

第3世界における“Health for All”への道

— キューバの挑戦 —

松野喜六

A brief history of International “Health for All”
with special reference to a challenge of “Health for All” in Cuba

KIROKU MATSUNO

Abstract : In 1977, the World Health Assembly decided that the major social goal of governments and WHO should be the attainment by all people of the world by the year 2000 of a level of health that would permit them to lead a socially and economically productive life. WHO stated that this was the birth of the “Health for All” movement. There are great differences in health status between countries and regions and groups within countries in the world with special reference to the 3rd world.

This is looked back and discussed a brief history of “Health for All” in the world. As I have interested the health problems in Latin America, particularly in Cuba that I visited in 1971, the improvement of people's health and health care in Cuba was observed and discussed by comparing those of many countries in Latin America.

Therefore, Cuban strategy and efforts for “Health for All” seem to be the better priority in health and health care in the third world, although there has been described about a tremendous deterioration inequality and quantity of services available because of three-decade U. S. economic embargo and because of the difficulty of trade relations.

(Received September 11, 1998)

はじめに

現在の世界人口58億人のうち、約46億人が発展途上地域に住み、10億人の人びとが日々生存の危機にさらされているといわれている。1997年の世界の死亡者5千2百万人の死亡原因は、感染症・寄生虫疾患33%、循環器疾患29%、がん12%、周産期・新生児死亡8%、呼吸器疾患6%等(図1)¹⁾で、これを地域別年次別にみると、表1に示したように先進国と発展途上国では、死因割合の様相が大きく異なり、発展途上国では感染症・寄生虫疾患死亡が半数近くを占め、次いでその約1/2が循環器疾患死亡で、さらにその1/2弱が周産期死亡であるのに対して、先進国では循環器疾患とがん死亡が70%近くになっている。

第二次大戦後発足したWHOは、その憲章において健康の定義にsocial-well beingを位置づけ、健康は人類すべての人の権利であり、各国の政府は人民の健康を保障

する義務を有することを明記した。その後半世紀の間、WHOは世界及び地域の健康問題に関して活発な保健活動を推進してきた。1978年には、旧ソ連のアルマ・アタ

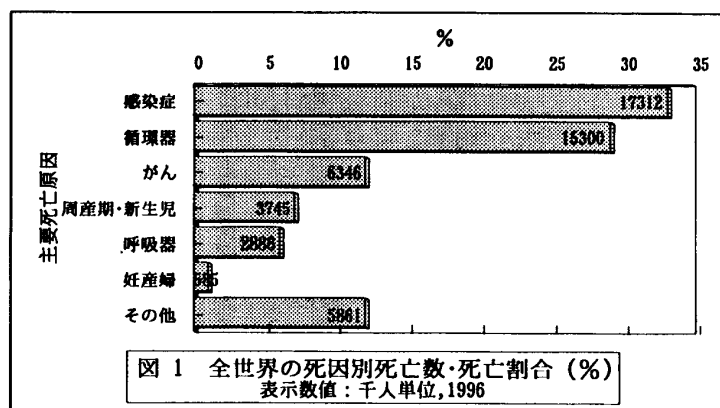


図1 全世界の死因別死亡数・死亡割合 (%)
表示数値：千人単位、1996

*感染症・寄生虫疾患には、急性下気道感染・新生児破傷風が含まれ、循環器、周産期死亡からは除外されている。
**上記の数値は川口雄次¹⁾から引用

表1 世界の発展段階による地域別主要死因割合の推移

地域		先進国			発展途上国		
		1985	1990	1997	1985	1990	1997
年次		1985	1990	1997	1985	1990	1997
死亡数(百万人)		11	11.5	12	37	38	40
死 因 別 割 合 %	感染症・寄生虫	5	4	1	45	44	43
	循環器疾患	51	48	46	16	17	24
	がん	21	21	21	6	7	9
	周産期・新生児	1	1	1	10	9	10
	呼吸器疾患	4	3	8	6	7	5
	その他	18	23	23	17	16	9

Source: WHO Report 1997 (<http://www.hg.whg.or.jp/whr/1998/fig6e.jpg>)

におけるWHOとUNICEFが主催したプライマリ・ヘルス・ケアの国際会議では“西暦2000年までにすべての人に健康を”というスローガンが採択された。この会議は、健康は人間の基本的権利であり、各国や地域間には、克服すべき健康水準の格差が存在し、人権、社会正義、すべての人びとの健康を、住民参加や資源の有効活用などによって達成するための原則・目標が立てられたことに特徴があり、アルマ・アタ宣言²⁾として広く知られている。さらにWHO総会が、1981年に決議した“Health for All”は、21世紀を展望した国際保健活動の中心的目標となった。

こうした国際保健の動向のなかにあって世界的に広く存在している発展途上国は、数世紀にわたる植民地支配・外国資本・特定階級による収奪等によって無権利社会として人民の公平・公正の福祉追求が阻害されてきた地域である。これらの諸国では、公衆衛生の普遍的発展が遅れ、健康水準がかなり低いレベルにある国や地域が多く存在している。こうした現状から脱却し、発展途上国の健康上の愁眉の問題の解決を進めるには、経済発展促進の問題を含む広範な対応が国際社会に求められているが、近代公衆衛生が辿った道、感染症等の疾病・貧栄養・基礎的環境衛生等の対策や関連する人的・物的資源及びこれらの基礎となる社会的システム・保障等の整備・発展が避けられない課題としてあると思われる。

そこで、ここでは“Health for All”等の国際動向にふれながら、途上国に属するラテンアメリカ・カリブ諸国のなかで独自の道を歩み、国際的にも評価されているキューバの保健医療、すなわち“Health for All”について1971年の訪問調査資料も参照しつつみてみたい。

第1章 “Health for All”の台頭

第二次大戦後の国連の「世界人権宣言」やWHOの「憲章」に明記されているように、健康は基本的人権であり、人びとの幸福追求の基礎である。しかし、21世紀

を目前にした今日の世界各国や地域を鳥瞰するとき、貧困・栄養不良・社会的不正と不健康・疾病の悪循環に苛まれている人びとがあまりにも多いことに気づくだろう。

WHOが「きたるべき数十年間の主要な社会的到達目標は、2000年までに世界中のすべての人びとが、社会的にも経済的にも生産的な生活が過ごせるような健康水準への到達である」と表明したのは1977年であった³⁾。その後1978年には、“西暦2000年までにすべての人に健康を”というアルマ・アタ宣言の採択に続き、1980年のWHOヨーロッパ地域委員会の“Health for All”，1981年のWHO総会の“Health for All”の議決と続く。ヨーロッパ地域委員会は、1980年に「一般的には健康は向上しているが、ヨーロッパの人は可能な限り健康とはいえず、健康における不平等が存在し、平均余命に20年の国間格差が存在している、乳児死亡率に大幅な格差がみられる」との認識に基づいて“2000年までにすべての人びとに健康を(Health for All)”に関する戦略を採択し、1984年には具体的な到達目標を掲げるに至った⁴⁾。この到達目標をみてみよう。

1-1 2000年までにヨーロッパのすべての人びとに健康を

“2000年までにヨーロッパの” Health for All: すべての人びとに健康を”の38目標は以下の通りである⁵⁾。

- (1) Equity in health
- (2) Health and quality of life
- (3) Better opportunities for people with disability
- (4) Reducing chronic diseases
- (5) Reducing communicable diseases
- (6) Healthy ageing
- (7) Health of children and young people
- (8) Health women
- (9) Reducing cardiovascular disease
- (10) Controlling cancer

- (11)Accidents
- (12)Reducing mental disorders and suicide
- (13)Healthy public policy
- (14)Setting for health promotion
- (16)Healthy living
- (17)Tobacco, alcohol and psychoactive drugs
- (18)Policy on environment and health
- (19)Environmental health management
- (20)Water quality
- (21)Air quality
- (22)Food quality and safety
- (23)Waste management and soil pollution
- (24)Human ecology and settlement
- (25)Health of people at work
- (26)Health service policy
- (27)Health service resources and management
- (28)Primary health care
- (29)Hospital care
- (30)Community services to meet special needs
- (31)Quality of care and appropriate technology
- (32)Health research and development
- (33)Health for all policy development
- (34)Managing health for all development
- (35)Health information support
- (36)Developing human resources for health
- (37)Partners for health
- (38)Health and ethics

以上の38項目は、環境問題を含む広範な具体目標となっており、“Health for All”に関するヨーロッパ地域委員会の健康戦略を形成しているが、これには「多くの前提条件が必要とされる。平和、社会正義、十分な食料と安全な水、適切な教育、きちんとした家、社会における有用な役割、そして各人に十分な収入がなくては、人びとにとっての健康や真の成長や社会的発達はない」⁴⁾とも述べ、そのための変革について紹介しておこう。

1-2 すべての人びとに健康のために必要な変革

“Health for All”のための38の具体到達目標には、基本的目標(1~12)、健康的なライフスタイル(13~17)、健康的な環境(18~25)、適切なケア(26~31)、健康の発展のための政策等の支援(32~38)等の柱が立てられている。山本らの『ヘルス・フォー・オール』⁴⁾を参照しつつみると、同委員会は「“2000年までにすべての人びとに健康を”は大きな夢である」……「ヨーロッパ地域のすべての加盟国は、それを実現するために、個人的にも、全体的にも活動することに同意した。ヨーロッパ地域の到達目標は、実行と努力が要求されている」と述べ、それらの実現のための地域の健康政策は、少なくとも異なる5つのグループ、①人びと、②保健省や保健当局、③保健関連専門家、④保健以外の分野、⑤国際機関等のコミットメントが不可欠で、各グループは、特殊

なそして重要な責任をもっていると表明した。

すなわち、①“Health for All”のために人びとは、健康になるための機会均等の権利・ヘルス・ケアの権利・ヘルス・ケアや健康情報を得る権利・自身の権利を知る権利・健康のための必須条件である健康的な環境・健康的なライフスタイル・そのニーズに応えるヘルス・ケア・システムの保証に基づいて行動する権利等を有しているが、同時に人びとは、個人、家族、集団、そしてコミュニティのメンバーとして健康を開発し、維持するために何ができるのかを発見する責任についてもふれ、ニーズを明らかにし、ニーズの表明の機会を獲得し“いかに、いつ”ヘルス・ケアを利用するかについての学習を行う責任等を有していることが併せて述べられた。したがって“Health for All”は、種々な社会的制限があっても、決定し、行動するムーブメントとしての性格を併せもっているというのである。

②“保健省・保健当局”については、「“Health for All”のムーブメントのために政府と十分なコミットメントを保証する責任を有し、公的、専門的、コミュニティグループの支援動員のための討論を喚起すべきで、地域全体にわたる健康優先の決定情報システムの開発・環境的・行動的健康リスクに関する適切な情報を得る方法の開発・“Health for All”の国家戦略の実施に必要な法律や資源の保証をすべきである。そして人びとにライフスタイルと環境の関連性やヘルス・ケア問題についてのよりよい知識をもつような保証を与える義務がある」と述べた。

③“健康の専門家”については、「特別な責任をもち、健康の問題の伝統的な枠組を、心理的、社会的、経済的そして環境決定的要因を含むものに広げ、関連する分野の専門家と密接に連携して仕事をすべきである。そして健康の決定要因を一般の人びとと政治家・保健当局等に明らかにすべきで、保健職はヘルスプロモーション、病気の予防、ケアそしてリハビリテーションに対して、より高い優先順位を与えるべきである」……「彼らは、家族やコミュニティにおける多くの個人的な健康問題に対する、潜在的資源や健康問題の解決法を捜し出すことによって、よりホリスティックな視点から捉えようと試みるべきで、併せて健康問題の理解をより深くするため、そしてそれらを解決する、より効果的な方法を発見するために必要とされる研究を計画・実行すべきである」と述べた。

④“健康以外の分野”については、「“Health for All”のムーブメントに関して重要な責任があり、雇用者も労働組合も、安全で良好な職場に改善するためになすべきことが多くあり、産業経営者には、彼らの生産物が健康に対して危険でないと保証する責任がある」……「マス・メディアには、それが健康に価するという適正範囲を与える義務、できるだけ可能な限り客観的に公衆に知らせる義務、そして社会的に活動的で満足のいく生活概念から健康を阻害する行動を引き離す義務がある」

……「大学は、“Health for All”の仕事を保健職に用意するために、彼らの訓練を再吟味すべきである。健康以外の分野で働いている人びとの訓練もまた、将来健康へとつながる仕事の意味により関心づけるようにすべきである」……「大学や研究所は、“Health for All”の国家戦略を実行するために必要な知識を得ることを再優先すべきである」と。

⑤“国際機関”については、「国際連合、特にWHOと他の国際機関が国境を越えて広がっている主要な健康問題において、諸国間の協力を保証するという重要な役割をもっている。

加盟国には、WHOヨーロッパ地域委員会が各国に“Health for All”の挑戦に着手するように活気づけることができることを保証するという全体的な責任がある。そして地域委員会には、“Health for All”の地域政策を開発する責任と、その実施の効果を定期的に監視し、評価する責任がある。地域委員会はまた、WHOヨーロッパ地域事務局の仕事と資源が“Health for All”の戦略の開発と実施を十分に支援することを保障しなければならない。

ヨーロッパ地域は、“Health for All”を達成するために必要な人材、知識と資源をもっている。健康問題に関してこれらの力をより効果的に利用する意志が、最も重大なニーズとして残されている。“Health for All”の地域政策に対する彼ら自身のコミットメントによって、そしてそれらを得るために明確な目標を設定することによって、ヨーロッパ地域の加盟国は、各国間のよりよい理解を育てることができ、また未来に対して価値ある遺産を残すことができるのである」などと述べられている。

ヨーロッパには、いわゆる先進国や転換国が存在しており、健康水準の国家間や地域間の格差が存在している状況に鑑みて提起した“Health for All”は、WHOの“Health for All”戦略の決定に寄与したものと見えるが、これはヨーロッパにおける健康問題とその行動計画であるだけでなく、世界のどの地域においても“Health for All”のための活動の推進を普及する意義を広くもっていると思われる。

1-3 人権としての健康～健康増進・健康環境への動向

1986年には、カナダのオタワにおいて健康増進、Health Promotionの国際会議が開催された。この会議でまとめられたオタワ憲章⁶⁾は、1)ヘルスプロモーション、2)ヘルスプロモーション活動の方法、3)ヘルスサービスの方向転換を、主要な構成要素とし、先進国のニーズにも応え、“2000年まで……それ以降もすべての人びとに健康を”を達成するための公衆衛生への運動が確認された。そして「ヘルスプロモーションは、個人とコミュニティが健康の決定要素をコントロールすることを増大させ、それによって健康を改善することを可能にするプロセスである。それは、健康増進のための

方法や健康状態を変化させるための基礎的ニーズを認識しようとする人びとのために統一された、新しい概念なのである。そして、それはまた、健康的未来を創造するために、人びとと環境とのあいだを調整する戦略や個人の健康的選択を社会的責任に統合させる戦略を備えている。……第1に、ヘルスプロモーションは、ヘルス・ケアの範囲をこえ、第2にその責任を個人、コミュニティ・グループ、保健の専門家、保健医療機関と政府が、分かちもっている」……「未来への胎動——ヘルスプロモーションの究極目標は、すべての人びとがあらゆる生活の舞台——労働・学習・余暇そして愛の場で健康を享受することのできる公正な社会の創造にある」と宣言した⁷⁾。

この憲章には、個々人の役割と政府や地方自治体の役割が鮮明にされていることが注目される。その後、ヨーロッパの都市を中心に“健康都市”の運動の広がりがみられるようになり、わが国でも健康都市宣言を行っている都市が拡大してきた。またWHOは、1991年のスウェーデンのサンドバルにおける会議で「サンドバル宣言」⁸⁾⁹⁾を発し、健康増進を支える環境の課題が検討され、保健医療のみならず社会的・政治的・経済的・文化的な土台の構築が基礎になると、よりの確な認識・視点の発展をみたのである。これらの動向は、人びとが権利としてもつ健康の達成には、それを実現する環境の整備が極めて重要であることを表明したものと受けとめられている。

しかし、現実には何が健康の格差を生んでいるのかという基本問題には言及されていない。同年に開催された貧困と不平等の解決のための健康と経済開発に関するアクラ・フォーラムは、そのような要素の検討の試みであったのかも知れない。

WHO憲章の「the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition」や第50回国連総会でも再確認された世界人権宣言の「every-one has the rights to a standard of living adequate for the health and well-being himself and his family, including food, clothing, housing, and medical care and necessary social service……」等は、かけがえのない普遍的原理・原則・目標であるが、先進国と発展途上国それぞれに健康に関する、あるいはそれに関連する多くの解決すべき問題が厳然として存在しているなかでの歴史的な国際認識の広まりと進展となってきたといえよう。また、1966年の“Covenant on Economic, Social and Cultural Rights”, 1979年の“Covenant on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women”, 1989年の“Convention on the Rights of the Child”¹⁰⁾と現実世界に存在する矛盾の解決目標が検討されてきた。

しかし、第二次大戦後半世紀が経ち、21世紀を間近にしている今、世界には国家間や地域間の健康や生活の格差が存在し、日々の健康と生活が危機に曝されている人びとが余りにも多く、とくに発展途上国におけるそのような人びとの問題はより深刻であることと対比して見る必要があるだろう。

健康の確保・増進には社会経済生活や健康的環境が基礎的に確保され、保健医療福祉等の需要が満たされる資源・システムが発達し、その利用が可能な保障の発展が各国・地域の重要な目標の基礎で、それらに関連する社会のあり方や戦略・政策が決め手になっていくに違いない。

2章 キューバ・ラテンアメリカの健康問題

2-1 キューバ概況

キューバ（クーバ）はアンティル諸島（西インド諸島）で最も大きく、西端に位置しているキューバ島とその属島からなっている。属島の内最も大きいピノス島（今の名称は *Isula de la Juventud*：青年の島）は、ステブソンの宝島の舞台になった島といわれている。キューバの総面積は114,524km²、キューバ島の東のマイシ岬から西のサンアントニオ岬まで約1,200km、南北の幅は35kmから100kmである。キューバ島は全体的に平坦地帯から海拔2000m以下の山地からなり、約2000万年前の中期中新世の沈降のあとの褶曲で海上に隆起してできたが、さらに褶曲に続く急激な隆起は、各地に断層をもたらした結果、東南部にマエストラ山脈を形成した。

キューバの気候は、海洋性亜熱帯気候で、気温は比較的一定し、概ね21.1℃から27.2℃、最高は32℃を超え、最低は10℃を下回ることはない。雨季は5月から11月で、全島の年間平均雨量は1372mmである。カリブ海一帯を襲うハリケーンは、毎年6月から11月、特に9月、10月に最も多い。前回のキューバ訪問は10月であったので雨期にあたっており、ハリケーンにこそ遭遇しなかったが、多くの日に降った雨はすごい降水量であった。

亜熱帯気候のもとで植物の種類は大変豊富で、顕花植物だけで5,6千種類あるという。しかし、国土の大半はサトウキビ、コーヒー、カカオ、バナナなど外来種を栽培している。森林は山岳地帯に限られ、平野部には20メートル以上にもなるダイオウヤシの巨樹をみかけるが、樹林地帯もあり、マツ、スギ類、カシ、マホガニー、グアヤック、コクタンなど有用材を提供している。ゴムもとれる。熱帯草原、サバンナもかなりの地域にある。キューバの葉巻は有名で高価である。果物には、オレンジ・グレープフルーツ等の柑橘類、バナナ、パイナップル、パパイヤ、アップル、アボガドなどがある。

一方、動物は脊椎動物が少なく、下等動物が多い。哺乳類では、翼手類が多いことが大陸と動物分布の違いになっている。鳥類は70種類が固有種だが、大陸からの渡り鳥もあり、約300種類が記録されている。爬虫類や両生類は少ないそうだが、トカゲやカエルの種類は多いと言う。キューバ滞在中、ホテルで何度かカエルの料理を食べたことがある。肉そのものは鶏肉とさほど変わらず癖のない食べ物であるが、カエルと聞くと山岳で見かける赤ガエルの肌を真っ先に連想してしまい、食指が落ちたものだ。

公用語はスペイン語で、人種は全人口の約60%がスペイン系白人と黒人の混血ムラート、約25%がスペイン系白人、約15%が黒人のほか白人とインディオの混血が少数いる。キューバの産業部門別割合は、農牧業15.7%、工業43.1%、貿易24.4%¹¹⁾で、農林水産人口比率は19.7%¹²⁾、主要輸出品目は砂糖、ニッケル、柑橘類、魚介類、ラム酒、コーヒー、タバコ、大理石の他一部医薬品等がある¹³⁾。

2-2 キューバ・ラテンアメリカの健康問題

キューバ革命の打倒の対象となったバチスタ政権下にあった1953年に行われた国勢調査による国民の生活の状況は、L.ヒューバーマン・P.M.スウィージーの『キューバ——一つの革命の解剖——』¹⁴⁾から表2に示した。

表2 キューバの生活状況・諸施設の普及状況(%)

	全キューバ	都市	農村
燈火			
電気	58.2	87.0	9.1
アセチレン	0.9	0.3	1.9
燈用石油	40.1	12.3	87.6
その他	0.8	0.4	1.4
水			
屋内水道	35.2	54.6	2.3
水 槽	5.0	5.2	4.6
屋外水道	16.8	22.0	8.1
川、井戸、泉	43.0	18.2	85.0
便所			
屋内便所	28.0	42.8	3.1
屋外便所	13.7	18.9	4.8
小屋がけ廁	35.1	33.3	38.0
なし	23.2	5.0	54.1
風呂			
浴槽、シャワー	44.4	64.9	9.5
なし	55.6	35.1	90.5
冷蔵庫			
電気	17.5	26.5	2.4
水	7.3	11.0	1.1
なし	75.2	62.5	96.5

*：キューバの国勢調査(1953年)

出典：L.ヒューバーマン・P.M.スウィージー：『キューバ』,p7,池上幹徳訳,岩波新書,60,66

そして「非常に多くのキューバ人は、貧しいために、食物を十分とらないか、粗末なものしか食べない。衛生法の基本はほとんどまったく知らない。農村の大衆は医療を受けられないことがたびたびある。これでキューバの保健状態がひどく悪かったわけを容易に理解できる。50年前には黄熱とチフスが流行して莫大な人命が失われた。その黄熱とチフスの伝染はなくなったが、マラリア、結核、梅毒はまだ完全におさえられていない。栄養不良と寄生虫感染がひきつづき大きな保健問題となっている。とくに農村では、多数の子供が寄生虫に感染し、ひどく苦しみ、苦痛のうちに死んで行く」と記載している。

また、ジャン・ラモールは、その著『キューバ』¹⁵⁾で、同じく1953年の国勢調査を引用して「人口600万人の43%が農民で、その大多数は棕櫚で屋根をふき、土を踏み固めて床としたボイオ（小屋）に住んでおり、9%だけが電灯を、2.3%が水道を備え、85%が家屋の内外を問わずいかなる衛生設備ももたず、96.5%は冷蔵庫もなかった。マラリア、結核、梅毒、寄生虫感染が甚大な被害をもたらした。子供たちは栄養不良の犠牲となったが、とりわけ砂糖きび刈り入れ職人が失業する死の季節のはそれはひどかった。1年のうち、2ヶ月から5ヶ月の活動期、これが砂糖きび農園労働者のおおかたの労働期間であった。それはまさに、単一作物への依存がもたらしたゆゆしい結果の一つである。しかも、これら農村地域には、たいてい学校がなく、4人に1人のキューバ人が文盲であった。また4人に1人のキューバ人は失業者であった」と記した。

カストロらに指導されたキューバ革命が成功したのは、

1959年1月のことであった。

ラテンアメリカの問題については、E. ガレーノの『収奪された大地』¹⁶⁾、国本伊代の『概説ラテンアメリカ史』¹⁷⁾、大井邦明・加茂雄三の『ラテンアメリカ』¹⁸⁾、Hector Perez-Brignoliの『A BRIEF HISTORY OF CENTRAL AMERICA』¹⁹⁾、Jan Knippers Blackらの『LATIN AMERICA』²⁰⁾その他多くの著書がある。ラテンアメリカは、ヨーロッパ列強の植民地支配、黒人奴隷問題、米国のモンロー主義に基づくモノカルチャー政策と外国資本による支配、大土地所有制など、収奪の歴史そのものであった。第二次大戦後も、ラテンアメリカ諸国では、軍事クーデターなど軍閥による強権政治の時代が長く続いた国が多い。そして、貧困や平均的に低い健康レベルの問題など社会的公正・不平等の克服が強く求められている途上地域の一角をなしている。

キューバ革命は、こうした土壌の上に民族独立と社会的公正に対する社会改革として起こった。その後キューバは、社会主義への道を選択し、平等社会の実現を目指して歩み、教育や医療の無料政策等によって注目される発展をもたらした数少ない発展途上国である。

図2は、ラテンアメリカ諸国の平均寿命、図3は同地域の乳児死亡率を示したものである。また、表3は、J. K. Black編著の『LATIN AMERICA』²⁰⁾のなかでH. Veltmeyer and J. Petrasらが記述した“Social Structure and Change in Latin America”で引用したデータで、表4はキューバの1961年の文盲率である。表5は、最近のラテンアメリカにおける貧困層の増大²⁰⁾を示しており、依然として貧困問題が健康への道を阻む問題の

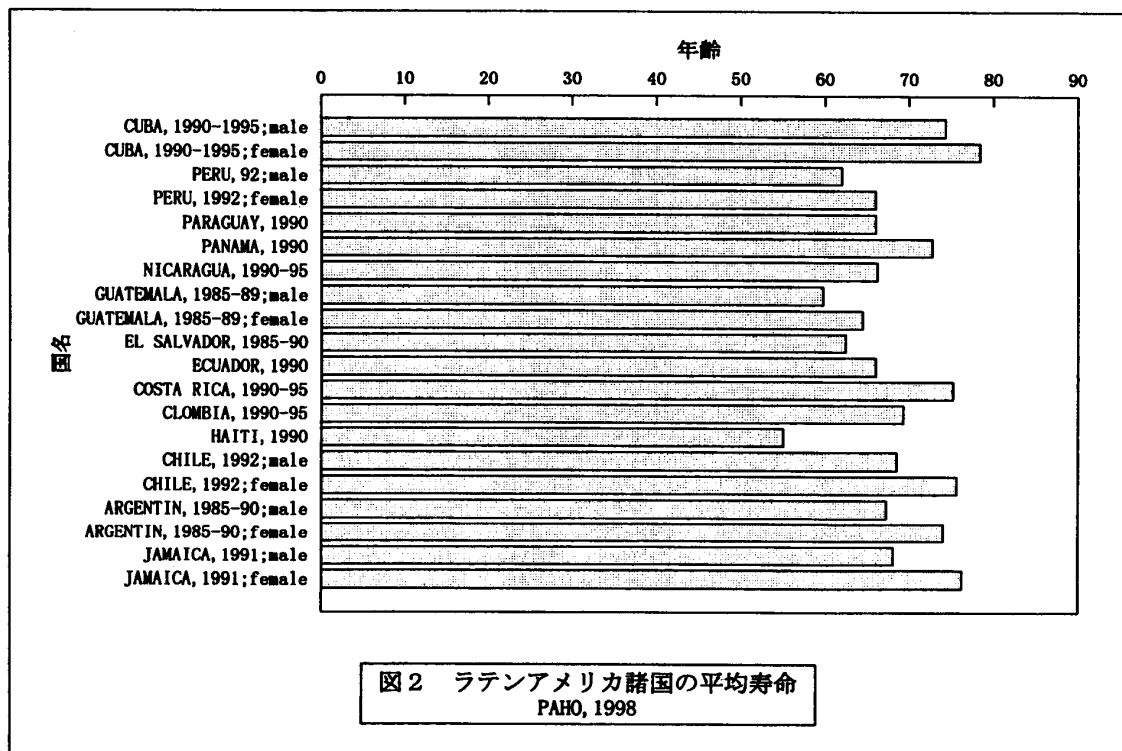
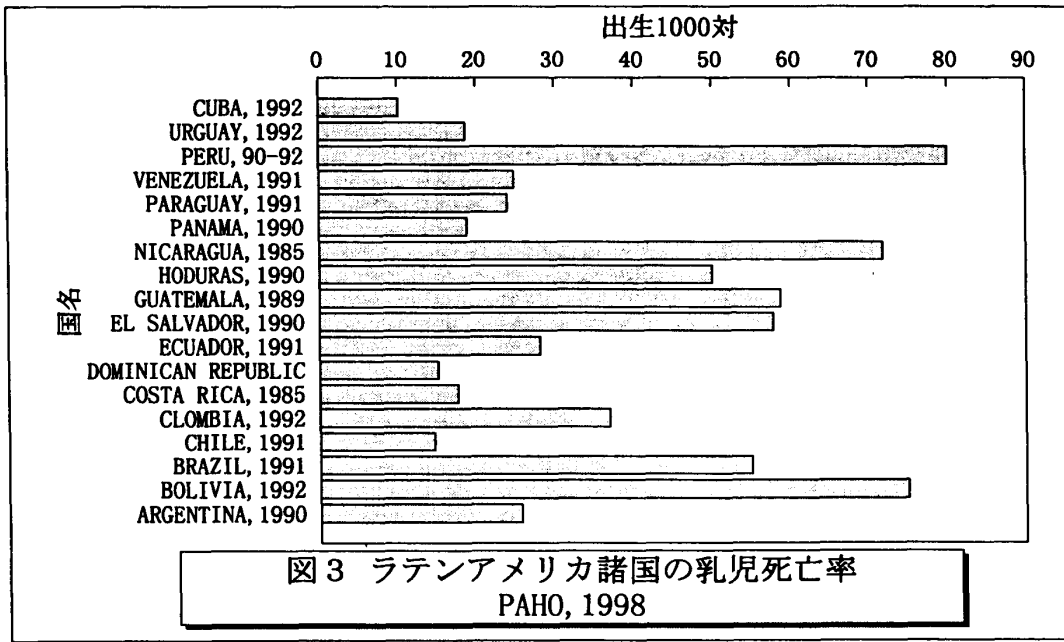


図2 ラテンアメリカ諸国の平均寿命
PAHO, 1998

SOURCE: <http://www.paho.org/>; 各国情報を整理



SOURCE: <http://www.paho.org/>; 各国情報を整理

表3 ラテンアメリカ諸国の貧困・教育・保健指標の比較

指標	貧困人口率(%)**		文盲率(%)		平均寿命			乳児死亡率*	
	1988/90	1990	男	女	1965	1988	1993	1970	1993
ボリビア	97	29	23	46	53	60	153	73	
エクアドル	65	16	14	58	66	69	100	49	
ペルー	75	21	15	54	62	66	116	63	
ベネズエラ	58	17	8	65	70	72	53	23	
ブラジル	73	20	19	59	65	67	85	57	
チリ	56	7	7	62	72	74	77	16	
キューバ	35	6	5	-	74	76	-	9	
メキシコ	51	15	13	62	69	71	72	35	
アルゼンチン	20	7	7	67	71	72	52	24	

* : Rate per 1,000 live births.

** : 貧困人口率は、農村部のもの

Source: Idriss Jazairy, Mohiuddin Allagmir, and Theresa Panuccio, *The State of Rural world Poverty* (London: IFAD, 1992), table 8; World Bank, *World Development Report 1995* (Oxford University Press, 1995)

from HENRY VELTMEYER AND JAMES PETRAS: *SOCIAL STRUCTURE AND CHAGE IN LATIN AMERICA* : JAN KNIPPERS BLACK [LATIN AMERICA], p 173, WESTVIEWPRESS, 1998

一つとして存在していることを示している。彼らはこれらから、貧困や他の社会状態と指標の関連に注目した上で、キューバについて「社会発展の基礎指標の意味で資本主義路線より社会主義を目指してきた一つの国、キューバは世界で最も工業化の進んだ先進国と比較して教育、健康、社会福祉のレベルによって特別に目立っている」と述べているのは注目されてよいだろう。

ラテンアメリカは、歴史的に植民地支配や巨大資本主義国の搾取に苦しみ、社会発展の遅れや貧困等の問題を

抱え、したがって健康問題における国間や地域の諸格差を示している発展途上地域である。今日キューバは、米国の経済封鎖やキューバ自身の経済改革上の諸問題によって厳しい経済状況下にあるが、保健医療には、他のラテンアメリカにはない発展がみられる。

WHOのアメリカ州保健機構の「Strategic and Programmatic Orientation, 1995-1998」²¹⁾には、健康・健康政策及び関連の要約が掲載されている。そのなかの社会問題の項には、「インフォーマル、商業、サー

表4 キューバの人口と文盲率 (1961年)

州	人口	文盲者数	文盲率
ピナル・デ・リオ	500,581	25,680	5.1%
ハバナ	1,858,112	27,319	1.4
マタンサス	427,088	13,802	3.2
ラス・ピヤス	1,121,800	43,766	3.9
カマグエイ	757,111	42,081	5.5
オリエンテ	2,268,561	119,347	5.2
計	6,933,253	271,995	3.9

出典：L. ヒューバーマンら『キューバの社会主義』（上），岩波新書，p17, 1969；ラテン・アメリカの社会経済的進歩第6次報告（1966）
 *南北米州開発銀行（ワシントン, 1967, p31）によると，地域住民の33%が文盲（アルゼンチン8.6%, ハイチ80%, エクアドル：平均値32.5%, 平均以上：アルゼンチン, コスタリカ, メキシコ, パナマ, パラグアイ, ウルグアイ, ベネズエラ, 平均以下：その他
 *キューバが文盲一掃運動をはじめたとき23.6%であった。

表5 ラテンアメリカにおける貧困層の増加（単位：百万人）

貧困等の人口・割合\年次		1980	1986	1989 ^a	1992 ^b
人口 (百万人)	貧困層	136	170	183	266
	極貧層	64	81	-	-
人口に占める割合 %	貧困層	41	43	44	62
	極貧層	19	21	21	-

a: Projection made by ECLAC in the basis of figures for mid-1980s.

b: based on estimate made during the second regional conference on poverty (Quito, 1990),

Sources: ECLAC, UNIDOP; cited in Latin American Special Reports (Sr-92-5), October, 1992.
 From 『Latin America』 edited by JAN KNIPPERS BLACK, p172, Westview Press, 1998

ビス部門の低賃金雇用の増加と連動した個人所得の減少は、多くの人びとが貧困層に落ち込むことを意味している。貧困の人びとの相対率は、地方に多いが、その絶対数では、貧困は都市部により多い。個々人の面では、1980年代の危機は、所得危機と記述されてきた。全アメリカ圏域の諸国間や諸国内における非常に大きな不平等が存在し、貧富の格差は拡大している。とくに都市部の貧困者ランクは、膨張を続け、ラテンアメリカやカリブ海諸国では、今日全人口の46%以上、2億人以上にも達している。諸国の22.9%に当たる1億人は、公的あるいはプライベートの保健サービスへのアクセスを有していない」と記載されているのである。こうしたラテンアメリカのなかでキューバは、厳しい経済状況が続くなかで独自の道を歩み、健康戦略を重視してきた。

3章 キューバ革命と医療

「キューバ革命が勝利したときいた、6000人の医師の

大部分は首都に集中していたが、そのうち3000人が反動派の策略の結果、祖国を離れた。そのときから、専門家の養成がきわめて重要になった」と、カルメン・R・アルフォンソ・Hは、『キューバガイド』¹³⁾で述べているが、L.ヒューバーマンらは¹⁴⁾、「1958年にキューバの農村には、ベッド数10の病院が1つしかなかった」と述べ、南北米州開発銀行の1966年報告から「医療問題にかんするもっとも深刻な問題の一つは、大部分のラテン・アメリカ諸国で、医師、看護婦、医療保健所が不足し、またそれらが地域的に偏在していることである」と引用している。

私が、1971年に訪問した際にも厚生省の担当官が、革命前にハバナ大学医学部の158人の専任教授は、141人が亡命したことなど医学教育上も大きな困難に直面したと語っていたことが思い出される。

コロンブスが、その航海日誌に「人間の目にみた最も美しい島」と書き残したキューバは、15世紀からスペインの植民地となり、16世紀中葉からはじまった砂糖産業

の維持のために悲惨な奴隷労働が19世紀末まで続いた(1886年奴隷制廃止)。キューバの19世紀後半は、独立運動が反復された。1892年に結成され、ホセ・マルティによって指導されたキューバ革命党の解放闘争、1898年から米国が介入した米西戦争を経て、1899年スペイン軍の撤退をもって、1901年にキューバ共和国となったが、すでに1880年頃から進出していた米国資本の支配下であり、プラット修正条項にみられるような干渉権を行使できる半植民地となった(これによってキューバ東南部グアンタナモには、永久借用権を獲得した米軍基地がある)。それ以降の状況について宮本信生は『カストロ—民族主義と社会主義の狭間で』²²⁾で「正義なき不平等社会」と述べているように、またL. ヒューバーマンらの表現にもみられるように悲惨な生活を抱える国民が多かったにもかかわらず、革命前長く政権の座にあった軍出身のバチスタが専横を極めていた。また宮本は、「ワシントンが反動的であろうと自由主義的であろうと、プラット修正が文書に記載されていようといまいと、米国の権力は決してキューバから姿を消さなかった。キューバの政治はワシントンで決まり、経済はニューヨークで決まった」と述べている状況下にあったのである。このように「米国に隣接し、また砂糖産業の経済動向の影響をまろに受けたキューバは、20世紀中葉、国内的には政治腐敗、不正義、不平等、対外的には政治的・経済的対米従属を特徴とする、“腐った、腐りかけた”社会であった。そして、そこにカストロ・キューバ革命を生む温床があった」と述べていることで想像がつかだろう。

カストロらの革命政府は、農業改革(1960, 1963)、教育改革(1961)による文盲の一掃、深刻な医療問題への対応などを進めた。L. ヒューバーマンは、1960年の医療について「こんにちの社会主義キューバの農村には、47の病院があって1300床のベッドが用意され、さらにそのほか、それまでなかった50にも及ぶ診療所や歯科診療所もある。多くのアメリカ人は、ゆたかなアメリカの国内そのものにも、この同じ“健康・保健をめぐる深刻な問題”があると知れば、さぞ驚くだろう。——事実このアメリカでも、都市貧民窟や農村といった医師をもっとも必要とする地域でそれが不足している。ニューヨーク・タイムズ(1968年3月30日掲載)のニューヨーク州チャタム市のアイラ・マークス博士の投書は、以下のよう

に物語る——このアメリカにおける乳児死亡率は、都市の白人中・上流階級居住地のみをとると、まことにけっこうにみえる。しかし、アメリカのとくに南東部農村地帯や、黒人スラムにおける率をみるとまったく恥ずべきことになっている。これは、そこに住む人びとが医療費の支払い能力がないからでなく、むしろ開業医の分布が、その地域に非常に少ないからである(医療保護の制度があるにもかかわらず、ハーレムの医師数はふえなかった)。医師への支払いを助けたり、新しい医学校を

建てるために連邦政府が資金を援助しても、こうした新設医学校の卒業生が、実際に医療に従事し、彼らを必要とする貧民窟や農村部によろこんで勤務するようにならないかぎり、医師不足という問題の解決にはなるまい。保健活動にいつそう多くの資金が使えるならば、開業医志望者を養成する新しい医学校の創設に使わしめよ。そしてこの新しい医学校の“診療所”は、現在まだそのない地域の医師の開業の場とし、その“教授”たちには臨床の大家をそろえ、その“研究費”は、健康管理のもっとも必要な地域で働く開業医を、一般医・専門医の別なく集めて援助することにつかわしめよ。結局、われわれが忘れていけないことは、いかなる“保健医療活動に対する処方箋”も——たとえその代金が前払いされても——このサービスを行う場所にその人を得ないかぎり、痛み苦しむ患者を救えないということである」と紹介している。

4章 1970年代以降

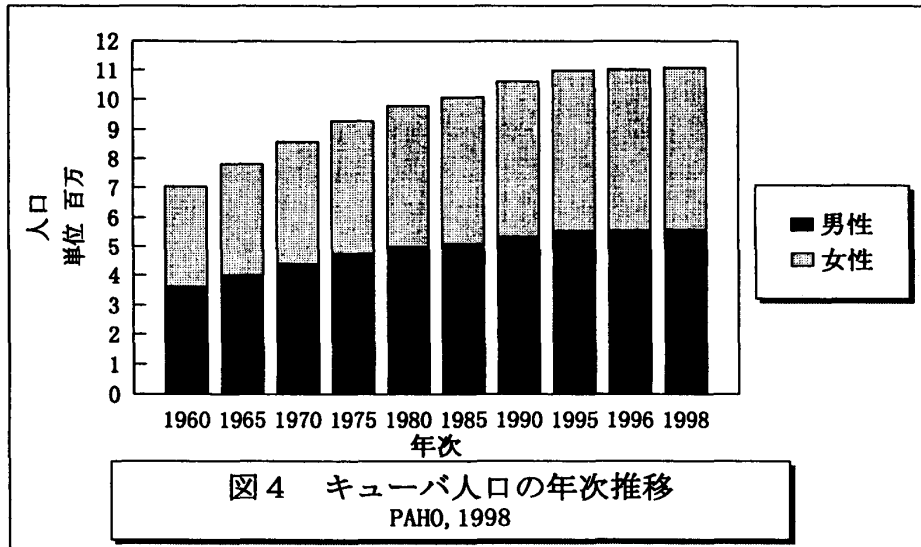
今日のキューバの人口は、脱出や亡命騒動もあったが、1961年の人口約690万人から1100万人に増加した。15歳以下人口約25%、60歳以上人口約12%で、平均寿命は75.7歳とラテンアメリカでは高い位置にある(図4に1970~1997年の人口を示す)。

4-1 1970年以降の若干の保健統計

数十年以前のことであるが、東西冷戦のさなか、1960年代のキューバ危機が回避されて後の1971年に、キューバを訪問した中村英彦医師を団長とする医療視察団のなかに私もいた。保健省、ハバナ大学医学部やサンチアゴ・デ・クーバのオリエンテ大学医学部、主要医学研究機関及び複合診療所といえるポリクリニック等を視察した。私の役割は、主として熱帯医学や寄生虫分野の状況を知ることであった。キューバには、黄熱の媒介蚊、*Aedes aegypti*を特定したCarlos J. Finlayがかって活躍したことは知っていたのでフィンライ研究所の訪問も興味をもっていただひとつであった。フィンライの業績集は手元で眠っているが、ここでは紙面の都合で割愛せざるを得ない。当時の資料を参考にしながら1970年代以降の若干の保健統計をみてみよう。

図5は、1969年の死亡率及び死因別死亡割合(人口10万対)を示している。当時のキューバはすでに死因割合面では、先進国に準じる型になっていたようだ。また15歳以下の年齢層等の死亡率(人口1000対)は図6のようであった。

表6は、1966~1967年当時の中南米諸国の出生率、死亡率、乳児死亡率を示す。死亡率はプエルトリコ、ベネズエラ等に次ぐが、乳児死亡率は最も低い。



SOURCE: <http://www.sld.cu/anuario/anu97/CD1.htm>

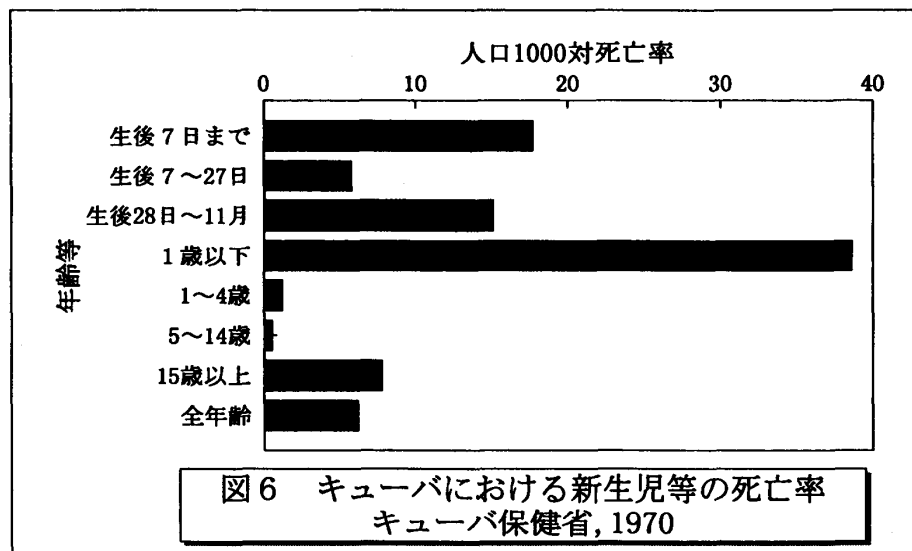
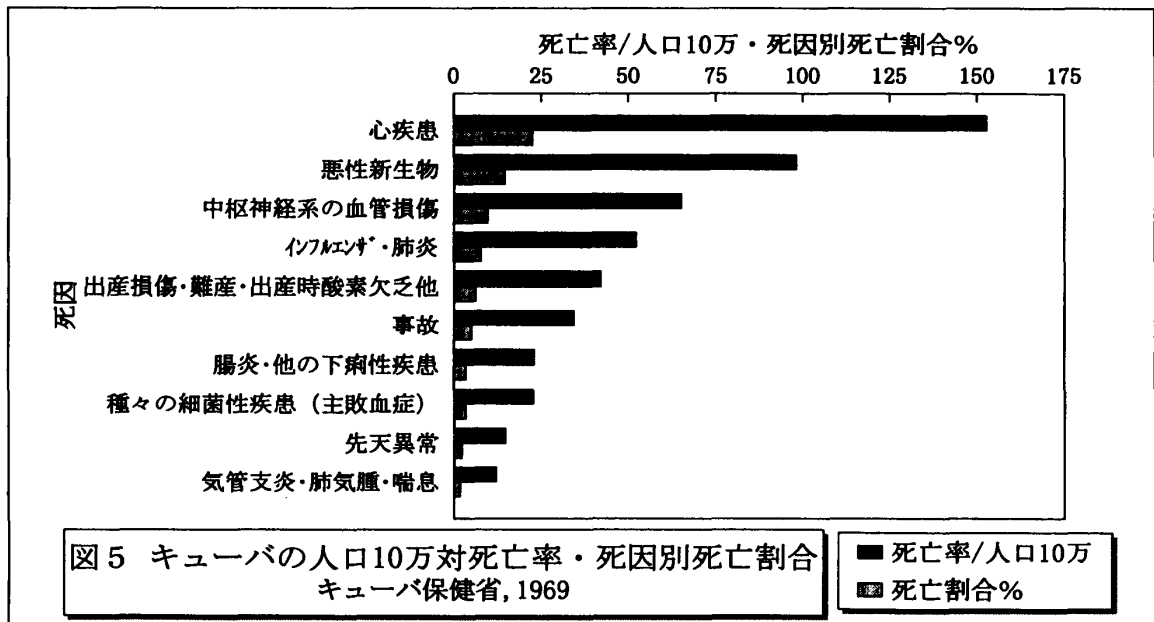


表6 中南米諸国の出生率・死亡率（1966-67）

国名	出生率	死亡率	乳児死亡率
キューバ	28.9	6.8	38.6
エルサルバドル	43.2	9.1	59.2
グアテマラ	42.5	13.3	93.8
コスタリカ	37.7	7.1	62.3
ジャマイカ	34.3	7.7	35.2
ドミニカ	33.9	6.9	76.6
ニカラグア	43.8	8.0	55.4
パナマ	38.8	7.2	39.6
プエルトリコ	25.1	5.6	28.3
ホンジュラス	44.0	8.4	35.5
メキシコ	43.5	9.6	64.2
アルゼンチン	22.3	8.7	58.3
ウルグアイ	21.3	9.5	50.0
エクアドル	39.6	10.8	87.9
コロンビア	31.4	9.4	78.3
チリ	30.9	9.5	91.6
ペルー	31.9	7.6	61.9
ベネズエラ	31.9	6.7	77.3
ボリビア	43.6	7.7	77.4
日本	24.0	6.8	14.9

*出生率・死亡率：人口1000対/年
死亡率：死産除く

*出生率のアルゼンチン、チリ、ペルー、ベネズエラ；死亡率のアルゼンチン、ウルグアイ、コロンビア、チリ、ペルー、ベネズエラは、日本人

*ニカラグア、ホンジュラス、ボリビアの出生率、コスタリカ、ニカラグア、ホンジュラス、ボリビアの死亡率、コスタリカ、ボリビア、ニカラグア、日本の乳児死亡率は1966年
資料：キューバ保健省

4-2 1970年頃の感染症とその対策

(1) 急性灰白髄炎

ポリオは、世界的に天然痘に次ぐ撲滅対象疾患になっている。わが国のポリオは、1940年代後半から大きな流行がみられ、1960年には患者数は5606人に達した。当時用いられていたソークワクチン（死菌）をより有効な生ワクチンの投与を行うように求めた国民運動が起こったが、生ワクチン投与を全国的に投与するようになってから急速に発生が減少した経験を有している。キューバでは、ソ連の援助もあってのことだと思いが、図7のように生ワクチンによる効果が劇的に得られた。

(2) ジフテリア・結核・下痢症

ジフテリアは、今日のが国でも幼児の予防接種対象疾患になっている感染症であるが、図8のように減少していた。結核死亡及び下痢症死亡については、図9及び図10のような経過で死亡率は着実に低下していた。また図11は、1965年当時の中南米の胃腸炎死亡状況でキューバ保健省のデータに掲載されていない国もあるが、キューバのそれは低かった。表7は、1966年当時の中南米の感染症罹患率である。

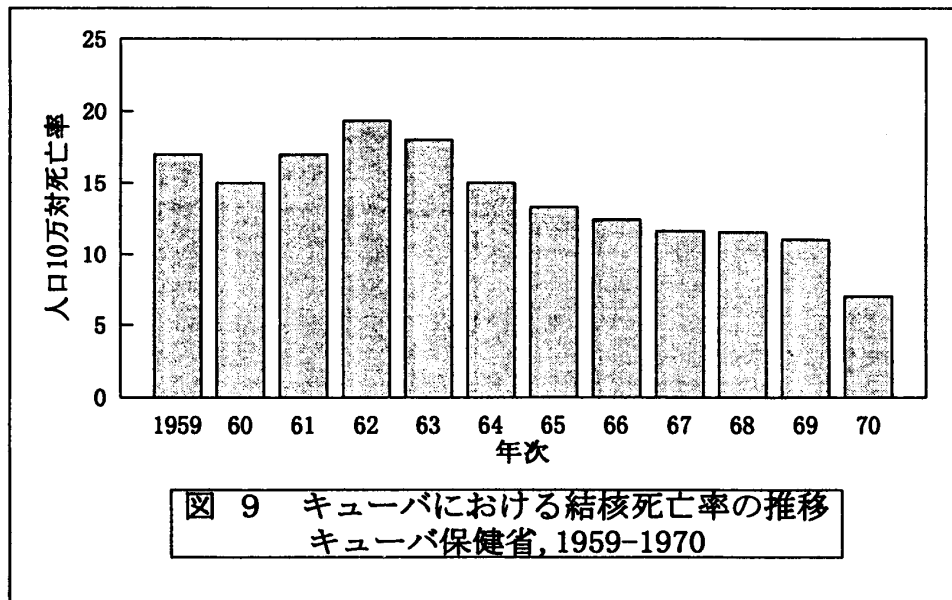
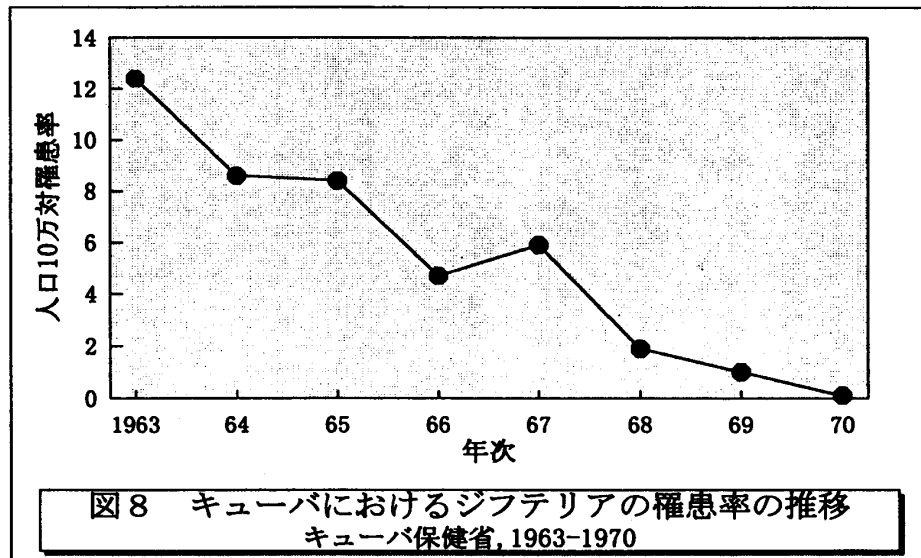
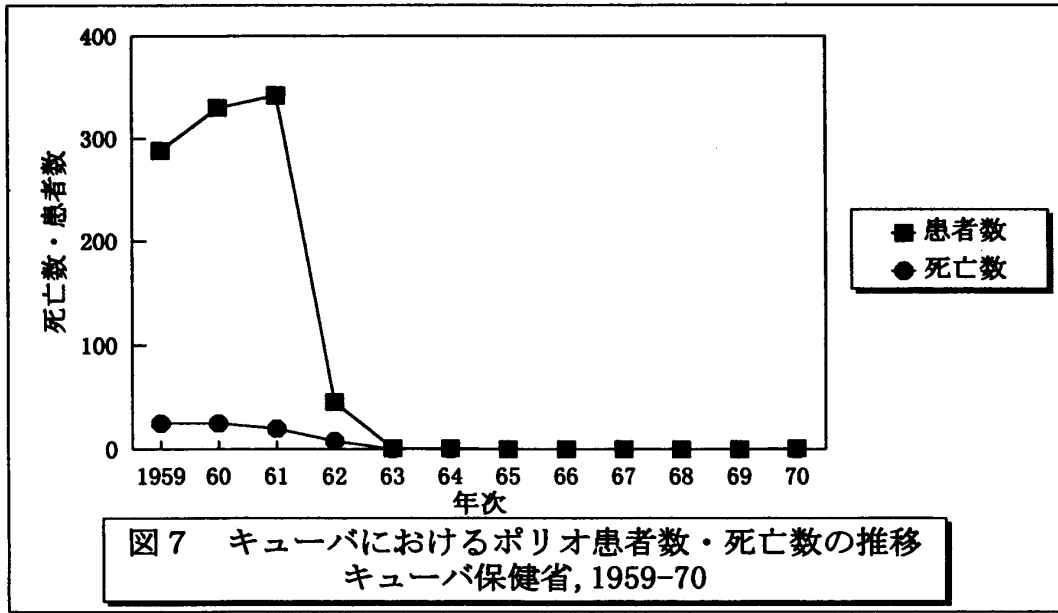
(3) 寄生虫疾患

マラリアは、今日でも熱帯地域を中心として世界の感染者が7～8億人といわれている重要感染症の一つであ

るが、キューバでは1962年10万対罹患率が50であったものが、図12のごとく対策が功を奏した。ただ、私たちが訪問したフィンライ研究所の所長は「約5000人に及ぶ農薬急性中毒患者が多発したことがあり、かなり神経を使ってコントロールしている」と述べたが、DDT等の汚染問題を訪問団のなかで議論したことがある。マラリア対策については、今日でも患者の発見・治療と媒介蚊対策に限られ、熱帯地方では根絶が大変難しい課題になっている。

その他の寄生虫感染については、1971年に訪問したときに得た1962～1963年のデータを示しておこう。まず蠕虫感染では、図13の如く約2万4千人の検査でキューバ全体で鞭虫20.2%、次いでアメリカ鉤虫7%、蛔虫3.8%、糞線虫0.6%、蟯虫0.5%、無鉤条虫0.06%等であった。また、腸管寄生原虫では図14の如く赤痢アメーバ7.9%、ランブル鞭毛虫5.8%などであった。当時の州によって罹患率は異なるがかなり減少きていた。ちなみに1967～70年の京都府下の私を含む京都府立医科大学医動物学教室が行った寄生虫検査成績を表8に示しておこう。当時の京都府下でも結構高い寄生蠕虫感染率であったのである。

すでに示したように、世界的には感染症死亡が多く、とくにその主要地域は発展途上国である。これには、貧



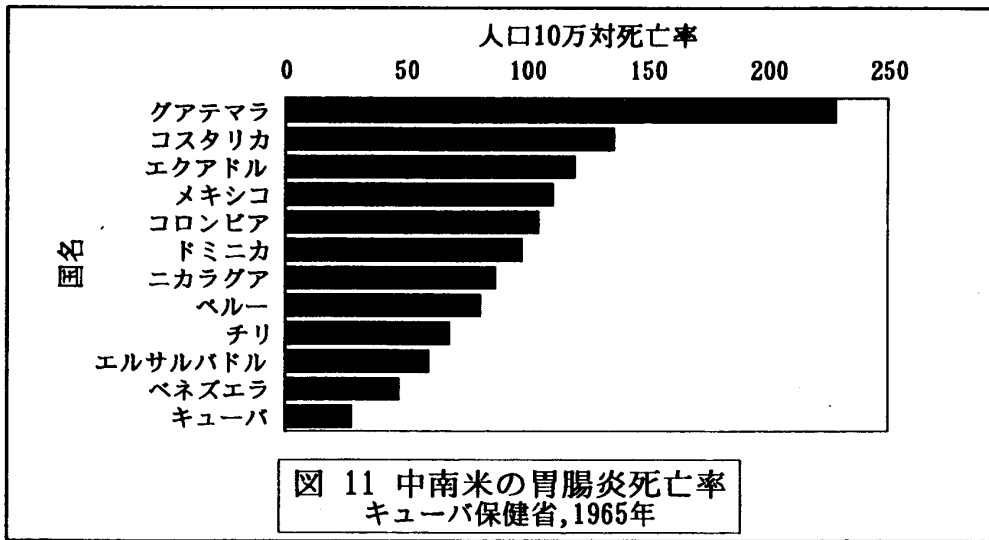
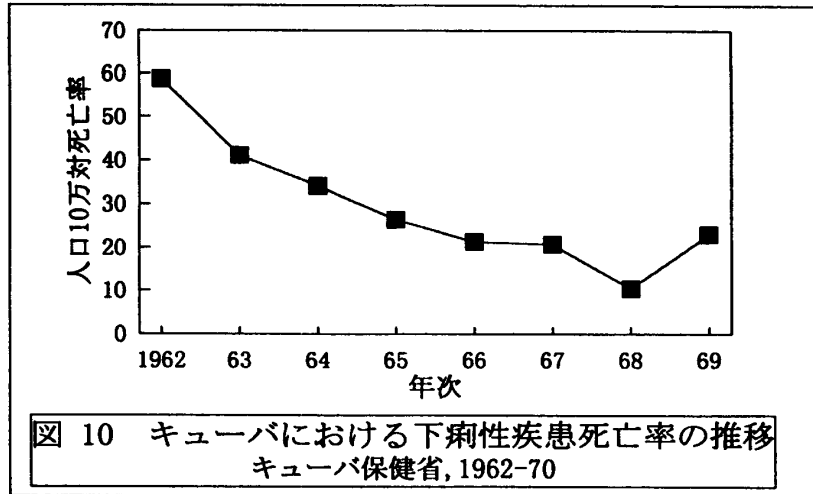


表7 中南米諸国の感染症（人口10万対罹患率），1966

国名	全結核	梅毒・淋病	赤痢	腸チフス・ パラチフス	マラリア
キューバ	36.5	20.1	0.4	2.6	0.5
エルサルバドル	184.5	190.2	190.2	28.4	2257.7
ニカラグア	134.4	175.1	876.3	15.6	909.7
ホンジュラス	102.5	380.9	1045.6	38.7	759.2
メキシコ	23.3	55.1	6.1	23.6	26.3
アルゼンチン	96.1	27.2	5.4	6.2	1.9
コロンビア	78.6	27.2		48.8	119.1
チリ		17.4	5.7	51.3	
ブラジル			0.1	0.4	0.2
ペルー	206.4	78.7	258.9	65.7	17.1
ベネズエラ	72.1	384.9	870.5	3.9	51.3
米国	24.3	189.5	6.0	8.7	0.3
日本	289.3	9.6	65.9	1.0	0

*キューバ・メキシコ・アルゼンチン・米国・日本の赤痢：細菌性のみ

**：メキシコ・コロンビアの結核：呼吸器のみ

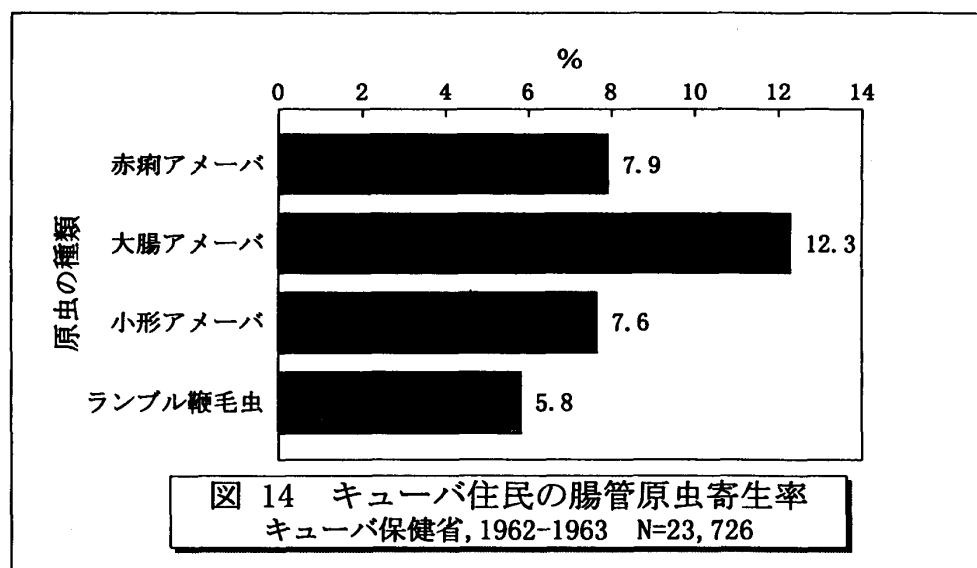
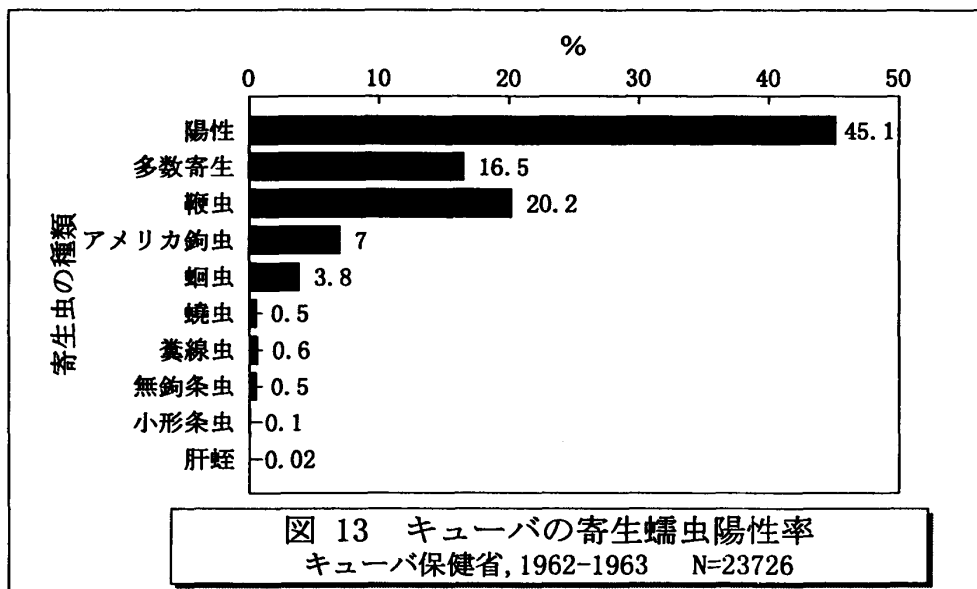
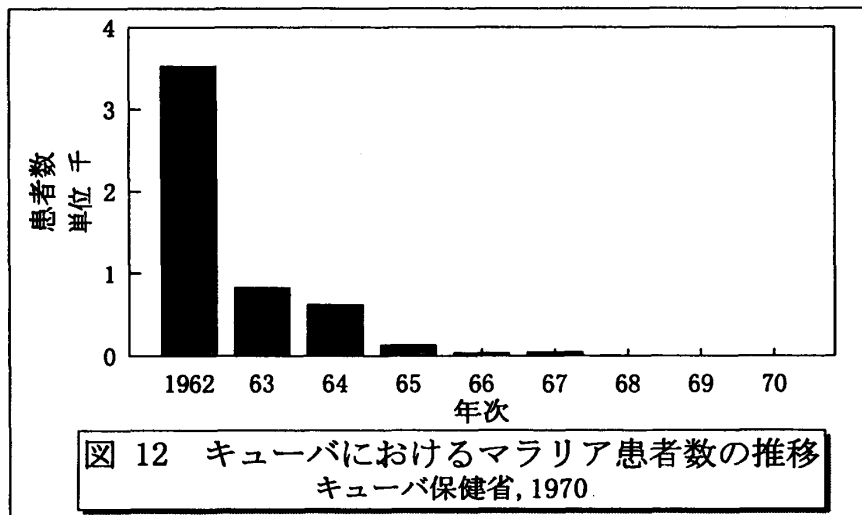


表8 京都府下における一般住民の寄生虫卵保有者（1967-1970）

地域	検査数	陽性率	蛔虫	鉤虫	鞭虫	東洋毛 様線虫
久美浜町	2253	21.6	6.9	6.9	6.7	13.6
	1672	10.3	3.6	3.6	2.6	5.7
丹後町	597	7.7	2.2	2.2	2.7	3.4
伊根町	907	18.0	6.0	6.0	8.3	4.9
舞鶴市大浦	257	22.2	2.7	2.7	13.6	5.1
綾部市お与岐	209	38.8	38.8	18.2	4.8	29.2
綾部市老富	93	31.2	31.2	17.2	11.8	14.0
夜久野町	1111	8.7	8.7	4.4	2.3	3.8
三和町	1093	6.4	6.4	2.4	0.3	4.9
京北町	485	40.0	21.0	21.0	1.6	28.6
美山町	374	28.2	28.2	15.3	0.0	20.2
京都市市街	3764	0.6	0.6	0.3	0.0	0.4
和東町	1290	45.0	17.2	17.2	0.9	40.8

困、栄養不良、生活等の不衛生、保健医療水準の劣悪状況が関係していることはいうまでもない。

5章 キューバの医療

1971年に訪問したとき、キューバ保健省の担当官は「保健における革命の十年」を語った。1) 革命前のキューバ医学の総括：(1)国家的な保健計画の欠如、保健サービス計画は全くなかった、(2)保健サービスの量的不足・財政欠如、(3)私立医療の質が比較的によいのに比べて公立の医療サービスが低く、医学の商業化があった、(4)公立、私立を問わず、治療偏重で予防医学がなかった、(5)医療サービスは、ほとんど都市に限られ、農村は見捨てられていた、(6)保健行政の中央集権制はあったが、末端の医療従事者の権利はなく、予算の使途に不正があった、(7)医療・教育は、人民の要求とかけはなれ、治療一診療謝礼金という考え方の医療教育であったなどであった。2) 革命後1959年から1968年の間に確立された社会主義キューバの保健体制の特徴：(1)保健分野の事業計画は、国家の一般的な計画のなかに位置づけられ、(2)全国の保健活動を国の保健省 (Ministerio de Salud Publica) の下に統合した、(3)予防と医療 (狭義の治療) という保健概念を適用、(4)保健事業の指針は中央集権化し、保健行政は国家予算の拡充と配分を伴う地方分権化を行った、(5)集団指導と労働科学的基礎付けを目指す、(6)保健事業における人民の参加を促進する、(7)医学教育の目的の変革、新しい社会づくりにふさわしい、科学的で人間的な態度をもった専門医学技術者の養成、(8)科学技術の共同研究における国際交流等であった。そして人民の保健事業への参加については、(a)保健衛生に対する自覚の向上、(b)保健計画 (予防接種、健康手帳など) への人民の参加、(c)売血制から自発的供給制に移行する可能性がつかまった、(d)医師と人民の関

係を緊密にした、(e)将来の医学技術補助員の才能の開発、(f)政府機関保健省と人民の基本的な要求を結合、(g)保健組織に対する人民の信頼の増大等を総括していた。²³⁾

その後発展を続けていたと思われるキューバにとってソ連の崩壊の与えた影響は甚大なものであった。現在キューバは、米国の経済封鎖のなかにあって経済的には甚だ困難な状況にあるが、社会主義路線を継承している数少ない国としての希少価値への関心もさることながら、その保健医療が国際的にも高く評価されていることに筆者の主な関心がある。キューバが目指してきた平等社会の原則が現在あるいは今後進められる経済改革によって変わるかも知れないが、保健医療の発展とその成果は、なお国際的な関心の的になっている。1996年5月には、大阪保険医協会のマネージメントによって医師数十人がキューバ医療の視察に出かけ、「開業医の見たキューバ」²⁴⁾や「陽気な“平等社会”」²⁵⁾を報告した。また、Julie M. Freisilverの『HEALING THE MASSES: CUBAN HEALTH POLITICS AT HOME AND ABROAD』²⁶⁾、Irving Louis Horowitz and Jaime Suchlicji 編著の『CUBAN COMMUNISM』中のTim Goldenの“Health Care in Cuba”²⁷⁾、Sarah M. Santanaの『Whither Cuban Medicine? Challenge for the Next Generation』²⁸⁾などキューバにおける医療については国際的な関心が寄せられている。

革命後のキューバの社会建設の目標は、平等社会の構築にあり、後に社会主義路線を歩むことになったが、その後ソ連・東欧圏の崩壊など国際環境は激変してきたなかで、大勢においてその路線を継承し、教育・医療の無料原則・国家保健計画等数少ない独自の国となり、今日の経済困難のなかでも継承されているので、今後の動向に注目したいと思う。



写真1 ハバナ近郊農園医学部学生の援農活動（1971年10月）

5-1 革命後の医療困難と発展

後藤政子編訳の『カストロ革命を語る』²⁹⁾のなかで、カストロが語っている。「米国の目的のひとつは出国をそそのかすことにあった。彼らは声をかけ、ドアを開けて招き入れた。それまで決してそんなことはしなかったのに、米国に行きたいという者をすべて受け入れた。われわれから教授や教師、医者、技師や技術者などを奪うためだった。そのため高級技術者が出国し始めた。高い給料で誘ったのだが、前代未聞のことだ。

われわれは挑戦を受けとめた。出国を禁止したのではない。それなら、新しい世代の技術者や専門家を育てよう、出ていった者よりも優れた技術者や専門家を養成しようというわけだ。われわれは残った者たちで大学を発展させた。」……「医者は6千人いた。そのうち半分の3千人が出ていった。わが国はいまでは保健に関する指数ではさまざまな面で第3世界ではトップだ。わが国を下回る先進国もいくつかある。われわれはそれをたった半分の医者で始めたのだ。いまでは医者の数は2万5千

人に達し、数ヶ月後の学年末には2,436人が卒業する。これからもその数年間3,500人に達するはずだ。今後15年間に5万人の新しい医者が生まれるわけだ。だが、革命前の半分しか医者がいなかったことがあるのだ。このほかにもわれわれはさまざまな挑戦に立ち向かわざるをえなかったが、現在あるのはそのおかげだ」と（1985年の対談）。事実後述するように保健医療システムと資源は発展してきている。

5-2 医師等の養成

1959年までの医学部は、ハバナ大学にしかなかったが、1971年当時にはハバナ大学の他ラス・ビリヤス大学及びオリエンテ大学にそれぞれ医学部が設置されていた。カルメン・R. アルフォンソによると現在では各州に医学部があるという。

1970年当時の医師数は、6152人でしかなかったが、1997年には62624人と表9に示したように医師の養成が行われ、保健医療福祉の分野で活動している。表10は、

表9 キューバの医師・歯科医師の増加

年次	総数	医師		歯科医師		1 歯科医師対 住民数
		住民千人対	1 医師対 住民数	総数	住民千人対	
1970	6152	7.2	1393	1366	1.6	6276
1975	9328	10.0	996	2319	2.5	4007
1980	15247	15.6	641	3646	3.7	2682
1985	22910	22.8	439	5335	5.3	1885
1990	38690	36.5	274	6959	6.6	1524
1995	56836	51.8	193	9148	8.3	1200
1997	62624	56.8	176	9816	8.9	1124

SOURCE : <http://www.sld.cu/anuario/anu97/CR43.htm>

表10 キューバの家庭医 (1997)

医師総数・家庭医 ・従業内容	従事者数	率(%)
医師総数	62624	100.0
家庭医	28855	46.1
家庭医総数		100.0
地域	18090	62.69
学校	1430	4.96
小児巡回	723	2.51
労働センター	1440	4.99
観光関係	164	0.57
農業産業	273	0.95
農業牧場	122	0.42
予備	2360	8.18
その他	4253	14.74

1997年の家庭医とその従業状況で一つの特徴をなしている。医師数はカストロが1985年にフレイ・ベト²⁹⁾と対談した際に示した従事数を超えている。わが国流にいえば医師過剰ということになる。

1971年の訪問時に得た資料から州別各療施設等の分布を表11に示した。この表からは地域・地区の病院の配置の推進がみてとれる。当時この地域医療システム全体をみることはできなかったが、建設中の小児病院など医療体制の確立への意欲が伺えた。ハバナでは、病院併設のがん研究所、神経研究所、腎臓病研究所及びフィンライ研究所（熱帯医学）、生物研究所等を見た。腎透析・移植も行われていたし、肺がんや乳がん死亡が高く、対策が必要とのことであった。神経研究所では、パーキンソン病患者の手術をみることになった。執刀者のペレス教授は、慈恵医科大学の檜林教授のもとで研修した外科医で大脳核の電極焼射手術は、私の撮った8mmフィルムに

資料：http://www.sld.cu/anuario/anu97/CR45.htm

表11 キューバの州別地域病院・ポリクリニック等 (1970)

医療関係施設 種類	州								計
	N.C.	P.R.	HAB.	MAT.	L.V.	CAMAG.	O.N.	O.S.	
病院									
州病院	0	1	0	1	1	1	1	1	6
地域病院	0	0	11	2	4	4	4	5	30
地区病院	0	4	7	1	8	14	14	0	48
農山村病院	0	1	0	1	12	4	4	26	48
州産科病院	0	1	0	1	1	1	0	1	5
地域産科病院	0	0	5	0	2	1	1	3	12
地区産科病院	0	2	0	0	0	0	2	0	4
州小児病院	0	1	0	1	1	1	0	1	5
地域小児病院	0	0	5	0	2	1	0	3	11
地区小児病院	0	0	2	0	0	0	0	0	2
地域母子病院	0	0	3	0	0	0	1	0	4
地区母子病院	0	1	1	0	1	4	0	13	20
結核病院	0	1	1	1	1	1	0	2	7
がん病院	0	0	1	0	0	1	0	1	3
精神病院	0	0	8	1	2	0	0	0	11
青年隊病院	0	0	0	0	0	1	0	0	1
その他の特殊病院	0	0	7	0	0	0	0	1	8
小計	0	12	51	9	35	34	27	57	225
ポリクリニック等									
ポリクリニック	0	15	103	37	58	33	30	32	308
農山村診療所	0	20	2	8	12	13	6	35	96
その他の診療所	0	0	2	0	1	22	1	12	38
結核診療所	0	2	9	3	5	3	1	5	28
その他の専門診療所	0	0	3	0	0	0	0	1	4
歯科診療所	0	1	23	4	7	7	4	10	56
公衆衛生試験所	0	1	6	4	4	5	3	5	28
回復の家	0	0	1	0	0	3	6	12	22
臨床検査所	0	0	0	0	1	2	1	0	4
血液銀行	0	1	4	3	3	1	3	3	18
学生診療所	0	0	7	2	0	0	0	0	9
医療温泉所	0	1	1	0	2	0	0	0	4
その他の医療補助施設	1	2	7	0	0	0	2	0	12
小計	1	43	168	61	93	89	57	115	627

*：キューバ保健省

表12 キューバの州別地域病院・ポリクリニック等 (1997)

州	Pinar del Rio	La Habana	Ciudad Habana	La Matanzas	Villa Clara	Cinfuego	Santi Spiritus	Ciego de Avita	Camaguey	Las Tunas	Holguin	Granma	Stgo. de Cuba	Guantanamo	Isla de la Juv.	
病院等																
一般	85	6	7	3	4	5	1	7	4	7	7	16	10	4	2	2
外科	32	3		12	3	3	1	2		3		1	1	3		
小児	26	1		9	1	1	1	1		2	2	2	2	3	1	
産婦人科	18	2	1	5	1	2	1	1		1		1	1	3		
母子	16	4		1				1	2	1		1	1	2	3	
地方	64	2			1	6	2	9	3	7	3	4	7	10	10	
がん	2									1				1		
整形外科	2			2												
精神科	27	1	1	9	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1		
眼科	7			2						1	1		1	1	1	
結核	1			1												
らい	1			1												
リハビリテーション	2			1				1								
小計	283	19	9	46	11	20	7	25	10	24	14	27	24	28	17	2
研究所	12			12												
ポリクリニック等																
ポリクリニック	440	23	40	85	40	38	18	21	17	25	11	38	26	38	17	3
歯科診療所	166	10	19	37	12	14	7	9	5	15	3	13	5	12	4	1
農山村診療所	161	26	40	1	5	6	7	21	12	7	12	11	1	9	1	2
医療温泉所	4	1		1	1		1									
母性所	220	20	20	14	12	12	13	8	9	17	13	32	19	16	14	1
血液銀行	26	1	2	7	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	1	
社会福祉																
老人施設	196	8	20	38	16	17	6	14	9	13	11	13	9	11	9	2
デイサービス	63	7	10	13	6	4	3	2	2	1	2	6	2	3	2	
身障施設	27		2	11	2	1	1	1	1	1	2	1		2	1	1

SOURCE : <http://www.sld.cu/anuario/anu97/CR46.htm>

表13 キューバの医療福祉病床増加状況

年次	医療用ベット		福祉用ベット		医療+福祉	
	ベット	人口1万対	ベット	人口1万対	ベット	人口1万対
1975	43299	4.6	7945	0.9	51244	5.5
1980	44339	4.5	9078	0.9	53417	5.5
1985	52267	5.1	11517	1.1	63784	6.3
1990	63205	6.0	13848	1.3	77053	7.3
1995	66116	6.0	14227	1.3	80343	7.3
1997	66948	6.1	114068	1.3	81016	7.3

SOURCE : <http://www.sld.cu/anuario/anu97/CR46.htm>

残っている。パーキンソン病の治療の檜林式手術法は、今日では行われていないと思うが、教授の腕は確かなものであった。ただ、当時の医療器械は各国の輸入品が多くバラエティに富んでいたようだった。フィンライ研究所の名前になっているフィンライは、黄熱病媒介蚊の研究で知られた偉大な学者で、研究所の玄関正面の壁にフランスのルイ・パスツールの箴言が飾られていたのが印象的であった。

表12は、1997年の医療機関等の州別分布を示したもので、表11とは分類が違うので詳細は分からないが、全体としてみると発展し、また福祉面の整備も進んで行っている印象である。また、表13に1975年～1997年の医療・福祉の病床の増加状況を示しておく。

5-3 ポリクリニック及びファミリードクター

表11にあるポリクリニックは、治療と予防を兼ねた複合診療所とでもいえるもので、当時のキューバのプライマリ・ヘルス・ケアの要の医療機関といえる。当時の診療科目には、産科、内科、小児科、精神科、歯科が原則的におかれ、担当地区の学校、工場、保育園、食堂などの衛生評価表もあったので、産業保健、生活衛生の一端も担っているようであった。担当地区住民数は、当時約2万5千人くらいということであったが、診療等のカードは、整理棚にところ狭しと並んでいたことを覚えている。その他、地方の段階に応じた有床・無床の診療所が置かれていた。最近どんなにリフォームされているか興味を持たれる。



写真2 サンチアゴ・デ・クーバのポリクリニックの看護婦（1971年10月）



写真3 ハバナ近郊カプレ町にあるポリクリニックのDR.Rogvel Rodregez Fumeroとハバナ神経研究所のRafael Estrada教授、握手しているのは精神科の高木先生（1971年10月）

表14 キューバにおける州別及び従事先別家庭医，1989

州	都市	農村	山村	農業協 同組合	学校	労働 センター	老人 ホーム	デイケア センター	予備	救急	その他	計
Pinar de Rio	370	46	59	15	71	31	2	20	90	13	20	737
La Habana	306	21	-	3	34	52	1	5	53	2	8	485
Cd. de La Habana	2399	-	-	-	80	256	7	125	284	22	208	3381
Matanzas	261	75	-	3	86	41	4	15	42	4	26	557
Cienfuegos	244	17	17	10	17	34	-	11	19	3	13	385
Villa Clara	547	153	19	4	67	86	3	28	99	13	37	1056
Sancti Spiritus	159	65	50	14	8	15	2	4	23	5	12	367
Ciego de Avila	115	115	-	8	13	12	1	4	14	1	14	297
Camaguey	342	165	-	11	54	46	5	23	57	16	23	742
Las Tunas	116	164	-	-	20	18	-	14	25	-	7	364
Holguin	326	179	87	10	26	29	6	8	52	7	31	761
Granma	230	99	156	1	43	34	2	16	67	8	7	663
Santiago de Cuba	460	192	379	2	54	48	-	33	155	44	75	1442
Guantanamo	168	29	227	2	12	22	-	10	16	4	9	499
Isla de la Juventud	100	-	-	1	53	5	-	1	15	-	-	175
計	6143	1320	994	84	638	729	33	317	1011	142	490	11901

SOURCE: Percentages calculated and data reproduced from Republica de Cuba, Ministerio de salud Publica, Informe anual 1989 (La Habana: MINSAP, 1990), 1.

出典：『HEALING THE MASSES』by Lulie M. Feinsilver, 1993

表14は、Julie M. Feinsilver²⁶⁾の示したもので、すでに示した表10の家庭医の増加とも関係し、キューバ医療の近年の特徴をなしている。家庭医の配置には、地域特性や保健医療等の分野への配慮がよみとれるし、1971年当時からみると住民の健康の担い手としての一線医療が充実しているように思われ、医師全体の約20%が一般医として地域・保健の各分野で働いていることになるので計画的な前進が図られてきたことが伺える。

表15は、1970年当時の主要科の州別・専門別受療状況で、医療の機会の拡大が推察できよう。表16は、最近の州別家庭医受療状況でその定着と活動の進展が知れる。

おわりに

表17は、保健医療指標の国際比較である。これは、J. M. Feinsilverの『HEALING THE MASSES』²⁶⁾(p93)からのものでデータは1980年代のものであるが、保健医療費の支出の割には概してキューバの指標はよく、ラテンアメリカではすでに述べたようにすぐれた到達状況である。また図15は、PAHO (Pan American Health Organization) のデータを用いて計算したもので、PM I (Proportional Mortality Index: 50歳以上死亡者の全死亡者に対する割合) も着実に増加してきている。

表15 キューバにおける主要科受療数 (1970)

州	内科	外科	小児科	育児相談	産科	婦人科	小計	歯科	救急	合計
PINAR DEL RIO	473327	107299	309852	38530	106721	44652	1080390	187458	296421	1564269
HABANA	3921217	1421741	1442294	234446	367275	496429	7883402	1420000	2826088	12129490
MATANSAS	831454	224685	331570	31906	85057	63518	1568192	270000	465547	2303739
LAS VILLAS	1585021	508067	808179	172916	256055	109819	3440057	501135	1191800	5132992
GAMAGUEY	1204236	355500	497118	60753	181862	93810	2393279	446086	735876	3575241
ORIENTE NORTE	941288	344495	485232	65331	225245	104284	2165875	356770	756964	3279609
ORIENTE SUR	1198919	462218	717564	108602	322565	163549	2973417	492245	1522745	4988407
CUBA	10155462	3424005	4591809	712495	1544780	1076061	21504612	3673694	7795441	32973747

*: キューバ保健省

表16 キューバにおける州別家庭医相談状況 (1990)

州	人口	家庭医相談数	率 (%)
Pinar de Rio	691800	343000	49.58
La Habana	646000	231000	33.75
Cd. de La Habana	2109000	1679300	79.62
Matanzas	611100	237300	38.83
Villa Clara	807200	506100	62.69
Cienfuegos	363800	201600	55.41
Sancti Spiritus	428300	201600	47.06
Ciego de Avila	366000	166600	45.51
Camaguey	745600	362600	48.63
Las Tunas	495900	196000	39.52
Holguin	993200	421400	42.42
Granma	788900	340200	43.12
Santiago de Cuba	990000	723100	73.04
Guantanamo	491500	298200	60.70
Isla de la Juventud	74900	74900	100.00
Totals	10603200	5982900	56.43

SOURCE: Reproduced from UNICEF, UNFPA, OPS/OMS, MINSAP, El plan del medico de la familia en Cuba (La Habana: UNICEF, 1991), 14.

表17 保健医療指標の国際比較, 1986

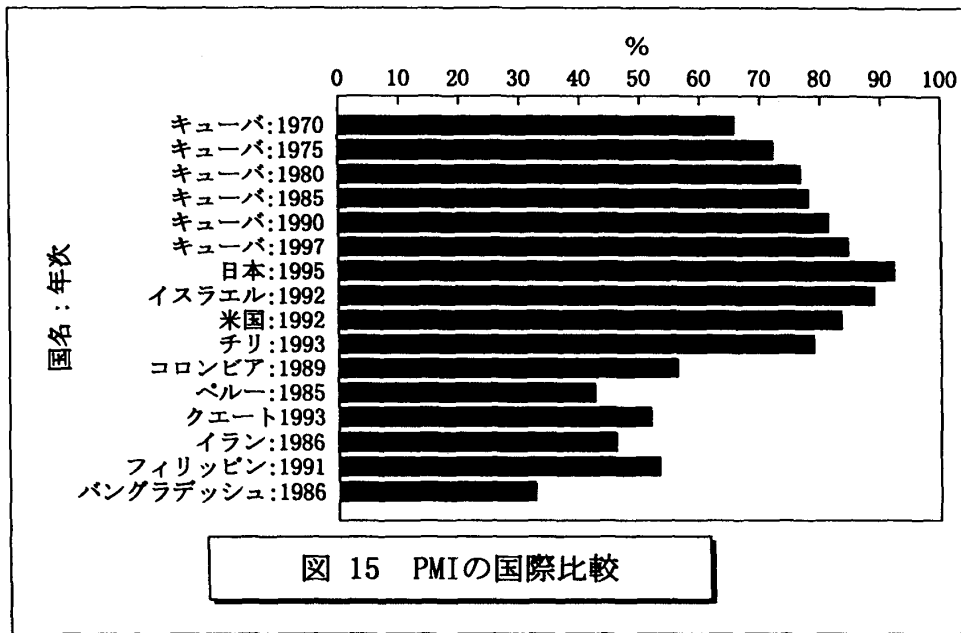
指 標	キューバ	米国	旧ソ連	LA*	先進国平均	低開発国平均
一人当たり保健費用US\$	84	783	270	31	521	11
1医師あたり人口	455	482	235	947	376	1946
1病床あたり人口	190	190	80	360	100	590
平均寿命	73	75	69	66	73	61
乳児死亡率	15	56	24	56 ^b	14	79
衛生飲料水確保人口率 ^c	82	100	100	71	97	54

*: ラテンアメリカ平均(キューバを含む)

^b: 登録システムの関係で過小評価値となっている主なラテンアメリカ諸国の平均(キューバを除く)^c: 1986年前後の資料

出典: Lulie M. Feinsilver: 『HEALING MASSES』, p93, 1998

Source: Ruth Leger Sivard, World Military and Social Expenditure 1989 (Washington, D.C. World Priorities, 1989), 50-51



資料：キューバ；<http://www.paho.org/>のデータで計算
 その他は国民衛生の動向，1997
 *：PMI=Proportional Mortality Index

表18 キューバにおける感染症・寄生虫疾患死亡状況の推移

年次	死亡数	人口10万対死亡率	全死亡中死亡割合%
1970	3886	45.4	7.2
1975	1576	17.0	3.1
1980	986	10.1	1.8
1985	1144	11.4	1.8
1990	999	9.4	1.4
1995	1406	12.8	1.8
1997	1081	9.8	1.4

表19 キューバにおける結核罹患率の推移

年次	患者数	人口10対罹患率
1970	2606	30.5
1980	1130	11.6
1990	546	5.1
1997	1346	12.2

SOURCE： <http://www.sld.cu/anu97/CMB33.html>

SOURCE： <http://www.sld.cu/anuario/anu97/CMY25.htm>

こうした保健医療の成果は、キューバが1959年以来積み重ねてきた社会変革と健康戦略によるものであることは疑いない。

また、感染症対策もポリオ、マラリアの根絶、デング熱の撲滅、感染症・寄生虫症による死亡率の減少など成果は大きく、表18、表19、図16にみるように結核にもそれなりの成果をあげているようだ。1966年のラテンアメリカ等のデータ（表7）も参考になるだろう。

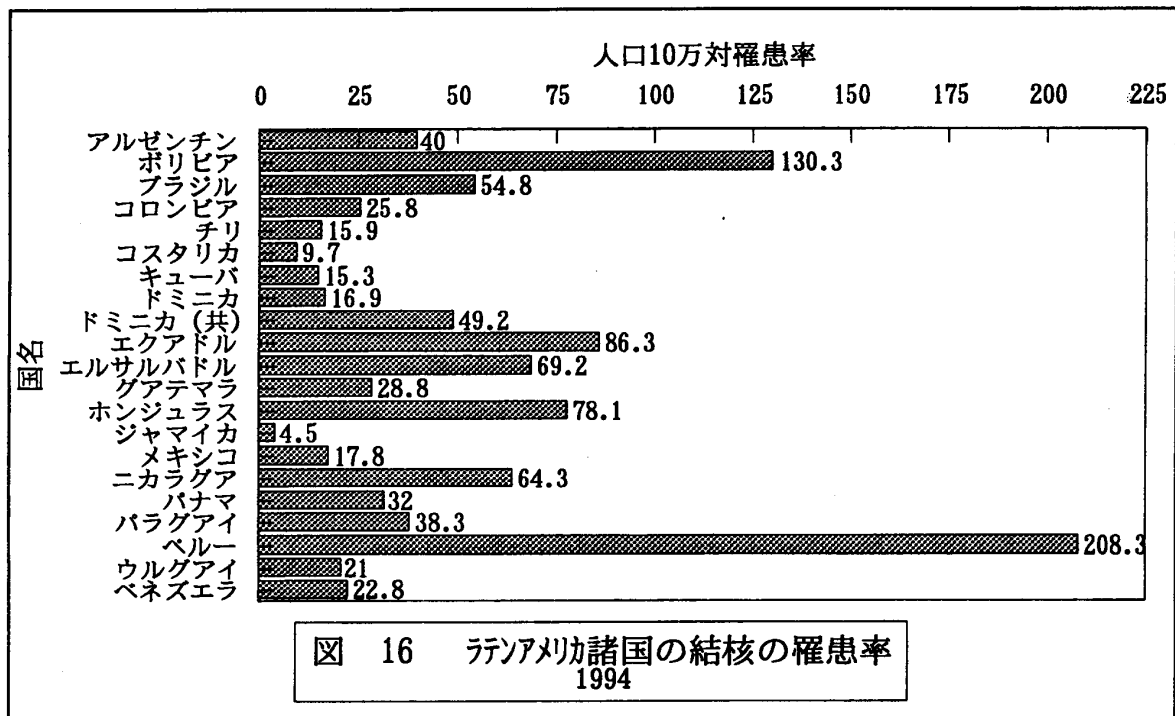
1996年にキューバの医療視察にでかけた大阪保険医協会の平井会長は、経済困難による医療等の機器などの物質的条件が困難だと聞かされたといわれたが、経済困難の克服がキューバの今後の“Health for All”の一層の発展の要になるだろう。

1998年5月、ジュネーブで開催された第51回WHO年次総会には、191ヶ国の代表が参加した。スイスのコッ

ティ大統領やカストロ首相も参加した。その課題の一つには、「Poverty, one of the fundamental causes of the health problems afflicting humanity」があり、「生存権に関する人間の基本的権利を失う恒久的な危険に曝す世界の数百万人の健康に影響する深刻な問題や基礎的な原因にもとる貧困と社会的不公平と密接に関係している」と述べられた。

WHOによって組織されたこの会議は、1998年のレポートの検討を含む32の協議事項と21世紀の“Health for All”という政策に寄与するだろうと報じられた。

会議で挨拶したスイスのコッティ大統領は、「健康と貧困は密接に関係し、よい健康はプライマリ・ヘル・ケアを享受できていない人びとの基本的人権であり、北の諸国はざっと年間住民当たり2千ドルを使っている、一方アフリカの諸国で使われているのは20ドルである。ヨー



SOURCE: <http://www.paho.org/english/hcttb03.htm>

ロッパでは、住民千人当たり1人の医師であるが、世界の多くの地域では、2万人に1人であり、プライマリ・ヘルス・ケアによって防止できうるのに約25万人の子供が毎週世界で死んでいる。また人々の生存における健康の重要性についての認識は、21世紀の出発に際して国際共同体の課せられた目指す一つの挑戦である。そしてすべての国は、世界のすべての住民のためのよりよい医療を与え、基本的原因の一つである貧困による疾病の基本原因に対して戦わねばならない」と述べた。また「健康なくして経済の維持も発展もあり得ない」……「WHOが“Health for All”の戦略を推進する機会を推進・提供しているが、それは経済発展の格差や世界的に存在する貧困によって影響を受ける。我々はこの現実を黙視することはできない」……「我々の仕事は、全ての動員を必要としている新たな健康の挑戦に効果的に応え、新たなあるいは既知の疾病に対して戦わねばならない。これらの艱難に立ち向かう努力を維持することに失敗するならば人類とその社会経済の発展にとって破壊的な結果をもたらすだろう」とのコフィ・アナン事務局長のメッセージも紹介された。

キューバのカルロス・ドトレス保健大臣は、「Cuba will continue making public health care a priority」と題して「社会正義の必須の原理であると考えている決定、その政策は、人びとにヘルス・ケアを優先することを継続するだろうことを再確認し、国際会議の191ヶ国の代表の一人としてキューバ当局は、1959年1月1日の革命以来行ってきた、主な優先政策の一つ人民のために医療を継続することを強調した。キューバの国家保健システムが発展せねばならなかった例外的な環境が全人民

のためのヘルスプログラムのさらなる進展のために大胆、知性、納得を要求してきた。ヘルス・ケアは、キューバの社会的側面における正真正銘の達成の一つであり、常に多くの組織・国からの行政、配慮、支援の源になってきた。この事実、それを保持する一層の理由を証明している」……「キューバのヘルス・ケアシステムは、国家の基金や平等を通して全人口を効果的で全ての要素へのアクセスが自由な保障のような世界的レベルで追求されている多くの戦略に依拠している」……「プライマリ・ヘルス・ケアによって果たされる主役割り、家庭医や医療システムにおける家庭医と看護婦のモデルといったものの中にある総合一般医療として知られている特殊化によってキューバにおいて最も効果的と表現されている」……「過去40年間以上キューバ社会で行われてきた社会変革の残余と関係している医療プログラムの効果的な適応は、2000年における“Health for all”（1983年キューバでも同様の会議が開催された）のゴールの成功裡の達成を決定づける要因をなしている」……「キューバのヘルス・ケアの将来計画は、2つの方向が目標とされている。その一つは、異なるセクター、主要機関及び地域それぞれの一層の参画を推進することを含んでいる。他の方向は、基礎的な戦略や優先プログラムにおいてとくに強調されているように、ヘルス・ケア・システムをさらに効果的にすることと関係がある。これらの基本的な戦略は、プライマリ・ヘルス・ケアの質の向上、病院の再生及び伝統的・自然的医療の発達等を含んでいる」……「特異プログラムに関しては、特別な優先性は、母子保健、伝染病対策及び老人のケアにおかれてきた」……「また乳児死亡率は世界の25カ国の一つと考えられる7.2

まで低減したように、キューバによって達成された」…
…「平均寿命が75歳になっていることとレプラのような
病気が削減してきた一方コレラやデング熱は根絶され
てきた」と報告した。³⁰⁾

表20 キューバの経済指標 (1958-1980)

項 目	1958	1980
生産額 (1965 ^a リ換算)	6013 ^a	22358
輸出 (百万 ^a リ)	733	3967
輸入 (百万 ^a リ)	771	4509
貿易収支 (百万 ^a リ)	-37	-542
一人当たり収入 (^a リ)	365	2016 ^c
砂糖生産 (百万トン)	5.8	8.2 ^b
タバコ生産 (千トン)	51	51 ^d
柑橘類 (千トン)	7	250
米 (千トン)	253	384
卵 (千トン)	315	2018
コーヒー (千トン)	30	19
パン (千トン)	-	417
魚類 (千トン)	21	193
ニッケル (千トン)	18	37
セメント (千トン)	748	2645
電力 (百万キロワット)	2550	9391
石油精製 (千トン)	3600	6371
肥料 (千トン)	159	872
鋼鉄 (千トン)	24	327

出典：『LATIN AMERIKA』 ed. by. J.K.Black, p432

a : 1962 b : 1982 c : 1981 d : 1976

スイスの大統領が、「健康と貧困は明白に関係し、少々
の基本的な人権を継続する、すなわち多数の人類は、等し
くプライマリ・ヘルス・ケアにアクセスされていない」
と述べたように世界的に、とくに南の国々の健康問題は
深刻である。キューバの路線と経済困難を巡っては種々
のキューバ内外の議論があり、経済困難がキューバの一
層の発展を阻害しているが、革命後の健康レベルの発展
は、ラテンアメリカ諸国のなかでは、特筆されてよい。
世界の各地でみられる覇権主義的な抑圧から解放され、
各国がもつ普遍的原理である主権を行使し、経済が発展
し、平和・友好の国際関係のもとで人民の健康と福祉の
向上がすすめば、かつていわれた中米の星で今後もあり
続けることを期待したい。

表20は、J. K. Blackの『LATIN AMERICA』の引
用であるが、1980年まで貿易赤字を除いて発展的であっ
たことが分かるが、その後新たな困難に直面しているよ
うだ。Tim Goldenは、Irving Louis Horowitz編著の
『CUBAN COMMUNISM』²⁷⁾のなかの“Health Care
in Cuba”で最近の経済困難によって厳しい保健医療サー
ビスの困難にも直面し、現実に医療サービスの機能や健
康レベルの低下、栄養問題などを指摘し、このまま進む
と専門家の失望を招くだろうと記しているのは懸念材料
である。

表21は、新藤通弘の「キューバにおける経済改革」^{31) 32)}
の引用である。人民の教育や医療の無料化等による平等
社会の建設という目標が、米国の経済封鎖を主因とした
困難のなかでどう推移するかは関心がもたれている。経

表21 革命前後の社会指標

年次	1959	1989
失業率	30%~	6%
乞食・浮浪者	多数	0
教育制度	義務教育 8 学年無料	大学教育まで全て無料
就学率	義務教育卒者：7%>	ほぼ全員卒業
文盲率	43%<	2.2%
大学数	3	45
平均寿命	61.8	76
医療制度	有料	無料
医師数	6000	38690
住宅事情	家賃25-30%<	家賃最高で給料の10%
マフィア	1億ドル/年収	一掃
売春婦	10万人	一掃
麻薬	米国への一大中継基地	一掃
政治的弾圧の犠牲者	6年間で2万人以上暗殺	0
政治家・官僚の汚職	日常的	無
不正選挙	日常的	無
賃金格差	20倍以上	4倍
人種差別	黒人入場禁止区域有り	一掃
男女差別	男女賃金差別	同一賃金
大土地所有制	極端な大土地所有	一掃

出典：新藤通弘：「キューバの経済改革上」, KEIZAI 1997-3, p119

済システムの改革, 観光立国への胎動, 国際医療センターやバイオテクノロジーへの新たな挑戦とともに生活格差やドル崇拜(日経98.6.21)なども報じられている。

最近キューバ関係の著書が一種のブームのように出版されているのは, 関心の現れであろう。カストロは, 「We will continue fighting, advancing from victory to victory; what has been attained to date has not been in vain.」³³⁾と述べているが, 現実には厳しいようだ。そして, 1998年8月29日から南アフリカ共和国ダーバンで開催されている第12回非同盟諸国首脳会議(114カ国)で, カストロは「Let there be an end to hunger and poverty in the world. Let there be an end to the lack of teachers and schools, of doctors and hospitals. Let there be an end to interminable plunder of the external debt which, the more it is paid off, the more it increases, thus impeding our development.」とも発言している³³⁾ことなど同感する世界の人びとも多いだろう。

1959年以来建国の重要柱としてその発展段階に応じた人民への保健医療のシビルミニマムを提供するシステムを構築し, 第3世界で刮目される成果をあげてきた事実は消えることはないだろうし, 1980年代にカストロは, キューバにおけるヘルス・ケア及びそのシステム, なかなく「Health for All」で, WHOの表彰を受けていることもつけ加えておこう。

文献・資料

- 1) 川口雄次: WHOの活動とその理念, 公衆衛生 61(9), p4-10, 1997
- 2) WHO: Alma-ata 1978, primary health care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Geneva, World Health Organization, 1978("Health for all" series, No.1), Sw. fr. 5
- 3) WHO: <http://www.hg.who.orip/aboutwho/>
- 4) 山本幹夫監訳・島内憲夫編訳: 『ヘルス・フォー・オール』, 垣内出版株式会社, 東京, 1990
- 5) WHO/Regional Office for Europe: European Policy for Health for All, <http://www.who.dk/>
- 6) WHO Regional Office for Europe: OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, Copenhagen, 1986
- 7) 島内憲夫訳: 『ヘルス・プロモーション』-WHO: オタワ憲章-, 垣内出版株式会社, 東京, 1990
- 8) WHO: Sundvall statement on supportive environments, WHO, Geneva, 1991
- 9) 塩飽邦憲他: サンドバール宣言と環境変革の思想, 公衆衛生, 61(9), p624-627, 1997
- 10) WHO: THE WORLD HEALTH ORGANIZATION 50 YEARS OF INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH "Health as a Human Rights", <http://www.hg.who.orip/who/50/>
- 11) 小学館: 大百科事典, 6巻, 東京, 1994
- 12) 国際政治経済研究会編: 政治・経済時事用語&世界各国要覧, 聖文社, 1992
- 13) カルメン・R・アルフォンソ・H: 『キューバガイド』, 神代修訳, 海風書房, 東京, 1997
- 14) L.ヒューバーマン・P.M.スウィーザー: 『キューバ一つの革命の解剖一』, 池上幹徳訳, p7-8, 岩波新書, p7-8, 1966
- 15) ジャン・ラモール: 『キューバ』, 萬代敬三訳, p110, 白水社, 1973
- 16) E.ガレアーノ: 『収奪された大地』, 大久保光夫訳, 藤原書店, 1997
- 17) 国本伊代: 『概説ラテンアメリカ史』, 新評論社, 1994
- 18) 大井邦明・加茂雄三: ラテンアメリカ, 朝日新聞社, 1992
- 19) HECTOR PEREZ-BRIGNOLI: A BRIEF HISTORY OF CENTRAL AMERICA (Translated by Ricardo B. Sawrey A. and Susana Stetti de Sawrey), University of California Press, 1985
- 20) J. K. Black: 『LATIN AMERICA』, Westview Press, 1998; H. Veltmeyer and J. Petras: 「Social Structure and Change in Latin America」
- 21) PAHO: 「Strategic and Programmatic Orientation, 1995 - 1998」, <http://www/paho.org/english/strategi.htm>, 1998
- 22) 宮本信生: 『カストロ - 民族主義と社会主義の狭間で』, 中公新書, p12, 1996
- 23) 中村英彦: キューバへの旅, 新しい医師, 589号, 新日本医師協会, 1972
- 24) 大阪保険医協会: 「開業医の見たキューバ」, 大阪保険医協会誌, 24(10), p3-35, 1996
- 25) キューバ医療視察団: 「キューバ医療視察報告集」, 1997
- 26) Julie M. Freisilver: 『HEALING THE MASSES: CUBAN HEALTH POLITICS AT HOME AND ABROAD』, Univ. of California Press, Berkely, 1993
- 27) Tim Golden: "Health Care in Cuba" in 『CUBAN COMMUNISM』 edited by Irving Louis Horowitz and Jaime Suchlicki, p460-464, New Brunswick, 1995
- 28) Sarah M. Santana: 『Whither Cuban Medicine? Challenge for the Next Generation』, New York, 1990
- 29) 後藤政子編訳: 『カストロ革命を語る』, 同文館, 東京, 1996

- 30) GRANMA INTERNATIONAL, Number 29
June 4, 1998 (<http://206.130.183.230/1998/98junio/sumar-i.html>)
- 31) 新藤通弘：キューバにおける経済改革（上），
KEIZAI, 1997-3, P117-131, 1997
- 32) 新藤通弘：キューバにおける経済改革（下），
KEIZAI, 1997-4, P102-118, 1997
- 33) Granma: <http://www.granm.cu/1998/suple/home-si.html>
- 34) Granma: <http://www.gram.cu./1998/98/sep/35sep8i.html>