

概括

問題

1978年のアルマ・アタ宣言および1977年に世界保健総会によって開始された「すべての人々に西暦2000年までに健康を」(HFA)戦略の基本原則は広く受け入れられているが、これらの基本原則の遵守状況は現在までのところ、必要な改善を人々の生活にもたらす上で十分といえるレベルには達していない。

多くの国々では、保健プランナーたちの間に、良い健康状態は基本的に医学的介入と病院サービスの結果であるという誤った認識が広く見られる。また、公衆衛生が意図的に疎外または過小評価される傾向も強まってきている(これに関しては、誤解によってWHOのイニシアチブのみが特定されることが多い)。さらに、アルマ・アタ宣言およびHFA戦略の基本原則が採用されてから医療機関および保健関係のその他の機関のカリキュラムにしかるべき変更が施されるまでのタイムラグの問題も、依然として存在している。公衆衛生関係の学校には、“一方では予防型のサービスと増進型のサービスの人為的分離を強化し、他方では他の形のヘルスケアを強化する”傾向が見られる。

また、世界的な政治上、社会上、および技術上の新展開によって、アルマ・アタ宣言およびHFA戦略の基本原則の実施に対するマイナスの影響ももたらされてきている。さらに、世界各国の経済力も、大きく変化してきている。昔より豊かになってきている国々ももちろん存在するが、逆に貧しくなりつつある国々も、少なからず存在している。また、多くの国々において、富者と貧者の格差が拡大している。一方、技術進歩は、持続可能な開発と持続可能な環境の間の明らかな矛盾という問題をもたらしめている。

さらに、現在も世界人口の5分の1を超える人々を苦しめている極貧という悪魔は、病気による苦しみや死亡を引き起こす最大の要因となっている。特に、女性は、多くの社会において、最も社会的地位が低く、生殖器関係の病気や死亡のリスクを抱えている上に、経済力と識字率に関しても、最も低水準の人口層を構成している。

また、国と国の間、および国の中における健康状態の著しい格差も、依然として存在する。ほとんどの開発途上国では、1970年代以降、国家予算に占めるヘルスセクターの支出の割合が低下の一途をたどっているが、最近の国家債務の増大と各種の構造調整プログラムは、この問題をより一層悪化させてきている。

これらの国々は今後も、昔から長きにわたって存在し続けている各種の健康問題(例:下痢性の病気)、新しい感染症(例:HIV/AIDS)、または一度は排除された感染症の再流行(結核、マラリア、薬剤耐性のある肺炎球菌肺炎など)による悲惨な被害を受け続けることになる。さらに、喫煙や過度の飲酒などのような、高リスク行動の脅威も存在する。

個別型の医学的介入の費用は次第に増大してきているが、現在までのところ、人々の健康状態には、この大きな支出に見合うだけの向上は見られていない。このため、現在では、どうすれば国民の健康状態を最良の形で向上させ、それを維持することができるのかという基本的な問題の再考が、焦眉の課題となっている。

New Public Health と WHO の第 9 次一般行動計画

New Public Health と WHO の第 9 次一般行動計画 (9GPW) はいずれも、アルマ・アタ宣言と「すべての人々に健康を」運動の基本原則にもとづいている。

1978 年のアルマ・アタ宣言は、WHO による健康の定義および 1 つの人権としてのそのステータスを改めて是認し、「ヘルスセクターだけでなく、他の多くの社会セクターおよび経済セクターによるアクション」をアドボケートして「すべての人々に健康を」という目標の達成を目指すものである。この宣言には、New Public Health の多くの要素が含まれている。

New Public Health は、これらの基本原則を改めて是認するとともに、現代の現実環境および過去の教訓を考慮に入れてこれらの基本原則の実施を目指すものである。9GPW は、New Public Health の基本原則の実地適用に関する WHO の青写真である。

New Public Health では、公衆衛生の分野における進歩の停滞に関係する多種多様な問題/課題や事項の検討が行なわれる。その 1 つは、(時代遅れで現場ニーズにもそぐわなくなっているケースが大半の) 公衆衛生教育/訓練である。New Public Health はまた、ヘルスサービスへのアクセスの向上ならびに公平性および社会正義にかかわるヘルスケア関係の問題や課題を取り扱う。New Public Health では、健康状態は社会条件および環境条件の改善をつうじて向上させることができるという考えを重視した、保健に関するセクター間型アクションの再考が要求される。また、New Public Health は、保健への「開発型アプローチ」を採用している。これは、“健康はすべての国家開発セクター (特に、住宅セクター、地方自治体、教育セクター、工業セクター、農業セクター、および輸送セクター) の活動の目標であり、結果である” という考え方にもとづいたアプローチである。New Public Health は、学校衛生、住宅と健康、健康村、健康食料品マーケット、農業衛生、労働/産業衛生、健康自治体、健康都市などのような、さまざまな開発セクターにとっての妥当性の高い、より強力な保健プログラムを推進する。

これらの複雑な問題や課題には、健康と貿易協定の関係、多国間交渉、人口変化、およびグローバルなコミュニケーションと技術移転の増大に関する分析能力を含む、さまざまな技能を組み合わせなければならぬ。新たに公衆衛生の国際主義者のカテゴリーをつくり出すことは必要だろうか？これらは、そのような専門職のコア技能だろうか？

そうだとすれば、当然のことながら、New Public Health は、ヘルスセクターの従来に関心事以外の課題や問題を対象としなければならないことになる。問題は、“*レカに*” それを行なうかである。アドボカシー活動以外に、ヘルスセクターにできることはあるだろうか？

ヘルスケアの費用とリソースの利用可能性は、今日におけるきわめて大きな関心事の 1 つである。先進諸国では、費用削減は無理としても費用抑制には緊急に取り組みねばならないという声が強まってきている。一方、開発途上国には、ヘルスケア提供予算の引き上げ、また場合によっては最低限度のヘルスケアを提供するために必要な現在の (さほど大きな額ではない) 予算の維持を求める声が存在する。また、すべての国々に、“ヘルスセクターに大きな資金が新たにたらされることはない” という暗黙の了解が存在している。

New Public Health では、ヘルスケアの資金調達、公共セクターと民間セクターの協力の可能性、および高い対投資効果の実現にかかわる事項に焦点が当てられる。New Public Health ではまた、治療型ヘルスケア、予防型ヘルスケア、および増進型ヘルスケアの間におけるリソースの公平な分配にも、焦点が当てられる。

New Public Health は、概念というよりはむしろ、(例えば、集団の健康だけでなく個人の健康も対象に含めることを目的とした) 公衆衛生の古い解釈の拡大、そしてヘルスサービスへの公平なアクセスなどをはじめとする現代の保健関係の問題/課題ならびに環境、政治的ガバナンス、および社会/経済開発に関する各種の関連問題/課題への取り組みを目指す、一種の「方針」だといえる。New Public Health では、公共政策における健康の保護を実現するために保健を開発の枠組みの中に組み入れることが、1 つの目標となる。しかし最も重要なのは、New Public Health が「行動」を重視しているという点である。New Public Health では、現時点における火急の問題や課題に対応するための青写真を作成することだけでなく、それらを解決するための活動の中で実際に実施することのできる戦略を見つけ出すことも、同様に重視される。

1. 公衆衛生の起源と進化

1.1 概要

1. 健康は、はるか昔から WHO 憲章に「単に病気でないというだけでなく、身体的、精神的、および社会的に完全に良好な状態のこと」と定義されているにもかかわらず、治療医学（これは、「近代科学医療」と呼ばれることも多いが、この呼称は多少“おこがましい”とも考えられる）の世界では、いまだに狭義に解釈されることが非常に多い。

2. 結核、気管支炎、肺炎、インフルエンザ、百日咳などのような感染症、ならびに食品および飲料水から感染する各種の病気による死亡率は効果的な予防接種および治療が利用可能になる以前から急低下し始めていたという重要な（そして治療医学の保守的な人々にとっては面白くない）所見を強調したのは、McKeown (1)の研究である。もちろん、医学的介入も、はしか用のワクチン、虫垂炎手術、結核用の抗生物質などをつうじて後にこの低下に貢献している。しかしながら、McKeown は、1801 年から 1971 年までの期間におけるイングランドとウェールズの人口傾向の支配的要因を分析し、1976 年にはすでに、「[健康状態の]過去の改善は、主として行動の修正と環境の変化によるものであり、我々がさらなる進歩のために目を向けなければならないのは、これらの影響である」(1)と結論している。

3. 1978 年のアルマ・アタ宣言および 1977 年に世界保健総会によって開始された「すべての人々に西暦 2000 年までに健康を」運動 (2)の基本原則にもとづき、世界各国がすべての人々のヘルスプロモーションに向けて努力する姿勢を表明しているが、これらの基本原則の遵守状況は現在までのところ、必要な改善を人々の生活にもたらす上で十分といえるレベルには達していない。

4. 「New Public Health」運動および WHO の第 9 次一般行動計画 (3)は、これらの基本原則への新たなコミットメント、およびこれらの基本原則の実施に焦点を当てている。このドキュメントは、公衆衛生、中核的な公衆衛生機能、これらの機能に関係する教育および訓練、ならびにあらゆるレベルのアクションに関する戦略の定義の明確化と幅広い普及を実現するための議論のたたき台として作成されたものである。

1.2 歴史的視点

5. 「公衆衛生管理に関する WHO 専門家委員会」(4)は 1952 年 11 月、1923 年の Winslow による公衆衛生の定義 (5)を、身体的健康だけでなく精神的健康もその対象となるように、以下のように修正した：

環境の衛生管理、感染症の管理、個人衛生に関する個人への教育、病気の早期診断および予防的治療に関する医療/看護サービスの組織化、ならびに健康の維持に十分な生活水準をすべての個人に保証するための社会的制度の構築に向けた組織的なコミュニティ活動をつうじ、病気の予防、寿命の延伸、ならびに精神的および身体的な健康および効率の増進を実現するとともに、すべての市民がその生まれながらの権利である健康と長寿を実現できるようにこれらの恩恵を体系化するための科学技術(4)

6. 1953 年に行なわれた第 2 回の専門家委員会会議では、辺境地域を対象とした統合型保健プログラムを計画するための手法が検討された (6)。同委員会はこの会議において、地域の健康保護に必要とされるサービスを定義した。同委員会が「基本的ヘルスサービス」と命名したこれらのサービスには、以下の事項が含まれている：

- 母親と子供の健康
- 感染症の管理
- 環境の衛生管理
- 統計用記録の継続的作成
- 一般の人々に対する保健教育
- 公衆衛生看護
- 医療的ケア

7. 治療型サービスは、公衆衛生の定義に明示的に含まれている要素ではないが、基本的ヘルスサービスには入れられることとなった。

8. 1973 年に実施された基本的ヘルスサービスに関するあるレビューは、「これらは、きわめて断片的であり、コミュニティのニーズに対応しておらず、かつ、逆機能的である」と結論している (7)。そして、この状況に対する不満と懸念に後押しされる形で、解決策の模索が本格的に開始されることとなった。この結果として得られた各種の解決策はのちに、「すべての人々に健康を」イニシアチブに組み入れられている。プライマリ・ヘルスケア (これは、「“すべての人々に健康を” (HFA) を実現するための戦略」と定義されている) には基本的ヘルスサービスの要素が盛り込まれているが、プライマリ・ヘルスケアでは、アクションのためのさらなる基準として、コミュニティの参加と政治的意思が強調されている。

9. 1952 年の公衆衛生の定義に対する修正を求める声が今まで出てこなかったという事実は、この定義が包括性と先見性に富んだ定義であることを示す証拠であると考えることができる。「すべての人々に健康を」に対する独自の対応を準備していた英国 (8) でさえも、オリジナルのフレーズを「社会の活動の組織化をつうじて病気の予防、寿命の延伸、およびヘルスプロモーションを実現する科学技術」 (9) と言い換えるだけで十分だと考えていた。

10. あるいは、この定義がなされてから現在までの間、我々がプライマリ・ヘルスケアと「すべての人々に健康を」の議論、分析手法のブレークスルー、そして公衆衛生のさまざまな分野の知識基盤に関して実現された大きな進歩に心を奪われすぎて (これらすべてが公衆衛生に対する我々の理解の拡大に貢献してきたことは疑いようのない事実であるが)、この広義の定義を思い出すことを忘れていたという可能性も考えられる。

11. 近年は、1992 年の「環境と開発に関する国連会議」(リオデジャネイロ)、1994 年 9 月の「人口と開発に関する国際会議」(カイロ)、1995 年 3 月の「社会開発サミット」(コペンハーゲン)、1995 年 9 月の「第 4 回世界女性会議」(北京) などをはじめとするさまざまな世界的イベントが、それぞれ独自の形で、人々の健康を持続可能な開発に向けての最大の課題として位置付けることの必要性を強調してきている。

12. New Public Health においては今後、(目新しい過激な手法を導入するのではなく)健康向上のためのセクター間アクションと新たなパートナーシップを重視した、基本的ヘルスサービスの既存のさまざまな要素間のバランスを今後確実に変化させる、これらおよびその他の新展開の取り込みが進むことになる。

13. 古代文明においても一定の形の公衆衛生活動がすでに行なわれていたという仮定は、十分に根拠のある仮定だといえる。しかしながら、本書では、近代公衆衛生は先進諸国において誕生したものであり、その進化は3つの段階に分けることができるという、Ashton と Seymour (9)の説を採用することにする。第1段階は、今からおよそ150年前に地方から都市部へ集団移動した一般の人々を待ち受けていた住宅、食糧、および飲料水の不足による人口過密状態と衛生状態の悪さに対処する必要性から(少なくとも英国本土において)始まった。この大移動の最大の理由は、農業革命による労働力ニーズの減少と、産業革命による都市部での大規模な雇用創出であった。最初の公式な公衆衛生イニシアチブは、衛生担当医療技官および衛生検査官の任命、および一部の地方における公衆衛生法規(例:「1846年リバプール衛生法」)の制定であった。この段階の公衆衛生は、衛生設備、良好な水質の確保、都市清掃/浄化などをはじめとする、環境関係の問題や課題に直接的に関係するものであった(「環境段階」)。McKeownの研究(1)からも推測できることであるが、この環境志向型公衆衛生イニシアチブは実は、(特に先進国において)きわめて高い成果を上げている。

14. この後、1870年代における細菌理論の発達、そして(当時は画期的なものであった)予防接種と接種技術の導入によって新たな可能性が出現しつつあるという認識の広まりを背景に、公衆衛生はその第2段階(「個別対応段階」)へと移行することとなった。この時期には、公衆衛生の関心の対象が環境から集団へシフトするとともに、学校ヘルスサービスが導入された。ワクチン接種や産児制限などのようなコミュニティ保健プロジェクトは、リバプールで始まった。また、この時期には、政府も、病院の建設および社会福祉サービスの提供を開始した。

15. 第3段階は、1940年代序盤におけるインシュリンやスルホンアミド基薬剤などのような各種の治療法の発見によって到来した、「治療段階」である。これらの治療法の出現によって、個別的な治療的介入が爆発的に増加するとともに、人々が新しい技術的および科学的アプローチに大きな信頼を寄せるようになった。この傾向の進行には実は、「時代遅れの」公衆衛生の成功も寄与している。この古いタイプの公衆衛生は、感染症の有病率を引き下げ、結果的に、公衆衛生に対する大がかりな政府支援の必要性の根拠を弱めることとなった。この時代には、コミュニティ・ベースの環境志向型予防プログラムから病院ベースの治療型サービスへの権限およびリソースのシフトが発生し、さらに、治療ベースの大学病院の発達によって、このシフトがより強く定着した。そして、この傾向は、医学の科学的進歩と技術的進歩が進むにつれ、次第に強くなっていった。多額の投資および費用を伴うこの治療型医学の優勢化は必然的に、のちの都市と地方の2分化、そして富者と貧者の2分化の下地をつくることとなった。この時代にもコミュニティは多種多様な公衆衛生上の脅威との戦いを強いられ続けていたが、これらの脅威は、支配階級のエリートたちの健康に直接的に影響を及ぼすケース以外は、上流階級の健康にも害を及ぼすタイプの公衆衛生上の危険(例えば、ビクトリア女王時代のコレラや、より最近の例ではHIV/AIDSなど)と同レベルの政治的関心を集めることはなかった。

16. この治療型介入偏重の傾向は次第に、「健康状態の向上は基本的には医学的介入と病院サービスの結果である」という神話の浸透、そして健康を左右する支配的要因はコミュニティの社会的条件および生活条件である

という真実に対する理解と熟考の不足の継続的増大」(G. Goldstein、個人書簡、1995年)をもたらすことになる。また、予防型保健のように長期的な、しかも確実に実現する保証のない恩恵ではなく、即時的かつ個別的な満足を提供するという、患者、資金提供者、および政治家に対する治療型介入の主張の結果として、治療ベースの医学は真実を把握できていない人々の間でも好まれる傾向にある。さらに、治療型医学重視の傾向は、(政府に対して大きな影響力を持つ)製薬産業や医師会などの発達によって、一段と強まることとなった。

17. 個別型の医学的介入の費用は全世界で次第に増大してきているが、現在までのところ、人々の健康状態には、この大きな支出に見合うだけの向上は見られていない。このため、現在では、どうすれば国民の健康状態を最良の形で向上させ、それを維持することができるのかという基本的な問題の再考が、焦眉の課題となっている。健康状態を向上させるための最良の方法となりうるのは行動の修正と環境の変更であるという1970年代半ばのMcKeownの研究および結論についてはすでに述べたとおりであるが、これとほぼ同じ時期に、「カナダ国内における時期尚早な死亡および障害の中には、予防の可能なものがかなり存在する」という考えを明確に主張する、「カナダ国民の健康に対する新たな視点」(10)という文書(Ashtonより)が、カナダのMarc Lalonde保健大臣によって発表されている。一部の疫学者たちは、「疫学が自制を失い、その医学的および科学的な基盤を失った」と言って、この文書を嘲笑した。しかしながら、この発表が「先進国における公衆衛生の再発見に向けた努力のターニング・ポイントとなり、公衆衛生の第4段階(すなわちNew Public Health)への入り口を提供した」ことは、ほぼ間違いないといえよう。

1.3 「上流に目を向けた」思考

18. AshtonとSeymour(9)は、公衆衛生従事者を流れの速い川の岸で待機するライフセーバーになぞらえたたとえ話について、詳しく説明している。このような川では、溺れかけている人が四六時中、ライフセーバーの近くに流されてくる。ライフセーバーは川に飛び込んでその「患者」を救助し、蘇生させるが、この一連の救助作業が終わるやいなや、次の犠牲者が流されてくる。ライフセーバーはこの切れ目のない救助活動に追われ続けるため、なぜこんなにも多くの人々が川に落ちているのかを上流まで歩いて行って確認する(あるいは、確認のために上流まで歩いて行くということを考えつく)ことすらできない。AshtonとSeymourによれば、このような状況の中で必要なのは、上流に目を向けることであり、同様に、公衆衛生従事者たちの中においても、一般に、「上流に目を向けた」思考がもっと必要だとのことである。しかし、人の見方はさまざまであるため、「川に落ちるのは落ちる人の責任、そして病気になるのは病気になる人の責任」だと考える人もいれば、「これらの人々は誘惑に負けて川に飛び込んでいるか、誰かに押されて川に飛び込んでいる」と考える人もいる。また、「これらの人々は全くの事故または運命のいたずらの犠牲者」と考える人もいる。AshtonとSeymourは、個人個人がどのような見方をするにしても、「もはや、ライフセーバーといえども、考えることから逃げることはできない時代になっている」と結論している。「New」Public Healthへの新たな注力において最も重要なのは、上流に目を向けて状況を調べ、可能な場合には状況は正のための介入を行なうということである。

1.4 New Public Healthの起源とWHO

19. 1978年のアルマ・アタ宣言(11)は、WHOによる健康の定義および1つの人権としてのそのステータスを改めて是認し、「ヘルスセクターだけでなく、他の多くの社会セクターおよび経済セクターによるアクション」をアドボケイトして「すべての人々に健康を」という目標の達成を目指すものである。この宣言には、New Public Healthの多くの要素が含まれている。アルマ・アタ宣言はまた、「人々の健康状態に関して現在存在する甚だ

しい不平等」、または先進国と開発途上国の間、および国の中における健康状態の公平性の不在を是正する必要性にも言及している。アルマ・アタ宣言は、人々の健康増進および保護を、持続的な経済開発および社会開発に不可欠なものとして位置付けている。同宣言は、世界中の国々の政府に対してその国民の全体的な健康状態の向上および維持を義務付けるとともに、「社会的および経済的に生産的な生活を送れるレベルの健康を世界中のすべての人々が実現できる状態を西暦 2000 年までに実現すること」を目標として掲げ、プライマリ・ヘルスケアをこの目標を達成するための主要手段として位置付けている。保健の目的が定義されたのは、歴史上これが初めてである。アルマ・アタ宣言はまた、基本的人権の 1 つである「健康の権利」の侵害のボーダーラインを規定している。

20. アルマ・アタ宣言は翌年、WHO の最も高いレベルで承認された (12)。また、その 2 年後、1981 年に「すべての人々に西暦 2000 年までに健康をもたらすための世界戦略」(HFA/2000) が第 34 回世界保健総会で政策として採択された (13) 際にも、同宣言が改めて承認されている。アルマ・アタ宣言はのちに、国連総会でも承認されている。WHO は世界中でこの主題のアドボケイトとしての役割を果たしてきており、また、当初から一貫して、良い公衆衛生の柱である「効果的なケアへの公平なアクセス」、「コミュニティ参加にもとづいた健康にやさしい公共政策」、および「セクター間協力」を推進し続けている。これらはいずれも、New Public Health の重要な要素であり、1986 年の「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」(14) の中でも強調されている (オタワ憲章の副題は、「New Public Health に向けての動き」という表現を使っている。同宣言はこれによって、New Public Health という表現を明示的に使った最初の WHO 文書の 1 つとなった)。また、「すべての人々に健康を」戦略の中で強調されているその他の目標は、「健康向上に寄与するライフスタイルの増進」、「予防可能な病気の予防」、および「リハビリテーション」という、3 つのきわめて重要な原則にもとづいている。これら 3 つはいずれも、第 9 次一般行動計画および New Public Health において優先課題とされているものである。

1.5 埼玉サミットと埼玉宣言

21. しかし、理想主義的な意図の体現を目指す HFA/2000 戦略などのような無数の宣言および意見表明が WHO によって行なわれていたにもかかわらず、1991 年 9 月に埼玉県大宮市で「埼玉公衆衛生サミット」が開催された時点においても、意図された公衆衛生目標の世界各地における達成状況は、思わしいものではなかった。WHO の事務局長であった H. Nakajima 博士は、同サミットの開会演説の中で、経済的要因がその原因の 1 つであるという同博士の見解を「世界経済の予測の立たない変動が原因で、多くの開発途上国は経済不況のみならず、対外債務危機までも経験することになった」(15) と表現している。埼玉サミットは、HFA/2000 戦略における保健リソースの「有限性」の重要性、そしてこれらの制約の範囲内で計画を立てることの必要性に世界の目を向けさせる役割を果たした。

22. 埼玉サミットはまた、アルマ・アタ宣言をつうじた WHO の基本的姿勢に対する参加国のコミットメントを明言する一方で、過去の失敗が部分的には経済環境の逆風的な変化によるものであることを認めている。

23. また、Nakajima 博士は、その開会演説の中で、公衆衛生の古典的な概念と医療ケアの重要なリンクについて、次のように述べている：「“すべての人々に健康を”には、2 つの大きな主題が含まれている。1 つはすべての人々の健康を実現すること、そしてもう 1 つは、個人個人の健康をその生涯をつうじて実現することである」(15)。同博士は、「New」 Public Health は予防型サービスと治療型サービスの両方を含む保健のすべてを

考慮に入れたものであるという議論を展開した。また一方では、幼児期から高齢期まで、人間のライフサイクル全体を対象として、人々の多様な健康ニーズを認識することが重要であるという見解も示されている。

1.6 “ルネッサンス”としての「New」 Public Health

24. 「New Public Health」という概念は、HFA/2000以降に出てきたすべての新しい問題/課題を統合した、包括的な概念である。このため、New Public Healthを定義しようとする試みは、一頭のゾウの姿をそれぞれ自分の触った部分の感触だけを頼りに説明しようとする、ヒンドスタンの盲人たちの寓話のような様相を呈することとなった。

25. Goldstein（個人書簡、1995年）は、New Public Healthを次のように定義している：「健康状態の主な決定要因は生活状態（物理的、社会的、および経済的環境）であるという考え方。New Public Healthは、ヘルスサービスの重要性は認めているが、病気の人々に治療を提供することよりも、これらの決定要因を是正することに力点を置いている。New Public Healthは、決定要因の是正が可能であるとの考え方を重視しているという点、そしてそのための現実的な作業計画の開発および実施を目指しているという点で、従来よりも新しい考え方だといえる」。しかしながら、この定義は、全体としての保健という分野への割り当ての対象となるリソースの量が限られているということ、そしてどれだけの金額を「決定要因」に使い、どれだけの金額を「病気の人々の治療」に使うべきかについての優先順位の決定というジレンマが存在することを考慮に入れて解釈しなければならない。

公衆衛生の範囲

- 1) 公衆便益、高い、低い
- 2) インフラ
 - 教育（女子）
 - 汚染管理
 - 立法/財務方針
 - ベクトル管理
 - マスコミュニケーション
 - 個人予防サービス
 - MCH/感染症管理
 - 一般的な病気の治療
 - 専門的治療（紹介）
 - リハビリテーション
- 3) 知覚個人便益、低い、高い
- 4) 一次分野
- 5) エンジニアリング
 - 教育
- 6) 環境科学
 - 法律/経済
- 7) マーケティング

看護

8) 疫学

一般診療

9) スペシャリスト

専門家の連合組織

10) 費用負担者

11) 政府

12) 個人/民間

13) 提供実現者

利用可能なリソースのどのぐらいの割合を、地方の水源地を汚染から遮蔽するための「水源保護」に使えばよいのだろうか？また、すでに下痢を患っている子供たちの治療にどのぐらいの割合を使えばよいのだろうか？

26. しかし、ヘルスセクターの保有するリソースだけが利用可能なリソースだという考え方はすべきではない。セクター間協力活動には、保健以外の開発セクターにおける活動の一環としての住宅、学校、職場、etc. の保健要素の増進も含まれる。例えば、学校保健プログラムは、教育担当当局の責任である（あるいは、そうすべきである）。

27. リバプール大学の Ashton と Seymour (9)は、「New Public Health は、特に高齢者と障害者を重視した、適切な治療型介入と環境の是正および個人予防対策を組み合わせたアプローチである」という、より包括的な定義を提示している。また、Ashton と Seymour は、これに続けて、次のように述べている：「したがって、現代における問題の多くは、完全な個人的問題ではなく、社会的な問題として捉えることができる。これらの問題の根底にあるのは、地方自治体および中央政府の公共政策の具体的な問題であり、これらの問題への対処に必要なのは、“健康志向型公共政策”、すなわち、ヘルスプロモーションを支援する、さまざまな領域の政策の集合体である。New Public Health においては、環境は単に物理的なものではなく、社会学および心理学的な要素も含んでいる」。

28. 全米保健機構の Macedo は、「New Public Health (16)は、保健という分野が（少なくとも理論的には）医学に対する完全に従属的な関係から解放されたという事実を示すものである。私は、公衆衛生が独自のスペースをつくり出した（このスペースは現時点ではまだ十分な関心も優先度も獲得していないという見方もあるが）こと、そして、（我々の活動に医学および医学的ケアの能力と貢献の検討も含まれていることは事実であるにしても）我々がもはや概念的にも活動面でも医学に従属する立場にはないということを確認している」（Goldstein、個人書簡、1995年）という見解を示している。この意見は、公衆衛生が治療型のヘルスケアと競争する立場にあるべきか、あるいは協力関係にあるべきかという1つの問題を提起している。健康の決定要因は何か、そして病気およびケガの原因は何かについての最もすぐれた洞察能力を持っているのが保健施設および病院の人々であるという事実は、協力関係の方が正しい答えであることを示すいくつかの大きな理由の1つである。

29. *Lancet* 誌 (17)は、「公衆衛生ニュース」というコラムの中で、「公衆衛生のルネッサンスが進行中」とい

う、うまい表現を使っている。すなわち、「社会の活動の組織化をつうじて病気の予防、寿命の延伸、およびヘルスプロモーションを実現する科学技術」(8)という、Achesonによって言い換えられた Winslow と WHO の定義への回帰ということである。これも、1つの包括的な定義だといえる。このコラムが触っている「ゾウの一部」は、環境である。このため、この解釈は、「公衆衛生介入の環境影響の認識、ならびに地域および世界の生態系を維持するための公衆衛生上の解決策の提案を目指す」という、New Public Health の最もユニークな側面を捉えている。このコラムはさらに続けて、「健康水準の向上が本物だといえるのは、それを実現するために使用されたリソースが再生可能なものである場合のみ」という表現で、「持続可能な開発」に言及している。

30. しかしながら、New Public Health についてのこの楽観的な見方は、万人に支持されていない。ライデン大学の伝統ある臨床疫学部の Vandenbroucke (18)は、*British Medical Journal* 誌に、「医学の世界には、過去 200 年の間に何度も名前が変わった分野が 1 つ存在する。…この分野の最新のバージョンは、尊大にも自らを “New Public Health” と称している」という侮蔑的な記事を書いている。Vandenbroucke は、New Public Health は単なる古いレトリックの繰り返しにすぎず、「公衆衛生アクションの基盤はしっかりとした科学であるべきだと確信するコミュニティ医学および公衆衛生の各分野」はこれに対して懐疑的であるべきだという見方をしている。Vandenbroucke は、臨床疫学関係の学部による学術的評議の直接的な結果として過去に公衆衛生アクションが実施されたことがあるか否か、そしてそれはどのぐらいの頻度で実施されたのかという点については、明らかにしていない。

31. 公衆衛生または New Public Health を定義しようとする試みが今後もさまざまな感情や論争を呼び起こし続けることは、きわめて明白である。「公衆衛生の危機：議論のための熟考」(16)には、これに関するさまざまな見解の多くが紹介されている。一部の権威者たちは、公衆衛生が何らかの形で個人を対象とすること自体を認めないという立場を取っている (L. Köhler, 「公衆衛生に関する St Petersburg フォーラム」(1995 年 6 月 22~25 日)における発表論文)。Frenk (19)は、公衆衛生を「人間の集団における健康関係の事象を研究する学問」と定義している。Frenk は、公衆衛生を定義するのは分析対象の主題ではなく、分析のレベル (集団) だという見解を示している。

32. *New Public Health* を理想的な形で定義するには、どうすればよいのだろうか? *New Public Health* は今後もずっと、自分に関係する部分のみしか見ず、決して全体を見ようとはしない「ヒンドスタンの盲人たち」にのっての「ゾウ」であり続けるのだろうか?

33. 我々がこの問題に不適切な視点からアプローチしているということは、考えられないだろうか? 我々は、過度に細分化または規定しようとしすぎているのだろうか? 個人を対象とする予防型および増進型の介入は、無数に存在するのではないだろうか? 個別型の治療型介入の公衆衛生に対する影響は、全く存在しないのだろうか? つまるところ、我々の関心事は「健康」、そして人々および国々の健康状態なのである。ここでいう健康状態は、「単に保健システム内の状態を反映したものではなく、おそらくは、社会的、経済的、および物理的環境によってもたらされる成果だということができる。」(20)

我々は、健康状態をベンチマークとして使うことによって、真の問題の発生元がどのセクターであるかに関係なく、その真の問題に対する適切な対応を組織できるのだろうか? これは、健康の向上を実現するためのセクター間アクション

の核心ではないのだろうか？これは、最終的にはNew Public Healthの核心なのだろうか？

2. 「すべての人々に健康を」戦略 - 進歩と隙間

34. 「すべての人々に健康を」という目標の採択の必然的な結果として、その実施の進捗をモニタリングすることが必要となった。これに関しては明らかに、いくつかの問題が存在する。「すべての人々に健康を」戦略のモニタリングに関する第3回報告書には、次のような報告がある：「指標に関する定量的情報は、各国からの回答の不十分さ、そして地方レベルでの情報処理の不十分さという、2つの要因による大きな影響を受けている。このため、多くの指標に関する情報…は、信頼性の高い世界的推定を算出するには不十分な状態である…」(21)。実際のところ、1994年の指標計算の大部分は、WHO外のデータソースから得られたデータにもとづいている。しかしながら、これらの制約のもとでも、HFA/2000の実施の進歩と隙間を特定することは可能である。

2.1 進歩と隙間

35. WHO事務局長は、“*World health report 1995*” (22)という世界の健康状態に関するその公式な年次報告書の中で、平均寿命は全体的には伸びているが、一部の後発開発途上国では停滞傾向にあり、さらに近い将来に短くなる可能性もあると報告している。また、最も発生頻度の高い5つの小児感染症に関しては、世界全体で80%以上の予防接種率が実現されている。しかし一方では、未だに予防接種から取り残されている子供たちの数もきわめて多く、毎年120万人を超える子供たちが、はしかで死亡している。ポリオは、撲滅までもう一息というところまで減少してきているが、データが送られてきていない国々や地域も存在する。幼児死亡率は、5歳未満の子供の死亡率と同様、世界平均では低下してきており、また、下痢性の病気の管理にも、順調な進捗が見られている(23)。しかし、これらに関しても、状況が悪化している国々が一部に見られる。

36. また、国と国の間、および国の中における健康状態の著しい格差も、依然として存在する。ほとんどの非先進国では、1970年代以降、世界経済の全体的な悪化、巨大な国家債務の悪影響、および各種の構造調整プログラムに随伴した「社会的」活動から「生産的」活動への政府支出のシフトの結果として、国家予算に占めるヘルスセクターの支出の割合が低下の一途をたどっている(13)。しかし、先進諸国において全体的に国防支出が減少している一方で、一部の開発途上国では同じ期間内に国防支出が増加しているという事実を考えると、これは優先順位の問題でもあるといえる。

37. *World health report* は、健康に対する既存および新規の脅威の一部に焦点を当てている。下痢性の病気は、今後も、幼児および子供の代表的な死因の1つとして存在し続けることになる。また、HIV、結核、マラリア、コレラ、薬剤耐性肺炎球菌肺炎などのような、新しい感染症や再流行感染症もかなり存在する。さらに、高リスク型の行動も、これまで同様、1つの世界的問題として、その深刻性を増し続けることになる。喫煙に關係する死は、世界各国の死亡率を大幅に引き上げている。健康状態の改善という観点に立って考えると、増加傾向にはあるが介入によって容易に排除できる大きな脅威への対応と、すでに減少傾向にある相対的に小さな脅威(例：ポリオ、ハンセン病)への対応に関して優先順位を決定することが、非常に重要だといえる。また、女性と子供は、今後も世界の多くの地域において、非常に不利な境遇に置かれ続けることになる。

38. しかし、最も注目すべきは、最も恵まれている国々と最も恵まれていない国々の差の大きさである。現時

点においても、11 億人を超える人々（世界人口の 5 分の 1 以上）が、極貧環境での生活を余儀なくされている。ある最先進国の平均寿命は 78 歳だが、後発開発途上国に分類されるある国の平均寿命は 43 歳である。人口 1 人あたりの保健支出も、最も高い国が 2,765 US ドルなのに対し、最も低い国はわずか 5 US ドルである (22)。

39. 健康状態の向上を阻んでいる現在の各種の問題は、貧困、栄養失調、保健/開発政策の優先順位の不適切な決定、割り当て上および技術上の非効率、およびその他の社会経済的不公平に関係する問題である。

40. WHO 事務局長は、「全世界的な人間の悲劇のスケール」の深刻性に言及するとともに、「現在の世界状況においては、悪いニュースを伝えることが私の仕事だ」と述べている (22)。

2.2 アドボケイトとしての WHO の役割

41. Taylor (24)は、「[HFA]プログラム実施に関する WHO の官僚的非効率についての頻繁な指摘にもかかわらず、[WHO の]影響力は、プライマリ・ヘルスケア・サービスの拡大をもたらすとともに、国際的な公衆衛生の役割の再考を増進（そして少なくとも一定のレベルでは、国内的な公衆衛生の役割の再考も増進）した」と述べている。

42. Taylor は、保健と開発の相互関係に関する認識の拡大を刺激したという点で、WHO を賞賛している。WHO は、スウェーデンからスイス、そしてオーストラリアからアルジェリアまで、さまざまな国において、プライマリ・ヘルスケアのパラダイムに関するコンセンサスの拡大を増進してきた。ユニセフの上級担当官たちも、ユニセフが実現してきた偉業の多くが HFA に刺激されて開始されたものであることを認めている。モニタリングの失敗は、健康状態のモニタリングをそれに貢献する数多くの開発セクターの活動と結び付ける作業、すなわち、保健と開発の間のリンクを実証する作業の失敗である。保健の負担に関するしつかりとした情報の提供は、健康および環境にかかわる問題への対処を目的とした、関係する開発セクターによるアクションへの投資の必須条件である。ほとんどの国々では、疫学関係の研究/実務および保健統計データの提供の責任の全部または一部を保健担当省が負っており、大学からしばしば重要な貢献が得られている。この作業には、以下の事項が含まれる：

- 健康状態を環境関係の条件および指標に関連付けてモニタリングすること
- 関係する全セクターの開発活動の健康状態に対する影響を分析すること

しかし残念ながら、現実には、これらの機能を果たすための十分な能力が存在しないケースの方が圧倒的に多い。また、従来型の健康状態モニタリング方法は、必然的に、原因となる要因にほとんど（または全く）関係のない全国的統計データ（または基本的に総計型の統計データ）の作成を目的としたデータの収集と分析を伴うものであるため、この用途には不十分である（例えば、保健統計報告書は、“X 国の幼児死亡率は生産児 1,000 人あたり 50 人”のような情報を提供する）。保健担当当局が住宅、農業、工業などのような開発セクターに対する発言力をほとんど（あるいは全く）持っていないという現実には、保健のためのセクター間アクションが失敗した理由の 1 つだと考えることもできる。このため、保健担当当局が（例えば、環境と開発にかかわる問題や課題に関するセクター間会議の席に）提示する統計データには、これらのセクターが健康にどのような形で

影響を与えるか、または予防可能な環境要因への取り組みによってどのような影響がもたらされうるかについての分析が全く含まれていない。しかしながら、最近では、さまざまな開発セクターの活動によって是正される（または是正の可能な）環境条件と健康の間のリンクを実証する研究が増えてきている。WHO の内部で実施されている HEDLAMP プロジェクトは現在、リンクに関するさまざまなタイプの研究の実施に関するガイドラインを策定中である。これらの研究の中には、都市内のさまざまな地域間における非常に大きな格差を実証し、環境要因へのリンクを疫学関係の教育/訓練を受けていない都市管理者たちにもはっきりとわかる形で示す、「都市内格差」に関する研究も含まれている。このタイプの研究は、都市サービスの改善および劣悪境遇地域内の状態の改善を後押しする強力な推進力となりうる。例えば、幼児死亡率 30 の都市が内訳的には多数を占める幼児死亡率 60 の世帯と少数派の幼児死亡率 10~20 の世帯で構成されているといった状況も、このタイプの研究によって明らかになることが多い。一群の家庭標本の環境条件とその居住者の健康関係および社会関係のさまざまな要因を研究する「世帯調査」からも、リンクに関する有用な情報が得られることが多い。また、米国およびオーストラリアを含む一部の国々は、病気の保健負担に関する全国規模の研究を実施してきている。これらの研究には、予防可能な全原因の分析も含まれている。このタイプの分析は、アクションの基盤の構築、および健康状態の改善に向けた努力におけるさまざまな開発セクターの責任の明確化に役立つ。

43. Taylor (24)は、WHO は「その組織の正統性による」レベレッジ効果を活用して加盟諸国の政策に影響を与えるべきだと主張している。Taylor は、WHO は世界人権宣言に定められた健康を得る「権利」を増進するため、正当と考えられるすべての方法を活用すべきであり、「公衆衛生に関する適切な国際法および国内法ならびに効果的な監督機関を活用した HFA の実際的な実施の増進をつうじ、変更の起爆剤としての役割を果たすべき」としている。言い換えれば、WHO は HFA/2000 の増進、ならびに健康を得る権利を人権として擁護、保障、および施行する法律/条約の採用に向けたロビイスト活動を行ない、従わない加盟国を従わせるために利用可能なあらゆる手段を使ってモラルのプレッシャーを与えるべきだということである。

44. Taylor はこれに続けて、「健康を得る権利に関する国際的な宣言および条約は現在までのところ、明らかに、その効果的な実施を十分に実現できていない」と述べている。その理由の 1 つは、健康を得る権利の記述に関する規準の曖昧性または記述自体の曖昧性である。Taylor は、「HFA 運動の潜在的 가능성이完全に引き出されていないのは、WHO がその憲章に定められた権限を活用して健康権にもとづいた各国の義務を詳細に規定する国際法を策定するように加盟各国に促すことをしてこなかったためである」と述べている。WHO は、国連環境計画 (UNEP)、国際海事機関 (IMO)、国際労働機関 (ILO) などのように、HFA/2000 および健康権に関して、国際的に策定されるタイプの具体的な基準、および遵守状況を監視するための（監査手順のような）制度の採用に向けて努力すべきである。

45. 一言で言えば、現在までのところ、HFA/2000 運動の成果には、賞賛すべき点と不十分な点が混在している。指標の定義がまだ完了しておらず、指標を監視するための「効果的な」制度もまだ構築されていないため、HFA/2000 を追求する活動は現在までのところ、活気に欠けたものにとどまっている。

46. 一方、WHO 内には、世界保健総会の決議をつうじた全加盟国による合同アクションのための制度がすでに存在する。しかしながら、これらの集団決定の（加盟各国による）遵守に関する懸念も表明されてきている。

47. これは、これらの監視活動が単なる官僚的活動ではなく、各国の努力と投資の成功度を適切に測定することのできる活動であるということをWHO側が実証できていないことを意味しているのだろうか？

どうすれば、データ/情報収集を向上させることができるだろうか？WHOはどのようにして、集団決定で採択された決議の遵守に対する加盟各国のコミットメントを強化すべきだろうか？

3. New Public Health - 機会と脅威

3.1 考慮すべき国際政治的要因

48. 我々は近年、冷戦の終結、新たな国名/主権の表明、内戦、軍事政権その他の独裁政体による政権放棄（またはこれらからの政権獲得）、そしてほぼ世界的な民主化に向けての動きなどをはじめとする、いくつもの大きな政治的変化を目撃してきた。世界各国の経済力も、大きく変化してきている。一部には貧しい国がより貧しくなっているケースも見られるが、不死鳥のように経済的復活を遂げた国もある。一方、豊かな国は、より豊かになってゆく傾向にある。

49. これらの変化は、発達と進歩の大きな機会をもたらす一方で、発達と進歩を阻む可能性のある潜在的な問題や脅威ももたらしてきた。ここでは、Macedo によって表明された懸念 (16) のうちの 5 つについて説明する。

(a) 新世界秩序

1 つ目の脅威は、いわゆる「新世界秩序」（簡単に言えば、世界の国々の政治的関係および経済的関係の再編成）の出現に関係する脅威である。この政治勢力と経済勢力の再編成、そしてその結果として発生した世界市場競争競争は、第 3 世界の経済に数々の大きな機会を提供してきた。しかし、新世界秩序は同時に、「世界経済の中心的な国々に対する開発途上国の相対的競争力のさらなる低下および挽回不可能な低下の可能性という、きわめて大きなリスクももたらしてきた」。WHO の「健康と環境に関する委員会」の報告書は、国境を越える影響または国際的な影響をもたらさう 6 つの環境問題を挙げている。これらは具体的には、大気汚染物質の長距離輸送、有害物質および有害廃棄物の国境を越える移動、成層圏オゾンの枯渇、気候変動、および海洋汚染である。これらの問題は、非常に多くの人々に一度に影響を与える可能性がある。これらの問題に関して任意の国や地域の中で実施されるアクションは、ほぼ間違いなく、他の国や地域にも影響を与えることになる。これらはいずれも、国際的な協力、および健康に対する国際的な影響についての理解を必要とする問題である。また、最近では、工業技術と通信技術の移転に関するグローバリゼーションの増大および国と国との相互依存の拡大、新たな貿易協定による物品およびサービスの移動の拡大、ならびに難民人口の増加によって、国際的な健康問題に対する取り組みの重要性が一段と高まっている。これらの複雑な問題には、健康と貿易協定の関係、多国間交渉、人口変化、およびグローバルなコミュニケーションと技術移転の増大に関する分析能力を含む、さまざまな技能を組み合わせる対処しなければならない。新たに公衆衛生の国際主義者のカテゴリーをつくり出すことは必要だろうか？これらは、そのような専門職のコア技能だろうか？

(b) 科学技術

近年は先進国社会における技術進歩がめざましく、先進国の近代的構造の中では、これらの技術がますます中心的な役割を果たすようになってきている。しかし、この環境は、相対的に貧しい国々にとっては適応しづらい環境であるとも考えられる。Macedo はこの危険性について、次のように述べている：「先進諸国は、近代的な生産様式と市場支配をつうじて経済的支配を実現したが、今後は、科学技術の領域も支配する可能性がある。これらの支配は、これまでの歴史の中における他の形の支配とは比較にならないほど、きわめて全体的かつ広範な支配だといえる」。

(c) 国粋主義的/人種的/宗教的紛争

現在の世界では、世界的なグローバリゼーション傾向、ならびに経済的および政治的な大規模複合企業/機関の形成が進行する一方で、人種または宗教（あるいは両方）にもとづいた闘争的な国民意識の復活も顕著になっている。これらの地域的断片化、およびその結果として発生する内戦は、本来保健関係の活動に使われるはずのリソースを枯渇させてしまう可能性があり、また、New Public Health 運動を阻害する社会経済的分裂を引き起こす可能性もある。この種の問題は、現在の世界においては枚挙に暇がないほど頻繁に発生している。

(d) 富者と貧者の格差の拡大傾向

アルマ・アタ宣言では、国と国の間における格差拡大に加えて、国の中における格差拡大の問題も、重点的に取り組むべき問題として位置付けられている。「この不公平は、人類および（我々が知っている形の）文明に対する既存の脅威の中ではおそらく最大の脅威である。なぜなら、全人類の4分の3が開発の恩恵を受けられない状況の中で、万人が平和と継続的な開発を享受することのできる世界を思い描くことは不可能（Macedo の強調点）だからである。」

(e) 環境と持続可能な開発

Macedo は、「環境意識は、まだ“進歩の食卓”にたどり着けていない国々をさまざまな危険にさらしている」と主張している。貧しい国々は自国の開発を支えるためにその天然資源を利用しなければならないが、これは、先進国の主導する世界的な自然保護の動きと対立する可能性がある。Macedo は、「北半球の人々の吸う空気の高浄度を高めることだけを目的として」貧しい国々が自国の進歩とニーズのためにその天然資源を開発することを禁止するという主張は、ほとんど支持されない可能性が高いとしている。

(50) New Public Health は持続可能な開発と持続可能な環境の間の潜在的対立をまだ解決していないという認識が一部の人々の間に存在するという事実を考えると、これは特に重要な問題だということができる。先進国の人々は現在、開発途上国の人々の10~20倍のスピードで天然資源を消費している(25)。

3.2 開発、健康、および環境

51. 環境も、New Public Health 運動と一緒に議論されることの多い領域の1つである。リオ・サミットで採択されたアジェンダ21の第6章にも示されているように、「健康と開発の間には、密接な相互関係が存在する。貧困をもたらす開発不足も、過剰消費をもたらす不適切な開発も、人口増加との相乗効果によって、先進国と開発途上国の両方に重大な環境衛生問題を発生させる可能性がある」(26)。

52. 先述した *Lancet* 誌のコラムは、この主題に関して、次のように述べている：「公衆衛生思想は現在、公衆衛生介入の環境影響の認識、および地域的生態系と世界的生態系を維持するための公衆衛生面での解決策の提案を目指すことによって、第3の段階へと移行しつつある。環境衛生は、生態系と保健システムの相互依存性を認識し、“互恵的維持”の概念（我々は我々を助けてくれる物を助けるべきであるという考え方）と“持続可能な開発”の概念（健康水準の向上が本物だといえるのはそれを実現するために使用されたリソースが再生可能なものである場合のみだという考え方）を奨励している(17)」。

53. 環境が大規模な公衆衛生努力を必要とする領域の1つであるという事実は、WHO も認識している。例えば、WHO の欧州事務局が指定している38の「重点目標」（すなわち、「すべての人々に西暦2000年までに健康を」

に関して実現すべき事項)のうち、8つは、健全な環境の維持に直接的に関係するものである(27)。

54. 第7次一般行動計画(28)では、WHOは地方と都市の開発および住宅に焦点を当てている。WHOはこの後、UNEP、Habitat、世界銀行などをはじめとする各種の国際機関との協力による、住宅、都市化、および健康に関する各種のセミナーの主催、ならびに各種の重要なガイドラインの発表をつうじ、住宅と都市化の環境的側面に関するそのアドボケイト的役割を強化してきた。今日では、WHOによる建設的な取り組みがまだなされていない環境衛生領域や危険はほとんど存在せず、WHOが現在積極的に取り組んでいない環境衛生領域や危険も、ほとんど存在しない。

55. 生態系の変化、およびその結果として発生する人間との関係の変化は、新しい感染症の発生、および病原体の地理的分布範囲の拡大における1つの重要なリンクとなっている。また、今日では、環境に関して、身体的健康の保護に関する事項以外の事項も考慮に入れることが必要とされている。今日では、環境と健康の関係にかかわるあらゆる意思決定において、美観的要因、心理学的要因、および社会的要因が、環境面での必須検討事項として位置付けられている。

3.3 人口/ジェンダー関係の問題

56. 1994年の「人口と開発に関する国際会議」では、人間による消費の影響に対する地球の耐力、食糧供給、および貧困に対して世界人口の増加が与える影響に関する各種の深刻な問題に焦点が当てられた。しかし、これらよりさらに深刻なのは、世界で最も貧しく、経済的にも最も脆弱な地域において、最も急速に人口が増加しているという現実である。

57. *World health report*でも指摘されているように、歯止めのない状態での人口増加は、将来的に「社会インフラ、政治インフラ、環境インフラ、および保健インフラの対応能力が限界まで使い切られる」ことを意味する(22)。各種のWHO文書、および埼玉宣言にも、これと同じ見解が示されている。

58. 少なくとも、これらが多数派の見解であることは間違いない。しかし、これと同等に筋の通った、正反対の意見、すなわち、「これは因果関係がはっきりしていない問題であり、貧困を人口増加のせいにするのは、因果関係学と症候学の混同だ」という意見も存在する。この立場を取る人々は、人口変化は国の豊かさの結果であり、国の豊かさの決定要因ではないと主張している。たしかに、人口の増加を抑制しなければ食糧生産量がそれに追いつかなくなるというマルサスの予測が誤りであったことは、これまでの事実からも明白である。今日の食糧不足問題は、実際の不足よりも、分配問題によるところが大きい。Paul Ehrlichが1960年代に出版した*The Population Explosion* (29)という著書の中で示した恐ろしい世界的食糧不足の予測も、大きく外れている。しかしながら、今日では、食糧生産量に影響を与える可能性のある、地球温暖化と気候変動が、ますます顕著になりつつある。

59. これまでの人類の長い歴史を振り返っても、どこかの国の繁栄がその国の人口政策の成功の結果であることを実例をもって証明することは、まだ不可能である。しかしながら、人口増加率の大幅な低下が繁栄の結果であることを証明する例は、アイルランド、フランス、およびイタリアなどのようなローマカトリック諸国に見ることができる(と主張されている)。また、人類のこれまでの「大きな前進」(例：産業革命)はほとんど

すべて、人口が増加した時期に実現されている（ただし、死亡率は現在のように低い水準に管理されてはいなかった）。1つ重要なのは、ここでの論点が（1人ひとりの女性または家族（あるいは両方）に明白な恩恵をもたらす）産児制限そのものとは異なる、「人口管理」だという点である。

60. この議論の哲学的真理が最終的にどこに落ち着くにしても、1つ間違いなく言えるのは、利用可能なリソースに対する人間の相対数が増え過ぎれば、インフラがそれに追いつかなくなるということである。サービスの持続可能性は長期的には、かなりの度合いまで、需要と供給のバランスに依存することになる。

61. 現在も世界人口の5分の1を超える人々を苦しめている極貧という悪魔は、病気による死亡を引き起こす最大の要因となっている。*World health report (22)*では、劣悪かつ有害な（そして女性に関しては、他の人口層より一段と劣悪かつ有害な）生活環境としての貧困に焦点が当てられている。女性は、多くの社会において、最も社会的地位が低く、生殖器関係の病気や死亡のリスクを抱えている上に、最も下賤な仕事を強要されており、経済状態、給与水準、および識字率に関しても、最も低水準の人口層を構成している。WHOも国連も、保健におけるジェンダー関係の問題に重点的に取り組んできている。WHOによって設置された「女性の健康に関する世界委員会」は、女性の健康に関するアクションのための包括的なアジェンダを定義した。女性問題は、埼玉公衆衛生サミット、人口と開発に関する国際会議、社会開発サミット、そして最近では第4回世界女性会議において、取り上げられている。

62. 世界銀行のある刊行物(30)には、次のような記述がある：「女性教育は、健康状態を向上させる上できわめて重要である。したがって、ヘルスケア・サービス提供の改善だけにとどまらず、健康面での成果の向上を図る保健政策の見直しにおいて、女性教育に常に特別な注意を払う必要がある」。教育を受けた女性は、出産年齢および出産後の生存率が高くなり、子供の世話をより正しい知識にもとづいてより適切に行なえるようになるだけでなく、子供の死亡率も低くなる。

63. 当然のことながら、これは、New Public Health がヘルスセクターの従来に関心事や懸念の範囲外に分類される他の数多くの問題や課題に加えて、教育にも取り組まなければならないことを意味する。問題は、“いかに”それを行なうかである。アドボカシー活動以外に、ヘルスセクターにできることはあるだろうか？

64. ヘルスケアの費用とリソースの利用可能性は、今日におけるきわめて大きな関心事の1つである。先進諸国では、費用削減は無理としても費用抑制には緊急に取り組まねばならないという声が強まってきている。一方、開発途上国においては、ヘルスケア提供予算を増額することは到底無理であり、最低限度のヘルスケアを提供するために必要な現在の（さほど大きな額ではない）予算の維持さえも困難である。また、すべての国々に、“ヘルスセクターに大きな資金が新たにもたらされることはない”という暗黙の了解が存在している。

65. このため、ヘルスセクターでは現在、対費用効果の向上を図るための変更や改革がきわめて盛んに行なわれている。保健システム内の管理の改善はしばしば勧告されており、また、消費者の支払いおよび民間セクターの拡大にも、強い関心が寄せられている。米国では、保健維持機関（HMO）の急増とほぼ時を同じくして、家庭医師および臨床看護師の本格的利用、ならびにケアの提供形態の抜本的な変更が開始された。米国では現在、この厳格なリソース分配プロセスの中で、優先順位の再定義が行なわれている。このような状況の中では、常

に目を光らせてケアの品質と公平性の保護に気をつけていないと、これらが犠牲にされる可能性がある。明確な倫理基準を定め、それを適切な政策で支援するようにすれば、意思決定が容易になり、優先順位決定プロセスが単なる純粋な予算事務になってしまうのを防止することができる。

66. 開発途上国に対しては、「優先度の高い保健問題に対処する中で看護師が効率的に提供することのできるサービスの臨床パッケージの使用」を、世界銀行が呼びかけている(30)。優先順位の品質は、その決定のもとになるデータの品質より高いものになることはなく、開発途上国においては現在、優先順位決定プロセスの改善が強く求められている。

67. すべての人々の健康を実現するための主な優先課題は何だろうか？我々の意思決定を増進する可能性のある基本的な倫理教義は何だろうか？国境と文化の違いを超越する万国共通の倫理基準というものはあるのだろうか？