

平成25年度国際交流委員会主催特別講演会

世界の保健問題

～日本の看護学生は、何を学ばよいのだろう～

日 時：平成25年11月6日 12：45～14：15

場 所：日本赤十字広島看護大学 ソフィアホール

講 師：公益財団法人笹川記念保健協力財団 理事長

ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院上級研究員

日本赤十字九州国際看護大学名誉学長 喜多悦子

はじめに

ある国が他の国と交流すること、あるいは複数の国が絡み合う諸々の活動を「国際」とよんでいるが、では、あなたは「国際」について何を知っているだろうか？

1. 国際とは何か

講義であげた中国の環境汚染の原因PM2.5と、日本国内の化粧品による皮膚障害から、あなたはどんな「国際問題」を想像するだろうか？

現在用いている「国際保健 (International Health)」や「国際看護 (International Nursing)」という言葉は、英語の直訳だが、その概念は1979年、タイ-カンボジア国境の難民支援に、初めて国として救援チームを派遣した頃に始まる。最近では基本的には同じ考えであるが、「私」と「あなた」、「日本」と「ある国」という、我が国中心的な“international”に代わり、「私」も「あなた」も「彼らも」、「日本」をも包含する“global (世界的, グローバル)”という言葉が頻用されるようになっていく。結論的に、「国際」という言葉はきわめて茫洋としており、議論や対話の際に、常にすべての人々が同じ内容を理解しているとはいえない。しかし、法的に認知された人や物の移動のみならず、それらに付随したり、あるいは渡り鳥を通じたりしての病原体の移動、さらに情報や環境汚染の原因物質の拡散を鑑みると、一国住民の健康を護るためにもグローバルな意識が必要なことは言うまでもない。国際看護とは広く世界を視野に入れたケアの専門性と考えるべきだ。

次に、世界の国々、ここでは、開発途上国の実態を見てみたい。

2. 世界で見た病気と不健康

時折、アフリカで出血熱が発生したとか、アジアのどこかで新型インフルエンザが発生との報道は、先進国の私たちにとって新たな健康の危機になるかもしれないとの警告として報道されているようにみえる。世界には多種多様な疾患が存在し、歴史的にみると疾患分布はかなり特徴的であった。どの国も経済発展に伴って、急性感染症優位から徐々に慢性のいわゆる生活習慣病が増加する（疫学変遷）が、問題は世界全体の疾病の分布である。全世界の16%の人口に過ぎない先進国は、世界の富の73%を保有し、疾病負担はわずか8%である。人口の84%を占める一方、富は27%しかない先進国以外の国々は、地球上の全疾病の92%を被っている。貧しい多数者が、多数の疾病を持つことは当然ともいえるが、富が少ないために、疾病が多いとも、治療不備が疾病を蔓延させているともいえる。

図1は、著者が経験した最大の甲状腺腫（ゴイター）である。ヨードを含まない岩塩を常用する世界の高山地帯では稀ではなく、村の全成人が大小さまざまなゴイターを持つこともある。前頸部の腫脹は、大人になった徴とも理解される地域では、小児期からの慢性ヨード不足に順応することもあって、わが国で診断される甲状腺腫の症状を訴える人はほとんどいない。したがって、WHOやUNICEFがヨード添加塩を配布しても使用するとは限らず、また



図1 ヨード欠乏性甲状腺腫

ヨード剤の定期的注射への関心も高くないこともある。その他、「コレラ顔貌」とか「チフス顔貌」も、すでにわが国で見られることはなくなったが、これらの疾患に特徴的な顔つきで、途上国でアウトブレイクが生じた際には、臨床診断の根拠でもある。わが国では見られなくなった疾患といっても、途上国では現在でもしばしば経験することがあるものは、世界的に解消した健康問題としてしまうことはできない。

1960年代、アフリカや東南アジアでは、多数新興国々が独立した。それらの国々に内在した民族的対立が、冷戦構造終結後の90年代に地域紛争となった他、自然災害、飢餓、また感染症流行などの災害や宗教的対立による避難も増加した。表1はUNHCRの2012年時の数字であるが、この他、難民申請者、無国籍者などを含め、何らかの庇護を必要とする人々の数4,000~4,200万人は、過去10年間、著しく変化していない。難民を多数送出する国々に共通する問題は、過去20年以上継続してきた地域武力紛争

表1 世界の避難民 2012年 UNHCR

UNHCR 地域区分	難民+ 難民様避難民	国内避難民
アフリカ	3,680,108	7,043,910
アジア	5,712,716	6,351,679
ヨーロッパ	456,370	331,270
中南米	491,245	3,943,509
北米	4,579	—
太平洋	1,683	—
その他	153,540	—
合計	10,540,200	17,670,368

だが、世界の難民の8割以上が隣接国へ避難することから、武力紛争による避難民の場合は、人々の移動とともに受入国への武器や麻薬を扱うブラックマーケットを含む紛争経済圏の拡散である。1990年代は、国際保健・看護にとってエポックメイキングな decade (10年) だった。すなわち、1989年、第二次大戦後の世界を二分していたアメリカ中心の西側資本主義・自由主義諸国と旧ソビエト連邦を盟主とする社会主義諸国の冷戦構造が終焉した。冷戦構造崩壊は民主主義市場経済の勝利とも思われたが、世界各地では抑圧されていた民族の独立闘争や民主化運動が発生し、いわゆる Complex Humanitarian Emergency (CHE 実態は地域武力紛争) が続発し、アメリカ主導の市場主義がグローバリゼーションとして世界拡散する一方、小規模紛争は蔓延し、冷戦時にはなかった複雑な事態が慢性化しているのが現在と云える。さらに2001年9月11日のアメリカ同時多発テロは、それらの事態が新たな局面に入ったことを世界に示した。このような時代、紛争継続中、あるいはそのリスクある途上国への安易な国際保健/看護協力を企画することは、たとえ善意であれ人道的であれ、十分経験ある専門家の指導がなければ、成果がおぼつかないだけでなく、治安上の問題をきたすことがあることを理解しておくべきであろう。では次に、何故、ある国では発展が遅れたり、国々の間に差が生じたりするのか、また、健康と国の開発や発展についてみてみよう。

3. 健康と開発—私たちと外国との関係

通常、開発 (development) とは、機能的によりよくなることであり、私たちが知識や技術、また自然を活用して、自分たちにより有用で便利なものを生みだした過程、またはその結果と理解される。国際保健で云う開発とは、ある国や地域社会が経済的社会的により良くなることであった。しかし、前述したように過去経済に焦点をあてた開発では、様々なひずみが、国の発展と個々の人間の発展は必ずしも一致しないことから、限りある資源の有用活用と、将来の世代の利益や要求を損ねない範囲での開発を目指す考え (持続可能な開発 sustainable development - ブルントラント報告) や、個々の人間がその能力をフルに発揮するために人々の選択肢を拡大することが必要とする人間開発 (human development) の考えが生まれた。また、看護を含む保健分野の国際開発協力では、必ずしも先進国の専門家が開発の遅れた途上国や地域に赴き実地に保健活動を行うことだけを目指しているのではない。

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) やインフルエンザといった感染症の広がりだけでなく、食料自給率39%、ほとんどといってもよいほどの日用品は人件費の安い近隣国製に頼り、自然資源のほとんどを輸入する一方、高度工業製品の輸出で経済が成り立っている日本の現状を考えれば、ある国の住民の健康と生計維持には、諸外国との連携が必要だということは自明である。さらにまた、何処で、誰が、意識するとしなにかかわらず、どのように原因を作っているのかは判らないまま、地球全体に影響が及んでいる地球温暖化などの環境破壊は、私たち自身の生活を含め地球規模で取り組まない限り解決の術はない。日常の生活を通じて自分や家族、地域や日本という国、さらに世界全体の健康を考えることも国際保健活動といえる。では、私たちが摂取する食料の産出国や衣類や日常雑貨を製造している国々の人々はどうのような生活を送り、その健康状態はどうであろうか。

2013年版 World Health Statistics によれば、日本人全体の平均寿命は83歳で194カ国中1位、男性の79歳は実質5位、女性の86歳は第1位である。統計のある194カ国中、男女全体では32カ国、男性は11カ国、女性は49カ国が80歳以上であり、世界全体が高齢社会化していることがうかがえる。しかし、その一方、シエラレオネ47歳を最短として、平均寿命が55歳以下の国が19カ国ある。

図2は、1975年と2005年の169カ国の富と平均寿命を見たものである。保健経済的には、国が富裕になると、乳幼児死亡は減少し、寿命が延びることは古くから知られていたが、この図からは全体として30年間に世界の平均寿命が延びたこと、どちらの年

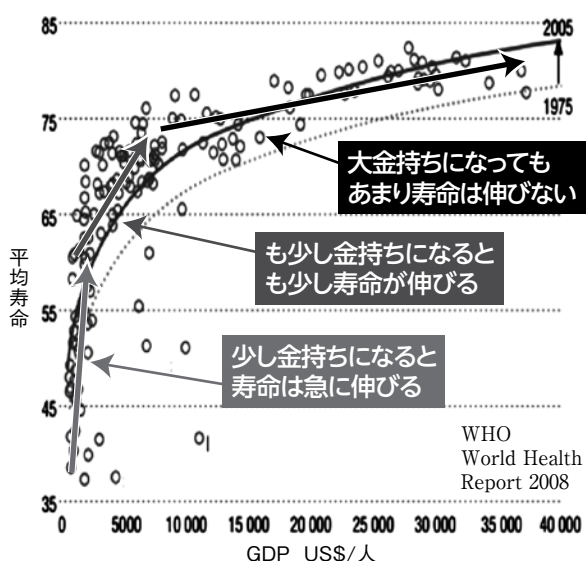


図2 169カ国の GDP と平均寿命 1975年と2005年

でも、GDP が大きい（金持ち）国ほど平均寿命が長いこと、さらに30年間の伸びしろも金持ち国ほど大きいことが判る。かつての国の発展や開発協力では、経済発展に主力が置かれた時期もあったが、代表的な保健指数である平均寿命を見る限り、国が金持ちになると寿命が延びていることから、経済発展が人々の健康を改善したことは事実である。しかし、GDP が数百ドル程度の、いわゆる開発途上の国々の産業構造は、わが国など、GDP が数万ドル以上の国々とは大いに異なっている。通常、産業は大きく三分して考えられる。すなわち、農業、林業、漁業など自然産物の採取を主体とする第一次産業と、加工業を含む建設業や鉱業および製造業からなる第二次産業と、電気・ガス・エネルギー供給、水道業、運輸通信、卸・小売、飲食店、金融・保険業、不動産業、公務、その他サービスを提供する業務など、いわゆる第三次産業である。

GDP の伸びと平均寿命の伸びを三相に分けてみると、開発が遅れている途上国の大半が属している第一相では、GDP は数百ドルから1千ドル程度で、平均寿命は最も短い30歳代から60歳以上に散らばり、約20年の差がある。これらの国々には紛争が絶えまない国も含まれているが、国の産業は複雑な加工業を伴わない農業や漁業が中心で、第一次産業によって生計を立てており、それ自体では大規模な自然破壊や産業による環境破壊もないが、これらの国々の識字率はそれほど高くはなく、このままでは、さらなる経済発展が困難なこと、および自力開発が難しいことから、安易に外部の産業優位の開発介入を許す結果、大規模な森林伐採や不適切な道路建設などによる開発の歪みを受けやすいことであろう。第二相は、GDP は1千から1万ドル程度の国々からなり、平均寿命は60代後半から70代後半に散らばる。つまり、第一相からさらにもう少し金持ち国になる過程で平均寿命は10歳程度伸びることが判る。しかし、この経済発展のためには何らかの工業化を要し、この際、中長期的環境対策を講じておかなければ、やがて工場からの排棄物資による環境汚染や自然破壊が生じ、早晚、人々の健康への影響が出る。このような事態は、経済発展の著しい1960~70年代のわが国に発生した「4大公害病」や1970年代から80年代にかけ、無計画な工業化を勧めた東欧諸国の工場排水が流れ込んだダニューブ川流域の環境汚染、さらには、今後、その影響が深刻化するであろう、現在の中国で生じている状況を考えればよい。第三相には、適切に管理された多様な産業をもち、民主主義と自由主義、市場経済を基盤とする、ほぼ

すべての先進国が属している。GDPは数万ドル以上にも及んでおり、国民の平均的生活は高いレベルにある。しかし、第一、二相に比べると、平均寿命は数歳程度の伸びを示すに過ぎないものの、全体としては多くの国で高齢化少子化が深刻化している。まとめると、それぞれの国は開発、すなわち富を得るとともに健康状態は改善し、平均寿命は延長する。しかし、いっそうの発展を求めた重工業化は、環境や自然に破壊をもたらし、やがては人間の健康被害を来す。この傾向はイギリスにはじまった18世紀の産業革命以後、産業形態が変化し、やがて石油濫用世界が始まり、約1世紀を経た現代の地球温暖化と軌を一にするものかもしれない。これらの経過を振り返ると、私たちは、どの様な手段で、どの程度の富と便利さ、健康を求めたらよいか、つまり、どの程度の開発とそれに見合う健康で満足すればよいか、謙虚に考えねばならないような気がする。同時に、これまでの保健医療活動では疾病対策、つまり壊れた健康の修復に重点があったが、開発に伴う被害を防ぎえなかったことを肝に銘じ、今後はよりマクロの環境保護による長期的健康への視点も持つべきであろう。では、その国際開発の根拠となった理念や政策とは、どんなものであろうか？

4. 開発の理念

表2では、これまでの保健医療に係る開発理念と政策を一覧した。特に保健医療分野と関連の強いもの(表中のbold文字)を以下にあげる。

まず、1948年のWHOの憲章前文の「健康の定義」である。健康とは、「単に病気が病弱でないだけでなく、身体的精神的そして社会的にも完全にwell-beingであること」と記されている。これは理想の健康を求めているのではなく、WHOとそのメンバーの国々が、あくまでこれを求めて、永遠に働き続けるとの決意を示していると理解すべきであろう。

続いて、1977年の「すべての人々に健康を」と翌年の「プライマリー・ヘルス・ケア (Primary Health Care PHC)」がある。前者は1970年代当時、国内にほとんど見べき保健医療サービスの手段を持たなかった大多数の途上国住民を含む地球上のすべての人々に、公平な健康保持の手段をもたらそうとの理念を謳ったもので、後者は、その具体的戦略である。PHCとは、「自らの判断と自主努力の精神に基づき、誰もが関与でき、かつ、誰もが十分利用しうる、また、地域社会や国が、その発展程度に応じて、それぞれの資源でまかなえ、しかも実用的か

表2 保健医療の開発理念

1944 : Bretton-Woods 体制
1945 : 国連憲章。UNESCO 憲章。日本国憲法
1948 : WHO 憲章 (健康の定義)。世界人権宣言。 マーシャル・プラン
1950 : コロンボ・プラン
1969 : ピアソン報告
1970 : BHN (Basic Human Needs 人として必要な基本的ニーズ)
1972 : 国連人間環境会議
1976 : バンクーバー都市サミット (国連人間居住会議 HABITAT)
1977 : WHO : Health for All by the Year 2000 (すべての人に西暦2000年までに健康を)
1978 : PHC (Primary Health Care プライマリー・ヘルスケア。アルマアタ宣言)
1980 : プラント報告「南と北 - 生存のための戦略」。 WID=Women in Development 女性と開発
1986 : 健康増進 (Health Promotion-WHOオタワ会議)
1987 : 持続可能な発展と環境 (Sustainable development and Environment プラントラント報告)
1990 : 子どもサミット
1990 : 人間開発 (Human Development) と人間開発指数
1993 : ウィーン世界人権会議
1994 : 人間の安全保障 (Human Security)
1994 : 国際人口開発会議 (International Conference on Population and Development) Reproductive Health/Right)
1995 : COP1 (第1回気候変動枠組み条約締約国会議 = 通称気候サミット) COP=Conference of the Parties = 国際条約加盟国が諸事決定するための最高決定機関。気候変動枠組条約 (Framework Convention on Climate Change= COP-FCCC) が特に有名。 1997 COP3 : 地球温暖化に関する京都会議 2013 COP19 : ワルシャワ会議
1995 : 世界女性会議 (World Conference on Women)
1996 : OECD/DAC 新開発戦略
1999 : 地球公共財 (Global Public Goods)
2000 : MDGs 国連ミレニウム開発目標 (UN Millennium Development Goals)

つ 科学的で、さらに社会<文化>的にも適切な、必須の基本的保健医療サービスである」が、これも健康の定義同様、理想ともいえる。しかし、この草稿を作成した Carl Taylor 博士は、健康とそのためサービスは、地球上のすべて人間が享受すべき基本的人権であり、人々が、自らもそれを構築する努力を通じて社会に関与すべきことが重要と説かれていた。

HFA から約10年後の1986年、カナダのオタワで開催された WHO の健康増進 (Health Promotion)

図3 健康づくりのためのオタワ憲章

Ottawa charter for health promotion

• 平和	• 住居
• 教育	• 食糧
• 収入	• 持続可能な資源
• 安定した環境	• 社会的公正と公平

健康の前提条件=健康のための社会的要因
(Prerequisites for Health=Social determinant of health)

会議は、当時、それほど注目を浴びなかった。しかし、健康を守るために、図3に示したような保健分野以外に前提となるべき多様な条件、すなわち、健康を規定する前提となる社会的要因 (Social Determinant of Health SDH) を初めて明示したことの意味は大きい。その後、直接的に健康のみを対象とした開発理念は出ていない。しかし、1990年国連開発計画 (United Nations Development Programme UNDP) が打ち出した人間開発 (Human Development) の理念は「開発の目的は、人々の選択肢がふえること」とし、その数字化に経済性を示す購買力、教育程度を示す就学率と通学年数と、健康状態として平均寿命を用い、人間開発指標 (Human Development Index HDI) を提案した。また同組織は、1994年人間の安全保障 (Human Security) の考えも提唱したが、これにも健康が取り上げられている。現在の国際社会は2000年、世界が2015年までに達成すべき国連ミレニウム開発目標 (UNs Millennium Development Goals UNMDGs) を追求している。表3に示す8項目の内、4, 5, 6は直接的に保健問題であり、1, 2, 3および7は貧困、教育、女性の地位および環境と間接的ながら、健康とかかわる事項である。8は仕組みを示しているものであることからすると、21世紀の世界が目指すべきと、すべての国連および国際社会が合意した開発目標は、ほぼすべて健康に関係するといえる。2015年を目前にした現在、これらがすべて達成される目途はないものの、過去10年余の間、健康上の大きな

表3 国連ミレニウム開発目標 (UN MDGs) Millennium Development Goals

1. 極度の貧困と飢餓の撲滅
2. 普遍的初等教育の達成
3. ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
4. 乳幼児死亡率の削減
5. 妊産婦の健康の改善
6. HIV/AIDS、マラリアその他の疾病の蔓延防止
7. 環境の持続可能性の確保
8. 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

進歩があったことは事実である。この世界規模の保健分野の開発目標の達成に、各国の看護師が貢献していることは事実であるが、政策立案、計画の実践やモニター、評価といった過程では、看護職の関与はあまり見えていない。将来、世界規模の保健活動に、看護職の声が反映されることを期待したい。

さいごに

図4は、SDHを考慮した健康要因を層状に示したものである。かつては、健康と病気の鑑別は明確で、比較的短期間の対応で終わる急性疾患主体だったため、専門家と治療設備が整備された医療施設、つまり、病院内の治療 (cure) を目指す医療と看護に重点があった。現在、そして将来は、明らかな病気ではないが、やがて病的状態となる、例えばメタボリックシンドロームのような生活様式と関係する不健康が増える。また、病人ではないが、健康の質が劣った高齢者も一層増加する。このような事態には、医療施設の専門家主導の医療と看護での対応は不可能である。保健医療の受け手の住民の主体的関与、意識と行動変容をおこなえば成果は出ない。この考えは、先に述べたPHCと共通であり、先進国型PHCと呼んでも良い。将来の看護は、破線でくるんだ生活の場における予防と養護的看護 (care) のための教育、訓練そして実践が必要だが、人々の健康をまもり、向上させるための看護師主体の新しい保健体制が望まれる。図5は、先進国型医療/看

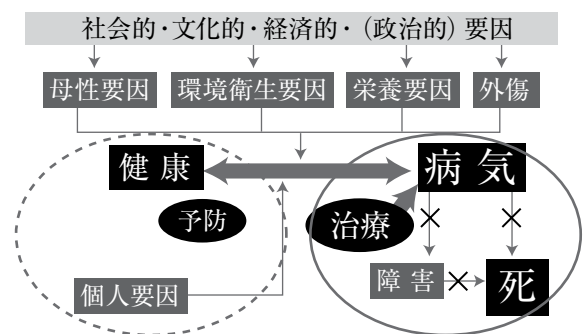


図4 健康に影響を及ぼす要因

先進国型医療/看護	国際保健/看護
<ul style="list-style-type: none"> • (特定)個人への治療 • 医療施設の医療者による待受け介入行為 • 高度先端技術/機材/知識を要する • 専門的で高価 • 原則として文化・地域性を問わない 	<ul style="list-style-type: none"> • 不特定多数への予防 • 住民への働きかけ/住民の自主参加 • 基礎的保健知識/技術/機材でまかなう • 学際的だが廉価 • 地域特性・文化配慮が必要

図5 医療と国際保健/看護

護と国際保健／看護の対比であるが、この両者を結び付けられるのは、医療における看護と生活の場

における看護の両機能を保持している看護師の役割であろう。