

第 部

開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて

第12章 開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて

本研究の目的は、かつて開発途上国であった日本がどのようにして自国の保健医療水準を向上させてきたのかを分析し、現在の開発途上国の参考になるような取り組みを抽出し、途上国の保健医療改善に向けたインプリケーションを考察するというものである。

第 部では、明治時代以降、日本がどのようにして保健医療を向上させていったかを概観するとともに、現在の保健医療提供制度についても紹介した。

第 部では、主な保健医療分野ごとに、施策の変遷、主な取り組み、途上国の保健医療改善に向けた日本の経験の分析をまとめてきた。

この第 部では、最初にこれまでのまとめとして、日本の保健医療の変遷を日本の近代化の歴史とからめて総合的に考察する。次いで、現在の途上国と日本の経験を比較し、途上国と日本の共通性と差異を大まかに把握した上で、第2部で分野ごとに見てきた途上国の保健医療改善に参考になり得る日本の取り組みや日本の経験を応用する際の留意点を横断的にとりまとめて総括する。さらに、今後日本の経験を途上国の保健医療改善に生かしていくための課題を導き出す。

1. 日本の保健医療の変遷の総合的考察

本節では、第 部で提示した5つの時代区分に添って、政治・経済・社会体制などの背景とその時代の主な健康課題と対比させて、日本の保健医療に特徴的で途上国に参考になりうる取り組みを概観する。これらの概要をまとめたのが図12-1である。

1-1 第 期：急性感染症対応期 (1868～1919年)

第 期(1868～1919年)は、近代国家である明治政府が誕生し、資本主義経済が成立するとともに、基礎教育がほぼ全国民に普及した時代である。生活水準は都市において経済成長の恩恵を受ける層が出てくる一方で、農村ではまだ前近代的な貧しい小作農が大半であった。この時代の最も大きな健康課題は、開国とヒト・モノの国内移動の拡大に伴うコレラ・ペスト・赤痢などの急性感染症の蔓延であった。

第 期における日本の取り組みの特徴としては、中央集権体制の下で、急性感染症に対応するための社会防疫体制を拡充することによって衛生行政を整備し、統計の整備を行い、開業助産婦を制度化、開業医制を選択し、医療費自己負担の原則を基盤にしたこと、が挙げられる。

1-2 第 期：慢性感染症対応および母子保健サービス形成期 (1920～1945年)

第 期(1920～1945年)は、殖産興業政策による工業化の進展、大正デモクラシーの時代を経て、戦時体制に突入する時代である。戦時体制下においては、軍需産業が伸び、中央集権的な医療保健行政が強化された。特に健兵健民の思想から、慢性感染症である結核対策と、母子保健サービスの強化が図られた。1938年には厚生省が創設され、近代的な保健医療行政の仕組みが整備された。主な健康課題は、国民病と言われた結核と、国際的に見ても高かった乳児死亡率と妊産婦死亡率であった。

第 期における日本の取り組みの特徴としては、母子保健向上と結核への対応のために日本独自の地域保健的アプローチが誕生した時代で、特徴的な取り組みとしては、保健婦によるアウトリーチ活動、住民参加による母子保健、妊産婦手帳制度の創設、があった。

図12-1 日本の保健医療経験の横断的分析

時代区分	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期
	急性感染症対応期 1868～1919 (明治元年～大正8年)	慢性感染症対応および母子保健 サービス形成期 1920～1945 (大正9年～昭和20年)	保健医療行政再構築期 1946～1960 (昭和21年～昭和35年)	医療サービス拡充期 1961～1979 (昭和36年～昭和54年)	高齢社会対応期 1980～現在 (昭和55年～)
主な保健医療の課題	急性感染症	結核対策 母子保健	急性感染症 結核対策 母子保健	生活習慣病 公害 労働衛生 交通事故	少子高齢化 老人保健福祉 高額医療の増大
政治・経済・社会全体の背景	近代国家の成立 資本主義経済の成立 基礎教育の普及 人口の5割以上を占める農村の貧困	殖産興業 大正デモクラシー 戦時体制	敗戦による混乱と窮乏 社会インフラの喪失 GHQによる民主化政策	高度経済成長による豊かさの享受 産業構造の変化 都市化 民主主義の浸透 高学歴化 国民の権利意識の覚醒	経済の長期低迷 地方分権の進展 成熟社会への転換
保健医療分野の整備					
保健医療提供体制 (行政・施設・人材・保健医療情報システム・医薬品)	☀	☀	☀	☀	☀
母子保健	☀	☀	☀	☀	☀
家族計画		☀	☀	☀	☀
感染症対策	☀	☀	☀	☀	☀
環境衛生(水道等)		☀	☀	☀	☀
公害対策			☀	☀	☀
労働衛生			☀	☀	☀
救急医療			☀	☀	☀
医療保険			☀	☀	☀
日本に特徴的な取り組み	西洋医学の採用 国家主導の中央集権的な防疫体制の確立 統計の整備 保健衛生調査会 開業医制の選択 開業助産婦の制度化 医療費自己負担の原則	住民参加による母子保健活動 妊産婦手帳制度 保健婦によるアウトリーチ活動 公衆衛生院設立	中央から末端までの民主的な保健医療体制の確立 保健所を中心とした地域保健活動 保健婦・助産婦の活躍 住民組織、民間団体、企業の主体的活用 学校保健の活用 官学民の連携 農村開発との連携	国民皆保険の実現 消防機関を活用した救急医療体制の構築 国民の運動によって、公害・薬害等の対応促進 レファラルシステムなしの医療提供体制の拡充	急速な少子高齢化に対応する医療および社会保険制度の再構築の模索 保健サービス提供主体を市町村に

注：矢印は、主な対応期または進展期。☀は特に重要な拡充期。

出所：筆者作成

1-3 第 期：保健医療行政再構築期 (1946～1960年)

第 期(1946～1960年)は、第2次世界大戦に敗れた日本がGHQの指導の下、民主国家の再建を行い、保健医療行政も再構築した時代である。

戦後の混乱期の急性感染症が沈静した後の主な健康課題としては、国民病としての結核、乳児死亡率と妊産婦死亡率の低下、また母体保護の観点からの家族計画の普及があった。

保健医療行政の面では、GHQの強力な指導の下、それまでの保健医療制度が刷新された。

第 期における日本の取り組みの特徴をまとめると、第 期で誕生した地域保健的アプローチを再構築し、拡充・普及させた時代で、特徴的な取り組みとしては 民間組織(住民組織、民間団体、企業)の活発な活動と、学界の活動(結核、家族計画、寄生虫対策)が連動し、また 学校保健や 農村開発との連携があったことがある。

1-4 第 期：医療サービス拡充期 (1961～1979年)

第 期(1961～1979年)は、経済成長が加速した時代である。1人当たりの国民所得は1955～73年の18年間で実質4.5倍となり、広く一般国民が右肩上がりの豊かさを享受した。労働力人口は第1次産業から第2次産業・第3次産業へとシフトし、それに伴って都市における雇用機会が急激に拡大し、人口の都市への移動が起こった¹。一方、民主主義の浸透と国民の高学歴化によって権利意識が高まり、消費者運動などが盛んになっていった。

この時期には主な健康課題が感染症から生活習慣病へと移行し、1960年には主要死因の上位3位が脳血管疾患、がん、心疾患となった。また乳児死亡率や出生率が急激に低下した。この頃、保健医療の課題は、国家の開発課題としての感染症・母子保健対策から個々人の生活習慣病問題へとシフトした。

他方、重工業化、都市化、車社会の出現等によって、公害・薬害・労働衛生、交通事故による外

傷への対応が新たな課題として登場した。

第 期における日本の取り組みの特徴としては、1961年に国民皆保険を達成し、医療サービスの量的拡大が行われたこと、交通事故の増加に対して消防署を活用した救急医療体制が創設されたこと、公害・薬害に対しては消費者運動を基盤とする国民的運動によって国の対応を促したことなどが挙げられる。この時代以降は、保健医療提供体制は経済力と高い医療技術力によって向上し、他の先進国と同様の仕組みとなっていくことから、日本に特有の取り組みは少なくなっていく。

1-5 第 期：高齢社会対応期 (1980～現在)

第 期(1980年～現在)は、人口の少子高齢化に対応する必要性が社会的に認識され始め、また医療の高度化が進み、保健医療制度の抜本的な見直しの必要に迫られた時代であり、今なおその対応は模索中である。日本は1970年に高齢化率(65歳以上人口が全人口に占める割合)が7%を超えて高齢化社会(aging society)となり、その後も急速に高齢化が進んでいる²。また経済は、1991年にいわゆるバブル経済が崩壊し、経済の低位安定時代に突入した。1990年代以降、いわば“成熟社会”となった日本は、地方分権化の加速もあって、改めて人間らしい保健医療の提供体制を再構築している。同時に、社会保障制度全体も成熟社会に適したモデルに変革するための模索が続いている。

第 期における日本は、少子高齢化、高度医療の進展、多様化するニーズなど成熟社会に対応するために、医療サービスの量から質への転換のために効率的で効果的な医療提供体制への改革や、きめ細かいニーズに対応できる地域に根ざした医療・保健・福祉の統合アプローチ作りを求め、今なお成熟社会に適した対応を模索している時代といえる。

¹ 阿藤(2000)によると、1963～74年には総人口の7～8%の移動があった。

² 1995年には高齢化率が14%を超え高齢社会(aged society)となり、2003年4月現在18.9%となっている。

表12-1 WHOの子どもと成人の死亡率による国の分類

WHO分類	グループ名	地域と国数						
		アフリカ	米国	東地中海	ヨーロッパ	東南アジア	西太平洋	合計
A	先進国	-	3	-	26	-	5	34
B	途上国死亡率低	-	26	13	16	3	22	80
C	ヨーロッパ死亡率高	-	-	-	9	-	-	9
D	途上国死亡率高	26	6	9	-	7	-	48
E	アフリカ死亡率極高	20	-	-	-	-	-	20

出所：WHO（2002）より筆者作成。

2. 開発途上国における日本の経験の活用に向けて

2-1 途上国の健康課題に応じた日本の経験の活用可能性

途上国において日本の経験を活用する場合、当然のことながらそれぞれの途上国の健康課題に応じて活用できる日本の保健医療経験を検討する必要がある。そのため、本節では途上国の疾病構造の観点から日本の経験の応用可能性を考察する。

ここでの分析においては、WHOが子ども（0～5歳）と成人（15～59歳）の死亡率に応じてA～Eの5グループに分類しているものを用い（詳細は表12-1参照のこと）、途上国の代表的な類型として、「B：途上国死亡率低グループ（80カ国）」、「D：途上国死亡率高グループ（48カ国）」、「E：アフリカ死亡率極高グループ（20カ国）」の3つを取り上げる³。

「B：途上国死亡率低グループ」、「D：途上国死亡率高グループ」、「E：アフリカ死亡率極高グループ」の主要な死因を示したものが図12-2である。「B：途上国死亡率低グループ」においては感染症はほぼ克服され、保健医療における主要課題は虚血性心疾患や脳血管疾患などの循環器系疾患や

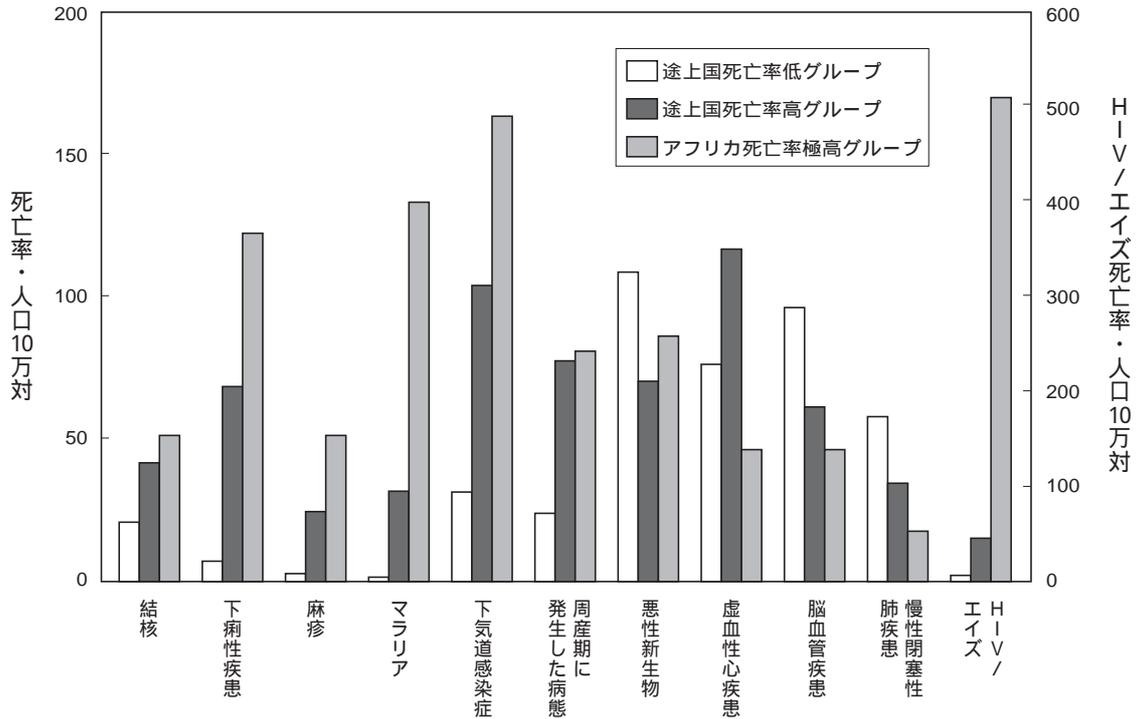
悪性新生物といった生活習慣病に移行しつつある。「D：途上国死亡率高グループ」においては、感染症が完全に克服されておらず、母子保健においても課題を残しながら、生活習慣病が新たな課題として浮かび上がってきている。また死亡率が最も高い「E：アフリカ死亡率極高グループ」においては、HIV/エイズの死亡率の高さが際だっている。またこのグループは他の感染症の死亡率も最も高い値を示しており、保健衛生状況は最も劣悪で深刻な状況にある国々といえよう。

つまり、「B：途上国死亡率低グループ」は日本の第 期を中心にして、若干第 期に差し掛かったところということができる。また「D：途上国死亡率高グループ」は日本の第 期・ 期を中心にした時期であるが、一部第 期の健康課題を残し、かつ第 期の健康課題である生活習慣病などが現れてきている時期ということができる。「E：アフリカ死亡率極高グループ」については、日本が経験したことがない深刻な状態にある国といえる。

全般的に、日本は時代とともに1つずつ課題を解決してきたが、今日の途上国では古い健康課題を解決できないまま、さらに新たな健康課題が加わることによって課題が拡大している傾向があるといえよう。

³ 途上国ではない「A：先進国グループ（34カ国）」は除いた。また「C：ヨーロッパ死亡率高グループ（9カ国）」についても、少数の国に限られることと、ほとんどが旧ソ連の国々でありなんらかの特殊な社会的な事情により成人の死亡率が上昇している（生活習慣病の死亡率が極端に高い）と考えられることから除いた。

図12-2 途上国の主要な死因



出所：WHO（2002）より筆者作成。

図12-3 途上国の健康課題に応じた日本の経験の応用可能性

日本の変遷	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期
日本の主な健康課題	・ 急性感染症	・ 慢性感染症 ・ 母子保健	・ 慢性感染症 ・ 母子保健	・ 生活習慣病 ・ 公害・薬害 ・ 労働衛生	・ 高齢化
途上国の主な健康課題	途上国死亡率高グループ			途上国死亡率低グループ	
	アフリカ死亡率極高グループ				
	HIV/AIDS				

出所：筆者作成

これらの傾向から、「B：途上国死亡率低グループ」においては、日本における第 1 期以降の取り組みが参考になるであろう。一方、「D：途上国死亡率高グループ」においては日本の第 1 期・第 2 期の取り組みが主に応用可能であると考えられる。また「E：アフリカ死亡率極高グループ」においては、日本の経験の第 1 期・第 2 期・第 3 期の取り組みが応用可能であるが、現在のところ HIV / エ

イズという新たな感染症への対策が最重要課題といえよう。これらの結果をまとめたものが図12-3であり、各健康課題に対して参考になりうる日本の経験をまとめたものが表12-2である。

ただし以上の分析は大まかな傾向をみたものであり、1つの目安を示したものにすぎず、実際には国ごとに状況を見極めながら対策を講じなければならないことは言うまでもない。

表12-2 健康課題別に見た日本の保健医療経験

健康課題	参考となる日本の時代区分	応用可能な取り組み、教訓
急性感染症	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 中央省庁 地方政府 保健所 末端の保健医療施設という一貫した保健医療体制の構築・強化。 全国的に重篤な被害を及ぼす恐れのある急性感染症に対する届け出制の導入。
慢性感染症	第 ・ 期	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査に基づく施策策定。 届け出制と登録制度。 地域における住民参加による徹底した予防活動。 保健所と地域組織の連携。
乳児死亡率・妊産婦死亡率	第 ・ 期	<ul style="list-style-type: none"> 保健婦・助産婦の活用（その際に、彼女たちが働きやすく士気が高揚するような環境・人事・待遇の拡充が重要）。 保健所の整備。 地域における母子保健教育活動の推進。 母子手帳制度（母子の周産期の記録や健康状態の記録とともに、妊産婦検診や予防接種や必要なサービスの受ける指針ともなる）。
家族計画	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 女性に受け入れやすい母体保護の観点で家族計画を推進（母子保健教育活動の一環として取り組む）。 母子保健や寄生虫など目に見える地域ニーズをエントリーポイントとしたアプローチ。 女性を取り込むとともに、地域の意思決定者、男性、義父母なども巻き込む。
環境衛生（上下水道）	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の自助努力による持続可能な衛生環境作りの推進。 水道は経済発展に応じて地方自治体における整備計画を策定。その財源の基本は地方、国が補助のスタンス。 農村の生活改善運動と連動し、下水処理、身の回りの衛生環境の整備。
公害	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 経済発展を優先させ対応が遅れた日本の経験から、予防が重要。そのための環境アセスメント制度の整備やそのための人材の育成などが効果的。
労働衛生	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 企業と政府の連携による実態把握。 労使の協働による労働環境の向上が不可欠。 企業の体力がついたところで、産業医の育成など専門的な人材育成や環境整備を徐々に進める。
救急医療	第 期	<ul style="list-style-type: none"> ある程度地域医療提供体制が確立した時期での導入（インフラ等必要条件の確認が必要）。 一元化的な救急連絡網の整備。 救急搬送システム（日本は消防署）の管轄の整備。
生活習慣病	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 主要死因が感染症から生活習慣病に移行しつつある国における予防対策の拡充。 健康台帳など、住民が自分の健康を管理するツールを導入。 地域ぐるみの取り組みの促進。 高度医療技術の研究機関の整備。
医療保険	第 期	<ul style="list-style-type: none"> やる気のある地域、団体から暫時システムを構築していく。 高齢化も見据えた長期的な制度構築。

出所：筆者作成

2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み

ここでは、第 部の各分野の分析を踏まえ、途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の経験を考察する。その手順としては、章末の付録にあるように第 部から途上国に参考になりうる各分野の取り組みを抽出し、さらにそれらが整備された時代・重要な役割を果たした時代と主要アクターを分類し、途上国に参考になりうる日本の経験を分野横断的に総括した。その結果、以下の8項

目が日本の経験から導き出せる教訓として整理できるとされる。

< 全期を通じて >

- (1) 国の意思
- (2) 統計整備および統計・調査に基づく政策立案

< 第 ・ 期の慢性感染症・母子保健対策に関連したもの >

- (3) 地域保健的アプローチ（行政、住民、民間

団体の協働)

- (4) 民間組織（住民組織、民間団体、企業）の活用
- (5) 女性の専門職の活用
- (6) 学界・研究者の参加
- <第 期 の医療サービス拡充・高齢社会対応に関連したもの>
- (7) 国民皆保険
- (8) 公害、高齢化への対応（日本の反省点）

以下、それぞれの項目ごとに詳しく考察していくこととする。

(1) 国の意思

今日、多くの途上国で結核、母子保健、人口問題などの課題の克服に時間がかかっているが、これらの問題に対しては国としての意思と積極的なコミットメントがなければ成功は難しいであろう。国の意思を示すということは、強く国民にその意義を説明し、予算を確保し、法律を整備し、末端まで届く行政システムを強化することである。

現在の途上国においては地方分権化が推進され、ボトムアップの組織作りが志向されているが、国家が健康課題に対して強い意思を持つことはこれを妨げるものではない。また、一国における中央 地方 地域 個人とつながる確固たる行政サービスの基盤が確立しない限り、持続可能な自治の体制は完成せず、真の地方分権も望めない。まずは、国家の意思の明示が重要であり、日本の経験からもこの点を第一に強調したい。

日本の保健医療制度は、ほぼ全時代を通じて、中央集権的に整えられ、全国に比較的均質に普及していった。特に、防疫時代の急性感染症対策、地域保険システムを基盤とする医療保険制度、国家主体の医療財政、政府公定の診療報酬システム、結核対策や母子保健の国家的推進など、国の強い取り組み姿勢が短期間で成果を上げることにつな

がった。

このような経験を踏まえ、日本が国のコミットメント強化のために協力できることとしては、例えば次のようなことが考えられる。第一は、保健行政における中央政府と地方政府それぞれのキャパシティ・ビルディングと、両者の連携体制構築への支援である。第二に、日本において法整備が有効に機能した感染症対策に対する支援で、結核やHIV/エイズの施策策定への支援が考えられる⁴。第三に、国民皆保険を将来的目標として掲げる国においては、市町村レベルを基盤とする地域保険システムの形成を支援し、段階的に点から面へと広げていくための手順および技術的支援が考えられる。

(2) 統計整備および統計・調査に基づく政策立案

国際社会においては、第2次大戦直後から統計整備の重要性と必要性が認識され、支援が行われてきた⁵が、いまだに多くの途上国では政策立案やモニタリングの基礎情報に必要な十分に精度の高いデータが集まらないという状況が続いている。

日本においては江戸時代から既に人口動態統計が作成されており、明治時代になると戸籍調査などを実施し、比較的早い時期に人口静態と人口動態に関する統計的に精度の高い情報が得られるようになった⁶。また1920年に近代的な国勢調査が開始され、さらに「保健衛生調査会」が設置され、全国的な実態調査を基に政策を策定する体制を整備された。このように、比較的早い時期に人口統計や保健統計を整備して健康課題や健康ニーズを把握し、統計の結果を基に政策立案をしていたことは特筆すべき点である。さらに、コレラ、結核、性病など社会的影響力が大きい感染症に対しては登録制にし、実態把握を徹底したことも日本の大きな特徴である。

統計体制の整備は日本の得意分野でもあり、さ

⁴ 現在JICAと結核予防会が連携し、ザンビアのHIV/エイズ対策支援で保健行政のキャパシティ・ビルディングのためにDOTS戦略を用いるというユニークな試みを検討しており、その成果が注目される。

⁵ 三浦（2002）、井上（2002）、国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）

⁶ 山口（2002）

⁷ 統計分野での支援については国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）でも述べられている。

さまざまな支援方法が考えられる⁷。第一に、国勢調査や標本調査の実施を通じた統計整備のための協力がある。第二に、国際的な枠組みで実施されている統計整備支援への協力、例えば世界出生力調査（World Fertility Survey）や人口保健調査（Demographic and Health Survey）のような国際比較を容易とする統計整備プロジェクトへの支援がある。第三に、途上国においては利用できる統計が不十分であったり、利用できても精度に問題があったりする場合が多いため、そのような状況で各種指標を算出するための推計手法の開発などがある。第四に、日本がコレラや結核対策で確立した登録制度の経験を生かして、DOTS戦略における地域レベルからの報告による登録体制の強化等の分野でも協力が可能であろう。第五に、佐久総合病院で開発された市町村が住民の健康状態を把握するための健康台帳制度⁸、その結果を住民自身が保持する健康手帳制度など、ユニークなシステムも活用できる可能性がある。これらの諸分野に加えて、国家としての統計体制の整備を担う人材の養成、人口センサスや全国的な標本調査の実施に対する資金援助やキャパシティ・ビルディングの支援なども考えられる。

（3）地域保健的アプローチ（行政、住民、民間団体の役割）

ほとんどの途上国においては、末端の保健施設としてヘルスポストやヘルスセンターがあり、日本の保健婦と同じくらいの密度で保健ボランティアがあり、また多くの国では住民組織やNGOが存在する。しかし、これらの地域資源をつなぐ調整役がおらず、有機的な連携がとられていないことが多い。

日本では、特に1920～60年の第一期から二期にかけて独自の地域保健アプローチが各地で展開された。この地域保健アプローチは注目すべき日本の保健医療分野における総合的な向上の要因であり、今日一般に英語でCommunity Healthと呼ばれているものよりさらに広義で、一種のダイナミズムの総体であるといえる。このことから、本章

では日本で採られた地域保健アプローチを「日本版地域保健」と呼ぶ。

「日本版地域保健」の要素を整理すると、以下の諸点が挙げられる。第一に、医療施設や医療人材が絶対的に不足していた時代に、住民の生活圏において、あらゆる関係者（保健所、保健婦、住民組織、病院・診療所、市町村医師会、公民館、学校等）が連携し、使える地域資源を活用した点である。第二に、社会の民主化の進展によって、保健活動においても「住民の意識化（Awareness raising）」と「気づきを基にした学習（Discovery-based Learning）」が浸透し、住民主体の活動に発展した点である。第三に、保健婦、保健所、自治体、病院などが調整役を果たした点である。第四に、専門家が地域内を調査し、住民の潜在的な健康ニーズを発掘し分析に努めた点である。第五に、保健医療は当時の住民（特に女性）にとって関心の高い生活上の問題（ニーズ）であったため、その問題解決過程に参加する意識が住民の側で高かったこと、さらに保健医療への参加を通じて生活向上や農業の生産性向上など他のセクターへの問題に対する気づきと対応が活発になった点である。第六に、以上のような包括的取り組みによって保健医療活動が最終的には地域振興へとつながっていった点である。

このような「日本版地域保健」の要素は、今日の低所得国に対してさまざまな示唆を与えることができ、これらの要素を取り入れた協力も見られる。例えば、ジョイセフがUNFPAの資金協力を得てネパールで実施している「家族計画・栄養・寄生虫予防プロジェクト」（1979年～）では、日本の経験を活かして、寄生虫予防と駆虫をエントリーポイントとして住民のニーズに基づいた健康活動を展開し、住民のオーナーシップを醸成し、経費の自己負担も含めた自立発展に向けて注目すべき成果を上げている。また、JICAでもさまざまな協力が行われてきた。ジョイセフの支援を得て実施したベトナムの「リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト」（1997～2000年）では、地域における保健行政の強化、村の保健スタッフの再訓

⁸ 日本国内の他の地域でも「健康台帳」のような制度は見られた。

練、保健所の改善、住民に対する保健教育、母子保健チームによるアウトリーチ活動など、日本の「日本版地域保健」の要素を取り込んだアプローチを展開した。フィリピンにおける「家族計画・母子保健プロジェクト」(1992～2002年)では、保健所を中心として、住民に対する保健教育活動⁹の一環として、佐久総合病院などの農村で活発に行われた医療演劇(フィリピンの場合は人形劇)などが大きな成果を上げた¹⁰。さらに、ヨルダンにおける「家族計画・WIDプロジェクト」では、男性を含めた地域の意思決定層の巻き込みに始まり、女性のためのマイクロクレジット事業をエントリーポイントとして、「日本版地域保健」的な活動がマルチセクター的に展開され、女性のエンパワーメントを足がかりに農村開発と住民の健康と家族計画の推進に寄与している。

(4) 民間組織(住民組織、民間団体、企業)の活用

途上国においては、政府の施策が必ずしも徹底されないといった状況がしばしば見られる。これは政府の施策が現場のニーズや体制を踏まえたものになっていなかったり、現場で保健医療活動を展開できるだけの力を持った組織が不足していることに一因があると考えられる。

日本においては中央集権的に保健医療施策が全国展開されていったが、その施策は民間活動を吸い上げたものであったり、施策の実施の際には既存の住民組織等が活用されていたりしており、いわば政府と民間との協働により保健医療の改善が進められた。日本における住民組織等は政府の施策に頼るだけでなく、積極的に自分たちの健康を守る活動を展開していた。

日本の農村地域においては歴史的に互助組織が存在した。また、幕末から高度経済成長の時代まで、時代の変わり目に農村を襲った混乱に対応するために、農民による生活改善運動が展開された¹¹。例えば、終戦直後の極貧にあえぐ寒村地帯

における「地区衛生組織」活動がある。これらの組織では生活環境の改善を通じて、感染症の予防や一般的な健康教育の普及を行った。このような農村地域の歴史的土壌の上に、戦後GHQの民主的な指導を受けた保健婦や生活改良普及員による活動が土着化し受け入れられていったと考えられる。政府はこのような住民組織活動の成功例を取り上げ、普遍化させ、全国的に普及させるという手法を得意とした。その好例は戦後の「蚊とハエのいない生活運動」、「結核予防婦人会」、「母子保健推進員制度」などである。1997年に制定された介護保険法も、民間事業者・NPOの活用を1つの主眼としており、またNPO法自体も市民社会のパワーを活用しようとするものであり、同様の発想と考えてよいであろう。

また、政府は各時代の重要課題に対応するために、公的な色彩の強い民間団体(公的団体)を創設し活用した。代表的なものとしては、結核対策における「結核予防会」、母子保健における「母子愛育会」がある。2団体とも皇族の恩賜によるもので、設立形態は民間であるが、運営に関わる人材は意欲の高い一流の専門家であり、皇族の恩賜を受けた団体であることも幸いして国民のモチベーションも高かった。結核や母子保健という国家的な健康課題を克服するために、このような団体が有効に機能したところにも日本の特徴がある。これらの団体は純粋な民間団体とはいえないが、活動は住民とともに考え、住民とともに行動するものであり、そのボトムアップによるアプローチが多くの国民を動かす原動力になった。

加えて、結核対策、家族計画、寄生虫対策などから、予防や早期発見のための予防接種や健診などにおいて、企業の果たした役割も大きかった。特に結核対策や家族計画においては、最終的に企業が解決したという見解¹²もあるほど、企業の貢献度は大きかったと見られる。

以上のような、日本に固有のさまざまな民間団体の活躍の経験を途上国にそのまま応用すること

⁹ 佐久総合病院で始められた医療スタッフによる「医療演劇」や紙芝居などの手法を用いた保健教育の啓発・普及活動で大きな成果を上げた。

¹⁰ 国際協力事業団(2001)

¹¹ 水野(2002)

¹² 島尾(1996)、大林(1989)

は難しいが、一部の地域で展開している住民活動で成功例をグッドプラクティスとして取り上げ、行政が施策として予算化し全国的に普及させたり、マスコミが広く取り上げるといったことが考えられる。また、途上国では王室や国家指導者が支援する公益団体が社会開発事業を行っていることが少なくないため、このような団体の企画・運営能力を向上させることも一案であろう。日本独自の経験である企業の積極的な関与についての応用も考えられる。日本においては経済成長期に、大企業が質の良い労働力を確保するために終身雇用を原則として、社員の健康や家族計画を含めた家族生活や老後の暮らしまで面倒を見、国もこれを奨励し優遇措置をとるといった「会社中心社会」が機能した¹³。今日の日本ではこのような風潮は薄れてきているが、経済成長期にある国において企業は有力な社会資源であり、この社会資源を何らかの形で国民の保健医療の向上に取り入れることは有効な方法といえるであろう。タイでは、日系企業が日本と同じ労働衛生を担保して当地では先進的取り組みとなっており¹⁴、このように日系企業を通じて在来企業に日本の取り組みを伝えていくということが考えられる。また、予防接種や健康診断などが国の制度として位置づけられている場合は、企業においてこれらを提供する体制を整備することも重要であり、そのために日本が支援できることも少なくないであろう。

(5) 女性の専門職の活用

ほとんどの途上国にはPublic Health Nurseと呼ばれる保健婦制度があるが、圧倒的に数が不足している。そのため、日本の「日本版地域保健」時代に活躍した保健婦のようなアウトリーチ活動は難しく、住民のニーズに即したきめ細かいサービスの提供は困難である。途上国ではPublic Health Nurseの指導の下で、住民へ直接ヘルスサービスを提供しているヘルス・ボランティア（またはヘルス・ワーカー）が育成され配置されている。彼らの育成が途上国の保健医療サービスの向上には

不可欠である。

日本においては、地域における開業助産婦、保健婦、生活改良普及員など女性の専門職が、地域における保健医療サービスの提供や、保健教育、生活環境の改善、生活水準の向上に大きく貢献した。

開業助産婦は明治時代から「産婆」という民間のサービス提供者として存在したが、明治政府はそれを医療従事者として制度化した。また戦中戦後においては母子保健・家族計画の知識を再教育し、啓蒙普及活動の一員として活用した。さらに、保健婦は民間の篤志的なサービスであった大正時代の訪問看護婦に始まるが、政府は保健所を制度化するのに伴い保健婦も制度化し、地域保健の主要な担い手として位置づけた。生活改良普及員は、戦後GHQの指導により創設された専門職であるが、地域住民の視点に立って、問題解決型手法（今日的に言えばPRA手法）を自ら体得し実践した。

これらの女性の専門職たちは、戦前・戦後において、貧困と保健に関する知識の不足ゆえに地域住民が医療機関へ十分にアクセスができなかった時代に、「生命を守る」という使命感から草の根の目線で、無我夢中で取り組んだ点が共通している。さらに、上から与えられた画一的なサービスを提供するのではなく、草の根の特に女性たちの立場から、住民の生活ニーズ（その多くが保健医療に根ざすものであった）と一緒に考え、それに応えていった点でも、共通するものがある。外部の資金的援助を求めず、地域内の資源のみで対応しようとした点も共通しており、大きな特徴でもある。これら使命感と技術と工夫に満ちた女性の専門職たちが、「日本版地域保健」のメカニズムの中で果たした貢献の大きさは計り知れない。これらの専門職の女性たちが地域において高いステータスを持ち、待遇も恵まれていた点も、途上国への応用の際に見落としてはならない点である。

また、彼女らの活躍は保健医療のみならず生活向上にも大きく貢献し、ひいては地域社会の自立発展につながったが、このような成果は女性たち

¹³ 朝日新聞社編（1995）

¹⁴ 国際協力事業団（2000）

のエンパワーメントに起因しているといってもよい。女性たちが成功の原動力となっている要因として、一般に差別されてきた女性の方が変革の可能性を秘めている¹⁵、女性は周産期に関することや家族の健康など一般に健康に対する関心が高い、健康問題と密接に関係している家庭内の衣食住を管理している、日中、地域社会で過ごしていて地域の問題が見えやすく、かつ活動しやすい¹⁶、一般に社会的しがらみ（組織内での主従関係など）が少ない、時に失敗を恐れず新しいことに飛び込む性は男性に比し強い、などが考えられる。

途上国においても女性をヘルス・ボランティア（ヘルス・ワーカー）として積極的に育成・活用し、地域保健の主要アクターにすることは可能であろう。例えば、ネパールでは結核予防会によるDOTS戦略への支援の中で、ごく普通の主婦が隣家の結核患者を発見し、毎日薬を届けて服薬管理した結果、患者が治癒した。このことによって、彼女は「自分が治した」と自信が付き、周りからも尊敬されることによってますますエンパワーされ、地域の数千人の保健ボランティアを束ねるリーダーに成長したという事例がある¹⁷。なお、途上国において女性を地域保健活動の主要アクターとする場合、何が女性たちを変えるのか、何が女性の参加の障害になるのか、何が女性たちの活動を促進させるのか等の視点も重要である。

(6) 学界・研究者の参加

途上国の保健医療分野では、政策や保健医療技術に対する学界・研究者の積極的な関与があまり見られない。これには学界・研究者自体の数の少なさや、資金力のなさ、行政への接触の場の少なさなどの原因が考えられるが、学術的に裏打ちされた政策や技術を用いることは保健医療の向上に重要であり、学界・研究者の積極的な関与が必要である。

日本の保健医療の歴史を振り返ってみると、多くの学界・研究者が保健医療の発展に貢献してい

ることがわかる。例えば、家族計画においては、政策決定の場に研究者が関与し、さらにモデル村におけるアクションリサーチを実施し全国普及の雛形を作った。結核においても、病理学者、細菌学者、臨床医などが公衆衛生的視点から活動し、研究はもとより情報の収集、評価、政治・行政への働きかけ、一般への啓発活動などに大きな役割を果たした¹⁸。また寄生虫対策では、全国各地の寄生虫予防協会が、その地の大学等の支援を受け技術的な部分や啓蒙活動に貢献した。労働衛生においても、労働衛生の法整備にあたり事業主の強い反発を受けたが、これに対抗するため科学者による疫学的研究によって論拠を示し反対派を説得した。さらに、佐久総合病院の院長は、農民とともに活動することによって農村医学という学術分野を開拓し、その後の農村医療に大きく貢献した。

途上国においても、学界・研究者が保健医療の改善に対する役割を認識し、保健医療改善に携わっていく方法（問題認識・解決の方法、行政や他の専門家などの他の関係者との連携方法など）を習得すると重要な役割を担える可能性がある。このような学界・研究者育成への支援としては、日本人専門家との協働を通じた意識・技術の向上、日本における研修、あるいは大学間の学術交流などが考えられる。

(7) 国民皆保険の構築

途上国においては医療へのアクセスが大きな課題になっているところがあるが、日本では国民皆保険によりいつでも誰でも、官民間問わずすべての医療機関で、医療費負担をあまり気にせずに安心して、平等な医療サービスを受けられる制度を構築した。日本における皆保険の導入時期は早く、結核が蔓延する時代に、「疾病は貧困の源」であるという認識の下に、国民健康保険法（1938年）が制定され、第1次皆保険時代を迎えた。また、この時代は国民の半分以上が非雇用者（農民やインフォーマルセクター従事者）であり、このような時代に国民健康保険制度という地域社会を基盤

¹⁵ 及川（1987）

¹⁶ 石川（2003）

¹⁷ *ibid.*

¹⁸ 石川（1999）

とする日本特有の地域保険システムを開発し、普及したことも特筆に値する。さらに、第2次世界大戦によって戦前に構築した保険制度が壊滅的な状態になるが、その再建を国家再建の大きな目標として掲げ、戦後16年目に国民皆保険を実現した。このように「疾病は貧困の源」という認識の下に、国家の強い意思で、貧しい時代から構想し、財政難の時代にも医療保険の構築に優先的に取り組んだ点は、途上国の政策策定における優先順位の付け方に示唆を与えることができるであろう。

ただし、国民皆保険については、導入に当たった前提条件として国家としての強い意志が必要であること、運営にあたる行政機関（あるいはその他の公的機関）のキャパシティが必要であることに考慮する必要がある。また、ある程度国家や国民の経済力がついてこないとならば国民皆保険の導入は難しく、経済力に応じて、導入規模を考え、段階的に拡大していくことが現実的である。また、多くの途上国ではインフォーマルセクターに従事する人口が多く、この取り込みが大きな課題となっている。この点に関しては地域に根ざした国民健康保険の初期の経験が参考になる。

(8) 公害、高齢化への対応（日本の反省点）

WHOから世界最高水準といわれる現在の日本の保健制度であるが、反省点もある。日本の保健医療制度は、明治以降、比較的安定した官僚制度の下で、中央集権的に整備されてきたが、一般に、行政サービスの対応はニーズが発生してから法整備を含めて体制が整うまでに時間がかかる。日本の保健医療行政の場合も同様で、保健婦制度や母子保健活動などは、ニーズに対応してまず民間の中にサービスが生まれ、それを普遍化する形で行政が制度として取り込んでいった。行政の取り組みが特に遅れたのが公害問題であり、歴史的な反省点として刻まれている。また、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する国民的議論の形成や、救急医療におけるコミュニティでのケア、労働衛生における中小企業対策などは、いまだに課

題として積み残されている。

さらに、皆保険達成後の医療サービスの量の拡充については、1960年代、高度経済成長の波にのって、医療施設・医療従事者の量的拡充を加速させたが、1980年代に入ると将来の過剰供給が懸念されるなど、長期的な計画の見通しが甘かったことは否めない。また医療保険の財政についても同様に長期的見通しが甘く、少子高齢化の加速と医療の高額化さらに経済の低迷によって、現在その財政は危機的状況にある。さらに医療の質の問題についても、一次から三次へというレファラルシステムの構築が遅れたため、キャンベル他(1996)が指摘するように、今なお大病院に初診患者が集中し「3時間待っての3分間診療」という批判が消えない。また、薬漬け、検査づけやデータをみて患者を診ない診療など、診療や治療の方法などへの批判も多い。これらの批判を受けて、医療現場においては治療者は人間の尊厳を持ってあたるべきであり、そのためのインフォームドコンセント（説明と同意）に対する取り組みが始まったのもここ数年のことである。患者こそが医療の主体であるという論点¹⁹が、日本の近代医療の長い歴史において、今ようやく現場に降りてきたという状況である。

このような問題の背景には、国民皆保険達成後、本来社会政策や社会事業として扱うべきものをすべて医療保険で代替してきたという構図がある。具体的には、老人や障害者に対する介護や福祉の問題である。その生活の質の向上のためのサービスなどが1980年代までほとんどすべて医療で処理されてきた²⁰。その歪みが老人医療における社会的入院に現れ、介護の質の悪さと医療費の高騰などを招いている。2000年度より実施されている介護保険制度とその介護の質の向上についてもまだ模索中である。さらに急速に進む少子高齢化への対応として、年金制度の抜本的な改革の必要性にも迫られている。これら社会保障全体にかかる国民的不安が、現在の日本の経済活動の低迷を招いているという声も少なくない。これらつまり、

¹⁹ 村上(1996)

²⁰ 川上・小坂(1992)

「日本の社会保障制度全体が「途上国型モデル」として最適であるが、そうであるがゆえに成熟社会への対応が極めて遅れている」²¹という現実を表している（BOX12-2参照）。

日本におけるこれらの反省点は、大きく2つの普遍的な教訓を提示している。1つは、保健医療の取り組みは、人間の尊厳から始めなければならないということである。医療制度、公害や労働衛生などの取り組みなど、人間の尊厳に立てば、おのずと正しい対処法は見えてくるであろう。また、このような理念を実現するためには、保健医療行政は民主的でなければならない。そのために、真の地方分権に基づく行政サービスの構築が必要である。

二つ目の教訓は、社会保障制度についてである。日本は途上国の社会保障システムの1つのモデルを作り上げたが、成熟社会への対応が遅れた。この教訓は、長期的な予測に基づく長期的なビジョ

ンの重要性を示している。基本的な医療保険や年金制度の導入を考えている国々では、この教訓を制度構築の参考にできるであろう。また、既にある程度の水準の保健医療制度を整備し、医療保険や年金制度ができつつある国々では、今後ほとんどの国で高齢化が進むことが予想されることから、長期的に質の高い国民生活を保障するために、経済発展と生活の質（QOL）の向上とのバランスのとれた持続可能な社会保障制度の設計が必要である。

3. 今後の検討課題

(1) もっと広く、もっと深く

本調査研究の目的は、単に日本の保健医療分野の発展の経験を紹介するものではなく、「途上国の人々にとって参考になりうる」日本における国民の健康水準の改善に向けた取り組みを整理する

BOX12-1 日本の保健医療システムの途上国への応用可能性

日本の経験の特徴は、世界銀行が1993年の世界開発報告『健康への投資（Investing in Health）』でまとめた途上国における保健医療システム整備に関する提言の内容とかなりの部分が一致している。世界銀行の同報告書による主な提言の内容は下に示すようなものである。

三次医療（高度医療機関の整備など）に対する政府の投資は（費用対効果が低いので）極力減らすべきである。

代わりに、感染症対策等として、公衆衛生施策を強化すべきである。

あわせて、基本的な臨床医療サービス（essential clinical services）に重点を置くべきである。

医療の財政面については、貧困層のみを対象とするのではなく、全国民を対象とする制度とするほうが、より効率的である（前者の場合対象者の絞り込みのコストや政治的な支持の問題がある）。

医療サービスの供給については、できるかぎり民間セクターを活用するほうが効率的である。

特に女性の初等基礎教育に力を注ぐべきである（食事や出産、医療その他種々のライフスタイルの形成において特に母親の影響が大きい）。

このことから、広井（1999）は「日本はまさに“途上国の医療システム”として理想的とも言えるような制度を、必ずしも自覚的とは言えない形で、結果的に採用してきたのであり、そのことがこれまでしばしば指摘されてきた『日本の医療のパフォーマンスのよさ（低い医療費と高い健康指標）』にも反映していると考えられる」と結論づけている。さらに広井（2003）は「したがって、以上のような国際比較の上立った上で、日本の医療システムの長所と短所を客観的に定式化しモデル化を図った上で、途上国の置かれた個別の状況と照らしながら、望ましい適用のあり方を考えていくという作業が今後求められている」と提言している。

出所：広井（1999）（2003）より作成。

²¹ 広井（1999）

ことにあった。特に、途上国の人々から関心を寄せられている日本の特徴的な点を取り上げ、かつ現在の途上国の中でも特に医療資源が不足している国・地域において役に立つであろうものを中心に分析を進めた。その結果、母子保健、家族計画、感染症等の分野における地域の人的・物的資源を最大限に活用した「地域保健アプローチ」的な部分を大きく取り上げた。ただし、特定のテーマのみを掘り下げるのではなく、国民の健康水準改善に対する取り組みの全般的な経験を概観し、健康課題がどのように変化して、それに対する対応がどのように変わってきたかを整理することを重視した。

そのため、カバーしきれなかったテーマや深く掘り下げられなかったテーマがあり、それらについては今後検討を深めていくことが必要である。また、複数の分野にまたがるテーマについては保健医療の観点からだけでなく、他の観点からの分析が必要である。例えば、日本の高度経済成長以降にあたる第Ⅳ期やⅤ期の環境衛生、公害、労働衛生、社会保障制度などの分野については保健医療以外の観点からの分析も必要である。日本のこれらの分野における反省を踏まえた経験は、アジアなどの中進国においても少なからず役に立つことが多い。

さらに、今回の分析では、経済発展、社会的文化的背景などとの関連からの分析は十分になされなかった。保健医療制度の適用には、経済力や社会文化的背景の視点が不可欠であり、今後のさらに深い分析が求められる。

加えて、日本の保健医療の改善には住民の目線で献身的に問題解決を図った保健婦や研究者の貢献が大きかったが、途上国では必ずしもそのような人材が育っていない。日本で育ちえた「人材」がなぜ途上国ではその育成や持続性や確保が難しいのかという根源的な課題については検討が尽くされていない。このような人材を養成し、見守っていくことが最も途上国のオーナーシップを重視した自立発展につながる重要な国際協力ではないかと思われ、途上国における人材養成について今後さらに考察を深めていくことが求められる。

(2) 途上国の実態に即して

保健医療分野は、その国の歴史・文化・価値観などと密接に関連している上、その適用には当該国の政治経済の状況によつて的確な判断が要求される。したがって、途上国の文化的・社会的・経済的・政治的背景を十分に考慮した上で、新しい制度の導入や改革がなされなければならない。また、現在の途上国の置かれた状況はグローバル化の影響によって、保健課題も社会経済的状况も、日本が地域保健アプローチや医療サービスの拡充によって対処してきた時代と比べて、はるかに複雑でまた多様化している。したがって、日本の経験を「定式化」しただけではなかなか活用できる指針とはなりえない。

以上のような観点から、今後、具体的にどのような国で、どのような日本の経験が活用できるのか、日本の経験を途上国の状況に応じてどのようにアレンジするとよいのか、といった踏み込んだ分析がなされ、途上国の保健医療現場の人々に届けられることを期待したい。

(3) 協力現場での経験を集積して

日本のODAが最初に保健医療分野の協力に取り組んだのは1967年²²であり、既に37年が経過している。この間、国際協力の現場では、日本人専門家のさまざまな知見や日本的アプローチを取り入れた協力が行われてきた。しかし、これらを日本の経験との関連から体系的にとりまとめた研究はこれまでにない。本章でも、途上国への適用例として「2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み」の中でいくつか事例を簡単に紹介したが、十分とはいえない。今後は、途上国での協力に関する実際的な経験・知見のある日本専門家の協力を仰ぎ、成功・失敗を問わず日本の協力経験を集積して日本の経験の活用という視点から詳細に分析し、そのメカニズムを普遍化し、成功要因・障害要因・外部条件などを分析し、さらに適用の際の留意点等もとりまとめていくとよい。そして、それらの情報を必要な人がいつでもどこでもアクセスできるような提供体制を整えることが必要である。

²² 人口分野における研修員受け入れ事業『国際家族計画研修』。

付録. 途上国協力に参考になりうる日本の経験

下の表は第 部で示された途上国に参考になりうる各分野の取り組みを抽出し、さらにそれらが主に行われた時代と主要アクターを分類し、途上国に参考になりうる日本の経験を総括したものである。

注1：「最重要期」とは途上国に参考になりうると思われるそれぞれの取り組みが日本で実施された時期で、第1部で提示した次の5つの時期で示している。

- 第 期：急性感染症対応期（1868～1919年）
- 第 期：慢性感染症対応および母子保健サービス形成期（1920～45年）
- 第 期：保健医療行政再構築期（1946～60年）

- 第 期：医療サービス拡充期（1961～79年）
- 第 期：高齢社会対応期（1980～現在）

注2：「主要アクター」の「地域」とは、保健所、保健婦、住民など地域のさまざまなアクターのこと。

注3：「特徴的取り組み」は本章の「2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み」で述べた以下の各項目。

- 1：国の意思、2：統計整備および統計・調査に基づく政策立案、3：地域保健的アプローチ（行政、住民、民間団体の協働）4：民間組織（住民組織、民間団体、企業）の活用、5：女性の専門職の活用、6：学界・研究者の参加、7：国民皆保険、8：公害、高齢化への対応（日本の反省点）

第 部の各章で取り上げた項目	最重要期	主要アクター	特徴的取り組み
母子保健			
助産婦・保健婦の登用	、	女性	5
住民活動の促進		民間	3、4
母子健康手帳制度		国、地域	1、3
お産場所の整備と質の向上		自治体、女性	3、5
母子保健統計の整備		国、地域	1、2、3
家族計画			
ニーズの存在と個を重視したアプローチ	、	地域	3
官学民の三者協力体制の構築		民間、研究者	4
助産婦・保健婦・看護婦の受胎調節指導員への起用		女性	5
民間団体の積極的活動		民間、研究者	4、6
避妊具のソーシャルマーケティング		民間	4
感染症対策			
結核対策			
政府のコミットメント	、	国	1
適切な患者管理と治療の徹底（保健所の機能、保健婦の活用、総合的な在宅結核対策アプローチ）		地域	3、5
患者記録と報告体制に基づいた監督と評価		地域、女性	2、3、5
寄生虫対策			
問題認識と啓発活動	、	民間	4
民間団体の積極的活動		民間	4
研究者の協力		研究者	6
学校保健との連携		地域	3
寄生虫対策を導入部とした公衆衛生へのアプローチ		地域	3
予防接種			
強制から任意へ	、	国	1
既存システムを用いた予防接種の実施		地域	3
予防接種の無償提供		国	1

地域保健			
限られた医療施設・人材の中で ・保健所を中心とした地域保健提供体制 ・保健医療スタッフの適正配置 ・住民の主体的参加 ・多様な組織の連携	、	地域	3、5
科学的な問題解決法		地域、研究者	3、6
地域保健とマルチセクター的展開		地域	3
学校保健			
寄生虫対策		自治体、民間	3、4
学校給食		国	1
学校・家庭・地域社会の連携		地域	3
救急医療			
交通外傷ケア		国、自治体	1
救急産科ケアおよび小児救急ケア (コミュニティにおけるプレケア)		地域	3
公害対策			
公害対策の遅延原因		国、民間	8
被害者、メディアによるアドボカシー運動		民間	4
法整備、所管官庁の設置、予算設置、税制面での優遇		国	1
取り締まり体制の整備、司法的手段の活用		国、自治体	1
公害に対する調査研究		国、研究者	1、6
環境アセスメント		国、自治体	1
公害対策に関わる人材の育成		国、自治体、民間	1
公害教育		民間	4
労働衛生			
官主導から労使協力へ		国、民間	1、4
参加型労働衛生活動		民間	4
事業所内の衛生管理体制		民間	4
疫学的研究の推進		研究者	6
労働衛生思想の普及・啓発事業		国	1
中小企業の労働衛生対策		民間	8
医療保険			
成功のための前提条件		国	1、7、8
導入規模と段階的拡大(地域保険システム)		自治体、民間	1
保健医療提供体制の拡充・整備(第1部)	全期間	全アクター	1、8

< 参考文献 >

朝日新聞社編(1995)『カイシャ大國 戦後50年』朝日文庫
 阿藤誠(2000)『現代人口学』日本評論社
 石川信克(1999)「日本の結核対策に学ぶもの」『公衆衛生』Vol.63、No.3
 (2003)「プライマリヘルスケア」(第6回国際感染症等専門家養成研修・講演より:2003年9月17日)

井上俊一(2002)「世界の人口動態統計」日本人口学会編『人口大事典』培風館
 及川和男(1987)『村長ありき』新潮文庫
 大林道子(1989)『助産婦の戦後』勁草書房
 川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説』勁草書房
 キャンベル J.C.、池上直己(1996)『日本の医療統制とバランス感覚』中央公論社
 国際協力事業団(2000)『平成11年度特定テーマ

- 評価調査報告書：タイ障害者支援』国際協力事業団
(2001)『特定テーマ評価フィリピン人口・健康セクターUSAID連携 PART1(母子保健・家族計画分野)報告書ドラフト』国際協力事業団
- 国際協力事業団医療協力部(2003)『ヨルダン・ハシミテ王国家族計画・WIDプロジェクトフェーズ 終了時報告書』国際協力事業団
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口と開発援助研究』国際協力事業団
- 島尾忠男(1996)『わが国の結核対策』JATA Books No.9
- 園田恭一・米林喜男編(1983)『保健医療の社会学』有斐閣選書
- 広井良典(1999)『日本の社会保障』岩波新書
- (2003)『社会保障に関する『日本の経験』の特徴と評価』国際協力機構国際協力総合研修所『途上国のソーシャル・セーフティ・ネットの確立に向けて』国際協力機構
- 三浦由己(2002)『世界の人口センサス』日本人口学会編『人口大事典』培風館
- 水野正己(2002)『近代日本農村史における生活改善運動と戦後の農村生活改善』国際協力事業団『農村生活改善協力のあり方に関する研究検討会報告書(第1分冊)』
- 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9)医療-高齢社会へ向かって』読売新聞社
- 山口喜一(2002)『人口史料と人口統計』日本人口学会編『人口大事典』培風館
- 若井晋(2001)『国際保健医療学』杏林書院
- WHO(2002) *The World Health Report 2002*