

キューバ共和国・グアテマラ共和国 保健情報基礎調査団報告書

2002年5月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

国際協力事業団は、これまで限られた支援実績のみ有しながら協力の気運が高まるキューバ共和国、及び貧困層に直接裨益する新規保健プロジェクト形成の必要性が指摘されるグアテマラ共和国に、各々、今後の協力の方向性検討のための基本情報を収集する目的で調査団を派遣しました。本報告書はその調査結果をとりまとめたものです。

ここに、本調査にあたりご協力を賜りました関係各位に対しまして深甚なる謝意を表しますとともに、事業団の行います将来のプロジェクトの形成及び実施・運営にあたり、関係各位の更なるご協力をお願いする次第です。

2002年 5 月

国 際 協 力 事 業 団

医療協力部長 藤崎 清道



目 次

序 文

地 図

キューバ

地 図

写 真

1 . 基礎調査団の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	1
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 調査項目	2
1 - 5 調査方法	3
1 - 6 主要面談者	3
2 . 総括と提言	6
2 - 1 キューバに対する保健医療協力の意義 - 日本及び世界全体の安全保障の観点から -	6
2 - 2 キューバから学ぶこと - 健康の決定要因としての社会的公正 -	7
2 - 3 ポスト・カストロに向けたキューバのソフト・ランディングの ツールとしての保健医療協力の側面	8
3 . 保健医療分野概況	10
3 - 1 キューバの実施する国際協力との連携可能性	10
3 - 1 - 1 キューバが実施する保健医療分野における国際協力の概要	10
3 - 1 - 2 キューバとの連携に係る考察	16
3 - 2 二国間協力可能性検討のための基礎情報	17
3 - 2 - 1 保健行政、レファラル・システム概要	17
3 - 2 - 2 保健医療サービスの現状	18
3 - 2 - 3 保健人材養成・配置状況	19
3 - 2 - 4 二国間協力の可能性	19
3 - 2 - 5 その他（母子保健、栄養、感染症等の保健概要等）	22
3 - 3 他ドナーの協力動向	27
3 - 3 - 1 PAHO/WHO	27
3 - 3 - 2 UNDP	28
入手資料リスト	30
付属資料	32

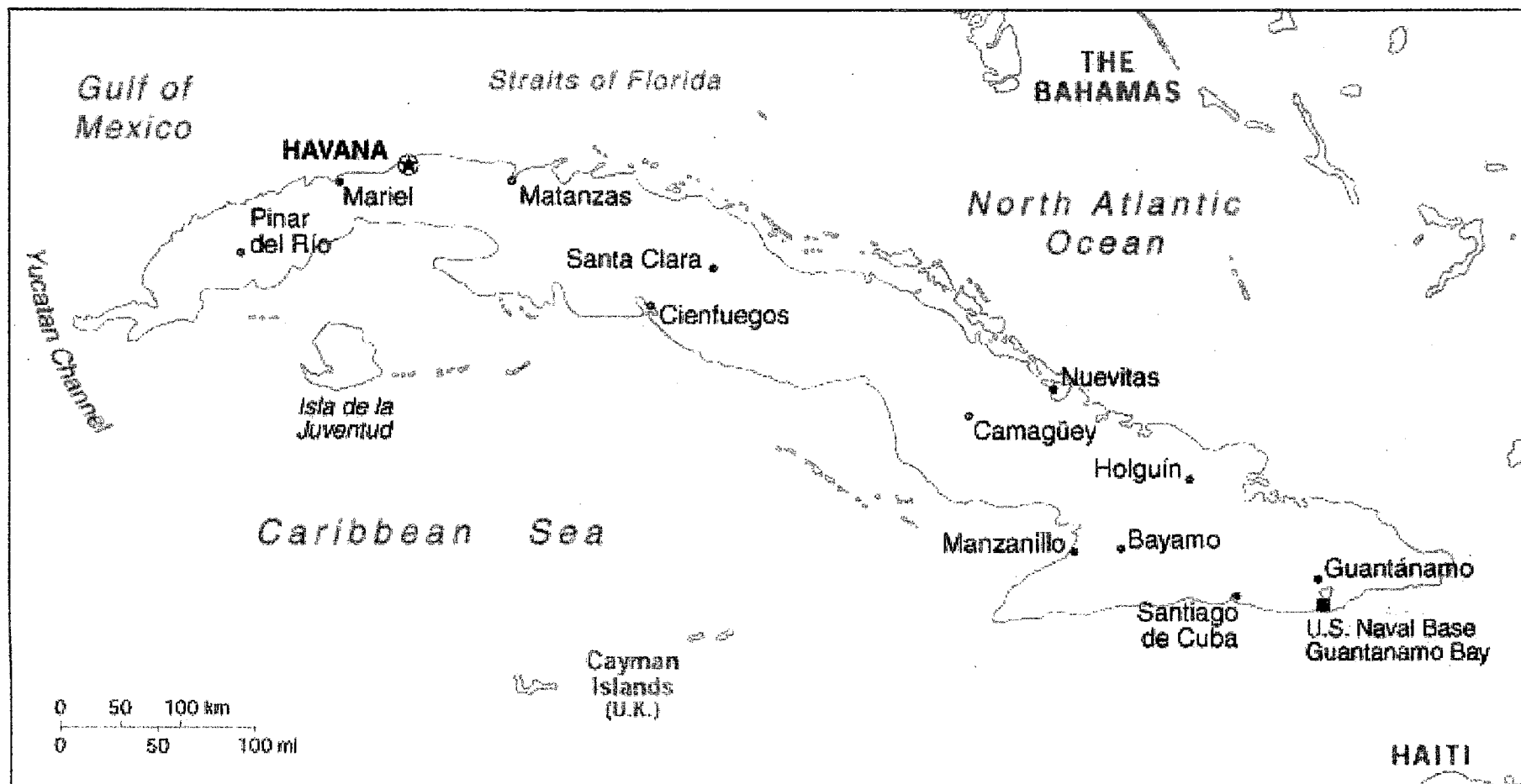
グアテマラ

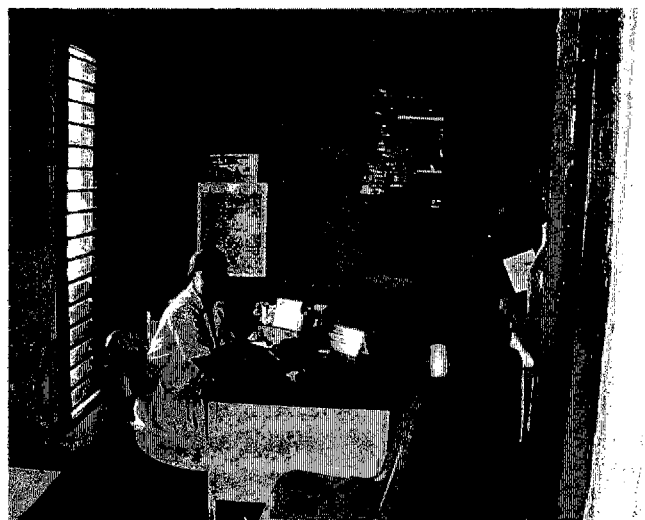
地 図

写 真

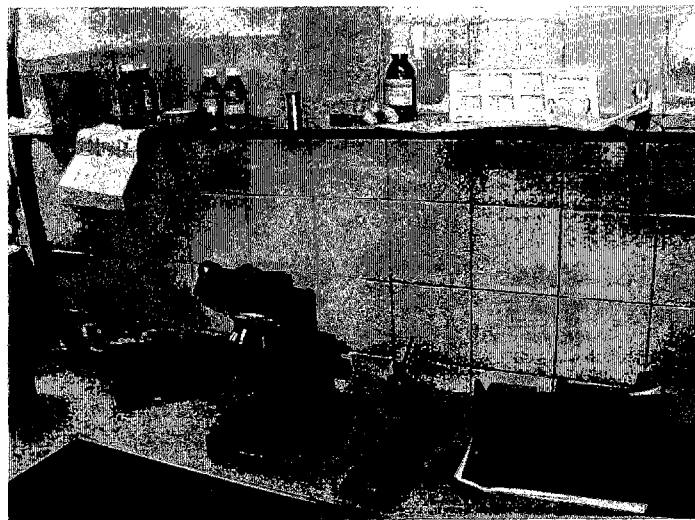
1 . 基礎調査団の概要.....	59
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的.....	59
1 - 2 調査団の構成.....	59
1 - 3 調査日程.....	60
1 - 4 調査項目.....	60
1 - 5 調査方法.....	60
1 - 6 主要面談者.....	61
2 . 総括と提言.....	63
3 . 保健医療分野概況.....	67
3 - 1 保健情報概要.....	67
3 - 2 東部・中部 保健行政、レファラル・システム概要.....	69
3 - 3 東部・中部 保健医療サービスの現状.....	71
3 - 4 東部・中部 母子保健状況.....	79
3 - 5 東部・中部 栄養状況.....	82
3 - 6 まとめ.....	85
4 . 他ドナーの協力動向.....	100
4 - 1 CIDA.....	100
4 - 2 PAHO/WHO.....	101
4 - 3 UNICEF.....	101
4 - 4 USAID.....	102
5 . PRSP策定状況.....	103
入手資料リスト.....	104
付属資料	
付属資料 1 . グアテマラにおける貧困地図 / SEGEPLAN.....	109
付属資料 2 . 栄養状態による自治体の区分：栄養調査2001年初め.....	171
付属資料 3 . 県別保健分野プロジェクト一覧リスト / SEGEPLAN、2002年 4 月.....	174

キューバ





ファミリー・ドクター診察室



ペドロ・ボラス・アストルガ小児病院
検査部門



カリスト・ガルシア大学病院 病棟



カリスト・ガルシア大学病院 病棟

1．基礎調査団の概要

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

これまでの中南米地域の日本の保健医療協力は、社会・政治的安定状況及び過去に多くの移住者を送出していた関係で、主として南米諸国が中心となっていた。

中米諸国が政治的に安定してきた近年は、エル・サルヴァドル、ニカラグア、ホンデュラス等においても技術協力プロジェクトが行われてきているが、カリブ諸国における技術協力プロジェクト実績はドミニカ共和国、ジャマイカのみである。キューバ共和国（以下、「キューバ」と記す）に関しては、1997年頃から協力の気運が拡大傾向にあったものの、2000年度の二国間の技術協力実績は第三国研修、集団研修への研修員（30名）、技術協力専門家3名程度にとどまっている。なお、保健医療分野ではこれまでに「臨床検査」「ワクチン品質管理」等のコースでの研修員受入れ実績があるのみである。

一方、近年、同国からは様々なルートを通じて我が国と連携した中米諸国（ホンデュラス、グアテマラ等）へのキューバ人医師の派遣サイトなどでの三角（南南）協力の要望が寄せられており、日本政府ベースの初めての援助協調としては、キューバ人医師の活動するホンデュラスのフティカルパ市サン・フランシスコ病院（JICA「ホンデュラス第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」サイトの1つ）に草の根無償資金協力を実施した。

かかる状況下、キューバに対する二国間協力や同国と協調した将来の南南協力を検討する必要があるが生じているが、同国の保健医療分野の基礎的な情報が極端に不足しており、具体的な検討ができない状況にあったため、以下の2点を目的に基礎調査団を派遣した。

キューバの保健医療分野の行政、施設、人材等の基礎的情報を収集整理し、今後の保健医療分野二国間／三角（南南）協力に係る検討材料に資する基礎資料を整備する。

キューバ政府より以前から要望のある我が国と連携した対中米諸国に対する南南協力に係る先方政府の考え方、基本方針を確認する。

1 - 2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
団長/総括	若井 晋	東京大学大学院 医学部医学系研究科・国際地域保健学教室 教授
協力政策	清水 一良	外務省経済協力局 技術協力課 事務官
公衆衛生	高橋 央	国際協力事業団 国際協力専門員（保健医療）
広域協力	高橋 政行	国際協力事業団 中南米部 中米・カリブ課 課長代理
地域保健	大西 真由美	茨城県立医療大学 保健医療学部 看護学科 助手
協力計画	不破 直子	国際協力事業団 医療協力部 医療協力第二課 職員

1 - 3 調査日程

日順	月 日	曜日	移動及び業務
1	3月31日	日	成田→LA経由→ハバナ着
2	4月1日	月	
3	4月2日	火	午前：日本大使館 打合せ 公共保健大臣代理（第一次官）表敬 ペドロ・ボラス・アストルガ小児病院 視察 外国投資経済協力大臣（MINVEC）表敬 午後：国立保健学校 視察 外務省（MINREX）協議 PAHO/WHO意見交換
4	4月3日	水	午前：ラテン・アメリカ医学校 第1次保健施設（ポリクリニック、ファミリー・ドクター）視察 午後：第3次保健施設（エルマノス・アメイヘラス病院）視察
5	4月4日	木	午前：カリスト・ガルシア大学病院 視察 公共保健大臣 表敬 午後：熱帯医学研究所視察 MINVEC報告 UNDP意見交換
6	4月5日	金	午前：第2次保健施設（ピナル・デル・リオ県アベル・サントマリア病院）視察 午後：公共保健省 協議 日本大使館 報告
7	4月6日	土	ハバナ湾汚染状況（開発調査サイト）視察
8	4月7日	日	ハバナ発

1 - 4 調査項目

- 1) 保健医療事情概要（各種統計、レファラル・システム、行政システム等）
- 2) 保健医療援助受入れ／実施体制
（援助受入体制、キューバ人医師の海外派遣事業概要を含む）
- 3) 他ドナーの保健分野援助動向（国際機関、二国間援助機関）
- 4) 保健医療教育機関、保健医療試験・研究機関の概要（中南米諸国からの留学生受入れを含む）
- 5) 保健医療施設概要、医療水準（医療技術水準、主要施設・機材・備品・消耗品整備状況）
- 6) 保健医療従事者の概要（養成制度、配置等）

7) その他 関連医療事情（感染症、母子保健、家族計画等、保健医療制度）

1 - 5 調査方法

上記項目1)～3)及び6)7)については公共保健省、MINVEC、汎米保健機構（PAHO）、国連開発計画（UNDP）での聴取、資料収集と意見交換を通じて現状把握を行った。

上記項目4)については担当省庁である公共保健省とMINVEC、更に他国からの留学生受入主体となっているラテン・アメリカ医学校、国立保健学校で現状を視察した。

上記項目5)の調査に関してはレファラル・システム各レベル（第1次プライマリー・ケア・レベルから第2次レベルは地方病院、第3次レベルである中央病院）、日本への資機材供与要請のなされている国立2病院を視察した。

本調査の受入省庁であるMINVECにはあらかじめ質問票を送付し、調査項目に対応した情報、資料の提供を得た。

1 - 6 主要面談者

(1) 外国投資経済協力省 / MINVEC

Ing. Maria Lomas	Ministra
Dagmar Gonzalez Grace	Directora de Paises Desarrollados
Maria Milagros Franco Suarez	Directora Area Subsahariana
	Ministerio para la Inversión Extranjera y la
	Coraboración Económica
Dolores Meras	Especialista

(2) 外務省 / MINREX

Lic. Flormanía Cheni Fernandez	Sub-Directora de Dto. de Colaboración Internacional
Andres Gonzalez Ballester	Especialista del Japón

(3) 公共保健省 / MINSAP

Dr. Carlos Doter Martinez	Ministro
Dr. Abelardo Ramirez Marquez	Vice-Ministro Primero
Dr. Juliam Ganates Dominguez	Vice-Ministro
Dr. Antonio Gonzalez Fernandez	Director de Relaciones Internacionales
Dr. Nestor Marim Torres	Director, Unidad Central de Cooperación Médica
Dr. Julis Partal Pineda	Director de Docencia Superior

Dra. Maria Mafilde Serrano	Jefe Departamento Formación de Recursos Humanos
	Unidad Central de Cooperación Médica
Dr. Reinaldo Perez Rosario	Especialista de la Relaciones Internacional
Dr. Adolfo Alvarez Perez	Asesor
Dr. Guillermo Mesa Ridel	Asesor de Vice-Ministro Primero
Lic. Doloris Meras Mosejon	Especialista MINVEC

(4) 国立保健学校 / Escuela Nacional de Salud Publica

Dr. Tomas Reinoso Medrano	Vice-Director Primero
Nereida Rojo Perez	Vice-Dirección de Investigación
Dra. Tania Aguila Guera	Jefa, Relaciones Publicas
Francisco del Pino Sanchez	Ingeniero Principal

(5) ラテン・アメリカ医学校

Yancy Alfonzo	Relaciones Publica
Aril Gonzalez	Fiuncionario de Relaciones Internacionales

(6) 熱帯医学研究所 / Pedro Kouri

Prof. Gustaro Kouri	Director General IPK
Dra. Lazara Roras	Sub-Director de Peresetologist
Dr. Liliana Delayo	Investigación
Lic. Osualdo Pozos	Jefe de Relaciones Internacionales

(7) カリスト・ガルシア大学病院

Prof.Dr.Armando Guerra Vilanova	Director
---------------------------------	----------

(8) ペドロ・ボラス・アストルガ小児病院

Arq. Carlos Angurell Arias	Director de Inversiones y Mantenimiento
----------------------------	---

(9) Hospital Clinico Quirurgico “Hermanos Ameijeiras”

Dr. Andres Piloto Varona	Director General
Dr. Jesus Perz	Vice-Director Docente
Dr. Luis Senda	Vice-Director Ambulatorio

Srta. Caridad Cairo

Vice-Director Enfermería

Dr. Lazro Quevedo

Vice-Director Quirúrgico

Eva Torres Valdós

Jefa, Relaciones Internacionales

(10) Pinar del Río 県保健事務所

Juan Palovior MENENDEZ

Secretario de la Asamblea Provincial del Poder Popular

Dr. Jorge Laply Rodríguez

Vice-Director Provincial de Salud Pública

Dra. Mercedes Llauro Montavet

Vice-Directora Provincial de Salud Pública

Ramón Santiago Martín Ramos

Delegado Provincial del MINVEC

(11) アベル・サンタマリア病院

Prof.Dr. Raúl Castro Pérez

Director

(12) UNDP

Pablo Mandeville

Deputy Resident Representative

Chisa Mikami

Programme Officer

(13) PAHO

Dr. Patricio Yépez

Representante en Cuba

(14) 日本大使館

馬淵 睦夫

特命全権大使

宇野 健也

二等書記官

鈴木 暁

専門調査員

2 . 総括と提言

2 - 1 キューバに対する保健医療協力の意義

- 日本及び世界全体の安全保障の観点から -

4日間という短期間ではあったが、キューバでの保健医療に関係する諸機関から2、3次医療機関の視察及び意見交換、また教育・研究施設の視察・意見交換を行うことができた。同時に、国際機関代表者との意見交換も行うことができた。さらに、当初の予定にはなかったが、人々の健康と深い関係のあるハバナ湾環境汚染の状況も実地見聞することができた。このような視察・意見交換を通して、今後日本がキューバとどのように協力関係を築くことができるかを探ることができた。

キューバの保健指標は、1人当たりGDPが2,000ドル前後であるにもかかわらず健康指標が先進国に追いつくほど良好であることは世界的に周知の事実であるが、今回直接保健医療の現場を視察することによってそれが「いつわり」ではなく事実であることを確認することができた。調査結果を総括すると以下のごとくとなる。これは、団長によるまとめであり他の団員との多少の見解の異なる部分もあるかもしれないことをお断りしておく。

(1) 協力の可能性

保健医療面で直接キューバに対する技術協力の必要性は、例外的な分野を除いてはみあたらなかった。ただしハバナ湾の環境汚染による健康への影響が深刻となる可能性が高く、水俣病などの環境汚染と健康障害に対する日本の取り組みの経験は技術移転の可能性が高い。また、緊急を要する課題であると考え。他方、健康指標が良いとはいえ医療機器や施設の老朽化は著しく、また、医薬品が必ずしも十分に供給されている状況にないこと（米国の40年に及ぶ経済封鎖による影響が大きい。経済封鎖は1996年のHelms Burton法によって強化された。）[BMJ 1998;316:493] をかんがみると5年、10年後まで現状のような良好な健康指標を維持することは困難であろうと推定される。英国の権威ある医学雑誌BMJ(British Medical Journal) , Lancetは一貫して経済封鎖に反対してきた。[Lancet 1996;348:1489-91] 米国の最も権威ある医学雑誌New England Journal of Medicineですら1997年に経済封鎖の解除を訴え次のように述べている。「経済封鎖はその本質において公衆衛生に対する攻撃である。したがってわれわれ医師はモラルオブリゲーションとして、この経済封鎖解除を要求するべきである。」[N. Eng. J. Med. 1997;366:1248-50]

(2) 医学・保健教育

教育面では1998年のハリケーン・ミッチ襲来の経験をきっかけに設立されたラテン・アメ

リカ医学校でのラテン・アメリカ各国、米国、一部のアフリカ諸国からの留学生に対する医学教育のキューバ政府のプロジェクトは波及効果が極めて高いと思われる。この分野での南南協力に対する援助は対費用効果の高いプロジェクトといえる。キューバにおいて、日本のODAにより開発途上国から優秀な人材を選抜し医師を育成するプログラムを具体化する意義は大きい。

(3) 研究（基礎・応用）

研究面では、熱帯医学研究所が米国大学（Harvard、Johns Hopkinsなど）や他の先進国との共同のプロジェクトを実施している。修士や博士課程の学生を教育しており、研究の質も高く国際的に著名な論文誌に数多く発表している。また、P3ラボの開設準備も進められていた。JICAのサポートにより長崎大学熱帯医学研究所で研修した1人の医師が当研究所で重要な働きを担っている。また、つい最近のデング熱流行に対して当研究所は保健省と協力して早期に対策を行っている。本研究所と日本の大学との協力関係を形成する可能性を考えてもよいであろう（例：長崎大学熱帯医学研究所、東京大学医学系研究科国際保健学専攻）。

(4) キューバ人医師派遣プロジェクト〔三角(南南)協力〕

現在世界18か国、およそ4,000人に及んでおり、先進国から医師を派遣するよりはるかに対費用効果が高い。詳細は第3章に譲るが、本プロジェクトはキューバにとってもまた、他の開発途上国にとっても裨益するところ大と考えられる。

グアテマラにも既におよそ500名のキューバ人医師が派遣され、へき地を中心に働いている。JICAのニカラグア「グラナダ地域保健強化プロジェクト」の周辺地域でもキューバ人医師がプロジェクト開始以前より働いている。キューバ政府の希望するこれらキューバ人医師派遣への支援は、我が国にとって比較の実行可能な「三角(南南)協力」である。その際にあらかじめ考慮しておかなければならないことはキューバ人医師の帰還（Repatriation）の問題であり、任期が終了してもキューバへ帰国しない例もあるようであった。

2 - 2 キューバから学ぶこと - 健康の決定要因としての社会的公正 -

高いコストをかけながら国民が不健康な米国に対して、低コストで高い健康指標を達成した国々として中国（国内の地域格差が大きい）、スリ・ランカ、インドのケララ州、コスタ・リカ、そしてキューバが有名である。キューバは、1人当たりのGNPがコスタ・リカの3分の2しかないが、5歳未満児死亡率、乳児死亡率ははるかに低い（コスタ・リカのそれぞれ14、13に対してキューバは8、6）[UNICEF. The State of the World's Children 2001]。キューバの保健、教育、そして社会福祉全般のレベルは、第三世界のどの国よりも優れており、多くの北の先進国よりも

優れているとはいえないまでも、同等である。例えば、キューバは、5歳未満児死亡率が、GNPが10倍のイスラエルと同じである。そしてキューバは、GNPが20倍の米国よりも、子どもの予防接種率が高い。子どもの麻疹予防接種率と妊婦への新生児破傷風予防のための接種率は、キューバが世界一高い(98%) [Morley D. et al. Practicing Health for All, Oxford Univ. Press, 1983; BMJ 1995;311;935-7, UNICEF. The State of the World's Children 2001]。キューバは、男女同権を強調し、高校の女子登録率は男子より高く、米国よりも高い。キューバは、旧ソ連の援助を失い、またクリントン政権の下でのより強力な通商停止により、経済的困難は増す一方であるが、そのようななかでもすべての人の基本ニーズ(特に子どもの栄養ニーズ)を満たすことに成功している。しかしながらこの事実はG7、世銀、IMFなどで言及されることは極めて少ない。その理由は現行の、市場経済システムを中心とした「主流」の開発路線から全く外れた道を歩んでいるからである。米国は国家安全保障のためと称していまだにキューバに対して経済封鎖を行っている。小さなキューバが巨大な米国に与える脅威は、大企業の利益ではなく、人々のニーズを優先させる開発モデルにある。そのモデルは、現状維持(status quo)に対してオルタナティブを提示するものであり、世界の「主流」にとっては危険なものとなり得るからである。

キューバは、1990年から現在まで経済力が半減してしまったにもかかわらず、高い子どもの健康レベルを維持している。これは、人々が参加して革新的な社会改革を行い、その土台に立脚した保健と福祉への包括的アプローチがなされたからだといえる。

2 - 3 ポスト・カストロに向けたキューバのソフト・ランディングのツールとしての保健医療協力の側面

キューバは、長い間「人民による権力」をスローガンにしている。ある面では、この市民の力は存在してはいる。しかし、中国と同じく強大な中央集権的、独裁的政府により、人民の決定への参加は弱められている。もしキューバや中国が、「人民による権力」(人々の政治参加による自己決定)形成に成功しないなら、国内問題と市場経済化への外圧が、両国の例外的な成果を危うくするであろう。ポスト・カストロに向けてキューバ市民自らが自己決定権に基づいて人々の政府を選んでいくという困難な道を歩まねばならないだろう。その際各地に張り巡らされた1次～3次医療に携わる医師、保健関係者(ブリガディスタ)の役割が問われるであろう。日本政府に望みたいことはカストロ後の政権の民主的移行に向けた協力とイニシアティブである。その意味においてキューバに対するODAによる援助を保健医療部門のみならず他の部門においても「平和的政権移行」に向けて張り巡らせておくことが重要であろう。中米、カリブ周辺国の政治的安定と安全保障は、取りも直さず日本の安全保障にとっても要となろう。軍事力によらず人々の基本的ニーズに沿った国際協力を実行することこそが日本国憲法の基本的精神であり、日本の人々がODAに望むところでもある。

関連文献

- 1 . World Development Indicators 2001. World Bank, 2001, Washington DC
- 2 . PAHO. Health Statistics from Americas, 1998 ed., Washington DC
- 3 . PAHO. Health in the Americas, 1998 ed., Vol I & II., Washington DC
- 4 . Herman ES. The real terror network. Terrorism in fact and propaganda. South End Press, Boston, 1982
- 5 . 池住義憲、若井晋監訳：いのち・開発・NGO—子どもの健康が世界を変える。デイヴィド・ワーナー、デイヴィド・サンダース著「Questioning the Solution. The Politics of Primary Health Care and Child Survival with an in-depth critique of Oral Rehydration Therapy」(新評論、1998年10月)
- 6 . 『学び・未来・NGO—NGOに携わるとは何か』若井晋他編著(新評論、2001年3月)
- 7 . 『ラテン・アメリカ研究への招待』国本伊代・中川文夫編著(新評論、1997年)

３．保健医療分野概況

３－１ キューバの実施する国際協力との連携可能性

キューバは厳しいマクロ経済状況からみる限り「後発開発途上国」であるが、1959年の革命以来政策的に「保健・医療」と「教育」に集中的に投資してきており、両分野は現体制の根幹を成すものといえる。これにより保健・医療の各種統計数値は先進国に近いものとなり、政権も誇りをもっている分野として、要人が日本を訪問した折等にも、保健・医療分野での国際協力における日本との「連携」を熱心にもちかけている。

キューバへの援助ニーズを見極める必要性が高まっている一方、キューバが熱心に国際社会にアピールしている「キューバからの国際協力」について、その実際を知ることは、キューバへの関与のあり方を考えるためにも、また他の開発途上国にとって最も重要な課題の１つである保健・医療の改善を（特にラテン・アメリカ地域において）効果的・効率的に進めることを考えるうえでも、価値がある。

1990年代に入り、旧ソ連及び東欧社会主義国が崩壊して、キューバを取り巻く国際状況が一変し、キューバは極めて厳しい経済状況に陥った。観光開発や市場経済を一部取り入れることでようやく最悪期を脱したが、そのタイミングと合わせるようにして1998年中米・カリブ地域のハリケーン災害発生を契機に保健・医療を軸とした国際協力を活発化させ、強くアピールし始めた（1998年にはローマ法王の訪問や、米国からの部分的制裁解除の動きなどもある）。その内容はおおむね次項のとおりであり、対象国選定などの裏にどのような政治的・外交的戦略性を秘めているかは本調査の検討事項ではないが、キューバが極めて熱心に国際協力に取り組んでいることは明らかになった。

３－１－１ キューバが実施する保健医療分野における国際協力の概要

キューバの保健分野における国際協力（当初は医師等専門家の派遣）は1963年から開始されているが、1998年中米・カリブ地域のハリケーン災害を契機に拡大しComprehensive Health Program/Programa Integral de Salud（CHP/PIS）と称している。このような整理以前の国際協力の積み上げも無視できないものではあるが、CHP/PISとしてプログラム化されてからパンフレットの広報資料を西語・英語で作成し、併せて他ドナーとの連携を求める三角（南南）協力についてのペーパーも作成し、在京大使館等にも配備して、広報に力を入れていることから、CHP/PISを中心にその概要を以下のとおり報告する。

なお、対象国に限定性はなく、これまでの実績では18か国となっている。中心となるのは隣国ハイティや中米諸国であるが、プログラムの拡大とともにアフリカ諸国の比重が増しているようである。

(1) 実施体制

外務省が軸となり外国投資・経済協力省（MINVEC：日本等の経済協力の窓口）、公共保健省の3者で協力して進めている。

一般的な経済協力案件ではMINVECが主要窓口となり、セクター担当省庁と実務を進める場合が多く、外務省が個別具体的にかかわり合うことはまれなようだが、このプログラムに関しては外務省が中心になって推進しているようである。ホンデュラスにおいて日本の草の根無償資金協力と連携した時もミニッツ署名交換に係る実務を外務省が行った。公共保健省は具体的な人の派遣、留学生の受入れ等の実施を担当しているようである。

(2) 医師派遣

人材派遣では、必要経費（航空運賃・住居・食事・活動諸経費月100ドル）は受益国が負担し、キューバ政府は医療関係人材を基本的に2～3年間提供するというものである。既に18か国3,800人を超える実績がある（各国政府と文書交換のうえ実施）が、公共保健大臣によれば派遣規模は1万人程度まで伸ばしたいとの由。（＊革命後の総数としては、5万11人の医療人材派遣実績があり、このうち医師は3万1,000人である）派遣に係る詳細情報は以下のとおり。

原則2年間の単身赴任で、期間中1回1か月間の休暇帰国がある。留守家族には通常と同じ給料が渡される（医師の月給はレジデント医で約380ペソ、専門医で約600～700ペソ程度。公定レートは1ドル＝1ペソだが、実勢は1ドル＝26ペソ）。任地はすべてへき地（無医村）で、受益国の医師との重複がないようにしている。特に生活環境が厳しいへき地では、複数でチームを組んで、3週間在勤したら交代で1週間首都に出る、等の措置もとっている。既述のとおり現地では住居・食事と諸経費として100ドル相当の現地通貨が渡される約束となっている（JICAホンデュラス事務所が得た情報では、ホンデュラス政府は300ドル払っているとのことだが、明細は不明。住居・食事込みの経費かもしれない）。人選については、当人の意思が第1で、それに加えて能力、派遣先国の言語の知識などを勘案して決定する。各病院が候補者リストを整備しているが、常に要請に応えられるだけのストックがあるとのことである。

なお、キューバは人材提供は可能だが経費負担は難しいため、特に貧しい受益国では協力実現が困難になる（隣国ハイティに対しては航空運賃をキューバが負担した例もある）。そこでキューバ政府は「三角（南南）協力」と称して積極的に援助協調相手を募っている。

また、「アフリカにおけるエイズ対策」のため、キューバは4,000名の医師と医療従事者の派遣、20の医学部創設や毎年医師1,000名のトレーニング等を提案している。

先方があげるこれまでの例としては、ハイティにおけるフランス、マリにおける南アフ

リカ、ベルギーの資金、機材の協力例等がある由（三角（南南）協力にはこれまでに援助側・被援助側併せて15か国以上が参加しているとしている。また複数のNGOの参加もある）。なお、日本の参加例としてホンデュラスの草の根無償（病院機材）の例とハイティの子供の福祉無償（ワクチン）の例をあげている。（＊調査団からは、ホンデュラスのケースは認知しており、今後も十分なモニタリングが必要と述べたが、ハイティのケースはどのように計画されたものではないので、必ずしも協調事例とは認識していない旨を伝えた）医療人材派遣の具体的数字（2002年初頭時点）は以下のとおり。

受益国：18か国（派遣中人数2,377人、プログラムでの派遣総数3,800人）

ホンデュラス、グアテマラ、ハイティ、ベリーズ、ヴェネズエラ、パラグアイ、

ニジェール、ガンビア、ジンバブエ、ブルキナ・ファソ、赤道ギニア、マリ、ガーナ、

カンボディア、ナミビア、西サハラ、リベリア、ギニア・ビサオ

（チャード、ヴァヌアツ、ナウル、ブルンディ、エリトリア、ジブティ等へ拡大予定）

受診者数：833万9,828人以上

（113万5,431人が幼児で17万3,997人が1歳未満）

外科手術：6万6,831以上

出産：3万8,276（外科手術を要したケース1万7,583）

予防接種：17万8,633人

健康教育（啓蒙）活動：38万453回

医療人材再教育活動：4万3,037回

なお、医療協力で派遣された人材は基本的に保健医療に関する活動のみを行うとしており、一般的な教育活動などは行わない（全くのボランティアで例外的に時間外に識字教育をする例はあるとのこと）。また、内政干渉は決して行わないことも明確に定めている。

活動場所や投入については合同調査団などにより両国で協議して決めている。評価については、対象村の医療に関する実績数値の変化で量的に測っている。評価時点で先方予算の確認も行い、続行を断念する例もある。現地の医師との重複・摩擦を懸念した質問に対しては、「現地人医師は都会でしか活動したがないので、へき地を対象とするキューバ人医師との重複はない」とのことであった。また、受益国政府が同国内医師会からの同意取付など、現地における調整を行っている由。

包括的保健計画（PIS）の実績

派遣地域	医師派遣数	派遣者合計
ラテン・アメリカ	1,332	1,682
アジア	7	11
アフリカ	744	949
合 計	2,083	2,642

MINVECの説明では、「経済的制約や人材不足がなければ、スポーツ分野を含めて拡大させていく予定。」という。また、「このプログラムを通じて内政干渉はしない。国際理念に沿った活動を行っている。また（医師派遣との）交換条件も付けていない」と明言している。南アフリカなど豊かな国では、先方政府に給与を支払ってもらっているが、それは例外的だという。

受益国の例

1) ハイティ

1998年12月からプログラム開始。485人の派遣実績があり、600人まで予定している（プログラム以前も含めた派遣総数は911人）。これにより、人口780万3,230人中507万2,100人、133あるコミュニティのうち87をカバーすることになる。

これらの人材が、142万8,252件の診察、1万4,798件の外科手術、1万5,583件の出産、1,296件の帝王切開、5,366件の再教育クラス、29万7,876件の啓蒙活動、60万8,003件のラボテストやX線撮影を行った。また、彼らはPAHO、WHO、UNICEFや日本の協力で供与されたワクチンの接種も行っている。

当地での他ドナーとの協調の例として、フランスによる40万ドル相当の資機材供与との連携が紹介されている。

2) ホンデュラス

1998年11月からプログラム開始。195人派遣実績があり、200人まで予定している。これにより、人口604万8,156人中60万4,816人をカバーすることになる。これらの人材が、23万7,959件の診察、2万6,342件の外科手術、3,393件の出産、40万5,016件の啓蒙活動等を行った。

全国的にみれば人口の12%をカバーするに過ぎないが、インティブカ県、モスキティア県などの極端なへき地においては人口の85%をカバーするに至っている。

モスキティア県では1998年の乳児死亡率が1,000出生中92であったが、協力開始後1年半の間に46に減ずることができた。

3) ガンビア

1999年6月からプログラム開始。231人の派遣実績があり、うち193人が医師。彼らは115万7,216件の診察、1万3,589件の外科手術及び2万105回の教育・啓蒙活動を行った。協力期間中に乳児死亡率が1,000出生中121から90に減じたとの調査がある。

ガンビアでは小さな医学校設立が試みられ、22名の医者卵がキューバの協力により教育を受けている。この学校設立にあたりWHOは3万5,000ドルを供与してテキストやコンピューターの購入を支援した。

上記のようなキューバの積極的な医師派遣の動きについては、以下の背景との関係を検討した（キューバにとってメリットになるのではないかと、というような仮説を含む）。つまり、医師 1 人当たり人口が約180人（日本の約 3 分の 1）という医師過剰とも思われる潤沢な人材層があり、これらの医師は国内では月給400～700ペソ（公定レートは1ドル＝1ペソだが実勢は26ペソ）で公務員として働いている（彼らは同プログラム以外での外国旅行は禁止されている）。1959年の革命により当時6,000人いた医師のうち半数が米国へ行き、残りの約3,000人の医師がキューバに残った。その後革命を通じた保健医療分野の体制強化に伴い、現在、医師の総数は6万7,000人を超えた由。

一方で国内の津々浦々への配置が完了している「ファミリードクター」（詳細は次章で後述）が3万人程度であることを勘案すると相当な医師過剰状態とも思われ、国際協力を推進することで、医師過剰の緩和と、多少であれ外貨を稼げるというメリットがあるのではないかと推察した。しかし、これらを基にした質問に対しては、「医師が余るということではなく今後も養成を続ける」、「派遣している医師の家族に対しては通常通りの給料を支給している」等の回答があり、国内的必要性を決定づける材料は見あたらなかった。

なお、同事業の飛躍的拡大の可能性として、南部アフリカ地域のHIV/AIDS対策としてキューバ政府は国連に4,000人の医師提供（抗HIV治療薬3万人分（種類、継続期間は未定）を携行させる）を公式に提示しており、国連側もこれをポジティブに受け止めている。

また、医師派遣はいわゆる「役務提供」の要素が多分にあり（教育や啓蒙活動も行うとしてはいる）自立発展性の確保が危ぶまれるが、この疑問に対する回答は次項「留学生受入れ」事業のなかに用意されている。

(3) 留学生受入れ

留学生受入れはCHP/PISプログラムの自立発展性確保の意義があると明確に位置づけている。

同事業は1974年から行われてきたが、1998年の中米ハリケーン後のCHP/PISのプログラム化とともに「ラテン・アメリカ医学校」を設立して急速に体制を強化した。同校は1963年のアルジェリア地震救済を契機に開校し、開発途上国の遠隔地に居住する教育機会に恵まれない18～25歳の高卒以上の外国人を対象に医学教育を開始。約30人の米国人学生を含む4,000人あまりの外国人学生に医学教育の機会を与えている。その後1999年に海軍兵学校を改編して設立されたが、決定から開校まで2か月あまりで、多くのボランティア活動に支えられて実現した、との説明があった。設立4年目を迎え、既に6,000人を超える学生（各年約1,500～2,000人）をラテン・アメリカやアフリカ等から受け入れている。近いうちに総数1万人を超える見込みとのことである。なお、「ラテン・アメリカ医学校」は

留学生受入れ後、半年間の学力平準化（基礎学力を調整）を経て2年間の基礎医学を学ぶ場となっている。西語を母国語としない一部の学生（4か国：ナイジェリア、ギニア・ビサオ、カーボ・ヴェルデ、米国出身者）のために6か月間の語学修得コースがある。学生はこの後全国の医学部に進学することになる。「ラテン・アメリカ医学校」では年間800～900万ドルの予算を割いているとのことである。現在まで、6,300名あまりの卒業生を輩出している。

最初の2年は教養部課程をハバナ市郊外で行い、4年間の専門教育は全国の医学教育施設に分散して実施している。外務省国際課の話によれば、これらの医学校以外にガンビア、ガーナ、ギニア・ビサオ、ウガンダ、ボツワナ、赤道ギニア、南アフリカ、ハイティに医学部を建設し、キューバ人教官を派遣して、最終的には20校ほどに増やして、毎年1,000人程度の医師を養成する計画があるという。

このほかに東部のサンティアゴ・デ・キューバにフランス語圏出身者むけに「カリブ医学校」があり、隣国ハイティとマリの400人弱の学生を教育している。

キューバの医学留学生受入れは、ラテン・アメリカ、アフリカ等から母国のへき地で活躍する臨床医を育成することを目的に、高校卒業程度の学力の人材を受け入れて、6年間強の医学教育を無償で与える大きなプログラムである。この事業では、免許（国際協定の有無によるが多くの国で認定されている）取得後に母国のへき地で働くことを条件に、航空券を除くすべての必要経費（住居・食事・テキスト・授業料のほか、月100ペソの小遣い）をキューバ政府が提供している。キューバ人大学生にかかる諸経費（教育はすべて国が負担）が、おおむね年間1,000ドルとのことであったから、（経費が大きい医学における）留学生についても1万人になれば最低でも年間1,000万ドル（約13億円）のキューバ政府負担があると考えられる。

なお、現地に医学校を設立する（キューバ人講師を派遣する）協力も開始しており、これまでに5例（ガンビア、南アフリカ、イエメン、ハイティ、赤道ギニア）がスタートしているが、キューバとしては20件の提案をしている。

留学生受入れに関する具体的数字（2002年初頭時点）は以下のとおり（26頁別表1 ラテン・アメリカ医学校国／地域別卒業生一覧参照）。

1974年以降、アフリカの医者養成（一般医約2,000人、歯科医約1,500人）

ラテン・アメリカ医学校受入れ対象国：24か国

（ラテン・アメリカ19か国、アフリカ5か国で、62の民族、17の宗教にわたる）

* なお、校内は無宗教（すべてを受け入れる）政治的指導は皆無としている。

対象者：18～25歳の高校卒業程度の学力を有する者。教育機会の少ないへき地在住者が好ましい。資格取得後母国のへき地で活動することが条件。選抜は留学生送出国政

府が行う。

同校受入れ総数：5,028人

（調査団来訪直前に新規入学約1,500人があった一方、各地の医学校への進級もあったので、数字は動いている）

進級率：87%（留年は1回は可。医療技師に進路を変えるケースもある。）

彼らが母国に派遣されたキューバ人医師と交替することができれば、協力の自立発展性は確保され得るといえる。

（4）その他（メディカル・ツーリズムと外貨獲得の可能性）

キューバの医療への投資集中と潤沢な医師の存在のなかで、「メディカル・ツーリズム」を行っているとの情報もあったので、「医療による外貨獲得は考えていないのか。日本のキューバへの（との）国際協力が、キューバの外貨獲得を支援することにならないか」というような疑問が生じ、幾つかの質問を行った。回答としては、ラテン・アメリカの患者を中心に海外から患者の受入れを行っているが、数量的には少なく、重視していない。トップレベルの病院での例として、全950床のうち外国人用は20床のみで、予算の3%程度の影響力しかない。消化器系疾患の入院から臓器移植まで様々な例はある、とのこと。「我々は人類の連帯とヒューマンズムのために働いているのであって、人権の基本である医療がビジネスになってはいけないし、そのように願っている」という主旨の発言が聞かれた。

3 - 1 - 2 キューバとの連携に係る考察

このようなキューバの国際協力に対して、日本が三角（南南）協力支援ないしはパートナー（連携）事業を行う意義や実現性があるか否かは、政策的見地及び技術的見地から十分検討する必要があると思われる。米国とキューバの関係は依然良好とはいえず、日本の動き方も配慮が求められるところであるが、他方ではHIV/AIDS問題における国連とキューバとのタイアップ等が大きな障害なく進み得るとと思われる。

途上国にとって極めて貴重な「へき地医療を進めてくれる医師」が万の単位で、しかも極めて低コストで存在する（オファーされている）という客観的事実とその自立発展のために受益国の人材を医師に育てあげてしまうという手厚いフォロー形態をみる限り、キューバの医療協力については（その陰で多くのキューバ人の経済的、人権的の犠牲があるとも考えられるが）、日本としても、世界（特にスペイン語圏及びアフリカ）の同分野における開発に関する見解のなかで、本件に係る考え方を明確にしておく必要があると思われる。

なお、当面の具体的な対応としては、協力ニーズが極めて高いが日本の人材を派遣するこ

とが困難な国、地域への協力において、医療資機材供与等の案件で連携する、日本が積極的に協力している第三国の案件（プロジェクトなど）で、多くの臨床活動で相乗効果が見込める場合に、双方から専門家派遣を行う、（基本的に二国間のカテゴリーに入ると思われるが）第三国の医師養成に対する研修用医療資機材の供与というような3つの形が考えられる。

具体的には、ハイティやアフリカ諸国におけるワクチン供与（子供の福祉無償等）の実施に際してキューバ人材による確実な接種の実施を事前に打ち合わせて三角(南南)協力化を図るもの
西語圏の地域保健やPHCをテーマとするプロジェクトにおいて、キューバ人材との緩やかな連携（例：日本側供与の資機材の活用を認める一方、キューバ側もプロジェクト成果の達成に資するような活動・情報提供をする：計画策定や成果管理は日本と受益国の二国間の関係で実施する方が無難と思われるが、その点では双方実施中の案件において相乗効果があり得るか、再確認をする程度が良いと思われる）を試みる。ラテン・アメリカ医学校に対して研修用の医療資機材を供与、第三国の医師養成を支援するもの等が考えられる。

3 - 2 二国間協力可能性検討のための基礎情報

3 - 2 - 1 保健行政、レファラル・システム概要

キューバは1959年1月の革命以来、食糧・教育・医療に取り分け重点を置き、国民を絶対的貧困から脱却させる努力を続けてきた。保健医療分野におけるその主体は厚生省（Ministerio de Salud Publica：MINSAP）である。

厚生省の権能は、国家レベルの保健政策の立案、保健政策実施に係る推進・調整・評価、保健分野における管理方法の調整と評価、国家保健制度を保証するための基準・原案づくり、保健制度の根本的問題の特定と解決、の5つである。

国家レベルの保健政策で最も特徴的なものには、徹底したプライマリー・ヘルスケア（PHC）の推進があげられよう。PHCの概念は1978年のWHOアルマ・アタ宣言で世界中に知られることとなったが、キューバでは、全国民に基本的人権の1つとしての健康的な生活を等しく提供するために、早くから独自のPHCが実践されてきた。すなわち、家庭医を底辺とするすそ野の広いコミュニティ・レベルの保健医療サービスのうえに、限られた規模の2次医療システムを構築し、さらに旧ソ連型の診療科別3次専門医療を地域ごとに設置する、という方式である。家庭医のなかには学校医や産業医が含まれ、PHCに学校保健や労働衛生が網羅的に包含されているのも社会主義国らしい特徴である。この概念はPHCの定着と相まって、同国に大きな成果をもたらした。

今日のレファラル・システムは、1次保健医療レベルにあたる家庭医の診療所が地域、職場、学校などに3万か所あまり、2次レベルに相当するポリクリニック及び病院が約1,800、さらに7つの医療管区に3次レベルの総合病院があって、ハバナには国の最高医療施設がある。

本調査団が視察した 1 次医療ポリクリニック（ハバナ市内に15ある町（municipio）の 1 つである Plaza del Revolucion ポリクリニック）では、住民 4 万 2,000 人に対して、合計 131 名の保健医療スタッフが対応している。

いわゆるファミリドクターは家庭医と看護婦が 2 人 1 組となっており、各組が 64 世帯を健康管理する。往診時には住民を 4 つのカテゴリーに分け（ 正常、 リスクあり、 疾病あり、 障害あり ） 治療のほかに健診や面談を通じて、健康維持のための活動を実施している。小児への保健医療には小児専門家庭医（10 名）があり、そのほかの家庭医は各小学校や労働衛生センター（ 5 か所 ）にも駐在する。

これら以外に、巡回医師団（内科、小児科、産科、心理専門家、衛生技師、統計管理者、ソーシャルワーカーからなる）があり、ファミリドクターへの監督、助言、知識・技術の研修を行っている。行政組織に属している推進者（promotor）以外に、それに属していないボランティア（activista）がいる。救急室には救急車 2 台が配備され、24 時間対応している。救急設備はすべてのポリクリニックにあるだけでなく、SIUM（Sistema Integrado de Urgencias Medicas）政策によって必要とされる地点にのみ設置されている。救急室には家庭医を通さず受診することができ、医師とパラメディカルが搭乗した救急車でポリクリニックまで搬送が可能である。救急室は 4 床あるが、酸素、輸液セットなど簡単な治療設備が配備されている程度である。心電図、レントゲン検査、血算などは常時対応可能となっている。救急患者はここで最大 6 時間まで治療され、その後必要に応じて病院へ再搬送される。

3 - 2 - 2 保健医療サービスの現状

医師総数は 2001 年現在、約 6 万 7,000 人といわれ、そのうち 47.5% が家庭医として従事していると発表されている。しかし、これらのほとんどが国内の保健医療施設に勤務していると、医師 1 人当たりの国民数は 170 人（2000 年）人口 10 万人当たりに換算すれば 574 人となる。この数字は同国の保健医療システムの規模に比較して過剰気味であり、医業に従事していない医師も相当数いることが推測される。

看護師の数は 2000 年 12 月時点で 8 万 3,170 人と、医師（ 6 万 5,997 人 ）や歯科医師（ 9,917 人 ）と比較して少ない。ただし、この傾向はキューバに限らず、ラテン・アメリカ諸国全般にいえる。助産婦は 4 万 7,022 人と看護職総数に比べれば多くなっている。これらの数字から、キューバでは看護職の仕事は 2 ～ 3 次レベルでは少なく、多くが 1 次レベルの PHC に従事していることが窺える。

医薬品の供給不足は深刻なようである。キューバは経済封鎖と冷戦終結後の経済危機から 1990 年代前半に「平時における非常時」の状況に陥り、輸入医薬品が激減（1989 年に 2 億 3,000 万ドル、1994 年には 7,400 万ドル）その後ヘルムズ・バートン制裁法が食糧・医薬品の販売を条

件付きで認める修正法案が米議会で承認されたが、キューバは医薬品の国産化を進めている。例えば、抗HIV薬は2001年までに5種類が国産化され、2003年までに11種類に増えるの見込まれている。

医療機器の不足と劣化も看過できない状況にある。3次レベルにおける医療においても、視察先の国家最高レベルとされる病院でさえ、病棟には吸引・酸素の配管システムもない。医療機器は1970～80年代製のものがほとんどで、今日まで保持できたものが集中治療室などに集約して配備されている。非常用電源は設置されているというが、集中治療室のある病棟でもエレベーターのある所は少ない。同国西部に位置するピナル・デル・リオ州の3次病院も視察したが同様の状況であり、医療設備の困窮は全国的であることが推測された。

3 - 2 - 3 保健人材養成・配置状況

医師・歯科医師の養成数は革命以来急速に増えており、特に1990年代に入ってから過剰気味な状態に達している（26頁別表2 キューバの医師・歯科医師の充足状況参照）。これはカストロ議長を含む国家の最高幹部の指示を受けた政策で、同議長は「医師は何人いても多過ぎることはない」と明言している。1959年の革命直前までは6,000人いた医師のうち、約半数が国外に逃れた（ハバナ大学医学部の選任教授158名のうち141名が亡命した）歴史的な経緯もこの政策に関係しているかもしれない。

厚生省副大臣の説明によれば、「現役医療従事者の半分以上が特別な期間（すなわち、1990年代の経済危機下）に教育を受けた。そのような施設を見てほしい。」と言及されたが、彼らが教育を受けているリハビリ要請サイトの病院とその設備は確かに旧式かつ非効率で、早急な改善が必要な状況である。このような状況を勘案すると、医学教育の質的低下が懸念され、それが将来医療の質的低下につながる危険性がある。国立保健学校（日本の旧国立公衆衛生院に相当）の応対にあたった教授の話によれば、医学部は全国に23校あり、医師数は不足していないが、月給が400～600ペソ均一のため勤労意欲は低下しており、ドル払いの仕事（通訳やサービス業など医療に無関係な仕事）に人材が流出していく懸念があるという。

また看護師の育成と配置は医師・歯科医師の育成と配置に比べそれほど積極的でなく、今後高度医療や高齢者介護の中心となる人材養成に遅れがないか気になるところである（27頁別表3 州別看護職配置参照）。

3 - 2 - 4 二国間協力の可能性

1959年1月のキューバ革命後、我が国は現政権を真先に承認した国の1つであるが、その後の厳しい東西冷戦のなかで、日本・キューバ間協力は凍結状態にあった。実際にキューバはコメコン体制の一員として社会経済的な繁栄を享受していたので、日本に対する援助要請も強く

なかった。

ところが、1990年代の冷戦終結後コメコン体制は崩壊し、砂糖やコバルトといった同国の主要一次産品の国際価格が低迷するなかで、米国を中心とする経済制裁も影響して同国は経済危機（いわゆる「平時の緊急時」）状態に陥った。1990年代半ばの最悪の状態は脱したといわれるが、それでもキューバの1人当たりのGDPは1,478ペソ（2000年）であり、公定レートで1ペソ＝1ドルを適用すれば無償資金協力援助を脱する経済力となるものの、実勢レートが調査団訪問時1ドル＝26ペソ程度であったことを考慮すれば、実質的には無償資金協力対象国であることが分かる。本邦外務省はキューバへの援助分野として、保健医療、教育及び環境が最優先としているが、今日まで実現したのは開発調査でのハバナ湾の汚染対策の1件のみである。また、我が国のキューバに対する1995～2001年までの援助累計額は約12億円に過ぎず、そのうち10億円が1998年の緊急災害食糧支援（すなわち人道援助）であった。一方、研修員受入れは毎年11～20人（計224人）と安定して推移している。無償資金協力援助や技術協力プロジェクトを導入すれば、更に効果的な援助が実現し、資金援助と人造りのアンバランスはいずれ是正されると思われる。

実際、日本からキューバに向けた様々な援助の段取りは、少しずつではあるが熟しつつあるといえる。1997年7月の草の根無償資金協力導入合意、1998年8月の初のプロジェクト形成調査団派遣（ハバナ湾浄化プロジェクトが実現）、1999年文化無償協力開始、2000年10月の初のプロジェクト確認調査団派遣（企画調査員派遣が実現）と小規模ながら着実に援助が進められるなかで、今回、本調査団が派遣された。

前章で述べたとおり、キューバはPHCを通じて、先進諸国並みに比肩する保健指標を達成したが、その実態は「薄氷の上にある」数字であり、いつ悪化傾向に転じてもおかしくない状況にある。革命以来保健医療は同国の最優先課題の1つであったが、国家経済にもはや余裕はなく、PHCシステムも危機的状況にある。大規模なハリケーンや旱魃といった自然災害がそのきっかけになるかもしれないが、最も影響が大きいかつ必ず来るのはカストロ体制が終焉するときであろう。

キューバはPHCを中心に据えた保健医療システムを継続すべきであるが、人材養成（訓練を含む）、医療機材整備、高次医療設備の再構築など、保健医療のすべての分野で改善が必要である。保健医療予算は計画的に支出しているとは考えにくく（資料を要望しても提示されない）、“*Por humanista y solidaria*”（人道性と連帯のため）として十分計画評価されていない様子も窺える。

急速な高齢化を踏まえたPHC支援は特に重要である。キューバの65歳以上の高齢者人口は現在13%であるが、近い将来18%を超えると予想されており、早急な対応が望まれる。感染症以外の疾患（脳血管障害、ガン、糖尿病など）対策を中心に、PHCの質を落とさないようにして、

高齢者の健康を確保するシステムづくりが近い将来必要となろう。なおPAHO（汎米保健機構）は同国の保健医療分野の優先案件として、母子保健、感染性疾患対策、非感染性疾患対策、眼科や歯科を含めた高齢者対策、救急医療の順に列挙している。

今回上記にあげたような実在する問題点について、援助の必要性和ニーズがあることが確認された。キューバ政府はこれらの問題点を認識し、その一部について日本に支援を要請しているので、今後の進捗は日本政府が外交の観点から援助の是非をどう判断し、どのようなスキームまで格上げするかにかかっている。現在は草の根無償の規模にとどまっているが、いずれは一般無償資金協力や技術協力プロジェクトも検討されるべきと考える。その際、これらをカストロ体制が堅実な時点で実施した方が、カストロ後に予想される混迷から同国をソフトランディングせしめるうえでも有益かどうかを、今から検討しておくべきだろう。対応を誤ると、旧ソ連・東欧諸国で起こったような保健医療の質的低落と新たな健康問題の発生（百日咳の再興、麻薬中毒やHIV感染の拡大など）という、人間の基本的尊厳を損なうような悲惨な社会状況をもたらしてしまうかもしれない。

無償資金協力援助の案件候補としては老朽化とシステム疲弊が著しい高度医療機関の改修・改編計画があり、技術協力プロジェクトについては高齢化社会を見据えたコミュニティ・ケアや新興再興感染症対策（HIV/AIDS、デング熱対策など）があげられよう。今日HIV/AIDSの感染者数は3,000人あまり（有病率0.03%）であるが、性行為感染は急増しており、いずれハイリスク・グループ（同性愛者とキューバ当局の表現で「社会的に好ましくない行動者」すなわちコマーシャル・セックス・ワーカー）だけの問題から広く社会問題化していくであろう。

もしも高度医療への無償資金協力援助が実現することになれば、それが医療機材供与のみでも技術的な援助も必要であることは強調されるべきである。キューバ側には必要なのは機材だけという認識があるかもしれないが、それは誤りであることを合意のうえで実施しなければ、信頼性の高い最新高度医療を導入することは難しいであろう。キューバから日本国内への研修は少数ながら実績がある（臨床検査、ワクチン品質管理）ので、このスキームで検討されるべきである。ハバナ湾汚染防止で日本から派遣された専門家がキューバ側から絶賛されており、双方の相互理解に基づいた援助対話が続けば、日本に学ぼうとする真摯な姿勢は保健医療分野にも期待できよう。

キューバは医療科学に関しても自信と実績をもっているので、むしろ近年漸減傾向にある研究ベースのプロジェクトで協力を展開するのも良いアプローチと思われる。例えば、本調査団が訪問したPedro Kouri熱帯医学研究所は研究レベルが極めて高く、長崎大学熱帯医学研究所で研修を受けた研究員などが在籍しており、新興再興感染症対策の良い活動拠点となるだろう。キューバ側の本邦研修修了者への評価は高く、研修の成果を活かした仕事をしていたのが好印象であった。

三角（南南）協力の可能性については、本章では保健医療の技術的な観点からのみコメントする。そもそも三角（南南）協力の始まりは、2001年2月のキューバ外相訪日時に日本との医療面での援助協調（キューバが開発途上国に派遣する医師が活動する医療機関に、日本が医薬品・医療機材を供与する形）が提案され、前述のとおりJICAプロジェクトが展開するホンデュラスの病院で草の根無償資金協力を投入することで実現した。同様な援助協調が他国でも実現するかを、キューバ政府と協議した。

MINVEXの担当官によれば、三角（南南）協力については15か国あまりが興味を示しており、85のNGOが協力又は協力を申し出ているという。キューバ人医師はPHCの基本的な素養と経験を有し、特にスペイン語圏では言葉のハンディが少ない利点がある。へき地勤務や保健医療以外のコミュニティ活動にも積極的との評価もあり、これも三角（南南）協力にはプラスに作用する。一方、キューバ政府の派遣人材であることへの派遣先への警戒感のほか、給与の支払い方、派遣後の処遇（例えば帰任拒否）など、不安要素があることも否めない。キューバ政府は医師の海外派遣を平和の使者による自国の安全保障と位置づけている様子があり、政治的思惑が全くないとは言いきれない。

結論として、キューバ人医師による三角（南南）協力は技術的には可能であるが、ケース・バイ・ケースで対応すべきと考える。

ラテン・アメリカ医学校やカリブ医学校を支援する形の三角（南南）協力は、支援の拠点がキューバ国内にあり、その裨益者が開発途上国などの教育環境に恵まれない医学生（ひいては故国の保健医療環境に恵まれない住民）であるため、三角（南南）協力の一案としてより進めやすい案件かもしれない。今回の調査では時間的制約のため十分な検討ができなかったが、今後これらの教育施設を更に支援できないか検討する余地がある。専門課程の教育施設（すなわち医学部付属病院）を支援することは、キューバの医療システムを支援することになるが、このような三角（南南）協力の延長線上にあることも忘れてはならない。

3 - 2 - 5 その他（母子保健、栄養、感染症等の保健概要等）^{注1}

キューバの母子保健指標は先進国並みであり（表 - 3 - ）、疾病構造は他の中米・カリブ諸国とは異なり、生活習慣病対策や高齢者対策が課題となっている。

注1 本項で用いる統計数値は、特に指定がない場合は、Anuario Estadístico de Salud 2000 (MINSAP/PAHO/FNUAP/UNICEF)を参考になっている。

表 - 3 - 中南米・カリブ地域保健指標比較

国 名	乳児死亡率 (1999)	5 歳未満児 死亡率 (1999)	妊産婦 死亡率 (1980 ~ 1999)	合計特殊出 生率(1999)	1 人当たり GNP(1999) ドル
キューバ	6	8	27	1.6	1,170
ハイティ	83	129	-	4.2	460
グアテマラ	45	60	190	4.7	1,660
ドミニカ共和国	43	49	230	2.7	1,910
ニカラグア	38	47	150	4.2	430
エル・サルヴァドル	35	42	120	3.1	1,900
ホンデュラス	33	42	110	4.1	760
パナマ	21	27	70	2.5	3,070
コスタ・リカ	13	14	29	2.8	2,740
米 国	7	8	8	2.0	30,600
日 本	4	4	8	1.4	32,230

出所：The State of The World's Children 2001, UNICEF

2000年の出生数は14万3,528人（出生率12.8）であり、その99.9%は施設内分娩である。2000年の乳児死亡状況をみると、その約半数が早期新生児死亡であることがわかる（表 - 3 - ）。主な乳児死亡原因（2000年）は、周産期の異常・障害（44.4%）、先天異常（26.6%）、敗血症（4.5%）、インフルエンザ・肺炎（3.6%）、事故（3.2%）である。1～4歳の主な死亡原因は、事故（24.3%）、先天異常（15.3%）、悪性新生物（11.6%）、インフルエンザ・肺炎（8.2%）、髄膜炎（4.9%）であった。低出生体重児（2000年）は8,814人（全出生の6.1%）であった。2歳未満児の予防接種率（2000年）は92.1%であった。

表 - 3 - 乳児死亡（2000年）

死亡率：出生1,000対

	生後7日以内 の死亡	生後7日～27日 の死亡	生後28日～11か月 の死亡	乳児死亡	1～4歳 の死亡
死亡数（人）	445	207	387	1,039	268
死亡率	3.1	1.4	2.7	7.2	0.4

5歳未満児の成長状況をみると、ハバナ市及び都市部よりも東部地域及び西部地域に成長不良の子供の率が高い傾向にあり、栄養不良の可能性が考えられる（表 - 3 - ）。

表 - 3 - 5 歳未満児の成長状況（2000年）

SD = 標準偏差

	体重 / 年齢		身長 / 年齢		体重 / 身長	
	<-2SD	<-3SD	<-2SD	<-3SD	<-2SD	<-3SD
西部	5.4	1.2	6.5	2.1	2.1	0.6
ハバナ市	3.6	0.0	3.6	1.0	2.6	0.7
首都圏	3.8	0.0	2.5	0.0	0.8	0.3
東部	3.9	0.5	5.3	1.4	2.3	0.4
キューバ全体	4.1	0.4	4.6	1.1	2.0	0.4

2000年の妊産婦死亡率（出生10万対）は55.7である（表 - 3 - ）。1993年から2000年までを経年的にみると、44.9（1996年）～ 65.2（1994年）の間で推移している。乳児死亡率が先進国並みであるのに比べ、妊産婦死亡率は比較的高い数値を示している。妊産婦死亡原因も予防可能なあるいは適切な処置によって死亡を回避することが可能である流産、出血、循環器疾患（高血圧性疾患）等が目立ち、改善の余地がある。

表 - 3 - 死因別妊産婦死亡率（出生10万対）（1998～2000年）

原 因	1998年	1999年	2000年
直接産科的死亡	27.1	30.5	34.1
流 産	4.6	2.7	7.0
産褥期の異常	4.6	8.0	7.0
出 血	2.0	3.3	2.8
中 毒	4.0	2.0	4.2
その他の異常	11.9	14.6	13.2
間接産科的死亡	11.9	13.3	7.7
循環器疾患	5.3	3.3	0.7
貧 血	2.0	2.7	0.7
感染症、寄生虫症	0.7	2.7	1.4
心疾患	-	0.7	0.7
その他の間接的原因	4.0	4.0	4.2
その他の原因	9.3	8.6	13.9
合 計	47.7	52.4	55.7

報告義務のある感染症報告数及び罹病率（人口10万対）に関しては、表 - 3 - に示す。最近では、ジフテリア、新生児破傷風、狂犬病、ポリオ、麻疹、百日咳の報告は非常にまれである。HIV感染及び梅毒の報告数が増加傾向にあることが懸念される。

表 - 3 - 報告義務のある感染症報告数と罹病率の年次比較（1970～2000年）

感染症名	報告数				罹病率（人口10万対）			
	1970	1980	1990	2000	1970	1980	1990	2000
チフス	415	102	59	37	4.9	1.0	0.6	0.3
結 核	2,606	1,130	546	1,135	30.5	11.6	5.1	10.1
結核性髄膜炎	1	-	-	2	0.0	-	-	0.0
ハンセン氏病	330	305	310	278	4.0	3.1	2.9	2.5
ジフテリア	7	-	-	-	0.1	-	-	-
百日咳	1,192	131	23	-	13.9	1.3	0.2	-
破傷風	223	26	4	1	2.6	0.3	0.0	0.0
新生児破傷風	1	-	-	-	0.0	-	-	-
麻 疹	8,911	3,806	17	-	104.2	38.9	0.2	-
狂犬病	1	-	1	1	0.0	-	0.0	0.0
マラリア	1	304*	461*	37*	0.0	3.1	4.3	0.3
髄膜炎	40	434	299	41	0.5	4.4	2.8	0.4
淋 病	238	16,471	35,722	19,067	2.8	168.4	334.0	170.4
梅 毒	619	4,346	9,205	9,199	7.2	44.7	86.1	82.2
HIV/AIDS***	-	-	28	169	-	-	2.6	15.1
ポリオ	1	-	2**	-	0.0	-	0.0	-
風 疹	1,069	3,036	26	-	12.5	31.0	0.2	-
流行性耳下腺炎	1,820	31,119	45	-	32.9	318.2	0.4	-
レプトスピラ症	-	451	517	553	-	4.6	4.9	4.9
インフルエンザB型	-	-	-	35	-	-	-	0.3

*輸入感染例を含む

**予防接種後遺症

***人口100万対

その他、最新の保健医療指標は、<http://www.sld.cu/anuario/>参照。

別表１ ラテン・アメリカ医学校 国／地域別卒業生一覧：1966～2001年

エチオピア	317	イエメン	48	ナイジェリア	17	ルワンダ	4
コンゴ人民共和国	133	ザンビア	32	レソト	16	カメルーン	3
アンゴラ	132	ナミビア	31	ウガンダ	13	イスラエル	2
ジョルダン	120	サントメ・プリンシペ	26	オマーン	11	コンゴ民主共和国	2
ガーナ	88	スーダン	26	シエラ・レオーネ	11	ニジェール	2
シリア	87	ベナン	26	セيشェル	9	バハレーン	2
西サハラ	78	パレスチナ地域	22	赤道ギニア	9	ブルンディ	2
ギニア	73	レバノン	22	マリ	7	モーリシャス	2
タンザニア	70	南アフリカ	21	ブルキナ・ファソ	6	スワジランド	1
モザンビーク	58	カーボ・ヴェルデ	18	マダガスカル	6	マラウイ	1
ギニア・ビサオ	54	ジンバブエ	17	モロッコ	5	合 計	1,630

別表２ キューバの医師・歯科医師の充足状況：1970～1999年

<http://www.sld.cu/anuario/anu00/CR43.htm>を改編

西暦	医師総数	人口10万当たり	医師 1 人当たり	歯科医総数	人口10万当たり	歯科医 1 人当たり
1970	6,152	72	1,393	1,366	16	6,276
1975	9,328	100	996	2,319	25	4,007
1980	15,247	156	641	3,646	37	2,682
1981	16,210	166	602	4,188	43	2,330
1982	16,836	172	583	3,986	41	2,462
1983	18,828	191	525	4,380	44	2,256
1984	20,490	206	486	4,711	47	2,113
1985	22,910	228	439	5,335	53	1,885
1986	25,567	251	399	5,752	56	1,772
1987	28,060	273	367	5,923	58	1,737
1988	31,229	300	333	6,134	59	1,696
1989	34,752	331	302	6,482	62	1,621
1990	38,690	365	274	6,959	66	1,524
1991	42,634	399	251	7,515	70	1,423
1992	46,860	433	231	8,057	74	1,343
1993	51,045	467	214	8,531	78	1,280
1994	54,065	493	203	8,834	81	1,241
1995	56,836	518	193	9,148	83	1,200
1996	60,129	546	183	9,600	87	1,146
1997	62,624	568	176	9,816	89	1,124
1998	63,483	571	175	9,873	89	1,126
*1999	64,863	582	172	9,918	89	1,123

* 暫定値

別表 3 州別看護職配置：2000年

<http://www.sld.cu/anuario/anu00/CR18.htm>

州・特別市	正看護職	技術看護職	補助看護職	合 計	人口10万当たり
ピナール・デル・リオ	1,484	4,343	4	5,831	79.4
ハバナ	1,335	3,934	13	5,282	75.1
ハバナ市	4,458	15,374	23	19,855	90.9
マタンサス	984	4,155	3	5,142	77.8
ビラクララ	1,818	3,926	15	5,759	68.9
シエンフエゴス	899	1,730	6	2,635	66.7
サンクティスピーツ	884	2,641	-	3,525	76.3
シエゴデアピラ	750	1,961	-	2,711	66.2
カマギュー	2,017	3,995	3	6,015	76.3
ラスツナス	957	2,297	1	3,255	61.6
ホルギュー	1,598	4,184	18	5,800	56.3
グランマ	1,191	4,572	2	5,765	69.4
サンチアゴ・デ・キューバ	2,053	5,226	18	7,297	70.6
グアンタナモ	716	2,861	1	3,578	69.8
イスラデラフベンチュード	202	517	1	720	90.6
合 計	21,346	61,716	108	83,170	74.3

3 - 3 他ドナー協力動向

3 - 3 - 1 PAHO/WHO

キューバにおいては感染症はコントロール下にあるが、経済制裁のためキューバ政府が外貨へのアクセス手段をもたないことから基礎的医薬品・資機材入手難が深刻であり、併せて人口高齢化への対応が課題と認識している。物資不足を人材育成で補っている状況にある。

PAHO/WHOキューバ事務所の活動予算は約100万ドル/年（うち65万ドルが下記に示すムニシピオ支援プロジェクト事業費、22万ドルがアンブレラ・プロジェクト事業費）。

実施中のプロジェクト概要

(1) 地方分権化 / ムニシピオ支援プロジェクト

1994年以降の地方分権化を受けて、ムニシピオ、コンセホ（ムニシピオ保健審議会）支援のため国家保健計画の一環でムニシピオ人材能力向上支援を実施。1996年開始時には6 ムニシピオ、現在60のムニシピオで実施中（キューバ全体で169ムニシピオ、これまで全国で51%のムニシピオが裨益）。

マネージメント、アドミニストレーション管理能力向上、自分たちでプロジェクトを形成し管理する手法を指導している。機材購入に1年目1万2,000ドル/1ムニシピオ、2

年目6,000ドル / 1 ムニシピオ支出。ハバナは15中12ムニシピオが対象。ムニシピオの健康問題を各ムニシピオ担当者に研修させ、次に各ムニシピオが CONSEJO の承認を得られるような対策プロジェクト案のパッケージと resource mobilisation (財源) 案を検討する。持続性とオーナーシップを重視している。

(2) 国家保健制度強化支援 (アンブレラ) プロジェクト

MINSAP の人材養成、研修、保健・疫学監視を支援している。

母子、感染症、非感染症、老人病対策を 4 プライオリティと位置づけ、PHC、病院強化、先端技術、医薬品、自然薬品支援を 5 戦略としている。

眼科、歯科、救急はファミリードクターがカバーする。

3 - 3 - 2 UNDP

キューバは保健指標は良いがハード・カレンシー不足が深刻で、それが保健に限定しない多くのセクターに悪影響をもたらしている。UNDP が現在支援中のプロジェクトは以下のとおり。

(1) 保健医療の地方分権化事業

日本を含む 8 か国のドナーから支援を得て、貧困度合の高い東部 5 県で活動中。MINSAP の進める Human Development Program at Local Level (PDHL) は大きな成果を収めている。日本政府は 9 万ドル拠出しているが、日本側のカウンターパートを探すのが難点となっている。

(2) 環境汚染対策活動

ハバナ湾汚染対策は 20 年来続けられている。JICA を含む複数のドナーからの支援で、数年前の最悪の状態からは脱却した。

ハリケーン・ミッチ対策は、リスク・マネージメントの政策立案を支援中。気候変動に係る活動には、2002 年 3 月に日本政府からの資金拠出があり、食糧と住宅について災害防備活動を実施中。その他生物多様性保護支援も実施。

(3) Comprehensive Health Program (CHP/PIS)

詳細は前述のとおり。HIV/AIDS 対策にアフリカの数か国 (ケニア、マリなど) とハイティ、ドミニカ共和国など 10 数か国を対象に、4,000 人のキューバ人医師を派遣するプログラム。CHP 自体はインパクトの大きいコスト・エフェクティブな事業と UNDP も評価しており、HIV/AIDS 対策のこのプロジェクトについても UNDP として前向きにフォローしてい

る模様。

(4) HIV/AIDS

HIV/AIDS対策（予防→青年の啓蒙、観光）に1,400万ドルが拠出されている。キューバで対策が奏功すればカリブ諸国への波及が期待できる。最新の公式統計では感染者3,004人、有病率0.05%（2001年の0.03%から上昇）。10年後に3倍に増大するという試算もある。治療に関しては、抗HIV薬の国産化が進められており、自力で生産する技術はあるが原材料輸入のための外貨不足がネックとなっている。現在5種類が国産化され、6種類が原料輸入の半国産化がされており、2年以内に11種類が国産化される予定。

公然化しているセックス・ツアーによるコマーシャル・セックス・ワーカーの感染が最も問題となっている。

番号	資料の名称	形態	種類	発行機関
1	ANUARIO ESTADISTICO DE SALUD 2000	冊子		Ministerio de Salud Publica (公共保健省)
2	POR LA SONRISA DE AMERICA LATINA, ESCUELA LATINOAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS CUBA ラテン・アメリカ医学校紹介パンフレット	冊子		
3	ブレティン/PAHO CUBA Special Edition 2002	ニュース レター		PAHO (Pan American Health Organization)
4	2000 Informe Annual INSTITUTO PEDRO KOURI 熱帯医学研究所年報	冊子		Instituto Pedro Kouri
5	INVESTIGACION SOBRE DESARROLO HUMANO Y EQUIDAD EN CUBA 1999 UNDP 人間開発報告書キューバ版	冊子		CIEM, UNDP
6	The Global Fund To fight AIDS, TB and Malaria Interim Secretariat, PROPOSAL	コピー		UNDP Cuba
7	Project Proposal from the UNDP for the Trust Fund for Human Security DRAFT (性感染症対策国家計画強化プロジェクト)	コピー		UNDP Cuba
8	SITUACION ACTUALIZADA PROGRAMA NACIONAL ITS/VIH./SIDA., 31/12/2001	コピー		UNDP Cuba
9	HIV/AIDS in Cuba April 2002 UNDP Cuba	コピー		UNDP Cuba
10	Projects benefiting South-South Cooperation through UNDP Cuba 2001,02 (プロジェクト・リスト)	コピー		UNDP Cuba
11	Human Development Program at the Local Level in Cuba THE METHOD	コピー		UNDP UNOPS

番号	資 料 の 名 称	形 態	種 類	発 行 機 関
12	International Cooperation : Comprehensive Health Program of the Cuban Government for Latin America, The Caribbean and Africa International Cooperation (CHP説明)	コピー		外務省
13	HOSPITAL UNIV.GRAL. CALIXTO GARCIA, COMPORT/AMIENTO DE ALGUNOS INTICADORES 2000 (カリスト・ガルシア病院データ)	コピー		カリスト・ガルシア病院
14	PANORAMA ECONOMICO Y SOCIAL CUBA 2001	コピー		統計局
15	EU humanitarian aid to Cuban people 1993-2001 (EUパンフレット)	コピー		EU
16	HEALING THE MASSES Cuban health politics at home and abroad	コピー(ファ イル2冊)		
17	Convenio de Colaboracion Tripartita Honduras-Cuba-Alemania (ホンデュラス-キューバ-ドイツ三国協力協定)	コピー		
18	Cuba's National School of Public Health : The boundless Classroom	コピー		国立保健学校
19	Graduados Extranjeros de Africa Anos Desde 1966 Hasta el 2001 (外国人卒業生 1966-2001まで)	コピー		国立保健学校