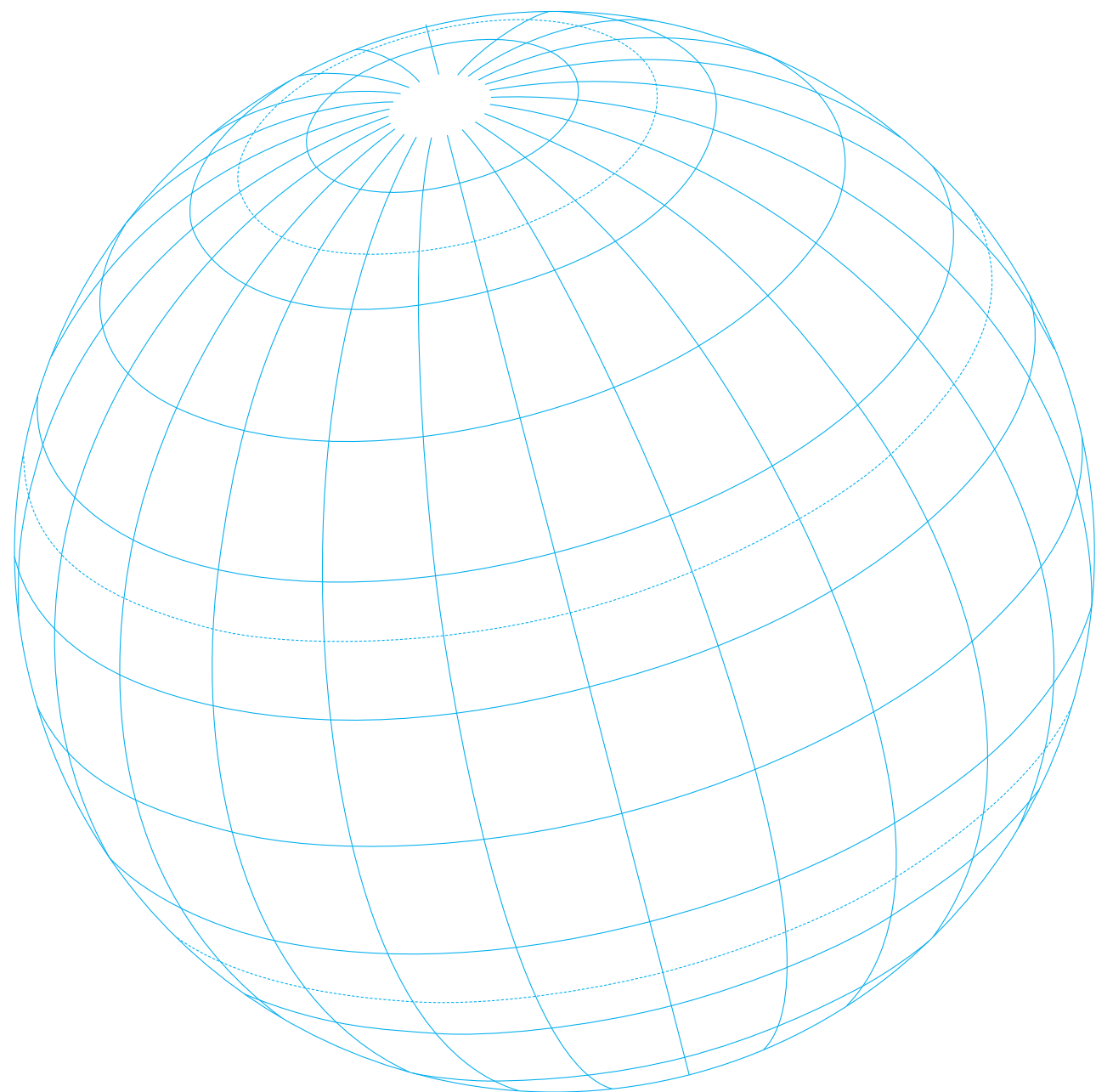




Accessibility  
Affordability  
Availability  
Acceptability

# NGOのための ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) ハンドブック

すべての人に**健康**を届けるためには

権利ベースアプローチ  
アドボカシー  
持続可能性  
回復力

## 目次

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| はじめに（江原功雄 外務省民間援助連携室長）                               | 2  |
| 概要                                                   | 3  |
| 2014 年度 NGO 研究会 企画の歩み                                | 4  |
| <b>第1部 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを「腑に落とす」</b>                  | 5  |
| レッスン1 ねえ"ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ"って何だっけ？                    | 5  |
| レッスン2 逆転の発想:「利用者」の目線で UHC を見る                        | 10 |
| レッスン3 UHC の視点を持った NGO の取り組み:無限の可能性を秘めたフィールド          | 15 |
| レッスン4 UHC の取り組みに不可欠なこと:アドボカシーを「普段ごと」に                | 20 |
| <b>第2部 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの現状と市民社会の活動</b>               | 23 |
| <b>=フィリピンでの調査を通して=</b>                               |    |
| 誰一人取り残さない UHC を考える=社会的排除の視点から=                       | 25 |
| 地域住民参加による UHC の取り組み                                  | 27 |
| UHC を目指すための NGO の役割:統合医療の普及を通じた UHC の貢献=INAM の実践例から= | 29 |
| 制度へのアドボカシーの限界と人材の重要性                                 | 31 |
| <b>第3部 NGO による UHC の取り組み=現場からの事例レポート</b>             | 33 |
| いつでも保健センターに行ける環境を♥(特活)ピープルズ・ホープ・ジャパン                 | 34 |
| 障害者の給水・衛生設備へのアクセスを実現するために◆(特活)ウォーターエイド・ジャパン          | 38 |
| ボランティアへの信頼が鍵を握る保健サービスへのアクセス♠(特活)AMDA 社会開発機構          | 39 |
| HIV 陽性在日外国人の医療アクセスの向上♣(特活)シェア=国際保健協力市民の会             | 42 |
| 住民から熱心な地域保健ボランティア(CHW)候補を探す♥(特活)アフリカ地域開発市民の会         | 43 |
| 障害者を協働のパートナーに◆(特活)DPI 日本会議                           | 47 |
| 地域の健康課題に地域の力で取り組む! ♠(特活)シェア=国際保健協力市民の会               | 48 |
| 自治体の予算を監視し、使いこなす♣(特活)ウォーターエイド・ジャパン                   | 52 |
| 村で初めての健康診断♥(特活)アジア砒素ネットワーク                           | 53 |
| UHC に取り組むためのヒント=試してみよう UHC チェックリスト=                  | 57 |
| <b>おわりに:UHC に向けた NGO の旅、これまでのまとめ</b>                 | 59 |

(注1) 本書のうち、「第1部」および「おわりに」の文責は、編集者である特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会にあります。

(注2) 表紙にある「4つのA」および「権利ベース・アプローチ」、「アドボカシー」、「持続可能性」、「回復力」という4単語は、表紙のデザインです。「4つのA」については、本書「レッスン2」(10ページ)、「権利ベース・アプローチ」については「レッスン1」(5ページ)および「レッスン2」、「アドボカシー」については「レッスン4」(20ページ)、「持続可能性」および「回復力」は「レッスン2」および「レッスン3」(15ページ)で説明し、第2部・第3部の事例でも触れています。

はじめに

外務省民間援助連携室では、平成11年度より様々なNGO活動の環境整備に対する支援事業を行っておきてり、その1つに「NGO研究会」があります。本研究会の事業は、NGO団体自らがNGOに全体に共通する課題やテーマについて、約1年をかけて調査やワークショップ、シンポジウム等に取り組みながら、NGOの諸活動の更なる発展と活躍のために必要とされる改善策や提言を行うものです。

平成26年度のNGO研究会のテーマの一つとして「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとNGO」が選定されましたが、(特活)アフリカ日本協議会がこの事業を受託されました。もとより、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)は、「ポスト2015年開発アジェンダ」の中でも非常に重要な要素の一つとして、これからの時代の国際保健政策分野の新たな理論と実践の指針を与えてくれるものと期待されています。このため、平成25年5月の経協インフラ戦略会議において岸田外務大臣が国際保健外交戦略を提案し、関係閣僚間で合意され、UHCに対する国際協力を我が国として推進していくことが掲げられました。また、国連総会の機会開催されたMDGs特別イベントにおいて、安倍総理も我が国としてもUHCの主流化を重視する旨表明いたしました。

このたび、(特活)アフリカ日本協議会が、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとNGO研究会の具体的成果として、「NGOのためのUHCガイド」を出版する運びとなりました。タイムリーかつ喜ばしい限りです。このガイドブックは、私たちにUHCに関する世界的な動向を紹介してくれますとともに、UHC実現に向けNGOであるからこそ貢献できるユニークな役割やUHCの視点を盛り込んだNGOのプロジェクトのあり方などについて、非常に有益な情報を提供してくれます。UHCに関わる方々のみならず、関心のある方ならどなたでも、できる限り多くの方々がこのガイドブックをご一読いただき、積極的にご活用いただければと存じます。

外務省国際協力局  
民間援助連携室  
室長 江原功雄

## 概 要

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(UHC) とは、「すべての人々が、必要とする質の高い保健・医療サービスを、支払の際に経済的な困難に苦しめられることなく確保している状態」を指す。同概念に関わる国際的・国内的な議論においては、国・地域およびグローバルなレベルでこれを実現するためには、もっぱら、サービスの提供を行う国家・地方政府等の立場から、保健システムの強化と、公的保険制度および/もしくは税の投入による、相当な規模を持ち、効率的で財政的均衡がとれ、透明で説明責任のある形で運営される公的な資金プールの確立が必要であるとされてきた。

一方、いかなる制度においても「完璧」はありえず、たえずそこからこぼれ落ちる人々の存在はあり続ける。こうした制度の「裂け目」や「カバーされていない空間」は、社会的・経済的・文化的な排除に沿って生じており、社会的に脆弱性を抱えている人々が、保健・医療サービスから構造的に排除されるという現象が生じやすい。特に、多くの人々がインフォーマル・セクターに従事し、圧倒的に多様な就労・生活・文化形態を抱える人々が多い新興国やいわゆる「途上国」においては、多くの人々が保健・医療へのアクセスから排除されるといった状況が生じている。こうした状況において、NGO、当事者組織、協同組合などを含む市民社会は、「サービスの利用者」「健康への権利の保有者」たる住民、特に社会的排除の対象となっている人々の「保健への権利」をくいま・ここ>で実現し、また、持続的な保健・医療へのアクセスのためのアドボカシー活動をする存在であり、UHC を真に「誰も取り残さない」保健・医療への衡平なアクセスを実現するものとして成立させるうえで不可欠な存在である。

本書では、上記のように、UHC を国家・地方政府、公的医療機関など「サービス提供者」側（義務履行者側）のみならず、「サービス利用者」側（権利保有者）たる住民、コミュニティの側からとらえ直した上で、小規模ではあっても、UHC の実現や保健からの社会的排除の解消といった問題意識を持つ NGO にとって、どのような取り組みがあり得るかを、実際に日本の NGO が「途上国」の現場で取り組む様々なプロジェクトの実例を以て明示する。具体的には、UHC の視点を持つプロジェクトは、「利用者側」からの UHC の課題について、「Accessibility」（場/距離）、「Availability」（適切なサービスの存在）、「Affordability」（支払の可否）、および「Acceptability」（保健の質・人々の気持ち・保健への受容の度合い）の4つの「A」の観点から分析すること、また、プロジェクトについて、「権利ベース・アプローチ」の発想をもち、「衡平性」(equity)、「回復力」(resilience)、「持続性」(sustainability) を持つ形で組み立てることが必要である。

これらを踏まえて、本書では、UHC の視点を持つプロジェクトとして、日本の市民社会組織が海外および日本で実施している 9 つのプロジェクトの事例を紹介する。そのうえで、UHC に取り組もうとする市民社会組織が検討すべき事項をまとめた「UHC チェックリスト」を提示し、取り組みの構想をまとめる上でのヒントを提示している。



## 2014 年度(平成 26 年度)NGO 研究会 実施企画リスト

本書は、外務省 2014 年度(平成 26 年度)「NGO 研究会」(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと NGO)で実施された以下の企画をベースに作成されました。

| 枠組み                            | 日時                 | タイトル                                                              | 開催場所                                                         | 内容・講師等                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 連続セミナー<br>「UHC を『腑に落とす』」       | 2014 年<br>7 月 8 日  | 連続セミナー第 1 回<br>「UHC を『腑に落とす』」                                     | 市ヶ谷ルーテルセンタ<br>ー(東京都新宿区)                                      | 杉下智彦氏(JICA)                                                                                                                                                   |
|                                | 8 月 1 日            | 連続セミナー第 2 回「ア<br>ジアの現場と UHC」                                      | 新宿 NSビル第 6 会議<br>室(東京都新宿区)                                   | 田中雅子氏(上智大学)、石山<br>民子氏((特活)アジア砒素ネット<br>ワーク、金澤真実氏(一橋大学)                                                                                                         |
|                                | 8 月 5 日            | 連続セミナー第 3 回<br>「UHC と PHC: 日本の経<br>験も踏まえて」                        | 新宿区立 NPO 活動サ<br>ポートセンター(東京<br>都新宿区)                          | 本田徹氏((特活)シェア=国際<br>保健協力市民の会)                                                                                                                                  |
|                                | 8 月 26 日           | 連続セミナー第 4 回<br>「UHC と政策アドボカシ<br>ー」                                | 新宿区立 NPO 活動サ<br>ポートセンター                                      | 渡部明人氏(外務省国際保健政<br>策室)、柴田哲子氏((特活)ワ<br>ールド・ビジョン・ジャパン)、堀<br>江由美子氏((公社)セーブ・ザ・<br>チルドレン・ジャパン)、山田太<br>雲氏((特活)オックスファム・ジ<br>ャパン)                                      |
| UHC 海外交<br>流企画                 | 9 月 19 日           | 交流・討議企画「アジア<br>の草の根の保健ワーカ<br>ーと UHC を語り合う午<br>後」                  | (公財)アジア保健研<br>修所(愛知県日進市)                                     | 林かぐみ氏((公財)アジア保健<br>研修所事務局長)、宇井志緒利<br>氏(同上)、アジアからの研修生<br>のみなさん                                                                                                 |
| 海外調査                           | 11 月 1 日<br>～8 日   | 海外調査(フィリピン)                                                       | フィリピン共和国マニ<br>ラ首都圏ケソン市、ミ<br>ンダナオ島北ダバオ郡<br>ニュー・コレリア町、ダ<br>バオ市 | 訪問先各 NGO、ニュー・コレリア<br>町のみなさん、ダバオ医科大学<br>プライマリー・ヘルス・ケア研究<br>所、他                                                                                                 |
|                                | 12 月 15 日          | フィリピン海外調査報告<br>会「NGO らしい UHC の<br>取り組みを探して」                       | 中央区立環境情報セ<br>ンター研修室(東京都<br>中央区)                              | 田中雅子氏(上智大学)、稲場<br>雅紀氏((特活)アフリカ日本協<br>議会)、石山民子氏((特活)アジ<br>ア砒素ネットワーク)、西山美希<br>氏((特活)シェア=国際保健協<br>力市民の会)                                                         |
| 成果物作成・<br>成果発表に<br>向けた取り組<br>み | 2015 年 1<br>月 19 日 | 成果物「NGO のための<br>UHC ハンドブック」中間<br>とりまとめ会合                          | 中央区立環境情報セ<br>ンター研修室                                          | (本書に事例を提供した NGO 間<br>での意見交換・調整会議。)                                                                                                                            |
|                                | 3 月 23 日           | 成果発表シンポジウム<br>「すべての人に健康をと<br>どけるためには=ユニ<br>バーサル・ヘルス・カバ<br>レッジ再考=」 | 上智大学四谷キャン<br>パス中央図書館 L821<br>号室(東京都千代田<br>区)                 | 稲場雅紀氏((特活)アフリカ日<br>本協議会)、林かぐみ氏((公財)<br>アジア保健研修所)、佐藤真美<br>氏((特活)シェア=国際保健協<br>力市民の会)、石山民子氏((特<br>活)アジア砒素ネットワーク)、田<br>中雅子氏(上智大学)、杉下智<br>彦氏(JICA)、渡部明人氏(外務<br>省)他 |

# 第 1 部 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを「腑に落とす」

このハンドブックは、保健に携わる、また、保健とかかわりのある活動を行う NGO の皆さんのための、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(UHC) をめぐる旅の案内書です。



フィリピン・ケソン市の「フィルヘルス」(全国規模の公的健康保険)事務所。撮影：稲場雅紀

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」：最近、保健の分野で、とてもよく聞く言葉です。しかし、この言葉には、まだ日本語の定訳がありません。じっくりくる日本語がないからです。少し書物をひもとくと、なんとなしに意味は分かってきます。「すべての人が、おカネの壁にぶつかることなく、必要な質の高い保健・医療を受けられること」。しかし、また疑問がわきます。

ひとつ：似たような概念は、今までにもありました。それとどう違うのでしょうか。

ふたつ：なぜに今さら「おカネの壁」を問題にしようとするのか、よくわかりません。本気で言っているのでしょうか。

みつ：どうも国レベルの保健医療制度のことを言っているみたいですが、私の身の丈には大きすぎる気がします。

で、なんとなく「腑に落ちない」感覚がぬぐえません。この辺で、もう「旅」は止めようか、という気がしてしまう方も多いかもしれません。

このハンドブックでは、まず、そんな皆さんに、UHC を「腑に落として」もらうために、4つのレッスンを提供します。とりあえず、手にとって読んでみてください。

## 参考資料等(第1部)

第1部の図 2、3、5、7、9、12、13 については、NGO 研究会での田中雅子発表資料より引用。

Boerma T, et.al (2014) “Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels”, PLoS Med 11(9) e1001731

川村暁雄(2008)、「人権基盤型アプローチの射程＝人間の尊厳のための社会関係の把握・変革・自覚・共有」、アジア太平洋人権レビュー2008、(財)アジア太平洋人権情報センター

## 第1部 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを「腑に落とす」

### レッスン1 ねえ“ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ”って何だっけ？

国際保健の分野は、流行語の多い分野です。これは 2000 年に保健を含む社会開発が開発援助の中心に据えられてからの傾向ですが、とくに 2008 年のリーマン・ショック後は、次々と新語と重要課題が生まれては移り変わり、いわば「政策バブル」というような状況になりました。「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という言葉が耳につくようになったのは、それから少し経った 2012 年ころです。

2015 年以降の開発目標となる「持続可能な開発目標」(SDGs)に、UHC を盛り込もうという動きが、国際的にも大きくなりました。2013 年の国連総会では、日本政府がサイド・イベントを開き、安倍晋三総理が UHC の重要性について演説しました。

もちろん、「政策バブル」で出てきたような概念の中にも、総理大臣の演説などに取り上げられるものがないわけではありません。しかし、UHC がそれらと違ったのは、草の根の現場から政策にいたるまで、途上国の現場で保健に取り組んでいる人たちの中から、UHC という概念を積極的に活用しようという声が上がってきたことです。これは、UHC が単なる「流行語」ではなく、国際保健の政策、実践の上で重要な価値を持つ言葉であることを示しています。

なぜ UHC は大事なのでしょうか？ UHC の概念を整理するところからとりかかりましょう！

#### 1. そもそも「UHC」ってなんのこと？ ＝UHC は「制度」ではなく「状態」を指す＝

UHC とは何か？を考えると、まず押さえないといけないのは、UHC とは、何か具体的な制度とか仕組みのことではなく、特定の「状態」を表す言葉

だということです。逆に、制度や仕組みは、UHC という「状態」を作り出すために必要な手段になるわけです。

では、UHC とはどんな「状態」をいうのでしょうか。世界保健機関(WHO)の一番シンプルな定義ではこうなっています。

- (1) <すべての>人々が、
- (2) <必要とする>保健サービスを
- (3) 支払いの際に経済的な困難に<苦しめられる>ことなく
- (4) <確保している>状態。

で、この状態を実現するための手段として、様々な制度、仕組みが立案、構築されているわけです。例えば、私たちが UHC というときに思い浮かべる公的保険や税ベースの無料医療制度は、(3)の、「医療サービスへの支払いの際に経済的な困難に苦しめられない」ための手法として立案・構築されているものです。また、すべての人々が必要とする保健サービスを得られるためには、保健人材や医薬品の調達システム、保健医療施設やそれらを有機的につなぐ保健行政など、機能的で質の高い保健システムが必要です。

「UHC」を分かりやすく説明するときによく用いられるのが、次の図1です。これは、世界保健機関(WHO)が 2010 年に出した「世界保健報告」(World Health Report)に掲載した図です。外側の直方体が「必要な保健・医療サービス」全体を指しており、内側の直方体が、公的保険や税ベースの無料医療制度などによってカバーされている範囲を示しています。

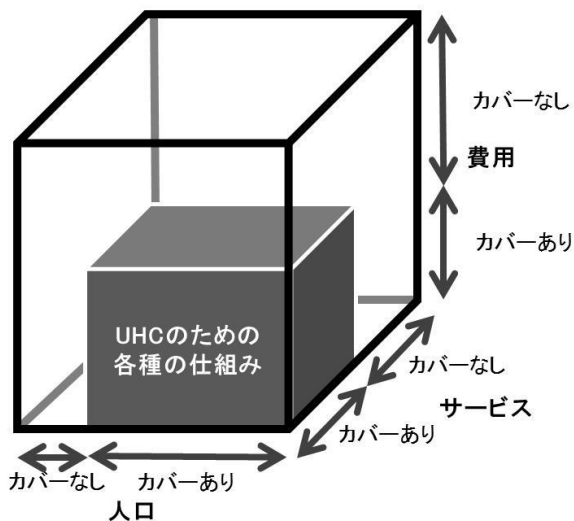


図1 UHC直方体 (WHO  
世界保健報告 2010)

国家政府や国際機関など、「制度を作る側」の立場からみると、UHC が実現した状態というのは、外側の直方体と内側の直方体がかぎりなく合同に近い状態になることを意味します。つまり、UHC のための制度、しくみによって、すべての人口、すべてのサービスが、無料もしくは安価にカバーされているという状態です。

しかし、ここで多くの人たちはお気づきのことと思います。このようなことは、以前から別の言葉で言われてきました。例えば、1978 年に出された「アルマアタ宣言」<sup>1</sup>で、「プライマリ・ヘルス・ケア」の重要性が提唱され、「2000 年までに、すべての人に健康を」(Health for all)という目標が打ち出されました。つまり、今から 40 年近く前に、すでに「すべての人に健康を」が目標になっていたわけです。

また、MDGs への取り組みが盛んになった 2005 年以降、「保健システム強化」(Health Systems Strengthening: HSS)が唱えられました。これは、特定の疾病だけに対処するのではなく、個人が人生の様々なプロセスで直面する様々な保健上の問題に適切に対応できるようにするためのものだった

<sup>1</sup> 1978 年、ソ連・カザフ共和国の首都アルマアタ(当時)で UNICEF と WHO が開催した「第1回プライマリ・ヘルス・ケア国際会議」で採択された宣言。

たはずで、内容的には、UHC とかなり共通する中身を持っているといえます。

では、今なぜ、「UHC」という概念が打ち出されたのでしょうか。「HSS」や「PHC」と「UHC」は何が同じで、何が違うのでしょうか？それを考えるには、保健を巡る「現代史」を少しだけ紐解く必要があります。

## 2. いまなぜ「UHC」？

＝「人権」と「おカネ」のフィルターを通す＝

今なぜ「UHC」か、それを解くカギは、「人権」と「おカネ」に対するとらえ方の変化にあります。

まず「人権」から行きましょう。「健康への権利」は人間が生まれながらに持つ基本的な人権の一つです。WHO 憲章(46 年)、世界人権宣言(48 年)、国際人権規約(66 年)は明確にこれを謳っており、「アルマアタ宣言」は 2000 年という期限を切ってこれを実現しようとしたものです。

この「人権」について、開発との関係で、8-90 年代以降主流化したのが「権利ベース・アプローチ」です。このアプローチにおいては、人権を持つ個々の人間は「権利保有者」として、また、国家、政府をはじめとする各種の主体は「義務履行者」として位置づけられ、例えば「権利保有者」からの「健康への権利」の要求に対しては、「義務履行者」たる国や地方政府、医療機関、その他の主体がその権利を保障することが求められます。

そこで考えなければならないのが「健康への権利」のなかみです。健康への権利は、エイズ、マラリア、母子保健といった特定の保健課題のみならず、人間のライフコース全般において普遍的に存在するものです。そうである以上、義務履行者は特定の課題だけに特化することなく、全ての保健課題について「健康への権利」実現という義務を履行する必要が出てくるわけです。UHC の「ユニバーサル」

＝普遍性は、この「人権」に根拠を持っているわけ  
です。

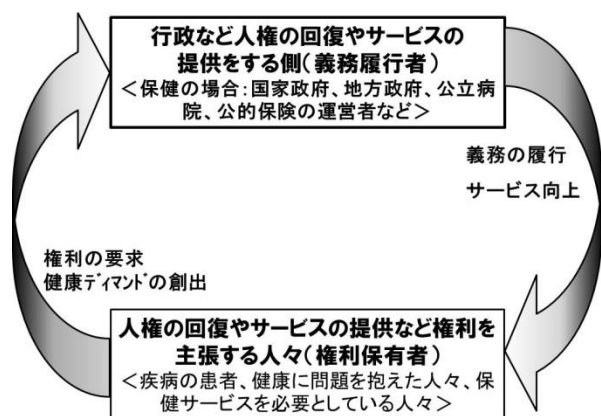


図2 権利ベース・アプローチと保健

もう一つが「おかネ」です。これは最近の話になりますが、2008 年の「リーマン・ショック」による世界金融危機以降、世界のお金の流れが大きく変わり、新興国・途上国への民間投資が増え、これらの国々の経済規模が大きくなりました(＝経済成長)。これまで、途上国の保健施策の財源は、先進国からの ODA(政府開発援助)がかなりの割合を占めていたのですが、世界金融危機以降、先進国では政府予算が不足したり、ODA の拡大に合意を得るのが難しくなり、ODA は頭打ちになりました。先進国からの ODA だけでなく、途上国自身の国内財源や、民間財団の資金、新興国による援助などの活用を積極的に考える必要が出てきたのです。

こうした「途上国の開発」への資金の流れの変化の中で、どのようにして「保健の向上」を実現するのか。そのためには、途上国の国内財源や、そこにある民間資金などを衡平かつ効率的に活用できる仕組みがどうしても必要です。そこで出てきたのが「UHC」です。「すべての人に健康を」というスローガンの実現に向けて、「資金」というフィルターを通して構想していくこと、それが UHC なのです。

### 3. では UHC には何が必要？「その国のおカネ」で「ユニバーサル」に？でもどうやって？

「その国にあるおカネをうまく使って」、「誰もが必

要な保健にアクセスしている＜状態＞を実現する」  
＝UHC を平たく言うと、そういうことになります。誰でもちょっと考えればわかるように、これはそんなに簡単に実現することではありません。

世界銀行と WHO が作った、UHC のモニタリングのための考え方に従えば、UHC には大別して3つの「しなければならないこと」があります。

- (1) だれもが質の高い保健医療サービスにアクセスできるようにする
- (2) どの所得階層の家庭も、高額医療費によって貧困に陥らないようにする
- (3) 貧困層の家庭が、医療費によってさらに貧困にならないようにする

(1)に必要なこととしてまずあるのが、旧来「保健システム強化」と言われてきたこと、つまり、医療機関やコミュニティで働く保健人材の育成・定着、施設・機材の拡充と効果的な運用、医薬品や医療資材の調達能力の向上、保健情報の管理向上、そしてこれらの保健システムを一体として機能させるガバナンスの向上です。これらを実現するには、保健サービスを相互に関連し合った有機的な「システム」として認識することが必要です。

(2)と(3)は、「おかネ」に関することです。当然ですが、質の高い保健・医療へのアクセスにはコストがかかります。保健医療従事者の給料、施設の建設費や資機材・医薬品の購入費、医療機関への交通費などです。このコストを全部個人負担すると、貧しい人は保健にかかれず、「健康への権利」はお金持ちにしか保障されないことになります。また、難しい病気や大けがなどの治療には莫大なコストがかかり、中間層なども高額な医療費負担で貧困層に転落しかねません。

「健康への権利」を万人の人権にするためには、少なくとも、貧困層の個人負担を大きく減らし、高額な医療費についても個人の負担割合を大きく減

らすことが必要です。これを実現するためには、何らかの形で、これらの支出を肩代わりできる財源をねん出し、その財源をプールして、何らかのルールの下に衡平に運用できる制度が必要になります。この財源を、個々人が平時にすこしずつ拠出した資金をプールすることで確保するのが公的な医療保険制度、各種の税金の中からプールして使うのが、税ベースの無料・低額の保健・医療保障制度となるわけです。ここでは両方を指して「資金プール制度」とします。

問題は、(1)こうした「資金プール制度」が、貧しい人々の費用負担を軽減し、保健・医療に関する衡平性を担保しているか、(2)人々が重い病気や大けがなど、保健上の大きな危機に直面した時に、そこからの回復力を強める役割を果たしているか、(3)「資金プール制度」自体が人々にとってわかりやすく、アクセスしやすいか、また、収入と支出が均衡した持続的なものになっているか、ということです。

これらをまとめると、UHC の実現のために必要な視点として、以下の4つを上げることができます。

◎システムの視点:「質の高い保健医療」を実現できる保健システムが整備されているか。人材、情

報、サービスの質、医薬品の供給、医療技術があり、それらを機能させる行政能力、ガバナンスが備わっているか。

◎衡平性の視点: 貧困層や、社会的・政治的に弱い立場に立たされている人々にも「健康への権利」が保障できているか。人々がじゅうぶんに制度を利用しているか。そのための法的整備や能力強化が行われているか。

◎ファイナンスの視点: これらの保健医療サービスが、人々にとって支払い可能な価格、もしくは無償で提供されているか。それを実現されるための制度が持続可能な形で運用されるに十分な収入があるか。

◎回復力(レジリエンス)の視点: 保健上の危機にさらされた個人・世帯・コミュニティが、保健医療サービスへのアクセスやそれを実現するための制度を活用して新たに「健康」を取り戻せるか。また、それを実現するための保健・医療制度や資金プール制度が、持続性を脅かすような危機に直面した時に、それを乗り越え、役割を再び果たせる制度として再生できる弾力性、復元力を持っているか。

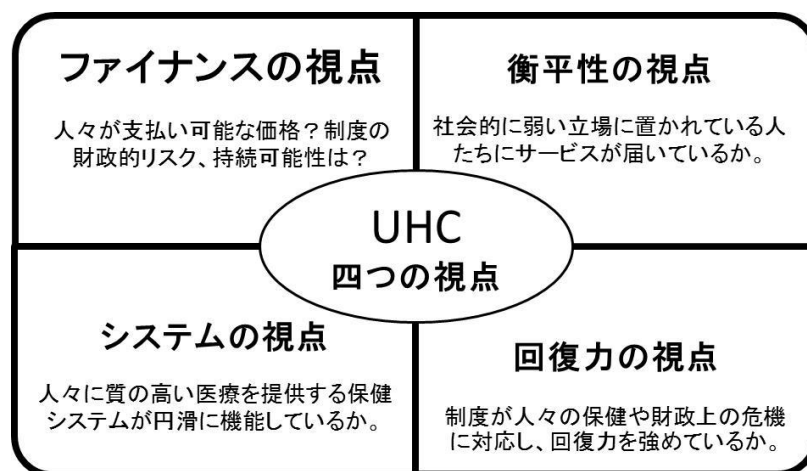


図3 UHCの4つの視点

## レッスン2 逆転の発想：利用者の目線で UHC を見る

「レッスン1」では、<なぜ UHC という概念が出てきたか>を軸に、UHC の「全体像」を見てきました。この視点からすると、UHC は大変大きな話のように思えます。つまり...

- ◇ 国単位で、すべての人に必要な保健サービスを廉価もしくは無料で供給する。
- ◇ そのために、持続可能な資金プール制度を作る(公的保険もしくは税ベースの制度)。

世界には、もちろん人口数万の島国などもありますが、多くの国々は人口数百万から数億人。アジアの途上国の場合、一州だけで数千万人の人口を抱える国もあります。制度の設計やサービスの

供給をその規模で考える、となると、それは政府や政治家、経済学者、世界銀行といった国際機関などの世界になってしまいます。もちろん、援助機関から巨額の資金を注入され、国の制度のコンサルや行政職員の能力向上に挑む米国の巨大 NGO などは、この規模でもビジネスになるでしょう。しかし、小さな NGO にとっては、全国民にどうサービスを届けるか、そのための制度をどう設計するか、などというのは、背伸びをしてもジャンプをしても届かない話です。では、こうした NGO にとって、UHC は「大きすぎて関係ない」話になってしまうのでしょうか？

ヒントは、次の二つのストーリーに隠れています。

### 日本の UHC の「未カバー空間」と「裂け目」

#### <事例1> ゲイと性感染症

今から十数年前の話、ゲイ・レズビアンの人権に取り組む当事者団体に、一本の相談電話がかかってきました。性感染症の治療のために病院に行ったところ、診断に相当の時間を要したばかりか、病気に関してイヤミをいわれてとても不愉快だったというのです。そこで、小規模な聞き取り調査を行ったところ、性感染症ネタで嫌がらせを受けるので、かかっても病院に行って治療を受けたくない、と答えた人が相当の割合に上りました。というのも、男性同性間の性行為の結果、異性間性行為で生じる性感染症とは異なるところに炎症が生じることがありますが、医療者側が異性愛者の性感染症だけを前提にしているので、診断がなかなかつかず、同性愛者と分かると、それはそれで医師や看護師が露骨に差別的な態度をとったり、からかいの対象にしたりするというわけです。「無視や差別が適切な治療へのアクセスを妨げる」...この団体は、性感染症に関する電話相談と医療機関への啓発事業を始めました。

#### <事例2> 在留資格のない外国人と HIV/AIDS

とある NGO 事務所の昼下がりに。神奈川県某市の病院から電話がかかってきました。エイズが相当進行して入院しているアフリカ某国出身の患者さんがいるが、在留資格がないのでエイズ治療を導入できない。この人の出身国にエイズ治療ができる病院があるか教えてほしい、ということでした。調べてみると、この人の帰国先の町に最近、エイズ治療ができる病院ができ、基本的な治療薬は手に入るということでした。NGO では、その町の HIV 陽性者の団体や病院の医師に連絡を取り、紹介状を渡した後、その国の出身者で作る同郷人団体に相談し、その団体の役員が付き添って帰国することになりました。しばらくして本人に電話をしたところ、現地で治療にアクセスでき、体調もかなり回復した、ということでした。

このふたつの事例は、UHC と大きく関係する事例です。レッスン1での UHC の定義に戻って考えてみましょう。

(1)の事例は、性感染症治療がゲイへの視点を欠いていたことや、ゲイへの差別が理由で、本来受けられるべき質の高い医療にアクセスできず、不快な思いさえしているという話です。(2)の事例は、この外国人 HIV 陽性者が、在留資格もお金もないために、エイズ治療という、本人が生きるために必要な保健医療サービスを受けられなかったという話です。

日本は UHC 先進国と言われ、制度の側から見れば、人々はかなりの割合で保健・医療に安価にアクセスできているといえます。しかし、具体的な個人やコミュニティに目を転じてみると、(1)や(2)のように、本来受けられるべき保健・医療サービスにアクセスできなかった事例が出てきます。重要なことは、これらの事例に出てくる人々は、「たまたま」ではなく、社会的・制度的・経済的な理由で保健・医療へのアクセスから排除され、これらの制度にアクセスできなかったということなのです。

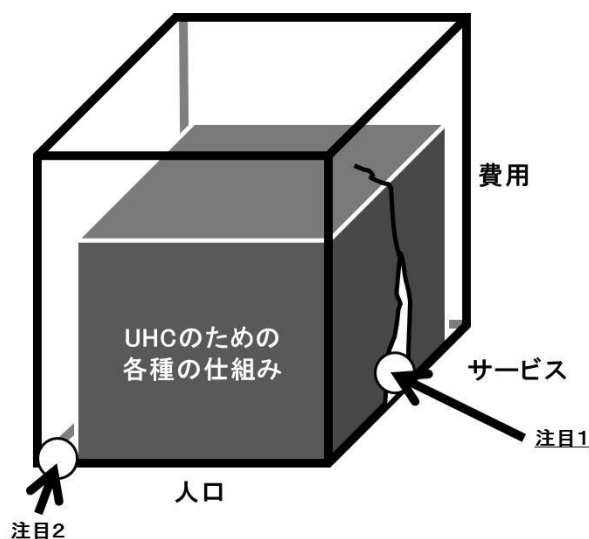


図4 事例1・事例2をUHC直方体で表すと？

これを、「レッスン1」で見た WHO「世界保健報告2010」の図に倣って整理すると、図4のようになります。事例1は、この図の「注目1」、そもそも健

康保険でカバーされているはずの性感染症治療に、ゲイに対する差別や無知という「裂け目」ができていたという事例、事例2は、「注目2」、在留資格のない外国人にはあらゆる公的な保健・医療制度の適用を認めない、という政策によって、一人の外国人 HIV 陽性者が保健・医療から排除されてしまった、という事例になります。鉄壁に見える我が国の「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」にも、実は大きな「裂け目」や残された(あえて残した)「未カバーの空間」があったわけです。

こうした制度の「裂け目」や「未カバーの空間」をカバーしているのは、個人やコミュニティ、そして NGO です。これら二つの事例では、問題に気付いたコミュニティの当事者組織や NGO が裂け目や空間を埋め、そこに落ち込んだ個人にとっての「UHC」を、今、ここで実現する、という役割を果たしています。実は、小規模な団体も含む NGO が UHC とつながる契機はここにあるのです。

## 1. 「UHC」コインのオモテとウラ

レッスン1では、国のレベルでどのように制度を構築し、保健・医療サービスを供給するか、という観点から、UHC を見てきました。政府、地方自治体、公的な保健・医療制度の枠組みの中にいる医療機関などは、UHC のサービスの「提供者」です。レッスン1で紹介した「権利ベース・アプローチ」でいえば、これらの主体は「義務履行者」の側にあります。これに対して、上記のような「個人」「コミュニティ」の立場は、言い換えれば、保健・医療を必要とし、制度を活用する、サービスの「利用者」、権利ベース・アプローチでいえば「権利保有者」サイドの立場ということができます。

「提供者サイド」(＝義務履行者)においては、UHC は国レベルの大きな話となってしまいます。しかし、視点を「利用者サイド」(＝権利保有者)に移すと、主役はとたんにコミュニティや NGO に移行します。先の事例のような「裂け目」や「未カバ



一の空間」を発見し、具体的なケースにおいては  
その穴を埋め、そこに内在する社会的排除の問題  
を指摘し改善を求めていくことができるのは、個  
人・コミュニティや NGO など、権利保有者＝利用  
者サイド以外にはないからです。



図5 UHCと権利ベース・アプローチ

「利用者サイド」から UHC に取り組む方法は二つ  
あります。

- (1) 既存の UHC に存在する「未カバーの空間」や  
「裂け目」を埋め、「サービス提供者サイド」を  
補完してこい、ここ>での UHC を実現する。  
(事業の実施)
- (2) 「穴」や「裂け目」に内在する「社会的排除」の  
問題を指摘し、そこをカバーするような制度の  
改善を提案・要求する。(アドボカシー)。

レッスン2では、こうした取り組みの前提として、  
「利用者サイド」から UHC に取り組むために必要  
な視点を紹介します。

## 2. 課題分析の中心となる「4つの A」

既存の UHC の諸制度にいかなる問題があるかを  
分析するうえで有効なのが「4つの A」です。

◎Accessibility (アクセシビリティ) クリニックなど  
保健・医療サービスをうけられる場所が「どこに」  
あるのか。近いのか、遠いのか、遠い場合、安価

に利用できる交通機関があるのか。(場・距離)

◎Availability (アベイラビリティ) 自分が必要とす  
る保健・医療サービスが使える形で「ある」のか  
「ない」のか。必要な医薬品や、処置してくれる医  
療従事者が「いる」のか「いない」のか。(適切なサ  
ービスの存在)

◎Affordability (アフォーダビリティ) そこで提供  
される保健・医療サービスを得るのに、お金は「い  
くら」かかるのか。支払える程度の金額なのか、そ  
れとも高くて支払えないのか。(「おカネ」、支払い  
の可否)

◎Acceptability (アクセプタビリティ) そこで提供  
される保健・医療サービスについて、本人は「どう  
感じる」か。サービスの質は十分か。本人はサー  
ビスを受ける準備があるか。(質&気持ち:人々の  
側の保健サービスへの受容の度合い)

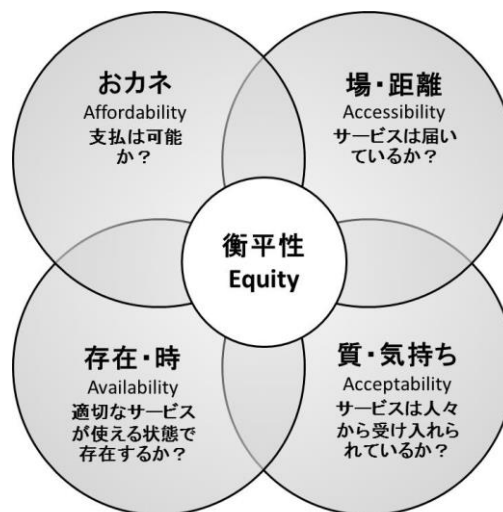


図6 「4A」のマトリックス

個人やコミュニティに焦点を当てて UHC を考える  
時、この4つの「A」が満たされているかは大きな指  
標となります。4つのうちのどれかが満たされてい  
ない場合、それが障壁となって、その個人が保健・  
医療サービスから排除されていることとなります。

国レベルといった大きな単位の「供給サイド」からUHCを考える場合、特定の個人・コミュニティの保健・医療サービスからの排除の問題は、必ずしも重視されるとは言えません。排除されている個人やコミュニティの人口規模がどのくらいか、コストはどの程度かかるのか、政治的なメリットやデメリットはどうか、などの視点から「総合的に検討」しなければならないからです。

一方、実際に保健・医療サービスを必要としている個人やコミュニティの側は、「自分たちは人数が少ないから我慢しよう」「政治的に力がないから仕方がない」というわけには行きません。自分たちの生活の質や、場合によっては生死までかかってしまうからです。この立場からUHCをみるNGOにとっても同じです。保健・医療へのアクセスは人権であり、「ユニバーサル」=普遍的、万人にとっての保健・医療とうたっている以上、「一人も取り残さない」ことが重要になるわけです。UHCを「一人も取り残さない」ものにするための主人公は、当事者たる個人・コミュニティ、NGOなのです。

### 3. 「一人も取り残さない」UHC に資する概念

では、「一人も取り残さない」UHCを目指すには、何をすればよいのでしょうか。その前提として、「一人も取り残さない」UHCに向けた取り組みを考え、実践するために活用できる考え方、分析の視点をいくつかまとめておきます。

#### (1) 権利ベース・アプローチ

この概念についてはすでにふれている通り、保健への権利を有するすべての人が「権利保有者」、政府、医療機関などが「義務履行者」であり、UHC自体が権利でありかつ義務であるわけです。

しかし、世の中は図式通りに行きません。権利保有者も義務履行者も、必ずしも自らの権利や義務に自覚的ではありません。権利保有者は、いつで

も自らの権利を行使できるわけではなく、その準備もできていないことが普通です。義務履行者の側も、義務を履行できるだけの資源や能力を有していないわけです。そこでNGOが重要な役割を果たします。

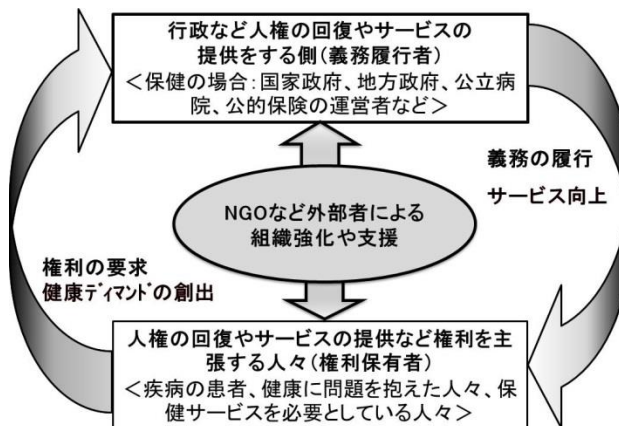


図7 権利ベース・アプローチとNGOの役割

NGOは、図7のように、「媒介者」として、この複雑な関係に分け入り、権利保有者たる人々と、義務履行者たる政府やその他の主体の関係を整理して「権利・義務」関係を明確にしたり、それぞれの能力を強化したりすることで、保健への権利を具体化するために取り組むことができます。

#### (2) レジリエンス(回復力)

「保健への権利」が普遍的な人権であるのと同時に、病気やけがなどは個人や家族、コミュニティにとっての「危機」でもあります。レジリエンスは「強靱性」と訳されることが多いですが、本来は「回復力」「弾力性」といった意味です。保健上の危機は、個人、家族、コミュニティが、上記の「義務履行者」を含む内外の様々なリソースを活用して、これを克服し新たな均衡へと至ることができるか、その「レジリエンス」を問うものだともいえます。考えてみれば、コミュニティ自体、その中には様々な権力が存在し、小さなレベルでの「権利保有者」と「義務履行者」が組み合わさった存在です。コミュニティの内部のリソースを引き出し、活用することによって「コミュニティの回復力」を高めることは、NGOが個人・コミュニティの立場からUHCの実現を目指すう

えで不可欠な取り組みです。

人々の「健康への権利」を保障する、より大きな制度(国民健康保険など)を検討する時も、「レジリエンス」の視点は必要です。人々が危機を乗り越える支えになるためには、硬直化した制度が一つあるよりも、複数の制度があり、人々の状況に応じて多様な選択肢が保障されている方が適切であると言えます。人々が活用できる外部リソースが、必要な「レジリエンス」を備えているかを検証することも大切です。

### (3) 社会的排除と衡平性

ひとくちに「コミュニティ」といっても、そこには様々な人々とその間の権力関係が存在します。ジェンダーや障害、民族、出自、経済的格差などにかかわる差別や排除が現実に行われるのは、コミュニティの内部においてです。「健康への権利」が多様な個人すべてに保障されるためには、コミュニティ内部に存在する問題に光を当てていくことも必要です。

「平等」と「衡平」は共通する要素を持ちながら、異なった意味を持つ言葉です。「衡平」は、「結果の平等」を意味します。多様な背景を持つ人々が、結果として「健康」を等しく享受するためには、それぞれの背景に応じたオーダーメイドなアプローチが必要になります。

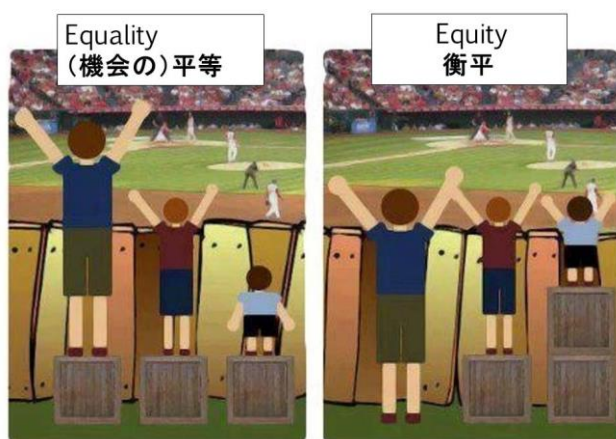


図8 Equity が意味するのは、結果の平等、分配

行政によるサービスの場合、こうした「オーダーメイド」はなかなか難しいと言えます。「平等なインプット」が求められるからです。もともと差があるところでインプットを「平等に」行っても格差は縮まりません。一方、「結果の平等」を実現するようなオーダーメイドなアプローチを、市民の合意を基に行うためには、高い能力とモラルが必要で、多くの場合、行政がそれを行うことは難しいのが実情です。そこで、「衡平性」に焦点を置き、行政よりも身軽にアプローチすることが可能な「NGO」の存在が重要になるわけです。

### (4) 持続可能性(サステナビリティ)

健康が、レジリエンスの観点からは調和のとれた、安定・均衡した状態のことを指すとすれば、人々の健康を守るための取り組みは、獲得された均衡を守り、また改善する取り組みである必要があります。そうした取り組みは、一時的なものではなく、持続的なものである必要があります。

持続可能性の実現において一番重要なのが、人材と資金です。能力のある人材を発見し、開発し、再生産していくこと、また、その人材の確保や、必要な物資の調達に必要な資金を持続的に生み出していくことが必要です。また、NGO が外部者として介入してできたシステムは、中長期的にコミュニティに引き継いでいかなければなりません。

社会制度・システムは、どんなものでも、不断に再生産され続けることによって存在し続けているわけですが、コミュニティレベルの小さいシステムであればあるほど、日々意識して再生産していかなければならない度合いが濃くなります。人材と資金の再生産、そして中長期的な「継承」は、「いま・ここ」での UHC を実現しようとする NGO にとっての「責任」でもあります。

「レッスン3」では、これらの考え方を踏まえて、NGO に何ができるかを考えます。

## レッスン3 UHC の視点を持った NGO の取り組み：無限の可能性を秘めたフィールド

レッスン1と2では、UHC と NGO の役割は何かについて、「考え」のレベルから見てきました。レッスン3では、NGO がこれらの考え方を踏まえつつ、UHC の達成に向けてどのような実践を行っているかについて、見ていきたいと思います。

レッスン1では、UHC の制度構築や実践を行う上での視点として、「衡平性」「システム」「ファイナンス」「レジリエンス」の4つを挙げました。また、レッスン2では、UHC を需要サイドから検証する視点

として、「4A」を、また、取り組みに向けた分析視角として、「権利ベース・アプローチ」「レジリエンス」「衡平性」「持続可能性」を挙げました。ここでは、これらを縦糸、「4A」へのアプローチを横糸として、NGO にどのような取り組みが可能かを、例を挙げて紹介していきます。

前提として、考えたいことが2つあります。まず、いわゆる「途上国」における「UHC」の実態です。次の BOX を読んでみてください。

### 「途上国」における UHC の現実

昨今、いわゆる「新興国」や「途上国」においても、公的保険や税ベースの無料もしくは安価な保健・医療制度の整備が進んでいます。しかし、これらの多くは、人口・サービスのカバー率、カバーされる保健・医療の水準、コストのいずれをとっても、かなり厳しいのが実情です。第2部でフィリピンの UHC システムを詳しく見ますが、フィリピンの国民健康保険である「フィルヘルス」は、基本的なサービスは入院治療のみ、他はエイズやデング熱など個別疾病・課題別のパッケージがあるだけです。コストのカバー率については、受診先やサービスによって 40～90%と大きく変化し<sup>1</sup>、カバーされている人口は年々増大しているものの、調査の種類によって大きな数字の違いがあります<sup>2</sup>。

フィリピンを含め、多くの途上国の UHC システムが不完全なものに終わっている理由は、(1)制度設計の問題、(2)「サービス提供者サイド」の資金・資源や能力の不足、(3)「利用者サイド」の置かれている環境の多様さ・複雑さ、に求められます。例えば、(1)入院治療しか対象にしないため多くの人にとってはメリットがない、貧困者の保険料は政府が肩代わりすることになっていますが、貧困者の認定が必要でその手続きが煩雑であるなど。(2)例えば医薬品の調達にしても、補充がなされないため年度初めにはたくさんあった医薬品が、年の後半には品切れ状態になってしまうなど。(3)多くの人々がインフォーマル・セクターで働いており、定期的に保険料を納められる人は少数派であることなど、人々の側が、特定の制度に包摂することが難しい多様さを抱えていることなどが挙げられます。

実は NGO にとって、これはチャンスでもあります。実際に、フィリピンでは、制度が不完全であることによって、逆に、様々な手法でこれらの制度と人々をつないで保健へのアクセスを実現しようという NGO や当事者組織、コミュニティ組織などによって取り組まれています。

<sup>1</sup> Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies (2011), The Philippines Health System Review, Health Systems in Transition Vol.1 No.2

<sup>2</sup> 例えば、2008 年の NDHS (National Demographic and Health Survey)ではカバー率は 38%とされている一方、同年の Philippine National Health Accounts ではカバー率は 76.2%となっています。(出典：注1に同じ)



以下の図は、機能していない UHC 制度の実情を、WHO の「UHC 直方体」を模して示した模式図です。この状況を出発点として、何をしていくべきかが問われています。

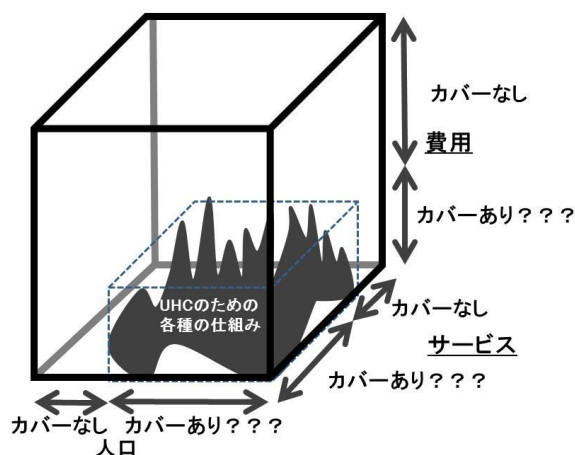


図9 機能していないUHC「直方体」とは？

もう一つ、NGO の取り組みを考えるときに必要なのは、その取り組みを「NGO」が行うことのどこに、他の機関が行うことと違う「強み」(価値)を見出すことができるか、ということです。多くの場合、他にやる機関・団体がないから NGO が行う、というケースが多いと思いますが、その場合、何か外部条件が変わって、他のサービスが進出してきるときに、それと違う自分たちの取り組みの「強み」がわからない、ということになります。「NGO ならではの」価値、強みがどこにあるのかを考えながら取り組みを構築していく必要があります。

レッスン2で、UHC に関する NGO の取り組みとして、

- (1) 既存の UHC に存在する「未カバー空間」や「裂け目」を自分たちの努力で埋め、＜いま・ここ＞での UHC を実現する、事業実施タイプの取り組み、
- (2) 「未カバー空間」や「裂け目」に内在する「社会的排除」の問題などを指摘し、そこをカバーするような制度の改善を提案・要求し、本来の

「義務履行者」によるカバーを実現する、アドボカシー・タイプの取り組み、

の二つがある、と述べました。日本の国際協力 NGO の多くは(1)を中心に取り組んでいますが、(1)と(2)をうまく繋げていくことで、事業の広がりや NGO らしさの双方を追求することができます。この点については、レッスン4(次項)につないでいきたいと思っています。

## 1. 「4A」へのアプローチ

「4A」の要素は、それぞれさまざまに絡み合っています。例えば、公立のクリニックで、不快な思いをしたり、不適切な医療を受けた結果、保健・医療そのものへの心理的な距離ができてしまったという問題は、「適切な医療がない」(Availability)ことが、保健・医療サービスを受け入れる気持ち (Acceptability) を傷つけ、心理的な「距離」(Accessibility)を形成してしまった、ということになり、解決には複合的なアプローチが必要です。ですので、「4A」にアプローチするプロジェクトは、それぞれに対応したものというよりは、包括的なものになります。しかし、ここでは少しわかりやすくするために、まず、「4A」それぞれへのアプローチに収めさせる形で紹介していきます。

### (1) Accessibility(距離)への取り組み

最も近いクリニックまで十数キロ、というのは、途上国の中山間地域ではよくあることです。また、数キロの距離でも交通機関がなかったり、収入の少ない人にとって交通費が高額だったりして、アクセスが物理的に阻まれることはよくあります。コミュニティで資金を集め、車を購入して行う救急サービスや、交通費補てんのためのコミュニティ・ファイナンス制度などは、物理的な距離を埋め、保健へのアクセスを容易にするために不可欠な取り組みです。

一方、保健・医療への「アクセス」を阻む障壁は、物理的な距離だけではありません。ジェンダーやセクシュアリティ、障害、民族、出自などに関わる社会的な排除や、国籍などに関わる制度的な排除も、保健・医療へのアクセスを妨げる大きな要因です。こうした課題へのアプローチも重要です。

また、具合を悪くしている人を早い段階で見つけ、その場で必要な処置やアドバイスをしたり、医療機関につなぐコミュニティ・ヘルス・ワーカーの取り組みや、結核・エイズなど特定の感染症に関する日々の治療アクセスの取り組みなども、Accessibilityを強化する取り組みと言えます。

Accessibilityに関する取り組みにおいて、NGOは特に「衡平性」に注目する必要があります。誰の、どのような「アクセス」を「どのように」実現するのか、ということに自覚的になる必要があります。

本書の事例編では、ピープルズ・ホープ・ジャパンによるカンボジアでの救急サービスの事例(34ページ)などを紹介しています。

## (2) Availability(存在)に関わる取り組み

保健・医療サービスを「あらしめる」取り組みには、多種多様なものがあります。一つは、遠くまで行かなくても必須医薬品が手に入るようにする「コミュニティ薬局」の取り組みです。地域の保健ボランティアによって運営され、医薬品の売り上げを資金として持続的に医薬品を供給する「医薬品回転資金」による「コミュニティ薬局」の取り組みは世界各地で盛んに行われました。

人々が来る第1次医療機関(クリニック)において提供されるサービスの改善、品切れなどを起こさないような調達の改善、そこで医療サービスを行う保健医療人材のマインドセットの改革や能力強化など、質の高いサービスが存在するようにするなど、末端医療機関の能力強化も、NGOが行政と

連携して行うことができる重要な取り組みです。そこに、保健・医療を必要とする個人、コミュニティなど需要側のニーズを代弁し、組み込んでいくことができるのは、NGOの強みです。

本書の事例編では、医薬品の Availability という観点から、AMDA 社会開発機構のホンジュラスにおけるコミュニティ薬局の事例を紹介しています(39ページ)。また、住民の立場に立って地域保健活動をするコミュニティ保健ワーカー(CHW)の育成という観点から CanDo(アフリカ地域開発市民の会)のケニアにおける事例を取り上げています(43ページ)。

## (3) Affordability(おカネ)に関わる取り組み

これについても、多様な取り組みのスタイルがあり得ます。まず、貧困層に安価もしくは無料での保健医療アクセスを保障する公的保険制度や公的医療制度、特定の人(貧困層や妊産婦・子どもを養育している女性、障害者、先住民、特定の疾病にかかっている人など)を対象とした社会保障制度が存在している場合、これらへのアクセスを促進し、本来、制度を活用できる人がきちんと活用できるようにする、ソーシャル・ワークの取り組みがあります。これによって、「埋もれた権利」を発掘するわけです。

カバーする制度がない場合や、あっても使いにくいという場合、制度の創設や改善を求める必要がありますが、直ちに実現することも難しく、待ってもらいが明かないという場合、コミュニティ・レベルで、おカネのある人々が出資することで、これを補完するコミュニティ地域保険を設立するという方法もあります。また、これについて、ノウハウを持って民間で展開されている貧困層向けの保険制度や、協同組合制度などにコミュニティ・レベルで加入し、活用するということもあり得ます。こうした取り組みにあたっては、誰のどのような Affordability の改善に寄与するかということと、健

全なガバナンスをどう担保するかということをしっ  
かり考える必要があります。

一方、重い病気になってしまつては、治療にもコス  
トと時間がかかり、生活の質も大きく低下します。  
生活習慣の改善や行動変容など、予防プログラム  
を地域に定着させることで、生活習慣病（非感染  
性慢性疾患）にかかること自体を防ぎ、医療費を  
全体として低減させる取り組みは、NGO の地域で  
の取り組みとして重要です。また、「病気を治す」  
西洋医療ではなく、地域に伝わる薬草などを使つ  
た効果のある伝統医療の活用や、漢方などを含  
め各地で発展してきた代替医療の導入など、安価  
に入手や実践可能な健康維持・改善に取り組むと  
いったことも、NGO ならではの取り組みといえます。  
また、これらの取り組みは、地域全体において、保  
健に関わるレジリエンスを向上させるうえでも不可  
欠な取り組みです。

本書の事例編では、アジア砒素ネットワークのバ  
ングラデシュにおける砒素対策と慢性疾患予防の  
取り組みを紹介しています（53 ページ）。

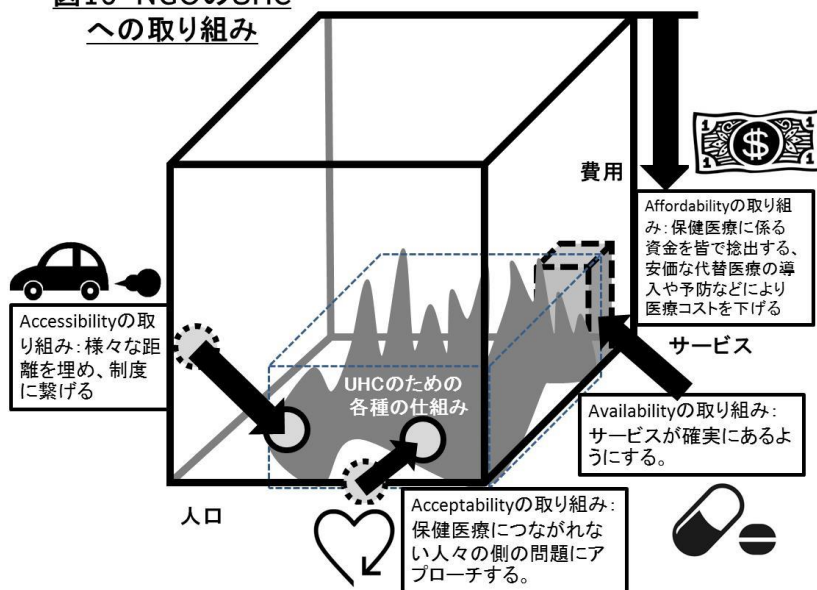
#### （4）Acceptability（「質」と「気持ち」）に関わる取 り組み

保健・医療についての心理的な抵  
抗感を減らし（もしくは、より合理的  
なものに変容させ）、また、本来、保  
健・医療サービスを受けるべき人が

受けられるような環境を作り出していくことは、  
NGO が行える活動の中でもとても大切なものです。  
保健医療へのアクセスをよくし、おカネの面での障  
壁をなくしても、保健・医療にアクセスしたがない  
人たちが、効果がみえない伝統的な民間医療を  
志向する人たちはたくさんいます。また、わかつて  
いても健康に有害な習慣を継続する人たちも多く  
います。これは人間の心理に深くかかわっている  
もので、中長期的な関わりなしには改善できませ  
ん。また、国民全体に一律のサービスを提供すれ  
ば事足れり、という行政サービスでは、この「アク  
セプタビリティ」に関する問題意識は無視されがち  
であり、これへの取り組みは、「NGO ならではの」を  
発揮しやすい領域であると言えます。

HIV/AIDS などへの取り組みでは、抗レトロウイル  
ス薬をなぜ毎日飲まなければならないか、また、  
特定の日和見感染症の症状に対して、どの薬を  
飲めばよいか、といった、「治療リテラシー」の向上  
の試みが、NGO によって、コミュニティ・レベルで  
日々展開されています。こうした試みは、  
HIV/AIDS という分野に関して、治療へのアクセプ  
タビリティを高めるための取り組みですが、非感染  
性慢性疾患の予防、健康づくりといった観点につ  
いても、こうした中長期的な啓発・行動変容の取  
組みが持続的に行われることが必要です。

図10 NGOのUHC  
への取り組み



## 2. 「レジリエンス」に関わるアプローチ

上記の「アフォーダビリティ」に関わるアプローチのところでも触れましたが、コミュニティにおける保健・医療に関わる取り組みの中でNGOができることとして重要なのが、保健・医療に関わるコミュニティのレジリエンスを向上させる取り組みです。

いまさらですが、健康は人類始まって以来の課題であり、人々は各地域において、様々な形で、病気と闘い、治療し、また共存するための取組や社会的な対処の様式を発展させてきました。その中には、コミュニティにとって大きな財産となるようなものもたくさんあります。また、地域で伝統として根付いている健康管理の習慣は、西欧近代という「外部」から持ち込まれた保健・医療サービスに比べて、人々の心理的な抵抗感が少ないのが普通です。また、コミュニティの中で息づいている支え合いが、人々の健康を守るセーフティ・ネットの役割を果たしてきました。

一方で、社会の中で構築された様々な権力関係や慣習の中には、特定の人々を貶めたり、排除したり、病気に追いやったりするものもあります。

コミュニティに根付く支え合いの習慣や、伝統的な健康維持のための方法を活用し、さらに、非感染性慢性疾患の予防方法などを提供して、コミュニティとそこに存在する個人が自ら健康を守ることを、習慣として根付かせていく試みと、コミュニティの中で排除されたり、不健康な生活を強いられている人々にうまく光を当て、こうした人々の保健医療へのアクセスを保障し、コミュニティへの別の形で再統合を実現していくような取り組みは、長い時間がかかりますが、NGO だからこそできる重要な取り組みになります。

本書では、アジア砒素ネットワークによる、バングラデシュでの砒素問題と非感染性慢性疾患に関する取り組み(53 ページ)、および、保健・医療サービスの中に伝統医療や代替医療を導入しようというフィリピンの INAM(代替的保健医療システムのための統合的医療センター)の取り組みの事例(29 ページ)を紹介しています。また、地域における保健への認識を前向きに変え、地域の保健問題へのレジリエンス強化に役立った、シェア＝国際保健協力市民の会のカンボジアでの事例も紹介しています(48 ページ)。



フィリピン・ダバオ市北西部 マリログ地区保健センター。投資がなく安全な水にアクセスできない悪条件だが、スタッフたちは意気軒高。



## レッスン4 UHC の取り組みに不可欠なこと：アドボカシーを「普段ごと」に

### 1. アドボカシーは「普段ごと」

レッスン2で見た取り組みの多くは、大枠では、個人やコミュニティが直面しうる保健・医療上の危機に対して「いま・ここ」で対処したり、保健・医療に関するコミュニティのレジリエンスを、自ら強化していくものであり、事業実施型、もしくは「自助努力」、「住民自治」型のアプローチと言えます。しかし、その中にも「アドボカシー」の要素を取り込んだ事業もあります。

例えば、レッスン3で紹介したシェア＝国際保健協力市民の会のカンボジアでの活動(45 ページ)は、地域の保健行政・保健センターなどの活動が上から定められた重点プログラムに偏っていたことに問題意識を持ち、粘り強い関係づくりと働きかけによって、住民のニーズにあった保健サービスを実現した事例です。また、CanDo(アフリカ地域開発市民の会)の事例は、地域でのコミュニティ保健ワーカーの選出において、本来的価値よりも副次的な利益に引っ張られる傾向があったことに対して、地方行政と連携して、本来的価値にこだわった保健ワーカーの選出を行うことによって、地域保健の再活性化を果たした事例です(40 ページ)。

これらの活動には、「アドボカシー」の要素が大きく含まれています。現地での事業実施に取り組む NGO には、「アドボカシー」に苦手意識を持っている団体が少なくないようですが、実際には、アドボカシーは普段やっている様々な交渉ごとや働きかけの延長上にあることです。UHC の取り組みについては、アドボカシーを「普段ごと」(＝普段からやっている、あたりまえのこと)として考えることが大事です。

### 2. アドボカシーに必要な「根拠」と「戦略性」

現場での事業の実施と同様、アドボカシーも、現場の現実に立脚することが最も大事です。事業に定式化された様々な手法や技術があるように、アドボカシーにも、根拠と戦略性が必要です。

#### (1) 人権と現場のアドボカシー

UHC の前提の一つは、「人権」でした。これまでの「レッスン」で見たように、「保健への権利」は万人が有する人権であり、個人やコミュニティは「権利保有者」であるのに対して、政府や地方自治体、医療機関などはその権利を実現させる義務がある「義務履行者」となっています。UHC を実現させる第一義的な責任は、政府にあるわけです。

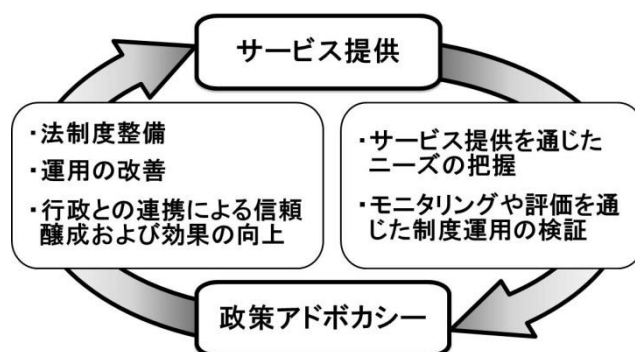


図11 地域におけるサービス提供とアドボカシーの連環

ただ、問題は、上記の「権利ベース・アプローチ」の図式は、スムーズには実現しません。特に地域の現場においては、地方自治体や現地の公的医療機関という「義務履行者」の側が、人材や資金などの資源や能力がなく、準備ができていないために、義務を履行できないのです。ですから、図11に示すように、NGO は、「アドボカシー」で提言や要求をするだけでなく、「義務履行者」が義務を果たせるような条件を整えるサポートをしていく必要があります。この点、現場でのアドボカシーは

「アドボカシー」にとどまらず、事業の実施・発展と強く結びついています。

UHC の実現に向けて最も重要なことのひとつが「人材」です。途上国で UHC の構築を現場で支える人材を発掘し、モラル形成を含めた人材育成を実現していくことは重要です。NGO の中には、愛知県の「アジア保健研修所」のように、国境を越えた教育機関としてコミュニティ人材を育成し、途上国の大学や研究機関、NGO と連携して、その国の UHC のモデルケースとなるようなプロジェクトの形成・実施を支えている団体もあります。

## (2) アドボカシーのレベル感

一方、現場での問題には、国の立法府(国会)や行政府で定められた法律や政策・方針など、さらには、国際社会で定められた条約や目標など、より上のレベルで決められたものが原因で生じているものも多くあります。ここで考えなければならぬのが、アドボカシーのレベルの問題です。

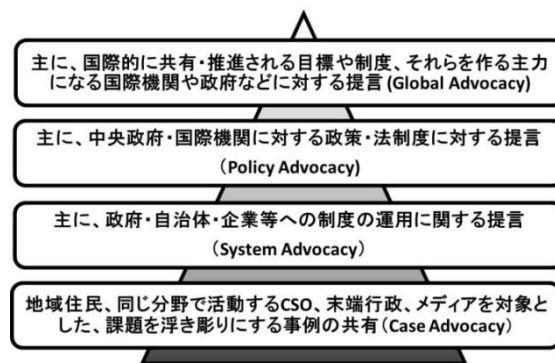


図12 アドボカシーの4つの「レベル」

アドボカシーのレベルにはいくつかあります。身近なところから行くと、まず、地域において、個人やコミュニティが抱える具体的な事例に関して取り組む「ケース(事例)・アドボカシー」。次に、こうした「ケース」を生じさせるものとして、政府や企業、地方自治体などが制度(システム)を運用する方法に関して問題提起する、「システム・アドボカシー」。次に、その「システム」を成立させている国家政府など、より上位の機構のもつ法律や政策に対して働きかける「政策アドボカシー」。さらに、これら国家政府などが束縛されている外交関係や国際社会における条約、国際的な政策方針・目標、トレンドなどに対して働きかける「国際アドボカシー」を加えれば、4段階になります。

## UHC とアドボカシーの実例

UHC で「政策アドボカシー」に関係することはいろいろあります。UHC は通常、中央政府の政治的コミットメントによってすすめられますので、当然、国の「UHC 戦略」があり、また、公的保険制度や税ベースの保健制度は、それに関わる法律や予算の策定に基づいて行われます。ですので、行政府や立法府に働きかけて、こうした法律や予算プロセスに取り組むことが必要になります。

また、UHC の枠組みから特定の人々を排除するような法律や政策がとられる場合もあります。例えば、東南アジアのある国の国民健康保険は、国会の強い意向により、「依存症(アディクション)に由来する疾病」を対象としないことになりました。これは実質上、薬物使用に関わる疾病への保険適用を禁止するもので、薬物使用者の深刻な健康問題となっている HIV/AIDS や C 型肝炎については、保険が使えない、ということになってしまいます。

「国際アドボカシー」も UHC と大きく関わります。UHC の推進は、中央政府の政治的意思に大きく左右されますから、「UHC 推進」がインセンティブとなるような国際環境ができるかどうかは非常に重要です。一方、本来、疾病の治療に必要な必須医薬品の国内製造などについて、先進国との自由貿易協定で知的財産権保護の強化により不可能になる、といった事例があれば、UHC の実現の大きな妨げになります。

### (3) 国際アドボカシーと「レバレッジ」

「政策アドボカシー」や「国際アドボカシー」となるとちょっとな、と思われる方もいるかもしれません。しかし、あきらめるのは早いです。保健分野は、開発の分野の中で、UHC も含めて、この「政策アドボカシー」や「国際アドボカシー」が最も発展している分野の一つであると言えます。

本書は、アドボカシーの方法論を取り扱うことが目的ではありませんので、個別の戦略・戦術について触れることはしません。しかし、こうした国家政策や国際政策が、現場にとって手も足も出ないものかという、そういうわけではありません。例えば、国家政策が、より上位の人権条約などの国際規範や国際的に通用している主流の政策方針などと矛盾する場合、こうした国際規範や国際的なトレンドを活用することができれば、国家政策を変える上で大きな手助けになります。また、ノーベル賞受賞者や有力な政治家、セレブリティなど、国際的に知名度と発言力を持つ人の発言を引き出せば、これまた政策を変えるうえで大きなレバレッジ

ジになります。こうしたセレブリティなどに関しては、NGO の国際的なネットワークが何らかのつてを持っていることもあります。

また、自分の団体だけでなく、同じ関心や問題意識を持つ NGO・コミュニティ組織が集まって、ネットワークを形成するという方法も重要です。一団体だけが求めているのではなく、みんなが声を上げている公共性の高い問題なのだ、と主張することができからです。このように、中央レベルの政策や国際的な政策トレンドについても、私たちにとって、決して手の届かない領域というわけではないのです。

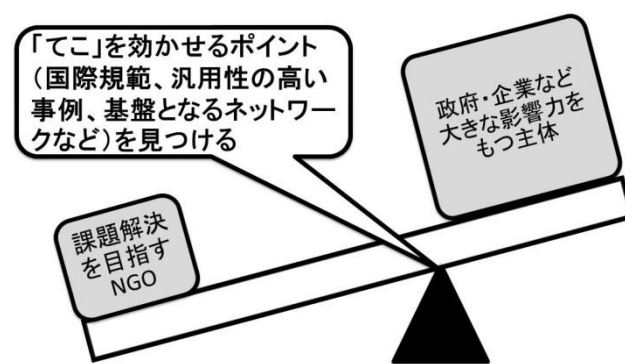


図13 NGOのアドボカシーと「レバレッジ」



ミンダナオ島・北ダバオ州ニュー・コレリア町で保健活動の拠点となっている NGO、ANAK-NC。保健活動を町ぐるみで進める。撮影＝稲場雅紀

## 第 2 部 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの現状と市民社会の活動＝フィリピンでの調査を通して＝

2014 年度外務省 NGO 研究会（UHC と NGO）では、UHC の現状とそれに対する市民社会の活動について、フィリピンで現地調査を行いました。フィリピンには以下のような特徴があるからです。



フィルヘルス事務所（ケソン市） 撮影：田中雅子

1. 1995 年に設立された国民健康保険制度「フィルヘルス」PhilHealth があり、これを中核に、政府が国を挙げて UHC を推進している。また、「フィルヘルス」は、貧困者に対する条件付き現金給付プログラムである「4P プログラム」などともつながり、保健にとどまらない包摂性をもって運用されている。
2. 一方、「フィルヘルス」は、医療費に対する国民の自己負担額があまり変わっていないこと、カバーするサービスの少なさ、貧困者にとって利用しやすい制度ではないことなど多くの問題点が指摘されている。
3. 地域のコミュニティ、NGO、市民社会が「フィルヘルス」の問題点を補い、これを活用して人々の保健へのアクセスを高めるための様々な取り組みを行っている。また、「フィルヘルス」の改善のための政策提言活動も存在する。

本研究会の目的は、UHC を実現するために、NGO は何ができるかを検討することです。この目的に照らすと、特に（3）に豊富な事例があるフィリピンから学ぶことは多い、と考えられます。

フィリピンでの調査の軸となったのは、現地の二つの団体・地域との関係です。一つ目は、全国規模で代替医療に関する人材育成を行っている「代替的保健ケア・システムのための統合的医療協会」（INAM: Integrative Medicine for Alternative Health Care Systems, Philippines Inc.本部ケソン市）、もう一つが、80 年代後半から地域開発プログラムの一環としてプライマリー・ヘルス・ケアを町を挙げて行っている地方自治体、ニュー・コレリア町（New Corella, ミンダナオ島北ダバオ州）です。その背景には、二つの組織や地域と連携して継続的にプライマリー・ヘルス・ケアの促進のための人材育成を行ってきた、愛知県日進市の「公益財団法人 アジア保健研修所」の取り組みがあります。



ヘルスワーカーのみなさんと調査メンバー  
（ニュー・コレリア保健センター）

本海外調査は、（公財）アジア保健研修所、および（特活）ソルト・パヤタスの多大なご協力により実現したもので、ここに感謝の念を表します。



## <現地調査参加者>

- ・ 石山民子 (特活)アジア砒素ネットワーク
- ・ 稲場雅紀 (特活)アフリカ日本協議会 ※研究会事務局
- ・ 田中雅子 上智大学
- ・ 西山美希 (特活)シェア＝国際保健協力市民の会

## <訪問・取材先一覧>

### ★ 2014 年 11 月 3 日(ルソン島マニラ首都圏)

- Philippine Rural Reconstruction Movement (PRRM)
- Alt Health Foundation (The Foundation for Healthcare Alternatives)
- PhilHealth Office, Quezon City
- Philippine Association for Citizens with Developmental and Learning Disabilities, Inc.
- Action for Health Initiatives (ACHIEVE)
- Department of Health (竹中伸一専門家)

### ★ 2014 年 11 月 4 日～6 日(ミンダナオ島北ダバオ州およびダバオ市)

- ANAK-NC
- Poblacion Health Maintenance Program
- New Corella Municipality Health Center
- Poblacion Barangay Health Center, New Corella
- New Corella Municipality City Hall
- Poblacion Barangay Council, New Corella
- Mambing Barangay, New Corella
- Institute of Primary Health Care, Davao Medical School Foundation (DMSF-IPHC)
- Marilog Proper Barangay Council, Davao City
- Wellness Center, Marilog, Davao City

### ★ 2014 年 11 月 7 日(ルソン島マニラ首都圏)

- Salt Payatas (特活)ソルト・パヤタス
- Integrative Medicine for Alternative Health Care Systems, Philippines Inc. (INAM)
- Urban Poor Associates
- Lila Filipina



ダバオ市北西部に位置するマリログ地区。 撮影:稲場雅紀



## 第2部 途上国での UHC の実相と市民社会の活動＝フィリピンでの調査を通して＝ 誰ひとり取り残さない UHC を考える ＝社会的排除の視点から＝

田中雅子（上智大学）

### 1. 「制度先進国」フィリピン

1995 年の保険公社設立後、公的医療保険 (PhilHealth、以下、フィルヘルス) の普及を進めるフィリピンは、国全体で UHC に取り組んでいる。市民社会による政策提言や政府との連携も盛んで、日本の NGO が学ぶべき点が多い。

1987 年憲法によって設立された人権委員会は、女性、子ども、若者、先住民、イスラム教徒、障害者、出稼ぎ労働者、インフォーマル・セクター労働者、都市貧困層など 15 カテゴリーの人びとを保護の対象とするなど、人権保障に努めている。また、同憲法第 13 条第 13 項は「(略)必需品のほか健康等に役立つ便益を、一般に利用可能 (Affordable) な価格で、すべての人に提供しなければならない。(略)国は、生活扶助受給者に対しては、無料医療につとめなければならない」と規定している。

しかし、ミレニアム開発目標ゴール 5 の指標である妊産婦死亡率が、2013 年において出生 10 万あたり 120 と、1990 年の 110<sup>1</sup> から進捗に乏しいことなど見ると、制度はあっても「すべての人」が保健サービスにアクセスできているとは言えない。

### 2. 地方分権化の影響

1986 年に「ピープル・パワー」によってマルコス政権が倒されて以来、地方分権化が進み、1991 年の地方自治法制定後、保健サービスも中央省庁から地方政府へと権限と責任が委譲されている。地方自治の最小単位バラングイから州レベルまでの保健分野での役割は図のとおりである。

地方分権化は、地域のニーズを反映したサービス

提供が可能になるという長所がある反面、自治体の歳入の多寡により、地域間格差が生じやすいという短所もある。

地方自治体 (LGU) と保健分野での役割  
1991 年地方自治法より (JICA 2012: 1-8)

|                                         |                                                                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| バラングイ (Barangay) 41,984<br>人口 1,000 人程度 | <ul style="list-style-type: none"> <li>選挙で選ばれたバラングイ・キャプテンが管理</li> <li>第 1 次サービスの提供、保健所の維持</li> </ul> |
| 町 (Municipality) 1,485                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>第 2 次サービスの提供、PHC, MCH, 感染症・非感染性慢性疾患対策</li> </ul>              |
| 市 (City) 137<br>人口 10-20 万人             | <ul style="list-style-type: none"> <li>町・州の事務の所管及び施設管理等</li> </ul>                                   |
| 州/県 79<br>Province                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>病院および第 3 次サービス等の提供</li> <li>避難民支援等の人道支援活動</li> </ul>          |

### 3. 保険給付対象の拡大

フィルヘルスは、1995 年の開始当初、2010 年までに皆保険を実現することを目指していた。数次にわたる制度の見直しを経て、2011 年には人口の 82% がカバーされていると発表されたが、実際には 50% 程度だと指摘されている<sup>2</sup>。

保険料は加入対象によって異なる。強制加入の公務員および民間セクターの被用者の場合、標準報酬月額額の 2.5% を労使が折半するが、任意加入の自営業者や農業・漁業およびインフォーマル・セクター従事者のうち、標準月額報酬が 25,000 ペソ<sup>3</sup> 以下の人は年間 2,400 ペソ、また人口下位 25% にする貧困層は、公費負担で加入できる。

給付対象となるのは、フィルヘルスの認証を受けた公立もしくは民間の施設でサービスを受けた場合のみで、1 次、2 次、3 次の施設ごとに給付の上限額は異なる。年間 45 日までの入院の他、出産

<sup>1</sup> WHO (2014) 参照

<sup>2</sup> フィルヘルスについては、JICA (2012) および PhilHealth の WEB サイトより

<sup>3</sup> 2015 年 1 月 12 日現在、1 ペソは 2.65 円



や外来診療のうち母子保健サービス、結核外来や、年間上限 3 万ペソ以内の HIV エイズ治療パッケージ、また非感染症の予防や検査、投薬の一部にも給付される。

#### 4. 貧困層の認定の問題

貧困層は、認証機関でサービスを受ける際、即日加入が可能であり、給付額を越える差額を請求されないなど、特別な対応を受けることができる。しかし、貧困層として認定されていないければ対象外であり、そのハードルは高い。

2010 年までは、地方自治体が貧困層を選定していたが、政治家によって恣意的に選ばれているとの指摘を受けて制度は変更された。2011 年からは、社会福祉省が実施する貧困削減全国世帯捕捉システムの調査によって貧困層が認定されている。保険料免除対象となるためには、さらにバランガイの長の推薦も受ける必要がある。都市貧困層は人権委員会によって保護の対象に指定されているものの、世帯調査の対象地区は限られている。路上生活者のように定住性の低い人たちや、セックス・ワーカーなど地域社会から排除されがちな人たちは認定される可能性は低く、貧困層認定制度から排除される人たちは少なくない。



ケソン市パヤタス地区の保健センターの待合室にて  
撮影：田中雅子

世帯単位の医療・社会保障制度にも弊害がある。法的な配偶者は追加保険料を払わず被扶養者として給付を受けることができる。しかし、カトリックの影響で事実上離婚できないため、実際の夫婦関係があっても、給付を受けられない配偶者もい

る。親と関係を絶ったストリート・チルドレンも同様に給付を受けられない。個人加入は可能だが、貧困世帯に認定されていない労働者にとって、年間最低 2400 ペソかかる保険料は決して安くはない。

#### 5. NGO にできること

都市スラムで活動する NGO<sup>4</sup> は、独自に調査を実施して、貧困世帯としての認定を働きかけ、NGO が貧困層の認定や世帯調査の実施に関与できるように議員に働きかけている。また障害をもつ子の母親も貧困に陥りやすいことから、支援対象とするよう訴える<sup>5</sup>など、UHC 推進のためのアドボカシー活動の実例があった。

先住民コミュニティなど認定制度によって保険加入が進み、保健サービスへの Access が高まったところはあるが、加入者や被扶養者が制度を十分理解し、活用できているとは言えない。またフィルヘルズ認定機関において、医薬品の恒常的な供給や、医療従事者の勤務状況を監視し、保健ガバナンスを向上させるための監視活動を住民が行えるよう支援することは、Availability を高めるために必要な NGO の役割である。保健セクターで事業を行っているか否かに関わらず、UHC 実現のために NGO ができることのヒントを得た。

#### 参考文献

知花いずみ(2009)「フィリピンにおける障害者の法的権利の確立」、小林昌之編『開発途上国の障害者と法：法的権利確立の観点から』調査研究報告書、アジア経済研究所

JICA(2012)「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査【各国編】(和文)」

WHO(2014)Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013  
[http://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/phl.pdf?ua=1](http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/phl.pdf?ua=1) (2015.1.12.閲覧)

<sup>4</sup> Urban Poor Associate より 2014 年 11 月 7 日聞き取り

<sup>5</sup> 障害者団体連合体 Alyansa ng may Kapansanang-Pinoy のメンバーから 2015 年 11 月 3 日聞き取り

## 第2部 途上国での UHC の実相と市民社会の活動＝フィリピンでの調査を通して＝ 地域住民参加による UHC の取り組み

西山美希 ((特活)シェア＝国際保健協力市民の会)

### 1. ニュー・コレリアの概要

フィリピンでの UHC の実際の取り組みを知るために、北ダバオ州ニュー・コレリア町を調査した。訪問先は、ヘルスセンター、バランガイ(村)議会、町長訪問、ANAK-NC などであった。ニュー・コレリアは、1999 年から 2010 年までダバオ医科大学プライマリー・ヘルス・ケア研修所(IPHC)が指導し、住民参加、行政と住民の協力をベースにして進められるまちづくり、「SIAD(持続的総合地域開発)」のプログラムにより、特に健康に関する取組みがなされてきた。アジア保健研究所(AHI)も、人材育成等に関わっている。

この地域の背景として、SIAD を通して、意思決定や事業の実施における住民参加の基礎が出来ていると考えられる。地域の健康問題として、途上国に多くみられる感染症と同時に高血圧などの非感染性慢性疾患(NCDs、日本でいう「生活習慣病」)があげられている。また貧困家庭の問題、遠方の山岳地域は、インフラが整っていない、交通事情が悪いなど保健・医療サービスにもアクセスしづらい現状がある。

### 2. ニュー・コレリアでの地域でのUHCに関する取り組み

ニュー・コレリアでは、バランガイのヘルスセンターで積極的にプライマリー・ヘルス・ケアの活動が実施されており、それに加え、行政と住民が協力して、様々な健康に関する取組みがされている。短期間のため全ての活動について見学できていないが、いくつかの活動を紹介したい。

(1)地域の健康保険:ニュー・コレリア町の中心地であるポブラシオン・バランガイでは地域独自の健康保険の仕組みとして、PHEMP(Poblacion Health Maintenance Program)を 2002 年から実施している。誰でも加入でき、例えば 5 人家族の場合は、年間 2500 ペソを支払う。PhilHealth によってカバーさ

れる疾病等は感染症等が中心で、それ以外の疾病等も補うものとして年間2万ペソまでのサービスを得られ、入院した場合、PhilHealth とコミュニティ健康保険の両方使えるなど、経済的な負担を軽減し、医療によりアクセスできるようになるために有効な取り組みである。しかしながら、他の民間保険の影響や、無料でのサービスの期待から、保険加入者が減少傾向にあることが課題としてあがっている。

(2)救急搬送への対応:ニュー・コレリア町はポブラシオンなど中心地(盆地)と山岳地域に分かれているが、山岳地域にあるバランガイは、交通事情が非常に悪い。そのためニュー・コレリア町行政として、2007 年から救急搬送を開始し、搬送用車両を取得した。2011 年よりニュー・コレリアの 20 か所のバランガイで、無線システムが導入されたことにより、無線を通して救急車を呼ぶことができるようになっている。救急車は 現在 1 台稼働中で、町行政の予算によってまかなわれているため、救急車を使うにあたり住民の経済的負担はない。これにより遠方の村でも、誰でも緊急的な妊婦の搬送や医療サービスへアクセスできる体制がとられている。

(3)薬草茶の活動:背景:前出の IPHC がバランガイ・ヘルス・ワーカーへ研修を実施し、2007 年より活動を開始した。現在はバランガイ・ヘルス・ワーカー 25 名が薬草茶の製造に携わり、バランガイ議会が施設維持費用などをサポートしている。咳、尿路感染症、下痢、デング熱、抗酸化作用などに効果があるとして、10 種類の薬草が保健省にも認定されている。1 袋 12 ペソで、バランガイ・ヘルス・センターや町の薬局でも販売している。飲みやすく、誰でも購入しやすい金額で販売するなど、住民自らの手で地域レベルでの健康づくりがされている事例である。

(4)住民・行政参加による健康づくり:ANAK-NC は IPHC および前出の AHI による支援から始まり、住民・行政が参加する形で、保健を中心とした地域開

発を行う NGO である。食生活・運動なども含めたキャンペーンやイベントなどの実施や栄養不要の子どもへ食事提供など NGO や企業の支援を受け実施し、PhilHealth では治療がカバーされない慢性疾患や重症化する前の予防の情報提供にもつながっている。町行政からは無償での事務所貸与や、職員が 2 名派遣されており、住民 2 名と共に活動を実施している。行政・NGO・地域の枠組みを超えた他セクター間による非感染性慢性疾患を含めた地域ぐるみの健康増進活動がされている。



ポブラシオン保健センターの薬草棚 撮影:西山美希

### 3. ニュー・コレリアでの調査まとめ

ニュー・コレリアでは、SIAD のプログラムでの取り組みにより、地域をあげて取り組む仕組みが形成されている。現在も継続できている要素を以下のとおり考えてみた。

◎IPHC による戦略的な仕組みづくり: 大学機関である IPHC による、積極的な行政への働きかけ、町・村行政と住民両者への研修、他地域の成功モデルの導入などを通して地域ぐるみの仕組みづくりをした。

◎住民参加: SIAD により、様々な場面で住民が参加し、声を反映できる仕組みが作られていた。

◎人材育成: IPHC や AHI の研修の参加者が地域で活躍している。研修により意識や行動が変化し、自分事として関わる人が多い。

◎地域行政の主体的な関わり: バランガイ議会、保

健行政がイニシアチブをとって保健活動を行ったり、地域での活動を資金面でもサポートをする体制がある。

◎他セクターとの協働: 行政・住民の枠組みを超えた協働が自発的にされている

どの訪問先でも私が感じたことは、行政職員が行政の立場だけで考えたり、枠組みに縛られることなく、その地域住民の一員として、地域課題に取り組んでいるということであった。また住民は、行政職員とも協力できる関係を作り共に働いており、行政と住民との垣根の低さというのが随所にみられた。

### 4. おわりに: 地域レベルで活動する NGO が UHC 達成に近づくためには

ニュー・コレリアの調査を通し NGO が地域でもっと関われる可能性に気づかされた。他セクターとの協働がしっかりできているか、地域行政への働きかけが十分であるのか、様々な段階で住民参加と声を反映させることの仕組みづくりができているのかなど自分たちへの問いが生まれてきた。

シェア自身は、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) のアプローチをもとに、住民、当事者、社会的弱者等と共に住民主体の健康づくりを進めている。Accessibility、Availability、Acceptability の向上について意識的に取り組んでいるが、費用面や保健制度などに関する Affordability に関しては行政の役割という意識があり、あまり関わっていない。その強化により、PHC に一つの要素が組み込まれ包括的な活動となることは、UHC 達成のために保健 NGO ができることであろう。

### 参考文献

Manuel T. Cayon, (2012) "Making Participation a Tradition: The SIAD Experience in New Corella"  
IPHC-DMSF, AHI



## 第2部 途上国での UHC の実相と市民社会の活動＝フィリピンでの調査を通して＝ UHC を目指すための NGO の役割：統合医療の普及を通じた UHC への貢献＝INAM の実践例から

石山民子（（特活）アジア砒素ネットワーク）

### 1. 統合医療の普及に努める INAM

フィリピンには統合医療の普及を行う NGO があり、その一つが 1982 年設立の「代替的保健ケア・システムのための統合的医療協会」Integrative Medicine for Alternative Health Care Systems, Philippines Inc. (以下 INAM) である。1980 年代、西洋医学にアクセスできない人のニーズを満たす運動から出発し、周縁化された人々を対象としている。INAM は伝統中国医療研修センターとして認定を受けており、また、保健 NGO ネットワーク (Primary Health Care Coalition) に加盟しアドボカシーにも参加している。調査チームはマニラ市の INAM 本部事務所を訪問し、代替医療サービス局責任者のアニシア・ソレストレ氏 (Anicia O. Sollestre)、アドボカシー調査・研修局責任者のジェニファー・マダンバ医師 (Jennifer Madamba) にインタビューを行った。



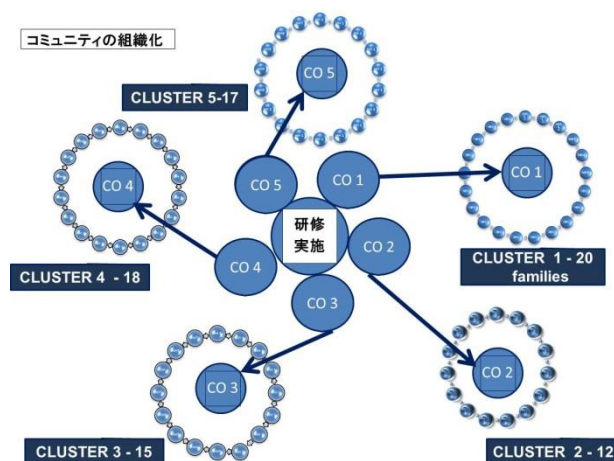
INAM のオフィス(ケソン市)でインタビュー 撮影: 石山民子

INAM への訪問前、UHC の一環である予防に薬草茶・マッサージなど安価/無料なサービス・健康行動を取り入れることは有効と思われるものの、日本では鍼灸・整体等の治療費は高額であること

から、代替医療が脆弱層にどのように裨益するのかが調査チームの疑問であった。また、検証された治療法の確立と普及法に関心を持っていた。

### 2. INAM の活動

INAM は、「フィリピン統合的医療研修」(Philippine Integrative Medicine Training) という独自の研修



INAM のコミュニティ組織化の模式図。研修を受けた保健ボランティアが 20 世帯程度の「クラスター」を作る。提供: INAM

を開発し、薬草や伝統医療を使える保健ボランティアの育成を行っている。研修は、代替医療に特化するのではなく、一般的な疾病の調査、対処法などを含む体系的な内容となっている。

研修を受けた保健ボランティア(図中 CO<sup>6</sup>)は、一般的な保健と代替医療の知識・技術を周囲に伝え、20 世帯程度のクラスターを形成していく。INAM は代替医療をサービス料と引き換えに「売る」のではなく、地域保健の一部と位置付けている。

<sup>6</sup> 保健ボランティアは段階的な PIM 研修を受け、Community Organizer (CO) から、Community health Worker (CHW)、Community Health Program Manager (CHPM) へとスキルを向上させていく。

INAM は統合医療の普及のため、フィリピン全土の地方行政・住民組織・NGO とパートナーを組み、研修を実施。これまでに全国 81 中 68 プロビンスの 244 バランガイで、1144 人が研修を受け、そのうち 727 人地元でコミュニティ保健ワーカーとして働いている。(INAM,2014)

### 3. UHC における統合医療の重要性

UHC の達成に必要な Accessibility, Affordability, Availability, Acceptability の「4A」の視点から INAM の実践を考察したい。

(1) Accessibility 山と海に阻まれ交通アクセスの悪いフィリピンにおいて、INAMは、保健ワーカーを通じ、クラスターを作り、統合医療を実践しあえる人を「身近に」増やす方法をとることで、統合医療のアクセスを高めることを目指している。INAM はまた、リファラルがしやすいよう搬送サービスも開始しており、Accessibility の改善 に寄与していると言える。

(2) Affordability 代替医療サービスを販売するのではなく、保健ボランティアの活動とすることで、利用者は無料にて治療・情報を入手している。必要なときのみ西洋医学の施設に出向き、サービスを購入すれば良いため、交通費を含め、医療関連費全体の費用を低減することが見込まれる。他方、代替医療施術者の持続性は課題であり、INAM はフィルヘルスの認証機関となって、保険金が還付されるシステムを作ることを目指している。

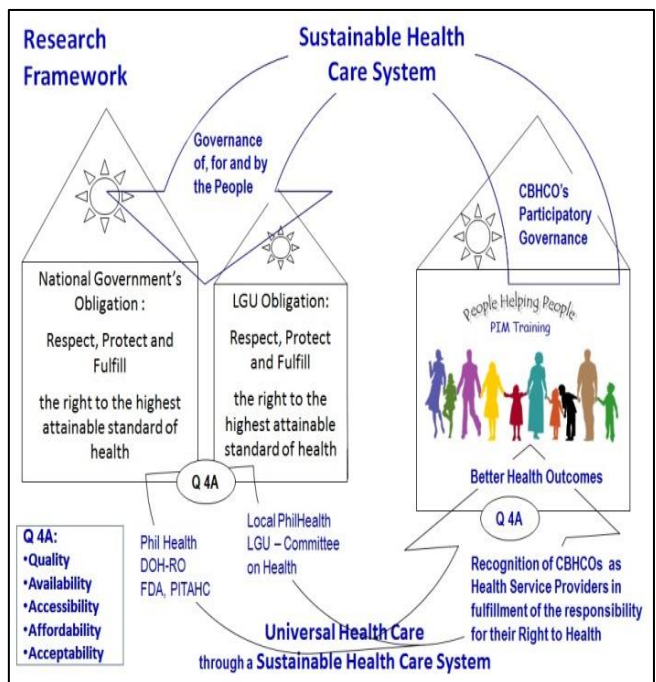
(3) Availability 物理的・心理的理由から西洋医学を利用できない状態にある人が、治療をあきらめるのではなく、身近な環境の中から代替案を選択し、利用できる状態をつくっている。INAM の介入を通じて代替医療を理解する人を地域に育成することで、それまで保健医療と関係なかったものを「保健医療資源」に変えることができるようになり、Availability の改善に寄与している。

(4) Acceptability 地域にある薬草など伝統的な治療法を活用し、家族や身近な人に癒されることを希望する人は多いが、伝統医療や民間医療の課題は、効果が見えないもの、逆効果のものが少なからず含まれている点にある。INAM には西洋医学を学んだ医師も参加し、効果の検証された施術を選んで普及をしていることから、利用者は統合医療を安心して受け入れることができる。

### 4. 病気になりにくく、治りやすい環境を整えることも UHC への一歩

現代に生きる私たちは国境を越え、環境や生活習慣の変化により、長い治療期間と高額な医療費を要する疾患になりやすい条件を抱えてしまっている。

統合医療の普及は、病気になりにくい条件、治りやすい条件、さらに、西洋医学と伝統医療の中から自分が希望する医療を選択できる環境を整えることを意味する。このような環境整備を通じ、利用者の自己治癒力と利用者間の相互治癒力を高め、結果的に「地域の外に出ていくお金」を減らす取り組みも UHC の重要な要素であり、NGO らしいアプローチと言える。



INAM の想定する持続可能な保健ケア・システム。提供: INAM (インタビューで示されたプレゼンテーションより)



## 第2部 途上国での UHC の実相と市民社会の活動＝フィリピンでの調査を通して＝ 制度へのアドボカシーの限界と人材の重要性

稲場 雅紀 ((特活)アフリカ日本協議会)

### 1. 「UHC」が表わすものの真相は何か？

80年代以降の保健アドボカシーに新たな潮流を切り開いたのは HIV/AIDS であった。ゲイなど性的少数者、セックス・ワーカー、薬物使用者など、厳しい迫害を受けてきたコミュニティの存在をかけた、HIV 活動家は世界中で、差別の根絶と対策へのアクセスを掲げて取り組み、エイズ問題のグローバルな主流化に成功した。こうした HIV 活動家たちの多くは、「UHC」の潮流に違和感を表明する。実際、途上国の多くでは、公的保険制度は公務員やフォーマルセクターにしか届いていない。

フィリピンの公的保険「フィルヘルス」は、理論上すべての市民に開かれている。貧困層は政府が保険料を肩代わりすることによって保険に加入できる。しかし実態は違う。海外で働くフィリピン人のエイズ問題に取り組む「ACHIEVE」によれば、多くの貧しい HIV 陽性者にとって保険料の 2400 ペソは高く、「肩代わり」(ポイント・オブ・ケア制度)は自分が貧困層であることをアピールし、手続きしなければ使えないので活用する人が少ない<sup>7</sup>。海外で働くフィリピン人は、手続きの過程で保険料が強制徴収されるが、それに見合ったサービスがなく、多くの海外労働者が不満を持っているという。実際、フィルヘルスは入院治療への給付が中心であるなど給付が限定的で、安定黒字経営である。アジア開発銀行の論者によれば、自己負担の低減効果も十分でない<sup>8</sup>。

<sup>7</sup> ACHIEVE(Action for Health Initiatives, Inc.)の事務局長アマラ・ケサダ＝ボンダッド氏(Amara Quesada-Bondad)への筆者のインタビュー(2014年11月3日、同団体事務所にて実施)による。

<sup>8</sup> Hiroko Uchimura (2009) “2. Health Financing for Accessible Services: A Study of the Philippines”, *Making Health Services More Accessible in Developing Countries*, IDE-JETRO

こうした批判にこたえて、政府は Dengue 熱、HIV などの個別パッケージを併設することで給付を増やしているが、対症療法の域を出ていない。実際のところ、問題が多いにもかかわらず、フィルヘルスに関する体系的なアドボカシーは NGO サイドからは必ずしも積極的には行われていない。PRRM(フィリピン農村再建運動)を中心とした NGO のネットワークも、フィルヘルスの改善のために、「フィルヘルス・ウォッチ」を立ち上げようとしている、という段階である。フィルヘルスは、フィリピンの保健に関わる運動の焦点となっているわけではない。貧困層の認定に関するアドボカシーも、フィルヘルスというよりは、条件付き現金給付のスキームである「4Pプログラム」の方を焦点としているように思われる。

### 2. 独自の人材育成システムがフィリピンの「宝」

フィリピンの保健で特筆すべきはフィルヘルスよりもむしろ、地域で展開するプライマリー・ヘルス・ケアや、コミュニティ・ヘルスの取り組みの人材の厚さ、それを支える独自の人材育成システムである。このシステムは、日本にもつながっている。

本稿で他の報告者も触れているが、ミンダナオ島・北ダバオ州のニュー・コレリア町は、行政と NGO、議会が連携して町ぐるみで保健を向上させてきた<sup>9</sup>。この町の保健の取り組みを支えてきたのはダバオ医科大学のプライマリー・ヘルス・ケア研究所(IPHC)だ。IPHC は地域で働くコアな保健医療人材を育成するだけでなく、地方自治体の幹部や議員などにも研修を行って保健の主流化に努めている。

<sup>9</sup> ニュー・コレリアの取り組みについては、以下の書籍に詳しい: Manuel T. Cayon, (2012) “Making Participation a Tradition: The SIAD Experience in New Corella” IPHC-DMSF, AHI

この IPHC は日本のアジア保健研修所(AHI)と古くから連携を持っている。アジア保健研修所は IPHC と連携してこの町の保健人材の育成や保健に向けた動機づけを積極的に担ってきた。人材育成という点では、伝統医療・代替医療をフィリピンの保健の中に定着させようとしている INAM(代替的ヘルス・ケアのための統合的医療センター)も、全国規模で代替医療の人材の育成に取り組んでいる。INAM も人材育成において AHI と連携してきた。

IPHC は現在、ダバオ市北西部の山間地マリログ地区のプライマリー・ヘルス・ケアの体制構築にテコ入れを行っている。ダバオ市は3代続く世襲市政の中で保健には十分に力が入れられず、特に市の中心部から離れた山間部に位置するマリログ地区は、保健施設、保健人材とも極めて少ない。しかし、IPHC の中でこの地区を担当している若いスタッフであるヨキート・ピロンドさんは意気軒昂である。彼からは、地方政治の風向きがおかしくても、長い時間をかけて、この地域に PHC を根付かせたいという強い意志を感じた。フィリピンの強みは、こうした人材であり、NGO や大学といった、それを支える人材育成システムである。



ニュー・コレリアの保健を担う地域 NGO、ANAK-NC のジョエルさんとウエンディさん  
撮影：西山美希

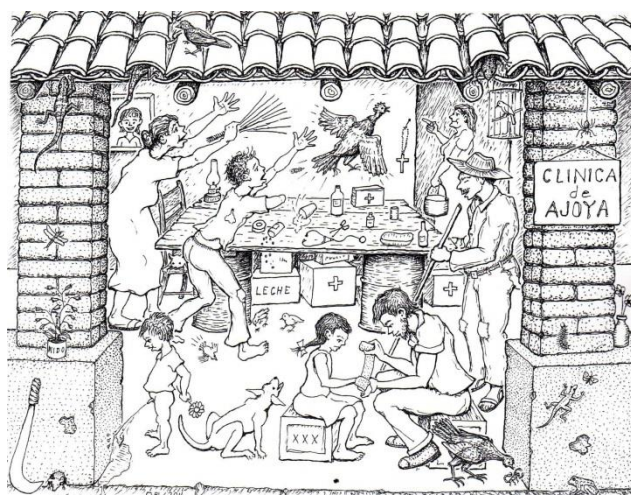


ダバオ市北西部 マリログ地区のシティオ・サント・ニーニョ・バラングイ (Sitio Sto. Nino Barangay)にあるウェルネス・センターで。

### 第 3 部 NGO による UHC の取り組み 現場からの事例レポート

第1部では、UHC を「需要側/権利保有者サイド」から再定義することによって、NGO が UHC を実現するために不可欠な役割を果たす存在であることを明らかにしました。第2部では、研究会の調査の対象となったフィリピンにおいて、不十分な UHC のシステムを補完し、また、改善していくために、NGO・地域社会・市民社会がどのような役割を果たしているかを見てきました。

第3部では、第1部・第2部で見たことを踏まえて、NGO が UHC 実現のためにどのような実践を行っているかについて、具体的な事例をもとに見ていきます。



メキシコの PHC クリニック(1966 年)デヴィッド・ワーナー画  
提供: 本田徹氏

第3部で取り扱う事例は、事例報告5例、コラム4例の合計9例です。地域で見ると、東南アジア2例、南アジア2例、アフリカ2例、ラテンアメリカ2例、日本1例、となっています。事例報告で扱った5例はいずれも、具体的な目的をもちつつも、包摂性を両立させたものとなっています。また、コラムでは、社会的に脆弱性を抱えた人々の保健への衡平なアクセスの実現や、予算アドボカシーといった、個別のテーマへの取り組みに焦点を当てています。

各事例はいずれも包括性を有していますが、「4A」と「衡平性、回復力、持続性、権利ベース・アプローチ」の8項目について、「その事例から＜特に＞、何を学べるか」という観点から分類したのが、右の表になります。目的に合わせてご活用ください。最後に、多大な労力を払って事例を提供して下さいした各 NGO の皆様に感謝の意を表します。

| 種類  | 提供団体名<br>(法人名略)      | 対象国         | Accessibility | Availability | Affordability | Acceptability | 衡平性 | 回復力 | 持続性 | RBA |
|-----|----------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|---------------|-----|-----|-----|-----|
| 事例  | ピープルズ・ホープ・ジャパン       | カンボジア       | ◎             | ○            | ○             |               |     | ○   | ○   |     |
| コラム | ウォーターエイド ※障害と水       | マダガスカル/ネパール | ◎             | ○            |               |               | ◎   |     |     |     |
| 事例  | AMDA 社会開発機構          | ホンジュラス      | ◎             | ◎            | ◎             | ○             | ○   |     | ◎   |     |
| コラム | シェア＝国際保健協力市民の会       | 日本          | ○             | ○            |               | ◎             | ◎   |     |     | ○   |
| 事例  | CanDo (アフリカ地域開発市民の会) | ケニア         |               |              |               | ○             | ◎   | ◎   | ○   | ○   |
| コラム | DPI 日本会議             | ブラジル        | ◎             |              |               | ○             |     |     | ○   | ◎   |
| 事例  | シェア＝国際保健協力市民の会       | カンボジア       | ○             | ◎            |               | ○             |     | ◎   | ○   | ○   |
| コラム | ウォーターエイド ※予算         | ネパール        |               |              |               |               |     |     | ○   | ◎   |
| 事例  | アジア砒素ネットワーク          | バングラデシュ     | ○             | ◎            | ○             | ○             | ◎   | ◎   | ○   | ○   |

## いつでも保健センターに行ける環境を ＝カンボジアの村で緊急搬送システムをつくる＝

(特活)ピープルズ・ホープ・ジャパン

### 1. 保健センターまでの険しい道のり

「保健センターで産みたいのに、行けない」。カンボジアの農村で暮らす女性にとって、移動は切実な問題だ。人口密度の低い地域では、広大な農地や森林に村が点在しており、村から地域のプライマリケアを担う保健センターへの道のりは遠い。バイク・タクシーや自転車、徒歩で未舗装道路を移動するのは、妊産婦にとって困難で、かつ危険でもある。タクシー料金を交渉し、ときには借金も必要になるほど負担も大きい。夜中に産気づいた女性が、村の伝統的産婆を頼るのも無理はない。

人びとは健康教育によって知識を身につけても、行動まで変えることは難しい。いつでも気軽に使える(Available)、手ごろな料金で使える(Affordable)交通手段がないと、保健施設は利用しやすい(Accessible)とは言えないだろう。

カンボジアには貧困層に対して医療費の補填や、交通費・食費支給を認める政府の「貧困者救済基金」(Health Equity Fund)<sup>1</sup>や、保健センターの利用を促進するための「サービス利用券制度」(Voucher Scheme)がある。さらに基金とは別に貧困者救済のための制度として村長が貧困層と認定した世帯は、診療費が免除されるといった措置もある。しかし、制度の周知不足や、村人の誤解もあり、適切に利用されていない地域もあった。

ピープルズ・ホープ・ジャパン(PH-Japan、以下PHJ)は、コンポントム州バライ・サントク保健行政区の中でも地理的条件の悪い保健センターを拠点に2008年からの3年間「母子保健改善事業」を実施した。続く2011年からは「母子保健改善に向けた健康な村作り事業」の中で「救急搬送システム構築」を実施し、遠隔地での地域的な格差解消に取り組んだ。

表：事業地での母子保健サービス利用率の年別推移ならびに全国／コンポントム州との比較<sup>2</sup>

|                    | 事業地    |        |        | 州       | 全国         |
|--------------------|--------|--------|--------|---------|------------|
|                    | 2007   | 2010   | 2013   | 2010    | 2010       |
| 対象人口               | 11,824 | 11,795 | 11,795 | 664,600 | 14,100,000 |
| 推定出産数 <sup>3</sup> | 355    | 354    | 354    | 19,938  | 360,960    |
| 妊婦健診1回目受診率(%)      | 42.8   | 83.3   | 57.3   | 69.4    | 96.5       |
| 妊婦健診4回目受診率(%)      | 7.9    | 39.3   | 35.0   | 24.0    | 46.2       |
| 保健センターでの分娩介助率(%)   | 0.3    | 33.6   | 34.5   | 22.3    | 41.7       |
| 伝統的産婆による自宅分娩介助率(%) | 40.3   | 10.7   | 1.7    | 20.1    | 9.4        |
| 保健センターでの産後健診受診率(%) | 14.6   | 36.7   | 38.4   | 28.5    | 57.6       |

<sup>1</sup> 貧困者救済基金は2000年からいくつかの保健行政区でパイロット事業として始められ、徐々に全国に拡大していった。

<sup>2</sup> 保健統計(Health Information System)より集計。

<sup>3</sup> 推定出産数(出生率)は全国では人口の2.56%、コンポントム州(PHJ事業地含む)では3.0%として計算する。妊婦健診を受けた妊婦数は推定出産数よりも多い可能性がある。



表は事業地での実績と全国もしくは州の統計と比較したものだが、地域の保健センターでのサービス利用が増加し、自宅分娩率が大幅に減少したことがわかる。以下、搬送システム導入までの過程とその効果について共有する。

## 2. 保健ボランティアによる提案

妊産婦が安全な分娩介助を受けるためには、サービス提供側の運営体制の強化やサービスの質の向上と同時に、村人の意識を変えるための働きかけも必要である。

PHJ はサービス提供側に対して、助産師の知識やスキルの向上を目指した研修の実施、施設の衛生や設備の管理体制の改善、また保健ボランティアや伝統的産婆との月例会議の実施を、さらにチームワーク強化のために保健センタースタッフ会議を行った。一方、村人への働きかけについては、保健ボランティアを対象にファシリテーションスキルの研修を通じて、効果的な保健教育を行う人材を育成した。

しかし、こうした活動を経てもなお、保健センターから遠い村では依然として「行けない」住民は少なくなかった。バイクを荷台にとりつけたトゥクトゥクを救急車として使いたいという保健ボランティアの提案をきっかけに、PHJ は搬送システムの導入を検討することになった。

必要に応じて使える乗り物を提供するという発想は妥当だが、車両の寄贈後ガソリン代を支援し続けねばならなかった他団体の例を見ていたので、失敗を懸念した。そこで、車両の管理や維持費用の捻出などを含めた仕組み作りを一緒に考えることになった。

## 3. 手頃な仕組みを考える

まずは保健センター長や村長、保健ボランティアなど関係者が、他団体が行っている搬送のための貯蓄グループ作りの活動を見学し、最適な方法を検討した結果、世帯単位で毎月会費を払う会員制の搬送システムづくりが始まった。

村人全員が参加する集会を開催し、選挙で、代表、書記、会計、現金出納係、集金係などの役職者を選び、搬送システムの運営委員会を結成した。車両の寄贈に際して、PHJ は委員会と契約書を交わすと共に、車両の所有権や責任の所在、会員・非会員の料金体系や利用手続き、委員や運転手の役割について規約を作り、集会で周知した。毎月日本円に換算して 15～25 円程度の会費と、村から保健センターもしくは病院までの搬送料金は、村人が集会で妥当な額を決めた。

会員は保健センターまでは無料、病院への搬送も割引料金で利用できるのに対して、非会員はほぼ実費を支払う必要がある。非会員の搬送費は行先によって 300～550 円高くなる。非会員の最高支払額が 1,750 円程度で、緊急時に民間タクシーを使って 5,000 円を払わなければならなかった家族もいたことに比べると安心できる料金である。さらに会員は医療費を借りることもできる。



トゥクトゥク救急車 提供:ピープルズ・ホープ・ジャパン



規約には、搬送用の車両が私的に使われることがないように利用基準が明確に記されている。また車両が緊急搬送以外の目的に使われてタクシー化するのを避けるため、利用対象を分娩、産前産後の定期健診を受ける妊産婦、予防接種を受ける子どもと、急病人、マラリア感染など疑いのある患者、ケガ人に限定した。

委員会の収入は、会費の他、非会員が利用した際に徴収する料金、貧困層を搬送した場合の貧困者救済基金やサービス券利用制度からの交通費支援などがある。



病院に到着したトゥクトゥク救急車 提供:ピープルズ・ホープ・ジャパン

透明性の確保は、委員会が村人の信頼を獲得する上で必須である。支出可能な費目やその手順を細かく決め、毎月の運営会議で、記帳内容と残金を確認することになった。しかし、運営委員の中には読み書きや計算が不自由な人や、多くの世話役を兼任しているために、書類を作成できない人もいた。そこで、書類作成やその確認方法については入念に研修を行い、運営会議でも随時指導した。

#### 4. 村人の反応

搬送システム直後の村人の反応には温度差があった。すぐに加入した世帯が多かったが、自前の移動手段を持っている世帯や、妊娠の可能性のある女性や子どもなど、救急搬送の対象者がいない世帯は関心が低かった。また、長い内戦を体験したカンボジアでは、共同体に対する信頼や、協力してシステムを支える意識も低い。村長のリーダーシップや運営委員の熱心な呼びかけはもとより、搬送実績を上げることによって村人の信頼を高めるよう心がけた。2014年6月末の時点での加入率は、活動村の平均で45%である。

加入しても会費の徴収が滞ることもあった。遠い水田地帯に移り住み、一斉に田植えを行う雨季や収穫期は、1、2カ月家族全員が村を不在にすることもある。季節によっては、集金は極めて困難だったが、お寺に寄付箱を置いて祭事の時に寄付を募り、資金集めに工夫をこらした。

村人の助け合いによって支えられるこの仕組みを成功させたいという運営委員の強い意志が通じたのか、この活動で儲けようとする者はこれまでのところいない。運転手も「困っている村人を助ける手段ができてうれしい」と語っている。PHJのスタッフは、このシステムが軌道に乗るまでの過程を粘り強く支援した。

#### 5. 施設や制度を村人が有効に活用するには

「トゥクトゥク救急車があるから、安心して保健センターに行ける」と女性たちが語っていることから、移動手段の確保がいかに大きな課題であったかがわかる。

UHCのカバー率を上げるというと、保健センターの新設に関心が向きがちだが、すでにある施設へのアクセスを高めるための工夫も視野に入れ

る必要があるのではないか。NGOは手頃な料金（Affordable）で、必要なときに（Available）、安心して使える（Acceptable）搬送システムを作ること、また貧困者救済基金など既存の制度を活用するための普及活動という形でもUHCに貢献できるだろう。

PHJ が支援した搬送システムは、村人同士の助け合いの仕組みであり、健康に関する意識が高く、村長やボランティアなどキーパーソンがいれば、どこでも導入は可能ではないか。

長らく草の根で活動し、村人と信頼関係を築きながら、一緒に問題の解決策を考えるという姿勢をとってきたことで、村人、特に運営委員など献身的に関わる人たちのオーナーシップを引き出し、持続性の高い仕組みを作ることができたと言える。

## 参考文献

JICA (2012)、カンボジア王国保健セクター分析報告書

<http://libopac.jica.go.jp/images/report/12085213.pdf> (2015.03.01 閲覧)

Ministry of Health, Cambodia (2013), Annual Health Financing Report 2012

Ministry of Health, Cambodia (2008), Health Sector Strategic Plan 2008-2015

Ministry of Health, Cambodia (2010), National Health Statistic Report 2010

[http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/Annual\\_statistic\\_2010.pdf](http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/Annual_statistic_2010.pdf) (2015.03.01 閲覧)



このプロジェクトの対象となっている保健センターはこちら。  
提供：ピープルズ・ホープ・ジャパン 撮影：久保年弘

## コラム 1

### 障害者の給水・衛生設備へのアクセスを実現するために

特定非営利活動法人 ウォーターエイドジャパン

ウォーターエイドは「すべての人がすべての場所で給水・衛生にアクセスできること」を目指し、世界各地で活動している。2010年には「衡平と包摂を目指す枠組み（Equity and inclusion framework）」を策定し、途上国の貧困層の20%を占めるとされる障害者など、社会的に排除されがちな人々への支援を組織の活動の中で主流化している。具体例のひとつに、障害者を含めて誰もが利用可能な給水設備を設置すること、ならびにその方法の普及活動がある。

マダガスカルでは、内外の障害者支援団体と協力し、障害者が利用可能な給水・衛生設備の設計方法を紹介する手引書を作成し、現地パートナー団体が活用できるようにした。手引書の作成過程で障害者が設備を点検し、「給水設備に向かうスロープの傾斜がきつい」、「車椅子でトイレに入るとスペースが狭く、身動きが取れない」など細やかなニーズに対応するよう配慮した。



視覚障害者誘導用の突起をつけた手洗い・トイレ設備(マダガスカル・メナベ県)  
ECA/Andriniana Romanantsoa

ネパールの現地パートナー団体 Nepal Water for Health (NEWAH) は、水・衛生委員会にジェンダーやカースト、民族、年齢、障害の有無、性的指向などによって排除されがちな人々が入り、計画立案段階から参加することを原則化している。障害者が移動の負担なく会議に参加できるよう、障害者の自宅や近隣で会議を開き、障害者本人に代わってその家族や友人が要望を伝えるよう配慮している。また、給水・衛生設備の維持管理を担う委員を選出する際は、地域住民と協力して対象地区の世帯調査を行い、排除されがちな人の有無と、その人たちが抱える問題の把握に努める。貧困の度合いも調査項目にあり、地域住民が検討した資産の定義・基準をもとに世帯の貧困度を測る。各世帯から男女各1名ずつが参加する会議で委員を選出するが、必ず半数を女性に、また、貧困層と社会的に排除されがちな人々の代表を入れることになっている。視覚障害者がいる地域では、複数世帯に1基設置する給水栓をその人の家に優先的に接設置するなど、委員会では障害者の給水アクセスのために地域でできる解決策を話し合う。

健康を維持するための基本的サービスである水に障害者がアクセスするには、障害者支援団体が単独で活動するのではなく、ウォーターエイドや現地パートナーとの協働が有効だ。また、ウォーターエイドにとっても、障害者など社会的に排除されがちな人の参加を活動の中で主流化しない限り、「すべての人がすべての場所で給水・衛生にアクセスできる」社会を実現することはできない。当事者団体やその声を代弁する支援団体との協働は、その近道であろう。

#### 参考文献

WaterAid (2013) Mainstreaming disability and ageing in water, sanitation and hygiene programmes: A mapping study carried out for Wateraid  
WaterAid (2010) Equity and inclusion, A rights-based approach (ほか下記 URL 参照  
<http://www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications>



## 第3部 NGOによるUHCの取り組み＝現場からの事例レポート＝

### ボランティアへの信頼が鍵を握る保健サービスへのアクセス ＝ホンジュラスのコミュニティ薬局＝

(特活)AMDA 社会開発機構

#### 1. 医薬品へのアクセス

必須医薬品の供給は、「すべての人びとに健康を」を目標とするプライマリー・ヘルス・ケア活動のひとつである。しかし、病院や薬局のない地域では、医薬品供給も地域の人々自身で担うほかない。



山間にあるプロジェクト地の様子 提供: AMDA-MINDS

中米のホンジュラスには、保健所など一次医療施設まで、徒歩、馬、乗合自動車でも数時間かかる村が少なくない。村の保健所で診察を受けても、そこに医薬品の在庫が無ければ、町の薬局まで行かねばならない。製薬会社の流通網は主要都市までで、山間部には届かない。雑貨店で市販の医薬品を扱っていることもあるが、種類・数量ともに非常に限られており、価格も高い。

ホンジュラス政府保健省は、1996年にコミュニティ薬局実施運営規則を整備し、研修を受けた住民が医薬品の調達から販売、補充までのサイクルを担う医薬品回転資金制度を導入した。

AMDAは、1998年のハリケーン・ミッチの被災者支援を行って以来、外務省やJICAなどと協力し、

16年にわたってホンジュラスの保健医療分野で活動している。2001年からは東部エルパライス県の山間部で、保健医療サービスの向上を目指し、母子保健事業の一環として、コミュニティ薬局の支援を行っている。これらの活動は2007年に別法人化されたAMDA社会開発機構が引き継ぎ、1市11村から始まった活動は、2012年には3市59村へと広がり、年間約2万人がコミュニティ薬局を利用している。

以下、まずその仕組みを紹介し、NGOがUHCに取り組む際の4つの視点と絡めて考察したい。

#### 2. コミュニティ薬局とは？

薬局の設置に先立ち、活動村に設置された保健委員会が中心となって、住民への説明会を行う。ひとつの村で3名の保健ボランティアを選び、うち1名が自宅に薬局を設置する管理者となる。他の2名は管理者に協力するとともに、転居などを理由に管理者が薬局を運営できなくなった場合に引き継ぐ。また保健委員会が薬局運営委員会の機能も持ち、薬局の運営支援や監督を行う。

保健省の職員や事業スタッフが実施する5日間の研修では、地域に特徴的な疾病、取り扱う医薬品の効能、服薬方法、薬局で対応できない場合の保健所への紹介、ならびに会計管理について学ぶ。研修終了後、住民集会の場で医薬品を渡された保健ボランティアは、コミュニティ薬局の運営を開始する。取り扱うのは解熱剤や抗生物質、ビタミン剤などの約20種類の必須医薬品である。地域事情に合わせて仕入れ原価の約2割から3割増しで販売しているが、それでも市販価格の半額程度である。必要経費を差し引いた後の差益は、ボランティアの報酬に充てても良いことになっているが、

報酬を受け取っている人はほとんどいない。

保健ボランティアは、薬局の運営開始後も補完研修を受け、運営能力の強化をはかる。薬局を機能させるためには定期的なモニタリングで明らかになった各村固有の課題に丁寧に対処し、対策を講じることが肝要である。ボランティア研修や医薬品を提供して薬局を開設するまでの初期の支援は、時間、労力、コストともにそれほどかからない。しかし、その後も継続的なモニタリングや支援をしなければ薬局の運営は持続しない。



コミュニティ薬局と保健ボランティア 提供: AMDA-MINDS

### 3. 保健所との連携

コミュニティ薬局は、村で医薬品を入手できるようにするだけでなく、プライマリー・ヘルス・ケアのエントリーポイントとしての機能をもっている。ボランティアは、疾病の予防や、生活習慣の改善など、住民の健康行動について、医薬品を購入する住民に助言をし、適切な服薬を促す。

薬局では対応できない、もしくはすべきでない患者を、保健所へレファールすることも保健ボランティアの役割である。ボランティアは、毎月保健所の会議に参加し、コミュニティ薬局と保健所間の連携強化を図っている。その結果、薬局開設後の約2年間で、各村から保健所へのレファール数が約2.4倍に増加した。また、毎月、薬局から保健所に診察記録を提出し、保健所は処方などをフォローするシステムもできている。また、保健所での妊産婦健診数が増加し、乳幼児の疾病数が減少するなど、母子保

健事業のその他の活動との間で相乗効果も生みだしている。

### 4. 薬局の担い手

コミュニティ薬局規定では、保健ボランティアの選考基準として、読み書きができること、ボランティア精神やリーダーシップがあり、実際にボランティアとして活動する時間があること、地域の人々に好感をもって受け入れられていることなどの条件を定めている。

「なぜ保健ボランティアになったのか？」という問いに対して、「神からその任務を与えられた」、「同じ厳しい環境に生活するコミュニティの人たちのために、少しでも役に立てるのなら、そうしたい」と答える人が多い。住民のほとんどがキリスト教徒であるため、信仰心と結びつけた回答が多いが、ボランティアとして与えられた任務を遂行することで他人から頼りにされる、地域の人たちのために役立っていることが実感できるといった自分の存在意義を感じられることや奉仕の精神が、金銭的なものの以上の動機になっているようだ。

#### (1) Accessibility: 薬と保健指導へのアクセス

住民は、町まで出かけなくても村で医薬品を手に入れることができるというだけでなく、薬局で早期対処の方法や回復のためのヒントも同時に得られる。コミュニティ薬局は、医薬品へのアクセスだけでなく、ボランティアによる保健指導やリファール先の保健所へのアクセスも高めていると言える。

#### (2) Acceptability: 利用を高めるための工夫

研修を経て保健ボランティアになった人の男女比は、男性3に対して女性4と、男女差は小さいが、薬局の管理者は、男性1に対して女性3と女性が多い。既婚で転居の可能性の低い女性の家に薬局を設置するほうが持続性が高いこと、また、女性のほうが女性や子どもの健康に理解があり、受診者にとって相談しやすいこともその背景にあるようだ。



実際に女性や子どもにとって必要な医薬品を揃えるなど配慮をしている。利用者の約45%が5歳未満児と15歳から49歳の出産可能年齢の女性であることから、利用を高めるための工夫が的を射ていることがわかる。

### (3) Availability: 医薬品の補充と選択

医薬品は、保健ボランティアが市の中心部まで行って調達する。ボランティア自身が売上等管理しているので、交通費などの必要経費を算出するだけでなく、仕入れる薬の量や種類を工夫することができる。今後は非感染症などの増加に伴い、取り扱う医薬品を変えていくことも求められるだろう。村で必要な薬が、必要なときに販売できるよう補充できるのは、ボランティアにその権限が任されているからである。

### (4) Affordability: 柔軟な対応



保健ボランティアへの研修 提供: AMDA-MINDS

村の住民にとってコミュニティ薬局があることのメリットは、まず収益を目的としていないことから、市販価格のおよそ半額で薬を入手できることである。さらに、町まで出かけた場合の交通費や、移動にかかる時間と労力も軽減することができる。

それでもなお、支払いに困る人がいれば、保健ボランティアの判断で、後日払いで販売することもある。対象地のコーヒー農家の中には、年間を通じて現金がない世帯もある。その場合、収穫期以降に薬代を支払うことが認められており、保健ボラン

ティアの裁量に委ねられている。後日払いでの販売が増えすぎれば、医薬品を補充するための現金が不足し、必要な医薬品を購入することができない。それは薬局にとってマイナスだけでなく、利用者である住民自身に直接影響が及ぶ。そうした事態を避けるべく、保健ボランティアは一定額以上の後日払いは認めないなどの制限を設けているところもある。また、住民の側も早目に支払わねばならないという意識を持っている。

## 5. 信頼を積み重ねる

NGOがUHCに取り組むための4つの視点からこの事業について振り返ると、住民同士、住民と保健ボランティア、保健ボランティアと保健所など、それぞれの間の信頼関係の上に、柔軟な対応や相互扶助が可能になっていることがわかる。

NGOの役割とは、規則通りの活動を展開することではなく、その地域の保健サービスの現状や文化、社会、経済状況をよく観察し、その地域に適したやり方が実行されるよう支援することではないか。そのためには、一定期間にわたって現地で活動し、地域の人々の考え方や生活環境を知り、ボランティアや保健所など異なるアクター間の信頼を構築するという地道な作業が必要であり、NGOが関わる価値はそこにあると考える。

## 参考文献

NGO・JICA 評価小委員会編(2008)『特定テーマ評価「住民参加フェーズ2」報告書』、JICA

JICA(2007)『薬回転資金(Drug Revolving Fund)の持続発展性の検証研究』、JICA

田中一弘(AMDA-MINDS)(2014)「現地で活躍する日本のNGO「AMDA」」、桜井三枝子・中原篤史編著『ホンジュラスを知るための60章』、明石書店

Ministerio de Salud Pública, Honduras, 1996, Reglamento de Implementación y Funcionamiento de los Fondos Comunes de Medicamentos

## コラム 2

# HIV 陽性在日外国人の医療アクセスの向上

(特活) シェア=国際保健協力市民の会

外国人は日本に住む人口の2%弱に過ぎないが、1990年代日本で新規に報告されるHIV陽性者のうち、外国人の占める割合は20%を越えていた。背景には外国人は日本語が不自由であったり、在留資格がなく健康保険に加入できない人も多いなど、医療を受けるためのハードルが高いという現実があった。医療機関側も外国人がHIV陽性であった場合に「すぐに帰国をしろ」といった対応をすることが多く、ケア・サポートにつなぐことがほとんどできていなかった。このことは外国人の間で「HIVに感染していることがわかると帰国させられる」といった噂を呼び、外国人のHIV検査も進まなかった。

こうした現状に対しシェアは外国人の自主グループと連携して取り組みを進めた。HIV陽性者の中で多数を占めたタイ人の間で、エイズ・ボランティア団体タワン(TAWAN)の設立を支援し、早期の受診を促す地域での啓発活動に力を入れた。また日系ラテンアメリカ人などのエイズ・ボランティア団体であるCRIATIVOSやタワンと連携し医療通訳の育成と普及に努めた。さらに、厚生労働省の研究事業を通じて全国の14自治体に働きかけてエイズ拠点病院の医師やソーシャルワーカー向けに研修を行い、外国人が医療を受けやすい環境を整えるための活動を行った。日本で安定した在留資格が得られず帰国を余儀なくされるHIV陽性者に対しては、出身国での治療を確保するための情報収集も行った。



タワンによる在日タイ人対象エイズ講習会  
提供：シェア=国際保健協力市民の会

数年後、外国人が受けられる医療は大きく改善した。拠点病院では、NPOと連携しタイ語やポルトガル語の通訳をつけることが一般的となり、ソーシャルワーカーが本人との話し合いのもとで最善の医療環境を整える支援が行われるようになった。シェアはタイの病院とも連絡を取り、患者が帰国する場合ほぼ全員にタイ側での治療を確保することができた。エイズに対する差別的な意識や検査への不安が軽減し、徐々に早期受診する外国人の割合が増加した。更に外国人のHIVは減少に転じ、なかでもタイ人のHIV事例は2002年の推測数の3分の1に減少した。よりよい医療を提供しようとする医療機関と仲間を助けたいと願う外国人ボランティアたちを結びつけることでWin-Winの成果をあげられたのは、両者との信頼関係を築いていたNGOならではの成果である。(文責 沢田貴志)

## 参考文献

厚生労働省研究事業「外国人におけるエイズ予防指針の実効性を高めるための方策に関する研究」

## 第3部 NGOによるUHCの取り組み＝現場からの事例レポート

### 住民から熱心な地域保健ボランティア(CHW)候補を探す

(特活)アフリカ地域開発市民の会

#### 1. はじめに

(特活)アフリカ地域開発市民の会(略称 CanDo)は、1998 年からケニア共和国の半乾燥地で、住民が自ら規定する豊かさを達成するための協力活動を展開している。

主人公になるのは、地域の大人たちで、彼らが、自信を持って子どもたちの健康や安全を守り、教育の機会を保障していけるよう応援している。そのためには、住民が、教育・保健・環境保全の分野で、地域での生活基盤の強化に役立つ知識・技能・視点を身につけて、子どものために実践していくことが大切である。当会は、地域の行政官と協力して、意欲のある住民への様々な研修を実施し、住民の実践へ側面支援することで彼らの成功体験につなげていくことをめざしている。

#### 2. 地域の様子

CanDo が、1998 年から活動している地域は、ケニアの首都ナイロビから北東 100 キロほどの場所から東方向 130 キロ、南北幅 30 キロ、東京都の 2 倍ほどの地域である。

この地域は、降水量の少ない半乾燥地域で、住民は年 2 度の雨季に天水のみに頼って穀物を育てる畑作と、周辺に生える草でウシやヤギを育てる牧畜を組み合わせ生計を立てている。この雨季の降雨は不安定で、干ばつが頻発し、作付けた穀物が全く収穫できないこともある地域である。

干ばつになると、生活のための水汲みに多くの労働と時間を費やし、食事は 1 日に一度、2 日・3 日に一度となる。このような厳しい食料事情では、子どもの健康にも影響し、その後の成長が阻害されることもしばしばみられる。また、生活用水が希少となるため、安全でない水を飲み水に使い、下痢が多くなる

こともあり、死につながる深刻な病のきっかけともなっている。

近年、干ばつへの対応で、頻繁に政府からの緊急食糧が配られる。この援助は、前日に住民に知らされることが多く、住民は翌日の予定を変更して、配給会場に朝から駆けつける。そして、実際の配給は夕方となり、無為に長時間待たされることも多々ある。住民のなかに援助に頼る意識が形作られてきた、ひとつの状況のように思われる。

#### 3. 地域の医療と健康の状況

CanDo が活動を始めたころに比べて、公的な診療所の数が増えた。2003 年から政府資金として、国会議員選挙区基金(CDF)がつくられ、地域の社会ニーズにあわせた建物づくりができるようになり、診療所の建設もすすんだ。2000 年半ばに県開発委員会の会議で、CDF を利用して診療所の建設をすすめる国会議員に対して、県保健局長が、派遣する看護官がいないので、建設をしないでほしいと訴える場面に遭遇したこともある。

現時点での住民にとっての診療所までの距離は、まだ、10 キロを超える村も少なくない。地域の平均的な診療所では、県保健局から派遣の看護官 1 名と、地域で雇用される 1 名の助手で運営されている。基礎的な医薬品はあり、一般的な病気への投薬や注射、怪我への手当、エイズの原因となるウイルス(HIV)感染を確認する簡易検査が常時の医療サービスとして無料で行われる。予防接種は、週に 1 回、看護官が上位医療施設からワクチンをクーラーボックスに入れて持ち込んで行う。子どもの出産については、分娩設備は診療所にはなく、緊急の場合のみ対応している。

地域での一般的な出産は、医療従事者ではない一般女性の介助による自宅分娩で、新生児や妊婦の



死亡も少なくないと推定されている。現在活動しているの県の保健局は、保健センターや病院での施設分娩を促す活動を行ってきたが、十分な成果は上がらず施設分娩率が13%にとどまっている。

また、小学生の女児の妊娠・出産も、頻繁に発生していて、地域の深刻な問題だ。その背景には、大人の男が、女児と性的な関係をもつことに社会が寛容であったり、妊娠しても少額の補償金を払うことで責任を逃れることが許される地域の習慣がある。

#### 4. CanDo の保健活動

CanDo の活動は、住民が知識・技能・視点を身につけて、地域の状況を分析・理解し、住民が協働して、地域の資源を活用し、解決のために実践することを、応援している。このため、広い意味での教育協力と考えている。保健活動についても、保健教育を活動の範囲と考え、診察・検査・投薬などの医療行為や、エイズ孤児への直接支援などは活動の対象外としている。

保健活動については、1999 年に地域保健ボランティア(CHW)の育成を検討したが、近隣地域で CHW の活動が定着していない状況や、県保健局の関与度が低く、NGO 任せの状況だった。さらに、国際 NGO が、CHW 活動定着のために、CHW に起業支援や融資を行なっている状況を見て、CHW 活動の継続は望めない、と判断した。このため、2000 年から多くの住民が基礎的な保健知識を学ぶことで、家族や友人、近隣の住民の健康改善につながる行動の誘発を目指す基礎保健研修を実施した。

その後、地域のなかで、エイズに対する危機意識が高まり、恐怖心が先行し、住民同士で HIV 陽性を疑い排除する意識もみられたため、2005 年からエイズ教育にも取り組み始めた。CanDo の専門家が村を訪問して、住民にエイズの知識を包括的に教えるエイズ学習会も行なった。さらに、基礎的な保健知識を学んだ住民が、エイズについて詳細に学び、住民から住民へ包括的にエイズを教える能力を高めるためのエイズリーダー研修も行なっている。

#### 5. 保健活動への住民参加

これらの保健活動に、住民がどのように参加したかを紹介する。基礎保健研修では、一般住民が3日間で保健知識を学び、当会は、その知識を家庭や地域の日常生活のなかで実践・活用したり、隣人に共有することを目指した。多くの参加者は、研修後の活動として、地域の行政官である区長に相談して、住民集会を開き、自分が住民に保健について教える、というリーダーとして公の場で発言する自分の姿を想像するようだ。



地域の健康のためのリーダー研修 提供: CanDo

また、参加者から、この研修に参加する利益は何なのか、という質問も頻繁にされる。CanDo スタッフは、利益は、知識などを身につけることだ、と答えることにしている。しかし、参加者の質問は、研修に参加することでの現金や、お揃いのTシャツや帽子などの要求である。その要求が満たされないことを、参加者とCanDo とで確認する劇のようなものと考えている。

専門家が村を訪問して、住民にエイズを教えるエイズ学習会では、住民がエイズへの恐怖心をもっていたり、人前で性の話を聞くことに躊躇があったりして、集まることが、難しい状況だ。CanDo は、地域や村のリーダーが、事前に住民に説明し勇気づけて参加を促すことが重要と考えている。

一方、他のNGOが、住民を集めるために、学習会で食料を配布することもある。そうすると、CanDo の学習会には利益がないので参加しない、という意見が

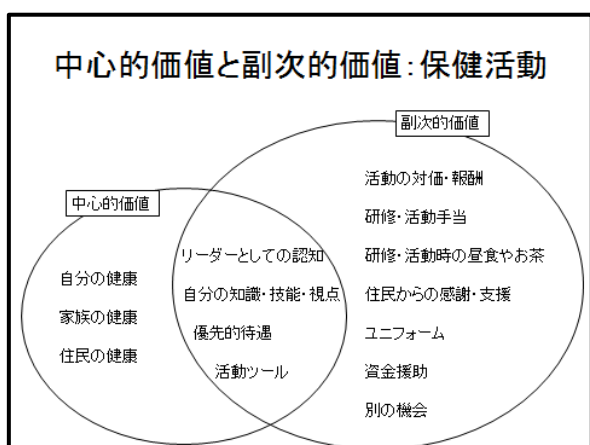


でてくる。その食料つき学習会は、本来、新しい知識を学ぶことに熱心だった住民から地力を奪う可能性がある。CanDo は、地域のリーダーなどをとおして、住民へ学習内容の価値を理解して参加してもらうための言葉での説得を続けることにした。

## 6. 中心的価値と副次的価値

CanDo は、この保健活動をとおして、活動の導入部分で、住民をよりよい参加へと誘導する意識の形成が重要と考え、そのための活動の工夫やスタッフの発言や態度の形成について考えた。

この考える視点は、以下の図「中心的価値と副次的価値」によって可視化できる。外部の協力者である CanDo は、住民への保健研修をとおして、本人、子ども、家族や近隣の住民の健康につながる成果あげることが中心的価値と考え、その実現を期待している。



一方、参加する住民は、これらの中心的価値は肯定するものの、それ以外の副次的価値にも関心をもつ。研修への参加や保健活動を担うことで、報酬をえることを期待する。また、T シャツなど物品への期待もある。別の地域では、他の NGO が、診療所での月例報告会に参加する CHW へ、地域の賃金並みの手当を支払うこともある。また、リーダーとしての認知欲求は、中心的価値の実現をめざすこともあれば、リーダーとして住民集会の場で発言する自己のイメージであったり、リーダーとなり別の利益を得ることへの期待であったりもする。

この副次的価値が大きくみえると、中心的価値への関心は低いけれども地域で力のある住民の積極的な参入につながる。また、研修への住民の参加を確保するために、主催者側から将来の利益が捏造されることもある。そして期待した利益が実現しない場合、研修後の活動から退出することになってしまう。

多くの知識や技能を伝える学習内容が濃く長期間にわたる研修は、参加者数を制限することになる。その限られた参加者については、副次的な利益ばかりに関心をもつ住民ではなく、中心的価値への理解と活動の実践への意欲が高い住民を多く選ぶことが重要になる。

## 7. 県保健局との CHW 育成

CanDo は、2013 年 10 月より新たにマシング県で協力活動を開始した。県保健局は、これまで育成した CHW が、保健活動に継続的に参加しないことに問題意識をもち、CanDo の住民参加を促進する手法に期待していた。このため、CanDo の視点を反映させて、CHW がいない地域で、候補の選定、育成研修を県保健局と協働で実施して、育成された CHW を県保健局に移管することで合意し、次の活動を展開した。

### (1) 健康のためのリーダー研修

県保健局と、CHW を育成する行政単位(準区)を決める。住民の公共活動への参加の調整は、地域の行政官である準区助役のため、CHW 育成について CanDo が助役との話し合いを行う。この助役に、準区のリーダーを招集してもらう。準区の中には、十数村あり、村には助役が指名した村長老がおり、行政ボランティアとして助役を補佐している。この村長老と、地域リーダー合わせて 50 名ほどを選んでもらい、健康のためのリーダー研修に招待してもらった。

リーダー研修は、1 日で実施し、保健官と CanDo 専門家が、保健知識の紹介、CHW の意義と役割などを説明する。ここで、リーダーに理解してもらいたいことは、CHW が住民の健康に重要な役割を担うこと。ボランティアであり、副次的な利益はなく、もたらされ

る住民の健康の価値を考えると、住民が CHW を支援する姿勢が必要であることなどである。

村長老には、これらを理解の上で、CanDo の村訪問時に、村人を集めることをお願いする。その村人の招集の際には、NGO が来ることでの副次的な利益や架空の利益を村人に提示しないようお願いする。

## (2)CHW 候補選出のための村訪問

村長老が準備した村集会に、CanDo スタッフと保健官が訪問する。住民へ CHW の意義と期待する役割を説明し、ボランティアであることを説明して、住民が CHW をどのように支援するのか問いかける。

住民は、これまでの経験から、CHW は何らかの副次的な利益を得るために参加し、「うまくやっている」という見方をするので、CHW を支援するという発想にはならない。副次的な利益がないと納得して、CHW の研修中は、子守り・水汲み・薪集め・畑仕事などを手伝う、ということを考え始めるとよいと考えている。

そして、参加している住民から、自薦・他薦で CHW に立候補してもらい、秘密投票で研修に参加する CHW 候補を選ぶ。なお、参加者が、村の世帯の過半数に達しなければ、延期して、どのようにして他の住民の参加を促すのかを話し合う会議に変更する。この訪問への同行を続けた保健官が、次第に活動への意欲を高めることも観察された。



CHW 研修のうち診療所研修に子供を連れて参加する CHW 候補と投薬を説明する診療所助手 提供: CanDo

## (3)CHW 育成研修

これまで、CanDo と県保健局との協働で、2 準区で、それぞれ全ての村で、村人が秘密投票で CHW 候補を選出した。そして、これら候補が、熱心に参加する CHW 育成研修を実施し、94 名が修了し 2 準区 32 村全てで CHW が活動する状況ができた。

## 8. おわりに

県保健局では、CanDo の視点で実施した CHW 育成研修に手ごたえを感じ、今後 CHW が地道な保健活動に積極的に参加することを期待している。

一方、保健局スタッフ自身が、NGO から副次的な利益を期待する発言や行動になりがちで、CHW の育成への配慮が十分ではない。

中心的価値に意識をむけることは、CHW だけでなく、保健局スタッフにも重要な課題である。CanDo が彼らと協働するなかで、CHW の育成がすすみ、地域のなかで CHW による具体的な成果が確認できる「成功体験」が彼らの意識の改善にとって重要だ。

しかし、制度的な課題もある。CHW の日常の活動を支える地域保健普及官(CHEW)<sup>1</sup>は、診療所の看護官などが追加の業務として兼任している。このことが、CHW の活動を軽視したり、副次的な利益に意識がむかう要因でもある。この活動の展開には、専任の CHEW である保健局スタッフを配置することが重要だと思われる。(文責: 代表兼事業責任者 永岡宏昌)

<sup>1</sup> CHEW: Community Health Extension Worker の略。

## 障害者を協働のパートナーに ブラジルのろう者が担う HIV/AIDS 教育

特定非営利活動法人 DPI 日本会議

各国で保健サービスや社会保障の制度化が進められているが、誰もが活用しやすいと言えるだろうか。情報伝達の方法やサービスを提供する側に配慮が欠けていると、障害者は取り残されたままだ。

フィリピンの 2007 年改定障害者大憲章には、公共交通機関の料金割引や医療費の助成の制度がある。しかし、その利用経験がある障害者は約 4 割にすぎず、制度の存在を知らされていない、またサービス提供者側も情報不足で障害者から申し出があっても断っていたという調査報告もある。

ブラジルは HIV/AIDS の啓発活動で草の根の住民まで巻き込んだ成功例と称賛されている。しかし、非識字のろう者は音声と文字情報による啓発教育にアクセスできなかった。そこで DPI 日本会議は、2008 年から 2013 年にかけて、ろう者の HIV/AIDS ワーカーの養成と、ワーカー自身による教材制作・啓発活動の実施を支援した。HIV/AIDS に関する知識の普及だけでなく、ワーカーとなるろう者個人のエンパワメントや、その組織強化にも力を入れた。教育や啓発の対象とみなされていたろう者は、この事業を通じて、専門家と協働するパートナーとして認められるようになった。また、彼らが開発した音声や文字を基盤としない教材は、ろう者以外の非識字者に対する啓発にも効果があった。その後、彼らは弁護士や警察官に対してろう者への理解を促す活動や、非障害者のゲイ・コミュニティにろうであり、かつゲイの活動家として参加するなど、活躍の場を広げている。



ブラジルで研修に参加した人々 提供: DPI 日本会議

2006 年に採択された国連障害者の権利条約は、障害者を自己決定権を持つ主体と位置づけている。従来サービスの受給者と決めつけていたことは、社会的損失でもあった。彼らがサービス提供に主体的に関わることは、障害者の制度へのアクセスを高めるだけでなく、その活用を促すアクセプタビリティの向上にもつながるはずだ。

### 参考文献

森壮也編 (2010)『途上国障害者の貧困削減—かれらはどう生計営んでいるのか』 岩波書店  
 特定非営利活動法人 DPI 日本会議編 (2011)「ろう者組織の強化を通じた非識字層の障害者への HIV/AIDS 教育プロジェクト報告書」(未刊行文書、DPI 日本会議事務所で閲覧可能)

## 第3部 NGOによるUHCの取り組み＝現場からの事例レポート

# 地域の健康課題に地域の力で取り組む！カンボジア農村で の子どもの栄養改善活動

(特活)シェア=国際保健協力市民の会

### 1. はじめに

シェア＝国際保健協力市民の会は、1983 年よりカンボジアで地域保健活動を行っている。住民が自らの健康を自らで守る「プライマリ・ヘルス・ケア」のアプローチで、医療人材やインフラ整備が不十分な地域でも、住民が健康に関する正しい知識を持って行動できること、必要な保健医療サービスが住民に届けられるようになることを目指して、住民、医療者、行政のキャパシティ強化や連携強化に取り組んできた。

### 2. 地域の健康課題とは？ 国の優先政策と地域の現状

多くの保健課題を抱えるカンボジアだが、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率は近隣諸国と比べても高い。母子保健分野は国の保健政策の中でも重要優先分野の一つとして位置づけられ、指標改善のために様々な保健プログラム<sup>1</sup>が、開発ドナー及び地域別に実施されてきた。

「プログラム別縦割り介入」が、母子保健指標の改善に成果を挙げたことは事実だが、その一方で、公的保健医療サービスの末端である保健センター<sup>2</sup>では、トップダウン式のプログラム別縦割り介入により、サービス提供において混乱が生じている。重点プログラムの指標達成に注力する余り、州や郡の保健行政及び保健センターは、数値モニタリングが可能なサービスの提供に集中し過ぎる、また人材不足やマネジメントの弱さという課

題を抱える保健センターが、短期間で量的成果を出すことに追われてしまって、地域住民にとって本当に必要な保健サービスが提供できていない、という矛盾が生じていた。

その一例が乳児への予防接種サービスの提供である。本来予防接種は健康状態の良くない子どもには行わないという判断が求められるが、保健センター・スタッフは予防接種を受けた子どもの数を挙げることに気を取られ、必要な問診も実施せず、既に何ヶ月も予防接種が遅れている子どもや、頻繁に病気に罹る子どもの状況に配慮する余裕がないという状況である。

シェアが 2008 年から活動を行っているプレイベン州は、首都からさほど遠くない立地にも関わらず、国内でも最も保健状況が悪い州の一つであった。特に乳幼児死亡率は全国平均よりも高い<sup>3</sup>。また子どもが罹る病気のほとんどが、下痢や急性呼吸器感染症など、予防可能、早期発見と家庭での適切なケアにより回復可能なものである。しかしながら地域の保健センターでは、行政への報告義務のある新生児破傷風による死亡疑いや妊産婦死亡のケースには対応していても、その他の乳幼児死亡に関しては、管轄地域内でもほとんど把握できていなかった。また国のデータでは、プレイベン州の 5 歳未満児の栄養不良児率は死亡率同様高いにも関わらず、2008 年時点で郡保健行政局に報告された栄養不良児の数は 2 名のみだった。

地域の子どもの健康問題について、保健行政や保健センターがその現状を把握できていない背景には、前述した「プログラム別縦割り介入」で、子どもを対象とした保健サービスが予防接種や微量栄養

<sup>1</sup>保健プログラムとは、子どもの分野で EPI・微量栄養素(ビタミン A)投与・駆虫薬投与・小児包括医療(IMCI: Integrated Management of Childhood Illness)、母へは ANC・破傷風予防接種・中絶ケア・施設分娩(緊急産科術含む)・家族計画・PMTCT(母から子への HIV 感染予防)といった疾患別対象別のプログラムのことである。

<sup>2</sup>カンボジアの保健制度上、保健センター(Health Center)と呼ばれる診療所が人口一万人あたりに一か所配置され、住民に最も近い公的保健機関として、基本的な予防・診療サービスを提供している。

<sup>3</sup>2005 年の Cambodia Demographic and Health Survey では、プレイベン州の 5 歳未満児の死亡率は全国平均 83(対出生 1,000 件)に対し 143 で全国最悪、乳児死亡率は全国平均 66(対出生 1,000 件)に対して 69 でワースト 3 位を占めていた。



素・駆虫剤投与中心になっており、健康問題の早期発見・診断に至っていないこと、また子どもが病気になった時に、公的保健サービス以外を利用する住民が多いことが挙げられる。シェアが 2007 年にプレイベン州で実施した世帯調査の結果では、子どもが病気になった場合にプライベート・クリニックの受診や薬の購入による自己治療を行うケースが 8 割以上を占め、公的機関を利用する人の割合は 2 割以下にとどまった<sup>4</sup>。また重症化してから交通費をかけて都市部の医療機関にかかるケースも多かった。施設や設備が十分整っていないこと、また公的保健サービスそのものに対する信頼感が弱いことが、その理由として挙げられる。

一般的なカンボジアの状況においても、家族が病気になった場合その治療にかかる支出は家計を圧迫するが、特に調査対象世帯の 8 割以上が農民で、約半数が年収 250 米ドル以下、5 歳未満児の養育者の約 8 割の教育水準が小学校中退、というこの地域では、安価な保健サービスにアクセスできないことが、地域の中の格差を解消していくうえでも、大きな障害となっていることが明白となった。子どもの治療のために借金をしたり、家畜や土地を手放して費用を工面したり、看病のために一定期間仕事ができなくなってしまうような状況は少なくなく、それにより貧困家庭は更なる貧困に陥る。こういった「負のサイクル」を断ち切るためにも、適切な予防行動と、安価で安全なサービスへのアクセスの保障が重要である。

### 3. 住民のニーズに沿った、持続的な「保健サービス強化」への取り組み

#### (1) 縦割り保健プログラム介入から統合的サービスの提供へ

以上のような地域の状況を踏まえ、関係者との話し合いを経て始めたのが、「包括的乳幼児健診」<sup>5</sup>を軸

<sup>4</sup> 2007 年にシェア・カンボジアがプレイベン州の 4 地区で合計 215 名の乳幼児の養育者に聞き取り調査を行った結果、子どもが病気の時私的機関(クリニックや病院)にかかる割合は、4 地区平均で 63.8% (多いところでは 78.7%)、また自宅での治療(薬を買う等)は 17.1%、公的機関を利用するのは、2 割弱にとどまった。

<sup>5</sup> 包括的健診活動とは、従来行われていた予防接種や微量栄養素投与に加え、成長モニタリング、問診、保健教育を主にアウトリーチ・

とした、2 歳未満児の栄養改善活動である。

保健サービスへのアクセスが限られた地域だからこそ、住民が適切な予防行動をとり、またより安価で質のある保健サービスを提供できるよう、保健センター・サービスを強化することが重要である。また特にリソースの限られた保健センターにおいては、個別の保健プログラムに特化するのではなく、現状として縦割りではばばらに行われているプログラムを包括的サービスとしてまとめれば、より効果的かつ効率的なサービス提供が可能になると考えた。

2 歳未満児の健康改善に焦点をあてたのは、前述した通り、地域の乳幼児の健康問題が深刻であり、またその多くは、予防、早期発見・診断により改善できるにも関わらず、既存の保健サービスでは対応が不十分であったこと、そして特に 2 歳までの栄養状態が、その後の成長・発達にも大きく影響するため、この期間に適切な対応を行うことが重要であることによる。

また「包括的健診活動」の実施のためには、保健センター・スタッフのサービス提供及び運営に関する能力向上、保健ボランティアとの協力関係の強化が必須であり、これにより保健センター・サービス全般の基盤強化、より持続的な保健サービス強化の達成が期待された。

#### (2) 保健ボランティアの育成と、保健センターとの連携強化

住民から選ばれた保健ボランティアは、健診活動(アウトリーチ)など保健センター・サービスに関する情報を住民に周知するだけでなく、病気の疑いのある人に保健センターや病院での受診を勧めたり、保健教育を通じて病気の感染経路、症状、予防に関する知識を広め、住民の疾病予防及び受診行動を促す。このように、地域保健活動の推進において保健ボランティアが果たす役割は非常に重要である。活動開始前は、保健ボランティアと保健センターの連携は非常に弱く、保健ボランティア活動を行う仕組みや、ボランティア育成に必要なサポートもほと

サービスによって提供し、問題の早期発見と対応を行うものである。

んどないという状況であった。保健センター・スタッフは、保健ボランティアとの連携について非常に懐疑的で、金銭的インセンティブが伴わない活動は実施不可能というのが多くの意見であった。その一方で、保健ボランティア側では、金銭的支援よりも、技術的支援(保健知識やスキルの向上)や、保健センター・スタッフの態度の改善を望む声が多く、包括的健診活動を実施するにあたっては、知識・スキル面の強化だけでなく、ボランティアと保健センター間の関係改善に取り組む必要性が認められた。

能力強化と同時に連携強化、チームづくりが必要なのは、保健ボランティアと保健センター間に限ったことではなかった。保健センター・スタッフ内、また郡保健局・保健センター・保健ボランティアの3者が、子どもの栄養改善という共通の目標に向かって連携できるよう、各自の役割分担の明確化、チームで情報共有や問題解決を行う仕組みづくりを、参加型での活動計画作成と振り返り、定期的に話し合いの場を設けることを通して進めていった。その結果、包括的健診活動を始めて約1年半後には、7割の保健センター・スタッフが、保健ボランティアとの協力で以前ほど難しさを感じなくなったと言っており、また8割以上の保健ボランティアが、保健センター・スタッフの態度が改善し、以前より協力しやすくなったことで、保健センター・サービスが改善した、という認識を持つに至った。



ボランティアと保健センターによる計画づくり 提供:シェア

また保健ボランティア、保健センター・スタッフの能

力強化については、クラス型の研修のみならず、実地研修(OJT)を組み合わせ、継続的にサポートを行うことで、包括的健診活動実施のための実践的スキルの向上に取り組んだ。

#### 4. 活動の成果と残された課題

前述した取り組みを通して得られた主な成果は、以下の通りである。

- **乳幼児健診の普及:** 保健センター・サービスの一つであるにもかかわらず、活動開始前の2008年時点では全く行われていなかった乳幼児健診が、2012年には年間157回、2014年には301回(対象村の91%、目標実施数の86%以上)行われ、そのうち約7割は、シェアのサポートなしで、保健ボランティアと保健センター・スタッフが自主的に運営したものである。また健診参加者数(延べ人数)も目標の86%の1,100名以上に増加しており、その結果予防接種率の向上などの成果も認められた。
- **地域の子どもの健康状態の把握:** そもそも2歳未満児の名簿が存在しなかったため、保健ボランティアと協力して、住民台帳、妊婦台帳、予防接種記録などの複数のデータをもとに、まず名簿の作成を行った。また各村で、全世帯を記した地図を保健ボランティアが作成し、栄養不良の子どもがいる家にマークをつけて健康状態のモニタリングを行っていった。データの視覚化により、各村の子どもの健康状態が一目で分かり、また栄養不良児数の変化が目に見えるようになったことで、保健ボランティアや保健センターがより意欲的に栄養不良児数の減少に向けて取り組むようになった。
- **栄養不良児数の減少:** 2012年には27%だった栄養不良児率が、2014年時点では19%まで減少。また成果が数値化されることで、これまで予防よりも治療を重視していた医療者の意識にも変化が生じ、予防活動や異常の早期発見のための健診活動に積極的に取り組むようになった。



村マップを使った栄養不良児の確認 提供:シェア

- **地域住民の子どもの健康に関する意識・行動の変化:**例えば重度の栄養不良だった子どもが、保健ボランティアや保健センターのサポートによって徐々に健康になっていく様子を見て、周囲の住民や家族が子供のケアに対してより関心を持って実践するようになり、ご近所同士で助け合って育児を行う状況も見られるようになった。また保健分野だけでなく村の行政も、子どもの健康改善の意義を理解し、活動に関心を持ち協力的な姿勢を見せるようになった。
- **州や国レベルとの情報共有による波及効果:**包括的健診活動の成果を、郡・州及び国レベルで共有したことで、州保健局・州病院や、保健省・援助機関のネットワークにおいても、活動地の状況に対する関心が高まり、今後の連携の可能性について議論が進んでいる。またこうした成果報告を、保健ボランティア、保健センターや郡保健行政局スタッフに任せることで、関係者のモチベーション向上やキャパシティ強化にもつながった。

上記のような成果を挙げることができたのは、保健ボランティア、保健センター、郡保健行政局という関係者を、地域の現状把握のための調査の準備、実施、分析の全ての段階に巻き込み、その結果をもとに、活動の目標、計画、指標の設定を全員で決定するプロセスを踏んだことによる。シェアはこのプロセスのファシリテーター役として、関係者の知見を引き出しながらサポートを行ったり、関係者間のコミュニケーションの橋渡し役を担ったりしてきた。

この活動によって、より多くの住民(2歳未満児)が適切な保健サービスにアクセスできる仕組みが整い始めたことで、地域における全体的な状況改善には一定の成果を挙げたといえる。またそれと同時に、地域の中の格差が、新たに取り組むべき課題として浮き彫りになった。現在のデータでは、対象地域のなかでもより保健センターから遠い遠隔地の子どもたちに栄養不良が多いことが明らかになっている。また栄養状態の悪い子どもほど健診サービスを継続的に受けに来ないことが確認されている。



保健ボランティアと保健センターによる乳幼児健診 提供:シェア

よりアクセスの悪い地域、より健康状態の悪い子どもにもきちんとサービスが届けられ、地域の中での格差が広がらないようにするためには、リモートエリアでの健診活動普及のための仕組みづくりや、地域で栄養不良児のサポート体制を構築するためのさらなる取り組みが必要である。そしてここで重要になるのが、村の状況を熟知している保健ボランティアの知見を活かし、住民の多様なニーズを引き出しながら、保健サービスの改善プランに反映していくという、ボトムアップのプロセスである。

基本的なサービス提供の基盤ができたからこそ、今後は地域という一括りではなく、その中の世帯、個人の異なるニーズに応え、一番必要としている人々に届く保健サービスの実現が可能となる。シェアはNGOとして、格差の是正を課題とするユニバーサル・ヘルス・カバレッジの草の根レベルでの取り組みを、今後も続けていく計画である。(文責:事務局長 佐藤真美)



## 自治体の予算を監視し、使いこなす ネパールの草の根でのアドボカシー実践

特定非営利活動法人 ウォーターエイドジャパン

あなたは自分の地域で、必要な設備を自治体から獲得した経験はあるだろうか？国際協力と言うと、井戸掘りやトイレ建設など設備を直接提供することをイメージしがちだ。ウォーターエイドもこうした活動を続けてきたが、安全な飲料水やトイレなど衛生設備にアクセスすることは誰もがもつ権利であり、その実現のために、NGO や住民組織が自治体予算にアクセスすることが持続的な活動につながると考えるようになった。

ネパールでは、自治体予算を使いこなす方法についてハンドブックを作成し、研修を行った。予算の策定、決議、執行、監査の4段階に分け、毎年何月頃これらの作業が行われるのか、また各段階で誰に対して何をするのが効果的かを説明している。中央から地方自治体に予算項目と執行ガイドラインが通達される10月から12月が、NGOが優先事項や配分について働きかけるのに最も効果的な時期である。飲料水やトイレが必要だと訴えるだけでなく、保健や教育、地域の生産性にどの程度影響を及ぼすかなど、その重要性や緊急性を示す資料を提示することが肝要だ。「ないものねだり」ではなく、限られた予算の中で実現可能な代替案を示す、決定権をもつ役職者への面会を急ぐなど、草の根のアドボカシーに役立つヒントがハンドブックに掲載されている。



市民社会組織への研修（ネパール・ラハン）WaterAid/Samira Shakya

水道利用者連合（Federation of Drinking Water and Sanitation Users Nepal、FEDWASUN）が、2007年にダディン郡内の予算をモニタリングしたところ、3村で飲料水や衛生関連予算が、また4分の1以上の学校建設事業でトイレの設置予算が割り当てられていないことがわかった。FEDWASUNが公聴会でこれらの事実を発表し、関係機関に働きかけたところ、ようやく予算が確保された。アドボカシーというと、中央で国会議員に法制度整備を働きかけるようなことを思い浮かべるが、予算が必要なところに使われるように監視し、また使途を提案するのも市民の役割である。直接設備を提供する援助から、権利の実現を目指す援助へとNGOによる国際協力も転換期にあるのではないだろうか。

### 参考文献

WaterAid (2010) Budget advocacy for the water and sanitation sector in Nepal: A primer for civil society organisations



## 第3部 NGOによるUHCの取り組み＝現場からの事例レポート

### 村ではじめての健康診断

(特活)アジア砒素ネットワーク(AAN)

#### 1. 貧困層に広がる糖尿病

バングラデシュは世界で10番目に糖尿病患者が多い国だ。WHOによれば、この順位はここ数年でさらにあがるという。



自宅でスタッフと話をしているハシナさん 提供:AAN

ハシナ・ベグンさん(45歳)は、若い頃から贅沢とは無縁の暮らしだった。彼女が糖尿病の診断を受けたのは30歳の時。今は足の裏にできた糖尿病性潰瘍で歩くのも厳しい。夫も病弱で収入はあまりない。

首都ダッカにはアジア最大の糖尿病専門病院があり、各地方都市にはその支部にあたる病院がある。ハシナさんもジョソール県の糖尿病病院を受診したが、医療費を払うことができず治療を継続できなかった。専門病院があってもその恩恵にあずかれる人はひとにぎりだ。

これほどの貧困層が糖尿病になる原因は限定できない。ご飯とジャガイモと塩だけで終えるような極端な栄養バランスの偏りも一因と考えられる。貧困層ほど生活環境や労働環境に選択肢はなく、生涯を通じた健康について学ぶ機会も少ない。バングラデシュ農村部には飲料水の砒素汚染もあり、癌や他の慢性疾患の原因となる砒素を摂取している人が2000万人を超える<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> AANは慢性砒素中毒症患者の治療と生活支援を90年代後半

貧困から病気を放置して徐々に悪化していくハシナさんを支えているのは、近所の人たちだ。見守り、家事の手伝い、時には薬代や食料の援助もしている。「互助」によって彼女の暮らしは支えられてきたが、支える側も裕福な暮らしではなく、限界があるのはあきらかだ。せっかくの「支え合いの力」をもっと発展的に、つまり予防段階で、活用できないかと私たちは考えるようになった。

#### 2. 社会支援グループ(SSG)の結成

AANは、2013年よりバングラデシュで非感染性疾患リスク低減事業<sup>2</sup>を実施している。この事業で最初に取り組んだのが社会支援グループ(SSG)の立ち上げだった。地域の人たちが、健康課題を考え、自分たちで決めた活動を実施するグループで、住民のリーダー、学生、政府の保健ワーカー、村医者、教師、議員などにより構成される。全体に占める女性メンバーの割合は3割程度だが、女性議員や保健ワーカーなど、地域の人々の暮らしをよく知り、信頼を集めている女性たちで、彼女たちが果たす役割は小さくない。

非感染性疾患には、日本では「生活習慣病」として知られている糖尿病、癌、心脳血管疾患、慢性呼吸器疾患などの他に、慢性砒素中毒症も含まれ、現地では「伝染しない病気」を意味する英語<sup>3</sup>からNCDsと呼ばれているので、ここでもNCDsと呼ぶこととする。

NCDsによる死はバングラデシュでもすでに6割を超えている。「多額な治療費をかけても回復せず、貧困のつけを子孫に残して死んでいく病気」を、身近に見聞きした人は多く、AANが2012年に実施し

から実施。その経験を活かして2013年よりNCDs対策にも着手している。

<sup>2</sup> 外務省日本NGO連携無償資金協力にて実施中

<sup>3</sup> Non Communicable Diseases=NCDs

た NCDs 対策ニーズ調査<sup>4</sup>では 9 割以上が「最も恐れる病気」として NCDs に属する病気を選んでいる。SSG メンバーを募った時も、無償ボランティアであるにもかかわらず、大勢の人が名乗りを上げ、絞り込むのに苦労するほどだった。この病気を学び、そして避けたい、という意識は高い。

SSG はまず啓発活動から開始したが、結成から 3 ヶ月ほど経って、ユースクラブを母体に結成された SSG から「自分たちで地域の人の血圧測定をしたい」との提案があがった。ユースクラブのメンバーたちは、「NCDs の予防には測定が重要だと学んだ。でも、農村部には測定の機会が少ない。自分たちが直接測定する機会を作りたいかった。啓発活動もただ聞いているより、作業が入ったほうが良く伝わると考えた」と話す。



一回目のキャンペーンでの血圧測定 提供:AAN

2013 年 11 月末、プロジェクトと SSG が協力して、ユースクラブの事務所で 1 回目の健康診断キャンペーンを開催した。反響は良く、あっという間に 80 名以上が集まった。血圧測定は一か所では足りなくなり、女性用コーナーも急遽設けたが、測定器と肘を置くための机もないため、正しく血圧測定をする環境が整わなかった。そもそも、保健従事者が血圧の正しい測り方を知らないことも分かった。始めは混乱したが、半年ほどかけてキャンペーンの体裁を整えていった。BMI を解説する布製指導ポスターや、プロジェクトと地元大学の栄養学部が協働で開発した「バングラデシュ版食品単位表」も作成し、視覚教材を用いた生活指導も可能になった。検査内容も、BMI、血圧、血糖、慢性ヒ素中毒症と幅を広げてい

<sup>4</sup>バングラデシュ国地方都市周辺における非感染症対策のニーズ調査 AAN、2012

った。マンパワーも、SSG メンバーだけでなく、政府の保健ワーカーと日程調整して協力を取り付け、学生ボランティアを募ることで充実させることができた。地域薬局を営む村医者<sup>5</sup>も開始から終了まで熱心に測定と指導につきあった。受付、各測定、最後の指導まで、回る順序を立札で示し、効率化も図った。

このような努力の結果、資料作成をふくむわずかな会場整備費のみで、1 年間に 91 回 8,363 人の健康診断を実現した。

### 3. 女性に喜ばれる健康診断キャンペーン

健診キャンペーンの参加者の 8 割は女性だ。女性たちは、キャンペーンに来て、様々な健康の悩みを打ち明けていく。背中や頭が痛い、不正出血が続いている、胸にしこりがある、など。深刻な病気が心配される相談も少なくない。



キャンペーンに参加する村医者 提供:AAN

前述の AAN の NCDs ニーズ調査によれば、NCDs の有症率を男女別で見た場合、男性(609 人)の有症率 6.7%、女性(522 人)の有症率 12%と有意な差が見られた。NCDs の医療サービス受給状況におけるジェンダー格差もある。調査で見つかった NCDs 患者 104 人にこれまでにかった NCDs の治療費を尋ね、それを罹患してから年数で割って年平均の NCDs の治療費を算出したところ、男性により多くの治療費がかけられていることが明らかになった。男性(41 人)の年間平均は 9,675 タカ、女性(63 人)の年間平均は 8,071 タカである(当時 1 タカ

<sup>5</sup> 医師免許は持たないが専門的な研修を受けている人が多い。

は約 1.27 円)。その理由として、男性は早期に医師の診察を受けて有償労働に復帰する必要があるが、無償労働の多い女性は病気になっても家で休んでいることが可能であり医療サービスを利用する必要性が低い、といった回答が多く聞かれた。宗教や社会的理由で、付き添いなしで女性が遠出できないことも、医療アクセスを弱める原因となっている。

キャンペーン参加者の中には、血圧や血糖値が高く、即受診が必要な人もいる。しかし、病院に行くよう勧めても「町の病院に連れていってくれる家族がいない」と話す高齢の女性が少なからずいる。設備が充実し、信頼できる医師のいる医療機関に行くことのできない女性たちが唯一頼れるのは、コミュニティクリニック(CC)や家族福祉センター(FWC)だが、ここには母子保健のサービスはある程度整っているものの、NCDs に関する情報やサービスは皆無といえた。母子保健の成功国と呼ばれるバングラデシュだが、女性のライフコースに合わせた保健サービスが存在しないことを、キャンペーンに参加した女性たちが教えてくれる。

#### 4. 継続が難しい血糖値測定サービス

とはいえ、政府も NCDs を無視しているわけではない。国際機関からのテコ入れもあり、NCDs 対策を緊急かつ重大な課題と捉えてはいる。私たちの NCDs リスク低減事業が開始されたのは、2013 年 3 月だが、政府は 2013 年 1 月に保健ワーカーへの NCDs 研修、患者調査を行った後、体重計、血圧計、血糖値測定器などを順番に CC と FWC に導入してきた。

全国に配布した機材の中で、血圧計や体重計は長く使えるが、血糖値測定は、検査紙が必要で、この消耗品は買い足す必要がある。政府は、最初の一箱だけ配布するが、利用者から検査費用を徴収して管理し、次の箱を CC が購入する指針を出した。しかし、測定器が CC に届いたときには、検査紙の有効期限終了まで 1 ヶ月を切っていた。残念なことに、多くの CC が血糖値測定サービスを開始できな

いま、検査紙の有効期限を迎えたはずだ。

プロジェクトの対象地域では、健康診断キャンペーンが軌道にのりつつある時期だったため、郡保健所の許可を得て、利用者負担 30 タカ(約 40 円)を取る形で、血糖測定を導入することができた。一般の病院や薬局と比べると 2 分の 1 ほどの安い価格だ。

健康診断キャンペーンでは、希望した 1,290 人が有料で血糖測定を受けたが、その 74%が女性だった。測定者の中で、364 人(28%)が高血糖と測定され、そのうち 194 人(53%)は無自覚・検査未経験だった。

#### 5. 政府保健ワーカーの日常業務に

前述したとおり、政府の保健ワーカーの多くは、血圧や腹囲の正しい測定の仕方も知らず、指導教材も持っていなかった。プロジェクトは速やかに血圧測定方法のベンガル語版マニュアルを写真入りで作成した。それをプロジェクトスタッフがまず習得し、スタッフが政府の保健ワーカーにも指導した。健康診断キャンペーンは結果的に、保健ワーカーにとって測定と患者指導の実地研修の場となっていった。一年間で保健ワーカー一人あたり 7~800 人の測定や指導を実施した計算となる。

経験を積むことで自信をつけた保健ワーカーは、CC/FWC での日常業務に、NCDs 測定、指導を自然に取り入れていった。中には測定結果を書き込む患者カードを、自らデザインし、ポケットマネーで印刷し、配布しているワーカーもいる。

保健省が出した「NCDs サーベイランスガイドブック」によると、政府系の全ての病院・保健施設に、NCDs に関する検査の実施と台帳による管理、訓練を受けた保健医療従事者による教材を使つての指導ができる「NCD コーナー」が設置される計画とある。しかし、現時点では実体化されていない。





コミュニティクリニック(CC)での血圧測定 提供:AAN

完全な形ではないにしろ、プロジェクトの対象地域内の全 22 の CC/FWC で、政府が描いた「NCD コーナー」が起動した。

ここで重要なことは、政府保健施設の CC/FWC の利用者の 7 割以上は女性であり、他に頼る場所がない貧困層が存在することだ。冒頭で紹介したハシナさんのような格差の中にある「農村部に暮す貧困家庭の主婦」の、手の届きやすい場所 CC/FWC に (Accessibility)、無料あるいは手の届く価格で (Affordability)、実践経験を積み信頼できるワーカーから (Acceptability)、自覚はなかったとしても必要性の高い NCDs の予防と早期発見のサービス (Availability)を整備したことで、疾病リスクを減らし、格差の解消に寄与することができた。政府保健施設のサービスの一つになったことでサステナビリティが高まったことは言うまでもないが、そのきっかけが SSG 主催の健康診断キャンペーンにあったことを改めてふれておきたい。

## 6. NCDs に強いコミュニティを作る

糖尿病や多くの NCDs は生活習慣を変えることで回避可能であることは日本を含む先進国では 1970 年代から知られ、予防法も普及している。しかし、バングラデシュを含む途上国は NCDs 予防の情報から取り残されてきた。NCDs に無防備な社会はリスクを蓄積し、NCDs に対して極端に脆弱な社会となっていた。

この根の深い課題に対処するため、SSG は様々な

リソースを活用しながら、予防啓発と健康診断を実施し、それと並行して文化習慣(食や運動)と生活環境(水とかまど)などの「健康の社会的決定要因」の克服にも取り組んでいる。

権利保有者と義務履行者を内包する SSG には、義務履行者が持つ資源を引き出しやすい利点がある。プロジェクトは権利保有者と義務履行者、双方に対して助言や能力強化、必要な教材の開発など臨機応変に支援をした。権利保有者である住民は健康診断を通じて、NCDs への「恐れ」を「予防への自覚」へと変化させ、安全な水やかまど、生活習慣の見直しなどの健康行動を加速した。保健ワーカーから義務履行者は、様々な活動への参加を通じて自信をつけ、日常業務に学んだことを活かすようになった。それにより利用者からの信頼が高まり、コミュニティからの協力も得やすくなる良い循環が生まれている。権利ベースアプローチを取り入れた一連の取組により、コミュニティの NCDs リスクを乗り越える力=レジリエンスは高まりつつある。



SSG による飲料水検査 提供:AAN

今後 SSG とプロジェクトは、地域で起きた「回避できたはずの若年層の NCDs による死亡や重篤化、それが家族に与えた影響」について実態を把握し、何をすべきか、何ができるかを考えていく。また、大学、病院、企業など、協働できる地域のリソースを増やしていきたい。こうした努力を通じ、そこに暮らす人がより受け入れやすい NCDs 予防策をさぐり、不必要な経済的損失を抑える力を持つコミュニティを作ることが長期的な目標だ。(文責 石山民子、榛澤完、石田健一)



## UHCに取り組むためのヒント ためしてみよう UHC チェックリスト

UHC は、保健分野で活動する人だけでなく、誰もが取り組める課題です。まずは、自分自身や家族が、市民としてどの程度保健サービスを利用しているか振り返ることから始めてみましょう。日本で暮らす私たち自身が利用できる保健サービスやその仕組み、自治体の予算などについて十分理解していないことに気づくでしょう。



貯蓄組合による清掃活動も健康行動のひとつ  
(ネパール・カトマンドゥ市) 撮影：田中雅子

あなたが国内外の地域活動に携わっているなら、そこで出会う人に簡単な問かけをすることができます。教育分野なら生徒や保護者の、フェアトレード支援なら生産者の、スラム住民やストリート・チルドレン、先住民の健康について、自分の活動と接点を見つけることができるはずです。

UHCに取り組むためヒントについて、4つのAと衡平性、回復力、持続性、権利に基づくアプローチの活用など検証できることと絡めて表にまとめました。

「過去 1 年間に健康診断を受けたことはありますか」という問いに対して「ない」という回答を得た場合、その理由は複数考えられるでしょう。「近くに健診を受ける機関がない(Accessibility)」、「日時が限定されており都合がつかない(Availability)」、「費用を払うことができない(Affordability)」、「過

去に精密検査の指示を受けたが、そのままにしており、医療従事者に叱られるような気がして行きづらい(Acceptability)」など、健診を受けられない理由を探る必要があります。



血糖値検査をする助産師  
(ネパール・カブレ郡) 撮影：田中雅子

I は、個人の保健サービス利用について確認するための問いです。II で例示した項目は、活動地域内の格差や排除について確認するために役立つものです。ここであげられた項目について把握することは、事業の衡平性を確保するために有効です。III は、I や II の情報をもとに、実際に UHC への働きかけを行う際に参考になるものです。直接保健サービスを提供する以外に、健康への権利の獲得という視点からも、どんな活動が可能か考えてみましょう。各団体の活動分野によって、取り組めることは違うと思いますが、制度の不在や運用の改善は、どんな分野でも必要なアドボカシーでもあります。自治体や他団体とも情報交換や協働することで、持続性の高い活動を工夫してみましょう。

各問いや項目から検証できることを、参考までに灰色で示しています。みなさんの活動に合わせて、さらに問いや項目を考えてみてください。

(文責・次ページ表作成：田中雅子)

## UHC チェックリスト

| UHCに取り組むためのヒント                                         | 検証できる点        |              |               |               |     |     |     | R<br>B<br>A<br>の<br>活<br>用 |
|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|-----|-----|-----|----------------------------|
|                                                        | Accessibility | Availability | Affordability | Acceptability | 公平性 | 回復力 | 持続性 |                            |
| <b>I. 個人の行動、保健サービスの利用の把握：活動地域の人に聞いてみましょう</b>           |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 1 過去1年間に健康診断を受けたことはありますか？                              |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 2 予防接種は受けていますか？                                        |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 3 病気にかかったときはどうしますか？                                    |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 4 一番近い一次医療機関まではどれくらい離れていますか？                           |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 5 一次医療機関までどのくらい時間がかかりますか？                              |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 6 一次医療機関に医師や看護師など医療従事者は常駐していますか？                       |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 7 受診先を自分で選べますか？                                        |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 8 医師や看護師など医療従事者に処方された薬はどこで買いますか？                       |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 9 高次医療を受診するためのリファラル・サービスを利用したことはありますか？                 |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 10 治療費や薬代、医療機関までの交通費はどうやって工面しますか？                      |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 11 治療費を支払うときに、不正な請求をされたことはありますか？                       |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 12 自分で医療費を払えないときはどうしますか？                               |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 13 政府の医療保険や社会保障制度に加入していますか？                            |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 14 政府の医療保険や社会保障制度に加入するための条件や適用範囲は？                     |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 15 政府の医療保険や社会保障制度は、家族全員で使えますか？                         |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 16 地域や職場、貯蓄組合の保険で医療費の給付を受けることはできますか？                   |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 17 病気の予防、保健医療サービスや行政の制度の情報はどこから得ますか？                   |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 18 これまで受けた保健医療サービスの内容に満足していますか？                        |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 19 適切なサービスを利用できない理由（排除や差別など）は何ですか？                     |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 20 保健医療サービス以外に利用している行政サービスは何ですか？                       |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 21 障害をもつ場合、介護が必要な場合など、利用できる窓口はありますか？                   |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 22 行政以外で、頼れるNGOやグループはありますか？                            |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| <b>II. 地域全体や行政の施策を把握：関係機関を訪ねてみましょう</b>                 |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 1 国勢調査・家計調査等の二次資料から階層間格差など大まかに把握                       |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 2 参加型調査手法などを用いて、階層間格差や、保健行動について尋ねる                     |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 3 国家開発計画、自治体の地方開発計画、予算、実施状況を把握                         |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 4 保健政策やサービス、活動地での予算、実施状況を把握                            |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 5 他のNGOなどが行う類似の活動について把握                                |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 6 複数のセクター間、また自治体とNGOが情報交換や協働する場の把握                     |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 7 生活実態を把握するベースライン調査や事業評価に保健指標を取り入れる                    |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 8 貧困であっても優れた保健行動をしている人・世帯を見つけて記録する                     |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| <b>III. 活動地域の人の保健行動の改善：各団体の活動内容に合わせてできることを考えてみましょう</b> |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 1 I で得た医療保険や社会保障の情報を提供する                               |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 2 保険等の未加入者には、その障壁となりがちな市民権証の取得等を助ける                    |               |              |               |               |     |     |     |                            |
| 3 制度の不在、運用の不足の改善について行政に働きかける                           |               |              |               |               |     |     |     |                            |

## おわりに UHC に向けた NGO の旅、これまでのまとめ

本書は、外務省 2014 年度(平成 26 年度)NGO 研究会「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと NGO」の取り組みを踏まえて、NGO が UHC の達成にどのように取り組むことができるかについてまとめた成果物です。

本書冒頭にみたように、UHC とは、「すべての人が、おカネの壁に直面することなく、必要な保健・医療サービスを受けることができる」状況を指します。1978 年の「アルマアタ宣言」以降、世界は「すべての人に健康を」という目標を目指してきましたが、その歴史は苦難に満ちたものでした。80 年代後半からの構造調整政策は保健をはじめとする社会開発重視のトレンド自体を押し流してしまいました。その後、2000 年の「ミレニアム開発目標」(MDGs)以降現れた保健重視の大きな流れも、現場において人々のニーズや意欲に基づいた多くの好実践例は生み出しつつも、基本的には、サービス提供側の論理としての「効率」「名誉」「人権」に左右された分野別縦割りの取り組みが多くを占めたといえるでしょう。その結果、保健へのグローバルな取り組みは活発化しても、第 3 世界の地域の現場で病に苦しむ人々の多くが取り残され続けている、というのが現実です。



A street person, or "rough sleeper" in Tokyo is ordered to leave. Across the river are tents and shacks of squatters, whose numbers in Japan have been growing rapidly in recent years.

東京:2009 年 デヴィッド・ワーナー画(Where there are no doctor in Japan 2009 より) 提供:本田徹氏

2016 年以降の「持続可能な開発目標」(SDGs)時代のグローバルな保健政策の主要な目標の一つとなる「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」は、少なくとも、これまでの「保健」トレンドのこうした陥穽を克服する潜在力を持っています。先進国経済の「長期的停滞」<sup>1</sup>の中、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは先進国の財力においてのみならず、いわゆる「新興国」や「途上国」、民間セクター、民間財団の連携・協調した取り組み、そして最も重要な存在として、「健康への権利」の当事者たる人々自身の積極的参画によってしか達成できません。この意味において、UHC の達成に向けた最も重要な環は、保健・医療サービスの利用者、「健康への権利」の保有者たる人々それ自体にあり、そこに最も近い立場にいる NGO・市民社会は本来、その主役の位置を占めるべきなのです。

一方、日本における UHC の議論は、「おカネの壁」の克服に向けた公的保険や、「質の高い保健医療」を担保する保健人材など、「サービス提供者」側に関する議論が主流を占め、必ずしも「人々」の側の能動性に十分な注目が払われることなく行われてきました。政府機関や研究者のみならず、市民社会においても、その傾向が強くありました。本研究会では、UHC を「サービス提供者」、「義務履行者」の側のみならず、「サービス利用者」、「健康への権利」の保有者の側に開くことを試みました。UHC を担保する既存の制度の「裂け目」や「未カバー空間」を埋め、保健から取り残された人々にとっての UHC をくいま、ここ>で実現しようとする NGO の現場での取り組みや、そ

<sup>1</sup> 米国元財務長官ローレンス・サマーズ氏によって提唱された概念。

<http://larrysummers.com/wp-content/uploads/2014/06/NABE-speech-Lawrence-H.-Summers1.pdf> (15.03.11 閲覧)

れをより持続的なものにするための制度改善、アドボカシーの取り組みに焦点を当てました。研究会のこの試みは微力ではありますが、これをきっかけに、UHC の達成に向けた日本の取り組みが、NGO や、健康の問題に直面する当事者のグループなどを含む、より広がりのあるものへと発展させていければと思います。ただし、この点について、より抽象度の高いことですが、検討すべきことが一点あります。以下の小説の引用をお読みください。

六さんは眼を開け、どこに連れられてきたのかと周りをみまわし、白いタイルで仕上げた大きなビルディングの病院を見つめる。その眼の中いっぱい恐怖のようなものが広がってゆく。「さあ、行こう」秋幸が言うと、「あかん」とため息のような声を出し、広がった恐怖を押し返すように眼に涙をにじませ手を振る。「あかん。あかん」と六さんは言う。六さんが何を見て恐怖を感じたのか振り返ってみた。秋幸にはそれは単に日の光を受けて一層白く見える病院にすぎなかった。病院の入り口を何人もの人が出入りしていた。(中上健次(1983)、地の果て 至上の時 第1部、小学館文庫版「中上健次選集(10)」p.29)

山の民の末裔とも言われ、山仕事で生計を立て、「町に出ると風邪をひく」という「六さん」がふとしたことから大怪我をして病院に連れてこられた時の一シーンです。病院を前にした「六さん」のこの恐怖は、「語ることができない」<sup>2</sup>人々が基層に持つ<不可侵の領域>に属するものですが、実は、「六さん」のような存在を押しつづけてきた近代の果ての果てにある現代日本においても、多くの人々がその基層に抱えているものだと思います。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが世界を「健康」という均一の色に塗りつぶすのではなく、ユニバーサルに「人間の尊厳」を健康の側面から抱擁するものとしてありつづけさせるためには、人々の持つこうした不可侵の基層への畏れを持ち続けることが不可欠だと思います。UHC、保健にかかわる市民社会の独自の存在意義は、そのようなところにもあるのだらうと思います。

## 謝 辞

本研究会を主催した外務省、研究会の実施のフレームワークを構成した GII/IDI 懇談会 NGO 連絡会、海外調査やアジアの保健ワーカーの交流企画等に最大限のご協力を下さった(公財)アジア保健研修所、海外調査での現場訪問にご協力いただいた(特活)ソルト・パヤタス、各種の企画への参加と本ハンドブックに事例の提供、執筆をして下さった各 NGO の皆様、本研究会の着想から実施、本書の監修まで関わって下さった JICA の杉下智彦さん、外務省国際保健政策室の渡部明人さんに感謝いたします。フィリピンでの現地調査も含めて、本研究会の実施を主体的に担って下さった上智大学の田中雅子さん、(特活)アジア砒素ネットワークの石山民子さん、(特活)シェア＝国際保健協力市民の会の西山美希さんに感謝いたします。また、上智大学グローバル・コンサーン研究所事務局の小田昌教さんには、素敵な表紙をデザインしていただき、ありがとうございました。

(特活) アフリカ日本協議会  
代表 津山直子  
国際保健部門ディレクター 稲場 雅紀

<sup>2</sup> Gayatri Chakravorty Spivak (1988) "Can the Subaltern Speak?" University of Illinois Press (ガヤトリ・C・スピヴァク著、上村忠男訳「サバルタンは語ることができるか」みすず書房、1998 年)



## **NGO のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ ハンドブック ＝すべての人に健康を届けるためには＝**

---

外務省 2014 年度(平成 26 年度)NGO 活動環境整備支援事業  
NGO 研究会(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと NGO)成果物

---

発行日 2015 年 3 月 20 日

発行 外務省 (国際協力局 民間援助連携室)

所在地:東京都千代田区霞が関 2-2-1

電話:03-3580-3311

編集 特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会

所在地:東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル3F西

電話:03-3834-6902、Fax:03-3834-6903

メール:info@ajf.gr.jp、ウェブサイト:http://www.ajf.gr.jp

※本書に関するお問い合わせは、(特活)アフリカ日本協議会にお寄せください。

表紙デザイン 上智大学グローバル・コンサーン研究所事務局 小田昌教

印刷 有限会社 山猫印刷所

東京都荒川区東日暮里 5-39-1 電話:03-5810-6945

---