

# デリー宣言

## アルマ・アタ宣言再考



The Wonca Working  
Party on Rural Practice

世界家庭医機構 世界へき地医療会議 2018年4月

私たち、第15回世界へき地医療会議の参加者一同は、国際社会がアルマ・アタ宣言の原則を再確認し、国際連合とその専門機関、各国政府が、40年前に掲げられた目標に向かって努力を続けるよう求めます。

アルマ・アタ宣言は健康を「完全に身体的、精神的、社会的に満たされた状態で、単に病気や障がいがないことではない」と定義しています。へき地で働く臨床家として、私たちもこの考え方を基本としています。「すべてのへき地で暮らす人々に健康を」を目標として、私たちは自分の働く地域の方々ができるかぎり高いレベルの健康を保てるように努力します。

私たちは次の点を認識しています：

- この目標の達成のためには健康分野だけではなく、他の社会・経済分野における行動が求められます。健康や幸福は医療や福祉によるのと同じくらい、社会・経済的な発展に支えられるからです。
- へき地やその他の地域において、プライマリ・ヘルス・ケアは、保健医療者がチームとなって様々なレベルの、幅広い技術を用い、地域と協働することによって提供されなくてはなりません。
- 保健医療チームは、個人や家族や地域社会のニーズに応えるため、狭い医療モデルや縦割りの思考にとらわれることなく、包括的なケアを提供することに軸足をおかなくてはなりません。
- 家庭医は、その専門性を最大限に発揮することで、へき地における患者や地域を中心に据えたケアの提供に重要な役割を果たします。
- へき地ではより高齢化が進み、貧困が問題となり、人々はより弱い立場に立たされつつあります。持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）を掲げる今、公平な医療へのアクセスを実現し、誰も取り残されることがないように保証しなくてはなりません。

世界保健機構（WHO）の『保健人材のための世界戦略：人材2030』報告や、『保健医療部門の雇用と経済成長に関するハイレベル委員会では、数の増加と共に社会の要請にしっかりと応えられる保健医療人材育成の必要性を強調しています。さらに、保健医療人材に関するダブリン宣言「未来の保健人材を育てる」では次のようにはっきりと述べています。

*“能力があり、教育され、最適な形で組織・配置された保健医療ならびに社会的人材は、特にへき地や医療過疎地域における保健医療システムの機能とレジリエンス（回復力）の強化にとって根本的に重要な存在である”*

そう考えると、それぞれの国々がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（訳注 すべての人が必要な保健医療サービスを、負担可能な費用で受けられること）を実現するためには、地方やへき地に暮らす人々のニーズを特別に優先して考えなくてはなりません。

アルマ・アタ宣言の精神にのっとり「すべてのへき地の人に健康」を達成するために、私たちは次の6領域を優先的に達成すべきだと確認し、国際社会と協働することを誓います。

**公平な医療とアクセス：**ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、地方に暮らす人々が公平な保健医療サービスを受けられるようになって初めて達成できます。そのためには既存の地理的、社会的、経済的、政治的、民族的、そして文化的な障壁を乗り越える必要があります。世界の人口の約50%が地方に住むにもかかわらず、そこで医療を提供する看護師は38%、医師は24%しかいません。この不公平は解消されなくてはなりません。地方に暮らす人々も都市部に暮らす人々と同様に、質の高いケアを受ける権利があります。それは、利用しやすく、安価で、効果があり、そこに暮らす人々が必要としているケアです。国際労働機関（ILO）によれば、都市と農村の格差は、豊かな国から貧しい国まで同じように存在しています。世界（174カ国の調査）では地方に暮らす人の56%が基本的な医療保健サービスを受けられていませんが、都市部ではその割合は22%に過ぎません。地方に暮らす人々にも公平なサービスを提供するためには、性別、文化、年齢、地理的事情が特に重要です。

**地方目線の政策再評価**：地方に暮らす人々に提供される医療を決め、人々の健康に影響を与える政策は、権力が集中する都市部で作られるのが常です。したがって地方に暮らす人々の必要としていることを汲み取れなかったり、考慮に入れていないこともしばしばです。政策を作る時には、包括的データを集める必要があります、その政策の影響を受ける地方に暮らす人々の声が届くようにしなくてはなりません。地方での健康影響調査や、地方の視点で政策を再評価することにより、人々の健康に悪影響を与えるような断片化した政策を減らせます。

**保健医療システムの向上**：包括的なプライマリ・ヘルス・ケアを特徴とする保健医療システムは、コストの面でもアウトカムにおいても、もっとも効果的で効率のよいものです。これを実現するため、医療の届きにくい地域のニーズに対応できる多職種チームを構成し、保健医療システムを拡大していくことが必要で、各国政府はこれに投資しなくてはなりません。新しい、新興技術は、医療の届きにくい地域で働く医療従事者の働きや地域住民の健康を維持するために、ますます重要な役割を果たすようになるでしょう。我々は、へき地で活躍する医療従事者を支援するために、デジタル・ヘルスおよびデジタル・ヘルス教育の開発に投資することを国際社会に要請します。

**地域のニーズを満たす医療従事者の発掘と教育**：地方で働き、かつその地域に居続けてもらうためには、地方出身の学生を集め、学生時代に地域医療実習経験をしてもらい、医療専門職資格取得後にも、地域医療のトレーニングを提供することが最も効果的という明確なエビデンスがあります。地域医療教育を行う大学は、一貫して地域ニーズを意識した、地域に貢献できるカリキュラムを開発しなくてはなりません。孤立やへき地固有の状況は、へき地のニーズに応えるヘルスケアを提供する医療者にさらなる困難を増し加えます。そのため、へき地医療の実践には、日々の診療で直面する様々な問題の対処に必要な、幅広く包括的なスキルを獲得する認定トレーニングを積んだジェネラリストや家庭医が必要です。一方で、研修を修了したばかりで、十分なスキルを身につけていない医療者を、教育支援体制の整っていないへき地に送り込めば、地域住民を危険にさらすだけでなく、若い医療者が、将来、へき地医療勤務をキャリアとして選択することもなくなります。へき地で働く医療従事者には、安全で過ごしやすい労働環境と生活環境が提供されなくてはなりません。

**研究の再編**：今すぐ行動を起こすことが求められているものに、90/10のリサーチギャップの逆転があります。つまり、全世界の予防可能な死亡の90%が発生している低中所得国に対して、世界の研究資源の10%未満しか使われていないという問題です。この格差はへき地においてより顕著です。政府によるへき地の保健医療政策に役立てるため、へき地でのデータ収集や研究を推し進めなくてはなりません。

**人々とコミュニティ**：へき地に暮らす人たちも、自分たちの文化や言葉、伝統に合った医療制度を利用する権利があります。地方では都市部と比べて高齢化が進んでおり、その結果多くの住民が弱い立場に置かれています。特に非伝染性疾患による疾病負担が増え、もともと不安定なへき地における医療制度に重くのしかかっています。アルマ・アタ宣言の原文では、健康と幸福は、保健医療サービスだけで決まるのではなく、経済・社会的因子によっても決まることを強調しています。私たちは、政府と政策決定者に、へき地のインフラ(生活基盤)、サービス、経済活動に予算を割くよう求めていきます。これらは一体となって、へき地に住む住民の幸福にいつまでも続く影響を及ぼすことでしょう。

「すべてのへき地の人々に健康を」という目標は、アルマ・アタ宣言やユニバーサル・ヘルス・カバレッジの願いと同じものです。私たちは国連とその専門機関、各国政府が、地方での保健医療、人材育成、そして今ある不公平を解決する仕組みづくりに最優先に取り組み、誰一人取り残されることのないよう強く求めます。

第15回 世界家庭医機構 世界へき地医療会議  
インド、ニューデリー 2018年4月

この文書は第15回世界家庭医機構世界へき地医療会議により承認され、世界家庭医機構理事会の承認待ちです。

監訳	伴 信太郎	愛知医科大学 医学教育センター
	武田 裕子	順天堂大学医学部 医学教育研究室
翻訳	斎藤 学	合同会社ゲネプロ
	加藤 大祐	三重大学大学院家庭医療学分野博士課程
	座光寺正裕	佐久総合病院/南牧村・野辺山へき地診療所
協力	荒倉 由佳	長崎大学医学部
	茂野 綾美	聖隷浜松病院
	古川祐太郎	佐久総合病院
	藤田 耕己	佐久総合病院



# The Delhi Declaration: Alma Ata revisited

World Organization of Family Doctors  
World Rural Health Conference, April 2018

We, the participants of the 15<sup>th</sup> World Rural Health Conference, call on the global community to reconfirm the principle of the **Declaration of Alma-Ata**, and on United Nations, its specialized agencies and national governments to strive continuously to achieve the goals set 40 years ago.

The Declaration of Alma-Ata defines health as “the state that are physically, mentally and socially fulfilled, and not merely being free from diseases or disabilities.” We all act based on this principle as clinicians working in rural communities. We aim to achieve the most possible highest quality of health for the residents we each work for with the goal “**health for all in rural community**”.

We recognize the followings:

- Actions not only in health but also social and economic fields are required to achieve the goals as health and wellbeing are supported by socioeconomic development as much as by health and welfare development.
- Primary health care should be offered by cooperation among healthcare workers as a team with application of technologies of various levels and different types in rural and other areas.
- Healthcare team should provide comprehensive care away from narrow medical model and silos in order to meet the needs of individuals, families and communities.
- Family doctors play an important role in providing patient and community centered care by maximizing their expertise in rural areas.
- Aging has advanced, poverty has become problem and people have become more vulnerable in rural areas. Upholding the value of Sustainable Development Goals (SDGs), we must realize fair access to healthcare and guarantee no one else is left behind.

“The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030” by World Health Organization (WHO) and High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth emphasize the necessity of increasing the number of healthcare workers and human resource development which can respond to social needs. Furthermore, the Dublin Declaration on healthcare workforce “Development of Future Human Resource in Healthcare” states clearly the following:

**“Healthcare and social human resources with ability, being trained, optically organized and deployed are fundamentally important for strengthening the function and resilience of healthcare system especially in remote and medically underserved areas”**

In that sense, to achieve universal health coverage (translator’s notes: Every single person could receive necessary health care service with feasible cost), we should consider what is actually needed especially in rural area.

In conformity with the discipline of Declaration of Alma-Ata, to achieve “health for all the people living in rural area”, we confirm following 6 categories are priority to achieve and promise to commit by collaboration with the international society.

**Fair health care and access:** Universal health coverage could be achieved if only people living in rural area could receive fair health care services. To make it realize, we should overcome existing geographical, social, economic, political, ethical and cultural barrier. Though about half of people living in rural area, there are only 38% of nurses and 24% of doctors who provide health care there. People living in rural area has the right that they could receive high quality care just same as people living in urban area do. High quality care means accessible, feasible, cost effective and needed by people living in rural area. According to International Labor Organization (ILO), gap between urban area and rural area exists no matter if the country is well wealthy or not. In this world (researched in 174 countries) though 56% of people living in rural area cannot receive basic health care service, the ratio is only 22% in urban area. To provide fair service to people living in rural area, gender, culture, age and geographical condition seems the most important.

**Review of policy from rural point of view:** A policy that determine what kind of health care would be provided for people living in rural area and that has some impact to people's health, is usually designed in urban area with concentration of power. Therefore people's need in rural area is often ignored without any considerations. For policy making, comprehensive data mining is needed and we should make sure that people's voice from rural area is counted. With review of policy from the point of view that based on health impact research in rural area, we believe that we can avoid fragmentary policy that could affect to people's health.

**Better health care system:** Health care system that based on comprehensive primary health care is the most effective system at the point of either cost or outcome. To achieve this system, governments should invest for the establishment of multidisciplinary team to expand health care system. Cutting edge technology will be more critical for the engagement of health providers in isolated area and to keep local people healthy. To support health care provider who works for isolated rural area, we request investment for digital health and the development of digital health education from international society.

**Education and discovery of healthcare workers to satisfy regional demand:** In order to increase the number of healthcare workers who would work and reside in rural areas, there is a clear evidence that providing opportunities to practice clinical clerkship in community health for students from rural areas and community medical trainings for licensed professionals is the most effective solution. Universities providing rural health education must establish to educational curriculum that respond to the community's needs in order to contribute in their community. For healthcare workers to respond to the demands in the regions, loneliness and unique problems in remote areas can obstruct when they work in the regions. To deal with these problems, we need generalists and family physicians who complete an official training for wide and comprehensive skills. On the other hand, if newly trained health care workers are sent to the rural areas without sufficient educational resources, it will not only put patients at risk but it will discourage young professionals from choose their carriers in the remote areas. Safe and fair working environment should be provided for workers in the remote areas.

**Reconstruction of research:** We should solve 90:10 research gap as soon as possible. Among whole research resources, only 10% is used for low and middle-income economies where 90% of preventable death in the world is happening. This gap is remarkable in the remote areas. In order to make governmental health policies, it is essential to collect data and promote researches in the remote areas.

**People and the communities:** Rural people have the privilege of using health care system of their own culture, language and tradition. Compared with that of urban area, aging in rural area is advanced ;therefore, many civilians in the rural district remain to be powerless upon many crucial matters. Especially, burden of non-infectious diseases increases as people age and thus health care system of originally vulnerable rural areas is faced with increasing pressure of the burden. The original Alma-Ata declaration firmly states that what makes the health and well-being is not only dependent of the health service but also the social and economic factors. We will address the government and the political authorities to invest in infrastructures and administer health service and social activities of rural areas. These movements as a whole will long influence the well-being of the people in isolated rural areas.

“Health for all rural people” is an objective that has been shared with Alma-Ata Declaration and Universal Health Coverage. We call upon the United Nation and the following specialized organizations, national governments to primarily work on organizing to solve the inequity that exists and leave no one behind.

15th WONCA World Rural Health Conference New Delhi, India, April 2018

Document Status: Endorsed by the 15th WONCA World Rural Health Conference, Awaiting endorsement by WONCA Executive

Supervised by Prof. Nobutaro BAN, Aichi Medical University  
Prof. Yuko TAKEDA, Juntendo University

Translated by Dr. Manabu SAITO, Genepro  
Dr. Daisuke KATO, Mie University  
Dr. Masahiro ZAKOJI, Saku Central Hospital, Minamimaki Village Clinic

Assisted by Ms. Yuka ARAKURA, Nagasaki Univeristy  
Dr. Ayami SHIGENO, Seirei Hamamatsu General Hospital  
Dr. Yutaro FURUKAWA, Saku Central Hospital  
Dr. Koki FUJITA, Saku Central Hospital