

格差の解消：

ミレニアム開発目標 8、7、**6**、**5**、**4**、3、2、1



2013 年国際看護師の日

この文書の、他言語への翻訳を含む無断複製・無断転写を禁じる。国際看護師協会または看護国際人材センターの文書による許可なしに、本文書のいかなる部分も、複写印刷またはその他の方法で活字として複製してはならない。また、検索システムへの保管、あらゆる形式による転送または販売もしてはならない。短い引用（300語未満）は、出典を記載すれば許可なく複製してもよい。

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses or the International Centre for Human Resources in Nursing. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

---

Copyright © 2013 by International Council of Nurses  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-04-3

本書は ICN の許可のもと、ICN 会員協会として公益社団法人日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用を禁止します。

## 目次

エグゼクティブサマリー .....	5
第1章 ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) を理解する .....	8
第2章 保健分野の MDGs .....	13
第3章 格差の解消 .....	26
第4章 2015年以降 .....	31
第5章 MDGs 達成および 2015年以降の持続可能性における NNAs と看護師の役割 .....	39
付属書 .....	45
参考文献 .....	51

2013年5月12日

## 看護師の皆様

世界中の看護師のみなさま、大変喜ばしいことに2013年の国際看護師の日を迎えることができました。ICNが選んだ本年のテーマは、「格差の解消：ミレニアム開発目標8、7、6、5、4、3、2、1」です。このスローガンは、保健分野の目標に特に力点を置き、2015年へ向けたカウントダウンとなることを目的としています。

看護師は、世界最大の保健医療関連の専門職集団として、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）達成の鍵となることは疑う余地がありません。看護師は、多くの人々にとって生涯に接する唯一の保健医療専門職となることがよくあります。そのため、看護師は、十分なサービスを受けていない、不利な立場にある人に働きかけるには最適な立場にあり、しばしば最も革新的に行動してきました。看護師は、健康と福祉の維持における複雑性をはじめ、貧困、失業、民族性などの心理社会的および社会経済的要因の影響を理解するよう教育を受けています。看護師は、人々の幸福の背景に注意を向けており、そのことから、差し迫った目前の問題を越えて、働きかけを行います。

看護師は、MDGs達成に向けて、また、2015年以降の持続可能な目標と結果を形成し、達成するために多くのことをしてきました。私たちは、その達成を誇りに思っています。しかし、まだ私たちにできること、私たちがしなければならないことがたくさんあります。

看護師は、アドボカシーとロビー活動を行わなければなりません。私たちは、保健医療サービスの向上のために導入されるあらゆるプログラムの開発に関わるべきです。保健医療サービスを提供するにあたり、どのようにデザインし、調整し、効果的に実施したらよいかについて、実践的な知識をもっているのは看護師だからです。

各国看護師協会（National Nurses Associations: NNAs）には、看護師への情報提供、助言、奨励、支援など、果たすべき重要な役割があります。NNAsは、政府や関係機関と協力して保健医療システムを強化し、看護師の貢献を最大化できるような仕組みを創出しなければなりません。

2013年の国際看護師の日（International Nurses Day: IND）啓発文書は、MDGs達成を支援するために各国看護師協会がどのように重要な役割を担うことができるかについて、豊富な資料を提供します。カウントダウンは始まっています。刻一刻と時間は過ぎており、逡巡している時間はありません。みなさん一人ひとりが変化をもたらすことができます。国連事務総長の潘基文氏は次のように述べています「これほど価値のあるグローバルプロジェクトは他にありません。…ぜひ、成就させましょう。」

敬具

ローズマリー・ブライアント

デビッド C・ベントン

会長

事務局長

2000年に国連総会でミレニアム宣言が採択された結果、ミレニアム開発目標（MDGs）の枠組みが設定された。MDGsは、開発努力の活性化、世界レベルおよび国家レベルの優先順位の設定、そして、関心を高め、行動を促し、資源を有効に活用するためのものである。8つのMDGsに幅広いターゲットおよび指標が設定され、合意された。これらすべてが組み合わせられて、持続可能な貧困削減と開発の全体的な枠組みとなる。4、5、6番目の3目標は、特に保健医療と関連があり、これらの目標の達成は、貧困、飢餓、ジェンダー平等および女性の地位向上などに焦点をあてた他の目標と密接に関連している。

- **MDG 4—乳幼児死亡率の削減**—世界的に5歳未満児死亡率が大きく低下した。しかし、年間760万人におよぶ幼児の死亡の大部分は、効果的で安価な介入があれば予防できるものであった（WHO/UNICEF 2012, p.8）。新生児死亡率は、感染症や栄養不良とならんで依然として主要な懸案事項である。
- **MDG 5—妊産婦の健康の改善**—妊産婦の健康状態が改善された結果、妊娠中または出産時に死亡する女性の数は50%近く減少した。しかしまだ、地域による差は大きく、サハラ以南アフリカの女性のリスクが最も高く、妊産婦死亡の56%がこの地域のものであり、妊産婦死亡率は500である。（未成年の出産を避け）出産を遅らせる、妊娠中および出産後の熟練したケアへのアクセス増大、安全かつ安価で効果的な避妊方法、そして、中絶後の包括的なケアが、妊産婦の健康向上には不可欠である。
- **MDG 6—HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止**—大きな地域差はあるが、ほとんどの地域でHIV感染者数が減少し、命を救うことができる抗レトロウイルス治療へのアクセスが大きく拡大するというそれなりの成功もある。マラリアおよび結核の報告症例数は減少しているが、満足をしている余裕はない。マラリア治療のアルテミシニンや殺虫剤に対する耐性の報告が増加し、多剤耐性結核の報告も増加している。

各国の目標達成に向けた進捗状況は、毎年国連に報告され、結果は毎年『国連ミレニアム開発目標報告』に記載されている。主要な成功には、極度の貧困のレベルの改善、飲料水にアクセスできない人々の割合の半減、小学校に就学する女児数の増加などがある。

紛れもない前進はあるが、いまだ達成すべきことは多い。国や地域の中でも、また国同士、地域同士を比較した場合も動向は均一ではなく、最も貧しい人々と最も疎外された人々が最も不利な立場にあることは続いている。その結果、MDGsに対する主たる批判の一つとして、それが公平性に焦点を当てていない、ということが挙げられる。また、一部のターゲットについて設定されたレベルが低いこと、高齢化や農村部から都市部への移動などの人口動態変化や、非感染性疾患をはじめとする疾病負荷の変化が除外されていることについても懸念が表明されてきた。

世界中の看護師は、MDGsに取組む地方、国、地域レベルの努力に積極的に関与してきた。国際看護師協会（ICN）は、世界の各国看護師協会（NNAs）とともに、より広いMDGsの

達成と保健分野の MDGs 達成における看護師の高い貢献を支援、促進してきた。成功した取組みには、ケニア、スワジランド、ウガンダ、ザンビアで、看護師の親を亡くした女兒の修学を継続させるための女子教育基金の設立がある。民間部門、政府、NNAs、その他のパートナーと協働し、ICN は保健医療従事者のためのウェルネスセンターを 5 カ所(レソト、マラウイ、スワジランド、ウガンダ、ザンビア) に開設した。さらに、現在、6 番目のセンターを建設中である。ICN 結核/多剤耐性結核 (TB/MDR TB) プロジェクトは、13 カ国の何万人もの看護師、ヘルスワーカーなどに情報と教育を提供し、支援してきた。アフリカおよびその他の国における看護師の働きと貢献は、ICN MSD 看護移動図書館を通じて ICN が提供する情報や、ICN ウェブサイトや ICN からの連絡文書で入手できる、ファクトシートや所信声明から得られる情報にアクセスすることにより拡大した。

また、看護師はお互いに協力して、例えば、南部アフリカ看護師助産師ネットワーク (SANNAM) が HIV/エイズのような特定の健康課題にその資源と影響力を最大限に用いたように、国境を越えたグループや組織を設立してきた。MDGs 達成に向けた国に準ずるような看護の貢献を報告することに関して、個々の看護師はその業績を発表したり、宣伝したりしたがるために、なかなか難しい課題となっている。世界中の看護師は、サービスを開発し、子ども、女性、疾病に苦しむ人々に革新的なケアを提供し、MDGs の成功に貢献してきた。看護師が成功体験を発表するには、彼らに対する激励と支援が必要である。

国レベルでの MDG 促進のために設計された MDG 加速フレームワーク (UNDP 2011) には推奨される解決法と介入が含まれているが、その多くは看護行為に適しており、看護師が団結して MDGs への継続的な貢献を形成し、焦点を当てることのできる枠組みとして使用できるだろう。

今後数年間は、現在の MDGs 達成に向けた強い推進よりも、MDG の後継に注目が集まるかもしれないという懸念がある。MDG の後継について国連事務総長に助言する、26 名の「賢人」からなるハイレベル賢人委員会が指名され、国連タスクチームが持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) と MDGs をつなげる開発フレームワークを作成した。MDGs の代わりにどのような形式が採用されても、新しい枠組みは必然的に測定可能で、相対的および絶対的な基準を含み、定期的な報告の対象となることが見込まれている。新しいアプローチには、国、コミュニティー、家族レベルの公平性と平等の問題、国際社会で最も貧しい人々を含む幅広い利害関係者と話し合う重要性について、MDGs から学んだ教訓を反映しなければならない。また、新しい目標は、いくつかの問題が伴うとしても、適切な人権に基づいたアプローチを取り入れるよう提唱されている。

2011 年に開催された非感染性疾患 (Non-communicable diseases: NCDs) の予防および管理に関する国連ハイレベル会合 (C3 Collaborating for Health 2011) で、世界的な疾病負荷の変化が認識されており、健康に関するいずれの焦点としても、増大する NCDs の負荷に関する焦点が含まれる見込みである。MDG の後継の主要な課題のひとつは、深刻な世界的経済危機により、海外開発援助額の減少が見込まれることである。

ポスト 2015 年アジェンダの開発をめぐる多数の不確定実性があり、多くのさまざまな懸念事項がアジェンダ入りをめぐる競争合っている。看護師は、どのような案件を取り上げ

るべきかについて自らの視点を明らかにし、国内および国際的な検討に関与する方策を探るよう奨励されている。

- **NNAs** は、推進機運を維持し、看護師に情報提供や助言、激励、支援し、草の根から政府へ情報をつなぐパイプ役として行動するには適任である。現在、**NNAs** は、会員の活動意欲を高めて **MDGs** の達成に向けた努力に集中させ、ポスト 2015 年アジェンダに影響を及ぼすという好機を迎えている。
- **NNAs** は、既存の枠組みと戦略に自らの優先順位の整合性を図り、共通の結果を求める人々とあらゆるレベルでパートナーシップ、ネットワーク、同盟を形成するよう求められている。看護師は、サービス提供、教育、研究、管理ならびに政策策定と実施など、コミュニティーレベルでの関与から国際的な政策決定まであらゆるレベルで効果的に貢献できるよう知識と技術を高めるよう奨励されている。
- 看護師は、個人／専門家レベルから政策／制度レベルまでアドボカシーとロビー活動に関与することができる。**MDGs** への国際的な注目は、看護師とその他の人々による適切な国際アドボカシーグループとのつながりを強化するのに役立つ。
- **MDGs** は、行動と資源の分配について明確な世界的規模の視野を提供してきた。その達成に貢献するため、看護師は、疎外され十分なサービスを受けていないコミュニティーなどに適切なサービスを形成し提供するために、あらゆるレベルの多様なパートナーと交渉するための政治的スキルを発達させてきた。また、看護師は、新しい役割とサービスの形成および開発に、多大な柔軟性と革新性、勇気を示している。

2015 年に向けて、看護師は、**MDGs** を実現し、世界の最も貧しく、疎外され、十分なサービスを受けていないコミュニティーの健康のニーズに応えるために、障壁を打ち破り難題を乗り越えるよう求められている。新しいアジェンダに関わるにあたり、各国で全ての **MDGs** の達成に向けて努力を続けること、そして、取組みの焦点や資源が変化しても達成した進歩が失われないようにすることが重要になるであろう。新しいアジェンダで健康に関する焦点がどのようになろうとも、健康が今後の世界の開発の基礎となることを忘れてはならない。疾病負荷の変化と気候変動が健康、開発および環境の持続可能性に及ぼす影響は、あらゆる場所にいる看護師に、国際社会の健康と福祉のために、課題に対処し、新しいアジェンダの形成および遂行に関与することを求めている。

## 第1章

# ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) を理解する

### MDGs について

2000年に国際連合はミレニアム宣言（UN 2000）を採択した。この宣言は、国連設立の原則に対するコミットメントを確認するものであり、平和で公平、環境面で持続可能な世界への再決意でもある。ミレニアム宣言の第3部のタイトルは「開発および貧困撲滅」とされ、ここからミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）が作成され、2001年9月の国連総会に提出された（UN 2001）。

8つのMDGsは、かつてないレベルの合意を示すものになり、「倫理的命令」（Hulme and Fukuda-Parr 2009, p.3）とさえ考えられるようになった。そして、貧困削減に対する国際社会のアプローチの転機となった。それまでの多くの国際開発の取り組みとは異なり、MDGsは包括的アプローチによって貧困を削減しようとした。この目標は、所得貧困の削減だけでなく、教育、ジェンダー平等、健康および環境の持続可能性、さらに、これらの目的の達成を促す「開発のためのグローバル・パートナーシップ」の必要性も対象としている。これら全ての角度から同時に取り組まない限り、持続可能な貧困削減は達成できない。冷戦中は多くの国際援助が地政学的な動機に基づいていたが、冷戦の終結にも助けられ、MDGsは、より人間を中心にした（純粋な経済中心ではなく）開発アプローチへの変化を示している。

MDGsには8つの目標と18のターゲット、さらにターゲットを計測する指標がある。ターゲットは、定量的かつ世界的規模で、期限が設定されており、1990年のレベルを進捗状況を測る基準値として、2015年までに全てのMDGsを達成することを目的としている。3つの目標、4、5、6番目は保健分野となる。

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

目標3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上

目標4：乳幼児死亡率の削減

目標5：妊産婦の健康の改善

目標6：HIV/エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止

目標7：環境の持続可能性確保

目標8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

2005年に国連ミレニアムプロジェクトによって、全世界でMDGs達成に必要なコストが見積もられ、「2006年の1,210億ドル台から2015年には1,890億ドル台に上昇」となった（UN 2005, p.56）。



## 目標、ターゲット、指標の例

### 目標 4 :

#### 乳幼児死亡率の削減

### ターゲット 4a :

2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減する。

### 指標 :

4.1 5 歳未満児の死亡率

4.2 乳幼児死亡率

4.3 はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合

## 目標を関連づける

MDGs の重要な前提として、貧困削減は、教育、女性の地位向上、環境の持続可能性など幅広い社会問題への取り組みに依存しているという点である。このような目標間の相乗効果は、特に健康に取り組む際に重要になる。単に目標 4、5、6 だけに焦点をあてるのでは不十分であり、人々の健康向上には他の全ての目標が重要な役割を担っている。例えば、妊産婦と子どもの健康は、女児の教育と関連がある (UN 2012a, p.28)。きれいな水へのアクセスが制限されているところや環境が非常に汚染されているところでは良好な健康状態を達成することはできない。さらに、貧困家庭に生まれた子どもは、裕福な家庭に生まれた子どもに比べ 5 歳までに死亡する可能性が 2 倍高い (UN 2012a, p.28)。

## MDGs の前進

MDGs は、多くの点において驚くほど成功した。MDGs は、国際的な開発目標を確立しようとする過去の試み (例、経済協力開発機構によるもの) に取って代わり、MDGs の簡潔性、明瞭性、測定可能性、明確な期限設定により、国際組織、政府、NGOs 全てからの受け入れにつながった。マーガレット・チャン世界保健機関事務局長が 2007 年の就任演説で「測定できるものは達成できる」(Chan 2007) と述べたように、進捗状況に関する年次報告は、毎年メディアから注目され、行動の原動力にもなっている。MDGs は、国際的援助資金提供者の結集点として機能し、主要な開発援助及び投資を促進してきた。国連は、引き続き MDGs の重要性を強調している。国連の全加盟国は、2010 年に目標達成を再度表明し、現在、ポスト 2015 年の枠組みについて議論が始まっている (第 4 章参照)。

MDGs の進捗状況は、毎年、各国が国連に報告しており、結果は、毎年の『国連ミレニアム開発目標報告』に記載されている。これまでに多数の成功を収めている。

- 推定では、2010 年に世界で 1 日 1.25 ドル未満で暮らしている人は、1990 年の半分以上になり、1990 年の 18 億人、2005 年の 14 億人に比べ、2015 年には 8 億 8,300 万人にな

ると予想されている（ただし、17カ国は目標達成からはほど遠い）（UN 2012a; 世界銀行 2011）。

- 飲料水にアクセスできない人を半減させるというターゲットもほぼ達成され、1990年の24%から2010年には11%に低下した（UN 2012a, p.52）。
- 世界で、現在、小学校に就学している男児100人に対する女児の数は97人であり、1999年の91人から増加している。また、サハラ以南アフリカで小学校に就学する子どもは1999年から2010年までに58%から76%に大きく増加した（UN 2012a, p.17）。

しかし、進歩は不完全であり、地域間や国家間、また、地域内および国家内でも大きな格差がある。さらに、MDGsの多くがまだ達成されておらず、一部では前進が止まり、悪化しているところさえもある。例えば、サハラ以南アフリカでは1.25ドル未満で生活している人々の割合は47%で、27%がいまだ栄養不良であり、妊産婦死亡率と幼児死亡率も依然として高い。幼児死亡率の減少は3分の1足らずで、3分の2というターゲットからは大きく離れている（UN 2012a）。本報告書の第2章は、保健分野のMDGs達成における進捗状況のばらつきを明らかにしている。

明るい兆しとして、一部の国は「MDGsを人間開発の到達点ではなく始まりに変えるプロセス」（UNDP 2005, p.3）を開始しており、既存のMDGsに明確に立脚し、さらなる前進を促そうとしている。例えば、すでに2004年までにMDGターゲットの多くを達成したタイは、新しいターゲットを設定している。普遍的教育の目標を初等教育から後期中等教育に拡大し、所得貧困を4%未満に削減しようとしている（国際連合人権高等弁務官事務所 Office of the High Commissioner on Human Rights OHCHR 2010, p.8）。このことは、対象となった領域及び設定されたターゲットを拡大、適用、強化することができることを示している。この点は、MDGsの達成に援助が集中するあまり、他の領域（非感染性疾患など）がほとんど顧みられないところでは特に重要である（第1・4章参照）。

## 批判と課題

MDGsは、国際的な開発努力に一貫性を付与し、統一をもたらしたが、多くの側面で批判もされている。

主な批判のひとつは、MDGsが公平性に焦点を当てていないということであった。

- 地域間及び国家間には大きな違いがあるが、MDGsは世界規模の目標であるため、この点を考慮していない。MDGsを「万能の解決策」として見ると、各国が直面している具体的な経済的、地理的、政治的課題を無視することになり、特定の背景では非常に大きな前進と思われるものが損なわれてしまう。
- MDGsで設定された開発レベルを達成するためのターゲットを決める場合、必要なレベルの達成を最も実現しやすい集団を対象としたくなることは否めない。そうすると、最も貧しい人々が最も必要としている支援を受けられないことになり、最も脆弱な人々における適切な生活水準という人権の侵害となる（OHCHR 2010, p.10）。

- 新しい資源が MDGs に取り上げられていない問題（最も貧しい人々に影響が及ぶことが多い）には使われず、具体的に言及されている分野に集中するリスクがある。例えば、顧みられない熱帯病はほとんど注目されておらず、顧みられない熱帯病が 10 億人に影響を及ぼしているにもかかわらず、保健を対象とした海外開発援助のわずか 0.6% がこれらの疾患に充てられているに過ぎない（The Lancet 2010）。

さらに、正しいレベルにターゲットが設定されていないという批判もある。特に、1 日 1 ドル未満で生活する人の割合を削減するというターゲットに対して批判が多い。このターゲットは 1.25 ドルに変更されており、世界規模で目標を達成できるかもしれない。しかし、近年の石油及び食料価格の高騰を考慮すると、1.25 ドルではまだ極めて低い（OHCHR 2010）。

人口動態の変化も目標に影響を及ぼす可能性がある。例えば、1 億人以上のスラム居住者の生活を改善するというターゲットはすでに達成しており、2 億人を超える人々の水、衛生または住居は改善された（UN 2012a, p.56）。しかし、現在、かつてない数の人々がスラムに居住している。スラム居住者は、推定 8 億 6,300 万人で、1990 年の 6 億 5,000 万人から上昇している（UN 2012a, p.56）。高齢化などの人口構造の変化と農村部から都市部への移住も社会に影響を与え、貧困削減と健康にも影響が及んでいる。

MDGs が簡潔であるということは、多くの問題が除外されていることを意味している。MDG 6 は、わずかに少数の（感染性）疾患、つまり HIV/エイズ、マラリア、結核のみを対象にしている。しかし、多くの低所得国および中所得国の疾病負荷の大部分は、ライフスタイルの変化と高齢化により、感染症から心血管疾患、がん、糖尿病、慢性肺疾患などの非感染性疾患（NCDs）に大きく変化している。しかし、2 型糖尿病や心疾患などの症例の大部分は予防できるか、発症を遅らせることができ、NCDs の早期発見と適切な治療により合併症を大幅に減らせるにもかかわらず、主な NCDs については具体的に言及されていないため、援助資金提供者からは軽視されることが多い（UN 2011, p.5）。メンタルヘルスも保健分野の MDGs の明確な焦点となっていないが、メンタルヘルスの問題は、本人と家族が苦しむだけでなく、2010 年から 2030 年には世界経済において 16 兆ドルの負担になると推定されている（WEF/Harvard 2011, Table 14, p.29）。

「MDGs は国際開発における投資の枠組みと目標を形成するため、MDGs の中で NCDs への言及がないことは非常に重要な意味をもつ。」

元 WHO 慢性疾患健康増進ディレクター、フィオナ・アドシェッド博士

また、MDGs は各国のガバナンスにも注目していない。しかし、例えば、契約履行の保証や、汚職をコントロールする法律などのようにガバナンスが機能していることは国際開発に不可欠である。例えば、目標 8（パートナーシップについて）には、開発援助の具体的なレベル設定がないなど、定量的な、期限を設定したターゲットがないため、その効果は限定的となる（Hulme and Fukuda-Parr 2009, p.23）。パートナーシップに関する明白なターゲットが

あれば、各国看護師協会に、より焦点を絞った方法で関与し、他のグループや組織に影響を及ぼす機会を提供できるだろう。

近年、MDGs 達成の課題となっているのは、先進国の多くに影響を及ぼしている経済危機と不況である。この問題は、一部の豊かな国が開発途上国に援助を提供する能力と意思に影響を及ぼしている。例えば、オランダ政府は対外援助を国民総所得の 0.8%から 0.7%に縮小しており、援助レベルに対する経済危機の影響は過去数年間続いている（世界銀行 2011, p.128; 世界銀行 2009, p.9）。国連事務総長は、『ミレニアム開発目標報告 2012』の中で、特に MDG 8（パートナーシップの構築および維持）に対する危機の影響について、「多くの先進国が苦しんでいる現在の経済危機によって、前進の速度を緩めたり、後戻りしたりしてはならない。」と述べている（UN 2012a, p.3）。

## 2015 年：カウントダウン

MDGs は、期限設定がされており、2015 年までに達成するとされている。今後わずか数年の間に、MDGs を延長するか、もしくは新しい目標、ターゲット、指標に取り換えなければならない。現在の MDGs に取って代わるものが何であれ、包括性と包含性のバランスをとる必要があり、現在の MDGs に対する批判に上手く対応しなければならない。その取り組みはすでに始まっており、世界規模の一連の「持続可能な開発目標」策定の取り組みと密接にリンクするものとなるようである（第 4 章参照）。

## 第 2 章

### 保健分野の MDGs

#### 緒言

8つのMDGのどれもが健康に影響を及ぼすが、目標4、5、6は、特に保健課題に言及している。本章では、これらの目標、ターゲット、指標の達成に向けた今日までの進捗状況について考え、いくつかの戦略を取り上げ、各目標の達成に向けた取り組みにおいて基礎となっているいくつかの課題を明らかにする。

#### MDG 4：乳幼児死亡率の削減

ターゲット：2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。

##### 指標：

- － 5歳未満児の死亡率
- － 乳幼児死亡率
- － はしかの予防接種を受けた1歳児の割合

#### 進捗状況

乳幼児の総死亡の大部分は、新生児期の原因（40%）、肺炎（18%）、下痢（10%）、マラリア（10%）、HIV/エイズ（2%）、はしか（1%）など比較的少数の状態が原因である。これに加え、栄養不良は世界の乳幼児死亡の30%の寄与因子となっている。新生児の死亡の主要原因は、早産の合併症、分娩時関連事象、敗血症と髄膜炎、および死産である（WHO/UNICEF 2012, p.16）。

大きな成功もあった。人口は増加しているにもかかわらず、5歳未満児の死亡は世界で大きく減少し、1990年の1,200万人から2010年には760万人になった。途上国全体の前進が加速し、死亡率は35%減少し、1990年の出生1,000人あたり97人から2010年には63人となった（UN 2012a, p.26）。

以下の図は、乳幼児死亡率を3分の2削減するという目標達成に向けた進捗状況の地域別の評価である（UN 2012c）。この図には2つのレベルがある。

- ボックス内の色分け部分は、この傾向が続けば2015年にはターゲットが達成されているか、ターゲットを超えている（灰色）、または十分に前進していないためにターゲットに到達できない（白色）ことを示している。
- 各ボックスは、現在の死亡率のレベルを示す。\*

	アフリカ		アジア				オセアニア	ラテンアメリカ・カリブ諸国	コーカサス・中央アジア
	北アフリカ	サハラ以南アフリカ	東アジア	東南アジア	南アジア	西アジア			
乳幼児死亡率を3分の2削減	低死亡率	高死亡率	低死亡率	低死亡率	中程度の死亡率	低死亡率	中程度の死亡率	低死亡率	中程度の死亡率

\*低死亡率は出生 1,000 人あたりの死亡が 40 人未満、中程度の死亡率は 40～80 人、高死亡率は 80～150 人、非常に高い死亡率は 150 人超。

例えば、北アフリカはすでにターゲットを達成しており、東アジアでも大きな低下が見られる。しかし、サハラ以南アフリカは、約 30%の削減しか達成されておらず、これはターゲット到達に必要な数字の半分に満たない。5 歳未満児死亡の 82%、つまり 620 万人の死亡がサハラ以南アフリカと南アジアで生じている (UN 2012a, p.26)。

また、以下のように、基準値の 1990 年から 2010 年までに大きく前進した国もある (UN 2012a, p.27)。

- バングラデシュ、ネパール、マダガスカルなどの国では、5 歳未満児死亡の 60%以上の低下を記録した。
- ニジェール、マラウイ、シェラレオネなどの国は出生 1,000 人あたりの死亡が 100 人以上減少した。

このような成功は、大きな前進が実現可能であることを示している。

## 今後の課題

まだ、多くの課題が残っている。

- 乳幼児死亡率全体の削減を確実に進めるために、新生児期に発生する死亡の割合の増加に特に注目する必要がある。
- 貧困は、今後も 5 歳未満児の生存率を決定する大きな要因となる。
- 女性の教育と地位向上、貧困層への基本的サービスと救急救命サービスへのアクセスの保証は公平性を促進し、幼児死亡率を削減するには不可欠である。
- 熟練者による出産時ケアの改善は、分娩前および分娩時の死産に不可欠な要件であり、これらに対する介入は、妊産婦および新生児のその他のアウトカムを改善するためにも効果的である (WHO/UNICEF 2012, p.17)。

## 使用した戦略

毎年生じる 760 万人の乳幼児死亡の大部分は、効果的で安価な介入により予防できるはずのものであるため、看護師と良好な保健医療ケアは重要な役割を担っている。介入には、

新生児と母親のケア、最適な授乳実践および栄養、予防接種、石鹸での手洗い、良質の水および衛生施設へのアクセス、マラリア対策、HIV/エイズの予防とケアなどが含まれる。子どもが疾病に罹患した後の救命治療のオプションには、肺炎の症例管理（細菌性肺炎に対する抗菌薬を含む）および下痢の経口補水塩と亜鉛が含まれる。死亡率の高い国では、これらの介入により死亡数を半数以上削減できる。看護師は、これらの介入の提唱、形成及び提供に不可欠である（WHO/UNICEF 2012, p.18）。

WHO では、4 つの主要戦略を促進している。これらの戦略を補っているのが、妊産婦の健康に対する介入、例えば家族保健看護師（Family Health Nurse）による妊娠中および出産の際の熟練したケアなどである。こうした統合的な対応を行った一例では、次のようなことが必要であった。

- 新生児の適切な自宅でのケアと合併症の時宜を得た治療
- 全 5 歳未満児に対する小児期の疾患の統合的管理
- 拡大予防接種拡大プログラム（ボックス参照）
- 乳幼児の栄養

#### 前進：はしか

予防接種の向上で、世界のはしかによる死亡は、74%減少し、2000 年の推定 535,300 人から 2010 年には 139,300 人となった。サハラ以南アフリカで最も前進し、同期間にはしかによる死亡は 85%低下した（UN 2012a, p.29）。はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合は、既存の保健医療サービスにアクセスできない子どもを対象にしたはしかの定期的な予防接種、大規模予防接種キャンペーン、補足的な予防接種活動により増加した。

他の戦略には、実証された介入の拡大や、下痢と肺炎に関与を強めるための世界規模の行動計画の策定などがある（WHO/UNICEF 2012, p18）。

#### 根底にある課題

##### 新生児死亡率

死亡率は均一に低下していない。生後 1 ヶ月間に生じる新生児死亡率の減少は、年齢の高い子どもの生存の向上に大幅な遅れをとっている。世界的に見ると、新生児死亡は 1990 年の出生 1,000 人あたり 32 人から 2010 年には 23 人に減少したが、サハラ以南アフリカは、過去 20 年間の改善が最も小さく、他の地域に比べ新生児死亡率は高い（2010 年は出生 1,000 人あたり 35 人が死亡）（UN 2012a, p.27）。MDG 4 の達成には、新生児死亡率の迅速な削減が重要である（WHO/UNICEF 2012, p.13）。

## 不公平

第1章で述べた通り、MDGsの批判のひとつに、MDGsが公平性に焦点を当てていないというものがある。例えば、最も困窮する人々が非常に高い幼児死亡率に苦しんでいたとしても、国単位ではMDG4を達成することができる。農村と都市の格差は非常に大きく、開発途上地域の農村部の子どもは、5歳以上生存する可能性は低く、最貧層20%の子どもは最富裕層20%の子どもに比べ、5歳の誕生日までに死亡する可能性は2倍近くになっている。

また、母親の教育が不公平の強力な決定因子となっており、教育を受けた母親の子どもは、たとえそれが小学校教育のみであったとしても、教育を受けていない母親の子どもに比べ生存の可能性が高い（UN 2012a, p.28）。このことから、MDGs達成に包括的アプローチが重要であることがわかる。つまり、教育を改善し、女性の地位を向上させることは、次世代の健康に影響を及ぼすのである（UN 2012a, p.28）。

## 感染症

途上国全体では、肺炎と下痢が幼児の主な死因である。肺炎と下痢による子どもの死亡の約90%はサハラ以南アフリカと南アジアで生じており、最も死亡数が多い5か国は、インド、パキスタン、ナイジェリア、コンゴ民主共和国、エチオピアである（WHO/UNICEF 2012, p.18）。

何らかの前進はあったものの（先述のボックス参照）、推定で1,910万人の子どもがはしかの予防接種を受けていない。その多くは最貧の、疎外された人々で、辺境の地域に住んでいる。サハラ以南アフリカおよび南アジアでの予防接種率はまだ90%に達していない。心配なことに、はしかの報告例は2000年から2008年に減少し、2009年には安定していたが、2010年には増加し、アフリカ、東地中海、ヨーロッパ、東アジアおよび東南アジア、オセアニアでは大規模な発生が報告されている（UN 2012a, p.29）。

## 栄養不良

エネルギーまたは微量栄養素の摂取不足の栄養不良により、出生前期、乳児期および幼児期の死亡および健康不良のリスクが高まる。消耗症（wasting）（身長に対して低体重）は、5歳未満児では急性の食料不足の信頼できる指標であり、消耗症の子どもは、発育阻害の子どもよりも死亡のリスクが高い。発育阻害（stunting）（年齢に対して低身長）の発生率も幼児の生存の向上を測る重要な指標であり、特に生後2年間の長期的な健康状態の悪さと栄養不良を反映している。途上国の多くでは、子どもの3分の1以上が発育阻害であり、特に最貧層で顕著である。このことは、その後の人生にも深刻な意味をもつ。つまり、幼い頃（特に2歳前）に栄養失調の状態にあると、学業に影響が生じる可能性があり、成人になった際の低所得につながり、何世代にもわたり貧困が継続する可能性がある。



## MDG 5：妊産婦の健康の改善

ターゲット：2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の4分の1に削減する。

指標：

- － 妊産婦死亡率
- － 熟練した医療従事者の立会による出産の割合

### 進捗状況

妊娠中または出産時に死亡する女性の数は、世界全体で1990年の543,000人から287,000人に約半減した。開発途上地域では、出生100,000人あたりの妊産婦の死亡数（妊産婦死亡率[MMR]）は、1990年の440人から2010年の240人に減少した。開発途上地域の中では東アジアで最も低くMMRは37であった。しかし、死亡する女性1人に対して傷害、感染、障害に苦しむ女性は約20人いる（WHO/UNICEF 2012, p.13）。

下の図は、目標達成に向けた前進の地域別評価で、特に妊産婦死亡率の4分の3削減とリプロダクティブヘルスへのアクセス増加に焦点をあてている（UN 2012c）。この図には2つのレベルがある。

- ボックスの色分け部分は、この傾向が続けば2015年にはターゲットが達成されているか、ターゲットを超えている（灰色）、または十分に進んでいないか（白色）データが不十分（黒色）であるためにターゲットに到達しないことを示している。
- ボックスには、現在の妊産婦死亡率のレベル\*とリプロダクティブヘルスへのアクセスレベルを示す。\*\*

	アフリカ		アジア				オセアニア	ラテンアメリカ・カリブ諸国	コーカサス・中央アジア
	北アフリカ	サハラ以南アフリカ	東アジア	東南アジア	南アジア	西アジア			
妊産婦死亡率を4分の3削減	低死亡率	極めて高い死亡率	低死亡率	中程度の死亡率	高死亡率	低死亡率	中程度の死亡率	低死亡率	低死亡率
リプロダクティブヘルスへのアクセス	中程度のアクセス	低アクセス	高いアクセス	中程度のアクセス	中程度のアクセス	中程度のアクセス	低アクセス	高アクセス	中程度のアクセス

\*出生100,000あたりの妊産婦死亡数が100人未満を低妊産婦死亡率、100～200人を中程度、200～500人を高い、500人超を極めて高い妊産婦死亡率とする。

\*\*リプロダクティブヘルスへのアクセス（避妊普及率：15～49歳の既婚または事実婚をしている女性で、避妊をしている人の割合）が40%未満を低アクセス、40～65%を中程度、65%超を高アクセスとする。

## 今後の課題

妊産婦死亡率対策には、まだ非常に大きな課題がある。

- 地域格差：開発途上地域の MMR は、先進地域の 15 倍高い。チャドの女性が妊娠および出産が原因で死亡する生涯リスクは 15 分の 1、アフガニスタンの女性は 32 分の 1 であるのに対し、先進国の女性は 3800 分の 1 である（WHO/UNICEF 2012, p.13）。
- サハラ以南アフリカ：2010 年の妊産婦死亡の 85% がサハラ以南アフリカ（妊産婦死亡の 56%、MMR は 500）と南アジア（29%）の 2 つの地域によるもので、合計 245,000 人が死亡した。また、サハラ以南アフリカは、HIV による妊産婦死亡が最大（10%）で、エイズ関連の間接的な妊産婦死亡 19,000 人の 90% 以上がサハラ以南アフリカで生じている（UN 2012a, p.31）。

## 使用した戦略

出産前後および分娩の期間は、母子の健康、安寧、生存を促進する介入および情報を女性に届ける重要な時期である。熟練した保健医療従事者（医師、看護師、または助産師）は、多量出血など生命を脅かす合併症を防止・管理し、必要に応じて高次の治療に患者を紹介することができる。

- 産前ケアの受診率（少なくとも 1 回、医師、看護師または助産師を受診）は、1990 年 63%、2000 年 71%、2010 年 80% と開発途上地域で徐々に増加している（UN 2012a, p.32）。
- 開発途上地域全体では、熟練した保健医療従事者が立ち会った分娩の割合は 1990 年の 55% から 2010 年には 65% に上昇した。しかし、サハラ以南アフリカと南アジアでは熟練した保健医療従事者の立ち会いの下での出産は半数に満たなかった。

安全で、手頃かつ効果的な避妊法へのアクセスの増加により、望まない妊娠や短い間隔での妊娠が予防され、妊産婦および乳児の健康が向上した。1990 年から 2000 年にかけて、多くの地域で避妊の使用が急増したが、その後、前進の速度は減速傾向にある。

- サハラ以南アフリカとオセアニアを除く全地域では、15～49 歳の既婚または事実婚女性の半数以上が 2010 年に何らかの避妊法を使用していた。サハラ以南アフリカの避妊普及率は最低で、わずか 25% であった。これは、他地域の 1990 年レベルよりも低い（UN 2012a, p.35）。

危険な中絶があるところでは（下記参照）、女性に対する包括的な中絶後のケアが、合併症対策として、また避妊法へのアクセスを確実にするために重要である。熟練した看護師と保健医療従事者、適切な疼痛管理、出血または感染の発見および治療を含むフォローアップケア、中絶後の女性のケアに従事する保健医療従事者に対するスティグマの除去、家族計画のカウンセリング、およびサービスの改善は全て必要な要素である（WHO & UNICEF 2012, p.20）。

- WHO は、家族計画のニーズが十分に満たされれば、危険な中絶の 75% は回避できるものと推測している（WHO/UNICEF 2012, p.19）。

## 根底にある課題

妊産婦の健康改善を難しくしている課題の多くは、家族計画サービスの不在と産科ケアや出産前後のケアにともなう問題によって一層深刻化しているが、看護師はこのような問題に対処するには最も適している。

### 低年齢出産

非常に低年齢での出産においては、母子ともに健康リスクが増大する。若年での結婚が比較的良好に見られる国では、文化に配慮したプログラムを作成・実施して結婚年齢を上げ、結婚最低年齢に関する法律を制定・施行することで未成年者の出産をさらに減らすことができる (UN 2012a, p.34)。

開発途上地域全体では、15～19歳の女性1,000人あたりの出産数は1990年から2000年の間に低下した。それ以降、多くの地域で低下率は鈍化するか、逆転した。しかし、サハラ以南アフリカは、現在でも未成年者による出生率が最も高く (未成年の女性1,000人中120の出産)、1990年からほとんど前進はなく、また、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国でも未成年者による出生率は高い。

### 産前ケア

若年での結婚が比較的良好にみられる国では、文化に配慮したプログラムを作成・実施して結婚年齢を上げ、結婚最低年齢に関する法律を制定・施行することで未成年者による出産をさらに減らすことができる。

産前ケアのために4回以上のケアを受けること (少なくともスクリーニングと感染の治療および、妊娠中の警告的徴候の発見を含む) をWHOが推奨していることを受けて、ほとんどの地域では前進が認められる。しかし、現在でも開発途上地域の妊婦のほぼ半数では、推奨されている回数以上のケアを受けることはなく、ケアを受けても質の高いケアを受けていなかったことは注目に値する (UN 2012a, p.33)。さらに、地域内での普及率に違いがある。南アフリカでは2010年にほぼ普遍的に普及していたが、西アフリカでは妊婦の3分の1が産前ケアを受けていなかった。

### 具体的な症状

出血と高血圧の2つで、妊産婦死亡の半数以上を占め、敗血症と危険な中絶の2つで17%を占める。WHOは、閉塞性分娩と貧血を直接の死因ではなく、死亡の寄与因子として分類している。マラリア、HIV/エイズおよび心疾患などの間接的死因は約20%を占めており、このことから、保健分野のMDGsに対応するには垂直的アプローチではなく包括的なアプローチをとる必要があることが強く示唆される (WHO/UNICEF 2012, p.16)。

### 危険な中絶

危険な中絶（スキルのない人が行う中絶または最低基準に適合しない環境における中絶）により重症感染症、出血、臓器損傷が生じる。毎年、危険な中絶により 47,000 人の女性が死亡し、さらに 500 万人の女性が一時的または永続的な障害を負っている。このほぼ全てが途上国で発生する。

セーフ・マザーフードの機関間グループによれば、「危険な中絶は、妊産婦死亡の中で最も軽視され、最も予防できる死因である（WHO/UNICEF 2012, p.20）。」

## MDG 6 : HIV/エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止

**ターゲット : HIV/エイズの蔓延を 2015 年までに食い止め、その後減少させる。**

### 指標 :

- 15～24 歳の妊婦の HIV 感染率
- 避妊普及率中のコンドーム使用率
- 高リスクの性交渉におけるコンドーム使用
- HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する 15～24 歳の割合
- 避妊普及率
- 10～14 歳のエイズ孤児ではない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率

**ターゲット : 2010 年までに HIV/エイズの治療への普遍的アクセスを実現する。**

**ターゲット : マラリア及びその他の主要な疾病の発生を 2015 年までに食い止め、その後発生率を減少させる。**

### 指標 :

- マラリアの有病率および死亡率
- マラリアの危険のある地域で効果的なマラリア予防策と治療法を使用している人の割合
- 結核の有病率および死亡率
- DOTS（国際的に推奨されている結核制圧戦略）の下で発見され、治療された結核患者の割合

## 進捗状況

地域による格差は大きいですが、MDG 6における疾病対策で一定の成功が認められる。

### HIV/エイズ

- HIV に感染する人は減少しており、他の国よりも速い速度で低下している国もある。2010年の年間新規感染者数は270万人で、そのうち子どもは390,000人であった。これは、1997年のピーク時に比べ21%、2001年に比べ15%の減少であった。
- 2010年末のHIV感染者は推定3,400万人で、2001年に比べ17%増加した（UN 2012a, p.39）。この継続的な増加は、HIVを死亡宣告から管理可能な慢性疾患に変え、感染者に充実した活動的な生活を送れるようにした抗レトロウイルス治療（ARV）へのアクセスの著明な拡大により、多数の新規感染者が増加していることを反映している。
- エイズ関連の原因による死者数は、ピーク時である2000年代半ばの220万人から2010年には180万人に減少した。ARVの導入により、1995年以降、低所得および中所得国で合わせて250万人もの死亡が回避できた（UN 2012a, p.39）。2010年に650万人がARVを受けており、2011年には20%近く増加して800万人になった（UNAIDS 2012, p.9）。しかし、後述する通り、まだ先は長い。

### マラリア

多くの国で2000年から2010年までにマラリアが50%以上の減少を達成し、マラリアの報告症例数が大きく減少した（UN 2012a, p.42）。

## 結核

世界の結核発症率は2002年にピークとなり、その後減少している。新規症例の絶対数も、非常にゆっくりとはあるが減少し始めた。現在の傾向が続けば、世界は、結核の蔓延を食い止め、発生を減少させるというターゲットを達成することができるであろう（UN 2012a, p.44）。

下記の図は、目標達成の2つの側面であるHIV/エイズおよび結核を食い止め、減少させることに関する地域別の評価である。この図には2つのレベルがある。

- ボックスの色は、現在の傾向が続けば2015年までにターゲットを達成できるかターゲットを超える（灰色）、前進が不十分であるためにターゲットに到達しない（白色）、前進なし、もしくは後退（黒色）であることを示している。
- 各ボックスには、HIV発生率\*および結核の死亡率\*\*を示す。

	アフリカ		アジア				オセアニア	ラテンアメリカ・カリブ諸国	コーカサス・中央アジア
	北アフリカ	サハラ以南アフリカ	東アジア	東南アジア	南アジア	西アジア			
<b>HIV/AIDSの蔓延防止・減少</b>	低発生率	高発生率	低発生率	低発生率	低発生率	低発生率	低発生率	低発生率	低発生率
<b>結核の蔓延防止・減少</b>	低死亡率	高死亡率	低死亡率	中程度の死亡率	中程度の死亡率	中程度の死亡率	高死亡率	低死亡率	中程度の死亡率

\* 15～49歳 100人の HIV 新規感染が年 0.05 未満を低発生率、0.05～0.25 を中程度の発生率、0.25 超を高発生率とする。

\*\*人口 100,000 人当たりの結核による死亡が年 8 例未満を低死亡率、8～29 例を中程度の死亡率、29 例超を高死亡率とする。

## HIV/エイズ

### 今後の課題

地域格差が大きい (UN 2012a, p.39)。

- サハラ以南アフリカは、2010年の新規 HIV 感染の 70%を占めているが、この地域には世界人口のわずか 12%しか住んでいない。アフリカ南部で最も深刻な状況が継続しているため、この地域での割合はバラつきが大きい。
- カリブ諸国では、1990年代半ば以降、HIV 流行の拡大は大幅に減速したが、発生率が 2 番目に高い地域である。
- アジアは、他の地域に比べ HIV 発生率と有病率が非常に低い。しかし、アジアの人口の絶対数は多いことから、HIV 感染者数は世界 2 位となる。
- 他の地域とは異なり、コーカサスおよび中央アジアでは、HIV の新規感染の増加が継続している。

世界で HIV に感染している女性の割合は 50%で安定しているが、サハラ以南アフリカ (全 HIV 感染者の 59%) とカリブ地域 (53%) では女性が極めて高い割合で感染している (UN 2012a, p.39)。

2010 年までに抗レトロウイルス治療への普遍的アクセスを実現するというターゲットは達成できなかった。サハラ以南アフリカでは、対象者の 50%以上がまだ抗レトロウイルス治療を受けていない (UN 2012a, p.42)。しかし、ボツワナ、ナミビア、ルワンダではすでに普遍的アクセスを実現し、この治療を必要とする人口の少なくとも 80%が治療を受けている (UN 2012a, p.42)。

### 使用した戦略

目標とターゲットを達成するための主な戦略は、教育および啓発、行動変容、カウンセリングと検査、ケアの改善及び治療へのアクセスの増加などであった。看護師は、さまざまな国内および国際的パートナーと連携して、これらの主要戦略の提供に積極的に関与して

きた。多くの国では、HIV/エイズの流行に対応するサービスの確立によって、医療サービスの利用可能性と提供が劇的に変化し、地域社会の関与が増大し、医療従事者の間のタスク・シフティングがおこった。

妊産婦の保健プログラムは、女性が検査とサービスを受け、母子感染を予防する重要なアクセスポイントである。男性にはこれに匹敵する窓口はない。HIV に感染している女性に生まれた子どもの約 3 分の 1 は、治療をしなければ、子宮内または出生時に感染するか、母乳を通じて感染するため、妊婦を抗レトロウイルス薬で治療することにより感染リスクを大きく低減することができる。

メディアキャンペーンおよび新しい通信技術の使用により、特に、性教育で補完したり、テレビドラマにメッセージを埋め込んだりして、(未成年者も含め) 知識の向上および行動変容に成功している。

#### 根底にある課題

アクセスのしやすさと手頃な価格：診断と生涯にわたる治療にアクセスできることと手頃な価格であることは、多くの途上国で今でも主要な課題になっている。多くの人が抗レトロウイルス治療の恩恵を受ければ受けるほど、HIV の薬剤耐性への懸念が大きくなる。HIV は急速に突然変異し、治療は生涯継続しなければならないため、さらにウイルスの薬剤耐性株が登場する可能性が高いと考えられる。

行動変容の障壁：個人レベルでは、知識と理解が、行動変容と HIV 検査などのサービス利用を促す鍵である。しかし、例えば、コンドームの使用や一夫一婦関係など、文化的および宗教的要因が、個人、グループ、住民がどの程度医学的助言に従い、行動を変える用意があるのかを決定する。疾病の流行に対して政治的な関与を確保することが他国よりも困難な国がある。また、例えば、女性がコンドームにアクセスできない、コンドームの使用を要求できないなど、女性の地位が向上しておらず、自らの健康を管理できないところでは、HIV/エイズの蔓延と闘うことは特に困難である。

差別：スティグマと差別は現在でも広く残っており、不適切なコメント、患者に対する守秘義務違反、検査および治療の遅延または拒否、社会的孤立などさまざまな形で表れる。これにより、妊婦を含めカウンセリングや検査などの介入の受け入れが減少する可能性があり、そうなるとその妊婦の子どもの健康がさらに危険にさらされる。看護師は、ICN 2003 年国際看護の日キット「看護師:エイズのスティグマとの闘い、すべての人々にケアを」(ICN 2003) に記載されたツールやテクニックを用いて、スティグマと差別との闘いに大きく貢献できる。

## マラリア

#### 今後の課題

多くの地域でマラリアは減少しているが、MDG のターゲットの達成には不十分である。アフリカは、現在でもマラリアによる被害が最も大きく、マラリア症例の 81%、マラリアによる死亡の 91% を占めている。この死亡の 86% は 5 歳未満児であった (UN 2012a, p.42)。

### 使用した戦略

主なマラリア対策の戦略には、殺虫剤処理蚊帳（ITN）、室内残留性噴霧（IRS）、迅速診断、アルテミシニンによる治療へのアクセス増加などが含まれる。これらの戦略の実施にあたっては、例えば、特に子どもおよび妊婦に対する ITN の使用を促進するなど、家族および医療従事者の間に多大な教育と行動変容、さらに迅速診断と適切な治療へのアクセスを容易にするようにサービスの変更が求められた。

### 根底にある課題

マラリア対策は、これまで大きく前進しており、また一層の成功を収めるための機会があるにもかかわらず、国内および国際的に見るとマラリアへの支出は予防とコントロールを図るには十分ではない。

さらに、アルテミシニンおよび殺虫剤に対する耐性増大についての懸念が強まっている。適切な注意と管理をしなければ、このことが将来の前進に大きな脅威となる。

### その他の疾病

#### 結核

MDG 6 は、HIV/エイズやマラリアと同様にその他の疾病に注目する機会を提供している。このうち、結核は特に注目されているが、それは HIV/エイズとの関連だけが理由ではない。

2010 年には、結核患者は 1,200 万人と推定されており、世界で 880 万人が新たに診断され（うち 110 万症例は HIV 感染者）、140 万人が死亡している（うち HIV 感染者は 350,000 人）（UN 2012a, p.44）。

先述の通り、発生率の増加の速度は遅くなったが、これに満足している余裕はない。新規症例の 3 分の 1 以上が依然として報告されておらず、2010 年の多剤耐性結核症例推定 290,000 例中 84%超が国際ガイドラインに従って診断、治療されていない。さらに、結核患者は、HIV 陽性の可能性が高いにもかかわらず、自分の HIV の感染状態を知らないために、まだ抗レトロウイルス治療にアクセスしていない者が多くいる（UN 2012a, p.45）。

#### 軽視される疾病負荷

MDG 6 が HIV/エイズ、マラリアおよび結核に特に焦点を当てているために、他の同様に切迫した疾病負荷が、注目および資源へのアクセスという点で軽視されているという懸念がある。軽視されている疾病負荷には、顧みられない熱帯病が含まれる。14 億人以上の主に貧しい人々に影響を及ぼす一群の寄生性および細菌性感染で、身体的苦痛および障害を生じ、多くの人々が貧困のサイクルから抜け出すことを不可能としている（The Lancet 2010）。

必要な注目と資源を集めていないもうひとつの疾患群は、非感染性疾患（NCDs）で、主に心血管疾患、慢性肺疾患、2 型糖尿病、がんである。多くが予防可能なこれらの疾患の増加には、緊急に注目する必要がある。なぜなら、感染性疾患と非感染性疾患という二重の疾病負荷が、途上国および先進国の保健システムに管理不能で持続できない圧力をかけるこ



とになるからである。この点をふまえて、2011年9月にニューヨークで、『非感染性疾患の予防と管理に関する国連ハイレベル会合』が開催された（C3 Collaborating for Health 2011）が、疾患をテーマにした会議としては、わずか2回目であった（第1回目はHIV/エイズに関し、2001年に開催された）。メンタルヘルスも世界的な健康負荷の大きな要因となっているが、メンタルヘルスが個々の家族、コミュニティーおよび経済に及ぼしうる影響に比べ、集めている注目と資金は相対的に小さい（WEF/Harvard 2011）。

## まとめ

保健分野のMDGsにより、堅牢な資金調達システムに裏打ちされた保健システム、十分な訓練を受け適切な報酬のある保健医療従事者、決定と政策のもとになる信頼できる情報、良好に維持された施設および、質の高い医療と技術を提供するロジスティクスの必要性に注目を集めることができた。これらは、国家が国民のニーズに応え、必要な時に必要な場所で適切なサービスを提供するための前提条件である。各国看護師協会は、それぞれの保健システム内での前進への貢献・モニタリング、必要に応じた改善の支持とロビー活動、さらに政府の責任促進に適任である。

MDGs、指標およびターゲットに対応する上で、統合サービスおよび包括的アプローチの重要性が強調されてきた。例えば、HIV陽性の妊婦に質の高い適切なサービスを提供することは、3つの保健関連のMDGs全てに影響を及ぼし、他の多くのMDGsとも関連している。同様に、教育、女性の地位向上、基本的サービスにアクセスする財政的および社会的障壁の除去、必須サービスを貧しい人が利用しやすくすることとともに、主要要因を標的にした介入を拡大することで5歳未満の死亡率の減少を加速することができる。

MDGsを達成するための協働は、看護師を含むあらゆる部門の人々に、複数の部署横断でパートナーシップを図りながら働くための知識と技能を身につける機会を提供した。

#### 看護の貢献

過去 10 年間、看護師の知識とスキルの向上は大きな成功を収め、看護師は、保健分野の MDGs の達成に向けて大きく貢献してきた。看護師は多くの人にとって、その生涯において、そして継続的なケアにおいて接することのある唯一の保健医療従事者であるため、看護師は、十分なサービスを受けておらず不利な立場にある人々に働きかけるうえで、最適かつ革新的な立場にある。本章では、MDGs の達成に向けて世界で看護師が行ったいくつかの貢献を紹介し、看護師が活動に注目し、さらなる前進を促し、導くためにどのように MDG 加速フレームワーク（UNDP 2011）を利用できるかについて言及する。

#### 国際看護師協会

国際看護師協会（ICN）は、保健分野の目標だけでなく、MDGs の達成に大きく貢献してきた。このことは、国際保健、福祉および開発に対する統合的かつ包括的アプローチの重要性の証である。ICN は、世界中で政策とプログラムに積極的に影響を及ぼし、意思決定のフォーラムや国際会議、イベントに参加してきた。ICN は、以下にあげるプログラムを開始したが、これらのプログラムについては ICN のウェブサイトに掲載している。

ICN は、サハラ以南アフリカで看護師の親を亡くした女兒が就学を継続できるよう、フローレンス・ナイチンゲール国際基金と協力して 2005 年に女子教育基金を設立した。現在までにケニア、スワジランド、ウガンダ、ザンビアの 300 人を超える女子がこの取組みの恩恵を受けている。彼女らとその家族に対する医療給付とともに、このことは MDG 2（初等教育の完全普及の達成）および MDG 3（ジェンダー平等推進と女性の地位向上）にも寄与している。女子に対する教育の利点の一部を以下にあげる。

- 労働力への参加が拡大し家庭収入が増加する。就学期間が 1 年延びると、成人になったときの賃金が約 15%増加する。
- その子どもが教育を受ける可能性が増大する。母親が教育を受けていない場合、その子どもは、母親が何らかの教育を受けている子どもに比べ、非就学の可能性が 2 倍以上になる。
- 家族計画が改善される。
- 乳児死亡率が低下する。母親が幼いときに教育を受けられなかったために、毎日 2,700 人を超える 5 歳未満児が不要な死を遂げる。
- 出産時の妊産婦死亡が減少する。
- HIV/エイズ感染率が低下する。小学校を卒業していない若者の感染率は 2 倍である。

ICN は、政府、公共および民間部門のパートナー、ホスト国の各国看護師協会（NNAs）およびスウェーデン、ノルウェー、アイルランドの NNAs と協働して、6 カ所の保健医療従事者のためのウェルネスセンターを設立した。ここでは、人権に配慮した環境での HIV および結核の予防、治療とケア、心理学的カウンセリングおよびストレス・マネジメント、非感染性疾患の予防と管理、労働安全の研修、専門職の継続開発を提供している。この取り組みは、MDG 6 の達成に寄与するだけでなく、レソト、スワジランド、ザンビア、ウガンダ、マラウィ、エチオピアでの看護労働力の定着と支援にも貢献してきた。

ICN 結核・多剤耐性結核（TB/MDR TB）プロジェクトは、13 カ国で 1,000 人を超える看護師をトレーナーとして、地域で 30,000 人を超える看護師とヘルスワーカーに研修を提供した。このプロジェクトは、世界中で予防、ケアおよび管理に影響を及ぼした。ICN は、この研修を補完するために「結核のケア、予防および管理」というオンラインプログラムも提供している。このプログラムは、看護師と、薬剤耐性結核を含む結核にかかった患者、家族、コミュニティのケアに関わる人に実践的なツールを提供している。このコースはあらゆる状況に対応しており、資源に乏しく、業務量が多いときにケアを提供するという課題に対応している。また、特に実践において質の高い、患者中心のケアを提供することに力を置いており、最新の知識を身につけたい人や、ルーチンで結核患者に接する熟練した看護師に有用である。

ICN/MSD 移動図書館は、難民支援の現場で最も貧しく、最も脆弱な人々のために働く看護師や被災地で働く看護師など、過疎・遠隔地域にいる看護師に看護および健康に関する最新情報を提供することで、サハラ以南アフリカと、ハイチおよび東ティモールなどの国の何千人もの看護師と保健医療従事者が子ども、母親、家族、コミュニティに適切なケアを提供できるようにし、MDG4、5、6 への取り組みを助けてきた。この図書館の取り組みを広げるために、英語、ポルトガル語、フランス語版も設立した。

ICN は、ファクトシート、所信声明、その他の出版物を作成、配布して、関連する課題について看護師に情報および指針を提供している。これらは ICN のウェブサイト [www.icn.ch](http://www.icn.ch) で閲覧できる。

保健分野以外の MDGs に貢献するため、ICN は、ケニア、マラウィ、ウガンダの民間部門と提携し、安全な水へのアクセスを促進している。安全な水は、子どもの健康を改善し、MDG 4 を達成する上で、重要な課題である。

ICN は、MDG 3（ジェンダー平等推進と女性の地位向上）を擁護して、女性の人権を促進し、ジェンダーの平等を求める世界規模での努力を進めるために、十分な資金のある、専門の国連機関の創設というより大きなキャンペーンの一端を担い、積極的にロビー活動を行った。このキャンペーンは 2010 年に国連女性機関の設立として結実した。

看護師および助産師は、国際レベルで協働するだけでなく、地域のグループをつくり、資源と保健の有効活用を図ってきた。例えば、アフリカの 15 カ国は南部アフリカ看護師助産師ネットワーク（SANNAM）を設立し、この地域で、HIV/エイズの予防、ケア・管理における看護師の役割をつくり上げ、周知し、支援してきた（[www.sannam.org.za](http://www.sannam.org.za) 参照）。

ガーナ北部では、看護師はコミュニティーに配置され、3年間で子どもの死亡率を半数以下にする支援をしてきた。看護師は、首長や年長者と協力し、伝統的治療者の習慣を守りながら、より現代的な保健医療技術の受容を高めた。これにより、親が保健医療を求めることが遅れることが減り、子どもの生存が向上した[Binka et al. 2007]。

ケニアのマリンディの看護師とコミュニティーのヘルスワーカーは、結核と診断された HIV 陽性患者のニーズをより良く満たすよう外来クリニックを再編した。そして、ある民間のナースプラクティショナーは、ナイロビのキベラというスラムでクリニックを開設し、そこで安全で清潔な環境での分娩、出産前後と継続的なケアを現地の母親と子どもに提供した (ICN 2010)。

パプアニューギニアでは、看護師主導のプライマリヘルスセンターが HIV/エイズの割合の高い遠隔地でサービスを提供している。看護師は、HIV/エイズの啓発のために 14 の村で地元のステークホルダー (若者と女性グループならびにコミュニティーリーダー) を特定した。彼らは、短波ラジオサービスとコミュニティーベースの戸外での中継放送システムや、現地の新聞を用いて健康情報を提供し、利用可能なサービスを強調している。彼らは、それぞれの村で、訪問日時を決めてクリニックも行っている。また、HIV/エイズに関するワークショップも行い、予防や、糖尿病、高血圧、妊婦検診や予防接種など他の健康に関するトピックについても市民と協力している (ICN 2008a)。

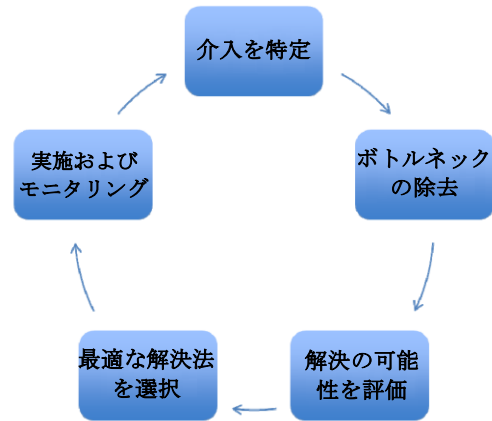
先述の通り、また MDGs を達成するための看護の活動、サービスおよび革新について多数の逸話が示す通り、多くの国において看護師は幅広い貢献をしているが、MDGs に対する看護の貢献を文献検索した結果は失望するものであり、看護師が自らの業績を宣伝し、公表することの重要性が強調される。これは、単に MDGs や低所得国で働く看護師に関することだけではない。最近、カナダの委員会は、看護の価値は定量化しにくいことを見出し、系統的レビューおよび活発な分析をしても、「誰が、どのような場合に、どのような状況で、看護介入から最も恩恵を受けるのか…どのように恩恵を受けるのか、また、どのくらいのコストで」よりも「それは効果があるのか」という質問に集中しすぎる傾向があると述べた。問題の長期化や、健康を決定づけるあらゆる要因を考慮に入れた看護アセスメントを認めるために、「効果があるのか」という狭い視野の働きかけを拡大する必要がある (National Expert Commission 2012, p.31)。

### 将来の影響を最大化する

2010年に策定された MDG 加速フレームワーク (MDG Acceleration Framework: MAF) は、2015年までに達成できないか、前進が遅いまたは、前進がバラついている MDGs について

国レベルで促進するために、さまざまなステークホルダーが協力して使用できる系統的な枠組みを提供するものである（UNDP 2011, p.5）。この枠組みは、関与、正しい介入への注目、正しい種類とレベルの支援があれば MDGs を達成できるという前提に基づいている。この枠組みには、4つの系統的な段階がある。

- 1) 介入を特定する。
- 2) 介入の実施を妨げているボトルネックに注目する。
- 3) 解決法を決定する。
- 4) 実施してモニタリングする。



この枠組みには、各国がこの4段階のプロセスを進めていく際に採用して使用できる検証済みの介入と解決法の包括的なリストが含まれている。MAFは、各国の計画を補完し、情報を提供するためにデザインされたが、看護師が、保健分野のMDGs達成に向けた活動と貢献に優先順位をつけ、重点的に取り組み、モニタリングし、評価するために使用することもできる。

次の表は、看護活動に特に適している推奨された解決法と介入の一部を示している。ここでは、保健医療制度の強化、看護実践、健康増進・疾病予防、情報共有に分類している。また、NNAs、看護教育者、サービス管理者、その他の人々が注意とエネルギーを集中し、既存の取組みと資源をリンクするためにも使用できる。看護師は、国際的に認知された枠組みを使用することで、各国および国際保健と開発の優先順位について自らの貢献をはっきりと述べ、説明することができる。

	MDG	推奨される介入
保健医療制度の強化	4,5,6	保健医療従事者の募集、報奨、定着および保健医療従事者の健康の保護
	4,5,6	実践、管理、研究、開発のための教育、研修、能力開発
	4,5,6	モニタリングおよび評価
看護実践	4	小児期の疾病の統合管理
	4	栄養失調および重度の急性栄養失調の管理
	4,6	下痢、肺炎、結核、マラリアを含む疾病および疾患の予防、ケア、管理
	4,5	出産前、分娩時、出産後および新生児のケア
	4	母乳育児の促進、支援、教育および HIV 陽性の母親の安全な授乳 (feeding) の支援
	4,5	特に現地の製品に注目した乳児、思春期、妊婦および授乳中の母親に対する栄養的支援および助言
	4,5,6	家族計画を含む、男性および女性に対するリプロダクティブヘルスと性の健康サービス
	4,6	赤ちゃんの十分なチェックとはしかを含む予防接種プログラムの提供
	5	緊急の産科ケアと適切な照会
	5	法律で認められる範囲内での中絶カウンセリング
	5	熟練者の立ち会い、清潔な分娩、産後のケア
	5,6	カウンセリングー家族計画、避妊、中絶後、HIV
	5	性感染症のスクリーニングと治療
	4,5,6	HIV の母子感染予防 (PMTCT)
	4,5,6	血液の安全、注射の安全、感染管理および普遍的予防策
	6	緩和ケアを含む HIV/エイズのケアおよび治療
	6	結核の予防、治療、ケアおよび管理
6	HIV/結核の統合サービス	
健康増進および疾病予防	4,5,6	行動変容
	4,5,6	HIV のカウンセリングおよび検査
	4,5,6	(収入、地理、ジェンダー、年齢などにおいて) 不利な立場にある人々へのアウトリーチによる健康増進および情報プログラム
	6	スティグマおよび差別対策の情報および教育
	4,5,6	年齢および文化的に適切な性およびリプロダクティブヘルス教育とサービス
	6	スティグマおよび差別の予防と管理
	6	蚊帳の使用促進
情報の共有	4,5,6	政策および実践のモニタリング
	4,5,6	保健部門の内外でのネットワーク形成
	4,5,6	知識の交換
	4,5,6	現地に適した、アクセス可能なコンテンツの作成
	4,5,6	新技術の適切な使用

### 課題

MDGsの終了まで残すところ2年となり、MDGsの期限を延長するのか、新たにMDG型の目標を設定するのか、それとも全く新しいシステムにするのかという議論が行われている。交渉は、既に非常に複雑となる恐れがあり、結果は明確さからは程遠い。新しい目標は、詰め込みすぎである（全ての人にあらゆるものを提供することはできない）、ドナー中心でありすぎる（課題の影響を受ける国の優先順位ではなく、先進国のアクターの優先順位に支配される）、規範的すぎる等の潜在的な危険がある（UN System Task Team 2012, p.33）。しかし、新しい目標は、現在のMDGsの欠陥を是正し、21世紀の世界の優先順位を明らかにする重要な機会である。受け入れ可能で、包括的な解決法を見つけるには、プロセスを急ぐのではなく、十分な時間をとる必要がある。

### 「方法」：今後の目標設定プロセス

国連はMDGの後継の主導者、コーディネーターとしてふるまう「公平、中立、グローバルな正当性」をもつ組織である（Vandemoortele 2012, p.14）。そこで、2011年に国連事務総長は、MDGの枠組みを評価し、次に来るべきものは何かを調査する任務を開始した。

50を超える国連機関とその他の国際機関の代表者を集めたポスト2015開発アジェンダに関する国連タスクチームが設立された（付録3参照）。このタスクチームの役割には、特に、MDGsのうち貧困および保健分野に関連する課題の影響を最も強く受ける途上国などのステークホルダーからの情報が十分に得られるように、2015年以降の開発アジェンダ設定の「ロードマップ」の策定が含まれている。このことは、正当性には不可欠である。最初の目標は、大部分が密室で、専門家によりつくられたと批判されてきた。研究者と専門家が貧しい人々の意見を入念に検討しなければ「貧しい人々にとって大切なことを見過ごす」（Sumner 2009）ことはよくある。各国の諮問はすでに始まっており、テーマ別の諮問も設定されたところである（不公平および保健に関するものを含む）。このことは、新しい枠組み設定の鍵となるであろう。

また、26名の「賢人」で構成されるハイレベルパネルが指名され、英国首相、インドネシアとリベリアの大統領が共同議長になった。このパネルには先進国および途上国政府と市民社会の代表も参加している（UN 2012b）。このパネルは、特に持続可能な開発目標のプロセスについて事務総長に助言する（下記を参照）。（メンバーのリストについては付録3を参照）。

さらに複雑なのは、この議論が、以前とは大きく異なる世界を背景に進んでいることである。つまり、先進国は経済危機の影響を被っており、気候変動や人間の安全保障というグローバルな脅威があるため、新しい枠組みがショック主導になる危険性がでてくる（Green 2012）。ひとつの提案は、「予測不能な状況を把握し、目標は意義があり適切であることを確保するために、途中で目標とターゲットをレビューし調整するメカニズム」を取り入れ

ることである (Overseas Development Institute 2012, p.9)。2001 年に MDGs の原型を作り上げた一人である Jan Vandemoortele は、これらの課題の緊急性と MDGs 後継者の開発を慎重に結びつけるべきであると主張し、「ゆっくりと急ぐ」と表現した (Vandemoortele 2009)。プロセスを正しくしなければ、目標は今世紀の半ばまで発展を進めるために必要な正当性を持ってなくなり、意味のないものになる。

## 「目的」：MDGs の教訓をもとに構築する

MDGs の初期から、開発フレームワークに追加すべき、または追加できる課題が議論されている。MDGs に批判はあるが、その上に作り上げていくことが 2015 年以降の目標設定には不可欠と考えられる。アフリカの 32 カ国を対象にした最近の国連アフリカ経済委員会の調査によれば、大多数のステークホルダーは、MDGs が自国の「開発の優先事項として重要であり」、「2015 年以降のアジェンダに入れるべきである」と合意した (Vandemoortele 2012, p.7)。MDGs の強みである明確さ、簡潔さ、測定可能性を保持し、継続性を提供しなければならないが、これまで除外されてきた主要な問題を取り入れるべきという強い要請もある。

## 進捗状況の測定

「人間の幸福格差は、十分にモニタリングされ、報告されない限り、社会がそれに対応する可能性は低い」 (Vandemoortele 2012, p.35) とあるように、MDGs の後継がどのような形をとろうとも、進捗状況は測定できなければならない。前進できなかった場合には政府が責任を負わなければならない。できれば 2030 年、遅くとも 2050 年までには本当の変革を達成できるようスケジュール (データのベースラインはおそらく 2010 年) には十分な時間の余裕をとらなければならない。期間が長いほど、達成できる目標は増えるが、期限が現在の政治的指導者の注意が及ぶ範囲を遥かに超えているため、短期、中期的には政治的意思が弱まる (UN System Task Team 2012, p.37)。中間ターゲットを設定すれば、世界の指導者が 5 年毎に集まって報告する「定量的な基準」として機能して、この「責任の欠如」の克服に役立つであろう (Vandemoortele 2012, p.28)。中間ターゲットの設定は、長期目標の調整または改良につながり、変化する世界状況 (気候変動や新技術など) を反映できる。

MDGs の批判のひとつに、開発レベルの低い国に MDGs 達成という大きな負担を課してしまったというものがある。途上国はベースラインとなる数値が非常に大きいため、例えば、乳幼児死亡率を 3 分の 2 削減するには絶対的に大きな前進を遂げなければならない。国連システムタスクチームの最近の報告では、ターゲット自体を達成しなくても、前進を示すことができる、相対的および絶対的ベンチマークの組み合わせがこの差別を克服するために必要であろうと述べている (UN System Task Team 2012, p.37)。これには、ターゲットと比べた達成レベルだけでなく、進捗速度を測定する方法が必要である (Fukuda-Parr 2012, p.13)。

定期的な報告と正確なデータも必要となる。世界の多くの地域でデータ収集能力を強化することが必要となる。情報も、よりよい方法でリンクする必要がある。例えば「開発の選択は、しばしば健康への影響を考慮することなく決定されている」 (Haines 2012, p.2193) か



らである。データ収集と評価が改善すれば、健康や持続可能性などの目標をより良く測定できるようになり、援助を最も効果的に分配できるようになる。データの入手性は向上したが、多くの貧困国にとっては不十分なままであり、そのような国での能力開発には開発パートナーからの十分に調整された支援と政府の関与が必要である（UN 2012a, p.66）。

## 公平性

MDGs に対する最も痛烈な批判は、マクロ（国家またはコミュニティー）およびミクロ（家族）レベルで不平等を考慮するという目標の失敗であった。不平等と「健康の社会的決定要因」は近年ますます強調されている。例えば、WHO の健康の社会的決定要因委員会の最終報告「世代内の健康格差是正：健康の社会的要因に対する行動を通じた健康の公平性」で「世代内の健康の公平性の達成は可能であり、それは正しいことであり、今が行動すべき時である。」と不平等に対する行動を強く呼びかけている（WHO 2008, p.iii）。

### 不公平のさまざまな形

- 国家レベルでは、それぞれの国はまずスタート地点が異なるが、MDGs はローカルというよりもグローバルなレベルである。したがって、ある国で著しい前進が達成されたとしても、多少の（しかし重要な）前進よりも、目標を達成できなかったという「失敗」のほうが大きくクローズアップされる可能性がある。
- コミュニティーレベルでは、最も恵まれない人々、特に最貧層の、スラム居住者、失業者、先住民やその他の民族的少数者、非識字者の女性を優先するインセンティブがない（Vandemoortele 2012, p.11）。各国の MDGs 達成に向けた進捗報告では、エスニックマイノリティーについて言及されないことが多い。2007 年には「各国の MDG 報告で、8 つの目標にマイノリティーを考慮したものはなかった」（Human Rights Council 2007, p.2）。事実、MDGs は南アフリカのスラム一掃における強制退去など、人権侵害を正当化する口実となったのではないかと議論されている（これを可能にした州法は、その後、南アフリカ憲法裁判所により無効にされている）（OHCHR 2010, p.9）。
- 家庭内でも不平等がはびこっている。例えば、食料の分配では大人も子どもも男性のほうが女性より優先されており、家庭の収入の使い方も、一部の家族に深刻な不利益をもたらしていることがある。例えば、2003 年、フィリピンの最貧困家庭では、健康、教育、衣類に使った金額を合わせたよりも多くの金額がタバコに使われていた。（WHO 2009, p.6）。

公平性を優先できないことに対しては、多数の解決法が提案されている。将来の優先順位を決定する交渉において不利な立場にあるグループの参加を拡大することは大変貴重だと考えられる。例えば、1999 年の「貧しい人々の声」研究（World Bank 1999）では、60 カ国の 60,000 人を超える貧しい人々の意見を集め、貧困と貧困が人々の生活に及ぼす影響に対する理解を変えた。このようなグループの参加は、国家および地方の状況に合わせたターゲット策定にも役立つ。国家の現実に（世界規模の）MDGs を適応させる前例はたくさんある。例えば、タイは、MDGs を大きく拡大し（「MDG プラス」）、新しいターゲットと指標（例えば、心疾患）を採用し、不平等に明確に焦点を当てており、現在では同国における

国連の開発業務に枠組みを提供している（UNDP 2005）。また、スリランカは、2025年までに安全な水への普遍的アクセスを目標に設定し、ケニアとマラウィは、戦略として無料の初等教育を導入している（OHCHR 2010, p.11）。

世界では、国内格差がますます懸念されるようになっており、世界経済フォーラムは、現在、「極端な所得格差」をグローバル・リスクファクターのリストの上位にあげている（発生確率および影響の度合いのいずれにおいても経済へのリスクが高いとしている）（WEF 2012）。データ収集技術が向上し、データの非集計型モニタリングにおいても国内での開発の格差が歴然としている。

不平等を独立したターゲットとするオプションもある。不平等を削減する唯一の政策はないため、不平等を開発枠組みの中心に据えるほうが成功の可能性が高いと考えられる（Vandemoortele 2012, p.31）。例えば、最も不利な立場にある五分位の妊産婦死亡率の低下をターゲットにするなど、世界的なターゲットにおいて社会で最も疎外された人々に焦点を当てることができる。

### 足りないもの－問題になるのか

目標に公平性を取り入れる提案のひとつは、枠組みに人権を取り入れることである。開発に「人権アプローチ」（Hamm 2001などを参照）を入れるには、政府やドナーは全ての人、特に、人権が侵害されるリスクの高い人々を考慮しなければならない。全ての人に適用されなくてはならない権利（例えば、生存権）はいくつかあるが、政府の能力により「漸進的に実現」できるものもある。つまり、徐々に増やし、後戻りさせないということである。現在、懸念されるのは、「大規模な人権侵害が対策として採用されている場合、だれも気づかないということだ。数字をみれば『進歩』ととらえられるのだから。」（Langford 2010, p.88）。

人権は、国際条約の対象になっており、その中心には非差別がすえられている。これらの条約は「市民のおよび政治的」権利（生存権、公正な裁判を受ける権利など）および「経済的、社会的及び文化的」権利（「達成可能な最高水準の身体的・精神的健康を享受する」権利など）をカバーしており、子どもや女性などマイノリティーおよび特定のリスクのある人々を対象にした追加条約もある。どの人権を新しい国際開発の枠組みに入れるべきかについて多くの議論が存在する。ミレニアム宣言は、市民的及び政治的権利に関する課題を含んでいる。例えば、宣言には「民主主義を推進し、法の支配を強化する」（UN 2000, para 24）とあるが、MDGsからは除外された。実際には、人権の中には、無償で初等教育を受ける権利（OHCHR 2010, p.3）などMDGsの先をいくものがある。人権の多くは、直接的または間接的に健康とつながっている。

しかし、全ての人権を含もうとすれば、新たな一連のターゲットはコントロールできなくなり、全ての懸念に対応しようとして全体を達成できなくなる危険性がある。人権に関しては、すでに独自の条約の対象となっているため、ターゲットと人権を「代替となるものではなく、補完するもの」とみるほうがおそらく好ましいであろう。「ポスト 2015年のアジェンダの包括的な目標は、人権に関する用語を用いて形成できる…。その後、徐々にこ

これらの権利を実現するために、数値ターゲットを足がかりとして設定できる」(Vandemoortele 2012, p.27-8)。

人権だけが、MDGの枠組み外という訳ではないが、今やその組み込みが強く要求されている。例えば、1990年以来、多くの低所得国および中所得国における大部分の疾病負荷は、感染症から非感染性疾患(NCDs)へと劇的に移行した。2005年から2015年までに、アフリカにおけるNCDsによる死亡は27%増加すると推定されており、東南アジアでは感染症による死亡は16%減少し、NCDによる死亡は21%増加すると推定されている(WHO 2012)。これらの疾病は、脂肪や塩分、糖分の多い不健康な食事、アルコールの有害な摂取、身体活動レベルの低さ、喫煙などのライフスタイルの変化によりもたらされる(WHO 2011, p.16)。この疾病負荷の多くはこれらのリスクファクターに対処すれば予防でき、発症したとしても、合併症のリスクを低減させる治療が多く存在する。成人の良好な健康は、経済発展に不可欠であり、新しい流行病の経済、社会、心理的影響が非常に大きくかつ増大しているときに、NCDsという新しい負荷に取り組むことなくMDGs全体を達成できるかは疑わしい。そして、最大のリスクファクターは喫煙で、喫煙により2010年には600万人、つまり低所得および中所得国に住む人の80%近くが死亡したと推定されるため(American Cancer Society 2012, p.16)、明らかにターゲットの候補となる。マルタ、パナマ、スロベニア、南アフリカなど、一部のNNAsは、NCDの課題に取り組むため、すでに会員に情報を提供し、教育をしている(C3 Collaborating for Health 2010)。

他にMDGsから除外されている領域には、無償の初等教育、安全かつ手頃な水へのアクセス、HIV/エイズによる孤児への目に見える支援、女性に対する暴力の削減、公正な貿易、社会保障、児童労働がある(Langford 2010, p.84などを参照)。一部の国では、すでに自国のMDG計画にターゲットを追加している。タイは、2015年までに普遍的高等学校教育を達成することをターゲットとしており、特に恵まれない地域の貧困に関する指標を設け、心疾患の有病率と死亡率を測定している(UNDP 2005, pp.8-9)。しかし、こうした課題のリストは尽きることがないため、手に負えなくなる危険性がある。さまざまな国で、看護師は現在の目標における格差とポスト2015年の目標に入れる優先順位について明確な見解を持っており、NNAsは、その声が届くよう、国内および国際的なアドボカシーとロビー活動を行い、他のグループや組織とパートナーシップを構築することができる。

最後に、新しい一連の目標は、将来性を考えたものでなければならない。人口動態は急速に変化しており、世界の多くの地域で急激に高齢化が進んでいる。人口は2050年には90億人に達しようとしている。食料不足は大きな問題になりつつある。不安定な状況と紛争は、貧困と気候変動により引き起こされることが多いが、世界の多くの地域に災厄をおこしている。テロの脅威の増大、インターネットなどの新技術により生じる独自の機会と課題(インターネットへのアクセスがないことは新しい潜在的な不平等)、疾病パターンの変化、特に非感染性疾患とメンタルヘルスの課題への移行、そして、最後に気候変動が地球上のすべてのもののライフスタイルと生活を変えるよう根本的な脅威を与えている。これら全てを新しい目標では考慮する必要がある。

## 関与：資金提供とパートナーシップ

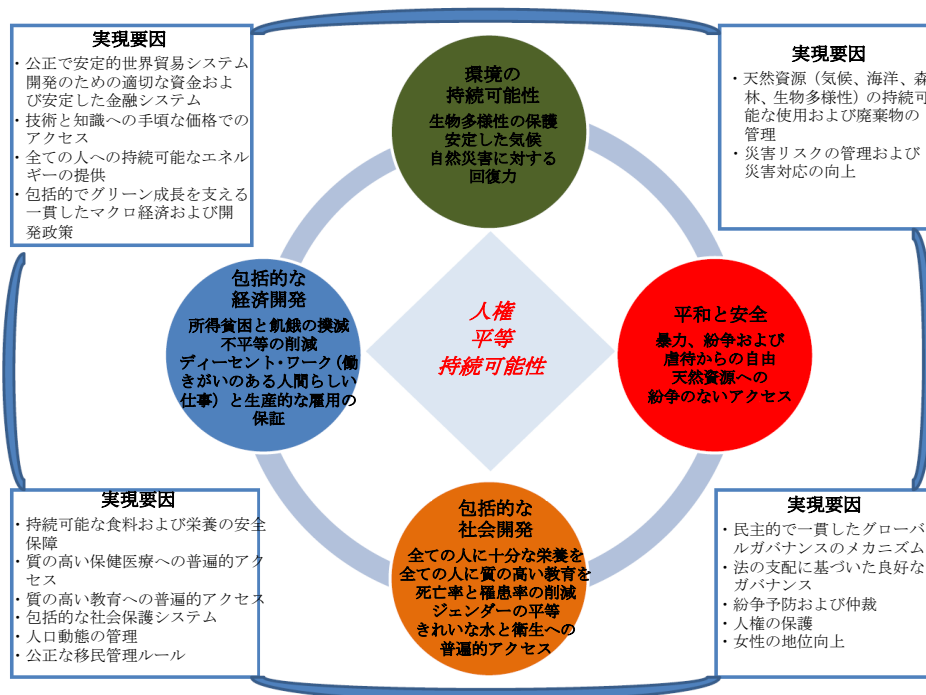
MDGの後継の大きな課題のひとつは、世界規模の深刻な経済危機の際に作成されようとしていることである。景気がよいときでも、先進国の約束はほとんど実施されなかった。例えば、2005年にG8諸国は、アフリカへの開発援助を2倍にすると約束したが（Fukuda-Parr 2012, p.5）、達成したのはわずか数カ国であった。海外開発援助（ODA）に関する国連の目標は、供与国の国民総所得の0.7%であったが、実際は平均で0.31%に過ぎなかった。2010年にアフリカが受け取った金額は、約450億ドルに過ぎず、目標額よりも160億ドル少なかった（OHCHR 2010, p.15）。常にこの金額を増やそうとの呼びかけはあるが（UN 2012, para 258）、今後、締め付けはさらに厳しくなると考えられる。過去の金融危機では、供与国による援助は数年間増加した後に激減し、15年間は元の水準に戻らなかった（World Bank 2009, p.9）。このパターンが繰り返される可能性があるため、新しい一連の開発目標にODAの著しい増加が伴うと考えるのは非現実的である。

その代わり、よりよい報告要件、苦情メカニズムの改善、民間部門との良好なパートナーシップ（パートナーシップに関するMDG 8を基に構築）、天然資源のロイヤルティー増額や金融取引税などの新しい収入源（Green 2012）など、パートナーシップと支援を構築する別のやり方に目を向ける時期に来ているといえる。非感染性疾患について国連が強調しているように、開発には「社会全体」アプローチが必要である（UN 2011, para.33）。全般的なパートナーシップが、新しい関与を実行する最も効果的な方法のひとつであると考えられる。

## 持続可能な開発目標：新しいアプローチか。

MDGsの将来に関する現在の不透明さに、持続可能な開発目標（SDGs）という世界的な目標が加わった。これは、MDGsのように世界規模で適用されるが、MDGsとは異なり、炭素排出やその他の気候関連の問題について先進国に厳しいターゲットを設定する可能性がある。SDGsは、2012年5月にリオの国連持続可能な開発会議（「リオ+20」といわれる）で議論された。リオ+20の成果文書では、SDGsは「国連2015年以降の開発アジェンダとの一貫性を有し、統合されなければならない」と述べられている（Rio 2012, para.249）。このことから、MDGのアジェンダと持続可能な開発プロセスが一体となる可能性が示唆される。これは、環境の持続可能性と貧困撲滅のアジェンダをひとつにするすばらしい機会である。

ポスト2015国連開発アジェンダに関する国連タスクチームは、2015年以降の開発に関する枠組みを策定し、SDGsとMDGsを結びつける基盤を提供している（図参照）（UN System Task Team 2012:図1）。しかし、SDGsがMDGsの上位にくるのか、MDGsを補完するのか、それともMDGsに取って代わるのかはまだわかっていない。MDGsと同様、SDGsで設定されたターゲットは政治的サイクルを超えるため、ターゲットの漸進的な達成のインセンティブとなるような革新的な方法を生み出すことは今後も課題である。



環境保護主義者はリオの結果（気候変動対策における強い指導力の発揮できなかったこと）に失望したが、ひとつの肯定的な結果は、成果文書で健康が「持続可能な開発の前提条件、結果および指標である」（Rio 2012, para.138）とはっきりと認識されたことである。健康と環境の持続可能性に取り組む「ウィン-ウィン」関係の認識は高まっている。例えば、途上国で低炭素技術の向上に取り組むことによって、雇用を提供し、汚染を低減できる（いずれも健康に貢献）のみならず、炭素の排出量取引枠組みが導入されればエネルギー価格の低下にもつながる（Institute of Development Studies 2009）。さらに、都市が「活動的な移動」（歩行および自転車）を促進することで健康上の利益が生じ、汚染が減少し、身体活動が増加する（肥満と、その結果生じる非感染性疾患が減少する）。

Beyond 2015 という NGO は、MDG の後継の目標がどのように SDGs 提案と結びつくかを含め、2015 年以降の枠組みの作成に影響を及ぼすためにキャンペーンを行っている（Beyond 2015 2012）。この NGO は 300 を超える市民社会の組織をまとめ、ウェブサイト（[www.beyond2015.org](http://www.beyond2015.org)）では交渉の進捗に合わせて、健康の問題を含む最新情報が掲載される予定である。

## 結論：主な課題

「持続可能な開発」と「開発」をどのようにまとめるかだけでなく、ポスト 2015 年開発アジェンダについては多くの不確定な点がある。新しい一連のグローバル目標は、包括性と明瞭性のバランスを取らなければならない、信頼を損なうほど面倒であってはならないが、意味がないほど基準を低く設定してはならない。目標は、最も影響を受ける人々と協議して設定しなければならない、可能な限り最も恵まれない人々の参加を求め、交渉は透明で、

決定は説明可能なものでなければならない。人権に関する言語は、目標の枠組みの形成に有用であり、漸進的な実現という人権の概念を中心に据えることができるだろう。最後に、政治的な意思を確保するためには暫定ターゲットを設定し、報告メカニズムにより説明責任を明らかにしなければならない。

このタスクは大きく複雑であり、一見妥当に見えるさまざまな懸念に対処する必要がある。これらの懸念は全て、急速に変化する不安定な MDG 後の世界において重要な位置を占めようと競い合っているが、これによって我々の挑戦が阻まれることがあってはならない。

## 第5章 MDGs 達成および 2015 年以降の持続可能性 における NNAs と看護 師の役割

### 勢いの継続

看護師は、MDGs の実現に向けて、また 2015 年以降に持続可能な目標と結果を作り、実現できるよう、多くのことを行ってきており、さらに貢献することができるであろう。遠隔地のプライマリケアに従事する個々の看護師から、国レベルおよび国際的なレベルのリーダーまで、看護師は、適切なケアとサービスを提供し、制度、環境および政策を変革し、健康アウトカム改善に必要な資源と条件を確保するよう努力している。看護師は、最大限に貢献するためには、自信を持って大胆に活動し、意欲的に共有、協力し、今日までの前進と成功の上に新たな実績を築いていかなければならない。さらに、成功にいたらなかった取組み、プロジェクトやプログラム、もしくは好ましくない結果や意図しない結果に終わったプロジェクトやプログラムから学ばなければならない。

各国看護師協会 (National Nurses Associations: NNAs) は、看護師に情報提供、助言、奨励および支援を行い、さらに草の根から政府への情報とコミュニケーションの自由な流れの伝達路として適任である。NNAs は、国レベルおよび国際的なレベルの保健セクターの内外で看護の関与に焦点をあてる。NNAs は、引き続き政府などと協力して保健システムを強化し、人員不足、教育不足、不十分な配置など看護師の貢献の最大化に必要な条件をつくり出さなければならない。

NNAs が会員を再び活気づけ、2015 年に向けて MDGs 達成の努力を促し、2015 年以降のジェンダに影響を及ぼすために情報を提供し、体勢を整える時が来ている。

### パートナーシップ、ネットワーク、同盟

看護師は、自分たちの意見が聞き入れられておらず、孤立し、重要な構造やプロセス、意思決定から排除されていると感じることが往々にある。しかし、MDGs に全世界、国、地方の注目が集まることで、パートナーシップを構築し、提携を行う機会が多く得られた。「取組みの重複を避け、現在の進捗に持続可能性が保たれるように、看護師は自らの戦略を世界保健機関 (WHO) や国連など多国籍機関による既存の枠組みと歩調を合わせていく必要がある。」 (Amieva and Ferguson 2012)。

NNAs は、政策、サービスおよびケアの構築において提案を強化するために、以下を行えば、優れた、持続可能なアウトカムが得られる可能性が高くなる。

- 他職種、グループおよび組織と協調し、ネットワークと戦略的同盟を構築する。

- 地方、国、国際レベルで他の枠組みおよび戦略と提携し、関心を共有し、重複を回避し、共通の成果に向けた活動をまとめることで達成できる相乗効果を強調する。
- WHO の 2011 年～2015 年看護および助産サービスの戦略的方向性（WHO 2010）を幅広い協力活動の枠組みとして使用し、MDGs 達成のために自国内で技術支援および能力開発を最も必要とする分野に優先順位を付け、主要なパートナーおよびステークホルダーと協力して戦略と業務のプログラムを開発、実施、モニタリング、評価する。
- 既存のコミュニケーションチャンネルを基盤として、問題や進展について会員に最新情報を提供し、解決法、成功、優れた実践事例と学びなど、ケアとサービス向上の取り組みと経験を共有するネットワークを提供する。
- 世界規模の看護コミュニティ内で国際的なネットワーク活動の中心となり、草の根会員を国家組織や国際機関と結びつける。
- 2015 年までに、「全ての人に保健医療情報を」（Healthcare Information for All by 2015: HIFA [www.hifa2015.org](http://www.hifa2015.org)）や「国際保健看護・助産」（Global Health Nursing and Midwifery [www.ghdonline.org/nursing/](http://www.ghdonline.org/nursing/)）など、保健コミュニティ間で情報、アイデア、経験の交換を促進するグローバルネットワークに関わるよう会員に促す。
- 特に、2015 年までに MDGs 達成に向けて可能な限り前進するよう圧力が強まっていることから、政府、NGOs、研究教育機関、該当する場合は民間部門、ドナー、資金提供者のみならず助産師、医師、コミュニティヘルスワーカーなど医療チームのメンバーと協力し、パートナーとなる機会を作り、利用する。

## 知識およびスキル

看護師が効果的な貢献をするためには、何をすべきか、またどのようにすべきかを知る必要がある。それには、臨床実践と管理、教育と研修、政策決定、政治・影響力、研究開発、エビデンスの普及と使用などのスキルを含む幅広い知識、スキルおよび能力が必要である。

NNAs は、これらの問題に対応し、看護労働力の能力開発と貢献を作り出す重要な役割を担っている。NNAs は、以下のことが可能である。

- その地域の背景をふまえて MDG の進捗状況と優先的活動に関する情報を解釈し、普及することで、看護師がその地域と国家レベルの前進と戦略を知り、適切に関与できるようにする。
- 保健医療サービスへのアクセスが少なく、満たされていない健康ニーズが多いと思われる障害者などに対して、ライフサイクルおよびケアの連続性を通じて現地のコミュニティのニーズに最も合った持続可能な方法でサービスが実施できるよう革新的なアプローチを促進、開発する。



- 適切なタスク・シフティングと、これまでと異なる新たな状況におけるサービス提供により、利用できる資源と労働力を最大限に活用し、看護師が関与対象とする範囲を広げる。
- 自国内外のパートナーと協力して、エビデンスに基づく実践のガイドラインを作成、実施し、現場で結果を出すことで影響力を示す。
- MDGs の達成に関する特別な課題に対処するために、能力ベースの教育と基礎教育後の研修プログラムを開発、実施する。
- 学術的なパートナーなどと協働して、進捗状況の追跡および報告に貢献する。健康と政策のオプションについてのエビデンスを作成する。費用対効果の高い看護および助産サービスと保健分野の MDGs への影響に関するエビデンスの基盤ベースを構築する。

## アドボカシーおよびロビー活動

看護師は、個人／専門職レベルから政策変更／制度レベルまでアドボカシーおよびロビー活動に従事できる (ICN 2008b)。国内および国際的な注目が MDGs に集中しているため、看護師は、制度、プロセスおよび政策を変更し、患者、コミュニティ、政策決定者、政府などによる意思決定に影響を及ぼす戦略的行動をとる多くの機会が与えられた。さらに、国際的に MDGs が注目されていることで、(保健医療専門職による直接的アドボカシーで政策が変えられないような国においても) 看護師や他の人々は、適切な国際アドボカシーグループとのつながりを強め、そのような経路を通じて変化と改善の達成を追求することができる。

アドボカシーやロビー活動が効果的なものとなるように、NNA が何を達成しようとしているのか、誰に影響力を及ぼそうとしているのか、いつ、どこで行えば NNA の活動やアプローチの影響が最大になるのかを明確にする必要がある。

第 3 章で紹介した MDG 加速フレームワーク (MAF) は、看護師をはじめとする人々が一緒に実施し、提唱できる具体的な臨床的および非臨床的問題を明らかにした。アドボカシーキャンペーンは、経済、労働条件、安全性の問題、訓練、移動またはその他の原因によるものであろうとなかろうと、住宅、教育、水と衛生、労働力不足、および、国内や国家間の不均衡などの根底にあるより広い問題にも取り組むことができる。NNA は、やるべき業務を実行するための資源を得るために、アドボカシーとロビー活動を地方および国レベルで実施するのに最適な立場にある。

NNA、他の看護グループや個人は、以下の ICN の 10 段階からなるアドボカシーの枠組み (ICN 2008b, p.11) を用いて、特定の目標、ターゲットまたは指標の達成に向けて前進するために焦点を絞ることができ、また、これを 2015 年以降のアジェンダに影響を及ぼすためにも用いることができる。

- 1) 行動を起こすー行動の障害となるものを克服する。代表する、付き添う、権限を付与する、仲介する、モデルとなる、交渉する、ネットワークを作るなどさまざまな役割を引き受ける。
- 2) 自分にとっての問題を選択するー重要かつ達成可能な問題を特定し、注意を向ける。
- 3) 政治的背景を理解するー影響を及ぼすべき重要人物を特定する。誰がどのように意思決定をしているのか、どのように実施、実行され、評価されているのかを理解する。
- 4) エビデンスの基盤ベースを構築するー問題を理解し、支援者と反対者を理解することを含めて、関係者の潜在的な役割を把握する。
- 5) 他者を巻き込むー重要人物／組織の支援を勝ち取る。患者とコミュニティー自身が提唱できるよう、力づけ、彼らを支援する。
- 6) 戦略的計画を策定するー目標と目的、および、進捗状況を追跡し、目標を達成する最良の方法を集団で特定する。確実に一歩ずつステップを踏み、長期的なビジョンを達成する。
- 7) メッセージを伝え、計画を実施するー実施すべき措置を含むシンプルで簡潔かつ、状況に合わせて作ったメッセージを伝達する。対立する利益団体の取り組みに対処する。
- 8) 機会を捉えるー最大の効果を得られるよう介入と行動の時期を選ぶ。機会を作る、または捕らえる。
- 9) 責任を果たすー明確に定義された目的に照らして進捗状況と影響をモニタリングし、評価する。
- 10) 健康開発への触媒となるー持続可能性を確保できるよう戦略的計画、ネットワーク、コミュニケーション等のプロセスを通じて能力を開発する。

## 結論

MDGs は、行動と資源分配のための明確な世界的焦点を提示してきた。看護師は、MDGs の達成に貢献するために、政治的なスキルを身につけ、あらゆるレベルでさまざまなパートナーと交渉し、最も疎外され、サービスが不十分なコミュニティーなどに適切なサービスを提供できるようになった。また、看護師は非常に柔軟に、革新的かつ勇気を持って新しい役割とサービスを作り上げ、発展させてきた。MDGs の欠点のいくつかについてはこれまでの章で議論したように、完璧な制度やアプローチなどはないが、一致した焦点をもつことから得られる利点は極めて大きい。

2015 年に向けて、看護師は、MDGs を達成し、世界の最も貧しく、疎外され、恵まれないコミュニティーの健康ニーズを満たすために、障壁と課題を乗り越えるよう求められている。

第4章で述べた通り、2015年以降の状況がどうなるかは明らかでない。新しいアジェンダに取り組むだけでなく、各国で全てのMDGsの達成に向けて努力を続け、焦点や資源の変化によってこれまでに達成した進歩が失われないようにしなければならない。

しかし、明らかなことがひとつある。新しいアジェンダに健康が明示されていなくても、健康は今後の世界の発展を支える欠かすことのできない要因である。疾病負荷の変化、気候変動が健康、開発、環境の持続可能性に及ぼす影響によって、世界中の看護師は、立ち上がって課題に取り組み、国際社会の健康と福祉のために新しいアジェンダを作成し、実現するよう求められている。



関連 ICN ファクトシート

以下のファクトシートは、ICN ウェブサイトに掲載。 [www.icn.ch/publications/fact-sheets/](http://www.icn.ch/publications/fact-sheets/)

[Adherence to Long Term Therapy](#)  
[Antimicrobial Resistance](#)  
[Childhood Nutrition](#)  
[Going, Going, Gone: The Nursing Presence in the World Health Organization](#)  
[Health and Human Rights](#)  
[HIV/AIDS in the European Union](#)  
[Immunisation Safety: An Essential Nursing Function](#)  
[Immunisation Safety: Safe Waste Disposal Practices Save Lives](#)  
[Infection Control](#)  
[Mainstreaming a Gender Perspective into the Health Services](#)  
[Male Circumcision](#)  
[Maternal and Infant Nutrition](#)  
[Medication Errors](#)  
[Men's Health](#)  
[Mobilising Nurses for HIV/AIDS Prevention and Care](#)  
[The Nursing and Social Care Interface](#)  
[Nursing Sensitive Outcome Indicators](#)  
[Occupational Stress and the Threat to Worker Health](#)  
[Palliative Care](#)  
[The Paris Declaration](#)  
[Pneumococcal Pneumonia](#)  
[Positive Practice Environments](#)  
[Positive Practice Environments: Meeting the Information Needs of Health Professionals](#)  
[Poverty and Health: Breaking the Link](#)  
[Preventing Needlestick Injuries](#)  
[Provider-initiated HIV Testing and Counselling \(PITC\) in Health Care Facilities](#)  
[Selecting Safer Needle Devices](#)  
[Sexually Transmitted Infections](#)  
[Tuberculosis](#)  
[Tuberculosis Exposure in the Health Care Setting: Prevention of Occupational Transmissions](#)  
[The Vaccine Cold Chain: Maintaining Cool Links](#)  
[The WHO 'Treat 3 million by 2005' \(3x5\) Initiative](#)  
[Women's Health](#)

## 関連 ICN 所信声明

以下の所信声明は、ICN ウェブサイト [www.icn.ch/publications/position-statements/](http://www.icn.ch/publications/position-statements/) に掲載。

### A. ヘルスケア・サービスにおける看護の役割

#### A. Nursing roles in health care services

抗菌剤耐性(2004)

Antimicrobial resistance (2004)

母乳哺育(2004)

Breastfeeding (2004)

母乳代用品の配布と利用(2004)

Distribution and use of breast milk substitute(2004)

女性性器切除の撤廃(2010)

Elimination of female genital mutilation (2010)

移住者・難民・避難民のためのヘルスサービス(2006)

Health services for migrants, refugees and displaced persons (2006)

HIV 感染と AIDS (2008)

HIV infection and AIDS (2008)

看護およびヘルスケア・サービスの管理 (2000)

Management of nursing and health care services(2000)

メンタルヘルス(2008)

Mental health (2008)

臨死患者とその家族にケアを提供する看護師の役割 (2006)

Nurses' role in providing care to dying patients and their families(2006)

女性の健康 (2012)

Women's health(2012)

### B. 看護専門職

#### B. Nursing profession

看護補助者(2008)

Assistive or support nursing personnel(2008)

職業上の責任と一般市民の権利としての継続的コンピテンス(2006)

Continuing competence as a professional responsibility and public right (2006)

看護研究(2007)

Nursing research (2007)

### C. 看護師の社会経済福祉

#### C. Socioeconomic welfare of nurses

看護師の労働安全衛生 (2006)

Occupational health and safety for nurses (2006)

看護／助産職員への HIV/AIDS の影響 (2008)

Reducing the impact of HIV infection and AIDS on nursing and midwifery personnel (2008)

看護師の社会経済福祉 (2010)

Socioeconomic welfare of nurses (2010)

#### D. ヘルスケア・システム

##### D. Health care systems

保健医療職の人的資源開発 (2007)

Health human resources development (HHRD)(2007)

看護師とプライマリ・ヘルスケア (2007)

Nurses and primary health care (2007)

看護と開発 (2007)

Nursing and development(2007)

ヘルスサービスの意思決定と政策立案における看護師の参加 (2008)

Participation of nurses in health services decision-making and policy development (2008)

患者の安全 (2012)

Patient safety (2012)

看護の価値とコスト効果の促進 (2001)

Promoting the value and cost-effectiveness of nursing (2001)

アクセス可能な公的保健医療サービス (2012)

Publicly funded accessible health services (2012)

#### E. 社会的な問題

##### E. Social issues

偽造医薬品 (2010)

Falsified/Counterfeit medicines(2010)

医療廃棄物：看護師および看護の役 (2010)

Health care waste: role of nurses and nursing(2010)

医療保健情報：患者の権利保護 (2008)

Health information: protecting patient rights(2008)

患者への情報提供 (2008)

Informed patients (2008)

看護師、気候変動と保健 (2008)

Nurses, climate change and health(2008)

看護師と人権 (2011)

Nurses and human rights(2011)

児童の権利 (2008)

Rights of children(2008)

清浄な水への普遍的アクセス (2008)

Universal access to clean water (2008)

ポスト 2015 開発アジェンダに関する国連システムタスクチーム  
(The UN System Task Team on the Post-2015 Development Agenda )  
及びハイレベル・パネル

ポスト 2015 開発アジェンダに関する国連システムタスクチーム

ポスト 2015 開発アジェンダに関する国連システムタスクチームは、50 以上の国連組織と国際機関を結集する。

Its membership is:

- Department of Economic and Social Affairs (DESA), co-chair
- United Nations Development Programme (UNDP), co-chair
- Convention on Biological Diversity (CBD)
- Department of Public Information (DPI)
- Economic Commission for Africa (ECA)
- Economic Commission for Europe (ECE)
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)
- Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA)
- Executive Office of the Secretary-General (EOSG)
- Food and Agricultural Organization of the United Nations (FAO)
- Global Environment Facility (GEF)
- International Atomic Energy Agency (IAEA)
- International Civil Aviation Organization (ICAO)
- International Fund for Agricultural Development (IFAD)
- International Labour Organization (ILO)
- International Maritime Organization (IMO)
- International Monetary Fund (IMF)
- International Organization for Migration (IOM)
- International Telecommunication Union (ITU)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
- Non-Governmental Liaison Service (NGLS)
- Office of the Deputy Secretary-General (ODSG)
- Office of the High Commission for Human Rights (OHCHR)
- Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States (OHRLLS)
- Office of the Special Advisor on Africa (OSAA)
- Peacebuilding Support Office (PBSO)
- United Nations Children's Fund (UNICEF)
- United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD)
- United Nations Convention to Combat Desertification (UNCCD)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
- United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment of Women (UN Women)
- United Nations Environment Programme (UNEP)
- United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC)
- United Nations Fund for International Partnerships (UNFIP)
- United Nations Global Compact Office
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)
- United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)



- United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR)
- United Nations Institute for Training and Research (UNITAR)
- United Nations Millennium Campaign
- United Nations Office for Outer Space Affairs (UNOOSA)
- United Nations Office for Project Services (UNOPS)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
- United Nations Population Fund (UNFPA)
- United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA)
- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination Secretariat (CEB)
- United Nations University (UNU)
- United Nations Volunteers (UNV)
- United Nations World Tourism Organization (UNWTO)
- Universal Postal Union (UPU)
- World Bank
- World Food Programme (WFP)
- World Health Organization (WHO)
- World Intellectual Property Organization (WIPO)
- World Meteorological Organization (WMO)
- World Trade Organization (WTO)

出典: [www.un.org/millenniumgoals/pdf/Task%20Team%20member%20entities.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Task%20Team%20member%20entities.pdf)

## 26 人の有識者ハイレベル・パネル

26 人の有識者ハイレベル・パネルのメンバーは以下となる。

共同議長:

- President Susilo Bambang Yudhoyono (Indonesia)
- President Ellen Johnson Sirleaf (Liberia)
- Prime Minister David Cameron (United Kingdom)

その他メンバー:

- Fulbert Gero Amoussouga (Benin)
- Vanessa Petrelli Corrêa (Brazil)
- Yingfan Wang (China)
- Maria Angela Holguin (Colombia)
- Gisela Alonso (Cuba)
- Jean-Michel Severino (France)
- Horst Kohler (Germany)
- Abhijit Banerjee (India)
- Naoto Kan (Japan)
- H.M. Queen Rania of Jordan (Jordan)
- Betty Maina (Kenya)
- Sung-Hwan Kim (Republic of Korea)
- Andris Piebalgs (Latvia)

Patricia Espinosa (Mexico)  
Paul Polman (Netherlands)  
Ngozi Okonjo-Iweala (Nigeria)  
Elvira Nabiullina (Russian Federation)  
Graça Machel (South Africa)  
Gunilla Carlsson (Sweden)  
Emilia Pires (Timor-Leste)  
Kadir Topbas (Turkey)  
John Podesta (United States of America)  
Tawakel Karman (Yemen)  
Amina J. Mohammed, the Secretary-General's Special Adviser on Post-2015  
Development Planning (ex-officio)

メンバー略歴は、国連事務総長のプレスリリース（2012年7月31日）を参照：  
[www.un.org/News/Press/docs/2012/sga1364.doc.htm](http://www.un.org/News/Press/docs/2012/sga1364.doc.htm)

## 參考資料

- American Cancer Society and World Lung Federation (2012). The Tobacco Atlas (4<sup>th</sup> edition). Available at: [www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco Atlas 4 entire.pdf](http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco Atlas 4 entire.pdf)
- Amieva S and Ferguson S (2012). 'Moving forward: nurses are key to achieving the United Nations Development Program's Millennium Development Goals', *International Nursing Review* 59(1): 55–8. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00944.x/abstract>
- Beyond 2015 (2012). 'Sustainable Development Goals and the relationship to a post 2015 global development framework: a Beyond 2015 discussion paper'. Available at: <http://www.stakeholderforum.org/fileadmin/files/Beyond%202015%20MDG-SDG%20relationship.pdf>
- Binka F, Bawah AA, Phillips JF, Hodgson A, Adjuik M and MacLeod B (2007). 'Rapid achievement of the child survival millennium development goal: evidence from the Navrongo experiment in Northern Ghana', *Tropical Medicine & International Health: TM & IH* [serial online] 12(5): 578–83. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01826.x/abstract>
- C3 Collaborating for Health (2010). Global nursing project. Available at: [www.c3health.org/c3activities/health-professionals/global-nursing-project/](http://www.c3health.org/c3activities/health-professionals/global-nursing-project/)
- C3 Collaborating for Health (2011). The UN High-level Meeting on the Prevention and Control of NCDs (New York, 19–20 September 2011) and Associated Side-Events. Available at: <http://www.c3health.org/wp-content/uploads/2009/09/Complete-write-up-of-UN-HLM-and-side-events-v-2-20111108.pdf>
- Chan M (2007). Address to WHO staff, Geneva. Available at: [www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html)
- Fukuda-Parr S (2012). 'Should global goal setting continue, and how, in the post-2015 era?' (DESA Working Paper No. 117). Available at: [http://www.un.org/esa/desa/papers/2012/wp117\\_2012.pdf](http://www.un.org/esa/desa/papers/2012/wp117_2012.pdf)
- Green D (2012). 'Rio+20's sustainable development goals should reflect today's world', *The Guardian* blog, 15 June. Available at: <http://www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2012/jun/15/rio20-sustainable-development-goals>
- Haines A, Alleyne G, Kickbusch I and Dora C (2012). 'From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development', *The Lancet* 379: 2189–97. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60779-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60779-X/fulltext)
- Hamm BI (2001). 'A human rights approach to development', *Human Rights Quarterly* 23(4): 1005–31. Available at: [http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/human\\_rights\\_quarterly/v023/23.4hamm.html](http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/human_rights_quarterly/v023/23.4hamm.html)
- Hulme D and Fukuda-Parr S (2009). 'International norm dynamics and "the end of poverty": understanding the Millennium Development Goals'. Available at: [www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-9609.pdf](http://www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-9609.pdf)

Human Rights Council (2007). 'Achieving the Millennium Development Goals (MDGs) for minorities: a review of MDG country reports and poverty reduction strategies' (A/HRC/4/9/Add.1, March 2007), Available at:  
[http://hurilink.org/tools/AchievingMDGsfor\\_Minorities--Report\\_of\\_independent\\_expert.pdf](http://hurilink.org/tools/AchievingMDGsfor_Minorities--Report_of_independent_expert.pdf)

International Council of Nurses (2003). Nurses Fighting AIDS Stigma, Caring for All: International Nurses Day Kit Available at:  
<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2003.pdf>

International Council of Nurses (2008a). Leadership Bulletin No. 15, April 2008. Available at:  
[www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/lfc/15\\_Leadership\\_Bulletin\\_April\\_2008.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/lfc/15_Leadership_Bulletin_April_2008.pdf)

International Council of Nurses (2008b). Promoting Health: Advocacy Guide for Health Professionals. Available at:  
[http://www.whpa.org/PPE\\_Advocacy\\_Guide.pdf](http://www.whpa.org/PPE_Advocacy_Guide.pdf)

International Council of Nurses (2010). Unpublished report on the evaluation of the ICN TB/MDR TB Training project.

Institute of Development Studies (2009). 'After 2015: pro-poor low carbon development'. Available at: [www.ids.ac.uk/files/dmfile/IF9.4.pdf](http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/IF9.4.pdf)

The Lancet (2010). Series on neglected tropical diseases (2010). Available at:  
[www.thelancet.com/series/neglected-tropical-diseases](http://www.thelancet.com/series/neglected-tropical-diseases)

Langford M (2010). 'A poverty of rights: six ways to fix the MDGs', IDS Bulletin 41(1): 83–91. Available at:  
<http://www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/malcolml/Poverty%20of%20Rights.pdf>

National Expert Commission (2012). 'A nursing call to action: The health of our nation, the future of our health system' (Canadian Nurses Association, Ottawa). Available at:  
[http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC\\_Report\\_e.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC_Report_e.pdf)

Office of the High Commissioner on Human Rights (OHCHR) (2012). Human Rights and the Millennium Development Goals in Practice: A review of country strategies and reporting. Available at: [www.ohchr.org/Documents/Publications/HRAndMDGsInPractice.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRAndMDGsInPractice.pdf)

Overseas Development Institute (2012). 'Post-2015 health MDGs':  
<http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7736.pdf>

Rio 2012: United Nations, Outcomes Document of the Rio+20 conference, The Future we Want: [www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html](http://www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html)

Sumner A (2009). 'Beyond 2015', The Broker (14 May 2009). Available at:  
<http://www.thebrokeronline.eu/Articles/Beyond-2015>

United Nations (2000). United Nations Millennium Declaration (Resolution A/RES/55/2, 18 September 2000): Available at: [www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm/](http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm/)

United Nations (2001). Millennium Development Goals: Available at:  
<http://www.un.org/millenniumgoals/>

United Nations (2005). UN Millennium Project, Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals (2005): Available at: [www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf](http://www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf)

United Nations (2011). United Nations, Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/66/L.1): Available at: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1)

United Nations (2012a). United Nations, The Millennium Development Goals Report 2012: Available at: [www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html](http://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html)

United Nations (2012b). UN Press Release, 'UN secretary-general appoints High-level Panel on post-2012 development agenda', 31 July: Available at: [http://www.un.org/millenniumgoals/Press%20release\\_post-2015panel.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/Press%20release_post-2015panel.pdf)

United Nations (2012c). Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart: Available at: [www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012\\_Progress\\_E.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012_Progress_E.pdf)

United Nations System Task Team (2012). UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, Realising the Future We Want for All: Report to the Secretary-General: Available at: [www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post\\_2015\\_UNTTreport.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_UNTTreport.pdf)

UNAIDS (2012). 'Together we will end AIDS': Available at: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296\\_UNAIDS\\_TogetherReport\\_2012\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296_UNAIDS_TogetherReport_2012_en.pdf)

United Nations Development Programme (UNDP) (2005). MDG-Plus: A Case Study of Thailand: Available at: [http://www.undg.org/archive\\_docs/6839-MDG\\_plus\\_a\\_case\\_study\\_of\\_Thailand.pdf](http://www.undg.org/archive_docs/6839-MDG_plus_a_case_study_of_Thailand.pdf)

United Nations Development Programme (2011). MDG Acceleration Framework 2011 Available at: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/MDG%20Strategies/MAF%20Operational%20Note.pdf>

Vandemoortele J (2009). 'Taking the MDGs beyond 2015: hasten slowly': Available at: [www.devstud.org.uk/downloads/4b9ea0272d30b\\_Vandemoortele\\_PAPER.pdf](http://www.devstud.org.uk/downloads/4b9ea0272d30b_Vandemoortele_PAPER.pdf)

Vandemoortele J (2012). 'Advancing the global development agenda post-2015: some thoughts, ideas and practical suggestions' (background paper prepared for the Experts Group Meeting to support the advancement of the post-2015 UN development agenda, February 2012): Available at: [www.un.org/millenniumgoals/pdf/jan\\_vandemoortele\\_Aug.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/jan_vandemoortele_Aug.pdf)

World Bank (1999). Voices of the Poor study: Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20622514~menuPK:336998~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>

World Bank (2009). World Bank Development and Research Group, 'International aid and financial crises in donor countries' (Policy Research Working Paper 5162): Available at: [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349\\_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf)

World Bank (2011). Global Monitoring Report 2011: Improving the Odds of Achieving the MDGs: Available at: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387009>

World Economic Forum (2012). Global Risks 2012. Available at: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalRisks\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalRisks_Report_2012.pdf)

World Economic Forum and Harvard University (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases: Available at: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)

World Health Organization (2008). Commission on Social Determinants of Health, Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

World Health Organization (2009). 'Discussion Paper: Noncommunicable Diseases, Poverty and the Development Agenda': Available at: [www.who.int/nmh/publications/discussion\\_paper\\_ncd\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/discussion_paper_ncd_en.pdf)

World Health Organization (2010). Nursing Midwifery Services, Strategic Directions 2011–2015: Available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.1_eng.pdf)

World Health Organization (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010: Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)

World Health Organization (2012). Chronic Disease and Health Promotion: Region and Country Specific Information Sheets: Available at: [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/impact/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html)

WHO/UNICEF (2012)., Building a Future for Women and Children: The 2012 Report: Available at: [www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-no-profiles.pdf](http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-no-profiles.pdf)