

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

Health and nursing in the 21 century

| | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| メタデータ | 言語: jpn 出版者: 公開日: 2013-01-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 喜多, 悦子, OTSUKA, Kuniko メールアドレス: 所属: |
| URL | https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/190 |

第6回日本赤十字看護学会学術集会

特別講演

21世紀の健康と看護

Health and Nursing in the 21 Century

演者 喜多 悦子 KITA Etsuko (日本赤十字九州国際看護大学)
座長 大塚 邦子 OHTSUKA Kuniko (日本赤十字九州国際看護大学)



喜多 悦子
KITA Etsuko



大塚 邦子
OHTSUKA Kuniko

I. はじめに

世界保健機関 (World Health Organization、以下WHO) によれば、2005年、世界では、400万の1ヶ月未満児を含む1,100万の5才以下のこどもが生命を失い、50万以上の女性が妊娠分娩に関連して亡くなると予測している。2002年の日本の新生児死亡実数は1,937、乳児死亡実数は3,497、妊産婦死亡実数は84 (妊産婦死亡率は7.1/10万出生) である。母子保健分野では世界のトップクラスのわが国は、しかし、年間出生数が110万近くまで減少し、一方、高齢層は人口の20%に近づいている。そして壮年層の自殺、若者の就学・就業忌避、小児や高齢者への虐待が増えている。

世界にはどんな健康の問題があるのか？
ある健康問題はなぜ起こり、どう解決されたか、

また、なぜ、解決されないのか？

その際、誰が、どう対応し、どんな経過をとったのか？

世界の人々の健康は、日本の私たちとどう関係しているのか？

日本の私たちは、世界の健康とどう向きあってきたか、あるいはどう向きあうべきだったか？

世界で最大の保健医療専門家集団として、看護師は世界の健康に対し、どんな責任を果たしてきたのか、また、これから何をなすべきか？与えられた主題のもとに私見を述べる。

II. これまでの健康問題

WHOによる健康の定義^{*1}は、「健康とは、身体的、精神的かつ社会的に満足のゆく状態であ

り、単に病気や病弱がないということではない (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.)」である。

この定義は、1947年、ニューヨークで開かれた諸国代表による会議で決まったのだが、その頃の日本同様、多くの開発途上国では、現在も肺炎や気管支炎、下痢、さらに予防接種や適切な注意で拡大を防げる麻疹などの小児感染症、さらに古来のマラリアその他の熱帯寄生虫症の流行が主要な健康問題として存続している。

一般に、国の経済が発展し、GNP*2 (またはGNI) が増えるにつれて、人々の習慣や食餌内容が変化する。開発に伴う生活様式の変容によって、非感染性慢性的の生活習慣病が増加する、このような疾病構造の変化を健康転換 (health transition) とか疫学転換 (epidemiological transition) という。栄養転換 (nutritional transition) という言葉もあるが、これは含水炭素主体の食生活が動物性蛋白や脂肪中心に変化することを重視した言い方だが、栄養の変化は健康転換の要因でもある。例えば、最近では、先進国のみならず開発途上国でも、メタボリック・シンドローム*3など、生活習慣病が大きな問題となってきた。

市場経済と工業化の進んだ先進国に対し、それらの遅れた地域を開発途上国*4とよんでいる。第二次世界大戦後、国際社会をあげて、途上国支援が行われたが、最初、国の経済発展が至上とされ、経済発展に伴い、例えば、乳児死亡率などの保健指数は改善した。図1に示したのは、保健状態の他の指標である平均寿命である (図1)。

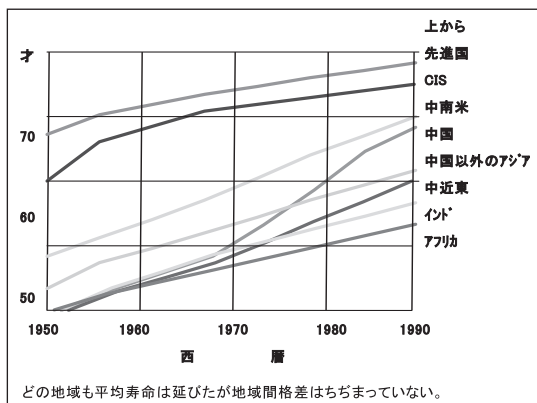


図1. 地域別平均寿命の伸び

世界のどの地域でも平均寿命は延長しているが地域間格差は縮まっていない。すなわち、国際協力によって、経済発展を遂げた国は多く、また、経済発展は、教育、保健などを含む、社会インフラのハード面とソフト面の改善に必須ではある。しかし、経済発展だけでは、富裕国と貧困国の国家間の格差は改善しただけでなく、同一国内でも富裕者と貧困者の差を助長することが明らかになった。

このことは、平均寿命の裏返しでもある幼児死亡率が、アフリカや南西アジアでは、現在も日本の1900年頃のレベルに留まっていることからも理解できる。

一方、1980年代、女性の教育レベル (識字率) と子どもの死亡率が関連することが注目されるようになって、世界の開発戦略は国の経済発展から地域社会や、個々の人間、特に女性の能力や立場、地位の改善に重点をおくようになった。

第二次世界大戦後の変遷を経て、WHOがまとめた、現在 (1999) と将来 (2020) の主要疾患の一覧を表1に示す (表1)。20世紀末、上位を占める呼吸器感染症、HIV / AIDS、マラリア、麻疹、また感染とも関連する下痢性疾患はランクを下げると予測されている。唯一、上位に残るのは結核で、代わって脳心血管疾患、精神疾患、戦争、暴力、自損行為が増えると予測される。

歴史上、人類を苦しめてきた健康上の問題は、旱魃や洪水など自然の脅威による食糧不足や生活圏の破壊であった。その後、中世から近世への最

表1. 世界の健康問題—1999と2000 WHO2000 推定

| 1999 | 2020 |
|---------------|-------------|
| 1. 急性下部呼吸器感染症 | 1. 虚血性心疾患 |
| 2. HIV/AIDS | 2. 単極性大うつ病 |
| 3. 周産期の異常 | 3. 交通事故 |
| 4. 下痢性疾患 | 4. 脳血管疾患 |
| 5. 単極性大うつ病 | 5. 慢性閉塞性肺疾患 |
| 6. 虚血性心疾患 | 6. 下部呼吸器感染症 |
| 7. 脳血管疾患 | 7. 結核 |
| 8. マラリア | 8. 戦争 |
| 9. 交通事故 | 9. 下痢性疾患 |
| 10. 慢性閉塞性肺疾患 | 10. HIV |
| 11. 先天性奇形 | 11. 周産期の異常 |
| 12. 結核 | 12. 暴力 |
| 13. 外傷 | 13. 先天性奇形 |
| 14. 麻疹 | 14. 自損行為 |
| 15. 貧血 | 15. 気道系悪性腫瘍 |

ブロック字は増加が予測されるもの。

表2. 健康に関する世界戦略

| 年 | 健康にかかわる世界理念または戦略 | 概略 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1948 | 健康の定義 | |
| 1973 | Basic Human Needs ¹³ (BHN, ベーシック ヒューマン ニーズ) | |
| 1977 | Health for All by the Year 2000 | 新たな理念の創出 |
| 1978 | Primary Health Care (PHC) | |
| 1980 | Women in Development (WID, 女性と開発⇒Gender<ジェンダー> ¹⁴) | |
| 1986 | Health Promotion (オタワ会議) | 女性の開発、環境への関心 |
| 1987 | Sustainable Development (持続可能な開発) ¹⁵ | |
| 1990 | 子どもの権利 ¹⁶ (国連子どもサミット) Human Development Report ¹⁷ (人間開発報告書、UNDP) | 子どもの権利、個人の開発、 |
| 1992 | Agenda21 (国連地球サミット、地球温暖化対策の初め。後にCOP京都会議など) | |
| 1994 | Human Security ¹⁸ (人間の安全保障) Reproductive Health/Rights (リプロダクティブ・ヘルス/ライツ) | 世界的開発戦略 |
| 1995 | 世界女性会議 (通称、北京会議) | |
| 1996 | OECD/DAC ¹⁹ 新開発戦略 | |
| 2000 | Millennium Development Goals ²⁰ (MDGs, 国連ミレニアム開発目標) | 世紀の目標 |

大の苦難は、ペストやコレラの大流行に代表される感染症であった。これは、微生物の発見や関連分野の新しい知見^{*5}とともに、次々と発見合成、改善される抗生物質^{*6}、さらにPHC (後述) の主要事業としての世界規模EPI^{*7}などもあって、ある時期、感染症克服の期待もあった。

しかし、80年代以来、HIV (Human Immunodeficiency Virus、ヒト免疫不全ウイルス。AIDS〈Acquired Immuno-Deficiency Syndrome〈後天性免疫不全症候群〉の原因ウイルス) に始まり、最近のSARS (Severe Acute Respiratory Syndrome、重症急性呼吸器症候群) やトリインフルエンザに到る新興感染症^{*8}や薬剤耐性をもった結核菌やマラリア原虫などによる再興感染症^{*9}などは、先進国、途上国を問わず発生し、先に述べた健康転換のパターンを複雑化させている。事実、多くの途上国でも、都市部では生活習慣病が増加しているが、非都市部では、なお、感染症や栄養障害が問題となっており、多面的な保健対策が必要になってきている。

表2には、これまでの健康関連の主な理念と世界戦略をまとめた。

第二次世界大戦後、国連^{*10}その他の国際機関^{*11}、先進国の政府開発協力機関^{*12}、また民間の組織や多数のNGOさらに個人による多様な国際協力が行われてきた。遅々とした歩みではあるが、世界の保健体制は前進し、少しずつながら、人々の健康維持、向上の手段が整ったことは事実である。

保健分野における開発理念や戦略の中で特筆さ

れるのは、1977年、第30回WHO総会で、満場一致で決定されたHFAと、翌年、旧ソビエト カザキスタン地方省都アルマ・アタでの国際会議で、WHO、UNICEFほか67組織、143ヶ国が合意したHFAの実践戦略 Primary Health Care (PHC) であろう。

HFAは、「2000年までに、地球上のすべての人々に、社会的、経済的に生産的な生活が可能健康を!! (・・the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life)」という、1980年代のWHOとそのメンバー国が追い求めるべき目標であった。また、PHCは、「自らの判断と自主努力の精神に基づき、各開発過程の地域社会や国が、自らがまかない得る範囲の経費で、誰もが関与し、また十分利用することが出来、しかも実用的かつ科学的で、社会的にも適当な必須の基本的保健医療サービス (Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.) としての実践案であり、80年代以降、国際機関や先進国の途上国への保健医

療介入の基本となったものである。(注：PHCは、出来るだけ医療の関与なく、予防的に健康の維持増進を図る活動で、先進国でのPrimary Careは、患者が接する最初の医療で、その概念はまったく異なる)

確かに、HFAは過大な理想論ともいえるし、多様な問題が錯綜する途上国では、ごく基礎的なPHCすら十分全うされているとはいえない。世界には、さまざまな健康問題が蔓延している。しかし、本来、すべての人間が享受すべき健康という基本的権利が国際活動の中心になるきっかけであったHFAとPHCは、先進国であれ、途上国であれ、多産多死社会であれ、少子高齢化社会であれ、すべての保健医療人がこころにとどめおくべき理念と戦略といえる。

Ⅲ. 21世紀の健康問題

HFAが達成されなかったまま、21世紀も5年目を迎えた。

国際社会の多大な努力にもかかわらず、なぜ、世界の健康問題は解決されないのか？

表3に、世界の富裕国と貧困国の間にあるさまざまな格差を一覧した(表3)。

われわれは、何処に、何時、生まれるかを選べないにもかかわらず、生まれた場所によって、膨大な差別を押し付けられている。

そのような理不尽ともいえる不公正、差別の上

に、さまざまな不健康が蔓延しているといえる。例えば、HIV/AIDSや、先に述べた新興感染症の原因はウイルスであり、毎年、アフリカの多数国に流行するコレラや髄膜炎は細菌の感染に過ぎない。しかし、これらの医学的問題は、今や医療の範疇を超えた社会的また人権問題となって、開発途上国の特に貧困な地域の開発を妨げている。

無計画に熱帯雨林を開拓したために、未知の微生物と人間の過剰の接触から、新興感染症が発生したり、さらなる環境破壊を来したりした結果、大量避難民の発生につながる紛争が生じているところもある。また、干ばつやハリケーン、洪水など巨大化する自然災害も各地に発生する地域武力紛争やテロとともに、新たな健康問題を生じている。栄養対策や予防接種といった古典的保健医療対策だけでは、もはや、途上国の人々の健康をまもることは不可能に近い。以下に、このような医学的要因以外の、人々の健康の脅威をあげる。

A. 貧困による健康問題

現在でも、1日1ドル以下で生活する人は、地球上に10億人以上いる。「貧困は最大の暴力である」とは、インド首相だったネールの言だが、「貧困は最大の病気」でもある。表2に示すような貧困国では、保健医療施設のみならず、通院に必要な道路や交通手段など、社会インフラ整備も滞っている。就学の機会はおろか、保健施設を訪れる機会も基礎的衛生知識や情報を求める手段もない

表3. 先進国(富裕国)と開発途上国の差(UNICEF子ども白書2003より著者作成)

| | 富裕国 | 貧困国 | 両者の差 |
|-----------------------|-------------|-----------|---------|
| 5歳未満児死亡率(U5MR)／1000出生 | 4.8／1000 | 198 | 41倍 |
| 乳児死亡率(IMR)／1000出生 | 4.5 | 121.2 | 27倍 |
| 1人当たりのGNI US\$ | 31,807 | 149 | 1／213 |
| 出生時の平均余命 年 | 78.4 | 46.5 | 59% |
| 成人の総識字率 % | — | 47.6 | |
| 小学校純就学率／出席率 % | 96.5 | 49.0 | 51% |
| 低出生体重児出生率 % | 5.8 | 15.0 | 3倍 |
| 合計特殊出生率 | 1.6 | 6.3 | 4倍 |
| 妊産婦死亡率(MMR)／10万出生 | 6.3 | 794.2 | 126倍 |
| 安全な飲み水を利用できる率 % | 100 | 53.9 | 54% |
| 適切な衛生施設利用可能率 % | 100 | 48.5 | 49% |
| 成人識字率 % 男／女 | —／— | 60.6／39.3 | |
| 小学5年在学率 % | 99.0 | 53.3 | 54% |
| 中等教育総就学率 % 男／女 | 107.7／108.5 | 21.8／15.3 | 20%／14% |

富裕国：オーストリア・デンマーク・独・アイスランド・日・ルクセンブルク・蘭・ノルウェー・スウェーデン・スイス・米(11ヶ国)

貧困国：ブルンジ・コンゴ民主共和国・エリトリア・エチオピア・ギニアビサウ・マラウイ・モザンビーク・ニジェール・シエラレオネ・ソマリア・タジキスタン

多数の人々がいる。

ただし、貧困がすべての不健康の原因ではない。例えば経済程度に比し、女性識字率の高いスリランカや、数は少ないが社会主義国家では、基礎的保健活動であるPHCの範疇でも、成果をあげている。要は、何が問題であるかを認識し、優先順位をつけた適当な対策をきちんと実践することが必要で、統治力のある行政機構も重要である。

B. 社会機序の転換、経済開発のひずみによる健康問題

しかし、時に、ある程度の発展国において、経済不況や社会体制変化をきっかけに、健康問題が生じることがある。例えば、90年初頭、旧ソビエト崩壊後に生まれたロシアでは、一旦治まっていたジフテリアや結核が大流行した。共産主義崩壊による価値観の喪失と同時に進行した経済不況が、元来のウォッカ好きをアルコール中毒化し、予防接種や疫学調査体制の崩壊もあって、数年内に、明らかな平均寿命の短縮を生じた。また、かつては冬季オリンピック開催地であったサラエボも、ユーゴスラビア崩壊時、人々の知識水準は何ら変化しなかったにもかかわらず、孤立と食糧不足の中で、肝炎をはじめとする感染症流行に脅かされた。南米や中国など、一部工業化が進んだ国では、貧困農村部の住民が、大した技術や知識もないまま都市に流入しスラムを形成して不衛生な環境にさらされている。また、20世紀後半の東欧で見られたように、中途半端な工業化による環境汚染による健康障害も大きい。

C. 災害*²¹による健康問題

一部の災害研究者間では、1980年代頃から、地球温暖化と関連付けて自然災害の巨大化が予測されていた。実際、その因果関係が科学的に証明されたわけではないが、ハリケーン・サイクロン・台風*²²、洪水、さらに干ばつや地震すら巨大化していることは、世界各地で経験されている。しかも、これらの自然災害で、より大きな被害を受けるのは、常に貧困者であり、その意味では、前述の経済的な問題とも重複した複合災害とよび得るものもある。

さらに、冷戦構造終結後の1990年代、世界各地にComplex Humanitarian Emergency (CHE*²³)

と総称される紛争が続発した。CHEは、文字通りには、複雑化した(人道の)危機状態だが、実態は途上国の地域武力紛争で、戦闘要員は一般住民である。現在のイラクは例外的CHEだが、あまり破壊力の大きな武器は導入され無いくが多く、実際、紛争による直接死はそれほど多くない。しかし、住民同士が相戦う卑近な紛争のため、精神的負担は大きい。また、元来が貧困地域に発生するため、小学校やヘルスセンターなど、在るか無きかの物理的インフラのみならず、教育や保健システムなど、ソフト面も壊滅してしまうため、健康に及ぼす間接的影響は甚大である。さらに、適切な環境で育てられるべき幼児期への影響は、厳密な調査はなされていないものの、きわめて重篤である。

また、テロは関係のない、不特定多数者の生命や健康を損なうだけでなく、テロ発生地の子どもの生活をも脅かす新しい公衆衛生上の問題である。

D. 文化的要因

例えば、女性性器切除(Female Genital Mutilation, FGM)*²⁴が女性の身体的精神的社会的健康に負の影響を与えていることは明白である。にもかかわらず、この「悪習慣」が解決されない理由は、優れて個人的かつ伝統的文化として許容してきた社会があることも事実である。

グローバル化とは、何もかもが一色になることではなく、多様性の中の適切な調和であろうが、しかし一方、少数民族を多数抱える国々では、何を基準に標準化するか、どこまでが許容すべき伝統や文化で、何が修正すべき「悪習慣」なのかは、きわめて判定困難である。

IV. 看護は何をしてきたか？ 何を目指すべきか？

看護とは何か？専門分野を異にする著者が申すことではないことを承知した上で、あえて述べて頂く。著者は、看護とは、有史以来、さまざまな苦痛、苦悩を持ち続けている人間の癒しのための学際的かつ人道的科学である、と考えている。

癒しを扱うことは、すなわち、苦悩をもつ人間を扱うことである。ヒトは最も弱い生物かもしれない。身に振りかかった苦難に対しては、傲慢な

までに過大な癒しを求めてきた。そして、それに対応してこられた看護分野の先達には敬意を表する。

しかし、前述したように、現在の世界が直面しているのは、きわめて複雑な健康問題であり、これまでのように、苦痛、苦難の担い手である個々のヒトにのみ関与しているだけでよしとするのかどうか、諸賢の判断にゆだねたい。表4は、日本赤十字九州国際看護大学の若い同僚の助けを得てまとめた、欧米の看護理論系譜の一覧である（表4）。

先に述べた開発理念は、1970年代に、国の経済開発から、地域社会や個々の人間の発展に目を向けるという、大きな転換があった。素人の表面的印象とのそしりもあろうが、看護理論の流れにも、同じく1970年代に、人間（病人）をめぐる環境に注目するという変化があったのではないかと思える。しかし、その環境は、限られた広がりであったようにみえる。さらに、1980年代に入って、行動、意識、文化といった新たな要因が加わっている。

開発領域にあっては、国家という、あえて云えば、実態のない対象から、地域社会という中間体を経て、個々の人間という身近な具体的存在に介入対象が変化してきた。

癒しを本態とする看護は、どの時代、どのような事態にあっても個々の人間から離れることはありえないであろう。しかし、複雑化する健康問題

を見た時、あくまでもひとりの人間という、あえて申せば、「Micro」な介入対象の範疇に留まっているだけで、役割を果たしているのであろうか。

看護は、そもそもMicroな分野であるとし、また、癒しのための科学という看護の本質を離れることはないとして、個々の人間からなりたっている社会の仕組みやその背景となっている伝統や文化、さらには経済や国際関係という、「Macro」な分野への取り組みは不可能なのだろうか。

筆者はわが国初の紛争地関与として、1980年代末、UNICEFアフガン事務所に勤務した経験を持つ。当時、20年をこえる専門性の高い先進国型医療経験はあったが、人道援助や開発協力においては初心者であった筆者に、有益かつ適正な指針を与えてくれた第一線の活動家の中には、少なからぬ看護専門家がいた。

グローバル化の進行とともに、途上国の脆弱な保健体制が世界の健康状態を左右する危険性を持っていることは、昨今の新興感染症流行だけでなく、紛争や自然災害の被災範囲をみても明らかである。にもかかわらず、世界的に絶対多数をしめる保健専門家集団である看護職が、広くMacroの分野で世界の健康に関与していない状況は変わっていない。

21世紀は先進国途上国を問わず、医療技術のさらなる発展と普及により、恩恵を受ける人々は増えるであろう。

表4. 看護理論の系譜

| 年代 | Needs | 相互作用（人間関係） | システム／全体性理論 | Caring |
|------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1950 | | ・看護における対人関係： ペブロー（1952） | | |
| 1960 | | ・21の看護問題 問題解決法：アブデラ（1960） ・ケア・コア・キューアのモデル：ホール（1964） ・人間のノード：ヘンダーソン（1966） | ・臨床看護—援助の技術：ウィーデンバック（1964） | |
| 1970 | ・セルフケアの欠如：オレム（1971） | ・目標の達成：キング（1971） ・看護の対人関係的側面：トラベルビー（1971） | ・統一体としての人間と環境：ロジャース（1970） ・ヘルスケア・システム・モデル：B.ニューマン（1971） ・適応モデル：ロイ（1976） | |
| 1980 | | | ・行動システム：ジョンソン（1980） ・拡張する意識としての健康：M.ニューマン（1986） | ・臨床看護実践論：ベナー（1984） ・文化的ケアの多様性と普遍性：レイニンガー（1985） ・ケアリングの哲学と科学：ワトソン（1985） |

しかし、それは直ちに、大多数者の生活の質改善をもたらさないであろうことも自明である。21世紀に求められるuniversalな健康科学とは、地域、国籍、人種、文化の違いを越えたhuman scienceとしての看護ではないかと考える。看護専門家が世界最大の保健専門家集団としての機能拡大をこの機会に要請したいと思う。

本文注

* 1 この定義に対し、1988年、「Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」としようとする提案がなされ、WHO総会に先行する執行理事会で討議され、賛成多数でWHO総会に付された。しかし、総会では現在の定義は十分機能しているとし、WHO事務局長の権限による見直し継続の形をとったまま現在に到っており、現実には定義の変更はなされていない。

* 2 Gross National Productは、ある国の一定期間の経済活動規模を貨幣価値(米ドル)で表した指標、国内外の国民の生産財とサービスの合計。国内生産に国外の純所得を加えたものがGross National Income。

* 3 中高年に多い肥満、高血圧症、脂血症、糖尿病は、単独でも長期対応が困難な病態だが、さらにこれらの重複によって動脈硬化が進行し、致命的な心筋梗塞や脳梗塞の発症にもつながる。最近、これら生活習慣病は個別の独立疾患ではなく、肥満、特に内臓に脂肪が蓄積する(内臓脂肪型肥満)を共通の前病態とすることが判ってきたことから、このリクス状態をmetabolic syndromeとよび、予防的介入の対象とすようになっている。

* 4 OECD(後述)では、2001年度GNIにより745米ドル以下を低所得国、745-2,975ドルを低中所得国、2,977-9,205ドルを高中所得国、9,205ドル以上を高所得国とし、その他の国連でも同様の規定を持つ。

* 5 発酵は微生物作用とのパストゥールの発表(1857)以来、コッホの炭疽菌(1876)、結核菌(1882)、コレラ菌(1883)発見、またコレラ菌発見に先立つ1847年のJ・スノウのロンドンのコレラ流行時の疫学的調査、さらに科学的証明は出来なかったが、ゼルメンワイスの塩素手洗いによる産褥熱対策(1847)もある。

* 6 Antibioticsとは、アオカビ由来ペニシリンなど他の微生物の発育阻止作用を持つ微生物産出物質をいったが、現在は微生物産生物資関連の抗菌、抗ウイルス、抗真菌、抗腫瘍剤などの総称である。

* 7 Expanded, Programme on Immunization(予防接種拡大作戦)は、WHO, UNICEFによる最も成功したPHC計画で、南北アメリカ、ヨーロッパ、わが国などを含む西太平洋地区などでポリオ・フリーが達成された。

* 8 Emerging Diseasesとは、WHOによれば、「かつて知られていなかったが、過去20年位の間に、認知された新しい感染症で、国際的または局地的に公衆衛生上の問題となる疾患」で、HIV/AIDS、エボラやラッサまたマールブルグなどの出血熱、SARSなど、約30種がある。

* 9 WHOによれば、Re-emerging Diseasesとは「既知の感染症で、一度、公衆衛生上問題とならない程度に減少していたが、過去20年間に再流行し、患者数が増加したもの」。つまり、いったんほとんど制圧され、最近、再び勢力を盛り返してきた感染症で、マラリア、 Dengue熱、ジフテリア、結核などが注目されている。

* 10 UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)やWFP(世界食糧機関)などは人道援助が主体、UNDP(国連開発計画)、UNESCO(ユネスコ)などは長期開発支援が主体、WHOやUNICEFなどは両者にまたがる活動を行っている。

* 11 世界銀行、アジア開発銀行など地域開発銀行、経済協力開発機構(OECD)など国連に属さない機関も多い。

* 12 日本の国際協力機構(JICA)、米開発援助庁(USAID)、英国国際開発局(DFID)、カナダ国際開発庁(CIDA)など。

* 13 衣食住、教育・保健衛生など人間の生活に必要な基本要素をいう。70年代までの援助は、貧困層に裨益していないことが認識されたことから生まれた概念。米開発援助機関、国連労働機関(ILO)の政策に導入された。

* 14 生物学的性別(Sex)に対する社会的文化的(に想定された)性別をgenderとする。要点は、文化的に「作られてきた」性差を排除し、生物学的性による優劣を作らないとする考えといえる。

* 15 現代が、将来世代の利益や要求充足を損なわないよう環境利用すること。1980年国連環境計画(UNEP)らがまとめ、国連地球サミット(1992、リオデジャネイロ)で「アジェンダ21」として具体化された。以後の地球環境対策の中心理念で、日本の環境基本法(1993)にも、取り入れられている。

* 16 児童(しばしば、子どもと表記されている)の権利に関する条約は、1959年の「児童の権利に関する宣言」30周年にあたり、国連総会で採択した国際条約。現在締約国は192、非締約国はアメリカとソマリアのみ(2005)。

* 17 1990年、マブール・ハク(パキスタンの経済学者)が創出した人間開発の概念に基づく国連開発計画の年報。毎年、健康、教育、購買力から算出された各国の人間開発指標(Human Development Index, HDI)が発表される。

* 18 1994年、同じくM・ハクが提唱した「暴力」と、就学就業機会や健康維持など「身近な欠乏」から人をまもる考え。1998年、小淵首相がわが国の開発理念として

以来、日本主導で国際的に広がった。2001年、人間の安全保障委員会が設置され、2003年最終報告が出た（邦訳人間の安全保障の今日的課題、朝日新聞社）。

*19 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development、経済協力開発機構)は経済成長、貿易自由化、開発をテーマとする日米欧の経済・貿易調整機関。下部のDAC (Development Assistance Committee)は持続可能な開発のための二国間援助調整の場で、世界の国際協力の調整と理念を主導している。

*20 国連ミレニウム・サミット(2000)で、147国家元首ら189加盟国が、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッド・ガバナンス(良い統治)などへの21世紀の国際社会の目標と国連の役割を提示、合意した。貧困と飢餓対策、ジェンダー平等化、幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、HIV/AIDSとマラリア対策など、8目標中5がは保健関係。

*21 災害は、自然現象に由来する自然災害と戦争など、人的要因の強い人為災害に分けて考えられてきたが、現在では、居住に不適切な地域の住民が、例えば、台風やハリケーン被害を強く受けることや、元来の遊牧民を強制定住させた後の干ばつ飢餓など、必ずしも、明確に区分出来ないものも多い。

*22 いずれも自然現象の風災害であるが、発生場所や風速によって呼び名が異なる。

*23 難民保健の世界的な研究者Mike Tooleらは、筆者が主催した人道の危機に関するシンポジウム(1995年2月)で、「宗教や民族の違いを背景とする戦争や国内紛争で、大量避難と食糧不足から、過剰の死をもたらす、比較的、急性の事態」と定義したが、最近では宗教や民族性を強調しない方向にある。

*24 主に北部アフリカ、中東の28ヶ国に継続する習慣。不潔な環境、非保健専門家の施術など、医学的な問題もさることながら、女性の身体的、精神的社会的負担からも廃絶すべきことは明白である。しかし、伝統的社会的

女性への介入が困難である以上に、女性個人の尊厳にもかかわるため、大々的な対応は困難とされている。クリトリスの一部切除、クリトリスと小陰唇などの切除、クリトリスと大小陰唇全体の大切除の3段階があり、前者2者で85%を占める。WHO指定では、既に1~1.5億の女性が切除されており、今後も毎年200万人程度が対象になる。

文献

- 青山温子,原ひろ子,喜多悦子(2001). 開発と健康. 有斐閣, 東京.
- Haq, M / 植村, 澤ら共訳(1997). 人間開発戦略 - 共生への挑戦 -. 日本評論社, 東京.
- 樋口康子(2002). 看護学 - 知へのあくなく探求 -. 東京, 日本赤十字看護大学.
- 西川潤(1997). 社会開発. 有斐閣, 東京.
- 西川潤(2000). 人間のための経済学 - 開発と貧困を考える -. 岩波新書, 東京.
- 人間の安全保障委員会編 / 同事務局訳(2003). 安全保障の今日的課題. 朝日新聞社, 東京.
- Sen, A. / 池本, 野上ら訳(1999). 不平等の再検討. 岩波書店, 東京.
- Sen, A. / 黒崎, 山崎訳(2000). 貧困と飢餓. 岩波書店, 東京.
- Sen, A. / 石塚雅彦訳(2000). 自由と経済開発. 日本経済新聞社, 東京. Tomey A.M., Allgood M.R., / 都留伸子監訳(2004). 看護理論家とその業績 第3版. 医学書院, 東京.
- 宇沢弘文(1999). ゆたかな国をつくる. 岩波書店, 東京.