

## 国際保健戦略における政治性から経済性重視への 政策転換に関する考察

ユアサ 湯浅  
モトユキ 資之\*  
クテノ 建野  
セイキ 正毅\*  
ワカイ 若井  
ススム 晋<sup>2\*</sup>

1978年に提唱されたプライマリ・ヘルス・ケアは社会正義、公正、人権という政治的インタレスト（関心）に立脚し、「全ての人々に健康を」保障しようとする保健戦略であった。だがその一方で、米国を中心とする先進国、多国籍企業が強く求める貿易・資本・金融の自由化を推進する「グローバリゼーション」は世界を席卷するようになり、新自由主義経済体制の興隆に伴い全世界のあらゆる領域に経済性優先の価値基準がもたらされるようになった。その潮流を支える国際機関として、国際通貨基金や世界貿易機関とともに世界銀行は開発途上国の開発に大きな影響力を持つに至る。

健康への投資が経済成長の基になる論理をもった世界銀行は、1990年代保健への財政支援の優越性を獲得し、国際保健でも大きな発言力を持つようになった。すなわち今日では、公正、人権といった政治的インタレストは影を潜め、替わって予算配分、費用対効果、コスト削減、効率といった経済的インタレストが国際保健戦略の舞台で議論の中心となってきている。保健戦略の経済性への傾倒は「全ての人々に健康を」追及する世界保健機関の基本戦略に本質的問題を提起していると思われる。

**Key words** : グローバリゼーション, 経済性, 世界銀行, 世界保健機関, 国際保健戦略, ヘルス・セクター・リフォーム

### Ⅰ 緒 言

今日、世界の保健戦略はビジネス・センスによって決められていると言っても過言ではない。保健医療事者には聞き捨てならない発言であろうが、グローバルな視点で昨今の国際保健の動向を鳥瞰すると、効率と成果を最優先する経済的判断によって保健戦略が立案され、予算配分され、実施されていることがよく分かる。

1970年代後半、世界保健機関（WHO）と国連児童基金（UNICEF）は世界の全ての人々が健康を享受できる社会の創造に向けて、社会正義と公正を中心にすえた保健戦略を打ち立てた。だがそ

の一方で、貿易・資本・金融の自由化を通して巨大な国際市場を形成しようとする先進諸国や多国籍企業的意思に呼応し、国際通貨基金（IMF）と世界銀行は経済的インタレスト（関心）を重視した開発戦略を次々に展開していった。冷戦終結後の90年代には、新自由主義を標榜する米国の資本主義経済体制を普遍的規範とする「グローバリゼーション」が一層加速するに及んで、保健戦略立案の主導権はWHOから世界銀行へと移行していった。2000年代に入ると世界銀行自ら他のあらゆる関係機関との協力、いわゆるパートナーシップを強調するようになるが、すでに保健戦略が経済的判断によって決定される仕組みは不動のものとなった。もはや社会正義や公正といった政治的インタレストは影を潜め、替わって予算配分、費用対効果、コスト削減、効率といった経済的インタレストが議論の中心となった。

経済効率を重視することは確かに重要ではあるが、効率と公正は果たして何時の場合にも両立し

\* 国立国際医療センター国際医療協力局

<sup>2\*</sup> 東京大学医学部国際地域保健学

連絡先：〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課

湯浅資之

得るのか。また健康への投資が経済成長の基となる議論には賛同し得るが、経済的生産性向上を見据えただけの投資論は社会的弱者を排除する論理を誘導することはないのか。このように、保健戦略の経済性への傾倒は「全ての人々に健康を」追求する WHO の基本戦略に本質的問題を提起していると思われる。

本稿は国際保健戦略の中心が政治性から経済性へ転換して行く歴史的来歴を辿り、その具体的政策として進行しているヘルス・セクター・リフォームを概観し、最後に若干の考察を加え、経済的価値体系に染まる国際保健戦略の問題提起を試みたい。

## II 政治性を重視した国際保健戦略

1970年代は、60年代の経済開発一辺倒への反省、民族解放運動や非同盟運動の興隆等に伴って、公正、参加型開発、固有文化といった価値を尊重する開発論の百家争鳴の時代であった。保健医療の分野でも、植民地時代の宗主国の体制を受け継いだ先進国型医療体制に替わる開発途上国の保健医療戦略として、WHO と UNICEF がアルマ・アタ会議に於いてプライマリ・ヘルス・ケア (PHC)<sup>1)</sup>を提唱したのもそんな時代を背景としていた。

WHO と UNICEF は先進国型医療体制では一部の裕福層のみに医療の恩恵が限定され、その上かかる体制下で既得権益層が利益を貪る構造があることを批判した<sup>2)</sup>。そうした不公正な現実を打開し真に全ての民衆の保健医療とするためには社会正義と公正のあり方を論議する必要があった。そして J. MacDonald<sup>3)</sup>が PHC の基本理念として公正 equity, 住民参加 participation, 分野間協力 intersectional approach を挙げているように、PHC では社会と住民の政治的側面が強調されたのである。

## III 国際保健戦略転換の背後にある世界の潮流

多くの開発途上国で PHC が実践されかつ NGO を中心に草の根の保健活動が広く展開されている一方で、やがて全世界を巻き込むことになる大きな潮流が動き始めていた。「グローバリゼーション」である。これは一般的に通信・運輸等の

発達でヒト、モノ、カネ、情報、価値が多様に国境を越えていく現象であり、世界の縮小化と一体化を意味する。ところが M. Todaro<sup>4)</sup>がこれを「国家経済が、拡大する国際市場へ統合される度合いが増大すること」と定義するように、貿易・資本・金融の地球規模の経済統合にこそ、その核心がある。それ故「グローバリゼーション」の展開は全世界のあらゆる領域に経済性優先の価値基準をもたらすことになった。とりわけ「グローバリゼーション」の経済的側面を進展させた一役を担ってきたのは世界銀行である<sup>5)</sup>。のちに国際保健領域でも発言権を強めるようになった世界銀行は如何に開発の舞台に台頭してきたか、その隆盛の軌跡を辿ることは重要と思われるのでその来歴を概観する。

1929年に始まった世界大恐慌の後、不況克服のために世界各国は高関税や為替切り下げまたブロック経済化を推し進め、結果的に世界経済を大きく混乱させ第二次世界大戦へ突入したと言われている。その反省に立って、戦後の国際秩序は通商の自由化を目指すことが求められた。1944年連合国は戦後復興のシナリオを描くために米国ニューハンプシャー州ブレトンウッズで会議を開催し、国際金融の安定を維持する IMF と戦後復興の資金援助を行う世界銀行（正式には国際復興開発銀行）の設立を決定した<sup>6)</sup>（表1）。これをブレトンウッズ体制と呼び、両機関はその後機能を変遷しながらも戦後の自由経済体制の隆盛に大きな役割を果たすことになる。さらに47年には GATT（関税および貿易に関する一般協定）が発足し、世界の貿易自由化を推進する役目を果たしたが、95年以降は世界貿易機関 WTO が受継ぐことになった。

こうした GATT 体制下ではモノカルチャーな経済体制の途上国は、高価な工業製品の先進国からの買入れと安価な労働力と天然資源を先進国に「搾取」される不平等貿易を強いられた。不満を持った途上国は1960年代に入ると国連貿易開発会議（UNCTAD）を設立し、74年には自由化から途上国経済を守る「新国際経済秩序（NIEO）」を宣言して GATT 体制に対抗した<sup>7)</sup>。こうした途上国の動きは貿易・資本の自由化を推し進めるブレトンウッズ・GATT 体制の方針とは全く相容れないものであったため、IMF・世界銀行及び

表1 国際経済・開発戦略と保健戦略の年表

年 代	国際経済・開発戦略に関する出来事	保健戦略に関する出来事
1960年以前	1944 プレトンウッズ協定発足 (IMF・世界銀行設立) 1947 GATT (関税および貿易に関する一般協定) 発足	1946 世界保健機関憲章採択 (WHO 設立)
1960年代	1960 経済協力開発機構 (OECD) 設立 1964 国連貿易開発会議 (UNCTAD) 設立 1968 国連開発委員会の設置	
1970年代	1974 新国際経済秩序 (NIEO) 宣言 1974 国連経済特別総会「開発と国際経済協力」	1978 WHO/UNICEF による「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマ・アタ宣言」採択
1980年代	1980 構造調整プログラム (SAP) 開始 1985 プラザ合意 1986 GATT「ウルグアイ・ラウンド」展開 1987 UNICEF「人間の顔をした構造調整」提唱	1986 ヘルスプロモーションに関する国際会議「オタワ憲章」採択
1990年代	1995 WTO (世界貿易機関) 設立 1999 世界銀行「包括的開発フレームワーク (CDF)」提唱 1999 IMF・世界銀行「貧困削減戦略ペーパー (PRSP)」導入	1993 世界銀行「世界開発報告1993—人々の健康に対する投資」発表 1996 WHO「プライマリ・ヘルス・ケア・レビュー」発表 1997 世界銀行「保健、栄養、人口分野における戦略書」発表
2000年代	2000 世界銀行「世界開発報告2000/2001—貧困への戦い」発表	2002 WHO「マクロ経済と保健コミッション報告書」提言

GATTはNIEOを無視し、NIEOが実現化されることはなかった<sup>9)</sup>。

1980年代になるとIMFと世界銀行はNIEOに対する巻き返し<sup>9)</sup>を図るため「構造調整プログラム (SAP)」を導入した。SAPに関しては多くの成書<sup>4,8,10)</sup>が流布しているので本稿では詳細を割愛するが、要点のみ述べると、途上国の発展が阻害されているのはその硬直化し非弾力的な政治・経済・社会体制に原因があると考え、途上国へ譲許的借款 (返済義務の穏やかな融資) をする代わりに政治経済および社会構造を変革する「融資条件」の実施を途上国に義務付けた。この政策をSAPと言ひ、SAPを通じて世界銀行は途上国に対し自由経済体制の確立を求めつつその開発に大きな影響力を行使できるようになった。だが、SAPの融資条件が政府の関与を最小限に制限し (小さい政府、規制緩和)、自由化、民営化を目指したため保健や教育への公的支出は削減され、とりわけ貧困層は大きな打撃を受けることとなった<sup>10,12)</sup>。

冷戦後唯一の超大国となった米国の後押しを受けて、新自由主義経済を標榜する「グローバリ

ゼーション」は益々世界を席卷するようになった。それに連動してIMF・世界銀行が途上国に対する開発の主導権を發揮する構図は強固になっていったのである。

こうした新自由主義経済体制とプレトンウッズ体制を正当化する考え方に、J. Williamsonが概念化した「ワシントン・コンセンサス」がある<sup>13)</sup>。これは米国首都ワシントンに拠点を置く米国財務省・IMF・世界銀行等の共通認識を言う。すなわち、政府による統制撤廃 (規制緩和)、公共支出改革、為替レートと金利の自由化、貿易と外資本の自由化、民営化そして所有権の保障を実施すれば経済効率は高められ、延いては途上国の所得格差の緩和に寄与できるとする仮説である。同時に、欧米諸国が歴史を通して獲得してきた民主主義やグット・ガバナンス (よい統治) を取り入れ、コネ、縁故、賄賂、保護主義、非効率といった途上国固有の前近代的悪弊を改善することも求められている。

#### IV 経済性重視へ移行した国際保健戦略

前項で見て来た通り、1990年以降「グローバリ

ゼーション」の展開と表裏一体な途上国に対する開発戦略は、益々 IMF と世界銀行のイニシアティブに負うところが大きくなった。特に世界銀行は健康が発展の基との認識から保健医療分野に対する融資割合を着実に高め（図1）、発言力を増してきた。

中でも世界銀行は1993年, Harvard Center for Population and Development Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine 及び Swiss Tropical Institute の協力を得て, 副題を「人々の健康に対する投資」とする「世界開発報告」<sup>14)</sup>を発刊した。これは国際保健における世界銀行の主導的立場を鮮明にさせた歴史的文書となった（なお, 若井は本報告書に対する批判的見解を述べている<sup>15)</sup>）。報告書の中で, 途上国では裕福層に保健医療の投資が不公平に集中し, その是

正を妨害する既得権益層の存在を批判して資源投資の再分配の必要性を訴えた。不公平な保健医療システム批判を端緒とすることではアルマ・アタ宣言の底流にある問題意識と同様であるかのように見える。しかしここで注目したいことは, その処方箋の価値基準と具体案が経済学（正確には費用対効果）の論理に立脚している点が, 政治性と人権を重んじたアルマ・アタ宣言とで異なっていることである。すなわち「健康は個人の経済的な生産性を高め国家の経済成長を促す」（同報告書 p. 17-18）ゆえ, 経済成長に不可欠な要素として健康を意義付けている。この基本認識から報告書は健康課題を検討し, 下記の具体的戦略提言を行っている。

報告書に描かれた保健戦略は3つのアプローチから構成されている（図2）。第1に, 貧困層を対象に健康改善を可能とするための環境整備を挙げ, 具体的な施策として貧困層の経済成長, 基礎教育の充実およびジェンダー格差改善の必要性を説いた。第2に, 疾病や障害による負担を表す指標として障害調整人生年数（disability-adjusted life year, DALY）を紹介し, DALY が高くかつ費用効果の高い疾患に優先順位を与え, こうした疾患への対処策を公衆衛生と臨床サービスのパッケージで提供すべきことを提唱した。従来公衆衛生学が扱ってきた死亡率等では経済負担を優先順位化できないとの理由から, 世界銀行は Murray らが開発した DALY を疾病損失分析および費用対効果分析の指標として採用したのである。第3

図1 世界銀行の全セクターにおける保健セクター融資割合の変遷

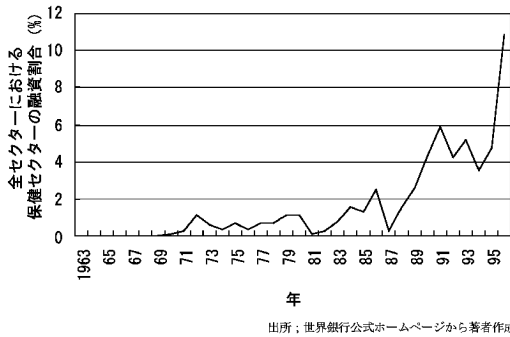
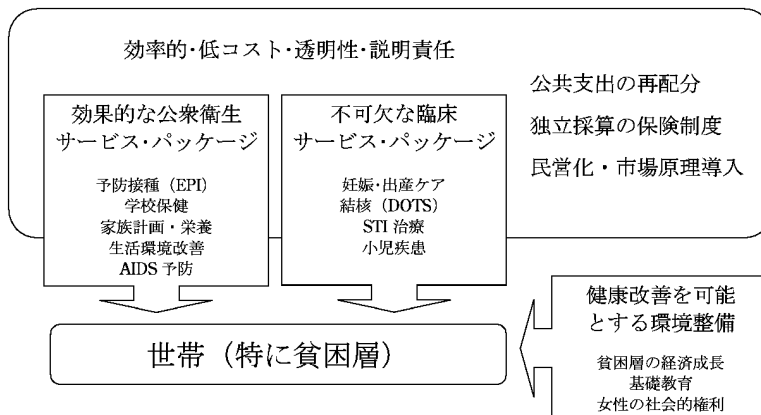


図2 「人々の健康に対する投資」に描かれた世界銀行の保健戦略の概要



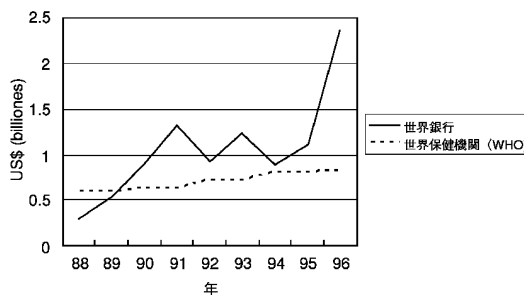
に、サービス・パッケージは効率的、低コスト、透明性および説明責任（アカウンタビリティ）を担保して提供されるべきで、そのためには公共支出分配の改革、独立採算な保険制度の確立、および市場原理の導入を行う必要があると提言した。

その後1997年に世界銀行は自身の国際保健における基本スタンスを「保健、栄養、人口分野における戦略書」<sup>16)</sup>にまとめ世に公表した。世界銀行の基本スタンスとは、貧困層を主たる対象とすること、パフォーマンス（成果）を重視すること、および持続性のある保健財政の確保に努めることの3点を挙げている。

このように国際保健の領域でもイニシアティブを発揮してきた世界銀行の開発理念は WHO へも多大な影響を与えてきた。以下に WHO が自らの政策に経済的視点を取り込んでいく事例を幾つか取り上げよう。

たとえば、93年の「世界開発報告」の中で DALY 算出結果を根拠に小児の5疾患を対象とした臨床パッケージの開発が提言され、WHO はその後この5疾患を中心とした疾病対策パッケージ (Integrated Management of Childhood Illnesses ; IMCI) を開発した。同様な勧告を受けて近年 WHO は妊娠・出産・早期新生児ケアを包括的に扱う臨床パッケージ (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth ; IMPAC) も開発し、その普及を開始した。また96年にはプライマリ・ヘルス・ケアの再評価を WHO 自身が公式に行ったが、「変貌する世界における PHC 理念と挑戦」と題する報告書<sup>17)</sup>にはアルマ・アタ宣言では論議の中心にはなかった費用対効果、効率性、資源の再配分等の視点から PHC を評価している。興味深いことに「適正技術 (appropriate technology)」の定義が、アルマ・アタ宣言時の「コミュニティにとって受けやすく (accessible)、受け入れやすく (acceptable)、まかない得る (affordable) 技術」とのニュアンスから、報告書では「最小のコストで最大の効果を上げる技術」へと表現形が変化している (同報告書 p. 5)。報告書のタイトルからも明らかのように、経済的インタレストを重視する昨今の風潮を機敏に察知した評価内容と言える。さらに2000年 Brundland 前事務総長の指示により WHO は「マクロ経済と保健委員会」を設置し、50のケース分析から保健へ

図3 世界銀行の健康への融資額と WHO 予算の変遷



出所：世界銀行・WHO 公式ホームページから著作作成

の投資がマクロ経済の成長に正の影響を及ぼしていることを検証した。そして2007年まで保健へ年270億米ドル、2015年まで年380億米ドルの追加資金の必要を訴えた報告書<sup>18)</sup>を02年に保健総会へ提出している。以上の事例は、世界銀行を多分に意識した WHO が経済性を重視した政策を展開しようとの意図が忖度されよう。

K. Buse ら<sup>19)</sup>はバングラディッシュの事例を挙げ、貧困国あるいは中進国の保健施策には WHO よりも世界銀行が財政的に大きな役割を果たしていることを報告している (図3)。さらに G. Yamey<sup>20)</sup>は「世界はまだ WHO を必要としているか？」という挑発的タイトルの論文を発表し、財政的に WHO の影響力が小さいことを認めた。だがその一方で、結核・マラリア・AIDS などの主要疾患の技術支援や「たばこ規制枠組み条約」など特定保健戦略の指導性に WHO の役割の再評価も試みている。

いずれにせよ昨今の国際保健戦略の立案過程をみると、財政支援で優位に立つ世界銀行の影響力を嵩に経済性が重視されていることを窺い知ることができる。

## V ヘルス・セクター・リフォーム (保健医療制度改革)

国際保健戦略が経済的判断基準で立案されていることの理解を助ける事例として、現在多くの途上国で最優先に推進されているヘルス・セクター・リフォーム政策 (Health Sector Reform ; HSR) を挙げる事ができる。

HSR は前述の構造調整貸付のコンディショナリティに基づく途上国の保健医療制度改革の他、

米国のレーガン政権（1981～88年）や英国のサッチャー政権（1979～90年）下に実施された医療制度改革など、南北を問わずすでに80年代には展開されていた保健政策である。しかし、その導入や実施に拍車が掛かった最も大きな転機は前述した世界銀行の「世界開発報告1993」である<sup>14,21)</sup>。報告書は不適切な資源配分、不公平、非効率性およびコストの激増の4つをヘルス・セクターにおける構造的欠陥と特定し、その改革（リフォーム）の必要性を説いたのである。

HSRの主要な論点をまとめると表2に示す3点に集約することができる。すなわち、肥大化した行政組織の合理化、市場原理の導入による効率性の向上、健康保険制度の整備による新市場の開拓と資源の再配分を目指すことが基本となっていると考えられる。実際は第1の「地方分権化」の個別政策は国ごとの分権化の進捗度合いによって異なる。たとえば、分権化が進んだフィリピンでは分権化によって分断された保健システムの再構築がむしろ中心課題である。一方、従来保健省より財務省等の権限が強かったサモアでは、保健政策企画力と執行力を高める目的から保健省の強化を図りつつ地方分権化を通じた保健システム再編を推し進めている。

第3の「公平化 equality」は経済的概念に由来し、政治性・人権に関係する「公正 equity」とは異なる概念であることに留意する必要がある<sup>22)</sup>。「世界開発報告1993」は「公平化」に健康保険制度の導入を挙げているが、その意義として裕福層の健康保険を自立化させて裕福層への公費補助を削減し、かつその資金を貧困層へ再配分することで貧困層の医療サービスへのアクセスを向上させ、延いては保健医療の新市場を開拓することで

表2 ヘルス・セクター・リフォームの3大特徴

地方分権化	保健省再編、地方への権限委譲を通して、迅速さと地域ニーズへの対応を改善する。
効率化	利用者負担、民営化、投資配分の変更などを通して、効率化を高める。
公平化	健康保険制度導入により貧困層の医療機関へのアクセスを拡大すると同時に、保険への公費補助の削減と税控除減額を通して、公共支出の再配分を図る。

経済的効果を高めることを意図している。

HSRの具体例として、フィリピン保健省が現在最重点政策として推進しているヘルス・セクター・リフォーム・アジェンダ（HSRA）を紹介したい。

1995年マニラで開催されたアジア開発銀行主催のHSRフォーラムを機に弾みがついた調査研究を基に、前J. Estrada政権下の「新中期開発計画」（1999～2004年）に合わせて、フィリピン保健省はHSRAを公表した<sup>23)</sup>。表3に示す5つの重点改革分野が挙げられ、それぞれに目標が併記された<sup>24)</sup>。重点分野と言っても全ての保健医療活動を包括する枠組みである。しかし、HSRは元来公衆衛生や保健学よりも開発経済学からの問題提起に由来していることから、同国のHSRAにおいても経営的手法を挿入しやすい病院改革や社会保険改革に比べ、公衆衛生改革の戦術は具体性や新鮮味に乏しい。また、前述のように同国はHSRAに先行して地方分権化（1991年）が行われたため、地域医療システム改革は分権化で分断されたリファラル・システムの再構築に焦点が向けられていることが特徴と思われる。5つの改革を相互に関連付けながらひとつのパッケージとして実施するところにHSRAの真価があるとされ

表3 フィリピンのヘルス・セクター・リフォーム（5つの重点改革分野）

病院改革	独立採算運営の強化、病院施設・機材の充実、人材育成
地域医療システム改革	地方自治体とコスト・シェアリングにより地域医療を確保、効率性の高いリファラル・システムの再構築、多様な地域アクターとの連携
公衆衛生改革	費用対効果の高い結核・マラリア・住血吸虫症などの疾患対策、予防接種、健康教育と疾病予防
規則・制度改革	医薬品・医療機材・保健医療施設に関する基準の制定、医薬品価格の低廉化、免許制度の整備
社会保険改革	健康保険制度の実現

出所；Administrative Order No. 37 Series 2001; Guidelines on the Operationalization of the Health Sector Reform Agenda Implementation Plan by All Bureaus, Programs, Offices, Centers for Health Development and Attached Agencies of the Department of Health, Republic of the Philippines

ており、全国から Convergence Site（改革特区）と称するモデル州・市を選び、集中的に5つの改革を実施する戦略を取っている。現在、世界銀行とアジア開発銀行が調整役となり、保健医療分野に関わる各国ドナーや国際機関はこの HSRA 政策に適合する形で援助するよう調整が図られている。

## VI 考 察

これまでの記述を基に若干の考察を試みたい。

コストの削減、効率性の改善、資本・資源の貧困層への傾斜配分を企図する経済観念に基づく戦略的運営は、部分的には従来の改革以上の出色した成果を創出する力を秘めている。競争原理の導入はサービスの質を高め、新技術開発への投資を招くであろう。だがその反面、保健医療サービスが市場化されることによる弊害、健康が商品化されることへの危惧は払拭されない。経済性優先や自由化至上主義は多くの危険を孕むものであることを再三思考する必要がある。一例を挙げれば、「グローバリゼーション」の一役を担う WTO の健康と公衆衛生に関して指摘されている矛盾点だけでも、遺伝子組み換え作物、医薬品問題、食品の安全基準など枚挙に遑がない<sup>25)</sup>。貿易の自由化を最優先することによる健康侵害が深刻化しているのである。

「ワシントン・コンセンサス」では効率と公正の問題は矛盾しないとされた<sup>19)</sup>。確かに効率化による余剰予算は公正のために使用可能ではあろう。だがそれは部分的に真なのであって何時でも成り立つ命題かと問うべきである。卑近な例を挙げれば、住民主体の保健活動を展開するのに何時いつまでに云々の成果を出さなければならない、と急ぐことが現実的であろうか。学習なきところに成長、発展がないことは参加型開発の鉄則であり、まして成人の学習過程は抵抗的で長時間を要するなど非効率であることは心理社会学の教えるところである<sup>26)</sup>。つまり住民が学習しつつ成長する段階に効率性を評価尺度とすることには難がある。効率を重視することは成果を急ぐ余り専門家主導に陥ることを警戒すべきである。誰もが健康な地域づくりに参加できる人権理念に基づく公正こそ主体的住民活動には相応しい。

健康への投資が経済成長、家計そして貧困削減

へどれ程の効果を及ぼしているか、これまで多くの調査が実施されてきた<sup>27)</sup>。それらの結果を根拠に、健康への投資は経済成長の基になるとの確信が世界銀行の保健医療分野への参入を正当付けてきた。その論理は正しく、為政者や財務当局者に保健を重視させる動機付けには有効である。だがこうした考え方は戦前のわが国の健民健兵策を持ち出すまでもなく、国家、社会に貢献できない健康状況にある人々、具体的には経済活動に参加できない障害者や高齢者らの健康を後回しにする理屈を誘発しないとも限らない。これは人権、公正という政治的インタレストを忘れて効率、コストを優先する経済的インタレストのみが暴走したときに起こり得る。経済的価値基準の篩にかけて一部の人が排除されることを危惧した国際労働機関（ILO）は、「社会的排除（Social Exclusion）」と言う概念を用いて警鐘を与え、経済的権利の他に政治的・社会的権利の保障を提唱している。例えば、DALY の算出で優先リストから零れ落ち社会的に弱い立場に置かれた人々へのセーフティネット（社会的安全網）の構築は焦眉の課題であろう。

## VII 結 語

今や先進国に生きる我々の生活の隅々まで「グローバリゼーション」は浸透している。片や、近代文明に隔絶されてきた途上国の村々にもその波は押し寄せている。「グローバリゼーションは、クレジット・カードを持っているものと持っていないもの、メールにアクセスできるものとできないもの、権利を享受できるものと排除されるもの、そして勝者と敗者とを明確に分離してきました。激しい技術の変化、膨大な情報の流通、リスクの拡大は、これらに対応できる人とできない人との格差をいちじるしく拡大してきたのです。」と伊豫谷<sup>28)</sup>が指摘するように、「グローバリゼーション」は人の好むと好まざるとに関係なく人々を差別化してきている。

だが、アジア人で初のノーベル経済学賞を受賞した A. Sen<sup>29)</sup>は貧困者に「グローバリゼーション」の窓口を閉ざすことは開発への道を閉ざすことであり、経済的グローバル化の恩恵を分かち合うことが可能かどうかは国際的な取り決めにかかっていると主張した。同様に、世界銀行の元チー

フ・エコノミストのJ. Stiglitz<sup>30)</sup>は「問題はグローバル化にあるのではなく、それをどのように進めるかにある。問題の一端は国際的な経済機関、すなわちIMF、世界銀行、WTOにある。」と断言した(彼は1999年末、アジアの経済危機においてIMFと世界銀行の政策に失敗があったと批判したためチーフ・エコノミストの職から解任された)。すなわち今日の世界の潮流は止めがたいが、それを如何に受け止めていかに問題の所在があると言明する。

この問いかけはそのまま保健への挑戦状でもある。経済論理が跋扈する世界で「すべての人々に健康を」追求する取り組みに突きつけられた課題は、排除され得る人々の健康に生きる権利を保障する公正な社会を創造することができるかと言うことである。これからの時代が正に正念場ではなかろうか。

本稿執筆にあたり資料提供頂いた八神敦雄氏(厚生労働省)、神馬征峰氏(東京大学)、澤田和美氏(東京医科歯科大学)、荻原隆二氏(フィリピン国保健省派遣専門家)にこの場をお借りして深謝申し上げます。

(受付 2003. 5.15)  
(採用 2003. 8.21)

## 文 献

- WHO, UNICEF. Report of the international conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, Geneva, 1978.
- 湯浅資之, 吉田友哉, 菅波 茂, 他. プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点の考察—第2稿; 人口・疾病・社会政治構造の視点から見た相違点—, 日本公衛誌 2002; 49(8): 720-728.
- MacDonald JJ. Primary Health Care: Medicine its place, Kumarian press library of management for development, 1993.
- マイケル・P・トダロ著, 岡田靖夫監訳, ODCI 開発経済研究会訳. M・トダロの開発経済学—第6版, 東京: 国際協力出版会, 1997; 640-647.
- 大野 泉. 世界銀行—開発援助戦略の変革, 東京: NTT 出版, 2000; 22-46.
- 若井 晋, 三好亜矢子, 生江明編. 学ぶ・未来・NGO-NGOに携わるとは何か, 東京: 新評論, 2001; 47-55.
- 中村雅秀. 開発と世界経済—パクス・アメリカナと発展途上国, 京都: ミネルヴァ書房, 2000; 105-136.
- 土生長穂編. 開発とグローバル化—グローバル化とグローバリゼーション, 東京: 柏書房, 2000; 40-42.
- 鷺見一夫. 世界貿易機関を斬る, 東京: 明窓書房, 1996; 62, 232.
- ミシェル・チョスドフスキー著, 郭洋春訳. 貧困の世界化—IMFと世界銀行による構造調整の衝撃, 東京: 柘植書房新社, 1999.
- デイヴィッド・ワーナー, デイヴィッド・サンダース著, 池住義憲, 若井晋監訳. いのち・開発・NGO—子どもの健康が地球社会を変える, 東京: 新評論, 1998.
- Logie D, Woodroffe J. Structural adjustment: the wrong prescription for Africa, BMJ 1993; 307: 41-44.
- Williamson J. Democracy and the 'Washington Consensus', World Development 21, World Bank, Washington, USA, 1993.
- World Bank. World development report 1993; Investing in health-World development indicators, New York; Oxford University Press, 1993.
- Wakai S. Primary health care project and social development, Lancet 1995; 345: 1241.
- World Bank. Health, nutrition, and population sector strategy paper, Washington, USA, 1997.
- Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world; Alma-Ata revisited, WHO, Geneva, 1996.
- WHO. Report of WHO commission on macroeconomics and health, WHO, Geneva, 2001.
- Buse K, Gwin C. The world bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh, Lancet 1998; 351: 665-669.
- Yamey G. Why does the world still need WHO?, BMJ 2002; 325: 1294-1298.
- パウル・バッシュ著, 梅内拓生監修, PHC 開発研究会翻訳. バッシュ国際保健学講座—第2版, 東京: じほう, 2001; 421.
- イヴァン・イリッチ他著, 三浦清隆他訳. 脱開発の時代—現代社会を解読するキーワード辞典, 東京: 晶文社, 1998; 59-79.
- Department of Health, the Philippines. Sa reporma... Health ang una! —Health sector reform agenda 1999-2004, Manila, 1999.
- Department of Health, the Philippines. Guidelines on the operationalization of the health sector reform agenda implementation plan by all bureaus, programs, offices, centers for health development and attached agencies of the department of health; Administrative Order No. 37 series, Manila, 2001.
- パブリック・シティズン著, ラルフ・ネーダー監修, 海外市民活動情報センター監訳. 誰のためのWTOか?, 東京: 緑風出版, 2001; 84-174.



- 26) ナンシー・ウイトマン他著, 安酸史子監訳. ナースのための患者教育と健康教育, 東京: 医学書院, 2000; 162-173.
- 27) Pan American Health Organization. Investment in health; Social and economic returns, Scientific and technical publication No. 582, Washington, USA, 2001.
- 28) 伊豫谷登士翁. グローバリゼーションとは何か—液状化する世界を読み解く, 東京: 平凡社, 2002; 157.
- 29) アマルティア・セン著, 大石りら訳. 貧困の克服—アジア発展の鍵は何か, 東京: 集英社, 2002; 144-148.
- 30) ジョセフ・スティグリッツ著, 鈴木主税訳. 世界を不幸にしたグローバリズムの正体, 東京: 徳間書店, 2002; 305-353.

---

## SHIFTING OF EMPHASIS IN THE WORLD HEALTH SECTOR STRATEGY; FROM POLITICAL CONCERNS TO ECONOMIC ONES

Motoyuki YUASA\*, Seiki TATENO\*, and Susumu WAKAI<sup>2\*</sup>

**Key words** : Globalization, economics, world bank, world health organization, international health strategy, health sector reform

Primary Health Care, proclaimed by WHO in 1978, is a health strategy that aims to achieve the ultimate objective “Health For All”, with underlying political concerns for ideals such as social justice, equity and human rights. Meanwhile, “globalization”, urged by the U.S.A., other developed countries and multinational corporations, has since promoted liberalization of trade, capital and finance, which has in the past few decades been sweeping all over the world. With this “new economic liberalism”, values that put much emphasis on economic efficiency are now at the forefront. The World Bank, which supports the tendency along with the International Monetary Fund and the World Trade Organization, has become an influential actor in helping developing countries to prosper economically.

The World Bank, whose basic idea is that investment in health is basic for economic growth, has in the 1990s also exerted considerable influence on the international health sector with its overwhelming provision of financial assistance. Instead of political concerns like equity and human rights, ‘economic concerns’ such as fairer budget allocation, cost-effectiveness, cost reduction and efficiency have now become main points for discussion in the international health field. This shift in emphasis poses fundamental questions for the core goal of the World Health Organization; “Health For All”.

---

\* Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan

<sup>2\*</sup> Department of Community Health, Graduate School of International Health, Faculty of Medicine, University of Tokyo