第56回日本小児保健学会　特別講演

子どもの健康に国境はない

Child health without borders

中　村　安　秀（大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学講座）

Ⅰ．はじめに

1986年から2年3か月にわたり，インドネシアの農村で子どもたちの健康を守る仕事をしていたときに，インドネシアの人たちから学んだのは，豊かな人間関係の中で子育てしている社会のあり方だった。「子どもの権利条約」[1]では，子どもの4つの基本的な権利（生存，発達，保護，参加）が謳われている。インドネシアでは乳幼児死亡率は高く，最も基本的な生存の権利さえ脅かされているにもかかわらず，村の中では，家族や社会からの子どもたちを見守る温かいまなざしが溢れていた。

インドネシアでも基本的な家族形態は核家族であり，3世代同居家庭は農村部でも少数であった。しかし，家族や親戚のつながりは強く，近所に住んでいるという地理的な理由もあり，ほとんど毎日のように家族や親戚の誰かが行き来していた。母親と父親だけでなく，みんなで助け合いながら子どもの成長を見守る姿勢はコミュニティにも広がっていた。一つ屋根の下で暮らしているわけではないが，近くに住む家族，親戚，コミュニティの人びとが気持ちのうえで家族のように助け合い，まさに社会全体で子どもを育てていることが印象的であった[2]。

Ⅱ．小児保健分野の国際協力

わが国の乳児死亡率は1950年においては60.1（出生1,000人当り）と高かったが，2007年には2.6と世界最高水準に達している。しかし，世界を見渡すと，現在でも，途上国では乳児死亡率が50以上の国が60ヶ国以上もある。これらの国々では，年少人口が多く出産も多いことから，妊娠・出産・育児にかかわる母子保健に対する関心は非常に高く，戦後の短期間に小児保健指標の急激な改善を成し遂げた日本に対する期待は想像以上に大きい。

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。1990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1）[3]。

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。また，基礎教育，ジェンダー，貧困，環境対策など多くの項目が，保健医療分野と密接に関連している。母子保健に

表1　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

大阪大学大学院人間科学研究科　〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2
Tel：06-6879-4033　Fax：06-6879-8064

Presented by Medical*Online

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ている。

このようなグローバルな課題に取り組むには，国連機関，各国の政府機関，先進国や途上国の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努力が求められている。国際協力機構（JICA）では，母子保健やリプロダクティブヘルス分野において2003年以降40近いプロジェクトを展開し，各国政府などと協働して新生児や子どもの健康に取り組んでいる[4]。また，国際協力においてNGOの果たす役割はますます大きくなっている。

筆者は，Health and Development Service（HANDS）という特定非営利活動法人（NPO）に関わってきた。日本では，国際協力といえば，「日本人の医者と看護師が医薬品を抱えて途上国の農村を巡回する」といったイメージが広がっているが，途上国の現実の姿は大きく異なっている。どんな国にも医者や看護師などの医療従事者がいる。たとえ技術的水準に問題があろうと，彼らこそが自国の人びとの健康を守る主役である。例えば，予防接種を例にとれば，重要なことは，私たちが予防接種を打つのではなく，予防接種を適切に実施できる人材を育てることである。しかし，予防接種ひとつをとってみても，解決すべき問題は山積している。ワクチンを供給するだけでは不十分である。当然，灼熱の環境の中でワクチンを保存するための冷蔵庫や冷凍庫が必要になる。また，清潔な接種を行うためには，消毒薬や注射針だけでなく，医師や看護師に対して技術的なトレーニングも欠かせない。そして，必要なときに予防接種を行うためには，ワクチンの在庫管理が重要である（途上国では予防接種の希望者が受診してから，ワクチンの在庫切れに気づくことも少なくない）。使い捨ての注射器や注射針が広まり安全で清潔な予防接種が可能になったことはすばらしいが，今度は廃棄物の問題が生じている。途上国の辺鄙な農村の保健所で医療廃棄物をどのように処理すればいいのか，私たちはいま新しい課題を抱えている。国際協力の本当の姿を知ってもらうには，「子ども1人分のワクチンが○○円で買えます」という安易なメッセージではなく，私たちがいままで国際協力として行ってきたことと，現在直面している課題をきちんと伝える必要があろう[5]。途上国の現実を知ること，そして日本の市民にその現実を伝えることが，日本のNGOに求められている大きな役割の一つである。

Ⅲ．日本に定住化する外国人の子ども

外国人登録者数は増加の一途をたどり，2008年末には約222万人で，総人口の1.74％を占めている。外国人登録者の国籍数は190であり，中国（29.6％），韓国・朝鮮（26.6％），ブラジル，フィリピン，ペルー，アメリカ合衆国と続いている。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ってきたことである。定住化にともなう最も大きな変化は，国際結婚の増加と外国人を親にもつ子どもの増加である。2006年には，婚姻総数は約73万件であり，その6.1％は国際結婚が占めている。外国人を親にもつ子どもも増加している。2007年には，出生総数が109万人と減少するなかで，外国人を親にもつ子どもは2万4千人に増加し出生総数の2.2％を占めた。

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言うことが理解できない。乳幼児健診を受診した外国人母親に関する調査では[6]，医師や保健師などの「医療者とコミュニケーションが取れなかった」と答えたものが40％にのぼった。愛知県小牧市においては，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母親をもつ乳幼児の健診受診率が著明に向上した。通訳士の導入前は，在日ブラジル人の乳幼児健診受診率は約30％であったが，導入後は80％近くまで上昇した[6]。言葉が通じない中での体重測定や保健指導には母親が仕事を休んでまで受診する気にならないが，通訳士が1人いるだけで外国人母親の健診に対するモチベーションは大いに高まった。

今後，保健サービスや医療現場における通訳士のニーズは急激に増大すると思われる。NICUや入院病棟での病歴，主訴，診断告知，

Presented by Medical*Online

治療方針などの正確な説明や，手術やガン告知などのインフォームド・コンセントのことを考えると，従来のような，相手国の言葉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ことは自明であろう。このような現状認識のもとに，2009年2月に，医療通訳士協議会が発足した。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通訳士が必要である。同時に，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が必要である。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。

Ⅳ．海外渡航する子どもたち

海外にも多くの日本人小児が出かけている。2008年の日本人出国者数は1,599万人で，そのうち14歳以下の小児は78万人にのぼった。2008年の海外在留邦人数統計によれば，海外で暮らす日本人は約112万人であり，米国，中国，オーストラリア，英国，ブラジルなどが上位を占めていた。海外で暮らす義務教育年齢の子ども数は，1971年にはわずか8,662人であったが，2006年には約5万8千人に増加している。

海外に行くときに，一番問題になるのが予防接種である。先進国では，1990年代に入り，新しいワクチンが次々と導入された。子どもと親の負担を軽くするため，できる限り接種回数を減らす方向で，毎年のように予防接種システムの見直しが実施されてきた。途上国ではWHO（世界保健機関）やユニセフの協力により，乳児に対してはBCG，ポリオ，DPT（三種混合），麻疹，B型肝炎ワクチンを接種し，妊婦には新生児破傷風の予防のために破傷風トキソイドを接種している。また，世界中で，同じ日に2種類以上のワクチンを接種するのが通常である。

日本の予防接種は，先進国や途上国の予防接種スケジュールとは大きく異なっている（**表2**）。日本のように，ポリオが2回だけである，A型肝炎ワクチンの小児への接種が認められていない，新生児全員に対するB型肝炎ワクチン接種が行われていないという先進国はほとんど存在しない。また，Hib（インフルエンザ菌b型）や肺炎球菌が任意接種である先進国も少数である。海外旅行の際に必要になる，腸チフスワクチンや髄膜炎菌性髄膜炎ワクチンが未承認である国も珍しい。

日本人の子どもが世界中を移動する時代にもかかわらず，残念ながら，グローバル世界で日本だけが特殊な予防接種システムを堅持しているのが現状である。早急かつ大胆な改革の実現を期待したい。

Ⅴ．世界に広がる母子健康手帳

戦後まもない1948年から使用されてきた日本

表2　日本と米国の予防接種の相違

ワクチンの種類	日本	米国
三種混合	定期接種	5回接種
BCG	定期接種	なし
ポリオ	定期接種（2回）	4回接種
MR（麻疹・風疹）	定期接種	なし
日本脳炎	定期接種	なし
Hib（インフルエンザ菌b型）	任意接種	4回接種
肺炎球菌	任意接種	4回接種
水痘	任意接種	2回
B型肝炎	接種（HB抗原陽性）	3回（全員）
A型肝炎	任意接種（16歳以上）	2回（1歳以上）
MMR（麻疹・風疹・おたふくかぜ）	未承認	2回
ロタウイルス	未承認	2回～3回
腸チフスワクチン	未承認	旅行者
髄膜炎菌性髄膜炎ワクチン	未承認	旅行者・ハイリスク者

多くの国では，5種混合（DPT＋ポリオ＋Hib）などの混合ワクチンを接種している

Presented by Medical*Online

の母子健康手帳は，女性の健康増進と子どもの健康を結びつける実践的な健康教育教材として，途上国の母子保健関係者の間で注目を集めている。母子健康手帳の特徴は，記載された健康記録を保護者が管理できる，医療機関を変更する際にも利用できる，保健医療サービス提供者と利用者のコミュニケーションの改善に役立つ，母親や父親の知識・態度・行動の変容を促す健康教育教材など種々の側面を持っている。一方で，価格面での検討，非識字者への配慮，専門医に対する啓発活動などが必要とされる。

妊娠したら母子健康手帳（母子手帳）を受取り，妊婦検診の結果を記入してもらい，赤ちゃんが生まれたら，子どもの体重や身長，予防接種の記録を書いてもらう。日本ではあたりまえの光景だが，妊娠中から幼児期までの健康記録をまとめた1冊の手帳を持っている国は世界でも数少ない。日本で母子手帳が始まったのは，戦後の復興さなかの1948年。食糧不足の当時の母子手帳には，配給の欄もあった。60年後の2008年11月に，「第6回母子手帳国際会議」が東京の国連大学で開催された。15ヶ国から集まった300名以上の参加者が，母と子の健康を守るためのツール（道具）としての母子手帳の国際的な意義と役割について熱く語り合った。

世界のいろんな文化や環境の中で，母子手帳には人びとの思いが込められている。タイでは離乳食のカラー写真や楽しいイラストが満載の母子手帳が作られ，多民族国家であるインドネシアでは，州ごとに表紙のお母さんの衣装も肌の色も異なっている。米国ユタ州では親から子どもへの想い出の品としてアルバムと見紛う重厚な母子手帳が作られ，ラオスでは子どもを抱いたお父さんが表紙に登場した。どの国にも共通していたのは，妊娠・出産・子どもの健康の記録が一冊にまとめられていること，保護者が手元に保管できる形態であることの2点であった。

途上国では，出生後は，母子手帳は子どものものだと明言している国も少なくない。母子手帳は胎児時代からの子どもの健康記録であり，子どもの視点から見れば自分自身の成育史である。すでに，愛知県小牧市や茨城県常陸大宮市などでは学齢期も使える「親子健康手帳」が作成され，香川大学医学部小児科ではWEB親子健康手帳「すくすく」を開発し，岩手県遠野市では「すこやか親子電子手帳」が使用されている。少子化の時代に，子どもを産み育てようと決意してくれた家庭に届く行政からの最初の贈り物が，母子手帳である。全国各地で，親や子どもたちと一緒に新しい時代にふさわしい母子手帳が生まれることを期待したい[7]。

Ⅵ．日本の小児保健の成果を世界に発信する

近年，小児地域医療，新生児救急，小児虐待，子どもの貧困など，日本の小児保健医療をめぐる種々の課題が生じている。しかし，世界的にみれば，日本では若年妊娠や薬物依存も比較的少なく，乳児死亡率は非常に低い。母子健康手帳だけでなく，国民皆保険制度，愛育班活動，学校保健や養護教諭制度，乳幼児健診での栄養指導など，日本の小児保健の中で培われた技術や教材をヒントにして，世界各国で新たなモデルを開発していく可能性は非常に大きい。日本の小児保健の輝かしい成功の軌跡だけでなく，森永ひ素ミルク，胎児性水俣病，大腿四頭筋短縮症，未熟児網膜症などの影の部分をも謙虚に伝え，世界の子どもたちの健康に少しでも貢献することが求められている。

文　献

1) 中野　光，他．子どもの権利条約．岩波ジュニア新書，1996.
2) 中村安秀．周産期分野における国際保健医療協力．日本未熟児新生児学会雑誌　2007；19：47-51.
3) 中村安秀．ミレニアム開発目標（MDGs）．小児科臨床　2008；61：1113-1116.
4) JICA．For every life we have to save-JICA's response to maternal, newborn and child health．JICA Human Development Department, Tokyo, 2008.
5) 中村安秀．国際協力におけるNGOの役割．公衆衛生　2002；66（4）：256-260.
6) 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 2004；63（2）：249-255.
7) 中村安秀．世界に広がり，世界から学ぶ，母子健康手帳．日本医事新報　2009；4458：1.

Presented by Medical*Online