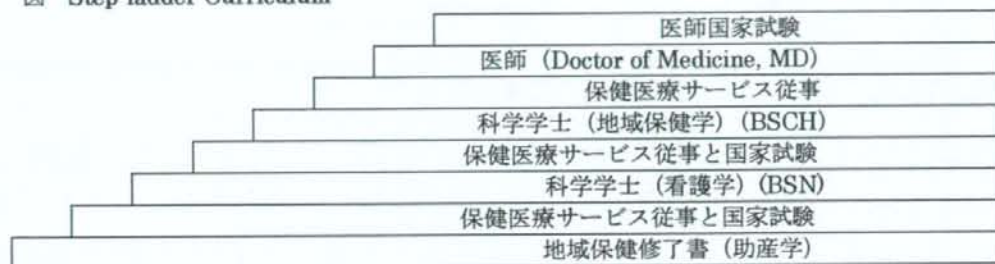


図 Step-ladder Curriculum



研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Takemi K, Jimba M, Ishii S, Katsuma Y, Nakamura Y.	Human security approach for global health	The Lancet	第372巻	13-14	2008年
中村安秀	ミレニアム開発目標 (MDGs)	小児科臨床	61巻6 号	1113-1116	2008年
中村安秀	世界の小児科医の国際協 力	小児科	49巻9 号	1181-118 7	2008年
中村安秀	国際保健と人間の安全保 障	医療経済研 究	20巻2 号	63-72	2009年
石井 明	アメリカ第35回 Global Health Council 国際会議 からみえる日本の課題	医学のあゆ み	227巻4 号	260-262	2008年

- London AJ, Kimmelman J. Justice in translation: from bench to bedside in the developing world. *Lancet* 2008; **371**: 82-85.
- Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. 2002. http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm (accessed May 21, 2008).
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. 5th revision. 2000. <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> (accessed May 23, 2008).
- Chege K. 'Turn words into action' Rwandan president urges. *SciDevNet* Jan 31, 2007. <http://www.scidev.net/content/news/eng/turn-words-into-actions-rwandan-president-urges.cfm> (accessed May 21, 2008).
- Mugabe J. African fund will advance science on the continent. *SciDevNet* May 1, 2007. <http://www.scidev.net/content/opinions/eng/african-fund-will-advance-science-on-the-continent.cfm> (accessed May 21, 2008).
- Anigwafo F, Hamdy O, Worku K, et al. Health research for disease control and development. June 15-17, 2006. <http://www.cohred.org/main/Assests/PDF/communique-acra.pdf> (accessed May 21, 2008).
- Deen JL, Clemens JD. Issues in the design and implementation of vaccine trials in less developed countries. *Nat Rev Drug Discov* 2006; **5**: 932-40.
- WHO/UNAIDS/IAVI International Expert Group. Executive summary and recommendations from the WHO/UNAIDS/IAVI expert group consultation on 'Phase III-TOC trials as a novel strategy for evaluation of preventive HIV vaccines'. *AIDS* 2007; **21**: 539-46.
- Participants in the 2001 Conference on Ethical Aspects of Research in Developing Countries. Moral standards for research in developing countries: from "reasonable availability" to "fair benefits." *Hastings Cent Rep* 2004; **34**: 17-27.
- COHRED. Priority setting in health research: a management process for countries. <http://www.cohred.org/main/prioritysetting.php> (accessed May 21, 2008).
- Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. *Priorities in health*. Washington, DC: World Bank, 2006.

Human security approach for global health

The concept of security has shifted over the past 15 years, and has moved beyond a focus solely on the security of nations to include a focus on the security of individuals and communities.¹ However, it was not until the 1990s that the concept of human security began to take clearer shape after it was reappraised within the UN. In particular, the UN Development Programme's (UNDP) *Human Development Report, 1994* first made the connection between human security and the dual freedoms from fear and want, which were originally outlined in the US Secretary of State's report on the 1945 San Francisco Conference. The UNDP report is also said to be the first document to provide a comprehensive definition of human security, covering economic, food, health, environmental, personal, community, and political security.²

In practice, the need for an expanded conceptualisation of security was triggered by a series of tragedies around the world. The genocides in Rwanda (1994) and Bosnia and Herzegovina (1995) starkly illustrated to the world that the traditional concept of security as the protection of national borders was not sufficient to save lives in the face of civil conflict. In both cases, national security failed to protect individuals and communities within their own national boundaries, which thus provided justification for expanding the object of security.

To urge the international community in the new millennium to take action on the needs of individuals and communities around the world—in other words, to ensure human security for all—a second influential report was published in 2003 by the Commission on

Human Security, co-chaired by Sadako Ogata and Amartya Sen.³ The refined definition of human security in this report advocated "protecting individuals' and communities' freedom from fear, freedom from want, and freedom to live in dignity." The report also highlighted ten immediate areas requiring concerted action by the international community, with access to basic health services identified as one priority.

In parallel with the UN's growing interest in human security, Japan has been one of the strongest proponents of the concept. As the generation of Japanese whose pacifism is based on the devastation they experienced first-hand during World War II is nearly gone, Japan needs to develop a new motivation for pacifism. At the same time, Japan is trying to secure its position in an ever-changing world and finding that human security offers a framework for a future-oriented pragmatic pacifism. The evolution of human security into a pillar of Japanese foreign policy thus reflects the country's quest to solidify its position as a global civilian power.

This focus is prompting Japan to expand the pool of actors who are involved in policy making, as is happening around the world. First we saw the common framework transition from bilateral to multilateral diplomacy, and now the framework is being further expanded to include non-governmental organisations and other civil-society networks.⁴ This framework allows us to view the community not only as the endpoint of top-down policy making, but also as the starting point for a bottom-up approach to decision making.

The printed journal includes an image merely for illustration

Funeral ceremony near Srebrenica, Bosnia and Herzegovina

8 years after the Okinawa Summit, Japan is again preparing to host the leaders of the G8 countries, and global health is one of the priorities on the summit agenda. In a speech about global health and Japan's foreign policy, Japanese Foreign Minister Masahiko Koumura stated that human security is "very relevant to cooperation in the 21st century. That is to say, it is vitally important that we not only focus on the health of individuals and protect them, but also strive to empower individuals and communities through health-system strengthening".⁵ With this statement, the minister showed Japan's commitment not only to support global health but also to do so through a human security approach. A group at Harvard University has also advocated for global action on health-system strengthening as part of their proposal to the G8 leaders.⁶

Human security approaches have the potential to contribute to improved health for several reasons. First, as a human-centred approach, human security focuses on the actual needs of a community, as identified by the community.⁷ Second, human security highlights people's vulnerability and aims to help them to build resilience to current and future threats, and to help them to create an environment in which they can protect their own and their family's health even in the face of other challenges. Third, human security aims to strengthen the interface between protection and empowerment. In the context of public health, a protection approach aims to strengthen institutions in a society to prevent, monitor, and anticipate health threats. On the other hand, an empowerment approach aims to enhance the capacity of individuals and communities to assume responsibility for their own health.⁸ Human security also looks at the interface between these two approaches, and encourages those with political and economic power to create an enabling environment for individuals and communities to have more control over their own health.

As we approach the G8 Summit, Japan has the unique responsibility to take a strong leadership role in bringing

together the G8 leaders to make a commitment to maintaining and strengthening the international community's focus on global health, not only at the summit but also in the ensuing months and years, so that we can achieve real and sustainable improvements in the health of individuals and communities around the world.

**Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma, Yasuhide Nakamura, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution*

Department of Global Health and Population, School of Public Health, Harvard University, Cambridge, MA 02138, USA (KT); Department of International Community Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Tokyo, Japan (MJ); Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning, Tokyo, Japan (SI); Graduate School of Asia-Pacific Studies, Waseda University, Tokyo, Japan (YK); and Department of International Collaboration, Graduate School of Human Sciences, Osaka University, Osaka, Japan (YN)
keizo55@takemi.net

The Japan Center for International Exchange (JCIE) launched a working group in September, 2007, on Challenges in Global Health and Japan's Contributions, led by KT, former senior vice-minister of health, labour, and welfare, and including scholars and practitioners from diverse sectors in Japan. JCIE assisted at two major international conferences hosted by Japan in 2008: the Fourth Tokyo International Conference on African Development (TICAD IV) in May, and the G8 Summit in July. Susan Hubbard and Tomoko Suzuki of JCIE assisted this process. Funding for the working group was provided by the Bill & Melinda Gates Foundation. We declare that they have no conflict of interest.

- 1 Human Security Centre. Human security report 2005: war and peace in the 21st century. 2005. <http://www.humansecurityreport.info/index.php?option=content&task=view&id=28&Itemid=63> (accessed June 17, 2008).
- 2 UN Development Programme. Human development report, 1994. 1994. <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2004> (accessed June 17, 2008).
- 3 Commission on Human Security. Human security now: protecting and empowering people. 2003. <http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/index.html> (accessed June 17, 2008).
- 4 Suto N. Civil society organizations (CSOs) and human security. In: Strategic Peace and International Affairs Research Institute, Tokai University, ed. Human security in the 21st century. Tokyo: Tokai University Press, 2007: 61-74.
- 5 Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. *Lancet* 2007; 370: 1983-85.
- 6 Reich N, Takemi K, Roberts M, Hsiao W. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *Lancet* 2008; 371: 865-69.
- 7 Hubbard S, Suzuki T. Building resilience: human security approaches to AIDS in Africa and Asia. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2008.
- 8 Okazaki I, Watanabe T, Kinoue T, Watanabe Y. Infectious disease and human security in: Strategic Peace and International Affairs Research Institute, Tokai University, ed. Human security in the 21st century. Tokyo: Tokai University Press, 2007: 105-17.

For the working group's full paper see http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/final_paper.pdf.

ミレニアム開発目標 (MDGs)

大阪大学大学院人間科学研究科 なかむらやすひで
中村安秀

1. ミレニアム開発目標とは？

1990年の「子どものための世界サミット（ニューヨーク）」以来、「地球環境サミット（リオデジャネイロ，1992年）」、「国際人口開発会議（カイロ，1994年）」、「世界女性会議（ペキン，1995年）」など世界規模での国際会議が立て続けに開催された。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。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¹⁾。

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

ド・ガバナンスなどを課題として掲げた。そして，1990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1）²⁾。乳幼児死亡率の削減，妊産婦の健康改善，感染症対策だけでなく，基礎教育，ジェンダー，貧困，環境対策など多くの項目が，子どもの健康と密接に関連している。

MDGsは8つの目標を掲げ，そのうちMDGs 4，5，6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，生存や健康という課題が人類にとっていかに大きな意義をもつかがわかる。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

表1 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

表2 MDGs 4, 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)
(5歳までの死亡数/出生1000)
乳児死亡率 (IMR: Infant Mortality Rate)
(1歳までの死亡数/出生1000)
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
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)
(妊娠中および出産に関わる死亡数/出生100,000)
MDGs 6 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

表3 地域別の5歳未満児死亡
(UNICEF:世界子供白書2006より著者が作成)

地域	5歳未満児死亡数 (万人)	累積%	5歳未満児死亡率 (出生千対)
サハラ以南のアフリカ諸国	483.3	46.0	171
南アジア	340.9	78.5	92
東アジアと太平洋諸国	107.8	88.8	36
中東と北アフリカ	53.9	93.9	56
ラテンアメリカとカリブ海	36.2	97.3	31
旧ソ連・東欧とバルト海諸国	21.2	99.4	38
先進工業国	6.5	100	6
合計	1,050		79

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2)。

II. 途上国の子どもの健康

世界の年間の5歳未満児死亡数は約1,050万人と推定され、サハラ以南のアフリカ、南アジア、東アジアで全世界の約89%を占めている(表3)³⁾。5歳未満児死亡率は、アフリカ、南アジアで極めて高く、子どもを取り巻く社会環境の厳しさを表している。また、死亡原因としては、予防や治療が可能な感染症である急性呼吸器感染症

(ARI: Acute Respiratory Infection)、下痢症、はしかによるものが38%を占め、マラリアやHIV/AIDSなどの重要な感染症によるもの、周産期異常などが続いている(図)⁴⁾。

このように、乳幼児死亡の直接原因の50%以上は感染症によるものであり、小児感染症対策は国際協力の大きな柱の一つである⁵⁾。また、感染症の背景には子ども自身の栄養失調、親の教育不足、劣悪な衛生環境などがあげられる。栄養失調があれば免疫力も落ちているために、ふつうのカゼがすぐに肺炎などに進展してしまう。また、安全な飲料水が得られないために下痢を繰り返す乳幼児も少なくない。予防接種の重要性や適切な医療を理解するためには、親の教育レベルは重要な

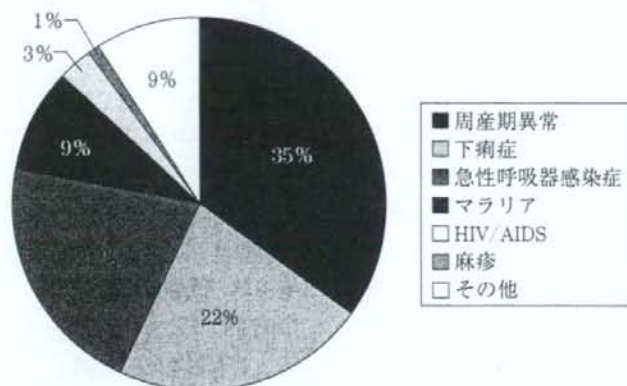


図 5 5歳未満児死亡原因 (Source : Black, Morris & Bryce 2003)⁴⁾

要素である。そして、これらの諸要因はまさに貧困と深く結び付いている。

これらの対策として、高度な保健医療技術が必要なわけではない。すでに効果が認められた低コストの母子保健医療サービスを、貧困や遠隔地の子どもたちにも広く提供することが求められている⁶⁾。具体的には、小児死亡の約40%を占めるといわれる新生児期の死亡の減少⁷⁾、下痢症や急性呼吸器感染症という感染症による死亡の減少、予防接種の普及、母乳栄養などの小児の栄養状態の改善などである。

しかし、多くの途上国では、小児保健医療従事者や医療施設の絶対数の乏しさに加え、医療そのもの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、欧米に留学した小児科医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: Primary Health Care) 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り、各地で地域保健医療システムの強化が試みられている。

III. TICAD IV と G8 洞爺湖サミット

2008年は日本の国際協力にとって画期的な年で

ある。2008年5月末に横浜で第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が開かれる。

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す予定である。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の期待も大きい。「人間の安全保障 (human security)」の観点から、感染症や母子保健などの MDGs 目標の達成とともに、平和の定着や民主化、環境・気候変動問題への対応など取り組むべき課題も少なくない。

G8 サミットの主催国として、高村正彦外務大臣が、「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、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と、母子健康手帳を通じた国際協力の成果を世界に発信した⁸⁾。

IV. 日本の小児科医にとっての MDGs の意義

途上国では、広島と長崎での原子爆弾による甚大な被害を経験し、戦後の廃墟の中で疫病や栄養失調と戦いながら、乏しい資源や人材を最大限に活用して、その後の短期間に急激な母子健康水準の改善を成し遂げた日本に対する期待は想像以上に大きい。例えば、わが国の乳児死亡率は1950年には60.1（出生1,000人当たり）と高かったが、2005年には2.8にまで減少し世界最高水準に達している。しかし、途上国では、文化、宗教、経済状況、交通手段、教育レベルなどの保健医療を取り巻く環境がわが国と大きく異なり、医師などの保健医療従事者の不足、医療施設や機器の貧弱さなど種々の問題を抱えており、日本の経験がそのまま途上国で応用できるわけではない。

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。そのためには、多岐にわたる分野を横断し、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、多くの文化や民族にまたがる人びととの協働作業が必要である。すなわち、専門家だけではなく、地球市民によるネットワークの構築が求められている。

WHO 改革の途上で逝った WHO 前事務局長の Lee Jong-wook は子どもの生存に関する喫緊の課題として3つのコミットメントをあげた⁹⁾。

①母と子どもの健康課題を復権し、政府や国際機関などの重要な課題にすべきである。

②死に直面した子どもたちに手を差し伸べるため、とくに弱者にサービスが届くよう、効果的な介入を大きく展開 (scaling up) すべきである。

③長期的な取り組みとして、地域レベル (district level) での公衆衛生プログラムの能力強化を図るべきである。

これらは、まさに現在の日本の危機的な小児医療体制の課題と直結している。日本で子どもの健康を守ることも、途上国で子どもの健康を増進することも基本的には同じことだということが理解されよう。

文 献

- 1) 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) 58(supple) : 1283~1290, 2005
- 2) 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)
- 3) ユニセフ : 世界子供白書 2006. The state of the world's children, ユニセフ, 2006
- 4) Black RE, Morris SS, Bryce J : Where and why are 10 million children dying every year?. The Lancet 361 : 2226~2234, 2003
- 5) 中野貴司 : 小児感染症と国際保健, 国際医療協力. 日本小児科学会雑誌 110 : 503~510, 2006
- 6) Sachs JD, McArthur JW : The Millennium Project : a plan for meeting the Millennium Development Goals. The Lancet 365 : 347~353, 2005
- 7) 中村安秀 : 周産期分野における国際保健医療協力, 日本未熟児新生児学会雑誌 19(9) : 47~51, 2007
- 8) Koumura M : Global health and Japan's foreign policy. The Lancet 370 : 1983~1985, 2007
- 9) Lee Jong-wook : Child survival : a global health challenge. The Lancet 362 : 262, 2003

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

世界の小児科医の国際協力

中村安秀*

要旨

世界のどんな場所でも小児科医たちは、私が小児科医だと知ると、まるで十年來の知己のように暖かく迎えてくれた。本稿ではインドネシアで知りあった小児科医、子どもから子どもへという活動を始め国際社会に対して子どもの健康の重要性を訴えた英国の小児科医、母子手帳が大好きというタイの小児科医の活動を紹介した。近年、グローバルな視点から、豊かな国から貧しい国への援助という古典的な国際協力の発想から、双方向的な国際的協働へと移行しつつある。今後は、日本の小児科医がすでに構築してきた重層的なネットワークを駆使して、日本発の協働プロジェクトが発信されることを望みたい。

はじめに

国際協力の現場で多くの小児科医たちと出会ってきた。マラッカ海峡沿いのインドネシアの田舎町、空港を降りると道路がなくトレッキングしてたどり着いたネパールの山あいの病院、防弾車で検問をいくつも通過したあとのパレスチナの診療所。世界のどんな場所でも小児科医たちは、私が小児科医だと知ると、まるで十年來の知己のように暖かく迎えてくれた。そういう小児科医の心の通ったネットワークに励まされ、支えられて、国際保健医療協力の仕事を続けてきた。

「世界の小児科医の国際協力」というタイトルをいただき、当初は、世界の小児科医が実施してきた国際保健医療協力について、世界140カ国以上の小児科学会が加盟している国際小児科学会 (International Pediatric Association) の

活動などから、統計的に分析しようと試みた。しかし、小児科医の活動範囲はあまりに広範であった。狭義の小児科医療や小児保健にとどまらず、ときには公衆衛生の専門家や疫学者として、または緊急医療活動や人道支援の現場で、さらには医療経済や保健政策の分野でも小児科医が活躍していた。

そこで、本稿では、私がいままでに出会った世界の小児科医たちの活動をスケッチすることで、小児科医たちの国際協力の生の姿を伝えたいと思う。

I. インドネシアで知りあった小児科医たち

1986年から2年3カ月、インドネシアの北スマトラ州で国際協力機構 (JICA) の専門家とし

* Yasuhide NAKAMURA 大阪大学大学院人間科学研究科

【連絡先】 ☎ 565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2 大阪大学大学院人間科学研究科

て働く機会を得た。北スマトラ州地域保健向上プロジェクトの母子保健専門家として、プロジェクト地域のアサハン県で村のヘルス・ボランティアとともに、コミュニティで子どもの健康を守ることが私の公的な業務であった¹⁾。

それと同時に、インドネシアの小児医療の実態に触れるために、JICAの了承を得て、国立北スマトラ大学医学部小児科の英語カンファレンスに毎週参加させてもらった。当時の教授は女性で、医局には女医さんも多かった。小児科の英語名は Department of Child Health であった。臨床医学だけでなく予防医学を重視し、子どもの健康に携わるという意識が高かった。しかし、医学部付属病院では、清潔な処置ができない、適切な薬剤が不足している、看護や臨床検査のレベルの低さなどの要因があり、小児科医がいくら努力しても、病院内での死亡率は高かった。日本の病院と体験的に比較して、医療水準というのは医師のレベルだけで決まるものではなく、看護師、臨床検査技師など院内のすべてのスタッフの力量で決まるものと痛感させられた。

インドネシアではメジャー4科といって、地域病院などでは内科、外科、産婦人科、小児科の4つの診療科が揃っていることが求められていた。小児科医の社会的地位は、驚くほど高かった。北スマトラ州の小児科医会の年次総会に特別ゲストで呼んでいただき、「ドクターナカムラのほうがわれわれよりインドネシアの村での小児保健の実情をよく知っている」と誉めてもらったこともあった。私は電気や水道のない農村を回り、保健所の医師や看護師、村のヘルス・ボランティアたちと一緒に汗を流しながら乳幼児健診（ボシアンドゥという住民参加型の健診）を行っていた。しかし、インドネシア人の小児科専門医は村人にとって雲の上の存在なので、かえって率直な村人の声が聞けないという話だった。

インドネシアに暮らした間に、真摯に臨床や

研究に取り組んでいる多くの小児科医に出会った。当時、人口950万人の北スマトラ州に1台しかない旧型のCTスキャンを使って、小児のosteosarcomaを見事に診断していたのには驚いた。また、卒業後すぐに臨床現場で実働するために、医学生の医療知識と実践能力は日本の医学生よりも優れている印象であった。しかし、医師の個人的な意欲や努力にもかかわらず、医療システムに種々の問題があり、患者が小児科医の診療に簡単にアクセスできる状況ではなかった。

一つは、医療費の問題である。1980年代後半の当時は、小児科専門医の診察を1回受けるだけで5,000ルピア（約500円）、評判のいい小児科医だと10,000ルピアの診察料だった。医薬分業なので、薬局での薬代は別に支払う。また、胸部X線が1枚で5,000ルピア。40歳すぎの保健所職員の月給がわずか70,000ルピア（約7,000円）という水準では、あまりにも医療費が突出して高額だった。また、公立病院の給与水準が低く、小児科専門医が自宅開業からの収入に依存していることの弊害も大きかった。多くの専門医は、午前中は大学病院に勤務し、午後は私立病院で、夜間には自宅で開業していた。金銭的に余裕のある患者は小児科医の自宅で丁寧な診察を受けることができるが、貧しい人は混雑した公立病院を受診せざるをえないという構造ができあがっていた。当時は、国立病院に勤務する小児科専門医は1カ月に100~200万ルピア（約10~20万円）の収入があり、そのほとんどは自宅開業から得たものだという。

インドネシアで暮らしていたときは、可能な限り、インドネシア小児科学会（KONIKA）やアセアン小児科会議、アジア小児科学会などに参加した。ちょうど、アジア小児神経学会がジャカルタで開催されたので、インドネシアからの参加者として演題を発表したこともあった。インドネシア人小児科医の発表はほとんどが病院での臨床経験をまとめたものだった。私

は、国際学会だけでなくインドネシア国内の小児科学会においても意識的に農村部の子どもの健診結果を発表し、公衆衛生的なアプローチの重要性を訴えつづけた。2005年の第13回インドネシア小児科学会で招待講演させていただいた際に、社会小児医学を専攻する小児科医たちの会合に特別ゲストとして誘ってもらった。小児の健康や福祉、虐待や性的搾取などの社会的な課題に果敢に取り組もうとしている小児科医が参集した会合に、インドネシアの小児科の未来をみた思いであった。

II. ロンドン発 子どもから子どもへ

途上国の学校保健のなかで、「子どもから子どもへ (Child-to-Child)」の活動を見聞きする機会は少なくない。健康教育の対象として、小学校高学年の児童はその親たちよりも優れている面がある。公用語での読み書きができ、理料的な思考法も習っているからである。そのうえ彼らは、家に帰れば弟や妹たちの世話をしたり、家事を手伝ったりしているので、健康教育の場で聞いた話を生活の中ですぐ実践できる。インドネシアでは「小さな医者さん(ドクター・クチュール)」というプログラムがあり、衛生教育を受けた小学校高学年の児童が地域の幼い子どもたちに手洗いをすすめ、親たちにトイレの必要性を説いていた。私が通っていた村では、大人のヘルス・ボランティアに交じって、「小さな医者さん」たちが予防接種や経口補液療法(ORS)の研修を受けていたこともあった。

この「子どもから子どもへ」の活動の創設者が、ロンドン大学小児科名誉教授のDavid Morleyである。彼はロンドン大学教育学部の中にthe Child-to-Child Trustを1979年に設立し、現在では、世界70カ国以上で「子どもから子どもへ」の活動が実施されている。また、彼は1966年に途上国におけるスライドなどの教

育用教材の開発や販売を目的としたTeaching Aids at Low Cost (TALC)を設立した。いまでもTALCは、栄養、HIV/AIDS、歯科保健、眼科など途上国の子どもの健康に関する書籍やビデオ、CDなどの有力な出版社である。

私が初めてMorley教授と会ったのは、1997年のカナダ国際保健学会のラウンド・テーブルの席上だった。10人くらいで朝食をとりながら、世界中の子どもの健康や病気に関する雑談をするという趣向だった。アフリカの予防接種、ネパールの栄養失調、インドネシアの乳幼児健診と話題は世界を駆け巡るのだが、そのなかにおそろしく物知りのおじさんがいた。これほどに世界各地の子どものことを的確に把握している人に私は今まで会ったことがないと素直に感動したのが、彼との最初の出会であった。

彼のもっとも大きな功績は、単なる小児科という領域を越えて、国際社会に対して子どもの健康の重要性を訴えたことにある。彼の代表作である「My name is today」は、詳細な文献により裏打ちされたエビデンスをもとに、豊富なイラストと図表を駆使して途上国の子どもの健康、病気、栄養、発達などを網羅した名著である²⁾。発達の途上にある子どもたちへのケアやサポートは喫緊の課題である。「子どもに対して、私たちは『あした』と先のばしできないのだ。子どもは『今日』なのだから」というメッセージは、世界の政治家や保健医療政策決定者に大きなインパクトを与えた。

III. 母子健康手帳が大好き、タイの小児科医

タイの小児科医であるSirikul Isaranurugが母子手帳に関与したのは、彼女が保健省に勤務していたときだった。

タイでの最初の母子健康手帳は、1985年に保



図1 マヒドン大学・アセアン健康開発研究所 (AIHD) で2004年11月に開催された第4回母子健康手帳国際シンポジウム

世界十数カ国から150名以上の参加者があった。

健省が作成した数ページの単色刷りのものであった。それまでは、予防接種や栄養カードなどの複数のカードが保健所で使われ、一部の大都市の病院で日本留学経験をもつ医師たちが母子健康手帳に類似したものを使っていたという。複数の州における母子健康手帳のパイロットプロジェクトの成果を評価し、保健省は1988年にタイ版母子健康手帳を正式に導入し、全国の地域保健サービスの場で急速に普及した。開発当初のものは薄く簡素であったが、改訂を経て現在は多数のカラー写真やイラストを盛り込み、魅力的な装丁となっている。

Isaranurug は保健省技官の後、マヒドン大学公衆衛生学部を経て、現在はマヒドン大学・アセアン健康開発研究所 (AIHD) の所長として、母子健康手帳の評価研究にも携わっている。母子健康手帳国際シンポジウムには、1998年の第1回から継続して参加し、2004年にはAIHDで第4回母子健康手帳国際シンポジウムを主催した(図1)。彼女は健康な子どもを育てることが健康な社会づくりにつながると強調し、母子健康手帳の魅力と重要性についてアジアの保健医療関係者に訴えかけている³⁾。

表 マヒドン大学 AIHD における国際研修プログラムの出身国別修了者数 (1983~2007年)

日本	712
タイ	537
ラオス	241
ベトナム	222
バングラデシュ	189
インドネシア	163
ミャンマー	108
ネパール	102
カンボジア	71
スリランカ	69
中国	59

また、彼女はAIHD所長として、プライマリヘルスケア・マネジメント修士コース(MPHM)や数多くの国際研修(International training programs)を実施してきた。MPHMコースは1982年に開設され、2007年までの26年間に34カ国からの560名の卒業生を送り出している。アジア近隣諸国の出身者が多いが、日本からも43名の卒業生がタイでプライマリヘルスケアを英語で学んでいることは注目に値する。また、国際研修の研修生は日本からの参加者が712名にのほり、途上国の研修生とともに国際保健を学ぶ実践的な機会として活用されてきた(表)。これらの修士コースや研修を受けた日本人保健医療関係者の多くが、国際保健医療協力の現場で活躍している。日本人が途上国で公衆衛生やプライマリヘルスケアを学ぶ機会を提供してくれているのが、タイ人の小児科医なのである。このように、国際協力の世界では双方向の教えあい、学びあいという協働関係がますます強まっている。

IV. 交流から協力、そして協働へ

現在まで日本の国際保健医療協力は主に4つのチャンネルを使って行われてきた。1つは、

青年海外協力隊や国際協力機構 (JICA) などが行う ODA (政府開発援助) であり、次に、世界保健機関 (WHO) やユニセフなどの国連機関や赤十字などの国際機関を通じた協力であり、日本は巨額の資金を拠出している。3 番目は NGO (ボランティア団体) であり、多くのボランティア団体が保健医療分野で草の根レベルの協力や難民や災害時の緊急人道援助を行っている。4 番目は、大学などによる研究協力や途上国との共同研究である。欧米の大学と異なり日本ではまだまだ弱体であるが、多くの大学に国際保健学講座ができ、今後の発展が期待される。

国際協力というと先進工業国から貧しい途上国に経済的援助を行うという印象があるが、すでに先進国の仲間入りした国も含め途上国のニーズは大きく変貌しつつある。

医師などの保健医療関係者が圧倒的に不足し、保健行政システムが末端まで十分に行き渡っていない後発開発途上国 (least developed countries: LDC) といった国や地域では、保健所の設置や整備という基本的な保健医療システム作りとともに、看護師や助産師などの地域で活躍する人材の養成が必須である。すなわち、地域に密着したプライマリヘルスケアに基づいた協力が必要であり、予防医学の視点を加味した健康教育が求められている。これらの国では、NGO による草の根の保健医療活動や JICA による医療プロジェクトといった旧来の国際協力モデルが十分に通用する。

しかし、途上国といわれる国々において、最近の進歩はめざましいものがある。2008 年 5 月に大阪大学で開催した国際母子保健シンポジウムでは、ザンビア、マラウイ、シエラレオネといったアフリカから参加した小児科医たちが、新しい予防接種計画において、ヘモフィルス・インフルエンザ b 菌ワクチン (Hib)/B 型肝炎ワクチン/DPT の 5 価混合ワクチンを導入することを決めたと話していた。また、ベトナムの小児科医は、農村部における栄養失調と同

時に都市部における肥満や小児糖尿病も深刻な課題であり、日本の協力を期待していた。フィリピンでは、先天性代謝異常の出生時診断に関心が寄せられ、トルコからは障害者基本法を策定したので、障害児の早期発見早期治療に関する日本の経験を教えてほしいという要望が出されていた。アフリカにおいても、新生児医療に大きな注目が集まっている⁴⁾。

いま、豊かな国から貧しい国への援助という日本の古典的な国際協力の発想を転換すべき時期が到来したように思える。従来のように、栄養失調に対する国際協力は行いが、都市部の小児肥満対策は国際協力の対象になりにくいと ODA 実施機関が公言するようでは、グローバルな視野からの国際協調の実現は困難である。多くの途上国は、国全体の経済水準は低くても、首都には欧米の医学部を卒業した優秀な医師も少なくない。民間病院では最新の医療技術や新薬に関するニーズが高く、民間の保健医療コンサルタントでは疫学の専門家が調査を請け負っている。分子生物学などの基礎医学、新生児医療、心臓・腎臓・呼吸器・代謝性疾患などの臓器別の小児科臨床、子どもの発達や障害児医療、子ども虐待などの社会医学など、多くの分野での学術協力や研究プロジェクトが必要とされている。特に、小児の感染症と栄養に関する期待は大きい。要望に応えられるだけの日本人の専門家が少ないという現状もある。今後は、小児に関する国際協力において、大学や病院による協力と文部科学省による研究協力が大きな役割を果たすことになる。ODA、国際機関、NGO、大学・病院という国際協力のチャンネルを有機的に組み合わせ、途上国の子どものニーズに真に適合した多彩な国際協力を行っていく必要がある。

このように一方通行の国際協力から、双方向的な国際的協働へと移行しつつある時期において、日本の小児科医がすでに構築してきたネットワークが大きな意義をもつと思われる。ここ

でいくつかを紹介しておきたい。1つは、国際小児保健研究会 (JICHA) であり、国際保健に関心をもつ小児科医を中心に活動を継続し、会員数は約 160 名にのぼり、2006 年 1 月に日本小児科学会分科会として承認された。世界各地で活躍する小児科医も多く、ホームページ上からも入会できる⁵⁾。次は、子ども虐待に関心をもつアジアの小児科医や社会福祉専門家などが集う CANAL (Child Abuse and Neglect in Asian League) である。トヨタ財団の支援を受け、日本子ども虐待防止学会と深い関連をもち、活動を継続している⁶⁾。また、母子健康手帳に関するネットワークも広がっている。小児科医を中心に、世界で母子健康手帳に関心をもつ実践家や研究者が 2 年ごとに国際シンポジウムを開催してきた。2008 年 11 月には、東京で「第 6 回母子手帳国際会議」が開かれ、世界各地の十数カ国から研究者、行政、NGO 関係者など約 300 人が参加する予定である⁷⁾。今後は、このような子どもの健康に関連した重層的なネットワークを駆使して、日本発の協働プロジェクトが発信されることを望みたい。

おわりに

アフガニスタンにおいて日本が行ってきた保健医療セクターの国際協力のすべてを評価するために、2007 年 3 月に JICA プログラム評価調査団の一員として、カブールを訪問した。日本ではあまり報道されていないが、アフガニスタンでは多くの日本人が地道に活動を継続し、保健医療分野における活動はアフガニスタン政府だけでなく、国際機関、二国間ドナー機関、NGO においても高く評価されていた。しかし、1978 年の軍事クーデター以来戦乱が続いたアフガニスタンにおいて、人々が安心して暮らせる状況に至るまでには長い時間と絶え間ない努力が必要である。そのためには、なによりも長期的な視点をもったプログラム支援と将来のアフガニスタンを背負って立つような人材を気長



図2 アフガニスタン・カブールの教育病院で出会ったアフガニスタン人の研修医 (2007 年)

に育成することが必要だと痛感した。

首都カブールの教育病院を訪問したとき、私が小児科医であることを知った病院長が、小児科を希望している研修医を紹介してくれた (図 2)。小児科医になりたいのかという私のぶしつけな質問に、彼は「Why not!」と即答し、子どもたちの健康を守る仕事を通じて、アフガニスタンの新しい国づくりに貢献したいという彼自身の希望をとつとつと語ってくれた。小児科医になることが、国の未来を創ることにつながると素直に語ることのできる精神が羨ましかった。私たちが失いかけている、あるいは失ってしまったかもしれない大切な原点が、まだこの世界には残っていることに感動した。世界の小児科医たちとつながることによって、実は日本の小児科医にとっても自分たちを振り返る学びの場になるのだと思う。

文 献

- 1) 中村安秀: 1 億 3 千万人の赤ちゃんは、いま。小児内科 32: 2059-2064, 2000
- 2) Morley D, Lovel H: My name is today. Macmillan Pub. London, 1986
- 3) Isaranurug S: Key message. In the proceedings of 4th International Symposium on Maternal and Child Health Handbook. AIHD, Mahidol University and Osaka University.

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（ベキン、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MDG 4 (乳幼児死亡率の削減)、MDG 5 (妊産婦の健康改善)、MDG 6 (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・ミリング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⁹⁾。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り、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