

lifestyle-related disease. Activities are expected to be community-based.

(2) *Shokuiku (nutrition education) Promotion Policies* (Fig. 1) (2, 3). The Act on nutrition education requires a basic plan for its promotion to be prepared by the Cabinet Office. The purpose is to promote nutrition education

by taking comprehensive and systematic measures to support the maintenance of healthy bodies and minds.

The second basic plan for nutrition education promotion, which covers the five years from 2011 to 2015, sets out three major target areas: 1. A focus on each life stage throughout the entire lifespan; 2. Prevention and improvement of lifestyle-related diseases; and 3. Children at home.

It stresses the importance of the whole food chain, from “field to food”, and covers all activities from monitoring production into food and nutrition circulation, including processing, preparation, eating and disposal. These areas are worked on together by all the relevant agencies.

The plan included 11 numerical targets, several of which have been improved since publication, including: Number of times breakfast or dinner is eaten with family; Percentage of people who eat well-balanced meals; Percentage of people who take care with what they eat; Number of volunteers for nutrition education promotion; Percentage of people who have experience of work in agriculture, forestry or fisheries; Percentage of people who have basic knowledge of food safety; and Percentage of municipalities that have made and carried out a promotion plan.

2) *Personnel training to move from national to local level activity*

To move national policy to local level, a structure has been developed involving training of key personnel. The National Institute of Public Health (NIPH) is a research and training institution for promoting health and nutrition policy. The institute provides training for local government personnel to implement national policy. During the peak period, the number of trainees reached 2,500 a year (4).

It has provided courses on food and nutrition at the local level, including training on promoting national measures, and how to plan, implement and evaluate

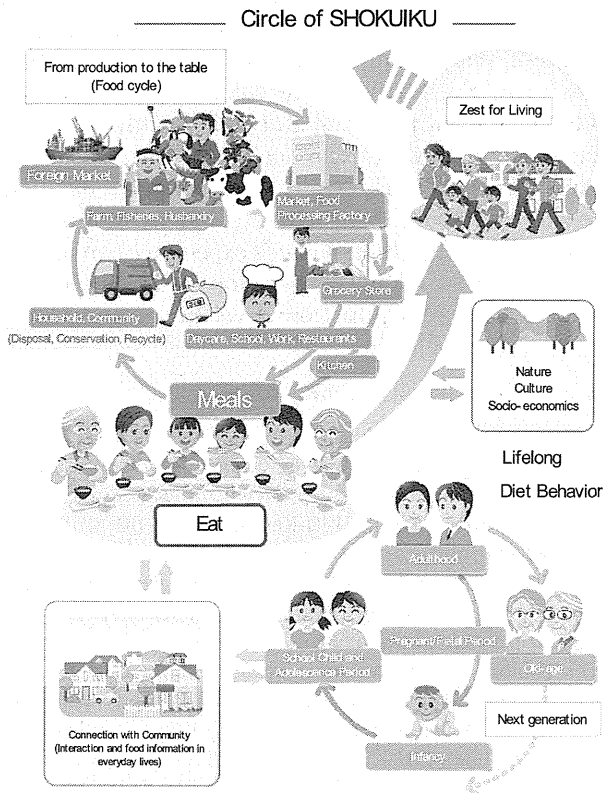


Fig. 1. Community based activities throughout entire lifespan of people into food and nutrition circulation. (Source: Guide to Shokuiku, Cabinet office, translated by Ishikawa M)

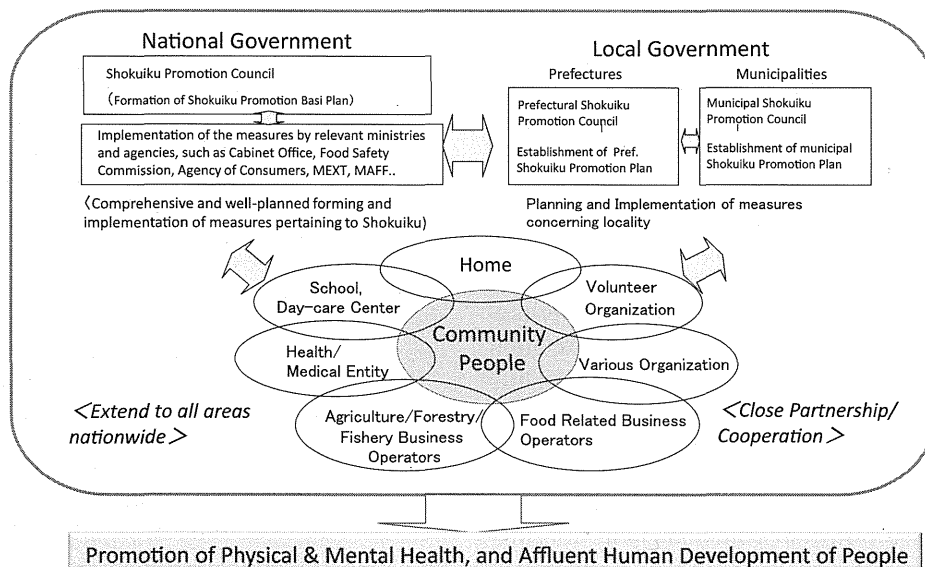


Fig. 2. Network for Food and Nutrition Education Promotion. National, Local and community level. (Source: Cabinet office: Shokuiku Promotion)

food and nutrition surveillance at the local level. It has also developed workbooks and worksheets to analyze health and nutrition status for prefectures, especially regarding how to lower medical costs, prevent incidence and aggravation of diseases, and improve nutrition. Training courses from NIPH, the Japan Dietetic Association, and the Japan Public Health Association are coordinated to create the empowerment of an enabling environment for effective action (5, 6).

In the area of maternal and child health policy, a manual has been created to support standard health and nutrition instruction at the health checks for 18-mo-old and 3-y-old children in municipalities. This will support health and nutrition counselling.

3) Community-based food and nutrition improvement actions in prefectures and municipalities (Fig. 2)

Community-based actions, including nutrition education and information, are carried out by several organizations, including local government, primary and secondary schools, day-care facilities for children or elderly citizens, volunteer groups, residents' associations, and commercial companies, to support sustainable food systems and promote healthy diets. Studies which consider the methodology of effective community-based nutritional improvement are also carried out. Those community-empowering actions, effective trials and good organizational cooperation are reported as good practice models in a white paper every year by the Cabinet Office's monitors (3). Cases of concrete activities to promote good food and nutrition activities in local communities include:

- Encouragement to return to traditional dietary patterns in Japan, which were excellent for nutritional balance;
- Cultivation and practical use of talented people with professional expertise;
- Promotion of good health, prevention of lifestyle-related disease, or measures to improve either;
- Food education as part of dental care and treatment;
- Food education promotion by food-related business operators; and
- Food education promotion by volunteers.

2. Sharing Experience Internationally

At the Second International Conference on Nutrition (ICN2) in Rome in 2014, the framework for action to achieve better nutrition for all was shared. As the work is driven by government, working with a wide range of stakeholders including communities, the recommendations were principally addressed to government leaders. It is, of course, important to consider the appropriateness of the recommended policies and actions in relation to national needs and conditions, as well as regional and national priorities, including legal frameworks.

The framework includes the following actions: To create an enabling environment for effective action; To support sustainable food systems promoting healthy diets; To provide effective nutrition education and informa-

tion; To support social protection and strong, resilient health systems; To promote, protect and support breastfeeding; To address issues affecting growth in childhood, childhood overweight and obesity, and anemia in women of reproductive age; and To improve nutrition in the health service.

Japanese dietitians are expected to share information about local nutrition activities internationally. Over the last 50 y, more than 200 dietitians have been sent to developing countries, as volunteers or project advisors. In recent years, many local nutrition measures have been called for. Many of the dietitians involved were concerned about maternal and child health, non-communicable diseases, or the double burden (under and over) malnutrition. These returning volunteer dietitians are surveyed about their activities, but we also need to ask them how they think Japan's experience can be used to support international cooperation, and how the experience of those returning from developing countries can be better used in Japan (7, 8).

REFERENCES

- 1) Ministry of Health, Labour and Welfare. 2012. Basis Direction for Comprehensive Implementation of National Health Promotion. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047330.pdf> (November, 2014).
- 2) Cabinet office: Shokuiku Promotion Policies. 2014. <http://www8.cao.go.jp/syokuiku/data/whitepaper/2013/en/pdf-index.html> (November, 2014).
- 3) Cabinet office: Shokuiku Promotion Policies: FY2014 (white paper on Shokuiku) <http://www8.cao.go.jp/syokuiku/data/whitepaper/2014/book/index.html> (November, 2014).
- 4) National Institute of Public Health: Education and Training system. 2014. http://www.niph.go.jp/index_en.html (November, 2014).
- 5) Takemi Y, Murayama N. 2014. Research on monitoring of political target goals and improvement of food environment on food and nutrition area. Health Japan 21 second term supported by Grants-in-Aid for Scientific Research, H26-kenko. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (in Japanese).
- 6) Ishikawa M, Yoshiike N, Abe K, Kido Y. 2014. Research on registered dietitian's personnel training systems configuration based on future predictive estimation of nutrition management service, The baseline assessment of registered dietitian of the administration field, and the proposal of a subject and a personnel training system. Research projects supported by Grants-in-Aid for Scientific Research H24-kenko. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (in Japanese).
- 7) Kusama K, Ishikawa M, Nozue M. 2011. Activities of Japan Overseas Cooperation Volunteer Dietitians—Returned Volunteer Questionnaire Survey. *J Jpn Dietetic Association* **5404**: 17–24 (in Japanese).
- 8) Ishikawa M, Kusama K, Nozue M. 2012. Study of difficulties and solution of activities according to dispatch type of dietitians in Japan Overseas cooperation Volunteers. *Jpn J Pub Health* **59**: 92–100 (in Japanese).

国際小児保健研究会推薦総説

ミレニアム開発目標 (MDGs) から我々が学んだこと

～母子保健課題から開発課題へ～

国際小児保健研究会JICHA (Japan International Child Health Association)¹⁾, 帝京大学大学院公衆衛生学研究科²⁾, 東京大学大学院国際地域保健学³⁾, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health⁴⁾, 保健セクター事業調整能力強化フェーズ2ラオス保健省/JICA (Japan International Cooperation Agency)⁵⁾, 国立研究開発法人国立成育医療研究センター教育研修部⁶⁾, 川崎医科大学小児科⁷⁾, 大阪大学大学院人間科学研究科⁸⁾, 聖マリア病院小児科/国際事業部⁹⁾

高橋 謙造¹⁾²⁾ 窪田 祥吾^{1)3)~5)} 堀内 清華¹⁾⁵⁾⁶⁾
田中 孝明¹⁾⁷⁾ 中村 安秀¹⁾⁸⁾ 浦部 大策¹⁾⁹⁾

要 旨

2000年に採択された国際共通目標であるミレニアム開発目標 (MDGs: Millennium Development Goals)は国際保健医療, 特に小児保健に改善をもたらした. 具体的には麻疹対策をはじめとする予防可能な感染症対策等が進捗した結果として, 5歳未満児死亡率は90/1,000から48/1,000にまで低下, 改善した. 本年2015年にMDGsが達成期限を迎えるまでの過程において, 国際小児保健の主たる課題は, 感染症対策から新生児対策や栄養対策へ, そして出産から育児, 次世代の妊娠までを包括的にケアしていく継続ケアという概念へと発展していき, また, 国際保健という概念は, 先進国から途上国への一方的な援助 (International Health) から, 先進国, 途上国間の相互互惠 (Global Health) へと発展・変容した. 本稿においては, 乳幼児保健医療対策の世界的趨勢の経緯を概観し, 今後, 日本の小児科医が関わっていくべき国際アジェンダとして, 1)NCD対策への取り組み, 2) 他分野との協働や学際的アプローチ, 3) グローバル・ヘルス知見の日本への還元, 4) 途上国のニーズに向き合える専門人材の育成の4点を提言する. 日本の小児医療において, 診療・研究・教育の各領域において十分な経験を積んだ人材, 日本の現状を伝える能力を持つ人材, 異文化を理解してその文化文脈に則した活動を行える人材を育成することが, 今後国際小児保健人材の育成のあり方において必要なことである.

キーワード: ミレニアム開発目標, 国際保健, グローバル・ヘルス

ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)は, 2000年にニューヨークの国連本部にて開催された国連ミレニアム・サミットにおいて, 国連加盟国189か国により採択された国際開発目標である¹⁾.

MDGsは大きく8つの課題から構成されるが, その特色は, 貧困の削減, 基礎教育の普及等の開発アジェンダと同等の重要性をもって, 保健医療課題を取り上げた点にあると考えられる. MDGsの中でも保健医療

分野に関わるGoal4 (乳幼児死亡率の削減), 5 (妊産婦の健康の改善), 6 (HIV/エイズ, マラリア, その他の疾病の蔓延の防止)をまとめてHealth MDGsとも称される.

MDG6の対象は, 主として3大感染症と言われるHIV/エイズ, マラリア, 結核等をはじめとする感染症対策である. つまり, 8つの課題のうち, 3つまでが保健医療問題であった. Health MDGsの出現によって, 国際保健分野には多額の資金流入が生ずることとなり, それに関連する母子保健分野, 感染症分野には大きな進捗が見られた. また, それぞれの課題に対して, 明確な数値目標が設定されたのも特徴的である (表

連絡先住所: (〒173-8605) 板橋区加賀2-11-1
帝京大学大学院公衆衛生学研究科

高橋 謙造

表1 MDGs (Millennium Development Goals) 一覧

	MDG1	MDG3	MDG5*	MDG7
目標	極度の貧困と飢餓の撲滅	ジェンダーの平等の推進と女性の地位の向上	妊産婦の健康の改善	環境の持続可能性の確保
	MDG2	MDG4*	MDG6*	MDG8
目標	普遍的初等教育の達成	乳幼児死亡率の削減	HIV/エイズ, マラリア, その他の疾病の蔓延防止	開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

*は, Health MDGs を指す.

1).

本総説においては, MDGs が 2015 年に達成期限を迎えることを見据え, MDGs が小児保健分野にもたらした変化, 進歩を概観しつつ, 我々が学ぶべき Lesson learnt を抽出し, 次世代に活躍する人材が育つために日本小児科学会として共有したい事項について概説する.

MDG4 の達成成果

MDGs のゴール達成度は, 1990 年当時の各国の指標データに基づいて, 毎年の達成度に関する取りまとめが行われ, 2005 年頃から発表されてきた. 国別だけではなく, 地域ブロック毎(アフリカ, 南米, アジア等)の取りまとめも行われている. 2015 年 6 月初頭の段階で入手する最新の資料(The MDG report 2014)を主に参照しつつ, 小児保健(MDG4)を中心に達成成果を検討すると以下の3点に集約される²⁾. MDGs の主要評価指標は, 5 歳未満児死亡率(Under Five Mortality Rate: 以下, U5MR)である.

・世界全体としてみると, U5MR は 90/1,000 から 48/1,000 にまで改善し, 多くの地域ブロックで U5MR は半減しているが, サハラ以南アフリカ, 南アジア, オセアニアでの改善は比較的遅れている. 世界全体の実数で見ると, 1,260 万死亡(1990 年推計)から, 660 万死亡(2012 年推計)にまで減少している.

・U5MR の死因のうち, 主要なものは予防可能な感染症(肺炎, 下痢症, マラリア等)であり, 新生児期の死亡(2012 年統計では 290 万例)も約 44% を占めている. また, 全死因の約半数に, 低栄養が関与していると推計されている.

・麻疹ワクチン接種の世界的な展開が奏功し, 麻疹死亡は, 562,000 例(2000 年)から 122,000 例(2012 年)に減少した. また, 2000 年から 2012 年までに 1,380 万死亡が回避し得たと推測されている.

MDGs 期間にもたらされたグローバルで革新的な進歩

MDGs の設定後, 世界では多くの重要な疫学研究, 介入研究が行われ, また母子の健康改善と革新的技術推進のためのイニシアティブが立ち上がっている. これらを時系列に沿って概観すると以下ようになる.

・Lancet Child Survival series の世界的寄与

2003 年に上梓された Child survival 特集では, 2000 年当時のデータが使用され, 世界の 5 歳未満児死亡数は 1,080 万人と推計された. U5MR の主要死因として, 肺炎, 下痢症, マラリア等の予防可能な感染症が挙げられ, 感染症の増悪因子として低栄養が関与している事も指摘された. また, 非感染性疾患での死因として, 新生児仮死等を原因とする新生児死亡も大きな割合を占めていた³⁾. 加えて, 小児死亡の予防に効果的な介入策や治療法も種々検討され, 母乳栄養, ワクチン接種, ORS (Oral Rehydration Salt: 経口補水液)投与, 亜鉛投与, 抗菌薬投与等の効果が検証された⁴⁾. この時代ですでに主要な小児保健分野の予防, 治療介入策となっていた EPI (Expanded program on Immunization: 拡大予防接種計画⁵⁾)や IMCI (Integrated Management of Childhood Illness: 小児疾病統合管理⁶⁾)は, 乳幼児死亡減少のために有効な感染症対策を含み, コスト効率が良く低所得国での実現可能性にも優れていたが, 国際保健の潮流を大きく変えるには至らなかった. 一方で, 利用可能な情報の不足が指摘された有効な介入策の検討は, その後の国際保健分野での研究の方向性をある程度規定するものであり, 以降, 有効な予防介入策, 治療方針の検討が主流となった. しかし, 新生児死亡への取り組みの議論は不十分であった. この Child survival series によって, 以後の母子保健の方向性は規定される事となった.

・Lancet Neonatal Survival series: 対象別のケアから Continuum of Care (継続ケア)へ

2003 年の Child Survival series において, 新生児対策への議論が不十分であったという批判があり, それ

を受ける形で2005年に上梓されたのが Neonatal Survival series である。2000年当時のデータを利用して、年間に400万例の新生児死亡が発生しているとの推計がなされた⁷⁾。その死因をみると、敗血症、破傷風等の感染症が36%だったのに対し、早産、新生児仮死の2つが全体の半数を占めていた。新生児死亡の主因は、感染症ではなく、予防も難しいことが明らかとなった。早産等の対策としては、周産期全体の課題として取り組んでいく必要が提言され、Continuum of Care (継続ケア) の概念が提唱された⁸⁾。しかし2014年のLancet Every Newborn Series では、過去10年で新生児死亡対策の継続ケアへの統合が期待通りには進まなかったこと、U5MRの低減に比してNMR (Neonatal mortality rate) の低減が緩徐であったことなどが指摘されている⁹⁾。また、早産やSGA (Small-for-Gestational-Age) による低出生体重が、南アジアやサハラ以南アフリカの新生児死亡の80%にリスクファクターとして関与することや、成長障害、成人期の生活習慣病に関与することが指摘され、低出生体重に対する対策が促された⁹⁾。

・MCH から MNCH へ

継続ケアの概念により、母子保健は、MCH (Maternal and Child Health) から、MNCH (Maternal, Newborn and Child Health) であるべき、といった認識が広がり、やがて、その因果関係の上流に存在する課題である家族計画や安全な中絶といった Reproductive Health、また若年喫煙や若年の精神衛生といった Adolescent Health なども加わり、小児保健は RMNCAH (Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health) といった生涯に渡る継続ケアの一部として捉えられるようになった¹⁰⁾¹¹⁾。

・Gadchiroli Field Trial 成果の政策還元

同じく2005年に Journal of Perinatology に特集されたのが、インドの Gadchiroli 郡の貧困地域で行われた介入研究の成果である。これは、Dr. Abhay T. Bang が率いる NGO SEARCH (Society for Education, Action and Research in Community Health) によって行われた自宅分娩の安全を守るための手法研究であり、村落保健ワーカー (Village Health Worker: VHW) へのトレーニングと実践が主体となっている¹²⁾。

“home-based neonatal care approach” と称されるその手法では、低出生体重児や新生児仮死の対処法、新生児敗血症の早期覚知等に関するトレーニングを受け、農村部での自宅分娩の現場で実践を行った。その介入成果として、70%もの新生児死亡率の減少が10年間で達成されたというものである¹³⁾。

この介入の成果は、後の“安全な出産”への介入手法、ひいては政策へと発展している。また、同年に Pe-

diatrics 誌に特集が組まれた Zulfigar A Bhutta らの Review “Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries” も同様のテーマを扱っており、特筆すべきである¹⁴⁾。この介入手法は、コクランのシステムティック・レビューにおいても、効果が検証されている¹⁵⁾。

・International Health から Global Health へ

国際保健は、かつては熱帯医学 (Tropical Medicine) とほぼ同義として扱われて来ていた。いわゆる途上国の多くが熱帯地域に多いこともあり、熱帯医学からの発展形が国際保健 (International Health) と理解されて来たのである。しかし、グローバリゼーションに伴い、近年の重症急性呼吸器症候群 (SARS)¹⁶⁾ や MERS-CoV¹⁷⁾ の例でも明らかのように感染症は容易に国境を超え、また、気候変動等が Health に与える複雑な要因として認識されるようになってきた。これらのことから、国家単位での視点を超える地球規模の課題であるとの認識から、Global Health (グローバル・ヘルス) という用語が主流になってきた¹⁸⁾。

・The Thousand Days と The SUN (Scale Up Nutrition)

国際保健分野でのもう一つの大きな課題が、低栄養である¹⁹⁾。栄養の乳児死亡への関与は、Child Survival Series でも指摘されているが²⁰⁾、2014年の段階でも、死因に大きく関与しているのはこれまでに述べた通りである²⁾。この栄養に関しては、1992年のFAO/WHO 合同栄養会議で「世界栄養宣言」が採択されて以来、長らく世界的な課題となってきた。その後も、MDGs1 「極度の貧困と飢餓の撲滅」において、「2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる」との目標が設定されるなどの動きがあったが、抜本的な対策が取られるには至っていなかった。しかし、2008年にLancet誌に、“Maternal and Child Undernutrition” series が掲載されたことにより²⁰⁾、栄養問題を扱った国際会議が相次いで開催されることとなった。2010年の世界銀行報告書 “Scaling Up Nutrition, What Will It Cost?”²¹⁾ においては、これまでの国際社会による栄養への投資は、保健や HIV/AIDS をはじめとする感染症に比較して格段に少ないことが明らかとされ、栄養問題への関心が集まることとなった。また、妊娠期間から生後2歳までを合わせた約1,000日間が、特に重要な期間であるという理論²²⁾²³⁾ に基づいて全世界規模で提唱された栄養改善運動 “1,000 Days Partnership” が注目された。この提唱概念を基に創設されたフレームワークが SUN (Scale Up Nutrition) である。このフレームワークでは、費用対効果に優れ、根拠に基づいた13の介入手法を推進している²⁴⁾。日本

においても、国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency 以下、JICA) 等が積極的に関与を進めている。2013年の“Maternal and Child Nutrition and overweight” series (Lancet 誌) では、undernutrition のみでなく、overweight に関する記載も入り、国際保健における NCDs (Non-communicable diseases) の重要性が反映されている²⁵⁾。また、低栄養の改善策における政府各セクターや市民社会、援助団体や民間企業の果たす役割といった保健セクターを越えた幅広いステークホルダーの重要性が強調されている²⁶⁾。

・新生児死亡対策，早産予防と安全な分娩確保の現在

国連事務総長の呼びかけによる Every Woman Every Child 運動を反映したイニシアティブとして、予防可能な新生児死亡対策に関する具体的な行動枠組み Every Newborn²⁷⁾や、早産児への予防、管理双方の行動枠組み Born Too Soon²⁸⁾などのイニシアティブが WHO、The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH) により提唱されて来ている。また、自宅分娩下の安全を確保する BP/CR (Birth Preparedness/Complication Readiness) という手法が Johns Hopkins 大学のグループ JHPIEGO (Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics) により開発され、主としてアフリカにて成果が見られている²⁹⁾。この手法に関しては、システマティック・レビューが行われており、新生児死亡、妊産婦死亡への効果が確認されている³⁰⁾。

・日本政府の関与

日本政府の母子保健へのアプローチとしては、外務省が上梓したいわゆる新国際保健政策³¹⁾がある。この政策は、当時の岡田外務大臣名で Lancet 誌にも投稿されている³²⁾。この国際保健政策に基づき、母子継続ケアを実現させる環境を整備するための幅広い政策支援パッケージである EMBRACE (Ensure Mothers and Babies' Regular Access to Care) モデルが提唱されている。JICA が主体となり、ガーナ等でプロジェクトを展開し、その成果も検証されている³³⁾。また、母子健康手帳関連の JICA プロジェクトは、インドネシアを始めとしてアジア各国に展開されているだけではなく、意識・行動変容を引き出すツールとして、また継続ケアを担保するためのツールとしてパレスチナ、アフリカ等でも導入されて来ている³⁴⁾。

ポスト 2015 年開発アジェンダ

2015年のMDGs達成期限を迎えるにあたり、ポスト2015年開発アジェンダに関して、様々の議論がなされてきた。その中で、日本政府の立場を見ると、1)

MDGsは一定の成果をもたらしたものの、未達成課題が多く残っており、2)残された課題に引き続き取り組みつつ、新たな課題に対処すべきとしている³⁵⁾。そして、現行MDGsを基礎とし、その経験と教訓を踏まえていくべきとしている。一方で、「国連持続開発可能な開発会議 (リオ+20)」で提唱、検討され次の国際取り組み課題として最も有力視されているアジェンダとしてはSDGs (Sustainable Development Goals: 持続可能な開発目標)がある。この中ではしかし、17もの取り組み課題のうち、目標3「あらゆる年齢のすべての人に対する健康な生活の確保、福祉 (well-being) の促進」のみが、保健医療分野に特化した課題の提示となっている。他に、保健医療に関連しうる目標としては、目標2「飢餓の終焉、食糧安全保障と栄養の向上の達成、持続可能な農業の促進」目標6「すべての人に対する、持続可能な水源と水と衛生の確保」などがある。2015年9月には、国連総会にて決定され、発表される予定である。現在、「持続可能性」という視点が世界共通の取り組み認識となりつつある。また、日本政府および世界保健機 (WHO) ではUHC (Universal Health Coverage) を推奨しており、その実現性への議論がなされているところである。UHCとは、WHOの定義によれば、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」を目指すものであり³⁶⁾、プライマリ・ヘルス・ケア (PHC: Primary Health Care) や Health For All の概念を踏襲した国際アジェンダといえよう³⁷⁾。UHCへの関心の高まりと同時に、国民皆保険 (Universal Coverage) を達成して50年以上が経過した日本への関心も高まっているところである。

2015年時点での持続可能な小児保健医療協力のための人材育成

これまで見てきたように、国際保健における小児保健医療領域は確実に変容しつつある。求められているのは、Evidence based public healthであり、現状把握—政策・戦略立案—現場での実行—効果評価といったサイクルが現場では確立してきている。無手勝流で現場に飛び込み、ただひたすら頑張る時代ではなく、医療人として関わる以上、成果が説明出来る必要がある。また、世界に先駆けて長寿国となった日本の保健医療システムへの関心は高く、それを説明出来る能力も問われる。日本のシステムには関心がない、日本の現状を知らないという国際協力ワーカーは、これからは淘汰されていくと推測される。少なくとも、途上国の現場にいながら、日本の課題を振り返る能力が必要であろう。

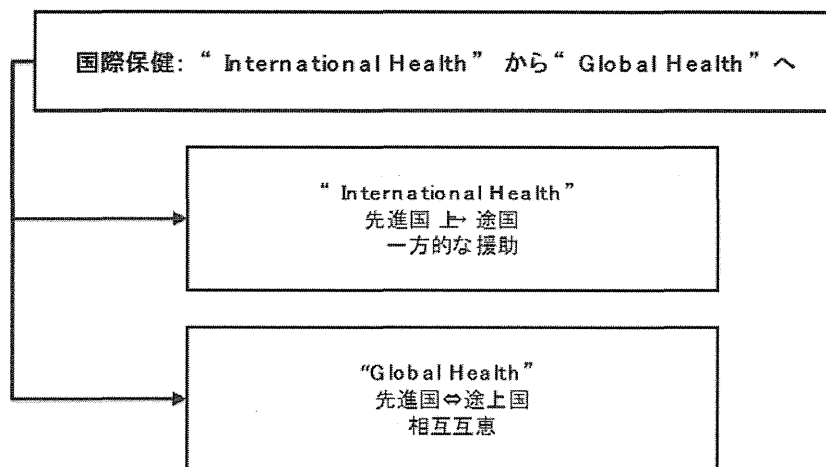


図1 International Health と Global Health

国際保健という概念は、“International Health（一方的援助）”と“Global Health（相互互恵）”という2つの概念から成り立っている。

グローバル・ヘルスにおいては、先進国から途上国への一方的な支援という視点ではなく、相互互恵の意識が必要となる（図1）。今後の国際保健人材の育成については、上記のようなグローバル・ヘルスの視点から取り組む必要がある。世界共通の課題として、NCDsへ対処する能力も求められる。また、他分野との協働も求められており、すでに健康課題ではなく開発課題となっているといえよう。これらの論点をもとに、今後国際保健ワーカーに必要なとされる視点、力を入れていくべき取り組み課題について考えていくと以下のようになる。

・NCD対策への取り組み：NCDsとは「非感染性疾患」と訳される事が多く、生活習慣病、精神疾患、がん等を包括的にまとめた用語である。筆者らが所属する国際小児保健研究会（JICHA：Japan International Child Health Association）では、2014年広島開催の小児科学会学術集會に併催する形で、「小児の生活習慣病対策～非感染性疾患～」というテーマで研究会を開催している³⁸⁾。タイ等では、すでに小児への生活習慣病対策が始まっている状況が報告されている³⁹⁾。NCD対策に関しては、日本の知見を直接途上国に役立てる事が期待されるため、生活習慣病対策をする若手小児科医の海外での活躍が期待される場所である。また、産婦人科医領域においては、グローバル・ヘルスの課題として、子宮頸がん等が取り扱われている⁴⁰⁾。

・他分野との協働、学際的アプローチ：教育学、社会学、心理学、人類学、経済学などと連携・協働した学際的なアプローチが期待される。事例として、学校保健分野等においては、教育分野との協調、協働が不可欠となる。学校保健を通した小児の健康、安全の確保は、大きな課題であろう。国際学校保健のグループ

は、フィリピンのYolanda台風の際の事例研究等の成果から災害への準備対応（Emergency Preparedness）の重要性を強調している⁴¹⁾。日本における「釜石の奇跡」の事例でも、教員主導の学校での避難訓練が小児の生命を大きく左右している⁴²⁾。医療分野等に限定せず、他分野、他職種との連携を推進しうる人材の育成は意義が大きいと考えられる。この実現のためには、医学部傘下の公衆衛生学ではなく、医学部とは独立した形の「School of Public Health」で学ぶ小児科医師が増えることが必要であろう。

・途上国のニーズに向き合える専門人材の育成：途上国においては、感染症や母子保健だけでなく、より特化した分野へのニーズが高まっている。具体的には、新生児、栄養、障害児などの分野において、人材不足は明らかである。途上国側の人材を育成することのできる日本側の人材育成とシステム作りが必要である。

・グローバル・ヘルス知見の日本への還元：日本における相互互恵の実例として、たとえばNPO法人HANDS（Health and Development）のロタウイルスワクチン緊急接種がある。国際協力、国際保健の重要な推進団体の一つであるHANDSが、岩手県気仙地域において、乳児に対するロタウイルスワクチンの無料接種を行政と連携の上で行い、ロタウイルス胃腸炎の流行を予防した。その成果は論文として公開されている⁴³⁾。このように、途上国での援助事業で培った経験を、事業の計画から評価まで活かしているのはまさにグローバル・ヘルスであり、このように海外での経験を日本にも活かす人材が育って行くべきである。限られた人材と予算の範囲内で、適切な小児保健医療のシステムを構築しようと努力している点では、日本も途上国も同じである。政治経済状況は異なるが、相

互に情報交換する意義は大きい。国際保健と地域医療の双方に関心と経験をもつ小児保健医療の人材育成が重要である。

結 語

国際保健における小児保健医療領域での変遷を見てきた。グローバル・ヘルスの課題は、途上国—先進国といった対立概念では理解できなくなっている。これから、国際保健の現場で求められているのは、まず、日本での臨床経験を通じて、日本の小児を取り巻く医療や保健の仕組みを理解しうるまで、診療・研究・教育の各領域において十分な経験を積ませることである。また、各人が日本の現状を伝える能力を持つ必要がある。そして一方で、異文化を理解してその文化文脈に則した活動を行える人材を育成することがグローバル・ヘルスへの貢献につながるであろう。

謝辞 本稿を執筆するにあたり、中野貴司前代表はじめJICHA（国際小児保健研究会）の全会員、並びに、野村真利香先生（国立保健医療科学院国際協力研究部部主任研究官）に助言と協力をいただきましたことを深謝いたします。

日本小児科学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

著者役割：

高橋が、主著者として本稿の原案を作成した。

窪田、田中、浦部は、主として文献検索を担当した。

窪田、堀内、田中、中村、浦部が、原稿の内容にコメントし、改訂を加えた。

最後に全員で、査読を行い、本稿の投稿に同意した。

文 献

- 1) 国連開発計画駐日事務所. ミレニアム開発目標. UNDP (United Nations Development Plan), 2014.
- 2) United Nations. Millennium Development Goals Reports. New York, USA : United Nations, 2014.
- 3) Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003 ; 361 : 2226—2234.
- 4) Jones G, Steketee RW, Black RE, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003 ; 362 : 65—71.
- 5) Chan M. Beyond expectations : 40 years of EPI. *Lancet* 2014 ; 383 : 1697—1698.
- 6) Walker CL, Rudan I, Liu L, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *Lancet* 2013 ; 381 : 1405—1416.
- 7) Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths : when? Where? Why? *Lancet* 2005 ; 365 : 891—900.
- 8) Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, et al. Neonatal survival : a call for action. *Lancet* 2005 ; 365 : 1189—1197.
- 9) Lancet Every Newborn : An Executive Summary for The Lancet's Series. *Lancet* 2014.
- 10) Bryce J, Victora CG, Black RE. The unfinished agenda in child survival. *Lancet* 2013 ; 382 : 1049—1059.
- 11) World Bank. Concept Note—A global Financing Facility in support of every woman every child. New York, USA : World Bank, 2014.
- 12) Bang AT, Bang RA, Reddy HM. Home-based neonatal care : summary and applications of the field trial in rural Gadchiroli, India (1993 to 2003). *J Perinatol* 2005 ; 25 (Suppl 1) : S108—122.
- 13) Bang AT, Reddy HM, Deshmukh MD, et al. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993 to 2003) of the Gadchiroli field trial : effect of home-based neonatal care. *J Perinatol* 2005 ; 25 (Suppl 1) : S92—107.
- 14) Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, et al. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries : a review of the evidence. *Pediatrics* 2005 ; 115 (Suppl) : 519—617.
- 15) Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 3 : CD007754.
- 16) Arnold C. 10 Years on, the world still learns from SARS. *Lancet Infect Dis* 2013 ; 13 : 394—395.
- 17) Al-Tawfiq JA, Zumla A, Memish ZA. Travel implications of emerging coronaviruses : SARS and MERS-CoV. *Travel Med Infect Dis* 2014 ; 12 : 422—428.
- 18) Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health* 2006 ; 96 : 62—72.
- 19) 野村真利香, 高橋謙造. 栄養対策の国際動向. 東京 : 厚生労働省, 2012.
- 20) Morris SS, Cogill B, Uauy R. Effective international action against undernutrition : why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *Lancet* 2008 ; 371 : 608—621.
- 21) Horton S, Shekar M, McDonald C, et al. Scaling Up Nutrition : What Will it Cost? Washington, DC : World Bank, 2008.
- 22) Hanson M. The birth and future health of DOHaD. *J Dev Orig Health Dis* 2015 ; 6 : 434—437.
- 23) Fleming TP, Velazquez MA, Eckert JJ. Embryos, DOHaD and David Barker. *J Dev Orig Health Dis* 2015 ; 6 : 377—383.
- 24) Center for Global Development, the International Conference on Nutrition, the European Commission, et al. Scaling Up Nutrition (SUN) : A Framework For Action. 2011.
- 25) Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013 ; 382 : 427—451.

- 26) Gillespie S, Haddad L, Mannar V, et al. The politics of reducing malnutrition : building commitment and accelerating progress. *Lancet* 2013 ; 382 : 552—569.
- 27) WHO. EVERY NEWBORN—An Action Plan To End Preventable Deaths—. Geneva, Switzerland : 2014.
- 28) March of Dims, PMNCH, WHO, et al. Born too soon : The Global Action Report on Preterm Birth 2012. Geneva, Switzerland : 2012.
- 29) JHPIEGO, Family Care International. Monitoring birth preparedness and complication readiness : tools and indicators for maternal and newborn health. Maryland, USA : JHPIEGO, 2004.
- 30) Soubeiga D, Gauvin L, Hatem MA, et al. Birth Preparedness and Complication Readiness (BPCR) interventions to reduce maternal and neonatal mortality in developing countries : systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014 ; 14 : 129.
- 31) 日本政府. 新国際保健政策. 外務省 国際協力局, 2010.
- 32) Okada K. Japan's new global health policy : 2011-2015. *Lancet* 2010 ; 376 : 938—940.
- 33) Kikuchi K, Ansah E, Okawa S, et al. Ghana's Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care (EMBRACE) program : study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2015 ; 16 : 22.
- 34) Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. *Japan Medical Association Journal (JMAJ)* 2010 ; 53 : 259—265.
- 35) 外務省. ミレニアム開発目標 (MDGs) とポスト2015年開発アジェンダ. 東京 : 外務省, 2015.
- 36) 池上直己編. 包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—日本からの教訓. 日本国際交流センター, 2014.
- 37) Takahashi K, Kobayashi J, Nomura-Baba M, et al. Can Japan Contribute to the Post Millennium Development Goals? Making Human Security Mainstream through the TICAD Process. *Trop Med Health* 2013 ; 41 : 135—142.
- 38) 窪田祥吾, 堀内清華. 小児の生活習慣病対策～非感染性疾患 (Non-communicable diseases). 第42回 JICHA 研究会. 広島 : JICHA, 2014.
- 39) 高橋謙造. タイの PHC システムにおける小児のヘルス・プロモーション戦略. *JICHA ジャーナル* 2013 ; 3 : 5—6.
- 40) 小原ひろみ. ポスト MDG における母子保健 EPMM を中心に. JICA 勉強会 2015. 2015年4月28日.
- 41) Kobayashi J, Gregorio EJ. Case study of the Emergency and Disaster Preparedness, Response and Rehabilitation Capacities of Government Schools in Philippine, and development of Asian statement. Tokyo, Japan : J-RAPID : Japan Science and Technology Agency, 2015.
- 42) Public relations office, the Government of Japan. The miracle of Kamaishi. Tokyo Japan : The government of Japan, 2013.
- 43) 潤向 透, 大木智春, 石川 健, 他. 東日本大震災 (2011) の被災地におけるロタウイルスワクチン無料接種事業の効果. *日本小児科学会雑誌* 2015 ; 119 : 1087—1094.

