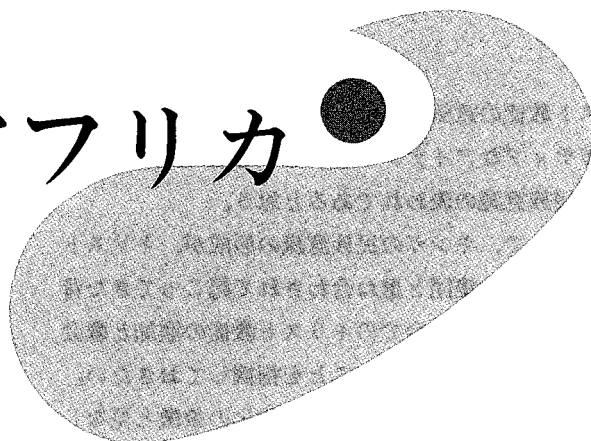


サブサハラアフリカ の 保健医療



重光 哲明

はじめに

独立後30年以上をへたサブサハラアフリカの住民の保健状況には、めざましい改善がみられる。国際機関の発表する公衆衛生指標の数字をみるかぎり、そのことは疑うことはできない。もちろん、この地域のほとんどの国が、1980年代半ばから全国的な国勢調査を行なっておらず、国際機関といえども、各国政府の発表する人口統計の、信頼度の低い推定値にたよらざるを得ない状況は忘れてはならない。

しかしよくみると、コートジボワールとかカメルーンなどのように、この地域の中でも予防接種実施率など公衆衛生の面で比較的成果があったといわれた諸国が、1980年代後半からその指標が停滞、さらには急激に悪化しているのに気づくであろう。これらの国々では保健省予算は周辺国に比べて桁違いに大きいことにも注意すべきであるし、首都や大都市には質量とも過剰と見られるほどの大学病院、国立病院などの公的医療施設が存在するだけでなく、医師や看護師、パラメディカルなどの保健医療要員の養成数が十分過ぎてポストが不足し失業もでている。

1 保健医療の現状

実際に、これらの諸国を訪れてみると、首都や大都市の中心部ですら、すでに公的保健医療施設へのアクセスを欠いた地域住民に遭遇することになる。外国や国際機関の援助に頼ってどうにか維持されていた基幹の公立病院も、本来の、すべての住民に開かれた公共性は、独立採算性の導入もあって、経済的アクセスの点からも名目だけとなり、一部の階層を対象にした施設となっている。先進国で行なわれている高度医療や最先端技術にのみ関心をもち、地域の疾病構造や、ニーズを軽視している特権的な専門臨床医によって、より下位の保健医療で扱えなかった日常的な疾患の複雑例を処理するという本来のレファレンス機能はすでに放棄されている。保健省予算の実質的圧縮で給与の遅滞、施設の老朽化により、これらの高度施設に集中した医療職公務員の士気は地に落ちており、良質のサービスを期待するのは無理である。さらに、地方の村落地帯では、制度上は底辺医療を支える役割を担っていることになっている末端の公的診療所や保健センターは、財源、基礎的機器、医療品、適切な人材の不足から、本来のプラ

イマリー・ヘルス・ケアまで行き着かず、質も低下して、地域住民から見放されているのが実情である。これらの地域住民の多くは、日常の疾患時は、薬草などの民間療法や、露天市場に氾濫している質の確かでない売薬による自己投薬や、少なくとも診断治療を施してくれる伝統施療士にかなりの出費をしているのである。

2 旧宗主国と保健医療制度

このサブサハラアフリカにみられる現在の保健医療状況の基礎をなしているのは、これらの地域が独立以前から受け継いだ保健医療制度である。特に、仏語圏アフリカでは、フランス軍を中心とした定期的な巡回医療隊による感染症発見や風土病対策のシステム（これらは西アフリカ、中部アフリカでは、独立後も風土病対策の国際的な地域調整機関として改組され残存している）と、発見した患者を治療する都市の病院システムを組み合わせたシステムが継承された。公衆衛生、予防医学的観点で欠いたフランスの個人治療医学偏重の影響は、独立後も続いている。またこれらの公的保健医療施設の無料サービス制度も、多くの国では1980年代にはいっても残存し、民間セクターの発展を阻害した。大都市の病院以外の、地方病院や保健センター、無料診療所、保健ポストなども、独立直後には先進国を模してさかんに建設された。保健政策を決定する担当者や、病院を支配し医療要員の養成を担当する特権的な医師層は、独立前後に養成されてなお残存している。保健医療要員の教育養成のシステムは依然として旧宗主国と全く同じであり、保健医療機関の配置や行政システムもまた同様に旧態依然である。

このような先進国の制度が、社会的なコンテクストの異なる独立後のサブサハラアフリカ諸国の

保健医療状況改善の障害となっていることが、国際援助機関や二国間援助担当者の間で指摘されるようになって久しい。1980年代に入ると、問題は一層深刻になっている。94年1月のCFAフランの切り下げは、輸入にほとんど全面依存している医薬品の供給問題をひきおこし、公的保健医療システムの危機にさらに拍車をかけることになった。

3 保健医療制度改革の変遷

1970年代後半の「西暦2000年までにすべての人に健康を」のスローガンを掲げたWHOによるアルマ・アタ宣言は、旧宗主国を範とする、発展途上国の保健医療事情に適合していない中央集権化した公的保健医療制度を改革するための、公衆衛生、予防医学を重視した路線として提案された。同宣言では、ピラミッドシステムの頂点からの保健制度改革は放棄され、最底辺レベル（保健ポスト、村の保健要員）における改革を目指している。サブサハラアフリカ諸国でも、鳴り物入りで大掛かりに取り組まれたが、一部の国（例えば、サンカラ時代のブルキナ・ファソのように「社会主義」政策として、キューバなどをモデルに保健や教育重視の政策を一時的にとった国々）を除き、期待された成果は得られず定着もしなかった。この失敗を根拠にして、一部に無自覚な清算主義が横行した。すなわち、プライマリー・ヘルス・ケアを主体とした底辺レベルに重点を置く保健衛生、予防医学重視路線を全面的に無効として否定する一方、首都や大都市の最上層の病院を中心とした治療医学（高度の医学教育、高度の医療機器、必須医薬品ではなく専門新薬）に重点を置く路線への回帰を、80年代半ばに、一時的ではあるが発生させることになった（これらの中には、露骨に旧宗主国の影響維持を主張しているものもある）。

他方、大多数の国際機関、二国間援助機関、NGOは、この失敗の事実を認めながらも、この路線の限界点として、次のような諸点を指摘した。すなわち対象としたレベルが底辺に近すぎたこと、住民参加の形態、自立力のある財源確保の方式が不明確なことなどである。こうした認識を踏まえて、底辺における保健衛生重視の戦略の姿勢を崩さず、サブサハラアフリカの現実に適合するよう路線を緻密化し、改良を重ねてきた。1980年代後半にUNICEF、WHOなどを中心として出されてきたバマコ・イニシアチブはその成果といえることができる。バマコ・イニシアチブでは、公的保健医療施設のどのレベルに介入するのか(中央集権か地方分権かの問題)、住民参加をどのような形で行なうのか(地域住民の民主主義の問題)、財政負担の方式をどのようにするのか(持続性と自立発展性の問題)の3点に一応の回答を与えている。この路線では、保健センター施設を戦略的レベルと設定し、WHOのすすめるディストリクト(郡=保健区)構想とからめて、改革効果をより上位、下位のレベルに波及させることを企図し、地方分権、地域住民参加(保健センターの経営委員会)、受益者負担(医薬品販売回転資金システムなど)が主要な柱となっている。現在サブサハラアフリカ各地では、国際機関を中心にして、この路線が実験的に採用され経験を蓄積しているが、ここでもさまざまな問題が生起しており順調には進んでいない。

4 保健医療制度改革の問題点

地方分権化の問題点は、往々にして財政支出や保健医療監督行政の地方自治体への押し付けや、結果として中央による地方保健医療政策の実質放棄とつながる場合が多いことである。また、地域住民の人口の規模、地理的分布にあわせた保健施

設の適正配置(保健区地図作成なども試みられている)などの問題はいまだに解決されていない。介入レベルについては、WHOは、ディストリクト(地域中核病院)を戦略レベルとして、上からの疾患別全国垂直プログラムを重視している。これに対してUNICEFは、それより下位の保健センターを戦略レベルとし、プライマリー・ヘルス・ケア活動などの地域水平プログラムを重視している。この二つの傾向が改革現場では共存しており、ときおり混乱もみられる。

地域共同体や地域住民の参加の問題は最も難しい。これは、共同体と代表制の問題であり地域の民主主義の問題でもある。地域の伝統的権力、地域政治勢力、部族間の力関係は、地方自治体における保健行政の政策決定過程や保健センターの管理委員会などの代表制度に大きな影響を与えている。汚職や権力争いが発生し足をすくわれて、挫折の憂き目にあっているプロジェクトがほとんどであるといつてよい。要は、保健医療制度改革の目的を明確にすると同時に、裨益者の需要を的確にとらえ、少数弱者にも配慮して柔軟な現実主義で対応するほかに解決策はないであろう。

保健医療を持続させ自立発展させる財源確保の方式は、多様な解決策が実験的に試されており、肯定的な成果も報告されている。ほとんどの地域住民にとっては、かなり以前から、質さえよければある程度の診療費を払うことは抵抗なく受け入れられている。バマコ・イニシアチブでは保健センターでの必須医薬品販売を回転資金とするシステムをとり入れているが、これは二重に興味深い。一つには、廉価で安定的な必須医薬品の供給さえ実現できれば、地域住民の公的保健施設離れをくい止めることができると期待できる。さらには、旧宗主国の伝統であった医薬分業システムから、非ヨーロッパ的な医薬同源の伝統へ復帰すること

で、地域住民にとって近代的な公的保健医療施設を身近にさせる効果も期待できるからである。しかし実際には、これも、保健センター管理委員会のずさんな経営や不正の多発、CFAフラン切り下げや必須医薬品供給組織の未整備による混乱などで難航している。さらに、有料化によって最も打撃を受ける、収入の少ない村落部や都市スラムの最貧層の保健医療を、どのように、だれが保障するのかは、いまだに解決していない問題である。さらには、エイズのような新疾患対策、風土病や伝染病疾患の予防撲滅対策のような全国垂直プログラムにおける国との財政分担も明らかではない。

5 保健医療改革の新しい動き

このような、上からの公的保健医療制度改革と前後するように、1980年代の初めから、西アフリカでは公的保健医療から最も疎外され放置されていた地方から、保健をめぐる下からの地域住民の動きが起きてきている。マリのカイ地方やセネガル河流域地方で、干ばつや貧困が原因で大都市やフランスへ流出していった移民労働者たちの仕送りや共済組合の積み立て貯金をもとに、保健センターや診療所、学校など保健教育施設創設運動が萌芽的に始まった。これは、80年代の後半には、マリの首都バマコのスラムや地方での「協会型共同体保健センター」創設運動へと発展し、さらには、同じくマリで、大都市ではなく地方の村落部に定着する「田舎の開業医」実現に結実している。

協会型共同体保健センターでは、従来の公的保健センターとは違って、地域住民が協会を作り協会員により保健センターが建設され、保健医療スタッフは医師をも含めて協会が雇うことになる。

したがって、経営、人事権は協会員による運営委員会が握っていて、行政とは全く独立しており、行政や国際機関の介入もできる限り排する形で民間で運営されている。ここでは基本的には協会員費と低額の診療費、必須医薬品販売収入で自立経営を行なっている。非協会員にも門戸は開かれており、最貧層に対する特別処置も考慮されていて、バマコ・イニシアチブの原則が先取りされたかたちで実現されている（裨益者である患者や、地域住民が、雇用している医者などの医療スタッフを解雇できるシステムは先進国でもまれで、画期的である）。このほかに、マリ、セネガル、ブルキナ・ファソ、モーリタリア、コートジボアールなどでは共済組合のシステムと組み合わせられた共同体保健センター運営が軌道に乗っている。

また、「田舎の開業医」の方は、地域住民のニーズにあった診療活動を始めており、これも経営的には安定し地方の保健医療の改善に貢献している。

おわりに

この二つの動きは、サブサハラアフリカの保健医療改革における新たな展開を教えている。すなわち、裨益者である患者、地域住民が実際にアクターとして登場し参加してきていること、旧宗主国を一定の距離でみることができ、また個別利害だけでなく共同利害をも視野に入れられる新しい世代が生まれてきていること、そして、この地域の住民の中に、行政や北の援助機関とは独自に、下からの、新しい形の連帯に基づく社会を模索し創造する動きが形成されつつあることを示しているのである。

(しげみつ・てつあき／保健医療職技術協力員協会、医師)