

ガーナでの世界福祉構想セミナー

—— 母子保健を中心に ——

母子保健研究部 加藤忠明

厚生省大臣官房政策課 熊本正人

厚生省大臣官房国際課 中司小智江

要約：国際協力が進む中、ガーナ等に対する国際母子保健協力の日本のあり方を検討した。ガーナ政府の社会保障・母子保健に関する問題点や課題は、人口増大の抑制、公的医療保険の導入、公的年金制度の拡大、高齢者福祉、ストリートチルドレン防止、保健・医療従事者の研修強化などであったが、これらの政策推進のためには、正確な統計が必要である。国際協力では、被援助国の自助努力が大切であるが、ガーナの一般住民の中には、真に救済すべき人達が多くいる現状を考慮しなければならない。日本人は、英語などの語学力が、欧米人と比較して不十分であるが、被援助国と対等でありたいと願いながら援助している点、フエジーな人間関係を嫌っていない点、限定された資源を利用して、疾病予防・治療を効果的に行っている点などは、国際協力を行う際の利点である。日本の母子保健の歴史、乳児死亡率の低下経過を紹介することは、開発途上国にとって、医療健康政策の立案や遂行を行う際に役立つであろう。日本の乳児死亡率の低下過程で注目すべき点は、抗生物質や予防接種が普及する前に、肺炎や結核などの感染症が減少した点である。子どもの栄養状態の改善、また教育水準の向上や一般的な衛生に関する知識の教育・普及が、医療の進歩とともに大切である。

見出し語：世界福祉構想、母子保健、ガーナ共和国、国際協力、自助努力

Seminar on the Initiative for a Caring World in Ghana (mainly on Maternal & Child Health)

Tadaaki KATO, Masato KUMAKI, and Sachie NAKATSUKA

Summary: Seminar on the Initiative for a Caring World was held in Ghana in 1998. The issues of the Ghanaian Government were controlling population growth, induction of public medical insurance, expansion of public pension system, welfare for the aged, prevention of street children, and in-service training of medical staff. The precise statistics are considered to be necessary to promote these policies. Self sustainability is important in international cooperation relieving the poor. In this paper maternal & child health is mainly discussed.

Key Words: Initiative for a Caring World, Maternal and child health, Republic of Ghana, International cooperation, and Self sustainability

I 目的

1996年のリヨン・サミットで、当時の橋本総理が世界福祉構想 (Initiative for a Caring World) を提唱した。これに基づき、筆者らは1998年4月、ガーナ共和国アクラ市において、社会保障と母子保健に関して講演する機会を得た。そこで、今回は主として後者に関してまとめ、日本としての国際医療・保健協力のあり方を模索した。

世界福祉構想とは、公衆衛生、医療保険・年金等を含めた広義の社会保障の問題について、先進国と開発途上国がお互いの知恵・経験を共有することである。今回のガーナでのセミナーは、母子保健を含む広義の社会保障分野での開発途上国の仕組みづくり・人づくりのための支援強化を目的とした。

II 対象と方法

世界福祉構想セミナーでの講演に先立ち、ガーナの社会保障^{1~3)}や母子保健^{4~6)}に関する資料を収集した。また、現地の国際協力事業団 (JICA)、日本大使館、ガーナ共和国の大蔵省 (Ministry of Finance)、保健省 (Ministry of Health)、社会保険庁 (Social Security and National Insurance Trust)、社会福祉部 (Department of Social Welfare) 等、各省庁の幹部と面会し、ガーナでの関心事や課題を聴取した。そして、それらに基づいて講演を行い、前記の各省庁の行政官やマスコミの人達と質疑応答を行った⁷⁾。今回は、他の資料^{8~9)}も参考にしながら、今後の日本の国際協力のあり方を考察した。

III 結果と考察

1、ガーナ共和国の現状と課題、日本との比較

ガーナ共和国は、アフリカのサハラ以南に位置しており、1957年に独立した。首都はアクラ市、公用語は英語、推定人口は1,800万人 (1996年)、人口増加率は約3%、乳児死亡率は70 (1996年) であった。アフリカの中では、比較的治安は良いものの、高温・多湿であり、マラリア、肝炎、腸チフス、コレラ、住血吸虫症、皮膚疾患等の感染症罹病率が高く、インフラ整備

の不良・交通マナーの欠如のため交通事故が多かった。

ガーナでは、国勢調査は実施されず、国民の現状を把握するシステム (戸籍、住民票、市役所等行政体制の整備) がないことが、日本と比較した大きな相違点であった。一般の住民にとって何が問題点であり、政策によりどのような効果があるかを知るためには正確な統計がどうしても必要である。従って、ガーナが以下の政策を進めるためには、正確な統計を取ることが最も大切であると考えられる。

ガーナ国政府としての社会保障・母子保健に関する現在の問題点や課題は以下のようにまとめられる。――以下は、それに対応して、ガーナの政策の基礎資料・参考となるように、今回のセミナーで日本の状況を報告した内容である。①、②を除けば日本の現在の問題点と共通する内容は多い。

①人口増大の抑制

ガーナでは、人口増大が将来危機的な問題になることを予測し、その対策として1993年に国家人口審議会を設置し、出生率を下げるため、家族計画の普及に取り組んでいた。

――日本でも第二次大戦後、人口増加が問題となり、家族計画が重大な関心事となった時期があった。この時は、不法な人工妊娠中絶による母体の健康障害防止の目的で優生保護法 (現在の母体保護法) が制定された。そしてその後、経済的理由も含めて中絶が合法化された。

逆に現在の日本では、少子化が問題になっている。その背景は、ガーナにとって興味深いものであったが、日本としては政策的に行ったものではない。統計学的には晩婚化、非婚化による20、30歳代の未婚率の増加による。そして、その背景としては、女性の高学歴化と就労女性の増加、そして、男性の家事・育児への参加の少なさ等があげられる。

②公的医療保険の導入

ガーナでは現在、任意の民間医療保険はあるが、今後は、公的医療保険の導入を計画していた。そのためには、保険の必要性を住民に理解させ、ことに自営業者からの保険料徴収を可能にすることが必要であった。また、地域による疾病構造の格差に対する財政措置などが望まれていた。

――日本は1961年以降、国民皆保険制度のおかげで、

患者は比較的安い実費で、また、自分が病院を選択して受診することができる。しかし、医療施設や保健サービスを拡充するだけでは、住民は必ずしもそれらを利用しない。それらを利用する権利があることを住民は教えられて始めて活用できるようになる。

日本では、小学校からの初等教育の整備により、その中で健康教育も行われている。自分の健康は自分で守ることを理解した人達は、保険の必要性を理解し、また地域格差が少なくなると考えられる。

③公的年金制度の拡大

ガーナでも日本と同様、年金受給年齢の引き上げが検討されていた。ガーナの年金の被保険者は、ほとんどが公務員や企業の被雇用者であり、全人口の10%しかカバーしていなかった。そこで、今後は自営業者、小企業労働者、農林水産業者等への適用の拡大を計画していた。

——日本では住民基本台帳が整っており、国民年金の被保険者事務を行う市町村は、住民票を通じて誰がどこに住んでいるか把握している。これは保険料の徴収の面でも有効に機能している。自営業者への適用拡大時には、市区町村及び各地域のボランティア的担当者が戸別訪問して年金の広報、適用、徴収活動を行った。

④高齢者福祉

ガーナでも日本と同様、核家族の拡大、家族の崩壊により、高齢者を誰が世話するか、また高齢者の生き甲斐をどう見つけるか、が問題になっていた。以前の高齢者は伝統的には一家の実力者であったが、最近では、支えている家族の財政的負担になってきた。特に年金保障のない地方の自営業の高齢者が問題になっていた。ホームレスの高齢者のための国立貧困者診療所を地方にも設立したり、地域のリハビリプログラムを展開していた。

⑤ストリートチルドレン防止

ガーナでは家族の崩壊等により、子どもではストリートチルドレンの増加が問題になっていた。これに対しては、草の根的活動で父親の力を活かし、コミュニティを強化して子どもを地域にとどめようとするプログラム、NGOの資金援助による両親教育などが行われていた。

——日本でも戦争直後に多かった戦争孤児が、ス

トリートチルドレンの増加につながる可能性はあった。しかし、たとえ親はいなくても親戚の誰かが育てていることが多かった。そして、米国のGHQの健康政策により、ミルク供給や初等教育が孤児達に行われ、また、その保護と広く児童の健全育成を図るため、日本の児童福祉法は1947年に制定された。

現在、日本では孤児はあまりいないが、子ども虐待の増加が問題になっている。各種の育児支援、家族支援をそれぞれの地域の実状に応じて推進することが望まれている。現在では子どもの権利をより尊重すべきとの考え方がより強くなっている。

⑥保健・医療従事者の研修強化

ガーナは乳幼児死亡率は高いが、医師の報酬が低い。ため優秀な医師は海外へ流出した。ガーナの医療制度の障害は、地域的、財政的なアクセスが限られていること、財源の配分が非効果的、地域、民間等の連携欠如等があげられていた。

弱者のグループである母子は全人口の約70%を占めており、母子の疾病罹患や死亡を減少させるため、母子保健・家族計画サービスの強化を計画していた。性感染症、エイズ、がん等に対する医療の供給、女性の生殖器切断のような危険な伝統的慣習防止等の必要があった。

また、地域保健の現場に現在従事している保健・医療従事者の養成、訓練（再訓練、in-service training）の必要性、すなわち地域資源の有効活用の必要性が高いと報告された。そこで、日本からJICAがチームごとガーナ保健省の中に迎え入れられ、医療技術者の技術の向上をめざして、プロジェクト方式の研修、技術協力を行っている（母子保健プロジェクト⁸⁾）。

⑦その他

その他、多産社会における有給育児休暇の企業財政、女性の社会進出に伴う職場の保健の整備等が問題になっていた。

2、日本の母子保健の歴史

今回のセミナーの中で筆者は、日本の母子保健について報告した。今後のガーナの医療健康政策に関して参考になると考えたからである。その中で主として日本の乳児死亡率が低下した歴史、また、ガーナから反

響があった内容（前述の内容を除く）を中心に以下述べる。

①衛生

乳児死亡率は、それぞれの地域や年代の衛生指標であるといわれている。日本は経済成長に伴って、上下水道や交通網を整備し、以下、述べるように衛生環境に関する配慮を行ってきた。

②教育

日本では1872年に学制が公布され、1915年には、学齢期の子どもの98%以上が小学校に通学するようになった。この国民の識字率、教育レベルの高さは、当初、富国強兵政策などの国づくりに利用された。しかし、そのおかげで、強い兵隊をつくるためには、健康な子どもを産み、育てること、すなわち母子の健康を守ることが大切であることが見直された。

日本の乳児死亡率は、明治・大正時代までは出生1000対140～180と、現在の開発途上国以上に高率であった。しかし、1918年に最高値188.6を記録した後、ほぼ毎年、低下し続けている。高い識字率を達成させた後、健康教育を一般の住民に実施しやすくなった結果と考えられる。

教育による成果は、第二次世界大戦前後の乳児死亡率の低下に最もよく現れている。戦争中の死亡率の統計はないものの、1940年の90.0から、1947年の76.7へと低下した。この栄養、衛生、医療環境の悪化していた時期に、乳児死亡率が低下した理由としては、教育レベルの高さしか考えられない。また、このことは国民全体の医療費はたとえ少なくとも、乳児死亡率を低下させうることを示している。

③栄養

日本の子どもの発育値は、第二次大戦前後の一時的に減少した時期を除き、1915年から1975年までは増加し、栄養状態の向上がみられた。栄養不良の子どもは、免疫力が低下して各種の感染症に罹りやすかった。それが、抗生物質や抗結核剤、予防接種が普及する以前に、栄養状態の改善に伴い、肺炎や結核などの感染症での死亡数が減少した。そしてさらに、第二次大戦直後の栄養不良の状態が急速に改善されるに従って、日本の乳児死亡率はさらに低下した。

栄養状態の改善は、日本の全体的な経済成長によるところが大きいであろう。しかし、母子への政策とし

ては、1946年から全国的に開始された学校給食により、学童の栄養状態が改善された点、母子手帳の交付時に食料や日用品のチケットも同時に配給された点、また妊婦や褥婦、子どもへのUNICEFからのミルク供給などがあげられる。

④母子健康手帳

母子手帳（現在の母子健康手帳）は、1948年に配布が再開され、その後何回か改訂されたが、妊婦にとって、以下の利点がある。妊婦に対して出産への注意を喚起させる点、母子保健に関する基本的な情報を妊婦が知ることができる点、妊娠中の経過を記録してある手帳を妊婦自身が持っていることにより、どの出産施設でも妊娠経過を把握できる点、妊婦を登録させることにより、母子保健の専門家がハイリスク妊婦を見つけて援助しやすい点、などである。

出産後は、親が育児の基本的な事項を知ったり、子どもの発育や発達、予防接種歴などを記録したり、また、医療機関、保健所、保健センター、保育所、幼稚園などが子どもの健康状態をチェックしたり、情報を得たりできるので、子どもの健康を守る大切な手帳である。

現在、日本の母子健康手帳は、各国の言葉に翻訳され、各国の実状にあった形式で利用されている。

⑤保健・医療

第二次大戦後は、全国に医科大学や医学部が創設され医師数が、また同様に看護婦数が増えた。そして主として米国医学の導入による医療の進歩で、消化不良症、肺炎、結核などの感染症での死亡が激減した。消化不良症の脱水に対する点滴技術の進歩、感染症に対する抗生物質や抗結核剤の開発・投薬などである。そして、致命率の高い感染症に対しては、予防接種で防げるようになった。さらに1980年代に入ってから、各都道府県に新生児集中治療室（NICU）が設置され、新生児死亡率が低下したため、1996年の乳児死亡率は3.8にまで激減した。

また大戦後は、GHQの指導で保健婦の養成が行われ、1947年に保健所法が全面改正された。そして保健所は、地域に根ざした保健活動を実施した。当初は、母子の健康改善、国民の栄養状態の改善、結核予防が主な課題であった。

病院や診療所などの施設で出産する割合は、大戦直

後の2%から、1975年の99%まで急上昇した。この理由として、経済成長に伴いより良い医療環境での出産が望まれた点、舗装道路など交通手段の整備により出産施設へ行きやすくなった点、出生数の減少によりより安全な出産が望まれた点、核家族化に伴い家族や親戚の協力が得にくくなった点、母子健康センターが各地に設置された点などがあげられる。

⑥住民参加

地域組織活動は、日本では長い歴史をもち、従来は、政府が地域住民を管理する一つの機構として機能していた。そこで住民はよく組織され、権威に従順であった。この点は、富国強兵政策の実施のためだけでなく、住民に衛生面での関心を高めさせたり、健康教育を実施する際にも利用された。

様々な活動が母子保健を向上させた。保健所などの保健・医療機関のみでなく、学校も地域の保健レベルを高めるために大切な役割を果たした。ほとんどの子ども達は学校に通っているので、そこで習った知識を家族や地域に広めていった。

現在は、以前と比べてコミュニティー活動は変わってきているが、保健所・市町村の保健婦をはじめ、母子保健推進員、児童・民生委員、愛育班員、各種の自治会、町内会などが活躍している。

3、国際医療協力をめぐる視点

①自助努力とは

国際協力を行う際の基本は、プロジェクトによる援助期間終了後も自分の国の力で事業を継続できるように、すなわち自助努力できるようにすることである。これは、被援助国の自覚を促し、援助慣れすることを防止する目的と同時に、援助国に一定の自制をもうけさせ、政治的な影響を及ぼしたり過度な干渉を防止する目的も含まれている。

ガーナの行政官の多くは、欧米で教育を受けた経験をもつ優秀な人材であり、従って自分たちで自助努力できるようになっていた。先進国の従来からの協力のおかげで、自分たちだけで十分事業を継続できるようになったので、技術援助や人的援助は必ずしも必要ではなく、資金のみの援助を希望していた。そこでガーナは、被援助国としては超優等生といわれており、援助国からの資金援助の総合的窓口を大蔵省が担当して

いた。

しかし、優秀な行政官が作文した基礎資料や事業計画等は、実状とに、多くの差がみられるようであった。例えば、感染症の児童を手当てするチルドレンズホーム、児童の疾病予防を行うヘルスセンター、いろいろな資格をもつ人達がそろっている保育所は、各町村に整備されていると説明される割には、乳児死亡率が日本の20倍近くと高すぎる事等である。正確な実態調査が必要と考えられるゆえんである。ガーナの一般住民の中には、真に救済しなければならない人達も多くいる現状を考慮した上で、ニーズ指向性に基づく自助努力ということを考えていかなければならない。

②援助方法

援助国、ことに旧宗主国の英国は、植民地時代からの継続として、人的影響力を残したいようであり、ガーナとしては、複雑な気持ちがあるようであった。すなわち援助は欲しいが、余り口出しはして欲しくないということである。そこで、主として資金のみを援助することが比較的容易である日本の援助額は、英国の数倍、ガーナの総援助額の約40%を占めていた。

各々の援助国からの資金を一カ所に集めて、ガーナがそこから援助資金を利用できる方式、すなわちコンバースケット方式の援助形態を、米英は推奨していたが、日本は参加していなかった。欧米諸国とは、いろいろな習慣が異なる日本としては、④で述べるように、独自の援助方法を模索したいためと考えられる。

③医療協力

具体的な国際医療協力の内容としては、以下の3つに主に分けられる。JICAも、以下のような点を改善すべく、各分野との強調を計りながら努力している。

第一は、住民対象の診療や調査を行ったり、住民の検体を調査研究したりすることである。しかし、文化や習慣の異なる外国人による診療が、どの程度、住民の現状を把握しながらの医療行為であるかという点には疑問がある。また、検体の調査は、吸血鬼であるとの批判が強い。

第二は、病院等の建設を行ったり、医療器具等を贈与する援助である。これは従来は、入れ物だけを支給して中身を援助しないとの批判が強かった。そこで最近では、単なる物資の供与にとどまらず、専門家の派遣を組み合わせる等のソフト面を絡めた援助形態が増

えている。また、建設等の資金は日本が出費するものの、日本企業がそれを受注している場合、日本企業のためにはなっても、本当に住民のためであるのかという疑問が残る。そこで近年では、資機材のアンタイド化が進み、現地調達割合が増えている。

そして第三は、医療健康政策の立案や遂行に関して助言を行い、自助努力を促すことであり、最近重視されている。これは、あくまでも対等の立場にたって国際協力することであり、開発途上国の立場にたてば、今後は是非望まれることであろう。

④日本独自の協力方法

一般の日本人は、英語などの語学力が、欧米人と比較して不足しているので、専門家も含めて国際協力しにくいという欠点がある。しかし、以下の3点は、日本独特のものであり、国際協力を行う際は、今後、利点になると考えられる。

第一点は、欧米人は、植民地時代からの歴史があり、父権主義的態度を示すことが多いものの、日本人は被援助国と対等でありたいと願いながら援助することが多い点である。このことは、被援助国から好感をもたれやすい。

第二点は、日本人は、欧米人と異なり、あいまいな、フエジーな人間関係を嫌っていない点である。このことは、問題点を必ずしも明示せずに、合意点をさぐろうとすることであり、開発途上国の一般住民にとっては受け入れやすい。論理的に考えると、問題点を分析して、その解決をはかる方がわかりやすいが、現地の人達にとってみれば、その経過を議論するよりも、結果として、生活が向上することを望んでいるからである。

第三点は、限定された資源を利用して、疾病予防・治療を効率的、かつ全国的に行うことが、世界一といっても過言ではない点である。例えば、3分診療で多くの患者を診療していた点、そして、一人当たりの少ない医療費で平均寿命は世界一長い点等である。もちろん、日本国内ではいろいろな問題点があり、今後解決していかなければならない内容は多い。しかし、現在の開発途上国にとっては、多に参考になる内容であり、国際協力方法のあり方として、開発途上国に紹介することは良いと考えられる。

日本は、ODA予算は減少してきているが、資金援

助額は世界の中で多い方である。国際協力の方法は、従来から行われていた住民の診療・調査、建物等の建設から、医療健康政策を助言し、自助努力を促す方向へ変わりつつある。その意味で、今回ガーナで行われた世界福祉構想セミナー、また、現在継続中の母子保健プロジェクト⁸⁾は、今後の国際協力のモデルになると考えられる。欧米と協力しながらも、日本独自の方法を模索することが望まれる。

謝辞

今回のセミナーは、JICAの協力事業として委任されたものであり、また、それに参加する機会を与えていただいた厚生省大臣官房国際課、児童家庭局母子保健課の方々、日本子ども家庭総合研究所の平山宗宏所長、高野陽部長、小山修地域保健担当部長に、深謝いたします。

参考文献

- 1) E. Amartey-Vondee: The current state and the future of the social security scheme in Ghana. 1998.
- 2) Social Security and National Insurance Trust : Annual report and accounts. 1995.
- 3) Social Security and National Insurance Trust : Annual report and accounts. 1992.
- 4) Technical Coordination and Research Division, Ministry of Health: Maternal and child health and family planning. 1995.
- 5) Ministry of Health: Guidelines for health education on safe motherhood. 1994.
- 6) Ministry of Health: Clinical management protocol on safe motherhood. 1994.
- 7) 加藤忠明、熊木正人、中司小智江：ガーナ共和国への出張復命書。1998。
- 8) Human Resource Development Division, Ministry of Health: The project for the improvement of the maternal and child health in-service training system and program in Ghana. 1997.
- 9) 榊原洋一：国際医療協力をめぐる視点。東大小児科だより、46号：2～9。1998。