

発展途上国のヘルスサービスと PHC 戦略

ソムアツ・ウォンコムトオン (東京大学医学部国際保健学教授)

(略歴) Som-arch Wongkhomthong, タイ国生まれ, 昭和50年東京大学医学部卒, 保健学博士, ハーバード大学の MPH (Master of Public Health) 修了, 昭和59年からタイ国マヒドン大学の ASEAN 健康開発研究所勤務, 平成6年4月から所長, 平成8年6月から東京大学教授.

私はタイの小さな田舎町で育ち, 18歳の時に東京大学に留学し, 日本の医師免許をとり外科学を専攻した. 今日タイのような開発途上国の健康問題, 及びその解決策について話したい.

途上国では, アフリカ蠅に媒介されるフィラリアで失明したり, はしかに罹って簡単に芯でしまったり, 今日日本では考えられない問題がある. フィリピンのある村では, 15人の子どものうち3人を死なせたがなお12人の子どもを育てている母親に会ったことがあるが, これも途上国ではまれではあるが, まだ見られる問題である.

東南アジアの村は無医村が普通である. タイには約6万カ所の村があるがすべて無医地区と思ってもよい. 伝統的医療をする人はいても彼らはなんの診療器具ももっておらず, ラテン語で書かれた処方箋を痛みのある患部に貼ると治るといふ迷信も通用している. ラオスで2番目に大きな病院にいったことがあるが, 小児病棟には殆ど設備らしいものはなかった. マラリアや栄養障害が子供の普通の病気で, 重度の栄養失調や子どもに餅米(もちごめ)を食べさせる習慣が原因の尿路結石も多かった. タイでも人口の6~7割はラオスと同じような農村に住んでおり, バンコックやチェンマイのような大都市の人口は1~2割である.

ユニセフ加盟145カ国の乳児死亡率はアフリカのニジェールが最も高いが, 高い順から見ると東南アジアではカンボジアは21番目, ラオスは31番目, バングラデシュが39番目に高い. 日本は乳児死亡率は最も低い国で1992年の統計ではGNPは28,000ドルにもなる

が, タイは1840ドル, カンボジア, ラオス, バングラデシュは200ドル台で, 日本は途上国の100倍以上になる. また一人当たりの保健衛生費用はアメリカは3,094ドル, 日本は1,376ドルであるが, この費用はラオスのGNP比に換算するとたった10ドルにしかならない. この事実からも途上国では日本のような医療体制がとれないのは明らかである.

途上国の保健医療の特徴は, 1) 病気の種類も病人も多い. 2) 医療従事者や施設は少ない. 3) 医療の極端な都市への偏在. 4) 保健行政が手薄い. 5) 貧しいにもかかわらず高価な医療制度をもっている. 6) 近代的医療技術は未開発, などにつける. 最後の2項目は, 医師と看護婦を除いて, 医薬品, 医療機器, 検査機器, 試薬にいたるまで100パーセントが高価な輸入品に頼っている. また途上国が低所得, 低教育にもかかわらず, 工業先進国の医学教育を技術を導入した医療を採用し, その結果, 高医療費, 医療資源不足と偏在, 外国への技術依存を生みだし, 他方で, 国民の医療不足と低い健康水準をもたらすという悪循環をもたらしている.

途上国での保健活動の基本は1978年のアルマアタ宣言である. ここでは, 目標を Health for all by the year 2000. (西暦2000年までにすべての人たちに健康を) とし, その戦略を Primary Health Care (PHC) におくことが宣言された. PHCは予防可能な病気を住民の手でなくすことなどに力を注ぐことを基本にしており, 途上国に適した戦略である.

タイの医療システムは, 県レベル(73, 三次医療), 郡レベル(689, 二次医療), 行政区レベル(6,904, 保健センター)になっている. このうち郡レベルでは1-

3人の医師がいる10-60ベッドの病院がある。また行政区レベルでは診療所があり一次医療を提供している。その下には61,385カ所もの村落があり、人口の70%が住んでいるが、なんの医療体制もない。PHCはこの村落レベルに展開するが、ここでいうPHCはprimary careやprimary medical careとは異なった概念であることに留意してほしい。PHCは途上国では最も重要な国の保健戦略で、かつ最も基本的な地域保健活動でもある。PHCアプローチ(approach)は、①住民参加、②適正技術、③地域資源の最大活用、④各分野の協調と調和からなっている。PHCの要素(elements)は、教育、風土病の克服、環境衛生と安全な飲料水の提供、母子保健と家族計画、栄養、簡単な病気の手当(風や小さなケガなど)、村落への一般薬の供給、などからなっている。またPHCアプローチとPHC要素をもとに展開されるPHC活動(activities)は、①住民のボランティアのトレーニングとその活動、②地域保健センター(Community Health Posts)の設立と運営、③村落保健資金(Community Health Funds)の設立と運営である。

タイのPHCは今から12年前に日本に協力を要請、日本政府が25億円の援助をおこなってマヒドン大学にASEAN Training Center(RTC)を建設した。人適にも国立公衆衛生院の橋本正巳部長や多くの方に協力

してもらい、佐久総合病院や沢内村などの活動を参考にした。現在ATCではGHV(?)を拡めることが課題であり、タイ全国では約50万人のVHV(Village Health Volunteers)が養成され、行政区レベルにある保健センターと村をつなぐかなめになっている。彼らは村で推薦され訓練を受けるが、そのなかには伝統的医療をおこなっている人や産婆も含まれ、彼らの再教育も兼ねている。VHVの仕事は、トイレの改善、清潔な飲用水の確保の工夫、簡単な病気の手当、大豆やゴマなど栄養豊富な食品の普及など広範囲に及んでおり、こうしたPHC活動の進展によってタイでは極端な栄養失調患者は現在みられなくなっている。なおAIHDのトレーニングでも1982年から89年には59コースに5,100人が参加、1990年から94年には22コースに4,192人が参加している。参加者はタイだけでなくアジア各国にひろがり日本からの参加者も含まれている。

国立公衆衛生院や国立国際医療センターのような高度研究機関には、高度な医療技術や機器への援助だけではなく、途上国で活用可能な適正技術の開発も是非要望したい。途上国では、こうした技術こそ安価で広範に利用でき、PHCに貢献し、医療問題の根本的な解決にもつながる。