

### 3.GII（人口エイズに関する地球規模問題イニシアティブ）の政策と実施

- 1) 日米「コモン アジェンダ」の枠組み 1994年～2000年
- 2) 日本の重点国
- 3) 過去3年間の実績

### 4. 人口・家族計画分野における日本の援助の特徴と新しい流れ

#### 日本の歴史と援助

- 1) 母子保健の重視
- 2) 避妊技術に関する制限（ピル、IUD）

#### 新しい流れ

- 1) 女性の視点の統合  
Women in Development (WID)、ジェンダー (gender) の視点  
女性の教育、経済力、社会的地位と出生率の関係  
男性の家族計画への支援
- 2) リプロダクティブ・ヘルス／  
カイロ国際人口開発会議（1994）  
北京世界女性会議（1995）  
性と生殖に関わる生活の質の向上と意志決定  
HIV/AIDS対策
- 3) 母子保健活動における医療協力部と家族計画の融合  
妊産婦死亡率の減少のための産科救急医療の強化
- 4) 地域開発活動など他の分野との統合  
収入向上活動、生活改善活動
- 5) 他の援助機関や組織との協力・連携  
米国（GII: Global Issues Initiative）  
国際機関（UNICEF, UNFPA）  
NGO（日本の主なNGO-家族計画国際協力財団、国際看護交流協会、日本奇  
成虫予防会、国際保健医療交流センター、AMDA、その他）  
途上国のNGO等

6) 結果重視の援助マネジメント

計画→実施→評価の方法強化

PCM手法

一貫性      論理性      参加型

プロジェクトの計画・実施・評価という一連のサイクルを「プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)」と呼ばれるプロジェクト概要表を用いて運営管理する方法。

PDMにはプロジェクトの構成要素である「目標」「活動」「投入」やプロジェクトを取り巻く「外部条件」の論理的な相関関係が示されている。

計画段階において、援助機関、援助受入れ機関、プロジェクトの受益者などさまざまな立場の代表者が参加するワークショップを行い、関係者がプロジェクトの計画作成へ主体的に参加する。

プロジェクトの要約	指 標	指標データ 入手手段	外部条件
上位目標			
プロジェクト目標			
成 果			
活 動	投 入		
			前提条件

**PDM**  
(プロジェクト・デザイン・マトリックス)

## 5. 人口・家族計画分野で求められる専門家、青年海外協力隊員について

プロジェクト協力専門家の場合、所属先があり、継続的に専門家を推薦でき、研修員受け入れの便宜供与、機材供与等で支援が可能な人材を要する組織に属している方。

本人の資質以上に所属している組織の支援能力が重要となる。

(個人の場合)

日本でやっていたことを途上国にあわせ技術移転をすることが基本。これも困難。

やってなかったことをやろうとする人が多いが、これは無理。また、学問で学んだことの実践の場を途上国にと考えている人が多いがこれも困難。

専門知識・技術・資格：家族計画、母子保健関連（医師、助産婦、保健婦）

公衆衛生学（疫学、人口統計学）

社会科学（社会学、文化人類学、経済学）

経営管理（財務、人事、組織運営）

マネジメント能力：計画、立案、交渉、調整、評価

コミュニケーション能力・語学：日本語、英語（フランス語、スペイン語）、現地語  
自己表現力、作文力

バランス感覚、客観性、異文化の理解・好奇心等（前向き、批判的でないこと、ほめる力）  
（プロジェクトで求められるもの）

相手国カウンターパート／チームメンバーとの協調性：プロジェクト全体の中での役割遂行。本人の力よりチームの力。人を生かす力。

## 6. 医療協力の課題

先方政府の希望（円借款や無償が中心）年間予算ベースでは医療無償がプロ技の3倍

- 1) 医療分野プロジェクト新規案件数と案件形成（現在45－新規9件）
- 2) プロジェクト形成、計画－PCM
- 3) プロジェクト運営

施設中心型－病院・研究所      フィールド型－人口・公衆衛生      複合型

- 4) 専門家の派遣（専門家のリクルート及び支援団体）

## 7. 今後の展望

- 1) 必要な情報－各国、地域の保健省に医療専門家を配置
- 2) 援助のシステム－国内委員会（研修員の受け入れ、専門家の派遣、機材の選定）
- 3) 援助の内容－日本の得意な分野と経験のない分野      公衆衛生－総合的地域開発

## 8. バーミンガムサミットの話題他

- 1) 煙害対策（インドネシア等）
- 2) 地雷対策（カンボディア、ボスニア等）
- 3) 寄生虫対策（アジア、アフリカ）
- 4) 身障者対策（アジア）
- 5) その他

## コメント1

ODA（OOF や PF も合わせて考えると）は非常に複雑で一般の方には判りにくく、故にいきなり10%も予算が消滅されたりする訳ですが、こういう場を利用して理解に努めると共に、ODA 自体ももう少し単純化する必要があるでしょう。

## コメント2

従来から言われていることであるが、保健プログラムにおける国際協力の役割に携わる人材の確保・養成に対する取り組みが充分に出来ていない。

協力に関する分けばかりが目につく。海外技術協力事業団から国際協力事業団に名称も変更されたのだから、本当に協力問題に対応出来る専門家集団を作ることが課題として残る。

優秀な人材は我が国の発展にも必要な人物である。よって、そのような人材を必要とする場合は、有能な人材をあまり拘束すべきではないと思う。短期間の派遣でも十分な成果は得られると思う。

新しい流れ、なぜ新しい流れが現れたかの説明が不十分だと思う。特に、日本の主な N.G.O. の名前が上がっているが、これらの名前を見ると N.G.O. の意味がわからなくなる。簡単にいうと、日本の N.G.O. は政府の下請けのことをいうことかと思う。

## コメント3

丁寧な資料と解説でテーマ全般に渡る概要が理解でき、ありがたかった。とくに、熱帯病の一大要因である社会環境上の項目中の開発地域の人口・家族計画分野にかかわる国際協力について、現状や新しい流れと求められる要素・課題を学んだ。なかでも、自分がこれまで多少研究してきた「女性の視点の統合」「コミュニケーション能力」「異文化理解」の当分野における位置づけを確認でき、かつ最近知るに至った Project Cycle Management について理解を深めた。今後、具体的な場面への適用でより専門的な研究を推進できる機会を探りたい。

**熱帯医学分野に連携した技術協力の  
社会環境変化に及ぼす影響**

● 日本の医療協力概観

溝田 勉(長崎大)

● インドネシア 北スマトラ地域保健対策計画

石井 明(自治医大)

● ブラジル ペルナムブコ連邦大学免疫病理センターにおける熱帯病研究

竹内 勤(慶応大)

### 熱帯医学・医療協力分野の特徴を知る…

21世紀を目前にした最後の10年間は、とくに我が国において新3Kといわれる①高齢化社会、②国際化社会、③高度情報化社会の波に洗われている。

とりわけ、少子高齢化の出現と、グローバリズムの進展は上記①、②への対応の必要性を国の内外に喚起し、かつ訴えることになった。一方で大量生産・消費の産業社会の基盤をなすコンピュータ汎用は、人間の価値観を大きく左右するものとなっている。

他方、我が国が実施している国際協力は、往々にして質的な専門性が問われ、支えるコミュニケーションに事欠き、その結果としていたずらに施設、設備、材料を中心としたモノの調達、供与に莫大な税金や財政投融資が用いられることが多くなっている。国際援助・協力の量から質への転換が叫ばれて久しいにも拘らず、質の改善は遅々として進んでいないようにも見える。行政の実態を見る度に、システム自体や社会背景に起因する問題も多いと推察される。いずれにしても関係者の一員である我々は決してあきらめてはならず、出来る事から改善努力のために参画してゆくことが強く望まれる。

こうした状況下で国際協力に最も欠けているのは、人間の生存と生活に対する改善・向上の熱意と、現場を重視した、NGO/NPO 的な取り組み、さらにより専門性において高度な技術の投入を目指すことであると言えるのではないか。とりわけ医学・医療・保健・教育の分野で研究協力と国際協力の接点をさぐり、研究協力の実施・強化をはかることは大きな意義をもつものとする。

### 研究協力と国際協力の接点をさぐる…

ところで大学や研究所における学術研究が社会的意義を高め、かつ国の内外において研究成果を認められるというアカデミズムの普遍性を文字通り発揮するためには、ともすれば閉鎖的で自慰行為化し、それでいてイベント化している学会発表では必ずしも満足できるものばかりではない。このことはとりわけて行政や産業界に身を置いた人ならば普段に指摘したいところである。五十嵐所長が先程の挨拶の中で言及されたとおり、我が国の国際協力におけるソフトの中心は、国際協力事業団(以下 JICA)の技術協力であろう。但し、この「技術」は多くの大学や研究者を行政所管している文部省においては伝統的に、土木、建設の公共工事に類するものとして認識されてきたきらいがあり、少なくとも「学術」研究のレベルからして上下に大きく一線を画するものと見なされて来た。その証拠に当初から JICA の設立には文部省は大反対した。やっとなん年になって JICA の意義を認め、二人の課長を派遣する様にはなったが、部長・理事レベルには何人も人材を送り込めていないほどにそ

の影響が今日に及んでいる。しかるに時の流れは、言葉解釈の域を乗り越えて学問研究の有用性を社会が問うことも多く、質の高い国際協力の推進こそ、研究の存在価値を示すことが大きく求められることになってきた。こうした経過と利害背景から研究協力と国際協力の接点をさぐるねらいがある。

### 現場への取組みが途上国社会に与えるインパクト…

以前から研究協力の立場で JICA のプロジェクト・リーダーとして大活躍された方々の事例を検討する機会を、今から約8年前即ち平成3年度に研究集会として開催した（参考資料3）。

そこで今回は、現在只今に途上国の現場で、現役の研究者の立場でかつチーム・リーダーとして活躍されている方々を招き、彼らのご発表をもとに、研究協力の立場から JICA の「プロ技協」について検討を試みることにした。幸か不幸か、否おそらく最も幸いなことに医療・保健協力の分野は、他の国際協力分野と比較して多額の予算を必要としない。その反面、適性な技術移転に向け学者研究者がソフトの専門性とプロジェクトの趣旨徹底の為の人手と知恵を要請される最たる分野となっている。

### JICA プロジェクト方式による技術協力を調べてみよう…

そこで、我が国の医療・医学協力を以下の資料をもとに概観して、これまでを振り返ると同時にマクロな視点から行政とのつながりが密接な現況の特徴を捕らえ、かつ多国間国際協力の立場から将来を見通すことが大切ではないか。それぞれについて説明してみたい。

- ① JICA 医療協力部およびプロジェクト方式による技術協力概要（参考資料2）
- ② 1997年度までに実施済み及び実施中のプロジェクト方式技術協力（参考資料4）
- ③ JICA による人口・保健開発協力事業の事例紹介（参考資料5）
- ④ 平成11年度（明年度）プロ技協要請案件等一覧（参考資料6）

以上のように掲げたねらいを求めて、今回の共同研究集会を次のように組み立てたい。

- I. JICA プロジェクトのチーム・リーダーからの発表を聴取し参加者と一緒に検討
- II. 学問分野で現在国内外で活躍する研究者の、国際協力に資する特定問題提起
- III. 総合討論

何しろ研究集会の日程を決めることから、レジュメの資料ファイルを終える先刻まで、全てを一ヶ月以内で行ってしまうという荒削りの準備で皆様にご迷惑をかけることも多いかと存じますが、宜しく御容赦の程をお願い申し上げます。

それでは座長を急拠お願いした先生方のもとで第一セッションから始めることに致しましょう！！

<1> 技術協力のアウトライン	運営状況	<3> 技術プロジェクトに取り組む上での問題点・条件
<p>1. 実施対象国 インドネシア国 2. 協力テーマ 北スマトラ地域保健対策計画 3. 実施機関 1978-1989 4. 対象機関 (部門) インドネシア保健省地域保健総局、北スマトラ州衛生部 5. 国内協力機関 (主) 宮崎医大、岡山医大、帝京医大、筑波大学、国立公生研、東京医科大、医科歯科大、三重医大、大阪医大、公衆衛生院、厚生省、成田空港検疫所、札幌水道局 6. 日本派遣専門家数 (延) 67名 実数 50名 7. 対象国カウンターパート (C/P) 80名、うち日本研修者32名 8. 人件費を除く投入予算 7億2,500万円 9. 主要な供与機材 地域ラボラトリー、救急車、車輦、井戸、等</p>	<p>1. 国内委員会 委員数3名、当初4名 ・指導方針の出し方 年1回、日1回、日1回による運営委員会開催、国内委員会随時開催。 ・現地リーダーとのコミュニケーション 両国運営委員会参加、国内委員会年1回参加。 2. セミナー、研修コースの実施とその評価 ・ワークショップ (水供給)、マラリア研修会、総合講習会 3. 成果、このプロジェクトを通じて出された学術論文：総数約140編 コメント - まとめた学術論文が蓄積されるよう専門家が増えたとやりがい、将来の役に立つものとなる。 4. C/Pの日本研修 1) 技術上の成果 短期間で成果が大して期待できない、そのような例も多い。 2) 社会的な意義・評価 プロジェクト運営上は大いにプラス。 5. チームリーダーの問題点と機能 チームリーダーの専門分野により、プロジェクト運営が左右されるのは、ある程度は止むを得ないが、プロジェクトの目的により工夫が必要である。 6. 大使館 (ジャカルタ) 総領事館 (メダン)、JICA 事務所 (ジャカルタ) による協力で行われた。 7. 国際機関との連携 WHO の adviser が運営委員会に参加した事がある。WPRO に助言を得るべく専門家が訪ねた事がある。</p>	<p>1. 良質の日本人を派遣するための問題と改善法 公務員の人事的固定運用のため、長期専門家を得る事が難しい、人事が開放的、交流・流動的になる様にする事が望ましい。 2. 良質 C/P を作るためにはどうすべきか C/P を何年以上かは行う事を条件にし、義務にすることも考えられる。 ・プロジェクト終了後考えられること follow up を必ず実行する、必要あれば follow up 調査団を出す。 3. プロジェクト予算の実施上の問題と改善法 要請によらないと設備機材が供与できないため、内容に制約が生じる。運営委員会、国内委員会で決められるシステムを導入するとできる。 4. 供与機材についての考え方 金額の小さいものを敬遠する傾向があるので、キットとしてまとめる案をねると良いと思われる。 ・派遣専門家との関連 機材機材が適切に準備されると良い、専門により金額に差があるのはある程度止むを得ない。 5. 専門家を出した国内機関にどのような問題があり、どう対処すればよいか。 長期専門家を出すこと、国内としては手薄になり、場合により支援を生じる。やはり、専門家を育成し、多数にしておく必要がある。定員も増加させる事が将来大切と思われる。 6. ODA による技術プロに学界として対処するための提案 単一専門学会では技術協の内容が限定されるので、目的にもよるが、いくつかの学会が協力した方が目的に添った事例も多いはずなので、学会間の協議、連絡をとり、国際保健医療の向上に合わせる事を期待したい。 7. その他のコメント 国際機関の実施している事、起国のシステム、歴史を研究して、前章の職を踏まない同調性を得るためには、海外協力、援助の学問的アプローチが必要ではないか。</p>
<p>●ブラジル ベルナムプロコ連邦大学免疫学センターにおける熱帯病研究 (竹内 敏)</p> <p>&lt;1&gt; 技術協力のアウトライン</p> <p>1. 実施対象国 ブラジル 2. 協力テーマ ベルナムプロコ連邦大学免疫学センターにおける熱帯病研究の整備、向上 3. 実施機関 1984年- 4. 対象機関 (部門) ベルナムプロコ連邦大学 (ブラジル、レシフェ市) 他 5. 国内協力機関 (主) 慶応義塾大学 (副) 千葉大学、東大医科研、東海大学、宮崎医大、高知医大、大府公衛研 他 6. 日本派遣専門家数 (延) 63名 7. 対象国カウンターパート (C/P) 約150名 うち日本研修者 20名 (普通17名、準高級3名) 8. 人件費を除く投入予算 年度によりかなり差があり、不明。 9. 主要な供与機材 TEM、SEM、内視鏡 (上部、下部消化管)、エコー、高速液クロ、他</p>	<p>&lt;2&gt; 運営状況</p> <p>1. 国内委員会 委員数5名 ・指導方針の出し方 - 具体的な方策の提出は国内委員の1名とチームリーダーで担当。 その上で国内委員会の了解を求めている。 ・現地リーダーとのコミュニケーション - 極めて良好 2. 日本派遣専門家数 カテゴリー シェア7専門家 30名-専門家 長期 (1年以上) 1 12 0 短期 (3-6ヶ月) 5 45 0 3. セミナー、研修コースの実施とその評価 研修コースは数回実施、内容は EM、内視鏡、免疫診断技術等、シンポジウムは2回開催、何れも FINEP、CNPq 等と連合で開催したもので国内の学会の援助もあり、リオ、サンパウロ等より明確な立場にある研究者の参加があり、盛会であった。 4. 成果、このプロジェクトを通じて出された学術論文 ・総数 約65編、うち海外国際誌に出されたもの 約20編 ・C/P の業績として考慮された事例 - 当プロジェクトの場合原則として publication はC/Pを Top author としている。 5. C/Pの日本研修 ・技術上の成果 - 研究以外でも器材メンテナンスのための研修が有意義であった。C/Pの首席の研修も良い結果をもたらした。 6. チームリーダーの問題点と機能 本プロジェクトの場合はチームリーダーは広い範囲をカバーしており、ブラジル国内での研究費調達 (FINEPより) まで関与している。 7. 大使館、JICA 事務所の協力状況 - 時期、人によって異なる一概にいえない。 8. 国際機関との連携 - 現時点で待たなし。</p>	<p>&lt;3&gt; 技術プロジェクトに取り組む上での問題点・条件</p> <p>1. 良質の日本人を派遣するための問題と改善法 漠然として良く判りませんがどこでも問題となるのは、1) 人間性、無意、2) 言語、3) 専門知識等でしょう。この改善法も特定のものがあるとは思えない。 2. 良質 C/P を作るためにはどうすべきか 当方にて育成するしかない。 3. プロジェクト予算の実施上の問題と改善法 1) 基礎設備等の出し方をスムーズに、かつ応用がきくようにしてやること。 2) 日本側の予算執行は大遅延、時期を失うことがある。改善法として一般的なものがあるとは思えない (後々のレベルで)。 5. 専門家を出した国内機関にどのような問題があり、どう対処すればよいか ・最大の問題は文部省下にある国立大学である。現時点では対処する術はありません。 6. ODA による技術プロに学界として対処するための提案 ・国際機関の技術に医学関係者のみで対処するのは困難である。現時点での動きにあるように広範な地域研究の一環としてとらえ直すべきです。</p>



日本の国際保健医療協力の実績分析・評価

A SURVEY OF JAPAN'S ODA IN HEALTH AND MEDICAL SERVICE SECTOR IN THE '90s

Chizuko SUZUKI<sup>1)</sup> AND T. MIZOTA

Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University: <sup>1)</sup> Graduate Student

This study attempted to evaluate the Japanese Official Development Assistance (ODA hereafter) accomplishments from 1986 to 1997 in the field of health and medical care. The purpose of this study was to search for more efficient and effective ways of implementing future aid within limited budget restrictions, as ODA's goals are more directed toward "global human security" or "people-centered" with a focus on improving the quality of life for individual human beings.

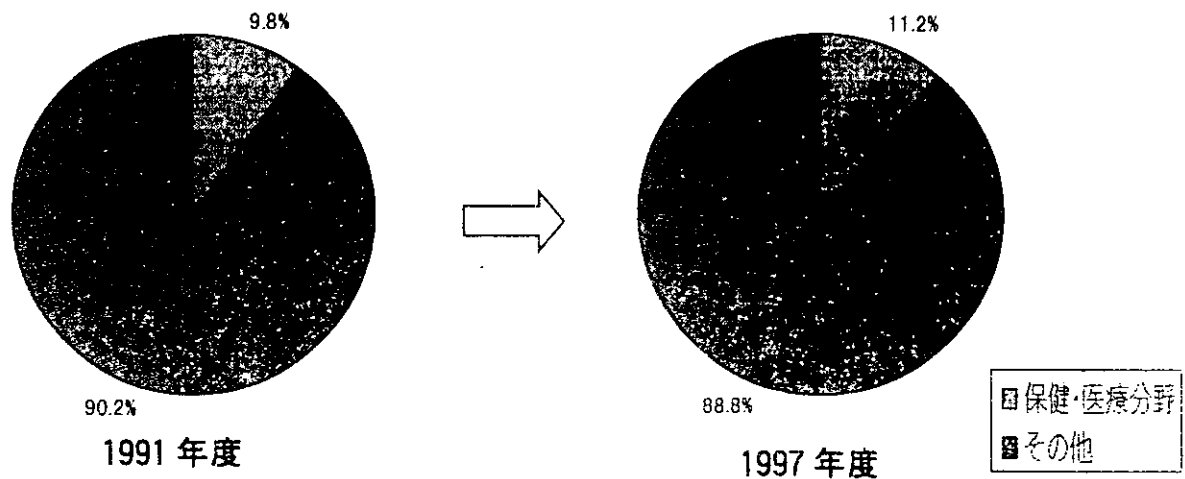
Qualitative and Quantitative methods were used to examine *ODA Annual Reports* and *JICA (Japan International Cooperation Agency) Annual Reports*. In the first part, data in *the ODA Annual Reports (1990 - 1998)* were studied to observe general trends in the provision of funds: Grant aid & Yen loans as well as human resources in Technical cooperation: Trainees accepted, Experts dispatched, & JOCV (Japan Overseas Cooperation Volunteers) members. Second, *the JICA Annual Reports (1991 - 1997)* were investigated qualitatively to examine each Technical cooperation project.

The following findings were obtained. Part I, quantitative analysis results: 1) The ODA budget ratio for health & medical service sector has slightly increased from 9.8% to 11.2% since 1991, being observed from JICA's expenditure. 2) The total bilateral grant aid and yen loans for this sector have been fluctuating, but resulted in an increase during this decade. 3) In technical cooperation aid, the number of trainees accepted has particularly grown while experts dispatched have gradually shrunk and JOCV members have been unchanged. That trend is clearly demonstrated by viewing the share of this sector by group and kind of aid as illustrated by the ratio chart. 4) The geographical distribution of aid in this sector has been more diversified in several regions including Eastern Europe as well as the three major recipient continents: Asia, Africa and South & Middle America. Part II, qualitative analysis results: 1) Ratios by sector for technical cooperation projects show that the health & medical service sector composes around 20% of all, and that projects for building PHC (Primary Health Care) systems and for health of women and children have

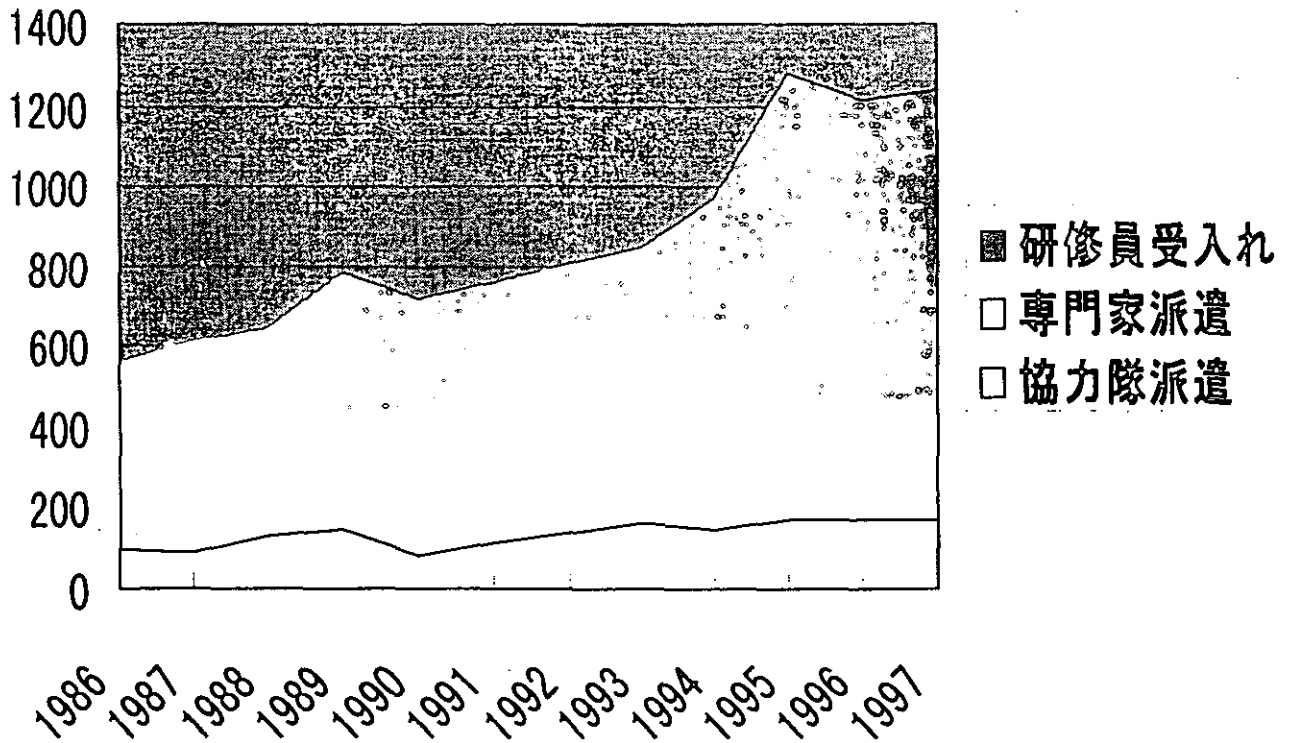
specifically increased. 2) The ratio of its sector occupying the type of grant aid has doubled in the number of projects especially for repairs, following-ups and supply of spare parts to hospitals or institutes constructed before. This tendency is also seen in the aid type of provision of equipments; numerical targets are sets for education, training and advocacy for public health. 3) Projects under investigation for future planning in its sector account for only two, and they are directed toward strengthening PHC and community health care system.

These results indicate that Japan's ODA is expanding in the area of health and medical services, and that it has been emphasizing the part of "software" as PHC system building, training and education. That trend will require more cooperation in the provision of human resources and may eventually expect democratization of health and respect for human rights to be realized in the entire field of health and medical services assistance.

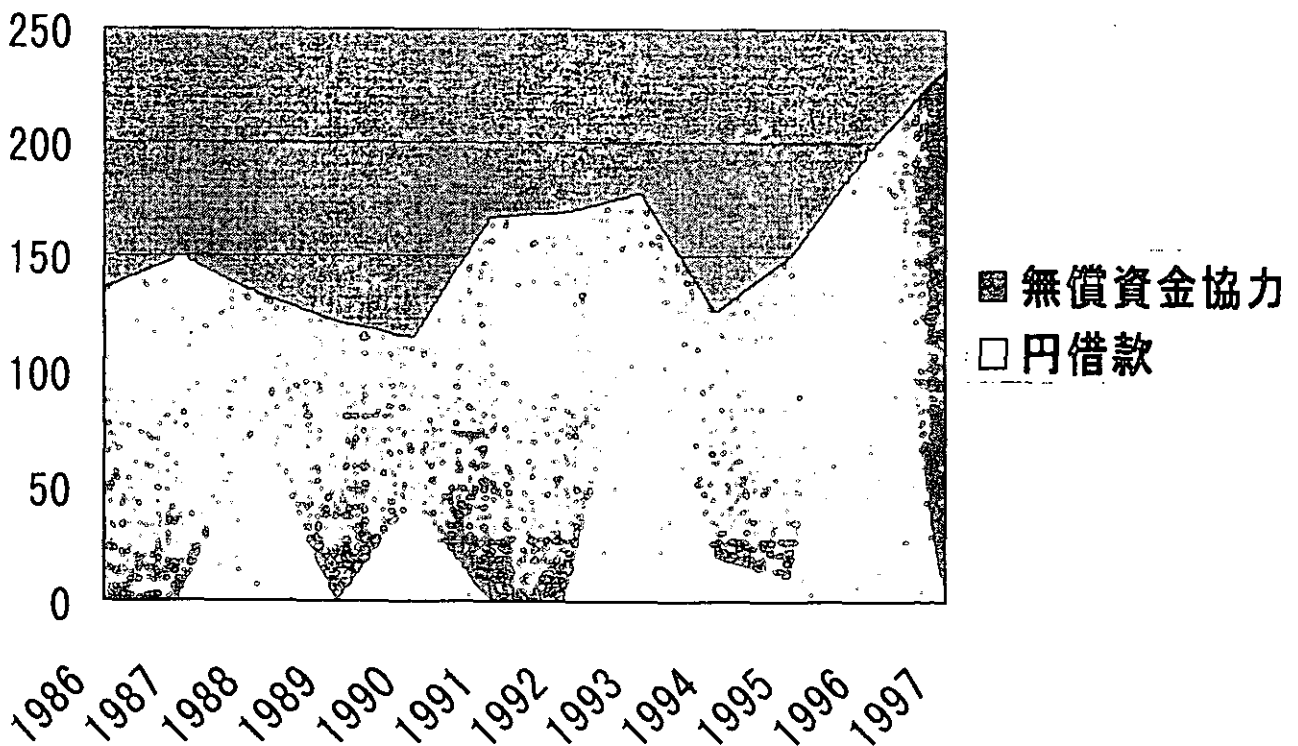
## ODA 全体に占める 保健医療分野経費実績



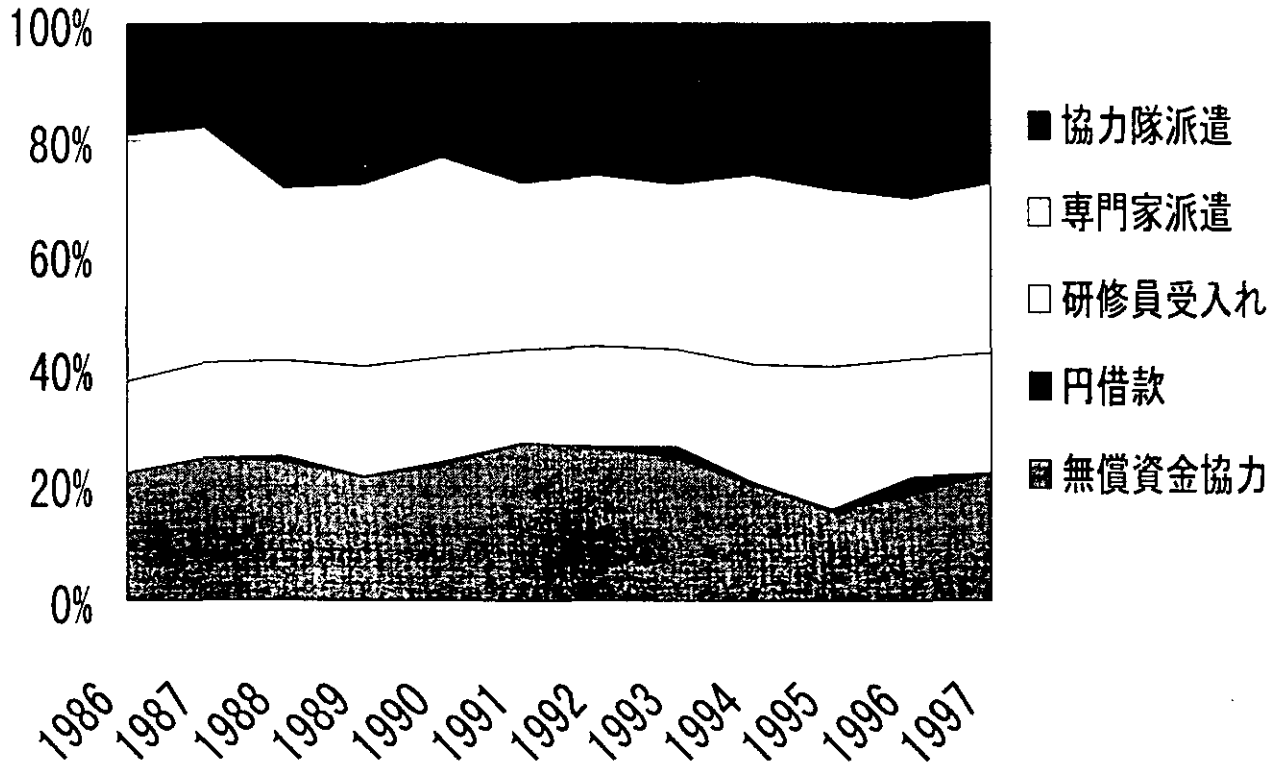
### 保健・医療分野における援助実績(人)



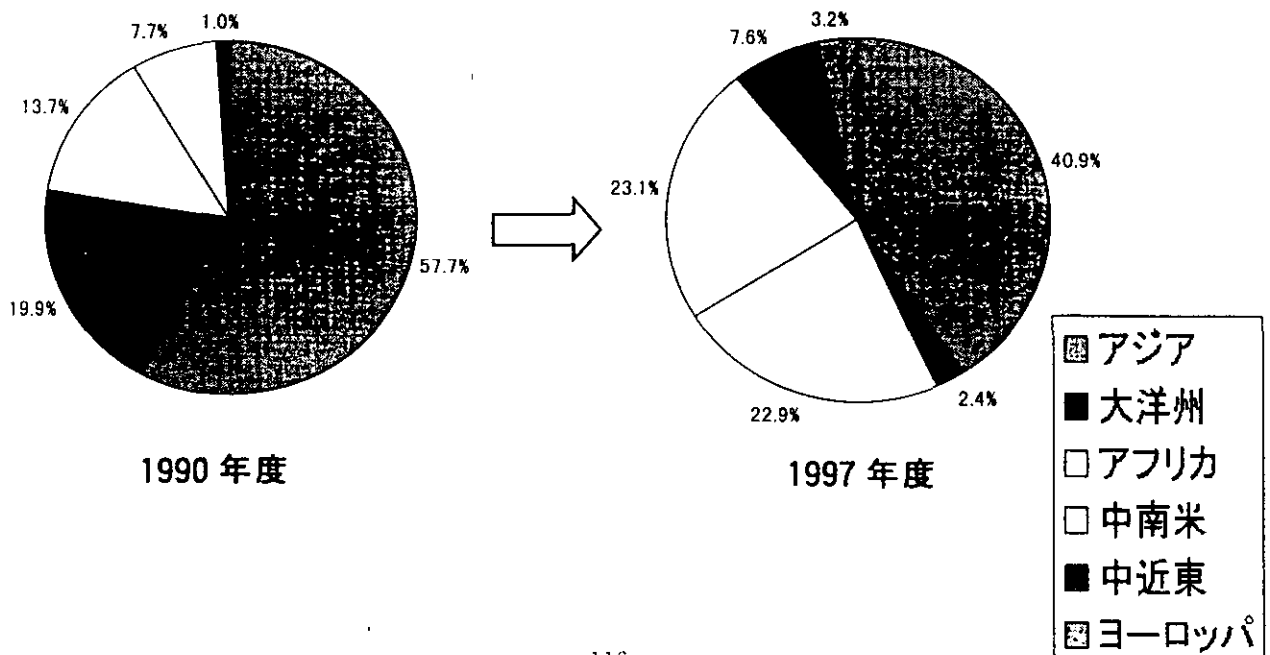
### 保健・医療分野における援助実績(資金)



### ODA全体に占める割合の分野内構成比



### 地域別保健医療協力実績



## 補足

本発表では、「我が国の政府開発援助が、熱帯を中心とする開発途上地域の保健医療分野において、どのような実施状況にあるのか」について、特に90年代の動向の調査結果の概要を紹介し、「熱帯病予防対策に効果を及ぼす文化と環境開発の均衡要因に関する研究」のテーマに対して、考察の一つの観点あるいは関連参考資料を提供できればという立場で行った。なお内容は、第40回日本熱帯医学会・第14回日本国際保健医療学会合同大会（東京、1999年9月3～5日）ポスターセッションでの発表に基づいている。

保健医療協力プロジェクト自体のassessment（厳密な意味での本格的組織的評価）の必要性が本研究会においても指摘され、また他の分野における開発援助による環境および健康へのimpact assessmentの必要性が第23回日本熱帯医学会九州支部大会シンポジウム（1999年2月）においても指摘されたが、本発表でのODAにおける保健医療分野の実績評価は、assessmentよりもsurvey（概観的に検分する調査）と称されるべき内容となっている。

まとめの部分でプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）重視の流れを確認したが、PHCの普及の基盤となる地域保健医療システムの強化に対して要件となるのは、住民参加であり、従って人材育成やソフト面（ここが「文化と開発」の課題に向き合える場面）の充実が求められる。また、PHCの基本的対象としてのベーシック・ヒューマン・ニーズ（BHN）の充足が常に課題となり、人間中心の保健医療協力がより求められる。以上の意味で、医療の民主化と言う表現を用いたが、「官」に対して「民」ということではNGOの役割・実績は大きい。そこでODAのNGOとの連携・協力を観てみると、1998年度予算で保健衛生を含め農漁村開発、女性自立支援等多岐にわたる事業を対象に総額11億5,100万円が経費上割かれているが、ここでもソフト面での連携・協力のあり方が今後一層問われよう。

## コメント

テーマが大きく、なかなか核心に触れた議論までは及ばなかった感がある一方、この大きなテーマへのアプローチの要素もしくはヒントが各発表・各発言に盛り込まれており、これまでの所謂「文化研究」でも掘り下げることができなかった取り組みが本研究会で萌芽しつつあると思った。それは、可能か必要かの議論は別として、鈴木紀先生の発言の中にあつた「文化を科学する」ということではないかと思う。山本勇治先生、大木昌先生、内山田康先生の文化観を参考に考えていきたい。

A SURVEY OF JAPAN'S ODA IN HEALTH AND MEDICAL SERVICE SECTOR IN THE '90s

熱帯地域における健康と開発・環境・文化

—考え方と将来への対処方法を試みる—

溝田 勉（長崎大学熱帯医学研究所）

20世紀も残すところ極く僅かとなった今日、地球上には急増した約60億もの人々が生活している。1997年のデータによれば、世界人口の約半数に近い25億人ほどが貧困層に属し、そのうちの約12億人がいわゆる「絶対的貧困」状態にある。1980年代後半から90年代にかけては、世界の激動期にあたり、冷戦構造は崩壊し政治的には民主化、経済的には自由競争・市場経済が加速化しつつある。米国による不完全な一極支配体制の中で、人種・民族紛争の激化、原理主義を含む宗教的な運動の活発化などによる混乱が世界中で噴出し、過渡期の様相を呈している。政治的混乱による局地戦争の結果、民衆レベルでは、多数の難民と国内避難民が出現して大きな経済的負担になっていると同時に、人間としての身体的かつ精神的荒廃が進みつつあると言い得る。この混乱期においては、先進国の経済成長が停滞と混乱しながらもゆっくり続く一方で、多数の開発途上国・地域が後退化現象を見せ、世界の中での富める者と貧しい者との差は益々拡大する傾向にある。さらに開発途上国の中でも特に最貧国と呼ばれる国々では、国のレベルでも民衆のレベルでも貧困が広がり、開発途上国の間でも格差が生まれつつある。人口の都市集中と高齢化は益々進み、貧困層の多い社会に環境の劣悪化がより多く見られている。加えて先進工業国における少子・高齢化も様々な社会的問題を生んでおり、地球上に棲む全ての人々がグローバルな自然環境悪化に曝されている。

開発、環境、そして文化のアンバランスな経過であり結果である貧困は、これまで主に国や個人レベルの所得によって定義、あるいは分類されてきた。しかしながら貧困という事柄が、より広い視野から人間および生活全体の質的状況を表していることを重視すべきであるという考え方が提唱されてきた。このことは人々の考え方、長年の文化に培われた人々の生き様や価値観に拠って立つことの多い事を銘記すべきであると考えられる。つまり、熱帯地域においては、人間の基本的なニーズを満足させるに足るに十分な資源に乏しい状態の日常化を指し、様々な形の集合体を成している。それらの主要な要素は、不適當に低い所得、教育、特に基礎的教育の欠如、知識と技術の欠如、不健康な状況およびヘルス・ケアと無縁の状況やみすぼらしい住居状態、清潔な水と衛生設備の不足、不十分な食糧供給と栄養状態、家族計画を含む母子保健をとりまく様々な支援の欠如などが挙げられる。

実際に上述の貧困状態というものが、疾病を含むあらゆる健康問題の改善を妨げる最も大きな原因になっているという認識のもとに、どのようにしたら健康分野からのアプローチを総合的な施策として人々の生活改善を図ることができるであろうか。文化に起因し、開発と環境のアンバランスの中でもがく人々の貧困と心身の健康というのは、相互に影響し合いながら互いに足を引っ張り合う関係にある。WHO が約 40 か国の開発途上国について比較検討を行い分析したところによっても、一般的に用いられている一人あたりの国民総生産 (GNP/Capita) の比較だけでは、到底貧困問題を扱うことができないことが明白になった。特に、GNP/Capita が低い国々の中にも、健康指標が良好で人口の大部分が極めて良好な生活状況を示している所がいくつもある事実である。UNICEF の実績やデータが実際に示しているところでも、乳幼児死亡率を例にとると、非常に所得の低い国であるエチオピア、ニジェール、マリ、中央アフリカ、ベニンなどでは、経済状況の悪化とともに所得の低下がみられ、これがすぐに乳幼児死亡率の上昇へと結びついている。しかしながら、マダガスカルやトーゴのような、比較的高い女性の識字率や学校教育の普及がみられる国では、最貧国であるにもかかわらず、かなり速いスピードで乳幼児死亡率の改善がみられる。さらに、もう少し所得が多い国々においても、やはり成人の識字率の割合が高く、とりわけ女性の識字率が高い国では、経済状況の多少の悪化にもかかわらず乳幼児死亡率は大きく改善をみている。こうした点は UNFPA でも明確に指摘している所であり、ニカラグア、ジンバブエ、ホンジュラスなどがその好例である。同様の相関関係は、清潔な水と衛生設備の普及が進んだ場合でもみられ、開発途上国にあっても明らかな健康指標の向上がみられる。一方、UNDP による人間開発指標 (HDI) によってもスリランカや韓国、さらにインドでもケララ州における顕著な例は上記の比較検討を充分裏付けるものとなっており、度々引用される所である。このような状況を鑑みると、人間に対する投資と同時に人間の生存を確保し、生活を豊かにするインフラ投資は上述の状況という点での貧困状況からの脱出に一つの鍵を与えている。

こういった関連性については、いずれの要素がどのような結果を生むかについて一義的に全てあてはまるわけではない。国や地域によってそれぞれに特徴があり、それは文化的、歴史的、民族的な背景を持った、かつそうしたものにより生み出された地域社会での規範などによることと考察される。

### “Sustainable Development” 常態化への姿勢を越えて

ではどのような方策が最も効果的な解決策として途上国の人々の健康を守り、促進する社

会環境作りに役立つのであろうか。大きく言えば、世界全体の貧富の格差をできるだけ小さくすることである。そのためには基本的に改めねばならないことがある。考え方として、①「富の余力で人々の健康が保たれる」という発想をやめて、「途上国の人々の保健が促進されれば、人間らしい生活を営む社会作りができる」という風にベクトルの方向を変えることである。そして、②国際協力の政策担当者が、援助国側も、被援助国側においても同様に医療、保健、栄養、教育といった人間の生存と生活の基本的必要性（BHN）を少しでも充たすことに最大の優先順位をおくことである。これをもって社会的な「人間の安全保障」にすべきだと思われる。そうすれば“持続可能な開発”は欲の皮を持った社会的特権階級の言い逃れでなく、人間として生まれもった使命遂行と社会的公正実現のための進歩に繋がる可能性が充分にある。

健康という視点から言えば、健康の格差を世界的にも、また一国の中でも出来るだけ少なくしていくことが最も大切な課題であり、かつ解決策になり得る。政府はある一定の割合の公的支援を保健、医療サービスや個人の基礎教育あるいは女性教育に振り向けるとともに、個人が技術や知識を得ることを支援することによって、大多数が一定の所得を得、自立へ向うことができるようにすることが大切である。わが国を含む先進国で「女性教育」がこうした中身と大いに異なっていることすら普段は気が付いていない。特に健康面を例にとると、可能な限り疾病を取り除き、不健康状態から派生する不要な負担を減少させ、特に女性の教育に力を入れ、さらに家族計画を含む健やかな妊娠、出産、育児にかかるあらゆる支援運動を進める一方、増大する都市部の貧困層に対しては、差別化ではなく低所得層をどのような形で社会参加できるようにするか、また健康サービスをいかにして個人に行き渡らせるかという点に注目せねばなりません。

そうした際に人々の行動をより望ましい、納得づくで生活行動や社会システムを変えていくには人々の生き様、広く文化、身近かな医療の世界に限ってもレポートやヘルス・ニードに合わせる必要がある。換言すれば地域の社会開発がうまくゆくことこそ熱帯性疾患の対策や予防にとっては欠かせない事柄である。従ってアカデミアの特定分野が求める基礎的な科学の方法と開発途上国現場の人々の生活が求める国際協力支援には request にしても offer にしてもまだまだ距離があると言える。しかしあきらめず手立てを講ずる必要がある。

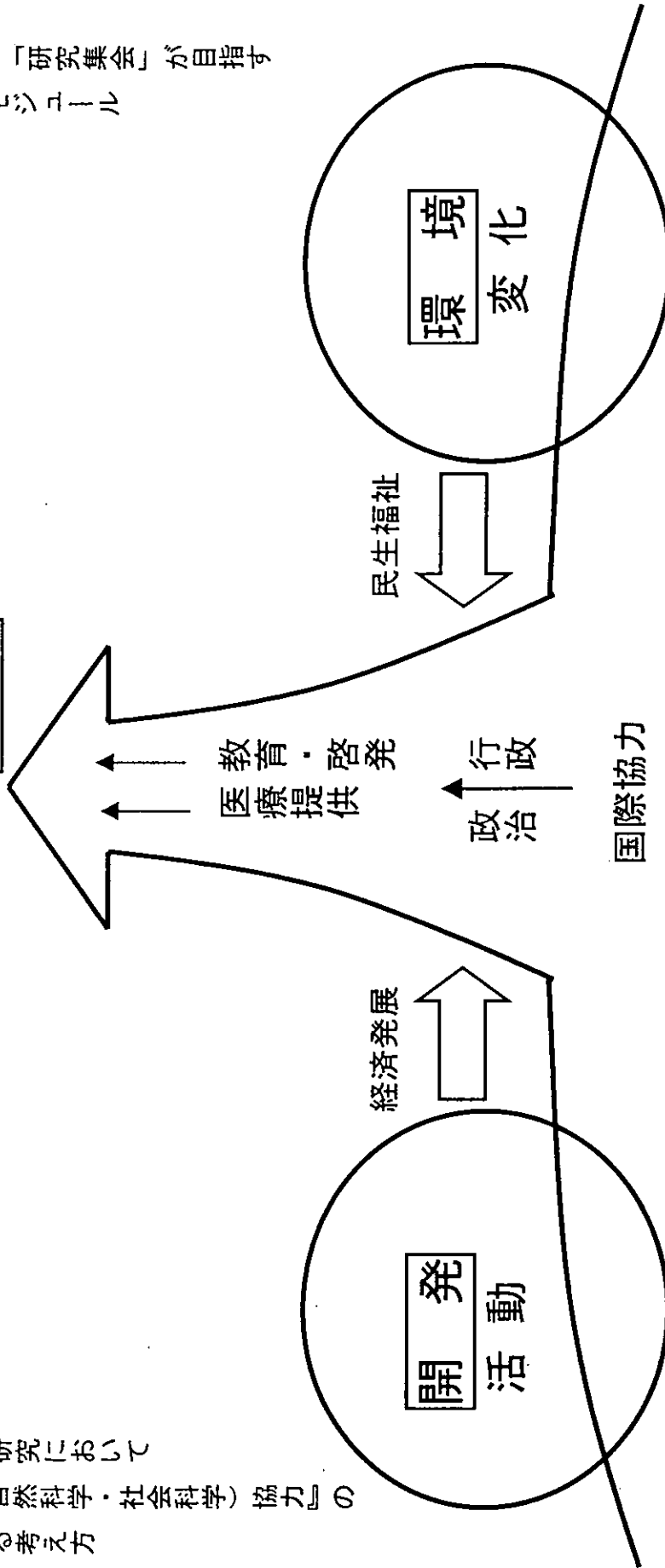
国際社会では、1995 年に開催された国連社会開発サミットなどを通じ、貧困や健康問題



に密接な関係を持つ行動計画を合意してきている。具体的な国際協力分野からの資金援助や技術援助については、より多くの社会サービス支援、とりわけ保健医療や基礎教育の充実、女性に対する支援を強化し、社会の安定化を外側から支援する必要がある。特に低所得、最貧国の場合は、対外援助が既に国の予算のかなりな部分を占めているところも多く、国民の声を反映した部分に対するより密接な支援を強化すべきである。この中で大切なことは単に政府間の問題ではなく、政府が行う二国間支援については多国間機関における様々な経験やノウハウを十分に吸収できるような、むしろセクター別のメカニズムを強化し、さらに支援する側およびされる側の双方で都市部、農村部ともにきめ細かな人間支援・健康、教育支援を行うためのシステム作りが必要であろう。このためには当該政府の力だけでは全く不可能であり、特に地域社会において最も重要な共同体そのもの、そしていわゆる草の根で活動する非政府組織（NGO）および非営利組織（NPO）の協力と参加が不可欠である。一例として南アジア諸国における NGO 活動は顕著であり、場合によっては政府機関を通じるよりも大きな成果を挙げているとも言える。NGO/NPO の役割は今後とも尚重要になっていくことが充分予想され、国際機関、地域機関、NGO/NPO のより健全な形での協力連帯作業が各国政府の優先順位にうまく符合すれば、実は最も大きな民衆支援となって特に熱帯性疾患を充分念頭においた医療・保健・栄養・教育事業の改善向上に成果を挙げていくものと考えられる。ここに述べた考え方、総合的活動を通じて、心身健全な人間への投資と民衆参加型の社会構築を目指していく必要がある。

☆ 今回の「研究集会」が目指す  
基本モジュール

# 熱帯性疾患の 治療・予防



☆住民の日常行動様式  
☆人間の生きて来た歴史

文化

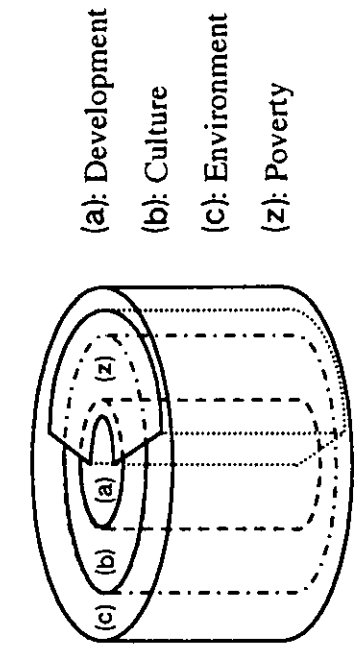
熱帯医学研究において  
『学際的（自然科学・社会科学）協力』の  
土台となる考え方

Chart1

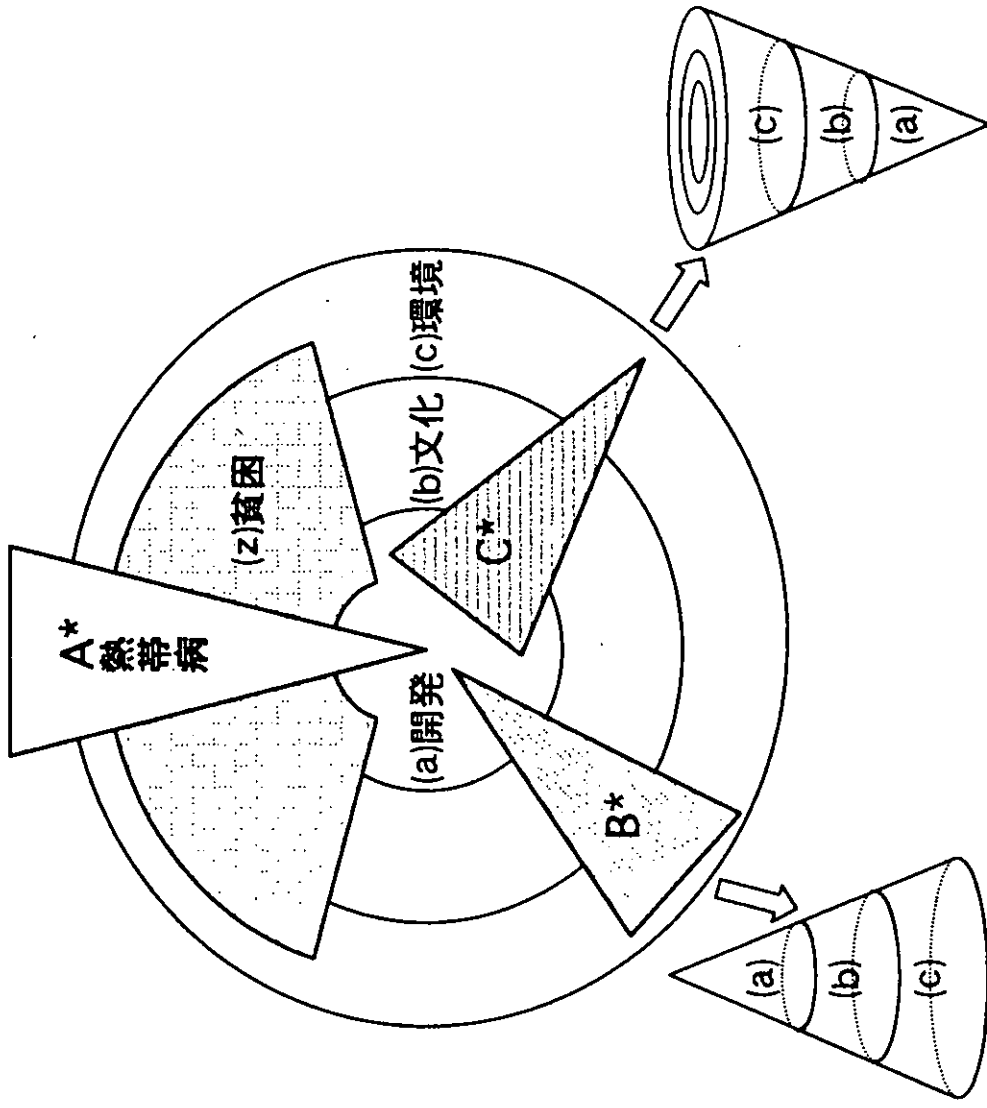
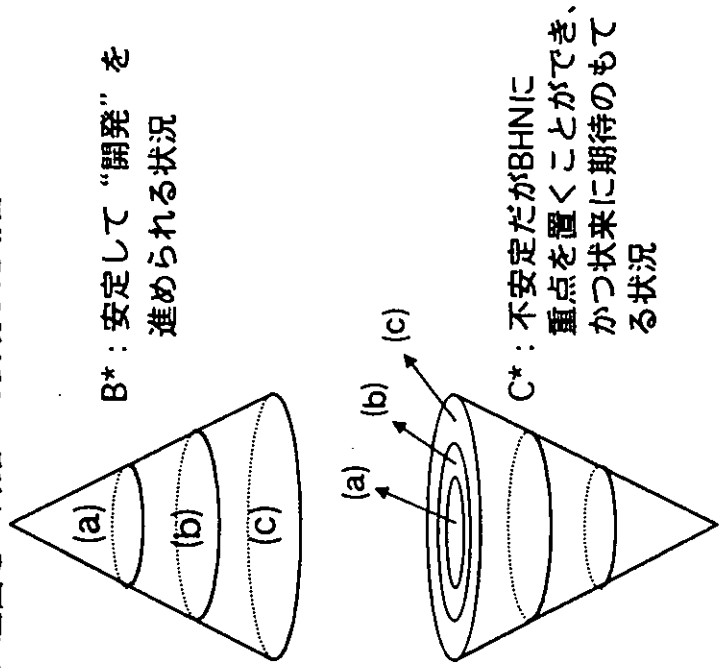
Chart2

熱帯病と開発・環境・文化の連関に関する一つのシエーマ  
 一人間の生存・生活環境レベルのグローバルな改善・向上を目指して—

(I) 左図を“円柱”で表現した場合



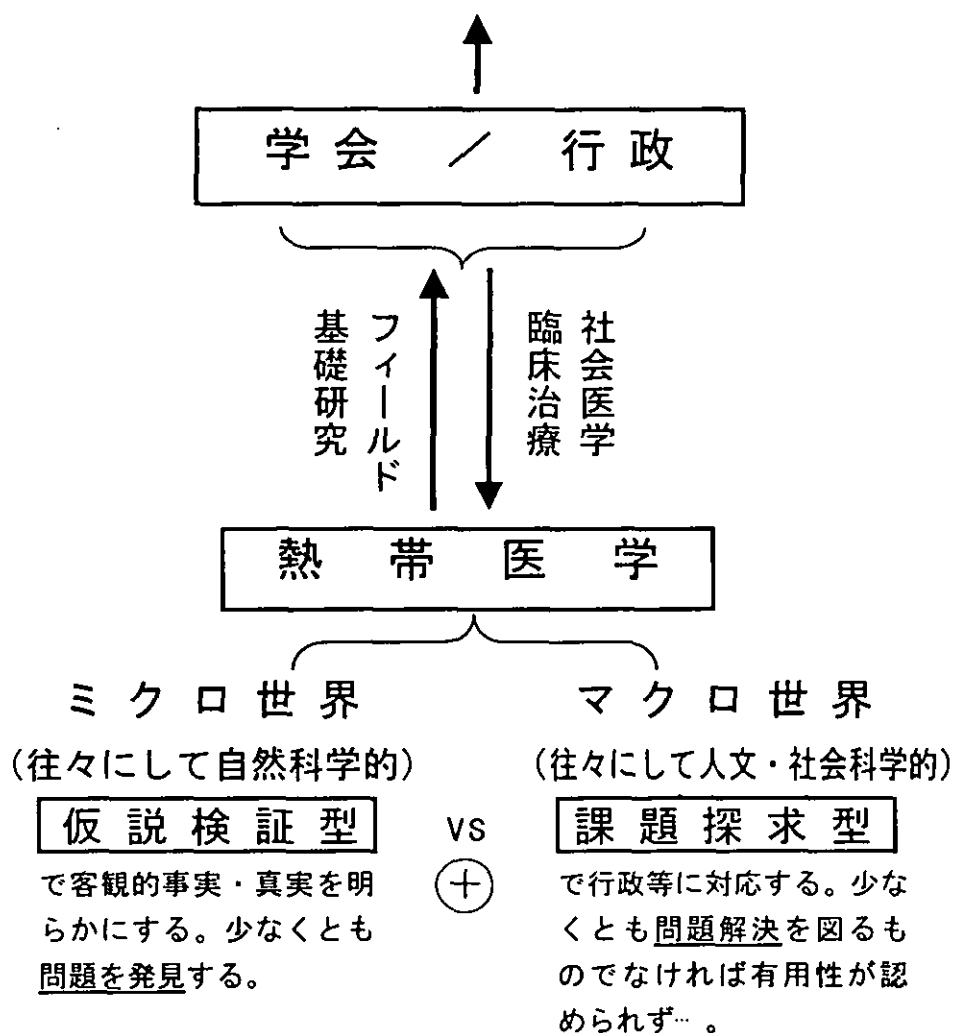
(II) 左図を“円錐”で表現した場合



A\*: Threat by tropical diseases and epidemics for people's health & social environment.  
 B\*: Problem oriented solution for basic needs and human virtue.  
 C\*: Prioritization by "economic power" under capital flow and free market mechanism.  
 (z): Mass poverty in connection with population, malnutrition and education.

Chart3

## 国際社会への貢献



開発途上国・地域の支援方策に関し、  
“概して” or “総じて” 多い特徴的要素