

「すべての人に健康を！」～UHCの理念～



日本WHO協会理事長 中村安秀

甲南女子大学教授・大阪大学名誉教授

1977年東京大学医学部医学科卒業。小児科医。都立病院小児科、JICA 専門家（インドネシア）、UNHCR（アフガン難民医療）、東京大学小児科講師、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て、2017年より現職。日本国際保健医療学会理事長、国際ボランティア学会会長、国際母子手帳委員会代表。2015年に第43回医療功労賞を受賞。

2018年6月、日本WHO協会理事長に就任。

●はじめに

今からお話するのは日本 WHO 協会の公式見解というのではなく、私の個人的な話ということでご理解ください。国民皆保険前夜の日本の医療事情を知りたかった私は2018年2月、増田進先生にお会いするため東北の雪深い岩手県沢内村（現・西和賀町）に行ってきました。

国民皆保険前夜の日本の医療

増田進先生（緑陰診療所）にインタビュー：2018年2月



岩手県沢内村は長く無医村であった。人が亡くなったときに医者の死亡診断書が必要になる。沢内病院に医者が赴任するまでは、亡くなった子どもの亡骸を背負って、遠く離れた隣の医者のところまで歩いていったという。

1963年に私が沢内病院に赴任して最初の仕事は、死亡診断書を書くことだった。お年寄りが首を吊って自殺したのだ。翌日の新聞には、その理由が「病気を苦にして」とあった。しかし、彼はお金の心配から医者にかかったことがなく、命を落として初めて医者にかかることができたのだ。

増田先生はインタビュー時点で84歳。先生の話では、かつての沢内村は無医村だったそうです。無医村で医者が一番必要になるのは、亡くなった人の死亡診断書を書いてもらう時でした。沢内病院に医者が赴任するまで、無医村の村では亡くなった子供の亡きがらを背負って、遠く離れた隣の医者のところまで歩いて行き、死亡診断書を書いてもらう。それは死亡診断書がないと火葬場が受け入れできず葬儀ができないからで、そのためだけに隣町まで行っていました。増田先生は東北大学を出た外科医で、沢内病院に赴任しての最初の仕事が死亡診断

書を書くことだったそうです。お年寄りが亡くなったのですが、それは病気を苦しめての自殺。お金がなかったために医者には一度もかかれなく、亡くなって初めてお医者さんにかかったというわけです。これが国民皆保険前夜の日本の医療の状況でした。誰でもどこでも健康保険があったら病院に行ける今はほど遠い状況でした。そのことを知っている人が、現役の医者としてホテルの1室で今も診療に従事されている。私はそこに行って増田先生のお話を聞かせていただきました。日本でそのような時代があったことを忘れてはいけません。そしてまさにこの話は、私がアジアの田舎町やアフリカの村で聞いた話と響き合うものがあります。

●持続可能な開発のための2030アジェンダ

そういう世界の状況を変えようとして、3年前の2015年9月にできたのが持続可能な開発目標でした。国連総会で私たちの世界を2030年までに変革するのだと、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」を採択し、その時に17の持続可能な開発目標（SDGs：エス・ディー・ジーズ）が挙げられました。169の具体的なターゲットが設定されましたが、その時の大きな理念が「No one left behind！」（だれひとり取り残さない）。

わたしたちの世界を変革する 持続可能な開発のための2030アジェンダ 2015年9月 第70回国連総会

「だれひとり取り残さない(No one left behind)」ことを理念として掲げた。

- ・17の「持続可能な開発目標(SDGs)」
- ・169の具体的なターゲットを設定
- ・地球の一員として先進国も途上国も同じ開発目標

貧困、教育、保健医療、ジェンダー、環境などすべての領域にわたり、世界各国の政府や企業、市民社会が協働することが求められている。

国連開発計画(UNDP)駐日代表事務所
WEBサイトが詳しい



そして貧困、教育、保健医療、ジェンダー、環境、すべての領域にわたって、政府だけがするのでなく

各国の政府や企業、そして市民社会が一緒になって、よりよい生活ができるような世界をつくっていきましょう、私たちの世界を変えていきましょうという壮大な目論見です。

●No one left behind (だれひとり取り残されない)

とくに私が感動しているのは、「だれひとり取り残さない」という理念を、国連という国際機関がほとんど初めて真正面から取り上げたことです。乳幼児、妊産婦さん、難民の人、移民の人、外国籍の人、貧困の人、障害児・障害者、そして高齢者。国際的には少数民族、性的少数者、へき地・離島住民、そして災害避難者。多くの方が今までいろんな意味で取り残されてきただろうと思われれます。その人たちを取り残さないでやっていくのだと世界中が言い始めたのです。これは途上国だけの問題だけでなく、先進国もまさに一緒なのだということです。

SDGs目標3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

- 1 世界の妊産婦死亡率(出生10万対)70未満に削減
- 2 新生児死亡率:12以下(出生千対)、5歳未満児死亡率25以下
- 3 エイズ、結核、マラリア、顧みられない熱帯病の根絶
- 4 非感染性疾患(NCDs)による若年死亡率を3分の1に減少させる
- 5 薬物乱用やアルコールなどの乱用の防止・治療
- 6 交通事故による死傷者を半減
- 7 リプロダクティブヘルスの国家戦略・計画への組み入れ
- 8 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成
 - ・質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス
 - ・必須医薬品とワクチンへのアクセス
- 9 有害化学物質、大気・水質・土壌の汚染による死亡・疾病の減少

2017年10月に私はカナダに行ったのですが、カナダの保健医療学会のメインテーマが「No one left behind」(だれひとり取り残さない)。カナダにも少数民族はいます、高齢者はいます、障害者はいます。その人たちを取り残さないために何をしたらいいのか。その国ごとに状況、文化、経済は違いますから、それぞれで取り組み始めています。

●SDGs 目標3

その中の保健医療に関しては持続可能な開発目標の3、SDGs3で取り上げられています。「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」というものです。妊産婦死亡や新生

児死亡、エイズ、結核、非感染性疾患、交通事故などを含めいろいろありますが、その中の8番目がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成です。質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス、必須医薬品とワクチンへのアクセスが掲げられています。このユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのが、今の世界の保健医療の大きなキーワードになっています。

●東ティモール

2018年4月9日、世界保健デーの祝祭が東ティモールの首都ディリの国際会議場で開かれました。

私も行ったのですが、この写真の右から5番目の方が保健大臣です。各国の大使やユニセフなど国連機関の多くの方々が集まりました。世界保健デーのことで少し触れますと、世界の各国では保健省が中心になって関心度が高いのですが、日本ではあまり話題にもならず、それはなぜだろうと考えてしまいます。世界では、いろんな国が世界保健デーには国民全体で健康のことを考えようと行動します。



東ティモールについて簡単に紹介すると、21世紀最初の独立国で人口は118万人、面積は1万5,000km²、岩手県の人口、面積とも同じくらいです。日本と大きく違うのは人口の半分以上が20歳以下。独立国としても若いし、人口構成も非常に若い国です。しかしこの国は悲しい歴史を持っています。16世紀にポルトガルの植民地となり、1942年には日本軍が占領、1975年にはインドネシアが占領。そして1999年に独立を問う住民投票があったのですが、その後インドネシアの民兵などによ

る破壊と虐殺があり、2002年にやっと独立しましたが、2006年にはまた暴動が起きました。その後は落ち着いて、今では民主的に与党と野党が交代するような、安定した政治体制が定着するようになっています。

首都ディリでの世界保健デーの祝祭には国際機関や大使館、地方の医師や看護師など保健医療関係者、NGO関係者、医学生・看護学生などを含めて400名が参集しました。メインテーマがUHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）で、開会の挨拶は財務省の副大臣が行いました。そして自分たちの国でやった国民健康調査の結果を発表、それを共有しました。WHOの人がUHC報告をした後、私が日本の経験について話をさせていただきました。最後にアラウジョ保健大臣がまとめのスピーチをしました。

このイベントには、最初から最後まで、南博在東ティモール日本大使にご参加いただきました。アラウジョ保健大臣は「ぜひ日本の経験を知りたい」ということで、日本からの講演者の日程に合わせていただいたそうです。

●家庭保健プログラム

なぜそれほどまでに気合を入れてUHCを考えているのでしょうか。東ティモールは小さな国ですが、キューバの医学部を卒業した医師が1,000人います。そして医師、看護師・助産師、環境技師から構成されるチームで家庭訪問をしています。全家庭を訪問し、その地域の特性を見つけ対策を立てていくことを、自らのUHCでやるという「家庭保健プログラム」を進めていくとしています。

そのためにも、ずっと昔から保健所があって、保健師さんがいて、家庭訪問をしていたという日本のやり方、データを学びたいと言っていました。彼らの行う家庭訪問に私も同行してみました。家庭ごとの健康データ作成のため訪問記録用紙に記入するのですが、驚いたことに同時に、もう1人がモバイルフォンでそのデータを入力して送信していました。そのデータは中央に送られるとともにGPSで

位置情報も分かる。そして全ての記録が残る。「日本よりも進んでいる」と思わず言ってしまいました。日本に学びたいと言うが、日本の方が学ばないといけない点もあると感じました。東ティモールでは住民も若いですが、保健医療スタッフも若いです。皆がスマホ世代です。そういった中で新しい機器を使いながらやっています。

家族保健プログラム
(Saude na Familia)

全家庭を訪問サービス

- ・キューバの医学部を卒業した医師1,000名
- ・医師、看護師・助産師、環境技師から構成されるチーム
- ・家庭訪問時に、訪問記録用紙に記入する
- ・モバイルフォンによりデータ入力
(GPSで位置情報も集積)
- ・将来はビッグデータとして活用。
- ・住民も若い医療スタッフも
多くは20歳代、30歳代
- ・感染症と生活習慣病、栄養失調
と肥満、という二重の負荷が
大きな課題

その時に少しか大変だと思ったのは、マラリアなど感染症もありながら、片方では肥満、がん、高血圧などの生活習慣病に悩んでいます。村に行けば栄養失調の子どもがいます。同時に学校へ行ったら学校内の子どもの肥満の問題が多くなります。私たちはよくダブル・バーデン（二重の負荷）と言いますが、肥満と栄養失調が同居、感染症と生活習慣病が同居している。こうした問題にも対応しなければいけないし、その大変さを痛感させられました。

●保健大臣の期待

アラウジョ保健大臣（当時）は、UHCの実現に向けて高度成長期前の1961年に国民皆保険に踏み切った日本に対して大きな期待を持っていて、日本の医師だけでなく、とくに看護師、助産師、保健師に来てもらいたいと強く言っておられました。もしも関心のある方がいるなら、東ティモールへの協力としていろんな形で日本の人が参加していただきたいと思います。

祝祭イベントの時に保健大臣は、国連機関やNGOのブースを視察して、いろんな意見交換をしていました。このような世界保健デーというイベントが、日本の中でもしっかりと定着できるようになればいいなと、私は東ティモールの経験を通じながら

思いました。JICA 事務所もよく頑張っていて、東ティモールの人たちからの評価はものすごく高いと皆さんが言っていました。

●ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)

～日本 WHO 協会 HP より

UHC、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとはどういうことでしょうか。どこでもいつでも保健医療が受けられるようにということなのですが、日本 WHO 協会のホームページでは「Fact sheets」という WHO の用語集を、日本語に翻訳しています。これは WHO の承認のもとに続けている地道な作業です。WHO ホームページの掲載内容が新しく変わるたびに、日本 WHO 協会のホームページでも更新しています。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)
日本WHO協会ホームページより

重要な事実 (Key Facts)

- ・世界人口の少なくとも半数は、依然として必須保健医療サービスを完全には受けることが出来ていない。
- ・約 1 億人の人々は依然として医療費を支払わなければならないために「極度の貧困」(1 日当たり 1.9 ドル以下(1)での生活)に追いやられている。
- ・8 億人以上の人々(世界人口のほぼ 12%)が、医療費のために家計の少なくとも 10%を支払っている。
- ・全ての国連加盟国は、持続可能な開発目標の一環として、2030 年までにユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)を達成しようとすることに合意した。

(1)2011 Purchasing Power Parity 購買力平価

UHC の「Fact sheets」(日本 WHO 協会のホームページにあります)では、世界人口の少なくとも半分は、依然として基本的な必須保健医療サービスを完全に受けることができていない。それには医療費の問題があります。医療費を支払わなければならないために、極度の貧困に追いやられる。そして 8 億人以上の人が、医療費のために家計の少なくとも 10%を支払っている。日本では医療費を払うことで破産するような人は非常に少ない。これは世界では極めてまれなことで、それは日本には国民皆保険の制度があるからです。アメリカでは破産した人のかなりは、その原因として医療費の問題が関係しています。そうした中で全ての国連加盟国は、持続可能な開発目標の一環として 2030 年までに UHC を達成することに合意したわけです。こんなことが世界の動きとなっています。

●世界保健デーのテーマ

「世界保健デー」の話に関連して、2010 年以降のテーマを一覧にしてみました。WHO 憲章が発効したのが今から 70 年前の 1948 年 4 月 7 日でした。WHO が発足した日を記念して、毎年 4 月 7 日を世界保健デーとして世界中でお祝いと共に、健康に関する啓発活動が行わるようになったのが世界的な動きです。2010 年は「進行する都市化と健康を考える」、2011 年は「薬剤耐性の脅威 今動かなければ明日は手遅れに」。これは最近のニュースなどでも、薬剤耐性菌で病院が大変だったという話題も出ていますが、これは 2011 年頃から大きな脅威だったわけです。2012 年は「高齢化と健康 健康であってこそその人生」、2013 年は「血压管理の重要性 心臓疾患・脳卒中のリスクを減らそう」、2014 年は「節足動物が媒介する感染症から身を守ろう」。今も蚊によって媒介される病気のことがよく言われますが、2014 年のテーマだったわけです。2015 年は「食品安全:あなたの食べものはどれくらい安全ですか?」、2016 年は「糖尿病」、2017 年は「うつ病:一緒に話そう」と続けました。

2018 年は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ:誰もがどこでも保健医療を受けられる社会に」(Universal Health Coverage: everyone everywhere)。この日本語は厚生労働省が発表した日本語スローガンです。クレームを付けるわけではありませんが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジこそ、日本語に翻訳しないといけないと思います。横文字のユニバーサル・ヘルス・カバレッジと聞いて、すぐに分かる人は少ないでしょうし、これこそ日本語に訳すべきで、喧々諤々、これの日本語訳は何が適切なのかを皆で十分に考えるべきだと思います。私もあらためて考えてみたいと思っていますが、皆さんの中で日本語訳として適切だと思う表現があるのなら教えていただきたいし、ぜひ一緒に考えたいと思っています。

●インドネシア

今年のテーマとなった「ユニバーサル・ヘルス・

カバレッジ：誰もがどこでも保健医療を受けられる社会に」が、本当に大変であることを私が身をもって教えてもらったのはインドネシアでした。JICAの北スマトラ州地域保健向上プロジェクトの専門家としてインドネシアで2年3カ月にわたって過ごす機会を得ることができました。

私は医師になって小児科医として東京で働いていたのですが、10年目の年にインドネシアに家族連れで赴任しました。これはインドネシアのティンギ・ラジャ村で撮った写真ですが、当時は電気も水



インドネシア・ティンギ・ラジャ村 (1986-88)
JICA北スマトラ州地域保健向上プロジェクト

村のヘルス・ボランティアたちと食事は
ことば
食事
友だち

道もない人口6,000人の村でした。そこをフィールドに村のヘルス・ボランティアらと一緒に働きましたが、英語は無

理ですべてインドネシア語でないと通じませんでした。村にはコンビニもないため食事

も村の人と一緒に手づかみで、村のご飯を食べました。やっているうちに皆友達になっ



ボシアンドウ (POSYANDU)
プライマリヘルスケアの理念に基づく地域保健活動
主役は村のヘルス・ボランティア (KADER)
健診の対象は5歳未満児と妊産婦

て、村に車で入ると皆が手を振りながら迎えてくれるようにもなって、本

当に楽しく村のヘルス・ボランティアらと過ごした2年3カ月でした。

●ボシアンドウ (POSYANDU)

その時に教えてもらったのがプライマリ・ヘルス・ケアの概念でした。プライマリ・ヘルス・ケアの理念に基づく地域保健活動の主役は村のヘル



天秤棒で子どもの体重を測定する
ヘルス・ボランティア (インドネシア・北スマトラ州)
適正技術 (Appropriate Technology)

ス・ボランティアです。健診の対象は5歳未満児と妊産婦でした。インドネシア語ではボシアンドウ (POSYANDU)、統合保健

というもので、月に1回、こちらから出かけて行って村の人たちが歩いていける場所で健診を行います。

病院で行う健診には、近隣の人しか受診できない。

だからこそ、私たちが注射器を持ち、予防接種のワクチンはクールボックスに入れてその場所に出かけていくという活動を続けていました。体重計はこの写真に写っているような天秤棒です。子供たちはほとんど泣いていましたが、測っているのは村のヘルス・ボランティアの人です。天秤棒だから精密ではなくアバウトといえばアバウト。測る人もプロではありません。しかし同じことを続けていると、6.5 kgから6.7 kg、そして7.0 kgとなっていけば大きくなったと分かりますが、6.5 kgだった子供が1カ月後に6.2 kg、5.9 kgになると「これはだめだ」と皆で病院に連れていくようになります。シンプルでも同じことを続ける中で、それがパワーとなって救われる命があります。そのようにして、皆で見守っていくのだということがよく分かりました。

●小児神経科医としての活動

小児神経科医としての活動
北スマトラ州地域保健プロジェクト・母子保健専門家 (1986-88)

州で唯一の小児療養センターで
小児神経科医のお手伝い
乳幼児健診で訪問した村で
子どもの相談を受けた
農村のブスケスマス (保健所) で
障害児のための外来を開いた
限られた医薬品と検査機器での診療
障害をもつ子どもの相談と治療に対するニーズは高い
教育に関する悩みは大きい
家族やコミュニティから暖かい支援を受けていた



乳幼児健診の際にダウン症の子どもに関する話し合い

私自身は10年間日本で医者をやっていたので突然のようにこの村に入ったので、小児神経科医として活動させていただきました。今のJICAの活動ではあり得ないことだと思います。実際は臨床していたわけですが、臨床するにはJICA、インドネシア・北スマトラ大学の小児科にも書類を出して承認をもらって、1週間のうち半日だけは臨床をさせてもらうことを認めていただきました。

小児療養センターで小児神経科医のお手伝いをしたり、農村の保健所で保健所ドクターと一緒に障害児のための外来を開いて、いろんな相談にのっていました。ダウン症であったり脳性麻痺であったり、いろんな障害を持つ子供たちがいました。日本と違ってももちろんCT検査のようなことはできません。

ダウン症の子どもにはどうすればよいのかなど、教育上の悩みもいろいろありましたが、その時に私が驚いたのは障害児を抱えたお母さんが「口コミで聞いたからこの子を診てほしい」とバスで1時間もかけてやってきたことです。私たちが呼びかけたわけでもないのに、障害児に対する相談ニーズは高いものだと思います。当時は下痢症や肺炎で亡くなる子供が多かった時期でしたが、それでも障害児を家族は大事にしていたし、コミュニティからも非常に温かい支援を受けていました。私はその時、ダウン症の子供の学校入学をどうするかという相談にのっていたのですが、ふつうの学級に入って教えていたらその子なりに伸びていくだろうと予測されました。最終的に村人としての結論はこの子を村の学校に入れることになり、「卒業後も農家の畑で働いてもらおう」と就職先まで相談して決めたということです。コミュニティが支え合っていることも教えてもらいました。

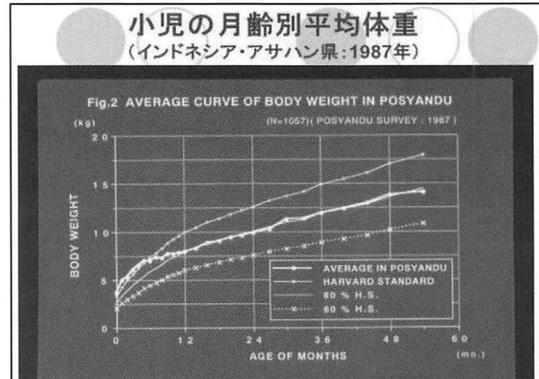
●栄養指導するヘルス・ボランティア

栄養面を指導するヘルス・ボランティアもいて、この人たちも医療関係者ではありません。インドネシアでは、28時間の研修を受けた村の人ならヘルス・ボランティアになれるというシステムになっていました。28時間の研修は短いようでも、平日2時間、土曜日4時間でも2週間かかるので、かなりの量です。誰でも簡単になれるわけではなく研修を受けて、栄養のことや予防接種などを勉強した人たちがヘルス・ボランティアとして、お母さんたちの相談にのります。

●小児の月別平均体重

これは私が村の人たちと一緒に調査した、村の子どもの月別平均体重曲線のデータです。太い線が子供の体重です。インドネシアでは貧しいながら生後5-6カ月までは母乳であり、体重は日本の子どもと変わりません。ところが6カ月過ぎから1歳まではパッと体重が増えなくなり、ここで差が出ています。その後にはまた標準曲線の80%くらいで推移します。母乳をあげている6カ月までは日本人

と同程度ですが、その後の離乳食に問題があるので体重が伸びない。1歳くらいには大人と同じものを食べて体重は増えていくが、もう元には戻らない。こういう体重曲線だということが分かりました。



●離乳食を提供するヘルス・ボランティア

栄養失調の子どもを防ぐには、離乳食を何とかしなければならぬということで、村の人たちと一緒に取り組みました。体重測定をするだけでなく、ヘルス・ボランティアが離乳食を子供に与えるというプログラムも始めました。経済的には恵まれていない中でも、1つ1つ頑張って良くしていこうという取り組みです。自分たちにできることから始めていこうというコミュニティ自立の精神です。国、地域において医療は文化なので、その文化に合ったやり方があるということを教えられました。

●プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の原則

その時に私たちが準拠したのは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとも共通点のあるプライマリ・ヘルス・ケアという原則でした。科学的に有効で、

プライマリヘルスケア (PHC) の原則

Alma-Ata宣言 (WHO/UNICEF) 1978年9月

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.

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

カザフスタン共和国アルマトイ(当時はソビエト連邦アルマトイ)で開催された

社会的に受容できるやり方や技術に基づく必要不可欠な保健医療ケアであり、そして自立と自決の精

神に則って、その発展の度合いに応じ国やコミュニティが負担できる費用の範囲内で、皆があまねく享受できるように十分な住民参加のもとで実施できるケア、これを大事にしよう。このプライマリ・ヘルス・ケアができたのが1978年のアアマ・アタでの会議でした。今から40年前です。2018年10月にカザフスタン共和国のアスタナでWHOとユニセフが世界会議を開催し、40年ぶりにプライマリ・ヘルス・ケアに焦点をあてようというのが今の世界の動きです。

●プライマリ・ヘルス・ケアの基本活動項目

そのプライマリ・ヘルス・ケアの基本項目の中には、健康教育、安全な水供給と基本的な衛生、食料供給と栄養、母子保健と家族計画、予防接種拡大計画、感染症の予防と対策、簡単な病気やケガの適切な治療、基本医薬品の供給という8項目を挙げています。40年前の当時としてはかなり画期的でしたが、今後はこの8項目だけではだめで、今後必要になるものとして女性福祉であり、障害者対策、精神衛生、老人保健、歯科保健、環境保健と環境汚染であると全部を挙げています。

プライマリヘルスケアの基本活動項目

1. 健康教育 (Health Education)
2. 安全な水供給と基本的な衛生
3. 食料供給と栄養 (Food supply and Nutrition)
4. 母子保健と家族計画
5. 予防接種拡大計画 (Expanded Program on Immunization)
6. 地域で蔓延している感染症の予防と対策
7. 簡単な病気やケガの適切な治療
8. 基本医薬品の供給 (Essential Drugs)

PHC充実のための活動項目

9. 女性福祉
10. 障害者対策 (Community-based Rehabilitation)
11. 精神衛生 (Mental Health)
12. 老人保健 (Health for the Elderly)
13. 歯科保健 (Dental Health)
14. 環境保健と環境汚染

(WHO: Report of the International Conference on Primary Health Care, 1978)

見事に40年後の現在、私たちが直面しているのは、ほとんどがここに挙げた項目なのです。1978年の当時、よくもこれだけの項目を掲げたという先人の努力に対して感動するばかりです。

●若月俊一先生

さきほども指摘しましたが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジという表現はどこかから借りてきたような響きがします。じつは日本では、プライマ

リ・ヘルス・ケア、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのような名前のない時代に活躍した先人たちがいっぱいいます。1人は若月俊一先生（長野県佐久総合病院）で、96歳で亡くなりました。若月先生はプライマリ・ヘルス・ケアができる前の1976年、シュバイツァーに関して次のようなことを言っておられました。『僻地医療の根本問題は、果たしてシュバイツァー的方法で、現地の人々を真に救えるだろうかということである。先生は単に医療を上から原住民に与えたにすぎなかったのではないか』（若月俊一「農村医療にかけた30年」）。佐久ではシュバイツァー先生とは違うことをしたと見抜いているのです。



そうした思いがフィリピン大学レイテ分校の一角に若月・岩村翁顕彰碑があって、若月俊一先生と岩村昇先生をずっと大事にしているのです。これは私がここに行った時の写真で、真ん中にあるのがフィリピン大学マニラ校学長のファディラさんで、神戸大学で勉強した小児科医です。日本人がもう忘れていている若月先生や岩村先生を、フィリピンの人はいつまでも覚えているのです。まさに両先生はプライマリヘルスケアの先人です。

●岩村昇先生とロン・オコナー氏

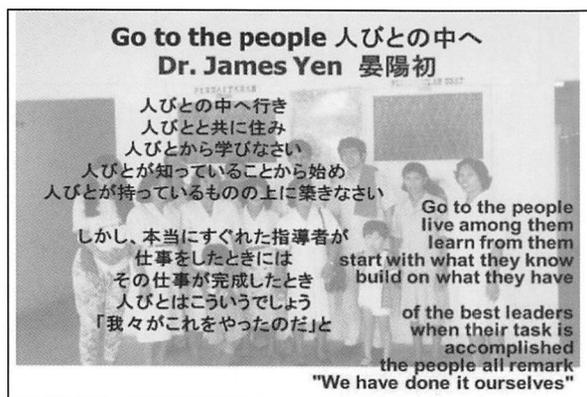
岩村昇先生のことについて少し紹介したいと思います。1970年代にネパールの山でずっと診療に携わっていたキリスト教海外医療会の先生です。この先生に影響を受けたのがロン・オコナー医師で、MSH (Management Sciences for Health) の創設者となりました。オコナーさんはアメリカで医学

部の学生だった時に岩村先生と出会って、岩村先生を自分の師と仰いで MSH を創設したわけですが、MSH は今では世界最高級クラスの国際協力 NPO で、年間予算約 250 億円ともものすごい規模になっています。



●Go to the people 人びとの中へ

ロン・オコナー医師に大阪大学で講義をしてもらったことがあります。その時に岩村先生から教えてもらった「Go to the people 人びとの中へ」という詩を紹介してもらいました。これは国際協力を行っている人間が世界中でよく口ずさむものです。



「人びとの中へ行き、人びとと共に住み、人びとから学びなさい。人びとが知っていることから始め、人びとが持っているものの上に築きなさい。しかし、本当にすぐれた指導者が仕事をしたときには、その仕事が完成したとき、人びとはこう言うでしょう。『我々がこれをやったのだ』と」。このような感じで、自分たちがやったというのではなくて、人びとが『We have done it ourselves』と言ったときに活動が成功した。こんなつながりがいろいろな世界の

中で広がっているのです。

●岩手県沢内村の乳幼児死亡率の推移

ここで講演の最初に触れた沢内村の話をしてします。



沢内村は1962年に乳幼児死亡率ゼロを達成したことで、それが日本全国に広がって、この村にいろんな視察団が来るようになりました。

その時のデータを私が作り直したものがこのグラフで、折れ線グラフが日本の乳幼児死亡率が下がっていく推移です。赤の棒グラフは沢内村の推移で、高かった時代から下がるように転じて乳幼児死亡ゼロの年を記録、その後しばらくして再びゼロ、ゼロを記録。その当時、乳児死亡率ゼロというのは素晴らしいことだったわけです。

●The Miracle of the small Village

これをインタビューしてみて分かったことがあります。「The Miracle of the small Village」、これはニューヨークタイムズの特集記事の見出しです。東北の寒村で起きた奇跡のコンビネーション。その時どんなことがあったのかというと、リーダーシップを発揮した村長がいた。そして病院診療と村の健康管理の二刀流に挑んだ医師がいた。情報を得るべくアンテナを張り続けていた保健婦がいた。ふだんは

無口だが、必要な時にはっきりと声をあげた村民たちがいた。リーダーシップと医師と保健婦、そして村民たち。彼ら



の奇跡のコンビネーションで乳幼児死亡率ゼロが達成できたのだというのです。その話を私が東ティモールの保健大臣に話していたら、大臣は東ティモールの国を「The Miracle of the small Country」として世界に奇跡をよびたいと言っていました。こ

のように日本の経験を伝える中で、さらにネットワークが広がっていくことを期待したいと思っています。

●母子手帳はミラクルだ！



ミラクルついでに母子手帳の話をしたと思います。大阪大学の中之島センターにミリアム・ウエラさんをお招きしたのが2009年のことです。

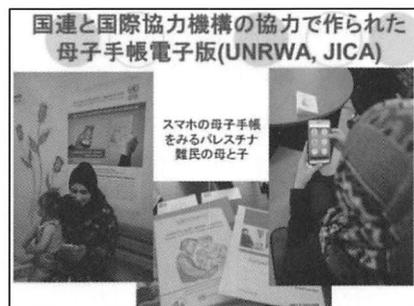
彼女が第1回野口英世アフリカ賞を受賞した翌年でした。アフリカの希望の星と呼ばれ、ナイロビ大学医学部長や国連人口基金エチオピア事務所所長を歴任した彼女はケニアで最初の女医さんです。今はNGOで頑張っておられるのですが、日本に来て母子手帳を見て、「これはミラクルだ。アフリカで広げなければ」と言って、その後、彼女と共に頑張って「第10回母子手帳国際会議」(東京・2016年)を開催するなど、いろいろとやってきました。

●世界に広がる日本の発明

朝日新聞社発行の今年の「おしごと年鑑 2018」に、母子手帳が「世界に広がる日本の発明」として掲載されました。10件の中の1つとして選ばれたのですが、その中にはキンチョーの蚊取り線香なども選ばれています。JICAの協力でパレスチナ難民には紙のものもあるし、スマホ用もあって両方使っているようにしています。母子手帳が世界に広がっていく中で、日本風だけでなく、難民キャンプでは既にスマホにも活用されているわけです。その時によく言うことは「二刀流のすすめ」(WHY NOT BOTH?)。紙の母子手帳でもいいし、デジタルの母子手帳でもいい。

日本でデジタルの話をする時、紙はやめるのか？という話になりやすいのですが、両方したらよいのです。家庭で見ることができ、子供に直接渡すことができ、親が亡くなっても残るとするのは紙の特質でもあります。デジタルでは最新の健康情報へと書きすることもできます。紛失したとしてもデータ

の複製ができます。今後、映像や音声などでつくれる非識字者や障害のある親にも情報伝達がすぐに行えるようになります。デジタルの強みとしては、特別なニーズのある母子に増ページなどで対応しやすくなります。強みと弱みを使い分けるような、二刀流にしたいと思っています。



●社会的共通資本としての医療

日本でも沢内村、佐久病院、母子手帳というように、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのシーズはあるわけで、なぜだろうと考えていたら「社会的共通資本としての医療」(宇沢弘文・鴨下重彦：共著、東京大学出版会)という本に出会いました。

著者の宇沢弘文さんは、ノーベル経済学賞に最も近かった日本人といわれている人です。鴨下重彦さんは、私の小児科の時の恩師です。そこに書かれている「ゆたかな社会」とは、「すべての子どもたちが、それぞれの多様な資質と能力をできるだけ発展させ、その社会にふさわしい人間として成長できる学校教育を受けることができる」。そして「疾病や障害、その予防に関して、その社会が提供できる最適な保健医療サービスを受けることができる」。これらはまさにユニバーサル・ヘルス・カバレッジです。

著者の経済学者・宇沢弘文氏はシカゴ大学でずっと経済学を教えていた先生ですが、素晴らしいのは「資本主義の経済システムに教育や医療を適合させるのではなく、教育や医療のあり方に合わせた経済システムを考えるべきである」、そして「日本においては高度経済成長する前の〈途上国ニッポン〉の時期において、とくに地方やへき地における学校教育やプライマリ・ヘルス・ケアの充実に積極的に取り組んできた。社会的共通資本としての医療を再評価するべきである」と強調しています。日本が

取り組んだその頃の経験を、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの時代にこそ大事にすべきだと思います。

●乳幼児死亡率減少を支えたへき地・農村の保健婦・助産婦

長崎県の助産師さんの話をしたいと思います。

これは長崎大学の石和代先生が行った研究です。長崎のへき地の村では自転車やバイクに乗った女性が助産師であって、1950年代に月に県庁で研修会が月に1回行われました。私は70歳を超えた彼女の自宅に行かせていただきましたが、その時の研修会ノートを持っていました。当時はもちろんコピーはありません。ノートは鉛筆の手書きで書かれていました。当時の助産師さんの話では、コミュニティの人々が彼女の活動と経費を支え、彼女もコミュニティの人々を信頼していました。

**戦後の乳児死亡率の減少を支えたのは
へき地・農村の保健婦・助産婦だった**

1929 長崎県離島にて生まれる
1945 長崎原爆投下
1947 助産婦資格を所得
1965-70 地元の離島で開業助産婦
年間200件のお産を取り上げる

・自転車に乗り、バイクに乗った、村で初めて的女性
・1950年代に月に1回、県庁で行われた研修会のノートを今も保存していた
・コミュニティの人びとは彼女の活動に敬意を払い、彼女もコミュニティの人びとを信頼していた
信頼のネットワークが日本の農山漁村の保健医療を支えていた。

中村安寿、石川徳克、佐藤 寛、坂本真理子、大石和代、戦後の日本の経験を国際協力に活用する。公衆衛生、2005;69(7):567-568



まさに地域の信頼のネットワークが、日本の農山漁村の保健医療を支えていたわけです。支えたのは行政や厚労省ではなくて、地域の人々が支えたのであって、そのことを大事にしたい。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを考えるには、このような方々の存在を決して忘れてはいけません。

●大英博物館

もう1つ、文化についても考えてみたいと思います。大英博物館に行った時に驚いたのですが、日本展をやっていました。キャッチコピーは「日本は伝統文化の多くの要素を大切にしつつ、現代的なハイテク社会の反映を見事に発展させてきた」。ハイテ

クの話だと思ったら、科学技術の話ではなくて、伝統文化を大事にしながら近代社会をつくってきたことに日本の意義があるのだというのが、大英博物館での日本展のメッセージでした。そのことを私は再認識させられました。

●Take Home Note

Take Home Note

1. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)。「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、リハビリテーションに関するサービスを、支払い可能な費用で受けられること」。
2. すべての国が固有の文化と歴史をもっている。世界共通の保健医療システムは、存在しない。
3. 世界中のどんな貧しい国でも、感染症や栄養失調だけではなく、がんや肥満や循環器疾患などの非感染性疾患(NCDs)も社会的な重要課題。
4. 高度経済成長以前に国民皆保険を達成できた日本の経験は、世界的にみても非常に貴重である。光だけでなく、影の部分も海外に発信していくこと。「轍(てつ)を踏むことのないように」というメッセージが重要。

本日の話をあらためてまとめてみます。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、リハビリテーションに関するサービスを、支払い可能な費用で受けられること」です。その際にすべての国が固有の文化を持っているので、世界共通の保健健康システムは存在しない。ひとつの国や地域で考えることが必要だということです。一方で世界中のどんな貧しい国でも、感染症や栄養失調だけではなく、がんや肥満や循環器疾患などの非感染性疾患も社会的な重要課題になっています。そのような中で日本が、高度経済成長以前の、お金がなくて貧しかった時代に国民皆保険を達成できたという経験は、世界的に見ても非常に貴重であるわけです。

本日は光の部分だけを申し上げましたが、影の部分、公害問題もいっぱいありました。小児科領域でいえば、例えば酸素を出し続けて未熟児網膜症という状況を生じさせたのは、初めて酸素を手に入れた小児科医がたれ流しにしてしまったという負の歴史でした。そうした影の部分も同時に海外に発信し、「轍(てつ)を踏むことのないように」というメッセージが重要だと思います。