

看護 2002年11月 第54巻 第13号

2002年11月17日

今回は、日本が所属する西大西洋地区における1年間(2001年7月1日から2002年6月30日)の活動報告から、子どもの健康問題への取り組みであるIMCI(小児疾患包括的管理: Integrated Management of Childhood Illness)戦略に関するWHOの評価を紹介する。

1. 子どもの健康問題とIMCI戦略

西大西洋地区では、毎年100万人以上の5歳未満の子どもが死亡している。カンボジアやラオスでは、5歳になる前に10人のうち1人以上が死亡するが、日本やシンガポールなどではごく少数であり、地域による格差が生じている。問題となる地域の子どもたちの重要な健康問題は、急性呼吸器感染症、下痢、マラリア、栄養失調や麻疹などである。また悪い衛生状態、不適切な保健行動、混雑した住居、疾患への自覚の低さ、標準化したケアの不足、ヘルスサービスへのアクセスの悪さ、サービスの種類の貧しさ、貧困などはすべて子どもの健康に影響を与えている。

IMCIは子どもの全人的なウェルビーイングを目指したアプローチであり、主として5歳未満の子どもへの疾病率・死亡率・障害の減少、健康的な成長や発達の促進を支援するものである。この活動はライフサイクルの各段階における子どもの健康へのサポートに結び付いている。

IMCIは、臨床のケース管理の改善、ヘルスシステムの強化、家族やコミュニティにおける実践の支援、重要なヘルスサービスへのアクセスの促進、コミュニティの活動に権限を与える働き、健康問題に取り組む体制づくりなどをサポートしている。WHOは、計画、マネジメント、マテリアルの発展、モニタリングなど各段階での技術的なサポートを提供してきた。

2. IMCI活動の状況

IMCI戦略は西大西洋地区の多くの国で採用された。キリバス、ソロモン諸島等は早期段階にあり、カンボジア、フィジー、ラオス、マレーシア、パプアニューギニアはパイロット地区として戦略を導入した。モンゴル・中国・フィリピンやベトナムはすでに拡大計画の段階に入っている。

現在、重点的に実施されている活動の一つは、サービスを提供する前のヘルスケアスタッフのトレーニングである。大学や他の教育センターのカリキュラムにIMCIを導入することは、IMCIが制度化され、長期的に継続されるために、また学問と技術的な内容を統合するために重要なステップである。モンゴルやベトナムではすでに複数の学校で医学生がIMCIトレーニングを受けている。フィリピンでは看護・助産のカリキュラムに取り入れ、2002年6月にはIMCI教育を8カ所のセンターで開始し、国レベルに拡大する計画になっている。IMCIのプレサービストレーニングに関する西大西洋地区最初のワークショップも2002年7月に計画された。

次に重要な活動として、IMCIのコミュニティへの統合がある。2002年1月フィリピンのAntipolo市で開催された西大西洋地区NGOの技術的コンサルテーションの会議で、コミュニティでのIMCIに関する草案が提示され、IMCIを実践する地域のNGO活動のネットワークが強化された。この中で、IMCIの一般的理解の促進、子どもの健康に関するNGO活動の経験のシェア、NGOと行政との協働が考えられた。この草案は2003年の会議まで検討されていくことになっている。

3. WHOの1年間の評価

地域や国のパートナーシップ、NGO、大学や各組織との関係の緊密化が図られ、それは各活動に利便性をもたらした。しかし、まだこの地区の子どもたちの多大なヘルスニーズに十分応えてはいない。ヘルスケアへのアクセスの促進、ヘルスケアワーカーのトレーニング、各プログラムの縦断的な調整、ヘルスシステムの構造的な変化が求められ、またコミュニティにおけるヘルスプロモーションや予防活動の実践が必要となっている。今後これらに向けたチャレンジが継続されていく。

文責: 平林 優子(ひらばやし ゆうこ)

看護 2002年9月 第54巻 第11号

2002年9月17日

7月号の本連載(p.112)にも記載されておりましたように、WPRO(WHOの西太平洋地域事務局)地域の特徴として、多くの貧困者を抱えており、優先度の高い課題の一つに、結核・HIV・マラリア等の感染症対策が挙げられています。

そこで今回は、WPROにおける結核対策戦略について紹介します。

2002年3月24日は、世界結核デー(World TB Day)であり、“ストップ結核、貧困と闘う”がテーマとなっていました。

結核は、決して過去の疾患ではなく再興感染症として世界的に問題となっています。途上国だけではなく先進国も含めて世界中の人々の健康、社会に影響を与えています。世界では、結核による死亡者は毎年200万人に上り、WPRO地域では、1日1,000人、毎年36万人の死亡者を出しています。また、全結核患者の3分の1はWPRO地域の人々であり、4分の3は15～54歳という最も生産性の高い年齢層となっています。

日本においては、1997年に38年ぶりに増加に転じ、2000年の結核罹患率は人口10万人対31.0(米国6.3、英国10.5、スウェーデン5.4)と高く、ここ数年、結核の罹患率の減少は遅々としている状況です。

1999年9月、WPRO地域の結核対策を鑑み、WHOでは“ストップ結核”という特別プロジェクトを立ち上げ、社会的、政治的、財政的な側面からの活動を通して結核対策を充実させていくことを目指しています。

ストップ結核プロジェクトの目的は、2010年までに結核罹患率および死亡率をここ10年間の半数までに減少させること、ヘルスケアシステムとしてDOTS(直接監視下短期化学療法；毎回の服薬確認をしながら、数カ月 にわたる薬剤投与により完治率を高めようという手法)戦略を拡大していくこととしています。2005年末までの到達目標として、DOTSの実施、ヘルスセクターの開発、薬剤の供給と質、モニタリングと評価、の4つが挙げられています。

なかでも1993年より包括的な結核対策戦略としてWHOが推奨しているDOTS戦略は、各国の社会的、財政的背景に見合った効果を出せるように、WPRO地域の国々を結核蔓延の程度とDOTS実施状況別に分けています。すなわち、グループ1：結核高負担国(カンボジア、モンゴル、中国、フィリピン、ベトナム、ラオス、パプアニューギニア)、グループ2：結核中度負担国、グループ3：100万人未満の人口の太平洋諸島、グループ4：結核低負担・低発生率国(オーストラリア、ニュージーランド)、の4グループです。日本は、香港(中国)、大韓民国、マカオ(中国)、マレーシア、シンガポールとともにグループ2に分類されており、高齢者層、貧困層、ホームレス、HIV感染者の中での結核罹患率が増えていることが、このグループの課題となっています。

WPROのDOTS戦略においては、国同士の協働体制の構築、モニタリングとサーベイランスの充実、DOTSマネジメントに関わるスタッフの教育・養成プログラムの開発、共同研究の促進が挙げられています。

例えば協働体制の構築については、地域レベルではTechnical Advisory Group(技術顧問団)ミーティングの開催、WPROのWebサイトへの疫学調査や薬剤耐性研究結果の公表、経済効果や結核対策に対する医療スタッフの意識度の指標の開発等があります。国レベルの活動としては、ストップ結核国際会議の開催、DOTS成功例の報告、グループ1に含まれる国々での結核患者と治療の動向に関する年間報告書の作成等が提案されています。

“ストップ結核プロジェクト”は、すべての人々が適切な結核治療を受ける権利を持っているという考えを基盤としています。ゆえに、貧国の問題とも絡めて世界の国々が協働して取り組むべき課題であると考えられます。

文責：水野 恵理子 (みずの えりこ)

看護 2002年7月 第54巻 第9号

2002年7月17日

第11回グローバル・ネットワーク会議(WHO看護・助産開発協力センター会議)は今年2月27日から3月1日まで、また本会議に続き、第4回国際学会(中西部看護研究学会“Midwest Nursing Research Society”と同時開催)が4日まで米国シカゴで行われた。

この会議には、WHO本部のシニア・サイエンティストであるDr. Naeema Al-Gasseerを始め、各地区の看護アドバイザー、ICN、ICMの代表者および世界28センターのうち25センターが参加した。聖路加看護大学看護開発協力センターからは3名が参加した。会議では多くの議事や報告があったが、本稿ではその中でのハイライト部分を報告する。

WHO本部からDr.Al-Gasseerは2002年1月に示した「看護と助産サービスのための方策に関する指針(Strategic Directions for Nursing and Midwifery Service)」について説明した。この指針は昨年5月のWHO総会で決議された看護・助産の強化についてのWHA54.12の事務総長への要望の第7項を受けて、WHO本部が看護・助産を強化するための対策をまとめるべく、看護・助産のGlobal Advisory Groupの協力を得て策定したものである。策定に際しては、以下の諸原則に沿って進められた。その諸原則とは：協働に際してのパートナーシップ；計画に際しての適切性(relevance)；各レベルでのオーナーシップ；計画実施においての性や人権等の倫理的な配慮である。

策定された指針には5つの成果領域(Key Result Area)が示され、それぞれに目標が立てられ、それに対して期待される成果が示されている。その成果領域とは、①国の開発・保健計画は看護・助産サービスや専門性のためになされていること、②看護・助産職者の雇用政策は、性差問題を考慮した健康的で安全な労働環境と条件や公平で透明性のある昇進制度が進められること、③看護や助産の専門性がすべてのレベルでの意思決定過程に参加でき、看護・助産が個人・家族・地域で十分に活用できていること、④現在および将来の健康問題に対処できる十分な能力を持った人材が適切な数いること、⑤看護・助産サービスの統治には、ケアの質を保証するために政府や市民団体・職能団体を含めていること、である。

この指針に沿って、来年5月のWHO総会ではその成果について評価がなされる予定である。グローバル・ネットワーク会議では、ジュネーブで評価状況を見届けるためにオブザーバーとして参加する計画をした。

WPRO(西太平洋地区事務所)の看護アドバイザー(Dr. Fritschk)はこの地区の特徴として貧困者を多く抱え、多くの島々から成る国々が多いことを説明した。このような地区背景を考え、2002年から2003年のWPROの方向性は、結核・HIV/AIDS・マラリアなどの感染症、母子保健・予防接種、精神衛生、安全な食品や血液の供給、たばこのコントロール等の優先課題を保健システムの改善を通して進めているとのことであった。さらにWPROの活動の焦点は、○a保健従事者計画と管理、○b適切で有機的スキル活用、○c教育者・指導者の養成プログラムの開発、特に思春期保健のカリキュラム統合キット開発や貧困教育、○dケアの質向上のための施設内教育プログラム開発、○e意思決定、方策計画や人権擁護のための研究の推進、等を掲げて進められていた。

グローバル・ネットワーク会議事務局は、より成果の出せるネットワークにするために法人格を取得し、NGOとしての活動の方向性も提案した。

聖路加看護大学看護開発協力センターは、今年で第3期のWHOの委嘱期間を終了し、再委嘱のために評価報告書を提出したところである。どのようにグローバルな視点で成果を示し、協働して活動を進めてゆくかの大きな課題を認識した会議であった。

文責：田代 順子(たしろ じゅんこ)

2002年5月17日

WHO看護・助産開発協力センターのグローバル・ネットワーク事務局からは、定期的にニュースレターが発行されてきた。今年に入りそのニュースレターに代わって、現在の事務局長であるアメリカ・George Mason UniversityのDr. Rita M. Cartyらの努力により、新しく「NURSING AND MIDWIFERY LINKS」という雑誌が創刊された。これまでのニュースレターに比べ、厚みも増し情報量が増えている印象である。今回はその創刊号「NURSING AND MIDWIFERY LINKS, February 2002」より主な記事を紹介したい。

巻頭のDr. Rita M. Cartyのあいさつの後、WHO Senior Scientist for Nursing and MidwiferyのDr. Naeema Al-Gaseeが「Strategy for Nursing and Midwifery: An Opportunity」と題した文章を寄せている。その中に、WHOの戦略的方針として以下の4項目**Partnership**（パートナーシップ）、**Relevance**（適切性）、**Ownership**（所有権）、**Ethical Action**（倫理的行動）が紹介されている。またWHO看護・助産開発協力センターからは、次の5つの**Key Result Area**(KRA)（結果を残すべきカギとなる領域）の紹介がある。KRA 1：適切な看護・助産サービス、専門知識・技術の提供のための国家的発展とヘルスプラン。KRA 2：性の問題に敏感であり、健康的で安全な労働状況に基づいた、そして公正な報酬であり、能力に見合った、明瞭なキャリア構造に基づいた看護・助産の労働力を充足する国家的な職業政策。KRA 3：看護・助産の専門的知識・技術がすべてのレベルにおける意思決定のプロセスに十分に統合され、個人、家族、地域のケアのためにヘルスシステムが十分に活用・実践されること。KRA 4：将来の実践に効果的に対処するために有効である、適切なスキルを持ち能力のある実践者の十分な数の確保。KRA 5：ケアの質を保証する政府、社会、職業に関与する看護・助産サービスの管理(Stewardship)、制御(Governance)。

これらから、世界レベルでのWHO看護・助産開発協力センターの有様、目指すべき姿が見えてくるのではないだろうか。

次にDr. Rita M. Cartyの「History and Purpose of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development」という文章がある。その中から少し抜粋してご紹介する。

「……看護・助産開発協力センターは1989年、Dr. Amelia Mangay-MaglacasがWHOのChief Nurse Scientistの時に設立された。この時にDr. Maglacasはグローバル・ネットワークの中心目的を、“Health for all through Primary Health Care”という目標に向かって看護のリーダーシップを強化・推進していくことだと述べている。今日この目標は広く理解され、国際的な協力がWHO看護・助産開発協力センターのグローバル・ネットワークによって推進されている。ネットワークのVision Statementは、“Health for All Through Nursing and Midwifery Excellence”である。……現在世界中にWHO看護・助産開発協力センターは28カ所ある。これらのセンターがWHOの“Health for All”という目標に向かってそれぞれの活動計画を通して、それぞれの地域レベル、あるいは世界規模のレベルで活動を行っている。……ここ数年、グローバル・ネットワークは国際的な看護の協議の場で活動的な存在となってきた。……グローバル・ネットワークの事務局としてGeorge Mason Universityが、会員とのコミュニケーション手段をより高める目的でウェブサイトも立ち上げた。……よりよいコミュニケーションや情報の交換技術、また共同プロジェクトの発展によって今まで以上の効果が得られることが期待される」

今回は、ほんの一部しか紹介できなかったもので、興味のある方は直接「Global Network News」のWebサイト；<http://cnhs.gmu.edu/whocc/> へどうぞ。

文責：横山 美樹（よこやま みき）

看護 2002年3月 第54巻 第3号

2002年3月17日

WHOのホームページを開くと、World Health Day2002(毎年4月7日を世界保健デーとして開催)のコーナーがあった。本年度のスローガンは、“Move for Health；健康のために運動を”である。

今日、世界の多くの国では、伝染によらない疾患が主流になっている。急速なライフスタイルの変化が、身体

活動の低下や食事の変化、喫煙の増加を招き、がんや糖尿病、心臓疾患の増加をもたらしている。この傾向は、先進国のみならず途上国にも見られ、年間200万人以上が身体的活動の低下による疾患で死に至っているとWHOは報告している。そのため、World Health Day2002では、運動や健康的なライフスタイルの重要性を強調し、身体的活動の実践をスローガンにしている。本年度は、サンパウロ(ブラジル)を主な会場にして、さまざまな場所でイベントが催されるようである。すでに開催されたソルトレーク冬季オリンピックやこれから開催されるワールドカップにおいても、禁煙や健康増進のイベントの機会として、WHOは協賛している。

一方、我が国においては、2000(平成12)年から、すべての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現を基本理念とする“健康日本21”が開始され、①栄養・食生活、②身体的活動・運動、③休養・こころの健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器、⑨がん、の9分野の取り組みの方向性と目標が設定されている。

これらはWorld Health Day2002のスローガンの趣旨とするところと同じであり、“健康日本21”における今後の具体的な保健活動の展開が期待される。

これらのうち、WHOにおいても再々にわたり対策が進められている“たばこ対策”について焦点を当ててみると、西太平洋地域のWHO活動報告書『The Work of WHO in the Western Pacific Region 2000-2001』によれば、日本を含むこの西太平洋地域には、4億2,200万人の喫煙者がいる。そのうち男性の喫煙率は62.3%(3億8,700万人)で、他の先進諸国に比べ高率であり(米国、英国は28.0%)、女性の喫煙率は5.8%(3,500万人)と他の先進諸国に比べ低率である。ちなみに、我が国においても、男性の喫煙率は49.2%、女性は10.3%(1999)と高率である。

WHOは、西太平洋地域の高い喫煙率と、女性や子どもたちの受動喫煙(second-hand smoke)による健康への危害を大きな健康問題として重視している。WHOは、1999年5月の世界保健会議において「たばこ対策枠組み条約(Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)」を2003年5月の世界保健総会までに採択することを目標とする決議を行っている。これらを受けて西太平洋地域では、たばこ対策として、各国内の禁煙会議の開催、たばこの害に関する健康教育、葉たばこから他の作物への転換や政策化など保健分野を超え社会や経済、農業にわたる幅広い分野を巻き込んだ総合的なたばこ政策の支援を行っている。

今回、これを書くに当たり、近隣の国々の健康課題について新たな認識を持つとともに、肥満や糖尿病、心疾患を抱えている先進諸国も、結核等の感染症や栄養問題、高い乳幼児死亡率など多くの健康課題を抱えている発展途上国においても、すべての住民自らが自らの健康生活を守ることができるヘルスプロモーションの実現が共通課題であることを再認識した。

保健や看護に従事する者として、広く地域の健康問題や保健活動の情報に関心を持ち、自らの活動における視野を広げていきたい。

●参照

WHOホームページ(<http://www.who.int>)

文責：酒井 昌子（さかい まさこ）

看護 2002年1月 第54巻 第1号

2002年2月17日

聖路加看護大学 ● WHO/PHC 看護開発協力センター

WHOは、いくつかのガイドラインを作成している。倫理的な問題が関係する領域では地球規模で示されるガ

イドラインがまず提示され、その基準に沿って各国の状況や文化的背景を考慮したものが作成されていくことが望ましい。

WHOに関連した文献を、「倫理/ethics」「ガイドライン/guidelines」のクロスで、WHO図書館目録 (<http://saturn.who.ch/uhtbin/>) にて検索した。遺伝医学の領域は、ヒトゲノムの解析を始め予測された速度をはるかに超えた勢いで研究が進んでいる。遺伝医療に関連した倫理のガイドラインは、4件見つけることができた。

今回は、遺伝医療に関連した倫理に関するガイドラインの中で、1998年に出された“Proposed International guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services world health organization human genetics programmed”（遺伝医学と遺伝サービスにおける倫理的諸問題に関して提案された国際的ガイドライン 日本語版、松田一郎監修、福嶋義光編、1998）*について紹介したい。

本ガイドラインは、1995年に出された“Guidelines on ethical issues in medical genetics and the Provision of Genetic services”に対して出されたさまざまなコメントを考慮して提案された。特に、遺伝疾患の患者、およびその団体の意見を尊重しようとする姿勢や、単一遺伝子病のみでなく多因子遺伝病についても配慮されている点が評価されている。

その内容は、医学における倫理原則、遺伝医学の目的と実践、遺伝サービスに対する倫理原則の応用、遺伝カウンセリング、遺伝スクリーニングと遺伝テスト、インフォームド・コンセントと遺伝テスト、発症前診断と易罹患者性テスト、情報開示と守秘義務、出生前診断、預けられたDNA、生殖補助技術と遺伝医学、とまさに今日遺伝医療で問題となっていることが提示されている。この中の遺伝カウンセリング、発症前診断と易罹患者性テストについて、詳細を見てみたい。

1. 遺伝カウンセリング

非指示的カウンセリングの要点は、①個人および家族の意思決定において利用できる、正確で十分な偏りのない情報を提供すること、②自己決定使用を努力している人をガイドし助力すること、理解者の立場で共感する関係を築くことである。多くの人は、彼らの問題に耳を傾け、彼ら自身の価値観に気づかせ、上手に表現できるよう手助けし意思決定に至る過程を支持してくれる、そんな人と話したいと思っている。

非指示的カウンセリングが好ましいとされる理由の一つは、遺伝学は治療方法が限られていても、主として診断的専門性を発展させてきたことにある。治療法がさらに開発され、人々に便益をもたらすようになれば、カウンセリングは有益な治療法やライフスタイルの変更を勧めるようになるだろう。

2. 発症前テストと易罹患者性テスト

「発症前テストは、遅発性遺伝病の遺伝子を持っている可能性、つまり現在は健康であるが、その遺伝子を持っていればいずれ年をとってから発症する（例えばハンチントン舞踏病などの）個人を見つけるのに用いられる。易罹患者性テストは、多因子遺伝病、例えば心臓病、アルツハイマー病、がんなどに罹患するリスクの高い遺伝子素因を受け継いでいる健康な個人を見つけるのに用いられる。しかし素因を持っていても問題の疾患にかからない可能性もある」

さらに、治療法のない疾患に関する発症前診断については、テストによって得られた情報が個人を始め家族等他の人の被害防止に利用される場合や、疾患に対する適切なカウンセリング・プログラムが用意されている等の状況がそろった時に行うべきである。

現在、国内において「遺伝子診療部」として組織的に機能している病院は、数カ所しかない。

今後、遺伝医療が、あらゆる科に関わってくることは必須である。各部門で遺伝医療に取り組む際、またチームメンバー間で討議する際によりどころとして、本書が活用されることを期待する。

*本ガイドラインを希望される方は、返送先を記入したA5判以上の封筒に140円切手を添付し、下記に申し込んでください（無料）。

〒390-8621 松本市旭3-1-1 信州大学医学部社会予防医学講座遺伝医学分野 宛

文責：有森直子（ありもり なおこ）

