

# 国際保健協力

梅内 拓生\*

**Key words** : 国際保健, 国際協力, 保健政策, プライマリーヘルスケア, 住民参加, 住民負担

## I 地球レベルの問題の認識

現代の科学技術文明は生産の飛躍的増大とそれに伴う産業構造と社会構造の変化をもたらした。今日ではいかなる民族, いかなる国もはや「誇り高き孤高」の状態に存在することはできない。あらゆるものがお互い密接に結び合わされており, 政治, 経済, 法律, 文化などであらゆる事物, 事象が相互関連し, 相互依存している現実を認めざるをえない。

確かに科学技術の発達のおかげで我々は生活水準の向上や寿命の延長など歴史的未曾有の果報を手に入れている。一方我々は天然資源の枯渇, 環境汚染, 人口の増大や貧困の拡大など人類の生存とそのための社会構造の維持に致命的な影響を及ぼす問題を抱えている。

過去数十年, 世界中でこの問題に対していろいろな取り組みがなされてきた。しかし, 問題の根は深く, 目に見えるような成果を得ずして事態は確実に深刻になっている。例えば AIDS 問題を考えても世界レベルのさまざまな取り組みにもかかわらず HIV 感染は蔓延しつづけている。WHO の控え目な予測でさえも西暦2000年までに HIV 感染者は世界で3000万~4000万人になり, かつ途上国では毎年180万人以上が AIDS で死亡するものとされている<sup>1)</sup>。HIV 感染は感染ルートが性交や注射によるもので理論上その予防は可能である。しかし, 実態は理論と異なり HIV 感染者は減少していない。なぜこうなっているのか, それは貧困と売春という社会問題や性の開放とい

う現代文化の問題, そして HIV 感染者の人権問題などが絡み合っており, 一筋縄ではいかないものと考えられる。しかし, これもよくみれば AIDS 問題の認識の仕方に主な問題があると考えられる。人は自分の目に見えるところ, すなわち身近に生じた問題には極めて強い関心を示す。しかし物事が自分から遠くなるにつれて関心が薄らぐのが常である。AIDS の場合も同様で, 自分自身, 家族や身内, そして親しい友人に AIDS や HIV 感染が生じた場合に初めて AIDS を真剣に考え始める。しかし事が生じてからでは遅すぎる。それでは一体どうすればよいのか, 事が生じる前に対策を講じることである。そのためには問題の的確な認識が必須であり, このため問題を常に身近なものとしてとらえるようにしなければならない。その実行のためには, 地球レベルの問題を個のレベルで考え, かつ, 反対に個の問題を世界レベルの問題で考えることをねらった教育や情報システムを創り出す必要がある。

我々は長い間, 西欧に生じた科学技術文明の果実を堪能してきた。ここでまさに日本は現代文明が直面しているこれら根深い問題の解決へ, リーダーシップをとるべく立ち上がらなければならない。それは, 個と全体, そして全体と個の結び付きを目指した認識の育成の為のシステムの創出である。

## II ODA からみた国際保健協力の問題点

上述の地球レベルの諸問題は1人の人や1つの国だけが原因となって生じたものだけではなく, 地球上のすべての人や国が関与して生じたもの, いうならば現代の科学技術文明が産み出したものといえる。したがって, この問題に立ち向かうには世界レベルの人々と国との協力が必要であるこ

\* 東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室  
連絡先: 〒113 東京都文京区本郷7-3-1  
東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室  
梅内拓生

とはいうまでもない。そしてそのための世界レベルの協力の一つが先進工業国を主とする途上国への公的な開発援助（Official Development Assistance/ODA）である。1990年のすべての国のODAの総額は全世界のGNPの0.35%にあたる540億ドルである<sup>2)</sup>。国連開発計画（UNDP）は途上国がかかえている貧困、人口増加、環境破壊などの問題に対するには、まず途上国自身があるレベルの経済力をつける必要があり、このために経済成長率を年2%以上に維持するものとする<sup>2)</sup>。更に2000億ドルの資金を投入する必要があるとしている<sup>2)</sup>。実際、この資金をどのように調達すべきか、それは容易なことではないが決して不可能ではない。国レベルの公的資金還流を考えてみると、先進工業国はGNPの25%以上を教育、保健医療や福祉のために国民へ還元している<sup>2)</sup>。もちろん世界の各国が自国民の生活の安定と改善に責任を持つことは最も重要な事ではある。しかし、どの国も地球レベルの諸問題を対岸の火事として眺められるものではない。この認識に立てば途上国へのODAは更に増やさねばならないことになる。UNDPはODAを現在のGNPの0.35%からその2倍の0.7%へ増加する必要があるとしている<sup>2)</sup>。一方ODAは資金量を増加することのみならずその使い方も考えなければならない。世界レベルでみると政治的配慮が優先して軍事費の高い国や、産油国へより多くのODAが与えられており、ODAをより必要とする貧しい国への配分が少ない。UNDPは地球レベルの問題解決にはまず教育、健康、経済を視野に入れた人間の開発が重要であり、国際協力はこの点を重視すべきであるとしている。しかし、現実には教育や保健分野などへのODAの配分は世界レベルでみると全体の10%以下である<sup>2,3)</sup>。実際、保健分野のODAは1981年～1985年の7%から1986年～1990年には6%と減少している<sup>2,3)</sup>。これを金額でみると1990年の保健分野のODAは40億ドルであり、NGOのそれと合わせても48億ドルである<sup>2,3)</sup>。これは途上国の一人当りにすると1ドルの援助額にしかない<sup>2,3)</sup>。UNDPとUNICEFは途上国の教育、保健そして安全な水の供給を確保するためにはこの分野のODAを全体の20%にまで上げる必要があるとしている<sup>3)</sup>。では一体日本のODAはどうであろうか。援助額では1990年で90億ドルと

米国に次いで2番であり、さらに1992年には111億ドルと米国を抜いて世界一になっている。しかし、教育、保健などへの配分は3%以下と先進工業国15カ国の中で12位と下から3番目である<sup>2,4)</sup>。北欧諸国のそれは10%から20%であり、米国も8%以上この分野にあてている<sup>2,4)</sup>。日本は「地球社会とその問題の解決」ということを念頭に入れてODAの資金額の増加だけでなく援助内容を含めて新しい視点から国際協力のあり方を考えなければならない。

### Ⅲ 保健医療サービス格差の問題

世界では富める国と貧しい国、富める者と貧しい者との経済格差が拡大の一途をたどっている。例えば現在、世界の人口の約20%の富める者が世界の全収入の80%以上も独占している<sup>5)</sup>。すなわち富める者（上位20%）と貧しい者（下位の20%）との収入格差は60倍もあるということである。この格差は途上国内においても益々拡大しつつある。例えばブラジルでは富める者（上位20%）と貧しい者（下位20%）との収入の格差は26倍もある<sup>5)</sup>。事実、途上国ではすでに12億以上の人々が日々の生活に必要な栄養と食料さえ得られないような貧困な生活を送っている<sup>5)</sup>。保健医療サービスの格差も大きく、途上国の多くは政府による必須医薬品の供給は必要量の30～40%しかなされていないのが事態である<sup>6)</sup>。この格差に対しどのような取り組みがなされて来たのだろうか。すでに1978年WHOとUNICEFは「西暦2000年までにすべての人に健康を」という世界目標を定め、これを遂行する方法としてPrimary Health Care（以下PHC）をかかげた。PHCの基本概念はPHCを社会経済発展の一つの要素として組み込むことであり、かつ社会の公平と正義のもとで社会経済発展を進めることである。このためには中央権限の地方への委譲をはかり、住民のイニシアチブと保健活動への積極的参加が重要であるとしている。PHCが多くの国で実行に移されてすでに15年以上も経っているが、一体PHCは途上国の保健医療の向上にいかなる貢献をなしたのか。いまだにこれを評価し得るような十分なデータはそろっていない。しかし依然としてPHCのサービスの恩恵をうけていない人が数十億人もいるというのが実態である<sup>7)</sup>。では厳然として存在する

この格差にどう対処すべきか。それともこれはそのまま放置してよいものなのか。答は“No”である。すなわちこの格差を見過ごせばそれは世界の社会構造の崩壊につながる可能性が高いことを我々は過去の経験から知っているからである。

#### Ⅳ 国際保健協力の経験から

この保健医療サービス格差の存在という現状認識に基き、東京大学大学院国際保健計画学教室が中心となって1993年から日本の政府機関、日本のNGO、そしてUNICEFやWHOなどの国連機関と共同して世界の12の途上国でDistrict Health Systemの改善事業に取り組んできた。以下その経験に基き国際保健医療協力の重要な事柄を述べる。

##### 1. 政策レベルでの協力の重要性

国際協力を行うにはまず相手国が何を望んでいるのか、そして協力しようとする事業がその国の政策のどこに位置するのかを十分見極めることが重要である。特に資金額の大きい協力事業の場合、相手国の保健政策の中心からはずれたメンタルなものの建築などで終わってしまう場合もあるので、十分に気をつける必要がある。資金額が小さい協力事業の場合、パイロットプロジェクトといわれるモデル開発プロジェクトになる場合が多い。この場合、協力期間あるいは協力資金が途絶えるとそれで消えてしまうことが多い。小さなプロジェクトといえども、まずそれが相手国の政策とどう関係づけられるかをよく見極め、そして協力してできあがったプロジェクトがそこに根づくようなものでなくてはならない。

##### 2. 住民参加の重要性

住民参加の基本概念は地域の問題をこのレベルでとらえると同時に個の問題を地域レベルの問題としてとらえることを狙ったものである。この住民参加による保健活動は何も途上国に限ったことではなく、先進工業国においても極めて重要なことである。途上国では人口の約70%以上がRural Areaに住んでおり、末端での公的保健医療サービスはヘルスセンターやサブヘルスセンターを中心に行われている<sup>8)</sup>。しかし、政府の保健予算の慢性的不足から必須医薬品の不足、ヘルススタッフの不足、そして彼らのモチベーションの低下などによりサービスの質の低下と利用率の低

下が問題にされている。この困難な問題の解決に立ち向かうには、中央政府や地方の行政府はもとより、まず住民がこれを自分の問題として認識し、そして問題解決のための行動をおこすことである。このことを念頭において協力計画が立案され、実行されることが最も重要である。このために計画の準備だけで1年間以上を費やす場合もある。特に注意すべきことはコミュニティレベルでいかに住民を計画の立案のみならず事業のマネジメント、そしてモニタリングに組み入れていくかを十分に考慮に入れることである。これは言うは易いが実行が極めて困難なことが多い。特に識字率の低い場合や、経済的に極めて貧困な国やコミュニティを相手にする時には困難が大きくなる。さらに重要なことは中央や地方のみならずコミュニティからいかに保健資源を開拓するかということである。中央政府や地方の行政府からの支援には限界があるので住民の手で作り上げた保健サービスシステムを協力者（ドナー）が去ってからも住民が自ら管理、維持するためにコミュニティが自らの努力で保健資源を生み出す必要があるからである。このことを前もって視野にいれ念入りな準備がなされなければ、国際保健協力事業はまさに絵に書いたモチとなるばかりではなく、反対にそれは住民にとって、はなはだ迷惑なことになるかねないからである。

##### 3. 現地にある人材の活用

相手国の保健人材の育成は国際保健協力事業の基本のひとつである。保健分野の人材育成を行う場合にまずその国の政策に基づいて、どの分野の人材の育成が必要であるのかを相手方と十分に検討する事が重要である。特に、育成された人材が政策の実施に十分に活用されるように考慮されるべきである。例えば、District Health Systemの改善を狙う場合、住民の教育に必要なコミュニティのボランティアをはじめコミュニティやディストリクトレベルのヘルスワーカーを中心としたトレーニングをできるだけ現地で行うようにすることが重要である。高い費用をかけて外国へトレーニングに出すことはかならずしも必要ない。もちろん中央政府のスタッフのトレーニングは外国で行われることもある。しかしその場合もトレーニングの目的とトレーニング終了後、どのようにそのスタッフを活用するのかを十分考える必要があ

る。さもなければ、外国でトレーニングを受けた後そのまま外国へ移住してしまう、いわゆる、ブレンドレーンを招きかねないからである。

## V 国際保健協力の将来

日本にも保健協力を始めいろんな分野で国際協力を行っている人やグループがいる。これらの人やグループがその経験や情報の交換のみならず、その活動を評価できるシステムを作ることを急がねばならない。日本国際保健医療学会の機能を強化拡大するのもそのひとつと考えられる。実際、昨年1995年の10月末に行われた第10回日本国際保健医療学会には国内外から多くの参加者を迎え、シンポジウム、ワークショップそして一般演題をあわせ160もの発表があったことは喜ばしい限りである。日本公衆衛生学会にも国際保健部門がもうけられたので、これの活性化も重要である。しかし、最も重要なことは過去、現在、未来を視野にいた、人類生存のための新しい国際協力を、初等教育から大学教育まで一貫したカリキュラムとして組み入れる必要がある<sup>9)</sup>。そして、その結実を日本の国際協力の政策に反映する事である。これが実現したときに、初めて日本はようやく世界

に向かって、日本が世界の一員であり、かつそのリーダーの役割を果たしていることを胸を張っていえるときが確実に来るものと考えている。そしてそのことを切に願っている。

(受付 '96. 1. 8)

## 文 献

- 1) The impact of the pandemic, AIDS in the world. Harvard University Press, 1992; 9-132.
- 2) Official development assistance. Human Development Report. UNDP, 1992; 41-45.
- 3) International assistance for health. World Development Report. World Bank, 1993; 165-171.
- 4) Aid flows. Human Development Report. UNDP, 1995; 204
- 5) The widening gap in global opportunities, Human Development Report. UNDP, 1992; 34-41.
- 6) 梅内拓生. 国際保健政策の現状と将来. 医学のあゆみ 1995; 172: 393-395.
- 7) Overview, Human Development Report. UNDP, 1990; 1-7.
- 8) Paul F. Basch. Primary Health Care. International Health. Oxford University Press. 1990; 200-224.
- 9) 梅内拓生. 「国際保健学」の展開. 学校保健研究 1993; 23: 50-55.