

特別寄稿

国際保健と人間の安全保障

中村 安秀*

抄 録

1990年代に開催された国際会議での重要な争点、すなわち、環境、人権、リプロダクティブ・ヘルス・ライツ、HIV/AIDS、開発と貧困、ジェンダーなどは、いずれも地球規模での健康問題と深く関連していた。多くの国際会議やサミットで提唱された開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたものがミレニアム開発目標である。2008年7月、日本政府はG8サミットの主催国として、「人間の安全保障」の視点から一人ひとりの健康に着目するとともに、感染症対策と母子保健サービスを包括し、個人や地域社会の能力強化を旨とした保健システム強化という基本政策を打ち出した。

多くの途上国において、第二次世界大戦後の短期間に急激な健康水準の改善を成し遂げた日本に対する期待は大きい。文化、宗教、経済状況、交通手段、教育レベルなど、途上国の保健医療を取り巻く環境は日本とは大きく異なる。しかし、母子健康手帳のように日本の先輩たちの工夫や努力は、途上国の保健医療関係者にとって大きなヒントとなるに違いない。

キーワード：国際保健、人間の安全保障、ミレニアム開発目標、母子健康手帳、洞爺湖サミット

はじめに

世界保健機関（WHO）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（Primary Health Care：PHC）に関する国際会議」が開催されたのは、30年前の1978年9月のことだった。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が採択された。アルマアタ宣言第6章では、WHOらしい修辞に満ちた文章の中に重要なキーワードがいくつも散りばめられ、PHCの理念を一文で象徴している¹⁾。具体的には、公平なアクセス、住民参加、地域の自立と自決、保健医療コスト、社会的受容性、科学的有効性などで

ある（表1）。

その後、1990年代に入り、「子どものための世界サミット（ニューヨーク）」、「地球環境サミット（リオデジャネイロ、92年）」、「国際人口開発会議（カイロ、94年）」、「世界女性会議（ペキン、95年）」など世界規模での国際会議が立て続けに開催された。90年代に開催された国際会議での重要な争点、すなわち、環境、人権、リプロダクティブ・ヘルス・ライツ、HIV/AIDS、開発と貧困、ジェンダーなどは、いずれも地球規模での健康問題と深く関連していた。いいかえれば、人びとの健康を守るためには、狭義の保健医療分野の専門家だけでは対処できない現実に直面したといえる²⁾。

1. ミレニアム開発目標

2000年9月に採択された国連ミレニアム宣言では、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッ

* 大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学講座教授

ド・ガバナンスなどを課題として掲げた。そして、90年代に多くの国際会議やサミットで提唱された開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたものがミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）である（表2）³⁾。

MDGsは8つの目標を掲げ、そのうちMDG4（乳幼児死亡率の削減）、MDG5（妊産婦の健康改善）、MDG6（感染症対策）の3つの目標が保健医療と直結している。教育、環境、貧困というグローバルな課題でさえ、1つの項目にまとめられていることを勘案すると、生存や健康が人類にとっていかに大きな意義をもつかがわかる。また、基礎教育、ジェンダー、貧困、環境対策など多くの項目が、保健医療分野と密接に関連している。母子保健については、「2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2減少させる」、「2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3減少させる」といった具体的な目標値と期限が設定されている。また、

指標に関する項目も決められており、ミレニアム開発目標は単なる努力目標ではなく、極めて具体的な数値目標であることに注目したい（表3）。

このようなグローバルな課題に取り組むには、国連機関、各国の政府機関、先進国や途上国のNGO、民間企業、市民が手を取り合って、保健医療水準や健康状態に関する現状分析を行い、社会・経済状況を十分に考慮した上で解決策を模索していく努力が求められている。

近年、ビル・ゲイツ・ミリンダ財団をはじめとする民間財団は巨額の資金を保健医療分野の国際協力に投じている。2002年に創設された世界エイズ・結核・マラリア対策基金は、政府、国連機関、NGO、学界、企業、宗教組織などから構築される水平的なネットワークを構築し、事業を実施するのではなく感染症の予防や治療のための資金供与に徹し、途上国の感染症対策に大きな貢献をしている。また、2006年にフランスのシラク大統領

表1 アルマアタ宣言第6章の一部（英語原文¹⁾と著者による日本語訳）

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ヘルスケアである。自立と自決の精神に則り、コミュニティや国がその発展の度合いに応じ負担できる費用の範囲内で、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものである。

表2 ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）

- 1 極度の貧困と飢餓の撲滅
- 2 普遍的な基礎教育の達成
- 3 ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
- 4 乳幼児死亡率の削減
- 5 妊産婦の健康改善
- 6 HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止
- 7 環境の持続可能性の確保
- 8 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

2015年までに、191の国連加盟国は上記目標を達成しなければならない

(当時) が導入した航空券国際連帯税は、ミレニアム開発目標の達成のためにフランス発の航空機の航空券に課税するというまったく新しい仕組みであり、すでに多くの国で導入が検討されている。

このように、21世紀に入り、国際保健医療協力を取りまく環境は大きく変わりつつある。今後は、狭義の保健医療関係者だけでなく、行政、経済、環境など多岐にわたる専門分野の経験や技術を基盤にした学際的な活動とともに、政府や国際機関だけでなく、NGOや民間企業が発言力を増しており、まさに地球市民によるネットワークの構築が求められていると言える。

2. 洞爺湖サミットのインパクト

2008年は日本の国際協力にとって画期的な年であった。2008年5月に横浜で第4回アフリカ開発会議 (the Fourth Tokyo International Conference on African Development : TICAD IV) を主催し、

2008年7月にはG8 北海道洞爺湖サミットを開催した。

TICAD IVとは、5年ごとに日本で開催されるアフリカ開発をテーマとした政策フォーラムであり、2008年は「元気なアフリカを目指して」という基本メッセージのもと、今後のアフリカ開発への国際社会の取り組みを具体的に打ち出した。アフリカでは、貧困、食糧不足、HIV/AIDS、結核、マラリアなどの感染症などは深刻な問題であるが、一方では経済的な発展への期待も大きい。感染症や母子保健などのMDGsの目標達成とともに、平和の定着や民主化、環境・気候変動問題への対処など取り組むべき課題も少なくない。

G8サミットについては、主催国として高村正彦外務大臣が、「人間の安全保障 (human security)」の視点から一人ひとりの健康に着目するとともに、個人や地域社会の能力強化 (エンパワーメント) を目指した保健システム強化という日本の基本政策を打ち出した。また、日本の戦後の母子保

表3 MDGs4、5、6の具体的な目標と指標

●MDGs 4 小児死亡の減少

1990年から2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2引き下げる。

指標：5歳未満児死亡率 (U5MR)

乳児死亡率 (IMR : Infant Mortality Rate)

はしかの予防接種を受けた1歳児の割合

●MDGs 5 妊産婦の健康の向上

5 - A. 1990年から2015年までに妊産婦死亡率を4分の3引き下げる。

指標：妊産婦死亡率 (MMR : Maternal Mortality Ratio)

熟練した出産介助者による出産の割合

5 - B. 2015年までにリプロダクティブヘルスに対するユニバーサル・アクセスを実現する。

指標：避妊法実施率

若年出産率

妊娠中ケアの受診率

望まない妊娠に対する家族計画

●MDGs6 HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止

2015年までにHIV/AIDSの蔓延を食い止め、後退させる

2015年までにマラリアその他の病気の蔓延を食い止め、後退させる

健の増進に触れ、保健所や学校における予防接種、定期健康診断の普及、栄養指導や給食などを徹底する包括的な施策が成果につながったこと、母子健康手帳を通じた国際協力の成果などを世界に発信した⁴⁾。

日本国内では地球温暖化や気候変動に関する報道が多かったが、国際社会ではG8 サミットにおける「国際保健に関する洞爺湖行動指針（G8保健専門家会合報告書）」への合意は高く評価された。G8以外のステークホルダーとの対話を維持しつつ、過去のG8のコミットメントの達成状況を毎年レビューすることが決定された。また、保健関連MDGsに対する包括的な取組み、人間の安全

保障の視点、研究開発の重要性、全員参加型と援助の効率性の重視などの基本的な原則のもと、母子保健や人材育成を含む保健システム強化をめざすことを合意した。

具体的には、世界で約400万人が不足しているといわれる保健従事者の育成、保健システムに関する適切なモニタリングや評価の必要性、保健データの指標標準化、妊産婦・新生児・小児の継続的なケアへの取組み、エイズに関する予防・治療・ケアとサポートへのユニバーサル・アクセス、結核による死亡者数の半減などの行動指針が盛り込まれた（表4）。驚くべきことに、主に途上国を念頭に作成されたこの行動指針は、日本の

表4 国際保健に関する洞爺湖行動指針（G8保健専門家会合報告書）

G8以外のステークホルダーとの対話を維持しつつ、過去のG8のコミットメントの達成状況を毎年レビューする。また、保健関連MDGsに対する包括的な取組み、人間の安全保障の視点、研究開発の重要性、全員参加型と援助の効率性の重視などの基本的な原則のもと、下記の具体的な行動を起こすことに合意した。

A. 保健システム強化

- ・保健従事者の不足（世界で約400万人、アフリカで150万人）への対処の必要性。WHOの基準値である、人口あたりの保健従事者の比率が2.3/千人にまで増加するよう取り組む。
- ・保健システムに関する適切なモニタリング・評価は、保健政策の進捗に基づいた決定を可能にする。保健データの指標標準化のためのステークホルダー間の連携を強化。

B. 母子保健（妊産婦・新生児・小児の保健）

- ・妊産婦・新生児・小児の継続ケアや、熟練助産者立ち会いのもとでの出産の増加を通じて、妊産婦および新生児の死亡削減のための取組を強化。
- ・最近の食料価格高騰を考慮し、栄養プログラムの実施強化。

C. 感染症

- ・2010年までにエイズに関する予防・治療・ケアとサポートへのユニバーサル・アクセスの目標へ向けた努力の強化を確認。
- ・結核による死亡者数を2015年までに半減するとの目標に照らし、軌道に乗っていないことを確認。
- ・アフリカにおけるマラリア高まん延国30カ国において、当面の数年間、マラリアによる死亡数半減の目標が達成されるよう取り組む。蚊帳へのアクセス拡大などのマラリア予防対策を強化。
- ・ポリオ根絶に向けた取組を強化。
- ・顧みられない熱帯病について、アフリカ、アジア、ラテンアメリカの主要感染国において、感染者の少なくとも75%に対して支援を届けることができるよう取り組む。

D. 他分野との連携促進

- ・保健、貧困、教育、ジェンダー、安全な水・衛生の分野間の連携を拡大する。
- ・気候変動が保健に与える潜在的な影響を分析するための、関連機関の作業を支援する。

E. 資金

- ・母子保健や、新たな保健課題のために、途上国内外からの追加的資金の必要性。

保健医療が現在直面している課題と共通する部分が多い。国際保健を国内の保健医療から切り離して考えるのではなく、今後は、途上国も含めたグローバルな保健施策の動向が国内問題と直結しているという視点が必要なのではないかと考えられる。

3. 人間の安全保障

人間の安全保障の概念が国際社会で評価されるようになったのは、1990年代のことである。国連開発計画（UNDP）は、「人間開発報告書1994年度版」において、「人間の安全保障」と2つの自由、即ち恐怖からの自由と貧困からの自由を結びつけた⁵⁾。そして、人間の安全保障の7分野（経済、食料、保健、環境、個人、コミュニティ、政治）を提示し、包括的に人間の安全保障を定義した。その後、2003年に緒方貞子氏とアマルティア・セン氏を共同議長とする人間の安全保障委員会は、「安全保障の今日的課題」をコフィ・アナン国連事務総長に提出した。この報告書の中で、「人間の安全保障」は、個人とコミュニティの恐怖からの自由、欠乏からの自由、尊厳を持って生きる自由を保障することであると明確に定義付けられた。戦争や紛争だけでなく、家庭内を含めたすべての暴力に対する恐怖から解放され、貧困や病気などの生活の不安からも解放され、尊厳を持って生きることの重要性を指摘している。そして、個人やコミュニティが、外からの支援に依存するのではなく、いま直面している脅威や、将来直面する脅威に対して、自ら立ち向かっていく力を高めること、すなわちエンパワメントを重視している。

個人やコミュニティに焦点を当てた取り組みをすすめるには、保護とエンパワメントを統合したアプローチが求められる。保健医療分野において、保護とは保健医療サービスや疾病予防プログラム

の公平な提供やモニタリング・評価というトップダウンのアプローチであり、エンパワメントとは個人やコミュニティが自らの健康を自分たちで守る能力を強化するというボトムアップのアプローチであると考えられる⁷⁾。また、SARS（重症急性呼吸器症候群）や鳥インフルエンザなどの感染症が簡単に国境を越えて広がる時代にあって、途上国の人びとの健康向上のための国際保健医療協力は、実は、私たち自身の健康を守るという日本の「人間の安全保障」にもつながっている事実を強調しておきたい。

4. 途上国の保健医療の実際

ここで、国際保健医療協力の対象となる途上国の保健医療サービスの実際について、紹介しておきたい。多くの途上国では、保健医療従事者や医療施設の絶対数の乏しさに加え、医療サービスのほとんどが大都市に集中している。首都の近代的な私立病院では最新の検査機器やレントゲン機器が完備し、欧米に留学した医師が診療に当たっている一方で、人口の大多数が住んでいる農村部の診療所では医師もいないうえに、医薬品も不足している。この矛盾を克服するためには、多くの人口を抱える村落レベルにおいてプライマリヘルスケア（PHC）による保健活動を強化し、ヘルスセンターなどの1次医療や地域病院での2次医療につなげるシステムを確立する必要がある、各地で地域保健医療システムの強化が試みられている。

例えば、インドネシアの小児医療では、体重測定、健診、予防接種などの小児保健サービスは村落レベルのポシアンドゥ（全国で約25万か所）で行われ、ヘルス・ボランティアが中心となって活動している。1次医療機関である保健所は1つの郡に1-2カ所設置され、一般医が1-2名、助産師、看護師、栄養助手、衛生士、予防接種員などが常

勤している。1か所あたり3-4万人の人口をカバーし、一般診療、予防医学、健康教育やボランティアへの研修などを行なっている。2次医療機関である地域病院（全国で約310か所）では、内科・外科・小児科・産科の主要4科が揃い、小児医療が提供されている。しかし、大多数の小児科医が勤務するのは、第3次医療機関である州病院や大学病院である。2億人以上の人口をかかえるインドネシア全国でわずか38か所にすぎない。小児科医の診療を受けることができるのは、経済的にも地理的にも恵まれた一部の子どものみである⁸⁾。

途上国の保健医療の現場での経験でいえば、地域住民に対する地域医療機関としての保健所や地域病院の果たす役割は大きい。単に医療費が高だけでなく、交通機関に乏しい、交通費が払えない、労働に忙しくて時間がないなど種々の理由により、医療機関へのアクセスそのものが困難な状況である。また、医療機関においては、医師がいない、血圧計や体温計といった基本的な医療機材がない、医薬品の供給が不十分であるなど、問題は多い。また、多くの国で医師や助産師は、公立病産院や保健所で勤務するかたわら自宅で開業するのがふつうであり、公的保健医療サービスへの熱意に欠ける面もある。

5. 村の健康は村人が守る—インドネシアの住民参加

筆者が実際に暮らして経験したインドネシア北スマトラ州のヘルス・ボランティアによる母子保健活動を紹介する。公的保健医療サービスにおけるヘルス・ボランティアの位置付けは国によって異なるが、乳幼児健診、栄養改善運動、家族計画などの分野で活躍している。とくに、小児保健に関しては女性の主体的な参加が必要不可欠であり、女性を中心としたコミュニティレベルのボラ

ンティア組織の果たす役割は非常に大きい。

インドネシアにおける母子保健活動の中心を担うのは、ポシアンドゥ（POSYANDU）である。全国の村ごとにポシアンドゥ組織を作り、毎月1回、5歳未満児の体重測定を住民の手で行ない、母子保健、家族計画、予防接種、栄養改善、下痢症対策の5項目の保健サービスを実施している。ポシアンドゥの健診の流れは、①受診の登録、②体重測定、③測定結果の記録、④栄養や家族計画の指導およびビタミン剤などの投与、⑤予防接種、という5つの活動を順序だてて実施する。そして、①から④までの活動は村のヘルス・ボランティアが担当し、⑤の予防接種の段階で保健所スタッフが加わる。

インドネシアのポシアンドゥと日本の乳幼児健診の最大の相違点は、村の人々がヘルス・ボランティアとして自主的に健診に参加していることにある。ヘルス・ボランティアは読み書きさえできれば誰でも希望することができ、保健所で基本的な研修を受けた後、ポシアンドゥに参画することになる。彼らの多くは農作業の合間にポシアンドゥ活動に参加していた。自発的にヘルス・ボランティアを希望した動機に関しては、個人的な要素が大きい。私が活動していた村のリーダーの言葉が村人の共通の心情を物語っている。

「今まで、この村では、小さい赤ちゃんがいっぱい死んでいった。だれも、好きでボランティアをする人はいないよ。ほくだって、本当はボランティアなんかしたくないさ。だけど、子どもたちが健康で、コミュニティの人が安心して暮らせるようにするためには、コミュニティの人間ががんばらなきゃいけないじゃないか。」

その基本にあるのは、自分たちもけっして経済的には豊かだとはいえないけれど、コミュニティのために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の自助自立の精神であった。

6. 日本の保健医療の経験を活かす

多くの途上国において、第二次世界大戦後の短期間に急激な健康水準の改善を成し遂げた日本に対する期待は大きい。日本の乳児死亡率は1950年には60.1（出生千人当り）であったが、2005年には2.8にまで減少し、出生時平均余命は78.6歳（男性）、85.5歳（女性）と世界最高水準に達している。文化、宗教、経済状況、交通手段、教育レベルなど、途上国の保健医療を取り巻く環境は日本とは大きく異なる。MDGsのようなグローバルな課題に取り組むには、国連機関、各国の政府機関、先進国や途上国のNGO、民間企業、市民が手を取って、保健医療水準や健康状態に関する現状分析を行い、社会経済状況を十分に考慮した上で解決策を模索していく努力が求められている。その際に、財源もなく貧弱な医療機器と人手不足のなかで、母子健康手帳のような日本の先輩たちの工夫や努力は、いま同じような艱難辛苦のなかで奮闘している途上国の関係者にとって大きなヒントとなるに違いない。

日本で母子健康手帳が始まったのは、戦後の復興さなかの1948年であった。当時の母子手帳は、手書きでガリ版刷りの手帳に粉ミルクの配給記録が記載されており、紙質も悪く、わずか20ページのものであった。母子健康手帳の特徴は、記載された健康記録を保護者が管理できる、医療機関を変更する際にも利用できる、保健医療サービス提供者と利用者とのコミュニケーションの改善に役立つ、母親や父親の知識・態度・行動の変容を促す健康教育教材など種々の側面をもっている。この母子健康手帳は日本独自のシステムであり、妊娠・出産・子どもの健康の記録を1冊にまとめた手帳は欧米でもほとんど見かけない。

日本の母子健康手帳に触発されて、各国において文化や社会経済状況を反映した様々な取り組み

が、国際協力機構（JICA）、ユニセフ、NGOなどの協力を受けて行われている。タイでは1980年代に開発され、現在ではカラー漫画を取り入れた楽しい母子健康手帳が作られている。アメリカ合衆国ユタ州ではKeepsake（親から子どもへの贈りもの）の意味を込めて、アルバムと見間違えような重厚な母子健康手帳が開発された。21世紀最初の独立国家である東ティモールでは、ユニセフが中心になり復興に立ち上がる人びとのシンボルとして母子健康手帳を導入した。ラオスでは、父親の参加を促す目的で、母親だけでなく父親の写真が表紙を飾っている。大阪大学大学院人間科学研究科に留学していたバングラデシュ人医師は、来日してから母子健康手帳の魅力に惹かれ、ついに自分でバングラデシュ版母子健康手帳を作成し、いまはバングラデシュ産婦人科医協会が中心になって普及に努めている。

インドネシアでは、1992年の冬にインドネシア人医師が日本研修中に、日本の母子健康手帳のすばらしさに感動したことがきっかけとなり、インドネシア版母子手帳の開発が始まった。インドネシア政府は妊婦カードと乳幼児カード（体重と予防接種の記録が中心）をすでに普及させており、乳幼児の発達カードも新たに作成していた。しかし、それらのカードが別々に配布されているために、健診に3種類のカードを忘れずに持ってくる親はほとんどいなかった。そこで、日本のように妊娠中から出産、子どもの成長や発達まで一冊の手帳になった母子保健ハンドブックをインドネシアでも作ってみたいという希望が出された。

1994年にJICAプロジェクトにおいて、お母さんが赤ちゃんを抱いている写真がピンク色の表紙を飾るという大胆なインドネシア版母子健康手帳が開発され、中部ジャワ州サラティガ市をモデル地区にした配布が始まった。インドネシアの母子健康手帳の特徴は、日本語の翻訳は一切行わず、

インドネシアにすでに存在するパンフレットやポスターを原図として活用し、インドネシア人が中心になって開発や普及に努めたことにある。また、多民族社会であることを考慮し、母子健康手帳の表紙は州ごとに異なり、地域色を強く打ち出した。人口15万人の地方の小都市で始まった母子健康手帳モデル活動は、JICAだけではなく世界銀行、国連人口基金、ユニセフなど国際機関の協力も得て、10年後には人口2億4千万人のインドネシア全土に広まった。2004年には、保健大臣令により、インドネシアのすべての母親と子どもは母子健康手帳をもつ必要があり、助産師や医師は母子健康手帳に記録すべきであると定められた。しかし、母子健康手帳を配布するだけで、母親と子どもの健康が守れるわけではない。いまでも、母子健康手帳を用いて、妊産婦と乳幼児の健康を増進し、母子保健サービスの質の向上をめざしたプロジェクトの取り組みが続いている。

7. 日本も途上国から学ぶ

21世紀の地域社会のあり方を考える時に、国際保健医療協力から日本自身も途上国の活動に学ぶ必要があることを強調したい。都市化と高齢化という戦後のわが国がたどってきた少子高齢化社会における地域保健の問題は、アジアではすでに現実の課題となっている。そして、アジア諸国の専門家は老人保健やホスピスケアを欧米諸国で学んだ後、実践面ではアジアの先進国としての日本に大きな関心を寄せている。一方、アジア諸国における保健医療改革のスピードは早く、急激に変化する社会経済状況に即時に対応していくという点においては、日本の保健医療関係者がアジアから学ぶところも少なくない。韓国では日本よりも早くからドメスティック・バイオレンスに関する法制化が行なわれ、タイでは経済危機後に自殺防

止のための相談に行政が積極的に取り組んできた。そして、イスラム教が90%以上を占めるチュニジアでは、青少年に対する性とリプロダクティブヘルス教育が行われている⁹⁾。

また日本国内に目を転じて、多くの外国人が定住し、夫婦が外国人および国際結婚した外国人の増加により、出身国の文化やコミュニティを尊重しつつ、日本社会の中でどのように出産し子育てを行うかということが大きな課題となっている。いいかえれば、多民族および多文化共生社会における地域保健医療のあり方が問われているといえよう。

インドネシアの社会で印象的だったのは、赤ちゃん時代から子どもたちはいろんな大人と接する中で育っているということだった。泣き止まない赤ちゃんを抱くのは母親だけではなく、父親、姉、親戚の叔母、近所の人。いろんな大人が当たり前のように子どもとかかわっていた。歩き始めると、子どもは近所の子ども集団に仲間入り。はじめは年長の子どもの後を追いかけて、そのうち年下の子どもの面倒を見ることも学んでいく。いろんな大人や年齢の違う仲間がいるという環境の中で、子どもたちは自然に社会性を身につけていた。日本が高度成長の間に失ってしまった風景がインドネシアではいまでも息づいている。

時計の針を逆に回すことはできないが、20世紀後半のわずかな間に私たちが獲得したものと喪失したものを冷静に見つめなおし、新たに構築すべき目標を議論する必要がある。今後は、経済学、社会学、教育学、医療人類学など幅広い分野の専門家と共同するなかで、グローバルな視点をもって日本の保健医療の改革を推進していく必要がある。

8. おわりに

国際保健医療協力という特別の活動分野があるのではなく、日本で健康を守ることも、途上国で健康を増進することも基本的には同じことである。今後は、国際保健医療協力と国内の保健医療との連携がますます必要になろう。大学病院、総合病院、地方自治体などから専門家が派遣され、帰国後は元の職場に復帰し臨床や研究や教育に再び従事するシステムの確立が早急に望まれる。

このような人的なリソースが機能したときに、日本の保健医療の経験を国際協力の現場に活かし、また、途上国での貴重な国際体験を国内における健康の向上に還元することが可能になる。すなわち、国際協力活動の成果を日本の市民社会に還元し、市民社会の成果を途上国の人びとと共有するという、国境を越えた「人間の安全保障」を推進するシステムづくりが求められている。

参考文献

- 1) WHO. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. WHO, Geneva. 1978
- 2) 中村安秀. ミレニアム開発目標 (MDGs). 小児科臨床, 2008 ; 61(6) : 1113-1116
- 3) UNDP. Human Development Report 2003, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, New York (国連開発計画. 人間開発報告書2003—ミレニアム開発目標と人間開発, 国際協力出版会, 東京, 2003)
- 4) Koumura, M. Global health and Japan's foreign policy. The Lancet 2007; 370:1983-1985
- 5) UNDP. Human Development Report 1994. Oxford University Press, New York, 1994
- 6) 人間の安全保障委員会. 安全保障の今日的課題. 朝日新聞社, 東京, 2003
- 7) Takemi, K., Jimba, M., Ishii S, Katsuma, Y., Nakamura, Y. Human security approach for global health. The Lancet 2008; 372; 13-14
- 8) 中村安秀. 小児に対する国際保健医療協力の現状と課題. 小児科臨床増刊号, 2005 ; 58 (supple) : 1283-1290
- 9) 中村安秀. 保健医療. 国際協力論を学ぶ人のために (内海成治編). 世界思想社, 京都, 2005 : 223-240

著者連絡先

大阪大学大学院人間科学研究科

中村 安秀

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2

Tel : 06-6879-4033

FAX : 06-6879-8064

E-mail: Yastisch@aol.com

Global Health and Human Security

Yasuhide Nakamura*

Abstract

Global issues such as environment, poverty, human rights, reproductive health and rights, HIV/AIDS, and gender and development are closely related to health in the world. UN Millennium Development Goals (MDGs) set up eight goals for all UN Member States to meet the goals by the year 2015. The target 4 (reduce child mortality), target 5 (improve maternal health) and target 6 (combat HIV/AIDS, malaria and other diseases) are health problems.

In 2008, Japan will host two major conferences, the Fourth Tokyo International Conference on African Development (TICAD IV) and the G8 Hokkaido Toyako Summit. At this important diplomatic juncture, Japan called for a stronger engagement of the international community in global health. After the Okinawa Summit in 2000, international awareness to tackle infectious diseases has increased. We, however, still face serious challenges in maternal, newborn, and child health.

Human security is a concept that is very relevant to international collaboration in the 21st century. It is vitally important that we should focus on the health of individuals and protect them, and strive to empower individuals and communities through health-system strengthening. It is essential to promote a human-centered approach to strike at the root of the problem, especially through the promotion of research and development and strengthening of health systems, including human resource development.

Japan was a developing country just after the Second World War. There were a high prevalence of many kinds of infectious diseases and many children died before their first birthday. Individuals, families and the community also made efforts against infectious diseases and maternal and child health through formal and informal collaboration. Japan should share its experience with developing countries by the researches based on the analysis of social and medical sciences.

[key words] Global Health, Human Security, Millennium Development Goals, Maternal and Child Health Handbook, G8 Hokkaido Toyako Summit

* Professor, Graduate School of Human Sciences, Osaka University