

## パキスタンにおける健康課題とヘルス・リテラシー の可能性

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-04-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 鈴木, 清史 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.14945/00010050">https://doi.org/10.14945/00010050</a>

# パキスタンにおける健康課題とヘルス・リテラシーの可能性

鈴木清史<sup>1</sup>

## 1 はじめに

国際連合によるミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs: 2000）は、基本的に貧困撲滅を目指した国際的な目標である。これまでの種々の施策展開の結果、2015年7月の「MDGs報告」では、今後の「持続可能な開発目標の踏み切り台になる」という認識が国連事務総長から示された[国際連合広報センター [http://www.unic.or.jp/news\\_press/info/14975/](http://www.unic.or.jp/news_press/info/14975/)]。この背景には、1日1ドル25セント未満の貧困状況で暮らす人びとの割合の低下がある。

貧困解消とともに掲げられた保健医療にかかわる分野もMDGsのなかで重要な課題であった。それらは乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康状態の改善、種々の感染症疾病の蔓延防止などである。そして、MDGsを推進した結果、これらの目標は1990年代と比較すると、地球規模での保健医療状況は確実に好転してきている。しかし国や地域ごとに見ていくと、成果には大きな格差が依然として存在している。特に、貧困層の割合が高い国や地域では、改善進度は遅々としている。本稿では、そうした国の一例としてパキスタン・イスラム共和国（以下、パキスタン）を取り上げ、同国での人びとの健康課題を整理し、関連する課題を考えていく。

本稿の目的をこのように設定したのは、筆者が現在取り組んでいる企画——パキスタンを事例として住民の健康意識向上に働きかける教育ツールの開発——の準備の1つと位置づけているからである。

## 2 健康課題とヘルス・リテラシー

健康のありがたみは、病気を経験したときに実感する、というのはいささかいいふられた表現ではあるが、まさにその通りであろう。多くの人にとって、普段の生活で健康とは何かとわざわざ考える機会は多くはない。また、その定義となるとなさらであろう。本稿では、この用語を頻繁に用いることになるので、改めてその定義からはじめていく。

健康（という用語）を取り上げるとき、もっとも頻繁に言及されるのは、1948年に発効した国際保健機関（World Health Organization: WHO）憲章の前文での定義である。このなかで健康は次のように定義されている。

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態である」（Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.）[日本WHO協会 <http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>]

これにしたがえば、健康とは疾病と治療という医療分野だけに限定されているのではなく、安心・安全を前提とする生活全般に関わる状態をいうのである（なお、英語のhealthには様々な訳語や表記がある。文末の注1参照のこと）。

WHOの定義よりも狭い意味にはなるが、病気に罹らない、健康である／健康になるそして健康を確保するということは人びとの日常生活においても、また国や地域の施策においても重要な事項であり続けている。そして、健康状態を維持することあるいは推し進めること、つまり健康増進（health promotion）は、基本的には病気にならないことである。積極的には予防であろう。これは個人のレベルでも行う

<sup>1</sup> 静岡大学防災総合センター客員教授（日本赤十字九州国際看護大学）

ことであるが、国や地域が集団として推進することもある。そして第2次世界大戦後の健康増進施策は日本も含めた先進国のあいだでは比較的類似した傾向を読み取ることができる[健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会 平成12年:5]。それは、感染症予防のための直裁的な対応策と健康教育を通じた人びとの知識向上にともなう感染の機会や罹患回避を目指す施策からなる。

たとえば、毎年冬の初めになると人びとの話題になるインフルエンザなどのさまざまな感染症罹患を少しでも抑制するために行う予防接種は個人としても行うことができる対応策である。同様に手洗いやうがいなどの仕方を含めた情報がマスメディアで頻繁に流されているのは、広義では予防対処に関わる教育的対策であろう。

時代は大きくさかのぼることになるが、第2次世界大戦後の日本ではチフス感染防止を目指して、チフス菌を媒介するシラミ駆除のためDDTの身体への直接散布が年齢を問わずに実施された[毎日新聞 1949年3月8日]。散布はありとあらゆるところで行われたようで、頭にDDTの白い粉を浮かせたまま町を歩く人びとの姿を見たことがあると語る高齢者も依然として多い。

健康教育に関連すると考えられるのは、やはり古い事例となるが1950年代から60年代にかけての日本の全国各地で展開された生活改良普及および新生活運動が好例のように思われる。これによって、食習慣の改善や日常の衛生管理に関わる情報提供やそれにとりまなう学習会が開催された。また住環境の改善の一環として、台所や風呂や便所を中心とする家屋の水回りが改良され、町中では上下水道設備の整備が展開されていった[たとえば長谷川 1997]。こうした動向は健康教育そのものとはいえないにしても、人びとのあいだでの感染症予防や病気に対する一般的抵抗力に関わる意識や認識が広まり定着することにつながっていった。そしてこれらと並行した臨床医学の技術革新や治療法の開発は、生活の質の改善と向上をさらに進展させてきた。戦後日本の平均寿命を驚異的に伸長させた要因の一部であろう。

健康増進については国境を越えて第2次世界大戦後さまざまな提言や国際協力が展開されてきている[たとえば、ラロンド報告 1974、アルマタ宣言 1978、オタワ宣言 1986など]。これらの基本的な指向は個人生活とそれを取り巻く社会的環境整備が焦点となっている。

健康を確保し、その状態を向上させるために検討、対処するための事項や課題を健康課題という。健康課題は、大きな枠組みでは生活や食糧の確保につながる経済的安定、教育の普及そして何よりも安心して生活を営むことができる平和も含まれることになる。たしかに、これらは、基本的人権としての健康を確保するために検討や考慮されるべき事項や課題であるが、本稿でとりあげる健康課題はより限定し、人びとが直面する疾病や罹患するかもしれない疾患に焦点をあてている。

個人および国や地域の健康に関わる課題を明らかにするために用いられる健康の度合いを測る尺度がある[杉浦 2001:1]。それは健康指標と呼ばれ、これにより健康の程度を示すのが健康水準である。

健康指標は集団と個人の2つのレベルで適用することができるが、国や地域ごとの比較のために国際的に用いられている健康状態を示す指標としてはWHOが推奨する総合健康指標あるいは包括的健康指標とも呼ばれるものがある。それらは人口1000人当たりの死亡数に着目する粗死亡率、1歳平均余命そして3番目に50歳以上の死亡割合（proportional mortality indicator: PMI）である。この年齢を目安とするのは、杉浦によれば[2001:6]、50歳まで生命が維持されていれば、予防可能な短命因子がそれなりに制御されているという前提に立っているからである。このとき、短命因子とは「感染症や不慮の外因」がもたらす死亡であり、「人間の予防努力によって克服されるべき事態」をいう[ibid.]。PMIの数値がより大きければ、保健環境が整備されていることを示唆することになる。しかしPMIが指標として提唱されてから世界の多くの国々には高齢化が進行し、50歳以上という基準そのものが今日ではあまり意味を持たなくなっている。むしろ、多くの資料では平均寿命、1歳未満の乳児と5歳以下の幼児の死亡率（ともに1000人中）や産婦の死亡率（10000人中）を用いることが普通になっているので、本稿もそれにならう。

人びとが健康で暮らすための条件や課題は一様ではない。これは、個人が置かれている状況が影響を

与えることは間違いがないし、その個人が生活を営む国や地域の経済社会的状況も影響するからである。たとえば、平均寿命が驚異的に伸びた日本と経済的最貧国では、健康に関わる状況が異なるのは容易に想像することができるだろう。

健康課題は時代によっても差異がある。高齢化が急速に進む日本では、健康寿命という言葉をよく耳にする。そして、健康寿命を基準の1つとして、疾病障害がもたらす死亡が引き起こす損失を測る基準がある[厚生労働省「健康日本21」]。こうした指標は、高齢人口の比率が低い国や地域では関心を呼ぶことは少ないだろう。

健康増進に欠かせないのは健康に関する（あるいは病気やそれに対処するための）認識や知識である。それについては近年ではヘルス・リテラシーという概念が用いられる傾向にある。

ヘルス・リテラシーのリテラシーとは一般的に識字能力のことである。これは読み書きだけでなく、生活上の問題点を把握し対処することができる能力をも指す。そのリテラシーの前に特定の分野を示す用語を付加すると、その分野の知識を有し、活用できる能力がある、という意味で用いられることが多い。したがって、ヘルス・リテラシーとは「健康に関連した特定の文脈におけるリテラシーを意味」する[大竹・池崎・山崎 2004:71]。

ヘルス・リテラシーは比較的新しい概念で、これが登場したのは1980年代の後半だという[阿部 2012:23]。当初は、専門職者としての医療専門家によるサービス提供の効率性と有効性の向上をはかることが目的とされていた。そのため、問診票、医師および医療関係者の説明、また処方箋や医療措置についての事前説明や関連する同意書に関わる、医療サービス受給者（つまり患者たちとその家族）の理解とそれに基づく対処行動にかかわる能力に言及していたようである。言い換えると、医療専門者は専門家としての知識があり、それを理解する能力をサービス受給者に求めるというサービス提供者側の都合が、ヘルス・リテラシーという概念の背後に見え隠れしていた。

しかし、その後WHOが「ヘルス・リテラシーは良い健康を維持促進するために情報へアクセスし、理解し、活用する動機付けと能力を決定する認知的、社会的スキルを意味する」と定義した[1998 大竹ら 2004:72 から援用]。これにより、ヘルス・リテラシーは医療現場という狭義の場面からより広範な日常生活をも含む保健衛生をも含む概念となった。そのため、ヘルス・リテラシーは医療サービスを受ける側だけに求められる能力だけを示すのではなく、（健康事象にかかわる分野の専門職者としての）情報を提供する側も意識すべき能力だとも考えられるようになってきている[酒井 2008:118]。つまり、ヘルス・リテラシーとは、具体的には個人として自分の健康にかかわる情報を入手し、健康であろうとする能力であるとともに、医療専門職者が自分の専門分野の知識や情報を必要とする個人や集団にきちんと伝えることができる能力でもあるということである[ibid.]。そして、ヘルス・リテラシーの向上をめざす活動——つまり、教育的活動——を「健康教育」ということができる。そして、地域住民の健康増進（ヘルス・プロモーション）には直接的間接的な健康教育が重要な役割を果たすことになる。

本稿のきっかけとなっている企画は、パキスタン事例とした住民の健康意識向上に働きかける教育ツールの開発で、広義にはヘルス・リテラシーに関わっている。

### 3 パキスタンの健康をめぐる状況

以下では健康指標に基づいてパキスタンの健康状況を概観し、同国に内在する保健医療にかかわる課題を考える。まずパキスタンの基本的情報を整理しておく。

#### 3-1 パキスタンのあらし

南アジアに位置するパキスタンは1947年インドとの分離によって生まれた。当初、パキスタンの国土はインドを挟み東西に位置していたが、1971年に東パキスタンがバングラデシュ人民共和国として独立

した。その結果、今日のパキスタンは、その国土面積が日本の約2倍（79万平方キロメートル強）で、東側にインドそして西はイランに挟まれ、北部は東に中国そして北西にはアフガニスタンが控えた地理関係にある。

行政区分としては、バロチスタン、カイバル・バクトゥンクワ、パンジャブそしてシンドの4つの州と連邦直轄地区（イスラマバード首都圏、連邦直轄部族地域）、さらにはインドとの紛争が続くカシミール地方に2つの行政区（アザド・カシミール、ギルギッド・バルチスタン）がある。経済面では、パキスタンの1人あたりの国民総生産は1300ドル程度で[IMF 2014]、人口の半数は1日2ドル未満の生活を送っている。同国の主要産業は農業で小麦や綿の生産が盛んである。特にパンジャブ州の小麦の生産量は世界第4位を占めている。

2014年のパキスタンの総人口は1億9000万人を超えている[Government of Pakistan [http://www.finance.gov.pk/survey\\_1415.html](http://www.finance.gov.pk/survey_1415.html)]。過半数が農村あるいは人口過疎地に居住しており、都市在住者は40パーセント弱である。4つの州のなかで、最大の人口を擁するのが、総人口の60パーセントが暮らすパンジャブ州である。

人口ピラミッドを描いて全国的な年齢構成に目を向けてみると（図1 参照）、総人口の約20パーセントが14歳以下である。一方、50歳以上の人口は10パーセント程度にとどまっており、平均寿命（66.6歳）を反映している数値となっている。0-4歳の幼児の人口が微減しているのは、2000年前後から出生率抑制策が打ち出されているからである。パキスタンの出生率（1000人あたり）は1990年代を通しておおむね5あたりであったが[Lieten 2004]、今日では3.2にまで低下している[Government of Pakistan *ibid.*]。

パキスタン政府の統計によれば、識字率は都市部で74パーセント、地方部では49パーセントで、居住地域による差が大きい。そして識字者を性別で分けると男性は81パーセント、女性は66パーセントを示している。

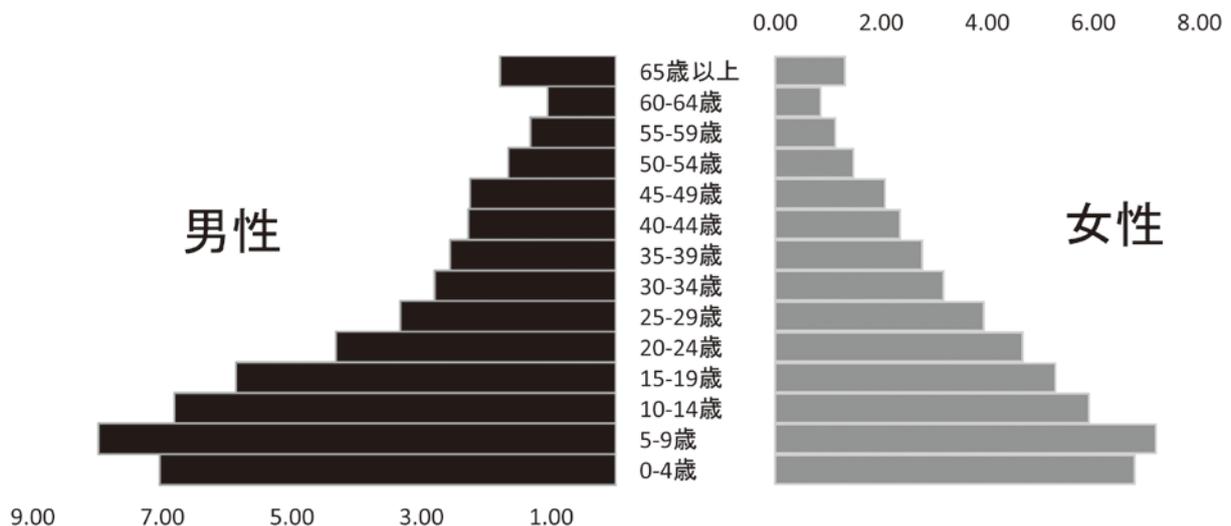


図1 パキスタンの人口 年齢・性別 (%)

[出典: [http://www.pbs.gov.pk/sites/default/files//Labour%20Force/publications/lfs2014\\_15/t01-pak.pdf](http://www.pbs.gov.pk/sites/default/files//Labour%20Force/publications/lfs2014_15/t01-pak.pdf)を改変]

### 3-2 保健医療サービス体制

政府統計によれば[Government of Pakistan 2015]、パキスタン全土での病院数は1100あまりである。規模の小さい診療所や健康相談などは合計で1万を超え全体として整備が進むとはいえ、病床数は人口1500人あまりで1つという割合である。さらに医師の全国の総数は17万5000人あまりで、人口1000人あたりの医師数は1人である。日本と比較すると、病床数では日本の20分の1以下、医師数では半数以下となる。また歯科医師数は日本では10万人を越えていることから、日本とパキスタンでは大きな差が

あることがわかる。さらに、パキスタンの看護職者数は10万人に満たない。これは、日本で就業している看護職者の16分の1弱の値である[日本看護協会 <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html>]。これらのことから、日本とパキスタンでは医療サービス分野においても大きな差があることは明らかである。

表1 パキスタンにおける医療保健体制

種 類	実 数
病院	1142
診療・治療所	5499
健康相談	5438
母子保健センター	671

[出典: Highlights of the Pakistan Economic Survey 2014-2015:12から改変]

表2 パキスタンにおける医療看護従事者数(人)

医療関係者 (抜粋)	実 数 (1 医師/歯科/床あたりに対する値)
医師	175, 223 ( 1073)
歯科医	15, 106 (12447)
看護師	90, 276
病床数	118, 041 ( 1593)

[出典: 表1と同じ]

## 4 保健医療の現状

パキスタンの保健医療の状況について、同国の資料では次のような報告がなされている(表3)。すでに述べたように平均寿命は66.6歳で、男性67.3歳、女性65.2歳である。乳幼児死亡率と5歳以下の幼児死亡率(ともに1000人中)は、それぞれ69.0と85.5であった。さらに産婦死亡率(10000人中)は170であった。人口1000人あたりの死亡を示す粗死亡率は7.3人である。実は、この数値は日本(9.5人)よりも低い[WHO World Health Statistics 2015]。これは、パキスタンの人口構成が若年層で比率が高いのに対して、日本では高齢者の人口比率が高いことと関係しているからである。

表3に示されているように、南アジア地域の周辺の国々にと比較してみると、平均寿命においては大きな差は見られないが、乳幼児死亡率、5歳以下の幼児死亡率そして産婦死亡率の3項目では、ほぼ最低の状況を示している。これは同国の経済状況と関係していることを示している。ちなみに、日本の場合、平均寿命は83.10歳(男性80.79歳、女性87.05歳)、乳幼児死亡率は1、5歳以下幼児死亡率3、そして産婦死亡率も3前後の数値となっており、パキスタンの状況とは大きな差があることが分かるだろう。

パキスタンの保健医療状況について日本の外務省が在外公館医務官情報として提供している資料がある[[www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/pakistan.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/pakistan.html)]。これによると、同国では食中毒をはじめとして細菌性およびウイルス感染症の胃腸炎、腸チフス、赤痢、コレラ、A型肝炎などの消化器系感染症が多発している。これらに加えて、マラリア、デング熱、狂犬病、破傷風、結核、そして依然として撲滅されていないポリオの脅威があることが示されている。

今日では、人やモノの国境を越えた往来が活発になっているので、感染症は経済発展途上国に特有であって、日本をはじめとする先進国は感染症発生からは免れている、ということはいえない。にもかかわらず、パキスタンについてこのような警告がなされるのは、感染症の疾病事例発生の頻度や影響が大きいからだろう。

アメリカ合衆国のワシントン大学が提供している保健医療データベース[[www.vizhub.healthdata.org/gbd-compare/](http://www.vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)]によると、パキスタンでは5歳の幼児の死亡の過半数が感染症によって引き起こされている。同じ傾向は14歳以下の人口にも見ることができる。そして死亡原因としての感染症の割合が低下するのは、15歳以降の人口層である。このいわゆる成人層では、感染症が死亡原因となっているのは全体の2割強で、主な死亡原因としては代謝系の疾患である虚血性疾患、心筋梗塞、リウマチ性疾患、糖尿病、肺をはじめとする種々のがん疾患などが大きな割合を占めている。この傾向はさらに年を重ねた

人びとのあいだで顕著になっていき、50歳以上の人びとのあいだでの死亡原因で感染症が占めるのは1割程度となっている。

これらのことからパキスタンの保健医療事情を死亡原因で見ると、年齢層による相違がはっきりしていることが明らかである。15歳以下の若年層のあいだでは感染症が大きな要因になっているが、それより上の年齢層ではいわゆる慢性系の成人病が主な原因となっているのである。こうした状況であるが、感染症がパキスタンの死亡原因の約4割を占めているのは、高い幼児死亡率とそれを引き起こしているのが感染症の疾病であるからだと考えられる。

ワシントン大学が提供している同じデータベースでは、死亡原因について別の視点からの資料も提供している。それによれば、5歳以下の幼児の高い死亡率の背景には栄養不足、下痢、肺炎などが大きな要因となっていることが示されている。また環境要因としては、上水道の未整備や手洗いの不徹底、衛生管理の悪さがあると示されている。しかし5歳以上の世代になると、死亡原因として感染症が依然として大きな割合を占めているが、上水道整備の欠如や大気汚染という環境要因がより影響を与えるよう

表3 パキスタン人材開発指標

国名	平均寿命	乳幼児死亡率 (/1000人中)	5歳以下幼児死亡率 (/1000人中)	産婦死亡率 (/10000人中)
パキスタン	66.6	69.0	85.5	170.0
インド	66.5	41.4	52.7	190.0
バングラデシュ	70.7	33.2	41.1	170.0
スリランカ	74.2	8.2	9.6	29.0
ネパール	68.4	32.2	39.7	190.0

[出典: Pakistan Economic Survey 2014-15:190から改変]

になっていることをうかがわせている。言い換えると、誕生から幼児期の抵抗力が低い時期に、多くの幼児や児童を取り囲む生活環境がかれらの健康を脅かす要因になっているということ、さらに幼児あるいは若年であるために健康阻害要因を取り除く術も知識も持ちにくいということが推測できる。たしかにこれは短絡的である。しかし、それが必ずしも的外れではないと思わせる生活実態に頻繁に出くわすことがあるのも事実である。

パキスタンの農村地域では上水道施設の整備は進んでいないことも多い。川の支流から引き込んだ畑の用水路で食器や食材を洗うことは日常の一部である。また場所によっては破棄されたプラスチック袋が流れる道ばたの水路で洗濯している姿を見かけることも少なくない[鈴木 2012:62]。

都市部では水路での洗濯光景や食器食材洗いを見かけることはほとんどない。しかしながら、生活を営むための基本的な設備ということになると農村部と大きく異なることなく、依然として十分に行き届いていないことが多い。その1つは生活用水である。WHOが紹介する各国別の統計資料では、パキスタンの人口の80パーセント以上が上水道設備を利用できると示されている[<http://www.who.int/gho/countries/pak.pdf>]。しかし、都市部の中心部に位置する西洋式の宿泊施設でも供給しているのは生では飲用できない水であることは珍しくない。このことは、すでに言及した外務省のパキスタンにかかわる医療事情の中でも警告されている。そのなかでは水道水は細菌・ウイルス・重金属などによる汚染率が高いと指摘されている[[www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/pakistan.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/pakistan.html)]。

都市では生活空間としてのインフラストラクチャーが整備される傾向にあるとはいえ、その普及度と安心・安全度は十分だとはいえないのである。

図2は、パンジャブ州の州都ラホールを中心部を流れる水路の様子である(2012年筆者撮影)。両側には住宅が並んでいる。そうしたなかにある水路はゴミであふれている。乾季が終わろうとしている時期

であるからもともと流量が少ないとしても、水は遠くに溜まったままで、生活ゴミが水路を埋め尽くしている。いわゆる清潔な環境にはほど遠い状況を見ることができる。このような事態は珍しいことではない。都市でも農村でも吹きだまりに目をやるときらきらと光りを反射する場所を容易に見つけることができる。ほとんどが風にあおられて集積したプラスチックやナイロン製の袋や包装紙のゴミなのである。

こうした事例を前にするにすると、パキスタンの保健医療状況の改善には、生活基盤としての清潔な水の確保とゴミの処理などによる生活環境の整備が大きな要因になることは容易に想像できる。一方で人びとの対応行動も重要な要素になることは推測できるだろう。

すでに報告をしたことがあるが[鈴木 2012:111]、パキスタンの農村部に行くと人びとが畑で手に入れたオレンジやサトウキビを食すると、その皮や食べかすを道ばたに捨てていく、いわゆるオープンダンピングの光景を頻繁に目にする。かれらは、それらが時間の経過とともに土に戻るのを知っているのである。そして、同じようにかれらは異質な素材でできたプラスチックやナイロン製の包装紙なども捨てていく。かれらはプラスチックやナイロンの化学製品が、農作物とは異なり、分解しにくいことを知らないのである。逆に言えば（それはきわめて楽観的だと認識しながらも）、人びとに関連する知識や経験があれば、環境整備の意識醸成が期待できるかもしれないとも考えられるのである[たとえば鈴木 2013:45-53]。



図2 ゴミで埋め尽くされた大都市の水路（撮影：鈴木清史 2012）

## 5 健康意識に働きかける教育ツールの可能性

健康であることの認識や評価は個人や集団、そして地域によって違いがある。何が健康を阻害する、あるいは健康を手に入れるための課題になるのかということの認識にも個人ごとに、そして地域ごとに差異があっても当然である。しかし、自分からすすんで病気に罹りたいという人は国境や地域をこえてもあまり多くはないだろう。むしろできればそうなることは避けたいと思っている人のほうが多いだろう。それはパキスタンにも当てはまり、病気に罹りたいという人びとは少ないはずである。それにもかかわらずパキスタンで感染症の発生が多いのは、劣悪な環境のなかで人びとが自発的な予防的対応ができないことが影響しているからだろう。たしかに、人びとが生活している地域の自然や生活環境は感染症が発生しやすいということもいえるが、かれらのあいだで病気自体やそれがどのように発生するのかということについての知識が不足していることも関係していることは想像に難くない。

実際、経済的に遅れをとる発展途上国では、生活環境の整備をはじめとして健康であること自体の意識を持たせるための環境教育の必要性が叫ばれている[たとえば、ズオン チー ビック ツィー 2005; 高畑 2010]。これにしたがうとすると、健康とは何かから始まり、健康を壊す理由(病気になること)、またその要因などについての基本的な知識を提供し、その知識が住民のあいだで定着していくことで人びとの生活改善ひいては健康的な生活につながるかもしれないのである。こうした想定が、筆者と研究グループが健康学習ツールの企画につなげている(もちろんのことながら、大規模な試みを行うことは難しいので、草の根レベルから始める活動である)。

本稿で具体的なツールを提示しないが、現時点で想定しているのはゲームの要素を用いた教育ツールである。ゲームによる学習が有効な方法になりえるのはすでに様々に指摘されてきている。そしてこのように想定しているのは、筆者と研究グループがかつてパキスタンで環境保全意識にかかわる調査を行った経験に基づいているからである[鈴木 2012, 2013]。

この試みで対象としたのは小学生であった。これは児童生徒のほうがまとまって協力してもらえると、かれらのほうが知識の習得が早いということ、新しい情報が児童から発信されると成人(かれらの保護者)への影響は大きいかもしれないと仮定したからであった。

この試みでは日本仕様の材料をそのまま現地に持ち込んだため、細部において現地小学児童に十分に伝わらない要素があった。しかし、ゲームの要素を学習に取り入れたことで参加児童の注目を集め、児童たちは参加を楽しんでくれた。こうした経験から、健康にまつわる情報をゲーム形式で発信することは可能であると想定している。

ゲームを取り入れた健康教育あるいは学習としては、たとえば守山が考案した「参加的な食のリスクコミュニケーション」[<http://www.wifywimy.com/b-maprisk-jp>]がある。このゲームでは、参加者が提示された食物カードを任意に選択し、それを2次元に示されたボードに貼り付けることで自分の食生活を振り返ることができる。また他の参加者の結果を相互に見せ合い対話を通して認識が理解へとつながることが期待されている。健康の基本である食にまつわる教材としては、このゲームは有望な資料となりえる。また、感染症に着目して何が人びとに病気をもたらすのか(媒介するのか)という知識にかかわる知育的ゲームも可能性を秘めていると、研究グループでは議論している。現地での試みについては別の機会に報告することとしたい。

注1) 英語のhealthには「健康」に加えて、「健全」「衛生」「保健」「保健医療」などの訳語が使われている。さらに、医学や看護学分野では、英語の発音をそのままカタカナで表記し「ヘルス」としていることも多い。同分野で、同じように英語の1つの単語に複数の邦訳(漢字表記)が採用されたり、英語の発音をそのままカタカナで表記する例としてはcare(ケア)がある。定義が十分に明示されないまま英語の発音に準拠したカタカナで表記したままにしておくことに、筆者はいささか釈然としないのであるが、本稿では、引用・参考にした文献に表記されているのをそのままを採用・援用している。

---

## 謝辞:

本研究の一部は科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)(基盤研究(C)(一般)(平成28年度~平成30年度)[課題番号16K01298 自己啓発型ヘルス・コミュニケーションツールの開発と評価](研究代表者:鈴木清史)によって可能となりました。助成に感謝いたします。

## 引用・参考文献

- 阿部四郎 2012 「ヘルス・リテラシー概念に関する一考察」『東北福祉大学感性福祉研究所年報』第13号:23-38。
- 大竹聡子・池崎澄江・山崎喜比古  
2004 「健康教育におけるヘルスリテラシーの概念と応用」『日本健康教育学会誌』12(2):70-78。
- 酒井由紀子 2008 「ヘルスリテラシー研究と図書館情報学分野の関与:一般市民向け健康医学情報サービスの基盤として」Library and Information Science NO.59: 117-146。慶應義塾大学学術情報リポジトリ
- 杉浦静子 2001 「健康指標に関する研究 Studies on the Health Index」『三重県立看護大学紀要』2001(5)1-30。
- ズオン チー ビック ツウィー  
2005 「ベトナムにおける環境教育の有効性に関する研究－廃棄物分野を事例として－」東洋大学国際地域学専攻修士論文 2005年6月 (rgs.itakura.toyo.ac.jp/rd/pdf/thuy.pdf)
- 高畑恒志 2010 「途上国のゴミ捨て場の改善に関する研究」独立行政法人国立環境研究、循環型社会・廃棄物研究センター、オンラインマガジン (2010年5月24日、www.cycle.nies.go.jp/magazine/kenkyu/20100524.html)。
- 鈴木清史 2012 「発展途上国用環境教育ツール開発を目指した試み－パキスタンの事例から－」『アジア研究』NO.7:61-72 静岡大学人文学部  
2013 「3つの試みからの学び－環境教育ツール開発の経験から－」『アジア研究』NO.8:45-53 静岡大学人文社会科学部
- 長谷川昭彦 1997 『近代化のなかの村落－農村社会の生活構造と集団組織』日本経済評論社
- 守山正樹 2002 『生活マップ 生活習慣の実際の気づき、生活と心のあり方を学ぶ』福岡大学医学部公衆衛生学教室  
<http://www.wifywimy.com/b-mapfood-jp>
- Lieten, Kristoffel  
2004 'High Fertility, Education and Child Labour in Pakistan', *Views on Development: The Local and Global in India and Pakistan*, Three Essays Collective, New Delhi

## 資料

外務省 (在外公館医務官情報)

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/pakistan.html>

厚生労働省 「健康日本21 (総論)」

[http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/s0f.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0f.html)

健康日本21 企画検討会・健康日本21計画策定検討会

[http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/s0.html#A2](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html#A2)

国際通貨基金 (IMF) Country Information

<https://www.imf.org/external/country/index.htm>

国際連合広報センター

[http://www.unic.or.jp/news\\_press/info/14975/](http://www.unic.or.jp/news_press/info/14975/)

国際保健機関 (WHO) 協会

<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>

国際保健機関（WHO） Pakistan: WHO statistical profile  
日本看護協会 看護統計資料  
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html>  
毎日新聞 昭和毎日 <http://showa.mainichi.jp/news/1949/03/ddt-00e9.html>  
Government of Pakistan  
Economic adviser's wing, Finance Division,  
2015 *Highlights, Pakistan Economic Survey*  
Ministry of Finance, *Pakistan Economic Survey 2013-14*  
[http://finance.gov.pk/survey\\_1314.html](http://finance.gov.pk/survey_1314.html)から Health and  
Nutrition, Population, Labour Force and Employment  
Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington,  
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>