



全ての人の命が尊重され、  
健康を享受できる世界を目指して

プライマリ・ヘルス・ケアの理念を貫く



## 本田 徹さん

●聞き手 余田雅美 (ライター)

医師、特活 シェアII国際保健協力市民の会(SHARE)代表理事

本田徹さんは、(特活)シェアII国際保健協力市民の会の代表理事でもあり、長年、日雇い労働者の街として知られる東京都台東区・山谷で地域医療や在宅医療などに取り組んでいる。その他にも、カンボジアやタイ、東ティモールなどの途上国における地域保健活動や、国内の在住外国人の健康支援など、国内外の医療や保健に恵まれない人々への健康支援活動が続いている。こうした活動の原点となっているのが、プライマリ・ヘルス・ケアの理念である。本田さんが目指すプライマリ・ヘルス・ケアとはどのようなものか、お話を伺った。

### チュニジアでの地域保健活動、そして、プライマリ・ヘルス・ケアとの出会い

「本田さんは、臨床医の道に進まれた後にNGO活動を始められていますね。医学生のところからNGOに関心を持たれていたのですか？」

「本田 私が北海道大学医学部に入った1966(昭和41)年は、全国で大学紛争が盛んで、とうとう勉強に集中で

きる状態ではありませんでした。それでも何とか卒業することができたので、とにかく臨床を覚えるならば小児科だと思い、小児科を選択しました。

ところが、小児科医2年目に、フロイト研究で有名な慶應義塾大学医学部精神科医の小此木圭吾先生が書いた『モラトリアム人間の時代』(中央公論新社)に出会い、「長い人生の中、自分がどんな人間になりたいのかを決める前に、自分を見つめたり、自分の可能性を探ってみたりするモラトリアム

## PROFILE

●ほんだ・とある●

1947年愛知県生まれ。北海道大学医学部卒業後、病院に勤務。青年海外協力隊員としてチュニジアで活動後、長野県厚生連佐久総合病院、東京・日産厚生会玉川病院に勤務。1983年にシェア設立に参加。山谷地区の医療活動、エチオピアでの飢餓被災民緊急支援に参加。1988年にカンボジア母子保健プロジェクトに派遣、シェアの代表に就く。タイ国マヒドン大学でプライマリ・ヘルス・ケアを学び、帰国後はルワンダ難民支援、阪神大震災医療活動、東ティモール緊急支援、東日本大震災緊急支援などに参加。現在は台東区浅草病院の勤務医、山谷のNPO法人山友会クリニックのボランティアなども行う。大山健康財団健康激励賞、第16回若月賞、毎日社会福祉顕彰受賞。編著「アジア旅行者ための感染症対策」(連合出版)、著書「人は必ず老いる その時だれがケアするか」(角川学芸出版)等がある。

な時間があつてもよいのだ」と思い込んでしまった(笑)。要は、大学紛争後の虚脱化した状況の中で、自分は社会の中でどういった医師であるべきかと悩んでいたのだと思います。

3年間の研修後、私は青年海外協力隊に参加し、チュニジアで2年間、小児科医として働くことにしたのです。チュニジアはイスラム圏であり、かつてはフランスの植民地でしたから、スタッフとの会話はすべてフランス語。出発前、日本の先輩医師は、海外に出て行こうとする私に対し「一体、何を考えているんだ」とあきれていました。が、私は新しい地で医療にチャレンジしたかったのです。

—チュニジアでの経験はいかがでしたか？

**本田** チュニジアは、イスラム圏の中でも歴史的に日本人に対して友好的で、他宗教にも寛容な国でした。また、西洋文化が浸透しており、家族計画にも積極的でした。私はジェルバ島の母子保健センターで、日本人の助産師や看護師とともに、妊婦健診、出産の手

伝い、小児診療などに関わりました。異国の地で、日本人の医療スタッフ、そして現地の看護師や検査技師らと力を合わせて患者さんを助ける経験は、大変貴重な財産となりました。

—そのころ、プライマリ・ヘルス・ケアという理念が登場しましたね。

**本田** 1978（昭和53）年、旧ソ連邦カザフ共和国の首都アルマ・アタでプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care）に関する宣言が出され、私はチュニジアでその記事を読みました。プライマリ・ヘルス・ケアとは、

社会的・経済的な地位に関係なく、全ての人にとって健康を基本的な人権と認め、必要ときに保健サービスにアクセスできるよう保障する理念であり、方法・アプローチでもあります。私は記事を見て、「なるほど、今、世界の保健や医療ではこのような民主的

な医療の在り方を追求しているのか」と興味を持ちました。同時に、私がそのとき行っていたチュニジアでの母子保健活動をプライマリ・ヘルス・ケアの観点から見たときに、活動の意義の大きさが理解できたのです。派遣活動を通してプライマリ・ヘルス・ケアを見いだすことができた私は、なんて幸運なんだと思いました。

—チュニジアにおける地域保健活動、アルマ・アタ宣言との出会いが、帰国後の本田さんの活動に大きな影響を与えたわけですね。

**本田** そうです。実は、もう一冊影響を受けた本があるんです。チュニジアに行くとき、佐久総合病院の若月俊一先生が書かれた『村で病氣と闘う』（岩波新書）をかばんに入れたのです。農村医療に尽力なさっている若月先生の姿を自分の励みにするつもりだったの

ですが、アルマ・アタ宣言を受けてチュニジアで読み返してみると、佐久病院ではプライマリ・ヘルス・ケアという言葉が現れるずっと前から、地域住民の健康や予防活動が重要であることを説き、保健教育・健康教育に関するさまざまな手法を行っていたのです。そのことをあらためて知り、大変感銘を受けました。ですから、チュニ

ジアでの医療活動と、アルマ・アタ宣言、そして佐久病院の先駆的な活動が、その後の私の活動につながっているといます。

### 若月俊一先生から 真の地域医療を学ぶ

—帰国後の活動について教えてください。

**本田** 帰国が近づいたころ、若月先生に「佐久病院で地域医療を学びたい」と手紙を書いたことがきっかけで、佐久病院で内科医として4年間働きました。若月先生は、地域に病院があるとすることはどういうことを常に考えていて、「病院に医師や看護師がふんぞり返って患者さんを待っているのではダメなんだ」と口を酸っぱくしておっしゃっていました。その言葉どおり、佐久病院では「5・3・2方式」という、職員一人一人が入院に5、外来に3、地域活動に2の力を配分する考えに基づいて地域医療を行っています。地域保健とは、地域に向向いて住民と対話し健康問題を知ることであり、私はそのGo to the peopleという精神を佐久病院で徹底して教わりました。

プライマリ・ヘルス・ケアが日本で受容され始めたのはアルマ・アタ宣言の翌年くらいですが、当初は、プライ



マリケアあるいはプライマリ・メディカル・ケアとして受容されていきました。すなわち、「ヘルス」という言葉が入っていなかった。プライマリ・ヘルス・ケアは、日常的な保健活動において、医師の権限を地域の保健師や看護師、助産師らの医療従事者に委譲して、当事者に任せようという考えの上に成り立っているのですが、日本ではその権限委譲が難航したと考えられます。ですから、私はことあるごとに「プライマリ・ケアではなくプライマリ・ヘルス・ケアだ」と訴えています。

1980年代は、医療機器の発展に伴って画像診断学が長足の進歩を遂げた時代でもありました。私は佐久病院で消化器グループに所属していましたので、内視鏡やエコーなどを使った最新の診断学も学びました。佐久病院には4年間しかいませんでしたが、今でも病院に足を向けて寝られないくらい本当にお世話になりました。

民の緊急医療支援に参加しました。こうして国内外でNGO活動を進めていくうちに、シエアの方向性が、プライマリ・ヘルス・ケアに基づいた医療保健活動に定まっていたのです。

また、88（昭和63）年に始めたカンボジアの母子保健プロジェクトも、シエアにとって大きな意味を持っています。シエアは、カンボジア難民を中心に救援活動を行っていましたが、カンボジア国内の人々にも支援すべきだという声が高まり、JVCと協力してプロジェクトをスタートさせました。やがて、シエアの活動はタイの農村地域にまで広がりました。タイの農村では、雨水を水瓶に溜めて飲用しており、下痢が常にまん延した状態でした。そうした中、メンパーの看護師・工藤芙美子さんが1人で農村に出掛けて、手洗いの重要性などの保健教育を、保健ボランティアと一緒にお芝居を使って分

その後、人間の五感を使った治療法を学びたいと思い、1983（昭和58）年から東京の日産厚生会玉川病院（以下、玉川病院）に勤務し、代田文彦先生の下で東洋医学を学びました。

### NGO活動と出会い、シエアを設立

—シエアの設立に参加されたのがちょうどそのころですね。どのようなきっかけだったのですか？

**本田** 玉川病院に勤務していたころ、日本ではカンボジア紛争によって生じた難民問題が大きく取り上げられ、NGO活動が盛んになっていました。私も青年海外協力隊出身者や途上国で医療に従事していた若者たちとともに、83（昭和58）年にシエアを立ち上げました。最初は資金も経験もなかったため、勉強会を開く程度だったのですが、84（昭和59）年に東京・山谷地域

かりやすく農民に周知させていきました。この方法が住民の心を動かし、住民自らがトイレを作ろうとする動きまで起こり、下痢の発生が減少していったのです。まさに住民参加型の保健活動です。

一方、国内では、シエア副代表の沢田貴志さんが、92（平成4）年から在日外国人の保健支援を開始しました。日本で働いている外国人労働者の中には、健康保険がなく医療費も払えない人が多く存在する。そうした人たちを対象に、横浜に「港町診療所」を開設し、毎月20000円の会費を払えば、健康保険者と同じ負担で医療が受けられるという制度を導入しました。私も93（平成5）年から95（平成7）年まで診療に携わりましたが、待合室はいつも大勢の外国人で埋まり、アジア、アフリカ、ラテン系などさまざまな言語が飛び交っていました。



ボランティアの方々による俳句

—80年代後半から90年代初頭は、日本はちょうどバブル期でしたね。

**本田** そう。途上国から日本に来て、いわゆる3K労働を支えてくれた外国人労働者が、日本で十分な医療や保健を受けられるよう、港町診療所などと協力しながら行ってきました。そうした日外国人健康支援活動や、タイ、カンボジアなどの途上国での保健活動などがどんどん広がっていった時期でしたね。資金はありませんでしたが、ある意味一番活気があった時期かもしれませんね。

### 山谷は「都市型の限界集落」。将来の日本の縮図である

—近年のシエアの活動について教えてください。

**本田** 途上国への活動は継続して行っています。カンボジアやタイでは、保

健制度が整いつつあり、乳児死亡率の低下などにつながっています。また、タイでは家族計画がうまく進んでいるのですが、それゆえ2025年には65歳以上が人口の25%を占めると予測されており、今度は高齢者のケアが問題になると思われます。

高齢化といえば、日本が世界に先駆けて直面している問題です。私が山谷で活動するようになった30年前は、日雇いのトビ職で1日2万、3万円を稼ぎ、そのお金でお酒をたくさん飲んで、簡易宿泊所（いわゆるドヤ）で寝泊まりして……と豪快に生活する人が大勢いたものです。ところが、その元気な人たちが今では高齢になり、ドヤの高齢化率は60%といわれている状況です。多くの人が過酷な労働で体を痛めて、膝や腰、内臓に病気を抱えており、生活保護を受けざるを得ない状況です。しかも、ほとんどが単身者で、孤独の問題も深刻です。適切な言葉で



明るく笑顔の絶えない事務局

はないかもしれませんが、現在の山谷の状況は「都市型の限界集落」であり、今後、日本各地で起こる問題を先取りしていると云えます。

山谷には、1990（平成2）年から2000（平成12）年にかけて、ホー

制度の施行も訪問看護を後押ししてくれたと思います。現在、私や種々のNPO法人、医療機関、福祉関連事務所などでつくった「地域ケア連携をすすめる会」は、互いに連携して地域医療や在宅生活支援に取り組んでいます。

今年の4月から生活困窮者自立支援法が施行されました。それにより、各自治体は生活困窮者に対して、就労支援や生活支援など、さまざまな支援メニューをワンストップで行っていくこととなりますが、経験を積んだNPOなど協力して進めていく可能性が

— 行政の保健師と関わることも多いの  
— でしょうか？

**本田** 必ず連携を取るの、結核患者

さんが見つかったときですね。山谷には結核患者さんが多いので、接触した人の検診や予防措置などを行うときに、必ず保健師の方と連携します。

— 全国の地域活動に取り組んでいる保健師の方にメッセージをお願いします。  
**本田** 医師の私にとって、保健師や看

援法の実施に関わっていきけるのではないかと考えています。特にここ台東区の行政の方とは、山谷地域のケアなどで連携を取っていますので、何らかの協力体制が取れるのではないかと思っています。

また、障害のある患者さんの往診に、保健師の方に協力していただくこともあります。シェアのメンバーにも保健師がいます。途上国でプライマリ・ヘルス・ケアを行う場合は、医師よりも保健師や看護師などが携わるほうが、住民へのケアがうまくいくことが多いです



シェアのマスコットの2匹のウサギと共に

看護師、ヘルスワーカーの方々の協力が  
ないと、核となるプライマリ・ヘルス・  
ケアが成り立ちません。彼らが元氣  
で、イニシアチブをとって地域の中で  
活動してくれることが、この超高齢社  
会を乗り切っていくためには絶対に必  
要なのです。それは、佐久病院のある  
長野県です。証明されています。長  
野県が健康長寿県として認識されてい  
るのは、間違いなく保健師による予防  
活動があったからです。すでに実例が  
あるわけですから、保健師の皆さんが、  
自分たちが進むべき道をつくっていけ  
ば、その先には、より人間的で健康的  
な社会があるのではないかと期待して  
います。

また、自身の地域だけでなく、日本  
全国、そして世界の保健事情につい  
ても関心を持ってほしいと願います。機  
会があれば、途上国の保健や医療の現  
実を見ておくことも、その後の保健活  
動に必ず役立ちます。訪問看護ステー

てボランティアに参加することがあつ  
ていいと思うのです。

また、いつも支援を受ける側だった  
ホームレスの方が、「助けられるだけ  
の存在でいたくない」とホームレスか  
ら抜け出して、ヘルパーの資格を取つ  
てふるさとの会で働き始めたり、仕事  
をみつめて自立したりするケースもあ  
ります。こうした例は少ないかもしれ  
ませんが、可能性はあるのです。だか  
らこそ、貧困問題にある「社会的に誰  
にも必要とされていない」という孤立  
を少しでも解決して、その人が自立で  
きるよう手伝うことが、日本だけでな  
く世界中で最も重要になってくるので  
はないかと思うのです。

途上国の地域保健活動に、Child-  
to-Childという手法があります。地域  
の中で子どもを保健教育人材とし、地  
域の大人たちに広めていくというもの  
です。例えば、学校に行っている子ども  
にも手洗いの必要性を教え、彼らが家

ションコスモスにも、途上国に協力隊  
員として参加した保健師や看護師の方  
が何人もいます。彼らは、海外で活動  
することで、世界がつながっているこ  
とを実感し、日本における保健活動を  
豊かにしているのだと思います。特に  
障害者の福祉や看護では、海外のCB  
R (Community-based Rehabilitation)  
を知ることが大いに役立っているはず  
です。ぜひ、保健師の皆さんには、途  
上国の現実を含めて広い視野で勉強し  
ていただきたいと願っています。

### 全ての人が評価される仕組 みをつくるのが地域ケア につながる

―シエアには多くのボランティアアス  
タッフがいますね。今後、ますますボ  
ランティアの力が必要になってくると  
思うのですが。

本田 1980年代、1990年代の

に帰って、幼い子どもや親たちになぜ  
手洗いが大切かを伝えていくというも  
のです。高齢化を迎えた日本では、シ  
ルバートゥシルバーになるでしょう  
か。元氣な高齢者が、さまざまな障害  
を持った高齢者を助ける。すでに、高  
齢の民生委員が団地の独居老人を見回  
るといった活動が各地で行われていま  
すし、被災地などでも同様の光景がみ

ボランティアは、良くも悪くも、思想  
的なところが強かったように思いま  
す。強い理念を持ち、それを達成する  
ためにボランティアに参加するんだと  
いう人が多く見られました。しかし、  
現代のボランティアは、もつと気軽な  
ものになっています。時代の変化とと  
もにボランティアの在り方も変化して  
いくのは当然のことですし、それはい  
い面でもあるのです。気軽に始めたボ  
ランティアが、活動を続けていくうち  
に意識の高いものになり、「自分は今もつ  
と専門的なことを目指したい」と変  
わっていくこともあるでしょう。人間  
には向上心がありますから。

私が尊敬するデビッド・ワナー氏  
の著書で、彼がボランティア活動をし  
ていたメキシコで、地域保健ボラン  
ティアの人たちが、徐々に技術を磨い  
ていき、やがて村の人の推薦を受けて  
看護師になったという事例を紹介して  
いました。このように、きつかけとし

られます。

人間は、何歳になっても認められる  
ということが大切です。全ての人が仕  
事やさまざまな活動で評価される仕組  
みをつくるのが、地域包括ケアで重  
要になってくると考えます。それが、  
人間の健康維持にも役立つのです。

