

[招待論文：総説・レビュー論文]

# プライマリーヘルスケアと国際保健

## 国際保健の100年と21世紀に求められるもの

### Primary Health Care and Global Health

#### 100 Years of Global Health and What Is Required in the 21st Century

藤屋 リカ

慶應義塾大学看護医療学部専任講師

Rika Fujiya

Assistant Professor, Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

**Abstract:** 20世紀初頭に国家の枠組みを超える公衆衛生分野で初となる国際組織が誕生し100年が過ぎた。第2次世界大戦後に設立されたWHOによる健康の定義は70年経った現在でも国際的に用いられている。また、1978年のアルマ・アタ宣言によって提唱されたプライマリーヘルスケアは、すべての人に健康をという目標を掲げ、健康格差の解消という強い目的意識を持つものであった。21世紀において、PHCはグローバルヘルスの最重要課題とされるユニバーサルヘルスカバレッジの達成に不可欠な活動と位置づけられ、その重要性が再認識されている。

In early 20th century, the first international organization in public health beyond national framework was established and 100 years passed. The Definition of Health by WHO which established after World War II has been used internationally even now 70 years later. In addition, Primary Health Care advocated by Declaration of Alma-Ata in 1978 raised the goal of Health for All and had a strong purpose to resolve health disparity. In the 21st century, PHC is regarded as an indispensable activity for achieving Universal Health Coverage, which is regarded as one of the most crucial issues of Global Health, and its importance has been re-recognized.

**Keywords:** プライマリーヘルスケア、健康の定義、健康格差、ユニバーサルヘルスカバレッジ、持続可能な開発目標  
primary health care, definition of health, disparity of health, universal health coverage, sustainable development goals

## 1 はじめに

慶應義塾大学看護医療学部では、グローバルヘルス分野の選択科目として「プライマリーヘルスケア (Primary Health Care: PHC) と国際保健」を設け、毎年約 50 人が受講している。前半は、保健思想としての PHC や国際保健の潮流を学び、個人のみでは解決できない社会的政治的な問題が複雑に絡み合ったケースを用いて、健康を考え問題解決に向けての議論を展開し、学生たちはグローバルな保健課題について主体的に考えていく。後半はラオス、パレスチナ、コンゴ民主共和国などの具体的な事例も取り入れ、正解があるかどうかはわからないような保健課題について最善と考えられる解決策の実際などについて PHC を基盤としながら考えていく、といった講義を展開している。

慶應看護の歴史が始まった 20 世紀初頭は、国際保健分野において国家を超えた協調活動が始まる黎明期であった。また、慶應看護 100 年にあたる 2018 年は、PHC が提唱されたアルマ・アタ宣言から 40 年の記念すべき年でもある。

本稿では、「PHC と国際保健」の講義の前半で取り上げている、国際保健の潮流と保健思想としての PHC を中心にこの 100 年を振り返り、21 世紀において求められる PHC 像について考察していく。

## 2 保健分野における国際協調と「健康の定義」の誕生

### 2.1 国家を超えた協調活動の始まり

国際保健において、公衆衛生部門で歴史上初とされる国際組織が登場したのは、1907 年、公衆衛生国際事務局 (Office International d'Hygiène Publique: OIHP) の設置がローマで署名された時である (外務省; 安田, 2014)。12 の署名国は、英国、フランス、オランダ、ベルギー、イタリア、スペイン、ポルトガル、スイス、ロシアといった欧州の国々が大半であったが、米国、ブラジル、エジプトといった欧州外の国々も含まれ、パリに本部が置かれた。1924 年に日本も OIHP に加盟している。OIHP の活動は、公衆衛生とされていたが、主に感染症対策であり、コレラ、ペスト、黄熱病等への感染状況や対策に関しての情報を加盟国へ提供するものであった。

慶應看護の創設年である 1918 年という年は、第 1 次世界大戦が終結した年であり、翌 1919 年には国際連盟 (League of Nations) が発足した。戦争終結時

の世界の保健課題は、危機的な感染症蔓延であった。1919年にはインフルエンザが世界的に大流行し、また、第1次世界大戦で甚大な被害を受け、生活必要物資や食料さえ十分に確保されない状況にあったヨーロッパでは、チフスも蔓延していた。それらの危機的状況は、OIHPが対応できる範疇を超えるものであった(安田, 2014)。

国際連盟という新しい世界的な枠組みのなかで、各分野での専門機関が設置されていった。1920年、国際連盟はOIHPを国際連盟の保健部門に統合することを勧告したが、OIHPはそれに従わなかった。また、米国は国際連盟に加盟しておらず、独自に国際衛生部門を設立していた。1921年に国際連盟保健機関(League of Nations Health Organization : LNHO)が設立されたのだが、OIHPおよび米国国際衛生部門と並立して活動が行われた。LNHOの主要な活動分野は、感染症対策、保健医療に関する国際標準化、専門事業の取り組み、技術協力、医療分野の人材育成、出版物の刊行であった(安田, 2014)。

## 2.2 「健康の定義」が生まれた背景

LNHOは、第2次世界大戦後に設立された国際連合(United Nation)の専門機関である世界保健機関(World Health Organization : WHO)の前身となった組織である。しかし、第2次世界大戦の勃発とともに、LNHOは機能を果たせない状況に陥った。LNHOの幹部メンバーも、自国に戻ることを余儀なくされていった。その中には、自国の公衆衛生活動や保健政策に従事する者もあれば、レジスタンス運動に関わる者もあった。1945年に第2次世界大戦は甚大な被害を残して終結し、国際連合が発足した。戦後、LNHOの元幹部メンバーは、WHOの設立に尽力することになる(安田, 2014)。

そのような状況の中で、1946年にWHO憲章が当時の61か国によって署名された。これは、1948年の正式なWHO設立によってその効力を発することになる。WHO憲章前文の最初に「健康の定義」(WHO, 2006)が掲げられている。健康とは、「*完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない*」(1951年官報に掲載された和訳)(厚生労働省, 1999)と、定義されている。

---

この WHO 憲章の起草には、LNHO の元幹部メンバーも関わり、LNHO での蓄積を引き継ぎ (安田, 2014)、また、第 2 次世界大戦での経験が色濃く反映された内容となった。身体のみでなく、精神や社会を含んだ健康の定義は、この時代だったからこそ生まれたものといえる。このことは、WHO 憲章 (WHO, 2006 ; 日本 WHO 協会) の続きを読むとさらに明らかになる。

「人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつである。世界中すべての人々が健康であることは、平和と安全を達成するための基礎であり、その成否は、個人と国家の全面的な協力が得られるかどうかにかかっている。(以下、省略)」(日本 WHO 協会による仮訳を基に一部改訳)

同時期である 1946 年に国際連合の文化部門として設立された国際連合教育科学文化機関 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization : UNESCO) の UNESCO 憲章の前文 (UNESCO, 文部科学省) にも、第 2 次世界大戦後だからこそその教育科学文化へのメッセージが盛り込まれている。以下は、一部抜粋である。

「戦争は人の心の中で生まれるものであるから、人の心の中に平和のとりでを築かなければならない。」「平和は、人類の知的及び精神的連帯の上に築かなければならない。」

「定義」には、その時代の経験と英知の集積が反映されている。健康と教育についても同様であったといえるだろう。

WHO の健康の定義については、興味深いエピソードがある (Jackson et al., 1989 ; 神馬, 2016)。この定義の起草に関わった一人は、第 2 次世界大戦時にレジスタンス運動に参加していた。レジスタンス運動は、過酷な状況の下、身体的には極限に近い状況に置かれることさえある。しかし、彼はその運動において、これまでにない幸福感を得ることができ、精神的に満ち足りた状態だった。

たと記している。それまでの健康の考え方は身体が中心であったが、WHOの定義に「精神」という要素が加えられたのは、この経験によるところが大きかったのだ。また、戦争下のレジスタンス運動に関わることは、命の危険にさらされるということでもある。自分が命を落としたとしても仲間が家族の面倒を見てくれるといった連帯感のもとで、レジスタンス運動は展開されていったという。このような経験をもとに、家族を含む「社会」ということが、健康の要素として重要視されたのである。

このように、WHOの健康の定義に身体・精神・社会が含まれた背景には、第2次世界大戦における経験が色濃く反映されており、この定義は70年経った現在も用いられている。

### 3 プライマリーヘルスケア (Primary Health Care: PHC) の誕生と変遷

#### 3.1 戦後の経済発展と適正技術

1950年代、第2次世界大戦の戦地となったヨーロッパや日本などにおいては戦後復興が進んだ。また、1960年代に入り、欧米の先進工業国を中心に経済発展は著しく、それに伴い世界経済全体が拡大を遂げていった。しかし、一方で、経済発展のための開発は、自然破壊、公害や資源枯渇などの弊害を生み、それらは人々の生活そのものを脅かし、健康にも被害を及ぼしていった。そのような経済偏重や大型工業技術に対する反省も生まれてきた。

また、アジア・アフリカ諸国は、ヨーロッパの旧植民地から独立していったが、政治や社会基盤の整備されないままの独立となった国々がほとんどであった。当時の外交政策は、内政不干渉の原則が重視され、未成熟のまま独立した国々に対して、それまで統治してきた旧宗主国が政治面でのガバナンスに関わる支援などを行うことはほとんどなく、独裁や汚職などの問題を抱える国々も出てきた。そのような状況下において、旧宗主国への経済的依存や資源の流出は続き、南北格差の問題も深刻化していった。

1965年にドイツのE.F.シューマッハーは中間技術開発グループを設立し、1973年に著書『スモール・イズ・ビューティフル (Small is Beautiful)』のなかで中間技術を提唱した(シューマッハー, 1986)。この中間技術とは、開発途

上国に技術移転を行う際には、技術移転先の国の伝統や経済状況などその地の状況を踏まえ、かつその国に適合した技術を選択していくという考え方である。そして、その技術は適正なものでなければならないとするものであった。適正技術とは、その技術の受容者であるコミュニティの環境、文化や習慣、社会経済的背景などに配慮した技術を示している。技術革新と経済発展が急速に進むなかで、最新技術を競いそれらを取り入れることこそが新たな発展を生むとの風潮が強かったこの時代において、適正技術は、当時の技術革新の風潮に逆行しているように見えるものではあるが、本質に立ち返り、行き過ぎた技術革新とその導入こそを優先事項とする動きに警鐘を鳴らす、ある意味、革新的な思想ともいえるものであった。この適正技術の概念は、PHCにおいて重視され、その要素に取り入れられていくことになった（ワーナー、サンダース, 1998）。

### 3.2 卓越事例の積み重ねから生まれた PHC

1973年にH. T. マーラーがWHO事務局長に就任した。マーラーは、先述したWHOの健康の定義において、レジスタンス運動に関わった個人の経験が影響しているというエピソードを紹介した人物でもある（Jackson et al., 1989；神馬, 2016）。1975年のWHO執行理事会でPHCが公式に取り上げられた。このPHCとは、包括的なケアであり、コミュニティレベルでのアプローチが重視され、その国の保健システムに組み込まれているものである、と位置付けられた。

また、マーラーは保健サービス強化部門を立ち上げ、K.W. ネウエルを部長に任命した。ネウエルは、1950年代から70年代に途上国において実施されてきた保健・医療活動の卓越した事例を集めて、有効な保健活動のあり方を検討していった。そして、コミュニティにおいて人々の力によって保健状況が改善された成功事例を蓄積し、「人々による健康 (Health by the People)」(Newell, 1975)としてまとめた。これには、アジア（中国、インド、インドネシア、イラン）、中南米（キューバ、グアテマラ、ベネズエラ）、アフリカ（ニジェール、タンザニア）の9か国の事例が含まれている。

例えば、中国においては、保健サービス提供システムとして、1960年代か

ら 70 年代にかけての「裸足の医者」の役割が取り上げられている。これは農村の保健状況改善のために始まった制度で、「裸足の医者」は西洋的な医学の専門教育を受けた医師ではない。「裸足の医者」は選ばれた農民が、保健・医療に関する訓練を受け、日頃は農業に従事しながら、各自のコミュニティにおいて、病人への投薬、簡単な医療処置、疾病予防教育、家族計画指導など、地域の保健管理を実施していった。裸足の医者は、先進諸国の医師とは異なる位置づけにあり、農村コミュニティにおける非専従のヘルスワーカーであったといえる。その点において住民と医療従事者という区別ではなく、住民のなかでの住民による活動であった。

インドネシアやナイジェリアにおいては地域開発と保健活動の実際や地域住民のエンパワーメント、キューバについてはすべての国民の医療費が無料であり僻地まで医療サービスがいきわたるようにした国としての保健システム、インドではアーユルヴェーダを用いた伝統治療など、幅広く各国のその地域と特徴を生かした事例が取り上げられている。

これらの事例の中では、住民による予防や教育によってコミュニティの人々をエンパワーし、ニーズを捉えたコミュニティに根差した活動や、地域にある資源や特徴を生かした活動が展開されている。まさに、「人々による健康(Health by the People)」であった。これらの事例からの学びは、アルマ・アタ宣言の PHC の理念や活動内容に生かされていった。

### 3.3 アルマ・アタ宣言と PHC

PHC が世界の保健戦略として打ち上げられたのは、アルマ・アタ宣言 (WHO, 1978) においてであった。1978 年 9 月、旧ソ連邦のカザフ共和国の首都アルマ・アタで開催された WHO と 国連児童基金 (United Nations Children's Fund: UNICEF) による合同会議に、世界の 134 か国と 67 国際機関の代表が集まり、アルマ・アタ宣言が決議された。そこで「2000 年までにすべての人に健康を (Health for All by the Year 2000)」というスローガンを掲げ、その達成のための指針が示されたのであった。なお、以下のアルマ・アタ宣言の日本語訳は、池住と若井監訳の『いのち・開発・NGO』(ワーナー、サンダース, 1998) にある訳を用いる。

---

アルマ・アタ宣言の第1条は、まさに WHO の健康の定義を再確認するものであった。

「本会議では、健康について以下のように強く再認識する。健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病のない状態や病弱でないことではない。」

ということを確認したうえで、

「健康は基本的人権の一つであり、可能な限り高度な健康水準を達成することは最も重要な世界全体の社会目標である。その実現には保健分野のみならず、他の多くの社会的・経済的セクターからのアクションが必要である。」

としている。

第2条は、PHC 思想の根幹ともいえる、健康における不平等は容認できないものであるということについて述べている。

「人々の健康に関してとりわけ先進国と発展途上国の間に存在する大きな不公平は国内での不公平と同様に政治的、社会的、経済的に容認できないものである。それ故全ての国に共通の関心事である。」

続いて第3条では、健康格差の縮小の重要性が強調される。この第2条と第3条にある、健康における不公平は容認できないものであり健康格差を是正していくことの重要性は、1986年に発足した日本国際保健医療学会が定義する「国際保健」の基盤となっている。学会が定義する「国際保健」（日本国際保健医療学会）は以下のとおりである。

『国際保健医療学とは「国や地域での健康の水準や、保健医療サービスの状況を示す指標として何が適切であるかを明らかにし、国や地域間に見

られる健康の水準や保健医療サービスの格差がどの程度超えたら、受け入れがたい格差であり、その是正が必要と思われるかを明らかにし、そのような格差を生じた原因を解明し、格差を縮小する手段を研究開発する学問]であり、「国際保健」とはそれを実践していく分野である。』

PHC は、特に日本においては、国際保健という分野においてどのような活動をすべきなのか、その方針を定める重要な概念となったといえる。

アルマ・アタ宣言に戻ると、第5条においては、「すべての人に健康を (Health for All)」という目標が掲げられている。

「西暦 2000 年までに世界中のすべての人々が社会的・経済的に生産的な生活を送ることができるような健康状態を達成すること (Health For All by the Year 2000) である。PHC は開発の一環として社会正義の精神に則り、この目標を達成するための鍵である。」

そして、PHC の理念は第 6 条に示されている。

「PHC とは、実践的で、科学的に有効で、社会に受容されうる手段と技術に基づいた、欠くことのできない保健活動のことである。これは、自助と自決の精神に則り、地域社会または国家が開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲で、地域社会の全ての個人や家族の全面的な参加があって、はじめて彼(女)らが広く享受できうるものとなる。PHC は、国家の保健システムの中心的機能と主要な部分を構成するが、保健システムだけでなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもある。PHC は、国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルであって、人々が生活し労働する場所になるべく接近して保健サービスを提供する、継続的な保健活動の過程の第一段階を構成する。」

PHC は上記にあるように、適正技術、自己決定、住民参加を重視し、包括的なアプローチとして位置づけられた。このような保健思想のもとに、PHC

---

活動の4原則として、住民のニーズ尊重、住民参加、地域資源の有効活用、包括的保健システムを地域で担うこと、が挙げられた。

PHC活動とは、健康増進、予防、治療、社会復帰のサービスを適切に提供することであり、アルマ・アタ宣言の第7条3項には、以下の8つの具体的な活動内容が挙げられている。すなわち、「健康問題とその予防・対策に関する教育」、「食糧供給の促進と適切な栄養」、「安全な水の十分な供給と基本的な衛生措置」、「家族計画を含む母子保健」、「主要な感染症の予防接種」、「風土病の予防と対策」、「日常的な疾患と外傷の適切な処置」、「必須医薬品の供給」が取り組むべき活動とされたのである。なお、アルマ・アタ宣言以降、社会の変化や各国がPHCに取り組む過程で、上記の8つの活動以外にも重要な活動があることが認識されていく。リプロダクティブ・ヘルス、障害者の健康、精神保健、歯科保健、麻薬対策、HIV/AIDS、交通事故対策などが活動課題として追加されていった。

また、第7条4項においては、健康は保健分野のみで達成できるものではなく、PHCの活動展開においては、国家や地域の開発、農業、畜産、食料、工業、教育、住宅、公共事業、通信、その他全ての関連した分野の協働と努力が必要であることが強調されている。

アルマ・アタ宣言においてPHCが目指したものは、住民主体の活動であり、自己決定を重視し、適正技術を取り入れて展開する包括的なアプローチによって、「すべての人に健康を（Health for All）」という目標を掲げた理想主義的なものであった、といえるだろう。

### 3.4 看護とPHC

アルマ・アタ宣言は1978年9月に出されたのだが、日本ではその4か月前に「プライマリ・ヘルス・ケア看護の将来的機能―」（橋本他，1978）が出版されている。そのあとがきには、1977年に東京で開催された第16回国際看護師協会（International Council of Nurses: ICN）大会において、途上国の参加者からPHCにおける人材確保が急務となっていることが強調されたことが記されている。そして、これを契機に世界の看護界がPHCの必要性を認識し、PHCは途上国における課題であるのみではなく、先進国においても医療財政

の増加による国家財政の圧迫などの解決策として PHC の拡充に取り組む必要があると再認識したと述べられている。また、この ICN 大会では、看護の将来的機能に関して、PHC を基盤においた医療に移行するためには、看護職である保健師と診療所、病院の医療職の連携の強化が必要であり、技術偏重ではなく分析力や調整力も求められていること、看護職の活動をより柔軟なものにして、現場における自らの判断と考えで活動することができるようその権限を広げることも検討課題であることが確認された。そして、看護教育に保健分野の内容を含める必要があることなどが、研究者である看護師、行政保健師、地域医療を実践する医師、公衆衛生行政の責任者といったフロントラインで活躍する専門家によって議論されたのであった。

また、日本の保健師の役割や活動内容にも PHC の与えた影響は大きい。「保健婦雑誌（現、保健師ジャーナル）」では、1978 年 11 月から翌年 9 月の 10 回にわたり、「プライマリーヘルスケア」を考える」が連載された。連載の第 1 回は、PHC の概念と国際的意義として歴史・概念・最近の動向などを紹介したものであった（丸地、松田、1978a）が、その冒頭では、PHC の重要性を強く認識している途上国からの参加者の声が日本の看護界にも影響を与えたことがうかがわれるエピソードが紹介されている。

連載の前半 5 回は総論として、PHC の発展（丸地、松田、1978a）、国際的動向（丸地、松田、1978b）日本の関係者の対応（松田他、1979；丸地他、1979a）などを紹介し、保健・医療・福祉を評価・分析するための新しい立脚点や指標の確立などについての試みが述べられた（丸地他、1979b）。後半 5 回は各論として、日本における難病（阪上他、1979）、高齢者（小宮他、1979）、保健婦活動（湯沢他、1979）、障害児（久常他、1979）、地域精神衛生活動（谷中他、1979）の各分野を PHC の観点から分析し、地域保健・看護活動の意義を改めて示すと共に PHC に基づいたこれらの見直しが言及されている。

さらに、同誌において 1980 年 7 月から「プライマリーヘルスケアの日本の展開をさぐる」が 7 回にわたり連載された。この連載においては、日本の現状を踏まえた PHC の 4 原則（丸地、1980）として、ニード指向性のある保健活動（中島他、1980）、住民の主体的参加（島内他、1981）、資源の有効・効率的活用（谷中他、1981）、保健活動における協調と統合（丸地他、1981）を挙げ、

---

これらの論文を基にした実際の事例の分析と活動の見直しに関する議論（松田、丸地，1981；丸地、松田，1981）が展開された。

上述したPHCに関する連載は、日本においてもPHCが保健・医療・福祉にとって重要な概念であることを確認し、これを地域保健・看護活動へどのように反映していくかを考察し、これを実施する上で地域看護の担い手である看護職としての保健師の役割の重要性が強調されるものであった。

世界的にみても、PHCが看護界に与えた影響は大きかった。5月12日は「国際看護師の日（International Nurses Day）」であり、日本では「看護の日」として様々な啓発活動が行われている。フローレンス・ナイチンゲールの誕生日であることからこの日が設定されている。ICNは毎年国際看護師の日に合わせてその年のテーマを掲げている（日本看護協会）が、1980年は「PHCにおける看護の役割（The Role of Nursing in Primary Health Care）」、1983年は「実践と人々：PHCにおける看護師の役割（Practice and People: Nurses' Role in Primary Health Care）」であった。これらのテーマからも、PHCの推進が世界の看護界においても大きな課題となっていたことがうかがえる。

### 3.5 包括的PHCと選択的PHC

アルマ・アタ宣言におけるPHCは、包括的アプローチを基本としていた。しかしながら、当初より「革新的すぎる」とか「すべての人に健康をという目標達成は何を持って達成とするのか、また、可能か」というような懸念や批判があった（ワーナー、サンダース，1998）。1979年にJ.A. ワルシュとK.S. ワレン（Walsh and Warren, 1979）は、「包括的PHC」は費用対効果が悪く非現実的であると主張した。そこで彼らは対象をハイリスク集団に限定し、高い費用対効果で数値目標を達成しやすいと考えられる「選択的PHC」を暫定的な戦略として提示した。この選択的PHCが台頭した社会・経済状況を踏まえた背景や脆弱な人々への悪影響について、D. ワーナーとD. サンダース（1998）は、事例も用いながら詳細に分析している。本節では、彼らの分析を中心に筆者の経験も重ね合わせて述べていきたい。

1980年代の世界においては、その経済状況からも選択的PHCは受け入れられやすいものであった。包括的PHCの背景には、アルマ・アタ宣言に引用

されている1974年の国連の資源特別総会で採択された「新国際経済秩序に関する宣言」がある。新国際経済秩序は、資源ナショナリズムの高まりを背景に途上国の経済発展や利益を重視するという方向性を持っていた。このような方針が採択された国際情勢には1970年代前半の先進工業国の好景気と世界的な経済成長に支えられていた経済基盤があった。しかし、1970年代後半にはすでに国際経済の衰退は始まっていたのである。

また、1979年には国際通貨基金と世界銀行は、構造調整政策を打ち出した。これは、包括的PHCへの取り組みを困難にする国際的な経済政策でもあった。1970年代までの外交政策の基本は内政不干渉であり、独立直後の国々に対し、世界銀行や各国はその政治・経済力を十分に考慮することなく多額の貸付をしていった。その結果、対外債務の返済に支障をきたした国々が出てきた。構造調整政策は、途上国が負っている対外債務の利子返済のために国内の経済構造を調整するものであった。構造調整政策は、累積債務の問題が深刻化した1980年代に大きく推進され、1980年代初頭の先進国をはじめとする世界的な不況に見舞われていた当時の国際経済情勢もその方向性を後押しした。構造調整政策の主な政策は、保健・教育、その他社会サービスへの公的予算の削減、主要穀物とその他の基本生活用品への助成金の撤廃と価格統制の撤廃、国内消耗品生産から輸出品目生産への転換というものであった。構造調整政策により途上国の保健・教育等の公的サービスの予算は削減され、また、費用対効果の高いとされた選択的PHC的な保健政策への移行を助長した。構造調整政策下においては、包括的PHCが重視していた包括的な社会・経済的発展、保健に関する他分野を取り込んだ協働、地域社会の関与、地域の伝統的な知識・技術を尊重し生かした適正技術の重視といった取り組みを行うことが困難になっていった。

選択的PHCの例として、UNICEFの子どもの生存プログラムが挙げられる。1983年、UNICEFは途上国において経済的に可能な方法で「子どもの生存と発達の達成」をするための新しい戦略を開始した。これは途上国の5歳未満の子どもの対象に、乳幼児死亡率を半減することを目標としたもので、重要活動を4つに限定して提示した。そこで選択された活動は、成長記録(Growth monitoring)、経口補水療法(Oral rehydration therapy: ORT)、母乳栄養

---

(Breast feeding)、予防接種 (Immunization) の4つであり、その頭文字をとってGOBIと呼ばれた。さらに、多くの途上国ではGOBIのなかの予防接種とORTの2つに活動を縮小させていった。ORTに用いられる糖塩分溶液 (Oral Rehydration Solution : ORS) は、砂糖と塩というどの家庭にもあるものを一定量水に溶かして作ることができるものであり、母親が子どもを脱水から救うことのできる魔法の水でもあった。しかし、WHOとUNICEFによる統一した組成のパッケージ化されたORSが奨励されるようになった結果、ORSパッケージがヘルスセンターなどで配布されるようになり、そもそも身近なもので住民自身が作ることのできるはずのORSが、医薬品のように医療施設や薬局で入手するものになってしまったのである。このような選択的PHCによるアプローチは、包括的PHCで目指した方向とは逆行する事態を引き起こしていたのであった。

筆者の活動においても選択的PHCの弊害を感じるがあった。筆者は1990年代半ばに、パレスチナの村落部で非政府団体 (Non-Governmental Organization : NGO) のスタッフとして母子保健活動に従事していた。当時、現場で活動するNGOとして、パレスチナ・ヨルダン川西岸地区南部の村落部の子どもの栄養調査と栄養不良児へのコミュニティでの支援プロジェクトをWHOの現地事務所に提案、活動資金の申請をしたことがある。1993年にイスラエルとパレスチナは和平協定を結び、パレスチナでは暫定自治が始まったばかりの時期であった。提案したプロジェクトは、2年前まで続いていたイスラエルによる完全占領の問題点にも関連しているため、イスラエルとの関係から、その実施が難しいと判断される可能性があることが指摘されていた。しかし、それは現場で活動する中で最もニーズが高い提案であった。結果として提案は採用されず、同地区における栄養不良児あるいは栄養状態の悪化が懸念される貧困層の子どもたちに対し、パッケージされたORS配布と下痢症や脱水予防のための啓発プロジェクトが実施されることになった。

活動の拠点であった子どもの栄養センターには、コップ一杯の水、一握りの砂糖、一つまみの食塩、味としてのレモン汁を数滴というORSの作り方のポスターが貼られ、当時アラビア語の習得に苦勞していた筆者にとっては、センターや家庭訪問先で母親たちに対してジェスチャーできる定番の健康教育でも

あった。そのため、センターに届いた大量のパッケージされた ORS に疑問を感じずにはいられなかった。しかし、「なぜ、パッケージされた ORS でなければならないのか」という疑問を解決することなく、その ORS の配布に追われプロジェクトは終了した。2000 年代に入って、改めて国際保健を学びなおしたとき、この時のパレスチナでの活動も選択的 PHC の潮流の一部であったのであろうことを痛感させられた。

選択的 PHC は現実的で暫定的な方法として提示されたにもかかわらず、世界経済が停滞した 1980 年代から 90 年代においては、効率の良い方法として PHC の主流となっていった。構造調整政策による保健医療費の削減の影響を受け、包括的 PHC から選択的 PHC に保健政策を転換せざるを得なかった国々では、一部のサービスは充実したものの乳幼児死亡率の上昇など保健指標の悪化が見られるようになった国もあった。

その一方で、健康における不公平は容認できないという思想のもと、「2000 年までにすべての人に健康を (Health for All by the Year 2000)」というスローガンを掲げる包括的 PHC は、キューバなどの一部の国において実施され続け、そこでは経済指標に比して保健指標は圧倒的に良いという結果が示された。また、地域レベルでは NGO によって包括的 PHC が推進されていたが、これが国際保健政策の主流となることはなかった。

## 4 21 世紀の PHC と健康

### 4.1 国連ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) と保健課題

アルマ・アタ宣言のスローガンであり PHC が目指した「2000 年までにすべての人に健康を (Health for All by the Year 2000)」が達成されたかという点において、その実現は限定的であり、また包括的 PHC に対する評価も厳しいものとなっている。しかし、アルマ・アタ宣言にある PHC の理念の重要性は変わることがなく、21 世紀に入り改めて認識され再考されるようになった (Lawn et al., 2008 ; 松田, 2014)

21 世紀最初の国際開発の取り組みとして挙げられるのが、MDGs (国連開発計画, 2014) である。2000 年、147 の国家元首を含む 189 の国連加盟国代

---

表が参加した国連ミレニアム・サミットにおいて、21世紀の国際社会が共通して取り組む目標として、国連ミレニアム宣言が採択された。そして、世界が一丸となって取り組む方向性として、MDGsが打ち上げられた。MDGsは2015年に向けて、以下の8つの取り組むべき目標を掲げた。目標1：極度の貧困と飢餓の撲滅、目標2：普遍的初等教育の達成、目標3：ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上、目標4：乳幼児死亡率の削減、目標5：妊産婦の健康の改善、目標6：HIV／エイズ・マラリア・その他の疾病の蔓延防止、目標7：環境の持続可能性の確保、目標8：開発のためのグローバル・パートナーシップの推進である。8つの目標のうち、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、感染症の蔓延予防の3つは保健分野の目標であった。この3つの目標はPHC活動として位置付けられているものであり、国際社会は2015年に向けてこれらの目標を達成すべく取り組んできた。

#### 4.2 アルマ・アタ宣言から30年後のPHC

アルマ・アタ宣言から30周年に当たる2008年、WHOは世界保健レポート「今こそPHC (Primary Health Care Now More Than Ever)」を発表した(WHO, 2008)。このレポートが指摘したのは、不平等な成長と不平等な成果ということであった。つまり、人々の寿命は延びてより健康になったが、どこでも誰でもというわけではなく、国や地域によって明らかな健康格差が続いている。そのような状況において、住民主体の健康増進活動が重要であること、「すべての人に健康を(Health for All)」を実現するためには普遍的な(Universal)仕組みが不可欠であることが確認された。また、このレポートでは、政策におけるPHCの重要性が強調されており、「すべての人への健康(Health in All)」という言葉が用いられている。そして、病院中心主義や、保健サービスの商業化、断片化・細分化される保健医療などの誤った傾向から、PHCの核となる価値である健康の平等性、住民中心ケアへの普遍的なアクセス、健康な地域の実現といったものへ立ち返ることが重視され、包括的PHCを基盤とした保健医療システムの見直しが提唱された。そして、公平な健康のための普遍的な保健サービスへのアクセス、ヘルスケアシステムの確立と人間中心の保健サービス、人材確保、グローバルな視点での保健政策の立案などが課題として挙げられ

ている。

2008年国際看護のテーマは「質の高いケアの提供、地域への貢献：PHCを導く看護師たち (Delivering Quality, Serving Communities : Nurses Leading Primary Health Care)」であった。これも、前述のPHCを提唱したアルマ・アタ宣言から30年に因んで選ばれたテーマである。すべての人が必要な医療保健サービスにいつでもアクセスでき健康を実現できるようにするために、看護はより深くPHCに関与すべきであることを提唱している (ICN, 2008)。さらに、2011年、2012年、2013年はPHCの根源的な目標である格差の解消がテーマの主軸となった (ICN, 2011 ; ICN, 2012 ; ICN, 2013)。特に、2011年は「格差の解消：アクセスと公正の拡大 (Closing the Gap: Increasing Access and Equity)」をテーマとし、これに関連した看護職の役割についても述べられている。看護職は最も困難な状況においてPHCを提供する主要な保健医療専門職であり、保健医療の公平性と保健医療サービスへのアクセスの向上を図り、ケアのアウトカムの質を高めるために不可欠な存在であるとしている (ICN, 2011)。21世紀に入り、国際看護においてもPHCの重要性とPHC活動における看護職の役割と働きが健康の実現において大きいことが、改めて認識された。

#### 4.3 ユニバーサルヘルスカバレッジと持続可能な開発目標

2004年WHO総会でユニバーサルヘルスカバレッジ (Universal Health Coverage: UHC) が取り上げられ、前述の2008年世界保健レポートにおいてもUHCが人々の健康を保障するために必要不可欠であることが述べられている (WHO, 2008)。UHCとは、「全ての人々と地域が、経済的困難にさらされることなく、質の高い保健医療サービスを受けられること」を示している (WHO, 2017)。2010年世界保健レポート「保健システムの資金確保：普遍的なカバレッジへの道 (Health systems financing: the path to universal coverage)」では、「UHCは、すべての人が、貧困に陥る恐れなく、質の良い保健医療サービス (予防、健康増進、治療、リハビリ、緩和) にアクセスできるようになったとき、達成される」と述べている。そして、UHCはWHOの最重要課題として位置付けられた (WHO, 2010)。

---

2015年にMDGsは最終年を迎えた。保健分野の3つの目標に対する評価(UN, 2015a; 国連広報センター, 2015)は、以下の通りであった。「目標4: 乳幼児死亡率の削減」では予防可能な疾病による幼児死亡数の著しい低下は、人類史上で最も偉大な成果をあげ、「目標5: 妊産婦の健康の改善」では妊産婦の健康状態に一定の改善が見られた。また、「目標6: HIV/エイズ・マラリア・その他の疾病の蔓延防止」ではHIV感染者が世界の多くの地域で減少しマラリアと結核の蔓延が止まり減少し、大きな改善が見られた。しかし、MDGs全体の課題として「不平等と格差」が残った。それは、男女間の不平等、最貧困層と最富裕層の格差や都市と農村の格差であった。MDGsでは8つ目標が掲げられたのであるが、「目標7: 環境の持続可能性の確保」に一部含まれていた環境については、気候変動と環境悪化が達成すべき目標を阻んでいるとの結論に至った。

2015年9月に「国連持続可能な開発サミット」が開催され、150を超える加盟国首脳に参加のもと、「我々の世界を変革する: 持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択され、2030年に向けての新たな開発目標として持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)が打ち上げられた。SDGsには、MDGsで取り組んできた問題の解決に向けたさらなるコミットメントや、持続可能な世界に向けた環境や平和への取り組みが含まれる。貧困や飢餓、エネルギー、気候変動、平和的社会など、持続可能な開発のための目標が掲げられている。SDGsには17の目標と目標を達成するための169のターゲットがあり、各目標は相互に作用するものとして、包括的なアプローチがとられている(UN, 2015b; UN, 2015c)。

SDGsにおける保健分野は、17目標の内の一つとなった。「目標3: あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し福祉(Well-being)を推進する」は13のターゲットが定められ、妊産婦死亡率の削減、新生児・幼児死亡率の削減、感染症対策、非感染症(生活習慣病)や精神保健、薬物やアルコール、交通事故、家族計画とリプロダクティブ・ヘルスといった対策と共に、すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含むUHCを達成することや環境汚染への対応も含まれている(UN,

2015b ; UN, 2015c)。

2010年代に入り、国際保健分野における最重要課題とされた UHC の達成が、国際社会が一丸となって取り組む SDGs の目標 3 のターゲットとして位置づけられたことの意味は大きい。UHC は保健分野の様々なターゲットに取り組みその目標を達成するためには不可欠なシステムであり、UHC なしに SDGs 目標 3 の達成はできないといっても過言ではないであろう。このように、PHC の実現において UHC は必要不可欠な条件であるが、同時に UHC の効果を高めるためには PHC を強化していく必要があるのである。PHC の強化と PHC への投資によって、UHC は達成されていくといえるだろう。

#### 4.4 アルマ・アタ宣言 40 周年：アスタナ宣言

アルマ・アタ宣言によって PHC が提唱されてから 40 年の 2018 年 10 月、カザフスタンのアスタナにおいて、「アルマ・アタから UHC 及び SDGs に向かって (From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals)」というテーマを掲げた PHC 国際会議が WHO と UNICEF によって開催され、アスタナ宣言が出された。アスタナ宣言において、UHC を達成するための不可欠なステップとして保健医療システムを強化することが誓われ、同時に PHC の重要性が再認識された (WHO, 2018 ; WHO and UNICEF, 2018)。

アスタナ宣言の第 3 条では、PHC が抱える問題として以下の 3 点を明らかにしている。まず、過去 40 年間に目覚ましい進歩があったにも関わらず、世界中すべての地域において未だに健康上のニーズに対して取り組まれていない状況に置かれている人々がいること、次に特に貧しい人々や脆弱な状況にある人々にとっての健康の問題が残されていること、そして、倫理的、政治的、社会的、経済的にも受け入れがたい健康の不正と健康成果の格差が残っていることである。

アスタナ宣言では「倫理的、政治的、社会的、経済的に受け入れがたい健康における不公正 (ethically, politically, socially and economically unacceptable that inequity in health inequity)」と表現しているが、1978 年のアルマ・アタ宣言第 2 条では「人々の健康に関して大きな不公平は政治的、社会的、経済的に受

け入れがたい (The existing gross inequality in the health status (中略) politically, socially and economically unacceptable)」と記していた。アスタナ宣言では、倫理的 (ethically) という言葉が加わり、また不公平 (inequality) から不公正 (inequity) という表現に変わっていることは興味深い。これは UHC を踏まえたのかもしれない。保健医療サービスは誰に対しても平等 (equality) に開かれていたとしても、僻地に住んでいてたどり着けない、障害や病弱によって助けがけないと病院に行けない、医療保健サービスに関しての情報を讀んだり理解することができない、といった問題を抱える人たちは、保健医療サービスにアクセスするための方法や手段が用意されてはじめて保健医療を享受することができるのである。脆弱な人々が取り残されないためには、公正 (equity) であることが強調されなければならないだろう。同時に、PHC の保健思想の根幹となる、健康における不公正と格差は受け入れられないことが、再認識されていることが確認できる。

また、アスタナ宣言では、4つの主要な分野について取り組むとしている。それは、「PHC の健康に対する大胆な政治的選択を行う」、「持続可能な PHC を構築する」、「個人および地域社会に権限を与える」、「ステークホルダーの支持を国の政策・戦略・計画に合わせる」ということである。最後に挙げられている「ステークホルダーの支持を国の政策・戦略・計画に合わせる」という分野では、保健医療専門家、学界、患者、市民社会、地域および国際パートナー、政府機関と資金、民間セクター、信仰を基盤とする組織などすべてのステークホルダーが、国家政策、戦略、ジェンダーに配慮したアプローチを通じ、UHC 達成に向けて強固で持続可能な PHC を構築するために共同行動をとることが重要であるとしている。ここに、患者 (patients) が含まれたことの意味は大きいであろう。患者は保健医療サービスを受けるのみの存在ではなく、当事者として PHC に参画していく主体的な存在であるという認識は、これからさらに重要になってくるだろう。

過去 40 年間、PHC は称賛と批判の両方を受けながらも国際保健分野における保健思想として存在し続けてきた。それは健康格差の解消をめざすという強い目的意識とその背後にある哲学が強固に存在していたからであるからだろう。40 年の時を経て、現在の持続可能性、普遍的な保健という方向性と共に、

再び、その重要性が認識されているといえるだろう。

#### 4.5 21世紀の健康

国家を超えた枠組みで国際保健への取り組みが始まった約100年前、そしてそれは慶應義塾における看護教育が始まった時でもあるが、その時代に比べ現代では、感染症対策は進み蔓延はコントロールされ、乳幼児死亡率は下がり、平均寿命は上がり、確かに人々は健康になった（WHO, 2008）。しかし、現代においても、健康格差の存在は否めない（WHO, 2008；UN, 2015a）。また、日本においては100年前には想像さえできなかったような超高齢社会を迎え、途上国を含め世界全体が高齢化に向かっている。「健康の定義」が出された第2次世界大戦後である70年前とは人口構成も疾病構造も全く変わっているのである。

21世紀に入り「健康の定義」は議論の対象となっている（臼田他, 2004；Koplan et al., 2009；Lancet, 2009）。2011年に、英国医学雑誌（British Medical Journal: BMJ）に「健康をどのように定義すべきか？（How should we define health?）」と題した論文が発表された。そこでは、「社会的、身体的、感情的な困難に遭遇した際にそれに適応して自分を管理できる力（the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges）」という新しい健康の定義が提案されている（Huber et al., 2011；秋山, 2013；神馬, 2016）。高齢化が進む21世紀の社会においては、誰しもが幾つかの病気を抱えながら生きていくことは普通のことになっている。「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態」（厚生労働省, 1999）として健康が定義された第2次世界大戦直後の時代は、生きていくことそのものが課題であり、健康という定義には生きることを可能にするための強いメッセージが必要だったのかもしれない。

21世紀においても未だに平均寿命が短いなど課題を抱える国々はあるが、少なくとも70年前よりは改善されており、途上国においても健康課題は母子保健や感染症から生活習慣病に移行してきている。新しく出された健康の捉え方は、歳をとっても病気や障害を抱えていても、誰もがその人なりに健康に過ごしていける可能性を見出すものである。心身の不調を完全に治すことよりも、不調にうまく付きあっていくことが重視されるのであれば、看護が果たす役割

はさらに大きくなるであろう。

PHC は、21 世紀においても「すべての人に健康を (Health for All)」の実現を信じて、世界全体が取り組むべき活動であり、看護職もその一員としての役割を果たすことが求められている。時代と共に変わっていくものもあり変わる必要があるものもあるだろうが、PHC の根幹にある「健康における格差は受け入れられない」という強いメッセージは、時代が変わっても引き継がれていく価値であることを願いたい。

## 5 終わりに

慶應義塾で看護教育が始まってからのこの 100 年は、グローバルヘルス分野にとっても激動の時代であった。2001 年に看護医療学部が開設されてから 17 年が過ぎ、グローバルヘルスの現場ともいえる国連、JICA、国際 NGO で活動する卒業生が増えてきており、また、そこで働くことを志して入学してくる学生も多い。同時に急速に進むグローバリゼーションや毎年のようにおこる自然災害における被災地の人々への対応といったことを考えると、日本国内においてもグローバルヘルス分野の知識や活動方法は、今後、必要性を増していくだろう。

PHC の保健思想の根幹であり、国際保健・グローバルヘルスの理念ともいえる「健康格差は容認できない」は、看護に携わるすべての者にとって重要な考え方である。格差・不平等・不公正というものは、先進国と途上国のみの問題ではなく、国内にも存在し、その解消は看護職の誰もが取り組むべき課題である。40 年前に PHC が提唱されたとき、先人の看護職は日本における PHC の役割と活動の在り方について多職種の専門家と共に何年にもわたり議論を重ね、PHC を基盤とした地域保健の向上や保健システムの改善に尽力してきた。世界の看護界は、PHC の提唱や時代に合わせた PHC 改革に合わせて、看護が取り組むテーマとして PHC を基盤とする看護活動を世界に向けて啓発していった。

ICN は、2019 年国際看護のテーマを「看護師：先導する声 - すべての人々に健康を (Nurses: A Voice to Lead - Health for All)」とすると発表した。慶應義塾における看護教育が次の 100 年を迎える年の国際看護のテーマが、PHC に

おける究極の目標と福澤諭吉先生のメッセージである「先導者たれ」ということに集約されていたのだった。これからの100年を担う看護を学ぶ新しい世代には、グローバルな視点での学びとグローバルヘルスの根底にあるPHCの保健思想が、看護実践の根となるところで生きていってほしいと願っている。

## 参考文献

- 秋山美紀 (2013) 『コミュニティヘルスのある社会へ 「つながり」 が生み出す「いのち」の輪』 岩波書店.
- 白田寛、玉城英彦、河野公一 (2004) 「WHO の健康定義制定過程と健康概念の変遷について」『日本公衆衛生雑誌』 51(10), pp. 884-889.
- 外務省「公衆衛生国際事務局設置ニ関スル千九百七年ノ羅馬協定」 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/pdfs/B-S38-C1-751.pdf> (2018年11月3日アクセス)
- 厚生労働省 (1999) 「WHO 憲章における「健康」の定義の改正案について」 [https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1103/h0319-1\\_6.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1103/h0319-1_6.html) (2018年11月3日アクセス)
- 国連開発計画 (UNDP) (2014) 「ミレニアム開発目標」 [http://www.jp.undp.org/content/dam/tokyo/docs/Publications/GeneralBrochure/UNDP\\_Tok\\_MDGs2014\\_20141222.pdf](http://www.jp.undp.org/content/dam/tokyo/docs/Publications/GeneralBrochure/UNDP_Tok_MDGs2014_20141222.pdf) (2018年11月3日アクセス)
- 国連広報センター (2015) 「国連ミレニアム開発目標報告 2015 MDGs 達成に対する最終評価」 <http://www.unic.or.jp/files/e530aa2b8e54dca3f48fd84004cf8297.pdf> (2018年11月3日アクセス)
- 小宮勇、阪上裕子、谷中輝雄 久常節子、丸地 信弘 (1979) 「連載 “プライマリーヘルスケア” を考える・7 老人問題のプライマリーヘルスケア」『保健婦雑誌』 35(6), pp. 456-463.
- 阪上裕子、久常節子、小宮勇、松田正己、丸地 信弘 (1979) 「連載 “プライマリーヘルスケア” を考える・6 難病問題のプライマリーヘルスケア」『保健婦雑誌』 35(4), pp. 304-312.
- 島内憲夫、中島紀恵子、松田正己、丸地信弘 (1981) 「連載 プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・4 保健活動における住民の主体的参加」『保健婦雑誌』 37(3), pp. 200-209.
- シューマッハー, E. F., 小島慶三、酒井懋訳 (1986) 『スモール・イズ・ビューティフル: 人間中心の経済学』 講談社.
- 神馬征峰 (2016) 『「みんなの健康学」序説—公衆衛生を動かした先達からのメッセージ—』 風間書房.
- 中島紀恵子、丸地信弘、松田正己、谷中輝雄 (1980) 「連載 プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・2 住民ニードに対応した保健活動—ニード指向性のある活動であるために」『保健婦雑誌』 36(11), pp. 971-979.
- 日本看護協会「国際看護師の日」 <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/katsudo/kangonohi.html> (2018年11月3日アクセス)
- 日本国際保健医療学会「ミッション・ステートメント」 <https://jaih.jp/about/> (2018年11月3日アクセス)
- 日本 WHO 協会「世界保健機関憲章前文 (日本 WHO 協会仮訳)」 <https://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html> (2018年11月3日アクセス)

- 橋本正己他 (1978) 『プライマリ・ヘルス・ケア：看護の将来的機能』国際看護交流協会。  
久常節子、阪上裕子、小宮勇、谷中輝雄、松田正己、丸地信弘 (1979) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・9 障害児問題とプライマリーヘルスケア—母子保健対策の一環として」『保健婦雑誌』35(8), pp. 602-609.
- 松田正己、丸地信弘、久常節子 (1979) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・3 プライマリーヘルスケアに対する保健婦の反応とその分析」『保健婦雑誌』35(1), pp.63-68.
- 松田正己、丸地信弘 (1981) 「連載プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・7 PHC 的分析による保健活動見直しの方法論」『保健婦雑誌』37(5), pp.386-397.
- 松田正己 (2014) 「PHC の変遷と 21 世紀の課題」『国際保健医療』29(2), pp. 106-112.
- 丸地信弘、松田正己 (1978a) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・1 プライマリーヘルスケアの概念と国際的意義」『保健婦雑誌』34(11), pp. 780-787.
- 丸地信弘、松田正己 (1978b) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・2 世界におけるプライマリーヘルスケアの現状と問題点」『保健婦雑誌』34(12), pp. 843-849.
- 丸地信弘、松田正己、阪上裕子、久常節子 (1979a) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・4 わが国の従来における PHC に対する考え方—混乱した PHC 概念の整理」『保健婦雑誌』35(2), pp.134-140.
- 丸地信弘、松田正己、阪上裕子、久常節子 (1979b) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・5 PHC の観点からみたわが国の保健・医療・福祉」『保健婦雑誌』35(3), pp.199-205.
- 丸地信弘 (1980) 「連載プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・1 保健活動〈見直し〉の新しい視点—PHC4 原則の活動“評価”への活用」『保健婦雑誌』36(7), pp. 524-534.
- 丸地信弘、松田正己、谷中輝雄、中島紀恵子 (1981) 「連載 プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・5 保健活動における協調と統合」『保健婦雑誌』37(4), pp. 278-287.
- 丸地信弘、松田正己 (1981) 「連載 プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・6 保健活動分析における“活動の場”概念の意義—保健サービス研究における一視点の提案」『保健婦雑誌』37(4), pp. 288-299.
- 文部科学省「国際連合教育科学文化機関憲章 (ユネスコ憲章) / The Constitution of UNESCO」<http://www.mext.go.jp/unesco/009/001.htm> (2018 年 11 月 3 日アクセス)
- 安田佳代 (2014) 『国際政治のなかの保健事業—国際連盟保健機関から世界保健機関、ユニセフへ』ミネルヴァ書房。
- 谷中輝雄、阪上裕子、久常節子、丸地信弘 (1979) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・10 地域精神衛生活動とプライマリーヘルスケア」『保健婦雑誌』35(9), pp. 674-684.
- 谷中輝雄、丸地信弘、松田正己 (1981) 「連載 プライマリーヘルスケアの日本的展開をさぐる・3 保健活動における資源の有効・効率的活用の考え方」『保健婦雑誌』37(2), pp. 128-136.
- 湯沢布矢子、丸地信弘 (1979) 「連載“プライマリーヘルスケア”を考える・8 プライマリーヘルスケアと保健婦活動」『保健婦雑誌』35(7), pp. 538-547.
- ワーナー, D., サンダース, D. 池住義憲、若井晋監訳 (1998) 『いのち・開発・NGO : 子どもの健康が地球社会を変える』新評論。
- Huber, M. et al. (2011) “How should we define health?”, *British Medical Journal*. 26, 343:d4163.
- International Council of Nurses (ICN) 日本看護協会訳 (2008) 「質の高いケアの提供、地域への貢献：プライマリ・ヘルスケアを導く看護師たち」<https://www.nurse.or.jp/>

- nursing/international/icn/katsudo/pdf/2008.pdf (2018年11月3日アクセス)
- ICN, 日本看護協会誌 (2011) 「格差の解消：アクセスと公平性の拡大」 <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/katsudo/pdf/2011.pdf> (2018年11月3日アクセス)
- ICN, 日本看護協会誌 (2012) 「格差の解消：エビデンスから行動へ」 <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/katsudo/pdf/2012.pdf> (2018年11月3日アクセス)
- ICN, 日本看護協会誌 (2013) 「格差の解消：ミレニアム開発目標 8、7、6、5、4、3、2、1」 <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/katsudo/pdf/2013.pdf> (2018年11月3日アクセス)
- Jackson, T., Mitchell, S., Wright, M. (1989) “The Community Development Continuum”, *Community Health Studies*. 8(1), pp. 66-73.
- Koplan, J. P., et al. (2009) “Towards a common definition of global health”, *Lancet*. 373(9679), pp. 1993-1995.
- Lancet Editorial (2009) “What is health? The ability to adapt”, *Lancet*. 373(9666), p. 781.
- Lawn, J. E. et al. (2008) “Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize”, *Lancet*. 372(9642), pp. 917-927.
- Newell, K. W. (1975) “Health by the people”, WHO.
- United Nations (UN) (2015a) “The Millennium Development Goals Report 2015.” [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf) (2018年10月26日アクセス)
- UN (2015b) “Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.” <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> (2018年10月26日アクセス)
- UN, 外務省仮訳 (2015c) 「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000101402.pdf> (2018年10月26日アクセス)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) “UNESCO Constitution.” [http://www.unesco.org/education/pdf/UNESCO\\_E.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/UNESCO_E.PDF) (2018年10月26日アクセス)
- Walsh, J. A., Warren, K.S. (1979) “Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries”, *New England Journal of Medicine*. 301(18), pp. 967-974.
- World Health Organization (WHO) (1978) “Declaration of Alma-Ata” [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) (2018年10月26日アクセス)
- WHO (2006) “Constitution of the World Health Organization” [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (2018年10月26日アクセス)
- WHO (2008) “The World Health Reports 2008: Primary Health Care Now More Than Ever” [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf) (2018年10月26日アクセス)
- WHO (2010) “World health report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage” [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_en.pdf) (2018年10月26日アクセス)
- WHO (2017) 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に向かってともに歩もう行動を起こそう」 [http://www.who.int/kobe\\_centre/uhc\\_cAll\\_to\\_action\\_ja.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/uhc_cAll_to_action_ja.pdf) (2018年11月3日アクセス)
- WHO (2018) “Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care” <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (2018年10月26日アクセス)
- WHO and UNICEF (2018) “A Vision for Primary Health Care in the 21st Century” <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (2018年10月26日アクセス)

〔受付日 2018. 11. 6〕