師でもある小寺さやか准教授、理学療法士でもある井澤和久准教授が院生を受け入れ可能です。

同領域には国際感染症対策分野も設置されており、ウイルス学の亀岡正典教授、寄生虫学の入子英幸准教授、細菌学担当で泌尿器科の医師でもある重村克巳准教授が所属しています。デングウイルス、HIV、マラリア原虫、淋菌などのラボでの研究もされていますが、インドネシアのアイランガ大学に設置している神戸

大学拠点に長期滞在して研究を進める院生もいます。この2つの分野は合同で、毎月1回の院生中間発表会を行っていて、原則として英語で発表を行っています。ICHSという英語だけで全単位を取得できるコースが設置されており、ネパールやラオスなど海外からの留学生も在籍しているため、質疑応答も英語で行うことが推奨されていますが、複雑な論点については日本語での発言を教員が英訳することもあります。博士論文は学術誌にピアレビューを通った英語論文として公開されることが提出条件になっています。長期履修制度があり(理由とともに予め就学期間を延長申請し、相応と認められれば、修士課程では2年、博士課程では3年分の学費総額を増やすことなく2倍までの在学期間が認められます)、夜間や土曜日の講義もあるので、仕事をしながら少しずつ単位を取ると同時に研究を進める社会人院生も少なくありません。

国際協力研究科地域協力政策専攻保健医療論講座

国際協力研究科の保健医療論講座には、着任当初は医学研究科の川端真人教授が所属していましたが、現在は自分と亀岡教授が所属しています。保健医療論講座は地域協力政策専攻に属しており、同専攻に所属する開発経済学者である島村靖



① マヒドン大学Tawee先生と研究室ミーティングでの記念写真
 ② カンボジアでの研究打ち合わせ
 ③ ソロモン諸島の村での尿検査



治教授とは、主に東南アジア諸国でさまざまな共同研究をしていて、大学院生が参加することもあります。国際協力研究科には秋入学の英語コース（開発政策特別コース）があり、アジア開発銀行などの奨学金を受給して入学する留学生も多いです（保健医療論講座でもいました）。4月入学の日本語コースでも、保健医療論講座では修士では国際学、博士では学術の学位取得が求められるため、英語科目の単位取得が必須となっています。また、海外でのインターンシップや留学の機会は多くあります。どちらの研究科も海外でのフィールドワーク自体、単位化されています。

主に英語による多様な講義

講義に関しては、私は Demography、Medical Anthropology、Epidemiology、Environmental Health を英語で講義している他、Global Public Health の講義と演習を通年で毎週2コマ実施していま

す。Medical Anthropology や Environmental Health には留学生も含め多くの研究科からの参加があるので、ディベートなどを通して貴重な学びが得られたという声を聞いています。さらに、保健学研究共通特講 IV・VIII として、保健学分野の研究計画の建て方やデータ解析方法についての講義を日本語で実施しています。学部生向けに開講している、国際情報検索という科目は、文献検索の方法や文献管理ソフトの活用法を教授してシステムティック・レビューやメタアナリシスをして貰うものなので、それを聴講することもできます。いずれも講義資料はウェブ上で公開しています。もちろん、他の教員の担当科目、例えば、保健学研究科の感染症学特講やサイエンティフィック・イングリッシュ特講、国際協力研究科では社会調査の方法論や経済、法律等の専門科目を学ぶこともできます。

保健学研究科の院生は管理栄養士や看護師など専門職資格をもっている人が多

いので、修了後も前職に戻る方が多い一方、国際協力研究科では修了後に一般就職する方が多いという印象があります。中には大学教員になる人や国際協力の実務に携わる人もいます。幅広い視点から国際保健に関心をもつ学生を歓迎します。留学生もいますので、出身国での経験や保健医療事情、文化的背景を共有してもらったり、逆に日本の事情を伝えたりといった、多面的な交流をすることもできます。講義や研究発表、教室会議はすべて英語で行っています。

日本でも世界でも、博士を取得した研究者が求められていますが人材が不足しています。世界をよりよくしたい、世界中の人々がより健康に過ごせる一助となる仕事をしていきたい、途上国で国際看護を実践したい方は、ぜひ研究室のホームページをご覧ください。世界の人々の健康をよりよくしたいという想いを持った仲間が増えることを祈念しています。

タイで学ぶ公衆衛生、アジア・アフリカ出身の友人達、そして、タイでの暮らし



マヒドン大学 公衆衛生修士課程

高崎 映子

2022年6月マヒドン大学、公衆衛生修士課程。2017年4月～2022年6月岩手県立病院内科。2017年3月東北大学医学部医学科卒業。

留學までの経緯

はじめまして。2022年6月から、タイ、バンコクにあるマヒドン大学の公衆衛生修士課程で学んでいます。タイに来る以前は、岩手県南部の総合病院で、内科医として5年間働いていました。私が働いていた病院は、地域の中核病院で、急性期医療を担うと同時に、超高齢化社会を迎え、中長期的な患者家族支援も行っていました。

ここで、タイに公衆衛生を学びに来たきっかけをお話します。私が働いていた病院に、感染症の疫学研究をしているドクターが非常勤で働きにきていました。彼が、感染症調査やアウトブレイクの緊急支援のため、東南アジアやアフリカ諸国を訪れているという話を聞き、大変興味を持ちました。熱帯医学や感染症について学びたいと思い、2021年春に、長崎大学熱帯医学研修課程という3か月の短期研修に参加しました。そこで、座学と実習を通じて、熱帯医学や国際保健について学びました。

私は参加当時、海外での保健医療分野で活動した経験はなかったのですが、熱帯医学研修課程の参加者の大半が、海外で保健、公衆衛生分野で活躍していた経歴に感銘を受けました。日本とはまったく異なる背景で、保健医療について学びたいと思い、そして、生活してみたいと思い、タイへの留學を決めました。熱帯医学研修課程終了後、結果的に、私を含めた同級生の何人かが、公衆衛生や国際保健を勉強するため、国内外の大学院に進学することとなりました。

授業、グループワーク、フィールドワーク、そして修士論文

現在私が参加しているマヒドン大学のプログラムは、14か月コースで、大きく分けて、前期と後期の座学、タイのコミュニティを対象としたフィールド調査、修士論文から成り立ちます。前期の授業では、疫学、統計、保健医療システム概論、行動科学と健康増進、環境・職業保健、リーダーシップやチームビルディングなどを学び、後期は、母子保健、感染症疫学、保健医療経済、保健情報システム、媒体作成、生活習慣病予防などから、授業を自由に選択できます。

同級生は合計16人で、10人がミャンマー、3人が東ティモール、ソマリア、バングラデシュ、日本から1人ずつ参

加しています。タイの学生は、カリキュラムが異なり、交流はほとんどありません、同級生の背景は、NGOで働いていた人、伝統医療の研究者、公的な公衆衛生分野で働いていた人などさまざまです。

私の友人の何人かは、英国や日本で公衆衛生を学んでいます。彼らの話と比較すると、マヒドン大学の授業は実践を重視した内容になっているようです。授業内でプロジェクトを考え、実際に論理的なプロジェクトの計画書の作成を行うことがあります。コース全体を通して、ひとつの修士論文を完成させることが最終的な目的で、研究計画作成のための授業があります。公衆衛生課題をひとつ選び、そのテーマについて研究計画を立て、自分で実際にデータ収集を行い、修士論文を完成させます。研究計画の作成にあたり、指導教官と何回もやり取りを繰り返



写真1 同級生たちと前期最後の授業



写真2 タイの友人家族と寺院を訪れたとき



写真3 同級生と泰緬鉄道にて

返します。

マヒドン大学のプログラムは、授業以外での活動も盛んで、主に異文化交流を目的として、大学の伝統行事や祭礼への参加、同級生間の文化交流、宮殿や歴史的な建造物の見学、そして、タイ健康増進協会などへの課外活動がありました。さらに、前期と後期の間に、コミュニティー調査のため、バンコク市内のある地域を訪れました。質問票作成、データ収集、データ解析、健康課題の優先順位付け、そして、論理的な介入策の作成を、1週間で行いました。時間が限られる中で、同級生との衝突も何度かありましたが、活動を通じて、相互理解がとても深まったと感じています。普段自分が生活しているところに近い地域の方々と直接やり取りをすることもでき、大変貴重な機会となりました。

同級生とのエピソード

私は、タイに留学するまで、海外での活動経験も、公衆衛生領域での活動経験もなく、プログラム参加当初は、授業に参加することはおろか、同級生とコミュニケーションをとることすらままならない状態でした。しかし、クラスに日本人が私1人しかいなかったため、授業内外のすべての場面で同級生とコミュニケーションを取らざるを得ず、半ば強制的に、コミュニケーション能力を獲得した

面があります。同級生には、大変感謝していますし、同級生同士のグループワークを通じて、また、お互いの経験を共有することにより、理解を深めることができましたと感じています(写真1)。

友人たちとの大変思い出深いエピソードとして、タイ北部、ミャンマーとの国境沿いにある町 Mae sot に、ミャンマーからの同級生と一緒に、2泊3日の旅行に行った時のことを書かせていただきます。Mae sot は、タイ国内にある、最も有名なミャンマーからの移民の人たちのコミュニティーのひとつです。そこに拠点をおく NGO で、ミャンマー出身の同級生のひとりが、働いています。彼女と NGO で働くメンバーは、Mae sot に住むミャンマーからの移民の人たちや、タイ側からミャンマーの農村地域に、保健サービスを提供する活動をしています。Mae sot にあるミャンマーのコミュニティーを訪れることと、NGO で働く彼女のもとを訪ねることが、旅の目的でした。旅行に行った時は、ミャンマーの農村地域で保健活動に携わるスタッフが、Mae sot に研修に来ていて、彼らと交流したり、マヒドン大学の卒業生に会って卒業後のキャリアについて教えてもらったり、近くにある国立公園で川遊びをしたり(私は淡水には入水していませんが)、市場に行って友人たちとミャンマー料理を楽しんだりしました。中でも、Mae sot

側から、ミャンマーの町ミャワディーを、友人たちと眺めたことが、とても印象に残っています。

タイでの生活

最後に、タイでの生活についてです。原稿執筆時は、タイで暮らし始めて7か月が経とうとしています。タイには日本人も多く在住し、古くから両国の文化交流は盛んなようです。仏教国であり、国内には多数の寺院があります。観光業がとても盛んで、年間を通して国内外から本当にたくさんの観光客が訪れています。

私には、留学以前からのタイ人の友人が3人おります。2人は、高校時代の同級生で、タイ国外の大学、大学院に進学し、その後はタイに戻り、都市計画と経済分野で、それぞれ仕事をしています。残りの1人は、日本からバンコクに来る飛行機の隣の席に座っていた男性を通じて、タイに来てから知り合いました。バンコクに住み始めてから、これまでに、タイの友人たちの家族の年中行事に招待される機会が何回かありました。旧市街や寺院に行き、タイの旧首都であるアユタヤという歴史的な名所に連れて行ってもらいました。タイの友人たちとその家族のおかげで、彼らとの交流を通じて、タイ文化に触れ、それを理解する貴重な経験となっています(写真2)。

看護を通して世界で働く



世界保健機関南東アジア地域事務局(WHO SEARO)
Technical Officer – Nursing and Midwifery

谷水 亜衣

カナダ・オンタリオ州の看護師免許を取得。カナダ・トロント大学大学院看護学研究科修士課程修了。3カ国で勤務経験を経て、2018年よりWHOへ入職。

初めまして。私は、看護と助産の行政官としてインド・ニューデリーにあるWHO 南東アジア地域事務局 (SEARO) で、2年ほど前から勤務しています。インドの前は Junior Professional Officer (JPO) としてWHO バングラデシュ国事務所に2.5年看護と助産の行政官として勤めていました。

職務内容・役割

私は現在、ユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) や持続可能な開発目標 (SDGs) をWHO 南東アジア事務局の11加盟国が達成できるよう、看護・助産の質の向上に携わるお仕事をしています。南東アジアの中でも医師一人に対して看護師が5~6人いるインドネシアもあれば、医師一人に対し看護師が一人にも満たないバングラデシュもあります。ほとんどの国では8割以上の看護師が女性ですが、東ティモールでは女性看護師が3~4割程度です。

主に、教育・雇用・リーダーシップ・臨床の質を向上できるよう、データ収集と分析、エビデンス作り、ツール作りを行い、看護と助産のグローバル戦略の方向性 2021-2025 (Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021-2025) と南東アジアの助産戦略の方向性 2020 - 2024 (Regional Strategic Directions for Strengthening Midwifery in the South-East Asia Region 2020-2024) に記載されているような政策形成を行っています。

私は幼い時から看護師として日本国外で活躍したいと夢見ていましたが、WHOに勤める前には、3カ国で看護関係の仕事をしていました。日本で生まれ育ち、テレビで見る日本以外の世界を実感したく、大学留学をきっかけにカナダに移りました。カナダの多国籍な街トロントで数年、臨床看護師として働いているときに、カナダは生活しやすい国だが、自分は世界のほんの少ししかかじっていないと感じ、日本とカナダとは違う別世界に行き、もっと世界を見たいと思い、ボランティアなどで発展途上国に行きたいと思いました。看護を通して世界を見たいと思っている最中、勤めていた病院が中東の病院と提携することになり、クウェートとカタールの国立がんセンター向上プロジェクトに携わりました。その他、クウェート初の乳がん早期検査クリニックのデータベースを作成し、データ

の分析や、カタール初のがん患者教育講習の計画と実行、カナダのがんセンターでの婦人科がん患者における悪性腸閉塞のケアの最適化、リンパ浮腫クリニックでの治療から訪問看護の紹介プロセスの開発など、クリニックのシステム改善プロジェクトに携わりました。各国から派遣された経験豊富なプロフェッショナルと共に、様々な視点・角度から国々の独特な医療制度や環境を観察し、その国や文化に合致する方法を考えるのが新鮮でした。

クウェートでそのようなプロジェクトで働いていたところ、数ヶ月共に働いていたカナダ人の看護師が、「博士号を取って将来WHOや国際機関で働きたい」という夢を、私に話してくれました。そのことがきっかけで、今まで考えてもいなかった国際機関に興味を持つようになりました。WHOの憲章にある「健康は



JPO合格後、ジュネーブ国連オフィスを訪問
(自分が国連の一員になったと認識、実感できた時です)



Bangladesh・コックスバザールでの難民キャンプの中の医療クリニックを訪問時の風景



Bangladesh国事務所のリトリート・職員交流会での写真

人間の基本的な権利のひとつ」という理念に私は深く共感し、WHO で働きたいと思うようになりました。カタールに住んでいるときにたまたま、ヨルダンにいるシリア難民への「車椅子講座」に講師として参加する機会がありました。「車椅子講座」とは、車椅子生活で気をつけること、体格にあった車椅子選び、褥瘡のケアの仕方などを、車椅子を使用している方々に教えるものです。わたしはヨルダンで、戦争によって体の自由を奪われ、他国から支援された車椅子で生活をするシリア難民と週末を過ごしました。そしてその経験を経て、今後も世界中の人びとのために役立ちたいと思うようになりました。WHO など自分の経験を活かしながらグローバルヘルスに携わりながら、他国へ技術提供や支援を行い、多くの国の看護技術を向上させる手助けをすることを考えました。

私は看護を通して、世界中の「人」と関わってきました。訪ねた場所での人々の日常生活の様子は多様な価値観の存在を認識させてくれました。各国政府機関、国際機関、NGO、医療機関、大学や教育機関、ステークホルダーで勤めているスタッフの様々な文化の違いやコミュニケーションの仕方の違い、それぞれで働いているスタッフの経験を生かしながら共にパートナーシップを組んで一つのチームになり、みんなでゴールを目指して作業する仕事が好きです。WHO で働いていると、職員労働組合 (staff association) といって職員の声を聞き、職員が働きやすいように幹部や組織に標

榜する職員会などがありますが、その他にも、性的搾取や虐待に関する諮問委員会などの職員会に参加できます。こう言った内部職員会には、自ら立候補したり、他者に推薦されたりして参加します。こういった職員会に参加することで、今まで知らなかった職員 (特に普段交流のない他のオフィスの現地採用の管理職 (G) や幹部職のディレクターレベルのスタッフ (D)) と仕事することもでき、また新たなチームを作る手助けになります。

不慣れな環境の中、新しい街で生活をするたび、「あの国では xx をチャレンジしたなー」など「あそこで xx を習ったなあ」と思い出を作りながら、新しいことを取り込むようにしています。WHO での勤務を通して、いろんな国で住め、色んな文化を知り、趣味を増やすことができ、ありがたく思っています。

従来の WHO の働き方の多くは、エキスパートレベルになってから WHO に就職し、定年まで働くというものでした。しかし最近では、メンターシッププログラムがスタートされ、若手のうちから入職しても、内部で育成され、キャリアを積みやすいような組織になっていると個人的に思っています。また、WHO で従事する課題には、様々ありますが、看護師だからといって、看護関係の課題にしか取り組めないわけではありません。私は現在、たまたま看護と助産に直接携わる仕事をしていますが、例えば UHC のための保健システム向上に貢献したり、非感染症疾患 (NCD)、プライマリーヘ

ルスケアや気候変動などの課題にも取り組んだりできるのです。私はこのような点で、WHO に働きがいを感じており、今後も WHO でいろいろ学びたいと思っています。近年、WHO 組織内での「DEI」の取り組みに参加しています。DEI とはダイバーシティ (多様性)、エクイティ (公正)、インクルージョン (包摂) を伴った働き方改善のことで、WHO で働きやすいような環境作り、主にカルチャーチェンジに携わっています。今後の WHO での社内、組織内での働き方を変えられるかもしれないワークフォースの一員として、貢献したいと思っています。

将来 WHO を目指す人へ

これは WHO だけではないですが、キャリアを積むにあたり、メンターをつけることをお勧めします。私の場合、仕事内容によりメンターが変わってききましたが、今まで数々のメンターにお世話になり、いろんな面で助けてもらえました。難しい課題や難しい人間関係の話、今後のキャリアプランニング、人生相談、女性としての働き方など、自分では考えもつかなかったことを教えてもらったことや、自分の興味のある仕事に関わっている人を紹介してもらったことがあります。メンターのおかげで、ネットワークも広がりました。悩むことは多いと思いますが、こういった先輩方のお陰で、違う世界に足を踏み入れる機会を得たり、今までとは違う体験ができたり、助かったりしています。



非感染性疾患の予防と管理のためのヘルスリテラシー

この報告は、非感染性疾患（NCDs）の予防と管理のためのヘルスリテラシー育成への実用的なアプローチを提供するもので、全4巻で構成。

世界ワクチン市場報告書 2022

WHOの「世界ワクチン市場報告書 2022」によると、貧しい国々は常に裕福な国々に需要のあるワクチンへのアクセスが大きな障害になっているとしている。

WHO：福祉用具に関するオンライン研修

増加する支援製品へのアクセスニーズに応えるため、オープンアクセス・オンライン学習プラットフォーム「Training in Assistive Products (TAP)」配信開始。

「ワンヘルス」セオリー・オブ・チェンジ（変化を起こすために必要な理論）

ワンヘルス・ハイレベル専門家パネルは、ワンヘルス活動を行う他の組織、機関、イニシアチブに概念的枠組みを提供。『健康の脅威を予防、予測、検出、対応する能力を高め、人間、動物、植物、環境の健康を向上させ、持続可能な発展に貢献する世界』を生み出すことを支援。

効果的な遠隔医療サービスを実施するための統合ガイド

政策立案者、意思決定者、実施者が遠隔医療の実施を設計・監督する際の指針となる新しいガイドを発表。デジタルヘルス介入を計画・実施するための体系的なプロセスを提供する「WHO デジタル投資実施ガイド」を補足。

WHO：メンタルヘルス・eトレーニング・プログラム

プログラムは、国際看護師協会（ICN）の承認を得て認定看護師継続教育ポイントの基準を満たし、これの全コースを修了した看護師および看護学生は、24時間の継続的専門能力開発学習の修了を認められ、国際継続看護教育単位（ICNEC）が付与。

「家族計画ハンドブック（改訂）」

「家族計画ハンドブック」更新版を発表。緊急時、流行時の家族計画サービスの継続を支援する実践的な対策について詳述。このハンドブックを補完する「避妊具使用のための医学的適格性基準ツール」を専用アプリとしてダウンロード可能。

あなたの人生、あなたの健康 – 健康とウェルビーイングのためのヒントと情報 –

WHO リソースガイドは「健康と幸福のためのヒント、情報を健康とウェルビーイングに関連する重要なトピック、方法、権利に関する基本情報」を5つのセクションで提供。

さらに学びたい人は、WHO のビデオ・インフォグラフィックス・ファクトシートへのリンクを通じてより詳細な情報にアクセスすることも可能。

早産児、低出生体重児のための新しいガイドライン

WHO は、早産（妊娠 37 週未満）または低出生体重（出生時体重 2.5kg 未満）で出生児の生存率と健康状態を改善するための新しいガイドラインを発表。

これまでの指針や一般的な臨床実践から大きく変化。また、ストレスや困難に対する、精神的、経済的、職場的サポートを確保するための推奨事項を定めている。

世界口腔保健状況報告書

口腔疾患の代表的なものは、う蝕（虫歯）、重度の歯周病、歯の喪失、口腔がん。口腔衛生状態を改善するため、プライマリーヘルスケアにおける口腔保健サービスの統合を向上させること等を提言。

「衛生安全計画」第2版

この SSP マニュアルは、「衛生と健康に関する 2018 年 WHO ガイドライン」

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。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。



と「農業・養殖業における廃水、排泄物、雑排水の安全利用のための2006年WHOガイドライン」の実施を支援する実用的・段階的ガイド。

【備考】衛生安全計画第1版（日本語）は「国立保健医療科学院」のサイトに掲載。

医療機器のグローバルアトラス2022

グローバルアトラス2022年版は、医療機器などが持続可能な開発目標（SDGs）の達成をどのように支援または阻害しているかを明示。医療機器に関する最新情報を分野・国別に紹介。

マラリアガイドライン

オンライン・プラットフォームにまとめたマラリアに関するWHOの最新の勧告（Recommendations）で、これまでの「マラリア治療ガイドライン第3版」と「マラリア媒介蚊制御ガイドライン」の2つの出版物に取って代わる、内容も刷新、追加されたガイドラインである。

WHOとWMO：気候変動と健康に関するナレッジプラットフォームを立ち上げ

WHOとWMO（世界気象機関）は、気候変動と健康に関する初のグローバルな知識プラットフォーム「climahealth.info」を立ち上げ。気候変動やその他の環境災害による健康リスクから人々を守るために、技術的な情報を求める声が高まっていることに対応。

健康のためのシステム：誰もが役割を担っている（HPSRとWHOの報告書）

健康政策とシステム研究アライアンス（HPSR）とWHOは、「健康のためのシステム」を、「既知と未知、現在と将来の脅威の両方に対応できるシステム」と定義し、SDG3の達成に不可欠な健康のためのシステム開発について、政策立案者、実施者、開発パートナー、コミュニティに対する実践的な提言を提供。

第45回コーデックス委員会

国連食糧農業機関（FAO）とWHOによる第45回コーデックス委員会で採択が予定される規格・ガイドラインは以下の通り。

- 栄養失調治療食（RUTF）
- 植物油の名称

- 生物学的食中毒の管理
- 食品衛生の一般原則の改訂
- アフリカ地域の食品安全法制開発
- 穀物を原料とする製品中のアフラトキシンの最大基準値
- 公衆衛生上の懸念が低い化合物に関するガイドライン
- Fresh Dates
- チリペッパー、パプリカなど香辛料規格

身体活動を促進するデジタルアプリをリリース – 子どもたちの運動不足解消に

WHO、カタール公衆衛生省、FIFAは、若者の身体活動を増やし、健康と幸福を増進するために設計された新しいデジタルアプリ「GenMove」を発表。

「GenMove」は、高度な動作追跡と人工知能（AI）技術を組み合わせたゲームアプリで、あらゆるレベルの体力を持つ子どもたちに適用できる。

11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/factsheets/>

- 更年期障害
- トラコーマ
- 結核
- 労働衛生：医療従事者
- HIV
- 子どもの肺炎
- 早産
- HIV薬剤耐性



オンラインにおける子どもの安全を守るための戦略（報告書）

WHO が発表した新しい報告書「子どもに対するオンライン暴力を防ぐために有効なこと」では、世界中で関心が高まっている「オンラインにおける子どもの安全を守るための方法」を提示。WHO は、子どもに対するあらゆる形態の暴力をよりよく理解し、国際的な対応を導くため既存の取り組みに貢献を約束

宗教と持続可能な開発に関する国連機関間タスクフォース、年次報告書

WHO は「宗教と持続可能な開発に関する国連機関間タスクフォース」のメンバーとして、信仰に基づく組織やネットワークを巻き込んだ国連システムの活動を支援し、WHO をはじめとする国連機関が信仰パートナーとの調整と協力を進めるためにとったイニシアチブを概説。

「すべての人のための健康の経済学」評議会の初年度報告書

WHO 「すべての人のための健康の経済学 :the Economics of Health for all」評議会は、その使命の半分にあたる1年を迎えた時点で、その活動報告を発表。4つの基本的な柱の概要を示し、「何を評価し測定するか、どのように資金を提

供するか（またはしないか）、イノベーションを促進するアプローチ、誰がその利益を享受するか（またはしないか）、共通の基本的物品を提供」など、健康享受の現状・能力を評価。

世界の保健医療支出：パンデミックの課題に立ち向かう（報告書）

世界の保健医療支出報告書が発表され、世界各国の政府が COVID-19 の出現とそれに伴う健康・経済危機が支配した2020年に、この課題に立ち向かったことを明確に示した。

- 所得グループ間で大きな不平等が生じた。
- 一人当たりの健康に対する支出は、すべての所得層で急激に増加。
- 私費支出が減少は保健サービスの利用減少を反映。
- 低所得国では、外部援助が引き続き重要な役割を果たす。
- 保健支出と保健アウトカムは、他の社会支出、特に教育と社会保護によっても形作られる。

2021年のマラリア患者数、死亡数は横ばい（報告書）

今年の世界マラリア報告書によると、アフリカ地域は、2021年に世界の患者の約95%と死亡者の96%を負担。WHOは、アフリカ大陸の国々がより強靱なマラリ

ア対策を構築するのを支援するため、抗マラリア薬耐性を抑制する戦略と、マラリア媒介蚊であるステフェンスハマダラカ（Anopheles stephensi）の拡散を阻止するイニシアチブの2つの戦略を開始。

HPV ワクチン：WHO ポジションペーパー（2022年5月）

この文書は、2017年のHPV（ヒトパピローマウイルス）ワクチンに関するWHO ポジションペーパー（立場表明書）を置き換えるもので「ヒトパピローマウイルスに起因する子宮頸がん撲滅」を加速する世界戦略の基本としてHPV ワクチン予防接種を子宮頸がん予防の第一の焦点としている。HPVによって予防可能な、より広範ながんやその他の疾患への適応外推奨についても考察し、最近の情報（新しいワクチンの認可、免疫原性および減量接種での有効性）も取り入れている。

WHO：医療従事者のための新しい家族計画および人工妊娠中絶ケアの「能力基準」を発表

WHO は、『プライマリーヘルスケア従事者のための家族計画・包括的中絶ケアツールキット』を開発しました。このキットは、国連のヒト生殖に関する研究開発・研究訓練特別プログラム（HRP）とWHOの保健人材部によって共同開

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。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。



発されたもので、重要なコンピテンシーを明確にすることで、世界中の医療従事者と意思決定者が同じ高水準のケアを目指して努力することを奨励・支援する世界的なベンチマークを設定、家族計画や中絶のサービス提供に必要な態度、知識、スキルに関する共通の言語も提供。

ワンヘルス共同行動計画

WHOは今年（2022年）、他の四者構成機関である国連食糧農業機関（FAO）、国連環境計画（UNEP）、国連獣疫事務局（WOAH）と共に、ワンヘルス共同行動計画を立ち上げた。このアプローチは新しいものではないが、環境の側面は人と動物の健康の側面に比べて遅れており、食糧農業機関、WHO、国際獣疫事務局（WOAH）のワンヘルスの協力体制に、国連環境計画（UNEP）を加えたことが非常に重要で、COP27で強化された。

WHO パンデミック倫理・政策サミットの報告書概要

COVID-19のパンデミックは、前例のな

い世界規模での深刻な倫理的課題を提起。これまで、エビデンスに基づいた意思決定の重要性については多く語られてきたが、「倫理に基づいた意思決定」という点では何を達成したのか。このサミットが、パンデミックの予防、準備、対応における「政策への倫理」をよりよく理解し、改善するために、大いに必要とされる経験的、理論的、規範的作業の触媒となることに期待。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道

WHOとIPU（列国議会同盟）は、『ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)への道』ハンドブックを発行。UHCの理念実現のため、国会議員は、法律制定、予算編成、監督という中核的な役割を担い、国民とりわけ有権者のニーズに応えることのできる立場であり、「すべての人が必要な医療サービスを受けられるようにし、現在存在する著しい不平等をなくすことで、社会を変えることができる」役割を果たすことを支援することを目的としている。

グローバル・マネジメント・ミーティング（GMM）（テドロス DG 挨拶）

WHO75周年を目前に控え「今後5年間のWHOの5つの優先課題の実施に関する進め方を合意し、世界の健康課題の進展に伴う成果達成に向けて3レベルの共同作業を行う」と、2期目を迎えたDGの開会挨拶。

5つの優先P：Promoting、Providing、Protecting、Powering and Performing for Health

SRH/HRP ディレクターのメッセージ

HRPは「中絶ケアガイドライン」、「産後の前向きな経験のための母親ケアに関する勧告」、「セルフケアと家族計画に関する最新のガイドライン」などを公開。セクシャル・リプロダクティブ・ヘルスを、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに統合する方法等が含まれる。

12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/factsheets/>

- ・口腔保健 ・子どもへの暴力 ・障がい ・ヒ素 ・ジカウイルス感染症 ・チクングニア熱 ・マラリア
- ・人権(旧：人権と健康) ・UHC ・家庭の空気汚染



2023年、テドロス WHO 事務局長年頭挨拶（要約）

COVID-19 パンデミックの4年目に入った今、世界は数年前よりはるかに良い状況にある。しかし、COVID-19の脅威は依然として残っている。

今年はWHOの創設75周年であり、この歴史的な年に向けたWHOの計画について、WHO執行理事会で詳しく伝えしていく予定である。

「平和のためのグローバルヘルス・イニシアチブ」ロードマップ草案

健康（および健康への介入）と平和との間の既存のつながりを強化することを目的としたWHOのグローバルイニシアチブ。その概念・原則・戦略目標・目的の設定、活動の優先順位などを定め、GHPIの核となる「平和のための保健アプローチ」のプログラミングについても説明。健康の社会的決定要因に取り組むことを目的としている。

国連報告書：2021年、4.4秒に一人の子どもや若者が亡くなっている

国連子どもの死亡率推定に関する機関間グループによると、世界の5歳未満児

の死亡率は今世紀に入ってから50%低下し、それ以上の年齢の子どもや若者の死亡率は36%、死産率は35%低下。しかし、2010年以降、その成果は著しく減少しており、保健サービスの改善に向けた迅速な行動が必要と警告。

予防接種に関する戦略的アドバイザリーグループ (SAGE) 2022年10月報告

パンデミックでの予防接種サービス混乱は、続いており、その主な原因に対処してこそ回復が可能。麻疹・風疹イニシアチブの予防接種アジェンダ2030への統合は、予防接種プログラム強化のために未接種の子どもを特定して予防接種を推進するためのトレーサーとして最適に利用する機会となる。

顧みられない熱帯病に対するロードマップ「2021 - 2030の進捗監視評価指標の概要」

顧みられない熱帯病ロードマップ2030は、ターゲットとマイルストーンに対する進捗を測定するための推奨指標の包括的かつ標準的なリストを提供。包括的、横断的、疾患別に分類され、国レベルの進捗を測定するためのプログラム指標や、二次データを用いたあるいは一時的な研究のための追加指標など、3つの要素からなる。

伝統医学に関するWHO国際標準用語集

アーユルヴェーダ、ユナニ医学、中国医学は、共に世界中で最も一般的に応用されている伝統的健康資源。この標準用語集により、伝統医学の専門家から一般市民までが、同じ概念、理解、定義、記録を用いることができ、研究、情報交換、標準化、分類における国際協力を支援する。

電気がない、あるいは信頼性の低い電気のもとでの医療サービス実態（共同報告書）

WHOや世界銀行などによると、低・中所得国の多くの人々が、電力供給に問題がある医療施設でサービスを受けていることが明らかとなり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成は困難と指摘し、太陽光発電システムなどに基づく分散型の持続可能なソリューションなどの早急な構築を提言。

WHOの緊急事態への備えと対応の強化：より安全な世界を共に構築するための10の提案（執行理事会暫定議題）

第152回執行理事会が開催され、「緊急事態への備えと対応の強化」ドラフトで10提案が公表された。

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。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。



1. 「世界保健緊急事態評議会」の設立
2. 国際保健規則（2005年）の改正
3. ユニバーサルヘルス規模拡大とモニタリングの強化
4. 健康危機管理人材の強化
5. 保健緊急事態対応の戦略的計画
6. 安全でスケーラブルなケア、医療対策アクセス、緊急時の調整などの強化
7. ファイナンスと医療強化
8. パンデミック基金を強化。
9. 迅速に拡張・持続可能な緊急対応資金拡大
10. WHOの、世界的HEPRアーキテクチャ・センター化

公衆衛生の向上に貢献した75年

世界保健機関は今年4月7日の世界保健デーに75歳の誕生日を迎えた。健康に対する権利は基本的人権で、誰もが、必要な時・場所で、必要な保健サービスを受容できなければならない。Health For Allは、平和で豊かで持続可能な生活を送るための良好な健康状態維持を目的としているが、保健分野の緊急事態、人道的・気候的な複合危機、戦争や経済的制約は、その道りを遠ざける。健康関連のSDGsを達成するためには、これ

らの進捗を加速させる必要がある。指導者は今こそユニバーサル・ヘルス・カバレッジの公約を果たすために行動を起こすべき時だ。

心臓病を引き起こすトランス脂肪酸の減少に向けて

工業的に生産されたトランス脂肪酸の摂取は、冠動脈性心臓疾患による早期死亡の原因となっているが、2023年の全廃という世界目標は、現時点で達成できないままである。WHOは、トランス脂肪酸を排除することを奨励。その進捗状況を確認するため、WHOとResolve to Save Livesは共同で「Countdown to 2023 WHO Report on global trans fat elimination、2022」年次現状報告を発表。

「結核検査室強化のための実践マニュアル」更新

WHOが推奨する結核診断の実施を支援するため、2017年発行の「GLI実践マニュアル」の更新版である「結核検査室強化のための実践マニュアル」が発表された。最新のWHO勧告に沿った内容となっている。

難民・移民の健康ツールキット

WHOは、ウェブベースのワンストップ総合プラットフォーム「難民と移民の健康ツールキット」を開発。公平で包括的な健康プログラムで、難民・移民と受け入れ側の人々の健康を促進する「国の健康計画・戦略の評価・強化」が可能となる。

放射線および原子力緊急事態のための重要医薬品リストを更新

WHOは、放射線および原子力緊急事態に備えるべき医薬品のリストを更新。2007年の緊急時対応国家備蓄に関する報告書に代わるもので、最新の放射線緊急医療の発展に基づいた情報。

顧みられない熱帯病（NTDs）に関する世界報告書2023

WHOは、「NTDsに関する世界報告書2023」と題する新しい進捗報告書を発表。

本報告書は、2030年までにNTDロードマップの目標達成の遅れを取り戻し、進捗を加速させるために必要な、より大きな努力と投資を強調。

1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/factsheets/>

- ・インフルエンザ（季節性） ・フランベジア ・ブルーリ潰瘍（マイコバクテリウム・ウルセランス感染症）
- ・リーシュマニア症 ・土壌伝播蠕虫感染症 ・狂犬病

関西グローバルヘルスの集い オンラインセミナー第6弾 だれひとり取り残されない外国人医療 第1回:外国人医療は人権です



大阪国際がんセンターがん対策センター
レジデント

加藤 美寿季

大阪大学医学部在学時にタンザニアで国際保健医療と出会う。“野戦病院”での初期研修を経て、博士課程で疫学・公衆衛生を勉強中。

2022年11月22日に関西グローバルヘルスの集いオンラインセミナー第6弾のうちの第1回目、「外国人医療は人権です」が開催されました。今回の話題提供者は、李節子さん(長崎県立大学看護栄養学部看護学科)と、沢田貴志さん(神奈川県勤労者医療生協港町診療所)でした。

まずは李節子さんから、「在日外国人の健康権宣言について」というタイトルで、WHO憲章や子どもの権利条約、琵琶湖湖畔宣言などで健康権の保障が示されていることが紹介されました。在日外国人は年々増え続けており、2020年には人口の2.3%を占めるようになりましたが、外国人の子供の6人に1人が小中学校に不就学の可能性があるようです。教育を受ける権利は国際人権条約が保障を要請しているものであり、これらは在日外国人であっても保障されるべきものです。また、外国人母子の中には、妊娠しても必要な健診などの医療を受けていないケースが少なくないようです。誰ひとり取り残されないためには、これらの方々も含め、すべての人が平等に医療にかかれるようにすべきです。

続いて、沢田貴志さんから、「より良い外国人医療が切り開くのは誰の未来?」というタイトルで、医療従事者の視点から、外国人の患者さんの受療行為のハードルについてご紹介いただきました。外国人の患者さんには、言語の問題や経済

面の問題など、制度上の複数の障壁があります。日本には在留資格のない超過滞在者が7万人以上おり、これらの無保険外国人の医療費請求額は日本人の無保険者よりも高く設定されています。このような不十分な医療保障であると、彼らが結核やHIVなどの感染症に罹患していても医療機関へなかなか受診できず、そのせいで感染症が地域に広がるということにも繋がりがかねません。やはり地域全体の健康を守るという観点でも、外国人だからという理由で健康権が侵害されるべきではないのです。

私自身が医師として外来業務をする時には、翻訳アプリが使用できたり、英語の診断書がスムーズに発行できたりしたため、外国人医療の環境は年々よいものになってきているのだと思っていました。しかし、今回のセミナーで、病院を受診できない外国人がたくさんいるという現実を知りました。健康は、すべての人に保障されるべき人権です。普段病院で対面できる患者さんの他にも、受診ができずに私たち医療者から“隠れて”しまっている患者さんを想い、彼らを取り残さないような制度づくりが必要だと感じました。

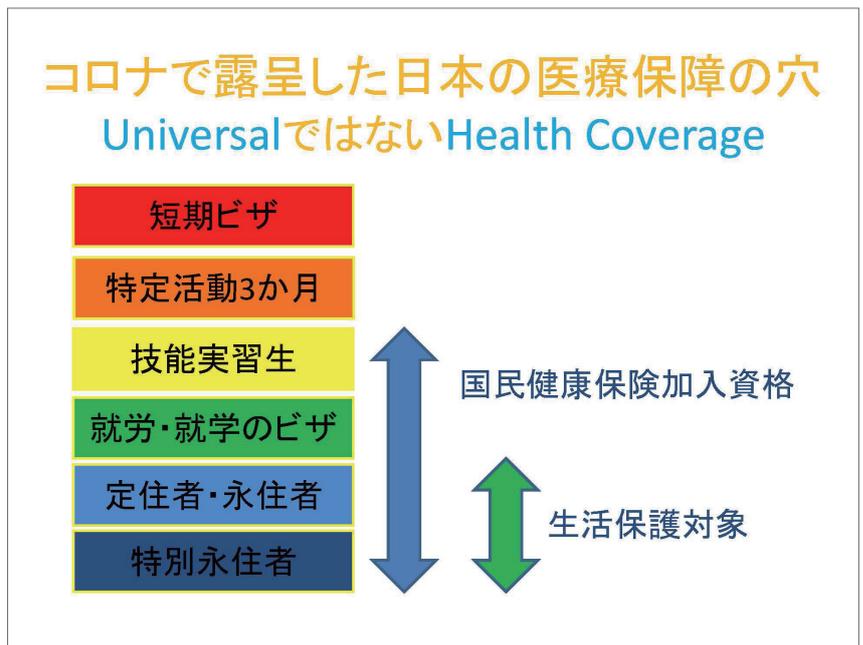


図 沢田さんの発表スライドから

第2回：当事者主体の取り組み



大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座
特任研究員

山田 絵里

看護師、保健師。渡豪中に参加したボランティアをきっかけに国際医療に興味を持ち、大阪大学医学部附属病院では国際医療コーディネーターとして勤務。大学教員を経て2021年より現職。

2022年12月22日木曜日、オンラインセミナー第6弾の第2回「当事者主体の取り組み」が開催されました。今回は、在名古屋ブラジル領事館在留市民協議会の中萩エルザさん、日本生命病院国際室の陶彬毅さんのお二人を話題提供者としてお迎えしました。ファシリテーターは小笠原理恵さん(大阪大学)、パネルディスカッションには中村安秀さん(日本WHO協会理事長)も加わり、活発な意見交換が行われました。

今回は、外国にルーツを持ち、海外で医療従事者としての勤務経験もあるお二人から話題提供をしていただくことで、日本で生まれ育った日本人とは異なる“当事者”の視点から、日本における外国人医療の現状と課題について考える機会となりました。

まず中萩さんからは、地域での活動を中心に、日本での外国人支援を通して気づいた日本の医療の素晴らしいところや不思議なところについてご発表いただきました。言葉には文化的背景や国民性の違いだけではなく、日本側と外国側の双方の背景や心理状況が影響しているということ、そして、その双方に思いやりの気持ちをもって向き合うことが大切である、というお言葉が印象に残りました。

陶さんのご発表では、ご自身が病院で勤務する中で経験された事例を具体的に共有していただいたことで、陶さんが大

切にしている細やかな配慮を知ることができたと同時に、個別のケースで発生する言葉の問題について深く知ることができました。近年、日本における外国人医療に関する施策としては、外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)やジャパン・インターナショナル・ホスピタルズ(JIH)などの認証制度があるのに加え、観光庁のホームページには「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」が公開されています。しかし陶さんのお話の中では、“(情報か)最新版にアップデートされていないため、英語対応可能であるはずの病院で患者さんを受け入れてもらうことができず、再度、別の病院を探さないといけない”ということがあり、余計に手間がかかった”といった、施策整備が行き届いていない問題についてもお

聞きすることができました。

パネルディスカッションでは、医療通訳を利用した診察に際し、医療通訳の料金を保険点数に組み込むことで、他の検査や処置等と同じように扱うことができれば、受診者の平等性が保てるのではないかといった意見も出ました。また、国際臨床医学会による医療通訳認定制度が開始したことに加え、遠隔通訳や通訳デバイスの進化についても話題に上り、さらなる工夫や対策が必要な課題がみえてきました。今回のセミナーを通して、保健医療活動で最も重要な視点のひとつである“当事者の方々の声に真摯に向きあうこと”、そして、“誰ひとり取り残されない”社会の実現に向けて自分に何ができるのか、改めて考えていきたいと感じる貴重な機会となりました。

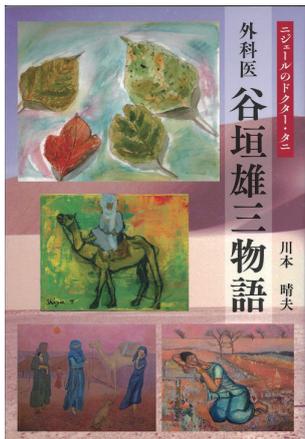
課題2 - 医療通訳サービス

- ・ 中国語や英語の使用人口が多いため、質の高い通訳サービスを提供できる
- ・ 日常生活の通訳者すら多くない言語もあるので、医療専門用語の通訳を求めるのは困難

- ⇒ ① 言語による医療通訳サービスのばらつきをなくす？
② 全ての患者が同質の医療サービスを受用するには方法がある？

図 陶さんの発表スライドから

書を抱えてフィールドに出よう!



ニジェールのドクター・タニ 外科医 谷垣雄三物語

著者：川本晴夫

出版社：国際開発ジャーナル社 2022年 5月発行

「保健医療分野の国際協力というのはどうあるべきなのだろうか？」この書を読んで再度この正解のない問いに思いを巡らせました。

谷垣雄三医師はアフリカの最貧国ニジェールで外科医として、まさに一生を捧げる形で貢献されました。「医師として患者を診る」ことを追求し、妥協を許さ

ず理想を追う姿には感動、尊敬と同時にあこがれを感じます。現地に溶け込み、現場から政府に提言しつつ「実践ガイド」を作成し実証するというすばらしい行動力です。その過程で WHO をはじめとする国際援助プロジェクトと、地に足がついた適正技術を浸透させることを目指す彼のアプローチとの間には軋轢が生じます。これこそ「どうあるべきなのだろうか？」を考えるうえでの対立項ではないでしょうか。彼の哲学は「ニジェールだからといっていい加減なことをしないでね」と言った妻の静子さんの言葉に代弁されていると感じました。今の「グローバルヘルス」に関わる私たち、そして

関わろうとする若い人たちに「あなたの哲学は？」と問いかけられている様に感じます。幼馴染、大学の山岳部 OB らが彼の活動を支え続け、この書を書くに至ったのはまさにその哲学と人格と情熱が人々を動かしたのだと感じます。

折しも 2021 年には WHO 西太平洋地域では「安全で安価な外科のための行動フレームワーク」が出版され、UHC において外科へのアクセスにも注目されつつあります。谷垣氏の存在を知り、彼の問いかけを受け取るために国際保健医療分野での貢献を志す若い方にぜひ手に取ってほしい一冊です。

(紹介者：安田直史)



プラネタリーヘルス 私たちと地球の未来のために

著者：長崎大学(監訳)・河野 茂(総監修)

出版社：丸善出版 2022年3月発行

米国で 2020 年に出版された『Planetary Health: Protecting Nature to Protect Ourselves』の日本語版。監訳の長崎大学は、2020 年に全学総出でプラネタリーヘルス学環を立ち上げるなど、日本におけるプラネタリーヘルス研究の先駆的存在です。

プラネタリーヘルスは、ほんの数千年の人間社会の活動によって起こった環境変化(地質学でいう「人新世」)が、地

球および生物全体に及ぼす影響を計測して可視化し、その反省とともに将来に向けた持続可能な解決策を生み出すことを目指す分野です。本書は、気候変動、生物多様性の損失、汚染、食料と栄養、エネルギー問題、感染症など環境に直結したテーマから、人口と消費、紛争・移住、非感染症などまでを網羅した、世界初のプラネタリーヘルスの教科書と言えます。「プラネタリーヘルスの歴史の語り部たちが、現時点では先進国出身の善良な白人男性の専門家ばかり」であり、そんな彼らが「…植民地主義と無配慮な経済成長への内部からの批判」と「国内総生産(GDP)を経済的健康の妥当な評価基準だと見ることへの批判」の「代弁」を示

唆する箇所(p.32-33)にはハッとさせられます。人間の健康を地球の健康に重ねて考えるとき、議論になるのは二律背反(trade-off)の関係性です。人間の健康に良いものが地球の健康にも良いとは限りません。抗生物質などはその典型例と言えます。Whitmeeら(2015)は、「(人類が得た)利益(benefit)は目先のものであり、(人類は)その代償を極めて長きにわたって支払わねばならない」と指摘しています。

はたして人類は、自然界との新たな関係への「大転換(Great Transition)」を果たすことができるのか?この問いを胸に、読み進めてほしい一冊です。

(紹介者：小笠原理恵)

健康関連の国際デー

各種の国際デーは健康問題についての知識や理解を深め、行動への支援を得るためにとても重要な機会です。年間を通じて各種健康課題に関連した世界デーがありますが、WHOは加盟国から義務付けられたもの(下表の太字)を公式の健康関連国際デーとしています。(表の左は<https://www.who.int/campaigns>より、右はその他の出典から編集委員会にて選択)

		WHO Global Public Health Days	Other International Days and Events
1月	30日	World Neglected Tropical Diseases Day 世界NTDの日 World Leprosy Day世界ハンセン病の日	
	3日	World Hearing Day 世界耳の日	
3月	8日		International Women's Day 国際女性デー
	24日	World Tuberculosis Day 世界結核デー	
4月	7日	World Health Day 世界保健デー 『Health For All』(すべての人に健康を！)	
	14日	World Chagas Disease Day 世界シャーガス病デー	
	22日		International Mother Earth Day 国際母なる地球デー(アース・デー)
	24-30日	World Immunization Week	
	25日	World Malaria Day 世界マラリア・デー	
5月	28日		World Day for Safety and Health at Work 職場での安全と健康のための世界デー
	5日	World Hand Hygiene Day 世界手指衛生の日	
	17-23日	United Nations Road Safety Week 国連世界交通安全週間	
	23日		International Day to End Obstetric Fistula 産科瘻孔をなくすための国際デー
6月	31日	World No Tobacco Day 世界禁煙デー	
	5日		World Environment Day 世界環境デー
	7日	World Food Safety Day 世界食の安全デー	
	14日	World Blood Donor Day (WBDD)世界献血者デー	
	20日		World Refugee Day 世界難民の日
7月	26日		International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking 国際薬物乱用・不法取引防止デー
	11日		World Population Day 世界人口デー
	25日	World Drowning Prevention Day 世界溺水防止デー	
9月	28日	World Hepatitis Day 世界肝炎デー	
	10日	World Suicide Prevention Day 世界自殺予防デー	
	17日	World Patient Safety Day 世界患者安全デー	
	22日	Global Walk the Talk The Health for All Challenge	
10月	28日	World Rabies Day 世界狂犬病デー	
	10日	World Mental Health Day 世界メンタルヘルス・デー	
	15日		Global Handwashing Day 世界手洗いの日
	16日		World Food Day 世界食料デー
	20-26日	International Lead Poisoning Prevention Week 国際鉛中毒予防週間	
11月	24日		United Nations Day 国連の日
	14日	World Diabetes Day 2021 世界糖尿病デー	
	17日		World Prematurity Day 世界早産児デー
	18-24日	World Antimicrobial Awareness Week 世界抗菌薬啓発週間	
12月	25日		International Day for the Elimination of Violence against Women 女性に対する暴力撤廃の国際デー
	1日	World AIDS Day 世界エイズデー	
	3日		International Day of Persons with Disabilities 国際障害者デー
	10日		Human Rights Day 世界人権デー
	12日	Universal Health Coverage Day UHCデー	
27日		International Day of Epidemic Preparedness 国際疫病対策の日	

(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 「目で見える 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 「目で見える 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。

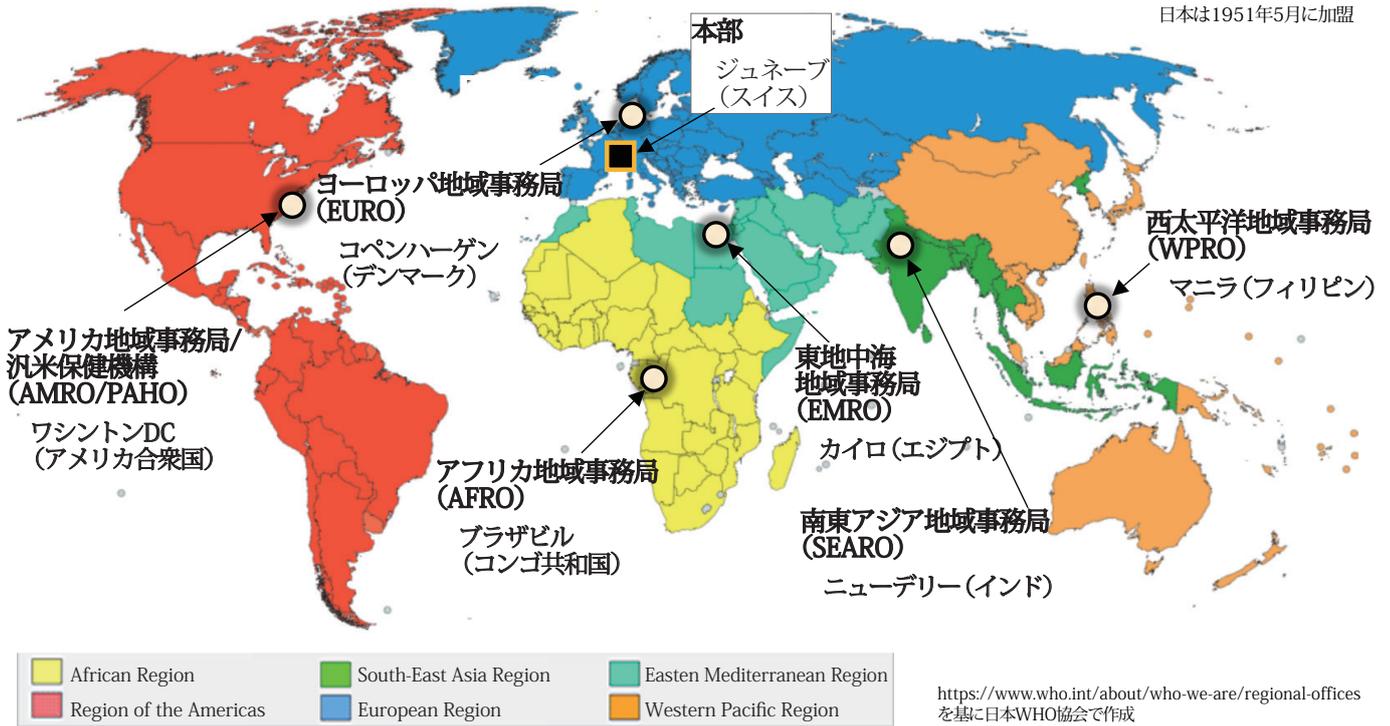
各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。

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。

WHOの地域事務局と加盟国

2022年6月現在194か国と2準加盟地域

日本は1951年5月に加盟



南北アメリカ地域

- アメリカ合衆国
- アルゼンチン
- アンティグア・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・トバゴ
- ドミニカ
- ドミニカ共和国
- ニカラガ
- ハイチ
- バハマ
- バルバドス
- 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

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
- セントピエール・ミクロン
- 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
- 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
- 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
- イタリア
- 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
- バブアニューギニア
- 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

<https://www.who.int/countries> を基に作成 (2022.6.1)

(*)は準加盟地域

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、2023年2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



吉川 健太郎

大津赤十字病院臨床研修医

2018年WHO本部インターン。2021年3月京都大学医学部医学科卒業。
京都大学医学部附属病院・大津赤十字病院にて臨床研修を行う傍ら、2020年より妊婦の生活・体調管理
サービスを手掛ける株式会社Famileaf代表取締役就任。

アスクレピオスの杖

COVID-19を巡る報道で頻繁に取り上げられ、知名度が急上昇した世界保健機関(WHO)。著者も2018年の夏、スイスのWHO本部でインターンをしていましたが、当時とのWHOに対する注目度が(良くも悪くも)大きく変わったことに戸惑いを感じています。一時期はテレビで見ない日はなかったWHOのテドロス事務局長ですが、その記者会見で背後のWHOのロゴマークを見るたびに思い出すのが、インターン初日に本部を案内してくれた上司の話です。ホールに掲げられたWHOのマークの前で立ち止まり、その由来について話してくれました。

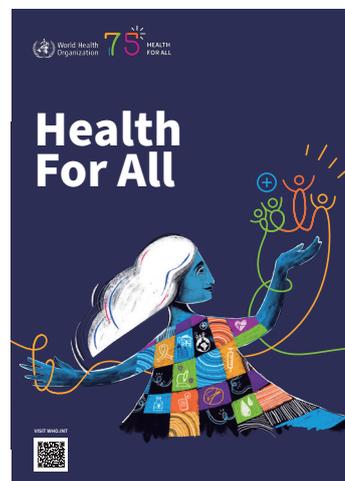
そもそも国連のマーク上に描かれている杖に巻き付いた蛇は、古代ギリシャ人に治療の神として崇拝されていた名医・アスクレピオス(へびつかい座)がもっていたもので、太古の昔から医学の象徴だったそうです。ではなぜ蛇か。それは蛇の毒は噛まれると死に至ることもある危険なものである一方で、古代より薬としても知られる医薬品であったからです(諸説あり)。このひとを救う薬にも死をもたらす毒にもなる蛇はまさに医学そのものであり、医師として患者に向き合っていく私達が常にここに留めておかなければならないと思う今日この頃です。

World Health Day 2023 and WHO 75th Anniversary

毎年4月7日は世界保健デーです。2023年のテーマは「Health For All(すべての人に健康を!)」に決まりました。そして、2023年はWHOが発足して75周年のアニバーサリーイヤーとなります。これを受けて日本WHO協会では4月7日に記念イベントを開催します。また、当協会のホームページでは、主なメッセージの日本語訳を掲載していますので、QRコードよりぜひご覧ください。



Health
For All



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



入会のお申し込みはこちらから

目で見える WHO



Visual Journal of Friends of WHO Japan

2023 春号 No.84
2023年4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)
磯邊綾菜 尾崎史歩 小笠原理恵 加藤美寿季 佐伯壮一郎
白野倫徳 鈴木大地 戸田登美子 林正幸
松澤文音 柳澤沙也子 吉川健太郎 渡部雄一

編集協力：森井真理子
デザイン協力：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 大阪府中央区北浜東 4-33
北浜ネクスビル 28F
TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261

新居合同税理士事務所
代表税理士 新居 誠一郎
〒546-0002 大阪府東住吉区杭全 1-15-18
TEL 06-6714-8222 FAX 06-6714-8090

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 大阪府中央区内本町 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 大阪府中央区北浜 2-1-19-901
サンメゾン北浜ラヴィッサ 901
TEL 06-6209-8103 FAX 06-6209-8106

 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



モトール

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。



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。



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、かつて日本でい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。

