

# 国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌

THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

第6巻第1号

Vol.6 No.1

平成4年3月

Mar. 1992

---

特 集

第6回国際保健医療学会学術集会

1991年8月24日～25日 東京

研 究 論 文



---

日本国際保健医療学会

JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH



## 目 次

### ■特 集 第6回国際保健医療学会学術集会

#### 会 長 講 演

国際保健医療学の研究 ……我 妻 堯 (国立病院医療センター) ……………	1
---------------------------------------	---

#### 基 調 講 演

H F A 2000 : 成果と今後の展望 ……ジェームズ・P・グラント (ユニセフ事務局長) ……	8
--	---

#### シンポジウム

##### 国際保健研究の課題—H F A 2000に向けて

総括：開 原 成 允 (東京大学医学部国際交流室) ……………	30
1 わが国の医療協力の問題点と国際保健医療学……我妻 堯 (国立病院医療センター) ……	31
2 国際保健医療協力における研究開発……蟻 田 功 (国立熊本病院) ……………	33
3 国際保健医療研究の課題……島 尾 忠 男 (財団法人結核予防会) ……………	39

#### 宿 題 報 告

国際協力専門家の健康管理 ……小 原 博 (埼玉医科大学医動物学) ……………	43
---	----

#### 特 別 企 画

##### 国際保健医療協力に関する医学会間交流

総括：石 井 明 (国立予防衛生研究所寄生虫部) ……………	49
--------------------------------	----

#### ワークショップ

##### 1 飲料水と保健を考える

総括：河 村 清 史 (国立公衆衛生院衛生工学部)

藤 田 紘一郎 (東京医科歯科大学医学部医動物学) ……………	50
---------------------------------	----

##### 2 プライマリーヘルスケアと住民参加

総括：兵 井 伸 行 (国立公衆衛生院保健人口学部) ……………	52
----------------------------------	----

##### 3 研修のあり方を考える—教育方法に向けて

総括：松 田 正 己 (結核研究所国際協力部) ……………	53
-------------------------------	----

##### 4 適正技術 (Appropriate Technology) を考える

総括：中 村 安 秀 (東京都母子保健サービスセンター) ……………	54
------------------------------------	----

5	日本の経験は途上国に役立てられるか	
	総括：石井澄江（家族計画国際協力財団：JOICEF）	56
<b>国際防災の10年 特別講演</b>		
	災害準備に関するPAHOの役割	
	クロード・デビル（PAHO災害対策部長）	
	総括：山本保博（日本医科大学救命救急センター）	57
<b>ランチョンセミナー</b>		
	国際協力を志す人のために	
	総括：丸井英二（東京大学留学生センター）	58
<b>サテライトシンポジウム</b>		
	在日外国人の保健医療問題を考える	
	総括：仲佐保（国立病院医療センター）	59
<b>■ 一般研究</b>		
	途上国における地域病院の機能……村上仁、我妻堯、野内英樹（国立病院医療センター）、丸井英二（東京大学留学生センター）	61
<b>■ 特別研究 日本のプライマリーヘルスケア</b>		
	日本におけるPHCと住民参加の歩み……橋本正巳（国立公衆衛生院名誉教授）	78
	日本の戦後の結核対策におけるPHC……森口育子（静岡県磐田保健所）	81
	愛育班活動とPHC……岡本暁（愛育病院小児科）	85
<b>■ 資料</b>		
	地域保健・公衆衛生部門における医療協力のあり方……	
	島尾忠男、野崎貞彦、日暮眞、石川信克、藤崎清道、丸井英二、織田正昭、兵井伸行、川上剛	92
<b>■ 声 明 医学国際協力連絡協議会</b>		
		106
<b>■ 公 告</b>		
	第7回日本国際保健医療学会総会 松本での開催のお知らせ	109
	日本国際保健医療学会雑誌投稿規定	110
	1990年度 事業報告書	112
	1990年度 決算書	113

特 集

第 6 回国際保健医療学会学術集会  
1991年 8 月24日～25日 東京

於 国際協力事業団国際協力センター 国際協力総合研修所

会 長 我 妻 堯

組織委員 (五十音順)

大 谷 明  
織 田 敏 次  
華 表 宏 有  
志 摩 チヨ江  
曾 我 紘 一  
高 久 史 磨  
田 中 耕太郎  
津 山 直 一  
林 達 雄  
広 野 良 吉  
堀 田 進  
本 田 憲 児

企画委員 (五十音順)

飯 島 克 巳  
石 井 明  
上 原 鳴 夫  
尾 形 直 子  
小 原 博  
川 上 剛  
河 村 清 史  
高 野 正 孝  
仲 佐 保  
長 谷 川 敏 彦  
本 田 徹 己  
松 田 正 英  
丸 井 地 信  
丸 地 弘  
山 本 保 博

事務局

国立病院医療センター国際医療協力部 (五十音順)

新 崎 康 博  
伊 勢 泰  
伊 藤 清 臣  
板 岡 慶 憲  
上 原 鳴 夫  
河 原 和 夫  
金 川 修 造  
木 下 牧 子  
楠 本 一 生  
後 藤 昭 夫  
篠 浦 ひとみ  
正 田 良 介  
椎 名 丈 城

須 藤 明  
建 野 正 毅  
帖 佐 徹  
土 屋 和 実  
中 田 進  
仲 佐 保  
西 川 裕 次  
堀 内 正  
水 谷 哲 也  
森 寧 子  
八 代 祐 二  
吉 川 敏  
吉 武 克 宏

## 国際保健医療学の研究

我 妻 堯 (国立病院医療センター国際医療協力部)

この学会は今年で第6回目、人間なら6歳で小学校にはいる年齢に達した。

International Healthに相当する国際保健医療学はまだわが国では馴染みが薄く未発達の学問領域であり、医師の間でさえもあまり知られていない。

これまで学会が辿ってきた経緯について振り返り、過去5年間の学会における発表演題の内容を見ると、国際保健医療学の研究成果として高く評価できるものが必ずしも多くはないと言わざるを得ない。

学会創設初期の頃には、当然のことながら保健医療分野における国際協力において、わが国の果たし得る役割にはどのようなものがあるか、そのための人材をいかに養成するかといった協力の本質論、政策論についての啓蒙普及的な講演や、発表などが多かったのは当然のことである。この時期には国際協力に関心を抱く会員同志がお互いに情報を交換し、外部に対する啓蒙活動によって同志を増やそうと努力しており、そのための場として学会の存在は有意義なものであった。

その後、回を重ねるたびに演題発表内容が研究面からみても充実してきており、政府機関やNGOによる保健医療分野の国際協力プロジェクトに従事した経験や、発展途上国における特異的疾患の治療法、疫学的研究発表などが増加している。国際協力のプロジェクトに従事した経験や問題点を論じた演題発表で、特に目につくのはわが国の国際協力実施体制に対する批判、プロジェクト実施上の問題点、専門家リクルートの困難さなどである。これらのいわば体験的

報告や体制批判は重要ではあるが、その上に国際保健医療学 International Healthを学問的研究として発展させるためにはどのようにしたら良いかを考えてみたい。

まず国際保健医療学「International Health」とは如何なる学問であるかについてもう一度、考えてみたい。Harvard University の Professor Cash は、国際保健医療学を「発展途上国における保健医療の問題を研究する学問」と定義している。(表1)

表1. 国際保健医療学の定義 1

---

発展途上国における保健医療の問題を研究する学問  
(R. A. CASH)

---

現在わが国に必要とされている学問が、この定義で十分に表現されているかについては疑問が残る。小生はむしろ「発展途上国における保健医療の問題と、その改善に必要な国際協力の方法を研究する学問」を日本の国際保健医療学の定義としたい。(表2)

表2. 国際保健医療学の定義 2

---

発展途上国における保健医療の問題と、その改善に必要な国際協力の方法を研究する学問

---

従来途上国に特異的な疾患である下痢性疾患、寄生虫疾患、結核、マラリア、ARIなどの感染症は細菌学会、寄生虫学会、結核学会、感染症学会、ウイルス学会、臨床ウイルス学会など、それぞれの学会で研究され、一部の研究者によって国際保健医療学に相当する学問の研究が行われ途上国に対する協力が行われていた。しかしこれらの問題については学際的な領域が多いが各学会間の連絡が密接であったとは必ずしも言えないであろう。

また途上国に最も優先度の高い研究や技術を移転することが検討されたかどうかにも問題があらう。

感染症以外の一般臨床医学の技術協力についても同様であり、わが国の臨床医学の水準をそのまま途上国に移転しようとしてきた傾向が強い。

発展途上国に対する国際協力においては従来の基礎医学、臨床医学、社会医学などの分野では対処し得ない学際的な研究課題が重要性をもっている。

今から4年前の1987年「開発のための保健医療研究委員会」Commission on Health Research for Development (CHRD) が組織され、昨年の世界保健総会に勧告が提出された。この勧告では発展途上国に於ける保健医療の問題を解決するためにはヘルスリサーチが必要であるにもかかわらず投入される経済資源の少ないことを強調し、さらにヘルスリサーチは当該国に必須の研究 (Essential Health Research) と、最先端の医学研究 (Global Frontier Research) の二つに分けることが可能で、途上国も先進工業国もそれぞれの研究における優先度を十分に考慮すべきことを提言している。CHRDの提言は途上国の人々の健康状態向上の為に研究が如何に重要かを強調したものである。ここで演者の専門である母子保健の問題に関して、国際保健医療学研究の具体的課題について述べることにする。

数年前からWHO・世界銀行などがリプロダ

クティブヘルスという表現を用いるようになった。WHOは「健康とは、単に病気にかかっていない・病的状態が存在しないというだけではなく、身体的、精神的及び社会的観点からみて完全に良好な状態 (Well-being) をいう」と定義している。(表3)

表3. WHOの健康の定義

---

健康とは、単に病気にかかっていない・病的状態が存在しないというだけではなく、身体的、精神的及び社会的観点からみて完全に良好な状態 (Well-being) をいう。

---

これに従えばリプロダクティブヘルスとは次のような条件を満たした状態と定義されよう。(表4)

表4. リプロダクティブヘルスの条件

- 
1. 人々は子供をもつことが可能であると同時に、自分たち自身の妊孕性を調節出来なければならない。
  2. 女性は安全に妊娠・出産を経験出来なければならない。
  3. 妊娠・出産は母児の生命・健康にとって安全でなければならない。
  4. 全ての男女は望まない妊娠や、病気に感染する恐れなしに性的関係をもつことができなければならない。
-

1) 人々は子供をもつことが可能であると同時に、自分自身の妊孕性を調節して希望する数の子どもを希望する時にもつことが出来なければならない。

2) 女性は安全に妊娠・出産を経験出来なければならない。

3) 妊娠・出産は母児の生命・健康にとって安全でなければならない。

4) 全ての男女は望まない妊娠や、病気に感染する恐れなしに性的関係をもつことが出来なければならない。

以上が、リプロダクティブヘルスを充たす条件であるとして、世界全体の現状を見ると大部分の人々にとってその条件が充たされる迄にはこれから長い年月を要することが理解される。

(表5)

たとえば、現在世界全体で6千万から8千万の夫婦が不妊であると推定されており、5億の男女・夫婦が効果的な避妊法を利用することが出来ない状態におかれている。

毎年、3千万から5千万件の危険な人工妊娠中絶が行われて、合併症で20万人が死亡し、毎年50万人の妊産婦が死亡、一歳未満の乳児、950万人が死亡、1～5歳未満の乳幼児480万人が死亡している。

さらに毎年淋病は2億5千万件、梅毒は5千万件発症しておりエイズ罹患者も毎年激増して900万人の成人、100万人の子供がH I V陽性と推定されている。

リプロダクティブヘルスの問題は個人が死亡したり病気にかかったりすること以上に、次の世代の子供の健康に関係するから人類社会に及ぼす影響はきわめて大きい。国連人口基金（U N F P A）は1987年に世界人口が50億を越え、一分間に180人、毎日25万人、毎年8千万人づつ増加し2020年には1976年の世界人口の二倍の80億に達すると推計している。

人口が無制限に増加することは自然環境と人間とのバランスを崩し人類の将来にとっても重大な問題をもたらす。またリプロダクティブヘルスで重要なことは世界全体としてみた場合の不公平さである。世界人口の76%は発展途上国の人口で占められており、妊産婦死亡の99%、乳幼児死亡の95%は途上国で起こっている。さらに人口増加の90%は途上国で起きている。

上述のさまざまなリプロダクティブヘルスの問題解決の目標は次のようなことである。

(表6)

表5. リプロダクティブヘルス世界の現状

不妊夫婦	6千万～8千万
効果的な避妊法入手不能	5億人
危険な人工妊娠中絶	3千万～5千万件/年
その合併症死亡	20万人/年
妊産婦死亡	50万人/年
1歳未満の乳児死亡	950万人/年
1～5歳未満の乳幼児死亡	480万人/年
淋病	2億5千万件発症/年
梅毒	5千万件発症/年
H I V陽性・成人	900万人
子供	100万人

表6. リプロダクティブヘルス問題解決の目標

---

1. 周産期死亡率・新生児死亡率・罹病率の低下
2. 乳幼児死亡率・罹病率の低下
3. 妊娠合併症の減少・妊産婦死亡率の低下
4. 不妊症の診断・治療技術の確立
5. 性行為感染症の診断・治療技術の確立
6. 家族計画思想の普及・受胎調節法の開発

---

- 1) 周産期死亡率・新生児死亡率の低下
- 2) 乳幼児死亡率の低下
- 3) 新生児・乳幼児罹病率の低下
- 4) 妊産婦死亡率の低下
- 5) 妊娠合併症の減少
- 6) 不妊症の診断・治療技術の確立
- 7) 性行為感染症の診断・治療技術の確立
- 8) 受胎調節法の開発と普及
- 9) 家族計画思想の普及

これらの目標を達成するための手段として、次のような研究が必要である。

表7. リプロダクティブヘルス目標解決のための研究

---

1. 女性の栄養改善
2. 妊婦検診の必要性教育、人材養成、施設充実
3. 妊娠中の栄養教育の手法、迷信の打破
4. 安全分娩の施設充実、人材養成、T B A教育
5. 母乳栄養の強調、離乳食の指導
6. E P Iの普及、必要性教育、人材養成
7. 家族計画思想の普及・受胎調節指導
8. 安全な性行為の指導

---

1) 基礎的研究 (Frontier Research)

乳幼児下痢症の病態研究、感染症に対する耐熱ワクチンの開発、赤痢やマラリアその他の寄生虫に対するワクチン開発研究、妊娠合併症の予防手段の研究、不妊症の研究、性行為感染症の研究例えばクラミジアのワクチン開発、新しい受胎調節法の研究など。

これらはWHOのような国際機関や先進国ならびに途上国で行われており、Frontier Researchと呼ばれるものに属する。

2) 国際保健医療学 (Essential Health Research)

リプロダクティブヘルスの目標達成のための医学的・臨床的研究の中には、十分に目的を達したものもある。例えば妊産婦の健康と生命を守りつつ健康な子供を出産させるためには、定期的な妊婦検診、安全で清潔な出産介助、新生児のケアなどが重要であることは既に判明している。更に最近の研究開発のおかげで、超音波診断装置や分娩監視装置によって出産時における母子の安全はより確実に became。

しかし発展途上国におけるリプロダクティブヘルスを考えた場合にはどうであろうか。

女性が妊娠したら初期のうちに医療機関を訪ね、その後定期的に検診やさまざまな検査を受け、分娩監視装置を使って胎児の状態を監視しながら、助産婦と医師の手で安全に出産し、新生児も適切なケアを受けて退院、次の子供が欲しくなるまで避妊によって適当な間隔をあける、という先進工業国のシナリオを途上国に適用することはできない。現実には地球上でこのような恩恵を受けている妊産婦は5%程度に過ぎないのである。例えばバングラディッシュでは女性の地位が低く、少女は栄養失調の状態のまま若いうちに結婚させられ妊娠する。その結果は未熟児や低出生体重児が生まれる。

健康な子供を産むためには、若い女性の栄養改善の研究から出発する必要がある。妊娠しても妊婦検診を受ける施設がなかったり、検診を受ける習慣もない。家庭訪問により妊婦検診を行える人材養成手段、妊娠したら検診を受ける

習慣の教育方法、妊娠中の栄養教育の手法などがそのまま研究の対象になる。(表7)

人材養成の対象となる助産婦が足りないから、新たに教育するか、TBAを再教育する問題が起きる。先進国の助産婦教育のカリキュラムは役に立たないので途上国に適した女性のヘルスワーカーの教育内容が研究課題である。即ちどうしたら少ない物的・人的資源を活用して安全に出産が出来る体制を整えるか、そのためにはサービスを与える行政側と、受ける住民の意識の改革方法も含めてこれらのことが研究の対象になる。このような研究に協力することが国際保健医療学の研究である。

最近、WHO・UNICEF・世界銀行などが強調しているSafe Motherhood Initiativeは発展途上国における妊産婦死亡を減少させようとする運動である。(表8)

表8. 妊産婦安全対策運動と国際保健医療学の研究課題1

妊産婦死亡の主要原因

1. 妊娠中の合併症
2. 子宮破裂
3. 弛緩出血
4. 出産時の感染
5. 非合法中絶の合併症

臨床医学的には妊産婦死亡の主要原因が、子宮破裂、弛緩出血、妊娠中毒症、不潔な出産取扱いによる感染や非合法妊娠中絶の合併症としての敗血症などであることが判明しており、医学的な予防法や治療法は明かである。

しかし現実の途上国では、清潔な出産取扱施設の充実、TBAの再教育、弛緩出血や子宮破裂の産婦の輸送手段などが不十分で、10万の出産に対して数百人の妊産婦が死亡している。従来のがが国の医学ではこのような国に高度の

設備を持った母子病院を建設したり、NICUを設置することが協力であると考えられていた。現実の相手国に最も適切な制度、人材養成、住民教育、施設設備などを研究することがSafe Motherhood Initiativeの国際保健医療学の課題である。(表9)

表9. 妊産婦安全対策運動と国際保健医療学の研究課題2

1. 妊娠中の迷信、言伝えの打破
2. 妊婦の栄養指導、生活指導の手法
3. 人材養成の手法
4. TBAの再教育手法、カリキュラム
5. 適切な出産施設の整備、充実
6. ハイリスク妊婦の判別法
7. ハイリスク産婦の移送手段
8. 輸血の血液確保の方法
9. 支援医療施設の設計

わが国でも最近まで、先進国としては妊産婦死亡率が高く、その経験を途上国に伝えることは有益である。

その場合に高価な分娩監視装置、超音波診断装置を供与したり母子病院を建設するのではなく、輸血用血液の入手方法、産婦の緊急移送手段、適切な支援病院の施設・設備の内容などを研究し協力するのが本来の道である。

妊婦や産婦の栄養や日常生活に関する迷信、言伝えの矯正などといった文化人類学的な研究のように、我々が国内でおこなう臨床医学研究の範疇外分野の問題が多数、研究の対象になる。

表10 新しい避妊法の開発

- 
1. ステロイド長期持続投与方法  
注射法（1～3ヶ月おき）  
皮下埋没法  
膈内リング
  2. 新しい子宮内避妊器具（IUD）
  3. 避妊ワクチン（抗hCG）
  4. 内服による妊娠中絶薬（RU486）
  5. 男性用避妊薬
  6. 不妊手術の簡易化
- 

もちろん一方で先端的な医学研究も必要である。（表10）例えば新しい避妊法の開発については、途上国の現実がFrontier Researchの方向付けをしている場合もある。コールドチェーンの発達していない途上国向けに耐熱ワクチンの研究が必要であるように、現在先進工業国で広く普及している経口避妊薬（ピル）は途上国向きではない。毎日錠剤を服用するためには、避妊に対する継続的な動機を必要とする。動機の低い途上国の女性では飲み忘れなどの中止率が高い。身体の中に異物を入れる子宮内避妊器具（IUD）も宗教的理由で受け入れられなかったり、医療従事者に挿入して貰うこと自体に抵抗感がある。

このような国では、1ヶ月～3ヶ月に一度注射する方法や、一度皮下に埋没すれば5年間有効な方法（ノンプラント）、膈内にステロイドを含んだリングを挿入するなどのステロイド長期投与方法が実用的であり、既に開発されている。また保健婦や看護婦が注射器一本で投与でき効果が数年間持続する避妊ワクチンも研究開発されつつある。

非合法中絶による妊婦の死亡、合併症も途上国では深刻な問題であり、内服のみで安全に人工妊娠中絶が可能で、プロスタグランジンや抗黄体ホルモン（RU486）も開発された。男

性の用いる避妊薬や簡単な不妊手術の方法も研究開発途上にある。

これらは途上国に、より適した医療手段を提供するための先端的で高度な医学研究である。子供を適当な間隔をあけて少なく産むことによって母子の健康を守り、人口増加率の低下を図る家族計画はリプロダクティブヘルスの目標達成のために重要であり、その実行手段としての避妊は生殖生理学研究の進歩のおかげでより安全でより効果的な方法が開発されつつある。

しかし実施面で供給する人材の養成、受け手となる人々の価値観の転換などは生殖生理学の先端的研究だけでは解決し得ない問題である。受胎調節のように、プライバシーに関係し、社会的、宗教的、倫理的、文化人類学的な影響を受け易い分野の医療サービスに関しては、発展途上国に独自のサービス体制についての研究が必要である。

以上はリプロダクティブヘルスの問題を例にとった国際保健医療学の研究の解説であるが医学の他の分野についても全く同じことが言えるであろう。

小児科の領域では下痢症による脱水の治療に広く用いられるようになった経口補液療法（ORT）は国際下痢性疾患研究所の基礎的研究のおかげで開発された。しかし途上国の全ての母親に子供が下痢をしている時には水が多すぎるのではなく、水が不足していることをいかに理解させるかは別な研究課題である。

そのほかEPI、PHC、感染症対策など発展途上国における保健医療問題全てが基礎医学、臨床医学、社会医学の他に文化人類学など広い範囲の学問領域にわたる学際的な研究を必要としている。

更に、国際協力ではわが国の医学医療の水準をそのまま途上国に移転しようとするのが、多くの問題を起こしていることから、国際保健医療学の中で、開発学とも言うべき領域を提唱したい。（表11）

表11. 開発学としての国際保健医療学の研究課題

わが国の医学・医療	開発学としての国際保健医療学の研究課題	発展途上国の医学・医療
	インターフェイスとしての役割	
基礎医学的研究成果 → ←	学会間の研究成果の総合調整	→ ← 基礎医学研究
臨床医学的研究成果 → ←	研究の優先度決定 適正技術の研究 適正施設の研究 適正設備の研究 緊急災害対策の研究 看護制度の研究 看護教育手法の研究 評価方法の研究 研修手法の研究 公衆衛生学的研究	→ ← 臨床医学医療
社会医学的研究成果 → ←	医療制度の調整 医療制度の研究 医療経済資源の研究 保険制度の研究 病院管理運営の研究 文化人類学的研究 伝統医学の研究	→ ← 医療制度医療施設PHC

或る国に病院や研究所を建設し技術移転プロジェクトを実施する場合に、対象国の保健医療事情や健康政策に関して予めどのようなデータを集めてどのように計画を立てるべきか、プロジェクト実施中や終了後にどのようにして評価を行うべきかなどについても学問的な研究が必要になる。

この領域はわが国の医学では全く未踏の分野であると言ってもよく、今後わが国の対外援助予算が増額されるに伴ってぜひとも充実されなければならない研究分野である。

従来のわが国の専門家の中にはこのような開発学的な立場に立たないで、プロジェクトを計画実行した例が少なくない。その結果はわが国にも存在しないような施設・高価な設備の整っ

た専門病院がアフリカの某国に出現したり、ひとつの国に消化器センターが3カ所も建設されたりしている。

従来、国際協力にかかわる人々の集まりでは「無駄な援助が多い、供与された医療機器が十分に利用されない」など、とかくわが国の援助プロジェクトに対する批判が繰り返し述べられて来た傾向がある。

もちろん批判は重要であり向上のためには必要かも知れない。しかし行政に対しては批判と共に学問的裏付けに基づいた提言をしなければ行政側も対処しようが無いのではなからうか。国際保健医療学では、発展途上国にふさわしい医療制度、医療施設がどのようなものであり、どのような医療技術を移転すべきかについても研究の課題とすべきである。例えば病院プロジェクトの場合に疫学的データを調査しそれに基づいて計画し、移転すべき技術水準を考慮にいれ、途上国にふさわしい病院、それも周辺の地域医療と密接な関係を持った病院のモデルを示すなど、よりよいプロジェクト計画に必要な方法論を専門家自身が提供すべきであろう。その場合に、途上国の病院が将来は自立発展の可能性、即ちSelf-sustainability をもち得るようなプロジェクトを実施しなければならない。

行政側に対してこのように国際保健医療学的研究に基づいて、従来の方針を批判し改善策を提言することが今後我々専門家に課せられた責務である。わが国の保健医療協力の方針と内容を改善して途上国の人々の健康向上に貢献するためには、真の国際保健医療学の研究が必要であると考える。

### H F A 2 0 0 0 : 成 果 と 今 後 の 展 望

ジェームズ・P・グラント (ユニセフ事務局長)

本日、発展途上国への保健協力にユニセフと同様に深く関心を持ち、係わっていらっしゃる、日本の保健医療の著名な専門家の方々またその他の分野で優れた功績を持つの方々にお会いできることを心から嬉しく思っております。日本国際保健医療学会のメンバーの皆様は政府の政策立案の過程、また世論の形成にも重要な知的インプットを提供なさっています。日本が発展途上国との協力を強化し拡張し続けていく過程で、皆様の学会の権威と影響力も確実に高まり、また皆様のご意見、訴えかけや直接的な活動は世界中の何百万人もの人々の生活の向上につながっていくことでしょう。ユニセフは学会からのご招待を光栄に思うと同時に、20世紀のこの最後の10年を通じて更に皆様との協力を強化して行きたいと思っております。これからの30分の間にこのパートナーシップの基盤の概略をしめし、これからの協同活動についていくつか具体的な提案をさせていただきたいと思えます。

これからの10年は、世界中の人々の健康と福祉にとってなんと重大な10年間となることでしょう。今から半世紀以上前、歴史家のアーノルド・トインビーは、歴史の幕開け以来初めて人類全体に文明の恩恵を行きわたらせることが夢でなくなったといっています。これが50年以上も前に事実であったなら、今日はなおさらです。1990年代に入っては、まず第一に保健の分野において現代文明の恩恵をすべての人々に行きわたらせるということは可能なだけでなく、現実的にも道徳的にも義務なのです。

冷戦の終結と世界各地における民主主義の前進は21世紀に向けて大きな可能性を生み出しま

した。今となっては人間開発においてなにをすべきでなにをすべきでないかは、はっきりしてはいますが、もし我々が正しい行動をとれば、過去には30年から50年かかったことも10年間で達成できるはずで

した。19世紀末のアメリカ合衆国の乳児死亡率は出生1000に対し125であったところが、50以下に下がるのには半世紀近くかかったことを思いだしてみましよう。私が最初に日本を訪れたのは1920年代の初めごろでしたが、そのころ日本の乳児死亡率は145で、今日のサハラ以南アフリカと同じレベルでした。私が1940年代の半ばに再び日本を訪れた時は、乳児死亡率はまだ今のバングラディッシュや、パキスタンと同じ程度の111にしか下がっていませんでしたが、更に10年たつと、40以下に下がっていました。

30年もかからずこれだけの前進を遂げたのです。そして今日、日本は出生1000につき4.5という世界一低い乳児死亡率を誇っています。ユニセフは、日本の経験を広く適用できれば、すべての発展途上国においても同じような乳児死亡率の低下をもたらすという画期的な前進を可能にすると考えます。その理由をお話いたします。

#### HFA2000に向けての進展

私は本日の話の焦点をHFA2000の目標に向けての進展に当てるようご依頼をうけております。皆様も御承知の通り、HFA2000の目標と、それを達成するためのプライマリー・ヘルス・ケア (PHC) 戦略は、1978年、ソ連のアルマ・アー

タにおいて開かれたPHCに関する国際会議で提案されました。そのすぐ後に、目標も戦略も正式に国際社会により採択されたのです。アルマ・アータで集成された数々の原則は、現代の保健学の恩恵を世界中のすべての人々に行きわたらせようと決心した人々を導くあかりの役割を果たし続けています。

ユニセフはWHOとともにアルマ・アータの会議を共催しましたが、そこで打ち出された原則を120カ国以上の発展途上国における子供のための活動に適用しています。私どもの経験はプライマリー・ヘルス・ケアの全体像の特定の一部に光明を投じます。しかし、私は子供に関してHFA2000の達成に向けてどこまで来たかを振り返ることによってより普遍的な、先進国にも、発展途上国にも大人にも子供にも、適応できる教訓を見いだすことができると信じております。

1980年代の初めに、国際社会は、1980年の時点での乳児死亡率と5才未満時の死亡率をすべての国々において、2000年までにそれぞれ半減するか、または出生1000人に対して、50と70、どちらでも低いほうを達成するという目標を採択することによって、子供にとってのHFAを数量化しました。この目標が達成されれば、発展途上国の状況を1950年代の初めに日本が到達したレベルまで向上させることになります。成功は20年間に6000万人の子供たちの命を救うことを意味します。

日本の経験を振り返った場合、他のいろいろな国にも当てはめられる重要な原則が適用されていたことがわかります。これらの原則はアルマ・アータ宣言にあらわされているものですが、日本ではその何十年もまえに実践されていたのです。飲料水と環境衛生の改善や腸内の寄生虫の集団駆除とともに、女性への教育の完全普及が子供の栄養状態を改善し、彼らを一般的な感染症からまもることにつながりました。コミュニティーの人々自身による活発な自助努力はPHCのかぎとなる戦略のひとつですが、日本

の子供や母親の健康の改善にも重要な役割をはたしています。多くの場合、学校の先生、地域の政治家、農協のリーダー達など社会の様々な分野の人々がヘルス・ワーカーたちと手を合わせてこの試みに参加しました。日本の母子手帳という子供の健康の記録は母親の手の中で彼女の赤ん坊の健康を確保する道具になりました。これは、子供の生存と発育のための社会的動員のさきがけといえるでしょう。1950年代後半から60年代を通じての日本の驚くべき経済成長以前に日本は子供達のためのいちばん重大な戦いに勝利していたのです。

アルマ・アータから13年たち、2000年まで9年足らずの今日振り返ってみると、特に過去6年間に世界中の子供の健康改善に向けてかなりの前進が遂げられています。例えば、ただ二つの処置、つまり予防接種と経口補液療法により、1980年代の初め頃から1000万人以上の子供達の命が救われ、89年の終わり頃には毎年300万人が救われていました。また、同じくらしい数の子供達がポリオやその他のワクチンによって幼少時代の病気による身体障害から守られています。第三世界の平均的な乳児死亡率は、出生1000人につき93から76に下がり5歳未満児の死亡率は142から117に下がりました。しかしこれよりも更に重要なことは、PHCと全般的な開発プロセスに基づいた、いくつかの要素が合わさることによってこれから世界が数年間に真に大きな前進を遂げ、子供の死亡率を下げる目標を達成するための準備が完了したのだという希望を与え、またそう信じる理由を与えてくれているということです。

#### 行動の原則、希望の理由

これらの要素のうちひとつは、皆様と同国人でWHOの優れた事務局長の中島宏先生が1988年の保健教育世界会議で言われたように、アルマ・アータ宣言の中に見いだすことができます。中島先生は、こうおっしゃっています。「私達

は世界の主要な保健問題や早すぎる死は低コストで達成できる人間の行動の変革によって防ぐことができるということを認識すべきです。必要な知識も技術も我々の手元にあります、それらはコミュニティー・レベルで効果的な行動に転換されなければなりません。両親や家族達は適切な支援を受け、必要な知識と意欲を持てば、毎年1400万人死んでいく子供達のうちの3分の2を救うことができるのです。」

### 少ない資源でより大きな成果を

1980年代におけるいくつかの進展のおかげで、今日保健教育とコミュニケーションの役割は以前より一層重要になってきていると言えるかもしれません。ひとつには、80年代の経済的な景気後退は発展途上国、特にアフリカとラテン・アメリカに激しい打撃を与え、保健に対する支出を大きく削減することを余儀なくさせました。危機の影響は先進国においても多くの人々の認識以上に深刻で、打撃は途上国程ひどくないにしても、かなりの大きなものでありました。例えば、いまだに資金は、裕福な国々から貧しい国々に流れ、貧困に対する戦いを支援しているとひろく考えられています。1980年には500億ドルが富める国々から貧しい国々に流れました。しかしここ数年間というものは逆流しています。借款、第三世界の債務の利子、元本の返済等すべての資金的流れを勘定にいとると、発展途上国は毎年何百億ドルもの資金を先進国に支払っているのです。1988年にはこの純額は352億ドルにのぼり、世界銀行の推定では1990年には225億ドルにのぼっています。その上、いちばん貧しい37カ国では政府の国民1人あたりの保健支出は80年代の最後の数年間に50パーセント削減されています。削減前の額が一人あたり2ドルか5ドル(場合によってはそれ以下)であったことを考えた場合、この削減が公衆衛生プログラムにどれ程大きな打撃を与えたかよくわかりになると思います。今日、多くの政

府は医療人員の基本給さえ払えず、彼らに最低限の必須医薬品やその他の物資を供給するなどとても無理という状態にあります。こういった事態の悪化の影響は貧困社会の一番傷つきやすい人々、つまり子供と女性に特に重くのしかかっており、少ない資源でより大きな成果をあげるため、保健システムの改革が緊急に必要となっています。

幸い、家族達が適切な行動をとるための知識と意欲さえ持てば、非常に低いコストで子供の健康と福祉を大きく向上させるための保健知識と技術は、すでに存在します。具体的な技術については皆様御存知だと思います。つまり、6つの主要な子供の死亡の原因となる病気に対する予防接種、下痢による脱水症状を防ぐための経口補液療法、母乳哺育と正しい離乳、発育観察、女性の識字、ビタミンA、鉄分、ヨード等による食事の補食、そして家族計画です。これ等の処置を完全に普及させるだけでも1990年に設定された死亡率削減の目標を達成することができるのです。

### 子供の生存と発達革命

1980年代に私達はこれ等の既存の、低コストでインパクトの大きい保健知識と技術を我々の新しい世界的なコミュニケーション能力と結合させることによって「子供の生存と発達革命」が可能になると認識しました。このようなアプローチはPHC全体の前進にとっても先駆的な役割を果たせるはずだと考えたのです。しかし、このような革命的な可能性が現実となるには、政治的意志と各国の国民の意志、つまり知識を提供し、意欲を刺激し、予防接種や母乳哺育を可能にするためのシステムに必要な支援を提供する意志が絶対的な前提となりました。

アルマ・アータの原則に導かれながらも、厳しい経済状態の中で少ない資源でより多くを成し遂げることを余儀なくされ、あるいはまた新しい保健知識とコミュニケーション手段の相互

補強的な結合に想像力をかきたてられ、多くの発展途上国は宣言が奨励しているように「資源を動員」し、いくつかの国はこれを真に驚異的なスケールで達成しました。成果はいろいろな面であがっていますが、やはり一番大きなサクセス・ストーリーは予防接種です。これについてはきたる10月8日に中島先生と私とで正式にニューヨークの国連本部で発表する予定です。

## UCI - 世界最大の共同事業

1977年に世界保健総会が世界各国に対して1990年までにすべての子供達（正式な定義は一歳未満児の80パーセント）に予防接種を普及させる（UCI）という挑戦をなげかけたのを皆様はおぼえていらっしゃると思います。当時、貧しい国々では子供達の15パーセント以下しか予防接種を受けていなかったという状況を考え、多くの人々はこの目標は非現実的で野心的すぎると考えました。皆様のような保健分野のプロの方々、最良の条件のもとでも、赤ん坊の最初の一年の間に5回ワクチンを投与することが、いかに難しいかわかりになると思います。多くの発展途上国における厳しい条件のもとで、これをやり遂げるのはまさに英雄的な努力を要しました。しかも驚く程低いコストで達成できたのです。英雄的努力がはらわれ、1990年の終わりに目標は達成されました。今日、1億人以上の子供達が1歳に達する前に効果的なやりかたで予防接種を受けています。これは子供達と、あまりにも多くの場合、非常に苛酷な状況の中で機能している組織的なヘルス・サービス制度が、毎年5億回コンタクトを持つということの意味するのです。発展途上世界の多くの地域では、UCIシステムの到達範囲は、私達が究極の完全普及を達成した公的サービスと思いがちな郵便配達サービスよりも大きいのです。

この結果、毎日8000人近い子供達の命が救われています。これはUCIのキャンペーンが始まって以来1200万の幼い命、そして1990年だけ

でも300万人が救われたということになります。UCIが平時における最大の国際的な共同事業であることは疑う余地はなく、多くの人々の意見では公衆衛生分野での最大のサクセス・ストーリーなのです。

## 社会的動員 - 成功への鍵

UCIの物語は、社会が現在の医学の進歩を適用することによって苦しみを防ぐために組織づくりをし、教育やコミュニケーションをおこない、動員するという驚くべき物語です。人々がコミュニケーションや家族の養育の文化の不可欠な一要素として予防接種を要求するという物語です。大統領や総理大臣が参加し、ヘルス・ワーカー達がコールド・ボックスをかかえて砂漠や険しい山を越え、母親達が赤ん坊に予防接種を受けさせるために何マイルも歩き、宗教的リーダー達や学校の先生達が保健に関するメッセージを教育活動に取り込み、兵士達が予防接種キャンペーンに手をかすために武器をおくという物語です。保健のために現代的、また伝統的なコミュニケーション・メディアを動員する物語です。危機と緊縮財政の現代に政治的意志が効率的な社会活動に転換され、教育が人々に能力を与えることにつながり、様々の分野の間での協調と国際協力が行われる物語です。この物語の中で協力は国際援助機関や医学の世界といった伝統的な境界線を越えた協力です。ロータリー・クラブ、ライオンズ・クラブ、青年商工会議所等の非政府団体が民間の大規模な参加をもたらし、女性やボーイ・スカウト、ガール・スカウト、若者達の地域組織が加わり、すべての人々が参加したのです。

ここで、日本は第三世界の各地でユニセフが支援しているプログラムにとってワクチンや注射器や、これ等を運ぶための車両の一番大きな供給源のひとつであることに注目したいと思います。日本においてワクチンに関する研究が加速されれば更に大きな貢献が可能になります。

具体的にいえば子供の死亡につながる六つの主な病気に対して恒久的な免疫を与え、しかも出生後間もなく一回きりの経口投与で済むワクチンが開発されれば、90年代が終わる前に子供の生存革命を現実化することができます。

要するに、予防接種の成果は実現可能なことのモデルを、そして他の保健処置が「おんぶ」できる基盤を提供し、1990年代に子供や家族のために広範囲の目標を追及するための勢いと組織を提供してくれるのです。

### 児童の権利に関する条約

アルマ・アータ会議が保健教育と社会的動員の重要性を宣言し、子供の生存と発達革命が家族やコミュニティーに健康に関する知識を通じて能力を与え、またその知識を使うための支援を提供したなら、もうひとつの最近の進展、「児童の権利に関する条約」の発効はこの問題を大きく一步発展させました。この一步はこの10年間に子供達の状況を向上させることにむけて私達に大きな希望をあたえました。また保健の分野のプロフェッショナル達には、子供の総合的な福祉を訴えるために新しい強力な支援となります。

「児童の権利に関する条約」は1989年11月に国連総会によって採択されたあと去年の9月に発効し、これは人権に関する条約が一番早く発効した例ですが、この条約は史上初めて広範囲にわたる子供の権利と社会の子供に関する義務を法典化しています。保健の分野では、条約は子供達が保健サービスと保健教育を受ける権利を主張するだけでなく、条件を批准する国々は、「社会のすべての構成員、特に親及び児童が、児童の健康及び栄養、母乳による育児の利点、衛生観念及び環境衛生の確保並びに事故の防止について、基礎的な知識をもちいるにあたり、情報の提供を受け、教育の機会が与えられ、かつ、支援されることを確保する」の義務があるとしています。アルマ・アータの精神が条約全

体にこだましています。

今日までに先進国と発展途上国を含めて94カ国が条約を批准し、自国の法律を、そしてより重要なこととしては、実際の慣習を条約の条項と合致させるよう努力しています。日本は1959年に独自の児童憲章を發布し、子供や母親の保護に関して広範囲の法律を誇ってきましたが、日本社会の様々な方面の方々条約の早期の批准に関心を示していらっしゃるの、とても心強いことです。また、海部総理大臣ご自身が、なるべく早く条約が批准されることを希望すると表明されています。私は日本国際保健医療学会が学会の威信を駆使して、条約の原則について人々を啓発し、条約の批准を促し、条約の原則が完全実践されるよう働きかけて下さることと信じます。なぜなら条約は子供のための、グローバルな、倫理を確立するための鍵となる、そして国境を越え、世界中の子供達の福祉を、我々全員の責任とするための一步だからです。例えば、以前は国家、あるいは地域の保健当局の縄張りであった子供の予防接種が世界的な責務であり、その恩恵はすべての人々に行きわたっているということを考えてみて下さい。15年前天然痘が撲滅されたことは毎年、自国の国民をもう保護する必要がなくなった先進国においても、毎年何百万ドルの節約を可能にしています。2000年以前までにポリオが根絶され、その後間もなく21世紀のはじめには麻疹が撲滅されれば、同じような恩恵がもたらされると思われます。子供を助けようとするとき、必ず地球全体がその恩恵を受けるのです。

### 子供のための世界サミット

国際社会は1990年9月の最後の二日間に条約の実際の適用と人間開発の分野でより幅広い協力を実現させることに向けて大きな一步を記しました。国連本部で開かれた子供のための世界サミットは初めての、本当の意味でのグローバルなサミットで、すべての国々のリーダー達が

招かれました。海部総理大臣も含めて71カ国の首脳が実際に出席し、この種の集まりでは、歴史上一番大きなものになったのです。更に88カ国が大臣やそのほかの高レベルの代表をおくりました。初めて南北、そして東西のリーダー達が同じひとつのテーブルをかこんだわけです。

冷戦終結の後の新しい環境の中でリーダー達は子供は高い優先順位を与えられなければならないという合意に達することができました。サミットで採択された行動計画の言葉をかきると、生存、保護、発達という必要不可欠な条件を満たすために、子供を「最優先」して社会の資源を動員すべきだという合意に達したのです。もう長い間子供の福祉を国の重要な優先事項とし、現在では世界中で一番低い乳児ならびに5歳未満児の死亡率と世界一高い教育レベルを達成した日本の皆様にとってはこれは特に新しいことではないかも知れません。しかし子供達が一番保護されているのではなくむしろ一番傷つきやすい立場に置かれている世界の多くの国々にとっては「子供最優先」の原則は歴史的なものなのです。

サミットに出席したリーダー達は政治家達がやりがちのように、単に崇高で抽象的な宣言を行っただけではありません。日本などの国からの教訓や、アルマ・アータのそのように効果が立証されている原則に学び、2000年までに子供のために達成すべき目標を設定し、それ等の目標を達成するための戦略の概要をしめたのです。また責任を明確にするために1992年に始まり、その後10年間を通じて定期的に進行をモニタリングするための国際的な機構の設置を呼び掛け、各国は今年の終わりまでに国内行動計画を作成することを約束しました。日本は、今私達がこうして集まっているあいだにも国内行動計画を作成している最中だときいております。忘れてはならないのは、海部総理大臣が去年の9月ニューヨークで署名なさった宣言は日本の子供達に関する目標を達成すること（パラグラフ34-i）だけでなく日本政府の海外援助

（パラグラフ34-iと35-i）のみなおしても義務づけているということです。貧しい国々が子供のためのサミットの目標を達成するためには日本の援助は非常に重要なのです。

サミットで設定された2000年までの目標の主要なものとして次のいくつかがあげられます。

- \* 乳幼児および小児の死亡率を1/3に減少させる。（5才以下小児の下痢症による死亡率を50%減少させることを含めて）
- \* 妊産婦の死亡率を1/2にする。
- \* すべての女性が子供を少なくとも4～6か月母乳哺育することを、実行させるなどの活動により、栄養不良を1/2に減少させる。
- \* すべての人が安全な飲料水や、衛生的な尿処理施設のある生活ができるようにする。
- \* 非識字率を1/2に減らす。
- \* 基礎教育の完全普及を実現し、就学年令児の少なくとも80%が初等教育を終了できるようにする。（最後の2点は、世界サミットの間、海部総理大臣の重要な発言のなかで最も強調された点です。）
- \* 最後の主たる目標は、戦災などとくに困難な状況にある子供に対する保護をいっそう強化することである。

#### 「約束を守る」ことの意味

今日までに108カ国の首脳が世界サミットの宣言と行動計画に署名し、彼らと彼らの政府がサミットの目標を達成するという約束をしています。歴史上これだけ大勢の世界的なリーダー達の署名と具体的な行動にむけてのコミットメントをとりつけた文書は他にありません。過去私達は人間開発の処方箋を効果的なものにするために必要な成分は政治的意志だとよく言ったものです。世界サミットの間でははじめて最高のレベルからの政治的意志が動員され、世界中の人々はいま当然子供達への約束が守られることを期待しています。

もし世界サミットで設定された27の目標が達成されればこの10年間に5000万人の幼い子供の命が救われ、同じくらいの人数が幼年時代の栄養不良や病気による心身の障害をまぬがれます。日本の経験や、より最近ではアジアの新興工業国の経験からも知られているように、今日の子供の健康や教育にむけての投資は将来、生産力の向上や経済の成長という実りをみめます。実際こういった投資は開発の条件のひとつなのです。また、忘れてはならないのは、子供の死亡を減少させることは、親たちが、生まれた子供達が生き残ることに自信を持ち、また、子供の数を制限し始めることにつながるので、人口増加の鈍化を促す効果があるということです。

実際、出生1000人につき96という乳児死亡率を持つインドが、ケララ州と同じように26まで乳児死亡率を下げる事ができれば子供の死亡数を300万減らすことができるのです。またケララ州のように寿命の延びに関連した出生率の低下が得られれば毎年インドで生まれる子供の数は1000万も減ることになります。この子供の死亡率の削減と人口増加率の低下の関係については家族計画と母子保健においてこれだけの成功をおさめた日本ですから、まだ十分に認識されていません。これは日本国際保健医療学会にとって啓蒙活動のしがいのある分野ではないでしょうか。

#### 行動の10年に向けて

最近私達は毎日のように、先進国からも発展途上国からもサミットの目標達成にむけての前進について報告を受け取っている、と皆様にもうしあげられるのは、たいへんうれしいことです。先ほどももうしましたように、現在各国政府は子供のための国内計画を作成中でNGOや様々な草の根レベルの組織が計画について提言や要求をするのにとってもよい時期だと思います。第三世界の多くの国々、また東や中央ヨーロッパでは、行動計画は経済をより効率化し、社会

をより民主化し、人間を開発プロセスの中でより中心的な存在にさせるための基本的な改革に向けての動きの恩恵を受けることとなります。そして冷戦の終結や地域紛争、内戦等の解決による国際的な緊張の緩和が富める国も貧しい国も軍備に当てる予算を削減し、より多くの資源を人間開発にあてることを可能にすることがのぞまれます。日本とドイツが軍事予算を減らし、ヒューマン・ニーズをより効果的なやり方で満たそうとしている国に対して援助の増加を検討するという最近の傾向は非常に歓迎すべきことです。しかし、この「平和の配当」はモダンな機材で整備された病院をもっと建てるためにつかわれるのでしょうか？それとも大部分はサミットの1990年代の目標の達成にむけて最大の恩恵をもたらすと私達皆が認識しているようなプログラムに投資されているのでしょうか？

#### より多くの、よりのを得たODA

先進国に対して、サミットの行動計画は「その開発援助予算を再検討し、資金配分の際に、子供の生存、保護及び発達のための目標の達成を目的とするプログラムが優先されるようにすることが要請される。」(パラグラフ34-i i)としています。2000年までの子供のための目標に向けての運動のために既存の予算の上に更に、間もなく必要となる約200億ドルの内3分の2は発展途上国自身が賄うことになると推定されます。ということは、先進国からは債務救済、現在の援助予算の再配分、または援助の増加などを通じて60から70億ドル必要になるわけです。この額は、世界が3日ごとに軍備に費やすのと同額で、また日本の国民が毎年アルコールに使う額の半分以下だと考えれば案外ちいさな額なのです。

権威ある日本国際保健医療学会のメンバーとして、皆様はドナー国と発展途上国の間の盟約という考え方を推進するのにとってもよい立場にいらっしゃいます。貧しい国々において低コス

トでインパクトの大きい人間開発プログラムの推進に向けて支出の再配分が行われるならば、今日、全体の4分の1しか保健と教育に割り当てられていない（また、それよりずっと小さい割合しか基礎保健や基礎教育にわりあてられていない）先進国の援助予算も同様に維持可能な人間開発の支援にむけて再配分されるべきです。

1989年に日本は世界一の援助国になりました。このグローバルな力をいかに責任を持って行使するかは大きな課題です。他の援助国や国際機関と力を合わせ、2000年までの子供のための目標のような共通の目標にむけて努力することは最大限のインパクトを達成するためのひとつの道です。これに関連して申し上げますと、日本政府の子供の生存と発達にむけてユニセフを通じての支援は1981年の500万ドルから、去年は2200万ドル近くまでふえています。日本の民間からの拠出は1500万ドル以上にのぼります。これらの任意拠出により日本はユニセフのドナーの中では10位の位置を占めています。しかしユニセフの主要なドナー国の中で日本はODAの割合としては一番小さいパーセンテージ、0.25パーセントを、ユニセフを通して子供への支援に振り分けています。現在日本のODAの2.6パーセントしか保健に振り分けられていないのを世界の平均である6.7パーセントまで引き上げることによって日本の貢献をより一層有意義なものにできるでしょう。既存の援助予算の中でも1990年代の目標の達成に向けて貢献し得るプログラムの支援用に保健分野向けの予算を再配分することで大きなインパクトを得られるはずです。これは日本国際保健医療学会に推進していただく価値のある提案ではないでしょうか。

同時に私は日本政府が最近1993年に東京でアフリカ各国の首脳会議を開くことを提案したことを推賞したいと思います。というのは、アフリカが一番国際援助を必要としている大陸であるからだけでなく、アフリカ各国の間では根本的な経済的、政治的改革的の枠組みの中で人間

開発に投資することは1990年代の最優先事項であるというコンセンサスがうまれているからです。アフリカのコミュニティー・レベルのプライマリー・ヘルス・ケアのための資金動員とマネージメントは効果的な改革の一例であり、より大きな国際支援に値する事業です。

### 日本の奇跡を分かちあう

私は日本の経済的な奇跡の鍵は早期のプライマリー・ヘルス・ケアと基礎教育への投資だったと存じます。1920年代と30年代に、中国でロックフェラー財団の代表を務めていた私の父、ジョン・B・グラント博士は度々日本を訪れました。彼は終始、社会の組織化、コミュニティー・レベルでのヘルス・ケアとその他の社会活動の統合、社会のすべての人々に対する基礎サービスの提供、そして自立と健康的な生活を目指した保健教育にたえず関心をはらうことに基づいた公衆衛生へのアプローチを訴え続けました。これらの着想が日本の公衆衛生の向上に貢献したことが認められ、父は1961年に日本政府から瑞宝章という名誉を授かりました。これらのアイデアは今日、日本の奇跡を再現しようとする発展途上国にとっても何と有意義なことでしょう。つまり日本の海外援助予算が同じ優先順位で配分されれば、過去には大きな病院の建設、複雑な実験用機材やモデル・プロジェクトといった、被援助国の人々の一番緊急なニーズを満たすことのできない活動にばかり支援を受けてきた国に真の意味での前進をもたらし、援助の効果を大きく高めることになるのです。

この国の経験と専門知識は、他国に保健分野の援助を提供することにおいては、日本に無数の資格を与えています。例えば、すべての第三世界の保健システムと貧しい家庭にとって標準化された母子手帳は非常に大きな恩恵をもたらします。実にユニセフは日本の経験から学ぼうと、発育ざかりの乳児や幼児の月一回の検診と適切な栄養に関する助言やタイムリーな予防接

種、そして、その他の必要な処置に大変重きをおいています。

ヨード欠乏症という世界的な問題について、考えてみましょう。8億人以上の人々がヨードの欠乏した地域に住み、1億9000万人が甲状腺腫に苦しみ、300万人がクレチン症になり、更に何百万人が神経的、あるいは精神的な症状に悩まされています。日本は世界最大のヨードの生産国でその総生産高の10パーセント足らずしか人間の消費用に使われておらず残りは工業用に使われております。毎年、ほんの1000万ドルのコストで日本はヨード欠乏症が存在するすべての国々にこの必要不可欠の栄養素の供給を保証し、世界サミットの目標のひとつを日本独自の努力で実現することができるのです。

#### 新たな信用をもたらす新たな能力

過去数年間の技術的進歩、開発のために保健教育と社会的動員をもちいた経験、子供のための世界サミットに象徴される政治的意志の強化、そして冷戦の終結の後大きく改善された国際環境のおかげで私達保健分野のプロフェッショナルは、新しい能力と、この拡大された能力に伴い、指導活動を行ううえで新しい信用を手に入れました。私達のこれからの課題は、どうすればこの能力が活用され、人々が基礎的な保健知識という力を得、各国政府や、コミュニティが基礎的なヒューマン・ニーズを満たすことも含めて人権の保証を義務づけられるか、です。

皆様方こそが、個々のプロフェッショナルとして、そして、更にはこの権威ある組織としてこの能力の拡張の重大な一環なのです。しかし、日本では他の重要な組織と同様、皆様の声は資源が配分され、開発の優先事項が設定される、政策決定者達の事務所の中できかれなければなりません。皆様の声は「子供最優先」というサミットの基本原則に実質をくわえ、この偉大な国が富めるもののためにも貧しいもののためにも、ヘルス・フォー・オールを達成する事に向

けての前進の先頭をいくことを保証することができるのです。

最近中島先生はこうお書きになりました。

「我々は各国政府の経済的な債務が人間の命という形の債務にかわることを許してはならない。我々は、いくつかの国々の特に貧しく、不利な立場にある人々に重くのしかかる債務やその他の経済的な重荷を軽減するよう努力しなければならない。国際関係の好転と世界各地の人々による、よりよい生活の要求を基盤に、[健康のための配当]を確保しようではないか。」

私は、このWHOの事務局長の雄弁な訴えを心から支持します。

1990年代は難しい10年間になるでしょう・・・これはすべての国々、すべての社会、そして世界全体にとってです。しかし、その反面、私が本日まで説明した、いくつかの理由 — 日本国際保健医療学会のような組織の努力もそのうちのひとつになると思いますが — 90年代は子供にとって、一番傷つきやすい人々にとって、そして世界の大部分の人々にとって重大な10年間にもなり得るのです。この部屋にいらっしゃる皆様はライフ・ワークを、本日まで話したような問題に捧げておられ、明日の世界、新しい1000年にふさわしい世界の先頭にたっ

いらっしゃるのです。

---

## 基調講演 原文

---

Keynote Speech by Mr. James P. Grant  
Executive Director of the United Nations Children's Fund (UNICEF)  
to the

Sixth Annual Meeting of the  
Japan Association for International Health

Tokyo -- 24 August 1991

### 1990s : Window of Opportunity for the World's Children and Human Development

It is, indeed, a pleasure to be able to meet here today with prominent Japanese medical and health professionals, as well as distinguished leaders from other fields, who are all vitally interested and involved -- as we at UNICEF naturally are -- in health cooperation with developing nations. The members of the Japan Association for International Health (JAIH) provide strategic intellectual input into the shaping of government policy as well as public opinion regarding Japanese international health assistance. As Japan continues to intensify and expand its cooperation with the developing world, your organization's prestige and influence will surely grow and the impact of your thinking, of your advocacy and action, will be measured by tangible improvements in the lives of many millions around the globe. UNICEF is honoured by this invitation from JAIH and we look forward to strengthening our ties over the years of this last decade of the 20th century. Over the next half hour I would like to outline the foundation of this partnership and make some specific proposals for joint action in the months and years ahead.

And what a critical decade it will be for the health and well-being of peoples every-

where! Over half a century ago, the historian Arnold Toynbee noted that for the first time since the dawn of history, it had become practical to dare to believe that the benefits of civilization could be extended to the whole human race. If this was true 50-odd years ago, it is even more so today. In the 1990s, making the benefits modern civilization available to all -- in the field of health, first and foremost -- is not only a possibility, but a practical and moral imperative.

The end of the Cold War and the dramatic advance of democracy throughout the world, among other developments, have opened an extraordinary window of opportunity for us on the threshold of the third millennium. If we do the right things -- and by now, the do's and don'ts of human development are quite clear -- we can accomplish in ten years what took thirty or fifty years to accomplish in earlier historical periods.

Let us recall that infant mortality in the United States at the turn of the century was approximately 125 per 1,000 births and took nearly half a century to fall below 50 per 1,000. In the early 1920s, when I first visited Japan, the infant mortality rate was over 145 -- equivalent to sub-Saharan Africa today. By the time of my return to

Japan in mid 1940s, IMR had fallen to 111 per 1,000 live births, roughly equivalent to that of Bangladesh or Pakistan today, but in another decade it dropped to under 40 -- all this in a total span of less than 30 years! And now Japan has an IMR of 4.5 per 1,000 births, the lowest in the world! We in UNICEF believe that your experience in Japan, widely applied, can accomplish remarkable progress in this next decade -- bringing a rapid fall in IMR to all countries of the developing world. Let me explain....

### **Progress toward Health for All by the Year 2000**

I have been asked to focus my remarks today on progress made along the path to meeting the goal of Health for All by the Year 2000. As you know, it was at the International Conference on Primary Health Care, held in Alma Ata, the Soviet Union, in 1978, that this target and the Primary Health Care (PHC) strategy for achieving it were first proposed. Shortly thereafter, both the goal and the strategy were adopted formally by the international community. The principles codified at Alma Ata continue to provide the guiding light for those determined to make the benefits of modern health sciences available to all the world's people.

UNICEF -- which, along with the World Health Organization, co-sponsored the Conference -- is applying the principles of Alma Ata to our work on behalf of children in over 120 countries throughout the developing world. Our experiences shed light on a particular corner of the overall picture of

primary health care. I suggest, however, that a review of how far we have come, with regard to children, toward achieving Health for All by the Year 2000, will provide lessons with a more universal application, for adults as well as children, and for industrial as well as developing countries.

The international community quantified what is meant by Health for All for children when, at the beginning of the 1980s, it adopted the goal of halving 1980 infant and under-five child mortality rates in all countries by the year 2000, or reducing them to 50 and 70 per 1,000 live births, respectively, whichever is less. This would bring developing countries to about the level achieved in Japan in the early 1950s. Success would mean saving the lives of more than 60 million children over two decades.

Looking back at your own experience, I can see the application of many important principles relevant to many countries -- principles embodied in the Alma Ata Declaration, but applied decades earlier here in Japan. Along with improved water and sanitation and mass attention to elimination of intestinal parasites, universal education of women led to greater attention to the nutritional needs of young children and protecting them from common infections. Active self-help efforts by the communities themselves -- another key strategy of Primary Health Care -- also played an important role in improving the health of children and mothers in Japan. In many cases, people from diverse sectors of society, including school teachers, local politicians and leaders of the agricultural cooperative, joined hands

with health workers in this effort. The child health record -- your boshi techo -- became the tool in the hands of each mother to assure her baby's health. This was an early form of social mobilization for child survival and development! Even before your remarkable economic leap forward of the late 1950s and 1960s, the major battles for Japanese children had been won.

Today, 13 years after Alma Ata and nine before the year 2000, considerable progress has been made toward improving child health worldwide, particularly in the past six years. For example, as a result of two interventions alone -- immunization and oral rehydration therapy -- more than ten million child lives were saved since the early 1980s, rising to three million children annually by the end of 1989. Nearly comparable numbers are being protected by anti-polio and other vaccines from lives of crippling disability due to childhood disease. Average Third World infant mortality has dropped from 93 to 76 deaths per thousand live births and from 142 to 117 deaths in the case of under-five-year olds. But perhaps most important is that several elements, based on experience in PHC as well as the general development process, combine to give us hope -- and reason to believe -- that the stage is set for truly major advances in the next few years, and this ambitious goal for reducing child mortality can actually be achieved. What are these factors?

#### Principles for Action; Reasons for Hope

For the first factor we can turn to the very content of the Declaration of Alma

Ata itself, as stressed by your fellow-countryman, Dr. Hiroshi Nakajima, the distinguished Director-General of the WHO, when he told the 1988 World Conference on Health Education:

"We must recognize that most of the world's major health problems and premature deaths are preventable through changes in human behaviour and at low cost. We have the know-how and technology but they have to be transformed into effective action at the community level. Parents and families, properly supported, could save two-thirds of the 14 million children who die every year -- if only they were properly informed and motivated."

#### Doing More with Less

Indeed, the role of health communication and education is perhaps even more central today than ever before, as a result of several key developments of the 1980s. First, the economic recession of the 1980s hit the developing countries, especially Africa and Latin America, the hardest, forcing drastic reductions in health expenditures. The dimension of the crisis was much greater than most realize in the industrialized countries, where the adverse impact, while significant, was much less severe. It is still widely believed, for example, that money is flowing from rich nations to poor nations to assist in the struggle against poverty. In 1980, US \$50 billion a year went from the rich countries to the poor. For several years now, however, the flow has been reversed. Taking everything into account -- loans, aid, repayment of interest and capi-

tal on outstanding Third World debt -- developing countries are now transferring tens of billions of dollars to the industrial countries each year...the net outflow reached as high as US\$35.2 billion in 1988 and the World Bank estimates the figure at US\$22.5 for 1990. Furthermore, in the 37 poorest nations, government spending per person on health was reduced by 50 percent during the last few years of the decade. Starting from an annual level of only US\$2 -US\$5 per capita (or even less), you can well imagine the devastating effect this cutback has on public health programmes. Today, many governments cannot afford to pay even base salaries of their medical personnel, much less provide them with minimal essential drugs and supplies. With the burden of these changes borne disproportionately by the most vulnerable within poor societies -- especially children and women -- an urgent need emerged to restructure the health sector to do more with less.

Fortunately, the health knowledge and technologies exist to make dramatic improvements in the health and well-being of children at very low cost if only families could be adequately informed and motivated to act. The actual techniques are, of course, familiar to you, and include immunization against the six main child-killing diseases; oral rehydration therapy against life-draining diarrhoea; a return to the practice of breastfeeding with proper weaning; growth monitoring; female literacy; food supplementation with vitamin A, iron, iodization, etc.; and family planning. These interventions alone, if practiced universally,

could accomplish the goals of mortality reduction set out in 1990.

### The Child Survival and Development Revolution

During the 1980s it was realized that combining these existing low-cost/high-impact health knowledge and technologies with our new capacity to communicate among peoples of the world could create the potential for a virtual revolution in child survival and development -- a "Child Survival and Development Revolution" (CSDR). Such an approach could serve as a leading edge for advancing PHC generally. But these revolutionary possibilities could become realities if, and only if, the popular and political will emerged to make them happen -- the will to inform, to motivate and to provide the necessary support systems such as those required to promote immunization and breastfeeding.

Guided by the principles set forth at Alma Ata and perhaps pressed by hard economic realities to do more with less... perhaps spurred creatively by the synergistic combination of new health knowledge and the means to communicate it -- many countries in the developing world did "mobilize...their resources", as promoted by the Declaration, and some of them did so on a truly extraordinary scale. While progress has been made on a number of fronts, immunization has been the biggest "success story", an accomplishment Dr. Nakajima and I plan to formally announce at United Nations headquarters in New York on October 8th.

## UCI: the Greatest Global Collaboration in History

You will recall that in 1977, the World Health Assembly challenged the countries of the world to achieve Universal Child Immunization (UCI) by the year 1990 -- defined as 80 per cent of all children under one year of age. At the time, many considered the goal unrealistic and over-ambitious, given the fact that fewer than 15 per cent of children were then being immunized in the poor countries. Health professionals such as yourselves can appreciate the many difficulties that must be overcome in order to reach infants with vaccines five times during their first year of life -- under the best of circumstances. But reaching them under the harsh conditions prevailing in much of the developing world requires a truly heroic effort... although still at a remarkably low cost.

The heroic effort was made and by the end of 1990, the goal was reached. Today, more than 100 million infants are being effectively reached with vaccines during their first year of life -- totalling approximately half a billion contacts every year between children and organized delivery systems functioning, all too often, under extremely adverse conditions. In many parts of the developing world, the reach of the UCI system exceeds that of the postal service, which we tend to think of as the "universal" government service par excellence.

As a result, the lives of some 8,000 children a day are being saved. That is more than 12 million young lives since the cam-

paign began and some three million saved in 1990 alone. Unquestionably, the UCI mobilization is the largest international collaboration in peacetime ever recorded and is, in the opinion of many, the greatest public health success story in history.

## Social Mobilization: the Key to Success

The UCI story is a remarkable story of societies organizing, educating, communicating and mobilizing to apply modern medical advances to prevent unnecessary child deaths and suffering. It is a story of people coming to demand immunization for their children as an essential part of the nurturing culture of the family and community. It is a story of personal involvement by presidents and prime ministers...of health workers carrying cold boxes across deserts and through rugged mountain passes...of mothers walking many miles to have their babies vaccinated...of religious leaders and teachers incorporating health messages into their teaching...of combatants agreeing to lay down their weapons to take part in immunization campaigns. It is a story of harnessing modern and traditional communications media for health. It is a story of political will translated into cost-effective social action during times of crisis and austerity, of education translated into empowerment, of broad inter-sectorial collaboration and effective international cooperation. Collaboration, in fact, carried far beyond the traditional boundaries of governments, international assistance agencies and medical societies such as yours. Rotarians, Lions, Jaycees and other NGOs brought massive private sector involvement --

countless local groups of women, scouts, adolescents, etc. -- everyone joined in.

Permit me to note, at this point, that Japan ranks high among the largest suppliers of vaccines and syringes, as well as the vehicles used to transport them, in UNICEF-assisted programs throughout the Third World. An accelerated Japanese research programme in the field of vaccines could do even more. I am thinking, in particular, of the development of a heat-stable "Children's Vaccine" conferring permanent immunity against the major child-killing diseases through a single, oral dose administered shortly after birth -- could revolutionize the child survival revolution before decade's end.

In short, what has been accomplished in immunization provides us with a model of the "doable", a platform for strengthening primary health care systems, a foundation on which other health interventions and measurements are being "piggy-backed", providing a momentum of confidence and organization for pursuing a broad range of goals for children and families in the 1990s.

### The Convention on the Rights of the Child

While Alma Ata declared the importance of health education and social mobilization, and experiences of the CSDR proved the potential of empowering families and communities with health knowledge and the support to put that knowledge to use, another recent development -- the entry into of the Convention on the Rights of Child -- brought this issue a second giant step

further. It is a step which contributes greatly to our hope for improving the situation of children within this decade. It also provides health professionals with a major new asset for advocacy efforts on behalf of children's integral well-being.

The Convention on the Rights of the Child, which came into force last September after having been approved by the United Nations General Assembly in November 1989 -- the speediest entry into force of any human rights treaty -- codifies for the first time the broad range of children's rights and society's obligations toward the young. In the area of health, the Convention not only asserts children's right to health services and health education. It also commits nations which ratify the Convention "to ensure that all segments of society, in particular parents and children, are informed, have access to education and are supported in the use of basic knowledge of child health and nutrition, the advantages of breast-feeding, hygiene and environmental sanitation and the prevention of accidents..." Echoes of the Declaration of Alma Ata reverberate through the Convention.

To date, 94 countries in the industrial and developing worlds have ratified the Convention and are working to bring their legal codes -- and most importantly, their actual practice -- into line with its provisions. Japan, which issued its own Declaration of Children's Rights back in 1959 and already has far-reaching legislation on the books for the protection of children and mothers, was one of the Convention's earliest signatories and I am very encouraged

by the growing interest among many sectors of Japanese society in its prompt ratification. Prime Minister Kaifu himself has expressed the hope that ratification of the Convention would come as quickly as possible. I trust that JAIH will help expedite the ratification process, using your prestige to promote popular awareness of the Convention's precepts and working, over the long term, to ensure that these precepts are fully implemented. For this is a key step in establishing a global ethic for children -- one that transcends national boundaries and makes children everywhere the responsibility of all of us. Consider, for example, how childhood immunization, once the exclusive domain of national or even local health authorities, has become a global responsibility -- with benefits, I might add, that accrue to all. The eradication of smallpox some 15 years ago has saved hundreds of million of dollars annually to industrialized nations no longer required to protect their own population. Similar benefits can be expected from the eradication of polio before the year 2,000, and measles soon to follow in the early years of the next century. Our global village surely benefits whenever we stoop to help children!

### The World Summit for Children

The international community took a great stride toward implementing the Convention and working together more broadly in the human development arena on the last two days of September 1990. Held at United Nations headquarters, the World Summit for Children was the first truly global summit, in which the leaders of all nations

were invited to participate. 71 Heads of State or Government did attend -- including Prime Minister Kaifu -- making it by far the largest such gathering in history. And another 88 countries were represented at ministerial or other high level. Never before had leaders from North and South, East and West sat together around a single table.

In the new atmosphere created by the end of the Cold War, the leaders were able to agree that children should have a high priority, or as stated in their Plan of Action, children should have a "first call" on the resources of society for the essentials of their survival, protection and development. To the Japanese, who have long placed children's well-being high on the list of national priorities...achieving, for example, the lowest rates of infant and under-five mortality in the world and the highest rates of educational achievement...this may not sound like anything new; but for much of the world, where instead of being the most protected, children are the most vulnerable, application of the "first call" principle would, in fact, represent a breakthrough of historic proportions.

But the leaders attending the World Summit did not just issue lofty, abstract pronouncements as politicians are wont to do. Drawing on lessons learned from countries like your own, and on tested principles such as those adopted at Alma Ata, they set a series of 27 quantified goals for children to be achieved by the year 2000, outlining strategies for attaining them. And in order to ensure accountability, they called for establishment of an inter-

national mechanism to monitor progress periodically throughout the decade, beginning in 1992, and promised to draw up National Programmes of Action -- by the end of this year -- for implementing the World Summit Plan of Action.

I understand that Japan is working on its National Programmes of Action even as we meet here today. Let us not forget that the Declaration signed by Prime Minister Kaifu last September in New York commits Japan not only to a series of goals for Japanese children (paragraph 34-i), but also to a reassessment of governmental assistance abroad (paragraph 34-iii and 35-i) where your resources are so critical to enabling the poorer countries to fulfill these objectives for children.

A useful "short-list" of Summit goals to be achieved by the year 2000 includes:

- \* reduction of infant and child mortality by one-third (including reduction by 50 per cent in the deaths due to diarrhoea among under-fives);

- \* reduction of maternal mortality by one-half;

- \* reduction of malnutrition by one-half by such means as empowering all women to breastfeed their children for at least four to six months;

- \* universal access to safe drinking water and to sanitary means of excreta disposal;

- \* reduction of illiteracy by one-half;

- \* universal access to primary education with at least 80 per cent of primary school children able to pass a certain minimum achievement test...(permit me to note, here, that these last two points were the ones on which Prime Minister Kaifu placed the most emphasis in his important intervention during the World Summit);

- \* and the last major goal: improved protection of children in especially difficult circumstances, including for those caught up in armed conflicts.

#### What "Keeping the Promise" Will Mean

To date, 108 heads of state or government have put their signatures to the World Summit Declaration and Plan of Action, committing themselves and their governments to meeting the Summit goals. No other document in history bears the signature of so many world leaders and their solemn commitment for specific action. In the past, we often said that political will was the key ingredient needed to make the recipe for human development work; with the World Summit, now for the first time, political will has been engaged at the highest level and the world has every right to expect that the promises made to children will be kept.

If the 27 targets set at the World Summit are reached, the lives of some 50 million young children will be saved during this decade, and comparable numbers will be able to avoid the stunting and wastage of body and mind resulting from children malnutrition and disease. As we know from

the experience of Japan and, more recently, the newly industrializing countries of Asia, investments made today in the health and education of children produce handsome returns in productivity and economic growth down the line -- in fact, making such investments is one of the conditions for development. And it is important always to remember that a reduction in child deaths contributes, at a certain point, to an actual slowing in population growth rates, as parents become confident that the first children they have will live, and they take the decision to limit their family size.

Indeed, if all of India -- whose infant mortality rate is 96 -- enjoyed the low infant mortality rate of the state of Kerala, i.e., 26, there would be three million fewer infant deaths in that country. A similar lowering of birth rate to the Kerala level associated with this improved life expectancy would mean 10 million fewer births each year in India. There is not sufficient public awareness regarding this relationship between the lowering of child death rates and slowing population growth -- even in Japan, which has seen such success in family planning coupled with maternal and child health organization like JAIH?

#### Gearing up for a Decade of Action

I am happy to inform you that, almost every day now, we are receiving reports of progress toward implementation of Summit goals from both developing and industrial countries. As I mentioned earlier, governments are working on their National Programmes of Action for children and it is

a particularly opportune time for non-governmental organizations and diverse grassroots constituencies to weigh in with suggestions and demands. In much of the Third World -- not to mention Central and Eastern Europe -- the Plans of Action stand to benefit greatly from the move toward fundamental reform aimed at making economies more efficient, societies more democratic and the human being more central to the development process. And it is to be hoped that the reduction of international tensions resulting from the end of the Cold War and the resolution of regional or civil conflicts will enable governments -- in rich and poor countries alike -- to cut military budgets and devote a considerable portion of the savings to human development. Recent indications that Japan and Germany will consider increasing aid to developing countries that reduce their military spending and efficiently address human needs are most welcome. But will this "peace dividend" just go to building more hospitals with modern equipment or will it also be primarily invested in the programmes which we all know so well will yield maximal benefit and contribute to reaching the Summit Goals for 1990s?

#### The Need for More and Better-Targeted ODA

In the case of the developed countries, the Summit Plan of Action calls on their governments to "re-examine their development assistance budgets to ensure that programmes aimed at achievement of goals for the survival, protection and development of children will have a priority when re-

sources are allocated" (paragraph 34-iii). It is estimated that the developing countries themselves will provide two-thirds of the approximately US\$20 billion in additional funds that will soon be needed each year to finance the drive to meet the year 2000 goals for children. That means that an extra six to seven billion dollars a year will be needed from the industrialized world -- through debt-relief, reallocation of current assistance, or increases in aid. This is really quite a small sum if you consider that it is as much as the world spends on the military every three days and less than half of what the Japanese spend each year on alcoholic beverages.

As members of the influential Japan Association for International Health, you are well-positioned to advocate for the concept of a compact between donors and developing nations. As shifts are made in spending priorities in the poor countries to fund low-cost, high-impact human development programmes, the industrialized world's aid budgets -- less than a quarter of which go for health and education today (and a much smaller percentage to primary health care and primary education) -- should undergo a corresponding shift in favour of sustainable human development.

In 1989, Japan became the world's largest donor; utilizing this global power responsibly is a major challenge. Joining forces with other donor countries and international agencies to work toward commonly shared goals -- such as the year 2000 goals for children -- is certainly one way to maximize impact. It is in this context it should be

noted that Japan's governmental contributions to child survival and development activities through UNICEF increased from less than US\$5 million in 1981 to nearly US\$22 million last year. Private contributions from Japan now total more than US\$15 million. These voluntary contributions now place Japan tenth among UNICEF's contributors; they are well-appreciated. I should point out, however, that of the major UNICEF donors, Japan devotes the smallest percentage of its ODA -- one-quarter of one per cent -- to children's support through UNICEF. How much more good you could accomplish as a nation were you to achieve the world average of 6.7 per cent of over-seas assistance devoted to health in place of your present level of 2.6 per cent. Even within your present funding level, a shift in health allocation towards programmes contributing to achieving the 1990s goals could have substantial impact. This is a situation JAIH might wish to address as part of its advocacy agenda.

At the same time, I would like to commend your government's recent initiative to host a summit-level gathering of African leaders in Tokyo in 1993 -- not only because Africa is the continent most in need of international assistance, but because there is now consensus among Africans that investment in human development, in the framework of fundamental economic and political reform, must be at the top of their agendas for the 1990s. Africa's Bamako Initiative for community financing and management of primary health care is an example of effective reform worthy of increased international support.

## Sharing the Japanese Miracle

The key to Japan's economic miracle was, initially, investment in primary health care and basic education. In the 1920s and 1930s, my father, Dr. John B. Grant, visited your country frequently from China where he represented the Rockefeller Foundation. He consistently advocated an approach to public health based on social organization, health care integrated with other social actions at the community level, universal care with essential services for all segments of society and consistent attention to health education aimed at self-reliance for health living. For these efforts your Government honored him with the Order of the Sacred Treasure in 1961 in recognition of the contribution these ideas made to public health in Japan. How relevant these ideas are even today as the developing world endeavors to repeat your miracle. So it seems only logical that a Japanese foreign assistance budget reflecting these same priorities would greatly enhance the effectiveness of aid and make a real difference to countries which in the past may have received funding only to build big hospitals, acquire sophisticated laboratory equipment or install turn-key projects which, by their very nature, cannot address the most pressing needs of poor populations.

Japan is uniquely qualified, because of its own experience and expertise, to help other countries in the field of health. All Third World health systems and poor families could greatly benefit, for example, from a standardized boshi techo! Indeed, we in UNICEF have tried to learn from you and

placed great emphasis on regular monthly checkups of growing infants and children, providing relevant nutrition advice along with timely immunization and other necessary, simple interventions.

Consider the global problem of iodine deficiency, with over 800 million people living in deficient areas -- 190 million with goitre and 3 million cretins, in addition to millions more affected by neurological and mental deficits. Japan is the major world supplier of iodine (less than 10% of which is used for human consumption -- the rest goes for industrial uses). For a mere US \$10 million annually over the next decade, your country could assure supply of this critical nutrient to every country where iodine deficiency disease is found, thus enabling the accomplishment of one World Summit goal just with your own effort. What an unique opportunity to contribute to world health as well as education and learning as emphasized by Prime Minister Kaifu!

## New Credibility with New Capacity

I believe, thanks to the scientific and technological advances of recent years... thanks to the experience we have gained using health education and social mobilization as tools for development... thanks to the strengthened political will symbolized by the World Summit for Children... and thanks to the vastly improved global climate that has emerged following the end of the Cold War -- we professionals concerned with health have a whole new capacity, and a whole new credibility in advocacy because

of our increased capacity. Our challenge is how to ensure that this capacity is used... that people are empowered with basic health knowledge...and that governments and communities are compelled to fulfill the human rights -- including meeting basic human needs -- of the world's children.

You are an important part of the increased capacity -- each in your role as individual professional and more so as a respected organization. But, as other important organizations in your country your voice must be heard in the offices of decision makers, where resources are allocated and important development priorities are established. Your voice can give substance to the basic concept of the Summit -- putting children first -- and you can help ensure that this great nation is in the forefront of the march to Health for All -- rich and poor alike.

Recently, Dr. Nakajima wrote: "We cannot allow governments' economic debts to become debts in human lives...We must strive to reduce debt and the economic burdens that weigh so heavily on certain countries, especially on the poor and disadvantaged. Let us build on the improved international relations and the demands of people everywhere for a better life to carve out a 'dividend for health'." I can only second the Director-General of WHO's eloquent appeal.

The 1990s will be difficult years...for all countries, all societies and the world as a whole. But for the reasons I have outlined here today -- and the dedication of groups

like JAIH is one of those reasons -- it can also be the most momentous decade for health...for children...for the most vulnerable...for the great majority of the world's people. You in this room -- whose life work is devoted to these issues -- are in the vanguard of tomorrow's world...a kind of world worthy of the third millenium.

---

## シンポジウム

---

### 国際保健研究の課題－H F A 2 0 0 0 に向けて

座長:

開原 成允 (東京大学医学部国際交流室)

シンポジスト:

わが国の医療協力の問題点と国際保健医療学

我妻 堯 (国立病院医療センター)

国際保健医療協力における研究開発

蟻田 功 (国立熊本病院)

結核の事例

島尾 忠男 (財団法人結核予防会)

コメンテーター:

リチャード・A・キャッシュ (ハーバード国際開発研究所)

Dr Richard A. Cash, Harvard Institute for International Development

クラッセ・チャナウォング (タイ国バンコク市副知事)

Dr Krasae Chanawongse, Bangkok Metropolitan Administration

ジェームス・P・グラント (ユニセフ事務局長)

Mr James P. Grant, UNICEF

## 国際保健研究の課題－H F A 2 0 0 0 に向けて

総括： 開原 成允（東京大学医学部国際交流室）

「研究」という言葉の持つイメージは日本では狭くとらえられがちである。即ち、研究とは試験管を振ったり、測定器で測定したりというイメージである。しかし、国際保健研究の場合には、このイメージは大きく変更する必要がある。Commission on Health Research for Development (CHRD) が定義した“Generation of new knowledge using scientific method to identify and deal with health problems”という定義がさしあたっては最も適当であるように思われる。この定義にあるように現実に存在する医療保健上の問題を解決する方法を見出す事も立派な研究であり、その解決のためには時には、資金や人手などの資源の合理的な使い方を考えるというような「研究」も重要となってくる。前出のCHRDは、このようなオペレーション・リサーチ的な研究を“Essential National Health Research”と呼び、これに対し真理の発見を目標とするような基礎研究を“Global Frontier Research”と呼ぶことを提唱している。

さて、このシンポジウムでは各シンポジストの方々は実に見事にこうした国際保健における研究の課題を実例をもって発表された。我妻会長は日本の国際保健医療協力の問題点を述べた後、1991年からはじまった厚生省の国際保健医療学研究について触れた。この研究テーマはいずれも日本の国際保健医療の現実の重要問題であるが、系統的に問題を分析し解決方法を研究することはこれまで少なかった。今後この研究によってこうした分野に関心を持つ人が増えていけば、日本の国際医療保健にとって大きな進歩であると思われた。島尾先生と蟻田先生の講演は、結核と天然痘やポリオという異なった疾患を例にしてはいたが、そこで述べられたことは多くの共通点があり、現実に対処していくオ

ペレーション・リサーチ（OR）的な研究と新知識を生み出すような Global Frontier Research が共に開発途上国に必要であることを実例を持って示された。蟻田先生はOR的研究テーマの例をいくつか示されたが、例えば病院建設がその後の保健関連予算にどのような影響を表すかの研究など、多くの示唆に富むものがあった。

日本人の講演の後に、外国からのゲストの発言を得ることが出来、このシンポジウムに花を添えた感があったが、タイのクラッセ博士はプライマリヘルスケアの重要性を、ハーバード大学のキャッシュ博士はまず開発途上国の問題に関心を持つことの重要性を訴えた。関心を持つことによって、開発途上国と一見関係ないように思われる新しい発見が開発途上国の問題解決に大きく役にたつことがある。グラント事務総長が最後にまとめを述べてこのシンポジウムを大きく締め括ったが、全体を通してこのシンポジウムから感じたことは、開発途上国の問題に関心を持つことの重要性である。今後、医学教育の中で国際医療保健学を教え、関心をもつ人を増やせば、この分野に新しい展望が開かれることは確実と思われた。

## わが国の医療協力の問題点と国際保健医療学

我 妻 堯 (国立病院医療センター)

わが国の保健医療分野における国際協力はWHO関係を除いて殆ど外務省の管轄下にある。基本的にはいわゆる要請主義をとっているので、発展途上国からリクエストがあったプロジェクトを審査し実行するかどうかの決定権は外務省にあり、JICAがこれを実施する。JICAは実施に当たって国公立病院あるいは大学の医学専門家の協力を要請して実行に当たる。協力の方式には無償資金協力、プロジェクトタイプ技術協力、研修生の受け入れなどがある。無償資金協力では病院・研究所の建設、改築、医療器材の供与などが行われ、技術協力では病院運営や特定疾患の診断・治療技術、研究技術、看護教育技術などの移転を目的としたものが多い。この方式には、日本側から専門家を派遣し、医療機器を供与し研修生を受け入れるという三つの要素を含んでいる。

無償資金協力とプロジェクトタイプ技術協力とを組み合わせ、建設した病院に専門家を派遣し技術移転を行うのが最も理想的である。

しかし従来わが国の保健医療協力は治療医学重点主義であり、PHCなどの地域医療や予防医学的な面における技術協力は殆ど行われていない。

良好なプロジェクトを形成するためには相手国の保健医療事情、医療制度、医療施設、医療資源などについて正確な情報を把握する必要があるが、調査を行える専門家が不足しており現地で長期間滞在し調査するシステムも無い。要請主義の場合に、相手国の政府に影響のある対象国の医師達は治療医学重点主義であり、従って専門病院建設の案件や高価な医療機器供与の要求が行われ易く、それを詳細に検討し優先度を特定できる専門家がわが国の組織の中に存在しない。

実際にプロジェクトを実施する段階では、長

期に現地に派遣されて技術移転を行う専門家としての医師をリクルートすることが極めて困難である。その原因としては次のことが考えられる。

- 1) わが国の医学教育では医学生が途上国を訪れて保健医療事情に触れる機会は殆ど無い。教育スタッフも国際協力に関しては一部少数の教授を除いては関心がない。
- 2) 日本の大部分の医師の一生の中には国際協力という経歴や経験が存在しない。
- 3) 日本の病院は未だ医師不足の状態、国際協力に熱意を持って派遣を希望する医師は辞職せざるを得ない場合が多く、帰国後の身分の保証がなく不安定である。
- 4) 語学の問題もある。
- 5) 日本社会では一般に職場を変えることがマイナスに評価される。
- 6) 先進国に留学することは高く評価されるが、発展途上国の開発協力に従事したことは仲々プラスには評価されない。
- 7) 若い医師の中には途上国での医療協力に関心を持つものもいるが、どの様な道をとれば良いかが判らないし今まではそれを受け入れる組織も教育する機関もなかった。

これらの問題を解決するために、1986年に初めて厚生省は国立病院医療センターの中に国際医療協力部を設置した。初期の目的はわが国政府による保健医療分野の国際協力に専門家としての人材を提供することであった。

日本にいる間には病院で臨床に従事し、必要があれば途上国に1~2年間長期派遣される。今まで、ボリビア、バングラデッシュ、イエメン、パキスタン、エジプトなどに長期専門家を派遣し、現在は中国にも調査の専門家を派遣している。

その他に無償資金協力の調査ミッション、評価ミッション、感染症の調査などにも短期間派遣されている。国内ではJICAと国際厚生事業団(JICWELS)の委託を受けて研修生を受け入れており、また日本人医師の専門家のための養成コースも発足した。

このように国際保健医療協力の専門家集団が存在することは非常に意義があり、情報も集まるようになり、外務省やJICAからも存在価値を認められつつある。

更に厚生省は、1990年から国際保健医療学の研究費を供与する事を決定した。

研究の課題は次の9つであり、総額1億6千万円で本年から課題が10になり研究費も2億円に増額された。

- 1) EPIに関するサーベイランス手法の研究
- 2) 急性呼吸器感染症の治療に関する研究
- 3) 乳幼児下痢症の治療に関する研究
- 4) 結核に関するPHCの研究
- 5) 輸血後感染症と熱帯病の予防及びサーベイランスに関する研究
- 6) 開発途上国における医療機器の改良及び保守管理体制の確立に関する研究。
- 7) 国際医療協力の技術移転に関する研究
- 8) 国際保健医療協力の基礎データ整備に関する研究
- 9) 開発途上国における栄養と疾患に関する研究

研究内容の例をあげると、我々の技術移転に関する研究では、数人のグループに分かれ、従来JICAが無償資金協力で建設し技術協力を行ってきた5ヶ国の病院案件を評価して問題点を検討、またPHCと病院に関する国際ワークショップを開催するなど地域医療ニーズを病院との関係について研究している。また従来JICAが行った保健医療の協力プロジェクトのデータベースを作成、他の先進国の保健医療協力の方針や実態についても調査中である。別な研究者は開発途上国における医療資源、医療経済、健康保険制度の可能性などの調査研究を、他の

研究者は医療の背後に存在する社会的・人類学的問題を社会人類学的観点から研究、工学関係の研究者はフロントラインあるいは地域病院のモデルについて研究、更に発展途上国における災害対策の技術移転についての研究も行っている。これらの研究はまさに国際保健医療学であり、厚生省の研究費が他に先駆けて供与されたことは喜ばしいことである。

今後は国立病院医療センター国際医療協力部が発展して、国立国際医療協力センターとなり研究所でこのような研究と最先端の医学研究とを双方平行して行う予定である。

## 国際保健医療協力における研究開発

蟻田 功 (国立熊本病院)

大来佐武郎先生の大きな貢献で、COM-MISSION for DEVELOPMENT of HEALTH RESEARCH がこの数年作業したあと、世界の保健医療協力、特に途上国の健康水準をあげる上で研究開発がきわめて大切であるという事を提唱した。この研究開発は、Global Frontier Research と Essential National Health Researchと2つの部門に分かれている。今日は、この2つの分野で2、3の例をあげて国際保健医療協力の中で研究開発が重要なことを力説したい。

第一の分野では、天然痘根絶対策におけるモンキーボックスの研究及び現在進行しているポリオ根絶計画におけるサーベイランスの手法に関する研究、第二の分野では乳児死亡の減少のための研究、及び医療経済関係の研究について述べてみたい。

天然痘根絶対策については、1980年、WHOは天然痘根絶の成功をジュネーブの総会で宣言した。アフリカでは1979年の10月26日すなわち、最後の患者がソマリアにでてからまる2年たった後、アフリカが天然痘から解放されたということを確認した。

しかしアフリカ人口における天然痘ウィルスの伝播が断ち切られたことを決めるためには、モンキーボックスという大きな問題があった。

スライドに示すように、左側の患者がモンキーボックスの患者である。右の患者が天然痘の患者である。症状はほとんど両者とも区別がつかない。実は1970年代の初め、西アフリカ及び中央アフリカにおいてこのモンキーボックス患者がWHOチームによって発見された。私たちはこれを最初は天然痘だと思った。そしてその感染源としての人間が見つからないということで、或いは天然痘ウィルスが動物、例えば猿にいて、これが人間の天然痘の発生の原因ではないかと

いうことで非常に心配した。というのはもしこれが動物からの由来する天然痘であれば、天然痘根絶計画の大前提である動物宿主がないということがくずれるので、天然痘根絶は不可能になるということになる。

アメリカのCDCはWHOの協力研究所となっている。このCDCにおいて調べ、またモスクワのWHO協力研究所でも調べたところ、これは天然痘ウィルスによる疾病ではなく、天然痘ウィルスの属するボックス・ウィルスグループ、その中の1つであるモンキーボックスウィルスによっておこる疾病だということがわかった。その疫学的な特長は何かということでWHOは1970から1980、ほぼ10年にわたる非常に綿密なサーベイランスによる研究を行った。世界10カ所の研究所が協力した。

第一にモンキーボックスがアフリカの熱帯雨林で発生しているということから、WHOは南アフリカのブラジルのアマゾンベイスン、西アフリカ、中央アフリカ、それから東南アジアのフィリピン、インドネシアを含む広大な熱帯雨林におけるサーベイランス、すなわちその地域の人、及び霊長類の血清検査をしてモンキーボックスウィルス抗体があるかどうかを探った。

わかったことは、その疾病分布は西アフリカと中央アフリカに限られており、南アフリカ、東南アジアの密林地帯では見つからなかった。動物宿主はリスであった。その伝播の様式については、人から人への伝播はきわめて難しい。ということは、天然痘のように人の集団に大きな流行を起こすことはほとんどないと。それからその発生頻度についても2億の西アフリカ、中央アフリカの人口のうちで非常に強力なサーベイランスを続行して患者発見につとめても、年間せいぜい最高100名程度の発生であった。モンキーボックスの問題は天然痘の成功を危う

くするものではないということが分かった。この研究をなくしては、天然痘がアフリカから、延ては地球上から消滅したという科学的な判断は出来なかった。

ポリオは麻痺を主徴とする疾患である。

1988年、WHOはこのポリオを地球上から2000年までに根絶するという決議をジュネーブの総会で行った。その時ポリオは中央アメリカ、ラテンアメリカ、アフリカ大陸、ヨーロッパの一部、そして東南アジアと流行していて発生患者約30万人と推定された。

天然痘と同様にポリオには動物宿主がない、強力なワクチンという武器がある。北アメリカ、日本、オーストラリア、ヨーロッパにおいてポリオは強力な予防接種、サーベイランス、及び集団発生対策を行うことにより根絶されたと考えられている。それでこのポリオの根絶計画は可能であるということからこの決議がなされた。しかしポリオはご承知の様に、不顕性感染が恐らく1例の顕性患者に対して数百名はあるだろうということになるので、このあたりは研究開発を要する大きな1つの問題である。というのは、ポリオは発生しても不顕性感染があればその発生状況が分からないものではないかという心配があった。1988年のWHO決議以来3年たっ

た。ラテンアメリカでは成功しつつある(図1)。1985年から1990年までの表を見ると数千名程度から、1990年は16名、1991年は実に6名(5名がコロンビア、1名がペルー、8月発生)ということで、1991年8月以降、新発生は報告されていない。ラテンアメリカからはポリオは根絶間近と考えられる。しかし、はたしてこれが本当の発生数であるかどうかということについて疫学的な研究開発が行われた。それは急性弛緩性麻痺(Flacid Paralysis)のサーベイである。ラテンアメリカの国々が協力してポリオに限らず、ともかく弛緩性麻痺をきたす疾患を総捲りに検索して報告、そして実験室診断を行った。棒グラフはこの弛緩性麻痺の報告数だが40%はギランバレー症候群による麻痺、その他横断性背髄炎による麻痺、事故等による麻痺、コクサキウィルスによる弛緩性麻痺といろいろあった。このような強力なサーベイランスにも関わらずポリオ麻痺はこれだけの少ない患者ということで、その信憑性が高まったということになる。これは非常に実的な研究開発のプログラムであり、先程のモンキーボックス研究と並びグローバル・フロンティア・リサーチというふうに考えてよいと思う。

図1 Polio Cases Notified and Confirmed : The Americas, 1985-1989

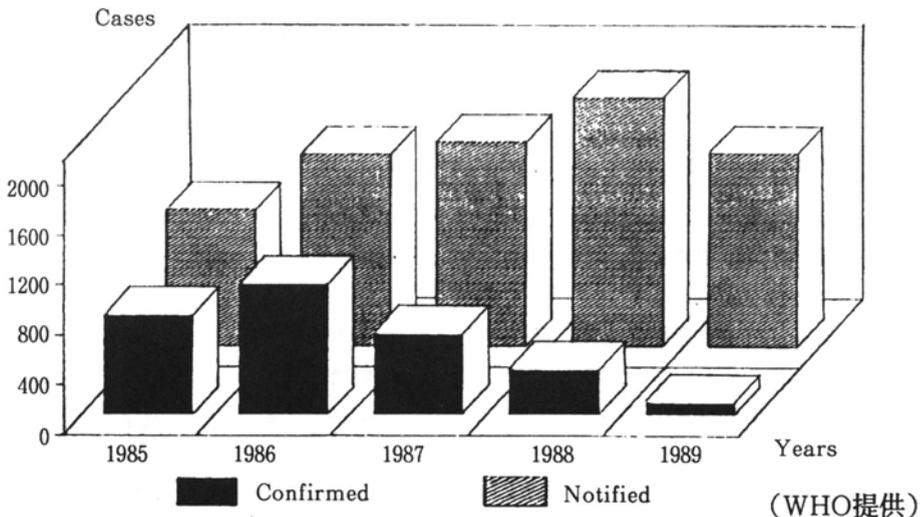


図2 Infant Mortality Rate (Per 1000 Live Births) in Selected Populations

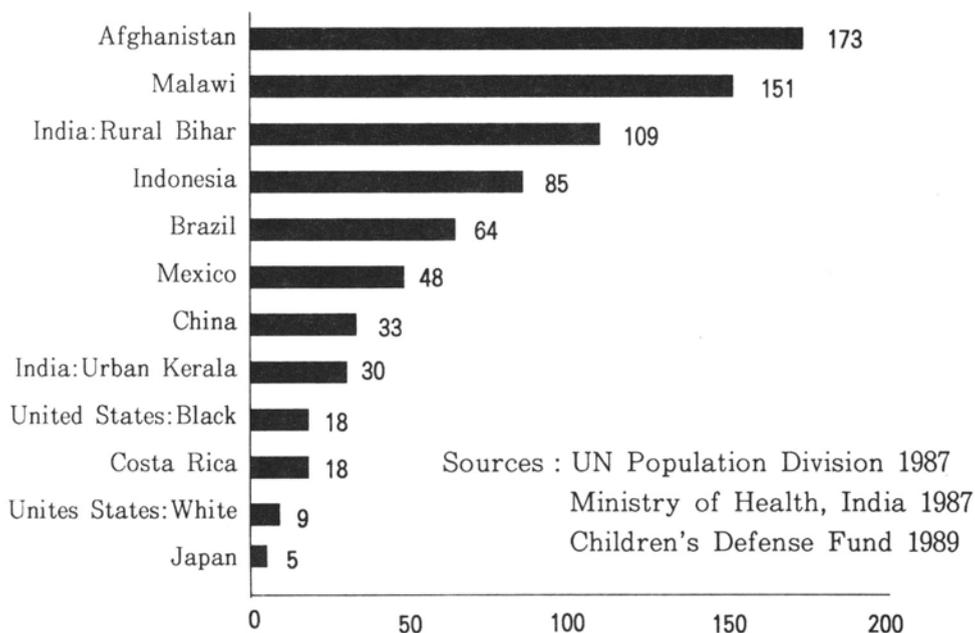
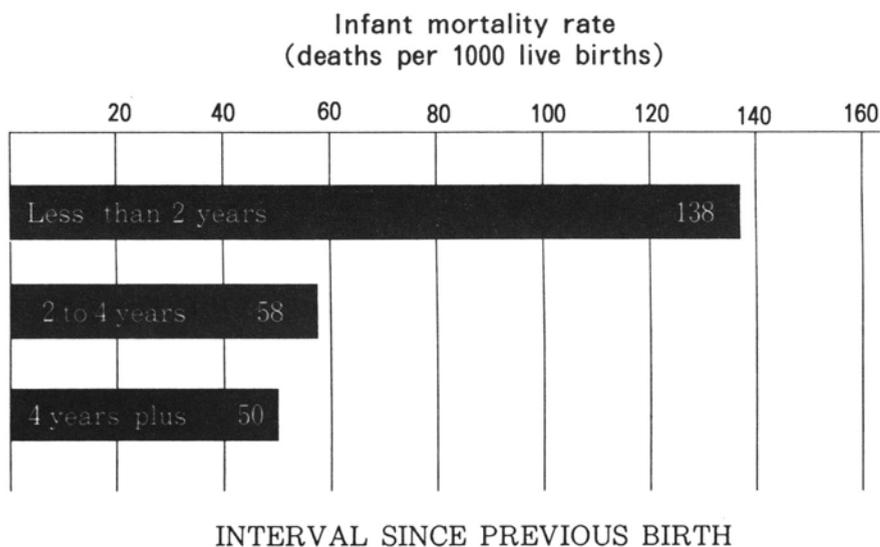


図3 Timing Births and Saving Lives  
Infant Mortality, Brazil 1976-86



Source : Institute for Resource Development, Demographic and Health Surveys, Colombia, Maryland.

第3の乳児死亡率ということについての研究開発については、図2に示すように、乳児死亡率はアフガニスタンの173という指数から日本の5という指数まで実に30倍以上の開きがある。

では、乳児死亡率を引き下げるといふどのような方法があるかというものが1つの大きな研究課題であるが、引き下げる方法として、例えば途上国の総合病院にNICU (Neonatal Intensive Care Unit) のような医療設備を完全にすることにより、乳児の死亡を防ぐという考えもある。しかしそれは非常に高価な不能率な方法である。というのはこれはブラジルの研究であるが、乳児死亡率は出産の間隔を広げることにより急速に減少することが分かった(図3)。このように2年以下の間隔では138という高い死亡率があるが、4年以上の間隔をおくと50という半分以下の死亡率になる。このことは簡単であるが乳児死亡率がこのような母親の教育により効果的に引き下げることができることを示す。ほかに妊娠の年齢、子供の数などのコントロールで乳児死亡率は大きく左右される。

研究開発というのは実験室の分子レベルの極めて複雑な研究を考えがちであるが、このような実際的な研究をするのも非常に大切であることが分かる。

医療経済の研究というのも面白い国際保健医

療の研究ではないかと思う。例えばこれはスリランカの研究であるが、スリランカの病院建設の様に日本は1980年から83年迄、4億、32億、35億、45億円と病院建設援助を行った(表1)。

ところがこれがどのような影響を与えたかというCommunity Health (公衆衛生)、これらは主に予防医学に基づく事業であるが、この費用が1980年から突然19.5%、1983年には15.6%と極めて少ない率になってきている。一方、病院などの医療費については増えてきている。

これはこの病院建設のために、スリランカは公衆衛生関係の予防医学の費用を削って医療費の方に回したということだと思ふ。病院建設協力というものが、公衆衛生の費用を減少させるという影響があることを示している。

この場合前提があり、公衆衛生予防医学の方が治療医学より経済効果が高いということがある。これは特に開発途上国でいえると思う。例えば天然痘根絶計画では1967年～1980年まで、13年間の全世界の費用はわずか3億ドルである。そして天然痘の根絶により予防接種、検疫、ワクチン、発生対策と全部の対策を止めることができるので、年間の節約額は実に10億ドルと計算されている。結論は、病院建設が費用効果の高い公衆衛生・予防医学の費用を減少させると

表1 Sri Lanka: Composition of Health Expenditure (%), 1976-83

year	General Administration	Patient Care	Community Health	Japan Hospital AID*
1976	5.2%	68.8%	26.0%	—
1977	6.2	69.3	24.5	—
1978	6.3	66.2	27.5	—
1979	6.6	64.2	29.2	—
1980	7.2	73.3	19.5	yen 300m
1981	7.8	71.1	21.2	yen 3200m
1982	5.8	74.8	19.5	yen 3500m
1983	3.7	80.7	15.6	yen 4500m

Source: Ministry of Health

m: million

\* Srijayawardanapura Hospital  
(modified by the author)

表2 Survey of Health Indicators, 1989

	Life Expectancy		Infant Mortality	Health Spending % of GDP	Doctor Per 10,000 Population
	Male	Female			
Japan	75.9	81.8	4.6	6.7	16
Holland	73.7	80.8	6.8	8.3	24
France	72.4	80.6	7.5	8.7	30
U.S.A.	71.5	78.5	9.7	11.8	23

Source: The Economist.

A Survey of Health Care, July 6 1991  
(modified by the author)

というのは好ましくないということになる。これも1つのマネージメント関係の研究というふう  
に考えてよい。

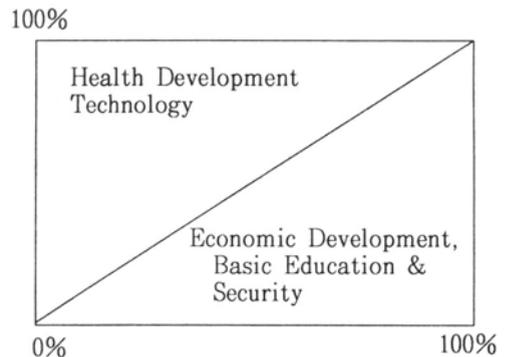
最近関心を呼んでいる医療経済という問題がある。例えば最近の治療医学の発達というものは極めて目覚ましいものがある。例えば臓器移植を見てもアメリカでは1万5千件の臓器移植が行われている(タイム誌1991年6月17日号)。それではこのような医療の発達はどのように住人の健康に影響を及ぼしているかということについて考えてみよう。4ヶ国を取り上げて日本は寿命、乳児死亡率、世界最高水準を示している(表2)。アメリカではそのような臓器移植を1万5千件もやる。しかし日本は年間8百例以下ということである。比べものにならない。しかしUSAの寿命、及び乳児死亡率は日本に比べると劣っている。

医療費のGDP(Gross Domestic Product)に対する%で、日本は6.7%ということだが、オランダは8.3%、フランス8.7%、アメリカ11.8%である。ドクターの数を採ってみても日本の16とアメリカの23、フランスの30ということである。日本は医療費は余り使わないし、医者も多くない。ではなぜ日本は極めて高い健康水準を保っているのか。これは医療経済の分野における大切な研究課題の一つと考えられる。思うに恐らく日本の寿命、乳児死亡率の減少は、医療

施設も関与するが、それ以上に生活の安定、教育、治安、そのようなものが与かって大いに乳児死亡率を引き下げている。また、寿命を伸ばしているということが考えられる。これは今後の研究になすべきだろう。

このようにヘルス・テクノロジーというものの効果はどういう関係にあるかということ、恐らくヘルス・テクノロジーの中には経済発展、教育、治安、こういうものがあまり整備されてなくても、100%の効果をだすテクノロジーとそれらが相当、確保されていないと費用効果が少ないというおおまかな考え方ができると思う。(図4)。

図4. Effectiveness of Health Technology



例えば、病院建設というものはこの経済発展とか、Education とかそういう社会的基盤がある地方でないとなかなか効果がない。一方、予防接種とかそれに基づく根絶計画などというものは、そのようなものがなくても効果があるということになる。更に根絶計画は一時費用が増加しても成功したら費用全部ゼロとなるので差し引き、極めて費用効果が高い。いずれにしろ、これも将来の興味のある研究の課題だと思う。

最後に、日本の研究というものはどんなものだろう。例えばワクチン開発の研究ということに絞って考えると、このようにここ数年、175の件数の中で日本はわずかに結核、ポリオ関係で2件ある。アメリカが66件、イギリスが30件、スイスが10件という具合で日本の貢献は極めて少ないというのは残念である。

結論として、私たち国際保健医療に興味を持つ者は研究開発にもっともっと力を入れるべきだと思う。この場合、この個々の研究者の独立した研究も重要だが、更に複数の研究者の1つの大きな地球規模の研究計画(Global Research Subject) に向かって一致団結し、力、知恵を出し合い、協力して行うという事も極めて大切だと思う。

## 結核の事例

島尾 忠男 (財団法人結核予防会)

世界の主要死因の大半が未だに予防や治療が可能な感染症で占められている事実は、西暦2000年までのHFAを実現するためには、途上国の感染症問題の解決が必須であることを示している。結核を例にとって、今後の課題を検討してみたい。

全世界で結核に感染したものは17億人に達し、毎年800万人の新患者が発生し、結核による死亡が300万人もみられることは、結核が世界で最大の感染症であることを示している(表1)。それなのに何故結核はマラリアとともに忘れられていた最大の疾患であったのであろうか。その主な理由として次の三つが上げられる。①慢性病という性質から、海に浮かぶ氷山のように、全貌が見えにくい。②先進国の結核対策の成功が、結核問題は解決したという誤った考え方を

生みだし、結核に対する関心が低下した。③結核は個人としても、国としても弱者を冒し、その声は政策決定者に届きにくい。

しかし最近結核問題の重要性が再認識されてきた。その主な理由は次のように要約される。①エイズの流行で結核事情が特にアフリカ等で悪化し、関心が高まった。②問題の正しい実態が再認識された。③途上国でも、短期化学療法を含む現在の手技で結核を制圧でき、しかもそれが比較的少ない経費で行えることが示された。(表2,3)

④周辺科学の進歩で、結核に対する新しい診断法や治療法の開発が夢ではなくなった。

現在WHOでは2000年までに発見された塗抹陽性の結核患者の85%を治し、それが実現すれば患者の発見を強化し、現存する患者の70%を

表1. Global TB Situation

Region	Infected × thousand	New Cases × thousand	Deaths × thousand
Africa	171,000 (10%)	1,398 (17%)	656 (23%)
Americas <sup>1</sup>	117,000 (7%)	564 (7%)	220 (8%)
E.Mediterr.	52,000 (3%)	594 (7%)	163 (6%)
S-E.Asia	426,000 (25%)	2,480 (31%)	932 (32%)
W.Pacific <sup>2</sup>	574,000 (33%)	2,557 (32%)	894 (31%)
Indust.C. <sup>3</sup>	382,000 (22%)	409 (5%)	42 (1%)
Total	1,722,000 (100%)	8,002 (100%)	2,907 (100%)

1.Excluding USA and Canada

2.Excluding Japan, Australia and New Zealand

3.Australia, Canada, Japan, New Zealand and all European Countries

(WHO資料から)

表 2. The Cost-Effectiveness of Interventions for Improving Adult Health

1. *	A	Blood screening for HIV	5 US\$ in 1989
2.	A	Leprosy rehabilitation	10
3.	C	TB passive case-finding and short course chemotherapy	10
4. *	D	Antismoking campaign plus tobacco taxes	15
5.	B	Cataract surgery plus spectacles	17
6.	B	Management of chlamydia, gonorrhoea and syphilis, moderately targetted	20
7.	A	Leprosy chemotherapy	25
8. *	B	Use of condoms to prevent HIV transmission	30
9. *	A	Hepatitis B immunization to prevent liver cancer and cirrhosis	50
10.	B	Integrated antenatal and delivery care for maternal mortality	150
11.	B	Cancer pain control	150
12.	A	Insulin management of Insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM)	150
13.	A	Medical management of angina	150
14.	A	Post stroke or myocardial infarct (MI) risk management	150
15. *	C	Public preventive campaigns to prevent CVD	150
16. *	B	Screening for breast cancer (manual)	180
17. *	B	Screening for cervical cancer (Papanicolou)	200
18. *	C	Contraception to reduce maternal mortality (assuming 50% of costs for this)	250
19.	A	Low-cost management of acute MI	250
20.	A	Management for selected opportunistic AIDS infections	300
21. *	A	Control of onchocerciasis vector to prevent blindness	300
22.	B	Oral hypoglycemic management of NIDDM	330
23.	B	Cervical and breast cancer, clinical presentation	500
24. *	A	Tertiary management of oral/pharynx cancer	ca.800
25. *	A	Screening for breast cancer (mammography)	1800
26. *	B	Medical management of hypertension	2000
27.	A	Mitral valve replacement for RHD	2000
28. *	A	Medical management of hypercholesterolemia	4000
29.	A	AZT management of AIDS	5000
30.	A	Coronary artery bypass surgery	5000
31.	B	Tertiary management of lung, liver, esophageal and stomach cancer	higher than 20000

(C. Murrayの報告から)

表3 The Cost-Effectiveness of Interventions for Improving Child Health  
 -Cost per Discounted Healthy Life Year (DHLV) Gained-

1.*	D	Measles immunization	5 US\$ in 1989
2.*	C+	Immunization to prevent neonatal tetanus	6
3.	D+	Integrated programme of antenatal and delivery care	6
4.*	C	Vitamin A supplementation	6
5.	A	Rehabilitation for severe acute Vit. A deficiency	7
6.*	B+	BCG vaccination for TB and leprosy	10
7.*	B	Improved domestic hygiene to prevent diarrhea	11
8.*	A	Pneumococcal immunization	15
9.*	D+	DPT plus polio immunization	20
10.	D	School-based anthelmintic chemoprophylaxis	25
11.*	B	Rotavirus immunization (when available)	25
12.*	B	Supplementary antenatal feeding to increase birth weight	25
13.	B+	Oral rehydration therapy (ORT) for diarrheal disease	25
14.	C	Antibiotic therapy for acute respiratory infection (ARI)	35
15.*	B-	Measles immunization	40
16.*	C-	DPT plus polio immunization	45
17.*	A-	Improved infant feeding practice to prevent diarrhea	50
18.*	A-	BCG vaccination for TB and leprosy	75
19.	B-	ORT for diarrheal disease	200
20.*	A	Improved cholera immunization	200
21.	A	Tertiary management of leukemia	1900

Notes.

\* : Prevention

Burden of conditions

A : minor

B : moderate

C : severe

D : very severe

+ : high mortality (risk) environment

- : low mortality (risk) environment

(C. Murrayの報告から)

発見することを目標に、結核対策の強化を地球規模で始めた。(表4)その中で研究に期待される役割は、オペレーショナル・リサーチ(OR)の実施による現在用いる手技を応用する対策の効果の改善と、新しい手技の開発による、対策の強化である。

ORの最重点は、結核患者の治療中途での脱落の原因の解明と、その防止法の開発に置かれるであろう。患者の登録と管理の導入、治療初期の入院の試み、患者に対する保健指導の強化策が主な研究課題となろう。(表5)

新技術の開発では、結核菌検出の迅速化は既に実用の域に入りつつあり、血清診断法もコー

ド・ファクター抗体の検出が有望である。新薬はキノロン系、RFPの誘導体等の研究が進められているが、従来の短期化学療法の期間を更に短縮できるか、服用回数がかかなり少なくてすむものでない限り、価格の点から実用化は困難であろう。内因性再燃の機序の解明とその防止法が開発されれば、結核の制圧に拍車が掛けられるが、これは最も困難な領域と思われる。

BCG接種の普及に伴い、ツベルクリン反応での結核感染の検出が困難になってきており、今後どのような方法で結核の蔓延状況を知るかも、大切な課題となってきている。

#### 表4. Approaches in WHO

---

1989 : Dr Kochi was appointed Chief of WHO TB Unit.

1989~1990 : Several preparatory meetings

1991・I : Resolution on TB Control was approved by EB and was sent to WHA. CARG of TB Control was organized.

1991・V : First meetig of CARG.

Resolution on TB Control was approved by 44th WHA. To cure 85% of Sm (+) TB worldwide, and to detect 70% of TB cases by 2000. Extrabudgetary contribution and new staffs are provided.

---

#### 表5. Programme Strategy

---

Implementation of Technical Strategy.

Improvement of Cure-rate: Standardized SCC, use of combined tablets, adequate drug supply, assurance of regular drug intake, routine monitoring of treatment outcome.

Improvement in CF: Expansion of CF coverage once acceptable cure-rate has been achieved.

Development of new approaches in service delivery and programme management, and development and assessment of new technologies.

Utilization of PHC.

Global Coalition-building.

---

---

# 宿題報告

---

## 国際協力専門家の健康管理

小原 博 (埼玉医科大学医動物学)

### 1. はじめに

国際協力における日本の役割が増大するにつれて、技術指導のため各分野から開発途上国に派遣される専門家の数も増加の一途を辿っている。日本国内より派遣され国際協力に従事する専門家(国際協力専門家)には、国際協力事業団や民間団体より派遣される専門家、外務省関係の職員、更に青年海外協力隊員などがある。国際協力を円滑に進めていくためには、これら専門家が心身ともに健全であることは重要なことであるが、これら専門家が活躍する場所は、一般に衛生状態、医療事情が悪い地域が多く、健康管理は必ずしも容易ではない。これら国際協力に携わる専門家の健康管理について問題点を把握し、最も適切なものについて考えてみたい。

1991年5月にアメリカ合衆国のアトランタで、第2回国際旅行医学会が開催され、健康管理に関する多くの情報が提供された。特にボランティアの健康管理に焦点を置いたワークショップでは、途上国に滞在する際の最も効果的な健康管理のあり方について活発な討論がなされた。これらの外国の例も参考にしながら話しを進めていくことにしたい。

### 2. 国際協力専門家が罹患し易い疾患

専門家が途上国に滞在した際に罹患した疾患の概略についてはいくつかの報告がある。表1にアメリカ合衆国から途上国に広く派遣されているアメリカ平和部隊(American Peace Corps Volunteers)の例を示した。アメリカ平和部隊は、健康管理システムや疾病に関する統計処理

が非常に良く完備しているため、参考にすべき点が多い。主として感染症について記載されているが、歯疾患、外傷、精神身体疾患など高い罹患率を呈する疾患として掲げられている。

表1. 開発途上国滞在中に罹患し易い疾患  
アメリカ平和部隊の例(／100人／年、1990)

---

1. 高い罹患率を示しているもの
下痢症(45.6)、皮膚疾患(25.8)、 赤痢アメーバ症(19.5)、歯疾患(16.3)、 外傷(15.5)、精神身体疾患(14.5)、 ランブル鞭毛虫症(12.6)、 マラリア(10.3)、性行為感染症
2. 比較的低い罹患率を示しているが重要なもの
ウイルス性肝炎、住血吸虫症、 フィラリア症

---

感染症の中では、下痢症、皮膚感染症、マラリア、性行為感染症などが多く、これらは日本の専門家に関する報告例とはほぼ同じ傾向を示している。肝炎、住血吸虫症、フィラリアは現在のところ罹患率は低いが高重要性の高い疾患として挙げられている。

健康管理に関して、重点が置かれている疾患がある反面、意外と軽視されており、盲点となっているものもある(表2)。

表 2. 健康管理上比較的軽視されているもの

---

1. 交通事故
2. 精神衛生
3. 安全性
4. すぐに症状の現れない感染症 (住血吸虫症、フィラリア等)
5. 既往症または慢性疾患の管理
6. 病院内感染
7. 歯疾患
8. 水の衛生

---

交通事故の頻度は高く、これにより長期療養を要する専門家は多い。海外生活不適應の例や、ストレスが誘因となってさまざまな身体症状や心因反応が出現することも数多く経験される。

安全性や水の問題は日本で生活する場合とはだいぶ異なる。日本人は一般にこれらを軽く見る傾向があるが、外国の専門家の場合には安全性に関する事前の教育がかなり進んでいる。

感染症の中では、すぐに症状の現れないものが意外と軽視されている。例えば住血吸虫症やリュウシュマニア症、トリパノソーマ症、フィラリア症などがこれに相当する。これらは初期には症状が発現しにくいいため見過ごされやすく、日本人の感染例は稀であると考えられていたが、外国の例や血清検査の成績を見ると意外と高い感染率を呈しているようである。

いわゆる持ち出し病の管理も途上国滞在中間題になることが多いが、意外と軽視されている感がある。既往症、慢性疾患の管理は重要であるが、出国前には軽く見られがちである。更に、途上国の医療機関における院内感染（清潔操作が劣っているため、患者、医療従事者ともに罹り易い）や、歯疾患の治療も途上国において厄介な問題となりがちである。

### 3. 主要な感染症と予防

専門家が開発途上国に滞在する際の健康管理

は、その地域において特に罹患し易い疾患を考慮に入れて進めていかなければならないが、現地人に多い疾患と日本人が罹患し易い疾患は必ずしも同一ではないのも事実である。感染症の中では、現地人は免疫を有するため殆ど罹患することが無いが、免疫を持たない日本人は極めて罹り易いという疾患も少なからず存在する。開発途上国では各種の感染症が蔓延しており、それらが専門家にとって大きな脅威となっている。国際協力を携わる専門家の健康管理上重要な感染症の例について、最新的话题を中心にいくつか触れてみたい。

#### 1) マラリア

外国の例を見ても日本の専門家の例を見ても、マラリアは高い罹患率を呈しているばかりでなく、これによる死亡例も毎年のように発生しているため、流行地滞り専門家の健康管理上極めて重要な感染症として位置づけされている。個人レベルでのマラリアの予防法については、多くの書物に記載されているが、以下のようなことが最近話題となっている。

従来より、予防内服としてクロロキン或いはピリメサミンとサルファ剤の合剤が使用されてきたが、薬剤耐性の増大とともに、近年効果が減少し、新しい予防薬が求められている。なかでもメフロキンおよびファロフェントリンは話題の中心となっている。また、蚊を防ぐ対策として、従来のネットに Permethrin を浸み込ませて使用する方法が注目されている。

アメリカ平和部隊では、1989年9月より、メフロキンをマラリアの予防に使用し始め、良好な成績をおさめているという報告が出ている。メフロキン内服と他の薬剤内服との効果に関する比較試験がなされているが、メフロキンを週1回250mg内服した場合、マラリア罹患率が著しく低下するという調査結果が示されている。

(表3) 特に東アフリカで著しい効果が認められている。

問題となるのは長期連用の際の副作用である

表3. マラリアに対するメフロキンの予防効果

予 防 内 服 法	罹 患 率 ( / 100人 / 月 )
(1) メフロキンを2週間に1度内服	1.4
(2) メフロキンを1週間に1度内服	0.4
(3) クロロキンを1週間に1度内服	3.1
(4) (3) +プログアニルを毎日内服	2.0

アメリカ平和部隊 (1991)

が、悪心、めまい、頭痛、下痢など軽度の精神状態、消化器症状が主なものとされている。比較的高度の副作用としては精神反応があり、痙攣、精神異常、などが10,000人に1例程度の割合で出現している。しかし、これらはいずれも内服中止後消失している。心血管障害が出現したという報告もある。アメリカ平和部隊の例をみると、これまで重度の副作用は認められておらず、軽度のもは内服者の39%に出現している。一方、クロロキン内服群では下痢、悪心などの軽度の副作用が50%に認められており、クロロキンよりも少ないと報告されている。日本の専門家の場合、現状ではメフロキンは殆ど使用されていないが、今後これらの成績をもとに考慮されるものと思われる。

## 2) 住血吸虫症

流行地からの帰国者に対して実施した住血吸虫血清検査の結果を表4に示す。

東アフリカ滞在者では10.6%の陽性率を示していた。住血吸虫症は、マラリアなどに比べ予防も検査もはるかに軽視されている感があるが、意外と感染率が高く、しかも通常の糞便や尿検査では検出できないことが多い上、無症状のうちに経過して、肝硬変を起こす恐ろしい疾患であるので重要なものと考えられる。外国の専門家の例を見ても最近住血吸虫症感染者が多いことが報告されている。今後、流行地滞在者に対

して水との接触歴を聴取することや血清検査を実施する事も必要であると思われる。

表4. 住血吸虫血清検査結果

滞在地域	被験者数	陽性者数 (マンスン住血吸虫)	陽性率 (%)
東アフリカ	66	7	10.6
西アフリカ	25	0	0
東南アジア	35	0	0
南アメリカ	26	0	0
計	152	7	4.6

流行地に2年間滞在して帰国した者について実施 (1990)  
micro-ELISA法

## 3) ウイルス性肝炎

若年者が多数を占める各国のボランティアでは、A型肝炎の罹患率が高いことが従来より指摘されていた。日本の青年海外協力隊の場合も同様で、抗体を保有しない者が大部分であるためA型肝炎の罹患率が非常に高かったが、予防のためにガンマグロブリンの接種を開始してからは罹患率の著しい低下が認められている。B型肝炎に関しても、接種を受けた者の中には発

生例は認められていない。これらは予防接種が健康管理上良好な成績を納めた良い例である。抗体を保有しない専門家に対しては、ガンマグロブリンおよびB型肝炎ワクチンの接種が奨められる。

4) 狂犬病

日本では1957年以降狂犬病は根絶されているが、海外にはまだ存在している地域が極めて多く、犬や猫に咬まれてからあわてる専門家の例が毎年多数経験される。安全なワクチンが市販されており、出国前にワクチンの接種を行っておくことが奨められる疾患である。

5) 健康管理と予防接種

感染症のうち、かなりのものは予防接種により予防することが可能で、専門家に対する感染症の予防対策上、予防接種は極めて重要なものである。

現在、国際協力に携わる専門家に対して実施されている予防接種には表5のようなものがある。この他、近い将来広く使用される可能性があるものとして、経口腸チフスワクチン（すでに一部で使われている）、経口コレラワクチン、A型肝炎ワクチン（有効性の高いものが近日中に市販される）などがある。毒素原性大腸菌感染に対する予防接種の実用化も期待される。

表5. 予 防 接 種

a) 国際協力専門家に対して実施されている予防接種の例
B型肝炎、ポリオ、破傷風、狂犬病、BCG、ガンマグロブリン、 (黄熱、コレラ、日本脳炎) *
b) 今後広く使用される可能性のある予防接種
腸チフス（経口）、コレラ（経口）、 A型肝炎、病原性大腸菌（経口）

\* 流行地赴任者に対して実施

4. 療養帰国

病気や怪我のため、任期中に帰国を余儀なくされる専門家の例も多く、これらは健康管理上および業務上大きな問題となっている。表6に、アメリカとドイツのボランティアの例を掲げたが、日本の専門家の場合、交通事故、外傷、持ち出し病の悪化による例が圧倒的に多い。

表6. 療養帰国の原因となった傷病（1990）

アメリカ平和部隊		ドイツボランティア	
精神的要因	20%	妊娠	27%
泌尿生殖器疾患	11	事故	15
妊娠	11	マラリア	6
胃腸疾患	10	A型肝炎	11
傷害	9	内科的疾患	20
筋骨格系の疾患	6	外科的疾患	12
		歯科的疾患	4

日本の専門家の場合、交通事故、外傷、持ち出し病の悪化による例が多く、それ以外の原因によるものは極めて少ない

5. 健康管理上の問題点

国際協力専門家の健康管理上の問題点となっているものについて、いくつか考えてみたい。一口に国際協力専門家と言っても、それぞれの派遣する機関によって、健康管理のシステムが異なるため、一概に問題点を論じることはできないが、比較的共通と思われるものを列挙してみた（表7）。

表 7. 健康管理上の問題点

1. 現地の医療事情 一般に貧弱、医療器材薬品は十分とはいえない、清潔操作が不十分、医療器具の維持が不完全、医師の質の差が大きい、医療システムの違い、特殊な診療科が少ない
2. 緊急時の処置・移送システム
3. 予防接種 出国前の期間が短い場合が多い、現地における接種者、ワクチンの入手
4. 持病の管理
5. 身近な健康相談

まず、現地の医療事情や患者が発生した際の、処置や移送システムに関するものが挙げられる。予防接種に関しては、出国前の準備期間に必要なだけ実施できないことや、現地におけるワクチン接種の実施に関し問題点が聞かれる。

次に、いわゆる持ち出し病の管理であるが、既往歴のある疾患や慢性疾患が任国に着任後、再発または悪化する例が多くみられ、その管理と出国前の健康診断、治療の重要性が挙げられる。特に、高齢者の場合には糖尿病、心臓病、高血圧など成人病の管理は大きな問題となることが多い。また、身近に健康相談を行えるシステムが欲しいという要望も多く聞かれる。

国際協力専門家の健康管理を進めていく上で、きちんとした健康管理システムを築いておくことが重要であると思われる。図1に掲げた例はアメリカ平和部隊の例であるが、よく完備したシステムの例で、日本の専門家の健康管理上、参考にすべき点も多いと思われる。

## 6. おわりに

国際協力の最先端で活躍するのは各分野における専門家である。心身ともに健全である際には各人の能力を充分に発揮し、可能な限りの活躍が期待できるが、健康を害した際には国際協

力そのものにも少なからず障害が生じる。国際協力が順調に進められるためには専門家の健康が保証されることが前提になるべきだと言っても過言ではない。

多くの専門家が活躍している開発途上国には各種の病原体が蔓延しており、健康を害される機会が数多く存在している。それらに対して適切な予防手段を講じることは極めて重要である。また、現地の医療事情は概して劣悪であり、途上国滞在中に身体的異常が生じた際に十分な対処が困難である場合も多い。派遣前後における健康診断、滞在中の疾病予防、現地における傷病の発生時の対処などについて、予めきちんとした健康管理システムを築いておくことは最も基本的で重要なことであると思われる。

## 参考文献

- 1) Bernard, K .W., Graiteer ,P.L.,Van der Vlugt,T.,Moran,J.S.,Pully,K.M. ( 1989 ) : Epidemiological surveillance in peace corps volunteers: a model for monitoring health in temporary residents of developing countries. *Int.J.Epidemiol.*,18,1-7
- 2) Ohara, H. , Matsuda, H . , Fujita, K . , Naruto, H. and Tanaka,H.(1990): Schistosome infections among Japanese during long stays in endemic areas-evaluation of serological diagnosis, eosinophilia and treatment with praziquantel. *Japan. J. Trop. Med. Hyg.*, 18(2), 159-171
- 3) Second conference on international travel medicine, Program and abstracts (1991): Atlanta Georgia, USA

図1. 健康管理システムの例

(アメリカ平和部隊)



- [派遣前] 健康診断、健康管理・安全性に関する講義、予防接種、健康管理手帳の作成、健康に関するデータをコンピュータへインプット
- [現地にて] 定期健康診断、予防接種、健康相談、健康に関するデータを本部へ送る
- [帰国後] 健康診断、治療、フォローアップ

4) Steffen, R.(1991): Travel medicine based on epidemiological data. Trans.R.Soc. Trop.Med.Hyg.,85,156-162

5) 小原 博、伊藤京子 (1991) : アメリカ合衆国および南米諸国出張報告書、国際協力事業団

6) 小原 博、鳴戸 弘 (1991) : 開発途上国滞在者のウイルス性肝炎に関する疫学的研究と予防対策の評価、感染症学雑誌 (印刷中)

## 特 別 企 画

### 国際保健医療協力に関する医学会間交流

総括：石井 明（国立予防衛生研究所寄生虫部）

国際保健医療について数多くの分野の専門家  
が世界各地で働いている。今回は主に熱帯を中  
心にした発展途上国において、重要な死亡原因、  
疾病となっている感染症を対象とした医学会の  
活動に注目し、特に国際交流委員会を組織して  
対応している学会の関係者（多くは委員長）に  
パネリストとして参加していただき交流討論を  
行った。

公衆衛生学会は国際協力委員会が中心となり、  
国際保健医療協力に関するシンポジウムの開催、  
国際協力について評議員アンケート調査を行っ  
た。今後は国際協力理論を確立し、情報交換、  
研修会、他分野との協力などを検討し、公衆衛  
生協会との連係関係について考えるなどが紹介  
された。

感染症学会は従前から伝染病学会の歴史を基  
に国際協力を実行しており、学会において関連  
シンポジウム、特別講演を持っている。国際交  
流委員会は協力候補者の人材登録を行っている。  
国際協力についてはいくつかの基本理念を考え、  
それに基づいて国際協力プロジェクトにも、会  
員が参加している。

熱帯医学会は国際交流委員会を組織し、今ま  
での会員の国際協力の実績をふまえ、問題点を  
分析し、将来に向けて、新たに関係学会から賛  
同者を得て医学協力連絡協議会を設立しようと  
準備している。感染症を中心とした分野で人材  
を確保し、適切な運営により協力できるよう、  
長期的視野に立って進めたい。

細菌学会は国際交流委員会により途上国なか  
んずく東南アジアで交流を行い、中国、韓国な  
どと実績がある。会員アンケートで実態と、希  
望を調査し、人材登録をしている。国際協力に  
は学会間協力が大切である。

寄生虫学会は国際協力に実績を積んできてい

て、国際交流委員会も組織した。学術交流、W  
HOのTDRへの協力、技術協力などを行って  
いる。会員のアンケート調査を実施したところ、  
回答者の70～80%は何らかの形で国際協力を  
行いたいとしている。

パネリスト以外に紹介された学会としては国  
際交流委員会が組織されたものとして、衛生動  
物学会、臨床ウイルス学会があり、その他類学  
会、疫学会から実績の紹介、国際協力への志向  
が話された。

討論の中ではWHOが提唱しているPHC  
(primary health care) について、外国からの  
輸入病について、大学における国際保健につ  
いての教育の問題、卒後教育のあり方(School of  
Public Healthなど) について、国際保健学  
(International Health) を標榜するコース、講  
座についてなどが話し合われた。国際協力に関  
係する行政組織との協力についての指摘もあった。

今後、国際保健医療学において各方面の理解  
を進め、実績を上げて行くためには、関係者同  
士の討議、協力を一層推進する必要がある。今  
回の試みは第1回のもので、次には更に分  
野を広げた交流を期待したい。

パネリスト：

公衆衛生学会	稲葉 裕	順天大教授
感染症学会	川名 林治	岩手医大教授
熱帯医学会	竹田 美文	京大教授
細菌学会	中村 信一	金沢大教授
寄生虫学会	多田 功	九州大教授

座長：	石井 明	国立予研
	稲葉 裕	順天大

# ワークショップ 1

## 飲料水と保健を考える

総括：河村 清史（国立公衆衛生院衛生工学部）

藤田紘一郎（東京医科歯科大学医学部医動物）

飲料水は、人の不可欠なものである反面、疾病を伝搬する媒体ともなる。十分に除菌・殺菌されていない水を利用する機会が多い開発途上国においては、住民のみならずそこで活動する専門家や旅行者にとっても水の安全性は大きな関心事である。本ワークショップでは病原微生物に対して安全な飲料水の供給ならびに利用について、保健衛生学的観点、文化人類学的観点および衛生工学的観点を軸として考察した。

最初5人の専門家から話題提供を受け、その後相互討論を行った。藤田先生（東京医科歯科大学医学部）からは開発途上国における飲料水汚染および疾病について、総論的な紹介がなされた。生活習慣、風土、文化の違いによる飲料水汚染原因等の違いについて幅広い事例紹介の後、インドネシアにおける飲料水汚染と疾病について紹介があった。ジャカルタの邦人家庭における水道水の調査では、ほとんどの場合残留塩素が検出されず56%で大腸菌群陽性であり、在留邦人の水系感染症の罹患率も相当高いものであった。水道管への汚染地下水の流入、屋上水槽での水の貯留等が原因として指摘された。また、飲用以外の水による問題として、高い寄生虫卵保有率が紹介された。

水野先生（西部学園医学技術専門学校）からは邦人旅行者の下痢症について事例紹介があった。海外研修でタイに行った750名余りの学生中約40%が、帰国後下痢症を訴え4人から赤痢菌を検出した。現地では採水した飲料水試料全てで残留塩素は検出されず大半で大腸菌群陽性との結果を得ており、飲料水が原因であろうと結論された。

天野先生（札幌市水道局）からはインドネシアのスマトラ地域保健活動における水供給の事例紹介がなされた。住民の多くは浅井戸水や河川水等を用いていたが、大半が糞便汚染されていた。対策として、簡易浄化槽等の設置とともに深井戸の建設、砂ろ過装置の設置等を実施しているが、維持管理料金の徴収や維持管理技術者の養成の難しさ、修理用部品スペアの常備、住民の衛生意識の向上等の必要性が指摘された。

青木先生（長崎大学熱帯医学研究所）からは、ケニアのある部族におけるビルハルツ止血吸血虫感染とその対策の一つである水道水供給に関連した話題の紹介を受けた。成年男子の感染が成年女子より低いという特異な現象が認められたが、成年男子が川で水汲みをするを恥じ河川水との直接接触が少ないことと関係付けられた。また、水道水の供給を始めたが、鉄の水を飲んではいけないという信仰のため思うような効果があげられなかった。これらのことから、文化人類学的視点の重要性が指摘された。

最後に、金子先生（摂南大学工学部）より、開発途上国で実施し得る微生物制御手段について総論的解説がなされた。微生物制御のためには基本的には消毒が必要であることを指摘され、消毒を効率化するための濁質低減法（凝集やろ過等）に用い得る資材について紹介された。ただ、塩素処理でトリハロメタンができる等問題が指摘されている技術を持ち込むことに対する抵抗のような問題が起こり得ること、水質検査等において資材や器具の不足が障壁となるので、これらの自給体制を含めて底辺を固めるような技術援助が必要であることが指摘された。

相互討論では、開発途上国の飲料水では残留塩素がない場合がほとんどであり仮に残留塩素があったとしても大腸菌群が検出され得ること、汚染された飲食物では複数種の病原菌が存在すると考えるべきであること、飲料水が安全でもその他の生活用水の汚染による問題もあることが認識された。また、微生物制御手段について、日本軍が用いていた素焼き陶器による水のろ過のような簡易な技術の発掘をしていく必要性が指摘された。これに関しては、現在ではセラミックに珪藻土を付着したものを開発しているとの発言もあった。

今回のワークショップを総括すると、在留邦人、旅行者、住民という対象に応じた対応の必要性が指摘される。在留邦人や旅行者については、その国や地域の水の供給システムの実態を正しく理解するとともに飲料水の危険性を強く認識し、自己防御する必要がある。住民との関係では、水に関係する慣習や地域で供給できる資材を踏まえた技術、すなわち地域社会に受け入れられる技術の移転が必要であり、この意味ではプライマリヘルスケアになじむ技術を検討する必要がある。また、より本質的なこととして、国や地域に応じた飲料水汚染とその制御についての住民の持つ認識の理解、このための住民が理解できる水供給効果の指標の開発とそれらによる住民の啓発等の問題がある。

---

## ワークショップ 2

---

### プライマリーヘルスケアと住民参加

Primary Health Care and Community Participation

総括：兵井 伸行（国立公衆衛生院保健人口学部）

プライマリーヘルスケアと住民参加というワークショップを始めるにあたり、まず「プライマリーヘルスケア（PHC）」の概念とその原則をAlma-Ata宣言に基づき確認した。つまり、PHCとはessential health careであり、誰もが実際の・科学的・社会的に受け入れることのできる方法と技術であり、自助と自決の精神に基づきコミュニティと国が負担可能な範囲で、住民参加を通して行われるものである。

この後、橋本より「日本におけるPHCと住民参加」について発表があり、戦後の国民保健の発展を支えたのは、①民族・言語の単一性、②民度の高さ、③保健所網を基盤とするhealth infrastructureの早期実現、④PHCワーカーとしての保健婦の活動、であったとの指摘がなされた。

これを受け森口は結核対策を例にとり、「日本の戦後の結核対策におけるプライマリーヘルスケア」について静岡県の保健婦活動を中心に事例を報告し、PHCワーカーとしての保健婦の活動を、治療から始まり、除々に予防に目覚め、そして住民主体の活動へと発展させたという共通のパターンを報告した。

続いて岡本は母子保健を例に「愛育班活動とプライマリーヘルスケア」について発表し、愛育班活動が女性を対象とした特異なもので、会員と班長らを結ぶ情報の双方の流れによって、家庭婦人と保健婦などの専門家の連携が図られ活動が発展したと報告した。

これら愛育班活動に基づき、女性の参加や役割への配慮とともに地域住民と専門家（集団）を結ぶ接点が機能しないと住民参加に基づいた

PHCは困難であると指摘した。

最後にDr. KrasaeはPHCと住民参加において、リーダーシップが大切であることを過去の様々なPHC活動に基づいて強調し、タイ国東北地方のある村における住民参加の事例をビデオにより紹介した。

この後の質疑応答では、PHCがともすればprimary medical careあるいはprimary medical cureと理解されることが多いので、その概念や原則について議論し共通理解を得る必要があると指摘された。また、現在の保健所を中心とする公衆衛生においては行政的な上意下達の色彩が強くPHCや住民参加型活動が難しいとの報告がなされた。しかし、保健所が自らの横の動きや関係をつくる努力が足りない点、また、行政は目的ではなくあくまで公衆衛生の向上が目的であり、行政はその手段である点を再度確認することが必要であるとの指摘がなされた。

今後のわが国のPHCと住民参加発展のためには、小学校区単位でのhealth stationの設立と保健婦の配置が望まれるとの考えが示された。また、このワークショップによりわが国のPHCと住民参加についてはじめてその意義を知り得たとの意見が出されるとともに、単に頭で理解するだけでなく実践に結び付けなくては役に立たないと意見も述べられるなど、終始活発な討論が展開され、特に若い参加者のこのテーマへの興味が示されたことは注目に値する。

---

## ワークショップ 3

---

### 研修のあり方を考える — 教育方法に向けて

総括: 松田 正己 (結核研究所国際協力部)

座長・松田 (結核研究所国際協力部研究員)、志摩 (国際看護交流協会理事) の進行で4人の話題提供者と2人の指名発言者が次の報告を行った。

1. 産業医科大学の吉村教授は「国際研修の教育上の問題点」と題し、これまで本学会で挙げた研修に係る問題を15項目、3つのジャンルに整理した。研修実施組織の問題 (人材、経費、研修場所)、講師側の問題 (研修目標やプログラムの有無、研修生の背景の理解など)、研修生の問題 (目的、意欲、語学力、異文化への適合など)。これらの問題リストに基づいて、以下実際に研修を担っている実務経験者から話題提供があった。

2. 「国際研修における看護実習の方法」と題して、国際看護交流協会研修事業部長の豊島氏が一年コースを長年担当した経験から、前述の問題への具体的な対応、研修展開等を述べた。実施上の留意点として、研修生の特性に応じた弾力性のあるプログラム作成、研修生の背景や目標等の情報の伝達、自国で生かせる研修等が重要とした。

3. 国際協力事業団研修二課課長代理の丹羽氏は行政側から研修の問題について報告した。年間6,000人以上の研修員を受け入れているが、集団コースと個別研修の保健医療分野の割合が11%対32%と大きく開いている。つまり保健医療分野の研修は個別研修のような相手国側のニーズに量的に対応しきれていないと指摘。個別研修を例として、情報や時間の管理、異文化の中での不適応等の問題を挙げた。また、今後は分野別よりも地域別の研修が拡大する可能性を紹

介した。

4. アジア保健研修所の池住事務局長は「ヘルスワーカーを対象としたグループワークの方法」についてNGO (民間公益団体) での研修の対応について述べた。国の援助を受けていないNGOとして、独自の理念の基に、研修員の参加による自己啓発型の研修を進めている。受け入れ側も相手側に近づき、学ぶ姿勢が基本的に必要であると強調した。続いて2名の指名発言者による報告があった。

5. 母子愛育会の小山情報研修部次長は、一昨年開始した母子分野の国際研修を紹介。長年実施している国内研修との相違点を目的、研修形態など8項目に明瞭に説いた。

6. 家族計画国際協力財団の鈴木総務課長は、活動の焦点がアジアからアフリカに移行して、開発途上国間の技術協力 (T C D C) も行われたとし、2国間協力から多国間へと拡がりを見せている新しい活動状況を報告した。

最後に両座長が、本学会で2回にわたり同テーマが取り上げられたが、問題点に共通項があり、これら問題に現場担当者が様々な工夫をし対応している、今後は年一回の学会の場だけでなく、恒常的に研究を深める場をつくる必要があるのではないかと締めくくった。

## ワークショップ 4

### 適正技術（Appropriate Technology）を考える

総括： 中村 安秀（東京都母子保健サービスセンター）

【背景】 適正技術とは、国際協力用語集（国際開発ジャーナル社）によれば、「技術移転の客体として途上国の技術環境と諸条件に合致した技術をいう」と定義されている。また、DAC報告書（1983年）では適正技術以外にも、中間技術、村落技術など関連用語の定義を行っている。日本においては、農業部門や中小工業部門において適正技術論が議論されてきたが、保健医療分野における検討に乏しいのが実情である。

【ワークショップの構成】 従来の適正技術理論にとらわれず、我々が蓄積してきた現場における経験と視点を重視して、保健医療分野における適正技術を考えてみた。

はじめに、中村安秀が適正技術理論と具体例を展開する際のポイントを概説し、続いて仲佐保（国立病院医療センター）がボリビア・サンタクルス総合病院プロジェクトの経験より病院における適正技術を具体的に提示し、最後に土居弘幸（厚生省）がインドネシア・北スマトラ地域保健プロジェクトの経験より地域における適正技術のあり方を検討した。指定発言として、文化や習慣との関連の重要性が浜野敏子（SHARE）より提起された。

その後、フロアからの発言が相次ぎ、1時間近く実り多い討論が行われた。多彩な経験者から貴重な意見が寄せられたが、残念ながら個々にここでは紹介する余裕はない。以下に、フロアからの議論の内容を要約する。

【開発途上国の適正技術】 開発途上国にお

ける適正技術に関して次のような項目を考慮すべきである。その際、これらの項目が互いに深い関連性を有していることと現在の日本の保健医療技術はそのままの形では途上国での適正技術になり得ないことに注意すべきである。また、保健医療に特殊な項目として、保険診療の未発達、医療情報の不足、機材の使用頻度にも留意すべきである。

#### (1) 地域特性と背景

- ① 社会や文化的環境に対する適応性（歴史、民族、習慣、宗教など）
- ② 最低限の基本的インフラストラクチャー（水、電気、交通など）
- ③ 保険診療の未発達、医療情報の不足（教科書や文献など）

#### (2) 住民や施設における必要性

- ① 住民ニーズ、機材の使用頻度など（高額機器は使用頻度が低い）

#### (3) 技術の移転、維持、発展のための基盤

- ① 低い資本投下やランニングコスト（特に資機材や消耗品）
- ② 技術を担うマンパワー（特にコメディカルスタッフ）
- ③ 維持管理できる能力と組織（特に行政組織の重要性）

【国際協力の中での適正技術】 日本が行う国際保健医療協力において、次にあげる二つの重要な指摘がなされた（図1参照）。

- ① 現在の日本の保健医療技術は高度な技術力と国民皆保険の診療体制、メーカー

による機器管理など科学水準と経済力の高さに支えられており、そのままの形で技術移転すればまったく途上国での適正技術になり得ない。日本の技術を途上国に移転するという単純な技術移転の構図が成立しないところに保健医療協力の特色があると思われる。

- ② 途上国の医師、看護婦、医療技術者にとって、現在の日本の病院や地域保健の現場で行われている技術を研修しても、自国に戻って十分に活用できないことが多い。そのため、単なる施設の見学になったり、自国の富裕層にとり有益な高度先端技術の研修になったり、歪んだ形の研修に陥っていることが多い。

以上のような現状認識のもとに、短い議論の中ではあったがいくつかの解決方法が提起された。以下に列記してみよう。

① 医療人類学、医療経済学、その他の人文科学系の専門家による初期調査などを行い、社会文化背景を考慮した適正技術の観点からプロジェクトを遂行する。

② 派遣前研修などにおいて、専門的な視点から途上国における適正技術の重要性を掘り下げて講習する必要がある。

③ 適正技術の観点からも、現在 J I C A が行っている第 3 国研修のような研修形態を大幅に増加させることが望ましい。

④ 途上国で応用できる適正技術に基づいた保健医療機器や技術の開発が望まれる。日本の技術力をもってすれば開発は可能であり、問題は開発に要する費用負担である。この適正技術開発は日本の O D A が世界に貢献できる重要な分野の一つであろう。

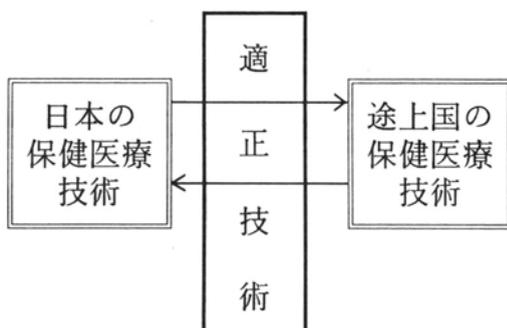


図 1. 日本と途上国の適正技術の相互関連

【日本の中での適正技術】 このように途上国における適正技術、国際協力の中での適正技術を検討することは、翻って日本の保健医療は果たして適正技術なのか、という自己反省を迫ることにもなる。国際協力の中で生じた視点から日本の保健医療を見直すという作業も今後必要になるであろう

【最後に】 未熟な座長の司会にもかかわらず、始終活発な議論が続き非常に有意義なワークショップとすることができました。参会者の方々にご場を借りて厚く御礼申し上げます。また、この抄録の内容については一切の責任は筆者にあり、独断で取りまとめたことをお詫びいたします。ワークショップ終了後に、島尾忠男先生より、日本の結核対策は適正技術の模範的な成功例ではないかのご指摘をいただきました。まさにその通りであり、適正技術に関して今回のワークショップは第一歩であり、今後この課題をより深く検討する機会が必要であることを痛感しました。

## ワークショップ 5

### 日本の経験は途上国に役立てられるか

総括：石井 澄江（家族計画国際協力財団：JOICEF）

【目的】 このワークショップは、戦後の日本の公衆衛生活動に活躍し、その後開発途上国の保健推進向上に協力している二人の専門家のミクロ（フィールド）とマクロ（中央）のレベルからの経験とコメントをもとに、日本の戦後の保健推進活動分野の経験は現在の途上国の技術協力に役立つかというテーマで、これからの望ましい日本の国際協力体制についてフロアーと共に考えることを目的とした。

【内容】 先ず、経験発表者からは、群馬県のフィールドで36年の公衆衛生活動の経験をもとに中国に対して協力を行っていること、そしてその個人的な経験を通して、戦後の日本の経験は役立つと、具体的な例を挙げて発表があった。かつての日本には今の途上国の抱えている困難な状況が多くみられ、その体験の共有感が親近感につながっていくし、途上国側のニーズを把握するにも、またそのニーズにあった適切な技術の移転方法を考えるのにも役立つと説明があった。結びとして、今後の技術協力をより効果的に推進する為に二つの提案があった。一つは技術協力を実施している組織間の指導方針や方法等の調整、合意づくりの場を設定する事、二つ目は協力を行おうとしている人達のために体験学習を目的とした指導、研修制度の確立である。

一方、コメンテーターからは技術協力を人口・家族計画分野に限った場合には、医療技術や公衆衛生（PHC）分野などと比較して、やや日本の経験をそのまま移転するには困難が伴うのではないかという発言があった。その理由としては、出生抑制という考え方自体が大衆には受け入れにくいトピックであると同時に、医学以

外にも文化、社会、宗教などの複雑な要因がからむからだとしている。しかし、また日本を取りまく国々の中で、中国文化圏やアジアのN I E Sと呼ばれる中進国に対しては、日本の経験は役立つ、あるいは役立つことも多いと付け加えた。特別参加ゲストからは、日本の乳児死亡率の低下の原因を調査した経験から、日本の経験の多くは移転可能である。しかし、移転する際に最も重要なことは、移転先の社会、文化的な背景に合わせて移転方法を考えられる cultural sensitivity を持つことだとの発言があった。そして、これから国際協力の分野で働こうとしている若い人々に、可能な限り長く異文化の中に身を置いて、言語や、cultural sensitivity を身につけて欲しいと提案した。

【まとめ】 以上をまとめると、日本の経験は条件付きではあるが役立つといえる。但し移転先の社会・文化が充分許容できるような移転方法を考慮する必要がある。残念ながら今回は時間の制約で、その貴重な日本の経験をどのように保存、記録し、継承して行くのがよいのかをフロアーと共に考えることが出来なかった。次の機会に期待したい。

#### 【献辞】

経験発表者：吉野弥一郎

（前群馬県衛生保健福祉課参事）

コメンテーター：村松 稔

（前国立公衆衛生院衛生人口学部長）

特別ゲスト：リチャード・キャッシュ

（ハーバード大学公衆衛生大学院国際公衆衛生学部長）

## 災害準備に関するPAHOの役割

クロード・デビル (PAHO災害対策部長)

総括： 山本 保博 (日本医科大学救命救急センター)

ここではPAHO災害対策部長である Claude de Ville 先生に講演を頂き、続いてコメンテーターとしてWHO安川隆子先生、FASID平山恵先生のお話を聞きながらまとめてみたいと考えた。

災害とは強制的な出来事によって公衆衛生と国民健康が、外部の援助を必要としなければ収拾出来ないものをいうと de Ville 先生は定義して話に入っていた。まず自然災害については純粋なものではなく、怠惰であったり計画が悪かったりが混合されて災害になっている。

ここでは突然起こる短期型の自然災害について話をしたい。このタイプの災害では、現地が必要とされる物資、食料、医薬品等は近隣地域や国内で足りている。国際的には援助の必要はないと考えている。アルメニア地震の際には何百人もの医師が国内から援助にかけつけて医師は余ってしまった。1972年のニカラグア地震の際にも医師は余ってしまい水運びの仕事をしていたと報告されている。

アルメニア地震の際、アメリカチームは50万ドル使って2名の生命を救ったに過ぎなかった。ヨーロッパチームも同様に5～10名を救うのに約50万ドルも出資した。

このような事を考えると災害援助には、適切な場所に、適切な時間に、適切なことをする必要があり。適切な時間に災害現場に到着することには時には困難が生じる。国内での対応は2～6時間以内、近隣諸国は24時間以内、ヨーロッパや日本では3～7日後にしか現場に到着できない。ジャマイカのサイクロンに日本から医療

チームを派遣するのは馬鹿げている。国際的な災害援助は一番必要とされているときはいつも遅れてしまう。

国際的援助は災害サイクルに則した準備、予防の為に もっと金をつぎ込まなければならない。災害準備についてラテンアメリカではペルーのCISMID(ペルー地震工学センター)とCENAPRED(メキシコ災害予防センター)が活躍している。PAHOの災害準備についての訓練と教育は、家族のため、地域のために何をなすべきかを教えることにあり、5年間に200回のワークショップを開催した。コロンビアでは大学医学部カリキュラムの中に災害準備、予防を入れてあるという。現地での教育システムの中に組入れた方が、日本やベルギーに専門家を派遣するより効果がある。災害準備とは教育であるといっても過言ではない。大略以上の如き講演があり、その後、安川先生、平山先生より体験を生かした教育の重要性を話された。

出席者にとっても全会員にとっても有意義な講演であった。

---

## ランチョンセミナー

---

### 国際協力を志す人のために

総括： 丸井 英二（東京大学留学生センター）

このセッションは、国際保健医療の分野に関心を持ち、将来何らかの形で国際協力に携わってみたい、という若い人を主な対象として設定した。しかし、実際には、国際保健医療協力に経験を持つ先輩方をはじめ多くの方々が参加し、予定された会場が超満員となる盛況であった。

まずはじめに、5人の経験者に自分の場合について語ってもらった。

遠藤昌一先生は、結核の専門医として活動された後アメリカへ留学し、そのちマニラおよびマレーシアでWHOの仕事をされ、現在は国内の保健所長をしておられ、国際機関のこと、また家族で海外で生活することの重要性を話された。

インドネシア、パキスタンなどでの経験の長い中村安秀先生は、情熱的に途上国のPHC活動に至る道を展開された。保健婦、看護婦の立場でネパール、インドネシアで働かれた森口育子先生は、行政組織の中の一員として海外へ出かけることの意味と、その難しさ、現地での楽しさを話された。

また、青年協力隊員として検査技師の仕事をマラウィでされた古屋昭英先生は、スライドを使い現地の様子を紹介し、帰国後の日本での受け入れ問題に言及された。最後に、中米でWHOのプロジェクトの運営を現地でされていた平山恵先生は、ご自分の成育体験がそのまま途上国の問題への取り組みにつながっていく個人の体験を、大変に刺激的に語られた。

各人の簡単なお話が続いて、質疑応答があった。

会場からは具体的な協力活動への参加につい

て質問が相次ぎ、活発な討議がなされた。しかし、若い参加者にとっては、先輩たちの話はあまりに刺激が強く、もう少しゆっくりと語り合う時間が必要であったと思われる。その意味で、多少の不満が残ったかもしれない。しかし、自分の現実の立場を振り返り、その先にいくつかの可能な道を描いていただきたい。

これによって、若い皆さんも先輩たちに相談にのっていただく契機ができたと思う。これでセッションがすべて終わったというよりは、これから始まる新しい国際協力への導入として、このランチョンセミナーが意味をもつことを期待したい。

---

# サテライトシンポジウム

---

## 在日外国人の保健医療問題を考える

総括： 仲佐 保（国立病院医療センター国際医療協力部）

現在、日本では、不法入国、滞在を含め多くの外国人が労働者として、アジア、南米各国から訪れ、滞在している。彼ら、在日外国人にとって最も問題なのは医療問題である。外国人医療に関連して仕事に携わっている5人のシンポジストの方の意見をお聞きし、また、ディスカッションが行われた。

### 1. 吉岡 毅氏（東京都新宿区衛生部長）

行政という立場からすると、対象は基本的には、外国人登録をされている人へのサービス（結核検診、妊産婦検診、予防接種、救急車利用）が中心となり、彼らに対しては外国人用の窓口を設ける等の対策をとっており、その利用者数も激増している現状である。また、新宿区の産婦人科開業医を対象としたアンケートでは、外国人の受診が激増し、その国別では、タイが13.2%（登録が1%）、フィリピンが7.2%（登録が5.5%）とアジアが多い。

### 2. 小林米幸（小林国際クリニック、AMDA）

通常は、開業医として多くの在日外国人の診療にあたり、1991年4月には民間団体として無料の外国人医療相談（週6日）の事務所開設、3ヶ月半で、16カ国362人の医療相談を行った。日本の医療保険のシステム、医療情報を彼らに分かるように広報することが先ず必要である。また、保険に加入していない人々にとっては、その医療費は高額で負担となっており、また、病院によって医療費がかわることも矛盾である。彼らの基本的な人権を尊重するような新しい制度が、医療機関、地方自治体、政府のレベルで形成されることが望まれる。

### 3. 鬼束忠則氏（弁護士、ラフル）

これまでに在日外国人労働者の相談を行ってきたが、その60%は賃金未払い・強制労働、30%は在留資格、10%が住居・医療についてであった。医療関係では、医療機関の紹介・不法滞在者の医療費・医療中断・労災・精神疾患についての問題を取り扱った。不法滞在者の医療費については、現在、生活保護での申請が不可能となり、病院の負担になるため、外国人患者拒否の問題がおき始めている。また、労災に関しては不法滞在者も適応となるが、本人は強制送還を恐れ、雇用主も労働者を失うことを恐れ、共に申請には積極的ではない。また、タイ・フィリピンには、女性労働者（売春目的）のためのブローカーの存在も示唆される。

### 4. 黒田ニューチャンソピエ氏（定住インドシナ難民、准看護婦）

日本人医療者のアメリカ、ヨーロッパではない国（特にアジア系）の患者に対する差別を感じさせる事、言語が通じないため、親身に話を聞こうとしない事などがあげられる。また、自分が准看護婦として働いた経験からは准看護という資格を持っていても外国人ということで、その業務をなかなかさせて貰えないことも報告された。

### 5. 春田有二氏（精神科医、兵庫県立衛生保健センター）

外国人の持つ疾患で、やはり精神疾患も大きな問題であり、異なった環境にいることによるストレスが主原因で、定住後、5年以上たって起こることも多い。問題点としてあげられるのは、言語・コミュニケーションの問題、風俗・

習慣の差、医療費の問題であり、不法滞在者が増加している現状を考えると政府のみならず、民間の立場でも対策を考えて行く必要がある。そのためには、まず現状を把握し、行政側としても現時点で受診可能な医療については、受診するよう広報宣伝すると共に、また、基本的人権を尊重できるようなシステム、ネットワークを展開して行く必要がある。

# 研 究 論 文



## 途上国における地域病院の機能

### — タイにおける研究事例 —

村上 仁、我妻 堯、野内英樹（国立病院医療センター）、  
丸井英二（東京大学留学生センター）

#### I. はじめに

従来日本の発展途上国への国際保健医療協力においては、都市部の大病院に対する協力を主眼が置かれてきた。しかし最近こうした大病院プロジェクトに対しては、見直すべきだとの意見が出てきている。下内はWHO専門官の立場から大病院プロジェクトがうまくいかなかった例が多いとの指摘が多いこと、その原因が大病院中心医療そのものが発展途上国に向いているかどうかの事前の検討の不十分さであると述べている<sup>1)</sup>。また上原らは「従来の都市の基幹病院プロジェクトの主要な問題は、高額の病院コストに対応できる経済発展段階にある国でなければ、貴重な医療資源をますます占有することによって、その国の保健医療にかえって負の波及効果をおよぼしていること、かつ、保健医療サービスを最も必要とする人や地域の保健の向上には必ずしも貢献しなかったことにある。」と述べている<sup>2)</sup>。

その一方で、1978年のアルマ・アタ会議以来世界の、特に開発途上国の保健開発の最も重要な柱であるプライマリーヘルスケア（PHC）に基づいた病院のあり方が問われている。アルマ・アタ会議から10年目の1988年、ソ連のリガにおいてPHCの現状を評価し2000年に向けて戦略を見直す会議がWHOにより行われた。この報告の中で、新しい時代に向けた戦略が5項目挙げられているが、その1つに保健システム（特に地方における）の組織と管理の強化がある<sup>3)</sup>。ここで、PHCを実施するための地域に

おける活動の枠組みとして、District Health System(DHS)の重要性が述べられている。District Health Systemには、地域におけるヘルスケアを提供するすべての施設と個人が含まれ、国営、社会保障、非政府団体、私立あるいは伝統医学といったすべてのセクターが含まれる。PHCに基づいたDHSのあり方が強調される中で、病院については、第一線病院と地域に根ざしたPHCの相互関係が欠けていると指摘されている。この関係が達成されないと、病院は周辺住民のニーズとの関連においてそのサービスがどのくらい適切で有効であるのか自ら知ることなく、従来どおりの孤立にとどまり、一方地域のPHCは直接的な支援がなく、リファラルに関して不確実な状態にとどまると述べられている。このように、地域保健システムの中で有効に機能する病院のあり方を問われるようになってきている。

日本はこれまで発展途上国での病院の建設、病院への機材供与や技術協力のノウハウを積み重ねてきた。他の先進諸国がより地域に根ざした保健医療協力を目指し、病院協力を放棄していった中で、今こそ日本の病院協力のノウハウを、途上国の地域医療システムを踏まえた病院医療に生かす時期にきている。

地域保健システムの中で病院が有効に機能するためには、以下の点が必要と考えられている。

- 1) リファラルシステムに基づいた適切な利用パターン
- 2) ヘルスケアの十分な質と第一線保健医療機関、あるいはPHCの有効な支援

3) 地域医療システムの中での適切な資源配分  
これらのうち、1) 2) に関連する注目すべき研究プロジェクトを、訪れる機会を得た。本稿ではそれを報告し、途上国における地域病院の機能とこれに対する日本の病院協力の可能性について論じた。

本稿で報告するアユタヤプロジェクトは、保健システムの利用パターンや各医療施設の機能を調査している研究プロジェクトであるが、その視点は住民側から受療行動を探るというよりも、主に保健行政側からサービスの効率を上げるためにどうしたらよいかを探るというものである。いわば途上国の保健行政の視点を反映した事例であるといえる。

II. 事例報告：タイ国アユタヤ県における県および郡保健システムの研究プロジェクトについて<sup>4)</sup>

### 1. 目的

アユタヤ県はタイの中部に位置し、バンコクより約72kmである。人口約66万のうち63%が農業に従事している。県はさらに16の郡、204のタンボン（数村から十数村の行政単位）、1456の村に区分される。1982～86年の第5次国家社会経済開発計画は、すべてのタンボンに少なくとも1つのヘルスステーション、すべての郡に少なくとも1つの郡病院をという政策に則って推進され、保健システムのCoverageは飛躍的に増大した。しかしヘルスステーション\*の低い利用率、各保健施設の機能の重複など、残された問題も多い。

本研究プロジェクトは、現存の保健システムを包括的で継続性があり、それぞれの医療施設が重複しない特異的な役割を持ち、かつ各施設間の患者の往来（Referral System）が適切なIntegrated Health Systemに発展させることを目標に、アユタヤ県衛生局を中心とするプロ

ジェクトチームが1989年2月から1992年1月まで実施しているものである。

このIntegrated Health Systemの概念として、プロジェクトチームが掲げているのは次の4つである。

- 1) 各医療機関の機能が重複しない。
- 2) 各医療機関の機能の間に空白がない。
- 3) 整備されたリファラルシステムを持つ。
- 4) 患者についての情報が各機関の間で適切に伝わる。

プロジェクトの具体的な内容は、アユタヤ県の保健システムの現状分析をし、問題点、仮説、行動計画を設定することである。

\*ヘルスステーションはタイ語でサターニーアナマイ、すなわち衛生士のステーションを意味し、タンボンの第一線の保健医療施設を指す。通常、民家の2-3倍の大きさの建物に衛生士1人、助産婦2人が配置されていることが多い。ワクチン接種や妊婦外来、さらにトイレの普及などの予防衛生活動の他に、日本の保健所と違い、簡単な病気に対する投薬、簡単な傷の縫合処置や出産なども扱い、文字どおり第一線の保健医療活動を幅広く担当している。

### 2. 対象地域と医療施設

今回調査地に選ばれたのは都市部（Urban Area）、都市周辺部（Peri-urban Area）としてアユタヤ市の所在するプラナコン・スリ・アユタヤ郡（中央郡）、農村部（Rural Area）としてナコンルアン郡であった。都市周辺部と農村部では、それぞれの郡内の2つのタンボンを特に対象地域として取り上げた。

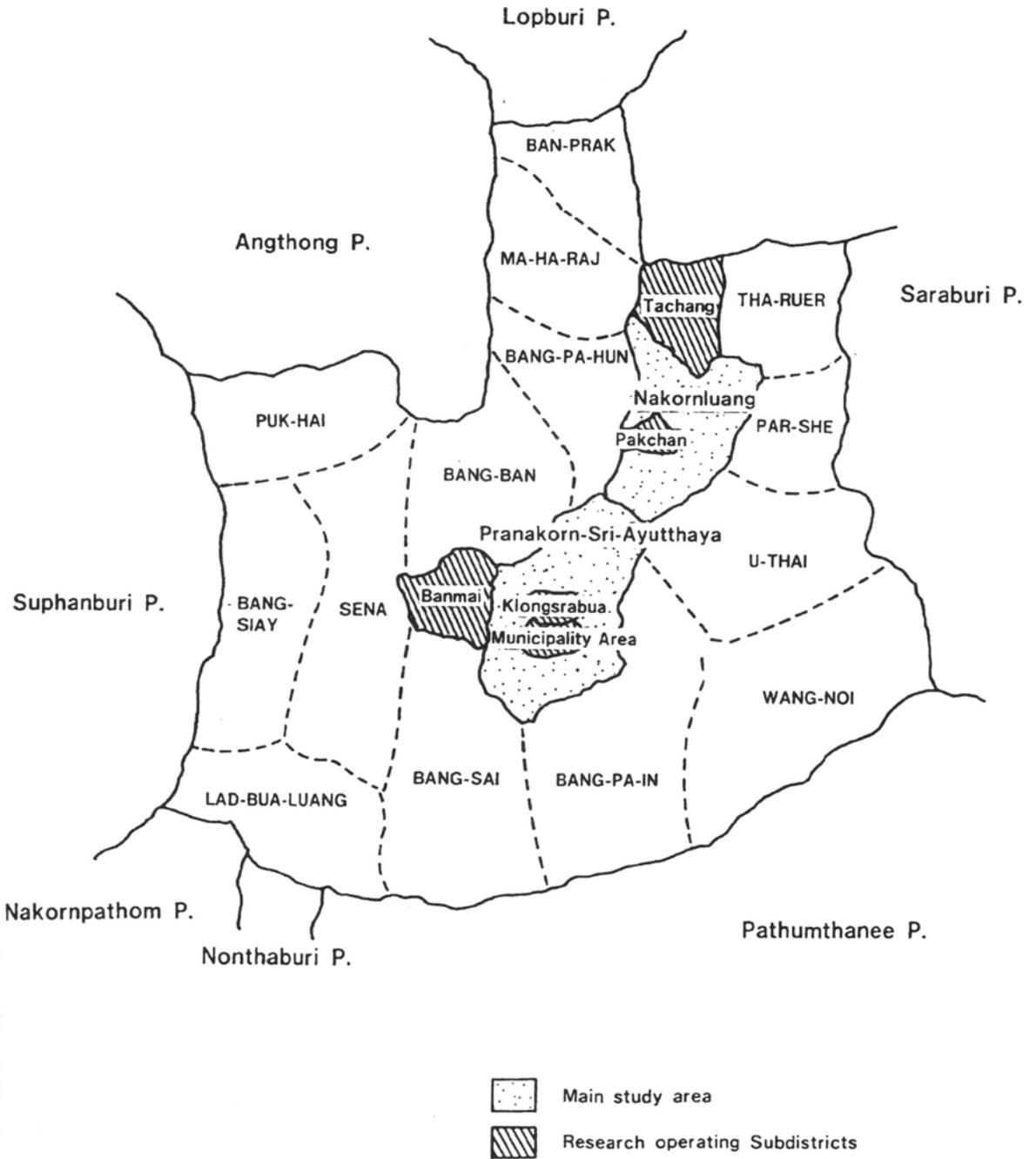
# 都市部（アユタヤ市） 人口63,415

医療施設：県病院 1(336床、医師27人)

個人クリニック 20

市ヘルスステーション 1

図1 The map of Ayutthaya Province



県衛生局外来 1

# 都市周辺部 (中央郡) 人口57,902

この地域には、郡病院がない。

(1) タンボン「クロンスラブア」人口2,008

村落 6

医療施設；ヘルスステーション 1  
(スタッフ3人)

(2) タンボン「バンマイ」人口2,953

村落 9

医療施設；ヘルスステーション 1  
(スタッフ3人)

# 農村地域 (ナコンルアン郡) 人口30,813

医療施設；郡病院 1 (30床、医師3人)

(1) タンボン「パクチャン」人口2,193

村落 6

医療施設；ヘルスステーション 1  
(スタッフ3人)

(2) タンボン「タチャン」人口3,476

村落 8

医療施設；ヘルスステーション 1  
(スタッフ3人)

(図1参照)

### 3. 研究方法

研究は次の方法によって行われた。

#### 1) ワークショップ

これは、調査の項目を決め仮説を設定するために、関連ある職員の代表により持たれるものである。

#### 2) 1次データソースからの情報の分析

—治療サービスの利用に関する患者へのインタビューと、ヘルスステーション職員や医師の記録の分析。

—救急外来受診患者の外来カルテと、その中の医師と看護婦の意見欄の分析。

—仕事の充足感や郡保健システムについてのアンケート (対象はヘルスステーション職員と郡保健局長、郡病院院長)。

—各医療機関の職員や患者への、ガイドラインを用いた詳しい個人インタビュー。

—専従研究者が、様々な活動に実際参加しながら観察を行う。

#### 3) 2次データソースからの情報の分析

—公的報告書の分析。

—各医療機関の患者登録からキャッチメント・エリア (受益者の地理的分布) や、利用パターンを分析する。

—患者カルテよりケアの継続性を分析する。

—処方箋の分析。

4) 紹介された患者 (Referred Patient) について紹介状と報告状を検討するミーティング

### 4. 仮説

アユタヤプロジェクトチームは、現存の公的保健システムが抱えており、Integrated Health Systemに発展していく上で克服しなければならない問題につき、次のような仮説のフレームワークをあらかじめ設定している。(図2参照)

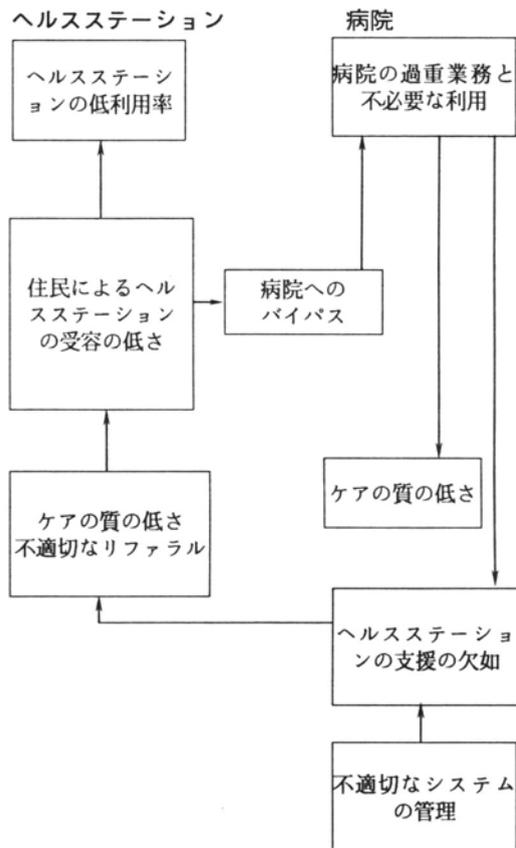
### 5. 結果

本調査のデータはかなり膨大であるが、仮説を念頭におき、病院の機能の現状とそれを裏付けるデータを中心にまとめてみる。

1) タンボンヘルスステーションの「バイパス」が頻繁に起こっている：

タンボンヘルスステーションのバイパス、すなわち初診時にヘルスステーションを受診する

図2. 保健システムの問題点



前に病院を受診することは、Integrated Health Systemの原則に合わない受療行動といえることができる。もちろん基本的にはどの医療施設を利用するかは、個人の判断に任されている。

バイパスは実際どのくらいの頻度で起こっているのだろうか。表1は、都市、都市周辺、農村における各医療施設の利用率を、治療、予防と健康増進、すべてのサービスに分けて、一年間の一人当たりの受診数を示したものである。都市よりも農村、治療よりも予防、健康増進でヘルスステーションの利用率が高い。逆に都市、治療医学におけるヘルスステーションの利用率が低く、バイパスの存在を示唆している。表2はcommon diseaseにて県病院、郡病院を受診し、医師がヘルスステーションでの治療が可能

と判断した人たちのどのくらいがバイパスして受診しているかを示す。県病院について見ると、近くの都市部に住む人たちは、95%以上がバイパスしている。農村から来る人は、バイパスの率は低いが、それでも70%近い。郡病院について見ると、必ずしも近くに住む人にバイパスが多いとは言えない。以上からバイパスは高率に起こっており、都市ではより頻発していることがわかる。

ケアの内容により利用率の違いをより詳しく見てみたい。図3は、出産と新生児外来（主にワクチン接種）における各医療施設の利用率を見たものである。どちらも周産期の予防、健康増進サービスであるにもかかわらず、ヘルスステーションの利用は前者で著しく低く、後者で高い。

2) バイパスの原因として、住民によるヘルスステーションの受容の低さがある：

以下は、2ヶ月の調査期間中、ヘルスステーションをバイパスして病院を受診した患者にその理由を自宅訪問によりインタビューしたものである。

#### ヘルスステーションのバイパス例

- ① ヘルスステーションの能力、設備に信頼性がない。(12名)  
その内容としては次のようであった。  
- 病院に比べ薬、器具が少ない。  
- 職員の技術が充分でない。  
- Injectionistよりも不便だが、技術としては変わりが無い。
- ② 休日に閉まっている。スタッフが留守である。(4名)
- ③ 領収書が貰えない、あるいは職場で受理されないため医療費の返済が受けられない。(4名)
- ④ 病院よりも交通上不便である。(2名)

表1. Utilization Rate for Curative, Preventive and Promotion, and All Type of Services

Urban People (unit : contact/person/year)

Utilization Rate at Service	First line health service (1)		(2) DH (NKL DH)	(3) PH	Total (1)+(2)+(3)	Note
	MHC	PHO OPD				
Curative	0.067	0.044	0.017	0.539	0.667	Private Clinic ~1.686
Preventive & Promotive	0.003	0.020	0.001	0.101	0.125	Private Clinic ~0.123
All type of services	0.070	0.064	0.016	0.640	0.792	Private Clinic ~1.809

Periurban people

Utilization Rate at Service		Health Center	DH (NKL DH)	PH	Total
Curative	Klong Srabua	1.00	0.022	0.322	1.844
	Banmai	0.29	0.030	0.498	0.818
Preventive & Promotive	Klong Srabua	0.20	0	0.089	0.289
	Banmai	0.136	0.005	0.051	0.192
All type of services	Klong Srabua	1.20	0.022	0.911	2.133
	Banmai	0.426	0.035	0.549	1.01

(Nakornluang District) Rural People

Utilization Rate at Service	12 Health Centers	NKL DH	PH	Total
Curative	0.694	0.560	0.183	1.437
			0.743	
Preventive & Promotive	0.184	0.081	0.042	0.307
			0.123	
All type of services	0.878	0.641	0.225	1.744
			0.966	

MHC=市ヘルステーション DH=郡病院 PH=県病院

表 2. HC bypassing people who had common illness which doctor considered could be treated in HC.

Health Center Bypassing	Provincial Hospital			District Hospital	
	Urban	Periurban	Rural	NKL Dist.	Other Dist.
Bypass	95.7%	80.9%	69.4%	83.2%	92%
No Bypass (Went to HC before Hospital)	3.4%	19.1%	29.9%	16%	8%
Missing	0.9%	0%	0.7%	0.8%	0%
Total	116(100%)	110(100%)	144(100%)	131(100%)	100(100%)

表 3. Other services which people who had common illness but bypassed HC sought care before seeing doctor in PH and DH.

Other services	PH	DH
- DH	10	1
- PH	0	6
- Private Clinic	57	12
- <u>Other</u>	<u>160</u>	<u>96</u>
Buying medicine + use previous drug	132	74
Nursing room/VHV	10	15
Hospital outside province	9	1
Injectionist	6	0
Traditional	3	6

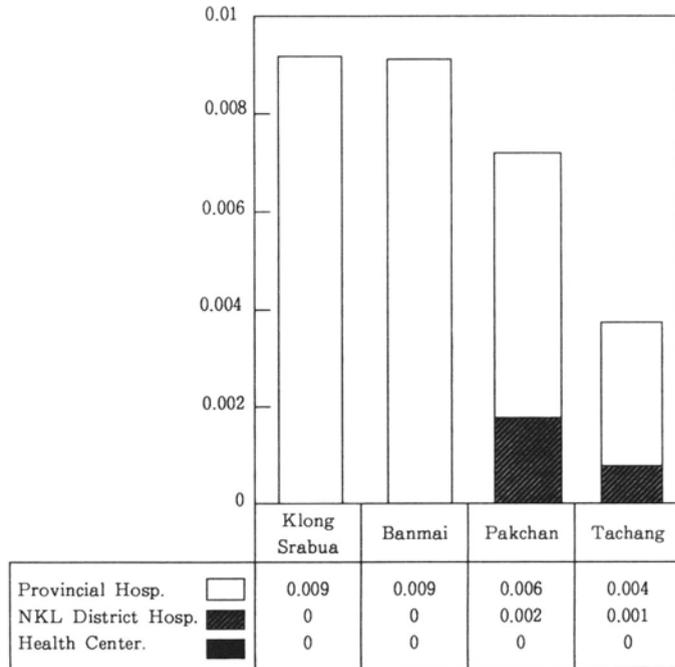
Source : OCCC

VHV=Village Health Volunteer

図3. Utilization of Health Facilities

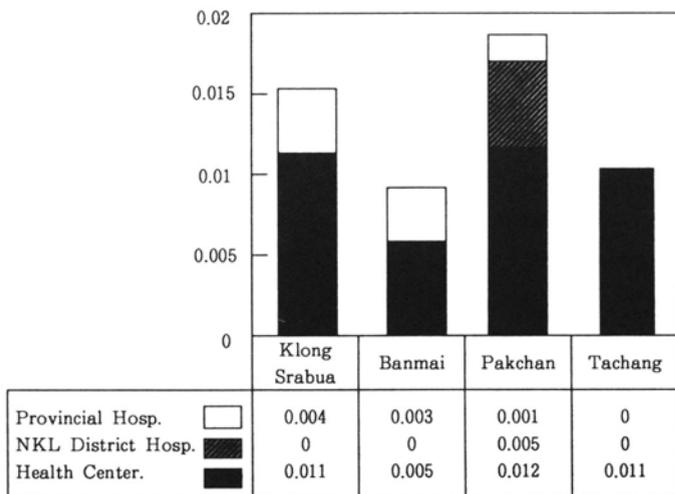
Utilization of Delivery Service

Utilization Rate (Contact/Person/2Mo.)



Utilization of WBC

Utilization Rate (Contact/Person/2Mo.)



### 郡病院のバイパス例

- ① 医師が十分な経験を持っていない。あるいは今までかかっていたやな経験をしたことがある。(3名)
- ② 技術や設備が県病院に比べ信頼性に欠ける。(3名)
- ③ 県病院へ行った方がついでに買い物するのに便利である。(1名)

以上、主な理由として、ケアの質が低いと住民に認識されていること、不適切なサービス、アクセスの問題があることがわかる。また、回答の一部は、各医療施設の役割が充分説明されておらず、住民の理解が得られていないことをうかがわせる。

次にヘルスステーションをバイパスした人が、それに変わる初めの受療行動として何を選んでいるのだろうか。表3はcommon diseaseに対し、ヘルスステーションをバイパスして他のヘルスユニットを利用した人の内訳である。最も多いのが売薬の購入と、以前処方された薬の服用であることがわかる。

次に重要なのは個人クリニックである。これはほとんどが市街地にあり、公立病院の医師のサイドビジネスとして営まれている。これら公的保健システム以外のセクターは、特に都市部では次第に大きな位置を占めてきている。

3) 上気道感染症に対する治療では、コストも所要時間も病院よりヘルスステーションにおける治療の方が少ない：

表4は、タイでも最も多いcommon diseaseの一つである上気道感染症の患者の受診時の交通費と所要時間を、ヘルスステーションと病院で比較している。これらの指標は、受診のために失われるコスト (opportunity cost) を良く表している。すなわち交通費と仕事を休むために失う収入などである。ヘルスステーションに受診するのが最も交通費と所要時間が少なく、

郡病院、県病院の順に増加している。

表5は、同じ上気道感染症の治療(薬)にかかるコストと薬の内容を示している。まずコストについてみると、市のヘルスステーションにおいて著しく高いことがわかる。しかしその他を見ると、ヘルスステーション、郡病院、県病院の順に高くなることがわかる。

表4、表5から、上気道感染症の治療において、病院よりもヘルスステーションに受診した方が、opportunity costも治療費も低いことがわかり、より経済的であるといえる。

4) バイパスの結果、病院の不必要な利用が増え、機能の重複と病院の過重業務を引き起こしている：

次にバイパスの結果として必然的に起こってくると思われる、病院での不必要なケアの増加と、それに伴う機能の重複、病院の過重業務について見てみたい。表6は県病院、郡病院の外来に受診した患者につき、どのレベルの医療施設に受診するのが最も適切か、外来医の意見をまとめたものである。郡病院の外来患者の48%、県病院では実に5%の患者しか、そのレベルのケアを必要としていないことになる。

EPI (Expanded Programme on Immunization) ワクチン接種業務や、妊婦外来 (Antenatal Clinic) は、ヘルスステーションに期待される最も重要な業務であるが、病院におけるこれらのケアのキャッチメント・エリアを示したのが表7である。病院におけるこれらのケアが、圧倒的にResponsible Areaの外に対して行われることがわかる。病院周辺以外の地域住民に対しても、これら第一線でできるケアを病院が請け負っているという構造が明らかである。別の言い方をすれば、ヘルスステーションの本来の機能と病院のそれが著しく重複していると言える。

表 4. Money and Time Spent for Travelling to Cure URI Disease in Different Health Unit

Health Unit	Average Cost for Travelling (Only 1 Turn)	Time Spent for Travelling (Only 1 Turn)
1. MHC (N=57)	0 Baht	10 Mins
2. PHO OPD (N=27)	2 Baht	10 Mins
3. Klong Srabua HC (N=59)	0 Baht	5 Mins
4. Banmai HC (N=36)	0 Baht	10 Mins
5. Pakchan HC (N=63)	0 Baht	5 Mins
6. Tachang HC (N=22)	0 Baht	10 Mins
7. DH (N=28)	2 Baht	15 Mins
8. PH		
Urban patient (N=43)	2 Baht	10 Mins
Periurban patient (N=40)	5 Baht	20 Mins
Rural Patient (N=42)	12 Baht	60 Mins

表 5. Capital of Prescription and Prescription Pattern of Different Health Units for URI disease

Health Unit	Average Capital Cost(Median)	Average of Drug Item	Essential Drug List		Antibiotic used(Type)
			ED	NED	
1.MHC (N=85)	50	4	63%	37%	7
2.PHO OPD (N=58)	24	3	78%	22%	5
3.Klong Srabua HC (N=95)	23	3	95%	5%	5
4.Banmai HC (N=42)	19	3	100%	-	2
5.Pakchan HC (N=82)	14	4	94%	6%	4
6.Tachang HC (N=30)	22	3	89%	11%	5
7.NKL DH (N=45)	27	3	78%	22%	4
8.PH (N=123)	41	3	69%	31%	10

表 6. What Level Should the Patients Be Treated ?

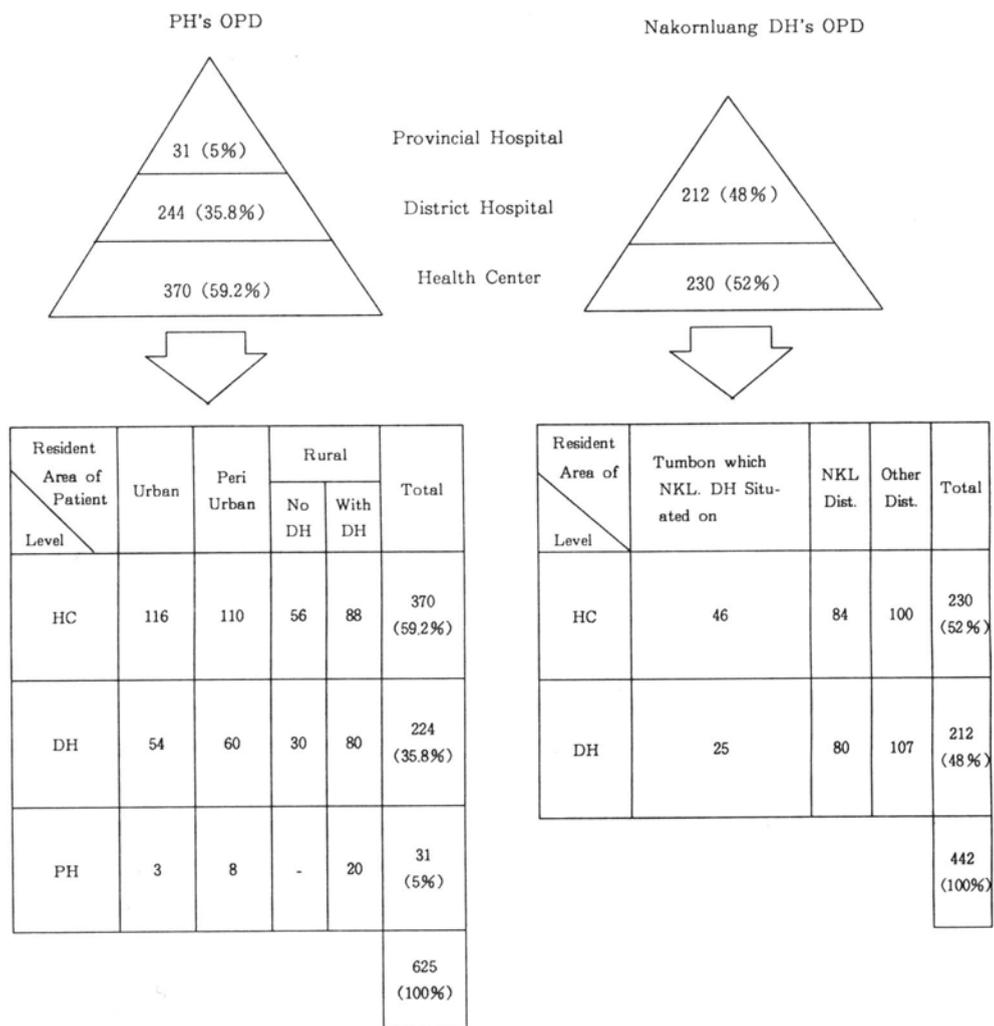


表 7. Catchment Area of EPI and ANC of District and Provincial Hospital

Health Unit	EPI		ANC	
	Responsible Area	Out of Responsible Area	Responsible Area	Out of Responsible Area
DH	118(19.4%)	490(80.6%)	6(5.1%)	111(94.9%)
PH	298(47.3%)	332(52.7%)	206(21%)	759(79%)

5) リファラルシステムが確立されておらず、ヘルスステーションから病院への不適切な紹介が多い:

上記のような機能の重複を避ける意味でも、また個々の患者のケアの継続性を確保する上でも、リファラルシステムが重要となる。表8は県病院、郡病院の外来患者につき、ヘルスステーションからの紹介患者とそうでない患者それぞれの紹介の適切さにつき、外来医の意見をまとめたものである。紹介患者につき、郡病院で31人中11人、県病院で49人中24人が紹介の必要がなく、非紹介患者につき、郡病院で26人中12人、県病院で64人中22人が紹介が必要であったと判断されている。合計してそれぞれ40.3%、40.7%が不適切なレファレンスということになる。

6) ヘルスステーションの巡回指導の際には、報告書等の文書のチェックよりも志気を高めることや実際的な問題解決のための助言が望まれている:

巡回指導は県のチームと郡保健調整委員会(District Health Coordination Committee)のチームにより行われている。54人のヘルスステーション職員へのアンケートによると、指導の内容については両チームとも県のチェックリスト用紙の項目に基づく指導が多く、郡委員会によるものでは41%、県では31%がこの方法であった。次にどちらも問題解決よりも報告書等のチェックに重点を置いているとの意見が多く、特に県のチームについては26%がそのようであったとしている。ヘルスステーションの問題やニーズに応じた指導をしているという回答は、郡委員会に対し1.85%、県のチームに対しては得られなかった。このようにヘルスステーション職員の間では、従来の指導は監督の意味合いが強く、問題やニーズに応じた指導がなされていないととらえられていることがわかる。

### Ⅲ. 日本による病院協力への提言

#### 1. アユタヤプロジェクトに見る途上国保健システムの問題点と病院の役割

前章で紹介したアユタヤプロジェクトの結果で、最も明確に確認されている問題は、ヘルスステーションのバイパスの問題である。(表1、2)住民がバイパスする理由の最も大きなものは、インタビューによれば、ヘルスステーションの能力、設備に信頼性がないことであった。住民の間でヘルスステーションの受容がこのような低い理由が、実際のヘルスステーションの能力に起因することは疑いない。このことには、病院のヘルスステーションに対する適切な指導が欠けている点も関与しているであろう。また、病院とヘルスステーションの間のリファラルシステムがうまく機能していない点も、大きな原因と考えられる。(表8)このようなバイパスの結果、ヘルスステーションで管理できる患者までもが病院に初診することにつながっている。(表6)また、病院が域外の住民のワクチン接種や妊婦外来といった、本来ヘルスステーションに委ねられるべき予防活動に深く関わっていることがわかる。(表7)これらの結果からアユタヤプロジェクトチームの仮説、すなわちヘルスステーションの低利用、バイパス、病院の過重業務の三すくみの因果関係が実証されたものと考えてよい。

このような、PHCに基づく第一線保健医療機関の低利用は、タイだけでなく、他の途上国にもあてはまるようである。ただし、アフリカや南アジアではアユタヤに見るような病院へのバイパスの報告はあまりない。むしろ保健システム全体の低利用が問題となっている。エジプトのイスマイリアでの研究では、プライマリヘルスケアシステム全体の低利用が報告され、特に母子保健に関して、伝統医療との競合が問題とされている<sup>5)</sup>。エチオピアの中部、南部、西部を対象とした調査では、ヘルスステーション

表 8. Doctor's Opinion on Patients Who Referred or not Referred by HC and Came for Care in the DH and PH.

Doctor's Opinion	DH	PH
<u>Suitable Referral</u> :	34 (59.7%)	67 (53.3%)
Should be referred and HC referred	20	25
Should not be referred and HC did not refer	14	42
<u>Unsuitable Referral</u> :	23 (40.3%)	46 (46.7%)
Should be referred but HC did not refer	12	22
Should not be referred but HC referred (HC should able treat)	11	24
Total	57 (100%)	113 (100%)

Note \*Suitable based on doctor's judgement whether patients could be treated by HC or not.

の低利用と住民のより高い医療レベルへバイパスする傾向について述べられているが、全体として、保健医療機関全般にわたりその近辺の住民にしか利用されていない点が指摘されている<sup>6)</sup>。バイパスに関して言えば、ブルキナファソの研究において、重篤な疾患における地域保健ワーカーからより高次の機関へのバイパスが報告されている<sup>7)</sup>。このように、タイに見るような、いわば面としてのPHCが確立している国は、途上国の中ではまだまだ少なく、点としての保健医療機関の利用率をどのように上げていくかが多くの国で問題である。

ザイルやガーナでの研究によれば、PHCプログラムに参加している地域では、そうでない地域に比べて病院への入院が少ない。また、タイの保健ボランティアにあたる地域保健ワーカーが経験を積んでいるほど、また予防や治療が確立している感染症などの疾患やPHCの特別なプロジェクトの対象となった患者ほどこの傾向が強く、ヘルスセンターのレベルでの問題

解決能力が上がった為であるとしている。これはアユタヤプロジェクトにより証明された仮説を逆に示唆するもので、興味深い<sup>8)9)</sup>。

アユタヤの保健システムが、プロジェクトの目的であるIntegrated Health Systemに発展していくには、common diseaseのケアや、地域の予防、健康増進活動はヘルステーションで行えるようにする必要がある。表6に示される、県病院の95%、郡病院の52%の初診患者をヘルステーションに委ねることにより病院の機能をより多くの適切なターゲットに使うことが可能になる。また、common diseaseのケアにおいて、ヘルステーションと病院を比較すると前者において治療費やopportunity costが低い点も、ヘルステーションへの初診を支持する結果と言える。(表4、5)しかし、出産と新生児外来で住民のヘルステーションに対する受療行動が著しく異なることからわかるように(図2)初診を機械的にヘルステーションに押し戻すのは問題であると思われ、むしろ

ヘルスステーションと病院が互いに重複しない機能を確立し、住民に納得させていくことが最も大切な対策と考えられる。

このように発展のためには、病院が孤立せず地域医療に近づいていくことが必要である。第一に必要なのは、ヘルスステーションを始めとする、第一線の保健医療を病院が支援していくことである。アユタヤプロジェクトでは、現在問題解決のための話し合いを中心にした、郡病院によるヘルスステーションの訪問を始めている。第二に取り組むべきなのはリファラルシステムの整備である。これによってヘルスステーションやPHCで管理される多くの患者が、必要に応じて病院医療と結びつくことができる。また、ヘルスステーションやPHCは背後施設を持つことでより信頼度の高いケアができる。

## 2. 住民へのインパクトを考えた病院協力を — PHCにおける病院の役割 —

平成元年度の国際協力事業団（JICA）による、保健医療プロジェクトの内訳を見ると、35件のうち特定患者のセンターの案件が7件、研究所が6件、総合病院が5件と多く、特定疾患対策4件、家族計画・母子、人口、感染症それぞれ3件と続き、PHC関係は2件となっている。このように現在の国際保健医療協力においては、第三次医療を目的とした病院プロジェクトが多い。従来、病院協力の目的は、案件の内容からわかるように病院自体の診療内容の高度化であることが多かった。また、プロジェクト終了後もインパクトを維持するためにはself-sustainabilityが重要であることが認識され、病院自身の効率的運営も目的となりやすかった。

しかし、保健医療協力のターゲットは技術、施設や医療従事者ではなくあくまで地域住民であり、プロジェクトの存在する地域の住民の健康の維持増進へのインパクトを目的として、プロジェクト設計をする必要がある。アユタヤの事例からもわかるように、途上国において病

院は単独では機能し得ない。その地域の保健システムの中で有効に機能してはじめて、住民に最大限のインパクトをもたらすことができる。

1978年アルマ・アタ宣言以来、プライマリーヘルスケア（PHC）は世界の、特に発展途上国の保健医療の最も重要なコンセプトとして受け入れられ、多くの国でPHCは政策化され、実施されている。タイではアルマ・アタ宣言以前の1960年代前半から、ピサヌローク、サラピ、コラート等におけるPHCの原型となるパイロットプロジェクトが実施され、1977年からの第4次国家社会経済開発計画の一部としてPHCが組み込まれてきた。現在も保健政策の基本にPHCがある。住民へのインパクトを考えると、PHCを無視することはできない。

PHCを重視する必要がある一方、日本にはこれまでの病院協力の経験の蓄積があり、病院を基盤とした協力自体を批判の対象とし、放棄してしまうのは得策とは思われない。そこでPHCに基づいたDistrict Health System（DHS）の中での病院のあり方を考慮する必要がある。

1981年に、WHOとアガ・カーン財団の主催でパキスタンのカラチで行われた、PHCの中での病院の役割についてのカンファレンスで、次のような病院の機能が検討されている<sup>10)</sup>。

- PHCを支援する病院の機能
- PHCに向けて保健職員のトレーニングや再教育を行う病院の機能
- PHCの発展のために住民参加を促したり、利用していく病院の機能
- Health Services Researchを行い、支援する病院の機能

PHCのアプローチの中で病院の役割が強調され始めたのは、PHCの現場で、地域の病院の医療の内容が、地域のヘルスニードと解離していることが認識されたこと、さらにPHCの治療医学のレベルの不十分さがPHCシステムの低利用を起こしているため、病院の支援が不可欠と考えられたためである。リガ会議で、

District Health Systemという枠組みの中で病院のPHCとの連携が強調されていることは、冒頭述べたとおりである。

タイの場合、PHCの具体的活動は主にVillage Health Volunteer、Village Health Communicatorという2種類のボランティアとして、また薬生協のようなファンドとして村を基盤に存在している。第一線の保健医療機関としてこれらと最も密接なのが、タンボンのヘルスステーションである。アユタヤプロジェクトは、あくまでCare Delivery Systemに関するプロジェクトであり、村レベルのPHC活動を直接対象としたものではないが、病院がこのようなHealth Services Researchに参加することや、PHCと密接な関係にあるヘルスステーションの指導を行うことは、上記のようなPHCに基づく病院の方向性に沿うものと思われる。

このように病院医療はPHCの流れの中で新しくとらえ直されてきており、日本の病院協力もこの点に注目すべきである。

### 3. 地域病院への協力を

タイの地方の保健システムにおいて、実際のタンボン以下の保健医療に密接に関連し、公衆衛生のモチベーションを持っている点で、郡病院の存在は注目に値する。郡病院の規模は10床と30床のものが多く、医師数は10床のもので1人から2人、30床のもので3人から4人である。PHCと連携したDistrict Health Systemを強化するという視点で、タイの郡病院のような地域病院を、国際協力のターゲットとして考慮する時期にきている。PHC型保健システムがより重要な位置を占める発展途上国では、地域により密接な地域病院への協力は、地域住民の健康に大きなインパクトを与えるだろう。資源配分の点から見ても、タイにおいてバンコクがあまりにも多くの資源を占有しているように、途上国全体で都市と地方の格差が開く傾向にあり、首都の高度な第三医療機関における技術協

力のみではなく地域病院にも注目すべきである。むろん中央のレベルを強化することも必要である。問題は中央と末端の配分のバランスをどのようにとり、国の保健システム全体の発展に貢献していくかである。

地域病院の発展には、アユタヤプロジェクトでも示されるとおり治療医学のみならず予防や健康増進も重要で、外来治療に重きを置いた設計やヘルスステーション、PHCの支援などの面も考慮する必要がある、これまでの高度先進技術の導入を主体とした病院協力とかなり違う、公衆衛生の色彩の強いものが求められる。また、プロジェクトをとりまく地域保健システムへのインパクトが大きく、途上国の大きな問題である経済的限界の中でうまく運営していける規模やレベルであることが望まれる。

地方病院をターゲットとした場合問題となるのは、果たしてある一箇所での成功が全国にインパクトを与え得るのか、ということである。すなわち地方で協力プロジェクトを行うことは、非都市部全体にインパクトを与えることには直結しない。一箇所での成功を技術移転していくシステムが考慮されなくてはならない。その点でアユタヤプロジェクトのような、政策支援チームを含めた包括的で系統的なプロジェクトは、経験の蓄積を通じて他の地域に適応可能なモデルを作り出せる可能性を持っており、学ぶべきところが多い。

### 4. 地域保健システムを考慮した病院協力の調査、研究を

国際保健医療協力における病院協力案件は、今後途上国の地域保健システムとの関係において、適切なものにしていかなければならないと思われる。そのためには途上国地域保健システムの中での病院の役割を調査する必要がある。それによって、地域病院への協力に関して言えば、治療医学のみではなく幅広い地域病院の機能の中のどこを強化したらよいのか、新しく病

院を建設するとしたらどんな機能を考えて設計すべきか、それらの機能が保健システム全体にどんなインパクトを与えていくのかがより明確になる。アユタヤプロジェクトはこの点で重要な情報を提供している。このような保健システムを対象とした研究の結果に、今後目を通していくべきである。

実際にプロジェクトを作成する際必要なのは、Feasibility Study をしっかり行うことである。特に前節で述べた地域病院への協力を有効に行うには、協力プロジェクトが相手国の地域保健システムに与える影響を、次の点につき調査する必要がある。

第一にケアの質である。保健システムの中で病院に期待されているニーズは何なのかを踏まえて、治療医学だけに片寄らない総合的な機能の強化を図るべきである。またその質は、第一線の保健医療施設の背後施設として必要十分でなければならない。

第二に保健システムの利用パターンに与える影響である。アユタヤプロジェクトで明らかにされているごとく、第一線保健医療機関のバイパスは途上国保健システムの大きな問題の一つである、バランスを考えない高度化、先進化を目的としたプロジェクトはこれを助長させ、システム全体の発展を妨げる恐れがある。

第三に、アユタヤプロジェクトではあまり触れられていないが、資源配分に与える影響である。高度先進国医療や大病院の協力プロジェクトは、途上国の限られた保健予算を大きく占有してシステムの中の他の医療機関を財政的に圧迫する一方、そのランニングコストが病院自体の運営を困難にし、被益人口も少ないことが指摘されている。県レベル、郡レベルになるにしたがって、資源の限界は大きな制約になってくるので、どの技術レベル、どの規模の病院が適切であるのか、十分に検討する必要がある。このような地域保健システムを考慮した Feasibility Study に基づき、今後被益人口が大きく、有効性の高い病院協力を行っていく必

要がある。

以上、アユタヤプロジェクトで明らかにされた、途上国保健行政の視点から見た保健システムの問題点と郡病院の役割をもとに、地域保健システムを通じて住民により多くの利益をもたらす病院協力のあり方を考察し、提言した。

#### IV. まとめ

日本の発展途上国への保健医療協力につき、従来の大病院プロジェクトへの反省や P H C 志向型の D H S (District Health System) の重要性が国際的に認識されている背景、また日本のこれまでの病院協力中心のノウハウの蓄積などを考え、途上国の地域保健システムの中で有効に機能する病院協力を考える時期にある。

一つの事例として、タイ国アユタヤ県における保健システムの研究プロジェクトを紹介した。この中で、第一線の保健施設であるタンボンヘルスステーションの低利用という問題があり、それを解決するために第一線病院である郡病院を含めた病院医療が、ヘルスステーションとより密接である必要性が確認されている。特に郡病院は、より地域に視点を向けた活動をしており、治療のみならず予防や健康増進活動、さらにリファラルシステムの整備やヘルスステーションの指導など、保健システム全体に貢献する役割が期待され、かつ実施可能な医療施設である。

この事例から今後の日本の病院協力への提言を考察してみた。第一に、住民へのインパクトを考えた病院協力を行うことで、この点ではアユタヤプロジェクトで強調されているヘルスステーション、あるいは P H C を支援していくような病院のあり方に目を向けるべきと思われる。

第二にタイの郡病院のような地域病院への協力を考慮することで、これは地域に根ざした保健医療と結びつき、末端への有効なインパクトが期待できる点と、中央に集中しすぎた保健医療資源の分配を是正する点で有効と考える。

第三に途上国地域保健システムを考慮した病

院協力のあり方を探るための調査、研究と実際の病院プロジェクトの正確な Feasibility Study を行うことである。この点で特に、アユタヤプロジェクトは注目に値する。

注) 図表中、Health Center と書かれているものは、本文中のヘルスステーションを表す。

#### 参考文献

- 1) 下内昭:「日本の国際医療協力の課題と展望」(「厚生指標」第37巻第7号、1990年7月) P58
- 2) 上原鳴夫、我妻 堯:「途上国における病院医療—医療資源の観点から—」(「国際協力研究」第6巻第2号、1990年10月) P58
- 3) WHO:From Alma-Ata to the year 2000: Reflection at the midpoint, Geneva, WHO, 1998, P40-45
- 4) Ayutthaya Research Project Team: Twenty Month Experience from Ayutthaya Project, Ayutthaya Reserch Project Team, 1990
- 5) Abu-Zeit, H.A.H.and Dann, W.M., "Health Services Utilization and Cost in Ismailia, Egypt": Social Science and Medicine, Vol.21, 1990, P451-461
- 6) Kloos, H., "Utilization of Selected Hospitals, Health Centres and Health Stations in Central, Southern and Western Ethiopia": Social Science and Medicine, Vol.31, 1990, P101-114
- 7) Sauerborn, R. et al, "Low Utilization of Community Health Workers:Results from a Household Interview Survey in Burkina Faso": Social Science and Medicine, Vol.29, 1989, P1175-1181
- 8) Lerberghe, W. V. and Pangu, K., "Comprehensive can be Effective:The Influence of Coverage with a Health Center Network on the Hospitallization Patterns in the Rural Area of Kasongo, Zaire": Social Science and Medicine, Vol. 26, 1988, P949-955
- 9) Zwart, S. and Voorhoeve, H.W.A., "Community Health Care and Hospital Attendance:A Case Study in Rural Ghana": Social Science and Medicine, Vol.31,1990, P711-718
- 10) WHO: The Role of Hospital in Primary Health Care, Report of a Conference Sponsored by the Aga Khan Foundation and WHO, London, Mendham Bowen Ltd., 1981

## 日本におけるPHCと住民参加の歩み

橋本 正巳（国立公衆衛生院名誉教授）

PHCの概念と諸原則は、Alma-Ata宣言とこの会議の諸勧告に明らかであるが、その真髄は住民に必須のHealth Careであり、コミュニティの自助と全住民の参加を通じて展開される点にある。この観点から戦前の日本は一貫して高度の中央集権と富国強兵策の下で、国策に支えられた結核対策、母子衛生など以外、衛生行政は取締的性格が強く、地方レベルでは警察の管轄下にあった。明治前期は開国による外来伝染病の対策に忙殺され、僅かに自主的衛生組合の活動がみられるが、これも伝染病予防法（明治30年）に定められた後は行政の下請けとなり、選挙などに利用された。明治後期以降、産業革命によって結核が国民病となり、また大正初期には反動恐慌により、企業の倒産と失業者が激増し、労働運動と農民運動が広がった。後年の保健婦活動の胎動がこの時期にみられることも決して偶然ではない。

昭和初期には各種の保健相談所が設けられたが、日本では日常的な診療が私的開業医に委ねられていたことはPHCの立場から注目される。昭和9年には恩賜財団母子愛育会が設立され住民参加の愛育班活動がはじまり、同12年には保健所法が制定され、同13年には厚生省が設立された。しかしこれに先立ち満州事変、上海事変にはじまる軍部の独裁化と無謀な太平洋戦争への突入により、昭和20年8月、広島・長崎への原爆投下により敗戦に至る。この間昭和16年保健婦規則の制定によりPHCワーカーとして保健婦が強化された。

終戦により国土の1/2を失い、徹底的な破壊と食糧危機、悪疫大流行の混乱の中で、GHQ

指導による民主化への社会改革が漸行されたが、特に戦争放棄と平和的民主国家建設を目指す日本国憲法を基盤として、その後半世紀近い内外の激動の中で国民健康はめざましい発展を示した。特記すべきことは一貫して今日いう住民参加によるPHCがその根底にあったことである。特に終戦後の最も厳しい10年間に多産多死から少産少死への転換を遂げ、乳児死亡率は半減、結核死亡率は1/3以下となった。PHCと住民参加についても、この10年間にめざましい発展が地域保健のあらゆる分野で地区衛生組織活動（民衆組織活動）として成果をあげ、20年代末には都道府県、また全国規模の連合体が結成された。もとよりこれらの成果は保健所網の進展とPHCワーカーとしての保健婦の献身的な働きによるところが大きい。ここでは私の経験した二つの顕著な事例をあげるに止める。第一は東京の杉並に次いで指定された大阪府豊中モデル保健所の事例である。大阪市の近郊にあり40km<sup>2</sup>、人口11万で全職員の討議により次の目標を定めた。①開かれた保健所、②保健所活動の教育的展開、③母子保健をベースとした市民参加と組織化、④あらゆる地区資源の掘り起こしとニーズに応じた活用、⑤学校保健の重視と健康の学校としての保健所、これらの目標に職員はHealth Teamとして全力を盡し、信じられぬ程の成果を上げた。第2の例は、昭和20年代の後半私が厚生省に勤務中に経験した村ぐるみ町ぐるみの「蚊とハエの駆除」の運動である。第1級の医動物学者と共に全国をめぐり、PHCの真髄ともいえるべきものを学んだ。すべての成功地区で例外なく優れた篤志的リーダー

(小学校の先生、農協の婦人、お寺の住職、村の保健婦など)に出会い、何処のコミュニティにも動機づけがあれば優れたリーダーが潜在していることを知った。成功した地区の成果は、狭義の保健向上のみでなく、広く生活と生産に直結していた。このような地区組織活動の高まりは、昭和30年6月、3ヶ年計画でこれを全国に拡げることが閣議決定され、同32年4月全国のリーダー2,500人が新築の産経会館に集合、衆院議長と7人の国務大臣出席の下で第1回全国環境衛生大会が開かれ、全国地区衛生連合会が結成された。別図は当時の各種のプログラムを住民主体のPHCの立場から分析評価したものである。(図1)

昭和30年代以降、感染症の激減により、成人病が行政の日程に上がると共に、保健所の活動にもかつての活気がうすれた。注目すべきことは、第一生命の後援により当時の埼玉県千代田村を対象に10年に及ぶ学際的調査研究が行われ、community approachの理論と技法が開発され普及したことである。昭和30年代後半は公害の激化により住民による激しい反対運動が全国に拡り、また38年には生ポリオワクチンをめぐって激しい住民運動が起こり、めざましい成果をあげた。40年代に入ると高齢社会化の急速な進行とともに、ヘルスニーズの多様化と高度化が顕著となり、寝たきり老人、身障児者、精神保健などますますPHCと住民参加を必要とする時代となった。53年には厚生省の最重要政策として「国民健康づくり」が打ち出され、PHCと住民参加をベースとした村づくり、街づくりの努力が全国的に進められるようになった。

以上のような戦後の日本のPHCと住民参加をベースとした国民保健のめざましい発展は、①民族と言語の単一性、②全国民の民度の高い水準、③保健所網をベースとするhealth infrastructureの早期実現、④PHCワーカーとしての保健婦の働き、など途上国の現状と大きく異なる背景を有するが、日本の経験が途上国に如何に役立ちうるか、それに必要な条件は何

か、などについては共に考えたい。

図 1. Analytical Evaluation of Community Health Programs  
(In 1954, Japan)

	Insect control	Rodent control	MCH	TB control	C.D. control	Parasite control	Nutrition	Family planning
Public health need	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Relation to daily life	+++	++	+++	±	±	++	+++	+++
Mode of people's participation	active	active	rather passive	passive	passive	rather passive	active	active
Technical elements	+++	++	++	-	-	++	++	++
Effectiveness	+++	+++	+	-	-	+	±	++
concreteness	+++	+	±	-	-	+		++
quickness	++	+++	+	++	++	++	±	±
Community solidarity	+++	+	+++	++	+	++	+	+
Radiative effect to other programs								

Remarks: +++ excellent  
 ++ present to some extent  
 + a little  
 ± not clear  
 - none

Source: Modified table from; Hasimoto, M.: Public Health and Community Organization, 222-223, SEISHIN-SHOBO, Tokyo, 1955.

日本の戦後の結核対策におけるPHC  
— 静岡県における戦後の保健婦活動を通して考える —

森口 育子（静岡県磐田保健所）

1. はじめに

日本の戦後昭和20年代から30年代の急速な健康問題の改善の背景には、経済状況の改善に伴う生活の向上とともに公衆衛生活動が果たしてきた役割が大きい。中でも当時、地域で Primary Health Worker として、住民の中に入り込み活動した保健婦の果たした役割は大きいと考える。そこで静岡県で当時活躍した保健婦に結核対策を中心とする活動を聞き取り分析することにより、当時の日本の保健婦の活動が WHO/UNICEF の提唱する PHC の実践であったことを明らかにし、日本の保健婦の経験の何が、開発途上国の Primary Health Worker の活躍や養成に役立つか明らかにしたい。

2. 静岡県の戦後の結核対策

静岡県の戦後の結核患者は、死亡率、罹患率共に全国平均を下回り、年々減少の一途をたどり、S31年の死亡率は全国30位であった。

S25年県は厚生省の指示に基づき、5ヶ年間に患者の半減を目標に、ラジオ・新聞・機関誌の特集号などを通じて結核予防の普及啓蒙に努めた。BCGはS25年より予防接種法に基づき実施することになったが、静岡県への交付量は、要求の4分の1で、やむをえず結核患者家族、小中学生などを重点的に実施した。

結核予防法が改正され5年経過した31年には、健康診断、予防接種はほぼ軌道にのり体系だって広範囲に実施されるようになった。しかし検診の受診率は低調で、住民の意識の向上、市町村の熱意が要望された。S34年、当時の須川衛生部長が婦人団体の川野辺静氏に協力を要請し、

静岡県結核予防婦人会が発足し各保健所毎に支部が置かれた。

3. 保健婦からの聞き取り調査結果

[ 無医地区でただ1人の医療関係者として診療所設置まで活躍したA保健婦の事例 ]

A保健婦は、S18～21年保健所に勤務し、結核対策、寄生虫対策、愛育村活動等を経験し、7年間の診療所助産婦を経て、S27年無医地区に農協保健婦として就職した。

S27年の着任当時は、毎日住民の要望の高い診療と助産に追われていた。

S28年、小学校に寄生虫検査に行った時、校長よりツ反陽性率が高いことを相談され、保健婦として治療ばかりに関心がいき本来の予防活動が疎かになっていたことを反省、結核対策へ真剣に取り組むようになった。

まず地区に結核患者が多いことに疑問を持ち6ヶ月かけて家庭訪問時に結核患者調査を実施し、その結果に基づき住民検診の必要性を村議会に訴え予算を獲得、保健所の協力により全住民対象の検診を実現した。又、発見した患者の村費での治療ができるようにした。

結核対策への取組みを契機として、検診による早期発見と予防活動の重要性に気づき、保健所の協力を得て、徐々に婦人会・青年団等の地区組織を巻き込み愛育村活動、環境衛生活動、そして農業経営の問題にも取り組んでいる。

この間S29年国保実施にあたり、A保健婦も農協保健婦から国保保健婦I地区駐在となり、念願の診療所設立運動を起こしたが、本村の反対等多くの困難に直面し、助役・区長・保健所

や外部からの支援を得て、S33年当初の目的であった診療所開設を実現した。

[ 結核の多い農村で地区の人々と共に結核検診の受診率向上に努めたB保健婦の事例 ]

B保健婦は、戦後自宅で助産婦を開業していたが、S29年にS村（人口4,500人）で1年間に3人の妊婦が、弛緩出血で死亡し、町長より安全なお産のために働いてほしいと要請され就職、S30年町村合併でI町の保健婦になった。就職当時、助産婦の経験を生かして助産を中心とする母子活動を重点的に実施した。

S31年、I町を管轄する保健所に結核対策に熱心な所長が就任、保健所の重点事業として結核対策に取り組むようになり、I町でもS32年より結核健康診断推進協議会を結成し、町ぐるみで結核対策の取り組みを開始した。

S32年～34年は、結核検診を徹底的に行い、結核患者の掘り起こしに努めた。特に事前啓蒙活動を重点的にを行い、小部落に保健所・役場の職員が出向いて、地区組織の協力を得て部落座談会、衛生教育、パンフレット配布等を行った。検診は町内60ヶ所で実施し、S32年は、98.7%の受診率で、169人の結核患者が発見された。

事後対策として町に治療対策協議会を結成し患者の現状の把握、保健婦による訪問指導、役場での結核相談等を実施した。

その結果、S34年頃には住民の間では田植えが終われば結核検診が当たり前になった。

S34年小部落単位に母子相談員を育成し、活発な活動により県のモデル事業となった。

#### 4. S20年代30年代の日本の保健婦が、なぜPHCの実践ができたのか

1) 当時の保健婦は地域に入り込み、常に地区住民のニーズを把握していた。

① 小地区（旧村、小学校単位）を担当していたため、地区の生活実態に精通していた。

② 当時の健康問題は顕在化しており、保健婦は問題の深刻さを肌で感じていた。地区では、健康問題の背景（生活）に共通性があり、活動

どうしが関連しあっていた。特に結核は母子問題と共に深刻な問題であり、取りまざるを得ない問題であった。

③ 住民の訴えを聞き、検診結果の集計や家庭訪問による実態調査等で生活を観察しながら事実を把握し問題の確認をしていた。

2) 活動は住民の要望が高い問題から取り組み、地区に出向いての活動を重視した。

① 住民の要望が高い問題から取り組み治療的活動から徐々に予防活動へ移っていった。（母子問題から結核へ：結核対策取り組みが保健婦に予防活動の重要性を気付かせた）

② 活動方法として家庭訪問、地区に出向いての健康相談・衛生教育が中心であった。

3) 地域住民の参加を常に念頭に置き、組織活動を重視していた。

① 日頃、部落座談会や地区組織（婦人会、青年団等）の集まりに参加し、リーダーや組織の人々と密接な関係を持ち、活動を把握し、要望に応じるように努力していた。

② 保健婦や行政で解決できない問題を関連する組織に持ち込み相談したり協力を要請した。

特に戦後、力をつけ活発に活動をしていた婦人会等の女性の組織が、健康問題に共感し協力した。結核予防婦人会もこれら婦人会等の女性の組織を基盤にして設立された。

4) 必要な知識技術は自分の体験を通して学び、指導者・助言者を身近に持っていた。

結核対策では保健所が最新の知識・技術を有し、適切な指導、援助があった。

5) 保健婦の仕事に対する姿勢とやりがい

① 当時の保健婦は、女性として仕事を持つことに誇りと使命感をもっていた。

② 行政、住民から期待されて就職し、給料も高く、地区で専門家として認められていた。

③ 保健婦のやる気次第で把握したニーズを活動の計画から評価まで反映でき、保健活動に対するやりがいや責任感を感じていた。（法律や施策に拘束されず活動できた）

表1 保健婦活動の背景と主な活動内容

	無医地区で活動したA保健婦	農村で助産婦兼保健婦のB保健婦
略 歴	T13年生 S14 尋常高等小学校卒業	T13年生 S14 尋常高等小学校卒業
	S14～S16 診療所で見習い看護婦 S16 看護婦検定試験合格 S18 保健婦検定試験合格 S19 助産婦検定試験合格	S16 植華看護婦養成所卒業 看護婦試験合格 S18 内田産婆養成所卒業 助産婦試験合格 S19 保健婦検定試験合格
	S18～21 静岡県Y保健所に保健婦として勤務 S21～27 藤沢市K診療所に助産婦として勤務 S27～34 静岡県Y村I地区に勤務 S34～35 静岡県F保健所に勤務	S19 旧I村農業会（農協）に就職 S21 結婚（婿養子、実父母と同居） S21～29 自宅で助産婦開業 S29 旧S村へ助産婦兼保健婦として就職 S30 町村合併によりI町保健婦に
保健婦になった動機	母親より学問の無い者は資格を取るよう勧められ 独学で、看護婦・助産婦・保健婦の資格取得 戦時下で保健婦が求められていた	父親より女子も腕に職をつけておくようにいわれ看護婦養成所に入學 開業助産婦をやっていたが役場から妊産婦死亡予防のために強く要請された
保健婦としての信念	保健婦活動は住民運動（組織活動） 保健婦は組織者として常にどうしたら住民を動かせるか考えて活動	保健婦・助産婦としての技術を活用してもらえる活動をする 人を尊敬し、常に人から学ぶ
基盤になった活動	戦時下の医師がいない、物のない時代に、工夫し皆で協力しあって地域で医療を支えてきた体験	農村で助産婦によるお産は贅沢だといわれ、助産婦の助産の特徴をだすべく安全な分娩、栄養、母乳指導に努力
受け持った地区の概況（受持当初）	静岡県と山梨県の県境にある山間の貧しい旧村（農業と林業が主） 戸数 269戸 人口 1,500人（S27） 保健婦着任以前は、医療関係者なし	浜名湖の近辺にある農業を主とする町 S29 戸数 700戸 人口 4,500人 S30 戸数 3,158戸 人口 18,157人（町村合併後）
主な活動内容	着任当初 診療行為 助産が主 S28～結核対策（小学生のツ反陽性率高、結核患者の調査、村費で結核検診、村の予算で治療） S29～愛育村（乳幼児の発育悪い、乳幼児検診、ユニセフミルク） S29～青年団と蚊と蠅のいない村造り（生感調査、消毒、便所造り、診療所設立運動、酪農振興）	着任当初 安全な分娩（保健婦着任以前年に3人弛（S29） 緩出血で死亡） S32～結核対策（結核患者多い、保健所に協力して結核検診、徹底した衛生教育、地区組織の協力） S34～母子相談員（小地区単位75人検診の啓蒙、家族計画推進） S35 股脱検診

表2 A保健婦の無医地区における保健活動概要

	S27年以前	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34
A保健婦	無医地区で助産婦保健婦いない	A保健婦が農協に就職		国保保健婦I地区駐在に				診療所の保健婦に	診療所退職
関係者	取り上げ婆さん 元衛生兵	医師会 診療の指導	小学校		F保健所 所長 医師 保健婦 環境係				
診療活動	重病になってから本村の医者に運ぶか死亡してから診せる 医療ニード大	F保健所が年2回無料診療			F保健所1ヶ月に1回無料診療				
助産活動	お産は異常でない限り取り上げ婆さんによる安全なお産に対するニード大		年30回くらいの助産					無医地区診療所設立	
結核活動	戦前に紡績工場に出稼ぎに行った娘達が結核に感染し帰村、周囲に感染させる	①小学校よりツ反陽性率が高いことを相談される				⑤結核住民検診 村費で全村対象に実施		⑥発見した結核患者を村費で治療	
愛育村活動	乳幼児の発育が悪い	①保健所の無料診療で乳幼児の発育が悪い事を指摘される		②保健所より愛育村の勧め		③役場衛生係の反対		④保健所・婦人会の協力を得て働き掛け	⑤愛育村誕生 愛育指導予算 乳幼児検診 妊産婦検診 妊産婦・乳幼児にユニセフミルク配布
蚊とハエのいない村造り				①青年団が村の人に喜ばれる活動がしたいと相談		②「ハエのいない中国」を紹介		③保健所環境係に相談 ハエや蚊の生態 消毒方法 便所の作り方の指導	④青年団の活動始まる パンフレット、ポスター作り 便所、溝、下水の消毒 1軒1軒の指導 ⑤地区の人々が村政を動かし 2年目より村で予算化
酪農振興	川に沿った山と山の間にある「ウナギの寝床」のような地区	農民の田畑所有が少ない (1戸平均3反1瓶 全国8反8瓶) 反当たり収穫量少ない (反当たり4瓶 全国5.5瓶) 山林の7割は他市町村資本家所有		S30 政府が酪農奨励 農民 牛乳の買入れ				農民と共に酪農振興を考える 子供、妊産婦に自家製乳を 乳牛を結核から守る指導 青年団と一緒に乳牛の飼育法を学ぶ	
住民実態	貧困な地区	人口 1,500人 戸数 260世帯 (村の人口 4,500人)	婦人会 愛育村設立の運動		青年団 蚊とハエの撲滅活動			区長 組長 診療所設立運動	

## 愛育班活動とPHC

岡本 暁（恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院小児科）

### 1. 母子愛育会の創立

昭和8年12月23日に皇太子（現天皇）が誕生され、翌昭和9年2月23日宮中での祝宴の際、天皇陛下から内閣総理大臣に対し『本邦児童及母性ニ對スル教化並ニ養護ニ關スル諸施設ノ資トシテ』との御沙汰書とともに多額の下賜金があり、関係大臣（宮内、内務、文部、拓務）が協議した結果、当時ほとんど顧みられることのなかった母子の保健と福祉の事業を行うことになり、民間各方面からの拠出金もあわせて昭和9年3月13日（1934年）恩賜財団愛育会（後、大日本母子愛育会を経て母子愛育会と改称）が創立された。

次いで、同年5月に愛育調査会を設け、

- ① 児童の保育及び養護
- ② 母性教育及び家庭教育
- ③ 児童の社会教育

についての科学的な調査研究を行うことにし、次の項目について調査した。

- ① 出生率、死亡率並びに死因と生活条件との関係
- ② 乳幼児身体発育調査
- ③ 乳幼児精神発育調査
- ④ 乳幼児保育方法

調査の結果、乳児死亡率が非常に高く、特に農山漁村に高いことが判明した。ちなみに、1930年、日本全国平均の乳児死亡率は出生1000対124.1、妊産婦死亡率は出産10,000対27.2であった。

### 2. 愛育村の育成

農山漁村における母子保健・福祉施策が急務

と考えた愛育会は、農山漁村に適切な施設を検討した結果、村ぐるみで取り組む「愛育村事業」を考案した。愛育村の事業は母子保健対策と医療機関の普及であったが、どのような施設の活用も保健指導も家庭生活の中に実践されなければ意味がない。しかし当時の実態は家庭看護・正しい育児を進めるにはあまりにも障害が多すぎたので、事業の家庭生活への受入れを考えて、家庭の婦人による「愛育班」をあわせて創案した。

愛育班は、家庭で最も重要な役割（必ずしも重要な地位ではないが）を果たしている婦人の力に期待し、その力を、母子保健を中心に、家族から近隣・村民全般の生活の向上を図るために活用しようとするもので、「愛育村事業」の推進力になった。

愛育班関係者は、

- 1) 愛育班は隣近所とのよいつきあい（信頼関係）をもとにして組織される。
- 2) 愛育班は村内の婦人の自覚をもとに活動する。
- 3) 愛育班は愛育の思想をいつも考える。と指導された。

愛育班は小学校区程度の広さの地域を単位として組織され、地域の住民全てを会員とする。活動する役員は班員、分班長、班長からなり、1人の愛育班員は隣近所約10世帯を自分の受け持ち世帯として活動する。その班員5～6人で分班をつくり分班長を決め、この分班長の中から班長を選び、愛育班の組織が構成される。（図1）

村全体が愛育班によってネットワーク化され

た村を「愛育村」と呼び、「愛育村」の村長は村の行政上の村長があたった。

母子保健の特色として、家庭と地域の保健対策は必須であり、一般村民の栄養改善、疾病の予防から、児童の健全育成を考えての環境づくりまでもが必要となると、保健事業とともに住民の生活改善、農政、農事の諸問題にも取り組まなければならない。そこでこの活動には、小学校、町内会、警察、民政委員、婦人会等の地域のあらゆる団体・人々がそれぞれに可能な分野で協力した。いわば「挙村一致」の活動だったのである。(図2)

### 3. 保健婦の活動

保健婦は愛育村(愛育班活動)の重要な支援者であった。母子保健を含めた一般の保健の知識のほかに、特に助産技術も期待され、さらに事業主体(村)や指導機関(愛育会)と愛育班の中間に立って、その連携を密にする活動が要望された。

すなわち、単なる保健の技術者として母子の保健指導にあたるだけでなく、小学校児童の保健事業の推進や、愛育村事業の趣旨を徹底させ、愛育班員とともに各家庭の実情を見つめて、愛育班活動が日常生活に受け入れられるような指導をも求められた。

なお、助産婦(当時は産婆)については、愛育村の嘱託として保健婦とともに技術指導員として位置付けされている。家庭の婦人の活動と保健の専門職の連携が特に重要視されていたのである。

### 4. 愛育班の活動

愛育班の活動は、愛育班による受持ち世帯への声かけを中心とした家庭訪問と話し合い、そしてその繰返しが基本である。話し合いには分班内の班員同志とする班員会議と、分班長が集まってする分班長会議がある。この他、保健婦を窓口にした行政との共同・協力活動(検診や健康まつりへの協力など)がある。(図3)

### 5. 愛育班活動とプライマリーヘルスケア

1978年、アルマ・アタ宣言によって、ヘルス・フォー・オール・2000(HFA2000)の開発途上国における実現を可能にする具体的戦略としてのプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)という概念が世界共通のものとなった。

次いで1986年、オタワ憲章によって先進工業国における戦略として、ヘルス・プロモーション(HP)の概念が打ち建てられた。

しかし、PHCとHPとはHFA2000戦略推進のための車の両輪であるという考え方からの見直しがあって、現在では、PHC=途上国、HP=先進国という色分けは希薄になっている。

また、PHCという概念は、当時途上国と見なされていた(幸か不幸か我が国はその対象ではなかった)多くの国における、HFA2000の実現を可能にする住民活動・保健政策の事例の集約の中から生まれたものである。すなわち、アルマ・アタ会議に先立って、多くの国が独自の知識と経験に基づく何らかの保健活動を展開していたのである。

それらの活動のうち、あるものはPHC戦略のほとんどを内包していたかもしれないし、あるものはPHCとは程遠いものであったかもしれない。しかし大切なのは、アルマ・アタ宣言以降、それらの活動のすべてがPHCを共通の目標として活動を展開することに合意した、という点ではないだろうか。

すべての国々が自らの保健活動をPHCの概念に照らし合わせて再検証し、PHCという共通言語によってお互いの活動を補完しあえるようになったという点に、アルマ・アタ宣言のグローバルな意義が存在するのではないだろうか。

以上の前提に立って、愛育班活動を、初期の愛育村事業を含めて再検証の対象にするならば、愛育班活動は母子保健を中心のターゲットにしてはいたが、「すべての人々に健康を」という基本精神に支えられ、ある部分ではPHCの、そしてある部分ではHPの戦略を備えた住民組織として捉えることが可能であろう。また住民

図1. 愛育班の組織

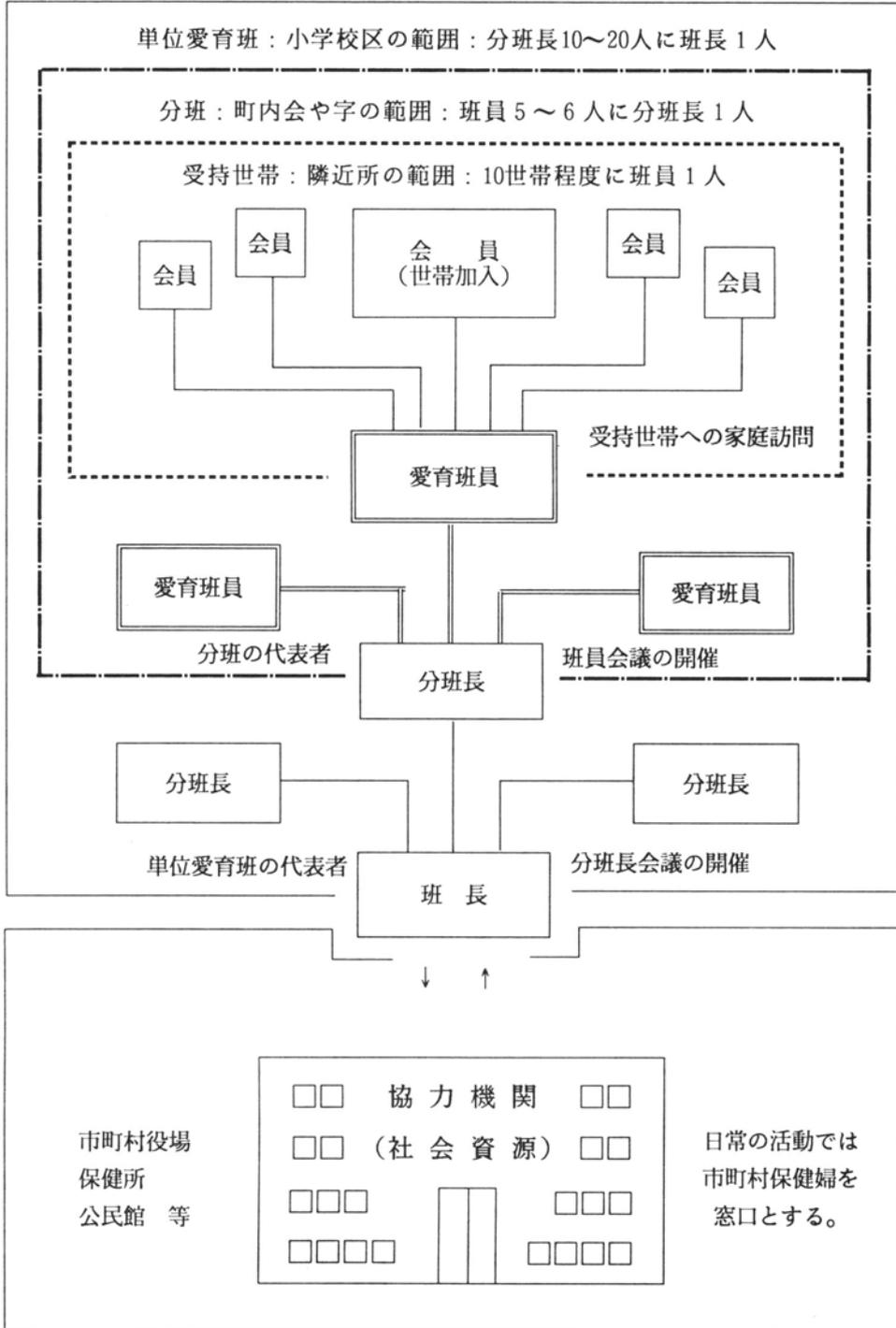


図 2. 愛育村の体系

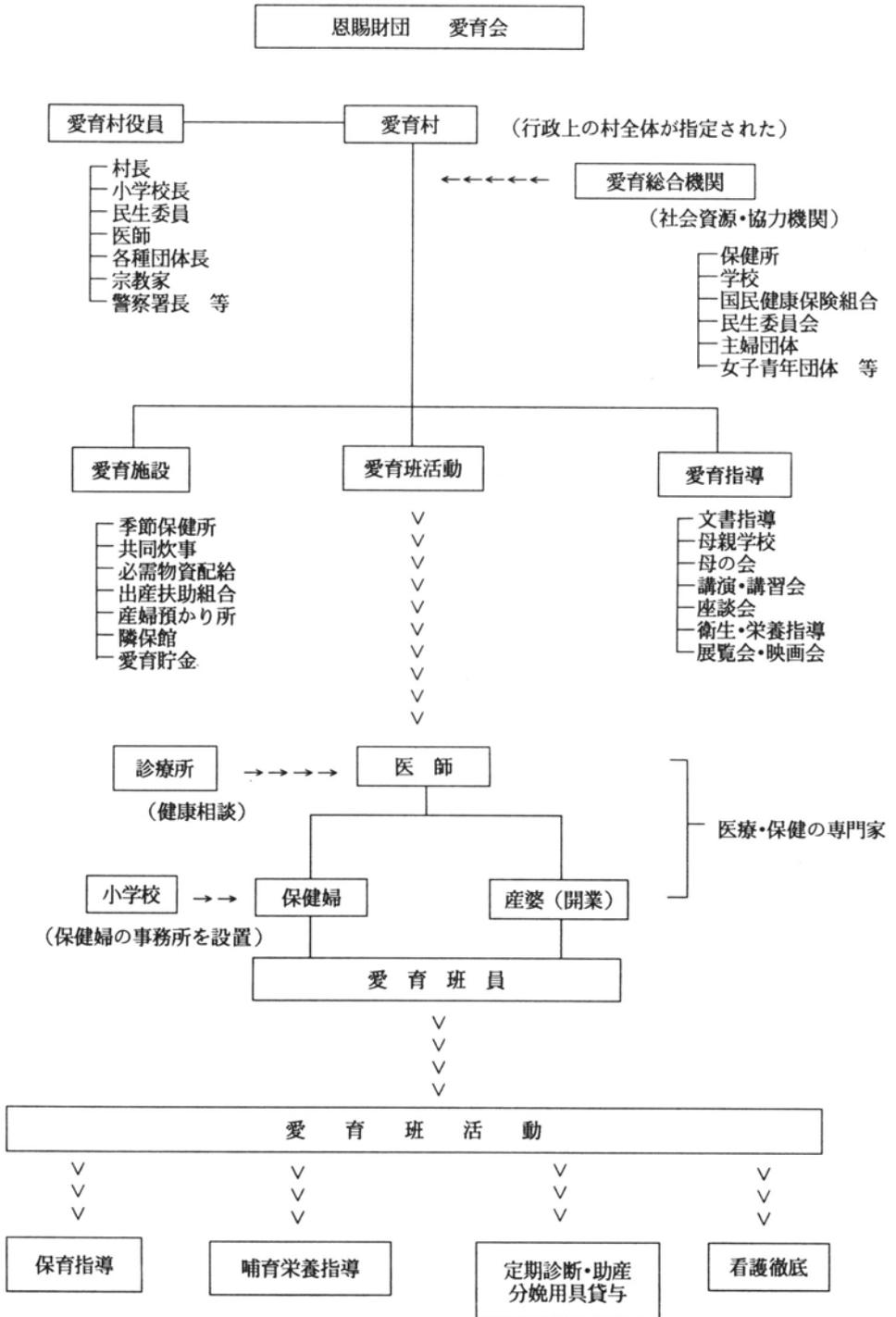
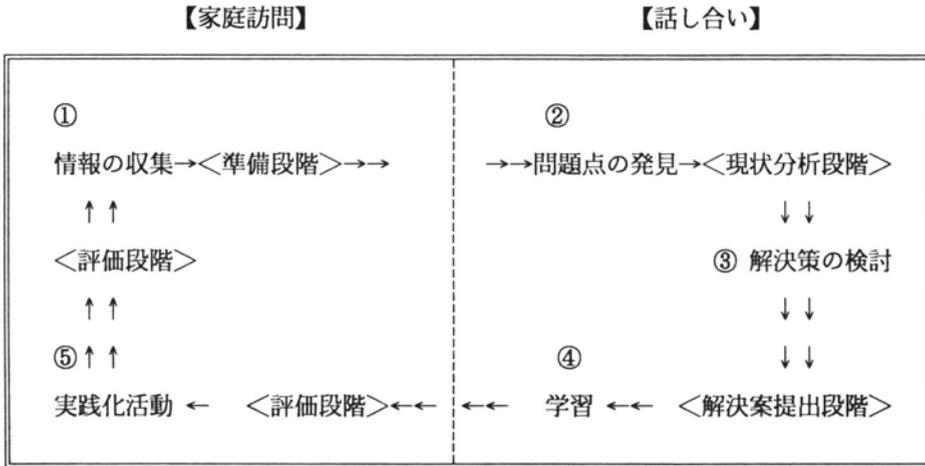
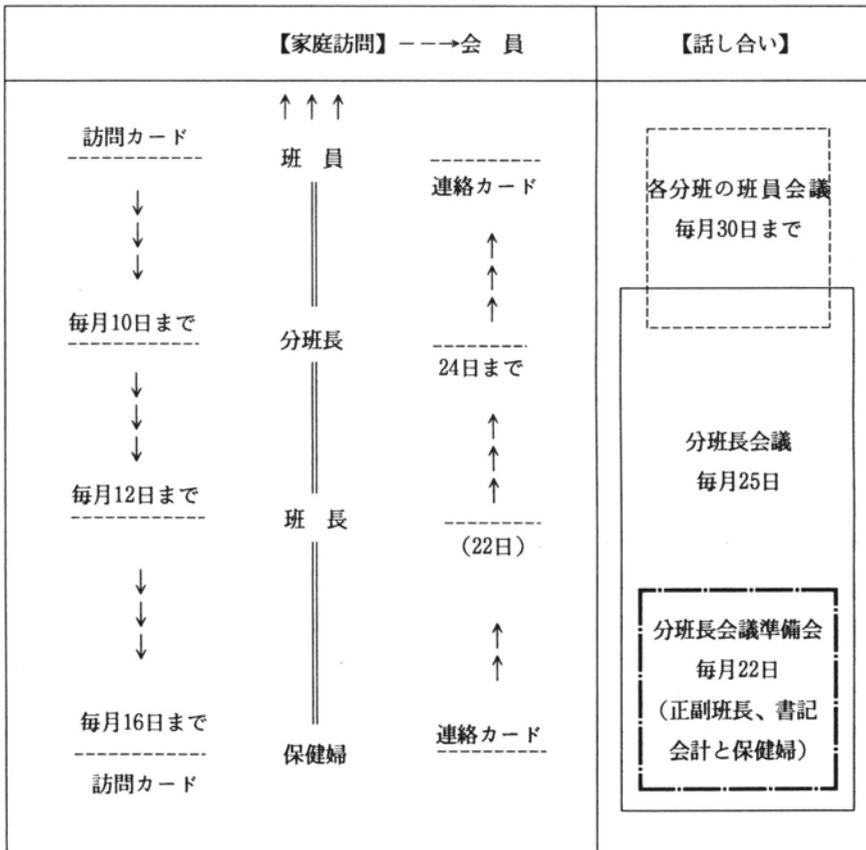


図3. 愛育班活動の流れ（標準モデル）

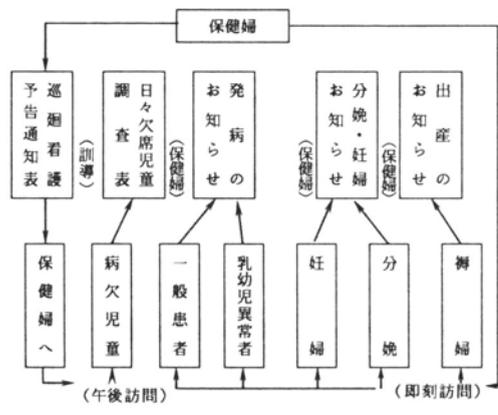


【具体的なスケジュール】

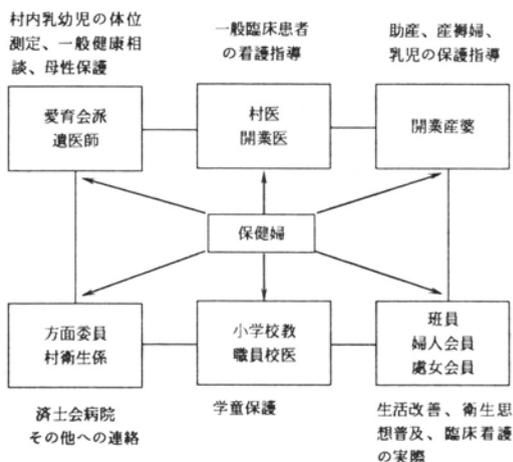


付表. 昭和10年代の資料

保健婦と班員の連絡系統  
(神奈川県高部屋村の例)



愛育村の役員、班員と保健婦の連携図



参加という点で言えば、家庭から出て地域の保健活動に参加するのではなく、保健活動の家庭への受入れという視点で考案されたことが、戦後の行政の変化にともない活動の変容を余儀なくされたとはいえ、50年以上にわたって住民参加を可能にしてきたことの原点にあると考えることができる。

岩手県沢内村、愛知県片埜村など、我国における住民参加にもとづく地域活動の事例は決して少なくないが、あえて我田引水の表現をするならば、愛育村事業は地域の組織化と住民参加の継続性、および我国のさまざまな風土の上に成り立つ多くの地域に適応する波及性において、戦前日本のすべての地域住民の基本的な(プライマリー)健康問題(ヘルス)に対処する(ケア)、HFAの提唱であったと言い得るのではないだろうか。

愛育班員の受持戸数例

例1 千葉県富崎村（面積504町余、純漁村）

区 分	班員数	戸数	人口	班員1人当り戸数	班員1人当り人口
二斗田区	4	115	606	28.8	151.5
松崎区	4	113	602	30.8	150.5
神田町区	4	117	581	29.3	145.3
本郷区	4	96	459	24.0	114.8
白 区	4	125	575	31.3	143.8
計	20	576	2,823	28.8	141.2
備 考	班員数ハ各班共、班長1、副班長1、班員2				

例2 山梨県源村（面積1,533方里、農山村）

区 分	班員数	戸数	人口	班員1人当り戸数	班員1人当り人口
第1分班	3	33	198	11.9	66.0
第2分班	4	36	215	9.0	53.8
第3分班	6	68	394	11.3	65.7
第4分班	6	44	259	7.3	43.2
第5分班	6	48	278	8.0	46.3
第6分班	4	35	203	8.8	50.8
第7分班	4	42	247	10.5	61.8
第8分班	5	54	318	10.8	63.6
第9分班	5	53	312	10.6	62.4
第10分班	4	33	196	8.3	49.0
第11分班	3	28	165	9.3	55.0
第12分班	2	20	118	10.0	59.0
第13分班	2	17	102	8.5	51.0
第14分班	2	20	116	10.0	58.0
第15分班	3	32	188	10.7	62.7
第16分班	4	38	224	9.5	56.0
計	63	601	3,543	9.5	56.2
備 考	各班共分班長ヲ含ム				

「愛育村の組織と事業」昭和十四年刊

## 地域保健・公衆衛生部門における医療協力のあり方

島尾忠男、野崎貞彦、日暮 眞、石川信克、藤崎清道、  
丸井英二、織田正昭、兵井伸行、川上 剛

序：

WHOは、政策の基本理念を「Health for All (HFA政策と略称)」の実現に置いており、それはPHC(Primary Health Care)の発展によるとしている。PHCは公衆衛生・地域保健の従来の理念を深めたもので、アルマ・アタ宣言で提唱された。以来、十年を経て尚、その発展は十分とは言えないが、今後もこの基本理念に変わり無く、PHC強化への新しい方策の開発と、そのための協力が望まれている。例えば、各種の疾病対策においても、第一線ではPHCに結合されることが原則であるが、まだ不十分であるのは、疾病対策におけるManagerial teamやSupervisory teamの必要性に対する認識が十分でないこと、実際に疾病対策を統合するとき起こる問題点の解決法の指導が不足していることなどが指摘されている。

本委員会は、これまで「PHCの理解の上に立った公衆衛生」の立場からわが国の保健医療協力プロジェクトのあり方について、様々な角度より検討を重ねた。ここで指摘された問題点や提言は、単に「公衆衛生」分野に留まらず、保健医療協力に関わる全ての分野に共通し、か

本稿は国際協力事業団医療協力部への、「地域保健・公衆衛生部門」医療協力改善検討委員会の答申に基づくものであり、これは必ずしも国際協力事業団の公式見解ではない。内容は同委員メンバー及び作業部会メンバーである著者等の見解である。

つ、それらの基盤であると考えられる。即ち、「地域保健・公衆衛生」分野の協力には、狭義のもの、即ちある地区や国全体の公衆衛生そのものを扱う事業と、広義のもの、即ち総ての分野の単独プロジェクト(例えば病院建設)もその国の保健システム・社会開発全体の視点にたった協力でなければならないという意味で、各分野の協力の基本となる考え方、資料やノウハウを提供し評価を行なう協同事業(ここでは国際保健と呼ぶ)、とがある。したがって、この分野に従事する専門家は、狭義の地域保健・公衆衛生専門家と、国際保健の専門家があり、後者は単独でも存在するが、他分野の専門家がその素養や専門性を身につけて行うこともある。

そこで取り上げられた基本的考え方を次にあげる。

### 1 保健医療協力と公衆衛生

I-1. 保健医療協力の目的： 保健医療協力は、PHCの立場に立ち、対象国(開発途上国)における国全体の保健水準の向上を図ることを第一目的とすべきで、そのプロジェクトが国内における格差や不平等の是正に役立つかが重要な基準となろう。多くの欧米先進諸国でも、保健医療協力の重点策をPHCに置いており、米国のUSAIDもPHCの発展、EPI(予防接種拡大計画)の二つを優先策にしている。

I-2. 公衆衛生の重要性： したがって、プロジェクトの設定、実施に当たっては、対象国

の公衆衛生・地域保健に関する現状分析、ニーズの把握を行った上で、各プロジェクトの内容が決定されるべきで、分野別のメニューの作成もそれに対応できるよう設定されるべきである。

I-3. すなわち、個別のメニューは、あくまでも部分であり、その全体の中における位置づけを明らかにする必要がある。例えば、L L D Cのある国が「癌センター」というメニューを選んだ場合、現在のその国における社会・医療水準にふさわしく段階的に行われる内容であるべきで、わが国に現在にあるものをそのまま移転すべきでない。そのプロジェクトのみが突出せず、しかも全体の保健水準向上に役立てるようなセンターであるべきであろう。

I-4. この意味で、総ての保健医療プロジェクトに、公衆衛生特に国際保健の専門家を関与させる必要がある。プロジェクト計画の段階から、実施、マネジメント、評価における国際保健専門家の役割は大きい。国内委員会や派遣専門家の一人に必ず公衆衛生（国際保健）専門家を入れたい。しかし、現在このような専門家の人材は非常に少ないので、人材育成が急務である。そのためには、日本国際保健医療学会や各種保健協力組織などとの積極的協力が望まれる。

I-5. 対象国における基本的保健情報、保健医療のニーズ、協力可能分野、協力のあり方などに関する情報はほとんどの国で不十分である。従来は短期のプロジェクト・ファインディング・チームの情報収集が主であったが、さらに総合的な情報が不十分である。国際機関からの情報入手を行ない、地域研究や国別研究を総合的多角的に行なう必要があり、そのためには、長期専門家（公衆衛生・国際保健）を1-2年の期間派遣することも考えられる。これは若い人も対応できるので、人材育成にも役立てられよう。

I-6. 公衆衛生事業のうち環境衛生、労働衛生、農村保健などは、社会開発、農業部門との関係が深いので、今後プロジェクトの設定に当たり、それらとの共同作業を行なっていく必要がある。例えば、飲料水確保のための整備や栄養改善のプログラムなどはPHCの重要な部分であるが、JICAでは社会開発に属しており、関連部門の協力が重要になろう。

I-7. プロジェクトの評価はいくつかの段階で重要である。当事者でない第三者専門家や現地側専門家による評価も必要であろう。基本的には公衆衛生・国際保健専門家が果たすべき役割が大きい、方法論的にまだ確立したものが無いので、今後評価技法を具体的に作っていく必要がある。

## II. 対象国の発展段階別でみた保健医療協力

### II-1. 対象国の発展段階の分類

保健医療協力の対象国をまず当該国の保健医療制度および社会経済的インフラストラクチャーの発展段階によりA、B、Cの3段階に分類した（表1）。

#### A段階：

A段階は、保健医療制度の基盤は成立しており、策定された各種プログラムも実施されている。しかし、その質はまだ十分とはいえない。社会経済的の下部構造はほぼ確立しているが、当初から協力活動の質は十分保証されていない。

概して、GNP/1人 US\$1000以上、乳幼児死亡率50以下の国々がこの段階にある（中国、スリランカはGNPはこの基準に当てはまらないが、全体的評価よりこの段階に入れた）。

#### B段階：

B段階は、保健医療制度は存在するものの相

表1 対象国の段階状況の分類でみた協力内容

段階別	GNP,IMR でみた1つの 基準	難易度 <sup>1</sup> (現状で見た 国の例)	公衆衛生 水準の事 前評価の 必要性	政策関与 プロジェクト 情報集 成化	規模 期間 (年)	建物 機材 中 央 中 央	ワ ク チ ン	人材育成 中 央 中 央	Hlth Fac pla <sup>2</sup> 育成	研究協力 研究開発	WHO/ UNICEF 等との 協同関係	社会開発 との協同	NGO との 協同	運営費 人件費 の供与 中 央 中 央
A 保健医療制度 強 プログラム ++ 実施有 質低 インフラストラクチャ ++	GNP > 1000 IMR < 50	難： * 中国 スリランカ* ブラジル	△ 部分的	○ △ ◎	大 5-10	◎ ○	サ ー ペ イ ラ ン ス イ	◎ △ △	△	◎	△	○	△	△ ◎
		易： マレーシア タイ			大 5									
B 保健医療制度 中 プログラム + 実施困難 インフラストラクチャ ++	GNP < 1000 IMR > 50	難： パプアニューギニア インド フィリピン パキスタン ボリビア	○	○ ○ ○ ◎	中 10	◎ ○ ○ △		○ ○ ○ ○	○	○	○	○	○	○ ○
		易： インドネシア エジプト パラグアイ ソロモン フィジー			中 5-10									
C 保健医療制度 無/弱 プログラム ± 実施貧 インフラストラクチャ ±	GNP < 400 IMR > 100	難： ネパール バングラデシュ ビルマ(ミャンマー)	◎ 総合的	◎ ◎ ◎	小 20	○ ◎ ○	供 与	○ ◎ ◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎ △
		易： ブータン タンザニア			小 15-20									

<sup>1</sup> 難易度：人口、地理・地勢、文化、日本の過去の協力実績、大使館・JICA事務所の有無、等をもとにした協力事業の難易に関する総合的な判断。

<sup>2</sup> Health Facility Planner:保健医療施設計画企画官。

\* GNPは基準に合わないが、全体として、A段階に入ると考えられる。

当不十分である。各種プログラムも策定されているが、その実施は人材、財政などの不足により困難がある。社会経済の下部構造は存在しているが、協力活動を十分に機能させるほど基盤が強くない。概して、GNP/1人 US\$ 400-1000、乳幼児死亡率50-100の国々がこの段階にある。

#### C段階：

C段階においては、保健医療制度はほとんど存在しないか存在していてもその機能は非常に弱い。各種プログラムも策定されておらず、プログラムの実施も極めてまれである。社会経済の下部構造も非常に弱い段階にある。概して、GNP/1人 US\$ 400以下、乳幼児死亡率100以上の国々がこの段階にある。

これらの3段階とともに、協力事業を実施する際に重要な要素である人口、地理・地勢、文化特性や政治的安定性、過去の日本との協力実績、大使館・JICA事務所の有無、等をもとにした総合的判断により、協力事業の難易度を「難」「易」の2つに分けた。これらの分類に対応する協力事業の内容の検討を試みた。難易度の判定は、客観指標に基づいていないので、力点の置き方でその結果は多少異なろう。

これら各段階に分類された代表的な国を現段階で試案として示せば、

A段階 難：中国、スリランカ、ブラジル

易：マレーシア、タイ

B段階 難：パプアニューギニア、インド、

フィリピン、パキスタン、  
ボリビア

易：インドネシア、エジプト、  
パラグアイ、ソロモン、  
フィジー

C段階 難：ネパール、バングラディッシュ、  
ミャンマー

易：ブータン、タンザニア

である。

例えば、A段階の中国、スリランカなどは、保健指標においては優れているが、社会主義体制のための経済指標の値は低い。また、社会政治的安定度などの点で「難」と判断された。B段階のインド、パキスタンなどは同じく人口規模（7億6000万、1億：1985）や国土面積（320万km<sup>2</sup>：日本の約9倍、80万km<sup>2</sup>：日本の約2.1倍）、文化的背景の違いなどから「難」と判断された。C段階のブータンは、人口（141.7万、1985）や国土面積（45,600km<sup>2</sup>：九州の約1.1倍）、文化的な近接性から「易」と判断された。

## II-2. 保健医療協力の内容

地域保健・公衆衛生の立場から国際協力において重要と考えられる項目を挙げ重要度に関する考え方を検討し、記号で表1に示した。◎は最重要、○はある程度重要、△は余り重要でないとし、各項目について表の縦方向に比較したもので、横の相対的重要度を表していない。段階別、国別に項目の重要度を検討する作業は今後の課題である。

挙げた項目は、

- 1) プロジェクト開始前の公衆衛生水準の評価の必要性
- 2) 内容別にみた中央政策部門への関与の必要性（情報収集、システム化、パイロット・プロジェクト）
- 3) プロジェクトの規模と期間（年）
- 4) 建物や機材供与の必要性（地区別、ワクチンを含む）
- 5) レベル別にみた人材育成の必要性
- 6) 保健医療施設計画企画官(Health Facility Planner)の育成の必要性
- 7) 研究協力、研究開発の必要性
- 8) WHO/UNICEF等との協同関係の必要性
- 9) 社会開発との協同の必要性
- 10) NGOsとの協同の必要性

11) 地域別にみた運営費、人件費の供与の必要性

の11項目である。

1) プロジェクト開始前の対象国の公衆衛生水準の評価については、A段階の国では、個別プロジェクトの関わる部分的、質的評価が中心になり、C段階の国では国の保健医療政策との関係も含めた総合的な評価が望まれる。

2) 対象国の保健医療の中央政策部門への関与では、別に情報収集、システム化、パイロット・プロジェクトの推進の3分野が考えられる。

情報収集は、特にC段階の国において、保健医療問題の把握ならびにその解決のための政策決定やプログラムの立案・実行・評価のために特に重要といえる。同様に、例えば保健医療統計の整備や、医療法などの整備に代表されるような保健医療制度自体の整備、システム化への協力が重視される。

パイロット・プロジェクト実施による政策化への協力は、3段階のいずれにおいても重要である。いずれの段階においてもパイロット・プロジェクトそのものとその結果を同じ段階に分類される他地域、他国への応用(TCDC)することが可能であり、また、段階が異なる場合には将来の発展のモデルとすることが可能となるからである。

3) プロジェクトの規模、期間については、A段階では、大規模プロジェクトも実施可能で、その期間も「難」分類では5～10年、「易」分類では5年は必要と考えられる。B段階では、中規模のプロジェクトが中心となり、期間も「難」分類では10年、「易」分類では5～10年が必要と考えられる。

C段階ではまず小規模のプロジェクトから始めることが大切で、「難」の分類については、原則として20年を目標として5年プロジェクト

を継続的に4期実施し段階的に発展させる方向が望ましいと考えられる。同様にC段階「易」分類では、15～20年位の継続が望まれると考えられる。

4) 建物、機材供与の面では、A段階においては、郡レベルへの建物/機材の協力は必要ないと考えられる。一方、B段階では、中央レベルへの協力が効果的である。同様にC段階でも中央レベルへの協力が効果的であろう。C段階においては特に県レベルを重視した協力が効果的と考えられるが、中央ならびに郡レベルへの協力もその必要性が高い。

しかし、いずれにしても建物/機材の協力は単独で実施されることがないように保健医療施設計画企画官(Health Facility Planner)を含む人材育成や、研究協力/研究開発と密接に関連付けることが不可欠である。また、建物や機材の導入にあたっては、日本の水準(技術、システム)をそのまま直接導入するのではなく現地のレベルに適した形でおこなう注意が必要である。

5) 人材育成は、いうまでもなく協力事業の中核であるが、A段階では、県、郡レベルよりも中央レベルでの人材育成、特に研究協力、研究開発にかかわる人材の育成への協力が強く望まれる。B段階においては中央、県、郡のいずれにおいても人材育成の協力が必要であろう。一方、C段階においては今後対象国で実際に保健医療活動を推進していく中央、県レベルでの人材の育成のための協力、また、研究を継続発展していく研究者育成のための協力が望まれる。

6) 保健医療施設計画企画官(Health Facility Planner)は、国レベルの保健医療施設の計画立案を担当するので、特にC段階において、その育成へ協力が必要である。

7) 研究協力、研究開発は今後保健医療協力の

中に積極的に取り入れて行くべき分野であるが、いわゆる高度な実験室的研究より、自国内で発展継続できるものに重点が置かれる。A段階の国では、やや高度なものも一部に入れることが出来よう、例えばワクチン付与抗体価の測定やワクチン製造に関わる実験室的研究なども含まれよう。特にC段階では、自国の保健医療の問題の中で何が最も重要で、何が優先策か、またどのように解決されるべきか、問題に根ざし、可能な解決発見ができる研究能力の開発と研究者の育成が重要で、小規模の協同研究が必要であろう。

8) WHO/UNICEFなどとの関係については、今後協力事業そのものに直接関与しない場合にも、情報や意見交換を幅広く行うことが望ましい。特にC段階における協力事業においては、対象国の事務管理運営能力が限られているため国連機関や他の二国間協力機関との協同関係を確立することが重要であると考えられる。C段階で「難」に分類され、二国間協力事業がすぐに可能でないような場合、国連機関等に積極的に協力していく方向も重要である。

9) 社会開発との協同による協力事業の実施は、他領域と接することの多い公衆衛生、地域保健分野では重要である。特に、社会経済的下部構造が非常に脆弱なC段階の国々では、保健医療協力を社会開発の一環として位置づけ総合的な開発の枠のなかで推進することが望ましい。

10) NGOs との協同についてみると、社会開発と同様にC段階では特にその必要性が高い。

11) プロジェクトの実施に必要な運営費、人権費の一部については、まだ保健医療制度や社会経済的下部構造の脆弱なC段階の国、特に後発途上国に対しては一部供与を行なうことが望まれる。例えば、ガソリン、消耗品、医薬品などの運営費(Running Cost)が含まれよう。

### III. 日本国内の人材・専門家の育成

現在わが国では保健医療協力に関わる公衆衛生、特に国際保健の人材・専門家が非常に少ないので、その人材育成が急務である。この分野の人材育成に関しては、まだ充分な体系的取り組みがなされておらず、先ず人材の登録や関連機関についての情報整理が急がれる。

次に人材育成を段階別、その担当機関別にみる。

#### III-1. 大学等医療関連教育機関におけるカリキュラム

大学医学部、歯学部、看護学部、保健学部、栄養学部、その他諸医療関連教育機関におけるカリキュラムの中に「国際保健」や「プライマリヘルスケア」を積極的に組み入れる必要がある。また、早い機会に開発途上国の現状を身近に知ることの出来る機会(Early Exposure)を得るように勧めることが望ましい。海外フィールド活動を行うサークル活動などを活性化することも一つであるが、途上国での二週間以上の経験を選択実習科目にしている英国方式は参考になろう。

#### III-2. 専門家育成のプログラム

地域保健・公衆衛生関係プロジェクトで専門家として働くことができる国際保健専門家の育成を積極的に行うことが急がれる。いわゆる派遣前研修としてではなく、将来国際協力を希望する若い医療関係者や専門家達にそれぞれの展望とニーズに応じて、研修の場を提供していく必要がある。それには、

##### (1) 国内の既存の国際研修機関や諸コースの利用

(JICAやJICWELLS等が国内の諸研究機関で行っている国際集団コース、例えば結核研究所国際コース、国立病院医療センター開発途上国派遣専門家研修コース等を利用する。)

- (2) 国内に日本人専門家育成のための養成コースを新設  
 (国立公衆衛生院、保健大学等に短期、長期コースを作る。日本国際保健医療学会などの組織による公開コースへの助成なども有り得る。)
- (3) 国外の諸機関との連携および育成コースの開拓  
 (日本人専門家育成には特に途上国の現場における研修、あるいは先進西欧諸国の経験から学ぶ研修が必要な場合もあるので、国内に限定しないで長期、短期の国外研修の場を開拓、提供していく必要もあろう。)
- (4) その他、国外(フィールドワーク)プロジェクト参加の奨励  
 (若い人々に海外青年協力隊や諸民間組織の海外プロジェクトでの経験を奨励し、経験を積んだ保健医療従事者の中から専門家を育成していくネットワークを作る。)
- (5) 長年途上国で専門家として働いた人材が帰国後適切なポストにつくまで一定期間おられるポストの確保も必要であろう。

### Ⅲ-3. 派遣前研修

実際にプロジェクト専門家として現地に赴く前に、然るべき研修を受ける必要がある。この派遣前研修は、主に現地語の研修とプロジェクトの仕組みや運営管理、報告などに関する協力の事務的内容、また、現地の生活に適応するための文化や社会、生活様式などの内容に大別される。もちろん、現地の実状に合わせた専門分野の技術協力の準備も不可欠であることはいまでもない。

研修事業部と派遣事業部は、上記の専門家育成プログラムと事前研修を適切に組み合わせるための調整が必要と考えられる。

### Ⅲ-4. 第3国研修

専門家が第3国研修に参加することにより、単にプロジェクト対象国のみならず周辺国の事

情も知ることになる。域内技術協力、T C D C (Technical Cooperation among Developing Countries)を進める上で望ましい。

保健医療協力を携わる人材育成を進める点では、新しく専門家を養成するとともに、国内の「国際保健」に関する研究(事例研究、地域研究、現地での調査研究など)を積極的に支援し、学問的な蓄積を図ることも極めて重要である。この点で国内の専門家や関連組織を対象にした委託研究や協同研究への助成や協力が強く望まれる。

## Ⅳ. 国別にみた協力のあり方の案

### Ⅳ-1. タイ(A段階)

タイは現在システムとしてPHCが一応出来上がっているといえるが、質的にはまだ不十分で、現状の評価を含め、PHCの補足と強化への協力が必要である。

- ① PHC、公衆衛生に従事するマンパワーの再教育、研修センターの整備。
- ② PHCレベルでの疾病対策、その他の各論的対策を強化する協力。

- (1) 結核対策、ARI対策、ライ、マラリアなど、感染症対策。
- (2) 母子保健、家族計画、環境衛生、衛生教育。
- (3) 成人病対策(タイの実状に見合ったもの)。

以上で重要な点は、

- a. PHCが比較的整備されている地区で2-3年のパイロット・プロジェクト(農村/都市スラム/少数民族などから地区が選ばれるとよい)を実施する。
- b. PHCと結核関連省庁、従事者、研究者、双方への調整、教育、訓練を行う。
- c. 地方を含め対策に必要なセンターの強化、機材供与を実施する。

- ③現在 P H C 活動の中心でもある E P I の精度を高め、技術的に強化する。  
(ワクチン・サーベイランス、付与免疫サーベイランス、ワクチン製造)
- ④研究協力  
現地人研究者の能力開発、強化を目指し、協同研究を各分野で進める。
- ⑤域内の中心国となるための方向付けの強化  
たとえば、日本がこれまで協力してきた A I H D (ASEAN Institute of Health Development) の能力と機能を強化し、アジアおよび太平洋地域の研修、研究のセンターに位置付ける。
- ⑥都市化・工業化の進展にともなう公害、労働災害、職業病、精神病対策。  
(基本的調査、必要な人材育成、機材・専門家派遣)

#### IV-2. フィリピン (B 段階)

##### 背景

1987年憲法制定により国内的に多少安定しているが、ゲリラ問題、農地改革問題など依然多くの国内問題を抱えている。経済的にも対外責務は増加している。

地理的にも言語的にも、中央と地方の疎通は良くない。大土地所有の支配下で貧富の差が著しい。60%が貧困層でその3分の2は農村に住む。一人当たりの G N P は 560 ドル (1987)。

##### 保健情報

人口 5, 800 万人。都市人口比率 41%。乳幼児死亡率は 46、平均寿命 64 歳。全死亡の 50% が伝染病による。上水道はマニラ首都圏で 92%、地方では 52% の普及率である。

予防接種は比較的普及しており、B C G 92%、ポリオ 73%、麻疹 68% である。

人材的にはかなり優秀な大学卒業者が多いが大部分が海外へ流出して人的蓄積は困難である。

##### 日本からの援助

伝統的には借款が多い。保健医療分野では、無償資金協力で、熱帯医学研究所 (1979 年、17.5 億円)、地方病院機材整備 (1984 年、7.9 億円)、総合病院外来 (1984 年、29.9 億円)、国立がんセンター整備 (1984 年、5.9 億円)、技術協力で、熱帯医学研究所 (1980-88)、食品医薬品検定センター (1989-91)、家族計画 (1974-89)、などであった。

これらの日本の協力プロジェクトは、主に都市に偏り、特定機関への濃厚な援助を続けるという形態をとってきた。

これに比し、世界銀行や U S A I D の協力は、保健所や地方の小病院への協力に移行している。

##### これからの日本の保健医療協力

国内的に未だ不安定な状態にあり、介入の難しさはあるが、次の協力が考えられる。

- ①地方病院へ重点をおいた協力。
- ②感染症を中心とした疾病対策。
- ③人材育成よりも人材確保に中心を置いた研究施設整備、研究協力。
- ④地方レベルの健康問題のモニター・システム (サーベイランス) づくり。

#### IV-3. バングラディッシュ (C 段階)

全体として発展が未熟な段階にあると判断されるので、個々の大、中プロジェクトのもつインパクトは余り期待できない。従来なされてきた首都ダッカ中心の、心臓研究所整備、病院建設、家族計画等の協力は国全体の保健向上に大きなインパクトを与えたとは考えにくい。将来 (10年-20年後) に視点をおき、複数小規模プロジェクトを長期継続していく。これにより既存の人材、社会資源の発掘もでき、また、将来大規模プロジェクトの可能性を探ることもできる。

まず最初の 1-3 年で行えるものをあげると、  
①公衆衛生学校などの教育機関へ人材、小機

材を長期送る。

②地域保健・公衆衛生専門家、研究者との交流を深める。近隣の国々の研究者同士の交流の機会を促進することも有益である。

③基礎的保健情報の収集および保健情報システムの整備を行う。小規模な疫学サーベイランス作りへの協力は出来よう。

④小規模な地域保健プログラムに参加協力する。

EPI、MCH、健康教育、栄養改善、環境衛生（上下水道、便所）、結核、ARI等に関し、政府ばかりでなく、現地NGO、WHO、UNICEF等国際機関、国際NGOプロジェクトの一部を受け持つ。

⑤保健医療施設計画企画官（Health Facility Planner：国の保健医療施設の計画立案専門家、外国の援助を国全体の保健計画に位置付けられる素質を持つ）の育成を行う。発展の段階でも必要とされる。

表2-3 衛生教育

表2-4 公衆衛生人材育成

表2-5 保健情報・政策情報

## V. 公衆衛生分野における各論的協力プログラムの具体例

地域保健・公衆衛生分野における国際協力を進めていくにあたり、総論的基礎的な面は共通であろうが、各論的なプログラムの内容は状況に応じて様々なものとなろう。以下表2-1～5に、わが国が行っているプログラムの代表的なものを実例として挙げ、その方法や内容を略記した。結核対策プログラムについては、わが国は経験を持つので、その他の各論的プログラムを具体的に立案、実行するうえで参考になる点が多いと思われる。さらに各種のプログラムが追加されて行くであろうし、それらの組合せによるプログラムも可能である。例えば、PHC強化プロジェクトの中に、結核のような疾病対策プログラムと母子保健プログラムを組み入れて行くこともできる。

表2-1 結核対策

表2-2 公衆栄養

## 表 2 地域保健・公衆衛生各論的プログラム

表 2-1 結核対策

段階	対策の発展段階	協力する業務	協力内容
A	対策は実施されているが、質的に問題がある サーベイランス体制がないか 不十分 対策の実施状況に問題 PHCへの統合が困難 患者発見・管理が不十分	結核サーベイランス体制の確立  対策実施運営面の研究	1. 疫学統計専門家の派遣 ①疫学統計事務担当者の技術研修の支援 ②統計資料の収集、解析のための機材供与 2. 行政専門家の派遣 ①実務従事者への研修などへの支援 ②患者の発見、管理のためのマニュアルなどの作成支援 ③短期化学療法用の薬剤の供与
A B	結核の蔓延状況不明 疫学調査の実施能力がないか 不十分 調整能力はあるが解析能力が 不十分 結核菌検査の能力不十分 検査施設がないか老朽化 施設はあるが検査精度が不良	結核についての疫学調査  結核菌検査能力の向上  結核対策従事者の研修事業	1. 疫学専門家の派遣 ①疫学調査計画の作成、実施、解析の支援 ②X線車両を含む調査用機材の供与 ③調査経費の補助 2. 施設の設置、向上 ①無償での施設の設置あるいは既存施設の拡充 ②施設運営への専門家の派遣、機材供与、事業費補助などによる 技術協力 3. 専門家、講師の派遣 ①視聴覚教育用の機材の供与 ②研修内容の指導 ③研修用資料の補助 ④参加者の旅費、日当の補助
A B C	国に結核センターがないか老朽化	国の結核センターの設立と運営	1. 施設の設置と運営 ①無償での施設の建設 ②施設運営への専門家の派遣、機材供与、事業費補助などによる技術 協力
C	国として結核対策がないか不十分	国の結核対策の企画、実施と評価	1. 行政専門家の派遣 ①結核対策に関する基礎調査 ②結核対策に関する政策立案の指導 ③各種結核対策プログラムの作成、実施、評価の指導 ④関連機関との調整協力

表2-2 公衆栄養

段階	対策の発展段階	協力する業務	協力内容
A	<p>対策の実施はあがる質が不十分 マネジメント能力が不足 統計情報システムの機能不足</p> <p>調査・研究の能力が不十分 研究者の不足 研究者の能力が不十分</p>	<p>公衆栄養プログラムのマネジメントの向上</p> <p>公衆栄養の研究</p>	<p>1. 公衆栄養プログラムのマネジメントの向上 ①栄養行政専門家の派遣によるマネジメント向上の指導 ②周辺諸国との技術交流、情報交換の支援 ③研修員の受け入れ、第三国研修 ④各種栄養プログラムの評価と見直しの指導</p> <p>2. 公衆栄養の研究協力 ①日本および相手国の研究者の育成、支援 ②協同研究（疫学、生化学など）の実施</p>
B	<p>対策の実施が不十分（特に地方） 公衆衛生、PHCとの連携が問題 従事者の不足 従事者の能力が不十分</p> <p>関連組織との協力が問題 関係者の理解が不十分 統計情報システムが未整備</p>	<p>栄養プログラムの実施（県、郡） モデル・プログラムの指導 人材育成 教材開発</p> <p>各種関連組織の強化と協力</p>	<p>1. 県、郡レベルでの各種栄養プログラム実施のための公衆栄養専門家の派遣 ①公衆栄養従事者およびボランティアの教育訓練の指導、研修機材、研修費などの補助 ②各種教材の開発と応用の指導、作成費、技術研修の支援 ③各種モデル・プログラム（地域栄養調査、食生活改善運動、乳幼児栄養プログラム、集団給食、栄養士育成など）を実施する上での指導、一部事業費の支援 ④各種栄養プログラム（モデル）の運営、管理、評価の指導</p> <p>2. 各種関連組織（保健所、病院、学校、工場など）の強化と協力 ①公衆栄養専門家の巡回指導、機材供与、事業費補助などによる技術協力 ②各組織の協調協力を計るための栄養行政専門家の派遣</p>
C	<p>対策が不十分 プログラム作成能力が不十分</p> <p>栄養対策指導者の不足 教育訓練機関がないか不十分</p>	<p>公衆栄養に関する政策立案 各種栄養プログラム作成</p> <p>研究教育施設の設置（中央、県） 栄養に関する指導者の養成</p>	<p>1. 栄養行政専門家の派遣 ①公衆栄養に関する基礎調査 ②公衆栄養に関する政策立案の指導 ③各種栄養プログラム（栄養調査、食生活改善、乳幼児栄養、集団給食、病態栄養、栄養士育成など）の作成指導 ④関連機関（保健所、教育所、福祉所、農水省、内務省など）との調整協力</p> <p>2. 中央、県レベルの栄養関連の人材育成、研究のための施設の設置 ①無償での研究教育のための建物の建設 ②施設の運営へ専門家の派遣、機材供与、事業費補助などによる技術協力 ③研修員の受け入れ、第三国研修 ④指導者育成の一環として一部モデル・プログラムの実施</p>

表2-3 衛生教育

段階	対策の発展段階	協力する業務	協力内容
A	<p>対策の実施はあるが質が不十分 マネジメント能力が不足</p> <p>調査・研究の能力が不十分 研究者の不足 研究者の能力が不十分</p>	<p>利用可能な人材の有効利用のためのマネジメントの向上</p> <p>人材育成の研究</p>	<p>1. 人材育成のマネジメント向上 ①行政専門家の派遣によるマネジメント向上の指導 ②周辺諸国との技術交流、情報交換の支援 ③研修員の受け入れ、第三国研修 ④各種育成プログラムの評価と見直しの指導</p> <p>2. 適切な人材育成のための研究協力 ①日本および相手国の研究者の支援 ②協同研究の実施</p>
B	<p>対策の実施が不十分（特に地方） 公衆衛生、PHCとの連携が問題 従事者の不足 従事者の能力が不十分 ボランテニア活用が不十分</p> <p>関連組織との協力が問題 関係者の理解が不十分 カリキュラムが不十分</p>	<p>衛生教育プログラムの実施（県、郡） 人材育成 教材開発 フォーマール教育 インフォマール教育</p> <p>各種教育関連組織の充実と協力強化</p>	<p>1. 県、郡レベルでの衛生教育プログラム実施のための専門家の派遣 ①衛生従事者およびボランテニアの教育訓練の指導、研修機材、研修費などの補助 ②教材の開発と活用の指導、作成費、技術研修の支援 ③衛生教育のモデル・プログラムの実施 ④衛生教育プログラムの運営、管理、評価の指導</p> <p>2. 既存組織（医学校、看護学校、保健所、病院、保健省、学校、教育省など）の充実と協力強化 ①既存組織の衛生教育促進のため公衆衛生教育専門家の派遣、機材供与、事業費補助などによる技術協力 ②各組織の管理、協調を計るための行政専門家の派遣</p>
C	<p>対策がないか非常に不十分 プログラム作成能力が不十分</p> <p>衛生教育対策指導者の不足 教育訓練機関がないか不十分</p>	<p>衛生教育の政策立案 各種教育プログラム作成</p> <p>指導者の教育施設設置（中央、県） 指導者の養成</p>	<p>1. 行政専門家の派遣 ①衛生教育に関する基礎調査 ②衛生教育に関する政策立案の指導 ③衛生教育プログラム（対象者、内容別）の作成の指導</p> <p>2. 中央、県レベルの衛生教育指導者の育成施設設置 ①無償での指導者育成のための建物の建設あるいは既存施設の拡充 ②施設運営へ衛生教育専門家の派遣、機材供与、事業費補助などによる技術協力 ③研修員の受け入れ、第三国研修 ④指導者育成の一環として一部モデル・プログラムの実施</p>

表 2-4 公衆衛生人材育成

段階	対 策 の 発 展 段 階	協 力 す る 業 務	協 力 内 容
A	<p>対策の実施はあるが質が不十分 マネジメント能力が不足</p> <p>調査・研究の能力が不十分 研究者の不足 研究者の能力が不十分</p>	<p>利用可能な人材の有効利用のためのマネジ メントの向上</p> <p>人材育成の研究</p>	<p>1. 人材育成のマネジメント向上</p> <p>①行政専門家の派遣によるマネジメント向上の指導 ②周辺諸国との技術交流、情報交換の支援 ③研修員の受け入れ、第三国研修 ④各種育成プログラムの評価と見直しの指導</p> <p>2. 適切な人材育成のための研究協力</p> <p>①日本および相手国の研究者の支援 ②協同研究の実施</p>
B	<p>対策の実施が不十分（特に地方） 公衆衛生、PHCとの連携が問題 従事者の不足 従事者の能力が不十分 ボランティヤ活用が不十分</p> <p>関連組織との協力が問題 関係者の理解が不十分 カリキュラムが不十分</p>	<p>育成プログラムの実施（県、郡） 人材育成 教材開発 フォーマール教育 インフォーマール教育</p> <p>各種教育関連組織の充実と協力強化</p>	<p>1. 県、都レベルでの各種育成プログラムの実施のための専門家の派遣</p> <p>①公衆衛生従事者およびボランティヤの教育訓練の指導、研修機材、研修費などの補助 ②各種教材の開発と応用の指導、作成費、技術研修の支援 ③育成プログラムの運営、管理、評価の指導</p> <p>2. 既存組織（医学校、看護学校、保健所、病院、保健者など）の充実と協力の強化</p> <p>①既存組織の人材育成促進のため公衆衛生教育専門家の派遣、機材供与、事業費補助などによる技術協力 ②各組織の管理、協調を計るための行政専門家の派遣</p>
C	<p>対策がないか非常に不十分 プログラム作成能力が不十分</p> <p>公衆衛生人材育成指導者の不足 教育訓練機関がないか不十分</p>	<p>公衆衛生人材育成の政策立案 （人材の質と量の需給） 政策に基づいた各種プログラム作成 指導者教育施設の設定（中央、県） 指導者の養成</p>	<p>1. 行政専門家の派遣</p> <p>①人材の質と量の需給に関する基礎情報の収集と解析 ②人材の質と量の需給に関する政策立案の指導 ③人材育成の各種プログラムの作成の指導 ④カリキュラム作成</p> <p>2. 中央、県レベルの公衆衛生指導者の育成施設の設定</p> <p>①無償での指導者育成のための建物の建設あるいは既存施設の拡充 ②施設の運営へ専門家派遣、機材供与、事業費補助などによる技術協力 ③研修員の受け入れ、第三国研修</p>

表 2-5 保健情報・政策情報

段階	対策の発展段階	協力する業務	協力内容
A	<p>対策の実施はあるが質が不十分 マネジメント能力が不十分</p> <p>調査・研究の能力が不十分 研究者の不足 研究者の能力が不十分</p>	<p>保健情報政策情報システムの効果的活用のためのマネジメント向上</p> <p>保健情報政策情報の研究</p>	<p>1. 情報システム活用のためのマネジメント向上</p> <p>①情報の精度管理、処理時間の短縮、情報提供サービス拡大への協力</p> <p>②各種統計情報の行政、政策面への反映に関する指導</p> <p>③周辺諸国との情報収集解析における技術交流、情報交換の支援</p> <p>④研修員の受け入れ、第三国研修</p> <p>⑤各情報システムの評価と見直しの指導</p> <p>2. 適切な情報システム整備活用のための研究協力</p> <p>①日本および相手国の研究者の支援</p> <p>②協同研究の実施</p>
B	<p>対策の実施が不十分（特に地方）</p> <p>公衆衛生、PHCとの連携が問題</p> <p>従事者の不足</p> <p>従事者の能力が不十分</p> <p>ボランティア活用が不十分</p> <p>関連組織との協力が問題</p> <p>関係者の理解が不十分</p> <p>カリキュラムが不十分</p>	<p>システム整備のプログラムの実施（県、郡）</p> <p>人材育成（統計官、コンピューター技術者）</p> <p>モデル地域からネットワーク化</p> <p>関連施設の情報面での充実強化</p>	<p>1. 県、郡レベルでのシステム整備のための統計情報専門家への派遣</p> <p>①統計官、コンピューター技術者など育成のための教育訓練の指導、研修機材、研修費などの補助</p> <p>②人口や疾病統計などの集計システム整備の指導</p> <p>③コンピューターなど機材の運営管理の指導</p> <p>2. 既存施設の情報面での拡充強化</p> <p>①保健所、郡・県病院などからの情報収集解析に必要なパソコンなどの機材供与、事業費補助など</p> <p>②他の関連施設（市役所、学校など）からの情報の収集と交換を図るための機材供与、事業費補助</p>
C	<p>対策がないか非常に不十分</p> <p>プログラム作成能力が不十分</p> <p>情報関連指導者の不足</p> <p>教育訓練機関がないか不十分</p>	<p>保健情報政策情報システムの整備</p> <p>保健計画の中でシステム整備の政策立案</p> <p>各種プログラム（人口、疾病、患者統計など）の作成</p> <p>技術者養成施設の整備（中央）</p> <p>指導者（統計情報、コンピューターなど）の養成</p>	<p>1. 行政専門家の派遣</p> <p>①保健情報政策情報システムに関する基礎資料の収集と解析</p> <p>②保健情報政策情報システム整備への政策立案の指導</p> <p>③システム整備のための各種プログラム作成の指導</p> <p>④収集情報のフォーマット化</p> <p>2. 中央、県レベル指導者の育成施設の整備（中央）</p> <p>①指導者育成のための施設の拡充強化（統計情報部門の増設など）</p> <p>②施設の運営へ専門家への派遣、機材供与、事業費補助などによる技術協力</p> <p>③研修員の受け入れ、第三国研修</p>

声 明

発展途上国における保健衛生水準は、先進諸国に比べ依然として低い。例えば、感染症による乳幼児の死亡数は年間約1,050万人に達する。「西暦2,000年までにすべての人に健康を」（アルマ・アタ宣言）の実現を推進するために、保健医療領域でより積極的な援助を行うことは、国際社会の一員としてのわが国の道義的義務である。

開発途上国に対する日本の医学国際協力は、年々、量的に拡大している。しかしながら、その実状は、今日なお、他の先進諸国のそれと比較して決して高い評価を得ているとは言い難い。現状の問題点を指摘してその改善をはかるため、このたび開発途上国における感染症対策の国際協りに積極的に係わってきた関連学会の代表が集まり、医学国際協力連絡協議会を結成した。

本連絡協議会は、医学国際協力の大義を理解し、学会活動の理念に一致する質の高い協力の実施を積極的に支持し、その実現を計るため、現行の制度・組織・機構の整備・改善を日本政府及び関係機関に要請する。

1992年1月

医学国際協力連絡協議会

- 会長 竹田美文（日本熱帯医学会幹事・国際委員会委員長）  
 青木克己（日本熱帯医学会幹事）  
 原 耕平（日本感染症学会理事・国際交流委員会委員）

- 林 英生（日本細菌学会理事）  
 五十嵐章（日本臨床ウイルス学会幹事）  
 稲葉 裕（日本公衆衛生学会理事）  
 石井 明（日本国際保健医療学会理事）  
 小坂光男（日本生気象学会幹事）  
 松本慶蔵（日本熱帯医学会会長・総務幹事）  
 南嶋洋一（日本ウイルス学会理事）  
 溝田 勉（日本熱帯医学会）  
 中根一穂（日本組織細胞化学会理事）  
 野沢義則（日本医真菌学会理事）  
 多田 功（日本寄生虫学会幹事・国際交流委員会委員長）  
 和田義人（日本衛生動物学会幹事）  
 吉村健清（日本疫学会理事）

提 案

感染症分野における医学国際協力、とくに医療技術協りに、従来積極的に係わってきたのは各大学医学部・研究所の教官をはじめ、国公私立の機関の職員である。これら専門家を会員としている関連学会の代表が集まって結成した医学国際協力連絡協議会は、今後、より良質の医学国際協力の実施を積極的に支持するために、そのシステムと運営を整備改善することを目的として以下の提案を行う。

1. 医学国際協力の基礎となる国内研究の推進  
 わが国の医学国際協力は、欧米諸国のそれに比して歴史が極めて浅い。そのために真の国際協力に関する理念がそれに携わる関係者に乏しいといわざるを得ない。ヨーロッパ諸国（特に

イギリス、ドイツ、フランス、オランダ等)の国際協力は、植民地政策の一環として始まった歴史がある。現地との協力(ないしは植民地化)を成功させるために、ヨーロッパ各国が、長期的展望に立脚して採用した政策の大きい柱の一つは、医学国際協力に関する国内研究の推進である。動機の善悪は別として、国内研究の推進政策が、今日ヨーロッパ各国の国際協力が高い評価を得ている所以である。従来わが国の医学国際協力は、単なる既存技術の援助ないしは技術移転に重点を置いており、基盤となる国内研究の重要性の認識が不足していた。国際医療技術協力のプロジェクトの遂行と平行して、その基盤となる国内研究を推進することを提案する。

## 2. 医療国際協りに携わる人材の養成

現在わが国が医療技術協力を実施している開発途上国の感染症は、その実態がわが国のそれとは著しく異なり、急性感染症や寄生虫疾患が中心である。しかるにわが国では、これらの疾患が激減していることも理由の一つとなり、これらの疾患の研究者の数の深刻な減少を引き起こしつつある。関係機関がこうした感染症を対象とした講座のスクラップを推進していることは、研究者の数の減少の重要な原因となっている。長期的展望に立った医学国際協りに携わる人材の養成には、大学医学部・研究所及び関係機関に、医学国際協力に関連する分野の講座等の増設・強化が必須である。寄付講座等の創設も積極的に推進することを提案する。

## 3. 医療技術協力プロジェクトの選定方法の改善

わが国の従来の保健医療技術協力に対する国際評価は、決して高いとはいえない。欧米の先進諸国のそれに比べて、あるいは極めて低いと言っても過言ではない。その原因の一つは、相手国にとって真に必要なプロジェクトが必ずしも選定されていないことである。高い評価につ

ながる適切なプロジェクトを選定するためには、次の3点を中心に改善を計ることが必要である。(i) 現地で流行ないしは常在している感染症の専門家によって構成される調査団を結成し、プロジェクト開発のための入念な事前調査を行うこと。(ii) 現在行われている民間団体等によるプロジェクト開発のための調査は(i)によって代行すること。(iii) 現地からの要請のみによることなく(i)の調査団を中心とした専門家からなる委員会を結成し、真に必要なプロジェクトの選定を討議し、その結論に基づく日本側からの提案を行うこと。

## 4. 医療技術協力プロジェクト担当責任者および担当要員の選定方法の改善

従来、医療技術協力プロジェクトの遂行担当責任者の選定は、国際協力事業団(JICA)などの関係機関の担当者のイニシアティブのもとに、個人的つながりを中心に行われた場合が多く、そのため、それぞれのプロジェクトに適材適所とはいえない難い担当責任者が選定されていることが少なくない。プロジェクトの成否は担当責任者の選定に大きく依存していることはいうまでもない。担当責任者選定に際しては公募制などの導入と、専門家により構成された委員会による客観的な選定を行うことを提案する。また、医療技術協力プロジェクトの遂行に際しては、担当責任者とともに担当要員の選定が重要である。関係者間で担当要員の不足が危惧されているが、実状は必ずしも担当要員不足状態であるとは思えない。公募制の導入により、適切な人選を行うことを提案する。

## 5. 開発途上国のカウンターパートの育成

相手国の人材の養成が、医学国際協力の成功の大きい鍵となることは、ヨーロッパ諸国等の例を見ても明白である。医療技術協力プロジェクトの遂行に当たって、カウンターパートの育成をより積極的に遂行することが強く望まれる。差し当たって、(i) JICA研修生の研修機関

を弾力的にするとともに、学位等に関する新制度を導入すること、(ii) プロジェクトのカウンターパートをより積極的に文部省国費留学生に採用できるようにすること、(iii) 日本学術振興会等を通じる論文博士制度を拡充し、プロジェクトのカウンターパートを対象にできる制度を導入すること、などを提案する。

がある。現行制度を改善するよう提案する。

#### 6. プロジェクトの成果の積極的公開の義務化

従来の医療技術協力プロジェクトにおいては、その終了に際して、非公開の報告会と報告書の作成が行われているが、その成果を積極的に公開することは義務づけられていない。担当者がそれぞれの所属学会において成果の一部を発表することはあるものの、マイナス面を含めたプロジェクトの成果の全体像を把握できるものではない。プロジェクトの成果を積極的に公開することは、今後のプロジェクトの質の向上につながると考え、以下のことを義務づけるよう提案する。

(i) 報告書を関係学会、関係機関、関係図書館、関係講座、関係者等に広く配布すると共に、関心のある個人にも要請に従って配布する。  
(ii) 報告会を公開する。(iii) 公開報告会の要約報告書を関係学会の機関誌等に掲載する。

#### 7. 担当責任者及び担当要員の派遣に伴う制度の官民差の是正

担当責任者及び担当要員の派遣について、特に国家公務員の派遣を難しくしている原因の一つに、派遣制度の官民差がある。すなわち地方公務員を含む民間人の派遣に際しては、派遣者の給与及び給与支給に伴う経費の補填が派遣者の所属機関に対して行われているのに対して、国家公務員の派遣にはこれが行われていない。この制度は派遣者に経済的不利益を生ずることがある等の問題がある。地方公務員を含む民間人の派遣の場合と同じ制度を国家公務員の派遣にも導入することによって、派遣者の派遣期間中の業務を担当する者の補充を可能とする必要

---

## 第7回日本国際保健医療学会総会 松本での開催のお知らせ

---

第7回日本国際保健医療学会総会を、本年9月19日(土)・20日(日)に長野県・松本勤労者福祉センターで開催します。

今回は信州に根付いた草の根的な国際協力活動を土台にして、信州の市民団体の代表の方々にも企画運営段階から協力をいただいているのが特徴です。特にチェルノブイリを中心とした「東欧諸国への保健医療協力」、「在日外国人の健康問題」などに対する民間の取り組みの全国ネットワークづくりが、今学会の新しい課題となると思います。更に、WHO本部からの東欧問題専門官の参加も予定しています。

特別講演は、これまでの学会の成果を更に発展させる観点から、慎重に人選を行っています。また、今学会総会の成果を踏まえて、学会終了時に国際保健医療協力に関する宣言“松本アピール”を採択する予定です。

なお、今回は前夜企画として前日の18日(金)も関連行事、ワークショップなどで積極的に活用することを計画しています。こちらの方にも多数の方々の参加を期待しています。

シンポジウム／パネル・ディスカッションは「国際協力における発想の転換を求めて」をテーマに、以下の4本柱に焦点を当てた企画を進めています。

- ① 東欧との国際協力の現状と将来
- ② 在日外国人医療と国内問題
- ③ PHC／健康増進と国際協力の将来
- ④ 市民生活と地域の国際化(サテライト)

市民向けのサテライト行事も含め、激変の時代を的確に対応できるような、内容の濃いものにしたいと考えています。

ワークショップは、「海外協力への道」「PHCと病院／効果的連携の可能性を探る」「P

HCとコ・ワーカー／“女性と開発”の視点から」「ヘルス・リサーチ：大学の役割をめぐって」「緊急援助」「国際研修」「国際健康医療教育」「食の変容と疾病・保健教育」「学会間交流」(いずれも仮題)といった企画を準備中です。内容的に充実した討論が繰り広げられるよう、さらに準備を進めていきます。

また、一般演題(口演・示説)の募集を始め、国際保健医療協力に関する幅広い演題の応募をお待ちしています。

近年、研究的、学問的に質の高い演題が多数寄せられていることは喜ばしい限りですが、一方で本学会の大きな特徴の一つである学生の参加・発表が一向より目立たなくなっていると言う声を耳にします。学生に限らず、慎重な経験の交流の場としても、一般演題とその討論の場を発展させたいと考えていますので、積極的にご応募ください。

演題申し込みの締切は4月30日、抄録原稿の締切は5月31日となっています。必要書類等は、事務局にご連絡いただければ、すぐ郵送いたしますので、お知り合いの方々にも声をかけていただければ幸いです。

連絡先：

☎ 390 松本市旭3-1-1  
信州大学医学部公衆衛生学教室内  
第7回日本国際保健医療学会総会事務局  
☎ 0263(35)4600  
内線5210~5214  
FAX.0263(34)4269

初秋の信州で、国際保健医療協力そして国際保健医療学を熟っぽく語り合おうではありませんか。

---

## 日本国際保健医療学会雑誌投稿規定

---

「日本国際保健医療学会雑誌投稿規定」の制定について

### 日本国際保健医療学会編集委員会

日本国際保健医療学会編集委員会は、既に昭和61年7月に日本国際保健医療学会雑誌『国際保健医療』第1巻第1号（設立総会号）を刊行しましたが、昭和62年度からは学会誌として本来の使命である原著を含む投稿原稿の掲載を始めることとし、次に示す投稿規定を制定し、一般からの投稿を受付けることにしましたので、お知らせします。

申すまでもなく、学術的にレベルの高い論文を掲載し、創設期にある国際保健医療学大系の確立に資することが本誌の本来の使命でありますので、会員各位の積極的な御協力をお願いいたします。

なお、本学会のもつ学際的な性格に鑑み、論文等の内容は領域として多方面にわたるものと予想されますので、この投稿規定とは別に、査読委員は広く本学会の理事、監事および評議員に兼務していただくことを本学会の会則に新たに加える予定になっております。どうか、専門のいかなを問わず、多数の方から御投稿いただけることをお待ちしております。

#### 日本国際保健医療学会雑誌投稿規定

1. 本学会会員は誰でも投稿できる。共著の場合には、共著者もすべて学会員でなければならない。ただし、編集委員会が依頼した原稿については、この限りではない。
2. 本誌は原則として下記の原稿によって編集される。

(1) 掲載される原稿の種類とその内容はつきのとおりとする。

総説—研究・調査論文の総括と解説

原著—新しい手法、分析法、事実、理論の  
発見等に関する論文

報告—国際保健医療に関する諸報告

資料—国際保健医療に関する重要な資料  
その他、編集委員会が掲載について同意した  
論著、論壇、海外事情紹介など。学会報告  
として、投稿原稿のほか、理事会活動、  
学会総会および地方会案内、会務報告等を  
掲載する。

- (2) 原著の構成は例えば、Ⅰ. 緒論 Ⅱ. 方法  
Ⅲ. 結果 Ⅳ. 考察 Ⅴ. 要約 Ⅵ. 文献とす  
ることが望ましいが、内容によっては方法  
と結果、結果と考察を合併することができる。  
また、項目分けは1,2,……,1),2)……(1),  
(2),……①,②,……を使用し、第1章、第  
1節などは用いない。
- (3) 投稿原稿についての最大制限ページ数は  
8ページとする（図表を含む）。ただし、  
刷り上がり1ページは400字詰原稿用紙の  
ほぼ4枚に相当する。
- (4) 投稿原稿が掲載された場合、当該原稿の  
組版に要する費用の30%、最大3ページま  
でを学会が負担する。ただし別刷、図・表  
および写真の組版に要する経費ならびに投  
稿に関する連絡通信費（投稿料）3,000円  
（切手でも可）は投稿と同時に納入するこ  
と。
- (5) 投稿原稿は掲載料が学会において受理さ  
れた後に掲載するものとする。掲載料は著  
者に採用を通知した時点における最新号の  
本誌の印刷実費にもとづき計算して著者に  
請求する。

3. 原稿の執筆要領はつぎのとおりとする。

- (1) 原稿用紙は原則としてB 5版、横書き400字詰を用いる（ワープロ原稿も可）。
- (2) 新かなづかいを用い、楷書でできるだけ簡潔に記述する。誤字、あて字が多く、日本文として理解が困難な場合は返却することがある。
- (3) 投稿原稿は原則として日本文とする。ただし、図、表、写真の説明は英文で記載する。
- (4) 数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを用いる。
- (5) 特殊な、あるいは特定分野のみで用いられている単位、符号、略号ならびに表現には必ず簡単な説明を加えなければならない。
- (6) 外来語は片かなで書く、外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。ローマ字は活字体（なるべくタイプ）を用い、イタリック体で印刷する必要がある部分は朱のアンダーラインで示す。
- (7) 図、表および写真には図1、表1および写真1などの番号をつけ本文とは別にまとめておき、本文原稿の欄外に、それぞれの挿入希望位置を指定（朱書）する。

図、表および写真の原稿は明瞭なものではない。

- (8) 文献記載の様式
  - ①文献は本文の引用箇所の肩に1)、1～5)などの番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者が3名以上の場合は筆頭者名のみをあげ、他とする。
  - ②雑誌などの略号は、邦文誌は日本医学雑誌略名表（日本医学図書協会編）に、欧文誌はIndex Medicusに従って記載する（なお、雑誌所定のものがあればこれを用いる）。
- (9) 原稿には表紙を付し、上半分には表題、英文表題（すべて大文字）、著者名（ローマ字併記）、所属機関名（英訳名併記）、図、表および写真等の数を書き、下半分には赤字で希望する原稿の種類、別刷必要部数、編集委員会への連絡事項および連絡者

の住所、氏名などを付記する。

- (10) 原著、報告希望の場合は250語前後の英文抄録ならびにその和訳（これは掲載しない）をつけること。英文抄録は表題、著者名、所属、本文の順にタイプ（ダブルスペース）する。
4. 投稿原稿は本文、図、表、写真、抄録などもすべて正1部、副2部を送付する。  
副本は複写でもよい。
5. 原稿は封筒の表に「国際保健医療学会雑誌原稿」と朱書し下記括弧内の編集委員会宛に書留郵送する。
6. 初校は著者の原稿の控えを用いて行う。ただし、校正の際の加筆は認めない。  
二校以後は著者校正にもとづいて編集部が行う。
7. 受付順位にかかわらず至急に掲載されることを希望する場合には、そのために要する印刷、その他の諸経費は全額著者負担とする。
8. 文献記載例および掲載料の明細その他、本規定に関する疑義は編集委員会にお問い合わせ願いたい。

現在投稿規定を改訂中です。投稿ご希望の方は、編集委員会あるいは編集委員にご遠慮なくお問い合わせ下さい。

編集委員会：

丸井英二、上原鳴夫、川上 剛、嶋田雅暁、萩原弘一、林 正男、兵井伸行、本田 徹、松田晋哉、松田正己

連絡先：

〒113 東京都文京区本郷7-3-1  
東京大学留学生センター  
丸井英二気付  
日本国際保健医療学会編集委員会  
TEL/FAX 03-3812-8836

1990年度

## 事業報告書

1990年4月1日より1991年3月31日まで

日本国際保健医療学会

実施項目	実施細目	実施時期	備考
1. 総会開催	第5回総会	1990年8月25～26日	産業医科大学 北九州市 200名参加
2. 地方会開催	イ. 関東地方会	第9回 1991.4.20 国立公衆衛生院	会場の関係から 4月に実施
	ロ. 関西地方会	第9回 1991.1.19 県立尼崎病院	
3. フィールドワーク実施	タイでフィールドワーク	1990年8月1～9日	参加者18名
4. 機関誌発行	イ. ニューズレター	年4回	第5回総会特集号
	ロ. 学会誌	年1回	
5. 委員会の運営	イ. 国際PHC研究会		
	ロ. 編集委員会		
	ハ. 企画委員会		
	ニ. フィールドワーク委員会		

1990年度

## 決 算 書

1990年4月1日より1991年3月31日まで

日本国際保健医療学会

## 収入の部

勘 定 科 目	予算額	決算額	増 減	備 考
1. 会費収入	2,200,000	1,650,000	△550,000	学生2,500円×30 一般5,000円×315
2. 助成金収入 日本国際親善厚生財団	1,000,000	900,000	△100,000	一般事業助成
3. 寄付金収入	300,000	300,000	0	上尾甞生病院から
4. 広告収入	0	50,000	50,000	湧水製薬学会誌広告
5. 雑収入 受け取り利息など	4,000	9,445	5,445	
6. 前期繰越金	1,852,376	1,852,376	0	
収 入 合 計	5,356,376	4,761,821	△594,555	

## 支出の部

勘 定 科 目	予算額	決算額	増 減	備 考
1. 事業費 第5回総会補助費	1,000,000	1,000,000	0	第5回総会開催補助
地方会費	300,000	400,000	100,000	ワークショップの 補助含む
機関誌発行費	2,550,000	1,624,603	△925,397	学会誌1回 第5巻 ニューズレター 4回
調査研究費	1,000,000	0	△1,000,000	
2. 管 理 費 通信費	350,000	350,000	0	学会誌、ニューズレ ターなどの郵送代
交通費	0	0	0	
印刷費	50,000	80,958	30,958	パンフレット印刷
消耗品費	20,000	94,533	74,533	
図書費	0	0	0	
会議費	0	0	0	
3. 予 算 費	86,376	0	△86,376	
支 出 合 計	5,356,376	3,550,094	△1,806,282	
次期繰越収支差額	0	1,211,727	1,211,727	

## ●役員一覧（50音順）

### 顧問

大来 佐武郎（元外務大臣）  
島尾 忠男（財団法人結核予防会）  
堀田 進（神戸大学名誉教授）

### 理事

会長 丸地 信弘（信州大学医学部公衆衛生学）  
副会長 山本 俊一（東京大学名誉教授）

代表理事 津山 直一（国立身体障害者リハビリテーションセンター）  
理事 青木 正和（結核予防会結核研究所）  
石井 明（国立予防衛生研究所寄生虫部）  
石川 信克（結核予防会結核研究所国際協力部）  
今川 八束（麻布大学環境保健学）  
鶴飼 卓（大阪府立千里救急センター）  
内山 三郎（神戸大学医学研究国際交流センター）  
華表 宏育（産業医科大学公衆衛生学）  
川上 剛（労働省産業医学総合研究所）  
小池 達也（大阪市立弘済院付属病院整形外科）  
坂部 孝（元日本大学駿河台病院）  
志摩 チョ江（国際看護交流協会）  
高野 正孝（横浜甦生病院）  
多田 正毅（城西病院）  
西村 千代子（日赤幹部看護婦研修所）  
兵井 伸行（国立公衆衛生院衛生人口学部）  
藤岡 晨宏（兵庫県立尼崎病院）  
松村 武男（神戸大学医学部医動物学）  
丸井 英二（東京大学留学生センター）  
宗像 醇（元日本医科大学病院）  
山内 登貴夫（元岩波映画製作所）  
山本 保博（日本医科大学救命救急センター）  
我妻 堯（国立病院医療センター国際医療協力部）

### 監事

佐藤 喜一（元金沢医科大学熱帯医学研究所）  
中島 章（順天堂大学医学部眼科）  
深井 孝之助（元大阪大学微生物病研究所）

本号編集委員

丸井 英二

上原 鳴夫

川上 剛

楠本 一生

小池 達也

嶋田 雅暁

帖佐 徹

仲佐 保

萩原 弘一

林 正男

兵井 伸行

本多 徹

松田 晋哉

松田 正己

国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌、第6巻第1号  
THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION  
FOR INTERNATIONAL HEALTH Vol.6 No.1

平成4年3月 印刷・平成4年3月31日発行

定価 2,000円

発行人 津山直一  
編集人 丸井英二  
発行所 日本国際保健医療学会

〒307 茨城県結城市上の宮10745-24 城西病院内  
TEL 0296-33-2111

FAX 0296-32-1937

印刷：東洋印刷株式会社

〒160 東京都新宿区新宿 6-3-10

TEL 03-3352-7443

# 初めての純国産遺伝子組換えHBワクチン



## B型肝炎ウイルス母子感染の予防 汚染事故後のB型肝炎発症予防に

効能・効果  
追加!

- ① 高度に精製した組換え酵母由来のHBs抗原より成り、血液由来ワクチンより高率にHBs抗体を獲得します。
- ② 血液に由来する未知感染因子混入の危険性がありません。
- ③ 皮下及び筋肉内(10歳以上)接種が可能です。

### 〈効能・効果〉

1. B型肝炎の予防
2. B型肝炎ウイルス母子感染の予防(抗HBs人免疫グロブリンとの併用)
3. HBs抗原陽性かつHBe抗原陽性の血液による汚染事故後のB型肝炎発症予防(抗HBs人免疫グロブリンとの併用)

### 〈接種上の注意〉

本剤は、「予防接種実施規則」及び「予防接種実施要領」に準拠して使用する。

### 〔禁忌〕

接種前に被接種者について、問診及び視診によって、必要があると認められる場合には、更に聴打診等の方法によって、健康状態を調べ、被接種者が次のいずれかに該当すると認められた場合には、接種を行ってはならない。ただし、被接種者がB型肝炎ウイルスに感染するおそれがあり、かつ、本剤の接種により著しい障害をきたすおそれがないと認められる場合は、接種を行うことができる。

1. 発熱している者又は著しい栄養障害者
2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患又は肝臓疾患にかかっている者で、当該疾患が急性期若しくは増悪期又は活動期にあるもの
3. 本剤の成分によりアレルギーを呈するおそれがあることが明らかなる者
4. 本剤の接種により異常な副反応を呈したことがあることが明らかなる者
5. 接種前1年以内にけいれんの症状を呈したことがあることが明らかなる者

6. 妊娠していることが明らかなる者

7. 上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者(副反応)

1. 過敏症：ときに、疼痛、腫脹、腫脹、硬結、発赤、熱感、発熱、発疹があらわれることがある。2. 消化器：ときに嘔気、下痢、食欲不振があらわれることがある。3. 精神神経系：ときに頭痛があらわれることがある。4. その他：ときに倦怠感、関節痛があらわれることがある。

●用法・用量 接種時の注意その他については製品添付文書をご参照ください。

組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来)  
**Bビームゲン**<sup>®</sup>  
 Bimmugen<sup>®</sup> 劇指 ■生物学的製剤基準収載  
 (健保等一部限定適用)

資料請求先：  
 財化学及血清療法研究所営業部

製造元・販売  
**化血研**  
 熊本県清水町大塚668 千860

Continued from outside back cover

Luncheon Seminar :

Invitation to International Cooperation. Summary: E. Marui ..... 58

Satellite Symposium :

Health Issues of Foreigners in Japan. Summary: T. Nakasa ..... 59

ORIGINAL ARTICLE

The Role of Community Hospitals in Developing Countries: A Case Study in Thailand.

H. Murakami, T. Wagatsuma, H. Yanai and E. Marui ..... 61

SPECIAL ARTICLES FOR "PRIMARY HEALTH CARE IN JAPAN"

History of PHC and Community Participation in Japan. M. Hashimoto ..... 78

PHC on Tuberculosis Control in Post-War Japan. I. Moriguchi ..... 81

PHC through Ai-Iku Activities. A. Okamoto ..... 85

VIEWPOINT

Principles and Strategy in International Public Health Cooperation.

T. Shimao, S. Nozaki, M. Higure, N. Ishikawa, K. Fujisaki,  
E. Marui, N. Hyoui and T. Kawakami ..... 92

STATEMENT FROM THE EXCHANGE COUNCIL FOR INTERNATIONAL MEDICAL COOPERATION ..... 106

NOTICES

Information for 7th Annual Meeting of the Japan Association for International Health ..... 109

Instructions to Authors ..... 110

Annual Report of 1990 ..... 112

Financial Report of 1990 ..... 113

---

J I H A

Japan Association for International Health

(Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)

c/o Josai Hospital

10745-24 Kaminomiya, Yuhki City

Ibaraki Pref. Japan 307

Contents

**6TH ANNUAL CONGRESS OF THE JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH**  
**August 24-25, 1991 Institute for International Cooperation(IFIC), Tokyo, JAPAN**

<b>Opening Speech by the President of the Congress :</b>	
International Health Research. T. Wagatsuma .....	1
<b>Keynote Speech by Executive Director UNICEF :</b>	
1990s: Window of Opportunity for the World's Children and Human Development. J. P. Grant .....	8
<b>Symposium :</b>	
Subjects of International Health Research: by the Year 2000. Summary: S. Kaihara .....	30
International Health Research and Role of Japanese Cooperation. T. Wagatsuma .....	31
Research and Development in International Health. I. Arita .....	33
Research Needed for Global Tuberculosis Control. T. Shimao .....	39
<b>Research Report :</b>	
Health Management of Experts in Developing Countries. H. Ohara .....	43
<b>Special Session :</b>	
Exchange among Medical Associations concerning International Medical Cooperation.	
Summary: A. Ishii .....	49
<b>Workshop 1 :</b>	
Drinking Water and Health. Summary: K. Kawamura and K. Fujita .....	50
<b>Workshop 2 :</b>	
Primary Health Care and Community Participation. Summary: N. Hyoui .....	52
<b>Workshop 3 :</b>	
Overview of the Japanese International Training Courses for the Foreign Health Professions	
- towards Educational Methods. Summary: M. Matsuda .....	53
<b>Workshop 4 :</b>	
Appropriate Technology. Summary: Y. Nakamura .....	54
<b>Workshop 5 :</b>	
Will Japanese Experiences Work for Developing Countries? Summary: S. Ishii .....	56
<b>Special Symposium for International Decade for Natural Disaster Reduction(INDOR) :</b>	
Disaster Preparedness and the Role of Pan American Health Organization(PAHO). C. de Ville	
Summary: Y. Yamamoto .....	57

Continued on inside back cover

J I H A

Japan Association for International Health  
 (Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)  
 c/o Josai Hospital  
 10745-24 Kaminomiya, Yuhki City  
 Ibaraki Pref. Japan 307