

## 4. New Public Health と第9次一般行動計画

### 4.1 概要

68. 第9次一般行動計画(9GPW) (3)は、「すべての人々に西暦2000年までに健康を」(HFA/2000)決議(2)の採択後に策定された一般行動計画シリーズの第3弾である。9GPWの役割は、1996年から2001年までの期間のHFA/2000に関する世界のアクションのための政策の枠組み、およびこの期間内におけるWHO自体のためのプログラム開発/管理の枠組みを定義することである。

69. 9GPWは、世界保健コミュニティによるアクションのためのグローバルな政策の枠組み、ならびに保健システムおよび国民の健康の向上に向けての世界各国の努力を支援する(そして、これらの支援を最も必要としている国々を特に重視した)WHO自身の活動の枠組みを規定している。

70. 世界各国の具体的な環境の中における健康開発に関する優先度の高い問題への対応、ならびに具体的に示された目標およびターゲット(これらについては、本セクションの後半で簡単に説明する)の達成を目的とした世界保健コミュニティおよびWHOのアクションの絞り込みを実現するため、相互に関係する4つの「政策方針」が規定された(この4つの政策方針は、本章のここから先の部分の枠組みを構成することになる):

- (a) 公共政策への保健/人間開発の組み込み
- (b) ヘルスサービスへの公平なアクセスの実現
- (c) ヘルスプロモーションと保護
- (d) 具体的な問題の防止と管理

71. これらの政策方針は、HFA/2000戦略およびNew Public Healthの方針、範囲、および活動とも、十分に合致している。

### 4.2 公共政策、公平性、および社会開発

72. 開発の目的は、人々のクオリティ・オブ・ライフ(そして結果的に、人々の健康)を向上させることである。一方、最適な形の実現するためには、健康な人々と健康なコミュニティが必要とされる。したがって、開発に関する国家政策を策定する際には、この相互依存関係を考慮に入れることが不可欠である。ここでいう健康は、先述のWHO憲章に定義された「健康」である。「開発」は、第7回世界公衆衛生学会において、「(1)生活水準の向上、(2)購買力の向上、(3)政治参加の拡大、ならびに(4)生活必需品および生活必需サービスへのアクセスを実現する変更をつうじてクオリティ・オブ・ライフを向上させるプロセス」と定義されている。

73. 「公共政策への健康/開発の組み込み」の概念は、国家的優先課題の決定およびリソースの割り当てにおける「社会正義」の概念も包含している。そして、社会正義は、社会的公平および経済的公平の概念と密接に関係している。9GPWは、国家の富の増大だけでは国民の健康状態の向上を保証することはできないという事実を認めている。また、国家の富を増やすだけでは、健康状態を悪化させる主要要因の1つである貧困の是正を保証することもできない。実際のところ、疑いなく豊かな2つの先進国で実施された有名な研究(英国(スコットランド)(31)とオランダ(32))は、これらの国々においてさえも、不利な境遇に置かれている人々の健康状

態の悪化と死亡率の増加をもたらす社会経済的格差が存在することを示している。富者と貧者の間における死亡率の差の拡大傾向が収入の不平等の拡大によるものであるか、または貧困層の間における行動リスク要因の増加によるものであるかについては、意見は一致していない。しかしながら、英国内で収集された証拠データから判断する限りでは、収入の差が原因である可能性が高いと考えられる（我々は、行動リスクの少ないライフスタイルへの切り替え、食生活の適正化、売春の回避などのような選択をする方がはるかに容易ではないかと考えがちだが、それは、これらの選択ができるだけの経済力があればの話である）。

74. Macedo (16)はラテンアメリカに関して、「この地域は、60年代と70年代に高度経済成長を実現した。しかし、この古いスタイルの開発は、奇跡的なものではあったかもしれないが、貧困、不平等、そして生活環境の劣悪さという問題を解決することはできなかった。もし仮に、貧困を収入のない状態と定義するならば、ラテンアメリカおよびカリブ諸国では1970年代初めから1980年代初めにかけて、（経済成長率は高かったにもかかわらず）完全貧困者の数が4,000万人以上も増えたことになる」と述べている。Macedoはこれに続けて、1つの新しい開発モデルを提案するとともに、ある程度の公平性を実現するためには以下のような要素をこのモデルに盛り込むことが不可欠だと主張している：

- (a) 国家経済の大きなマクロ経済学的不均衡（対外債務のような外的不均衡と、無規律な支出、インフレの放置、ならびに貯蓄能力および投資能力の欠如に起因する内的不均衡の両方を含む）は、是正しなければならない。
- (b) 国家開発プログラムには、公平性の向上と国民全体の福祉の追求を組み込まなければならない。これらの便益が開発の結果として自動的にもたらされるという仮定は、してはならない。先述したとおり、生産高拡大、経済成長、そしてその結果としての富の追求だけでは、すべての人々の健康を確実に向上させることはできない。
- (c) 新規の開発プログラムの実施は、「意味のある本物の」コミュニティ参加を実現する、民主的な体制の枠組みの中での実施でなければならない。また、政府のアカウンタビリティと透明性を実現しなければならない（「議会制民主主義」を確立して選挙を定期的に実施するだけで済む時代はすでに終わっている）。重要なのは、既存の権限の再分配、または人々に権限を付与するための他のソースの創出を実現するための手段として、民主主義を国民生活の日常の中にしっかりと根付かせることである。今後は、上水道、衛生設備、およびヘルスケアの不在に最も苦しめられている人々の要求がますます明確に、そしてますます組織的に表明されるようになり、これらの主張が上述のような変化の牽引役としての役割を果たすようになる。
- (d) この新しい開発モデルは、持続可能なものでなければならず、また、恒久的なものにしなければならない。過去の成長と停滞のサイクルからは、開発途上国はほとんど何の恩恵も受けていない。持続可能性を実現するためには、技術進歩について行くための本腰を入れた努力、地球環境の活用と保護の適切なバランスの実現、新しいモデルに合った人的資源の開発、新しい開発プロセスを増進する社会行動を定義する価値観の増進、および公平性と民主主義を実現するために必要な政治機関の創出が必要とされる。
- (e) 健康を開発の中心に置くことは重要であるが、これは、ヘルスセクターが開発を管理すべきだということ

ではない。関係するセクター（例：住宅、農業）の中で、適度な（しかし同時に具体的かつ効果的な）ヘルスセクターの役割を、他のセクターに（恐れられる形ではなく）歓迎される形で定義すべきである。

75. 第9次一般行動計画は、その有効期間全体をつうじ、世界各国に対して(1) セクター間の連携をつうじて健康の社会経済的決定要因を特定し、それらに対処するための努力、(2) 経済的機会、ジェンダー、および年齢にかかわる不公平に関係する事項に対する政府および政策立案者の対応能力を強化するための努力、(3) すべての人々のクオリティ・オブ・ライフを向上させる開発プログラムを実施する努力、ならびに(4) 貧しい国々と豊かな国々の間における持続的な世界的協力の確立、および豊かな国々による貧しい国々への持続的な経済支援の確立に向けた努力を促すとともに、世界各国によるこれらの努力を支援することになる。

76. WHO は今後、前パラグラフに記述された各種のイニシアチブに関係する研究および政策策定において、世界各国との協力作業を行ない、必要とされる支援を世界各国に対して提供するとともに、これらに関する推進役および調整役としての役割も果たすことになる。

#### 4.3 ヘルスプロモーション

77. 9GPW は、(例えば、喫煙や麻薬などのような) ライフスタイルおよび行動に関する個人の選択に対する影響力という点での(家庭やメディアなどのような) 機関/組織および産業(マーケティングと価格設定)の役割を認識している。9GPW はまた、これらの脅威ならびに労働者の職業危険などのような一般的な福祉に対するその他の脅威、社会における女性の役割と人口増加の問題、および栄養や大気/水質汚染の問題に対処するためのヘルスプロモーション関係の政策および運動の採用を、政府および保健関係の機関に対して呼びかけている。

78. New Public Health アクションのための1戦略としてのヘルスプロモーションの役割は、1986年オタワ会議において採択された「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」(14)の中で、正式に承認されている。ここでは、以下の行動の必要性が強調されている：

- (a) 健康を考えた公共政策の開発：ヘルスプロモーションは、ヘルスケアのみに限定されるものではない。ヘルスプロモーションは、あらゆるセクターにおけるあらゆるレベルの政策立案者たちのアジェンダに取り上げられるべきであり、これらの人々にその決定が健康に対して与える影響および健康に関する自身の責任を認識させる役割を果たすべきである。ヘルスプロモーション政策は、立法、財政的手段、課税、および組織変更を含む、広範かつ相補的な複数のアプローチを組み合わせた政策となる。
- (b) 創造的な支援環境：人間社会は多種多様な活動を包含する複雑な世界であり、これらの活動は、相互に関係し合っている。このため、健康だけを他の目標から切り離して考えることは不可能である。人間とその環境の間に存在する強固、複雑、かつ多様なリンクは、健康に対する社会生態学的アプローチのベースとなる。生活、仕事、およびレジャーのパターンの変化は、健康に大きな影響を及ぼす。(特に、技術、仕事、エネルギー生産、および都市化の領域での) 急速な環境の変化が健康に対して与える影響の体系的な査定は、必要不可欠な活動であり、その結果は、一般の人々の健康を向上させる具体的な便益を実現するためのアクションにつなげなければならない。自然環境および人造環境の保護、ならびに天然資源の保護は、あらゆるヘルスプロモーション戦略の中で取り組まなければならない課題である。
- (c) コミュニティ・アクションの強化：ヘルスプロモーションは、優先課題決定、意思決定、および戦略策定、

ならびに健康の向上の実現を目的としたこれらの実施に関係する現実的かつ効果的なコミュニティ・アクションをつうじて機能する。このプロセスの核となるのは、コミュニティのエンパワーメント（コミュニティに自身の努力および運命の所有権とコントロール権を与えること）である。

- (d) 個人技能の開発：ヘルスプロモーションは、生活技能の向上および健康に関する情報および教育の提供をつうじ、個人開発および社会開発を支援する。この結果として、自身の健康と環境の管理に関する人々の選択肢、および健康の向上に役立つ行動/変更の選択に関する人々の選択肢が増えることになる。
- (e) ヘルスサービスの軌道修正：ヘルスサービスの領域におけるヘルスプロモーションの責任は、個人、コミュニティの団体/グループ、保健専門家、ヘルスサービス提供機関、および政府が分担して担うことになる。これらの人々および組織は、健康を向上させるための努力に貢献するヘルスケア・システムの実現に向けて、互いに協力しなければならない。ヘルスセクターは、臨床サービスと治療型サービスだけでなく、ヘルスプロモーション活動に関する役割も加速的に大きくしていかなければならない。ヘルスサービスの軌道修正を行うためには、専門家教育/訓練の変更および保健関係の研究の監視/分析も強化しなければならない。

## 健康都市クチン（マレーシア、サラワク州）

1994年終盤、クチン市の2つの市議会は、州保健局による支援とWHOからの助言のもと、「健康都市クチン」の実現に不可欠な要素と要因の特定を目的としたブレインストーミング・セッションを実施した。参加者たちは、長い時間をかけて協議および作業を行い、最終的に、「健康都市クチン」のビジョンを確立した：

健康都市クチンは、景観整備工事によって美化されたガーデン・シティ環境と洗練された文化的な雰囲気を持つ、綿密に計画された、活気あふれる、安全かつ安心な都市である。健康都市クチンは、しかるべき能力、規律心、および住民意識を有するその市民のすべての層が経済的に無理なく暮らすことのできる生活水準を提供する。健康都市クチンは、必需サービス、公益サービス、およびレクリエーション・エリアへのアクセスを提供および増進する、最新の通信技術、情報技術、および高速大量輸送技術を活用した、効率的な管理・提供システムを備えた都市である。健康都市クチンの市民社会は、市民が憲法上の民主的権利を自由に行使することのできる、市民重視型のダイナミックで思いやりのある社会である。健康都市クチンは、芸術活動および科学活動の盛んな都市であり、レベルの高い各種の教育機関を有する。健康都市クチンの弾力性あふれる経済は、高度に工業化され、活気にあふれた、汚染のない大都市を維持する力を持つ。

1995年の2月には、このビジョンおよびそれを実現するための手法の案に関するクチン市民の意見を聞くため、「健康都市ウィーク」というイベントが開催された。この「健康都市ウィーク」では、ラジオ、新聞、およびテレビをつうじたPR、市民調査、アンケート調査、エッセイ・コンテスト、絵画コンテスト、町歌と町のロゴの制作委託、およびウォーターフロントの公共広場に設置された「ご意見スクラップブック」特設会場（この特設コーナーでは、Honorable Chief Minister やその他のVIPを含む、多くの市民たちが、この都市に関する提案を投稿した）と特設展示会場での意見交換および交流が行なわれた。この「健康都市ウィーク」の終了後に開催された「健康都市会議」では、「健康都市ウィーク」の期間中に集められたすべての意見と提案が検討され、向こう5年間を対象とした「行動計画」が策定された。

この「行動計画」は、健康都市クチンの開発の経済的、社会的、および物理的側面を統合的な形で検討した、すばらしい計画書である。例えば、「経済的側面」の章には、雇用者と地域の審議会/委員会の協力をつうじた建設現場および小規模産業の労働者宿舎の条件改善ならびに職場危険の削減という、この行動計画の1つの目標が明記されている。「社会的側面」の章には、ホームレス、不法占有、犯罪、芸術/文化開発、知的開発などのような各種の事項の検討、ならびに多数のイニシアチブのリーダーシップおよび革新的なコミュニティ・ベースの活動を含む広範かつ長期的な勧告が示されている。「物理的側面」の章には、美化およびレクリエーション・エリア、廃棄物管理、排水システム、道路システムとその維持、および学校建物を含む、この都市のすべてのインフラ開発に関する検討が示されている。この章には、（標準設計ではなく）個別設計による学校建物設計、（レクリエーション広場の設置を含む）工業エリア開発時における労働者の福祉の考慮、ならびに河川管理および排水施設改善へのコミュニティ参加を増やすための”river adoption”プログラムと「リバー・ウォッチ」プログラムを含む、数多くの革新的なアイデアが示されている。

### 4.4 セクター間協力

79. これまでの議論からも明らかなように、セクター間活動は、New Public Health における1つの不可欠な

要素である。WHO 欧州事務局はこれに関して、次のようにその見解を表明している：「保健政策の開発におけるセクター間活動は、不可欠な要素である。公衆衛生には、ヘルスセクター以外の主体との対話を行なう能力が必要である」(33)。

80. Milio (34)は、セクター間調整不在の結果に関する 1 つの驚くべき実例を提示している。Milio は、農家への補助金、生産量割り当て、および農業製品/農産物の価格設定に影響を与える政策を含む、米国農業政策の分析を実施し、その結果をもとに、特定の状況下で政策の細分化がヘルスプロモーションにどのような影響を与えるかを、以下のように説明している。

81. 米国では、1948 年から 1968 年までの期間内に動物性脂肪の消費量が 25%減少したが、植物性脂肪の消費量は同じ期間内に 40%以上増加した。これは明らかに、米国保健当局の勧告を受けた全国的な低飽和脂肪へのヘルスプロモーション型シフトによるものである。また、豚肉と鶏卵の購入量も、米国内における健康志向の強まりによって、25%減少している。だが、この健康志向型の消費行動は、何らかの効果的な「食生活健康化」運動の結果として普及したのだろうか？もしそうだとすれば、それは農務省の知らないところで行なわれた運動だということになる。なぜなら、牛肉の消費量は 58%という非常に高い伸び率で増加しているからである。チーズの消費量の伸び率も、3 倍を超えている。これらはいずれも、農務省の規則にもとづいた規定の価格設定政策の結果として起きた増加である。このため、Milio によれば、上述のシフトにもかかわらず、1 人あたりの食事性コレステロール摂取量は、500mg から下がっていない。これは、当時より 75 年も前と同じ数字である。動物性脂肪の消費量の見かけ上の低下量が実際の低下量よりも大きくなったのには、他にも理由がある。例えば、ファストフード店やその他の飲食店の動物性油脂から植物油への切り替えも、その 1 つである。

82. Milio は、次のように結論している：「農業政策がアメリカ人の健康に与える影響は、食糧政策の影響よりも大きい…農業政策およびそれに関連する政策は、食品の栄養成分および安全性に影響を与えるだけでなく、その価格にも影響を与え、一部の食品を他の食品より高くする。これらの政策は、アメリカ人の食品、タバコ、およびアルコール飲料の一般的な購入パターンを決定付ける。全体的に見た場合、現在の政策には、米国民の健康状態を抑制するような影響（また場合によっては米国民の健康状態を悪化させるような影響）をもたらす農業製品および農産物を優遇する傾向が見られる。現在の政策は、農家にヘルスプロモーション型の食糧供給を行なわせる（すなわち、アメリカ人を現在の高い病気リスクから保護する）政策にはなっていない(34)。」

83. さまざまな開発セクター（農業、工業、住宅、etc.）における健康の軽視はこれらのセクターの健康に対する関心の不足によるものだという意見が時々聞かれるが、保健当局が複数のセクターにまたがる保健実務に欠かすことのできないさまざまな責任と仕事を担う立場にあるという事実は、見落とされることが多い(35)。セクター間活動を実現するためには、以下の条件を実現することが不可欠である：

(a) さまざまな開発活動が健康に与える影響についての必要な「情報」を保健当局（保健省、地方自治体の保健部、etc.）が持っていること。この情報は、潜在的な健康問題を具体的な環境条件および社会条件と結び付ける作業に使えるレベルまで十分に細分化されたものでなければならない。

(b) さまざまな開発プログラムの健康に対する悪影響、およびほとんどすべての開発活動の中に見出すことの

できるタイプの健康状態向上の潜在的機会の「分析」

- (c) 保健関係の政策の実施を増進する中での、しかるべき当局の強力な「アドボケイト的」役割。したがって、「政治組織」の中で政治的支援を増やしていくことが、保健当局の通常機能の一部となることもある。
- (d) オタワ憲章(14)は、保健に関する強力なアドボカシー、対立する保健関係のさまざまな利害の調停、および（管理型戦略ではなく）能力実現型戦略の中心的な役割の必要性を認めている。オタワ憲章は、ヘルスプロモーションを健康向上に向けての1つの社会変更・社会開発プロセスとして位置付けており、このプロセスの所期の影響を完全に実現するためには上述の5つの行動領域の相互連携が必要だとしている。全世界でのタバコ政策の成功は、1つの好例だといえよう。個人的変更と組織的変更の統合の必要性は、「日常生活の環境」および「健康はどこでつくられるのだろうか？」という問いをスタート点とする多種多様なヘルスプロモーション・プロジェクトの提案につながった。これは実際に、健康都市、健康村、健康ご近所、健康職場、ヘルスプロモーション学校、ヘルスプロモーション病院などのような各種のプロジェクトの実現につながってきた。これらのプロジェクトはすでに、世界的なネットワークを構築してきている（WHOがコーディネーター役を務めているケースも多い）。これらは、（1つの主要なNew Public Health戦略として位置付けられている）連合構築型アプローチをつうじてオタワ憲章の5つの行動領域でのアクションを実現することを目指している。これらのプロジェクトの経験は、New Public Healthが新しい内容だけでなく、公衆衛生アクションの新しいスタイルによっても定義されるという事実をはっきりと示している(36)。

#### 4.5 予防可能な病気の予防

84. 9GPW は、この領域において世界中で実現されてきた進歩の重要性を認めている。「予防接種に関する拡張プログラム」の対象となっている6つの病気（ジフテリア、はしか、百日咳、ポリオ、破傷風、結核）に対する子供の予防接種率は80%に達し、dracunculiasis（メジナチュウ病）もほぼ撲滅された。フッ素処理による齲蝕症に関しても、80%の低減が実現された。しかしながら、適切な予防技術、診断技術、治療技術、またはリハビリ技術へのアクセスの不在または不足が原因で不必要に多くの人々が病気で命を落とす状況は、依然として世界各地に多く残っている。WHO は、この状況の是正に向けて今後も世界各国に支援を提供し続ける決意を表明している。

85. いくつかの国々では、保健当局による国全体の病気と事故の総負担およびそのうちの予防可能な部分の推定、ならびにその情報にもとづいた、“実際に予防された予防可能な病気の割合を漸進的に引き上げることを目的とした予防プログラム”の開発が可能であることが証明されている。その一例としては、米国のHealthy People 2000 イニシアチブが挙げられる。

86. 支持的かつ健康的な環境の創出を目的とした、ヘルスプロモーションと環境衛生アクションの統合を目指す連携型アプローチの代表例は、1986年にWHO 欧州事務局によって開始され、現在は世界的な活動にまで成長した、「健康都市プロジェクト」である。このプロジェクトは、保健に関する責任が地域レベルまで分散化する傾向が強まってきている現実を考慮に入れつつ、地方自治体による（その権限の範囲内の）新たな公衆衛生課題への取り組みを支援することを目指している。このプロジェクトは、参加都市のためのガイドラインを明

示するとともに、アイデア、技術革新、および研究に関する都市間の相互的なやりとりおよび協力のための 1 つのネットワーキング・メカニズムを提案している (37)。

87. Ashton と Seymour (9) は、予防を 3 つのレベルに分けて考えている。すなわち、集団または環境からリスク因子を除去する「1 次予防」、特定の病気に関する高リスク集団のスクリーニングと必要に応じて提供されるカウンセリングおよび治療で構成される「2 次予防」、そして (既存の) 病気を持つ個人のリハビリおよび治療を目的とした「3 次予防」である。

#### 健康都市テヘラン (イラン・イスラム共和国)

1991 年には、イランのテヘランにおいて、総合環境衛生省、保健医学教育省、内務省、およびテヘラン市の協力のもと、第 1 回健康都市シンポジウムが開催された。多数のプランナー、政策立案者、保健専門家、学術/研究関係者、および WHO が参加したこのシンポジウムの閉幕後、政府からそれまでほとんどリソースの割り当てを受けておらず、保健施設および福祉施設へのアクセスを欠いていた、テヘランの南に位置するある地域を対象とした、パイロット・プロジェクトの実施が決定された。テヘラン市は、このプロジェクトを支援すべく、同プロジェクトのさまざまなグループおよび活動の会合/調整用に「健康都市センター」を寄贈した。また、多岐にわたる開発セクターの代表者たちで構成される「健康都市運営委員会」が設置され、コミュニティとの協力のもと、以下のような実際的な活動を実施した：

- コミュニティの代表的な標本を対象としたアンケート調査
- 26 か所の土地の公園/緑地化
- レクリエーション施設 (スイミングプール、スポーツセンター、サウナ、etc.) の設置
- 地域住民の提案にもとづいた、6 か所の公共図書館の建設計画
- プライマリ・ヘルスケアの向上を目的とした、コミュニティ重視型の能動型プライマリ・ケア・サービス提供システムの確立
- 女性保健ボランティア・プロジェクトの設置 (プロジェクト対象エリアのコミュニティ保健実務への女性参加拡大を目的としたもの)
- 収入拡大の支援を目的とした、仕立て、刺しゅう、手芸、配管工事などの技能の職業訓練の提供
- 300 世帯がスラムに住んでいたある地域における、住宅環境改善および環境問題への対処を目的とした、貸付金および支援の提供
- 廃物収集/リサイクルのための (テヘラン市による) 新規パイロット・プロジェクトの設置
- 食品安全/衛生検査の向上の支援を目的とした、(テヘラン市内における) 食品販売業者のためのより集中的なプログラムの開始
- プロジェクト対象エリアの小学校 6 校のうち 2 校を「健康学校」のパイロット・プロジェクトの対象として選定。生徒たちは、コミュニティと家庭に加えて、学校でも、保健教育および環境衛生教育を受けられるようになった。

これら以外にも、以下のような数多くの新しい活動が開始されつつある：

- 街頭カルチャー・ハウス
- 複合スポーツ施設 (Azimabad)



- コミュニティ・スクールの建設
- 広場、学校、および街路の修復/建設へのコミュニティ参加
- 教育訓練活動
- 健康都市プログラムの精神的側面を開発するプロセスへの宗教指導者の参加

#### 4.6 ヘルスサービスへの公平なアクセス

88. 「アクセス」という概念については、Sax (38)の説明が妥当であると思われる。Sax は、次のように説明している：「アクセスという言葉の意味には、リーズナブルな距離内での利用可能性だけでなく、支払い能力を超える料金、気持ちの良さや親切性の不在、長いサービス待ち時間、一貫性の欠如、不十分なコミュニケーションなどのような障壁の不在も含まれる…公平なアクセスは、個人が収入や富の不足のためにヘルスケアを受けられないような状況は望ましくないという、広く支持されている人道的見解と合致するものである。」

89. 「公平なアクセス」については、世界人権宣言の第25条に次のように記述されている：「すべての人間は、自身およびその家族の健康と福祉を十分に実現できる生活水準を享受する権利を有する。これには、医療ケアも含まれる」。この見解は、WHO 憲章ならびにアルマ・アタ宣言および HFA/2000 戦略の中において、一段と強化されている。

90. 経済的リソースの利用可能性がアクセスを大きく左右することは、疑いのない事実である。論理的には、豊かな国は貧しい国よりも品質およびアクセス性の高いサービスを提供しているはずであるが、現実には、そうでないケースも存在する。これには、財務管理と政治的ガバナンスの問題も関係してくる。アフリカの大部分の国では、国内紛争、干ばつ、または商品市場の落ち込みによるアクセスの悪化は起きていない。最大の障害は、「健康状態の向上に対する政治的コミットメントの弱さである。アフリカの国々は、プライマリ・ヘルスケアおよび予防型ヘルスケアの採用の約束を数え切れないぐらいしてきたが、それを実現するために必要な制度上および財務上の変更をこれらの国々が行なったケースはまれである」(39)。

91. 9GPW は、ヘルスケアとヘルスサービスの品質保証を公平なアクセスの1つの不可欠な要素として位置付けている。アクセスは、それを最も必要としているすべての集団（例えば、難民や住む場所を奪われた人々）に均等に提供されなければならない。9GPW はまた、コミュニティ内のごく一部の国々だけしかアクセスできないような高度技術への不釣り合いな投資の問題にも取り組んでいる。

92. WHO は、(サービス対象範囲の分析、評価、モニタリング、および監視(疫学的なもの)に力点を置いた)持続可能なヘルスサービスの計画に関する各国の能力およびインフラの強化のための支援提供を適宜行うことを、9GPW をつうじて約束している。

93. 効果的な公衆衛生対策が実施され続ければ、将来的には不必要に尚早な死が減少し、(すでに先進国において進行しつつあるような)社会の漸進的な「グレー化」が進むはずである。これは、老人医療と社会保障のシステム、およびこれらに関係する費用にかかわる各種の課題をもたらすことになる。米国をはじめとする先進国では現在、社会保障(年金)を必要とする高齢者人口の急速な増加と、それを負担する、収入の多い仕事に就いている若い人々の人口の相対的な減少という状況の中で、いかにして前者のニーズを満たすかが、1つ

の課題となっている。「老人ヘルスケアの費用は、レーガン大統領が就任した時代には500億USドルであったが、西暦2000年には2,000億USドルに達すると予測されている」(16)。

94. 一部の人は、米国の高齢者は平均的な国民よりも医者にかかる回数と薬の消費量が昔から多いという事実、そして介護施設を利用する高齢者の数とその利用日数が一貫して増加傾向にあるという事実を憂慮している。しかし一方では、2000年より先の状況の予測には現在のパラメタを使うべきではないとの立場を取る人々も存在する。WHOは、(少なくとも)健康的な加齢を実現するために幼少期から健康的な行動を奨励するという戦略を採用している。今日では、高齢者のためにクオリティ・オブ・ライフを向上させる機会、および高齢者が引き続き社会の中で有意義かつ生産的な役割を果たせる環境をつくる機会が数多く存在している。

#### 4.7 「すべての人々に健康を」戦略の刷新と新たなコミットメント

95. 「すべての人々に西暦2000年までに健康を」は、野心的な目標である。目標の2000年が近づくにつれて、すべての指標を実現することは不可能であることがはっきりしてきた。しかしながら、HFAの価値そのものは、世界的に認められている。

96. 第48回世界保健総会は、国間格差の解消および全国民のための最も高い健康レベルの実現に向けた加盟各国の努力の維持を増進する新たな刺激を提供すべく、1978年からの経験から得られた教訓、ならびに経済、政治、科学、および社会の進歩を盛り込んだ、決議WHA48.R16「世界的変化へのWHOの対応：新“すべての人々に健康を”戦略」(25)を採択した。この戦略は、HFAの目標から新たな世界的政策/戦略の開発まで、多岐にわたる変更を必要とする戦略である。今後はこの戦略のもと、健康に関する個人、家族、およびコミュニティの責任を重視し、健康を開発の全体的な枠組みの一部として位置付ける、公平性と連帯の概念にもとづいた、新しい全体観的な世界的保健政策が策定されることになる。

97. 関係するすべての活動の統合と最大限の政府コミットメントを実現するため、すべての関係当事者とのさまざまなレベルでの協議という、時間はかかるが必要不可欠と考えられる(1998年の「すべての人々に健康を」憲章の採択までを視野に入れた)プロセスの実施が計画されている。

98. 9GPWは今後も基盤的な計画として存続するが、今後は以下の5つの戦略優先課題が重視されることになる：

- (a) 貧困と健康に対するその影響の削減
- (b) 不公平によって最も影響を受ける層(例：女性)のための特別対策を含む、保健システムへのアクセスならびに保健システムの利用および成果に関する公平性の実現
- (c) プライマリ・ヘルスケアにもとづいた保健システムのための十分、公平、かつ持続的な資金調達の実現を含む、開発の全体的な枠組みへの健康の本格的な組み込み
- (d) 新たに得られた知識を必要とときにいつでも利用できる環境、ならびに健康開発プロセスへの既存の知識および技術の合理的な適用の実現

(e) 国際保健活動のさまざまなアクションを、当事国によって管理され、WHO によって支援される、調整された国別計画の枠組みの中で、これらの活動の使命および能力に従って動員すること

99. この新たな課題に対応するための準備として、WHO では現在、1992 年に開始された「世界的変化への WHO の対応」(40)のもとでの各種の抜本的な改革が進行中である。これらの改革の目的は、WHO の構造と機能の適合性を高めること、そして国際的な保健ニーズに対するタイムリーかつまとまりのある形での対応という点での WHO の能力を高めることである。

100. これらの新たな課題は、WHO をこれまでほとんど経験したことのない新領域に踏み込ませることになるが、WHO は HFA のときと同様、そのパートナーとともに、この課題に正面から取り組む決意を固めている。また、そうしなければ、加盟各国の期待に応えることはできない。

101. 公衆衛生面での貧困の原因と影響は何だろうか？例えば、健康状態の悪化は、都市の生産性を低下させる。これまでにも、健康状態の悪化が生産的作業をどのように阻害するかを分析する、貧困と病気のリンクに関する研究が実施されてきている。

102. WHO は「健康と貧困」の問題にどのように取り組むべきだろうか？一例としては、以下のような戦略が考えられる：

- (a) 社会経済条件によるさまざまな差の実証を従来よりも重視し、かつ、健康のモニタリングに関して細分化データを従来重視した、健康状態悪化における貧困の役割の正しい明確化
- (b) 社会的不公平および貧困層またはマイノリティ層の疎外および排斥の削減を目的とした社会政策への支援の強化

103. 「新 HFA 戦略」イニシアチブは、公衆衛生にどのような影響を与えるだろうか？我々は本家の HFA からどのような教訓を得たのだろうか？

(本書でこれまで説明してきた範囲内の) 9GPW の重要性はどこにあるのだろうか？公衆衛生は将来的には、健康への開発型アプローチ（“健康はすべての国家セクター、特に、住宅セクター、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開発の目標であり、結果である” という考え方にもとづいたアプローチ）を採用すべきだろうか？公平性と健康の関係をより良く理解するには、どうすればよいのだろうか？不公平状況の削減における政策の役割は何だろうか？

## 5. 公衆衛生の教育/訓練と研究

### 5.1 公衆衛生とプライマリ・ヘルスケア

104. 今から10年ほど前、当時主流となっていた各種の批判に照らして公衆衛生の役割を調査するための2つの研究(1つは米国内、もう1つは英国内)が開始された。これらの研究の結果は、「この領域の全体的な無秩序性ならびに公衆衛生の使命およびリーダーシップ能力に関する曖昧性と不確実性の存在を指摘するものであった」(41)。米国のある筋によれば、「近年では、“知的職業、政府活動、および社会のコミットメントとしての公衆衛生は明確に定義されておらず、十分な支援も理解も得ていない”という認識が強まってきている」とのことである(42)。

105. 公衆衛生の役割および使命に関する不確実性は、アルマ・アタ宣言と直接的に関係していた。アルマ・アタ宣言は、(おそらくは臨床活動の領域に属する)「個人、家族、およびコミュニティと国家保健システムの最初の接点」としてのプライマリ・ヘルスケア(PHC)の位置付けおよび増進を追求する一方で、他方では、(おそらくは公衆衛生活動の領域に属する)「増進型、予防型の…サービス」ならびに「既存の大きな健康問題に関係する教育およびそれらを予防・管理するための手法」(11)のPHCへの組み込みも目指している。結果的に、アルマ・アタ宣言は、これら2種類の活動は不可分のものであり、一体として実施されなければならないと主張していることになる。しかし、これは、個別的な帰属領域ではなく包括的なサービス・ニーズを考えることを重視していた過去の「公衆衛生管理に関する第2次専門家委員会」にも見られるように、すでに実現されていた。

106. しかし問題は、「国家保健システムの中で…最初の接点を」提供する人々(11)と予防型、増進型のサービスを研究、計画、および提供する人々が同じ人々ではないという現実、そして昔からこれら2つの世界の人々が「話をしない」という現実である。

107. 個別型ケアの提供者たちと集団ベースの医学の専門家たちの間におけるこのような大きな溝(そしてケースによっては“敵対心”)の存在には、複数の理由がある。その1つは、医学関係の学校の(個別型の治療型アプローチを重視する)教育/訓練と公衆衛生関係の学校の教育/訓練が分離されているという現実である。医学関係の学校は、この分離状況の中で「制圧力」(のちの米国の軍隊用語)を蓄え、それによって個別型の治療型医学を保健の世界における主流派として印象付けることとなった。Tudor-Hartはこれについて、次のように述べている:「公衆衛生はたしかに、大部分の国々と同様、わが国においても、臨床医学との分離によって、その力をそがれてきた…どのような状況下でも、コミュニティ医学が前世紀の追放状態から医学の外縁部へ復帰するには長い時間がかかるが、臨床家たちが研究ベースの臨床戦略、地域計画、管理、および組織のタスクに関する無知から回復するのに、長い時間がかかる」(43)。また、これら2つのサービスの間における収入の差、およびサービスに対する支払いを取り巻く現在の状況も、溝の拡大に貢献している。

108. PHCにおける公衆衛生の役割をもっと簡潔に定義する必要があることは明白である。この役割には、臨床家と公衆衛生専門家の間における、しっかりとした有意義な親交関係の確立が必要とされる。臨床家教育と公衆衛生専門家教育の両方に対する抜本的な改革が行われなければ、この親交関係は永遠に実現されない可能性もある。

109. WHO 後援の各種の会議（そしてその他のソース）はすでに、医学教育の改革に関する各種の明確な提案を生み出してきている。これらの提案に関しては、現在、コンセンサスが強化されつつあるように見受けられる。現在では、患者を治療する能力だけでなく、それと同じレベルの病気予防能力も修得できるように医師の教育/訓練を行なわなければならないという点で、基本的には意見が一致しているように見受けられる。一方、公衆衛生の教育/訓練の改革に関する提案は、（少なくとも医学カリキュラムの中における公衆衛生の役割に関しては）明確性という点でかなり劣っているように思われる。また、人間の環境に関するエンジニアリングやその他の分野における関連カリキュラムの問題も考えなければならない。

## 5.2 公衆衛生教育/訓練の改革

110. New Public Health および HFA の戦略を実施する上での大きな障壁の 1 つは、各国が原則を採用してから医学関係の機関およびその他の保健関連機関のカリキュラムが変更されるまでの間のタイムラグである。WHO 西太平洋事務局長の S. T. Han 博士は、同事務局の後援で 1993 年 7 月 17 日から 23 日までの期間に開催された「西太平洋地域における公衆衛生教育/訓練への新たなアプローチ」という国間ワークショップ (44) の中で、「人口学的/疫学的パターンの変化、技術革新の管理と新技術の教育、学生の多様化によるニーズの多様化への対応、および教育と学習における新アプローチの活用」などをはじめとする各種の課題の存在を認めている。

111. このワークショップは、公衆衛生教育/訓練の 7 つの主要カテゴリーを挙げている：

- (a) 公衆衛生専門家の基礎教育修了後教育/訓練および大学院教育/訓練 - 大学/大学院の卒業生は、「現場の専門家や下級管理職ではなく、技術官僚（保健機関内の上級意思決定者、アドバイザー、および上級管理職）または公衆衛生の特定の分野における相対的に上級のスペシャリストとなる」
- (b) 公衆衛生に従事する人々のための現役勤務前研修 - 公衆衛生機関の一部門の特定のレベルで働くために必要とされる一連の技能と知識を持つ保健業務従事者の育成を目的とした研修
- (c) その他の保健業務従事者の現役勤務前研修の公衆衛生科目 - 医学/看護のカリキュラム、およびこれらに類する保健関連カリキュラムの中の公衆衛生科目
- (d) 保健業務従事者の現職研修 - 知識と技能の向上および拡大を目的として雇用者が提供する正式なプログラム
- (e) 公衆衛生業務従事者の社会人教育
- (f) 関連セクターにおける研修の公衆衛生科目 - 特に、教師やソーシャル・ワーカーなど
- (g) コミュニティの公衆衛生研修 - これは基本的には、ヘルスプロモーションである。

112. また、このワークショップでは、「研修は、問題解決アプローチを使った、受講生志向型の（受講生と講

師の間だけでなく、生徒同士の間でも活発なやりとりが行なわれるタイプの) 双方向的なものであるべき」だとの結論が出されている。

113. 欧州では、WHO 欧州事務局が、「HFA 政策には新しい知識基盤が必要であり、この知識は、新しい公衆衛生科学の創出とその正式な是認によってのみ生み出される」(33)という考えにもとづき、欧州地方公衆衛生高等教育機関協会との協力のもと、公衆衛生の教育/訓練および研究の改革に向けた各国の努力を先導してきている。南北アメリカでは、基礎研究と準備作業を行なう役割を全米保健機構 (PAHO) が担ってきており、WHO/EURO と PAHO の両方が、この主題に関する多数の文献を生み出している。

114. 現代公衆衛生の教育/訓練および研究の軌道修正を要する (現代公衆衛生の) その他の問題としては、どのようなものがあるだろうか？

(a) その1つとしては、「公衆衛生は衛生という本来の領域から過度に逸脱してきており、過度に病気に力を傾注する (より技術的に言えば、“病気のリスク因子モデルを過度に重視する”) ようになっている」という批判が挙げられる (33)。

(b) この結果、公衆衛生は、(一部の人々が天文学や登山に過度に入れ込むのと同じような形で) 疫学およびその他の「科学」そのものに過度に熱中するようになり、その代償として、現場の人々の現実を見失うことになった。この方向転換の原因となったのはおそらく、「衛生学」を「ソフト・サイエンス」の外縁部に追いやった「細菌学の夜明け」だと思われる。この時期からは、「ハードサイエンス」としての細菌科学が、公衆衛生に関するすべての答えを提供する役割を担うこととなった。そして、人々は、科学にもとづいた「知力サービス」または疫学と細菌学の併用だけで十分に事が足りると考えるようになった。Vandenbroucke はこれに関して、次のように述べている：「衛生関係の専門家たちの活動が間違っていたと誰かが証明したわけではない。ただ、これらの専門家たちの提供する主張に誰も関心を抱かなくなっただけである。結果的に、衛生学関係の学科と教育/研究機関は、細菌学関係の学科と研究所に転換されるようになった」(18)。

(c) 公衆衛生はこの後も、学究医学の外縁部から抜け出せずに認知を切望するだけという立場に甘んじることが多かった。Frenk はこれに関して、次のように述べている：「公衆衛生は、科学的進歩からも、より良い保健システムを組織するための活動からも、ますます隔離されるようになってきた。この結果、公衆衛生は現在では、学究界とその応用分野の両方において、補助的な役割しか果たせない立場に追いやられてきており、隔離と役割縮小の悪循環から抜け出せなくなっている」(19)。

(d) 現在の公衆衛生研究は、必要とされる貢献を公共政策に提供していない。公衆衛生関係の多くの学校では、「極度の専門分野特化と科学関係の国際的な定期刊行物での発表が最重要視されている。保健政策開発は、全国レベル、地方レベル、および地域レベルのいずれに関しても、学究界の同輩たちから賞賛/認知されることはない(19)。実のところ、“公衆衛生関係の学校は、『求められている役割を果たす拠点』として見られることよりも、『卓越した研究拠点』として見られることを望んでいるケースの方が多い“というのが、現在までの一貫した傾向である。」

115. これはおそらく、「病気による世界全体の尚早な死の 93%が発生している開発途上国のニーズに関する保健研究支出が全世界の保健研究支出のわずか5%という現状」(25)の最大の原因だと思われる。当然のことながら、先進国と開発途上国の間、そして保健関係のサービスおよび政策の研究と公衆衛生の個別分野の研究の間における支出のバランスは是正しなければならない。

116. WHO の「保健業務従事者のための問題解決教育に関する研究グループ」は、「大部分の保健専門家は、広い意味での保健に含まれる各種の側面および事項に関する教育/訓練はほとんど受けておらず、その生体臨床医学教育/訓練および臨床教育/訓練の高度さも、関係する社会科学の領域のこれらに相当する教育/訓練と釣り合っていない。また、これらの専門家たちは、健康に影響を与える社会勢力、経済勢力、および政治勢力にどのように対応すべきかをロール・モデルから学ぶ機会をほとんど持っていない」(45)と結論している。

117. 一方、Frenk は、「過去の生物学的還元主義を社会的還元主義で置き換えることは、すべきではない。必要とされているのは、さまざまな科学分野の間での統合に向けた努力である」(19)と警告している。Frenk はこれに続けて、「公衆衛生関係の学校は、その“外部”に目を向けて周囲環境の複雑化の進行を理解する能力、および自らを内部から刷新するために“内省”する能力を開発しなければならない。これを成功させるため、公衆衛生関係の学校は、ヘルスセクター内の政策策定者の立場から見た学校の存在意義、そしてプログラム自身の学術的卓越性の維持という、2つの価値観を調和させるべきである」と主張している。

118. Frenk は、公衆衛生関係の学校をその「製品」のタイプにもとづいて2つのタイプに分類することを提案している。すなわち、業務のための教育/訓練を行なう学校と、高等教育のための教育/訓練を行なう学校である。Frenk の定義によれば、業務のための教育/訓練は、学位に関係しない（そして、この意味では学術機関にも関係しない）短期的な活動であり、高等教育機関は、「プロフェッショナル」のスペシャリストを大学の研究者や教師としての実務のために教育する場だとされている。

119. Frenk と同様、WHO 欧州事務局も、「一方では、政策立案者および保健専門家たちが研究によって作り出された新知識や既存知識をその意思決定の裏付けの手段として体系的にレビューおよび利用することを行なっておらず、他方では、多くの研究者たちが、保健政策の重要な論点や展開を知らないという現状」(33)を是正するためにこの「タウン - ガウン」リンクが必要だと主張している。

120. 公衆衛生関係の学校のカリキュラムに関しては、WHO/EURO は次のようにはっきりと、Frenk よりも抜本的な変更を提案している：「必要とされているのは、集団の健康の重視、健康と健康の向上に関するグローバル型の社会的モデルの重視、ならびに New Public Health に関する共通の理解を実現する、公衆衛生のすべての学生を対象とした、共通のカリキュラムまたはコースである」。WHO/EURO はこれに続けて、「社会科学出身の学生を含む、すべての学生のための、共通の言語/用語、手法、およびツール」(33)の必要性を強調している。

### 5.3 衛生管理教育/訓練

121. いくつかの情報元によれば、欧州では（他のすべての地域と同様）衛生管理教育/訓練が完全に欠如しているとのことである。Hunter は、「今日では、公衆衛生の教育/訓練と衛生管理の教育/訓練を統合することが

必要とされている。」と述べている。この課題は、公衆衛生管理者たちにスペシャリスト的な臨床技能と一般管理技能の併用を要求する公衆衛生教育へのアプローチを必要とする、New Public Health によってもたらされたものである。将来は、これらの技能を個人の集団の中で組み合わせることが、ヘルスケア・システムおよび政策立案者から提示される各種の課題への取り組みにおける不可欠の要素となる(33)。必要とされるその他の技能としては、政治学、コミュニケーション、経済学、および政策の分析/開発が挙げられる。

122. アジェンダ 21 の第 6 章(26)も、「保健業務従事者開発の改革」に対するセクター間アプローチの導入を呼びかけるとともに、(特に、地区保健管理者の) 管理技能を向上させることの必要性を強調している。

123. Ashton (9)は、以下の 3 つの理由から、PHC 医師 (臨床家) に公衆衛生機能の責任を与えるべきではないと警告している :

- ヘルスプロモーションの PHC 概念が過度に狭義に解釈されることになる
- PHC レベルで実現不可能な公衆衛生タスクが常に出てくる
- 個別型保健と集団型保健の間における利害の対立の可能性が常に出てくる。したがって、アドボケイト、媒介者、および実現者の役割は分離するのが道理にかなっているといえる。

124. 見解の幅が広いのは、公衆衛生を定義することが難しいためである。最近オーストラリアにおいて実施された、公衆衛生業務従事者全体の教育と訓練に関するある研究(46)では、この難しさが原因で、研究者たちが、「「公衆衛生」関係の仕事をしていると自認しており、かつ、公衆衛生に関する領域での教育/訓練を必要としている人々」にも目を向けることとなった。この研究は、公衆衛生業務従事者を「(個人のケアに主眼を置いた活動ではなく) 集団の全体的な健康の保護、増進、または修復 (あるいはこれらの任意の組み合わせ) に携わっている人々」と定義している。

125. この調査の結果によれば、保健産業の全労働人口の 65.3%が保健関係の職業として認められる職業に就いていたのに対し、公衆衛生の全労働人口の 53.8%は、保健関係の職業として認められる職業に就いていなかった。また、環境衛生関係の仕事をしていた人々の回答によれば、その仕事の主な内容は、政策/計画または天然資源関係の業務であった。管理支援関係の仕事をしていた人々のバックグラウンドは、管理および政策/計画または医療試験関係 (疫学および医療研究所科学を含む) の仕事であった。

126. オーストラリアの公衆衛生コースおよび公衆衛生に関するコースでは、(健康状態に影響を与える要因の特定を含む)「疫学」、「統計および情報システム」、「ヘルスサービスの管理、政策、および計画」、そして(ヘルスプロモーションと保健教育を含む)「行動科学」の 4 つがコア領域となっている。重要性が高まりつつある領域は、部分母集団の研究、環境科学、保健経済学、倫理学、サービス/プログラムの評価、およびコミュニケーションである。

127. この研究に回答した大学院生の 50%以上は、将来的に必要性が高くなる領域として、「コンピュータ関係の研究」、「政府とのアドボカシー活動」、「経済学的分析の設計と実施」、「保健関係の事項に関するコミュニケーション」、「定量的分析」、「定性的分析」の 6 つを挙げている。



128. 当然のことながら、公衆衛生の実務は、その活動の舞台となる保健システムと密接に関係している。公衆衛生教育の内容は、これと結び付いたものでなければならない。教育/訓練の機会は、開発途上国よりも先進国において、より多く見出されることになる。1つの応用科学としての公衆衛生実務の個々の能力は、実務環境の実際のニーズを反映したものでなければならない。公衆衛生教育の品質は、この原則の遵守度にもとづいて判定されなければならない。

129. ここで再度、現在我々が直面している現実を思い出してみよう：社会プログラムにおけるリソースの制約は、ますます厳しくなりつつある。保健システムの活動、そして健康そのものも、政治的、経済的、環境的、社会的、および文化的要因の影響を受けている。ヘルスセクターへの十分かつ持続可能なリソースの供給を実現するためには、社会経済的開発に対する健康状態向上の貢献を人々が納得する形で実証しなければならない。明確な政策および優先順位に裏付けられたあらゆるレベルでの管理の向上も、この実証の一部として必要とされている。

130. 具体的な現実の中での個々の役割の完遂を可能ならしめる公衆衛生のコア・コンピタンスは、どのような内容のものであるべきだろうか？ どうすれば、本来の能力を最良の形で向上させることができるだろうか？ 先進国と開発途上国における公衆衛生関係の学校の役割は、どのようなものになっていくのだろうか？

131. これは、(例えば、中心レベルで政策の分析と形成に携わる少数の人々、中心レベルで政府に関係する人々、多岐にわたる公衆衛生関係の主題に取り組むスペシャリスト、そしてそれをサポートする実務レベルの人々という階梯で構成されるピラミッドのような) 公衆衛生業務従事者の技能の階層化を意味するのだろうか？ 1993年にWHOの西太平洋事務局によって開催された「西太平洋地域における公衆衛生教育/訓練への新たなアプローチに関する国際ワークショップ」(44)は、公衆衛生の全労働人口の中における職業グループの多様性の大きさを認めている。公衆衛生業務従事者は、以下の主要カテゴリーに分類されている：

#### 公衆衛生の技術官僚：

- 上級レベルの意思決定者およびその上級スタッフ

#### 公衆衛生の実務専門家

##### 「個人ケア提供者」：

- 公衆衛生（コミュニティ）看護師/助産婦
- 「コミュニティ・ヘルスワーカー」
- MCH/学校ヘルスサービス従事者
- コミュニティのメンタルヘルス業務従事者
- コミュニティの歯科サービス従事者
- 医療助手/保健所員/医療技官

#### 環境衛生業務従事者：

- 健康診査官/衛生指導員/衛生学者
- 環境管理/制御関係の科学者/技術者
- 分析化学者/毒物学者
- 微生物学者/寄生生物学者
- 公衆衛生エンジニア
- 労働衛生業務従事者

保健情報提供者:

- 疫学者
- 情報科学者

コミュニティ教育者:

- ヘルス・プロモーター/保健教育者

管理/顧問業務従事者:

- 管理職、事務職員、etc.
- 衛生経済学者
- 法務スタッフ
- 政策分析者
- 生命倫理学者

132. 公衆衛生業務従事者の教育/訓練は、どのように行なうべきだろうか？

中核的な内容は、どのようなものにすべきだろうか？

理論と実践のバランスはどのように実現すべきだろうか？

開発途上国における教育/訓練の機会とリソースを増やすには、どうしたらいいだろうか？

HFA の研究優先課題は何だろうか？

研究成果はどのように公表/宣伝すべきだろうか？応用はどのように拡大すべきだろうか？

## 6. New Public Health - あとがき

### 6.1 グローバリゼーション

133. 歴史的かつ世界的な視点から見た公衆衛生の功績の大きさは、明白である。例えば、人々の命を脅かす伝染病はほぼ撲滅され、母親および幼児の死亡率も大幅に低下してきている。また、世界の全体的な寿命も、少しずつ伸びてきた。しかし、世界は急速に変化してきており、公衆衛生も、科学知識の向上ならびに新しい病気のパターンおよび新しい形の高リスク型行動の出現に対応するための進化、変化、および適応を遂げてきた。

134. また、世界は、世界政治の各種の新展開、電子通信および輸送技術の進歩、複雑に絡み合った貿易関係、流動的な労働市場、自発的な大移動、やむを得ない事情や変化による大移動などによって、ますます「地球村」化しつつある。しかしながら、「グローバル・ガバナンス委員会」によれば、「麻薬取引、テロ、核物質取引などのような望ましくない活動も、グローバル化してきた…一方、世界的協力は、天然痘の撲滅を実現するとともに、結核とコレラを世界のほとんどの地域から排除してきた。しかし、世界は現在も、これらのような一度は排除された病気の復活およびAIDSの世界的な広がりを防止するための戦いを続けている。」(47)

135. このグローバリゼーションという大きなプロセスが進行するにつれて、包括型サービスの開発の増進、病気の予防と管理、環境条件の改善、保健のための人的資源開発、保健研究の開発と調整、世界中における保健プログラムの計画と実施などのような、WHOの従来からの役割の重要性も、ますます高くなってきている。

### 6.2 New Public Health と新「すべての人々に健康を」戦略

136. 第9次一般行動計画(3)と新「すべての人々に健康を」戦略は、「すべての人々に健康を」という使命の継続に向けてのWHOのコミットメントと新しいアジェンダを示すものである。New Public Healthは、第9次一般行動計画の最良の形で実施することを目的とした、公衆衛生の概念の再構成である。

137. New Public Healthは、グローバリゼーションがもたらす健康への悪影響を考慮に入れ、国と国(地域と地域)の間および国(地域)の中の豊かさと悲惨な貧困に起因する各種の問題/病気、持続可能な開発と環境保護の必要性、人口増加、女性と子供からの剥奪および搾取、政治的腐敗/不正管理による健康への悪影響、拡大しつつある人口層である高齢者の虐待/無視など、この絶え間なく変化する世界のさまざまな課題に取り組んでいる。

138. New Public Healthは、時代遅れで現場ニーズにもそぐわないものになってしまった公衆衛生教育/訓練の改善を目指している。New Public Healthは、今日の課題への対応に必要とされる公衆衛生の専門家/現場技術者の全体像の特定、およびこれらの人々がその業務を効果的に遂行するために修得すべき能力/技能の特定を目指している。これらの人々の役割は、疫学の知識をマスターするだけで果たせる役割ではない。これらの人々には、政策策定/分析、管理/交渉技能、経済学、コミュニケーション技能などを含む、多種多様な領域の能力が要求される。また、どうすれば公衆衛生研究をもっと現場のニーズに合致させ、“一方では誰も答えを求めている問題への取り組みに研究者たちが没頭し、他方では答えのない問題の答えを政策立案者たちが要求する”ような状況を回避することができるかという問題もある。New Public Healthはまた、HFA/2000を一丸と

なって追求するための、公衆衛生の専門家、臨床関係の専門家、およびその他の保健専門家の間における協力関係の修復にも取り組んでいる。

139. New Public Health は、ヘルスサービスへの公平なアクセス、ヘルスサービスの提供における最大限の低料理化および持続可能性の最大化、ならびにリソースの割り当ておよびケアの倫理的基盤にかかわる各種の問題/課題に取り組んでいる。New Public Health はまた、開発の枠組みへの健康の組み込み、および公共政策における保健/健康の保護の実現も目指している。

140. 保健は、単なるセクター別開発問題ではなく、多くの開発セクター（特に、住宅セクター、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）における1つの不可欠な要素として取り扱われるべきである。New Public Health においては、ヘルスセクターは、過去の成功の成果（例えば、学校保健教育、労働衛生、地方自治体の保健計画/保健など）を活用し、これらのセクターとの相互的なやりとりおよび協力を行なうことを学習しなければならない。

141. 健康状態のモニタリングにおいては、健康統計は単にヘルスセクターによって保健計画に使用されるだけの自己完結的なものではなく、健康状態を生活環境と結び付ける役割を果たす。したがって、道路での事故、マラリア、下痢などのような個々の健康問題が、これらの病気/事故の予防可能な要素、ならびに地方自治体、運輸担当省庁、および教育担当省庁などのようなさまざまなセクターの活動およびプログラムの観点から分析されることになる。

142. この査定を行なう際には、予防可能な死およびケガ、および保健の負担の一定のパーセンテージを他のセクター（例：住宅セクター、農業セクター、etc.）の活動に帰属させる作業が必要となる。個々のセクターのために保健省によって策定される保健政策の正当性を証明するためには、「因果関係」に関する帰属化が必要とされる。保健当局は健康状態のモニタリングを行なうが、データ収集の方法は、罹患率/発生率および因果推論を導出することのできる形に変更される（例：データの細分化や、事故が職場での事故であるか否か、または入院/受診が初めての入院/受診であるか否かに関する情報と具体的な診断結果の盛り込み）ことになる。ほとんどの国々では、水質は水や水域を担当する当局がモニタリングし、大気品質は環境担当省庁の大気汚染専門家がモニタリングしている。しかし、データのリンク（環境条件と健康の間のつながりを特定する作業）は保健当局の機能の1つであり、保健分析官がすべての利用可能な情報を使って（そして該当するデータを持っているすべての機関と協力しながら）、健康状態と生活環境を結び付けることになる。

143. New Public Health では、環境および健康に関する主要な問題や課題を担当する管轄開発セクター（例：地方自治体、住宅、環境、農業、工業、運輸、教育）のために保健政策を開発することが必要とされる。ヘルスセクターがこれらのセクター別保健政策を開発しなければならない理由は、その方が現実的だからである。例えば、住宅セクターに「住宅セクター内の保健」に関する政策の開発を期待するのは、現実的でないといえる（現在、多くの住宅専門家たちの間で、住宅セクターがこの役割を担うべき理由、および住宅セクターにそれができるか否かについての議論も行なわれている）。したがって、これらの政策は、住宅の不備が引き起こす健康問題のタイプおよび大きさの分析にもとづいてヘルスセクターが開発するのが望ましい。「住宅セクター内の保健」に関する政策は、（他のセクターに関する政策と同様）健康に対する認識の向上、プライマリ・ケア・