

論文

感染地域の社会経済的現状と WHO、医療中心型援助の限界

——ブルーリ潰瘍の事例——

新 山 智 基*

はじめに

近年、世界的規模で大きな問題となっている1つに感染症の問題がある。HIV/エイズやマラリア、結核など多くの感染症が依然として猛威を振るい続けている。近年、恐怖の話題となったエボラ出血熱などは記憶に新しいところであるが、すでに克服されたと考えられてきた感染症の再興が確認され、世界的な対策が求められているコレラやデング熱なども無視できない状態にある。また、本論で注目する「顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases)」¹のなかでも「ブルーリ潰瘍 (Buruli Ulcer)」の問題は、感染源、感染経路、治療薬などの解明が不十分であり、最も困難な状況に直面している。

本論で取り上げるブルーリ潰瘍問題に対して、世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は1998年から本格的な研究・対策組織であるグローバルブルーリ潰瘍イニシアティブ (Global Buruli Ulcer Initiative : GBUI) を設立し、取り組みを始めた。現在までにGBUIが実施している研究・対策は、主として治療の確立と罹患者の早期発見に向けた取り組みである。しかし、ブルーリ潰瘍問題は、医療問題だけでなく、社会的・経済的に関わる様々な問題が共時的に絡み合っているため、医療分野だけでは、問題解決は難しい。例えば、治療や入院費などの医療費を支払うことが出来ても、その後の生活が保証されるものではない。生活費を捻出するために、子どもの教育費が削られるケースもある。

このように、WHOの疾病そのものに関する取り組みについては高く評価できるものの、社会・経済的問題を含むより広範な取り組みについては、自ずと限界がするように思われる。つまり、ブルーリ潰瘍のような熱帯病が蔓延する地域 (西・中央アフリカ) には、医療だけでは解決できない領域にまで、対策や援助が必要とされているのである。

このような問題意識から本論では、保健分野の中心機関であるWHOを対象とし、組織や対策の限界を明らかにする。また、アフリカの社会・経済的な現状や、医療従事者の都市集中と頭脳流出問題などを考察することにより、どのような視点での支援が必要とされているのかを模索する。

I 国際医療機関としての WHO

1. WHO の活動

WHO²は、「すべての人々が可能な最高の健康基準に到達すること (世界保健憲章第1条)」を目的としている医療・保健分野の国際機関である。

WHOの予算は2年制であり、「通常予算 (Regular Budget)」と「任意拠出に基づく予算外拠出 (External-Budgetary Contribution)」に分けられる。通常予算は、各国の支払能力 (国民所得等に基づく) によって算定される。また、

キーワード：ブルーリ潰瘍、世界保健機関、国際支援 (国際援助)、神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト、顧みられない熱帯病

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2008年度入学 公共領域、日本学術振興会特別研究員DC

任意拠出に基づく予算外拠出は、通常予算以外のすべてを指し、2 国間ドナーや国連開発計画（United Nations Development Programme：UNDP）、国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）などの他の国連機関、各国政府や NGO などの組織によって拠出されている。

主な活動は、医療・保健に関する調査・研究や情報収集・分析、器材の購入であり、各国政府に対しては、政策的な支援・助言や技術協力などを行い、またフィールド・レベルでの技術協力の事業活動なども実施している。地域レベルにおいても、地域事務局が主体となって技術支援を中心として取り組みがこころみられている。WHO 予算のうち、約 6 割が地域への専門家派遣やワークショップ開催、ガイドラインの作成等に当てられている。表 1 のように地域別予算の割合をみると、アフリカの割合が著しく高く、WHO が最重要地域として取り組んでいることが窺われる。その他に、伝染病や風土病などの撲滅、医療・保健に関する条約、規則の提案、食品や医療品などの国際基準も策定している³。

WHO は、1997 年から危険性のある感染症に対するあらゆる情報を集め、緊急性の高いのものに関しては、対応策を講じていくようにしている⁴。また、新興・再興感染症問題に対して対策を進めており、グローバル感染症警報・対応ネットワーク（Global Outbreak Alert and. Response Network：GOARN）を 2000 年に設立し、構築・強化を図り、迅速に対応を取れるような体制を整えるように努めている⁵。世界の脅威となりうる感染症情報に関しては、「Weekly Epidemiological Record」⁶や「Disease Outbreak News」⁷を通じて、全世界へ配信されている。

2. プログラム事例

(1) 熱帯病医学特別研究訓練プログラム（TDR）

WHO は具体的な課題として、プライマリー・ヘルス・ケアの促進や必須医療品行動計画、エイズ対策、タバコ対策、熱帯病研究、ポリオ根絶などに取り組んでいる⁸。本論の主題のひとつである熱帯病への取り組みとしては、「熱帯病医学特別研究訓練プログラム（Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases：TDR）」がある。

TDR は、WHO、ユニセフ（UNICEF）、国連開発計画（UNDP）、世界銀行が提起された問題に対して包括的に対応するために 1975 年に設立された組織である。途上国に蔓延している感染症に対する予防や診療、さらには治療のための研究開発や教育訓練などの企画を立案し、実施している⁹。このような研究の対象となっている感染症は、トリパノソーマ症、デング熱、リーシュマニア症、マラリア、住血吸虫症、結核、シャガス病、ハンセン病、フィラリア症、オンコセルカ症などの顧みられない疾病（Neglected Disease）である。

WHO は TDR に対して、ユニセフ（UNICEF）、国連開発計画（UNDP）、世界銀行が連携することによって、研究・資金面を補いながらプログラムを運営している¹⁰。また、医療団体からの援助¹¹も受けている。

(2) ブルーリ潰瘍への方針

2007 年 10 月 11 日にアメリカ・アトランタで開催された第 11 回疾病撲滅特別委員会（International Task Force for Disease Eradication）では、ブルーリ潰瘍に関する以下の問題提起と結論・提言に至っている。まず、WHO によるこの疾患に関する研究の現在の優先順位は以下の通りである。

- ① 自然環境から人への感染経路を特定
- ② 病気の発生率上昇に関する環境変化の役割の理解
- ③ 初期の病気診断のための安価で、簡単なフィールドテストの展開
- ④ 効果的な経口抗生物質（例えば、リファンピシンやクラリスロマイシン）の考案
- ⑤ 患者の社会復帰ための理学療法の有効性の改善¹²

表 1：地域別予算の割合（2006-2007）

全体額（百万ドル）		893
地域別割合	アフリカ	30.7
	アメリカ	6.3
	南東アジア	11.6
	ヨーロッパ	6.5
	東地中海	12.3
	西太平洋	7.5

<典拠>外務省編「政府開発援助（ODA）白書」（国立印刷局、2007 年）p362

これらを前提として、疾病撲滅特別委員会は次のような結論と提言を行った。まず、ブルーリ潰瘍の感染原因が環境の中にあるため根絶は難しいだろうという結論に至る。サーベイランスや疾患分布地図の作成を強化し、プログラムに取り組むために、実践的な共同作業を求める努力を継続することを明言している。また、早期発見・早期治療は、重度化を防ぎ、患者の負担を減らすことに繋がる¹³。そして、資金提供・獲得はフィールドテストや経口投与薬治療の改善などの研究のために必要であるという報告がなされた¹⁴。

また、2008年3月31日から4月2日に開催された第11回ブルーリ潰瘍対策専門家会議（WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer）や「Weekly Epidemiological Record」では、ブルーリ潰瘍の対策に関して以下のような今後の方針が出されている。

- ① 着実な進展はコントロール活動の実施によって可能となるだろう。流行国では、コントロール戦略を実施するために、政府やパートナーによって支えられるべきであり、国際的なモニタリングチームによって進展の確認とサポートをしなければならない。
- ② 抗生物質の導入は、重度な症状の緩和（潰瘍の縮小）などの重大な進歩をもたらしたが、フィールドにおいて密接な監視と、さらなる研究や実験のもとで、抗生物質の効果を裏づけなければならない。
- ③ サーベイランスは向上してきたが、BU01 および BU02 形式を用いた報告を確実にするには、さらなる取り組みが必要不可欠である。
- ④ 今後の研究は、伝播形式の解明、迅速な診断テストの開発、抗生物質治療の単純化などの優先事項に焦点を当てなければならない。
- ⑤ 今日、ブルーリ潰瘍は周知されるようになった。さらなる援助や資源動員は、顧みられない熱帯病や貧困について関心が高め、活動を強化することにつながるかもしれない¹⁵。

以上が、WHO が取り組んでいる熱帯病医学特別研究訓練プログラムとブルーリ潰瘍への方針の概要である。このことを踏まえ、次節で WHO の援助アプローチの限界点について明らかにしていく。

3. WHO の限界

以上のことから、WHO には2つの限界点があることが推察できる。第1に、支出可能な資金の限界である。資金のなかでも、医療に直接関連しない事項に対する WHO の予算は一定額に抑制されているため、支出事項に限界が出るのも自明の理である。一方で、他の機関や団体からの援助は、WHO の重要な資金源であるが、どうしても支出方法に制約が伴うと考えられる。IFPME の会長は、「途上国の疾患に対する新医薬品の研究開発による公衆衛生の改善は、大学などの研究機関、政府機関、研究開発型製薬企業の効果的な協力関係なしでは達成できないものである。この寄付支援は、途上国の感染症疾患管理援助のグローバルな取り組みを支持することに、医薬品産業が全力をあげることを確約するものである」¹⁶と述べている。このように、製薬団体（医療団体）からの資金提供は、製薬関連の研究・開発に限られるものとなるだろう。この点において、WHO は保健医療分野以外への資金の拠出が難しいのである。

第2に、ブルーリ潰瘍対策専門家会議や「Weekly Epidemiological Record」、疾病撲滅特別委員会による報告や提言には偏りがある。WHO の推し進めている対策は、治療の確立と罹患者の早期発見に向けた取り組みが主である。よって、患者の治療後の社会復帰や就学復帰に向けた取り組みは皆無である。WHO は、保健・医療を中心とした機関であるものの、医療中心型のアプローチの方法では限界があるといえる。具体的には第4章で述べるが、医療を中心とした対策を講じるよりも、医療に加え、社会や経済、教育など他の分野の視点を加えた、包括的なアプローチを展開する方が、より有効的な援助を可能にするからである。

WHO も、包括的なアプローチに向け、関連機関とのネットワークの構築・拡大やプログラム作成、アプローチ方法などを模索している。しかし、これらの WHO によるアプローチが、有効的に機能しているとは言い難い。

次章ではブルーリ潰瘍の社会経済的問題の事例を用いながら、医療だけでなく、社会・経済な分野へ注目しなければならないことを明らかにする。

Ⅱ 社会経済的問題

これまでも言及してきたように、ブルーリ潰瘍の問題を解決するためには、医学的側面のみならず、この疾病が蔓延する地域が抱える社会経済的な問題¹⁷にも目を向けざるを得ない。ブルーリ潰瘍の組織病理学の先駆者のひとりである、ウェイン・M・マイヤー博士 (Dr. Wayne M. Meyers)¹⁸ は、この問題を解く鍵が医学的な要素よりも既存する社会経済的問題の解決にあるとして、インタビューに答えて次のような悲観的なコメントを残している。

… (解決の鍵は) 社会経済的事項になるはずですが。広い湿地帯を開拓するには長い時間が掛かるでしょう。…また、人口増加は、湿地帯に畑作地を造らなければならないことを意味し、その農業技術はおそらく数世紀間変わってはいないのです¹⁹。

このことは、ブルーリ潰瘍問題の解決が単に医学的問題だけではなく、当該国家の貧困からの脱却こそが重要であることを示唆している。しかしながら、次の表2が示すように、西・中央アフリカの諸国のほとんどが貧困地域に属している現状では、ブルーリ潰瘍研究の権威であるマイヤーズ博士の悲観的見解も無理からぬことである。ベルギーのアントワープ熱帯医学研究所 (Institute of Tropical Medicine Antwerp) のマイコバクテリウム部門主任教授である、フランソワ・ポートル博士 (Françoise Portaels) も同様の見解で、同研究所の公式見解として、「ブルーリ潰瘍の罹病率および農村への社会経済的な影響を減少させるために、学際的なアプローチは、この疾病の最適な管理に必要」²⁰ だと表明している。

表2 : Incomes per capita of BU-endemic countries

ブルーリ潰瘍の蔓延指定国	GDP(Income)per capita (U.S. \$, 2004)
コンゴ民主共和国	111 (<\$1/day)
ウガンダ	263 (<\$1/day)
トーゴ	375 (<\$2/day)
ギニア	422 (<\$2/day)
ガーナ	435 (<\$2/day)
ベナン	560 (<\$2/day)
スーダン	626 (<\$2/day)
コートジボアール	837 (<\$3/day)
カメルーン	914 (<\$3/day)
コンゴ	1,336 (<\$4/day)
ガボン	5,432 (<\$15/day)
赤道ギニア	9,097 (<\$25/day)
オーストラリア	30,682 (<\$90/day)

<典拠> Mumma Ga et al. "Buruli Ulcer, Poverty, and Poverty Reduction in Rural Ghana, 2003" A CDC report for 2004 Buruli Ulcer Initiative Conference at WHO Headquarter, Geneva, Switzerland

では、社会経済的問題とは具体的にどのようなものなのか、検証してみることにしよう。ブルーリ潰瘍の治療に掛かるコストについては、国や地域の財政状況や意識の違いからまちまちで不明瞭な点が多いが、ガーナ共和国のアマンシ西区にある政府支援の地域診療を統括しているセント・マーティンズ病院 (a reference hospital) に関する研究はこの種の研究の先駆けとなった。この研究を基本資料にして、神戸国際大学 SCOBU 会員によるガーナの予備調査 (1999年9月) を加味して分析を試みる。

表 3：アマンシ西区のセント・マーティン病院における治療費と区の医療予算額（1994-1996）

	年 度			Total
	1994	1995	1996	
患者 1 名の 1 日の食費	\$0.84	\$1.26	\$1.20	
1 日の農業労働費	\$0.79	\$1.43	\$1.50	
患者数	36	34	32	102
直接費*				
小計	\$13,377.18	\$6,000.23	\$4,468.15	\$23,845.46
平均	\$371.59	\$176.48	\$139.63	\$233.78
間接費†				
小計	\$21,429.59	¥18,006.53	\$16,611.43	\$56,047.55
平均	\$595.27	\$529.60	\$488.57	\$549.49
費用合計				
合計	\$34,806.77	\$24,006.76	\$21,079.58	\$79,893.11
平均	\$966.85	\$706.08	\$658.74	\$783.27
区の医療予算額				
合計	\$16,115.00	\$15,271.00	\$27,271.00	\$58,657.00
直接費が占める割合 (%)	83	36	16	41

* ブルーリ潰瘍で入院した患者に掛かる費用については、手術費、検査料、外傷用医薬材料費、薬代、雑費（診察費や文房具など）に加えて、測定できない費用（手術や皮膚移植、裂傷治療以外の人件費は含まれない）

† 生産性の喪失、給食費、雑費（燃料費、病院以外で購入される薬代、病院以外で行われる検査費）

< 典拠 > Kingsley Asiedu and Samuel Etuafli, "Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in Ghana: A Three-Year Review," *American Journal of Medicine and Hygiene*, 56 (6) (1998), p 1019 より抜粋。註については、上記論文の内容を簡略化して追加。

上記表 3 は、セント・マーティンズ病院での 3 年間の統計をまとめたものであるが、治療に直接掛かる費用のみだけを見ても、農業労働者の年間収入の 1 / 4 にもあたり、入院や治療に関わるその他の経費を加えると年間平均収入を遥かに超えるのである。貧困層、特に 15 歳以下の子どもに多いこの感染症と向き合うためには、幾重もの障がい克服しなければならない。例えば、環境の劣化も感染症の拡大と再発に深く関わっているとされる深刻な問題のひとつである。農地の拡大のための森林伐採や経済発展の根幹となるダム建設は、そのいずれもが洪水の原因となり、感染地域を拡大させることになる。感染症と闘うために必要な財源を生むはずの開発がむしろ感染症の拡大の原因となってしまうのである。また、終わりの見えない民族間の内紛などで不安定な政治・経済基盤をもつ西アフリカでは、公衆衛生や福祉への意識は極めて希薄で、国家規模での医療対策や感染症撲滅に極めて重要な環境整備にまで手が回らないのが現実である。そうすると、国際機関や NGO による支援が不可欠となり、依存せざるを得ない場合も多いのである。

国際機関や NGO がこれまで提供してきたプログラムは、医療支援から専門医師や専門看護師の育成サービスまで広範なものであるが、これらさえも常に効果的だとは言えない。国際支援が前提とする支援構造そのものを崩壊させる問題も起こっているのである。この問題を提起するのに、これまで比較的安定してブルーリ潰瘍対策を押し進めてきたガーナのケースを取り上げ分析していく。

Ⅲ 医療従事者の都市集中と頭脳流出

国際支援構造を揺るがす問題として、以下の 2 つを挙げるができる。そのひとつは、高い技術をもつ医師がより高い収入と研究施設を求めて流出するという問題である。国際機関や NGO の支援を受けて、高い技術力を有するものがよりよい研究環境を提供してくれる欧米へ移動すると、感染地域での豊富な経験と医療技術が失われる。ガーナでは、WHO および各 NGO 団体によるブルーリ潰瘍治療に必要な医師・看護師訓練プログラムが比較的進んでいる地域であるが、そこでも医師が流出したために、彼らの特殊技能は生かされず、地域の統括病院の機能が停

止し、せっかく育成してきた看護師も離散する事態にまでなった事例²¹もある²²。

さらに、医学教育機関は都会に集中しており、医師となった後も都会での勤務を熱望する者がほとんどであり、感染症が蔓延している地方で勤務医を確保することはきわめて難しいのである。表4が示すように、ガーナの首都アクラのあるグレートアクラ州、次いでガーナ第2の都市クマシのあるアシャンティ州に、医師・看護師が集中していることが分かる。経験豊富な医師が居なくなっても補充することができず、病院そのものが機能しなくなる病院は少なくない。2006年のGBUIでの会議でも、非公式ながら日本のような医師の遠隔地手当の支給や医師免許の取得に地方勤務を義務化する政策が話題になったくらいである。

表4：ガーナ共和国州別保健医療従事者数

	アシャンティ	プロオングアハフォ	セントラル	中央行政	イースタン	グレートアクラ	ノーザン	アッパーイースト	アッパーウエスト	ボルタ	ウエスタン	合計
医師	308	55	47	35	75	480	24	29	9	49	57	1,168
歯科外科医	4	1	2	1	1	11	1	0	0	0	1	22
薬剤師	64	15	12	15	20	81	8	7	4	12	16	254
医療助手	69	42	36	1	38	57	41	34	16	26	41	401
看護師	1,278	552	578	20	895	2,295	543	387	336	763	494	8,141
准看護師	669	433	523	0	956	1,249	435	302	115	668	480	5,830
理学療法士	4	3	0	0	2	9	2	0	1	3	1	25
保健サービス行政官	26	11	11	9	15	14	10	5	4	12	7	124
その他	3,230	2,091	1,774	597	2,432	3,076	1,209	811	798	2,500	1,532	20,050
合計	5,652	3,203	2,983	678	4,434	7,272	2,273	1,575	1,283	4,033	2,629	36,015

<典拠>国際協力機構人間開発部「ガーナ共和国 医療特別機材供与（予防接種拡大計画/エイズ対策・血液検査）機材計画調査報告書」2005年 p14

また、看護師についても同様であり、訓練プログラムで専門技術を身につけた者が、えてして、海外流出の対象者となる傾向にあり、高い技術者の頭脳流出で医師以上に問題になっている。表5は、この問題に関して把握できる限りのデータを示したものに過ぎない。この現象の背景には、看護師不足というグローバルな問題が存在しているのであって、移民流出を誘発するプル要因となっていることから、一概に貧困や研究環境の不足などのプッシュ要因のみを論じることはできない。²³しかし、表5が示すように、アフリカの多くの国が抱える頭脳流出の問題が、医療現場に深刻な影響を与えていることも事実なのである。

表5：サハラ以南アフリカ諸国から英国への看護師の年間「流出」数（1998-9年度～2004-5年度）

国名	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005
南アフリカ	599	1460	1086	2114	1368	1689	933
ナイジェリア	179	208	347	432	509	511	466
ジンバブエ	52	221	382	473	485	391	311
ガーナ	40	74	140	195	251	354	272
マラウイ	1	15	41	75	57	64	52

<典拠> The Nurses and Midwives Council, UK (2005). Annual Statistical report. NMC, London, UK.

この頭脳流出問題は、アフリカ地域に限ったことではなく、発展途上国の国々で大きな問題となっている。WHOはこの問題に対して以下の見解を示している。

専門職者である保健医療スタッフが先進国に移住することによって人的資源の損失が生じると、発展途上国では保健医療システムがヘルスケアを公平に提供できなくなるのが普通である。保健医療従事者の移動は、保健医療に関する国連ミレニアム開発目標などの世界、地域、国の責務を実現する国の能力を損ねることにもなり、また国の発展を損ねることにもつながる。そのような移動の程度や影

響に関するデータは断片的で事例に基づくものが多く、高い失業率や不十分な勤務条件、低賃金などといった原因を明解にするものではない²⁴。

このように頭脳流出は、特定の病院機能を崩壊させるだけでなく、保健医療システムや、病気による若年労働力などの国の能力を奪い、国の発展までも妨げることにまでつながるのである。同時に、それまで WHO や NGO 団体が時間と資金を掛けて提供してきた医療訓練プログラムの成果が無に帰してしまう。すなわち、高度な技術を身につけた医師や看護師がその能力を生かすことができない状態を創出し、流出のプッシュ要因となるからである。事実、1990 年代以降の欧米における看護師不足は、アジア・アフリカからの高い技術を有する移民を受け入れるプル要因ともなり、流出に拍車を掛ける結果となった。

このような問題の遠因が、ブルーリ潰瘍蔓延地域の国内を取り巻く環境や社会・経済的課題にあることは明確であり、結果として医療制度を劣化させ、国際機関や NGO の支援の妨げともなってきたのである。しかしながら、WHO は医療・保健分野に特化された機関であるため、ブルーリ潰瘍を取り巻く社会・経済的問題に対して必要とされる包括的な対策が実施されているとはいえないのである。例えば、治療法に関する飛躍的な進歩に比べて、現地スタッフの育成や確保、流行地域でのブルーリ潰瘍治療システムの整備といった各国の政治状況や社会・経済的問題が絡む支援分野については、WHO や医療系 NGO/NPO が具体的な成果をもたらしたと評価することはできない。

IV 包括的アプローチの必要性

これまでの現状分析を踏まえて提言できることは、医療中心型の援助には、自ずと限界があるということである。現在、世界人口のうち、約 6 人に 1 人が 1 日 1 ドル未満で生活している。なかでもアフリカ（サブサハラ）地域では 45% の人々がこの水準で生活を行っている。生きるための最低限の費用を捻出することも難しいなかで、治療費を捻出することは家族にとって多大なる負担となることは間違いない。蔓延地域において福祉・健康保険制度が存在している場合は稀であり、国民の健康を担う保健所や受診可能な病院施設さえも欠乏している。このことが意味するのは、分散して居住している地方の村々からの通院は徒歩で片道 5・6 時間もかかるケースもあり、インフラの整備も医療機会を与える重要な援助の 1 つである。

このように感染症を取り巻く問題には、症状そのものへの対応だけでなく、インフラ整備を含む病院施設へのアクセスを可能とする環境作りや、治療費や退院後の生活などへの経済的援助などが挙げられる。さらに、教育援助も国家の保健衛生に関する対策の充実（識字率の向上などによる医療情報の伝達等）を目指す上で不可避な援助分野なのである。医療だけでなく、医療に加え関連分野への援助に包括的なアプローチが重要視されている理由である。

ブルーリ潰瘍問題では、設立当初から特定の目的をもつ国際機関である WHO が実施できる取り組みは、医療中心に限定されたものであり、包括的なものとはいえない。当然、ひとつの国際機関に広範な分野の問題を一手に引き受けることを望むべくもないが、この傾向は WHO のみで見られるものではなく、各国政府の医療機関や NGO の支援にも顕著なのである。ブルーリ潰瘍が、その病状・病変がハンセン病と類似していたことから、この熱帯病に対する医療活動を行っている専門医・研究者や支援団体にはハンセン病に関わった経歴をもつ者が多い。そのため、医療を中心とする活動が多くなっていると推察できる。もちろん、この傾向はブルーリ潰瘍だけでなく、他の疾病問題に関しても同様な傾向にあることは容易に考えられるであろう。

上述した背景から医療を中心とする団体が多くなか、医療以外の活動を行っている団体の存在は注目に値する。規模こそ小さいながら、包括的アプローチの事例として、「神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト（Project SCOBU）」の活動は特徴的なものである。以下に Project SCOBU の活動を取り上げながら、その必要性について考察しておこう。

Project SCOBU と他の団体の活動の大きな違いは、医療分野ではなく、教育分野への取り組みを中心としているところにある。2005 年より、ベナン共和国で開始された「ブルーリ潰瘍こども基金」では、罹患した子どもたちが長期にわたる入院期間中でも初等教育を継続して受けることを可能にし、それまで一切の教育機会に恵まれなかった患者にも、その機会を享受する目的で設立させた支援基金である。さらに、その後はブルーリ潰瘍の治療を終え

た子どもたちの就学復帰を目的とした支援へと拡大している。前述したように治療にかかる費用捻出も家計の大きな負担となる。治療前の生活に戻るためには長い期間が必要となるだろう。生命維持のための食費等の生活費が最優先されるなか、どうしてもそれ以外の費用はないがしろにされる。教育への費用などは後回しにされているのが現状である。そのため、「ブルーリ潰瘍こども基金」では、就学関連の支援を行い、年間平均で100人前後の子どもたちの学費や文具類、制服等の教育関連の費用を支援している。また、ブルーリ潰瘍を患った子どもたちには、手や足などに術後の後遺症が残ることが多く、学校教育に加え、リハビリなどの機能訓練（理学療法や作業療法）を受けることで、将来の経済的な自立を図ることを目的として支援を実施している²⁵。

また、2009年に入ってProject SCOBUは、「早期発見と早期治療」を推進するために、ブルーリ潰瘍対策が遅れがちなトーゴ共和国で支援活動を展開しているNGO団体に対して、フィールド・オペレーター²⁶の活動資金（燃料費など）をも提供するようになっていく。

このように、Project SCOBUが行っている支援は、罹患者の発見に端を発し、治療が終わるまでのものではなく、治療が終わってから必要となるものへの支援でもある。これは、教育をはじめ、その後の経済的な自立を図るための支援として、有効なものとして評価することができるであろう。教育分野への支援は、能力を向上させ、職業の幅・選択を広げることへと繋がり、結果として生活水準の向上をもたらす可能性を秘めている。特に、子どもが多く発症²⁷しているブルーリ潰瘍への教育支援は、国の未来を担う子どもを守るために重要であろう。

このように、包括的なアプローチ、つまり医療に加え、経済や教育などの分野への支援を行うことも、ブルーリ潰瘍問題を解決に導く新たな視点として重要な意味をもつことになるであろう。

結論

以上のように、医療を中心とした取り組み（病気を完治させる）だけでは、問題解決には至らない。治療後の支援も含めた包括的なアプローチが必要である。しかし、WHOの組織体制を分析する限り、資金用途の制約があることが推察できることや、実際の取り組みとして、ブルーリ潰瘍対策専門家会議や「Weekly Epidemiological Record」、疾病撲滅特別委員会の報告・提言を見ても、治療後に関するものは周辺的な地位を占めているにすぎない。このことから、治療後の他分野への援助は難しいものであることがいえる。

しかし、医療だけでなく、経済や教育などの他分野への援助も、蔓延する疾病などの問題に対して有効的なアプローチである。基礎的な教育を受け、少しの情報や知識を得るだけで、公衆衛生などの悪化が原因となる病気の減少に繋がる。さらに、国の将来を担う子ども達を守るためにも教育分野の支援を実施することは重要なことである。

このような包括的なアプローチの実現のためにも、例えば、教育分野へは、ユニセフをはじめとした教育関連機関との連携の模索が必要であろう。実際に、他機関との連携として「熱帯病医学特別研究訓練プログラム」を取り上げたが、その内容は、医療教育に特化したものであり、治療後の支援とは程遠い。WHOの対策後に、ユニセフが教育分野での支援を受け継ぎ、また引き継ぎのできるような、機関の枠を超えた支援の模索が必要である。こうした他機関との連携を含めた対策も、ブルーリ潰瘍に求められているといえるだろう。

こういった包括的な視点からのアプローチの実現は、結果として疾病対策に大きな効果をもたらすことになるのである。しかし、これだけの実現では不十分である。WHOや政府、NGOの連携などの視点からの研究も必要であろう。本論では、WHOの対策を考察し、包括的なアプローチの必要性を述べるにとどまっているため、具体的な連携モデルなどは提示できていない。また、社会・経済的な取り組みも同様に必要性しか述べていない。今後様々な分野・視点から、さらなる有効かつ効果的で実行可能なアプローチを模索・実現していかなければならない。

注

1 顧みられない熱帯病は、14の疾病からなり、約10億人が感染し、年間で約50万人が死亡している。エイズやマラリア、結核などと比べると死亡率は低く、優先的な取り組みとしては認知されてこなかった。また、症状から差別や迫害の対象となり、歴史的・社会的に顧みられず、医療や薬品などの経済市場や研究・開発分野からも利益を生まないため顧みられてこなかったのである。その多くは、発展

途上国、特にアフリカ地域で起こっている。

- 2 1948年4月7日設立。1946年の国際保健会議で採択された世界保健憲章によって設立（1948年4月7日発行）。
 - 3 外務省編「政府開発援助（ODA）白書」（国立印刷局、2007年）p361
 - 4 浅野和生「感染症をめぐる国際協力－WHOと日本の対応を中心に－」『問題と研究』国立政治大学国際関係研究センター Vol.35, No.4 2006年 p30
 - 5 厚生労働省編「厚生労働白書」（ぎょうせい、2005年）p374
 - 6 'Weekly Epidemiological Record' <http://www.who.int/wer/en/>
 - 7 'Disease Outbreak News' <http://www.who.int/csr/don/en/>
 - 8 三浦宏子・梅内拓生「保健関連の国際機関の役割」小早川隆敏『国際保健医療協力入門－理論から実践へ』（国際協力事業団、1998年）p35
 - 9 百合本孝範「IFPMAのWHO「熱帯病医学特別研究訓練プログラム（TDR）」の援助強化」JPMA News Letter No.124 2008年 p24
 - 10 その他にも、WHO、ユニセフ、国連開発計画、世界銀行が中心となっている活動には、「ロールバック・マラリア（Roll Back Malaria）」などがある。
 - 11 2008年1月25日には国際製薬団体連合会（International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations：IFPME）が100万ドルの寄付を行うことを表明した。
 - 12 World Health Organization 'Buruli ulcer disease' "Weekly epidemiological record" Volume 83 No,9 2008 p78
 - 13 2001年から2003年のガーナ共和国では、初期症状（切除）の治療に76.20ドル（年収の16%）、切断を受けた患者では428ドル（年収の89%）まで治療費負担は増加している。
 - 14 Ibid. pp.78-79
 - 15 World Health Organization 'Buruli ulcer:progress report, 2004-2008' "Weekly epidemiological record" Volume 83 No,17 2008 pp.153-154
 - 16 百合本孝範 前掲書 p24
 - 17 ブルーリ潰瘍問題における医学的な研究に関する論文は多数存在するものの、社会経済的な視点からの研究論文は未だに少ない。
 - 18 マイヤーズ博士は、軍組織病理学研究所の元所長であり、中央アフリカを中心に活躍してきたハンセン病の組織病理学の権威であり、ブルーリ潰瘍研究を指導してきたひとりでもある。
 - 19 "Tackling Two Global Scourges" *U.S. Medicine Information Central* (June, 2005) .
 - 20 "Buruli Ulcer" Mycobacteriology Unit, *Institute of Tropical Medicine Antwerp*, <http://www.itg.be/itg/Departments/generalpage.asp?wpid=119&miid=48> 2008年1月10日閲覧・取得
 - 21 2006年3月にガーナ共和国を訪れた際、セント・マーティンズ病院（St. Martin's Catholic Hospital）で頭脳流出問題が起り、病院が機能しない事態となっていた。その後、月単位で医師を雇うことで、病院を再開させた。報酬面や生活環境面など、医師・看護師が働きやすい環境を整え、頭脳流出を防がなければならない。しかし、実際の経済・経営面を考えると難しいのが現状であるといえる。
 - 22 ガーナのガ地区アマンシ西区にある統括病院は、Project SCOBUが1999年以来、調査の対象としてきた病院のひとつであるが、2006年に最も経験豊富な医師がアメリカに移住したために、機能不全に陥り、医師補充が困難であったことから2006年のWHO会議で問題となった。
 - 23 Linda H. ALKEN et al., Trends in international nurse migration: The World's Wealthy Countries must be aware of how the "pull" of nurses from developing countries affects global health, *Health Affairs*, Vol.23 No.3, 2004 pp.69-77
 - 24 World Health Organization . *Recruitment of health workers from the developing world*. Report by the Secretariat. Executive Board EB 114/5, April 2004, WHO, Geneva, Switzerland.
- ジェイムズ・ブキヤン、リン・カルマン（日本看護協会訳）「世界的な看護師不足：問題と行動の概観」（国際看護師協会 [International Council of Nurses]、2005年）p25
- 25 詳しくは、新山智基「ブルーリ潰瘍問題をめぐる国際NGOの動向－神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクトの果たしてきた役割を中心に－」『コア・エシックス』立命館大学大学院先端総合学術研究科 Vol.5 2009年 pp.256-257 参照。
 - 26 地方の村々を巡回して、患者の早期発見に務める専門スタッフのこと。
 - 27 約7割が15歳以下の子どもたちである。

参考文献

- 浅野和生「感染症をめぐる国際協力－WHOと日本の対応を中心に－」『問題と研究』国立政治大学国際関係研究センター Vol.35, No.4
2006年
- ジェイムズ・ブキャン, リン・カルマン (日本看護協会訳)「世界的な看護師不足：問題と行動の概観」国際看護師協会 [International
Council of Nurses] 2005年
- 外務省編「政府開発援助 (ODA) 白書」国立印刷局 2007年
- Kingsley Asiedu and Samuel Etuafl, "Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in Ghana: A Three-Year Review," *American Journal
of Medicine and Hygiene*, 56 (6) 1998
- 厚生労働省編「厚生労働白書」ぎょうせい 2005年
- Linda H. ALKEN et al., *Trends in international nurse migration: The World's Wealthy Countries must be aware of how the "pull" of
nurses from developing countries affects global health*, *Health Affairs*, Vol.23 No.3, 2004
- 三浦宏子・梅内拓生「保健関連の国際機関の役割」小早川隆敏『国際保健医療協力入門－理論から実践へ』国際協力事業団 1998年
- Mumma Ga et al., *Buruli Ulcer, Poverty, and Poverty Reduction in Rural Ghana, 2003*, A CDC report for 2004 Buruli Ulcer Initiative
Conference at WHO Headquarter, Geneva, Switzerland
- 仲村優一・阿部志郎他編「世界保健機関 (WHO)」『世界の社会福祉年間 2004 第4集』旬報社 2005年
- 新山智基・福西征子「グローバル化と顧みられない熱帯病－ブルーリ潰瘍の事例－」『セミナー医療と社会』セミナー医療と社会
第34号 2009年
- 新山智基「ブルーリ潰瘍問題をめぐる国際 NGO の動向－神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクトの果たしてきた役割を中心に－」
『コア・エシックス』立命館大学大学院先端総合学術研究科 Vol.5 2009年
- 佐藤寛・青山温子編『シリーズ国際開発第3巻 生活と開発』日本評論社 2005年
- "Tackling Two Global Scourges" *U.S. Medicine Information Central* 2005
- The Nurses and Midwives Council, UK. Annual Statistical report. NMC, London, UK, 2005.
- World Health Organization . *Recruitment of health workers from the developing world*. Report by the Secretariat. Executive Board EB
114/5, April 2004, WHO, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization, *Facilitators Report : Joint WHO Meetings with Ministry of Health on Buruli Ulcer Control program and
Strengthening Emergency and Essential Surgical Training in Ghana*, 2005
- World Health Organization 'Buruli ulcer disease' "Weekly epidemiological record" Volume 83 No.9 2008
- World Health Organization 'Buruli ulcer: progress report, 2004-2008' "Weekly epidemiological record" Volume 83 No.17 2008
- 百合本孝範「IFPMA の WHO 「熱帯病医学特別研究訓練プログラム (TDR)」の援助強化」JPMA News Letter No.124 2008年

参考 Web サイト

- "Buruli Ulcer" Mycobacteriology Unit, Institute of Tropical Medicine Antwerp,
<http://www.itg.be/itg/Departments/generalpage.asp?wpid=119&miid=48>
- 'Disease Outbreak News' <http://www.who.int/csr/don/en/>
- 'Weekly Epidemiological Record' <http://www.who.int/wer/en/>

A Case Study of Buruli Ulcer: Present Socioeconomic Conditions of Endemic Areas and Limitations of the World Health Organization and Medical-Care-Centered-Support

NIYAMA Tomoki

Abstract:

Buruli ulcer, a tropical infectious disease that destroys skin and soft tissue, has recently received more attention in the global medical community. The purpose of this paper is to clarify the limitations of global measures initiated by the World Health Organization (WHO) against buruli ulcer, focusing on the WHO's comprehensive measures against the disease. Fieldwork conducted by the author in Ghana, Benin and Togo revealed various socioeconomic problems, for example, the brain drain of skilled medical staff from endemic regions, which prevents establishing effective national policies against buruli ulcer. Meanwhile, although the WHO fully recognizes that many socioeconomic issues need to be dealt with to effectively cure the disease, its support measures and guidelines focus almost exclusively on medical care. This paper argues for the necessity of more comprehensive approaches to the disease. Therefore, it suggests that, in addition to the efforts of international medical support groups and national programs, non-medical non-governmental organizations, such as Save the Children of Buruli Ulcer (Project SCOBUR), a Japanese NGO, can offer complementary projects for improving the socioeconomic factors related to buruli ulcer.

Keywords: buruli ulcer, World Health Organization (WHO), international aid, Save the Children of Buruli Ulcer (Project SCOBUR), neglected tropical diseases

感染地域の社会経済的現状と WHO、医療中心型援助の限界 ——ブルーリ潰瘍の事例——

新 山 智 基

要旨:

エイズ、マラリア、結核をはじめとする地球規模の大きな問題の1つに感染症問題がある。本論では、近年注目されつつある顧みられない熱帯病のなかでも、ブルーリ潰瘍問題を取り上げる。

本論の目的は、医療・保健問題を管轄する国際機関、世界保健機関（WHO）の実施しているブルーリ潰瘍問題への対策の限界、つまり医療中心型援助の限界について明らかにすることである。ブルーリ潰瘍などの感染症問題は、医療問題に加え、社会・経済的など様々な問題が同時に起こっている。しかし、実際にガーナ共和国やベニン共和国、トーゴ共和国の現地視察では、これら同時に起こる問題へ対応できていないのが実情であり、ブルーリ潰瘍問題への対策は医療支援が先行しているといえる。

そこで、蔓延地域の社会・経済的な現状を加味しながら、どのような取り組みが必要なのか、包括的なアプローチの必要性についても考察する。

