JICA PHCの手引き －すこやかな地域社会を目指して－

平成十年二月

国際協力事業団

J00
98
JICA

JICA
プライマリ・ヘルスケア（PHC）の手引き

－すこやかな地域社会を目指して－

平成10年2月

JICA LIBRARY
J 1150351 [3]

国際協力事業団
医療協力部

医 JR
98 － 09

JICA
プライマリ・ヘルスケア（PHC）
の手引き

ーすこやかな地域社会を目指してー

平成１０年２月

JICA海外医療協力委員会PHC専門部会

本書の活用方法について

本報告書は海外医療協力委員会の依頼を受けて編成されたタスクフォース並びに関連分野の専門家の提言をまとめたものである。

本書を編集・作成する際に読み手として考えられたのは以下の３グループであり、それぞれの読み手のニーズにあわせて本書を活用できるよう構成した。

① ＯＤＡに関する政策決定者、実施・計画担当者、
② 国際協力事業団等の保健分野プロジェクトにかかわる専門家、
③ 開発途上国におけるプライマリ・ヘルスケア（ＰＨＣ）等に興味があり将来何らかの形でこのようなプロジェクトに参加を希望し基礎から学ぼうと考える者

本書は第１部、第２部および Annex で構成される。第１部は、ＰＨＣに関する総論であり、第２部には、ＪＩＣＡによるＰＨＣプロジェクトに関してこれまでに実施されたプロジェクトの事例分析、ＪＩＣＡ ＰＨＣプロジェクトの政策 [1]並びに戦略的 [2]視点からの考察、更には同プロジェクトへの提言を記した。また、Annex にはＪＩＣＡ ＰＨＣガイドラインと題して、プロジェクトにかかわる上で必須と思われる活動に関する説明等を記した。

1150351 [3]

---

[1] 政策的： 本報告書では、ＰＨＣプロジェクトを草の根からの人的、財的資源の育成やその管理能力の育成といったより広い立場でとらえるという見方を指す。
[2] 戦略的： 本報告書では、ＰＨＣプロジェクトの場所、期間、人の配置などプロジェクトを実施する場合の方策を中心とした見方をいう。

海外医療協力委員会プライマリ・ヘルスケア（PHC）
専門部会最終報告書

― 目　次 ―

序 …… iii

海外医療協力委員会PHCタスクフォース専門部会委員一覧 …… iv

海外医療協力委員会PHC専門部会最終報告書作業部会メンバー一覧 …… v

Executive Summary …… vi

略語 …… xiii

基本的PHC関連用語 …… xv

第1部　総論

第1章 日本の地域保健活動と世界のPHCの歴史

- 日本の地域保健活動の歴史とプライマリ・ヘルスケア …… 5
- わが国の経験から学ぶPHC …… 17
- PHCの歴史的背景 …… 23
- アルマ・アタ宣言以降の世界のPHCの流れ …… 29

第2章 PHCの理念

- 保健システムに於けるPHCの意義 …… 37
- 国際協力とPHC …… 39
- PHCの現代的（1990年代）視点 …… 45
- PHCの認識論、倫理学、社会経済学的視点 …… 49

第3章 主要援助機関のPHCに関する最近の動向 …… 55

第4章 PHCの資源

- 人材および財源の管理・育成 …… 67
- PHCにおけるPublic Sector とPrivate Sectorとの関係 …… 71

第2部 JICA PHCプロジェクト

第1章 JICA PHCプロジェクトの事例分析

- JICA PHCプロジェクトの歩み …… 77
- JICA PHCプロジェクトの事例分析 …… 79
  - 要約 …… 79
  - JICAのPHC関連プロジェクト一覧 …… 84
  - ラオス公衆衛生プロジェクトの事例検討 …… 87
  - ソロモン諸島プライマリ・ヘルスケア推進プロジェクトの事例検討 …… 93

ネパールプライマリ・ヘルスケアプロジェクトの事例検討 ……101
ケニア人口教育促進プロジェクトの事例検討 ……107
インドネシア家族計画・母子保健プロジェクトの事例検討 ……113
第2章 JICA PHCプロジェクトにおける政策的並びに
戦略的視点からの考察 ……123
第3章 JICA PHCプロジェクトへの提言 ……127

ANNEX

Annex 1 プライマリ・ヘルスケアプロジェクトを実施するための
ガイドライン …… 135
Annex 2 JICA PHCパッケージ・プロジェクトのための
基礎調査の項目の検討 …… 153
Annex 3 PHC関連機材、施設整備・拡充 …… 155
Annex 4 インターネットによる情報検索リスト (Address of Web Site) …… 157
Annex 5 PHC関連の参考文献リスト …… 158
Annex 6 執筆者の電子メールアドレス …… 162

Keyword Index …… 163

かこみ記事のリスト

公正と社会正義を目指して …… 31
プライマリ・ヘルスケアとは …… 38
住民参加、地方自治、そしてPHC …… 47
WHOとユニセフについて …… 56
PHCと非政府組織（NGO）との関係 …… 58
コミュニティ・ファイナンシング …… 69
DAC開発戦略とPHC ……129
保健医療分野の無償資金協力 ……130
地域保健におけるディストリクトの位置 ……136
プロジェクトにおけるIECの活用事例 ……138
Project Cycle Management (PCM)手法におけるプロジェクトの評価 ……140

序

過去５０年間世界はめざましい経済発展をなした。一方、この間世界中の国々の間のみならず、それぞれの国の中での富める者と貧しい者との間の格差が広がったことも事実である。この貧困層の拡大は貧しい人々の都市部への移動、スラムの形成、海外への移住、栄養失調、エイズや結核などの感染機会の拡大、などの健康問題、それに伴う新しい社会不安の出現といった形で世界の重大な関心事となっている。この重大問題に立ち向かうには、まず、これら貧困に喘ぐ人々の健康と教育の改善にとりくむことが極めて重要であることが、世界の一致する見方となっている。この点に関し、ＰＨＣが新たな関心となっていることも事実である。

例えば、目に見えるコミュニティー・ヘルスシステムの構築を目指すプライマリー・ヘルスケア（ＰＨＣ）戦略は住民参加、適正技術の利用、経済効率、サステイナビリティーの観点からその有用性が認められ、徐々にその適用数が増加しつつある。日本でも独自のＰＨＣを発展させた経験に基づき、ＪＩＣＡによる援助の中で、これまで主流であった病院建設や施設拡充などのハード面を中心とした援助から、ＰＨＣ推進を側面からソフト面で支援するプロジェクトに目が向けられるようになる傾向がみられており、目下１８件のＰＨＣ関連プロジェクトが進行中である。

こうした状況を踏まえ、平成８年２月に開催された第２８回海外医療協力委員会において今後のＪＩＣＡによるＰＨＣプロジェクトのあり方を検討すること、更には他の援助機関との協力のあり方を検討することを目的として、平成８年７月にＰＨＣタスクフォース専門部会が設置された。

専門部会に課せられた検討事項は以下のとおりである。

（１）過去及び現在のＪＩＣＡのＰＨＣプロジェクトの実績と今後の問題点の分析

（２）他の援助機関のＰＨＣへの取り組みについての動向分析

（３）今後のＪＩＣＡによるＰＨＣプロジェクトのあり方に関する具体的提言

本報告書は上記の事項を検討し、海外医療協力委員会への具体的提言をまとめたものである。

平成１０年１月

島尾忠男

海外医療協力委員会ＰＨＣタスクフォース専門部会委員一覧

	氏　名	所　属　先、役　職
	アドバイザー	
委　員	島尾忠男（シマオ タダオ）	結核予防会会長
委　員	松田朗（マツダ アキラ）	国立医療・病院管理研究所　所長
委　員	梅内拓生（ウメナイ タクセイ）	東京大学大学院医学系研究科教授
	タスクフォース	
委　員	下内昭（シモウチ アキラ）	結核予防会結核研究所国際協力部副部長
委　員	丸井英二（マルイ エイジ）	国立国際医療センター研究所 地域保健医療研究部　部長
委　員	多田羅浩三（タタラ コウゾウ）	大阪大学医学部公衆衛生学　教授
委　員	門司和彦（モジ カズヒコ）	長崎大学医学部公衆衛生学　助教授
委　員	榊原洋一（サカキバラ ヨウイチ）	東京大学医学部小児科学　講師
委　員	森口育子（モリグチ イクコ）	兵庫県立看護大学地域看護学　教授
委　員	鈴木宏（スズキ ヒロシ）	新潟大学医学部公衆衛生学　教授

海外医療協力委員会ＰＨＣ専門部会最終報告書編集作業部会メンバー一覧

氏　名	所　属　先、役　職
梅内拓生（ウメナイタクセイ）	東京大学大学院医学系研究香教授
若井晋（ワカイススム）	獨協医科大学脳神経外科学　教授
下内昭（シモウチアキラ）	結核予防会結核研究所国際協力部副部長
半田祐二郎（ハンダユウジロウ）	国際協力事業団国際協力専門員
山形洋一（ヤマガタヨウイチ）	国際協力事業団国際協力専門員
中野博行（ナカノヒロユキ）	聖マリア病院国際協力部小児科保健医療協力部長 （元マラウィ公衆衛生プロジェクト・リーダー）
橋爪章（ハシヅメアキラ）	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課長
石井羊次郎（イシイヨウジロウ）	国際協力事業団医療協力部計画課課長代理
野口奈佳恵（ノグチカナエ）	国際協力事業団医療協力部計画課ジュニア専門員
奥村順子（オクムラジュンコ）	東京大学大学院医学系研究科
佐藤善子（サトウヨシコ）	東京大学大学院医学系研究科
スマナ・パルア	東京大学大学院医学系研究科
谷村晋（タニムラススム）	東京大学大学院医学系研究科
事　務　局	
神田賢一（カンダケンイチ）	財団法人日本公衆衛生協会事務局次長
佐藤正文（サトウマサフミ）	財団法人日本公衆衛生協会

Executive Summary

この２０世紀特にその後半世紀の科学・技術のめざましい進歩は豊かな物質文明を現代社会に実らせた。そしてこの豊かさは政治、経済、平和、保健、教育などの分野で見られるように、世界の多くの国々との協力で成り立っていること、即ち相互依存の時代に入っていることも明かである。一方、その物質文明の豊かさのうらに貧困、人口増加と人口の大都市への集中、環境汚染、更には感染症の蔓延など人類の生存を脅かすような問題が生じていることも事実である。日本は過去５０余年にわたってこれら世界の問題解決のための協力を続けてきた。特に途上国での産業基盤の育成はもとより７０％以上の人が住んでいる村落を対象に保健、教育、などの改善を目指した社会開発のため協力、いわゆるプライマリ・ヘルスケア (Primary Health Care: ＰＨＣ) を中心とした協力を行ってきた。ＰＨＣは１９７０年代欧米が中心となってその概念をまとめたが、このＰＨＣと同じような取り組みが日本には古くからあった。特に注目すべきことは日本の伝統である集団としての社会認識の重要性である。即ち、個人を中心とした欧米の社会認識だけでは世界レベルの諸問題へ取り組むことに限界があるという認識が世界に生じているということであり、かつ個人レベルの社会認識を集団レベルのものに集結することの重要性が認められているということである。

このような現状をふまえ、ＪＩＣＡ ＰＨＣ専門部会は、第１部の総論では日本の地域保健と世界のＰＨＣの歴史という視点から、我が国の経験および世界のＰＨＣの動きについて触れ、次いでＰＨＣの理念、主要援助機関のＰＨＣに関する最近の動向、更には、ＰＨＣの資源について検討を加えた。第２部ではＪＩＣＡ ＰＨＣプロジェクトの歩みを振り返り、事例分析を行いこれに基づき、政策的並びに戦略的視点からの考察を行い、最後にこれらの結果をふまえて将来のＪＩＣＡ ＰＨＣプロジェクトの進むべき方向を視野に入れ提言を行った。

政策的並びに戦略的視点からの考察としては、以下の四つの点を取り上げた。

１．要請主義に基づく問題

相手国からのプロジェクト要請を尊重することは重要である。しかし、相手国の要請のみに頼ることには問題がある。なぜならこれは相手国が十分なプロジェクトの選択、計画の立案と作成能力を備えている場合にのみ成り立つことである。もちろん、相手国がそれだけの能力を有している場合は日本からの協

力は容易であるし、あるいは必要がない場合もあることが考えられる。しかし実際には相手国がプロジェクトの選択、計画の立案と作成に多くの困難を抱えている場合や、計画そのものが相手国の現状にそぐわない場合などさまざまである。

例えば、わが国は病院や研究施設の建設などいわゆる「箱物」といわれるものに多くの協力を行ってきた。しかし、これらの協力が相手国の一般の人々への保健医療サービスの向上にどれだけ寄与したかどうかは明らかではない。それは今後の評価を待たねばならない。

重要なことは相手国の要請をその国の保健医療全体のニーズのどこに位置づけるかを相手国と協力して決めることであり、このためには我が国がより積極的な協力を行えるような基本政策を持つ必要がある。すなわち相手国の要請を客観的に分析することと併せて、積極的にプロジェクトの創出に協力するための明確な我が国のＰＨＣプロジェクトの基本政策を明らかにすることである。

２．ＰＨＣプロジェクトの計画立案と作成上の問題

ＰＨＣプロジェクト計画の立案と作成の協力には相手国の財政、人材、保健医療システムなどさまざまな点を考慮に入れること、すなわちより広い視野からこれを行うことの重要性はいうまでもない。しかし、今までにこのことが十分考慮されなかった場合が多々ある。例えば、同一国で複数のＰＨＣ関係のプロジェクトが進められている場合、これらのプロジェクト間の相互関係が全くみられない場合や、プロジェクトがある地域でのパイロットプロジェクトに限局されて、そこからの経験がその国の他の地域での展開に生かされてないことなどがあげられる。すなわち、その国の国家保健計画全体の現在と将来を視野に入れて協力プロジェクトの計画、立案、作成に協力することが重要である。

３．ＰＨＣプロジェクトの実施上の問題

立案、作成された計画に従ってプロジェクトを進めるのが原則であるが、思わぬさまざまな困難に出会い、計画の変更や調整を行わなければならない場合もある。例えば、相手国側のやる気の減退、日本側の善意による押しつけとそれによる相手側の甘え、あるいは相手側の反応に対する不満などである。
これらの場合も日本のＰＨＣプロジェクト協力の基本政策が明らかであれば、それに基づいてプロジェクト実施の調整を速やかに行うことが可能である。ここにも広い視野に立った日本のＰＨＣプロジェクトの基本政策を明らかにすることの重要性がうかんでくる。

４．プロジェクト評価上の問題

プロジェクトの評価をする場合、まずプロジェクトの達成すべき目的が明らかでなければならない。この達成目的が明らかであれば、それを中心に相手国の実状を考慮に入れてプロジェクトの評価をすることが可能である。しかし、往々にして達成すべき目的があまりに一般的であったり、あるいは不明瞭である場合が多く、従って評価を行うことが困難である場合がある。ここでもＪＩＣＡ ＰＨＣプロジェクトの基本政策とそれに基づくプロジェクトの選定、計画の立案と作成が行われ、そしてプロジェクトの実施とモニタリングと計画の調整が行われるような一連のシステムを確立することがプロジェクト評価に重要であることが明らかになる。いうなればプロジェクト評価のためのガイドラインを作成することである。

以上の考察に基づき、ＪＩＣＡ ＰＨＣプロジェクトへの以下の４つの分野にわたる提言を行った。

１．ＪＩＣＡ ＰＨＣの基本政策として以下の点を考慮に入れる。

１）住民の主体的参加の促進

多数の貧困層や末端地域の人々が必要としている保健医療サービスシステムの構築と改善は住民のやる気がなければ何も進まない。このためＰＨＣプロジェクトの計画の初期から住民が参加し、かつＰＨＣプロジェクトの管理・運営にも住民の積極的参加を促進することが重要である。

２）コミュニティーの人的・財的資源の開発

多くの発展途上国ではＰＨＣサービスシステムは資金と人材不足のためゆきづまっている。例えば、中央政府のＰＨＣに対する予算配分は一般に低く保健予算の 20%以下であり、これにより全国民の 80%以上の人々へのＰＨＣサービスをまかなっている。この不足は中央政府のみならず地方政府、そしてコミュニティーが協力して立ち向かわなければ解消できない。このためコミュニティーや郡などのディストリクトレベルでの資金やその管理をする人材、さらに伝統的産婆（ＴＢＡ）、Village Health Volunteer などといった地域に密着した人材の開発が必要となる。必須医薬品回転資金プログラムはまさにこの問題を解決するために導入されている。

３）相手国の専門家の育成と活用

相手国にはすでに保健やその関連分野の専門家がいる場合が多い。これら専門家をＰＨＣプロジェクトの協力者として受け入れ、プロジェクトの展開の中核的メンバーとして育成することは技術移転の視点から極めて重要である。更に、ＰＨＣプロジェクトの最終目的は、相手国がプ

ロジェクトを国の保健システムの一環として位置づけ、自力でそれを全国展開するということである。この点から、これら相手国の専門家が活躍できる立場をつくることに強力することは的を得たものである。

4）患者のリファーラル・システムの改善

PHCプロジェクトの進展に伴い末端のヘルスポストやヘルスセンターでの保健医療サービスが改善され、住民の利用が高まった場合、重症患者の取り扱いが問題となる。末端の施設で重症患者は手に負えない場合が多いので郡病院さらに県病院など二次、三次レベルの医療施設へ患者を速やかにリファー出来るシステムを強化・改善することが重要である。又、これにより住民のPHCに対する信頼がより高まることはいうまでもない。

5）パイロット型プロジェクトから国家プロジェクトへの展開

多くの発展途上国で日本のみならず世界銀行、WHO、ユニセフなど国連機関、欧米の政府機関さらにNGOなどがPHCプロジェクトに取り組んできた。しかし、これらのPHCプロジェクトはある地域に限られるパイロット型プロジェクトの域を出ない場合が多い。このようなアプローチでは多くの末端の地域住民のニーズに応ずるようなPHCプロジェクトを展開し得ない。そのためには、パイロット型プロジェクトを国家プロジェクトに展開するような政策的枠組みを作ることが重要である。さもなければ、パイロット型プロジェクトはドナーが手を引くと、それで活力を失ってしまい、かえって住民に失望と不満を生じさせてしまう結果になる。

6）国家保健システムへの統合

PHCは、基本的にはコミュニティーを中心に展開される。一方、ヘルスサービスシステムの点からみると、ディストリクトホスピタル等のリファラルシステムに裏打ちされなければならない。即ち、コミュニティーレベルの保健システムの構築や改善に始まり、これがさらにはその上のレベルの保健システムとの連携を構築する方向に進展するということである。いいかえるならば、PHCは国家全体の保健システムを視野に入れ、これとの統合を目指さねばならないということである。このことは、PHCの社会開発への展開にとっても極めて重要である。何故なら、コミュニティーレベルの努力が国家レベルの保健システムに反映されてはじめて、その国の目標の達成が可能になると考えられるからである。

7）社会開発、地域開発などの他の分野との連携

UNDPの提唱にみられるように、人間社会の健全な発展には経済、

教育、健康面など多面的な相互の発展が必要である。経済協力開発機構（ＯＥＣＤ）の開発援助委員会（ＤＡＣ）も経済的福祉、社会開発、更には環境の持続性と再生など現代文明の取り組むべき課題を考慮に入れて社会開発への多面的な取り組みの重要性を取り上げている。ＪＩＣＡは農林水産、他の産業開発、公益事業や教育などの人的資源開発など多方面にわたる協力プロジェクトを展開している。ＰＨＣプロジェクトがこれら社会あるいは地域開発の他のプロジェクトと連携して計画・立案、実施されれば、ＰＨＣプロジェクトの進展と地域住民への保健医療サービスの改善はより確実なものとなる。

8）無償資金協力および開発調査と技術協力の連携

ＰＨＣ事業の効果的実施を図るためには地域社会のインフラ整備や住民主体のＰＨＣ活動を側面支援する中小規模の地域医療機関による医療リファラル体制の強化も重要な課題となる。そのために協力対象地域に広く施設協力することができる無償資金協力事業の同時実施が求められる。また、ＰＨＣの観点に立てば保健医療事業も地域開発の一環としてマスタープラン作りからはじめ、無償、技協の援助事業も計画段階から包括的に形成される必要があることから保健分野の開発調査も今後積極的に実施すべきものであろう。

9）ＯＤＡとＮＧＯとの連携

多くのＮＧＯが様々な国・地域でＰＨＣ活動を実施している。ＮＧＯの特徴として、住民に直接サービスを提供するのに対し、ＯＤＡはＰＨＣの公的システムを支援する。それぞれの特性を生かしつつ、両者が緊密に協力することが重要である。

2．相手国政府のコミットメントを得る

ＰＨＣプロジェクトの選定、計画の立案と作成、そして実施をする場合には、相手国政府に明快なコミットメントが必要である。その主なものは前述した日本のＰＨＣ協力の基本政策に含まれている事柄である。

① 住民参加の促進
② コミュニティーの人的・財的資源の開発
③ 患者のリファラル・システムの改善
④ パイロット型プロジェクトから国家プロジェクトへの展開
⑤ 国家保健システムへの統合
⑥ 社会開発、地域開発などの他の分野との連携
⑦ 無償協力と技術協力との連携
⑧ ＯＤＡとＮＧＯとの連携

この中で、住民の主体的参加の促進とコミュニティー・ファンドの育成のために、中央から地方へ権限委譲が極めて重要である。例えば、コミュニティーに必須医薬品回転資金プロジェクトを導入する場合には、コミュニティーが収集した薬の全てを中央が管理すると、住民の関心や意欲の喪失といったような問題が生じてくる。これがコミュニティーが主体となって資金の運用と管理をするようになると、住民の意欲と積極性が高まり、プロジェクトの発展が促進されることになる。

3．ＰＨＣプロジェクトの枠組を決める場合以下の点を考慮に入れる。

1）予防と治療サービス協力の配分の決定には末端のヘルスポストやヘルスセンターが、あるいは病院のどこに力点を置くべきか相手国の要求と保健ニーズの現状、そして日本のＰＨＣ協力の基本政策をふまえて検討する。

2）EPI などの伝染病対策に見られるように対象を特定疾患にしぼる選択的なアプローチに力点を置くか、母子保健サービスに見られるように包括的な基本保健サービスに組み込まれたアプローチに力点を置くかを現地の実態を踏まえて検討する。さらに必要に応じて、両アプローチの統合を試みる。

3）必須医薬品や水道プロジェクトにみられるように受益者負担を始めとするコミュニティーによるＰＨＣ財源の確保の可能性を検討する。

4）パイロット型プロジェクトから国家計画への展開の可能性を検討する。

5）社会開発や地域開発プロジェクトとの連携はコミュニティーや郡レベルでのＰＨＣ財源の開発に極めて重要である。このような地域開発プロジェクトとの連携の可能性を検討する。

4．ＰＨＣプロジェクト支援のための体制整備

ＰＨＣプロジェクトを適正に実施するために以下のような実施支援体制の強化、整備をはかる。

1）ＰＨＣ専門家の養成・確保：　国際保健関連の大学と連携して保健医療分野の学生を対象にＰＨＣプロジェクトの現場視察やワークキャンプ等のアーリー・イクスポージャー(Early exposure)的研修を行い、当該分野を志す若者層の拡大を図る。また、平成９年度から開講されたＪＩＣＡ ＰＨＣ専門家養成研修コースを更に拡充して、衛生工学や経済学等の人材も確保しＰＨＣ人材の多様化を図る。専門家候補者としてこれらの研修受講者をＰＨＣ人材データバンクに登録確保しつつ、ＰＨＣ事業

情報を随時提供してＰＨＣ事業への参画を促進させる。

2）ＰＨＣプロジェクト合同委員会の設置：　ＰＨＣプロジェクトの効率的実施と質の向上をはかるために各ＰＨＣプロジェクトの国内支援関係者からなる合同委員会を常設する。合同委員会は各案件間の技術情報の交換、相互評価、専門家の人的交流等のアドバイスを行い、ＪＩＣＡとして統一性のあるＰＨＣ事業の実施促進をはかる。

3）ＰＨＣ事業経験の体系化：　国内の支援機関と協力して過去の地域保健プロジェクトの技術情報を整理、体系化させる。わが国は昭和４８年に開始したネパール西部地域公衆衛生プロジェクトを皮切りに平成８年度末までに累計で１４ヵ国、１７件の地域保健プロジェクトを実施している。これら過去のプロジェクト活動で試行された多くのＰＨＣ手法を整理し、プログラム化させ、本報告書が提示した「ＰＨＣプロジェクトのためのガイドライン」とあわせてプロジェクトの具体的テキストとして活用する。

4）ＰＨＣ事業に関する外部機関との情報ネットワークの形成：　プロジェクトの技術情報をＪＩＣＡ関係者間で活用するほかにも、国内外の援助機関、研究機関にも発信し、連携および支援体制の強化をはかる。

5）ＮＧＯ、地方自治体、関連学会等との連携強化：　ＮＧＯが持つ住民参加型事業の経験や地方自治体が持つ地域保健行政のノウハウはＰＨＣ事業を展開する上にきわめて有用である。また、国際保健学会等からは当該分野の情報を広く得ることができる。国民参加型の援助の拡大の観点からもこれらの機関と積極的に連携する。

（タスクフォース）

略　　語

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BHN	Basic Human Needs
CHC	Community Health Center
CHW	Community Health Worker
DAC	Development Assistance Committee
DALY	Disability Adjusted Life Year
DFID	Department For International Development
DHCS	District Health Care System
DRF	Drug Revolving Fund (= RDF)
EPI	Expanded Programme on Immunization
GDP	Gross Domestic Product
GNP	Gross National Product
HFA	Health For All
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
IDA	International Development Association
IEC	Information Education Communication
IMF	International Monetary Fund
JICA	Japan International Cooperation Agency
KAP	Knowledge Attitude Practice
KIMC	Kenya Institute for Mass Communication
LLDC	Least Less Developed Country
MOH	Ministry of Health
NCPD	National Council for Population and Demography
NGO	Non-Governmental Organization
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PAR	Participatory Action Research
PHC	Primary Health Care
QOL	Quality of Life
RDF	Revolving Drug Fund (=DRF)

STD	Sexually Transmitted Disease
TBA	Traditional Birth Attendant
TOT	Training of Trainers
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
VHV	Village Health Volunteer
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

基本的ＰＨＣ関連用語

以下に基本的ＰＨＣ関連用語をアルファベット順に列記したが、ここに書かれていない用語のほとんどが本文で説明されている。巻末の Keyword Index を利用するなどしてその他の用語の意味をお調べいただきたい。

Appropriate Technology	**適正技術。**その時、その地域において経済的、社会的かつ文化的にも適切で、人々に受け入れられるものを指す。
BHN: Basic Human Needs	食糧、住居、衣服など最小限の必要消費物資や、飲料水、衛生設備、保健、教育など地域社会に不可欠なサービス。
Common Agenda	**コモン・アジェンダ。**地球的展望に立った協力のための共通課題。環境、テクノロジー、人口、感染症対策など、地球規模の対応を要する問題への日米共同の取り組みを定めた計画。
Community Health Worker	村落あるいは部落などの各地域に住み、ごく簡単な応急処置、重症患者の搬送手順、疾病予防などについて訓練を受けた患者あるいは住民がまず最初に接する末端レベルの保健スタッフ。
Community Participation	**住民参加。**保健医療の分野では患者あるいは住民が参加しない医療はあり得ないし、環境衛生の改善や健康推進についても、住民の自主的な主体性ある地域保健活動でなければ、その効果を十分に発揮することができないという観点から協調されている概念。

Comprehensive Health System	日本語訳は包括的保健システムで、保健に関する住民のすべてのニーズを満たすものを指す。
Counterpart	カウンターパート。専門家や青年海外協力隊員などが技術を移転する相手国側のプロジェクト責任者。カウンターパートを通じ、移転された技術の普及・定着が行われる。
DALY: Disability Adjusted Life	疾病・外傷・死亡などに起因する損失年数を考慮し、社会負担を数値で表したものである。疾病罹患時もしくは死亡時の年齢や性差による価値基準の概念をも考慮することから、現実をどれだけ正確に反映したものであるかは議論の余地の残るところである。
Donor	ドナー。開発途上国に援助を供与する国や機関。
Feasibility Study	フィジビリティー調査 (F/S)。実施可能性調査。マスタープランによって優先度が与えられたそれぞれのプロジェクトの実施可能性を、技術面、財政面などから客観的に検証する調査。
Health Education	住民に対する健康・保健に関する教育を普及すること。
Health Resources	保健医療システムを稼働・運営するうえで必要な労働力（人)、建物、資材および機材、資金、技術および経験などの総称。
Health Status	個人、グループ、あるいは住民全体の健康状態を示す用語で、通常 WHO などによるある一定の基準で測られる。

Infrastructure	インフラストラクチャー（インフラ）。社会基盤。道路、鉄道、エネルギーなどの生産基盤関連の経済インフラと、衛生、教育、上下水道などの生活基盤・生活環境施設関連の社会インフラがある。
Master Plan	マスタープラン調査 (M/S)。各種の開発計画の総合基本計画を策定するための調査。
Phase	フェーズ。ひとつのプロジェクト終了後、発展的にプロジェクトが継続する際のそれぞれのプロジェクトの段階を指す。
Primary Health Care	プライマリ・ヘルスケア。定義については、第１部第２章「保健システムに於けるＰＨＣの意義」の末尾にある囲み記事を参照のこと。
Project Formation Study	プロジェクト形成調査。開発途上国の要請内容が不十分な案件や、援助の重点分野でも、途上国側からの要請が出にくい案件を発掘・形成するための調査。
Project-type Technical Cooperation	プロジェクト方式技術協力。専門家派遣、研修員受け入れ、機材供与の３形態をひとつのプロジェクトに統合し、立案から実施、評価までを計画的に運営する形態。
Referral	一般に、患者発生時にその重症度に応じて適切な医療施設へ搬送することを指すが、この逆も忘れてはならず、患者退院時に患者の住居に最も近い医療施設（通常はヘルスセンター）などに必要な注意事項を申し渡す事も指す。つまり、Two Way Referral である。

RDF: Revolving Drug Fund	医薬品回転資金。Drug Revolving Fund (DRF) ともいう。必須医薬品と医療費の受益者負担およびその住民自身による資金管理運営によって地域レベルでの保健活動を活性化することを目的としたものである。回転資金設立に際しては、供与された必須医薬品が使用されることが多いが、コミュニティー自身が最初の資金を調達することもある。
Sector	セクター。医療、工業、農業、といった特定の経済部門。
Vertical Programme	垂直プログラム。国家プログラムとして、行政の各レベルにおいて、記録、報告方法、評価指標などが細かく定められ、各プログラムが個々に独立して完結しているという意味で用いられる用語。
WID: Women in Development	開発と女性。女性は開発の受益者であるばかりでなく開発の担い手でもあることを考慮し、開発のすべての段階で女性の積極的な参加を確保していこうという考え方。

第１部　総　　論

第１章　日本の地域保健活動と世界のＰＨＣの歴史

第２章　ＰＨＣの理念

第３章　主要援助機関のＰＨＣに関する最近の動向

第４章　ＰＨＣの資源

第１章　日本の地域保健活動と世界のＰＨＣの歴史

日本の地域保健活動の歴史とプライマリ・ヘルスケア

1　はじめに

1978 年に WHO とユニセフによってプライマリ・ヘルスケア（以後ＰＨＣ）に関するアルマ・アタ宣言が出されて以来、多くの発展途上国では「2000 年までに全ての人々に健康を」（ＨＦＡ）を目標に、ＰＨＣの各種の取り組みがなされ地域保健の向上が図られてきた。しかし 21 世紀を目前にした現在も、地域ではまだ多くの健康問題や活動上の問題を抱えており、我が国に対するＰＨＣ分野での保健医療協力の要請は増加してきている。

我が国は、第二次大戦直後の開発途上国と類似した状況から、わずか 10 年間の間に粗死亡率、乳児死亡率を 1/2、結核死亡率を 1/3 に減少させ、現在では乳児死亡率、平均寿命とも世界の最高水準の国となった。このように短期間に健康水準の向上を果たした日本の保健医療は発展途上国から注目されており、日本の地域保健活動の歴史はＰＨＣを具現化した一つのモデルとなりうると考えられる。

今後ＪＩＣＡがＰＨＣ分野で、日本の経験を生かして保健医療協力を行っていくために、ＰＨＣの視点で日本の地域保健活動の歴史を振り返ってみたい。

なお本文では、日本においてＰＨＣが実践されたと考えられる第二次世界大戦後から昭和 36 年の国民皆保険が実現するまでの期間を中心にして、それ以前をＰＨＣ前史として明治維新から第二次世界大戦終末まで、それ以後の国民皆保険実現後から現在までの３期に分けて、社会的動向、主要な健康問題、保健施策と保健システム、ＰＨＣの視点から注目すべき地域保健活動について概観する。

2　ＰＨＣ前史としての明治維新から第二次世界大戦終末まで

1）明治時代の急性伝染病対策を主体とした時期

明治前期は鎖国政策から開国へと転換し、開国による交流のためコレラ、ペスト、痘そう等の外来伝染病の大流行が繰り返された。そのため公衆衛生の重点は急性伝染病対策に置かれ、防疫対策を柱とする衛生行政が強化拡大された。活動の性格は基本的に「社会防衛」となり第一線の活動は警察に委ねられた。地方自治の基盤を欠いたまま中央集権の強い行政として保健活動が実施され、ＰＨＣ的アプローチはほとんど発展の余地は無かった。

ＰＨＣの視点から注目されるのは、コレラ流行を契機として発足した自主的な衛生組合の活動である。これら衛生組合は伝染病流行時の協力のみではなく、衛生思想の普及などにも熱心に取り組んだが、明治 30 年の伝染病予防法制定

によりその中に衛生組合として規定された結果、全国的には普及をしたが、自主性が乏しくなり行政の下請け的な活動になった。更に、日本のＰＨＣにおける特徴として、明治７年の医制公布により開業医制を基礎とした医療の方向が定められ、その後地域に密着した日常的な治療が私的な開業医に委ねられるようになったことである。

２）大正より第二次世界大戦までの国民生活の窮乏と慢性伝染病対策を主体とした時期

（１）大正初期より昭和中期まで

大正初期から急激な近代化政策の諸矛盾が顕在化して社会問題が深刻化した。大正末期から昭和初期には関東大震災、金融恐慌、世界恐慌等打ち続く悪条件によって国民生活は窮乏し、失業者が増大し労働運動や農民運動が拡がっていった。

この時代には急性伝染病対策は一応軌道に乗り、保健活動の重点は結核などの慢性伝染病対策へと移っていった。国の保健施策として注目されるのは、大正５年内務省に結核対策を含む８つの部会からなる保健衛生調査会が設置され、地域の保健問題の実態調査とその後の国民保健の新しい対策の提言が行われ、らい予防法、結核予防法、トラコーマ予防法、花柳病予防法、寄生虫予防法などの法律が相次いで制定され社会的性格の慢性伝染病対策に前進が見られたことである。

特に結核は、日本の産業革命により紡績女工と軍需工場の労働者の発病による帰郷で農村に持ち込まれ、兵役によって軍隊に侵入し除隊により急速に国民一般に広がり国民病となった。結核による死亡は、大正初期より増加の一途をたどり、大正７年には、死亡数１４万人、死亡率 257.1 と過去最高となった。保健衛生調査会の提言と相まって大正８年に結核予防法が成立し結核対策が開始された。

ＰＨＣの視点から注目されるのは、このような社会的状況により各種の健康相談所が相次いで設置され、地域に密着した保健指導のニードが高まったことである。これらニードに対して保健婦の先駆的活動とも言える篤志的な訪問看護活動が結核患者や貧困層の母子等を対象に開始された。大正７年に開始した賛育会の貧困母子を対象にした巡回産婆と訪問看護の活動、大正 12 年の関東大震災を契機とした済生会の被災者に対する訪問看護活動、大阪の乳幼児保護協会の設立と保健婦の訪問活動、農村地域では乳幼児死亡率の高い僻地に産婆を定着させて公設産婆の訪問看護活動など各地で先駆的活動の動きが見られた。これらの訪問看護活動は防疫中心であった保健活動から予防活動中心の活動へ発展させる契機となったが、一部の地域に限局し社会事業的色彩が濃い活動で

あった。

（2）昭和中期より第二次世界大戦終末まで

満州事変・支那事変を経て昭和 16 年から第二次世界大戦の戦争体制が強化されていった。戦争体制が強化されていく動きの中で、昭和 12 年保健所法が制定されたことによって、全国で結核対策、母子保健、栄養改善などの保健所事業が開始された。また翌年には厚生省が設立された。さらに同年国民健康保険法が公布され地域を中心とする疾病保険として地域保健活動にとって重要な意義があった。戦時下で富国強兵を背景として保健所を中心とする保健指導網が強化されると共に、昭和 16 年に保健婦規則の制定により保健婦の身分が確立し短期間に急増した。戦時下の深刻な窮乏生活の中で保健婦に対する社会的ニードは高く、乳児死亡や結核死亡の多い状況下で結核対策や母子保健に献身的な活動を行った。

この時期にＰＨＣの人材養成として注目されるのは、公衆衛生の新しい段階に対処するため公衆衛生従事者の養成訓練の重要性が認識され、アメリカのロックフェラー財団の援助により昭和 10 年に実施訓練機関として東京に都市保健館、埼玉県所沢に農村保健館が設置され、昭和 13 年には公衆衛生院が設立されて、その後の公衆衛生の人材育成に大きな役割を果たすことになった。

3　第二次世界大戦後より国民皆保険制成立までのＰＨＣ的地域保健活動

戦争直後の時期は、人々の生活は食糧難、外地からの引き上げによる発疹チフス、痘そう、コレラなど外来伝染病の大流行など混乱期にあった。昭和 22 年の健康水準は、乳児死亡率は出生 1,000 対 76.7、結核死亡率は人口 1,000 対 187.2 で死亡原因の一位を占め現在の発展途上国と類似した状況にあった。（表１）　しかし戦後 10 年間に粗死亡率と乳児死亡率は 1/2、結核死亡率は 1/3 と激減し、多産多死から少産少死に人口の転換が図られて健康水準の向上はめざましいものがあった。この背景には、社会経済状況の改善、教育レベルの向上、医療の発展等があったが、行政における保健制度と保健システムの確立、保健所網の整備、住民の主体的活動としての地区組織活動の発展と普及、行政の一員として地域で活動した保健婦などによる地域保健活動の効果が大きかった。この時期は、日本のＰＨＣ的地域保健活動が実施された時期であり、ＰＨＣ活動を可能にした要因とモデル的実践事例について概観する。

表１　第二次世界大戦後の母子保健指標と結核死亡率の変化

	出生率（人口 1000 対）	乳児死亡率（出生 1000 対）	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	結核死亡率（人口 10 万対）
昭和２２年　(1947)	34.3	76.7	167	187.2
昭和３５年　(1960)	17.2	30.7	87（S40 年）	34.2
平成　７年　(1995)	9.6	4.3	6	2.6

（1997 年「国民衛生の動向」より）

１）行政における保健制度と保健システムの整備及び保健所網の拡充強化

この時期には、ＧＨＱの強力な指導により民主主義の原則に沿った根本的な諸改革が行われた。日本国憲法の制定により国民の生存権が保障されると共に国の責任が定められて、衛生法規が改善整備され保健システムが確立された。衛生行政機構の基本的改革では、厚生省の衛生三局の確立、昭和 22 年には地方自治法改正による全都道府県における独立した衛生部局の設置、同年の保健所法全面改正による人口 10 万に１ヶ所を目標とする全国的な保健所網の拡充強化が行われた。（図１）

衛生法規としては母子保健関係では児童福祉法　予防接種法　優性保護法学校保健法が成立し、結核対策では結核予防法が改正されて、予算及び保健関係者の増大も図られ、母子保健、結核対策を主体とする行政的基盤が整っていった。

保健所は地域の公衆衛生の向上・増進に責任を持つ中心的機関として位置づけられ、全国的な保健所網の整備と多職種からなる保健所職員の増員が行われた。保健所法には保健所事業として衛生思想の普及、環境衛生、母子及び老人、感染症予防、精神衛生など総合的項目が示され、ＰＨＣの基本的活動項目を含む内容であった。保健所では一部結核や性病の治療も行ったが疾病の予防や健康増進・環境衛生などに重点を置き、地域医療に関しては主に開業医が担った。開業医は地域において、診療活動にみならず学校医として学校保健活動や行政の保健活動に協力して重要な役割を担っていた。そのため地域保健活動では保健所・市町村の連携と共に開業医や病院との連携が重要であった。

保健所には医師・保健婦・栄養士・放射線技師・薬剤師などの多様な保健関係者が配置され、公衆衛生の第一線機関として活動すると共に、住民の身近にある市町村の活動に対して専門的な立場からの指導・助言をする役割もあった。

２）住民の主体的参加による地区組織活動の発展と普及

住民の主体的活動はＰＨＣの根幹をなしているが、日本の戦前の地域保健活動は中央集権的な体制下で実施されてきたため、地域住民の主体的活動は明治時代の自主的衛生組合の活動を除いてほとんど育ってこなかった。

戦後のこの時期は、住民全体が生活に困窮した状況で共通した健康問題や生活問題に直面しており、各地で自治会・婦人会・青年団など地縁組織を基盤にした地域ぐるみの地区組織活動の取り組みが見られた。

地区・市町村や保健所単位から開始して全国に普及した代表的活動として「蚊とハエのいない生活運動」、愛育班活動、結核予防婦人会の活動などがある。「蚊とハエのいない生活運動」は戦後の急性伝染病の流行を契機として、村ぐるみ、町ぐるみで蚊とハエを駆除する活動として爆発的に始まった。成功した地区では地域のリーダーを中心に保健所の技術的援助を得て実施されていた。このような各地での地区組織活動の高まりは、全国環境衛生大会を契機として全国地区衛生組織連合会が組織され、「蚊とハエのいない生活運動」は全国的に普及していった。

愛育班活動は、恩賜財団愛育会により開始され、乳幼児死亡率の高い農山漁村に愛育村を設置し母子愛育会が社会資源を提供して、指定を受けた市町村が「村ぐるみ、町ぐるみ」で取り組んだ。愛育班は小学校単位または旧村単位で組織され婦人団体、女子青年団員などで構成されて、保健婦と住民（母子）とのパイプ役となり母子保健活動に取り組んだ。愛育班活動では保健婦が地域の問題に応じて愛育班員の指導を行った。

結核予防婦人会は、長野県の村の小学校で結核が集団発生したのを契機として婦人会を中心に組織され、結核予防会の組織を通して全国に普及した。行政の働きかけだけでは困難であった住民への結核検診の受診促進や結核知識の普及啓蒙に果たした役割は大きい。

この時期の地区組織活動は、保健所・市町村と住民の地区組織活動が一体となって推進されたものが多く行政のリーダーシップが比較的強く見られたが、地区組織活動の方法の特色として、地域の日常生活に共通する具体的健康問題の解決のために、住民が活用できる適正な技術を導入して計画的に地域ぐるみの実践活動を進めたことにあった。

橋本はこの時期の日本における組織活動を分析して住民主体の組織活動の発展の条件として、①地域におけるニード、②住民の日常生活との関係、③住民の参加の様式（能動的か受動的か）、④住民に魅力のある適度の技術性、⑤効果の具体性と即効性、⑥地域の全員の協力の必要、⑦他のプログラムの発展性の７点を上げているが（「地域保健活動 － 公衆衛生と行政の立場から －」より引用）、これらはＰＨＣの住民の主体的参加の促進に通じる内容である。

4）専門職のＰＨＣワーカーのモデルとなりうる日本の保健婦の活動

ＰＨＣにおいては住民の身近で、地域のニードを把握して住民と共に活動するＰＨＣワーカーの役割が重要である。日本の地域保健活動における保健婦の活動は専門職のＰＨＣワーカーのモデルとなりうると考え保健婦の活動を取り上げて述べてみたい。

日本の保健婦の活動は、大正から昭和初期にかけて農村の凶作や都市の貧困層の増大による乳幼児死亡や結核死亡の高い中で社会事業の一つとして開始された。昭和 12 年の保健所法により自治体に働く職種として位置づけられ、翌年の国民健康保険法に保健婦の設置が盛り込まれて保健婦数が増加した。昭和 16 年には保健婦規則の制定により「疾病予防の指導、母子の保健指導、傷病者の保健指導をなす者」と規定された。戦時体制の深刻な状況下で、健民健兵を目的としたとはいえ、結核対策と母子保健活動に重点を置いて住民の生活に密着した活動を展開し、戦後の保健婦活動の基盤が形成されたともいえる。

第２次世界大戦後は、昭和 22 年の保健所法の改正により保健婦の業務は飛躍的に充実し、24 年には保健婦業務指導指針が出され、ＧＨＱの指導等もあり質的向上が図られた。戦後の保健システムにおける行政の保健婦の位置づけは図１に示したとうりである。

保健婦の活動は、戦争直後は急性伝染病対策が主であったが、20 年代後半からは慢性伝染病対策と母子保健対策が主体となり結核患者早期発見のための集団検診、在宅患者の訪問指導、寄生虫予防対策、トラコーマ対策、戦後のベビーブームに対応した乳幼児健診・家庭訪問や受胎調節指導等多様な活動が行われた。特に農村や僻地においては保健婦への期待は高く、家庭訪問・健康相談・健康教育等を通して地域に入り込み、健康問題を把握すると共に、婦人会、若妻会、青年団などと協力して、地域に根ざした保健活動に取り組んだ。この時代の農村におけるモデル的保健婦活動を分析した結果、地域保健活動で保健婦が果たした役割として次の４点が上げられる。

①直接的ケアの提供者としての役割

②地域の健康問題を総合的に捉え地域のニーズを把握し、活動へ発展させていく役割

③行政と住民の接点となり両者を巻き込み協力関係を作っていく役割

④活動を継続させ治療、予防、住民主体の地区活動へと発展させていく役割

これら日本の保健婦の果たした役割は、住民の身近で活動する専門職のＰＨＣワーカーに取って必要な役割と考えられる。

5）日本の選択的ＰＨＣモデルとしての地域における結核対策の活動

日本の地域における結核対策の取り組みは、選択的ＰＨＣの成功例と考えら

れ、モデル的活動として結核対策における地域保健活動を取り上げた。結核は、昭和10年以降死亡原因の一位を占め昭和22年の結核死亡率は人口10万対187.2であった。

結核対策は、昭和26年の結核予防法の改正により、健康診断、予防接種、結核医療費の一部公費負担、結核患者の登録制、保健婦の家庭訪問指導など体系化され拡充強化された。昭和28年には第1回結核実態調査が行われ、結核患者は292万人、要入院患者が137万人、排菌患者が80万人という実態が明らかになった。患者の多くが無自覚であることにより、昭和30年には、全住民を対象とする健康診断が実施されるようになった。

地域では、保健所が結核対策の第一線機関として総合的な結核対策に取り組んだが、結核検診は受診率が低調で、住民への知識の普及と意識の向上を図る必要があり、市町村や住民の協力が求められた。さらに結核対策に取り組むために保健所、市町村、医療機関等の関係機関で協議会が設立され関係者間の協調が図られた。保健所・市町村の保健婦は協力して結核検診の受診を促進するため、地区を巡回して健康教育を実施したり、地区のリーダーや地区組織の協力を依頼して歩いた。また結核における自主的組織として結核予防婦人会が各県で組織され、受診率向上に重要な役割を担った。結核の治療は身近な開業医で実施され保健所の結核審査会を通して治療の技術的指導が行われた。結核治療は公費負担により安価で治療でき、保健婦による患者・家族への保健指導も実施され医療中断や家族感染の予防も行われた。その結果結核死亡率は、昭和30年には人口10万対52.3、昭和35年には人口10万対34.2まで減少した。

結核対策をＰＨＣの視点でみると、次のような特徴が考えられる。

①住民のニードは顕在化していなかったが、行政側が問題を深刻に受けとめて保健所の専門性を生かしたリーダーシップにより関係機関が協調して取り組んだ。

②日常的な地域保健活動の中に結核対策が統合されて実施された。

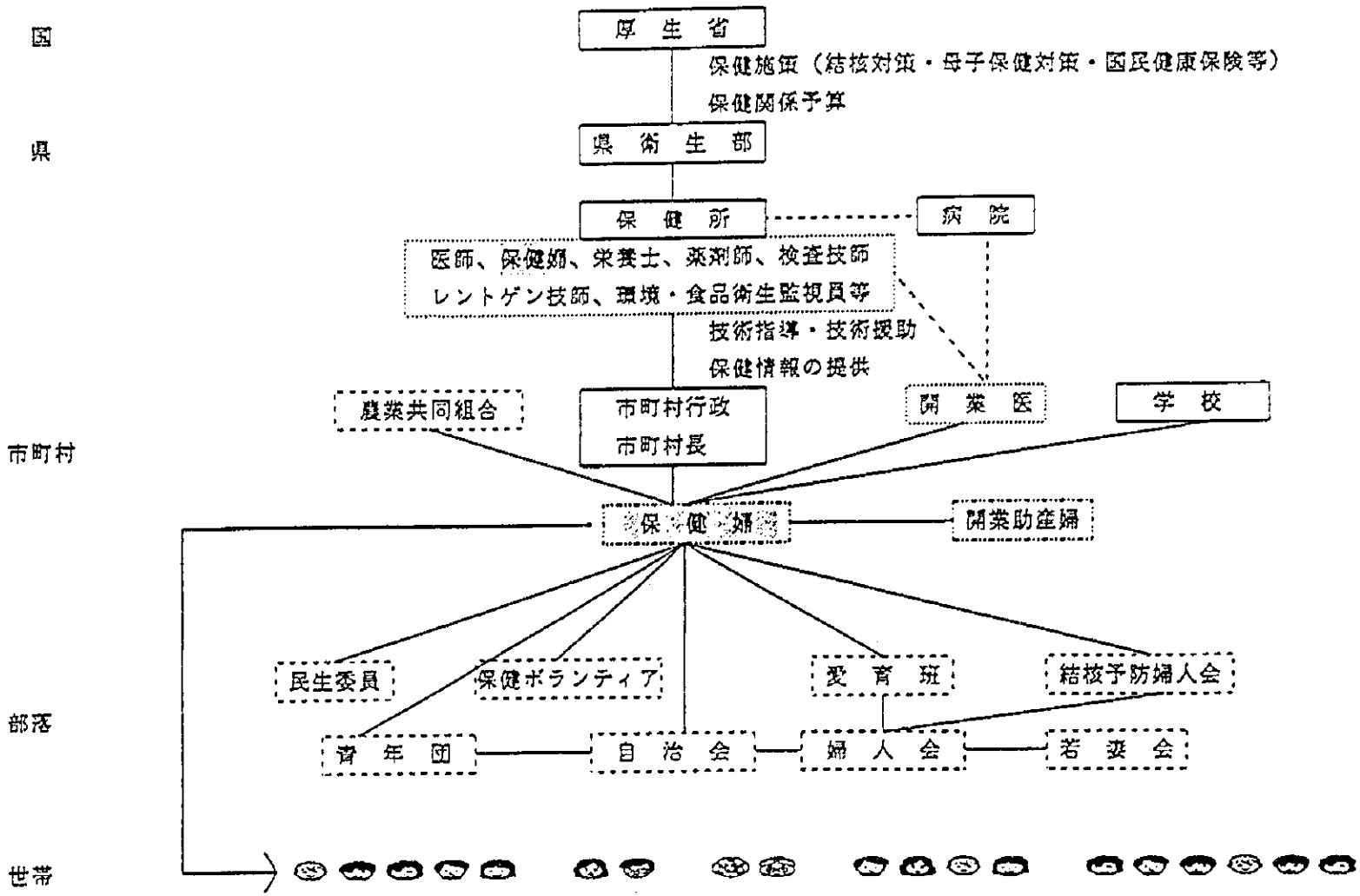
③予防・早期発見・治療の総合的な活動として実施された。

④保健婦の家庭訪問や検診、健康教育等の日常的な活動の中で結核対策が実施できた。

⑤住民に身近な開業医による安価な治療と保健婦による継続的な患者管理が行われた。

⑥住民の地縁組織を基盤として検診受診促進などの組織的活動が行われた。

図1　戦後の保健システムと保健婦の位置付け



6）日本の包括的ＰＨＣモデルとしての沢内村の地域保健活動

岩手県にある沢内村は「自分たちで生命を守った村」として知られ、沢内村の保健活動は日本の農村におけるモデル的活動といわれている。日本の包括的ＰＨＣの実践事例としてその特徴について述べる。

沢内村は昭和 32 年当時人口約 7,000 人で、岩手県と秋田県の県境に位置し水田単作の山村で、豪雪と貧困、多病に苦しむ村であった。昭和 32 年に「生命行政」をスローガンに掲げた村長が就任した当時の出生率は人口 1,000 対 22.6、死亡率は人口 1,000 対 8.7、乳児死亡率は県下最高の出生 1,000 対 69.6 であった。

村長は乳児が次々と死亡していく状況とその背景にある村民の諦観、貧困、豪雪による生活条件に着眼し地域開発を視野に入れた保健医療対策に取り組んだ。まず村立病院の医師の確保と国保保健婦の養成を図り、保健問題について行政と住民の代表者の協議する場として保健委員会を設置して「乳児死亡半減十カ年計画」を立案した。

また貧しい村民が受療しやすいように老人、乳児の医療費十割給付の制度を設置した。地区毎に、保健婦と住民のパイプ役として保健連絡員を設置し、住民の意見のボトムアップと行政の保健事業が浸透するようにした。保健婦は１人から４人へと増員され、地域に出向いての活動を重視して、乳児健診、家庭訪問、健康相談、若妻会等の健康教育など総合的な母子保健活動を展開した。その結果５年後には乳児死亡率が０となった。さらに保健活動だけでなく健康問題の背景要因である豪雪や貧困の問題にも取り組み、ブルドーザーによる除雪と冬季の交通機関の確保、貧困対策としての開田による土地改良、雪降ろしが必要のない日当たりの良いモデル住宅の開発など総合的な地域開発が行なわれた結果、住民の諦観は期待へと代わり、健康指標の向上だけでなく村全体の生活が向上していった。

その後村長が変わっても、生命行政は継続され、その時代の住民のニードに応じた保健医療活動が継続されている。

沢内村の保健医療活動をＰＨＣの視点からみると、次のような特徴が考えられる。

①村長は、保健医療対策を行政の中心課題に位置づけるとともに、村民の生活向上や生活条件の改善のための総合的地域開発にも取り組んでいる。

②国保病院と役場の保健部門が厚生部として統合され地域保健活動を推進していった。

③病院の医師や保健婦が確保され、これら保健医療関係者が地区に出向いて活動を重視し熱心に活動した。

④行政と住民とによる協議の場として保健委員会が設置され保健施策が共有

化された。

⑤行政と住民のパイプ役である保健連絡員を設置し、保健連絡員は保健婦と密接な連絡を取り住民のニードを伝えるとともに行政の保健活動を住民に浸透させた。

⑥住民のニードを、優先性を考慮して施策に反映し、医療費十割給付の制度や新たな施設・設備の整備など社会資源の充実を図っていった。

⑦全村の保健活動の基礎を築くための保健モデル部落を設置し、成功した成果を他地域に拡大していった。

4　国民皆保険実現から「国民健康づくり」施策を経て現在まで

国民皆保険実現後から国民健康づくり施策までの歴史については簡単に述べる。

昭和 35 年の国民所得倍増計画を契機として、高度経済成長、都市化、工業化が進み、人口、産業、労働、消費などの構造的変化が顕在化し、都市・農村を通じて急激な社会変動が進行した。結核は急速に減少し死亡や疾病のパターンも変化が見られ、保健活動は、成人病対策、精神衛生対策、公害問題対策へと移行した。また昭和 36 年には国民皆保険が実現し、国民は公平に医療が受けられるようになった。

昭和 50 年代には、平均寿命、乳児死亡率共に世界のトップ水準に入ったが、世界的な不況とインフレによりわが国でも経済の低成長と財政の悪化が続く中で、人口の高齢化が加速され、寝たきり老人、各種難病、身体障害・精神障害などの問題に関心が高まった。

アルマ・アタ宣言の出された昭和 53 年には、日本のＰＨＣ施策といえる「国民健康づくり」施策が出され、生涯を通じての健康づくり、健康づくりの基盤整備としての市町村保健センターの設置の推進、国保保健婦の市町村への身分の移管、市町村毎に健康づくり推進協議会の設置、健康づくりの普及啓蒙などの内容である。健康づくり施策により市町村が第一線のＰＨＣの実施機関としての基盤整備が行われ、生涯の健康づくりを目指した活動が開始されるようになった。さらに 10 年後の昭和 63 年には第２次健康づくり対策として成人病の予防や積極的な健康増進に力点を置いた「アクティブ 80 ヘルスプラン」が出され、市町村では、栄養・運動・休養の健康増進の３要素に重点を置いた健康教育が盛んに行われるようになった。昭和 57 年には老人保健法の成立により医療と保健事業が一体化され、市町村が実施主体となって成人病対策が実施されるようになった。

最近の 10 年間は、高齢者の増加に伴い高齢者問題に重点が置かれ、「高齢者保健福祉 10 か年計画」に基づく老人保健福祉計画の策定が行われた。さらに

地域保健法の成立による保健所と市町村の新たな関係の構築など、地域保健活動は大きな変革期を迎えている。

5 まとめ

日本の地域保健活動の歴史を、ＰＨＣの視点から重要だと考えることを中心に述べてきたが、最後に発展途上国のＰＨＣの推進のための国際協力を念頭において、日本の経験で役立つと考えられることについてまとめてみたい。

1）地域保健システムとして日本では全国に保健所網が敷かれ、保健所は管内の市町村と連携しながら活動している。発展途上国でもディストリクト又はサブディストリクトに同様な保健所を設置している国が多い。保健所は公衆衛生の中心的機関であり多職種の職員を要しており、管内の市町村の実態を把握してＰＨＣ管理の視点から適切な指導・援助をしていくことが重要である。

2）地域保健活動では、地域のニードを把握し、優先順位を考慮して計画・実践・評価していくことが重要である。そのためには昭和 30 年代に開発された地区把握、地区診断の方法を活用し、地域の実態にあった保健計画を策定することが重要である。この実施過程は行政と住民が協議する場（ex 健康づくり推進協議会、保健委員会）で共有化することが望ましい。

3）地域保健活動では行政的に各種の垂直的なプログラムが課されるが、日本の結核対策に見られるように優先順位を考え他の活動と統合していくことが重要である。

4）住民の主体的参加を促進することが重要である。日本の地区組織活動の方法の特色として、地域の日常生活に共通する健康問題の解決のために、住民が活用できる適正な技術を導入して計画的に地域ぐるみの実践活動を進めたことにあった。その場合既存の地縁組織、地域でリーダーシップをとれる人、婦人会など女性の協力が大きかった。

5）行政の第一線で、行政と住民のパイプ役として活動する専門職ＰＨＣワーカーの役割が重要である。日本では保健婦が予防活動を中心にして、地域のニードを把握し、家庭訪問、健康相談、健康教育などを通して住民と協力しながら活動してきた。

（森口育子）

わが国の経験から学ぶＰＨＣ

わが国の保健衛生水準の高さは、世界最長寿の平均寿命に象徴されるように、誇るべきものである。ＰＨＣが保健衛生水準の向上をひとつの目標とした理念であることに照らせば、わが国においては数々の効果的なＰＨＣの実践が重ねられてきたと考えるのが自然であろう。ＰＨＣの実践なしにわが国ほどの保健衛生水準が達成できるというのであれば、必ずしもＰＨＣにこだわらなくとも国際保健医療協力が展開できるはずである。

わが国における保健衛生水準は昭和３０年代前後の十数年間に顕著に改善している。乳児死亡数、伝染病患者数、学童の寄生虫卵保有者数等、この時代に劇的に変化した保健衛生指標は枚挙にいとまがない。しかし、当時はまだＰＨＣ理念が体系化されていない時代であったので、残念ながら、諸実践活動はＰＨＣの尺度では記述して残されていない。

わが国の国際技術協力の基本は、わが国の経験から培われた技術の移転にある。わが国に効果的なＰＨＣ実践経験が豊富にあるのであれば、ＰＨＣに関する国際技術協力は、この基本が最も生かされる分野であろう。しかし、そのためには、わが国の経験をＰＨＣの物差しでレビューすることが前提となる。国際技術協力は、決して理念の押し付けであってはならず、経験に裏打ちされたものでなければならない。わが国の経験には、ＰＨＣ技術協力のヒントとなるものが数多く眠っている。以下に、いくつかの事例を紹介する。

（１）手洗い習慣の定着

わが国において寄生虫症や食中毒の激減に最も貢献したのは、用便や家畜の世話の後、調理や食事の前などに手を洗う習慣である。

わが国で手洗い習慣が根付いた背景に学校教育が大きな役割を果たしたことは言うに及ばない。給食時間になると、全校児童が一斉に手を洗い、給食の支度に取り掛かる。体育や図工で手が汚れたら、短い休み時間の間に一斉に手をきれいにしなければならない。小学校低学年から毎日毎日こういうことを繰り返していたら、手を洗う習慣が身に付かないほうが不思議である。しかし、まだ多くの途上国においては、水が豊富に確保できる条件下にあっても、学校教育で同じように手洗いを指導しているにもかかわらず、手洗い習慣は定着していない。手洗い場に数個の蛇口しかないからであるが、これでは「全校児童が一斉に」手を洗うことも、「短い休み時間の間に一斉に」手を洗うこともできない。掛け声だけで実践が伴わなければ、習慣化することはできないのである。

わが国においても、数十、数百の蛇口を手洗い場へ配管するのは経費や手間

がかかるので、昭和３０年代当時の経済状態では困難であった。では、わが国では、いかにしてこの難題を解決したのであろうか。当時、手洗い場には、子供たちの胸の高さに長いパイプが走っていた。そのパイプには、十数センチおきに穴が開いており、端のコックを捻ると、数十の穴から一斉に水が飛び出してくる。これだと、パイプの経費と穴開けの手間だけで、子供たちに一斉に手洗いを指導することができる。この、ちょっとした工夫が、手洗い習慣の定着への流れを生み出したわけである。

（２）蚊・寄生虫の駆除

蚊が媒介する疾患として、熱帯地方ではマラリアが脅威であるが、わが国では日本脳炎が脅威であった。日本脳炎対策としては、行政主導の対策（人、豚への予防接種）が学術書には記載されているが、この対策だけでは媒介蚊そのものを減らすことはできない。日本脳炎多発地域では、駆除日を定めての蚊の広域一斉駆除、水田への放魚（ぼうふら駆除）、養豚への殺虫忌避剤の噴霧などが住民参加によって行われ、それによって媒介蚊の数を減少させている。なお、媒介蚊の激減前には、蚊帳による自己防衛が住民の間に普及していたことも忘れてはならない。

寄生虫症は、人糞を重要な有機肥料として活用していたわが国に宿命的なものであったが、高温によって寄生虫卵を死滅させる改良型便所の普及によって肥料の安全性が高まった。改良型便所の普及の背景には、学校教育等を通じて寄生虫症へ住民の関心が向けられたことがある。なお、寄生虫症教育は住民の健康教育のエントリーポイントのひとつとして有効であり、ＪＯＩＣＦＰ（家族計画国際協力財団）が展開している国際協力活動において多くの成果が得られている。

（３）住民参加の動機付け

「住民参加」はＰＨＣ推進に欠くことのできない条件であるが、途上国においては、住民参加に思わぬ経費（参加者の交通費、日当等）を要するためにＰＨＣ活動の展開に躓いてしまうことがある。わが国では「蚊とハエのいない生活運動」などの住民あげての運動を成功させた例が多いが、そのような経費を支出した形跡はない。では、どのようにして住民参加の動機付けが行われてきたのであろうか。

たとえば鼠や蠅の駆除運動の際に、鼠の尻尾を学校へ持参、あるいは、蠅をマッチ箱に詰めて持参すれば学用品が当たる抽選券がもらえる、ということが行われていた。実際に学用品が当たる確率は低く、この方法であれば、抽選券の印刷経費とわずかな学用品経費だけで、鼠族昆虫対策へ住民の関心を向け、

かつ実践へと結びつけるインセンティブが実現できる。公衆衛生活動に限らずとも、諸行事への住民の動員対策として、福引や抽選券を活用している事例は多い。

表彰による動機付けも行われている。健康優良児表彰、よい歯のコンクール、健康標語募集などがその例であるが、優秀者への景品などはしばしばスポンサーから出されていた。スポンサーが得られない場合には、表彰状印刷経費だけで済ます例もある。

（4）住民組織

啓発のための看板等を地域へ設置する時、役場の担当者が設置するのではなく、住民組織に設置をお願いする、という手法がしばしばとられていた。そのほうが看板等が綺麗に永く維持される、という経験則があるからである。そのほか、公共地の草取り、どぶさらいなども、役場が業者に委託するのではなく、町内会に委託して行われる場合が多い。学校清掃を業者委託でなく学童に行わせることで得られる教育効果と同様の効果が期待できる手法である。健康増進活動として定着しているラジオ体操も、地域の学童と隣組とが一体となって推進されてきた。

町内会や隣組といった住民組織は、集会所（拠点施設）や回覧板（共有情報）によって育成・維持されていったが、地域的なつながりだけでなく、同一関心の者、同一職種の者同士も、拠点施設や共有情報によって広域に発展していった。愛育班、結核予防婦人団体、地区医師会等、地域の保健衛生の向上に大きく寄与した住民組織は数多い。特に地区医師会は行政をも動かす力を有しており、この力関係が官民のバランスよい発展の原動力ともなっていた。途上国では、このような地区医師会組織がないところが多い。

（5）家庭訪問

保健医療サービスの提供者側が地域（辺地）へ出向いて行ってサービスを提供する体制を重視するか、受益者側が地域（辺地）からサービス提供施設に出向いて提供を受ける体制を重視するかが、わが国のＰＨＣの発展の歴史と他の途上国の実態との乖離の最も顕著な点である。提供者側の論理では、後者の方が効率的であり、限られた資源がより有効に活用される方策であるが、わが国では、置き薬方式（富山方式）による医薬品販売、医師による往診、保健婦による訪問指導、健診車による移動健診など、非効率的ではありながらも前者が発達してきた歴史がある。なお、これらの活動を通じて住民ニーズが顕在化した地域では、後に拠点施設（薬局、診療所等）が開設され、ある程度の辺地であっても民間ベースで成り立つことができるようになっている。保健医療従事

者が辺地へ出向くのは人的にも経済的にも大変だからそういうシステムは考慮しない、という論理は、拠点施設へ出向くのがより大変な辺地の人々を切り捨てることを許す論理であり、国の民主的な発達のどの段階かで必ず破綻する論理であることを肝に銘じておかなければならない。

（6）母子健康手帳

本来は医師の手元にあるものと信じられていた医療記録を受益者に所持させるという画期的な着眼点のもとに発達した。ただし、手帳本体には最低限の発達チェック項目を盛り込むにとどめ、自治体負担経費を最小化している。健康教育的な要素は、母子健康手帳と同時に配布されているスポンサー付きの「副読本」（１００頁余）や他の媒体（育児書、家庭医学書等）が独自に発達してきている。また、手帳に添付されている妊婦健診の無料受診券は、妊婦を医療機関へ誘導する呼び水として有効に働き、昭和３０年代に自宅分娩から施設分娩へと大きなシフトを実現できた要因のひとつとなっている。

（7）体温計

体温計も、本来は医師の手元にあるものと信じられていた医療用具であるが、農家へ救急箱（常備薬）とともに組織的に配布されたり、景品として配布されることにより、事実上、ほとんどの家庭が所持することとなった。体温計は発熱性疾患診断のための客観的な一次スクリーニング手段であり、一次スクリーニングが医療機関でなく各家庭で行われるようになったことは、医療の効率化におおいに貢献している。また、発熱性疾患への関心のインセンティブとしても有効に機能している。発熱性疾患のスクリーニング手技をすべての母親や子供が熟知しているような国は途上国には希有であり、わが国で発熱性疾患が激減した要因のひとつであるといっても過言ではないであろう。近年は、体重計や血圧計が各家庭へ普及してきており、肥満対策や、血圧コントロールに役立っている。

（8）登録と統計

わが国の保健衛生統計の精緻さは比類ないとされている。保健衛生統計が自在に入手できる環境に慣らされたわが国の専門家が途上国へ派遣された際にまず目につくのが、この統計の不備であり、なんとか統計的に地域を捉えようとあれこれ焦ることとなっている。しかし、わが国の保健衛生統計の特色は、統計をとることを目的として統計が発達したのではなく、登録制度（妊娠届、結核登録等）が前提となって、その登録管理上の有用性を追及するうちに精緻な統計が得られるようになったことにある。その証拠に、登録制度がない糖尿病

など、自分の地域に患者が何人いるのやら、まして進行度別の内訳など出そうと思ってもおいそれとは出てこない。すなわち、途上国の現状とほとんど変わらないのだということをしっかりと認識しておく必要がある。結核の統計が病期の段階毎に即座に得られるのは、登録制度の賜物なのである。

登録制度は、登録される側にも登録する側にもメリットがあるからこそ発達する。結核の場合、比較的早期に発見された者は、登録管理による適切なフォローにより、少なくとも結核では死ななくてすむのである。すなわち、結核管理台帳に名前が記載された瞬間、その人の運命が好転するわけで、これは登録される側にはこの上ないメリットであり、登録する側（保健婦等）にはこの上ない生きがいとなる。（糖尿病も、結核と全く同様に、早期発見法、治療法、管理法が確立している疾患なので、登録管理制度によって糖尿病では死ななくてすむようにできるはずであるが、この点、現代日本は、過去の経験を学び損なっている。いつの間にか糖尿病死亡数は結核死亡数を上回り、まだまだ増加傾向にある。）

（橋爪　章）

ＰＨＣの歴史的背景

プライマリ・ヘルスケア（ＰＨＣ）は戦後世界の流れのなかで、単に保健医療領域にとどまらないひとつの有力な思想として成立してきた。この思想は１９７８年のアルマ・アタ 宣言によって、地球上のあらゆる人々を視野に入れた健康への道に至る世界戦略として認知された。それから２０年近くを経て現在の世界における政治経済状況は激変し、先進国と途上国における健康への方法論は変化してきたが、ＰＨＣそのものは基本的な理念として今も生きている。

本稿では、戦後、世界の政治経済状況の激変を経験し、途上国の健康問題が様々に展開していく中で、世界戦略のひとつとして成立したＰＨＣから、今日のBamako Initiativeや Health Care Reform に至る変遷を簡単に展望し、これからのＰＨＣへの取り組みの前提としたい。

１）国際保健前史

国際保健の歴史は決して新しいものではない。国境を越えた健康問題は人類の移動とともに常にあった。たとえば、古代ローマ帝国時代に版図を拡大していった時、軍隊の進軍に伴って健康問題は常に生じていた。大航海時代以降の西欧諸国による中南米、アジア、アフリカでの植民地経営を待つまでもなく、国際的に解決を必要とする健康問題は大きかった。

しかし、組織的に医療や保健が世界的な視野で捉えられるようになったのは、19 世紀のヨーロッパ諸国によるアフリカへの侵攻以後といってよい。それ以前、アジア地域でも東インド会社などが設立されて、イギリスの植民地経営はあったが健康に関しての政策的活動は限られていた。その理由はヨーロッパ医学自体の成熟が産業革命以後のことであったからでもある。そして、少なくとも当時のヨーロッパを中心に始まった熱帯医学研究は、植民地主義と分かちがたく結びついていた。自国で自国民を対象に実践される医学とは異なる、他者を対象としたもうひとつの医学として熱帯医学を構築してきた。そして、この熱帯医学の伝統が今日の国際保健の基礎的な部分を形成していることも無視できない。

このような背景は現在に至るまで残存しており、国際保健を考え、位置づける際に忘れてはならない点であろう。

２）戦後世界の成立

第２次世界大戦後は西欧社会にとってもアジア・アフリカ社会にとっても、経済的、政治的に大きな変動の時期であった。それまで、アジアやアフリカに

多くの植民地を有していたヨーロッパの国々が次々と植民地を失っていく歴史であった。現在のアフリカ諸国の健康問題の大きさはヨーロッパ諸国が分断化して植民化してきた帝国主義時代の残存であり、植民地におけるもっぱら一方的な搾取のみに走った政策の結果としてとらえることができる。

一方で、戦後の復興はヨーロッパでも重要な課題であった。余力の残っていたアメリカはヨーロッパ復興のために、戦後世界の経済復興援助計画すなわちマーシャルプラン（1948-51）を開始し、その後の世界の指導的な地位を確立していった。しかし、これは経済偏重の性格をもつ国際協力の枠組みの出発点でもあった。

また、それまで被支配国であった新独立国にとっての政治課題として、当然のように「社会的平等」が掲げられた。しかし、国の現実はきわめて厳しい状況であった。独立はしたものの人材は払底しており、豊かな先進国への頭脳流出はむしろ以前よりも一般化するようになった。しかも多くの場合、長年にわたる宗主国にとってのみ都合の良い「開発」が一般的であったために、本来あるべき国民生活にとって必要なインフラの欠乏は目に余るほどで、その克服はほとんど不可能と思われた。国際的な環境としては、旧宗主国による植民地の再獲得への意欲が依然として残っており、それが自立への阻害の要因となっていたことも無視できない。

戦後に次々と独立した国々の健康状態は植民地時代よりも悪化することが多かった。歴史的に自立してきた過去を持たない旧植民地の国々では、結局のところ、悪化した健康状況への対応として高度医療技術の開発と適用が考えられることになった。先進諸国で開発された医療技術を導入していかなければ政府が健康問題に取り組んでいない、という評価を国内外からされるという強迫感であり、そのために国の財力に見合わない高価な病院や医療への財政支出に国があえぐことにつながっていった。

一方で、WHOによる天然痘撲滅計画はのちに成功裡に終結したが、１９５５年に開始されたマラリア撲滅計画は途上国における現実の前で後退していくことになる。WHOもまた疾患対策中心の活動から脱皮する必要を感じ始めていた。

3）アルマ・アタ宣言への道

新たに独立した国々、あるいは依然として貧しい国々ではひとつの疑問があった。それは「貧しい国にとって健康は手の届かない高価なものなのだろうか。健康というのは、豊かな国々あるいは豊かな人々だけが享受できるものなのだろうか。貧しい人々は不健康に甘んじなければならないのだろうか」という疑問であった。それをWHOのマーラー事務局長は別の言葉で語り、「医療」か

「保健」か、という選択として認識しはじめていた。

その解決の糸口が中国にあった。それは「貧しくとも健康を獲得することはできる」という信念であり、その政策的実施としての「はだしの医者」政策であった。中国が文化大革命を批判的にとらえている現在では、当時の活動についてはさまざまな形での批判や反省がある。しかし、「はだしの医者」が、この時期に掲げられた政治理念にもとづく政策として見たとき、世界的にも画期的なものであったことは歴史的事実として特記すべきことである。

毛沢東による文化大革命は 1965 年に始まった。このシステムでは、健康目的と政治的目的とがほとんど同一な方向性のもとでとらえられている。

「はだしの医者」には、いくつかの要因をみることができる。まず、非専門家に依存する活動であること。従来の西欧的な保健医療は、供給者としての専門家と、受け取る側あるいは消費者としての患者あるいは住民とが画然と区別されていた。しかし、「はだしの医者」で示された理念は非専門家の活動を中心に組み立てられ、実施されていた。また受け手としての住民ではなく、むしろ地域の自立精神の高揚を促したところに特徴がある。

その実施の形態に関する特徴は、地域に根ざした新たな形の農村保健ワーカーを育成し、それぞれの地域のニーズにあった理論と実践を進めたところにある。こうして、毛沢東の指導のもとで、統合した教育の組織化が進められた。

閉ざされた中国ではあったが、その成果は世界的に知られるところとなった。それがＷＨＯの新たな理念形成への意図と合流し、世界的な戦略に結びついていった。

東で「はだしの医者」への模索が行われている頃、イギリスでは 1965 年からシュマッハーらによる「適正技術(Appropriate technology)」への歩みがあった。 Rural Health Panel (RHP) がＷＨＯと連携するなどして、世界的な動きになった。シュマッハーによる著書"Small is Beautiful" (1973)には、中央集権から地方分権へ、そして自立の思想が盛られている。

こうして地球の東と西から類似した理念が登場し、それらをタイやインドネシアなどを始めとするさまざまな地域や国での実施例を統合して理念化した憲章がアルマ・アタ宣言として結晶化したのが１９７０年代であった。

70 年代の途上国には、それ以前と異なる世界経済的側面が現れてきた。この時期には、石油価格の上昇でＯＰＥＣ諸国を中心とする途上国が自信をつけ始めた。また、これによって新国際経済秩序が唱えられるようになり、世界は北側の国だけでなく南の諸国によって動いていることを印象づけた。

また、ベトナム戦争の終結も大きな影響をもっていた。アメリカの敗北で終わったこの戦争は、経済の論理だけで世界が動いているのではないことを示した点で重要な意義をもった。

しかし、石油価格の高騰などに伴って経済的には自信をつけた途上国ではあったが、こと健康問題に関しては西欧の豊かな国々の影響から抜け出すことはできなかった。国内の健康問題の解決のためには、どうしても治療中心の医療施設の建設、近代的な医療技術への投資の方向へさらに傾いていった。これによって、政府による高額な医療への支出と、都市住民を中心とする裕福な住民へのサービスを中心とする保健資源の配分の偏りが大きな問題となってきた。この時期から、従来型の感染症・寄生虫症が農村を中心に広がりながら手を拱いているにもかかわらず、都市部での慢性疾患中心の先進国型健康問題が現れる「二重の負担」と呼ばれる構造の問題が現れてきた。

矛盾をはらみつつ打開できない状況に対する有効な政策的手段を見いだすことができず、治療中心の高額な医療体制依存型の医療に対抗して基本的な保健サービスを推進するための有力な理念がないままに、途上国の保健医療の分裂が進んでいたのが70年代のひとつの側面であった。

途上国の状況と並行して、７０年代の先進国と国際機関では何が起きていたであろうか。一方では、エジプトのアスワンハイダムなどに代表される大規模経済開発への反省と批判が起きてきたが、同時に、依然として高度先進医療への幻想のもとにあった。先端的な医療機器や技術の開発のみが正当化され、基本的な保健サービスがなおざりにされがちであった。国際機関の側でも、そうした危機を痛切に感じ、むしろ焦りを感じていた。たとえば、1970 年代半ばのマーラーWHO事務局長は、医療エスタブリッシュメントの手の中にある医療から、より基本的なHealth careを護り、それを途上国で展開していく使命を感じていた。

新たな道を示さなければならないという必要性と、中国などの現場での試行とが出会い、ＰＨＣの概念づくりが行われた。そして１９７８年９月１２日にはカザフスタン共和国の首都アルマ・アタにおいて、WHOとユニセフとが共同主催して、１４３カ国の代表が集まり、アルマ・アタ 宣言が出された。翌年５月には世界保健会議（WHA）で承認され、さらに委員会設立などの準備の後、1981 年に"Global Strategy" がWHAで承認された。これによって、ＰＨＣがそれ以後の世界的な健康戦略の基本となった。

PHC の基本理念は、社会開発との統合によってなされる、住民参加と資源の再配分を行う、地方分権化を行うという、単に保健部門だけでない広範な政策戦略であった。これによって、病院・施設中心の医療の拡充にブレーキがかけられ、WHOがあるべき姿として追求しようとした、地域を基盤とした保健活動に重点が置かれることになった。

4）ひとつの理念と多様な方法論

ＰＨＣは理想に過ぎる、あるいは非現実的であるという批判が当初から絶えずあった。アルマ・アタ宣言の直後から、近代医療から離れて行う Primitive Health Care であるという皮肉さえあった。また、ＰＨＣを共通の理念として掲げる人々の間でも、さまざまな方法論が展開されることになった。それらのなかでも、もっとも対称的なアプローチが「選択的ＰＨＣ」と「包括的ＰＨＣ」である。

まず、アルマ・アタ宣言後の早い時期(1979)に具体的な方法を示したのが、Walsh and Warren による Selective Primary Health Care（選択的ＰＨＣ）の考え方である。選択的ＰＨＣの方法論はいわばＰＨＣの改良型と呼ぶべき方法論である。彼らの主張は、包括的ＰＨＣの達成までには長い時間がかかるために、達成までの中間的な方法論として特定のターゲットを設定する必要がある、というものである。たとえば、特定の疾患に絞って予防接種を実施することなどがそれに相当する。ここでは、効率性とコストを強く配慮することによって、容易な評価、先進医療技術の適用、援助機関にとっての魅力などを目指している。

それに対して、Comprehensive Primary Health Care（包括的ＰＨＣ)の支持者は、こうした選択的な方法論は中央集権のトップダウン方式に近いものであり、住民参加の理念から遠く、一部の人々のみに選択的にアプローチすることになることを指摘し、結局は一時的な成果にとどまり、持続可能ではないと批判する。選択的ＰＨＣはドナーに迎合した方法展開となり、ＰＨＣと称してもふたたび医療を利用した権威主義的方法に戻ってしまう危険があるという見方をしている。

ここに現れている論点は、言い換えれば「誰がインプットと成果をコントロールするのか？」という点に集約されよう。つまり主役は誰なのか、ということである。この点は、ＰＨＣを理念として捉えるにせよ、その具体的な方法を設定していく際にせよ、もっとも基本的な問題として念頭に置かれ、かつ議論されていかなければならない。

5）不況の中での変革

ＰＨＣを世界的に推進していこうという矢先、１９８０年代には南アメリカやアフリカなどを襲った債務危機が起きた。これによって、途上国は第３世界の時代と呼ばれた７０年代の自信を一気に喪失することになった。そして、新たな構造改革を必要とするようになり、ＩＭＦや世界銀行を中心として改革が展開されてきた。

ＰＨＣは理念としては確実に残ったが、その世界戦略としての方法論には修

正が加えられることになった。その一つの例が、アルマ・アタ宣言から 10 年後の 1987 年、マリ共和国の首都バマコで、WHOとユニセフの共同主催によりアフリカ保健大臣会議において宣言されたバマコ・イニシアティブ（Bamako Initiative）である。これは、その後、アフリカ、アジア、中南米の 33 カ国で採択された。

これはある意味では、国レベルでの保健への支出が現実にきわめて困難な状況にあったアフリカ諸国を中心にした、従来の政府財政負担中心のＰＨＣへの反省であった。資源を無駄使いしながら依然として結果は不十分であり、マネージメントがまずく、組織的対応が不十分であったために成果が上げられなかったという反省のもとで、受益者負担の考え方が導入されるようになってきた。

この問題は途上国の問題だけにとどまらない。先進国においても保健医療支出の抑制が必要とされている。世界的に共通の問題となってきていることは、いかにして保健セクターの『構造改革』を行うかという課題のもとで、途上国であるか先進国であるかを問わず、多くの国々が Health Care Reform を政策的課題として推進し、政府の財政負担を軽減しようとしていることにも現れている。

６）導きの理念としてのＰＨＣ

現在、慢性的な財政的危機状態を抱えているという現実の中で、ＰＨＣはすでに遠くなっていると言われることもあるが、依然として人々の健康を考える上では必須の理念であることに変わりはない。むしろ、その実現のための現実的方策あるいは戦略として政治経済的な状況を考慮した方法論がさまざまに組み立てられており、実践として何がどのように効果的であり、適切であるかが求められている。

わが国における国際的な保健医療協力においても、ＰＨＣという共通の理念のもとで具体的な政策として何を行うかという点こそが問われている。

（丸井 英二）

アルマ・アタ宣言以降の世界のＰＨＣの流れ

・アルマ・アタ (1978) からオタワ (1986)、ジャカルタ (1997/7)、アリューシャ(1997/10)へ ・

アルマ・アタ宣言(1978)で述べられている包括的ＰＨＣ戦略は、その後Health Promotionに関するオタワ憲章(1986)によって、「Health for All by the year 2000 and beyond」というより具体的なアクションへと引き継がれた。西暦 2000 年を目前にしてWHOは 1995 年の総会で Health for All（以下ＨＦＡと略す）Renewal を採択し、WHO本部で Working group for HFA Renewal が形成され新たな戦略を模索しつつあり、現在までのところＰＨＣ戦略は基本的には正しいとの認識は変わっていないが、以下の４点が問題としてあげられている。

1）公正な保健医療政策とは何か
2）人々の健康状態とそれを決定する因子（基本的な公衆衛生の機能、Essential Public Health Functions)
3）保健（健康）に関わる技術革新
4）コミュニケーションの発達と人々との関係

オタワ憲章：

Health promotion とは人々が自分達の手で自分達の健康を改善、推進する事であるが、そのためには１）平和、２）住居、３）教育、４）食糧、５）収入、６）安定した生態系、７）持続可能な資源、８）社会正義、９）公正、の９項目が前提条件として必要であるとオタワ憲章はうたっている。より良い健康は社会的、経済的、個人的な発展及び生の質（QOL）にとっての主要な「資源」でもあり、Health promotion は健康（保健医療）における公正を達成する事に焦点があてられている。

また健康（保健医療）は保健医療領域だけでは決して確かなものとはならない。つまり、Health promotion を実行するということは、次の事を意味しており、オタワ憲章では、これらを国際社会が「西暦 2000 年までに全ての人に健康を」という目標を現実のものとするためにとるべき具体的行動であるとしている。

1）健全な公的政策（法制化、財政的措置、税的措置、行政改革など）を打ち立て、保健医療以外の公的政策の中で人々の健康増進の妨げになるものを明確にし、かつ取り除くこと
2）健康増進を支えるための環境を整えること
3）コミュニティーの活動を強化し、決定、計画、実行をコミュニティー自

身の手で行うことが出来るようにすること

4）個人の技能を開発すること

5）保健サービスの方向を再構築すること（個々人、コミュニティー、保健医療の専門家、保健医療施設、政府がそれぞれの責任を明確にし共働すること）、保健医療部門の役割は治療主体の臨床的サービス提供以上のものであって、より健康な生活を送るためには保健医療部門と、より広範な社会的、政治的、経済的環境及び、自然環境との相互作業が要求される。

6）将来に向けてのキーワードとして caring, holism and ecology である。

ジャカルタ宣言：２１世紀に向けての Health Promotion

オタワに続いて第２回 1988 年の Adelaide では健全な公的政策を含む health promotion の戦略の意義が、また第３回 1991 年の Sundsvall では健康（保健）を支えるための環境（主として政治的、経済的）が再確認され、1997 年のジャカルタへと引き継がれた。ジャカルタにおける議論の骨子は以下のようなものである。

1） Health promotion は貴重な投資である。

健康は基本的人権の一つであり社会・経済開発にとって必須のものである。最終的なゴールは平均余命を増進し、国々や集団の間での平均余命の格差を縮めることにある。

2） 健康を決定する因子：新しいチャレンジ。

オタワ憲章でも述べられているように健康にとっての前提は平和、住居、教育、社会保障、社会関係、食物、収入、女性のエンパワメント、安定した生態系、持続可能な資源の使用、社会正義、人権の尊重と公正。特に貧困は健康にとっての最大の脅威である。更に都市化、高齢化、慢性疾患の増加（南、北を問わず）、他の社会的、行動学的、生物学的変化（抗生物質に対する耐性菌の増加、薬物中毒、社会的、家庭内暴力など）である。また、新しい感染症やこれまではある程度沈静化していたかつての感染症の再流行、精神衛生もまた重要な要因となってきている。

また経済、金融、貿易、メディアへのアクセスや情報技術の国際的統合化そして無責任な資源の使用による環境破壊、が健康に大きな影響を与えている。以上のような諸因子は人々のライフスタイルを大きく変化させている。中でも情報技術の発達はポジティブな影響を、タバコの国際的貿易は大きな負の影響を及ぼしている。

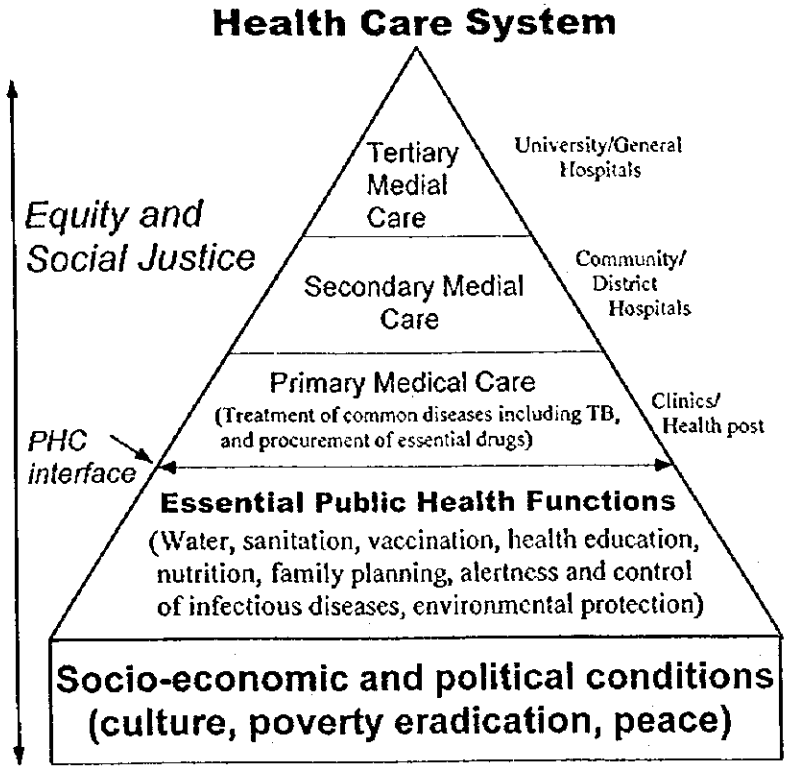
3） Health promotion は変容をもたらす。

このアプローチは健康（保健）における公正を著しく増大させる極めて

PHC： 公正と社会正義を目指して

HFA policy in the 21st century に向けての統合的な要素の一つとしての Essential Public Health Functions (EPHFs)が Delphi 法により WHO のイニシアティブのもとに行われ 1997 年 12 月で第4ラウンドが終了、その結果がまもなく発表される。この研究は世界の全ての地域の「公衆衛生」(国際保健、開発など) の専門家 145 人に対して Questionnaire (アンケート) のやり取りを4回行ったものである。この中間報告がアルーシャ (タンザニア) での第8回世界公衆衛生協会連盟大会で報告された。それに基づいて筆者が PHC との関係で試みに作成したのが以下の図である。

図 PHC： 公正と社会正義を目指して



ヘルスケアは保健領域の問題に矮小化されるのではなく「公平と社会正義」を追求する運動でもあると言える。左の矢印は Equity and Social Justice がヘルスケアの全ての領域に於いて導きの理念あるいは目的である事を意味している。包括的 PHC が実行されるには EPHFs とそれを支える、図のピラミドの基盤である社会・経済的、政治的条件が必須となる。その基盤とは文化、貧困の根絶そして平和という key words に代表される。PHC が保健医療のいわゆる Health care pyramid と関係を持つ interface (図の PHC interface 矢印) は primary medical care と EPHFs と言えるかも知れない。この EPHFs は PHC のいわゆる「インフラ」と言えるであろう。すなわち包括的 PHC とは社会・経済的、政治的条件に支えられた EPHFs を、PHC interface を通して人々の健康回復、増進を目指すと同時に、逆に health を切り口として、人々による人々のための「公平と社会正義」実現させるための運動であると言えよう。

(若井 晋)

現実的なものである。オタワ憲章で確認された５つの戦略は一つ一つ実行するのではなく包括的に行ってこそ最も効果的であり、且つ人々の参画（People's participation、People-centered：著者）が必須である事が明らかになった。

４）　新しい対応が必要。

これまでのような政府内各部門の障壁、政府機関とＮＧＯ、公的機関と私的機関との障壁を取り除くこと、そして公平な立場に立った協働（共同）とパートナーシップが全ての領域、レベルで要求されている。

５）２１世紀のhealth promotionの重要事項。

①健康に対する社会的責任を促進すること。②健康開発(health development)への投資を増加させること。③健康（保健）でのパートナーシップを確固とし拡げること。④コミュニティーの力を高め、個々人力づけること(empowerment)。特に重要な事はhealth promotionが人々によって（by)、人々と共に（with）行われることであり、決して人々の上から（on）や、人々に対して（to）行われることであってはならない。(People-centered and demedicalization：筆者)。⑤Health promotion のためのインフラを確かなものにする。資源を健康（保健）により多く用いる。

最後に Global health promotion alliance の形成と、各国政府が国内外において health promotion のネットワークを強め財政的に支援するよう呼びかけ、且つWHOがそのリーダーシップを取るように要請してジャカルタ宣言は終わっている。

アリューシャ会議：

オタワ憲章を基に、激しく変化して行く世界の政治、経済、社会、保健医療情勢を背景にして1997年７月にはジャカルタで第４回のHealth Promotionに関する国際会議が開催された。そしてタンザニアのアルーシャで開かれた第８回世界公衆衛生協会連盟大会（３年に１回）では世界各国から６００人以上の人々が参加して、全体会議では、1)Health policies and the strategy of health for all through ＰＨＣ、２）Socio-economic determinants of health、３）Epidemiological changes including new and re-emerging diseases など３つのテーマに関して議論がかわされた。

同会議では６つのシンポジウムが実施され、そのうち下記の５つがいずれもＰＨＣに関係した内容であった。最近の激動する世界にあって、ＰＨＣ戦略によって如何にして人々の健康を獲得・推進するのかが議論の中心であった。

1）Strategies to achieve greater equity in health and health care

2）Partnership for health development

3）Health in the 21st century: Challenges and response

4) Health research agenda
5) Essential public health functions within the context of health for all renewal and primary health care

この会議においても公正、公平と社会正義を追求する包括的ＰＨＣ戦略が世界の保健医療にとって基本的なものであることが再確認された。しかし、問題はそれを如何にして公正に効果的に実行していくかである。Health promotionは包括的ＰＨＣ戦略を実行する上でのより具体的な方策を指し示そうとしているといえる。

アルマ・アタからジャカルタ（そしてアルーシャ）に至るまでの道のりは、公正と社会正義を求める政治的、経済的、社会的運動としての包括的プライマリ・ヘルスケア戦略によって基本的人権の重要な一つである人々の健康、特に「社会的弱者」の健康を人々の手によって、人々と共に獲得する、いわば終わりのない闘いといえる。包括的プライマリ・ヘルスケアはまた逆に人々の健康への闘いを通して不公正な社会、政治、経済体制を地域、国、地球レベルで変革して行く運動でもあることがわかる。それに参画し、関わる人の属する機関がたとえ政府機関であっても、国際機関であっても、またＮＧＯ、他の私的機関(private sector)であっても、この基本精神に立っていることを絶えず再確認しながらそれぞれのプロジェクト、プログラムを遂行して行くように要請されているのではないか。

（若井　晋）

第２章　ＰＨＣの理念

保健システムに於けるＰＨＣの意義
－ 何故ＰＨＣか －

世界には人口の増大、富の配分の偏り、貧困の増大、環境の汚染や健康の障害などの大きな問題が増大している。これらに立ち向かうには中央からの取組だけではとうてい対処しきれないことは明らかであり、草の根からの取組が同時になされることが重要であることが、世界レベルで知られるようになっている。例えば、健康問題への草の根からの取組の一つとして、プライマリ・ヘルスケア（ＰＨＣ）が 1978 年、アルマ・アタで開催された世界保健会議で公に世界で認められるようになった。

では、何故ＰＨＣが世界の注目を浴びたかというと、それは増大する人口、拡大する社会とそれが生み出すいろいろな問題に遭遇して、世界は問題解決に対する中央統制的官僚制度の限界を知り、歴史的に経験しかつ現在も途上国の人口の約７０％が暮らしている村落的共同社会の中に、現代社会に有用な一面があることに新たに気付いたことにある。即ち、いかに情報社会が拡大しても、人間は相手が見え、肌身に感じられる日常の生活からその社会と問題を実感してこそ、社会の生み出した問題へ立ち向かう確固たる行動が生まれてくるということである。いいかえるならば、人は参加することによって自己と社会に対する認識が育成され、それが行動につながるという事である。

もちろんＰＨＣは住民の参加にはじまる社会生活とその問題の認識ということだけでなく、健康面における病気の予防、治療、そして保健教育といった分野までにも及んでいる。言うなれば、行政末端に位置する社会単位である村落などのコミュニティーの自助努力を中心とした地域保健システムを構築し、かつ、これがコミュニティーの発展のための基盤となることをねらったものである。注目すべき事は、ＰＨＣにおいては各自が自分をコミュニティーの一員として認識し、それによりコミュニティー全体の自助努力の育成を目指しているというということである。つまり、自助努力なしにはいかなる社会システムもそれを維持することは困難であるという事である。

例えば、必須医薬品回転資金プロジェクトのように、コミュニティーが中心となって必須医薬品の購入、販売（受益者負担）、在庫管理、資金管理を行い、同時に医薬品の適正使用の住民教育を行い、コミュニティーの自助努力によるサービスの改善を展開していることなどが挙げられる。もちろん、このために

は中央政府から地方への権限移譲や受益者負担などの法的整備や、予算の裏付けなどが必須であることはいうまでもない。

このようにＰＨＣによる底辺からの積み上げによるアプローチと中央政府の上からのアプローチとが補完しあって初めて、国全体の保健システムが構築され、それが有効に機能し、かつそのシステムを維持することが可能になるということである。

（梅内　拓生）

プライマリ・ヘルスケアとは

PHC は、基本的ヘルスケアであり、地域で実践可能であり、科学的に正しく、社会的 に受け入れられる方法論を用い、地域のすべての人が利用でき、自立、自決の精神で参加することによって、開発のそれぞれの段階に応じて、その地域および国で維持できる技術に基づくケアである。PHC は、国家保健システムの中で重要な位置を占めるとともに、地域の全体的社会経済開発にも、中心的役割を果たす。また、PHC は、個人、家族、地域が国家保健システムと最初に触れるレベルであり、人が生活をし、働く場にできるだけ近くに提供されるものであり、継続的ヘルスケアの最初の要素である。(プライマリ・ヘルスケア アルマ・アタ 1978 WHO ユニセフ)

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

国際協力とＰＨＣ

１．　地球レベルの問題の認識と行動

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に変化をもたらした。今日ではいかなる民族、いかなる国ももはや「誇り高き孤高」の状態に存在することはできない。あらゆる物がお互いに密接に結びあわされており、政治、経済、法律、文化などあらゆる事物、事象が相互関連し、相互依存している現実を認めざるを得ない。

確かに科学技術の発展のおかげで我々の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している。一方我々は天然資源の涸渇、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。なお言い加えるならば、これらの地球レベルの問題解決には、まずその問題をしっかりと捉えなければならない。その為には、それらを自分の身近な事実として捉えることである。そして、必要で且つ可能な行動を一歩一歩実践することである。

1900 年代、特にその後半世紀は、世界レベルの経済成長とともに多くの人々が貧困から救われた時代である。例えば、東南アジアでは過去 10 年以内に貧困の発生率が 50%以上も減少した国の数が増加している。しかし一方、サハラ以南のアフリカやラテンアメリカでは貧困層の増加がみられており、現在、世界には、1 日の収入が 1 米ドル以下の人が約 13 億もいる。その内 5 億人以上は、インドを始めとする南アジアにおり、アジア全体でみると 9 億 5 千万人にも達している。即ち、貧困はアジアにとって依然として重要な問題であるということである。

これら貧困問題に立ち向かう場合、絶望の中で喘いでいる人々に、いかにして、自力で貧困に立ち向かうことを動機付けするかということが極めて重要である。この考えに基づいて、1995 年、社会開発サミットは貧困対策の国際協力として、女性の参加とエンパワーメントや貧困者を立ち上がらせるための経

済指針を提案している。

このように自力で貧困問題に立ち向かうことを動機づけるといった世界レベルの貧困対策に提案されたねらいはまさに健康問題の解決へ立ち向かうためにＰＨＣが行っていることと一致している。特に注目すべき事はコミュニティーへの参加から始まる健康問題をはじめとするコミュニティーの他の諸問題の認識とそれへの取組として過去２０年以上も世界レベルで展開されてきたＰＨＣの経験である。数多くの成功と失敗のＰＨＣの経験の整理は現在世界レベルで取組がはじめられている貧困対策に重要なガイドを与えるだけでなく、ＰＨＣの取組そのものが貧困対策の極めて重要な柱のひとつになることは、明らかである。

２．国際協力と日本の現状認識　－ 日本へのフィードバック －

過去半世紀にわたり日本は途上国の経済、保健医療、教育などその国の発展をささえる社会基盤の構築および整備、あるいは人材育成のための協力を実施してきた。もちろんこの協力が可能であったのは、日本がこれを実行するに足る財、人、技術などを備えるための努力をしてきたからである。

しかし、注意すべきことは、協力事業に慣れてしまい日本側が途上国にただ物を援助しているにすぎないという考えや、被援助国である途上国側も財政的に豊かな日本が勝手に自分達に援助を押しつけているにすぎないという考えに陥ってしまうことである。

何故、日本が国際協力を行うのか、その必要性は何であるのかという問題は極めて重要であり、常にこれを繰り返して見つめる必要がある。もちろん、これに対する返答や見解は時代により、人により異なってくることは言うまでもない。例えば、世界はすでに政治、経済、自然環境、更には感染症問題への対応にみられるように相互依存の時代に入っており、日本もこの相互依存のネットワークにしっかりと組み込まれている現実を考えると、日本が応分の国際協力をすることの必要性とその重要性はおのずから明らかになってくる。

敗戦後 50 余年、日本は復興を目指したゆまぬ努力を続け、めざましい経済発展を遂げた。しかし、その一方で現在日本が、高齢者社会、経済成長の鈍化、財政状況の悪化など様々な社会の不安要因を抱えていることも事実である。こ

の問題へいかに日本が挑戦してゆくのか、これを世界が注目していることも事実である。何故なら、他の国も早晩同様の問題を抱え、これに取り組まなければならならくなるからである。PHCへの国際協力は相手国の地域の経済の活性化、保健や教育の改善などその地域の活性化や開発につながっていることは明かである。このようなことから、PHCへの国際協力から得られる経験と情報は日本にとって極めて重要である。何故なら、日本は日本の抱えている問題の解決のため、地方自治の活性化と住民参加の促進を取り組みの大きな柱にしているからである。更にこれを一般化していうならば国際協力と共同事業を通じて相互に社会認識を深め、その経験を相互に活かすのみならず広く世界にも生かすということである。

3. ODAからみた国際保健協力の問題点

前述の地球レベルの諸問題は、一人の人や一つの国だけが原因となって生じたものだけではなく、地球上の全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生み出したものとも言える。従って、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とはいうまでもない。そして、その為の世界レベルの協力の一つが、主として先進工業国から途上国への公的な開発援助（Official Development Assistance/ODA）である。1990年の全ての国のODAの総額は、全世界のGNPの0.35%に当たる540億ドルである。国連開発計画（UNDP）は途上国が抱えている貧困、人口増加、環境破壊等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と、更に2,000億ドルの資金を投入する必要があるとしている。

実際、この資金をどの様に調達すべきか、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環流を考えてみると、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。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ことではある。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。

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、教育や保健分野等へのODAの配分は世界レベルでみると全体の10%以下である。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。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。これは、途上国の1人当たりにすると1ドルの援助額にしかならない。UNDPとユニセフは途上国の教育、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。

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、更に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ヶ国の中で12位と下から3番目である。北欧諸国のそれは10%から20%であり、米国も8%以上この分野に当てている。日本は「地球社会とその問題の解決」ということを念頭にいれて、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在り方を考えなければならない。この点に関し、ＰＨＣ分野の協力は極めて重要である。何故なら、すでにＰＨＣは世界の人口や貧困対策などを視野に入れ、コミュニティーの自助努力による人材と財源の育成と確保を介してコミュニティーの保健システムのみならず、経済の育成と活性をねらっていからである。即ち、ＰＨＣ分野の協力は今後益々重要であり、この分野に重点をおくことは意義深いということである。

４．ＰＨＣと社会基盤の育成

国際協力の立場からＰＨＣを展開する場合、まず相手となる途上国の人的、財的資源の不足が一般論として浮上してくる。しかし、この状況の中でこの一般論の大波に飲まれることなく、相手国の人々にとって何が最も重要な保健上の問題かを、的確に把握することである。もちろん、これらの問題を把握するためには、相手国の中央レベルのみならずコミュニティーの人々との共同作業でなされるべき事はいうまでもない。

次なる段階として、いかにしてこれらの問題の解決に着手すべきかであるが、それには中央政府のみならず地方政府、コミュニティーにおける人的、財的資

源の的確な算定を行い、これによる可能な社会基盤の育成を始めることである。たとえば、ＰＨＣの重要な分野である必須医薬品資金回転プロジェクトを例にとると、必須医薬品への受益者負担とコミュニティーによる必須医薬品とその資金の管理という政策を中央政府が承認する事に始まり、コミュニティーによる医薬品購入ルートの開発、医薬品の販売、購入、在庫管理と資金管理システムの確立、そして、医薬品の適正使用への住民教育活動の展開にまで着手されている事などが挙げられる。即ち、ＰＨＣを介し住民が、コミュニティーの発展のために必要な社会基盤の育成を、展開している事である。この様なＰＨＣへの取組は、コミュニティー共同資金融資システムやその為の共同資金育成等、コミュニティーの経済的自立への道にも通ずるものである。

いうなればＰＨＣとは、コミュニティーへの積極的参加による自らの問題認識とその解決のための共同作業を介して、コミュニティーから始まり国全体の可能な社会基盤を、一歩一歩築き上げるための一つの方法であり得るという事である。

（梅内　拓生）

ＰＨＣの現代的（１９９０年代）視点

1. 人間開発とＰＨＣ

国連開発計画機関（UNDP）は地球規模で人間社会のより健全な発展を考えた場合、経済的発展の側面だけでなく、教育と健康の向上も視野に入れるべきであるとして、国ごとの一人当たりの GNP、識字率と平均寿命の３つの項目からなる人間開発指標（Human Development Index : HDI）を作り出した。

このHDIを中心に世界をみると、一人当たりのGNPがほどほどでも、高レベルの教育と健康の向上を達成している国々があることが分かる。反対に石油産業を中心とした経済発展で一人当たりのGNPが高いレベルでも、教育と健康の向上がおもわしくない国もある。即ち、ある国の発展をみる場合、経済指標だけではなく、発展に必要な人間の能力の開発（教育）と、その結果（経済、健康）をあわせてみることが重要であるということである。ＰＨＣは地域保健システムの構築と機能の改善を目指しているが、その根底には現実生活での問題の把握とその解決への行動に必要な人間の能力の開発を行うという大きな流れがある。いうなれば、ＰＨＣはまさに人間開発の大きな柱の一つである。

2. 文化とＰＨＣ

今世紀、特にその後半は科学と技術の加速度的進展と経済の発展を目の当たりにした時代であり、同時に“自由”と“欲望”のあくなき追求の時代であるといえる。しかし現在、世界の人々はこのような物質的繁栄と“エゴ”のおう歌の時代はもう続きようがないことをすでに感じとっている。何故なら現実に一歩踏み込めば、地球レベルの自然破壊、資源の涸渇、人口増加、低迷する経済成長、そしてＡＩＤＳや結核などの新興・再興感染症の世界的蔓延など人類の生存を脅かすような重大な危機が目前にひしひしと押し寄せてきていることを認めざるを得ないからである。

今まで世界中でこれに対する様々な取り組みがなされてきた。しかし事態は一歩一歩その深刻度を増している。ようやく世界の人々は科学や技術そして経済中心の対応策のほかに人間社会の価値観（文化）に踏み込んでいかなければ、これらの深刻な問題の解決はとうてい見込みがないことに気づき出してきた。

即ち、文化の面からのアプローチの重要性が浮かび上がってきたということである。

では、一体ＰＨＣはこれら文化の面とどう関わっているのか？それは、コミュニティーへの参加からはじまる社会認識と深くかかわっているということである。即ち、ＰＨＣは健康を誕生、生存、そして死という視点から考え、かつそれを社会単位の基本であるコミュニティーという広がりでとらえているということである。言い換えるならば、コミュニティーの生活環境、歴史、伝統とのつながりから自分自身とコミュニティーの現在と将来をとらえるということである。つまり、ＰＨＣはコミュニティーでの価値観の確認と育成（文化）に深くかかわっており、このことは人類の生存とそれに不可欠な新しい社会形成にとって極めて重要であるということである。

3. 地方自治とＰＨＣ

世界は過去半世紀以上にわたる中央集権的（統制的）官僚制度の限界を知り、地方への様々な行政権の移譲が真剣に考えられるようになってきた。すでに、ある国々ではこのような地方分権化が実行に移されてきている。即ち、世界は政治権限の地方分権化つまり“地方自治”の時代をむかえているということである。“地方自治”を実りあるものにするには地方の人々が、政治・経済・文化を自分自身で考えそしてそれに参加しなければならないことが必至である。ＰＨＣはこの“地方自治”の理念とアプローチにまさにその軸をひとつにするものである。何故なら、ＰＨＣはコミュニティーの人々の参加、権限そして責任によってコミュニティーの人々の健康の確保と増進さらにそのためのコミュニティー・ヘルスシステムの構築をねらっているものであるからである。例えば、ＰＨＣによる草の根の健康保障活動をあげてみる。

多くの開発途上国では人的、財的、保健資源の不足から行政末端に位置するコミュニティーへのヘルスサービスの供給に問題があることはよく知られている。これに対応するため、多くの開発途上国でサービスへの受益者負担、必須医薬品回転資金、安全な水の供給資金など様々なコミュニティー式の育成とそれによるヘルスサービスシステムの構築と改善といったＰＨＣアプローチを介してコミュニティーの健康保障の確立を目指してきている。現在、東アジアや東南アジアではそのような形でのＰＨＣアプローチが確実に進展しており、日本の協力がこれに大いに寄与していることは明かである。別な見方をするなら

ば、ＰＨＣのこの理念とアプローチ、更には日本と開発途上国との協力の経験は、まさに我が国が目指している“地方自治”の強化と確立にもつながるものであるといえる。

住民参加、地方自治、そしてＰＨＣ

地域におけるPHC推進の上で「住民参加」は、欠くことのできない条件であり、住民主体というボトムアップの考えの重要性は疑う余地がない。しかしながら、実際実施されているPHCの中で「住民参加」がどの程度実行されているかとなると、残念ながら依然としてトップダウンによる形式でサービスが提供されているのが現状である。ことに、計画策定や運営にいたってはアジアの一部の地域を除いては「住民参加」の報告例が少ない。

では、何故住民参加がうまくいかないのか？その背景にある問題点には以下の５つがあると考えられる。

1．これまでの紋切り型の政府主導による保健計画はトップダウンによるプロジェクトの押し付けをするばかりで住民参加を促すものではない。その理由として、コミュニティーの外部の専門家集団による保健の現状および問題分析、解決策の策定、住民の意志の届かない中央レベルで決定される現場の医療従事者などがあげられる。地方分権化によるコミュニティーへの責任の委譲により保健意識を向上させることができるのではなかろうか？
2．コミュニティー自体に存在する古い因習に基づく階級意識は、時として富めるもの主体の中央集権的なトップダウンに似た状況を生み出す可能性をはらんでいる。
3．農民協同組合、青年団、婦人会などの既存の住民組織が欠落している場合、コミュニティーにおける住民の組織化が困難であることが多い。また、このことは対象国の政治体制とも密接に関係があるようである。
4．医療におけるサービスの提供者である医師と受けてである患者の間のアンバランスな力関係が問題を生むことがある。医師は、患者ではなく自分の都合を中心に診療時間を勝手に決定し、業務終了後は自分のプライベートな診療所において診療活動をし、利益を得ている場合が多い。
5．政治体制によっては、中央政府による許可あるいはPolitical Commitmentなしには地方への権利の委譲つまり、地方分権化を通した住民参加の促進は困難である。

（奥村　順子）

4.疾病負担とＰＨＣサービスパッケージ

世界銀行は病気による経済的負担を視野に入れ、疾病負担（Disease Burden）という考えとこれを測定するための方法（Disability Adjusted Life Year / DALY）を開発した。さらに世界銀行はＰＨＣには公衆衛生的なサービスと治療

サービスの両方が必要であり、これらによる疾病負担軽減に費用効果の高いサービスパッケージを算出している。例えば、これにはEPIや性感染症サービスなどが含まれており、一人当たりのGNPが350米ドルレベルの国でも、このパッケージにより一人当たり12米ドルでその国の疾病負担の3割以上を軽減できるとしている。即ち、その地域の疾病対策には、公衆衛生学的立場と費用効果の両方を視野に入れたＰＨＣサービスパッケージを作り出すことが重要であるとしている。

（梅内　拓生）

ＰＨＣの認識論、倫理学、社会経済学的視点

１．認識、行動、生存

人間は、日常生活の中で多くの事物や出来事を当たり前のこととして捉えている場合が多い。人間がこれらの事物や出来事に特別の注意を注ぐのは、これらが今までよりも事態が悪くなり（良くなったときはあまりないが）自分に禍がふりかかるような時になってからである。ましてやその事態の対応への行動をとるのは事態の悪化が進み、実際に禍が身にふりかかってからであるのが普通である。いうならば、実社会の中で、事の事態への認識（現実認識）と、それに対応するため行動をとることは簡単なことではないということである。学問の分野では、哲学や心理学の分野のみならず、動物行動学の分野においても認識と行動に関する研究と知識は山積みされている。では何故、ここで社会的認識と行動との関連でＰＨＣを持ち出すのかというと、ＰＨＣへの取組とは、コミュニティーへの参加により身近に生じている問題を共同体（コミュニティー）の問題として捉え、それの解決のために共同体（コミュニティー）としての行動を喚起するという事、いいかえるならば生存のために必要な社会的システムの不調や欠陥の認識と、その問題解決への行動の遂行、さらには新しいシステムの構築ということを指しているからである。

実際、ＰＨＣは健康とその問題という人間にとって最も重要なことであるが、現実としてはその問題認識と対応が容易でないことを個人のみならず共同体（コミュニティー）全体でそれを認識し、その問題の解決への取組を行うという事の中から実現されるものである。このように、ＰＨＣは基本的社会単位であるコミュニティーでの生存を支えている社会システムの問題の認識、対応行動、さらには新しいシステムの構築までに深く関わっているという事である。

２．個人、家族、社会単位

健康はその個人にとって極めて重要であるが、個人にとどまらず家族や周りのコミュニティーの問題にもつながり、それぞれの単位でその問題の在り方も異なってくる。例えば、エイズのような伝染病の場合、家族の対応とコミュニティーの対応とは異なることは明らかである。何故なら、家族は“情”で結ばれているが、コミュニティーは“理”で結ばれていると考えるのが一般的であ

るからである。この事は、何も健康に限らず他の多くの社会問題にも言えることである。即ち、人間が社会生活を営む限りにおいては、個人の問題は同時に周りの社会の問題であり、その問題認識と対応も社会単位により異なるという事である。ＰＨＣは、家族より大きい基本的社会単位であるコミュニティーという地域共同体を中心に、そこに健康を確保するためのシステムの構築、それの改善、そして維持をねらったものである。何故なら、個人や家族のみでは到底解決できないことも、コミュニティーの集団力として各家族が結束すれば解決できることが多くあるからである。もちろん、社会単位（集団）はそのサイズの大きさだけでなく中央や地方といったレベルによっても問題の性質が変わってくるし、かつその集団力の量と質も変わってくる。いうなれば、社会単位（集団）の問題の認識と対応には、それにあった集団力の構築が重要であるという事である。

ＰＨＣはまさにこの事を念頭に置いている。社会構造上、どうしても国の行政サービスが不十分になる行政の末端単位に生ずる問題、特に健康における問題認識とその解決に、ＰＨＣはコミュニティーが中心となって、その人的、財的資源の開発を展開しながら中央政府や地方政府と協力してコミュニティーヘルスシステムを確立し、かつそれを維持することにある。このようなコミュニティーでの問題認識とその対応行動の経験とその蓄積は、ディストリクト、プロビンス、さらには国といった、より上位の社会単位での問題認識と対応行動の決定に極めて重大な影響を与えることはいうまでもない。

社会単位の構成は歴史上、家族、部族、村落、さらには王朝そして帝国と小から大へ向かって進んできた。そしてこれらの単位の統制は上から下へと向かい、それが強化されていった。現在、世界の国家の統制も上から下へと向かっているが、この流れとそれを支えるシステムにいろいろな問題が生じていることも事実である。いうならば、人口増加と流動、自然破壊、エネルギーの涸渇、経済発展の限界など、人類の生存と発展のための新しい社会単位、社会システムの構築とその統制システムの創造の必要性が叫ばれており、ＰＨＣへの取組はこの事を中心に据えなければならないということである。

３．政治、経済、自然環境

ＰＨＣは、コミュニティーの基本的ヘルスニーズ（Basic Health Needs）に応えるための保健システムの改善、構築と維持に関わることはいうまでもない

が、これを達成するにはコミュニティーの政治的裁量権の確保や経済的底力（そこぢから）の裏付けが不可欠であることも事実である。即ち、コミュニティーの政治的、経済的裏付けがあってこそ初めてＰＨＣの実現が可能になるということ、いいかえるならば、ＰＨＣの取組はコミュニティーの政治的、経済的底力の向上とそのために必要なシステムの改善や構築に通ずるという事である。このように、コミュニティーがその住民の健康問題を自ら認識し、かつその問題解決にコミュニティー自身のイニシアティブで立ち向かうという事、即ち、この一連の認識と行動の遂行はコミュニティーが健康以外の諸問題の認識と解決にも同様に立ち向かえることに通じるものであるといいかえることも出来る。

現在、世界は経済のグローバリゼーション、それに必要なエネルギーの消費の増大、人口の増加と移動、そして自然破壊といった、人類の生存にとって極めて重大な問題を抱えている。そして、世界はこれに対応するためのいろいろな手段を模索しているが、有効な方法を作り出すために大きな困難に直面していることも事実である。この困難な問題に立ち向かうには人間社会の有する様々なエネルギーを集結しなければならないことは誰でも考えることである。では、一体いかにしてそのエネルギーを集結するのか、これが問題なのである。一般論として、まずその問題の認識と可能な行動を開始することから事が始まるという事はいうまでもない。

人類は、個体発生学的にも、社会学的にも、歴史学的見地からしても、より身近な生活環境の中から事の認識と行動を起こすという事はよく知られている。この観点に立てば、ＰＨＣへの取組はコミュニティーの健康問題の認識と解決への行動の開始のみならず、政治、経済、自然環境に関わる世界レベルの諸問題の解決すなわち、人類生存のための新しい社会システムの創造への道にも通じるものであるという姿が見えてくる。

（梅内　拓生）