

【第 50 回 小島三郎記念文化賞】

不健康と貧困の悪循環を断つための地球規模での
公衆衛生学的アプローチ

Public Health Approach to cut a vicious cycle of ill-health and poverty globally.

なか たに ひ ろ き
中 谷 比 呂 樹
Hiroki NAKATANI

はじめに

健康は、保健サービスのみによってもたらされるものでないことは、感染症の歴史を見ると明らかである。例えば、ヨーロッパの結核は 19 世紀初頭に猖獗を極めたが、1888 年のコッホによる結核菌の発見や、1943 年のストレプトマイシンによる化学療法が発見される以前から減少に転じている。ところが、欧米に比して工業化が遅れた日本では 20 世紀に入っても減少が見られなかった。結核は空気感染によって伝播するため、工業化の過程における急速な都市化と密集した劣悪な住環境・労働環境によって増加し、人々の生活（特に住環境と一般的な栄養状況）の改善等に伴い、化学療法剤発見以前から減少が見られるわけである。このように健康は人々を取り巻く状況と相互に反応しながら規定されていき、近年では、非感染症の増加に伴って、健康に対する社会的規定因子が一層注目されるようになっていく¹⁾。その社会的因子のなかで、特に健康に大きな影響を与えるのは経済要因（貧困）と教育であるとされ、それゆえに国連ミレニアム開発目標²⁾の 8 項目は、「目標 1：極度の貧困と飢餓の撲滅、目標 2：初等教育の完全普及の達成」から始まるのである。しかし、国際社会が総論として合意していたミレニアム開発目標に具体的な資金が流れて現実化する契機となったのは、2001 年 9 月 11 日の同時多発テロであった。以降、貧困撲滅と健康改善の間の相互関係を認め、費用効果の高い保健事業³⁾に「投資」することにより、その悪循環を断ちきることは、テロの温床となる貧困を制圧することにつながり、

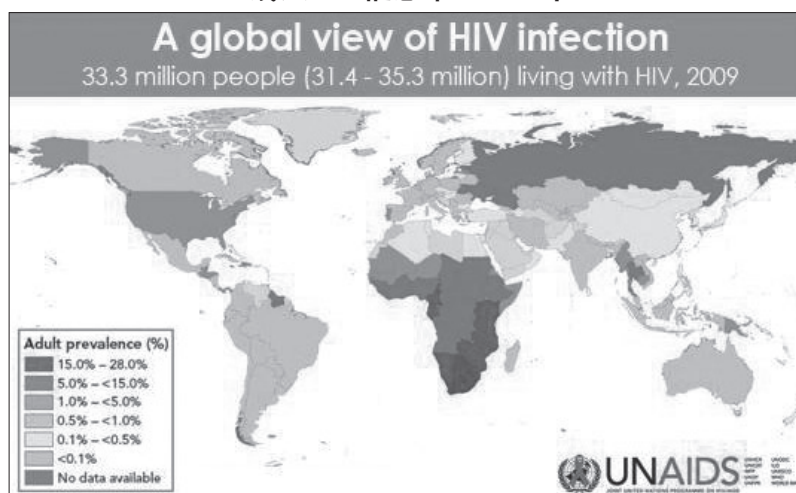
広い意味での国際的安全保障に資するという発想が国際社会の主流となったのである。それ故に、21 世紀の最初の 10 年、保健関係の ODA は目覚ましい伸びを見せ、特に、低所得国の労働人口の生産性を奪う、筆者が担当するエイズ・結核・マラリア分野に大規模な投資がなされるようになった。今回の受賞は、主として現在 WHO の担当事務局長補として三大感染症対策を指揮してきたことに与えられたものであるため、本稿では、小島三郎記念文化賞でご評価いただいた近年の WHO を中心にした筆者の活動をご紹介します。

I. グローバル・ヘルスの潮流

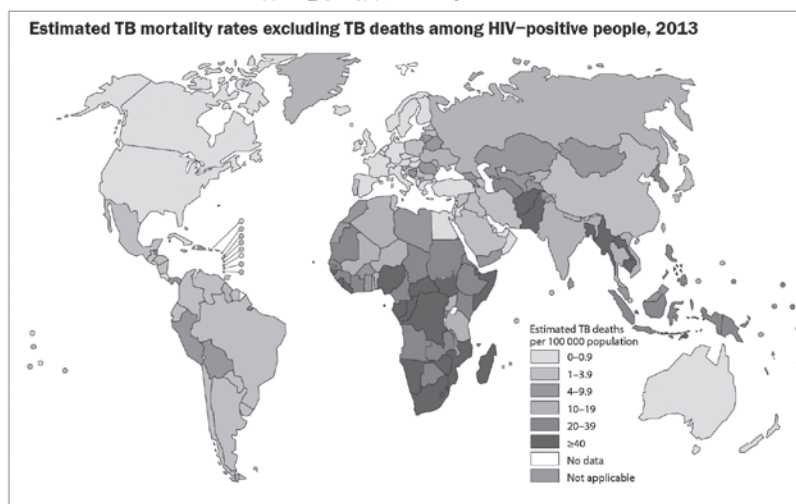
まず、筆者が担当している、エイズ・結核・マラリア・熱帯病の分布と 2000 年時点での世界各国の所得分布をご覧いただきたい（図 1, 2）。見事に、疾病負荷の分布と低所得国の分布が一致していることが分かる。このような状況を改善しようというのが、21 世紀初頭の地球規模での公衆衛生的アプローチの課題であったわけで、膨大な投資が行われた結果、CDC 発行の MMWR 誌⁴⁾によれば、21 世紀に入った最初の 10 年での世界の公衆衛生の 10 大成果として、(1) 乳幼児死亡率の低減、(2) 予防接種の拡大、(3) 安全な水と衛生水準の向上、(4) マラリア対策の改善、(5) エイズ対策の改善、(6) 結核対策の改善、(7) 熱帯病対策の改善、(8) 禁煙の推進、(9) 交通事故の予防、(10) 地球規模での健康危機管理体制の強化が挙げられている。このうち、(4) から (7) が筆者の担当分野であるので、その趨勢を WHO 資

WHO 事務局長補
World Health Organization, Assistant Director-General
20, Avenue Appia-1211 Geneva 27-Switzerland

成人HIV罹患率 2009年



推定結核死亡率 2013

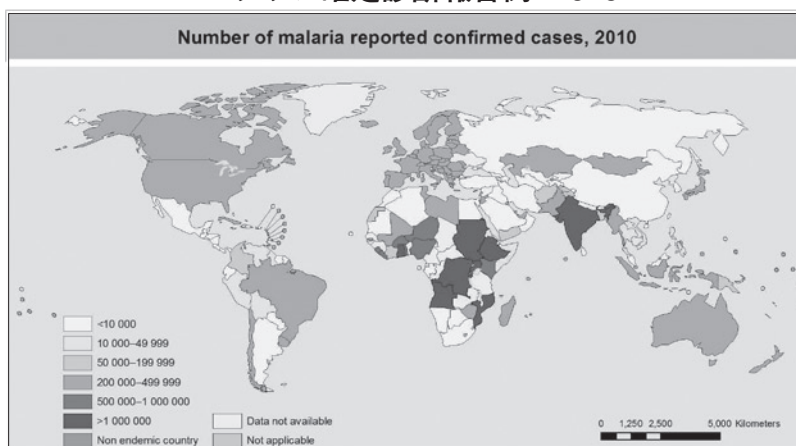


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Tuberculosis Report 2014, WHO, 2014.
© WHO 2014. All rights reserved.



マラリア確定診断報告例 2010



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

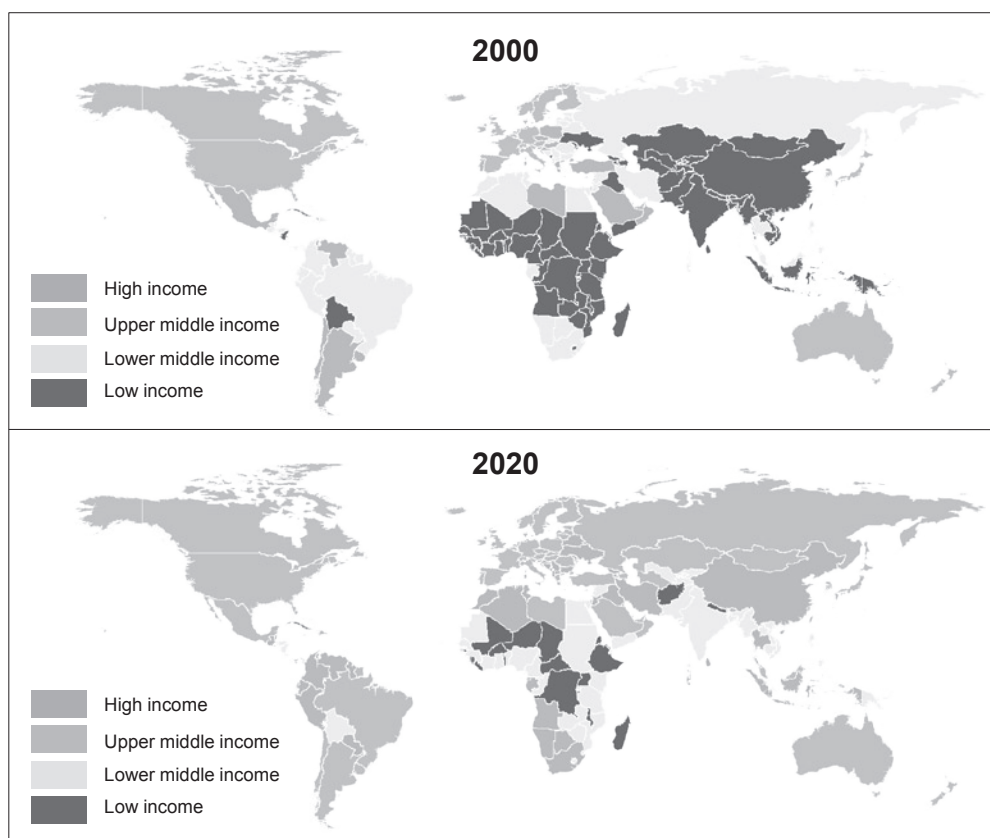
Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

© WHO 2012. All rights reserved.

資料 WHO : Map Gallery http://www.who.int/gho/map_gallery/en/
UNAIDS http://www.unaids.org/globalreport/HIV_prevalence_map.htm

図 1 三大感染症の地理的分布

Economic growth is rapidly changing the world order



Source: IMF data, extrapolated 2017-2020

source ; Ministry of Foreign Affairs of Netherlands

http://aighd.org/media/medialibrary/2013/03/2013.06.02_Symposium_HIV_Drug_Resistance_-_Steenbergen.pdf

図2 国別所得分類の推移

料⁵⁾等により述べてみたい。まず、マラリアについては、2012年現在、2億件以上の年間罹患者と約60万人の死亡者がいるが、罹患者の80%、死亡例の90%がサハラ以南アフリカ諸国で生じている。WHOは、迅速診断とアルテシニン合剤による治療、長期持続性殺虫剤処理済蚊帳の利用、蔓延地域における殺虫剤の室内散布を3つの柱にすえた対策を推奨し、その普及とあいまって、マラリアの状況は急速に改善している。この趨勢が続けば2015年には2000年と比して、罹患者数は36%減、死亡数は52%減が実現できるとみられている。ついで、エイズについては、新規発生、死亡数ともに減少傾向にあり、特に母子間の垂直感染例は母子への抗HIV薬の投与率の改善とともに激減して、新規発生のさらなる抑制に希望を持たせている。また、HIV治療を受けている感染者数も2015年の目標の1500万人を到達できる見込みである。WHOはHIV治療の包括的治療ガイドラインや治療普及状況年次報告書を作るなど

でさまざまなパートナーが行うHIV分野での国際協力の基盤を提供している。結核については、1990年から2013年の間に死亡率は45%減少し、WHOの主唱するDOTS（直接服薬確認療法；directly observed treatment short-course）によって3700万人が救命できたと考えられている。最後の熱帯病についても、WHOは17の熱帯病をNeglected Tropical Diseases⁶⁾として対策資源の集中を促しており、メジナ虫症は根絶、ハンセン病、リンパ性フィラリア症、トラコーマ、アフリカ眠り病の4疾患は公衆衛生問題としての完全制圧（elimination）を目指した活動を着実に進めている。

しかし、このような公衆衛生の進捗は、疾病構造の大きな変化をもたらしており、世界の主要死因を国の所得別にグラフ化すると図3の如くなる。即ち、現在の世界の死因の第一は虚血性心疾患、第二位が脳卒中、第三位が慢性閉塞性肺疾患であり、これらはすべて非感染症である。WHOあるいは国際保健

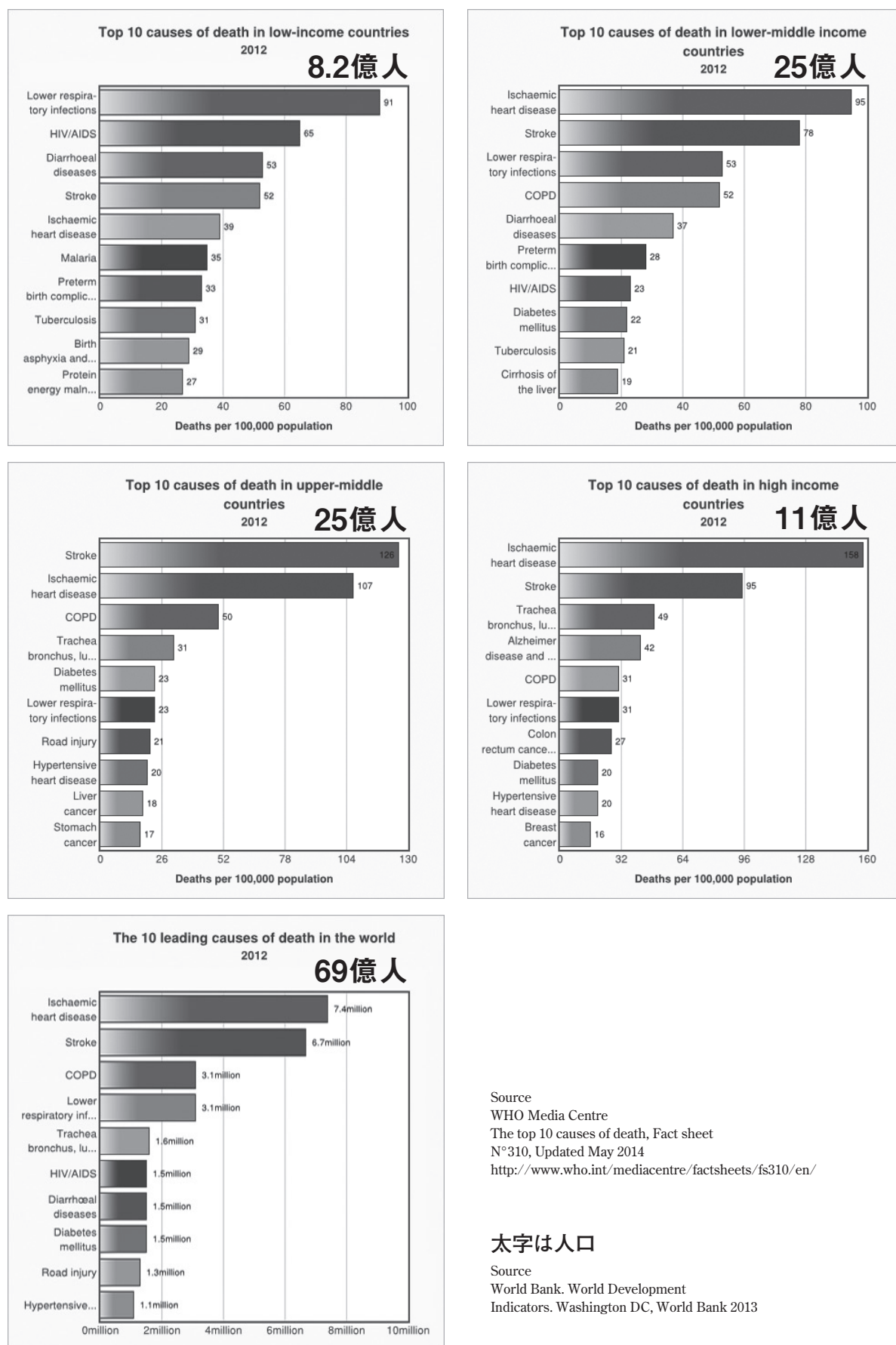


図3 各国10大死因（所得水準別）

といえば、感染症とされていたふしには意外と思われるかもしれないが、その理由は、世界の多くの国で、健康改善と経済発展の好循環が発生し、今や、**図2**に見られるが如く、多くの低所得国が「卒業」を果たした結果、世界人口の7割以上が中所得国に居住しているからであり、その疾病構造が世界全体に大きな影響を与えるのも当然である。筆者が一回目のWHO勤務をしていた1990年当時は世界人口の6割が低所得国に居住していたことを思えば隔世の感がある。しかしながら、世界人口の10%強の8億人が居住する低所得国では、依然として感染症が三大死因を占め、それ故に、健康格差の是正や社会正義の上から感染症対策が国際的には引き続き重視されるのである⁷⁾。言い換えれば、世界は感染症と非感染症の二重の疾病負荷に立ち向かわらざるを得ない。さらにこの**図**が意味するものを解釈してみたい。まず、多くの国が低所得国から中所得国へ移行するに伴って起こる感染症対策の改善は、まず、小児（予防接種対象疾患）や青年期（結核・エイズ）で現れるため平均寿命が延伸（事実、低所得国の平均寿命は1990-2012年で9年延伸）する。日本の例でいえば、戦後の平均寿命の伸びが一番大きかったのは1950-1965年で（男性は10.1年、女性は11.9年）、この伸びは戦後の改善の40%を占める。そして、日本が昭和30年代に経験した状況と同じく、子供が死ななくなったため多産をする必要がなくなり出生率は低下し、家族一人当たりの所得は増える。つまり世界的規模で少子高齢化と豊かさへの道が進行することになる。この意味では、日本を先頭にアジアは、世界の潮流を先取りしているといえよう⁸⁾。つまり、紛争などで進捗が遅れている国あるいは地域はあるものの、全体として世界はより豊かにそして健康になる途上にあり、国際社会が一致して努力すれば今後一世代でさらに世界の健康格差を縮小させることが可能だとの提言⁹⁾も説得力がある。一方で、グローバル化の本質は、ヒト・物・資金・技術の大量の迅速移動であり、それに伴うリスクを制御する必要性も痛感される。例えば、従来であればアフリカの風土病で僻地で起こり一定の感染拡大の後、自然に収束していったエボラ出血熱が一気に国際的な伝播を起こし世界全体に危険を及ぼすような時代になったのである。その為、全ての国が共通のプロトコールで健康危機情報を提供して早期対

策をとる国際枠組みである「国際保健規則」¹⁰⁾を完全に機能させる必要性が従前になく高まっている。

II. 不健康と貧困の関係

さて、不健康と貧困の関係は、情緒的には理解可能であるが、豊かな社会となった日本では、その厳しい現実は分かりにくいのではないだろうか。そこで、筆者の担当する分野において、2つの具体例を述べてみたい。まず、オンコセルカ症。この疾患は、河川盲目症とも呼ばれ、熱帯地域やアフリカ南部（サハラ以南）の川沿いで発生する寄生虫（回旋糸状虫）感染症である。媒介動物は、河川で繁殖するメスのブユで、少なからぬ患者が失明する。それを恐れて、川沿いの肥沃な土地が耕作地として放棄されてきたが、1974年から2002年にかけては、オンコセルカ症対策計画（Onchocerciasis Control Programme ; OCP）による媒介動物対策、1989年以降は、北里大学の大村智博士が開発の端緒を開いたイベルメクチンの大規模な配布を行い、60万人の失明を防ぎ、2,500万ヘクタールの耕作地を回復し、1700万人分の食料の生産が可能となったとされている¹¹⁾。ついで、日本の結核の例を述べよう。戦後のわが国では、医療費の25%が結核医療費に費やされ、病院ベッドの半数が結核患者で占められていた時期があった。それは筆者が生まれた当時の日本の姿であり、同じ状況が今、多くの低所得国で見られている。当時の日本では、戦争により多くの若者を失い、青年層に多い結核の制圧は、再建のための労働力確保という意味でも緊急の課題であった。そこで、日本は結核対策に重点的に取り組み、国民一人当たり2ドル¹²⁾という、公衆衛生予算の「選択と集中」を行い大きな成果をあげた。それによって、健康な労働力が戦後復興の大きな力となって現在の豊かな社会が築きあげられたのみならず、予防施策によって疾病負荷が落ちたので国民皆保険が可能となった。そして、健康な労働者と家族が厚い中間層を作り政治的安定に寄与するなど広範な影響がもたらされていった。

III. 保健への投資とその効果

近年、保健分野に流れる資金量が激増している。Murryら¹³⁾によると、保健分野のODAは1990年

の57億ドルから2010年は269億ドルと約5倍になり、特に21世紀に入ってから伸びは急速である。その内訳をみると国連機関や世銀グループの伸びは穏やかであるものの、2国間援助機関や新しい資金提供メカニズム（世界エイズ・結核・マラリア基金、GAVI、UNITAID）およびBMGF（いわゆるGates財団）などの民間財団の資金量の伸びが顕著である。ただし、Murryらの数値は誤解を招きやすい側面もある。論文タイトルの“Development assistance for health : trends and prospects”に示されたとおりODA量を示しているだけで、政府の独自資金はカウントされていないからで、実は、押し並べて見ると低所得国でも最大の資金提供元は自国政府であることに変わりはない¹⁴⁾。結核の22蔓延国の調査では政府資金は結核対策費全体の約85%であり、最貧国が多いアフリカでも保健衛生費総額の約70%が政府により提供されている。しかし、資金の獲得と有効な利用の為には、後述するWHOが行う世界的な規範・戦略の策定と技術支援といった技術的側面のみならず、低所得国の政治指導者が対策にコミットする、また高所得国指導者には重要性を理解して資金を提供するよう啓発する、更には、さまざまな機関が役割を分担して効率よく低所得国支援を行うにあたっての調整を行うなど、いわば「触媒・潤滑剤」の様な活動も、事業の円滑かつ持続的発展の為に不可欠である。ここに、国連の各機関のエイズ事業を調整するという目的で発足した国連合同エイズ計画（UNAIDS）やロールバック・マラリア・パートナーシップ（RBM）やストップ結核パートナーシップ（TBP）といった患者当事者団体を含むパートナー

シップの果たすべき役割がある¹⁵⁾。一方、これらの役割分担をどう定め、職務遂行の監査体制をどう作るか、相互補完を行いながら事業をどう具体的に進めるか、それぞれ独自の統治機構による意思決定の調和をどう計るかといった問題が、資金の急増がもたらしたグローバルヘルスのガバナンス¹⁶⁾といった新たな挑戦的課題となっている。なお、最近グローバルヘルスの各分野で活躍するパートナーシップやここに取り上げた主要機関の詳細については、筆者や江副らが別のフォーラム^{15, 17)}で詳述しているので、合わせてご一読いただければ幸いである。

IV. 国際機関（WHO）の役割

それでは、世界保健機関（WHO）はこのようなグローバル・ヘルスの構造の中でどのような役割を果たしているのだろうか。まず、WHOは、国連の専門機関の一つであり「国際保健の指導・調整にあたる最高機関として機能する」といったマンデート（WHO憲章第2条（a）項）を持ち、その政策は各国政府代表たる保健大臣によって構成される世界保健総会によって決められるので、他の機関にはない正統性を持つ。その上で、（1）リーダーシップの発揮、（2）規範と基準の設定、（3）技術支援・能力開発支援、（4）研究課題の形成、（5）政策オプションの明確化、（6）健康動向の把握とモニタリングなどを基幹機能（Core Function）として具体的な活動を行うこととしている¹⁸⁾。これらを、HIVを例として、図4に示した国際保健の政策形成・執行モデルによって述べてみよう。併わせて、各ステップ毎

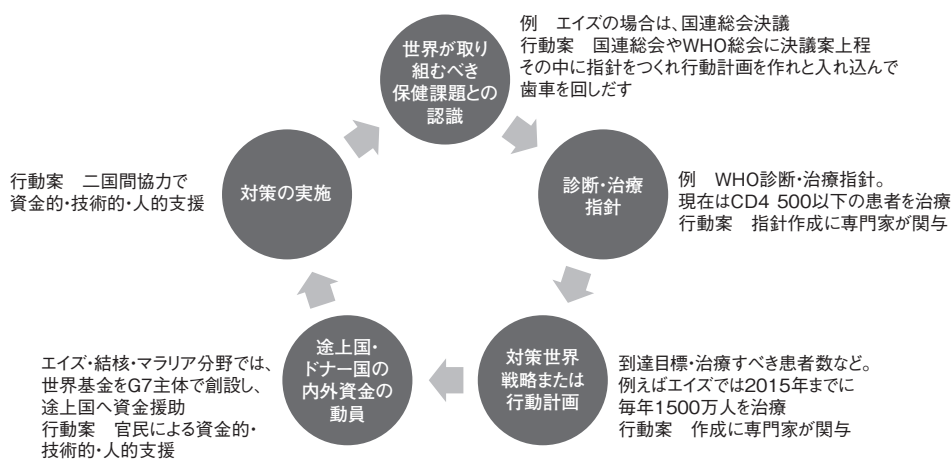


図4 国際保健の政策形成・執行モデル

に、行動案として日本が考慮しうる関与を記した。まず、HIV の重要さが認識されなければならないが、20 世紀末のアフリカ諸国で起こった感染の急速な拡大は、生殖年齢、言い換えれば国の将来を託す人口を直撃したため大きな政治問題となり、国連安全保障理事会・総会で対策決議が採択された。対策を強化する国際世論が形成されたのである。また、当時から HIV 分野の技術分野の進捗は目覚ましく、先進国では、抗ウイルス薬が急速に普及していった。それを踏まえ、WHO では、低所得国でも使えるような廉価な治療薬の組み合わせを主体とした治療指針や複雑な診断機器を使わなくてもエイズを臨床的に診断できる診断基準を作り、J.W リー事務局長のリーダーシップで 2005 年までに 300 万人を治療するという 3by5 イニシアチブを立ち上げ世界戦略のはしりとした。それを財政的にサポートしたのが MDG の枠組みを使った資金であり、多くの低所得国においてエイズ対策が強力に進められていくことになった。これは成功例であるが、今、地球規模の対策事業として発展できるかどうかの分水嶺にあるのが肝炎対策である。2013 年末に大きな治療効果が期待できる新薬が FDA 仮承認を得たことから新展開が始まった。まず、WHO 総会は事務局ペーパー¹⁹⁾を吟味した上で肝炎決議²⁰⁾を採択し、WHO は各種治療指針を 2014 年に作成するに至ったが、数値目標を入れた世界戦略については可能性を検討するという控えめな表現に留まっている。つまりサークルがいまだに完結していないのである。さらに財政支援についても大きなハードルがある。なぜならば、C 型肝炎の蔓延国の多くは中所得国、これらの国々へ

の財政支援を ODA の形ではしにくいことも資金提供システム形成の阻害因子となっているからである。この 2 つの例に示された如く、WHO は、国際世論を喚起し、関係機関が協働する世界戦略を作るという意味で上記の (1) のリーダーシップを発揮し、各種診断基準・治療指針といった上記 (2) の規範と基準を設定し、各国へ上記 (3) の技術支援と国の (自助) 能力開発への支援を行い、規範等設定の科学的エビデンスを得るために上記の (4) 研究課題の形成を行い、各国が上記 (5) の政策オプションの明確化をすることを助け、対策が上手く機能しているかを測るため上記 (6) の健康動向の把握とモニタリングを行うのである。

これらの成果が WHO 事業として典型的に結実するのが、WHO 総会決議、世界戦略、各種ガイドラインである。筆者が担当局長として、その形成に責任を持った WHO 総会決議を表 1 に示す。

V. 今後の世界

このように、三大感染症の制圧に一定の進捗が見られ疾病構造化が変化するとともに、中進国化した世界、お互いに繋がりあう世界といった新たな地政学・世界経済の展開の中で、これからのグローバルヘルスの方向性はどのようなものであろうか²¹⁾。2014 年はポスト MDG に向けての論議が、国連総会、国連傘下の機関の理事会、その他さまざまな場面でなされたが、2014 年 9 月の国連総会においておおその方向性が見え、2015 年国連総会での最終的な採択に向けて今後実務的な詰めが行われるものと思われる

表 1 総会決議一覧 (2007-2014)

2007	WHA60.13 Control of leishmaniasis
	WHA60.18 Malaria, including proposal for establishment of World Malaria Day
	WHA60.19 Tuberculosis control: progress and long-term planning
2008	None
2009	WHA62.1 Prevention of avoidable blindness and visual impairment
	WHA62.15 Prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis
2010	WHA63.18 Viral hepatitis
	WHA63.19 WHO HIV/AIDS strategy for 2011-2015
	WHA63.20 Chagas disease : control and elimination
	WHA63.26 Improvement of health through sound management of obsolete pesticides and other obsolete chemicals
2011	WHA64.14 Global health sector strategy on HIV/AIDS, 2011-2015
	WHA64.16 Eradication of dracunculiasis
	WHA64.17 Malaria
2012	WHA65.21 Elimination of schistosomiasis
2013	WHA66.12 Neglected tropical diseases
2014	WHA67.1 Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015
	WHA67.6 Hepatitis

る。それは、SDG (Sustainable Development Goals ; 持続可能な開発目標) であり、現世代が将来世代へ負荷を残すことなく社会全体の調和のとれた発展を目指すとする概念である。SDG は、はじめは環境問題を論ずる時に用いられてきた概念であったが、2012 年にブラジルで開催された「国連持続可能な開発会議²²⁾ (Rio+20 と称されることが多い)」でその概念が一気に拡大され、現在は、表 2 に示した 17 の大項目とその具体的到達目標が論議されている²³⁾。この論議に当たっては、最近の地政学的変化を反映して、ブラジルなどを中心とする G20 諸国の影響力が大きく前面に出ている。保健関係は SDG3 「全ての人々の生涯を通じた健康生活 (Attain healthy life for all at all ages)」にまとめられ、その下に従来からの MDG4, 5, 6 を引き継いだ小児保健、妊産婦保健、HIV、結核、マラリアなどに加えて、非感染症 (NCD) や UHC (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ) など合計 9 つの小項目が提案されている。今後は、これらの推進体制や財政措置などに論議の中心が移ることが考えられる。また、中所得国は ODA (政府開発援助) の対象ではないので、自己財源から費用を捻出しなければならないため、17 ものアジェンダを効率よく進める資金手当てのあり方の論議も始動するものと思われる。事実、自己資金に ODA を加えた保健資金総量は、低所得国から中所得国へ移行する際、むしろ一時的に総量が減少することが少なからぬ国において見られている。それは、経済成長が ODA 減少分をすぐには補填しきれ

ないため、結果として対策事業が後退する危険もある。それを防ぐためにも、NGO、学会、職域団体、企業、民間財団がどう関与して従来からの公的資金中心の対策と相乗効果を挙げていくかも大きな課題であり、これら非政府関係団体の建設的関与の方途の確立が急務である。どちらかといえば、公的セクターに足場を置いた公衆衛生にとっては、一つの挑戦であるとともに変革の機会でもある。

Ⅵ. 日本からの貢献・日本への貢献の可能性

それでは、日本の公衆衛生が、不健康と貧困の悪循環を断つための地球規模での公衆衛生学的アプローチにどのような貢献ができるかを考えてみたい。われわれは、疾病構造・年齢構成の変化、急激な少子高齢化、産業化の弊害への対応など、欧米諸国が世紀単位で歩んできた道のりを四半世紀で経験し、数々の挑戦に対応してきたわけである。国民皆保険から、公害対策、健康づくり国民運動、医療費の適正化そして介護保険の導入と、日本はいわば、「地球規模課題のラボ」といってよい状況にある。その経験で世界に役立つものは多々あろう。いくつか例をあげるとすれば、まず第一が、国民皆保険の実現である。疾病により貧困に陥ることを多くの場合防げることになり、その結果、国民の間に形成された厚い中間層が、日本の繁栄と政治的安定をもたらしていった。第二が、経済成長と健康問題の調和である。中所得国は、目下、日本が昭和 30 年代に

表2 持続可能な開発目標 (SDG) 案*の概要**

1. 世界中からあらゆる形の貧困を撲滅
2. 飢餓の撲滅、食糧安全保障、栄養、持続可能な農業の確立
3. 全ての人々の生涯を通じた健康生活
4. 公平・平等な教育と生涯学習の機会提供
5. ジェンダーの公正と女性のエンパワーメント
6. 水と衛生の永続的確保
7. 負担・持続可能な安定的かつ近代的なエネルギーへのアクセス
8. 力強く持続的な経済成長と健全な仕事を全ての人に確保
9. 強靱な生産基盤の整備と持続可能な工業化と技術革新の推進
10. 国内外の格差解消
11. 安全かつ強靱で持続可能な都市と住環境作り
12. 持続可能な消費・生産パターン
13. 気候変動とその影響へ対応
14. 海洋資源の保護と持続的利用
15. 地球エコシステムの保全と生物多様性喪失の防止
16. 持続可能な成長、すべての人へ法治を拡大、負担可能で住民が参加できる統治機関を作るため平和で疎外の無い社会を促進
17. 持続可能な開発実施手法と地球規模パートナーシップの強化

* source ; <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>

** ここに掲げた 17 の SDG は英語の原文の意をあくまでも要約したものであり、疑義が生じた際は原文を優先して頂きたい

経験した、急速な工業化・近代化が起こっており、そのひずみが弱者や環境への負荷となっている。例えば、隣国中国の大気汚染は深刻さを増しているが、日本は、公害対策を進め、環境技術を開発してそれを克服するとともに、産業活力を維持するのみならず環境という新たな産業分野を創生した。経済と健康の共存もまた、日本が世界に誇れるものだと思う。第三が、疾病構造の変化に対応した公衆衛生事業の展開である。戦後の近代的な公衆衛生の最先端は結核対策であったが、結核新規患者が年率 10% といった驚異的なスピードで減少すると、結核検診はインフラとして、急増してきた「成人病」検診に転化され活用されることとなった。このような公衆衛生事業の成功例を他に転用するというのも世界からみれば驚異的なことなのである。第四が技術革新である。少子高齢化の医療・福祉を支える技術・製品はバリエーション豊富で、世界で役立つものが多々あるが、海外にはあまり紹介されていない。最後が国際的診断・治療指針の策定である。日本では国内向けの各種ガイドラインはあるが、それが世界基準とはなっていない。世界の健康課題は、わが国のそれと重複しており研究者も診療実績も豊かにあるため、日本発の診断・治療指針が世界基準となる可能性があると同時に、日本よりも遅れた基準が作成された場合、日本の診療の足が引っ張られる可能性もなきにしもあらずで、その意味で日本からの貢献としても日本への貢献としても、積極的な関与が必要である。

このような挑戦と機会を生かすためには、人材が必要で、近年、わが国で大学のグローバル化など積極的な取り組み²⁴⁾がなされるようになったことは誠に喜ばしい。WHO は、国立千葉大学、金沢大学、新潟大学から派遣された教官に相当期間 WHO 職員として経験を積んでいただき、同時に、短期研修に訪れる大学院生・学生インターンの指導にあたっていただいている。本格的な協力が始まった 2014 年だけでも、2 回の合同研修会がジュネーブで開催され、参加大学の大学院生・学部学生に加え、WHO で研修中の邦人インターン、スイス国内に日本から留学中の学生も加わり、国際保健導入コースの役割を実質的に果たしている。

まとめ

世界は地殻変動ともいえる大きな変化の途上であり、今日の日本の課題とグローバルヘルスの課題は次第に接近し、重なり合いつつある。これは日本にとって大きな挑戦であり、また、機会でもある。世界で一番少子高齢化が進み、また、技術力と熱意あふれる公衆衛生関係者を持つ日本は、地球規模課題のラボであり、前人未到の領域を切り開いていかなければならない。そして、得られた成果や経験を普遍化して共有すれば、各国民の健康水準はさらに上がり、不健康と貧困の連鎖が断ち切られることから、層の厚い中間階級が各国で形成され、それが国の安定・市場の拡大をもたらして、貿易立国である日本へも回りまわって益することになる。また、その過程で、日本も諸外国から多くのことを学び、国民の健康を改善することができよう。このような好循環は、日本が戦後営々として努力してきた積極平和主義の精華といえ、日本の公衆衛生関係者のリーダーシップが待たれる分野ではなかろうか。筆者としては、今回の小島三郎記念文化賞の受賞を励みとして、ますます、世界と日本の公衆衛生の発展の為に精進しようと固く誓うところである。

なお、本稿の意見にわたる部分は、筆者の個人的意見を含み、WHO の機関としての見解・立場の表明ではないことにご留意願いたい。

文 献

- 1) WHO : Commission on Social Determinants of Health-final report, 2008
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- 2) 外務省；ミレニアム開発目標(MDGs)、ポスト 2015 年開発アジェンダ
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs.html>
- 3) 竹内勤、中谷比呂樹、武井貞治、齋藤智也、畔上佳枝訳；国際保健の優先課題(World Bank Publication : Priorities in Health)、保健同人社、2008 年 8 月刊
- 4) CDC, Ten Great Public Health Achievements Worldwide, 2001-2010, MMWR Weekly June 24, 2011/60(24); 814-818
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6024a4.htm>

- 5) WHO : Proposed programme Budget 2016-2017, Document, EB136/34, 2015
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_34-en.pdf
- 6) WHO : Sixty-Sixth World Health Assembly Resolution, WHA66.12 Neglected tropical diseases, 27 May 2013
http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_66.12_Eng.pdf?ua=1
- 7) Christopher Dye, Thierry Mertens, Gottfried Hirnschall, Winnie Mapanju-Shumbusho, Robert Newman, Mario Raviglione, Lorenzo Savioli, Hiroki Nakatani : WHO and the Future of Disease Control Programmes, Lancet, Vol 381 (9864), p413-418, 2013
- 8) Japan : Universal health care at 50 Years. Lancet, Vol 378 (9796), 2011
<http://www.thelancet.com/japan>
- 9) Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035 : a world converging within a generation. Lancet, Vol 382 (9908), p1898-1955, 2013
- 10) World Health Organization. International Health Regulations, second edition, 2005.
<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>
- 11) 厚生労働省検疫所, オンコセルカ症について(ファクトシート)2013年2月
<http://www.forth.go.jp/moreinfo/topics/2013/03141502.html>
- 12) 島尾忠男 : 第64回総会特別講演 世界の結核の趨勢と日本の果たすべき役割、結核 ; Vol.64, No.11, 31-40, 1989
- 13) Christopher JL Murray et al, Development assistance for health : trends and prospects, Lancet, Vol 378 (9785), p8-10, 2011
- 14) WHO STB Department, Global tuberculosis control 2011
http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf
- 15) 中谷比呂樹ら、パートナーシップ時代の国際保健協力、公衆衛生 72(10) 2008年10月より73(7) 2009年7月まで10回連載
- 16) 中谷比呂樹 : グローバルヘルスのガバナンス ―現状と課題―、公衆衛生、Vol 76 No8, p586-591, 2012
- 17) 江副聡ら、連載 ジュネーブ国際機関だより、日経メディカル オンライン 2010年8月より
<http://medical.nikkeibp.co.jp/>
- 18) WHO, Eleventh General ; Programme of Work 2006-2015
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf
- 19) WHO ; Hepatitis Improving the health of patients with viral hepatitis, Report by the Secretariat, A67/13, 28 March 2014
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_13-en.pdf
- 20) WHO ; Sixty-Seventh World Health Assembly Resolution, WHA67.6 Hepatitis, 24 May 2014
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-en.pdf?ua=1
- 21) 中谷比呂樹 : 臨床医学の展望2014 国際保健学、日本医事新報 No.4684, p74-80, 2014
- 22) 外務省 ; 国連持続可能な開発会議(リオ+20)
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kankyo/rio_p20/gaiyo.html
- 23) United Nations ; Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals, A/68/970, 12 August 2014
<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/Open-Working-Group.pdf>
- 24) 千葉大学・金沢大学・長崎大学 ; 革新予防医科学共同教育研究センター, 2013, <http://www.s-yobou.jp/>