

## だれひとり取り残さない国際保健医療をめざして

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授

大阪大学 名誉教授 中村 安秀



Yasuhide NAKAMURA

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授

1977年東京大学医学部医学科卒業。小児科医。都立病院小児科、JICA 専門家（インドネシア）、UNHCR（アフガン難民医療）、東京大学小児科講師、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て、2017年より現職。大阪大学名誉教授。

日本国際保健医療学会理事長、国際ボランティア学会会長、国際母子手帳委員会代表、ジャパン・プラットフォーム副代表。2015年に第43回医療功労賞を受賞。

### （1）理不尽な格差に満ちあふれた世界

世界は理不尽な格差に満ちあふれている。

2015年10月、世界医師会（WMA）会長になったばかりのマイケル・マーモット卿（Sir Michael Marmot）の就任演説は世界の大きな反響を呼んだ。健康の社会的要因に関する世界保健機関（WHO）の大規模調査チームのリーダーを務め、教育や貧困といった社会的要因が世代を超えて健康に大きな影響を与えている状況を分析したマーモット卿は、貧困と不平等が健康の不公平な分配につながっていることを指摘した。タンザニアの4,800万人、パラグアイの700万人、ラトビアの200万人の総所得と米国のヘッジファンドマネジャー25人の所得が同じであることを指摘し、「多額のお金があるにはあるのです。各国間の大きな不平等のせいで、貧困者に恩恵をもたらすやり方でお金が使われていないのです。」と訴えた。世界医師会という最も恵まれた既得権を持つ団体が、「医師は貧しい人々の生来の弁護人」と言明し、格差の是正に乗り出さねばならないくらい、世界を取り巻く事態は深刻である。

このような貧富の格差は、命の格差に直結している。私自身が暮らしたことのあるインドネシアを例にとってみよう。一握りの最も裕福な人たちは、病気の治療のために近隣のシンガポールやマレーシアの大病院を受診する。一方、富裕層の多くは、インドネシア国内の有料の民間病院を受診する。そこでは、欧米の留学から帰国した医師が診察し、高額の検査機器が備えられ、特等の病室はホテルのスイ

ートルームのようである。多くの都市の一般住民は公立病院を受診することになるが、待ち時間が長く、限られた検査しかできない。しかし、農村部の住民はもっと悲惨である。病気になったときに、地域医療機関としての保健所や地域病院の果たす役割は大きく、2014年には国民皆保険システムが動き始めた。しかし、病院までの交通機関に乏しい、交通費が払えない、労働に忙しくて時間がないなど種々の理由により、医療機関へのアクセスそのものが困難な状況である。また、医療機関においては、医師がいない、血圧計や体温計といった基本的な医療機材がない、医薬品の供給が不十分であるなど、問題は多い。それらの結果、インドネシアでは、乳児死亡率（出生1000人当たりの1歳未満児の死亡数）は最も低いリアウ州で27、最も高いパプア州で114、その格差は4.3倍であった（インドネシア人口保健調査2012年）。

このように、多くの途上国では、医療従事者や医療施設の絶対数の乏しさに加え、極端な大都市への医療の遍在が見られる。人口の大多数が住んでいる農村部の診療所では医師も不在で医薬品もほとんど入手できない一方、大都市の病院では最新の検査機器やレントゲン機器が完備している。また、不安定な政治体制、経済発展の停滞、国内の貧富の格差の増大などの社会経済的背景はもとより、感染症の蔓延、栄養障害の存在、保健医療システムの問題、伝統的医療との相克など解決すべき保健医療分野の課題が山積している。

## (2) プライマリヘルスケアの理念とミレニアム開発目標

世界各国で直面している保健医療問題の多くは、単に医療や保健の分野だけで解決することが困難であり、国際経済、政治、社会全体にわたるグローバルな矛盾と深く関わっている。1970 年後半に、社会改革の理念として登場したのが、WHO が中心になって提唱したプライマリヘルスケア (PHC) の概念であった。

1960 年代後半から 70 年代にかけて、米ソを中心とする東西対立の激化と同時に、先進諸国と途上国のあいだの南北問題が顕在化する中で、いくつかの画期的な試みが行われた。ひとつは、シューマッハーが提唱した中間技術の概念であり、1973 年に出版された『スモール・イズ・ビューティフル』は適正技術の重要性と理論化に大きな役割を果たした。また、デビッド・ワーナーの名著『医者はいないところで』が 1977 年に発刊され、途上国のフィールドにおける保健医療の実践的指針としてその後長く活用されることになった。

しかし、種々の試みにも関わらず、多くの途上国では問題が解決しなかったばかりか、より矛盾が増大していった。保健予算の病院への集中、農村部における医師の不在など、保健医療サービスの不公平さはますます増大し、農村部に住む多くの住民にとっては基本的な保健医療サービスさえ受けられない厳しい状況が続いていた。

表 1 プライマリヘルスケア

(アルマアタ宣言第 6 章：著者による日本語訳)

プライマリヘルスケアは、科学的に有効かつ社会的に受容できるやり方や技術に基づく必要不可欠なヘルスケアである。自立と自決の精神に則り、コミュニティや国がその発展の度合いに応じ負担できる費用の範囲内で、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものである。

(出典：WHO：Report of the International Conference on Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978 より著者が作成した)

途上国だけでなく先進諸国においても、貧富の格差の増大、ストレスの増加、薬物やアルコール中毒者の増加など、健康を脅かす種々の社会的状況はより深刻化してきた。このような状況に対処し、

「2000 年までにすべての人々に健康を！」という世界共通のゴールを目指すための戦略として、1978 年 9 月のアルマアタ宣言で取り上げられたのが、PHC の理念である (表 1)。

PHC はあくまでも抽象的な理念であり、その実践面においては、当然のことながら、国により、地域により、大きな違いがみられる。PHC の理念としては、「公平さ」と「参加」という旧来の保健医療に認められない革新的な思想が織り込まれていた。保健医療サービスは医師や看護師という専門職から与えられるという一方通行ではなく、住民や患者の主體的な参画のもとで届けられるべきであるという原則である。また、「自立と自決」とは、患者や住民が必要とするサービスを自分たちで決定することができるという理念を謳ったものである。住民参加、地域資源の有効活用、適正技術、統合と各分野の協調という PHC の基本原則は、現在でも地域で保健医療活動を展開していくときの必要条件であると考えられる。

表 2 国連ミレニアム開発目標

(UN Millennium Development Goals : **MDGs**)

- 1 貧困と飢餓の根絶
- 2 普遍的な初等教育の実現
- 3 男女均等と女性のエンパワメント
- 4 小児死亡の減少
- 5 妊産婦の健康の向上
- 6 エイズ、マラリア、その他の疾病との戦い
- 7 持続可能な環境の保持
- 8 開発のためのグローバルな協働の展開

2015 年までに、191 の国連加盟国は上記目標を達成しなければならない

(出典：UNDP：2002 年次報告書)

1990 年代になって、旧ソビエト連邦の崩壊とそれに伴う東西対立の構図がくずれ、保健医療問題は人口問題や環境問題と直結した地球規模のグローバルな課題と考えられるようになった。国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、21 世紀の初頭に一つの共通の枠組みとしてまとめたミレニアム開発目標においては、貧困と飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダー平等と女性のエンパワメント、環境の持続可能性の確保などの課題とともに、健康問題も大きな課題として取り上げられた

(表2)。保健医療分野は8項目のうち3項目を占め、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善、エイズやマラリアなどの感染症の蔓延防止が掲げられている。具体的に、5歳未満児死亡率を3分の1に減少する、妊産婦死亡率を4分の1に減少する、HIV/エイズやマラリアなどの感染症の蔓延を阻止し罹患を減少させる、といった目標が掲げられ、2015年までに達成するという各国の責務が明確に示された。

### (3) 持続可能な開発のために

2015年は、国際協力にとっては重要な転差点となった年であった。2015年9月の第70回国連総会において、「わたしたちの世界を変革する持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択された。このなかで、17の持続可能な開発目標(SDGs)があげられ(表3)、169の具体的なターゲットが設定された。MDGsのシンプルなメッセージと比較すると、貧困、食料、栄養、保健医療、教育、ジェンダー、水と衛生、雇用、産業、居住、消費、気候変動、海洋資源、森林、生物多様性、司法制度、グローバル・パートナーシップといったように、人と自然にかかわるすべての事項を網羅せざるを得なかったように見える。

一方、どの国においても共通する課題として、「だれひとり取り残さない(no one will be left behind)ことを誓い、人々の尊厳は基本的なものであると認識し、最も遅れているところから最初に手を伸ばすべく努力する」ことが宣言された。先進国や途上国という区分を越えて、格差をなくす取り組みを同時代的に地球規模で行おうという画期的な発想である。残念ながら、日本国内では「2030アジェンダ」や持続可能な開発目標についてほとんど報道されなかった。しかし、国連総会で「だれひとり取り残さない」というテーマの持続可能な開発目標が設定されたことを日本国内で伝えると、大きな反響があった。とくに、福島原発事故でいまま避難生活を余儀なくされている家族や昭和30年代に重症心身障害児を守る活動をしている人たちからは、わたしたちと世界がつながっているという意味で励まされたという連帯のメッセージが寄せられた。

### (4) 地域から国際へ、国際から地域へ、

今後は、SDGsの実現をめざして、グローバルな国際協力活動が世界中で展開していくであろう。21

世紀の日本の社会のあり方を考える時に、国際協力の営みのなかで日本自身も途上国の活動に学ぶ必要性があることを強調したい。都市化と高齢化という戦後のわが国がたどってきた少子高齢化社会における地域社会の問題は、アジアではすでに現実の課題となっている。アジア諸国における保健医療改革のスピードは早く、急激に変化する社会経済状況に即時に対応していく政治的な決断力の点においては、日本の保健医療関係者がアジアから学ぶところも少なくない。

また日本国内に目を転じて、多くの外国人が定住し、夫婦が外国人および国際結婚した外国人の増加により、出身国の文化やコミュニティを尊重しつつ、日本社会の中でどのように出産し子育てを行うかということが大きな課題となっている。いいかえれば、多民族および多文化共生社会における地域保健医療のあり方が問われているといえる。言語と文化が異なる患者が病院を受診するときには、コミュニケーションを支援する医療通訳者の存在が必要不可欠になっている。すでに韓国は政府をあげて医療通訳者の育成プログラムを実施し、台湾では外国語学部が中心になって医療通訳者協議会を立ち上げ、タイでは民間病院が数十名の医療通訳者を雇用している。

このように、同時代的に共通する課題に、各国がしのぎを削って取り組んでいる。まさに、グローバル化の世界において、国境を越えて共通する問題が生じたときに、課題解決の方法論も共有することができる。ITCを使えば、国境を越えて連帯するのは難しいことではない。また、わたしたちが取り組む新しいSDGsの理念では、「だれひとり取り残さない」ことが求められている。国や地域を超えて、異なる文化や言語、宗教をもっているひとりひとりの生活を大切にしながら、だれひとり取り残さない国際協力が求められている。だれひとり取り残さないとは、具体的にいえば、貧困で悩む人びと、障がい者、性的少数者、離島やへき地に住む人びと、少数民族の人びと、難民・移民など、マイノリティーと考えられている人びとの存在を忘れないと行動することにつながる。「だれひとり取り残さない」保健医療のために、自国だけで完結できるシステムを構築する時代は終わりを告げた。

表3 持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)

- 目標 1. あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる
  - 目標 2. 飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する
  - 目標 3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する
  - 目標 4. すべての人々への包摂的かつ公正な質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を促進する
  - 目標 5. ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女児の能力強化を行う
  - 目標 6. すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する
  - 目標 7. すべての人々の、安価かつ信頼できる持続可能な近代的エネルギーへのアクセスを確保する
  - 目標 8. 包摂的かつ持続可能な経済成長及びすべての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用(ディーセント・ワーク)を促進する
  - 目標 9. 強靱なインフラ構築、包摂的かつ持続可能な産業化の促進及びイノベーションの推進を図る
  - 目標 10. 各国内及び各国間の不平等を是正する
  - 目標 11. 包摂的で安全かつ強靱(レジリエント) で持続可能な都市及び人間居住を実現する
  - 目標 12. 持続可能な生産消費形態を確保する
  - 目標 13. 気候変動及びその影響を軽減するための緊急対策を講じる\*
  - 目標 14. 持続可能な開発のために海洋資源を保全し、持続可能な形で利用する
  - 目標 15. 陸域生態系の保護、回復、持続可能な利用の推進、持続可能な森林の経営、砂漠化への対処、ならびに土地の劣化の阻止・回復及び生物多様性の損失を阻止する
  - 目標 16. 持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する
  - 目標 17. 持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する
- (United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 18 September 2015 より著者が翻訳)

2011年の東日本大震災に際して、日本には海外から過去最大規模の支援が寄せられた。グローバル世界のなかで、人と人がつながり、国と国がつながっている。当然のことながら、国際的な緊急支援を行うこともあり、ときには緊急支援を受ける側に回ることもある。東日本大震災のときには、スーダン共和国の高校生が自発的に募金活動を行い、集まった義援金を大使館に届けたという。このように世界から共感と連帯の支援を受けたことを忘れることなく次世代に語り継ぐとともに、今後は、国境を越えたグローバルな双方向の関係性のなかで、ともに学びともに育つ共生の国際協力の新しいあり方が問われている。

本稿は、17年間在職した大阪大学大学院人間科学研究科の退官記念講義(2017年2月)の一部を加筆修正したものである。関係者の方々のご厚意に感謝申しあげる。

参考文献:

- 1) 中村安秀. 国際協力とグローバル共生. 共生学が創る世界(河森正人、栗本英世、志水宏吉編集). Pp. 78-92、2016年3月、大阪大学出版会、大阪
- 2) 中村安秀. 保健医療. 新版 国際協力論を学ぶ人のために(内海成治編集). Pp. 160-176、2016年3月、世界思想社、京都
- 3) Schumacher, EF (1973) "Small is Beautiful" Vintage Books; New Ed (『スモール・イズ・ビューティフル』E・F・シューマッハー著 小島慶三ら訳(1986) 講談社学術文庫)
- 4) Werner D, Thuman C, Maxwell J (1992) "Where There is No Doctor: A Village Health Care Handbook." MacMillan, London, (『医者いなくて一村のヘルスケア手引書』シエア=国際保健協力市民の会訳 2009)