

看護 2011年11月 第63巻 第13号

2011年11月13日

世界助産白書の刊行

本年6月、「世界助産白書2011 (the State of the World's Midwifery 2011)」が発表された。史上初となる「助産」に特化したこの白書は、第29回国際助産師連盟 (ICM) 3年毎大会 (南アフリカ大会) に合わせて刊行された。コーディネーターは国連人口基金 (UNFPA) が務め、WHO始め計30の機関および団体からの支援により完成している。

白書は4章に分かれており、今日の助産の現状、課題、展望、そして妊産婦死亡率・乳児死亡率・新生児死亡率の高い58カ国の最新情報やデータで構成されている (白書と追加の情報は、以下のURLを参照 <http://www.stateoftheworldsmidwifery.com/>) 。

なぜ今、助産なのか、答は明確である。ミレニアム開発目標の期限が2015年に迫る中、目標の4および5 ; 妊産婦および乳幼児の健康改善、のカギを、改めて「助産 = midwifery」と強調した結果である。

●助産に関する世界の不均衡

白書では、助産に関連した世界の不均衡を、2009年を例に挙げ説明する。2009年は、掲載されている58カ国で8,100万の出産があったが、それは世界の年間出産件数の58%であるにもかかわらず、全ての妊産婦死亡の91%、死産の80%、新生児死亡の82%を占めている。さらに、この58カ国で出産する女性のうち、専門の技能を持つ分娩助産者 (skilled birth attendant : SBA) のケアが利用できるのは、17%未満にすぎない、と述べている。

しかし、助産への投資がこれらの不均衡を是正し、命を救うという根拠も示す。投資への見返りとして、58カ国の全ての女性が総合的な性と生殖、妊産婦、そして新生児ケアにアクセスした場合、年間360万もの妊産婦、胎児、そして新生児の死亡が回避できるらしい。とはいえ、これらの試算は、以下の3つの仮説の上に成り立つとも説明する：①命を救う全ての介入が、死亡を回避する効果を生むような、十分に質を保ったレベルで提供されること、②助産師の配置がどの国でも公平に行き渡っていること、③助産に関する3つのギャップ [(助産の) 能力・利用可能範囲・アクセス] に対処し、女性がこの3つに関するケアを利用できること、である。国家間あるいは国内で質が高い助産ケアが利用できるかどうかの違いは、救命における潜在的利益の成果に間違いなく影響する、とも述べている。

●アフリカへの貢献

ところで、白書に掲載されている58カ国中39カ国がアフリカ大陸の国である。限られた資源に優先度をつけるなら、助産強化、ひいてはミレニアム開発目標の達成には、まず、アフリカへの貢献が不可欠である。今年度、聖路加看護大学では、アジア・アフリカ助産研究センター (<http://www.ap.slcu.ac.jp/mt5/asia-africa-jp/>) を立ち上げた。アジア・アフリカ圏の妊産婦の健康を改善するため、【研究】【国際交流】【人材育成】を行うことを目的としている。現在は、白書にも掲載されているタンザニアの母子保健改善に貢献する持続的な若手研究者の育成を目指し、ムヒンビリ健康科学大学とタンザニア初の助産学修士課程の開設に関して協働している。

文責：小黒 道子 (おぐろ みちこ)

看護 2011年09月 第63巻 第11号

2011年9月13日

第64回世界保健総会での「看護・助産強化」の決議事項

今年5月に開催された第64回世界保健総会（以下、WHA）で、「看護と助産の強化」に関する決議がなされた。この決議は、1989年の第42回総会以来、繰り返しなされた決議と、新たな2011～2015年の看護・助産サービスのための戦略的方針を考慮に入れて決議された。この決議事項では、グローバルな健康問題に対するこれまでの看護・助産専門職の大きな貢献を認めつつ、未だ続く看護・助産専門職の不足と不均衡分布の問題がヘルスに与える影響を危惧し、さらなる看護・助産強化のための11項目の加盟国への勧告と、事務局長の4項目の要請事項が含まれている。

看護・助産専門職の貢献：これまで看護・助産専門職が、ヘルスシステムの強化、総合的ヘルスサービスへの人々のアクセス拡大、ミレニアム開発目標等の健康関連の開発目標を達成するための活動に貢献していることを認めている。ならびに、第62回総会での「プライマリーヘルスケア（PHC）」に関する決議において、ヘルスシステムや新たなPHC強化に向けて、ケアに従事する看護・助産専門職の教育と維持が、人々のヘルスニーズに応えるための重要課題であると認められたことが今回の決議に反映していると記されている。

加盟国への11の勧告：1) 看護・助産専門職開発のために、具体的目標と行動計画を立てること、2) ヘルスとヘルスシステムの優先課題に取り組む学際的ヘルsteamを編成し、その中で看護・助産専門職の知識と専門性の貢献を認めること、3) 国民のヘルスニーズを満たすため保健人材を増やし、スキル・ミックスという適切なヘルスシステム構築の観点からのWHOが推進する看護・助産専門職のトランスフォーマティブな教育と訓練を拡大すること、4) 看護・助産専門職と協働的に、看護・助産専門職の教育的・技術的能力を開発し、その能力を維持するシステムの国レベルの法整備を進めること、5) 看護・助産専門職人材のデータを国や地方自治体の保健人材情報システムに組み込み、エビデンスベースの政策を策定すること、6) ヘルスシステムにおける刷新と効率性のエビデンス構築に貢献するため看護・助産研究者の知識と専門性を役立てること、7) ヘルスとヘルスシステムポリシーとプログラム立案の計画、開発、実施において看護・助産師の専門家を積極的に活用すること、8) 地域看護サービスをPeople-centered Careの一部として、専門職間教育と協働的実践を強めること、9) 人材プログラムの開発と計画に看護師と助産師を加えること、10) 人材の確保を通じて、僻地や農村部での保健人材にアクセスを拡大するというグローバルポリシーの勧告における効果的介入を開発しサポートするために、国と地方自治体の機構を確立することを促進すること、11) 看護人材が失われることによる国への影響を踏まえ、国際的保健人材のリクルートメントにおいて、その国と地域に適切な形でWHOグローバルコードを実施すること。

日本では、1989年の第42回WHAで看護・助産強化が決議された後、1992年に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」ができ、今日、看護・助産専門職が、より大きな責任を担うに至っている。グローバルには、看護・助産人材の確保を課題としている国々も少なくはない。日本の看護・助産専門職はWHOの勧告を意識し、健康格差の是正のために協働していくことが課題である。

文責：田代 順子（たしろ じゅんこ）

●参考資料 決議文へのアクセス（http://apps.who.int/gb/e/e_wha64.html#Resolutions） [2011.7.25 確認]

看護 2011年07月 第63巻 第9号

2011年7月13日

3月11日に発生した東北地方を中心とする地震と津波は、多くの犠牲者を出し、福島原子力発電所の爆発と放射線漏れという大災害に発展した。WHOは4月8日に日本の原発事故による健康への影響について詳しいQ&Aを発表している（<http://www.who.int/hac/crises/jpn/faqs/en/index.html>）。

アメリカのコロンビア大学WHOコラボレーティングセンターが緊急シンポジウムを開催

上級実践看護WHO Collaborating Centerを有するアメリカのコロンビア大学公衆衛生学部は震災直後の3月22日に、「震災・津波後の日本のニーズ」と題して公開プログラムを開催した。L.P.Flied学部長から犠牲者への哀

悼の意と日本の未曾有の危機に対する支援への意向が表明された後、国立災害対策研究所所長でもある I.E.Redlener 教授から地震と津波の説明、D.Brenner 放射線生態学教授による放射線事故についての詳しい発表があった。

参加者からは、グアムやハワイなどのアメリカ領への放射線の影響、海水汚染による世界の海産物への影響、日本からの輸入品による健康被害の危険性、日本への渡航の安全性などについての質問が相次いだ。小学校の英語教師として今回の津波に被災した学生は、地震や津波の恐怖と日本の小学生たちの落ち着いた行動を紹介した。

筆者は、アメリカの支援に感謝した後、日本が行ってきた地震対策、阪神・淡路大震災からの学び、今回の震災時の家族の様子、停電や交通機関の混乱、燃料不足、買いだめによる商品不足などについて話した。地震を経験したことのない参加者には、国がすっぽり地震地帯に覆われている日本人が災害とともに生きることを選択している現状は理解し難いようで、なぜ福島の人々は移住しないのかという率直な質問があった。

一方で、9.11テロで多くの命を失い、粉じんと停電の中を何時間も歩いて帰宅した人や家族の安否がわからずに不安な日々を過ごした人からは、被災者に対する気遣いと励ましの言葉が送られた。すぐにも被災地のボランティア活動に参加したいという学生からの嬉しい申し出には、感謝した上で、交通制限と現地の混乱にあっては、限られた資源を外部者が消費する可能性があることも申し添えた。会場では、日本への支援のために学生が焼いたクッキーやケーキが販売された。

Tハイチ地震に対して国連から派遣された同学の R.Garfield 災害看護学教授は、津波で海水を浴びた被災者の外傷治療と水と清潔な衣類の配布が急務で、続いて高齢者を中心とする慢性疾患の継続治療と避難所での感染症蔓延予防、さらに長期計画として被災者の生活復興が課題だと考えを述べた。看護師の役割については、被災地を訪れ、被災者にニーズを尋ねて、それに応えるべく、国の内外に支援を求めることで、看護師が被災者のために真剣に求めれば、必要な支援は必ず得られると強調した。また、災害によって暴動や略奪などの混乱が起きる国もあるのに対し、秩序と相互扶助を保つことのできる日本人の高潔さが、災害復興の大きな強みになるとエールを送った。

聖路加看護大学では、国際看護学実習として、コロンビア大学の教員および学生とともに被災地での支援活動を計画している。

文責：長松 康子（ながまつ やすこ）

Message to WHO

2011年4月13日

Dear Friends in WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery,

Thank you very much for your expressions of care and support for us regarding the earthquakes and tsunami which have struck northern Japan, as well as the damaged nuclear power station in Fukushima.

Located in Tokyo, in central Japan, St. Luke's College of Nursing has fortunately not been directly impacted by the disaster. All of our students, faculty, and staff are safe. Currently, we are in spring break.

However, as you know, the affected area is so enormous that, even after three weeks, we have still not determined exactly how many people died or suffered loss in the disaster. Demands for health and nursing care among survivors are growing.

Most information on the current situation continues to come through the mass media. Some things that have been reported: The tsunami washed many things away; health institutions were damaged;

doctors and nurses who are also victims of the disaster are taking care of fellow survivors; caregivers are very tired because of the lack of relief; damage to routes connecting local communities has disrupted distribution, resulting in a serious shortage of medicine, equipment and materials; and many sufferers needing healthcare lack the transportation to get to clinics.

Sufferers are now staying shelters, where there is a high risk of infections.

The headquarters of the Japanese Nursing Association has organized rescue teams which have already started to provide relief work.

It is too early to tell the direction recovery will take. We ask your prayers for those who have died and those who continue to suffer.

With warm appreciation for your great love,

Michiko Hishinuma

Dean and Professor, St. Luke's College of Nursing, Tokyo, Japan

Head, WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery in PHC @ St. Luke's

看護 2011年03月 第63巻 第3号

2011年3月13日

WHOによるHIV感染者の人権擁護の呼びかけ

WHOのマーガレット・チャン事務局長は2010年12月にHIV感染者の人権擁護について声明を発表した。同氏によれば、HIVのリスクの高い人々は、社会的弱者で、医療や社会支援の恩恵を受けることが困難である。例えばHIV陽性の妊婦のうち、母子感染防止対策を受けることができるのは半数ほどである。医療や教育へのアクセスや雇用など、生きるための基盤が整わなければHIV対策は成功しない。

●フィリピンのHIV感染者の置かれる困難な状況

フィリピンの2009年時点のHIV感染者は1万9,000人、AIDS患者は3,500人である。WPROのHIV/TB専門医でNGO結核研究所・結核予防会フィリピンのR. E. Poblete医師は、フィリピン政府はHIV/AIDSについて十分な対策を講じていないとしている。現在Global Fundの支援によって安価に配布されている抗HIV薬は、支援終了後はフィリピン政府が配布予定だが、財源の見通しが立っていない。フィリピンの5歳以下の乳幼児死亡率は1,000対38、妊産婦死亡率は230に上るのに対し、AIDS患者は3,500人と少ないため、十分な財源が確保されないのである。

●感染者自身の訴え

[適正価格の抗HIV薬の安定供給を] HIV感染者の支援団体のメンバーであるA氏は自身も感染者である。A氏は、フィリピンの抗HIV薬が高価だった頃、より安価に入手できるタイに何度も渡航しなければならなかった経験がある。Global Fund支援終了後にフィリピンで安価な抗HIV薬が処方されなくなれば、多くのフィリピン人感染者が希望を失うと危惧する。

[解雇・失業] B氏は、海外就労先の健診で感染が発覚し、強制送還された。HIVに対する偏見や度重なる受診で国内での仕事が続かない。HIV感染者への社会支援のないフィリピンでは、病気であっても生きるためには働かなくてはならない。B氏がやっと得た職は夜勤の通信販売オペレーターであった。

[医療従事者による患者情報漏えいと差別] A、B両氏は、HIV感染者を最も差別するのは医療機関だとした。

医療資源の乏しいフィリピンでは、感染症患者のみに手袋を使用することがあり、感染が他者に露呈してしまう。また、カルテやベッドの「取扱注意」表示や、医療従事者による感染情報漏えいが後を絶たない。

*

医療従事者は、HIV感染者を差別から守り、知識があればHIVは恐れるに足りないと身をもって示すべきなのだろう。しかし現実には、感染を恐れるあまり、自分の感染予防を優先したくなる。情報が溢れる現代にこそ、感染者が感染者である前に一人の人であることを忘れてはならない。聖路加看護大学では、NGO結核研究所・結核予防会フィリピンにご協力いただき、国際看護実習において、フィリピンのHIV患者との交流を行っている。

文責：長松 康子（ながまつ やすこ）

看護 2011年01月 第63巻 第1号

2011年1月18日

持続可能な妊産婦の健康改善への道

●世界の妊産婦死亡とミレニアム開発目標（MDGs）

今日、妊娠や出産が原因で死亡する女性は、世界で35万8,000人（WHO,2008）と推計されています。1990年の推計が54万6,000人だったことを考えると、妊産婦死亡数は18年間で34%、およそ3分の1減少しました。

しかし、2000年に国際社会の共通目標として採択されたMDGsでは、2015年までに1990年の妊産婦死亡率を75%減少させることを目指しています。残り5年間でこの目標を達成するには、過去18年間の平均年間減少率を倍以上に加速する必要があります。

これを受けてマーガレット・チャンWHO事務局長は、「世界の妊産婦死亡率が減少したことは今後の励みとなる明るいニュースです。妊娠や出産の際に女性が死の危険にさらされている国々では、助産師の育成、病院や医療施設の強化といった対策が取られており、これらが効果的だったと言えます。家族計画サービスや妊産婦ケア、分娩医療へのアクセスがないために女性が命を落とすようなことがあってはなりません」と述べています。

●妊産婦死亡の原因

妊産婦の死亡原因は主に、産後出血、感染症、妊娠高血圧症候群、危険な中絶、の4つです。これらは適切な医療ケアが適時に提供されることで多くは予防可能です。したがって、治療の質向上を含めた保健システムの強化が重要です。一方、妊産婦死亡の99%は開発途上国で起こります。途上国で妊娠や出産が原因で死亡する女性は、先進国の実に36倍です。保健システムへの財政支出がままならない国に対する先進国からのさらなる「投資」が必要な状況は明らかです。

タマル・マニュエリヤン・アティン世界銀行人間開発担当副総裁は、「妊産婦死亡は、貧困が原因で引き起こされるものであると同時に、貧困を招く要因でもあります。出産は大きな支出となるため、家計はますます苦しくなります。私たちは政府や援助ドナー、援助団体、その他さまざまなパートナーと連携し、保健システムが整っていない国を支援しなければなりません。家族計画やリプロダクティブ・ヘルスに関するサービス、専門家立ち会いの下の出産、緊急産科ケア、母親と新生児に対する産後ケアなど、女性がこれらのサービスを受けられるような保健システムが必要なのです」と述べています。

●プライマリーヘルスケア（PHC）再考

それでは、先進国が十分な資金提供をすれば（実はそれも容易なことではありませんが）、妊産婦の健康は改善されるのでしょうか？ 達成の先にあるビジョンは何でしょう？

人が生きるという営みの中で、「保健」は一部分でしかありません。包括的PHC（住民主体の運動から、医療と公衆衛生だけでなく、最終的には、貧困の削減や経済格差の是正を目指すもの）は理想論であり、実現は不可能と考えられ、選択的PHC（特定地域のある健康課題に注目し、その克服のためPHCに含まれる方法論を使っていくもの）の概念が誕生した背景は確かにあります。

しかし、いちばん重要なステップは先進国の人々のPHCの理解ではないでしょうか。つまり、「貧困をもたらす世界の構図」を私たち全員が理解しそれを是正したいと望むこと。2015年までのMDGs達成が目的となりかねない昨今、それが、持続的に妊産婦の健康を改善する第一歩だと考えます。

文責：小黒 道子（おぐろ みちこ）

▲ PAGE TOP