

看護師：貧困に苦しむ人々とともに闘う

Nurses: Working With the Poor; Against Poverty



| 目次 | ページ |
|---|-----|
| ICNからのメッセージ | 2 |
| はじめに | 3 |
| 第1章「貧困を理解する」 | 4 |
| 第2章「貧困者の発言を聞く： 貧困の特徴と原因」 | 8 |
| 第3章「貧困と健康： 恐ろしいつながり」 | 13 |
| 第4章「健康と貧困問題の関連性に関して： 不健康と貧困のつながりを絶つ」 | 20 |
| 第5章「貧困者に配慮した保健医療政策： 行動の仕組み」 | 23 |
| 「看護師：貧困に苦しむ人々とともに闘う」 ツールキット | |
| 付属文書1 | 29 |
| 付属文書2 | 30 |
| 付属文書3 | 31 |
| 付属文書4 | 32 |
| 参考文献 | 33 |

国際看護師協会 (International Council of Nurses)

社団法人 日本看護協会

ICNからのメッセージ

看護師：貧困に苦しむ人々とともに闘う

2004年5月12日

同僚の皆様

貧困は、今日、私たちが直面する最大の不幸です。そのために国際看護師協会(ICN)は今年の国際看護師の日(IND)のテーマとして貧困を考えることにしました。世界では、現在、約12億人が極度の貧困状態で暮らしています。極度の貧困とは1日に1ドル未満で生活していることです。つまり、十分な食料、水、衣服、住居、およびヘルスケアなど、健康的な生活に最低限必要なものすらない状態です。さらに、1日に2ドル未満で生活している人となると、この数は28億人に増加します。

貧困と不健康は表裏一体のものです。貧困であるがゆえに不健康になるという偏った負担が貧困者にのしかかります。世界に見られる伝染性疾患、妊婦死亡および周産期死亡、栄養欠乏症の3分の2は、極度の貧困状態にある12億人が負っています。また貧困が特に残酷だといわれるのは、悪循環を生む特徴があるからです。悪循環の下、人々は保健医療サービスや教育などの手立てを利用できないために、収入が少なくなり、健康状態を引き上げることができません。しかし、健康状態が良好でなければ人間の貧困から逃れる力はひどく弱められてしまいます。

では、私たち看護師に何ができるのでしょうか？教育、ヘルスケア、健全な社会政策への投資によって健康状態を改善できることは知っています。健康が財産であること、健康を増進させ保護していくことが重要な課題であることも認識しています。この認識に基づいて、私たちは健康の決定要素やエンパワーメントについての教育と、地域社会や貧困の影響を受けやすい集団と協働して貧困層の人々に固有のニーズに対処できる教育を受けていなければならないのです。

私たち看護師は貧困者が十分な敬意を払われ、政策やプログラムが貧困者と最も貧困の影響を受けやすい脆弱な人々を念頭に置いてしっかりと計画されるように、熱心な働きかけをする必要があります。また公正な労働基準、安全な職場、男性と同じ権利を女性(女性は極度の貧困者の70%を占めています)に、そして保健医療サービスの公正な利用が確実に実現するようにロビー活動も行わなければなりません。

看護師は保健医療専門職者の中で最も信頼されています。それゆえ、貧しい人々と協働して、また貧しい人々に代わって多くのことを行うことができます。そうした協働をベースに、貧困者の意見が確かに聞き届けられ、貧困者が自分たちに関する問題の決定に参加でき、また利用手段の獲得、雇用、サービスの享受、ジェンダー、民族、人種に関する差別を解決できるようにしていきましょう。クライアント、サービス提供者、地域社会の指導者、政策立案者、政治家と手を携えて努力することで、貧困という苦しみの軽減に向けて私たちの役割を果たすことができるのです。

敬具

ICN 会長
クリスティン・ハンコック

ICN 事務局長
ジュディス A. オルトン

看護師：貧困に苦しむ人々とともに闘う

はじめに

看護師は、持続可能な社会的・経済的発展のためには健康がなくてはならないものであることをよく知っている。また貧困のために基本的ニーズを充足できなくなると、疾患に罹患しやすく、死亡率が上昇することも理解している。

人間行動のあらゆる側面は健康状態によって左右されてしまう。エネルギーに満ち溢れていると感じることもあれば、弱っていたり、疲れていたたり、痛みがあつたりすることもある。そのいずれもが、家族や地域社会に貢献できるかどうかを決定する要因になると思われる。社会人口の相当な割合が不健康になると、社会および経済的発展の大きな障害になる。しかし、看護師が健康増進、疾患予防、苦痛の緩和、回復およびリハビリテーション援助のために行動すれば、人々は健康で生産的な生活を過ごせるようになるだろう。

国際看護師協会は、今年、貧困という国際看護師の日のテーマとそのツール・キットを使って、貧困と健康にはつながりがある、という認識を看護師間に高めることを目指し、貧困を削減させ健康を増進するための複数部門による連携活動を提案する。

第1章

貧困を理解する

「貧困は最悪の形の暴力である」 マハトマ・ガンジー

貧困は複雑で世界中に蔓延する問題である。発展途上および移行国の半数以上の人々が貧困層にあり、約12億人、すなわち世界人口の23%が1日に1ドル(以下米ドル)未満で生活している。1日1から2ドルで生活する人となるとその数はさらに16億人増える。¹

「貧困とは、適切な生活水準など市民、文化、経済、政治および社会的権利に必要な資源、可能性、選択、安全、能力が継続的、あるいは慢性的に剥奪されていると特徴付けられる人間の状態であると定義できる」

国連経済、社会、文化的権利委員会(UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights)(2001年)

人間には万人共通の基本的ニーズがある。この中には、清潔な水、食料、生活のためのエネルギーなどの物質的要件、社会心理的な人間関係と信仰上の霊的交わり、環境保護、適切な住居と安全、基本的教育や保健医療サービスなど個人が成長しケアをうける機会が含まれる。²

このような最も基本的なニーズの充足ですら貧困層の人々にとってはままならず、もがき苦しんでいる。こうした苦闘の中で人間としての尊厳は失われる。このことを指してよく言われるのが、貧困には最も人間を傷つけ脆弱にしまう性質がある、ということである。³

多くの顔を持つ貧困

貧困には、多くの側面がある。人が貧しいと見なされるのは、所得が低いか基本的ニーズが充足されていないか、あるいはその両方を併せ持っているかだと考えられる。ただ、貧困は所得の不足にとどまらず、表裏一体の側面として、能力の損失、屈辱、物やサービスの享受から疎外されると感じることがある。貧困を単に所得水準の低さや基本的な食料や住居を獲得できないものとして定義してしまうと、貧困の真の特徴を理解した上での改善に向けた実効性のある対応が十分できなくなる。貧困は、1つの人間の状態であり、周辺世界との相互作用全てに影響を与える生活の一形態である。極度の貧困には、可能性、選択、安全、能力、人間としての当然の権利を享受するだけの力がないだけでなく、物質的資源もないという特徴がある。⁴

経済協力開発機構(OECD)と世界保健機関(WHO)が作成した貧困と健康に関するガイドラインでは、人間の能力が剥奪される主な5つの領域が定められている。⁵

- ・ 経済的能力(収入、生計、人並みの雇用)
- ・ 人間的な能力(保健医療サービス、教育)
- ・ 政治的能力(エンパワーメント、権利、発言力)
- ・ 社会文化的な能力(地位、尊厳)
- ・ 保護的能力(不安、リスク、影響を受けやすい脆弱さ)

貧しい人々の生活を変える対策を実行するには、まず貧困の多くの特徴を理解することが重要である。例えば、ジェンダー間の不平等の改善は、あらゆる側面での貧困削減に必須の対策になる。

貧困ライン

貧困ラインは貧困の程度を測定する便利で実用的なツールである。当該国の貧困の定義に基づいた貧困者と非貧困者の識別指標が使われており⁶、最低限必要な栄養など必須のものを維持するのに要する収入または消費に基づき作成されている。例えば、貧困ライン以下の生活とは、平均年収以下の収入だとする国もあれば、1日のカロリー摂取量が勧告された所要量以下であるとする国もある。

世界銀行は、地球規模の貧困を貧困国の貧困基準に基づいて定義しており、貧困ラインとして(地元通貨で)1日に1ドルを指標にしている。⁷

貧困ラインの解釈には注意を要する。例えば、収入が貧困ライン以上だが、基本的な保健医療サービスや教育、あるいは安全な飲料水を得ることができない家族は貧困でないととらえるべきなのか？この家族は、貨幣ベースの解釈では貧困ではないが、いろいろな次元から解釈すると貧困に分類されると考えられる。

貧困の種類

貧困はいろいろな形で存在する。共通の性質がある一方で、各貧困形態には固有の因果関係もあり、個別に考慮して対応戦略を立案しなければならない。

- ・ 絶対的貧困あるいは極度の貧困 - 生活と健康の維持に必要な要素、すなわち十分な食料、安全な水、住居、土地、雇用、安全が剥奪されていることである。この範疇の人々は、社会状況が改善しても、繰り返し貧困に逆戻りしてしまう可能性が非常に高い。⁸ この種の貧困は、現在行われている多国間協議の議題の中心であり、世界のどこにあってても豊かな人間と貧しい人間の間には分断があることを明確に示している。⁹
- ・ 相対的貧困 - 所属する地域社会で当然と考えられる機会、物、自尊心が剥奪されていることである。¹⁰ 例えば、基本的な食料や住居はあっても、他の人と同じように教育や保健医療サービスを受けることができない場合である。1つの国の中にそのような不平等があると、社会は分断され、不安定が生じ、貧困者の生産性が低下するために、国家の成長は阻害されるだろう。¹¹
- ・ 継承された貧困 - 貧しい親が自分の立場を子どもに継承させる。こうして終わりの見えない貧困サイクルを延々と生み出していく。¹²
- ・ 突然の貧困 - 干ばつ、地震、台風、倒産、戦争、難民移動などの突発的な危害や事情によって引き起こされた貧困である。¹³

貧困の影響を受けやすい人々(立場の弱い人々)

貧困の下方スパイラルに陥るリスクが非常に高い集団がある。貧困に関連した最も厳しい苦難を経験する恐れが他集団に比べ高い。女性、先住民、少数民族、社会的に排除された集団、難民または避難民、精神あるいは身体障害者、HIV/AIDSの人々が特に貧困の影響を被る集団に含まれる。

モルドバの訪問ナースは多くの人々のライフ・ライン

モルドバ赤十字協会の訪問ナースプログラムは、国内で最も貧困の影響を受けやすい集団に包括的な基本援助および医療支援を提供している。モルドバは、東ヨーロッパの新興独立国の1つで、旧ソ連の崩壊後、貧困と困窮状態がひどく悪化した。国民のほとんどが貧困ライン以下の生活をしており、退職者や障害者が最も大きな痛手を被っている。

訪問ナースプログラムはこのような集団に対して医療および社会援助を提供するために作られた。この集団への支給手当ては非常に少なく、薬剤や治療など基本的に必要なものでさえ、賄うことができない。ナース自身の給与も非常に低く、月額わずか 23 ドルである。しかし、こうしたことにもかかわらず、ナースは非常に献身的に仕事に取り組んでいる。プログラムでは、30 人の中核ナースの活動を継続させるための資金の確保を常に呼びかけている。しかし、この活動に対する大きなニーズの存在は依然明らかで、ナースの数を 100 人に増やして合計 2,000 人の該当者を援助し、このようなサポートとケアのライフ・ラインを孤独で貧しい人々にさらに拡大していくことが今期待されている。

第 2 版：

アイリンは訪問ナースとして、高齢者および障害者用の療養施設で働いている。アイリンの国モルドバは東ヨーロッパの新興独立国で、旧ソ連の崩壊後、深刻な景気後退と貧困層の急増を経験してきた。国民のほとんどが貧困ライン以下で暮らしており、退職者と障害者が最も大きな痛手を受けている。訪問ナースプログラムはモルドバ赤十字協会によって作られ、こうした集団に医療および社会援助を提供している。この集団への支給手当ては非常に少なく薬剤や治療など基本的に必要なものでさえ、賄うことができない。

ナース自身の給与も非常に低く、アイリンの月収はわずか 23 ドルである。しかし、こうしたことにもかかわらず、アイリンと同僚のナースはケアをする人々に非常に献身的に関っている。プログラムでは 30 人の中核ナースの活動を継続させるための資金確保を常に呼びかけている。しかし、この活動に対する大きなニーズの存在は依然明らかで、ナースの数を 100 人に増やして合計 2,000 人の該当者を援助することが期待されている。アイリンを含め、ナースは、自分たちのサポートがこうした孤独で貧しい人々にとっての唯一のライフ・ラインである事実を認めている。

貧困の女性化

ほとんどの国の貧困は女性の顔を持つ。貧困者 12 億人の約 70% は女性である。多くの国では、貧困女性の数はこの 20 年間で男性よりも有意に増大した。女性の非識字は男性の 2 倍で、鉄欠乏性貧血や蛋白質エネルギー栄養障害など貧困に関連した健康障害に陥る恐れが非常に大きくなっている。

14

貧困の影響を受けやすい人口集団

- ・ 世帯主が女性である家庭
- ・ 少数民族、社会的に排除されている集団
- ・ 心身の病気を持つ人
- ・ AIDS 患者
- ・ 社会的に無視された先住民
- ・ 難民 / 避難民
- ・ 高齢者
- ・ 若者

資料：OECD、WHO. (2003). p20.

ジェンダー格差にはいくつかの要因がある。労働力になる女性は増加しているが、男性に比べると、一般的に仕事を見つけるのが難しい。学校を出ても職場を確保することが困難で、また職を得たとしても賃金が男性より 30 ~ 40% 低い。^{15,16} 夫婦共稼ぎ世帯や片親家庭の数が増大しているにもかかわらず、社会の認識はほとんど変わっておらず、家庭を守るのが今なお女性の一番大事な責任になっている。女性は、家庭と職場で要求されることをバランスよくこなそうとする結果、仕事についたりやめたりする傾向があり、そのために、キャリアアップや退職金給付の受給の機会をなくしてしまっている。¹⁷

若者の雇用と貧困：悪循環

若者が生産的な仕事を見つけ、安定した収入を確保し、うまく家庭生活をスタートできることは、

絶対的貧困の削減の鍵になる。全世界で毎年、約 1 億人の若者が労働市場に新規参入する。この傾向が続くだけで、労働人口の増加は維持できる。現在 15～25 歳の人口は世界で 10 億人以上いるからである。しかし、残念ながら、現実には、若者は高い失業率に苦しんでおり、世界全体の失業者 1 億 8 千万人の約 41%を占めている。ほとんどの発展途上国では、若い男女が臨時雇いに甘んじるか全く職がないかのどちらかの選択を迫られ、職を得ることができたとしても、長時間労働、低賃金、危険な労働条件という問題に直面している。¹⁸

若者の失業は単に世代間の貧困連鎖を永續させるだけでなく、犯罪、薬物乱用、暴力、極端な政治的信条への傾倒を増大させることになる。中には、男性にとっては、軍隊など武力集団への所属が、実質的に、唯一給与を確保できる職業である国がある。また女性にとっては、セックス産業でしか働くところがない場合が多く、貧困連鎖は途切れることなく続く。¹⁹

高齢者：昔から変わらず貧困の影響を受けやすい人々

人生の最後の段階で生きていけるだけの収入を維持することは、多くの人々にとって努力を必要とする深刻な問題である。多くの発展途上国では、退職とは贅沢なことで、ほとんどの人にそのような余裕はない。64 歳以上の人々も、アフリカでは 40%、アジアでは 25%が依然、労働力であり、ほとんどが農業に従事している。²⁰ 主たる生計が臨時雇いによる人は、貧困のリスクが特に高い。そのような雇用状態により収入が安定せず、そのために社会保障制度の受給対象になっていないからである。

その他、社会保障やヘルスケアの削減、また HIV/AIDS の蔓延などの要素が組み合わさって、高齢者が使える資源やサポートシステムの供給が減少した国もある。HIV/AIDS は特に、低開発国の多くに実質的影響を与えている。高齢者にとっては、自分自身のケア負担が増大しているだけでなく、AIDS 孤児になった子どもや孫の面倒を見なければならないために自分たちのわずかな資産やたくわえを使わざるを得なくなっているのである。²¹

第2章 貧困者の発言を聞く： 貧困の特徴と分析

第2章 貧困者の発言を聞く：貧困の特徴と分析

貧困に対する関心の高まり

貧困の主な特徴を挙げると、非識字、不健康、ジェンダー格差、環境悪化がある。そのような特徴があるために、貧困という人間からいろいろなものが剥奪される状態に関心が高まってきたのである。国際社会は、貧困の規模の増大に驚き、貧困を軽減させるミレニアム開発目標(Millennium Development Goals、MDGs)²² という前例のない合意に達した。各目標は 2015 年までに達成することになっている。

| ミレニアム開発目標とターゲット | 進捗状況のモニタリング指標 |
|--|--|
| 目標 1：極度の貧困と飢餓の撲滅 | |
| ターゲット 1：1 日に 1 ドル未満で暮らす人口比率を半減する。 ターゲット 2：飢餓に苦しむ人口比率を半減する。 | 1 日 1 ドル未満で暮らす人口比率(Proportion of population, PPP) 貧困ギャップ比率(発生率×貧困の深度) 人口を 5 つに区分した中の最貧困区分に入る集団の消費量 |
| 目標 2：初等教育の完全普及 | |
| ターゲット 3：男女児全員が初等教育の全過程を完全に修了できるようにする。 | 5 歳未満の低体重児の発生率 最低水準以下の食料エネルギー消費の人口比率 |
| 目標 3：ジェンダーの平等および女性へのエンパワーメントの促進 | |
| ターゲット 4：ジェンダー格差を 2005 年までに初等・中等教育において自発的に解消し、2015 年までには全ての段階の教育において男女均等の機会を確保する。 | 実質的な初等教育就学登録 1 年生に入学して 5 年生になった児童数 15～24 歳の識字率 |
| 目標 4：小児死亡の削減 | |
| ターゲット 5：1990 年の 5 歳未満児死亡率を 2015 年までに 3 分の 2 削減する。 | 5 歳未満児の死亡率 乳児死亡率 1 歳児の麻疹の予防接種率 |
| 目標 5：妊産婦の健康の改善 | |
| ターゲット 6：1990 年の妊産婦死亡率を 2015 年までに 4 分の 3 削減する。 | 妊産婦死亡率 専門技術に熟練した保健医療職員が介助した出産の比率 |

| 目標6：HIV/AIDS、マラリアなどの疾患との闘い | |
|--|---|
| ターゲット7：2015年までにHIV/AIDSの蔓延を阻止し、減少に転じる。 | 15～24歳の妊婦のHIV陽性罹患率 避妊法普及率の中でコンドームの使用率 HIV/AIDS孤児数 |
| ターゲット8：2015年までにマラリアなどの主要疾患の発生率を阻止し、減少に転じる。 | マラリア関連の有病率と死亡率 マラリアの罹患リスクのある地域で、マラリアの予防および治療に有効な方法を用いている人口比率 結核関連の有病率および死亡率 直接監視下治療短期化学療法(DOTS)で発見され治療された結核患者の比率 |
| 目標8：グローバルな開発パートナーシップの構築 | |
| ターゲット17：製薬会社と協力して、発展途上国に手頃な価格で必須医薬品を提供する。 | 継続的に、手頃な価格で必須医薬品を入手できる人口比率 |

資料：United Nations Millennium Development Goals. UN Web site: www.un.org/millennium

貧困と健康の力関係を理解するには、貧困の特徴を明確にし、分析する必要がある。貧しい人々の発言に耳を傾けることは状況を理解し行動を起こす上で重要な要素になる。看護師として著作があり、また開発職員でもあるフォイエルスタイン(Feuerstein)によれば²³、貧困の特徴を明確にしていくことは、貧困者や貧困者の住環境、また貧困に至った原因や貧困の特徴を迅速かつ体系的に特定していく分析的ツールになる。また、これは、貧困に対する行動指針と健康支援のためのベ-スライン情報を収集する単純で、実用的、かつ経費のかからない方法なのである。貧困を特徴づける重要な問題には以下のものが含まれる。

- ・ 人口的特徴、依存度、貧困の影響を被る程度：どのような人が貧困で、どこに住んでいて、どのような特徴があるのか？
- ・ 経済、労働、雇用：貧困者および貧困の影響を受けやすい人々の社会経済および雇用の特徴は何か？
- ・ 土地、農業、牧畜：生産性の高い土地を使って農業を行えることが、貧困者にどのような影響を与えるのか？
- ・ 人々の参加を実現するための組織的な力：貧困者は貧困と対決する行動をとることができるか？
- ・ 食料の安全性と栄養：貧困者は、貧困から抜け出す力を阻害する飢餓や栄養障害をどうすれば防ぐことができるのか？
- ・ 教育とコミュニケーション：貧困者が識字力や計算力を身につけたり、現在のコミュニケーションシステムを使うことができるにはどのような方法があるのか？
- ・ 生命や生活にかかわる保健指標と基本的な保健情報：貧困者の健康および生活の安定に特徴的な要素にはどのようなものがあるだろうか？
- ・ 保健医療関係の支出、インフラストラクチャー、人的資源：貧困者が利用できるサービスにはどのようなものがあるのか？そのサービスを貧困者は利用できるのか？
- ・ 安全な母性と新生児、子どもの養育保護：貧困女性と乳幼児の可能性や機会を疎外する要因には何があるのか？
- ・ 環境悪化と汚染：貧困者に影響を与える主要な環境因子は何か？

以上の分析に基づいて、解決を優先すべき問題とニーズが特定される。それを受けて、適切な戦略が立てられ、設定された活動の時間的枠組みとともに引き受けていくべき主要な責任内容が関係

者の間で合意される。短期および長期的目標、保健指標、必要な資源と支援内容が決定される。

貧困の特徴を明確にするためのデータ・ソース

調査：貧困には、世帯調査と地域調査をいう2つの主要なデータ・ソースがある。世帯調査からは、所在地、家族構成、所得、消費レベル、雇用、職位、教育レベル、栄養および健康状態に関する重要なデータを得ることができる。同じように地域調査からは、貧困者が利用できる施設やサービスの概要、また地域社会の資源の特徴と、そのような資源やサービスが実際に利用されているかどうかを知ることができる。地域調査において、サービスや施設の利用の仕方を分析して障害と可能な解決方法を明らかにするには、保健医療および教育施設にある施設/制度関連の記録を使用すればよい。

世帯および地域調査を使って、貧困指標を作成できる。簡単な指標であれば、当該地域社会の貧困者の協力を得ることでデザインできる。例えば、地域社会で、両親をAIDSで亡くした家族、乳幼児を抱える片親家庭、未亡人、孤児、予防接種を完全にできていない乳幼児を持つ家族、就学すべきなのに就学していない子どもがいる場合、その家族の剥奪レベルは高いと見なすことができる。貧困者自身が貧困の主要情報ソースであることを銘記しておく必要がある。

その他の現在ある情報ソース：雇用や社会福祉関係局からのデータも社会経済的立場や貧困レベルの判断に有用である。地図や新聞報道などの資源に加えて、政府、大学、国連機関、非政府組織(NGO)からのさまざまな報告書や出版物を通じて、国家および地域レベルの貧困情報を手に入れることができる。

公衆衛生を地域社会の生活の安定に変換していくこと

ジェニーは経験豊富な保健師/ヘルスピジターである。イギリスのウエストミッドランドにある社会的剥奪の起こっている地域で働き始めてすでに何年にもなる。この地域社会の多くの健康ニーズや高い死亡率および罹患率に対して、地域社会開発プロジェクトをスタートさせた。ジェニーは多くの健康問題は、単に個人の行動や「ライフスタイル」ではなく、貧困と生活環境に起因していると考えている。看護師として地域の人々に信頼されていることを知ったジェニーは、ソーシャルワーカーや警察が接触できなかった人々の生活や家庭に接触できた。

地域の利害関係者は、小さな子どもを抱える家族(多くの片親家庭が含まれている)が使える地域社会に根付いた施設がないことを一番大きな問題として特定した。ジェニーは片親の問題について小規模な研究を行っていたが、その研究に基づき保健医療管理者に対して、家族へのサービスをもっと増やす必要性を訴えた。それを受けて、少数の雇用者から、協力の申し出と、少ないながらも資源が提供された。ジェニーはこの資源を使って家族の学習活動である「ドロップ・イン(立ち寄り型)」健康講座や女性のための英語教室などのプロジェクトを展開した。その後で、地域の人たちも、このような活動の日常の運営を引き受け、自分たちがプログラムの所有者であるという自覚を示し、確実に継続させていこうとした。

またジェニーは、地元の小学校で「ブラックファースト・クラブ」を始めた。ここでは、子どもたちは朝早く学校に来て一緒に朝食を食べることができる。子どもたちの栄養状態が改善されただけでなく、学校に出席する子どもが増えた。教師の報告によると、子どもたちの集中力が大いに改善し、学習にうまく適応できるようになった。このプロジェクトは大きな成功をおさめたので、のちに、ジェニーは地域の公衆衛生管理チームに加わるように要請された。

貧しい人々と協力して貧困者の状況を分析すること

地域住民や地域社会の剥奪されたレベルを判断するには、家族と地域社会が参加型の貧困アセスメントに加わっていく必要がある。この中には以下のものが含まれると考える。²⁴

生活の安定度と財産のランキング：地域社会の人々が、みすぼらしい服装をしている家族、未亡人かあるいは離婚したかで女性が世帯主になっている場合、孤児、一家の稼ぎ手が失業していたり刑務所に入れられている世帯などのランク付けをする。

社会のマッピング：ある集団に、食料不足、孤児になった孫の世話、学費を支払えない、薬を買うお金がないなど、自分たちの問題や不足しているものについて話してもらう。

実施されていることを整理すること：女性集団に、結核、HIV/AIDS、皮膚疾患などよくある疾病の治療を受ける方法、また治療への障害や保健医療施設での待ち時間を記録してもらう。

時系列での出来事を整理すること：干ばつや洪水など、頻繁に繰り返される状況、または政府の農業政策の変更、小規模融資を受けることができるか、貧困や飢餓で高騰した必須用品の価格などを時系列で明らかにしていく。

資源マッピング：森林、肥沃な農地、魚がよく釣れる場所、あるいは絶滅の危機に瀕した動物の生息地など、いろいろな天然資源の所在地を明記したマップを作る。洪水の生じやすい場所やあまりにやせていて耕作できない土地にも印をつけておく。

以下に、もう少し包括的な貧困アセスメント・ツールをまとめておく。

| 参加型貧困アセスメント法 | |
|--|------------------------------|
| 検討すべき問題点 | 用いるべき方法 |
| 財産・生活の安定・貧困の認識と指標 | 生活の安定度と財産のランキング |
| 貧困の影響を受けやすいこと、能力がないこと、ジェンダー格差の影響について認識しているか | 半構造化面接 |
| 福祉、取引条件、収入の獲得、雇用の変化について認識しているか | 出来事を時系列で整理すること、トレンド分析 |
| サービス(保健医療、教育、融資)を入手できるか、あるいは使えるか、またサービスと変化を認識しているか | 半構造化面接、保健医療や教育のトレンド分析 |
| 季節的なストレス、食の安全、保健医療、収入、支出、職業 | 季節ごとに行うことを記したカレンダーの作成、家族のニーズ |
| 貧しい世帯の資産、例えば共有財産サービス、天然資源など | 資源マッピング、フォーカスグループ |
| 危機的状況時の生存戦略 | 生計分析、半構造化面接 |
| 食料消費の水準と衣服、および生活の安定度についての認識 | 生活の安定度によるグループ分け、社会のマッピング、面接 |
| 貧困者のための地域自助制度やサポート(例えば、教会、業者団体) | 施設・制度のマッピング、面接 |
| 貧困者のための地域社会の「セーフティーネット」 | 施設・制度のマッピング、面接 |
| サービスの提供とインフラ整備において地域社 | 面接、施設・制度のマッピング |

| | |
|--------------------|----------------|
| 会の施設や制度が果たす役割 | |
| 世帯の中での責任と義務(食料、学費) | 半構造化面接 |
| 環境に関する長期的動向 | 資源マッピング、トレンド分析 |

出所 : *Research on Poverty and Health 1995/6; Participatory Poverty Assessment in Africa:*
World Bank

貧困の特徴をまとめるプロセスは、貧困が健康に与える影響を理解する最初のステップになる。

第3章 貧困と健康： 恐ろしいつながり

貧困と健康：恐ろしいつながり

貧困と健康は4つの点で相互に関連している。

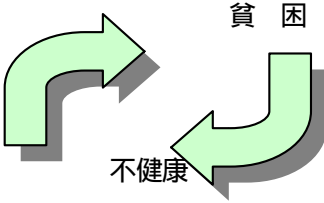

- ・ 不健康であると貧困になる。
- ・ 貧困であると不健康になる。
- ・ 健康状態が良いと収入が増える。
- ・ 収入が増えると健康状態が良くなる。

不健康は生産性を低下させ、生計を立てる能力を損なわせる。他方、貧困は収入の確保の妨げになる疾患への罹患リスクを高めてしまう。貧困者が病気になったり負傷したりすると家族全体が収入の損失と医療費の負担のために苦勞することになり、貧困から病気へ、病気から貧困へという下方スパイラルに陥ってしまう。反対に健康であることはその人の生産性と疾患への免疫力を高め、貧困を防止するか、あるいは貧困から抜け出せる条件が生み出されることになる。

貧困層あるいは低所得層の人々はその他の集団に比べて不健康をさらに悪化させるか、早死する可能性が高い。例えば、絶対的貧困層の人々は、所得の高い集団に比べて5歳未満児の死亡率が5倍、15～59歳の死亡率が2.5倍高くなっている。²⁴ HIV/AIDS、マラリア、結核、下痢性疾患、栄養障害、妊産婦死亡は全て、貧困者だけに偏った影響を与え、多くの場合、貧困状態をさらに悪化させてしまう。

次ページの図に示されているように、貧困と健康は相互に関連する。

図1. 貧困と健康の相互関係

| | |
|--|--|
| <p>「不健康は貧困の原因であるだけでなく結果でもある」</p> | <p>「健康レベルを向上させることで貧困を予防するか、脱出する方法を獲得できる」</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病によって家族の貯蓄は減少し、そのために学習できなくなり、生産性が落ちて、QOLを低下させてしまう。 ・ 貧困により、公害、栄養障害、適切なヘルスケアを受けられないというリスクを高めてしまう。  | <ul style="list-style-type: none"> ・ 生産性の増大により、富の分配量は増え、より公平に分配される。 ・ 一家の稼ぎ手が健康な成人であれば、労働量が増大して家族に多くのものをもたらすことができる。 ・ 子どもが健康であれば学習もしっかりでき、活発に育つ。  |

出所：WHO(1999). *Poverty and Health: Report by the Director-General*. 105th Executive Board Session, Provisional agenda item 2. 14 Dec. 1999, p.2.

ホームレスに対する看護師：現実の世界での教訓

看護学生のケイトとジェニファーは、10月のある寒い朝にスポカン川沿いを案内されて歩いていた。アウトリーチ・プログラムのマーサが案内役である。マーサはジプシーに声をかけた。ジプシーは裂けた木の最も分厚い部分に防水シートを広げて、そのシートに向けて管をテープで貼り付けたシャワーカーテンの下で休んでいる。肺気腫と闘っており、ここ最近、呼吸困難を来すようになっていた。看護師が問診をするので、ジプシーは自分のコートを脱ぎ、フランネルのシャツのボタンを外した。胸の傷が見えた。「脈を取ってくれ。モンタナで3カ所一度に心臓バイパス術を受けた。」ジプシーは言った。血圧が160/100と高くなっていた。ケイトは降圧剤を新たに受ける必要があるので翌日に受診するように言った。ジュースとパワーバーをいくつか渡しながらか回りを見回した。箱に半分の卵が今ある唯一の食料であることに気が付いた。次の週にまた来てチェックすることと、そのときに毛布が必要だからそれを持ってくることを約束した。

ワシントン州立大学看護学部の学生が学士号をとるには、6ヵ月間、コミュニティー・ヘルス・ナーシングの単位を取るように義務付けられている。スポカンだと、6ヵ月間、援助の必要なダウンタウンの人々に対する取組みを行うことになる。その中には貧困者、ホームレス、精神障害者、薬物およびアルコール中毒者および乱用者がいる。

このプログラムのおかげで、学生は健康と貧困の関係を深く認識することができた。ジェニファーは、この訓練中、ショックを受けたことを認めながらも、「これほど多くのホームレスの人々がスポカンにいることを知らなかったし、どこにいるのか見当もつかなかった。彼らが寝ている場所に通じる小道のそばを歩いていても、絶対に分からなかったと思う。

でも今回、現実にあの人たちがいることを知った。「あそこにホームレスがいる」と言うのではなく、「ちょっと、ゲーリーがいるよ」と言えるようになった。今では、1人1人名前で呼ぶことができる。」

統計数字

健康と貧困に関する数字には目を見張るものがある。

- ・ 世界人口 60 億人の内、10 億人以上が食料、水、下水処理、ヘルスケア、住居、教育に必要な基本的なものを充足できていない。
- ・ 全世界で 11 億人が栄養障害を来している。
- ・ 推定で 12 億人が 1 日 1 ドル未満で暮らしている。
- ・ 出生時余命は、先進工業国が 77 年に対して、低開発国では 50 年に満たない。²⁶
- ・ 発展途上国では 7 億 9,900 万人が、先進工業国と発展移行国では 4,100 万人が栄養不良である。²⁷
- ・ 地球全体で予防可能な疾患で亡くなっている子どもは、1 日に 3 万人である。²⁸
- ・ 妊婦死亡のリスクは、ヨーロッパが 4,000 分の 1 であるのに対して、人口のほぼ半分が絶対的貧困層であるサハラ以南では 12 分の 1 になる。²⁹

貧困に関連した主要な問題

貧困であると、貧しい人々はいろいろなものを失い、疾病に罹患しやすくなり、生産性が低下するという重大な状況に直面していくことになる。この重大な状況には次のものがある。

栄養障害：健康維持に必要な栄養素を得ることができる食料を十分にとれなければ、疾患に罹患したり、障害をきたしたりしやすくなり、その結果、貧困に陥る。世界では、多くの先進工業国が肥満の拡大に直面している一方、発展途上国では、栄養不良が依然、重大な問題である。途上国における 5 歳未満児の年間死亡数 1,070 万人の約 49%が栄養障害に関連したものである。³⁰

栄養障害は、健康に幅広い影響を与える。表 2 は人間の一生の各段階における栄養障害の影響のいくつかをまとめたものである。

表 2：人生の各段階における栄養障害とその影響

| ライフステージ | よく見受けられる栄養障害 | 主な影響 |
|----------|--|--|
| 胎児 / 胎生期 | 子宮内発育遅延 ヨウ素欠乏障害(IDD) 葉酸欠乏症 | 出生時低体重(LBW) 脳障害 神経管奇形 死産 |
| 新生児期 | LBW IDD | 成長遅延 発育遅滞 脳障害 早期貧血 |
| 乳幼児期 | 蛋白質エネルギー栄養障害(PEM) IDD ビタミン A 欠乏症 鉄欠乏性貧血(ID & A) | 栄養障害の持続 発育遅滞 感染リスクの増大 高い死亡リスク 甲状腺腫 失明 貧血 |
| 思春期 | PEM、IDD、ID & A 葉酸欠乏症 カルシウム欠乏症 | 成長スパートの遅延 低身長 知能発達遅延 / 遅滞 |

| | | |
|-------------|---------------------------------------|---|
| | | 甲状腺腫 感染リスクの増大 失明 貧血 不適正な骨鉱化 |
| 妊娠 / 授乳期の女性 | PEM、IDD、VAD、ID&A 葉酸欠乏症 カルシウム欠乏症 | 妊娠中の不十分な体重増加 妊娠貧血 妊産婦死亡 感染リスクの増大 夜盲症 LBW & 胎児死亡の高リスク |
| 成人期 | PEM、ID&A | やせ 嗜眠 貧血 |
| 老年期 | PEM、ID&A 骨粗しょう症 | 脊椎 / 股関節骨折、事故 |

資料: WHO, NHD, & SDE, (2000). *Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition*, p.10.

看護師の援助：リスクのある女性が初めて母親になる時 自立を目指して

「看護師 - 家族パートナーシップ(Nurse-Family Partnership, NFP)プログラム」の一環で、登録保健師リタは、低所得層の初産の母親を訪問している。母親の多くはまだ十代である。集中的にこれらの母親に関わり、妊娠出産、胎生、新生児および乳幼児期の健康を改善し、生活を安定させようとしている。リスクのある家族の生活を長期的に改善させていけたらと期待してのことであった。リタが家庭訪問する時、主として見ていくのは、各母親の健康状態、母親の子育て内容、親としての成長である。妊娠中から家庭訪問を始め(妊娠 28 週以前、できれば 12 週から 20 週の間)、出産後の 2 年間を通じて継続的に行う。また、家族、必要であれば父親、また友人など、母親が今持っているサポートシステムを調べて協働していく。当該の家族に必要なと思われるその他の保健医療や人的サービスを使えるように調整するためである。

このプログラムのアウトカムに関する最近行われた研究によると、リタを始めとした看護師の訪問により早期産児や低体重児の出産件数が減少し、子育てと家庭環境が改善し、すぐに次の子どもを妊娠したり意図しない妊娠をすることが少なくなり、仕事につく者が増え、行為障害や犯罪への関与、非行が減少した。

栄養障害が健康および生産的な生活の大きな障害になることは明らかである。しかし、貧しい人々は、多くの場合、最適な健康を支えるだけの食料を確保できないという問題に直面している。市場に出せる換金作物(すぐ現金に変えられる作物)が生産できるか、干ばつや洪水など自然災害が起こる場合に季節性はあるか、動物性蛋白質食品の値段が高いか、家計の中で食費にさける金額が十分でないか、世帯の中で食料配分が不公平であるかは、栄養障害の重要な決定要因になる。

清潔な水と下水処理施設の不足：貧しい人々が不健康な環境に暮らし、その環境が生活の質と健康状態にまた影響を与える。世界では 10 億人以上が清潔な飲料水を手に入れることができないし、24 億人以上が適切な下水処理施設を利用できていない。不十分な衛生状態は疾患の罹患につながり、貧困悪化の下方スパイラルが始まるきっかけになり得る。年間約 200 万人、1 日換算では 6,000 人の子どもがそうした感染症によって死亡している。³¹

清潔な水の不足は、女性が教育を受ける障害になっている。遠くまで水を取りに行くために時間とエネルギーを使わなければならないからである。子どもたちの教育もまた中断をされる。同じように、水の確保に何回も駆り出さされるからである。教育の機会や生産性の損失、医療費が支払えないということから、何十億の人々は疾患と貧困の悪循環を断ち切ることができない。

ケアを受けることができないこと：ヘルスケアが質の高いものであるには、ケアを受けることができるかどうかだけでなく、対象者のニーズに適切で許容可能なものである必要がある。一次、二次、三次ケアが不十分であると、治療可能な疾患を発症させ、悪化させてしまう。以下に、ケアを入手できない場合の健康への影響について、いくつか例を挙げる。

- ・ 文化的に適切な性教育がなければ、望まれない妊娠、危険な中絶、HIV など性感染症の感染につながる。
- ・ 妊娠中に質の高いケアを受けることができないと、母児ともに、栄養障害、奇形、未熟児出産、分娩時の問題、中絶、感染、死といった合併症を招き高いリスクにさらされることになる。
- ・ あらゆるレベルでの医療が不十分であると、HIV/AIDS、結核、マラリアなどの治療可能な疾患の進行および蔓延を来す。

主要な感染症：HIV/AIDS、マラリア、結核は、3つの感染性「貧困疾患」である。世界の中でも特に最貧層に偏ってみられ、家族全体を貧困にしてしまう。

「(HIV/AIDS ほど)ヘルスケアの利用、経済的な機会、基本的人権の保護における現在の格差と不公平をドラマチックに見せつけた疾患は他にない。」

WHO(2003), Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS, p. 3.

HIV/AIDS によって世界の多くが破滅直前の状況になっており、個人、地域、社会を破壊させている。毎日、14,000 人の新たな HIV 感染者が出ており、年間死亡者数は、約 300 万人にのぼる。この中の半数以上が 25 歳未満で、最も生産的な年齢層である。貧困は HIV 感染の重要な要因である。最貧国では、学費や家計の助けにと売春をしている少女がいる。

アフリカのサハラ以南には、成人人口の 35% に及ぶ人々が HIV 感染者で³²、ほとんどが AIDS 関連疾患で早死している。平均余命は、50 歳以下にまで急減した。HIV/AIDS 感染率は、中央アジアや東ヨーロッパでも急増している。

HIV/AIDS の蔓延により、ケアの実施と経済面で大きな負担を負わなければならない個人と家族は、貧困の下方スパイラルの深みに陥るリスクが大きくなる。バルキナファソ、ルワンダ、ウガンダにおける研究では、極度の貧困者人口が 2000 年には 45% であったのが、AIDS により、2015 年には 51% に上昇すると予測している。AIDS 孤児数は 1,400 万人と推定されており、直ちに貧困とホームレスに陥ると思われる。³³ 国家が若者や生産年齢層の人々を AIDS で失う中、家族は深刻な貧困に見舞われていく。

南アフリカにおける孤立した AIDS 患者へのケア

南アフリカにおける AIDS 患者の悲惨な状況を非常に懸念して、看護師ムフォ・セバニョニは給料のいい病院勤務をやめ、AIDS 患者をケアすることにした。そういう彼女に対して、友だちは「気が狂っている」と言う。安定した職を捨てて、その時々で移動していく AIDS 介護者になったからだ。1日 25km も歩いて村から村へ移動し、病人をケアし、親類や家族に世話の仕方を指導し、AIDS について教育する。「こんな形で仕事を始めたのはね、病院から若者が退院しても面倒を見てくれる

人が誰もいないことが心配だったから。初めのころは、いくつか怖いことがあったわ。」1 つ例を挙げると、自転車置き場に身内の患者をおいて1人で死なせた家族があったことだ。ムフォはこの27歳の男性を最後の3ヵ月間ケアした。傷の包帯を替え、衣服を着せ、保温できるように毛布を与えた。また別の家族では、ほとんど動けない病気のおばあさんが7人の孫の世話を任されていた。親はAIDSで亡くなっていた。現在、地域社会を通して孤児を支援しているイギリスの慈善団体が、この子どもたち全員の世話をしている。

ムフォは、また78の周辺村落を対象に在宅ケア・プロジェクトを創設した。現在、30人以上のボランティアが彼女を助け、AIDS患者の在宅ケアについて家族に訓練を行っている。その取組みを称えて、ムフォは「南アフリカ・ウーマン・オブ・ザ・イヤー」に選ばれた。

「現在、アフリカでは、マラリアは貧困がもたらした疾患でだけでなく、貧困の原因でもあると理解されている。」

WHO (2003), *Malaria in Africa, Malaria Fact Sheet*, p1.

マラリアは疾病罹患および死亡の重要な原因の1つで、すでに失われた生産性にさらに深刻な影響を与えている。感染から助かった子どもたちは、学習障害や脳障害を来すことが多く、学校教育から排除され、貧困の影響を受けやすくなる。マラリアは抗マラリア薬の耐性が高まり、媒介の蚊も殺虫剤に対して抵抗力を持つようになっているために、ヒトの成長への脅威の深刻さを深め、貧困の度合いを強めている。³⁴

結核(TB)は、昔も今も、変わらず、最も死亡率の高い感染症である。毎年、結核には1億人が感染している。その内の800万人が活動性結核症を発症する。結核の年間死亡数は約200万人である。その多くが活動的で生産性の高い成人が占める。³⁵ このように結核はすでに地球規模の問題になっているが、HIV/AIDSの蔓延、国際人口移動の増大、実施中の結核管理プログラムの不適切な運営によって問題が複雑化している。経済的に見ると、貧困が結核をもたらし、世界の最貧困の人々を疾患と貧困の悪循環に陥れている。

精神障害と貧困：6カ国で行われた研究を検討すると、精神病の高い有病率と貧困には有意な関係があることが分かる。精神病関連の要素には、低い教育レベル、低所得、自分の持ち物がないこと、無職、住居の確保が難しいことがある。³⁶ ストリート・チルドレン、薬物使用者、国内移動者、難民や避難民、HIV/AIDSの人は特に貧困と精神病の影響を被るリスクが高い。³⁷ 精神病は不健康と貧困の悪循環の典型例である。

貧困自体は精神の健康状態を低下させ得る1つの要因であるが、精神病には、以下のようなさまざまな経済および社会的損害が伴う。³⁸

以下の原因による生産性の損失

- ・ 自殺によって早死する(一般的には交通事故での死亡数と同数であるが、それよりも高い国もある)
- ・ 働くことができない精神病の人がいる
- ・ 精神病患者のケアが必要である
- ・ 家族にかかってくる直接的および間接的経済負担がある

小児精神病であったが適切なケアを受けられなかったために教育の恩恵を十分享受できなかった若者に見られる失業、犯罪、スティグマ、疎遠

精神障害の人が引き起こした事故に関する負担；特に電車の運転手、航空機のパイロット、工場労働者などの職業の場合、危険である。

貧困、人権、および健康：貧困は、依然、人権を脅かす最も重要なものの1つであることに変わりない。食料、栄養、健康、教育、差別のない状態を享受するという全ての人間が持つ基本的人権を保護することにより、不健康や貧困に陥りやすい脆弱さを緩和させることができる。反対に、女性や子どもに対する暴力、拷問、奴隷、有害な伝統的慣習などの人権違反は、不健康と生産性の低下につながり、それが貧困につながっていく。こうした貧困と健康のつながりを断ち切る行動をとっていかねばならないが、その根拠を導き出すには、貧困が健康に与える影響を理解する必要がある。

第4章 健康と貧困問題の関連性 に対して：不健康と貧困の つながりを絶つ

健康は、人間全体の成長と、貧困の削減に不可欠なものである。貧しい人々の健康状態を改善するために、貧困者に配慮したヘルス・アプローチを採用し、支持していく必要がある。まず、優先課題として、健康問題に対する財政資源を拡大しなければならない。貧困の特徴を特定し分析することを通じて、貧困と対決し、健康を守る行動を明らかにできる。WHOの「マクロ経済と健康に関する委員会(CMH)」が示しているように、健康状態を改善することが貧困国の貧困サイクルを断ち切る前提になる。³⁹

健康格差は拡大し続けている。つまり、必須サービスが貧困者に届いていないのである。健康と貧困問題の関連性への対応が重要であるのは、次の理由による。

- ・ 健康と貧困の削減の双方においてよりよいアウトカムを保証する対応策の効率性を高めることになる。
- ・ 平等と社会正義の問題である。
- ・ 人権の問題である。

キャシー：ホームレスに対する「ストリート・ナース」

疲れた様子も見せず、トロント市内を移動するホームレス活動家キャシーは、「ストリート・ナース」として知られている。ナースの仕事の始まりは20年前で、あるダウンタウンのバンクタワーにいた2人の有名な医師について勤務した時であった。しかし、市のホームレス問題の深刻さを目の当たりにしたのは今の仕事を始めてからである。「カナダのナースとして、自分の専門がホームレスであることというのは嘆かわしいことだわ。」とキャシーはいう。トロントの災害救援委員会と一緒にカナダの繁栄の表面に潜むホームレスの暗黒界を暴いたのであった。「最近、自問することがあるわ。『自分はまだ看護をしているのか』って。今は、集団の前に立ってスピーチをしたり、ホームレスの人の死を悼んで通夜を取り仕切ったり、連邦政府にロビー活動をしたりすることに使っている時間のほうが多いわ。糖尿病の治療なんかよりもね。」キャシーの意見によると、「ホームレスの死ってというのは単に凍死だからっていうのではないのよ。戦死が銃で撃たれて死ぬことだけをいうわけではないのと同じよ。住む所は健康の前提条件で、だから、全く単純に、住む所がないことだけで、私が毎日見ているような不健康を生み出してしまうのよ。」キャシーは、ホームレスが健康に与える影響についての認識を人々の中に高めるのに成功したことで、最近、「思いやりのある社会公正的アドボカシ - 全国賞」を受賞した。

何ができるか？

看護と開発に関する所信表明の背景説明文書で、ICN は、健康と貧困の関連性をめぐる諸問題に対する行動を勧告している。⁴⁰

- ・ 貧困者などリスク集団にはいる人々の健康ニーズを優先する政策を擁護し主張すること。
- ・ 貧困者やリスクのある人々の健康ニーズを充足させる教育訓練や看護実践を促進すること。
- ・ 貧困者の健康状態の改善が経済成長と発展に寄与することを所信表明で強調すること。
- ・ ヘルスケアを一番必要としている人々が使える地域保健医療システムのモデル開発をサポートすること。

健康と貧困は相互関係があることから、看護師と各国看護師協会(national associations、NNAs)は、政策立案者や開発団体と協働して、健康を貧困問題の協議の、また貧困を健康問題の協議の議題にしていく必要がある。これには、健康への投資は貧困の削減に、貧困への投資は健康状態の向上に役立つという視点に立った多部門の協働アプローチが求められることになる。このアプローチでは、雇用および収入、住居、食料確保、教育を受けることができること、水および下水処理、ライフスタイルの要素など、健康に関する多くの決定要素を考慮し、対応していく。看護師は保健医療部門で働いてはいるが、パートナーとして他の部門に働きかけ、各部門の協議の議題に健康を含めていけるようにしてほしい。健康を貧困関連の協議の議題に載せるために、看護師は以下のことをする必要があり⁴¹

- ・ 保健医療部門に入ってくる、特に貧困者を対象にした資源を増やすようにロビー活動を行う。
- ・ 貧困削減戦略文書(Poverty Reduction Strategy Papers、PRSPs)に関する情報に精通して、貧困者に配慮したヘルス・アプローチと詳細な保健医療部門プログラムを作成する。
- ・ 2015 年までに到達すべき 3 つの健康関連の「ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals、MDGs)」の進捗状況を追跡すること。この目標には小児死亡と妊産婦死亡の削減、そして HIV/AIDS・結核・マラリアの蔓延を食い止めることがある。看護師と各国看護師協会は多部門の協働アプローチに参加し、表 2 にリストアップされたその他の MDG 目標に対応する必要がある。
- ・ 「AIDS・結核・マラリア対策グローバル基金(Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria、GFATM)」は、HIV/AIDS、マラリア、結核から最もひどい被害を受けた国々にこれらの疾患と闘うための資金を提供しているが、この基金の各国の調整委員会に参加できるようにする。
- ・ 保健省などの部門に WHO の「マクロ経済と健康に関する委員会(the Commission on Macro-economics and Health、CMH)」の勧告を実行するように求める。健康への投資を増大させ、「クライアントに近い」保健医療サービスを拡大するためである。
- ・ 健康は成長に不可欠なものであるという理解を促進する。
- ・ 他の部門と連携し、教育、水および下水処理、農業、労働、社会保護など、健康を改善し貧困の削減を実現する多数の要素に対応する。

貧困への対決行動と健康への改善行動を連携させるために、看護師と各国看護師協会は他の部門とのパートナーシップの下、貧困を健康問題の協議の議題に載せていかなければならない。それには、貧困問題を保健医療職者と保健政策立案者の仕事の中に組み入れ、保健医療政策の貧困に与える影響が理解され、評価されるようにする必要がある。考えられる対策には以下のものがある。

- ・ ケアをもっと受けやすくし、次のものに対して投資をしていくようにロビー活動をする。
 - 貧困者に影響が偏る健康状態(結核、マラリア、HIV、乳児および小児死亡、妊産婦の健康、栄養障害)
 - 貧困者が集中する地方あるいは地域
 - 貧困者に特に利益を与えると考えられるサービスの種類(プライマリ・ヘルスケア、公衆衛生対策、治癒的なものでなく予防的・健康増進ケア)

貧困者に特に利益を与えると考えられるサービスレベル(二次あるいは三次ケアではなくプライマリ・ヘルスケア)

プログラムの中で、貧困者に的を絞ったものを作ること

- ・ 次のことを通じてケアの受ける場合の経済的障害を取り除ける方向に進めていく
社会健康保険および社会援助プログラムを通じてソーシャル・セーフティネットを強化すること
支払いの方法と能力に合わせた保健医療サービスに資金を手当てしていくために資源を動員すること
対象を絞った助成金と料金支払い免除のシステムを導入すること
必要であれば、リスクプールと資金負担の分担の原則を適用させること
直接現金での自費払いではなく、さまざまな形の前払い制度に変えること
- ・ サービスの需要と利用が貧困者の中で少ないという問題を次のことによって分析する
社会、言語など、その他の非経済的障害を特定し、対応すること
ケアの質を向上させること
ケア提供者の問題意識、配慮、スキルを高めること
貧困者間の認識を高め、情報量を増大させること
- ・ ケアが利用できるかどうかについて、次のことを行ってモニターし、評価する
社会経済的地位、収入、性別、民族、住所について農村部か都市部の別、雇用状態(常勤かあるいは非常勤か)などによって情報を分類し分析すること
利益があるかどうかを明らかにすること：貧困者はサービスから利益を受けているのか？
利益を受けている、あるいは受けていない理由は？

農村部の貧困が生徒に与える影響にスクールナースが対応

スクールナースのグウェンが勤務する中学校のドアが開いた数分後、クローゼットのサイズしかない保健室の待合室に子どもたちが列をなして入ってきた。虫歯から感染をおこしてあごが腫れてしまった子、血糖値のチェックが必要な糖尿病の子ども、吸入器から薬が噴霧されるのを待っている喘息の子もいる。もっとつらい人生の現実がグウェンの保健室にもたらされる。13歳と14歳の子が妊娠しており、妊婦ケアを必要としていた。また性感染症にかかっている子もいる。グウェンのようなナースは、出会う子どもたちの教育を受ける機会が貧困のために妨げられていることを認識している。基本的ニーズも充足させられない状況で子どもを育てるために、両親は気の遠くなるような問題に直面している。彼らの日々の闘いには、安全で質の高い保育サービスの料金が支払えなかったり、手ごろな保健医療を利用できなかったり、住居が十分なものでなかったり、しっかりとした輸送手段がなかったりすることが含まれる。そのためにグウェンを含めたスクールナースは毎日現場に出て行って、子どもたちの健康状態を改善することによってしっかりと良い教育を受けられるようにしている。グウェンは健康保険のない多くの学齢期の子どもにとって最初でかつ、継続的な保健医療サービス資源になってきた。

最も援助が必要であるのに手に入るサービスの利益に気づかない家族が多い。そのことについて、ナースは、効果的なアウトリーチ活動と、国家プログラムや手ごろな保健医療への紹介に、特に尽力している。一方、このようなナースの貢献を認識して、国会議員は全国の学校にスクールナースを増やそうと力を入れている。

健康を貧困対策の議題に、また貧困を健康対策の議題にするためには、看護師と各国看護師協会が積極的かつ直接的に健康支援を訴える行動をとらなければならない。健康と疾病に関する専門知識と技術、また貧困者のケアの経験を行政に伝えることによって、看護師は、貧困と闘い健康を守る行動に関する問題解決に向けた国家レベルの討議に大いに貢献すると信頼されるだろう。

第5章 貧困に配慮した保健医療 政策： 行動の枠組み

貧困者はそうでない者よりもヘルスケア・サービスの必要性が高いが、その利用度は低い。経済的、あるいはその他の障害があるからである。その1つは、貧困者が受けていると思われるケアは、質の悪いケアであると考えられていることである。ヘルスケア提供者には貧困者のヘルスケアに関するニーズと選択について十分な認識がない、あるいは配慮がないことを示す事例が出てきている。ヘルスケア提供者の貧困者への無礼で軽視した対応が拡大しているのである。⁴² ケアを求め利用していく場合、貧困者は以下の障害に直面している。⁴³

- ・ 保健医療施設まで距離が離れているなどの物理的障害
- ・ ケアサービスの質が現実に悪いか、悪いと感じられること。
- ・ 次の経費に関する経済的障害
 - 直接費用(サービス料金、検査や投薬費など)
 - 間接費用(輸送費、食費)
 - 機会費用(賃金の損失、時間の消費、その他、家計支出が削減されるなど)
- ・ 無知や認識不足などに関連した障害
- ・ 社会・文化的障害(ヘルスケア提供者との社会・文化・言語的な距離)

世界銀行は、貧困者へのサービスがうまくいっていない4つの理由を特定している。1つ目は、政府は予算の約3分の1を保健医療と教育に費やしているが、必ずしも、貧困者に行き届いているとは言えない。保健医療や教育への公的資金の投入は一般的には富裕層に利益を与えるからである。例えば、インドでは、人口を所得に応じて5分割した内、最富裕層に当たる5分の1が最貧困層に当たる5分の1の3倍もの治療的医療の助成金を受けている。⁴⁴

2つ目は、公共資金が貧困層に配慮をして再配分できても、資金は必ずしも遠隔地の小さな学校やクリニックなど、現場の最前線のサービス提供者に届いているわけではない。

3つ目は、例え、遠隔地への資金配分が増加しても、教師、医師、看護師が働くシステムは多くの場合、汚職がはびこり、サービス提供へのインセンティブが弱く、欠勤が監視されていない。例えば、バングラディッシュのプライマリ・ヘルスケア施設における調査によると、医師の欠勤率は74%である。⁴⁵ また、出勤していたとしても、中には貧困者を粗悪に扱うサービス提供者がいるのである。

ヘルスケアに対する需要がない原因を解決していない。これが4つ目の理由である。貧困者は子どもを学校に行かせなかったり、クリニックに連れて来なかったりすることがよくある。原因は粗末な保健医療施設や、文化的要因、貧困者とサービス提供者間の社会的距離だと考えられる。ボリビアでは、5歳未満で死亡した子どもの60%が、正式な保健医療提供者に見てもらわないで亡くなっている。サービスが無料であっても、例えば、マリにいて一番近い小学校で7.99km、あるいはカメルーンにいて一番近い医療施設で22.9km離れているとしたら、貧しい家庭には大抵、わざわざ時間をとって行くだけの余裕はないだろう。⁴⁶

文化に配慮する看護師が国境を越えて活動

900万人が暮らすアメリカとメキシコの国境地帯では、あらゆる種類の望ましくない保健記録が

更新中で、日々、新たに最高の十代の妊娠率、最高の肥満率、最高の糖尿病罹患率、シートベルト未着用のための車両衝突による最高の負傷率などが記録されている。

この地域では、約 340 万人が貧困レベルの 2 倍(世界銀行の基準では 2 ドル / 1 日)以下で生活している。3 分の 1 以上は社会援助が必要な標準以下の生活水準から抜け出すことができない。大多数の人が健康保険をかける余裕がないので、予防医療を求めることもなく、病気でない時に血圧やコレステロール値をチェックする必要性が理解できない。さらに状況を複雑にしているのは、メキシコとアメリカの経済格差により、毎日、80 万人以上が、2,000 マイルの道のりを超えてアメリカへ移動せざるを得ないことである。

ルディは、文化の違いに配慮でき、言語も英語とスペイン語の両方を話せる男性看護師で、アメリカとメキシコの国境付近に暮らす人々が抱える健康面の深刻な不平等を低減させるのに重要な役割を担っている。アリゾナ州とメキシコの国境に位置する医療センターのファミリーナース・プラクティショナーであるルディは、またヒスパニック看護師協会の地域支部長でもある。「看護師として、私たちは、この人たちの健康問題を日々目の当たりにしている。熱ばて、低体温、中毒。砂漠を越えていくので口渇がひどく、不凍液など何でも飲んでしまう。運良く救命救急室に運ばれても、透析室に送ることになる。」と説明する。

「国境での最悪の疾患は貧困だ」ルディは強調する。「貧困の結果、失業、十代の妊娠、質の良い住居がない、ドメスティック・バイオレンス、糖尿病、がん、さらにもっといろいろなことが起こっている。」

テキサスの国境沿いの町にあるクリニックで働くスペイン系男性看護師ロバートは自分の仕事に愛着を持っている。「ここでは、人々の暮らし、どのような資源があるのかを知ることになる。また患者の家族にも合えるし、人間として患者を理解できるようになる。」と言う。

貧困者に配慮した保健医療システム

貧困者に配慮した健康アプローチでは、貧困者の健康を増進させ、保護し、向上させることが優先される。ICN の所信表明が明言しているように、

「国際看護師協会と各国加盟看護師協会は、当該国が予防と治療の双方から検討した、全国民を対象とした一連の必須医療サービスが提供できる国民医療システムの確立を主張する。

そのようなサービスに公的資金が手当てされない場合、ICN は、政府が立場の弱い集団が医療サービスを利用できるように保証する責任を持つものとする。」⁴⁷

保健医療システムは、貧困者のニーズに合致したサービスの提供、貧困に対して脆弱な集団の公正なケアへのアクセス、彼らの健康を向上に焦点を当てる必要がある。貧困者に配慮したアプローチでは、保健医療システムは以下のように思われる。⁴⁸

人的資源戦略に焦点を当てる：保健医療システムは、地球規模で、専門職者の不足、監督管理者の不備、職員の高い自然減率、低賃金、劣悪な労働条件に直面している。多くの国では、保健医療職員自体が貧困だという事実が、欠勤、やる気のなさ、質の悪いサービスにつながっている。看護師と各国看護師協会は政府の対策に参加して以下のことを行うことが求められる。

- ・ 保健医療職者のスキルミックスを分析する。つまり、看護師、助産師、医療助手などが、どの程度、立場の弱い貧困者に接触し対応できているかを検討する。
- ・ 訓練を健康の増進と予防およびアウトリーチ・サービスに焦点を当てたものに方向付けしなおす。
- ・ 十分な報酬、宿泊施設、職場の暴力からの保護、継続教育など金銭および非金銭的インセンティブを提供する。
- ・ 遠隔地およびサービスが十分行き届いていない地域で雇用機会およびインセンティブを創出する。
- ・ 保健医療職員が訓練と継続教育の基準を引き上げることができるよう、職員の情報入手とコ

コミュニケーション技術の利用を高める。

保健医療サービスの強化：貧困に特に関連する疾患や貧困者の優先すべき健康ニーズに対応することにより、伝染性疾患および慢性疾患の負担を軽減できる。しかし、脆弱で崩壊しつつある保健医療システムでは、社会一般の健康ニーズ、特に貧困者のニーズに対応するのに十分な備えができていないとは言い難い。看護師と各国看護師協会は、政府、開発機関、NGOなどと積極的にパートナーシップをとり、以下のことを行うことが求められる。

- ・ 出産前ケア、陣痛・分娩時の熟練したケア、救急ケアなど、母子保健サービスをもっと利用できるようにする。
- ・ 健康的なライフスタイルを促し、糖尿病、呼吸器障害、精神保健、心理社会的問題、損傷、たばこやアルコール関連疾患などの慢性障害を予防する。
- ・ 貧困者に特に偏っているとおもわれる、上気道感染、HIV/AIDS、結核、マラリア、下痢、栄養障害などの伝染性疾患を予防する。
- ・ 貧困者の健康ニーズに優先順位を設定し、貧困者自身をニーズの特定に参加させる。
- ・ ヘルスケア・データを分析し、貧困者および貧困の影響を受けやすい人々の健康状態、保健医療サービスのニーズおよび利用状況を判断する。
- ・ 僻地の農村部の人々、難民、避難民など貧困の影響を受けやすい、サービスが行き届いていない人々に目標に定める。
- ・ 保健医療サービスにおいて医薬品や医療機材が確実に利用できるようにする。
- ・ スタッフの意欲と能力を高めて質の高いケアを提供する。
- ・ 特に貧困者に対する保健医療職員の態度や行動を改善する。

ナースの指導とケアによって健康レベルが向上：貧しいペルーの地域社会の一例

教授2人の引率で、フィラデルフィア大学の9人の看護学生(上級生)からなるチームが、ペルーの僻地の村に赴いた。目的は健康および生活の水準を向上させるために健康問題について家族指導を行うことである。多くの疾患に関して急性期ケアができないことが明らかになったが、同時に、簡単な方法が非常に効果的であることも分かった。その中には、栄養、疾患の予防、予防接種、下水処理、清潔の保持、食品調理についての教育が含まれる。講習会では、ハイムリック操作や乳房の自己検査など女性の健康問題について指導された。

学生の仕事の1日は、午前中に家庭訪問をし、午後は講習会の指導にあたるように割り当てられた。訪問家庭では、血圧をチェックし、包帯交換を行い、脳卒中、糖尿病、心臓障害、がんの患者に対して服薬方法や次の医師の診察時期を指導することで援助を行う。貧困が障害になって多くの家族が医師の診察を受けられず、処方更新されずに追加の薬を手でできていないことが分かった。1人の学生は自分たちのやっていることから、本当にこの地域社会が必要としているのは「励ましとケア」であることに気がついた。この学生は、講習会が「地域の人たちが自分たちの日々の生活でいつもやることを改善して自分たちのケアをより良いものにさせるのに役立っている」と考えた。

学生の1人、カレンは、帰国した時に、自分が目の当たりにしたことを次のように振り返っている。「他の文化固有の知恵、ものすごい人間の回復力、豊かな工夫力。私たちが指導しケアした人々はお返しに、私たちがやったことよりもはるかにたくさんの教訓を教えてくれた。それは学校や本からは学ぶことができないことだ。」チームは、自分たちの行ったことが健康の改善の基礎を作り、この地域社会を前進させたと感じている。

公平な保健医療費の支払いを支援するメカニズム：利用料金、被保険者の費用一部負担、保健医

療サービスの民営化など、現在進行中の医療制度改革や経費抑制策により、公平性と全ての人々、特に貧困者にとって利用可能なヘルスケアという問題について懸念が持ち上がっている。保健医療費の支払い方法が貧困者のヘルスケア利用の障害になったり、経済負担を増大させたり、さらに貧困にさせるものはいけなく、公的資金によるかあるいは助成金を受けた保健医療サービス、前払い制度や健康保険からの払い戻しは、疾病時の自費払いを軽減し、全ての人々が公平に確実に保健医療サービスを利用できるようにするものである。看護師および各国看護師協会は、政府、開発機関、NGOなどと一緒に、以下の努力をする必要がある。

- ・ 貧困者が保健医療サービスから排除されたり、重い経済的負担を負うことがないように全ての人々が、公平な医療費支払制度確立のためのロビー活動をする。
- ・ 自分の収入がない女性など、利用料金を支払えない、また健康保険がない集団のヘルスケアの利用を増大させる。
- ・ 病気の時の自費払いを抑制する新たなメカニズムを創設する。
- ・ 貧困者が積極的に参加して作られる地域融資計画と任意健康保険の実現を支援する。
- ・ 貧困者が保健医療を利用する場合、利用料金など保健医療サービスの収益創出計画を始めとした費用負担アプローチが与える影響をモニターする。
- ・ 貧困者がプライマリー・ヘルスケア・サービスを無料で受けられるようにロビー活動をする。
- ・ 保健医療サービスが必要な、貧困の影響を非常に受けやすい集団や地域社会を明らかにする。
- ・ 不健康、生産性の損失、死亡など大きな負担を強いる疾患や状態で優先すべきものを特定する。
- ・ 貧困者に対して、入院費用の支払いを免除する政策や手続きを整備する。

表3：貧困者のライフサイクルを通じた健康関連の主な政策や法律の例

| ライフサイクルを通じて健康に影響を与える貧困関連の政策と法律 | |
|--|--|
| 政策の目的 | 法律の例 |
| ステージ1：妊娠前および避妊 | |
| 1. 貧しい、あるいは立場が弱く貧困の影響を受けやすい女性に適切な避妊法を提供する。 | 貧困者に避妊薬(具)が無料または低額で提供される。 |
| ステージ2：妊娠および胎生初期 | |
| 1. 最低結婚年齢を定める。 2. 貧困女性に最低限必要な妊婦管理を定める。 3. 伝統的産婆(traditional birth attendants、TBAs)などの無資格保健医療職者を規制する。 | 法律で認められた結婚年齢：女性18歳以上、男性20歳以上 妊娠したことが認められた女性は無料妊婦検診を3回、受けられる。 TBAsが家庭分娩介助を認められるには、訓練を受けることが必要である。 |
| ステージ3. 出産と母親および新生児の福祉 | |
| 1. 熟練した専門技術を身につけた分娩介助者を貧困女性がもっと利用できるようにする。 2. 妊産婦および新生児死亡率を減少させる。 3. 女性性器切除(FGM)を禁止する。 4. 生後6ヵ月間だけ母乳保育を勧める。 | 家庭分娩技術に熟練した介助者を最低限必要な人数は整備する。 妊産婦および新生児死亡の際に強制調査を行う。 FGMは罰すべき犯罪である。 人工栄養を制限する。 |
| ステージ4：乳児期 | |
| 1. 成長のモニター、予防接種など小児保健サービスの利用を増やす。 | 乳幼児サービスを無料にする。 |

| | |
|---|--|
| 2.干ばつ被災地域の子どもたちの栄養障害を予防する。 3.女子に対する差別を排除する。 | 無料ミルクを提供する。 女子の胎児の中絶および新生児死亡をモニターする。 |
| ステージ 5：小児期 | |
| 1.虫歯を予防する。 2.下痢性疾患を予防する。 3.児童の売春、人身売買、児童労働を撲滅する。 | フッ素化した水を公的に提供する 食品の衛生状態を強化し、清潔な水の供給確保を向上させる。 成人の違反者および取引業者を起訴する。 児童労働を禁ずる法律を執行する。 |
| ステージ 6：思春期 | |
| 1.避妊、性教育、HIV/AIDS やその他の性感染症 (STD)の予防などリプロダクティブ・ヘルス・サービスをもっと利用できるようにする。 2.たばこ、アルコール、薬物、その他の物質乱用を予防する。 3.交通事故傷害と死亡を予防する。 | 若者にやさしいサービス、学校保健、ドロップインセンター(若者が立ち寄れる施設)、ピア教育(同じ被害にあった仲間同士の教育)を提供する。 たばこ、アルコールなどの広告、販売を禁止する。 運転免許取得の最低年齢制限を強化する。 |
| ステージ 7：成人期 | |
| 1.不十分な下水処理、また安全な水が手に入らないことに関連した疾患を予防する。 2.貧困者のための食の安全を守る。 3.低所得集団が家族計画などリプロダクティブ・ヘルス・サービスをもっと利用できるようにする。 4.女性に対するドメスティック・バイオレンスを防止する。 5.HIV/AIDS の人々に対するスティグマと闘う。 | 適切な下水処理施設を整備し、安全な水の供給を受けられるようにする。 女性に対する主食、フード・フォア・ワーク(労働に見合った食料援助)、土地の権利のための補助金を提供する。 地域社会にあるサービスを規制する。 法律扶助(弁護士の無料サービス)や住居を提供する。 法律整備および教育対策を行う。 |
| ステージ 8：老年期 | |
| 1.高齢者が擁護住宅(ホーム)を選択できるようにする。 2.難民の高齢者が確実に食料を確保できるようにする。 3.AIDS 孤児の世話をする高齢者をサポートする。 | 高齢者に対して住居、所得補助を提供する。 食料補助金、フード・フォア・ワーク 養護施設、コミュニティーケア所得支援など。 |

資料：Feuerstein, M-T. (1997), *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. P. 89-92. Macmillan: London.

結論

貧困と健康は相互に関連している。貧困が健康に、また不健康が貧困に与える影響を理解することで、看護師と各国看護師協会は多部門と協力してこのつながりを断ち切ることが可能になる。そのために看護師などがとる健康増進のための行動は、貧困の削減を促すことになる。同様に貧困を削減させる行動は、保健医療のアウトカムにプラスの影響を与える。貧困を適切に理解するには、貧困の決定要素を分析し、特徴をリストアップする必要がある。また、貧困の健康への影響も理解しなければならない。貧困が地球規模で増大する中、貧困とその影響への対応にまた新たな関心が寄せられているようである。「ミレニアム開発目標(MDGS)」、WHO の「マクロ経済と健康に関する委員会」、「持続可能な開発の世界サミット」における合意は貧困を削減させようという意志の高まりの現れである。

貧困者に配慮した保健医療システムと政策の作成で重要なのは、健康と貧困の削減に大きな影響を与える分野を特定し、それを優先していくことである。教育と健康は、貧困の削減の根幹をなすものであり、そのためにミレニアム開発目標において明確に示されている。特に女性に対する初等教育は、小児・女性・地域社会のヘルスケアの向上に強い関係を持つ。食の確保は栄養と健康に関連する。水が手に入り、下水処理施設が整備されていることは、感染症の減少に不可欠なものである。暴力および傷害の防止は死亡率を減らす実効性のある公衆衛生対策になる。以上の分野などにおける行動は、健康状態を向上させ、貧困スパイラルへの傾斜を弱めるのに最も重要なものである。

「看護師：貧しい人々と協働して、貧困との対決」ツール・キット

付属文書 1

貧困と闘い健康を守るための行動

- ・ 地区、地域、国家政府に対して、最もヘルスケアが必要な人々に行き届く地元のヘルスケア・システムの教育とモデル作成に投資するように圧力をかけること。
- ・ 貧困者のアドボケイトとなることと貧困者を尊重して扱うことが重要だという認識を看護師の中に高め、それを所信表明として作成し発表することによって行うこと。
- ・ 貧困者とリスクにさらされている人々の健康ニーズに合った教育訓練と看護実践を振興すること。
- ・ 継続教育を含めた看護教育の中に、健康の決定要素やエンパワーメント、また地域社会や貧困の影響を受けやすい集団と協働してその固有なニーズに対応していくことに関する情報を組み込んでいくこと。
- ・ はっきりと発言すること。国際看護師の日に貧困についてのプレス・リリース(サンプル参照)に数字入れて(サンプル参照)発表すること。
- ・ ミレニアム開発目標(MDGs)を各国看護師協会の会員の隅々に伝わるように公表すること。
- ・ 貧困者の健康の増進・保護・向上を優先した貧困者に配慮した健康キャンペーンを開始すること。
- ・ ミレニアム開発目標達成の支援行動の中で、2015年までに到達すべき3つの健康目標(小児死亡と妊産婦死亡率の削減、HIV/AIDS・結核・マラリアの蔓延の抑制)についてフォローアップすること。
- ・ 健康に関する議題の中に貧困を組み入れ、特に表2に挙げられた上記以外のミレニアム開発目標に対処するために、他の部門とパートナーシップを形成すること。
- ・ AIDS・結核・マラリア対策グローバル基金(Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, GFATM)はこれらの疾患によって最もひどい被害を受けた国に対策資金を提供しているが、当該国の調整委員会に参加すること。
- ・ 保健省(日本では厚生労働省)やその他方面に対して、WHOのマクロ経済と健康に関する委員会(CMH)の勧告を実行するための提案を行うこと。健康への投資を増大させ、「クライアントに近い」保健医療サービスを拡大させるためである。
- ・ 健康を発展や成長に不可欠なものとして理解することを振興するように主張すること。

| 健康関連のミレニアム開発目標 | |
|--|---|
| ミレニアム宣言の目標とターゲット | 進捗状況のモニタリング指標 |
| <p>目標 4：小児死亡の削減</p> <p>ターゲット 5：1990 年の 5 歳未満児死亡率を 2015 年までに 3 分の 2 削減する。</p> | <p>5 歳未満児の死亡率 乳児死亡率 1 歳児の麻疹の予防接種率</p> |
| <p>目標 5：妊産婦の健康の改善</p> <p>ターゲット 6：1990 年の妊産婦死亡率を 2015 年までに 4 分の 3 削減する。</p> | <p>妊産婦死亡率 専門技術に熟練した保健医療職員が介助した出産の比率</p> |
| <p>目標 6：HIV/AIDS、マラリアなどの疾患との闘い</p> <p>ターゲット 7：2015 年までに HIV/AIDS の蔓延を阻止し、減少に転じる。</p> <p>ターゲット 8：2015 年までにマラリアなどの主要疾患の発生率を阻止し、減少に転じる。</p> | <p>15～24 歳の妊婦の HIV 陽性罹患率 避妊法普及率の中でコンドームの使用率 HIV/AIDS 孤児数 マラリア関連の有病率と死亡率 マラリアの罹患リスクのある地域で、マラリアの予防および治療に有効な方法を用いている人口比率 結核関連の有病率および死亡率 直接監視下治療短期化学療法 (DOTS) で発見され治療された結核患者の比率</p> |
| <p>目標 8：グローバルな開発パートナーシップの構築</p> <p>ターゲット 17：製薬会社と協力して、発展途上国に手頃な価格で必須医薬品を提供する。</p> | <p>継続的に、手頃な価格で必須医薬品を入手できる人口比率</p> |

資料：United Nations Millennium Development Goals.

UN Web site: www.un.org/millenniumgoals.com

プレス向け情報

プレスリリースのサンプル

貧困は命を縮め、病気を増やす

ねらいを貧困、そして貧困と不健康とのつながりに定め、看護師は闘う

2004年5月12日ジュネーブ

国際看護師の日に際し、世界中の看護師は、貧困と健康のつながりに注目し、貧困を削減させ、健康を向上させるために多部門との協調行動を求めていく。貧困は、複雑で、世界中に広がる問題である。発展途上および移行国に住む半数以上の人々は貧困層に暮らし、約12億人、すなわち世界人口の23%が1日に1ドル未満で生活している。1日に1ドルから2ドルで生活する人となるとさらに16億人増える。

ほとんどの国で、貧困は女性の顔を持つ。貧困層の12億人の内、約70%が女性である。この20年間、多くの国で、女性の貧困者は男性よりも有意に増大した。女性の非識字は男性の2倍であるといわれ、鉄欠乏性貧血や蛋白質エネルギー栄養障害などの貧困関連の疾患に罹患する可能性も有意に高くなっている。

「貧困は、今日、私たちが直面する最大の悲惨である。看護師として私たちは、貧困のために自己の基本的ニーズも充足させることができない人々に日々、出会い、その状態がどれだけ疾患や死期を早めるのかを目の当たりにしている。」と国際看護師協会会長のクリスティン・ハンコックは言う。「貧困が特に残酷だといわれるのは、悪循環を生む特徴があるからだ。悪循環の下、人々は保健医療サービスや教育などの手立てを利用できないために、収入が少なくなり、健康状態を引き上げることができない。しかし、健康状態が良好でなければ人間の貧困から逃れる力はひどく弱められてしまう。

看護師は、教育・ヘルスケア・健全な社会政策へ投資を行い、健康へのアウトカムを向上させることを求めていく。貧困と貧困が健康に与えるマイナスの影響を減少させるキャンペーンを展開する中で、保健医療サービスを差別なく利用できること、公正な労働基準、安全な職場、男性と平等の権利を女性に保証することを主張していく。

最も信頼されている保健医療職者として、看護師は、貧困者と実効ある形で協働し、貧困者に代わって、貧困者の発言が取り上げられ、貧困者が自分たちに関する意思決定に参加でき、利用、雇用、サービス、ジェンダー、民族、人種に関する不平等の是正を確実にしていく。

編集者から

国際看護師協会(International Council of Nurses / ICN)は、世界の何百万人ももの看護師を代表する125の各国看護師協会(national nurses' association / NNAs)の連合組織である。1899年に看護師のために看護師が運営する組織として設立されて以来、看護について発言する国際組織として、全ての人々への質の高いケアと健全な保健医療政策を地球規模で確実にする取組みを行っている。

詳しい情報をご要望の方は、Linda Carrier-Walker までご連絡ください。

Tel : (+41 22)908 0100 Fax : (+41 22)908 0101

e-メール : carrwalk@icn.ch ホームページ : www.icn.ch

事実と数字：貧困と健康についての実際の話

| | |
|-------------|---|
| 10 億 | 世界人口 60 億人の内、10 億人以上が、食料、水、下水処理、ヘルスケア、住居、教育など基本的ニーズを充足できていない。 |
| 12 億 | 1 日に 1 ドル未満で生活している発展途上および途上国から先進国への移行期にある人の数 |
| 11 億 | 世界全体で栄養障害をきたしている人の数 |
| 70% | 貧困層に暮らす 12 億人の 70% が女性である。 |
| 41% | 世界の失業者総数 1 億 8,000 万人のうち、15 歳から 25 歳までが 41% を占める。 |
| 5 倍 | 5 歳未満児死亡率は、貧困層が 5 倍高い。 |
| 2.5 | 15 歳から 59 歳までの死亡率は貧困層が 2.5 倍高い。 |
| 12 分の 1 | サハラ以南における一人の女性の妊娠中の死亡リスク。これに対して、ヨーロッパでは 4,000 分の 1 である。 |
| 50 未満 | 低開発国における出生時余命。これに対して、先進工業国では 77 年である。 |
| 49% | 発展途上国全体の 5 歳未満児の年間死亡数、1,070 万人の 49% が栄養障害に関連している。 |
| 200 万 | 小児死亡数は年間約 200 万人で、1 日あたり 6,000 人になる。不十分な下水処理による感染症が原因である。 |
| 1 億 1,500 万 | 学齢期であるにもかかわらず、学校に行っていない子どもの数。そのうち、5 分の 3 が女子である。 |
| 4,200 万 | 全世界の HIV/AIDS 感染者は 4,200 万人で、うち 3,900 万人が発展途上国にいる。 |
| 10% | 全世界の医学研究開発費のうち、世界人口の 90% を占める貧困者の疾患に向けられるものは 10% にしか過ぎない。 |
| 54 | 1990 年と比べて 2003 年時点で貧しくなっている国家の数 |

参考文献

1. International Labour Office. (2003). *Working Out of Poverty*. International Labour Conference, 91st session, 2003: Report of the Director -General. Geneva.
2. Feuerstein, M.T. (1997). *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. Macmillan Education LTD, London.
3. *Op cit*, note 2.
4. Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. (2001). *Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights: Poverty and the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Statement adopted by the Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, 4 May 2001.
5. OECD/WHO (2003); *Poverty and Health. DAC Guidelines Series and References*. p. 20.
6. Feuerstein, M-T; (1997), *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. P.12. London: Macmillan.
7. Ravallion, M (2003) , *The Debate on Globalisation, Poverty and Inequality: Why Measurement Matters. Development Research Group*, World Bank.
8. *Op cit*, note 3.
9. *Op cit*, note 2.
10. *Op cit*, note 3.
11. *Op cit*, note 2.
12. *Op cit*, note 3.
13. *Ibid*.
14. World Health Organization (WHO). (2000). *Gender, Health, and Poverty Fact Sheet*. Retrieved 14 Aug. 03 from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact251.html>.
15. *Ibid*.
16. *Op cit*, note 2.
17. *Ibid*.
18. *Ibid*.
19. *Ibid*.
20. *Ibid*.
21. *Ibid*.
22. *United Nations Millennium Declaration, Resolution 55/2* adopted by the United Nations General Assembly on 8 September 2000.
23. Feuerstein, M. -T. (1997), *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. p. 19-34. London: Macmillan.
24. Feuerstein, M-T. *Op cit*. p. 24-27.
25. WHO, Western Pacific Regional Office. *Poverty, Gender and Health Tool Kit*. WPRO.
26. *Supra*, note 2.
27. *Ibid*.
28. *Ibid*.
29. *Ibid*.
30. WHO, *Nutrition for Health and Development (NHD), & Sustainable Development and Healthy Environments (SDE)*. (2000). *Nutrition for Health and Development: A Global Agenda for Combating Malnutrition*.
31. United Nations Development Programme (UNDP). (2003). *Fact Sheet: Clean Water and Sanitation for the Poor*. Retrieved 18 August 2003 from http://www.undp.org/dpa/publications/FS_water120303E.pdf.
32. UNAIDS (2002), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*.
33. UNAIDS (2002) *Fact Sheet*. www.unaids.org.
34. WHO. (2003). *Malaria Fact Sheet*. Retrieved 18 Aug 2003 from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact094.html>.
35. WHO (2001), *Towards A TB Free Future*. WHO/CDS/STB/2001.13.
36. Patel V., Kleinman A. (2003), *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81(8): 609 -613.
37. *Op cit*, note 3.
38. WHO. (2003). *Fact Sheet: The Undefined and Hidden Burden of Mental Health Problems*. Retrieved 18 Aug 2003 from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact218.html>.
39. WHO (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, WHO, Geneva.
40. International Council of Nurses (2000), *ICN on Nursing and Development: Policy Background Paper*. ICN, Geneva.
41. WHO (2003), Western Pacific Regional Office. *Framework and Analysis Tool for Action*.
42. OECD; WHO (2003), *Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series*. p. 40, OECD: Paris.
43. WHO (2003), Western Pacific Regional Office. *Framework and Analysis Tool for Action*.
44. Peters D.H. et al. (2002), *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options*. Washington D.C., World Bank.
45. Jaffrè, Y.; J.-P. Olivier, and Olivier de Sardan, eds (2002), *Les Dysfonctionnements des Systèmes de Soins. Rapport du Volet Socio-anthropologique. Enquêtes sur l'Accès aux Soins dans 5 Capitales d'Afrique de l'Ouest*.

Marseille:UNICE-Cooperation Francaise.

46. World Bank (2004), *World Development Report 2004. Making Services Work for Poor People.*

47. International Council of Nurses (ICN), *Policy Statement on Publicly Funded Accessible Health Care.* Revised 2001.

48. OECD and WHO (2003), *Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series* . p. 29-49. Paris: OECD.

お知らせ

「2003年国際看護師の日キット」の原文（英語・スペイン語・フランス語）は、ICNのウェブサイトより、PDFファイルにてダウンロードのうえ入手可能です。

ICN ウェブサイト：<http://www.icn.ch/>

訳注) この文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを指す。

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. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際看護師協会(ICN)から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複製することや検索システムに登録すること、または売ることなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用(300語未満)に関しては許可は不要ですが、その場合は出典を明記してください。

Copyright © 2003 by ICN - International Council of Nurses,

3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva (Switzerland)

ISBN: 92-95005-66-X

この文書は、国際看護師協会の許可のもとで日本看護協会が日本語訳しました。
許可のない商業目的での使用は禁止します。