

<巻頭言>

国際保健の潮流

兵井伸行

国立保健医療科学院国際協力研究部長

The trend of global health

Nobuyuki HYOI

Director, Department of International Health and Collaboration, National Institute of Public Health

人口増加や貧困、保健医療や教育などの社会的基盤の未整備、環境破壊など、多くの問題をかかえる開発途上地域には、世界人口の約83%が住んでいる。このような状況に対して、「国際保健は、人々の健康に影響を与える要因およびその改善のための方策について体系的な比較を行う」(Basch PF, 1978)と考えられ、保健医療の格差是正のための具体的な国際協力が行われて来ている。

国際保健の起源はヨーロッパの産業革命、それに続く植民地主義の時代に遡るとされる。19世紀、植民地に暮らすヨーロッパ人の健康を守るため、熱帯地域特有の疾病に対する医学(熱帯医学)が広まった。また、国際衛生会議の開催(第1回1851)、国際赤十字委員会の発足(1863)など国際的な動きもヨーロッパを中心に広まった。20世紀に入るとPAHOの前身である国際衛生局(1902)が米国ワシントンに設置され、現在の英国の保健医療制度(NHS)の根幹となる報告書をまとめたドーソン委員会(1920)が組織され、また、国際連盟に保健委員会(1920)が設置され、国際保健に対する取り組みが広がった。

第二次世界大戦後、国連専門機関として世界保健機関(WHO)が1948年に設立され、国際保健の取り組みはさらに広がりを見せた。国際協力の基盤となるコロボ計画(1951)が発足し、アジア・アフリカ諸国会議(バンドン1955)が開催され、植民地支配から独立したアフリカ、アジアの国々の国際的な発言力が増した。1950~60年代、これらの国々の多くは、農村地域における疾病の予防を重視し、準医師や保健補助員などによる「基本的ヘルスケアアプローチ(Basic Health Care Approach; BHCA)」を推進したが、大都市の大病院への偏重は、変わらなかった。この時代の国際保健活動として、天然痘やマラリアなどの感染症撲滅キャンペーンがあげられる。1960年代に入ると経済協力開発機構(OECD)が組織され、また、発展途上地域の経済成長率を年率5%に向上させることを目的とした国連開発の10年という開発戦略も取られるようになった。1970年代に入ると、これら開発途上地域の人々の保健医療や教育など生活の基本的なニーズ(Basic Human Needs)を重視する開発戦略が益々重視されるようになった。

1974年には、国際協力事業団(JICA)が発立され日本も国際協力を積極的に関わるようになった。1975年のWHO執行理事会(第55回)では、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)推進決議がなされ、1978年には、カザフスタンのアルマ・アタで開催されたWHO、UNICEFの合同会議で、その後の保健医療政策の基礎となる歴史的な宣言「アルマ・アタ宣言(Alma Ata Declaration)」が採択され、「2000年までにすべての人々が健康に(Health for All by the Year 2000)」が国際保健の共通認識となった。まさに、国際保健の歴史的なパラダイム転換であったといえる。その後、1986年にヘルスプロモーションに関するオタワ憲章によって“Health for All by the Year 2000 and Beyond”のための具体的アクションプランがまとめられた。1994年には、カイロにおける世界人口開発会議において、リプロダクティブ・ヘルス、リプロダクティブ・ライツの考え方が広く共有されるようになったことも、もう一つのパラダイム転換であったといえよう。

このPHCをより良く機能させるために、District Health System構築の重要性やフロントライン・ホスピタルの役割や位置付けが強く意識されるようになった。同時に、アルマ・アタ宣言で唱えられボトムアップ型包括的PHCに対し、よりトップダウン型の選択的PHCとのアプローチの違いも大きな議論となった。多くの国際保健プロジェクトは、援助機関の影響もあり、効果、効率性、投入、評価といった点で、現実には選択的PHCに近いものであった。

しかしながら、アルマ・アタの洞察として忘れてはならないことは、人間の価値を重視し、公平、公正、ジェンダーへの配慮を強く提唱したこと、さらに、保健医療の問題把握とその解決には質的情報も含め正確な情報が極めて重要であり、住民自らがその当事者となること、特に貧困層や社会的弱者を取り巻くヘルス・システム研究が進められたこと、であろう。

一方、余り明らかでなかった課題として指摘できるのは、政府の能力の限界、保健医療サービスと他セクターとの相互作用の重要性、地域で特徴的な社会文化的要因の重要性、各国での保健医療改革の必要性などであろう。これらは今日でも国際保健の重要な課題として存在している。

また、予測を超えた課題として、新興・再興感染症-HIV/AIDSや急速にグローバル化する市場経済とITの発展、いまだに継続している地域での武力紛争、そして、社会全体の保健医療システムの中でのPHCと生活習慣との関係性の整理であろう。

いずれにしても、PHCが唱えた公平に根ざした保健医療の発展のために、国の能力強化、いわゆる保健医療システム強化が不可欠である。

近年国際社会におけるわが国の立場が益々重要となり、それに伴い保健医療分野における国際協力の要請も年々急速に高まってきている。国際保健の潮流は、疾患別アプローチから保健医療システム強化へその軸を移し、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）やワクチン予防接種世界同盟（GAVI）などの組織も同様に保健医療システム強化への取り組みを強化しつつある。また、世界保健機関（WHO）も世界保健報告（2008）“Primary Health Care Now More Than Ever”において、PHCアプローチの活性化を強調しており、援助の効率性とドナー間の協調が一層重要視されるようになった。最近では、社会や経済の発展の過程で浮きぼりとなる途上国の女性たちの健康問題を、ジェンダーの視点からとらえようとする動きも強まっている。

非感染性疾患（Non-communicable Diseases: NCD）、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage）なども極めて重要な課題として位置づけられるようになった。

わが国の国際保健課題への姿勢

日本で開催された、第四回アフリカ開発会議（TICAD IV）（2008）において、国連ミレニアム開発目標（MDGs）の達成を含む「人間の安全保障」の確立とアフリカの保健課題について取り上げた。その中で、保健医療人材の養成の重要性とそのための協力が強調された。

続くG8北海道洞爺湖サミット（2008）においても、より広く地球全体において、国際保健分野の課題を取り上げ、国連ミレニアム開発目標（MDGs）など、既に合意された国際目標の達成に向けた具体的な行動計画を示し、既存の取組を補完する包括的な戦略を推進することを確認した。そして、保健システム強化をテーマに、より具体的なグローバル・アクションの提言を目指し、研究・対話活動を実施することを明にした。第五回アフリカ開発会議（TICAD V）（2013）では、「強固で持続的な経済成長」「包摂的で強靱な社会開発」「平和と安定」を軸に、特に保健医療分野では、国民皆“保健”（UHC：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）や世界の約40億人という低所得者層を対象としたBOPビジネス（Bottom Of the Pyramid）での水や栄養など健康に関連するビジネスの参入などが新たなテーマとして取り上げられた。

このような流れの中、「人間の安全保障」の理念を具現化する上で、国際保健を日本外交の重要課題と位置づけ、日本の経験知見を結集し、すべての人々が基本的保健医療サービス「国民皆“保健”（UHC：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）」を受けられることを目指している。

また、グローバルな官民連携、国際機関、市民社会との連携を強め、国際保健人材の強化を図ることなどを具体的施策としている。

その点で、日本における第2次世界大戦後の公衆衛生・地域保健の発展の歴史的な成果を途上地域にどのように役だてることができるのか、その科学的検証が重要な課題となっている。