

tion of UHC [25]. However, we should keep in mind that, in spite of Japan's success with regard to UHC development, the country still faces its own challenges. With its rapidly aging society and the burden of the Great East Tohoku disasters, UHC in Japan is losing its affordability to all people and has required structural reform [26].

The introduction of UHC to global health needs to be considered a dynamic issue and it would be very difficult to provide a one size fits all solution for impoverished countries in Africa and beyond. Africa has its own unique health problem with the high level of HIV/AIDS [27]. In addition to the burden of HIV/AIDS, recent reports indicate that the number of people with undiagnosed hypertension and diabetes is greater than the number of people living with HIV/AIDS [28, 29]. Japan's healthcare challenge is that it must adapt to the pressures of a rapidly aging population. In this regard, we see some similarity as to the issues that must be tackled. Thus, we recommend the UHC for the post-2015 agenda. The lessons Japan has learned from tackling the dynamic challenges of its aging population would apply well to Africa and provide a good opportunity for mutual learning. As Shibuya et al. pointed out in their four key policy recommendations, reconsidering the meaning of global health in aging populations and identifying areas in which Japan has greater expertise is a key facet of the strategic agenda [26].

In this regard, the series of dialogues in TICAD and subsequent meetings should be respected since we see a clue in the implementation of the human security concept.

It is widely recognized that in order to deliver both preventive and curative healthcare services in an efficient and effective manner, health system strengthening with local ownership, local diagnosis and local capacity building is required. For that purpose, a two-sided strategy is needed to both strengthen the state's capacity to deliver prevention and curative health services and to empower community-based health workers, volunteers and parents [20]. In Sub-Saharan African countries, in particular, donors and partners must coordinate and harmonize their approaches to UHC in order to avoid duplication and fragmentation. Thus, the human security approach should not be an additional effort, it should be integrated into efforts towards UHC.

As Vega pointed out [30], for the achievement of sustainable UHC, two inter-related components are required: access to coverage for necessary health services and access to coverage with financial protection. This challenge can be discussed in the coming TICAD and subsequent meetings with a view to the human security approach (protection and empowerment).

Japan's global health policy has been consistent from the Okinawa G8 summit in 2000, through the Toyako G8

Summit and TICAD IV in 2008 to TICAD V in 2013 because it has been based on the human security concept with a special emphasis on bottom-up, comprehensive, multi-sectoral, and participatory approaches that allow it to transform legacy PHC into effective UHC.

CHALLENGES TO BE CONSIDERED

For the reasons noted above, there is a great opportunity for Japan's global health policy and its domestic experiences of developing UHC to contribute to Africa. We should, however, consider several challenges with respect to its applicability, sustainability and outcome in the African setting.

First, the applicability of the human security model (Takemi's dual approach) to Africa should be carefully discussed. The promotion of the human security approach may not be well accepted given the promotion of a rights-based approach by several stakeholders including the United Nations Children's Fund (UNICEF), the United Nations Population Fund [31], Sweden [32] and the United Kingdom [34]. Although the applicability of the HS model is recognized with a level of expectation [34], it should be a matter of discussion in TICAD V policy dialogues and subsequent meetings. While we see some similarity between the rights-based approach and HSA, including top-down and bottom-up approach [31], we speculate that the rights-based approach, a kind of legal-based and normative approach, may not be effective when "instant choices need to be made between two fundamentally bad options." In contrast, HSA might assist decision-making by "identifying the least objectionable option" [12]. In addition, we should consider the coherence of UHC with existing social franchising systems and conditional cash transfer [35–37], both of which are considered to be innovative and of great impact to health in Africa. A system of UHC with HSA integrated with social franchising and conditional cash transfer could be recognized as being favorable.

Second, the sustainability of UHC should be considered. Looking back on the history of PHC, the lesson of selective PHC is deemed to be important. Criticisms of PHC included that it was too broad and there were doubts over its feasibility. Selective PHC, which consisted of GOBI (growth monitoring, oral rehydration therapy, breastfeeding, and immunization) approaches, was advocated by UNICEF and supported by several donors. However, the scheme has been criticized for its narrow focus on technocratic approaches [38], which did not encourage community participation and which were unable to take a central position in the global health community. As a result, the PHC concept and its implementation fluctuated and com-

Table 1 Brief overview of the TICAD Process

Year	Title of conferences and meetings	Date	Venue	Summary
1993	TICAD I First Tokyo International Conference on African Development	October 5–6	Tokyo, Japan	Co-organizers vowed to resuscitate the decline in development assistance for Africa which had followed the end of the Cold War. “Tokyo Declaration on African Development,” guidelines for African development were adopted. The emphasized priorities are: Importance of ‘Africa’s ownership’ of its development as well as of the ‘partnership’ between Africa and the international community. Harnessing of Asian experience for the benefit of African development.
1998	TICAD II Second Tokyo International Conference on African Development	October 19–21	Tokyo, Japan	Primary Theme: Poverty Reduction and Integration into the Global Economy “African Development Towards the 21st Century: the Tokyo Agenda for Action” was adopted. Ownership and partnership were the underlying principles. Expressed commitment to the agreed goals and priority actions in the following areas: Social development: education, health and population, and other measures to assist the poor. Economic development: private sector development, industrial development, agricultural development, external debt. Foundations for development: good governance, conflict prevention and post-conflict development.
2001	TICAD Ministerial Meeting	December 3–4	Tokyo, Japan	Substantive discussions took place on TICAD II review and on NEPAD (the New Partnership for Africa’s Development), the development initiative by African people themselves.
2003	TICAD III Third Tokyo International Conference on African Development	September 29– October 1	Tokyo, Japan	Succeeded in bringing together international support for African development, NEPAD in particular, and expanding partnership within the international community. In addition, at TICAD III priority challenges were specified in the various development areas, and a new initiative toward future African development was adopted. The three pillars of Japan’s assistance for Africa was announced including “human centered development”, “poverty reduction through economic growth” and “consolidation of peace”. “The TICAD Tenth Anniversary Declaration,” which confirmed approaches to development including consolidation of peace and human security was adopted.
2008	TICAD IV Fourth Tokyo International Conference on African Development	May 28–30	Yokohama, Japan	“Yokohama Declaration” accompanied by “Yokohama Action Plan” was adopted. Action to be taken by 2012 was described in “Yokohama Action Plan”.
2010	Second TICAD Ministerial Follow-up Meeting	May 2–3	Arusha, Tanzania	Discussion focused on progress in the implementation of the Yokohama Action Plan as TICAD IV follow-up, as well as MDGs.
2011	Third TICAD Ministerial Follow-up Meeting	May 1–2	Dakar, Senegal	Political and financial issues in Africa were also discussed.
2012	Fourth TICAD Ministerial Follow-up Meeting	May 5–6	Marrakech, Morocco	The “Kan commitment” was mentioned.
2012	TICAD V Preparatory Senior Officials’ Meeting	Nov 15–17	Ouagadougou, Burkina Faso	Remaining development challenges including MDGs were mentioned.

The items were modified from the web <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/meeting.html> (accessed on Apr 15, 2013)

mon interest was lost. The sustainability of UHC may be associated with health finance and management capacity, which is another challenge. Once UHC is prioritized and targeted for the post-MDG agenda, it is less likely to fluctuate than PHC. However, the global health community has been swinging like a pendulum from a vertical approach (selective PHC and the MDGs), to a horizontal approach (health system strengthening and PHC). Even if the UHC concept achieves mainstream acceptance among the global health community, the direction of the stream should be carefully monitored through the TICAD dialogue processes and the World Health Assembly agendas, which cover a variety of items but which do not always reflect international health issues in terms of disease burden [39].

Third, the outcomes achieved through TICAD should be considered. As the TICAD monitoring process reported, the renovation of more than 1,000 health facilities and the training of more than 100,000 health workers have already been achieved. These indicators were set in reflection on the "Yokohama Action Plan" and "Toyako Framework for Action on Global Health". In a sense, Japan may have achieved accountability to the global health community, however these achievements and inputs including an ongoing model project named "EMBRACE" (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care) [40], and education services in poor countries from 2011 to present (continuing to 2015) [41] have been made based on a large amount of donor funds, including Japan's pledge of US\$ 8.5 million at the UN MDG Summit in September 2010, named the "Kan commitment," from the name of the prime minister of the day [42]. The Kan commitment was not restricted to TICAD actions. The problem, however, is that this achievement came at the cost of such a large amount of input. As noted above, the main objective of TICAD is to promote output-oriented policy dialogue, not the pump-priming of the pledges, which are necessary to sustain high-input programs.

Japan has gained newer accountability for establishing the means by which this achievement can vitalize communities in the light of the human security concept. In the coming TICAD V and follow-up meetings, the direction of policy dialogue should focus on how to bring about outcome and establish accountability in African countries while best utilizing existing outputs along with evaluating the appropriateness and effectiveness of these inputs; even though evaluating outcomes will be difficult due as it will take longer to confirm the actual outcomes.

CONCLUSION

Japan's health system experiences and the global

health policy presented by the Ministry of Foreign Affairs and JICA are consistent with the human security concept. The human security concept can be the basis of health system strengthening, which complements UHC. It is also Japan's challenge to incorporate PHC into health system strengthening and infectious disease control activities, to strengthen newborn and child health activities, and to contribute to UHC development. In the coming TICAD dialogue, the human security approach should be strengthened with a view to the post-2015 agenda.

CONTRIBUTION

Takahashi K and Kobayashi J made a significant contribution to the writing of the manuscript. Nomura M made a significant contribution to the writing of the Table 1. Kakimoto K and Nakamura Y supervised all parts of the manuscript.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

None declared.

ACKNOWLEDGEMENTS

This research was funded by the Grant of Research on global health issues, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

REFERENCES

1. Webster PC. What next for MDGs? *CMAJ* 2012; 184: E931-932.
2. The Government of Japan, United Nations (OSCAL U, Global Coalition for Africa). Launching of TICAD II Process. Available from: <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad2/ticad23.html>. (Accessed on Feb 8, 2013)
3. The Government of Japan. Tokyo Declaration on African Development "Towards the 21st Century". Available from: <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad2/ticad22.html>. (Accessed on Feb 8, 2013)
4. The Government of Japan. Second Tokyo International Conference on African Development (TICAD II). Available from: <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad2/ticad22.html>. (Accessed on Feb 8, 2013)
5. The Government of Japan. Summary by the Chair of TICAD III. Available from: <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad3/chair-1.html>. (Accessed on Feb 8, 2013)
6. Japan Center for International Exchange. Challenges in Global Health and Japan's Contributions. Available from: <http://www.jcie.or.jp/cross/globalhealth/overview.html>. (Accessed on Feb 12, 2013)
7. Takemi K, Jimba M, Ishii S, Katsuma Y, Nakamura Y;

- Working Group challenges with Global Health and Japan's contribution. Human security approach for global health. *Lancet* 2008; 372: 13–14.
8. Takemi K, Masamine J, Sumie I, Katsuma Y, Nakamura Y. Task Force on “Challenges in Global Health and Japan's Contribution”. Global Health, Human Security, and Japan's Contributions. Tokyo, Japan: Japan Center of International Exchange; 2009.
 9. Ministry of Foreign Affairs, Japan. Yokohama Action Plan. Yokohama, Japan: Ministry of Foreign Affairs, Japan; 2008.
 10. Ministry of foreign affairs J. The TICAD V Preparatory Senior Officials' Meeting (SOM), Chair's Summary: Ministry of foreign affairs, Japan, 2012. Available from: http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc5/pdfs/som_1211_01.pdf. (Accessed on Apr 15, 2013)
 11. Takemi K, Reich MR. The G8 and Global Health: Emerging Architecture from the Toyako Summit. In: Hubbard S, Ashizawa K, eds. G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up Global Action for Health System Strengthening: Policy Recommendations to the G8 Task Force. Tokyo, Japan: Japan Center for International Exchange; 2009.
 12. Commission on Human Security. Human Security Now. New York: United Nations, 2003.
 13. Takemi K. Japan's Role in Global Health and Human Security. Available from: <http://www.jcie.or.jp/cross/globalhealth/cgh-jc01.pdf>. (Accessed on Apr 15, 2013)
 14. Tall CT, Jimba M. Health and Human Security in Action—Presentation from the Ground. Available from: http://www.jcie.org/japan/j/pdf/csc/ghhs/hhs/ticad/symposium_jimba.pdf. (Accessed on Apr 15, 2013)
 15. Kunii O. The Okinawa Infectious Diseases Initiative. *Trends Parasitol* 2007; 23: 58–62.
 16. Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. *Lancet* 2007; 370: 1983–1985.
 17. G8 Health Experts Group. Toyako Framework for Action on Global Health. Tokyo, Japan: United Nations, 2008.
 18. The Government of Japan. Summary by the Chair of Hokkaido Toyako Summit. Available from: http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/doc080709_09_en.html. (Accessed on Apr 15, 2013)
 19. The World Health Organization. Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda, WHO Discussion Paper. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf. (Accessed on Apr 15, 2013)
 20. Reich MR, Takemi K, Roberts MJ, Hsiao WC. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *Lancet* 2008; 371: 865–869.
 21. Ikeda N, Saito E, Kondo N, Inoue M, Ikeda S, Satoh T, Wada K, Stickley A, Katanoda K, Mizoue T, Noda M, Iso H, Fujino Y, Sobue T, Tsugane S, Naghavi M, Ezzati M, Shibuya K. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; 378: 1094–1105.
 22. Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* 2011; 378: 1051–1053.
 23. Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, Watanabe R, Shibuya K, Yang BM, Reich MR, Kobayashi Y. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; 378: 1106–1115.
 24. McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value Health* 2013; 16: S39–S45.
 25. Japan International Cooperation Agency (JICA). Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems. Available from: http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/english/publications/reports/study/topical/health/index.html. (Accessed on Apr 15, 2013)
 26. Shibuya K, Hashimoto H, Ikegami N, Nishi A, Tanimoto T, Miyata H, Takemi K, Reich MR. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. *Lancet* 2011; 378: 1265–1273.
 27. World Health Organization. MDG 6: combat HIV/AIDS, malaria and other diseases. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/en/. (Accessed on Apr 15, 2013)
 28. United Nations News Center. Hypertension and Diabetes on the Rise Worldwide, Says UN Report 2013. Available from: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?newsid=42012#.UbFHi-eeOEY>. (Accessed on May 30, 2013)
 29. World Health Organization. World Health Statistics 2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
 30. Vega J. Universal health coverage: the post-2015 development agenda. *Lancet* 2012; 381: 179–180.
 31. United Nations. The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among the UN Agencies. The Interagency Workshop on a Human Rights Based Approach. Geneva: United Nations; 2003.
 32. Ministry of Foreign Affairs, Sweden. Human Rights in Swedish Foreign Policy. Stockholm, Sweden: Government Offices of Sweden; 2009.
 33. Bluck S. DFID's Rights Based Approach. Equity and Rights Team, ed. London: DFID; 2006.
 34. Were M. Human Security Approach in the Health Sector in Africa. Available from: http://www.jcie.org/japan/j/pdf/csc/ghhs/hhs/ticad/symposium_were.pdf. (Accessed on Apr 15, 2013)
 35. International Poverty Centre. Cash Transfers: Lessons from Africa and Latin America. Brasilia: UNDP; 2008.
 36. Schubert B, Slater R. Social cash transfers in low-income African countries: conditional or unconditional? *Dev Policy Rev* 2006; 24: 571–578.
 37. Beyeler N, York De La Cruz A, Montagu D. The impact of clinical social franchising on health services in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS One* 2013; 8: e60669.
 38. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004; 94: 1864–1874.

39. Kitamura T, Obara H, Takashima Y, Takahashi K, Inaoka K, Nagai M, Endo H, Jimba M, Sugiura Y. World Health Assembly Agendas and trends of international health issues for the last 43 years: Analysis of World Health Assembly Agendas between 1970 and 2012. *Health Policy* 2013; 110: 198–206.
40. The Government of Japan. Japan's Global Health Policy 2011–2015. Ministry of Foreign Affairs, Japan; 2010.
41. The Government of Japan. Japan's Education Cooperation Policy 2011–2015. Ministry of Foreign Affairs, Japan; 2010.
42. Ministry of Foreign Affairs, Japan. The Fourth TICAD Ministerial Follow-up Meeting. Available from: <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/min1205/>. (Accessed on Apr 15, 2013)

特集 グローバリゼーションの中の小児診療

I. 総論

国境を越える小児保健医療—文化とことばの壁を越えて

なか むら やす ひで
中 村 安 秀 大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学

要旨 国際的な人の移動に伴い、在日外国人の子どもや海外に渡航する子どもが増加している。子どもが地球規模で移動する現状をふまえ、グローバルな世界と連繋した小児科診療のありかたを考察した。とくに、コミュニケーション面では医療通訳士の存在が必要不可欠になっている。今後は、日本の小児医療の優れた点は堅持しつつ、世界のスタンダードに準拠できる部分は柔軟に対応し、共生をめざした小児医療が発展することを期待したい。

Key words 在日外国人、海外渡航、小児医療、医療通訳士、異文化理解

はじめに

国民皆保険の達成からちょうど50年目にあたる2011年9月に、著名な医学雑誌であるLancet誌は、「Japan: Universal health care at 50 years」という特集号を出版した。第二次世界大戦後の日本人の平均寿命は、男性で50歳、女性で54歳であったが、1970年代後半までにはスウェーデンを抜いて世界一の平均寿命を誇った。国民皆保険制度は1961年に導入され、すべての国民にさまざまな医療へのアクセスを保証している。20世紀後半に強固な保健医療体制を構築し国民の健康状態を改善した日本の実績は、国際的にも高く評価されている。

この世界に誇るべき日本の保健医療システムの中で、外国人はどのように位置づけられてきたのだろうか？ 筆者がそのような疑問を抱いたのは、インドネシア共和国北スマトラ州の電気もない農村での2年間にわたる母子保健活動から帰国した後の1989年であった。途上国でも外国人が

アクセスできる医療環境は整備されており、インドネシアにおいても英語さえ使えば診療可能な医療機関は少なくなかった。しかし、当時の日本では、小児医療に関する最高峰の一つであった国立小児病院（現・国立成育医療研究センター）でさえ、病院玄関に病院の英語名の表示すら見当たらなかった。当然、院内の表示は日本語だけで、外国語のパンフレットもなかった²⁾。

日本の小児医療は、日本に住み日本語ができる日本人小児のためだけに存在していたのではないだろうか。外国人小児に対する医療はどうなっているのか？ 海外渡航する小児に対する医療サービスは十分なのだろうか？ グローバリゼーションの時代に、国境を越えて移動する子どもたちに対する医療のありかたを考えてみたい。

外国人小児に対する医療の課題

外国人登録者数は200万人を越し、国籍数は190にのぼる。最近の外国人の人口動態の特徴は、外国人家族の定住傾向が明らかとなり、国際

結婚と外国人を親にもつ子どもが増加している。なお、日本語がまったく話せない外国人の母親が子どもを連れて、小児科外来を受診した場合も、父親が日本人なら、子どもは日本国籍をもっている。しかし、本稿では国籍だけで判断するのではなく、親の1人が外国人の場合には「外国人小児」と表現する。

小児科の医療現場では、他の診療科と異なり、大きなメリットがある。診察や看護の場で医師や看護師は、乳幼児や子どもがたとえ一言もしゃべらなくても、その子の状態を把握し的確に診断することができる。ふだんから、ことばだけに頼らずに、子どもの様子や仕草などを通じてコミュニケーションしているからである。ことばの通じない外国人の子どもに対する診療の場合も、日本人の子どもを診ているのと同じように診察すればよいのである³⁾。子どもたちの世界に国境はないことは、小児科診療にとって大きな強みである。

ただ、外国人の保護者がやってきたときに、さまざまな問題が表出する。出身国、日本での滞在年数、日本語や英語の会話能力などによって、対応の仕かたが異なってくる。具体的には、「言語・コミュニケーション」「保険・経済的な問題」「保健医療システムの違い」「異文化理解」という四つの要素に配慮する必要がある。

1. 言語・コミュニケーション—きちんとした日本語の大切さ

日本に長期滞在している外国人は、話をよく聞いてくれ、やさしい日本語で説明してくれることを望んでいる。案内や通知文書の漢字にルビを振るといった工夫も大切である。嘔吐（おうと）、口腔（こうくう）外科など医学用語は漢字テストのようである。実は、医学用語にルビを振ると、日本人からも好評であった。とくに、若い母親では、診療所や病院で配布された漢字の多い文書がむずかしいという人は少なくない。このように、外国人にとって読みやすい案内や説明文は日本人にとっても役立つ、すなわち、外国人に対する小

児保健医療の成果は日本人にも波及することに注目したい。

最近、インターネットなどから多くの外国語情報が入手できるようになった。とくに、既往歴などは問診で無理に聞き出すよりも、チェックリストに記入してもらうほうが互いの負担が少なく時間の節約にもなる。また、日本の母子保健医療サービスに関する外国語での説明文書を置いておくと、日本語で会話できる母親にも非常に好評である。母国語で読める情報源があるというのは、外国人の母親にとって大きな安心に繋がる。

外国人の親をもつ小児の保健医療において、外国語版母子健康手帳は非常に有用である。日本で暮らす外国人を対象とした母子健康手帳が開発されたのは、1992年であった。首都圏における外国人人口の急増を受け、東京都母子保健サービスセンター（当時）が日本語と外国語を併記する形の外国語版母子健康手帳を開発した。日本語の単なる翻訳ではなく、外国語と併記することにより、外国語がわからない保健医療関係者も記入でき、外国人と日本人の夫婦も共通に理解することが可能になった。

もちろん、チェックリストや母子健康手帳だけで、すべての問診を行うのは不可能である。保健医療機関において、日本語のできない外国人に対して日本人と同等の水準の保健医療を提供するためには、単なるマニュアルやパンフレットだけでは不十分であり、保健医療分野に造詣の深い通訳士が求められている。

2. 保険・経済的な問題

基本的には外国人登録を行っていれば、原則として、保健医療に関する種々のサービスは日本人と同様に適用される。ただ、健康保険への加入資格があるにもかかわらず、実際に加入していない外国人は少なくない。

また、超過滞在者（オーバーステイ）に対する保健医療サービスの適応については、2000年に社民党大脇雅子参議院議員（当時）の質問に森喜

朗内閣総理大臣（当時）が回答した答弁書⁴⁾が具体的な政府見解を示している。

入院助産（児童福祉法第22条）については、内閣総理大臣答弁書によれば「緊急に入院助産を受けさせる必要があると認められる場合には、在留資格や外国人登録の有無にかかわらず」可能であるとされている。また、養育医療（母子保健法第20条）は、出生時の体重が少ない（2,000g以下）あるいは疾病をもつ新生児に対して、医療機関における入院医療費の自己負担分を給付する制度であるが、「医師が入院養育を必要と認めた場合には、在留資格の有無にかかわらず」給付を受けられると回答した。

このように、人道的な見地から、小児保健医療の多くは超過滞在者を含む外国人に適応されると解釈される。しかし、現実には、政府答弁の実行に消極的な厚生労働省の姿勢、自治体の窓口担当者が答弁のことを知らないなどの理由により、適応されない事例が存在するのも確かである。

3. 保健医療システムの違い

日本で暮らしはじめた外国人にとって、日本の保健医療システムは非常に複雑で理解しにくい。とくに、出身国にない保健医療サービスについては、知らないというよりもそのようなサービスが利用できると思っていないのがふつうである。日本は世界的に見ても、母子保健サービスの充実した国である。母親学級、妊婦健診、母子健康手帳、先天代謝異常検査、新生児訪問、乳幼児健診と、妊娠、出産、育児の時期に、多くの母子保健サービスが無料で提供されている。これらの統合的な母子保健サービスの結果として、世界でもっとも低い乳児死亡率が達成されている。しかし、諸外国では、これらの母子保健サービスの一部を実施しているにすぎない。したがって、先進国や途上国を問わず、日本ではじめて出産する外国人の母親にとっては、それらのサービスの存在さえ知らないことも少なくない²⁾。

また、外国人に日本の保健医療システムを説明

するときに、日本人用に作られたパンフレットやリーフレットを単に翻訳するだけでは十分ではない。たとえば、子どもがけいれん重積をおこしたときに、父親がお金をもって帰宅するのを待っていたフィリピン人の母親がいた。救急車をよぶと、お金がかかると思い込んでいたとのことであった。海外では救急車は民間が運用していることが多く、救急車は無料とは限らない。したがって、外国人のための情報には、「日本では、救急車は無料です」と明記しておく必要がある。

今後は、地方自治体が、母子保健サービスに関する多言語による広報をより充実させることを強く期待したい。日本人ならば知っているはずの基本的な事項さえ、外国人の母親にとってははじめてのことばかりで、とまどっているのが現状である。小児科診療においても、外国人の初診時に、各国語版のパンフレットなどを用いて日本の母子保健サービスの全体像を説明しておく、その後の継続的なケアに繋がりやすくなる。

4. 異文化理解

乳幼児健診で医師がかわいいと思ってタイ人の子どもの頭をつい左手でなでたら、わが子を侮辱されたと母親が感じた。カゼをひくからといって夏でも赤ちゃんをグルグル巻きにしている中国人の母親にどう保健指導したらよいのかわからない、といった体験談は少なくない。異文化との接触の黎明期には、必ずこのような種々のコミュニケーション障害が生じるものである。こういう混乱の段階を経てお互いの文化を尊重したうえで、相互理解が成立していくのだと考えられる。出身国の風俗習慣を知るための参考書はあるが、同じ国の出身でも地域が違えば民族やことば、宗教、文化も異なる。

外国人の診療で、保健医療関係者がとまどう具体的な事例は枚挙に暇がない。感染症でも隔離するという発想に乏しい、入浴や手洗い習慣などの衛生観念が違う、肉類の入った入院食を食べない、家族の見舞いが多く病床で騒ぐ、ピアスや飾

りなどの身体装飾を外さない, など医療側からの苦情は少なくない。

これらの問題は, 実は外国人に特有の問題ではなく, 画一的に近代医療を一方向的に押しつけてきた日本の医療現場の問題であると捉え直す必要がある。日本においても, 個人の信条や嗜好, 宗教的信念を尊重する病院や診療所も増えてきたが, 多くの医療機関では画一的な患者管理が行われており, 病院内は規則づくめである。基本的には, 医療現場において, 日本人に対しても, ひとりひとりの個人の権利, 生活スタイルや信条を尊重した医療を実践できるようになれば, 外国人の患者との間で生じている異文化摩擦はもっと少なくなるに違いない²⁾。

小児医療における医療通訳士の必要性

1. 東日本大震災が教えてくれた教訓

2011年3月の東日本大震災では, 海外からは過去最大規模の支援が寄せられ, 外国人医師の被災地における医療行為が特例として認められた。イスラエル医療チームは医師, 看護師, 検査技師など60名のスタッフを派遣し, 宮城県南三陸町で診療を行った。日本人患者に正確で適切な医療サービスを提供するために通訳士が常駐し, 日本の緊急援助NGOがイスラエルと日本の間のリエゾン調整役として活躍していた³⁾。

緊急支援時に外国人医師が派遣され, 医療行為を特例として認めただけでは不十分であった。医学は世界共通であるが, 医療は文化である。日本人患者を相手に外国人医師が医療行為を行うためには, 医師と患者双方のこぼを正確に伝達し円滑なコミュニケーションを可能にする医療通訳士と, 医療者と患者の医療システムや文化の違いに精通したリエゾン役の調整者が必要であった⁴⁾。

2. 医療通訳の必要性

簡単な日常会話ができる外国人も, 保健医療の場では医療関係者のということがわからない。小児

科の外来や病棟で話される日本語の医学用語を理解するには, 母親にかなり高いレベルの語学能力が必要である。外国人の多い地域では, 医療通訳士を導入する保健医療機関が増えている。愛知県小牧市では, ポルトガル語の通訳士が乳幼児健診に参加することにより外国人の母親をもつ乳幼児の健診受診率が著明に向上した⁷⁾。ことばが通じないので体重測定や保健指導を受診する人は少なかったが, 通訳士が1人いるだけで外国人の母親の健診に対するモチベーションは大いに高まった。

小児医療においても, 入院病棟での病歴, 主訴, 診断告知, 治療方針などの正確な説明や, 手術やがん告知などのインフォームド・コンセントなどが必要になる。その場合には, 外国語を話せる人に通訳をお願いするという通訳ボランティアの発想では対処できない。また, 家庭の中でもっとも日本語に堪能な小学生や中学生の子どもが, 学校を休んで父親や母親の通訳として受診することも少なくない。しかし, 子どもが通訳をする場合には, 母親の妊娠歴を聞けない, 重篤な疾患の予後について真実を話せない, といった問題がすでに生じている。

3. 医療通訳士協議会 (JAMI) の設立と今後の課題

このような現状をふまえ, 2009年2月に医療通訳士協議会 (Japan Association of Medical Interpreters, 以下JAMIと略す) が発足した。日本語のできない外国人に対して, 日本人と同水準の医療を提供するためには, 保健医療分野に造詣の深いプロフェッショナルな医療通訳士に対する適正な報酬と身分を保障するための制度の整備と, 医療通訳士の技術向上のための活動を目的としている⁸⁾。JAMIには, 外国人の保健医療に関心をもつ全国の医療関係者, すでに実践を行っているNGO, 保健医療通訳に関する研究者, 自治体などの行政関係者など, 分野や組織が異なる団体や個人が集う平らなプラットフォームとしての役割

が期待されている。

小児科領域においても、外国人の母親と医療者の間を繋ぐ、プロフェッショナルな医療通訳士の活躍が期待されている。単に医学用語の説明や投薬内容の理解が深まるというだけでなく、小児科の場合は、外国人の母親が母国語で心配ごとを相談できることにより、気持ちが落ち着くという効用も大きい。今後、日本において、医療通訳士が増加する中で、小児科からの検証が行われることを期待したい。

海外で暮らす日本人の子どもたち

海外にも多くの日本人小児が出かけている。海外旅行だけでなく、海外で暮らす日本人小児も増加の一途をたどっている。また、海外で暮らす義務教育年齢の子どもも少なくない。日本人が海外で暮らすとき、仕事以外で一番気になるのが、子どもの教育と家族の健康であるといわれる。

日本では、外来診療や育児書などにおいて、「子どもの健康で何か気になったときは、医師に相談してください」という指導が当たり前のように行われている。ところが、海外では、状況は一変する。熱を出したので小児病院の救急センターを受診したが、重症の患者から優先的に診察されるので、自分の子どもを診察してくれる気配もない。結局、発熱だけで比較的元気だった子どもをそのまま自宅に連れ戻った、といったエピソードには事欠かない。海外では、「自分の健康は自分で守る」という気持ちをもって、病気になった場合の対処法をふだんから準備しておくことが重要である。

1. 渡航前の準備

渡航前の健康診断の内容は、基本的には乳幼児健診あるいは学校健診と同じもので十分である。慢性疾患がある場合は、英文の診断書を発行する。投薬内容は必ず一般名で（商品名ではなく）書くことが重要である。一般の診断書や予防接種の見本は、ホームページ上からダウンロードでき

る。

携行すべき医薬品や衛生用品の指導も必要である。渡航先での生活が軌道にのるまでは、必要な薬などがどこで手に入るかわからないのがふつうなので、当面、必要なものは、日本から持参しておきたい。

現地の疾病に関する最新情報は、インターネットが非常に有用である。臨床医がふだんから海外の医療情報を収集しておくのは、現実的には非常に困難である。カナダのトラベルクリニックの医師も、「海外の予防接種や感染症情報については、自分の気に入ったウェブサイトに通暁することによって、どんな情報がどのサイトにあるのかを熟知しているのが、プロフェッショナルだ」と断言していた。

2. 海外での健康生活

海外では、日本と保健医療システムが異なるので、相手国のシステムをよく知り、上手に利用することが求められる。大病院でも個人クリニックでも、患者がかかりたいと思う医療機関を自由に選択でき、同じ治療法なら診療費用は全国的に同一価格であるという日本の保健医療システムは、世界的に見ると非常に特殊な方式である。海外での医療機関の選択に関してアドバイスするときは、日本のようなシステムではないことを念頭におく必要がある。個人的には、健康なときに子どもの家庭医あるいは主治医を見つけておくことを強調している。

英語で医師の診察を受けるときには、簡単な英語での経過表を作ってから受診すると、医師との会話が非常にスムーズになる。このような経過表と医師に対する質問表をもって、聞きたいことをどんどん質問するという積極的な姿勢が必要である。

なお、途上国では、お手伝いさんや門番、運転手など、現地の人と生活をともにする場合が少なくない。とくに乳児のいる家庭では、同居人の結核は重大問題であり、使用人に対する健康チェッ

クの重要さも指摘しておきたい。

3. 帰国後の注意事項

帰国後1か月以内に生じる発熱や下痢の場合は、渡航した国との関連性を疑う必要がある。日本に帰国後に発症した場合、マラリア、アメーバ赤痢などをはじめとする熱帯感染症の発見が遅くなる傾向がある。

また、海外で受けられなかった予防接種や検査のことも考慮する必要がある。外国で出生した子どもの多くは、先天性代謝異常症などの検査は受けていないことも忘れてはならない。

共生の医療をめざして

外国人小児医療の課題や海外渡航する日本人小児の医療問題としてクローズアップされていることの多くが、実は日本人を含めた日本の小児保健医療サービスそのものの問題点であることにも気づかされた。

国際結婚で生まれた日本人小児の里帰りのエピソードを紹介したい。母親の出身地であるフィリピンの小さな島に里帰りした3歳の子どもは、地元のバランガイ・ヘルス・センター（日本の保健所に相当する）の看護師から、「ポリオは3回接種しておいてくださいね」と指導を受けたという。また、韓国で里帰り出産した子どもは、B型肝炎ワクチンとHibワクチンの初回接種を受け、「続きは日本で受けてください」といわれたが、日本では任意接種で有料であることに驚いていた²⁾。

日本人の子どもが世界を股にかけて移動する時代が到来したのである。日本に住む日本人だけを対象に、精緻な小児医療システムを構築する時代は終焉を遂げた。予防接種一つとってみても、グローバル世界で日本だけが特殊なシステムを維持していくことは不可能であろう。また、外国人患者と日本人の医療者とのコミュニケーションに残された課題は非常に多い。しかし、日本人患者の

場合も、患者と医師のコミュニケーションは完璧かという点必ずしもそうではない。マージナルな部分にこそ、物事の本質が露呈する。外国人の小児医療や子育てに関する課題を検討することにより、患者が誰であるかにかかわりなく、国の小児医療全体の見直しに繋がっていくに違いない。

日本の小児医療の優れた点は堅持しつつ、世界のスタンダードに準拠できる部分は柔軟に対応し、日本に滞在する外国人の保健医療関係者との連携を強化し、共生をめざした小児医療が発展することを期待してやまない。

文献

- 1) Reich MR, Ikegami N, Shibuya K et al.: 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* 378: 1051-1053, 2011
- 2) 中村安秀: 国際化社会における外来小児科の役割. *外来小児科* 12:311-322, 2009
- 3) 中村安秀: 診療する前に: 多文化診療入門. 中村安秀, 中野貴司・編, 小児科外来医療英語. 診断と治療社, 2-7, 2012
- 4) 内閣総理大臣答弁書: 参議院議員大脇雅子君提出外国人の医療と福祉に関する質問に対する答弁書. 内閣参質147第26号 2000年5月26日
- 5) 杉本勝彦: 東日本大震災におけるHuMAの活動—宮城県南三陸町からの報告—. *目で見ると* WHO 46:14-16, 2011
- 6) 中村安秀: 医療通訳士: コミュニケーションを支援する専門職. *自治体国際化フォーラム* 276:2-4, 2012
- 7) 伊藤美保, 中村安秀, 小林敦子: 在日外国人の母子保健に関する通訳の役割. *小児保健研究* 63:249-255, 2004
- 8) 中村安秀: 医療通訳の現状と課題. 水巻中正・編, *医療ツーリズム*. 医薬ジャーナル社, 53-63, 2011

著者連絡先

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2
大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学
中村安秀

〈特集〉いま求められる性教育

グローバル世界の思春期リプロダクティブヘルス

大阪大学大学院人間科学研究科

中村安秀

1. イスラム国チュニジアで学んだこと

国際というと、アメリカ合衆国、スウェーデン、フランスなど欧米との交流や技術導入だけを考えがちである。欧米に追い付き、追い越せと励んできた日本の高度成長時代の残滓であろう。しかし、人やモノや情報が簡単に国境を超えるグローバリゼーションの時代にあつて、世界各国で実施されている地球規模での課題とその対策は、普遍性と同時代性を有するようになった。私たちは、以前よりもはるかに、途上国といわれてきたアジア、中南米、アフリカの国々の取り組みからも学ぶ点が多くなったといえる。

21世紀の初頭、北アフリカのチュニジアで、アラブ・イスラム圏において女性の健康問題に積極的に取り組んでいる人びとの意識の高さに驚かされた。

国際協力機構（JICA）の「リプロダクティブヘルス教育強化プロジェクト」の仕事で、チュニジアを何度も訪問した。チュニジアは北アフリカにあり、地中海に面した人口約1,000万人の小国である。イスラム国にもかかわらず積極的に家族計画に取り組んできた歴史があり、早くから女性の地位向上のための法整備の実施を行ってきた国として知られている。

チュニジアではフランス植民地時代の1930年代にすでに、ハمام（イスラム指導者）の娘が女性だけのためのモスクを設立し、女性解放の芽生えがみられていた。1956年の独立後、チュニジア初代大統領のブルキバ氏が真っ先に着手したの

が、法的な男女平等をめざした「個人の地位に関する法律」であった。宗教界の長老の賛成を取りつけたうえで独立前から周到な準備を行い、保守的な民族主義者の準備が整わない独立直後に法律の施行にこぎつけたところにブルキバ大統領の賢明さがみられる。時間をかければ、必ず保守派の反対により廃案になるからだという判断があったという。

独立後4か月の時に、ブルキバ大統領はメディナの広場で演説をした。「国民の半分を占める女性の発展なしに、チュニジアの発展はない。今日から、女性たちはベールを取ろうではないか！」その呼びかけに、広場に集まった女性たちはいっせいに黒いベールを脱ぎすてたという。このブルキバ大統領の演説は大きな感動を国民に与え、その後チュニジアの女性の地位向上に大きなインパクトを与えた。しかし、それに反対する伝統的保守的な勢力もまた、侮りがたいものがあつた。「黒いベールを脱ぎすてた日」の政治的決断だけですべてが変わるわけではなく、女性の権利と健康の向上をめざす人びとの地道で長い闘いがあつた。

イスラム国であるチュニジアでは日本よりも早く、ドメスティック・バイオレンスに対する女性の法的保護が整備された。その一方で女性の社会進出を好ましく思っていない人も少なくない。しかし、男性優位の社会体制が強固なアラブ・イスラム圏において、女性の法的権利を保障する体制が維持されていた。社会の因習や宗教的な差別の壁を乗り越えるには、強力な政治的決断が必要で

あることを教えられた。

その後、チュニジアは「アラブの春」の先陣を切ることになる。

2. カイロ会議の意義： リプロダクティブヘルス&ライツ

1954年以降10年おきに開催されてきた国際人口開発会議（International Conference on Population and Development：ICPD）の中でも、1994年9月にエジプトのカイロで開催されたカイロ会議は画期的な会議であった。人口政策におけるマクロ的アプローチからミクロ的アプローチへのパラダイムシフトとなっただけではなく、この歴史的な会議において、リプロダクティブヘルス&ライツ（性と生殖に関する健康および権利）の概念が世界的に合意された（表1）。世界の人口問題、健康、教育、開発のためには、人口の約半分を占める女性の視点をとり入れ、女性のエンパワメントをはかることが重要であるとされた。生殖に関する女性の意思決定や選択権という権利を重視し、女性の健康にまっすぐに切り込んだ画期的な概念であった。

その後、急速にリプロダクティブヘルス&ライツの概念は世界中で広まり、従来の母子保健局をリプロダクティブヘルス局に再編する保健省も少なくなかった。

3. ミレニアム開発目標の意義： ユニバーサルアクセスをめざして

2000年9月に採択された国連ミレニアム宣言では、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッド・ガバナンスなどを課題として掲げた。そして、90年代に多くの国際会議やサミットで提唱された開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたものがミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）」である（表2）。

MDGsは8つの目標を掲げ、そのうちMDG4（乳幼児死亡率の削減）、MDG5（妊産婦の健康改善）、MDG6（感染症対策）の3つの目標が保健医療と直結している。基礎教育、ジェンダー、貧困、環境対策など多くの項目が、保健医療分野と

表1 リプロダクティブヘルス&ライツ
(Reproductive Health and Rights)

(国際人口開発会議行動計画 7章 7.2)

リプロダクティブヘルスとは、生殖のしくみ、機能、過程のすべての事柄について、ただ単に疾患がないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態をいう。

(国際人口開発会議行動計画 7章 7.3)

リプロダクティブライツとは、すべてのカップルと個人が、子どもの数と出産間隔を自由に責任を持って決定する権利と、そのための情報、教育、手段を求める権利を持つことをいう。

表2 ミレニアム開発目標
(Millennium Development Goals：MDGs)

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

2015年までに、191の国連加盟国は上記目標を達成しなければならない

密接に関連している。母子保健については、「2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2減少させる」、「2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3減少させる」といった具体的な目標値と期限が設定された。その後、リプロダクティブヘルスのユニバーサルアクセスを保障することが追加された。具体的な指標として、家族計画実施率（Contraceptive prevalence rate）、思春期出生率（Adolescent birth rate）、妊婦健診受診率（Antenatal care coverage）、望まない妊娠（Unmet need for family planning）があげられ、目標を設定して取り組むことになった（表3）。この4つの目標は、日本のリプロダクティブヘルスの評価にも応用できる指標ではないかと考えられる。

このようなグローバルな課題に取り組むには、保健医療関係者や教育関係者の努力では限界がある。国連機関、各国の政府機関、先進国や途上国の

表3 ミレニアム開発目標の目標4と目標5

目標4 乳幼児死亡率の削減
1990年から2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2引き下げる。
指標：5歳未満児死亡率 (U5MR) (5歳までの死亡数/出生1000)
乳児死亡率 (IMR：Infant Mortality Rate) (1歳までの死亡数/出生1000)
はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
目標5 妊産婦の健康改善
5A. 1990年から2015年までに妊産婦死亡率を4分の3引き下げる。
指標：妊産婦死亡率 (MMR：Maternal Mortality Ratio) (妊娠中および出産に関わる死亡数/出生100,000)
5B. 2015年までにリプロダクティブヘルスのユニバーサルアクセスを保障する
指標：家族計画実施率 (Contraceptive prevalence rate) 思春期出生率 (Adolescent birth rate) 妊婦健診受診率 (Antenatal care coverage) 望まない妊娠 (Unmet need for family planning)

NGO、民間企業、市民が手を取り合って、保健医療水準や健康状態に関する現状分析を行い、社会・経済状況を十分に考慮したうえで解決策を模索していく取り組みが世界各地で実践されている。

4. 思春期リプロダクティブヘルス： 特にエイズ教育に学ぶ

多くの国では、思春期、若者、青少年といった

用語が示す年齢層が異なることが多い。教育システムの違い、選挙権を得る年齢、社会経済状況などにより、「子ども」の定義も異なることが多い。しかし、おおまかには、思春期は10-19歳を指し、若者というとそれよりも高い年齢層を示すことが多い(表4)²⁾。

同様に、思春期リプロダクティブヘルスよりも、若者リプロダクティブヘルスの方が年齢層が高いことが多い。本特集でいうところの性教育は、まさに「思春期セクシャル&リプロダクティブヘルス」に相当する概念である(表5)²⁾。

世界のHIV/エイズ感染者の約70%がサブサハラ・アフリカに住み、新規感染者の約95%は途上国であり、女性と男性はほぼ同数である。HIV感染率の高いサブサハラ・アフリカやカリブ海諸国の多くでは、単なる保健医療施策の枠を超えて、HIV/エイズ対策が国家政策の重要な柱の一つになっている。HIV/エイズ対策として、感染予防、HIV/エイズ感染者に対する治療とケア、エイズによる影響を受けた家族やコミュニティへの支援などが行われてきた。

HIV/エイズ対策の転換点が、2001年6月に開催された国連エイズ特別総会(Declaration of Commitment on HIV/AIDS)であった。そこでは、「子どもと若者のための政策、戦略、プログラムを展開する」と宣言され、具体的には、①初等中等教育(エイズ教育を含む)へのアクセスの保障、②特に若年女性に対する安全な環境の保障、③若者に親しみやすい情報の提供と性に関する健康教育、④リプロダクティブヘルスと性教育の強

表4 若者を表現する用語

用語	対象年齢(歳)	説明
思春期 (Adolescent)	10-19	10-14歳を思春期前期、15-19歳を思春期後期と呼ぶこともある。
若者 (Youth)	15-24	ユース・プログラムといった場合には、この年齢層が中心になることが多い。
青少年 (Young people)	10-24	最も幅広い年齢をカバーする用語である。
ティーンエージャー (Teenagers)	13-19	英語の用法から、年齢が限定される。

JICA『思春期リプロダクティブヘルス』を改変

表5 思春期リプロダクティブヘルスに関連する種々の概念

用語	略語	説明
思春期リプロダクティブヘルス (Adolescent Reproductive Health)	ARH	思春期の性と生殖に関する課題を扱う時に、最も一般的に使われる用語である。
若者リプロダクティブヘルス (Youth Reproductive Health)	YRH	若者に焦点を当てた用語。思春期よりは年齢層が高いことが多い。
思春期セクシャル& リプロダクティブヘルス (Adolescent Sexual and Reproductive Health)	ASRH	思春期リプロダクティブヘルスとほとんど共通する課題を扱うが、性にかかわる問題をより強調する意味合いが強い。

JICA『思春期リプロダクティブヘルス』を改変

化、⑤HIV/エイズ予防に対する家族と若者の主体的参加、がうたわれた。

その後、世界各国で、思春期や若者が主体となった、若者のための若者による取り組みが活発に行われるようになった。

例えば、チュニジアでは、スカウト（ボーイスカウトとガールスカウトが一緒になった団体）が、若者リプロダクティブヘルスとしてエイズとタバコに焦点を当てた活動が行われていた。キャンプ場でHIV/エイズについて学んだ後、芝生のうえで若者の性衝動とエイズの問題を取りあげた即興劇を自分たちが自作自演していた。その伴奏のギターを鳴らしているのも若者である。その中のグループに医学生もいた。医学生の代表は、次のように述べていた。

「自分たちは経済的に恵まれていたので医学部に入れたが、チュニジアの若者の多くは貧困のために学業を続けられない。働いている同世代の仲間の健康を守るために、医学生である私たちはボランティア活動を行っている」

大学生が象牙の塔に閉じこもるのではなく、社会格差の象徴ともいえる貧困を直視して、立ち向かっていた。若者が性やリプロダクティブヘルスを自分たちの問題であるにとらえ、主体的に参加することにより、彼ら自身がエンパワメントされているように思えた。

ザンビア共和国の首都ルサカでは、ショッピングセンターのとなりのカフェの中で、17歳の若者がコーラを飲みながら、採血の結果が出るのを待っていた。店中には、ポップ・ミュージックが

流れている。やがて、音楽に合わせてリズムよく身体を揺らしていた彼は、HIV検査の結果を聞き、カウンセリングを受けるために立ち上がっていった。

VCT (Voluntary Counseling and Testing) とは、当事者が正確な情報にもとづき、HIV抗体検査を受けるかどうか、自主的に判断できることを支援するシステムである。HIV/エイズに関する健康教育や啓発活動を受けて、利用者が自主的にVCTセンターを訪問し、HIV検査前のカウンセリング、HIV検査（HIV抗体迅速診断キットを使用）、HIV検査結果の告知、検査後のカウンセリングを受けることができる。

ザンビアのVCTセンターは、若者が気後れすることなく入れる場所に設置され、簡単に扉を開くことのできるカジュアルな雰囲気が魅力的だった。日本でも、ゲームセンターやコンビニの帰り道に、若者が気軽に立ち寄れるような雰囲気のHIV検査センターがもっと必要ではないだろうか。単なる性教育だけでは不十分であり、健康教育や啓発活動を受けて、思春期の子どもたちや若者が行動したくなった時に、しっかりと彼らの思いを受けとめて、受け皿となることのできるサービス提供機関が必要である。

アフリカ諸国は、HIV/エイズ対策という待ったなしの緊急対策に取り組み、その結果、感染者数の減少などの大きな成果をあげてきた（もちろん、その中には成功例だけでなく、失敗も少なくないが……）。本気でHIV/エイズ対策やリプロダクティブヘルス教育に取り組んできたアフリカの

知恵と経験に、私たちが学ぶことは少なくない。

5. 若者の参画をめざして

「おとなたちは勘違いしています。子どもはいつになったら、積極的な貢献と参加ができるだけの力が身についたと見なされるのでしょうか。参加の機会を与えてもらわなければ、子どもは力を身につけることはできません。早い段階でチャンスを与えて、私たちがどんなふうにもう一度見てください」

2002年5月、国連子ども特別総会におけるマレーシア政府代表団の17歳の子どもの発言である³⁾。この国連子ども特別総会では、「子どもにふさわしい世界」をメインテーマに、「子どもの声に耳を傾け、その参加を保障する。子どもと思春期の青少年は、すべての人のためのよりよい未来の構築を助ける力をもった、資源に富んだ市民である。われわれは、子どもと青少年が、その年齢および成熟度に応じて、自己表現し、かつ、自分たちに影響を及ぼすすべての事柄に参加する権利を尊重しなければならない」と宣言した。

国連子ども特別総会では、「子どもにふさわし

い世界」を形成するための関係者の筆頭に「子ども」を挙げていた。「子どもを守る」主役は子どもたちである。同じことが、思春期の青少年や若者についてもいえる。思春期の青少年や若者について語る時、当事者である思春期の青少年や若者を真っ先に主役にすべきである。

いま、国際社会で熱く語られているこれらの理念は、少子化に直面している日本社会へのメッセージとも読み取れる。少子高齢化社会の中で、自分たちの健康や安全に対して、思春期の青少年や若者が主体的に取り組むことができる環境をつくることこそが、いまの日本の社会に求められていることであろう。

文 献

- 1) 中村安秀. 子どもの健康に国境はない. 小児保健研究, 2010: 69(2): 177-180
- 2) 国際協力機構. 思春期リプロダクティブヘルス. 国際協力機構人間開発部, 東京, 2005
- 3) ユニセフ: 世界子供白書 2003「子ども参加」, 日本ユニセフ協会, 東京, 2003 (The state of the world's children 2003, UNICEF, New York, 2002)

周産期のいのちと健康を守る一産科・助産・小児科の仕事に国境はない

大阪大学大学院人間科学研究科グローバル人間学専攻国際協力学

中村 安秀

Key words

Perinatal care

Neonate

Millennium Development Goals

International cooperation

Maternal and child health handbook

1 はじめに

私自身は、世界のいろんな国で仕事をさせていた。経済状況や医療レベルが異なると、悪性腫瘍の治療や終末期ケアの様相は大きく異なるが、赤ちゃんが誕生するときの感動と厳粛さは世界共通だった。もちろん、周産期・新生児医療に求められる技術は、時代により、国や地域により、大きく異なる。しかし、新しい命の誕生に立ち会う使命をもつ周産期・新生児ケアの専門職が醸し出す雰囲気、そして誇りと責任感、どこの国でも、不思議なくらいに似通っていた。

2012年3月、私はNPO法人HANDSの一員として、スーダン共和国で実施されている国際協力機構(JICA)のマザー・ナイル・プロジェクトに関わっていた。首都ハルツームから車で6時間かかるセナール州の教育病院で、村落助産師のファティマさんにばったりと出くわした。

「胎児の体位が異常だったので、危ないと思って病院に搬送したの。いま、帝王切開が無事に終わったばかりで、母子ともに元気。いまから、村に帰るところなの。」

彼女は村でたった一人の医療職。村には、救急車はなく、難産になった場合に、自宅でがんばったほうがいいのか、遠く離れた病院に搬送したほうがいいのか、その判断は決して簡単なことではない。病院までの道は遠く、タクシー代もかさむ。妊婦に付き添う人も必要になる。家族は、できれば自宅で出産してほしいと希望する。しかし、この場合は、村落助産師の沈着で適切な判断によって、母子のいのちを守ることができた。

スーダンでは、自宅分娩が80%、専門職による出産介助(Skilled Birth Attendants)はわずか50%といわれている。病院から離れた農村部で、安全な出産を担

うのは、村に住んでいる村落助産師である。彼女たちの多くは十分な高等教育を受けたわけではないが、プロジェクトでは、セナール州のすべての村落助産師の約600名に5日間の研修を行い、実地の技術指導を行った。研修最終日には、出産に必要な器材が詰まったキットを手渡してきた。ファティマさんもかつて、プロジェクトの研修を受けたひとりである。

私たちは、村人が信頼している村落助産師が、ひとりでも多く研修が受けられるようにしたいという思いで、プロジェクトに関わってきた。プロジェクトの研修を受けた村落助産師が、その知識や経験を活用して母子の健康増進に貢献してくれている。地域の人びととともに活動できるプロジェクトに関わらせてもらった喜びを、ファティマさんに教えてもらった。雨期になると四輪駆動車でも前に進めない悪路のなかで、国際協力の現場は、学びと感動に満ちていた。

2 周産期に対する世界の関心の高まり

世界では、毎年35.8万人の妊産婦が死亡し(2008年)、760万人の5歳未満児が死亡している(2010年)。小児死亡の99%はいわゆる途上国で生じている。20世紀後半において小児死亡の大半を占めていた下痢症や急性呼吸器感染症(ARI)の比率が減少し、現在では、小児死亡の約36%(約300万人)は生後28日未満の新生児死亡である(図1)¹⁾。小児死亡を減少させるために、21世紀になって急速に、周産期・新生児の保健医療に関する取組みが積極的に行われている。

途上国では、母子保健医療サービスに関する3つの「遅れ」が妊産婦死亡に深く関連している。まず、危険な兆候の認識に乏しい、経済的理由などから受診の決定が遅れること。つぎに、施設が遠い、移送手段がないといった理由で周産期施設への到着が遅れること。最後に、病院に到着しても、医師が不在、薬剤の在庫

図1 5歳未満児の死亡原因
(Maternal and newborn health, The State of World's Children 2009, UNICEF)

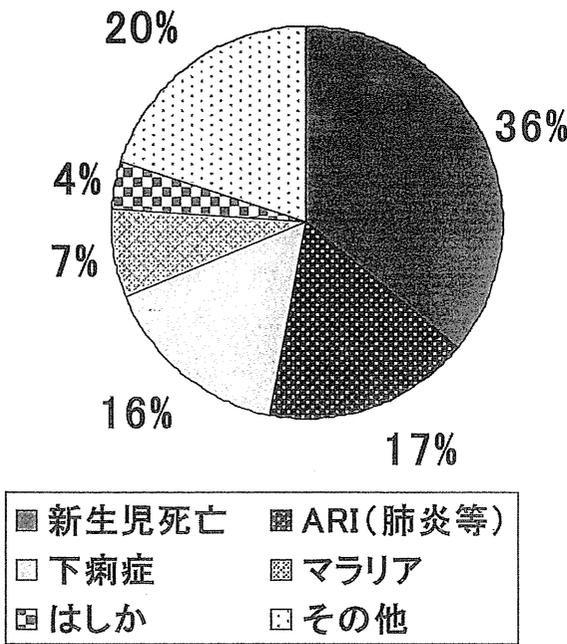


表1 国連ミレニアム開発目標
(Millennium Development Goals : MDGs)

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

児訪問、産後ケア、乳幼児健診、予防接種、歯科健診などである。また、それらの母子保健サービスは、産院、保健センター、病院、診療所など種々の保健医療機関で実施され、産科医、小児科医、歯科医、助産師、保健師などの種々の専門職が関わっている。異なる場所で、異なる専門職によって実施されている母子保健サービスは、日本では母子健康手帳に記録されることで、その一貫性を担保できている。今後は、妊娠、出産から小児期にいたるまでの包括的な子育て支援システムに、母子健康手帳をより積極的に活用する姿勢が求められている³⁾。

がない、医療技術の未熟さといった理由で適切なケアが遅れることである。これらの途上国の周産期医療に関わる課題は、社会経済状況や保健医療資源の不足、国民の教育レベルなどと深く関連しており、保健医療機関だけで解決できる問題ではない。

国連は、2001年にミレニアム開発目標(MDGs)を定め、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善という2015年までの具体的な目標を設定した(表1)²⁾。いま、世界的では母子保健に関する継続ケア(continuum of care)が大きな潮流となっている。時間的にも、空間的にもひろがりをもつ母子保健サービスを、女性と子どもを分断することなく提供することにより、妊産婦死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率などを低減しようという狙いがある。世界保健機関(WHO)やユニセフ、国際NGOや研究機関などが共同して、2005年にPartnership for Maternal, Newborn and Child Health(PMNCH)を立ち上げた。妊娠・出産・新生児・小児に対する一貫した継続ケアを確保するために、世界では種々の試みを実施されている。

3 日本の経験を世界に発信する

このような世界的な潮流からみれば、すでに60年以上も母子健康手帳を配布し続け、その普及率がほぼ100%という日本は、恵まれたシステムを有しているといえる。妊娠、出産、子育てという母子保健の時期には、実にさまざまな保健医療サービスが提供されている。妊娠健診、母親学級、出産、新生児ケア、新生

日本で母子健康手帳が始まったのは、戦後の復興さなかの1948年であった。当時の母子手帳は、手書きでガリ版刷りの手帳に粉ミルクの配給記録が記載されており、紙質も悪く、わずか20ページのものであった。この母子健康手帳は日本独自のシステムであり、妊娠・出産・子どもの健康の記録を1冊にまとめた手帳は欧米でもほとんど見かけない。

日本の母子健康手帳に触発されて、各国において文化や社会経済状況を反映した様々な取り組みが、国際協力機構(JICA)、ユニセフ、NGOなどの協力を受けて行われている。ミレニアム開発目標の妊産婦死亡と乳幼児死亡の改善をめざす具体的なツール(道具)としての母子健康手帳が注目を集めている。すでに、米国(ユタ州)やオランダといった先進国、JICAや日本のNGOの協力で開発を進めたインドネシアやベトナムなど、日本の母子健康手帳にヒントを得て独自に発展させたタイや韓国など、いま世界20数カ国で、母子健康手帳が使われるようになった。2012年10月には、ケニアで「第8回母子手帳国際会議」が開催され、アフリカ諸国への普及が期待されている。

4 世界中で母子保健医療の専門家が不足している

グローバルヘルスにおいて、2008年のG-8洞爺湖サミットで合意された保健専門家会合報告書「国際保健に関する洞爺湖行動指針」の国際的なインパクトは非常に大きかった。とくに、保健システム強化が強調され、世界で約400万人、アフリカで150万人といわれ

る保健従事者の不足にどのように対処するかが、大きな課題として浮上した。現在では、人口あたりの保健従事者比率の目標値である2.3人(人口千人あたり)は実情にそぐわないという批判もあるが、世界的にグローバルヘルスにおける人材養成が最重要課題の一つであることは確かである。

グローバル化のなかで日本を含めた世界の各地で、地域医療を担う人材が不足している。2010年、インドネシア・ロンボク島で開催されたJICAの母子手帳プログラム第三国研修において、インドネシアの地域医療における専門医の不足は深刻であった。年間出産数約2千件の中部ロンボク県公立病院では、産科医がたったひとりで孤軍奮闘していた。「ほとんど休暇を取ることもできずに働いている。でも、自分がこの病院を辞めたら、地域の産科医療が崩壊するのではがんばるしかない」と産科医が述懐していた。厳しい条件の中で医師の使命を全うすべく献身的に活動しているインドネシア人医師に対して、アフガニスタンやベトナムなど各国の参加者から温かいエールが寄せられていた⁴⁾。

日本においても、地域医療を担う人材不足は顕著である。岩手県遠野市(人口約3万人、出産約200件)では、産科医師はゼロ、小児科医は1人である。「ないものねだりではなく、地域にあるものを最大限に活用し、身の丈でできることをしないと長続きしない」という基本方針のもと、安心・安全な妊娠・出産を保障するための仕組みづくりに挑戦している。ひとつは、助産師が中心になって妊娠中のケアを行う「ねっと・ゆりかご」である。モバイル胎児心拍数転送装置を使用して、県内12か所の提携病院へ転送し、医師の指導を受けることができる。もうひとつは、「すこやか親子電子手帳」である。従来からの冊子版の母子健康手帳に加えて、妊娠した住民は、妊娠や出産に関わる様々な情報、写真、保護者の思いなどをコンピュータ上で管理できる⁵⁾。地域医療を担う人材不足という困難な事態を、ICT(Information and Communication Technology)という

新しい時代の技術で切り拓こうという試みである。

まさに、途上国も日本も、地域における医療人材の育成という意味で共通の視座をもつ時代になったといえる。

5 国内保健医療と国際保健医療の絆をめざして

周産期・新生児の国際保健医療協力という特別の活動分野があるのではなく、日本の周産期・新生児の健康を守ることも、途上国の周産期・新生児の健康を増進することも基本的には同じことである。今後は、国際保健医療協力と国内の周産期医療とのリンケージが非常に重要である。理想をいえば、大学、総合病院、地方自治体などから保健医療専門家が派遣され、帰国後は元の職場に復帰し臨床や研究や教育に再び従事するシステムの確立が早急に望まれる。

国際保健医療協力と国内の保健医療との連携を強化することにより、日本の周産期・新生児医療の経験を国際協力の現場に活かし、途上国での貴重な国際体験を日本の医療現場に還元できるはずである。海外に関心をもつ保健医療関係者が、世界各国の専門職とともに途上国の周産期・新生児医療の仕事に気軽に携わることができるよう、日本の保健医療体制が成熟していくことを強く望みたい。

文 献

- 1) ユニセフ. 世界子供白書2009. The state of the world's children, ユニセフ. 2009
- 2) UNDP. Human Development Report 2003, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, New York (国連開発計画. 人間開発報告書2003—ミレニアム開発目標と人間開発, 国際協力出版会, 東京, 2003)
- 3) 中村安秀. 母子健康手帳: 過去, 現在, 未来. 小児科臨床, 2012; 65 (8): 1745-1755
- 4) 中村安秀. 国際保健における人材養成の現状と課題. 公衆衛生, 2012; 76 (8): 628-632
- 5) 菊池幸枝, 菊池永菜. 産婦人科医がいない地域での新たなチャレンジ. 保健の科学, 2012; 54 (3): 170-174

Infection surveillance after a natural disaster: lessons learnt from the Great East Japan Earthquake of 2011

Osuke Iwata,^a Tomoharu Oki,^b Aiko Ishiki,^b Masaaki Shimanuki,^b Toru Fuchimukai,^c Toru Chosa,^d Shoichi Chida,^e Yasuhide Nakamura,^f Hiroji Shima,^d Michihiro Kanno,^g Toyojiro Matsuishi,^h Mikihito Ishiki^b & Daisaku Urabe^d

Problem On 11 March 2011, the Great East Japan Earthquake produced a catastrophic tsunami that devastated the city of Rikuzen-Takata and left it without an effective health infrastructure and at increased risk of outbreaks of disease.

Approach On 2 May 2011, a disease-surveillance team was formed of volunteers who were clinicians or members of Rikuzen-Takata's municipal government. The team's main goal was to detect the early signs of disease outbreaks.

Local setting Seven weeks after the tsunami, 16 support teams were providing primary health care in Rikuzen-Takata but the chain of command between them was poor and 70% of the city's surviving citizens remained in evacuation centres. The communication tools that were available were generally inadequate.

Relevant changes The surveillance team collected data from the city's clinics by using a simple reporting form that could be completed without adding greatly to the workloads of clinicians. The summary findings were reported daily to clinics. The team also collaborated with public health nurses in rebuilding communication networks. Public health nurses alerted evacuation centres to epidemics of communicable disease.

Lessons learnt Modern health-care systems are highly vulnerable to the loss of advanced technological tools. The initiation – or re-establishment – of disease surveillance following a natural disaster can therefore prove challenging even in a developed country. Surveillance should be promptly initiated after a disaster by (i) developing a surveillance system that is tailored to the local setting, (ii) establishing a support team network, and (iii) integrating the resources that remain – or soon become – locally available.

Abstracts in *عربي*, *中文*, *Français*, *Русский* and *Español* at the end of each article.

Introduction

On 11 March 2011, north-eastern Japan experienced one of the most catastrophic natural disasters ever recorded – the huge tsunami that resulted from the Great East Japan Earthquake.¹ In Rikuzen-Takata, in Iwate prefecture, a 16 m-high wave swept across 85% of the city and damaged or destroyed many buildings, including the four-storey city hall, the prefectural hospital, seven of the city's nine health clinics and all nine of its pharmacies (Appendix A, available at: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/27176676/online/BLT13117945/Appendix.pdf>). Overall, 1730 citizens – or 7.4% of the city's population, including two physicians, six public health nurses and many other health-care professionals – were killed or presumed to have been killed by the tsunami.² The city's health-care system – which had had a shortage of physicians even before the disaster – was left in total disarray. The Iwate prefectural government soon called in health-care support teams from elsewhere in Japan.

By early May 2011 – 7 weeks after the disaster – 16 teams of local or visiting clinicians and one team of public health nurses were providing health care in Rikuzen-Takata.³ At the same time, 15 804 refugees – 70% of the city's surviving citizens – were still living in the 88 village halls, factories, schools and indoor sports facilities that had been converted

into evacuation centres (Appendix A).⁴ Most of these evacuation centres were overcrowded and had inadequate insulation and air conditioning. The city had a working mobile phone network at this stage but the signal was weak in coastal and rural areas. The city's electricity, water and sewerage services remained disrupted in most areas.⁵

After the tsunami, infection surveillance was urgently required to protect Rikuzen-Takata's refugees from major outbreaks of communicable disease.⁶ However, it soon became clear that the chain of command among local government administrators and the city's health-care support teams was too weak to permit effective surveillance.⁷ Approximately 1 month after the disaster, the Iwate prefectural government therefore formed a taskforce to facilitate infection surveillance (Appendix A).^{7,8} Between 13 April and 16 August 2011, this taskforce used a specialized tablet computer to collect information on cases of infection from the evacuation centres – about 300 – that then existed in Iwate prefecture. The taskforce, which collected data from a mean of 13.2 centres per day, included a mobile support team. The taskforce's surveillance data allowed the mobile team to alert refugees to potential disease outbreaks.⁹ However, the data were not made available to most of the other health-care support teams working in the city or even to the city's Health Service Bureau. On 23 April 2011, nine clinics that had been established – or re-established – after

^a Centre for Developmental and Cognitive Neuroscience, Department of Paediatrics and Child Health, Kurume University School of Medicine, 67 Asahimachi, Kurume, Fukuoka 830-0011, Japan.

^b Iwate Prefectural Takata Hospital, Rikuzen-Takata, Japan.

^c Iwate Prefectural Ofunato Hospital, Ofunato, Japan.

^d St Mary's Hospital, Kurume, Japan.

^e Department of Paediatrics, Iwate Medical University, Morioka, Japan.

^f Department of International Collaboration, Osaka University, Osaka, Japan.

^g Health Service Bureau, Rikuzen-Takata, Japan.

Correspondence to Osuke Iwata (e-mail: o.iwata@ucl.ac.uk).

(Submitted: 22 January 2013 – Revised version received: 20 June 2013 – Accepted: 22 June 2013 – Published online: 1 August 2013)