# 国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌

THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

第2巻第1号

昭和62年11月

Vol.2 No.1

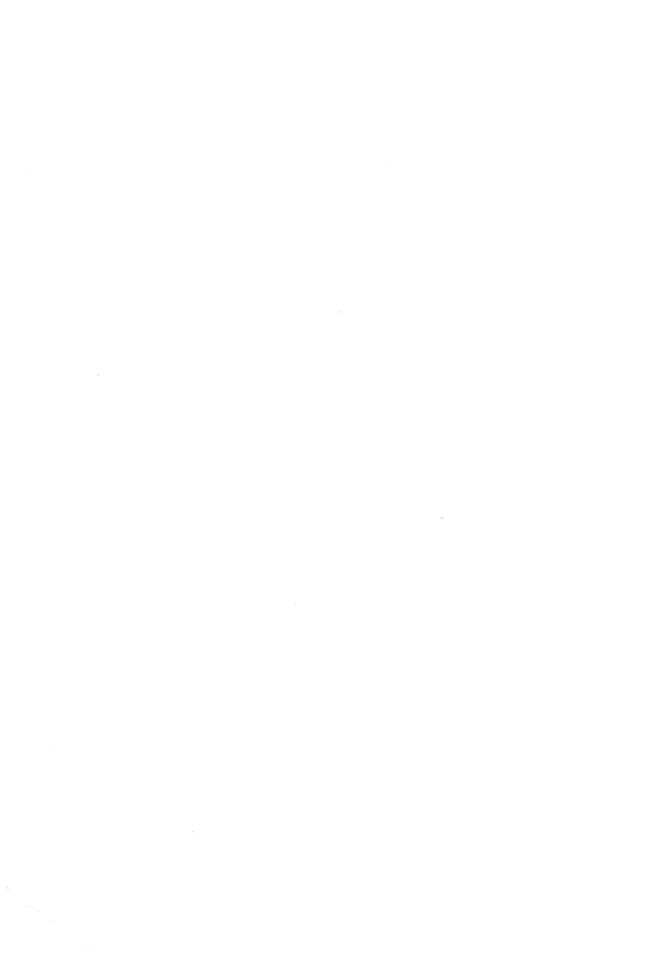
Nov. 1987

# 特 集

第2回日本国際保健医療学会総会ならびに学術講演会 Proceedings of The Second Annual Meeting of Japan Association for International Health

# 日本国際保健医療学会

JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH



# 日本国際保健医療学会

# 第3回総会開催のお知らせ

会 期:昭和63年7月16日(土)、17日(日)の2日間

会 場:兵庫県民会館

〒650 神戸市中央区下山手通4丁目16-3

電話 078-321-2131 (代表)

会 長: 金沢医科大学教授 堀田 進

#### 準備委員会:

委 員 長 内 山 三 郎 (神戸大学医学部医学研究国際交流センター講師)

副委員長 小池 達也(大阪市立弘済院附属病院医師)

委 員 藤 岡 晨 宏 (兵庫県立尼崎病院副院長)

川 村 寿 一 (三重大学医学部教授)

鵜 飼 卓 (大阪府立千里救命救急センター副所長)

### 準備状況と今後の方針

関西地方世話人会で第3回総会の準備とその 内容について話し合いを行った。昭和62年8月 末日現在の状況は以下のとおりである。

- 1. 兵庫県保健環境部に対して、第3回総会への協力と兵庫県下公衆衛生関係者の出席等を 依頼した。神戸市および県や市の医師会等へ も積極的に協力依頼をしていく予定である。
- 2. 会場の兵庫県民会館3フロア、計7室を2 日間借用する。
- 3. 講演 2 題、シンポジウムまたはパネル討議 2 題、一般発表、分科会、懇談会などを内容 とする。講演者の 1 人は、国際保健医療専門 家とする。シンポジウム等のテーマは、外国 人出席者も交えて、「日本の医療協力に何を期 待するか」「世界の人口問題」などがあげられ

ている。

- 4. プログラムの最終決定は、本学会理事、評議員各位のアンケート結果を待って行う。8 月26日現在、25名の本学会理事、評議員よりの回答が寄せられた。
- 5. 学生集会、GO、NGO集会なども行う。
- 6. 本総会終了時に、国際保健医療推進のため の提言または宣言文を検討する。
- 7. 総会趣意書を作成し、各方面へ配布する。

# 目 次

日本国際保健医療学会第 2 回総会	
1. 会長あいさつ	
国立身体障害者リハビリテーションセンター総長 津山 直一(	(4)
2. 基調講演	
国際保健医療協力における問題点	
富山医科薬科大学学長 佐々 学	(6)
3. 特別講演	
1)プライマリ・ヘルスケア―将来のヘルスケア―	
ASEAN プライマリ・ヘルスケア訓練センター所長	
クラッセ チャナウォン	(11)
2)国境なき医療団 (MSF) の活動	
Medicins Sans Frontieres 総代表 フランシス シャロン (	(15)
4. シンポジウム	
日本の国際医療協力の反省と展望(	(22)
1) NGO の立場から	
アジア眼科医療協力会 黒 住 格	(24)
2)国際保健医療協力分野における先進国の役割	
WHO 西太平洋地域事務局 中 島 宏	(28)
3) 国際協力におけるもう一つの試み	
アジア保健研修所 川 原 啓 美	(32)
4) 国際医療協力と国内研究体制の整備	
京都大学医学部皮膚病特別研究施設 和 泉 真 蔵(	(36)
5) タイ看護教育の国際援助	
元静岡短期大学 日比野 路子	(39)
5. 一般演題	(44)
第22回日本医学会総会・パネルディスカッション	
発展途上国への医療協力と人材開発	(82)
日本国際保健医療学会地方会	
第1~3回関西地方会 (1	
笠 9 。 4 同則東州士人	110

II

III

I

IV	議事 録									
	第2回総会議事録	(118)								
	第 2 回評議員会議事録	(124)								
	第1~6回理事会議事録	(125)								
٧	論文投稿規定	(134)								
VI	VI 日本国際保健医療学会名簿									
	役員名簿	(136)								
	会員名簿 (追加)	(140)								

# I 日本国際保健医療学会第2回総会

会長あいさつ

# 明日の地球に視点を置いて

津 山 直 一

国立身体障害者リハビリテーションセンター総長

開会にあたりまして、一言ご挨拶をさせてい ただきます。

昭和58年、大阪で第21回日本医学会総会が開 催されましたが、その中で故水野祥太郎先生(大 阪大学名誉教授) の強い唱導によって「発展途 上国と日本の医学」と題するシンポジウムがも たれました。シンポジウムには各方面の方々が 出席され、熱心な討論が繰り広げられました。 日頃より水野先生は「日本は発展途上国に対し て、当然義務を果たすべき時代であるのに、そ れをまだまだ実行していない」とお考えであら れました。そのシンポジウムの席上、フロアか ら各人の経験を集積し国際医療協力の向上を図 るための研究会の機会を定期的にもつべきであ るとの意見が出、関東と関西に「国際医療協力 サロン」という自由に語り合える会合が生まれ ました。サロンには毎回、救急、保健、看護、 リハビリ、人口問題等々たくさんのテーマが寄 せられ、また医師、看護婦、学生、ボランティ ア、GO、NGOの方々の多数の協力があり、 盛大になってまいりました。そこで昭和61年2 月に、これを「日本国際保健医療学会」として

発足いたしました。今回も予想以上にたくさんの演題とご参加をいただき、また発展途上国の伝染性疾患をなくすために寄生虫撲滅に多年尽くしてこられました富山医科薬科大学学長の佐々学先生、国際医療協力の団体としまして名実ともに最大の団体でありますフランスの「国境なき医療団」の総代表フランシス・シャロン先生、ASEANのプライマリ・ヘルスケア訓練センター所長のクラッセ先生方のご参加をいただきまして、主催者としましては誠に喜んでいる次第でございます。

それではなぜ、このように人々がたくさん集まって下さり、また国際保健医療協力というものが必要なのかということを考えてみますと、世界ではハイテクノロジーが進む一方、毎日毎日のように悲惨なニュースが伝えられてくるわけであります。南北の格差は広がり、南の中での上下の差もどんどんひどくなっております。ハイテクノロジーとヒューマニズムの不協和があまりにも目立ち、正に人類は真価を問われているのではないかと感じます。決して日本の立場に立った功利的な問題ではなく、明日の地球

を考える時、国際保健医療協力というものが、 真に重要なテーマとして取りあげられなければ ならないと思います。「南の繁栄なくして北の明 日はない」という言葉がありますが、誠にその 通りであります。

また日本としての立場を考えますと、西独の 前首相へルムト・シュミット氏が「成果をあげ ながら孤立して」と痛烈な日本批判をしました。 多くの投資をし、病院を建て、施設をつくり、 年間300億円の無償協力を投じる。しかし、技術 協力はその10分の1の30億に過ぎない。金だけ で人を送らないことは常に批判されるところで あります。つまり、心のかよった協力をしてい ないということでありましょうか。無駄な投資になっているのでしょうか。それではなぜそうなるのでしょうか。個々別々に活動をし、一部の人々だけが過大な負担を背負い、あるいは無駄な金配りをして実をあげずに終わってはいないでしょうか。そういったことを踏まえて、活動の体験をもち、関心をもつ者が経験や意見をもちよって率直に論じ合い、より良い方向に前進を願って本会のような学会にご協力して下さるものと考える次第であります。

どうか2日間、実りの多い学会でありますことを念じまして、ご挨拶とさせていただきます。

#### **Opening Address**

#### Naoichi TSUYAMA

President, the Japan Association for International Health

Upon the official declaration of the Second Annual Meeting of the Japan Association for International Health, I would like to extend my sincere gratitude to Dr.Manabu Sasa of Toyama Medical Pharmaceutical University, Dr. Francis Charhon of Medicins Sans Frontieres (MSF), and Dr. Krasae Chanawongse of ASEAN Training Center for Primary Health Care Development (ATC) for their participation in this meeting as well as many other participants and their collaborations for this meeting.

As you all know, the world today is facing disharmony between high-technology and humanism. Human beings must answer to this essential question concerning their true value. When we consider tomorrow's world, international cooperation in health is one of the most important issues.

With regard to Japanese international cooperation, there have been much criticism on its policy and content --- establishment of buildings and facilities with huge investment, but little technical cooperation, in short, only money without personnel. This cooperation may not have been beneficial to the truly needy and may have conducted under burden of some individuals without network of experience and collaboration among related people.

I heartily wish that this association will respond to these questions through discussions based on profound experience and knowledge of participants.

# 国際保健医療協力における問題点

# 佐 々 学 富山医科薬科大学学長

はじめに

日本が開発途上国を対象に本格的な保健医療協力の事業を始めたのはごく近年のことであって、この分野に100年以上の歴史と実績をもつ欧米諸国に比べて、その経験はきわめて浅い。したがってその方策についても未だ模索の域を脱していない面も多々あるし、これからも絶えずきびしい反省と研究を重ねて、その改善と効果向上に努力するべきであろう。

しかし、近年におけるわが国をめぐる国際情勢は、日本が開発途上国等に対して保健医療協力を実施する比重を急速に高めていく必要性を迫ってきている。こういう時期に日本国際保健医療学会が結成され、今回の医学会総会にあたってシンポジウム等を開催されることはまことに意義深いものと考える。

# 国際保健医療協力の目標

開発途上国への保健医療協力の基本精神としては、まず第一に多くの病める人々、あるいは病いに犯される危険にさらされている人々への人間愛をその出発点とすべきであろう。この意味でいくつかの宗教団体や有志のボランティア活動の動機と行動にはまことに敬服すべきものがある。その半面、特に政府資金等を背景とし

た協力事業の方針に不純な発想や計画が入りがちな点は、今後とも反省と自戒を必要としよう。

第二には、どういう地域が保健医療協力の対象として優先されるべきか、またその地域でどういう体制の協力を実施するか、等について事前に十分な検討を行うべきである。とかく、その計画を担当する為政者や事務担当者の思いつきや、たまたまの相手国ないし日本国内の人脈などの関わりから、大局的にみて意義も効果も期待しにくい計画が発足しがちである。

第三には、対象地域からの要請とその必要性に対応しうるだけの保健・医療の技術を我々が十分にもっているか、また誰をそれにあてるべきか、という点の考察も重要である。だが、それとは逆に現在の日本の技術で十分な対応ができる体制にあるにもかかわらず、窓口の担当者がそんな技術は日本にはないと判断して要請を断わるような事例もみられる。

1 例をあげると、今から10年あまり前に中米のグァテマラ国からオンコセルカ病の対策の協力を要請された。この病気はブユが媒介するフィラリア病の一種で、全身の皮膚が侵され、失明に至ることもある重要な病気で、アフリカと中南米に多いが、日本をはじめアジア諸国には存在しないので、窓口の担当者がそんな病気の対策に関する専門家は日本にはいないと判断さ

れたのは無理もないことであった。しかし、その予防対策の重点はブユの駆除であり、その技術は早くから我が国において十分な研究と実績が積まれていた。そこで、この技術協力がJICAのプロジェクトとしてとりあげられ、すばらしい成果をあげたことは衆知の通りである。

第四に、開発途上国に特有な疾病で、保健問題としても重要な領域に関しては、その技術協力に対応しうるよう、日本国内においても教育と研究をさらに充実する必要がある。

たとえば、マラリアという病気は、かつては 我が国の全土に発生しており、特に八重山群島 では猖獗をきわめ、多数の死亡者さえ出してい たが、現在の日本や台湾からは完全に根絶され ている。しかし、近年多くの熱帯開発途上国に おいてその流行がはげしくなり、これに対する 保健医療協力の要請が多く出されている。

後述するようにマラリア対策には従来の方法では手に負えない問題が続出し、新しい方策の開発研究が必要であり、かつその技術協力に従事する専門家の養成も必要となってきた。そこでJICAでは私どもの要請を容れて、昨年度からおよそ10名の医学・生物学などの学部出身者を対象に、マラリアの駆除に関する技術協力を担当できる専門家養成のための4週間研修コースを開設し、今年度はその第2回を8月3日より開講することとなった(注1)。

# 国際保健医療協力の体制

我が国から開発途上国などへの保健医療協力 はすでにいろいろな体制のもとにすすめられて いる。

第一はいわゆる民間ベースでの協力で、これにはいろいろなボランティア活動が含まれ、また各種の宗教団体などの據金によるプロジェクトにも注目すべき成果をあげているものがあるのは衆知の通りである。また日本の企業が途上

国において事業を営んでいるのに伴う医療技術者の派遣も近年特に活発となり、これらの計画を実施する機関としての日本熱帯医学協会などの実績も高く評価されている(注2)。

第二は日本政府の出資による二国間の国際保 健医療協力の活動で、これが現在においては量・ 質ともにこの分野で最大の比重を占めているこ とはいうまでもない。その主体は国際協力事業 団 (JICA (注3)) を通じて実施され、これ にはその医療協力部が担当する日本人専門家の 派遣と技術協力、研修事業部が担当する開発途 上国よりの研修員の受入れ、無償資金協力事業 による病院・研究所などの施設および機材供与 などが含まれている。JICAの総子算は、た とえば昭和53年度の約463億円から昭和61年度の 1,026億円と年度ごとに上昇しており、昭和60年 度の実績では総支出のうち研修員受入れに16.9 %(6,307人)、専門家派遣に25.1%(2,838人)、 調査団派遣に29.1% (5.334人)、協力隊派遣に 7.6% (2.104人)、移住者送出に0.2% (134人)、 機材供与に16.4%、その他に4.8%が当てられて いる (国際協力事業団年報、1986年による)。

第三は国連機関などを通じての多国間協力の活動であって、これらのうち特にWHOを通じての協力が最も重要な部面を占めている。この機関はスイスのジュネーブに本部をもち、アジア地域では西太平洋地域本部WPROがマニラに、東南アジア地域本部SEAROがニューデリーにおかれている。日本人としてはこれらの組織の職員として、あるいは開発途上国に駐在するWHO専門家として、ないしはある目的の事業に短期間参加するコンサルタントとして参加する道がある(注4)。また日本政府の給与で約2年間、Associate Expert として国連機関に勤め、そのうえで本採用になる機会をうるという制度もおかれている(注5)。そのほかUNDP、ユニセフ、UNEPなどの国連機関も直接

間接に途上国の保健医療問題に関する活動を行っている。

第四はわが国の医学者が直接間接に途上国の保健医療の向上に関する研究を実施することの必要性である。途上国に常在し、現在でも原住民等の保健上重大な影響を与えている疾病のなかには、既に先進国では消滅したもの、あるいはその被害が昔に比べて著しく減少したものが多くある。結核、らい、低栄養などの慢性疾患、多くの細菌・リケッチア・ウイルスなどを病原とする急性感染症、マラリア、アメーバ赤痢などの原虫性疾患、フィラリア病・住血吸虫病・鈎虫病などの寄生虫性疾患などがそれである。

さらに、たとえばトリパノソーマ病、シャガス病、リーシュマニア病、オンコセルカ病、ロア病、メジナ虫病などは日本をはじめ温帯地域にはもともと存在せず、かつ熱帯地域でもその分布が限局しているため、医学界の関心もきわめて低かったものである。これらの疾病に関しては、直接に被害を受けている地域には研究機関が乏しく、先進国では直接の関心がもたれないために、成人病、がん、エイズ等に比べてその研究者数も研究費もまことに乏しい。

これに対して、たとえばWHOではTDR (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 熱帯病の研究と研修のための特別計画)を1978年に発足させた (注 6)。

その事務所はジュネーブのWHOの本部内におかれ、ナイジェリア出身のA.O. Lucas博士が本部長に任ぜられ、日本人職員としては畠一彦氏が情報担当の責任者となっておられる。この計画では、マラリア、住血吸虫、フィラリア病(オンコセルカ病を含む)、トリパノソーマ病(シャガス病を含む)、リーシュマニア病、らいの6疾患を対象とし、これらの予防・治療対策についての教育訓練を世界各地で実施している

ほか、それらに関する基礎および応用研究に対して研究費を支給し、かつこれら疾患に関する情報の収集と普及にもあたっている。筆者はその創設期からこれに参画し、特にフィラリア病の分野の企画や研究費審査などに協力してきた。

このような国際研究協力機構の一つとして重 要なものに日米医学協力計画、Japan-United States Cooperative Medical Science Program がある(注1)。これは1964年1月に当時の佐藤 首相がジョンソン大統領をワシントンに訪れた 際に両国政府間の協力事業として発足すること が合意されたもので、その主旨は南アジアの開 発途上国等において重要な疾患について日米両 国の医学者が共同で研究を行おうとするもので ある。その事務局は日本側では厚生省保健医療 局(往時の公衆衛生局)企画課が担当し、米国 側は NIH におかれている。その機構は、両国と もいわゆる親委員会のもとにコレラ、環境変異 原、肝炎、免疫、レプラ、栄養異常、寄生虫病、 結核、ウイルス病の9部会がおかれ、それぞれ 部会長と研究員が任命されている。その合同委 員会および各部会の合同シンポジウムが毎年1 回、米国ないし日本で開催されてきた。

そのほか熱帯病を主体とした国際医学協力機 関には東南アジア教育閣僚機構の熱帯医学部門、 SEAMEO TROPMEDというのがある(注8)。

その本部は、タイ国のバンコクにおかれ、 Chamlong Harinasuta 氏がそのコーディネーターとして顕著な教育および研究活動を続けている。現在ではタイ、マレーシア、インドネシア、フィリピンの4国がこれに参加しているが、かつてはシンガポールおよびインドシナ3国もそのメンバーであった。

日本国内の熱帯医学に関する教育や研究の活動は欧米のそれに比較して著しく貧弱といわざるをえないが、それでも長崎大学に熱帯医学研究所がおかれ、それと東京大学医科学研究所に

おいて文部省予算による熱帯病研修3か月コースが毎年開催されている(注9)。また琉球大学の大鶴正満教授を代表者とする熱帯病研究班が 文部省科学研究費により組織された実績もある。

# 疾病の地域的駆除を 目標とした国際医療 協力の2、3の実例

我が国の国際協力事業団がすでに実施した地 域医療計画には、その報告書にみられるように いろいろな例があり、それぞれに成果をあげて きた。その中には、たとえば1975年に開始され たタイ国地域保健活動向上計画や、1976年に始 まったインドネシアの北スマトラ地域保健対策 のように、ある地域の保健衛生の全般について いろいろな専門家が出かけて協力を志すような 形のものも実施されたが、私のみるところ、そ れらは異なった分野の専門家が単独で別々の目 標をもって仕事をしているため、その効果が小 さく、かつチームワークもとれない。これに対 して、次に記すグァテマラ国のオンコセルカ病 対策研究やソロモン国のマラリア対策研究の計 画は、異なった分野の専門家が一つの目標に向 かって協力しようとするもので、私は前者を放 散型、後者を集中型の計画と考えている。

# グァテマラ国オンコセルカ病 対策研究計画

この事業は1975年より当初高橋弘博士をリーダーとして発足し、1980年からは鈴木猛博士がリーダーとなり、1983年に一応の終結をみた医療協力計画である。その詳細については国際協力事業団より逐年報告書が出されているが、媒介虫のブユの分類学、生態学等の専門家、殺虫剤学者、疫学者、寄生虫学者、眼科医、皮膚科医など、この約10年間に延約70名もの日本人専

門家が滞在してこの病気の予防対策の研究に従事した。その結果、媒介虫の発生源がその火山地域の極めて多くの小さい湧水に分散していること、その各々に有機燐系のアベイトという低毒性殺虫剤を2週間ごとに固形剤などの形で投入することにより媒介虫の発生をほぼ完全に抑えることができることが示され、世界で初めてこの病気の感染防止に成功するというすばらしい成果をあげたものである。

# ソロモン諸島国におけるマラ リア対策の研究・教育計画

国際協力事業団の無償供与および技術協力事業の一つとして昭和62年度より上記の計画が発足した。この地域はパプア・ニューギニアなどと共に現在のところ世界でも最も濃厚なマラリア流行地で、かつて1960年代にはDDT屋内壁残留噴霧の広汎な実施によりその流行をかなり抑えていたものが、1970年代後半より再びマラリア患者数の増加がみられ、たとえば1984年度においては、総人口258,193名に対して延260,726名の血液検査をしたところ、マラリア原虫陽性者が69,984名(26.8%)にものぼっている。これに対しては、WHO専門家が3名常駐し、かつオーストラリア、イギリスの医師らも派遣されてその防圧に努めてきたが、その効果もみられぬため日本の援助を求めてきたものである。

当初は媒介蚊駆除のための殺虫剤や、その撒布器材、車輌、治療剤などの資材給与の要請が主体であったが、私どもがそのフィージビリティ調査に1985年11月に現地を訪れた結果、マラリア対策のための技術者養成の学校と、その新技術開発のための研究施設の建設から始めることが必要と判断した。

それまでは、全地域を対象に屋内DDT撒布 が実施され、かつごく一部の濃厚流行地に全員 薬剤投与 (mass drug administration) が試み られていたが、いずれもその効果は不充分ない し一時的、局部的にすぎないものであった。

私どもが計画している技術協力は、まずマラ リアの抑圧に有効でしかも経済的な、新しい方 策の開発をフィールド実験により研究しようと いうものである。たとえばDDTに代わる屋内 撒布殺虫剤としてフェニトロチオン (スミチオ ン) が有効なことは確実であるが、その基準撒 布量をDDTと同じ壁面1㎡あたり2gとして いるものをどこまで低くできるか、もしその4 分の1量まで低下させられればDDTより安価 になる。また現在一部の地域で全住民にマラリ ア治療剤の基準量を 4 日連続投与する方法が試 みられているが、これには多大の人手と経費を 必要とするので、毎週日曜日に教会で投与する 方法がとれないか、その際にはどの薬を、どの 量投与したらよいか、などの比較実験を考えて いる。この国は100あまりの島々より成っている ので、このような比較が実施できる。

さらに幼若ホルモン剤や、胎生メダカ類の放流による媒介蚊幼虫の駆除法の研究や、殺虫剤の濃厚少量噴霧(ULV法)による成虫駆除の試みも実施する。こうしていろいろな方策の効果と経済性を比較研究し、その結果最も有効で安価かつ省力的な方法を確立したうえでそれを全地域に及ぼそうというもので、ちょうど私どもが1960年代にフィラリア病の地域駆除の方策確立に成功したと同じ考え方のもとにマラリア対策の開発研究を計画しているものである。

注1 国際協力事業団マラリア研修コースの連絡 先:同事業団国際協力総合研修所。〒162 東京都 新宿区市ヶ谷本村町42 経済協力センタービル、03 -355-0017代)

注2 財団法人日本熱帯医学協会。〒103 東京都中央区日本橋本町4-9 永井ビル、03-241-3261、常務理事・浅倉健夫

注3 国際協力事業団 JICA (Japan International Cooperation Agency)。〒163 東京都新宿 区西新宿2-1 三井ビル内、03-346-5311~5314 (受付台)

注 4 WHO·Headquater: 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO·WPRO (Regional Office for the Western Pacific): United Nations Avenue, P.O. Box 2932, Manila, Philippines

WHO · SEARO (Regional Office for Southeast Asia): Ring Road, New Delhi, India

**注 5** 国連機関のアソシエート・エキスパート。 応募連絡先:外務省国際連合局政策課・国際機関人 事センター; 〒100 東京都千代田区霞ヶ関2丁 目2-1、03-580-3311(代) 内線2840、2841

**注 6** TDR, WHO,1211 Geneva 27, Switzerland **注 7** 厚生省保健医療局企画課内、日米医学協力計画事務局、03-503-1711 (代)

注 8 SEAMEO TROPMED (Tropical Medicine Project, Southeast Asian Ministers of Education Council), 420/6 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand; Coordinator: Professor Chamlong Harinasuta

**注 9** 熱帯病研修コース連絡先:東京大学医科学研究所、〒104 東京都港区白金台4-6-1、03-443-8111 (代表)、研究助成係

長崎大学熱帯医学研究所: 〒852 長崎市坂本町12 -4、0958-47-2111 (代表)

# Problems in Japanese International Cooperation

#### Manabu SASA

Director, Toyama Medical Pharmaceutical University

#### Primary Health Care-Health Care for the Future

#### Krasae Chanawongse

Director, ASEAN Training Center for Primary Health Care Development

#### PEOPLE'S MOVEMENT FOR PHC

The essence of the Primary Health Care (PHC) movement is the involvement of the people in the solution of their own problems using their own, existing resources and through their own efforts. This also implies that the people will have decision-making power and control over these activities. In Thailand, where there is rapid, progressive development of both the national social structures and the health care services, promotion of 'health by the people' also promises further development of democracy. Self-determination and primary health care go handin-hand.

The implementation of PHC at the national level has brought with it new approaches within and between government agencies which are involved in health and development. Plans are being made and carried out in an integrated fashion starting at the village level. the responsibility for setting objectives and priorities for developments given to a community itself as is the village level. responsibility for contributing available resources to these ef-The government provides additional resources as well as advice and technical assistance; including that necessary for the community to plan and manage their own projects. This approach recognizes the limitations of centrally-planned and centrallyfinanced programs at the same time that it recognizes the rights of the people to self-determination and participation in their own development. One of the constraints found is the lack of experience in democratic action at the community level and this is where a considerable part of the governments support has been required. The development of PHC in Thailand has brought with it a greater understanding of and participation in the democratic process as well.

#### THE ROLE OF UNIVERSITIES IN PHC

Following the direction of its Rector, Professor (Dr.) Natth Bhamarapravati, Mahidol University is committed to addressing the problems of the nation and its people. The university has also adopted the Health for All through Primary Health Care as an official policy. This effort is directed horizontally to the Ministry of Public Health and vertically down to the village level. Much of this effort is focused through the ASEAN Training Center for Primary Health Care Development (ATC/PHC), a joint ministry-university project which includes: training programs, research and development, and information systems for the development and promotion of PHC in Thailand and the region. The project is supported by the Government of Japan.

#### CHALLENGES AHEAD IN THAILAND

Considering the achievements thus far, there appear to be three main challenges that must be faced in the development of PHC in Thailand in the future: cost, coverage, and health status.

The cost of health care in Thailand is still very expensive. Of course, there is a difference between private treatment and that provided by the government, but even that which is available in the local health facilities and government hospitals is still, for some, a barrier to better health. Health officers must be good managers as well as physicians in order to balance the financial requirements and constraints for the benefit of the people - and the solution is still to be found.

Although a level of technological excellence has been achieved in Thailand and despite the numbers of district hospitals that have been constructed, a large number of people in the country still do not have adequate coverage of basic health services such as Family Planning, Immunization, and essential medical care. While the progress toward better and more appropriate coverage is encouraging, the full development of the PHC approaches and necessary strategies for its implementation still has to continue for some time in the future. And with time, the requirements and conditions in the communities will change requiring further development and strategies for PHC.

The health status of the population is at unacceptable levels and this indicates that the distribution of Basic Minimum Needs (BMN) has not been achieved satisfactorily. A good indicator of this is the difference in the Infant Mortality Rate (IMR) between urban areas (20/1000) and rural areas (50-60/1000). To be born Thai does not yet mean an equitable chance for a long and healthy life. That is a goal for which we still must strive.

#### THE ROLE OF JAPAN IN PHC DEVELOPMENT

Japan has demonstrated an admirable consciousness of the need for cooperation and assistance from the rich to the poor and from the technically advanced to the less advanced. Where once, like the earlier attempts to 'give' basic health services to the disadvantaged, aid from developed countries was 'donated' to the less fortunate. There is a parallel also in the lack of effectiveness of both approaches as well; despite how well intentioned they may be. As in the PHC approach, success will come through efforts where both sides are partners who share a mutual goal as well as mutual respect.

# プライマリ・ヘルスケア -将来のヘルスケアー

# クラッセ チャナウォン ASEANプライマリ・ヘルスケア訓練センター所長

#### プライマリ・ヘルスケアに関する人々の動向

プライマリ・ヘルスケア (PHC) 活動の基本は、人々が自分たちの問題を既存の資源を有効に活用し、自らの努力によって主体的に解決するという点にある。これはまた人々がPHC活動を自ら統制し、その決定権を有することを意味する。タイ国においては、社会構造ならびに保健医療サービスが急速に発展変化を遂げつつあるが、「人々による健康」の増進は、民主主義の更なる発展を約束するものである。自決の原理とプライマリ・ヘルスケアはともに歩むものである。

国のレベルでのPHCの実践は、健康と開発に携わる政府諸機関に新しい取り組み方をもたらした。計画は、村のレベルから統合的な形で立案され実行に移される。開発に関する目的ならびに優先順位を決定するに当たっては、その責任は地域社会に委ねられる。これは、既存の資源を自らの自助努力に委ねることと同じである。政府は、地域社会に対し、目的の立案と実行管理についての必要な資源、技術的援助、助言を提供する。この方法は、中央で立案・予算化される計画のもつ制約を認識したものであり、同時に開発における人々の自決と参画の権利を認めるものである。ここでの制約の一つは、地域社会レベルでの民主主義的活動の経験の不足である。この点に関し、政府の援助が非常に強

く望まれる。いずれにせよ、タイ国におけるP HCの発展は、民主主義的な方法による住民の 理解と参画とをもたらしてきたのである。

#### PHCにおける大学の役割

マヒドン大学は学長ナット博士の指導のもと 国と国民が抱える問題について積極的に発言してきた。また大学は「PHCを通じてすべての人々に健康を」を大学の公の方針としている。大学のこの努力は水平方向には保健省、下向きには村レベルを対象としている。そしてこの努力の多くは、アセアンPHC訓練センター(ATC/PHC)を中心として行われており、この保健省一大学の協力プロジェクトにおいては、タイ国ならびにアセアン地域のPHCの向上促進のためのさまざまな研修訓練プログラム、研究開発、情報システムなどの活動が実施されている。なおこのプロジェクトは日本の協力のもとで実施されている。

#### タイ国における将来の課題

PHCのこれまでの成果を考えると、今後のタイ国のPHCの発展には、費用 (cost)、到達範囲 (coverage)、保健状態 (health status) の三つの大きな課題が残されている。タイ国では依然保健医療サービスの費用が大変高い。もちろん民間サービスと公的サービスには差があるが、地方の保健医療施設や政府の公的病院での

サービスが十分でなく、これがよりよい保健医療を提供するうえでの障害となっている。解決方法はまだこれから見いだされるものであるが、厚生技官は医師であると同時に、人々の利益を守るべく財政的な要求と制約とのバランスを図ることのできる良きマネージャーでなければならないといえる。

タイ国では既に多くの郡病院が設立され、医療の技術的水準は一応達成されたといえるが、まだ非常に多くの国民は家族計画、予防接種、基礎的な医療といった基本的な保健医療サービスの恩恵をこうむっていない。これら基本的な保健医療サービスの提供範囲は徐々に広がり良くなりつつあるが、将来にわたってPHCの十分な発展とその実施に必要な戦略が継続され続けなければならない。また時とともに地域社会が必要とするもの、その条件は変化するので、これに対応するPHCの一層の発展とその戦略が求められる。

現在人々のおかれている保健水準は、決して 容認できる水準にはない。このことは人間の基 本的な最低限の要求 (Basic Minimum Needs) が十分満たされてはいないことを意味する。このことを如実に示しているのが都市部(20/1000) と農村部(50-60/1000) における乳児死亡率の格差である。タイに生まれることは、まだ誰もが長く健康な一生を等しく送れることを意味しないのである。これこそが我々が努力しなければならない目標なのである。

#### PHC発展における日本の役割

日本は富める国から貧しい国へ、技術の進んだ国から遅れた国へという、援助協力の必要性に対し多大な関心をはらってきた。かつては恵まれない者に基本的な保健医療サービスを「与える」という試みがあったように、先進諸国から恵まれない者に援助は「贈与」された。この方法では、どんなに意図していることが立派でも、両者の関係は平行のままで両者が歩み寄ることによる効果が欠如してしまっていた。PH Cの進め方のように、両者がパートナーとして互いに目標を分かち合い、互いに尊敬し合うという努力を重ねることによってのみ成功がもたらされるものである。

#### Activities of the Medicins Sans Frontieres

#### Francis Charhon

#### General Director, Medicins Sans Frontieres

#### HISTORY

Medicins Sans Frontieres (MSF) was born on December 20th, 1971 as a consequence of a meeting between two groups of doctors who had worked in the Third World, one in Biafra during the awful war of 1968, the other in Bangladesh during the serious flooding of 1970. Their idea was to create a corps of doctors that could intercede wherever in the world an emergency arose, be it a natural disaster, a war, a population displacement or any other occurence requiring medical help.

Of course nowadays the idea seems obvious, but at the time crossing borders without proper permission or working with people in guerilla-controlled areas without taking any political stance was very new.

Three main points are the base of the organization. MSF is a non political, non religious and medical organization only.

Our first five years were very difficult. We had little money and no public recognition. All the same, we were able to help in Nicaragua in 1972 after an earthquake, in Honduras in 1974 in the wake of a typhoon and especially after 1975 in Lebanon and on the Thai border.

Luckily enough we were given a very large advertising campaign in 1976, and we emerged from our hole because we became known to the public. At the same time in the field our activities increased and diversified, and our numbers grew.

Allow me to cite just a few examples from 1979 to now.

- 1) The massive flight of refugees from Cambodia; we sent one hundred people and made first contacts with Japanese organization.
  - 2) The survival march for Cambodia.
  - 3) Our first mission inside Afghanistan.
  - 4) The fight against famine in Uganda.
- 5) Refugee assistance in collaboration with the High Commission for Refugees.
- 6) In Ethiopia we were expelled for having publicly criticized the conditions of the aid.
  - 7) Developing sanitary regions and hospitals.

#### EVOLUTION OF THE OPERATION

After surmounting the problems of growth in 1976, our next obstacle to overcome occurred in 1979 with the need to structure and professionalize the operation. Given the magnitude of the disasters, it was no longer possible to send out enthusiastic doctors and nurses without the proper technical means to perform efficiently.

Organizing was essential:

1) We had to define operational techniques and determine methodology for each individual case; for example, how to handle 30,000 refugees, who all arrived within a few days and needed everything, including an entire vaccination campaign.

- 2) To create adaptable logistics, meaning, for example, sending all necessary equipment for an emergency operation within a few hours or, at most, a few days.
- 3) To organize the recruiting of the doctors, nurses, logistical engineers and technicians who will carry out the operation.
- 4) To train our volunteers in the exact operational techniques that are not taught in European universities.
- 5) To create useful guidelines for everyone on an operation; guidelines that take the WHO recommendations into account and facilitate teamwork.
- 6) To make our work known to the public in order to encourage contributions and support.

As soon as information has been culled and assessed, an exploratory team is sent out to determine not only medical needs but also equipment requirements and to make contact with the local authorities in order to clear the way for the arrival of new medical teams.

Once the data have been examined, a program is decided on, that is, what our objectives are, how the project is to be set up and how we can work with the other agencies present. Once the project is underway, we reevaluate it regularly in order to keep abreast of the changing situation.

#### FIELDS WHERE MSF WORKS

At present we are working in twenty-eight countries and are carrying out fifty different operations in Asia, Africa and Central and South America. The kinds of operations are very different, and although our reputation has largely been made through our emergency interventions, 95% of our operations last for several years.

We very quickly became aware that once the emergency help had been administered, the problems remained and we had not only to enlarge our field of action but also extend the length of our help. So, above and beyond our usual medical activity, we have set up three public health sectors: nutrition, vaccination and sanitation, also a branch for hospitals, that is, reconstruction, reorganization, administration and training the locals to serve as staff.

This overall approach helps us meet the needs of the local populations more effectively and in greater depth.

#### LOGISTICS

The essential base of every operation is logistics. First of all, medical logistics, the medicine needed to keep the teams in supplies. We have created operational kits for various situations. For example, the basic "refugee kit" allows us to care for 10,000 people for a three-month period. Then, according to their needs, the teams are supplied regularly. The number of items of medicine we supply is limited and approximates the list drawn up by the World Health Organization.

For non-medical supplies we have opened a center that meets all requests rapidly. A whole gamut of things is stored once they have been checked: tents, disinfecting equipment, four-wheel-drive vehicles especially adapted for particular conditions, water tanks, the essentials for purifying water and many other large and small items. For the moment this center is only for use by MSF, but I am hopeful that it will soon be able to fill orders from other agencies.

THE MEN AND WOMEN BEHIND MEDICINS SANS FRONTIERES

About 700 volunteers set out in operations in 1986, 300 of whom remain on permanent location.

It is perhaps interesting to see who these volunteers are, who are willing to take off at a moment's notice to one of the world's hot spots.

Generally the doctors are from twenty-eight to thirty-five years of age and have just finished their medical studies, often as tropical disease experts. They come from hospitals or private practice and must be granted special dispensation if they want work overseas with us.

Nurses tend to be younger, from between twenty two and twenty eight. But there are also a good number of older volunteers, even some of retirement age. All receive a small monthly stipend: five-hundred dollars for the nurses and six-hundred for doctors. Their overseas stays can last from just a few weeks for the emergency specialists to a few months for the generalist practitioners.

Thanks to a computerized filing-system containing 4,000 names and kept up to date, we need only a few hours to recruit the volunteers we think we need for any particular operation.

#### THE THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING CENTER

To be able to evolve as we have, we had to improve our knowledge, or rather, adapt it to situations as we confronted them. To do so, we have just inaugurated a theoretical and practical training center. This center is intended to create standardized documents for the medical teams in order to render our working methods more consistent. It is also meant both to gather data and carry out epidemiological investigations on the principal diseases we encounter and to send out consultants who are experts in all health-related fields.

There already exists a three-week course on aid to people in emergency situations, and also courses on vaccination, nutrition, sanitation management and computer programming.

The goal over a one-year period is to give all the basics for emergency and middle-term operational aid.

The courses are given in English and French by French teachers, and also by experts from Atlanta's Center for Disease Control (CDC), London's College of Tropical Diseases, the International Red Cross Committee (IRCC) and the UNHCR.

#### FINANCES

MSF is financed for the most part by private donors, five hundred and eighty thousand of them, in fact, who last year provided a 75% of twenty-five million dollar budget.

The remaining 25% came from financial proceeds, programs connected with the UNHCR or the emergency desk of EEC and bequests.

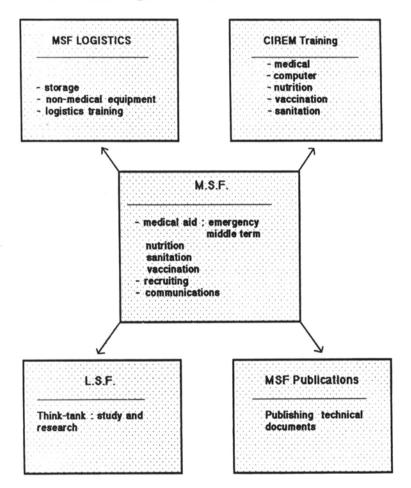
It was the first time our budget actually shrank a little in comparison to the year before. It should be noted that today in France there is a strong thrust of solidarity for many different organizations and that even if contributions are increasing, they must be shared by a greater number of receivers.

To reach such a large number of private donors, we conduct regular mailing campaigns, in all, five million households are contacted per year. We use television advertising films to convey our activities. We don't have any support from the French government, neither financial or political. We made this choice

to be totally independent when MSF was born and we follow this line until now.

LIBERTE SANS FRONTIERES (Liberty without borders)

In conclusion I would like to mention one other organization we have created, called Liberte Sans Frontieres. It is a think-tank whose role is to study the economic evolution in the world's different nations, especially those in which we work, and to examine existing systems that might serve as growth models. This foundation is also concerned with the health policies of the Third World and human rights issues.



# 国境なき医療団(MSF)の活動

#### フランシス・シャロン

#### Medicins Sans Frontieres 総代表

#### MSFの歴史

#### ─ひとにぎりの仲間から数千人の隊伍へ─

国境なき医療団(Medicins Sans Frontieres: MSF)は1971年12月20日、それまで第三世界で働いたことがある二つの医師グループが集まって結成された。すなわち一つのグループは1968年のビアフラ内戦、そしてもう一つのグループは1970年のバングラデシュにおける大洪水を経験していた。かれらの理想は世界中どこでも、たとえそれが自然災害だろうと、戦争だろうと、難民だろうと医療が必要とされる緊急事態が発生したときにはいつでも活動できる医療チームを創り出すことであった。

今日では当り前になってしまったが、当時、 許可なしに国境を越えたり特別な政治姿勢をも たずにゲリラ支配地域で働くといったことは非 常に斬新なことであった。非政治的、非宗教的、 そして医療のためだけに活動するというのがM SFの基本理念である。

我々にとって初期の5年間は資金もなく、一般に知られることもなく大変苦しいものであった。1972年のニカラグァ地震、1974年のホンジュラスにおける台風被害、そして1975年以降のレバノンとタイ国境における活動に関して困難な状況が続いた。

1976年になって大キャンペーンが展開され、 我々の活動が人々に知られるようになった。そ して我々の活動は質量ともに大きく変わること になった。

1979年以降、カンボジア、アフガニスタン、

ウガンダ、エチオピアなど多くの場所において 国連難民高等弁務官事務所の協力を受けて活動 を続けている。

#### MSFの変革

#### ――緊急救援のプロフェッショナル――

資金、マンパワーといった量的な問題が1976年に一応片付いたあと、1979年に我々が直面した問題は、我々の活動をより現地の必要性に合わせたものにするために質的なレベルアップを図ることであった。それはたとえば大災害が発生したときに、情熱だけはあるが適切な技術をもたない医師や看護婦を送り込んでも有効に仕事をすることができないということである。

組織化を図ることが最も重要なことになって きた。我々はそれぞれのケースごとに必要な技 術や方法を決めていった。それは具体的には次 のようなことがらであった。

- 1) たとえば3万人の難民が2~3日中に到着 する際のワクチン接種を含めた取扱法
- 2) 緊急救援で必要となる機材を数時間から遅くとも数日で送り込むといった兵站(Logistics) についての研究
- 3)活動に必要な医師、看護婦のリクルート
- 4)ヨーロッパの医学しか学んでいないボランティアに対する再教育
- 5) WHOの指導に沿ったガイドラインの設定
- 6)一般の人々へのPR

MSFでは情報が入り次第、視察チームが派遣され、医療需要のみならず必要機材の選定が行われ、次の医療チームが来やすくなるように

地元当局と交渉する。集められたデータが検討 されるとプロジェクトの目的、準備、他団体と の協力といったプログラムの内容が決定される。 実行されたプロジェクトに対しては状況の変化 に対応していくために定期的な再評価がなされ る。

#### MSFの活動地

現在MSFはアジア、アフリカ、中南米の28 か国において50の異なるプロジェクトを実施している。プロジェクトの種類は様々で、またMSFは緊急救援でその名をあげているにもかかわらず、それらのプロジェクトの95%は数年間継続している。

我々は緊急救援後にも多くの問題が残り、その活動地を広げると共に活動期間をも延長していかなければならないということに早い時期から気が付いていた。そこで我々は通常の医療活動に加えて栄養、ワクチン、環境衛生といった三つの公衆衛生部門を用意した。また病院の建て直し、システム作り、管理、現地スタッフのトレーニングといった部門も新たに設けた。こうしたアプローチによって我々は現地の人々の健康にとってより有効な活動を展開できるようになった。

#### MSFの兵站 Logistics

すべてのプロジェクトにとって基本になるのは兵站である。まず医療の面では医薬品が供給されなければならない。我々は異なる状況に応じたキットを作った。たとえば「難民用キット」があれば1万人の難民を3か月間診ることができる。そしてそれ以降は必要に応じて医療チームは定期的な医薬品の供給を受けることができるわけである。これらの医薬品はWHOの指定したリストに準じており、使える医薬品の種類も限られている。

非医薬品の供給に関して我々はあらゆる要求に迅速に応えられるようなセンターを持っている。あらゆる物品は一度チェックされたあとに蓄えられる。テント、消毒済み器械、4輪駆動車、水用タンク、水の消毒薬をはじめとする大小様々な物品がセンターには蓄えられている。現時点ではこのセンターはMSFしか利用していないが、私としては他の団体からの要求にも応えられるようになって欲しいと思っている。

#### MSFの活動を支える人々

1986年には約700名のボランティアが海外へ出かけていき、そのうちの300名はそのまま活動を続けている。それではそのような世界の紛争地域へ瞬時に出かけていこうとするボランティアとは、いったいどのような連中なのであろうか?平均すると医師の年齢は28歳から35歳で、ちょうど研究にひと区切りついた時期にあたる。熱帯医学の専門医が多い。看護婦に関しては医師よりも若い22歳から28歳という年齢が多い。しかし、年輩の看護婦も多数参加しており、なかには定年退職後といった人もみられる。

ボランティアには看護婦で月500米ドル、医師で月600米ドルの手当が支給される。かれらの現地滞在期間は緊急救援スペシャリストで数週間、一般医で数か月といった程度である。

4,000名のボランティアの最新情報を登録して あるコンピュータ・ファイルシステムのおかげ で我々はどんなプログラムに対しても数時間で 必要な人材のリクルートを完了することができ る。

#### 理論と実戦のためのトレーニングセンター

MSFが活動を発展させるためには知識を増 やすというよりも現在の知識を我々が直面して いる状況に適応させる必要があった。そのため に理論と実践のためのトレーニングセンターを 新しく開設した。このセンターはこれから医療 チームが活動する時に首尾一貫した方法で臨め るように標準化されたマニュアルを作ることを 大きな目的としている。そして途上国に関する データを集めたり熱帯地域の疾病に対する疫学 調査も実施する。必要があればあらゆる分野の 専門家を派遣することもする。

すでに緊急救援のための3週間コースやワクチン、栄養、環境衛生、そしてコンピュータ・プログラミングといったコースができている。 1年間の研修を終えることで緊急救援と中期救援のすべての基礎について学習することができる。

授業は英語と仏語でなされ、講師としてはフランス人スタッフの他にアトランタの米国防疫センター(CDC)、ロンドン熱帯医学校、国際赤十字委員会(IRCC)、国連難民高等弁務官(UNHCR)といった組織の専門家が名を連ねている。

#### MSFの財政状態

MSFの財政はその多くの部分が個人寄付で 賄われている。実際昨年度は総予算2,500万米ド ルの75%が58万人の個人寄付で集められた。 残 りの25%はUNHCR、EECなどと協力する プログラムに対する援助が充てられている。 昨 年度はMSFとしては初めて前年に比べて予算 が少し減少した。これは途上国に関係する多く の組織がフランス国内に存在するようになった ためであり、個人寄付総額はフランス国民のこ のような団体に対する関心の高さと共に実際は 増加傾向にある。

我々は個人寄付をしてくれる多くの人々に対して定期的なニュースレターを配布している。 年間500万家庭を対象にサービスは行われている。 またMSFはその活動フィルムをテレビを通して放映している。MSFはフランス政府からは 一切の財政的ならびに政治的な支援を受けていない。これはMSFが発足したときに完全な独立を保つために決定されたことであり、このラインに沿った活動を現在までMSFは継続している。

#### MSFのシンクタンク"国境なき自由"

(Liberte Sans Frontieres)

最後に、MSFとは別な組織について触れておきたい。これは我々が創ったシンクタンクで「国境なき自由」(Liberte Sans Frontieres)と名付けられている。その役割は世界の国々の中で、特にMSFが活動している国の経済発展について研究し、その国の経済成長のために貢献するであろうと期待されている既存のシステムを検討することである。こういった基本構造のうえで第三世界の保健政策や人権問題が考えられなければならない。

# 日本の国際医療協力の反省と展望

シンポジスト 黒住 格(アジア眼科医療協力会)

中 島 宏 (WHO西太平洋地域事務局)

川 原 啓 美 (アジア保健研修所)

和 泉 真 蔵 (京都大学医学部皮膚病特別研究施設)

日比野 路 子 (タイ看護教育プロジェクト・前派遣専門家)

司 会 者 山本 俊 一 (聖路加看護大学教授)

今 井 八 束 (東京都立墨東病院)

# シンポジウムのまとめ (司会者の立場から)

#### 山本俊一

このシンポジウムの目的は、我が国の政府ならびに民間の国際医療協力機関がこれまで行ってきた活動に対して、厳しい反省を加えるとともに、今後この協力事業をどのように改善し、発展させるべきかについて、それぞれ異なった立場の5人の専門家の方に、学術上の視点から自由に討議していただくことにあった。

シンポジスト第一席の黒住格氏は、NGOの立場からということで、ご自分の所属するアジア眼科医療協力会の活動状況を紹介された。この協会は失明者の多いアジアの国に眼科診療隊を派遣することを目的として発足したが、事業を遂行していくうちにNGOの能力の限界を知らされ、試行錯誤を繰り返しながら事業内容の多面化を図るなど、協力効果をあげることに努めてきたという。結論としてNGOと政府は、

医療協力の分野で互いに欠点を補いながら事業 を進めることが望ましいと結ばれた。

第二席の中島宏氏(WHO西太平洋地域事務局長)は、WHOという国際機関の立場から、現在日本の行っている国際医療協力に対して善意の忠告者として率直な提言をして下さった。国際的に「日本の協力はコンテナー協力だ」といわれているが、これは外側は立派だが中身がないという意味であって、日本の政府ならびに民間協力組織が体質的に強直化していることによるといえよう。日本の国際医療協力はもっと柔軟な考えをもち、WHOなどの国際機関とも手をつないで中身を充実させてほしい。世界はもっと積極的な医療協力を日本に期待している。

第三席の川原啓美氏(アジア保健研修所長)は「国際協力におけるもう一つの試み」と題して、本研修所が"自立のためのわかち合い"をモットーとするに至った経過を説明された。すなわち、最初の頃には研修プログラムは日本側で準備し、実施していたが、そのうちこれではいけないということがわかり、現地で当面して

いる問題を取り上げるようになって協力の実効 があがってきたという。

第四席の和泉真蔵氏(京都大学医学部皮膚病特別研究施設)は、国際医療協力を向上させるには、ハンセン氏病のような開発途上国に多発する疾患に関する国内研究体制を整備させる必要のあることを指摘された。

第五席の日比野路子氏 (元 J I C A 派遣員)

は専門家としてタイの看護教育プロジェクトに 参加した時の反省を率直に告白され、現地の実 情に合わせて協力活動を推進させることの重要 性を強調された。

以上の演者から、それぞれの体験、立場から の貴重な提言が出された後、引き続いて活発な 討論が行われ、建設的な意見交換があり、予想 以上の成果を挙げてシンポジウムは終了した。

#### Summary of Symposium by Chairman

#### Shun-ich YAMAMOTO

Professor, St. Lukes Nursing College

The theme of the symposium is "Reflection and Prospect on the International Medical Cooperation of Japan". Five symposists expressed their criticism to the past and their advice for the future with regard to the international cooperation of Japan.

During past several decades Japan was in a particular situation concerning the international economical and technical cooperation with developing countries. After the defeat in Second World War, Japan was herself economically assisted by foreign countries several years. Then she economically grew to a self-reliant country, and with the rapid progress of industrialization, was counted as a member of the developed countries. The change was so striking that Japan had to start economical and technical support to the developing countries without any precedent experiences, and the time was not enough to prepare for the implementation. Its history was, therefore, the process of trials and errors.

The purpose of this symposium is th review the past Japanese activities of the international medical cooperation with the most sensitive criticism, and at the same time, to offer the recommendations to the relevant governmental and non-governmental agencies in Japan.

Dr. Hiroshi Nakajima, the Regional Director in WHO Western Pacific Region, spoke from the side of World Health Organization, emphasizing that the target of health for all by the year 2000 will not be reached unless primary health care is greatly improved in most parts of the world.

Dr. Itaru Kurozumi, the Director of Association of Ophthalmic Cooperation in Asia, intrduced the works of his NGO which has been continuing for 15 years, and Ms. Michiko Hibino, the teacher of nursing, reported her works in the developing countries, being sponsored by Japan International Cooperation Agency.

Dr. Hiromi Kawahara, the Director of Asian Health Institute, introduced, as an example of another trial for international cooperative work, his educational and training center in Japan, the goal of which is provide leadership training for community health workers coming from various Asian countries.

Dr. Shinzo Izumi in Kyoto University stressed through his experience that the international health cooperation between develoing and developed countries provides benefit to both sides.

### NGOの立場から

#### 黒 住 格

市立芦屋病院眼科、アジア眼科医療協力会

#### 1. アジア眼科医療協力会(AOCA)の沿革

当会は1971年(昭和46年)に、眼科医療準備 委員会という名のもとに誕生し、初めはアジア 諸国に対して、政府の援助を受けながら、眼科 の協力を行うつもりであった。しかし、私自身 が海外技術協力事業団 (OTCA) のネパール 医療基礎調査団員として派遣され、帰国して以 来、政府機関の協力を受けることは困難とわか り、すべてを独自で賄うことに決め、準備委員 会を解散し、新しく東南アジア眼科医療協力会 として発足し、後にアジア眼科医療協力会(A OCA) と名称を変えた。設立の目的は、失明 者の多いアジア諸国に対して、眼科医療の分野 で幅広い協力をすることにあった。その具体的 内容は、アイキャンプ (野外開眼手術) の実施、 眼科医療に関係する人材の養成、眼科医療機械 の供与、新しい眼科医療技術の指導、盲人のリ ハビリテーションに関する指導等である。もっ ともこのような理念が初めからあったわけでは なく、具体的な活動を通してはっきりしてきた ものである。当会は、一応はアジア諸国を対象 としており、これまでにビルマ、バングラデシ ュ、タイ、韓国、中国、WHO等に協力したこ ともあったが、結局はネパールに主力を置いて 活動してきている。

#### 2. ネパールの一般事情と医療事情

ネパールは、北をヒマラヤ山脈によって限られ、残りの三方をインドに囲まれた内陸国である。海をもたないということは、ネパールの発

展を大きく妨げているともいえる。概略の面積は、北海道の2倍、90%までが人の住めない山岳地帯である。緯度は大体沖縄と同じである。寒帯から亜熱帯まであるが、これは土地の高低による。こういう情況の中に1,500万人の人が住んでいる。国民を構成するのは、35にも及ぶ民族で、まさに少数民族の集団である。交通事情は極めて悪く、南部国境近くを走るアジアハイウェイのほかは、首都カトマンズから南北に走る道路があるだけである。その他の交通機関としては、牧草地といったほうが似つかわしいような小さな飛行場が10か所ほどある。国際空港は首都カトマンズ1か所である。おもな産業は農業であり、南のタライ平野以外は、急峻な山地を耕している。

ネパールの経済的規模を眺めると、1985年の 歳出6億2,500万ドル、歳入は2億9,900万ドル である。歳入歳出の差は、国際援助によるもの と思われる。これを、わかりやすく日本の都市 と比べてみると、歳入では私の勤務する人口約 8万8,000人の芦屋市の1.8倍にすぎない。一国 の経済規模が県単位でさえなく、小都市のそれ に比較できる程度なのである。

ネパール盲人協会長兼眼科医師であるプラサド氏は、1982年の盲人の指導者をめぐる第1回ネパール全国ワークショップで、ネパール国民の一般の状態を次のように述べている。「国民の96%が農村に住みつき、識字率は24%、平均寿命は46歳、乳児死亡率は52%、幼児の死亡原因のトップは胃腸炎、国民の40%が1日2ルピー(14円)以下の収入で、いわゆる飢餓ライン以

下の生活をし、全国の医師の数は450人。」最近、 ネパールにも日本政府の協力による医科大学が でき、医師の数は700人を越える程度にはなって いる。

疾病は、これら国民の生活程度の高さと平行するものであるからその情況は想像できる。話を、我々の関係する眼科医療に引き戻していうと、我々がこの国に関係をもち始めた17年前には、眼科医はたった3人であった。このような情況下で協力を始めたが、1985年頃からネパールでも上記医大出の自前の医師がもてるようになり、ネパールの眼科医は40人を越えた。

#### 3. ネパールにおけるAOCAの活動

我々の会のネパールにおける協力の形は、年間のうちの限られた期間だけ人を現地に派遣するもので、年間を通して現地に入り込んでの協力はしていない。また金や機材だけを送る協力もない。もっと具体的にいうと、ネパールの乾季である冬に、すなわちこちらの冬休の時期に有給休暇を利用しての最も素人的な協力である。また会は法人格ももたず専任の従業員ももっていない。固定した会員というものも多くはない。したがって派遣される隊員も会の活動に協力してくれるボランティアが主である。

会は、その発足以来、継続的に毎年活動を行っているが、その情況を経費の面からまとめてみると表1のようになる。総支出、活動事業費ともに昭和48年から多少の起伏はあるにしても、比較的順調に伸びてきている。研修生費用は、活動事業費の一部を取り出したものであるが、これも順調に伸びていることがわかる。

会の活動の一つである眼科診療は、主として、アイキャンプという形をとる。これは、辺地に出かけて行き、村の学校や寺院の宿坊などを借りて診療し、開眼手術するものである。最近では眼科医が増えたことから、毎年30か所~40か

表1 年度別経費

fig1 Anual Expense of AOCA. (単位:千円)

年度	活動事業費	研修生費用	総 支 出			
S 48	2,488		3,115			
49	2,820		5,416			
50	1,287	1,287	1,817			
51	2,766		4,640			
52	6,718	1,577	8,108			
53	870		1,887			
54	4,738		6,499			
55	8,922		9,550			
56	11,782	1,701	23,570			
57	6,009		7,774			
58	12,161	2,885	15,380			
59	12,738 4,196		16,514			
60	14,225	6,359	18,035			
61	15,578	5,037 19,70				
合計	103,102	102 23,042 142,070				

所でキャンプが行われるようになっている。我々の場合は、自前のキャンプをやったことはなく、いつもネパール人チームにジョイントした形で行ってきた。

その間の成果を取り出してみると表2のようになる。この数字は、先にも述べたように、ネパールチームとの合同による成果であって、日本チームの成果だけを取り出すならば、数字を半分にして考えれば、実数に近くなる。次に、当会がネパールその他のアジア諸国に送った医療機器の総計をするとほぼ5,600万円となる。ネパールに対しては、主として首都カトマンズのネパール眼科病院およびビル病院に対して機器の供与をしてきている。

新しい眼科医療技術の指導に関しては、アイキャンプ隊がネパールに渡る度に、持って行った医療機械の使い方を教えてきた。またアイキ

表 2 年次別アイキャンプ患者数 fig2 Numbers of Patients examined and operated in Eye Camps.

年	次	検査患者数	手術患者数			
S 49 50		2,089	745 928			
		9,000				
	55	1,130	356			
56 58 59 60 61		2,430	163 260 315 124 212			
		1,064				
		2,100				
		1,200				
		1,244				
合	計	20,257	3103			

ャンプ隊の派遣とは別に、コンタクトレンズの 指導者を、昭和54年度には1名、55年度には2 名をそれぞれ1か月間ずつ派遣したし、昭和59 年度には新しい医療と基礎実験の指導のための 指導医師2名をそれぞれ6か月、1か月間派遣 した。

次に、わが会が最も力を入れている人材の養成についてまとめてみると表3のようになる。 我々は、費用および医療制度の点から、眼科医の養成は取り上げないで、機械修理工、検査技師、盲人のための職業指導士、視能訓練士など 眼科医療の中で中堅を占める技術職員の養成を目ざしている。

我々が養成した人材が、帰国後、全員期待通りの成果を上げているかといえばそうではない。ドゥアリカマン、シバコティの場合が成功、マンジュの場合がかろうじて及第、シバ・プラダンの場合はいまのところ失敗、新しく帰国させた2人についてはまだ観察の必要があるといった評価が妥当な評価といえるだろう。成功の原因は、ネパールがその職種に強い需要があり本人に収益をもたらす仕事であったという条件をかなえたからである。成功しなかった場合を考えてみると、研修内容に情熱をもっているわけ

表 3 研修内容 fig3 Contents of Trainning by AOCA.

氏	名	性別	来日年齢	来日年度	滞在月数	研修内容	経 費
ドウアリフ	カマン	男	36歳	S. 50年度	4 か月	眼科器械組立・修理	1,287,626円
シバ・プラ	ラダン	男	28歳	S. 52年度	6 か月	コンタクトレンズ製 造・修理	1,577,551円
マンジュ		女	19歳	S. 56年度	51か月	視能訓練士	6,806,469円
シバコテ	1	男	27歳	S. 58年度	21か月	眼科器械組立・修理	2,971,037円
モハン・	ラナ	男	32歳	S. 60年度	14か月	眼科細菌検査員	3,035,503円
シバコテ	1	男	29歳	S. 61年度	4 か月	レーザー装置補修・ 点検	661,500円
ホーマン	・ネパリ	男	31歳	S. 61年度	12か月	盲人リハビリ指導員	1,879,750円
デリップ	・プラダー	男	32歳	S. 59年度	26か月 継続中	コンタクトレンズ修 正、テレビ技術	4,833,249円

でもないのに、ただ日本へ来るために研修に応募し、帰国してもネパールのいろいろな事情から活動が阻まれ、また活動している場合でも給与だけで十分な生活ができないという場合である。また研修内容が高度すぎて、ネパールの社会的条件がさまざまに妨害したものである。ネパール人側の要望があっても、安易にそれを受け入れてはならないし、むしろ、我々がネパールを熟知して彼らを指導する役を果たさねばならない。

#### 4. 当会の活動の展望

我々は、宗教的理念ももたず、大学という基盤ももたない非営利的な援助団体として、この活動を継続してきた。こういう団体は、経済的に弱く、したがって継続性をもたないのが通常である。継続性を重視すれば、国内の支援団体を確保することに力をそそがなければならないし、それは、海外での活動費をそちらに回すことでもある。NGOははじめから相反する二つの仕事をかかえているといえる。

ボランティアの活動が、経済効率だけで論じられるとしたら不経済この上ないことになる。 具体的には、活動資金の一部をバザーから得ることを年間の慣例とし、研修生を日本に呼んで、市民と交流させることは、効率の問題以上に、 関係者たちがこの活動に自分も参加しているという意識をもってもらうという、人間の心の問題として満足感がある。NGOにあっては、このことは小さな問題ではない。

一方、私自身の実際に関係した中から、政府機関であるJICAのやっていることを眺ると、これは余りにも2国間協定ということに捉われすぎて、協定が形のうえで整いさえすればそれで良いということになりすぎていると思われる。その結果は、相手国の状態では使用できないような高級な機械を送ることになったり、先に送

った機械の本体に結合しないような部品を送っ たりという事実になる。これらは、事情を知ら ない偉い人たちが取り決めたことを批判修正も なく遂行しようとすることから起こる。その間 には、さらに営利を目的とした企業の介在があ る。企業の事情で選ばれたプロジェクトである。 事前に調査団を派遣したとしても、短期の調査 では調査団の理解し得た範囲内での援助方針に すぎない。これらのことは、厳しく排除されな ければならない。これは政府機関が十分にその 知識をもつNGOを活用しないことから起こる ことといってもよい。それは、またその事実そ のものが悪いというに止まらない。このような 無駄を目の前にしては、折角育ちかけている援 助団体の、以後の活動を続けてゆく意欲を失わ せることにもなる。政府研修生と、民間研修生 の間にある大きな待遇の格差は彼ら同士の不満 を呼ぶと同時に、乏しい経済のもとで援助を続 けている民間非営利援助団体のやる気を摘み取 ることになる。

それでは、民間団体はどのようにしたらよい のだろうか。そのことに答えることは、それぞ れの団体のもつ理念によって異なると思う。私 は、私たちがやってきて成功した一つの方向に ついて述べておきたい。かねてより、ネパール にレーザー光凝固装置の導入を考えて調査して きたが、当会自身の力では購入することができ なかったので、JICAの力を借りることにし た。その際、我々は、かねて日本で、眼科機械 修理の研修を終えて帰国させてあったシバコテ ィ氏をもう一度日本へ呼んで、レーザー装置の 補修点検の技術を研修させ、同時にネパール側 からのレーザー装置に対する要請がJICAに 届くようにした。こうして、2病院に対して各 1台のレーザー装置を入れることに成功した。 すべてを政府機関に頼るのでなく、できるだけ のことは自力で行い、計画の全体像は自分のほ

うでもちながら、その一部を(経済的には大部分を)政府機関に依頼するという方法をとった。 政府機関には「ポリシィ」というものがあって、 それに合わないものは受け付けないから、政府 が受け付けてくれるように、自分たちの計画を 調整したのである。しかし、この根底にあるの は、政府側の信用である。民間団体は、はっき りした理念をもった「その分野での専門団体」

として、政府機関にも信用され、政府機関の依頼を受けたらそれに応じられるだけの力をもつことが大切であろう。要は官民協力の道であるが、それにしてもその道に辿り着くまでの道程が険し過ぎる。私が、当学会に期待するところは、政府と民間団体との仲介役をも果たして欲しいということである。その方法は、まだこれから探していかねばならないと思う。

#### The Role of NGO

#### Itaru KUROZUMI

Director, Association of Ophthalmic Cooperation in Asia

The Association of Ophthalmic Cooperation in Asia(AOCA) was founded in 1973 as a non-governmental association to aid developing nations in the field of ophthalmic health. The actual activities have been conducted, with the cooperation of Nepal, in eye camps. The aim has been to increase the man power in ophthalmic health, to donate ophthalmic machines, and to teach new techniques in ophthalmology.

In the past fifteen years, we have trained eight paramedics as leaders in ophthalmology in Nepal Eye Hospital and Bir Hospital in Kathmandu. In that time, many new machines have been donated and 3,000 cataract operations have been performed. In addition, we have donated the equivalent of 142 million Yen to Nepal.

The main purpose of NGO, however, is to maintain diplomatic and long-lasting international relations with Nepal and other developing countries. We plan to achieve this goal through working hand-in-hand with Official Development Aid (ODA) are experts in their field of good international cooperation.

# 国際保健医療協力分野における先進国の役割

#### 中島 宏

#### WHO西太平洋地域事務局長

この総会に、国際協力についてのお互いの考えを共有し合うためにWHOをお招き下さった 日本国際保健医療学会事務局の皆様に感謝いた します。WHOもまた保健医療の向上を目的と

して設立された発展途上国と先進国との連合体であり、国際保健医療分野における世界的な先導的・調整的役割を果たす機関であることを思い出していただくことは、おそらく価値のある

ことであると思います。

貴学会および他の先進諸国における同様の組織の国際協力に対する関心は、賞賛すべきものです。実際、世界歴史のいかなる時代においても、発展のすべての側面における国際協力の必要性が、今日ほど重要性を帯びたことはなかったでしょう。新しい国際経済秩序を現実のものとするためには、発展に関する問題は、社会的な発展についても経済的な発展についても、また国家的なレベルにおいても国際的なレベルにおいても、発展途上国と先進国による極めて協力的な努力が増大することを必要としています。

発展途上諸国における進歩は、第一義的には、 自身の努力にかかっているのですが、それはま た先進国の政策や行動によっても影響を受けま す。逆に、多くの分野において国際的な関係、 協力、相互依存が広がった結果として、先進国 の進歩もまた、発展途上国の政策や行動によっ て常に影響を受けるということも明白です。先 進国、途上国双方は、その相互依存のために社 会、経済の両分野における互いの協力を効果的 なものとするための真摯な考慮を払ってきまし た。

WHOは、すべての国々の間の保健医療分野における技術協力を進めます。先進国の協力は、これまで主として資金の移動と技術の発達、移転の分野において拡大してきましたし、今後も拡大が続けられることでしょう。技術の発達、移転に関しては、今日、世界に二つの対照的な状況があることは、皆さんご存知の通りです。つまり、ほとんどの途上国が医学生物学的な研究や保健システムについての研究を行う十分なキャパシティーをもてないでいる一方で、生命科学の分野における知識は、爆発的に増大しています。工業国では、病気の診断、治療のための科学的で先進的な医療工学技術が発達しています。

技術移転の重要性は、様々な会議の主題となっていました。移転されるべき技術の性質も、様々な哲学的見解を反映して議論の対象となっています。たとえば経口補液療法のようなプライマリ・ヘルスケア・レベルで役立つ簡便な対象をが、大変、適切で必要であることは疑いを入れません。一方、現代のハイテクノノあるように思われるかもしれません。しかしながら、もし技術移転が簡便な項目のみから成るとしたら、それを受ける側の国々は"第三世界"の国々で受け入れられるレベルの保健医療を享受する能力を発展させることができないでしょう。

これと関連して、先進国自身もかつては低開 発国でありながら、その時代の付随する問題を 解決することができたのだということを忘れて はいけません。このことは、先進国の経験の中 には、失敗も含めて、途上国の進歩を加速させ うるたくさんの学ぶべき事柄があることを意味 しています。同時に、今日の主要な健康問題に 取り組むための技術を発展させるべく努力を続 けることは、たとえ当面はより少ない程度であ るにしても、同様な問題にすでに直面しなけれ ばならなくなりつつある途上国にとっても、ま た利益となることでしょう。こうしたわけで、 癌の治療、ホルモンの生産、B型肝炎に対する ワクチンの生産、感染症、癌や妊娠の迅速診断 のための試薬や血清を含めた実験技術の発達は、 ここに引用したのはほんの数例ですが、途上国 にとっても大変役立つことでしょう。もちろん、 ほとんどの途上国は情報技術の進歩から利益を 受けていることを述べる必要があるでしょう。

"西暦2000年までにすべての人に健康を"という目標は、世界のほとんどの地域で、プライマリ・ヘルスケアが大きく発達しなければ達成されないでしょう。ここ数年間で使用可能とな

った技術のより広汎で効率的な応用は、この目標の達成に重要な貢献をするでしょう。技術の簡素化と、それをより低コストのものとすることも、とても重要です。国の政策としてプライマリ・ヘルスケアが取り上げられたことによる保健医療サービスの拡大は、基本的な保健医療設備に対する需要の増大を生み出しました。もし、このような設備が大量に必要とされるならば、多くの途上国では、自国でそれらを生産することを望むかもしれません。

WHOでは、技術移転に対する支援を、その 重要な機能の一つとして考えています。これは 保健医療や社会経済の発展を向上させるための 科学的な発展や方法、処置、技術、設備の広汎

な移転と応用を意味しています。それ故、この 考えは、技術の輸出と諸国間での交換を含んで います。この世界的な努力の中で、進歩した技 術を生み出す人たちは、WHOが"世界のすべ ての人々に健康を"という深い意味をもってい ること、援助を必要としているより貧しい国々 の状況へ関心を払っていることに対し、注意を 向け、この考えを共有しなければなりません。

技術移転の本質は、人類の福祉にとって重要な何かを共有したいという願いです。私は、このことが先進国に対し挑戦的に問われているのであると考えています。先進国がこの挑戦に対して立ち上がり、応えていくであろうことを私は、心から信じて疑いません。

# The Role of Developed Countries in International Cooperation in the Field of Health

#### Hiroshi NAKAJIMA

Regional Director, WHO Western Pacific Region

I would like to thank the officers of the Japan Association for International Health for inviting the World Health Organization (WHO) to this meeting to share with you our thoughts on international cooperation. Perhaps it may be worthwhile to remind you that WHO is also an association of developing and developed countries established for the purpose of promoting health development and that it is the global directing and coordinating authority on international health work.

The concern of your Association, and of those in other developed countries, for international cooperation is commendable. Indeed, at no time in the history of the world has the need for cooperation among countries in all aspects of development been more vital importance. The problems of development social and economic, at both national and international levels demand greatly increased concerted efforts by the developing and developed countries if the new international economic order is to become a reality.

While the progress of developing countries depends primarily on their own efforts, it is also influenced by the policies and performance of the developed countries. Conversely it is evident that, as a consequence of widening international relations and cooperation and interdependence in many fields, the progress of the developed countries will also invariably be affected by the policies and performance of the developing countries. Because of their mutual interdependence, both the developed and developing

countries have been giving serious attention to effective cooperation between them in both the social and economic fields.

WHO promotes technical cooperation in the health field among all countries. The cooperation of developed countries has been and will continue to be, extended primarily in the area of mobilization of funds and technology development and transfer. As regards to the latter, we perceive two contrasting situations in the world today. On the one hand, most developing countries have an insufficient capacity for carrying out biomedical and health systems research; at the same time, an explosion is taking place and breakthroughs are occurring in the field of knowledge about life. Scientific and advanced medical engineering techniques are being developed for diagnosing and treating diseases in the industrialized countries.

The importance of technology transfer has been the subject of various meeting. The nature of the technology to be transferred is also the subject of debate reflecting different philosophical outlooks. There can be no doubt that the transfer of simple technologies suitable for use at the primary health care level is very appropriate and necessary, an example being oral rehydration procedures. The concept of transferring modern "high" technologies on the other hand might seem to be unrealistic. However, if technology transfer is to consist of only the simplest items, the recipient countries will continue to remain "Third World" countries and will not develop the capacity to deliver health care at a level which would be acceptable in a "first world" country.

In this connection, let it not be forgotten that the developed countries were themselves underdeveloped countries, but that they were able to solve the attendant problems of their time. This means that there is much to learn from their experiences, including their mistakes, which will allow the developing countries to accelerate their progress. At the same time, their ongoing efforts to develop technologies to deal with major health problems of today will also be of benefit to the developing countries who are already having to face similar problems of their own, if perhaps to lesser degree for the time being. Thus technologies for the treatment of cancer, production of hormones, production of a vaccine against hepatitis B, and the development of laboratory techniques including reagents/antisera for the rapid diagnosis of infectious diseases, cancer and pregnancy, to cite but a few examples, will be very useful to developing countries. It is, of course, necessary to mention that most developing countries are now benefiting from the advances made in imformatic technology.

The target of health for all by the year 2000 will not be reached unless primary health care is greatly improved in most parts of the world. The more widespread and efficient application of technologies that have been available for some years would contribute significantly to the achievement of this goal. Simplifying technologies and making them less costly are also of great importance. Expansion of the health services following the adoption of primary health care as a national policy has resulted in increased demands for basic health equipment. If large quantities of such equipment are required, a number of developing countries might wish to manufacture them themselves.

WHO considers support for technology transfer as one of its significant functions. This means ensuring the wide dissemination and application of scientific discoveries, methods, procedures, techniques and equipment capable of promoting health and

socioeconomic development. This concept therefore includes the export of technology and its exchange among countries. In this worldwide effort, the developpers of technologies must be alert to and share WHO's deep involvement with the health of all peoples, and its concern for the plight of the poorer nations that need assistance.

The essence of technology transfer is the desire to share something of importance to the welfare of mankind. I consider this a challenge to the developed countries will rise and take up this challenge.

# 国際協力におけるもう一つの試み

# 川原啓美アジア保健研修所長

#### はじめに

"Health for all by the year 2000 (紀元 2000年までに、すべての人びとに健康を)"は、 1978年にアルマ・アタでWHOによって宣言さ れたスローガンであり、全世界の保健医療従事 者は、それにもとづいてさまざまの努力を重ね てきた。特に発展途上国に住む人びとの健康を 守るために "Community-based Health Care (草の根の保健活動)"が、地域保健を中心とし て進められている。これにかかわるものとして、 国際協力活動が政府間(ODE)、あるいは民間 協力(NGO)によって実施されている。しか し、それらの働きは、単に医学の進歩や医療施 設の拡充、もしくは医療従事者の増加によって 目標が達成されるわけではない。つまり、政府 あるいは保健医療関係者の努力とともに、地域 住民自身が自分たちの健康を守るうえでの多く の問題を分析し、その解決のための学習と行動 を始めることが最も重要である。

アジア保健研修所 (AHI) は、アジア諸国 で働く中堅保健医療従事者の訓練・教育によっ て、この目標達成への一助とするための研修活 動を行っているので、その概要を紹介する。

#### アジア保健研修所(AHI)の理念

AHIのモットーは "Sharing for Selfhelp (自立のための分かち合い)"である。従来、いわゆる先進国から発展途上国に対して行われた 医療援助は、そのほとんどが治療医学中心であった。したがって病院などの医療施設を基地として資金、医療器材を送り、あるいは人材を派遣して、その国の医療水準の向上に寄与することがその中心であった。しかし、発展途上国のほとんどは農業国であり、国民の80%は田舎に住んで貧しい日々を送っている。首都や大都会にある病院に向けて行われるこれらの援助活動は、彼ら大多数の国民のうえに必ずしも及んではいない。

AHIの働きは、そのような従来の資金や物 資や人材を送る支援活動ではなく、アジア諸国 の田舎や都会のスラムに住む、その国の大多数 の人びとの健康を増進するために、愛をもって 惜しみなく働く人材を、その国の中で養成する 活動に力を貸すものである。しかもその方法は、 それらの国の教育システムの中に割りこんで新 しい制度を作り上げるというようなものではな く、すでに存在する人材の中から、彼ら自身も 周囲の人びとも気づいていなかった能力を発見 し、彼らの働きに活力を与えることに主眼を置 いている。

具体的には、アジア諸国で地域保健を中心として活動し、規模は小さくてもその地域住民の間で信頼され、成功している団体を発見し、それらとの協力関係の中で、最も必要とされている中堅指導者の育成のための研修活動を行うのである。

したがってAHIの理念は"Human Development (人づくり)"であり、しかも、その働きの主役は、あくまでアジア各国で活動している地域保健・医療の団体であり、そのワーカーたちである。AHIは脇役であり、触媒としての機能をもつにすぎない。

AHIの理念のもう一つの側面は "people to people (人びとから人びとへ)" である。

私たちの住む日本は島国であり、国境線を全 くもたない。しかし、徳川三百年の鎖国の歴史 は、日本人を最も国際性の乏しい国民に育てあ げてしまった。今日、政治・経済的に世界中の 国々、特にアジア諸国との関係は非常に深いが、 それにもかかわらず、日本人のアジアへの関心 はきわめて薄い。AHIのような仕事を日本で 推進するにあたり、一人でも多くの日本人にア ジアの人びとの実状を知ってもらい、彼らと共 に生きようとする活動に参加してもらうことが 重要である。現在AHIの活動は4,000人以上の 賛助会員からの会費によって支えられているが、 その98%以上は日本人である。この働きを通し、 日本の中に「アジア理解」が進められるよう願 っている。研修を終わったワーカーたちは、広 〈アジア全土に帰り、AHIで学んだ「分かち 合い」の精神を彼らの地方の人びとに伝えてい る。これが"人びとから人びとへ"の運動であ る。

#### 活動の概況

#### 1. 多目的保健医療従事者コース

これは、AHIの発足以来最も重点的に行わ れている研修コースであり、最初の目標は、ア ジアの僻地に住む人びとの健康増進のため、村 に住んで一人でたいていのことをやりこなせる、 幅の広い、しかも「中等度」の知識と技術をも つ保健医療従事者を育成することであった。1980 年から、年に2、3コース、それぞれ10ないし 15名ぐらいのワーカーが日本に招かれた。最初 の頃は技術の修得に重点が置かれ、また戦後40 年間で日本が克服してきた結核や寄生虫との戦 いの成果なども示された。しかし、社会経済構 造の全く異なる日本での保健活動は、実際に彼 らの現場で応用するのは困難である、というよ うな反応があり、帰国後の研修生を現地に訪ね て、私たちもそれを悟った。彼らの住むアジア 諸国での問題の根源は「貧困」である。健康は 社会の富のバロメーターであるといえよう。

そこでAHIでは、このコースの視点を、地域共同体住民による保健医療活動を自主的に展開する際に、ワーカーが直面するさまざまな問題を彼らから聞きとり、それをテーマとする方向に変えていった。たとえば保健活動における地域住民の参加であるとか、プライマリ・ヘルスケアにおける保健教育の実際、そして演劇やゲームを行うなどの多彩なプログラムが展開されるに至った。

初期の研修においては、カリキュラムが研修生一人一人の学習テーマとは別に、彼らの来日以前から作られており、彼らはそれを「受ける」という立場であった。しかし、彼らはそれぞれの地域ですでに数年の経験をもち、所属団体から推選されて参加した中堅ワーカーであり、一方的な知識の学習には必ずしも満足しないことがわかった。そこで、研修プログラムの詳細は

研修生自らの協議によって決定するという、研修生参加・共有型と呼ばれるような方法をとるに至った。これにより、彼らはアジア全体の視野からそれぞれの経験を共有し、学び合うという、正にAHIの目ざす Sharing (分かち合い)をみずからのものとすることができた。この手法は、彼らが地域共同体の中に帰ってからも村人の間で応用できるものであり、住民参加の、住民による保健活動のひな形ともなった。

さらにワーカーたちの現場により近い所での研修ニードが高まり、現在は日本国内で行われる国際コースのほかに、AHIの地域保健についての考え方を共有する地元の団体との協力によって、地域別研修コースを開催するに至った。現在、南インド、フィリピン、ネパール、インドネシアなどで毎年1回、1~2か月の研修コースが開催されている。

#### 2. 医療専門別コース

保健、医療の現場において、地域保健と治療 医学とは車の両輪であり、互いに補い合って地 域の人びとの健康に奉仕する業である。地域保 健ワーカーが住民の疾病を発見し、紹介する先 の医療機関の医師や医療技術者の実力を向上さ せることも必要不可欠である。AHIでは、隣 接の愛知国際病院や地元の大学病院などとの協

表1 研修コース別参加者数

力により、がんの早期発見や治療、新生児のケア、外科手術などのコースを実施している。期間は3~6か月である。

#### 3. 東洋医学コース

アジア諸国の田舎には病院がなく、医師もいない。このような場所で人びとの苦痛をやわらげるために、指圧や薬草が威力を発揮する。最近WHOでは、民間療法や伝統医学の見直しを強調しているが、AHIでは主としてハリと指圧のコースを中心に、すでに西洋医学の知識と経験のあるワーカーに東洋医学の伝達を図っている。

#### おわりに

以上、AHI発足以来6年間の経験を述べた。従来、アジア諸国で展開されてきた民間の保健医療活動は、宗教や地域の枠組みの中で行われてきた。したがってそれらを越えた広い視野のもとに働く団体がほとんどなかった。AHIは研修という領域を手がかりとして、これらの枠を越える働きに参加することができた。もちろん、これは極小規模の活動にすぎないが、国際保健医療協力における一つの試みとして諸賢の討議の資としたい。

(1987年3月15日現在)

研修コース名	1979 ~1980年	1981年度	1982年度	1983年度	1984年度	1985年度	1986年度	計
多目的保健·								
医療従事者コース								
国際研修コース	7	5	11	16	29	36	28	132
地域別研修コース	_	_	15	34	53	35	88	225
インド			15	19	23	20	24	101
フィリピン			10	15	15	15	11	56
ネパール					15		23	38
インドネシア				,			30	30
東洋医学コース	3	7	4	3	9	2	2	30
医学専門別コース	4	1	2	1	1	1	2	13
非医療従事者コース	_	1	_	6	6	_	_	13
計	14	14	32	60	98	74	130	413

	4	多目的保健・医	療従事者コース	東洋医学	医学専門	非医療従事	計
国	名	国際コース	地域別コース	コース	別コース	者コース	āT
イ	ンド	24	90	9	6	1	130
ネ	パール	11	40	1	3	3	58
バン	グラデシュ	5	3	1	2		11
ス	リランカ	4	2	1			7
マ	レーシア	4	2				6
9	イ	13		2			15
イン	ノドネシア	16	36	4		1	57
フ	ィリピン	29	47	9	1	6	92
韓	玉	11	1	3	- 1		16
台	湾	8					8
香	港	1					1
日	本	4	2			2	8
そ	(アメリカ)		1				1
0	(西ドイツ)		1				1
他	ベトナム	2					2
	計	132	235	30	13	13	413

#### Another Trial in International Cooperative Work

#### Hiromi KAWAHARA

Executive Director, Asian Health Institute

"Health for all by the year 2000" has been set as a goal for health workers all over the world since 1978 when the Alma Ata Declaration was made by World Health Organization (WHO) and United Nations Children's' Fund (UNICEF). However, an effort of health workers alone would not be sufficient to reach the goal. People's participation in this effort would be most essential.

The Asian Health Institute (AHI) was established in 1980. It was initiated by several doctors who had experienced overseas medical cooperative work through the Japan Overseas Christian Medical Cooperative Service (JOCS). Through their experiences in various parts of Asia, certain limitation of the overseas medical mission work had been realized in order to obtain the people's participation down to the grass-root level.

AHI is an educational and training center, the goal of which is to provide leadership training for community health workers from Asia. As participants share with each other in the various seminars and courses, they better prepare themselves for com-

munity health care and the development of health care programs when they return to their own countries.

Asian health leaders have long recognized that present health delivery systems are not meeting health needs in Asia. Due to the maldistribution of health resources, the majority of Asian people are not receiving adequate health care. Yet, most illnesses can be treated on the community level if health care is available.

One of the solutions for meeting these health problems is to help village people become self-reliant by developing their own community-based health care programs. Given proper guidance, village people can provide health resources for themselves. However, village health care programs are possible only as village leaders become sensitive to health needs and are capable of planning and implementing health programs.

There is a need for health leaders who can guide and train village people of Asia. AHI is dedicated to providing additional educational opportunities for community health leaders who will return to their own area in Asia to help village people there to develop local health care programs.

There is an urgent need for coordinating various kinds of international health and medical cooperation work which presently exist in this country. AHI is a means by which some of the work can cooperate with each other in this field. Possibilities of further cooperations and coordinations should be discussed at Japan Association for International Health (JAIH).

## 国際医療協力と国内研究体制の整備

## 和泉真藏

京都大学医学部皮膚病特別研究施設

#### 1. 緒 言

我々日本人の医師や医学研究者が、開発途上 国に対し医療協力を行おうとするとき、第1に 頭に浮かぶのは、途上国の現地において診療を 手伝ったり研究に協力したりすることであろう。 そのような活動は確かに重要であるが、日本の 海外医療協力は、そのような活動にのみ留まる ものではなく、日本の国内において途上国が必 要とする研究や技術開発を行い、現地に提供し てゆくこともまた極めて重要な国際医療協力活 動である。

この小論において私は、私たちが進めている

らいの血清診断法の開発を通して得た経験を紹介しつつ、国際医療協力を目指す研究が日本の 医学生物学の研究の発展や医療水準の向上に役立つことを示し、国際医療協力のためには国内 の研究体制の整備が重要であることを論証した いと考えている。

#### 2. 材料と方法

抗原:らいは抗酸性菌の一種であるらい菌の 感染によって引き起こされる慢性細菌感染症で あり、らい菌特異抗原および特異性と感度の優 れた血清学的方法を用いることにより血清診断 が可能である。 らい菌特異抗原のうち、我々が用いたのは、フェノール性糖脂質関連抗原 (NT-P-BSA) である。フェノール性糖脂質抗原 (PGL) は、1980年に Brennan らによって発見され<sup>1)</sup>、1981年、Hunter らによってその化学構造が解明され、ユニークなメチル化 3 糖が phenyl を介してPhthiocerol dimycocerosate に結合している糖脂質であることが明らかとなった。1984年には抗原決定基である糖鎖が藤原によって合成され、それを Phenyl propionate を介して牛血清アルブミンに結合することにより、血清診断用半合成抗原 (NT-P-BSA) が作成された。本研究はすべてこの抗原を用いて行った。

テスト血清:京都大学医学部皮膚科特別診察 室外来患者および国立療養所大島青松園入園者 より採取したらい患者および接触者血清を用い た。対照血清には京大病院などで採取した非ら い血清を用いた。

血清診断法:ELISAおよびゼラチン粒子 凝集反応を用いた。

ELISA=ELISA用 Microplateを NT-P-BSAでcoatし、希釈した血清を加え 37℃で60分反応させた後、ペルオキシダーゼ標 識抗ヒト免疫グロブリン血清を加えて反応させ、 結合した抗体を o-phenylenediamine と過酸化 水素を用いて発色させ吸光度で抗体価を表した。

ゼラチン粒子凝集反応=NT-P-BSA で感作 したゼラチン粒子と血清を Microtiter 用プレー ト上で反応させ、凝集が起きる最高希釈倍率で 抗体価を表した。

#### 3. 結果

1)発症危険感染者の予測:らいは感染症であるから、他の細菌感染症と同様に菌の感染を受けた者がすべて発病するわけではない。NT-P-BSAを用いた血清診断で発病の危険性のあるらい菌感染者を事前に診断することが可能かど

うかについて知るため、京大病院通院中の家族 内接触者の抗体価を調べたところ、その中の一 人に抗体価が持続的に高い例があるのを見いだ した。抗体クラスはすべて IgM で、らい菌に対 する抵抗力の指標であるレプロミン反応は陰性 から偽陽性であり、DDS の予防内服では抗体価 は低下しなかった。このような例は、発病危険 度の高いらい菌感染者と考えられるが、今後、 流行地における大規模で長期にわたる疫学調査 を行って結論を出したいと考えている。

- 2) 化学療法による抗体価の変動:血清抗体 価を経時的に測定した結果、発病当初高かった 抗体価も有効な化学療法によって比較的速やか に低下することが明らかとなった。この事実は、 抗体価の追跡が化学療法の効果の判定に新しい モニタリング法として役立つことを示している。
- 3) らい反応と抗体価の変動:らい患者は治療経過中に急性症状を示すことがあり、らい反応と呼ばれている。我々はらい反応の消長に伴って抗体価が変動する事実を見いだしたが、この事実は血清抗体価を測定することで、これまで不可能だったらい反応の出現を予測できる可能性を示しており、らいの臨床医学における抗体検査の重要性を示唆している。特にこれまで全く不可能であった鎮静期のらい腫らい患者に見られるらい反応の予測や経過観察が可能になった意義は大きい。

#### 4. 考察

我々がNT-P-BSAを用いたらいの血清診断法の開発を手掛けた第1の目的は、らいの流行地においてらい菌感染を受けた個体を血清学的に診断し、ハイリスクグループを発見し発病を予防する方法を確立することであった。日本は、らいの接触者が少なく、この種の研究には不向きであるが、京大の外来で経過観察中の1例は家族内接触者の中に持続的に抗体価の高い例の

あることを示しており、レプロミン反応が陰性 である事実を勘案すると、このような例は発病 の危険の高いグループであると推測され、我々 の血清診断法が、らいの発病予測に役立つ可能 性を示している。

研究を進めてゆく中で我々は、当初予測しなかった幾つかの新しい事実を発見した。一つは、化学療法によって血中抗体価が低下することで、抗体価の経時的測定が化学療法のモニタリングに役立つこと、またらい反応時には血中抗体価が上昇することなどである。らい特異抗体測定法の開発によって明らかとなったこれらの事実は、抗体価の経時的測定が、日本のらい対策事業にとっても重要な意味をもっていることを示している。開発途上国のらい対策を第一義的目的として開発した検査法が、日本におけるらい対策にも役立ったというこの事実は、国際医療協力と国内の医療水準の向上との関係について重要な示唆を与えるものである。

抗PGL抗体の研究はまた、研究手段の不足のために遅れていたらいの液性免疫の研究、ひいてはらいという抗原特異的免疫異常を伴った感染症において、細胞性免疫と液性免疫がどのような相互作用をもちながら病気を作ってゆくのかを解明することにも道を開くものである。

もっと基礎的分野について見ると、PGL関連抗原の研究は、少しずつ分子構造の違う誘導体や光学異性体を合成し、それらの免疫学的性質の差を調べることができるため、糖抗原の分子構造と免疫学的活性の関係の研究に有用なモデルになり、途上国医療やらい病学に直接関心をもたない他の分野の研究者の興味を引くことができる。そして、それらの研究者が研究を通じて我々に提供してくれる新知見の中には、途上国のらい対策に役立つ貴重な発見が含まれている可能性が強い。

WHOの発表によると、世界の推定らい患者

数は約1,100万人であり、有病率0.1%以上の流行地に住む人口は約10億人にものばるというが、らい問題の重要さは、この数の多さや有病率の高さだけではなく、患者数が20年前に比べて全く減少しておらず、発見が遅れ治療開始が遅れるために、多くの人々が身体障害者になり、労働能力や経済力を失い、家族にとっても社会にとっても大きな重荷になっていることである。

開発途上国が当面しているこうした厳しい現 実を前にするとき、我々日本人の国際医療協力 が、一時的に災害地に人を派遣したり、少数の ボランティアが現地で活動するだけでは、本当 に途上国の人々の要請に応えたことにならない ことは明らかである。

日本が開発途上国が本当に必要とする医療協力を行うためには、それに対応し得るための教育と研究が日本国内において充実されなければならない。日本の医学研究体制が、開発途上国の保健問題を日本国民が当面する保健問題と同様に考え、必要な研究体制を整備し発展させることは、日本の国際医療協力にとって最重要の課題である。

途上国の医療の向上と健康の増進を第一義的目的とする研究が、日本の学問水準の向上と医療の充実につながるという事実の中に、我々は日本の国際医療協力の新しい展望を見いだすことができる。

#### 5. 要 約

らいの血清診断法の開発は、開発途上国のらい対策にとって重要な課題である。我々は過去 4年間この課題に取り組み、新しいらいの血清 診断法を確立した。

この研究過程を通じて我々は、途上国のらい 対策の向上を第一義的目的とする研究が、日本 のらい医療の水準の向上のみならず、広く医学 生物学の発展にも役立つことを経験した。この 経験を通して我々は、日本の国際医療協力のための最重要課題の一つは、国内研究体制の整備であるとの結論に達した。

#### 文 献

- 1) Brennan, P. J., et al.: Int. J. Iepr., 48:382, 1980.
- 2) Hunter, S. W., et al.: J. Bact., 147: 728, 1981.
- 3) Hunter, S.W., et al.: J, Biol. Chem., 257, 10572, 1982.
  - 4) Hunter, S.W., et al.: J. Biol. Chem., 258, 7556, 1983.
  - 5) Fujiwara, T., et al.: Infect. Immun., 43:245, 1984.

# International Health Collaboration Requires the Improvement in Domestic Health Research Activities

#### Shinzou IZUMI

Leprosy Research Laboratory, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Kyoto University

Leprosy is one of the most serious health problems in developing countries. Recently we established a new rapid serodiagnostic method which will be useful for prevention of leprosy in the endemic countries.

This technique, however, is proved to be useful, also for monitoring of chemotherapeutic effects and for development of immunochemistry of the sugar antigens in Japan.

Our experience clearly demonstrated the fact that international health collaboration between developing countries and developed countries provide benefit to both sides.

# タイ看護教育の国際援助 乳幼児の栄養状態の基礎調査

日比野 路子、津島優子 タイ看護教育プロジェクト・前派遣専門家

#### はじめに

タイ国の看護教育の国際協力に携わって3年 3か月、プロジェクト活動を行ってきた。その 援助活動の一つとして、この調査研究がある。

保健省、看護教育課管轄下の全国に設置されている21校の看護学校は、1977年に行われた看護教育制度の大改革によって4年制、2年制に

大別されてカリキュラムも改正された。

この新カリキュラムに1年から4年まで通年で「地域看護」が盛り込まれた。この教科の正しい理解のもとに行われる教育のあり方と、その臨地実習の内容充実が重要なプロジェクト活動の課題となった。すなわち各学校の教員、学生の「地域看護」に対する正しい認識と自覚をもたせることという、教育的目的を主眼とする

調査を実施することに踏切ったのである。言い 換えれば教育的動機づけ調査ともいえるのであ る。

#### I 調査目的

- 1. タイ国の乳幼児の栄養状態をその地域の特 色に応じて調査することによって、看護専門 教科の中の主眼ともいえる「地域看護」の教 育実習の充実となる動機づけとすること。
- 2. また教員、学生たちの面接、測定等の指導、 観察によって地域の人々の栄養に対する関心 度、知識を高めること。
- 3. いかなる地域においても、使用可能な簡便 な用具を用いて健康度のチェック、調査研究 が行われ得ることの体験学習をさせること。

#### II 調査方法

1. 看護教育課の協力をもとに各学校長および 教員たちに対しての説明、協力の要請を行っ た。その時点で調査用紙(案)を配布して、 質問内容について理解および意見調整を行っ た。

#### 2. 実施状況について

「地域看護」の教育実習の期間を利用して調査を実施した。面接および記入、測定の担当は「地域看護」および「小児看護」の教員たちと2年生、3年生の学生たちであった。

#### 3. 調査資料について

質問用紙作成については、看護教育課カウンターパートと何回かの協議の末、調査用紙(案)を作った。タイの言語、異文化、宗教、生活習慣等の違いが討議を重ねるごとに大きな壁として露呈したが、日本語→英語→タイ語と3段方式の話合いの結果やっとまとまった(例ータイ語には離乳期、離乳食という言葉がない)。もしも日本側が一方的に調査項目を作り、タイ側に流して集計、調査完了とした

- ら、この調査は日本的自己満足調査とでも名 づけねばならないかも知れない。討議は日本 側、タイ側にとって必要な、貴重な学びであ った。
- 1) 質問紙については下記の5項目を設定し、項目ごとの記入を記入者のサインと共に依頼した。
- a. 調査目的・目標・調査予定について
- b. 腕囲・身長・体重の測定法についての説 明
- c. 測定を受ける乳幼児について――性別・ 出生時体重・年齢・授乳状況(母乳・人口 栄養・補助食等々)
- d. 兄弟姉妹について――数・順序・年齢・ 死亡状況
- e.両親または育児担当者について――年齢・ 宗教・学歴・職種・収入・健康状態等。
- 2) 集計方法については健康な1~5歳まで の乳幼児を対象として面接形式で質問を行い、 腕囲・体重・身長の測定を行った。
- a. 面接場所――村落・コミュニティ病院・ 保健所
- b. 面接者――「地域看護」「小児看護」担当 教員および2・3年生の学生たち(平均1 回の面接に5~7名)で面接・測定・記入 を行った。
- c. 調査用紙へ記入後、各校より郵送によってプロジェクトが回収した。
- 3) 集計過程については、数字以外の記入の 大半がタイ語であったので英訳を必要とした。 係数については、タイ国立統計局に集計依頼 してコンピュータによる集計を行ったが、統 計局の理解不足等があって予定外の日時が費 やされた。

#### III 調査結果

1. 調査対象

調査集計総数は、2,633件であった。そのうち 測定値使用不可能が189件、小児の背景データに 疑義のあるケースが187件あった。すなわち計376 件が集計不能の資料となった。その主な理由と しては、測定値については測定者または記入者 の不注意による誤差、書き漏らしなどが多く、 小児の背景については質問者、回答者どちらか の質問に対する理解不足、聞き違え等によるも のと考えられた。

乳幼児については、6か月ごとの年齢差による8グループに分けて測定を行った。総数の51.9%が男児で48.1%が女児であった。

両親については、総数4,892名で学歴について 無回答が父親44件 (1.8%)、母親 (0.9%)、ま た収入について2,446件のうち、無回答151件 (6.1%) となっている。

年齢については、父親の $20\sim30$ 歳代が43.3%で、母親の20歳代が61.7%、30歳代30.1%であった。すなわち調査対象の大半が両親とも若い世代であるといえる。10歳代は0.2%のみであった( $17\sim19$ 歳)。

#### 2. 測定結果

- 1) 腕囲測定については、90.0%の乳幼児が標準値内の数値を示した。1.4%が低栄養で、要注意の値3.9%を入れると5.3%の乳幼児が低栄養となる。その反面114人(4.7%)が標準値を上回っていた。
- \* 腕囲測定の標準値は、タイ保健省による標準測定値(1982年度)を使った。

正常値 13.5cm-17.5cm 準正常値 12.5cm-13.4cm 低栄養値 7.0cm-12.4cm

2) 体重はタイにおける標準測定値の選定が 難しかった (5か所から発行された値があっ てそれぞれに異なった値が出ている)。結局、 保健省栄養課から発行されている測定値(1975 年)を標準値として使用した。それによると、 今回の調査結果は、第1度栄養失調児は35.6 %、第2度が8.1%、第3度が0.8%であった。 また26.8%が肥満傾向を示した。

- 3) 身長は、上記と同じ標準値との比較で、 5.8%の小児が正常値より第2度低く、3.5% の小児が第3度の低さを示した。正常値より 高い小児は34.8%あった。
- 4) カウプ指数:タイ国には指数についての 資料がないため、日本の標準指数(1984年高 石氏による)を使用した。それによると35% のタイの乳幼児は標準より痩せており、10% 程度が太っており、女児のほうが男児よりも 太っているという数値がでた(日本ではその 反対の数値である)。

#### 3. 乳幼児の背景について

- 1) 乳幼児の現在までの健康状態については、 出生時体重、身長、授乳状況、既往症等についての調査結果は、未記入が多く資料として 使用不可能であった。
- 2) 兄弟、姉妹については小児の30%がひとりっ子であった。それは両親の年齢の若さによるものと考えられる。29%の小児は3人以上の兄弟、姉妹をもっていた。地域別にみると、5人以上の兄弟、姉妹のいる地域は南部12.4%と最も多く、北部が3.8%と最低を示している。
- 3) 両親については、両親の60%が小学校卒で、父親34.1%、母親25.2%がより高い教育を受けている。南部の母親の16.2%が教育を受けておらず、中央では34.5%の母親が高卒以上の教育を受けていた。

また両親の収入は総数の半数が3,000バーツ以下の収入であった(平均所得2,200バーツ)。 98%以上の両親が共稼ぎであった。特に報告しておきたいことは、収入の高低が同じ職種内でも激しく異なるということである(農業・漁業従事者の最低月収が500~5,000、10,000 バーツというバラツキを示していた)。

#### Ⅳ 考察

#### 1. 腕囲について

開発途上国において乳幼児の栄養状態を調査する簡便な方法として行った腕囲測定は、乳幼児の成長のアウトラインを知るには意味があり、また正常でないケースの発見には有効であるといえる。だが、今回の調査結果からは、体重・身長測定による方法のほうが、より確実・正確な情報を得られることが明確となった。

#### 2. 体重・身長について

調査結果からは、体重・身長ともに正常値よりも高く、タイの小児の成長・発育は順調であるといえよう。ただし、標準値そのものが1975年度の資料であることから考えれば、当然のことだともいえる。

#### 3. カウプ指数について

日本の標準との比較によると35%のタイの 小児が日本の小児より痩せていて、10%程度 のタイの小児が日本の小児より太っているこ ととなった。

#### 4. 小児の背景について

両親の年齢・職業・収入・兄弟・姉妹の有 無については、調査結果からみるとあまり大 きな影響はないといえる。ただし、無教育・ 低収入の両親の小児は低栄養が多いが、それ と平行して肥満の小児もいるという結果がで た。

#### 5. 地域別について

南部と東北タイとが低栄養児が多い結果が でた。ただ南部はそれと平行して肥満児も大 きな数値を示している。

#### Ⅴ 結 論

この調査の第一目標であった教育的意義は一応達成できた(1985年7月に開催した担当教員を交えての評価会議の結果)。すなわち、各看護学校の教員、学生たちの各地域における栄養調査、指導の必要性の認識、測定、面接技法の修得、データ記入の正確性の重要さ等々の学びがあった。データ分析の結果による問題解決のための個別指導を今後継続してゆく意義についても強調した。

次のステップとして母親に対する健康教育を 各々の地域に応じた指導によって充実させてゆ くことを期待している。

この調査を行うにあたって、多くの問題点が あったにもかかわらず、真剣な人間交流が行わ れたことによって、そのひとつひとつが解決で きたことを心から感謝する。

## Report of International Cooperation for Thai Nursing Education

—A Survey on Nutritional Condition of Children Age One to Five—

#### Michiko HIBINO

#### Yuko TSUSHIMA

Former Experts, Thailand-Japan Nursing Education Project, JICA

#### INTRODUCTION

The nutritional condition of children is a matter of great concern in community health. The fifth National Health Development Plan of the Thai government stated that the nutritional condition of children should be improved; Then, what is the actual condition? Using simple methods, the realities of nutritional conditions of children aged one to five years were investigated. It is believed that this survey will bring some significant facts so as to clarify the needs of health education to mothers. Health education is one of the most important functions of any field of nursing. It is essential that we make people take care of their health by themselves. The subsidiary aim of this survey was to stimulate instructors to inquire. The inquiring attitudes of instructors will affect students and help them develop the same attitudes.

#### OBJECTIVES OF THE SURVEY

The objectives of this survey were to measure the physical standards of children and to inquire about related matters, as follows:

- (a) To measure the mid-upper arm circumference, weight and height of healthy children who are from one year to five years old.
- (b) To investigate factors which are needed to assess the body dimensions of children.
- (c) To investigate factors which of affect the nutritional condition of children.

#### SUGGESTION FOR FURTHER STUDY

This survey was as an opening study to seek out effective nursing that we would improve the nutritional conditions of children. The next step is a follow up study of each group of children with and without problems. The study should include clarifying factors on both the child and his/her family which affect the nutritional condition of the child. Especially, the mother's knowledge and behavior in child-care should be investigated carefully.

#### 第2回総会一般演題

1-(1)「海外医療協力と自治医科大学について」

吉野 浄 (県立厚木病院内科、自治医科大学地域医療学)

1-(3)「ソマリアにおける難民自立促進プロジェクトの一環としての保健活動」 石井弘代 (JVC/SHARE看護婦)

1-(4)「NGOの立場から医療援助を考える」 柴田さちよ (名古屋第二赤十字病院)

- 2-(1)「発展途上国(タイ国)の難民キャンプにおける妊婦検診、分娩記録の2年間の集計を通して産科的心得の必要性の実感と反省および卒後研修のあり方について」 阿部敏紀(平和医学アカデミー内科医)
- 2-(2)「南インド、ディナバンドウ(Deenabandu)における"人作りプログラム"に参加して」 石川 聡(浜松医科大学学生)
- 2-(3)「インドの一フィールドにおけるプライマリ・ヘルスケアについて」 岡村 宏(自治医科大学学生)
- 2-(4)「バングラデシュのプライマリ・ヘルスケア (第2報) 保健ボランティアを中心に」 石川信克、石川典子 (結核予防会結核研究所/日本キリスト教海外医療協力会)
- 3-(1)「ネグロス島における医療援助活動」 奥村悦之(高知学園短期大学保健)、喜井晴夫(守口市医師会R.C.)
- 3-(2)「フィリピン・イラガン教区における国際保健医療協力」 華表宏有、松田晋哉(産業医科大学公衆衛生)、竹内正也(いわき市立常盤病院・内科)、 草川三治(東京女子医大第二病院小児科)
- 3-(3)「フィリピンの山岳少数民族の村における保健医療協力」 堀沢六郎、川原暁子、伊藤得志男、山下政一、堀沢明子、川原啓美(愛知国際病院)
- 3-(4)「フィリピン・セブ市における日比合同ハンセン病対策中間報告」 星野邦夫(我孫子中央病院)
- 4 −(1) 「Illness behavior *<*∅ anthropological approach」

藤内修二、前沢政次(自治医科大学地域医療学)、福井次矢(国立病院医療センター)

- 4-(2)「在日アジア人留学生の健康問題について-アジア文化会館における実践の中から-」 川上 剛 (東京医科歯科大学医学部公衆衛生学)、安川隆子 (埼玉県衛生部)、 白石勝巳、工藤正司 (アジア学生文化協会)
- 4-(3)「蛋白質・エネルギー欠乏症 (PEM) からの回復と栄養評価パラメーター」 力丸 徹、藤田美明 (東京都老人総合研究所栄養学研究室)、 岸 恭一 (徳島大学医学部栄養生理学)

4-(4)「らいに関する実態調査および臨床検査研修の経験から一臨床サイドと研究サイドの狭間に て-」

平田恒彦 (国立多摩研究所)

- 5-(1)「バヌアツ共和国での医療活動と今後の発展途上国の医療協力への展望」 岩崎和佳子(岩崎眼科内科医院)、百村清志(百村眼科医院)、 宇山晶延(バヌアツに医療を送る会代表幹事・関西医科大学)
- 5-(2)「1986年夏、カンプチア・プノンペンを視察して」 金田 衛 (東名厚木病院外科、SHARE代表)
- 5-(3)「アジアのより良い地域医療をめざして-アジア医師連絡協議会の試み-」 遠田耕平 (秋田大学医学部第二病理学)、藤内修二 (自治医科大学地域医療学)、 川上 剛 (東京医科歯科大学公衆衛生学)、牛尾光宏 (WHO西太平洋地域事務局)、 菅波 茂 (菅波医院院長)
- 5-(4)「全日本医学生アジア連絡協議会の活動」 松島敏裕(自治医科大学学生)

## エチオピア・マーシャ村 総合的復興プロジェクト報告

## 林 達雄

1985年1月、JVC(日本国際ボランティアセンター)のコーディネーションのもとにSHAREの医師・看護婦は、当時旱魃、飢餓の渦中にあったエチオピア北部ウォロ州アジバール村に入り、約1年の間に入院患者だけで509人の死者をみとった。この年の大雨季には平年並みの雨が降り、人々は自分の村に帰り、農耕を再開した。秋には収穫が見られ、救援活動が必要な事態は去り、翌年1月アジバール病院を閉じた。この活動を通して、多くの人の生命を永らえさせたが、それは薬や粉ミルク・小麦等の食料を配ることにより、栄養失調や赤痢、回帰熱、麻疹等の感染症に対処することであり、今後再来が予想される旱魃を未然に防ぐことではなかった。

この地では、民家の周囲を除いてほとんど木

がない。木がないことが、水や表土を流出させ、 ひいては旱魃の原因になっているのではなかろ うか。しかも救援のための施設作りの過程で、 我々は残り少ない木を切ってきた。また旱魃の 間、食べ物、水、住居がないことにより多くの 人々が命をおとした。衣食住をはじめとする人 の生活をとりまく要素に総合的に対処すること が広い意味での予防活動であり、エチオピア北 部で最も必要とされていることではなかろうか。 そこで、植林、農業、水、栄養保健を総合的に 取扱うプロジェクトを1986年4月より始めた。

始めたものの、当初考えていたようには進まず、多くの困難にぶつかった。植林についていえば「植える場所がない」。人々は大麦、豆類を作る農業と牧畜によって生活しており、もはや全く使用されていない土地はほとんどない。外国から来た私たちが土地を囲って植林しようとすれば、村人は牧草地として使ってきた土地を失うことになりかねない。また家畜との関係を調整してゆかないと、せっかく植えた苗木が牛や羊に食べられてしまう。私たちは、地元の農業省、党、村との話し合いにより山間部を確保

し、今年の雨季に植える予定の在来の樹種の苗 205本を苗床で作っているが、農民と充分話し合 い、「3年間は家畜を入れないようにするが、木 が育った後には林間放牧地にする」という具合 に、こまめに調整をはかりながら進めてゆくよ う考えている。

栄養保健に関しては、栄養不良の子をかかえた母親を対象に、野菜を使った原地風の離乳食の調理の仕方、家庭菜園の作り方、また寸劇を使った保健教育等を始めてみた。婦人たちの多くは家に帰って実践しようとするが、朝から晩まで家事に忙しく、何キロも離れた水場から大きなつぼを背負って運ぶ水くみの回数を家庭菜園作りのために増やすことは難しいという。婦人たちの過重な労働とは対照的に、男たちは鋤を使っての耕起、収穫にたずさわる以外、地酒を飲み政治談義をすることを仕事としているように見える。

水に関しては、村の中心部に機械掘りの深井 戸を2基掘った。しかし、こうした大規模な井 戸よりも、10戸ごとくらいに散在して住んでい る各集落の近くに小さな水場を確保してゆくこ との重要性がわかってきた。

農業においても、作物の茎葉を家畜に食わせ、 牛糞を燃料として使う、土地を疲弊させやすい 形態を続けている。我々は、堆肥使用や混作等 有機的な土地利用のやり方の実験を始めた。

この1年間の反省もふまえ、今後の方向性としては、村の中でこれまで続けられてきた伝統的なやり方を学び、それにつけ加えるような形で生活改善の取組みを行ってゆく。植林においては、木を植える習慣をつけるために、まずは家庭レベルでの植林を奨励する。栄養問題も母子のみならず家族ぐるみで考えるきっかけ作りのため各集落に訪問してゆく。そして地域の行政(農業省・保健省・小学校)と村人の自発的な働きとの間の橋渡しができればと考えている。

またエチオピアのみならず現代日本においても、食べ物、水、住居等の生活要素を再考し、ライフスタイルを問い直すことが必要だと痛感している。生活と健康あるいは疾病との関係を考えるとき、第三世界での難民や飢餓の問題は、日本国内の障害者、寝たきり老人、死の臨床、精神病、環境破壊などの問題と同一水平線上にあるのではなかろうか。

最近、国際的な会議では Linkage という単語がよく使われる。これはさまざまな問題、それに対する活動を個々バラバラに扱うのではなく、一連のものとしてとらえ実行してゆこうというものである。発足間もない当学会も他分野と広く結び、Linkage してゆくことを期待する。

(日本国際ボランティアセンター)

### An Integrated Rural Rehabilitation Project in ETHIOPIA

#### Tatsuo HAYASHI

Japan International Volunteer Center

I spent one year working in an emergency medical project in Ajibar, northern Ethiopia. There I saw many people dying from the lack of food and clean drinking water. The rain the people depended upon finally came after a three-year wait, so they returned to their villages to cultivate the land. However, they were unable to succeed due to the following reasons: Firstly, there is no water conservation system in Ethiopia, and since

there is only a small percentage of land which is covered with forests, the top soil is easily washed away by heavy rain. Secondly, there is a big problem with overgrazing -- another contributing factor of soil sterility. As a result, my organization began an integrated rural rehabilitation project in April, 1986. This project was aimed at achieving the following: to plant trees, to provide clean drinking water, to provide adequate nutrition, and to improve the health standards.

We began by selecting sites for soil/water conservation, and planted seedings of the indigenous tree species. However, we discovered that almost all the land, even the bare hilltops, were being used for grazing purposes. We realized that the enclosure of land for planting trees would mean that local farmers would lose their land; obviously cooperation from the farmers and local residents would be essential if this project was going to work. We tackled this obstacle through the distribution of tree seedling to the local families, and with the cooperation of local primary school, we were able to educate the children, too. Since the beginning of our project, we have continued to educate the people through home visitations and discussions in order to continue the success of our project.

From our experiences in Ethiopia, we have learned that health and illness are closely related to lifestyle. For that reason, perhaps we Japanese should reconsider how we are living with our environment; are we doing our best to promote agriculture and to ensure adequate food and water supplies for our own nation?

タイ国の難民キャンプにおける 妊婦検診、分娩記録の2年間の 集計を通して産科的心得の必要 性の実感と反省および卒後研修 について(前半)

阿部 敏紀

#### I 緒 言

発展途上国における医療協力の一つの形態として、難民キャンプでの診療活動は今後とも必要と思われる。では、そこで働く医師に望まれる医療知識・技術はいかなるものであろうか。昭和61年11月の当学会第3回関東地方会での「タイ国シキュー難民キャンプにおける民間医療チーム7年間の診療報告」にて、死亡者48名のうち4分の1は妊娠・分娩に関係した新生児死亡だったと発表した。そこで、本稿では「非

産婦人科医にとって必要な産科的心得」をテーマにして、まず2年間に当キャンプ病院を初診した難民の妊婦377名を対象にして、その妊婦検診チャートを集計した結果を述べる。

#### Ⅱ 方 法

1981年10月~1983年9月の2年間、表1の妊婦検診チャートを使って経過観察された妊婦377名に対して、377枚のチャートを月別に分け、①毎月の初診妊婦数を求めた。次に、各チャートより、②年齢、③身長、④体重、⑤最終月経日から初診日までの日数、⑥分娩歴、⑦出産までの外来受診回数を求めて、それらをパーソナルコンピュータに入力して、S-TAXで統計処理した。

最終月経日は、妊婦への問診から聴取した。 分娩歴として、各妊婦の「正期産回数(過期産 も含む)」「早産回数」「流産回数」「生存児数」

				kg								
SYN.I	Hx M	enar	che:	_ Mens	strual o	ycle: N	Ain	days	to N	Лах.	days	
Durati	on of	bleed	ling:	day	'S	Age o	of Mar	riage:				
OBS I	Ix.	LMF	D:			EDC:_		F	arit	y:		
PAST	Hx O	bstet	ric:									
			Others	s:								
			Allerg	gy:								
Date	We-	EU	AC	Epos	ЕПБ	рD	BW	Ede	U	A		
Date	eks	гп	AG	Epos	гпк	DF	DW	ma	P	S		
			-									
			+									
			+									
									_			
									-			
				-					-			
			+						$\vdash$			
			+	+								
~	DDEN											
HILI	DREN						_					
No I	Birthda		re I	Place	Birth B.W.	preg	Progr	ess o	f live	rv	Feeding &	Growth
1		-			D. 11.	preg	, riarie y	cc ac		. ,		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9		-										
10		+	-									-
12		+	_	-								

を求め、それぞれを集計した。ただし、ほとんどすべての妊婦は出生時の体重しか覚えていなかったので、やむを得ず表2に従って、体重から分娩時期を決定した。

#### Ⅲ 結果と考察

- 1. 毎月の初診妊婦数は平均16名で、2年間で 合計は377名だった(図1)。この間のキャンプ 人口の増加は図2の如くであった。
- 2. 年齢は図3、身長は図4、体重は図5を参照。
- 3. 外来初診時の妊娠週数に関して、最終月経日を聴取できたのは、377名中286名(76%)だった。その286名中、妊娠初期(16週未満)での初診妊婦は21名(7%)、中期(5~7か月)は

162名 (57%)、末期 (8か月以後) は103名 (30%) であった。また外来初診時の平均妊娠週数は、25週6日 (7か月)であった (図6)。妊婦検診の主な目的は、異常妊娠の早期発見および妊娠中毒症予防教育である。特に前者においては、より正確な妊娠週数の把握が必須である。ベトナム人の妊婦(難民)において、外来初診時期は非常に遅く、また約4分の1の妊婦は最終月経日を知らなかった。そこで、ポータブルエコーの導入を起点として、妊婦への早期外来受診の呼びかけ、妊娠週数のエコー診断、その後の妊娠のfollowが有用と思われた。そして異常妊娠が発見されれば、事前にキャンプ事務所から許可証を得て近くのタイの郡立または県立病院に患者を送ることができ治療に結びつく。

合計:377名 平均:16名/月

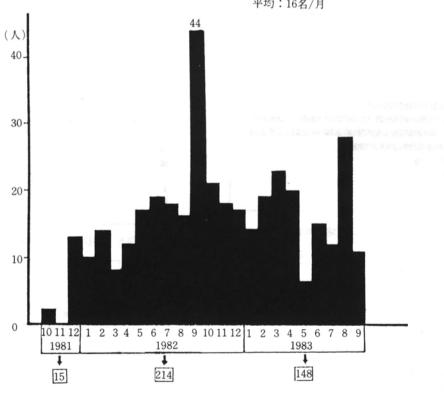


図1 シキューベトナム難民キャンプ病院の 毎月の初診妊婦数 (1981年10月~1983年9月)

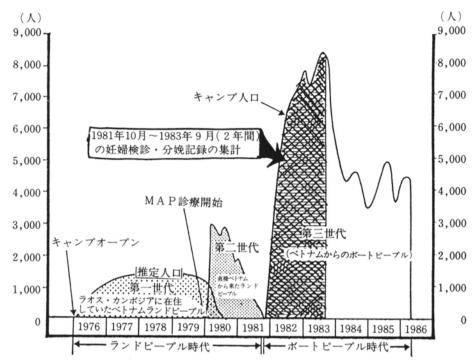
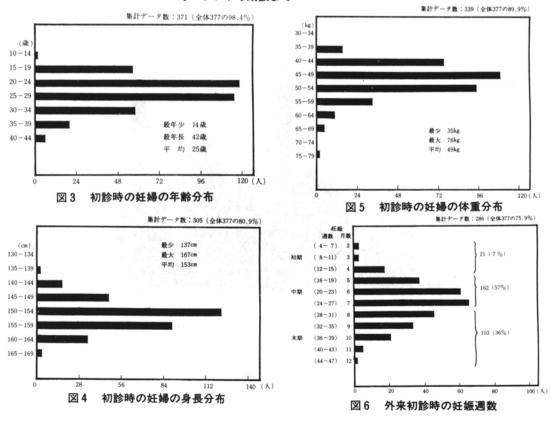


図 2 シキュー・ベトナム難民キャンプの人口推移 ーオープンから閉鎖まで-



4 子供の出産時の体重に基いて分娩歴を聴取 できたのは、妊婦全体の98%(369名)であった。 そのうち170名(46%)が初産婦、199名(54%) が経産婦だった。経産婦199名のうち56名(28%) の分娩回数は4回以上であり、60名(30%)に は初診時すでに3名以上の子供がいた(表3と 4)。また経産婦199名のうち子供の死亡ゼロは 128名(64%)、1名死亡は49名(25%)、出産児の 過半数を失った妊婦は31名(16%)だった(表5)。 5. 出産までの外来受診回数は、1回受診のみ の妊婦が44名と最も多く、回数が増えるにつれ て、その人数は漸減傾向にあった。4回以下の 受診例は283名のうち146名(52%)で、そのう ち9名(6.2%)が不幸な転帰(死亡・死産・無 脳児)をとった。一方、5回以上の受診例は283 名のうち137名(48%)で、そのうち1名(0.7 %) が妊娠中毒症で死産となった。

ところで、初診時すでに妊娠9か月以上の妊婦58名(21%)において、1名の無脳児(3,000g)以外は正常児だった。また初診時妊娠8か月以下の妊婦225名(79%)の中に合計8名(3.6%)の死産・死亡児が含まれていた。

#### Ⅳ 要 約

国際保健医療

過去2年間にタイ国のシキュー難民キャンプ で妊婦検診を行った377名の妊婦検診チャートに ついて7項目にわたって検討した。

その結果、わかったことは、

- 最終月経日を覚えていない妊婦が全体の4 分の1もいた。
- 2. 妊婦の外来初診時の平均妊娠週数は、25週 6日 (7か月) と、とても遅かった。
- 3. 妊婦の半数近くは初産婦だった。
- 4. 出産までの外来受診回数も1回だけという 妊婦が最多(16%)であった。また初診時妊娠 9か月以上の妊婦の1.7%(1名)が無脳児、8 か月以下の妊婦の3.6%(8名)が死産・死亡児

表2 分娩時体重,妊娠週数から見た分娩時期

	分 娩 時	(F)
	体 重 (g)	妊娠週数
流産	BW < 500	$wk \le 24$
早 産	$500 \le BW < 2,500$	$24 \leq wk \leq 37$
正期産	$2,500 \le BW < 4,000$	$37 \leq wk \leq 42$
過期産	4,000≦BW	$42 \leq wk$

#### 表3 妊婦369名中の初産婦と経産婦

4m 37 AH	(流産なし) 166	170	
初産婦	(流産1回) 4	170	369
	1~3回 147		309
経産婦	4~6回 40	199	
	7~14回 16		

#### 表 4 経産婦199名の生存児数

		経産如	帚(%)
	0	14	(7)
	. 1	66	(33)
初診時の	2	59	(30)
生存児数 (人)	3	24	(12)
	4 ~ 6	30	(15)
	7~10	6	(3)
合	計	199	(100)

#### 表 5 妊婦369名の子供の生存および死亡状況

		*	子供の	死亡	数(人	),	ム針	(%)
		0	1	2	3	4	D.11	(70)
現	0	170	//12//	//1///	//1///		184	(50)
在	1	56	6	//3///		//i//	66	149
	2	42	11	1	//5///		59	(40)
生左	3	15	7	1			24	(40)
生存している子	4	1	9	5	1		16	30
て	5	5	1	1			7	(8)
いっ	6	4	3				7	(0)
子	7	2		1			3	
供数	8	1					1	6
	9	1					1	(2)
(人)	10	1					1	
合	計	298	49	13	7	2	369	
(9	6)	(80)	(13)	(4)	(2)	(1)	(1	(00)

71

\*死産は含むが流産は含まない。 ////出産児の過半数を失ったケース。

例であった。そして、妊婦検診におけるポータ ブルエコーの有用性を述べた。

最後に、発展途上国において、母子保健に関 与する可能性の高い非産婦人科医は、ことさら、

上述のことも参考にして日本での研修や準備を 行うことが望ましいと思われた。分娩記録に関 しては次回に報告したい。

(平和医学アカデミー)

#### 表 6 初診時の妊娠月数別にみた初診から出産までの外来受診回数

集計データ数:283(全体の377の75.1%)

				- 225	79.5%	6)				- 58(20	.5%)-			
П	数	2	2	16	36	60	64	45	33	20	4	1	283	
	15												0	
初	14												0	2(0.7%)
診	13			2									2	J
から	12			2		1							3	
出	11		1		1	2	3						7	29(10.2%)
出産までの外来受診回数	10			1	2	3	6	1 🔺					13	25(10.270)
まで	9			2	1	3							6	J
0	8			1	3	9	9	2	1				25	
外	7		1	2	6	8	6	2					25	106(37.5%)
米。	6				5	7	4	5	2	1			24	100(37.370)
診	5	1	- 3	1	6	4	10	4	4	2			32	J
	4			2	4	6	9 •	5	3	1			30	
	3				3	8 ●•▲	4	9	9	5 ⊗			38	146(51.6%)
([1])	2			2 🔺	2	4	5	8 🛦	7	6			34	140(31.070)
	1	1		1	3 ▲	5	8 🛦	9	7	5	4	1	44	J
	161	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44		
()	周)	7	11	15	19	23	27	31	35	39	43	47		
(	月)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	-	
(	/1/			-1		0	- '	0		10	11	12	]	
		i	kJJ J	t)j		中具	9]		末	期				
					ŻΠ≣◇I	性の妊.	尼日粉							

初診時の妊娠月数

死亡者 2,500g以上▲ 2,500g未満▲ 死 産 2,500g以上● 2,500g未満● 無脳児 ⊗

The Need of Obstetrical Training for Volunteer Doctors who Work at a Refugee Camp in a Developing Country

#### Toshinori ABE

Medical Academy for Peace

In this presentation, the course of 377 pregnant women (PW) who were Vietnamese refugees were received through the analysis of their antenatal care charts. These women visited the OB-GYN OPD of the camp Hospital over a two-year period (Oct. 1981 to Sept. 1983). The hospital was located at the Sikhiu Vietnamese Refugee Camp in Thailand.

This analysis revealed the following four features:

- 1. About one-fourth of the PW were unable to remember the date of their last menstrual period(LMP).
- 2. The average length of gestation by the first OPD visit was twenty-five weeks and six days (seven months).
- 3.170 of the 369 PW(46%)were primipara, while 199(54%)were multipara. Among the 199 multipara women, fifty-six(28%)had had four or more previous deliveries.
- 4.All stillbirths and neonatal deaths occured among those who visited the OPD at eight-months or less of gestation.

Therefore, the more accurate determination of the length of gestation will be possible through the use of ultrasonography (US). This device easily motivates PW to visit the OPD earlier, because they are attracted by the opportunity to see their unborn fetus. In conclusion, focusing upon the above points, non-OB/GYN doctors should be trained in OB- GYN.

## ネグロス島における 医療援助活動

奥村 悦之、喜井 晴夫

#### 緒 言

医師会員を主たる構成員とする守口市ロータリークラブは、過去5年間にわたってフィリピンのネグロス島住民に対する医療援助を行っている。その経過と成績は紆余曲折を経て軌道に乗ったようであるが、なお種々なる問題点に遭遇する。今回は昭和61年度の医療援助活動の状況を報告するとともに、それらの諸点について言及してみたい。

#### 対象と方法

表1に示すごとく、それぞれ専門分野の医師 を中心とした医療奉仕協力者が構成され、受入 側であるバコロド、バゴ、サンカルロス各市の

ロータリークラブ協賛のもと、現地医師会ならびにオイスカ隊員のコーディネーション協力を 得、昭和60年12月29、30、31日および昭和61年 1月2日の4日間、1日1か所ずつ奉仕実施場 所である各市町村を巡回医療した。対象は各市 町村のアシェンダ(砂糖農場労働者居住域)に 住む医療希望者で、あらかじめ我々の訪問する 日時と場所を指定通知して当日集合してもらい、 主に現地看護婦ボランティアの英語通訳により

#### 表 1 実施関係者

1. 地区関係者 国際ロータリー第266地区 地区ガバナー 中西正二 国際奉仕部門担当 パストガバナー 伊瀬芳吉 世界社会奉仕委員会 委員長 増田 鼎

2. 参加クラブ

守 口 13名

なにわ 4名

大阪駅 2名

城 南 2名

西南 2名

西 1名

鶴 川 1名

淀 川 1名

あびこ 1名

地区外、会員外を含む27名

3. 受入クラブ

第385地区 バコロドR.C.

バ ゴR.C.

サン・カルロスRC.

4. 現地協力団体

オイスカフィリピン開発本部 日 本 オイスカ東京本部 マニラ・ケソン市

5. 奉仕実施場所

バ コ ロ ド Bacolod 市

バ ゴ Bago 市

サ ガ イ Sagai 市

ナ ポ レ ス Napoles 村

6. 奉仕協力者

タボナン Tabonan 村 サンカルロス San-Carlon 市 スマグ Sumag 町 ムルシア Murcia 村 タロオック Taloc 村 パコル Pakol 村

班	氏 名	ı	専	門分	野	班	氏	名	Ē	専門分野	抒	班	氏	名	車	厚門分野	于
	北村 正	治	不重	助産制	開発		野中	一彦	外		科		白神	正夫	歯		科
	伊藤	廉	外		科		磯田	欣二	歯		科		倉田	昭	耳	鼻	科
	井上幾之	進	内		科		大	谷 透	消	化器	科		池岡	清之	内		科
	岡田 正	蔵	婦	人	科		奥村	悦之	内		科		中木	寸 勲	外		科
_	星野 邦	夫	内		科	В	梅原	敬三	숲	員	外	С	舟橋	透	内		科
A	山本	馨	耳	鼻	科	ь	戸田	隆秀	建	具 製	造		桑原	要二	建	設 技	術
	横山 正	憲	歯		科		川西	雅彦	通		訳		舟戸	良裕	保	育	袁
	三浦 俊	造	貨物	自動車	運輸		喜井	晴夫	婦	人	科		辻	裕介	会	員	外
	森河	弘	ケー	一ス!	製造								喜井智	曾惠子	会	計 担	当
1	士邸 四	+	蚁	一 共	) 道												

問診し、診断し、治療を行った。

#### 結 果

4日間の受診は男性1,187名、女性2,054名、 総計3,241名を数えた。このうち14歳以下の小児 料領域受療者は1,374名、42.4%であった。0~4 歳の乳幼児と30、40歳代にピークをもつ二峰曲 線が得られた(図1)。

国際疾病分類により、診断および治療し得た成績においては、呼吸器系疾患が1,841名、56.8%と最も多く(うち74%が急性上気道感染)、次いで神経・感覚器疾患(うち眼科領域が50.2%、耳鼻科領域が44.1%)、筋骨格・結合織疾患(うち70.2%がいわゆる腰痛症)、消化器系疾患(うち55.5%が胃炎、39.7%が食思不振)、感染症・寄生虫疾患と続く。感染症・寄生虫疾患において下痢を主訴とする腸管感染症が76%に達し、うち80.5%が小児であった。この小児下痢の12例を無作意に選び、糞便検体をシードスワブ1

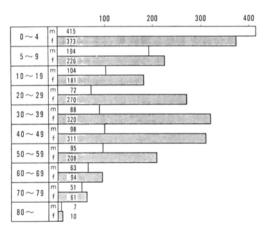


図1 年齢分布

号にて採取し、帰国後細菌培養同定を施行した ところ、3例に Enteropathogenic E. coli (O K混合血清 4 (+))、2例に Vibrio furnissi、 1例に Aeromonas hydrophila が検出された。 細菌性赤痢や回虫症も小児に多い傾向がみられ た。また肺結核は各年齢層に認められた。なお 血痰を主訴とする患者の喀痰を採取し、帰国後、 Ziel-Neelsen法による染色塗抹検鏡において、 60例中10例、16.1%が陽性であった。その他マラリア、フィラリア、フランペジアなどの熱帯性疾患の散見、またビタミン不足や栄養障害が多く認められたことは特異的である(表2、表3)。

#### 考察

受療者を傷病大分類により我が国の場合と比較検討すれば、日本では消化器疾患、循環器疾患、呼吸器疾患の順に患者が多く、第11位に感染症・寄生虫疾患をみるが1)、ネグロス島住民では呼吸器疾患が第1位で、感染症・寄生虫疾患は第5位、栄養障害が第6位を占める(表4)。また疾病罹患の順位をみても我が国で上位を占める高血圧や脳血管障害などほとんど認められないのに、下痢を主徴とする腸管感染症やビタミン不足が比較的上位を占める(表5)。

これらの事実は食習慣や民族の差というよりむしろ感染源対策、感染経路対策、感受性者対策などの防疫体制などの困難性、更には国民総生産GNP比や福祉行政の差異に起因しているのではなかろうかと推察し得る。したがって少しでも民衆の健康増進に寄与できることは何かという命題のもとに医療援助活動が開始されたわけである。その初心の発露は尊いとしても、年月を経るにつれ、正月休みを利用しての個人的奉仕には限度を感じるのである。すなわちそれぞれの班員が、日を換えて異なる市町村を巡回するのであるから、たとえば腸管感染症に対する抗生物質や養生指導の効果など、臨床的経過の観察ができないという医学的・倫理的良心の呵責に悩むのである。

更にまた、その是非善悪はともあれ、もし我々 先進国なみの疾病罹患構造に近づくようにとい うような軸目的をもって医療援助活動を行おう とするならば、それは全く不見識であり、また 不可能に近い。たとえば上述の適切なる医療を 享受しえていない肺結核の排菌者に対しては、 その疾病が慢性の経過を辿るが故に抗結核剤の 長期投与と効果判定をどう行うか、公衆衛生学 的対処をどう施行するかなどの問題に遭遇する。 そこには限られた費用、機器材や薬品の輸出入、 協力体制などの社会科学的問題が山積するので ある。

さすれば医療援助活動という目的意識は何か、 という根本問題について再熟慮する必要が生ま れてくる。我々は、それはいうまでもなく人間 救済という大前提に立脚して可能な医療援助活 動を行わねばならないと認識している2)。かよう な解釈をすれば、一民間水準においても成し得 る活動レベルが一つ一つ湧きでてくる。たとえ ば1か所のみを4日間続けて活動し臨床的経過 観察を充分に行うなどの方法の改善、更にすで に我々が実施している蓄積資金を応用しての現 地看護婦雇用なども一例であろう。医師や看護 婦などの当地の医療従事者、協賛協力団体など の関係各位との密接なる連絡連携のもとに、客 観的に良く状況を把握し、長期的展望に立って 実施していくところに医療援助活動の真の意義 があるのである。客観的状況把握にはもちろん その土地土地の文化や宗教、価値感3)4)5)、社会構 造の流れ6)や歴史7)の理解はいうまでもない。

医療援助活動は、彼我の間で本質的に進展していかなければならないのである。

稿を終わるにあたり、奉仕協力者各位、関係 者各位、現地協力団体各位、ならびにボランティア各位に心から感謝申し上げる次第である。

## (奥村一高知学園短期大学、喜井一守口市医師会) 文 献

- 厚生統計協会:国民衛生の動向、33、9、統計、 p.355-463、1986。
- 2) 奥村悦之、他:エチオピア旱魃被災民に対する 医療援助活動の状況と医療援助という問題につい ての考え方、アフリカ研究、29、p.55-63、1986。

- 3) 中川剛: 不思議のフィリピン、恩と恥、人間関 p.74-119、れんが書房新社、1986。 係、p.15-64、日本放送協会出版会、1986。
- 4) アジア太平洋資料センター編:フィリピンはも っと近い、ネグロス島砂糖労働者の現実、p.132-150、第三書館、1985。
- 5) 長倉洋海:フィリピン我が祖国、II、ネグロス、

- 6) Renato Constantino 著、池端雪浦・永野喜子 訳:フィリピン民衆の歴史Ⅰ、第Ⅲ章バランガイ 社会、p.34-73、井村文化事業社、1978。
  - 7) 中川正道:フィリピン史、V、大戦と独立、p. 248-291、同朋舎出版、1980。

表 2 傷病 • 年齢別受療者数

	衣 2 湯内 * 干部 / ) 文																		
疾病	大分類		年齢	0 ^	- 4	5 ~	-14	15~	-24	25~	-44	45~	-64	65	t	男	女	小計	合計
		腸管感染	症	60	46	29	31	5	4	3	22	2	3		1	99	107	206	
	感染		虫	3	5	5	9	1	1							9	15	24	
	症	結	核	1	1	1	1	2	1	3	2	5	1	1		13	5	18	
I	寄	赤痢(細	菌)	3	2	3	4				1					6	7	13	
	生	赤 痢(アメー	-バ)		1	1		1	1	1	2		1			3	5	8	
	虫症	麻	疹				1										1	1	
		耳 下 腺	炎				1										1	1	271 (8.4)
	内	栄 發 障	害	2	5	6	8	2	3 .	1	6	1	1			12	23	35	
	分泌	ビタミン不	足	7	1	10	8	9	28	11	30	2	16	1	4	40	87	127	
III	栄	甲状腺腫	大					1			5				1	1	6	7	
""	· 染雞· 代	糖 尿	病											1	1	1	1	2	
	謝疾	侏	儒				1						4				1	1	
	患	痛	風													5		5	177 (5.5)
IV	血液 疾患	貧	血	1	2	1	6	4	20	7	17		4		3	13	52	65	65 (2.0)
	精	不	眠			3	2	2	16	6	28	5	7	3	2	19	55	74	
V	神障	ノイロー	ゼ				1	-	1	1	3		1	ľ	-	1	6	7	81 (2.5)
	害																L ů		(2.5)
	44	視	뀲	5	2	9	15	12	28	23	91	20	49	13	16	82	201	283	
	神経	聴	器	34	35	24	20	13	34	17	35	12	16	5	4	105	144	249	
	経·感覚	神 経	痛				1	1	5		10	1	7	1	2	3	25	28	
VI	覚	三叉神経									1						1	1	
l	器疾	顔面神経-									1						1	1	
	患	小 脳 失	調								1						1	1	
L		失 語	症	_		_		_				_	1				1	1	564 (17.4)
		高血	圧					1		4	11	8	19	10	12	23	42	65	
	循	低 血	圧					2	9	1	8	1	3	1	2	5	22	27	
	環點	静 脈	瘤	1							1	1	1			2	2	4	
VII	器系	脳血管障	_									1			1	1	1	2	
	疾	不 整	脈								1	1		1		2	1	3	
	患	痔	核			1				3			1			4	1	5	
_		先天性心理	_	_		1 (	V.S.D.)					_				1		1	107 (3.3)
	呼	急性呼吸器		224	181	126	167	56	133	69	212	55	119	9	13	539	825	1364	
VIII	器	気 管 支	炎	85	74	44	45	19	23	14	31	12	19	8	4	182	196	378	
""	呼吸器系疾患	肺	炎		1		2	2	2	2	2	2	3	1		. 7	10	17	
	患	喘	息	4	5	5	14	6	7	12	14	10	3	1	1	38	44	82	1841 (56.8)

注(1) マラリア27☆、フィラリア50☆、フランペジア7♀はⅠの伝染病・寄生虫の項に 挿入のこと

注(2) 各年齢別の左:男 右:女

表 3 傷病 • 年齢別受療者数

疾病力	分割	_		1	手齢	0 ~	~ 4	5 ~	-14	15~	~24	25~	-44	45~	-64	65	†	男	女	小計	合計
	111111	胃			炎			1	4	13	38	19	64	12	25	6	5	51	136	187	
	消	食	欲	不	振	29	20	20	19		14	4	16	2	10			55	79	134	
	化器	胃•		指腸潰						2	1	1		4				7	1	8	
IX	系			持 組 E	織炎					1	1		1		1		1	1	4	5	
	疾患	虫へ	ル	=	ア					1			1					1	1	1	
	,6,	肝	疾		黄)			1		'							, .	1		1	337 (10.4)
		尿	i	首	炎			2		1	1	1		1	1		1	5	3	8	, , , , , ,
	沁	膀	A	光	炎						1	1	2				1	1	4	5	
	尿	乳	房	疾	患								2		1				3	3	
Х	器系	ф			尿										1				1	1	
	疾	副	睾	丸	炎							1						1		1	
	患	不	Œ	出	ф						1								1	1	
		前	立月	泉 肥	大											1		1		1	20 (0.6)
		皮	Ιį		炎	11	15	12	11	6	9	5	24	3	5	2	1	39	65	104	
		膿	1	茄	疹	2	1	1		2				1	2		1	6	4	10	
	皮	IJ	ンノ	、 腺	炎			1					3		1			1	4	5	
	膚	癜			風				1			1				1		2	1	3	
	·	皮	下	膿	瘍	1			1							1		2	1	3	
XII	皮下	湿			疹	1							1					1	1	2	
	組織	白			癬								1		1				2	2	
	疾	ľ	h	麻	疹	1		1			1							2	1	3	
1	患	芥			癬				1	1		1						1	1	2	
		縫	窩	織	炎			1										1		1	
		ケ	П	1	۴			1										1		1	136 (4.2)
	篮	腰			痛		1	2	2	8	50	25	104	18	45	7	12	60	214	274	
	筋骨格系・	関	î	節	炎	1			2	3	8	3	28	10	19	2	4	19	61	80	
XII	結	筋			痛					2	1	2	6	2	3		4	6	14	20	
	合織	IJ	ウ	マ	チ				1				2		6	1	2	1	11	12	
	疾患	頸	腕	症 候	群								2	1		1		2	2	4	390 (12.0)
ΧIV	先天 異常	П	蓋	破	裂	1 (	発育不全	1										2		2	(0.06)
		頭			痛	2	1		10	1	28		22	1	4		1	3	67	70	
XVI	診断不明確	腹			痛	6	13	2	14	1	8	1	7	1	6		1	11	49	60	130 (4.1)
VIP.		火			傷			1				1						2		2	
XVI	不愿事故	外			傷		1					1	1					1	2	3	5 (0.15)

(注) 各年齢別の左:男 右:女

表 4 傷病大分類における比較

	日本(全国推	計千人)%		ネグロス島	%
1	消化器疾患	1543.5 20.0	1	呼吸器疾患 1841	56.8
2	循環器疾患	1266.3 15.9	2	神経·感覚器疾患 564	17.4
3	呼吸器疾患	1049.1 13.6	3	筋骨格系·結合織疾患 390	12.1
4	筋骨格系·結合纖疾患	691.8 9.0	4	消化器疾患 337	10.4
5	神経系・感覚器疾患	651.5 8.5	5	感染症·寄生虫疾患 274	8.5
6	損 傷・中 毒	525.1 6.8	6	内分泌·栄養·代謝疾患 165	5.1
7	保健サービス	387.2 5.0	7	皮膚・皮下組織疾患 136	4.2
8	精神障害	378.6 4.9	8	診断不明確症状 130	4.1
9	皮膚・皮下組織疾患	245.4 3.2	9	循 環 器 疾 患 107	3.3
10	泌尿生殖器疾患	227.4 2.9	10	精 神 障 害 81	2.5
11	感染症•寄生虫疾患	207.7 2.7	11	血液·造血器疾患 65	2.0
12	内分泌·栄養·代謝疾患	201.5 2.6	12	泌尿生殖器疾患 20	0.6
13	新 生 物	194.0 2.5	13	損傷・中毒 5	0.2
14	診断不明確症状	60.8 0.9	14	先 天 異 常 2	0.1
15	先 天 異 常	28.7 0.4	14	新 生 物 2	0.1

(1984.10.1)

(1985.12~1986.1)

表 5 罹患疾病の順位

	日 本		ネグロス島
1	高 血 圧 658	3.8 1	急性上気道感染 1364
2	急性上気道感染 509	3.3 2	急性気管支炎 378
3	眼 科 系 疾 患 340	3.4	眼 科 系 疾 患 283
4	脊 柱 疾 患 29:	5.9 4	腰 痛 274
5	脳 血 管 疾 患 272	2.1 5	耳鼻科系疾患 249
6	皮膚・皮下組織疾患 24	5.4 6	腸 管 感 染 症 206
7	精 神 分 裂 症 22	0.8 7	胃十二指腸炎 188
8	耳鼻科系疾患 17	5.2 8	ビタミン不足 177
9	脱臼・捻挫・打撲 17	1.0 9	食 欲 不 振 134
10	胃·十二指腸潰瘍 16	4.3 10	皮膚・皮下組織疾患 104
11	胃炎十二指腸炎 15	4.2 11	喘 息 82
12	肝 疾 患 15	1.4 12	関 節 痛 80
13	急性気管支炎 14	3.8 13	不 眠 74
14	糖 尿 病 14	3.1 14	頭 痛 70
15	虚血性心疾患 12	6.1 15	高 血 圧 65

(1984.10.1)

(1985.12.29~1986.1.3)

### Medical Support for the Needy in Neglos Island

#### Etsushi OKUMURA<sup>1</sup>

#### Haruo YOSHII<sup>2</sup>

Department of Health Science, Kochi Gakuen Junior College<sup>1</sup> Department of Medical Association in Moriguchi, Osaka<sup>2</sup>

The non-governmental medical support was provided to poor people in Neglos Island, Philippines. We provided pediatric, dermatological, gynecological, dental, otorhinopharyngolaryngological, and internal medical care. The patients' ages ran from infant to eighty-six years old. We consulted a total of 3,241 patients over a four day period between December 29,1985 to January 3, 1986.

Most infectious diseases were due to the inflammation of respiratory organs and bacterial diarrhea. <u>Bacillus Tuberculosis</u> was detected in 16.1% of the patients by Ziel-Neelsen's stain method. In addition, three cases of Enteropathogenic E. Coli, two cases of Vibrio Furnissii, and one case of Aeromonas Hydrophila were detected by cultivation of the stool.

Various medications were prescribed for many patients; however, we were unable to observe their clinical courses, due to the lack of time spent in the area.

フィリピン・イラガン教区 における国際保健医療協力

華表宏有、松田晋哉、 竹内正也、草川三治

#### 1. イラガン教区とのかかわり

フィリピンの北部ルソン島イラガン教区(区 域はイサベラ州と一致、人口84万人、M. Purugganan 司教) では、1975年に当時発足した Rural Missionary of the Philippines (RMP) Community Based Health Program (CBHP) を教区活動の一つとして受け入れた。この RMP は、フィリピン農村の保健問題、一般住民のリ ガン教区の現状報告とRC建設について支援す

ーダー養成などと取り組んでいるNGOの一つ である。翌1976年には、日本の聖母訪問会(本 部・鎌倉市、総長・渡辺嘉子) が3人の会員を イサベラに派遣し、その後修道院のあるギバン (マニラから約380km、長距離バスで約8時間) にクリニックを開設した。1984年11月、日本カ トリック医師会 (JCMA、阿部保郎会長) の 会員6人が2泊3日の行程で現地を訪問し、C BHPの現状などを視察した。その時 Purugganan 司教との間でCBHPの拠点となる Referal Center (RC)建設について資金面で協力 する話合いが行われた。

#### 2. RC建設とCBHP推進への協力

1985年1月のJCMAの常任理事会で、イラ

ることが討議された。当面は募金活動を竹内が、 また日本から医学生などの Exposure Program については華表がそれぞれ担当することとして、 このイラガン教区との国際保健医療協力の試み が開始された。

この方針決定に沿い、カトリック新聞社の支援を得て、座談会、現地報告の記事と共に、5月にはカリタス・ジャパン(CJ)にも協力を依頼し、募金目標1,000万円のキャンペーンが行われた。その結果、1985年後半から86年前半にかけて、一般から600万円、JCMA会員から370万円の募金、またCJから一括200万円の寄付があり、一応当初の目標は達成された。

現地では1986年1月にようやくRCの落成祝 賀式が行われた。1985~86年にかけて、竹内、 華表はそれぞれ2回ずつ現地を訪問し、状況の 把握に努めると共に、これからの継続的な協力 関係を作っていくうえでの方向づけを模索した。

イサベラ教区側からは、主としてRCの技術 集積性の向上(たとえば小型レントゲン装置の 設置など)とその運営、さらに Community Health Worker (CHW)の養成のための諸費用 を一定期間継続的に支援して欲しいとの要望が 出された。一方、日本側からは、単にこのよう な経済的な協力に限定しないで、この RC などを 拠点として、小規模ではあっても、我が国の医・ 歯・薬・看・栄養など保健関連の学生、あるい は卒業者を対象とした Exposure Program や Post-Graduate Training Program を定期的に 実行し、第三世界の保健問題に関心をもつ次代 の人材を養成していくこと、さらに可能ならば 若手研究者のフィールド研究の場としても活用 し、СВНРの推進に学問的な視点からも寄与 できるようにすることなどが要望として出され た。

#### 3. 当面の課題と活動への指針

1987年4月時点における保健医療協力上の課題としては、すでに述べたような両方からの要望を十分出し合ったうえで、フィリピンおよび我が国に内在している各種の障害をひとつずつ解決していくことの重要性が指摘される。これを列挙すると、適正規模の資金援助計画の策定、薬品輸送上のトラブルの解決、研修生受入れの体制づくり、各種プログラムへの応募・人選の方法、その評価とフィードバックの実施、CBHPのなかの優先課題の具体的検討、フィリピン政府の許可の獲得などである。

基本的な活動方針としては、①支援者の層を拡大するうえでの啓蒙活動(特にCBHPについて)、②相互の継続的な人的交流と現地状況の把握、③NGOとしてのより適切な組織の在り方の検討、の3点が挙げられる。

最後に、この小さな国際保健医療協力の試み をご支援いただいている全国の数多くの方々に 深く感謝したします。

(華表、松田-産業医科大学、竹内-いわき市立常 盤病院、草川-東京女子医科大学第二病院)

#### 参考文献

- 関ワカ子:フィリピン派遣5年間の歩みの中で、 日本カトリック医師会誌(以下 BJCMA)、20号: 34-39、1981。
- 2. 華表宏有: フィリピン北部ルソン島体験旅行から、BJCMA、24号: 22-33、1985.
- 3. 竹内正也: ギバン診療所設立に至るまで、 BJCMA、24号: 33-37、1985.
- 竹内正也:ギバン診療所の援助とその後、 BJCMA、24号:46-47、1985。
- 竹内正也:ギバン村レフェラルセンターのその後、BJCMA、25号:28-29、1986.

# International Health Care Cooperation in the Diocese of Ilagan, Philippines

Hirosaki KAHYO<sup>1</sup>, Shinya MATSUDA<sup>1</sup>, Masaya TAKEUCHI<sup>2</sup>, Sanji KUSAKAWA<sup>3</sup>

Department of Human Ecology, School of Medicine,
University of Occupational and Environmental Health<sup>1</sup>
Department of Internal Medicine, Iwaki Joban City Hospital<sup>2</sup>.
Department of Pediatrics, 2nd Hospital of Tokyo Women's Medical College<sup>3</sup>

The diocese of Ilagan (Bishop M. Purugganan, 840,000 population) is located in Northern Luzon (Isabela Province). In 1975 a team from the Rural Missionary of the Philippines (RMP), which had just been organized by volunteer nuns and priests from several congregations in order to solve the health problems in the rural areas, began to implement the Community-Based Health Program (CBHP) in this diocese. The following year, three Japanese nuns belonging to the Visitation Sisters (motherhouse:Kamakura city) settled in a barrio (Guibang, Municipality Gamu). After about a year, they opened a small clinic in their house.

In November, 1984, six members of the Japan Catholic Medical Association (JCMA; President Dr.Y.Anno, 1100 enrolled members, 400 active members as of 1985) visited Isabela for the purpose of seeing first-hand the health situation of the Third World as well as consulting with the bishop regarding future cooperation. At the board meeting of JCMA, which was held in January 1985, the proposal concerning financial aid for the construction of the referral center, which was planned as a supporting center for the community health workers (CHW), was discussed and a policy of mutual cooperation was decided.

In cooperation with Caritas Japan (CJ) and <u>the Catholic Weekly</u>, nation-wide campaign was undertaken mainly among Catholics in Japan, to raise 10 million yen.

Within no less than a year, this goal was achieved: mainly 6 million from the anonymous donators, 3.7 million from the members of JCMA and 2 million from CJ.

The inauguration ceremony of the RC was held in January,1985. As the second step of mutual cooperation, the installation of better technical equipment at the RC and the further expansion of the training of CHW were stressed as priority items. Counter-proposals were also offered by the Japanese side, such as the possibility of establishing an exposure and/or postgraduate training program for youths specializing in some health related professions, (medical, dental or nursing and so on) as well as implementing field studies, which are indispensable for CBHP. In conclusion, three basic principles for the future activities were stressed, 1) a continuing campaign for better understanding of CBHP in Japan, 2) mutual exchange of personal persons, and 3) evaluation for a better organization, as NGO, in Japan.

## フィリピンの山岳少数民族 の村における保健医療協力

堀 沢 六 郎、川 原 暁 子 山 下 政 一、伊 藤 得志男 甲 谷 久 子、堀 沢 明 子 川 原 啓 美

アジア保健研修所(以下AHIと略す)は自助の精神をもった草の根のヘルスワーカーの育成を目的としており、これまでに400名余りの研修生がアジア各国より来日し、実りある研修を終え、それぞれの国に戻り活躍している。これまでAHIの働きを支えてきた日本キリスト者医科連盟名古屋部会およびAHIの関連病院である愛知国際病院は、フィリピンからの研修生の働きの場の一つである中部ルソン地方でフィールドワークを行ってきた。

#### 対象および方法

対象はフィリピンの中部ルソン地方、パンパンが州、フロリダブランカ郡の山岳少数民族の村であるカマチレス村およびその周辺の村。この村はフィリピンの原住民族といわれるネグリトス族の村で、この民族は低身長、短頭、縮毛、黒色の皮膚などを特徴とし、アエタ族とも呼ばれ、現地の言葉ではバルガとも呼ばれる。

方法は、日本より保健医療チームを派遣し、 現地の保健所のスタッフに協力して、村で診療 サービスを行い、その後、村のPHCを促進す るために、どのような対策をたてるか、村人お よび保健所のスタッフと話合いを行った。保健 医療チームは1回5~8名で、医師、看護婦、 検査技師、薬剤師らで構成され、AHIの事務 局長がコーディネーターとして毎回参加した。

#### 経過および結果

1984年4月より86年3月までに5回のチームが派遣されたが、その経過は表に示した通りである。第2回チームの際、村人との話合いの中から、医療以前に、食料や交通等のニードを知らされ、それを受けて、第3回チームの際には、保健以外の他部門の人々を交えたPHCの促進のためのセミナーが町役場のホールで行われ、その問題点が検討され、次回までに具体的プランを立てることが決められた。しかし、その後の政変のために、セミナーの成果は直接には生かされなくなったが、今後も新しい構想のもとに協力を継続していくことが話合われ、次回は村人のレベルにより近づいたPHCのワークショップをもつことが計画された。

### 考察

中部ルソン地方には約10万人の少数民族が住んでいるといわれているが、そのほとんどは山地に住んでおり、その詳細は不明であるという。フロリダブランカ郡にも四つの少数民族の村が存在するといわれているが、保健所のスタッフもカマチレス村以外は誰も行ったことがなく、カマチレス村も私たちの訪問前はほとんど放置されていた。私たちがこの村を選んだのは、距離が比較的近く、現地のスタッフがフォローしやすいであろうということであった。

私たちの国際保健医療協力では、自分たちの健康は自分たちで守るという自助の精神をもった人材の育成に力を入れてきた。これには、まずフィリピン側のコーディネーターである中部ルソン地方衛生部の医師の働きがある。彼は1981年にAHIの研修生として来日し、そのことが一つのきっかけとなり、このフィールドワークが始まった。彼がコーディネーターとして、このフィールドワークの目的を正確に受けとめ、

	期間	メンバー	診療を行った村 および受診者数	経過および話合いの内容
先 遣 隊	1984. 4 . 8 ~ 4 .14	医師     2       検査技師     1       コーディネータ 1		<ul><li>・初めてカマチレス村を訪問</li><li>・次回より保健医療チームを 派遣することを決定</li></ul>
第1回チーム	1984.11.4 ~ 11.10	検査技師 1	サンペドロ村 136名	・カマチレス村および他の村 で診療活動 ・次回よりカマチレス村以外 は結核検診に限定する
第2回チーム	1985. 4 . 9 ~ 4 .15	医師     2       検査技師     2       看護婦     2       医学生     1       コーディネータ1	カマチレス村 55名 サノゼ村 149名	<ul><li>・村人と初めて話し合い、村 人のニードを知らされる</li><li>・次回、他部門の人と共にセ ミナーを計画する</li></ul>
第3回チーム	1985.11.3 ~ 11.10	医師     2       薬剤師     1       看護婦     1       鍼灸士     1       コーディネータ1	カバンカラン村 136名	・カマチレス村のPHCの促 進のためのセミナーが開か れた
第4回チーム	1986. 3 .23 ~ 3 .29			・政変後の混乱の中で新しい 構想のもとに協力を継続する ・次回までにカマチレス村の 調査を計画

そのことが回を重ねるにつれ、具体的成果となって現われ、第3回の際のセミナーの開催はほとんど彼の努力の結果であり、高く評価されるものと思われる。

保健所のスタッフは村人のレベルに近く、その働きはさらに重要と思われるが、私たちの訪問が一つのきっかけとなり、保健婦たちが自主的に調査を行い、村の地図を作ったり、小児の栄養状態を調べた。私たちはこの働きを高く評価し、保健婦をAHIのフィリピン地域別研修コースに招待したり、栄養調査の結果に基づいて、フィリピン栄養センターに働きかけ、補充食を配ったりした。

国際保健医療協力において、診療のサービスを行うことは議論のあるところであるが、私たちの場合、当初より診療サービスのみで終わるのでなく、診療をきっかけに、相手の置かれている保健医療の状況をより深く理解し、また相手のニードに応え、それらをふまえて保健所のスタッフとの話合いに臨む姿勢であったので、この診療活動は私たちの目的に有効に生かされたものと思われる。

以上のように、衛生部、保健所のレベルでは 自助の精神に沿った保健活動が徐々に促進され てきた。しかし、村の住民参加による保健活動 はまだ不十分と思われる。保健婦らにより、村 人の保健ボランティアが教育を受けたが、彼らが十分な働きをしているとは思われない。今後、 どのように村の住民参加によるPHCを促進し

ていくかが課題である。 (愛知国際病院、アジア保健研修所)

## International Health Cooperation for a Minority Tribe, in a Mountain Village, in the Philippines

## Rokuro HORISAWA, Satoko KAWAHARA Masaichi YAMASHITA, Ushio ITO Hisako KOTANI, Akiko HORISAWA Hiromi KAWAHARA

Asian Health Institute Hospital

An international cooperation of medical service was provided to a minority tribe in Camatchles -- a mountain village in Floridablanca, Philippines. The service was provided by a joint team of medical professionals from the Japan Christian Medical Association and the Asian Health Institute Hospital. program began in 1984, and thus far, five teams have been sent every six months. The purpose of this program is to improve community health by encouraging participation from the village residents in the areas of health and medical care. Before the program began, the village had been almost entirely neglected due to socioeconomical reasons. Since the beginning of the program, the health situation in this village has greatly improved. However, there is little evidence to prove that community health care is provided by the teams. This program will be continued, and greater emphasis will be placed on the importance of community participation.

フィリピン・セブ市に おける日比合同ハン セン病対策中間報告

## 星野邦夫

セブ島はフィリピンのほぼ中央にある南北300 km、東西60kmの細長い島で、人口約200万人である。この島の中央南側にセブ市がある。16世紀、スペイン植民根拠地として開かれ、現在はマニラに次ぐフィリピン第2の都市として、教育、 文化、交通、運輸の中心となっている。セブ市は山あり、海あり、美しい場所であるが、昔からハンセン病患者が集まり住んでおり、教会の周りには乞食となって群がり、異様な光景を呈している。この人たちは市内のあるスラム街に住んでおり、その数は約100人とされ、そのほとんどは治療を受けて菌陰性であるが、なかには陽性の者も認められる。

筆者は1986年7月からセブ市内に移り住んで 市内のハンセン病患者の実態調査を行う一方、 政府と共同で治療の準備を進めてきたので中間 報告をする。

#### 1. 調查報告

#### 1) カルテ調査

ハンセン病患者の公的診療機関であるセブ州 立スキン・クリニックでは、1981年1月から1986年12月までハンセン病と診断されたセプ市民は696人おり、またセプ市中央保健所(Cebu City Health Office) および市内59か所の保健センターで診断された市民は828人おり、その両者に重複して受診した患者は248人なので、1,276人が診断されたことになる。これらの患者のほとんどは治療を受けていないか、あるいは断続的にダプソン単独療法を受けており、したがって不完全な治療のもとにある。

彼らの内訳は男798人、女462人、年齢は5歳以下11人、6~10歳58人、11~15歳90人、16~20歳158人、21~30歳331人、31~50歳275人、51歳以上230人、病型ではInd 152人、T.T. 224人、B.T. 147人、B.B. 177人、B.L. 154人、LL. 272人。職業は無職が多く、学生、女中、農夫、工場労働者、ガードマン並びにホテル・レストラン・ゴルフ場等の勤務者なども多い。

このほか開業医の診療は受けたが、公的医療 機関には登録されない者があり、また診断され ていない未発見の患者も多いと推定され、これ らを併せてセブ市内のハンセン病患者は2,000人 と推定される。

#### 2) 接触者調查

国立療養所の B. Lopez 医師と中央保健所 E. Borces 医師と共に、1986年8月から12月までの間、以下の調査を行った。

#### ① 保健センター訪問

市内32か所の保健センターを訪問し、登録患者の家族592人を診察して疑わしい者265人を発見した。

#### ② 家庭訪問

19人の登録患者の家庭を訪問し、家族と隣人

72人を診察し、新患者1人、疑わしい者27人を 発見した。

#### ③ 学校検診

12月3日、ボンボン小学校221人の児童のうち、 疑わしい者46人を発見した。

#### ④ 住民検診

12月3日、バサイ地区で市民48人を診察し、 1人の新患者と疑わしい者16人を発見した。

上記のうち、疑わしい者とは末梢神経の肥厚、 または知覚障害を伴う皮膚病変を有するもので、 再検により確定診断する予定である。

#### 2. 治療計画

セブ市民を対象に治療を実施する。

#### 1) 組織

政府側とNGOの委員より成る委員会を構成し、決定・評価機関とし、その下にワーキング・グループを作り、立案・指導機関とし、実施は中央保健所と保健センターおよびそれらに勤務する公衆衛生担当医37人、保健婦45人、公衆衛生助産婦40人による。また3,000人のボランティア保健委員が協力することになった。

#### 2) 教育訓練

1987年1月から3月まで医療担当者の教育訓練が行われ、費用は120万円だった。

#### 3) 投薬

WHOの推せんによる3種薬剤を患者一人1か月分の包装とし、中央保健所より各保健センターを経て患者に配布される。5月1日から1,000人の患者に対し投薬が開始され、6年間で3,000人治療する予定であり、費用は約1,000万円である。

#### 4) 資金援助

ハンセン病治療の政府予算は無に等しい。薬 品は笹川記念保健財団の寄贈により、その他の 費用はロータリークラブの寄附を期待し、患者 の生活援護およびリハビリは地元のラモン・ア ボイテス財団その他からの支援を依頼している。 府と後援団体との連絡係をしている。 筆者は治療活動のコーディネーターおよび政 (我孫子中央病院)

# Mid-term Evaluation of Philippines—Japan Joint Project on Leprosy in Cebu City

#### Kunio HOSHINO

Abiko Central Hospital

The author has conducted the survey of leprosy patients in Cebu city, Philippines, from July,1986 and has set up a treatment program in collaboration with the government.

#### RESULT OF SURVEY

The number of patients diagnosed from January, 1981 to December, 1986 was 696 at State dermatological clinic, 828 at Cebu city health office and 59 at health centers in the city with 248 duplications. The total number of patients was 1,276 with 798 males and 462 females. The number of patients classified by age was 11 for age 5 and under, 58 for age 6-10, 90 for age 11-15, 158 for age for age 16-20, 331 for age 21-30, 275 for 31-50, and 230 for age 51 and over. The number of patients classified by type Ind., T.T., B.T., B.B., B.L., and L.L. was 152, 224, 147, 177, 154, and 272, respectively.

Most of these patients had not received any treatment, and have been unemployed. Based on this survey, the total number of patients in Cebu city was estimated at about 2,000.

A contact survey with 611 patients was also conducted from August to December, 1986. Three hundred fifty-five of those family members and neighbours were screened out as "dubious", and were to be re-examined for final diagnosis.

#### TREATMENT PROGRAM

Treatment is to be conducted for citizen of Cebu city. An organization committee was organized by members from government and NGOs. Working group to plan and supervise the program under the committee was also set up. The team of 37 public health doctors, 45 public health nurses, 40 public health midwives and about 3,000 volunteers participated in the program.

Training and education for the medical personnel was conducted from January to March, 1987 with the cost of 1.2 million yen. Drugs are to be distributed to each patient through a health center once a month according to WHO's recommendation. From May 1, 1,000 patients are to receive treatment, and it will be 3,000 patients within the next 6 years. The total cost is 10 million yen. This program is financially supported by Sasagawa Foundation and Rotary club.

# Illness behavior $\sim \mathcal{O}$ anthropological approach

藤内修二、福井次矢、前沢政次

#### はじめに

人びとが自分の健康問題をどう理解し、またその解決を求めてどのような行動をとるか、すなわち Illness behavior (病感行動あるいは病い行動と翻訳される)は、健康にかかわる問題、つまり痛みや発熱といった症状、あるいは血圧の上昇や貧血といった異常の発生から、どのような経過をとって医療機関を受診するか、あるいは医療機関にかかることなく自分や家族内で対処したり、伝統医学を利用したりするか、これらすべての行動を含むものである<sup>1)2)</sup>。この Illness behavior の理解は異なった風土・民族において Primary Health Care を効率的に展開するために不可欠と考えられる。

今回、健康日記を用いた Illness behavior の調査を一山村の主婦を対象に行い、民間療法、はり・灸・マッサージ師、漢方の利用状況、セルフケアの実態、医療機関の利用状況などについて興味ある知見を得たので、方法論の紹介とともに報告する。

#### 対象と方法

対象は大分県大野郡清川村伏野地区の35歳から64歳までの慢性疾患を有しない主婦とした。 伏野地区は村の中心から更に10kmほど山間に入った65世帯からなる集落で、農林業を主な産業とし、最寄りの医療機関まで車で20分、総合病院までは30分を要する。

保健婦による参加の呼びかけに応じた主婦に

対して、医師による面接がもたれ、人口統計学的なデータ、家族を含めた健康状態、民間療法や祈禱師、はり・灸・マッサージ師の利用状況について聞き取り調査と、健康日記の記録方法についての説明が行われた。

健康日記は一連の質問からなるシートを1日 1 枚完成させるかたちで記載された(表 2 参照)3<sup>34</sup>。健康に関する問題は、症状のリストをチェックするのではなく、「今日、身体の具合いや気分はどうでしたか。具体的にお書きください」という質問による自由回答法で集められ、どんな些細な問題も、あるいは心理的・精神的な問題も記載するよう説明が加えられた。 4 週間の日記記載の後、保健婦による面接がもたれ、主な健康問題に対してその原因をどのように理解しているか、解釈モデル<sup>516</sup>について聞き取り調査が行われた。

#### 結 果

サンプリングした34名の主婦のうち28名が参加を承諾。年齢構成では50代が、職業では農業が、家族構成では三世代家族が最も多かった。また28名中13名は身内に医療従事者がいると回答した。

民間療法や祈禱師、はり・灸・マッサージ師などの利用状況を表1に示す。祈禱師を含めいずれも半数以上の世帯で利用されており、漢方や薬草は3分の2の参加者が利用したことがあると回答した。また「置き薬」を利用している世帯が82%を占めた。

表 1 Alternative Medicineの利用状況

		家族を含め利用 したことあり	効 果 (著効+有効)
はり・灸・ マッサージ	53.6%	89.2%	77.3%
漢方薬,薬草	67.8%	89.2%	76.0%
祈禱師	25.0%	50.0%	56.7%
健康食品	46.4%	71.4%	60.0%

こうした治療の利用経験者による効果の評価は良好であった。祈禱師も14名の利用経験者のうち8名が有効との判断をしており、これらの利用状況および効果に対する評価は身内の医療従事者の有無にかかわらず、高いものであった。

健康日記は延べ776日の記録が集められ、161個の健康問題が記載された。

記載された健康問題の内訳では、頭痛・倦怠 感が首位を占め、ついで消化器に関する問題で あった。欧米での健康日記調査<sup>3)4)7)8)</sup>で首位を占 めた心理的・精神的な問題は3人が記載したに とどまった。

161個の健康問題のうち医療機関の受診に至ったのは6個(3.7%)であった。医師以外の人への相談(lay consultation)は36個(22.3%)の問題について記載され、そのうち3個は医療機関の受診に至り、25個はなんらかのセルフケアを伴っていた。これらの相談相手は夫や友人がその84.1%を占め、保健婦や保健委員への相談の記載はなかった。

セルフケアは62.7%に相当する101個の健康問題について記載され、その内訳は、自己服薬(医師の処方に基かない薬の使用)が首位を占め、28人中24人が期間中なんらかの薬の使用を記載した。これらの薬剤は解熱鎮痛剤や点眼薬・湿布薬が大部分を占め、その41.6%は薬局で購入された薬剤で、32.1%は「置き薬」であった。まむし酒、またたび酒、せんぶり、桃の葉といった民間薬も11.3%を占めていた。その他、休息、マッサージ器や磁気製品を使った家庭内治療も多くの参加者によって記載された。

解釈モデルは35個の健康問題について、聞き取りが行われ、「頭痛が天気のため」や「結膜炎が睡眠不足のため」といった誤った解釈を除く80%の問題の解釈は医学的にほぼ正しいものであった。

#### 考 察

ある健康問題の発生に際してどのような行動がとられるか。このプロセスが都市部と僻地であるいは北海道の漁村と九州の山村では異なるであろうことは想像に難くない。更に風土・民族・文化の違う地域においてはこの認識のギャップが時には生命にかかわるほど重大な意味をもつことも周知の事実である。

海外医療協力において、手探りの状態から医療活動を始め、先駆者から後任へと引き継がれていく多くのノウハウの中には今まで述べたようなIllness behavior についての情報が大きなウエイトを占めている。健康日記をはじめとする医療人類学的な研究・調査により、これらの情報を断片的なものでなく、系統だった情報として整理し、後任へと引き継いでゆくことこそ、今後の海外医療協力をより有効かつ円滑に進めるために不可欠と信じるものである。

## (藤内一大分県鶴見町丹賀診療所、福井一国立病院 医療センター、前沢一自治医科大学)

#### 参考文献

- 1) Mechanic, D.: The concept of illness behavior, J.Chron. Dis., 15: 189-194, 1962.
- Robert, R.T.: Fundamentals of family medicine, New York, Springer-Verlag, pp.22-28.1982.
- Freer. C.B.: Health diaries: a method of collecting health information, J.R. Coll. Gen. Pract., 30: 279-285, 1980.
- 4) Freer, C.B.: Self-care: a health diary study, Med. Care. 18: 853-861. 1980.
- Kleinman, A.: Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry", Soc. Sci. Med., 11: 3-10, 1977.
- 6) Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B.: Culture, illness and care: clinical lessons from

anthropologic and cross-cultural research, Ann. Inter. Med., 88: 251-258, 1978.

- 7) Demers, R.Y., Altamore, R., Mutin, H., et al.: An exploration of the dimensions of illness behavior, J. Fam. Pract., 11: 1085-1092, 1980.
- 8) Banks, M.H.: Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 year: a preliminary report, Int. J. Epid., 4:189 -195. 1975.

月 H 健康日記

今日はどうでしたか?

1. 調子良かった 2. まあまあ 3. 悪かった

2. 今日は普通どおりに過ごせましたか?

1.はい 2.いいえ

3. 今日の健康度はどれくらいでしたか?

1.大変良い 2.良い 3.普通 4.少し悪い 5.悪い

4. 今日、気分または体の具合はどうでしたか。(昨日と同じの場合も書いて下さい。)

1.悪かった

2.普通

どう悪かったか具体的に書いて下さい。

5. 今日、具合が悪くて仕事を休みましたか?

1.はい 2.いいえ

6. 今日、具合が悪くて横になって休みましたか?

1.はい 2.いいえ

7. 今日は何か薬を飲みましたか?

1.はい

2.いいえ

それは何の薬ですか。

どこでもらった薬ですか。(該当するものに○を付けて下さい。)

- 1. 病院あるいは診療所あるいは開業医から今の病気のためにもらった薬
- 2. 病院あるいは診療所あるいは開業医から以前もらった薬
- 3. 今の病気のために薬店で買ってきた薬
- 4. いれ薬、置き薬
- 5. 薬草やたまご酒のような自家製の薬
- 8. 今日、具合が悪いことについて誰かに相談しましたか?

1.はい

2.いいえ

それは誰ですか。(該当するものに○を付けて下さい。)

1. 夫あるいは妻 2. 父母 3. 祖父母 4. 子供 5. 親せき

7. 友人 8. 保健婦 9. 看護婦 10. 医師 6. 隣人

11.その他

9. 今日は診療所あるいは開業医あるいは病院にかかりましたか?

2.いいえ

10. 今日、整骨院やはり、きゅう、マッサージ等に行きましたか?

1.はい

2.いいえ

11. 今日は、その他に具合や気分を良くするために何かしましたか?

国際保健医療

<u>1.はい</u> <u>2.いいえ</u>

具体的に何ですか。

12. 今日、何か気がめいるようなことがありましたか。

1.はい

2.いいえ

具体的に何ですか。

13. 今日は何かいいことがありましたか?

1.はい

2.いいえ

具体的に何ですか。

14. そのほか何かありましたらどうぞ。

### Anthropological Approach to the Illness Behavior

#### Shuji TOHNAI<sup>1</sup>, Tsuguo FUKUI<sup>2</sup>

#### Masaji MAEZAWA3

Tanga Clinic, Oita¹, National Medical Center Hospital² Jichi Medical School³

A health diary study was conducted to examine the incidence and nature of health problems and illness behavior among rural residents in Japan. Attention was paid in particular to the utilization of folk medicine or alternative practitioners in the context of illness behavior. 161 health problems were recorded over a four-week diary period by twenty-eight housewives aged thirtyfive to sixty-four. Headache, tiredness and problems related to the GI tract were among the most common problems. Emotional/psychological problems, the most frequently recorded problems in the health diary studies conducted in the U.S. or England, were recorded by only 3 participants. Only six problems (3.7%) resulted in consulting a doctor. Three women utilized chiropractors during the diary period. Lay consultation made with respect to thirty-six problems (22.3%) played an important role in the participants' health-care seeking process. Selfcare, such as resting by lying down, using home remedies and self-medication including household drugs and folk medicine, was practiced for 101 problems (62.7%).

## 在日アジア人留学生 の健康問題について

- アジア文化会館における実践の中から-

川上 剛、安川 隆子、 白石 勝巳、工藤 正司

現在、我が国には15,009人(1985年)の留学生が勉強を続けており、そのうちの80%以上がアジア、アフリカ、ラテンアメリカなど発展途上国からの留学生である。我が国の国際化の必要性が高まる中で、文相の私的諮問機関「21世紀への留学生政策懇談会」は、その提言の中で、日本の留学生受入れ数を、21世紀初頭にはフランス並みの10万人にすることを想定して、留学生政策を推進するよう要請しているり。しかし、外国で勉強を続けていく際には、言語・社会習慣の違いが精神的・肉体的に様々なストレスを及ばす可能性が考えられる。1966年から1978年までの在日留学生13名の死亡事例の報告では、事故死5名、病死5名、自殺3名となっている。

一方、従来より、物価の高い日本で勉強を続けていくことは、発展途上国からの留学生にとって大きな負担であった。我が国にいる留学生の80%以上は私費留学生であり、特に最近の急激な円高は家族からの仕送りに頼っている私費留学生の生活全般に大きな影響を及ぼしている。1986年に、東京都文京区にあるアジア文化会館在住の留学生が自主的に行った「円高影響調査」の結果でも、回答があった東京周辺の266名のうち59.8%の人が「大変困っている」と答えており、「アルバイトを増やす」「食費を減らす」等の対策をとっていることが明らかとなった。

私たちも、5年ほど前より、アジア文化会館 において、健康相談等を行いながら上記のよう な問題点を考えてきた。今回、これらの経験を 踏まえながら、アジア文化会館周辺に居住する 留学生70名を対象にして、円高の状況下におけ る健康予備調査を実施した。このうち、回答の あった51名についてみると、まず、食生活にお いては、「日本の食事で困ったことは?」という 質問に対し、3分の2にあたる34人が、味や栄 養の問題よりも「食費が高い」をあげている。 1か月の食費についても、11人が2万円以内、 13人が3万円以内と半数近くの留学生が1日 1,000円以内と回答している。日本へ来てからの 健康状態の変化については、35%にあたる18人 の人が「悪くなった」と答え、「疲れやすくなっ た」「太った」「夜眠れなくなった」「鼻水が出る」 「やせた」「便秘」「月経不順」「食欲がなくなっ た」「目が疲れる」「皮膚がかゆい」等の症状を 訴えている。また病気になった際の対応として、 5名が「医療費が高そうだったので病院へ行か なかった」としている。

現在、留学生に対する医療費補助は、国民健康保険への加入、日本国際教育協会が行っている留学生保険の利用、いくつかの大学で個別に行われている補助がある。しかし、今回対象としたうち12名が「必要がないと思った」「保険料が高い」等を理由として、国民健康保険に加入しておらず、また半数以上の26名が日本国際教育協会の留学生保険について「知らない」と答えており、病気の際、医療費の補助を全く受けられない留学生がかなりいる可能性があるのではないかと思われる。

最後に「病気の時、一番頼りになる人は誰ですか」という問いに対し、69%にあたる35人が「留学生の友人」と答えており、「日本人の友人」「保証人」「学校の先生」「下宿の大家さん」というように、日本人を頼りにしている人は、併せて11人しかいなかった。

以上より、現在の円高が留学生の生活面、健 康面に及ぼしている深刻な影響に対して、早急 に総合的・根本的な対策がとられることが必要 と思われる。具体的には、私費留学生に対する 奨学金制度の拡充、学生寮の整備、さらに生活 面における民間・公共の相談機関の充実、日本 で生活する留学生についての配慮をもった医療 機関、保険制度の整備等である。同時に、一般 市民、医療関係者の間に、この問題に対する認 識を高め、留学生に対する温かな支援の輪を拡 げていくことも重要と思われる。国際保健医療 学の役割は、決して海外における活動のみでは ないはずである。我が国が真に国際社会におけ る貢献を考えるならば、国内における地道な改 善の作業が是非とも必要ではないだろうか。 (川上-東京医科歯科大学医学部、安川-埼玉県衛 生部、白石・工藤-アジア学生文化協会)

#### 文 献

- 1) アジア学生文化協会編:「21世紀への留学生政 策に関する提言」特集、月刊アジアの友、1983年 9月号。
- 2) 荻田セキ子、小松秀子: 留学生の緊急時対策に ついて、1978。
- 3) アジア学生文化協会編:留学生の調べた「円高 影響調査」、月刊アジアの友、1986年12月号。
- 4) アジア学生文化協会、他編:留学生の医療対策 について、1980。

# Health and Life Condition of Asian Students in Japan

## Tsuyoshi KAWAKAMI¹, Takako YASUKAWA² Katsumi SHIRAISHI³, Masashi KUDO³

Department of Public Health and Environmental Science, Faculty of Medicine, Tokyo Medical and Dental University<sup>1</sup> Department of Public Health, Saitama Prefectural Government<sup>2</sup> Asia Bunka Kaikan, Tokyo<sup>3</sup>

A questionnaire survey of Asian students studying in Tokyo (N=51) was conducted in order to assess their health and life condition under the recent trend of the appreciated Japanese yen. The survey revealed that the appreciated Japanese yen severely affected their life. Sixty-seven percent of the students complained of the expensiveness of food and the slashing of their food budget. Twenty-four percent didn't enter the national health insurance system due to the economical difficulties. Thirty-five percent complained of symptoms including general fatigue, difficulty in sleep, constipation, loss of appetite, irregular menstration, and so forth. It was concluded that the urgent and practical improvement of their life-condition is necessary by a comprehensive approach such as the establishment of an appropriate supportive system both in the public and private sectors and the promotion of the maximum usage of medical and social resources.

蛋白質・エネルギー欠乏症 (PEM)からの回復と栄養 評価パラメーター

力丸 徹、藤田美明、岸 恭一

栄養状態は、血液検査、人体計測(AM)、視診等の結果から判定されているが、途上国等では、血液検査を実施するのは必ずしも容易ではなく、AMや一般所見に依存している度合が非常に高いい。しかし、AM値の変化と血液性状値の変化がどのような関係にあるのかについては不明な点が多い。我々はこれらの点を重視し、AM値と血液検査値との関係、またこれらと栄養摂取状況との関係を明らかにする目的で本研究を実施した。

## 方 法

本調査研究は、ガーナ国立小児病院(Princess Marie Louis Hospital) に P E Mのために入院 している男児8名(18-42月齢)を対象として 実施された。対象小児の体重は6.2-10.2kg、身 長63-93cmであり、それらは各年齢に対応する 標準体重および標準身長のおのおの約62%およ び86%であった。4週間毎日、体重および食物 摂取量を測定した。観察期間の最初と最後に、 血液検査のための採血、AM(身長、胸囲、上 腕囲、腿囲、フクラハギ囲、腹囲、背筋部・上 腕筋部および腹部皮脂厚)の測定、エネルギー、 窒素(N)出納のための採尿採便(4日間)を 行った。血液は、血漿総蛋白(TP)、アルブミ ン (Al)、トリグリセライド (TG)、総コレス テロール(TC)、尿素、HDL-コレステロー ル (HDL-C)、ヘモグロビン (HG)、トラ ンスフェリン (TF) について分析した。

## 結果と考察

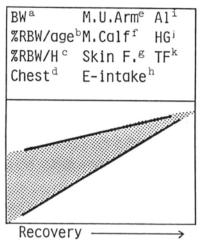
4週間で、体重は平均1.6kg増加した。%RBW/age(年齢に対応した標準体重に対する割合)は、62%から73%と増加した。一方、%RBW/H(身長に対応した標準体重に対する割合)は80%から96%と増加した。観察期間中のエネルギー摂取量は約190kcal/kgと非常に高く、同年齢の正常小児のエネルギー所要量20を大幅に上まわった。蛋白質摂取量は3.6g/kg前後であった。エネルギーおよびN消化吸収率は幾分低い結果となったが、回復と共に改善される傾向にあった。

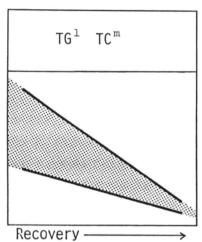
回復期間中の各栄養評価パラメーターの変化が図1に示されている。腹囲を除くすべてのAM値、血漿 AI、HG、TF等が有意な上昇を示した。その一方で、TGとTCは減少を示した。PEMによりTGが上昇するとする報告があり³3、おそらく本被験者もTG値が通常状態より上昇していたものと思われる。TPとHDL-Cのレベルは、回復期間中上昇するグループと下降するグループに分けられた。観察開始時点で、より%RBW/ageの低い小児が、体重当たりのエネルギー摂取量およびN摂取量が高く、かつNの体内利用も高い結果となった(図2)。またより低い%RBW/Hの(痩せている)小児では、エネルギー摂取も低く、胸囲、腿囲、皮脂厚、AI、TC値が低い結果を示した(図3)。

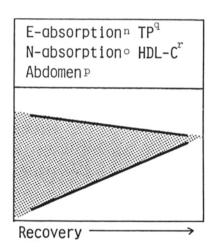
途上国では、PEMのスクリーニングにAMが汎用されているが、中でも%RBW/ageや%RBW/Hがよく用いられている。本観察からは、血液検査とAM値との間には、明解な相互関係が見いだされなかったが、PEMの判定の重要な指標となるAI値が%RBW/Hとよく相関したことにより、%RBW/Hが血液性状との関連性が強いと考えられる。一方、%RBW/ageと血液検査値の間には一定の関係は認められず、多くのAI値との間に負の相関関係が

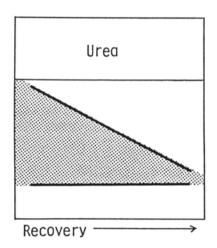
## 図1 回復期間中の栄養評価パラメーターの変化

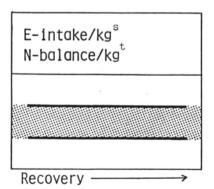
PEMからの回復時に上昇を示すパラメーターと下降するパラメーターがある。 TP、HDL-C、腹囲は成長のより遅延している小児で減少を示したが、平均的には上昇傾向にあった。







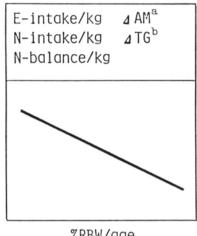




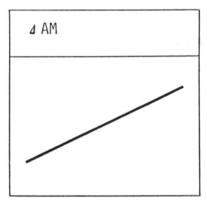
a) 体重、b) 年齢に対応した標準体重に対する%、c) 身長に対応した標準体重に対する%、d) 胸囲、e) 上腕囲、f) フクラハギ囲、g) 皮脂厚、h) エネルギー摂取、i) 血清アルブミン、j) ヘモグロビン、k) トランスフェリン、1) トリグリセライド、m) 総コレステロール、n) エネルギー吸収率、o) 窒素吸収率、p) 腹囲、g) 総蛋白質、r) HDL-コレステロール、s) エネルギー摂取/kg体重、t) 窒素出納/kg体重

## 図2 栄養評価パラメーターの変化と成長遅延

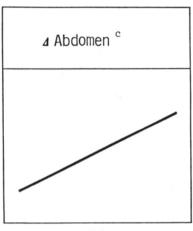
観察開始時点で、より成長が遅延していると見られた(%RBW/ageの低い) 小児で、より高い食物摂取量、N利用、AM回復速度が観察された。



%RBW/age



Food intake

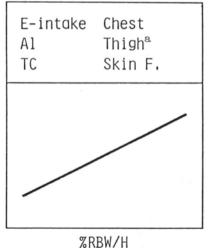


%RBW/age

- a) 4週間のアンスロポメトリー値の変化度
- b) 4週間のトリグリセライドの変化度
- c) 4週間の腹囲の変化度

## 図3 栄養評価パラメーターと るいそう度との関係

%RBW/Hとエネルギー摂取、血漿Al、TC、胸囲、 腿囲、皮脂厚と有意な正の相関関係にあった。



a) 腿囲

あったことより、%RBW/ageはPEMの指標となるよりはむしろ成長遅延の指標の要素が強いことが示唆された(もしPEMの指標とするなら慢性型のPEM指標と考えるべきかもしれない)。更にAM値のうちでフクラハギ囲の増加率がN出納値とよく相関することが判明した。これらの結果はフクラハギ囲増加率がNの体内利用、あるいは回復速度の指標となることを示唆している。

本調査研究は、著者が国際協力事業団より栄養学専門家としてガーナ国ガーナ大学野口記念 医学研究所に派遣された際、医療協力研究の一環として野口研スタッフと共同で成されたものである。 (力丸・藤田-東京都老人総合研究所、岸-徳島大 学医学部)

#### 参考文献

- M. Cameron and Y. Hovander: Screening for malnutrition, in Manual on Feeding Infants and Young Children, Oxford Univ. Press, Oxford, pp. 9-18, 1983.
  - 厚生省保健医療局健康増進栄養課編:諸外国の栄養所要量、日本人の栄養所要量、第一出版、pp. 166-184, 1984。
  - C. Sita Devi, et al,: Plasma lipids and lipoproteins in protein-calorie malnutrition, Acta. Pediatr. Scand., 65: 161-166, 1976.

## Recovery from Protein-energy Malnutrition(PEM) and Parameters for Nutritional Assessment

## Toru RIKIMARU<sup>1</sup>, Yoshiaki FUJITA<sup>1</sup>

## Kyoichi KISHI<sup>2</sup>

Nutrition Research Laboratory, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology<sup>1</sup> Department of Nutrition, School of Medicine, University of Tokushima<sup>2</sup>

In developing countries, anthropometric measurements (AM) are widely used for nutritional assessments. The blood test is not always easy to do in developing countries. Studies were conducted to examine relationships among nutritional parameters such as AM, blood assay and nitrogen (N) utilization. The relations were analyzed through the observation of change of parameter during recovery from protein-energy malnutrition (PEM).

The subjects were eight male Ghanaian infants who were in PEM, and their ages ranged eighteen to forty-two months old. Their body weight and height were 6.2 to 10.2 kg and 63 to 93 cm, respectively, corresponding to about 62% of reference body weight for age (%RBW/H). We observed the changes of the parameters during 4-weeks period.

The energy intake was remarkably high, being about 190 kcal/kg/day throughout the study. The protein intake was about 3.6g/kg/day. The body-weight gain averaged 1.6kg for 4 weeks. The rates of energy and N absorption were lower at the beginning of the study, but tended to improve with the advance of recovery. During recovery, the values of serum albumin and hemoglobin increased, while those of triglyceride and total cholesterol

decreased. No certain relations were observed between the changes of blood assays and AM. However, only %RBW/H was correlated negatively to the levels of serum albumin and total cholesterol. The infants with more growth retardation, who showed lower %RBW/age at the beginning of the observation, had tendencies of higher energy intake, N-retention and recovery rate. The gain rate of mid-calf circumference significantly correlated with the N-balance, indicating that the gain rate of mid-calf circumference could be a good index for N-utilization or recovery rate.

%RBW/age and %RBW/H, which are good indicators for the assessment, showed a high correlation with the changes of some of nutritional parameters, but almost all blood assays did not always seem to run paralell to the changes of AM values.

## らいに関する実態調査および 臨床検査研修の経験から

----臨床サイドと研究サイドの狭間にて---

## 平田恒彦

らい(癩)は、天刑病とまでいわれ、聖書や 仏典の中にも語られているように、まさに人類 の歴史とともに歩んできた病であるが、その本 質は、漸くにわかりかけてきたかもしれないと いう段階でしかない。

しかも、現在にあっても、世界的にみればその患者数はなおまだ多い。1975年のWHOの調査によると、推定患者数としては約1,000万人(内訳は、アジア650万人、アフリカ350万人、南米35万人など)とされており、有病率は2.5/1,000を上まわると考えられている。しかし、らい患者の実数を把握することは、現状では不可能に近く、実態調査をすればするほどに、その患者数が増加してくるような傾向さえ見えてくるのである。一方、わが国においては次第に患者数も減少してきていて、一般的には「らい」というものに対する認識すら消えつつある。

こうしたらいのいろいろの事情を踏まえながら、今回は、研究室を離れたらいの基礎医学研究者として、東南アジアのらいの endemic area

で実際に調査活動に参加したこと、またそうし た地域で活躍しているらいの専門家に、あらた めてらいの臨床検査に関する研修を行ったこと 等を報告する。

結果として総じていえることは、いずれの場においても、胸襟を開くこと、これが国際協力活動ではまずもって最も重要であるということであった。特に、相手国側から出てくる人たちが若ければ若いほどに、こちらの考え方がわからないと、毎日の行動にずれが生じてしまい、それが嵩じてくると、毎日の生活そのものに苦しみを味わうことになる。またらいというようなある意味で特殊な疾病(日本では特に)を扱う場合には、日本で学習したものとは異なる症例に遭遇することもあるため、そこで初めて学ぶという謙虚で真摯な態度も必要である(らいの場合には、東南アジアの著明ならい学者によれば、各国でそれぞれのらいの症状は違うといわれるほどのこともある)。

臨床検査という領域においても、らいの場合には、只今の一般病院での臨床検査に対する考え方は一面的には通じない。らいそのものに対する検査(菌検査等)に対する基本的な認識がなければならない。反面、らいの臨床検査が現在そうなっている理由も知る必要がある。そうした事柄を遠慮せずに語り合える仲間意識をつくることが最も大事であると痛感したのも事実

である。

日進月歩の進展がある生命科学の研究という中から、らいという古くからある疾病の現場に顔を入れてみると、そこには一つの別世界がある。そう言っても決して過言ではない。そしてまたらいの現場の中に、現代医学の最先端のものを導入してみても、何か混乱したものを自分

で味わってしまうような感覚に襲われてしまう。 それがらいなのかもしれない。

そうしたらいの世界で、国際医療協力活動を 実施するについては、相当の強さのある人間性 が要求されよう。

## (国立多摩研究所)

## Epidemiological Survey Activities and/or Training for Laboratory Technicians in Leprosy Control Services

## Tsunehiko HIRATA

National Institute for Leprosy Research

The experiences in Southeast Asia on an epiological survey activities and/or training for laboratory technicians in Leprosy control services were reported.

In the last analysis, the importance of having heart-to-heart talks with one another could not be overstressed in the case of international cooperation activities.

# 全日本医学生アジア 連絡協議会の活動

## 松島敏裕

全日本医学生アジア連絡協議会(Asian Medical Students' Association Japan, AMSA Japan)の前身である西日本医学生アジア連絡協議会は、カンボジア難民が大きな問題となっていた1979年に岡山大を中心として発足した。目的は、アジアを中心として広く世界の医療事情と医療協力に関心をもつ学生の情報および意見交換の場をつくることであった。

その後、将来の国際医療協力のためには人的 医療資源のヒューマン・ネットワークが必要だ と感じ、大学教授同志の個人的なよしみから翌 1980年にタイのバンコクにおいて第1回アジア 医学生国際会議(Asian Medical Students' Conference, AMSC)が開かれた。このように して難民・文化・教育などについて話し合う機 会を得たわけであるが、日本人の認識の甘さや 考え方の食い違いを思い知らされることになっ た。しかし、この認識が継続の原動力となり、 その後も場所を変えながら毎年絶え間なく開催 され、規模も拡大してきている(表1)。

昨年の第7回 AMSC の場において、アジアの 医学生の情報交換ならびに AMSC 主催の国際的 な団体としてアジア医学生連絡協議会(Asian Medical Students' Association, AMSA)が 規約・業務・組織を明文化して発足が採択され た。学生の活動なのでメンバーのターンオーバ 一が速いことや国民性の違いなどにより AMSA の活動は未だ軌道に乗っているとは言えないが、 今後私たちも努力し、活性化することが望まれる。

アジア医学生会議(AMSC)の目的は「アジアの医学生が政治やイデオロギーにとらわれず自由な立場で共通の問題を考え、より深い相互理解を得る」となっており、これは私たちの目標であるヒューマン・ネットワーク形成に通じる。AMSCの実際の内容は、開催国の運営委員会の決定したテーマに沿って参加各国が論文を持ち寄り、発表と質疑応答を行っている。さらに開催国においてテーマに関係する施設を訪問する technical tour,また参加各国がそれぞれの芸を出し合う cultural night も行われる。今後3年間の開催予定は決まっており、1989年には日本で開催する予定である。

ここで視点を変え、日本国内の活動について 述べる。全日本医学生アジア連絡協議会(AMSA Japan) は日本独自の組織であり、AMSA とは 異なる。活動内容は四つに大別される。

#### 1. Field study program

本プログラムは日本独自のもので、現地の医学生の協力を得て行われる。AMSCを総論とするなら本プログラムは各論にあたるもので、アジアの国々の農村に実際に入り込み、そこで実践されている地域医療・伝統医療・PHCプロジェクトを見学し、実際の医療を知ろうというものである。第2回 AMSC の折にタイにおいて行われたのを初めとして、その後毎年行われ、対象地も拡大している(表2)。

## 2. Exchange program

本プログラムは本質的にはfield study program と同じものであり、field study program で世話になったアジアの国々の医学生を日本に招き、日本の医療事情を知ってもらうものである。

**3. AMSA Japan** は、AMSC において日本を 代表し、関連事務もあわせて行う。

### 4. 各種国内活動

AMSA Japan の国内総会、国内交流会議、報告会等を行っている。

以上 4 項目が当会の活動の骨子である。機関 紙は年 6 回発行され、情報・意見の交換に活用 されている。その他各フィールド・スタディ、 AMSC 参加者のための情報紙も発行している。 会員は、全国79医大・医学部のうち30校から118 名を数え(1986年度)、全国的な活動の広がりを 見せている。

目的は、これまで何回も述べているように今は何もできない医学生ではあるが、アジア諸地域の医療、社会的環境や歴史的・文化的背景などの理解を目指し、国際協力の望ましいあり方を考え、さらにアジア地域に医学生のヒューマン・ネットワークを形成することである。学生の団体でメンバーのターンオーバーが速いのであるが、組織・活動・財政も確立しており、社会にも通用し胸を張れるものではないかと自負している。

AMSA Japan も発足後8年を経過し、地が固まりかけたところで、今後の方針として以下のことを考えている。

まず、これまでは会員が少数であり執行部が 主導してきたが、会員が増加し考えが多様化し ている。そこで昨年、全国を7ブロックに分け ブロック制を導入したが、今後さらに各ブロッ クの活動を活性化し、それぞれの方法で会員が 利用しやすいような会にする。実際、昨年、関 東ブロック独自の報告会を行っている。

次に、これまで海外に行き、話し合い、見て来るだけであったが、日本を知らずして国際協力を語れるのかという疑問が生じた。この反省に基き、日本国内でのフィールド・スタディを組む方針である。

1989年に AMSC を日本で開催する予定である ことは前述したが、そのための準備委員会を現 在4学年以下の者を主体として発足させた。10年史を編さんし、広報活動にも力を入れる予定である。しかし、当会は学生の団体であるので、あくまでも学生らしさを失わずに活動してゆく。

先輩方の足跡をふまえ、AMSA および AMSA Japan の活動をより発展させたいと切に願う次第である。

## (自治医科大学4年)

### 表1 アジア医学生国際会議の実績と予定

- 1980年 第1回アジア医学生国際会議
  - ・場 所 タイ:マヒドン大学
  - ・参加国 日本、タイ、インド、シンガポ ール
  - ・テーマ アジア諸国の地域医療問題につ いて
- 1981年 第2回アジア医学生国際会議
  - ・場 所 タイ:マヒドン大学
  - ・参加国 日本、タイ、インド、シンガポ ール、米国、デンマーク
  - ・テーマ 水衛生と水系伝染病
- 1982年 第3回アジア医学生国際会議
  - ・場 所 タイ:マヒドン大学
  - ・参加国 日本、タイ、インドネシア、マレーシア
  - ・テーマ 栄養問題
- 1983年 第4回アジア医学生国際会議
  - ・場 所 マレーシア:国立マレーシア大 学
  - ・参加国 日本、タイ、インドネシア、シンガポール、マレーシア、スリランカ、クウェート、香港、フィリピン
  - ・テーマ Drug Abuse
- 1984年 第5回アジア医学生国際会議
  - ・場 所 シンガポール:国立シンガポー ル大学
  - ・参加国 日本、タイ、インドネシア、シ

ンガポール、マレーシア、スリランカ、 クウェート、香港、フィリピン、インド、 ネパール、台湾(中華民国)、オーストラ リア、スウェーデン

・テーマ Child Health

1985年 第6回アジア医学生国際会議

- ・場 所 フィリピン:ライフ大学
- ・参加国 日本、タイ、インドネシア、シンガポール、マレーシア、クウェート、香港、フィリピン、台湾(中華民国)
- ・テーマ アジアでの人口調節における若 者の役割
- 1986年 第7回アジア医学生国際会議
  - ·場 所 香港:香港大学
  - ・参加国 日本、タイ、インドネシア、シンガポール、マレーシア、クウェート、 香港、フィリピン、台湾(中華民国)、オーストラリア
  - ・テーマ Mental Health in Asia
  - 1987年 第8回アジア医学生国際会議 (予定)
    - ・場 所 マレーシア:国立マレーシア大 学
  - 1988年 第9回アジア医学生国際会議 (予定)
    - ·場 所 台湾(中華民国):高雄医学院
  - 1989年 第10回アジア医学生国際会議(予定)・場 所 日本:(未定)

#### 表 2 フィールド・スタディ・プログラムの実績

1981年 第1回フィールド・スタディ:タイ

1982年 第2回フィールド・スタディ:タイ

1983年 第3回フィールド・スタディ:タイ、マレーシア

1984年 第4回フィールド・スタディ:タイ、インド

1985年 第5回フィールド・スタディ:タイ、インド、フィリピン、台湾(中華民国)

1986年 第6回フィールド・スタディ:タイ、インド、フィリピン、台湾(中華民国)

## Activities of Asian Medical Students'

## Association, Japan

#### Toshihiro MATSUSHIMA

Asian Medical Students' Association, Japan

The Asian Medical Students' Association of Japan (AMSA) was established in 1979 when refugees from Cambodia were a problem. The purpose of the association is to provide students who are interested in international medical cooperation the opportunity to exchange information and ideas. Once every year, AMSA hold Asian Medical Students' Conference (AMSC); the first was held in Bangkok, Thailand, and the seventh, (last year) was held in Hong Kong. At the last conference, more than 120 students attended, representing ten countries.

At the Hong Kong conference, each country had one representative present a speech, which was followed by a question and answer session with the audience. During these sessions, we discussed the necessity of achieving a greater understanding of our common problems, and we agreed that we would be more effective as a group if we could eliminate the interference of individual political ideologies. Additionally, all nations participated in "Cultural Night" in which representatives from each nation gave performances which were indigenous to their respective cultures.

The Japanese delegation made the following suggestions for AMSA activities at the 1986 conference in Hong Kong:

- 1) Field study program: This is AMSA Japan's original program to go into the rural areas of Asia to observe community medicine, traditional medicine and PHC projects.
- 2) Exchange program: Inviting medical students from other Asian countries to show them the medical situation in Japan.
  - 3) AMSA Japan represent Japanese medical students at AMSC.
- 4) Interior activities: General meeting, exchange meeting, information meeting, etc.

We publish the reports six times per year. Our members are 119 persons from thirty schools among seventy-nine medical schools in Japan.

Last year AMSA Japan introduced the block system; dividing Japan into seven areas. This should make it easier for the members to utilize the association for their own needs. Some of us wondered if we can talk of international cooperation without the knowledge of our own country. Based on this concern we are planning to establish a field study in Japan.

In 1989, we the members of AMSA Japan, will hold the tenth AMSC. Last year, a preparation committee for the tenth AMSC was established.

## II 第22回日本医学会総会・パネルディスカッション

昭和62年4月5日 東京·ABC会館

## 発展途上国への医療協力と人材開発

――「人づくり」の国内努力を求めて――

## パネリスト

- · 大 谷 明 (国立予防衛生研究所)
- · 小 倉 一 春 (国際看護交流協会)
- ・塩 月 賢太郎 (日本キリスト教海外医療協力会)
- ·島 尾 忠 男 (結核研究所、JICA医療協力委員会)
- · || 本 俊 一 (聖路加看護大学教授)

## 司会者

- · 丸 地 信 弘 (東京大学医学部保健管理学科)

## はじめに

司会(津山) 「発展途上国への医療協力と 人材開発-人づくりの国内努力を求めて-」と いう題でパネルディスカッションを開きたいと 思います。

我が国の国力が回復するにつれて、経済協力 も次第に高まってまいりましたが、そのうちで も国際医療協力に向けて活動が広がりだしたの は20年近く前からです。しかし、この医学会総 会でこういうテーマで取り上げられましたのは、 前回の21回日本医学会総会で「発展途上国と日 本」というシンポジウムがもたれたのが最初で あります。それは亡くなられました阪大名誉教 授の水野祥太郎先生の非常に強い唱導によるも のでありましたが、そのとき、各方面の方々の たくさんの参加をいただきまして、大変盛り上がったシンポジウムをもつことができたわけです。それをきっかけに、関東と関西で国際医療協力サロンという、その方面に関心をもつグループの集まりがもたれ、それが日本国際保健医療学会として昨年発足し、それから本年は一昨日、一昨々日、この日本医学会総会のサテライト・ミーティングとして開くことができ、それもまた大変活発な学会をもつことができたわけです。

なぜ海外医療協力が必要であり、共感をもたれるのかということを考えてみますと、世界が非常にハイテクノロジーが進んでおりますが、また一方では非常に悲惨なニュースが毎日のように伝えられてまいります。南北の格差は非常に大きくなり、そして南の上下の差がまた増大

しております。大量の殺人、人災、天災、極め て悲惨なニュースが伝えられてくるのでありま して、考えてみれば、地球はいったい助け合う 地球なのか、滅ぼし合う地球なのか、ハイテク ノロジーとヒューマニズムの不調和が目立ち、 人類の真価を問われているという気さえするの であります。これが日本の立場に立った功利的 な問題でなくて、地球の明日を考えたときに、 助け合う地球であれば、医療協力というのは最 も重要なテーマだと考える次第でありますが、 また一方、日本の立場を考えますと、日本に対 する痛烈な批判があることを我々は率直に受け とめなければなりません。その端的な批判とし ては、西独のシュミット首相が、成果を上げな がら孤立していく日本と、繁栄をしながら友人 ができない日本という批判をしております。日 本の経済協力、医療協力は実は非常にやってい るのです。今はもうアメリカに次いで、フラン スと一、二を争うぐらい医療協力の面ではお金 は投じておりますが、その割にまだ実効を上げ ていない点があるのではないか。金だけ送って、 あるいは施設だけつくって人を送らないとか、 人が行って、そこで本当に血の通った協力をし ていないということがしばしば指摘されるので す。なぜそういうことが起こってくるのであり ましょうか。そういうことが今回の発展途上国 への医療協力と人材開発というテーマを取り上 げた真意であります。

そこで、今回のパネリストをご紹介させてい ただきます。

国立予防衛生研究所の副所長並びにウイルス・ リケッチア部長の大谷明先生。感染症に対する 研究の面で人づくりをやっておられます。国際 看護交流協会の常務理事の小倉一春先生。看護 研修の面であります。日本キリスト教海外医療 協力会の事務局長の塩月賢太郎先生。民間で実 践を通して人づくりをやっておられます。結核 研究所名誉所長、JICA医療協力委員会の会 長の島尾忠男先生。結核の方面の研修を通じて 人づくりをやっておられます。東大医学部疫学 並びに衛生学の名誉教授で、いま聖路加看護大 学の教授であられる山本俊一先生。基礎、保健 の面で人づくりをやっておられます。

司会者の津山は、現在、国立リハビリテーションセンターの総長をいたしておりますが、元来は整形外科の医者でありまして、国際整形外科協力機構(World Orthopedic Concern)というのがございして、発展した国々の整形外科が発展途上国の整形外科を助けるという団体がありますが、日本はその理事国になっております。その立場で私はささやかながら国際医療協力をやってきたものであります。もう一人の司会者の東大医学部保健学科の丸地信弘先生はプライマリ・ヘルスケアのフィールドで国際協力を多年にわたってやってこられた方であります。

## パネルディスカッションの方法

こういうパネリストで、1時間半のパネルディスカッションをいたしたいと思いますので、 どうぞご協力お願いいたします。

それでは、この後の進行を丸地先生にお渡し いたします。

司会(丸地) おはようございます。これから約80分間、きょうの主題に従って討論を展開いたしたいと思います。私どものパネルディスカッションは当医学会総会事務局のリクエストに従ったパネルディスカッションを展開しようと準備をしてまいりました。

先生方のところに配付されている資料は、① 医学会総会の抄録集(資料1)、これはそれぞれの先生方がどういうふうなキャリアで国際協力に関係してきたかということが記してございます。それからもう一つは、会場入口でお受け取りになったと思いますが、文書(資料2)がご

ざいます。これはごらんいただければおわかり のように、きょうのパネルの進め方と、今まで 私どもが舞台裏で話し合った内容を参考に供し たいと思って用意いたしました。初めから舞台 裏までお見せしようというわけです。きょうの 話し合いと舞台裏を合わせていただければ、我々 が何を考えて、どうしようとしているのかおの ずからはっきりするだろうと用意いたしました。 さて、きょうの進行と内容に関しましては、 〈資料 2〉 の考え方と方法に従って展開をいた したいと思います。時間がございませんので細 かいことは申しませんが、Vの「パネルの進行 予定」というところがございまして、1番のオ リエンテーションは既に済みました。これから 2、3、4と進んでまいります。このところを 私が司会をさせていただきまして、最後の「総 括」はまた津山先生にお願いしようと思います。 2、3、4は前半、討論、後半となっておりま すが、前半と書いてありますのは人材開発に関 する組織、体制などの問題で、大きな項目とし まして〈資料 2〉の初めのほうの「関係筋の理 解を高める云々」というところの6行を指すと お考えいただきたいと思います。それから、後 半というのは「医学教育における云々」から5 行を指すということでおわかりいただけるかと 思います。そういう形で討論を進めてまいりた

## 〈主題に関する発言〉

いと思います。

今回の主題に関する パネリストの思い

それでは一番初めに、パネリストの先生方のこの主題に関する最初の思い、そういうことを含めて、なぜ国際協力が必要かというお考えをそれぞれ数分ずつお話をしていただこうと思います。初めの自己紹介を兼ねてのコメントは私

に近いほうからお願いしますが、その後はみんな自主的に話を受けて話の輪を広げるという方向で進めようということになっておりますので、そのおつもりで皆さんもお話を聞いていただきたいと思います。

それでは、一番初めに島尾先生からご発言を お願いいたしたいと思います。

島尾 結核症の場合には慢性感染症の典型的な代表だと思いますが、最初に津山先生のお話のように、病気が南北問題になっているということがあったのですが、結核の場合には南北の南がさらに二つに分かれまして、シンガポール、マレーシア、韓国、台湾、こういった第三国の中の比較的優等生は結核が順調に消え始めているのです。ところが、残り大部分の発展途上国においては結核はまだ大変な蔓延状況で、塗抹陽性の非常に感染性の高い患者だけで全世界に毎年400万人ぐらい発生している。軽い患者を含めれば、恐らく1,000万人ぐらいの新患の発生がある。200~300万人が結核のため不必要に死んでいるというような深刻な情勢になっております。

予防し、診断をして、治療する手段がありながら、これだけの多くの犠牲が出ている。WHOのスローガンであるプライマリ・ヘルスケアの中にいろいろな病気の対策を取り込んでいくということが、理念では言われるのですが、実際に現場でそれが実行されていない。そこに大きな問題があるわけで、発展途上国の人たちと一緒になって、どうすればプライマリ・ヘルスケアの中に、たとえば結核対策を組み込んでいけるか、これを真剣に考えていかなくてはいけない。そのためには、日本に現在備わっている技術、人間、こういったものがそれのお役に立つであろうということで、研修生を受け入れる、あるいは日本から向こうへ出かけて、向こうの方と一緒に、どうやれば結核対策を改善し、無

駄な犠牲を少なくできるかということを実地に やっているわけです。

山本 山本でございます。私が国際医療協力 に関係いたしましたのは、私自身が日本キリス ト者医科連盟という会に入っておりまして、発 展途上国において、貧困で、そして病気になっ ても治療ができないような方がたくさんいると いうことをキリスト者として放っておいていい のかという問題意識がありまして、その中でい ろいろな活動がございました。個人的には、私 は専門が衛生学、保健学ですので、比較的こう いう場合にはやるべきことがありますが、私自 身は特に伝染病の疫学が専門でしたので、そう いう関係で、最初はフィリピンのコレラ防圧計 画に参加をしたのが国際医療協力のはしりでし て、それから後はだんだんと伝染病のほかにプ ライマリ・ヘルスケアということも重要になっ てまいりましたが、これも衛生学、保健学で、 私自身、特に専門というわけではございません が、やはりかかわりもありますので、そういう 点で協力を進めていって今日に至っております。

小倉 ご紹介いただきました国際看護交流協 会の小倉でございます。今を去る22~23年前に なります。アジアの国々を訪問する機会がござ いました。そのときに、途上国の保健政策の立 案者、あるいは行政の責任の方々、あるいは医 療の第一線でリーダーシップをとっておられる 方々にお目にかかる機会がございました。あれ から20数年、主としてアジアの国々を対象とし た途上国のそういう関係者の方々と交流をして おります。なんといっても医療関係者同士の国 際交流が非常に重要であるということから、民 間人の立場で私が国際協力の仕事にかかわるき っかけが出てまいりました。以来、今日まで、 単に交流を進めるためでなく、特に看護分野に おけるヘルスマンパワーの養成に協力する。し かも、中堅、あるいは指導的立場にあるナース

の育成に協力するということで研修受け入れをいたしております。今日まで東南アジアの国々、あるいは中南米の国々、アフリカの国々から約300名の研修員の受け入れをやっております。考え方といたしましては、途上国の医療の中堅および実践の場の指導者を養成すること、底辺を広げるということでかかわっている次第です。

大谷 大谷と申します。医学部を出ましてから、研究に入りたくて、ウイルスの研究の分野に入ったのですが、ちょうどそのころ、東大の伝染病研究所が二つに分かれまして、国立予防衛生研究所と東大の伝染病研究所になったわけです。私は師事する先生の関係で国立予防衛生研究所に入りました。そのころ、日本の感染症はまさに今の発展途上国の感染症の状態と大差ない状態でして、東京都内でさえ狂犬病が年間に200頭以上も発生しているという状況でした。

私はことに発展途上国の問題に関係するようになりましたのは、昭和31年、機会を得ましてロックフェラー財団のフェローシップをいただきまして、ニューヨークのロックフェラー研究所に留学させていただきました。この研究所はご存じのように、野口英世を初めとして、大変に熱帯病の研究に熱意をもってやっているわけです。そこで全く目を洗うような気持がしたのですが、私の研究に対する視野が非常に狭いということを自覚いたしました。グローバルで研究者として考えなければならんということを教わったわけです。

帰って参りまして、1950年代後半から、今の JICA(国際協力事業団)の一番最初の団体 でございますアジア協会の要請にあいまして、 タイのウイルス・センターの設立に関係いたし たわけです。私は30何歳の若輩でございました が、大変な責任を負わされて、何人かのスタッ フを引き連れてバンコクに赴任したわけです。 大変苦労いたしました。全く日本の研究所と違 うわけでして、水ひとつ得るのに非常に困りました。それでもなんとか頑張りまして、私の研究所のスタッフを次から次へと送ってバンコクの研究所を盛り立ててまいりました。その後、この事業が現在も非常に立派に発展しておるというのはまことに喜ばしい気持です。

それがきっかけになって、私は南米のブラジル、コロンビア、東南アジアはベトナムのサイゴン、あるいはタイ、インド、アフリカはエジプトとかザンビア、こういうところまでもいろいろお手伝いに参りまして、まことに日本とこれらの国との感染症の状況の格差のあることに今さらながら思い知らされたわけです。私どもの立場として、日本がこのような発展途上国の研究開発、これは医療につながっていくわけですが、どういうふうに協力できるかについてはまだ問題が非常に多く、悩むところがございますが、幸いにJICA、あるいは日米医学協力、そういう支援がございますので、それをひとつの背後の力として今後も続けていきたいと思っております。

塩月 日本キリスト教海外医療協力会の事務 局長をしております塩月と申します。私は戦後、 ほぼ一貫してキリスト教関係で国際的な学生の 指導の仕事をしました。50年代の後半から60年 代にかけて、主にアジアの各地の大学生の指導 に当たってまいりました。60年代と申しますの は、いわゆる近代化論の花盛りの時期でして、 かつて戦前は国境、あるいは民族を超えたボラ ンティアの医療活動はもっぱらミッショナリー・ ドクターの人たちによってなされてきたわけで すが、独立によりまして、それらのものがすべ てナショナライズされ、それぞれの国が医療の 指導者をつくり出す、自分たちの責任において 自分たちの問題を解決していく、この非常に息 の長い、また将来の非常に明るい時代でした。 しかし、ご承知のように、70年代後半になりま して、いわゆる後発国が、アジアが近代化することは困難であるということがいよいよはっきりしてまいりました。特に最近は従属論という考え方も出てまいりまして、先進国との関係の中で、いわゆる後発国は経済的に人を中心とした進歩している部門と、そして取り残されてよすます窮乏化していく部門と2分化をしてまいりまして、それぞれの国の中で訓練をされました医療の従事者も、まさに窮乏化を極めている自分の国のそういう人々のために働くことすらできないような状況になってまいりました。

60年代、私どもキリスト教海外医療協力会は 人を派遣し始めたわけですが、そのときにはし ばらくのお手伝いで、私どもはこの人たちの自 立が成立するというふうに考えておったのです。 最近では、アジアの大部分である農村地帯の医 療活動が自立するには、おそらく半世紀を要す るのではないか。これはまさに一時的なもので はない、あるいは医療だけのものではないとい う、そういった状況の中で私たちの人材派遣の 重要性ということを改めて感じさせられており ます。

## 先進国間での途上国 問題の科学協力

司会(丸地) どうもありがとうございました。これで一通り先生方の最初の発言をいただいたわけですが、今回のパネルディスカッションの副題を一応「人づくりの国内努力を求めて」としてございます。途上国との国際協力というと、なんとなく我々は外を向きやすいのですが、そういう触れ合いの中で、一体自分たちはどうなのかを深く考え直してみようというのが今回のパネルディスカッションです。

それで、一番初めに、総論の3番目に上がっております先進国同士の途上国問題の科学協力

の問題に触れておきたいと思います。これは大 谷先生、島尾先生が関係していらっしゃるので すが、まず島尾先生から結核の例を取り上げて、 なぜこの問題を人材開発として考えなければい けないかお願いいたしたいと思います。

島尾 私、日米医学協力委員会に関わってお ります一人でございますので、日米医学協力に ついてご紹介いたしますと、昭和40年に当時の 佐藤総理大臣とアメリカのジョンソン大統領の 2人がトップ会談をいたしまして、アジアに蔓 延している病気について日米共同で研究をやっ ていこうじゃないかと始まったのがこの日米医 学協力でして、発足当時は結核、らい、ウイル ス、コレラ、寄生虫がございまして、その後、 低栄養が加わり、肝炎が加わり、新しい問題と しては環境、発癌、変異部会、そして一番最後 に免疫部会が加わるという形で、現在九つの部 会で共同の研究活動が行われておりまして、毎 年日米相互で学術集会をもつ。この研究を通じ て、普通ならおそらく研究者がほとんど消えて いたであろう、こういった多くの領域に若い研 究者が次々と育ってきている。日本でもそうで すが、アメリカの場合よりその影響が強いかも しれません。非常に若い研究者たちが、こうい った感染症あるいは寄生虫性疾患の研究に取り 組んで、活発に研究をやっていただいている。 現在のところは主としてこの研究は医学生物学 的な基本的な研究が中心です。一部、応用研究 しておりますが、大部分が基本的な研究ですが、 まだこれらの領域では、医学生物学的な研究で 一番基礎をつくっておかないとワクチンもでき ないというような点から、この必要性も強いと 思います。こうした形で先進国が共同しながら、 その中から発展途上国のための研究がやられて いる良い実例としてこの日米医学協力を挙げて いいのではないかと思うのです。

司会(丸地) どうもありがとうございまし

た。

大谷先生、何かご意見ございますか。

大谷 日米医学協力について私の立場から申 し上げますと、確かに島尾先生のおっしゃるよ うに、これが大変な研究交流の媒体となってい る。と申しますのは、日本は先ほど申しました ように、戦後はまさに発展途上国と同じレベル であったのが、約15年の間に大変な変貌を遂げ まして、まずいろいろな下痢症、チフスとかコ レラとか赤痢がどんどん減っていった。結核も 減っていった。それから狂犬病もなくなり、天 然痘もなくなり、ポリオも少なくなっていく。 こういうような状況で、大変きれいになってい ったわけです。そうしますと、大変に現金なこ とですが、研究者はこのような発展途上国にま だ問題になっている感染症の研究をやっている のでは、研究費に枯渇してしまうわけです。そ れからまた、学会で発表しようと思いましても、 同僚で討論する人がだんだん減ってきてしまっ た。大変さびしい状況になってまいりましたが、 日米医学協力というのは、特に発展途上国の問 題を双方で取り上げようという精神でして、私 は今ウイルスの部会長をやっておりますが、虫 で媒介される日本脳炎、デング熱、さらに狂犬 病についてを特に主題として取り上げておりま

狂犬病はご存じのように1957年を最後に日本から全くなくなっております。そのために我が国の狂犬病の研究者というのは大変に少なくなっておりますが、このアメリカとのいろいろな協力研究の数字、発展途上国の人たちの交流を含め、いまだに狂犬病の研究を進めているわけでして、その成果の一つとして、亡くなりましたが、近藤さんが今までの脳を使わない全く安全なワクチンの開発に成功したのです。これは日米医学協力計画がなければ達成することのできなかった成果だと思っております。

その後、1969年以降、南の国々に大変日本脳炎がはやりました。日本ではどんどん減って、今から20~30年前の100分の1ぐらいに患者が減ったのですが、インドでは、たとえば昨年は、6,000人の患者が出ているということです。ここで再び、私どもがかつて蓄積した知識と技術を、また発展途上国の皆さんと一緒に役立てていただくことができるというので、多少は年をくった連中が多いのですが、また若々しく情熱を燃やしているという状況です。そういう組織ですが、一段と人材開発も、それから協力の実態もうまくいくということの実例です。

## 関係筋の理解をたかめる

**司会(丸地)** どうもありがとうございました。お聞きになればおわかりのように、途上国協力というと、とかく途上国だけに目を向けやすいのですが、やはりこういう側面も意識しなければいけないので、最初に取り上げてみました。

それでは、これから総論の二つの項目、「関係筋の理解を高める。人材開発の方法」と書いてあります前半の問題に触れたいと思います。これから10数分を使いたいと思いますが、2回目の発言をまだしていない山本先生、小倉先生、塩月先生あたりからお願いしたいと思いますが、抄録で見ますと、小倉先生が総論的なことを抄録にも書いていらっしゃるので、切り出していただけますでしょうか。

小倉 私、塩月先生と一緒に青年海外協力隊の関係のお手伝いもしております。特に私の分担は国際協力、国際ボランティア活動に対する啓発というのが仕事でして、10数年マスコミ関係を回って歩きました。昨年あたり、協力隊の記事を扱った報道は1年間に1,800件あります。今から12~13年前、マスコミ各社を回りますと、

まだマスコミの国際協力に対する理解はないばかりか、協力隊といいますと、右翼系統の団体ですかという質問が出る時代でした。それが今日では、年間1,800件取り扱われておるという状況です。

私が日本国内あちこちに出て回りまして非常 に感じますことは、マスコミ人が協力隊の活動 に対して理解がなかったのと同じように、医療 人の間でも必ずしも国際協力に対する理解は高 いとは言えません。まず、国際環境の中におけ る日本、日本のこれから先の行き方という問題 を日本人一人一人が考えていかなければならな い時代に入ったのではないか。我が国は戦後急 速な発展を遂げ、経済的には世界のトップ水準 にあり、国民生活も一人一人は中流の生活をし ておりますが、国民の一人一人の考え方、生き 方というものを考えてみたときに、自分一人の 生活の向上であるとか、そういうことに対する 関心は深いわけですが、社会、公共の発展に参 加していく、あるいはまたこれから先の国際社 会における日本の生き方を考える、国際的な生 き方をどうするかということに対する理解は必 ずしも十分ではありません。医療人の間でも同 じようなことが言えるのではないか。そういう 意味では、理解を高めるという意味での医学界 におけるいろいろな学会誌の発行であるとか、 あるいは医師会等における地域の活動であると か、そういう機会を通じて随時国際協力の必要 性という問題を人道的な立場から、あるいは専 門的な立場から啓発をしていく。底辺理解を広 めるということが人材づくりの第一歩ではない かと思うわけです。

**司会(丸地)** 今、小倉先生がお話しくださったことに関連した主要な項目は抄録の中に 4 項目に分けてありますので、ご参考いただければと思います。

塩月先生のお名前がちょっと出ましたので、

民間の関係で話を結びつけていただければと思いますが、いかがでしょうか。

塩月 私も仕事の関係もありまして、毎年、 ネパール、バングラデシュ、パキスタンという 国々の、しかも首都からは非常に遠い僻地を訪 問しまして、私どもから派遣されている我が国 の人たちの働きを見てくるわけですが、本当に、 これはどのような保障が使われましても、やは り一人一人の方々にボランティアと申しましょ うか、奉仕の精神というものがなければ到底で きるものではないということを強く感ずるので す。しかし、それではそういったボランティア の精神というものが一体どこから生まれてくる のであろうかということを考えますときに、私 は逆にそれはそういったものを組織化していく プロセスの中から生まれてくるものだろう、た だ一人の人が使命感をもって飛び出していくと いうものではなくて、自分たちとは民族や、あ るいは国を異にしている、しかし、非常に医療 に恵まれない大勢の人たちのために働こうとい う人たちがひとつの同志として、そして自分た ちの苦労や、あるいは喜び、満足感、フラスト レーションというものを本当に分かち合うよう な、そういう同志が生まれてくるということの 中から新しい人が生まれてくる。私どもは毎年 大学生、看護学生の方たち、若いドクターの方 たちを対象にいたしましてセミナーをやり、ま たそういう方たちの中から、将来働いてもいい という人たちのためにフィールドワークを現地 で行ったり、あるいは私どものほうから行って おりますドクターたちのところに短期研修とい う形で人を送りまして、それはどういう問題が あるかということを見ていただくわけではなく て、そこで働いている先輩の人たちの生きざま、 あるいはその人たちの志しているものに触れて いただく。こういった類の同志が国内的にも支 える組織によってがっちりと支えられていくと いうことが、今日極めて重要ではないかという ふうに思うわけです。私どもは、それを支える のがもちろんドクターの仲間にあると同時に、 しかし、国民的な規模においてそれを支えてい くという意味におきまして、一般の市民の幅広 い支援というものを訴えてきておるわけです。

## 国際協力に関わる明るい面を求めて

司会(丸地) どうもありがとうございました。どんどん時間は進んでいくわけですが、山本先生がいろいろ打ち合わせをしているときに、どうもこういう話は暗い話になりやすいので、少し前向きに、建設的に明るい話を打ち出せないかということを盛んに言われたわけですが、そんなことも考慮に入れて、先生方からお話を伺っていて、どんなふうにこの主題に関して考えていらっしゃるか、コメントをお願いできますか。

山本 先ほど津山先生が、先進国の間で日本 (日本人) は今、非常に自己中心的であって、 自分の国のGNPを上げることばかり考えてい て、他人のことを考えない。したがって、いろ いろな問題、輸出入の問題だとか、円の問題だ とか、そういうことで諸外国からたたかれてお るではないか、西独の首相の批判がある。これ が、丸地先生がおっしゃった暗い面であろうか と思います。これをなんとか打ち破っていきた いというのがこのパネルの一つの目的であろう と思います。私どもは自分のことだけをやるの ではなくて、目を国外に向けて、特に発展途上 国で非常に悲惨な状態にある人たちをなんとか してあげるという意欲をもつということ、これ がまず第一番の問題だろうと思います。意欲が ないところにそういう働きは出てまいりません。

私どもの年齢ですと、私自身を含めて、戦争

ということがひとつの動機になっていたと思い ます。特に東南アジアで日本軍によって原住民 の人たちが非常な迷惑を被った。そのためには 日本としても何かをしてあげなければならない というような一つの罪意識、あるいは責任感と いうようなものが、これは全部の日本人がもっ ていたとは思いませんが、しかし、かなり多く の我々の世代の人間はそれをもったと思います。 それによって私たちが出かけていったわけです。 ところが、だんだん戦争の影が薄れてまいりま して、それからまた発展途上国は必ずしも日本 軍が占領した東南アジアに限りませんで、アフ リカとか、あるいは中南米に地域が非常に広が ってまいります。いわゆる世界的な観点で見な ければならない。そうしますと、いわゆるオー ルド・ボーイズ・アンド・ガールズの気持では、 もう現在の国際医療協力というものが律し切れ ないところにきていると思います。そこに今、 新しい考え方、モチベーションというものが必 要になってくるだろう。私の体験しますところ では、特に私はそういう地位にあるからかもし れませんが、そういう意欲をもっている若い人 に私自身はよく会います。ですから、私は、今 度そういう方たちが新しい考えで発展してくだ さるということに非常な大きな希望をもってお ります。ただ、問題点は、むしろそのモチベー ションの次の問題になるのは能力といいますか、 方法論である。協力しよう、なんとかしようと いう気持だけでは何もできないわけで、今度、 自分自身が協力できるものをもたなければなら ないわけですが、このことについては多分後半 のところでお話が出ると思いますので、もしお 話するチャンスがあったら申し上げたいと思い ます。

**司会(丸地)** いま、山本先生のお話伺っていて、私もちょっと感じました。数日前に国際保健医療学会が開かれたのですが、時期が悪か

ったということもあるのですが、必ずしも多くの方が出席されておりません。でも、現実の問題としては、国際協力にかかわっている方はたくさんおられるわけです。活動としては存在するが、そういう活動のよいもの悪いものを含めて、今後どうするのかということを自分たちの話合いの中で確認し、能力を高めるというところにまでなかなか入らない、意識がそこまでいかないという現状だということを私は伺っていて感じました。

さて、もう少し、総論にかかわる問題を討論 していただきたいと思います。どなたでも結構 ですので、お願いいたします。

津山 いま日本が世界の中で負わされている 責任、これをよくわかっていただくのが一つの 基本になるのではないかと思うのです。先週も アジアから来られて日本で医学を勉強した先生 方と初めて会議をもちまして、お話の中にGN Pで世界地図を書き直してみると、世界はすっ かり変わって見えるかもしれない。それこそア フリカはほとんど消えてしまう。中南米もしぼ んでしまう。逆に太平洋の真ん中に日本がでん と座るというような形になってしまう。こうい った状態の中で日本の背負わされている責任と いうことを、日本のトップの方も、医学界の方 も余りはっきり国民の皆さんにわかっていただ く努力をしていないのではないか。このへんの 責任をまず自覚すれば、医療の中で何をしなく てはいけないかという動機づけがはっきりする のではないかと思います。

司会(丸地) もう1人、総論に関して。

大谷 私は研究面のことについて、特に感染症に関して感ずるわけですが、最近の学生の話を聞いていたり、大学のカリキュラムなどを見ておりますと、大変に進んだ癌とか分子生物学の講義が非常に多いのです。感染症に対する講義というのはだんだん減ってまいりまして、実

際、これから前線にでる先生は、もし狂犬病患者が目の前にあらわれたときに、果たして狂犬病と診断できるかどうかということを非常に心配するわけです。これもPRの一環ですが、やはり大学の先生にも次代の若い医療に関係する人たちを教育していただく重要なポジションにあるわけですので、ぜひ私どもの仲間に加わっていただきたい。やはり人材開発にご協力いただけたらどうかなというふうに思う次第です。

## 国際医療協力に係わる共通基盤の確認

司会(丸地) どうもありがとうございまし た。一応もう時間的に折り返し地点に近づいて おります。私ども、数回打ち合わせをしまして、 なかなかみんなの話合いがかみ合わないという 感じが出たときに、共通の土俵に立つ、共通基 盤を確認するという、これができたことでなん となくこれでパネルディスカッションをやれる ということで、とりわけ大谷先生が、「うん、こ れでわかった」ということを言われたのですが、 今日も40~50分討論しまして、要するにこの主 題に関する共通の土俵、共通基盤は何かという ことを、きょうの話合いに基づいて、端的に言 えばどんなキーワードで表現できるのか、それ ぞれの先生にちょっと言っていただけると、会 場の方にもご理解いただけると思いますので、 一番初めに大谷先生、お願いいたします。

大谷 これは大変難しいことでして、すぐ適当な言葉が見つからないのですが、南北格差の拡大というのがあるわけです。発展途上国のいわゆる死亡する病気というのは、やはり乳幼児死亡の多数を占めます下痢腸炎とか、あるいは肺炎です。それなのに、日本はもう癌と成人病です。こういう南北格差をそのままにしておいていいのだろうか、日本にとって。こういう意

味で、今まで何回かパネラーの方とお話しした ときに、皆さん共通な認識が生まれてきている というふうに思うわけです。

塩月 私、先ほど自分の経験のところで申しましたが、60年代には各国の医学生とも接触しましたが、たとえばバングラデシュの医科大学で訓練を受けた人たちは、自分の国の状況に絶望しているわけです。とても自分たちの力では、農村に入って貧窮にあえいでいる人たちの医療活動をできないという絶望感をもっている。しかし、こういう方たちがご自分たちで立ち上がらない限りその国の問題は解決しない。そのときに、日本からのドクターたちが、この方たちと一緒に働くということが、こういうドクターたちがひとつの使命感をもち、また精神的にも、あるいは技術的にも励まされていくという側面が非常に大きいと感じます。

そういう意味において、自分たちの問題は自分たちが解決しなければならないということは本筋でありながら、しかし、それができないような世界的な状況になっているという認識に立って、ドクターもまた、先ほど大谷先生おっしゃいましたように、ひとつグローバルな視点から今日の医療問題に立っていただくことが絶対的に必要な時代になってきていると痛感をしております。

小倉 全国の医療人の皆様が国際関係、国際協力、医療協力というものに対して関心をもたれる、そういう方々の組織化、あるいは海外に出ていく参加もありますし、国内に途上国から来ている研修員のお世話、あるいは専門的な指導、これらも参加ですが、そういう活動に参加したいという意思のある方々をやはり組織化していくこと。将来、緊急医療であるとか、あるいは途上国に出て行って専門的な指導をしていく場合の専門家派遣にもつながるわけですから、そういう問題を具体的に取り組んでいかなけれ

ばならないのかと思ったりいたします。

次に大谷先生も塩月先生もおっしゃいましたが、今日の国際的な協力の現場で一番大事なことは、専門のことについて精通していることはさることながら、やはりその国の医療というもの、あるいはヘルス・ポリシーという問題、あるいはまた社会、文化、そういうバック・グラウンドがわかっておりませんと、医療協力の実践の場で仕事ができないということがしばしばあります。そういう基礎的な訓練を共同化してやる、官民一体でやっていくという仕組みをつくっていくことも、人材を開発するうえで一番大事なことではなかろうかと思っております。

山本 いま司会者がキーワードとおっしゃい ましたので、国際医療協力の一番大事なキーワ ードは、相手の気持になって、あるいは相手の 立場に立ってということではないかと思います。 ちょっと余談になりますが、私が若いころ、ツ ツガムシ病の疫学調査をやっておりましたとき に、日本全国を回りまして野ネズミをとって歩 いた。野ネズミの保有するリケッチアを分離し ておりました。そのときに、ちょっと自慢話に なりますが、皆さんでネズミをとると、私が一 番たくさんとるのです。それでほかの方が、ど うしておまえはたくさん上手にとるのかと聞か れましたから、いや、私はネズミの気持になっ てワナをかけるから、とこういうぐあいに答え ました。やはりこちらだけの考えを相手に押し つけるというのが一番効果が上がらない方法で はないかと思います。

**島尾** どういう専門の領域であるかによって 違うと思うのですが、結核の場合には、コント ロールできる技術がありながら、みすみすたく さんの犠牲を出している、これが、一番のいら だちですから、これをなんとかなくしたい、そ れが基本にあるかと思うのです。外へ出て行く 人を考える場合に、今までの日本で一番やって はならないことで、たまにあり得たのは、トランプのババ抜きをやっていたことがあり得たのではないか。どうもあいつが国内にいるとまずいのでちょっと出しちゃえというような形で行かせてしまった場合があり得なかったわけではない。やはり本当にここにいなくては困る人間をあえて外へ出すのだという基本的な姿勢、これはぜひ必要なことだろう。国際的に通じる人間を出すということ。その場合に、ドクターはもちろん大事なのですが、医師以外の多くの保健医療職、ことに保健婦さん、こういった方々の力が非常に大きなものをもっていると思いますので、そういった方々全体としてチームをつくりながら、国際的に通じる人間を出していく、これが一番大事なことではないか。

## 人材開発に係わる 具体的課題

**司会(丸地)** どうもありがとうございました。いかがでしたでしょうか。言われてみれば当たり前のことばかりです。しかし、それぞれの先生方の貴重な体験を踏まえてのコメントですので、その当たり前さを実行する、また我々が学問的に言えば、当たり前さを科学する、そういうふうな目が日常的にできてこなければまずいと私は考えております。

さて、これからは後半の問題に入りたいと思います。今までの総論並びに共通の土俵を踏まえて、では具体的にこの主題で我々は何をなすべきか、どういうことを具体的に提案できるかをそれぞれの先生にお願いしたいと思います。〈資料2〉にある「医学教育における云々」ということと「臨床医としての……」「特殊能力保持者の優遇」という、この三つの項目を一応念頭に置き、今度は私のほうからは指名をいたしませんので、それぞれ手を挙げてお話を始めて

いただきたいと思います。どなたでも結構でご ざいますので、お願いいたします。

塩月 私がアジアの各地を回りまして、時々 出くわしますことの一つは、欧米の大学から医 学生を引き連れた医学部の先生方がそういった 病院に来ているということです。地域の小さな 病院を見て回っておられるところもあります。 アジアの最も貧しいところの栄養事情を見学す る、あるいはそこでしばらくのフィールドワー クをするということがそれぞれの国の社会学の 単位として認められているということに私は一 つの大きなチャレンジを感ずるわけです。ぜひ 日本の医科大学の今後の教育の中にそういった ものを入れていただくということと、もう一つ は、そういうところで今度は欧米の学生たちと の出会い、いわば医学生、あるいは看護学生の 方たちの意識の国際化ということと、国際的な 友人をそこにつくり上げることによって、将来 のグローバルな医療活動に対する同志意識とい うものが芽生えることを期待しております。

**小倉** 我が国がやっております医療協力、特 に技術協力という問題をみてみますと、最近の 傾向としましては、途上国からの協力要請があ った場合に、10~30件を検討して、審査して、 案件を決める。 2 番目の特徴としては、包括的 な地域保健向上の性格をもっているかどうかと。 健康の増進と福祉対策に沿っているかどうかと いうことを検討しているように思います。また プロジェクトの規模がかなり大型化しておりま すし、総合化しておりますし、多様化しており ます。教育の問題あり、ガス対策の問題あり、 薬品の品質管理ありというふうに多様化の傾向 が目立っております。また我が国が蓄積した過 去のノウハウというものを技術移転していくと いうものでなければならないということが考え 方としてありますし、大型化ということは技術 協力のほかに無償資金協力と抱き合わせた、連

携した形のプロジェクト方式というものがとられておりますが、先ほどからどなたもおっしゃっていることですが、途上国の首都はそれなりに発展しておりますが、地方に行きますと非常に悲惨な状態です。どの国に参りましても、地方の開発ということが命題になっております。地方の開発ということになりますと、力のつり合い、ヘルスの問題、健康の問題について十分な理解がなければならないと思っております。

島尾 今の日本の医学教育の中で非常に高度 な発病傾向を教えている、それはそれなりに必 要だと思うのですが、それだけがよい教育であ って、そちらにだけ関心をもたせるような教育 がされ過ぎているのではないか。もう少し発展 途上国のこうした格差をどう受けとめればいい のだというような考え方を身につけていただく ことも必要かと思いますが、その中で塩月先生 がおっしゃったように、外国へ日本の教授が学 生を連れて行けるようなことができれば一番い いのですが、なかなかそう簡単にはいかないだ ろう。その場合に、私のところも実施しており ますし、小倉先生のところも海外からの研修生 を受け入れておられる。そういう国内の受け入 れしているコースを日本国内の医学部なりとう まく結びつけて、せっかく途上国からの方々が 日本に来て勉強している間に、この人たちと交 流する機会を日本の医学生、看護学生らにもた せる、こういうのも一つのアイデアだと思いま す。それによってだいぶ理解が違ってくるので はないか。こういうできることからやったらど うかなというように思うのです。

司会(津山) 私は大学の教師をしておりましたのですが、私はいま日本の医学教育はこれでいいのかと、日本の医師のレベルはこれでいいのかということを考えるわけです。なぜかと申しますと、いまインターンもやっていない、救急当直もやっていない、習っていることは人

工臓器とか臓器移植だとか、遺伝子の組みかえ、 非常にハイテクノロジーですが、そういう最先 端の医療が決して最高の最重要な医療でないと 思わざるを得ない場合があるわけです。 救急と か蘇生とか、分秒を争う、今なすべきものは何 かという応用問題を解く能力が今の医学生にあ るだろうかと。

といいますのは、たくさんの留学生を私は迎えましたが、東南アジア、あるいは韓国、台湾のようなインターンをやり、救急当直をやらされてから来る新人の医者のほうが、東京大学を出て、国家試験を通った方々よりもはるかにそういう対応能力はもっているわけでして、これは十分考えなくてはいけない。実際には難民キャンプに派遣した日本の医師が、専門以外のことはできないのではないかと外国の医者に批判されたという事実があります。

一昨日、日本国際保健医療学会をやりまして、フランスのMSF、すなわち国境なき医療団の方々はほとんど30代、20代の医者がやっているわけで、1971年のビアフラ、バングラデシュで働いた方々がこのままグループをつくってこういう運動をやっていこうというのがきっかけで、いま4,000人の医師がコンピュータに登録されていて、どこで何が起こっても、数時間のうちにチームを編成して、1万の対象に対して3か月の医療をやれるだけのキットがそろえてあって、それだけ持って出動して、世界のどこででも働けるような体制をつくっているということを聞きまして、日本でそういうことをやるには、まず派遣する医師の能力そのものからちょっと問題があるのではないか。

タイから日本に留学されて、京都大学の医学 部を出てチェンマイに帰られて、チェンマイの 現場で働いておられる、チェンマイ大学の助教 授のター・ウォン君が来ておられます。わざわ ざ来ていただいたのですが、私がチェンマイに 行きましたときに、ター・ウォン君から非常に 率直な意見を聞かされて、頭をが一んとなぐら れたような気がしたわけです。ター・ウォン君、 一言発言してくださいますか。

## 日本での医学教育の 体験から考えると

ター・ウォン ただいまご紹介にあずかりましたチェンマイのター・ウォンと申します。このたび日本医学会総会が「発展途上国への医療協力と人材開発」というテーマを取り上げまして、東南アジア人としては感謝、感激の気持です。日本は既に世界の先進国の仲間に入りまして、東南アジアの国々は日本の国際的な活躍を期待しております。現に、ここにおられる偉い先生方には私の国の医療関係者は大変お世話になって、ここで改めてお礼申し上げます。

私は日本で医学教育をうけた一人ですので、 その体験から医学教育のことをお話します。も ちろん、日本では卒後の研修、あるいは研究は 世界的に業績を上げています。そういうことに ついては触れません。スライドお願いします。

- ----- スライド説明 -----
- ○皆さんはデパートで買い物をする経験があるでしょう。買う前にはいろいろ見て、自分の好みに合ったものを買うでしょう。それは当然ですね。物をつくる人は、すなわち製造者は消費者が喜んでくれる物をつくるわけですが、私たち医者をつくる立場にある関係者は、実際、消費者である患者の気持を考えて、商品、すなわち医者をつくっていくでしょうか。それは大変疑問です。
- ○それらの医者をどうつくればよいのかといいますと、国によって条件や背景が違いますが、 私の国で全国の医者の半分近くは首都のバン コクに集中しまして、僻地には医者がいない

- ので、卒後すぐ前線で役に立てる医者をつく らなければならない立場にあります。
- ○タイでは死亡率の高いのは、大都市では交通 事故によるものが多いですが、全国的に見ま すと、感染症による死亡率が高いのです。日 本にはない病気がタイ国にはまだたくさんあ ります。予防医学は大変大切です。タイ国で は医者が病院でただ患者を待っている。治療 するだけではだめです。病院から出て、患者 さんを予防してやらなければならない立場で す。このように、医者がもつべき役割に基づ いて医学教育方針を設定しまして、若い医者 の教育をいたします。
- ○命はとても大切ですから、医者でないとできないような操作、救命および救急処置を徹底的に教えなければなりません。たとえば心臓マッサージとか、気管切開、カイザー(帝王切開)までできないといけないというカリキュラムです。もちろん講義だけではだめで、実施していかなければならないのです。もちろんプライマリ・ヘルスケアおよび家庭医学もカリキュラムに入っています。タイ国の医学のカリキュラムの中では、私のいる整形外科はほとんど問題視されていません。
- ○日本の医学教育はどうかということになりますと、もちろん国によって事情は違いますが、 私の経験では学生時代にそういう訓練を受けていません。もちろん気管切開も心臓マッサージもやったことがありません。たぶん、ここにいる諸先生方も同じではないかと思います。仮にこの会場で急に私が倒れたとして、ここにいらっしゃる先生方で自信をもって私の命を救う人が何人いるでしょうかと疑問をもっています。だからここでは死にたくないです(笑い)。
  - 卒業した時点で比較してみますと、日本の卒 業生は頭はちょっと大きいですが、手がちょ

- っと細いですね。何もかもできない。私の国 の卒業生は、頭は小さいけれど、腕がものす ごい太いですね。筋肉満々です。肝心なこと はなんでもやれる医者です。
- ○この数字を見てください。私の母校の京大医 学部のタイの先生ですね。 先輩 2人がタイ国 の医師免許証をとる試験を落ちまして、東大 の医学部卒の先生1人もタイ国の国家試験に 落ちまして、今は医者の仕事をやっていない のです。この会場にいらっしゃる先生は信じ ないと思いますが、それは事実です。本当に 残念です。タイには医者が少ないので、わざ わざ外国に習いに行って、3人とも医者にな っていないことは本当に残念です。しかし、 私の国では最近この問題はかなり解決されま して、いまインターン制度はなくなりました が、学部教育部分ですね、それを1年を早く 済ませて、6回生はインターンと同じこと、 すなわちエクスターンという形で働いており ますが、外国留学した学生のために特別イン ターン制度があります。そのインターン制度 を済ませまして、国家試験を受ければたいて い通ります。しかし、東南アジアの国、マレ ーシアとかシンガポールではまだ日本の医師 免許は全然認められてないです。私たちは日 本の若い先生の活躍をかなり期待しておりま す。医療制度の違いで一緒に働けないかもし れませんが、なんとか一緒に働きたい気持で す。日本のお医者さんの活躍をかなり期待し ております。

最後に、この話をする機会を与えてください ました津山名誉教授はじめ関係者の皆様に心 から感謝申し上げます (拍手)。

**司会(津山)** ター・ウォン君もちょっと遠慮しておりましたが、チェンマイへ行ったときに、日本の整形外科の先生が、気管切開ひとつするのにも耳鼻科の医者を呼んでくる、そうい

うことは全くタイでは考えられない、そんなも のは学部教育の中で既に習っているはずだと、 そういうことを言われましたが、日本でこうい う問題を厚生省へもっていっても、日本はもう ちゃんと専門家がたくさんそろっていて、交通 機関があるのだから、すぐそちらへ電話すれば いいではないかと、そういうものまでやる必要 はないという意見があるわけです。スーパー・ スペシャライゼーションを肯定する立場がある。 専門家が至るところにいる。そういう無用なこ とは日本はもうできないのだと言われる。では、 あした日本に大震災が起こったときに一体どう いう状態が出現するでしょうか。またそういう 医者を東南アジアに派遣して救うことができる かどうか、それを私は疑問に思うわけです。タ 一・ウォン君を呼んだのも、その印象を強くす るためです。

## ター・ウォン発言をうけて

司会(丸地) どうもありがとうございました。ター・ウォン先生から生の声を聞かせていただいたわけです。これを無にすることはできないので、このことを素材にして少しパネリストの先生方のディスカッションをお願いいたしたいと思います。

小倉 私は昨年の12月、タイ国へ参りました。10年ほど前から関係しておりましたプロジェクトが最終的にまとまりますので、その成果を一目見たいと思って保健省へ参りまして、保健省の役人と一緒に現場へ行ったわけです。朝早くバンコクの飛行場で保健省の役人と待ち合わせしました。私と保健省の役人と2人だけだと思って飛行場に行きましたら、アメリカ人の男性と女性が一緒でして、どこへ行くのだろうと思っていたのですが、コンケンの飛行場で一緒におりる。それから同じバスに乗り込んだのです。

保健省の役人に、この外人さんはどこの人です かと聞きましたらアメリカ人であると。ハワイ 大学の先生であると。私がかかわったプロジェ クトが思うように進行しない。日本からは専門 家も来てるじゃないか、なぜ日本の専門家の力 を結集してそのプロジェクトの最後の仕上げを しないのかということで、保健省の役人に私は 文句を言ったのです。しかし、文句を言っても しようがないわけですから、アメリカ人の男性 と女性と名刺を交換いたしましたところ、ハワ イ大学の医学部の先生お2人でした。保健省の 役人が言いますには、日本から来ている専門家 は自分の専門としている分野については非常な 関心をもっており、それだけは安心して任せる ことができるが、医学全般について関心を払お うとしない。医学全般についての知識がないと。 ましてや医療という問題、あるいはタイ国の保 健制度というものについてはまるで無関心であ る。これではプロジェクトの進行ができないの だ。だから、日本の専門家の果たす役割は大き いのだが、余りにもナローマインドであるため にハワイ大学の専門家を呼んだということを言 いました。私は腹も立ちましたし、非常に残念 に思ったことがございました。

**司会(丸地)** もう1人、ストレートなレスポンスがありましたら、どなたかにお願いいたしたいと思いますが、いかがでしょうか。

島尾 発展途上国へ行っていろいろ保健医療協力する場合、どんな専門領域があるかによって、専門の領域は違うのですが、共通的な基盤として、少なくとも、たとえば熱帯医学についてある程度のことはできるとか、医師が行くからには小さい外科とか、そういったことを最低知っている必要があるだろう。そういうのをどこかでちゃんと教えてくれるところがないというのがそもそも一番大きな問題の一つだろうと思いますので、関係団体で話し合って、どこか

でそういった最低必要限の研修はできるような ところをつくっていく。それを終わったうえで 教育を受けて出ていただく、こんなような仕組 みの体制を準備することが大事ではないでしょ うか。

## パネル討論をふり返って

**司会(丸地)** どうもありがとうございました。

時間がどんどん過ぎてまいります。最後に津山先生から総括をお願いするつもりでおりますが、これから残る10分間、5人のパネリストの先生に、この1時間ほどのディスカッションを通して何を感じ、どういうことを改めて強調したいのか、塩月先生のほうからお願いいたしたいと思います。

塩月 日本から海外に派遣をされていますドクター、あるいは保健婦さん、そういった方々の経験が個人的なものとして帰国されたときに埋没しないで、次に行かれる方に確実に受け継がれていくということが絶対的に必要ではないだろうか。そういう意味で、私どもは昨年、現地におりますで、てのワーカーが1か所に集まりまして、一体どういうことを共有し、そして日本の医学会に対し、あるいは日本の派遣団体に対してどういう提言をするのか、あるいは協力をしている国の医療機関にどういう提言をするのかということを共通財産としてまとめているのかということを共通財産としてまとめていいりました。こういったことをもっとやっていくべきではないかということを感じております。

大谷 実は、昨年機会がありましてWHOから、発展途上国にニュー・バイオ・テクノロジーの技術移転でどんなものが考えられるだろうかということを話せと命じられたわけです。実は大変に困りました。と申しますのは、我が国のニュー・バイオ・テクノロジーは発展途上国

には余り役に立たないわけです。そこで、私は一応の紹介を終えた後で、今ここにご紹介したのはジャパニーズ・レストランのジャパニーズ・マスターとしてご紹介した。しかし、おそらくこのメニューは皆さんのお気に入らないであろう。だから、やはりそれぞれの国で日本人と一緒になって、たとえばタイ・ジャパン・レストランというのをつくって、それぞれの国に適応したメニューをつくるべきであるというようなことであえて結ばさせていただいたわけです。私はこの会で、大変たくさんの方が非常に深い観点から関心をおもちになっていることを感じました。

もう一つ、国々によって事情が相当違うのでインド方式はタイに行ってもうまくいかないかもしれないし、タイ方式はベトナムに行ってもうまくいかないかもしれない。そういう意味での、医療だけでもいいですが、それぞれのもう少し各論的なコミッティーをつくって、そこで討論できるような場をこの際つくられれば、さらにもっと綿密な医療協力ができるだろうと思います。

小倉 私は、官民一体となった連携プレイ、そういうものがこれからの国際協力では非常に 必要だと思います。また協力を容易にするため の環境づくり、システムづくりという問題も考えていかねばならない問題であろう。たとえば 国際協力はボランティア・スピリットが大事だ とは言いましても、なんと言いましてもお医者 さん、看護婦さん、専門家でございますから、そういう専門の方々が参加しやすい経済的保証 という問題を考えると、既に国には派遣法という法律もございますが、このへんで考え直して みる必要があるのではなかろうかと思います。

また帰国された専門家の帰国後のそれぞれの 学会、職場における復帰について考慮するシス テムを考えていくこと。受け入れについてのそ ういう理解が高まることが大事だと思います。

それから、専門家の方々は3年とか5年とかいう期間、途上国に出て医療のゼネラルな問題に取り組まれるわけですから、どうしても専門的には時間的なロスが出るわけでして、そういうような時間的ロスを解決するために、医学情報、専門情報を定期的に海外に送ってやるというシステムなどを確立するならば、海外に出ていってもちっとも専門家としての情報が途絶えることがなく、自分自身の研究が継続してできると、そういうシステムづくりも必要ではなかろうかと思います。

以上のような環境づくりが大事だというふう に思います。

山本 正直申しまして、現在の日本のやって いる国際医療協力というのは非常に及び腰だと 思います。もっと本腰を入れてやらなければい けないということです。私が今から25年近く前 に国際医療協力のはしりの仕事をしたときは、 実は私が属しておりました東大医学部の教授会 などでは「山本さん、あなたはずいぶん変わっ たことをやりますね」と言われました。そのこ ろは国際医療協力をやると変人扱いをされた。 現在ではそういう状況を脱皮しておりまして、 伝統ある医学会総会でこういったパネルが行わ れるということは、25年の間に大きな進歩があ った。しかしながら、私はまだこれでは十分で ないと思います。私は今後の25年先を期待した いと思います。そのときには日本が本腰を入れ て国際医療協力をしていけるという状況を望み たいと思います。また医学会がその中核となっ て、そのためにもっともっと大きな関心を示し ていただきたいことをお願いして終わります。

島尾 まず私どもの内部のことから申し上げますと、今では国際協力はかなりやってきたつもりですが、はっきり言って専門の組織がありませんでした。やっと今回、今までの実績が認

められて、結核研究所の中に国際協力担当の専 門官を置くことができるようになり、ここで少 なくとも結核については、あそこへ来れば世界 のことが一通りわかるというような情報も集め、 人員のリクルートなどもしてまいりたいと考え ております。その中で、私どもを含め、いろい ろな団体で真剣に考えなければいけないのは、 せっかく青年海外協力隊で行った方々、ボラン ティア精神をもち現地で頑張ってこられた方々 を、その後どうやってアフターケアをやり、で きれば専門家に仕立て直してもう一遍また海外 で働いていただくか。このへんの問題も十分検 討する必要があると思います。そういう点で、 国際保健医療学会が設立され、活動しておられ るのは非常に結構なことだと思いますし、これ の活動を強化していただきたい。その中で、や はり民間の立場で同じようにやっております国 際看護交流協会、あるいはキリスト教海外医療 協力会、こういう方々と協力し合いながらこう いった人間の養成、確保、それを考えてまいり たいと思います。

司会(丸地) どうもありがとうごさいまし た。皆さん、お聞きになりましていかがお受け 取りでしょうか。限られた時間ではございます が、私どもとしましては、一応シナリオにほぼ 従って、ター・ウォン先生の話も加わって、皆 様方に何ものか考えていただける情報を提供で きたものと考えております。山本先生や塩月先 生も言われたのですが、こういうことを考える ことこそ、やはりすべてのことに広い立場から アプローチする考え方を養う機会になるだろう と思いまして、そういう意味では意識の総合科 学という言葉を私は最近使うようにしておりま す。何事も自分たちが身近な問題になったとき に、それを素材化し、関心と関わり合いをもつ 人と間違いなく情報交換をし合い確認し合える、 それがまた国際協力の実践、情報伝達につなが るだろうということをきょうのパネルディスカッションを通じてつくづく再確認した次第です。 時間は順調に進んでおりまして、残る5分間 は津山先生に総括をお願いいたしたいと思いま すので、よろしくお願いいたします。

## おわりに

司会(津山) 一番最初に申しましたように、 非常にハイテクノロジーが進んでいくにもかか わらず、地球上に悲惨なことが非常に多く起こ っております。ハイテクノロジーとヒューマニ ズムの不調和、これが、一体、地球は助け合う 地球なのか、滅ぼし合う地球なのかわからない ような状態を感じるわけですが、もし助け合う 地球であるとすれば、この医療協力というふう な問題は最も端的な有意義な問題ではないかと 思うわけです。南の繁栄なくして北の明日はな いと言われますが、そういう点からもこういう 問題は非常に大事です。また一方、日本の繁栄 は極めてひ弱な繁栄でありまして、しかも繁栄 しつつ友人ができないという批判は率直に耳を 傾けなければならないでしょう。資源の乏しい 島国の明日の発展の命運を賭ける問題でもある わけで、国際協力の中でも保健医療協力はマン ツーマンでなければできない問題であり、日本 人の体質、文化、人間性そのものが問われるテ ーマでもあると思います。次の世代のためにも 極めて重大な問題であろうと思いますし、人類 の真価を問われていくと同時に、日本人の真価 を問われる問題であろうと思います。日本は急 速に発展途上国から発展して非常に矛盾を含ん

でおります。物と心の離れていく成り金根性、 我々の医学も成り金医学になっている可能性は ないでしょうか。しかし、問題提起で矛盾の指 摘、あるいは悲憤慷慨だけではこれは無意味で ありまして、どうすればいいかということを、 リアリスティック・アプローチが一番大事なの でありますが、それには先ほど先生方が総括さ れました、こういうふうな問題の重要性の認識、 それを国民全体にわかっていただくこと、共通 の意識をもった同志を増やすこと、官民一体の 努力でシステムをつくること、ボランティアが 参加しやすいような体制をつくること、及び腰 でなく本腰を入れた国際医療協力を進めていく こと、そういったことに結論できるかと存じま す。

最後に、私どもが日本国際保健医療学会をつくりまして、今回の医学会総会のために『ふれあいの人づくり』という映画をつくりました。30分ほどの映画ですが、人材開発という問題、これは日本国内だけではありませんで、外国の人の人材を開発するというテーマも含まれております。非常によくできておりますので、どうか機会がありましたらご覧になっていただきたいと思います。ここにお集まりくださいました方々は発展途上国への医療協力という問題に関心をおもちになればこそ来てくださったのだと思います。どうか今後も我々の日本国際保健医療学会、あるいはこういう国際医療協力に携わっている者に対するご理解とご支援をお願いする次第でございます。

## International Health and Manpower Development

—Domestic Systems Approach for Manpower Development—

Panelists Akira OHYA

Kazuharu OGURA

Kentarou SHIOTSUKI

Tadao SHIMAO

Shun-ichi YAMAMOTO

Coordinators

Naoichi TSUYAMA

Nobuhiro MARUCHI

This panel discussion was held at the 22nd General Assembly of the Japan Medical Association for the reflection of our international health experiences with particular emphasis on manpower development.

Based on the preliminary discussion on the subject, several topics of the meeting were provided for the panelists in advance; general public relations on the subject, methodology on manpower development, technical cooperation among developed countries with special emphasis on international health cooperation, community medicine and medical education, and special support for those qualified personnel in tropical medicine.

Since the subjects are mostly concerned with promotive approach, the panelists were encouraged to make communication exchanges for positive aspects on the subjects discussed which in turn would call for the further development on specified topics.

Background documents for the panel discussion was circulated to the audience before the meeting for their reference. There was one floor comment which was made by Thai doctor who graduated from a Japanese medical school. his comment was so impressive to the audience, since our medical educational system was identified to be non-effective for fields practice.

Through the discussion, it was clearly identified that we should commonly share "basic unity" or "common sense" which could be available for all people concerning international health beyond of their standpoints. It was also reconfirmed that international health experiences were an alternative learning opportunity through cooperative activities with people from other countries.

## 第22回医学会総会・パネルディスカッション〈資料 1〉

#### 島尾 忠男 (結核予防会結核研究所)

結核研究所では、海外技術協力事業団 (現在の国際協力事業団) の委託を受けて1963年以来結核の疫学と対策についての国際研修課程を始め、1967年からは WHO との共催となり、現在世界中で唯一の英語で結核対策と疫学を教える研修コースとなっている。1973年からは上級課程を加え、1975年からは結核菌検査技術の課程が始まり、これら三つの研修を終了した研修生は、アジア、中近東、アフリカ、中南米の52か国からの684名に達している。これらのコースは、途上国への派遣要員の養成にも活用されており、18名の日本人が研修を終了し、この中の9名が途上国の結核対策への技術協力のために長期に派遣されている。結核予防会自体からも、長期に9名、短期には毎年10名を越える職員が途上国の結核対策協力のため派遣されている。

### 山本 俊一(聖路加看護大学教授)

私は1960年代から各種医療従事者らとへき地や都市 スラム街などで多様な地域保健活動を行い、その経 験はいくつかの途上国にも及んでいる。

国の内外を問わず、へき地やスラムには共通問題が多いので、あらかじめ国内で適当な地域で保健活動の訓練を行うのが、私の経験では有効だと思う。ただ外国では保健行政制度が大きく異なるので、国内の訓練がそのまま現地で適用できるとは思わない。したがってあくまで基本的訓練に重点をおき、いよいよ国際的な活動場所が得られたら、応用問題として自ら対処できるだけの実力を備えていなければならない。公衆衛生の特徴として、広範囲にわたり基礎的訓練をうけていることが必要である。しかし、一・二の専門(たとえば結核、栄養、母子保健など)をもっていることが望ましいと思う。

#### 小倉 一春 (国際看護交流協会)

昭和39年アセアン諸国訪問の際、現地の政策立案・保健衛生関係者から、保健衛生面で、日本が国際社会で果たすべき役割への強い期待が異口同音に述べられた。それに応えるべく側国際看護交流協会を設立、爾来民間として保健衛生分野における技術協力――特に看護分野の現地の人づくりプロジェクトを推進してきた。その20年近くの経験から、わが国の保健衛生分野での人材開発の要点をまとめると以下のようになろう。①関係者の啓発のために学会や医師会等の団体レベルで情報の提供を積極的に行う。②外国研修員の世話により幅広く参画させる。③緊急時や海外からの要望に応えるために人材登録をセンター化する。さらに帰国した関係者の身分保障制度を確立する。④医学生に発展途上国での研修を義務づける。⑤その他。

## 大谷 明(国立予防衛生研究所)

私は昭和23年東大医学部を卒業後、予防衛生研究所に入り、現在までウイルスの研究に従事した。1956年から1958年までロックフェラー研究所のタイラー博士のもとでアルボウイルスの研究に手を染めてから、発展途上国との研究協力が始まった。1962年、日タイ協力計画によるタイ国ウイルスセンター日本側理事長としてバンコクに6か月勤務をはじめとして、WHO、JICA、外務省によりタイ、ベトナム、インド、スリランカ、中国等アジアをはじめ、ザンビア、エジプト、ブラジル、コロンビア等に滞在、研究協力を行ってきた。現在WHOウイルス病研究協力センター、アルボウイルスセンター長として発展途上国と研究協力を続けている。

塩月賢太郎 (日本キリスト教海外医療協力会)

ネパールなど8か国に対して、過去25年に30余名の

医療従事者を派遣して、へき地での医療協力をすすめてきた社団法人日本キリスト教海外医療協力会の理事に長年つらなり、現在はその事務局長の役を担っている。これより先、57年から13年間、世界学生キリスト教連盟の専従者として、主にアジア各地の大学を巡回訪問し、近代化と開発をめぐる学生と教師の役割について学習、協議、実習企画の組織指導

に携わった。70年代以降は、青年海外協力隊の支援活動、YMCAの行う開発および難民救済の国際企画に参与した。これらの経験に基き、住民自身の価値観や慣習に根ざした総合的な自助の働きを理解し、それに協力するという基本姿勢をもって働くことのできる人材の発見と育成、そしてその支援に微力を尽くしたいと願っている。

## 第22回日本医学会総会・パネルディスカッション〈資料2〉

我が国で国際医療協力を外に向けて意識し、各層での活動が広がりだして20年近くなる。そして、今日ではそれを当然の前提にした論議が広く行われるようになった。しかし、現実の問題としては国際医療協力の捉え方やそれに見合った人材が十分育っているわけではない。そこで、今回のパネルディスカッションのテーマは、一般認識(建前)と現状対応(本音)とが社会的には未だ一致していない事例としてとらえ、その改善のための国内的な問題意識を整理する機会としたい。

この討論は、事前に準備した下記の討論事項に添って各パネリストが発言・討論を行う。

関係筋の理解を高める(PR、情報交換、 身分保証、受け入れ拡大)

人材開発の方法 (量的拡大、基礎訓練の共 同化、情報センター)

先進国同士の途上国問題への科学協力(日 米医学協力と熱帯医学の事例を通して)

医学教育における地域医療的訓練の拡大(へき地、国際問題を含む)

臨床医としての基礎資質の確保(救急当直、 その他)

特殊能力保持者の優遇 (特に熱帯医学)

今回のテーマで外に目を向けたら問題点はたくさんあるが、それらの因果論的検討をするのは建設的でないという基本的了解のもとで、今回のパネルはテーマに関わる国際的課題に限定して、できるだけ前向きに見通しを具体的かつ建設的に求める方向を指向したい。

国際医療協力は、途上国だけを念頭に置くのではなく、先進国とも中進国とも同じ気持で学び合う機会とする姿勢が望まれるので、日本の昔と今、そして将来を、変化しつつある国際情勢の中で的確に物事を見通せるような討論をしたい。

これらの討論を通じて、医療活動を内外において「同じ土俵」の上で考え、語り、人々と自由に話し合えるような医療従事者の育成を目指すことが、ひいては総合医学・地域医療・医療倫理・総合科学をも同じ意識で推進することになり、またそれがこれから21世紀に向けて多くの国民が望んでいる人材開発の姿であろう。

## われわれの問題意識の変化

**ねらい**: テーマ討論を通して「当たり前」な自分たちの主体的発想を取り戻す。

方 法: a. 前提:〈共通の土俵〉再認識できれば、21世紀の「国際医療協力」はみんなに身近な活動になる

国際保健医療 - 102 - 昭和 62 年 11 月

- b. 仕方: 〈パネルディスカッショ ン〉という名の相互研修
- c. 心得:話し合いに臨む四つの基 本姿勢
  - イ. 身近な事例で話す
  - 口. 良い比喩を活かす
  - ハ. 関係者の思いを摑む
  - ニ. 対話的姿勢で臨む
- d. 進行:みんなの願いを対話を通 して一体化していく

## I パネル参加への四つの原則(共涌基盤)

a. ネットワークの四原則:人間性重視、

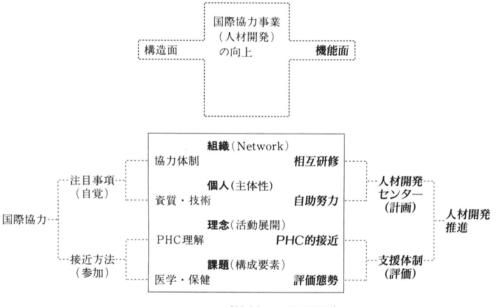
総合性、組織性、科学性

- b. パネル構成の四原則:パネリスト、視 聴者、司会者、事務局
- c.パネル展開の四原則:組織的問題、個人的問題、主体性、総合性
- d. 主体性の四原則:自立、学習、対話、 共感

#### II このパネル討論の前提



## III このパネル人材開発の全体的捉え〈図2〉



(N. Maruchi, 870331)

## IV 上を考慮にいれ、パネルでは次のことを討論しよう

- 1. 医療協力の人材開発を参考に、国際協力 事業向上の「共通認識」を再認識する。
- 2. 人材開発を例(事例・素材)にして、問題の提起(対話)、事業の計画(Plan)、診
- 査の実施 (Do)、成果の評価 (See) について話し合う。
- 3. それに沿って、実際活動の展開とそこで の実践上の問題点を明らかにする。
- 4. 一方、上の見方での先進国当事者側の問題を明らかにする。それにより、今まで

あまり意識しなかった局面を検討する。

5. こうした討論を通じて、多くの参加者が 関係者間のネットワークの大切なことに 気づくであろう。

## ∨ パネルの進行予定

- 1. オリエンテーション (配付資料を前提と する)
- 2. 前半(人材開発に係わる組織・体制・法律・評価的問題)
- 3. 討論(共通基盤の確認と後半に向けての 心の準備)
- 4. 後半 (人材開発に係わる知識・技術・姿 勢・倫理的問題)
- 5. 総括討論とまとめ (課題一体化の全体的 努力)

## パネルディスカッション 第1回打合わせ会の記録

昭和61年7月9日(火) 学士会館分館

### 討論要約

- ①学会事務局の提案する「パネルの進め方」 を守る。
- ②今の主題のもとで、国際協力に係わる「日本側の人づくり」に焦点をあてる。
- ③パネリストの提出する「抄録」は、各演 者の国際協力の経歴と今日のテーマに関 する簡単な紹介に止める。
- ④タイ人で京大医学部卒業のター・ウォン 氏に、我が国の医学教育の方向が国際協力に不向きなことを「救急医療」を例に 発言してもらう。
- ⑤第1回の討論内容を島尾先生に報告し、 抄録提出を合わせ依頼する。
- ⑥第2回の打合わせの件10月3日(金)、学士会館分館で午後6時より開催。

## 〈話し合った内容〉

多岐にわたったが、次の2点に要約できる。 ①聴衆を意識した配慮を!

- ・医学会総会参加メンバーが主であるが、国際保健医療学会の参加者にもこのパネルに 門戸を開く配慮をしたい。
- ・10月の第2回打合わせで、具体的討論点が 決まったら、「副題」を決めてそれをPRし たり、当日のたれ幕にも明記すること。
- ・テーマに関して、どうすればいいか。「明るい話」に話題を向ける努力をしたい。内外とも「人づくり」について暗い現状にあるが、問題提起だけに止めないで、「問題解決/改善」の具体的提案につながる討論にしたい。(山本)
- ②国際協力のための人づくり (人材養成)
  - ・国際協力活動を素材(前提)にしたときの 日本側「人づくり」に主眼をおく。
  - ・総合的に見れば、途上国側での「人づくり」 も関わりはあるが、今回は協力国側の足腰 が強くなるための「人づくり」とその「支 援体制」にスポットをあてよう。



- ・途上国側の「人づくり」を語りはじめたらきりがない。これは医療問題の検討で患者側の問題をたくさんあげるようなもので、問題提起にはなるが、協力側の努力だけでは解決できない。それなら、協力側にも「人づくり」の問題があり、こちらは改善・解決の可能性があり現実的である。
- ・現状としては国際協力に係われる国内養成 機関は極めて限定されている。
  - 熱帯医学で長崎大学、東大医科研
  - JICA国際協力大学校(市ヶ谷)

- 国立医療センター内に「医療協力センター」が発足している
- ・新規者養成のほか「再訓練」もある。
  - たとえば「結研」は退役の Tb 専門家 の再開発に注目している
- ・先進諸外国では「開発教育」が普及しているが、一般の関心を高める必要もある。
  - これは当日、話題にならなかったが、一般論として当然必要と思う(丸地)
- ・分野によって「人づくり」の問題に差がある。
  - Non-medical な人たちの養成のシステムがない
- ・派遣中の身分保証と海外経験の評価。
  - いまだ解決していない。何か「具体 的事例」の提供はないか
- 帰国後の問題
  - 研究者やJOCSでは大きな問題。その他では、それほど深刻ではない
- ・外国人専門家受入れの場合のライセンス問 題。
  - タンザニア人医師が国内で診療にあたれないケースなど。他でも類似の問題を聞いている。いま政府(行政)レベルで打開策を検討しているという
- ・国内にいても国際協力の機会は多い。
  - 意識と意志をもてば、こうした機会 は地方でも聞ける

## パネルディスカッション 第2回打合わせ会の記録

昭和61年10月3日(金) 学士会館分館

#### 討論要約

- 1. 前回確認事項、ことに今回討論の前提 と方向について確認した。
- 2. 主要な討論項目の選択とそれらの概要につき討議した。
  - a. 司会者が今回のパネルの目的と範囲を初めに明示すること 国際社会における国際協力、ことに途上国協力の必要性 その前提に立っての人材開発の今日的位置づけ 今回はその中で国内体制問題にフォーカスを当てる意味づけ
  - b. パネリストは最初の発言に際し、自 分の立場から「何故、途上国協力が 必要か」の端的なコメントを行い、 その後の発言への布石にする
  - c. 提案された討論項目(順不同) 人材開発の方法(量的拡大、基礎研修の共同化、情報センター) 医学教育における地域医療的訓練の拡大(へき地、国際問題を含む) 臨床医としての基礎資質の確保(教急当直、その他) 特殊能力保持者の優遇(ことに熱帯医学) 先進国協力と途上国協力(日米医学
    - 先進国協力と途上国協力(日米医学協力と熱帯医学の事例を通して) 関係筋の理解を高める(PR、情報 交換、身分保証、受け入れ拡大)
  - d. 現在の日本の医学教育は実地に不向 きという端的な事例の紹介

津山座長の提案。日本の医学教育を うけ医師免許まて取ったタイ人が帰 国して実践診療に当たったところ、 自分に「救急医療」に携われる技術 が全く備わっていないことを知り、 ショックを受けたという話 このエピソードをそのタイ人医師に 会場で話してもらおうという提案 津山座長の意向は、我が国の今の医 学教育の方向が国際協力に不向きな ことを、例証として生の声で訴えた いという気持が強い

討論進行を見はからって、津山座長 がタイミングをみてそのタイ人医師 に発言を求める

#### 3. 会場からの発言の取扱い

持ち時間が全部で90分。パネリストが多くの参加者の考えや意見を代表するよう意識し、前向きな発言をして、その場にドラマを展開するような雰囲気づくりをすることに主力を注ぎたい。もっとも、当日の進行状況によっては会場からの発言・参加を求めることも考慮にいれたい。

## 4. 当日配付資料について

討論に際して、スライド使用の可能性が 話題にあがった。シンポジウムとちがい、 事前に討論項目がはっきりしており、しか も今回は事務局よりパネルディスカッショ ン本来の形式を生かして欲しいという要望 が出ているので、今回の討論内容なら当日 配付資料ができると思う。事前に丸地が資 料の準備をできるよう協力いただきたい。

## 5. 事前調整について

## 討論項目に関する提案と内容

上記の要約を得るまでの過程で話し合われた 内容を以下に述べておこう。この種の話し合い は人々の意識と深く関わっているので、言う人 も、聞く人も、また記憶する人もわかったつも りが、意外に誤解していることがよくある。要 するに、パネルの場でそうした誤解を生まない ような本当の対話を展開して、今回のテーマに 関心をもって参加する人たちと国際協力につい ての共感を高める機会にしたい。

話し合いには流れがあるので、ほぼ、発言の 順序に記述してみよう。

### 1. 小倉先生

抄録に記載してある 4 項目を提示し補足説明 があった。続いて項目の理解の仕方に関する討 論が行われた。これを契機にして、他の参加者 から討論項目の提案が次のようにあがってきた。 そのため小倉提案はすべて以下の提案に具体化 して生かされることになった。

## 2. 島尾先生

## a. 国の責任体制

ご自分が最近、関係筋との折衝で痛感したことから、この提案となった。要するに、協力出張者の身分保証で国の責任体制が不明確なことに起因するので、そのシステムの開発の提案になるだろう。県レベルでそれを条例化しているところもあるが、民間機関にくらべ公務員の場合は長期出張は困難が多い。

## b. 人材開発の方法

結核専門家の例でも、人材開発が困難になりつつある。そのシステム化を国内的に 開発すること。この提案はその後の討論に 引き継がれている。

## 3. 塩月先生

## a. 基礎研修の共同開催

現在は各関係機関がこれを個別に行っている。少なくとも民間団体だけでも共同研修センターを開設できないかと思う。既存のものでは、東大医科研と長崎大の熱帯医

学研修コースは利用可能である。

JICA が NGO 向けにその種の協力の可能性を言っているともいう。

今回、国立医療センターに新設された部 門にそれを依頼することはできないか。

### b. 協力関係者の「人材登録制」

人材再開発として、人材登録のシステム 開発を行い、それを世話する団体を見つけ ること。現状では、個別にそれを行ってい る段階にある。

救急人材登録制は既に JICA がやっているので、ここでは国際医療協力全般に関する人材登録制と考える。

早い頃、外務省技協課は IMFJ にそれを 期待したようだ。今でも、小倉先生の INFJ にその協力の可能性を打診してきていると いう。

### 4. 山本先生

a. 地域医療研修を医学教育に生かす努力 国際保健医療ことに途上国問題、へき地 問題、スラム問題、あるいは熱帯医学など をコア・カリキュラムとして定着させるこ ٤.

### b. 特殊技能保持者の優遇

たとえば現在では熱帯医学専門家が少ない。今後の国際医療協力の拡大を考えると、 国の責任で現任者の優遇、若い専門家の養 成など検討すべきである。

### 5. 津山先生

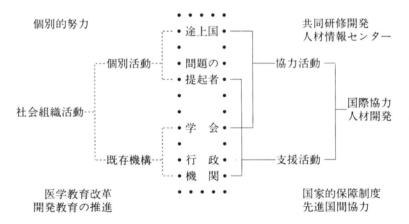
- a. 現行の医学教育の国際性の欠如を改める こと
- b. 医学教育に救急当直を義務づけること
- c. 日本の国際医療協力に関する「白書」の 作成

これは国際保健医療学会の仕事として、 この機会に配付できるようにしたい

#### 6. 島尾先生

- a. なぜ、いま途上国協力かの考えを語る必要性
- b. 先進国協力と途上国協力の関連性 我が国の事例としては「日米医学協力」 が契機になって熱帯医学問題が取りあげられ、それがその後の途上国協力に発展している

#### 人材開発に係わる四要素



### パネルディスカッション 第3回打合わせ会の記録

1.確認事項(前回、前々回の反省に基づいて) ・総論と各論のすれちがいをなくしたい。

第1回打合わせ会…総論、第2回…各論に入

ったが「まとまり」があったとは言えない。
・「日本側の人づくり」についての抑えが前回弱かった。目が外に向かうのではなく、国際医療協力を前提とした当方側の体制見直しというこ

とを今一度確認したい。

・もっと前向きの討論をしたい。前回は困難さ が全面に出て「暗い話」になった。

### 2. 共通の土俵をつくること

島尾:結核を減らすには、最低限度のお金というものがある。お金をつぎこむ量が現在少ない。お金をどのくらいつぎこめば結核が減るかについて研究すると面白いと思う。

丸地:しかし、それでは「減る」というブラックボックスの部分をどうするか、という話に つながらない。

大谷:先進国と途上国の技術の差がありすぎる。日本で伝染病をやっていては出世できないなど、現実に人材開発をやっていくのはむずかしい。それに私は研究に携わってきた立場性があり、みなさんもそれぞれの立場がある。共通の基盤でどうやって話せるのか。

小倉:「日本国内の人づくり」というテーマ をしっかり抑えていけば、共通の土俵になるの ではないか。

島尾:「国際的に通じる人間とは何か」をキーワードにすればよい。現在の日本では本当に 国際的に通じる人間を教育する所がない。その まま途上国に放り出されて初めて、日本で習っ たことを180度頭を切り替えなければならないこ とがわかる。 小倉:タイに行った時、2人のアメリカ人が 保健省の役人に連れられていろいろ見て回って いた。何かと思えば、日本から派遣されてきた 人は専門以外のことに関心がなくて、タイ側と してはプロジェクトがこのままでは進まないの で、ハワイ大学の先生に来てもらったという。 情ない話だ。総合的でバランスのとれた感覚が 必要だ。

塩月:昔、経済学でも先進国でしか通じない 経済学の時代があって、現在は大局的に経済を 捉えなければ理解できないことになっている。

丸地:医療の問題ではウイルスだけに目がいっているのでは、解決にはつながらないということを訴えていきたい(AIDSを例にして説明)。

### 3. 聴衆へのアピール

小倉:国際協力は「ボランティア・スピリット」が鍵になる。今の人はそれがない。現実的でロマンがない。

- ・海外に行くと収入が少ない。
- ・ジェネラルなことをやらなければならない ので、専門知識に遅れる。
- ・帰国してからの保証。

こういうことについて、安心できるシステム を作り、できるだけ抵抗を減らしたい。

山本:日本の現状批判をやっても仕方ない。 こうあるべきだと言っても聞き手にはアピール しない。国際協力をする人は、医者として出世 したいというのとは別の価値観に基づいてやっ ているのだから、そういう心に訴えたい。

- ・確かに、日本を離れて2年くらい外に行く と勉強が遅れるが、行って下さい。
- ・行かない方も、そういう人が帰って来たら 受け入れて下さい。

丸池:しかし、国際協力する人と、そうでない人というように二者択一にはしたくない。共通基盤で合わせていきたい。

大谷:若者をそういう気にさせるにはどうすればいいか。

小倉:ボランティア・スピリットとは、社会、 公共的に考えるという当たり前のことだ。昭和 30年代の貧乏時代に自分のことしか考えられな くなってしまったのが現在の中流意識だ。

### 4. 各論の抑え

丸地:共通基盤の話ばかりで、地域医療的訓練や臨床医、熱帯医学者の確保などの各論の話に討論事項をつなげていかないとまずい。

島尾:過去に植民地を持っていた国では、熱 帯医学の派遣研修で必ず産科と外科がやられる。

塩月:「初めの3年は手を出すな」ともいわれている。

島尾:日本は、いきなり総合病院を建てて、向こうの国はその運営費に予算がついていかなくて困っている。ヨーロッパの国は、そんなバカなことをやってはいけないということで、技術協力や基盤整備に方向転換した。日本では、まだそれでいいと思っている人が多い。

塩月: Missionary doctor の派遣は時代遅れ で、物やお金を援助してあとは向こうの人に自 由にやらせればよいと言われてきたが、また時 代が変わって、その価値がわかってきた。

小倉:経済協力だけでなく。

山本:そういうことを長く話すと反感を買う。 丸地:組織活動について、人材登録制など何 か明るい可能性のある材料をおみやげとして出 したい。

塩月:50歳すぎで、海外で働きたいという人が多い。しかし、準備、研修をどこでどうすればいいかわからない人が多い。配布資料の中に書いておきたい。

丸地:現在動いている人材開発のフローチャートが欲しい。

島尾:うちでは、組織的にやっていくという 雰囲気はない。触角をのばして、人材の一本釣 りの状態。

小倉:同じです。

塩月:私のところは、登録制があるが、現実にうまくいっているかどうか。海外に行ってくれそうな人に対してフィールドワークで訓練している。仲間が働いているところへ行くのだから共同意識がある。それをどうやって一般化していくか。JICAの人材登録制は、緊急災害派遣に有効に機能しているが、希望するプロジェクトがずれている。

島尾:私たちのところの集団コースに入って くる人ならいいけれど、個別にこられたら対応 のしようがない。プロジェクトをころがしなが ら、若い人を交替で派遣して人材を開発してい く。

### 5. まとめ

丸地:このシンポジウムの目玉は? こういう学会ができたことも一つの成果。

小倉:こういう打合わせをすることによって、 民間レベルで話し合いができるようになった。 「聞いていらっしゃる人の中で、賛同して下さ る方はどこそこに連絡して下さい」ということ で締めればいい。

山本:とりあえず学会に入って下さいという ことで。

塩月:会場にいらっしゃる方は、現状にどの くらいの理解があるのか。だめだと思っていた が、結構やっているとなるのか、もっとやって いると思っていたのにだめだとなるのか。

島尾:「国際的に通じる人は、国内でも立派に使える人になる」ということを訴えたい。若い人も現場では、すばらしいことをやっている人はかなりいる。

大谷:石川君がバングラデシュでやったジェネラルな活動も立派な研究になるのに、それが 認められるような雰囲気が残念ながらない。 丸地:いいことをやっていても、その活動の 話を聞く側には、そのエッセンスが伝わってい ない。それは一つに、帰って来てからそういう 活動のエッセンスを伝える姿勢に問題があると 思う。

島尾:現状ではそういう活動の意味がよくわかって帰国してきた人を専門家に養成して、も

う一度、送り出すというやり方しかない。

丸地:石川君のすばらしい活動を、素人向け のお話でなく、その真意を学問的に広げていく ことが大切ではないか。

大谷: 共通基盤についての話がでてきたので、 今回は討論にまとまりがでてきた。

# III 日本国際保健医療学会地方会

### 第1回関西地方会

**日 時**:昭和61年(1986) 8月23日(土)

場 所:住友化学会議室

### 讃 演

- 1. 「古代インド医学:アユールヴェーダ」 稲村晃江(古代インド医学研究家)
- 「国際協力と人材の育成」
   伊藤利根太郎(大阪大学微生物病研究所)

# 国際保健医療協力 に関する所感 伊藤利根太郎

私の国際協力の最初の経験は、国立予防衛生研究所においてタイからウイルス学の研修に来た人々に接した時であるが、この時から国際協力には厳しさと同時に優しさが必要であると感じはじめた。昭和39年から41年までの2年間、タイ国立ウイルス研究所で協力を行ったが、このとき医師で研究に全力を注いでいる人が意外に少なく、ともすれば副業等に時間が取られ勝ちで、臨床検査師、衛生検査師、薬剤師らが大いに努力しているのを知り、これらの人々の育成が大切であることを知った。人材の育成は施設の建物や内部設備、研究用機材の整備よりも重大であると感じた。

らいは WHO が対策を急いでいる熱帯感染症 の一つであるが、現在世界中に約1,150万人以上 の患者がおり、そのうち正しい診断を受けて治 療されている患者は500万人足らずである。日本のらいは今や終焉期にあり、おそらく今世紀中に新発生はゼロになるであろうが、これは1907年から日本のらい対策が始まり多くの人々が努力した成果であると共に、1907年以前は多くの外国のミッションが率先して日本のらい対策に貢献してくれた結果でもある。

日本アジア救らい協会はこの外国のミッションに対する報恩の意味もこめて設立され、インドのアグラに救らいセンターを建てた。このセンターは現在は完全にインド政府によって運営されているが、その名は日本アジア救らい協会の略称 JALMA を付けて Central JALMA Institute for Leprosy とされている。インドとタイでの国際協力の経験から、優れた人材の育成を目ざして、忍耐と情熱をもち続けることが必要であり、時には厳しく、しかし、常に優しさをもって相手国の人々に接するべきであると感じている。

(大阪大学微生物病研究所)

### 第2回関西地方会

**日 時**:昭和61年(1986)11月29日(土)

場 所:兵庫県立尼崎病院大会議室

#### 講演

- 1. 「チベットの人々とその生活」 北口博教 (神戸大学医学部生理学教室)
- 「留学生からみた日本の研究生活」
   Jose Ribeiro Dabtas, Jr. (大阪大学微生物病研究所)

3.「中国の医療と日本の医療」

殷志泉 (中国医科大学第一医院外科)

### 報告

「第7回アジア医学生会議」 山本秀樹 (岡山大学、全日本医学生アジア連 絡協議会)

### 第3回関西地方会

**日 時**:昭和62年(1987)2月21日(土)

場 所:住友製薬大会議室

### 講演

- 1.「タイ国無医師地区・耳科診療キャンプ体験」 佐藤喜一(金沢医科大学熱帯医学研究所)
- 2.「バングラデシュ・フィールド・ワーク報告」 辻本嘉助 (淀川キリスト教病院)
- 3.「ネパールにおける15年の医療活動」 黒住 格(芦屋病院、アジア眼科医療協力会)

### 第2回関東地方会

**日 時**:昭和61年 (1986) 7月12日 (土)

場 所: SRL セミナールーム (新宿)

#### 特別護演

- 1.「バングラデシュのプライマリ・ヘルスケア」 石川信克 (結核研究所、JOCS)
- 2.「国際医療協力とコミュニティ」 大内 穂 (アジア経済研究所)

#### 一般演題

1.「スーダンのエチオピア難民救援医療活動報告」

岩田好文(立正佼成会病院)

2. 「スーダンの難民キャンプにおけるプライマ リ・ヘルスケア」

塚本香代美 (日本赤十字医療センター)

3.「エチオピアにおける総合的復興促進プロジェクトの概要」

林 達雄 (JVC、医師)

- 4.「第三世界 NGO との提携強化」 本田 徹 (日産玉川病院)
- 5.「インドネシアの看護教員養成校における地域指向の教育への援助」

森口育子 (静岡県立厚生保育専門学校)

6.「1985年ブータン移動診療の経験と今後の問 顕点」

箕岡三穂 (浜島町立診療所)

- 7. 「ブータン王国における寄生虫感染の現状」 影井 昇 (国立予防衛生研究所)
- 8.「インド伝統医学から学んだもの」 国井 修(自治医大、全日本医学生アジア連 絡協議会)
- 9.「南太平洋ソロモン台風被災者に対する緊急援助」

今川八束(都立墨東病院、JMTDR)

### 映 画

「すべての人々の健康のために」

WHO 主催・世界看護指導者会議の記録 解説: 志摩チョ江 (国際看護交流協会)

# バングラデシュのプラ イマリ・ヘルスケア

### 石川信克

他の開発途上国と同様、国民の大半が農村に住み、末端の医療設備が不十分なバングラデシュでは、プライマリ・ヘルスケア(PHC)の促進確立が保健政策の最優先にされている。飲料水の確保や便所作り、手洗いや清潔の衛生教育、食糧不足ながらバランスのとれた食事、予防接種、家族計画、簡単な病気の治療等、医師や医療設備がなくても村レベルで病気予防や健康増進のためにできることが多くあり、技術的な方

法も開発されてきている。しかし、これらの活動の担い手となるべき保健ワーカーはいかに得られるか、それを生み出す共同体は既存のものの中から可能か等に関しては未だ十分解明されていない。

ひとつの試みとして、最近全国的に起こされつつある隣組を中心とした貧農の生活改善小グループに目をつけ、意識調査をしてみると、教えてもらえば自分たちで健康活動をすることができるという意識が強いことがわかった。そこで、既に数年活動している多くの小グループに働きかけ、保健ボランティア(VHV)を選んでもらい、VHVのトレーニングを行ってきた。1年後に再び調査してみると、VHVを選んだグループのメンバーは、VHVを選ばなかったグループのメンバーやグループに属していない人に比べ健康に関する意識や知識が高くなっている傾向がみられ、VHVの果たしている役割が明らかになってきたと思われる。

またダッカ近郊のマニクガンジ郡では既に150 の村に総合開発プログラムで300の貧農組合が作られ、250人の VHV が衛生教育や簡単な治療を行っており PHC のシステムができあがっているが、そこに結核対策を導入してみると、住民の手による患者発見/治療がうまく運ばれることがわかった。

これらの経験を過去の失敗の経験と照らして みると、保健活動はいきなり地域の人々に入れ ようとしても根付きにくく、住民の地域組織活 動の成長の中で伸ばしてゆくべきであること、 結核などの特殊な疾病対策は PHC システムがあ る程度できてから行われるほうが効果的である と思われる。医療従事者はこの背景をよく理解 して地域の段階に応じた対応と指導をすべきで 健康事業も地域作りの一環であることを認識す べきであろう。

(結核予防会結核研究所、JOCS)

# スーダンの難民キャンプ における PHC

### 塚 本 香代美

私は1986年4月~9月の6か月間、日赤より派遣され、国際赤十字連盟が運営する難民キャンプで働く機会を得た。そのキャンプはエチオピア難民を二次的に移動させた、国境よりわずか30kmのところにあるもので、全くの砂漠に新しく造られたものであった。

1978年の「アルマ・アタ宣言」以来、発展途上国において PHC が進められているが、難民キャンプでも同じ考えで仕事がなされている。 難民キャンプでは UNHCR の調整のもとで様々な NGO が働いており、また栄養プログラム、予防接種その他について WHO の指導にのっとりセミナーが開かれたり、UNICEF からの物資の供給が行われていた。

難民キャンプの中で大きな働きをしたのが Communinty Health Worker (CHW) たちで あった。

CHW の行った主な仕事は、家庭訪問による病者の早期発見、衛生指導、ビタミン剤やマラリア予防薬の配布、栄養プログラム脱落者の追跡、患者の輸送であった。CHW は人口500人くらいの小単位で約4人選ばれ、その人たちを訓練し、仕事を助けるのが私の仕事であった。

実際に PHC を行うにあたっての問題は、次のようなものがあった。(1)難民キャンプという特殊性から、受入れ側の許可がなければトイレ、排水等の衛生設備を整えることができず、またテントのまわりを利用しての野菜作りも許可されなかった。(2)彼らは遊牧民的要素をもっており、難民自体の移動が激しいためプログラムの継続がむずかしい。(3)他のキャンプでは Home

Visitor として Worker が訓練され、有給であった。(4)キャンプ内で働く外人スタッフのすべてが PHC を明確に理解していたわけではなかった。

短い期間ではあったが、難民の協力を得て無 事に任務を終わることができ感謝している。

(日本赤十字医療センター)

インドネシアの看護教員 養成校における地域指向 の教育への援助

### 森口育子

私は JICA のインドネシア看護教育プロジェクトに派遣され、1984年4月より85年11月までの1年半、無償資金協力によりモデル校として新築されたウジュンパンダン看護教員養成校で、学校運営、教育内容・教育方法等の改善への援助を行ってきた。

この期間は、地域保健の向上に重点を置いた 第4次5か年計画に基き地域で働く保健医療従 事者の急増期であった。特に看護職への期待は 高く、看護教育を病院指向から地域指向に改め 質的・量的に充実すべく努力がなされていた。

しかし、教育現場では、教員・学生はまだ病院指向、疾病中心の考え方が強く、地域への関心は低い状況にあり、発想を転換する必要を感じた。そして機会あるごとに校長や教員たちと話し合いをもち、プライマリ・ヘルスケア(PHC)の概念を基盤とする教育内容・教育方法の改善に取り組んだ。

具体的には、国家保健システム・地域保健開発プログラム・看護過程(問題解決過程)の講義の強化、Kader (保健ボランティア)を中心とする地域保健開発プログラムを実施している先進的な地域への見学、保健所実習の改善等を行った。

保健所実習は、従来の施設中心の実習から地域における PHC を学ぶことをねらいとして地域に出向いての Kader の養成訓練を中心とした地域実習に変更した。実習地区を問題の多いスラム地区とし、管轄する保健所と地区住民の協力を得て 4 か月間行った。

実習内容は、地区の Key Person との話し合い、地区住民の健康問題の調査、調査結果のまとめと住民への報告、地区住民による Kader の選定、地区の問題に基き Kader の講習の実施、そして実施後の評価と保健所への引き継ぎという過程で行った。

試行錯誤の連続であったが、教員・学生ともにこの実習を通して、現在インドネシアで重視している住民の主体的参加を中心とする PHC の重要性と看護職に期待される役割を学ぶことができた。また保健所や地区住民からは保健活動の基盤ができたと感謝された。

このような体験を通して、教員たちも地域指向の教育の重要性を認識して、次年度より卒業前の総括実習として村に泊まり込んで1か月間の地域実習を実施することとなった。

今後, インドネシアの教員たちの手でますま す地域指向の教育が充実され, 地域保健の向上 に貢献できることを期待したい。

(静岡県立厚生保育専門学校)

ブータン王国における 寄生虫感染の現状

影井 昇、杉山厚子石井澄江、八木信一西村元延、Nawang Dorji

我が国における寄生虫病予防運動の経験を活かして10数年前より開発途上国において土壌伝播寄生虫病予防/家族計画/栄養問題の合作運動を進めているが、UNFPAよりブータンでも

同様の合作運動を行うよう依頼され、1985年8 月ブータンにおもむき、上記合作運動の中でいかなる問題があり、いかにそれを進めていくかを政府関係者と討議し、意見の一致を得た。

その合意に基づき、本年3月から5月にかけてパイロット地区と定めたチラン県、トンサ・ブンタン県、モンガル県におもむき、ベースライン・サーベイを行った。

土壌伝播寄生虫病はチラン、トンサ県において極めて濃厚なアメリカ鈎虫の感染が見られ、ブータン東部のブンタン、モンガル県では回虫感染者が多く見られた。これらの濃厚感染の背景には便所のないこと、手を洗わずそのまま手づかみの食事をすること(回虫感染)、低緯度・高温地帯のチラン県では素足であること(鈎虫感染)が原因と考えられた。これらの土壌伝播寄生虫病は住民の健康にも多大の害をもたらしており、特に鈎虫感染はその寄生によって住民の多くは貧血をきたしており、妊産婦における貧血はMCHの立場からも重要である。

今後はこのような寄生虫病による問題点を一般住民に理解せしめ、その予防運動に発展させ、 更にこのような寄生虫病の予防運動を通じて健康についても理解してもらい、この運動を全国 レベルに広げていく予定である。

(影井一国立予防衛生研究所、杉山一北海道大学医学部、石井・八木一家族計画国際協力財団、西村一国連人口活動基金、Dorjiーブータン)

# インド伝統医学から 学んだもの

### 国 井 修

1985年 6 月から1986年 2 月までの 9 か月間、 南インドのウドゥピー・アユルベーダ医学校で インド伝統医学を学んできた。 アユルベーダと呼ばれる3,000年以上もの歴史をもつこの医学は、現在でも西洋医学・ホメオパチーとともにインドの保健医療を司る重要な医学である。PUC(前大学課程)終了後5年半の教育を受け、BAMSという称号を受けると正式な医師として働くことができる。

アユルベーダはインド哲学と非常に密接に結びついており、身体のみならず精神・魂の健康、諸々の要素のホメオスタシスを根本原理としている。したがって病気の治療と共に予防・健康 増進に重点が置かれ、体系的にまとめられている。

内科・外科・眼-耳鼻咽喉科・産婦人-小児科・毒物学・精神科・老人病学・性科学という8分野が分けられているが、教育課程では、サンスクリット語、アユルベーダの歴史、生理学・解剖学・公衆衛生学・薬草学・鉱物学・病因学・診断学・症候学・治療学等を西洋医学と対比させつつ組み込んでいる。

治療は多岐にわたり理論的であるが、外科学をはじめ西洋医学と類似のものが多い。薬草・鉱物を調合した薬と食事療法、行動療法が中心になるが、内科では副鼻腔炎、頭痛、皮膚病、片麻酔などに効果的な5大特殊療法(パンチャ・カルマ)、外科では痔瘻に効果的なクシャーラ・スートラが西洋医学者の間でも注目されている。

今後のアユルベーダの国際的役割は、開発途 上国では草の入手法、住民の理解度・信仰度の 高さ、土着性の点から、先進国では医療費の削 減、慢性疾患の効果的治療、予防医学の発展な どの点から十分検討されるべきであろう。

我々は、このような世界各地の伝統医学、民間療法の理解を深め、国際医療協力の名のもとに、我々の支持する西洋医学を一方的に御仕着せすることのないよう心がけねばならない。

(自治医科大学5年)

### 第3回関東地方会

**日 時**:昭和61年(1986)11月15日(土)

場 所:東京医科歯科大学5号館

### 特別講演

「家族計画、人口問題における国際協力の重要性」

我妻 堯 (国立病院医療センター国際医療協 力部)、村松 稔 (埼玉県立衛生短期大学)

### 一般演題

- 1.「タイ国シキュー難民キャンプにおける民間 医療チーム7年間の診療報告」 阿部敏紀(平和医学アカデミー)
- 2.「カンボヂア医療の現状」 小野沢敏弘 (旭川医科大学)
- 3.「日本に期待する医療協力――マレーシアに おける心臓血管外科領域の発展――」 Beh Chor Khim(東京医科歯科大学)
- 4.「医療発展途上国におけるアマチュア無線活用の可能性について」 高田悦雄(独協医科大学)
- 5.「無医村地区における慢性腎不全患者の治療 と看護——CAPDと家庭透析について——」 水越雅江(中京病院腎センター)

#### 映画

「カサデサルー メキシコの村の女たち」
財団法人家族計画国際協力財団

タイ国シキュー難民キャンプにおける民間医療チーム7年間の診療報告

阿部 敏紀、粟田松一郎

昭和54年10月以降、大量のインドシナ難民が タイ国に流入した。日本のマスコミは「キャン プには、日本人は誰もいなかった」と報道した。 そこで、民間の医療ボランティアである平和医 学アカデミー(平和のために医療を通して貢献 したいとの目的で、昭和54年12月、東京都豊島 区の開業医の呼びかけで設立)は同年12月21日、 第1陣の医療チームをタイ国のシキュー・キャ ンプに送った(民間では最初)。

シキュー·キャンプは、バンコクの東北310km の高地にあり、ベトナム難民を収容し、昭和51 年に Open された。そこで働く医療チームは私た ちのみだった。チームは、医師1、薬剤師1、 助産婦1、検査技師1、看護婦2~3、総務1 で構成された。昭和61年4月閉鎖までの6年4 か月間に合計48名が日本より派遣された。日本 人の他には、難民であったがベトナム人の医師 (多い時は10人あまり) や看護婦、助産婦ら、 タイ人やバングラデシュ人の医師らがいて、共 に協力して病院診療(10床)を行った。日・当 直も行った。診断・治療で困ったケースは、タ イの病院に紹介した。レントゲン検査、血液生 化学検査、梅毒検査、淋菌培養等もタイの病院 に依頼した。医療費は主に国連難民高等弁務官 が負担した。

キャンプの医療は Curative Care よりも Preventive Care に重点がおかれた。母子保健活動、Raped 女性ケア、補助給食、公衆衛生、家庭訪問、障害者難民ケアと幅広い活動を行った。今回は、Curative Care の概略を報告した。

6年4か月間に、外来患者約27万人、日・当 直患者年間約3,000人、キャンプ病院(昭和56年 4月完成)入院患者約1,600人、タイの病院への 紹介患者約1,300人、マラリア件数約400件、死 亡者48人だった。死亡者の中で16人が感染症、 12人が妊娠・分娩に関係した死亡であった。感 染症対策および母子保健活動の重要性を再認識 させられた(なおキャンプ人口の最高は8,425人、 平均約4,000人)。

(阿部-平和医学アカデミー・一心病院、粟田-帝京大学医学部)

### カンボヂア医療の現状

### 小野沢 敏 弘

1975年、プノンペン陥落後のカンボヂアではポルポト政権下で強制労働、知識人を中心とした大虐殺が行われ、多くの人的・物的資源が失われた(国連推定35万人)。現在も首都プノンペンには新しい建築物はなく、壁や道路の舗装は所々壊れたままであった。電気、水道、下水、衛生設備は不十分で、交通手段としては自転車が中心であった。かつてのガソリンスタンドはすべて閉鎖されていた。産業面では、生産力が落ち国民1人当たりのGNPは70ドル(UNICEF資料)と極端に低い。医療関係の施設としてはワールドヴィジョンの小児病院、1月7日病院、チャム族の病院、重機器整備工場の医療施設、医科大学、清掃局等を訪問して説明を受け、また討論することができた。

疾患の種類としてはマラリア、デング熱、コレラ等熱帯性の伝染病や寄生虫が主体で低栄養が背景にあるせいか重症例や死亡例が多いようであった。現在のカロリー摂取は必要量の81%と推定されている。また医療従事者の質・量の不足、栄養不良、予防接種の不足、灌漑施設の破壊に伴う洪水、旱ばつ、大量虐殺に伴う家庭

の破壊などから乳児死亡率は150~200% と推定されている。

カンボヂアの再建にいま最も必要な課題は農業生産の増大と社会資本の充実であろう。生産力の増大を伴わない人口増加は貧困をおしつける結果となりかねない。医療援助は出生抑制が有効に行われない以上、特別の場合を除くと慎重であるべきである。また再建資金の不足は今後大きな問題であり、政治的な安定と先進国の適切な援助が国家再建に際して不可欠と考えられるが、カンボヂアを取り巻く国際情勢から考えると、本格的な立ち直りには、今後長年月を要するものと考えられる。

(旭川医科大学)

### 第4回関東地方会

**日 時**:昭和62年(1987)7月5日(日)

場 所:東京医科歯科大学5号館セミナー室 一般演題

1. 「タイ国パナトニコム (PNK) 難民キャンプにおける各国国際医療ボランティア団体の活動とその相互協力」

粟田松一郎 (帝京大学医学部)

- 2. 「モルジブにおけるJMTDRの活動」 今川八束(都立墨東病院、JMTDR)
- 「バングラデシュにおける小児の結核」
   内坂 徹 (長野県新生病院、JOCS)
   シンポジウム

「これからの医療協力」

経済学の立場から、アジアにおける地域共同 体

中村尚司(龍谷大学経済学部) 開発途上国における医療施設計画について 長澤 泰(厚生省病院管理研究所) 海外における寄生虫予防活動 横川宗雄(千葉大学医学部名誉教授)

# IV 日本国際保健医療学会·議事録

### 第2回総会議事録

**日時** 昭和62年4月2日 (木)

午後1:00~1:10

場所 朝日新聞記念会館 有楽町朝日ホール

### 議題1. 昭和61年度事業報告・決算の件

萩原事務局長より、配布資料をもとに、次のとおり昭和61年度事業報告・決算が報告された。 一般事業として、1.総会の開催、2.地方会の開催、3.機関紙の発行、4.第2回総会の準備、特別事業として、記録映画の制作が行われた旨説明があり、出席者の承認を得た。

### 議題 2. 昭和62年度事業計画・予算の件

萩原事務局長より、次のとおり昭和62年度事 業計画・予算が提案された。

1. 総会の開催、2. 地方会の開催、3. 機関紙の発行、4. 国際保健医療に関する出版の事業が計画されている。4. の出版物は、国際医療協力の手引および日本の国際医療協力の現状をまとめるもので、上原記念生命科学財団より100万円の刊行助成を予定している。

以上、この議題についても出席者の承認を得 た。

### 議題3. 会則変更追加の件

萩原事務局長より、次の通り会則の変更と追加が提案された。

### 会則変更

旧 第16条 本会には、百名以内の評議員を おく。 新 本会には、約百名の評議員をお

### 会則追加

第18条 本会には、会務遂行のため委員会を おくことができる。

- 2. 委員長および委員は、理事会の決議 を経て会長が会員の中から選任する。
- 3.2つ以上の委員会の兼任は妨げない。
- 4. 委員長および委員の任期は2年とす る。ただし、再任は妨げない。
- 5. 前各項に定めるもののほか、委員会 に関する事項は別に定める。

### 第8章 事務局

第41条 本会には、事務局をおくことができる。

- 2. 事務局には事務局長および職員を若 干名おく。
- 3. 事務局長および職員の任免は、理事 会の議決を経て、会長がこれを行う。
- 4. 事務局長は、理事および評議員をもってあてることができる。
- 事務局長は、理事会の議決に従い、 会の運営に関する総務をつかさどる。
- 6. 事務局長および職員は有給とすることができ、その報酬額は、理事会の 議決を経て、会長が定める。
- 7. 前各項に定めるもののほか、事務局 に関する必要な事項は別に定める。

以上、この議題についても出席者の承認を得 た。

### 議題4. 役員・評議員選任の件

萩原事務局長より、役員・評議員選任の件に

ついて次のように報告された。

第4回理事会で討議した結果、発足間もない本会の現状に鑑み、原則として現役員・評議員の留任とし、追加の役員・評議員があれば、現役員・評議員が推薦する。第5回理事会で追加推薦された理事は、石川信克(結核予防会結核研究所)、我妻 堯(国立病院医療センター国際医療協力部長)。以上、出席者の承認を得た。

### 議題5. 次期総会の件

堀田理事より、第3回総会についての計画案 が次のように発表された。

第3回総会会長は、堀田 進先生(金沢医科 大学熱帯医学研究所長)、会期は昭和63年7月の 中旬、会場は神戸市とする。

以上、出席者の承認を得た。

### 事業報告書

(昭和61年4月1日から昭和62年3月31日まで)

日本国際保健医療学会

実 施 項 目	実 施 細 目	実 施 時 期	備考
(一般事業) 1.総会開催	第1回設立総会	昭和61年3月16日	会場の都合で3月の 開催となった。総入 場者数201名
2.地方会開催	関東支部、関西支部で地方会 例会を開催	関東 2回 関西 3回	79) 11 90,201 11
3.機関紙発行	ニュースレター、会誌の発行	年3回	ニュースレター 2 回 各2,000部
4.第2回総会の 準備	昭和62年度の第2回総会の準備(22回医学会総会参加準備をかねて)	昭和62年4月 2-3日 有楽町朝日ホール	会誌1回 2,000部
(特別事業) 記録映画製作	22回医学会総会で上映する国 際医療協力の記録映画製作	昭和62年3月に 完成	<ul><li>財地域医学研究基金、</li><li>財日本国際親善厚生</li><li>財団の助成を受けた</li></ul>

# 決 算 書

(昭和61年4月1日から昭和62年3月31日まで)

日本国際保健医療学会

収入の部				
勘 定 科 目	予 算 額	決 算 額	増△減▼	備考
I. 一般会計収入 1. 会費収入 会費収入	1,250,000	1,992,500	△ 742,500	学生 2,500円×71人 = 177,500 一般 5,000円×357人
2. 事業収入				= 1,785,000 赞助 3件= 30,000 会 員=1,000×118
イ. 第1回総会収入	200,000	439,500	△ 239,500	非 会 員=2,000×43 懇親会費=4,000×45 等
口,地方会収入	200,000	120,740	▼ 79,260	関東 2回 関西 3回
3.助成金収入 日本国際親善厚生財団 からの助成金	2,000,000	2,000,000	0	一般事業助成
4. 寄付金	0	1,248,820	△ 1,248,820	
5. 雑収入 受取利息など 6. 前期繰越	10,000	12,597	△ 2,597	
前期繰越収支差額金		0	0	
一般会計収入合計	3,660,000	5,814,157	△ 2,154,157	
II. 特別会計収入 1. 事業受託収入 記録映画製作のための受託費				
(地域医学研究基金) 2. 助成金収入 記録映画製作のための助成金 (日本国際親善厚生財団)	27,000,000 3,000,000			
特別会計収入合計	30,000,000			
収 入 合 計				

支出の部				
勘 定 科 目	子 算 額	決算額	増△減▼	備 考
I. 一般会計支出 - 1. 事業費 (1) 第1回総会費	350,000	596,530	△ 246,530	設営費・広告宣伝費・ 資料作成費など
(2) 地方会費	500,000	424,180	<b>▼</b> 75,820	設営費・資料作成費など ニュースレターNo.8、9
(3) 機関紙発行費	1,300,000	2,316,400	△ 1,016,400	= 866,400 雑誌創刊号= 1,450,000
(4) 調査費	400,000	0	<b>▼</b> 400,000	
2.管理費 (1)需要費 イ.通信費 口.交通費 ハ.印刷費 ニ.消耗品費 ホ.図書費 (2)会議費 3.子備費 子備費	480,000 100,000 200,000 20,000 0 150,000 160,000	60,000 140,000 83,055 1,300 46,880 160,000	△ 8,210 ▼ 40,000 ▼ 60,000 △ 63,055 △ 1,300 ▼ 103,120 0	文具・事務用品等
II. 特別会計支出 事業費 記録映画製作費	30,000,000			
特別会計支出合計		1 1 1		
支 出 合 計				
次期繰越収支差額	0	1,497,602	△ 1,497,602	

### 事業計画書

(昭和62年4月1日から昭和63年3月31日まで)

日本国際保健医療学会

実 施 項 目	実 施 細 目	実 施 時 期	備考
1.総会開催	第2回総会	昭和62年4月 2-3日	有楽町朝日ホール
2.地方会開催	関東支部、関西支部で地方会 例会を開催	各 年2回	
3.機関紙発行	ニュースレター、会誌の発行	年6回	ニュースレター 4 回 各1,500部
			会誌 2 回 各1,000
4.国際保健医療	国際医療協力の手引、および	昭和62年秋	2,000部
に関する出版	日本の国際医療協力の現状を まとめる	出版予定	

## 予 算 書

(昭和62年4月1日から昭和63年3月31日まで)

日本国際保健医療学会

収入の部				
勘 定 科 目	子 算 額	前年度予算額	増△減▼	備 考
I. 一般会計収入				学生 2,500円×90人
1. 会費収入 会費収入	2,025,000	1,250,000	△ 775,000	= 225,00
				一般 5,000円×360人
				= 1,800,00
and the second of the second o				会費 4,000×150+2,00
2. 事業収入 イ. 第1回総会収入	700,000	200,000	△ 500,000	$\times 50 = 700,00$
				会費 1,000×40×4回
口. 地方会収入	160,000	200,000	▼ 40,000	= 160.00
0 Block Add 1				
3. 助成金収入 日本国際親善厚生財団	2 000 000	2 000 000	1,000,000	一般事業助成
口平国际税普序王别凹	3,000,000	2,000,000	1,000,000	一
上原記念生命科学財団	1,000,000	0	Δ	
			1,000,000	刊行助成
4. 寄付金	1,000,000	0	△1,000,000	
5. 雑収入				
受取利息など	10,000	10,000	0	
6 . 前期繰越			Δ	
前期繰越収支差額金	1,481,397	0	1,481,397	
			Δ	
一般会計収入合計	9,366,397	3,660,000	5,706,397	

支出の部								
勘	定	科	目	子 算 額	前年度予算額	増△減▼	備	考
I . 一般会計	支出					Δ	設営費・広	告宣伝費・
1. 事業費	(1)	第2	回総会費	3,100,000	350,000	2,750,000	資料作成費	など
	(2)	地方	会費	500,000	500,000	0		料作成費など
							会誌 1,200	
	(3)	機関	紙発行費	3,200,000	1,300,000	△ 1,900,000		2,400,00  9 - 200,00  4 = 800,00
	(4)	調査	研究費	1,400,000	400,000	1,000,000	白書作製等	
2. 管理費	}							
	(1)需要	要費	イ. 通信費	500,000	480,000	△ 20,000	50,000×10	$\Box = 500,00$
			口。交通暫	60,000	100,000	▼ 40,000	10,000× 6	回= 60,00
			ハ. 印刷習	150,000	200,000	▼ 50,000	30,000 × 5	回= 150,00
			二.消耗品	<b>30,000</b>	20,000	△ 60,000	文具・事務	用品等
			ホ.図書覧	50,000	0	△ 50,000		
	(2)会請	義費		50,000	150,000	▼ 100,000	10,000× 5	回= 50,00
3. 予備費	Ċ		子備?	費 276,397	160,000	△ 116,397	理事会の了する	承を得て支
— 般	会計	支出	合計	9,366,397	3,660,000	△ 5,706,397		
次期	繰越	収支	差額	0	0	0		

### 第2回評議員会議事録

日時 昭和62年4月2日(木)

午後12:00~1:00

会場 朝日新聞記念会館 有楽町朝日ホール

第2回評議員会は、当日配布された別紙、議 案および事業報告・決算書等にもとづき、次の とおり審議、検討された。

### 1. 定足数

出席の評議員30名、委任状提出の評議員46名 により、この評議員会は成立。

### 2. 開会

津山会長により、評議員会の開会を宣したの ち、会は進められた。

### 議題1.61年度事業報告・決算の件

本議案について、萩原事務局長より別紙事業報告・決算書にもとづき、一般事業報告、特別 事業報告、一般会計収支、特別会計収支の報告 があり、出席評議員の承認を得た。(別紙は総会 議事録参照)

### 議題2.62年度事業計画・予算の件

本議案について、萩原事務局長より、別紙事業計画、予算書にもとづき一般事業計画、一般会計収支案が詳細に説明され、審議、検討のうえ、62年度の計画は、原案どおり承認された。

(別紙は総会議事録参照)

### 議題3. 会則変更追加の件

萩原事務局長より、会則の変更と追加について詳細に説明があり、出席評議員の承認を得た。

### 議題4. 役員・評議員選任の件

萩原事務局長より、役員・評議員の選任について、原則として現役員・評議員の留任とし、追加の役員・評議員があれば、現役員・評議員が推薦する旨の説明があり、出席者全員の承認を得た。

### 議題5. 次期総会の件

堀田理事より、第3回総会についての計画案 が詳細に説明され、出席評議員の承認を得た。

### 第1回理事会議事録

日時 昭和61年5月16日 (金)

午後6:00~8:00

場所 岩波映画製作所 2階会議室

第1回理事会は当日配布された議案書にもと づき、次のとおり審議、検討された。

### 1. 定足数

出席者17名、委任理事7名により、この理事 会は成立。

### 2. 開 会

津山会長より第1回理事会の開会が宣され、 丸地理事の司会によって会は進められた。

### 3. 議 案

第1号議案 日本国際保健医療学会運営について

### (1)第1回総会の件

高野理事より、総会の収支について報告があった。当日の入場者実数は201名だが演者、スタッフ等からは会場費を徴収していないため、予算として計上したとおり、約15万円の赤字になったことの結果が報告され、了承された。

#### (2)会誌編集の件

木内理事より、日本国際保健医療学会雑誌 の編集について説明があり、会誌発刊につい ての具体的な検討に入り、以下のように決定 された。

雑誌名は、『国際保健医療』とし、サブタイトルとして「日本国際保健医療学会雑誌」を付ける。編集委員の名前には、委員長山本理事、副委員長堀田理事として、委員全員を載せる。会員外には定価をつけて販売し、1,000部ぐらい印刷する。雑誌ナンバーは、第1巻1号ないし創刊号にする。投稿規定に関して

は会員が増えるのをみて、正式な組織作りをしてから決める。

### (3)第2回関東・関西地方会例会の件

木内理事より、第2回関東地方会例会の演者・演題の資料が配られ、例会開催の案内を 医学関係雑誌社に送付した旨報告があった。

また第3回例会は11月に予定しているので、 その演題募集も始める予定である。

### (4)委員会設置の件

高野理事より、委員会設置の件について提 案がなされ、了承された。

#### (5)資料室設置の件

高野理事より、丸地先生(東大)の提案に よる資料室設置について説明があったが、現 時点では、時期尚早なため検討を保留するこ とになった。

### (6)第2回総会(サテライト)の件

二ノ宮理事から、総会で行う骨子の説明が あった。

### 第2号議案

#### (1)本部企画シンポジウムの件

丸地理事から、医学会におけるパネルディ スカッションについては、こちらからの提案 に対する医学会総会本部からの返事が来てか ら、実際に動き出す予定との報告がなされた。

津山会長から、この機会に国際医療協力に 関する白書的なものを作成したい旨の発言が あり、各理事から関係資料を集めて会長に送 付することになった。

#### (2)記録映画制作の件

山内理事より、記録映画作成について報告 があった。

次回理事会は、7月11日(金)午後6:00より岩波映画製作所会議室にて開催の予定となった。

### 第2回理事会議事録

日時 昭和61年7月11日 (金)

午後6:00~8:30

場所 岩波映画製作所 2階会議室

第2回理事会は当日配布された議案書にもと づき、次のとおり審議、検討された。

### 1. 定足数

出席理事14名、委任理事10名により、この理 事会は成立。

### 2. 開 会

津山会長は第2回理事会の開会を宣し、第22会日本医学会総会にむけてこの学会の基盤づくりをしっかりと進めたいと挨拶、丸地理事の司会によって会は進められた。

### 3. 議 案

第1号議案 日本国際保健医療学会運営について

### (1)会誌編集の件

山本編集委員長より編集委員会の活動状況 が報告された。日本国際保健医療学会雑誌『国 際保健医療』は、現在事務局において編集中、 間もなく発行の予定である。ただし、現在発 行している「ニュースレター」との関連につ いて学会雑誌に含めて1本にしてしまうとい う案。もう一つ「ニュースレター」は学会雑 誌より柔軟で幅の広いものにし、できれば別 の名前にして出す。そして学会雑誌は会員だ けを対象とするが、「ニュースレター」は一般 書店で売るようなことも考えたらいいのでは ないかという案があるとの報告に対し、学会 誌は記録であり、ニュースレターは広報であ るので、両方発行することが望ましい。また ニュースレターは例会の際に実費を取って会 員以外に発売する方法もある等の審議がなさ

れたが、更に具体的な検討は7月12日の編集 委員会においてされる予定である。

続いて木内理事より編集予算について、当 初予定していた80万円を上回る概算150万円の 出費が予想されるが、現在広告が27社集まっ ているので、それで補うことになることが報 告された。

### (2)地方会の件

- イ. 木内理事より第2回関東地方会(7月12日)のプログラムが配布され、当日はそれに則って進行することが報告された。
- ロ. 第3回関東地方会については、11月15日 (土)、SRLセミナールームにおいて予定 していたが、会場の都合がつかず、新たな 会場を求めることにする。
- ハ. 関西地方会は、8月23日、住友化学の会場を借りて「アユールベーダ医学」「人材育成」について開催する。

地方会の記録については、東西とも学会 雑誌あるいはニュースレターに掲載するこ とを考えているが、具体的な取り扱いにつ いては、やはり編集委員会で話し合うこと とする。

#### (3)第2回総会(サテライト)の件

二ノ宮理事より、第2回総会の演題募集について報告があり、演題の採否は学会長に一任するということが審議され、学会雑誌第1 号送付の際に以上の事柄のアナウンスを同封することが決定された。

前理事会において会場の変更が審議されていたが、状況を考慮したうえで予定通り朝日ホールを使用することが報告された。

シンポジウムの人選は、会長より、評議員、 JICA等にシンポジストの推薦をしていた だき、それを受けて次回理事会で更に具体化 する。

第2号議案 第22回医学会総会について

#### (1)本部企画シンポジウムの件

丸地理事より、メンバーは津山会長、丸地理事が司会、山本理事、大谷先生(予研)、島尾先生(結研)、小倉氏(メヂカルフレンド社)、塩月氏(JOCS)の5人の方々にそれぞれの立場からパネルディスカッションに加わっていただくとの報告があった。

会長より、ディスカッションでは、日本における救急医療の教育のあり方に関してもフロアから生の声を聞かせたいという追加発言があった。

#### (2)記録映画制作の件

- イ. 山内理事より、映画作成にあたってのス ケジュールが発表された。
- ロ. 高野理事不在のため、萩原氏より募金計 画について報告があった。
- ハ. 丸地理事より「映画制作の基本構想」、英 文のファックシートが配布され、映画の流 れが説明された。
- ニ. 多田理事より、募金活動の便宜をはかり、 萩原氏に学会事務局長という肩書で動いて いただきたいという提案があり、承認され た。

### (3)白書の件

津山氏より、総会の企画として白書は、今までの機関のレポートから抜すいした人材養成だけの白書を作ることとすることが報告された。

### 第3号議案 その他の議案

(1)レターヘッドの件

丸地理事より、学会公文書用のレターへッドを作る必要があることが指摘された。ニュースレターにデザインの募集記事を入れる等なんらかの方法でシンボルマークを考えてレターへッドを作る。

### (2)評議員の追加の件

今川理事より、日本赤十字社で評議員に加

わっている方がいないという指摘があった。 会則上問題がなければ、その他の方でも、評 議員に相応しい方があれば事務局に連絡をし、 次回理事会にて選任する。

第3回理事会は11月8日(土)午後3:00~ 岩波映画製作所

### 第3回理事会議事録

日時 昭和61年11月8日 (土)

午後3:00~5:30

場所 日本医科大学第1病院6階 第1会議室

第3回理事会は当日配布された議案書にもと づき、次のとおり審議、検討された。

1. 定足数

出席理事14名、委任理事11名により、この理 事会は成立。

- 2. 開 会
- 3. 議 案

第1号議案 日本国際保健医療学会運営について

(1)会誌編集の件

10月24日に開催された第2回編集委員会の審議内容について木内理事より以下のとおり報告された。

学会雑誌『国際医療保健』第1巻第1号は、 当初予定より1か月ほど遅れたが2,000部を印刷、会員の他に各大学の図書室、マスコミ、 関係団体等への配布は終了した。今後は海外 の諸機関に対してもPRを行いたい。

講評として、表紙の色、写真の説明、英文 抄録の徹底、本文のレイアウトなどの工夫が 必要。また内容に関しても少し学術的なもの が欲しい。ISSNへの登録、雑誌略称、別 冊請求先の記録などは次号からしっかりした いという意見が出た。。

また当日は雑誌論文投稿規定についても審議され、日本国際保健医療学会の特殊性を考慮して内山委員が11月末までに原案を各委員のもとへ送り、各委員の意見を12月中に事務局でまとめ、大きな問題がないようであれば委員長が決定することとした。

『国際保健医療』第2号以降の編集方針については、来年度以降編集委員会はニュースレターの発行に直接かかわらない。そして日本国際保健医療学会雑誌の第2号 (1987年8月)、第3号(1988年2月)の発行に集中する。詳しい編集体制等については次回の編集委員会 (1987年4月2~3日) において決定する。査読委員は理事、監事、評議員のすべてが兼任するということを学会の会則に付け加えてもらう。

今後の編集委員会の運営については、次回 委員会は第2回総会の期日に合わせて開催す る。関西の委員が参加しやすいように第4回 の委員会(期日未定)は関西で開きたい。

### (2)地方会開催の件

津山会長より、現在、地方会は関東、関西で開催しているが、その他に九州(産業医科大学)でもやりたいという申し出があり、学会に関する資料を提供してあるが、その後の具体的動きについてはまだ情報を得ていない旨の発言があった。

### (3)第2回総会の件

津山会長より、まず、第2回総会基調演説は佐々先生の受諾済みであること、マザー・テレサからは未だ回答を得られず可能性は低いこと、MSF(国境なき医療団)事務局長に関しては、重光先生を通して回答を得られる予定であることが報告された。

丸地理事より、シンポジウムについて以下 のような提案があった。シンポジウムは、原 則として、会員の中から選び、それで補えな い部分をその他の機関に依頼する。その理由 は、事前の話し合いが十分主体的に参加して 行われたうえで、一つのドラマがそこで展開 されるといったシンポジウムでないと、日雇 いでその日だけかっこのいいことを言ってい る学会では意味がないからである。しかし、 学会に入会するという積極的姿勢があり、事 前に話し合いにも参加してくださる人であれ ば問題はないと思われる。シンポジウムの方 法として、司会者がコーディネーターのよう になり、シンポもパネルも一緒にして、数人 に問題提起的発言をしていただき、列挙され た全員が自分のテーマをもとに話し合うとい う方法、分野別に決めず、ある程度焦点を絞 って、かつかなり自由にしゃべる、という方 法がよい。

これを受けて討議の結果、以下のように決定された。座長は山本理事、二ノ宮理事とし、シンポジストに変更がある場合は、座長に一任。

プログラム案として、4月2日(木)、(1)映画2本、(2)基調講演・佐々 学 (座長・堀田進)、(3)一般演題10。 4月3日(金) (1)映画2本、(2)特別講演・MSF事務局長(座長・津山直一)、(3)一般演題6、(4)シンポジウム=テーマ「日本の国際医療協力の反省と展望」(座長 山本俊一、二ノ宮節夫)、演者・黒住格(芦屋病院眼科部長)、中島 宏 (WHO)、川原啓美(アジア保健研修所長)、深井孝之助(大阪微研理事長)、日比野路子(静岡短期大学教授)

### (4)次年度役員・評議員選任の件

会則によると、現在の役員および評議員の 任期が来年3月31日までとなっているが、設 立後日も浅いことより、次年度役員・評議員 選任方法は、現役の任期延長の承認という形 をとり、必要なら追加を推薦していただくことに決定された。第2回総会以前に役員・評議員承認および追加についての通達を出す。 最終決定は、理事会、評議員会、総会を経て行う。

#### (5)その他

レターヘッド (シンボルマーク) については、そのデザインを公募しているが、まだ応募がない。岩波映画製作所の専門家に山内理事より依頼を願う。

### 第2号議案 第22回医学会総会について

(1)本部企画シンポジウムの件

丸地理事よりパネルディスカッションについて報告があった。

(2)記録映画制作の件

山内理事より「映画制作契約書(案)」「映 画制作のための取材内容」が配られ、説明が あった。

募金状況については萩原事務局長より報告 された。

これからは予算との関係で、どう足らないところを補い、かねてからだしている趣旨にどれだけ併せて納得のいく作品を作るかという仕事が残っている。どうしてもだめな時の対策としては、(5)緊急援助活動の記録と最近の世界各国が記録したその報道フィルムの採集、(6)その他のフィルムを使って、できるだけ質的には落とさないで初期の目的を達したいと考えている。

次回の第4回理事会は、来年1月17日(土)、 午後3:00から岩波映画製作所で開く予定。

### 第4回理事会議事録

日時 昭和62年1月17日 (土)

午後3:00~6:00

場所 岩波映画製作所 2階会議室

第4回理事会は当日配布された議案書にもと づき、次のとおり審議、検討された。

#### 1. 定足数

出席理事12名、委任理事12名により、この理 事会は成立。

- 2. 開 会
- 3. 議 案

第1号議案 日本国際保健医療学会運営について

- (1)第2回総会の件
  - ①プログラムの最終決定の件

12月24日に準備委員会を開催し、プログラム案を作成した。その後の多少の変更事項も含め、二ノ宮理事より説明がなされた。

### ②会場費の件

会場費については、一般会場費を医師と非 医師に区別するか否か等の検討がなされ、一 般会場費4,000円、学生会場費2,000円、非会 員会場費6,000円(当日会員登録したものは会 員とみなす)に決定した。

③懇親会開催の可否の件

懇親会は、参加者の人数が把握しづらいう え会場費が高いという点を考え、今回は開催 しないことに決定。

#### 4)準備委員会

準備委員として、情宣係は今川八東、萩原弘一、高野正孝、川上 剛、会場係は二ノ宮節夫、仲佐 保、兵井伸行とする。当日の諸係は、専門の方を1日4人主なポイントに配置するだけで、あとはJVC(5人)、東大整

形医局員(3人)、岩波映画(2人)より動員する(これらの方については参加費無料)。 ⑤記念品の件

演者はほとんど会員であるため、外国招待者3人に金属の感謝状(楯)をさしあげる。 外国人に対しては、正式な招待状を二ノ宮理事より出すが、参加の確認と具体的なタイトル等を問い合わせる。滞在費用は1日2万円を本会で負担する。1~6日までの2人分の宿泊場として水道橋グリーンホテルを予約する。

(2)第3回総会の大会長、時期、場所の件

第3回総会の予告(大会長、時期、場所) を第2回総会の席上で全会員に通知しなければならないが、第3回総会はできれば関西の 先生にお願いしたいという意見があった。次 回評議員会前の第5回理事会(3月28日)まで に案を用意し、会期中の評議員会で正式に決 定する。その後、総会で問うという形をとる。 (3)上原財団からの助成金の件

高野理事より、上原財団から学会に対し100 万円の助成金がおりる旨報告があった。

上原財団は、正式名称を上原記念生命科学財団といい、津山会長が評議員を務める財団である。「日本の発展途上国に対する医療協力の現状」というテーマで出版助成金の申請書を出したところ、100万円の助成が決定された。出版物の内容については、海外医療協力の実践マニュアル的なものと白書を組み合わせた内容で作る方向ですすめることとなった。発行は62年秋頃の予定。

#### (4)ニュースレター編集の件

ニュースレター編集については、以前より 萩原事務局長の協力を願っていたが、今後は 関東、関西、事務局でネットワークを結び、 集められた情報の仕上げ役として萩原事務局 長に加わっていただくことに決定した。

### (5)学会雑誌論文投稿規定の件

山本編集委員長より、各編集委員によって まとめられた投稿規定(案)の修正意見が発 表された。

### (6)シンボルマークの件

高野理事より2種のシンボルマークのデザイン案(一つは筑波大の専門家によるもの、一つは萩原事務局長によるもの)が提出され、理事の意見が求められた。

### 第2号議案 第22回医学会総会について

(1)本部企画シンポジウムの件

丸地理事より3月2日か3日頃に会合を開く予定であることが報告された。

(2)記録映画制作の件

岩波映画製作所高村社長より募金活動と制 作の進行状況が報告された。

#### その他

川上先生より一般講演の内容および抄録の 充実が必要であり、問題点をしぼって、次へ つながっていくような形で発表を行っていっ てはどうかといった意見が出た。これに対し、 演題募集の際、採用については理事会に諮る 旨を明記し、プログラム委員会で内容を検討 するといったプロセスを踏む必要があるとい う意見があった。

次回理事会は3月28日(土)午後3:00~ 岩 波映画製作所において。

### 第5回理事会議事録

日時 昭和62年3月28日(土)

午後3:00~6:00

場所 岩波映画製作所 2階会議室

第5回理事会は当日配布された議案書にもと づき、次のとおり審議、検討された。

#### 1. 定足数

出席理事16名、委任理事5名により、この理 事会は成立。

- 2. 開 会
- 3. 議 案

第1号議案 日本国際保健医療学会運営について

(1)次年度評議員、役員選任の件

現陣容の継続とするという第3回理事会の 決議に従い、目下事務局で整理中である。 新役員として、我妻 堯先生(国立病院医療 センター)、石川信克先生(結核予防会結核研 究所)に参加していただくことが承認され、 両先生より挨拶があった。

### (2)第2回総会の件

事務局より準備状況について説明があった。 文書等の事務的な準備は一応完了し、現在、 評議員の出欠応答、シンポジストの抄録を回 収中。抄録は印刷して当日配布する。

総会の最終見積りは250万円とし、招待演者 のホテル代等を含めると約300万円になる。予 想する参加費は約100万円で、不足分を年会費 等から補う。

第2回総会の内容は、会誌『国際保健医療』 第2号に特集される。

### (3)第3回総会の件

関西の世話人によって検討された第3回総 会計画案をもとに、堀田理事より以下のとお り説明がなされた。

第3回総会会長は堀田理事、準備委員長は内山理事とする。1.会期は63年7月中旬で16日、17日(土、日)頃。2.会場は、(1)大阪国際交流センター、(2)吹田市文化会館、(3)兵庫県民会館、(4)国際交流会議場(神戸市)が候補にあげられたが、神戸市とする。3.準備委員会は、関西世話人を中心に構成するが、関東地方会(プログラム委員等)よりも数名の参加を得たい。4.会費は多くの参加を得るよう割安にする(会員3,000円、学生1,500円、非会員5,000円)。案として、今回限りの賛助会員で企業から1口1~3万円の寄付を請う。5.スケジュールは、第1日-基調講演、特別講演、シンポジウム、第2日-パネル討議または一般発表(分科会)ほか。

### (4)地方会開催の件

今川理事から、関東地方会は、7月5日、 東京医科歯科大学で行う予定で、目下準備中 である旨の報告があった。

(5)会則の変更、追加の件

高野理事より会則の変更、追加案が提示され、討議の結果決議され、第2回総会に諮ることとなった。

(6)昭和61年度事業報告・決算および昭和62年 度事業計画・予算の件

配布された事業報告書、決算書および事業 計画書、予算書をもとに高野理事から説明が あり、承認された。決算書の特別会計につい ては、映画制作の募金活動がまだ継続中なの で、当該欄の金額記入はされていない。次回 理事会には出せる予定である。

#### 第2号議案

(1)本部企画シンポジウムの件

シンポジウムは、4月5日(日)午前9: 00より90分間、ABC会館において行われる。 テーマ「発展途上国への医療協力と人材開発」

#### (2)記録映画制作の件

映画「ふれあいの人づくり」は制作が完了 し、理事によって試写が行われた。

### 第6回理事会議事録

日時 昭和62年7月5日(日)

午後5:00~7:00

場所 東京医科歯科大学5号館3階 第1セ

ミナー室

第6回理事会は当日配布された議案書にもと づき、次のとおり審議、検討された。

### 1. 定足数

出席理事15名、委任理事8名により、この理事会は成立。

- 2. 開 会
- 3. 議 案

第1号議案 日本国際保健医療学会運営について

(1)今年度評議員・役員選任の件

まず、理事に就任した山本保博先生(日本 医大救命救急センター)より自己紹介があっ た後、議題に入った。

高野理事より、役員・評議員の異動について次のように報告がなされた。新任は、理事 3名、評議員8名。辞任は理事2名、評議員 6名、監事1名。

#### (2)第2回総会の件

配布した第2回総会収支決算報告書に基づき、高野理事より第2回総会の収支決算報告がなされた。当初の予算である支出310万円、収入70万円と比較し、決算では支出において55万円、収入において40万円の増であった。赤字が250万円で、予算より10万円ほど多くなった。場所が良すぎたために、借料および損料が非常に高価となった。

#### (3)第3回総会の件

堀田理事より、第3回総会の準備経過が報告された。期日は63年7月16日、17日(土、日)。場所は兵庫県民会館で交通の便が非常に良い所。ホール(400席)、小部屋(30~60席)を5部屋確保した。基調講演ないし特別講演等を1~2題、シンポジウム、一般演題を行い、シンポジウムは、自由な討論ができるセッションを設けたい。基調講演は、学問的なしっかりとした話をしていただくという目的で、WHOの中島先生にジュネーブの本部の方の演者依頼を出した。それに平行して、医学にこだわらず著名な方をお呼びして、広い立場から国際協力とはどんなことかを語っていただくというもの(例:曽野綾子、デーケンー上智大一、司馬遼太郎等)。

### (4)会誌編集の件

木内理事より、配布資料をもとに報告があった。『国際保健医療』第2巻第1号は、第2回総会の内容に添って関東の委員が中心になって編集する。7月中には原稿を締め切ってメヂカルフレンド社に編集に入ってもらう。(5)地方会開催の件

今回の地方会は、理事会開催が間に合わず、 理事の承認を得ずの開催となった。今川理事 より、現在演題は、かなり特定のところから 集中して集まる傾向にあり、他へ募集といっ ても現実の問題として、なかなかその準備に あたれる人材も少なく、こういった現状では 今後関東で地方会を開催するのは難しいので、 そういったプランニング等を行える若い人材 で準備委員会を作り、準備委員会で下準備を 行い、最終決定を理事会に諮るという方法が 望ましい、という意見が出された。

それに対し、検討がなされ、関西地方会で は現在世話人を設けて地方会の検討がなされ ているので、関東でも同様の組織でそれにあ たり、担当理事を今川先生にやっていただく とする決定がなされた。

なお、次回関西地方会は、10月24日(土)に決定されており、関東地方会の期日についても検討した結果、時間的余裕と学会シーズンを避けるということを考え、来年の2月20日(土)とした。

### (6)事務局の件

高野理事より、事務局移転の経緯が報告された。決定次第ニュースレターにその案内が 掲載される予定。会則上変更になるのは、来 年の総会となる予定。

(7)その他(ガイドブック作成、シンボルマーク)の件

シンボルマークについては、現在提出されている案に、人を表わすもの、十字、創設年 月日を入れるという訂正が加えられた。

ガイドブック作成について高野理事より説明があった。石川理事より「国際保健医療学」の総論的なものを作成してはどうかという提案があった。作成した総論は、その一つ一の項目についてシンポジウムなどをもち、それをまたまとめていって最終的には各論を作ろうというものである。今の時点では、まず、その総論を作成するということであるが、100ページから200ページの単行本とする。項目としては、日本の国際協力の歴史、活動、関連団体、研修機関、資料、文献、海外協力の基礎知識と考え方、相手国の理解の仕方、PHCの考え方と実践等。上原記念財団の助成によるもので、今年度中に作成する予定。

第3回総会の会長である堀田理事より、国際保健医療学の大系というものを総会で論議する時間をもたなければいけないと考えているが、こういったセッションをプログラムに組み入れる場合、その時までに本があれば非常に良いとの意見があった。またもう一つの

項目として、医学と宗教の関係の案も出された。このことは、第3回総会としても考えているものであり、国際協力活動という目を通して、キリスト教と医学の接点を求めるといった時、非常に難しい問題がある。もしその場合、JOCS関係の石川理事にオーガナイザーとしてご協力をいただきたい。

編集を、津山理事、山本俊一理事、石川理 事、高野理事、木内理事、萩原事務局長で行 い、各項目ごとに先生方に書いていただく体 制で進んでいるが、完成前に理事の間で目を 通していただく予定。

### 第2号議案 第22回医学会総会について

(1)本部企画シンポジウムの件

丸地理事欠席のため、理事の間でシンポジウムを終えての反省がされたが、正にパネルディスカッションと呼べるシンポジウムであり、評判も良かったとの意見があった。

#### (2)記録映画制作の件

映画制作については、岩波映画製作所に実質的にかなり負債を負わせるような形で映画の制作を終えた。学会としても、こういった映像による記録というものは非常に必要であるし、この映画そのものもいろいろな方法で活用し、より多くの人々に見ていただきたい。現在、経団連関係の経済広報センターで企画しているTV番組「明日の世界と日本」(日曜午前9:00~4チャンネル)にこの映画が対象となり得るかどうか、検討をするためフィルムを貸出中である。

### (3)その他の件

鵜飼理事より、来年11月、日本救急医学会が大阪で開催されるが、その際にディザスターの問題を考える国際会議を併せて行いたいと企画しており、本学会には後援団体として参加していただきたい旨の要請があり、了承された。

# V 日本国際保健医療学会雑誌投稿規定

# 「日本国際保健医療学会雑誌 投稿規定」の制定について

編集委員会委員長 山本俊一

日本国際保健医療学会編集委員会は、既に昭和61年7月に日本国際保健医療学会雑誌『国際保健医療』第1巻第1号(設立総会号)を刊行しましたが、昭和62年度からは学会誌として本来の使命である原著を含む投稿原稿の掲載を始めることとし、次に示す投稿規定を制定し、一般からの投稿を受付けることにしましたので、お知らせします。

申すまでもなく、学術的にレベルの高い論文 を掲載し、創設期にある国際保健医療学大系の 確立に資することが本誌の本来の使命でありま すので、会員各位の積極的な御協力をお願いい たします。

なお、本学会のもつ学際的な性格に鑑み、論 文等の内容は領域として多方面にわたるものと 予想されますので、この投稿規定とは別に、査 読委員は広く本学会の理事、監事および評議員 に兼務していただくことを本学会の会則に新た に加える予定になっております。どうか、専門 のいかんを問わず、多数の方から御投稿いただ けることをお待ちしております。

### 日本国際保健医療学会雑誌投稿規定

- 1. 本学会会員は誰でも投稿できる。共著の場合には、共著者もすべて学会員でなければならない。ただし、編集委員会が依頼した原稿については、この限りではない。
- 2. 本誌は原則として下記の原稿によって編集される。
  - (1) 掲載される原稿の種類とその内容はつぎのとおりとする。

総説-研究・調査論文の総括と解説 原著-新しい手法、分析法、事実、理論 の発見等に関する論文

報告-国際保健医療に関する諸報告 資料-国際保健医療に関する重要な資料 その他、編集委員会が掲載について同意 した論著、論壇、海外事情紹介など。 学会報告として、投稿原稿のほか、理事 会活動、学会総会および地方会案内、会 務報告等を掲載する。

- (2) 原著の構成は例えば、I. 緒論 II. 方法 III. 結果 IV. 考察 V. 要約 VI. 文献とすることが望ましいが、内容によっては方法と結果、結果と考察を合併することができる。また、項目分けは1,2,……,1),2),……,(1),(2),……,①,②,……を使用し、第1章、第1節などは用いない。
- (3) 投稿原稿についての最大制限ページ数は 8ページとする(図表を含む)。ただし、刷 り上がり1ページは400字詰原稿用紙のほぼ 4 枚に相当する。
- (4) 投稿原稿が掲載された場合、当該原稿の 組版に要する費用の30%、最大3ページま でを学会が負担する。ただし別刷、図・表

および写真の組版に要する経費ならびに投稿に関する連絡通信費(投稿料)3,000円(切手でも可) は投稿と同時に納入すること。

- (5) 投稿原稿は掲載料が学会において受理された後に掲載するものとする。掲載料は著者に採用を通知した時点における最新号の本誌の印刷実費にもとづき計算して著者に請求する。
- 3. 原稿の執筆要領はつぎのとおりとする。
  - (1) 原稿用紙は原則としてB5版、横書き400 字詰を用いる (ワープロ原稿も可)。
  - (2) 新かなづかいを用い、かい書でできるだけ簡潔に記述する。誤字、あて字が多く、 日本文として理解が困難な場合は返却する ことがある。
  - (3) 投稿原稿は原則として日本文とする。ただし図、表、写真の説明は英文で記載する。
  - (4) 数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを用いる。
  - (5) 特殊な、あるいは特定分野のみで用いられている単位、符号、略号ならびに表現には必ず簡単な説明を加えなければならない。
  - (6) 外来語は片かなで書く、外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。ローマ字は活字体(なるべくタイプ)を用い、イタリック体で印刷する必要がある部分は朱のアンダーラインで示す。
  - (7) 図、表および写真には図1、表1および 写真1などの番号をつけ本文とは別にまと めておき、本文原稿の欄外に、それぞれの 挿入希望位置を指定(朱書)する。

図、表および写真の原稿は明瞭なもので なければならない。

- (8) 文献記載の様式
  - ① 文献は本文の引用箇所の肩に1)、1~5) などの番号で示し、本文原稿の最後に一 括して引用番号順に記載する。文献の著

- 者が3名以上の場合は筆頭者名のみをあ げ、他とする。
- ② 雑誌などの略号は、邦文誌は日本医学 雑誌略名表(日本医学図書協会編)に、 欧文誌はIndex Medicusに従って記載す る(なお、雑誌所定のものがあればこれ を用いる)。
- (9) 原稿には表紙を付し、上半分には表題、 英文表題(すべて大文字)、著者名(ローマ 字併記)、所属機関名(英訳名併記)、図、 表および写真等の数を書き、下半分には赤 字で希望する原稿の種類、別刷必要部数、 編集委員会への連絡事項および連絡者の住 所、氏名などを付記する。
- (10) 原著、報告希望の場合は250語前後の英文 抄録ならびにその和訳(これは掲載しない) をつけること。英文抄録は表題、著者名、 所属、本文の順にタイプ(ダブルスペース) する。
- 4. 投稿原稿は本文、図、表、写真、抄録など もすべて正1部、副2部を送付する。 副本は複写でもよい。
- 5. 原稿は封筒の表に「国際保健医療学会雑誌 原稿」と朱書し下記に書留郵送する。

〒307 茨城県結城市上の宮10745-2-4 城西病院内

『国際保健医療』編集委員会

- 6. 初校は著者が原稿の控えを用いて行う。 ただし、校正の際の加筆は認めない。 二校以後は著者校正にもとづいて編集部が 行う。
- 7. 受付順位にかかわらず至急に掲載されることを希望する場合には、そのために要する印刷、その他の諸経費は全額著者負担とする。
- 8. 文献記載例および掲載料の明細その他、本 規程に関する疑義は上記5. の編集委員会に お問い合わせ願いたい。

# VI 日本国際保健医療学会名簿

### 役員名簿

### 理 事

会 長 津山 直一 (国立身体障害者リハビリテーションセンター総長)

副会長 堀田 進(金沢医科大学熱帯医学研究所長)

山本 俊一(聖路加看護大学教授)

理 事 石川 信克 (結核予防会結核研究所疫学研究課長)

今川 八束 (都立墨東病院感染症科部長)

鵜飼 卓 (大阪府立千里救命救急センター副所長)

内山 三郎 (神戸大学医学研究国際交流センター講師)

川村 寿一 (三重大学医学部泌尿器科学教室教授)

木内 敦夫 (香坂産婦人科医院長)

草川 三治 (東京女子医科大学第二病院長)

坂部 孝(駿河台日本大学病院長)

志摩チョ江 (財団法人国際看護交流協会理事)

高野 正孝(城西病院成人病予防検診センター所長)

多田 正毅 (城西病院長)

西村千代子 (厚生省看護研修研究センター教務課長)

二ノ宮節夫 (東京大学医学部整形外科助教授)

藤岡 晨宏 (兵庫県立尼崎病院副院長)

星野 昌子(日本国際ボランティアセンター事務局長)

松村 武男(神戸大学医学部医動物学教室教授)

宗像 醇(日本医科大学国際交流センター名誉教授)

山内登貴夫 (株式会社東京アール・ヌーボウ代表取締役)

山地 幸雄(日本医科大学微生物学教授)

山本 保博(日本医科大学救命救急センター助教授)

我妻 堯 (国立病院医療センター国際医療協力部長)

### 顧問

中島 章 (順天堂大学医学部眼科教授)

深井孝之助 (財団法人大阪大学微生物病研究所理事長)

### 評議員

青木 正和 (結核予防会結核研究所副所長)

朝井 均(大阪教育大学保健管理センター教授)

阿南 功一(筑波大学学長)

蟻田 功(国立熊本病院長)

五十嵐 章(長崎大学熱帯医学研究所教授)

石川 信克 (結核予防会結核研究所疫学研究課長)

石崎 達 (独協医科大学アレルギー内科名誉教授)

石館 守三 (笹川記念保健協力財団理事長)

和泉 真蔵 (京都大学医学部皮膚病特別研究施設助手)

伊藤 暁子 (厚生省看護研修研究センター所長)

稲臣 成一(香川労災病院長)

今川 八束 (都立墨東病院感染症科部長)

岩村 昇(神戸大学医学研究国際交流センター教授)

植村 研一(浜松医科大学脳神経外科教授)

鵜飼 卓(大阪府立千里救命救急センター副所長)

内山 三郎 (神戸大学医学研究国際交流センター講師)

梅村 典裕 (結核予防会結核研究所)

大礒 敏雄 (日本国際医療団理事長)

大谷 明(国立予防衛生研究所ウイルスリケッチア部長)

大西基四夫 (国立療養所多磨全生園副園長)

緒方 正名 (岡山大学医学部長)

奥村 悦之(高知学園短期大学教授)

尾島 昭次(岐阜大学医学部病理学教授)

小野寺伸夫 (国立公衆衛生院衛生行政学部長)

金子 みつ (衆議院議員)

加納 六郎 (東京医科歯科大学長)

加納 保之(千葉芙蓉病院院長)

川原 啓美 (アジア保健研修財団専務理事)

川村 寿一 (三重大学医学部泌尿器科学教授)

木内 敦夫 (香坂産婦人科医院長)

木根渕英雄 (新潟大学医学部公衆衛生学助教授)

草川 三治 (東京女子医科大学第二病院長)

黒田 一秀 (旭川医科大学学長)

小池 達也 (大阪市立弘済院附属病院医師)

近藤力王至(金沢大学医学部寄生虫学助教授)

坂部 孝 (駿河台日本大学病院長)

坂本 幸哉 (大阪大学医学部長)

佐々木正五 (東海大学医学部長)

佐々 学(富山医科薬科大学学長)

佐藤 淳夫 (鹿児島大学医学部医動物学教授)

佐藤 喜一(金沢医科大学熱帯医学研究所教授)

塩田 洋(徳島大学医学部眼科助教授)

柴田 進(川崎医科大学学長)

島尾 忠男 (結核予防会結核研究所名誉所長)

志摩チョ江 (財団法人国際看護交流協会理事)

島津 晃 (大阪市立大学整形外科教授)

鈴木 庄亮 (群馬大学医学部公衆衛生学教授)

須永 寛 (新潟大学医学部公衆衛生学教授)

高野 正孝 (城西病院成人病予防検診センター所長)

高橋 幸男 (アジア眼科医療協力会理事長)

竹内 正(山梨医科大学副学長)

多田 富雄 (東京大学医学部教授)

多田 正毅 (城西病院長)

館 正知 (労働衛生検査センター長)

塚原 重裕(山梨医科大学眼科教授)

土屋健三郎 (産業医科大学学長)

津山 直一(国立身体障害者リハビリテーションセンター総長)

戸谷 衛造 (藤田学園保健衛生大学教授)

豊住 章三(自治医科大学常務理事)

中島 章 (順天堂大学医学部眼科教授)

中林 敏夫 (大阪大学微生物病研究所教授)

西村千代子 (厚生省看護研修研究センター教務課長)

二/宮節夫 (東京大学医学部整形外科助教授)

野村 正孝 (全日本アジア医学生連絡協議会)

萩原彌四郎 (千葉大学医学部脳機能研究施設教授)

長谷川 豊 (厚生省中国四国地方医務局長)

早石 修(大阪医科大学学長)

林 滋生 (国立予防衛生研究所長)

東浦 洋(日本赤十字社外事部第一課長)

日暮 真(山梨医科大学保健学教授)

藤岡 晨宏 (兵庫県立尼崎病院副院長)

藤田 啓介(藤田学園保健衛生大学学長)

古川 哲二(佐賀医科大学学長)

星野 孝(独協医科大学整形外科教授)

星野 昌子 (日本国際ボランティアセンター事務局長)

堀田 進(金沢医科大学熱帯医学研究所長)

本多 憲児 (本多記念東北循環器科病院長)

松倉 豊治 (兵庫医科大学学長)

松村 武男(神戸大学医学部医動物学教授)

松本 慶蔵(長崎大学熱帯医学研究所長)

丸地 信弘 (東京大学医学部保健管理学助教授)

三樹 勝(日本医科大学第二病院外科教授)

三島 済一(東京大学医学部長)

三宅 史郎 (日本大学医学部長)

宗像 醇(日本医科大学国際交流センター名誉教授)

村松 稔(国立公衆衛生院衛生人口学部長)

山内登貴夫 (株式会社東京アール・ヌーボウ代表取締役)

山口 誠哉 (筑波大学社会医学系教授)

山田 俊彦(山梨医科大学微生物学助教授)

山田 宏図(福島医科大学眼科助教授)

山地 幸雄(日本医科大学微生物学教授)

山中 太木 (大阪医科大学名誉教授)

山本 俊一(聖路加看護大学教授)

山本 保博(日本医科大学救命救急センター助教授)

吉岡 守正 (東京女子医科大学学長)

吉利 和(日本赤十字社医療センター)

我妻 堯 (国立病院医療センター国際医療協力部長)

渡辺 真(福島県立医科大学整形外科助教授)

### 会 員 名 簿(追 加)

(氏名/住所/所属/TEL)

昭和62年8月26日現在

秋 山 稔/162/東京都新宿区戸山1-21-1/国立病院医療センター国際医療協力部

**安 達 勇**/104/東京都中央区築地5-1-1/国立がんセンター病院

**蟻 田 功**/860/熊本市二の丸1-5/国立 熊本病院/0963-53-6501

**碇** 元 **美**/142/東京都品川区旗の台1-2 -17-204

**池 田 雄 児**/141/東京都品川区北品川6-7 -35/ソニー㈱国際協力部/03-448-2280

**石** 川 **聡**/431-31/浜松市半田町1121 小杉方/0534-35-3295

**石** 川 **信 克**/189/清瀬市松山3-1-24/結 核子防会結核研究所/0424-93-5711

**石 川 典 子**/189/東村山市青葉町1-3-57 **石 崎 達**/321-02/栃木県下都賀郡壬生 町通町8-15

**石 橋 勇 貴**/399-15/長野県下伊那郡阿南 町北条2087-7/県立阿南病院/0260-22-3622

伊 藤 以知郎/434/浜北市内野台4-16-18

伊 藤 賀 祐/500/岐阜市荘西3-30/0582-53-2593

伊 藤 **得志男**/470-01/愛知県愛知郡日進町 米野木字南山/愛知国際病院

伊藤 美智代/ /静岡市丸子3-2 C9-204 稲 臣 成 -/763/香川県丸亀市城東町 3 丁目3-1/香川労災病院/08772-3-3111

**稲 村 晃 江**/532/大阪市淀川区西宮原1-6-60-520/06-392-2278

**井 上 和 子**/143/東京都大田区大森西6-11-12/東京大学第一内科

**岩 堀 晃**/104/東京都中央区明石町10-1/聖路加国際病院/03-541-5151 **上 田 麻 子**/177/東京都練馬区大泉学園 町6-15-32

**上 田 進 彦**/590-01/堺市原山台2-7-1/ 国立泉北病院神経内科

**上 原 鳴 夫**/520-21/大津市赤尾町/滋賀 医科大学第一外科

**薄 田 榮 光**/272-01/市川市香取2-2-12コーポヒフミ B5

**内 田 直 興**/409-38/山梨県中巨摩郡昭和 町西条 2 区316

**梅 澤 慶 紀**/150/東京都渋谷区神宮前3-38-7

**榎 本 信 雄**/474/大阪市森岡町源吾36-3/国立療養所中部病院/0562-46-2311

**遠 藤 まゆみ**/143/東京都大田区南馬込1-25-5/聖路加国際病院

**遠 藤 昌 一/327/佐野市天明町2555** 

**大 島 秀 夫**/675/加古川市山手3丁目33-11

**岡 村 宏**/329-04/栃木県河内郡南河内 町薬師寺3311-159/自治医大学生寮/0825-44-2111

**緒 方 正 名**/700/岡山市鹿田町2-5-1/岡山大学医学部/0862-23-7151

**興 津 達 也**/433/浜松市和合町315-1138 コーポ内藤D103

**奥 井 勝 二**/280/千葉市亥鼻町1-8-11/ 千葉大学医学部第一外科

**小 澤 英 輔**/177/東京都練馬区関町北2-15-13

**小野澤 敏 弘**/573/枚方市伊加賀東町2-21/協立病院

笠原文 惠/942/新潟県上越市大字荒浜6

**片 岡 陳 正**/654/神戸市須磨区友が丘7-10-2/神戸大学医療技術短大/078-792-2555

**勝 山 信 房**/662/西宮市こしき岩町6-5/ 夙川学院短期大学/0798-73-3755

加 藤 彰 一/464/名古屋市千種区不老 町/名古屋大学工学部建築学科

門 田 今日子/589/大阪府南河内郡狭山町西山380/近畿大学医学部第一外科

**金 原 善 治**/410/沼津市大手町2-2-1/沼 津北ロータリークラブ

**鴨 脚 光 增**/554/大阪市西淀川区野里3-4-3-513

**川 瀬 和紀子**/078/旭川市緑が丘1条4丁目3-11 谷様方

**菊 地 久美子**/990/山形市大字妙見寺216-4 **黒 川 健**/123/東京都足立区栗原3-23-3

上 崎 道 子/170/東京都豊島区北大塚1-18-7/医療法人日心会一心病院

**後 藤 純 子**/241/横浜市旭区川島町1971 **朔 元 洋**/816/福岡市博多区竹下 4 丁 目6-25

**佐藤 忠 彦**/160/東京都新宿区西早稲田2 -3-18-23/日本キリスト教海外医療協力会/03 -208-2416

**佐藤 正 夫**/181/三鷹市井口14番地メゾ ンド武蔵野751

**佐 原 康 之**/920/金沢市小立野3-27-48/ 八田方

**鮫 島 広 子**/606/京都市左京区下鴨西木 町48 第1植物園マンション15号

**澤 田 清 子**/467/名古屋市瑞穂区春コウ 町2-13/瑞穂短期大学北研究棟

**白 石 弘 志**/170/東京都豊島区巣鴨4-11-11-301/平和医学アカデミー

上 西 泰一郎/170/東京都豊島区北大塚2-17-12 伊藤ビル303/平和医学アカデミー **杉 本 勝 彦**/228/相模原市北里1-15-1/ 北里大学病院救急センター

**杉 山 正 隆**/107/東京都港区赤坂7-5-34-614/日本国際学生協会

**曽 根 智 史**/807/北九州市八幡西区医生 ケ丘1-1/産業医科大学公衆衛生

**高 岡 典 子**/299-01/市原市有秋台東1-7-1/帝京大学医学部病院

高 島 義 裕/666-01/川西市清和台西1丁 目6-42/0727-99-0015

**高 田 季 久**/545/大阪市阿倍野区旭町1-4 -54/大阪市立大学医学部医動物/06-645-2065

**淹 本 嘉 子**/102/東京都千代田区富士見1 -8-16 弥生寮/警察病院

**多 田 彰 子**/251/藤沢市弥勒寺4-23-1/ 聖マリアンナ医科大学病院

大江原 弥太郎/191/日野市旭ヶ丘2-18-1

**帖 佐 徹**/162/東京都新宿区戸山1-21-1/国立病院医療センター国際医療協力部/03-202-7181

**塚 原 重 雄**/409-38/山梨県中巨摩郡玉穂 町下河東1110/山梨医科大学眼科学教室

**辻 本 嘉 助**/533/大阪市東淀川区淡路2-9 −26/淀川キリスト教病院

**寺 本 成 美**/856/大村市久原2丁目1001-1/国立長崎中央病院/0957-52-3121

**藤内修二**/876-12/大分県南海部郡鶴見町大字地松浦2008-6/鶴見町役場/09723-3-1111

**遠 田 耕 平**/010/秋田市本道1-1-1/秋田 大学医学部第二病理

**貴 田 昌 子**/203/東久留米市中央町3-17-22-202号

**徳 広 美 紀**/781-51/南国市岡豊小蓮/高 知医科大学公衆衛生学

**中 浜 肇**/567/ 茨木市美穂ヶ丘19 C-908号 **中 村 健 一**/359/所沢市並木3-2/防衛医 科大学公衆衛生学

**中 村 安 秀**/351-01/和光市白子3-19-6-305 森井方

中山 緑/105/東京都港区虎ノ門2-2-2/虎ノ門病院/63-588-1111

**長 澤 泰**/162/東京都新宿区戸山1-21-13/厚生省病院管理研究所

**奈 良 賢太郎**/222/横浜市港北区樽町1-14-12

**西 成 民 夫**/010/秋田市本道1丁目1-1/ 秋田大学医学部第三内科

**信 本 和 美**/078/旭川市緑ケ丘 2 条 4 丁 目 医大前スカイハイツ201

**則 千代子**/213/川崎市高津区千年新町 34-4 飯島方/横浜赤十字病院

**林 滋 生**/141/東京都品川区上大崎2-10-35/国立予防衛生研究所/03-444-2181

**鈽 子**/221/横浜市神奈川区浦島町 367

**林 隆 文**/939-26/富山県婦負郡婦中町 新町21-31/富山友愛病院

**本 正 男**/920/金沢市宝町13-1/金沢 大学医学部衛生学

**兵 井 伸 行**/113/東京都文京区本郷2-1-1/順天堂大学医学部公衆衛生/03-696-4173

日 **暮 眞**/409-38/山梨県中巨摩郡玉保町下河東/山梨医科大学保健学

**日比野 路 子**/213/川崎市宮前区有馬1-21-1-203/044-865-4092

平 尾 智 広/001/札幌市北区北18条西 5 丁目20-29 第3AMSビル408号/北海道大学 医学部第一外科

**平 野 辰 夫**/101/東京都千代田区神田小 川町3-28-13 ラフィネ1004/メディサイエンス プラニング

福 永 幹 彦/558/大阪市住吉区長居東3

丁目1-29長居公園パークマンション704/天理よ ろづ相談所病院/06-607-5149

**藤 門 政 子**/168/東京都杉並区下高井戸1 -7-7 スターハイツ401/国際看護交流協会

**藤 木 明 子**/204/清瀬市松山3-1-24/結 核子防会結核研究所

**藤 况 真利子**/175/東京都板橋区赤塚新町1 -9-11 須崎方/国立公衆衛生院

藤 森 絹 子/185/国分寺市西町4-20-8

**古 川 晳 二**/840-01/佐賀市鍋島町大字鍋 島三本杉/佐賀医科大学/0952-31-6511

**古 田 直 樹**/162/東京都新宿区戸山町1-21-1/国立病院医療センター国際医療協力部/ 03-202-7181

**星 野 龍 夫**/230/横浜市鶴見区梶山2-9-20/JVC

本 城 京 子/500/岐阜市細畑佃85 メゾ ン細畑3-A/岐阜病院

**松 木 千 枝**/113/東京都文京区本郷7-3-1/東京大学病院中央手術部

**松 下 敏 夫**/890/鹿児島市武岡2-16-8/ 鹿児島大学医学部/0992-81-6435

松島俊裕/329-04/栃木県河内郡南河内 町薬師寺/自治医科大学学生寮/0285-44-2111

**松 田 聡**/770/徳島市蔵本町 3/徳島 大学医学部眼科

**松 本 保 久**/861-11/熊本県菊池郡合志町 豊岡2527-99/松本聖ケ塔病院健康相談室/096 -371-2111

**三 砂 ちづる**/903-01/那覇市首里石嶺町4-236-1 国吉アパート302/琉球大学医学部保健 社会学

**三 島 済 一**/113/東京都文京区本郷7-3-1/東京大学医学部/03-815-5411

水 上 尚 典/329-04/栃木県河内郡南河内 町薬師寺3311-1/自治医科大学産婦人科/0285 -44-2111 **毛 利 - 平**/520-21/大津市-里山5-8-9 山 本 珠 江/136/東京都江東区亀戸7-5-8 コーポ朝倉107

森 川 雅 浩/164/東京都中野区弥生3-34-3 シャトレド中野202

森 嶋 克 昌/951/新潟市中大畑町531-3 シェガロング203

矢 吹 恵 子/356/埼玉県上福岡市大原1-2 -18/女子栄養大学生理学研究室

山 下 政 一/470-01/愛知県愛知郡日進町 米野木字南山987/アジア保健研修財団/05617 -3-1950

山 田 俊 彦/409-38/山梨県中巨摩郡玉穂 村/山梨医科大学

-4 東陽マンション201号/三井記念病院

吉 利 和/150/東京都渋谷区広尾4-1-22/日本赤十字社医療センター/03-484-6954

吉 野 净/220/横浜市西区伊勢町3-133 公舎231号/神奈川県立厚木病院内科/045-242 -7500

吉 村 健 清/807/北九州市八幡西区医生 ケ丘1-1/産業医科大学臨床疫学/093-603-1611

力 丸 徹/173/東京都板橋区栄町35-2/東京都老人総合研究所栄養学研究室

- ●編集委員長 山 本 俊 一
- ●編集副委員長 堀 田 進
  - 編 編 編 編 終 回 一 三 声 敦 三 一 三 長 前 山村内川 本 前 山村内川

志藤 開像 年 雄

▶編集協力 川 上 剛 兵 井 伸 行 Lans Holweger Louis M. Roachford

### 「国際保健医療」

日本国際保健医療学会雑誌 第2卷第1号 THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH Vol. 2 No. 1

昭和62年11月25日印刷・昭和62年11月30日発行

定価1,000円

発行人 **津 山 直 一** 編集人 **山 本 俊 一** 発行所 **日本国際保健医療学会** 

製作協力:メヂカルフレンド社

〒102 東京都千代田区九段北3-2-4



# 心機能を改善し、運動耐容能増加。

虚血性心疾患に伴う動悸・息切れの改善に

循環機能改善剤

# ロコルナール競

ROCORNAL Tab. 50mg/100mg

(一般名:トラピジル)

ロコルナール錠(一般名:トラピジル)は、ニトログリセリン同様比較的太い冠血管を選択的に拡張し、心筋虚血部位への血流を増加します。また心機能改善作用を有していますので、β遮断剤投与時の心不全傾向を改善します。

### [効能・効果]

〇狭心症

O下記疾患にもとづく諸症状の改善 脳梗塞後遺症、脳出血後遺症

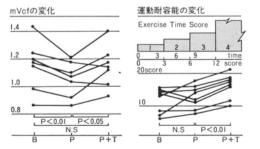
### 健保適用

\*(組成)、[用法・用量]、[使用上の注意]等は添付文書をご参照下さい。

B:投与前 P:プロプラノロール4w投与 T:ロコルナール4w追加投与

#### 心機能改善により運動耐容能を増加

プロプラノロール投与によって有意に低下したmVcf (平均左室周 径短縮率)はロコルナール追加投与によって有意に改善した。同時 に運動耐容能の有意な増加をみた。



(伊藤 敬、他:呼吸と循環, 31, 541, 1983.)



# 持田製薬株式会社

MOCHIDA 東京都新宿区四谷1丁目7番地 〒16

### CONTENTS

The Second Annual Meeting of Japan Association for International Health
Lectures:
SaSa, M.
Problems in Japanese International Cooperation (in Jananese) (6)
Krasae Chanawongse
Primary Health Care-Health Care for the Future
Francis Charhon
Activities of the Medicins Sans Frontieres
Symposium:
Kurozumi, I.
The Role of NGO
Nakazima, H.
The Role of Developed Countries in International Cooperation in the Field of Health (28)
Kawahara, H.
Another Trial in International Cooperative Work
Izumi, S.
International Health Collaboration Requires the Improvement in Domestic Health
Research Activities
Hibino, M.
Report of International Cooperation for Thai Nursing Education
The 22nd General Assembly of the Japan Medical Association
Panel Discussion:
International Health and Manpower Development

## JAIH

Japan Association for International Health
(Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)
c/o Johsai Hospital
10745-24 Kaminomiya, Yuhki City
Ibaraki Pref. Japan 307