

# WHO の最近の動向

齊 藤 勇 一

最近の動向を記述するのに先立って、WHO（世界保健機関）の成り立ち、目的、性格等につき概説したい。

## I WHO 20 年の歩み

### 1. WHO の誕生日

毎年4月7日は、WHO 憲章の発効した日に当り、「世界保健デー」として、各国で記念行事が行われるが、明年の「保健デー」が、満20周年目に当る。この間、当初67ヵ国がWHO 憲章に調印して発足したのが、現在(1967年6月)加盟国128ヵ国、うち准加盟国（未独立であって主権国が代って加盟を申請したもの）3ヵ国となっている。予算の面からも、第1回総会の際の1948年度予算480万ドルに対して、本年5月の第20回総会で採択された1968年度予算は59,865,580ドルと12.5倍となっている。

### 2. WHO の目的

WHO の目的は、その憲章の第1条に次のように掲げられている。

「世界保健機関の目的は、すべての人民が可能な最高の健康水準に到達することにある。」

言い換えればWHO は、世界各国が一つの組織の下にその力を結集して、伝染病その他の悪疫の伝播を防ぎ、また世界中の人々の健康を守り、増進して、これを最高の水準にまで引き上げることが目的としている。

WHO 憲章の前文には、こうした目的の背後にある根本的な考え方を九つの原則として言い表わしている。その一端を記せば次のようなものである。

「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。」

「到達し得る最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念または経済的もしくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。」

「すべての人民の健康は、平和と安全を達成する基礎であり、個人と国家の完全な協力に依存する。」  
さて、WHO の事業は、同じく憲章の中に上記の目的

達成のため、各種の権限と任務が掲げられているが、WHO の事業をとり上げる前に、WHO の組織について一言したい。

### 3. WHO の組織

WHO の機構は、内部組織と地域組織から成っている。内部組織としては、世界保健総会(以下総会と略称する)、執行理事会(以下理事会と略称する)、および事務局がある。

#### (1) 世界保健総会

加盟国の代表によって構成される立法機関であり、毎年1回(通例5月に)開催され、WHO の方針、事業計画および予算などを決定し、また新しい加盟を承認する。

総会は、この他、財政を監督し、理事を任命する加盟国を選出し、また事務局長を任命する。総会は、理事会および事務局長に対して、必要に応じて、研究調査を命じ、また総会の決定に基づく事業活動の報告を検討する。さらに総会は、国際連合の総会や経済社会理事会の決議や勧告について措置をとり、そのほか、非政府間国際団体のうち特に関係の深いものの申請を審査して、WHO と公式の関係を認める。

総会は、WHO の権限内の事項に関して、条約または協定を採択する権限を有し、また加盟国に対して勧告を行うことができる。

#### (2) 執行理事会

総会が選出した24の加盟国が任命した24人の理事によって構成され、総会が決定した事項を実施し、また補足してゆく執行機関であって、毎年2回(通例1月に約3週間、および総会直後に数日間)会合する。

理事会は、その1月の会期において、WHO の事業計画、予算案その他、5月の総会に提出される議題について審議する。理事は加盟国が任命するけれども、ひとたび任命されると、国の権益代表としてではなく、むしろWHO 側に立って、各個のエキスパートとして発言する。総会直後の理事会では、役員改選など、手続的事項と、総会から命ぜられた事項中緊急を要するものをとり扱う。

理事の定数は、はじめ18人であったが、1961年の第14回総会で、これを24人に改めた。理事の任期は3年

間であり、毎年の総会において3分の1ずつ改選する。なお、本年の第20回総会は、理事の定数をさらに30人とする改正を決定し、加盟国の3分の2が、それぞれの国内法の規定の下に、これを承認する手続を完了次第、これが実施される。

理事会は、総会の決定事項を執行するのみでなく、緊急事態に対処するためには、総会の権限を代行することができる。

### (3) 事務局

本部をスイス国ジュネーヴに置き、事務局長の下に、技術職員および事務職員をかかえている。WHOの日々の業務に関する事務を担当し、事業計画案、事業報告、予算案などを作成して、理事会や総会に提出する。また後に述べる地域事務局とか、加盟各国などとも連絡をとる。

初代事務局長は、カナダのチザム博士(Dr. Brock Chisholm, もと保健次官)が第1回総会から第6回総会までの5ヵ年を務め、その後はブラジルのカンダウ博士(Dr. Marcolini G. Candau, もと汎アメリカ衛生事務局事務局長)が1953年以来、現在も事務局長を務めている。

### (4) 地域的取決

総会は、世界を六つの地域に分けて、それぞれの地域に属する加盟国を以て地域委員会を設け、その事務を処理するために地域事務局を設けている。地域名と地域事務局所在地などを示せば、次の通りである。

| 地 域 名                  | 地域事務局所在地       | 加盟国数 |
|------------------------|----------------|------|
| アフリカ地域                 | ブラザヴィル(コンゴ共和国) | 28   |
| アメリカ地域<br>(北米, 中米, 南米) | ワシントン          | 26   |
| 東地中海地域                 | アレキサンドリア       | 17   |
| ヨーロッパ地域                | コペンハーゲン        | 31   |
| 東南アジア地域                | ニュー・デリー        | 9    |
| 西太平洋地域                 | マニラ            | 12   |
| 計                      |                | 123  |

なお、上記加盟国数について一言説明を加えると、ヨーロッパ地域では、白ロシアとウクライナの2国が非活動国となっている。これは、WHO憲章に脱退の規定がないところ、一方的に脱退を通告して来たものであって、WHOとしては、将来の復帰を希望して非活動加盟国として扱っている。これを加えて、加盟国125国、さらに、はじめに述べた未独立国で準加盟国となっているものが3国あり(モーリシアス、カタールおよび南ローデシア)、合せて128国となる。

わが国は西太平洋地域に属し、この地域の委員会は、韓国、日本、中華民国、フィリピン、ヴェトナム、ラオス、カンボジア、オーストラリア、ニュージーランド、マレーシア、シンガポール、西サモアの12の独立国と、この地域に属領を有するアメリカ、イギリス、フランス、ポルトガルの4国を加えて16ヵ国からなっている。地域委員会は通例9月に約1週間の会期をもって開かれ、明年の総会に提出される翌々年度の事業計画および予算の地域割当て分について決定を行い、その他地域的事項を審議する。

なお、東地中海地域においては、イスラエルとアラブ諸国の対立のため、アラブ諸国とこの地域に属領を有する国々の委員会と、イスラエルと同じ国の地域に属領を有する国々の委員会とを別の場所(後者は通例ジュネーヴ)で開催し、各種決議事項に関する票決は、WHO本部事務局長によって開票集計されるという面倒な手間をかけている。

## 4. WHOの事業

### A. 定型的な事業

次にWHOの事業として、過去において、一つの定型的なものとして行われて来たものについて概説する。

#### (1) 専門家諮問部会

WHOは、その事業を、最新の医学、公衆衛生の進歩に照して適正なものとするため、世界の専門家を委嘱して、WHO専門家諮問部会(WHO Expert Advisory Panel)というものを設けている。現在、主な疾病や、医療制度、医薬品、公衆衛生の分野で45の部会があり、約2,476人の専門家が委嘱されている。この部会の部員となることは、名誉職であって、WHOの求めに応じて、意見や、資料を自費で提供する。限られた年間予算の範囲内で、年に10ないし15の専門家の会議がジュネーヴで開催されるが、その際は、この会合を××専門家委員会(例えば「コレラ」「看護」「国際薬局方」などの専門家委員会)と呼び、旅費口当が支給される。わが国からは、34の部会に78名の専門家が部員として委嘱を受けて協力している。

WHOの事業は、大別して二つの柱からなっている。その一つは、事務局職員が、上記専門家の意見を聞いて、常時行っている、各国共通の目的を持った、いわば、国際保健事業であり、いま一つは、国際連合の家族の一員として行う、低開発国のための技術援助である。

#### (2) WHOの国際保健事業

##### (i) 衛生統計の国際的統一

1948年の第1回総会は、「疾病、傷害及び死因に関す

る国際分類規則」を採択し、これを WHO 規則第 1 号として、1950 年 1 月 1 日から発効させた。これにより、WHO は各国から、比較し得る統計資料を集めて、世界各国の保健状態を正しく評価し、世界的保健計画を樹てている。

国際死因分類の仕事は 1900 年来、当初はフランス政府が招集国となって、26 ヶ国の参加を得て、国際協定として定められ、10 年毎に改正することとなっていた。この改正会議は 1909 年、1920 年、1929 年、1938 年に開かれ、毎回、死因分類表と合せて疾病分類表も採択されてきた。パリの第 5 回国際会議の次に当る 1948 年の第 6 回目から、WHO がこの仕事を担当することとなったものである。第 7 次改正は、1955 年に、第 8 次改正は、1965 年に行われた。

#### (ii) 国際検疫と防疫情報

WHO は、憲章発効前の、中間委員会の時代から国際検疫に関する専門家委員会を設けて作業していたが、1950 年の第 3 回総会は、従来 11 にも及んだ国際衛生条約を一つにまとめて国際衛生規則(WHO 規則第 2 号)を採択した。加盟国に対して、その一部につき拒絶または留保をする一定期間を許した後、この規則は、1952 年 10 月 1 日に効力を発生した。

国際衛生規則で取り締まっている検疫伝染病は、ペスト、コレラ、痘そう、発疹チフス、黄熱、および回帰熱の 6 種である。各国の検疫法は、この規則に合致しなければならない。この規則はこれらの伝染病の発生の際の通報義務、防疫措置、ならびに国際旅行に必要な予防接種証明書の様式などを規定している。

WHO は、当初、アレキサンドリア、シンガポールおよびワシントンに防疫情報局を設けて、これらを経由して、各国の伝染病発生状況、当事国による汚染地区の指定または解除などについて、無線電信でジュネーヴに情報を集め、これを世界中に無線放送をしていた。1961 年 12 月末までに、この 3 局はつぎつぎに廃止され、現在ではジュネーヴの本部が直接に加盟国の保健当局からの通報を受けている。そして、これを世界各地に向けて、毎日、無線電信で放送するほか、毎週金曜日に、「週間防疫情報」として印刷配布している。

#### (iii) 医薬品の国際規格および基準

##### (a) 国際薬局方

薬局方を制定することは、それぞれの国の責任であるが、各国まちまちなものを定めるのでは名称が不統一であったり、同じ名称でも力価や構造が違ったりするのは、国際旅行者にとって、不便どころか生命の危険を生

じたり、薬学上の知識の交流の助けとなり、また貿易にとっても不都合である。1865 年(慶応元年)に第 1 回国際薬品会議が開かれ、一般的基準設定の可能性が論議されたが、進歩は遅々たるものであった。1902 年と 1925 年のブラッセルでの会議の結果、1929 年にブラッセルで、国際薬局方編さんが合意され、この協定には 26 ヶ国が調印した。この協定により、当時の国際連盟が技術的責任を負い、ベルギー政府が事務処理に当たった。実際の仕事は、1937 年になって、連盟の保健機関が薬局方専門家技術委員会を設けることによって始められた。続く年々に仕事は相当はかどったが、第 2 次世界大戦のため一時停滞した。委員会は 1945 年に中間報告を発表している。

WHO の中間委員会の時代になって、薬局方統一専門家委員会が任命され、1948 年の第 1 回総会以来、国際薬局方編さんの最終段階が拍車をかけて続けられた。仕事の内容は、広く使われている重要医薬品の化学的、物理化学的、および生物学的規格の設定、ならびに名称、処方、検定法を標準化することにより、委員会の名前も国際薬局方専門家委員会と改め、1951 年に国際薬局方第 1 巻が刊行されるに至った。まず英語とフランス語で出版され、ついでスペイン語版ができた。第 1 巻は 199 の薬品と 43 の付録よりなり、その後 1955 年に出版された第 2 巻には、以上に 210 の薬品と 26 の付録を追加したものである。これも英、仏、少しくれてスペイン語版が出ている。両巻とも、専門家諮問部会の指導の下に、日本およびドイツでも翻訳出版された。第 2 巻以後は、93 の新しい薬品と、12 の付録の追加について作業が行われている。

##### (b) 生物製剤の国際基準

生物製剤、抗生物質とは、通俗的にいえば、ワクチン類、ホルモン剤、ビタミン等である。

1897 年に Ehrlich が、ジフテリアの抗毒剤の基準を定めたが、彼の定めた力価単位は、1922 年に、最初の国際単位となった。国際連盟時代に、連盟の保健委員会は、1921 年から 1935 年までに前後 10 回にわたって、生物製剤の国際基準と国際力価単位設定のための技術会議を開いている。とりわけ、1924 年に生物製剤基準常設委員会が設置され、この委員会は、1938 年までに 7 回の会合を開いている。同年に血清学の専門部会もできたが、世界大戦のため活動は縮小しながらも続けられた。こうして 1945 年までには、性ホルモン、ビタミン類、抗毒剤、抗血清剤、デギタリス、ツベルクリンなど、34 の生物製剤につき国際基準が定められた。

WHO は、世界各地の 100 余の試験研究機関の協力を

得ている。すなわち、生物製剤専門家委員会が一つの生物製剤を基準化することを決定すると、十分大量のバッチを用意し、これを世界の数カ所の研究所に分けて検定してもらう。結果が集ると、これをコーペンハーゲンの国立血清研究所またはロンドンの国立医学研究所のいずれかにおいて分析判定してもらう。この二つの研究所のうち、前者は主として抗毒素、抗血清剤、ワクチンおよび抗原を扱い、後者は主として抗生物質、ホルモン、ビタミンなどを扱う。結果が満足なものであれば、専門家委員会は、その基準を採択し、これを理事会に報告する。

#### (c) 医薬品の一般名称

医薬品は、絶えず新しい製品が合成されて市場に現われる。それぞれ新しい名称をつけられ、同じ薬品が国によって、それぞれ異なる名称で呼ばれる。さらに、一国で一つの薬品が一つの名称で特許をとる。こうなると、国際的にまことに不都合な事態となる。

この問題解決のためには国際協力を必要とし、よって WHO は、1955 年の理事会において、医薬品の一般名称を決める手続きを定めた。事務局は「国際薬局方及び製剤に関する専門家諮問部会」に諮って、一定の名称の案を作成して各加盟国に送付し、また WHO の機関誌 *Chronicle of the WHO* に掲載する。一定の期間を設けて異議や意見を聴取し、これを検討する。この操作を終えて、はじめて、国際一般名称勧告となって再度 *Chronicle* に掲載される。

#### (3) 技術援助事業

国際連合および専門機関に通じて見られる技術援助の形式は、

- (a) 専門家の派遣（一国の顧問として）
- (b) フェローシップ（奨学研修員制度）
- (c) 資材の提供・斡旋
- (d) セミナー、講習会または会議

のほぼ四つがある。

各加盟国は、上記のそれぞれの形式による技術援助を受けたいときは、地域事務局長に申請し、地域委員会がその予算計画を承認した上、最終的には総会で決定する。WHO は、その通常予算の枠の外に、国際連合技術援助計画から、自己の総予算の約 20% に当る額の割当てを受けて、技術援助の資金としている。

最も典型的な技術援助は「プロジェクト」と呼ばれ、上記の(a)(b)(c)の三つを組合わせたものである。例えば、一国が母子衛生の行政を開発するため WHO に技術援助を求めたとする。WHO は、まず、その国の事情に適した指導のできる顧問を探して、これを短期間（1年、

2 年、あるいは数ヵ月）委嘱して、WHO 顧問としてその国に派遣する。顧問はその国の保健担当の政府機関に迎えられ、まずその国の実情につき、あるいは説明をきき、資料を提出させ、あるいは視察をする。その上で、顧問は助言する。その助言に基いて、国は賅い得る範囲で母子衛生事業の開発を図る。その間、職員の必要を感じ、行政担当者の中からしかるべき者を WHO フェローとして海外に留学させる。若いものは、1 年、2 年、あるいは資格獲得の必要があれば、3 年くらい海外で勉強し、または訓練を受ける。上級の経験者の場合は、1 年、6 ヶ月など短期の視察をする。さて、特定の資材で、その国では購入する資金がなく、またプロジェクト完成のため必須と思われるものについては（例えば、小児麻痺のための「鉄の肺」など）、本来 WHO は技術機関であって、物資供給機関ではないが、ある限られた範囲では、資材も WHO から供与される。資材の中には、書籍、雑誌なども含まれる。大体において、「プロジェクト」と呼ばれるものは、1 年限りのものよりは、少なくとも 3 年あるいはもっと長期にわたるものの方が効果がある。

以上は、一国に対する WHO の技術援助の例であるが、このほか、一つの地域内の数カ国、ないしは、二つ以上の地域にまたがる数カ国を対象として、上記(d)によるセミナーまたは講習会が開催される。通例、一つの分野につき、10 日、1 月、3 ヶ月のものであり、デンマーク政府、チェコスロヴァキア政府との協力により行われる心臓血管系疾患に関する講習会、麻酔学の講習会、結核に関する講習会などは 6 ヶ月、8 ヶ月というものもある。なお、ソ連で行われるものに、しばしば、研究視察旅行がある。過去において、鼠疫駆除、看護、医療制度、衛生教育など十数回行われているが、モスクワで講習の後ソ連邦各地を視察旅行し、またしめくりをモスクワで行うといった形式のものである。WHO としては、ソ連政府が、国連の拡大技術援助計画に拠金する際、その一部は自国通貨での支払いが認められているので、国連から WHO に割り当てられる技術援助資金のうちルーブル通貨を消化するためにも、ソ連政府の招聘に応じて、これらのセミナーをソ連で行うという事情もある。

## II 最近の動向

国際保健事業の調整という WHO の根本的な機能は、当初から、また今後も変わらず WHO の遂行すべき事業である。技術援助といういま一つの大きな柱も、WHO の重要な機能であるが、低開発国と先進国の間には、社

会的、経済的隔差が日に日に大きくなる実情の下に、保健情勢にも同じ隔差の増大が見られる。WHO の事業は、こうした事情にも対応し、かつは、医学の日進月歩にも即応して行かなければならない。世界の保健上のニーズは膨大であって、限られた予算の枠の中では、とても全世界のすべてのニーズに対処して行くわけには行かない。自らそこに優先順位の問題、緊急性の問題が検討されなければならない。その検討も、毎年の総会が次の年度のみについて行うのでは不十分であって、長期的な検討も必要とされる。

WHO が 1946 年 7 月 22 日に憲章の調印を見、1948 年 4 月 7 日から憲章の効力が発生し、その間は、中間委員会なるものを置いて、旧国際連盟保健部の財産と事業の継承をしたところには、戦後の緊急援助（例、戦争難民の保健上の救済など）を行ったが、同年 7 月の第 1 回総会を経て、明けて 1949 年 6 月の第 2 回総会以来、多少とも長期的な見通しを考えるようになった。

#### 1. 長期計画——作定の段どり

WHO の第 2 回総会（1949 年 6 月）は、こうした考慮の下に、半ば長期の計画作製の必要を感じ、執行理事会に対して、「特定期間に係わる一般的事業計画」の作製と、それを第 3 回総会に提出することとを命じた。第 4 回執行理事会（同年 7 月）は、「特定期間」を「5 年以内の期間」と定め、第 5 回理事会（1950 年 2 月）で原案を採択し、第 3 回総会に送った。この案は、1952～55 年の 4 年間の一般事業計画であり、第 3 回総会（1950 年 5 月）は、これに対して種々の意見を加え、さらに理事会にもどして、総会の事業計画委員会の意見、および各地域委員会の意見をとり入れて、さらに詳細な計画として第 4 回総会に再提出することを命じた。かくして、第 7 回理事会（1951 年 2 月）は改正原案を作成して第 4 回総会（1951 年 5 月）に再提出し、採択されたのが、第 1 次特定期間一般事業計画である。この計画は、当初 1952～55 年（4 年間）のものであったが、その後、第 5 回総会（1952 年 5 月）によって、1953～56 年（4 年間）と 1 年延長され、さらに、第 7 回総会（1954 年 5 月）によって、1957 年まで延長された。

この第 1 次一般的事業計画の内容は次のようなものである。

#### (1) 一般原則

- (a) すべての国および領土を対象とする。
- (b) WHO は国に対して技術援助を行うものであり、国に代って事業を実施するものであってはならない。

(c) WHO のサービスは、国および地域社会の自立と創意を助長するものであり、政府、国民が憲法上、行政機構上、また社会的に消化し得るものであるべきこと。

(d) WHO は原則として、直接、医学的、科学的、研究を行わない。研究の奨励と調整を行うべきである。

(e) サービスは各加盟国に、差別なしに提供される。

#### (2) 活動分野選定の基準

- (a) 国際的に実行可能であり、受容できるもの。
- (b) 結果を例示できるもの。
- (c) 最大多数の加盟国および国民のため直接間接役に立つもの。
- (d) 事業遂行に必要な資格ある職員が入手できるもの。
- (e) 十分事前調査を行うこと。
- (f) 恒久的、世界的サービス（例、国際情報、基準、調整等）。
- (g) 国際連合および国連の他の専門機関との協力により成果を上げる。
- (h) 財源——WHO のみでは限られているので、他からも拠出を求める。しかし、WHO の予算も漸次拡張する。

#### (3) 事業内容

- (a) 国の保健行政の強化。
- (b) 医療および補助職員の専門技術教育。
- (c) 恒久的世界的サービス。
  - (i) 衛生統計
  - (ii) 防疫情報
  - (iii) 国際疫学調査および検疫
  - (iv) 習慣性医薬品
  - (v) 国際基準（生物製剤基準、国際薬局方、疾病傷害死因分類、試験法の基準など）
  - (vi) 公衆衛生における研究の調整と奨励
  - (vii) 出版

#### (4) 他の機関との協力

- (a) FAO との協力
  - 1) ミルクその他食糧の国際基準
  - 2) 上記に関し試験分析法の基準
  - 3) 人口の栄養状態評価のスケジュール
  - 4) 異なる文化的背景にある人口の国際的栄養基準
  - 5) ブルセラ症、牛結核その他の人畜共通疾病の研究
- (b) ILO との協力

- 1) 船員の保健
- 2) 移住の保健的側面
- 3) 看護教育と社会的経済的事情
- (c) ユネスコとの協力
  - 1) 国際科学協力の調整
  - 2) 幼児期の精神衛生
  - 3) 基礎教育における衛生教育
- (d) 国際連合との協力
  - 1) 人口問題の公衆衛生的側面
  - 2) biostatistics および社会福祉に関する訓練センター、セミナー等
  - 3) 少年犯罪の防止
  - 4) 犯罪者の精神科学診断および刑務所における精神療法使用の研究
  - 5) 身体障害者の更生
  - 6) 老人福祉の増進
  - 7) 乳児死亡率および妊産婦死亡率
- (e) 国連、ユネスコおよび FAO との協力
  - 1) 不毛地開発と関連した保健問題
- (f) 経済社会理事会および FAO との協力
  - 1) 河川の水質基準

上記の第1期一般事業計画は、1952年から1957年までの6年間にわたって、毎年の総会が次の年度の事業計画および予算を決定するに当って、一つのよりどころとされて来た。一般事業計画のすべては手がつけられた訳ではないことは申すまでもない。その後、第2期一般事業計画は第15回理事会(1955年1月)が、1957年から1960年の4年間につき作製して第8回総会(1955年5月)が採択したが、第12回総会(1959年5月)は、これを1年延長して1961年までのものとし、第3次一般事業計画は、1962年から65年までの4年計画として第25回理事会(1960年1月)が作製して、第13回総会(1960年5月)が採択し、第17回総会(1964年3月)はこれを1966年までもう1年延長した。第4次一般事業計画は1967年から1971年までの5年間につき、第35回理事会(1965年1月)が作製して、第18回総会(1965年5月)が採択し、これが現行のものである。(注 上記××回理事会の作製とはいいいながら、実際の仕事は事務局が行い、事務局長提出の原案を理事会が審議採択して総会に送るのである。)

## 2. 医学研究への重点移行

さきに述べた通り、WHOは専門家諮問部会を設け、世界の医学、公衆衛生などの専門家の知識と経験を借りて、その事業を斯界において日進月歩のものとすること

を行って来た。

一方において、低開発国に対する技術援助の事業は、現在も将来も引続き行われるわけであるが、それはそれとして、先進国のためにもサービスを提供する事業も合わせて行わなければならない。低開発国の問題は、いとも簡単な個人衛生、公衆衛生、特に伝染病の蔓延に対する対策が主であるが、先進国の場合は、いわゆる成人病、すなわちがん、心臓疾患、事故による傷害や死亡、大気汚染、アイソトープの利用などが関心事である。

専門家諮問部会の部員を招集して行う専門家委員会は、保健問題のいろいろな分野において、最後の知見をまとめる仕事を行い、結論はそれぞれWHOの刊行物である *Technical Report Series* に掲載されて来た。これは主として、医学教育、医療制度、公衆衛生行政組織等のあり方についての、国際的見解の統一とか、基準ないしは雛型の公表といった意味を持っている。WHOの事務局は、さらに、特別の問題に関しては、科学者グループという会合を設け、その見解も上記刊行物により公表している。

別に、WHOの学術雑誌として、*WHO Bulletin* というのがあり、これは月刊であって、各国、各研究所の研究者のオリジナルな研究報告が掲載されている。いずれの場合もWHOの関心事である、疫学調査とか、試験法といったものが編輯の際の規範となる。

ところが、最近、WHO事務局内部に、WHOが自ら医学、生物学および疫学の研究を行うべきであるとの主張が生まれ、これから述べる「世界医学研究センター」設置の機運が起った。しかし、この構想は総会によって、時期尚早という判断の下に葬り去られた。

### (1) 世界医学研究センター

事務局長は、数次にわたって科学者グループの会合を主催して構想をまとめたが、センターは(1)疫学、(2)情報科学、および(3)生物医学の3部門よりなり、職員1,273名を抱え、初年度設備費(建物を含む)43,100,000ドル、経常費は初年度3,647,000ドル、第2年度は11,839,000ドルと段々増えて、第5ないし第10年度は年間32,604,000ドル、10年間の経常費合計298,901,000ドル、すなわち、年平均29,890,100ドルという膨大なものである。なにしろ、疫学部門においては、人種、気候風土、経済社会文化的に異なる環境、遺伝要素などについて、各種の疾病の現われ方を大がかりに研究するというのであり、情報科学部門においては、単に世界各地の疾病の発生や蔓延状況とか死亡数とかのみならず、過去および現在の科学的業績の内容まで、電子計算機の操作で

ただちに入手できるようにしようというのであり、生物医学部門においては、巨大な数の実験動物の純種を集めて、人工的遺伝ミューテーション、毒性反応、化学反応、放射線反応、その他の実験を行うほか、基礎的生物学研究も行うというのである。

ただし、その財政の賄い方について、事務局長案としては、(1) どこかの財団に頼る、(2) WHO 加盟国に全額を負担させる、(3) 関心を有し、資力のある加盟国のみに分担させる、の三案しかなく、その実現性については何らの保証も有していなかった。

この案は第 17 回総会 (1964 年 3 月) に提出されたが、同総会は、時期尚早という判断の下に、事務局長にさらに本件の検討を求め、第 18 回総会に再提出するよう命じた。第 18 回総会 (1965 年 5 月) に提出された事務局長提案は、前回のものを大幅に縮小したものであって、土地建物の費用の大部分は、このセンターの設置される国の負担とし、WHO としては、初年度設備費 3,937,000 ドル、初年度経常費 969,000 ドル、第 2 年度 4,047,000 ドル、最初の 10 年間で 140,264,000 ドル、すなわち年平均 14,026,400 ドルとし、その資金を賄うに当っては、一つには有志拠金を期待し、二つには全加盟国に分担させるが、経済的に苦しい国 (国連の拡大技術援助を受けている国) には、分担額の最高 9 割までを減免しよう (それだけ大国が背負うこととなる) というものであった。

第 18 回総会も、事務局長案に冷淡であった。なにしろ、WHO 自体の通常予算が、1964 年度 34,080,000 ドル (前年比 11.38% 増)、1965 年度 39,507,000 ドル (前年比 12.99% 増)、1966 年度 42,442,000 ドル (前年比 7.43% 増) といった規模であり、その割当分担でさえ、勢いっぱいという国が大多数である実情からすれば、新たに、年平均 1,400 万ドルを分担することはむづかしい次第である。結局、米国が多少とも事務局に花を持たせる意味の提案をし、米国他 8 国の共同提案が次のような決議として採択された。

「WHO が医学研究を推進し、調整し、かつ研究者の養成を図ることは必要であるが、この仕事は各国における研究施設の発展とその協力にまつことが大事であり、事務局長提案のセンター構想はさらに研究を要すると判断し、WHO がその事務局部内において、疫学と情報科学部門の職員によるサービスを拡張することを許可し、その方途を事務局長が研究し、明年 1 月の執行理事会に報告するよう求める。」

こうして、世界医学研究センターの構想は、その全体としては葬り去られたが、疫学情報部門は小規模ながら

39 人の新規増員と、電子計算機一式をもって、1967 年 1 月から発足した。

## (2) 国際がん研究機関の設置

これは設置の実現した機関である。話は 1963 年に遡るが、同年の秋、フランスの有識者たちが、米英ソ仏独伊の 6 ヶ国の元首に対して、軍事費の 0.5% をさいて、国際がん研究施設を設置するよう呼びかけた。フランスのド・ゴール大統領が最も熱心にこの呼びかけに答え、同年 12 月にパリで 6 国の関係者会議を開いた。これにはソ連は参加せず、以後 5 ヶ国の間で数回の会合を開き協議が進められて来た。WHO の事務局長も毎回招聘されて意見を求められた。

WHO の第 17 回総会 (1964 年 3 月) は、本件に関する事務局長の報告を受理し、事務局長がこの相談に積極的に参加することを許すという決議を採択した。このように、5 ヶ国の相談に WHO が参画するという程度の取り決めであったはずのものが、どういう風の吹き廻しか、第 18 回総会 (1965 年 5 月) は、決議をもって、WHO がこの機関を設置することとした。ただし、この機関は、定款に基く自主性をもった機関である。

定款によれば、この機関は、管理理事会、科学者会議および事務局をもって組織され、その目的とするところは、(1)がん疫学に関する情報の蒐集、交換、(2)がんの自然発生に関する研究、および(3)研究者の養成の三つの事業を行うことである。フランスが土地、建物、設備等を提供し、この機関に加盟する国は年額 15 万ドルを負担する。

この機関は、1965 年 9 月に、フランス、ドイツ、イタリア、英国および米国の 5 ヶ国が加盟の手続きを完了して正式に発足した。その後、オーストラリア、イスラエル、およびソ連が加盟した。同年 9 月 23、24 の両日、第 1 回管理理事会が開かれ、(1)科学評議会のメンバーを決め、(2)機関の所在地はフランスのリオン (ジュネーヴからそう遠くない) と定め、(3)また、WHO の事務局長に、この機関の所長を選任するよう依頼した。WHO 事務局長は、選考と交渉の結果、1966 年 3 月 4 日に所長として、米国カンサス大学医学センターの病理学の教授 Prof. John Higgison (連合王国北アイルランド生れ) を選任した。就任したのは、同年 7 月 1 日からであった。なお、これに先立ち、4 月 25、26 の両日、第 2 回管理理事会がリオンで開かれ、事業計画と予算を定めた。予算としては、1966 年度 115 万ドル、1967 年度 120 万ドルとし、事業は次の通り計画された。

## 1) 研 究

がんの一般疫学  
がん発生の環境的因子  
老年におけるがん  
工業の危害

2) 研究者養成  
研究費授与  
フェローシップ

WHO の第 19 回総会 (1966 年 5 月) は、決議をもって上記に関する事務局長報告を受理し、かつは、主人国フランス政府と WHO との間の協定が速かに締結されることを希望した。この協定は 1967 年に入ってから締結され、第 20 回総会によって承認された。

わが国は、まだ加盟していないが、この機関創設のための科学者会議には吉田富三博士が招聘されて参加しており、また本年秋、国立がんセンターの研究部職員が、この機関の奨学金により米国に留学している。

(3) 日、比、WHO 共同のコレラ研究

WHO は、自らの資金も一部支出するが、主として、加盟国側のより大きな出費により、各種の医学研究を行っている。例えば、チェコスロヴァキア、ノルウェーなどと協力して心臓疾患の研究、日本とフィリピンとの協力の下にコレラの研究などを行っている。

コレラは、古くから現在に至るまで、インドとパキスタンを主なる流行常在国として、戦前の日本にも、上海、広東などの流行の余波として大正 9 年 (1920) に大流行を見た。患者数 4,969 件、死亡 3,417 名という規模のものであった。その後下火とはなったが、1921 年には 624 件 (死亡 363)、1932 年に 4 件 (死亡 1)、1938 年に 18 件 (死亡 10)、以後終戦までゼロであったが、1946 年には大陸からの引揚者に発生を見て、1,245 件 (死亡 560)、以後 1964 年までゼロであった。

ところが、1961 年以来、従来のアジア・コレラとは違った型のエル・トール・コレラというのが極東に流行し、次第に西進して昨年はイラクにまで及んでいる。エル・トールとは紅海に突出したシナイ半島にある地名で、その検疫所で明治 38 年 (1905 年) に発見された菌により、コレラに似た症状を呈するが、さほど猛烈なものではなかった。それが昭和 12 年 (1937 年) に太平洋のセレベス島に現われ、1960 年までに、同島南部に局限して 5 回ほど流行したのであった。それが、1961 年 4 月に海を越えてジャワ島に流行し、9 月にはフィリピンに蔓延した。1962 年には台湾に、1963 年には韓国に流行し、1964 年のオリンピック直前に日本で 3 件発生し、うち 1 件は死亡するに至った。

WHO は第 11 回総会 (1957 年) において、国際検疫委員会の報告を受理して、当時セレベス島南部のみに局限されていたエル・トール菌による症状はパラ・コレラとして、国際衛生規則で扱うコレラに含ませないことを決めた。したがって、エル・トールに対しては、各国とも検疫をすることは許されない次第であった。わが国は、1961 年にフィリピンにエル・トール・コレラが流行した際、自衛上これをコレラとして扱い、すなわち、WHO の決定に逆らって、検疫を適用し、強化した。同年 11 月にわが国は WHO に意見書を提出して国際衛生規則の改正を求めた。さらに 1962 年 1 月からは、フィリピンをコレラ汚染地区とみなして、食品衛生調査会の勧告に基いて、フィリピンからのバナナ、生鮮魚介類の輸入を禁止し、同年台湾での流行を見るに至って、同様の措置を台湾に対しても採ったのであった。

WHO は、1962 年 4 月にジュネーヴでコレラに関する科学者グループの会合を招集し、この会合はエル・トール・コレラが当然、国際衛生規則にいうコレラに含まれるべきことを結論として出した。WHO はさらにその直後マニラでエル・トール・コレラに関する情報交換会議を開催し、つづいて 5 月の第 15 回総会の直前に国際検疫専門家委員会の特別会議を招集し、結局第 15 回総会の決議をもって、エル・トール・コレラをコレラ扱いとすることとした。

フィリピン政府は、日本のバナナ等輸入禁止の措置を貿易上の打撃として受けとり、バナナ等の食品に付着したコレラ菌がいつまで生存するかを共同研究しようと日本に申し入れてきた。また、現在世界で使用されているコレラ・ワクチンはアジア・コレラ菌をもと株としたワクチンであるので、そのワクチンおよび、エル・トール菌をもと株としたワクチンのエル・トール・コレラに対する有効性の比較研究をし、合せて治療に関する臨床研究も行うこととし、WHO もこの研究に重大な関心を有し、ここに日、比、WHO 三者の共同研究が発足した。

この研究を行うためには、エル・トール・コレラの流行する土地であって、しかも地方の末端まで簡単ながらも公衆衛生の組織のあるところ、そして、そこに臨時の職員を配置できるところでなければならない。さらに、ワクチン効果の研究には、①アジア・コレラ菌をもと株としたワクチン、②エル・トール・コレラ菌をもと株としたワクチン、③アジア・コレラ菌をもと株とした油性ワクチン、④コレラに関係のないワクチン (腸チフスのワクチン) の四者を比較するためには、統計的にいって、各々のワクチンにつき 146,000 人ずつ、合計 584,000

人を対象とする必要があった。このような諸条件を満たすものとして、フィリピンのネグロス島西部の3市21町村の584,026名の住民に対して予防接種を行い、流行期に、上記4種のワクチンの接種を受けた者の中から、それぞれのくらいコレラ患者が出るかを見たのであった。

結果としては次のような知見が得られた。ワクチンの有効性については、表1のような結果が出た。

表1 予防接種後6ヵ月間

|                         | 患者数 | 罹病率 (対人口<br>10万) |
|-------------------------|-----|------------------|
| A アジア・コレラ菌をもと株としたワクチン   | 39  | 26.7             |
| B エル・トル菌をもと株としたワクチン     | 34  | 23.3             |
| C 腸チフス・ワクチン (コレラと無関係)   | 70  | 47.9             |
| D アジア・コレラ菌をもと株とした油性ワクチン | 34  | 23.3             |

大まかにいって、コレラ・ワクチンの接種を受けた者の中からも患者が出ているが、コレラと関係ない腸チフスワクチンの接種を受けた者の中からは2倍の数の患者が出ている。

なお、ワクチンの効力の持続期間については表2に示すような結果が出た。

表2 ワクチンの効力の持続期間 (保護率 %)

|                         | 4ヵ月後 | 6ヵ月後 | 10ヵ月後 |
|-------------------------|------|------|-------|
| A アジア・コレラ菌をもと株としたワクチン   | 48   | 0    | 0     |
| B エル・トル菌をもと株としたワクチン     | 55   | 26   | 0     |
| C 腸チフス・ワクチン (コレラと無関係)   | 0    | 0    | 0     |
| D アジア・コレラ菌をもと株とした油性ワクチン | 48   | 66   | 50    |

この表によれば、コントロールとして使用された腸チフス・ワクチンのグループは、はじめから保護率0%である。アジア・コレラ菌をもと株としたワクチンでは、6ヵ月後も26%の保護率を示しているが、10ヵ月後には0%となっている。日本製の油性ワクチンの場合には10ヵ月後も保護率が50%あり、あと1年くらい効力が続くのではないかとまで推論された。

コレラ菌の生存期間については、フィリピンの学者は各種食品に付着した場合を、日本の学者はもっと基礎的なPH、浸透圧、有機および無機物質の存在、温度、凍結条件、各種消毒剤に対する感受性などを研究した。

保菌者調査からは、患者家族の中からの保菌者検出率が10~20%という高率であることがわかった。一般住民については、保菌者は流行地域内で0.3%の程度で検出されたが、これが流行の原因となったという直接の証

明は得られなかった。

なお、関連して行われた臨床研究からは、抗生剤の効果、患者の心電図などに新しい知見が得られた。防疫と治療の経験から、患者を早く発見して、下痢による脱水症状に対して、食塩注射等の手当てを施すことにより、コレラで人は死なないですむとさえいえるようになった。

この研究は、世界的にも類例のない貴重な研究であって、現在も組織している。わが国は、公費および民間寄付を合せて、1964年度に3,593万円、1965年度に1,063万円ほどを拠出し、多くの学者、行政官を動員して協力した。

### 3. 家族計画への関心

WHO加盟国の中にはカトリック教国が多数あって、家族計画については、総会も事務局側も何ら積極的な提案を持ち出し得ないのが過去における実情であった。

1961年に第14回総会がニュー・デリーで開かれた際、セイロンおよびノルウェーの共同提案として「予防的保健措置としての家族計画」と題する決議案が提出された。この提案は、議事日程としては、「1962年度事業計画および予算の審議」という議題の討議の進行中に、母子衛生の事項の審議に関連して提出されたものであり、その表現も、決議案前文中に、「多産が母親の健康を害することを考慮し」という一項があり、主文では単に「WHOが今後、母子衛生に重点の一つを置くように」という程度の極度に遠慮した言い回しのものであった。にも関わらず、最も強固なカトリック国であるスペインがまず反対の口火を切り、同じくカトリック国であるフランス、中南米諸国も反対し、結局は、手続上、当初の議事日程に入っていなかったという理由で、この決議は採択しないということになった。

その後、同主旨の提案は影をひそめていたが、1965年1月の執行理事会が、「国連の決定事項でWHO活動に関係する事項」という議題に関連して、経済社会理事会の決議が、「人口増加と経済社会開発」に触れていることもあって、家族計画が論議せられ、結局、事務局長をして、第18回総会に、WHOが最近行って来た「世界人口の健康面」に関する事業につき報告せしめることとした。

第18回総会(1965年5月)に提出された事務局長報告によれば、WHOは1963年以来、専門家委員会や科学者グループを招集して、次のような研究を行っている。

- (1) 人間生殖の生物学 (1963年4月)
- (2) 乳汁分泌の生理学 (1963年12月)

- (3) 人間生殖の神経分泌学(1964年9月)
- (4) 性ホルモンおよび類似物質の活動のメカニズム  
——特に内服的に活性の合体ホルモン(1964年12月)
- (5) 男性および女性の生殖管の生化学および微生物学  
(1965年4月)
- (6) 人間生殖の免疫学的側面(1965年10月予定)
- (7) 接合子(授精卵)の化学および生理学(1965年11月)

第18回総会は、事務局長報告を聴取した上でスウェーデンをスポークスマンとする12ヵ国共同提案「世界人口の保健面についてWHOが推進することのできる事業活動」が上程された。この原案を修正した第2案がブラジルをスポークスマンとする中南米6ヵ国によって提出されたが、原案も修正案も大同小異であった。第2案の異なる点は、前文中に「人口問題は保健関係のみならず、経済、社会、文化および心理的側面のあること」また「家族の大きさを決めるのは家族自体が良心的に決めることである」の二点を強調したことであった。結局、米国を座長とする13ヵ国よりなる作業部会を設けて、二案をまとめたものが最終的に採択された。

この決議は、まず前文において「家族の大きさは個々の家族の自由選択によるべきこと」、「国がどの程度まで国民にサービスを提供するかは、個々の国が決定すべき

ものであること」、「WHOは特定の人口政策を支持したり、推進したりすべきではないこと」などを念を押した上で、主文においては、まず事務局長報告を承認し、WHOが一つにはその参照サービスの部門で、sterilityとfertilityのコントロール方法の医学面および人口力学の保健面について研究を行うべきこと、二つには技術援助の部門で、助言を求める国に技術援助を与うべきことを命じたのである。

なお、記憶さるべきことは、決議案審議の過程の中で、ローマ法皇庁代表(毎年総会にオブザーバーとして出席)が、要旨次のような発言をしたことであった。

「カトリック教会が家族計画の問題に冷淡であるような印象を与えてきたのは、事が重大であり、これを重大視するがゆえに積極的発言を避けてきたが、実際は非常に大きな関心を持っているのである。重要なことは、この問題について、個人の良心が尊重されることである。」

以上、WHOの最近の動向について、限られた紙面で、その一端のみを記した。他に割愛したものの中で、WHOが世界的規模においてマラリア根絶計画と痘そうの根絶計画の二つの運動を実施していることを単に付記してこの稿を終らせていただく。

#### 執筆者紹介

|     |    |    |    |                          |
|-----|----|----|----|--------------------------|
| 小   | 川  | 喜  | 一  | 大阪市立大学教授                 |
| あ   | づみ | えい | じ  | 国立国会図書館調査および立法考査局社会厚生課主査 |
| 安   | 積  | 鋭  | 二  |                          |
| ちゅう | ばら | まさ | よし | 慶応大学教授                   |
| 中   | 鉢  | 正  | 美  |                          |
| なか  | むら | ゆう | いち | 日本社会事業大学教授               |
| 仲   | 村  | 優  | 一  |                          |
| え   | ま  | とき | ひこ | 厚生省公衆衛生局企画課長             |
| 江   | 間  | 時  | 彦  |                          |
| さい  | とう | ゆう | いち | 厚生省大臣官房連絡参事官             |
| 齊   | 藤  | 勇  | 一  |                          |
| むら  | やま | ささ | こ  | 社会保障研究所員                 |
| 村   | 山  | 牙  | 子  |                          |