

日本の 保健医療の 経験

途上国の
保健医療改善を
考える



日本の保健医療の経験

途上国の保健医療改善を考える

2004年3月

国際協力機構



2004年3月
独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
J R
03-67

日本の保健医療の経験

途上国の保健医療改善を考える

2004年3月

独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

本報告書の内容は、国際協力機構が設置した「教育・保健分野における日本の政策及びアプローチ」保健分野研究会の見解を取りまとめたもので、必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

保健婦助産婦看護婦法の一部改正により2002年3月より保健婦、助産婦、看護婦はそれぞれ保健師、助産師、看護師となりましたが、本報告書では主に過去の歴史的な取り組みに焦点を当てており、表記の混乱を避けるため当時の名称である「保健婦」「助産婦」「看護婦」に統一しています。

なお、保健医療行政を担当する省庁につきましては時代により名称のみならず組織自体も変化していますので、その時代ごとの表記を用いています。

本報告書および他の国際協力機構の調査研究報告書は、当機構ホームページにて公開しています。

URL : <http://www.jica.go.jp/>

本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可なく転載できません。

国際協力事業団は2003年10月から独立行政法人国際協力機構となりました。本報告書では2003年10月以前に発行されている報告書の発行元は国際協力事業団としています。

発行：独立行政法人国際協力機構(JICA) 国際協力総合研修所 調査研究グループ
〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町10-5
FAX : 03-3269-2185
E-mail: iictae@jica.go.jp

序 文

保健医療は人々の生命に深く関わる重要な分野であり、また社会や国の発展のためにも欠かせないものです。しかし、いまだに高い乳児死亡率や妊産婦死亡率、HIV/AIDSをはじめとする感染症の蔓延、安全な水の欠如といった問題に苦しんでいる国が少なくありません。そのため、多くの途上国においては保健医療の改善が国家の重点目標の1つになっています。また、国際的にもミレニアム開発目標で乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、HIV/AIDSやマラリア等の疾病の蔓延防止、安全な水の供給が目標として掲げられるなど、保健医療分野は支援の重点分野として認識されており、ドナーやNGOも積極的な支援を行っています。

日本も1999年に発表した「政府開発援助に関する中期政策」や2003年に改訂した「政府開発援助大綱」において、保健医療分野を貧困対策の一環として位置づけて重点的に取り組んでいくことを表明するとともに、国際的にも「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」、「国際寄生虫対策（通称橋本イニシアティブ）」、「沖縄感染症対策イニシアティブ」など保健医療に関する各種イニシアティブを発表し、日本の経験を活かしつつ途上国の保健医療改善に貢献していく姿勢を明らかにしています。

そこで本調査研究では、途上国の保健医療の課題を念頭におきつつ日本の保健医療経験を振り返り、途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の経験を整理しました。そして日本とは状況の異なる途上国に日本の保健医療経験がどのように応用できるのか、また日本の経験を応用する際の留意点は何かについて検討・考察を行いました。

日本もかつては高い乳児死亡率や結核などの感染症の蔓延に苦しんでいました。しかし、比較的短期間のうちに世界で最も低いレベルまで乳児死亡率を低下させ、国民病とまで言われた結核もほぼ克服し、現在では世界屈指の長寿国になっています。この背後には、全国に保健医療行政網を整備して各時代の主要な疾病に全国的に対応したこと、科学者等の協力を得つつ統計整備や保健医療状況調査を実施し、実態を踏まえた政策を立案・実施したこと、行政や開業医・開業助産婦、NGO、住民組織、マスコミなど複数のアクターが連携して課題の克服に立ち向かったこと、現場の保健婦等がアウトリーチ活動により住民のニーズにきめ細かく対応したこと、財源が潤沢でない時代から医療保険制度を導入し、国民皆保険を達成したことなどがあります。このような経験からは途上国の保健医療改善を考える上で参考になる点が多く導き出せると思われます。また、日本の経験としては、公害対策の遅れによる被害の拡大、高齢化に伴う医療保険の財源の逼迫などの反省点もあり、このような反省点からも途上国が直面するであろうこれらの課題への対応についての教訓が得られるものと考えます。

なお、日本で行われた具体的な取り組みは当時の日本の時代背景や社会の仕組み、活用できる資源などを踏まえて実施されたものであり、これらが異なれば当然採りうる対策も異なってきます。そのため、日本の経験の応用に当たっては現地のニーズや状況に応じて調整・変更を行っていく必要があり、日本の経験を状況の異なる途上国にそのまま移転すべきものではないことを念のため申し添えます。

本調査研究の実施および報告書の取りまとめにあたっては、有識者、JICA関係者、コンサルタントからなる研究会を設置し、検討を重ねました。本調査研究にご尽力頂きました皆様に心より厚く御礼申し上げます。

本報告書が、途上国の保健医療の改善に資するための参考となれば幸いです。

2004年3月
独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所
所長 金丸 守正

「日本の保健医療の経験」

途上国の保健医療改善を考える

目 次

序文	i
目次	iii
用語・略語解説	xv
調査研究概要	xxi
序章 開発途上国の保健医療の課題	
1. 開発途上国が直面している保健医療の課題	1
2. 保健医療に関する援助の動向	2
第 部 日本の保健医療の概観	
第1章 保健医療の取り組みの変遷	
1. 人口/死亡率・出生率/疾病構造	9
1-1 人口の推移	9
1-2 死亡率と出生率	9
1-3 疾病構造	10
2. 日本の保健医療の変遷	11
2-1 第 期：急性感染症期（1868～1919年）.....	12
2-2 第 期：慢性感染症および母子保健サービスの形成期（1920～1945年）.....	13
2-3 第 期：保健医療行政再構築期（1946～1960年）.....	15
2-4 第 期：医療サービス拡充期（1961～1979年）.....	17
2-5 第 期：高齢社会対応期（1980年～現在）.....	20
付録：日本の保健医療の時期区分の考察	21
参考文献	22
年表：日本の保健医療の変遷	23
第2章 保健医療サービスの現状	
1. 概 要	29
2. サービスの提供体制	30
2-1 保健サービス	30
2-2 医療サービス	30
2-3 医療関連サービス	30
3. 保健サービスの主な内容	31
3-1 健康づくり	31
3-2 母子保健サービス	31
3-3 中高年の保健サービス	32
4. 医療提供施設	32
4-1 概要	32

4-2	施設・病床	33
4-3	病院の従事者	33
4-4	設備の状況	33
4-5	診療等の状況	34
4-6	国立医療施設の医療提供体制	34
5	医療提供人材	35
5-1	概要	35
5-2	医療従事者	36
5-3	医療提供体制の課題	40
6	医薬品	41
6-1	医薬品産業	41
6-2	医薬分業に関する特殊性	41
7	保健医療情報システム	42
7-1	統計システム	42
7-2	情報通信技術の活用	42
8	保健・医療財政	43
8-1	医療費の動向	43
8-2	衛生行政の財政	44
	参考文献	45

第 部 日本の保健医療の経験

第 3 章 母子保健

1	母子保健施策の変遷	49
1-1	戦前の母子保健 (1868 ~ 1944年)	49
1-2	戦後の母子保健施策の導入期 (1945 ~ 1948年)	50
1-3	母子保健施策の充実期 (1949 ~ 1979年)	50
1-4	子育て支援の時代 (1980年 ~ 現在)	51
2	母子保健改善の主な要因	53
2-1	母子保健向上の要因分析	53
2-2	公衆衛生活動 女性の専門職による活動	55
2-3	住民参加活動	56
2-4	母子健康手帳制度	58
2-5	母体保護法 (旧優生保護法) の制定	58
2-6	農山村における助産施設の整備	59
2-7	母子保健統計の整備	59
3	途上国の母子保健改善と日本の経験	59
3-1	日本の経験を応用する場合の前提条件	59
3-2	女性の専門職の登用	60
3-3	住民活動の促進	61
3-4	母子健康手帳プログラム	61
3-5	お産場所の整備と質の向上	62
3-6	母子保健統計の整備	62
4	おわりに	63

参考文献	63
------------	----

第4章 家族計画

1. 家族計画に関する取り組みの変遷	65
1-1 戦前・戦中の「産児制限／調節運動」(1920～1945年)	65
1-2 戦後ベビーブームから優生保護法制定(1945～1948年).....	66
1-3 人工妊娠中絶の急増から家族計画の普及(1949～1959年).....	66
1-4 家族計画の普及と現在の課題(1960年～現在).....	68
2. 家族計画に対する主な取り組み	72
2-1 行政による取り組み	72
2-2 民間による取り組み	75
3. 途上国の家族計画と日本の経験	77
3-1 日本における家族計画の成果の要因	77
3-2 課題から見た教訓 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの重要性	79
付録 家族計画・寄生虫予防統合プロジェクト(インテグレーション・プロジェクト:IP)	80
参考文献	84

第5章 感染症対策

1. 感染症対策の変遷	87
1-1 急性感染症対応期(1868～1919年).....	87
1-2 慢性感染症対応期(1920～1944年).....	89
1-3 戦後の急性・慢性感染症対応期(1945～1960年).....	90
1-4 感染症下降期(1961～1979年).....	91
1-5 新興・再興感染症への対応期(1980年～現在).....	91
2. 結核対策	92
2-1 結核に対する主な取り組み	92
2-1-1 政府の強い意思	92
2-1-2 公衆衛生的アプローチ	93
2-1-3 民間の取り組み	94
2-1-4 結核専門家の活躍	95
2-2 途上国の結核対策と日本の経験	96
2-2-1 政府のコミットメント	97
2-2-2 適切な患者管理と治療の徹底	97
2-2-3 患者記録と報告体制に基づいた監督と評価	99
3. 寄生虫対策	99
3-1 戦後の土壌伝播寄生虫への取り組み	100
3-1-1 政府の取り組み	100
3-1-2 民間団体の取り組み	101
3-1-3 専門家の貢献	102
3-1-4 日本の取り組みの特徴	102
3-2 途上国における寄生虫対策と日本の経験	104
3-2-1 ニーズの喚起と啓発活動	104
3-2-2 民間団体の活用	104

3-2-3	専門家の協力	104
3-2-4	学校保健との連携	105
3-2-5	寄生虫対策を導入部とした公衆衛生アプローチ	105
4	予防接種	106
4-1	予防接種に対する取り組み	106
4-1-1	取り組みの変遷	106
4-1-2	現在の予防接種の種類と実施方法	107
4-1-3	感染症サーベイランス事業	109
4-1-4	ポリオワクチンの確保のための国民運動	109
4-2	途上国における予防接種と日本の経験	109
4-2-1	予防接種実施に対する行政のコミットメントと役割	110
4-2-2	既存システムを用いた接種の実施	110
付録1	日本におけるHIV/エイズ対策	111
付録2	ハンセン病への対応	112
	参考文献	113

第6章 公害対策

1	公害対策の概観	115
1-1	公害とは	115
1-2	公害対策の時期区分	116
1-3	公害対策の変遷	116
1-3-1	公害の発生（1600年代～1945年）	116
1-3-2	公害の社会問題化（1946～1964年）	116
1-3-3	公害対策本格化（1965～1974年）	117
1-3-4	公害対策の低迷と環境問題への移行（1975年以降）	118
2	公害に対する主な取り組み	121
2-1	水俣病対策の歴史と考察	121
2-1-1	水俣病問題の概観	121
2-1-2	水俣病問題における関係者の対応とそこから得られる教訓	122
2-2	公害対策	123
2-2-1	公害法令および行政組織の整備	123
2-2-2	環境基準および排出基準の設定	124
2-2-3	地方自治体による公害対策	124
2-2-4	警察による公害取締および罰則	124
2-2-5	公害防止への財政的支援	124
2-2-6	地域産業計画概念の導入	124
2-2-7	環境アセスメント	124
2-2-8	公害防止の調査研究	124
2-2-9	司法的手段の活用	125
2-2-10	健康被害者の補償制度	125
2-2-11	企業および地方自治体の公害対策人材養成	125
2-2-12	公害教育	125
3	途上国の公害対策と日本の経験	125

参考文献	126
------	-----

第7章 労働衛生

1. 労働衛生の変遷	129
1-1 戦前の労働者保護施策	129
1-2 戦後の労働衛生行政	130
1-2-1 新制労働衛生法体系の確立（終戦直後）	130
1-2-2 多発する職業性疾病や労働災害への対応（1950年代半ば～1960年代）	130
1-2-3 より包括的な「労働安全衛生法」制定（1970～1980年代）	130
1-2-4 ストレス性の疾患の増加（1990年代以降）	130
2. 労働衛生に対する主な取り組み	132
2-1 労働衛生行政の基本的施策	132
2-1-1 労働災害	132
2-1-2 職業性疾病	132
2-1-3 健康診断と健康増進	134
2-2 事業所内の衛生管理体制	135
2-3 労働保険制度	136
2-4 小規模事業所への対応	137
2-5 参加型の労働衛生活動へ	137
3. 途上国の労働衛生と日本の経験	138
3-1 官主導から労使協力へ、100年の歩み	138
3-2 参加型労働衛生活動のすすめ	138
3-3 事業所内の衛生管理体制	138
3-4 疫学的研究の推進	138
3-5 労働衛生思想の普及・啓発事業	139
3-6 中小企業の労働衛生対策	139
参考文献	139

第8章 地域保健

1. 地域保健に対する取り組みの変遷	141
1-1 急性感染症対応期（1868～1919年）	142
1-2 慢性感染症対応および母子保健サービス形成期（1920～1945年）	142
1-3 保健医療行政再構築期（1946～1960年）	143
1-4 医療サービス拡充期（1961～1979年）	144
1-5 高齢社会対応期（1980年～現在）	145
2. 地域保健における主な取り組み	146
2-1 地域保健の主要なアクター	146
2-1-1 保健所を中心とした地域保健のネットワーク	148
2-1-2 保健婦によるアウトリーチ活動	149
2-1-3 住民による地域保健活動	151
2-1-4 「生活改良普及員」による地域保健活動	153
2-2 具体的な成功事例	153
2-2-1 自治体主導による地域保健活動（沢内村）	153

2-2-2	病院を中心とした地域保健活動（佐久総合病院と八千穂村）	154
2-2-3	沖縄における地域保健活動	155
2-3	地域保健のメカニズム	157
2-3-1	多様な組織の連携	157
2-3-2	住民の主体的参加	158
2-3-3	現状把握から始める問題解決方法	159
2-3-4	包括的アプローチ	159
3	途上国の地域保健と日本の経験	161
3-1	保健所を中心とした地域保健提供体制	161
3-2	保健医療スタッフの適正な配置	161
3-3	住民の主体的参加	162
3-4	多様な組織の連携	163
3-5	科学的な問題解決方法	163
3-6	地域保健とマルチセクター的展開	163
3-7	おわりに	164
	参考文献	164

第9章 学校保健

1	学校保健の変遷	167
1-1	戦前の学校保健	167
1-2	戦後の学校保健	168
2	学校保健の主な取り組み	169
2-1	学校保健行政	169
2-2	学校保健の仕組み	169
2-3	寄生虫対策	171
2-4	学校給食	171
3	学校保健の成果 途上国への応用への観点から	172
3-1	寄生虫対策	172
3-2	学校給食	173
3-3	学校・家庭・地域社会の連携	174
	参考文献	175

第10章 救急医療

1	救急医療に対する取り組みの変遷	178
1-1	救急医療施設の整備・拡充（1960年代～1970年代前半）	178
1-2	救急医療体制の体系的整備（1970年代後半～1980年代）	179
1-3	プレホスピタルケアの充実（1990～1996年）	181
1-4	新たな救急医療体制（1997年～現在）	181
1-5	今後の課題	182
1-5-1	小児の救急医療体制	182
1-5-2	プレホスピタルケアシステム（救急救命士制度）の強化	182
1-5-3	へき地・離島の救急医療	182
2	救急医療の主な取り組み	182

2-1	消防本部による救急搬送業務	182
2-2	「119番」救急通報システム	183
2-3	救急告示医療施設の拡大	183
2-4	初期、2次、3次救急医療体制	183
2-5	「救急医療情報センター」システムの構築	184
2-6	プレホスピタルケアの充実	185
3	途上国の救急医療と日本の経験	186
3-1	東南アジアの都市部を中心とした交通外傷ケア	186
3-2	低所得国の農村部を中心とした救急産科ケアおよび小児救急ケア	189
3-2-1	コミュニティにおけるケア	189
3-2-2	搬送中のケア	190
3-2-3	医療施設でのケア	190
	参考文献	191

第11章 医療保険

1	医療保険制度の変遷	193
1-1	医療健康保険の誕生（1900～1944年）	193
1-2	終戦から国民皆保険達成まで（1945～1961年）	193
1-3	制度改正期（1962～1981年）	194
1-4	高齢社会への対応期（1982年～現在）	194
2	医療保険制度の概観	195
2-1	医療保険の概要	195
2-2	介護保険制度	196
2-3	生活保護および医療費公費負担制度	196
2-3-1	生活保護制度	196
2-3-2	公費医療制度	197
3	途上国の医療保険制度構築と日本の経験	197
3-1	日本の医療保険制度の特徴	197
3-1-1	国民皆保険	197
3-1-2	政府が大きな役割を果たす	197
3-1-3	非雇用者を取り込む	197
3-1-4	際立って多い保険者数	198
3-2	途上国への応用可能性	198
3-2-1	国民皆保険成功のための前提条件	198
3-2-2	経済の発展段階に応じた医療保険の導入規模と段階的拡大	200
	参考文献	203

補章 環境衛生 上下水道とし尿処理を中心として

1	環境衛生における変遷	205
1-1	戦前の環境衛生事業（1868～1945年）	205
1-2	戦後の上下水道の普及（1946～1979年）	206
1-3	水質保全と下水処理への対応（1980年～現在）	208
2	日本の主な取り組み	208

2-1 上下水道整備における地方自治体と国の役割	208
2-2 下水道以外のし尿処理の仕組み	208
2-3 簡易水道の普及	209
3. 途上国の衛生環境改善と日本の経験	211
3-1 バランスのとれた上水・下水整備と適正技術の活用	211
3-2 国と地方の役割分担	211
3-3 住民主体の衛生設備の整備	211
参考文献	212

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

1. 日本の保健医療の変遷の総合的考察	215
1-1 第 期：急性感染症対応期（1868～1919年）.....	215
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）.....	215
1-3 第 期：保健医療行政再構築期（1946～1960年）.....	217
1-4 第 期：医療サービス拡充期（1961～1979年）.....	217
1-5 第 期：高齢社会対応期（1980～現在）.....	217
2. 開発途上国における日本の経験の活用に向けて	218
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	218
2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み	220
3. 今後の検討課題	227
付録. 途上国協力に応用可能な日本の経験.....	229
参考文献	230

付録：保健医療関連統計

1. 概況	235
2. 母子保健・家族計画	244
3. 感染症対策	246
4. 労働衛生	251
5. 地域保健	251
6. 学校保健	253
7. 救急医療	255
8. 医療費、社会保障	256
9. 環境衛生	259

BOX・図表 目次

BOX序-1	DAC新開発戦略における保健医療関連目標	3
BOX序-2	ミレニアム開発目標における保健医療関連目標	3
BOX序-3	乳児死亡率と経済発展	5
BOX1-1	無医地区対策への取り組み 自治医科大学の事例を中心に	19
BOX3-1	自宅分娩と乳児死亡率	54
BOX3-2	保健婦の活躍 長野県高甫村	55
BOX3-3	おぎゃー献金	57
BOX3-4	期待された妊産婦手帳制度の成果	58
BOX3-5	「光のプロジェクト」 ブラジルでの人間的な出産	60
BOX3-6	インドネシアの母子健康手帳	61
BOX4-1	日本で最もポピュラーな避妊法はコンドーム～なぜコンドームはそれ程ポピュラーか？	70
BOX4-2	日本の若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ	71
BOX4-3	受胎調節実地指導員の実際の活動	74
BOX4-4	日本家族計画普及会による広報・啓蒙活動	76
BOX4-5	企業による家族計画運動	77
BOX4-6	寄生虫予防が家族計画のパートナーとして適切な理由	80
BOX4-7	IPにおける日本の経験の活用	81
BOX5-1	DOTS戦略	96
BOX5-2	沖縄県における地域一丸となった取り組み	98
BOX5-3	沖縄の結核在宅治療アプローチ	98
BOX5-4	沖縄の寄生虫ゼロ作戦	103
BOX5-5	日本住血吸虫	103
BOX5-6	ジョイセフの中国におけるインテグレーション・プロジェクト(IP)	106
BOX5-7	予防接種取りやめによる百日咳への影響	108
BOX6-1	公害対策基本法の制定	119
BOX6-2	公害国会	119
BOX6-3	環境庁設置	119
BOX6-4	保健所はどう動いたか	122
BOX6-5	対策の遅れの背景	122
BOX8-1	保健所の転換期：1960年代	145
BOX8-2	へき地での保健婦活動	149
BOX8-3	「蚊とハエのいない生活運動」の成果	150
BOX8-4	都市における保健所を中心とした地域保健の取り組み 豊中保健所	152
BOX8-5	公衆衛生看護婦の駐在制成功の鍵	156
BOX8-6	地域保健から地域振興へ 健康野菜づくりをきっかけとして	160
BOX9-1	定期健康診断の検査項目と実施学年	170
BOX9-2	国際寄生虫対策アジアセンタープロジェクト概要	173
BOX10-1	救急産科ケア	186
BOX10-2	救急医療の3つのプロセスにおける途上国の課題	188
BOX10-3	途上国において可能な救急ケアモデル	189
BOX11-1	米国・英国・ドイツにおける医療保険制度の比較	199

BOX11-2	韓国の医療保険制度	202
BOX11-3	シンガポールの医療保障制度	203
BOX補-1	簡易水道が衛生改善にもたらした効果	209
BOX補-2	水汲みの苦勞	210
BOX補-3	集落における自助努力と相互扶助	211
BOX12-1	日本の保健医療システムの途上国への応用可能性	227
図1-1	総人口と人口構造の推移	9
図1-2	死亡率と出生率の推移	10
図1-3	主要死因の推移	10
図1-4	産業構造の変化	17
図1-5	医療施設数の推移	18
図2-1	ライフサイクルに応じた保健サービス	29
図2-2	保健医療従事者養成システムの概要	35
図2-3	医療従事者の推移	35
図2-4	看護婦・准看護婦の人数の推移	38
図2-5	国民1人当たりの医療費および国民所得に対する割合の変遷	43
図3-1	諸外国の乳児死亡率の推移（1950～2000年）	49
図3-2	乳児死亡率・妊産婦死亡率と母子保健の取り組み	51
図4-1	避妊実行率と人工妊娠中絶率	68
図5-1	結核死亡の推移	89
図5-2	回虫および十二指腸虫寄生率の推移	102
図5-3	HIV感染者の推移	111
図5-4	エイズ患者数の推移	111
図6-1	地方自治体の公害対策経費の推移	118
図6-2	水俣病対策から考える関係者の果たす役割	123
図7-1	労働災害発生状況の推移（死亡および休業4日以上災害）	133
図7-2	死亡災害の推移	133
図7-3	労働安全衛生法に基づく安全衛生管理体制（モデル）	135
図7-4	トータルヘルス・プロモーション・プランの流れ	136
図8-1	保健所を中心とした地域の保健医療サービスの体系図（1940年代後半）	148
図8-2	地域保健における組織化のイメージ	158
図9-1	学校保健行政	169
図9-2	学校保健のしくみ	171
図10-1	交通事故による死者数および死傷事後件数の推移	179
図10-2	救急医療施設の設置状況	180
図10-3	救急医療体制	180
図10-4	救急出動件数および搬送人員の推移	181
図11-1	医療保険制度の加入者の構成	196
図補-1	水道普及率と水系感染症患者数	207
図補-2	下水道普及率の推移	207
図12-1	日本の保健医療経験の横断的分析	216
図12-2	途上国の主要な死因	219

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	219
図A-1	合計特殊出生率	235
図A-2	平均寿命	238
図A-3	死因別妊産婦死亡率（1950～75年）	244
図A-4	急性感染症（コレラ・赤痢・腸チフス・痘瘡）の死者数（1876～99年）	246
図A-5	結核死亡数・死亡率・罹患率	247
図A-6	寄生虫卵陽性率	249
図A-7	保健所数	251
図A-8	中学校生徒の疾病被患率	253
図A-9	水道普及率と水系感染症患者数の推移	259
表序-1	乳幼児死亡率（2000年）	1
表1-1	日本の保健医療の時期区分	11
表1-2	健康転換と対応システム	21
表2-1	種類別にみた医療施設数	32
表2-2	種類別にみた病床数	32
表2-3	開設者別にみた施設数・病床数	32
表2-4	業務の種類別にみた従事者数および100床当たり・1施設当たり従事者数	33
表2-5	病院における診療機器保有状況（重複計上）	34
表2-6	届出医療関係者と率（人口10万対）	36
表2-7	施設業務の種別にみた医師数	36
表2-8	施設・業務の種別にみた歯科医師数および構成割合	37
表2-9	就業先別保健婦・助産婦数	39
表2-10	就業先別看護婦数	39
表2-11	医療提供体制の先進諸国との比較	40
表2-12	国民医療費等の対前年度伸び率	43
表2-13	厚生労働省予算の主要項目	44
表3-1	母子保健関連年表	52
表4-1	家族計画関連年表	67
表4-2	日本人の主な避妊法（毎日新聞社調査結果）	71
表5-1	コレラの患者および死者数	88
表5-2	感染症対策の変遷	91
表5-3	結核予防会の普及広報活動	94
表5-4	日本と途上国の結核対策の違い	96
表5-5	世界の寄生虫症統計概要	100
表5-6	予防接種の種類と対象疾病	108
表6-1	主要7公害	115
表6-2	公害対策の時期区分	116
表6-3	四大公害と訴訟の概要	118
表6-4	公害問題関連年表	120
表6-5	水俣病年表	121
表6-6	日本の公害対策の途上国への応用の留意点（前提条件）	126
表7-1	主な労働衛生施策の変遷	131

表7-2	戦後の職業性疾病に対する各種予防規則	131
表8-1	国保保健婦の増加状況	143
表8-2	地域保健の略史	147
表8-3	地域保健・医療・福祉推進の主導型とその特徴	158
表9-1	学校保健の変遷	168
表10-1	中程度所得国および低所得国における主要死因とDAILYs	177
表10-2	日本の救急医療の歩み	179
表10-3	救急医療体制整備計画・整備基準	184
表10-4	パイスタンダーによる応急手当の救命効果（1998年1～12月）.....	185
表10-5	救急救命士の導入効果（2001年1～12月）.....	185
表11-1	日本の医療保険制度の主な流れ	194
表11-2	日本の医療保険制度の概要（2003年6月現在）.....	195
表11-3	保険者の国際比較	198
表11-4	日本の経済段階と医療保険段階	200
表補-1	市町村別の給水人口と普及率（2001年度）	210
表12-1	WHOの子どもと成人の死亡率による国の分類	218
表12-2	健康課題別に見た日本の保健医療経験	220
表A-1	主なる人口動態統計と人口	236
表A-2	平均寿命（0歳の平均余命）.....	238
表A-3	年齢（3区分）別人口および年齢構造に関する指標	239
表A-4	主要死因別死亡数・死亡率（人口10万対）	240
表A-5	医療関係者実数・率（人口10万対）	242
表A-6	医療施設数・率（人口10万人対）	243
表A-7	死因別妊産婦死亡数・妊産婦死亡率	244
表A-8	出生の場所別出生数	245
表A-9	人工妊娠中絶数と避妊の実行割合	245
表A-10	急性感染症（コレラ・赤痢・腸チフス・痘瘡）の患者数と死者数（1876～99年）.....	246
表A-11	結核死亡数・死亡率・罹患率	248
表A-12	寄生虫卵陽性率	249
表A-13	予防接種実施率の推移	250
表A-14	労働災害数	251
表A-15	保健所数	252
表A-16	就業場所別保健婦数	252
表A-17	児童生徒の体格	253
表A-18	児童生徒の主な疾病被患率	254
表A-19	交通事故の件数・死者数・負傷者数	255
表A-20	国民医療費の概況	256
表A-21	国民医療費の部門別給付額	257
表A-22	社会保障給付費の部門別推移	257
表A-23	医療保険療養の給付決定状況	258
表A-24	水道普及率	259

用語・略語解説

文中の*印は用語解説があるもの。

用語	概要
DALYs (Disability-Adjusted Life Years)	死亡と障害を含む包括的な保健指標とされ、世界銀行やWHOなどが用いている。DALYs = YLL (Year of Life Lost : 病気や障害により平均寿命より早く死んだ年数) + YLD (Year Lived with Disability : 障害を抱えて生きる年数) により算定されるもので、病気や障害による時間的損失を表すものである。DALYsを用いることにより、国ごと、疾病ごとの経済損失を算定し、これにより予防や治療による疾病への介入がどれだけの損失の軽減に寄与し得るか等の、保健医療における経済学的分析が可能となる。
DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course)	結核患者を発見し治療するための、プライマリー保健サービスの包括的戦略。短期化学療法を用いた直接監視下治療(少なくとも最初の2か月間は、毎日、医療従事者が責任のある人が服薬を直接確認する)を意味する。WHOはDOTS戦略を、総合的な結核対策戦略へと発展させている(詳細はBOX5-3)。
GII (Global Issues Initiative on Population and AIDS) (人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ)	1993年の日米コモンアジェンダを受け、翌1994年に日本政府は人口とエイズ分野における援助を、以後7年間に30億ドルの貢献をすることを含め、積極的に推進していくことを表明したイニシアティブ。わが国がODAの特定分野の協力方針を、初めて世界に表明したという点において画期的なイニシアティブである。
IDI (Okinawa Infectious Diseases Initiative) (沖縄感染症対策イニシアティブ)	GII*終了後の日本の保健医療分野協力の戦略。2000年7月の九州・沖縄サミットの際に、以後5年間で30億ドルの貢献をすることを含めて表明されたイニシアティブ。HIV/AIDS、結核、マラリアに対して、2010年までの達成目標を示して、G8、途上国自身、国際機関、NGO、民間企業、市民等によるパートナーシップによって協働していくことを打ち出した。
アウトリーチ (Outreach)	アウトリーチとは、手を差し伸べる、という意味で、行政、NGOなどのサービスの提供者や援助者が潜在的なサービスの利用者のところに出向き、相手の関心を引き起こすように働きかけを行ったり、必要な支援を行ったりすること。
アルマ・アタ宣言 (Declaration of Alma Ata)	1978年9月にWHOとUNICEFの共催で、アルマ・アタ(旧ソビエト連邦、現カザフスタン共和国)で、143ヶ国の政府代表と67の機関が参加し「プライマリ・ヘルスケアに関する国際会議」が開催された。この会議の最終日にアルマ・アタ宣言が採択された。アルマ・アタ宣言は10章からなり、先進国と途上国の間の健康状況の不平等、それぞれの国内における政治的、社会経済的不平等に言及し、人々が保健医療ケアの計画と実施に対して参加する権利と義務があることを明言した。そのうえで、各国政府と国際機関に対する目標として「Health for All by the Year 2000」を提示し、その実現を目指すための鍵としてプライマリ・ヘルスケア*を位置づけた(中村1998)。
医制	明治政府が、西洋医学を導入するにあたり、その方針と実施基準等を定めた総合法典。1874年に公布された。医療行政に関して、中央・地方行政機構、医学教育の体系、病院の設立運営基準、医療従事者の取締規則、薬事行政など基本的なものがすべて盛り込まれている。
医療圏(一次、二次、三次)	限られた医療資源の効率的で適正な配置を図るとともに、医療保健福祉機関間の連携を図るための地域単位として設定されたもので、1985年の医療法*改正によって県ごとに設定することが規定された。住民の日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する市町村を単位とした一次医療圏(医療法には規定されておらず設置は都道府県の判断による)、入院治療を主体として病床数等の確保が規定された区域である二次医療圏、一次・二字医療圏では対応が困難で特殊な医療需要に対応する都道府県全域を対象とする三次医療圏がある。なお救急医療における「初期・二次・三次の救急医療体制」は、「二次医療圏」単位で完結することとされている。
医療法	医療施設のあり方を定める法律。診療所・助産所・病院・公的医療機関などの構造設備、人的配置基準、管理体制、適正配置、医療法人に関する基準を規定している。1942年公布の国民医療法に代えて、1948年に制定された。
医療保険	日本では、国が国民に医療を保障する社会保険システムとして医療保険制度がある。大きく被雇用者を対象とする被用者保険(職域保険)と、自営業者などを対象とする国民健康保険の二本の柱からなる。また、これらの現役世代の医療保険制度によって支えられている70歳以上の老人医療を取り扱う老人保健制度がある。
疫学	人間集団における疾病の分布とその発生原因を研究する科学。疾病の発生のさまざまな分布(時間的、地理的、空間的、性別、生活習慣等)からその要因や原因を探り出す基礎科学的側面と、それに基づく疾病発生の予防といった応用科学的側面を持つ。

用語	概要
エンパワーメント (Empowerment)	社会的、経済的、法的な力を付けるということ。とくに、文化的、歴史的、宗教的に権利を低く抑えられていた女性や社会階層の人々に対して使われることが多い。開発協力の分野では、これらの層のエンパワーメントが個人の発展ひいては社会全体の発展にもつながるという考え方をとっている。
家族計画	日本では、1920年頃バースコントロール（産児制限・産児調節と訳された）の必要を唱える運動が広がり、戦後、家族計画という名称でさらに広がった。今日、開発の分野では、人口抑制政策の一環という意味合いに取られることが多いが、本来は家族構成など将来の家族の人生設計のために、夫婦の意思によって避妊・出産間隔調整から初妊娠年齢の引き上げ、不妊治療などを実施できるようにすること。1994年の国際人口開発会議以降、リプロダクティブ・ヘルス・ライツ*の要素の一部として位置づけられた。
学校保健	児童生徒や教職員の健康を保持増進し、健康生活能力の発達をはかるために学校で行われる諸活動の総称。健康に対する知識と健康を維持・増進する実践的能力を身につけるための「保健教育」と、健康診断をはじめとする「保健管理」に大別される。
環境衛生	「環境衛生は、人間の身体の発育、健康及び生存に有害な影響を及ぼし、あるいは及ぼす可能性のある人間の物質的な生活環境においての一切の要素をコントロールすること」とWHOは定義している。環境衛生に対する取り組みの代表的なものは、感染症*予防のための防疫対策や、それに関連するし尿や汚物処理のためのごみ清掃対策、感染症*を媒介する蚊とハエ、ノミ、シラミ、ごきぶり、ねずみ駆除のためのそ族昆虫駆除対策、上下水道整備などであるが、時代の近代化と共に、食品衛生対策、公害対策、建築物の総合衛生管理対策、有害家庭用品対策、産業廃棄物対策、更に最近注目を浴びている環境ホルモン対策やハウスシック対策などといった内容も含むようになり、その内容は極めて広範囲で多様化してきている（東邦微生物病研究所）。
看護婦	傷病者などの療養上の世話または診療の補助をする専門職。一般に、高校卒業後3年～4年制の養成機関または大学を卒業し、国家試験に合格すると資格が与えられる。中学を卒業後2年以上の教育を受け、国家試験に合格すると与えられる準看護婦という資格もある。従来、女性の専門職であったが、1989年より男女に同一の教育機会が与えられ、正式に男性の看護師が養成されるようになり、さらに2002年3月には男女の名称が「看護師」に統一された。
感染症	細菌やウイルスなどの病原体が体内に侵入し増殖することを感染といい、これが原因となる病気を感染症という。人から人にうつる伝染性感染症（通常、伝染病を指す）以外にも、動物や昆虫から、あるいは傷口から感染する等の非伝染性感染症がある。感染してから発症するまでの期間が一般に急性な経過をとるものを急性感染症といい、感染してから発症およびその後の経過が長期にわたるものを慢性感染症という。また、HIV/AIDS、エボラ出血熱などのこれまで知られておらず近年問題となったものを新興感染症と呼び、結核、マラリアなどの一度は著しく減少したが近年再び増加し問題となっているものを再興感染症と呼ぶ。WHOは地球規模で感染症の脅威はなくなっていないと警鐘を鳴らしている。
キャパシティ・ビルディング (能力向上) (Capacity Building)	キャパシティとは、個人、組織、制度や社会が、個別にあるいは集合的にその役割を果たすことを通じて、問題を解決し、また目標を設定してそれを達成していく能力（問題対処能力）を指し、キャパシティ・ビルディングはそれを向上させること。組織・制度づくり（Institution Building）と対比して、組織・制度を実施・運営していく能力を向上させるという意味でも用いられる。近年は外部からこのような能力を向上させるのではなく、能力の主体が内発的に能力を向上させていくことが重要との考えから「キャパシティ・ディベロップメント」ということも多い。
合計特殊出生率 (Total Fertility Rate : TFR)	1人の（あるいはグループの）女性が、再生産年齢（15～49歳）を通して、特定の年の、年齢別特殊出生率に従って子どもを産むと仮定した場合、一生産で産むとされる平均子ども数をいう。
公衆衛生	国民の健康を保持・増進するため、公私の保健機関や地域・職域組織によって営まれる組織的な衛生活動。母子保健*、伝染病予防、成人病対策、精神衛生、食品衛生、住居衛生、上下水道整備、し尿・塵芥処理、公害対策、労働衛生などを対象とする。
厚生省	1938年に創設された、社会福祉、社会保障、公衆衛生*の向上を任とする中央行政機関の1つ。2001年1月に労働省と統合し、厚生労働省となった。
国勢調査	日本における「人口センサス」のこと。国内の人口や世帯の実態を明らかにすることを目的とする、国の最も基本的な統計調査。各種統計調査の標本抽出の元となる。外国人も含めた全世帯を対象とした全数調査で、総務省統計局が5年ごとに実施している。単に人口を把握するだけではなく、男女、年齢、配偶の関係、国籍の別に把握することをはじめ、社会・経済属性や日々の移動、又は社会移動も含む調査である。日本において近代的手法による正式な国勢調査が開始されたのは1920年である。

用語	概要
5歳未満児死亡率 (Under 5 Mortality Rate)	特定の年の、出生1000に対する5歳未満の子どもの死亡数の比率。5歳未満児死亡率は乳児死亡率に比べて、栄養改善や予防接種実施状況などを反映することから、総合的な福祉水準をあらわす指標として用いられる。一般に乳幼児死亡率という場合はこれを指す。
女性と開発 (Women in Development : WID)	女性は開発の担い手として、開発のあらゆる段階で積極的な参加の機会を与えられなければならないという開発援助のコンセプトの1つである。
助産婦	日本では昔からお産を介助する専門の女性があり、これを産婆と呼んだ。明治政府は1899年に「産婆規則」を制定、全国的な資格制度とし、年齢、業務範囲、登録制度について規定し、その後第二次世界大戦終了までは、地域の母子の健康や経済状態までよく知る専門職としてなくてはならない存在であった。1947年、新しい「保健婦助産婦看護婦令」が公布されて、助産婦という名称に改められた。また2002年3月から、看護師などと同様に「助産師」という名称に変更された。ただし、助産師への男性の参入については賛否両論があり争点となっている。
人口動態統計	2つの時点間において人口を変化させる要因である、出生、死亡、婚姻、離婚、死産等の数量を把握するもので、これによって、人口数・人口構成の変化を知ることが可能である。日本では1899年から開始された。広義の人口動態統計としては、この他に人口移動が含まれるが、これは国際人口移動と国内人口移動に分けられる。
生活改良普及員	第2次世界大戦終戦後、GHQは「農村の民主化」を推し進めた。その流れを受けて、農林水産省は農村生活の改善を目的として、1949年より生活改良普及員事業を実施した。教員や栄養士などの資格を持つ女性たちがリクルートされ、参加型社会開発手法や農村で必要な技術訓練を受けのち、県の農業改良普及所に配置された。生活改良普及員は「考える農民をつくる」との理念の下、ファシリテーターに徹し、住民参加の下で問題分析や問題解決が進められ、マルチセクターの開発を支援した。一般に「生改(せいがい)さん」の愛称で呼ばれる。
ソーシャル・マーケティング (Social marketing)	企業活動は自分自身の利益を追求するだけでなく、社会的責任を果たすために社会的利益も追求しなくてはならないとする考え方。この考え方はNGOや政府などの非営利団体にも広げられ、社会に貢献すべき組織である以上、高い水準のサービスを提供するのは当然であり、マーケティングの発想を取り入れなければならないとされる。
地区衛生組織活動	第2次世界大戦終戦後から1950年代後半にかけて、農村を中心として隆盛した、衛生害虫の駆除や環境衛生の改善などを行う村ぐるみの住民自身による活動。当初は「民衆組織活動」などと呼ばれていたが、1953年厚生省が「地区衛生組織活動」の名称で統一した。農村から始まったが後に都市部にも波及した。全国的に展開された「蚊とハエのいない生活運動」が特に有名。
乳児死亡率 (Infant Mortality Rate : IMR)	特定の年の、出生1000当たり(出産1000当たりをとる場合もある)に対する1歳未満の子ども(乳児)の死亡数の比率。乳児死亡率はその地域の保健状態をみるのにより指標とされている。
妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Rate : MMR)	特定の年の、出生数10万当たり(出産10万当たりをとる場合もある)に対する、女性の妊娠と出産に関連した死亡数の比率。妊娠と出産に関連した死亡とは、妊娠分娩および産褥期における疾病などによる死亡のこと。妊産婦死亡率は乳児死亡率以上に、国によって差が大きい。
必須医薬品	必須医薬品とは、WHO の定義では「大多数の住民のニーズを満たし、いつでも利用可能であるべき医薬品」をいう。1975年の世界保健総会 (World Health Assembly: WHA) でのWHO 事務総長の報告における「新しい医薬品政策 (possible new drug policies)」の提案に由来する。
病院・診療所	日本では、医療提供施設は医療法*によって規定されている。主な医療提供施設には病院、診療所、助産所がある。病院とは、20人以上の患者を入院させるための機能を有する施設をいい、診療所はそれに満たない機能を有する施設をいう。診療所には、一般診療所と歯科診療所がある。
プライマリ・ケア (Primary care)	プライマリ・メディカルケアとも言われる。一般医や家庭医による個人に対する予防や治療のことで、いわゆる1次医療を指す。
プライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care : PHC)	1978年のアルマ・アタ宣言*で提唱された概念。従来の疾病対策中心の医療と欧米型保健システムの導入が、開発途上国においては一部の人の利益にしかつながらず、多くの人々の健康状態は改善しないままであるという反省の上に生まれた。積極的な住民参加の下、基本的な保健医療をコミュニティのレベルで統合し、あらゆる地域、社会階層の人々に保健医療サービスを提供することを目指しているところに特徴がある。

用語	概要
平均余命	生命表においてある年齢の生存者がそれ以降に生存する平均年齢を、その年齢の平均余命という。特に出生時の平均余命を平均寿命 (Life Expectancy at Birth) と呼んでいる。
保健所	保健所は、地域住民の健康を保持・増進するために都道府県や政令指定都市などが設置する公的な保健機関である。保健所制度は1937年の保健所法により始まり、設置当初の保健所は富国強兵のため主に結核などの感染症対策や母子保健対策を行った。1947年に保健所法は全面改正され、保健所は地域住民の健康を守る地方の公衆衛生の第一線機関として機能が拡充強化された。保健所は予防接種、母子健診、結核診断、保健教育等の対人保健サービス(治療行為は除く)と食品衛生や環境衛生に関する対物保健サービスを提供するほか、統計整備や地域保健に関する思想の普及なども行った。保健所法は1994年に地域保健法に改められ(全面施行は1997年)、より住民に近いところで保健サービスを提供するため、対人保健サービスは市町村が担うことになり、保健所はより広域・専門的・技術的な拠点と位置づけられた。
保健婦	英語では一般にPublic Health Nurseと呼ばれるが、その養成制度や社会的地位については、各国で異なる。日本の場合、1920年前後から社会事業の一環として、家庭訪問による妊産婦や小児の生活指導・疾病予防などを行ったのが始まりで、その後制度化され、主に保健所*、国民健康保険組合、自治体に雇用され、健康診断、予防接種*、母子保健指導、結核療養指導、健康教育など、直接住民に保健サービスを提供する重要な役割を担った。しかし今日では、どちらかというと保健サービスの提供者というよりも行政職としての色彩が強い。なお保健婦になるためには、看護婦教育の上にさらに1~2年間の専門的な教育を受ける必要がある。看護師・助産師同様、2002年3月より「保健師」に名称が変更された。
母子健康手帳	日本においては妊婦から乳幼児まで一貫した母子保健対策を実施することを目的として、妊娠した者は妊娠の届出をすることになっており、これに対して交付されるのが母子健康手帳である。母子健康手帳は、妊娠、出産、育児に関する一貫した健康記録であるとともに、妊娠と乳幼児に関する行政情報、保健・育児情報を提供する。1942年の「妊産婦手帳」制度から始まり、改訂が重ねられてきた。
母子保健	母子の健康の保持・増進を目的とした保健衛生の一分野。
ポリオ	小児麻痺、急性灰白髄炎ともいわれる。ウイルスにより麻痺を起こす感染症で、現在天然痘に次いで第2の根絶可能疾患として、WHOをリーダーとする地球規模の根絶プログラムが進行中である(鎌田2001)。
ミレニアム開発目標 (Millennium Development goals: MDGs)	2000年9月の国連ミレニアム宣言と1990年代の主要な国際会議で採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたもの。2015年までに達成すべき国際社会の開発目標として、極度の貧困と飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダーの平等、女性のエンパワメント*の達成、子どもの死亡率削減、妊産婦の健康の改善、HIV/AIDS、マラリアなどの疾病の蔓延の防止、持続可能な環境づくり、グローバルな開発パートナーシップの構築が設定された。
予防医学	予防医学臨床医学と対比する学問領域として位置づけられている。この領域に含まれるとされる専門分野としては、保健統計、疫学*、健康教育論、保健医療行政論などから、ライフステージの各段階に対応した健康管理論(母子保健*・学校保健*)、地域レベルでの生活環境の保全対策などきわめて広範で多岐にわたる(華表2001)。
予防接種	感染症*罹患の予防を目的として、ワクチンなどを経口・経皮的に体内に入れること。これによって、感染症*に対する免疫が形成される。ワクチンとは、ウイルスや細菌を、弱毒化、不活性化もしくは無毒化したものである。
予防接種拡大計画 (Expanded Programme on Immunization: EPI)	1974年にWHOにより決議されたもので、主にWHO/UNICEFの共同事業として実施されている、世界中のすべての子どもに、ジフテリア・百日咳・破傷風・麻疹・ポリオ*・結核を予防するための予防接種を徹底するためのプログラムである。
罹患率・有病率 (Morbidity rate/Prevalence rate)	罹患率とは、一定期間内(年、月、週など)に新たに発生した患者の、単位人口に対する割合。有病率とは、最初に罹患した時期とは無関係に、ある時点における患者の単位人口に対する割合。
リプロダクティブ・ヘルス (Reproductive Health: RH)	日本語訳は「性と生殖に関する健康」。生殖系とその機能・過程に関連するすべての面において、単に病気や虚弱でないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態(well-being)にあること。1994年の国際人口開発会議(カイロ会議)において定義された新しい概念。

用語	概要
リプロダクティブ・ライツ (Reproductive Rights : RR)	すべてのカップルおよび個人が、何人の子どもをいつ持つかということについて、責任をもって自由に決定すること、そしてそのための情報と知識と手段について、アクセスできる権利をいう。リプロダクティブ・ヘルスと同様、カイロ会議において定義された。
リファラルシステム (Referral system)	一次医療から二次・三次医療へつなぐ紹介・搬送システムのこと。患者は初診を地元 の一次医療施設で受ける。一次医療施設が、さらに高度な医療が必要と判断した場合、 二次・三次医療施設へと、適切な処置の後、適切なタイミングで、紹介・搬送すると いった包括的なシステムのこと。
労働衛生 (Occupational health)	労働衛生労働環境の衛生・保健。主に雇用者が劣悪な環境の中で労働することによっ て傷害や疾病を招くことを防ぐことを目的とした、保健衛生の一分野。途上国では人 権意識が低い国が多く、労働者の働く環境は、危険物の取扱、照明、換気などの点で 法的な規制もなく、劣悪な状況であることが多い。

<参考文献>

- UNFPA 『世界人口白書2002』
- 阿藤誠 (2000) 『現代人口学 少子高齢社会の基礎知識』 日本評論社
- 蟻田功 (2001) 「ポリオ」 『国際保健医療学』 杏林書院
- 伊藤正男、井村裕夫、高久史磨 (2003) 『医学大辞典』 医学書院
- 華表宏有 (2001) 「予防医学」 『国際保健医療学』 杏林書院
- 厚生統計協会 (2003) 『国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊・第50巻第9号 通巻第784号』 廣済堂
- 国際看護研究会編 (1999) 『国際看護学入門』 医学書院
- 国際協力事業団 (1999) 『プライマリ・ヘルスケアをよく知るために～日本の経験を踏まえて～』 国際協力事業団
- 国際協力事業団監修、小早川隆敏編著 (1998) 『国際保健医療協力入門 理論から実践へ』 国際協力出版会
- 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 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』 国際協力事業団
- 国立国際医療センター編 (2001) 『国際保健医療協力ハンドブック』 国際開発ジャーナル社
- 鈴木庄亮、久道茂 (2003) 『シンプル衛生公衆衛生学2003』 南江堂
- 須知雅史 (1999) 「世界の結核 - DOTS戦略を中心として」 <http://www.jata.or.jp/rit/rj/gtc99.html>
- 統計局ホームページ：<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/qa.htm>
- 東邦微生物病研究所ホームページ<http://www.toholab.co.jp/kan-toha/kan-toha.html>
- 中村安秀 (1988) 「国際保健プロジェクトにおける基本概念」 『国際保健医療協力入門 理論から実践へ』 国際協力出版会
- 日本国際保健医療学界編 (2001) 『国際保健医療学』 杏林書院
- 日本人口学界編 (2002) 『人口大事典』 培風館
- 和田攻、南裕子、小峰光博 (2002) 『看護大事典』 医学書院

調査研究概要

1. 目的・背景

保健医療は人々の生命に深く関わる重要な分野であり、また社会や国の発展のためにも欠かせないものである。そのため、多くの途上国においては保健医療の改善が国家の重点目標の1つになっている。また、国際的にもミレニアム開発目標などで幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、HIV/AIDSやマラリア等の疾病の蔓延防止、安全な水の供給が目標として掲げられるなど、保健医療分野は支援の重点分野として認識されており、各ドナー、NGOも積極的な支援を繰り広げている。

日本も1999年に発表した「政府開発援助に関する中期政策」や2003年に改訂した「政府開発援助大綱」で保健医療分野を貧困対策の一環として位置づけ、重視することを打ち出すとともに、国際的にも「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」、「国際寄生虫対策（通称橋本イニシアティブ）」、「沖縄感染症対策イニシアティブ」など保健医療に関する各種イニシアティブを発表し、日本の経験を生かしつつ途上国の保健医療改善に貢献していく姿勢を明らかにしている。しかし、どのような日本の経験が途上国にとって有用なのか必ずしも整理・分析されていなかった。

日本においては、行政主導で全国に衛生行政網を整備し、各時代の主要な疾病に全国的に対応した経験、科学者等の協力を得つつ統計整備や保健医療状況に関する調査を実施し、それらに基づいた政策を立案・実施した経験、開業医・開業助産婦や住民組織など行政以外のアクターとも連携し、彼らの力を活用した経験、現場の保健婦等がアウトリーチ活動により住民のニーズにきめ細かく対応し保健医療状況を改善した経験、財源がそれほど潤沢でない時代から医療保険制度を導入し、国民皆保険を達成した経験などがある。このような経験は途上国の保健医療改善を考える上で参考になる点も多い。また、日本の経験としては、公害対策の遅れによる被害の拡大、人口の高齢化に対する長期的見通しの甘さからくる医療保険の財源の逼迫などの反省点もあり、このような反省点からも途上国が直面するであろうこれらの課題への対応についての何らかの教訓が得られるものと考えられる。

そこで本調査研究では、途上国の保健医療の課題を念頭におきつつ日本の保健医療経験を振り返り、途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の経験を整理した。そして日本とは状況の異なる途上国に日本の保健医療経験がどのように応用できるのか、また日本の経験を応用する際の留意点は何かについて検討・考察を行った。

なお、日本の経験の応用に当たっては、現地のニーズに応じて応用・調整を行っていくことが望ましく、日本の経験を途上国にそのまま移転するものではないことを念のため申し添えておく。

2. 報告書内容構成

本報告書は序章と第1、2、3部から構成されている。まず序章「開発途上国の保健医療の課題」では、途上国が現在直面している保健医療の課題について概観し、さらに途上国の保健医療改善に対する国際社会や日本の援助動向についてもとりまとめた。

第1部「日本の保健医療の概観」では、日本の保健医療に関する取り組みを分析する上での基礎資料として、日本の保健医療の変遷および現在の保健医療サービス供給体制について概観した。

続く第2部「日本の保健医療の経験」では、序章および第1部を踏まえ、途上国が直面している保健医療課題に対する日本の経験につき、採られた政策やアプローチ、その取り組みの成果やポイントについて分析し、途上国の保健医療改善を考える上での示唆や留意点などについて検討した。第2部ではまず健康課題別の取り組みとしてミレニアム開発目標にも掲げられている母子保健や感染症対策について

「母子保健」、「家族計画」、「感染症対策（結核対策、寄生虫対策、予防接種）」を取り上げて日本の経験を整理した。また、母子保健や感染症対策で成果が上がった後の健康課題となった公害問題や労働衛生について「公害対策」「労働衛生」の章で日本の取り組みをまとめた。

次いで、保健医療の仕組み・制度の側面から、母子保健や感染症対策を効果的に進めた地域や学校での取り組みに焦点を当てて「地域保健」、「学校保健」の章を設けた。また、交通事故の急増をきっかけに整備されていった救急医療についても、「救急医療」の章で紹介した。さらに、保健医療サービスへのアクセス改善に大きく役立った「医療保険」の整備についても取り上げた。

その他、母子保健や感染症対策などすべての健康課題の基盤ともいえる衛生環境の改善について補章として簡単に紹介した。

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」では、第 部・第 部のまとめとして日本の保健医療の取り組みの横断的分析を行い、日本の特徴を踏まえた上で途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の取り組みを分析・整理した。

3. 調査研究実施体制

本研究会の実施体制は下記のとおり。

座長	中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科教授
委員	中野 博行	聖マリア病院国際協力部小児科保健医療協力部長
	飯島 愛子	ジョイセフ（家族計画国際協力財団）人材養成事業部長
	建野 正毅	国立国際医療センター国際医療局派遣協力第一課長
	小川 寿美子	琉球大学医学部医学科助手
	稲岡 恵美	東京大学医学系研究科国際地域保健学専攻客員研究員
アドバイザー	藤崎 清道	JICA医療協力部長（2003年8月まで）
主査	高橋 央	JICA国際協力専門員
タスク	境 勝一郎	JICAザンビア事務所次長
	上田 直子	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課課長代理（事務局兼務）
	平岡 久和	JICA職員（WHO西太平洋地区事務局にて研修）
	中谷 香	JICA青年海外協力隊事務局海外第一課 ジュニア専門員
	足立 佳菜子	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 職員（事務局兼務）
	駒澤 牧子	アースアンドヒューマンコーポレーション
事務局	半谷 良三	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 課長（2004年1月まで）
	佐藤 和明	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 課長代理（2003年11月まで）
	銅口 泰子	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 JICE研究員

4. 報告書作成方法および執筆者

本報告書は下記の執筆者が作成した原稿を研究会での議論を基に執筆者および事務局で修正し、それらを事務局およびコンサルタントにて編集してとりまとめたものである。

調査研究概要	<執筆者>
序章 開発途上国の保健医療の課題	足立佳菜子 足立佳菜子
第 部 日本の保健医療の概観	
第 1 章 保健医療の取り組みの変遷	駒澤牧子
第 2 章 保健医療サービス供給体制の現状	駒澤牧子
第 部 日本の保健医療の経験	
第 3 章 母子保健	中村安秀
第 4 章 家族計画	飯島愛子・上田直子
第 5 章 感染症対策	
結核対策	平岡久和・駒澤牧子
寄生虫対策	建野正毅
予防接種	平岡久和・駒澤牧子
第 6 章 公害対策	稲岡恵美
第 7 章 労働衛生	高橋央
第 8 章 地域保健	小川寿美子・上田直子・ 駒澤牧子
第 9 章 学校保健	建野正毅
第10章 救急医療	中野博行
第11章 医療保険	境勝一郎・中村安秀
補 章 環境衛生	駒澤牧子
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	駒澤牧子
付録 保健医療関連統計	駒澤牧子
全体編集：駒澤牧子・足立佳菜子・銅口泰子	

序章 開発途上国の保健医療の課題

途上国協力を参考になりうる日本の経験を考察する上では、現在途上国がどのような課題を抱え、国際社会はどのように対応しようとしているのかを理解しておくことが必要である。そのため、本章では、現在開発途上国が直面している保健医療の課題を整理し、それらに対する国際的な援助動向および日本の援助動向を概観する。

1. 開発途上国が直面している保健医療の課題

保健医療は人の生命に関わる重要な分野であり、また社会や国の発展のために欠かせない分野である。そのため、多くの途上国では保健医療の改善が国家の重要目標の1つになっているが、高い乳幼児死亡率や妊産婦死亡率、感染症の蔓延、安全な水へのアクセスの欠如、不十分な衛生設備に苦しむ人々はいまだ多い。また、労働災害や職業病、公害の被害も先進国よりも途上国に多い。これらの課題は日本も経験し、その克服に取り組んできたものである。

(1) 高い乳幼児死亡率・妊産婦死亡率

開発途上国では高い乳幼児死亡率や妊産婦死亡率が大きな課題となっており、これらの削減が国家目標になっている国も多い。乳幼児死亡率や妊産婦死亡率は途上国自身の取り組みや国際的な協力により減少傾向にあるが、それでも毎年、約

1,100万人の子どもが予防可能な原因で死亡している¹。栄養や衛生、妊産婦の健康を改善したり、必要な教育を普及させればこれらの子どもの死の多くは防ぐことができるものである。

世界では、毎年50万人以上の妊産婦が死亡しているが、特にサブサハラ・アフリカでは状況がひどく、女性の13人に1人は妊娠や出産が原因で死亡している²。周産期の健康管理を行うことや訓練された保健婦が出産に立ち会うことで妊産婦死亡率を低下させることができるが、南アジアやサブサハラ・アフリカでは保健婦が介助する出産は40%未満である³。

(2) HIV/エイズ、結核などの感染症の蔓延

HIV/エイズをはじめとする感染症は途上国にとって克服すべき大きな課題となっている。HIV感染者の90%は途上国の人々であり、他の感染症でも罹患者は途上国に多い。2000年末までに約2,200万人がエイズで死亡し、サブサハラ・アフリカではエイズが死因の1位になっている⁴。毎年、3億人がマラリアに罹り、6,000万人が結核に感染している。これらの感染症は現在の医療技術で治療可能であるが、こうした医療を受けられず、毎年結核で200万人が、またマラリアで100万人が死亡している⁵。感染症による死亡や障害のために労働力の低下が起こり、治療に要する費用のため貧困が悪化し、乏しい国家予算が圧迫される。

表序-1 乳幼児死亡率(2000年)

	乳児死亡率 (出生1,000人当たり)	5歳未満死亡率 (出生1,000人当たり)
開発途上国平均	61	89
OECD諸国平均	6	14

出所：UNDP(2002)

¹ UNDP(2002) p.31

² *ibid.* p.32

³ *ibid.* p.33

⁴ *ibid.* p.33

⁵ *ibid.* p.34、WHO(2002)

(3) 安全な水へのアクセス欠如、不十分な衛生設備

安全な水や適切な衛生設備の欠如のため、下痢やマラリアなどが引き起こされている。毎年、約40億人が下痢になり、約220万人が死亡している。その多くは子どもであり、途上国における子どもの死亡原因の15%が下痢によるものである。2000年に安全な水を利用できなかった人は11億人に上る⁶。

(4) 労働衛生、公害

毎年2億5,000万人が労働災害に遭い、1億6,000万人が職業病に苦しんでおり、120万人が死亡している。労働災害や職業病の犠牲者は労働環境の悪い途上国に多い上に、途上国では社会保障のカバー範囲が限られていることが多く、怪我をした後病気になる場合の打撃は大きい。

工業化を急速に進める途上国においては公害の被害が顕在化している。工業化を急ぐあまり公害防止対策が後回しとなり、大気汚染や水質汚濁、酸性雨などの問題が起こっており、途上国の人々の健康に悪影響を与えている。

(5) 乏しい国家予算、脆弱な行政能力、不十分な制度

このように途上国の保健医療は多くの課題を抱えているが、それらに対処するための予算は非常に限られている。高所得国では1人当たりの保健医療支出は2,733ドルであるのに対し、低所得国では1人当たりわずか21ドルしか支出されていない⁸。また資金が限られているだけでなく、現状を調査し、調査結果に基づいて適切な政策を策定・実施する行政能力に課題があることもまれではない。

社会保障制度の不備も大きな問題である。途上国の貧困層は病気や事故に遭っても必要な費用が捻出できず適切な治療を受けられない場合が多い。治療に要する費用を無理に捻出して少ない資産を失うこともある。貧困層でも適切な治療を受けられるよう保険制度を整備することが望まれる

が、十分な予算がない、保険制度があっても適切に運用されていないなどの問題があり、最も保険を必要とする貧困層が保険制度の適用を受けられないことが少なくない。

(6) 保健医療に携わる人材や保健医療機関、医薬品の不足

保健医療に携わる人材や保健医療機関、医薬品の不足も大きな課題である。高所得国では1,000人当たり2.9人の医師がいるのに対し、低所得国ではその約6分の1の0.5人である。1,000人当たりのベッド数は高所得国では7.2であるが低所得国ではその5分の1以下の1.3にすぎない⁹。医薬品の不足も深刻な問題である。途上国における主な死因は感染症であるが、感染症に対して有効な薬があっても貧困層にとっては高価なため入手できないことが多い。

2. 保健医療に関する援助の動向

(1) 国際的援助動向

上記で述べたような保健医療の課題は従来より認識されており、保健医療分野は現在に至るまで援助の重要分野として国際的な取り組みが実施されてきている。特に1990年以降は国際的な目標値を設定し、途上国、先進国の官民含めた関係者が協力して世界、特に途上国の保健医療の改善に取り組んでいこうという動きが活発になっている。そして、目標を達成するために重要なアプローチとしてオーナーシップとパートナーシップが強調されている。以下では保健医療に関する国際的な目標と重視すべきアプローチを中心に保健医療分野における国際的援助動向について述べる。

援助が始まって以来、保健医療分野への協力は実施されていたが、1970年代にはBHNアプローチが提唱され、保健医療、栄養、安全な水などへの援助が重視されるようになった。1977年のWHO総会では「Health for All by the year 2000

⁶ UNDP (2002) p.36

⁷ Somavia (2000)

⁸ World Bank (2002)

⁹ *ibid.*

(2000年までにすべての人々に健康を)」が提唱され、これを達成する戦略として1978年のアルマ・アタ宣言でプライマリ・ヘルスケア（Primary Health Care : PHC）アプローチが打ち出された。公平、地域社会の参加、予防重視、適正技術、複合的アプローチを原則とするPHCアプローチは現在に至るまで人々の健康改善および貧困削減のための重要なアプローチと考えられている。

1990年代になると保健医療に関するさまざまな国際的な目標が設定され、新たな概念も出てきた。例えば1990年の子どものための世界サミットでは、1995年までに新生児破傷風、2000年までにポリオ根絶、麻疹発症90%減、死亡95%減という目標が打ち出された。1994年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議（International Conference on Population and Development : ICPD）では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康/権利）という概念が出され、性と生殖に関する権利は基本的人権であると考えられるようになった。1995年に中国の北京で開催された世界女性会議では、女性のエンパワーメントと地位向上のための重点課題の1つとして健康問題が取り上げられ、リプロダクティブ・ヘルスを含めた女性の心身の健康向上を目指して国際的に取り組んでいくことが謳われた。

1995年にデンマークのコペンハーゲンで開催された世界社会開発サミットは、それまでの社会開

発に関連した国連会議の集大成と位置づけられる。このサミットでは、社会開発、経済発展、環境保全のバランスのとれた人間中心の開発が重要との認識が示され、教育およびプライマリ・ヘルスケアへの普遍的かつ平等なアクセスをもたらすことがコミットメントの1つとして採択された。

世界社会開発サミットの流れを受けて、1996年のDAC上級会合では「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献（通称DAC新開発戦略）」という開発戦略文書が採択された。DAC新開発戦略では保健医療を含む開発の国際的な目標（International Development Goals : IDGs）が打ち出され、目標を達成するためには途上国のオーナーシップと幅広い関係者のパートナーシップ（協調）が必要とされた。

このような流れを受けて、国際的な開発目標を総括する形で2000年9月の国連総会ではミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）が採択された。DAC新開発戦略はドナー国間の合意であったが、MDGsは先進国、途上国を含めた189カ国が合意した目標であり、現在MDGsは国際社会が共有する開発目標となっている。また、MDGsにおいては民間セクターとのパートナーシップも以前にも増して強調されており、目標達成のためには官民が協力して取り組んでいくことが重要であるとの認識が示された。

2002年に南アフリカのヨハネスブルクで開催

BOX序・1 DAC新開発戦略における保健医療関連目標

- ・2015年までに途上国の乳児死亡率および5歳未満の子どもの死亡率を1990年の1/3に削減する。
- ・2015年までに妊産婦死亡率を1990年の1/4に削減する。
- ・2015年までにリプロダクティブ・ヘルスサービスを普及する。

出所：OECD / DAC (1996)

BOX序・2 ミレニアム開発目標における保健医療関連目標

- ・5歳以下の子どもの死亡率を2/3削減する。
- ・妊産婦死亡率を3/4削減する。
- ・2015年までにHIV / AIDS、マラリアやその他の疾病の蔓延を阻止し、減少に転じる。
- ・2015年までに、安全な飲料水を継続的に利用できない人々の割合を半減する。

出所：国連開発計画（2000）「ミレニアム開発目標」

された持続可能な開発に関する世界首脳会議（World Summit on Sustainable Development : WSSD）では、ミレニアム開発目標を踏まえた実施計画が採択された。WSSDに先立って保健分野における国際協力についての考え方および優先事項を共有することを目的とした非公式準備会合が日本で開催された。この会合では途上国の自助努力とパートナーシップが重要であるとの認識が示された。また、保健分野で問題が発生した際の対応と、予防のための対応（保健教育、保健知識の向上、安全な水の供給、衛生、予防接種等）との間でバランスを図ることに留意する必要があるとされた。

近年のG8サミットでも保健医療の改善に向けた取り組みの重要性に言及されることが多い。特にHIV/AIDSをはじめとする感染症対策が重視されている。

また、政府のみならず民間セクターやNGO、地域社会もサービス提供者としてとらえ、求められるサービスは多様化している。住民も受け身の受益者ではなく、サービスの質をチェックし、意思決定に影響を及ぼす役割を果たすべきとの考え方が広がってきている。

（2）日本の取り組み

日本も従来より保健医療分野の協力を積極的に行っており、この分野の協力を行う上では、行政、民間、地域社会が一体となって保健医療の課題に対応してきた日本の経験が有用であり、日本の経験を生かして協力を行っていくことを国内外で繰り返して述べている。

1992年に発表され、2003年に改訂された政府開発援助大綱（ODA大綱）では、感染症等の地球的規模の問題への取り組みや保健医療分野への支援が重点項目に含まれている。

1993年には「地球的展望に立った協力のための共通課題（日米コモン・アジェンダ）」が発足した。日米コモン・アジェンダの4つの柱のうちの

1つが「保健と人間開発の促進」であり、4つの柱の下にある18のイニシアティブには「人口・健康」と「新興・再興感染症（特にHIV/AIDS）」の2つの保健分野が含まれていた。日米コモン・アジェンダに対応するため、日本は1994年に「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（Global Issues Initiative on Population and AIDS : GII）¹⁰」を発表し、人口・エイズに対して積極的に取り組んでいくことを表明した。

1996年のリヨン・サミットでは、社会保障政策について、各国が互いの知識と経験を共有することにより、それぞれの国が抱える問題の解決を目指す「世界福祉構想（Initiative for a caring World）」を橋本首相（当時）が提唱した。

また、1998年のバーミンガム・サミットでは、橋本首相は「国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）」を打ち出し、援助協調（国際協力の効果的推進）と、寄生虫対策のための研究を推進した。また、効果的プロジェクトの展開とともに、それぞれの国内での寄生虫対策の経験を生かした協力体制の強化を訴えた。

1999年に発表された「政府開発援助に関する中期政策（ODA中期政策）」では重点課題の1つとして「貧困対策・社会開発分野への支援」が掲げられている。その中で、保健医療分野において住民参加やNGOとの連携を積極的に進めつつ、日本の経験を生かした保健医療政策改善、保健医療システム構築、施設整備を中心に支援していくことが述べられている。

2000年の九州・沖縄サミットで公表された「沖縄感染症対策イニシアティブ¹¹」の中でも、感染症対策を効果的に実施するために、戦後、公衆衛生活動と連携し、結核による死亡を激減させたような日本の経験と知見を応用・普及する支援に努めたい、と日本の経験を生かした協力を実施していく旨が述べられている。

2002年の持続可能な開発に関する世界首脳会議（WSSD）では、小泉首相は公害を克服した日本

¹⁰ 1994年度から2000年度までの7年間にODA総額30億ドルを途上国協力で拠出する旨を表明し、1995年度末までに目標を達成した。

¹¹ 感染症分野および関連する社会開発分野に対し、2000年から5年間で総額30億ドルを目処とする協力を実施する旨を表明したもの。

の経験を国際的に共有することの重要性を強調した。また、日本は、持続可能な開発のために行うプロジェクトとして、保健分野では「感染症対策人材育成 (Human Resource Development on Infectious Disease Control)」「シャーガス病対策プロジェクト (Chagas Disease Vector Control Projects)」「結核対策プロジェクト (Tuberculosis

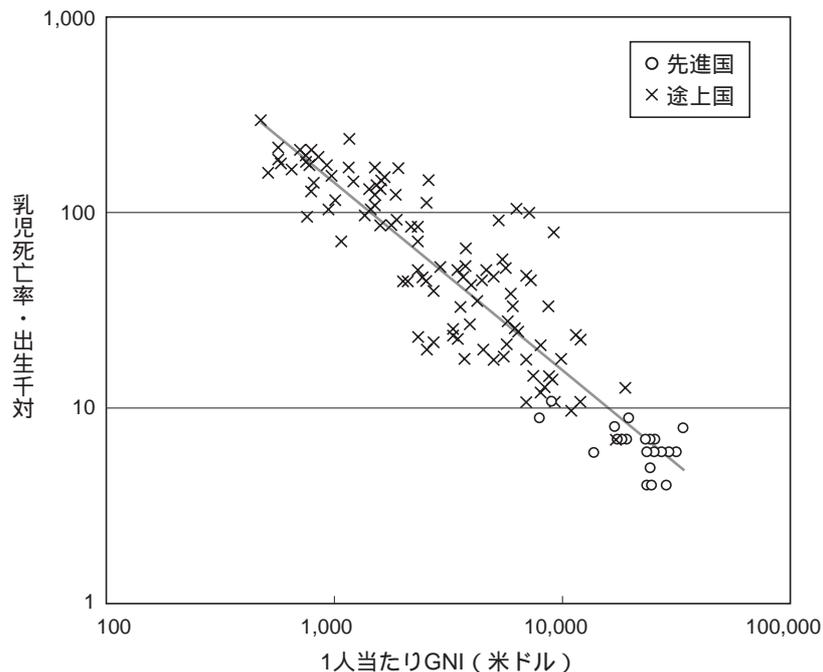
(TB) Control Projects)」「母子手帳プロジェクト (Maternal and Child Health (MCH) Handbook Projects)」に取り組んでいくことを表明した。

このように日本の経験を生かしつつ途上国への協力を実施していくことは、国際的な場で表明されてはいるが、具体的に日本のどのような経験が途上国にとって有用なのか、日本の経験

BOX序・3 乳児死亡率と経済発展

日本の保健医療の経験が途上国に参考になりうるかを考えるにあたり、経済発展と乳児死亡率の関係を見てみると、英国や米国をはじめ、ほとんどの先進国が経済発展のレベルに応じて同じような保健医療の課題および対応の変遷を遂げており、日本も例外ではない¹²。下の図は地域の健康や医療サービスの状態を示す指標として用いられている乳児死亡率と、国民の経済的生産力の指標である1人当たりGNI¹との関係を、先進国²と途上国においてみたものである。個々の国々の事情に応じた差異はあるにせよ、大枠では経済発展のレベルと保健医療の状態には関連があり、多くの国では経済発展とともに保健医療の状態が連続的に変化していくものと予想できよう。このことから日本のたどった保健医療の変遷は途上国にもある程度の示唆を与えるものと推察できる。

国別の1人当たりGNIと乳児死亡率の関係



出所：乳児死亡率：国連人口部 World Population Prospects : The 2002 Revision

1人当たり国民総所得 (GNI)：世界銀行 World Development Indicators 2002(2002年)より2000年の数値より、駒澤牧子作成。

- 1 GNPをさまざまな観点から修正したもの。詳細は世界銀行“World Development Indicators 2002”を参照のこと。
- 2 カナダ、米国、日本、シンガポール、オーストラリア、ニュージーランド、イスラエル、チェコ、ポーランド、デンマーク、フィンランド、アイルランド、ノルウェー、スウェーデン、英国、クロアチア、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、スロベニア、スペイン、オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、オランダ、スイスの27カ国。

¹² 橋本 (1968)

を生かす上での留意点は何かなどについて体系的に整理はされていない。日本の経験を生かした効果的な協力を実施していくためには、途上国にとって有用な日本の経験を早急に検討し、整理する必要がある。

また、途上国からは乳児死亡率の急激な低下をはじめとする日本の保健医療改善の経験を自国の保健医療改善に生かしたいというニーズもある。そのため、次章以下では日本の保健医療に対する取り組みの変遷を概観し、その中で途上国にとって有用と思われるテーマについて日本の取り組みを分析していく。

< 参考文献 >

外務省ホームページ

(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/index.html>)

国際協力機構国際協力総合研修所(2003)『援助の潮流がわかる本 - 今、援助で何が焦点となっているのか』国際協力出版会

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 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』国際協力事業団

国際協力機構ホームページ

(<http://www.jica.go.jp/Index-j.html>)

国連開発計画(2000)『ミレニアム開発目標』

(<http://www.undp.or.jp/Publications/MDGs.pdf>)

橋本正己(1968)『地域保健活動 - 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院

UNFPA(2002)『世界人口白書2002 人々・貧困・広がる可能性』

ILO Safe Work Home (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/index.htm>)

OECD/DAC(1996) *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*

Somavia, Juan(2000) "Decent Work, Safe Work"

(<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/decent.htm>)

UNDP(2002) *Human Development Report 2002*

World Bank(2002) *World Development Indicators 2002*

WHO(2002) Tuberculosis Fact Sheet No. 104

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/who104/en/>)