



Title	「草の根活動から考えるUHC」
Author(s)	本田, 徹
Citation	目で見るWHO. 2017, 64, p. 32-35
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/86633
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

「草の根活動から考える UHC」

保健医療 NGO シェア代表理事 **本田 徹** (Toru HONDA)

1974 年 北海道大学医学部卒業、小児科医として研修
1977 年 青年海外協力隊医師隊員としてチュニジア派遣
1979 年 長野県佐久総合病院内科
1983 年 NGO シェア設立に参加、88 年より代表
1991 年 タイ国マヒドン大学 AIHD 保健修士課程
1993 年 横浜港町診療所（在日外国人医療）
1996 年 堀切中央病院院長
2008 年 浅草病院内科（在宅医療）
2012 年 福島労災病院非常勤医
現在 シェア代表理事 JAIH 理事
パレスチナ子どものキャンペーン理事
NPO 山友会医療 ボランティア



▶日本の SDGs

「誰も取り残さない」ということが SDGs（持続可能な開発目標）のコンセプトである。「誰も取り残さない」ということを SDGs や UHC の本質に関わる問題として考える、1 人の市民として自分のこととして問題意識を持つことが非常に重要であると考えます。MDGs（ミレニアム開発目標）は、途上国に対し先進国が助けてあげるという発想だった。しかし、SDGs は、先進国も含めた目標であり、日本の問題として我がこととして考えていくことが大切である。OECD の中でも、日本の SDGs の達成ランクが低い。原因は 4 つあり、災害、高い自殺率、高い喫煙率、子どもの虐待、貧困である。災害の問題では、大量の国土が放射能に汚染されて、たくさんの人々が避難しているということ、火山があり、地震があり、津波があるということが SDGs を下げる大きな要因となっている。2 番目の問題として高い自殺率が挙げられる。若い人たちの自殺が多いという問題がある。3 番目に喫煙率の問題。国としてまだ公共スペースでの全面禁煙を決断できていないことが要因ではないか。4 番目として子どもの虐待、貧困がある。我がことであるとは、日本で身近に起きている問題がまさに SDGs に関わっているということである。

「生活に不可欠なもの」を表した阿部彩先生の統計では、どの年齢にも共通して医療を必要としている人の割合が

高い。つまり、必要な時に必要な医療を受けられることが人権として求められているということ、日本で医療に対してこのようなコンセンサスがあるということは非常に重要なことである。

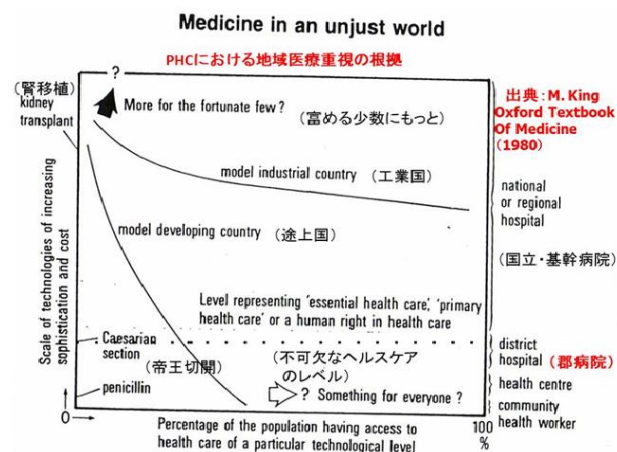
▶プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）への学びの旅から

私の出発点は、2 年余、小児科医として臨床医を経験した後、青年海外協力隊としてチュニジアに派遣されたところにある。もともと、イスラム文化圏に憧れていた。ラッキーだったのが、1978 年 9 月にアルマアタでプライマリヘルスケア世界宣言がまとめられたこと。それがその後の世界の保健の重要なガイドラインになった。そのことを当時新聞で読み、共鳴を受けたと同時に、自分がやっている診療活動や予防活動に理論的な根拠が与えられ、非常に勇気づけられた。また、もう 1 つつながったのは、佐久総合病院の若月俊一先生の書かれた「村で病気と戦う」という本。日本で読んだ時は、ピンとこなかった。しかし、チュニジアで読んだとき、若月先生が日本でやっておられたことは日本におけるプライマリヘルスケアであるということに気が付いた。プライマリ・ヘルス・ケアとは、参加型の保健活動のことであり、保健システムだけではなく、社会経済開発の一部である。また、近接性と言って、人々が生活していたり、働いたりしている場所でサービスを提供する必要性が謳われている。

▶PHC のレベル

これは PHC の有名な researcher である M.King の書いた図である。プライマリヘルスケアを技術的に考えるとどうなるかを表している。一番高いレベルにあるのが腎移植、下に下がると、帝王切開、ペニシリンが書かれている。特定の医療技術レベルのことをどれくらいの割合の人が享受できるかが横軸にとってある。すべての人に必要な医療サービスといっても、腎移植をすべての人に提供するのは先進国でも難しい。どこかで予算の問題、医療者の数な

ど折り合いを付けなくてははいけない。比較的工業国とされている国では、広範な人に高い医療技術を提供できる。しかし、途上国では、ペニシリンすら提供できない所もある。とりあえずプライマリヘルスケアが目指すレベルは、郡の病院レベル。郡の病院を自立的に回していくことができることがプライマリヘルスケアの目指しているレベルである。



▶PHCの認識の変遷

私たちは、草の根で働いている。しかし、全く保健システムと関係のないところで働いている訳ではない。シェアの場合、様々な国で活動を行っていたが、すべて郡以下のヘルスシステムと関わりを持ってきた。私たちは草の根の活動を意識しているが、そこでは常に全体の国のレベルにつながるような郡の保健システム作りをして、それが国全体のモデルになるように努力をしてきた。

プライマリヘルスケアは一時評判が悪かった。2000年までにすべての人に健康をと唱えたが、実現できる訳がないという意見が多かった。しかし、グローバル化経済が進む中で、貧困や格差の問題が大きくなってきて、緩和する手段として見直そうという動きがみられた。2008年にWHOは改めてPHCに関する文書を出している。もう1つ「健康の社会的決定要因」に関する重要な文書を出している。今の健康格差を考えていく上で、個人ではコントロールできないところで起きている決定要因に対してアプローチしていくことが大事であるというコンセンサスが世界で得られている。

▶若月先生の活動

若月先生は、腕利きの外科医であると同時に早期から

「予防」ということを強く意識されていた。予防するためには住民の健康意識が大事であるということや、病気にならないことは人間の権利なのだということを住民に意識付けした。若月先生の言葉で今も心に残っているのは、「医療技術は先人から与えられて受け継ぎ、社会のために役立てるべく預かったものにすぎない」という言葉である。みなさんにもぜひ覚えておいていただきたい。

若月先生の活動の1つに八千穂村の全村管理運動がある。1961年に国民皆保険制度が始まった。当時は評判が悪かった。なぜなら、現金収入があるのは、盆暮れだけ。いつ行っても窓口で5割とられていたらやってられない。それを存続するために、病気になるべくならないように予防をしっかりやっていこうということになった。その1つとして行われたのが、ロールプレイ。予防活動のおかげで、手遅れの胃がんが減少し、医療費自体も下がっていった。県民全体の努力によって長野県は長寿県である。在宅医療に関しても実現する方法を早くから追及してきた。高齢者1000人あたりの訪問看護利用率は全国でもトップクラスである。

▶長野モデル

石巻の長純一先生が長野モデルを検証していた。達成の要因として4つのことが挙げられる。1つ目は、医者に頼らない住民参加型のヘルスプロモーション活動である。2つ目は、病院間の予防活動・健診活動における切磋琢磨。3つ目は、在宅で「生き遂げること」を望む患者さんに対して誠実に向き合い、ケアをし続けた献身的努力。4つ目は、村・町・市などの自治体首長の、すぐれた先見の明、イニシアチブである。

岩手県の沢内村の深沢晟雄（まさお）村長。いち早く乳幼児健診の無料化や健診の無料化を行った。その結果として医療費が下がった。ワクチンの接種率もSDGsの指標に入っている。終戦後1960年まではポリオで亡くなる子どもたちや後遺症に苦しむ子どもたちがたくさんいた。東北の母親たちが活動して、生ワクチンが多量に輸入され、一斉に接種された。以降患者は激減した。

▶Reverse Innovation(RI)と David Werner:From Weakness, Strength

私たちは途上国で教えることばかりかというところで

はない。逆に途上国でものがなくて何も高い技術もないから逆に工夫をしてそこで生まれたものが先進国に役立つことがよくある。その最たるものがコロンビアで生まれたカンガルーケアである。また、スマホのディスプレイを使った超音波診断装置が安価で実用的な医療器具として普及しつつある。このように技術は必ずしも先進国から途上国に伝わるという訳ではなく、途上国で生まれた技術が先進国に役立つこともたくさんある。

PHCで Reverse Innovation を実現してくれたのがデビッド・ワーナーさん。1960年代にメキシコで始めたPHCの新しいメソッドや家庭医学の本や保健教育のマニュアルは、先進国でも使われている。2007年にメキシコの障害者の自立の村を訪ねたことがある。ご自身が障害をもつことによって、ヘルスワーカーとして非常に傾聴能力の高い人や思いやりを持った人が多い。人間には弱さを強さに変える力を持っているということをデビッドさんから学んだ。

▶タイのPHCにおける2実践例

①HIV陽性者・エイズ患者とコミュニティ:Nothing about us Without us

タイでは、UHCの達成においてHIVの問題が大きい。政府の政策が変わって100%コンドームを使った人でないとコマーシャルセックスは認めない、差別をなくすといったことが行われ、新しい感染は減らすことができた。しかし、2000年をピークに母児感染が大きな問題となった。HIVの薬に対するUHCはブラジルから始まった。自国で抗HIV薬を作れるようになった。多国籍製薬企業とぶつかったが、人の命を守る上では健康保険制度の中でコピー薬を作っても良いことを主張し、合法的なものとされた。それ以降、抗HIV薬のアクセシビリティは改善した。

シェアは、東北のタイで活動していた。県の病院でHIV感染の母親たちに子どもの育て方などを教えて勇気づけたりしていた。エイズ薬のアクセシビリティは色々法廷闘争などあったが、最終的に無償で使えるようになった。

最初はNGOシェアが病院の中に入って行って、陽性者のお母さんたちに頑張ってもらい、自分たちでグループを結成してもらう。その中で生まれたリーダーを能力開発して、だんだん独立して活動できるようにする。

②高齢者へのFamily Care TeamとBuddy Home Care

2014年から始まっている。タイでも高齢化が進んでおり、2030年になると25%以上になると言われている。タイでは、保健ボランティアを養成して、ボランティアさんがケアギバーの資格を得る。ケアギバーが高齢者のお宅を訪問する。日本との違いは、高齢者だけでなく障害者、母子、HIV陽性者、エイズ患者、LGBTなどコミュニティで支援を必要としているすべての人々、家族に対して、包括的なケア活動を行うこと。

さらに子どもを絡ませたBuddy Home Careが行われている。1人のヘルスボランティアに1人の学童がペアを組んで一緒に家庭を回る。いじめをうけた子供や移民の子供など自身も問題を抱えていることが多いが、世の中に役立てることを実感でき、子供にとってもよい影響がある。Buddy Home Careによって高齢者に笑顔が生まれる。日本でも縦割りサービスをこわし、横断的、包括的にサービスを提供する富山型デイのモデルが注目を集めている。

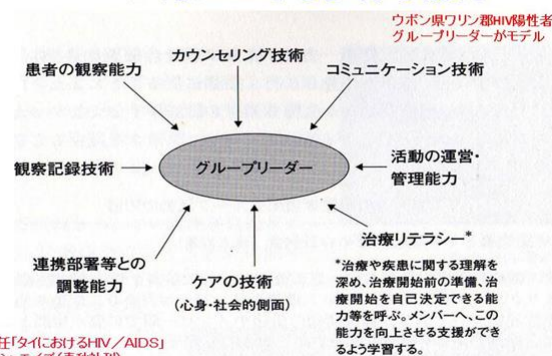
アムナチャラン県HIV陽性者 自助グループ発展の道筋



クロックアサンバンは「家族の絆を築く」の意味

(出典:Bon Portage 128号 李祥任)

タイ: HIV陽性者グループリーダー が身につける多様な能力



出典: 李祥任「タイにおけるHIV/AIDS」
アイズ・オン・エイズ(春秋社刊)

図7 HIV陽性者グループリーダーへのトレーニング項目

▶山谷 超高齢者社会を写す鏡として

日本では、1人暮らし世帯が増えている。デビッド・ワナーさんが日本に來日した際にホームレスの人が公園で警備員に追い立てられている所を目にして、日本でも社会的排除が進んでいると言っていた。山谷の山友クリニックで週1回ボランティアをしている。クリニックはのべ11万人くらいの患者さんを診ている。最近は重篤な病気は減っている。簡易宿泊所の高齢化率はものすごいものである。ハウジングの問題は非常に重要である。屋根がなくで外で暮らしているような人は減っているが、ネットカフェなどで暮らしている人は増えている。UHCの達成には、こういう人たちのことも考えていかななくては行けない。住まいがないと医療の提供をうけたり、住民票をとったりできないため、ハウジングファーストという考えが優先されている。2008年から地域ケア連携をすすめる会を開いている。台東区・荒川区・墨田区を中心に活動をしている。ホームレスの方や、在日外国人に結核感染者・発症者が多い。これは日本におけるUHC達成における課題である。シェアでは医療通訳を養成している。主な仕事は結核治療の通訳であり、結核の薬は6か月間きっちり飲む必要があり、途中でやめてしまうと多剤耐性菌を生み出してしまう。これからも重要なことになってくる。

▶まとめとして

国民皆保険制度が、日本ではUHCに近い言葉だが、両者は同じではない。「国民」という言葉がネックになっている。「国民」以外はUHCを達成しなくてもよいという考えになってしまっている。例えば、難民・在日外国人、保険料を払えない人々、ホームレスの人々は健康保険制度から排除・差別されてしまう。SDGsによって日本のUHC達成に関する問題点が洗い出されることは非常に良いことで、国民でない市民がUHCの恩恵にあずかれるように政府に働きかける必要がある。

200年以上前に、ルソーは人間には肉体的な不平等があるが、契約によって平等にすることができると言っている。これはUHC達成に大切だと思う。また、Dr. Julian Tudor Hartは医療サービスの必要な人ほど医療から遠ざけられているという現状があり、それに対してアテンションを注ぐことが大事だと言っている。これを「さかさま医療ケアの法則」という。医療者や心にとめておくことが大切である。

最後に。David Wernerさんの“Nothing about us without us”という精神を大事にしてUHC達成のために努力をしていきたい。

【まとめワークショップ】

本ワークショップは、本田徹先生、渡辺学先生のご講演から、参加者自身の思考の流れや位置関係を見えるよう整理するマインドマップを用いて行った。それを基に、将来、自分がUHC達成のためにどのような役割を担えて、現在どんな立場にいるのかということを考えてもらうことを期待し、企画した。また、目に見えて書き出し考えることで、この企画後もUHC達成に向けた取り組みに関心を向けることができると考えた。

参加者はこのワークショップを元に、自身の知識や学びの成果を抽出し、得た情報を整理し、理解・記憶することができたと考える。またグループ内共有では、現在自身が

できる活動として、講演会に参加する、海外に行く、国家試験に合格するために勉強する等のクリエイティブな案がたくさん出て、とても活発なワークショップとなった。ワークショップを通して、ご講演で自身が学んだことの考えをまとめること、グループ内共有をすることで多角的な視点からUHC達成に向けた取り組みについて考えることができたと思う。今後このワークショップに参加した参加者自身が、今後の自分の将来の夢に向かって、国際協力やUHC達成に向けた取り組みについて、目を向けていき、関心をもって自らの足で行動できるようになっていくことを期待している。