

Stop TB Partnership Japan (STBJ) プライマリヘルスケア (PHC) と ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)



中村安秀

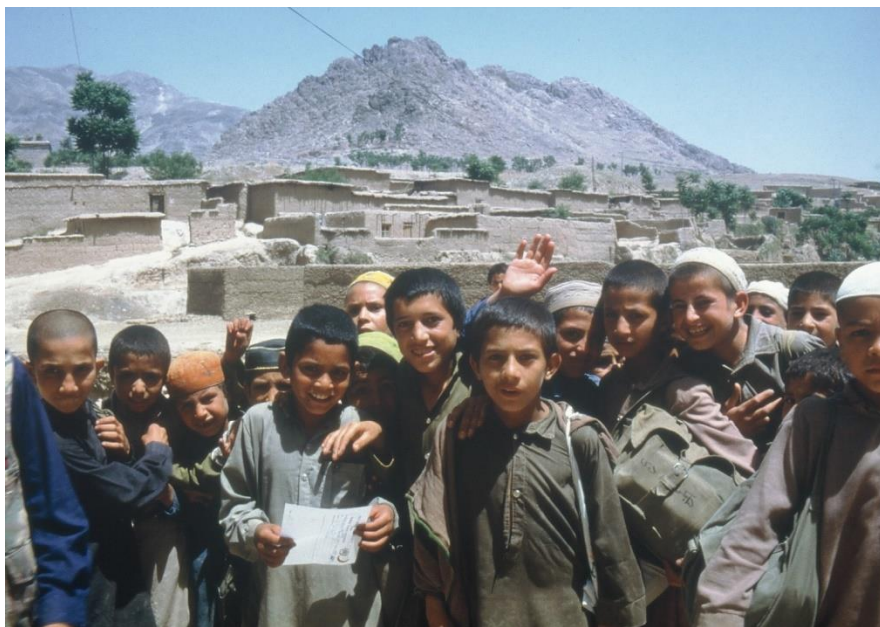
甲南女子大学教授・大阪大学名誉教授
日本WHO協会理事長・STBJ理事

アフガニスタン難民キャンプ

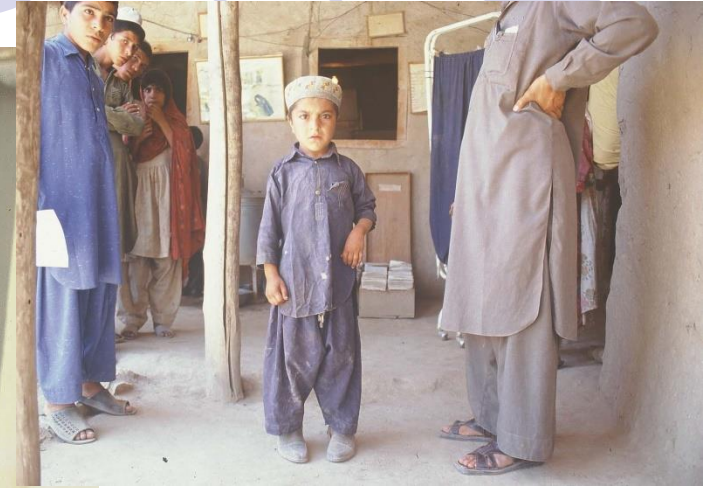
1990年、私がパキスタンの国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）で仕事した時に、中村哲先生に大変にお世話になりました。

ペシャワール会の活動としてのハンセン病のサンダル工房：

ハンセン病患者は手足の感覚麻痺により痛みを感じなくなるので、足の裏に傷を作りやすい。それを防ぐために、パサール（市場）に行って現地のサンダルを研究し、結局、サンダル工房を病院内に開設。



難民キャンプ診療所で働く臨床検査技師は 難民だった(パキスタン・ペシャワール)



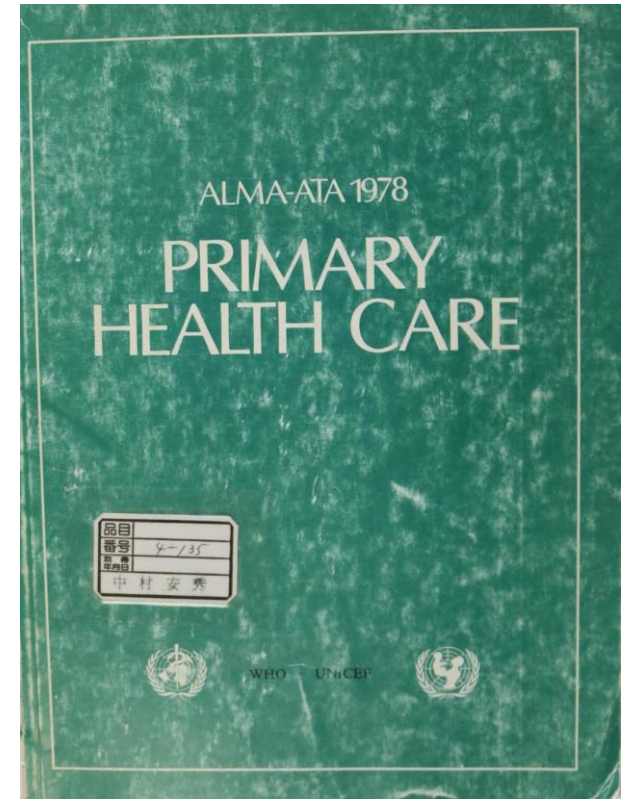
アフガニスタンのカブールから隣国のパキスタンに逃れてきた青年は、臨床検査技師の養成プログラムを履修した。いまでは、難民キャンプ診療所で、マラリアや結核の診断に彼の診断技術は欠かせない。
難民自身も難民支援のプログラムに参加すべき。難民は援助されるだけの存在ではなく、自分たちの復興に対して参画する能力と意志をもっている。

アルマアタ会議

(International Conference on Primary Health Care)

1978年9月6日ー12日にWHO(世界保健機関)とユニセフの共催でアルマアタ(旧ソビエト連邦、現在はカザフスタン共和国)で「プライマリヘルスケアに関する国際会議」が開催された。

143か国の政府代表と67の機関(国際機関やボランティア団体を含む)が参加し、会議の最終日にアルマアタ宣言(Alma-Ata Declaration)が採択された。



**Report of the International Conference
on Primary Health Care,**

Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
Jointly sponsored by WHO and UNICEF

東西冷戦のデタント（緊張緩和）

東西対立が厳しかった当時の世界の政治情勢の中で、アメリカ合衆国（西側）とソビエト連邦（東側）が同じテーブルに着き協議を重ね合意に至ること自体が稀であった。

1970年代において、米ソは核戦争の防止に共通の利益を見出すようになり、ヨーロッパにおける相互の勢力圏を尊重するようになり、政治的対話が行われるようになった。

1964年—75年 ベトナム戦争

1979年 ソビエト連邦のアフガニスタン侵攻

1980年 モスクワ・オリンピック・ボイコット

（米国、日本、韓国、中国など約50か国）

プライマリヘルスケア (PHC) とは何か？

Alma-Ata宣言 (WHO/UNICEF) VI 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.**

プライマリーヘルスケアは、科学的に有効で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ウイ(当時はソビエト連邦アルマアタ)で開催された

PHCが提示した理念

その多くがSDGsにも引き継がれている

- ・人権
- ・公平性
- ・ユニバーサル・アクセス (**universally accessible**)
- ・住民完全参加 (**full participation**)
- ・費用負担ができること (**afford to maintain**)
- ・自立と自決 (**self-reliance and self-determination**)

一方、人びとの責務はどこにいったのだろうか？

Alma-Ata Declaration IV (第4章)

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

人々は、自分たちの医療の計画と実施に際して、個人および集団として参加する権利とともに責務を有する。

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)

MDGsの華麗な達成

1 乳幼児死亡率の著明な減少(1990年→2015年)

5歳未満児死亡率 (91→43)

1260万人の死亡から590万に減少

乳児死亡率 (63→32)

新生児死亡率 (39→19)

2 エイズ・マラリアの治療者の増加

グローバル・ファンド(Global Fund)の功績

エイズ: 抗レトロウイルス薬治療(ART) 810万人

結核: 直接監視下短期化学療法(DOTS)治療1,320万人

マラリア: 殺虫剤浸漬蚊帳(ITNs)配布5億4,800万張

3 達成できなかった課題

妊産婦死亡率の減少は達成困難であった

家族計画(避妊)を拒絶した米国(ブッシュ政権)

エボラ感染の初動を見誤ったWHOの危機管理

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

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。
- ・9.3億人以上の人々(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

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: UHC)

<課題>

- 多くの人が必要**な**保健医療サービスを受けることができない
- 医療費が支払えない 医療機関まで遠い
医療者がいない 教育が不十分など理由はさまざま

<4つのシステムづくり>

すべての人びとが必要**な**治療・予防・リハビリテーション・緩和ケアなどを受け**る**ことができるシステムづくり

- ・(ヒト)保健医療の人材育成
- ・(モノ)保健医療施設の充実と医薬品の供給
- ・(カネ)健康保険制度の普及
- ・(情報)保健医療に関する情報システム

Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage

(October 2019)

国連UHCハイレベル会合



- ・プライマリヘルスケア（PHC）に重点をおく
- ・財政の持続可能性を確保する
（財務省と保健省の協働）
- ・公的支出を適切に増やす
- ・地方のUHCの発展に配慮する
（都市部との格差の是正）

12ページ・83項目という大部の宣言となった

東ティモール(Timor-Leste)

東ティモール共和国

21世紀最初の独立国。

人口:約118万人。面積:15,000万平方キロ。

(岩手県と人口・面積とも類似)

人口構成:人口の半数以上が20歳以下

16世紀:ポルトガル植民地

1942年:日本軍が占領

1975年:インドネシア占領

1999年:独立を問う

住民投票後の破壊と虐殺

2002年:独立

2006年:暴動





2018年4月9日世界保健デー
東ティモール(Timor-Leste)
首都ディリ・国際会議場

世界保健デー祝祭 (World Health Day Celebration)

国際機関や大使館、地方の医師や看護師などの保健医療関係者、NGO関係者、ディリ大学などの医学生・看護学生など400名が参集

メインテーマはUHC (Universal Health Coverage)

開会のあいさつ: 財務企画副大臣

DHS (Demographic Health Survey) 結果発表

国民健康調査の結果が直接に施策に反映される

Dr. Rajesh Pandav (WHO代表) のUHC報告

中村安秀: UHCの日本の経験

アラウジョ保健大臣: まとめのスピーチ

家族保健プログラム (Saude na Familia)

PHCに基づいた全家庭を訪問するサービス

- ・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



アラウジョ保健大臣(当時)の期待

保健大臣は、UHCの実現に向けて、高度成長前の1961年に国民皆保険を達成した日本に対する大きな期待を持っていた。

地域医療の発展に尽くした日本の医師、看護師、助産師、保健師に対する技術支援の要請は大きい。



世界保健デーイベントが開催された国際会議場の屋外。国際機関やNGOが出展したブースを視察する、保健大臣。

パプアニューギニア独立国

Independent State of Papua New Guinea

ニューギニア島の東半分と周辺の島々。

首都：ポートモレスビー。

多くの民族や部族。少数民族により言語もさまざま。

公用語は、英語、ピジン語。

人口：約700万人。

パプアニューギニアはアジア太平洋地域で最も保健指標の悪い国の一つである。

乳児死亡率は47(出生1000対)。

平均寿命は62歳。人口当たりの出生率は日本の約3倍。

TB incidence : 432 (per 100,000 population)

多剤耐性結核(MDR-TB)の割合が急速に上昇

NPO法人HANDS

「山岳地域の女性が元気に暮らせる村づくりプロジェクト」
JICA草の根技術協力プロジェクト



「日本人がわざわざ辺鄙な私たちの村まで来てくれたこと」に対して感謝の言葉をいただいた。

パプアニューギニアのエンガ州病院



小児科病棟：肺炎や栄養失調の子ども、神経芽細胞種という小児がんの子どももいた。

ポリオが発生：ポリオ経口ワクチンの集団一斉投与

CAP Training

(Community Action and Participation)

CAP研修: コミュニティの視点から活動し評価する方法論を身につける。その後、保健医療者との共同作業が求められるVHV (Village Health Volunteer) 研修を受ける。



100人以上の人が私たちのチームの訪問を待っていた。高齢者、女性、子どもなど世代は多岐にわたる。集会場所まで、遠い人だと3時間の山道を歩いてきたのだという。

「少産・少子・長寿」 を達成した理想郷 はどこ？



パプアニューギニアの女性医師のコカさんは「私たちは、多産・多死・短命と闘っている」という。
彼女からみると、日本は真逆である。「少産・少子・長寿」を達成した理想郷のはずなのに、なぜ問題点ばかり指摘するのか不思議で仕方ないという。
長寿を達成した日本の「ポジティブ探し」をしたうえで、改善点を考えるべきである。

インドネシア・北スマトラ州・アサハン県・インドラプーラ保健所
(Indrapura Health Center, Indonesia, 1988)



ご清聴ありがとうございました！
中村安秀 (nakamuraya@konan-wu.ac.jp)