

	富裕国	貧困国	差
GN I US\$	31,807	149	213 : 1
U5MR/1000出生	4.8	198	1 : 41
IMR/1000出生	4.5	121	1 : 27
平均寿命 才	78.4	46.5	100 : 59
合計特殊出生率	1.6	6.3	1 : 4
妊産婦死亡/10万出生	6.3	794	1 : 126
低出生体重児の頻度 %	5.8	15.0	1 : 3
改善された水源利用率 %	100	54	100 : 54
適切な保健施設利用率 %	100	48.5	100 : 49
成人識字率 %	—	47.6	
男性/女性	=	60.6/39.3	
小学校就学率 %	97	49	100 : 51
5年生在学率 %	99	53	100 : 54
中学就学率 % 男/女	108/109	22/15	100 : 20/100 : 1

富裕国…オーストリア・デンマーク・ドイツ・アイスランド・日本・ルクセンブルク・オランダ・ノルウェー・スウェーデン・スイス・米

貧困国…ブルンジ・コンゴ民共国・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

私は、兵庫県川辺郡小浜村、現在の宝塚市で生まれた。

実業家小林一三のアイデアによる動物園と女性ばかりの歌劇団と、そのため、田舎には不似合いなほどモダンな大劇場があるユニークな遊園地一帯を私鉄のターミナルとして発展してきた街だ。関西の商業の中心大阪、モダン国際都市神戸、伝統の街京都と私鉄で結ばれているが、とりわけ、これといった産業はなく、その代わり、平和

で静かな農村だった。

後に訪れた多数の途上国の村々は、私の幼少時を髣髴させる。小学校はあったが、中学校も高校もなく、村には一軒の開業医だけ、病院も保健所もなく、多くの家では水道の代わりに井戸、そして重病の最後には、近隣の大阪や神戸の大病院へ搬送された。つまり、病院は健康回復の場ではなく、手を尽くしてもダメだったことを証明するための死の場所でもあった。女性には発言権はなく、村の寄り合いは男のみ、多くの家では、男の食事が先行し、一家の決定権は父親もしくは祖父にあった。オンナの子が大学どころか、高校に行くことなど考えられない時代でもあった。

封建制の残るムラ社会、都会から田舎に嫁いだ母は慣れない農作業と、嫁の立場で不足しがちな栄養から、私を身籠った時期に肋膜炎に罹ったという。

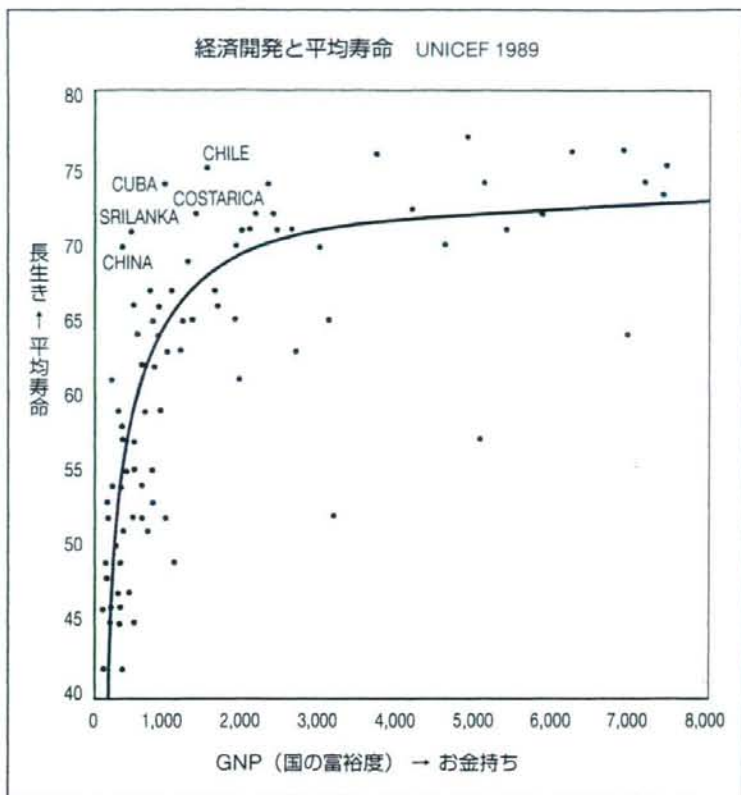
微熱が続く中、辛うじて、戦時の「産めよ、増やせよ」に逆らえず、命がけで妊娠を継続したにもかかわらず、生憎、生まれたのはオンナの子だった。両親の想いとは別に、周囲は、相当、がっかりしたのであろう。これらの経験も、その後の紛争地勤務で思い起こすことになる。

4才になる前から1年間、現在の中国東北部（当時の満州）の林口（ヘリンコウ）の陸軍通信部隊の教官を務める父の任地で暮らしたことがある。物心がつきはじめた頃の異文化早期経験だったが、イエの継統性のために、祖父母の手に残された姉、日本人と現地人の間には、何か超えてはいけない壁があるという…幼な心にも、しこりを感ぜさせるものもあった。

敗戦1年前に帰国したが、戦争終末期のB29爆撃機の襲来、空襲警報の不気味なサイレン、連日の停電。防空頭巾と防空壕。直接、戦いの場にいなくても、戦争状態は、着実に、子どもの身体と、そしてこころの健康を蝕む。

「もはや戦後ではない」という言葉が生まれたのは昭和30（1950）年代だが、一方、疲弊したわが国の復興に、近隣地域に発生した別の戦争、朝鮮動乱（1950-1953）が関与したことは否定できない。しかし、第二次世界大戦により、決定的に破壊されたわが国の社会や産業構造が、短期間に復興した主な理由は、古くからの高い識字率、勤勉な国民性、戦前にもアジアで唯一の工業国に到っていた高い産業レベルであろう。

経済開発と平均寿命 UNICEF 1989



古いデータだが、右の図は、1990年に出版されたHealth Research, Oxford University Pressに掲載され、良く知られた国のGNIの伸びと平均寿命の伸びを示すものである。すなわち、GNPが1000米ドル／人に到るまでの時期には、平均寿命は40歳から劇的垂直的に65歳程度にまで延長する。GNPが1000から3000ドルに到る経済発展の時期の平均寿命

は70歳程度まで緩やかに延長するが、以後の変化はわずかであることが判る。経済発展が人々の健康に益することは事実であるが、問題は、どんな手段で経済を進展させるかであろう。十分な検討を加えてはいないが、概ね、次の印象を持つ。

— (環境に大きな影響のない) 農業、牧畜、漁業など一次産業でGNI

が1000ドル程度に達した国。例…タイ、コスタリカ、チリ、モリシヤス  
— 工業化によりGNIが、3000ドル程度に達した国。  
例…東欧、中近東の中の工業化国

しかし、この経済発展期に、環境対策のない工業化を進めると、重篤な環境汚染をもたらし、結局は、人々の健康に障害が生じることが、かつての東欧の例から理解できる。

私たちは、健康で豊かな生活を求めており、人々が健康であれば、経済や社会そして国家の開発は進行する。逆に、社会や国の開発が進めば、人々は健康を手に入れやすい。健康は開発に必須だが、開発の目的はすべての人々が健康であることでもある。これは「ニワトリと卵」の関係だが、どちらがニワトリと断言は出来ない。いずれにせよ、人々の健康を維持向上させることは社会活動の一面であり、多くの社会活動は人々の健康を基にしている。

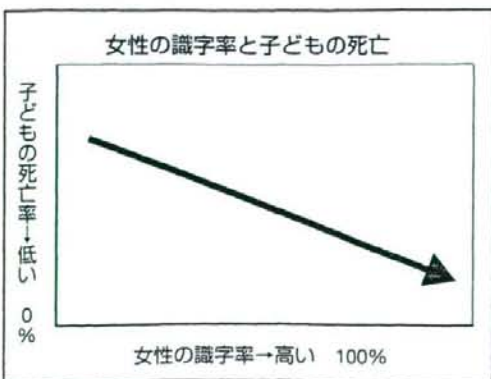
### 第3章 選択肢が増えるということ

私の幼児期体験は、私たちの健康とそれをまもるための保健医療サービスが、社会の仕組みと密接な関係を持つ

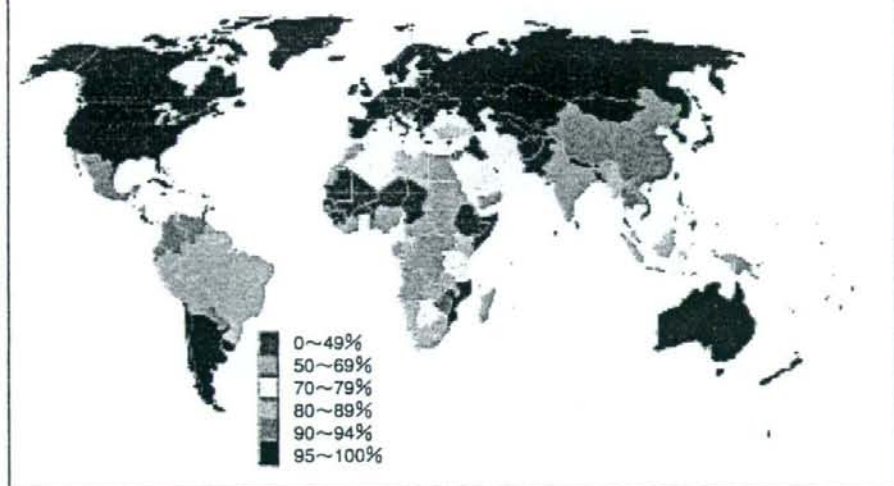
ていること、そして、健康を維持することは、必ずしも医師や看護師など、施設内の医療従事者の専業ではないこと、戦争といった個人の意思では左右したい事象が住民の身体的、精神的、そして社会的健康を著しく脅かすことを原体験として教えていたともいえる。

過去を振り返ると、比較的封建的で閉鎖的な村落に生まれ、地元の初級教育をうけたが、他府県での中等教育(当時の学芸大学付属中学から公立高校)の機会を持ち、さらに大学に進学できたのは、伝統社会との兼ね合いの中で、子どもの教育の重要性を十分認識していた両親、特に母親の影響が大きかったと思う。

女性の識字率と子どもの死亡



世界の識字率 UNESCO 2002



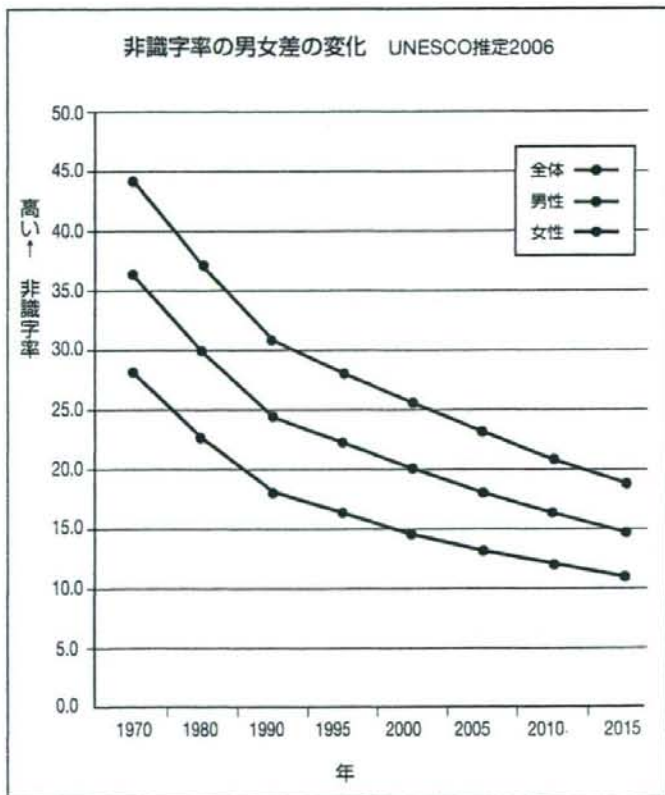
女児の就学、なかんずく、一定期間の就学には、国、地域、そして、一家の経済力が関係することは事実だが、文化の影響も否定できない。そして、女性の識字率が子どもの死亡率と密接に関係することは1980年代から明

らかである。地元の初等教育ではめぐりあわなかつた多様な人々や事を経験することによって、私は自分の世界をさらに広げ、いっそう選択の幅を広げられたのは紛れもない事実だ。

最終的に選んだのは医学だったが、高校時代、他の選択肢を含めて迷ったこともあった(後述)。それは、成績や親の経済力に応じ、どの地方のどの大学の、どの学部を選ぶかという、きわめて現実的な問題だったが、じつはその時点に到るまでに、多様な選択肢が許されていたことも事実だ。

なぜ、私には、選択肢があったのか? 相当数の途上国では、まだ、高等教育機関数が限られている。あ

非識字率の男女差の変化 UNESCO推定2006



る専門職が生まれるためには、普遍的に高い初等教育就学率と識字率が必要だ。さらに中等、高等教育の広がりや専門性の多様化など、満たされるべき条件は多い。

敗戦という国家一大事の後、駐留軍という絶対権力によって、わが国のそれまでの仕組みと伝統社会は短期間に姿を消した。同時に、導入されたアメリカ文化が、比較的短期間に、日本風に同化され、表面的であったにせよ、

地域社会も変化した。確かに、わが国は、短期間に復興を遂げた。その結果、徐々にではあるが、女児、女性の選択肢も増えたように思う。

しかしながら、右のグラフに示されるように、世界的には、なお、非識字率は相当高く、しかも、男女差は歴然としている上、その格差はあまり解消されていない。個々人の健康を回復し、維持向上し、また、不健康を予防するためには、この格差の改善が必須であ



1988年、パキスタン・ベシャワールの各国元首が訪問した「有名難民キャンプ」カチャガリにて

ろう。

私が医学を目指したきっかけも、あの意味では、識字と関係があった。

それは暑い夏休みの1日だった。高校2年生の私は、父が購読していたリーダーズ・ダイジェストから、外国の情報を読むことが楽しみだった。その号には、あるアメリカ海軍軍医の経験談の要約があった。

34歳で亡くなったThomas・A・Dooley（以下、トム・ドゥリー）が途上国活動をしたのは、ほんの数年に過ぎない。しかし、そのわずかな数ページのA5版の経験談の掲載されたリーダーズ・ダイジェスト日本語版を手にしなかつたら、私は、今のような道を歩

かなかつただろう。

1950年代、まだ、途上国だった日本の田舎、高校生の目に触れる情報、特に外国の情報は極めて限られていた。数十ページのドキュメントが私の一生を規定した。が、それは、まず、父に外部志向があり、その雑誌を購読できる経済力と自由があったこと、そして、女の子にも字が読め、読むことが許され、実際にそれを読む時間が与えられていたことであろう。これらも、また、選択の幅に含めて考えると、あることが全うされるには、膨大な選択肢がたどられていることが判る。

こうして、私はトム・ドゥリーが見たラオスの村落、働いた避難民キャンプの実態をその30数年後に自分の眼で見るようになった。

人は、生まれる場所も時を選べない以上、途上国であった日本に生まれ、戦後復興を経験した祖国に育つたことを、良かったとも、悪かったとも、私には云えない。

日本の「途上国性」<sup>1)</sup>は、戦後20年を経たころ開催された東京オリンピックを境に、ほぼ、消失したに対して、自分の幼児体験と重なる途上国の保健医療の実態は、トム・ドゥリーが見た頃、

そして私がこの分野に加わった20年前と、それほど変化していない。多様な紛争の頻発によって、むしろ悪化しているところもあるように思える。何故だろうか。

#### 第4章

健康は社会開発の入口であり、ゴールである。

千年紀を迎える2000年9月、ニューヨークで開催された国連ミレニアム・サミットでは、147国家元首を含む189の加盟国代表が、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言を採択した。これは平和と安全、開発と貧困、環境、人権と良い統治（good governance）、アフリカの特別なニーズなどを課題とし、国連の果たすべき21世紀の役割について、明確な方向を提示したものとされる。この宣言と1990年代の主要国際会議とサミットで採択された各種国際開発目標を統合して、共通の枠組みとしたものがミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）<sup>2)</sup>で、以後の国際開発はこれに準じるものとなっている。

MDGsは、2015年までに達成する数字目標を示しているが、その内、目標1、4、5、6の4項目は、直接、

健康を扱い、他の3項目2、3、7も、健康と深く関係している。

目標1・貧困と飢餓の撲滅  
目標2・普遍的初等教育の達成  
目標3・ジェンダー平等の推進と女性の地位向上

目標4・幼児死亡率の削減  
目標5・妊産婦の健康の改善  
目標6・HIV/エイズ、マラリアその他の疾患の蔓延防止

目標7・環境の持続可能性の確保  
目標8・開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

一方、国連の中で、健康を扱う専門機関であるWHOは、設立時の憲章の前文で、「健康とは、単に病気でない、病弱でないだけでなく、身体的にも精神的にも、そして社会的にも完全に良好であること」と定義しているが、2005年6月、健康と貧困と題して以下の警告を発表した。

\* 地球上では、10億人が一日1ドル以下の極貧状態にあり、このような人々は基礎的保健サービスすら利用できていない。

\* 世界全体では、子どもの死はAIDS死よりも多い。

\* 女兒の教育が妨げられていること



1990年、最後の巨大難民キャンプ アザヘリにて

盛り世代で、しかも特にアフリカ南部に深刻なことだ。

\* アジアの住民の3分の2は安全な飲み水が不足し、世界全体では9億人が安全な水も衛生状態も保障されないスラムに居住している。

\* 保健専門家の不足が深刻な国々が増えているが、祖国の給料が安いことや勤務条件が不備なために、訓練を受けた多数の有資格者が次々に国外流出している。

WHOは、貧困撲滅の中心は健康であり、妊産婦死亡、乳児死亡、

HIV/エイズを含む妊産婦死亡、そしてリプロダクティブ・ヘルスにとつて深刻な問題になっている。

\* また、世界的にみて、まだ、40%の分娩は訓練を受けた介助者なしでなされている。

\* 結核の90%はわずか一人当たり15ドルで治療できるにもかかわらず、予防可能な成人死の4分の1を占めている。

\* 現在、地球上には4000万人のHIV陽性者もしくはAIDS患者がいる。

\* 重篤なことは、2003年にAIDSで亡くなった300万人の中で最も多いのは1549才の働き

た。しかし、その効果が限定的なことや、社会開発分野でのBHN重視策の影響もあって、途上国の保健衛生の改善のために、1977年に「Health for All by the Year 2000（西暦2000年までに、すべての人々が創造的な生活を維持できる）のための健康を！

HFA」という理念を打ち出した。翌年には、HFAの実践のため、プライマリーヘルスケア（Primary Health Care PHC）という戦略を打ち出した。これは、その会議が開催された地名をとって、しばしばアルマ・アタ宣言とよばれている。

先進国で、病人が最初に受ける一次医療をprimary careと呼ぶが、国際保健というPHCは、医療行為を主体としない点で、先進国のprimary careとは本質的に異なる保健活動であることを、特に明記しておきたい。

PHCは、アルマ・アタ宣言の第7章に簡潔に述べられている。  
 “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 the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-determination”

「PHCは、科学的にしつかりした裏づけがあり、社会的にも受け入れられる方法や技術に基づいた、そして、地域の個人も家族も、誰もが関与と利用が可能で、さまざまな開発過程にある地域社会や国が財政状況に応じて維持できる、真に自己決定の精神に基づいた、基本的でかつ実践的な保健活動である。」

WHOの憲章に謳う健康も、HFAも、そしてPHCも、ある意味では、永遠の理想の健康やそのための戦略であろう。実際、WHOが生まれてまもなく60年、HFAがすべての人に健康をもたらしたいと願った2000年を過ぎること6年、大々的にPHCが繰り広げられて以来1/4世紀以上が過ぎたが、世界の健康状態は、まだ、満足できる段階には程遠い。

世界の健康に対してきたWHOの経緯を追ってみる。  
 1960年代頃までは、例えばマラリアのような特定疾患への対策があっ

た。しかし、その効果が限定的なことや、社会開発分野でのBHN重視策の影響もあって、途上国の保健衛生の改善のために、1977年に「Health for All by the Year 2000（西暦2000年までに、すべての人々が創造的な生活を維持できる）のための健康を！

社会が開発されると、「個人の人生における選択肢が増える」ことは間違いない。そして選択肢が増えることによつて、人々が得る「健康」は大きく

なることも事実だ。

やや主題がそれるが、最近、脳科学では、社会性をもった「よい大人」になるためには、幼少期のバランスのとれた経験、特に前頭葉への適正な刺激が必要なのが解明されつつある。唯でさえ貧しく、ほとんど選択肢を持たない途上国に、さまざまな紛争状態が頻発し、遷延している。戦いにあけられる地域社会に生まれた子どもたちの精神的そして社会的健康を、私たちはどのようにまもれるのだろうか。

## 第5章 人を育てる教育活動の重要性

リプロダクティブ・ヘルス／ライツ<sup>26</sup>では、親世代が子どもを産むか産まないか、産むとすれば何時、何人を産むかを決定する自由を持つとあるが、子世代は、生まれると考えて生まれるのもなければ、何時、何処に生まれるかと選ぶ自由も無い。繰り返しになるが、誰も、生まれる場所も時も選べないのに、生まれた時と場所によって、大きな格差を強いられている。

一方、自然災害であれ、紛争や事故であれ、最近の世界に生じている、さまざまな健康の危機問題<sup>27</sup>をみると、いずれも国境を越えた広がりを持ってい

ることが判る。さらに、環境破壊や地球温暖化など、健康をまもるためには、国境を越えた対策が必須になっていることは明らかである。

このような時代に、たまたま、恵まれた環境に生を受けたものの一人として、世界の健康に貢献する人材育成を考えたい。

過去20年の途上国への関与から、健康であれ、教育であれ、経済開発であれ、環境あるいは災害対策であれ、最も重要なことは、現地で実践すること、現地の人々が実践できることである。最良の方法は、現地の文化、歴史、社会の仕組みを知っている現地人材の養成、特に専門教育の指導者養成に尽きる。しかし、さまざまな理由によって、それが容易に成功しないことも事実である。

健康という分野で云えば、MDGsが謳う事項は、WHOやUNICEFが先導してきたPHCの強化でも達成可能だが、さらに公衆衛生活動であるPHCと基礎的医療の連携、さらに高度な医療への発展を、段階的に整備する必要があろう。

ここで、限られた資源の中で、何に

焦点をあてるかは、それぞれの国、地域が優先順位をつけねばならないが、協力者も、適切なアドバイスと可能な支援を提供できるように準備できることが必要だ。

一例として、著者が勤務する日本赤十字九州国際看護大学の例を述べる。本学は、本邦142に及ぶ看護大学／学部中（2006年4月現在）、唯一、国際を標榜し、2001年の開学時から、積極的に国際協力活動を意図してきた。とはいえ、乏しい経験と限られた人材で行える活動には限度があることは自明である。しかしながら、開学2年目からの5年間に、既に100名を超える看護師、保健師、助産師、医師および行政官を受け入れ、主に地域保健、特に母性保健に焦点を当てた研修コースを十数件実施した。

看護分野に関しては残念なことだが、現在も、多くの途上国の看護関連業務が、十分、専門職として確立されていなかったり、適当な教育制度がなかったりすることが多いが、村落部では、最も数の多い保健専門家であり、また、実際に担っている責任も大きい。

本学では、まだ、自前の研修は行わず、これまでは、国際協力機構（JICA）、本学の母体である日本

赤十字社、およびその関連で赤十字国際委員会（ICRC）の要請、もしくは共同で行っている。また、看護大学ながら、近隣の行政機関や日赤関係施設の協力をえて相当数の医師やロジスティックス専門家も受け入れており、健康の回復、維持、向上のために働くという目的を共有することにより、多様な文化圏の人材とも言葉や習慣を超えた連帯意識が醸成されている。

結論的に云えば、多くの途上国のPHCレベルの機能を支えているのは、保健師・助産師を含む看護職であり、この専門職と「目的」を共有することが、途上国のPHCの強化に最も効果的な方法だと確信するに到っているが、その一方で、途上国人材の受け入れは、本学教職員のみならず、学生の国際性涵養にも大きく資する元であることも特記しておきたい。

学ぶより真似ろ!! という言葉もあるが、私たちも、さまざまな諸外国の知識、技術を真似し、学び、そして発展してきたはずだ。今、私たちを真似、私たちから学びたいと思う人々がいること、それが明日に向かう私たちのエネルギーになっていることを結びの言葉としたい。

1 白血病は各種検査の組み合わせから病型が、また、それに対する最適治療が確立されつつある。しかし検査や初期治療の結果、あらゆる治療法に反応しないことが予測され、事実、経過不良のものを難治性白血病とよぶ。

2 白血病は、再発しやすいことから、症状や検査所見が正常化しても、治癒といわず寛解という。

3 紛争地近傍へのシビリアン派遣は、昭和63年決定。喜多は、その第一号として、バキスタン・ベシャワールに新設予定のUNICEFアフガン事務所に派遣された。

4 紛争地への日本政府派遣例がなかったため、現行のようなわが国の制約に規制されず、自己の判断・責任ながら、第一線の紛争地状態を経験した。

5 共産主義は、ギリシャの哲学者プラトーンに始まり、多数の思想家による初期社会主義を経て、マルクス、エンゲルスが総括した。真に個人的に必要なものを除き、生産手段の私的所有をなくすることを基本に、階級闘争や労働者による共産主義政権の樹立など、それまでの諸理論の集大成をマルクス主義とする。

6 かつて勤務した社会主義社会での経験だが、優秀な人材が、能力をフルに発揮して実績を上げれば、長期間の辺境勤務に追いやられる危険性もあるとの理由で、基本的ニーズが補償されてい

ることもあって、ホドホドの生き方を選択していた。飽き足りない人々は、国を捨てて外国に出てしまう。

7 ナイロビ大学(ケニア)の小児科名誉教授は、アフリカの紛争国は、緊急援助なく立ち行かないが、子どもの健全な発育には、食料や予防接種、医療といった人道援助に加えて、心の栄養となる何かが必要だと指摘している。

8 自由主義は、自由を追求する思想体系だが、社会の発展により、個人の自由や独立選択を保障するため、また、著しい貧富/経済格差、経済的隷属、社会的自由の侵害につながる偏見や差別の防止、また環境破壊のような規模の大きな侵害にたいしては、政府や地域社会も積極的に介入すべきとする新しい自由主義は、リベリズムとカナ表記される。いずれも、自己決定を推奨し、国家や地域社会による富の再配分を肯定している。

9 現在では、温暖化など、地球規模の環境破壊が洪水や巨大台風/ハリケーン、また、旱魃の原因となっている。こととは否定できず、自然災害と人為災害の境界はあいまいである。

10 母方の祖母によると、「お国のために役立つオトコの子であるかも知れないから、3人の医師が(母親の生命維持のために中絶止め無しを)承認しないと墮せない」時代だったらしい。第3の中絶承認医が見つかった中絶前夜、母は解熱して私は生まれた。

11 子どもの遊びに国境はなく、互いに異文化は興味深い。が「満(州族)の人の子どもと遊んではいけない」と周囲の大人は云っていた。

12 子どものいたすらや幼子がダダをこねると、実態は知らないまま、「B29が来るヨー」と脅かされた。

13 終戦直後の男女共学「新制中学」に、娘や孫をやると不良になると心配しながら、駐留軍兵士にぶら下がるように腕を組む女性たちに手も口も出さず、米軍から流れる物資をありがたがったり、それまでの軍国主義から民主主義に変身したりした大人たちに、子どもながら、上手に沈黙をまもることや過去を問わない生き方を学ばされたような気がする時代。すべての子どもは寄生虫を持ち、どの地域にも稀でなかった肺病(結核)や栄養障害、貧しさのために進学をあきらめる同級生もいた。日本の紛争後時代であった。

14 朝鮮戦争は、1950年6月25日に勃発、1953年7月27日に停戦したが、成立した直後の大韓民国(韓国)と朝鮮民主主義人民共和国(北朝鮮)間の、朝鮮半島の主権を巡る戦争。わが国は、在朝鮮半島および在日の米軍や、在日関係機関からの、主に繊維や鉄鋼材の受注などによる経済拡大の恩恵があった。ただし、この際、米軍からの直接受注は政府への税金を伴わないため、国への裨益ではなく、むしろ民の能力向上、新たな技術修得が大きかったと

される。

15 国民総所得(Gross National Income, GNI)は、ある国の一定期間の経済活動規模を貨幣価値で表した指標のひとつで、国内総生産(Gross Domestic Products, GDP)に、海外からの純要素所得を加えたもの。日本では、2000年から、経済企画庁が国民所得統計から、国民総生産(GNP)からGNI(国民総所得)に変更した。GNIは国民総生産(GNP)を分配面から見たもので、支出面から見た場合はGNE(国民総支出)。

16 両親は共に大正元年生、父は私立大学中退だが、母はその世代には珍しく、私立女子大卒業生である。

17 わが国の短期間の復興経験が開発協力のモデルとなるとの意見があるが、戦前からの高い識字率や、緻密な社会システム(人口や疾病統計は1899年に始まっている)など、日本の戦後経験は現在の途上国の開発には、あまり参考にはならないと、個人的には考えている。

18 現在も、いわゆるジェンダー問題は根強く、新たに生まれてきた格差が、さらに問題の解決を遅らせていることを忘れてはならないが、開発とは、個々の人々の選択肢が増えることという観点からは、第二次世界大戦後の日本は、現在でいう紛争後復興(Post-conflict rehabilitation)の成功例ではないか。

19 日本語版リーダーズ・ダイジェスト  
1956年6月号、P141-176。

20 Thomas Anthony Dooley III (1927.1.17  
-1961.1.18) は、米国ミズーリー州セ  
ントルイスのアイランド系カソリック  
の一家に生まれた。Notre Dame 大  
学、St. Louis 大学医学部卒。レジデン  
ト研修時、米軍横須賀病院に滞在した  
こともある。1954年、共産化を恐  
れ避難する北部ベトナム住民の救援に  
従事後、ハイフォンの難民教授セン  
ターにも勤務。その頃、CIA南ベト  
ナム担当部長の目に留まり、その勧め  
で「Deliver Us from Evil (悪魔より  
我らを救いたまえ)」を出版。以  
後、1961年34歳の誕生日翌日にメ  
ラノーマ(皮膚ガン)で亡くなるまで、  
マッカーシズム旋風下の米国における  
「反共シンボル」とされた。しかし50年代  
に早くも数カ国で人道救援NGO (M  
E D I C O) を立ち上げたことは事実。  
この経験談を読んだ後、原著入手し M  
E D I C O と交流した。彼の死後、M  
E D I C O は分裂、現在、友人  
Dr.Channay が継承する部分もあるが、  
本体は消滅した。臨終の際、アイゼン  
ハワー大統領が電話をかけた後、死後、  
議会 Gold Medal の授与や Peace Corps  
創設時にケネディ大統領が言及した  
り、カトリック教会の聖人推挙の試み  
もあったが、初期経過から CIA との  
疑いや海軍除隊理由がホモセクシユア  
ルなど、やや毀誉褒貶する人物でもあ  
る。

21 低いGNP、多産多死、感染症優位の  
死亡原因など。

22 <http://www.unpd.or.jp/aboutunpd/mdgs.shtml>

23 [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

世界的に受け入れられている健康の定  
義は、1946年、WHO設立のため  
にニューヨークに集まった61カ国によ  
る世界保健会議で起草、承認され  
た、1948年4月6日に発効した。

24 BHN Basic Human Needs.

1970年代に入り、それまでの経済  
開発に偏った戦略の効果が疑問視され  
たが、世界銀行は保健医療、教育、衛  
生などを生活に必要な基礎要因とし、  
それらを重視する戦略を打ち出した。

25 1978年9月、旧ソ連カザフ共和国  
の首都アルマ・アタ(当時)に、WH  
OとUNICEFのよびかけで、国際  
機関や各国156代表が集まり、前年  
WHO総会が合意したHFAという目  
標を達成するための世界戦略として、  
PHCを打ち出した。しばしばアルマ・  
アタ宣言とも呼ばれる。

26 Reproductive Health/Rights (RH/R  
性と生殖に関する健康/権利)とは、W

HOによれば、「人々は安全で満足で  
きる性生活をおくり、子どもを産むか  
産まないか、産むとすれば、何時、何  
人産むかを決定する自由を持つべきで  
あり、人々は、そのために必要な、生

殖に関連する適切な情報やサービスを受  
ける権利を持つ。また、その対象は、  
性に関する健康を含み、目的は生殖や  
性感染症関連のカウンセリングやケア  
を受けるだけでなく、他の人々との生  
活関係の向上をも含むもの」としてい  
る。ここでは、「リプロダクシヨンの「健  
康」と「権利」がともに重視されるた  
め、並記されることが多い。言うまで  
もないが、RHは女性の問題ではなく、  
男女両方に関わる課題である。

27 2001年9月11日のアメリカでの同  
時多発テロの犠牲者は52カ国、2004  
年12月26日のスマトラ沖地震では、直  
接、津波が生じたのは16カ国、死者行  
方不明など犠牲者は判っているだけで  
24カ国に及んでいる。また、2002  
年冬季、中国南部に始まったSARS  
は香港、ベトナムから遠くカナダに及  
んだし、現在、ヒトヒト感染の発生  
拡散が懸念されている鳥インフルエン  
ザは世界的リスクとなっているよう  
に、最近のアウトブレイクは短時間に  
世界的拡がりとなるだけでなく観光産  
業のみならず、交易を抑制し国際経済  
への影響も大きい。さらに、新たな健  
康の危機、災害として各地のテロの危  
険性も高い。



# 救援者のメンタルヘルス①

—災害被災者の心理的变化に備えるということ

日本赤十字九州国際看護大学

講師 高橋 清美  
学長 喜多 悦子

## ■ ■ ■ はじめに

近年、世界的に見て、自然災害や紛争での被災が巨大化している。その原因は、自然災害が多発し、大型化しているということや、地域社会の成り立ちが複雑化し、居住環境にふさわしくないところに住まざるを得ない人々が aumentando しているということにもよると考えられる。

いずれにせよ、国内救援活動だけではなく、アジアの先進国として、我が国が国際的な救援活動に従事する必要性は増す一方である。

国内においては、阪神淡路大震災後に、ストレス反応の極端な状態を言うPTSD (Post-Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害)\*が大きく取り上げられたが、言葉だけが独り歩きをし、あらゆる人々が呈するようなストレス反応は見過ごされているきらいがある。

一般に、いかなる災害においても、恐怖、不安、深い悲しみなどの多様なストレスを与えるため、災害に遭遇した被災者が、心に大

きな影響を受け、一見異常に見える言動を示すことは、被災後の通常の経過としてしばしば見られる<sup>1)</sup>。重要なことは、そのような言動が見られたからといって、直ちに精神科疾患と決め付けられないことであろう。

本稿では、救援者が、被災者のストレス反応および心理回復過程を真摯に受け止めた上で、救援者自身に求められる態度を認識することの重要性について述べる。

\*PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害)

地震などの自然災害、爆発事故や交通事故などの人為災害、暴力犯罪被害、性暴力被害、拉致監禁、テロ、戦闘、虐待、といった明らかな原因がきっかけとなり、生じるストレス症状のことである。米国精神医学会の診断基準<sup>2)</sup>は、日本を含む各国で最も広く使用されている。

## ■ ■ ■ 災害ストレスに対する ■ ■ ■ 一般的な反応

デビッド・モロ<sup>3)</sup>は、「異常」な事態への「正常」な反応として、表1のようなストレス反応を示している。これは、災害ストレスに対する、心理・感情面、身体面、思考面、

表1 災害ストレスに対する一般的なストレス反応

心理・感情面	睡眠障害、恐怖の揺り戻し、強い不安、孤立感、意欲の減退、イライラ、落ち込み、怒り、生き残ったことへの罪悪感、激しい感情の起伏
身体面	頭痛、手足のだるさ、筋肉痛、胸の痛み、吐き気、免疫機能低下によるアレルギー症状の悪化、インフルエンザ罹患
思考面	集中力の低下、混乱、無気力、短期的な記憶喪失、決断力の低下、合理的判断の難しさ、一つの考えに固執する傾向（特に高齢者に多い）
行動面	人間関係のトラブル、引きこもり、飲酒の増加、拒食、過食、子どものおねしょ、指しゃぶり

デビッド・モロ：災害と心のケアハンドブック、P.23、アスク・ヒューマン・ケア、1995.を改編

行動面から見たストレス反応である。

ここで重要なことは、このようなストレス反応は一般的な反応として受け止めることであり、通常は、時間経過と共に薄らいでいくということを知っておくことである。

## ■ ■ ■ ストレス反応の回復過程

災害を受けた直後より、時間の経過と共に我々の心身は、元の健康状態に戻ろうとする。災害の時間的経過に焦点を当てた心理・精神医学的反応分類として、ラファエルの経過分類<sup>4,5)</sup>がある。

### 1) 「警戒」期

災害が起こりそうな状況の中で、その徴候が現れ、ある種の不安状態に陥っている時期。

### 2) 「衝撃」期

災害が実際に起こり多数の死傷者を出し、住居家屋や給水、電気などのライフラインに障害がもたらされる時期。

### 3) 「ハネムーン」「治療的コミュニティ」期

危機直後の時期に、多幸感、他愛感、協力的、支持的な相互作用が起こる時期。この時期は、良好な感情と希望に満ちあふれ、脅威にさらされた中で生き残ったという至福感、同じ被災体験をしたという相互連帯感、避難所で共に同じような衣食住を営むという貧富の差の消失などが起こる。

この時期は、人為災害より自然災害で認められやすいとされ、数日から数週間程度持続するとされている。

### 4) 「幻滅」期

避難所から仮設住宅に移り一段落して、独

立復興への期待が個々人に課せられてくる時期。

人間は、衣食住が満たされていない時には、心の問題に目を向けるゆとりがないことが多い。しかし、この時期になると体力や財力の有無、個人的人間関係ネットワークの強弱などから生活再建への個人差が歴然としてくる。

モロ<sup>6)</sup>は、この時期には、“第2の災害”と呼ばれる事態が生じやすいと述べている。あらゆる面が、画一的、お役所的に扱われ、遅れや混乱により被災者たちをがっかりさせることがある。家族や親しい人を喪失した悲しみ、身体への外傷や家財の喪失も負担となる。また、住民間の被害程度の違いやその後の回復程度の差から、感情的な反応に走り、地域の連帯感が急速に失われることもあり得る。

このように、生命の危機や新たな被災の危険がなくても、新たに精神的な負担をもたらすといった、つらい時期は2カ月後から1、2年続くとされている。幻滅期が終わるまでの支援は、地域の力だけでは限界があり、個人の心の問題に対応するためにも、外部からの大きな援助を必要とする。

## 5) 「再適応」期

時間の経過と共に徐々に平静に戻り、新たな適応を獲得する時期と言われるが、数年程度の歳月を要する。

ストレス反応はさまざまに個人差もあるため、心理的回復過程にも個別性がある。

次に、救援に従事する際に、援助者が留意しなければならない点を述べる。

## ■ ■ ■ 救援者に求められる態度<sup>1, 5)</sup>

### 1) 謙虚さ

支援する相手は、突然の災難によって人生の危機にひんした人々であり、その不安、苦悩、悲嘆は、簡単に救援者が理解できるものではない。ほぼ、すべての人々が深く傷付いていることを肝に銘じ、謙虚な姿勢を忘れてはならない。

### 2) 現実的かつ具体的援助

避難所生活であれば、その不安を軽減する方向での相談や助言、情報提供を中心にした支援が望まれる。どのようなニーズがあるのかを聞き取り、そのニーズに見合った支援を展開する。その延長線上に精神的援助が存在する。

### 3) 十分な傾聴と見守り

もし、精神的愁訴があれば、十分に傾聴した上で、それは一過性の一般的な反応であることを慎重に説明し、回復の可能性を保障する。対応（薬物投与、専門医紹介など）は焦らずに、「stand by」しつつ経過を見守る。

### 4) 家族・地域内互助機能の回復と強化

災害は、通常、人と人とのきずなを通したコミュニティの営みをも破壊してしまうため、自助機能のみならず、互助機能までも喪失させることがある。支援に当たっては、災害直後からコミュニティの自助・互助機能の回復をにらんで、何らかの中・長期的な精神的支援を考案し、わずかでも健康な部分が残って

いるならば補強し、なじみの関係を取り戻し、コミュニティとの構築回復を図ることも重要かつ有効である。

これらを踏まえると、個々の援助者は、個々の被災者の心のケアを行うことのみを意識を傾けるのではなく、まず、共感的かつ支持的であり、被災者自身がその力を回復するためのかかわりとしての立場を逸脱しないことが重要であろう。そのためには、アドバイスやアイデアは、身近で、具体的かつ実際的なものであることが好ましい。また、できること、できないことを明確にしつつ、被災者が無力感を高めないような対応が重要であることは明らかと言える。

#### ■■■ 被災者自身が力を回復するための かかわりとは

荒木<sup>7)</sup>は、「災害被災者の心の傷つきは当事者でない限り理解できないほどに深く重いものであり、家族・友人・地域の人々との間の絆により時間をかけて静かに癒されていく。決して駆けつけた救援者によってケアできるほど浅いものではない」と述べている。

また、モロ<sup>8)</sup>は、被災した個人だけでなく、その地域自体が災害のショックで傷付き、麻痺に陥りやすい点を強調している。実際、家族を失わなかったとしても、また、家が全壊しなかったとしても、被災地の人々は、行政機関、交通機関、学校や就業の場の喪失、さらにライフラインの麻痺など、なじみの風景やいつもの日常を失っただけでも心に傷を受けている。まして、愛する人々を失った被災

者の心の傷は、簡単に記載できるものではない。

回復に必要なものは、人と人とのつながりであったり、自身も誰かの役に立っていると感じる存在価値や誇りであり、それらが被災者自身の力を回復させることにつながるのではないだろうか。すなわち、それぞれの被災者が復興計画に参加し、傷付いた地域社会の再建に加わることでこそ、新たな住民のきずなを育てるだけでなく、一人ひとりの自信につながる可能性を秘めている。

また、孤立しがちな高齢者に対しては、生きる知恵や過去の多くの経験を聴き出すといった救援姿勢が、生きがいや意欲につながるのではないだろうか。

#### ■■■ 国外における戦争後被災者自身の 力を回復させるためのかかわりとは

戦争後のメンタルヘルス介入の目的について、喜多<sup>9)</sup>は次のように述べている。

「世界各地に発生している武力、暴力行為は、表現形は異なるものの、共通したcommunity-baseのメンタル・ヘルスの問題と考えられる。地域社会が病んでいる。ともいえる。・・・中略・・・このような、地域社会の復興支援の内容で重要なことは、物資を持ち込むのではなく、現地の人々の知恵を動員し、意欲を喚起する支援である」

自らが地域復興に関与し、活性化させることは、まさに生きる意欲の喚起につながると言えよう。

## ■ ■ ■ おわりに

このように、国内外、また、自然災害、紛争を問わず、被災者のメンタルヘルスへの支援を行う際には、救援者に求められる態度を救援者自身が認識し、被災者自身の力を回復するためのかわりを模索することが、ポイントとなると言える。

重要なことは、被災者の一般的な反応に、援助者自身が過剰に反応し、抱え込み、即座に臨床心理士やカウンセラー、精神科医につながるようせず、まずは、日常生活の困り事について、真摯に、じっくり、また、希望を喚起するような接触や付き合いが重要である。

今回は、救援者自身のメンタルヘルスについて、事例を基に解説する。

### 引用・参考文献

- 1) 日本赤十字社：災害時のこころのケア，P.8，日赤館，2004.
- 2) 米国精神医学会編，高橋三郎他訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引，P.179～181，医学書院，2003.
- 3) デビッド・モロ：災害と心のケア—ハンドブック，P.22～24，アスク・ヒューマン・ケア，1995.
- 4) ビヴァリー・ラファエル著，石丸正訳：災害の襲うとき カタストロフィの精神医学，みすず書房，1995.
- 5) 大田保之他編：災害ストレスと心のケア 雲仙・普賢岳噴火災害を起点に，P.18～20，医歯薬出版，1996.
- 6) 前掲3)，P.12～16.
- 7) 荒木憲一：被災者に対する心理的支援の基本的態度，現代社会学部紀要，4（1），P.29～34，2006.
- 8) 喜多悦子：紛争時，紛争後におけるメンタルヘルスの役割，独立法人国際協力機構国際協力総合研究所，P.80～81，2005.

スタッフ指導の決定版！ 悩める全国の看護管理者へ  
講演・研修実績トップクラスの著者が贈る

日総研  
専門書

# 看護コーチング

好評増刷

日常業務への活用の仕方から人材育成・目標管理面接まで

著：野津浩嗣 株式会社アニメートエンタープライズ 代表取締役  
有限会社AEメディカル 代表取締役  
国際コーチ連盟 マスター認定コーチ

B5判 136頁  
定価 2,500円(税込)



- 主な内容
- 第1章 コーチングとは
    - コーチとは何か ●コーチングの歴史 ほか
  - 第2章 看護に活かせるコーチングスキル
    - 傾聴のスキル ●承認のスキル ●質問のスキル
  - 第3章 コーチングの構造
    - コーチングの構造 ●コーチングの分類とフロー

- 第4章 日常の看護場面でのコーチング
  - さまざまな面接で役立つコーチング ほか
- 第5章 タイプ別コーチング
  - 4つの行動スタイル(統制/創造/現実/論理タイプ) ほか
- 第6章 コーチングを活用した目標管理面接
  - 目標管理導入の実態 ●期首目標設定面接 ほか

お申し込み・お問い合わせは 日総研出版 電話 0120-054977

ホームページでさらに詳しい内容をご覧いただけます。(試験のご案内)

www.nissoken.com

ケータイから簡単に注文できます



特集：健康寿命と Healthy Aging

## 健康寿命と 世界各国の保健医療支出

八谷 寛  
青山 温子  
明石 秀親  
玉腰 浩司

健康寿命と  
世界各国の保健医療支出

## POINT

■健康寿命と1人当たり総保健医療支出額(US\$), 対GDP総保健医療支出額比は, いずれも相関しており, HIV/AIDS流行の影響が大きいサハラ砂漠以南アフリカ諸国を除外すると, その関連はより強くなった。■60歳時平均健康余命は1人当たり総保健医療支出額(US\$)と正の相関を示した。■予防・公衆衛生関連分野への保健医療支出と健康寿命, 60歳時平均健康余命とも, 正の相関が認められた。

八谷 寛  
青山 温子  
明石 秀親  
玉腰 浩司

## はじめに—健康寿命と保健医療支出に関するデータベース

## 1. 保健医療(関連)支出

今回, 総保健医療支出額としてWHOのWorld health report<sup>1)</sup>のTotal health expenditure (THE), あるいはOECD health data<sup>2)</sup>のTotal expenditure on healthを用いた。OECD加盟国について両者は基本的に同じものと考えられる。総保健医療支出は健康増進・予防医療サービス, 医療, 看護, 介護, 安楽死, 公衆衛生, 医療保険などの事務費用を含むとされており, 学校や職場における保健制度に係る出費なども含んでいると定義されている<sup>1)</sup>。1人当たり総保健医療支出(per capita THE)として, 購買力平価換算(per purchasing parity: PPP)ならびに為替相場換算(US\$)の値が報告されているが, 今回は後者のUS\$換算値を用いた。また, 保健医療支出の対国内総生産(GDP)比(%), 国家財政支出(general government expenditure)に対する割合(%)を用いた分析も実施した。さらに, OECD health dataにおいて再掲されている予防・公衆衛生分野の保健支出(1人当たりUS\$)との関連についても検討した。

## 2. 健康寿命

ある国に生まれた人が障害を抱えることなく自立して健康に生きられる平均年数を示した(平均)健康寿命は, World health report 2004の2002年Healthy life expectancy at birth(HALE)を用いた<sup>1)</sup>。また, 60歳に達した者が障害なく生きられる平均余命を表した60歳時平均健康余命Healthy life expectancy at 60 years oldも用いた。後者は男女別の値のみが報告されているため, 保健医療支出との関連は男女別に行った。

## 3. その他の指標

Human development index(人間開発指数: HDI)はその国の人々の生活の質や発展度合いを示す指標であり, 国連開発計画から毎年報告される人間開発報告書に記述されている<sup>3)</sup>。HDIは, 成人(15歳以上)識字率, 就学率, 1人当たりのGDP, 平均寿命(0歳児平均余命)の4つの情報から算出される。HDIが0.8以上(最大値1.0)の国が高HDI国, 0.5以上0.8未満が中HDI国, 0.5未満が低HDI国とされており, 健康寿命と保健医療支出との関連を人間開発指数のこれらの群別に検討した。

また, 全世界の年間のHIV新規感染の2/3以上(170万人), AIDS死亡の3/4以上(160万

■やつや ひろし・たまこし こうじ(名古屋大学大学院医学系研究科社会生命科学講座公衆衛生学/医学ネットワーク管理学) / あおやま あつこ・あかし ひでちか(名古屋大学大学院医学系研究科社会生命科学講座国際保健医療学)

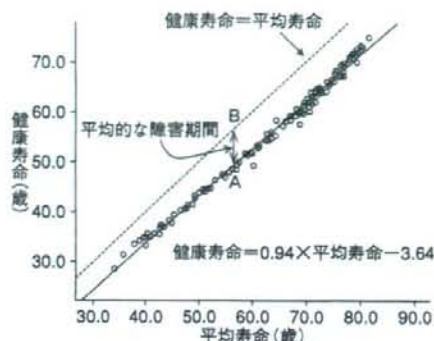


図1 平均寿命と健康寿命の散布図

回帰直線上のある点(A)から健康寿命=平均寿命の直線(点線)上に、y軸方向に投影した直線(AB)の距離が、当該国の平均的な障害期間である。上図では、回帰直線の係数が0.94と有意に1より小さいため、健康寿命=平均寿命の直線との距離は平均寿命が増えるに従い、拡大してしまう。

人が起き、HIV感染者の2/3(2,250万人)、15歳未満の感染児の約9割(220万人)が住むサハラ砂漠以南アフリカについては<sup>4)</sup>、保健医療支出と健康寿命との関連が他の地域と大きく異なったため、一部の解析はこれを層別化して実施した。

### 平均寿命と健康寿命との差

図1は世界194カ国の平均寿命(0歳児平均余命)と健康寿命との散布図である。世界的な比較では平均寿命の長い国ほど健康寿命が長く、いずれの国においても健康寿命は平均寿命より6~8年短いことが読み取れる。また、世界全体では、健康寿命=0.94×平均寿命-3.64という関係が成り立っており、平均寿命が増えるほど、障害を抱えて生活する期間が長くなることが数式上は示されている。

図2は平均寿命と健康寿命との散布図を、先述のHDIの値によって、層別化して示したものである。なお、本分析からは、国連開発計画からHDIが報告されていないアフガニスタン、イラク、北朝鮮などと、人口が100万人未満の

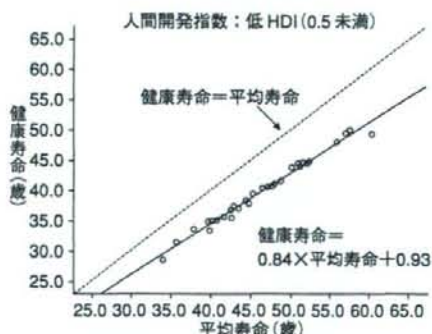
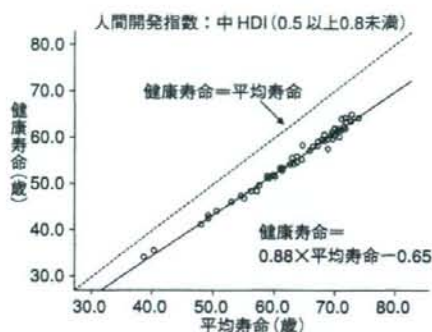
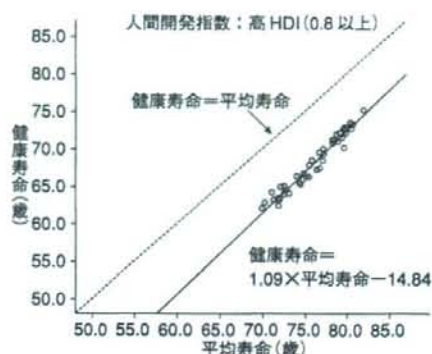


図2 人間開発指数によって層別化して求めた平均寿命と健康寿命との散布図

国は除外した。各層において健康寿命を平均寿命の一次式で近似すると、平均寿命の係数は高HDI国、中HDI国、低HDI国の順に1.09、0.88、0.84となった。また、係数の95%信頼区間はそれぞれ1.02~1.16、0.86~0.91、0.80~0.88で



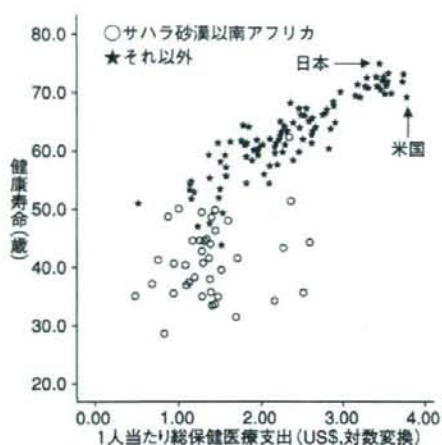


図3 1人当たり総保健医療支出(US\$, 対数変換)と健康寿命の散布図

あった。換言すると、高HDI国(先進国)では平均寿命の延長が健康寿命の延伸に統計学的に有意につながっている可能性があるのに対し、中・低HDI国では平均寿命の延長はむしろ障害を抱えて生活する期間の延長につながっている可能性が示唆された。なお、それぞれの回帰式は  $1.09 \times x - 14.84 (R^2=0.93)$ ,  $0.88 \times x - 0.65 (R^2=0.99)$ ,  $0.84 \times x + 0.93 (R^2=0.98)$  と推定された。

OECD加盟国に限定した場合も高HDI国とほぼ同様の結果となるが、平均寿命項の係数がさらに1より大きくなり、 $1.16 \times x - 19.86$  という一次式で近似された。すなわち、平均寿命が長い国ほど健康寿命と平均寿命との差が有意に縮小、すなわち障害によって損失する年数が短くなることを示しており、数式上は平均寿命が124歳のとき両者が一致する。健康寿命の延伸は、寿命の維持あるいは延長に加えて、障害を抱えて生存する期間を十分に短縮させることであり、集団レベルでみれば健康寿命と平均寿命の差をできる限り縮小させることである。

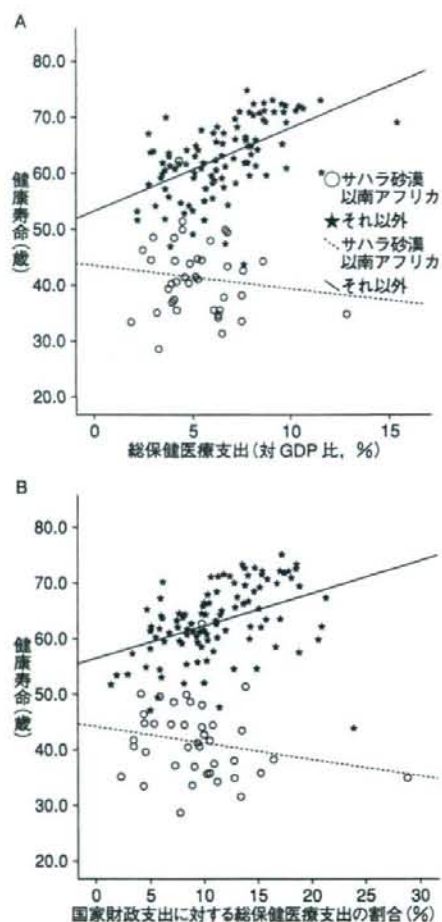


図4 健康寿命と対GDP比(A), 対国家財政支出比(B)で示した総保健医療支出額との散布図

## 世界各国の総保健医療支出と健康寿命の関連

### 1. 1人当たり総保健医療支出と健康寿命との関連

図3は対数変換した1人当たり総保健医療支出(US\$)と健康寿命の散布図であり、両者にはほぼ線形の関連が認められることがわかる。特

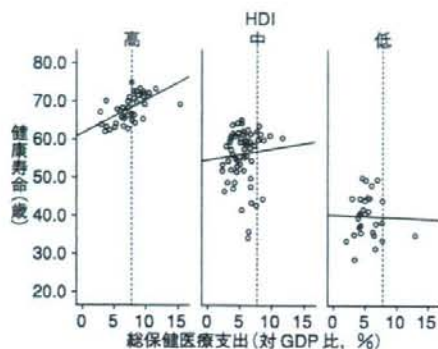


図5 健康寿命と対GDP比で示した総保健医療支出額との散布図

に○で示したサハラ砂漠以南アフリカ諸国を除外すると、その傾向がより顕著となる。両者のPearsonの相関係数は世界全体で0.81、サハラ砂漠以南アフリカを除外すると0.89となる。1人当たり保健医療支出額が多い国ほど健康寿命が長い、あるいは健康寿命が長い国ほど1人当たり保健医療支出額が多い傾向があるといえる。

## 2. GDPならびに国家財政支出に占める総保健医療支出額の割合と健康寿命との関連

図4に健康寿命と対GDP比で示した総保健医療支出額との散布図を示した。総保健医療支出額を1人当たり(US\$)で示した場合に比べ、健康寿命との関連は弱くなった。全体で両者のPearson相関係数は0.41であり、サハラ砂漠以南アフリカ諸国(○)を除外すると0.55となった。

図5はこれをHDIによって層別化して検討したものである。中HDI国、低HDI国に含まれるサハラ以南アフリカ諸国を除けば、両者には正の相関が認められている。なお、7.8%の位置の参照線は、ほぼわが国の総保健医療支出額(割合)に相当する。

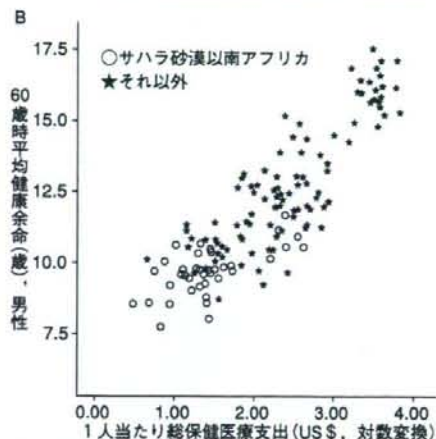
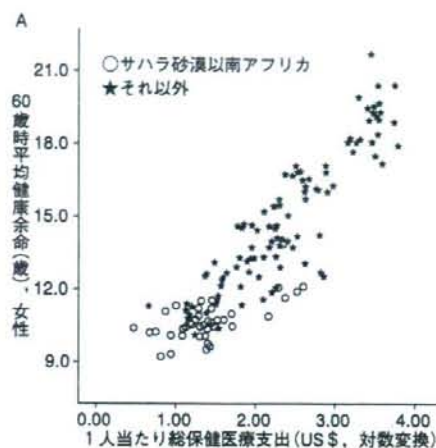


図6 60歳時平均健康余命と1人当たり総保健医療支出額との散布図

## 3. 1人当たりの総保健医療支出と60歳時平均健康余命との関連

図6A(女性)、図6B(男性)は、60歳時平均健康余命と1人当たりの総保健医療支出額(US\$)との散布図を示したものである。男女とも健康寿命と同様、総保健医療支出額と60歳時平均健康余命には正の関連が認められるが、この正の関連から予測される健康余命を下回っている国や地域も存在するようである。

今後は、こうした国々において、その健康状

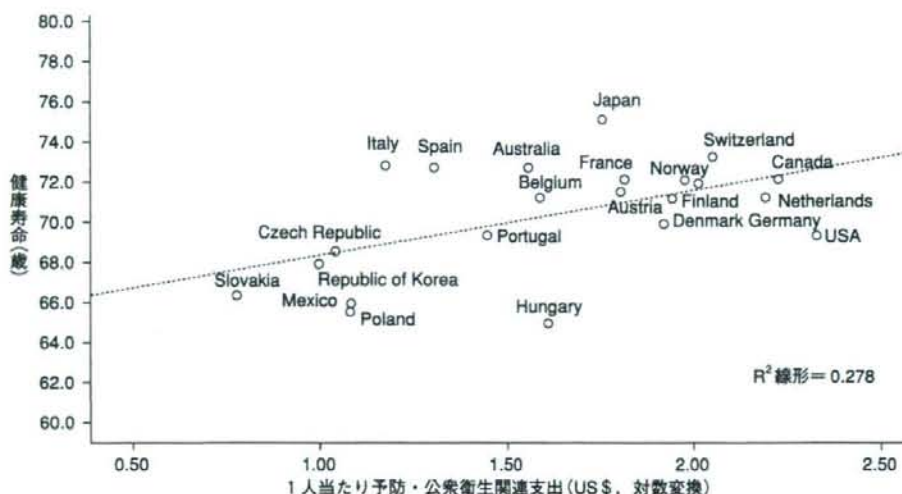


図7 1人当たり予防・公衆衛生分野への保健医療支出額との散布図

態の発展を阻害する社会環境因子の存在などについて、より詳細な検討が必要であると思われる<sup>5)</sup>。

### 予防・公衆衛生関連分野への保健医療支出と健康寿命との関連

OECD加盟国について、予防・公衆衛生関連分野への1人当たり保健医療支出(US\$, 対数変換)と、同時期の健康寿命との散布図を図7に示す。この値と健康寿命、60歳時健康余命(男性、女性)との相関係数は、それぞれ0.57( $p=0.012$ )、0.49( $p=0.021$ )、0.58( $p=0.005$ )であった。

### まとめ

1) 先進国では平均寿命の延長に伴って健康寿命も延伸していたが、発展途上国においてはむしろ平均寿命の延長は障害期間の延長につながっている可能性があることが示唆された。

2) 健康寿命と、1人当たり総保健医療支出額(US\$, 対GDP総保健医療支出額比は、い

ずれも相関しており、サハラ砂漠以南アフリカ諸国を除外するとその関連はより強くなった。

3) 60歳時平均健康余命は1人当たり総保健医療支出額(US\$)と正の相関を示した。

4) 予防・公衆衛生関連分野への保健医療支出と健康寿命、60歳時平均健康余命とも正の相関が認められた。

5) 健康寿命と保健医療支出が相関したことは、その延伸あるいは維持には一定の支出が必要である可能性や、それを可能にする社会環境基盤の発展が必要であること、あるいは保健医療支出がそれらを包含する社会開発指標になっている可能性を示唆していると考えられた。

### 文 献

- 1) WHO: World health report 2004. WHO, <http://www.who.int/whr/2004/en/index.html>
- 2) OECD: OECD HEALTH DATA 2007. OECD, Paris, 2007.
- 3) UNDP: Human development report 2006. UNDP, <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>
- 4) UNAIDS: Fact sheet, Key facts by region? 2007 AIDS Epidemic Update, Geneva, 2007.

[http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118\\_epi\\_regional%20factsheet\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epi_regional%20factsheet_en.pdf)

5) Lopez AD et al : Global and regional burden of

disease and risk factors, 2001 : systematic analysis of population health data. *Lancet* **367** : 1747-1757, 2006.

---

(執筆者連絡先) 八谷 寛 〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65 名古屋大学大学院医学系研究科社会生命科学講座公衆衛生学/医学ネットワーク管理学