

健康格差を乗り越え 共に生きる社会を目指して

プライマリ・ヘルス・ケアの実践としての
住民参加の健康づくり

(認定) 特定非営利活動法人 シェア=国際保健協力市民の会



目次

はじめに	1
第1章 シェア事業地における「健康格差」の現状	2
第2章 「住民参加の健康づくり」の実践と成果	7
第3章 アジアからの学び ～ フィールド訪問の経験より	16
第4章 「健康格差」への取り組みと NGO の役割	(本田 徹) 19
おわりに —21 世紀型のケアリング・コミュニティの形成を目指して	(本田 徹) 26

はじめに

シェア＝国際保健協力市民の会は、「すべての人に健康を」という理念のもと、過去30年にわたり、アジア・アフリカ地域で住民主体の健康づくりに取り組んできた。健康とは、単なる「病気ではない」という医学的な問題だけでなく、政治・経済や社会制度などさまざまな要因が関係している。現在シェアは、カンボジア、東ティモール、タイ、日本の4か国において、地域住民が自らの力で健康課題を解決していくことを支援しているが、そこで基盤となっているのが、「プライマリ・ヘルス・ケア」¹の理念、方法・アプローチである。

2013年4月13日～21日の9日間にわたり、シェアは「健康格差を乗り越え共に生きる社会を目指して～プライマリ・ヘルス・ケアの実践としての住民参加の健康づくりの促進」というテーマで、「経験交流フォーラム」を実施した。このフォーラムには、海外3事業地の現地スタッフと駐在スタッフ合計8名に加え、日本国内からは東京事務局及び気仙沼事業のスタッフ、理事が参加した。フォーラムの目的は、①各事業が取り組む「参加型の健康づくり」に関する経験の共有を通して、共通する成果を見出し、より質の高い保健活動の実践や社会への提言を導き出す、②日本国内でのフィールド訪問を通して、先進国といわれる日本が抱える保健医療や社会課題についての理解を深め、「豊かな社会」の実現に向けて、経済発展のみならず地域の支え合いを基盤としたオルタナティブな発展の在り方について議論を行う、という2点であった。

本報告書は、上記2点についての議論を記録したものであるが、この議論は発展途中であるという点をここに強調したい。今回のフォーラムをきっかけとして、シェアはさまざまな国・地域に共通する「社会的健康決定因子」についての理論化を進めながら、超高齢化を始めとする社会課題に直面する日本やアジアにとって、公平かつ民主的に人々が健康に生きることができる社会づくりと、その中でのNGOが果たすべき役割を、今後も継続して追求していきたい。

¹ 「プライマリ・ヘルス・ケア」(Primary Health Care: PHC)とは、すべての人にとって健康を基本的な人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障する理念であり、方法・アプローチでもある。PHCには、実施上の4原則とか5原則と言われるものがあり、(1)住民のニーズに基づくこと、(2)地域資源の有効活用、(3)住民参加、(4)農業、教育、通信、建設・水利など多分野間の協調と統合、(5)適正技術の使用、が含まれる。

第1章 シェア事業地における「健康格差」の現状

現在アジア地域の多くの国が目覚ましい経済発展を遂げつつあるが、一方で都市と農村、富裕層と貧困層の格差は広がっている。その結果、享受できる医療サービスおよび「健康」についても深刻な格差が生じている。富裕層が国境を越えて先端医療を受け、メディカルツーリズムが大きなビジネスとして成長している一方で、貧困層では今も予防可能な感染症で多くの人々が命を落としている。また地域共同体の連帯の弱体化の中で社会の中で、弱い立場にある人びとが基本的な保健医療にもアクセスできないという問題も生じている。特に日本においては、経済発展は遂げたものの地域の人びとのつながりが希薄になり、高齢化社会において介護を必要とする高齢者、ホームレス、在日外国人など保健医療へのアクセスに様々な障壁がある人々の問題が問われるようになっていく。

この現状は、一国の経済成長が必ずしも地域社会の健康の底上げにはならず、むしろ貧富の格差の拡大と固定化、さらには「命の格差」につながる危険性をはらんでいることを如実に示しているといえる。

本章では、当会の長年の活動を通して見えてきた各事業地における健康格差について、説明していきたい。

カンボジア ～ 都市と農村で広がる格差と子どもの健康への影響

カンボジアは1993年以降市場経済化をすすめ、それ以降急速に経済成長を遂げている。都市部の人口比率も徐々に増えてはいるが、人口の8割はインフラや公的サービスが不十分な農村地域で暮らしている。都市では、病気になった際に、自己負担が可能な人は公的保健サービスより先にプライベート・クリニックや薬局へ行くことが多い。一方、農村では治療機関の選択肢が少なく、治療費以上に交通費をかけるなければならない状況にある。また怪我や病気になっても一切受診しない人の割合も、農村の方が高い。

カンボジア保健省が2010年に行ったCambodia Demographic Health Surveyの結果によると、カンボジアの母子保健状況が全般的に改善傾向にあるなかで、子どもの栄養状態は過去10年間改善されていない。² 特にシェアの活動地であるプレイベン州は、全国平均と比較して子どもの健康指標が悪い州の一つであり、慢性の栄養不良児率も高い地域である。2011年に当会が実施したベースライン調査では4割以上の子どもが慢性の栄養不良状態であった。また、乳幼児が罹る病気の7割が呼吸器感染症や下痢という予防可能な病気で占められており、子どもが重症化してから交通費をかけて首都の病院を訪れる人が多いことも明らかとなっている。

母体内で育つ10ヶ月と2歳の誕生日を迎えるまでの合計1,000日間は、子どもの成長・発達にとって最も重要な期間である。この期間に慢性の栄養不良に陥ると、病気と栄養不良の負のサイクルの中で回復が難しいだけでなく、将来的な就学や就職にも影響があ

²5歳未満児の栄養不良の割合：全国平均28.3%（2010年）、28.1%（2005年）。

ることが明らかとなってきた³。

経済状況が厳しく、インフラも十分に整っていない農村地域で子どもの「健康」、そして「未来」を守るためには、子どものケアについて住民自身の保健知識・行動が改善されること、また地域で栄養不良児や病児を早期に発見し、適切に対応できる仕組みができることが必須である。

東ティモール ～ 予防可能な病気に罹る子どもたち

カンボジア農村部と同様の状況が、東ティモールでも見られる。東ティモールは、昨年独立10年を迎えた現在アジアで最も新しい国である。長年にわたる独立闘争と他国の支配下で十分な環境整備がされてこなかったため、道路や電気、上下水道やトイレなどのインフラは未整備で、衛生状態は劣悪である。国民の7割が暮らす農村部では、病院も医療人材も今なお不足し、最寄りの診療所まで1、2時間歩くことも多い。また1日1ドル以下で生活する人口が40%と、最貧困国の一つでもある。

独立以降多くの国際機関の支援もあり、5歳未満児死亡率や乳幼児死亡率は改善傾向にあるが、東ティモールの子どもの健康には東南アジア諸国やアフリカ諸国と比較しても、まだ多くの課題がある。東ティモール保健省の統計（2010年）によると、5-14歳の子どもの主な死因と疾患の上位は肺炎、結核、下痢症、マラリアといった予防可能な感染症である。5歳未満児の低体重の割合は今も4割以上を占めており、就学期の児童もその影響を受けている。雨季にはマラリアやデング熱が流行し、学校を休む子どもが増えるという状況は、子どもの就学・教育環境にも大きく影響している。ちなみに人口の45%が15歳以下（初等教育年齢の5-15歳は全体の29.7%）で、また10代女性の出産は1000人中51人というデータも出ている。

これらの問題には、前述したインフラの未整備によるサービスへのアクセスの困難さに加え、保健医療者の人材不足、住民の保健に関する知識や技術不足、地域の伝統的習慣など様々な要因が関連している。これらの問題に取り組むにあたっては、特に子どものうちから正しい病気の予防方法を学び、自らの健康を守れるようになることが重要である。しかしながら学校での保健教育は、教育制度自体が整備途上であり、まだ国家プログラムに制定されていない。子どもたちが保健教育を通して衛生観念や年齢毎の身体の特徴、病気やその予防法などを習得し、セルフケアをしていくこと、また保健知識が学校から家族やコミュニティなど地域社会に波及することで、厳しい環境にある人々が自分たちの健康を守ることが可能になる。

タイ ～ 地域のなかでどう HIV に向き合うか

タイでは1984年にHIV感染の報告がされて以来、既に死亡したHIV陽性者も含めHIV陽性者の累積推定数が110万人以上に達している。現在生存しているHIV陽性者は推定

³ UNICEF, *Tracking on progress on child and maternal nutrition*, 2009

約 50 万人だといわれ、アジアの中でも感染率が高い。タイ公衆衛生省も特に HIV 感染の危険性が高い、男性同性愛者、移住労働者、HIV 陽性者、若者を、特別重点施策が必要なグループとして挙げている。

先進国の製薬企業が開発したエイズ発症を抑えるための抗 HIV 薬は特許権で保護されているために非常に高価で、2003 年以前のタイでは HIV 陽性者は薬にアクセスすることができず、エイズを発症して亡くなっていくという状況であった。これに対応するため、タイ政府は 2003 年より安価なジェネリック薬を自国生産し、抗 HIV 薬を無料で提供することにより、HIV 陽性者の治療環境は大きく改善されてきた。しかし現在でも先進国の最新の抗 HIV 薬は高価であるため、タイの HIV 陽性者は古いタイプのジェネリック薬を使用し、薬の選択肢は非常に限られている。薬へのアクセスの環境は改善されたものの、薬剤耐性ができないように治療継続をいかにしていけるかということが重要な課題となっている。

また HIV 陽性者への差別・偏見の問題、エイズ孤児、陽性者の経済的問題等、地域の中で HIV 陽性者が直面する課題はまだ多い。シェアが活動するタイ東北部では、都会や漁業地域への出稼ぎ労働者が多く、出稼ぎ先で HIV に感染したのを知らずに地元に戻り、パートナーへの性行為による感染、さらに母から子へ感染のケースが増えている。また若者の間での HIV 感染の広がり、若年層の妊娠も問題となっている。HIV 陽性者が現在直面している課題を解決していくためには、当事者を含めた住民自身が、差別と偏見のない村づくり、感染の有無に関わらずお互いに協力して暮らしていける社会の担い手になることが重要である。

日本 ～ 在日外国人の状況からみる日本社会の「健康格差」

関東地方・東海地方では 1990 年代よりニューカマー外国人が急増し、外国籍住民が地域人口の 4～5%を占める地域も珍しくない。しかし外国人に対する福祉や保健医療・教育のサービスの整備は遅れており、日本の移民社会の大多数が格差社会の底辺に落ち込みかねない状況が生まれつつある。こうした国籍による格差の固定化は健康面でも顕著で、関東・東海地方では結核患者に占める外国人割合が急増するなど感染症分野での課題が報告され始めている。また、全国統計でも外国人の特に女性の年齢調整死亡率が日本人より有意に高い現実が示されてきている。

こうした状況に対しては、1)適切な技術を持った医療通訳の確保、2)言葉や制度の障壁を乗り越えて治療を円滑に進めることを手助けする医療ソーシャルワーカーの活用、3)日本語が不自由な外国人への健康情報の普及が効果的であるが、保健センター等の行政機関が実施している住民向け健康教育事業は言葉が不自由な外国人には理解が難しく利用が進んでいない状況がある。

近年当会に寄せられる相談の中には、来日直後の結核発症や、日本での厳しい労働環境のもとで結核を発症する外国人が多く見られ、特に母国で結核罹患率の高いフィリピン・ネパール人で目立っている。一方エイズは、来日当初に出身国で得た古い情報のま

ま更新されず偏見やスティグマが根強く残り、受検・受診につながらない現状がある。以上より、外国人コミュニティに出向き感染症を中心とした健康啓発活動を展開すると共に、外国人同士で健康増進に結びつくような外国人ボランティア育成に取り組む必要性が高い。

気仙沼 ～ 被災地コミュニティが抱える課題

宮城県気仙沼市は、2011年3月11日に起こった東日本大震災の津波により、市内全域が被災し、約1300人の死亡者が出るほど、県内でも大きな被害が出た。多くの市民が家族や知人と死別し、住まいや仕事を喪失した。さらに被災によって既存のコミュニティが崩壊し、長引く仮設住宅での暮らしは特に健康面において大きな影響を及ぼしている。気仙沼市は元々高齢化率が約30%と高かったところ、震災により水産業などの主要産業が打撃を受けたことで、仕事を失った労働者人口が都会へ移動してしまっているという状況がある。

仮設住宅で見られる健康に関する問題は、震災前から比較し糖尿病や高血圧等慢性疾患の悪化、狭い仮設住宅での暮らしや環境の変化により、家に閉じこもってしまうことで起こる生活不活発病、うつ傾向、PTSD、アルコール依存の問題など様々である。あまりに被害が大きいゆえに行政のサービスが十分に行き届かないことから、住民のニーズを把握し、行政や既存の機関などでは対応が難しい様々な生活に関する困りごとに対する支援など、住民に寄り添った活動を長期的に行う必要性が確認されている。

「健康格差」に対するシェアの取り組み

国や対象者に関わらずシェアの活動に共通するのは、プライマリ・ヘルス・ケアのアプローチによって、地域住民を支援し、長期的には住民が自らの健康を改善できるようになることを目指している点である。今回のフォーラムで「住民参加の健康づくり」の有効性を検討するにあたっては、特に「人材育成と連携強化」と「当事者グループのエンパワメント」という二つの軸で、各事業の経験、成果、課題等を共有・議論した。

まず「人材育成と連携強化」に関して確認したのは、全5事業共通して、対象コミュニティの健康課題の解決に取り組むために、地域住民、行政、医療者（病院・保健センター等）と協力して活動を行っている点である。その際活動の核となるのは「地域の保健人材の育成」であるが、ここで特徴的なのは、個々のグループ（例えばコミュニティのボランティア、医療スタッフ、行政官）の知識やスキル強化を行うだけではなく、グループ間の連携を強化することを重視することで、コミュニティ形成の促進に取り組んでいる点である。

また「当事者グループのエンパワメント」という視点のもと、人材育成を単なる知識やスキル強化のみにとどまらず、厳しい境遇にある人々が自信や自己肯定感を獲得し、同様の課題を抱える人々をサポートできるキャパシティを持つことと捉えて、働きかけ

を行っている。またそのためには、「支援する側／される側」という関係性にまつわる問題を認識し、「地域の人々と共に考え共に行動する」ことによる「分かち合い（シェア）」の基本姿勢をもって、活動のプロセスに重点を置いている。

次章では、「住民参加の健康づくり」の実践例をもとに、シェアの活動を通して効果が認められた具体的なアプローチや方法について整理する。

第2章 「住民参加の健康づくり」の実践と成果

本章では、今回の「経験交流フォーラム」を通して共有・議論した、各事業における「住民主体の健康づくり」に共通するアプローチや方法について、いくつかのキーワードに沿って整理をしている。「信頼関係づくり」「参加の促進」「キャパシティ強化」「モチベーション向上」という4つのキーワードを導き出し、各キーワードに関する実践例と成果を現場からのエピソードを交えて紹介したい。

1. 信頼関係づくり

- 共通認識をつくる：外部者であるNGOがある地域で活動を始めるときに、コミュニティ側からNGOに対してさまざまな期待が寄せられることは一般的であり、そのため関係者間で「共通認識」をつくるのが非常に重要になる。信頼関係づくりの第一歩は、まずシェアについての説明を関係者に対して十分に行うことである。シェアの活動理念や、それに基づく「支援」内容や範囲（何ができて、何ができないのか）等、協力関係を築いていくうえで核となる情報をきちんと共有し、また一度だけで終わらせずに継続的に機会を設けることが必要である。
- 相手の意見やアイデアを尊重する：全ての活動を始めるときに、シェア側で計画したものをただ提示するのではなく、関係者と顔を合わせ、可能な限り相手の意見やアイデアを尊重しながら、活動の計画や実施を行っていく。
- キーパーソンとの関係構築：コミュニティの「キーパーソン」となる人を見つけ、話し合いや活動計画づくりの場に積極的に巻き込む。キーパーソンは保健関係者のみに限らず、学校、警察、宗教関係者、女性グループ等、それぞれ異なる立場からコミュニティの課題に関わる人材も含まれる。またコミュニティ・リーダーと初めて顔を合わせる際に、例えば郡レベルの保健センターの所長等を交えて場をもつことで、その後のコミュニケーションが円滑になることもある。
- 「寄り添う」姿勢：活動計画の作成や研修を行った後、いきなり相手側に任せきりにするのではなく、活動がある程度円滑にまわるまでは現場に同行し、on-the-jobのサポートを継続するという姿勢が、関係者との信頼関係構築には重要である。
- 定期的に活動報告を行う：活動報告については、日常的に一緒に活動を行っている関係者にはもちろんのこと、関係省庁や地方行政の担当部署、援助団体のネットワーク等にも定期的に行う。特に行政への報告書の提出は、例え義務付けられなくても定期的に行うことで、行政側のシェアの活動に関する理解、信頼関係の強化に大きく役立つ。また報告の際にデータ（例えば保健サービス利用者数、罹患率、等）を用いることで、活動の実績や成果が目に見える形で現れるため、活動に対する理解や関心がより得られやすい。
- 活動以外の場でのコミュニケーション：信頼関係は、個人的な関係のなかから築かれることも多い。例えば本来業務で困っていること（パソコンの使い方、報告書の

作成、等)をサポートする、病気の家族をお見舞いする、また単に一緒に食事をする等、「活動」の場以外でのコミュニケーションをきっかけとして、人間関係がより円滑になり、活動実施のうえでも協力関係の改善につながる場合がある。

- 文化や価値観への配慮：それぞれのコミュニティにおいて、例えば社会的地位によって、人前で自分の意見を述べたり、問題点を指摘することが難しい等、配慮すべき状況がある。その点に留意しながら情報収集や意見交換を進めることが必要である。
- 相手の「潜在能力」「可能性」を信じる：今ある弱みや持っていないものばかりに目を向けるのではなく、その人やコミュニティが持っている強み、可能性を探し、伸ばすことに働きかける。

丁寧なコミュニケーションにより信頼関係が築かれる
(東ティモールの事例)

2013年10月に事業の集大成として行われた SISCa プログラム(巡回型母子保健サービス)の国レベルワークショップでは、全13県の県保健局長とヘルスプロモーション担当者やNGOや国連などの支援団体を招いて、県保健局のスタッフ中心にアイレウ県の6年間の SISCa 改善の取り組みについて成果を発表した。このワークショップでアイレウ県の SISCa の取り組みを発表したアイレウ県保健局長のB氏が「アイレウ県に多くの保健ボランティアが育ち、着実な SISCa 活動を行えるようになったのは、シェアの協力のおかげです。シェアからの支援が終了しても、私たちはこれからも一緒に活動する中で学び、実践してきたことを、アイレウ県で続けていきます」とお礼を述べる言葉を聞いて、3年前の事業開始時と同じ人だとは思えなかった。

前事業の後半にアイレウ県の保健局長に着任した、主要なカウンターパートであるB氏は、事業開始直後は、NGOであるシェアに期待することは「車とお金」とであると明言していた。しかし、何度もB氏の元にシェアスタッフが足を運び、保健スタッフの能力向上こそ、長期的にアイレウ県の保健状況の改善のために必要だということを説明し、研修などを行う際に十分な事前の調整を行ったり、活動の進捗状況を毎月月間報告書でこまめに伝えるといったコミュニケーションを、丁寧に行うように心がけた。またシェアと活動を共に実施し信頼関係を築いていった県保健局の SISCa 担当者からも、B氏へと話を進めてくれるようになり、こうした働きかけを通して、B氏は活動に対してより積極的・協力的に関わるようになった。事業中盤になると、住民会議や村でのヘルスプロモーションのイベントなどの開催にも県保健局から一部予算を捻出したり、県レベルトレーナー対象のワークショップなどに参加し、保健スタッフを激励するような挨拶をするなど、本事業の活動や目的を理解する心強いパートナーとなった。

信頼関係により支援の輪が広がる（気仙沼の事例）

シェアと気仙沼のNPOである生活支援プロジェクトKは、宮城県気仙沼市階上地区で共同事業として仮設住宅の住民や自治会への生活支援活動を2011年8月より実施している。日中狭い仮設住宅に閉じこもりがちになっている高齢者を中心に、生活不活発予防と住民同士の交流を目的として、2013年3月末から七半沢仮設住宅でいきいき体操の活動を開始した。いきいき体操を始める前は、シェアのスタッフが看護師であることはあまり知られておらず、血圧を測っていると「あなたこんなことができる人だったの?」と言われるほどであった。しかし毎週血圧・体重測定や体操を地道に続けていくことで、当会の活動の目的を住民の中で理解してもらえるようになっていった。「今日は血圧が高いけど、眠れていますか?」「先週は風邪気味と言っていたけど、今週はどうですか?」とちょっとした住民の変化を確認していくことで、いつも気にかけて見守っているという思いが伝わるようになってきたと感じていた。

8月のある日、体操に参加してくれている住民の方から、「仮設住宅の隣の部屋の人の具合が悪そうだから見に行ってほしい。」と連絡が入った。その方はKさんといい、私たちの活動には出てきたことがなかった。血圧計を持ってお部屋に伺うと、顔色が悪く、足がかなりむくんだKさんが出てきた。私たちと話す様子から、人を家に入れたり事情を話すのは嫌ということが伝わってきた。病院へ受診した方がよさそうだったため、同行することも可能ということも伝えたが、本人が自分で行くということであった。週明けには必ず受診をしてほしいこと、何かあればいつでも連絡して欲しいこと、後日様子を見に来ることをお伝えし、別途仮設住宅の自治会長にもKさんの様子を伝えておいた。最初に連絡してくれた方も、「最近元気がなくて心配だったから、見てもらえて安心した。」とおっしゃっていた。

そして週明けの月曜日、再びKさんの具合が悪そうだという電話を自治会長さんから受け、生活支援プロジェクトKのスタッフと自治会長さんが付き添い、市民病院を受診し結局そのまま入院となった。

仮設住宅の住民全員の細かな状況把握することは難しい中で、直接私たちはKさんとの関わりを持っていなかった。しかし、体操を通して住民内での認知度が高まり、「困ったことがあればあの人たちに相談すればいい。」という信頼感と安心感につながっていったと考えられる。体操で関わる事が出来る住民は一部に限られてしまうが、私たちの活動目的を理解してくれている住民同士のネットワークを通じて、私たちが直接つながっていないより多くの住民の様子について知り、必要な資源につなげ、支援を行うことができた。また、今回のケースで自治会長がまず私たちに連絡をくれたことも、日常的な仮設住宅自治会の支援を通して、自治会との信頼関係が構築されていたからこそだと考える。2011年8月から継続して階上地区の人々と共に活動し、コミュニティとの信頼関係があったことでできた支援の事例であろう。

2. 「参加」の促進

- 共通の課題と目標の設定：保健行政や医療スタッフが、実は地域の現状を把握していないということは多々ある。そこでは、地域の健康問題は「住民の知識や行動の問題」として片付けられ、保健サービス側が改善すべき点や、「自分」または「コミュニティ全体」の問題とは認識されない。また「外部者」である NGO が、取り組むべき地域の健康課題を一方的に提示するだけでは、地域住民の主体的な行動にはつながらない。自分たちの地域の現状と課題を理解し、「自分が何をすべきか、何ができるか」という認識を持つことによって初めて、「住民参加による健康づくり」を進めることが可能となる。
- スケジュールの調整：会議や研修等を開催する際には、相手側の都合に配慮してスケジュール調整を行うことで、関係者の参加の機会を確保することができる。また関係者間の情報共有や意見交換のために、個別に会議の場を設定することが難しい場合も多々あるため、既存の活動の場（例えば健診活動のためボランティア、村長、保健スタッフが村に集まった時、等）を活用して、関係者間でコミュニケーションがとれる機会を積極的に設ける。
- 計画～実施～振り返りの全サイクルを一緒に行う：上記「課題の共有」とも関連するが、活動実施においては、計画、準備、実施、評価／振り返りというサイクルの全過程を、関係者と一緒に行うことが、地域の人々の活動に対するオーナーシップを高めるのみならず、スキル強化のうえでも、非常に重要である。例えば保健スタッフやボランティアが研修の講師を務める際には、研修計画の作成、教材の準備、リハーサルを共に行いながらサポートすることで、研修のマネジメントやファシリテーション・スキルのより効果的な習得に結びつく。

地域の現状を理解したことで、活動に関わる姿勢が変わる (東ティモールの事例)

2012年2月に東ティモール保健省は、保健データの適正化を目的に、全戸訪問して住民の健康状態の調査を行う Family Registration プログラムを実施した。当初の活動計画のなかにはこのプログラムの支援は入っていなかったが、地域の現状把握ができ今後の活動にも繋がるよい機会になると判断し、シェアは保健局・保健センタースタッフに同行して、調査のサポートを行うことになった。

調査を実施した当会の活動地であるアイレウ県は標高約 1000m の山岳地帯で、家を一軒一軒自分たちの足で歩いて調査して回ることは想像以上に容易ではなかった。しかし、これまで一度も健診を受けたことがない 5 ヶ月の妊婦や、予防接種をまったく受けていない生後 3 ヶ月の子ども、病院に連れて行くことができずに生まれてすぐの赤ん坊を亡くした母親などと会い、改めてアイレウ県の厳しい現状を知る貴

重なる機会となった。シェアは、保健局・保健センタースタッフと協働して得られたこの経験を、その後の活動の中でも活かしていけるようにと様々な働きかけを行ってきた。調査終了後は、保健センタースタッフを対象にワークショップを開催したり、実話に基づいて妊産婦死亡や新生児死亡のケーススタディを行ったりと地域の現状をもとに保健センターとしての役割や責任について意識づけを図ってきた。また、当会が調査実施の苦労や地域の現状課題を彼らと共有できたことも、活動の成果に繋がる要因の一つになっていたと考えられる。

このようなシェアからの働きかけを通して、現在では、以前に増してしっかりとした目的意識を持ち、より住民の立場にたった活動が保健センターのスタッフの中に見られるようになった。例えば、1つの地域を1人の保健スタッフが担当するという担当制を取り入れたり、住民会議を開催するなど、保健センター毎に独自の取り組みが行われるようになってきている。また、活動開始当時は、健診活動への参加率や予防接種率が低いことを住民のせいにしてきたり、保健ボランティアが正確に母子手帳に記入できないのは教育レベルが低いから、と非を押し付けていた保健センターのスタッフが、Family Registration プログラムの実施やその振り返りを通して「住民が健診や保健センターに来られないのならば自分たちが行く」「保健ボランティアをサポートしてあげればできるようになる」という発言や行動が出てきたように、保健スタッフの意識の変化がみられた。

3. キャパシティ強化 ～実践的なスキルや知識を効果的に身につけるための働きかけ

- 「聞く」「見る」「やってみる」：研修内容や方法については、対象者のニーズをしっかりと把握し、関係者と協議したうえで決める。研修は講義（「聞く」）のみではなく、視聴覚教材を工夫する（「見る」）、ゲームやロール・プレイ等を取り入れる（「やってみる」）等、参加者が楽しみながら必要な知識や実践的なスキルを身につけられるよう、ツールや手法を工夫する。また現地で調達可能な教材を活用することも、知識の普及・定着に貢献する。
- 継続的なサポート：1回の研修のみで終わるのではなく、最初の研修で把握した課題に基づく「再研修」の実施や、On the job サポートによって、知識やスキルの定着をより確実にする。
- スタディ・ツアーの活用：よい活動を行っている他地域への「スタディ・ツアー」を実施することは、モチベーション向上につながるだけでなく、実際の活動現場を目にすることで、自分たちが目指す活動のあり方や、そこに向かうための具体的な改善策をたてることを可能にする。
- フィードバックの重要性：全ての活動において必ず振り返りを実施し、良かった点、うまくいった点を認めつつ、さらに強化・改善できる点についてインプットする。
- チームづくり：個人のキャパシティ強化のみならず、各グループが一つのチームとして機能するためには、それぞれの役割分担の明確化が重要である。活動を行う際

に、誰が、何を、いつ／どのような頻度で行うかについて、関係者（シェア（NGO）と行政、医療スタッフ、コミュニティ間）で明確にし、それぞれが果たすべき役割について共通認識を築くことが、協力関係の強化に貢献する。

4. モチベーション向上 ～「学ぶ機会」「活躍する機会」「認められる機会」をつくる

- 「学ぶ機会」「活躍する機会」の提供：これまで「学ぶ機会」や「人前に立つ機会」が十分になかった人に、研修に参加してもらったり、また学んだことを実践したり、人前に立つ機会（例：保健教育や個別カウンセリングの実践、研修のファシリテーター等）を積極的に設けることで、経験と自信を積んでもらう。
- 「認められる機会」をつくる：よい活動を実践している地域や人について、活動報告書やニュースレター等の広報媒体で紹介したり、イベント時に表彰する等して、彼／彼女たちの貢献を認め、感謝する機会を設ける。また活動成果を発表する場をつくる。国や県レベルで、活動実績が認められるような機会を積極的にサポートする。例えば東ティモールやカンボジアでは、保健ボランティアが、県／州や国レベルのワークショップで発表する場を設けている。また他の地域、中央省庁や他の援助関係者からの視察・スタディ・ツアー等を受け入れ、自分たちの経験を他に伝える機会を設ける。
- 活動の成果が見える「ツール」の活用：例えば「マッピング」によって活動の対象者（例：栄養不良児や病児、妊産婦の数等）を視覚的に分かりやすくすることで、活動の進捗・成果が分かりやすく、モチベーションにつながりやすい。
- 金銭的インセンティブへの留意：モチベーション向上や活動への参加促進のためには、金銭的インセンティブが常に効果的なわけではなく、むしろ長期的には負の影響を及ぼすことも多い。但し活動実施に役立つ形で、例えば保健教育教材や文房具、Tシャツやバッグ等のグッズを支給することには効果も認められる。

学び、活躍し、認められる場づくりの重要性（カンボジアの事例）

シェアの活動地のある保健センタースタッフのA氏は、正式な医療資格を取得することがないまま、長年保健センターの業務に関わってきた。このため、他の有資格スタッフは参加できる研修や会議には参加することができず、自身の診療技術を強化する機会を全くもたないまま、保健センター業務である村での巡回健診活動に携わってきた。

シェアが関わるようになった当初、A氏はとても気難しく、提案することすべてを頑なに否定するような人であった。例えば、地域保健向上のためには保健ボランティアとの協働は欠かせないという話をしても、「保健ボランティアには十分なスキルや知識がないし、交通費等の報酬を支払わないと働かない」と主張し、協働は絶

対に不可能であると一蹴していた。よって、保健センターと保健ボランティアの協働によって実施可能な乳幼児健診活動に対しても、絶対にできるわけないと否定的であった。

そこで、保健センターと保健ボランティアのコミュニケーションを強化するために、研修や健診活動の目的を皆で共有し、一緒に計画や振り返りを行い、関係者間で話し合う機会を定期的に持つようにした。A氏は口では反対しつつもこのような機会には毎回参加し、そのうち頑なだった姿勢が段々と緩和され、徐々に前向きな言動を見せるようになってきた。

時間をかけてA氏との信頼関係を築いていくなかで、A氏自身に他の保健センタースタッフと同様に研修を受けて、診療技術を向上させ住民の役にたちたいという強い希望があることが分かった。そこでシェアは彼に国立病院への派遣研修に参加する機会を提供し、また同時に健診活動の場でもインプットを行いながら、診療技術向上のためのサポートをしてきた。また研修の他にも、活動成果を州保健局やUNICEFの前で発表する機会をつくったり、彼の貢献を表彰してきた。

このような関わりにより、A氏のモチベーションや自信が向上し、保健センターの中でも、活動を牽引するリーダー的存在に成長してきた。乳幼児健診の目的や重要性を深く理解し、また村での健診や予防接種の普及活動には、村の事情を良く理解している保健ボランティアの存在がないと活動が成り立たないと言って、良好な関係を築きながら健診運営を引っ張っている。彼のこうした変化は、他のスタッフにも大きく影響を与え、今ではこの保健センターは、シェアのサポートがなくても保健ボランティアと協働して健診を運営できるモデル保健センターとなっており、地域住民からの信頼も厚い。

以上がシェアの活動に共通するアプローチ・方法のまとめであるが、これらを効果的に実施するうえで、前提条件ともいえる重要なポイントについて触れておきたい。

- シェアスタッフの育成：現場での活動を担うシェアスタッフのキャパシティが地域の人材育成のカギとなる。そのため活動計画にあわせて、地域保健、プロジェクト運営、人材育成、ファシリテーション等、様々な分野の「専門家」を現場に派遣し、シェアスタッフへのインプットを通して、コミュニティでの人材育成を行う。
- ネットワーク構築：シェアだけでは対応できない状況があった場合、他の適切な団体・機関につながられるよう、ネットワークを構築しておくことが非常に重要である。例えば在日外国人支援事業においては、シェアのみならず他の在日外国人支援団体とも連携してケースを扱うこともある。

また上述したアプローチや方法は、それぞれ個別に機能するのではなく、「人材育成」という包括的な取り組みとして位置づけられるべきことは言うまでもない。最後に、その人材育成の成果を示した事例を紹介したい。

「当事者のエンパワメント」が持続的な健康づくりへの取り組みにつながる
(タイの事例)

シェアは1994年からタイでエイズプロジェクトを開始し、HIV陽性者の当事者グループの支援や地域でのHIV予防啓発活動を行ってきた。シェアの元活動地のウボンラーチャターニー県ワリンチャムラーブ郡病院内HIV陽性者自助グループの代表であるCさんはシェアが人材育成を行った結果、成長し現在も活躍している優秀な人材である。

Cさんはご主人がエイズを発症された時に、自身のHIV感染を知った。病院からシェアが支援していたHIV陽性者自助グループの活動を紹介され、ご主人と参加するようになったのが、活動参加のきっかけである。ご主人はエイズ発症後2か月で亡くなり、義父の勧めでHIV陽性者自助グループの活動に一人で毎月参加するようになった。活動に参加していく中で、シェアスタッフから勧誘され、HIV陽性者への家庭訪問や定例会の活動を手伝うことになった。当初は参加するだけであまり理解していなかった活動の意義についても、活動後の振り返り会議に参加し、理解できるようになった。シェアは活動を行う上で、活動の計画段階から実施、振り返りまでの一連のプロセスに活動対象者を巻き込みながら、共にアイデアを共有し活動の改善に取り組んでいる。その中で、彼女は当時HIV薬がなくエイズで亡くなっていく友だちを見ながら、活動を通して皆を助けたいという思いを強め、積極的に活動に関わるようになった。

シェアはワリンチャムラーブ郡病院と協力して、1998年にHIV陽性者の自助グループを結成し活動を共に実施していたが、自助グループの中のHIV陽性者リーダーを育て、ゆくゆくはリーダーたちが郡病院と共に自立して活動が行えることを目指して活動を実施していた。よって、グループの問題分析、活動の計画などには病院の担当看護師を巻き込み、HIV陽性者リーダーと意見を交わしながら共に活動が実施できるように場づくりを行っていた。

CさんがHIV陽性者の自助グループの活動に関わるようになった同年に、病院、シェア、HIV陽性者リーダー3名がHIV陽性者自助グループの名前を「サダオワン」グループと名づけた。「サダオ」とは苦い葉っぱの木の名前で、「サダオ」にも甘さがあるという意味で、つらい人生にも幸せや望みがあることを表した名前である。HIV陽性者リーダーが自らグループの名前付けから関わったことで、3名のリーダーが中心となってグループ活動を実施していくというオーナーシップが芽生えた。

Cさんはまずサダオワングループ内の会計係を担った。彼女は小学校を卒業してすぐにバンコクに出稼ぎに出て、会計係を担うのに十分な教育を受けていなかったため、シェアが関係を築いていた地域の疾病予防管理事務所から会計のトレーニングを受けた。その他、HIV陽性者リーダーとして活動の実施の仕方や問題分析の仕方、ファシリテーターのあり方についても、シェアからのトレーニングを受け、スタッフを見習いながら、日々活動の中で実践しながら学んだ。

Cさんの働きはシェアが長年関係を築いてきた県の保健関係者からも認められ、県の

HIV 陽性者グループの代表として、国内の HIV 陽性者ネットワーク会議への参加し、他県の HIV 陽性者リーダーと経験交流をしたことも、彼女のさらなる成長につながった。

Cさんの積極的な関わりによる成長は目覚ましく、活動に加わり 4 年目の 2002 年には、HIV 陽性者自助グループメンバーの投票により、サダオワーングループ 4 代目の代表となり、現在まで毎年再選されて代表職をつとめている。シェアの支援の下、2005 年には神戸で開催されたアジア太平洋エイズ会議に参加し、HIV 陽性者の立場からタイの HIV 陽性者の状況を伝え、社会に発信していくことの重要性も認識する機会となった。

シェアは長年郡病院に対して、HIV 陽性者リーダーをエイズ担当職員として雇用し、HIV 陽性者の活動を実施する必要性を訴えていたが、ついに 2007 年郡病院は C さんを病院の職員として受け入れた。同年、シェアが長年支援していたワリンチャムラープ郡病院管轄の地域のファイカユン地区ヘルスセンターが抗 HIV 薬提供を実現させ、地域ぐるみの保健コンテストで全国 2 位に表彰された。また 2010 年には「サダオワーン」グループが国からエイズに取り組む優秀ボランティア賞を表彰され、現在まで毎年国から様々な優秀賞を表彰されている。C さん自身も 2013 年にエイズ地域ボランティア優秀賞を受賞した。現在ワリンチャムラープ郡病院やファイカユン地区ヘルスセンターは、タイ国内のモデル施設とされ、各地から多くのスタディツアーを受け入れている。2013 年には 20 か国の WHO 事務所職員が郡病院に視察に訪れた。こうした経験が、シェアが活動を終了し撤退した後も、彼女たちのモチベーション維持に繋がっている。

2011 年にはさらに 2 名の HIV 陽性者リーダーを常勤職員として郡病院が雇用し、現在は郡病院と HIV 陽性者リーダーが協力して HIV 陽性者の活動を実施している。シェアが活動地を去ってからも、病院関係者の協力の下、安定した実施体制で活動が継続している。シェアが活動のなかで申請書の書き方やドナーの紹介を行い、実際に HIV 陽性者リーダーの力で助成金を得たという経験が、彼女たちの自信となり自立へと導いたことによるだろう。シェアでは同じ地域での活動に 10 年あまりの時間をかけて、確実な人材育成を行っており、C さんの事例は、まさにその成果を物語っているといえる。

第3章 アジアからの学び ～ フィールド訪問の経験より

シェアの海外事業地から転じて日本社会を見ると、経済発展は遂げたものの地域の人びとのつながりが希薄となり、超高齢化を含む新たな社会課題を抱え、介護を必要とする高齢者、ホームレス、在日外国人など、保健医療へのアクセスに様々な障壁がある人々をめぐる問題が問われるようになってきている。地域の連帯に基づく健康づくりの活動は、日本以外のアジア諸国で先進的に実践されてきており、学ぶべき点も多い。

前述した通り、今回の経験交流フォーラムの目的の一つは、日本国内でのフィールド訪問を通して、先進国といわれる日本が抱える保健医療や社会課題についての理解を深めること、また「豊かな社会」の実現に向けて、経済発展のみならず地域の支え合いを基盤としたオルタナティブな発展の在り方について議論を行うことであった。

【フィールド訪問先リスト】

	午前	午後
4/15 (月)	老人ホーム浅草ほうらい (タイ) 千代田小学校 (東ティモール)	子ども総合センター (タイ) 桑の木助産院 (カンボジア)
4/16 (火)	ぷれいす東京 (タイ) バンビ保育園 (カンボジア)	山谷 (訪問看護ステーションコスモス、他) (全事業)
4/17 (水)	気仙沼視察 (全事業)	気仙沼視察 (自治会長さんからのオリエンテーション、市内見学、編み物教室)
4/18 (木)	気仙沼視察 (仮設集会場での交流会)	気仙沼視察
4/19 (金)		中央区保健所 (カンボジア、東ティモール)

今回フォーラムに参加したカンボジア、東ティモール、タイのスタッフ（そのうち半数以上は日本訪問は初めて）は、先進的といわれる日本の医療、介護や教育の現場を視察することに対して、当初から非常に意欲的であった。各事業が自身の活動に関連する視察先として、子どもセンター、保育園や小学校、HIV/AIDS 活動を行う NPO、助産院等を選択し、それぞれ施設環境や運営方法、サービスを提供する側と受ける側のコミュニケーション、保健教育教材等、現場での活動に活用できるアイデアを得た。また日本人の規律を重んじた言動や、優れた衛生環境に感銘を受け、自分たちの国が目指す一つのモデル像として捉えている。

その一方で、山谷地域や高齢者施設の訪問、また短い日本滞在中に見聞きした日本人の生活環境から、日本社会が抱える「健康格差」の問題に直接触れ、家族やコミュニティの在り方について、それぞれの視点で日本社会への問いかけを持つにいたった。

経済の発展や技術の進歩により、日本社会の生活スタイルはより個人主義的になっていると感じた。自分の周囲にいる人とのコミュニケーションも減り、分かち合い、助け合い、共感し合う「コミュニティ」の存在が薄れているようだ。多くの高齢者が一人で暮らしており、彼らの面倒を見る人もいない。今後日本社会の少子高齢化はますます進む。政府も福祉面で大きな負担を負うことになる。人びとがお互いに面倒をみあうような家族やコミュニティの存在こそ、新しい社会づくりのカギになるのではないかと思う。

(タイ人スタッフの感想より)

日本の人はとても真面目で、皆が責任感をもって自分の仕事に取り組んでいる姿に、とても感銘を受けたし、見習わなければならないと感じた。その一方で、ほとんどの時間を仕事に費やし、夜遅くに家に帰っている人がたくさんいる様子を見て、働き過ぎず、もっと家族を大切に一緒に過ごす時間を持ってください、と伝えたい。

(カンボジア人スタッフの感想より)

家族で高齢者を支えるのが一般的である、カンボジア、東ティモール、タイからのフォーラム参加者が、日本の高齢者の孤独な現状を見て思い感じることを共有されることは、日本人側にとっても改めて自分たちの社会を見直すきっかけとなった。彼女たちからの指摘によって、加速する少子高齢化社会において、独居高齢者の増加や家族の結びつきの希薄さは、ある意味身近な問題となり過ぎて看過していたということ、また「自分たちの国を良くしたい」という思いをもって日本でのフォーラムに参加し、学んだことを自身が関わる活動に活かそうとしているスタッフの姿を見て、自分の「コミュニティ」に十分に目を向けてないのではないか、という気付きを改めて持ったことが、シェアの日本人スタッフやトークイベントの来場者からも挙げられた。

他のアジアの国々が今の日本を見て「自分たちが求める未来像」として映るような社会にはなっていないのではないかと感じた。日本は高所得国となり発展はしたが、大人も子どもも高齢者も障がいを持つ人も、国籍の違う人々も、いろんな人々がおなじ住民として支え合いながら健康で生活していけるような、あたたかい社会にはなっておらず、その道からどんどん遠のいてきているのではないか。国を超えて学び合いながら、本当の意味での健康で暮らしやすい社会をどのように作っていけるのか考えていきたい。

(国内保健事業担当スタッフの感想より)

今回の経験交流フォーラムでは、それぞれの参加者が自分にとって”Caring Community”が意味するところについて考える時間をとった。多様性を受け止めること、「弱さ」を「強さ」に変えること、共に「学び合い」「分かち合い」「助け合い」ができ

ること、共感し合えること。経済状況、教育水準、衛生環境等が異なる環境においても、コミュニティの「健康づくり」をすすめるうえで重要な要因があることを確認したのが、今回のフィールド訪問であった。

日本社会が現在直面し、また近い将来アジア諸国も持つであろう課題に、どのように取り組んでいくのか。山谷地域や気仙沼で、地域のボランティアと NPO 団体、行政が協力してコミュニティの課題に取り組んでいる状況に触れ、地域住民と行政との橋渡し役として NPO/NGO が果たす役割や、ボランティアのコミットメントについて改めて考える機会を得たことは、今後のコミュニティづくりにシェアがどのように関わるかを検討するうえで、重要な土台となるであろう。

1. 健康格差への問題意識の始まりとシェア

NGO・シェア＝国際保健協力市民の会が、開発途上国の保健医療問題を考える小さなグループとして立ち上がった1983年は、まだ日本が右肩上がりの経済成長を続けていた時代だった。私たちの国は先進国クラブの仲間入りを果たし、途上国への政府開発援助（ODA）でも首位に駆け上がろうとしていた。その一方で、ベトナム戦争の終末期の苦しみとして、多数のインドシナ難民が生み出され、とくにポル・ポト政権の「死のくびき」から逃れようとして、30万人を超えるカンボジア難民が1979-80年ころタイ国境に殺到した悲劇的な光景は、だれの目にも強く焼きつけられていた。

草創期のシェアに参加したメンバーは、カンボジア難民救援でタイ国境に赴いたり、青年海外協力隊の一員として、途上国の医療の現実に触れる機会をもったりした若者たちが多く、その意味で、なぜ難民の生まれるような状況が途上国で頻発するのか、またいわゆる「南北問題」の解決のために、日本の市民としてできることはなにか、といった問題意識をおのずから育んでいくこととなった。難民キャンプで見られた高い乳児死亡率や、途上国の農村地帯で恒常的に認められる小児の栄養失調症の問題は、もっとも歴然とした形で私たちに突きつけられた、「健康格差」の例と言ってよかった。

私ごとに及んで恐縮だが、筆者自身、1977年に青年海外協力隊の医師隊員として、北アフリカのチュニジアに派遣され、2年余り小児科医として働いた。島の唯一の病院で小児科の病棟医として働いたことに加え、島内のいくつかの診療所へ週1回ずつ巡回診療を行ったり、母子保健センターにおいて、予防接種や乳幼児健診といった健康増進活動にも従事するという、貴重な機会に恵まれた。これらの経験を通して学んだのは、乳幼児期という人生のほんの始めの数年間における、栄養や保育の〈質〉の違いによって、その人の肉体的、精神的、社会的な発達に、生涯にわたって及ぶような影響が出てしまうということであった。子どもの生育環境は本人が選べないものだが、すくなくとも、その違いが、健康上の格差とならないように最大限の努力をすることが、家族、地域社会、さらには国の責任ということになってくる。

私がチュニジアに赴任中の1978年9月、たまたま時を同じくして、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）に関するアルマ・アタ宣言が、WHO（世界保健機構）の呼びかけで、世界の約140カ国の代表が集まり、旧ソ連邦のカザフ共和国の当時の首都アルマ・アタから発布された。1948年の世界人権宣言以来、脈々として受け継がれてきた、「基本的人権としての健康」という人類共通の価値観は、この宣言で集大成を見たと言ってよい。住民の参加、真のニーズに基づく保健医療活動、多分野間の協調、予防・教育活動の重視、適正技術の活用と言った、PHCの原則に基づく保健・医療システムづくりは、20世紀の世界の国々の保健政策や住民活動にとって重要な導きの糸となっていた。

アルマ・アタ宣言を生んだきっかけとなった歴史的背景には、深刻化する健康格差の増大という問題があった。当時先進国と途上国の間にあった格差（南北格差と言い換えることもできる）、また同じ途上国の中でも、都市と農村の間に存在する、医療・保健サービスの顕著な格差についても、宣言では鋭い分析と言及がなされた。たとえば、当時、平均的な途上国において、政府が年間に保健医療のために支出する予算のうち、都市の病院での治療に使われる部分が約 8 割を占めるが、そこに暮らす住民の割合は、全人口の 2-3 割に過ぎないと言われていた。反対にその国の全人口の 7-8 割が住んでいた農村部の人口が享受している医療・保健のパイは、2 割程度にしかなくなっていた。この逆転を、公正という視点から、アルマ・アタ宣言は問い直したのであった。

こうして PHC と健康格差問題への取り組みは、シェアの創立期のメンバーにとって、それぞれの途上国体験などを通して、シェアにとって共通の理念や方法となっていた。

2. 日本にもあった健康格差改善への取り組みと運動 — 佐久病院と若月俊一

日本にもかつて「無医村」と言われる地域が広範に点在していた。無医村という言葉が象徴する、都市部に比べての農村地域の医療サービスの質やアクセスの劣悪さは、戦前から持ち越された、この国の医療の最大の課題の一つと言ってよかった。この課題に、戦後いち早く、独創的な考えと卓越したリーダーシップで取り組み始めたグループがあった。外科医・若月俊一と、彼が院長として働く、信州の佐久総合病院である。健康を基本的人権の重要な一部として捉える姿勢、予防・教育活動の重視、八千穂村などでの衛生指導員という名の農村保健ボランティアの育成、農村の民主化と医療を結びつける社会運動の視点、日本農村医学会を創設して、農業労働と農村の公衆衛生を学問的に体系づけ、多くの後進を育てたこと、医師中心でなく、コメディカルと呼ばれる、看護、福祉、保健、リハビリテーション、介護など多分野の人びとが参加してのケアリング・コミュニティの形成を目指したことなど、1978 年のアルマ・アタ宣言に盛られた PHC のモデルを、それが WHO によって正式に提唱される、30 年も先立って実践した先駆性は世界的に評価されている。

若月の遺産はそれに留まらない。長野県は、よく知られているように、全国 47 都道府県の中で、男女とももともと健康長寿な県と評価されているが、とくに男性については 1990 年以來、平均寿命が連続首位を保ち、女性も 2010 年以來首位に就いている。(表 1. 参照) しかも、長野県の場合、平均の医療費も他県に比べ安く、健康長寿のいちばんの証左となる、65 歳以上の就労率も全国 1 の 26.7%を誇っている。

「長野モデル」と言われる、このような公衆衛生学上の偉業がなぜ信州の地において可能になったのかについては、さまざまな分析・検証がなされているが、筆者の知る限り、佐久総合病院の小海診療所長だった長純一医師（現・石巻市立仮設診療所長）の説がもっとも説得力を持っている。

2011 年 9 月 18 日に長野県松本市で開かれた「在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」のシンポジウムにおいて「長野モデルの検証」と題しての討議がもたれ、

筆者も登壇の機会を与えられた。そこでの長医師らの発言をまとめると、以下のようになる。

- ① 医者だけにとどまらない、地域の保健師らによる、積極的な、住民参加型のヘルスプロモーション活動。
- ② 佐久病院に代表される農協（厚生連）病院と、国保診療所・国保病院間の、予防活動・健診活動における、よい意味の切磋琢磨、競合。
- ③ 在宅で「生き遂げること」を望む患者さんに対して、誠実に向き合い、ケアをし続けた看護師、医師、介護、福祉職らの献身的努力。（全国一の在宅死亡率）
- ④ 市町村住民自身による地域保健ボランティア活動が日本一活発なこと。
- ⑤ 全国一高い高齢者就業率（農業就業率の高さを示す）
- ⑥ 村、町、市などの自治体首長の、すぐれた先見の明、イニシアチブ。

筆者自身、佐久総合病院に 4 年間身を置いて農村医療に従事させていただいた経験からも、これら諸点は「長野モデル」築き上げた重要な因子と考えられる。

都道府県の平均寿命	男		女	
	①長野	80.88	長野	87.18
	②滋賀	80.58	島根	87.07
	③福井	80.47	沖縄	87.02
	④熊本	80.29	熊本	86.98
	⑤神奈川	80.25	新潟	86.96
	⑥京都	80.21	広島	86.94
	⑦奈良	80.14	福井	86.94
	⑧大分	80.06	岡山	86.93
	⑨山形	79.97	大分	86.91
全国平均：男		79.59 歳	女 86.35 歳	

表 1. 都道府県の平均寿命（2010 年の統計、厚生労働省）

出典：毎日新聞 2013 年 4 月 18 日記事

3. 山谷 — 日本の都市における健康格差の実例として

シェア創設直後の話に戻るが、1984 年の 10 月ころ、会員の一人から、山谷地域で医療系の NPO 山友会が立ち上がり、完全無料診療所の活動を開始するので、ぜひシェアからもボランティアの看護師や医師を派遣してほしいという要請があった。当時私たちは、名前では山谷のことは知らず、ましてホームレス問題についてはまったくの門外漢であったが、途上国のみならず、日本においても健康格差に苦しむ人びとが多く働き、住む町があることに関心をもち、数名の者が定期的にお手伝いに通い始めた。以来、山友

会とのご縁は 30 年近く続いているが、この間に、保健所の認可を受けた医療機関としてはおそらく日本でも唯一、完全無料診療を貫いてきた山友クリニックは、のべ 11 万人に及ぶホームレス者をはじめとする、地域の生活困窮者のプライマリ・ヘルス・ケアを支え、担い続けてきた。

表 山友クリニック疾病統計(2007年4月～08年3月)

高血圧	1,393	32.5%
整形外科疾患(腰痛・膝痛など)	460	10.7%
皮膚疾患(湿疹・水虫など)	412	9.6
感冒	387	9.0
針灸・整体	309	7.2
精神・神経疾患(不眠・うつなど)	195	4.5
胃潰瘍・胃炎	195	4.5
外科疾患(切創・打撲など)	129	3.0
上気道炎・喘息	123	2.9
泌尿器疾患	102	2.4
歯科疾患	83	1.9
眼科疾患	70	1.6
胃以外の消化器疾患	69	1.6
糖尿病	62	1.5
高血圧以外の循環器疾患	59	1.4
耳鼻科疾患	59	1.4
肝疾患	25	0.6
肺結核	6	0.1
その他の疾患	154	3.6
計	4,292 人	100.0%

表 2. 山友クリニックの疾病統計

出典：本田徹「生活困窮者の医療問題」

(公衆衛生 2008 年 9 月号 医学書院)

この表から明らかなように、受診者の大半が、高血圧、運動器疾患、皮膚疾患などで占められているのは、長年にわたる劣悪な食生活、居住環境、労働環境を反映するものと言える。

山谷における、この 30 年間のもっとも顕著な変化は、「日雇い労働者の町から、高齢者の福祉の町へ」という変貌である。区外からの転入者が多く、人口動態の正確な把握は台東区でもできていないが、それでも、区内に住民登録をしている山谷地域、とくにその中心となる清川 2 丁目での高齢化率は、すでに 50%を超え、都市型の限界集落と呼ぶべき状況となっている。

そして、未来の日本の Demography と世帯の状況を映す鏡としての山谷では、ほとんどの人が単身生活者で、いわゆる「孤族」としての生を生きている。彼らが、種々の内臓疾患で要介護状態になったり、重い認知症を患ったりしたとき、どのようにご本人の

希望・意思を尊重しながら地域でケアを継続していけるかは、迫りくる「2025年問題」への対処を社会全体で考えていく上で、一つのモデルケース、試金石になるものと思っている。



表 3. 山谷地域の高齢化

出典：平野智子 訪問看護ステーションコスモス

そうした問題意識から、筆者は、地元の医療機関に身を置きながら、訪問看護ステーションなどの NPO との連携に基づく、包括的地域ケアの構築を目指して、活動を続けている。

4. 在日外国人健康相談活動

シェアでは、1992 年以来、副代表の沢田貴志らを中心に、在日外国人労働者やその家族への健康相談活動を、横浜の港町診療所と提携しながら、東京都、神奈川県、千葉県などの自治体、結核予防会、労働組合、キリスト教会などの協力を得て、地道に続けてきた。もともとは、1980 年代後半から 1990 年代の前半にかけ、まだ日本への途上国からの移住労働者の数が 30 万人という規模で推移していたころ、医療費や言語の問題のため、病気になっても適切な医療へのアクセスを奪われていたこれらの人びとへの支援という形で始まったものだが、日本におけるマイノリティ・グループの健康格差や差別の問題の一環として考えていかねばならない面を強く帯びていた。

この活動は、結核患者の早期発見、エイズ・悪性疾患に罹患した患者の救済や、死期の迫った方が希望した場合に、本国へ帰還させてあげる運動へとつながる一方、在日外

国人どうしの連帯や、定住化の中での、彼らのコミュニティによる自主的健康増進活動などへと発展していった。また、医療通訳の重要性に鑑み、東京都や結核予防会の支援のもとに、医療通訳養成と派遣事業を、シェアは継続的に行うようになっている。

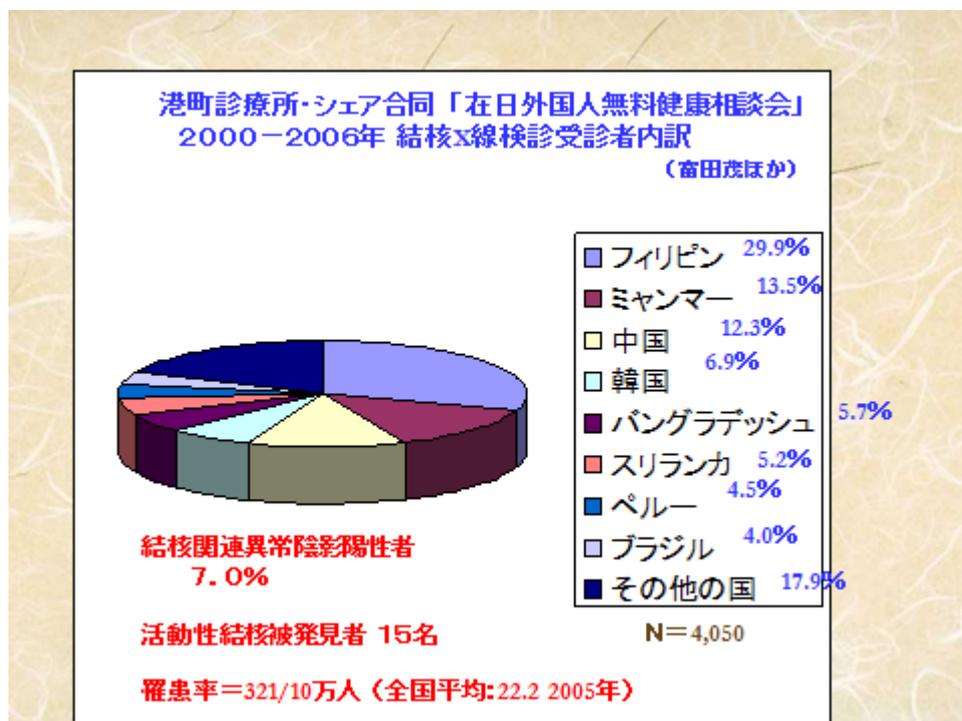


表 4. 在日外国人健康相談会における結核患者の発見

出典：富田茂 日本国際保健医療学会総会発表演題（2007年）

上の表は、シェアの富田茂医師らが外国人健康相談会の受診者から発見された、感染性（活動性）結核の方の7年間の統計だが、推計値としては、在日外国人の結核罹患率は、日本人の平均の10倍以上にのぼることがあり、彼らの受療機会を奪うことは、単に人権上の問題というだけでなく、日本人全体の公衆衛生面からも放置してはならないものであることを如実に示していると言える。

5. まとめとして： 21世紀の市民社会と NGO・NPO の役割

2008年にWHO（世界保健機構）は2つの重要な文書を出している。一つは、アルマ・アタ宣言から30年経って、21世紀の世界は、経済や通信のグローバル化の中で、「持つ者」と「持たざる者」との間での健康格差が一層広がってしまったという現実に光を当てた世界健康白書。プライマリ・ヘルス・ケアが導き示している「基本的人権としての医療」や保健サービス・アクセスにおける公平性などの理念がもう一度、問い直されなければならない時代となったという問題意識から生まれたこの文書、World Health Report 2008は、「Primary Health Care: Now More Than Ever」と題されている。ここでは、Universal Health Coverage (UHC)の実現が一つの大きな目標として掲げられ

ている。今年、安倍首相が、ランセット誌の9月14日号に、グローバル・ヘルスの進展のために、UHCの実現へ向けて日本が国として貢献すると約束(pledge)したことは、好感を持って迎えられた。一方で、日本を含め、生活条件が厳しかったり、健康保険がないために、必要な医療が受けられない人たちは世界中に多数存在している。2008年に、WHOの委嘱を受けたCommission(委員会)が、”Closing the Gap in a Generation : Health Equity through Action on the Social Determinants of Health”と題する報告書をまとめている。この文書は、さまざまな角度からの「社会的健康決定因子」の分析を通して、その違いによる健康格差が世界中で深刻化していることに対して警鐘を鳴らし、問題解決への具体的行動を、各国政府、市民社会に呼びかけたものである。起草者の一人に、福島原発事故国会事故調の委員長・黒川清氏が名を連ねていることは、象徴的と思える。原発事故の被災者、避難者は、ある意味で、現代日本の最大の健康格差被害者と言えるからだ。

シェアの30年にわたるささやかな歩みは、まさに、健康格差への気づきとそれに対する草の根からの解決への営み、試みだったと考えている。まだまだ、私たちができていることは大海の一滴に過ぎず、前途遼遠だが、幸い、すこしずつ仲間や共感者やパートナーは、海外でも国内でも広がってきている。

真摯に、謙虚に、常に学び、分かち合っていく姿勢を失わずに、これからも、市民社会の一員として前進していきたいと念願している。

参考文献

- 若月俊一「村で病気とたたかう」(岩波新書)
- デビッド・ローナー「医者のないところで」(シェア刊)
- シェア編「すべてのいのちの輝きのために—保健NGOの25年」(めこん)
- 本田徹「文明の十字路口から—医師のアラブ=チュニジア記」(連合出版)

おわりに― 21世紀型のケアリング・コミュニティの形成を目指して

代表理事 本田 徹

シェアは2013年に創立30周年を迎えた。小さなNGOが、一寸の虫にも宿るという「五分の魂」として大切にしてきたことの第一は、人の健康やいのちに関わることでは、その人の人種、国籍、経済的・社会的な条件、宗教などなどによって「分け隔て」をされないように、包摂的(Inclusive)な人間関係や制度のあり方を、地道に追求していこう、ということであった。必ずしもそれが私たちの活動のすべてにおいて、成功をもたらしたわけではなく、多くの失敗や挫折も味わったが、そうした理念や価値観は、21世紀のグローバル化する経済や政治の滔々たる流れの中で、見失ってはいけない、重要なものになったことを、一層確信するに至った。

1990年代から2000年代を通して(今も克服できたわけではないが)、HIV・AIDSの問題が深刻であった、タイや南アのような国々で、シェアが目指してきた、陽性者や患者が、差別をされずに、適切な治療を受けながら安心して暮らしていけるように、地域の中で働きかけや啓発的な活動をしていくこと。カンボジアや東ティモールで、いわゆるポスト・コンフリクト状況のもとで、コミュニティにおいて不利をこうむってきた子どもや母親たちへの栄養支援や予防的活動に力を入れたこと。いわゆるマージナルな状況に追いやられた、在日の外国人労働者やホームレス者への健康支援を、協働関係やネットワークを構築する中で、継続してきたこと。阪神淡路大震災や東日本大震災など、社会全体が危急存亡に瀕したときに、被災者の方々に継続的な健康支援を、ささやかにでも届けること。これらは、場所や時期や関与のレベルはさまざまであっても、私たちの中では、同じ精神において取り組んできた仕事であった。

こうした営みを、市民社会(Civil Society)の共通目標としていかに表現するべきか? 私たちの大先輩である、デビッド・ワーナーは、「ケアリング・コミュニティ」という言葉を用いている。また、かつて筆者が師として仰ぎ、たいへん世話になった、長野県佐久総合病院の、故・若月俊一院長は、医療や保健を中心に、雇用、福祉、産業振興などを含めた、総合的な地域社会づくりを、「メデイコ・ポリス」と呼んで、21世紀日本が追求するに値する目標と表現されている。ケアリング・コミュニティと言ひ、メデイコ・ポリスと言ひ、そこでは、一人ひとりのいのちや健康が大切にされるとともに、循環型で生態系にやさしい経済の繁栄が目指されているとみてよい。

近年、障害者の運動の中で、盛んに用いられるようになった言葉に、CBID(Community-based Inclusive Development)がある。「包摂的な開発」という概念は、MDGs(ミレニアム開発目標)や国連障害者権利条約が、人類共通の価値観、目標になった21世紀の世界を映す鏡と言うこともできる。海外でも国内でも、これまでシェアが地域での活動を進めていくとき重要なパートナー、ステークホルダーとなってくれたの

は、自治体組織（県保健局など）や住民組織であった。福祉の世界では、自助、互助、共助、公助の適切な組み合わせによって、地域における福祉の実現が目指されていくべきという考え方が定着してきている。私たちも、21 世紀に生きる市民として、また責任ある NPO、NGO として、先人たちの知恵や、これまで蓄積してきた私たちのささやかな経験に根差しながら、行政や企業や市民社会との真の「対話」をもとに、より健康で平和な世界の形成に向けて、微力を尽くしていきたい。

最後になりましたが、シェア 30 周年の企画として実施した今回の経験交流に、温かいご支援を賜った、トヨタ財団に心より感謝申し上げます。

公益財団法人トヨタ財団 2012年度アジア隣人プログラム「未来への展望」報告書

健康格差を乗り越え共に生きる社会を目指して— プライマリ・ヘルス・ケアの実践としての住民参加の健康づくり

発行：2013年10月

編集・発行 特定非営利活動法人 シェア＝国際保健協力市民の会

〒110-0015 東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 5階

Tel: 03-5807-7581 Fax: 03-3837-2151

URL: <http://share.or.jp>

Email: info@share.or.jp

印刷・製本 ベーテルフォト印刷株式会社

