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3巻第1号　　Vol.3　No.1
平成元年8月　　Aug.　1989

特　集

第3回日本国際保健医療学会総会
昭和63年7月16日～17日　神　戸

日本国際保健医療学会
JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

会長あいさつ

第3回 日本国際保健医療学会総会を終えて

第3回総会長　堀　田　　進

第1回，第2回の総会の東京開催を受けて第3回が神戸で開催され，今般その記録が完成した。これひとえに，今日まで献身的な努力をされた運営委員会各位並びに学会役員諸氏のご熱意とご厚情によるもので，改めて深甚の謝意を表したい。

第1回，第2回の基本テーマは「国際医療協力とは何か」であった。すなわち，国際医療協力の本質は何か，という問いに答えるのが目標であった。2回にわたる熱心な討議の結果，一つの方向が出されたと思う。

そうだとすると，次は，「国際協力をどのように進めるべきか」，さらに一歩踏み込んで，「日本はどのような国際協力を行うべきか，行うことが出来るか」という問いが自然と浮かび上がってくるであろう。

第3回総会は，正にこれが基本テーマとなった。ただし，日本人が日本人だけの思考でことを進めるのではなく，協力の相手方，あるいは第三者的立場の人たちが，日本に何を期待し要求しているかという声に，謙虚に耳を傾けるべきであろう。さような意味から，第3回総会では，外国から可能な限り多くの方々を招請して，率直なお話しをうかがうことに努めた。幸に，国際協力に深い理解と経験をもち，それぞれの領域ですぐれた業績を挙げ，かつ温かい人間性と広い世界観を備えた方々をお迎え出来たことは，主催者としてこの上ない喜びであり，光栄であった。どうかこの記録から，これらの点が充分にくみとっていただけるよう心から願う次第である。

むろん，一般演題もそれぞれに熱意と努力のあふれるものであった。はじめての試みとして取り上げたイブニング・セッションは，オーガナイザーの先生の適切な企画と，参加者各位の熱情とが相まって，予想以上の盛り上がりをみせたことは，これまた大きな収穫であった。もちろん，本学会が現在の状態で理想的なものとは誰も考えていない。数多くの問題点が含まれることは会員一人一人が強く感じておられることと思う。しかし，それらを一つ一つ克服して，本学会が日本の国際医療協力のために，真の学術的・倫理的な基盤を築いて行くことを切に念願するものである。

さような意味で，総会の席上，本学会の理念を盛った「'88 神戸宣言」が満場一致採択されたことは画期的なことであった。第4回総会では，引き続き「'89 東京宣言」が提案される由であるが，これらが互いに相補い，増幅し合って，本学会の理念と内容をますます高揚充実させることを切に祈りたい。

祝　　辞

兵庫県知事　貝　原　俊　民

第３回日本国際保健医療学会総会が開催されるに当たりまして，開催地兵庫県より歓迎のごあいさつを申し上げたいと思います。

神戸市は，昨年開港100周年を迎えた古い港町として栄えてきた都市でございますが，現在では輸入量において横浜に次いで国内２位という実績を持っております。また本年，ブラジル移民80周年を祝ったところでございますが，このブラジル移民の第１団がカサト丸にて出発したのもこの神戸でございました。これまで東京で開催されておりました本学会総会が，今回初めて東京を離れて開かれたわけであります。その最初の地として神戸市をお選びいただいたのも，このような背景があればこそであろうと自負するとともに，非常にうれしく思っている次第でございます。

保健医療の国際協力の分野でも，本年はWHO事務総長に中嶋　宏氏が日本人として初めて就任されるという記念すべき年でもあります。皆様方のご努力により，一歩一歩着実に前進してきましたこの分野での日本の国際協力が，さらに飛躍的に発展する好機であろうと思われます。

その一方で，世界中が以前にも増して日本に対する大きな期待を抱くものと考えられます。本総会においてアメリカはマサチューセッツ工科大学のスクリムショー博士の基調講演を始めとしてシンポジウム，イブニングセッション等々多くの行事が予定されており，参加者の皆様の活発なご討論がなされるものと思われますが，その中で日本の今後の国際保健医療協力推進に向かっての学問的な基盤が構築されることを強く期待するものであります。そしてこれを基礎に，日本の国際協力が全世界より高い評価を受けるものへと発展することを強く願ってやみません。

最後に，本総会を開催するに当たってご尽力された準備委員の皆様のご苦労に対して，心から敬意を表しますとともに，本学会の益々のご発展と諸先生方のご健勝を祈念し，お祝いのあいさつといたします。

祝　　辞

国際協力事業団医療協力部長　近　藤　健　文

本日ここに第3回日本国際保健医療学会総会が開会されるに当たり，一言お祝いの言葉を申し上げます。

本学会は，昭和61年に第1回総会が開催されて以来我が国の国際保健医療協力のあるべき姿を目指して，多大な成果を上げてこられているところであり，関係各位のご努力に対し，深甚なる敬意を表する次第であります。

ご承知のように我が国のODA政府開発援助は年々増加し，いまやアメリカと肩を並べる水準にまで達しつつあります。私ども国際協力事業団（JICA）は，その一翼を担い，政府ベース，すなわち国と国との約束に基づく技術協力を一元的に実施し，またあわせて無償資金協力の実施業務を行っているところでございます。

JICAは，農林水産，工業，社会開発等広範な協力をディベロッピンカウントリーに対して行っているところでありますが，保健医療協力も重要な協力分野となっているところであります。現在，保健医療協力の中心となっております技術協力の分野だけを取りましても，40に近いプロジェクトが進められており，対象となる国々もアジア，中南米，アフリカ，中近東など二十数カ国に及んでおります。私どもの進めておりますこれらの事業につきましては，今日ご出席の皆様を始めとして，多くの方々に多大のご支援をいただいており，この機会をお借りいたしまして厚く御礼を申し上げる次第でございます。

我が国の保健医療協力は，もちろん政府間に限られるものではなく，学会，大学，NGOなどの組織を通じ，また個人レベルにおいてもいろいろと進められているところであり，今後ますます盛んになるものと考えられますが，本学会が我が国の今後の保健医療協力の方向，あるべき姿についていろいろと研究討論を進められることは，誠に時宜にかなったものであり，深く敬意を表するものであります。

最後に，今回の総会を主催されました堀田学会長を始め，関係の皆様のご労苦に対し，感謝を申し上げるとともに，本総会が成功裏に終了することを心からお祈り申し上げ，またご出席の皆様のご健勝を祈念いたしまして，私のお祝いの言葉とさせていただきます。

日本国際保健医療学会　学会誌　第3巻第1号
第3回日本国際保健医療学会総会（1988 神戸）

—— 特　集　号 ——

目　　次

挨　拶 …… 総会長 堀田　進
祝　辞 …… 兵庫県知事 貝原俊民
祝　辞 …… 国際協力事業団医療協力部長 近藤健文

基調講演

だれもがすこやかな21世紀をむかえるために
　マサチューセッツ工科大学教授　ネビン・S・スクリムショー博士 …… 1

特別講演

シルクロード　作家 陳　舜臣

一般口演

ハンセン氏病対策 …… 13
医療協力 I …… 16
健康調査 …… 20
プライマリー・ヘルス・ケア …… 24
医療協力 II …… 28
熱帯病および寄生虫 …… 33
学生発表 …… 38
難民医療 …… 43
医療協力 III …… 46

シンポジウム I

日本の国際保健協力に何を期待するか …… 51
　オーガナイザー・司会　草川三治
　シンポジスト　Edgar Mohs
　Ashitey A. Gilford
　Rasad Asri
　本多憲児
　土井邦紘
　宮崎　亮
　W. Petter Allen

シンポジウム　Ⅱ

世界の人口問題を考える …… 84
オーガナイザー・司会　村松　稔
シンポジスト　河野稠果
Mercedes B. Concepcion
長岡　昌
我妻　堯

イブニング・セッション

日本国際保健医療学会の見直しと見通し …… 110
ＷＨＯと国際保健医療 …… 130
宗教と国際保健医療協力 …… 152
在日外国人の医療体制 …… 173
ＮＧＯとＧＯ …… 192
大学等における国際保健医療教育 …… 210
国際保健医療と学生活動組織 …… 232

総会宣言 …… 256

総　括 …… 藤岡晨宏 …… 257

決算・予算報告 …… 260

人名・事項索引 …… 264

委員名簿・後記 …… 270

基調講演

だれもが，すこやかな，21世紀をむかえるために

ネビン・S・スクリムショー博士
米・マサチューセッツ工科大学教授
国連大学プログラム・ディレクター

座長，堀田先生，そして学会のメンバー，そしてご参会の皆様，私どもにとりましてこの第3回日本国際保健医療学会総会に招待されましたことは，非常に名誉であります。私の非常に尊敬しております友人でありますドクター・スクリムショーの代読を務めさせていただきます。先生は，このミーティングに参加することができません。非常にお忙しい方でいらっしゃいます。私がテキストを読む前に，皆様方に私の余りうまくない英語，そして発音も余りよくありませんが，これで読むことをお許しいただきたいと思います。そして皆様方，お手元のテキストがありますが，時間の制限がございますので，部分的にとばしていくところがございます。

まず，プライマリー・ヘルス・ケア・プログラムに対する栄養の組み込みというものでありますが，これはスクリムショー先生のテキストであります。ほとんどの途上国におきまして，プライマリー・ヘルスケアの施設というものには，たとえ医師のスタッフがいたとしても，必ずしも有効な活動を行うということができるわけではありません。高い有病率とか，死亡率，栄養障害とか，感染症によるものを防ぐことはできません。幾つかのアジア諸国におきましては，非常に進歩が得られております。多くの途上国におきまして，しかし政府のヘルスサービスは貧しい人々に届くということはほとんどありません。

治療というものも補助的にヘルスワーカーによって行われておりまして，こういった人たちには教育も非常に不足しておりますし，また薬剤もありません。通常，また医療府的な監督，あるいはバックアップもありません。このような人たちが国民の保健問題に力を尽くすということはほとんどありませんが，しかしこういった人たちがこういった問題に責任を持っていると考えているわけで，予防とはまだほど遠い状態であります。高い有病率，あるいは死亡率というものを治療のアベラビリティーを高めることだけによって行おうとするには，必ず失敗いたします。必要とされることは，これは栄養障害，下痢，一般的な伝染病などを防ぐ手段を取ることであります。

このような努力というのは，ただ単に単一の疾患というものを防ぐという利点だけではありません。というのは，疾患の間にはやはり相互作用というものがございます。特に栄養障害と感染症の間にはこれがあります。栄養障害を是正するということになりますと，感染症によります有病率と死亡率を下げることができます。また逆に感染症というのは，主要な栄養疾患の原因ともなっているものであります。

プライマリー・ヘルスケアのアプローチというのは，もちろんこのことを認識しておりまして，WHOが言っておりますように，この疾患の予防と健康の促進というものの方に単なる治療サービスよりも，より大きな強調点を負っております。それで子供の生存戦略でありますが，これはユニセフによって行われておりますが，その主要点というのは母子のプライマリー・ヘルスケアに対する活動であります。残念ながら，ほとんどのメディカルな人であろうと，

あるいはノン・メディカルな人であろうと，こういう健康従事者というものは予防医学とか，公衆衛生というものに対するトレーニングは受けておりません。今日の私の話でありますが，弱い人々の栄養を改善しようということに関心のある人のために，あるいは家族全体のこういった問題を改善しようとしている人のために，理論的な根拠というものをお話申しあげたいと思います。栄養の改善のために，どのようなプライマリー・ヘルスケアのアプローチを取るのか，そして実施に必要なことは一体何であるのかということをお話したいと思います。そして具体的な子供の生存戦略の文脈と分析というものも行っていきたいと思います。ヘルスシステムの中でこれを行っていく，そしてさらに強調したいことは，栄養に関する活動の必要性，すなわちこれをヘルスケアの中に組み込んでいくということが必要であるということを申し上げたいと思います。

ほとんどの栄養士というものも，やはりこういった責任というものに関しても教育を受け，そしてこういったことを考えるという習慣を持つことが必要であるということを申しあげたいと思います。

次は，治療医学の限界でありますが，これは個人的な経験についてお話いたします。これは私，自分自身の経験に基づいて自信を持って言えるのですが，治療医学だけでは，そんなレベルで行われるようなものであれば，子供の高い死亡率というものを低くするという意味ではほとんど役に立ちません。私はガテマラの高地の村落におきまして，２つの村ですが，週に１回の診療を続けてまいりました。１年間にわたって。そのときに私自身がその地方の病院にいたとしたら，救えるかもしれないと思った子供の命は２つにすぎませんでした。

中アメリカ・パナマ栄養研究所でありますが，これは３つのほかの村におきまして研究を行っております。１つは医療だけを行ったところ，そしてもう１つは就学前の児童への栄養補給を行ったところ，そして第３番目の村をコントロールとしております。この治療群でありますが，これはサンタマリア・クロークでありますが，ここには毎日十分に教育を受けた医師と保健婦によります治療を行っておりまして，これはほとんど医薬品につきましては全く制限なしに使うことができるという状況でありました。しかしこういった努力を行いましても，予防は全く行われておりません。５年間の間にこのような努力を行いましたが，死亡率にはほとんど変化がなかったわけであります。しかし，メラデラミルパスアルタスという村でありますが，ここは就学前の児童に栄養補給だけを行ったわけでありますが，そういたしますと感染症によります死亡率が有意な低下を示しております。しかもこの場合には，補助的な医療は全く行っていないにもかかわらずあります。

こういった経験に基づきまして，またラテンアメリカ，アジア，そしてエジプトなどの経験に基づきまして，私が再発見いたしましたことは，すべての経験豊かな医師がもう既に知っていることもあるわけですが，患者を診るということは，実際には一般的に患者を支えてやるということが正しいということを再発見いたしました。非常によく教育を受けたスペシャリストとか，あるいは二次病院，三次病院のケアというものはほとんど必要ではないわけであります。ヘルスケア・システムのすべてのレベルにおきまして，予防にかける時間というものが診察にかける時間よりもはるかに全体的な健康状態を改善するには有用であります。最も重要な予防というのは，直接的あるいは間接的に栄養状態を改善してやるということであると思います。

何年か前でありますが，私は，非常に劇的な例を見る機会を得ました。すなわち治療サービスに比べまして，予防の方が重要であるということがわかったわけです。1967年でありますが，若い公衆衛生のワーレン・バーゲン先生が，シュバイツアー病院に到着いたしました。これはハウチのデシャペリーというところにあ

るのですが，そこでわかりましたのは非常に子供たちでいっぱいになっている病棟でありまして，1つは重篤な蛋白カロリー栄養障害，そしてもう1つの病棟は新生児破傷風の病棟でありました。こういった障害というのが非常に高い幼児，あるいは就学前児童の死亡率にこの地方では原因となっているものでありました。ほとんどの破傷風にかかった子供は死亡してしまいました。そしてまた重篤な栄養不良の子供も多くの場合，やはり病院内で死亡しておりますが，しかし少し治った段階だとしても，その段階でほかの子供たちを入院させるために退院させられてしまって，うちで最終的に死んでしまうという状態であったわけです。そこでドクター・バーゲン先生がハウチで，ここのジェンド・インデクターを使いまして，近くの市場で破傷風トキソイドの投与開始いたしまして，妊娠年齢にあるすべての女性に対してインミナイジェーションを行おうとしたわけであります。

そういたしますと，1年以内に新生児破傷風の病棟はもう空っぽになってしまったわけであります。そして次に彼の目標になりましたのは，より難しい問題であります重篤な栄養障害でありまして，子供の場合であります。これはいわゆるマザー・クラフト・センターというものを設立いたしました。これはハウチの先生たちでありますウイリアム・ホーシャーという人がまず最初に始めたシステムでありますが，こういったセンターというのは現在のいわば回復センターとよく似たものであります。コロンビアとか，グアテマラにありますが。そしてまたさらにその後に，フィリピンでもこういったものは設立されております。

小さな子供たちですが，すべての村の子供たちの体重をはかりまして，そして非常にラスマスとか衰弱，すなわちクワルシーにおるころでありますが，こういった危険のあるような栄養障害のひどい子供を見つけたわけであります。これは子供の母親を説き伏せまして，こういった子供たちを特別なディケアセンターのようなところに連れて来させまして，そして3種類のよい食事を与えたわけであります。そしてそのセンターで，さらに母親に対しましては，これはローテーションでありますが，買物とか，あるいは調理とか，あるいは給仕などのプログラムに参加させたわけです。子供たちはよくなって，そしてまた母親もよくなりました。そういたしますと，このような形で治療した子供たちとそしてその兄弟におきましても，もう栄養障害の問題は再発することはありませんでした。この栄養障害の子供でありますが，これは非常に驚くべきことでありますが，新生児破傷風の場合と同じように非常によい効果が得られていたわけであります。

治療医学の投資をしたとしても，このような非常に劇的な死亡率の低下というものは期待できません。言うまでもなく，成長状態と言うものは正常になってまいりましたし，また認知発達というものもよくなってきたわけです。またどのような年齢でありましても，疾患の予防を行うということは，ただこれを放置し，そして不必要に病気が生じるのを見逃しておいて，それから治療を行うというよりも，予防を行う方がはるかに意味があるわけであります。予防の方がまだ治療よりもお金もかかりません。

それでは，次をとばしましてプライマリー・ヘルスケアのアプローチについて，途上国についてお話申し上げたいと思います。

1970年代にますます認識が高まってきた点といたしまして，これは途上国でありますが，ここでは世界人口の3分の1が住んでいるわけであります。数億の人々が栄養障害と感染症に苦しみ，これによって死亡していると，こういった認識が高まってきたわけです。こういったものは防ぐことができるはずであります。先進国におきましては，数百万の人々がまださらに十分な健康状態というものを享受しているわけではありません。適切な知識があれば，確保できるレベルの健康をまだ享受していない1978年9月でありますが，各地の134カ国の厚生大臣が

アルマータに集まりまして，これはWHOの後援によるものでありますが，ここで人々のニーズを満たすヘルスプログラムの失敗ということについてお話をしたわけであります。こういった会議から2,000年までにすべての人々に健康，誰もが健やかな21世紀を迎えるためという目標が設定されたわけであります。しかしこれは，このままではただ単に善意の宣言だけにすぎなくなるかもしれません。新しい総合的なアプローチというものがなければ，そうなってしまいます。すなわちプライマリー・ヘルスケアの拡大ということが必要であります。プライマリー・ヘルスケアあるいはPHCというのはどういうことかと言いますと，地域社会とヘルスケア制度の最初の接点であるということであります。これは主として多目的の地域のヘルスワーカーが行うわけであります。こういった人たちは健康促進と疾病予防ということに対して教育を受けなければいけません。治療医学以外にであります。

そしてまだ戦力といたしまして個人，そして家族，そして地域社会などの健康制度をベースとしなければなりません。アルマータ会議でPHCのさまざまな要素で，まず一番最初にこの健康問題に関する教育，そしてこういった問題を発見し，予防し，管理する方法というものが挙げられております。第2番目は適切な食糧供給と栄養の促進の問題です。次が適切な，安全な飲料水の供給，そして基本的な衛生の問題，そして母子のケアの問題，これには家族計画が含まれます。そしてさらに第5位でありますが，これは主要な感染症に対する免疫の問題，そして風土病の予防とコントロールの問題であります。こういったものは治療医学だけの問題ではありません。こういったことに対して医師は治療し，教育を受けているわけであります。次はよく認められる病気に関する問題，これが7位でありまして，精神的健康の促進が8位でありまして，主要な薬剤の供給というものが最後であります。

WHOの事務局長でありますハーフダン・マーラー先生の説明によりますと，すべての人に健康をと，1978年の宣言でありますが，ということは健康に対する障害を除去するということ，すなわち栄養障害とか，無教育とか，あるいは飲料水の汚染とか，あるいは不衛生な住居，こういったものを除去するということであります。これはただ単なる医学的な問題の解決という以上のものであります。このプライマリー・ヘルスケアに基づきまして，すべてのヘルスプログラムとか，あるいは保健に関する下部構造，こういったものを設立しなければなりません。こういったアプローチが必要としておりますのは，既存の保健制度，ほとんどの国におきましてはこれの完全な方向転換を行うということが必要とされます。こういった転換というものは，しかし困難であるわけでありまして，わずか数カ国しかこういったものの達成ということに近づいておりません。

次は，母子に対してターゲットを絞るということについて，これはGOBIの期限であるということ，これをお話したいと思います。ユニセフの本部での1983年の会議で，フィールド経験の豊かな，そして栄養，公衆衛生の専門家が多くの国から集まってまいりました。そしてこの会議はアルマータの会議の5年後のことでございましたけれども，母子の健康改善についての議論がなされました。そしてまだ十分にはほとんどのPHCのプログラムでは取り扱われていないという話が出たわけであります。この会議では，ユニセフ，WHOの小児生存計画が開発をされたわけでありまして，そしてこの記憶に残っていたGOBIを改善いたしまして，そして成長のモニタリング，それから水分補給，経口による水分補給，母乳の授乳，そして免疫処置をするように企画したわけであります。

こういった各単語の持つ重要性というものをすべての人に理解させること。この実施に責任を持っているような人にはすべて理解してもらわなければならないということが重要でありま

す。明らかにこの母乳の促進というものは，小児の有病率に対して母乳が唯一という状況の中では改善要因とはなりません。このような状況のもとで非常にタイムリーで，そして適切な補足的な食事と母乳を与えている子供に与えるということが必要でありまして，それを促進しなければなりません。

同様に成長のモニタリングでありますけれども，これは母親自体が成長のトレンドの重要性を理解できない限り意味がないわけであります。つまり離乳時の子供の食事に大きく影響があるわけであります。ヘルスケアのスタッフとそれから母親がこれを理解して，そうすることによって成長のモニタリングが適切な改善へのガイドとなるのであります。彼らの理解ということ，そしてそれを利用するという動機づけが重要なのであります。

また認識をしなければならないのは，生命を救えたとしても，経口からの水分補給というものでは下痢障害の予防はできないわけであります。下痢障害の予防には環境の衛生，個人の衛生などが必要でありますし，また記憶に頼らないようなプログラムが必要であるわけであります。さらに明確化しますと，語尾にFFFというものをGOBIの後に続けなければならないわけであります。つまり小児への食事のF，それから家族計画のF，それから女性の教育のFでありまして，これらは各地域のプログラムには取り入れられていないことが多いわけであります。このGOBIの内容から忘れられているのは，例えば効果的に保育教育を母親に，また地域社会に，また保健婦に対して行うということでありまして，技術と同様に子供を生存させる計画には非常に重要な要因であります。このGOBIのアプローチというのは，子供の保健に対して大きな進歩として考えられております。また，熱心な多くの国々が取り入れておりまして，ユニセフまたWHOのサポートの上で努力をしているわけであります。

また，具体的な予防対策を奨励することが必要でありまして，一般的にプライマリー・ヘルスケアを促進するためには，予防策を奨励することによって成功するわけであります。そして母子のためのプライマリー・ヘルスケアのアプローチによりまして適切な技術があることを知らせて，そして開発途上国の子供たちの生存率を上げることが必要なのであります。

また，この大きな弱点でありますけれども，真の理解がなければ無意味であるということ。つまり母親とヘルスケア・スタッフの適切な対応が必要であるという点であります。残念ながら，これをなし遂げるために早道はないといえます。

次のRAPの発生に関してはとばさせていただきます。

そして次の栄養プライマリー・ヘルスケアのプログラムが直面する現在の問題についてお話いたします。

この他国間にわたるRAPの研究によりまして，各国幾つもの共通問題を抱えていることがわかりまして，それらによってプライマリー・ヘルスケアのプログラムが効果を発し得なかったとしております。思ったより効果が上がらなかったのはそれが原因だといわれております。そしてその中には適切な訓練をされ，そしてモチベートされた保健スタッフが不足しているということもわかりました。また予防策を受ける人に対して関心が不足しているということもわかりました。また受診者の信念，あるいは宗教や態度というものが無視されるというところも問題であります。また財政的な，また限界などへの理解がないということも問題であります。これらの点についてそれぞれ私，触れていきたいと思いますけれども，まず最初に訓練とそれからモチベーション，栄養プライマリー・ヘルスケア・スタッフにどう与えるかという点からお話をしていきたいと思います。

保健スタッフは適切に訓練されていないわけであります。まれな例外を除きまして，一般的に医師というのは治療医学のみのトレーニング

を受けており，また関心を持っているわけでありまして，その結果，保健サービスを担当するとなりますと，すぐに治療の方に熱中してしまうわけでありまして，その結果，アルマータとのコンセプトであるプライマリー・ヘルスケアを無視することになるわけであります。残念ながら，このほかの保健スタッフに関しても同じようであります。彼らは，個人に対して，また地域社会に対して保健管理のための知識を与える義務があるのでありますけれども，これらは全く無視されているか，あるいは効果のないような，あるいは使い道のないような教え方をしている方もあるわけであります。このように医者のみならず看護婦も，また準看護婦に対しましても，多くの途上国の保健医療のもとでは，多くの時間を正面的で，そして一般的には非効果的な疾患治療に当たっているわけであります。

第２の問題は，これはフィールドでの経験があればよく理解ができると思いますけれども，予防医学の促進を初期レベルでも，実際に実施するときに起こる問題であります。情報を十分持っていなければ病気になり，治したいと思っても，ヘルスワーカーの中に患者がやってこないのであります。そしてアルマータの宣言にうたわれている予防策に全く関心がないのであります。

私自身いろいろな，国をめぐりして，例えば出産前の診療所があったとしても，母親は来ない。また乳児のよいクリニックがあったとしても，誰も連れてこようとしない。そしてワクチン接種をしようとしない。つまりあるのに受け入れないのであります。つまり，プライマリー・ヘルスケアの栄養，予防学，予防医学を実施するには提供者及び受診者の拒否感を取り除かなければならないのであります。

そしてこのアルマータの理念を実施する第一歩といたしましては，ヘルスワーカーのトレーニングを予防的役割に向けて，再度方向づけをし直さなければならないという点であります。つまり保健促進のコンセプトを人々に伝えて，そして社会の信頼を得ることが必要であります。保健栄養士は，適切なトレーニングを，そして管理を行ってなければならないのであります。

25年前のことを言われましたけれども，アメリカ人の医師，キャロール・ベホロートというドクターでありましたけれども，グァテマラの高地，チャンペンテンコーンというところにクリニックを開きました。そしてすぐに彼は洗練された技術という，医師としての技術は全く金銭的にも無理であるし，またプライマリー・ヘルスケアとしても役に立たないということを認識したわけであります。私の経験を通しましても，非常にこれは役に立たないのであります。このドクターは現地の人を雇いだしまして，アシスタントとして訓練をしました。そして次第に予防術を提供するようになりまして，予防術の中には，例えば母乳を促進したり，あるいは補充食を与えたり，あるいは家族計画，また結核のコントロール，そして衛生問題に対して行っていたのであります。また，１人か２人彼の助手をしていた医師がおりましたけれども，この人たちはオーガナイザー，また先生として使われておりまして，プライマリー・ヘルスケアを提供する人間はなかったわけであります。こういった土着民の対し方によりまして，このプログラムは疑わしく，そして敵意があるように最近の政府には移ったわけであります。そしてこの医師のうちの１人とまた何人かの村の職員，スタッフが殺されて，行方不明になったりした結果がありました。

にもかかわらず，100人以上の村の人がスタッフとして訓練を受けて，そのほとんどが現在でも地域で働いております。その上，この村のプログラム自体が存続しているわけであります。もちろんこの全体のマヤインド人口のわずかにしかならないわけでありますけれども，何かができるということを示しているわけであります。

同様に，このプログラムは村の人々に対して提供されているわけでありますけれども，同じ

ようなプログラムが1960年代にはインドネシアのソロで村の人を雇いながら設備がオープンいたしました。そしてその後，ほかの地域でも実行されまして，これはグダワン，ヌグルフという医師によって実施されました。この先生は，インキャンプのサマー・フィルード・コースに参加いたしまして，臨床保健，そして栄養に対してのコースを受けたわけでありました。またベロストのプログラムを見学いたしました。そして現在の非常に実績が上がっているインドネシアでの国家プログラムは，こういった地域社会の参加によって健康促進活動を行うことができるという例を参考にしてでき上がったものであります。

このインドネシアのプログラムは，基本的にはタイ国家のプライマリー・ヘルスケアのプログラムに類似しておりまして，タイのものは厚生大臣のアモールノンダフトという人によって始められたわけでありまして，このプログラムはほかの途上国のモデルともなっております。「はだしの医師」というベアフット・ドクター・プログラムと呼んでおる，中国のプログラムでありますけれども，同じような例に基づいて開始されたものでありまして，劇的に中国の健康状態を改善しております。

そして評価というのは，プログラムの改善のガイドとして非常に重要であるということです。プログラムが効果的であるかどうかということを判断する最も重要な方法の１つとしては，正式な評価ということがあります。しかしながら従来の栄養と保健に対する調査というのは，非常にお金もかかりますし，時間もかかる。大量のデータを収集し，そしてまた非常に長い分析時間を必要とする。しかもなぜプログラムがこのような効果があるのかというような情報というのはほとんど提供してくれないわけです。さらに彼らはその責任を有する厚生省であるとか，対象の人たちには怖いということで受け入れられないわけです。

RAPの方法というのは，一方，情報を数週間で，そして数千ドルで，必ずしも政府機関の関与なしに提供してくれるわけです。しかもこの情報というのは，プログラム改善への直接的なガイドとして役に立つわけです。従来の栄養に関する調査というのは，食生活の習慣であるとか，栄養，健康状態についてわかるかもしれません。しかしながら，そのプログラムが大きな効果を持つのかどうかというのはわからないわけです。すなわち基本的な研究とか，適切な対象人口がいない限り，こういうことは無理なのであります。RAPのアプローチというのは，栄養とか健康状態を決定しようとするものではありません。しかしながら，比較的ローコストと短い時間でもってRAPというのは，プログラムの持つ影響に関する情報を提供してくれるわけです。すなわち，それから得られる恩恵についての知識，行動への影響についての情報というものを提供してくれるわけです。

さらに重要なことは，それによってなぜプログラムが成功しているのか，あるいは失敗なのかということについて多く語ってくれるわけです。さらにこれは地域レベルで詳細なトップダウンの計画がなくても行うことができるというものであります。国連大学ユニセフのスポンサーによるRAP評価ですけれども，これはPHCの社会科学者によって16の発展途上国によって行われましたが，これで明らかになりましたことは，これらのいろいろな国々，そして違った文化を持つすべての国々において，一体的な成功，あるいは失敗の原因となる要素というのは非常に似通っていたということであります。

主な問題の中でも，最もしばしばヘルスケアを受ける人々が述べているのは，どうしてヘルスセンターに行かないかということなんですけれども，サプライ，あるいは薬の適切なものがないということ，サービスの時間帯が不便であるということ，そしてまた態度が悪い，荒っぽい，横柄である，配慮のない扱いを保健婦によってなされるというようなこと，こういうよ

うなことが保健センターに行かないという理由として上げられておりました。明らかなことは，診療というのはほとんどの場合，医師と保健医の都合のいいように設定されているということです。患者はといえば，当然のことながら日常的な仕事を置いて保健センターの都合のいいように来ることが期待されるわけです。そして１回の来院で異なったサービスが受け入れられるような努力はされていないわけであります。母親の方は健康な赤ちゃんの診療ということで，別の日に来るように言われるわけです。そしてそれぞれ長い間待たされてワクチンを受けなければならないわけです。病気の子供と健康な子供は別の日に行くというのが一般的でありまして，就学前の子供を２人以上持つ母親が同じ日に子供を連れてくることができないという場合があるわけであります。患者によりましては，誰も自分たちの不満を聞いてくれないということや，きちんとした診察をしてくれないというふうに解しております。

メッサーは，同様のたくさんの例を述べております。このような欠陥のある医療業務というのは，予防治療というのがほとんど，あるいは全くないわけで，これは国家の保健の資源の使い方がまずいということが言えるわけであります。RAP の方法というのは，現在の PHC プログラムが効果的かどうか，そしてどういうふうにしてそれが改善されるかということを決定する，実際的な実行できる手段を提供してくれるわけです。

今まで考えられていた RAP の方法というのは，社会科学者で人類学的な方法論について訓練，あるいは経験を受けていなければならないというふうに思われていたわけです。しかしながら，必ずしもそうではないということであります。

パナマの末端のヘルスワーカーは，新しい感覚での理解，そしてまたプログラムを効果的にコントロールする方法というものを習得しました。これは RAP 方法論を使用したわけであります。そしてこれはある種の保健活動の評価に既に使用されております。例えばテンカンの管理というようなものに使用されているわけです。ここではっきりとしているのは，このようなルーツですけれども，栄養学者によって使用することができるというものであります。もし彼らが実際のフィールドワークで経験があって，そして RAP の方法を利用することが栄養に関するプログラムの評価に利用できるということであれば，であります。

次に，プライマリー・ヘルスケアの栄養の役割についてお話したいと思います。最後に強調したいのは，プライマリー・ヘルスケアの要素の中で，栄養というものほど重要なものはないということであります。なぜかと申しますと，非常に重要な要素であり，これは開発途上国の恵まれないこういう死亡率にかかわりのあるものだからであります。ラテンアメリカの子供の死亡率の原因の調査によりまして，ドクター・ステラーノは次のようなことを見出しました。すなわち栄養障害ですけれども，５歳未満の子供たちのすべての死の57％が栄養障害に起因してるということであります。すなわちそれは，主要な要因であるとか，二次的な原因として亡くなっているということであります。

幼児の健康というのは，その大部分が母親の栄養，すなわち妊娠中と初期の授乳と，そしてまた時宜を得た適切な補助的栄養補給を行う，母親の栄養が適切かどうかということに依存しております。下痢や呼吸疾患というのは，もしいい栄養状態が維持されれば少なくなるわけです。もちろん子供の伝染病というのは予防することはできないわけですけれども，それによる死亡というのはなくなるわけであります。子供の栄養の適切性ということを決定するのに，最も効果的な方法というのは，成長をモニターするということであります。しかしながら，先ほど申し上げましたように成長をモニターするということが有用なのは，母親がいつ自分の子供の体重が減り始めたのか，あるいはそれに対し

てどういうような処置をしたらいいのかということをすることができればの話であります。そうすることによりまして，母親の方はそれを動機づけといたしまして，子供の食物の摂取を改善したり，あるいはまだそれでよくならないという場合には子供をヘルスセンターに連れていくわけであります。

このような情報を伝達するに必要なよい関係ということ，そしてまた母親を動機づけるということ，これもまた家族計画と妊娠時期におけるケアの促進にとって非常に重要であるということがいえます。住民の栄養と保健教育，特に母親に対してそうですけれども，これが栄養とプライマリー・ヘルスケア戦略の成功には欠かせないわけであります。

アルマータ会議は，社会と個人のかかわりあいが栄養とプライマリー・ヘルスケアのプログラムにとって基本的なものであるというふうに考えております。私たち自身の栄養と健康状態に関する活動を効果的にするためには，何が一体健康によいのか。そして何が一体害をもたらすのかということを理解しなければなりません。不幸にして今までの栄養と保健教育というのは，一般的に失敗だったといえましょう。お互いに影響力を受けず，そしてまた疑いであるとか，それからその実施の問題を理解しないで人々に公表するということではうまくいきません。同じようなことが教材にも言えると思います。すなわち考え方，制約を考慮しないとうまくいかないということであります。

保健の教育を行うものは，医学，栄養学，人類学者の所見というものを使用しなければなりません。また幾つかの人類学的方法を採用して，そして個々の家族とのよりよい相互的影響があるようにしなければなりません。フェアーでないのは，病気を予防するのが重要であるこの認識欠如に対して犠牲者を咎めるということであります。予防策というのは，思いやりのある目的をしっかりと持った人，すなわち忍耐と動機づけをもってそれらを説明し，促進する人が一般的に受け入れられるのです。ですから問題は，正式な教育が欠如しているからとか，あるいは恵まれない人々が頑固であるというようなことではなく，むしろ現在の栄養と保健教育のやり方が間違っているということでしょう。

将来の展望について申し上げたいと思います。最後に激励の言葉を持って終わりたいと思います。なぜなら，大きな進歩が見られているからであります。世界のいろいろな国々でもってWHOの決議，すなわち誰もが健やかな21世紀を迎えるためにということで署名いたしました。しかしながらまだ多くの国々は，政治的な意思を表明し，必要な適切な保健医療業務を提供するには至っておりません。しかしながら，ユニセフ，WHO，子供のサバイバル戦略の幾つかの項目，特に免疫化，それから水分補給ということですけれども，これは幅広く採用されております。77の開発途上国は，自分たちの大多数の子供を免疫化する意図を公にしております。ユニセフの予測によりますと，100万人の子供たちの命がワクチンの接種によって救われており，そして水分補給ということを1984年に導入しなかったならば，数百万人の子供たちの命が亡くなったというふうに予測しております。

成長のモニタリングというのは，非常に難しく，なかなか効果的に導入はできません。しかしながら，ここでもまた多くの国々での進歩が見られております。栄養と健康における急激な発展，これは小さなラテンアメリカの諸国，すなわちコスタリカとキューバによって遂げられました。その2つの国ですけれども，政治形態が全く異なるわけですけれども，その資源を教育と健康に移行するという共通の決定をしたわけです。これは非常に喜ばしいことであります。両国では，決定が実施されるようになりますと，幼児と就学前児童の死亡率が急激に低下いたしました。現在の死亡率，そして平均余命というのは，ヨーロッパとアメリカのそれに近くなっております。むしろチリを除く開発途上国地域よりもアメリカ，ヨーロッパに近いという

ことであります。チリという国は，長い伝統でもって効果的なヘルスケアを行っております。そして補助的な栄養供給プログラムを実施してきております。最近の政府がこれを変えるはずもありません。これらの西半球の参加国，そしてアジアのその他の国々も，政治的な優先と決断があれば，これが健康状態を決定するのであり，GNP ではないということを証明しております。アジアにおきましては，台湾，シンガポールが好ましい環境状況を達成しており，そして韓国もその後に続いております。インドネシア，マレーシア，そしてタイもまた進歩しております。

このように多くの例によりまして，開発途上国がプライマリー・ヘルスケアの約束をし，この中には社会全体が参画すること，また予防も含まれていますが，急速な改善を幼児，就学前児童，そして全体の死亡率に関してもたらすことができるわけです。高い死亡率という悲しい事実ですけれども，開発途上国におきまして，大多数のための健康管理が不十分であるということの証拠となっておりますが，これは変化しつつあります。だんだん多くの国々が子供のサバイバル戦略ということを実施しております。さらにアルマータの考え方によりまして，開発途上国の医師や，その他の保健医の訓練が社会での医療，地域での医療，また家族での医療として固定されるプログラムの中で実施されております。

新しい世代の保健医が，予防医学を治療医学と同様に重視し，そしてそれが今までの例で見てきましたように国家の医療政策により指示されてきた結果，疾病率と死亡率の急速な低下を見ることができたのです。栄養学者がこの健康革命に取り残されるようなことがあってはなりません。

最後に，まとめと結論を申し上げたいと思います。

栄養のプログラムというものをその他の健康活動から分けるということは，もはや有効ではありません。WHO のアルマータ会議，これは1978年にプライマリー・ヘルスケアに関して行われました。それ以来 WHO とユニセフは地球的な規模でもって栄養を PHC の主な要素としてまいりました。しかしながらほとんどの栄養学者というのは，彼らがメディカルであっても，ノン・メディカルであっても，このような考え方でもって訓練されておりません。健康促進と維持に責任を有する人たちのコミュニティー・レベルでのこのような訓練を受けてこなかったわけです。しかしながら，コミュニティーを理解すること，動機づけ，そしてかかわりあい，それらすべてが PHC の成功にとって欠くべからざるものなのです。すべての人たちのための健康に対するアプローチとして，これは空のスローガンであったり，あるいは非現実的な理想であってはならないのてす。もちろん多くの障害もあるでしょう。パブリック・ケースワーカーとして，私どもは自分たちの考え方，行動，そして将来の栄養士とヘルスワーカーのトレーニングをアジャストし，そして栄養教育を総合的なコミュニティプロセスとして見，そして栄養障害を防ぐためには，他の公衆衛生の分野との相互作用がなければならないということを認識しなければなりません。

Dr. Ju Jin-Soon
Dept. of Nutrition and Biochemistry
Korea University Medical College
4, 2-Ga Myoung-Yun-Dong
Jong-Ro-Ku, Seoul
Republic of Korea

特　別　講　演

シルクロードについて

作家　陳　舜　臣

1．日本のシルクロード・ブームの由来
2．シルクロードについての日中両国の姿勢の相違
3．シルクロードと黄河
4．海上の道

略　歴

大正13年2月18日	神戸市に生まれる
昭和18年	大阪外語大インド語科卒業
	同校西南アジア研究所助手
昭和20年以降	家業の貿易に従事
昭和36年以降	文筆生活にはいる

受賞歴

昭和36年	江戸川乱歩賞
昭和43年	直木賞
昭和45年	日本推理作家協会賞，兵庫県文化賞
昭和46年	毎日出版文化賞
昭和49年	神戸市文化賞
昭和51年	大仏次郎賞
昭和60年	ＮＨＫ放送文化賞

所　属　日本文芸家協会
日本ペンクラブ
日本推理作家協会

役　職　直木賞選考委員

一 般 口 演 座 長

ハンセン氏病対策	山本俊一	（聖路加看護大学）
	中村哲	（社団法人日本キリスト教海外医療協力会）
医療協力 I	津山直一	（国立身体障害者リハビリティションセンター）
	クントン・インタラタイ	（京都精華大学）
保健調査	西村千代子	（厚生省看護研修研究センター）
	日比野路子	（前国際協力事業団専門家）
プライマリ・ヘルス・ケア	丸井英二	（東京大学）
	林正男	（金沢大学）
医療協力 II	高野正孝	（新世クリニック）
	山本保博	（日本医科大学）
熱帯病および寄生虫	今川八束	（都立墨東病院）
	上村清	（富山医薬大学）
学生発表	川上剛	（労働省産業医学総合研究所）
	宗像醇	（日本医科大学）
難民医療	山内登貴夫	（東京アール・ヌーボウ）
	本田徹	（日産玉川病院）
医療協力 III	我妻堯	（国立病院医療センター）
	川原啓美	（愛知国際病院）

フィリピン・セブ市における日比合同ハンセン病対策　第2報
Multi-Drug Therapy (MDT), Blister Pack, Negative Barrio

星　野　邦　夫
我孫子中央病院

昨年の第1報に引続き，経過報告を行う。

1987年6月11日，フィリピン・セブ市（人口60万人）において，211人のハンセン病患者にMulti-Drug Therapy (MDT)を開始した。投薬内容は，成人で，リファンピシン600mg，月1回，ランプリン300mg，月1回，ランプリン50mg，毎日，ダプソン100mg，毎日であり，4週間分パックしたものを，市内59カ所ある市内保健センターで無料で渡している。リファンピシンとランプリンの月1回服用分は看護婦または助産婦の面前で服用するように指導している。70才以上または肺結核のあるもの，肝臓障害のある患者は除外している。

薬品は笹川財団の寄贈により，薬品4週間分のblister packingは千葉県ロータリークラブの寄附金によった。演者はセブ市内に在住して，市当局が行う治療業務にボランティアとして協力している。そのほか，兵庫県立尼崎病院皮膚科医長尾崎元昭先生による現地での技術指導を頂いたり，聖ルカ看護大学教授山本俊一先生による指導と給食事業の資金援助を頂いている。また，千葉大学医学部学生有志による患者家庭訪問調査をして頂いた。

1988年2月末現在，治療中の患者数は299名，内訳は男191名，女108名，7才未満13名，7才以上15才未満29名，PB 79名，MB 220名である。

治療終了者はPB 32名で，その内訳は男20名，女12名，15才未満4名である。

治療中途脱落者は28名（8.5%）である。その内訳は服薬を拒絶したもの18名，転居9名，自殺1名である。

始め，患者総数を2,000名と推算し，治療開始1,000名と想定したが，実際に治療を受けに保健センターへ来たものは予想外に少なかった。政争，市当局の熱意不足，市域山間部へのゲリラ浸透による市職員の立入り不能等原因はあげられるが，今後長期にわたる対策の継続が必要と予想される。

市のほぼ中央に，公有地を占居してNegative Barrioと称する貧民街があり，約100家族が3世代にわたって住みついており，身体障害を持つ多数の陰性患者のほか，MDTを受けている患者45人おり，家計は主に乞食による。演者らは地元のラモン・アポイテス財団の協力を得て，これら家族の自立をはかる事業を準備中である。

好善社110年の略史と活動の概況

Mission, Leprosy, Work Camp, Thailand, Beulah Land Services.

○藤原　偉作，長尾　文雄，棟居　　洋，阿部　春代
社団法人好善社

明治６年（1873），米国長老派教会は女子教育を目標として，宣教師ミス・ヤングマンを日本に派遣した。翌年，東京築地にＢ６番女学校を起したが，課題は「キリストの精神をいかに社会的に実践するか」にあった。その提唱に応え，10名の生徒が集まり，1877年11月19日に集会を開いたのが好善社の創立である。

初期の活動は伝道と孤児の救済にあつたが明治25年（1892），一婦人らい患者と出会うに及んで，らい患者救護に専心する。幸いにも２年後，英国のTHE LEPROSY MISSIONの援助を受け，東京目黒村に私立病院慰廃園を開設した。その目的は，人から捨てられた人々に安住の地を提供し，福音をもつて心の傷口をいやすことにあった。

明治30年以降，慰廃園は伝染病研究所の働きかけにより近代化が進み，経営主体の好善社も1905年には社団法人の許可を受けた。更に明治40年，らい予防法が制定され，初めて国によるらい療養所が東京，青森，大阪，高松，熊本に開設されると，慰発園は多磨全生園へ護送される患者の一次救護所として指定された。

大正13年（1924）以降の海外からの援助はTLMよりAmerican Leprosy Missions, Inc.へと移り，運営費の３分の１をしめていた。従って太平洋戦争が起きると経営は急迫し，ついに昭和17年８月５日，患者56名を多磨全生園へ委託して，慰廃園はその門を閉じた。病院経営48年間に入園した患者数は4,159名を記録した。

戦後の活動は，国立らい療養所に対する訪問伝道から始まった。主な事業としてはALMの援助を受けて９教会堂を寄贈したこと，原出季夫牧師によって創設された長崎聖書学舎の運営を助け，長島に校舎を建てたこと等々がある。

他方，啓蒙活動の必要性を感じ，広報紙の発行などを始めたが，昭和38年に第１回を実施した「全国学生社会人キリスト者ワークキャンプ」は，以来毎夏開催して51回を重ね，主要なプログラムに成長した。これがめざすところは，遠ざけた療養所社会と一般社会の人間関係の回復にある。労働と訪問を繰り返しながら体で考えるこのキャンプを体験した人々は511名（延819名）に達し，療養所で働く看護婦，医師，牧師，ボランティアを生み出すほか，強力な支援者となっている。

わが国のハンセン病終息が取りざたされるようになって10年，新患の激減と共に，療養者の88％は菌陰性となり，平均年齢は66歳と老人ホーム化しつつある。

ここに至って遅ればせながら国外へも足をふみ出した。1980年以来，台湾癩癘救済教会に協力してきたが，1982年から関わりを持ちはじめたタイ国へ，より力を注ぐようになった。そこで気付かされたことは，タイの民間人が自主的に団体を意識して活動するならば，有効な働きとなるということであった。ここでたまたま当社と同様な団体を作ろうとしていたタイ人クリスチャン医師，カンチャナ姉に出会えたことは不思議とおもう。同女医は当社の10年間財政全面援助の申出に，1987年３月31日，同志４名とベウラ・ランド・サービスを設立，精力的に活動を開始した。

わが国のらい事業は，かつて欧米諸国の絶大な援助を受けたことであるが，今，そのお返しのときがきていると思う。当社は110年の経験が，いくらかでもお役に立つならばと協力の手をのべてゆく。

リベリアのハンセン病センターにおける看護事情

Liberia, Leprosy Rehabilitation, Nursing-Care

丹　野　かほる
兵庫県立総合衛生学院

Ganta Leprosy Rehabilitation Center（以下センターと略す）は，リベリア最大のハンセン病センターであり，病院，患者ハウス，農場，養鶏・養豚場，教会等を有しカロニーを形成している。約400名居住しており病状に応じて入院する。病床数は90床であり病状がよくなると患者ハウスへ戻る。センターの管理運営は，リベリア政府とアイルランドミッションにより行われており，西ドイツ，カナダ，ノルウェーなどからも資金，医薬品，衣料品などの援助を受けている。

医療従事者は医師２名，看護士３名，准看護士２名，理学療法士１名，看護助手５名，各国のボランティア５～６名で運営されている。看護士の勤務は日勤のみであり，夜間は患者ハウスに住む看護助手が管理している。患者は，リベリアに７施設あるハンセン病クリニックを経て入院に至っている。

看護常務内容は，入退院の世話，包帯交換，回診介助，与薬，検査介助等が主であり，日常生活への援助は患者自らリハビリテーションを目的に行っているため援助は少ない。また，軽症患者はリハビリテーションを兼ねて，洗濯，清掃，包帯巻き，バスケット作りなど仕事を持ち病院から報酬を得ている。患者の医療費及び衣食住は全て無料であるが，患者ハウスに住む人々は日用品の販売，木彫り，野菜作りなどして自活している。

センターでの奉仕活動の主なものは，４～５時間要する包帯交換である。早期発見・治療が遅れたケース，治療中断による悪化し潰傷化や欠損の目立つケースが多い。また疾患の特殊性から原疾患が引き起こす火傷による二次的障害も多い。包帯交換後は，患者とのコミュニケーションに時間を費やす。患者はリベリア各地から来院しているため全部落語が話されている。ハンセン病看護において言語コミュニケーションも重要であるが，非言語コミュニケーションの果たす役割も大きい。患者の笑顔と，挨拶時に差しだされる手とのスキンシップは単に心の触れ合いだけではなく，発熱，浮腫，リアクションによる疼痛，知覚障害の有無など把握でき，まさに看護における観察の場面である。看護業務は病院内に留まることなく患者ハウスにまで及んでいる。

このセンターでの看護体験を通し考えさせられたことは，看護の本質は世界共通であるということである。風俗，習慣，言葉，肌の色が違っても看護の目的は同じである。ハンセン病看護において重要なことは，早期発見・治療，治療の継続，リハビリテーションである。また看護の基礎となるコミュニケーションも大切であり，患者との相互作用の中で得られる看護する喜びも非常に大きいと思われる。

幼稚園づくり　日タイ草の根の交流
WORKCAMP, THAI-JAPAN GRASSROOT RELATION

クントン　インタラタイ
京都精華大学

私はタイ人として日本で働いているが，年に何回か母国に帰る。最初の段階では一人だったが，次第に何人か日本人を連れて行くようになった。その目的は観光が多かった。しかし日本人がタイ人の農村でホームステイしてみると，日本人とタイ人の間に友情が生まれた。そして同時に基本的な生活のためには，設備が不十分なことがわかった。たとえば学校，井戸，医療，道路などの事である。

そして日本人がタイの農村に入るには，何か住民のために作らなければならないと認識した。タイの活動家と相談して，農民の希望に基づいて，様々なワークキャンプのプロジェクトを設けた。1984年から現在まで私は6回，日本人をタイに連れていった。

1984年5月，タイのバンコク郊外のクロンステイスラムで保育園の机，椅子などの教材をつくる。参加者は約20名，期間は1週間。皆，スラムでホームステイする。

1985年5月，タイ中部のナコンサワン県のパイサラ郡ホクサムロン村で幼稚園の設備を拡張する。参加者は約20名，期間は1週間。

1986年5月，タイの東北コンケン県ナンポン郡コクスン村で医療センターを建設する。参加者は20名，1週間ホームステイする。

1987年5月，同じくコクスン村で幼稚園を建設する。参加者は約45名，期間は1週間。

1988年3月，同じくコクスン村で幼稚園を拡張する。参加者は約10名，期間は1週間。

1988年4月，タイ北部のチェンマイ県サンパトン郡ロンウオ村で幼稚園を建設する。参加者は約20名，期間は1週間。

幼稚園などの設備を建てた時には，日本人とタイ人が一緒に働き，それぞれ出来る範囲の労働をする。たとえばコンクリートの塗装や，ペンキ塗り，そして壁に絵を描き，木や花を植え，遊具をつくる。また子供と遊ぶ人もいる。夕方になると，一緒に歌ったり，踊ったり，そして様々なゲームを楽しんだりした。共に働き，遊び，日タイの友情が深まるようになった。

ホームステイすることによって，日本人がタイ人の暮らしや人間関係そして彼等の考え方がわかようになった。限られたタイ語の力で，日本とタイの生き方をある程度理解することができる。農村に入ることによって，日本人がタイの農村問題を体で感じる。バンコクのような大都会は，他の国とほとんど差がないが，農村では開発に関連する問題が数多く残されていることが感じられるだろう。

他方，タイ人との接触によって，タイ人の友情やあたたかい人間関係，そして明るい社会が日本人を感動させることが多い。日本とタイと比べると，物質的にはるかに日本の方が上回るが，固苦しい人間関係の日本社会にはタイ人と日本人のどちらが本当に幸せか，わからなくなる。タイ農村への訪問によって日本人は自分達の新しい生き方を見つめることができた。

ワークキャンプのプロジェクトは非常にささやかだがタイ農村に対するインパクトは，大きかった。政府の巨大なプロジェクトは，住民から批判されることも多い。これからの日本の海外援助のあり方の参考になるのでないだろうか。

財団法人日本シルバーボランティアズの活動について
OVERSEA ACTIVITIES, THE JAPAN SILVER VOLUNTEERS, INCORPORATED FOUNDATION, OVERSEA TECHNICAL CO-OPERATION

○松　本　忠　恕
財団法人　日本シルバーボランティアズ

㈶日本シルバーボランティアズ（JSV）は，元アジア開発銀行総裁渡辺武氏の提唱が発端となり，その趣旨に賛同し，参加した有志によって，昭和52年９月，任意団体として発足しました。翌年１月には，早くも派遣第１号がミクロネシア地域にあるナウル共和国に派遣されました。

それから約１年間は，財団法人設立のための基金募集や法人設立準備手続きなど，有志ボランティアによる文字通り自助努力の協力活動が続きましたが，幸いにもこの事業のわが国の高齢化社会に対応する積極的意義が理解されたこともあって，財団設立に必要な基金も目処がついて，昭和54年１月５日，外務省専管の財団法人として許可され，今日に至りました。

JSVとは，一口にいうと，自らの知識，技術，経験と奉仕の精神をもって開発途上の地域に技術協力を行うとともに，その地域の文化を尊重理解し，友好親善と共に自らの活性化を目的とする中高齢者のための組織です。JSV参加希望者は，家族の理解と同意を得て，書類（自ら経験した専門技術の年数，研究歴，各種の資格，免許，自己判定による語学力，海外経験の有無，家族状況，派遣中の家族の生活状況，参加の動機についてなど）を提出して登録されます。昭和63年２月末現在のJSV登録会員数は627名，平均年令61.5才で女性会員は70名です。会員の専門分野は，農林水産関係13.5%，建築土木関係5.5%，機械化学関係37.2%，経営管理12.3%，教育訓練11%，語学通訳5.7%，その他14.8%となっています。

派遣地域はアジア，中近東，オセアニア，アフリカ，南アメリカ，中央アメリカ，ヨーロッパの７地域，派遣先は36ヶ国に及び，主な派遣先は中国，スリランカ，ザンビア，ボリビアなどです。単身で１年～１年６ヶ月滞在して活動される会員もおられます。

派遣の条件は，受入れ先に対し，住居と簡素な食事及び医療施設の提供（医療費は傷害保険でカバー）を求めます。また無医地区には原則として派遣されません。派遣者は自宅出発日から帰宅日までの期間，旅行傷害保険に加入します。また派遣に当っては，受入れ先との間に「専門家派遣に関する合意書」を交換します。派遣者の国際旅費は，受入れ先及び本人と協議して決められます。

JSV活動の紹介は，この10年間各種報道機関で数多く行われています。「JSV会報」は随時発行，また昨年より年１回懇話会が開催され，会員は活動状況を確認し，相互の親睦を深めております。

私は，昭和55年に30年間勤めた大阪府を定年退職した後，技術コンサルタントならびに教師を続けておりますが，昭和58年にJSV活動を知り，参加希望し，登録会員（機械化学）になりました。

昭和60年・61年・62年と３回にわたって，中国寧夏回族自治区の新技術応用研究所に派遣され，セラミックスセンサー開発の手助けをして，その後，日本の企業と合作したという希望を日中間で交渉中です。また，本年３月には，中国福建省福州市のセラミックコンデンサー工廠に派遣され，技術指導を行いました。私にとって約40年間培ってきた技術経験を地球のどこかで生かすことができ，その地域の発展促進と，友好親善に役立つならば望外の喜びです。

マラウイ村落部の医療現状と望む協力
THE PRESENT CONDITION OF COUNTRY SIDE IN MALAWI AND MY DESIRE

矢　野　えり子
国保橋本市民病院

日本が経済成長を遂げるにしたがい，発展途上国協力への期待が，国際的に高まってきている。そして，いろいろな機関や団体が各分野で協力活動を展開している。しかし，相手にとって有効な協力活動となると大変難しい。

故障したまま放置されている機材，横流しされる薬剤，説明書が読めないので使えない薬剤，先進国の医師の治療方針だけがひとり歩きしている病院等。そして，その不十分な協力の恩恵さえ国民の大多数である村落部の人達は受けられないことが多い。

私は，青年海外協力隊員としてマラウイ共和国の村落部で２年間医療活動をした。

マラウイは，アフリカで３番目に大きいニアサ湖に沿うような形で位置している。国土は日本の約１／３。その20％を湖が占める。推計人口750万人。1964年に英国より独立した。鉱物資源を国内にほとんど持たないことから，農業国を目指している。言語・思想の自由という点で規制も多く，終身大統領に反感を持っている者もいるが，現在のところは政情は安定している。

マラウイの名を知っている日本人は，ほとんどいないだろう。しかし，マラウイの人達は日本の名を知っている。電気製品や自動車・オートバイ・缶詰食品・スプーンから，婦人の必需品であるチィテエンジェと呼ばれる腰巻きに至るまで日本製品が見られる。こんなところまでと思う。

協力活動を行っていたのはカソリック系の私立病院で，病床数102床。月平均入院患者数は，一般科50・小児科100。月平均分娩件数は30。外来は一般の他に，５才以下の乳幼児の予防接種及び発育と健康状態のチェックを行うUNDER 5 CLINIC。栄養不良児の為の食糧補給の改善状態のチェックを行う NUTRITION CLINIC。妊婦の為の予防接種と検診，及び食糧補給とビタミン剤投与を行う MATERNITY CLINIC がある。シスターであるカナダ人の病院管理者のもとで，比較的に良く運営されていたと思う。

しかし，医師不在・医療要員不足・運営資金不足・物品不足……。そして，私は診断・治療の知識不足と言うより知識なし。それでもシスターとかドクターラとか呼ばれて毎日患者を診てきた。「もし患者が死んでも誰も何も言わない。あなたは，自分の出来る事をすれば良いのです。」とシスターは言った。

そんな毎日の中で，私は移動病院を思っていた。医師がいて，レントゲンが写せて，一通りの血液検査が出来る。医薬品が十分ある。そしてそれらは無料。１週間に１回巡回に来る。対象となる患者は，各病院やヘルスセンターの入院患者で医師の診察が必要と思われる者に限る。でなければ医師はその専門知識をより有効に発揮出来ないだろうし，薬はお金に変わるだろう。

医師・看護婦・臨床検査技師・診療放射線技師からなる医療チームが毎週必ず巡回に来る。そんな光景をマラウイの村々に見ることは出来ないだろうか。

パラグアイの医療事情
― 青年海外協力隊の活動を通して考えた事 ―

嘉　茂　すみ代
緑風会病院

私は，1985年７月から1988年１月まで，南米パラグアイ共和国の首都，アスンシオンにあるパラグアイ唯一の国立大学の看護，助産学部において，看護技術と病院実習指導を担当した。

パラグアイは「南米のヘソ」とも呼ばれる内陸国で，農業・畜産を主要産業とする典型的な農業立国であり，戦前・戦後を通しての日系移住者が約7,000名を数える，積極的な親日国家である。

創立40周年の歴史を持つ学校ではあるが，看護技術に対する教育は，かなり立ち遅れており，私はまず，テキストの作成をはじめた。同時にアスンシオン市内にある数カ所の国公立病院に研修に出かけ，パラグアイの病院事情の一コマをみる事が出来たので，ここに紹介する。

この２年間は，私にすばらしいものを与えてくれた。それは，人を理解する時には，日本人同志であろうと，外国人相手であろうと何ら差はなく，言葉のハンディを克服して通じあえ，わかちあえる事が確認できた事だ。私の接してきた200名近くの学生達の前途は色々な面で前途多難ではあるが，その限りない可能性を信じたい。彼女らが私に一枚の感謝状を贈呈してくれた。それは手作りの心のこもったものだった。私は，お礼に次の言葉を贈った。「みんなは，この大学を卒業することで，パラグアイを代表する看護婦となる。全国民の熱い願望と期待を背おっている事を常に忘れず，日々，自己研賛せよ。」

このすばらしい体験の他に，私は日本の発展途上国に対する援助の方法について疑問をもった。1978年から始まった，日本のパラグアイへの医療協力には莫大なお金がつぎこまれている。無償援助で大きなホテルのような病院をどんどん建て，日本と変わらない医療器具・備品をそろえても，それを使いこなす人がいなければ，宝のもちぐされであり，すぐ故障させて使いものにならなくさせる。また，病院の備品を管理する人がいなければ，それを私物化されてしまう。新聞で，日本が数台の救急車を寄贈したと読んだが，果たしてどこを走っているのか。入院患者の10名も満たない病院に100人用の大きな自動食器洗いをプレゼントして，果たして有効に利用できるか。また毎年，日本は巨額のドルをパラグアイ厚生省に寄付しているとも言われている。それなのに，破れたシーツしかなく，時には，ガーゼ交換に使うガーゼまで不足しているのは，どうしてだろうか。国家間の援助は，ディスポーザブルの注射器うんぬんの話ではないのだろうが，病院の一線で働くものには，せめてガーゼや綿花がどんどん使え，ディスポーザブルの注射器や針を，鍋で，目盛りが読めなくなるまで，煮沸するような事がなくなれば。また，患者にきれいなシーツを与えられて，皿一杯のごはんが提供できたら，本当にうれしいのだが。

公衆衛生学における国際保健教育と学生の反応

International Health Education, General Instructional Objective, Specific Behavioral Objective, Primary Health Care, Students' Response

○華表　宏有・土井　　徹・松田　晋哉・曽根　智史
産業医大・医・公衆衛生

担当する公衆衛生学の授業（4年次，講義100時間，実習60時間）の中で，国際保健に関連した教育が，学生にどのように受け止められているかを，1987年度の最終の授業のときに実施している授業評価のアンケートによって把握したので，その結果と1988年度における国際保健関連の教育の改善の試みについて報告する。

1．従来まで，通常の系統講義の中では，国際保健・プライマリ・ヘルス・ケアの項目で2コマを組み入れるのがほぼ適当と考え，1987年度においても同様に実施した。ただし，出席をとっていないこともあって，学生の関心はかなり低かった。

2．1987年11月に本学の教務委員長名で，1988年度の教育要項に，各科目の一般教育目標（GIO）を明記する旨の連絡があった。そこで私共は，公衆衛生学のGIOを7項目（生涯研修能力，全人的対応，健康教育の実践，疫学的思考力，地域保健医療の理解，産業保健マインド，国際的視野※）にまとめた。11月下旬の授業評価のアンケート（無記名方式）の際に，これら7項目ごとのカリキュラム編成の評価をした。「国際的視野」は，著しく低い評価点であった。また，7項目の重点のおき方を記名式で質問したところ，「国際的視野」は，「産業保健マインド」と並んで最も低かった。

3．以上の結果を踏まえて，1988年2月の定期試験の中で「国際的視野」に関連するカリキュラム改善策を取り上げ，「もし，公衆衛生学の教授であったら，どんな具体策をとったらよいか」を質問したところ，様々な回答が出てきた。

4．1988年度の授業では，国際保健に関連した教育は前年度と同じく，2コマの系統講義のほか，夏期休暇中の課題として，18グループ（1グループ　5～6人）ごとに1985～87年の月刊World Health（WHO発行）の中から，1つのテーマを選択して，その中から1人ひとりが別々の論文を読んで，レポートにまとめる「原書講読演習」を追加することにした。（尚，このほか疫学関係の英語論文を1人1編ずつ課すことにした）

5．教育目標をさらに明確にし，体系化していくため，上記のGIO7項目のほか，特殊行動目標（SBO）を各項目に5号ずつ計35号を文章化し，さらに各項目の基本的用語を選定してGIOおよびSBOと一緒に教室編の「学習の手引き」に明記し，学生の便宜をはかることにした。

6．学生の「国際的視野」を含めた，GIOの7項目に関連した5つのSBO，13の基本的用語（キーワード）について，授業の開始時に，どの程度の学習達成度あるいは予備的知識があるのかを把握するため，1988年度の最初の授業の際に，記名式でGIO，SBOの達成度（4段階法）と基本的用語の理解度（いままで聞いたことがあるか）について調査した。

以上の経過と学生の反応を報告する。

※GIO：わが国の保健医療のみならず，国際的な視野から保健問題についても関心を持つことができ，特に開発途上国との国際保健医療協力についての認識と関心をいずれの専門領域に入った場合でも，持ち続けていくことのできる基礎的能力を養う。

（資料：産業医大・医・公衆衛生編：公衆衛生学学習の手引き－4年次・8回生－昭和63年度，p.98，1988）

在日外国人の保健医療事情に関する調査

foreign resident, medical service, medical information, insurance, questionnaire

○三好　知明・上原　鳴夫・楠本　一生・帖佐　　徹
秋山　　稔・古田　直樹
国立病院医療センター国際協力部派遣協力課

目　　的

在日外国人に対する保健医療サービスの充実が叫ばれて久しいが，その実態については明らかではない。我々は首都圏在住の外国人を対象として，保健医療事情に関するアンケート調査を行ない，その保健医療上の問題点や要望を検討した。

対象と方法

首都圏在住の欧米を中心とした外国人を2,918名に対して，保健医療に関する英文アンケートを郵送等にて配布した。回収されたアンケート数は786通であり（回収率26.8%），このうち有効解答数は782通でこれらを解析の対象とした。

アンケートは原則として多枝選択方式としたが，要望や医療情報等は記述式に回答欄を設けた。アンケートの内容は年齢などの個人的情報と健康歴，医療サービス，医療保険，医療施設，医療情報からなり，回答は原則的に無記名とした。

結　　果

個人的背景：アンケート回答者782名の年齢構成，職業をみると，30～50才台が多く，事務職が約40%と多かった。日本在住期間は2年以上がほとんどであったが，日本語能力については日常会話以上話せるものは約30%であった。

健康歴：来日時より何らかの病気を有するものは約30%で，ほとんどが医師を探しえたとしているが，探す方法としては友人からの紹介が最も多かった。

医療サービス：救急医療を実際に受けた事のあるものは37%で，多くの場合直接病院などを受診していた。119番の利用者は少なく（9%），利用してもその40%はコミュニケーションの問題等で役立たなかったと答えた。65%は外来受診経験があり，多くは個人病院やクリニックが利用されていた。さらに，30%は入院歴を有しており，婦人科，整形外科，耳鼻科，消化器科で半数を占めた。手術例はその約20%で，術後の入院期間が1週間以内の比較的小手術がほとんどであった。在日中に出産歴の有ると答えたのは136人であり，出産の施設はほとんど友人を通じて選択していた。予防接種，健康診断システムについても情報の不足が強く指摘され，実際に利用したものは1割以下であった。

医療保険：医療保険の加入率は94%と高かったが，日本の国民保険を利用しているのは，約4分の1であった。私費によるものが23%いることや医療費が高いとする意見が多い事などが注目された。

考　　案

今回の対象が欧米圏の比較的上層階級を対象としている事を考慮すると，在日外国人に対する保険医療問題は深刻であるという事ができる。その問題点を要約すると，まず医療に関する情報が少ない事で，限られた情報が非常に狭い知人などの範囲で伝えられている。医療情報サービス体制が不十分で，必ずしも適切な施設を受診していると言えない。さらにコミュニケーションの問題が重要である。これは情報ソースの幅を狭め，医療制度の相違についての理解がなされぬまま，乏しい説明で診療が行なわれるため，不安や誤解が多い。救急の場合上記の点が，最も明白となる。結局かかりつけ医との関係を密接にするなどの自己防衛的な手段が採られているのが現状である。

上記の点を考慮し，今後はこれらに対する現場や行政サイドの調査を行なうと共に，有用な情報の開拓と提供，医療体制の改善についての提言などを行ないたい。

タイの1綿紡績工場における健康調査の経験から

Occupational Health Study, Textile Industry, Thailand

○川上　剛（労働省産業医学総合研究所），プラニー・タバリチャクンチャイ，
ウドムサック・コンムアン（マヒドン大学公衆衛生学部労働衛生学）

はじめに

現在，多くの開発途上国が自国の工業化に力を注いでいる。タイにおいても，1962年の産業投資奨励法制定以来，積極的な外国企業の誘致・工業化政策が進められ，現在では，同国のGDPに占める製造業の比率は農業と並ぶまでになっている。同時に，こうした急速な工業化の進展は，労働災害・職業病の増加や環境問題など，人々の健康を蝕む新たな保健医療上の問題をも引き起こしてきた。しかしながら，この分野における調査研究はいまだ少なく，その実情の把握と効果的な対策の設定が急がれている。こうした背景を基に，我々は，同国における労働衛生上のニーズを把握し，効果的な対策を検討する目的で，協力の得られた1綿紡績工場の労働者を対象として健康調査を行った。

方　法

協力を得られたのは，首都バンコクの南に隣接するサムートプラカン県にある現地資本系の綿紡績工場である。調査項目としては，同工場における全従業員1,617名を対象に，(1) 直接面接法による社会的背景の聴取（出身地・家業・教育歴・住居・婚姻状況等），(2) 健康診断（問診・身体測定・診察・血液検査・尿検査・聴力検査・呼吸機能検査・視力検査）を行い，さらに，(3) 工場内の環境測定（温度・照度・騒音）を行った。調査チームは，タイ人8名，日本人1名で構成し，調査に必要な資材・器具類は，すべて，タイにある物を用いた。

結　果

得られた結果の内，主要な点を列挙すると，(1) 労働者の内，4分の3以上が地方の農村出身者であり，4年ないしは7年間の初等教育のみの修了者であった。(2) 女子労働者のうち，約半数は既婚者であり，結婚後も仕事を続けている者が多かったが，このうち，家族と離れて，工場の寮で暮らしている者が目立った。(3) 勤務体制としては，ほとんどの労働者が24時間3交替制勤務についていた。(4) 環境測定の結果からは，照度と騒音においては，工場内のほとんどの測定点において，タイ国労働者保護法で定められた環境基準（それぞれ，300ルクス及び90ホーン）を満たしていなかった。(5) 健康診断の結果からは，大きく2つの問題点が見られた。第1は，甲状腺腫大，貧血，寄生虫感染によると思われる好酸球増多症等，農村部に多い疾病が労働者の間でも少なくない事。第2は，騒音難聴に代表されるような工場の作業環境から直接受ける健康障害である。

考　察

多くの開発途上国において急速な工業化の進展の中で，労働者保護に対する上からの法的及び行政的な取り組み（Rulesbased Approach）が未整備であったり，あるいはインフラストラクチャーの未発達から十分にその効果を発揮できない場合がある。こうした状況の中で，労働者が主体的に問題に取り組み，それを経営者，専門家，行政がサポートしていく方式（Enabling-Approach）が，注目されてきた。

今回の私たちの調査においても，労働者の健康を巡る様々な問題点が見いだされたが，これを根本的に一挙に解決する事は，困難のように見える。しかしながら，働く人々の主体的な取り組みをサポートする事によって，実行可能な改善点も少なくないように思われる。具体的には，事故防止のための工場内の整理整頓，労働安全衛生に対する知識の普及，休憩時間の取り方や夜勤など勤務時間についての検討など，様々なポイントがある。

従って，私たち調査チームの次の課題は，今回の調査結果を基に経営者の協力を得ながら，労働者が日頃より抱いている安全衛生に対する経験や問題意識を引き出し（Local Need），自分たちの力で実行可能な改善（Low-Cost Improvement）を，労働者の主体的な取り組み（Worker's Participation）をサポートする事によって行う事である。

パキスタン国における看護教育実態調査についての一考察

Packistan, Nursing-Education, Survey, Cooperation

日比野路子
元JICA専門家

はじめに

パキスタン国の第6次5ヶ年計画（1983－1988）のもとに保健医療のマンパワーの養成の必要性があげられている。そのパキスタン国からの要請によって，首府イスラマバードに，日本の無償協力による看護教育と，パラメディカル養成の教育施設の建設が1986年10月に完成をみた。

その後，この学校に対するパキスタン国側からの技術協力の要請を受けて，第一回目の看護教育調査を1985年3月（10日間）に行った。

この調査の結果からは，2万人のドクターに対して，看護者の実働数6千人という異常とも思える数字がパキスタン国の看護の根深い問題点であることを知った。すなわちカラチのジンナー卒後教育の学校では過去10年間に2千人の卒業者を育てているが，現在，国内で働いているナース数は110人のみである。理由として，宗教的偏見によって「看護」はいやしい職業とされていること，女性の社会的地位の低さ，文盲（国民の75%），カスト制，生活環境の厳しさなどがあげられる。このような厳しい現実からは国際援助の意義は（多くの矛盾と困難を含みながら）大であるという結論を得た。

そしてこの調査結果報告をもとにして，第2回目の長期（3週間）の調査を1985年6月に行った。この調査の目的は，パキスタン国各地における看護業務の実態と，各種ナースの意識調査を行うことによって，正しくパキスタン国における看護を理解し，その問題点を把握することによって援助の方向づけとすることにあった。

調査方法

前回の調査を参考としたアンケートを日本で作成して使用した。イスラマバード，カラチ，クエッタ，ラホール，ペシャワールなどの6ヶ所の看護学校，病院を廻って計226件の回答を得た。

結果と考察

調査結果は，看護婦長，教員がアンケート（英文）をウルドウ語で読み上げて模範回答（英語）を作成して，それを各々がうつすという作業の結果，個性のないものとなった。また，どの病院も看護教員，学生たちがマンパワーとして給与を受けながらの教育の場である実態も摑んだ。教科書なし，図書費予算なし，教材なし，講義20%，実習80%の3年間の教育で，入学後3ヶ月目に1ヶ月の夜勤に入る実習状況であった。

以上のような点からパキスタン国にもっとも必要なこいとは，基礎看護教育の充実であり，その基礎の上に立ってはじめて，卒後教育の専門性の追求があるべきだと結論した。ただ，国の貧しさ，宗教的な性差意識などの問題が大きな壁として存在するために息の長い「時」をかけた援助の必要性があることも重要な課題として認識できた。また，世界銀行設立のイスラマバード・コンプレックス病院，および日本の協力によって建設された小児病院が，開院後，一年を経ているのに，看護婦不足から入院患者の収容不能である現状からは，各地より卒後教育と称して集められてくる看護婦たちも，実習病院でのマンパワーとして期待されている切迫したパキスタン国としての政治的問題がみえることも考慮に入れた援助にならざるを得ないのである。すなわち，パキスタン国における看護教育の技術援助とは，単なる看護婦の質と量の急速な改善を図るだけではなく，パキスタン国における「女性」「看護」に対する意識改革を目標とせねば，援助の成功はあり得ないことをこのささやかな調査の歩みから学んだのである。

第1回及び2回タイ国プライマリー・ヘルスケア国際研修について

Primary Health Care, Quality of Life, International training, Thailand

○林　　正男
金沢大・医・衛生

発展途上国への国際医療協力のあり方を探る会であるからには，協力を与えるという視点が主となることは止むを得ないとしても，対象の国々の人々から学びそれを通して日本を見つめ直すという視点も欠かせないのではないだろうか。タイ国プライマリー・ヘルスケア国際研修は，そのような視点に立って，第1回1987年8月12日～8月23日，第2回1988年3月20日～3月31日にタイ国アセアン・プライマリー・ヘルスケア研修センターにおいて行われた。

第1回の参加者は16名（男8，女8），うち学生12名（医学生11，看護学生1）であり，第2回は18名（男8，女10），うち学生15名（医学生6，看護学生1，薬学生1，教育学部生2，栄養学専攻3，国際関係学専攻2）であった。コースはタイ国のプライマリー・ヘルスケアに関する講義及びクロントイスラム見学，マヒドン大学附属病院見学（第1回目），麻薬中毒患者収容病院見学（第2回目），チャンタブリ県の県及び郡病院見学，チャンタブリ県での農村での宿泊等さまざまな体験とそれに基づく討論より構成された。特に農村泊では，村民の健康のために働くGraduate Health Volunteer（GHV）との交流を強調しなければならない。GHVは主に文科系大学卒の若者であり，元来その村の出身でないが自らの意志で農村に生活し，村民の健康のために1年間働く人々である。彼らは本コースの参加者（2～3人）と一緒に彼らの村に泊まり，村の案内や種々の討論を参加者と交わした。

前2回のコースの評価について共通することは，Self-relianceを基本とするプライマリー・ヘルスケアとその社会的背景が理解できた，タイ国の人々と良く交流できた，農村泊等貴重な体験ができた。タイ国を良くしようという意欲に溢れた指導者から若者にいたる人々に直接接して強い印象を得た，タイ社会における日本経済の強い影響を見たり，日本の過去の疾病とそれに対する人々の対応の歴史に無知であることに気付き日本を見直そうという動機が生まれた，等である。問題点としては，タイ国での生活と日本での生活が非常に異なるため，タイ国で得たものが日本の生活の中で今後定着発展して行き得るものかどうかという問題がある。

第1回と2回を比較した場合，第1回は医学関係者だけの参加であり第2回は幾つかの専門に亙っていた。従って第1回は病気と健康について集中した感があったが，第2回は病気については割合浅く議論が行われむしろ種々の専門をめざす学生の交流が盛んに行われた。

日本では医学，社会学，経済学，教育学等の交流は学生はもとより専門家の間ですら乏しいのが現状であり，そのことが社会の問題を人々の生活レベルからみつめることの障害となっていると考えられる。「健康と生活」について，現在それが差し迫った問題となっている発展途上国において，種々の専門の学生が集まり共通の体験を通して交流討論することは，学生にとってばかりでなく将来種々の専門家同士の交流をも促すことにつながると考えている。

第3回目からは，Health & Social Development in Thailandについてのコースとし，幅広い分野からの参加と討論を期待している。

フィリピンでの卒後プライマリケア臨床研修の試み

Primary health care, postgraduate training, Philippines

○曽根　智史・華表　宏有

産業医大・医・公衆衛生

目　的

産業医科大学では昭和61年度より卒後の臨床研修において，1単位3カ月として8単位（計2年間）のローテート方式をとる「プライマリケアのための臨床研修」を開設した。我々の担当する公衆衛生学は選択科目として1単位3カ月が割り当てられている。この3カ月間の公衆衛生学の研修において，国際保健医療に対する視野を広げさせるために，我々は3週間程度の海外研修を立案した。今回その実施調査を兼ね，1987年4月25日から2週間，フィリピンのマニラ及びその北方約380kmにあるイサベラ州ギバンを訪れた。現地で得た若干の知見をもとに海外研修プログラムの試案を作成したので報告する。

方　法

1．マニラでは Santo Tomas 大学病院，Philippines 大学，カトリック教会による医療支援組織である St. Camillus Polyclinic, Medical Mission Sisters などを訪れた。

2．イサベラ州ギバンには日本カトリック医師会の援助により Referral Center が建てられ，地元のスタッフを中心に CBHP（Community-Based Health Program）に基づいた活動が行われている。これは各 Barrio（村落単位）毎に住民から CHW（Community Health Worker）を選出し，プライマリヘルスケア的な医療技術・知識のトレーニングを行った後，TB control をはじめとする地域保健医療活動を行うものである。ここでは CHW に同行して実際の結核患者の家庭を巡回訪問した。またここには医学部を卒業したばかりの若い医師が数名，Rural Practice として Barrio に入り込んで診療活動を行っていた。

結　果

今回の経験をもとに「プライマリケアのための臨床研修」における公衆衛生学のフィリピンでの海外研修プログラムの試案を作成した。

期間：3週間程度

日程：1．マニラ（1週間程度）

(1) Santo Tomas 大学病院，Philippines 大学の見学

(2) Rural Missionaries of the Philippines, St. Camillus Polyclinic, Medical Mission Sisters などの医療支援組織の訪問

(3) WHO（Regional Office for the Western Pacific）の訪問

2．イサベラ州ギバン（2週間程度）

(1) スタッフと共に CHW のいる Barrio へ行き，家庭訪問など実際の活動を見学（2，3カ所程度）

(2) CHW のトレーニングの見学・介助

(3) Provincial Hospital における地域医療の実態の見学

(4) Rural Practice 期間中の若い医師の実際の診療活動の見学

考　察

依然として専門医指向の強い日本の状況の中で，しかしながらプライマリヘルスケアを指向する若い医師が少しずつではあるが出現してきている。その研修プログラムの中に以上のような海外での実地研修を取り入れることは，住民に根ざした地域医療，プライマリヘルスケア，国際医療協力などを考えていく上で極めて有益であると考えられる。

謝　辞

今回の発表にあたり多大のご協力をいただいた関係各位に深謝致します。

バングラデシュのプライマリーヘルスケア　第3報
－バニアチョール地区における実例－

Bangladesh, Primary Health Care (PHC),
Village Health Volunteer (VHV)

○石川　信克
結核予防会結核研究所

バニアチョールはダッカの西南200kmに位置する純漁農村である（以下「バ」地区）。私は1979年来この地区の健康活動に関わってきたが，この国のPHCの成功例としてその推移を報告したい。

背　景

「バ」地区は人口約6千人，低地帯で川に面し，かつて漁村として栄えたが，現在は没落，貧しい地域になってしまった。1983年，千の世帯のうち日雇い50%，漁業・農業20%であった。70%は初等教育も受けていない。貧しく，環境も不潔で便所も殆ど無かったため，幾つかの民間団体が活動していた。私の属する団体CHCPもクリニックを持っており，地域保健活動も行っていたので，私も度々出かけ，衛生教育や，予防接種を行った。しかし母親達は子供を抱えて逃げていく始末，村の通りはさながらウンコ通りで，蠅も多く子供の栄養失調，下痢死亡は非常に高かった。

慈善事業からグループ組織活動へ

NGOの活動は，貧しい住民への慈善救済的活動が中心であったが，人々の依存が増すだけで生活は良くならなかった。その反省に立ち，1980年頃から，カリタスを中心に救援活動を止め，グループ組織（貧農組合）へ活動が変化してきた。その中で，住民の意識が変わってきた。その内健康プログラムへの要求も強くなり，1984年より，彼らの中で保健活動をリードする保健ボランティアの教育が始まった。

保健活動開始前

保健活動開始直前の調査の結果は，衛生便所使用率，ごみを穴に捨てる率も10%強と低い。家族計画実施率は25%，0－4才時の予防接種率は4%に過ぎない。この時はグループ組織活動が開始してから数年経っていて，その影響も無視できないが，ほぼ以前の状況を表していると言えよう。

保健ボランティアの誕生（1983）

1984年来，幾つかのグループに一人ずつ保健ボランティアを選ばせ，彼らの訓練が始まった。30人が研修を受け，それぞれのグループ内で衛生教育を主体とした活動が始まった。

4年後の成果（1988）

地区住民の8割を対象に，調査を行った。すぐ近くの同様な背景で殆ど保健プログラムの無い対照地区もとった。保健活動を始めたグループメンバー達は，予防衛生活動の各面で高い向上が見られる。同じ「バ」地区の非グループメンバー及び対照地区と比べ，予防接種を除いて改善の様子がはっきり見られた。同年，この地区は大洪水に見舞われたが，今回はいつも見られる下痢や，伝染病の流行が見られなかった。これも衛生知識の普及の表われを間接的に示しているといえる。

ま と め

この地区の成果は，グループ活動で生活改善，学習をしながら意識と自信を付けた住民の中で，保健ボランティアを通して衛生教育活動が強力に推進されることを示す一例と見てよいであろう。

PRIMARY HEALTH CARE ACTIVITIES IN THE COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH PROGRAM, UNIVERSITY OF THE RHILIPPINES SYSTEM, PHILIPPINES (CCHP) (I)

Community-Based Health Program, Training and Research Priorities, Problems and Solutions

○ Ma. Sarah SR. Domingo, Sergio S. Gasmen (UPM-CCHP, Philippines)
Saburo Uchiyama (ICMR, Kobe University School of Medicine)

INTRODUCTION

The Comprehensive Community Health Program is a community-based health program to help augment the health problems in rural areas. It is committed to conduct community projects in various aspects of community health and development through the primary health care approach.

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH PROGRAM (CCHP)

The Comprehensive Community Health Program in Bay, Laguna started in 1962 as a laboratory of the College of Medicine. Leaders in the University felt that students must be exposed to the realities of life and must shed off the "ivory tower" orientation.

At present, CCHP with its interdisciplinary and team approach train students at the primary level of health care. Research and extension services are also carried out in communities. Primary Health Care is one of the main approaches, with active participation of the people, indegenous health workers and primary health care committees in each barangay or municipality.

PRESENT PROJECTS/ACTIVITIES OF CCHP

1. Community Health Field Practice Program
2. Master's Program in Community Health
3. Certificate Program and Short Courses
4. Research for Primary Health Care and Community Health
5. Hospital Services (Pagamutang Pangmasa ng Laguna (PPL)
6. Municipal and Barangay Services
7. Paraprofessional Training Center
8. Development Communication for Community Health
9. Staff Development
10. Resource Generation

RESEARCH PRIORITIES

1. Action Research Projects
2. Research Contents
   - 2.1. Communicable Disease
   - 2.2. Community Nutrition
   - 2.3. Community Paricipation
   - 2.4. Community Mental Health
   - 2.5. Environmental Sanitation
   - 2.6. Health Network
   - 2.7. Health Financing Scheme
   - 2.8. Health Education Strategies/Approaches for Community Health
   - 2.9. Herbal Medicine
   - 2.10. Communication Strategies for Community Health Education
   - 2.11. Rehabilitative Research at the Community Level

PROBLEMS

The problem that confronts the CCHP staff/faculty in Training and Research is the lack of manpower, facilities, equipment and the rapid data analysis of the research project.

RECOMMENDATIONS

In relation to the problem, we would gladly ask some collaborative work with scientists who would facilitate, share his expertise on the use of apparatus, facilities and other data collection and analysis processes.

On the other hand, our research priorities in the field of community health are many and still unexplored, this, with your cooperation, will be utilized to the fullest and can be a contributing factor to the primary health care approach.

パラグアイ国アマンバイ地域医療センターにおける放射線技術の指導

Guidance Activity Dispatch by the Radiotechnology

○魚谷　儀一，金津　真也，定免　茂昭
金沢医科大学中央放射線部

緒　　言

1986年9月パラグアイ国アマンバイ地区に日本政府無償協力援助によるベッド数70床の病院が建設された。この病院は立地条件，歴史的背景より周辺に近代的病院を有しない同地区に於いて，地区住民の医療を行う基幹病院的役割と，地域住民健康管理といった公衆衛生部門の中心的役割を目的として建設された。当病院内の医療機器，物品等は全てが日本製であり，病院の健全な運営のための撮影技術，物品管理，被曝管理等の医療技術指導は不可欠であり，我々専門家派遣が行われた。

活動目的

1．撮影法，現像処理等の実務技術指導
　a)単純撮影—現地に於て必要な撮影法の検索
　　胸部，腹部，関節，骨等の撮影法及び意義の指導。ルーチン作成。
　b)造影撮影—現地医師とのカンファレンス
　　（麻薬，静注の方法etc.）
　　必要薬剤の手配及び撮影技術指導—胃透視，注腸，胆のう，腎etc.
　c)現　　像—写真現像に対する基礎的知識及び技術指導
　　温度－黒化度，時間－黒化度，液補充法etc.
2．機器，物品，薬品，被曝等の保守，管理，運営指導

活動内容

1．現地医師とのカンファレンス及びパ国内病院見学により撮影方法，撮影条件等のルーチン化を行い，カウンターパートと共に条件表の作成を行った。

単純写真に関してはルーチンの作成により現地要望に対しては概ね撮影可能状態となった。しかし，ルーチン以外に対する応用は不充分であった。

造影検査に関しては，検査費が高額となり検査を希望する患者であっても，経済的制約により，検査数が少なく造影検査の指導は不充分であった。

現像処理に関しては当初，水の供給等多少問題もあったが，建設関係者，病院長の努力により，技術的目的は達成された。

2．機器管理—装置の取り扱い法，日常点検，異常時のチェックポイント等の指導により概ね理解できた。
　物品管理—紛失，盗難防止のため施錠の励行を徹底し，管理簿の作成を義務付けた。
　被曝管理—任国のカウンターパートはX線の基礎知識（教育）の欠如により被曝に対しての指導は困難を極め今後の大きな課題となった。
　そ の 他—データベースとして，照射録，患者台帳等を作成し記録するとともにその運用として，ミス管理，日月報等を作成した。
　患者Filmに関しては，病院内に置いて一括管理が理想的であるが，患者が自分の写真を持って他病院に行くケースが多く，受

け渡し台帳にて管理を行った。

考　察

アマンバイ地区医療センターにおける運営状態は，放射線部門一つとっても１ヶ月，100～200件にのぼる撮影がなされ，国境を有する当地域はこれまでブラジル側クリニックに依存する割合が高かったが，当病院の建設及び日本人医師，技師の派遣により地域住民が診療を受けに来るようになり又逆にブラジル側から来る患者もでてきた。しかし，検査が高額であることや，地域的要因（国境），基礎教育の不備等により，充分な技術移転を行う事ができなかった。しかし，発展途上国における技術移転は，一朝一夕でおこなわれるものではなく，持続的援助によって長い年月をかけて成功するものと考える。

フィリピン，ネグロス島民に対する医療援助活動について　第３報

Medical support, social and political problems.

○喜井　晴夫（守口市医師会）
奥村　悦之（高知学園短大衛生技術科）

第２回本学会及び第29回日本熱帯医学会にて，ネグロス島民に対する医療援助の結果として主に疾病罹患状況について報告したが，今回もまた過去５年間の概要と医療援助そのものの限界点などの社会学的，文化的側面について言及したい。

方　法

ネグロス島各地の市町村長の認可のもと，バランガイの長，当地ロータリークラブ会員，医師，看護婦などの協力体制下，我々守口市ＲＣ医師団と調整員，現地在留オイスカ隊員等約30名が数班に分かれて各地を巡回した。診療科目は内科・外科・小児科・耳鼻科・歯科などである。

結　果

過去５年間に約１万余名を診療したが，呼吸器疾患（主に感染症）が最も多く第１位を占める。なかんずく喀痰排泄者の Ziehl-Neelsen 染色標本で12.8％の陽性者が認められたことは特異的であり，公衆衛生学的問題をも含んでいる。これら陽性者に対する臨床医学的対策は，政治的経済的社会的諸問題が存在するため極めて困難である。

次いで問題となる点は，貧民の通常の受診行動はまた上記の理由により極めて低率で，殆どの者が民間療法や自然治癒待ちの状況である。それ故我々は例え短期間であろうとも援助活動を行ってきたわけであるが，医療従事者としての良識に基づいた臨床上の経過観察ができないことは切歯扼腕の思いである。一歩進めて草の根運動のカテゴリーを摸索中である。

韓国の被爆者について思うこと

工廣紀斗司（広島大学）

フィリピンの山岳少数民族の村における保健医療協力　第2報
（面接による健康調査）

Key Words : Philippine, minority tribe, health interview survey.

○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
愛知国際病院，アジア保健研修所

愛知国際病院では，1984年4月よりアジア保健研修所，日本キリスト者医科連盟名古屋部会と協力し，フィリピンの山岳少数民族の村で保健医療協力を行ってきた。今回は，ＰＨＣの促進のために面接による村の健康調査を行ったが，その調査結果とこの方法をＰＨＣの促進のためにいかに役立てるかを検討したので報告する。

対象と方法

対象は，フィリピンの中部ルソン地方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。1986年3月に第4回チームを派遣した際，村のＰＨＣの促進のために，まず村の保健医療の実状を正確に把握することが必要であると話し合われ，それを受け1986年6月に村の健康調査がなされた。調査表の原案をフィリピン・チームが作成し，日本側の意見をいくつか付け加えて，調査表を完成した。実際の調査は，フィリピン・チームが村の各家を戸別訪問し面接が行われ，その結果を共同して分析した。

結　果

20数項目にわたって質問を行ったが，その主な結果を示すと，この村の人口は165名（男82名，女83名）。教育の程度は，小学校が53名（50％），小学校へも行っていない者が45名（43％）。住居は全世帯がニッパやしで作った家に住み，主たる情報源は個人的な人伝てやラジオであった。飲料水は，深井戸から80％の所帯が水を得ている。トイレは50％の所帯に存在するが，衛生的でなく，また廃棄物の処理も充分でない。母子保健に関しては，30世帯のうち120人の出生に対し，死産が16あり，乳幼児の死亡数は32であった。過去2年間にかかった疾病では，上気道炎，下痢性疾患，麻疹，マラリア，貧血などが多かった。村の人々が利用する医療施設は，市街地にある公立病院が多かったが，その利用を阻害している因子は，経済的な問題と交通の問題が主であった。現在，村人の最も求めているものは，医療，現金収入，橋などであった。この調査結果をもとに，1986年11月，村での診療を終了後に村に泊まって，これらの諸問題をいかに解決していくか，村人と共にワークショップをもった。その結果，村に住むhealth midwifeがまず自分の家に衛生的なトイレを作り，それをモデルとして他の村人に伝えていったり，母親教室を開き母子保健の基本的な教育を行う，また，経済的な問題に対しては，高額な小作料の問題を解決するため協同組合的なものを作るなどの具体的プランが作られた。

考　察

この健康調査は，当初より村人及び現地の保健ワーカーがこの村のＰＨＣの促進のために行うワークショップに基礎的資料を提供する目的で行われた。調査内容には不備な点や問題点も多いが，この村の保健医療の状態を初めて明らかにし，この資料をもとに実際にワークショップがもたれ，いくつかの具体的プランが立てられ，ある程度有効であったと思われる。

調査項目の中で，過去2年間の疾病を調査しているが，2週間以上の記憶は不正確になるなどの文献もあり，調査の内容は検討を要する。しかし，面接による調査の長所は，簡単に行うことができ，経済的負担も少ないことなどであり，村の保健医療の問題の所在を明らかにし，対策を立てるための有効な手段の一つと思われる。

タイ無医村巡回耳手術の実態と協力の虚像

Ear camp in Thailand, JICA Selection power, Evaluation.

○佐藤　喜一　　（金沢医大・熱帯医研）
スントーン・アンタラセナ（タイ，ラビッチ病院）

活動の実態

専門医の不足はタイ国でも例外ではない。現在，耳鼻科医を専門として活躍している医師数は僅かに200人である。従って地方の人々にとっては専門的な診療を受ける機会が非常に少ない。同じ耳鼻科医であっても，耳手術ができる医師は，更に少ないことも事実である。そのため，感染症が原因で脳合併症を併発し，死亡する例が現在でも見られている。

このような患者を救うためにEar campと呼ぶボランティア活動が，1973年から継続している。提唱者はサンジャベー・ルカグン医師で，当時までチュラロンコン大学で教鞭をふるっていた。以来今日まで，彼をリーダーとしてこの活動が継続している。具体的には，毎月2個所の地域を選び，その地区の診療所或いは病院へ出向し，外来診療を行い，その中から手術適応患者を選択し手術を行うことである。協力者は主として大学や大病院の医師で，無料奉仕である。勿論，地区病院の医師，ナースや事務職の方の協力がある。

これまで巡回回数は，約200回に及び，手術件数は約3000例を越している。演者がこの活動に参加したのは1983年からである。Ear campに参加した過程で，医療機材の援助を我が国へ求める方法を彼等に教示した。何故なら，campで使用している機材は既に古く故障が多く，それとて新しい機械を購入する余裕がないためであった。彼等は早速決められた方法でJICAへ要請を出し，JICAもこれに応じてくれた。しかしながら，JICAを通じて供与したはずの機材は我々の手に届かず，特定の人の管理下にある。演者らが数回にわたって接触したが，未だに機材を使用することが出来ずにいる。その総額は数千万円と言われている。

協力の虚像

以上，述べた事実と経験から，演者らが進めてきた協力は「虚像」の物であった事に気づいた。交渉の過程で，両国の関係に最も多くの情報を持ち，また両国の窓口となっているJICAが，今回のような協力プロジェクトの選択権や，アフターケアーを行う業務，そしてプロジェクトを評価する業務を全く持っていない事を知った。そうなると虚像の軌道修正を行う手段は無いのであろうか？

虚像化された医療協力の最大の被害者は両国民である。JICAの積極的な対応を望みたいし，我々も見守るだけでなく積極的な発言を行いたい。

ヤップ島における眼科診療

YAP Islands, Ophthalmic volunteer, Intraocular lens.

○蔵田　善規，大島　健司，高尾　雄平（福岡大学眼科）
松井　孝夫，松井　弘治（大島眼科病院）
山中　昭夫（神戸海星病院）

ヤップ島とは，ミクロネシア連邦ヤップ地区の島々の一つで，グァム島より約800㎞南西に位置する。人口は約9000人で，昔からの伝統的な生活様式をかたくなに守り，酋長制や各種の伝統的儀式を残す保守的な民族である。この地区には，韓国の援助により設立されたヤップ記念病院がひとつあり，そのなかに内科，外科，小児科の医師が三人いるだけで眼科医はいない。今回，我々はヤップ地区の要請により福岡ヤップ親善医療団を結成し，眼科医療のボランティア活動をおこなってきたので，その活動内容の報告と印象，そして今後の問題点について報告する。

診療活動は，昭和63年２月18日から４月11日までの約２か月の間に三つの医療団を結成しておこなった。第一班は昭和63年２月18日から26日までの８日間で，参加者は眼科医師４名，視能訓練師２名，看護婦７名，事務職員５名の計18名である。第二班は昭和63年３月10日から18日までの８日間で，眼科医師３名，視能訓練師２名，看護婦６名，事務職員４名の計15名である。第三班は昭和63年４月９日から11日までの３日間で，眼科医師１名，医学士２名，事務職員２名の計５名である。また，その対象はヤップ島，ガギール・トミール島，マープ島，ムング島などのヤップ地区の人々である。第一班では512名の患者を診察し，18眼の手術を行った。第二班では426名の患者を診察し，24眼の手術を行った。第三班では術後患者の経過観察を主に行った。手術は主として白内障と翼状片の手術で，可能ならば人工水晶体の移植も行った。

この診療で，問題となったのは，1)各々の島に共通な言葉がなく，意志の伝達が困難で，またその語彙の不足から眼の状態を説明する言葉がないこと，2)術後のcareとcomplicationを如何にするかということ，3)眼鏡店のない島で，眼鏡の必要な場合に如何に対処するかということ，4)今後の眼科的経過観察を如何にするかということであった。

1)に関しては，通訳の教育や自分自ら動作や図説をすることで患者への理解を深めるように努力し，2)に関しては，医療団を三班に分け，一班と二班の前半に手術を行い，その後半並びに三班は術後の経過観察に努め，また島の病院のスタッフを教育することで対処した。3)に関しては，以前の医療団で見られたように，白内障術後の無水晶体眼を放置するのではなく，眼鏡を寄贈し，今回は白内障術後早期に視力が得られる人工水晶体移植も行った。またその他の屈折異常の患者にも無料で眼鏡を提供した。4)に関しては定期的に医療援助活動を行うことが理想的であるが，経済的に困難な面があり，島の病院のスタッフを日本で研修させ，ある程度のprimary careができるよう教育することを計画している。

今回，風土・民族・文化・経済・社会機構の異なる地域において医療援助活動を行う機会を得たが，反省点が多く，これをもとに今後より移送のアジアの人々の健康の向上に努めたいものである。

LEISHMANIASIS IN JAPAN

Leishmaniasis, Cutaneous Leishmaniasis, Japanese Leishmaniasis

○Kazue Takayanagi, M. D., Koji Tsukuda, M. D.
(Pediatric Surgery, Hematology and Immunology,
Kameda General Hospital, Chiba, Japan)

As the style becomes more complex international communication, the Japanese encounteres tropical disease in a variety of forms. In this paper worldwide leishmaniasis will be discussed.

Six Japanese presented leishmaniasis after staying in Saudi Arabia for 3 to 12 month. Ulcerated lesions were found in extremities and in the back for 3 to 5 month duration.

Tow cases healed spontaneously. The treatment needed in 4 patients. They received Pentostam injection, cryosurgery and excision.

Although cutaneous leishmaniasis is selflimlting disease in some instance, ulcer requires treatment in acute phase. Chronic, recurrent and diffuse type cutaneous leishmaniasis will be trouble if initial treatment is not done properly. Articles are reviewed. A varity of this disease is endemic in either Europe, America of Japan ; several exotic infestation are transported to all countries by tourists, inmigrants and businessman. Thus it must be stressed that parasitic disease could be a worldwide problem now.

Leishmaniasis in Japan

year	age	sex	type	location	lesion	treatment	culture	reporter
1977	54	M	CL−D	China	generalised	amphotericin B	L−body	Takahashi
1981	?	M	CL−D	China	generalised	?	?	Aoyagi
1984	46	M	CL−L	S.Arabia	extremities	excision	proma.	Tsuchida
	52	M	CL−L	〃	leg	?	proma.	〃
1985	36	M	CL−L	〃	?	antimonials	L−body	Akazaki
	36	M	CL−L	〃	?	antimonials	proma.	〃
1987	45	M	CL−L	Iraq	foot	pentostam	proma.	Kozima
1988	48	M	CL−L	S.Arabia	theigh	pentostam cryosurgery	proma.	author
〃	49	M	CL−L	〃	foot	pentostam	proma.	〃
〃	30	M	CL−L	〃	back,arm	S. C.	N. D.	〃
〃	41	M	CL−L	〃	foot	pentostam	proma.	〃
〃	45	M	CL−L	〃	back	S. C.	N. D.	〃
〃	28	M	CL−L	〃	arm	pentostam	N. D.	〃

CL−D : cutaneous leishmaniasis, diffuse type
CL−L : cutaneous leishmaniasis, localized type
proma : promastigote
L−body : leishmaniasis body
S. C. : spontaneous cure
N. D. : not done

グァテマラ，パキスタン，フィジー住民の犬蛔虫幼虫ES抗原に対する抗体保有状況

Key words: Seroepidemiology, Toxocariasis.
Toxocara canis Jarval ES antigen

○近藤力王至，赤尾　信明，大山卓昭（金沢大・医・寄生虫）
多田　　功（熊本大・医・寄生虫病）
佐野　基人（浜松医大・寄生虫）

犬蛔虫幼注虫移行症については，1981年までに世界各地から，1,900例を超える症例が報告されている（Glickman and Schantz, 1981）。本症の確定的な診断は，病理組織学的に幼虫を検出することによるが，これは極めて困難なことで，専ら血清学的方法に頼らざるをえない。この血清学的方法による判定基準は，各々の研究者により一定ではなく，また本症の実態については完全に把握されていないのが現状である。我々は血清疫学的な面からこれらの検討を進めているが，今回，グァテマラ，パキスタン，フィジー住民について，犬蛔虫幼虫移行症の血清疫学的調査を実施する機会を得，他寄生虫疾患，あるいは使用抗原間の交叉反応について検討した。

調査対象：調査は，グァテマラのオンコセルカ（Oncho）症患者69名，パキスタン・シンド州ハイデラバードとその周辺地住民149名，広東住血線虫（Ang）症が疑われたフィジー住民25名，対照として石川県の健康人584名についてである。

抗原と調査方法：抗原としては犬蛔虫幼虫ES（TcnLES），施毛虫幼虫抽出物（TspLEX），広東住血線虫（AngEX），犬糸状虫（DiES），回施糸状虫（OvEX），咽頭糸状虫（OgEX）の雌成虫抽出物を使用した。各々の抗原に対する血清抗体価はELISAにより測定し，抗体価の陽性域は次の計算式により対照群の価から算出した。（抗体陽性域≧対照群のmean＋3SD）

調査成績と考察：表に示した如く，Ov症患者のTcnLESに対する平均抗体価は1.66±0.28，Ang症を疑われた患者のそれは1.28±0.38と，石川県住民の1.06±0.34よりも有意に高い値であった。（t＝16.4，2.8；P＜0.001）。抗体陽性者はOv症患者で7.25%，Ang症が疑われた患者では4.00%を示したが，何れも対照群（1.37%）の陽性者率と統計的差は認められなかった。一方，パキスタン住民にはTcnLESに対する陽性者はなく，平均抗体価においては石川県住民のそれよりも低い価を示した。Oncho症患者のTcnLESに対し高い抗体価を示した者は，Onchocerca volvulusに対する抗体を持つと共に，他蠕虫類の感作を受けていたものと思われる。Ang症が疑われた患者においても，Angiostrongylus cantonensisおよび他蠕虫類の感作を少なからず受けているものと思われることから，共にTcnLESに対しても類属反応が惹起されたものと推察される。また，Oncho症患者群のOvEXに対する抗体中には，同属であるOgEXで約93%と，極めて高い交叉反応性がみられたが，TcnLESとTspLEXに対しては7.0，5.3%と交叉性は低いものと思われた。一方，パキスタン・シンド州ハイデラバードおよびその周辺住民は，臨床的にほぼ正常人と診断されていること，この地域の寄生蠕虫類感染者が比較的少なかったことなどから，TcnLESに対し石川県住民とほぼ類似した抗体保有状況であったものと思われる。

Results of antibody examination by ELISA for *tozocara canis* larval ES antigen on human sera in Guatemala, Pakistan and Fiji

Subjects	No. of examin.	Averages of ELISA values Mean ± SD	Positive (%)
Guatemala	69	1.66±0.28*	5 (7.25)*
Pakistan	139	0.98±0.25	0 (0.00)
Fiji	25	1.28±0.38*	1 (4.00)*
Japan (control)	584	1.06±0.34	8 (1.37)*

Positive limit：≧2.1(Mean+3SD)　＊：Significant（p〈0.01）

南西アジア，とくにパキスタンにおける蚊媒介疾患の状況について

malaria, JE, dengue, filariasis, South-east Asia, mosquito-born disease

○上村　清（富山医薬大・寄生虫）
堀尾　政博（産業医大・医動物）
土井　陸雄（横浜市大・衛生）

1983年6月から1986年7月にかけて，科研海外学術調査「カラチ地方に発生している原因不明の慢性脳炎の神経学的・ウイルス学的・疫学的研究（急性出血性結膜炎，日本脳炎の疫学をも含める）」（代表：高須俊明）で，1986年9月から1987年10月にかけて，同「南西アジアにおける人畜有害双翅類昆虫の動物地理学的研究」（代表：上村清，継続中）で，延べ8回，インド亜大陸で蚊などと媒介疾患の現地調査を行ってきた。それらの成果をふまえ，南西アジアにおける蚊媒介疾患の状況について報告する。

インド亜大陸におけるマラリアの主要媒介蚊はAnopheles culicifaciesで，日当りのよいあまり汚れていない水溜りに発生している。MEP（MCP）が発足して30年近くになるが，一時抑圧されたマラリアが70年代に入って急増し，80年代には横ばい状態にあり，熱帯熱マラリア感染が相対的に流行している。村ごとにボランティアの協力で検血と投薬が進められているにもかかわらず，効果が上がらないのは，蚊がDDT，マラソンなどに殺虫剤抵抗性となり，クロロキン耐性マラリア原虫が出現してきたためとされている。それに，現地では屋内残留噴霧を拒否する家が増えており，実際には歯抜け状態の散布に止まっている。その上，暑さのため，屋外にベッドを持ち出して寝る者や夕方まで昼寝して夜間に買物などに出歩く者が多いなど，野外での吸血の機会が多くて，いくら屋内に残留噴霧を進めたとしても効果があまり期待できないと思われる。殺虫剤も財政難のため，不十分な散布しか出来ず，これらのことが殺虫剤抵抗性品種の出現を助長している。また，治療薬は安価ではあるが，発熱時のみの投薬にとどまることが多く，不完全治療のため薬剤耐性を生じやすい。

日本脳炎は，日本でのヒトの流行はほとんど問題にならなくなったが，インド，スリランカなどで流行し，予後が悪いためにマラリア以上に重要視されている。パキスタンのカラチにおいても日脳疑似疾患がみられ，住民の抗体保有率が高いため，媒介蚊であるコガタイエカからのウイルス分離を2年間にわたって試みてきたが，WNウイルスしかまだ分離されていない。コガタイエカは水田や河原の水溜りなどから普通に発生している。宗教上の理由でブタを飼わないために流行が低く抑えられているとみなされた。またJEウイルスはインドなどと異なって常在しておらず，一時的に流行を起こしていると思われる。

デング熱媒介蚊で水槽などから多発するネッタイシマカはカラチの都心部にも普通に分布しているが，デング熱はパキスタンでは問題となっていない。しかし，スリランカ，インドなどでの流行が注目されている。

フィラリア症は汚水に発生するネッタイイエカなどで媒介される。パキスタンでは国外からの持込み以外問題になっていないが，インドでは今以て流行がみられる。住民がDEC投薬をきらい，不完全な治療効果しかあげていないためである。

これら疾患の媒介蚊は森林地帯は無論のこと，河原の水溜り，水田などで雨季に多発しており，蚊媒介疾患であるマラリア，日本脳炎，デング熱，フィラリアのいずれもが最近逆に増加傾向にあり，対策を根本的に見直すことが必要と思われた。

ケニアにおけるビルハルツ住血吸虫症の酵素抗体法（ELISA）による診断

Schistosoma haematobium, ELISA, serodiagnosis

○宇賀　昭二（神戸大・医・医動物）
木村　英作・青木克己（長大・熱研・寄生虫）
S. M. Gatika（ケニア中央医学研究所）

ビルハルツ住血吸虫はアフリカおよび中近東を中心に分布する寄生虫である。本虫の感染は淡水産の巻貝から遊出した幼虫がヒトの皮膚に侵入することにより成立し，その患者数は全世界で約2億人であると報告されている。症状は血尿を主訴とし，排尿痛，貧血を伴う。さらに本虫は，膀胱および肛門の静脈叢の血管内に寄生するため，膀胱癌との関係も指摘されており，流行地における住民の保護衛生を考える上で非常に重要な疾患である。

ケニア国コースト州においては1981年以降「ビルハルツ住血吸虫症の疫学と対策」のプロジェクトが日本とケニアの協力のもとに実施されて来ている。演者らは，このプロジェクトに参加し，ビルハルツ住血吸虫症の免疫学的診断法に関する研究を行った。本実験の目的は，①血清中の特異抗体を検出するための ELISA 法（Serum ELISA）の標準化，② 血清の代わりに尿を検体とする ELISA 法（Urine ELISA）の実現の可能性および，③ Urine ELISA を野外の条件下で実施（Field ELISA）した際の Specificity（陰性患者血清を陰性と判定する率）と Sensitivity（陽性患者血清を陽性と判定する率）を検討することである。

本実験に用いた被検血清および尿は，本流行地の住民より得たもので，Serum ELISA では血清を100倍に希釈，Urine ELISA では尿を希釈することなく濾過した後，実験に供した。抗原は患者尿中から得た可溶性の虫卵抗原を用いた。抗原の調整に際しては，無処理の虫卵とペプシン処理した虫卵から得た両者について，その吸光度を比較した。本実験に用いた ELISA 法は，鉄ビーズを利用したマイクロ ELISA 法であり，予備実験の結果を踏まえた Serum ELISA の方法は以下の如くである。虫卵抗原感作（10μg／ml）鉄ビーズをあらかじめマイクロタイタープレートのウエルに分注した100μlの被検血清と37℃，30分間反応させる。次いでこのビーズを1000倍に希釈した100μlのコンジュゲート（Alkaline phosphatase-conjugated Goat Anti-human lgG）と37℃，30分間反応させる。これらビーズはさらに基質と37℃，30分間反応させた後，発色の程度を405nmで計測する。

種々の予備実験の結果，Serum ELISA は高い再現性を示した（変動係数は2.54-7.48%）。SpecificityおよびSensitivityは前者で100%，後者で97%であった。無処理の虫卵抗原では顕著な非特異反応がみられたが，この虫卵をペプシン処理すると非特異反応は激減した。Urine ELISA の Specificity と Sensitivity はそれぞれ91%，97%であり，血清の代わりに尿を検査材料とするビルハルツ住血吸虫症の免疫診断が可能であった。この方法では検査のための採血を必要としないため，患者の負担を軽減出来るという利点がある。さらに演者らは Urine ELISA を野外調査に適用すべく全ての反応を野外の環境下で行った（Field ELISA；反応温度は27-35℃，水洗は現地で調達可能な水，判定はあらがしめ用意した着色液との肉眼比色による）。その結果，Field ELISA の Specificity および Sensitivity はそれぞれ82%，92%であり，同時に行った Reagent strips 法と比較しても有意に高い Sensitivity が得られた。

以上の結果により，Field ELISA 迅速，簡便かつ検体の採取の容易な方法として今後フィールドにおけるビルハルツ住血吸虫症のスクリーニングに役立つものと考える。

日本及びアジアにおける恙虫病と兵庫県における患者発生

Epidemiology, Rickettsiosis, Tsutsugamushi desease

○木村　英二（兵庫県立衛生研究所），松村　武男（神戸大・医・医動物），
水野　保夫（姫路日赤病院），三木　哲雄（公立日高病院），
白井　和良（公立八鹿病院），栗田　哲司（県立淡路病院）

恙虫病は我が国では古くから認められて来たが，1921年川村による病原体リケッチアが発見されて以来，1935年には比較的軽症の恙虫病が草原熱と称しアジアの風土病として脚光を浴びるようになった。

アジアにおける本病の分布は広く西南太平洋諸島からインド，パキスタン，北は北朝鮮に近いソ連に到るまで認められ，中国に於いては1986年長江以北では初めて山東省で，138例の患者が認められ，四川省でもその増加が報じられている。

日本では，新潟県信濃川，秋田県雄物川，山形県最上川流域で夏期に発生する古典型と1948年以後富士山麓，神奈川県，伊豆七島や高知県などで発見された新型の恙虫病が認められている。

我が国における患者届出制度は1950年から始まり1964年までの15年間で年平均66件，最高116件であった。1965年から75年迄の11年間は年平均8件に減少し最低3件にまでなったが，1976年以降86年迄の11年間は年平均で419件，最高957件に急増している。それにつれ，今日迄に患者発生が見られていない県は北海道，沖縄をのぞき6県に過ぎなくなった。当兵庫県は1950年以来患者発生を見なかったが，1984年11月に至り第1号患者が届出された。以後1985年1名，1986年5名，1987年5名，合計11名の発生増加が見られた。これはアジア各地と我が国の傾向に一致するものと思われる。

患者の地理的分布：患者は県北部で鳥取県境に近い山崎町に1名，その隣の関宮町に1名，日高町1名，村岡町4名，合計7名と，南部淡路島では洲本市1名，一宮町1名，淡路町1名ならびに神戸市東灘区2名であった。

月次別発生状況：1984年～87年の4年間で患者発生を月別に集計してみると，4月1名，5月3名，9月1名，11月3名，12月1名と二峰の傾向が見られた。

患者発症前の行動：患者が発症する以前の原因となる行動で最も多かったのは，下草刈，伐採，ハイキングなどで入山したことで8名が，畑仕事が3名，河川敷の草刈が1名となっている。

主な臨床病状：刺し口については1名以外全患者に認められ，その部位は下腹部3名，上腕部2名，背中2名，肘間接部，鼠経部腋下，ならびに下肢部各1名であった。発熱は全患者に認められ40度に達する者も認められた。発診は1名を除き全患者に認められ，リンパ腫脹を認めたものは8名であった。

血清学的診断：補体結合試験を実験したものは8名で，間接蛍光抗体法を実施したものは5名であった。また，1名はワイルフェリックス試験，補体結合試験ならびに蛍光抗体法を併用した。その結果 Gilliam 型は1名，Karp 型と推定される者7名が認められ，残り4名については判定困難であった。

治　療：治療はテトラサイクリン系抗生物質のミノマイシン投与7名，ミノサイクリン投与1名，ビブラマイシン投与1名で何れも著効をみたが，投与不明の3名についても全快している。

考　察：本県における恙虫病患者の急増は日本を含めてアジア各地の傾向に一致すると思われるが，患者発生の背景となる住民の抗体保有状況，リケッチャ保有ツツガムシならびにそれを運ぶネズミの分布状態など，生態学的，疫学的調査を実施する必要があるとおもわれる。

'87夏　フィリピーノとの出会い
Our activities in the Philippines

佐内　明子，青木　　勉，清水　直樹，○藤井　克則，松本　　弘
千葉大学医学部生

はじめに

1987年8月，私たち千葉大学医学部生5人はフィリピンのセブ島で現在，医療奉仕活動をなさっている星野邦夫・芳枝ご夫妻のご厚意により，当地の社会文化・保護医療等を見学させてもらう事ができた。12日間という短い期間であったが，それでもハンセン氏病の陰性部落に入り，スラム街にある保健所を訪問し，セブ州立病院の病棟を見学するなど，幅広くフィリピンの保護に触れる事ができたので，ここにその一部を報告したいと思います。

1)　ハンセン氏病陰性患者部落

ハンセン氏病はフィリピンの国内においても偏見・社会的差別の的となる病である。現在フィリピン全土ど約10万人の患者がいると言われ，全国で数箇所あるSanitariumで治療を受けることができる。セブ市には，Eversary Child Sanitariumが有り，現在400人の患者が入院治療を受けている。しかし入院年限の2年を過ぎると，退院しても人々の差別偏見のために一般社会に復帰することができず，sanitarium周辺で自分たちの集落を形成して生活している。私たちは，セブ市街から車で30分の所に位置する，陰性部落（Negative Barrio）を訪ね，現地の保健婦さん等の協力をお願いして，公衆衛生的な調査を行った。（詳細は別掲）そこでは，3世代にわたって家族が同居することも珍しくなく，それが災いして両親から子供へのらいの感染が多く見られる。収入は主に路上での乞食により得ており，安定していない。住民の栄養状態も不良であり，食べる事よりいたずらに薬剤（ビタミン等）を求める傾向があった。住民の栄養学的知識の必要性を痛感した。

2)　セブ州立病院（Southern Island Hosp.）

私たちは，重症感染病棟と一般小児病棟を訪れた。ここでは，乳幼児のワクチンの初回接種は無料で受けられるが，実際に受けにやってくる人数は少なく，未だにT. B.の発生率は高いという。これはフィリピンに伝統的な医療が存在している事，新しい医療に対する危惧が根強く残っている，あるいは必要性を認識していない事などが考えられる。また小児病では，malasmusを何例かみたが，その中の1例はビタミンA欠乏で既に失明していた。しかしこの姉は血色も良く，太っており親の経済状態もよいらしい。即ちアフリカ等で問題になっているように，絶対的食料不足のためのMalnutritionではなく，栄養学的知識の欠如，あるいはその他社会風俗，習慣の違いによるものと思われる。

経済的理由で病院の検査体制が十分整備されていない。細菌学的，血清学的検査は費用，日数がかかるのでclinical diagnosisを優先させるという。しかし，一方で，検査に頼り過ぎる日本の医療の欠点を指摘されたような気がしてならない。

終わりに

日本においてフィリピンの事を考える時，とかく物質的な貧困が取りざたされる事が多い。しかし今，私たちはその貧困が我々の豊かさの根底にある事，そして南国特有の精神的豊かさを学ぼうとする事によって，彼等と同じ線上に立てるのではないだろうか。フィリピンの明るい将来を心から祈りたいと思う。

大阪大学医学部学生熱帯感染症研究会の10年の歩み
－フィリピンにおける研修を通して－
Survery of Malaria in Philippines, MES, San Lazaro Hospital, Internatinal co-operation

○西本　憲弘，中濱　　肇，荒木　敏之，松村　　剛，
真野　利之，中林　敏夫
大阪大学・医学部・学生熱帯感染症研究会

我々大阪大学医学部学生熱帯感染症研究会は，熱帯地域の保健医療全般について，積極的に，広く，研究及び討議し，その活動を通して，将来とも同分野において貢献する人材を育成する事を目的としている。その活動の１つとして，1978年よりスタートしたフィリピンの研修も今年で11年目を迎え，昨年までの10回にわたる研究の成果を礎として，より大きな発展を目指している。今回，我々は10年間にわたるフィリピン研修を通して得た成果を，マラリアのフィード調査の結果などもまじえて報告する。

フィリピンにおける研修の第一の目的は，日本では殆んどみられなくなった熱帯感染症を現地の伝染病病院を中心に，実際に体験し，その診断・治療を学ぶことであった。企業の国際的な活動の広がりや海外旅行の増大に伴い，これら熱帯感染症の輸入が問題化してきており意義深いと思われる。我々は，マニラにある，国立サンラサロ病院で現地学生と共に，テタヌス，コレラ，腸チフスetc. の研修を行う一方，フィリピン厚生省マラリア防圧局（MES）にて，マラリア検査の訓練を受け，MES 職員に随伴し，マラリア汚染地域におけるフィールド調査を行った。フィールドは，ルソン島北部のイサベラ，カガヤン地区を始め，中南部まで広がっている。中でも，マニラ近郊のワワ地区は第５回より第10回に至るまで毎年訪れ，prospectiveな調査も行うことができた。ワワは，マニラ北方のモンタルバンという地域にあり，フィリピンにおける，最初のクロロキン耐性マラリアが発見されたことで有名である。マニラ北部に水を供給する水源として，そこを流れるマリキナ川の上流のジャングルにはダムが建設され，媒介蚊となるAnophelesの格好のすみかとなっている。1982年の調査の結果，109名のうち陽性数29名（陽性率26.2％）うち P. vivax 13名（44.8％），P. falciparum16名（55.2％）と高い陽性率を示した。調査後，化学療法を徹底的に行った。翌1983年同地区の調査で，前年陽性者のうち83％は陰性であったが，残りはマラリア原虫が検出され，治癒後再感染したものと思われる。又，新たな患者も含め26.1％の陽性者を認めた。我々の行った，house to house visitingでは個人レベルの治療は可能だが，罹患率の低下，ましてや撲滅には，systemic eradicationが必要と思われた。サンラサロ病院での研修も含め，疾病構造そのものが，フィリピンの経済状態，社会文化的，及び政治的な特徴をまさに反映していることを理解するのに役立った。

第２の成果は，WHO，保健省，大学など諸々の医療施設を訪れ，又，様々な階層の人達と交流し，相互理解を深めることができた事である。今日の日本のように，海外援助も含め，様々な国際交流が行われる状況故に，我々は，お互いの国の伝統や文化，生活習慣などを良く理解し合い，尊重する事が，重要と思われる。フィリピンでの経験は医療協力ばかりでなく，今後の我々の活動の大きな支えとなりうるものである。

最後にこの10年間で，研修に参加した学生は，34名にのぼり，その卒業後の進路は，臨床26名，基礎医学系３名（公衆衛生学，原虫学，遺伝子学各１名），厚生省１名である。臨床系に進んだ者も広く世界で活躍しており，本研究会は，国際保健医療に貢献して得る人材も育成しつつあると自負している。

日本人と Intersectoral Collaboration

Primary Health Care, Intersectoral Collaboration, Japan

○佐原　康之（金沢大・医・6年）
林　　正男（金沢大・医・衛生）

本年3月21日から同30日まで，タイのASEAN Training Centerで行われたPHCのトレイニングコースについて述べる。本コースはVillage stayやスラム訪問，麻薬中毒病院見学などの内容を取り入れたものであった。PHCは既に多くの人が知る通り，幾つかの基本的方法論を掲げているが，その1つにIntersectoral Collaborationがある。今回のコースでは，日本から18名の参加者を得，研修を行ってきたのだが，その専門分野は医学・医療に限らず，栄養，教育，更には国際関係といった文科系にまで及んでいた。そこで，Intersectoral Collaborationという言葉をキーワードに，私の感想を述べてみたい。

コース開始前，医学生の間からは，他学部の医学に関し何の知識もない人々が参加することに多少の危惧の声が漏れた。実際始まってみると，専門用語が訳せなかったり，また訳せてもその意味がわからなかったりと，多少の困難さは残ったものの，例えばVillage stayにしても医学知識は全く必要とされず，彼らもタイの人々の生の生活を見，それぞれの視点から多くを感じ取ったようだ。又，麻薬中毒病院見学にしても，確かに診断法や治療薬といったことの説明にはかなり難渋していたようだが，麻薬をめぐる社会的，経済的背景については，むしろ医学生より深く理解していたようである。上記2つの事例に限らず，彼らはそれぞれの視点から多くのことを感じ取っており，関心が，考え方が，価値観が異なる人々と，大いに討論を行い，医学生だけでは知り得ない多くを語り，大変刺激的であった。又，ATCに属するGHV（Graduated Health Volunteer）も，文科系学部の出身者で，彼らとの討論も有意義であった。

PHCがIntersectoral Collaborationを掲げる理由は，既にここに述べるまでもないのだが，例えば，バンコクにマッサージガールが約2万人いると推計されているが，彼女たちが一晩2回の性交渉を行うとして，一晩にバンコクだけで4万回の性病感染の機会があるわけであり，発病者に対する治療や，医療関係者だけのアプローチでは，この状況を改善し得ないのは，火を見るより明らかである。そこで，Intersectoral Collaborationが重要になってくるわけだが，日本の中でも同じことが大切なのではないだろうか。確かにこれは，実際の国際協力の場では難しいのかもしれないが，少なくとも海外の人と交流し，彼らから学ぶという場にあっては，日本における医療以外の他分野の人もどんどん巻き込んでゆくべきである。そうすることによって，より深く的確に問題を捉えることができると思う。しかし，残念ながら現状では，他分野の人々の企画に，医療関係者が入り込むことはあっても，医療関係者の中に他の専門を持ち人々が入り込んでくることが少ないように思われる。多岐に亙る視点で，豊かに物を見られるという利点を考え，日本におけるIntersectoral Collaborationをより推し進めてゆく必要があるのではないだろうか。従って，私はここに国際保健医療学会から医療という2文字を抜いてしまうことを提唱したい。

国際医療協力と医学生の国際交流
－全日本医学生アジア連絡協議会の活動より－
AMSA, AMSA Japan

高島　義裕
大阪大学医学部４年

１．設立の経緯

1979年，海外において調査活動，医療活動，現地医学生との交流等を行ってきた各大学の国際医療系，熱帯医学系のサークルが集まり，各地での研修体験を報告し合った。

この交流会議をきっかけに，アジアを初め海外の保健医療事情に関心を持つ国内の医学生が，大学間の枠を越えて親睦を深め各々の活動に対する意見・情報を交換し合うため，全日本医学生アジア連絡協議会を発足させた。

今日まで全日本医学生アジア連絡協議会は，海外に目をむける日本国内の医学生はもとよりアジア各国の医学生をも含め，その情報交換・交流推進を目的に種々の活動を行ってきた。

２．アジア医学生国際会議とAMSA

全日本医学生アジア連絡協議会は設立と同時に，当時国際問題となっていたカンボジア難民問題を考慮し，国際医療協力の望ましい在り方を探ることをも，その活動の中に含めた。その試みの一つとして，将来の国際医療協力の基盤となる，各国の医師・医学生の相互理解の促進と人的交流の輪（ヒューマン・ネットワーク）の形成を目的としたアジア医学生国際会議を，タイ医学生との協力のもと，1980年バンコクに於いて開催したのである。

アジア医学生国際会議の意義はアジア各国の医学生に認められ参加国が増えると共に，これまでタイ，マレーシア，シンガポール，フィリピン，香港，台湾（今年８月の予定）に於いて毎年開催されてきた。同時に各国の医学生は更に親密な結び付きを望むようになり，先に述べた会議開催の目的を達成するために1986年アジア各国の医学生による国際組織AMSA（Asian Medical Students' Association）を設立したのである。

現在 AMSA はアジア医学生国際会議（AMSC）の開催，加盟国間の交換学生プログラムの実施等を中心に活動している。

３．現在の活動

全日本医学生アジア連絡協議会は医学生の国際交流を促進するため，現在国内に対しては医学生の意見・情報交換，交流の場として，また国外に対してはAMSAの日本側代表機関（AMSA Japan）として，以下の活動を行っている。

①交流会（総会）の開催
②機関誌の発行
③アジア医学生国際会議への参加
④交換学生プログラムの企画
⑤海外フィールド・スタディの実施
⑥第10回アジア医学生国際会議（1989年，日本）の開催準備

４．今後の展望

より多くの国内医学生の参加が望まれる。そのためには，誰もが参加できる柔軟な活動方針を示し，運営しやすい組織を再編成することが急務である。

ボリビア・サンタクルス州の日系人移住地の社会と保健医療環境の現状と将来

Bolivia, Japanese Emigration, Public Health

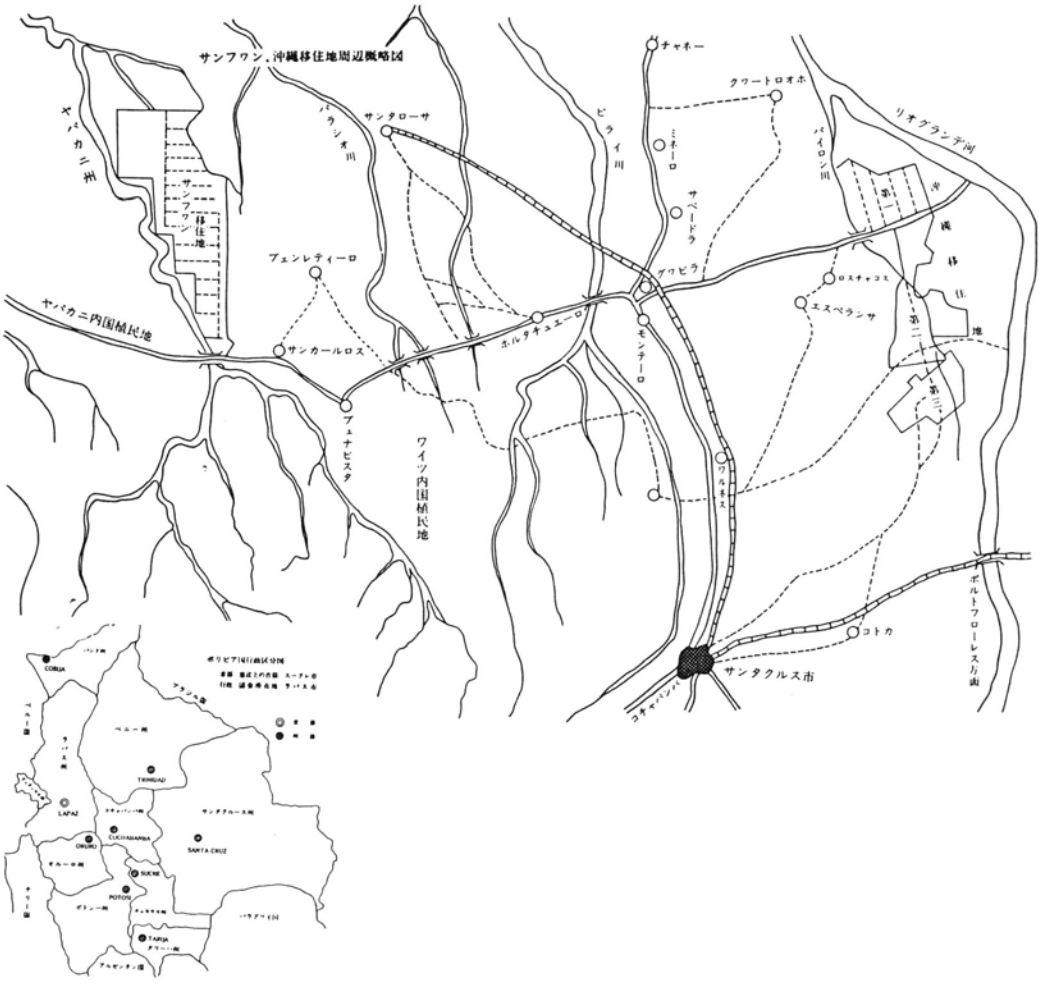
高橋　央

長崎大学医学部6年

南米ボリビアへの移民の歴史は隣国のペルー，ブラジルへのそれと比較すると浅く，30年余りである。しかし現地では早くも3世が誕生しており，移住地の管理や日系人社会のあり方が新しい世代の力によって少しずつ変化してきている。

ボリビアへは8,000人以上の日本人が移住したと言われるが，その半数以上は私が勉強している長崎県の出身者で占められる。

昨年夏，本県出身移民の追跡調査で，サンファン・オキナワ両移住地にて見聞した移住地の社会と保健医療環境の現状と問題点，即ち①道路・通信など社会基盤整備の重要性，②移住地内の1世と転出者の健康管理の問題，③若い世代への教育とボリビア社会への融和の問題について，我々同胞に如何なる協力が可能か考えてみたい。



定住インドシナ難民の医療をめぐる諸状況について

Indochina refugees, native tongue, medical examination

○小林　米幸（大和市立病院外科）
黒田チャンソピア（大和市立病院看護部）
那須　　泉（大和定住促進センター）

インドシナ難民を対象としたアジア福祉教育財団難民事業本部下の大和定住センターが昭和55年2月に開設されたことに伴い，大和市立病院では他施設の協力を得ながら，センター入所時の健康診断をはじめとして，一貫して難民の医療に取り組んできました。大和定住センターの入所者は63期，約1,500人に達しており，姫路定住センター（姫路），国際救援センター（東京，大井）の退所者をも含めて，日本に定住するインドシナ難民の約3分の1，2,500人が大和市を中心とする神奈川県に住んでいるといわれております。事実，S.62年9月よりS.63年1月の5ヶ月間における当院受診者総数は，入所時の健康診断を除外しても延べ391人（月平均78人），うち入院18人（月平均3.6人）に達します。疾患の内訳については，インドシナ難民の健康調査（建野正毅他，日本医事新報，47－51，№3047，1982），わが国に存在するインドシナ難民にみられた精神病理（江畑敬介，精神医学，1409－1416，vol.10，1987）にも述べられているので略しますが，一般的には日本入国前より罹患していた器質的疾患，感染症が多く，精神神経学的疾患は定住後の環境の急変，習慣のちがいなどから生ずる人間関係の不安定さに起因するようである。難民の医療をめぐる問題は言語の壁につきるといっても過言ではないでしょう。神奈川県内においても，医師や看護婦の言葉が理解できないため，むざむざ重症におちいる難民がしばしば認められます。当院においては前記5ヶ月の間に，大和定住センター入所者以外の来院者が総数88人（月平均17.6人）も存在し，広く神奈川県内に及んでいました。これらの人々は，毎日，患者をつれてやってくる定住センター通訳を頼って来院する人々であり，母国語で医療を受けたいという難民の強い希望を示しているものと考えます。これらのことや，遠くない将来，我が国の難民事業の変化に伴い，定住センターの規模の縮小という事態も予測されるので，大和市立病院では増加するであろう難民患者の治療を母国語で行うことを目標に，S.62年末より難民出身の医療職員を積極的に採用しております。現在はカンボジア人准看護婦（カンボジア語，ベトナム語，中国語，英語，仏語，日語可），カンボジア人補助婦（カンボジア語，日語可）の2名で，難民からの電話相談にも応じております。ラオス語に関しては定住センター通訳に頼らざるをえないのですが，ラオス人の中に看護婦希望者がおり，数年のうちに解決されるであろうと思います。これに関連し，難民の中には医療職希望者が多く，本学会関係者のご協力をお願いいたしたいところです。また，言語の壁のもう1つの面として，病気の情況などを職場でうまく説明できず，孤立したり，退職を勧告されて金銭的にも苦境に立たされるcaseもあり，病院職員だけでなく，定住センター職員，ボランティアを含めた幅の広い支援と理解が必要でしょう。

カンボジアにおける母子保健活動の現状
－RINEプログラムを中心に－

Cambodia, RINE Program, Weight-for-Height (W／H), NGO

○本田　徹（SHARE，日産玉川病院）
釘村千夜子・熊岡　路矢・古西　勇
簑田　健一・簑田　玲子（JVC）

1．はじめに：のべ10年間に及ぶ戦争と政治の惨禍は，カンボジアの経済・社会構造から人々の肉体や精神の健康に至るまで，測りしれない痛手を残した。若干の国連機関，東側諸国，西側NGO（非営利民間団体）の援助により漸く復興の過程にある現在，この国が保健衛生政策面で最も力を入れているのがRINEプログラムである。

2．RINEとは：プライマリヘルスケアの理念に基づき，地域単位で包括的に展開・推進される母子保健活動と規定できる。乳児死亡率が今なお150/1000と，開発途上国の中でも高く，人口増加率も年2.5－3.0%，母子家庭が全体の3分の1を占めるというこの国では，RINE計画は必然的な選択と言える。以下にその具体的な内容に触れておく。

R（Rehydration 経口補水療法）：第三世界における乳幼児死亡の最大原因は，下痢＝脱水症とされる。軽・中等度の脱水症では，清潔な水に一定量のブドウ糖，電解質を加えた液を経口的に摂取させることによって，病状を軽快に導くことが可能である。この経口補水塩（ORS）は，アルミ小袋入りのものがUNICEFより無料で提供される。また，ブドウ糖の代わりに米粉を用いて栄養価を高めたORSも試みられている。経口補水法の普及は，病院依存型医療からの脱却という意味でも画期的である。

I（Immunization 予防接種）：1才以下の乳幼児にポリオ，ジフテリア，百日咳，破傷風，結核，麻疹の6種の感染症に対するワクチンを接種する。1990年までに，全対象児の80%以上に実施するのが目標となる。妊婦の破傷風予防接種も奨励されている。コールド・チェインの確保は，電気の供給体制が極端に劣悪なこの国では大きな課題となる。幸い，RINEに先立って「拡大予防接種計画」（EPI）がUNICEFの主導下に始められ，村一部落レベルまで携帯用アイスボックスによるワクチンの供給が可能となった。

N（Nutrition 補助給食）：乳幼児の栄養失調は，生後6－23ヶ月の離乳期に起きやすい。RINEセンターでは，W／H（身長当りの基準体重値）の80%以下の児を対象に，デイケアの形で補助給食を行う。米をベースに肉，緑黄野菜，大豆などを煮込んだお粥（ボボ）である。大豆乳，卵，果物も適宜与えられる。

E（Education 衛生・栄養教育）：地域の保健指導員や母親に対する教育活動で，RINEを「草の根」に浸透させていくために最も大切な柱となる。井戸や便所の設置，母親を対象とする識字学級，家庭菜園，溜め池を利用した魚の養殖など，クメール婦人連盟やUNICEFが村レベルで進めているプロジェクトとの連携も必要であろう。

3．JVC／SHAREは本年3月，母子健康局（PMI）との協力のもと，カンダール州プノンペン郡の病院内にRINEセンターを開設した。純農村地帯で人口は6万余，16の村から成る。既に12名のスタッフの研修を終え，仮設の建物も完成したが，補助給食，衛生教育活動など今後取組むべき課題が多い。NGOらしい，地域に根ざし，開かれた協力活動を目指したい。

ベトナム難民キャンプの8年間の難民人口に対する薬剤使用量とその傾向

The Amount of Consumed Medicines toward the Refugee's Population in the Vietnamese Refugee Camp for 8 years and the trend of Medicine.

○上西泰一郎（一心病院，平和医学アカデミー）・上崎　道子（一心病院）
白石　弘志（平和医学アカデミー）・阿部　敏紀（一心病院）

タイ国の難民キャンプにおいて8年7か月の診療活動を実施している。

診療に必要な薬剤と衛生材料は，基本的には，国連難民高等弁務官事務所の指定している193種類の薬剤と158種類の衛生材料をバンコクのタイ赤十字社に発注して供給されている。

その発注は原則的には毎月1回であり，難民キャンプに届けられるまでに約1か月かかる。そのために，私共は途中で不足した薬剤等を買いに出掛けている。又，難民人口はいつも社会情勢によって変化する為に不安定要因が多く，外来患者と入院患者の人数に影響を与えている。その為に，薬剤使用量にも増減の傾向が見られる。一般的に投薬される薬剤は抗生物質，解熱剤，下痢止め，皮膚科用剤，胃腸薬，喘息薬，抗マラリア剤，耳鼻科用剤，駆虫剤等である。

1979年12月から1987年末までに延べ35万人のベトナム難民患者を治療している。特に，昨年より再びベトナム・ボート難民が急増している。そこで，1985年のシーキュキャンプ当時と1987年度パナトニコムキャンプの人口と薬剤使用量について比較検討する。

又，マラリアやアメーバ赤痢等の熱帯病特有な処方について言及したい。

ベトナム難民女性に対するメディカル・ケアの実際

粟田松一郎（帝京大学・平和医学アカデミー）
上崎　道子（一心病院・同）・白石　弘志（一心病院・同）
阿部　敏紀（一心病院・同）・多田　　克（東京医科大学・同）

平和医学アカデミーでは，タイ国においてIRFF（International Relief Friendship Foundation, Thailand Operation）に対し人材を派遣し，今日まで9年間にわたりインドシナ難民キャンプにおいて医療救済活動を行ってきた。

1979年より86年までシキウキャンプ，そして1986年より現在に至るまでパナトニコムキャンプにおいて，タイ国政府よりとりわけベトナム人ボート難民（現在キャンプ人口12,000人）をまかされて医療活動にあたってきた。

1975年，南ベトナムが共産化されて以来，数多くの難民が東南アジア諸国へ向けて小さな舟に乗って大海へ逃げ出た。1981年をピークとして現在もボート難民は，後を絶たない。海上で遭難したり，あるいは国籍不明の難民めあての海賊におそわれて財産を奪われ，舟を壊され，海の中へほおり落とされることもしばしばである。

なかでもとりわけ，難民女性に対する海上での性的暴行は大きな問題となっていた。このような被害を受けた女性に対する心身のケアについて，国連難民高等弁務官事務所よりprotocolが出され，関係ボランティア団体も集まって，バンコックでworkshopがもたれた。我々はこのprotocolに基づき1981年から現在まで，この“victim of violence”に対してのケアにたずさわってきた。今回はそのケアの内容について紹介する。

現地のニーズからみた国際救援医療のあり方

Keywords：IDNDR，現地のニーズ，救援医療，Factfinding team

山本　保博，森川　雅浩，大友　康裕，須崎紳一郎，大塚　敏文
日本医科大学救命救急センター

我が国は最近の恵まれた状況下にあって，飽食時代をおう歌しているが，今なお多くの国々では災害に苦しんでいる。これらの諸国で災害が発生した場合，直ちに救援チームを派遣し援助を行うことが我が国をはじめ先進国の責務なのは明らかである。国連においても20世紀の最後の10年間をInternational Decade for Natural Disaster Reductionとしているが，先進諸国が現地のニーズとはかけ離れた援助物資や医療品を送りこんだり，医療を行ったりすることが問題になってきている。それ故，我々が国際的な救援医療を考える場合，どうすれば現地のニーズに合った援助を行うことが出来るかについて考えてみたい。

被災者にとって外国チームは何なのだろうか。我れ先にと現地に乗り込み行った医療行為は現地被災者にとってはただの点でしかない。彼等の長い生活のなかでこの点が禍になってしまうことも考える必要がある。例をあげれば，短時間で効果のあがる救急医療を行うが，彼等にとってanitation, nutritionなどのpublic healthを除いた医療は考えられないか等を忘れがちである。我々はより全体を見つめた救急援助について考えるべきである。被災者が集まってきて畑を荒され木を切り倒された周辺の住民にも同じ援助を行うことを忘れてはならない。周辺の人達も同じ被災者なのである。

次に医療品や生活用品の援助について考えてみたい。メキシコ地震の際，大量の不必要な医療品が体育館に溢れてしまったことは周知の事実である。現地で何を欲しているのか，情報は国際機関と協議すべきである。第1陣としてFact finding teamを送り，現地のニーズを聞くことも必要である。我が国からは日本語のみの使用法しか添付されていない医療品を送るべきではない。

生活用品でもテントが大量に送られたメキシコ地震で，難しいテントの作り方が分からない大勢の被災者達が屋外にビニールを屋根にして生活を余儀なくされていた。

これら，国際緊急援助においては現地のニーズにあった援助のあり方について述べる。

パキスタン北西辺境地区（ペシャワールのハンセン病対策について）

中村　　哲
㈱日本キリスト教海外医療協力会

…にもかかわらず，我々は世界の将来に強い希望を持つ

…, nevertheless, we have strong hope to the world future.

国　井　長次郎
ジョイセフ（JOICFP：㈶家族計画国際協力財団）

世界人口統計を見ていると，甚だ憂鬱になる。人口増大が起点となって余りに恐ろしい問題が噴出してくる。食糧はどうか。国内及び国際的人口移動（失業，スラム，飢餓，犯罪，巨大都市誕生），砂漠化問題，工業拡大による環境破壊（空気，水，森，生物），南北の貧困ギャップ拡大。戦争の危険。

こうみてくると人類はいま静かにデッドロード（袋小路）に入りつつあるやに見える。

しかし現在の中に希望の見通しが無いわけではない。それは地球が距離的にも極端に小さくなり，開発途上国の人々も自我が生活にめざめてきているということだ。具体的には，1)宇宙衛星に代表される通信，情報の国際化平均化。輸送交通の発展による商品流通の国際化。工業生産の国際化による賃金労働者の増加（ニックス諸国に見られる）。これらはすべて，人間の思考や生活の近代化に役立つ。

2)政治の民主化。民衆自体のめざめによる政治の民主化（社会主義政治の変化。自由主義政治の自制）。義務教育の普及（アフリカでも）。婦人の自覚とパワー拡大。

3)科学技術の進歩（例えば生命工学と食糧増産）。医学の進歩による乳幼児死亡の減少（伝染病の制圧。環境衛生向上）。

以上はすべて人間家族を生活現実主義や公平にめざめさせ，家族も縮小させる。

したがって，これらは，デッドロードに見える世界統計の示すものと，これを克服していく人類のめざめや科学理性をもとにする実践の拡大と，その時間の争いと考えられる。敗北か勝利か。

おそらく戦争や軍備の愚かさもいまや判かってきた（レーガンとゴルバチョフ）。戦争がやがて無くなってくれれば，その前に人類は，人口問題がもつ危険に対して，いまの核反対以上の新しいキャンペーンを起こすだろう。

私は私なりに，いま小さな試みをしている。その試みは，開発途上国の家族単位に，夫婦が子供の成長を願って，まず子供の健康と教育の大事さに気づかせるところから出発している。その手段として家族計画に寄生虫予防を組み合わせた。これを1974年から世界各地で地域実験をしている。（現在23ヶ国。国連人口基金(UNFPA)と国際家族計画連盟(IPPF)，日本政府の支援を受けている）。実験の結果，人口は自らの生活レベルの低さに気づき，家族計画の受け入れにポジティブなばかりか，地域保健や地域産業の発展にも，自発的に動き出している。国の政策として進めているところも出てきた。このような地区では出生率が低下し，子供の疾病率も低い。

人口抑制はむずかしい仕事だ。しかし基本的にはミクロの人間家族を少なく産んでよく育てる，に納得させねばならない。今後も多くのアプローチがあろう。が，私は，公衆衛生や母子保健からのアプローチが，最大の効果があると思う。大事なことは，そのようなアプローチが家族計画と必ずインテグレートすることだ。第二次大戦後の人口増加には，先進国からの人道主義に基づく，医学薬学の進出協力があった。その結果は当然なことだが人口爆発を惹き起こした。今後はすべてのアプローチ，殊に医学の協力は人口抑制（家族計画）とインテグレートする必要がある。

過去，人類は幾度か存亡の危機を切り抜けてきた。今後もなんとか切り抜けられる。

中華人民共和国におけるリハビリテーション医療協力について
—中国リハビリテーション研究センター建設を中心に—

China, rehabilitation medicine, facility construction, staff training.

津　山　直　一
国立身体障害者リハビリテーションセンター

中華人民共和国には最近の統計で約5000万の障害者（肢体，視力，聴力言語，精神その他）の存在が推定されているが，障害者のリハビリテーションが本格的に取り上げられるようになったのは中国障害者福利基金会が1984年に設立されて以来であり，1985年同基金会会長鄧朴方氏来日を機に，日本政府はJICAを通じて北京市内に中国最初の大型身体障害者リハビリテーションセンター建設に対する建築資機材，医療資機材供与とコンサルタント業務に関する無償資金協力を行うことに決定（約35億円）し，北京市南郊豊台区に約8.8ヘクタールの大型センターを目下建設中で今年10月に完成開所の予定である。

本センターはリハビリテーションに関する科学的研究，教育，リハビリテーション医療，リハビリテーション工学，障害者の社会復帰及び地域リハビリテーションなどについて活動を行う施設であるが，第一段階として肢体障害者（脊髄損傷，片麻痺，四肢切断，外傷後遺症，神経系疾患など）を主な対象として中国における最初の近代的総合的リハビリテーション施設の模範となるものである。中国におけるリハの普及にかんがみ，リハ専門職員の教育養成を通しての中国全体のリハ医学水準向上も大きな目標であり，中国のリハ医療の今後の進み方を左右する意義を持つものと云って過言でない。センターの内部構造は科学研究部門，リハ工学（福祉関連機器，義肢装具製作研究を含む），臨床部門の３つの専門機構を有し，建設延面積5.1ヘクタール，収容病床数は214，１日外来300人を見込み職員数は660人を予定している。本センターを基地として中国全国各地にリハネットワークを作る将来構想であるが，現状ではリハビリテーション専門職員皆無に等しく，その養成研修が緊急に必要であるので，JICAは無償資金協力と並んでプロジェクト技術協力を1986年より５年間の予定で開始，リハビリテーション医，ＰＴ，ＯＴ，リハ・エンジニア，リハ・ナースの北京現地に於ける研修会と日本への留学研修を行っている。中国に対する協力の特殊性はリハビリテーションが社会復帰を目的とする点文化的社会的に類似類縁関係にある点（例えば漢字の使用，箸による米飯の食事など），東洋医学に対する理解の可能性など他の発展途上の国の場合と違う点を有する。

これらにつき触れ経験した問題点を２，３述べる。

地方病院（市立加西病院）におけるネパール人看護婦研修の状況報告
ophthalmic assistant AOCA (Association for Ophtalmic Cooperation in Asia)

○和　田　　一（市立加西病院　眼科）
本　岡　龍　彦（市立加西病院　院長）

市立加西病院は，人口約５万５千人の小さな地方都市にあるベッド数約300の総合病院です。

この一地方都市に，本年４月よりネパール人眼科助手を招き，主に中材手術部で研修を行っています。

このネパール人は，アジア眼科医療協力会（AOCA）の９人目の研修生として，昨年10月来日し，６ヶ月間ＹＭＣＡで日本語の研修後，当院にて実習を始めました。

今回のCaseは，日本語研修期間の６ヶ月間は，特定の家にホームステイをしながら，ＹＭＣＡの日本語学校に通い，日常会話にほぼ支障ない程度まで日本語を身につけた後，当院付属の看護婦寮に寄宿しながら，看護実習を始めました。

現在までに下記の如く，何点かの問題点，考え直すべき点，改善点がおぼろげながら輪郭を現しています。

１．６ヶ月という長期間のホームステイでは，お互いのコミュニケーションが，短期間のホームステイより深まることは明らかな一方，受け入れ家庭の経済的，精神的負担が大きい。

２．ホームステイの間，研修に対する主導権は，研修生を招いた機関が持つのが良いのか，家庭が持つのが良いのか。

３．ホームステイの間，研修生の私生活に，どの程度その家庭が介入して良いのか。

４．研修生を受け入れる前に，来日後の経済面，実習面，生活等についての条件は，どの程度決めておけば良いのか。

５．受け入れ機関（今回の場合は当院）で働いている人達に，研修生のことをどの程度知らせておけば良いのか。

６．受け入れ機関のある地域の特殊性を考慮し，その選択は慎重にする。

７．研修生の母国での仕事内容を熟知し，その上で研修計画を立てる。

８．研修中の研修外の時間に，どの程度かかわりを持てばよいのか。

以上の他にも，多々問題点が出現しておりますが，ひとりの研修生を受け入れるということは，研修生のみならず，受け入れ側にとって大きな課題であるとともに，国際協力の難しさ，あり方を再考させてくれるよい機会です。

現在はまだ研修中であり，私達としても，これらの問題点について試行錯誤しながらある程度の考え，方針がまとまりつつありますので報告します。

結核医療協力における外来治療と施設内治療の効果の比較

森　　亨
㈶結核予防会結核研究所

シンポジウム

シンポジウムⅠ

日本の国際保健協力に何を期待するか

オーガナイザー・司会

草川三治　（東京女子医科大学附属第二病院長）

シンポジスト

Edgar Mohs　（コスタリカ国厚生大臣）
Ashitey A. Gilford　（ガーナ医科大学教授）
Rasad Asri　（インドネシア大学医学部長）
本多憲児　（福島県立医科大学名誉教授）
土井邦紘　（神戸大学医学部助教授）
宮崎亮　（日本キリスト教海外医療協力会派遣医師・在バングラディシュ）
W. Petter Allen　（アメリカ国立衛生研究所）

シンポジウムⅡ

世界の人口問題を考える

オーガナイザー・司会

村松稔　（埼玉県立衛生短期大学長）

シンポジスト

河野稠果　（厚生省人口問題研究所長）
Mercedes B. Concepcion（フィリピン人口問題研究所教授）
長岡昌　（元NHK解説委員）
我妻堯　（国立病院医療センター国際医療協力部長）

シンポジウムI

日本の国際保健協力に何を期待するか

オーガナイザー・司会
草　川　三　治（東京女子医科大学付属第二病院長）

司会　司会をさせていただきます草川でございます。今日は私よりも国際医療協力についてはベテランがたくさんおいでになるんでございますが，掘田会長からたっておまえにやれというご命令でございますので，大変僭越でございますが，司会をやらせていただきます。

日本の国際協力，もう歴史も大分古くなってまいりましたが，まだまだ不十分なところがございます。そしていろんな批判もございまして，例えばものは出すけれども人は出さないとか，あるいは永続性がない，その場限りの援助であるとか，いろいろなご批判もございます。この学会も3年目を迎えまして，改めてそういう問題を考え，この国際協力というものがどうあるべきかということを論じていただくのがこのシンポジウムの目的であろうと存じます。これについては既に第1回，第2回についても論じられてまいりましたが，このたびは外国からもお客様を迎えまして，そして日本からではなくて外国から，援助を受ける側の方から日本に何を期待されるのか，あるいは日本から出て行かれまして，直接ご経験のある先生方にいろいろ援助をやってみたけれども，もっとどうあるべきなのか。さらにもっともっと考えるべきことはないんであろうかと，実情を話していただくと同時に，自分の反省を込めて話していただければと存じております。

約2時間半でございますが，最初に先生方にお話をいただいて，その後で皆様のご意見を承り，またこの会としての結論と申しますか，まとまりができれば大変幸せだと存じております。

最初に演者の方をご紹介したいと存じますが，その前に少しおことわりしなければなりません。インドネシア大学のドクター・アスリーが約1時間ぐらい前に成田にお着きになりまして，どうも残念ながらいかなる方法を用いてもこちらまで着きません。お着きになりませんのでご欠席になります。またプログラムにございませんが，後ほどご紹介いただきますが，アメリカのNIHのドクター・アレンにおいでいただきましたので，ここでお話いただきたいと存じております。またプログラムに多少ミスがございまして，これは大変失礼なミスでございますが，ガーナ医科大学のDr. Ashitey，これがファミリーネームでございますが，逆になっておりまして，Dr. Gilfordがファミリーネームのようにプリントされておりますが，Dr. Ashiteyがファミリーネームでございます。そのお断わりをいたしまして，このシンポジウムを始めさせていただこうと存じますが，司会をいたしますについて，日本語でやらせていただきます。日本人の方が大半でございますので，日本語でやらせていただきますが，皆様お持ちと存じますけれども，大変申し訳ございませんが，日本語のおわかりにならない方はイアーピースをおつけいただきたいと存じます。

それでは，まず座らせていただきまして，演者のご紹介から始めたいと存じます。

最初に，コスタリカの厚生大臣，Dr. Edgar. Mohs先生でございます。（拍手）

2番目にお話いただきますのが，ガーナ医科大学からのDr. Ashitey。（拍手）

次に，福島医科大学の名誉教授で，そして国際救急医療隊の運営委員長をされております

本多憲児先生。ご存知のようにガーナの研究所も設立されましたり，ガーナと大変縁の深い先生でいらっしゃいます。（拍手）

4番目にDr. Allen。NIHのアドミニスターでございます。（拍手）

次に神戸大学の土井先生でございます。糖尿病の研究その他をインドネシアでおやりいただいておりまして，インドネシアの事情についてお話いただけると存じております。（拍手）

最後に宮崎先生でございます。日本キリスト教海外医療協力会のメンバーで，現在バングラディッシュで医療を続けておられますが，その前にはナイジェリアにおいでになりまして，非常に献身的な努力をされておられる先生でございます。（拍手）

それでは，まず最初に先生方のお話を伺いまして，その後でディスカッションに移りたいと存じます。

それでは，一番最初のモース先生，どうぞよろしくお願い申し上げます。

Edgar Mohs　座長，ご参会の皆様，組織委員会の方，とくに藤岡先生，私どもをご招待いただきまして感謝したいと思います。私，非常に名誉に思っておりますが，私の妻とともにここに来ております。

私の今日のお話でありますが，簡単に日本政府から得られました保健における協力の分析についてお話申し上げたいと思います。

保健というのは，主要な社会経済的発展におけるコンポーネントでありまして，ヘルスケアというのはコスタリカにおきます基本的な目標の1つであります。我々の政府におきましては，これは保健というのは人の福祉を達成するための基本的なファクターであると思っておりますし，また社会の基本的権利でもあると考えております。こういった保健の状況というものを改善するための政治的な決定というもの，また保健サービスの拡張と改善，また食糧あるいは栄養の改善というもの，これは所得の再分配のメカニズムとして，1人当たりの保健に対する支出によりまして表明されるということに考えております。これは70年から80年の間増加をしております。そのために死亡率とか，有病率とかいうものが低下してきております。特に感染症に起因いたしますこういった死亡率，有病率が低下しております。しかし6歳以下の栄養状態というものを見てまいりましても，やはり明らかに向上しております。これは都市部におきましても，また地方においてもそうであります。

国民総所得の8％がヘルスケアに使われております。国民の健康状態の改善の指標というものを見てまいりますと，これが改善しておりまして，これから考えますと2,000年までにすべての人に健康をという，WHOの目標というものが達成できるかもしれないと考えられます。しかし経済的な危機がやはり我が国の悩みの種であります。1981年以来続いておりまして，公共費の削減でありますとか，したがいましてヘルスケアの供給システムに使われます財源も削減を迫られております。こういったことによりまして，やはり健康状態の改善の状況というもののペース，これもやはり減少してきております。こういったことを考えええまして，この現状を分析してみたいと思います。

最近の国税調査の結果を見てまいりますと，人口は増加率が体系的に低下してきておりまして，しかしまだ我が国では世帯平均のはるかに上回る値を示しております。最も重要な変数でありますが，人口動態の研究に応じて重要なもの，これは人口の年齢構成であります。というのは，これは経済，社会的な分析，また専門的なこういったデモグラィーの研究におきまして基本的なキーであるからであります。出生率が低下し，死亡率が低下いたしますと，寿命が伸びるわけであります。そういたしますと，これは社会の高齢化という問題が出てまいりまして，15歳以下の人口の割合を見ていきますと，これは1970年の45.7％から87年の36.5％と低下しておりますが，一方50歳以上の人口でありま

すが，これはこの間10%から12%へと上昇しております。

全般的な死亡率でありますが，これ大体0.4%であります。1980年の10年でありますが，小児の死亡率は1980年と86年の間に７%低下しております。また感染症あるいは寄生虫によります死亡率，これは低いわけですが，ここ数年不変であります。低いですが，１万人当たり1.4人であります。急性心筋梗塞症でありますが，これは心血管病におきまして主要な死因であります。これは15歳以上の死亡の10%を占めておりまして，そして男性の方がリスクは高くなっております。

こういった死因の第２位でありますが，これは新生物でありまして，胃の悪性腫瘍，これが最もよく見られておりまして，腫瘍によります死亡の25%を占めております。そして死亡の６%が1986年ではこれが原因でありまして，15歳以上はそうでした。

外傷と中毒でありますが，これもやはり５歳から49歳までででは主要な死因でありまして，特に1986年におきましては自動車事故が事故死のなかで最も多いものでありまして，このタイプの死亡率の中の43%でありまして，平均ではこれを考えてみますとこのような原因によって１日当たり１人が死亡していることになります。この年でありますが，周産期に生じました障害とか，あるいは先天障害，こういったものは小児死亡の二大死因となっております。大体70%であります。

コスタリカにおきましてはさまざまな努力が行なわれておりまして，国民の保健指標を改善しようとしているわけでありますが，このためには国家資源の流動性が必要であり，さらに国外協力を求める必要性も強調する必要がありますが，これは技術的なもの，財政的なもの，共に必要でありまして，これによって国家努力というものを指示し，補助していかなければならないと。しかしこういったものは見直し，分析等適切なニーズの計画に基づいて行なわれるべきであります。

国内，国外の協力の資源でありますが，国が業務開発実施に割り当てました通常の資金を補足するものでありまして，保健状態の改善に寄与しております。重要なヘルスケアにおける技術協力を与えて下さっている政府の１つが日本でありますが，この協力というものは，国際協力事業団（JICA）によりまして行なわれております。また外務省奨学金部の情報，あるいは日本大使館によりますと，これは1974年以来25人のコスタリカのヘルスケアの専門家が何らかの特別教育を日本で受けております。

日本政府はさらにコスタリカに対しまして強力な研究援助を行っております。1974年以来，強力なおかげで電顕部がコスタリカ大学に設立されておりまして透過電顕が寄贈されております。そしてこれとともに付属品も得られております。1980年，81年におきましては，さらに３台の電顕が寄贈されております。このコストでありますが，2,260万円でありまして，アメリカドルで180万ドルでありますが，これは各都市の交換レートの平均で見るとこの程度であります。最近ではもう１台，顕微鏡がコスタリカに到着いたしまして，2,000万円程度のものでありまして，26万ドルに相当いたします。1981年ですが，日本との協定が結ばれております。ここで政府が明確に電顕コースを大体10回分ぐらい行なう資金を出すということが言われておりまして，この期間は６カ月であります。そして12人が各コースに参加するということになっております。この１回当たりのコストですが，９万4,000ドルぐらいかかるわけでありますが，これらが行われておりますが，２人の日本人の専門家が教授として１カ月参加いたします。またさらにこのユニットにおきましては，奨学金を毎年得ておりまして，設備の維持の教育とか，あるいは電顕のテクニックなどを教育しております。またさらに必要な試薬も設備もすべて寄贈されておりまして，これの価格でありますが，大体２万2,680ドルぐらいになると思い

ます。これは84年から現在までであります。

またさらにこのJICAのおかげで分子細胞生物学術研究センターが1977年にコスタリカ大学で設立されております。すべての設備もやはり寄贈されております。何人かのスタッフが日本に来て，そして教育を受けました。去年，2年間でありますが，このセンターで行われております。また電顕ユニットでも，レーゼント・アドバイザーといたしまして，日本の科学者が来ております。また病院に関しましては今日まで，日本から得られました協力というのも腫瘍学とか，X線放射線学，ENT，あるいは小児科などで非常に重要な協力が得られております。

こういったヘルス・フィールドにおきましてさまざまな協力が日本から得られているわけでありますが，これは個人の関心によるものであったり，援助を与えようとするものであったり，また日本の好意であったりするわけでありまして，これは真の国民の必要性を見極めて行ったものではないわけです。

現在まで技術的な協力に関しましてはそうでありましたが，将来的には最もよいのは，やはり詳細な分析に基づいて行うということが必要であります。さまざまな関連組織がこれに関与するべきであります。支援国にとって何ができるか，あるいはコスタリカにとって何が必要かということを分析する必要があります。

こういったことを行いますと，伝統的な保健問題の解決に努力，具体的にどのようなことをすればいいのかということがわかるわけであります。同時に我々にとりましては先進国に典型的な問題というものを理解することもできるわけであります。例えば有病率，死亡率の原因といたしまして，主要な原因となり始めたものは何であるかというようなこともわかってくるわけであります。

こういったニーズを満たすために，ことし3月でありますが，厚生省におきましては国土内の離散難民のためのプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトというものに対する協力を要請したわけで，このプロジェクトでは42万1,000ドル程度がかかります。日本大使館からの情報によりますと，日本ではポジティブにこれを検討しているということであります。

こういった要請を厚生省から行ったものとして，さらに胃癌検診の高度化プロジェクトに対しても協力を要請しておりまして，日本では，胃癌というのは最も大きな問題ですし，またコスタリカでもこれは2番目であります。こういったことが中央アメリカ及びパナマにおける主要保健計画を形成するものでありまして，これには44のプロジェクトがあります。このうちの32は，まだ財源が確保されておりません。

我々がコスタリカで協力が必要であると思っております主要な領域で，日本政府からの協力でありますが，これはまず主としてマラリアというような疾患の予防とコントロールであります。それから母子のケアとか，あるいはこういった予防が可能なワクチン接種によって可能なものの予防というもの，あるいはその他に対する援助も必要であります。コスタリカにとってこういったことが重要なものであります。

またさらに，こういった協力というものが生物学的な問題だけでなく，コスタリカにおきまして最も重要なところで援助をいただきたいと考えているわけです。

少し私，スライドをお見せいたしまして，こういった問題につきまして，ラテンアメリカのほかの国についてもご紹介したいと考えております。

（スライド）　――ごらんのようにこの地図でありますが，コスタリカは中心部にあります。アメリカの中央部にあります。アメリカ合衆国はこの北部にあるわけであります。アメリカの南にあるわけであります。ここに線で示しておりますが，棒グラフでありますが，コスタリカとアメリカの支出を比べたものでありまして，非常に大きな差がコスタリカであります。大体コスタリカでは100ドル，そしてアメリカでは1,400ドルが1人当たり支出されております。

しかし小児の死亡率でありますが，これは右側に示しておりますが，これは余り大きな差はありません。小児の死亡率は９％。1,000人のうちの17人がコスタリカであります。

コスタリカは非常に小さな国であります。山国で，我々は民主主義的な雰囲気の中で，平穏に100年以上も暮らしておりまして，ラテンアメリカにおきまして最も民主主義の歴史の古い国であります。

それから先ほど申し上げましたように，この支出の問題でありますが，これは国民１人当たりで示しておりますが，コスタリカではこれが伸びてきております。この10年間急速に伸びてきております。1980年以来，少し低下しておりますが，これは経済的なリセッションがコスタリカ，あるいはその他のラテンアメリカでもあったからであります。しかしこういった景気の後退にもかかわらず，小児の死亡率でありますが，これがやはり低下を続けております。こういった80年代におきまして７％の低下を示しております。

（スライド）　――このスライドですが，ここで認められておりますのが栄養障害の問題があるということがわかります。この中でまず最初の半世紀でありますが，コスタリカという国におきましてはやはり感染症の問題も非常に大きな問題でありました。そこで使われましたアプローチというのは，まず感染症を撃退しようとしたわけであります。我々がどのようにやったかといいますと，まずこの感染症の撃退をやった。そうすることによりまして，小児の死亡率が10年以下で10数％低下しております。しかし問題はその栄養障害の方でありまして，これは食糧の供給の問題があります。こういった意味で社会的にはまだ小児の死亡率の問題が解決できていないわけであります。ですからもう１つ別の問題が出てきているわけで，これは総合的な方法を使おうとしております。これは新しい総合的なパラダイムといっております。この問題というのは，我々の国のものとそれからほかのラテンアメリカの国とも非常に共通であるからであります。

この中に示しておりますように，もう一度申し上げたいと思うんですが，恐らくどのような国におきましてもこの３つのパラダイムを持っている国におきましては，これはやはり発達の段階に関係しているわけであります。非常に貧しい途上国におきましては，問題になるのはやはり栄養障害でありまして，食糧供給の問題というもの国際的な援助というものが必要であります。

そこで，これは非常に緊急の問題であります。そしてこういった国における協力の問題というのは，やはり緊急の問題であります。というのは，状況が悪いからでありますが，しかしほとんどの先進国にはこういう問題はもちろんないわけです。こういった途上国の問題というのは，やはり感染症の問題，そして寄生虫の問題が出てくるわけであります。ですからやはり援助といたしましては，感染症あるいは寄生虫のコントロールに集中すべきだと思います。これが最も重要な点であります。そしてその後，こういった感染症のコントロールができれば次の問題に移るわけです。それは慢性疾患より多いものそれに対しまして総合的なアプローチを取るということであります。もちろんこれは援助の形態は変わってくるはずです。

それから最後の問題でありますが，この場合の協力というのは，これはもう実際にジョイント・ベンチャーという形になるべきであります。この感染症の問題と寄生虫の問題に対する援助あるいは協力は，そして途上国の栄養障害という問題はやはり国際的な，緊急な援助が必要であるというふうに考えます。

司会　どうもありがとうございました。

それでは，次に Dr. Ashitey。

Gilford. A. Ashitey　座長，参加者の皆様，今回ご紹介いただきまして非常にこれは重要な役割だと思いますし，非常にタイムリーなシンポジウムだと思います。この場で私，心よりオーガ

ナイザーに対してお礼を申し上げたいと思います。また日本国際保健医療学会の方々にこういったご招待に対してお礼を申し上げたいと思いますし，また私どもガーナの国民を代表いたしまして，皆様にごあいさつを申し上げます。また，アフリカ全体よりもごあいさつ申し上げたいと思います。

皆様方，ここにおいでの方々は，アフリカ大陸においでになったことがあると思いますけれども，皆様楽しい思い出があると思います。それはアフリカの人々の温かさ，そして友情だと思います。これは貧しさ，低い医療状態であっても，温かい友情があったと思います。そして日本の最近の関心というのは，第三世界へ援助であるわけでありまして，非常にこれは歓迎すべきことであります。そしてありがたいことだと私は思っております。

また，本日ここにおきまして，このシンポジウムにおきまして事実をお話したいと思います。一体，日本の国際保健医療協力に対して何を望むのかということでありますけれども，簡単に答えますと，たくさんあるということであります。

まず，この質問を私考えましたときに，まず私の頭に浮かんだのは諺でございます。「こじきに選択権なし」という言葉でございます。しかしうれしく思うのに，最近少なくとも保健医療に関しての役割は，こういったこじきにも選択権が与えられてきたということであります。1978年のアルマータの会議でありますけれども，この会議でパートナー精神を持って，協力を持ってプライマリー・ヘルス・ケアを実施していこうということであります。そして１国での保健医療の充実というものは，直接的にそのほかの国々にも影響を与えるものであります。このパートナー精神でもって国際親善，そして連帯精神でもって皆様のような学会が援助について検討されるということは，非常に望むところでありまして，お礼を申し上げたいと思います。

では，私，本日は私どもの問題をお話をしたいと思います。一体日本にどういうことを期待するかということよりも，先にまず私どもの問題をお話したいと思っております。

（スライド）　――このHPは，ガーナでの保健医療の指標であるわけでありますが，一番重要なのは，人口であります。それから死亡率が高い。母親の死亡率が高いという，寿命が短いということ。それからこういった問題の裏には貧しさ，そして無知というものが存在するわけであります。そして日本での協力，ガーナとの協力でありますけれども，これは60年前にさかのぼるわけであります。1920年の後半でありましたけれども，日本の有名な科学者野口英世がアクラで亡くなりました。これは黄熱病の研究中に亡くなったのでありますけれども，この先生の貴重な，人間的なサービスを我々忘れることができません。そして私どもにとって，それ以後日本の科学者の輝くような姿というふうに見られているわけであります。

1960年半ばより，非常に実りある協力が私どもの医大と福島医大の間で始まりました。これはJICAの基金によって開始されたものでありますけれども，多くの専門家，そして基金がガーナへ送られました。そして日本でのガーナ人のトレーニングというものも企画されたわけであります。こういったような協力は，機関を現在通してやっと行われまして，日本国民，そして政府の寄付によって実現したわけであります。そしてこの機関はインステチュート・フォー・メディカル・リサーチ，医学研究所と呼ばれておりますけれども，これを設立したのであります。そして下痢疾患であるとか，あるいは栄養不良といったプロジェクトを持っているものでありまして，そのほか最近では感染症などのプロジェクトもあるわけでありまして，こういった疫学的な研究が行われているわけであります。こういった研究所での共同プロジェクトが日本，ガーナの間で行なわれているわけでありますけれども，皆様方，ここでお話申し

上げたいのは，特にお礼を申し上げたい方がございます。

それは本多憲児先生であります。ガーナの名前では先生は，コーフィー本多というふうに呼ばれておりますけれども，この本多先生は福島医大外科の前教授でありまして，学部長であったわけでありますけれども，ガーナのチャールス・イースモン教授とともにパートナーシップを持たれたわけであります。そして野口記念医学研究所というものを設立されたわけでありまして，それに対してお礼を申し上げたいと思います。先生方にお礼を申し上げたいと思います。

そしてここの20年前のこういった医療協力がガーナ，日本の間に結ばれたわけでありますけれども，このプログラムはいろいろなものを包括しておりまして，日本政府は日本の医学者，あるいは技術者をガーナに派遣して，そしてガーナと同意した研究プロジェクトを実行していくという内容がございます。

2番目の目的は，トレーニングとそれから日本の設備への視察の機会をガーナ人に与えるということであります。それから3番目に医療機器，それから車，そのほかのいろいろなサプライを提供するということ。ガーナの政府は，ガーナの日本医学，医師，あるいは技術者のカウンターパートをノミネートするということを役割として与えられております。また日本の科学者，技術者に対して入国を許可するということであります。そして同じような援助国の専門家に与えているような同じような特権を日本の科学者にも与えていくということがガーナ政府に与えられたものであります。

そしていろいろな研究がなされまして，いろいろな文献も出されました。そしてこういった研究所での活動を顧みまして，非常に長く続くものでありまして，現在でも進行中であります。願わくば，新しい研究所の国際医学研究センターというふうに認識されるようになりまして，科学者がどんな人種であってもガーナ人，日本人にはこだわらず，共同研究が行なわれるようにというふうに願っているわけであります。しかしながら，やはり強調すべきところは研究であります。ガーナの保健医療の問題の中には，この研究所というのは価値があるか，利用度があるかということに疑問をもつ人もあると思います。これに応えるのは，非常に正直に，そして注意深く回答を見つめ出さねばならないと思います。

提案といたしまして，この研究所のプログラムは，より健康促進用に，あるいは地域社会の志向性を持たせたようなことをした方がいいと思われるわけであります。1980年代よりこのような関係が結ばれたわけでもありますけれども，疾患に対しての研究というものがなされておりますけれども，もっと包括的な研究が望まれるわけであります。そして経済関係や経済発達などによりましていろいろな問題が生じているわけであります。そしていろいろな，例えば教育であるとか，栄養学また飲料水，それから住居，コミュニケーションといったものも包括していかなければなりません。そしてこのようなディスカッション，保健医療ということに関しましてのディスカッションをした上で，国際開発の話し合いをしていくわけであります。開発に関しましては，知識，技術をさらに充実しなければなりません。それと同時に人間的資源，それから管理能力，そして健全な地方行政というのも望まれるわけであります。残念ながら，このような点が私どもの弱点かと思われるわけであります。ですから新しい方向を見定めなければなりません。日本からの援助はどういうふうにするべきかということを考えなければならないと思います。

1つ例を挙げていきたいと思います。私の意見として日本の協力が国際医療に対してどうするべきかということのお話をしたいと思います。

まず，第1には財政的な援助であります。日本の政府というのは，国際機関への貢献，例えばWHO，ユニセフ，そしてUNFPAに対して，例えば製品あるいはワクチン，それから避妊

剤，製剤，あるいは輸送に関しての財政的な援助を第三世界に向けて行うということから考えるわけでありますが，国際協力の場合に日本はやはり援助国のリーダー格であるわけでありまして，現地の人に対しての仕事を提供し，そして援助をしていただきたいと感じるわけであります。

また，日本は二国間の援助というものも，例えばソフトローンをするとか，あるいはガーナ政府への貸付，それから道路の建設，また農業改善，コミュニケーション，放送などを導入していくということも考えられると思います。最近日本の援助がありまして，ガーナの放送局が開設されました。そしてこの放送局ができたために強力なメディアができまして，そしてこれを通して教育を普及することが出来るわけであります。この開発による影響というのは始まったところでありますけれども，非常に重要な可能性があると思います。またガーナの保健開発に大きな可能性をもたらすと私は確信しております。

また，ガーナの中では死亡率が高いわけでありますけれども，例えば教育，GBC，つまりこれは放送局の名前でありますけれども，こういったGBCを通しての保健教育などが考えられると思います。

また，ザ・グローバル・ニッセン・プロジェクトというプロジェクトがありますけれども，これは日本の笹川財団がかなり関係しているわけでありますけれども，ガーナ北部の農民に対して品種改良した種などを提供する，また農業訓練の援助をなしているわけであります。その直接的な成功というのは，経済的にはかれるわけでありますけれども，それと同時に長期的な利益としても大きなものがあります。例えば食糧，栄養の改善がなされるわけであります。つまりガーナでは栄養不良というのが大きな問題であるわけですから，このような問題に対して大きなインパクトがあるわけです。

最近のプロジェクトでは，例えばギニア虫の撲滅とその活動内容に援助がなされているわけであります。そしてギニア虫というのは害をもたらす寄生虫，感染症をもたらすわけでありますけれども，医学上，社会上，経済上に大きな欠陥をもたらすわけであります。そして飲料水のないようなガーナの場合には，こういったものが非常に普及しているわけであります。そして飲料水というものが解決の鍵であると思います。井戸を掘る器具，それからハンドポンプ，マニュアルのポンプへの投資が望まれるわけであります。この場合には電子顕微鏡を投資するよりは，やはりマニュアルのポンプを投資した方が効果的だと思われるわけであります。

4番目の問題でありますけれども，これはPPFが始めたプロジェクトでありますけれども，これはJOICEFEPのサポートによって援助が受けられております。このプロジェクトは栄養，また寄生虫コントロールなど，それから家族計画などを統合したようなプロジェクトでありまして，コミュニティーベースで，またサービス中心のものでありまして，村のヘルスワーカーとその地域社会とともに衛生，栄養，家族計画についての教育を行うものであります。

また日本の文献をいろいろ読みますと，第二次世界大戦の廃墟から皆様方は立ち上がられたわけであります。そしてそれは多くの科学者，そして経営者，また活動家の努力によって国の再建がさなれたわけです。こういった戦略によりまして，環境衛生の改善を地域にイニシアティブを持たせるということ，ボランタリー組織を結成して，それを利用しながら環境衛生を充実させていくということが見られたわけでありますけれども，このような科学的な研究開発を強化するための投資が望まれるわけであります。ですからシンプルで小さなコミュニケーション技術，それから浄水技術などを開発いたしまして，そういった充実が望まれるわけであります。また公衆衛生の法案をつくりまして，日本の再建のために努力するような教育が過去になされたわけであります。これによりまして

日本の方々は急速な改善を見られました。そして国民の健康状態に戦後大きな飛躍が見られたわけであります。そして私ども多くの国が，このような再建に対してうらやましく思っていると思います。

私，ここで同じような戦略をもって，同じ効果をガーナに，あるいはそのほか第三世界にもたらすことができると考えるわけであります。つまり日本が，過去1945年から50年ごろに同じような状態であったと，第三世界と同じような状態であったと思いますので，同じような戦略が有効かと思うわけであります。新しい製品の開発であるとか，既存の技術を用いること，またそれは重要でありますし，それをうまく導入することによって教育の充実，それから情報を提供するということができると思います。日本の貴重な経験を第三世界の人々に分かち合うべきだと思います。

多くの文献があるかと思いますけれども，距離の遠いあるいは言葉の違いのために私どもの手には届かないわけであります。ですから，皆様のような学会の手でこのような文献を英訳されることをお勧めしたいと思います。そして第三世界の国々に対して非常に役に立つような経験を分かち合っていただきたいと思います。

また，日本のこのような学会の方々と関係を持ちまして，ガーナの機関とを結んでいきたいと望んでいるわけであります。それによりましてより多くの日本の労働倫理や社会の価値などを学びたいと思います。そしてよりよく私どもの必要としていることを皆様方にも理解していただきたいと思います。データの収集，それから保健医療の情報管理というのは日本が非常に秀でている，また別の分野でありますけれども，そのような技術協力というのもやはり成果の上がるものかと思います。そしてこういった統計学なども利用していきたいと思っているわけであります。

皆様方，この新しい日本の援助の動きに支えられて，私ども激励されると思います。そして開発途上国はより多くの援助を願っているわけであります。アルマータの精神を持って，プライマリー・ヘルス・ケアを実践していきたいと考えているわけであります。そして人の健康状態については不均衡性を是正するべきであると思います。特に先進国，途上国の間では国内でも同様に政治的，社会的，経済的にもこのような不均衡性，あるいは不公平さは認められないと思うわけであります。ですから公正をもって，社会主義を持って，世界に平和をもたらさなければならないと思います。そして世界保健医療への日本の協力がさらに増えることを望むわけでありまして，中国の諺を持って私，終わりたいと思いますけれども，「1年後を考えれば米を蒔きなさい。10年後を考えるのであれば木を植えなさい，100年後を考えるのであれば人を教育せよ」という言葉であります。

どうもご静聴ありがとうございました。（拍手）

司会　どうもありがとうございました。

それでは本多先生，お願いいたします。

本多憲児　座長である草川先生，そして著名な先生，来賓の皆様，ご参会の皆様，私，日本語でこれからお話したいと思います。ただいま，Dr. Ashiteyに私の名前を出していただいて大変光栄に存じます。私は，いつもガーニアンだとこう言われています。考えてみると，なるほど顔も黒いし，全くガーナの方と変わりないんです。体の大きさも，Dr. Ashiteyと全く同じぐらいの体の大きさでございますし，ガーナにゆくとガーニアン・本多が，コーフィン・本多が来たといわれます。それだけ長い間，お付き合いをいたしておる次第であります。

私，国際協力というのをほぼ30年間にわたってやっております。その間，私，感じたことは，国際協力も，ことに医療協力というのも大変広範囲なものであるということです。決して医療，いわゆるケア・メディシン，治療する医療のみではないく，もっと広い，社会科学，ソシアル・サイエンシスの中のほんの一部である

ということをまず皆様方，ひとつお考えいただきたいと思うのであります。

それでは，一体レシペイントといいますか，開発途上国でドネートを得る側としては，いかなることを考えているのか，先ほどの Dr. Ashitey がおっしゃったようにいかなるものが本当に必要なのか，例えば電子顕微鏡をあげたが果たして国民の生活に役に立つのかということは，私たちは考えなければいけないところでございます。しかしながら，反面，たとえは無理かもしれませんが原宿に行くと，非常にモダンな洋服があるが，やはり原宿的なショーウインドーも必要であることは間違いないのであります。そういう点もやはり皆様方にはご理解いただかなくちゃいけないと思うのでございます。

というのは，やはり開発途上国では，そうした1つのショーウインドーというのがどうしても必要であります。我が国にはこういうのがあるんだという1つの誇りはやはりあっていいと思うのでございます。

それからさらに最近は，ただいまもいわれましたように，いわゆる治療医学だけでなくて社会科学の分野としての，例えば栄養，あるいは人口問題，食糧問題，あるいは公衆衛生，環境の改善，そういうことが非常に大きなテーマとなって，出てきておるのでございます。ということは，これはやはり人間の幸福を確保するということは，これは貧富の差を問わず，人間として当然あるべき姿であると私は考えております。

それでは，そうした国の希望に私たちはいかに応えるべきであるか。私は，今日のテーマはそこに私たちはあると思います。

それでは，一体どういうふうにしたらいいんだろうかということは，私，いろいろと戦略として考えられますが，問題は，私はマンパワーであると思っています。人間の力であるということです。軍艦とか，飛行機とか，ミサイルとか，そういうことが果たして人間に幸福をもたらすでしょうか。また高級自動車が果たして人間にいい生活を与えるでしょうか。むしろ百害を与えるだけだと私は思っております。

そういう意味においては，私は，日本政府は最近いろいろとそうした社会開発ということに目をつけてきたということは，大変うれしいことと存じます。今日までは金をやればよろしいんだ，あるいは物をあげればいいんだという，いわゆる成金根性が政府の主要部分を占めていました。しかしながら，やはりそういうハードな面を幾らつくっても，後に残るのは何かといえば，それは破壊，ただそのものでございます。ただ廃墟と化してしまうのであります。そういうことはなぜ起こるのかということをここにおられる皆様，日本人の中では何億分の1かもしれません。が，しかしこのわずかの人たちだけでもそれを真剣に考えていただければ，1人がもう1人の人に伝え，もう1人の人はまた他の人に伝え，そして大きな輪になって私はいくと思うのでございます。

それでは，マンパワーはどういうふうになっているのか。日本の今までの政策というのは，どこに失敗の原因があったのか。今，Dr. Ashitey が言われたとおり，「長く続かないということでございます。ロングタイムに続いてコンテニュアスでないこと。」これが一番大きな問題でございます。もちろん大蔵省は，悪口を言ってるわけではございませんから，どうぞ誤解しないようにしていただきたいのでありますが，大蔵省は3年間ですと法律で決めていますから，3年間たちましたから，これで終わりにいたしますと申して専門家は帰国します。それは結構だと思います。しかし，残された者は一体どうなるんでしょうか。では，あと2年延ばしましょう。じゃあ，やりましょう。それであとどうするんですか。あとは空っぽです。機械は壊れます。錆びつきます。たまたま衆議院，参議院のおえらい先生方がプロジェクトの場所に視察にゆくと，「何だ，あそこの病院はさっぱり機械が動かないんじゃないか，あんな無駄なことをしてはいかん」と，ちょっとだけ行っ

て強く非難されます。そんなことを言われたんじゃ，皆様の努力が全然実らなくなるんです。この原因が，マンパワーの蓄積の不足ということなのでございます。私は，この学会は大変立派な学会だと思っております。またこの学会を主催されている方々は，非常に立派な人たちでございます。私は，もう年で余り余計なことを言える立場ではございませんが，やはりこの皆さんのような若い方々が何度でもそこに行き，そしてその土地の人になることが，私は一番必要なことだと思います。今日お話なさる宮崎先生なんかは，全くもうバングラの人であるだろうと思うんであって，バングラ以外のほかの人ではないと私は思います。そういう方々が各国に１人でも２人でも，世界中にそういう方々が育っていけば，日本は軍艦も飛行機も要らないです。全く人間でもって，お互いに理解しあえば，戦争というものは私は起らないと思うんでございます。

じゃあ，マンパワーをどうやって蓄積するかということに私はお話を申し上げたいと思います。ここには政府の専門家として派遣されたり，あるいは青年協力隊としていろんな国に派遣された方がおいでになります。それで帰ってくると，幸いにしてすぐに職についた人は大変幸福でございます。が，しかし，なかなか職に着くチャンスはございません。これはなぜかというと，１つにはやはり日本の組織というものは，１つの階級といいますか，上下の関係といいますか，それぞれがあるポジションに着いたならば，そのポジションが終わるまでは空かないという終身雇用制の１つの特徴でもありますが，欠点でもあると思うのでございます。そういう方々を何とかしてマンパワーとして，いつでも海外に派遣できる，あるいは行くことができ，そして帰ってきてもまた自分のやってる仕事をできるというような組織をつくることが，開発途上国から要求されていることの基本的な問題だと私は思っているのでございます。例えば電子顕微鏡の技術者であるならば，その方はまた日本に帰ってきて勉強する。そしてまた行く，あるいはどこかの国に雇われて高給をはずむならば，またそれもいいことだと私は思っております。

ですから，私は教育というのは大変大事なことだと思うのでございます。しかしながら，教育というのは見返りを求めてはいけません。教育というのは，私はザル，あるいは網と同じだと思います。その中に水を入れても皆水は流れていきます。しかしながらその流れた水は，必ずどこかで誰かが飲み，あるいは手を洗い，必ず何かのお役に立っていると思います。そういう意味においては，私は日本の海外派遣の教育というのは，どこまでも続けなくちゃいけない。しかしながら見返りは求めてはいけない。その人の将来に対しては自由を与えなくちゃいけないと思うのであります。

では，どういうふうな教育機関をつくるべきかということを私，考えました。大体政府開発資金というのは相当な金になって，今度は確か9.5%の伸びになって，自衛隊の伸びは6.5%ですか，ですからかなりの大きな額になります。その大きな金をいろんな開発途上国にいろいろとお送りするということは，これは大変大事なことです。例えばこれはアレン先生がおいでになるから，おわかりかもしれないが，アメリカあたりでは確かODAの10%～４%ぐらいが国内のいろんな教育にお使いになっていると思うんですが，いかがですか。ご存じないですか。大体４%から５%ぐらいです。日本はどのぐらいかというと，0.4%，極めて低いのです。あとはほとんど全部金や物として送っているだけでございます。私は国内用にせめて１%ぐらいを利用して，そのうちの0.5%ぐらいをマンパワーの蓄積に利用していただきたいと思っています。

それは何をつくるかというと，皆様方のように一度青年協力隊，あるいは専門家として開発途上国に行って，カウンターパートと一緒に仕事をなさると，そうするとお互いに兄弟みたい

になります。兄弟みたいになりましたならば，日本に来ましてもう一度その教育を，あるいは能力をグレードアップさせる。そして1年か2年いて，またそちらに，あるいは隣の町に行きます。そういうふうにしてお互いに交換しあえば，これはお互いに兄弟として末長く生存できると私は思うのであります。私は，これを国際開発大学 International University of Developing Study とそういうふうなことを主張しておるのでございます。幸いにして今年調査費がつけられました。これからひとつ皆様方のお力を拝借し完成させたいと思っています。確かに日本の暮らしはいいです。しかし，世界には何億という疾病と貧困に悩まされている人たちもいるのです。その人たちに愛の手を差し伸べていくことが私たちの力でないかと思うのであります。だんだんと日本が，いつも言われるように世界の平和の1つの中核になるんだということを言われておりますが，先ほど言ったように息の長い協力をし，決して指導するとか，教えてやるとか，そうした奢った気持ちは絶対に持ってはいけないと思います。一緒にコーポレイトやろう，お互いにがんばりましょう，そしてお互いに勉強しましょう，お互いにグレードアップしていきましょうということが，私はこれから日本に課せられた，また開発途上国の大きな要求だと思っているのであります。

先ほど支那の格言を申されましたが，日本には「一度嫁に行ったならば，実家の敷居を二度とまたがない」という言葉がございます。何も外へ行ったら日本に帰ってくるなということではございません。が，しかし行ったところをむしろ実家以上にするというくらいの努力を皆さんにやっていただければ，日本は軍艦も飛行機も何も要りません。ただ人だけでよろしいと私は思うのでございます。相互理解，お互いに理解し合うと。これは夫婦だけではございます。人間の間も相互理解しなくちゃいけないと思うのであります。開発途上国に対しては，私たちは奢ってはいけません。兄弟です。お互いに力を合わせて，そしてこの開発途上国は何が必要であるか，何をやったらいいかということをお互いにこの場でディスカッションし，そしてこの場で決心をしていかれたらよいと私は考えております。私は老人で，お墓に行くだけでございますが，どうぞその点，ご理解をいただきたいと思います。

ちょうど時間のようでございますのでこれで終わります。どうもありがとうございました。（拍手）

司会　どうもありがとうございました。

それでは，続いてドクター，アーレン。

W. Petter. Allen

草川先生，ありがとうございました。

まず最初に堀田先生にお礼を申し上げますとともに，またオーガナイザーのほかの方々にもお礼を申し上げたいと思います。組織委員会の皆様方，3回目の会議と伺っておりますが，私，ご招待いただきまして，そして国際プログラム，つまり研究活動をどのように現在行っているか，そしてアメリカのNIHによってサポートされているプログラムに関してご紹介したいと思います。

私は，国立衛生研究所のアレルギー及び感染症の研究所のジョイント・プログラムを担当しておりまして，このプログラムはほかに13ありまして，そのうちの1つの部門であります。現在メリーランドにある機関でございます。

最初のスライドお願いします。

（スライド）　――皆様方，読めるかどうかわかりませんけれども，これは13の研究所のリストでございます。国立衛生研究所の13のリストであります。そして国際プログラムを持っているのは，国立がん研究所，それから国立心臓，肺，血液研究所，それから国立アレルギー感染症研究所，それから子供の健康と発達の国立研究所でございます。このような研究所が国際プログラムを持っております。

（スライド）　――全体を見まして，このような研究所は300系ほどの海外の機関のプロジェ

クトをサポートしております。そしてその経費が約3,300万ドル，１年間にそれだけかかるわけであります。そしてこれは全体の予算の１％にあたるわけであります。NIHの予算の１％に及ぶものでございます。つまり，いろいろ多くの改善があるということでありまして，私どもの研究所の中ではいろいろ努力を増やす分掌があるという意味であります。さらに大きく国際的な保健研究に関しての貢献をしなければならないということであります。

また，NIHと国際保健研究に関しての関係でありますけれども，1960年，約30年ほど前から始まっております。このNIHが設立されてからのことであります。そしてその後，私どもの会議の中で，いろいろな研究所に研究費を海外に対して使っていこうということをやっております。そしてまず最初にフランスにヨーロッパのオフィスを開きました。つまりヨーロッパとのコンタクトを取るためでございます。そして１年後のことにまた別のオフィスをリオデジャネイロにつくりました。これは私どものコンタクトを南アメリカと取る目的でありました。1963年には，NIHのオフィスを東京に開きまして，これは一連の充実した，そして成果のある共同プログラムのためのものでございました。これは日米間の共同研究のコンタクト先となったわけでありました。1965年から私がこれを担当しているわけであります。皆様方にいろいろなお話を今日，ここの内容でお話したいと思っておりますけれども，この1965年このとき日米の医学共同プログラムというものが，ジョンソンと伊藤氏の間で始まったわけでありまして，そしてこの関係で研究活動の共同関係が結ばれたわけでありました。そしてアジアの人間と，つまり日本，そしてアメリカとの間での共同研究が始まったわけでありまして，これが持続いたしまして今まで続いております。

そのほか，もう一つ大きな重要なステップがございました。これはNIHの中でも国際的なプログラムを開発いたしまして，ジョン・イン・フォガティー・センターというものが設立されまして，これは健康学の研究のために設立されたもので，1968年に設立されました。このフォガティーセンターというのは，主に科学的な交流をいろいろな国の間で，あるいは科学者間で，そういった科学交流プログラムをやっていくというのが主要な目的でありまして，研究者を招いての研究を行う，あるいは国の間での共同研究を行う，例えばアメリカで研究をやりたいような人たちを招いて研究させるとか，そういったこともやっております。それから国際シンポジウムなどを開きまして，最近の科学的な情報を集める，例えば生命科学の情報を各国ごとに集めて交流を図るというような目的のセンターでございます。

また，国立アレルギー及び感染症の研究所でありますけれども，この研究所もやはり国際的なプログラムに関心を持っておりまして，この関係は1887年から始まっております。これは，まず第１の衛生研究所がニューヨークに設立されました。これが1887年のことでありまして，それからずっと持続しているわけでありまして，1955年まで続きまして，そして1955年に入りましてアレルギー及び感染症の国立研究所となったわけでありました。そしてこの研究所では研究をやっているわけでありますが，免疫学アレルギー症，そして感染症の研究を行っております。

そしてそのプログラムは，主に現在では熱帯地方の疾患に関しての国立プログラム，国家プログラムがあります。そしてもっと最近の発展でありますけれども，エイズの研究が行われております。世界各地でエイズの問題が大きくなっておりまして，私どもの国際プログラムの中でもう１つ重要点としてエイズを含めております。これは国際的な衛生管理という問題だけではなくて，私どもの研究，エイズの問題にも集中をさせております。

日米医学協力プログラムについてでありますが，非常に成功したプログラムについて申し上

げたいと思いますが，これは最近のアメリカの研究交流でありますが，この組織化が行われましたのは1965年でありまして，日本とアメリカのシニア・サイエンティストを代表といたしまして１年に１回会合を持ちました。現在でもこれは続いております。そしてさまざまな問題を研究の進歩というものに関してディスカッションあるいは見直しを行いまして，アジアにおける主要な疾患につきましてこれを行っていったわけです。この中には，例えばコレラとか，ライとか，あるいは結核とか，またほかの寄生虫病でありますとか，あるいはウイルス疾患でありますとか，こういったものが含まれておりますが，これを代表者が委員会を設立いたしまして，そして科学者がそれぞれの専門領域の専門家が各国から出てまいりまして，この委員会に対して援助をするわけであります。そしてこれが年間の会議になって行われるわけであります。こういった特異的な興味の関心になっている領域について話をするわけであります。このシステムが科学者同士を毎年，一番最初はアメリカで行われて，その次の年は日本で行われるというような形でありますが，これはそういたしますと信頼関係，友情関係，そして友情というものも確立されたわけでありました。そういたしますと，さらにこういった領域でもって進歩が出てきたわけであります。ただ自分だけでやっているよりもはるかに有効であったわけであります。もちろんしかしその国によってさまざまなやり方でありますが，しかし目的というのは，このパネルの目的でありますが，これは同じでありました。ということは，こういった領域における研究の進行ということであります。問題になっている疾患に関する研究であります。こういった国々における問題ということであります。

さらに，最近使われましたパネルは，これはエイズに関するものでありますが，今年設立されました。そして免疫学のものでありますが，これは教育的な問題ですからこれはパネルというよりもボードという名前がついてるわけでありますが，これもやはり３年から４年ぐらい前に設立されたものであります。ほかのパネルはもっと長く続いています。

こういった形の協力でありますが，これはいわば１つのモデルになると思うわけです。２国間のプログラムをつくっていこうとする上で，アメリカとそしてほかの国々との間で設立しようとするパネルのモデルになっております。これはいわばこのメカニズムといたしまして，こういったメカニズムというものはやはり注意をしていかなければならないと思います。こういったアメリカと日本の２国間の協力というものも１つございますし，もう１つ別のものもあるわけです。それはアメリカのサイエンス・テクノロジーに関しますアグリーメントがあるわけですが，これはほかのアジア諸国のものでありますが，これは日米医科学協力プログラムほど歴史はありませんが，しかし同じようなさまざまなパネルという構造を持っております。そしてその結果はやはり非常に繊細なものでありまして，ミーティングも１年に１回行われております。ちょうどその日米科学協力プログラムと同じような形で行われておりますが，しかしこれはまだ科学者同士の交換という段階までいっておりません。これはいわばそのポリシーといたしまして，実際に科学の交換を行う，交流を行うということが目的になっております。これは非常に重要でありますが，これは科学者同士の協力というものをつくらないわけであります。こういった科学者間の協力というものは，研究を促進していく上で非常に重要な点であると私は考えております。

（スライド）　――この熱帯病の分野でありますが，ここではアメリカで強調されていることというのは，国際的なヘルスプログラムという意味で強調されておりますが，これは大体10年ぐらいの歴史を持っております。このNIHにおきまして10年間ぐらい行われておりますが，この中には実際に，いわば国際センターすなわち

感染症研究の国際センターによって実際に行われておりますが，これをアイサックというふうに呼んでおります。

これは非常に大きなセンターでありまして，研究機関としても大きな機関でありまして，熱帯病の具体的な分野について研究をしております。このアメリカの研究所におきましては，共同研究プログラムをほかの外国との間で行っているわけであります。例えばハーバード大学におきましては，この協力関係をブラジルと結んでおります。これはシルクルスというところでありますが，そしてその研究対象でありますが，レークマニア症，マラリアとか，シャーガス病などであります。そしてその焦点となっているのは，分子生物学と免疫学であります。

（スライド）　――また別のセンターでありますが，これはコーネル大学でありますが，実際にブラジルでやはり研究が行われておりまして，これは皮膚と内臓のレースマニア症，ここでも疫学，遺伝学あるいは免疫病理学などが主眼となっております。

ミシガン州立大学でありますが，これはスーザンとの協力を行っておりまして，マラリアとジューケツキュー症，そしてカイセンシジューチュー症，そしてレースマニア症などが対象でありまして，焦点は薬理学と免疫学であります。

トゥラン大学，これはコロンビアと協力しておりまして，シャガー症とフィラリアとか，あるいはカイセンジョーチュー症，そしてレースマニア症であります。

ヨーソンスティンス大学とメリーランド大学は，これは共同しておりまして，ペルーと協力研究を行っておりまして，細菌性下痢，細菌性赤痢，チフス，サルモネラ症を対象としております。

それからウエンシュー大学でありまして，これはエチオピアと協力しておりまして，レースマニア症を対象として免疫学を特にやっております。

こういったものが非常に大きな研究プログラムでありまして，それぞれ数百万ドルのバジェットを毎年取っているものであります。しかしより小規模な努力も行われております。これはこういったセンターで，将来確立していこうというもので，まだ試験段階のものでありまして，ハーバード大学ではインドネシアと協力しておりまして，そしてまたアルバート・アースタリン医科大学ではベネズエラでこういった試験段階のプロジェクトを行っております。

（スライド）　――次に，ほかのタイプの協力というものも我々は行っておりまして，このNIHにおける熱帯病のプロジェクトでありますが，こういったユニットはアメリカをベースとしておりまして，そして協力関係を１人１人の科学者，外国の科学者と協力関係を結んでおります。こういった協力研究がアメリカの科学者とそして外国の科学者との間で共同研究が行われているというようなものであります。

こういったものはほとんど，これは教育が目的でありまして，外国科学者をアメリカのラボで教育するのが目的でありまして，ラボを外国の病院に設立するというよりも，この方が最もよい成績を得られることがあるわけであります。ですからこれはまたテスト的な，あるいは小規模のプロジェクトでありますが，恐らくこれは小規模で今後も継続されていくというふうに考えます。

（スライド）　――これはリストであります。約72カ国を示しております。そしてその組織でありますが，NIAIDというものが，NIAIDがもって協力研究を行っているか，あるいはこれをサポートしている国を示しておりますが，明らかにこういった中では全ての国で大規模なものであるというわけではありません。それほど十分な予算があるわけではありませんが，しかしいずれにしても何らかの形で厚生省でありますとか，あるいはこういった国の医師でありますとか，あるいは科学者でありますとか，何らかのコンタクトを持っているものでありまして，協力，努力をしている国であります。

こういった協力関係によりまして，我々はこういった科学プログラムというものが，そのNIHでやっているものが非常に成功しているということであります。しかしこういった外国の科学者ともコンタクトがなければ，アメリカにとりまして研究が真に必要とされている分野に焦点をあてることが難しいと考えるわけであります。ですからこういった協力プログラムを通じまして，我々は国際的なプログラムというのが非常に重要だと思っております。そして我々の国内における研究プログラマーにとっても非常に重要であると考えております。そして大学における研究，すなわちアメリカ全土のおける研究にとっても重要であります。

NIHの予算でありますが，大体60億ドルであります。約80％がNIH以外のところで使われております。そしてアメリカの国内，国外で共に使われております。そしてこういったすべての努力というものがアメリカだけでなく，世界各国の人々の健康の役に立つと考えているわけであります。

さっき申し上げましたように，エイズにつきまして私ども努力をしております。1987年でありますが，エイズの研究に対する国際プログラムを開始いたしました。ちょうど1年前でありますが，明らかに現在まで非常に長い歴史があるわけではありません。しかしさまざまな国におきまして，エイズの問題があるわけであります。アメリカよりも大きなプログラムを持っている国もありますし，しかしアメリカにも非常に大きなプログラムがあります。ザイール，タヒチ，カリブ海領域，そして中央アフリカ，こういった国とも現在協力関係が設立されつつあるところであります。

アフリカにおきましては，アメリカの大学がこういった国々の人々とのコンタクト，あるいはその関係を確立するのに必要なメカニズムをNIHが提供しようとしているわけです。この病気の起源になっていると思われるところであります。ですから科学者はまず最初に，その知識を得ます。いかにこの疾患というものが伝播するか。そして，それがいかに永久的なサイクルに入っていくか。そしてこの病気の自然経過は何であるのかということをまず見ていかなければなりません。アメリカでこれをやっておりますが，しかし我々自身は，現在のところそういった流行に限って研究を行おうとしております。というのは，我々は多くの差があるということがわかっております。疫学だけではなく，しかしエイズの自然経過というものも国によって大きく違うということがわかっているわけであります。ですから，これを比較することは非常に重要であります。それによりまして，いかにこの問題を攻撃するかということがわかるわけであります。これは現在におきまして非常に大きな，最も大きな挑戦であります。

まず最初に，このトライアル・センターを行います。メカニズムを使わなければなりません。全世界に対してであります。こういったエイズの問題がある領域におきましては，地域におきましてその薬を開発し，そしてエイズの患者を治療することが必要であります。まず，こういったメカニズムを使って，そして下部構造を整備しなければなりません。そうすることによりまして，こういった研究が行われるようになるし，また臨床試験も可能になるわけであります。

最後に，私は楽観的に物事を見たいというふうに考えております。こういった研究，協力には非常に大きなニーズがあります。この先進国諸国の間にもありますし，これはアメリカのような国だけではなく，また日本のような国だけではなく，アメリカとほかの国との間にも協力が非常に必要であります。そして日本にとりましてもこういった緊密な共同研究というものが非常に重要だと思いますし，既にそのご経験もおありになる。そして今までこれが有効であったということもご存知かと思います。

では，最後に組織委員会の方に感謝したいと思います。私をご招待していただきまして，非

常に感謝したいと思いますし，今私が申し上げましたようなこういったプログラムにつきましてご質問があれば，お答えしたいと思います。ありがとうございました。（拍手）

司会　どうもありがとうございました。

次に土井先生にお願いいたします。

土井邦紘　神戸大学の土井です。

草川先生，堀田先生，ご招待いただきましてありがとうございました。まだ経験が未熟ですが，先ほど本多先生からは，オーガナイザーとしてはどうすればいいかというお話がありましたので，私は大学人として研究に当たってきて，どういうところが問題であるかというようなところをお話したいと思います。

私見ですので，若干，狭い見方かもわかりません。それはご了解願いたいとおります。

まず，私どもが今お互いに研究をやっております内容からお話して，問題点に入らせていただきたいと思います。現在，私どもはインドネシアにおきまして“栄養不良に基づく糖尿病”というものを対象に研究しております。拠点大学は，インドネシア大学でありますけれども，実際にはスラバヤにありますエアランガ大学，あるいはジョグ・ジャカルタにありますガジャマダ大学との共同研究であります。

まず最初にスライドからお見せして，まず病気についてお話させていただきます。スライドお願いします。

（スライド）　――まず，栄養不良に基づく糖尿病でありますが，糖尿病といえば，ぜいたく病，栄養過剰による糖尿病と皆さん思われていたと思います。けれども，最近相次いでこういう栄養不良に基づく糖尿病というのが報告されました。1980年にNIHあるいはWHOから新しい糖尿病の分類がなされました。それは大きく分けますとインシュリンが必要な糖尿病，インシュリンがなければ生きていけないような糖尿病，子供に見られるような糖尿病（インシュリン依存型糖尿病），それと我々大人に見られる糖尿病，別にインシュリンがなくても生きていけます。経口血糖降下剤，あるいは食事療法だけで十分にコントロールできる糖尿病，中にはインシュリンをうたれる方がありますけれども，それはコントロールするためにインシュリンをうつということがありますが，そのような糖尿病（インスリン非依存型糖尿病），とに大きく2つに分けて糖尿病が考えられてきたわけです。

ところが，その後栄養不良に基づく糖尿病というものが出てきまして，1985年にはWHOあるいは糖尿病世界連合でもこれを認めようということになりまして，第3番目として栄養不良に基づく糖尿病というものが出てきたわけであります。その報告されている国々というのが，そこに塗りつぶしてある国々であります。ですから見ていただければおわかりいただけますが，熱帯地方，東南アジア，アフリカ，それからアメリカのところに一部だけあります。あそこはジャマイカでありまして，最初に発表されましてものですから，ジャマイカ病などといわれていたこともあるようであります。この病気の特徴というのは，名前のとおり栄養が足りないために糖尿病が起こるわけであります。次にそれをお見せしたいと思います。

（スライド）　――この方は，インドネシアで見つかっております栄養不良に基づく糖尿病の1人であります。もう既に成人なんですけれども，背は低くてやせております。そして二通り，栄養不良に基づく糖尿病もあるわけですが，1つは膵臓に石がたまっている症例。もう1つは石はたまってないんですれれども，膵臓の機能はやはり落ちている症例。この場合の栄養不良に基づく糖尿病というのは，膵臓機能が内分泌，外分泌ともにやられております。内分泌腺というのはインシュリンや，グルコゲンなどの内分泌ホルモンを出すところでありますし，外分泌腺というのは，ご承知のとおり消化酵素を出すところであります。ですから，当然のことですけれども，下痢をします。あるいはときには腹痛を認めることがあります。普通，

膵臓に石があるというのは，アルコールを飲みすぎの人に見られるわけですけれども，この人たちは決してアルコールを飲んでるわけではありません。現在言われているところでは，発育期におきまして，十分な蛋白が足りないために膵石あるいは外分泌機能，内分泌機能ともに落ちてくるんじゃないかと言われております。

そのときに注目されている食物がキャッサバ，タピオカです。この芋の外面に含んでいるシアンが問題ではないかと考えられてます。芋の皮のところにシアンは多く含まれています。インドネシアなど熱帯地方に行かれるとよくおわかりだと思いますが，そういうシアンに問題があるんじゃなかろうかということがわかってきております。しかしそれだけであろうかということもまだ今後残された問題であります。ただ，こういう疾患が私たちインドネシアの研究者と一緒にやっているわけですが，だんだんと少なくなってきています。栄養がだんだんとよくなってきたということもありますし，栄養の指導によって，食物が変わってきたということもありまして，なくなってきつつあります。ですから，今研究をすべきだということで，インドネシア大学と協力して研究を行っているわけであります。

（スライド）　――ちょっと見にくいかもわかりませんけれども，この腹部X線の，あそこに膵石症が見られるんですけれども，今私が指で示したところが膵石症です。膵臓に石がたまっているところです。上の方でも散在した石が見えますが，上の方を下で拡大しておりますので，よくおわかりいただけると思います。

（スライド）　――これはアミラーゼの活性を示しております。アミラーゼといいましても膵臓から出るのと耳下腺から出るのとありますから，本当に膵臓から出てるのか，それとも耳下腺から出てるのかということを調べました。一番下にパパー・リカバリー・インザ・ユーリンと書いてありますが，これが膵臓の外分泌機能をあらわしていると見ていただいたら結構だと思います。左はカルシックDMと書いてありますが，膵石症を伴った糖尿病，それから右側は膵石症を伴わない糖尿病，しかしいずれも栄養不足に基づく糖尿病であります。見ていただきますと空腹時の血糖はどちらも高いわけであります。しかし次の膵由来のアミラーゼをみますと膵石症が伴いますとかなり低くなりまして，6.1±3.7，膵石症を伴わない場合は53.2±4.5，これでも我々に比べれば低いわけでありますが。それから外分泌機能は一番下の欄になりますが，膵石症があれば34.5，膵石症がない場合でも65.1であり，我々であれば80%以上にあるわけですから，両者ともにかなり低いということがおわかりいただけると思います。

まず，研究所を始めるに当たりましてどうしたかということですが，1983年に私ども2人ほど現地に赴きまして，主な大学の内分泌外来を訪れました。そこでどういう疾患が今問題になっているのか。特に我々は糖尿病を専門としておりますので，糖尿病はいるんだろうか。栄養とともにどう変わるのか，ということが知りたいところでありますので，そのあたりについて調査をしました。しかし我々が日本で見る糖尿病とは違う糖尿病があるということがわかりました。それでは糖尿病というものを調べてみようではないかという話がまとまりました。では，インドネシアでどのぐらいの頻度で糖尿病があるんだろうかという話になりました。ところが，しっかりしたデータはまだ出ていないという話がでてまいりまして，まずその疫学から始めようということになりました。しかし糖尿病というのは，先ほどからお話がありましたけれども，栄養ということを抜きにして語れないわけでして，そこでまず栄養の調査を始めてほしいということを依頼しました。と言いますのは話を持っていきました大学，特にエアランガ大学には非常にしっかりした栄養士さんがおられました。その方は我々の手助けが必要でないぐらいの教育をオーストラリアで受けておられました。その人たちとお話しまして分担して栄

養調査をするということになりました。

（スライド）　――これは，そのときのプロジェクトを出したときの，あちらからのプロポーズの本であります。一番下の本であります。それから年を追ってこういうふうに１つずつエアランガ大学と結果をまとめていった本であります。それから白い本が日本で行なわれましたセミナーです。栄養不足あるいは過剰栄養に基づく糖尿病とはどんなものであるかということを主題として開催したセミナーの本であります。

（スライド）　――ちょっと字が小さくて見えにくいと思いますが，研究の対象となりましたのはエアランガ大学を中心としましたので，東部ジャワであります。3,000万人の人口がありますから，統計学的にいきますと１万5,000人を対象とすれば統計学的にものが言えるだろうということで，１万5,000人を対象とすることにしました。

そこで問題となりましたのが，栄養学的に地域によってどのように違うかということであります。ですからそこに赤で丸で囲んであるというところがありますが，点線で分けてありますように栄養の上から４つの地域に分けました。第１は，真ん中に書いてありますけれども，栄養学的にはまずまずのところ，それから第４と書いてありますが，これは栄養学的には非常にインドネシアの中でも，ジャワ島の中でも貧しいというところであります。それから３番目，ここは非常に貧しいところ。３番と４番とどちらが貧しいんだといいますと，あるところでは３番の方が貧しいんだということが出てきまして，栄養調査から見ますとほぼ同じぐらいであります。それから２番目というふうな分け方であります。しかしこれはご存知のように都会と田舎とでは違いますので，そこを２つに分けまして都会地区と田舎地区と，両方から選択しましてスタディーをやったわけであります。その結果については，ここで詳しくは述べませんので，この研究を通してどういうことが我々として問題であったかということについてお話したいと思います。

―時スライド，結構です。

まず，今申しましたように栄養不良に基づく糖尿病の研究ということが私共の研究対象になりましたので，費用を申請しまして，文部省あるいは日本学術振興会の活動の一環として実際に行うことになりました。毎年１名ないし２名のインドネシアからの研究者を我々の方へ受け入れます。そして我々の方から，３名ないし４名の者が現地へ行くということになりました。まず最初に驚いたことですが，研究調査に必要な器具を持ってきてほしいと要請がありましたので，あちらの教授から細かく内容を書いた紙をいただきました。それを日本で揃えて，大きな荷物にしてインドネシアへ持って行ったわけであります。ごらんのような疫学を含めた調査でありますから，当然注射器，採血器，デステープなどまた，血糖は現地では電気がうまくあるとは限りませんので，血糖が電池で測定できるという機械，そういうものを大きな荷物を我々は抱えて持っていったわけです。ところが，まず入ったところの入国管理係のところでストップをくいましてお互いに宛名を書いて，これはこういうものにつかうものだからということで持って行ったわけですが，入れてもらえなくて，荷物はそのままになりました。中に入りまして，それでインドネシア大学にまいりまして，そこの教授に，実は依頼された荷物を持ってきたんですけれども，入れてもらえない，どうしたらいいんだろうということでお願いしました。結局は我々が滞在する間には我々の手元には届きませんでした。ですから，行ったきり，そのスタディーは始まらずで，結局は現地の人たちとお話させてもらったり，あるいは病棟を見たり，どういう疾患が今ほかに流行っているかということを見たりするのに終わりました。次に２回目に行きまして，今度は大丈夫だろうということで，今度は厚生大臣の方の許可証をもらいまして，そして持っていったわけですが，このときにはあらかた入れさせて

もらいました。しかし大事な機械はだめだということになりました。また後ほど大学の方に持って行っておくからということで終わったわけであります。そのように，ちょっとしたことですけれども，我々としては最初のときに意気込んで行ってましたので，少しがっかりしたのが事実であります。しかし，その後はだんだんとこちらの考えていること，それから大学，特にエアランガ大学がしようとしているということが認められるようになりまして，後はスムーズに入るようになりました。

最初にそういう問題がありまして，次の問題としましては，研究者を我々の方へ受け入れたいということで毎年来ていただいているわけですが，来ていただくのはいいんですけれども，2カ月，3カ月で帰られる。ところがそのところがその間に1カ所や2カ所の大学，日本の大学をあっちこっちされるというようなことが起こりまして，十分な研究をしないままに帰る人が中にありました。それからなぜ2カ月，3カ月だろうということを考えてみましたら予算の問題もあったわけですけれども，あちらへ行ってみますと，来られた方はかなりインドネシアでも上の方が多いことであります。大学の上のスタッフの方が多いということになりますと，朝大学に勤められて，昼から自分の診療所を持っておられます。そういう実情で日本に長期におるということは，経済的な負担にもなり，来れないという事情がわかりました。そういうようなことがわかりましてから，何とか短期間でもできるような，きちっとしたスタディーができる方法はないかということを我々考えまして，そういう配慮を行った指導，指導というと怒られるかもわかりませんが，研究を始めたわけです。

中に熱心な方がおられまして，一応技術はマスターされました。そこで我々は帰国に際してその人に必要な機器を揃えて持って帰ってもらうことになり手配をしたわけですけれども，帰られてからが，なかなかそういう研究の時間が取れないという問題が出てきました。そこで我々としましてお願いしたいことは，もっと若い研究者で，自由な身の人を送っていただいた方がいいんではないか。先ほど現地での活動が大切だということを言われましたが，私たち大学におりますと，やはり現地の指導も大切でしょうけれども，教育をする人のための教育者の教育ということも必要じゃなかろうかと思います。ですから，そういう意味から若い人で長期間，しかも本多先生がおっしゃいましたように，長い間フォローできるような体制が必要であろうというようなことを感じた次第であります。

今回の我々の研究の成果としましては，どんなものがあったかということですが，先ほど申しましたエアランガ大学を中心としまして非常に熱心にやっていただきました。インドネシアで，インドネシアの人の教育するための糖尿病センターをつくるという気運が出まして，一昨年，そのセンターが設立されました。そしてさらに先ほどスライドでお見せしましたように，いろんな方々がセンターに集まってこられまして，我々が共同でした研究を本にして，そしてそのデータをきちっとしたものにしました。今年の3月で1万5,000人の対象すべて終わりました。今後は，その1万5,000人の対象とした人の中から糖尿病がピックアップされましたので，その人たちを対象に今度は採血したり，心電図とか，先ほどのX線を撮ったりとか，今度は細かい研究作業に入っていきます。

私どもの研究対象は，こういう栄養不良に基づく糖尿病ではありますけれども，糖尿病は先ほど申しましたように栄養ということを切り離してはできないということですから，これがまた栄養というものの教育にもつながっているということから，今後ともこのプロジェクトを発展させていきたいと考えております。

最後に，先ほどお話にありました国際協力に対して，今回竹下首相が，世界の貢献の3本柱の1つとして，今後5年間，ODAの総額を過去

5年間の倍の500億ドルにするという発表がありました。しかし私たち，これらを見てみますと，プロジェクトを組むというよりも，どなたかおっしゃっておられましたと思いますけれども，各国からの意見を組んだプログラムを組んでいただきたいと思います。これは各国の代表の人でも結構ですけれども，もっと深く研究に携わり，あるいは現地で実際に指導している人たちの意見を組み入れたプログラムを組んでいただきたい。プロジェクトはもう結構ですということをお願いしたいと思います。

最後に，私どものところに来られました一部の人の写真をお見せしたいと思います。スライド，お願いします。

（スライド）　――これは，もう10年前になりますけれども，JICAの活動としていろんな国から来られていた人であります。この中には非常に精神的にも悩まされた人もあります。10カ月このときは来られておりました。真ん中で髭を生やした人がおりますが，この人はエクアドルから来られていたわけですけれども，自分はどうしても内視鏡を買って帰りたいということで，昼の御飯を抜いてお金をためておられました。そういうことがわかりまして，私どもはライオンズクラブにお願いしまして，買って帰ってもらいましたが，非常に内視鏡の技術をマスターすることに熱心な方でありました。

（スライド）　――この人はタイ国から来られた人ですが，この人も内視鏡に非常に熱心な方でして，技術をマスターして帰られました。一昨年，私はここへ行きまして，この人に今何が問題だということをお尋ねしましたところ，日本で技術をマスターしたということは非常に感謝しておられました。チュンマイ大学におられるんですけれども，非常に役に立っていました。ただ，今問題なのは，1つは機械が十分でないということ，それから自分はもう少し次のステップの技術をマスターしたいこと。それをまた若い人に教えていきたい。しかしそのチャンスがないと。そういうことで，我々が知っているかぎりのアプライをする方法はお教えしたんですけれども，そういうことを言っておられました。ですからこの人の場合には，マスターした技術をきちんと後輩の人に教えておられます。

（スライド）　――今ちょっと申しましたけれども，技術をマスターしたことをきちっと教えておられるということを申しましたが，私どもの大学へ来られた人の中でこういうふうにきちっと教えられている人もありますが，中には自分だけで知っておればいいという考え方の人もおられたようであります。これは，最後になりますけれども，私どものところへいろんな国から来られた人たちをうちの看護部の部長，総婦長さん，それから病棟の婦長さんなどが主催した歓迎会，すきやきパーティーのスライドです。

以上であります。（拍手）

司会　どうもありがとうございました。

最後に宮崎先生お願いします。

宮崎　亮　宮崎でございます。世界の中の最も恵まれない人に仕えよう，貧しい者の中の一番貧しい人に私を捧げよう，などという夢，幻，そんなものを持って私は1963年，約25年前でございますが，アフリカ西海岸にあるナイジェリアへ医療協力を目的に参りました。

また1980年初めから，もう9年前でございますが，バングラデシュの田舎にある病院，モンブラン・クリスチャン病院を拠点に，地域医療協力のあり方を模索しながら住み込んでまいりました。

ナイジェリアに参りましたときから数えまして25年間，国際医療協力に深くかかわりをもってきましたので，その経験を踏まえてご報告をいたします。

経過，私どもの行ってきた国際医療協力の実際的な面についてコメントを加えながら述べますが，実はJOCS，日本キリスト教海外医療協力会から，またそのワーカーたちから多数の報告がございますので，今回は私自身に関連したものに絞って述べさせていただきます。

第1回目が1963年，ナイジェリア，トブシュのアオママに単身赴任し，このときはわずか1カ月半で重症な症状を呈する病気，吐血，血便，高熱，出血などがあったために帰国せざるを得ませんでした。命はとりとめたんですけれども，そのうち約1年間にわたり後遺症に悩まされました。このときの失敗の原因は自分の体力の不足，準備不足によるものであり，特に白人の墓地と言われていたアフリカ，ブッシュナイで働くことへの認識の甘さ，私自身の無知によるものであることと甘さによるものであったと反省しております。

第2回目は家族と共に，そのときは子供が2人，2歳と4歳でございました。再びナイジェリアに行きました。ビアフラ戦争といっておりました内乱，約200万人が戦争，餓死などのために死亡したと伝えられております。その最中でございましたので，薬，医薬品が足りず，患者は非常に多くて，小児科だけでも1日300人から400人，それを1人の医師が診ることもまれではございませんでした。1日，私自身685人の患者を診たことがございました。病院はイギリスのミッション病院でよく準備されておりました。また優れたスタッフを持っており，ブッシュの中ではありましたが，働きやすいところでもございました。ただ，イギリスの植民地支配の最前線の名残りが残っており，やや違和感を感じました。

第3回目はWCCの要請で，旧ビアフラ地区，ナイジェリア東南部州で，ウォー・アフェルトリー・エアリアのリハビリテーションへ行ったんですが，そのときは50カ所以上の医療センターに医療器具，医薬品を送り，また巡回診療，予防活動も行いました。担当地域は非常に広大なところでございましたので，期間も短く，十分な医療協力をしたとは言えませんでした。

スライド，お願いします。

（スライド）　――かなり前のスライドでございますが，そのころから地域社会の中に溶け込んで草の根の人たちと一緒に仕事をしなければならない，その中に溶け込むのでなければ医療協力はありえないんだということを私は考えておりまして，子供たち2歳と4歳でございましたが，住民と一緒に生活をしました。

（スライド）　――今も多分同じだと思いますが，カヌーが交通の手段でございました。

（スライド）　――ジープを使ってかなり広い地域を駆けずり回りました。

（スライド）　――駆けずり回ると言いましても船がございません。特に水がありまして，道が悪く，こういうようなところをいくのに1日も2日もかかるということがございました。

（スライド）　――そして戦争中でございましたので，200万人の方が殺されていた。そのためにハゲタカがたくさんおりました。すぐ近くまで寄ってくるんです。

（スライド）　――最後の頃になりまして，やっとボートが得られまして，このボートを使ってかなりの奥地に行くことができました。

（スライド）　――診療所52カ所ぐらいでございました。そこに行っても戦争の後，これは3回目でございましたが，あのように右に診療所があるんですけれども，診療所らしい建物だけがございましたので，診療も十分になされなかってということであります。

（スライド）　――やはりそのころは貧困，特に餓死，このようにお腹がぽこんとはれている子供たちがたくさんおりました。

（スライド）　――それからライのハンセン病がかなり見られまして，こういう小さい家に何百人というコロニーつくっておりました。それも私どもの1つの，大きな目的だったんですけれども，わずか1年きり，最後のときは1年だけだったものですから，十分なこともできずに帰ってきました。

現在，1980年1月から，バングラディッシュで，ことしで9年になります，現在行っておりますことを主にこれからお話したいと思います。

バングラディッシュにおける医療協力では，

まず基本理念といたしましては，私どもの方針としてその地域にある最も弱いものに仕えよう，その人のところに行ってあげよう。私自身は私の兄弟であるこれらの最も小さいものの１人にしたのは，すなわち私にしたのであるという，あの聖書の言葉を一番大切にしております。医学的の実践要綱といたしましては，第１がコンプリヘンシブ・プライマリー・ヘルス・ケア，それから第２が予防医学，特にイミュニンゼーション，BCG，ポリオ，DPTなどを重要視しております。また第３に子供，女性，特に妊婦のプレネータル・ケア，アンティネータル・ケアを行っております。さらに最近は，ハンディーキャップ・センター，バングラディッシュにはハンディー・キャップセンターは田舎の方には全くございません。それでもやはり貧しいものの中の一番貧しいもの，悲しんでる人たちの一番悲しい人たちに属する人たちであるハンディーキャップを持つ子供たち，その人たちも私の目的であり，夢であるということを考えまして，私どもがボブラで始めました。その中にはメンタル・レターゼーション，ダウン症候群とか，あるいはセーブラル CP，セーブラル・ポリシーとかポリオ・メニンジャーティスの後遺症とか，それからブラインド・ペーションスなども含めております。

アプローチの方法でございますが，まず第１に，完全プール付近の村約20カ所を選び，アウトリーチ・クリニックと称する小さな診療所をつくりました。そしてその診療所に１人のメディカル・ワーカーを勤めさせております。ワーカーはその村の出身のものですから，24時間勤務，そしてそこで下痢とか，風邪とか，頭痛とか，お腹が痛いとか，感染症があるとか，そういう簡単なものは全部やってくれます。それからポリオとか，DPT，BCG などによる結核，小児麻痺，百日ぜき，ジフテリアなどの予防活動を行っております。自分の村である，自分の出身のところであるということですから，住み込んでいるわけです。24時間勤務でやってくれております。また緊急患者はハイヤー・レベルであります完全プール・クリニックというところに送っております。

その完全プール・クリニックは，セントラル・クリニックと称しておりますけれども，ハイヤー・レベルであり，小さな臨床検査室，ラボラトリー，それから小さな手術室があります，ここでアウトリーチ・クリニックから送られてくる患者を，ワーカーが送ってくるんですけれども，それを診る，またワーカーを養成する，また再教育をする。第一線基地から１つに離れたところにございます。手に負えない患者は，さらにボブラ病院に送るという中間的な基地でございます。１つのチェーンシステムをつくってございます。

さらに第３のところがボブラ病院，リファーズセンターとしておりますが，ボブラ病院がこの第３段階の医療機関として活動しております。病院は常時３，４人の医者がおり，帝王切開や骨折など，簡単な手術に加え，胃腸の胆嚢手術，あるいは前立腺の手術なども最近やるようになりました。小児科，外科，内科，産婦人科，眼科，泌尿器科を主体とした，昨年１年の統計で約５万人ほど診ております。分娩数が800ぐらい，帝王切開が200ほど，非常に少ないスタッフで，いわゆるリミッテッド・スタッフで，リミットレスの，全く限りない患者を診，仕事に挑戦していると申してもいいかと思います。

スライド，お願いいたします。

（スライド）　――この仕事につきましては，いろんなところで私，報告いたしておりますので，今これから，この将来，何をしようかということ，それから国際協力のあり方の示唆になるかと思いまして，私どものやっていることをもう少し述べさせていただきます。これは私どもの手術室なんですけれども，右におりますのがドクター・シャミームという，日本に３カ月おりました産婦人科医なんですけれども，普通に教育いたしますと産婦人科というのは外科１

年，それからレジデントをやりますと３年から４年，たいてい５年ぐらいはかかります。これシャミームさんは右の現地のベンガルの人なんですけれども，もう帰ってきて帝王切開ができます。

（スライド）　――パースン・ツー・パースンで手術を教えてもらったわけです。

（スライド）　――バングラディッシュは非常にプレネータル・クリニックなども余り発達しておりません。そしてディストロポーションなどが非常に多くて，村で死ぬケースがかなり多いのです。それを私どものチェーン・システムで私どものところまで送ってくる。それを手術する。これは私が手術をするんじゃなくて，たった３カ月やったエデュケーションによる，このドクター・シャミームがやっております。

（スライド）　――電気がときどきなくなります。懐中電灯で手術もできます。

（スライド）　――それからこれは麻酔，麻酔の医師はおりません。私どもが麻酔をエーテル麻酔でございますけれども，ほとんどの手術をこの看護婦，全く教育を受けておりません。教育というのはわずかに，日本で言いますと中学ぐらいの教育しか受けていないんです。その人がこのような麻酔をしてくれるようになりました。

（スライド）　――それから赤ちゃんのケア，全部で大体去年で900ぐらいの赤ちゃんの分娩が800，900ぐらいの分娩がございました。それをこの病院で皆やってくれる。そして10年間ぐらいで言いますと，１万人ほどの赤ちゃんがここで生まれているんですが，その赤ちゃんにまつわってくる人たち，１人の分娩に10人か20人ぐらいきます。そうすると，その人たちにもある意味で，そのクリニックの赤ちゃんをどうしたらいいのか，どういうようにケアをしていいのかということを教える大きな意味になっているんじゃないかと思います。

（スライド）　――これもほかの国で教育を受けたんじゃなくて，皆私どものところで教育しております。

（スライド）　――生れたばかりの赤ちゃんです。

（スライド）　――こんなかわいい，まだ小学校，中学校，日本でいいますとそのぐらいの教育を受けた人たちがこのように意欲的な教育を十分やってくれるということです。

（スライド）　――これはハンディーキャップ・センターをつくりました。下のボールの上にのせて，バランスを取っているところでございます。

（スライド）　――たくさんの子供たちが来るようになりまして，今，120人を超えました。

（スライド）　――いろんなものがありますが，病院の中の大工さんが全部つくってくれております。

（スライド）　――この椅子も大工さんがつくりました。前にあるおもちゃも大工さんが，病院の人たちがつくってくれました。

（スライド）　――やっているうちに，いろんな人が手伝いにくる。これも自家製のものでございます。

（スライド）　――これもポリオで麻痺をしたものなんですけれども，自家製のものです。

（スライド）　――これは患者ではございません。私の家内ですが，このウィルチェアーも自家製のものであります。

（スライド）　――私どもがやってるうちに，それを聞きつけていろんな人が手伝いにきてくれました。これはイタリアの神父さんです。１週間に２遍，全くのボランティアで来てくれます。

（スライド）　――スタッフも集まって手伝ってくれるんです。

（スライド）　――これはスタッフのお嬢ちゃんですけれども，中に来て歌を歌ってくれたりします。音感教育。非常に大切なことです。

（スライド）　――さて，ここでもう１つ問題があります。これは余り評判のよくない心臓病院，循環器センター，外務省は非常に評判のい

いと言ってるんですけれども，現地ではこれは特権階級だけの病院だと言って，余り評判のよくない，村の人たちは全く使用できない，貧乏人の病院ではないと言われている病院でございます。

（スライド）　——ところが，私は日本のお金にしまして100億円，150億円ぐらい使っているんでしょうか。それを特権階級の人たちのものだけにしておく法はないと。私はそう考えまして，田舎の方から１人の患者，全く貧乏な患者，マイトラステノーシスでございました。足が腫れていて，肝臓が腫れていて，もう６カ月はもたないと言われていた患者でございました。それを連れていって，手術してくれるかといって談判して行ったわけです。それじゃあ，やりますよと言ってくれました。これは今心カテをやっているところでございます。心臓カテーテル。

（スライド）　——それからこれは病院の中で，特権階級だけかと思いましたら，そうでもない。話を聞いてみますと，いや，私は田舎から来たというのも少しおりました。

（スライド）　——これも田舎から来て，ただで入院している人たちです。病室でございます。

（スライド）　——これは看護婦さんで，日本のJICAの派遣の看護婦さんで，左にいるのがマイトラステノーシスの手術，まだ終わってない患者さんです。

（スライド）　——そして手術が終わって，真ん中にいる患者さん。とてもうれしそうな感じで，しっかり症状が取れました。

（スライド）　——それから私どもの非常に問題になっているのが洪水であります。洪水は，去年40年以来といわれる大洪水がございました。今も今年になってもあのような状態，住むところがないのです。

（スライド）　——住むところがあっても，ドアがない，窓がない。ドアがない，窓がないということは，ヘビが来る，ネズミが来る，イタチが来る，ジャッカルが来る。子供などにとっては非常に命の危険があるわけでございます。

（スライド）　——こういうところに，１年たっているんですけれども，全く再建のめどが立っておりません。

（スライド）　——これは先週撮ってきたんです。私たちの持っていったポンプで，水がないんです。非常に困るんです。水が浸水のために侵されてしまった。これが何十人，何百人の人たちが大きな大きな益になって，子供たちは非常に喜んで，病気が少なくなっております。

（スライド）　——子供たちはそれでも元気です。

（スライド）　——今年も洪水が来ました。わずか３日前，先週の金曜日でございましたが，もうこれだけの水が来ました。完全プールに行けません。やっと行きましたけれども，水だらけです。

（スライド）　——もう一面の水。

（スライド）　——畑も陥没寸前でございました。

（スライド）　——それから私どものもう１つの夢は，今の洪水ではどのようにしていいか。私には全くわかりません。でも，その１人１人の悲しみ，悩み，それを私どもの心に受け止めることによって，どこかに解決が見出されるのではないかと思うんです。

もう１つの夢は，ボブラと同じようなものを，チェーン・システムのできたものをもう１つつくろうという夢がございました。これはラジシャキ病院なんですけれども，そこにミッション・ホスピタルがございます。そこの小さな病院，一時は閉鎖寸前までいっていた病院でございました。今はここにも私どもが日本で，私の家に泊まってもらって教育を受けてもらったドクター・ビシャスというのがおりまして，産婦人科をやってくれております。わずかの期間でしたが，このドクター・ミセス・ビシャスも産婦人科，帝王切開を自由にこなせるようになって，ラジシャキ病院におります。

（スライド）　——１年の分娩数が既に800例，

ボブラ病院と同じぐらいになってきました。そして彼らはコミュニティー・ヘルスもどうしてもやらなければならない。今年もやるんだとはりきっております。

（スライド）　――これは結石の手術をラジシャキ病院でしました。それからここの看護婦の養成を私たち，その病院でやっているわけです。

これで終わります。

約25年にわたって国際医療協力にかかわってきましたので，その経過報告をいたしましたが，日本の国際保健協力のあり方に何かご参考になればと思っております。私は，その国際保健協力の中にあるもの，本当のものは何だろうかと考えているんですが，お金ではないような気がします。建物でもないような気がします。人でもないような気がするんです。やっぱり私たちは，赤ちゃんが，子供たちが餓死していく，死んでいく。簡単な下痢で死んでいく。それはやっぱり人間として許されることではない。私たちにもそれは責任があると思うんです。やはり日本人の心の中に本当に温かい心がなければいけないと，その温かい心を持って，医療をしなければ，すべてが，何をやっても無駄になる。私はそんなような医療協力があってほしいと思っておるんです。

これで終わります。（拍手）

司会　どうもありがとうございました。

それでは，前に演者の方に出てきていただきまして，ディスカッションに入りたいと存じます。

ディスカッション

司会　事務局のお許しがございまして，5時半までやれということでございますので，約40分間ディスカッションをしたいと存じます。

今までの実はモース先生，あるいは Ashitey 先生，あるいは本多先生，1つの理念についてお話いただいたと存じます。現状を述べていただくと同時に，医療協力の理念という問題が一番大きく出てきたのではないかと存じますが，さらにアレン先生はアメリカと日本との協力のあり方と申しますか，それを1つの今後の海外への協力のモデルになるのではないかと。またアメリカの海外協力の現状をお話していただいて，我々の今後の道に1つのサジェスチョンを与えていただいたと思います。土井先生は新しい糖尿病の紹介をしていただくと同時に，研究者の日本での迎え方，宮崎先生は本当の実情を述べていただきました。いろんな方面からお話をいただいたと存じますが，ここでちょっとお断わりしなければなりませんが Allen 先生が東京での日米医学協会の会議がございまして，先におたちになりました。したがいまして，アレン先生を除いた先生にここにいていただいております。

最初に，演者の間でどうぞご質問なり，あるいはおっしゃり足りない点がございましたら，さらにコメントを加えていただきたいと存じますが，いかがでしょうか。

本多憲児　Ashitey 先生に申したいんですが，ガーナでは，今までは研究所中心だけれども，しかしながら先生はエレクトン・マイクロ・スコープより，もっと公衆のためのことが必要だとこうおっしゃいました。私もそのことは大変大事だと思っております。最近，野口研究所は子供のためのイミュニイゼーションというよう

なことをやっております。今度は日本政府もルーラル・エリアの方の衛生というのを何とかしようとしています。そのためには世界銀行が日本に対して援助をしてくれというようなことで，自動車などを送り，それで患者さんのみならず，住民のいろんな衛生をやりたいというようなことを言ってるんですが，その点はいかがなんでしょうか。

Gilford. A. Ashitey

最近日本が援助をされているような形は，非常に適切な形態だと思います。もちろん最初に，初めて私どもはいろいろな素晴らしい出来事がありました。例えば研究所が出来上がったりとか，そういうことがありましたけれども，もちろんそういうような基金の援助等もとても大切だと思います。非常に有効ですし，大学では活用しております。また多くの研究者が利用しております。それと同時に，私が現在話さなければならないのは，技術の適切性を考えていかなければならないと思います。重要なのは，どのような段階であっても，問題をまず明確化するということだと思います。そしてどのような資源が使えるかということも考えていくべきだと思います。というのが，答えを出すというのは簡単だと思いますけれども，ただ結果が存続するようなものをつくり出すというのが非常に重要だと思うんです。私はこういうような正しい方向づけに現在あるということで，大変喜んでおります。

私はそういうことを申し上げたかったんです。

どうもありがとうございました。

司会　あと，いかがでしょうか。

Mohs先生。

今，ほかの国に対して日本がやっている実情も少しおわかりになったと思いますが，コスタリカでは今後さらにどのような援助が必要なのか，どういうふうにお思いになりますか。

Edgar Mohs

座長，ありがとうございました。

私は，１つ重要なことがあると思います。この会議の結論として重要な点です　。途上国がそれぞれ違います。そしてさまざま違う段階にあるわけです。発達段階も。非常にその発達が遅れているところも，余り遅れていないところもあるわけです。そしてその状態というのはそれぞれ違いまして，ラテンアメリカにおきましては，例えばハイチとか，あるいはボリビアとか，そういったところは開発が非常に遅れております。そして，そういった国におきましては，保健に関する指標というのは，アルゼンチンとかウイグワイとか，あるいは私自身の国でありますコスタリカなどと非常に違うわけです。過去15年ぐらいでありますが，我々は感染症と，あるいは寄生虫疾患とか，あるいは栄養障害などが主要な死因であったわけですが，これと闘うことができるようになりました。適切な技術によりまして，日本から得られました協力のおかげであります。

今日では，こういった経済的な先進国という意味では，１人当りの国民所得がこういった途上国ではまだ低いわけですので，ですから，こういった国でもまだ保健状態というのはかなり解決されてきておりますが，そしてこういった国でも我々のような解決が行われている国はまだ少ないわけです。しかし，いずれにしても，ある程度解決はされてきますが，しかし国によって違いますので，援助の必要性というものはそれぞれ違います。したがいまして，そういった意味で誤解が生じないようにしないといけないわけです。電顕というものが例えば今お話になりましたが，それと栄養障害の問題，あるいはマラリアの問題，そういったものと混同してはならないわけであります。しかし別の面からいきますと，こういった先進技術の協力がなければ，やはりできないことも多くありますので，こういった国でもやはり先進技術の協力というものも必要であります。

しかし，もう１つコスタリカにおきまして，あるいはほかの国でも必要なことがありますが，これは先進国との差もあるわけです。それ

は，違いがあります。例えば図書館とか，あるいは美術館というようなもの，こういったものが地域社会にありますけれども，しかし途上国にはこういった施設は少ないわけです。これは非常に重要なことですが，こういったものも，やはり我々にとっても必要であります。そしてまたさらに衛生条件でありますとか，あるいは予防接種でありますとか，あるいは環境の問題，そういったものに関しましても改善するためにも，やはり先進技術が必要であります。また慢性疾患というものを，たたくためにもやはり必要でありまして，さまざまその要求度というものは途上国によっても異なるわけです。

司会　どうもありがとうございました。

あとで土井先生もおっしゃいましたし，あるいは最初にDr. Ashiteyが100年後には人の教育をと。1年後には米だけれども，100年後を考えるならば教育だと。教育の問題，非常に大切な問題だと思いますが，その点について，土井先生もおっしゃいましたし，いかがでしょうか。さらにもう少しディスカッションをしたいと存じますが。日本の教育は，外から人を迎えて，そして教育をするという点がまだまだ一番遅れているようです。本多先生のおっしゃるとおり，国際協力のための日本人への教育が遅れている。マンパワーを蓄えなければならない。その点につきましていかがでございましょうか。

土井邦紘　本多先生がそういうマンパワーのお話をされまして，私は実際の大学の研究交流としてのあり方の現状について述べさせていただきましたけれども，先ほどアレン先生が言われてましたように，海外医療援助費というのは，すべてを海外援助するというのではなくて，やはり国内で海外協力はどうするべきかという費用にも充てていただきたいのです。現状を見ますと，我々の大学で見ますと，私は臨床家ですから，臨床の現場のスタッフのところへそういう海外からの勉強をしたいという人が来られるわけですね，最初に申しましたように。その人たちに研究費としてついてくるのは，こんなことを言うてはいけないのかもしれませんけれども，そういう研究費というのはほとんど無いに等しいわけです。しかも我々は従来の仕事がありますから，その合間を見てやらなければならない。長くいてもらえるのであれば，短い時間でも意思が疎通してきますから，だんだんと研究も運んで，ある程度の研究がはかどって帰っていただくことができます。何せ短い時間にお互いの要求が強いものですから，来ていただいてかえって反感を持って帰っていただくというようなことがやはりあるんじゃないでしょうか。そういうことを心配しますので，教育，100年ということがあると思いますが，いつまでたっても，そういうことだけが残っているのでは，せっかく日本へ来ていただいて，かえってだめであるというようなことにもなると思いますので，そこら辺は考えるべきじゃないでしょうか。

それには我々自身が日ごろの生活を考えなければならない。経済的には確かに以前から比べれば余裕ができたかもわかりませんけれども，決して精神的には余裕ができたとは言えないと思います。やはり我々自身生活が精神的にも，余裕のある生活でなければ，他の人のことをとやかく言うことはできないんじゃないでしょうか。私はそういうように思って，自分自身をいつも反省しております。

仕事，患者さん，あるいは学会等に追われて自分の時間，家族との一緒の団欒というものもほとんどありません。そういうことを話していますと，そういうことでよく患者さんを診るなと。自分の体ということも考えずして，ほかの人の体のことをとやかく言える立場じゃなかろうと。そういうことを言われますので，今後我々としては，やはり我々自身からもう一度考え直さなければならないんじゃないかというように考えております。

司会　ありがとうございました。あと，フロアーからも質問なりコメントをお受けしたいと思いますので，どうぞ簡単に。

本多憲児　それで，先ほども申しましたよう

に，国際開発大学，何も立派な大学をつくろうというのではないのであって，例えば協力隊の方が外国へ行かれておる，あるいはカウンターパートと一緒に仕事をしている，そういった人たちが日本に来て，短時間といっても２人で一緒にやればいいんじゃないかと思います。それは例えば土井先生のところへ行って勉強するとか，そうするとお互いにまた帰っても勉強できる。これは宮崎先生のところもやはりそういうカウンターパートが日本に来たならば，今度はそこの先生のところへ行って勉強する。そういうふうな開発大学というシステムは，これは決して今までの大学のシステムそのものではないんでございます。これは自由な大学であって，建物は小屋が１つだけあればそれでいいんであって，あとは各大学の今までのよいところさえ吸収すればいい。それで，私はそういうものを何とかしてつくりたい。同時にやはり国際病院というようなものをつくって，いろんな先生方も看護婦さんも，あるいはパラメディカル，パーソナルの人もそこへ来て，またグレードアップしていく。そのことを私は申し上げてるんです。

ただし，ここで私，モースさんとアスティーさんのお２人にお聞きしたいんですが，日本に勉強しにおいでになる，あるいは研究する，ドクター号も取らないで，そしてただそのままでお帰りになるということに対して，いかに考えられているのでしょうか。例えばフランスでグランコールへ行く。そうするとドクターのタイトルを取る。あるいはロンドンのサセックス大学へ行く。そうするとそこでドクターのコースを取るというようなことが，日本ではそれが行なわれていないということに対して，いかにお考えになっているか。それをちょっとだけお聞きします

Gilford. A. Ashitey.

医学教育でありますけれども，それはいろいろ国によって状況が違うと思います。ガーナとか，あるいはほかの国から日本にやってきて医学を学ぶとします。例えばまず言葉を覚えなければいけないと思います。そしてその条件を満たさなければいけない。大学に入学の条件を満たさなければならないということ。そうすると，学位を取るということは非常に難しいと思うんですけれども，ヨーロッパに行くと，ヨーロッパの学位がもらえるわけでありますけれども，そこでそれは問題がないと思うんですけれども，例えばここで問題になるのは海外の人間が日本にやってきて，そして日本のプログラムに参加する。そうすれば法律だと思うんですね，問題は。そうすると，日本の法律では海外から人間がやってきて開業すると，治療するということができないわけであります。日本の方がやってこられて，そしてそれで皆さん方が開業がもしできないと，それは問題だと思うんですね。私どもの国で開業できなければそれは問題だと思いますが，私ども現在，日本人の皆さん方の経験をしているんです。

本多憲児　医師としてではなくて，博士号のことなんです。私がお話したいのは，Ph. D なのか，あるいは博士号，MDか，Ph. Dか。つまり学位のことです。技術の学位のことを聞いてるわけであります。

Gilford. A. Ashitey

ヨーロッパに行こうが日本に行こうが，別に問題ないと思います。その学位がいただければ，それはどのような人材に対して与えるかということでございますけれども，現在の場合は私どもやってきまして，学位をいただけないコースに参加しているわけであります。同じようにヨーロッパにもやはり学位を取れるコースと取れないコースと両方あります。ですから皆さんが何を望むかによると思うんです。もし日本のドクターのアシストをするということであれば，それは十分だと思います。

ただ，問題は許可ができるかどうか。開業の許可，ライセンスの問題だと思うんです。例えば土井先生の方がおっしゃったと思いますけれども，日本にやってきて，そして患者の診療が

できないという，そういう問題があると思うんですけれども，これには2つの問題があると思います。例えば日本にやってきて日本の方も同じ状況だと思います。日本人が海外に出掛けていて，そしてそこで許可されないというような問題とも同じだと思うんですけれども，日本のいい面もありますし，またそうでない面もあると思います。ですからそこに柔軟性があれば，つまりお互いの各国のシステムの中で柔軟性があり，そうすればお互いにどこかで協力できる。あるいはそこで仕事ができる場所が見つけられると思います。

本多憲児　今の質問，ちょっとだけ追加しておきます。

日本では海外からドクターがこられた場合に，臨床ができないものじゃないかという今お話があってわけですけれども，今年特定の大学では我々がついて指導医ということになりますけれども，臨床ができるように病院が指定されました。ですから，今後はそういうことができるようになったということをここで知っていただきたいと思います。

司会　モース先生，何か教育について特別なことがございますか。

Edagr Mohs　私のコメントですが，医学博士の学位でありますが，ラテンアメリカにおきましては我々はメディカルドクターを海外，例えば日本とか，そのほかの国で教育する必要はないと思います。というのは，こういったラテンアメリカの国におきましては，各国でそれぞれ多数のMDを生み出すことができるからであります。そして問題というのは，もっと高度の教育の問題でありますが，これは我々は当然必要としております。十分な教育を受けた人，そして先進諸国で教育を受けて，そしてPHDとか，幾つかの分野でこれを取っているということが必要であります。特にバイオロジーとか，あるいは消化器科学とかいうような専門的な教育は必要としております。しかしこういった学位の問題でありますが，こういった先進国に行ったときは，しかし自国に帰ったときにはやはりフラストレーションがあるようです。こういったすべての新しい設備があるところで働きたい，あるいはすべての設備が使えるところで自分自身の研究をやりたいと。途上国に帰ってきてもそういうふうにしたいと思っているようですが，病院でも大学でもこのような，同じような最新の設備を整えた施設はないわけです。

ですから，過去においての大きな間違いといたしまして，こういった国における途上国のMDの問題というのは，特に特殊な研究に興味があるような人，こういった人たちではやはりこのMDを取った国で勉強したところで同じような条件が得られないということで，やはりフラストレーションを覚えるようです。

しかし，こういった問題はかつて認識されておりませんでしたが，しかしこの問題は途上国でも，また先進国でもともにこのようなフラストレーションの問題というものをやはり解決していく道を見つけなければいけないと思います。教育を受けた人たちがどのような程度の学位というものが，やはり途上国で必要であるかということを十分に考慮しなければなりませんし，また先進国のどのようなところで教育を受ければ適切であるかということも考えなければいけないと思います。

司会　どうもありがとうございました。余り時間がございませんが，青年協力隊の方もいらっしゃいますし，いろんなご意見をお持ちだと思います。一般的な理念の問題，あるいは今ちょっと話が出まして教育の問題，あるいはその他結構でございます。どうぞ手短に，要領よくお話願いたいと思います。

お話になりたい方は，どうぞマイクのそばにいらしてください。時間の節約をしたいと思います。

会場発言　私は医師でありまして，フィリピンの地方で働いております。私，基本的なコメントが1つあります。日本のインターナショナル，国際協力に関してでありますが，こういっ

た国際的な協力では，まず基本的な問題を見逃してはいけないということです。こういった問題は技術的な問題ではないということです。技術の改善だけでは解決できません。そしてまた１つの大きな社会における機能であるということです。この社会的なシステムというものを考えなければなりません。したがいまして，この健康の問題というのは，それぞれの社会構造にあわせてアプローチしなければ解決することができません。特に途上国におきましては，これは総合的なものではありませんし，また短期的なものだけではその恩恵はありません。長期的にならなければ，そしてまた下部構造というものにも十分なケアをしなければ解決しないものです。また有意な変化というものが先進的あるいは経済的あるいは社会的，文化的なストラクチュアを変えなければ十分な効果は得られないということであります。例えば民主主義が確立されているかどうかというふうな問題も大きな問題でありますが，こういったそれぞれの社会というもののお互いの協力によって最終的には構成されるものと私は思っております。

次にフィリピンの具体的な問題もお話したいと思いますが，大部分の人々というのはやはり貧困であります。非常に多くの資源というものが我々の国にはありますが，それでもありません。もちろんマルコス一党は非常に大きな利益を得ましたが，ほかの人ではそうではありません。またその資源を見ていきますとこれは50億ドルでありまして，そのGNPの６％程度しか保健に使われておりません。また，25億ドルもの借款があります。そしてまた57億ドルもの支払いというものを毎年していかなければならない。1987年でもやはり予算の40％を借款の返済に使っているわけです。ですからこの支払いだけ見ていきましても，その利子だけでも20億ドルにも達するわけであります。また今後５年間に160億ドルもの返還が必要でありますし，また70億ドルの援助があれば，アキノ政権にも非常に役に立つというふうに考えるわけです。

このような赤字の問題がありますので，やはり財政的に大きな問題があるわけです。こういった問題でやはり政治的にも問題があります。病院とか学校も新しく建てる必要がありますし，ドクターも必要であります。これに対しましてまたこれを供給するシステムというものも必要であります。またさらに我々自身，懸念しておりますのはやはり社会，政治的な安定の問題であります。これは政治的，あるいは経済的な発達の問題と，こういったような問題というものも国際的な保健，あるいはその保健の向上というものを考えていくときに考えなければいけない。そして政治的，経済的な要素というものは忘れることができないわけです。

そしてさらに，日本の役割ということでありますが，当然国際的な保健の問題に我々は関心をもっているわけですが，ここで忘れてはいけないのは，途上国というのは制度の改善というもの，これが必要であると。そしてその根底にやはり健康の問題というものを当然考えていく必要があるということであります。そしてサービス・オリエンティブなものもあるし，あるいは利益志向のものもありますけれども，こういったこともすべて考えて，適切な医療というものを与える必要があります。これはもちろん市民の責任でもあり，また政府の責任でもあるわけで，その予防法というものもこの中に含めなければいけない。

ということは，2,000年までにすべての人に健康をというものがありますが，これはまず計画を立て，そして実施し，そしてそれを評価していくというだけ，これを行なうわけですが，これは官僚だけがやっていたのでは十分ではないと考えるわけです。またさらに人材的にもあるいは設備的にもやはり援助が共に必要であります。そうすることによって人々の健康のために貢献していくということが必要であります。そして現在持っているような設備が適切であるか，あるいは各国にとりましてそれが適切であるかどうかということをやはり見ていかなけれ

ばいけないですし，また研究というものも必要であります。こういったことをすべて考えまして，経済的，そして政治的，社会的な環境のもとで総合的な計画を考えてみなければならないと思います。

司会　時間が余りございませんが，JICAの立場で近藤先生，お聞きになって何か。近藤先生もまだご着任になって非常に日が浅いんですが，いかがでしょう。

近藤健文　突然のご指名でございますので，ちょっと何と申し上げたらいいか考えているわけなんですけれども，私，JICAにまいりまして1カ月ちょっとしかたたないんですが，その間にいろいろな方々からいろいろなご意見を承っております。今，各先生方からいろんなお話があったわけでございます。私ども非常に相矛盾した，いろいろなことを感じておるわけです。私どもがやっていることについて，いろんなご意見もありますし，また私どもがやっていることは国際保健協力の中にどういう位置づけをされているのかということについてもいろんな考え方があるんだろうと思います。

私，ときどき感じるわけなんですけれども，非常におのおのの国の発展段階があり，おのおのの国の内部事情があるわけでございますから，その内部事情のこれはまさに内政の問題であります。それに対して我々がどんなことができるのかということが，やはりひとつ非常に難しい問題じゃないかと思っております。それから私ども今までJICAというのは，何をやっていたかというと，どうもいろいろな国からいろんな要望があって，それをできるだけ政府間でこういうものをつくれと言えばつくるというような感じでやってきたんだろうと思うんですけれども，それがよかったのか，悪かったのかというのは，また前に申し上げた内政の問題といろいろかかわってくるんだろうと。そんなように感じているわけであります。ですから非常に国際保健医療協力の問題というものが，今後どうやっていったらいいかということの理論的なディスカッションというんでしょうか。学会としての理論的な，そこでの方向づけというものを私，この学会にご期待を申し上げたいと，そのように考えておる次第でございます。

司会　どうもありがとうございました。

もうそろそろ終わりに近づきましたが，青年協力隊の方もおいでになりますし，今朝から一般のセッションで伺っておりますが，先ほど宮崎先生の本当に心温まるお話がございましたし，実際に現場にいらして，何か切実にお感じになっていらっしゃることがあると思うんですが，いかがでしょう，どなたか，ご意見ございますか。

会場発言　青年海外協力隊で2年前に，医療協力の方で行ってまいりました。任期が終わってずっと私なりにいろいろと考えてきました。やっぱり僕のカウンターパートといろんな話をして，そんな話もしたんですが，やっぱりシェアリングすることだと思うんです。協力ということはどういうことかと言いますと，この前の武見先生の国際医療学会でも問題になりましたが，援助と協力というのは，はっきり言葉の厳密性を我々は考えなければいけないということがあると思うんです。ここではちょっと省きますが，協力ということはやはり2つの，お互いの上位目標を達成するということだと思うんです。その意味で我々がやることは，やはりお互いの上位目標とは何かということをじっくり話し合う必要があると思うんです。私自身は，協力隊というのは一つだけ，いろんな団体とも，いろいろ派遣されますが違うところがあります。それは相手の国のシステムに半分は組み込まれるということなんです。というのは，向こうの，例えばいろんなショーとか，システム，学校とかの下に組み込まれるわけですから，当然私の上司は向こうの人になるわけです。ということは，向こうの問題を我々が抱え込むと，一緒になって考えざるを得ない状況に追い込まれるんです。というのは，自分たちにも協力隊の場合はお金もない，何があるかというと，そこ

に一緒にいるシステムしかないんですね。その中でお金がなくて，いろんな機材もない。じゃあ，どうするかと。そこにいる上司に訴えること，あるいは自分の仲間を通してこれは何とかならないかという場づくりでしかないんです。

今後の協力というからには，我々はやっぱり問題をシェアリングするということが一番肝要ではないかと私自身思っております。

司会　ありがとうございました。

もっともっと話さなければならないんですが，残念ながら時間がまいりました。

最後に『空駆ける救急隊』という本を本多先生がお書きになりました。

本多憲児　皆さん，「JMTDR」，Japan medical team for disaster relief，というチームがございます。これはエチオピアで活躍された先生方の写真や内容をこういうふうに載せてあります。下巻は今度はメキシコの地震とかエルサルバドルに地震とか，あるいはコロンビアの火山爆発とか，あるいはバングラディッシュの洪水とか，そうしたものについて今度は出ます。これも1つの私たちの人間愛のあらわれだと思うんです。先ほども先生がおっしゃっておられましたが，最後はどこに組み込まれるとか，あるいは政府だとか，政府の人だから偉いとか，そういうことではないんです。私たちとて青年協力隊の人たちと同じ立場だと思うんです。問題は人間愛があるかどうかということだと思うんです。

皆さんもですね。私先般，パキスタンに行ってまいりました。それでアフガン難民の問題を見てまいりました。アフガン難民は国連の難民救済高等弁務官ですが，アンクルー，UNHCRですが，これは難民の方々を今のうちに教育して，ソビエト軍が撤退したならば，今度はみんな帰るが，そのときにはアフガン人だけでもって，いろんなことをやっていこうと考えています。そのために我々はどうしたらいいかというようなことを論じてまいりました。

どうぞ皆さん，こういうふうな人間愛というのを，私の本に「国境を超える人間愛」と副題を書きましたが，ひとつ皆さんもたくさんメンバーはおりますが，なお一生懸命に皆さんのご協力をいただいて，そして日本というのは先ほど言ったように平和を愛する国民なんだと，決して戦争をする人間ではないんだということを世界に訴えていただきたいと思います。

どうもすみません。

司会　残念ながらこのシンポジウムを閉じたいと思いますが，結論として国際協力に何を期待するのかと。何が欠けているかと申しますか，いろんな問題がございます。しかし私は，最後には宮崎先生がおっしゃいましたお金でもない，建物でもない，また人でもない。温かい心だと。私はやはりそれが第一番の問題だと思っております。

これをもってシンポジウムの終わりにしたいと存じます。どうもありがとうございました。

（拍手）

シンポジウム　Ⅱ

世界の人口問題を考える

オーガナイザー・司会
村　松　　稔（埼玉県立衛生短期大学長）

司会　それでは今，ご紹介ありましたように，これから「世界の人口問題を考える」こういうテーマでシンポジウムを開きます。

最初に，５分か10分ほど，私の方からアウトラインを申し上げて，それから後，私がお願いいたしました４人のスピーカーの方がおいでになりますから，その方々に，それぞれ大体20分程度のお話をお願いしたいと，このように考えます。

皆様方お持ちの青い本があると思うのですけれども，それの終わりから３分の１ぐらいのところでしょうか，シンポジウムⅡというセクションがございまして，そこに私のオーガナイザーとしての言葉というのを一応述べておきました。

お読みいただければそれでおわかりになると思うのですけれども，主題である人口問題というのは，私どもの直接のテーマである保健とか医療というものと根本的なところで結び付いているわけです。現場においてこれが直接的な影響を与えるということではないかもしれないのですけれども，基本的な段階で人口という要素は考えざるを得ない，そういう性質のものだと思います。

昨日もそういう議論があったようですけれども，保健医療も対象となる国なり地域に入ってきますと，その地域の社会経済，あるいは文化，宗教，こういうマクロの条件を考えなければならない。こういう指摘があったように思いますけれども，そのマクロの条件の中で，きょう，主題になりました人口というのは，非常に重大な要素であると思います。すべての面を横断する因子であると考えてもよろしいんじゃないかと思うわけです。

それで現在，世界の人口というのは，一言で申しますと，二つに分極していまして，一つは，開発途上国に見られる人口の数量的な増加の問題という面があって，これから出生の抑制とか家族計画という議論が出てくるわけです。

他方，先進国のグループでは，低い出生率，それからそれの結果として出てくる人口の高齢化，どちらかといえば低い出生率を心配しているという，二つの極に別れていて，それぞれが問題を考えているという傾向になっています。

もう一つの観点は，人口の数量的なもの，つまり，人口増加ということが関心の対象になるわけですけれども，同時に人口問題の中には，ほかの面もたくさん含まれており，人口の地域的な分布とか，あるいは都市への集中，それから年齢構造，産業構造，さらに加えていえば，国際的な人口移動というようなものまでグローバルな面では問題になっているわけです。

今言いましたように二つの極があるわけですけれども，とかく開発途上国の人口増加というものには関心が寄せられるのに対して，先進国の方の人口は，少なくとも過去の長い歴史の間ではあまり問題にならなかった面があります。しかし，最近になって，この先進国の人口問題は，低出生の問題に加えて，さらにその次元が広がっていき，人口と資源，環境，こういうような問題にまで発展してきました。

つい数日前，東京である会合がありまして，「人口と環境」というテーマで，この辺の問題がかなり深刻に論じられて，ことに先進国の高

い生活水準が，地球の環境に与えている影響の深刻さという話が出たわけですけれども，そういう方面にまで人口問題が拡大してきたということです。

今日のこのテーマは，先ほどもいいましたように，国際的な保健医療協力とこれが直接的に結び付くということではないのですけれど，その背景にある世界の人口問題を広い立場から眺めてみるのは，私どもの仕事にとっても大いに役立つのではないかということで，こういう主題を考え，それのオーガニゼーションを私がお引き受けしたとこういうことでございます。

一番最初のスピーカーになっていただくのは河野稠果先生で，実は河野先生と私，かなり昔から知り合っております。最初の頃は厚生省の人口問題研究所の所員でおいでになったのですけれども，後，アメリカにお渡りになって，人口学の勉強をされて，それからかなり長い間，国際連合の中に人口部というのがあります。そこの世界人口の推計ですね，ポピュレーション・プロジェクションということのお仕事をなさって，課長をお務めになった方です。そういう意味で，世界全体の人口をぜひ河野先生から紹介していただきたいと思います。なかんずく，先進国グループの人口問題を紹介していただきたいという，そういうお願いです。

比較的最近，世界の人口に関する著書が東京大学出版部から出ていまして，私は非常に立派な本であるという印象を持っておりますので，特に今回来ていただくことにいたしました。

それでは最初に河野先生，お願いしたいと思います。

河野稠果　村松先生，どうもありがとうございました。

村松先生から，このシンポジウムに特に，世界全体の人口の動きを総括して，特に先進国の人口問題の所在を紹介してもらいたいということがございましたので，簡単にそれについてご説明したいと思います。私は，どちらかというと社会科学でございまして，あまりメディカルなことはよく存じません，もっとも高等学校のときは理科だったんですけれども，それはもう大分前の話でありまして，あまりそういう自然科学の立場とはちょっと違うかと思いますけれども，よろしくお願いいたします。

それで，実は去年ですね，世界人口が50億になったということがございまして，そしてまたことしの７月１日に，今度はアジア人口が30億になったというお祝いがございまして，お祝いかあるいはむしろ逆なのかもしれませんけれども，そういうことで非常に世界，アジア，あるいは途上国の人口増加と，その早さというものが伝えられているわけでございます。

その世界人口は，今から38年前，1950年には世界人口は25億しかございませんでした。それがもう既に37年で倍増というのは，今までそういうことがなかったわけですね。長い間，これは村松先生の名著，「人口を考える」という新書の本がございますけれども，そこにも書かれているように，人類の歴史は200万年とも300万年とも申しますけれども，ほとんど人口増加率はゼロということできたわけですね。ところが産業革命ごろになりまして，ようやく先進国で，そういういろいろな生活水準の上昇，公衆衛生の改善ということがございまして，人口は徐々に伸びたわけですけれども，実際にいわゆる世界全体が伸びたのは戦後，第二次大戦の後なんですね。人口爆発というような言葉がそこでできましたんですけれども，本当に戦後のことなんでありまして，このように38年ぐらいで人口が倍になるというのは，今まで非常にめずらしいと，希有なことだったということでございます。

それで，最近私が入手いたしました，これは国際連合で，２年置きにやっております将来人口推計の最新版なんですけれども，それによりますと，1950年以降，徐々に世界の人口増加率というものは増えてまいりまして，本当はこれオーバーヘッドか何かをつくってくればよかったんでしょうが。1950年から55年あたりは1.8

%でございましたけれども，1965年～70年ごろになりましてピークになりまして，大体この頃に人口増加率は2.1%というようになっております。ところがそれを境といたしまして，徐々に世界の人口増加率は減っているということが趨勢でございます。現在，大体1985年それから90年の推計によりますと，世界の人口増加率は毎年1.7%ということです。

そこで，先ほど村松先生もおっしゃいましたけれども，非常に世界全体を眺める場合に大事な，大事なといいますか特徴的なことは，いわゆる先進工業国といわれる国と，それから発展途上国，デベロッピング・カントリーに分けて，あるいは国連ではMDC，モア・デベロプト・リージョンス，LDC，レス・デベプト・リージョンに分けておりますが，その中でいわゆるレス・デベロプト・リージョン，そこでの人口増加率が比較的高いということですね。しかし，それさえも一応，1965年～70年をピークといたしまして徐々に下がっているということでございます。世界の人口増加率が下がる一つの大きな理由は，先進国の増加率が下がっているということで，そういうところではまた後でいろいろ述べたいと思いますけれども途上国と先進国とでは増加率がかなり違っているということでございます。

例えば，1985年から1990年にかけての増加率の数字を引用しますと，先進国は0.53%なんですけれども，途上国は2.10%と非常に格差があるということでございます。途上国につきましては後のドクター・メルセデス・コンセプションが詳しくやられますので，私はいわゆるデベロッピング・カントリーのことはこれ以上あんまり申し上げませんけれども，ここで，もうちょっと，この対比のコントラストのことを申し上げますと，人口増加率も違いますし，また，その死亡率も違うことと，それから今度は年齢構成も違う。非常に先進国と途上国との人口の特長といいますか，特色というのが本当に対象的であることは注目すべきことだと思います。

とにかく，ずばり言えば，まだまだ途上国は多産中子なんですね。ですけれども，先進国はもう少産少子であること。それからもう一つは，人口構成が途上国は非常に子供が多いこと。例えば，アフリカのある国になりますと50%以上が15才未満の年少人口で，非常に子供の比率が多いことが目を引きます。それから比較的，15歳から64歳の現役の人口ですね，いわゆる生産年齢人口，ワーキンエイジ・ポピュレーションといいますけれども，それが途上国では少ないのであります。

それに対しまして，先進国は子供のパーセントが少ない。それから15歳から64歳の先ほど申し上げました生産年齢人口ですね，ワーキンエイジ・ポピュレーションこれが大きい。それからまた，65才以上のいわゆる老齢人口，高齢人口これがまた多いということであります。

そういうそれぞれの地域の特長を持っておりまして，全体としては，とにかく途上国は子供が多い。子供が多いために，彼らの教育あるいは教育というものに対して，かなり膨大な金がいること。そのためには途上国は，彼ら自身も工業化をもちろんやりたいと思っているけれど，なかなかその方に金が回ってこない。平たく言えばそういうことになる，そういう問題を抱えているわけですね。

それに反しまして，これも先ほど村松先生がおっしゃったと思うんですけれども，先進国は確かに人口構成の，生産年齢人口は多いんですけれども，しかし同時に老人が多いとか，それがまた，ますます将来，老人のパーセントが広がっていくという傾向がありまして，そういう老人をいかに扶養するかということが問題になります。やはり老人の場合には，年金と医療が問題となりますし，それからさらに老人はだんだん長生きをしまして，老人夫婦だけあるいはひとりぼっちで住んでいく傾向が増えてまいります。そういう状況になると，やはりそうもほっておけないということで，いろいろな介護

の問題とかそういうことが出てくるわけです。そのとき誰がやるかというような問題が出てくるというわけでありまして，いろいろ人口高齢化に付随した問題がきびしくなってくるわけです。

それから最後にもう一つ申し上げれば，先進国というと，何か我々はマンハッタンのスカイライン，摩天楼とかあるいはパリの屋根裏から見る煙突の多さというものを見まして，あるいは東京のようなところを見まして，先進国というと何か人口密度が非常に多いと思ってしまう。途上国といいますと，アフリカのサバンナをライオンが走っているとか，そういうのを見まして何か途上国の方が人口密度が少ないように思いますけれども，実はこれ全く逆でございまして，ならしますと，先進国の方がはるかに有利と言いますか，人口密度が少ないんですね。

これは例えば，1985年でも1㎢当たり先進地域は21人しかいない。ところが，途上国地域は47人ということになります。これが例えばもっと将来進みますと，大体途上国の方は先進地域の3倍ぐらいの人口密度ということになってきます。例えばバングラディッシュという国がありますが，バングラディッシュは大体面積は北海道と九州にちょっとぐらいの国ですが，その面積に大体1億近い人口があります。しかもとりたてて産業もないと，もちろん日本のように山はありませんけれども，そういうところでいきますと人口密度がすごく人口圧迫がすごいなあということがお分かりかと思います。

以上，まだいろいろとあると思いますけれども，恐らく私の後のドクター・コンセプションが，私よりもっと適切にそういう途上国の人口問題について，あるいは世界の人口問題についてお話があると思いますので，私は大体このぐらいで，むしろ先進国の人口問題に入らせていただきたいと思います。

さて，先進国の中で，それはレジュメに書いてございますけれども，やはり先ほどから申し上げましたように一番最大の人口問題は人口の高齢化ですね。この問題が一番だと思いますけれども，しかし，それとその原因であり，また，それ自身でも問題であるところの出生率の低下というようなことも非常に大きな問題だと思います。

ですから，まず，出生率の低下というようなことからお話したいと思いますが，先進国は長い間，出生力低下を経験しておりまして，今さらこれは新しいことではないんですけれども，特に1964年あたりから，また特に出生率が低下いたしまして，それが今日のいわゆる超低出生率の出現とか，そういうことを言っているわけです，実に，前にもう既に世界大戦終了ごろ，1920年代あるいは30年代ごろに一回，非常に低い出生率を当時のドイツとかフランスとかオーストラリアとかその経験したことがあるんですけれども，そういうのが戦後は一応ベビーブームというのが続きまして，もう全然別のような時代が来たかと思われたんですけれども，実はそうではなくて，大体1964年ごろを契機といたしまして，出生率が一斉に低下したということが特長でございます。

それで，合計特殊出生率という，これは英語でtotal fertility rateという概念がございまして，これはいろいろ難しく言えば切りがないんですけれども，大体女性1人当たりが何人子供を持つか，それは現在のカレントなそういう年齢別の出生率に従いまして産みますと，どれだけ子供を産むかというそういう指標なんであります。この合計特殊出生率total fertility rateをよく使いますのは，一応年齢構成の影響というものを除いているためですが，この合計特殊出生率は2.1というレベル以下になりますと，そのままいきますと，ある国の再生産というものができなくなること，つまり，だんだん将来そのままいきますと，人口はやがて減ってくるということなんです。だから2.1というのが生命線と言いますか，ある基準になってくるわけです。

それを見ますと，現在，全部これが2以下に

ある。例外はアイルランドだけでございまして，ユーゴスラビアもちょっとですね，大体西ヨーロッパの国ではアイルランドを除きまして全部これが2以下にあるというのは，壮観といいますか，とにかく凄まじいそういう低下ぶりでございます。日本もこれが今1.69ということで非常に低いわけですね。わけても低いのは西ドイツでございまして，西ドイツは1964年ごろから下がりまして，ひところはその数が1.3，1.3というと到底再生産はできないわけですが，そういう状況になっているわけでございます。今はイタリアも1.4を割って1.34。それからオランダあたりも1.5を割っており非常に低い状況になっております。ベルギーも低いですね，1.4とか1.5とかそういう非常に低い出生率の国が非常に多いというのが特徴なんです。

こういう今までもこのように低い出生率がありましたけれども，こんなに低くなったことは今までもまず空前であるということで，何かしら欧米先進諸国全体が低出生率症候群，低出生率・シンドローム（low fertility syndrome）にかかっているんじゃないかと言われるぐらいであります。そういうことで，皆様ご承知のように出生率の低下は高齢化を推し進めるわけでありますので，このような非常に低い出生率が長く続くということは，やはり将来ますます高齢化がもっと厳しくなるということを当然示唆するわけですね。それで，いろいろなことで低出生率の理由を書いておるわけです。

その理由についていささかご説明したいと思いますが，やっぱり一つの大きな理由は，今までとはどうも違いまして，非常に家族に関する考え方が変わってきたというように思いますね。とにかくこれは，キングスレー・デビスという有名な社会人口学者がおられますけれども，その人に言わせますと，これは実はこういう家族の変革があってということ，その中でも特に女性が，今までは家庭におりまして，出産と育児を担当していたのが，外に出て働くようになったと。つまり今まで，産業革命以後，非常に強固に確立しておりましたところの男女分業制度が崩壊したと。デイビスは，実は20世紀最大の静かな社会革命だと言っておりますけれども，それに関連したもろもろのことで，とにかく家族に非常に変革が来ているということが，やっぱり一番の理由だと思います。ですから，一種のむしろイデオロギー的な変革だとも言ってもいいんじゃないかと思いますね。

それに派生しまして，例えば非常に離婚がふえるとか，それから同棲がふえるとか，あるいはいわゆる婚外出産，特に早い，若いころの出産がふえるとか，そういうようないろいろな現象が起きているわけですけれども，どうも根は非常にそれ自体が，一つは今までのような，女性が家にだけいて出産，教育，育児，家事だけして従事していたのが，変わってきたということが，やっぱり最大の理由ではないかと思います。

それからもう一つは，これは非常にデモグラフィックといいますか人口学的なんですけれども，やはり今までは結婚と言いましてもせいぜい25年ぐらいしか実際には住んでいなかった，それがこれだけ寿命が伸びますと，40年あるいは50年も長く住むようになる。そうなってくると，キングス・デイビスによりますと，長くおれば仲が悪くなるのは当り前だと，性悪説的考え方があるわけです。

これはまた別の話なんですけれども，日本も今まで三世代家族というのが非常に連綿として続いて，非常に麗しい形であるのでしょうが，これから果たして三世代家族が続くだろうかといいますと，昔は三世代といいましても，10年ぐらいしか実際一緒に住むことはなかったんですね。それから，嫁と姑というのは大体仲が悪いということになっておりますけれども，嫁と姑というのはせいぜい戦前は5年から10年ぐらいしか実際に住んだことはなかった。ところが，これはだんだん日本なんか寿命が伸びてきますと，我々の推計で恐らく30年ほど嫁と姑は一緒に，三世代同居を続ける限りですね，しな

ければならないという推計なんです。ですから，5年や10年なら我慢できたけれども，30年たつと，もつかなあという，そういうような考え方があるわけでございます。

そういうことでちょっと脱線いたしましたけれども，やはり根底にはそのようなある意味でのイデオロギーの変化といいますか，つまり何か，私は別に女性の地位の向上とかいうことを決して悪く言うんじゃない，これはある意味では歴史的な流れでありまして，ある意味で不可逆的な流れだと思います。これを変えることは歴史の針をもとに戻すようなものだと思いますけれども，やはりその辺のところがありまして，何といいますか片方では非常に大量の，洪水のような新しい便利な消費のための商品があり，とにかくデパートに行けば買いたいものばかりであります。あるいはよく地下鉄なんかに乗りますと，美しいヨーロッパのパック旅行の広告がありまして，そんなものを見てますと，子供を3人も4人も産んで，それだけで一生終わるには何か人生で損をしているんじゃないかと，そういうような考えを持たせるようになったんじゃないかと思いますね。だからヨーロッパの場合では非常に大人中心主義といいますか，そういうものに変わったと言われていますけれども，そのような考え方の変化が最近あったんだと思います。大変社会学的なことで，あまりご興味はないかもしれませんですけれども，そういうようなことが根底にあったと。

それから，もう一つはかなり有力な理由としましてはこれはピルですね，ピルが大体1960年の初期，早いところは50年代の後期に解禁になったわけですけれども，その影響で64年にそれを契機として出生率が下がったという，ピルがいわば触媒的な効果を持ったということが言われています。先ほど申し上げました西ドイツでは，1964年以後のときの出生率の低下を，ピルの折れ曲がりというような言葉で言っておりますけれども，そういうようにある程度機械的な原因といいますか，そういう無機質的なものが契機となって新しい，社会現象が起こるというのは面白いことだと思うんですけれども，確かにそういうようなことがあったように思います。

原因もいろいろあるわけですが，そのような超低出生率の出現といいますか，あるいはその持続のために，今，結局，ヨーロッパで問題は，日本でもやがてなってくること，あるいは現象してくるということだと思います。現に西ドイツ，オーストラリア，デンマーク，ハンガリーのように，もう人口現象が起きたところもございます。それから，ほかのところもとにかく全体のヨーロッパの人口のシェアが総体的に少なくなるということに対する恐れがあると思いますね。

最近，これはタイテルボー博士とウインターという人が，The Fear of Population Declineという本を，非常に名著ですけれども書いておりますけれども，いろいろな事例をもって説明しておりますが，そのように全体としてヨーロッパ全体の人口が減っていくと，あるいは総体的に全体の世界人口に対する比率が減っていくと，あるいは総体的に全体の世界人口に対する比率が減っていくということに対する恐れといいますか，そういうものが徐々に出てくるように思います。

中には，さらにもっとひどいのは，人口減少が始まる，人口が減るということは，何か文明自身が没落するんではないかというような解釈が一方ではありまして，特にこれはアメリカで，例えば例のポール・ケネディーという人が書いた大国の衰亡とかいう本がございまして大変評判になっております。これはたしかディクライン・オブ・アメリカとかいう本だと思いますけれども，それは必ずしも人口だけではないんですけれども，全体で言われるということは，やっぱり人が停滞してくると文明もなにか衰亡してくる。若い非常に活力のない時代になると考えられている。全体として，文明を想像すると人たちはやっぱり若いところにあるとい

うわけですが，その若い年齢がだんだん少なくなるというために，活力がなくなる，あるいは想像力がなくなると，そういうようなことを心配している人もいます。

そこで，いろいろヨーロッパ人のシェアをこれ以上減少させないために，いろいろ各国政府では，出生増進対策というのを模索中だと思うんですけれども，これがまた，なかなか一筋縄ではいきませんで，いろいろな例えば西ドイツなんかは，今更出生増進政策軟化は言いたくても言えないという雰囲気があります。昔のナチスの非常な悪夢でありまして，いわばそこでは出生増進対策なんていうのは全くタブーでございまして，なかなか言えないということである。とにかく例えば国連なんかからアンケートが来ましても，うちは出生対策は全然やっておりませんというような解答を寄せられておりますけれども，なかなか苦しいところだと思うんですね。

それからオランダなんかに見ましても，オランダなんかの場合には，あそこも非常に出生率が低いわけですが，まだ人口，そこまでは思ってないというのがありまして，とにかく政府がなんか旗を振って，出生増進政策をやるなんてのはまっぴらごめんだという，また，そういうような空気が非常に強いですね。ですから，一つは非常にタブー的なところと，もう一つは，とにかく国がそういう個人にやれと，昔のようなナチスのようなそんなのはもうまっぴらごめんだというような忌避感，そういうものが非常にあると思います。ですから，たしかあれは1982年に，ハイデルベルヒというところで，いろいろ人口宣言というものをやっているわけですが，どうもそういう肝心なことはあまり言っていないと思います。

そこで，先ほどから申し上げましたところに，いわゆる人口高齢化ということが最も大事なことなんでありますけれども，実はその多くの場合，欧米先進国では，人口高齢化は日本よりも相当進んでいるわけでございまして，もう既に65歳以上人口の比率が15％を超えるところも見られております。また，既に，イギリスあるいは西ドイツ，フランス，スウェーデンといったところで，租税と社会保障負担全体の対国民所得費が50％を超えるところがあらわれておりまして，特にスウェーデンといった国は，もう既にこの比率が1983年で69％にも及んでいるといわれています。そういうことでこういう年金とか租税，そういうことのために人口高齢化が一国の社会経済から活力を奪うのではないかと，こういうような恐れが聞かれているわけです。聞くところによりますと，スウェーデンの方はそうは思っていない，必ずしも活力を奪ったりはしないということなんだそうですけれども，しかし，ほかの条件が一定ならば，なかなかこれはやっぱり難しいということはいえると思います。

さて，人口高齢化ということは，日本で非常に論議がなされているところでありまして，極端に言いますと，カラスの鳴かない日はあっても人口高齢化が論ぜられない日はないというくらいであります。これはなぜ日本は人口高齢化の問題が深刻になっているかというと，ちょっとここでまた余談で申し上げますが，やはり一つの原因は，日本の場合，人口高齢化のスピードが非常に早いことでございます。ヨーロッパの場合は非常に長い間，100年ぐらいかかりましてゆっくり高齢化したわけですから，それだけの心構えも徐々に形成されたと思うんですけれども，日本の場合はあまりにも早いもんですから，そこでこのように多くの議論が盛んに聞かれるということがあると思います。もちろん我々同一言葉，同一民族でありますし，また，非常にこういう変化にセンシティブな民族であるということもあるでしょう。

では，なぜそういう日本の高齢化が早いのかといいますと，これは先ほど申し上げましたように，出生率の非常に早い低下ということが一番の理由であるわけですが，1947年の出生率，これは普通出生率，Crude Birth Rate でありま

すが，人口千人に対し，34だったんです。それから14年たちますと17に下がりました。このように10年間で出生率が半分になったという国は非常に珍しい。最近の中国も非常に目覚ましいわけなので，これから非常に早い人口高齢化が出現することになると思います。

司会　どうもありがとうございました。

次のスピーカーはコンセプション先生です。

先生は現在，フィリピン大学の先生でありまして，広く知られた世界的な人口学者の一人であります。

先生は，IUSSP（国際人口学会）の役員を務められた方でありまして，これは国際的な学会でありますが，ここの前会長であられました。また，コンセプション先生は，1974年のブカレストで行なわれました世界人口会議でも非常に尽力されたのであります。このとき，先生は世界人口計画の採択の推進役をつとめられました。それではお話を伺いたいと思います。

コンセプション　どうもありがとうございました。村松先生，ご紹介ありがとうございました。

日本国際保健医療学会からご招待いただきましてありがとうございました。

河野先生は，発展途上国についてのいろいろな数値を，私が申し上げるというふうに申されましたので，もう一度繰り返すよりも，私の方といたしまして，先生の方がカバーなさらなかったことだけを申し上げたいと思います。

2000年以前，2000年になる前ですけれども，今からまだ11年後ですけれども，私どもは60億人の人口になると予測されます。そして，それから11年後になりますと，すなわち2010年までに世界の全人口は大体70億を超えると予測されております。

ちょうど１年前ですけれども，去年の７月ですけれども50億でした。ですから24年間のうちにはちょうど22年でしょうか，22年であと20億ふえるということになります。すなわち，ここにいらっしゃる皆様方は皆様若い方々ですけれどもこの方々にさらに20億が加わるということになります。このような大きな人口の増加率ですけれども，発展途上国，アジア，ラテンアメリカ，アフリカで起こっております。例えば，アフリカにおきましては，毎年の人口増加率は1,800万であります。東アジアになりますと，この部分ですけれども1,500万です。それから南アジアでは3,000万であります。それから南アメリカでは9,000万であります。

この人口の増加を少し見てまいりますと，最も増加が多いということろはアフリカであります。年間の増加率は３％であります。そしてその次がラテンアメリカ年間は2.2％で，そして南アジアは，インドとかバングラデシュ，パキスタン，ネパール，スリランカが含まれますが，２％であります。東アジアですけれども1.2％であります。

一方，先進国ですけれども，0.1％，１％以下の増加率になっております。60年の後半を見ますと世界の人口増加率は最大に達しておりました。それ以降だんだん低下してまいりました。これは出生率が低下してきたということに起因するものであります。死亡率も低下してきましたけれども，それ以上に出生率が低下してきましたけれども，それ以上に出生率が低下してきたということであります。1975年～80年，80年～85年までが14％，70年代を見ますと，出生率の数値ですけれども31.6％から27.1％になりました。そしてそれが12.2％から10.5％に低下しました。

出生率を見てまいりますと，急激な低下というのは，この領域で見られております。すなわち日本であるとか韓国，台湾，香港などで見られております。アフリカの率をみてみますと，ほとんど安定した状態であります。変化というのは，インド大陸，これは14％ですけれども，ラテンアメリカで見られると思います。11％です。先進国ですけれども，それに対応する率というのは９％でありました。出生率はまだ高いですけれども，アフリカとかそれからサハラ砂漠の南ですとか，それから西アジアですけれど

も，湾岸諸国ですけれども，妊娠率を見てみますと，いろいろな国々で特に南アフリカ，アジア，それからラテンアメリカで低下してまいりました。

例えば，タイ，インドネシアでは非常に急速な出生率においての低下が見られております。ブラジル，メキシコにおきまして，そしてまたアルジェリア，クエートなどでも下降の傾向が見られております。以前には全然低下の傾向が見られなかったところですけれども見られております。

このような低下によりまして大きな変化が，両親が子供を育てる期間という，その期間に変化が起こってきました。途上国におきましては例えば，女性ですけれども，大体自分たちの子供を17歳から22歳の間で持ち初めます。そして，大体家族のサイズが５人から９人の子供をもつわけです。そして，人生の大部分を子育てに終わるわけです。大体14年から21年であります。そして子育てが終わるのは大体33から40歳であります。

出生率の多いところでは，女性というのは随分長い間，その妊娠期間というものがあるわけであります。そして一般的に最終的に，子供をもつのは先進国よりも後になるということになります。それから，リゾートとかというようなアフリカの国におきましては，38歳で大体平均子供をもつのが終わりになるということであります。そして大体そのあとで，27年ぐらいあるということであります。そのほか，ダイアナ，ジャマイカ，パトナ，トリニダートなどですけれども，大体32から35で終了するわけです。そしてそのあとで41年から44年ぐらい生きるわけです。だんだん寿命が長くなってきているというわけです。

死亡率のインジケーターといたしましては，寿命とそれから幼児の死亡率ということがいえると思います。つまり，最初の誕生日を迎えるまでに死亡する幼児の死亡率であります。現在の85年から90年を見ますと，すなわち，赤ちゃんが今日産まれて，そしてどれぐらい生きることができるかということなんですけれども，大体51.3これはアフリカですけれども，65.7これはラテンアメリカですけれども，このような範囲になります。この51歳ということですけれども，これは狭まっておりません。1970年から75年の間に狭まっておりません。この当時は寿命はアフリカでは45.7，それからラテンアメリカでは60.7歳でした。アフリカに続きまして太平洋の島国では死亡率が非常に高いということであります。58.9ということであります。アジアでの死亡率が低くなっているというのは，ラテンアメリカ，それからアメリカと比べて少なくなっているということであります。幼児の死亡率ですけれども，大体1,000人当たり79人，それからアフリカはまた非常に高く，最も高い幼児死亡率を呈しております。すなわち，1,000人産まれると，その中で101人が死ぬということであります。アジアではその割り合いは75人，ラテンアメリカでは56人であります。

このような死亡とそれから出生率に相互関係があるということで，人口の構成というのが変わっております。これが影響を受けております。1980年の中ごろでは，世界人口の半分が23.5歳未満でありました。すなわち，この部屋の皆さんはこの２分の１，若い方の２分の１には入らないわけです。年をとった方の２分の１に入るわけであります。先進国におきましては，この中間値というのは11.5高くなっております。すなわち，後進国では23.5というのが中間値であります。アフリカでは出生率が非常に高いということで，中間値は17.3であります。そして東アジアは23.9ということであります。

この低い中間値ということから見ますと，大体の人口はこの三つの地域におきましては，大体子供とそして若い人たちで成り立っているということであります。５歳未満の子供たちが世界で５億7,000万人でおりますが，85％が開発途上国にいるわけであります。アフリカにおきましては５人に１人が５歳未満であります。一

方，インド大陸，それからラテンアメリカでは，その対応する数字というのは７人に１人であります。若い人口ですけれども，すなわち15歳から24歳までですけれども，大体アフリカにおきましては年間３％の増加をみております。アジアとラテンアメリカにおきましては，この割合は1.7，そして1.6％であります。

河野先生が，人口高齢化ということについてお話なさいました。60歳以上の人口ですけれども，世界人口の９％未満であります。しかしながら，先進国におきましては，この高齢者の数字からいきますと，後進国よりも2.4倍多いということがいえます。しかしながら，1960年以来，高齢人口の増加というのは途上国で先進国よりも多く，より急速に見られております。したがいまして，人口高齢化というのは第三世界においても非常に憂慮する問題というふうになってきたわけであります。

都市化の問題については，国際的，それから国内での移住の問題ということについては抜かしたいと思います。こういうようなものが人口の増加に寄与するわけであります。

経済の問題ということですけれども，これは80年代全般に出てまいりました。最近のリサーチによりますと，人口の増加ですけれども，これはいいところもあるし，それから悪影響もあると，そしてこの展開によりまして，これがいろいろな人口的な変動を示すということであります。多くの場合において人口増加率というのは，決定的な役割を果たすのではなく，いろいろな問題の改善に関係があるわけです。すなわち，人口の増加はいろいろなものを通して解決できるわけであります。

天然資源につきましては，1973年以来，一般的な資源の状況についての憂慮というのが示されてまいりました。例えば，深海漁業であるとか，それから空気，陸地，水の汚染であるというようなものがあらわされてまいりました。このような問題ですけれども，人々が増加をしたということではなくて，消費それから生産が多くなってきたということに起因すると思います。生産ということからみてみますと，食物の生産ということから見てみますと，人口増加率よりもふえてきたわけであります。1973年以来そういう傾向があるわけであります。しかしながら，食物の生産というのは後進国におきましては消費に対応でき得なかったわけであります。したがいまして，この不足分というのは先進国から持ってきたわけであります。この食物の輸入というのは，後進国におきます食物消費の30％にいたっております。この食糧の増加ですけれども，これは人口の増加とそれから１人当たりの所得に起因するものであります。全体的に見まして途上国については，食糧生産の増加というのは人口増加よりもふえているのではないかと思います。ただし，サハラの南であるとかインドなどを除いてであります。

しかしながら，食糧のアウトプットというのが拡大されたといたしましても，食糧生産過程の変化によりまして，収入が散らばってしまいまして，多くの家族に十分な食糧の供給というのはできなくなってしまうわけであります。その結果といたしまして，飢えが持続する，そしてそれが主な病気であるとか死亡の原因になるということになります。特に子供とそれから母親，これは低開発国における母親，子供にいえることができます。このようなことを見てまいりますと，栄養不良の人々の絶対的，相対的数字というものは，アフリカ，ラテンアメリカ，カリブ海での上昇ということを示しているわけであります。

それから，貯蓄ということから見ますと，最近の子供の増加に伴いまして，家族の消費に起因するというよりも，家族の収入に大きく依存しているということがいえます。さらに，いろいろなリサーチによりますと，その他のファミリーメンバーもしばしば作業能力を超過いたしまして，そして家族数に合った負担分を賄っているということになります。

投資という面から見てまいりますと，大きく

人口が増加しますと，政府がいろいろな下部構造の努力というものがだめになってしまうというふうに言われております。しかしながら，リサーチを見てみますと，人口密度が大きくなってきますと，基礎構造，公的なトランスポテーションというようなものが盛んになってくるということがいえると思います。そしてこのような見返りというものが，特に健康とそれから教育の面の改善として見られるわけです。多くの国々は，コミュニティーヘルスケアーの施設を拡大し，そして感染症プログラムを改善させております。しかしながら，1980年代の前半におけます経済問題というものは，医薬措置それから安全な水分補給それから衛生というようなもの，こういうようなものは健康とそして人々の幸福ということに大きく影響を与えてまいります。

途上国におけるこのような問題の中には，質のよくない衣住というようなものが入っております。衛生施設であるとか，それから水の供給，特にラテンアメリカとかカリブ海において大きな進歩が見られてまいりました。人口増加の低下ということによりまして，幼児とそして子供の生存率というのが高くなってまいります。そして両親が，教育とそして訓練，これは子供に対してですけれども，それに投資するという機会を与えてくれるわけであります。生産期間を長くするということによりまして，母親の健康というのが促進され，そして人間に資本投下するということが増えてくれるわけであります。不完全雇用というのは，だんだん増えてきております。すなわち，雇用の増加というものが，労働力の増加に対応できないという結果がおこっております。ラテンアメリカとかカリブ海諸国におきましては，不完全雇用，失業という問題も大きくなっております。途上国におきましては，この失業というのは一時的な人口移動がアラブ諸国に起こったということも少し緩和されております。しかしながら，最近の記録を見ますと，移住の流れというのは逆転しております。まとめますと，いろいろな努力がこの開発過程におきまして，決定的な役割を果たしています。

最近の状況を見ますと，急速な人口増加というものが貧困の問題というものを強化しております。そしてまた，労働吸収率というものにこれは関係してくるわけであります。そういうふうにしまして，不完全雇用そして失業という問題が強化されてくるわけです。土地がないということであるとか，あるいは経済の政策というものが必要になってくるわけであります。人口増加がだんだん進んでくるということによりまして，食糧とかその他の天然資源の需要というものも増してくるわけであります。80年代の全般に起きますこの経済危機によりまして，貧困問題というのは悪化してまいりました。一方では，大きくなった家族のサイズ，ファミリーサーズというものが，貯蓄のレベルというものを減少させてまいりました。再利用可能な資源がなくなってきたということ，これが耕作可能な土地，それから教育の量ということについての生産性というのも見られるわけであります。

どうもありがとうございました。

司会　どうもありがとうございました，コンセプション先生。つぎは長岡昌先生です。

先生が今，演壇に上がられると，ほとんどの方がああ，あの方かと思われると思うんですが，かなり長い間，ＮＨＫの科学担当の解説をなさっておられまして，人口を含んで，科学あるいはエネルギー関係，資源というようなことで，非常に印象的な解説をなさった先生でございます。私もファンの一人であったのですけれども，ご出身が慶応義塾大学の工学部であるために，自然科学的な意味での人口問題，とくに資源とか環境とかに関連しての問題について，最近立派な本をお出しになったという関係で，私から特にお願いして，このテーマでお話をいただくことにいたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

長岡　昌　村松先生，どうもご紹介ありがとう

ございました。

長岡でございます。専門家のお話の中に素人が割って入ることになりました。私は，解説委員をしております間に非常に広い範囲のテーマを取り上げて解説しましたが，結局広くて浅くなり，私の専門というほどのものがなくなってしましました。そこで，素人が専門の先生方を前にお話するということになりました。きょうは私なりにまとめたところをお話いたしますので，ご指摘やらご批判もあろうかと思いますが，どうぞよろしくお願いいたします。

河野先生もおっしゃいましたし，また，ドクター・コンセプシォンもおっしゃいましたように，1970年代前後は非常に世界の人口の増加率が高かった。1.9%から2%でした。ところがそこを頂点にいたしまして，それ以来だんだんに世界の人口の毎年の増加率は下がってきておりまして，現在は1.73%ぐらいと，こういうことになりました。この人口増加率が下がり始めたことについて確認ができたときに，国連人口活動基金（現在では国連人口基金といいますが）前事務局長であった（今はもうお亡くなりになりましたが）サラス博士が，1980年度の報告書「世界人口の現状」の中で，「人類は人口爆弾の導火線を外すことには成功したようだ，しかし，もう一つの爆弾，欲望爆弾はそのままである」とこういうことを述べられたのです。これが1980年のことですが，これは21世紀に向けまして，世界の人口問題が，量ばかりでなく質の問題が大事になってくるということを指摘された言葉だと私は思います。

質の問題といいますと，先ほど河野先生のお話にもありましたような，高齢化社会の問題，あるいは年功序列が崩れるとか，そういう年齢構成にまつわる質の問題もありましょうが，そのほかに生活水準の問題があります。生活水準を向上させようとすると，これはどうしても資源問題，環境保全問題に関係してくるわけで，それを考えますと，これからは容易ならざる課題を抱えているのだということを感じるわけですが，そういうことをサラスさんは指摘されたのだと，私には思われるのです。

この人口と資源，環境の問題というのは，何も今始まったことではないのでして，大分前からあったことではあります。特に世界的に重要な問題として取り上げられるようになりましたのは，1970年に入ってからではなかったかと思います。1972年には国連の人口環境会議がストックホルムでございました。そのときにはもう既に，生産規模の拡大された資源を多消費している先進国では，環境破壊が進行しはじめた。これはどうしても国際協力によって防がなければならない。その提唱を先にたってしたのはスウェーデンでしたが，スウェーデンはもうそのころに酸性雨の被害を受けていた。その酸性雨のもととなっている亜硫酸ガスだとか，窒素酸化物だとかそういうものは，スウェーデンも放出したけれども，ほかの西ヨーロッパの国々も空に放出した。それがスウェーデンに降ってくるのだ。それからバルト海が汚れ始めた。これも汚したのはスウェーデンだけではない。バルト海を囲む国々が汚したのであって，どうしても国際協力によってこのような環境破壊をとめなければならない。そういう提唱によって始まった環境会議でございましたが，そのときに南側の発展途上国の中には，これとは違った考えを持った国が多かった。地球を汚したのは先進国ではないか。自分たちの国にはきれいな環境がまだある。資源もまだある。その資源を先進国の資本のもとで使うのではなくて，自分たちが使って，自分たちが経済自立をしていくのだ，自分たちも先進国のように，煙をあげて増産をしたいのだ，環境保全ということは経済開発を阻害するものである。こういうふうな主張をする国さえあったのです。

それから，人口につきましても，この1972年の国連人間環境会議があったときには，環境問題ということがどうもグローバルにつかみきれなかった。国内で起こっている公害問題，加害者対被害者のはっきりしている公害問題，これ

の解決に追われておりまして，グローバルな環境問題ということまであまり考えていなかったようです。従いまして，環境問題が人口とも関係するということもあまり認識していなかったようです。それは当時のいろいろな報告を見て感じたことなのです。ところがそれから２年たちまして，1974年にブカレストで世界人口会議があった。もうそのときには我が国も今度は世界の人口問題に深い関心をもちまして，そして世界の人口増加の抑制に務めなければならないという姿勢で会議に望んだのでございます。ところがそのときも，唯一の地球を守るためには，どうしても世界人口の増加を抑制しなければならない。これが焦眉の急であるというふうに先進国が主張するのに対して，途上国の中には，人口増加を抑制しろということは先進国がその優位を保つための手段にほかならない。先進国が途上国に対して，何で産児制限をしろということが言えるのか，こういう反論がございました。そして，先進国こそ資源の浪費を慎むべきではないかと，こういう指摘があったのです。

この指摘はまた非常に先進国としても耳の痛いとこでございまして，その当時，エネルギーの使い方を見ましても，そのころは平均１人当たりのエネルギーが，インドの国民１人が年間に使うエネルギーの50倍から60倍ぐらいあったのです。ですから，アメリカ人口が１人産まれるということは，インド人口が50人産まれることと同じではないかと，こういう非難があったわけでございます。石油ショック以後，産業構造の転換というような努力もしたために，今まではアメリカのエネルギーの政策をとりましたし，産業構造の転換というような努力もしたために，今まではアメリカのエネルギーの消費も国民１人当たりでみると下がってはきましたが，それでもなおインド人口１人の40倍ぐらい使っています。ところがその途上国でも環境破壊が起こるようになってしまったということは，最近の様子をごらんになればわかると思います。現実には多くの途上国でも人口の急増が続いたために，どうしても食糧を増産しなければならない。そういうようなことから環境破壊が現実に始まったわけです。それは，アフリカが数年前，飢饉に見舞われたとか，そういうようなことがありましたが，これはなにも干ばつだけが問題ではなくて，その根底には人口問題があるといわれております。

それで，ひとつスライドをお見せいたしますが，これは科学技術庁の資源調査会の資料からいただいたものですが，まず，農山村の人口が増加しますと，農村に収容しきれないものは都市の方へ移っていく。都市の住民が増加する。農村の生活にしても，都市の生活にしましても，それだけエネルギーが要るわけでございます。それからまた，食糧の増産をどうしてもしなければならない。そして途上国も生活水準の向上を図っているのですから，そのためにはやはり燃料の需要が大きくなる。生活の向上をするためには，外貨の獲得もしなければならない。そうすると経済活動を活発にしなければなりませんが，そのためには土地も要りますが，また，森の木を切って，木材を切って，それを輸出するということも必要になってくる。そうしますと，無秩序な焼き畑耕作をする，焼き畑が絶対に悪いということではないのですが，土壌の回復も待たないで次々に焼き畑をやっていく，いわゆる過剰な焼き畑，また，過剰な放牧，そして根こそぎ家畜は植物を食べてしまう。こういうことがいろいろ総合されて，砂漠が広がる。森林が消えていく。こういうことが起こってきているわけでございます。

そうしますと，動植物の資源の宝庫である森林が次々に消えていく。地球上の動植物資源の３分の２は熱帯林の中にあるといわれておりますが，熱帯林は土壌が非常に弱いので，森林を切りますとなかなか回復しない，大雨でその土壌は流されてしまう。砂漠になると。こういうことになってきたわけでございます。それで，1972年のストックホルム会議から10年たちまし

て，82年に国連環境計画，これは計画と申しましても部局の名前です。本部がナイロビにあります。そこがストックホルム会議10年を記念して，特別会議を行ないました。そのときには途上国の中にも，経済開発と環境保全は両立させなければならないと。こういうふうな認識に立つ国が多くなっていた。こういう報告がありました。それからまた2年たちまして1984年，これはブカレストで人口会議が行なわれました。1974年から10年たった年ですが，今度はメキシコで世界人口会議が行なわれまして，そのときには，途上国の中にも，経済開発のためには人口増加抑制も必要であると，こういう認識に立つ国がふえてきた。かつては，経済開発が先だと，経済開発のためには人口も必要だという認識の国々もあったのですが，今では，環境保全も必要，人口の増加抑制も必要なんだという認識に立つ国々が多くなったということです。

ところが，ストックホルム会議以来，いろいろ，国際協力によって環境保全の手段は設けられましたけれども，なかなか思うように解決しない。ことしの5月19日に，国連人口基金が公表しました世界人口白書88年を見ますと，これも環境と人口ということをメインテーマに取り上げております。そして特に，途上国の中には，人口の圧力によって環境が破壊され，貧困と環境悪化の二重の苦しみを負わされていると。そういう指摘がありまして，これを回復するためには，途上国も先進国も協力してやっていかなければならないという指摘をしております。

これが公表されたのが5月19日でしたが，翌日，5月20日には，我が国の環境庁が，昭和63年度の環境白書を閣議に報告しました。その中でも，グローバルな環境問題ということを取り上げておりまして，途上国の環境破壊というのは，これは多量に途上国から資源を輸入している先進国にも責任があるとしています。そうしますと，日本は非常にたくさんの資源を輸入しておりますから，当然日本も途上国の環境破壊にかかわりがあるというのです。こういいますと何か，貿易摩擦で解消のため輸入をしろ，内需拡大をしろというのと，矛盾を感じるわけですが，そういうふうにして，途上国の環境破壊に大いにかかわりがあるから，日本も途上国の環境破壊の防止のための協力をしなければならない。では日本にできることは何かというと，まず，破壊防止の技術援助いうことになるのでしょう。ことしの環境白書はそのようなことを書いておりますので，人口と環境という問題が，環境庁でも十数年前と比べますと大変認識が変わってきたというふうに感じるのでございます。

ところがさきほど申しました，人口爆発の引き金は外されたということについてですが，確かに世界の人口増加率がだんだん下がってきて，そして21世紀の終ごろには100億で止まるだろう，制止状態になるだろうという国連の推計ですけれども，100億といいましても今の2倍ですから，この人たちが豊かな生活をするのにはどうしたらいいかが大変な問題ではありますが，とにかく人口が幾何級数的に伸び続けるという心配はなくなった。けれども，欲望爆弾の方はそのままである。これは，途上国が今，一生懸命生活水準を上げようとしている，それをだれもとめることはできない，援助こそすれ，とめることはできないわけです。

そうすると，資源，環境のことはどうなるかということになります。そういうことを心配した論文が大分前でございますが，ハーバード大学の人口統計学者のキーフィッツという人が，サイエンティフィック・アメリカンに載せたことがございます。それによると1950年は世界人口は25億ぐらいだったのですが，そのうち中産階級，比較的高い生活をしている人たちは，そのうちの2億であった。ところが資源の面で見ますと，中産階級の人たちは貧しい人たちよりも5倍の資源を使っている，だから，資源からみた人口で考えますと，その2億を5倍して10億になる。そうしますと，貧しい人，普通の人23億に10億を足して33億，資源から見ると33億

人を地球が養っていたと考えなければならない。ところが，そのころは中産階級が，年率4.7パーセントの率でふえていた。ですから，1975年の世界人口40億のときには中産階級が6億になっていた。すると資源からみると中産階級の人口は30億，一般の人が34億，合わせて資源人口は64億となる。そうしますと，2025年には，これは普通の貧しい人たちは48億，そして中産階級が54億。その人たちが5倍の資源を使うから，資源の人口48億＋（54億×5）で318億になる。

そして，キーフィックは，高度成長時代には，人口が1.9%で毎年ふえていたのに対して，食肉の生産は毎年2.8%ふえていた。新聞用の紙は3.7%ずつふえていた。自動車が6.8%ずつ，エネルギーの消費が4.9%ずつ，いずれも人口の増加率以上に資源エネルギーの生産，消費はふえていたということです。しかも，4%以上で中産階級がふえていくということですから，これは人口増加がとまっても中産階級がふえることによって，資源が食いつぶされてしまうと，警告をしていたのでございます。

石油ショック以後，自動車とかエネルギーの消費の伸びは大分少なくなりましたけれども，それでも新聞用の紙だとか肉の生産というのは，人口の増加以上の増加率を示しているわけです。石油ショック以降，先進国は省エネルギー，省資源に努めて，GNPを延ばしながらエネルギーはそれ以上に使わないようというふうにしてまいりました。けれども，まだ酸性雨の問題も片づいていない。片づいていないどころか広がっている。それから炭酸ガスの問題，これも解決していない。ふえる一方。窒素酸化物も解決しておりません。そこへフロンガスのような問題まで起こってきている。ですから先進国の方も，途上国の方も，環境破壊がなかなか解決しないという状態にございます。ただし，人間は，生活をすれば大なり小なり環境を壊すのですから，それを環境の壊し方をいかに少なくして生き延びて，そして子孫に資源をできるだけ多く残してやるかということを考えなければならない。それには我々がどのくらいの生活水準ができるかということになります。

生活水準をどこまで上げる，それから資源を技術的にどれだけ有効に使えるようにするか，また資源を使い捨てるとそれを環境が浄化する，その環境容量を技術的にどれだけ大きくできるか，そういうことによって生活水準の程度も変わってきますので，その環境と資源と生活と人口，このバランスをどうするかと，調和点をどこにとるかというのがこれからの非常に難しいまた大事な選択ではないかと考えます。

司会　どうもありがとうございました。

次は，我妻　堯先生にお願いいたしますけれども，先生は皆さんご承知と思うんですが，本学会の会員であるし，単なる会員でなくて，役員のお一人でもございますから，別に紹介は要らないのかもしれません。実は私が我妻先生と知りあったのは，アメリカでありまして，もう20年以上前なんですけれども，当時私，ジョンズ・ホプキンスという大学の教員をしていましたときに，我妻先生がちょうど同じ大学で勉強をしておいでになって，所属していた場所は違うんですけれども，私が担当していましたポピュレーション・ダイナミクスという講座に，よくおいでになって私を助けてくださったというそういう出会いがあったわけです。

現在，国立病院医療センターの国際医療協力部長で，日本の対外的な医療協力のかなめの一つを狙っていられるわけですけれども，同時に，医学の中でのご専門が産婦人科ということで，家族計画とかあるいはヒューマン・リプロダクションについて，非常に幅広いお仕事をされておられます。特に今日お願いいたしましたのはWHOの中に特別な一つのプログラムがありまして，私とか，それから先ほどお話がありましたコンセプション先生はそれぞれに関係しておるものですから，よく内容はわかっているんですが，こういうことがあまり日本に知られていないということを私はかねがね残念に思っ

ておりましたので，その辺を中心にして，我妻先生にお話をいただけたらなと，これが私がお願いをいたしました根本的な趣旨であります。

我妻　堯　どうもご紹介ありがとうございました。

3人のシンポジストは今まで，広い立場から，人口の状態をご解説さなったわけでありますが，私だけがいまのご紹介にありますように，この国際保健医療学会の会員で医師でございますが，国際保健医療学会というのは，発展途上国に対する保健医療の分野での援助あるいは協力に関心をもつ医師あるいは看護婦，保健婦，助産婦，その他技術者，あるいは医学生の会であると。そうしますと，今までのお話の，人口問題あるいは人口に対してどういうかかわり合いができるかというその接点を，私がこれからちょっとお話しするのが役目ではないかと思いますので，WHOの方も含めて，時間が限られておりますので，どのぐらいお話できるかわかりませんけれども，解説してみたいと思います。ではスライドをお願いいたします。

これは先ほどからお話もありましたUNFPがごく最近発表した人口の推移でございますが，このようにふえていっていると，しかも，それは開発が比較的おくれた地域において著しいということでございます。

人口問題の解決には，発展途上国における出生抑制，これは現在では多産少死の状態になっております。これが少産少死へと転換していく必要があるわけですが，そのためには，これから申し上げます受胎調節のことでありますが，この手段の研究開発，あるいは我々ができることは教育普及の資金援助であるとか，研究の資金援助あるいは研究の技術的援助ということに重点を置いてお話をするわけです。これ以外にもちろん家族計画の実施というものに対する援助なり協力なりそういうことも必要なんですけれども，WHOがやっております研究開発ということを主体にしてお話するために，ここにはそういうことだけを取り上げております。

一般的医療援助，ここにいらっしゃる先生方あるいは学生さんも，そういう一般的な医療援助には非常に関心をもっておられますが，残念ながら家族計画に対して関心をもっておられる方は日本では比較的少ないです。一般的な医療援助に関しましては，多死を少死にするということで，価値観の一致がございます。それから方法論の問題としまして，集団で指導をしたり教育したり，その指導の内容としては，衛生教育とか栄養指導，環境の改善，それから集団でワクチンを摂取するというようなことは比較的容易であり，方法論としても集団を相手にしてできるという特徴がございます。

途上国でこういうことをやるのが比較的容易だと言いますと大変叱られるわけですけれども，比較的という意味は，その次に出てまいりますこの出生抑制という方法論に比べれば比較的容易であると申せます。まず，多産を少産にするということに対しては，価値観の差異があって一致が見られません。多死を少死にすることに対して反対する方はありませんけれども，多産を少産にということになれば，宗教的あるいは社会的，倫理的，歴史的，いろんなことがありまして，価値観の一致が見られません。また，人口を抑制するということになりますと，ある国に対して，例えば日本が援助するというようなことに対しては政治的な配慮がございます。もちろん細かいことになりますと，例えば人種の問題とかいろんな複雑な問題も，例えばマイノリティーの存在する国ではもっと用心をしなければならないということがございます。医学の立場から言いますと，方法論としてこれは集団指導が非常に困難であるということがございます。受胎調節の指導は，先ほどの集団ではできませんで，なぜかといえば，当然のことながらセックスとかセックスに関連したタブーと関連がございます。それから羞恥心とか，そういうことがありますので，どうしても一体一のレベルでいろいろと指導なり協力をしなければならないというところに，この出生抑

制（これはファーティリティー・レギュレーションという言葉を勝手に私が訳しているわけですけれども）の難しさがあるわけで，このように，人口の抑制ということになりますと，いろいろと価値観の差がありますけれども，しかし，これは母子保健の面からも十分説明はつくのであります。出産間隔を適当にあけ，産まれてくる子供の数を適当にするということによって，母親の健康状態が向上いたします。それから妊産婦の死亡率が低下するわけで，最近では，ワールドバンクあるいはWHOあたりでもセイフ・マザー・フッドという言葉を盛んに使っておりまして，去年でしたか，ナイロビでそういう運動をおこなうという会議があったはずです。死産率，周産期死亡率も低下いたしますし，未熟児の出生率も低下いたします。もう一つは，人口妊娠中絶を合法化することによって，堕胎による妊産婦死亡も低下するということも強く言われております。

同じことで，乳児死亡率，罹病率も低下します。そして全体としては人口増加率が低下するということで，この母子保健の向上という面からでも十分このファティリティー・レギュレーションという運動は進める価値がありますし，さらにプライマリー・ヘルス・ケアーとも深い関係があります。たとえば，乳児検診をやるときに，子供を連れてきたお母さんに，家族計画普及運動をやるとか，あるいはテタヌスの予防接種をお母さんにやりながら，子供にも予防注射をすると。あるいは日本のジョイセフがやっておりますように，プライマリー・ヘルス・ケアーの中に寄生虫の駆除とインテグレートしてやるという，そのプライマリー・ヘルス・ケアーの運動と母子保健および家族計画運動を全部一緒にしてやるのがいいということは，最近とくに注目されております。

これも先ほど，UNFPAのごく最近の表でありますけれども，右側の方に，避妊の実行率，15歳から49歳の既婚女性の避妊実行率がありまして，左側に乳児死亡率があります。つまり，避妊実行率とすべて正の相関をしているわけではございませんけれども，避妊実行率の少ない国ほど，乳児死亡率が高くなっているということがこれでも注目されると思いますが，これは一つの大きな流れを示しているんではないかと思います。

出生抑制の手段といえば，ここには，産婦人科の先生はあまりいらっしゃらないと思いますので，細かいことまでは入れませんけれども，ファティリティー・レギュレーションの手段としては，コントラセプションと不妊手術と，それから最近では排卵後の出生抑制，これは一種の人口妊娠中絶で，非常に初期の妊娠を中絶することも入っておりますから，排卵後出生抑制という言葉を使っています。この三つの技術をいかにしたら進歩させることができるかということに焦点をしぼって，WHOの方ではスペシャル・プログラム・フォー・リサーチ，デベロプメント・アンド・リサーチ・トレーニング・イン・ヒューマン・リプロダクションという恐ろしく長い名前の事業があります。あまり長いのでしてHRPと略しております。このHRPはどういうことをやっておるかと申しますと，九つぐらいのタスクフォースをつくりまして，世界全体，これは途上国も先進国も含めまして，いろいろな国の研究所と共同いたしまして，プロトコールを共通にして，いろいろな面での研究をやります。そのデータをジュネーブの本部で蓄積して，それを分析して発表する。結果がよければそのままその方法を進めるということをやっております。

現在，避妊法の種類というのは次のようにわけられます。一番は言い伝えと経験による方法でありまして，中孔性交とか，セックスの後で洗浄するとか，産褥期に長期間授乳しておくというようなことは，発展途上国では現在でも行なわれておりますし，あるいは東ヨーロッパでもまだ使われておるようであります。こういう方法はあまり医学としては進められない。2番目はまた古典的方法でありまして，精子と卵子

の出会いを防ぐ方法。日本ではこれが非常に普及していますけれども，現在，WHOあるいはほとんどの先進国と発展途上国で，現在用いられているのは3番の医学的方法であります。それも経口避妊薬と子宮内避妊器具（IUD）です。さらに，経口避妊薬は口からステロイドを飲んで，全身に作用させて妊娠を防ぐわけでありますけれども，口から飲む場合には毎日飲まなければならないので非常に不便であるので，1カ月に一遍あるいは3カ月に一遍注射をするか，2年に一遍，腕の皮下脂肪の中に，特殊なステロイドを含んだカプセルを植えてしまうという方法の研究が進められています。ややこしい表で申し訳ございませんけれども，右側が男性であります。男性の間脳下垂体，その下に性線がありまして，それから睾上体，それから精管，これだけの解剖学的構造の中で，間脳下垂体から睾丸に向かってホルモン刺激ができますと，睾丸で精子形成が行なわれ，睾上体で精子が成熟して，精子が精管を通って，輸送されて，性行為が行なわれれば射精するわけですが，一方，女性の方ではやはり間脳下垂体から卵巣に刺激が出て，卵胞が成熟，排卵，その排卵された卵子が卵管を通りまして，卵管の中にいるときにちょうど精子が入ってくれば受精が起こって，子宮内膜に着床をし，それが妊娠の成立という，こういうメカニズムのどこに迎えても妊娠は妨げるわけでありまして，先ほどのスライドにお示ししたような，現在皆さん方にとってファミリアな方法というのは，そのごく一部を迎えているにすぎないのであります。例えば男性の精子形成を抑えるという方法は，まだ普及しておりませんし，研究途上にあります。あるいは精子が受精能を帯びるところ，精子が成熟する段階で抑えるという方法も考えられております。いろんな方法がまだまだ開発できるということでありまして，小さい字でナンバーがふってあるのは，それぞれのナンバーのところを抑えればファーティリティー・レギュレーションは可能になるということを示しております。

詳しいことは省略いたしますけれども，WHOのスペシャル・プログラムのタスクフォーカスのオブジェクティブといたしましては，現在の用いられている方法の効果と安全性と使用し易さを研究することと，これらの方法を進歩・改善すること，それから全く新しい方法を研究・開発するという三つに限られるわけであります。

現在はタスクホースが8つあります。現在の方法の安全性と効果の向上，これは主にピルとIUDでありまして，それの副作用をなくすとか，あるいは避妊効果を向上させる方向に向けられておりますし，全身に長期間作用する避妊法というのは，今申し上げましたように，ステロイドを口から飲むのではなくて，別な経路を通って投与し，これによって避妊をする方法であります。それから，排卵後の出生抑制法というのは，ごく早期の中絶を意味しております。それから，避妊ワクチンというのがあります。ワクチンというものは感染症の予防に使われているわけでありますけれども，同じ理由である抗原を注射して，抗体を産生させることで避妊ができないかという研究です。女性ばっかりでは不公平であるということで，男性の避妊法の研究もあります。自然避妊法と書いたのは何かと申しますと，世界人口の中には，カトリックの方がカトリックであるだけではなくて，ある国で受胎調節法を普及させるためには，宗教指導者の合意を得る必要がありますし，宗教的指導者のアクセクタブルな方法を研究する必要があるために，ナチュラル・ファミリー・プランニングなども研究されています。それから，避妊に役立つ植物の研究というのは，いろいろな国で，例えば煎じて飲んでいるとなかなか妊娠しないとか，流産に使えるとか，そういうインディジナスなプラントがございます。そのプラントを研究するタスクフォース，合計8つがあるわけであります。

一般的にどういう方法の研究開発が行なわれ

ているかという面から，ちょっとここに表をつくってありますが，これは一つ一つはとても時間がございませんので，例えば経口避妊薬であれば，まだ日本ではこのピルは使われてないんですけれども，三段階に分けて，それぞれ混合量の違ったステロイドのピルを飲むとか，あるいは男性用のピルを中国では開発されておりますが，この辺はまだ安全性の点で問題があります。それから，ステロイドを全身に投与するんですけれども，最近ではかなり開発が進んで，実際に用いられておりますのは，皮下に埋没する方法で，大体1cmぐらいの長さの太い針ぐらいのカプセルですが，その中にステロイドが入っております。それを6本，上腕の皮下の脂肪組織の中に埋めることによって，3年間ぐらいそこからステロイドが出て，避妊ができます。インドネシアそれからタイ，あるいは南太平洋の各島で現在使われております。それから，膣の中にリングを入れるというのも，これも特殊なプラスチェックで包んだステロイドを膣の中の子宮膣部の周囲にリングとしてはめておきますと，3週間は膣粘膜からステロイドが吸収されて排卵を抑制し，避妊ができる。3週間たったら外すと1週間は生理になって，またはめるという方法であります。

ピルの例では，それぞれステロイドの含有量の違った錠剤を6日間と5日間と10日間とそれぞれ飲み続けるわけでありますが，これは日本でも現在治療が行なわれて，2年ぐらい先には日本でも売られるようになるだろうと思います。このように，副作用を減らすということも研究された結果であります。

ステロイドのいろいろな投与の方法でありますけれども，皮下に埋没するというのは，特殊なカプセルに入ったステロイドの結晶ですけれどもカプセルを通して，皮下脂肪の中に徐々に放出されるわけです。これらが直接に抹消血流の中に入りますので，内脈を通りません。口から飲んだ場合には内脈を通りますから，肝臓に負担がかかるわけですが，こういう方法ですと肝臓に負担がかからない。左下の膣内リングもそうで，膣粘膜を通して吸収されるわけです。最近では，ポリマーで体の中で崩れて，炭素と酸素と水素に分かれしまうものがありますが，そういうもので粒子をつくりまして，その粒子にステロイドをまぶしておき，それを注射しますと，粒子が崩壊するにしたがって2年間あるいは3年間ぐらい避妊ができるという方法もございます。

免疫学的方法というのは，ワクチンがなぜいいかと申しますと，お医者さんの手が要らない，保健婦さんや助産婦さんが大勢の人を集めて注射をすることができますし，一回注射すると3年ぐらい避妊効果が続くと。それから，ワクチンというのは大量生産することによって安くあがるというようなことで，避妊のワクチンが研究されているわけであります。現在では，HCG抗体をつくらせるワクチンが現在では，第2相の研究の段階にはいっております。それ以外にいろんな方法がありますけれども，時間の関係で省略いたします。

リングの改良としては，現在日本で許可されているのはこういうリングなんですけれども，外国で使用されているのはこういうふうにカッパーが全部くっついています。左の上のは，ステロイドがIUDの中から出てきて，約1年間，子宮内膜にステロイドの高濃度ものもが働くと，それ以外のはカッパーのイオンが子宮内膜に働くことによって避妊ができるわけですが，これはいずれも，現在日本で使われているものよりはるかに副作用が低いために，アクセプタビリティーが高くなって，継続性もよくなっております。

これはPV486という黄体ホルモンに対する拮抗剤で，避妊のごく初期に飲みますと，黄体ホルモンに拮抗いたしますので，ごく早期の流産が起こる，あるいは排卵の直後に飲みますと，そのまま生理になってしまいますので，一種の性交後の避妊ができるということ，これはフランス製なんですけれども，フランスではか

なり大々的に研究が進んでおります。

こういういろいろな説明をいたしますと，どんなにいい方法をつくたって，そんなものを使う人があるのかいという質問が必ず出てくるわけでありまして，それを研究するためには結局，出生抑制に影響を及ぼす行動学的なビフェビオラルなあるいはソーシャル・ディタミナントの研究というものもWHOのタスクフォースではやっているわけであります。例えば，ピルを飲んで，非常に気に入っている人とか，あるいはIUDを入れているために非常に調子がいいという人を，コミュニティーでもってファミリー・プランニング・ワーカーのお手伝いをしてもらう，そういう研究が非常に役立つということもわかっております。あるいは助産婦，医師でないとIUDが入れられないということになりますと，医師の足りない国では非常に困るわけでありますけれども，ことに女性の医師でないとIUDの輸入ができないというような国では，助産婦あるいは保健婦あるいは何の資格もない婦人を，１カ月ぐらい特訓をいたしまして，IUDを挿入させてみたら，医師が挿入するよりもよかったというようなデータが出ているのもあります。それから，あるいはトラディショナルなヘルスワーカーというのは一種のヒーラーでありますが，そういう人たちもファミリー・プランニングのお手伝いをしてもらう。それから，先ほど申しました寄生虫予防とかEPIとファミリー・プランニングのサービスとをインテグレーションするということも効果があると。こういう社会学的なあるいは行動学的認識というのは非常に大事でありまして，例えば日本というのはハイテクの国でありますけれども，いまだにピルを使わないで，大正時代に入ってきたコンドームと江戸時代に用いられた人口妊娠中絶で人口を抑制しているのは，何という野蛮な国であるとかいう外国からの批判もあるわけであります。そういうアクセクタビリティーというものはまた医学とは別だということがよくおわかりになると思います。

こういう出生抑制手段の普及実行を阻む因子としてはいろいろなことがございます。例えば，実行意欲がないと，つまり，あしたの食事も足りないのに何で避妊だということになりますし，それから発展途上国では教育がない，したがって，きのうのお話でありましたけれども，女性の教育はどうしても大事である，あるいは，言語が違うと一つの言葉では通じないところがありますから，そういう国では普及が非常に難しいわけでありますし，技術的な限界もございます。社会保障が不備であると，例えば５人から10人子供を生んでおけば，自分が年をとったときに安心であるということもあると思いますし，宗教，道徳，社会習慣とか迷信とか，いろんな問題があります。どうしても男の子を産むまでは女の子を生み続けるという国も実際にはございます。私の知っている患者さんでも，日本人ではございませんけれども７人女の子が生れて７人目のときはとうとう分娩台の上で泣き出したという方がありますので，そういう国では，男の子が産まれるまで産み続けるということで，やはり，人口はふえてしまうと思います。

人口問題に関係のある機関としましては，今お話したようなWHO，それ以外にNGOの大きな集まりでは国際家族計画連盟があります。それからポピュレーション・カウンセルとか，NGOではファミリー・ヘルス・インタナショナル，それからソサエティー・フォア・アウトバンスメント・オブ・コントラセプションというのがありますし，日本では，JICAの援助が中国は終りまして，タイも終わりかけておりますね，それからバングラディッシュは今やっておりませんけれども，コロンビアはやっていますね，これ以外にスリランカと，こういうことは村松先生の方がお詳しいんですが，NGOとしてジョイセフ，家族計画連盟がIPPFを通してと，国内では，家族計画協会がやっております。

家族計画援助，日本からの援助の問題点といたしましては，人口政策ということが関連する

ものですから，どうしても日本政府が及び腰になります。ごく最近もインドネシアから，今私がお話したような，避妊に関する研究をやりたいから，研究所をつくってくれという要請が外務省に来ているんですけれども，その外務省のお役人は，こういうことをよくご存知ないらしくて，結局，避妊ということになりますと，日本人の頭で考えますと，コンドームと中絶しか頭へ浮かんでこないらしくて，何のために家族計画の研究が必要なんだと，どうもそういう研究はやばいんじゃないかということで，無償資金協力の要請を拒否したという話を最近聞きました。そういう点でどうも日本は理解がないということがあります。そのために協力宣伝活動とか，統計技術の援助に重点が置かれておりまして，医療面とか基礎研究面の技術援助は不足しております。それに日本の大学，学会がこういうことには無関心でありますし，今お話したような研究は日本では非常におくれております。日本はそういう意味で，ファーティリティー・レギュレーションの研究は中国などに比べたらはるかにおくれておりますし，それからそれを援助するような適当な組織がないんですね，そういうことも問題だと思います。

司会　どうもありがとうございました。

それでは，あと，与えられた時間は25分しかないんですけれども，一応そういうアレンジメントになっておりますので，４人のシンポジアストの方にプラットホームに上がっていただいて，それで続きをするということにいたしましょう。

それでは，それぞれ豊富な話題をお持ちの方々に，20分，25分というような制限を差し上げたため，まとめられるのに苦労された方もおいでかと思うのですが。もし，必要ならという前提で，４人の方々それぞれで，追加的なご発言をなさりたい方はなさっていただきたいと思います。

河野稠果　年のせいか，さっきベルが鳴ったのが私聞きとれませんでした。失礼いたしました超過いたしまして。

言いたいことは一つ，以上，出生率のことばかり言ったんですけれども，一つは，ヨーロッパでは平均寿命が最近特に停滞していると，平均寿命の伸びが停滞しているということが問題となっております。日本では毎年，毎年，予想以上のスピードでこの平均寿命が伸びるもんですから，あまりぴんと来ないんですけれども，例えばハンガリーなんかでは，むしろ最大の人口問題は，特に男子の平均寿命の停滞だということで，実質的に1970年代を見ますと，東ヨーロッパの国では平均寿命が伸びた国，特に男子の中で延びた国は非常に少ないというのが問題で，これが労働力の確保，経済の進展を阻害する最大の人口問題と考えられるぐらいだということを言っていたと思います。

それからもう一つはやはり，これは日本でも最近出てきたんですけれども，やっぱり外国人労働者の流入ということで，特に1960年代，70年代に大量の外国人労働者がヨーロッパにやってきたと，そこでいいことも大変あるんですけれども，やはりいろいろな最近では問題が起きてくると。日本でもだんだんそういうことが言われはじめまして，問題になりつつあるんですけれども，まだ日本ではそういう国民的な論議というようなものが始まったばかりだと思います。やはりこういうのは，きちっと論議して，将来しかし国際化という点で，ある程度柔軟な姿勢をとってもらいたいと思うわけでございます。

以上でございます。

コンセプション　ただ一つ，幾つかの問題を指摘したいんですけれども，これは人口についてですけれども，その中の一つといたしましては，河野先生がおっしゃいましたけれども，妊娠率ということであります。これはヨーロッパでは成功していないと，途上国におきましては，私たちの憂鬱といいますのは，妊娠率の低下ということではなく，死亡率が低下していないということであります。今の低下を見ますと

非常にゆっくりしている，あるいは予想していたよりもそれは高いところでとまっているということであります。これは妊娠率を下げるということにおきましては，今まで成功してきたと思います。しかしながら，死亡率の低下というところでは成功しておりません。

それから，国際的な人口の移住ということでありますけれども，これは難民の問題であります。これはいろいろな国々で問題となっております。特にアジアの国々で非常に大きな問題になりまして，私ども大きな問題として扱っております。特にタイでこの問題があるということであります。これが一つの人口分布の問題であるということがいえます。

全体的な人口問題ですけれども，これは都市とそれから地域での分布が非常にインバランスで，バランスがとれていないということがいえると思います。地方におきますと人口ですけれども，どうしても都市に集まってしまうわけです。いろいろな仕事がない，地方ではないということで都市の方に行っているわけです。したがいまして，人口の増加というのは都市で多く見られるわけであります。そして，いろいろな設備におきましても，地方の方は不十分であるということで，どうしてもまちの方に行ってしまうということであります。仕事がないということであります。ですからこういうことはやはり技術的なアシスタンス，援助とかいうことで，日本のような先進国がいろいろな支援，援助していただきたいというふうに思っております。こういうようなことを考慮していただきたいというふうに思っております。

ありがとうございました。

長岡　昌　先ほど時間がなくて簡単に行ってしまったところがありますが，これはまた口でご説明すると大変時間がかかってしまい，もう一度OHPをお願いできますか，その方が短時間にご説明できますから。

先ほど，先進国の方は石油の使い方一つを見ましても，石油ショック以降は，それまでの使い方を反省して，省エネルギーに努めたので，横ばいになっておるわけですけれども，途上国の方はこれから生活水準を上げようといているんだということを申しましたが，それは石油の使い方一つを見ましても，途上国及び共産圏は，石油ショック以後も先進国ほどではありませんけれども，使い方は少しも下がっていないと，上がる一方であるというところを，やはりこれを決してだれもとめることはできないと，こういうことを申し上げたかったわけです。

それからもう一つ，資源と環境，人口と生活水準の関係，これは今までにもいろいろな資金が出ておりまして，例えばアッカーマン教授の非常に詳しい式がございまして，それを神戸大学の石光先生が本で紹介をしておられますけれども，そういう詳しい式ではなくて，素人わかりのする式を私が考えたんで，これは絶対の永遠の式だというわけではないんですが，素人が考えたものとお考えになっていただきますと，限られた資源がある，それをどれだけ使えるかという，この環境の容量がある，それをどれだけの人口で使うかによって生活水準が決まってくると，人口が少なければそれだけ贅沢ができるということにもなるかと思います。

それから，当然これは等式ですから，人口等と生活水準を入れかえてもいいわけです。これだけの生活水準をしようとすれば何人の人を養えるかと。ところが人間は考える葦でございます。これ使い方をもっと研究して，有効に使えるようにするだろう。環境の方も，もっと環境容量を大きくすることができるだろうと，科学技術の力によりまして，それからまた経済も関係しましょうし，政治も，国際協力も関係しまして，そういうものを非常にずるいんですけれども，アルファーでまとめてしまったわけでございます。現にDNA組みかえの技術を使って，NOxを吸収する力の強い植物をつくろうとするというようなことも，公害研究所で研究されているもんですから，先ほど，資源と環境と人口と生活水準のバランスをどう考えるかという

ことを申しましたが，それはこういうことであったわけでございます。

我妻　堯　最後の方で少し触れましたけれども，日本という国はヒューマン・リプロダクションの研究では世界的でありまして，ご承知のように試験管ベビー（IVF）とか，そういう方面では十分世界に肩を並べているんですけれども，この総会で，昨日から今日へかけてずっと議論されているように，マンパワーの不足という点，保健医療の国際協力におけるマンパワーの不足という点では，この人口家族計画あるいはヒューマン・リプロダクションの分野では，普通の一般医療よりも，もっとその不足が甚だしい。と申しますのは，このWHOのスペシャル・プログラムにしても，今タスクフォースに関係している日本のドクターは一人もおりません。全体のレビュー・グループのメンバーは一人もおりません。全体のレビュー・グループのメンバーが村松先生で，私は各研究所に研究費を配分する，プログラムというのがございますが，そちらの委員をやっているだけで，わずか2人の日本人口が関与しているだけという，まことに寂しい状況でありますので，皆さん方大いにそういう方面にも関心をもっていただきたいと思います。

司会　どうもありがとうございました。

それでは，皆さん方にそれぞれの先生方のご質問のところを，あまり短くしないで聞いていただきたいと思ったために時間があと12～13分しか残らなくなりましたので，わずかな時間ですけれども，もしフロアーの方からご発言なりご質問があったらということにいたします。

最初に，このセッションが始まるまえにお申し出がありまして，コスタリカの厚生大臣がショート・コメントをなさりたいということなので。

モース　2枚スライドをお示ししたいんですが，そしてそのスライドについてコメントをしたいんですが，スライドをまず出していただきたいと思いますが，ここに示しておりますのは，このスライドですが，これはコスタリカにおける小児の死亡率でありまして，1950年から80年でありまして，72年から80％でありましたが，その三つの重要なこういった減少率のカーブがあります。

一つは，その経済的な発達，もう一つは社会的な発達，そして一番下のものは，これはヘルシンカであります。特異的な健康に対する手段であります。

次のスライドですが，ここに呈しておりますのは，多数のレギュレーション・アナルシス分析でありますが，何がヘルスケアーあるいはセカンドリー・ヘルスケアー，あるいは出生率の低下，あるいは社会経済的な発展というものが，この小児の死亡率に与えた影響を示しております。ここでわかりましたのが，予想と違っておりました点が幾つかありました。

まず，一番最初にこのプライマリー・ヘルス・ケアーというものがこの小児の死亡率における要因として重要でありまして，41％でありました。それから，セカンドヘルスケア，これもやはり一つの治療でありますが，これは22％でありました。それから比較的出生率が小さいというのでそれほど重要ではありませんでしたが，セカンドリプライメーションは33％であります。こういったことが小児の死亡率の低下に関係していたということがわかったわけであります。

司会　それではいかがでしょう，あと10分足らずということですけれども，もし何かフロアの方からご発言がございましたらどうぞご自由に。

アシティー　私どもは人口抑制について話をしている，出生抑制について話をしておりますけれども，パネリストの方々にお話をしたいのは，最近の出生抑制あるいは低下についてであります。また，試験管ベビーのことについてもいろいろな影響があるかと思いますので，先生方のご意見を伺いたいと思います。

司会　津山先生，どうぞ。

津山直一　私，中国の問題をやっておりまし

て，中国へ参りましても非常に中国はオーバーポプレーションに困っておりまして，そして今やもう，毛沢東は中国4000年の最悪の政治家というようなことを言う人もいるわけですね。5億の時点で，もうこれ以上ふやしたらいかんと，もうあと，人口学者が言ったのを，何を言うかといって，死ぬときには10億にしてしまったので，これからはもう2人の夫婦から1人の子供という，ねずみ算の逆をやらざるを得ないんだと，それを思うと将来が暗たんたるものがあるということを中国の人々が言うんですけれども，それに対しては我々は答えようがないんですが，結局生産性を増して，そして養える能力をふやせということと，そのほかにやっぱり言わざるを得ないのは，日本の真似をするなと，日本のような欲望過剰の贅沢な生活は，決してあなた方のためにはならないんだということを言わざるを得ないので，非常にそこで苦しんでいるわけです。そういうねずみ算の逆のよう方向は正しいといいますか，とらざるを得ないわけでございますね。

司会　ほかに何かおありでしょうか。

堀田先生どうぞ。

堀田　進　私も津山先生と全く同じ感想なんで，私はこの方面は全くの素人でしたから，きょうのお話はむしろ大変ショッキングだったんですね。そして，特に長岡先生ですか，おっしゃいましたように，人口のほかに欲望がふえると，そうすると，アメリカの1人当たりのエネルギー消費がインドの40倍も，倹約しても40倍，その上人口はふえるは，そうするとインドもそのうちにエネルギーをたくさん，30倍も40倍も使うようになると思いますから，最後はどうなるんですか。非常にペシミスティックなことになると思うんですが，この学会の直接の目的ではありませんけれども，100年先どうなるのかと，だれも考えてないんでしょうかね。その点ちょっと心配になって伺ったんですが。

司会　それじゃ，長岡先生。

長岡　昌　実は先ほど，村松先生もおっしゃいましたけれども，一昨日このようなことを考え合うシンポジウムがある団体でなされたんです。そのときに非常に楽観的な考えを出す人と，非常に悲観的な考えを出す人と両方がございまして，100年先はどうなるかということは，だれもわからなかったようですけれども，悲観的な意見を出す人は，もう今一般に伝えられている程度の環境破壊じゃないんだと，もっと深刻な進み方をしているんだぞと，こういうことをおっしゃる方があったわけですね，例えば南極の上空が，オゾン層が40%少なくなってしまった，オゾン層に穴が空いたというふうに伝えられているんですが，これも何十億年とかかって地球がつくったオゾンの層を一瞬にして壊そうとしておると。とても深刻なんだというふうに指摘する方と，いや，そうじゃないと，先ほどちょっと私も申しましたけれども，人間の英知でもってこれを，今言われていることは，今言われている予測だとか悲観的なことは，これは大事な警告だと思って，それが起こらないように人間の英知で守っていくのが本当ではないかと，そういうことを言うフィリピンの方とがありまして，確かに人間というのは，案外環境に順応しやすい，順応する力をもっているようですし，困ったときにはいろいろな知恵が出てくるようでもございます。ですから，そちらも考えておかなくちゃならないんじゃないかと思うんです。

ただ，私が考えますには，いろいろな科学技術的な研究をしようとすると，その結果どうなるかわからないうちに，危ないからやめろというような力も今は随分起こってくるんですね。ですけれども，そりゃ人間は考える葦なんだから，研究するのは，もう研究する人に任せておいて，それを何とか人間が生き延びるために使えないかというふうにしていくのが，これから生きていく道じゃないかというふうに考えておるんですが。さて，100年先どうなるかということは，私にもちょっと申せません。ただし，エネルギーの問題にしましても，どんなブレー

クスルーが出てくるかわからないわけですね，今の超伝導の問題が案外早く実用になるとしますと，今度はエネルギーの保存ができる，電気を保存することができるなんてことになりますと，今度はエネルギーの使い方が随分違ってくる。そうすると，まきを燃やさないでも，途上国の方もそんなにまきばっかり燃やさなくても，エネルギーが賄えるとか，そういうことになるかもしれませんから，やはり楽観論と悲観論，両方交えて考えていくべきだと思います。

どうもお答えになりませんけれども。

司会　どうでしょう，河野先生何かありますか。

河野稠果　私自身も本当は悲観論なんですけれども，究極的にはとてもやはり何億年たてば，エネルギー資源は枯渇して，人間は住めなくなるだろうと思いますけれども，しかし，やはりそのときも村松先生がおっしゃったように，ある程度テクノロジー自体が環境破壊を妨げるようなそういう自動装置的なものをつくるんじゃないかということと，それからやっぱりもう一つは，人間の可能性というものをかなり，ちょっとドゥームズディといいますか，週末論的な考え方は非常に日本は強いんですけれども，ちょっと何というか，人間のさっき言われたように可能性もまた同時に物すごいもんだということを，その点は日本では悲観されているような感じがするということでありまして，7割あるいは8割の悲観論に2割，3割ぐらいの楽観論がないと生きていけないと思います。やっぱり現在では，今は何かすれば，とにかくまだ間に合うんだという希望がないと生きていけない。どうせ何をやっても駄目なら，もうこのまま破壊に向かうわけで，今からやってもしょうがないわけですから，今からやれば遅くないと思って，要するに科学技術をいろいろ寄せ集めて努力していかなければ生きていけないということを申し上げたいと思うんです。

司会　ドクター・コンセプション

コンセプション　私，河野先生のおっしゃったことに同意いたします。人間の知性というものが，いろいろな問題，これは遠い将来の問題もきっと解決してくれるというふうに思っております。そしてまた私は思うに，悲観的な考えというのは人間が努力をするためにどうしても必要なものであるというふうに思っております。こういう悲観がなければみんなすべてのものに満足してしまって，何も進歩がないのではないかと思います。

アシテー先生のコメントにお答えしたいと思います。WHOもやはりその不妊症に関しても関心をもっております。また，そこではジレンマがあるわけであります。WHOというのは，さらにIVFをサポートしなければなりません。つまり，非常に洗練された技術でありますけれども，IVFというものをサポートしていかなければならない。これは開発途上国においてサポートしなければならないわけであります。楽観的それから悲観的な問題に戻りますと，私ども悲観的な問題をやはり検討していかなければならないと思います。もし，悲観的な問題に，また，そして人間性を考えれば，いろいろな非常に難しい問題も同時に直面していかなければならないと思うでしょうし，例えば肝臓移植の問題，あるいは脳死の問題，これはいい例だと思いますけれども，そういった難しい問題に直面しなければならないと思います。将来的には，人間は何か新しい技術に時代が生まれてくると思いますけれども，それと同時に，何らか準備をしておかなければいけません。多くの倫理の問題を解決しておかなければならない，自分自身で倫理問題を，やはり今の時点で解決して準備しておかなければならないと思います。

司会　きょうは2日目ですから，皆様方それぞれのご予定もおありだと思いますので，結びの言葉も省略させていただいて，これで閉会にいたします。

4人演者の方々並びにフロアから参加いただきました方々，どうもありがとうございました。

イブニング・セッション

第1分科会「日本国際保健医療学会活動の見直しと見通し」　丸地信弘
（信州大学医学部教授）

第2分科会「WHOと国際保健医療」　島尾忠男
（㈶結核予防会結核研究所名誉所長）

第3分科会「宗教と国際保健医療協力」　石川信克
（㈶結核予防会結核研究所国際協力部長）

第4分科会「在日外国人の医療体制」　白瀧貞昭
（神戸大学医学部講師）

第5分科会「NGOとGO」　Eddie Dorotan
（Irosin Sorsogon, Phillipines）
佐藤喜一
（金沢医科大学教授）

第6分科会「大学等における国際保健医療教育」　華表宏有
（産業医科大学教授）

第7分科会「国際保健医療と学生活動組織」　小池達也
（大阪市立弘済院附属病院医師）

（順不同）

注：氏名不詳の発言者は「会場発言」とした。

第１分科会

日本国際保健医療学会活動の見直しと見通し

オーガナイザー・司会
丸　地　信　弘（信州大医学部教授）

司会　第１分科会「国際保健医療学会の見通しと見直し」というテーマで討論を始めたいと思います。

お集まりの人が少ないということもある程度関係があるかと思うのですが，実はこのテーマはいろいろ誤解が重なって，こんなテーマになってしまったんです。私は初め言われたときはプライマリーヘルスケアーをやるつもりでしたが，それでは話はおもしろくないので，この際，この抄録に出ております国際保健医療学会の活動を３年目で見直して見通しを立てようということになったわけです。

今，この会場は全部で10人くらいですが，津山先生，それから山本先生，高野先生，これらの方は東京の方で学会の運営の方にかかわっている。それから，今日のこの話し合いで第３回総会の組織委員会の方からぜひ一人出ていただこうということをお願いしまして，藤岡先生にお出でいただいたわけです。

それからもう一つは AMDA，青年医師で国際保健医療協力に関心をもっている人たちのグループがありまして，秋田の遠田先生がアレンジをしていらっしゃるので，先日電話でお願いをしました。やはりかなり近いところで仕事をしていらして，もちろんこの学会の会員でもあるわけなんですが，少し若い層を代表してコメントをするべきだということで，参加をお願いしたわけです。

そういうことでほとんどが内輪で，今日ボランタリにご出席いただけた方はほんとうに数人でございます。

有川さんも高野先生との関係で出ていらっしゃるので，いろいろ最近の状況を知っていることでございます。それから女性の方ですが，事務局の方ですね。

どんなふうに進めていったらよいか，ちょっと私もわからないですが，まずは一応どちらかといえば外で，理事会とかの関わり合いを持っていない人が，学会から発足してから関わってきた中で，自分が一会員として，またその関連の組織の運営をどんなふうに感じたか，というところからコメントをしていただきたいと思います。それに対し，学会の理事者側が，それに対するコメントをしながら，今後の方向はどうあったらよいかということでお話をしていただいたほうがいいんじゃないかと思うのです。よろしゅうございますか，いずれにせよ限られた時間で少ない人数ですので，そんなふうに進めてまいりたいと思います。

そうしますと，向こうに座っておられる方，所属とお名前をお願いします。

佐藤　慶応大学医学部精神科の佐藤と言います。

司会　佐藤先生はこの学会は初めてですか。

佐藤　実は今日の学会もはじめてというところです。

ただ，私個人ひょんなことで JICA の国際協力でペルーに４年ほど行っておりまして，帰って１年足らずなので，この学会に参加させていただいて，日本の国際協力の経過なり，またこの学会の経過なりを伺えばと思って参加させていただきました。

司会　何人かの方のご意見を伺って，それで討論に参加していただければと思います。

そうしましたら，一番初めに秋田の遠田先

生，皮切りコメントをしていただけますか。お願いいたします。

遠田　私のような若僧の分際で何か話をするなど，とても気が引けますけれども。人が少ないので資料を配りたいと思いますが。

司会　この日本国際保健医療学会との関係を結びつけて，できるだけ話して下さい。

遠田　私たちがいまやっています活動は，9年ぐらい前にカンボジア難民発生の問題があったときに，現地にカンボジアのキャンプへ行ってボランティアをしたいということで，行った日本人学生の間からできたものが初めての母体なのです。

その時に余りにも現地と日本とのギャップがあり過ぎる，現実はこうも違うものだということで，本当にそこの土地のありのままのことを本当に知りたいという素朴の考え方からつくったのが，学生の会だと思うのです。それが，ちょうど1980年に発足しまして，そのときここにおられる丸地先生と，それから現地のテパノム先生との協力のおかげで，最初の会議はバンコクで開かれ，その後ずっとフィリピン，タイ，インド，シンガポール，インドネシア，マレーシア，いろいろな東南アジアの地域，ASEAN 諸国が中心ですけれども学生の力でずっとやってきたということなんです。それが来年10年目になるということで，来年我々はシンポジウムを開くという経過になっております。

ただ，ちょうど私のようにその当時経験した人間が大体卒業後6年とか，7年を迎える時期にきています。タイやフィリピンでもちょうど卒後専門医をとるというような時期に差しかかっています。実際に自分たちは学生の頃いろんな医師像に燃えていたけれども，自分たちが医者になって，ほんとうにこれから何ができるんだろうかと，いうことを模索しているという段階です。

それで，私も国際保健医療学会というのが開かれるということが3年前に初めて知らせがありまして，自分なりにある程度孤立感を感じましたから，当然この学会に興味が中心ですけれど入ってきまして，いろいろ中で仕事をしている，ここにいる小池先生とか，それから川上君と，みんな学生のころ私たちの会議をいっしょにやってきた仲間という経過もあります。その仲間の何人かがこの国際保健医療学会に関わってきているということも，とても興味を引かれたということであります。

また，最初に行った岩村先生を含め，丸地先生もこの学会に関わられていろんな意味でオーバーラップしていると，私たちの活動とオーバーラップしているところがあるのですが，その最初のとにかく抵抗があった学会ということですね，学会ということが本当にいま日本がいろいろ抱えている国際医療の面の問題点をうまく浮き彫りにしてくれるのだろうかという，素朴な疑問がまず最初です。それを1回，2回，3回，という中で，やはりまだちょっとふっ切れない思いが，それからこういう活動がこれからどういう形で本当に生かしていってもらえるのか，要するに実践力として具体的に動く原動力になってくれるのかということを，僕はそれをすごく聞きたいと思います。プラクティスの面ですね，実践という面です。それのひとつの例を示してくれるとすれば，これは僕達の活動はとてもそれによって刺激を受けるし，僕ら若い医者のプールも一緒に分かちあって仕事をしたというふうに思って，その辺が一番問題で，きょうの学会を開いた中で自分なりの意見ですが，やはり学生を連れて行って，こういうものを見てこられたと，あの人たちも同じ人間だという，そういうようなスライドを出されました。いろいろタイはこうでした，パキスタンはこうでしたというようないろんな話はありますけれども，やはり，じゃあこれからどうしたらいいのかなということがどうしても自分なりにつかめない。きっかけが出てこない。

それから若いドクターも，学生もいっぱい参加してくれている。せっかく参加してくれる，そういう人たちに対して君たちはこういう道も

ある。こういう生き方もあるということですね。もっとわかったらとてもプラスになると思います。

要するに今日本の中で僕のような若い医師が何かやろうとすると若僧だと，「お前はどこに行っても役に立たない」と言われるのが関の山です。ただそれでもできると，そのやれることがあるということはこの学会の中に求めてきている若い人たちもいっぱいいる。そこで，学会に来てやはりだめと思って帰ってしまうのではなく，そういう若い人たちの力をぐっと引っ張っていけるような学会のあり方ですね。それを僕はとても期待します。

それからもう一つ，若い人たちに対するいわゆる研修のあり方，具体的な研修，海外で本当に活動したいのならこういう研修をしなさい，具体的なものが学会の中で掲示されていて，そこにおける問題点を本当に表に出して話し合いができたら，すごく興味を持つと思いますね。若い医者，今でも出たい，あしたからでも自分は仕事をしてもいい，家族を連れていってもいいと思っている連中がいます。すぐそばにたくさん。ただそういう人たちとの熱い思いと，こちらからに何か集まって先生方がお話になったディスカッションとが，遠い世界という感じがどうしてもしてしまう。それからもう一つは，やはりリサーチというものを選んでいます。リサーチに関してのことをおっしゃる先生がおられましたが，本格的にリサーチされている，そのことは非常に重要だと思いますが，そのリサーチということと，それから本当にいわゆる草の根で働かれている方たちの話がごっちゃになってしまうと，僕らの方もわからなくなってしまう。その辺が僕は学会という型が抱えていくいろんな難しさではないかなあというふうになるのです。

司会　ありがとうございました。当面の問題提起をしていただきました。

非常に数少ないフリーなトーキングですので，多くの方にコメントをしていただきたいと思いますので，お一人の発言は余り長くならないよう，できるだけ前の人のコメントを受けて自分の思いを展開していく建設的なディスカッションをいたしたいと思いますので，まずは，津山先生，今の彼の提言を聞いていて，今後のディスカッションに有意義だと思うことを話していただけますでしょうか。

津山　非常にいいところをつかれて，それを受けて立てば30分はかかる。だけど実際に今あなたのおっしゃるとおりで，こんな飢える人を放っておいて経済大国はどうするのかと，こういうふうな思いで帰ってこられる方もあれば，こんなこと何やっているのかわかりゃしないじゃないかと，何のためにこれをやっているのか，その土地の人のためにやっているのか，わからなくて帰ってくる人もいると思うのですよ。

しかし，何かやらなくてはいけないと，あなたなんかの熱い思いのグループがどうすればいいか，何か我々を使うことを考えろと，こういう学会がそういうものとはピッタリこないと違和感があると，学会名を名乗るのはおかしいじゃないかというふうな考えはわかるのです。

この前も，ひどくこっぴどくやられたわけですが，東京でそのサロンの時代から非常に意気のいいことを言われた提言が2回あります。1回は援助なんか根本的に考えると，第三国の幼児の死亡率を下げるから，その国は人口爆発で困るんだと，そういうことまで言われた。それも確かにそれはひとつの考え方ですよね。それが先生のおっしゃるようにこれは何々学会なのだと，学会の学ではないじゃないかと，ただ感想の述べ合いじゃないかと，このようなのが学だと言えるかと言われたのもあるわけです。

しかし，それに関して我々はそうは思わない，やはり大勢の材料を集めて，それから分析していって学になっていくのであって，初めからそれが学じゃないとは思わないのですけれども，やはりいろんなことを考えなければいけない。日本はどうなんだと，僻地医療はどうだと，僻地に行くやつはいないじゃないかと，都

心ばかりに医者が集中して，そういう体質が改善できないでアフリカに飛んでいって何だと。まず日本をたたきなおしてからアフリカへ行けと，いうふうなことを言う人もいるわけですよね。そういうふうになりますと一番リアリスティックに何からやらなくちゃあいかん，一番の問題点は何かということから初めなくてはいかんと，私は思います。私のどうすればいいかということは，また後でのべます。

司会　山内さん，ちょうど今入ってきたところですが…。

山内　私も，22回医学総会でエチオピア難民のところに行って，それまでは国際医療協力の医の字もわからない存在だったのですけれども，一番やはり鋭く感じましたことは，学とかいろんなことを言いますけれども，じゃあ学ってのは何だ，どこから学になるのだというような境界みたいなことが，非常に文部省的に皆さん考えていらっしゃるという気がしました。

私はある意味で傍観者ですから，そういう意味では気が楽なのですけれども，ただひとつ申し上げたいことは，国際医療協力，それからPHCとかいうようなことを言われている方も非常に多いと思うのですけれども，私自身今一番感じることは結局自分のために，自分の何か人間性の形成のためにこういうことをやろうということを考えますと，その他のことは余り考えられないという状況があります。

従いまして，この学会がそういう意味でまとまったとき，恐らく今まで文部省が想像のできないような成果がそこに出てきて，しかも一番重要なことはでき上がったものではなくて，そこまでいくプロセスが非常に重要だと思います。いっぺんにマンパワーを考えるんであって，マンパワーはどのようにしてできてくるのか，どのようなものの考え方からできてくるのか，私はそのときに自分っていうものを形成するためにやるんだという意識にならない限り，国際医療協力は成り立たないような気がするのです。

そういうことを考えると，先ほど発言された先生も，まだ，何か逆な方向から国際医療協力というようなことを考えていらっしゃるんじゃないかな，という気も直感的ですけれどもしました。

司会　まだ，これから何人かの先生方にコメントをいただくのですけれども，ちょっとだけ申し上げておきますと，実はこの学会ができる前後に保健医療に必ずしも関係しないのですが，国際協力のことを大学で教育研究していらっしゃる先生方がこの学会の設立に関係されて，その先生から伺ったのですが，日本の中ではこの種の国際協力の分野で学会と名がついているところは一つもないという話なのです。恐らく今でも変りないだろうと思います。ですから，何もないところに我々は少なくとも保健医療の分野で，いろいろないきさつもありましたが学会という形にサロンから発展させようということで動きだしたわけなんです。

もう一つのエピソードは，山内さんと数年前に医学学会総会の映画撮りのためにヨーロッパに行ったときに，ヨーロッパの人たちに日本国際保健医療学会の説明をしたら，向こうの人達は非常にけげんな顔をしました。

ヨーロッパ諸国では保健医療の問題はみんなインターナショナルだというのです。だからそこで国内的なものとか，そういうことはもはや区別はつかなくなった。そういう意味では日本の場合は学会というかたちでするのに，特殊な事情にあるかも知れません。

かたや，アメリカではアメリカ公衆衛生学会の中にインターナショナルヘルス・ディビジョンというのがあって，その公衆衛生学会が開かれるたびに，その部門として国際保健問題を学会の場で論じるということがあります。日本ではそういうものがありませんので，アクティビティとして存在するものをどうして学問と結びつけて考えないのか，それが日頃やっている医学とか，看護とかそういうものを自然に結びつけるような体系化をとることで，検討されていってもいいんじゃないかと，そんなふうに

思って私どもは参加している，とだけ申し上げたいと思います。

後はまた少し先ほどの問題提起とも関係させて，他の先生方にコメントをしていただきたいと思います。

津山　最初から座らせていただいている関係で，何というんですか，この学会も徐々に大きくなって，例えば今回東京を離れて神戸でやるということで，山本先生がご挨拶で言われたとおり，やはり日本という名前がつく，東京でなくて日本とついたとおっしゃられたように，この学会自身のことが徐々に内容は全く別として，大きくなりつつあると思います。このプロセスにおいて，まず人もいないは，題材もないはでは，これは到底研究の相手になりませんから，まずそういうみんなの材料を出して，人も集めてということが最初当面３，４年は続いたと思いますが，そういう目から見ますと，僕はこれはどんどん今回の神戸もこういう盛会になっている。次は九州にも行こうかというようなそういう動きからしますと，これは高まってきているということを非常に感じます。

これからやはり先ほどの，例えば材料がたくさん出てくれば，その材料をひとまとめにして１つずつ学問の体系をつくっていけるような気がするのです。そういう意味で今後これからも内容をシンポジウムにしろ，あるいはこういう症例検討にしよう，内容を充実したものにしていこうと，それで初めて学会ということがなるほど学と，会とはっきり言えるかわかりませんが，というように今後僕はもっていけばいいんじゃないか，そういう気持ちでおります。

司会　そうしますと，いま何人かの先生はここ２，３年続けて運営をしようということで試行錯誤してきた人の意見なのですね。

この際ひとつ，いま学会そのものをやはり学会として運用するということに関していろいろな自己矛盾をはらみながら関係された藤岡先生に少し，今までのコメントは受けてのお考えをお願いできますか。

藤岡　いろいろ先生方のおっしゃることは，それぞれわれわれ今回お世話させていただいた中でも思いあたることばかりで，昨夜も申しましたように，やはりこの学会はまだはっきりとした線がないと言うか，エスタブリシュされてないというところが非常にエネルギーが僕は内科学会とか神経内科学会とかに所属しておりますが，もうその中でエスタビッシュされたものに，とにかくみんな合わせようというか，悪く言えば迎合しようというのが日本の学会みたいな感じがしまして，活気があまりなく非常に細かいひとつの範囲については激しい討論があるかも知れませんが，何か医の本質から少し離れてしまっていると，極端に言うとそういう学会への非難があるわけです。

この学会はある意味では全然知られていないと，言うのは逆に非常に大事なことで，さっき私の友人のモースさんが帰るときにいみじくも言ったのですけれども，こういう会は日本にとって非常に必要になるよと。我々はたくさんの参加者に来てもらって喜んでいるという話をしたのですけれども，彼は真面目な顔をして日本にとって必要なんだということを保健医療協力を受ける方の側で言いましたので，私は大変勇気づけられました。

ただその反面，今申し上げたような苦労がいろいろございました。日本国際医療協力，それ一体何やという質問，我々もうまくまだ説明できない。非常にめんどうくさいから会長さんは誰々，その他にこういう方がおられると言うておるのですけれど，そうですか，それはきっと良い会でしょうね，という次第です。JICAの方でさえ，そうですかという感じですから，逆に言うと僕はやりがいがあるといいますか，いろいろな意味で今回は勇気づけられました。

司会　山本先生今までのことを受けてお願い致します。

山本　私はやはりこの学会は学会以外にはなれないと思います。学会でなければならないので，それはいま日本の現状をみると国際協力，

国際医療協力という気分は確かに盛り上がっているので，近頃マスコミが耳障りな言葉というのをいろいろ言うのです。その中に国際協力なんてみんな耳障りになるかもしれませんが，だけれども世の中には日本人のお金持ちもいろいろ出てきて，国際医療協力のためならお金を貸してあげましょうという人もいるんですよ。

それから日本政府もいろいろ力をもっていますから，結局金力はあると思いますね。そうすると人もいると思います。今もおっしゃったように，もしやれるなら家族を連れて行きますという方もいる。だから，人も金も力もあって，それで十分だと思うんですが，宮崎先生が言った温かい心，これがひとつ問題だと思います。このことはともかくとして，私はもう一つ足りないのは知識と情報だと思うのです。

この知識と情報というのがないために，今までいろいろと摩擦を起こしていたわけで，非常に情熱を持った人がタイに行ったけれども，フラストレーションを起こして帰ってきて，もうあんなことはしないという人だっているのです。すると人はともかく帰っていませんから，ここじゃ聞けないけれども，やはり私はそういうことがないために，私たちの任務は知識と情報を提供することなんだと，それに徹底するべきだと思います。これ以外のものになろうとしてもだめだと思いますね。

ところで，それでは我々の知識と情報が得られるかというと，少なくとも私はいまの状態では非常に不満足です。それは，この学会がまだ寄り合い所帯であって，まだ整理されていない状態でありますので，こういうことの証がピンからキリまでいっぺんに出てくるわけです。

ある人は2，3年外国に行って帰ってきて，その方は非常に情熱に燃えて，今まで見てきたことは珍しくてしょうがないから，こういうこともありました，ああいうこともありましたと言って，それで発表をされるわけなんですね。私はこういうことは今はやりませんけれども，25年前にはそんな気持ちになったこともあります。だから，私はそんなこと言いませんけれども，そういう話はまだいいんですけれども，そういうものと非常に理解的なお話とがごっちゃになっているから，この学会がわからない。

しかし私は悲観していません。これはまだ3年目ですからね。第30回になったらこの学会は非常に整備されて，分科会がそれぞれあって，今度の分科会はテーマによって分かれたのですけれども，そうじゃなく，レベルによって非常に組織化した分科会ができて，それぞれのレベルで，学会に新しく入ってきた人は，あなたは最初はこちらを聞きなさい，そういう具合に段々レベルアップしていく，そういうような学会に30年後にはなると思います。

司会　話を続ける意味合いでちょっとエピソードを申し上げますが，私も山本先生と東大で16～17年いろいろとご指導をいただいたのですが，私がこんなことに関心をもっているのはある意味では山本先生の影響があったのです。

それはどういうことかと言いますと，今から15～16年前にアメリカから帰ってきましたら，ある日，大学の裏門を出るときに，山本先生が「あんたアメリカへ行って癌の疫学をやってきたと言うけれど，疫学は本当に使えるのか」と言われたのです。疫学を専門にして大学で教えている先生が僕に向かってそれを言われたので，本当にこの人は冷たい人だと思ったのです。

私はこれからちょっと考え直したのです。はっと気がついてみたら実はその当時既に東南アジア医療情報センターの関係で仕事をしていたのです。で，これは僕は自分にとって活動だと思っていたのですが，これを学問に近づける努力をしないと，東南アジアに何べん出かけていっても意味がないと思いました。大学では大学院学生国際保健学というのを自分で銘打って講義してきたのです。それはかなり長いことやったんですが，山本先生もあとで言われると思いますが，東大なんかでそういうことやるとやはり変わり者だと思われるのです。でもどうでしょう。国際化とか，国際何々といっぱい出

てきているわけですね。やはり私はそんなに間違っているとも思わないし，30年と言わなくても，10年くらい後にはかなりのものになる，しなくてはいけないし，自らなる時期に来ていると思います。

私はたまたま今年の5月から信州に戻ったのですが，信州の片田舎ですら国際化の時代で，マスコミが連日のようにそういうことを言っていて，私自身がそういうことで動かざるを得ない状況になってきたようです。

要するに心の国際化が日常生活の中で，大学の中でも放っておけない状態になってきているわけです。そのときに心の国際化が起きていない人たちに問題がある。実はそういうことも含めて我々は教育研究サービスの場面で考えいかなければいけない。そんな状況に来ていると思うのです。

津山　心というのもわかりますけれども，心だけでは動かない。さっきAMDAの方が本当にやりたい気持ちでいっぱいだという人材のプールはあるんだと，それに対し我々の側からどう答えるかというと，モチベーションにはいろいろあると思いますけれども，去年の学会でこっぴどくやりつけられたのは，WHOの中嶋さんが言ったですね，こういう日本でがんじがらめの管理社会で働くよりは海外に飛び出して，自分の責任において自分のロマンチシズムをやれるというのは非常に有意義である。だからそういうことで行く人が多くて，またそれで日本に帰ってきてしばらく管理社会でしばられると嫌になってまた出ていくと，こういうパターンがいま国際医療協力には非常に多いんだということを言われた。ちょっと非常に激しいこと，嫌なことを言う人だと思ったのですが，それも正直な意見かも知れない。我々はあなた方に行けと言ったときに，それでは責任が持てないわけですね。あなたにあったことを3年後にはどう評価しますかと言われたときに，元に帰る場所がありますかと，それがないのに行け行けと言えないですよね。どうもその点では心がというようなところで止まってしまうわけなんですよね。

司会　この辺，みんな今までのその数年の国際保健医療学会に関わり，それから運営に携わっている人の意見ですので，こういうことを聞いた範囲でいろいろ連想されることをおっしゃっていただいて，きょうはいいはずです。

山内　私は先ほど津山先生が何回か痛烈な批判は一番学会らしい学会はいま何をやっているかということを，私は商売柄いろんな学会の取材に行かせていただくのでわかるのですけれども，そこで議論されていることというのは，科学的に学術的にはきっちりとされているかも知れないけれども，そこには私から言えばリーダーシップ・デベロップメントとか，それからマンパワー・デベロップメント，これのかけらもないですね。そういう学会では，まずご自分のことを伝えるのみで精一杯の状況なわけです。

いま一番重要なことは先ほど山本先生もおっしゃっていましたけれど情報というのがやはり発信をするのはいまちょっと進歩的な企業のほうでは情報発信なんて言葉を使っているのですね。

しかし，そこには情報の収集能力でない限り発信は絶対にできない。したがって，いま各学会がどのくらい情報をつかまえているか，例えば日本国際保健医療学会はどのくらいの情報をつかまえられるかというときに，私は民間だけでは無理，その情報が一番正確に入ってくるのはやはり官だと思うのですね。だからそれとの協調の上でその官をリードできる学会の存在，その情報というのがやはりリーダーシップとなって，そうすればみな奇しくも津山先生のおっしゃったどうにもできないということはリーダーシップの欠落であるわけですよ。そのリーダーシップをどうやって育てるかという学会は今ひとつもありません。

だから，やはりこのようなプロセスをいま貴重な体験ができるという学会は，そういうことをしない限り私は21世紀には絶対つながってい

ない。今，物理学会であろうと，それから医学の中の一番先端の本当の学問の最先端をやっているという目抜きのものであろうと，そういうリーダーシップに対する配慮はないような気がしてならないわけです。

司会　今，山内さんのリーダーシップというのは言い方をかえれば，ヒューマンなコーディネーションというふうに言いかえしていただいても全然矛盾がないと思うのですが。

佐藤先生，みんなの意見を聞いていかがでしょうか。

佐藤　私は確かに学会に来たらちょっとという感じがあったり日本ではいろんな僻地もあるのに外国に行ってなんだというような，そういうのも私はそう思っていたほうで，先にちょっと自己紹介させていただいたように，83年から87年までペルーのJICAのプロジェクトに関係しました。そこにひょんなきっかけで行く羽目になったのですが，帰ってきまして，こりごりだというようないろんなあまりいい気持ちを持たない面もあって，私はペルー人の中ではよかったんですが，むしろ日本のあるいはJICAに対して非常にそういう気持ちを持って耐えていたものですから，ただそうは言ってもやはりせっかく4年ぐらいはいってたことが何とか自分なりに整理したいと，プラスにしたいということで，割と思い悩んでました。

この学会の存在を知って参加させていただいたわけなんですが，きょうのお話を午前中から伺ってまして，やはりその結論から申し上げますと，この学会の意味なり，存在理由が非常に討論されていると思うのですけれど，私個人としてはお話を伺って自分なりにまとめたのですが，医療協力プロジェクトなり，家族計画プロジェクトというJICAを通じて全国から専門家が参加している，それから単発の専門家とか，あるいは相当数が世界の保健や医療に関係しているのですが，そのいろんな結果なり，そこであったいろんな失敗，成功，そういうものが従来JICAの中には報告書というかたちで蓄積されてしまって，一切それが世間にはもちろん出されないし，関係者の中でもそれが十分討論されていない，知られてもいないということもあったと思うので，そういう点でやはり一応こういう学会が果たす役割は大きいんじゃないか。もう一つは，これは私が考えることかも知れませんが，どうもそのJICAが果たす役割というのは経済的には非常に大きなものがありますけれども，その中での専門家というのは医者であれ，他の職種であれ，やはり関連機構でありますから，JICAの中では専門家というのは嘱託，臨時雇ですので，本当に意見が十分に反映されていない。そういう面でこうした学会がそれなりのいろんな関係した専門家の経験を集約するということが学会の目的ではないかと考えます。

司会　もう少し前のディスカッションに結びつけていただけますか。

佐藤　そういう意味でいくつかディスカッションを伺っていまして，その学会の存在と今後の目的とか，いろいろ参加への経過を踏まえて議論と思われますけれど，今申し上げた幾つかの点でこの学会の意義というのがあるというふうに承ったということです。

司会　またお願いいたします。まだこれから討論が続くわけなんですけれども，やはり一番初めに秋田の遠田先生が提起された幾つかの問題というのは，実は私がこのテーマを考え出すとき根底に私自身の中にあったのです。だからあったことをやはり指摘されたと思ったし，会長もそれを言われたのですね。ですから，この辺のところをこういう機会にもういっぺん見直す。そういう過程が必要だと思います。

有川さんほぼ1年ぐらい間接的に関係していらっしゃいますね。そのことできょうのディスカッションをお聞きになって何か言っていただけますか。

有川　初めて高野先生から国際保健医療学会というのを聞きまして，やはり私も最初は学会ということにひっかかったのですが，でもそうだろうと思ったのは，いわゆる学問のための学問

というものが多い中で，実際に必要な学問といえるかもしれません。私も，20年ぐらいの間，別の国際運動に関わっておりまして，それを通じ海外で医療協力に限らず他の協力を見る中で，非常に無駄な協力といいますが，無駄で済めばいいのですけれどその国にとって害になるような援助が行われた。そういうのを見て非常にもったいないということと，腹立たしさと両方あった。そういうものを何回も見たわけですが，そういう中でそういう援助についてきちっとした学問的体系ができて，援助はこうあるべきというのは語弊がありますが，国際的な援助となりますと非常に切口が広うございますから。そのなかでも医学，私もちょっと多少関わった中でいわゆる国際保健医療ということに絞って，まずこれだけでもこういう学会をつくって，そしてただ自分たちだけで討論して満足しているのじゃなくて，他に影響力を与えて，特に日本がこれから国際援助もどんどん増やしていこうというわけですから，せめてこの保健医療の分野では非常に進んだそういう見識と言いますかそういうものが世間に公表できる。それが援助の面で影響を与えればこんなすばらしいことはないんじゃないかと，ということで私も喜んで私のできることは微力でございますが，何かご協力させていただこうと。ですから，今後ともなお一層今はこの中で討論しておる段階ですけれども，先ほど情報の提供という方がありましたが，国際保健医療の分野でこの学会が非常に影響力を与えるような，そういうものにしていただきたいと，そういうふうに思います。

司会　後ろの方に女性の方数人後から入っていらっしゃいましたけれど，このくらい話をお聞きになれば，自分たちはこの主題についてこんなふうにおもうということをフランクに言っていただきたいと思います。

会場発言　結核研究所の国際協力部で働いていますけれども，実は私も去年からここに参加しているんですけれども，どうも学会とは言えないやはりただの報告だけで終っているような気がしているもんですから，何かもう少し実際的なそういう報告とともに学問的なものも少しあってもいいんじゃないかなと思っていました。ちょうど今日の分科会のタイトルを見ましてね，立て直しとかいうあれがあったものですから，ちょっと興味を引かれてどんなことを討論されるのかなと来てみたのですけれども，皆さんは大体話を伺ってみて同じようなことを考えておられたのだなというので，自分のなかでは安心しました。けれども山本先生がおっしゃったように，この学会にあることの意義はもちろんいいことだと思います。

司会　どうもありがとうございました。

先ほどの話に幾つかつながっているのですけれど，他にもう一人いらっしゃる方どうぞ。

会場発言　私，国際協力事業団の特別嘱託というかたちで，今度11月にバンコク市の疫学の専門家として２年間派遣されることになりまして，今回初めてこの学会に参加しているのですが，きょう午前中ちょっと聞いた限りでは学会としては何かまだ，皆さんのおっしゃったような報告みたいなものがかなり多かったものですから，ちょっとがっかりしたという感じで，今後を期待したいと思います。

司会　そうするとひとつディスカッションしたいのですが，私も医学をやってきたのです。山本先生もやってきたのです。だけどこれからの疫学の社会的適応というのは保健とか予防に試行した疫学が中心になっていくんだろうと思うんです。従来の疫学はその部分になっている。どうもあなたのお話を伺っていると，部分であるところに拡大されないと，それは学会とか学問じゃないと言っているように聞こえるのですが，その点いかがですか。

会場発言　そういうことではないんですね。

司会　どういうことか今日の午前中のディスカッションを聞いていらして，学会的でない学問的でないと聞こえるのですか。

これはディスカッションのために言っているのですよ。

会場発言　はっきり申し上げまして，数カ月なり，あるいは何年か外国に行ったら報告できそうな内容が多かったような気がするのですね。だから具体的にいまこういう問題があって，こういう問題に対してどう対処したとか，その問題点に関して客観的に評価できるものが必要なのではないでしょうか。

司会　そこなんです問題は，客観性であることが科学性かということなのか。それとも我々が人間として社会に生きる中でのいろいろ問題を解決していく，予防していく，治療していくということから，今回の学会での発表，討論というのが中心に行なわれてきているようなのですね。そうすると，そのところで発表されている一つのことに対する見方が，個人的に判断する場合とディスカッションでコンセンサスとして入るところで少しずれが起きるのです。ですから，そこの辺のところをもう少し本当は確認する必要があるのです。それが，さっきから何人かの方が言われていることと関係するのですね，だから予防のための疫学ということがこういうふうな保健医療学会ではメインの問題になってきている。

従来の客観性を重視した統計学的なものというのは，その中の部分だけと私は思うのです。だから，そこのところをひっくり返して考えるとこの学会はいくら何をやっても学会にはならない，というふうな個人的な結論めいたものを出してしまうことになるのです。それは恐ろしいなと私は思っているのです，いかがですか。

会場発言　私も恐ろしいと思って。

会場発言　今は私はあそこに行ってこんなふうにやってきた。今のやり方ではだめだと，こういう悲憤慷慨学会になるんです。誰かが頑張ってもらわないかんというようなことになるんです。そうでなく，そういう材料を集めているうちに低開発国の疫病対策にはこういう問題があると整理されていくのではないかと，私は思うんですがいかがでしょうか。

そうなってくると学術的になってくるんじゃないかと。もっとどうすればいいかと，どうすれば一体有効になるんだと。チームワークにするという方向はないだろうか。JICA だって今は無償と借款は組み合わせられないということになっていますから，あれは金は無料でやれる国には貸してはやれないのだというようになっていますでしょう。

そうすると，病院を立てる，後のランニングコストは延べ払いでいい，返してくれれば貸してやるというふうにすればひとつの矛盾は解決できるわけです。ドイツなんかそれをやっている，大きなことが長期的にやれるわけですよ。そういう矛盾をいろいろ整理していて，これならこう，これにはこうというふうな現実に解決策を絞っていくのがこの学会ではないかと思います。似ている学会は医学教育学会だと思います。医学教育学会の一種です。長い間やっておられるけど，あれがどのくらい効果を上げておられるか私はちょっと疑問なんです。

会場発言　私はやはり進行に意義があるんですね。それはやはりこれは日本国際保健医療学会のための会だから，やはり学会をこれから永続させていく，存続させていくということにおいては，今のような若い方たちの意見を無視できないと思うんです。

会場発言　それを一つの方向で決めつけないでほしいということがひとつあるんですけれども，それで今年はいま津山さんがおっしゃったみたいに，じゃあ，学ってのはなんだろうということなんですよ。今ご発言された女性の方々の学というのは，日本国際保健医療学ってのができたときに，その学問というのは科学の体験の中で，どういうように位置づけるかということが果たしてできていらっしゃるのかどうか，ということなんですね。

ですから，栄養でも物質的にものを考えていいのか。分析的に考えればいいのか。統計的に考えればいいのか。数的に考えればいいのか。それが学問なのか，ということだと思うんです。国際保健医療，プライマリーケアーというのは

何なんですかという。その後に続くものが何なのかということが，やはりある意味で一般的に説明できる学的体系を，これからつくっていくものだと私は思っておりますから。いまそれを何を想像されて学問的とおっしゃっているのか，僕は全然わからない。

有川　私もそうだと思うのですが。私は考古学をやっておりまして，オリエント学とか言っていま偉そうなことを言っておりますけど，これはほんの100年もならない。カターでさえ，あれは大泥棒と言われているわけですね。100年前は完全な泥棒だったわけですから，今大英博物館にあるものとか，ルーブル博物館にあるもの，あれは全部泥棒の所産，そういうとイギリスやフランスは怒りますけれども，とにかく大英博物館にしましてもロンドンの人たちは何と言いますか，世界の珍しいものを，おかしな物を見せる場所，という評価だったわけですね。まさに宝探しから発掘しまして，いわゆる科学的な発掘なんてのは確立させたのはほんの20，30年でございまいて，その前はとにかくまず珍しいものがあれば，それを掘り出すことが先で，回りのものは全部破壊して彫刻とか，そういうものを掘り出して，それを陳列して珍しがって，しかしそれがだんだん科学的に体系化されて，日本でもオリエントがというのがありますが，現在のこういう学問になったわけです。

まさに，こういう国際保健医療学なんてのはないわけですから，今，正に我々の考古学的宝探しの同じような時代と思って，これがやがて精練されていけば，先程私が申し上げたように国際医療協力というのがあるべしというような体系がやがてできていくんじゃないか。だから，今のところはいろんな意見があっていいんじゃないかという気がするんです。

会場発言　私は内容をずっと最初から見ていますと，最初はまさにひっちゃかめっちゃかじゃないですけど，きょうの分科会ですが，あれが全部一緒に出てきて，まさに１番目のセクションの１で，２番目は２だったと，ばらばらでやってた。それがこのだんだんと今回は一応医療協力だとか，疾病別でまとめるとか，国の単位でまとめるとか，そういうかたちにだんだん移ってきて，それは今，題材を集めている間に，これは共通性があるとか，これはこうやってわかってきて，去年ぐらいに山本俊一先生が国際保健医療学をつくるのだとおっしゃられた。それに僕は段々近づいていくプロセスにあるということを感じているのです。ですから，そういう意味で非常に楽しみにしています。

会場発言　何か今までのことを朝から聞いていますと，要するに国際協力とか援助でなくて，協力であるとか。最終的には例えばヒューマニズムだとか，そのようなことを言うわけですよね。普通そういう方面に携わっている方はそんなことはわかっていることなんだと思うんですね。

それで，やはり草の根的な仕事をやっている人，あるいはもうちょっと行政的なレベルでやっている人，あるいは今そういう仕事を始めたばかりの人も，ずっと長く歴史をもってやっている人も，全部いろんな人がまざっちゃっているから，なんだか示しがつかないみたいな，もう少し何かとまとまった方がいいんじゃないかという気がしないでもない。

司会　今，言われた中で一つ非常にポイントがあるのです。そんなことはわかっている。そうです。多くの人は文化の程度とか，開発の程度とは無関係に，よいことをみんなわかっているのです。

しかし，そこの場に関わらなかったことを，保健医療の分野で体系化するというのが国際保健学が認知されることです。

それにしては，ちょっといま縁遠いので，いくつかの素材をとり上げてこうやってディスカッションをしているところだと，私は思っているのですけれどね。

会場発言　だから結局集まっている人達がいろいろばらばらになっているということなんですね。そんなことはわかっているじゃないかとい

う人もいるだろうし，まだそこまでいかないという人もあるだろうし，あまり理解ができない人もいるだろう。

司会　そういうことのために，さっき彼女が言ってくれたからディスカッションを活発にするために，ちょっとこの人には文句言われたのですけれども，別に悪意があって言っているわけではありませんので，どうぞ活発にやっていただきたいと思います。

会場発言　ここには医学の方とか，他の先生も大勢いらっしゃる。文科系の方が何人かいらっしゃるので，私も心強く思っています。

一つ申し上げますと，言ってみれば例えば，足で歩いてデーターを集めてくる学問，文科系で言いますと考古学とか民俗学ってのは第1次産業的学術というのです。

それを歴史的に整理していく学問，歴史学みたいなのを第2次産業的学術，それから文学とか哲学的にそれを机上でまとめるのを第3次産業的学術というのです。

だけども国際保健医療学というのは私が想像するところで，やはり第1次産業的学術だと思うのです。ですから，それには相当行動が伴う。ですから報告であっても，それは聞き方において学問にもなります。また単なる報告のもなる。科学的に，学術的に国際情報を捉えていないと，それを聞くことができないと私は思います。

今日の中でも学術的なことがいっぱいあったと私は思うんですよ。だからそれが，こういう中できちっと整理できるだけのもの，そういうリーダーシップがこの学会は必要じゃないかということを私は痛切に感じます。

司会　そういう意味でおもしろい例え方をされたのですけれど，一次，二次，三次的なものというお話ですけれど，なるほど一次的なものがベースになるそうです。

私が今聞いていた感じでは，彼の例えで言えばその一次がベースになって，二次，三次を全部包むようなものができれば，我々がいろんなものを取り上げても，そこに参加した人たちがなるほどと思って，持ち帰ってまた何かやろうと，いうふうになればかなり完璧だと思うのですけどね。

会場発言　誤解をしていただきたくないのは，第3次産業的というのは評論家ですよ。その評論家的になってしまったら，それが目標になったとしたら困るのです。この学会は第1次産業的学会，それに通していかないと説得力がない。ほんとうのものは出てこない。だから発掘と同じようなものです。あるかないかわからないです。出てきたときにも，それは即判断できるかどうかわからない。だけど見つけることが事業なんです。

司会　そちらの方遅れていらっしゃいましたけど，大分ディスカッションも聞かれたので，このテーマの中でどんなふうに思われましたか。

会場発言　まだ，来たばかりですからはっきりわかっていないのですが，多分国際医療学会が学問的かどうかということをお話しているときに，入ってきたものです。

僕はレントゲン技師ですので，協議会に参加しまして，こういう学会に入ったということで参加いたしました。

それはもちろん，その当時と今とではちょっと違うんですけれども，一番当時思ったことは事実を伝えるというそのための手法というか，そういうことは統一されることでそれをサポートするいろんなものもあって，恐らくそういう学会，各地から集まって議論しようという期待ではないでしょうか。

司会　当面はそういうことでいいですか。

会場発言　いまちょっと僕自身もわかりません。

ただ大学に入るにしても勉強しなければいけないと思うんですよね。だからある意味ではこういうことに参加することによって，いろんな意見を知りたいのです。

司会　時間としては半分ちょっと過ぎましたけれど，会長の堀田先生，また一言言っていただきたいのですが…。

堀田　私は今も伺ってまして，全くそのとおり

だと思っていました。今の前の発言者に関係づけるような話をしろというような意味でしたら，一つ，二つ断片的に申し上げることは，よく若い人から同じような質問を受けるのです。そのときに私は，年を取ると共に，だんだんずるくなって来てごまかすような言葉を言うんですけれど，国際保健医療というのは二足のわらじをはかないかん，と私は思っているのです。一つはやはりリサーチですね。一つは実践というようなことです。

きょうのシンポジウムを伺っていて，まさに私なりにそれがあるときに現われていたと思うんですが，例えば，土井さんとかそれからアレン先生のお話はまさにリサーチですね。特にアレンさんのときはものすごい金と人と使ってプロゼクトを40ほどつくって，世界的にやっている。日本のJICAはとてもじゃないけれど足元にも及びません。

かたや宮崎先生の様に金よりも物よりも建物よりも温かい心だと，いうことに私はうたれたのですね。うたれない人もあったかもしれないけれど，私はうたれました，それがないとこういう仕事はできない。ですから，少しひねって言いますと，その二つ立場をアウフヘーベンした立場が国際保健医療学会になるんじゃないかと思うわけでございます。

それは頭の中ではそうなりますが，それは具体的にそれをどうしていくかということになると，それはわかりません。けれども，一つのやはりポイントは山本先生のおっしゃるように情報と言いますか，そういうことをしっかり積み上げていくことが一つの行き方じゃないかと思います。そう言いますのは，これも山内先生の言われたように，私もJICAにかなりタッチしたのですが，レポートも随分書いたのですけれども，それは雲散霧消してひとつも役に立っていない。ああいうものがやはり本当の意味での役に立てるようなシステムができない。

それは私の少ない経験ですが，やっぱりイギリスといいああいうところはすばらしいことをやっていると思いますね。さすがによくやっているんですが，それで今日もどなたか言っておられて，今から何をしようかと思っても，どっち向いて走っていいかわからんとおっしゃってました。それはまさに日本にそういうシステムがないわけなんで，例えばイギリスなどは，いろんなトレーニング・センター，イギリス人のドクターのためのトレーニング・センターがあるわけですね。単に博士をとるというのではなしに，具体的なトーイニングをやる制度がロンドンスクールにはありますが，あんなものは日本にやはりできない。

それからこれは，きょうはインフォーマルな話ですから，ちょっと脱線をさせてもらいますが，津山先生はちょっと一言言われたのがモチベーションが違うんじゃないでしょうか。ここに集まられた方は，少なくともいまの時点では。最後にお前はどういうモチベーションがあるかと言われますと，佐々先生と偶然話をしまして，非常に共鳴したのです。先生も私もモチベーションの大きな一つは戦友の戦死したことです。私たちのクラス京大医学部は実は昭和17年卒業ですが，一番戦死の多いクラスでした。それが私のいつも一つの負い目になっているのです。ちょっとセンチだから恥ずかしくて言えないのですが，この間佐々先生がソロモンで仕事をしているが，僕は昔このあたりを駆逐艦で走って通った時，たくさんの人が死んでいるのに，やはり自分が生きていって何かしなければと，そんなことを考えておられるのかなと思ったんです。

要するに，それはひとつのセンチメンタルな気持ちかも知れないけれど，モチベーションだと思うのです。そのうちだんだん固まるかもしれない。そういう感じをしながら，今日のお話を聞いておりました。

司会　どうもありがとうございました。

私の言い方はいつも下手なんです。愛情を持って言ったつもりですが，どうも堀田先生にも山内先生にもかなり先の発言者を攻撃してい

るようにとられました。

大体，これで当初提起されたことに対するいくつかの角度から，コメントがあります。だから，この辺でもういっぺん彼にコメントを聞いてはいかがでしょうか。

遠田　私もこの会を中心に諸先生方のお話を聞くいい機会を得られたことを幸せに思っております。

私いろいろとお話を聞いていて，山本先生も津山先生もおっしゃいましたけれども，やはり学会というものが抱えるリサーチという問題があります。

それはやはり重要な点だと思いますし，同時に何というか，実践という言葉を言われましたけれども，その実践をもって，そしてそれをお互いに分かち合おうとする。そういういわゆる経験の中から生れたもの，そういう二つのものがいま混ざり合おうとしているというか，それは日本の中になかったし，別にどこに類似のものを探す必要もないと僕は思うんです。

だから，そういう姿勢を大事にする必要があると思います。そういう民族ではないですね日本人は。そういうことが出てくると排除しようとする人間たちだなと，自分を含めて思いますが，僕はそれに対して負い目を感じない人たちの集まりであってほしいというのは今先生方のお話を聞いていて，とてもすごく励まされました。

山本先生も30年とロングランのお話をされましたけれども，私が始めている若い医師の集まりも，10年，20年やった時点が本当に話せる時だと思う。やはり続けて行くことということが本当に重要になると思いますし，この学会はいまそういう意味で二つの違うエレメントが混ざり合いながらいい学会になってくれるというふうに非常に期待しています。

そして，さっき一つ言われましたけれども。情報とか知識，それから官，民，そういうような人たちがぶつかり合う場であってほしいと思うし，情報なんかがどんなかたちでも格好つけなくても伝わってくる場であればとても良いと思う。一方，津山先生が行けとだけは言えないという，非常にストレートなことを言っておられて，非常に私もうれしかったのですが，私達も自分なりに，自分たちの処する道を考えているというように思います。若い医者たちも今できることというのは自分なりにやっていきたい。それはタイやフイリッピンやシンガポールなんかの現地のカウンターパートですね。やはり本当に現地カウンターパートを育て，そしてその中で自分なりのノンガバメントの交流，協力をつくっていきたいと思います。それはいつかこういう学会とともに一緒にやることができるんではないかなと思います。

司会　この遠田先生というのは9年前から知っているのですけれども，学生時代はすごいガラッパチだったのです。10年すると大分かわるものですね。余談でございますが，それではこれから第2ラウンドでございます。

藤岡　私，最初の関西医療協力サロンというのを水野先生と一緒に始めた一人なものですから，関西の歴史もみておりまして確かに最初は情報交換の場でした。それが学会という名前を東京の方でつくられたときに，私自身にも若干抵抗はあったと言いますか，これが学会として成り立つであろうかというのが，そのときの印象でありました。けれども，今回お世話をさせていただいて，私は先ほど申しましたように希望がぐっと大きくなりました。

それは，学会というのは情報の交換に始まって，それを集積し解析し評価して，そしてある程度確立されたものを今度は利用すると，これで初めて学会の役目が果たせる。そういう先入観念で学会に来られますと名前だけで実態がまだできていない。交換からやっと集積に入りかけた段階なもんですから失望をされた。僕は何も知らないで来れば，恐らく彼女がおっしゃったような気持ちになったかも知れません。

だけど，山本先生がおっしゃいましたけれども，この学会の中心はあくまでもいろいろな情

報を，それは必ずしも科学的とかそんなものではなくて，学問というのは科学もあればオリエント学部もありますでしょうし，いろいろのものがあっても良い。我々医療関係者のいつも馴染みのある学会とはとても違う。社会的な基盤というものと密接な関係をもった分野ですから，ユニークな学会になってほしいと山本先生がおっしゃったことには賛成しております。

それからちょっと付け加えますと，くどいかも知れませんが，この学会は非常に幼いと言いますか，お世話して何人かの方が集まるかわからなかった。それで，この学会はまだ関東，関西の地方会全部合わせましてもまだメンバーも少ない。ですからこういうことはある程度，新しく入って来られた方にも理解していただきたいと思います。

司会　第2ラウンドに入ってきましたけれど，後ろの女性群どうですか。話題はかわっていくわけだし，感じ取ることも少しづつ軌道修正を受けていくわけなんですね。そうすると，何ものか出てくるわけですよね。いかがですか。

会場発言　何かいま一つ自分の中でも整理ができていない。

ただ自己満足，ひとりよがりの学会みたいな気がするのです。

会場発言　要するにただ報告だけ，こういうことをやりましたよという報告が余りに多すぎるのじゃないか。ただ，それではこういうことをやったというだけのことだと，ひとりよがりになっちゃうじゃないかという話をしたんですけれど，多分そのことを彼女は言ったのです。けれども，彼女が学問と言ったのとは言葉が足りなかったと思うので，やはり客観的なものがないと，それは結局はひとりよがりになっちゃう，こうしましたよ，ああしましたよと言ったって，それがどうしたということですよね。それを仕事にしているわけですから私の場合にはボランティアでもないから一応商売になるようなものはこの学会からは求めたいなということもありません。

司会　そこのところを意識的な距離，それをどうやって埋めるかというのは，参加する人たちがアクティブに参加し，またコミュニケーションが十分行なわれることが大事なんでしょう。ある時間が来たら“はい終わりよ”というようなアレンジだと，いつまでたってもそれは解消できませんね。その点は我々も非常に運用上毎回心を痛める問題です。

会場発言　先程遠田さんとおっしゃるのですか。お話をされまして，私ははなむけの言葉を入れようとすれば，自分の発掘の自己の発掘のために積極的に出掛けていかれることがいいことじゃないかと思うんです。人にじゃあ何が学問なのか，何を求めているのかと言ったって，ご自分が，何をということをご発言いただきたいと思うのです。この学会に，ただ客観的にとか，それは報告にすぎないとか言われてたら，僕は説得力がひとつもないと思うのです。

だからそうだったら私はこう考えるということを出して下さらないと，どういうことにすれば学問的になる，今日のもののそれに何を加えたらどうかというようなことを。

司会　主体的に取り組んでいく。意見として交換する。そういう姿勢なくして話題とかテーマを自分の外においたら，いつまでたっても，あなた自身も回りに集まった人も学会にはなっていきませんよ，とでも言う意味合いなんです。

会場発言　私さっき申し上げましたその第三次産業的な学術になっていただきたくないというのは，評論的になっていただいたら困るということなんです。

司会　どなたかいらっしゃいませんか。

高野　例えば外国に行って報告する。私の個人の考えですけれど，報告し，学問的に煮詰めるということが果たしてどういうことかというのは，ほんとうにわかっていないんじゃないか。もしその今おっしゃっておられた方が何か発表して下さって，こうなんですねと行って見本を見せて下さったら，それが学問的かという評価ができて，みんなそれを真似してもいいでしょ

う。いま現状が，そういう状態じゃないかなと思うんですけれども，ベターな方向に向かっていくことがいま必要であって，現状はそういう状態にあるということは認めざるを得ないと思うのです。それを今後どうしたらいいですかということを，私はこのセクションで丸地先生にまとめていただきたいという気があります。

司会　もっていけるかどうか，ここに集まった人たちが主体的にさっきの山内さんの意見とか，その他の先生方の意見を受けて納得するようなかたちで主体的に参加していただければ，きょうのミーティングの意味もあり“国際保健医療学会が学会として間違いなく生き続け，自分もこれからの学会の中ではそういう姿勢で参加をしよう”というふうにかわっていくだろうと思うんです。

藤岡先生が手を挙げていらっしゃいましたけど。

藤岡　大体現状分析的なことは出尽くして，僕は女性の方が言われたのは大変ある意味では貴重なんで，これからそれではどうすればいいか，いま高野先生がおっしゃったことを残りの時間でおまとめをお願いしたいと思うのですが。

司会　大体の方向はおわかりですね。彼女がどうこう言っているということが問題ではないのです。彼女が言われたようなことで疑問を持っている人がたくさんいることは事実なので，そういうタイプの考え方に対して，我々はこれからどうしていったらいいかということを，残る10分の間に少し前向きにディスカッションをしてみようと，いう提案だと思います。そういう意味合いでどうぞ皆さんコメントをしていただきたいと思います。

有川　私はいわゆる門外漢だったのですが，6年前にコンサルタントをやっている中で，ある銀行から倒産した病院の再建を頼まれまして，その病院を再建して医療界という中にも深く入ってきまして，高野先生と二人で病院をつくっておるのです。この医学会の他のいろいろな学会をみてますと，いわゆる文科系の学会と違いまして，実際のものに非常に影響力があると申しますか，何とかの認定医，何とか認定医，だれが認定するのですかと聞いたら，何とかの学会です。それぐらい多くの影響力があるんだなということで関心したわけです。だからこの国際保健医療学会もという意味でぜひ影響力のあるものにしていただきたい。

そうすると，私の一つの提案なんでございますけれども，いま日本がODAを竹下さんの大風呂敷で大幅に増やしたと，きょうの佐藤先生の話ではないですけれど，私も多少税金を払うようになり，税金の支払いの使い方については敏感になっておるのですが，かなり無駄なと言いますか，意味のないというか，そういう協力，医療補助がなされるのではないか。

じゃあ，この学会の発表にもある民間がやっていらっしゃることは，これは皆さんご自分のお金でやっていらっしゃるのだからそれでいいことですが，政府が税金を使ってやっている事柄に対して，この学会として政府のプロジェクトを評価するというか，あるいはこういう点が良かったと，こういう点がまずかったとか，そういうことをこの学会として公式に評価して，もちろん政府のその期間では対マスコミに対しても公表し，世間にアプローチする。そうして国際医療協力が保健医療協力が実のあるものにしていく，そういう影響力が公示できればどうかなと思うのです。

司会　ありがとうございました。

これはあしたの総会のときに出る，いわゆる神戸宣言とでも言える今回の学会の提案の一つの項目にも関係するのですが，少なくとも国際保健医療に関わった理由，ディスカッションするときには，評価の一つの枠組みというようなものがあっていいじゃないか。これは何も国際保健医療に限らず，国際協力に関わるいろいろな分野で一番大きな問題なのです。

経済の分野でも言っているし，やっているのです。だけどそれがなかなかコンセンスを得るような評価ということがやられていないところ

に自己満足があるところなんですね。結局，評価というのはヒューマンな評価なことがベースになるわけですね。

ところが，多くの評価は数量だけでやってしまうものに代表されるかたちの一方的な評価が多いから，結局人間関係の協力，そういったことが前提になっていないことが非常に多いわけです。ですから，確かに有川さんがおっしゃるように評価というようなことをひとつの入り口として，この学問体系を見直し，具体的なものを考えるということが明らかに具体的な方向であることにはかわりないと思います。

その他いかがでしょうか。

会場発言　その前にいかにこの国際保健医療学をつくっていくか，どうしたらそういうものをつくっていけるかという辺を見直していかなきゃいけないし，それよりも前の仕事じゃないかという気がするのですね。

そのために，丸地先生とかあるいは山本先生，その辺の本当にオーソリティーでおられる先生方に引っ張るというのでしょうか，リーダーシップをお願いしたい。例えば，きょうもこれで終わっちゃうと，それで途切れてしまう。そういうものを小委員会をつくるとか何とかして，学問的に引っ張っていくようなものをつくらないと，僕はこれはいつまでたっても同じことで終わり，ぐるぐる廻るなと，感ずるのです。

司会　これは幸いきょうのディスカッションは伺うところによりますと，記録を全部とってワープロに打ち出すようなことを聞いておりますので，後，我々の学会のひとつの財産として使うことができると思います。

それから，今，私と山本先生の名前が挙がりましたので，ちょっと私が言うのはおかしいので山本先生に後コメントしていただくとしまして，また山内さんが手を挙げていますからどうぞ。

山内　やはり日本国際医療保健学というのがこれから形成されるとすれば，それは単なる医学としての保健学でも，医療学でもないと思います。

従いまして，ここになぜこういうような複雑な問題が出てくるか，例えば，今の日本の教育なり大学の実態を見て，ドクターコースと文科系のドクターコースということを考えてみたときに，文科系のドクターコースは100倍くらい難しいですよ，ある意味で。そのくらいやはり訓練というか努力を重ねないと恐らくとれない。だからそういうような状況の中にいるから，やはりそこに人間学とか深層心理とか，そういうようなものを得てくるわけです。それが含まれますから，そのことをやはり意識してこの学会は存在しないと，大きな落とし穴に入るという危険性を感じますね。

司会　さっきの高野さんのコメントをまとめるとすれば，我々がものごとを考えるときどういうふうにそのある状況を認識し，それに対応ないし実践をし，評価をし，そしてひょうかをしたことを関心と関わり合いをもつ人たちにどうやってコミュニケイトするか，認識，対応，評価，伝達というのが一体化できるような，そういう場を学問の場で我々は常にいつでもやれるよう訓練をまずしなければならない。そういうとき二番目の問題として，これは人間の問題解決の意識であり，空間とか時間とか価値とか，そういうものがある流れの中で自然に一体化していくようなコーディネーションですね。

彼はさっきリーダーシップということを言いましたのですが，そういうことができる自分たち自身になっていなければ，自分を外においてどんな問題もみんなと一緒に解決することは絶対にできない。

そのくらいにしまして，山本先生考えていただく時間があったと思いますが，お願いいたします。

山本　先ほどまでは良いつもりでいたんですけれども，将来に向かっての提案ということですから，やはり理想と申しますと，私は学会というものはこうでなければならないといういくつかの条件があると思います。そのうちの一つは

学会で取り扱うものは普遍的なものだということがあると思うんですね。普遍的であればこそみんなが来て，それでいろんな意見を出し合える。それが非常に特殊なことであって，その人だけが言えることで，後の人はああそうですかと言って終わったんじゃあ，これは学会ではないと思いますね。

ですから，私はやはり学会は普遍的なものを論ずるという，つまり同じ舞台の上に上がって話し合うというところまで降りてこなければいけないが，実はこれがまだ3回と若いからみんな舞台がちょっとずつ違うので，同じ舞台にまだなっていないと思います。

だけど，私はこれはさっき30年と言いましたけれども，もう5，6年でみんな同じ舞台に上がると思います。ただそれから将来どうなるか，古い学会のことを考えてみますと，例えば，生理学会というのが全国にあるんですけれども，彼らの議論をしている舞台というのは非常にたくさんあるのです。大体普通は5人か10人ぐらいの人だけが同じ舞台に上がってやっている。その生理学会というのの中にはそういう舞台が20も30もあって，その一つの舞台がやっているときは他はみんな聞いてなくて，次に自分の舞台に上がると聞くと，私は言ってみれば生理学会の成れの果てだと，この学会はそうあっちゃあならない。一枚岩とまではいかなくて，みんなが同じ舞台に上がれるようでなければならない。

細かく分かれて専門になって，それがその5人用と10人用とみんな協力してなにかをやろうというんじゃなくて，お互い競争同志なのです。自分が一番になって他の人を蹴落して自分が一番乗りを挙げようと，そういうような学会になってたら困るというふうな考えですね。

だから私は生理学会でそういう一枚岩で何かみんな一緒に学会としてやりましょうと，何をやったと思いますか，それを一つだけやることがあったのです。それは生理学用語集というのをつくったんです。

これだけは確かに生理学で同じことを別の用語でいうと学会で困るから，用語を統一しました。これは私はいいことだと思うんです。それぐらいしかなかったのです。

私はこの国際保健医療学会はそうでなくて，むしろ生理学用語辞典に対応するようなものをいくつもつくる。この学会をシンクタンクにしなければならない。だれかが国際医療協力について何かをやろうと思ったら，この学会に問い合わせると，学会では書いたものをくれるとか，それはあの人のところで聞きなさいとか，そういうことを全部教えてくれるという，そういう学会にしたいなと思います。

津山　質問をさせてください。

司会　いいですよ。

津山　この国際保健医療というものを協力してやるためにはどんな問題があるか，その有効な答えを出す方法論は何があるかというようなことが学問の対象である。こうなってきますと，救急の面で国際保健医療にはどういう問題があり，どういう解決がある。予防ではどうある，栄養ではどうあるか，人口はどうあるか，リハビリはどうあるか，こういうふうに分科会になっていく方が真の姿ではありませんか。

私はそういうように思います。

山本　それはただ気をつけなければならないのは，私たちには対象となる国が100いくつもあるわけです。すると国々によって分かれようというようなことはやめてほしいと思います。いまおっしゃったようなテーマで分けるべきだと思います。

司会　我々より10年ないし15年先輩の先生方はそうおっしゃいました。また，他の方たちでそう思っていらっしゃる方もいると思いますが，私は一つだけ今の津山先生のコメントに対して言うとすれば，それは単なるディスカッション，学問の素材，材料であって，それを通して我々はどういうふうに問題を対決していくかという考え方に立てば問題の解決のプロセスというのはヒューマンなものであるから，みんな同じ

だというふうに私は思っているし，事実そういうふうな体系化をしているわけです。

しかし，現実の問題としては津山先生が言われるようなかたちでまず考えていってもいいと思いますが，最終的にはどうもそれは一体化するようなことを我々は体系化していかなければ学問が分化ばかりしていって，さっき山本先生が言われたような生理学のような分野になってしまう。これはひとつ考えなければいかんのじゃないかということを提起しておきたいと思います。

津山　もう一つ国際と言いますと国際関係と他の国とも国際関係というものはどうしても離したくても離せないと思うのです。世界のなかにおける日本を考えた場合，どの国に重点的にやるべきかと言うことも出てくるわけなんですね。ヒューマニティの立場からアフリカに難民キャンプにいかなければいかんのは，それはわかっていますけれども，そうじゃなくて近くから中国のような東南アジアような，近いところでやるのはこれは現実と合致する。日本の国策に沿うというような考え方が，この学会に入ってきちゃあいかんのかどうかですね。それはいかがでしょうか。

司会　さっき山本先生が言われたことに近いことについての疑問というか，問題提起をいま津山先生が発表なさったのですが，いかがでしょうか。

津山　正直に言いまして，問題はいくらでもある。あれもやりたい，これもやりたい。それでは結局何もできなかったということを日本として今一番重点的にこの中国の問題をかたづけようとか，どちらがいいかと，そういう功利的な考えをこの学会に持ち込んじゃあいかんのかどうか，そこはどうでしょうか。

司会　これは先生功利的でしょうか。必ずしも功利的ではないと思うのですけれども，自分たちの未知な問題をそうやって考えてくるとイデオロギーの問題が出てきますね。

会場発言　学会は決まった物差しをつくるとか，リーダーシップをつくるとか，そういうことじゃないでしょうか。

津山　私の言うのは国際医療という視野を考えて，国際関係も頭のなかに入れて日本として今これをするのが本当にやるべきだというのなら，国際医療学の中のテーマの一つに入らないかということです。

司会　そうかもしれませんが，ヒューマンコミュニケーションというのが全てのベースです。

例えば，国際協力というのは我々は外との関係で出向いて行ってやるというような錯覚を何となく持ちやすいのですが，現実の問題としては日本の大学の中では外国から留学生がいっぱい来ています。それ自身が既にヒューマンリレイションをベースとした国際関係の問題に発展していくということがありますよね。火の粉を振り落とさなければならないというのが，もう私たち信州の中でもいっぱいあるのです。これ自身も国際関係に発展するたくさんの要因が絡んでいるのです。言い方をかえますと，国際協力とか，そういうことに関心のない人たちのところへ国際関係を持ち込んでくるわけです。

大学の中で自分が今まで日本人の学生とか，日本人の医者と一緒にやっていればいいと思っている人の所に中国やら韓国から入ってきて，みんなその国の勝手な言葉で言って，挙句の果てに何かをよこせなんていうようなことが起きてきたりして，もう留学生なんてめんどくさいと，国際協力なんてくそくらえという話が現実に起きてきているのです。

それは本当のことを言うとヒューマンリレイションシップの問題がかかってくるのですね。

私どもはいまそれが大きな問題です。黙っていても国際問題に発展する可能性をはらんでいる。今までは外へ行くということだけで済んでいたのです。そういう矛盾をどうやって自分たちの身近なところから解決していくか。これは日常問題であるとともに，学問を集めていく上での大きな問題なのです。

だから，そこまで含める必要があるのじゃな

いかと思うのですが，残り時間5分しかございません。さらに佐藤先生1～2度コメントがあっただけなんですが，こういうディスカッションを聞いていかがでしょうか。

佐藤　今の最後のお話しはどういう意味で津山先生がおっしゃられたのか私はいろんな草の根的なことをやっている方もおられるし，意外と政府ベースでやっている方もこられるというような今のような状態が私にとっては非常に勉強になるということです。

司会　そうですね，残る時間が数分ございますので，津山先生がさっき後に提起されてたことが，実は私のまだはっきりキャッチしていないところでコメントをしているのですが，先生の思いが佐藤先生に伝わらなかったところをみると，あの話は一体どういうことですか。

津山　サロンだったら話し合ってやればいいわけです。サロンでなくてこうなってきますと，国際というのは何に対して国際かと，日本を中心にして日本のどこかの国との国際関係ですね。

そうすると，問題はそれはいくらでも無限にありましょうけれども，今日本として何をなすべきかということがそこに入ってこないかということです。私の言うのは日本として一番先に重点的にやらなければいかんという価値観みたいなものが入ってきてはいけないのかどうか。

司会　それは保健の分野ではポリチカル・ヘルスサイエンスという言葉がありますように，それは倫理の問題とかなり近いところで，狭い意味の政治だけでなくて，倫理性との関係が入ってきます。入らざるを得ないと思います。それは個人のレベル，地球のレベル，県のレベル，さらには国のレベル，その中でどうやって矛盾を解消しながらやっていくかどうかという，これはどうしたって避けられないではないですか。

学会のレベルにもなってきます。ですから，それは狭い意味の政治論だけでとらえないでいただきたい。我々の分野ではポリチカルサイエンス，これは今ポピュラーな言葉なんですけれど，やはりポリチックスというのはそこまで入ってくるし，倫理性の問題，人間性の問題も入ってくるのです。それ抜きにしてはこれは語れませんし，行動もできません，またもちろん評価などできるはずもないという状況です。

会場発言　先生，結論として，やはりまとめておいていただきたい。比較的少ない人数ではありましたが，いかがでございましたでしょうか，とにかく何人かの方からいろいろ問題提起していただいて，2時間あまりで何かまとまりのあるようなものが出てきたような感じがします。

これは後でテープを引き起こしていただいて，それを整理することで記録に残れば，それが時間，空間を超えてこの場に参加しなかった方にも共有していただけるような形にできる。それは国際保健医療学会がこれから生きていく上で，皆さんに参考になる情報を提供することになるのではないかと思います。

司会　それでは9時になりましたのでこれでお開きにしたいと思います。どうも皆さんありがとうございました。

第２分科会

WHOと国際保健医療

オーガナイザー・司会
島　尾　忠　男（㈶ 結核予防会結核研究所名誉所長）

司会　それでは定刻になりましたので，第２分科会「WHOと国際保健医療」をこれから開かせていただきます。一番心配しておりましたのは，お願いしてあった瀬上先生と麦谷先生しか来られないかと思っていたら，これだけたくさんの方においでいただきまして，大変ありがとうございます。会長さんがおっしゃいましたように，気楽な気持ちで２時間ほど，時間を過ごしていただきたいと思います。

私はWHOの執行理事を去年から日本政府のご指名でさせていただいているのですが，WHOの執行理事というのは政府の指名でなるのですが，実は日本政府の代表ではございません。したがって，執行理事でものを言うときには私はJapanという表現は使えないので，もしも日本のことを言う場合にはIn a country which I know bestという表現を使わないといけない。それからアメリカの人をつかまえて言うときにはIn a country which you know bestという呼び方で言わなくちゃいけない。ということは，やはりWHOがポリティカルなコミットメントではなくて，世界の人間全体の健康のことを考えている。執行理事は国が任命するけれども，国の代表ではなくて，世界の人間の健康のために発言してほしいというのが基本にあるからだと思いますし，また，それはそれなりに今まで動いていると思います。

この１年ちょっとの間，理事をさせていただいている間に大変大きなでき事がございました。ことし１月の執行理事会で，マーラー総長が既に15年事務総長をやってまいりました。WHOの場合には，これも非常に特殊なやり方なんですが，各理事が２名まで執行理事候補を推薦できます。締め切って執行理事会に提案された名前は，マーラー総長を含めて５名ございました。マーラーのほかは現在WHOにあります６つの地域事務局の中の地域事務局長４名が立候補しておりました。やはりマーラーの長期政権に対する批判といいますか，マーラーが非常に優秀な事務局長であったことはだれも認めていると思いますけれども，やはり15年というのは長いんで，もうぼつぼつこの辺で新しい空気をという雰囲気があったことは間違いないと思います。

マーラー自身は候補に入ったんですけれども，コンセンサスなら別だけれども，部下と選挙で争ってまで続けたくないということで，辞意を表明いたしました。結局，マーラーが下りて，４名の執行理事が選んだ候補で選挙が行われることになりました。WHOの選挙におきましては，絶対多数を取れば，文句なしですが，そうじゃない場合は，一番下が落ちるわけです。そして残った３人でやって，また絶対多数が取れなければ一番下が落ちるというやり方で選挙を繰り返していくわけです。

中嶋さんは１回目で幸いに第２位に入りました。２回目のときには首位とタイになりまして，３回目で総長候補に選ばれることになりました。アメリカ，ソ連，そして西欧の大部分の国が中嶋さんの対立候補を推している中でなれたというのは非常に異例な事態だと思いますし，日本外交にとっては，戦後，国際機関の事務総長に日本人がなったのは中嶋さんが初めてでございますから，その意味では大変大きな成果だったと思います。しかも開発途上国の支持が中嶋さんを総長にしたということを考えますと，それだけ日本に対する期待が大きい。その

期待にこたえ，新事務総長を支えて，日本が真剣にWHOを通じて世界への保健医療協力に取り組んでいかなくちゃいけない事態になっていると思います。

中嶋さんの総長指名が今度の5月に開かれましたジュネーブの世界保健総会で信任投票にかけられまして，151票が賛成，反対1票，棄権が4票という圧倒的な支援を得て，正式に事務総長になることになりました。投票で決まった直後，アメリカが発言を求めて，「中嶋さんおめでとう，我々は全面的に協力する」という発言をしたら，自分の国は反対の1票を入れたんじゃないということを明らかにするために各国代表が次々と手を挙げて，発言を求めるということになりまして，合計88カ国だったでしょうか，支持演説をしてくれたというような事態になり，その間，中嶋先生は壇上で特別な椅子の上でつくねんと座って，演説が済むのを待っておられたという状況でしたけれども，こういった中で，日本に対する期待が大きくなって来ていることを痛感しました。

きょうは，これから日本はWHOにどういうことをすればいいか，それからWHOの職員になって働きたいよというご希望の方もいらっしゃると思いますし，そういう問題も含めて，WHOと国際保健医療をどう考えたらいいかということでお話し合いをさせていただきたいと思いますが，最初にWHOとは一体どういう組織で，どういうことをやっているんだということをWHOの現在東京代表部におられる瀬上先生にお話いただいて，その後，そのWHOに対して，現在日本は何をやっているのだということを厚生省国際課の麦谷技官にお話いただいて，その後，いろいろ皆さんの方からご意見をいただきたいと考えております。まず最初にWHOの東京事務所の代表瀬上先生にお願いいたします。

瀬上　正式の代表という資格ではありませんで，日本にも連絡所が必要だということで，東京に非公式のWHOの技術移転プログラム事務所があり，そこの責任者を仰せつかっております。所属は西太平洋地域事務局マニラにおりまして，特別プログラムの日本政府が特にお金を出してWHOの地域事務局の活動を支援するプログラムを担当しておりますので直属の上司はなく，直後マニラ事務局の次長とつながっております。4月までは厚生省の健康政策局医事課で，医師の資格の問題その他医療関係者の卒後教育を担当しておりました。4月からWHOに行ったものですから，WHOについて詳しく知っているわけではありませんが，今仕事の中で見ているWHOについて，話せということで呼ばれまして，昨晩マニラから飛んでまいりました。

WHOは，地域事務局を世界に6カ所持っております。本部はジュネーブにあり，コペンハーゲンにございます地域事務局長がヨーロッパを担当しております。アフリカ地域事務局はコンゴのブラザビル，北アフリカと中近東を担当するのが東地中海地域事務局でアレクサンドリアにあります。それからインドから南アジアそれにモンゴルと北朝鮮を担当しているのが南東アジア地域事務局で，それがニューデリーにあります。そして私たちの韓国・中国・日本，それと南の方はインドネシアを除いてベトナム・ラオス・カンボジアを含め，マレーシアを含めてオーストラリア・ニュージーランド，南太平洋の島々を担当しているのがWPROと言われる西太平洋地域事務局，さらにアメリカ全体を担当しているアメリカ地域事務局でワシントンにあります。以上六つの地域事務局がありまして，その地域事務局で加盟しているその地域のフィールドを担当していこうというシステムになっております。

国連の機関の中で，国連そのものについて2番目に大きい組織であり，そしてただいま申し上げた地域事務局制度というのを持っているのは専門機関の中でWHOだけであります。そういうわけですから，本部の事務総長と地域事務局長の7名は加盟国の選挙で選ばれるシステム

になっており，それぞれ任期が５年ということであります。中嶋先生がお話に出ておりましたが，９年前に西太平洋地域事務局の選挙に立候補して，当選しました。そして今回，事務総長に当選してしまったということで，その当時のアジア諸国の日本に対する期待，そして，それがさらに広がって，世界全体から開発途上国の日本に対する期待の大きさというのを中にいても，しみじみと感じる次第であります。

予算規模からいいますと，残念ながら西太平洋地域事務局は全体予算の10分の１程度しかもらっておりません。WHOの加盟国は現在166カ国，国連本部の加盟国数よりも多いわけです。なぜ，そういうことになっているかというと，WHOは専門機関だからという理由で，いわゆる独立国以外にテリトリーも全部加盟できるシステムになっているからであります。例えば南太平洋の方にはフランス領のニューカレドニアなんていうのもあるわけですけれども，そこも一つの加盟国になっております。そしてイギリス領の香港，あるいはポルトガル領のマカオというのも加盟国になっているわけであります。それぞれの政治的，あるいは外交的な代表はイギリスなり，あるいはポルトガル，フランスが持っているわけですから，西太平洋地域事務局と言いながらも，その中の加盟国にはグアムを持っているアメリカ，そして今言った国々が全部入ってきます。西太平洋地域事務局は加盟国数で24です。地域事務局における加盟国数を全部足すと，166より多くなります。予算は166分の24よりも少し少ない10分の１程度を西太平洋地域事務局はもらっておりまして，執行理事会やプログラム委員会，本部の枢要な委員会へ送り込める数も差別を受け，肩身の狭い思いをしていた地域事務局でありまして，それゆえに反発力が大きかったのかもしれません。

このWHOができたのは1948年でございますけれども，それに先立って国際連盟の時代に検疫情報を相互に交流し合うという目的で，インターナショナル・ヘルス・コミティー（国際保健委員会）が母体でありまして，当時はクアランティンに関する情報交換だけを行っていました。しかし，戦後国際連合ができて，それの目標を国際平和の確保というところにおいたときに，それまでのクアランティンを中心にした国際医療協力，あるいは民間で行われていたボランティア，特にクリスチャーニティ，あるいはヒューマニティにベースをおいたいろいろなN.G.O.（民間組織）を集めて，平和の確保によりインテグレートされた保健医療の協力体制をつくる必要があるということでつくられたのがWHOということになるかと思います。

WHOはことしで40周年を迎えたわけでございますが，40年の歴史の中で中嶋先生のお話をそのままお借りしてお話しますと，最初の10年はある意味で戦後の復興を，健康を確保するという観点からやってきた，特に占領地，占領経験地域に対して特別のプログラムを重点的に行ってきたということがあるようでございます。西太平洋地域事務局で当時特に重点的にプログラムを進められたのが沖縄であります。次の10年というのはもう少しプログラムを絞って，特別のプログラムをベースにものを考えて，対策を考えていこうではないかということで，有名な天然痘根絶計画ですとか，あるいはその前の時点から既にあったマラリアの撲滅とか，そういう感染症に目標を絞った計画が進められてきました。そして，次の10年間はこれに先立つ20年に世界的に独立してきた，植民地が非常に発言力をふやしてきて起こってきたのが，南の方のいろいろなヘルス・プログラムです。しかし，金がないという問題に対して，北の先進国はもっと援助をすべきだということを壇の下から叫ぶのではなくて，数がふえたことを基本に，自分たちが壇の上に上がって，南北問題解決を要求するということが中心だったようです。

そして，そういう中から次の10年間は，もうちょっと基本的に考え方をブラッシュアップしようじゃないかということで，ブレインストームをしてプライマリー・ヘルス・ケアという問

題が提起され，いろいろな医療援助，保健援助をばらばらにやるのではなくて，もうちょっと地域に根ざした，しっかりとその地域のニーズを測定した上での基本的なことに力を注ごうじゃないか，そして2000年までに平等を達成しようじゃないかという考え方をまとめ時代に入ったわけでございます。標語は非常にすばらしかったのですが，現実に行ったことは何かというと，概念が先行したために，あちこちで概念づくりが進行いたしまして，西太平洋地域事務局を除く5つの地域事務局の中ではほとんどが机上の仕事に入っていってしまったというようなことが反省としてあるようでございます。

概念化の時代に，概念づくりに余り積極的でなかった西太平洋地域事務局はいろんな事業を具体的に進め，それなりの事業達成ができました。事業を進めて健康医療の問題を解決していくことの方が概念化よりもっと重要だというような反省も一部にあったのが，今回のような選挙の結果になったのだと思います。40年のWHOの歴史とそれに先立つもの，それをWHOの中から見ている人間は，ただいま申し上げたような4つの時代区分に分けて，概括しているということを申し上げたいと思います。プログラムそのものについては，またお話が今後進みました中で，必要に応じてしゃべらせていただきます。

司会　どうもありがとうございました。

WHOはちょうど今年は40周年で，総会でも記念集会をやったわけですが，その40年のおのおの10年間を今お話のあったように特徴づけられるということです。マーラーが提唱したヘルスフォーオール，あるいはプライマリー・ヘルス・ケアは概念としては非常にいいのだけれども，その具体的にあまり実績を挙げていない。それを具体化していきたいというのが恐らく新事務総長の中嶋さんの意図だというご説明でございました。

これに対して，日本は一体何をやってきたかということを麦谷先生，お願いします。

麦谷　私は役人でございますが，役人は，特に厚生省とかほかの省もそうでございますが，2年とか3年とか，それぐらいの任期でころころ部署は変わります。私は今厚生省国際課というところに所属しておりまして，たまたまWHOを担当しております。WHOを担当して約1年7カ月ぐらいになりますが，それもたまたま役人のめぐり合わせで，中嶋宏先生のWHO本部事務総長選挙を担当いたしまして，これも非常に幸運だったと思っております。それは別に私が意図して，手を挙げて参加したわけでなくて，たまたま私がそこにいて選挙も重なって担当したわけです。

今，島尾先生から日本の立場を話せということでございますが，中嶋事務総長が誕生した後と，誕生するまでとでは日本の立場はもちろん大きく異なります。細かい話はいろいろございますが，皆さん方がこのセッションに何を期待されて出席されているのか，私にはわかりませんので，むしろ皆さん方からWHOと日本の関係，あるいはWHOと世界の保健医療協力の関係について，こういうことを知りたい，あるいはここがわからないということがございましたら，質問をしていただく方が私はいいと思います。初めに簡単にWHOと日本のかかわり方だけをお話しておきます。

WHOには，先ほど瀬上さんのご紹介にもありましたが，世界の156カ国が分担金を出して，それで事業費，あるいは運営費がすべて賄われております。厳密には分担金と任意，つまり自発的に自由に出す拠出金というのに分かれております。要するに，世界の国々から集めたお金で運営されております。その中で多い順に順位をつけますと，1位がアメリカで，全体の25%を出しております。出しておるというのは出すことになっていると言った方がいいかもしれませんが，実際にはアメリカはこの3年間は払っておりません。2位が我が国日本でございまして，10.64%，これは耳をそろえて払っておりますので，現実的には実際WHOのお金として

は日本が第1位です。アメリカは全額を払えば，払った年についてはもちろんアメリカは1位ですが，払わない年は日本が第1位です。したがって日本の立場といいますか，日本政府と言った方がいいかもしれませんが，日本政府の立場はWHOでは，金額的には，あるいは金銭的には非常に大きな地位を占めているといっても過言ではありません。ただ，その大きな地位に世界の160数カ国が本当に敬意を払っているかどうか，これはまた別でございます。

といいますのは，数年前まで悪口をいう人は日本は何と呼んでいたか。スリーSというのがありまして，日本はスリーSである。それは何かというと，会議に出てきてもしゃべらない，サイレント，しょっちゅう眠っている，スリーピング，それから何か言うとにっこり笑う，スマイル。これだけで，余りいい表現ではありません。昨年から島尾執行理事が誕生しまして，そのスリーSはもちろん全然当てはまりませんし，日本政府の代表も最近は果敢に手を挙げて発言するようになってきております。したがって，そのスリーSがすべて今はありませんが，かつてはそのように金は貸すけれども，口は出さない。最近は金も口も出すということで，WHO側の日本に対する意識というのは非常によくなってきております。

それと，10.64%といっても，金額的には余り大したことはなくて，円にしまして40数億円です。一方の国際保健医療協力，私はWHOともう一つ2国間協力というのを担当しております。こちらの方では，日本のODA（政府開発援助）を1992年までの5年間に500億ドル，6兆5,000億円という莫大な金額にしようということを公約しています。WHOの方は金額的には40億円程度ですが，これは分担金というタックスですので，払わないわけにはいかない。それ以外に日本はこういうプロジェクトをしたい，例えば典型的なものはエイズですね，エイズというタイトルで100万ドル出す。あるいは世界から小児マヒをなくすために200万ドル出すというタックスとは別に出すものがありまして，これも500万ドルぐらい出しております。これは順位でいえば世界の中では非常に低くて，11位か12位かだと思います。これもアメリカは1位で，アメリカはタックスを払わないで，こっちの方にばかり出す。要するに予算が別だということなんです。

それで，中嶋先生が事務総長になられて，来週の木曜日から総長のいすに座られます。もう既にジュネーブに行っておられます。そこで何が変わるかということですが，一つはよく言われることですか，日本は世界の中で2位を占める分担金を出していながら職員が少ない。実際の分担金が多いから必ずしも人を多く出せるということではございませんが，理論上の計算があります。WHOの職員の中で分担金に関係なく採るスタッフがあります。それから分担金比率に応じたら，これぐらいのスタッフがいていいという理論上の数字があります。それでいきますと，日本は大体100人ぐらいいていいのですが，実際にいるのは25人程度です。しかも，ここから先は役人めいて恐縮なんですが，厚生省としては，25人のWHOにいる人間はすべて日本国政府にロイヤリティのある人に行っていただきたいわけです。国籍は日本人だけれども，生まれたのはアメリカで，育ったのはカナダで，しゃべっているのはフランス語だというのを日本人の枠で数えられれば，それでまた日本人の枠が取られるのですね。せこい話ですが，厚生省としてはこの点は不満で，したがって，試験まではしませんが，日本政府にとってロイヤリティのある人を出したいというのが願いです。

ただし，WHOというのは国際機関でございますので，例えば皆さんがWHOの職員になられたら宣誓というのがあります。それは不偏不党，何人にも自分の国を忘れて世界のすべての人に自分は奉仕するのだ，つまり，どの国にくみすることもなく，すべての全人類に平等に働くことを誓います。一応そういうふうに形式的

にやりますが，中にいる人間は皆アメリカ人はアメリカを向いています。ソ連人はソ連を向いています。フランス人はフランスを向いていますし，西ドイツ人は西ドイツを向いています。それを証拠に，その特定の国の人を首を切ろうとしましたら，そこの政府から中嶋さんが日本人ですから。日本政府に首を切らないでくれと要請が来ます。それが現実ですので宣誓はしますが，あくまでもその国の国旗，国家を背負って皆来ていますので，仕事さえすればいいというクールな面は余りありません。日本以上に浪花節的なところがあり，またクールな面もある，非常に働くには大変なところだと，外から見て思っております。中にいる方は何と思っていらっしゃるかわかりませんが。

WHOに関してこういうことを知りたいということがありましたら，遠慮なくおっしゃっていただければ，わかるものについてはお答えいたします。

司会　どうもありがとうございました。

今のようなお話で，WHOなるものはどういうことをやっているかということはある程度おわかりいただいたと思うのですが，麦谷先生のお話のように，むしろ，質問していただいた方がいいというので，どうぞ何でもご遠慮なく聞いてください。WHOは一体何をやっているんだと，あるいは何に重点を置いてやっているのか，あるいは職員になりたいならどうすればいいか，何でも結構でございます。どうぞご遠慮なくおっしゃってください。

会場発言　今，実際働いておられる25人の方というのは実際にどういうお仕事をなさっているのでしょう。

麦谷　WHOにはGポストとPポストとDポストというのがあります。Gというのはいわゆる秘書です。Pから専門化というか職員になりましてこれがPの2から6まであります。その上にディレクターのDというのがありまして，これがD1とD2がありまして，そのうえはADGといって，次候補というのがあります。その上に次長がありまして，それから事務課長です。このうちのD2は今は一人もいません。間もなく一人できますが，きょう現在は一人もおりません。D1は日本人では本部の統計の部長さん，WHOの予算執行の後の監査をする職務の方，それにマニラのWPROで感染症担当の部長さんの計3人がD1のクラスです。それからPクラスですと，本部のWHOと加盟国との調整をするポストに1人，人材開発をするプログラムをつくるところに1人，それからあと若い方がコンピューター部門，エイズの疫学部門に1人，オンコーセルカージスという寄生虫疾患の担当官が一人，ジュネーブにおります。マニラにはたくさんおりまして，瀬上さんもそうですが，あとは呼吸器感染症の担当官，予防接種の担当官，精神衛生の担当官，それから情報分析官等がおります。職種としては幅広く，いろんな職種がございます。もし今度D2が誕生すれば，D2というのはポリティカル・アポイントメントと言いまして，ふつうのWHOの職員の採用は選考委員会にかけられるのですがD2以上のポリティカル・アポインメントは係長がこれにすると決めれば，もうそれでいい。そういう特別なポストで，かなり高いポストになります。ADGというのは今おりませんが，これも将来は日本から出そうと思っております。職種としてはかなり幅広い職種で働いておられます。

司会　ただ，職員の実際の数は今おっしゃったように日本は100人ぐらい送れるところが4分の1ぐらいしか定員を満たしていない。その中で厚生省を通じて職員となった人は本部では3人ぐらいです。どこかのルートを通じて，いつの間にか日本人がWHO職員になっているというケースが多いというのが実態とご理解ください。

何かほかに，どうぞご質問，遠慮なくしてください。

宮城　タンザニアの方にJICAのマラリアのプロジェクトがあって，その帰りにWHOの本部に寄ってまいりました。去年の8月のことです。

そのときにTDRの関係の方ともお話してまいりましたが，日本人が確かに少ないなと思いました。その理由が昔はかなり行きたいという人はいたように聞いていますけれども，最近は行きたいという人が余りいないのはやはりサラリーのことなんですか？あるいは語学力の問題，それ以外にもいろいろあるのですか。

瀬上　給料は事務総長で2,000万円ぐらいで無税です。我々クラスでは給料とポスト・アジャストメント，どこに本拠地があるのかというので，その生活の補助をするためにプラスアルファがつくいわゆる任地手当ですね。その任地手当がジュネーブだと本給の倍ぐらいになります。我々のマニラですと，本給どおり，ほとんど変わりません。大体P2で200万円台ぐらいから始まるのではないかと思います。国連職員はP2からP5までなんですが，WHOだけは非常に人間が多く，それに比べてDポスト，デイレクター・ポストが少ないということで，いわゆる役職手当のつかないディレクターと同じ給料が払われるP6ポストというのがありまして，P2，P3は2〜300万円，P4，P5が4〜500万円，D1で6〜700万円というところでしょうか。給料は無税だということで助かるのと，日本政府を通じて役所なり，あるいは大学から派遣される格好で行きますと，幾ばくかの基本給が保証されていますので，まあこちらでもらっていたのと同じぐらいにはなるかという感じです。都合がいいのは，旅行は非常に過酷ですけれども，日本みたいに旅費をもらってホテル代を出したら赤字が出る，あるいは新幹線に乗ったら赤字が出るということはないものですから，そういう点ではまだ恵まれているかなという気がいたします。語学力の方は問題が余りないのじゃないでしょうか。余り問題がないというのは，きょうの講義がほとんどわかる人は心配ないということです。

司会　ただ，言葉の方は本当はWHOの場合にはバイリンガルが建て前になっているのです。2カ国語がかなり自由にしゃべれるというのが基本的な条件にはなっています。ただし，日本人の場合はやや例外的で1カ国語がまともにやれりゃ，まあよろしいというお情けを頂戴している面があるのは間違いありません。ただし自分の外国語に対する評価を日本人に書いていただきますと，自分のパーソナル・ヒストリーを書くときに非常に日本人はシャイで，なかなかエキセレントのところにつけないのですね。日本人は大概もう一つ下のランクにつけるものだから，そうすると外国人から見れば，やっぱり能力が低いよということになってしまう。国家公務員になろうという場合には，いい加減しゃべればエキセレントにしておけば間違いないのだけれども，日本人は非常にシャイで，もう一つか二つ低いところにつけてしまう。その辺が採用されない原因になっているのかもしれません。出れば言葉は自然にうまくなりますから，その辺は余り心配されないでいいんじゃないかと思いますけれども。

ほかに何かございますですか。

林　さっきWHOに出すお金のことで，アメリカはプロジェクトには出しているけれども，分担基金には出していないということで，非常に頭のいいやり方だという気がします。日本もどんどんプロジェクトに出して，国民に，例えばエイズのためにこれだけ出しているよとか，結核にこれだけ出しているよと言った方が，ああ日本はそんなに出しているのか，自分からの税金が，こういうために使われるとわかった方が僕らにとっては，なら税金払ってもいいわというような気持ちになるのではないかという気がするのですね。その辺をもっと重点にされたらどうかと思うのですけれども。

司会　アメリカの場合，払わなくなった最大の理由は，アメリカ国内がレーガン政府になって随分赤字を出していて，日本と同じ行革をやっているわけです。行革をやって，自分の国の政府は一生懸命小さい政府をつくろうとして努力しているのに，国連機関はその努力をせず，のうのうとやっているのはけしからん，だから国

連機関も行革をやれ。それをやって実績が上がった機関には出すが，それがわかるまでは出さないということを上院で議決しています。そしてチェックがかかっていて，WHOがだめだというのではなくて，国連機関全体に対してある期間，分担金支払いをしないとやったわけです。殊にユネスコのように，事務局長が縁故採用をやり，運営に問題があるところではもっとけしからんということで分担金を出していません。WHOの評価はアメリカの国内で決して悪くはありません。WHOはよくやっており，それは認めるところで，多分今年からWHOに対しては最低で8割，うまくいけば100%出すようになると思います。アメリカもその辺の責任は自覚していると思います。確かにおっしゃるように本来の分担金を払わないで，どこか任意分拠出金を出していい格好をしようと思えば，その方が確かに映りいいことは間違いないものですが，すべての全国がそれをやり出したら，WHOは成り立たない。やはり払うべきものは払った上でさらに任意拠出をするというのが基本であり，日本はまだそれほどえげつなくはなっていないということでご理解ください。

WHOの職員になりたいという方もいらっしゃらないではないと思うので，どういうふうにすればいいか……。

麦谷　WHOと申しましても，先ほど瀬上さんがおっしゃったように，本部と6つの地域事務局というものがございますので，WHOという概念は，職員になりたいと手を挙げられるときは，十中八九ジュネーブだという前提でお話します。

仮にジュネーブだとしましたら，表と裏がありまして，まず表の玄関をお話します。外務省の国連局の政策課には国連人事センターというのがございます。その人事センターに，WHOに限らず，いろんな国際機関の空席公告が来ます。空席公告と申しますのは，今後このポストがあきます。あるいは今後こういうポストの人が退職します。あるいは今あいています。それから今度こういうポストができました。あるいは今までずっと凍結してあったポストが予算がついたので，例えばアメリカがお金を出しましたということで，今度このポストをオープンにします。エイズ対策のように新しいプログラムができたので，たくさん人が欲しいです等いろいろな理由で空席公告を全世界に流します。日本の場合は外務省の国連の人事センターから国立の各関係省庁，あるいは関係機関はもとより都道府県の段階まで全部行っております。あるいは大学院にも行っています。それに何が書いてあるかと申しますと，まず任地，職種，それからどのようなクオリフイケーション，つまり。どんな大学の学位があって，何を専門にして，どんな言語ができなきゃいけないというのが書いてありまして，さらに給料が書いてあります。それはシングルのときと結婚して家族がいるときの給料等が書いてございます。それを見て，ああ，これは自分ぴったりだと思われたら，申し込み用紙がございますので，その応募用紙に記入されて，外務省の人事開発センターに登録します。そうしますと，そこから連絡があり，面接ということになります。この面接には2通りございまして，日本側が面接して，それで優先順位をつけて，向こうにリストとして出す場合と，WHOからミッションが来て，そのミッションの人事担当官が面接して評価する場合がございます。その後WHO内で選定委員会が開かれ，それでいいとなったら，WHOの本部なりブラザビルなり，ヨーロッパなりに赴任することになります。ここで先ほどの言葉の問題とも関連しますが，例えばアメリカ地域事務局に行かれるときは，開発途上国はほとんど南米でございますので，英語に加えてスペイン語ができた方がいい。空席公告を見て応募してくるのは世界中にいるわけで，一つのポストに最低2人，最高何十人と応募してきます。そのときにほとんど同じキャリアの方で，こっちは英語と日本語とこっちは英語とスペイン語になると，アメリカ地域事務局の場合は，もちろん中身の

学歴とか経験にもよりますが，スペイン語を持っていた方が有利です。アフリカですと，やっぱり英語だけじゃなくて，フランス語ができた方が有利です。これは有利ということを申し上げたので，必須ではありません。ヨーロッパはなかなか日本人を採ってくれません。採ってくれないというのは，大体同じであれば，それはスウェーデン人で英語とフランス語のできる人の方をどうしても採ることになります。これがリクルートの正式な方法です。

それ以外の，アドホックな正式でない方法もあります。それは例えば各地域事務局長がいろんな会議に出ていますね。この会議に出ていて，発表されたのを聞いて，あの人がいい，ぜひWHOに欲しいとなると，これはもう一発ですぐリクルートされます。それから中嶋総長がどこかの大学の助教授でも教授でも，この人がいいと思えば，リクルートすることは可能です。それは当然空席公告には載りませんし，もしD2以上のポストであれば，選考委員会もありませんで，一発でどこでも行くことはできます。

司会　どうもありがとうございました。

今のWHOの職員になる問題に絡んで、何かほかにご質問はございませんでしょうか。恐らく日本の行政をやっておられる方だったら，WHOへ出て，給与面ではそう損をしない。医療職給与をもらっていらっしゃる先生方には厳しいと思いますが。

長沢　厚生省病院管理研究所で建築の方をやっております長沢と申します。

今WHOでいろんな話が日本に対しても来るわけですが，それで一番問題だと私が思っておりますのは，情報の把握の問題です。今瀬上先生が，日本に事務所を持たれているので，少しよくなってきていますが，厚生省の中の国際課に全部の情報がWHOから来るわけですね。厚生省としてはこういう人を送ってくれないかという要請があった場合は，厚生省の関連の方の中で選ぶことをまず考えるわけですよね。本当は民間とか私立大学などでより適切な方がいらっしゃるにもかかわらず，何とか国立とか公的機関の方をまず対象にして選び，それでなければちょっとピッタリはしないけれども，何とかカバーできるだろうなんていうような格好で選んでらっしゃるんじゃないかなという感触を持っているのですが，もう少し学会とかそういうところまで日本の人材を活用したほうがいいのではないか。それから，国際課自体の機能をもう少しプラクティカルというのか，うまく動かしていかないと，情報自体が流れないというあたりがあるんじゃないかと思うのですが，そのあたり，いかがお考えでしょうか。

司会　麦谷さんから答えてもらいますけれども，まさに先生がおっしゃったように，こういう学会を持っている一つの意味は，いろんな領域の専門家，どういうところにどういう方がいて，しかも外へ出ていいよという意思のあることを確認して，人材プール銀行にしておいて，それをいざというときに，例えば日本にこういうのが来た。その時に厚生省は厚生省なりのルートを持っておりますけれども，それが全部ではないわけで，そういうときに活用できるようにするというのが非常に大事なことであり，そこにまたこういう学会の意義もあると思いますけれども。

麦谷　お答えになるかどうかわかりませんが，私も長沢先生と全く同感でございます。実際データ・ベースがもし我が国際課にございまして，それで皆さんのクオリフィケーションがきちっとしていて，そういうリストがあってやっているのだといいのですが，実際にはそういうリストがないんです。つまり，どこにどんな人がいるか，我々にはほとんどわからない。我々にわかっているのは少なくとも厚生省内と厚生省附属機関，大学になったら，我々はお手上げです。それが現実ですね。

それからもう一つ，ここにもなかなかトリッキーなんですが，私どもが厚生省の霞ケ関の建物にいるということは皆さんの方はわかっているはずですから，皆さんがどんどん手を挙げ

て，おれはこういう分野で国際協力したいと，登録していただかないとだめなんですね。例えばこの学会も，私は島尾先生から来いと言われて，しかもイブニング・セッションに来いと言われて来たのです。この学会があるということも私は知りませんでした。国際保健医療を担当している私が知らないのですよ。お前が聞きに来ればいいと，言われるかもしれませんが，まさか神戸でこのような学会をやっているとは，全くアンテナがありませんので，実際わかりません。これは両方にもちろん責任があるのですが，長沢先生がおっしゃることに全く同感です。しかし，現実としてリストはございませんし，むしろ皆さんの側－ここで皆さんと言っていいかどうかわかりませんが，全国の方々がそういうふうに興味があると，あるいは大学の方もこういう分野で働きたいと積極的におっしゃっていただければ，私どもの方では記憶にとどめますし，またファイルにも入れます。それでアプロプリエイトなものが来たときに出すわけです。そのいい例が島尾先生で，先生は別に国家公務員でも何でもなかったわけです。ところが，我々はたまたま島尾先生を存じあげていた。島尾先生には日本政府からの執行理事という大変な，WHOでは事務総長の上にある執行理事ですから，その執行理事にまさに民間から島尾先生にお願いしたわけです。そういうファイルがあれば，民間，あるいは厚生省外から人材を登用することについては全くやぶさかではございませんので，その辺についてはご協力願いたいと思います。私はきょうは帰るのですが学会の事務局にも本当に連絡するよう，よく言っておいてください。

和泉　私はらいを研究しているわけですが，事情をわかっていただくために，私のWHOとの関係を言いますと，一番最初にオーストラリアに留学したときがWHOのいわゆる研究研修生，リサーチ・トレーニング・グランドでWHOへ行っているのですね。その後もWHOから研究費をもらって研究を続けていましたし，WHOの熱帯病の研修コースのときもWHOから日本人から2人を指名してきたうちで選ばれたのが僕一人で，研修を受けました。WPROとの関係で，らいの早期血清診断についてかなりの研究費をもらって，中嶋先生もWPROの大事な仕事の一つだという評価をしてくださって，ずっとWHOと関係して仕事をしてきています。私どもにWHOから来る手紙には必ずカーボン・コピーが全部国際課に行っているというふうに書いてあるわけです。僕も本当に十何年，WHOと関係して仕事をしてきていますけれども，大臣官房国際課に僕が出向いたのは2回だけで，それも呼び出されたことではなくて，アルマータ宣言か何かの文献を一つ欲しいといってもらいに行ったことと，それから研修を受けに行ったときに手続の問題でちょっと行きましたら，お前が行くなんてことは知らないという国際課の返事なんですね。結局，厚生省の国際課がなくても，日本人はWHOとの関係で，仕事を直接やってしまうわけです。WHOと関係を持って仕事をしている人のコピーは全部行ってるはずですから，どういう日本人がWHOとの関係で仕事をしているかということはファイルとしては残っているはずだと思うんですね。実際はWHO関係の仕事をやっていても，国際課とは全く無関係で仕事をしてしまうというのが実情ですから，僕らの実感とずれるんです。この話は現場でやっている人はこう思っているということで理解していただいたらいいのですけれども，今一つ，厚生省の国際課の人に聞きたいことは，例えば我々がそういうことで国際協力のもとで仕事をしていることが，例えば多摩研究所の直接の担当であるライフサイエンス室ですか，そういうところからはほとんど評価されないのでね。それでらいの研究なんかやめてしまって，免疫研究所にしたらどうかとか，そういう意見が出てくるわけです。ですから，国際課の方が，厚生省の中でこんな大切な国際協力の場で仕事をする人たちのいる研究所をつぶしてはいけないとか，国際協力の

ためにはもっと予算を取るとか，そういう厚生省内での他の課へのアピールとか，説得はどれくらいできているのでしょうか，その辺を聞きたいという気がします。

司会　和泉先生，多分WHOに対していろんな共同研究を日本がやっている。そのC.Cは全部国際課へ行っています。ただ，さっき長沢先生が提起されたのは人員リクルートのときの話で，共同研究とはちょっと内容が違うと思いますが，今先生が提起されたのは非常に重大な問題で，殊にODA倍増を公約として出されたという状況のもとで，日本が何をやり，WHOに何を期待するかという形で取り上げて，議論をしていただければと思います。というのは，今正直言って，総理があれだけの大アドバルーンを挙げたわけですから，それに対して，それをどう実現するかというのは，関係各省にとって非常に大きな問題で，厚生省もそれをどう厚生省として受けて，省内でできるのは何であり，WHOと一緒にやらなくちゃいかんのは何だという検討をするべき時期に来ていると思います。その辺の姿勢は麦谷さん，いかがですか。

麦谷　和泉先生のおっしゃるようなケースの話なら幾らでもあると思うのです。逆に全く国際課が窓口になっててよかったという話も沢山あると思うのです。一般的にはカーボンコピーというのは我々は見るだけです。カーボンコピーが来たから，そのことを確認したりはしません。1年間におびただしい数が来ますので，一般論としては，先生方から，「私が行くのをご存知ですか」と聞かれたら，それは即答はできないです。すぐにはわかりません。しかし，もちろんめくればわかります。

もう一つ，それと，じゃ実績として多摩研がWHOの代わりに行っていた先生を省全体として評価しているかというお話がございましたが，私どもは非常に感謝しておりますし，それはWHOに日本政府が専門家を送って貢献したということで，WHOも評価しておりますので，私どもは少なくとも感謝していますし，そのことについては，これからも大いにやっていただきたいと思います。

ただ，それを当該の，結核を例に出しますと島尾先生に怒られますが，結核の担当課が結研の先生に行ってていただきたいことを担当の技官がどう思っているかは私どもはなかなかすぐにはわかりませんので，ひょっとしたら，先生ご指摘のように，国際協力なんて余計なことだと思っているところがあるかもしれませんが，今後の潮流としては，厚生省全体として，やはり国際保健医療協力にこれからどんどん乗り出していくのは，政府としてもこれは優先度が高いということで，少なくとも先生がおっしゃるような余計なことだということにはならないと思いますし，国際保健医療協力の中にこれからは縦断的な国際化だけではなくて，もっと現課と連帯を取った横断的な，例えばエイズ，あるいはポリオ，一定の横断的な連絡網をつくって積極的に乗り出していくというのが一応方針でございます。

司会　私の属している結核予防会の場合は，昭和50年に寄附行為の改正をやりまして，それまでは日本国内の結核予防だけを結核予防会の仕事にしていたのを昭和50年の寄附行為の改正で，国際協力を一つ含めました。したがって結核予防会としては，おおっぴらに国際協力に取り組むということを，予防会自体だけではなく，財団法人として認可していただいているので，監督官庁の方にもはっきり認めていただいている。そして，ことしの4月から，結研の中に国際部をつくって，石川先生に部長になってもらって，国際関係の仕事は全部そこで一括してやるような姿勢が作られ，少なくとも結核の場合には現課は大いに「結核，どうぞその辺はおやりください」という姿勢に転換してきている。これからはやっぱり日本の厚生省はそのくらいの姿勢を示していかないと，ODA 500億ドルなんていうのは到底消化しきれないというのが実態かなというのがわれわれの実感です。

それからきょうはDr.アレンが午後のシンポジ

ウムで日本医学の紹介をしておりましたですね。あの中に和泉先生の御専門のハンセン氏病や結核も入っている。日米医学はいままではODAに入ってないと思うのですけれども，あの辺がODAに入っていないのがそもそもおかしい。あれは日本国内のためにもあるけれども，むしろ途上国のためにやっている研究でもあるわけですから，おおっぴらにODAの中に切り替えて，ああいう仕事はどんどん伸ばしていく。それをやらないと500億ドルの消化はできないし，ああいう仕事はODAの中の非常に質の高い，いい仕事ではないかなと私は感じておりますので，今後，厚生省を通じても，その辺の拡大には努力してまいりたいというつもりでおります。何かそのほかに，WHOにどんなことをしてほしい，あるいは日本の厚生省にどんなことをしてほしいというようなご要望はございませんでしょうか。

梅山　厚生省のお役人が皆島尾先生みたいな方ばっかりだったら，日本の医療国際協力は前途洋々たるものがあると思うのですが，早い話がきょうお見えになった厚生省の担当官にしても，恐らく2，3年で他のポジションにおいでになってしまうのだろうと思う。そうすると，その蓄積は全く後に引き継がれない。その場限りになってしまう。ですから，きょうのアレン先生のお話でも，NIHがあれだけ多彩なプログラムを展開しておるのを全部把握しており，しかも，それが戦後直後ぐらいから始めているのですから，何十年にわたってやっておるというようなことですから，我々日本人の事務局長がWHOに実現したということは非常にうれしいことだと思うのですけれども，それが日本の医学が評価されてなったのか，それとも欧米が金を出すのが惜しくなって，日本が成金だから，ちょっと日本からたくさん金を入れるためには，そのほうがより得策であるということで，そういう方向に風向きが変わってきたのかということの心配も一つあるんじゃないか。これは非常に酷な言い方でございますけれども，事実我々が25年前に東南アジアの医療協力の話で厚生省，大蔵省に行きましたときには，厚生省は外貨割り当てをビタ一文やらない，日本は金がないということです。金があるようになったらするのかというと，それもやらない。やっと先生のように財団法人が国際協力に金を出すということを政府に認めさせた。つい数年前までは試験研究法人にすら寄附行為を認めなかったわけですから。だから，国際化といいながら，実際は一番遅れているのは日本のお役所ではないだろうかというように私は印象を持っております。

司会　梅山先生，私は厚生省の弁護をするわけではありませんけれども，今井さんが厚生大臣になってから，厚生省の姿勢はがらっと変わったと思います。今井大臣は自民党の海外経済協力委員会の医療小委員会の部会長をやっていたので，大臣になられてすぐ国際協力の必要性にについて非常に重要性を感じられて，官房庁を中心に，厚生省も国際協力に対する姿勢を研究せよということで担当局長以下を集めて委員会をつくりまして，それから先，厚生省の国際協力の姿勢はがらっと変わって，それまでは日本にいる日本人の健康を所管する役所であったのが，今井厚生大臣の後は厚生省は日本にいる日本人だけではなくて，国際的なセンスで保健の問題をとらえていこうという姿勢にははっきり転換していると思います。それは私ども，そばで見ていてはっきり痛感できますので，仮に今お話にいらっしゃれば，随分反応が違うなという感情をお持ちになろうと思います。

それから，今度の中嶋さんの事務総長選出を含めて，随分認識が変わってきていることは間違いございません。それをどうやって皆が盛り立てて，もっといい方向に進めていくかということで考えていただければ，今までのネガティブな面は別としてこれからポジティブな面でどうやって官庁を支えて，よりいい仕事をしてもらうかという方が大事だという感じがしているのですけれども。

麦谷　梅山先生がご指摘されたことで一つだけ重大な誤りがありますので，訂正させていただきます。あとのことは私はいいです。２，３年で私がかわるというのは，これは私もそうだと思います。ただし，その後，全然関連性がなくなるというのは大きな間違いで，引き継ぎは100％なされます。というのは，私の前任者からは100％引き継いでおりますし，組織として，個人としては別ですよ，組織としては全部つながっております。そうしないと役所は動きませんので，人がかわって全部ほごになってしまったら，　全然ものは動きません。先生のご心配の継続性は十分保てます。

また，私がたとえかわっても，当然組織の中では一員として動いているわけですから，保健医療協力に少なくとも理解のある人間がどんどんふえるということについては間違いありませんので，予算の面，あるいは私が仮に保健医療局に行った場合は，結核とかあるいはらいの国際協力に十分理解があるわけで，今度私がらいの担当課に行ったときには当然多摩研に十分お願いして，国際協力をやってもらうわけです。そういうシンパがふえるということもありますし，その継続性は私は十分あると思います。

司会　麦谷先生の弁護をするわけじゃないですけれども，最近厚生省の国際関係，非常にそういう点の継続性はよくなってきていると思います。麦谷先生の前任の中谷先生が今WHOの本部へ行っていますけれども，その後に麦谷先生がいる，さらに若いのが次々といる形で，恐らくあと２，３回人事異動があっても，同じような考え方でやれるだけの優秀な人材の後継ぎ候補はもうできていると考えていただいていいと思います。そういう点は役所も大分国際型になりつつあるというようで，むしろそれをサポートしていただきたいというようなつもりでございます。

ほかに何かございませんか。

丸山　やはり組織のお話ですけれども，先ほど結研に国際協力部ができたというお話がありましたけれども，厚生省の方は国立医療センターに国際医療協力部ができて，多分今のところ，JICAと絡む仕事，つまり，いわゆる２国間協力（バイ）の仕事を中心にされていると思いますが，きょうのWHOの話と関連して，医療センターの国際医療協力部がWHOとの関係をこれからどういうふうに考えていらっしゃるのか，厚生省を通してということなのか，あるいはもうちょっと別の立場があり得るのか，足達先生に……。

司会　医療センターの国際協力部研修課長安達先生です。

安達　お答え申し上げます，と申しましたが，私も役人の一員でございますので，将来についてここで申しあげる立場にはない。現在についてお話いたしますと，WHOとの関係につきましては，まさに先生がおっしゃられた後者の方でございます。あくまで国際課を通じて考えていくと，現実のWHO絡みの話で我々が動いている部分というのはほとんどございません。総会，あるいは地域委員会にうちの部長が参加して，むしろこちらから働きかけるというより，どう動いているのか，情報を集めている。それは今のうちの部が動いている主にバイを中心とする活動をやる上で，マルチの話も押さえていかないとバイの話はできないということで，情報収集のために動いている。ただ，将来どうなるかという話は，また３年後か４年後か同じような機会が与えられましたら，話できればうれしいなと思っております。

司会　あと，日本がWHOを通じてでも独自でも，何を世界に対してすべきだろうかというようなことについて，何かお考えございませんでしょうか。今までの医療協力は正直いってリクエストベースと言いまして，向こうから要請が上がってきて，それをJICAが受けてやるという格好でやったのですが，それだけでいいかどうか。むしろ日本から，日本はこれができるのだと，それについて何かこういうことを私たちはやれるよというようなプロポーズできるよ

うなものを何かございませんでしょうか。

中谷　第3回の日本国際保健医療学会ということになりますと，どうしても医療関係，ドクターを中心として，その他の方が主体になってしまうのですが，私は病院の建築，医療施設の建築をやってまいりました。1984年ぐらいから韓国とか中国とか西太平洋事務局管内の国の仕事のお手伝いを致しました。中嶋先生が今回出馬される前に，実際にいろんな新しいことをコンセプトゥラーゼーション（概念化）ではなくて，実際に手を染めていらっしゃる。その中の一つに私は貢献したのではないかと思っています。初めてWHOが各国に建てる病院自体をもう少し見直さなくちゃいけないのではないかという問題を取り上げた。なぜならば，病院というのは金食い虫ですから，一つ建ってしまうと，その保証予算のほとんどをそれが消費してしまって，PHCができない。WHOは大体PHCなんかやっていて，病院はちょっと違う世界だと言っていた状況にあったのではないかと思うのですが，病院までちゃんと見ていかないと，本当のPHCはできないという観点からだと思うのですが，建築をやっているので面白いのがいるというのでピックアップしてくださったのかどうかしれません。WHOはお金を持っていませんので，実際には病院が建てられてないのですね。病院を建てるような予算ではなくて，どちらかというとバイで立ったものについて技術的に援助するとか，ワールドバンクがお金を出して，それに対して技術的な援助をするとかそういうようなことだったわけですけれども，それがどうもうまくいってないんじゃないかということが契機で，もう少し建物，それから実際の管理運営，そういうものをちゃんとやっていかなくちゃいけないんじゃないか，というようなことを考えてワークショップをやったり，私を韓国や中国に派遣して下さったりしておりました。先ほど来お話もありましたが，バイなのか，それともWHOを使った方がいいのか，WHOの場合にマルチで国際的な多国間協力ですけれども，私は，中国で約800ぐらい建てられている県立の病院がどうもうまくいってないというので，見に行きました。そのときに私が一人とそれから韓国ドクターとインドのエンジニア，そういうチームで行ったのです。それでいろんな示唆をしてきたことが大変よかったのではないかと思っています。

なぜかというと，こういっちゃなんですが，JICAの場合には，バイですと，日本人だけのチームで行くわけです。どうもそこのあたりに問題があるのではないか。視野が狭くなるとは言いませんけれども，やっぱり日本を肩にしょって行ってきますので，どうも余り自由なことが言えない。また。こうじゃないと思っても，日本の方はこういう立場だからこうだろうというような意見になりがちなんじゃないかという感じがしてます。私が申し上げたい結論は二つのことなんですが，一つはなるべくODAでもそうですが，バイはやめて，確かに日本が金を出したというような姿には見えないかもしれないけれども，WHOの方にお金を出して，それで成果を上げたらということです。それから先ほどのアレン先生のお話では，あそこはNIHですからしょうがないですが，対策はハンセン氏病から始まっていろいろありますが，あの中にヘルス・ファシリティ・プランニングというのはなかったのですね。ヘルス・ファシリティ・プランニングというのは大病院を建てるためのプランニングではありません。本当に向こうの国の方が使える建物，施設をつくるためのものをちゃんとプランニングをしなくちゃいけない。プランニングなしで，こういうものを建ててくれと来るから，いろんなものができちゃうわけで，その辺，もう少し建築の方にも，施設の方にも目を向けていただけたらと思います。この領域は日本が手を挙げられる一つの分野だと思っています。

司会　どうもありがとうございました。

瀬上さん，どうぞ。

瀬上　今，二つすばらしいことをおっしゃって

いただきました。建築関係のプランニング，これは日本のプランニングというのはファシリティーだけの問題じゃなくて，その中の動線の問題とか，後の管理の問題のことも一応考えてあるのですね。それを前提にして，人の訓練がその後に伴っている。余りそういうところがほかの国にない。結局，どういうことが起こっているかというと，病院をつくる，物品管理はめちゃくちゃ，薬剤管理がめちゃくちゃ，ですから，心電図のロール，最初の１ダースがなくなったら，もうその心電計は10カ月で倉庫の隅に行って寝てしまうということが現に起こっている。それから，最新鋭の機器を入れ，自家発電もつくったけれども，しかし，そこで供給電源の方の電圧の不安定さを測定して，自動的に切り替えるシステムをほとんどつけてないのですね。ですから，停電してから取り替えるので，プログラムが全部駄目になって，オートメーションが全部動かなくなる。そのプログラム組み直すのに非常に時間がかかるということで，機械が１日に何回も停電が起こるところで，要するに全然使えないということが起こる。そういうことに対して，もうちょっと反省をしようじゃないかという機運が生まれてきて，それを取り入れてやらせるには日本でやられている能力を，技術を移転していこうというのが今，長沢先生の言われたことの一つです。それに関連して，ほかに日本ですばらしいものは一体何なのか，なぜ日本は限られた資源でこの40年間でここまで来たのだろうか。他の国にない特徴って何だろうか。教育のことだろうということが一つ言われたけれども，もう一つはマネージング・スタイルの問題があるんじゃないか。日本では役員会議で相談し合って合意形成したら，もうそれでいい。後は根回しというマネージメント・スタイルがある。これもおもしろいんじゃないか。ヘルス，あるいはメディシンと言っているけれども，結局はそれをアロケートする人間がうまく動けるようにするシステムづくり，そういうようなことも日本が世界に恐らく相当レベルの高いものを持っているんじゃないか。こういうことを取り入れて，新しい保健医療協力のあり方というのを模索していこうじゃないかというのが，WHO本部に中嶋先生が行かれて，今後起こってくる一つの新たな動きだと思います。要するに保健医療協力というのは，ただ単に人の問題ではない，心の問題だと言われる，ヒューマニティーの問題，クリスチャニティーの問題だときょう言われたけれども，技術者や技術そのものに心を入れるシステムづくり，そういうようなことにもっともっと力を入れていけるのではないかということがあります。

２つ目に，長沢先生がおっしゃった中でマルチとバイという話がありまして，マルチの方にもっとやったらどうだろうかというご指摘であったのですが，これはWHOも，国際機関というのは上に大統領がいるわけではないし，民主主義があるわけではなくて，そこで部長とか課長になるというと，おらが天下ですから，その地域，あるいは本部だったら166カ国，我々の地域でしたら24カ国をまさに自分がコントロールできたような感覚にならされるようなところなんですね。それで自動的にそこに予算が来て，その病院をつくれと，じゃ，どこにつくろうかな。さっき麦谷先生が言われましたが，ロイヤリティの問題で自分の国につくるという人間が非常に多いわけです。いい予算が来ると，自分のナショナリティを考える。そういう意味ではこれはマルチの欠点でございます。ボランタリーなファンドで何か医療協力，いろんなものが欲しいといってつくる，あるいは何かするというときに，その国の政府はやはり自分たちがやったということをその国の国民に印象づけたいという外交的な問題もありますから，まさにそういうのはぜひやっていただこうじゃないか。ただし，それをやるときにどういうところにやっておいたらいいかについては相手国のウォンツだけに頼らずに，リクエストは尊重しても，そのリクエストの中にあるウォンツだ

けに頼らずに，ニーズの分析とアプロプリェイトネスの分析を専門家集団を抱えているWHO,こういうマルチを通して分析して，必要なところにやっていくという姿勢が今求められているじゃないかと思います。

WHOはその中にいる人間は余りレベルの高くないのも高い人も，いろいろといますけれども，いろんな先生を世界からものすごい安いお金で，名誉だけでリクルートする，そういうことができますので，本当に世界の第一人者たち，あるいは地域の第一人者たちを集めて，すばらしい技術を提供することができる，そういうノウハウは蓄積している機関だということをお考えいただきたいと思います。WHOの職員以外に，そういうような技術的なアドバイザーとしてショートターム・コンサルタントというのを2，3カ月以上11月までお手伝いいただく方，それから1，2週間，こちらからお願いして，その専門的な知識を引き出したいというテンポラリー・アドバイザー，もう一つ，いろんな会議をやるときに個人の資格でそこへ参加していただいて，会議のレベルを高めて下さいというパーティシパント，この3つのレベルの参加の仕方があるわけです。パーティシパントとは3日ぐらいの会議から2週間ぐらいまでのワークショップがありますし，テンポラリー・アドバイザーも同様，あるいはコンサルタントもあります。いろいろな形で，パーマネントのスタッフの問題だけではなくて，リクルートの関連で大変な数の書類が厚生省へカーボンコピーで届けられておりまして，私の東京事務所の方にもそれが全部今は来るシステムになって，月曜日は読むだけで大変です。私は月に一遍，1週間ぐらいしか日本に帰ってきません。そのときに毎週集まってくる1カ月分のを読むだけで4～5時間はかかります。その中にはフォローしなければならないものを確かにある。それは私の方からも厚生省国際課にリクエストをかけて，これについてどうなっておるかというようなことをお願いしていくつもりでございますけれども，今までよりは少しはいろいろなことがスムーズにいくようにして，マネージメントのレベルにおける日本のテクノロジーをWHOの中にも，あるいは厚生省国際課の中にもトランスファーできていければなと思っております。

司会　どうもありがとうございました。

会場発言　バイに関連しますけれども，実は昨年JICAの専門家で，タイのATCの研修コースに行って来ました。そこでの経験では，東南アジアの人たちには，日本はヘルス・インフォメーション・システムが非常にしっかりしているのではないかという幻想みたいなのがあるのですね。ところが，日本は例えばコンピューターを使ったヘルス・インフォメーションはごく最近できただけなのですが，それを向こうの人たちは間違えて感じている。それでタイの人を日本に送って，日本で教育すればインフォメーション・システムはうまくできるのではないかというような感じもあったりするのですね。で，若い人を半年間日本に送ったりするのですけれども，実際には働かない。それより，むしろタイには例えばエスカップとか，そういういろんな国際機関でヘルス・インフォメーション・システムというコンピューターライズされたインフォメーション・システムで非常にしっかりしたものを持っているところがあるので，そこへ送って，常にコンタクトを取りながらやった方がいいけれども，そういうことができないという一つの問題がありますね。

それから日本の協力には，例えば5年なり，何年なりというある程度の期間があるみたいですね。そのために，いいことをしたのに，それが発展したときには日本はもう関与していないということになる。例えばプライマリー・ヘルス・ケアだと，5年や6年でタイの国が変わるというものではないと思うのですね。それに例えば20年や30年，もしかかわったら，日本がプライマリー・ヘルスケアに関わったらこんなによくなったのではないかというふうなことが言

えると思うのです。ですから，長期にかかわるということをもっとフレキシブルにするということが大切ではないかと思うのです。日本はいろいろ問題があるのですけれども，僕はバイが非常に重要だと思うのです。それは皆さんはWHOとか国際医療協力をよくご存じなわけですね。ところが，これはごく日本の中でも少数な人であるわけですね。大勢の人は何も知らないわけです。ODAでこれだけ使った。じゃ，だれかがまた汚職するのではないかとか，そんなふうに考えるわけですね。本当を言うと，国民の皆さんが，日本はこんなにかかわっているのだということを知っていかないとだめなんで，僕らが知っているのは，あそこでまた悪いことをしている，外国で木を切っているとか，そんなことばかり知らされちゃうのです。でも，そんなことだけではないのです。日本はいいこともしているのだということが国民に伝わっていかないと，日本の国はよくなりませんよ。皆セルフスだと日本は言うけれども，セルフスではないんだよ，悪いことをするというふうに考えてもらわないと，僕のように大学で教える立場にあると，非常に暗くなっちゃうのですね。ですから，日本人に対して，日本はいいことをしているのだよというような形のできるかかわりをしていただきたいと思います。

司会　どうもありがとうございました。

日本のマスコミというのは悪いことはでっかい活字で報道してくれるけれども，いいことはこれっぽっちしか書いてくれないという傾向がありますので，マスコミだけ見ていると，日本人は悪いことをしているという印象を受けられるのは無理ないと思うのですけれども，実際は大部分の仕事は非常にいいことをしているということは間違いないと思いますし，今病院の問題が出ましたけれども，これはJICAにとっても実は今非常に大きな問題です。過去の病院建設がどれだけ批判されているかというのも，最近はJICAも外務省もかなりよくわかってきています。

ただ，それでは病院が全然要らないかといえば，地方の第2次ケアの病院，あるいは中央の病院でも，どんな規模で，そんなのをつくればいいかというプランニングはぜひ必要なことで，私ども中で話したときに言ったのは，分相応なもので，しかもそれが現状じゃ，ちょっとまずい。10年先ぐらいを見て，10年先までぐらいはここまで来るという程度の病院をつくってやれば一番役に立つんじゃないかと。それを50年，100年先にしか使えないような病院をつくるから，メンテナンスに苦労し，使えなくなっているというのが実態じゃないかという気がしますので，今の長沢先生のおっしゃったようなこと，これは必ずしもマルチだけではなくて，バイでもやれるように努力することが大事だと思いますし，殊にODAをあれだけ使うとなれば，かなり病院のプロジェクトも当然出てくると思いますので，そこでまた過去にやった批判，過ちを繰り返さないようにすることが非常に大事なことだろうと思います。その前にWHOの知恵を借りる。私はきょうの午後のシンポジウムを聞いておって危ないなと思ったのは，ステータス・シンボルでいいのがあっていいじゃないかとおっしゃった方がいましたが，それは電子顕微鏡1台ならいいのですけれども，病院となると，ちょっとステータス・シンボルで立派すぎる病院があるのは，必ずしもその国にとってプラスになるものだけではないというような感じがするものですから，危ないなという感じをしておったのですけれども。

福山　同じようなことで，先生のご意見に全く私も同感でございまして，既に過去のいろいろなグッドウィル・ホスピタルとか，そういうのがみな失敗している。その失敗を日本がODAで，今後くり返すことのないようにお願いしたいと思います。きょう初めてWHOのオフィサーから，日本の医療の中で非常にいいものがあるというような評価を聞かされて，実は私はもう開業医をしておりまして，マスコミに出てくる日本の医療は世界最低であるわけです。そ

の世界最低である日本の医療システム，マネージメントが一番いいんじゃないかという評価は非常にひっくり返った評価になるかと思います。どこの国も特に新興国は一つのショーウインドウみたいなものをきょうの本多先生と同じように，どうしても要求してくる。そうするとバイの場合は政府間の協力ですから，それを呑まざるをえないような面が出てくるというようなことで，まだまだ問題はそう簡単にはWHOぐらいのチェックではどうすることもできないのではないかという危惧を持ちます。

それから，既に過去に百何十年にわたって，いわゆるメディカル・ミッションというものが過去にいろんな植民地で運営されておりまして，第2次世界大戦で植民地が全部独立国になった。その中で病院が様変わりをしてきて，いろんな欠点が全部もう一回見直されて，20年ほど前に結局そういう施設が全部もう一回見直されて，20年ほど前に結局そういう施設を維持経営することが，ミッションのお金ぐらいではどうすることもできないんだということが分かってきた。WHOの方ではいわゆるプライマリー・ヘルス・ケアという方面に，非常に大きな転換を20年ほど前からやっておるわけでして，その後を日本が最近になって，そろそろそういう問題を考えて，余り大きな病院を建てるのは問題だとおっしゃっておるのを思いまして，やはり過去のメディカル・ミッションのヒストリーとそのいろんな欠点，問題点がご参考になるのではないかというように私は今思わされた次第です。

司会　どうもありがとうございました。

どうぞ，お願いします。

毛利　いつもこの学会とかに出てきて思うのですけれども，国際協力ということで，随分外に目が向いた話が盛んに行われているわけですけれども，私はことし大学を卒業して，病院で医師として働き始めたばかりなんですけれども，実際に医師として働き始めてみると，日本の中にもいろんな問題がある，しかもそれが国際的にも共通の問題として考えていかなきゃいけないことがいっぱいあるように思うのですね。例えばうちの病院でことし2例ほどバングラデシュの青年が入院しまして，例の不法労働というか，その例だったのですけれども，一人は若いのに心筋梗塞だったのですね。一人は胃の穿孔で入ってきたのですけれども，彼らには払うべきお金が全くない。結局どうなったかというと，うちの病院に借金をしたまま帰っていったわけですけれども，今少しずつ返してくれているそうなんですけれども，聞くところによると，ヨーロッパの国なんかでは外国人旅行者がアクシデントに遭った場合でもお金が出るような制度がある。それに引きかえ我が国ではということなんですけれども，ですから，ODA 500億ドルというのは非常にすごいと思うのですけども，その中のほんのわずかな金額でそういうことはできると思うのですね。だから，そういった方にも目を向けていただけたらと思います。

アルマータ宣言なんかを読んでいますと，プライーマリー・ヘルス・ケアということで，日本の中でも底辺の人々に視野を当てれば，これからまだまだやらなきゃいけないことはたくさんあるように思うんです。そういったこともきっちりとやっていくことがこれから国際的にもいい見本になっていくと思うし，そういったことを通して，十分に国際保健医療というところで役立てていけることはあるんじゃないかと思うので，そういった面で，できれまもっともっと目を向けてほしいと思っています。

司会　ありがとうございました。

今お話の在日外人の医療・保健管理の問題，これは非常に重要な項目できょうのWHOとは直接関係はないのですけれども，重要な事項です。実は私，今総理府の対外経済協力審議会の委員をやっているものですから，つい先般の委員会でもこの問題が取り上げられました。朝日新聞で在日外人に結核の集団発生があったという報道がありました。在外邦人に結核が出た場

合に，病気が重いと，結核なら命令入所にかかるので，軽い外来治療ができる程度だと，国民健康保険に入ってないと，半額自己負担がついてその分の医療費が出ないというので一番困った問題です。それぐらいのは，日本にいてなったのだから，ここで治して帰してやるのがむしろ経済大国としての責任じゃないかという認識はこちらも十分持ってますので，将来 ODA なんかをふやす場合にそこらへんも含めて当然考えていかなくちゃいけない。

ただ，きょうも一部のセッションで問題になったと思うのですが，それをやる場合に問題になりますのは，外人が来た場合に言葉がちゃんと対応できる病院がどこにあるか，その辺も非常に問題になるわけで，順調に治療できるケースなら，問題はないのですけれども，副作用でも出た場合に，ちょっと面倒くさい訴えを英語でやられた場合に，それを受け入れて，ちゃんと対応してくれる日本のお医者さんのいる病院が意外にたくさんない。その辺がこれからの問題で，もうちょっと情報交換をやって，医療センターがおやりになったように，東京都内なら，例えば英語ならここにはいます，中国語ならここにいます，韓国語ならどこで対応できますよというようなデータ・バンクをつくっておくことも非常に大事なことではないかというふうに感じています。そういうのがわかる先生のいるところへ行ってもらうというのも大事なことではないでしょうか。

どうぞ，和泉先生。

和泉　これは島尾先生にお答えいただいた方がいいと思うのですが，きょうの Dr. アレンの話なんかを聞いておりますと，NIH を中心にして，随分，たくさんの非常にいいプロジェクトを組んでおります。例えば日米医学協力計画なんかも結局はNIHがやっているわけですね。あれを見ていて，日本と随分違うなと今日思ったのは，言ってみれば，ああいう頭脳集団というか，大きな集団があって，全体を見てて，そこにうまく予算を配置したり，どこにどういう協力をしたらいいかということを非常にうまくやっていて成果が上がっている。いろんないい研究計画がすべてあのなかに入っているというのがわかって，随分印象的だったのですけれども，日本の場合はそういうものがないのですね。ですから，例えば各大学の教授会がここの大学では寄生虫研究をつぶしてやろうと思うと，教授会の決定だけで簡単にできて，しかもそこに出ている文部省からの事務官が入っているというふうな形で，現場では一つ一つ途上国のために必要な研究がつぶされていってしまうわけですね。そういうことを考えると，グローバルな医療を考えるということになると，グローバルな見地で全部が見渡せて，答申ができて，そこが予算配分できるような何かそういうふうな組織，賢人会議と言ったらいいのかもしれませんけれども，何かそういうふうなものを日本に新しくつくって，グローバルな問題に対応するというふうな，そういう組織が必要なんじゃないでしょうか。

司会　まず瀬上先生。

瀬上　はっきり言って悲観的に思います。これはもう WHO の人間を離れての考え方ですけれども，とにかく日本以外の国々を見たときには自己主張が基本にありますから，自分の研究がどれだけすぐれているかということをいかに限られた行数の中で主張して，それをレフリーを説得するというのがあるので，ああいうシステムが曲がりなりにもできているんじゃないかと思うけれども，日本の場合はむしろペーパーには何も書いてなくても，裏でレフリーとつながっていれば，しょうがないや，一部やるよという，そういう流れが基本になっていますので，そういうトップを集めてどんな会議をつくっても，結果は同じなんじゃないでしょうか。駆け引きと全く同じ世界がもう一つ出来上がるだけだと思います。そういう中でも，日本全体を見れば，曲がりなりにこれまでやってきたという成果を考えると，格好よくないけれども，かなりやられているんじゃないか，うまく動い

ているのではないでしょうか。

司会　今，瀬上先生，随分悲観的なことを言っているけれども，やはりNIHの場合はリサーチ・プロジェクトでグラント取って渡しちゃうわけですね。それをNIHがコントロールしているという仕組みがあるので，ああいう格好ができる。日本の場合は似たようなものに，スタッフがあり，文部省の学研があるじゃないかということになるのですけれども，新しい時代，殊にODA 500億ドルという時代にはちょっと別に考えなおす必要があるとおもうので，そこら辺は厚生省あたりとも，別の構想で考え直して，本当にODAとして中身のいい仕事をやるにはどういう組織をつくり，どういう考え方でやったらいいかというのをもう一遍考え直す。例えば，今，日米医学の日本側の予算はODAに入っていません。あれは保健医療局の企画課の予算であって，あくまで国内予算として扱われているから，したがって，しょっちゅう，「もう，癩の研究いいでしょう。結核の研究，大体終わったでしょう，ぼつぼつおやめになったらいかがでしょうか」というのを毎年大蔵省からやられるわけです。それに対して必死の抵抗をせざるを得ない。しかし，ODAに乗せてしまえば，これは日本国内のためだけではないのだ，これはグローバルなためにやるのだという大義名分がついてくれば，またちょっと扱いが違ってくると思うので，今の日米医学をODAに移せるかどうかというような問題を今後真剣に討議していきたいと考えてはおります。ただ，リサーチ，グラント自体の仕組みはちょっとアメリカと日本は違うので，あのままねはできないと思います。

ほかに，あと7分ほどでございます。何かございませんでしょうか。麦谷さん，今の件で何かありますか。

麦谷　こういうところにときどき呼び出されますと，大体役所はほめられるということはまずありません。大体袋だたきに合うのを覚悟で出てくるのですが，今の和泉先生のお話ですと，ちょっと抽象的なお答えになりますが，役所はやっぱり同じようなことを考えております。それで，いろいろ手を打っておりまして，先ほどマルチ，バイの話もございましたけれども，役所というか，我々は既にマルチとバイを切り離して考えなくて，マルチとバイを連結して，マルチのコンサルテーション，インフォメーションを使ってバイを行う。つまりWHOの情報量，WHOのマンパワーを使ってそれで生み出されたリポートによって，有効的なといいますか効率的なバイをODAの方から出すと，こういうようなことも考えておりますし，先生のグラントの件もそういう話はないわけではないのです。それでいろんなナショナルセンターとか，いろんなものをつくってやっているのですが，私もアメリカで教育を受けたことがありますので，やはり島尾先生がおっしゃいましたように，たまたま今は，NIHのいい面だけを恐らくごらんになっていると思います。しかし，NIHの悪い面もたくさんございますので，必ずしも今のいい面だけを日本に移してうまくいくかどうか，これはなかなか簡単ではないかと思います。先ほど言った自己主張の面もありますし，それからそもそもお金の出し方が全然違います。それからアメリカはよくご存知かもしれませんが，グラントの中でスタッフを雇えますね。ああいうことの縛りも，日本はグラントでスタッフを雇ったりはできません。教室を拡張してランニングコストにしたりすることはアメリカは自由ですが，日本はなかなかそういうのは認められませんので，そういうことも含めて，検討しなければいけない事項はたくさんあり，我々は検討しております。それがなかなか皆さんの目に触れることがないものですから，批判ばかりで，なかなか答えが出てこないのですが，こんなことを言っても余り信用されませんが，役所を信頼していただいて，少なくとも厚生省はすべての国民に門戸が開かれておりますので，上京されたときにはぜひお立ち寄り願いまして，ご意見を，直接生の声をお聞かせい

ただければありがたいと思います。

司会　丸山先生。

丸山　厚生省がいろいろ考えていらっしゃるらしいということはよくわかりました。この学会も含めて，一つは私，今大学におりますけれども，大抵の学会とかは，大学もそれを考えるような教室なり組織なりがあるのが普通なんですけれども，少なくとも事日本に関しては国際保健医療学というのを考える大学の組織はほとんどありません。アメリカがいい医師でやっているかどうかは別として，スクール・オブ・パブリック・ヘルスにはインターナショナル・ヘルスのディパートメントがあって，そういうところが幾つも自分はこう考えるというものを出してくるわけですね。そういう中で，また政府もそれに対応して考えたり決断したりできるわけですが，日本の今の状況では政府が，あるいは厚生省が考えてくださっているのはいいんだけれども，行政が考えて，こうしたいというと，それだけで終わってしまうというところがあって，むしろ，意図的にであれ，大学の中でそういうことを考えるような機関を複数つくっていくと，そして，それぞれの大学なり，それぞれの多少立場を持ったところが日本の国際保健医療，あるいは日本の非常にふえてきたODAの保健医療部門をどう使っていったらいいかというようなことをかなりそれぞれ自分が金を配分するのではない立場がものを言って，その中から，それじゃ，こういうやり方もあろうというようなことを厚生省が，もともと考えていたにせよ，方向をつけていくというようなことをしていくと，随分開かれた形になると思うので，そういう意味でも今極めて少ないというか，ほとんどない国際保健医療関係を考える場所を大学の中につくっていくことにぜひご理解をいただきたいと思います。

司会　その少ない一つが東大にやっとできたということなんですけど，ただ，きょうもシンポジウムでも出たように，国際協力のセクションを持っておられる神戸大学でさえ，土井先生が何となく趣味でやっていると。あいつは自分の趣味でやっているというように見られちゃうという，それが一番大きな問題です。これは本当は趣味ではなくて，日本の大事な仕事として大学も，他のいろんな関係機関もやらなくちゃいけないという状態におかれてきていることはまさに間違いないと思いますし，だんだんそういうのがふえることを期待していきたいと思います。

瀬上　前のポストが卒後教育を担当していたので，文部省の医学教育関係との会合というのは義務的にほとんど出ておりまして，そのときの話を一つ申し上げるんですが，国際協力というのをそこでフィールドをやったという論文を出しても，教授選の採択論文にならないのですね。それがあるから一部の趣味的な人たちが国際協力をやって，ほかの人たちは重箱の隅をほじくると，あるいは趣味的な人ですらも自分の領域だけのことを何とかやろうということで，グローバルにとらえて政策的な提言をするというようなことはなかなか期待できない。しかし，今後これでいいのかということで，昨年の今ごろですけれども，大学設置基準にいろいろな要綱があって，その中で教授，あるいは助教授の選考要綱というのがあるのですが，その中に国際協力の経験も今後入れる方向で考えていこうという極めて積極的な，20年間全然なかった積極的な動きも，委員会で初めて出てきたという革命的なことがありますので，もう少しそこが本当になって，実際にだれかが選ばれて，丸山先生のように横滑りではなく，ちゃんとそこでポストで選ばれるということが起こって初めてそこがもっと拡大してくる。さみしいけれども，ちょうどWHOの10年間のコンセプトライゼーションの時代と同じで，しばらく日本もコンセプトライゼーションの時代に入るのではないでしょうか。

司会　どうもありがとうございました。

時間がまいりましたので，これで終わりたいと思いますが，2時間，非常に活発な議論を展

開していただいてありがとうございました。日本としてはWHOに対して大きな重荷をしょい込んだというような感じがいたします。きょういらっしゃいます皆様方，あるいはそのお仲間で，ぜひ将来，WHOにでてもいいよという方がいらっしゃいましたら，ぜひ麦谷技官の方にご連絡いただきまして，将来のリクルートに備えていただきたいと思います。

それから，また先ほどお話がありましたように，任意拠出金という制度がございまして，日本政府は，正規の分担金のほかにこういう領域については日本は余計に金を出して，それをもっと世界的にプロモートしていきたいんだという仕組みがございます。これは今既にいくつかやっておりますけれども，将来さらにいいアイデアがあり，人があれば，それをもっと強化するのは恐らく国際課の方もやぶさかではないと思います。そういう領域の強化についても，何か，我々はこれをやってやるというようないいアイデアがありましたら，厚生省霞ケ関の門はいつも皆様に開かれているそうでございますから，ぜひいつでもお気軽においでいただいて，いい知恵を貸していただくように。国際課の方もそれを大歓迎すると思います。どうもありがとうございました。

最後に瀬上先生。

瀬上　最後に一つお願いがあります。リクルートメントでパーマネントスタッフはもう向こうでお願いしたいわけですけれども，先ほどありましたようにテンポラリーな話でこういう領域ならおれ手伝ってやられるよというようなものがありましたら，お得意領域と簡単な略歴みたいなのをぜひお送りいただいて，リストを少しでも多くつくっておきたいと思います。私のところはイン・オフィシャルな状態のステータスですので，門戸は開いておりませんので，郵便受けぐらいは開いておりますから，新宿区戸山町の国立病院医療センター内にWHO気付ということでお送りいただければ，マニラの方へ別便で全部届くようなシステムをつくっております。どうぞよろしくお願いいたします。

司会　どうもありがとうございました。では，今のようなことで，ぜひ日本人も活発にこれからWHOの活動に参加していただくということをお願いいたしまして，本日のイブニング・セッションをこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。

第３分科会

宗教と国際保健医療協力

オーガナイザー
石川信克（結核予防会結核研究所国際協力部長）

石川　時間になりましたので，セッション３の「宗教と国際保健医療協力」のイブニング・セッションを始めさせていただきたいと思います。

私，オーガナイザーを承りました石川でございます。私個人としましては，現在は結核予防会結核研究所で国際協力の任を与えられておりますが，1978年から86年で日本キリスト教海外医療協力会を通しまして，バングラデシュで約７年４カ月ほど働きました。現在も日本キリスト教海外医療協力会の短期のワーカーとして，年に２回ずつ現地のフォローアップに行っております。

今回この総会の企画に当たりまして，堀田会長が「自分には宗教あるいは信仰をもっている者が国際医療協力をやるということが，どうも関係が深く見えるので，是非それをテーマにやってもらいたい」と強く言われました。私自身はキリスト教徒でありますけれども，こういう問題を自分から学会で取り上げるには，気持ちがまだ熟しておりませんでしたので，躊躇しておりました。その後，何も連絡がなかったものですから，きっとあきらめられたのだろうと思ってしばらくせいせいしておりましたら，数カ月前に「まさかやらなくてもいいんでしょうね」と言うと，「もうやることに決まった」というわけで，そのぐらい会長が熱心にこの問題を取り上げてほしいということを言われるなら何とか御協力しようと思ったわけであります。

国際保健医療学会というのは特殊な集まりでありますから，学会といっても普通の学会とは違いますけれども，こういうところで宗教と医療協力の問題を取り扱うことは，非常にユニークな企画であろうと，ですからそれなりに私たちなりに前向きに，そして文化の問題あるいは世界平和の問題として是非取り扱おうと思いまして，企画をさせていただきました。

今回はここが神戸であり，関西地方であるということが一つと，それから大阪に淀川キリスト教病院というのがありまして，そこはかつて外国からきたミッショナリーが建てた病院，そしてそれが今や海外に自分たちも医療協力をやろうと，そういうことをやっておられる歴史がありますので，そういうキリスト教病院の副院長をされている辻本先生に是非お世話役をしていただいて，司会をしていただき，それに何人かの人に集まっていただこうということで，今まで準備がなされてきました。

辻本先生は，御自身もバングラデシュやネパールの方に医療協力に短期で行かれておりますし，非常に経験のある方でありますので，最適任だと思っております。

それでは会の運営は辻本先生にお願いしたいと思いますが，一言だけお断りしておかなければならないことがあります。本日は実は曹洞宗ボランティア会の事務局長をされております有馬さんに来ていただいておりますけれども，その他，立正佼成会及び天理教の２つの宗教の団体，当初は御了解をいただいて，お２人の方に来ていただく予定でおりました。しかしどうも国際関係をやっている人たちは忙しいのです。突然，使節団が来たとか，突然他のセミナーがあるということで，立正佼成会の方も天理教の方も今日はお見えになることができなくなりま

した。代わりの方をと言ったのですが，都合がつかないまま今日に至りましたので，その点御了解願いたいと思います。もちろん皆さん，ご存じの方もあるかと思いますが，立正佼成会あるいは天理教それぞれの立場で国際協力を推進されている宗教団体であります。

前置きはこれぐらいにさせていただきまして，この会の進行を辻本先生にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

司会　今，ご紹介いただきました淀川キリスト教病院の辻本でございます。

先ほど宮崎亮先生がお話になりましたけれども，宮崎先生が行かれました1980年に私もバングラデシュに行かせていただきまして，ほんの一月ほどでしたが，ダッカにおられた石川さんのお宅に泊めていただいたのがいけなかったのか，この司会をせよと仰せつかりました。

私たちの病院はアメリカの宗教団体が日本に来て建てた病院でありますので，かねがねキリスト教の立場として「宗教と国際保健医療協力」の問題というのは意識の底にはございました。宗教というふうに広くなりますと，私自身どうしたらいいのかちょっとわからなくて，今朝からもちょっと憂鬱になっていたのですが，堀田会長はとにかくイブニング・セッションは何でもいいからしゃべる会にしてくれと，ありきたりのものではおもしろくないから，何でもいいからしゃべる会にしてくれというふうにおっしゃいました。そしてそれで何かトラブルが起これば私が責任を取るからと言われまして，それで私も気を許して先ほどビールを飲ませていただきました。堀田先生はここにビールを持ってきてもいいとおっしゃいましたが，確かに飲まないとしゃべれない面もありますけれども，飲むとこの会は成り立たない面もありますので，どうにもやりにくい会だと思っております。

20世紀に入りまして，ヒューマニズムあるいは合理主義あるいは世俗的イデオロギーが出現，台頭しまして，特に20世紀後半は宗教軽視の風潮が非常に強くなってきたように私は思います。また今日，世界の二大イデオロギーであるところの資本主義と社会共産主義，それらがともに唯物主義に変更してきたためでしょうか，全地球的に物理的にも倫理的にも人類滅亡への危機感が非常に今，高まっている時ではないかと思います。

そうした状況への反動の表れでありましょうか，宗教はかつての地位を急速に回復しつつあるということが言われております。そして人類の歴史を動かしてきた力として，最近はその宗教が見直され，それに人類の起死回生を期待する社会的風潮が起こってきているのではないかと思います。フランスの哲学者であり政治家でもあるアンドロ・マルローは「21世紀は宗教の世紀になるであろう，さもなければ人類は21世紀を見ることなく亡びるであろう」とさえ述べているそうであります。

その徴候でありましょうか，例えば毎日新聞は最近1年間，「宗教は人の心を満たすか」ということで特集をしておりますし，また昨年4月には東京で国連大学協力会，そして世界宗教者平和会議の日本委員会が共催で「人類の未来と宗教協力」と題する国際セミナーを行っております。

そして今ここに第3回の日本国際保健医療学会総会に際しまして，そのイブニング・セッションの中で，宗教と国際保健医療協力のセッションが設けられましたことは，ある意味で必然的なものがあったのかもわかりません。

従来，とかく医学とか医療の世界に宗教を持ち込むことを避けてきた医学界の風潮に対する挑戦とでも受け取るかもしれません。このテーマを設定なさいました堀田会長に深甚の敬意を表するものであります。そしてまたこのセッションのオーガナイズをすることを堀田会長から要請されましたが，長年バングラデシュの結核撲滅のためにご奉仕されました結核研究所の石川先生，初めての企画だけに大変ご苦労があったことを伺っております。このセッション

の実現に努力していただきましたことを，心より感謝申し上げたいと思います。

ただいまから本当にどうなるかわからないですけれども，司会をさせていただきますので，できるだけ皆さんの方の活発なご意見を述べていただきたいと思います。

それで石川さんともご相談していたのですけれども，医者が多いので，日頃は何々先生と行っているのですけれども，今晩はそれをやめにして「さん」づけにしましょうというふうに言っておりますので，その点ご了承いただきたいと思います。また後で会場の方からご質問等をいただく時には，できますければ所属とご氏名を言っていただければ幸いであります。

それでは最初に，パネラーとしまして，畑野さん，中村さん，有馬さん，日比野さんの４名の方にお願いしたいと思います。

最初に畑野研太郎さん，JOCSのバングラデシュ派遣医師として，この１月までの３年間お働きくださいました。畑野さんは長崎大学医学部を卒業されまして，私どもの病院，特に外科で一緒に働いておりまして，そしてその後子供さんお３人，奥様をお連れしてバングラデシュのチャンドラゴーナというところで３年間，特にハンセン氏病のために働かれ，この１月に休暇で帰っておられます。またこの10月頃には今度は子供さんが大きくなられて教育のことがありますので，単身赴任でまた次の３年間を行こうと，今はその準備をしておられます。

それでは畑野さんにお願いします。

畑野　今，紹介いただきましたし，時間がありませんので，あまり詳しいことは言いませんけれども，日本キリスト教海外医療協力会から派遣され，バングラデシュのチャンドラゴーナに行って来ました。チタゴンという町までは大きい地図を見ていただきますと，大体出ておりますけれども，そこから東に車で，道の状態がよければ１時間ぐらい行ったところにありますクリスチャン・レプロシーセンター・チャンドラゴーナというところに派遣されまして，３年間，主にライの仕事をしてまいりました。

「宗教と国際協力」という形でまとまったことをどういうふうに展開したらいいかわかりません。私のおりますバングラデシュでは神様を信じていない人はほとんどいない。私は変わった友達がいまして，ドイツ人で日本に住んでいたことのあるイスラム教徒がバングラデシュにいたのです。彼は日本語がしゃべれますし，仲良くなりまして，彼がしみじみと僕に言ったのです。「日本やドイツはしんどい，信仰の話をしようと思ったら，神様がいるかどうかそこから話をしなければならない」と，バングラデシュでは違うというわけです。「バングラデシュは神様がいることはみんな認めている。しかしどの神様かというところから始めなければならない。だから日本とバングラデシュで信仰の話をする時は，雲泥の差がある，バングラデシュは楽だ」ということを言いました。

そういう国に住んでおりますので，いわゆるディベロップト・カントリーの中での信仰ということが向こうにいますと，逆に非常に異質なものというか，特に日本の信仰状況というものは特別なものに見えてまいります。

さて，題の「宗教と国際協力」，これもこういう企画が取り上げられますことは，この数年来，例えば日本の中で，特にこういう状況の中では貴重なことだと思います。しかし一方から見ますと，私はそれが非常に何かおかしなものであるような気もします。といいますのは，国際と言いますと時には，これは国と国との間の問題でありまして，例えば私の場合でありますと，日本人とベンガル人，それぞれが国をもっておりまして，お互いの国と国との間をつないでいるもの，いわゆる国際です。そういうことがあります。

しかしバングラデシュで同じキリスト教徒で信仰をもっている人たちは，僕はまた日本人同士とは別なアイデンティティにおける同一性を本来持ってるわけです。つまり真の信仰というものは，本来その性格上国際的なもの，国を超

えたものでありまして，そういう意味におきましては宗教というのはもともと国際的なものであります。

そういう信仰をもっている立場からしますと，国と国という一つの単位とちょっと違った命令系統というか，指揮系統のもとに働いているわけでありまして，そういう意味においては，もちろんだからといって私が日本人であることをやめることも逃げ出すこともできない。これは本当に日本人の性格の中で生きているわけですけれども，しかし同時にまた最初からそういう意味においては，それとはちょっと違う価値観の中で同時に生きているというふうな感じがいたします。

それで一昨日，石川さんに私は本当に何も言うことがありませんので，何を言いましょうかと言いますと，パネラーの方は自由に何でも言ってください，自分の信仰告白をして結構ですということですので，なぜ私がバングラデシュという土地で働いているのかということ，つまり自分の信仰ということを中心にしまして，少し話をさせていただきたいと思います。ただ，聖書の中の言葉を羅列いたしましても，これは一般的ではありませんので，少しそのことをできるだけ教会の中でしか通用しない言葉からはずして，話してみたいと思います。

私は人間の命というものがどういうものであるかということあるいはもう少し根源的な言い方をしますと，私は生きたい，思いっきり生きたい。これは信仰の言葉で言いますと少し違うと思いますけれども，それを翻訳しますと，そういったところからやはりこういう仕事に入ってきたのではないかと思います。

その命ということ，自分が生きるということ，この一回限りの命をどう生きていくかという中で，本当に生かされる生き方というのはどういうところにあるのか，それをやはり自分なりに少しずつ求めてきたことの結果が，今，バングラデシュに行かされていることにつながっていると思うのです。それが信仰の言葉としてどういうふうに語られるかと言いますと，私は命の形というものは，聖書の一番最初のところに創世記というのがあります。それは神様が世界をつくって，その最後に人間をつくったというところから始まるわけですけれども，そこに神様は人間をご自身の形，つまり神様の形に似たものとしてつくられたということが書いてあります。つまり人間の形，命の形というものは神様と似たものである。それはどういうことか，この短い時間ではもちろんそこまでの信仰告白はできませんけれども，それは一言で言えば愛の神様の形です。つまり愛の神様の形こそが私たちの命の本来の形であると，そしてその本来の形に罪のためになかなか従って生きられない，その罪を見つめてしまったら私たちはその本来の形に従って生きられないじくじたるものがあって，とても一歩も歩めないにもかかわらず，そういう人間の罪というもの，これはちょっと一般的でなくて教会の言葉になってしまって申しわけないのですけれども，イエス・キリストが来られて，「お前の罪は私が引き受けた。だからお前は本来の命の形の戻りなさい」と言って私に自由をくださった。その歩む自由に従って，与えられた自由に従って，本当の命の形で生きたいと，そういう祈りの中から今の生活が出てきたと思うのです。

だから僕は報告会などをしていますと，往々にしてなぜそんなことをするのですか，大変ですねというニュアンスの言葉を聞きますけれども，僕自身の出発点としては，いや，僕は生きたいのだと，そしてこれがやはり与えられた最も充実した命だというふうに思っておりますので，そういうふうに持ち上げられますと，何かちょっと違うのではないかという思いと，非常に誤解の上に乗って良い目をしているのではないかという思いをするわけです。

そういうことでして，私のこととしては2つ，真の宗教というもの本来はインターナショナルなものであって，国際協力という時には当然国際協力という視点とはまた別な視点を本来

的にもっているのではないかということと，私自身の信仰告白で義務を果たさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

司会　どうもありがとうございました。

個々のパネラーの方に対する会場の方のご質問もあるかと思いますけれども，それは最後にいたしまして，続いて中村哲さんにお願いしたいと思います。

中村さんもJOCS，日本キリスト教海外医療協力会からパキスタンに派遣されておられる医師でございます。1985年からパキスタンのペシャワール，今よく新聞でアフガン難民のことが取り上げられておりますけれども，それに深く関係のあるペシャワールで働いておられます。九州大学の医学部を卒業されて，やはり一男二女をお連れになってこの地で働いておられます。

それでは中村さん，よろしくお願いいたします。

中村　「宗教と国際医療」と言われますと，その言葉とよく結びつかないのですが，私は実際的な人間です。日本という国はアジアでは異常な国でして，これほど非宗教的な国はない。ある意味では非宗教的ということが一種の宗教に対立する一つの宗教的な態度とも言える国なんです。

そういう国から向こうに行きまして，宗教ということをまず考えますと，私が働いているペシャワールとそれに隣接するアフガニスタンというのはこれは全くイスラム色一色の世界でありまして，ペシャワールを離れますと99.99％がイスラム教徒，それとペシャワール市内にはいくらかのキリスト教徒，シーク教徒がおります。イスラム教徒の中でもシリア派とスンニ派に分かれて，宗教のために殺し合いが起きるとか，我々にはどうも理解ができないわけです。クリスチャンとお寺のお坊さんが喧嘩をして誰かが死んだという話は日本ではまず聞かないわけです。

今，ちょうどインド国境でシーク教徒がイスラム教徒に対して暴力行為を働くとか，いろんな暗殺事件とか，誰々が死んだとか，しょっちゅう新聞に載るわけですが，どうも我々の理解を超えるものがある。宗教というのは私も実は全然そういうふうなことを考える頭にできていないのですけれども，要するにその土地の人々がそれなりの形でこれが普遍的だと思うものに寄りすがって生きている何ものかである。これなくしては自分の存在もあり得ないというほど強烈なものだろうというふうに，よそごとのようですが感じるわけです。

実際上，仕事を進めるにあたりまして，一つは自分がクリスチャンであるという事実と，私は医療の対象としている住民がお互いに異教徒であると，特にイスラム世界ではカヒリー，これは異教徒という意味なんですが，これは人間でないということに等しいのです。今時は少し柔らかくなりましたが，まだ辺境に行きますと，カヒリーというとこれは家畜のように言う。宗教が違うと昔は家畜だと，だから十字軍の時はああいうふうにイスラム教徒に対してキリスト教徒はまるで家畜を殺すようにいとも簡単に葬り去ると，イスラム教徒の方があの当時はむしろ寛容だったわけですが，イスラム教徒も異教徒に対しては容赦のないことをするということが，世界の歴史の中で行われてきたわけです。また，同じ宗教の中でもいろんな争いがあって，もめごとがあって殺し合うと，これがどうも我々にはよくわからない。

実際の仕事で言いますと，そういう異教徒同士がどう付き合っていくのかということがありますし，同じクリスチャンの中でもいろんな意見がありまして，宗教を強調するあまりに仕事をぶち壊すという団体もあるわけです。これは非常に微妙な問題でありまして，私もあまり触れたくないわけですが，私は少なくともペシャワール，アフガニスタンで言いますと，これはキリスト教の宣教師がかつて日本でしたようにいろんな慈善事業を興し，クリスチャンを増やすという活動をすること，そのことが罪悪なんです。私も見たことがあるわけですが，例えば

ある回教徒がクリスチャンに改宗しますと，その改宗した人はまず殺される。その人は殺されるだけなら殉教ということで，回りのクリチャンがほめそやしておるわけでありますけれども，それだけに留まらない。その家族全体が村八分にあって，その共同体からつまはじきにされるという事態が起こってまいります。

ところが外国から来た熱狂的なクリスチャン，日本人はいないのですが，アメリカとかイギリス，ドイツあたりから来たクリスチャンはそういう人の迷惑も顧みずに電線マンのように宣教活動をする。それでトラブルが起きれば自分はパスポートを持っておりますから，それを持って本国に帰る。後で尻ぬぐいをして困るのは地元のクリスチャンであるということで，またここでややこしくなりまして，地元のクリスチャンと外国人のクリスチャンとのずれが起きてきます。非常に複雑な宗教対立の狭間で私は日本人らしいクリスチャンとして，こういうことを言うと真面目なクリスチャンからお叱りを受けるわけですが，私は働き中毒に徹しようということでそういうことは知らないと，仕事一筋ということでかろうじて仕事を続けています。

報告書には書かないのですが，宗教というのは非常に微妙な問題でして，私がこう言っても皆さんの中で非常な反発を受ける人もいるだろうし，非常に共感される方もあるだろうと思います。それほど微妙な問題である。しかし国際協力という以上，やはりその土地の宗教の理解なくしてその土地の人間の気持ちはわからない。これははっきり言えると思います。これは非常に総論的な結論で申しわけないのですが，私は宗教と国際医療を考えた時に，私自身がいろんな非難を受けたくないという防衛的な気持ちも含めまして，ただ一つ言えることは，国際協力という時に，それから国際理解という時に，その土地の宗教の理解なしにその土地の人々の心はわからないということは言えると思います。

例えばイスラムですと，もう生活の一部になっておりまして，イスラム教徒でないことが何か宇宙人か家畜のような，生活式でやっている人たちに何のかんの言っても始まらないと，結局はその人たちの言葉で我々が人間愛であるとか，私は歯の浮くような言葉は大嫌いなのでありますが，聖書の中に書かれているような言葉をイスラム教に翻訳して語らなければならないということはしばしばあります。

私がその土地に行って感じますのは，我々は道は違うけれども，一つの山のてっぺんを目指して登っているということであります。エベレストもネパール側から言うとエベレスト，中国側から言うとチョモランマ，ではチョモランマとエベレストがどう違うかとディスカッションしても，これは全然始まらないと思います。しかし中国から行く人はけっしてエベレストから行くことはないだろうし，ネパール側から登る人はチョモランマから行くことはないだろうということは言えると思います。

それで我々が何か一致点を見つけて，やはりその土地の言葉で語るということは，必要なことだろうと思います。案外，人間の言葉は非常に貧弱であるということははっきり言えることでして，どうもクリスチャンの間ですと，ここに集まっている方々はそう考えていると思いませんが，聖書に書いてあるキリスト教用語を羅列しないと，この人はクリスチャンではないという言い方をされることがしばしばあります。

私がいろんな報告をしても，そこの伏線には必ず聖書の翻訳がある。しかしそれは日本語に直すとそういうことになるわけで，それは誰にでも納得していただけるということだけなんです。そこに落とし穴もあるかもしれませんが，そういう広い気持ちで我々は国際協力ということに臨まなければならないと，私が言えるのはただそれだけのことでございます。

司会　どうもありがとうございました。

それでは次に有馬さんにお話をお伺いしたいと思います。私は今日，ついさっき初めて有馬さんにお目にかかって，有馬さんのことは失礼ながら詳しく存じ上げないのですけれども，曹

洞宗僧職に就いておられます。九州にお寺をもっておられるそうですけれども，曹洞宗のボランティア会，これは東京に事務所があるそうですが，その事務局長をお務めになっておられます。今日は有馬さん以外の方がクリスチャンで，他の宗教の方にもご参加を石川さんの方からお願いしたのですけれども，なかなかそれぞれ事情があってお出でいただけませんでした。お伺いしたところでは有馬さんは今，胃潰瘍で出れないかもわからないということだったのですけれども，今日はそれを無理をしてお出でくださいました。

それではどうぞよろしくお願いいたします。

有馬　ただいまご紹介をいただきました有馬でございます。

石川さんの方から今日の催しについて出席して話をせよというご依頼を受けまして，学会の名前を聞きましてびびりまして，それからテーマを聞いてもっとびびってしまいまして，大変悩みました。どうも胃潰瘍の原因もそこにあったような気がいたしますが，大変胃を重く感じながら，会場にまいりましたら，ちょうど懇親会が始まっておりまして，日比野さんでございましたでしょうか，「国際医療協力をやる人々は好奇心と遊び心がないとだめだ」というスピーチでございまして，大変我が意を得たような気がしまして，遊び心と好奇心では誰にも負けないつもりがございますので，これならしゃべれると少し安心をいたしました。

さて，私どもの会でございますけれども，JOCS（日本キリスト教海外医療協力会）という非常に立派な団体などに比べまして，私どもまだできてようやく9年目というところでございます。しかも難民救援を発端として始まった会であり，まだまだ試行錯誤の中にどちらの方向を取るべきか，迷い続けている団体でございます。現在，私どもは難民救護活動と農村並びにスラムの開発協力の仕事，2つの現場をもっております。もう一つあえて言えば，日本における在日難民に関する定住ケアの問題と，3つを挙げてもいいかと思います。

難民キャンプの現場としては，カオイダンというカンボジア難民のおりますタイの東部における難民キャンプ，それからもう一つタイの北の方にございますルイ県のバンビナイという難民キャンプと2つの現場をもっております。バンビナイという難民キャンプはラオスから逃げてまいりました山岳民族メオ族，モン族と呼んでおりますが，モンの山岳民族の難民のキャンプでの仕事をやっております。それからタイの協力関係ではクロントイを初めとするいくつかのスラムでの開発協力の仕事，それから農村部，特に東北タイ左半でありますけれども，東北タイにおける農村での仕事をやっております。

仕事の内容でありますけれども，残念ながら今日のお話の中で医療協力という分野は全く手がけておりませんし，主として職業訓練，教育に関する仕事あるいは伝統文化を継承していくような仕事，教育，文化に関する仕事に重点を置いて仕事をしてきております。

したがって，今日ここのセッションでのテーマとかなりはずれたところに私はいるわけでございまして，医療協力という分野ではあえて言えば今月の初めから今準備に取り掛かることを決定したのですけれども，クロントイのスラム並びにその周辺のサンプルとかいくつかのスラムにおける子供たちの健康状態の定期的な健康診断を開始しようと，そして併せてその定期的な健康診断を通して，少なくとも2年間ぐらいそれをやれば大変膨大な人口のいるスラムでありますけれども，子供たちの健康状態についての実態把握が可能であろうと，我々がそこから医療協力を始めるということはまだ全く考えておりませんけれども，少なくともスラムを理解する，スラムの問題に真正面から取り組む時に，どうも保健の問題は無視できないというところから，そういうところに関心はもっております。

さて，私たちの考え方，どんなことをやっているのかということを若干お話をしなければい

けないかと思うのですが，いろんなことをやっているのでありますけれども，その中の一つ，おもしろいプロジェクトをご紹介してみたいと思います。カオイダンという難民キャンプがございますが，ここには現在2万人ちょっと人口がおりますけれども，一番多い時には11万人の難民たちが収容されておりました。1983年の春ぐらいだったと思うのですが，とにかく膨大な難民たちが次から次にカオイダンを目掛けてやってくるという状態の中で，当初は国連も相当予算をもって活動しておりましたけれども，難民問題への国際世論あるいは国際的な関心がだんだんにさめてくるに従って，国連の予算が行き詰まりを見せ始めました。そういう中で国連，UNHRの方から我々の方に要請がございまして，日本で是非積極的な募金をやって，やってほしいことが一つあると，それは何かと言えばこの11万人，あるいはその周辺に難民キャンプがございますが，少なくとも数十万人程度の難民に対して，食器と鍋釜のたぐいを一家庭に一揃いずつ提供するようにしてほしい，日本ならそれができるはずだと，募金をしてほしいと，実に簡単に言われまして，本当に困ってしまいまして，どう考えてもそれだけの募金をするような力は我々にありませんし，また我々日本において募金をしてみてもその成果というのはやる前からわかっております。とうていできない相談でありますが，とにかく非常に強い要請でありました。

その中で，さてどうしたものかと考えておりました時に，はたと気がつきましたのは，その難民キャンプがある場所が，赤土，粘土の上に難民キャンプがあるわけです。食器，鍋釜といえばすぐにプラスチックであるとか，金属でつくられたもの，そういう器を連想するわけですけれども，我々子供の頃に行平という土器のようなものでおかゆを炊いてもらって，大変おいしかった記憶があります。それで土器でつくったらいいではないかというふうに考えまして，いろいろ土を調べてみたら，かつて窯元で見た土によく似ているので，何とかいけそうじゃないかというふうなことであります。

そこで当時おりました加藤というボランティアに頼みまして，ろくろをつくって，そして回してとにかく粘土をこねて焼き物をつくれということ，大変無茶な依頼をいたしました。当然その加藤というボランティアは焼き物をやったこともなければろくろというものを見たこともいじったこともない。どうするのですかというから，とにかくろくろというのはこういう理屈で回るようになっているから，要するに木を輪切りにしてきて芯棒をつくってくるくる円板を回せばいいのだと，それでそれらしいものをつくってきました。さてそれからどうしますというので，赤土で粘土をこねて円板を回しながらぐるぐるやっていたら何か形のものができるのだと，やってみろと，随分無茶な話でありますけれども，とにかくそれを始めたのであります。

それで1日，2日経って3日目ぐらいになりますと，とにかくもう泣きべそをかきながらやっております。どうしたんだと聞けば，とにかく暑いと言います。それは暑いはずです。炎天下のところでやるわけですから，暑い。そして難民の人たちは暇でありますから，日本人が変なことを始めたというので，十重二十重に取り囲んでそれを見ております。その熱気でとにかく暑い。さらにもう一つ暑い理由がありまして，生まれて初めてろくろを回すのでありますから，土のだんごをつくって手を当ててもろくろ自体がコットンコットンいびつな回り方をしますし，技術がありませんから誠に不思議なものが出来上がってくる。それで失敗をするたびにカンボジア人がやんやの拍手喝采をする。恥ずかしいのと両方でとにかく暑いと言う。そして勘弁してほしいと，もう2，3日辛抱してとにかくやってみろというのでやっておりましたら，私が期待していたとおりのことが起こりました。

2人の色の真っ黒なカンボジアのおばあちゃんが出てまいりまして，その加藤君の肩を叩い

て，「ちょっとどきな」と言うのです。こうやるんだと言って自分たちがつくり始めました。ろくろは全然回さないのです。土をこねましておせんべいのような長方形の板をつくりまして，それを円筒形にしまして，その円筒形をまず台の上にポンと乗せて，そして木の板とパテを当てまして，トントン，トントン叩くのです。叩きながらその円筒形の回りを自分がくるくる回るのであります。なるほど理屈はあっています。ろくろを回すか自分が回るかという違いだけでありまして，とにかくそれでトントン叩きながら壺をつくり，あるいは鍋，お皿をつくり始めました。そしてできあがったものにわらをかぶせて，それに火をつけて焼けば，弥生土器か縄文土器かわかりませんが，とにかく土器が出来上がる。少なくとも600度ぐらいの温度は上がるはずでありますから，それなりに実用に耐える器が出来上がりました。

そこでその２人のおばあちゃんを先生にいたしまして，焼き物教室が始まりました。今日でもずっと続いておりまして，今日現在で恐らく350人ぐらいの生徒が来ておりまして，１日に20個ぐらいはつくっているはずでありますから，かなりの量が毎日焼けているはずであります。そして一番多い時には六，七百人の生徒がおりました。

大変活気のあるプロジェクトで，大変私たちがうれしかったのは，まず第一には経費がかからないこと，予算が何もいらないということです。いるのは焼き物を教えているおばあちゃんの人件費を用意すれば，あとは全部そこらに転がっているもので調達ができる。いかにも日本的な貧乏たらしいNGOがやるのにふさわしいプロジェクトでありますが，非常に活気のあるプロジェクトになりました。

しかしそれは冗談でありますけれども，私は本当にうれしかったのは，難民キャンプで活動しております中で，常々考えていて非常に不満を感じていたことが一つあります。それは欧米のNGOにしましても，日本のNGOにしましても，難民キャンプの中で一つの仕事をする時には当然そこに収容されているカンボジアの人たちの中の優秀な人たちを引き抜いてきて，その人をリーダーにいたしましていろんなプロジェクトをつくっていく，あるいはワーカーとして採用してそこでプロジェクトを展開していくわけでありますが，そこでそういう人たちを採用するときに基準になりますのは，まず英語ができるかできないか，あるいはタイ語ができるかできないか，あるいはカンボジア語の文字がきれいに書けるか，そういうふうな教育レベルが非常に重要視されていく。そして難民キャンプの中をずっと歩いておりまして，これはタイの農村においても，あるいはスラムにおいても同じようなことでありますけれども，そういう言葉のできない人たちあるいはNGOが要求するレベルに達していない人たちは，全く私たちとは無縁の存在として隅っこの方にひっそりと，ちょうど海の底にヒラメやカレイが土をかぶって目だけを出して土の中にいるように，まるで海の底にひっそりと静まりかえっている，そんな感じがするわけであります。

やはり仕事をするということはそういうことであるかもしれませんけれども，やはり一番大事なのは，ものを言わない民衆ではないだろうかと，その人たちが最も生き生きとした仕事でない限り，またその仕事がつくられていかない限り，本当の救援なり協力活動ができているのかどうだろうかということを，非常に疑問にあるいは不満に感じておりました。

私たち，今ご紹介申し上げた焼き物プロジェクトのできあがっていく体験の中で，私たちは非常に貴重な体験をさせていただきました。私はそこで感じたことは，どんな人もすべてそういう創造性をもっており，すばらしい力をもち，すばらしい命をもっているということ，そして黙っているけれども，キラキラしたものをもっている，そのキラキラしたものをいかに引き出していくかというところにNGOの使命があるであろうと，そしてことさら宗教をもち出

す必要はないのですけれども，もし宗教的NGOが宗教者の立場としての活動があるとするならば，そういうものこそ尊重されなければならないし，そのキラキラしたものをいかに引き出すかということこそが，最も重大な関心事であるべきであろうということを感じるわけであります。

先ほどお2人の方，JOCSの先生方からキリスト者としての立場からのいろんなお話がございました。仏教というのはそういう点からいきますと，呑気な宗教であります。仏教というのは唯一絶対なる神あるいはそれに相当する絶対者というものも求めようとしない，というよりもむしろそれを求めることを否定したところから始まっております。「いや，そんなことをいっても仏陀があるではないか」と言いますけれども，仏陀も信仰の対象として大切にいたしますけれども，唯一絶対なるものとして存在しているわけではないわけであります。したがって仏陀というのは無数の数があると，人間の命の数ほど仏陀はあると考えます。

したがって，仏教という宗教はある意味では非常に，私は偉大なる相対主義という言葉を使うのでありますが，そういう意味では徹底した相対主義の中にあると，そしてその相対主義というのはどういうことかと言えば，すべての人の中に命があり，そしてすべての命というものは生きているその命があるというそのことにおいて救われていく。もっと言えば生きていること自体が救いであるということを信じる宗教，それが私は仏教だというふうに考えております。

しかしながら，そのことがある時には気づかれない，またある時にはどう考えても救いであるとは信じがたい，そう思えないような状況にあるわけでありますけれども，それをいかにして自分自身の中あるいは他者の中に，自己の中に他者の中に発見する，そしてそれを自覚せしめるかどうか，そういうことが宗教の使命であるというふうに私どもは考えております。

したがいまして，海外協力の現場におきましても，最も大切なことはその人のもっている命というものが最もキラキラした形で表現できる，あるいは活発に生きていけるような状況をつくるお手伝いをすること，そこに何か私たちは仏教者としての喜びみたいなものを感じているわけであります。

時間が過ぎてしまいましたので，これぐらいにさせていただきますけれども，また何かお尋ねがございましたらお願いいたします。

司会　どうもありがとうございました。

それでは最後に日比野さんにお話をしていただきたいと思います。日比野さんは元静岡女子短期大学の教授で，またJICAのタイ国看護大学に派遣されておられた方でございます。タイの方には1981年から86年まで約5年間，行っておられた方でございます。

それでは日比野さん，お願いいたします。

日比野　ちょっと訂正させていただきます。3年3カ月タイに行っておりました。

それで私は宗教という言葉があまりに大きいので，私はささやかな自分自身の信仰，クリチャンの端くれで八方破れのクリスチャンということを自分でタイトルをつけて，勝手なことを言って勝手なことをして生きておりますが，JICAという国際協力事業団というところから派遣されて，タイの看護教育のプロジェクトのチームリーダーとして行きました。本当は「JICAって何なの」と聞きながら行くような，天下泰平でそしていくら給料が出るかも考えないで，お役に立つならエンヤコラと行く気になったわけです。

では，なぜそういうことが起こったかと申しますと，個人的体験でございまして，娘たち4人を結婚させて，7年間パーキンソンで病んだ主人が，最後は車いすでしたけれども，「仕事を辞めろ」と言わないでそのまま仕事と看護を続けて天国に送ってしまいまして，卒妻卒母だったわけです。どういうことかというと，妻たることも卒業し，母たることも卒業して，糸の切れた凧のような自由な心境でございました。

その時に「タイに行かないか」と言われまして，教授会で重箱の隅をつっつくようなことをもたもたやっておりましたので，行ってしまおうと思いました。

そして定年退職の3年前に行くことに決心しました。辞めて行くことにしたら，教授会が二班に分かれました。どういう形で分かれたかというと，定年退職まで頑張ったら退職金が倍になるのにもったいないと，そのことは辞める前に言ってくださったらよかったと思ったのですけれども，それは全然気がつきませんでした。それからもう一つは本当にいいぞと，人生意気に感じた時になさいと，フレー，フレーというのと両方でございました。とにかく弁慶が花道を退くみたいにいいご機嫌でタイに行ったわけです。

それで給料をどれぐらいもらえるのかしらと思いましたが，でも4000万人の人間が生きているのだから，私一人生きられないはずはないし行こうと，そしてちょうど私が勉強したような伝染病だらけでした。日本に結核はあるかないかわからないぐらい，関心がないくらい，今は結核が日本は少ないですけれども，私が勉強した時は，結核でそれこそ血を吐いた患者が沢山いた長野の病院で実習したり，もう，伝染病だらけでした。あちらではコレラ，腸チフス，ありとあらゆる伝染病が保健所に出て，これなら私が勉強したのがちょうど役に立つと思ってのこのこ出掛けました。

私が今，何を申し上げたいかと申しますと，私自身のクリスチャニティは私と同じ年の女の人が死んでいった時に，あれだけやりたいと思って看護の勉強をした人間が，死にかけた女の人の目が追っ掛けてきて，その目に応えられない自分がいやだったのです。そしてこんな思いをたくさんするのだったら私は看護をやってられないぞと思いました。そしてこんな極楽とんぼが，死んでいった女の子の目を恐れまして悩んだのです。ところが非常に静かな，今のようなドンチャン騒ぎのない山中湖のど真ん中でボートを漕いでいる時に，「ああ，私がその目に応えようと思うのは傲慢だ，大きな力がもうその人には答えをあげているのだ」と思いました。その大きな力というのは，私は霊南坂教会の日曜学校に行っておりましたから，幼き時に神を知るというのはたまたま知らされていたらしくて，神様のお手伝いさえすればいいのですねという気持ちで看護をつかんだのです。

それからは70歳になるまで一度も看護を去りたいという気持ちはもちませんでした。それで自分が国際協力事業団の仕事をするということと，自分の信仰ということは何も矛盾を感じずに，ただ入りました。そして国際協力事業団の仕事をしているうちに，とても矛盾を感じました。お金を使わなければ，仕事ができないのです。私はそんな世界に入ったことはないです。そのお金というのは皆さんの税なのです。それで使わないと，「先生，早く使って下さい」と言われる。しかし早く使えとタイの看護の教育の中でどういうことが必要なのかということがわかった上で使わせてくださいと言うと，「年度内に使ってください」と言われる。変だなあと思いました。そして機関紙みたいなものができた時に，私は「JICAの仕事は贅沢な仕事」と書いたのです。「この題は困るのです，今，政治家が来ているのです」と言ってキャンセルさせられたのですけれども，本当に矛盾を感じました。

そしてたまたまJOCSの方から「私が次期に，またネパールで自分を捧げていいかどうかを2カ月祈りながらフォアヒンの海岸で考えます」と言うのを聞いた時，いいな，いいなとうらやましくて，何て自由なんだろうと思いました。私なんか官僚の悪いところと民間企業の悪いところを足して2で割ったのがJICAという仕事場でございます。それでも私は貯金ができました。使えないぐらいお金をいただきました。驚きました。自分の車を持ってメイドを雇って，運転手を使って，オフィスから自分の家へ言ったり来たりするというのは王侯貴族です。しかも私は白髪の人間です。私がおっちょこ

ちょいに自分でドアを開けて出ていってはだめなんです。悠然と待って運転手が回ってきて開けてくれたら「サンキュー」と言って出ていかなければならない。それを一生懸命自分に訓練しました。そしてチームリーダー会議の時に成田にお婿さんが車で迎えに来てくれた時に，私は開けてくれるのをじっと待っていましたら，「ママ，何をしているのですか。」と言われて，ここは日本だと思いました。

これはどういうことかというと，人間が贅沢に慣れることとかそういうことというのは簡単だということです。そしてタイの人たちは自分しか信じていません。他の人を信じません。そして「日比野さん，人を信じてはだめよ，メイドを信じてはだめ，運転手を信じてはだめ」ということばかり聞かされるわけです。そして日本人もそういうことがございました。

その時に初めて私自身がクリスチャニティということ，自分のクリスチャニティを今，仏教国の中でためされているのだなと，だったら私は信じ抜こうということを考えました。戸棚など3カ所鍵のかかるところがございました。それから今，私がつけているアクセサリーは，以前はこういうものに関心がなかったのですけれども，タイに行くと買えるようになったのです。そして暇なものですから買い出してしまったわけです。娘のためにとか，こういうアクセサリーをチャラチャラつけたりして，日本の代表の人たちがみんなすごいのをつけているものですから，ささやかにつけて対抗意識を持つようになったのです。その時にこういうものをしまっても，絶対にどこにも鍵をしないで3年3カ月生きてまいりました。そして何一つ問題はございませんでした。そしてその途中で私がどこかに置き忘れた時に，「あっ，もしかしたらやはりメイドが取ったか」という疑いの心が起きるのが自分自身でありまして，結局年のせいでどこかに置き忘れてあとで出てくるのです。

そこで私自身がどんなにためされたか，日本でクリスチャンということがためされるならば，主人が生きていた時に，「お前はムード的クリスチャンだ，何もわかっていない」，「あなたとは違うわよ」とか言っていろいろやり合ったことがございます。そして主人が亡くなった後に，「否定的契機において物事の真実がわかる」という言葉を何遍でも主人が言っていました。それで悔しいけれども，主人が亡くなった後に，主人のよさとか，主人の筋金入りのクリスチャニティとかがわかりました。だから「あなたは天国にいくわ，私はわからない」といつも言っていたのですけれども，純粋に求める気持ちというものを主人の死という大きな月謝を払って私はそれを味わいました。

そしてよその国に行った時に，日本が初めてよく見えました。その日本は汚かったです。醜かったです。本当に素朴なタイ人，本当にほほえみのきれいなタイ人，本質的には素朴です。それで人を信じないというのはある意味で何からきているのでしょうか。例えば運転手が何か事故を起こして車をぶつけたりすると，さっと上着を脱ぎまして車をきれいに磨き上げるのです。そうすると自分がへまをやったことと，一生懸命いいことをしたことがプラスマイナス0になるというわけです。だから大泥棒をしてお金を盗んできたら，レプラーの乞食がいたらそこに自分のお金をいくらかやると，お金高は別としてプラスマイナスで罪が消えるらしいのです。タイの人たちはそういう感じで生きているのではないかと思います。

タイにはお墓がありません。お墓を持っているのは中国系のタイ人です。私自身とても強く感じましたのは，朝，托鉢のお坊さんに対して貧しい人たちが炊き立ての御飯とつくりたてのおかずをひざまづいて，食べていただくという姿勢をとるわけです。日本の教会の献金なんていうのは出しております。YMCAの家族キャンプの委員会などの時に，「小銭を用意してくること」と書いてあるのです。余分なことが書いてあるなと思うのです。「献金」だけでいいのです。それを「小銭」と書くのにどういう意

味があるかということ，わかっていない人がいると，私はよっぽどそれを書いた人に明日行ったら文句を言おうと思っているのです。

私自身は非常になっていない女です。タイのクロントイスラムにプラテウプさんと仲良くさせていただいて，スラムに一番初めに行った時に，プラテウプさんが通訳を連れて案内してくれました。その時にしなび果てたおばあちゃんと3歳ぐらいの真っ黒な丸々と肥えた裸ん坊の男の子がおりました。そのおばあちゃんは焼き鳥の竹を削っていました。そうしたら私を見て指をさして，「この子をお前にあげる」ということを言ったらしいのです。それで私はいやらしい教育者の感覚で，「どんなにあなたが辛くても，どんなにあなたが貧しくても，お母さんと子供が一緒の方がいいんですよ」と言ってあげてくださいと言ったら，通訳の人がとても困って「この人はお母さんではないのです。このおばあちゃんはこのスラム街で有名な年寄りで一人で生きているのです。みなし子とか棄てられた子供を9人育てて，今度は10人目の男の子なんです。」と言いました。なぜ私に向かってそういうことを言ったか，この人がそういうことを言ったのは初めてで，なぜそういうことを言ったのかわからないけれども，「お母さんではないんです」と言われた時に，私は本当に恥ずかしかったです。

明日食べていくために，焼き鳥の竹を削って100本ずつの束を7つ作ると初めて7バーツという一日分の食べ物のお金ができる。手もゴムをはめているけれどもささくれだった手でやっています。そして相当邪険にやりながら，男の子と温かい愛情がつながっていました。私は車に乗って運転手とメイドを雇って，お金はあります。明日がわからないでも9人ものみなし子を育ててきた人と，私が偉そうに見学して歩いている姿と，どちらが人間として本物の人間像かと言うこと，バーンと頭を叩かれたような思いをしたことがございます。

こういうことを次々に言い出しますと，どれだけたくさんの学びがタイの3年間であったということを思います。それからパキスタンに行きました時はタイは天国みたいでした。パキスタンはきびしかったです。男性は髭さえはやしていれば立派なんです。でも，問題は女です。35歳以上の女がたくさん精神病になっています。それは狭い部屋でお姑さんにいじめられながら生きていくという人間関係の密室で，人間はストレスで参ってしまうらしいということを総婦長が申しました。

回教徒の方たちの表情は暗かったのです。ところが不可触賤民といって，スラム街が洞窟にイスラマバードの真ん中にありました。それでJICAの所長が私をつれていったので，私はそこに下りていきました。上から見たのです。民のかまどは賑わいにけりみたいな位置から見ていたのですけれども，私は下りていってその方たちと会話を持とうと思って下りていきました。するとその方たちの表情がいやに明るいのです。そして清潔なんです。匂いがなくて，雨の後でしたから全部いろんなものが濡れているのですけれども，高い棚に鍋釜を置いて，そしてびしょぬれになった衣類が片隅にありましたけれども，表情が明るいのです。「どうしてあの人たちはあんなに明るいのかしら」と聞いたら，イギリスの女医がクリニックを個人で週に1回やっていて，その不可触賤民の人たちはクリスチャンだということを後で聞きました。表情が非常に明るうございましたが，それがクリスチャンのためだというのは私のこじつけかもしれません。ただ一般の方たちよりも明るさをもって生きてらして，そこに希望があったことをささやかですけれども，ご報告させていただきます。

司会　今，お話くださいました4名の方，どうもありがとうございました。

イブニング・セッションのみんなが心を引かれてのめり込むような思いで聞かれたのではないかと思います。

畑野さんはご自分の信仰からどうして自分が

バングラデシュに出かけて行くようになったかということをお話いただきました。自分の生きざまというか，自分が神から許されたものとして思いっきり生きたいのだということ，それと宗教というものはもともと国際的なものであって，ああいう国に行って特に同じクリスチャンの人をみますと，その間には国境というものがなくてまさに兄弟愛を感ずると，宗教はもともとそういうものだということをおっしゃいました。

中村さんは異郷の中で信仰をもった者として働くためには，その土地の宗教の理解なしには働くことができないと，そしてその土地の宗教の理解なしにその国の人々も理解することはできないということをおっしゃいました。特にイスラムの世界でイスラム教徒でないということがまさに家畜同様に考えられるという世界があって，その中でクリスチャンとしてどう生きていかなければならないかということを話してくださいました。

有馬さんは曹洞宗のボランティア活動で，その活動は難民救援活動，農村，スラムの開発，在日難民の定住ケアの3つを曹洞宗ではボランティア活動として9年前から行っているということ，そしてこれはタイのキャンプで焼き物教室が本当にささやかな，素人の何も焼き物を知らない加藤青年が始めたことから，今や350人の生徒さんを抱える焼き物教室，これはもともと国連から募金の要請，難民の人たちに食器，鍋釜を一家族に一組ずつ与えるために日本で何とかお金を集めてほしいということを言われて，しかしそれはなかなか難しくて，そこで素人ではあるけれども，タイの土地にある赤土粘土を使って焼き物をつくれば，食器，鍋釜を彼らの手でつくって持つことができるのではないかということが，見事に実現した。それで一番大事なのは，NGOの働きというのはとかく教育のある人を登用しがちであるけれども，一番大切なのはものを言わない人々が生き生きとした顔をしてくれることだとおっしゃいました。その中で仏教の偉大なる相対主義，仏教はキリスト教と違って絶対者をむしろ否定することから始まると，仏陀は人間の命の数ほどあって，それを偉大なる相対主義というけれども，そういう心でこの人たちに接しているということを話してくださいました。

そして日比野さんは自分の信仰とJICAの働きということを対比して，JICAの中で信仰者として働く時に，非常に自分の信仰には合わないというか，非常に矛盾を感じる点があったことをはっきりとおっしゃいました。ここにJICAの方がおられるかもわからないですけれども，もし反発があったらおっしゃっていただきたいと思います。堀田先生が「すべてのトラブルは私が責任をもつ」とおっしゃいました。そういうことで日比野さんはJICAとクリスチャンとしてその中でどういうことを感じたのかということを話されました。そしてタイの人たちが他人を信じない，それも生活の一つの知恵だと思いますけれども，そのことを知った時に自分の信仰がためされていると思ってタイの人たちをとにかく何があっても信じぬこうと決心をして，すべてのものに鍵をかけない生活をされて問題はなかったと，疑うのは結局自分の心が疑うのだと，とかく疑いがちな自分の心をここでお話くださったと思うのです。

そういうことでかいつまんで申し上げましたけれども，時間が経ちますのでパネラーの4名の方の間で，何かお互いにご質問だとかございましたら，おっしゃっていただきたいと思います。

畑野　有馬さんにお聞きしたいのですが，私たちクリスチャンとして出ていき，例えば現場のほかのいろんな国から来た人と，現場にもクリスチャンはおりますけれども，現地の人でないよその国の人たちともお付き合いがあって，その中で例えば自分たちの中の宗教行事みたいなものがあるのです。例えば日曜日はもちろん礼拝に行きますけれども，夜はミッショナリーだけの祈禱会があったり，そういうことでかなり

支えられているところがあるのですが，先生のところのボランティアたちの場合，宗教というものが自分たちのボランティア活動との関わりでどういうふうに日常の中で生かされていくのか，その辺を教えていただきたいと思います。

有馬　非常に難しいところだと思います。というのは，私どもの活動に参加しているボランティアたちが全員曹洞宗の信者ではないのです。中にはクリスチャンもおります。もちろん仏教徒も多うございますけれども，必ずしも同信の者であるということは我々は条件にしておりません。したがってただ曹洞宗という宗派というよりも，仏教と言ったほうがいいのですが，仏教的な開発に対する考え方に対して共鳴をもつ，仏教というよりも我々のやり方に共鳴できる人ならば誰でもかまわない。

だからそこで特に宗教的な行事を強要したり，あるいはそこで積極的にそういうものをもつということはしておりませんで，それは個々の問題の中で考えるべきであるというふうに私どもは考えております。もちろん中には熱心な人は座禅をやる人もおりますし，いろんな人がおります。

畑野　そういうふうにお聞きしたのは，逆に自分たちをある意味で時々支えていく上で，祈りというのが僕を支えてくれているところがあるのです。例えば何かにぶちあたった時に，日本でみんなが祈ってくれている，僕も毎日毎日，日本の人のために祈る。今はバングラデシュを離れていますけれども，バンクラデシュは最近，イスラムを国教にするという宣言も出ましたし，患者さんたちはほとんどイスラムの方たちですけれども，一緒に働いていた仲間は今頃どうしているかとか，そういうものもやはり祈りとして表現されるわけで，その辺をお聞きしたわけです。

司会　例えば曹洞宗ではタイの難民キャンプで，曹洞宗の方々はおつとめの時間とかそういうものはもっておられますか。

有馬　いえ，それは自分の問題，個人の問題であります。

司会　団体としてはもっておられないということですね。

有馬　先ほどの日比野さんのお話の中で，タイ人がとにかく人を信じていないというお話がありましたけれども，それは全くそのとおりでタイ人は常に，上流社会の人ほどそういうことを言いますね。しかしタイの人たちと付き合っていますと，基本的にはみんな底抜けに人を信じ合っています。人を信じ合っているのだけれども，上流階級ほど人を信じるなということを言うので，信じるなということは基本的には根底に人間は信じるべきだと思っているからだと思うのです。ただ信じなくさせているのはお金というものであって，民族，文化，宗教の問題とは関係がないと思うのです。

日比野　では一つ質問していいですか。タイ人はゴキブリでもコプラでも殺さないのです。フアヒンでコプラがベッドの上にいたらキャーと言いますね。ところがコプラが来たというと，ボーイさんがシーツで外にシーシーと追い出すだけなんです。それから病院などでも小児科に見学にいきますと，ここは小児科だから靴をスリッパに履きかえてくれと言うのです。だからここはちゃんとやっているなと思って私が履きかえると，裸足のお母さんたちが出たり入ったりしているわけです。それから毛の抜けた皮膚病の犬とか猫が出たり入ったりしていますが，そういうのは全然殺さないです。

しかし人間関係の恨みとか痴話喧嘩とかすごいです。刺し殺されたり，一人あの人を殺してくれというのは何バーツとお金も決まっているのです。都会で2000バーツで地方に行ったら100バーツで，それにゼロをつければいいわけです。１万円とか800円とかそれで殺せるわけです。そして殺し方もバンと殺すか，刺すか，いろいろ種類があるらしいのです。そういうのになると私はゴキブリすら殺さないで外に出す人が人間の関係では，選挙があった時に立候補者54人の内14人が殺されているのです。14人と

いう立候補した方たちはタイの方たちに言わすと，良心的な本当にやむにやまれずにお立ちになった方なんですけれども，その方たちが殺されたのです。そういう世界というのはちょっと想像がつかないです。何か陰惨な感じがするし，信仰とか宗教とどう関係があるのかなと思います。

有馬　その辺が難しい問題で，確かにそのとおりなんです。だけれどもタイの女性は強いです。新聞を一番頻繁に賑わすのは，男が道端で舌を切断して窒息死して出血多量で死んでいた，調べてみたら女性を夜，襲って舌を噛み切られて死んだと，こういうニュースが大袈裟に言えば私ぐらいの者でも月に2回ぐらいは目につきますから，タイの女性は大変強いです。そういう意味では殺すのは何ともないのかもしれませんが，ただ，今のような生き物を殺さないという意味では戒律を非常に大事にしている。命を大事にしているにもかかわらず，命が何とも安い。これはやはり宗教の中に民族の文化なりを求めていくのはちょっと酷ではないかと思います。

やはりそれをはるかに上回る巨大な，人間性を圧倒していくような経済主義あるいは商業主義の中で，人間が毒されている，そして非常に素朴な社会であるだけに，また素朴な社会を前提に成り立っている文化であるだけに，急激に入ってくる商業主義に対抗する仕組みが，まだ社会がもち得ないでいるのだというふうに思うのです。

会場発言　先生は商業主義とおっしゃいましたけれども，そうではないのです。モスレムにおいては原始時代から，「目には目を，歯には歯を」という戒律のある宗教もあったわけです。ですからタイ国においてはどうか，私は存じませんけれども，少なくとも商業主義，経済主義で片づけるような問題ではないと，私は思います。

有馬　もちろんそれはあると思うのです。セム族の宗教というのはそういう目をもっています。確かに東南アジアの宗教というのはもう一つ違うと思うのですけれども，しかし確かにパキスタン，アフガンあたりを旅した時に体験したのですけれども，子供を轢き殺した時には運転手の方が逆に轢かれた子の親をどなっているというのを見て驚いたのです。ところがしばらく行って羊を車が轢き殺したら，今度は羊飼が運転手を車から引きずり下ろして，なぐる蹴るの大変な騒ぎを起こしたと，そういうのを見ましてわからなくなってしまったのです。人間の命よりも羊一匹の方が大事なのかと，しかし考えてみればああいう冬に全く何もなくなって，縁もなくなっていく，牧草すらもなくなった時に牧蓄によって家族の命を支えていかなければならないという風土のところでは，羊一匹の命というのは実は家族全体の命を支えているわけです。さらにはその一匹の羊によって，翌年の家畜を増やしていく計画に全部関わっていくわけですから，やはり確かに我々の理解を超えていると思うのですけれども，社会経済の論理というのはその中で考えていかなければならないのではないでしょうか。

今川　つまり人間も動物なんです。自分が本能的に生命を保持する，緊急非難という言葉がありますけれども，はっきり言って私はそこから始まると思うのです。ただそこでちょっとわからないのは，先ほどコプラを殺さないとおっしゃいました。これは目に見える生物なんです。ところが病原微生物の世界になりますと，目に見えないのです。どこまでを生命と言うかというと，そういうことになるのです。私は墨東病院の感染症科の今川と申します。昭和31年から伝染病をやっているのです。

さて，そうなりますと大変な命題が出てくるわけです。そこで我々は日本人です。どんな宗教でも日本人であるかということから発しているわけです。そうすると宗教に関して，日本がほかの国と決定的に違う要因を皆さん方はご存じですか。歴史的に決定的にほかの国と違いがあるのです。申し上げましょう。宗教革命がなかったということです。せいぜい織田信長の本

願時が焼き討ちになりました。ほかの国は血で血を洗う宗教革命を経ています。それが第1点です。

そこから私が今考えますのは，宗教というのは非常に閉鎖的であるということが一つあるわけです。それから次に宗教の閉鎖性がいわゆる保健医療に関して，ある場合には無茶苦茶にマイナスに働いているのです。今のイラン・イラク戦争を考えてみてください。これはイスラム同士の喧嘩です。ベルファーストを考えてください。新旧カトリックの対立です。何を平和と言っていいかわかりませんけれども，つまり緊急事態を宗教がつくっているわけです。

それで伺いますけれども，私は宗教を大別しますと，仏教，ヒンズー，イスラム，新旧カトリック，この辺のアレンジメントを日本の宗教家としていかにお考えになっているのかということです。その辺が私の一つの考え方です。

会場発言　宗教の話題の時に必ずアイルランドの話が出るのですけれども，あれは宗教戦争と全く違うのです。あれは歴史的にはイギリスがアイルランドを侵略した時にとった経済的なことによる戦争であって，それがたまたま新旧カトリックに分かれた，それで経済的なことが違ったために起きたので，どうもそういった点で何もかも宗教政策というと，先ほど言われたようにやはり単なる人間政策ではなくて経済的なものが非常にあるのではないかと思います。

日比野　つい最近，京大の動物行動学の先生から聞いた話ですが，その時に動物に老化とか死がありますかと，そして動物は死をどういうふうに感じているか，アフリカで象が死期を考え猫が死期を考えるということを言いましたら，動物にはそういうものはないと，人間だけが死を知ったと，死を知った人間が宗教をもったと，宗教をもったから戦争が起こっている。非常に簡単に死，宗教，戦争と，この3つを動物学者はおっしゃっいました。それが頭にずっとこびりついて，本日までもってきております。皆さんがどうお考えになるかは別として，そういう非常に簡単な方式で表現なさっております。それだけ申し上げておきます。

司会　一応この問題はやり出すとこれだけでも時間が経ってしまいますので，ちょっとここで話題を変えさせていただいて，別の話題で会場の皆さんの方からパネラーに対してご質問とか何か感じられたことがありましたら，お願いいたします。

会場発言　今のことなんですけれども，戦争が宗教と関係があるということになったのですけれども，日本がした戦争に宗教は全然関係がないと思います。

日比野　そうですね，それは私も思ったのです。その先生はお帰りになったのですけれども，質問するのが遅れてしまったのです。

会場発言　天理教の代表ですが，一番最初に，そちらの方が向こうの戦争では宗教が関係したのはないというおっしゃり方をしたのは，日本人としてのおごりだと考えていただいた方がいいと思います。全部の戦争がそうです。と言いますのは，インドネシアに行っていただければわかりますけれども，「宗教は未来永劫とも受け入れることができない」というのを，自分の国の教えの中に入れております。だからそこをちゃんと日本人としては自覚をしていないと，特にインドネシアに行って私は神道ですということは絶対に言わない方が，私はいいと思います。ところでよく天理教は神道と誤解をされるのでありますけれども，神道と全く関係がないので，ここで申しておきます。

それで皆さんはやはり宗教をもっている方というのはかなり自分に厳しいという感じが大変いたします。そしてしかもその一番奥には今日，宮崎先生も堀田先生もおっしゃっていました「温かい心」というものが脈々と流れているというふうに感じて感動しているわけでありますけれども，そういう思いというのは天理教の立場でも同じでございまして，天理教がほかの宗教とちょっと違うところがあるとすれば，同じ兄弟でも一度に神は人間をつくってしまった

ということになっておりますので，兄貴と弟という差がないのです。全く平等というつくり方をしたということで違うかもしれませんけれども，兄弟というそういう思いが，自分にとって自分よりもかわいそうだと思ってしまうと，手を差し伸ばさずにはいられないというのが，どうも行動の発端であるような気がいたします。

そこで話題を変える方にもっていきたいわけですけれども，そういたしますと，やはり自分にとってかわいそうだという思いがないかどうか，弱者と強者ということが起こってこないかという反省を常にもたなければならない。そこのところで一番問題になるのは，我々自分がやっていることを常に自己満足で終わっていないだろうかということです。特に日進月歩で私が習った時の医学というのは，今は全然通用しなくなっています。そういうような状態である医学，我々は医療を協力する技術者の立場であるわけですけれども，技術者としての日々の検査，相手にとって一番最高の医療を与えるというところの問題をどういうふうにパネラーの先生方は対処しておられるのかということをお聞きしたいと思います。

司会　今のご質問に対して，いかがですか。弱者と強者の問題，自己満足に陥っていないかということですが。

中村　これは宗教一般と共に，それと日本国全体が例えば一のことをすると，それを何か鬼の首を取ってきたように，「私はこうやって活動した」と，露骨には言わないけれども，対外的に宣伝すると，それで「自分のところの団体はこうです，こういうことをしました」と，それにどうしても重心を置くという傾向が，失礼かもしれないけれども，多かれ少なかれチラチラと見えないこともない。

おっしゃったことは全く私もそれをこの数年，感じております。これは日本だけではないのです。私はアフガン人，パキスタン人を見る限り，パキスタンが最低だとおっしゃいましたが，確かに最低のところでございます。そういうところに行きますと，人間も最低かもしれませんが，ワーカーも最低になりがちでして，少し取り柄がある人は，チャカチャカやってそれを外国に持っていって，何か業績はあったように言うというのが，これはキリスト教団体をはじめ，世俗という言葉が適切かどうかわかりませんが，あります。

私はライの仕事を主にしてきたのですけれども，ライにしてもレプロシーミッションというのが，本当にライのための仕事をしているのか，それとも自分たちのレプロシーミッションという組織のアイデンティティ，それからクリスチャンスピリットのアイデンティティを満たすためにやっているのかということに疑問を感じざるを得ないということがしばしばありました。私はやはり援助と称する医療は，辞書を引くと書いてあるわけで，「人に何かやる」ということなんですが，人に何かをやるというのは棄てるということなんです。何かものを期待してするということは，金を期待すればビジネスですっきりしております。改宗を期待すればこれはまた違ったビジネスというふうに思っています。

やはりそこの人たちが良かれと思ってする。そしてそこの人たちがイスラムの言葉を使っても小乗仏教の言葉を使っても，そこに光るものを発見して，そこで何か我々も一致するものを見つけていくと，その中でやはりそこの人の，そのものが我々の目的にならなければならない。NGOとなればやはりその辺は繰り返してたち返っていかなければならないことではないかというふうに，宗教者として思います。

土地にいると，あいつはキリスト教用語を使わないから異教徒だと言われます。モスクというのは地域ではもめ事を仲裁するコミュニティ，いろんな機能を果たすところなんです。だから自分がモスクに行ってある人に会うために，いっしょにメッカに向かってお祈りをしてどうですかと聞くと「あいつは回教徒に改宗したのだ」と，そういう言い方をされる。そうい

う態度がいかにも日本教徒だという言い方もされる。そうではないと，それを超えてもっと大事なものがあるだということを我々は知るべきだというのが私の意見なんですが，答えになっているかどうかわかりません。

畑野　僕は今日，パッと見たら知っている若い方が前にいたので，最初に話したことは自分のモティベーションということでしたけれども，有馬さんが現場に出て，ものを言わぬ人々のキラキラしたものをいかに引き出していくかというのがNGOの特に宗教者の関わる事業の最大の関心事ではないかと思います。これは実にすばらしい言葉で，今回来てよかったと思っているのですけれども，僕も本当にそう思うわけです。

僕は報告会の時にいつも一つのエピソードを話します。「世界ライの日」に催しをしたのです。私のところの職員たちがちょっとした劇をしたわけです。それはある女性が婚約していたのだけれども，ある日ライになってどうしようかと，向こうの男性の親はそんな嫁はとれないということで，大もめにもめて婚約が破棄になりそうになる。それでやっさもっさしたあげく，最後はめでたしめでたしの劇なのですけれども，その劇を院内でしたわけですけれども，その裏側が女性病棟です。僕たちの病院は60床の小さな病院ですし，女性病棟というのは12床しかないのですが，その半分が実にさめざめと泣いたのです。劇そのものは差別をなくしたいという意図でつくられた劇で，それは現地の職員たちが自分たちでつくった劇です。

そういうことをやったのだけれども，実は彼女たちが置かれている現実というのは常にそうではない。そうではないからこそそういう劇になったわけですが，僕はその時に本当に困ってしまったのです。やはりつらいことがあるんだろうなというところまではわかります。そこまではわかるけれども，具体的にイスラムの国の中でその女性がそれなりの差別を受けている。その中で患者さんとなってライを発症したためにそれなりに差別を受けている。そういう二重，三重の差別の中で具体的にどういう痛みがあるかというのは，これは本当に外国人で医者で男である僕にはわからない。だから教えてくださいということで，僕はやはり祈ります。だけれども，本当に遠い道です。霧があってボーという霧笛が聞こえる，そこに船があるのだろうという感じです。すぐ目の前にいる人でもなかなか本当に理解する，強者の立場を離れるということは難しいことです。

ただその中でやはり僕は常に宗教者というものは自己反省の原点をもっている，人間の力に頼っていないというところです。つまり自分の生が与えられたと信じているところにやはり常にそこに帰っていくだけの安全弁はあるのではないかというふうな気はします。

技術研修のことですけれども，これは本当に2つの面で相矛盾します。ある意味では長くその土地にいないといけない。今日のシンポジウムの中でもやはり長い仕事をしなければならないということを一方で言われる。長くなればなるほど日本の技術進歩から遅れていく，これは本当に2つの矛盾する命題だと思います。ただ例えば私のところの団体の場合でしたら，正規に言いますと3年働くと，その次の3年働く場合は1年間日本に帰ってきます。その内の半分ぐらいは報告会でつぶれてしまうのですけれども，後の半分は研修ができるシステムになっているのです。ですから現場で見ますと，日本のすべての技術は必要なわけではない。その現場のニーズというものが出てきますから，それに合わせて短期間ですけれども，研修をする機会は与えられているということは言えると思います。

有馬　今，お二人の方がおっしゃったとおりで，NGOというのはある意味で傲慢さと隣合わせのところにいると思います。それは十分自戒した方がいい。そうならざるを得ない理由は，NGOというのは募金によって支えられているわけでありまして，募金をするためにはや

はり自己宣伝をしなければならない。それが必要以上の誇大宣伝であるかどうかということが紙一重でありまして，これは大変難しい問題であります。しかし問題は日本における問題はそういうところがありますけれども，いわゆる相手の人たちとの関わりの中で，自己欺瞞やあるいは自己満足が入り込んでくることが一番恐ろしいのであって，むしろ自己宣伝が過ぎるということは許されると，大したことはないと，むしろ一番の問題はスラムや難民の人たちとの関わりの中で，欺瞞が起こることの方がはるかに恐い。

そこで大事なことは，私どもはこういうふうな言い方をしております。私たちボランティアというのは，ボランティアという言葉が外国の言葉でありまして，日本人の文化になじんでいないのですけれども，あえて言うなれば私はアジア世界，第三世界における触媒であると，それでボランティアは触媒に徹底することに意味がある。ボランティアは触媒以上のものであってはならないし，以下のものであってもならない。触媒というのは化学反応を起こす時に介在するものなのですけれども，いかに化学反応が起こってもその間にある触媒そのものは何も化学変化がしないわけです。化学変化は何もしないけれども，そのものがそこにあることによって，そこにあるものが活性化していく，反応を起こしていく。そのための触媒というものが必要であります。我々はそういう触媒であることを，つまり自分自身を救済したり，自分自身をよりすばらしいところに向上させていくのは，その人たち自身の力であって，ボランティアはそこに単なる触媒としているだけであって，我々はそれ以外の何でもないと，我々がそのために貢献しているとか，何かをこうしてやったのだということは毛頭思うべきでない。私は触媒で十分だと思います。

そしてもう一つ大事なことは，触媒であるための条件というのは，それではおれば触媒になるかというと，そうはいかないので，いくつかの条件があろうかと思います。そのことも話していると長くなってしまいますが，4つぐらい私はあると考えております。その中に一つだけを体験を交えてお話申し上げるならば，メッセージを送ることだと思います。そのメッセージはいろんな形のメッセージが考えられると思いますけれども，バンコックのクロントイスラムのプラテウプさんのところに行っていろんな話しをしておりましたら，いろんな日本の人が来ると，JICA の人も来る，政府の人も来る，NGO も来ると，いろんな人たちがやって来る。ところが日本人と付き合っていて共通に感ずることは，日本人はなぜ我々にメッセージを送ってこないかと，ああしてあげたい，こうしてあげたいということは言うと，いろんなことはおっしゃるのだけれども，あなた自身のハートが響いてくることは何も伝わってこないと，なぜなんでしょう。それは非常に気持ちが悪いと言うのです。そのメッセージがないということの意味はいろいろ分析してお話しなければいけないと思いますけれども，何はともあれ外国人にそういうふうに見られているということは，やはり私たち自身の何か「してやりたい，してあげたい」という思いの方が強すぎて，その中で自分自身が果たす触媒としての機能を本当にまだ果たしていないのだろうと思います。

だから我々は触媒としてのメッセージ，救済者としてのメッセージではなく，触媒としてのメッセージを送り続けるようにあろうよと，あり続けようということを申しましたら，おっちょこちょいの者がおりまして，プラテウプさんに直接，別のメッセージを送って結婚した人がおります。どうも困ってしまっております。

司会　ありがとうございました。大変示唆に富んだお話をしていただいて，感謝します。

時間が9時を過ぎまして，学会の担当者から時間が来ましたというメッセージが送られてきました。私は初めはこの2時間をどうしてもたそうかということで非常に悩んでいたのですけれども，まだまだお話を続けたいのですが，も

う時間が過ぎてしまいました。

最後にオーガナイザーとしてこの会をここまでもってきてくださいました石川さんの方から何かコメントがありましたら，おっしゃっていただきたいと思います。

石川　国際協力は「かけがいのない地球」を守り，平和を達成したい願いがこめられていますが，テーマが大きすぎて，本日は十分掘り下げられなかった点もあります。しかし，今後こういった機会に宗教者の立場あるいは信仰者の立場で国際協力の問題を話し合っていきたいと思います。今日という日がそういうきっかけづくりという意味で考えられれば，成功であったと思います。今後また違う宗教の方とともに，お会いする機会を是非つくろうではないかというお話がありましたし，是非これで終わらすことなく，何らかの形で次に積極的につなぎをもってゆきたい，本日はまだ余韻が残っているところがたくさんございますが，それをつなげていければというふうに願っております。それぞれの個人的なことは皆さんでお話くださって，こういう会が盛り上がってきたこの雰囲気を続けられればと思っております。

私もたくさん申し上げたいことがありますが，本当に今日は思いのほか多くの収穫が得られたのではないかということで，司会の辻本さん並びにパネラーになってくださった皆さん方に心からお礼を申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

司会　それではこのまま余韻を残してこの会を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。



第4分科会

在日外国人への医療体制をめぐって

オーガナイザー・司会
白瀧貞昭（神戸大学医学部講師）

司会　イブニング・セッションの第4分科会ということで，一応テーマは「在日外国人への医療体制をめぐって」ということになっています。私が一応オーガナイザーとして務めさせていただきます神戸大学の精神科の白瀧と申します。よろしくお願いいたします。

テーマのところで「在日外国人」という言葉が適切なのかどうか，皆さんもいろいろ疑問に思われた方があるんではないかと思いますが，その中身はおいおいいろいろな方にお話をしていただく中でわかっていくと思うんですが，そんなに厳密にですね，例えば「日本における滞留，滞在がどのくらいの長さ以内とか，以上とか」そんなふうな定義でここでは一応決めておりませんので，ごく一般的な意味で「日本に短期もしくは長期いる方の医療の問題」と，そういうふうに当面の間ご理解をいただきたいと思います。

このセッションの予定ですが，皆さんにお配りしてあるプログラムの中に，少し訂正をさせていただきたいところがあります。

プログラムの第4分科会という所で，方法といだしまして，一応3人のスピーカーで先お話をさせていただいて，それから皆さんからの一緒のご経験とか，そういうことをいろいろ出していただきながら討論をしたいというふうに考えておりますが，この中で2番目の，ドクター・シェーンという方，神戸に長くずっと在留しておられまして，神戸で開業しておられる内科の先生なんですが，2週間ほど前からアメリカに夏休みで帰られまして，それで，今日，間に合うか間に合わないかという程度で，帰って来るという予定でしたんですが，現在まで「帰った」という連絡がございませんので，多分この方も今飛行機の中か，もしくはアメリカのどこかにまだおられる可能性がありますので，大変残念ですが，割愛させていただきます。

したがって，予定しておりましたスピーカーは，残りのミセス・マーガレット・井筒といわれる方，ここの前に今座っておられますが，あとでまたご紹介いたします。それから，私とです。

さらに先ほど事務局の方からエキストラとして，ご存じのようにシンポジウムのときに，インドネシアのラサート先生が，インドネシア大学医学部長ですが，一日どうも日数を間違えられてインドネシアを出発されたようでありまして，いま神戸のどこかのホテルに着かれたということで，こちらに向かっておられるんですが，その先生のお話をこのセッションで一部お伺いしたいというふうなことですので，この分科会のテーマに多少関係づけてでもお話願えればありがたいと思っております。

今ちょうど来られましたので。

グッドイブニング　ミスター・ラサート……

ま，そういうことで，今いらっしゃったラサート先生に，またお話をいただくということになっております。

それでは，一応先にこのセッションの本題の方に，先に入らせていただきます。

私の方が，第一スピーカーとして少ししゃべれということですので，最初に私の方が話をさせていただきます。少し順番を変えますけれども。したがって3番の私のところが第1番目に

お話をさせていただきます。簡単な，さわりとまでは言えない非常に簡単にまとめたものを入口の所でお配りしていると思いますが，それに沿ってお話をさせていただきたいと思います。

まず私がそもそもこのテーマでのセッションのオーガーナイゼーションというものを依頼によって設定しようとした意図でありますが，今日のお話，朝から日本がいかに国際的に保健医療の面で協力できるかというお話があったわけでありますが，その中で，日本がそういう協力に対してどういうふうにやっていけるかということを論じますと，当然そこに日本が抱えている，あるいは我々自身が持っておる，そしてしかも最近いろんなことで言われます「日本における国際化」という問題と，私は非常に関係があるだろうと思っております。

ですから，いい替えれば，日本の国際化とか言われている事柄が，どの観点でいわれているかということはまたいろいろあって，いろいろの問題があると思いますが，私の考えはまた後で述べさせていただくといたしまして，そういう国際化ということと，そしてこの学会のテーマでありますところの，我々がいかに協力できるかという，そういうこととは全く無関係ではないと，私はやはり思うわけです。

今日のメインのシンポジウムでもありましたディスカッションは，日本人が海外へ出かけて行って，そしてそれぞれの地域でいかに我々がその国の実情にあった協力ができるかというお話であったと思うんですが，少し視点を変えてみますと，日本においてこの国際協力というのは当然あり得るべきでありますし，日本でもう既に十分にうまくやられているから，例えば海外で次にやろうという，そういうふうな順番に決してなっていると私は思っていないわけであって，むしろ日本における問題がまだまだたくさん解決できてないところがあるんではないかと。日本で解決できないことがどうして外国へ行って解決できるかと，いうことにも私はつながるであろうというふうに思っておるわけであります。

例えば，日本人は往々にして，自分の国で言っている本音と，それから国際的な舞台へ出ていってそこでたてまえとして言っているというのは，かなりの場合違うということがよく言われます。ですから，ひょっとしたら我々は海外で協力としてやっているときには，我々の表向きのいい面を見せてですね，それと裏腹の180度反対のことを日本の国内では同じ外国人に対して向けていやしないかと，こういうことを考えるわけであります。

こういうふうに考えを進めてまいりますと納得をしていただけるのではないかと思うんですが，日本における外国人に対する医療及び保健医療の協力ということ，これはむしろこちらの方がもっと大事なことではないかと。というのは，海外へ行って我々がやる場合には，ある数人の限られた，いわゆるエキスパートとか，あるいはある限定された人々がやることであります。ですから，逆にいいますと，その人たちがいかにうまくやっても，そのベースになる国内での状況というものがどんなものであるかということをもしそういう援助，協力を受ける人達がそれを見たときにですね，実は外と内では大分違うではないかというふうな批判が起こるという可能性が大いにあります。そういう批判も私は幾つか聞くわけであります。

そして，なお悪いことに日本が目下のところ経済的な力を世界の中で強く持っておると。そうしますと，日本人はますます世界からあたかも一番力を，パワーを持っているというふうにみなされて，そしてそれが何か自分達の自信といいますかね，あるいはそれが自信よりもいき過ぎて奢りといいますか，そういうものにすり替えられていく可能性がないわけではないと思います。

ですから，私は国内におけるこういう外国人への保健医療の協力という問題は，これは海外におけるとむしろ劣らず，あるいはもっと重要な問題ではないかというふうに思ったわけであ

ります。

で，レジュメのとこに書きましたように，このようなことから，日本の実情はどうであるかということを考えてみますと，これはもう皆さん想像にかたくないと思います。例えば，病院に行きましても，ほとんどの案内は日本語だけで書かれています。それから病院に入るまでの道順，あるいは，ある駅から病院へ到着するまでのいろんな案内書がこういう外国人のために読みやすいような形で書かれているということはまずないだろうと思っております。

私は，神戸の神戸大学病院におりますけれども，この病院でも例外ではなくってですね，外国の方が患者さんとして来られたときに，いろんな意味で患者さん方が困られるということは，これはもう我々一番よく知っておるわけであります。

単純な一番物理的な簡単な要因を取り上げてもそういう事情でありますから，さらに医者，患者関係とか，あるいは治療の内容とか，そういうことに至りますと，もっともっといろんな難しい問題があるということは，これも容易に想像ができます。

私は，やはり医療というものは，単に，ある外国人に対して外国語を使って，そして言葉の上で説明して理解ができて，それじゃこういう治療法をやりましょうというふうにそういう形で簡単に済む問題じゃないと思います。こういう国際医療の学会で一つの大きなテーマである，医療というものがやはり人間の生活の，いわば広い意味での文化の一局面であるというふうに思うわけでありまして，単純に日本でもたれている先進工業技術，あるいは医療技術といったものを与えるとか，そういうふうな形で医療というものがすむというものではないと思うわけであります。

そこで，これはいわば広く文化全体にかかわる問題でありますから，日本でこういった外国の人達に関する医療協力ということになりますと，いわば我々が一番不得意とするところの，日本が持っている固有の文化とは質の違った異質の文化に直面して，それに対して我々はどういうふうに対応しているかという，そういう問題を我々が突き詰められているということになると思います。

とりわけ日本は，異文化の受容に非常に困難が伴うということが言われております。ですから，文化というものを，なかなか受け入れるのが困難どころか，むしろ受け入れる意図さえ持っていないと。日本が持つそういう文化の受け入れ難さということを説明する理由はたくさんあります。

例えば，日本というのは，単一の民族で成り立っておって，そして周囲は海で囲まれていて，いわばホモジーニアスな民族から成り立つといわれます。言葉もホモジーニアスであると。だから我々は，いわばそういう異質の文化の受容ということに昔から慣れていないんだというふうなことがよく言われると思うんですが，しかし，そういうふうに，日本が本来持っている困難さを説明できる理由というのはたくさんありましても，決してそれは，日本がこれからもそのような形でいっていいということには，決してならないと思います。

私がとらえます国際化というのは，決して日本人がよく英語を話して，そして外国人と一緒のパーティーで上手にスマートに振る舞うようなそういう日本人になりましょうということでは，決してないと思うわけです。いわば我々と質の違った異質の文化を許容するということに我々自身がなれていくといいますか，あるいはそういう方向に向かって努力をしていく必要があるだろうというふうに思うわけです。そうしたことの一つの局面として医療というものが存在し得るので，異質の文化を受け入れる余裕ができたり，あるいは能力ができたときに，医療の本当の国際協力体制というものもできるだろうというふうに私はとらえたいと思っているわけであります。

ある人が，「日本における国際化とはどうい

うことか」ということを講演した内容で，私が非常に感心したといいますか，敬服した言葉があったんですが，日本が国際化と言われるときには，いろんな国の人がいろんな観点で言っておると。例えばアメリカは，アメリカ流の自分達の，国内で通用しておる商業組織といいますかね，商業のシステムを日本にそのまま持ち込むことによって，いわば我々の商業の商いの範囲をより拡大できると，そのために日本を組み込むと，それが日本における国際化だというふうに多分言うでしょうし，これはアメリカが日本に対する国際化の一つの観点だろうと思いますが，もちろんそれだけですべてではないと思いますけれども，これも一つの観点だろうと思います。

それから，よく東南アジアの諸国から，日本が国際化ということを言われる時に，追及される一番大きな問題は，いわば日本だけが今世界の中で，みんなが味わっている苦しみから免れようとしているということです。例えば難民の問題であるとか，あるいは飢餓の問題であるとか，あるいは貧乏であるとかですね，そういう問題。東南アジアとか，あるいは環太平洋の地域もそうですが，そしてそれに対して先進諸国と言われるところが援助をしておると，その中にあって日本だけが，みんなが現在持っている苦しみからですね，何とか日本だけが免れて，あわよくばまだもう少し経済的発展を遂げたいというふうに思っている。そういうことが，日本の国際化という時に要求される側面が，私はあると思うわけです。

ですから，日本が国際化するということは，日本が今避けようとしている，あるいは，日本だけが免れたいと思っている世界的な苦しみに対して自戒をして一緒に，先ほどシェアという言葉もありましたけれども，そういうシェアをしようという努力，あるいは外国から見れば，それはシェアをすべきだというふうな要求をつきつめられているのだと，私はとるべきだろうと思うわけですね。

そういうふうに考えますと，難民の問題とか，いろんな問題がありますが，そこのところを抜きにして外国へ行って，ある人が華々しい医療活動をしたからといって，それが決して私は国際医療協力になっているとは思わないわけであります。

それが，私が一番のところで言いたかったことであります。

次に，２番目のところで，幾つか私どもが経験しておりますことを少しお話をさせていただきます。そして，あとで皆さんからの同様の経験がありましたらお話をまたお伺いしたいと思いますが。

私は，大学の精神科というところに勤めております精神科医でありますので，今日お話するケースは，いずれも精神科のケースに限ったことで少し偏っているということがあると思いますが，これはご容赦願いたいと思うんです。そのケースをご説明する中で，我々が感じた問題点，あるいは困難さというものを少し浮き彫りにできたらなというふうに思っているわけであります。

第一番目のケースは，これはそこに書いてありますように，日本に旅行中に，精神疾患の再発をみまして，そして入院治療が必要となったケースで，34歳のドイツ人の男性であります。この人は西ドイツの郵便局へ勤めておる人でありますが，夏休みを利用しまして，韓国で世界キリスト教者の何か大会があったということを契機に，韓国，台湾，日本を巡る旅行をされたんです。８月３日にドイツを出発いたしまして，そして韓国，それから台湾を巡りまして，約２週間後に日本に入国をしました。日本に着いたころから非常な不安感を訴えられまして，８月の19日に京都に入りまして，京都のホテルについたときに，これが最高潮に達しまして，夜中に突然「怖い怖い」と言って，ホテルから裸足で外へ逃げ出したわけです。

で，ホテルマンが，これはちょっとおかしいということで，すぐ追いかけて捕まえまして，

そして，どうもこれは精神病らしいと，いうことで地元の京都府立医大病院に入院を依頼しまして，すぐ入院されたわけであります。

精神科の患者さんですから，少し人権を拘束するという難しい面がありますので，翌日この京都府立医大では，いわゆる措置鑑定というのをやりますが，これはまた後で申しますが，つい最近日本の精神保健法という法律が少し変わりまして，強制的に入院させるときの手続きが変わりましたので，実はこの措置ということは大幅に変わるわけですが，これはもうその前のことでありますので，これは精神科医が２名ほど呼ばれまして，その病院でこの患者さんは強制的に入院が必要であるということを鑑定するわけです。その鑑定の結果，この人がやはり入院が必要であるということで，入院することになりましたが，そのときに，この団体で，グループで西ドイツから来ておりましたので，西ドイツからのコンダクターが神戸の領事館，神戸に総領事館がございますので，そこに連絡をいたしました。

こういう人で，今京都府立医大に入院したということで連絡をしたと。そうしますと，総領事館は「神戸の地元でないと少し不便だ」と，いろいろこの患者さんのことで交渉したりとか，あるいは西ドイツ本国にも連絡を取ったりするので不便だから神戸に移してくれんかということを京都府立医大に依頼したわけであります。

そこで，そこから今度我々の神戸大学の方に連絡がありまして「神戸で入院させることができるか」という連絡がありました。ベッドがちょうど空いておりましたので，オーケーということで，翌日我々の方に，京都府立医大の医者と，それから総領事館員が神戸から同時に我々の大学の病院の方にまいりまして，それで一応入院したわけですが，そのときから私は主治医で，その患者さんを診ることになったのです。非常に不安傾向が強くて，我々の顔を見ると，すぐに逃げ出そうとしまして，大きなドイツ人ですので，捕まえるのに大変でしたけれども，何人かで，とにかく必死になって，私は片一方の足をつかんだりとかいうことで必死になって捕りものをやったんですが，病室に入れまして，しかし，やっぱり彼にしてみれば全然わからない未知の国で，しかも変な病院に入れられてということで，そりゃ不安が高まるのは当然でありますが，しかし，明らかに異常行動，異常な思考がありますので，治療が絶対必要であると，注射をするにも非常に元気に暴れるというようなことで，ベッドに手足をくくりつけてやるというような，そんな手荒なことをやらざるを得なかったんです。点滴をしたり，注射をしたりしまして，大分落ち着いていかれるわけであります。我々の病院でもやはり鑑定をいたしまして，措置が必要であるという措置鑑定をいたしまして，入院をいたしました。

間もなく，１週間くらいの間にだんだん不安が取れまして，状態は落ち着いてまいります。一方領事館の方は，国の両親に電話をいたしまして，そして向こうの，患者さんがドイツで入っておられた保険，ドイツの赤十字に当たるところでありますが，そこから医療費とかですね，そういうものを一切払うから神戸で治療してほしいと，そういう依頼がありました。

１週間くらいで帰れるようになったので，我々としては，やはりこの方は異郷で完全な治療をするよりも，最低限飛行機に乗れるぐらいの状態になれば，早く本国へ帰してあげるのがよかろうということで，できるだけ早いチャンスに帰れるようにという交渉をし始めたわけですが，その時点で，例えば飛行機会社がですね，こういう患者さんを乗せるときには，どういう条件が満たされないといかんとかいうようないろんなことがまたあるわけであります。

それから，具体的に言いますと，飛行機会社は，この患者さんを病気であるということがわかった以上ですね，治ったといってもやはり「医者の付き添いをしてほしい」と，そういう依頼があるわけであります。我々は「何とか行

かんとしょうがないかなあ」という予定を立てておったんですが，ある日突然向こうから電話がまいりまして，向こうの赤十字の方から，医者と看護婦を送るから，付き添いはもう不用であるという連絡がありまして，そして結局９月２日にですね，つまり入院後約12～３日間くらいで飛行機に乗って帰れるというところになりました。最終的に９月５日にルフトハンザで帰られました。

このケースは，ひとつはその領事館というものが存在する地域で割合医療を要請されることが多いこと，あとで申しますケースも実はそういうことが起こっておるわけですが，そういうことで神戸が選ばれたわけであります。

このケースの場合はたまたま医療費の問題は，そんなに問題にならなかったわけですが，あとの例や，その他大半の例は，医療費を払うとしても，例えば向こうの保険，本国の保険会社が払うとしても，これは後払いになりまして，当面の間は払わないわけであります。ところが，日本ではそういうシステムがないものですから，何がしかのお金をそこでまず払わないといかんわけであります。そのときに，だれがその立て替えをするかという問題があります。

領事館は，ご存じのように一切そういうことはしませんし，たかだかしてくれることは，来て面会をしてやったり，電話で話の相手をしてやったりということであります。この辺は，日本の領事館が外国でやっていることと，外国の領事館が日本でやっているということは，国民の文化的な差といいますか，生活の習慣の差がありまして，かなり違っておるんですね。我々の目から見ると，余り細かい配慮をしてくれるというふうには思えないんですが，それは彼らのやり方でありますから，どうとも言えないと思うんでありますが。

我々として困るのは，例えば大きな入院費というものは誰かが立て替えて，後で政府がドイツから払ってもらうということになるわけですが，もっと困るのは，細かいお金ですね，毎日の日常生活の中で患者さんが，今日はのどが乾いたとか，今日はおなかがすいたとかですね，そういったときのものをどういう形で買ってあげられるかという問題です。

それから，我々としては，こんな見知らぬとこで急に入院させられて，さぞ退屈して不自由だろうなと，特によくなってきた段階でですね，そういうことを考えますので，できるだけ退屈がしのげるようにということで，外へ連れ出したりしてやっています。

この方も，帰る２，３日前からほとんど自由な病院の中の散歩ぐらいはできておりましたが，神戸をぜひせっかく来たから見たいというわけです。そこで，しょうがないですから我々がポケットマネーを出して，タクシーに乗せて，ここ神戸ですと，ちょうどポートアイランドというところがありまして，そこへ見学へ連れて行って，そうすると結構楽しんで，帰りに電気屋さんの前を見ると，ついウォークマンが欲しくなって，あれをぜひ買いたいとか，それで，お金は持っているのかと言いますと，いや実はお金はないというので。我々は，慈善事業家でありませんので，そこまではちょっと買ってあげることはできませんでしたが，小さな電池ぐらいは買ってあげましたんですけれども。

こういう細かい小遣い銭であるとかですね，そういうことに我々は個人の犠牲，この犠牲は私は決していやでやっているわけじゃなくて，私はむしろ楽しくてやっているわけですが，ただこの楽しくて個人がやっている問題は，それを一般化できないという問題ですね，もし私という人間がそこにいないと，この人は入院もあり得なかったかもしれないし，入院されてもそういう細かい配慮をしてくれる人がいなかったかもしれないという問題が残るわけなんです。ですから，このあたりを我々がどういうふうにこれから切り抜けていくかという，そういう問題，そういうことを考えさせてくれたケースであります。

それから２番目のケースは，空港にて徘徊中

に不法入国が発見されまして，そしてこの方もたまたまもう既に精神病であるということがこの段階で空港職員が，その人の行動を見まして知ったわけであります。そして，このケースは，空港の職員から，ということはつまり日本航空の職員でありますが，日本航空の職員が，先ほど申しましたドクター・シェーンというのが神戸でそういう外国人の治療に当たっておられる方で，ついでに神戸には海星病院という病院がありまして，これは外国人の方の宗教関係のバックアップで経済的にも成り立っているそういう病院でありますが，そこがもっぱらいろんな患者さんの対応しておられるわけですが，残念ながら精神科，神経科というのがないわけであります。そこで，特にこういうふうに少し暴れたり，あるいは自分で治療をしようというふうな意図のない患者さんの場合には困るわけであります。我々のところに送られたり，あるいは他の精神科の病院に送られたりと，そういうことになるわけでありますが，ドクター・シェーンに連絡がありまして，シェーンから私どもの方に連絡がありまして「入院できるか」と，そういうことでありました。この場合もたまたまベッドが空いておりましたので，オーケーですということです。ところが，後で考えますと，そのときにこの患者さんの治療の主体はだれなのか，あるいはだれがどこへ頼んでその治療がどういうふうに流れていったのかということが実はあいまいなまま我々は引き受けたわけです。

それで，この方は，実は空港で不法入国であると，そしてしかもパスポートを持っていないということがその段階でわかったんです。これは実は非常に不思議な話なんですが，パスポートも持たない人がどうして，この人はハワイから飛行機に乗ってきたんですね，それで大阪空港でぶらぶらしているところを見つかったわけですが，そんなことがどうして可能なのかということを，みんな一様に不思議に思うわけですが，事実あったわけでありまして，とにかくだれもわからんけど，その人は大阪の空港でパスポートも持たずに，しかも普通の会話ができないでおったわけであります。

その場合に，不法入国は当然これは入国管理所で扱いますけれども，この人は空港からまだ出ていない，つまり入国したとみなされていないわけです。入国していない人が，実は神戸の我々の病院へ来たわけです。それはなぜかというと，法的にはこれは病院は空港の延長としてみなすという特例があったわけですね。

したがって，我々が，もしこの人が，ちょっと買物に行きたいというときにですね，この人を簡単に我々の意思で外へ出すわけにはいかなかったわけですが，そんなことを我々はあんまり厳密に知らずに引き受けて，たまたま外に出すという機会がなかったからよかったんですが，後で聞いてみると実はそういう事情であったということです。

しかも，このときの治療の依頼者は，日本航空なんですね，不法入国がわかりますと，普通はその不法入国に際して，入国した便の航空会社が帰りの運賃を払ってやって帰すというのが制度らしいですね。だから，この人は，実は日本航空の飛行機で来日したかどうかはわかっていないんですね。とにかく飛行場でうろうろしているのを見つかった。ところが，入国管理所というのはですね，これは日本航空というのは半民半官みたいなものでしたから「おまえとこでもて」というふうに命令できるわけですね。本当はこれは命令できないんですが，日本航空も頼まれればこれは断われないんですね。結局入院させた主体は，日本航空であったわけです。我々は日本航空と私的な契約に基づいて患者さんを入院させたにすぎないわけで，日本国政府は何もここには関係していないということが後でわかったわけなんです。

これは，後でどういう問題を引き起こすかといいますと，今度はこの患者さんが，やはり入院して，この方の場合は大分おられまして。1週間ぐらいおられまして，最低限飛行機に乗れ

るかどうかという見極めをしてくれということで，このくらいで大丈夫だろうと。ところがJALが医者の付き添いをしてほしいということで，我々の主治医のうちの研修医，若い方の主治医が「それじゃ私が行きましょう」ということで，行ってくれることになったわけですが，ところが大学の病院はですね，これに許可を出さないわけです。研修医ですから，彼が病院の職務で外へ，海外へ行くことができないんですね。そういう職務を我々は依頼しておらんというふうに大学側は言うわけです。研修医というのは，ご存じのように学会に行くにしても，あれは職務としてみなされないで，行けないんですね。みんなどうするかというと，プライベートの休みを取るわけです。そして，しかもその日は賃金カットされるわけですね，研修医は。

そういう状況の中で行ってくれということで，我々はそこでちょっと，幾ら善人でもそこでちょっとカチンときたわけです。それで病院を管轄している文部省，厚生省にかけ合って「これは明らかに入国管理局が扱う問題で，我々はそれを意を受けて治療して，しかも帰そうとしておるんだ」ということを幾ら言っても，実はこれは政府が実際関知していないんですね，初めから。「あんたらがJALの私的な依頼を受けて勝手にやったころなんだ」と，「だから，あとは自分でやりなさい」と，こういうことなんですね。それで，JALは，本当はJALも言いたいことはたくさんあるんですが，結局我々の飛行機運賃，滞在費も払うから来てくれ，一緒にハワイに行ってくれということで，しかもこの研修医は，休みを取って観光という名目でハワイへ行ってきたわけですが，こんな問題がありました。

このケースは，いま申しましたように，個人がやれることと，そして個人がやれないことの間に非常に大きな壁というのがありまして，そして特にこの医療協力にかかわる場合にですね，個人というものと，そしてそれが所属している，ある病院とか，ある大学とか，研究所とか，そういうものとの関係というものが事態をむずかしくしている訳です。こういう例を見ますと政府が国際化とか，何とか言うのはなはだおかしいことではないかというふうに思うわけですが，そういう問題を考えさせてくれたケースであります。

3番目は，はやりのジャパゆきさんのケースです。彼女は，にせパスポートを持って来日しましたんですが，そしてある地方に行ったところでこの人は，どうもそこの雇用主，日本人から，暴力団崩れみたいな人から暴力を受けて，そしてそこで発症したケースであります。そして，このケースは福井で警察に保護されるわけですが，フィリピンの総領事館がやはりこれも神戸にありまして，総領事館の要請で，そこから神戸にやっぱり移送されまして，そして神戸で入院，治療ができるかという依頼がありました。

この方の場合は，結局入院の費用に対する払い手がないわけです。実は病院が非常にいろんなことを考えて，とにかく病院としては，できるだけ支払いのないということのないようにしたいということでいろいろ考えて，結局これはフィリピンの領事館が一応全額支払うという格好で，フィリピンの領事館が今度は本国で家族に折衝するという格好で何とかしようということになった，そういうケースでありますが。

時間がたちますので，最後の方は簡単にまとめます。

このように，実際のケースは示してくれていますように，幾つかの問題があると思います。簡単にまとめますと，治療のルートにのるまでにいろんな問題点がある。それから，治療という舞台にのってからでもいろんな問題点がある。それから，せっかく治して，さてそれからどうするかというときの問題点ということの，一応この3つのように分けましたが，この現在のいろんな国際協力というものが結局はやはり個人の，私は犠牲という言葉は使いたくないんですが，いわば個人のほかの人から見れば趣味とか，

好みとかですね，あるいは善意とか，親切だとか，そういう形でやはり成り立たざるを得ないのかなあと思います。

例えばこの過程で我々の属しておりますような，大学の病院とか，あるいは神戸市とか，あるいは兵庫県とか，そういった行政にこれをもっと何とか改善できる方法はないのかということを働きかけるアプローチを幾つかはしておるんですが，これはなかなか程遠いところにあります。私は，やっぱり本当はそういうものかなあというふうにも思うわけです。

問題の解決のためにというところに入りますが，行政の参加というようなことを3番目に私は書きましたが，実は本当はそんなふうには思っていなくって，行政がそんなとこまで参加するのはまだまだ無理だろうと思っておるわけであります。

いわば今日の宮崎先生のシンポジウムでのお話にありましたように，私が例えば個人として，この人たちに協力をしようというふうに考えているのは何かというと，決して医学部で習ったわけでもないですし，あるいはだれかから依頼されて，あるいは命令されてやっているわけでもなくて，何か私の心の中の，何かある無意識のものがさせているだけのことであります。これは実は，私の個人的な体験を言えば，私は同じような立場を経験してきたことがあるわけですね。

外国で，見知らぬ所で医療を受けると，そのときに我々が感じたあの不安感というか，あるいは何かもうやりきれないというか，そういうことをですね我々が無意識のうちに持ってて，それをどっかの形で何か同じような経験をほかの人がする必要がないんではないかということが，実は私の心の中をのぞいて見ればあるのかもしれません。それ以外の何ものでもないと私は思っているわけであります。

ですから，本当はそんな行政が参加してきちっと，こういうものがうまく物事が進むようにやりましょうというふうにはあんまり期待しないし，私は，今ごろそんなことを政府がいうてもらっても困るというふうに思うぐらいなわけなんですが，しょせん国際化なんていうのは，そういうところで個々の人々が自分の心の中に何を持っているか，そしてそれに基づいてどういうふうに行動するのかと，そういうところにかかっているのかなあというふうな，はなはだ私小説的な結論にどうもなってしまうわけなんですが。しかし，にもかかわらずですね，多少でもそういう全体のシステムとして何かうまくいくものがないかということは一方では考えたいと思っております。

そこで，実現性のあることは，その1番目の，すべての病院は同じような形でということは非常に難しいと思うんです。例えば我々の病院でも，看護婦さんに，このように日本語をほとんどしゃべれない外国人の患者さんの看護を依頼しているわけです。そして，感心するのは非常に彼らが言葉がなくてもですね，例えば食事の時間ですよとか，おふろの時間ですよとか，いろんなことを全部看護婦さんは余り文句を言わずにやってくれるわけです。これを全部の病院に期待するということはやはり無理だろうと思いますから，幾つかのそういう拠点になる病院というものをやっぱり考える必要があるだろうと。

で，神戸ですと，海星病院みたいな所があります。あそこに例えば精神科を我々がつくるようなことをですね，やっぱり運動として進めるべきではないかというようなことを私自身は個人的には考えております。ですけれども，病院の中の事情を聞きますと，やはり経済的にもそう余裕はないというようなことであります。ですから，そういうある特殊な科については協力できる所が例えば，我々の病院でもやればそれでいいんではないかと。

ただし，そのときに我々が先ほどの，例えば付き添いで帰国させるとか，そういったときの問題で経験しましたように，もう少し病院が，行政が，あるいは大学というものが，その辺を

もう少し理解をして，スムーズに流れるような方法がないものかと，そんなことはやはり考えるわけであります。

それから，もう少し具体的な我々が早急にやる必要があると思っておりますのは，先ほどのように，現在のところでは個人レベルでもいいから，あるところの病院には，例えばどういう言葉に堪能で，どういう文化に堪能で，そしてそういうことに割合熱意を持っておるという医者が，大阪とか，我々の近辺でいいますと，京都とか，そういう人達のピックアップをいたしまして，そしてある所にある患者さんの要請がありますと，それが一応ずっと全体にネットワークを流れて，そして吸収できるところで吸収していくといいますかね，そういうふうなもの，これはできる可能性がありますし，そういうものをつくっておいて，そうすると例えば領事館とか，そういうとこがそういうリストを持っておればですね，この患者さんに対してはこういう所へお願いしようとかいうことがもう少しスムーズにいくかなあというふうに考えておるわけであります。

そういうふうなことを皆さんのほかのご経験をぜひ聞かせていただきたいというふうに思っております。

私はちょっと時間を，むしろ意図的に長くしてしゃべり過ぎたとこがあるわけですが，次のスピーカーとして，先ほどご紹介しましたミセス・マーガレット・井筒にお願いしたいと思いますが，ここにちょっと書きましたように，阪神間在住の精神科関係のカウンセリング・グループ（ICC）をつくっておられるわけですが，そこに属しておられまして，そして神戸に在留する外国人のための，そういう精神科的な治療，あるいはカウンセリングを行っておられる方です。

一応ICCの現状とか，あるいはこれからどんなことを目指しているのかとか，あるいはその過程で，今日のテーマに関するような問題点，どんなことを感じたかとか，そんなことをご報告していただけるんではないかと思いますので，よろしくお願いいたします。

マーガレット・井筒　ご紹介していただきましたように井筒・マーガレットと申しますが，お招きいただきまして本当にありがとうございました。

今日，日本語を話させていただきますけれども，ちょっとお聞き苦しいと思いますが，ひとつよろしくお願いいたします。

まず自分の立場をはっきりさせておきたいことがありまして，今までは，3年前まではICCの活動を主にさせていただきましたが，ここ3年については活動を大分減らして，大分家庭の方に力を入れようとしておりますけれども，3つの息子がおりまして，日本人と結婚しておりますから，その立場から，もしかしたら言わせていただくことがあるかもしれませんけれども，とりあえずICCの仕事については少し言わせていただくことはあります。

まずお礼を言わせていただく機会が大変少ないですから，この機会をつかみまして，白瀧先生にひとつお礼を大変言いたいというわけでもあります。

ICCの設立は7年前に正式に行なわれて，それ以来，ずっと白瀧先生にはお世話になっているわけでございます。その内容はまたちょっと後ほどさせていただくと思いますけれども，まず基本的なカウンセリングの仕事は，我々のやっていることは何だということをはっきりさせていただくことについては，また本来の仕事は患者の面接でももちろんのことです。今までは統計を取っているのは，最近の4年間にわたって，毎年500時間以上に1時間ずつ，週1回程度で面接が行なわれるが普通であります。その期間は様々ですけれども，1回の面接で終わる場合もありますし，2年，3年でも続く患者もおられます。その中で一般とか，平均がどのくらいかというのは残念ながら統計はないんですけれども。また，やり方についてもいいにくところはありますけれども，といいますの

は，様々の方法で様々な訓練を受けた，いわゆる西洋的な訓練を受けたカウンセリングがメインとしてなっているわけですけれども，これから日本にも，今までででも日本にも大変いろんな世話になっている方もいらっしゃると思いますし，私どもそのうちの一人でありますけれども，それについてはまた後ほどちょっと言わせていただきたいと思います。

大体年に40何人ぐらいは新しい患者としてあらわれるわけであります。その辺はまたご質問がありましたら，お答えさせていただきたいと思います。

あとは，そういう面接以外の様々なプロフェッショナルとしての活動もさせていただいているわけですけれども，まず一つは，会議に出席できる限りはさせていただくことはいたしております。または，コミュニティー，特に外国に関する，接することがある，いわゆる在日している外国人に接するコミュニティーにおけるプログラムといいますか，精神的な悩みにおける我々の仕事に関することでプログラムにも多少は参加させていただいております。

といいますのは，一つは，コメンティーとしての面は，外国からいらした場合は，この日本でどうやっていくかという不安と，そういう組織を知らない時点で，そういうオリエンテーション・プログラムをやっている組織は別にありますけれども，その組織がやっていることともタイアップしております。また，法律的にその組織で補助されているわけであります。

あとは，様々な個人の先生は，教育の面で役に立つと気づくときは，人数に限って募集して，例えばスペースはどう対応したらいいかということとか，テーマとして，親として外国にいる間どうすればいいかとか，そういうテーマについては人数に限って教育もさせていただいているわけです。

または，心理テストとか，それについてのカウンセリングも行なわれているわけです。一時的には，電話カウンセリングも一応目指したんですけれども，ちょっとやっている人数が足りなくて，また，それほどニーズがあるということに疑問がわいてきてやめたわけであります。

また，非常に我々手短に大切にしている活動の一つとしては，我々やっている人が集まって，特に外国からたまたま少しの間日本にいらっしゃっている方の話を聞くとか，日本で活躍している方，外国人であったり，日本人であったりしますが，その研究の話を聞くという大切な役割もいたしておるわけです。

もし，こちらにいらっしゃる方々の中で，そういう発表される方がいらっしゃるならば，ぜひ白瀧先生を通じて申し入れてくだされば大変ありがたいと思います。

今日のテーマは，医療体制でありますから，我々の仕事が，どこで医療体制に接するかというテーマに移りたいと思います。

最初に，医療体制に接するのは，患者の面倒をみている最中といいますと，２種類に分けられるでしょうけれども，１つは，我々のカウンセリングを受ながら多少薬が必要と，こちらが判断する時とか，または患者さんが必要と感じられるときに，白瀧先生に先ほどいいましたように，大変お世話になっています。白瀧先生の方に回して，それで薬を飲ませていただくか，それが必要ないかという判断はお医者さんに任せているわけです。

この側面は今までの経験によりますと，大変うまくいっている。こういう方々が大概保険に入っているということで，その経済的な面とかは，あるいは外来治療しているからそんなに迷惑もかかってないようですが，それは我々にとっては大変助かっていることです。これからもお世話になると思いますし，よろしく申し上げたいと思います。

２つの目の場合は，先程白瀧先生が申されましたように，問題が出てくるというのは，もし入院される必要があるという場合です。もちろん私は仕事に応じて，必要性が出てくる可能性があることもあるし，ないこともあります。そ

れがいつあるかというのは我々がつかむことは最初からできない。それは，私らの仕事の原点となっているわけですから。そういう意味でお医者さんと接することが非常に私らにとっては心強いことであります。それがなくても相談による治療というものが行なわれるわけですから，でもそういうお医者さんの援助は非常にやっぱり大切ではないかと，あくまでも思います。

ところが先ほど白瀧先生もおっしゃったように，そういう幸いに白瀧先生みたいな親切な方がいらっしゃるからであります。そして日本の制度が受けられるほど豊かになっているということは非常にありがたいことです。またはめでたいことだと思います。そういうことの余裕が有るということが何よりです。

先ほどもお聞きしましたように，そういう個人に頼むというのは非常に私らの立場としては，難しいことにもなる場合があります。一つには，白瀧先生になぜか回せられなくなって。一つの例を，最近耳にしておりますけれども，その方は，たまたま京都の外国人の方に入院させていただいたわけですけれども，私の知っている限りは，詳しくは聞いてないんですけれども，まだその方にお金をお支払いしていないようなんです。ということは，その方も保険までお世話になっているらしいんですけれども，そうなった場合は大変な無理をしていただくことになるわけなんですから，こちらとしてもそういった場合は，日本的かもしれませんけれども，あとは聞きにくいと，頼みにくいということももちろん出てくるわけです。

私らの立場としてはそういった人で，入院が必要とされる方が出てきた場合は，ごく珍しいケースですけれども，もちろんこちらの立場としては，頼まざるを得ないと，できるだけしてあげるというのは義務なんですけれども，でも私らも自分の仕事に対して限度があるということは最初から認めているわけですから，もちろん私らは相談における治療しかできないと，そういう現状ですから，あとは本当に申し訳ないんですけれども病院へ入院されるときは，私らはお医者さんの意思次第入院されるわけですから。または制度が許す限りですから，そういう親切な方々がふえたらいいということもありますし，または，その制度が豊かになってくるといいと，そういう気持ちはもちろんあるんですが，また一方，先ほど白瀧先生がおっしゃったように，そういう入院，外国にいる間に治療をするということは，まず大変無理がかかってくるんじゃないかと思います。

そういう援助をしている方がいらっしゃるならば，それは別ですけれども，先ほどお聞きした例も，私が今申し上げた例も含めてこういう困ったことは，困ったときというのは，援助できる方がいらっしゃらないからであるわけです。そういった場合は，本能としては，帰らせるということはもっともじゃないかと我々も思います。

そうじゃない限りは，大変こっちも豊かであるといいなと思います。それが非常にそうなるようにと心から申し上げたいと思います。または応援したいと思いますし，協力はできるだけしたいと思います。

そのためには，何が必要かというと，そういう患者が出てくるということ自体は，もちろん制度は完璧じゃないということは示されるわけですけれども，制度が完璧じゃないということは，当然じゃないかという方もいらっしゃると思いますけれども，また目指すというものも当然だということもあると思いますけれども。それでは，何が必要かというと，やっぱり知識，それと協力，そういった面で我々も協力も知識を高める活動もこれからもさせていただきたいし，どうぞそちらの方にお気づきがありましたらぜひ申し出ていただきたいと思います。

これからも，私も，世界，日本から非常に学ぶことが多いんじゃないかと思います。それが何であるかというのは，その場その場によって日本人の見方があるんじゃないか，日本人じゃ

なくても，その人としての見方があるんじゃないかと思います。それを聞くというのが協力性であるし，心の温かさじゃないかと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

司会　それじゃ，まだ我々以上２題に対してご意見とかいうのがあると思いますが，先にラサート先生のお話をお聞きしたいと思います。それで，英語でお話をしていただくことになると思いますが，皆さん十分国際的な方だと思いますので，一応通訳なしでお話をしていただきたいと思いますが，特にご異存ございますか。

彼女が日英のベテランですから，通訳はお願いできるかもしれませんが。まあ皆さん理解できられる方ばかりだと思いますので。

プリーズ・ドクター・ラサート。

Rasad Asri　Thank You, very much.　（拍手）

司会　幾つかの望ましいこととか，期待されることとかいうことを出していただいたと思います。

私は，この在日外国人の医療体制をめぐるということ，その中で我々が最もオファーするのに望ましいものというもの，そういうもの。それから，現在のお話の中にあった望ましいもの。そんなに遠くに離れたものではないかもしれないというふうに思っておりますが，あと時間はそんなにないんですが，あと20分ほどございますので，皆さんのご意見をいろいろといただきたいと思いますので。

まず最初に「在日外国人への医療体制ということをめぐって」，我々がレポートしましたのは，医療保健の中でも非常に偏った領域でしたので，もっと皆さんのいろんなご経験があるんじゃないかと思いますが，そのあたりから，どなたか出していただける人。

はい，どうぞお願いいたします。

小林　あした在日インドシナ難民の定住後の難民のですね医療状況についてお話させていただくことになっているんで，その状況についてお話をしますと。

現在，日本には約6,000人以上のインドシナ難民，要するにベトナム人，カンボジア人，ラオス人がおります。そのうちの約３分の１に近い2,000人以上はですね，神奈川県に住んでおります。

私の住んでおります大和市というのは，その横浜市の隣にあるんですけれども，大和市にあります，いってみれば政府のですね大和定住センターという所には，カンボジア人，ラオス人合わせて1,500人以上がそこを卒業しまして，大和市の周りにおります。そのほかに東京とか，姫路に難民センターがありますが，あそこを出た人達が500人近くおりまして，私達の病院が，一つは定住センターがありますし，大和市にあるという総合病院であるということからですね，我々のところへ患者が回ってきます。

日本に最初入りまして，大和市の定住センターに入りますと，最初の入国の健康診断というのを実は私が担当しております。その後病気になりますと，定住センターを出た患者さんは，定住センターの通訳を頼ってそこに連絡をした上で私達の病院に来ますし，その数がどれぐらいあるかといいますと，月間約78人，ちょっと５か月間のデーターですけれども，５か月間の平均で大体１か月約78人，多いときには80人を超えています。ですから，我々の病院もベッド数400で結構大きい病院なんですが，外来患者さんも非常に多いんですけれども，78人とか，80人といいますと，とっても無視できる数字ではないです。

その中でも入院を要する患者がおりまして，それで先ほど白瀧先生のおっしゃったような患者さんと，僕らの患者さんとちょっと質が違うんじゃないかと思ったのは，先生のとこの患者さんというのは，いわゆるアメリカ人であるとかですね，それからヨーロッパの人が多いと，比較的，経済的にもリッチな方もいるかもしれない。ある意味で，マーガレットさんがいらっしゃるように，援助組織もある程度出来上がっていると，ところが我々の方にいらっしゃる患

者さんというのは，非常にプアなピープル，全くイングリッシュをしゃべれないと，カンボジア語であるとか，ラオス語であるとか，私自身も日本語と英語のほかに少し中国語もお話するんですが，華僑の人は中国語を話しますが，ほとんどわからないに近いんですね。

そこで，我々の病院で，難民出身の中のですね看護婦さんをやりたいとかいう人がいるもんですから，何年かたって看護婦さん，日本のナースの資格を取っている人います。そういう人を今積極的に病院の中に雇うようにしているんです。現在二人おります。一人は中国系のカンボジア人ですが，その人はすごくてですね，中国語，日本語，ベトナム語，フランス語，英語，カンボジア語を通訳，同時通訳をしております。全部。それから，もう一人はカンボジア人ですが，補助婦ですけれども，いまのは準看護婦ですが，この人はカンボジア語と日本語を話します。

問題になっているのは，ラオス語ですが，ラオス人で日本に来ている，今高校生ですけれども，どうしても看護婦さんになって，将来難民のために働きたいという人がいるもんですから，彼女がこの間，僕のとこへ相談に来たもんですから，いずれ彼女もうちの病院で看護婦として働けると思いますが。そのように病院の中に，彼らが自分達の国の言葉で話をしてやっていけるという体制を今うちの病院の中につくろうとしています。

ですから，それは先生がおっしゃった拠点病院をいかにつくるかという問題なんですけれども，さらに私どもの病院では，いま５，６年後に建て替えを計画中なんですが，その中に外国人のための検診センターを病院の中につくろうということを計画では本決まりになっております。

大和市というのは，いま先生にお話したように，定住センターがあるというほかにですね，米軍の名高い厚木の基地があります。アメリカの基地がありまして，横須賀にミッドウェイとか入りますと，すごいたくさん飛行機が飛んで来て，うるさくて寝られないくらいですね。ですから，そういう軍属の人と，さらに軍属の方々の友人とか，要するにアメリカンピープルというのがたくさん住んでいるんですね。それからハーフの人もたくさんいます。

そういう意味で非常に外国人の病気になる確率が高いんですね，先生がおっしゃったように，個人のピックアップですけれども，やはりこういう仕事というのは，医者だからだれでもできるということではなくて，そのことに非常に興味があって，ある程度自分のプライベートも深くそれだけのものがなければ，とてもやっていけない。

ですから，私の病院でも，私が窓口になっておりまして，外科的疾患以外にですね，最初に私が拝見しているというのは，ほかの先生に診て，日本人の３分医療の中へ巻き込むよりも，最初に診てちょっとこれはサイコチックに問題があるなとか思いますと，自分の午後の手術のない時間に改めて来てもらって，ゆっくり，何しろ１時間ぐらいかけてゆっくり話をする。その病気になっている，例えば胃が痛い，頭が痛いと言ったら，そのバックグランドにあるものが何なのか，仕事なのか，家庭の問題なのか，そういうことをよく考えないと，日本人と同じように簡単にメディケーションをして，あしたいらっしゃいと言って済む問題じゃなさそうだということは思います。ですから，やはり個人のピックアップをすることは大事だろうと。

それから３番目には，いかに彼らに，うちの病院でこういうことをやっていますよということを知ってもらうかですが，それは定住センターをつかって，一応カンボジア人にはカンボジア語，ラオス人にはラオス語で全部通知を出してもらっているんですが，もっとも大事なのは，やはり彼らの中には彼らの情報源みたいなのがあるんですね，その口こみにのせてですね，あそこの病院に行ったらちゃんとやってくれて，ラオス人の通訳もいるし，やってくれる

んだよということを彼らの中に流してもらうということがどうも一番大事だと思います。

問題点といいますと，今いったサイコディクコンディションの問題ですが，異文化ですね，日本というのは非常に自分も恥ずかしいんですけれども，非常にほかの文化に対して寛容ではないところがあるんです。特に難民でおかしくなってしまうのは，福島であるとか，福島，栃木が悪いというわけではありませんが，こういう余り外国に接しない地域へ行った人達はですね，やはりその地域の風俗，習慣になじめなくって，やはり東京であるとか，神奈川県に戻って来てしまうケースがものすごく多いんです。結局一番最初は，全部そういうちょっと過疎の地域にですね出かけて行って，そういう所へ就職していったんですが，もう１，２年のうちにもうみんな逃げ帰ってしまったんですね。

ですから，お互いの文化が違う，その文化の違いは，あいつは立って飯を食うけれども，おれは座って飯を食うんだったら，立って飯を食うのはおかしいと言わないで，こう違うんだということをわかってもらいたいんです。

その一環として，私は大和市立病院のある大和市の中学校では，国際学級というのがあります。そこにはカンボジア難民の子供であるとか，ベトナム難民の子供であるとか，それから中国残留孤児のお子さんとか，それからフィリピン人のお子さんなんかがいましてですね，その中で，中学校の中で国際学級というものをつくって，その中で周りの中学生にも文化の違う人たちと常に接して，文化が違うということがあたりまえであると。彼らがこうやると，こういう方法ってどっちが正しいというのじゃなくて，そういうものがあるということを理解するように中学校の方でもそういうふうに考えて，地域ぐるみに考えていっていいと思うんですけれども。

で，一つのお願いはですね，日本の中にインドシナ難民が住んでいるということも知らない人もいるんですね，ですからやはりこういう立派な会があるわけですから，日本の中に在日外国人といっても様々な人がいますが，韓国人ですね，戦前日本に連れて来られてずっといる人やら，それから商業なんかでアメリカでいらっしゃる方とか，それから難民としている方，それから中国残留孤児として日本に戻って来た方，そういうすべてのこういう文化を持った人がいるということをですね，やはり政府広報みたいなもので，例えばテレビでですね流してもらうとか，そういうことを働きかけしていただきたいというのが僕の大きな願いなんですけれども。

昔スリランカに，国際がん学会があって行きましたときに，スリランカのテレビを見ましたら「ビンドウジュをかんだら，喉頭内がんになりますので，ビンドウジュをかまないでください」という政府広報をどんどんテレビで流しているんです。

そういう日本のテレビというのは，どうも見てましても，そういう政府が積極的に，そういうことを国民に訴えるという姿勢が全くないような気がするんですね，そういうものを僕はぜひ，こういう学会の要望としてお願いしていただきたいということをひとつお願いしたいんです。

それから，彼らの診療に対して思うことは，やはり日本人の偏見から守ってあげなければならないことが一つはあります。例えば寄生虫疾患が多いと，例えばＢ型肝炎が多いと。そういえばジフィリスが多いという問題があります。すべてに対して我々治療を行なっておりますが，Ｂ型肝炎があるとわかったら，会社の社長からですね「おまえはあしたから会社に来なくていいから，クビにする」というふうに言われたインドシナ難民もいるんです。

それから，もう一つは，インドシナ難民同士の偏見があるんです。それは，結核といいますと，日本では大した病気ではありません。特にお薬を飲んだら治るような病気ですが，カンボジアの方ではどうも，日本で「あんたはがんで

すよ」と言われたのと同じような感じらしいんですよね。ですから日本に来て「結核が見つかりました，結核ですよ」と言いますと，その患者が同じインドシナ難民の中で差別をされて，村八分にされてしまうような傾向があるんですね。そういうすべての差別から患者の秘密を守り，十分保護してあげなきゃなんない必要があるんじゃないかと考えます。

最後の問題は，すみません，自分だけしゃべりまして。

最近うちの病院でもですね，いわゆるフィリピンとか，簡単にいえばジャパゆきさんがだんだんふえてきまして，ちょっと外来で診てますと，フィリピンの人が時々来ます。

それから，一度来たのはパキスタンからという男の人が来たんですが，うちの事務員が，お金が幾らかかるかと言われて，何か計算できなくて，幾ら幾らと言っている間に診察を受けないで，高いなら帰るといって帰っちゃったんですね。

ですから，やはりそういう短期間に日本に来ている方々の，特にそういうプアーな層の方の医療をどうするかという問題は，この間名古屋でフィリピンの女性がいき倒れになっていたという，大使館の前でいき倒れになっていて，どんな病院かと調べたら，何か栄養障害だったというような話を聞きましたけれども。そういう悲劇。

特に，不法滞在なんかしていますと，そういう病院にはちょっと行けないんじゃないかと，本人が思って悪くなるのが多いようなケースもありますので，そういう問題を今後どうするかということをですね真剣に考えなければいけないと思います。以上です。

司会　大変いろいろと示唆されるお話があったと思います。

私自身は非常に共感できる部分がたくさんありました。

ほかに同じような経験のある方がありましたら，どうぞ。

船原　今度生きている人じゃなくて，亡くなったときのトラブルについて，異文化の悩みというのを経験したので話したいと思います。

領事館に勤めている方なんですけれども，出勤して来ないのでアパートに行くと，死亡していたと。だから死因の検査を警察の方はやりたいというわけです。ところが宗教的なバックグランドから，解剖されるのは絶対いやだと。これはどんなことがあっても阻止しなくてはいけない。そこで，検察の方と，いわゆる死者との家族との間でトラブル，そして死体を早急に本国に送り返すと。

というのは，宗教上のバックなのか，でき得れば24時間以内に葬儀を終了しなければいけないけれども，それが出来なければ，もうできるだけ早く本国へ返したいと。そのときに，この死体を輸出するというようなことになるんですね。そうしましたら，何が必要かといえば，血液を全部ホルマリンに保管して，そして感染症でないと，こういうのは非常に安全な死体なんだというサーティフィケイトを公的な機関が出して送り返さなくてはならない。

そうしたら，例えば警察との話がついたとしても，次のステップで一体日本でそれをだれがやるかということになるんです。とにかく大使館の方は，そのフライトを全部ちゃんと予約をしたと，自国のフライトに乗せて帰ると，それまでに絶対やってほしいというわけなんですね。

日本でどこができるかと，そういう相談を受けまして，全くプライベートに大学の死体の置場でパンディングやって，ちゃんとやって，そして泣き込んで，とにかく大学の公印だけもうめくら判を押してくれと，こうでなくては今後のいろんな困るんだから，頼むんだからと，文句さんざん言われながらめくら判を押してもらって帰った。

そういうときにでも，結局異文化の中で生活してる彼らの生活の背景で事を進めようとしたときには，まだいろんなトラブルがあるだろうと思うんです。

それから，先ほど病院のときには，マザーカントリーに帰した方がいいんではないかと，そういう場合にでも，病気になったときに，帰した方がいいんと違うかと，こちらがアドバイスを出しても，本国からは，日本の方は医療施設がはるかにいいので，日本で面倒をみてほしいと。そうした場合に，その請求はだれがするかと。奥さんがいらっしゃったら奥さん，それでも大変なことになる。仕方がないから大使館の人，領事館の人がやって来る。行っても領事館の人もそうしょっちゅうやることはできない。しかも，亡くなったときには，先ほど言ったようなこともあるわけなんですね。

その辺のこともあるので，このセッションをまとめられるに当たって，この死後の措置ということについての，この異文化の国際交流というのはどうあったらいいのかという点について一言でも言っていただければありがたいなあという感じです。

司会　そういう広い生きている間だけでなくて，ボーダーラインのところを人間として当然あると思いますので，そういう形でどういうふうにまとめられるか，ちょっとわかりませんけれども，その辺のことを考慮して委員会の方へ伝えたいと思います。

それから，どなたか，あんまり時間がないんですが，あとそれじゃちょっと，はいどうぞ。

清田　先ほど小林先生のおっしゃいましたプロパマンドしないといけないと，非常に賛成でして，私は米軍病院にインターンで検定で行ったんですけれども。一度でも西洋ですね，ヨーロッパとか，アメリカの患者さんを診た，診察をなさった医者は同意なさると思うんですけれども，患者さんの医者に対する態度が全然違います。日本の患者さんに対する態度と。非常にディスカッションを好みます。彼ら。

こちらがきちんとしたアンサーを出さない限り何回も何回も来て，あげくの果ては親族郎党集まって来て，医者一人対向こう10人ぐらいディスカッションとかですね，その中に一人インテリの人が，医者が下になるんですけれども。そういうことをですね，ここにも医学部の先生の方がいらっしゃると思うんですけれども，その学生さんにぜひ伝えていただきたい。

英語ができないと当然駄目なんですけれども，とにかくディスカッションをすると，最低1時間でも患者とはディスカッションをしなければならないという状態なんだということをぜひ知っていただきたい。

結核に関して，先ほどお話が出ましたけれども，確かに難民の結核は非常に多いと思います。今度公衆衛生学会で，うちの先生が発表するんですけれども，中国の帰国孤児の結核，非常に多いです。うちに入院なさって，一応バーリヤにはなっていますけれども。そういう意味で，非常に結核というのは彼らに多いんだということもですね，ぜひ宣伝していただきたいと思います。

今日本では，胸の写真を見ますと，まず肺がんを疑いますけれども，インドネシアで肺がんと言われて，日本に来て肺がんの治療をしてインドネシアへ帰って悪くなった。日本にもう一回来たら，実は結核だったというケースがいまあります。

ですから，結核というのは，実は日本では減ってきたとは言ってられますけれども，非常に多いんだということをぜひ皆さんに伝えていただきたいと思います。もし，何かトラブルがありましたら，結核研究所に病院がございますのでお送りいたします。どうもありがとうございました。

司会　どうもありがとうございました。

意見がぼつぼつ出たころに大体会というのは終わらんといかんみたいなんですけれども，もう一人手を挙げておられますので，ちょっとぐらい延長してもいいと思いますので，どうぞ。

会場発言　意見というよりも，このセッションに対するテクニカルな意見なんですけれども。

皆さんよくご存知のように，医療というのは，人間が人間を診るという非常に科学的なこ

と以外にいまずっと話が出たように，社会的な状況というのが非常に大きく関与してきて，その在日外国人の話を討議するときでも，難民の方を相手にする方もいらっしゃれば，ビジネスマンのような方を相手をする方もいらっしゃり，あるいは時には，米軍のような人達のことか，観光客の人とか，あるいは私はカソリックの多いところに住んでいて，私自身も信者なんですけれども，そういうミッションの方の医療に関係するような人もいると思うんです。

だから，そういう人たちが関係する内容というのは，本当に多岐にわたるわけだから，ほんの短い時間で話をするときには，あんまり身の上話ばっかりするんじゃなくて，もう少し何か抽象的な，本当のエッセンスだけを話すようにしないと，いつも何か新聞の切り書きか，2，3分のニュース番組に出ているようなことしか話してなくて，去年も僕はこの会には出てますけれども，そこら辺の進歩は全然みられないような気がします。

確かに，向こうから来られたゲストの先生もいらっしゃいますけれども，僕らだって忙しい時間を費やして来たんですから，やっぱりもう少し2時間というのを有意義な形にして，もう少しいろんな状況に置かれている在日外国人の医療の中から，もう少し普遍的なものとか，共通しているものをみんなで捜し出すとか，あるいはそれぞれ違うところをそれぞれ違った立場から，お互いにこうしたらいいんじゃないかとアドバイスをするような，そういうような時間にしないといけないと思います。

司会　はい，どうもごもっともな意見です。

私も，実はそうしたかったんですが，ちょっとやむを得ないいろいろな事情があったようで，それはぜひ来年の学会にそういう分科会をつくっていただくように，私も個人的には組織委員会の方にお願いしておきたいと思います。

それから，もう一人だけありましたかね。どうぞ。

森山　私も内科を都内で，東京都でやりまして，いまは東大の分院の方でやっておりますけれども，都内で外国人を診たときに，外国人の患者さんを診たときの印象ですけれども，私の病院では，私が非常に英語ができるということで，患者さんが来ると大体私が主治医になってですね，外来のときにも私が呼ばれて通訳をすると，言葉の問題があると。それと治療費の問題がある。そうすると，治療の方がこういうふうになったりとか，十分にやるととても経済的に解決しないといけないとか，どうかすると100万円近くかかってしまうと。そういう面で非常の申し訳ないという思いをしながら治療をしていたという状況があります。

土地柄，私の病院は新宿区にあったものですから，やっぱりフィリピンの方なんか来られるんです。よく来るのは錯乱状態になって飛び込んでするのが2，3件あります。そういう面ではやっぱり医療だけでなくって，そういう社会的な問題も含めて考えていかなければいけないと思います。

司会　そうですね，今日の会を第1回の会と考えていただいて，来年以降はいろいろと，確かに今日最後にあったご意見のようにですねいわば医療とひっついて密接に関係している，日本のもろもろの事情みたいなものがあって，それに触れるとまた逆にいろいろ困難な問題に行き当たりますし，そうかといってそれに触れないで問題を済ますこともできないということも明らかですし，私は実は，今回のイブニング・セッションでそういう問題を提起したということぐらいの意味を考えておりまして，ぜひ来年以降のですねそういう会にもう少しテーマを絞りながらそういう論じる会をですね，してぜひ続けていきたい。あるいは私の方からお願いしたいということを考えております。

ともかく第1回目は，いわば国外での日本人の医療の問題，協力の問題ということと同時に，いわば国内に目を向ける必要もあるんではないかということを提起したというぐらいの意味にとらえていただければ，次のステップにい

けるのではないかというふうに私も期待をしておりますので，ぜひ皆さんの意見をまたいろんなところに出していきたいと思います。

残念ながら時間が少し過ぎましたので，またいろんな場所でこういう討論をぜひ深めていただきたいとお願いいたしたいと思うんです。

それでは，今日はどうも。スピーカーの方，先生どうもありがとうございました。

Thank You, Very much.　　（拍手）

漢方を科学する ツムラ

浮腫に

吐き気、食欲不振、のどのかわき、排尿が少ないなどの場合



114

ツムラ柴苓湯（サイレイトウ）

エキス顆粒（医療用）　健保適用

●すぐれた利尿作用が認められています。[1)]
●妊娠中毒症などに伴う浮腫の改善にすぐれた臨床効果が報告されています。[2)]

〔文献〕1）原中瑠璃子：Proc. Symp. WAKAN-YAKU, 105(1981)
2）木島郁子：第72回日産婦関東連合地方部会総会(1986)

■効能・効果

吐き気、食欲不振、のどのかわき、排尿が少ないなどの次の諸症：
水瀉性下痢、急性胃腸炎、暑気あたり、むくみ

■用法・用量

通常、成人1日9.0gを2～3回に分割し、食前又は食間に経口投与する。
なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

■使用上の注意

(1)一般的注意
1）本剤を服用後、症状の改善が認められない場合は、他の医療用漢方製剤を考慮すること。
2）甘草を含有する漢方製剤を長期間投与する場合は、血清カリウム値や血圧の測定などを十分に行い、異常が認められたときは投与を中止すること。
3）複数の漢方製剤を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。
（特に甘草を含有する漢方製剤の併用には、より注意を必要とする。）

(2)副作用
1）電解質代謝：長期連用により低カリウム血症、血圧上昇、ナトリウム・体液の貯留、浮腫、体重の増加等の偽アルドステロン症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。
また、低カリウム血症の結果としてミオパチーがあらわれるおそれがある。
2）過敏症：発疹、瘙痒等の過敏症状があらわれることがある。
（以上、「使用上の注意」全文記載）

＊組成、取扱い上の注意等は添付文書をご覧下さい。

株式会社ツムラ　●本社・医薬事業部：〒102 東京都千代田区二番町12番地7 ☎03(221)0001(代)

第5分科会

NGOとGO

オーガナイザー・司会
佐藤喜一（金沢医科大学教授）
Eddie Dorotan (Irosin Sorsogon, Philippines)

司会　只今から本学会のイブニングセッション，第5分科会を始めます。本分科会では，「NGOとGO」というテーマについて話を進めたいと思います。初めに本日の発言者をご紹介致します。私の隣の先生はDr. Dorotanです。フィリピンから参加して頂きました。Dorotan先生のお隣の方は，通訳を担当して頂く谷さんです。次の先生は梅村典裕先生です。東京都清瀬市にあります結核予防会研究所の研修部長としてご活躍の方です。

初めに，本日のテーマをご理解して頂くために「NGOとGO」の大凡の内容について，簡単にご説明したいと存じます。その後にDorotan先生と梅村先生に，これまでの活動を紹介して頂きます。最後にご出席者の皆様と質疑応答や討論を行いたいと思います。スライドをお願いします。

既にご存じの事と思いますが，NGOは非政府間機構に基づく国際協力と言うものです。換言しますと，私的な協力機構とも言えます。これに対してGOというものは公的なもので，政府間での協力機構を意味してます。それぞれに長所と短所がありますが，この点につきましては，後ほど話し合いたいと思います。

1986年7月現在の話ですが，NGOの中にも国連に登録する方法があります。それには3つに分けたグレードがあります。つまり全世界の人々に有効なものをグレード1，あるいはクラス1と呼んでいます。その数が32あります。グレード2というのは，その国のためと言われています。次はグレード3ですが，これは全く私的なものです。つまりグループ的な，あるいはプロジェクトチーム的なものを呼んでいます。これもWHOへ報告しておくやり方です。以上で説明は終わりますが，これからは，いわゆるNGOあるいはGOでご活躍なさった先生のお話を伺いたいと思います。

最初に，Eddie Dorotan先生にお願いします。先生はフィリピンからご参加頂きました。リスカの国際コーディネーターという資格でございます。NGOとプライマリー・ヘルス・ケアで活躍しています。今日第7分科会のオーガナイザーをなさっています小池達也先生と非常に親しい先生です。また本日ここに出席して頂いている川上先生とも古くからのご交友と伺っています。Dorotan先生の後にお話し下さるのが梅村先生ですが，現在も開発途上国から研修生を呼んで教育されておられます。先生は非常に長い間，タイ，ビルマ，ネパールの結核対策で活躍されまして，そのご活躍で高名な先生です。私は先生のご活躍に感激しまして，本日この席にご出席をお願いしました。それではDorotan先生のお話を拝聴しましょう。

Dorotan　皆様，こんばんわ。私は今回神戸で開かれました第3回日本国際保健医療学会総会に招待していただきまして，大変光栄に思っております。

特に私がお礼を申し上げたい方々は，この会議をオーガナイズされております先生方でありまして，その中でも掘田先生，内山先生，藤岡先生，佐藤先生，小池先生，そして川上先生に特にお礼を申し上げたいと思います。

私は皆様方の事務局のほうからフィリピンの事情について，特にNGOとGOの活動，その中

でも特に保健活動，あるいは保健医療に関しての協力関係などをお話いただきたいというふうに依頼を受けました。

本題に入る前に私共のグループを紹介させていただきたいと思います。私はNGO，つまり非政府団体での活動をいたしておりまして，その代表としてやってきているわけでありますけれども，フィリピンではこういったNGOの活動が非常に充実しておりまして，活動的であり，実績をあげておりまして，地域社会に基づいた活動がなされております。

スライドをご覧いただきたいと思うんですけれども，これからご紹介するのは，川上先生がちょうどフィリピンにいらした時に撮ってくださった写真でありまして，現状をお見せするものであります。

これは病院です。私は病院で仕事をしておりまして，地区病院と申しますか，25のベッドがあります。

これは典型的な農家でありまして，農家の家の前に家族が集まっているわけでありますけれども，地域社会に根づいたといいますと，こういうふうな状況をいうわけであります。

これは町の風景でありまして，私が仕事をしている町でありますが，人口が約3万人です。

フィリピンは大変家族が大きいことで知られておりますけれども，平均の家族の人数が6～7人でありますので，先程ご覧のようにたくさんの子供達が村にはいるわけであります。

これはパラメディックスでありまして，私共が訓練をいたしましたコミュニティー・ヘルス・ワーカーでありまして，先程器具などを持っている写真が写っていたと思いますけれども，こういった人達の手によって，コミュニティーでのヘルス・ケアがなされるわけであります。そして寄生虫の問題，栄養不良の問題などが，やはりあるわけであります。

これはフィリピンとそのほかの国々とを医師の数，あるいはベッド数の人口比で比較したものであります。

これがマニラにありますWHOのオフィスでありまして，事務総長になられました中嶋先生などがおいでになるところです。

フィリピンにおきましてのNGOとGOとの協力関係に関して，その概要とその定義づけをしていきたいと思います。フィリピンにおけるNGOとGOとの協力体制でありますけれども，これは3つの面から考えられると思います。その3つのうちの1つは協力のレベルによって分けられるということです。2つ目の面といいますと，それは協力でき得るエリアですね，どういった分野での協力が行われるかということです。3番目の側面といたしましては，どのような段階の協力体制かということであります。

この第1の側面，レベルでの協力体制でありますけれども，その中にも3つの要因があると思います。そのうちの1つは政府と非政府団体との協力関係でありますけれども，これはホスト国となる，つまり途上国の中での政府と，それから非政府団体との協力関係です。その一例といたしまして，たとえばフィリピンの厚生省とそれからNGOの代表としてリカス，この2つの協力があるとすれば，このたぐいの協力関係になるわけです。

2番目の協力関係といたしまして，先進国の国内での政府と非政府団体の間で起こる協力関係です。たとえばその例をあげますと，日本の国の場合ですとJICAが政府機関とします。JICAとたとえば日本国際保健医療学会，あるいはAHIとの間での協力関係があると，この2番目の種類の協力関係ということになります。

そして3番目の協力関係というのは，この二国間での協力関係であります。ですから日本とフィリピンの間で協力関係が起こると，これが3番目の種類の協力関係となるわけです。この3番目の種類の中でも政府間だけ，つまりJICAとフィリピンの厚生省との間で協力関係があると，これは政府間同士の協力関係になりますし，また発展途上国のNGOに対して先進諸国の政府からの協力があるということも考え

られるわけで，それはたとえばカナダ政府の政府機関とそれからフィリピンのNGOとの間での協力があれば，それはいま申し上げた関係になるわけです。

そしてフィリピンの場合，ほかから協力を受ける場合にはGOからくるよりは，NGO同士の協力関係というものがほとんどでありまして，たとえばドイツのNGOからリカスのほうに協力関係があるとか，そういうようにNGO同士の協力が主であります。

いま申し上げましたように，レベルの中でも3種類の関係があります。そして2番目の協力の分野によって分けるという側面でありますけれども，これも3点に分けられると思います。これはたとえば政府とNGOとの間での関係でありますけれども，ヘルス・サービスをやるとか，それからプライマリー・ヘルス・ケアをやる，それが二次的なヘルス・ケアでも，三次的なヘルス・ケアであっても，それをデリバリーする，あるいはそれを実施するというところなどでの協力体制があるわけであります。それに関して別にプライマリー・ヘルス・ケアだけでなくても，たとえばトレーニングであるとか，そのほかの協力体制も考えられるわけであります。

それから3番目の協力の段階別という側面からみる場合ですけれども，ここでのGOとNGOとの関係というのも，やはり3つの段階に分けられると思います。まず第1に政策を決定するといった場合の協力関係。それから第2番目にはヘルス・プログラムなどを実施するような段階での協力関係。それから何らかのプログラムがあった際に，そのプログラムをモニタリングして評価するといったような際の協力関係が考えられます。

いま申し上げましたのが，大体の概要でありまして，この概要に基づいてそれぞれ具体的に私共が，どういう経験をしているかということをお話していきたいと思いますけれども，まず最初はGOのほうですね，厚生省といったところでの協力などをお話したいと思います。

アキノ政権になりましてから，このアキノ政権というのは人民の手によってつくられた政権というふうにも考えられておりまして，その中で正式にいろいろなものが決定される際には，NGOからのいろいろなサポートがあるわけでありまして，NGOがイニシアティブをとって決定していくような点もあります。そして最近ではフィリピンの厚生省のほうがNGOの協力を多く取り入れるようになっておりまして，たとえばフィリピン人すべての健康のためにというプログラムの実施などにNGOの協力を多く取り入れております。そしてこういったようにDOHとNGOとの関係が，あるいはその協力体制が非常に緊密になってきておりまして，たとえばDOHの再編成の際にNGOからの協力が多く取り入れられておりますし，またカウンシルのコーディネーションに関してもNGOからの協力がございました。そしてこの協力のレベルでありますけれども，国家レベル，それから地方レベル，そして地区レベルと，その3つのレベルに分かれていろいろな協力がなされております。また政策を決定する際にもNGOからのいろいろなサポートが提出されておりますし，たとえば実際いろいろなプログラムを実施する際，ワクチン接種などに関して，またプライマリー・ヘルス・ケアなどの実施に対してNGOの協力がなされております。

DOH，つまり厚生省といいましても，やはりこの機関にも長所と欠点があると思います。たとえば厚生省の実施する，あるいは厚生省のなすことであれば，官僚的になりやすいですし，あるいは上から下へ，トップ・ダウンというような欠点もあるかと思いますけれども，それと同時に利点もあるわけであります。たとえば国家レベルでいろいろなものが実施されるわけですから，そのもののもつ，あるいはその行動力のもつインパクトというのは非常に強いわけでありますし，また国家の機関であるということで，国家の財政によって支えられているという

ところも利点ではあります。

では話をNGOの方に移したいと思いますけれども，過去一年間振り返りまして，フィリピンでのNGOのトレンドといいますと，非常にたくさんの新しいNGOが形成されてきているということがいえると思います。これは外国側からの財政，あるいは基金などが入ってきまして，そしてNGO同士での関係ですね，政府からの協力ではなくて，外国からのNGOに支えられてNGOが形成されるというような状況が出てきております。

フィリピンではNGOの分類といたしまして，いろいろな分類の仕方がありますけれども，その一つのやり方といたしまして，そのサイズで分類をしております。小さい，スモールといいますと，そのスタッフが10人以下のもの。そしてミディアム，中程度のサイズのものであれば，それは30人以下のもの。またビッグサイズ，つまりここはビンゴというふうに呼んでおりますけれども，大きいものとなれば30人以上のもので，30人以上のメンバーがおれば，これは大きいNGOというふうに呼んでおります。

そのほかの分類の仕方といたしまして，どういうような戦略志向をもっているかということで分けられます。まず一つの分類といたしまして，福祉のみをやるということ。つまり何かを提供するだけのもの，たとえば薬を提供したり，食糧を提供したりするような，それのみのNGOですが，これは非常に一時的な，暫定的なものといえると思います。

それから第二世代のNGOといたしまして，これは独自で存在でき得るような，あるいは独自に信頼でき得るような目的をもつもの，たとえば保健などを実施していくような種類のNGOがこのカテゴリーに入ります。

それから第三世代のNGOといたしまして，戦略的にいろいろなものを展開することができて，そして自分自身でその構造を維持していく，あるいはその構造を改善していくことができるような，そういった構造をもったNGOを第三世代のNGOと呼べると思います。たとえば保健機構，あるいは保健医療に関してのNGOでありましたら，保健医療の確固たるシステム，あるいは構造をもったものであって，マクロ的にアプローチができていくようなものを第三世代のものといいまして，そしてさらに高度な，あるいは上層の政策へと移行していくようなものをいいます。

それから第3番目の分類方法といたしまして，NGOがどうもアキノ政権をみているかという，その態度によって分類することもできます。その一つの種類といたしまして，アキノ政権が人民のレジュウムであるというふうな見方をしている。つまりすべてアキノ政権に対して肯定的であって，アキノ政権の延長線に乗っかっているようなNGOも存在するわけでありまして，政府のいうことであれば，それは肯定をするというようなものをいいます。

それから第2番目の分類といたしましては，アキノ政権に対して敵対視をしている。つまりアキノ政権のなすことに対して，反対をしていかなければならないというような態度をとっているNGOがこの種類です。

それからこれの第3番目の種類といたしましては，アキノ政権に対して非常に批判的であり，なおかつ協力をもっていく。つまりどういうことをいっているかといいますと，NGOとして自治権は自分自身でもっている。政府からは全く完全に独立をしていながら，政府に関して悪い点は悪い，またよい点に関してはサポートをしていくというような態度をとっているNGOです。

ではNGOと政府との関係をみてみますと，NGOにとりましても欠点，長所というのはあるわけであります。通常NGOというのは非常に小さな団体でありますので，小さいがゆえに欠点があり，また長所があるわけでありまして，その欠点としては小さいがために及ぼす影響も小さい。また財政的にも不安定であるということがいえます。また小さいがゆえに長所も

あるわけでありまして，その長所といえば柔軟性があるということ。そして柔軟性があるといえば，創造性を生み出すことができるわけであります。ですからパイロット・テストを行うこともできますし，また下から上へのいろいろな提案ができる。つまりいろいろな人の参加を求められるわけで，たとえば保健医療であってもコミュニティーの参加を求めながらできるということが一つの長所でありまして，いわゆる草の根的な活動ができるわけであります。フィリピンのNGOは非常に能力も高くもっておりまして，移動もしやすいですし，非常にモーティベイトも強くもっております。

フィリピンでは厚生省，つまり政府団体，GOとか，それからリカスのようなNGO，このリカスとDOHの関係は非常に強いものでありまして，この協力関係というのは先程説明しました中の独立を保ちながら協力関係をもっていくというような関係にあるわけでありまして，その協力関係の分野といたしまして，政策の作成に対して協力をするということ，それからヘルス・サービスを提供するというところでNGOが加わってきております。たとえば政府のほうから薬などが提供されます。たとえばEPIに関してもそうですけれども，薬が提供されて，その薬を受け取ってリカスのほうが患者を見つけて，モニタリングして治療を行っていく。つまりこういったヘルス・サービスの提供に対してNGOが協力をしているわけで，TBCですか，ワクチン接種などに関しても同じような関係で協力をしております。それからまたコミュニティーであるとか，あるいは村においてリカスのほうが，そこの中でのワーカー，スタッフなどを教育いたしております。そしてこういったスタッフというのは，DOHの延長線上にあるようなスタッフとなるわけであります。

このように過去いろいろな協力体制を厚生省などと経験してきているわけでありますけれども，その中で私共が非常に重要だと思いますのは，こういった独立した態勢を保ちながら協力関係をもっていくということであります。たとえばヘルス・ケアに関しましても，お互い独自では問題を解決することはできません。ですから政府の厚生省だけでも問題を解決することはできませんので，お互いの協力関係が必要であります。お互いの経験を分かちあっていかなければ，そしてパートナーとしてヘルス・ケアの実施をしていかなければならないという点はあげられますけれども，それと同時にNGOにとっては，こういった協力体制を結ぶことによって危険もあるわけであります。どういう危険かといいますと，政府のある一つのエージェンシーと協力関係を結ぶことによって，NGOが政府の延長であるとみなされますと，今度は政府からの圧力で自治権を失うという可能性も出てまいります。

最後のコメントでありますけれども，現状をみますと政府間同士の協力関係は非常にたくさんあります。たとえば日本のJICAとフィリピンの厚生省との関係というのもあるわけであります。またNGOとGOの関係というのもございます。ただ，これは日本の場合にはほとんどありません。NGO間の協力といえば，ドイツ，それからアメリカ，カナダ，オランダと協力関係を結んでおります。そして今後望むことは，日本のODAが今後ふえるということでありますから，そうなれば日本のODAというのは一番になるわけであります。ですからその中でJICAのほうから，日本のNGOに対して基金を落として，日本のNGOとフィリピンのNGOとの協力関係を結ぶ。そしてフィリピンのNGOからコミュニティーへと提供を行っていくというような協力関係も新たにやっていくべきじゃないかと考えます。

もう一言コメントを申し上げますと，NGO間の協力関係を結んでいくためには，出資をしていく，あるいは寄付を行っていく側，ドナー側の先進諸国側の政府と，それからNGO間の協力関係をさらに改善しなければならない。そして同時に先進諸国の政府とそれから途上国の

政府関係での協力関係もさらに昂進しながら，途上国の中ではGOとNGOとの協力関係を維持していく。そして最終的には先進諸国の政府と，それから途上国のNGOとの間でも協力関係が結べないかどうかということを検討していきたいと考えております。

司会　どうもありがとうございました。

ただいまフィリピンのGO，NGO，その関係を詳細に報告していただきました。実は私がオーガナイザーを引き受けるときにもう少し具体的なフィールド・ワーク的なことをリクエストしておったんですが，少しむずかしい話になったような感じがいたします。

続きまして，梅村先生のお話を聞きまして，梅村先生はいままでの経験談を話されると思います。そのあとディスカッションに入りたいと思います。

梅村先生，お願いいたします。

梅村　ご紹介いただきました梅村でございます。最初のときの過分なご紹介で私は大変いたみいっているんですけれども，実は今日はGOとNGOというようなことをお話するわけですが，私は現在結核予防会という日本のNGOに所属をしておるわけです。

ご存じかもしれませんけれども，私共の結核予防会は昭和14年（1939年）にできまして，国の補助もございますけれども，結核をなくすためのNGOの一つとしてやってまいりました。そういった歴史的なこともございますけれども，いまや日本の国内の結核がある程度かたづいたというようなこともございまして，もちろんまだ終わったわけではありません。重大な問題もありますけれども，従来に比べれば比較的軽くなったということと，それから世界的な要請もありまして，私共NGOの中でGOの一部分を受け持って，GOからの委託を受けて国内では研修生をただいまも24名もっておりますし，つい最近10名のが終わったところですが，年間3回組織しております。そういったトレーニングをしたり，あるいは現在GOとしてJICAを通して2つの結核のプロジェクトが北イエメンと，それからネパールで行われております。それに人を出す協力機関というような形でお世話をさしていただいているというわけです。

ただ私は予防会，NGOの一人ではありますけれども，本日お招きいただきましたのは，私が昭和44年にタイへ3週間ほど，これは非常に短かったんですが，ポリオでまいりました。それから昭和54年から60年までネパール西部地域公衆衛生対策というのが，これが臨床検査の強化，それからレントゲンの診断のレベル・アップ，それと結核対策と，こういう対策を柱としておりましたプロジェクトへ6年ほど行っておりましたので，その経験を皆さんにご披露させていただくということで出てまいりました。

かたい話を特にするほどの力はありませんけれども，いまフィリピンの先生からお話がありましたように，GO，NGOともにそれぞれの利点，あるいは欠点をもっているわけです。一つはやはりGOというのは，いまお聞きのとおり政府ですから，お金があるとか，力が強いというようなことはあります。ただ日本のGOは，特に医療協力だけではありませんが，技術の移転，テクノロジー・トランスファーということのために人を出すということでやっておられると，私は理解して行ってまいりました。

それから言い遅れましたけれども，昨年まで3カ月ほどビルマへ結核対策で行っていたというようなことで，GOの援助の中で私はJICAの専門家というのは大変あれですけれども，専門家として3度ほど参加して6年半ぐらいやっていたわけです。

話を戻しますけれども，先程の話にありましたように，GO，NGOの関係は向こうの場合と全く同様ですけれども，技術移転ということの本来の目的に何かといえば，やはりその国に住んでいる人の福祉なり，あるいは医療なりの向上によって，そこの人達が幸せがあるべきなんです。ところがGOの側からいいますと，大きな建物をつくるというようなことも含めて，中

央から大きな力で技術を移転することによって，そこの国の人達がみずからの力で自分の国民のために何かできるようにするということのように，私は理解しております。それは個人的にそう受け取っているんであって，また私がそうあるべきだといっているわけではございません。ちょうどWHOのドキュメントに，「いまいっていることは私個人のことであって，WHOの意見ではない」と断ってあるのと同様であります。いずれにしても，そういうたてまえでまいりますけれども，こと少なくとも医療協力でまいりますと，目の前の患者が治らなくて，いずれはこの人達が救うであろうということでは，私共やはりヒューマニティーが許さないこともあるわけです。そういったジレンマの中で私共は仕事をしてまいりましたけれども，とにかくプリンシプルが技術移転であるということが，一つ現実には大きな問題になっているかと思います。そういった点では，NGOの方々がより身近なところへいらして，直接的な影響を与えながら，たとえ小さい範囲であってもそれが大きな力になっていくというのとは随分違うという気がいたします。ただ今日のシンポジュウムで宮崎先生がおっしゃったように，つくったものは別に特定の人のためではないので，使いようによっては使えるということもあろうかと思います。

どうしても日本のやっております協力は，医療協力に限らず，向こうからの要請のあったものでできるものを出すということで，こちらが調べて，これが必要だからということで選んでいるわけではありません。近い将来，ある程度変えられるとは伺っておりますけれども，向こうの要請に基づいてということになりますと，草の根レベルの要求がディプロマティック・チャンネルを通じて持ち上がってくるという可能性は非常に少なくて，政治的な力のある人，あるいは高級官僚の意見が反映される恐れは十分あると思います。それが明らかな証拠には，途上国においては年間300万以上の結核死亡があるにもかかわらず，結核のプロジェクトというのは現在2つしか要請がないということでも明らかであるわけです。

こんなことが前置きでして，私共がやっておりましたネパール西部地域公衆衛生対策というのは，昭和49年から60年まで11年間ございました。但し，実際には最初はアグリメントができただけで2年ほど行っておりませんので，実数9年ほどになるわけです。そのうち私が6年やっておったというようなことで，その実情をご覧いただきたいと思います。

スライドをお願いします。

これは私共がやっていた数で，6年間といいましても実際にお世話できた方は410例でございます。帰ってきてから，その後私共がフォロー・アップができないことになって，410例のままになっておりますけれども，1980年の7月から始めまして，ご覧のように最初は非常に数が少ないんです。それがいわゆる口コミというようなことで，あすこに行けば診てくれるというようなことで，あとで絵もまたご覧にいれますけれども，たくさんの人がくるようになって，これだけの人をお世話したわけです。

410名のうちで，99がちょっと数字が出ておりません。そのうち94名はこの時点で，6カ月という短期療法でしたけれども，まだ治療が終わってなかったというようなことです。

これは除外例ですが，そのほか3ということで，よそへ行ったとか，治療が違っていた，あるいは診断が違っていたというのが1例ずつです。

実は途上国というのはどこへ行ってもちゃんとした統計がありませんので，相対的罹患率を絵にしてみたんです。なぜこれを出したかというと，ネパールは岩村先生以来いい仕事がたくさんありまして，結核が目下進行形であるというふうな考え方がありますけれども，どうもこれをみますと男に多い。それから比較的高齢者に多い。こういうようなことがございますので，地域，コーポレーション・ベーストでみる

とどうもかなり進入が進んでいるんではないか。これは次の仕事を進めるために非常に重要なことだと思っています。

それから私共がやりましたのは，日本ではもうあたりまえになっております，リハンピシンを使った処方で，6カ月の治療です。

ドロップ・アウトしたケースですが，初めて治療を受けた181例と，前に治療歴のある130例をこうやってご覧いただきますと，初めての治療の中で死亡が10例あります。こちらは1例しかありません。しかも1カ月目，2カ月目で，私共の手が遅かった。要するに来るのが遅かったというもの。あとは5例の脱落，それからこちらで3例ですけれども，この脱落が少なかったのが非常に特徴的なことになります。

私共幸いにして無償で大きなといっても先程の話の何百億とは違いまして，12のヘルス・ポストと検査の施設をつくりまして，4億ですけれども，しかし4億の大金を投じてやりましたので，こういう成績を合わせて出すことができました。要するに6カ月の治療でほとんど全部，前に失敗した例も含めて，ほとんど全部治っているということです。しかも先程ご覧にいれましたように，10例，3例，あるいは5例というような脱落・死亡がありますけれども，ほとんど治療を完了した90%についていえば，ほとんど100%治療がフレバラブな結果が得られております。これは従来行われていますといっても，その後ネパールが出した公式な83年，84年の272例の患者で12カ月の治療をやっておりますけれども，治療完了が12%です。しかもこれのレジメでは，おそらくよくて80%，普通でしたら60%ですから，たかだか最初のペースからいえば10%ぐらいしか治してないということです。

こういうようなことですが，現実を少し絵を見ていただこうというわけです。これは普通のありきたりのネパールの私共が働いておりましたポカラでの患者を見にいくときの光景です。ここに小さいのは馬ですが，これは別に私共が使っているんじゃありません。昔でしたらチベットへ塩が下り，但し山から塩が出たんですが，米が入る道です。非常にこれはいい道ですけれども，これが私共が働いていたところです。

これは12月ぐらいで非常に寒そうにしております。ただ私共がまいりますと，ここでプラス5度を切ることはございません。みんなこんなふうに寒そうな格好をしておりますのは，私にはよくわかっておりませんけれども，一つには栄養の摂取量の関係だろうと思います。ここにいるのは1～2の人は別ですが，大体患者さんです。これは職員です。

これから少し日本人と一緒になります。これは私共と一緒にまいりました保健婦，いわゆるジャイカ・エキスパートといわれるJICAの派遣した専門家です。この人は何度も出てまいりますが，日本に研修にきたことのある人で，先程もどこかのセッションで出ていたと思いますが，高等学校も出ておりません。英語は少ししゃべれます。しかしもちろん書けません。でも医者が結核をやっておるとはいえ，私が最初に行った頃ですと，約400人の医者がネパールにおります。人口は1,600万ぐらいです。ただいまは900人ぐらいに増えておりますけれども，しかし現実はこういうヘルス・アシスタントという人がやっているわけです。私共はガバメンタルな組織で行っておりますし，一緒に働くのもガバメントの職員です。従ってガバメンタル・スタッフですので，無資格の治療というようなことが次の問題になってまいります。しかし決してこういうところへ医者が来るということはありません。

治療の成績がよかった一つの理由は，飲みやすい薬を短い期間でやったということです。それからこれは先程と違って青年協力隊で行っていた保健婦さんです。私共と一緒になってヘルス・ポストへ行って患者の指導をしているところです。実は紙芝居をつくってここで紙芝居をやっています。

それからこれはまた別な保健婦さんです。最

初ボランティアで行って3年でしょうか。それからあと私共のチームで専門家として働いてくれた人です。結核の家族の指導をしているところです。

これは同じ保健婦さんですが，これがヘルス・ポストといわれます。日本でいったら無床診療所というべきでしょうけれども，その前庭です。こういう牛だとか，水牛のほうがたくさんいるようなところです。この人は字が読めます。この2人は患者です。

先程にまた戻るわけです。ネパールでは白地に赤と書けば，これは政府のものだということで，車でも何でも白地に赤というのは日の丸ではなくて，ガバメンタルなものだということです。こういうような格好で指導をしているわけです。

私共がやっていただけではあとに残りませんので，これは中学校を出ただけの人ですけれども，この場合は日本からもっていった薬ですが，薬を包むことを覚えてもらって，包んでもらっているわけです。

これからネパールのスタッフが主として出ます。ご覧のように，この一袋が1日分です。ですから1週間7つ袋をつけて，それでチュラというのをここにつけてあるんです。これは女性の腕輪でして，非常に私共からいえば安いんですが，プラスチックだとか，金属だとか，あるいはガラスですが，腕につけております。薬を1週間分渡します。私共は普通はやってはならんといわれておりますけれども，しかし患者が自分で飲んでくるということにしてあります。というのは，あの山道を越えてこいということは非常に残酷で，それが治療を妨げる一つの大きな理由です。従ってこういうものをつけて，1週間分をつくって渡します。

これはいま飲み方を説明しているところです。あの袋を破って，中の薬を出して，こうやって飲みなさいという説明をしているのを，この人が聞いているわけです。

これは水で飲むわけですが，こういうチュラをつけた袋があって，薬を中から出して，一つずつ飲めというのを本当に手をとり足をとって教えるわけです。それから次第にこういう人達が覚えて，次の患者に教えてくれるようになります。

これはそういったことをやっている部屋の中で，これがヘルス・ポスト・イン・チャージといわれて，大学2年半出ております。そのまま訳せば，日本でいえば医介補ということになりましょうか，医療行為が許された大学を出た人です。こういった人達がヘルス・ポスト・イン・チャージとして，ちょうど数でいいますと日本と同じぐらいになりますが，850ほどあるヘルス・ポストで働いて，この人達がやってくれることになるわけです。こういう人達だとか，あるいは私共が初めはあの袋に毎日，今日は1日であるとか，2日であるとか日にちを書いて渡していたんですが，患者が全然読みません。それでそのうち書くのをやめたんですが，それぐらい文盲の率が高いというところです。それからこういうところへは決して医者が行って診るということはないわけです。従ってそういうところへ外国から医者が来て診ていたということが，治療を続けさせるに非常にいい影響を与えたんではないかと思います。

これはここに先程の袋をご覧になれるかと思いますが，やはり人間薬を飲むのを忘れるのは世の常です。私共の治療は6カ月ですけれども，6カ月の間に症状がとれて，そのあと薬を飲めといって，それが飲めるというのは，そのほうが異常だと私は思います。痛いときだとか，熱があるとか，苦しいときに薬を飲むのは，これはあたりまえです。ところが症状のない人に，私共のでさえ6カ月，従来の途上国でWHOが推奨しております方法ですと薬の中身が違いますので，1年を要求します。それを忘れずに飲むというようなことが正常であるわけはないと私は思っています。とにかく忘れていった場合には，こうやって人を送るわけです。こういったような仕事をするときに，もし先程

来，話が出ておりましたネパールのNGOと組めたら，非常にこれはうまくいくと思うんです。そういったことはその国，その国の発展の状況によって随分違うわけですので，私共は幸いにしてああやって薬をもたしたのは非常に少ないので，やれたといえばやれたのかもしれません。

これはネパールの山奥，チベットよりで，どなたかおいでになった方があるかもしれませんが，ローラギリという山と，それからアンナプルナの間にあるムスタンです。チベットの隣になります。乾燥地帯です。これが病院で15床病院です。これは別に患者ではありません。

これは先程のヘルス・ポストですが，こういう施設，あるいは先程の15床病院。15床病院になりますと，本来は3名医者がいることになっておりますけれども，先程の病院は2年間誰も医者はいませんでした。ただ，若いドクターが行かれて，それで結核をやるというんで，私も生命がけで，飛行機で月に一度ぐらい行っていたわけですが，こういう施設でやっているわけです。今回は写真を用意しておりませんけれども，日本がこれに類するもののヘルス・ポストを12つくり，それから検査の施設をつくって，それが79年頃ですけれども，約4億かかったと思います。それを動かすために我々が行っているわけですけれども，実際はマン・パワーにならざるを得ないわけです。というのは医療行為というのは待てないんですね。患者が目の前で苦痛を訴え，あるいは結核で死にそうなのを，この人を通じて教えるからといっているわけにはまいらない。それから発展の段階にもよりますけれども，医学教育がされてない人が働くとすれば，まずその人を教育するというようなことで，現場で教えながら，少し古い日本の言葉でいえば，ある意味では「門前の小僧」やってください。我々がやっているのを見て覚えてくださいということになるわけです。

これはまた話がすっかり変わりまして，ビルマでございます。ビルマはネパールに比べますと，はるかに教育程度が高いんです。75%ぐらい字が読めます。これはうちの検査の課長が結核菌の培養のための技術を教えているわけです。

同じように，これは日本ではよく見られる光景ですが，間接撮影を見ているわけです。ただ日本と違いまして，間接撮影を外来患者のスクリーニングに使って，先程の検査へ回す。結核菌が出ないのは結核としては扱わないということです。これはみんなマンダレーというところの結核センターの所長で，あと若い先生方が後にも立っていますけれども読影をして，この患者はどうしたらいいだろうという症例検討をしているところです。

これは別なシリアムというところでの検査室です。これなんか外国の援助のものもありますし，買ったものもあります。

これは去年の2月の終わり頃，世界で一番大きな寝釈迦のあるペグーというところですが，そこでの治療でストレプトマイシンの注射をやっているところです。これは山と違いまして，週に2回の外来治療に通ってくることが可能です。ビルマではそういう条件があります。もちろんビルマでも山の中もあります。

これも同じように別なところですけれども，ストレプトマイシンの注射をしております。

これがビルマのマンダレーで撮った結核の患者さんの写真です。

それからこれはうちの島尾名誉所長と，厚生省の方です。昨年の2月に日本で研修を受けた人を主として集めて，結核についてのセミナーをやっているところです。これが結核担当の局次長です。こういうようなことでリマインドしながら，その技術が落ちないような努力を我々もしているわけです。

それから最後2～3枚，これはビルマのラングーンに日本がつくりました看護学校です。

あすこにはラングーン・ジュネラル・ホスピタルというイギリス時代の古い病院があるんです。それがラングーン大学の第一医学部の附属病院になっていますが，いま彼らがジャイカ・ホスピタルといっていますが，こういった新し

い病院をJICAがつくりました。

横から撮ったところですが，こういう立派な施設もできているわけです。

というようなことで，私はGOで長い間やってまいりましたけれども，GOはGOなりに働いているものにもいろいろ感ずるところもございますし，先程から出ておりますように，向こうのGOとそれからNGO，私共でいいますとネパール結核予防会というのがありますけれども，それが都市というのか，中央の首都のカトマンズには組織がありますが，末端へ行くとないわけです。圧倒的に患者が多いのは，結核に限らず，人口の多い地方です。都市の人口は4％ぐらいですから，残りの90何％の住んでいるところは教育も行き届いてなければ，NGOもない。我々はGOでいって，向こうのガバメントのスタッフと一緒に働いてやる。それぞれの国の発展の段階によって，こういったことはGO，NGOだけの問題じゃなくて，そのレシピエント・カントリーの発展の状況に応じてというようなことが非常に重要になってくるんではないかという気がいたします。とにかく医療協力というような場合は，最終的には人の生命を救うということになりますと，目の前にある患者を忘れて技術の移転であるということは，とても行っている私共はそういうゆとりはございません。かといって，それをしなければ「百年河清を待つ」ということになるので，その悩みはございますけれども，ご覧のようにかなりいい成績が得られるものであるということも確かだと思います。以上です。

司会　どうもありがとうございました。

今日のお二人の発表についてご質問ありませんか。

森　Dorotan先生にお尋ねしますけれども，ドナーの政府からNGOに直接コーポレーションするというのはあるんでしょうか。

Dorotan　ドナーのGOから開発途上国のNGOに対しての関係というのはフィリピンではみられます。たとえば例を申し上げますと，カナダ政府から大使館を通していろいろな財政援助がありまして，それがリカスに届くというようなことはその一つの例だと思います。こういったメカニズムを一つつくろうというような動きがありまして，カナダにもGOとNGOがありまして，カナダのGOからカナダのNGOに対していろいろな財政的な援助を行う。そしてカナダのNGOから，今度はフィリピンにやってきまして，フィリピンのそういったコーディネートをするところがありまして，そのコーディネートのところを経由してフィリピンのNGOに届き，フィリピンの開発援助をしていくといった，そういうようなメカニズムができあがっているようであります。そして同じような関係がオーストラリアもいま始まったところであります。オーストラリアのGOとそれからフィリピンのNGOとの協力関係というのもみられているようでありますが，現在のところは日本のGOからフィリピンのNGOに対しての協力は全くありません。

司会　今川先生，どうぞ。

今川　一つドクターにお聞きしたいんですけれども，赤十字の組織を，これをGOとご覧になっているんですか。NGOとご覧になっているんですか。

Dorotan　フィリピンでは赤十字はNGOと考えています。

司会　只今の質問なんですけれども，日本ではどういうふうに取り扱っているんですか。

今川　私は存じませんけれども。（笑い声）

森　日本でもNGOと考えているんでしょう。

今川　いまのドクターのおっしゃったことは，ドイツ語でいわしていただきますけれども，ザインとゾルゲンの関係なんですね。これはウィルとシュッドですか，シュッドとウッド。べきであるということと，そうであるということ。いわゆるべきであるということのお話だったと思うんです。そうしますと，いわゆる政治というものと政府というものは，これは無関係ではあり得ない。それとNGOの関係ですね。これで

現実の姿として，政府・政治と協力をするという関係と，それに対して反対をするという関係，これは存在する。それにその中間じゃないけれども，批判的であるが，やはりときの政府と協力するという関係。図式化すると，こういう関係の3つがあるわけですね。確かに一番望ましいのは3番目の存在なんですね。

では日本はどうであったかといいますと，NGOという国際協力なんていう実力をもったのはせいぜいやっと20年なんです。それまでは日本はレシピエンスな存在だったわけです，戦後しばらくは。ところが何か知らんけれども，これは日本の非常に幸せなことなんですけれども，政治形態が安定しておった。それで結局国民の全般的な衛生状態が非常によろしくなった。そこでNGOというものも生れてきたと思うんです。赤十字の組織は昔からありました。だけれども，これは連盟じゃなくて，ICRCで，戦争に付随していっていたわけです，はっきりいってね。

日本のそういう歴史から理解していただかなきゃだめなんで，いわゆるいまのODAの考え方というのは確かにガバメントです。日本の会計法というか仕組みが外国の方にはおわかりいただけないと思うんだけれども，政府の予算がついているわけです。それの実行機関というのがJICAなんです。ですからJICAというのは，セミ・ガバメントなんです。セミ・ガバメントというのは，ぼくは昔から勝手に使っていたんだけれども，これはオフィシャルに使われるんです。あれはセミ・ガバメントだと。

そこでいま彼がいったカナダであるとか，ドイツであるとかは歴史があるわけです。ガバメントの予算がNGOにまで出ているんです。これから日本はそれをやらなきゃいけないということで，今日のシンポジュウムで本多先生がちょっと言われましたね。そういうことにだんだんなると思いますけれども，私が一つ問題になると思うのは，ガバメントの予算をもらったNGO，それが相手政府のNGOに対して協力をするというのはよろしいんですけれども，批判をしながら協力するというNGOが存在する国は，私はかなり幸せだと思います。つまり軍事政権かなんかの強力な政府が支配している国々では，批判しながら協力するという機構も抹殺するはずです。そうした場合に，日本の予算的にガバメントからある程度財政援助をもらったNGOが，向こうのNGOに日本国の感覚でやってよいのか。レシピエントのほうのNGOはどういう存在にあるのか，この辺を考えるファクターとして，我々は考えなきゃいけないんだと思うんです。あまりNGOという言葉に幻想をもってはいけないんじゃないかという印象を私はもつんです。

いまのところそれだけです。

司会　いかがでしょうか，ただいまの今川先生のご意見ですが。

川上　さっきの梅村先生とDorotan先生のご発表は非常に形の上でも対照的というと変ですけれども，Dorotan先生はNGOの分類のような話をされて，梅村先生は現場の話をされました。それを佐藤先生はソフトな話とかたい話というふうに思われたと思うんですが，私はちょっと違った視点からそれをみたんです。

つまりDorotan先生の場合にはフィリピンのNGOがどうなっているかということを話したかった。そうするとどうしてもこういう話になる。Dorotan先生がどういうことをしていらっしゃるかというと，私も彼のところに2回ほど行ったことがありまして，合わせて4～5日しか滞在しておりませんから，詳しいことはお話できませんが，ルソン島の一番南のソルサゴン州というところがありまして，そこはちょっと行くと非常にきれいな水田地帯なんです。しかしながら非常に貧しくて，また熱帯病の蔓延地であります。一番有名なのは日本住血吸虫です。それからあとかわいい子供達がたくさんいますけれども，歩きますと，50人も子供がいればビタミンAの欠乏で目が濁ってしまっている子供に出会います。

それから私が滞在していて非常に印象的だったのは，ある日妊婦さんがきたんです。その人は帝王切開しなきゃいけない。私も産婦人科をちょっとやったことがありますけれども，フィリピンの田舎の病院で何も機械がないのに，どうやって帝王切開をしなきゃいけないと診断するかというと，要するに胎便が出てしまっているわけです。それで帝王切開をしようとしたら，麻酔薬がないんです。局所麻酔薬が。それでしょうがないから，どっかの病院に送ろうというので3時間ぐらいどっかに送っていったことがありました。

あるいは私が泊まってもう一つ印象的だったのは，ある日農民の方が運ばれてきた。その人は60歳くらいの男性だったんですけれども，家族の中でいろいろ不和があったらしくて，有機リンの農薬を飲んで運ばれてきました。3時間ぐらいかかって担いだり，車に乗っけたりして運んできたと思うんですが，病院に来たときには全然手遅れでありました。そういう状況の中で働いていらっしゃるわけです。

私達日本人の感覚からすると，こういう悲惨な状況であるということをDorotan先生に話していただければと，たぶん皆さん期待されたかと思いますし，私も実はそう思っていたんです。でも彼はあえてそうでない話をしました。なぜかというと，おそらくNGOというものに対する考え方の違いみたいなのがあるかもしれません。そのような状況の中で彼とか，彼のグループのリカスがどういうことをするかと申しますと，チームを組んで村へ出ていって栄養問題とかいろんなことを説くわけですね。教育をするわけです。と申しますのは薬がないわけですし，治療しようにもできません。だからいろいろ健康教育をやるわけですけれども，そういうのをやると，これが非常に政治的な問題に結びつかざるを得ない。というのは村へ行って，あいつは何か村の人達を政治的に煽動しているんじゃないかとか，いまアキノ政権になってだいぶ事情はよくなったかと思いますが，かつてのマルコス時代には，はっきり申しまして，彼は生命をいつ落としてもおかしくないようなふうにねらわれていた人なんです。別に彼が政治活動といっても，いわゆる共産党であるとか，何か特定の政治思想じゃなくて，先程のシンポジュウムのときに彼はちょっと長いコメントをしましたが，その中でデモクラシーのことを随分いっていたけれども，デモクラシーの回復が必要。つまりあたりまえのことをやってみんなが静かに暮せるという基本的な権利ですね。それがない。ですから保健医療活動・イコール・デモクラシーの回復みたいになってくるところがあると思うんです。そういう観点からこのNGOと政府の話をしていく中でこういう話が出てきたんではないかと思いました。

もちろん梅村先生の話も結核という病気から出発してみていった点で非常の興味深いし，日本人としては非常にわかりやすいものであったんですけれども，フィリピンで人々の健康を守る，増進するということは，イコール民主主義の回復という面，いいか，悪いかわかりませんが，どうしてもそこにいかざるを得ない。そういった点からの話の展開が先程の彼の話だったんじゃないか，私はそういうふうに理解いたしました。もし何か間違っていれば，Dorotan先生に付け加えてもらえればと思います。

司会　ほかに何かございませんか。

Dorotan　梅村先生に対してのコメントなんですけれども，先程ネパールの中でNGOが存在しないということをおっしゃっていたと思うんですけれども，NGOがネパールで存在しなければ，先生方が向こうにいらしてなさったことを，今後それを維持していくのにどうするかということが問題だと思います。もちろん先生方が永遠にそこにおられることはできません。そうなればどうすればいいかといえば，やはりそこにいる人間達に対して自分が信頼できるような人達をつくっていかなければならないというところが問題だと思います。

たとえば結核の患者などに関してなんですけ

れども，フィリピンではそういった患者の中で組織をつくってしまうわけです。そして結核患者の中で一人オフィサーを決めて，その人達に対して教育を与える。そして管理者をつくりあげていく。ですから，もしNGOがそこから離れてしまった場合にでも，あるいは政府関係の機関がなくなって存在しなくなったとしても，結核患者の中で一つの組織ができ，自分達独自で自分達の管理ができるようなことをやっていってあります。ですから地域でやった結核患者のコントロールに関しても，その結核患者を組織して，その中での自己管理というものをやってきております。

梅村　いまDorotan先生がおっしゃったことに対して，私は全く反対いたしませんし，私共もいまおっしゃったことに対して賛成をするわけなんですけれども，だからこそ，つまり持続させたいがこそ，ネパールの政府に対して私共の知識の流入，あるいは知識をネパールの人達に手渡したわけであります。ですから私共は日本人であって，ネパールの政府に対して私共の知識を提供した。もちろんコミュニティー・ベースでの参加があれば好ましいわけでありますけれども，非常にこれは難しい。なぜならばそこまでの教育を受けていないようなコミュニティーの人達に対して，こういった知識を与えていくというのは非常に難しいわけでありますから，ですからネパール政府に対して私共は知識を提供し，そしてこれ以降に関してはネパール政府の責任だと考えております。ネパール政府のほうから責任をもって，こういった知識の流入を拡げていくということで効果をあげていただきたいと考えておりますし，ここのところは内政干渉しようと思いません。私共は国に対しての協力を行ったということです。そしてそういった知識を手渡しておいて，また別のプロジェクト，あるいは結核に対してもほかの別のプロジェクトで現在進行しております。

Dorotan　リラクスレイトなんですけれども，先程ご紹介いただいたTBプログラムでは2～3％でしたね。これは1年後のことですか。

梅村　いえ，5年後のことです。

私は向こうを離れたのは85年でありまして，それまでに治療が終わっております。

司会　山本先生，何かございませんか。

山本　私はいま先生方が話しているNGOとGOというのは，そんなにクリア・カットにいかないところが多々あるではないか，それから国によってNGOとGOというのは，とてもニュアンスが違うんだということをぜひお話したいと思います。というのは，いま赤十字の問題が出ておりましたけれども，日本の赤十字とフィリピンの赤十字，あるいはヨーロッパの赤十字はとても違うんだろうと思います。そういうことを考えても，日本では日赤をNGOととらえている。ところがあんな大きなNGOというのが，ほかにあるかどうかですね。ひょっとしたら政府よりも大きい予算でやっているんじゃないか。そういうようなところでフィリピンの赤十字の問題と一緒にしちゃうと少し違うんではないか。あるいはいまフィリピンでドイツとか，カナダとかとの協力関係をおっしゃいましたが，カナダはちょっと違いますけれども，ヨーロッパ諸国はドラフトと呼んでいるものがありまして，ミリタリー・サービスは2年すれば，それで終わる。ところが社会奉仕は3年すればドラフトを免除されるというのがありまして，ご存知のとおり，若い諸君は社会奉仕のほうにどんどん出てきている。それが宗教と結びついてNGOになっている。そういうところのNGOと日本のNGOを一緒にして，ディスカッションの場にもってくるということ自体が，ちょっと無理があるんじゃないかというふうに思いますけれども，その辺について佐藤先生いかがでしょうか。

司会　その点は先生と全く同じです。確かに日本における日赤のあり方，それから，これは想像にすぎませんけれども，フィリピンの政情からみた赤十字のあり方，さらにはアフガニスタンとかイラン，イラクの中の赤十字のあり方，

それだけでも相当違っていると思います。かつて我々の先輩が経験した戦争のための日赤のあり方というのが，やはり地球上のどこかの国がやっていると思うんです。確かに赤十字はNGOだというふうに限定してディスカッションにもってきますと，いろんな種類がまじってきますので，クリア・カットにいかないという点では合意します。

ほかに何かございませんか。

西岡　GOにしろ，NGOにしろ，究極のところは相手国の自立自助というのを促すというのが，大きな目的の一つだと思うんですが，GOの場合にはあきらかに最初から技術移転という意味からいえば，相手の自立自助を促すというのが最大の課題になっているわけです。いま梅村先生がおっしゃっていましたように，ことにNGOの場合には，その技術をいろんな方に伝えていくという点では，確かに自立の一つの形として残るだろうと思うんですが，ただ逆にいえば，国のシステムとして国全体が自立自助を促していくという点については，NGOの活動というのはきわめて弱いんではなかろうかと思うんですけれども，その点についてどうなんでしょうか。

梅村　おっしゃるとおり，GOであろうと，NGOであろうと，ねらうことは同じだと思います。ただ何度も繰り返しておりますように，発展の段階がまるっきり違う場合に，GOであろうが，NGOであろうが，やはりいくところは同じじゃないかと思うんです。というのは私共はあとに残すためにというわけで，向こうの政府の人達と一緒に組んでやっているわけです。ところが現実には末梢のところへは医者も誰もこないわけですよ。しかも結核患者は何百人といる。でも知らないよというんじゃ，何のために技術移転をするかという本質論なんです。

だからそういった点ではNGOの方々は，まず結びつきというか，ふれあいのことからして我々と違うと思うんで，政府なんかがオフィシャルなデプロマティック・チャンネルを通じて，これがほしいとか，こうしてほしいといってきたのに乗ったのと，それから誰かが行ってみたとか，あるいは個人的なつながりがあって，あそこでこれが必要だというようなことで，身近なことで反映するのとは随分違うと思うんです。

それで私が最初におことわりしたように，JICA，あるいは外務省の基本方針でいえば，技術移転だといわれているわけですけれども，とてもそんなことはいっておれないのが現実なんです。それは明らかに最後のところでご覧にいれましたように，ネパールでやったことと，ビルマでやったことは違うわけです。それは発展の段階が違うわけです。片方は文盲率でいえば，私がネパール政府を信用しないというわけじゃないんですが，あすこは文盲率を10％とか，15％といっているんですけれども，私のみた患者四百何人の中で2人しか字がわからないわけです。もちろん，それは偏っていることは知っています。ところがビルマへ行くと，七十何％が字が読めるんです。文盲率と識字率がほとんど反対で同じ数字なんです。だからそこでやることは必然的に変わってくるわけです。同じ結核のことでやっていても，ネパールではやはり患者を見て，一緒に見ている間にヘルス・アシスタントが覚えるであろう。ビルマへ行けば彼らがやっているのをみて，こうしたらいいではないかとか，これをどうだというようなことになっていくわけです。だから発展の段階によって違うと思います。

ネパールなり，あるいはレシピエント・カントリーにもNGOはちゃんとあるわけですし，赤十字もあります。それから結核予防会もあります。しかしそれは末梢へ行ったときにはファンクションしてないわけです。但し，表向きは知事夫人が入っているとかなんかで全部をカバーしているといいますけれども，末端のいわゆる草の根のところで動かない限りは組織はないも同じなんです。それにというようなことは現実的ではない。だから先程今川先生がおっ

しゃったように，ゾレンなのか，ボレンなのか，ザインなのかというようなことで変わってくるんだと思います。

司会　ありがとうございました。

ほかに何かございませんか。

徳広　最近，若いドクター達と話していますと，国際協力ということに非常に関心をもっている人がおられるように思うんですけれども，そのときにNGOの団体で働くか，GOのほうを目指すか，そういう選択をする意味で，個人的なことですけれども，今日のお話を参考にさせていただこうと思って，出席させていただいているんですけれども，いまお話を聞いていますと，あまりNGOとGOということで分けてしまわずに，実際どのように活動されているかということで選んでいけばいいのかなというふうに思いました。

Dorotan　いまの女性の方の意見に対して私のほうから意見を申し上げれば，現在フィリピンではNGOのコミュニティーで，皆さん方に一度やってみないかと，つまりメディカルなバックグラウンドをもっている方であっても，もってない方であっても，ボランティアとして活動を共にしないかという勧誘活動をしております。現在，実際にアメリカからボランティアがきておりますし，またオーストラリアからもきております。またここにおいでの川上先生も私共と一緒に活動をしてくださったことがありまして，医学部卒業直後においでいただきまして，活動を共にしていただいたわけでありますけれども，そういったNGOの中で働くということは，先進国の方々にとってはいいチャンスではないかと思うわけです。つまり先進国の方々が実際に我々の生活はどういうものかということを，草の根のレベルで見ていただくということには一番いいチャンスではないかと思います。

もちろん活動のスケールといえば，小さいスケールですけれども，フィリピンのような状況のもとでいえば，実際にフィリピンの人間を理解するということに興味があるのであれば，やはり一番いいアプローチの仕方はNGOを通しての活動に参加されることではないかと思います。

最後のコメントでありますけれども，NGOとしてはNGOの仕事，あるいはNGOの存在というのは政府機関には決してなり得ない。つまりNGOがやっている仕事というのは，NGOでしかできないものであって，政府がやっている作業の中でいろいろなカバーしきれないギャップが出てくると思うんですね。そのギャップの穴埋めをやっているのがNGOである。つまりその橋わたしをやっているのがNGOの活動であるというふうに思います。

森　主として話してきたのは，受け手側がNGOであるか，そうでないかというニュアンスで話が進んできたと思うんですね。あなたがいわれたのは，これから若い人が日本から出ていって働く場合にNGOであるかどうかというのは，その前に自分はNGOとして出ていくか，JICAのエキスパートとして出ていくかという決定段階があるわけで，その辺，具体的な話は随分違うと思うんです。だから日本のNGOの話は残念ながらほとんど話が出てないんですが，ここの場にはそういうディスカッションが本当はほしかったなというふうに思いますけれども，Dorotan先生がそうだから受け手のほうに偏りましたけど，そこら辺またディスカッションの余地があったと思うんです。

それからコマーシャルを私も言わしていただきますと，私も結核予防会でNGOですけれども，NGOが外国のNGOに直接政府のひもつきじゃないお金を援助したというのは，結核予防会がバングラディッシュの結核予防会に対して，わずかな金額ですけれども，やったことがある。それから結核予防会が国際的なNGOの組織にお金を提出しているという事例もあることはある。日本では非常に例外的で，貧しい額のものですけれども，あることはあるんです。これからどんどん増やしていかなければいけないと思いますけれども。

西岡　我々が専門家として出るときに，GOの職員として出るか，NGOの職員として出るかというのは，現実的には大変難しい問題だと思うんです。今日，宮崎先生がいいお話をされました。それから岩村先生が長くネパールにいらっしゃる。ああいう話は我々としては非常にいい話だと思うんですが，じゃあ，我々が若い年齢から飛び込めるかというと，なかなかそうはいかない。国内の仕事もしたい，ほかにもしたい，だけど国際協力もある時期にしたい，というときにはやはり専門家として働いたあと，日本での仕事もある程度約束された形で，保証された形でいきたいというのがたぶん現実的だろうと思うんです。

そういう意味で，NGOとして出る場合には，たとえば予防会の職員として出れば，これはぼくはかなり帰ってきてからの身分が保証されていると思う。そういったふうなNGOの活動というのは，ほかには日本の場合，あまりないだろう。だとすれば，国家公務員なり，地方公務員なり，帰ってきてからの身分が保証された形の日本ではJICAの職員として出て，2年なり，3年後に帰ってくる。そしてまた時期が熟したときに，いまJICAもライフ・サイクル・エキスパートといっていますが，海外協力専門医という形でずっと将来的に協力ができるという制度もつくっていますし，また厚生省も国立医療センターにそういったセクションもつくっています。ですから非常にずるい言い方をすれば，国内での身分も保証されながら，なおかつ医療協力ができるという，これは本当をいえばずるいかどうかわからないと思うんですけどね。そういういろんな形の我々の身分があって，協力できるシステムがあればいいと思うんです。ですから今日，森先生もおっしゃいましたけど，協力する側というか，技術移転をする側としてのGO，NGO，その議論も今後は非常に現実的な問題としていく必要があるだろうと思います。

司会　ありがとうございました。

確かにそのとおりでございます。この時間ではこの点のディスカッションは終わらないと思います。来年また結核研が主催してくださいますので，その問題を改めて取り上げていただけると思います。

私自身の話をして失礼なんですけれども，私は14年前には，いわゆるGOというか，JICAでナイジェリアに行ってまいりました。それは非常に長期でございまして，1年8カ月ナイジェリア大学という大学の器の中に生活してきました。ご存じのラッサ熱の解剖をやったのは私です。私は当時医科歯科大学にいたんで公務員だったものですから，帰国後の身分は保証されたわけです。その後私立医科大学にいきますとやはり長く行くと身分は保証されません。

従って私がいまやっているのは，年に2回ずつタイ国に行って，無医村で耳手術をやっています。いわばNGOですね。ところがその国民の心を得るにはNGOなんですね。その国民の苦しみを本当にひしひしと感じる事が出来るのは，NGOの活動という気がします。そこに自分の生き方を求めれば，GOでいくのか，NGOでいくのか，選択の基準ができる。しかし金には限度がございますから，そこでGOというものにリクエストを出すと，私みたいなのは挫折感をもつ。GOで認知してくれない。私生児になってしまう。そういうような意味での日本国民の全体的な意識というんですかね，そういうものの見方というものを少しずつこういう機会に話していかなきゃいけないんじゃないかな，そんなことを常々感じています。

川上先生，何かございませんか。

川上　もう一人フィリピンの方がせっかくいらしているのでコメントしていただけたらと思います。Sarah Domingoさんです。

Domingo　私はフィリピン大学に勤めておりますので，基本的に政府機関に勤めているわけでありまして，政府機関同士での協力，あるいは関係というのはあります。ですから，私共のフィリピン大学とそのほかの政府機関との関係，たとえば厚生省などとの関係がそうであり

ますけれども，つまりほかの政府機関との結びつきがあるわけであります。NGOとの関係はいいますと，非常に小さなレベル，つまり地域社会でのレベルでの多少の経験はありますけれども，ほとんど基本的にはNGOの経験は私はないと申し上げられると思います。一方で政府間同士ですね，政府機関同志での協力関係の経験はあるわけであります。

山本　NGOとかGOとかいうのは，ぼくは心のもちようでございまして，GOでいっても，気持ちはNGOという形がたくさんあるわけですね。我々もJOTTRで出るときには，あれは全部ボランタリィー・ベースなんです。だからお金の出所はGOなのか，NGOなのか，自分の心はどうなんだというのと，そこのところで考えは当然2つあると思うんです。草の根にいっているGOの人だってたくさんいるんですし，その辺はそんなに私はNGOなんだ，私はGOなんだというアイディア自身がもうちょっと問題があるんではないのかなという気が私はしますけれども。

司会　ありがとうございました。

今日は山本先生から，たとえば赤十字の問題などで問題提起がありましたが，確かにそのとおりだと思うんですね。やはり実際に行く人の心と実行力ということになると思います。

だいぶ時間も押し迫ってきましたものですから，この辺でこのセッションの評価をしなきゃいけないんですが，おしまいのほうでまとめていただいた山本先生あたりの言葉を今日のセッションの結びの言葉にしたいと思います。そして，この問題はいま西岡先生からご提案があったように別の立場でラウンド・ディスカッションの場を来年に移行してみたいと思います。これは限りないディスカッションになると思いますが，ディスカッション化されることによって，もっともっと輪が拡がっていくんじゃないかという気がいたします。

そういうことでだいぶ時間がおそくなりましたけれども，ここで「NGOとGO」のイブニングセッションを終りといたします。

ありがとうございました。（拍手）

第6分科会

大学等における国際保健医療教育

オーガナイザー・司会
華表宏有（産業医科大学教授）

司会　イブニングセッションの第6分科会「大学等における国際保健医療教育」というテーマでイブニングセッションを始めたいと思います。

私，華表と読みますが，こちらの事務局からこの分科会のコーディネーターを仰せつかりまして，それでこの抄録にちょっとまとめてみましたけれども，一応このイブニングセッションの目的は表題のとおり大学等ということで，別に大学に限らず専門学校などを含めて，我が国の教育機関で本学会が目的としております国際保健医療に関連した教育がどのように行われてきたか，行われているか，この現状を踏まえて近い将来どうあるべきかを話し合うことを目的としております。それで9時にはぴっちりと終わらせていただきたいと思いますが，初めに今日ご出席の中に4人の指定討論者を私の方でお願いいたしまして，4人の方にそれぞれのお立場からお話をしていただく。10分～15分，そこで4人の指定討論者のご意見を多少まとめると言うか，問題点を整理して，それから今度参加された皆様方と自由に討論をしていきたい。そういう形式と言うか，手順でいきたいと思います。

それでは時間もありませんので，一番最初は，村田智子さんお願いいたします。

村田さんは山口大学医学部の5年生で，あとはこれをお読みになるとわかると思いますが，どうぞ。

村田　こんにちは。山口大学5年生の村田と申します。

私はフィリピンという国に3回ほど行ってきたので，短い間ですけど，そのことを少し話したいと思います。

ではスライドお願いします。

これが一番初めに行った時で，この時は何も知らずにと言うか，協会の人たちと一緒に行きました。

つぎ，お願いします。

2回目に行ったのが大学の2年生で教養の時でした。それで行ったのがここにミンダナオ島というのがあるんですけれども，この辺に首都があるんですけれども，ここから飛行機で飛んで，それからここからまたジープを改造した車で上がってきた山に1カ月ほどいました。

つぎ，お願いします。

ここがマニラから飛行機で1時間ほど飛んだところで，コダバトという町です。コダバトという町はこの門みたいなものでもわかるようにイスラム教徒が多い町で，時々何か政府といざこざみたいなものが起こります。イスラム教徒は町の外れのあちこちに部落をつくっていて，過激なグループは町のマーケットを焼きはらったりとか，そういうことがあります。そうかと思うと，生活向上のために修道会が援助したりしていて，それを受けているようなわりと穏やかな部落もあります。

スライドをお願いします。

これが町の外れにあるイスラム教徒の部落でこういうふうな家が10数軒ぐらい並んでいます。大体同じような家で，家の中もこういうかめとか，あと何かきれが2，3枚ぐらいで，あとあまり何もありません。それでイスラム教徒の人たちは，こういうふうなマローンといって，きれを筒にしてあるんですけれども，そういうも

のを着ていて，わりと伝統を守って暮らしているという感じです。

つぎ，お願いします。

これはただのきれなので，こっちの人は暑いので水浴びとかをするんですけど，お風呂に入らなくて，そういう時にもこれ１枚着たらいいんです。ただの筒なので，私の場合歩くと落ちてしまって服になりませんでした。そして大体イスラム教徒はミンダナオ島だとかなり多いんですけれども，それでもやっぱり少数民族ということで，生活の違いもありますし，弱い立場で町の外れに住んでいます。

コダバトから私が泊まっていた村まではジープニーというジープを改造した車で登ります。そして通るのは，途中に家がなくて，追いはぎ道路と呼ばれているような追いはぎがいっぱい出るような道です。

スライドお願いします。

私もこのようなジープに乗っていて，すれ違った車でこういうふうにしか撮れなかったんですけど，いつもこういうふうに乗って，運転席は写ってないんですけど，何かボンネットの上まで人が乗っているようないつもそういう感じです。交通機関は山に登るにはこれしかなくて，40キロぐらいありますから，町に出ようと思ったらこれを何時間も待たないと出れません。そうやって着いたところがティマナンという村でそこにいました。それはどういうところかと言うと，これはバナナだと思います。道端にずうっとはえている。こういうところをずうっと登っていくという感じです。そして着いたところも店があまりなくて，日本人が１人住んでいて，私もそこに一緒に泊まったんですけれども，肉は１週間に１回ほどマーケットが開かれて，そこで豚を１頭殺して，それを買ってきて，冷蔵庫も何もないけど，それを１週間食べてという生活です。野菜とかは勝手にいっぱいはえてくるし，それからどこの家にもごみ箱がないので，種を捨てておいたらまたそれがはえてくるという感じです。そして夜になると自家発電。電気がいってないので自家発電なんですけど，それが７時から９時までで，その後は月明かりしかないので，もう寝てしまうしかないというような生活でした。でもそこは一応村で，家が何軒かかたまっているんですけども，外人の神父さんがいるので何回かその人の宣教についていきました。

スライドお願いします。

こういうふうにトラックに乗っているのは，多分トウモロコシの袋とかで，それを乗せて，人も一緒にこういうふうに乗せてもらって，町に出たりという感じです。

つぎのスライドお願いします。

こういうふうに，教会の建物もあるんですけれども，人がいないと言うか，神父さんが何カ月に一遍しか回ってこないので，それ以外はもうだれもいないという感じです。あまり外部の人が入って来ないと言うか，来れないようなところです。

つぎ，お願いします。

そこに行くには，山道なので大体ジープしか走れないんですけれども，ジープでもこういうふうに雨季になると，雨が降るたびに道が掘れてしまうので，時々進めなくなったりして，こうなると乗ってる人がみんなで土を運んだり，草を採ってきて，タイヤの下にひいたりして動けるようにしないといけません。私も行った時に一遍ぐらいそういうことになりました。これ山の中なんですけれども，すぐ裏山はもう村の人たちによると，ゲリラが出るとか言われて，通った村ではゲリラが出るという情報で村の人たちがみんな逃げてしまったとか，でも私は全然見なかったし，危険なところらしいんです。何かすごくのどかなところで，私は日本であくせく働くよりも，こんなところでのんびり暮らした方がいいなと思いました。でも思ったのは，医学部ですから，私はお医者として働いても私は楽しいだろうけど，あまり役に立ちそうもないなということです。それはなぜかと言うと，その村は人口が1,000人ぐらいで，小学校

とハイスクールもあるんですけれども，学校に行かせたらその間の労働力がなくなることと，遠くから来てお弁当や傘もいるので，だから子供があまり来なくて，文盲の人も多いので，いろいろ騙されたりして貧しくなってきます。それで例えばコダバトの町の穀物の市場がある1つの大きなグループに独占されていて，収穫期になると値段がそのグループに暴落させられてしまうので，収穫物を全部出さないといけないんですけれども，そうしても前の年の借金が返せなくて，学校出てないですから利子とかそういうものもあまりわからないし，契約書も読めなかったりするので，貸す方にとっては取り放題という感じなんです。そういうところで，医者として働いても結局，何も救えないのではないかと思ったわけです。

スライドお願いします。

これは海岸べりの村です。これはお昼時ぐらいだったんですけれども，みんなのんびりと昼寝とかしていて，私たちがいたら寄ってきて一緒に写真を撮りました。何か貧しくてもわりとのんびり暮らしているという感じがしました。

つぎのスライドお願いします。

これがカラバオと言って水牛の一種なんです。畑で働いたりとか，物を運ぶのに使ったりするんですけれども，結婚する時にこれを1頭，娘さんの両親に送らないといけないので，これも借金になってしまって，そういうことで農民は働いても，どんどん借金がふえていくんです。だからどんどん貧乏になるんですけれども，子供がたくさん生まれて，それに拍車がかかるわけです。なぜかと言うと，フィリピン人にとって子供が多いのは，もう習慣と言うか当り前のことだし，そしてあまり育たないと言うか，よく死んでしまうから，そういうことで子供がどんどん生まれます。

スライドお願いします。

これはネパールなんですけれども，ただ観光で行ったんですけれども，座っていたらいっぱい寄ってきて，この子たちも「ギブミー・ワンルピー」とかいって寄ってきてしょうがないから，お金をあげてしまったんです。何か本当に学校に行ってない子供というのが多いものだなというのがよくわかりました。

つぎ，お願いします。

いまのところなんですけれども，これが共同の水くみ場みたいなところで，蛇口があって，水をくんだりとか，体を洗ったりとか洗濯とかもしたりします。

住野　遺跡ですか。

村田　向こうの人たちの沐浴場みたいなところです。だから遺跡じゃないと思います。古くからあるとは思いますけれども。またフィリピンの話に戻るんですけれども，子供が多いと一人分の食事が少なくなって，私の行ったところでは大体1日に1回か2回，米とかトウモロコシに塩をかけたものだけという人が多いということでした。それは貧しいということもありますし，肉や野菜をバランスよく取るという知識もあまりないということでした。

それからフィリピンは1年中雨が多いので，床を竹で作った家が多くて，すると風通しがよくていいんですけれども，それのごみとか全部落とせるし，一角を区切ってトイレにしたりする家もあって，スライドお願いします。そういう感じで，ご飯も全部みんなわりとお皿に入れて床に置いて食べる人が多くて，こういうところはもう全然水道がなくて，だから手も洗わないという感じです。

スライドお願いします。

水はこうやって共同の井戸とか，水くみ場からくんでくるという感じです。大体それは子供の役目ということになってます。井戸とかもあまり掘ってなくて，そういうところではこうやってカラバオ，水牛が泳いでいるところからくんだりします。

つぎ，お願いします。

あと雨水も一番左に黒いタンクがあるんですけれども，ああいうのにためておいたりして使います。私も行ったんですけれども，行った時

に，ご飯の時とトイレの時と洗濯の時と，何回も水を運んで，本当に大変でした。そのたびに手を洗うというのは，何か知識がなくて病気になってしまうとか考えないとできることではないと思いました。夜もその同じ床にそのままごろんと寝てしまうという感じです。

住野　ここは電気があるんですね。

村田　ここはあるみたいです。だからそういう貧しさと生活環境の悪さというのが揃っていて，だから本当に病気になりやすいんです。その上にけがもよくするんです。それが農業なので，カマで手を切ったりとか，あと山ですから，イノシシの密猟するんですけども，その弾が暴発したりとか，そういうこともあるようです。あとあまり楽しみがないですから，ヤシで作ったドブロクみたいなものを飲んで，賭けごとをしたりするのが一番の楽しみだということなので，けんかがよく起こります。前のカラバオが泳いでいた辺の村なんですけれども，そこも病院が村にはなくて，また10キロほど山の方に引っ込んだところに診療所があって，そこはスペイン人の看護婦さんと，フィリピンのミッドワイフ２人だけでやっています。ミッドワイフというのは，日本語に訳せば助産婦さんなんですけれども，フィリピンは小学校６年とハイスクール４年と，あと２年終えたらなれて，だから准看みたいな感じなんです。その人たちも，窓からつばをはいたりとか，鼻くそをほじくったりするという，日本人から見るとあまり衛生観念がちゃんとしていないのかという感じもするんですけれども，緊急の時にはお医者は全然いないですから，その人たちで何針も縫ったりして，本当に大活躍しています。

スライドお願いします。

ここが看護婦さんとミッドワイフだけのいるクリニックのある村なんですけれども，これが山の分校で，ここは小学校の３年生までしかありません。看護婦さんというのはわりと高等教育と言うか，受けたら町の方に出ていってしまうので，そういうミッドワイフとか，私と同じぐらい若いんですけれども，そういう人たちがわりと山奥で働いているという感じです。

つぎ，お願いします。

ここが学校です。

つぎ，お願いします。

さっきのクリニックです。飛行機で飛んで，町から全部で４時間ぐらいかかるんですけれども，それよりももっと山奥も全然診療所とかないので，患者さんは何時間もかけて歩いてきたりします。そして向こうの人たちは，両親と言うか，親が入院すると子供がついてくるし，子供が入院すると親がついてくるという感じなので，看護婦さんたちだけのクリニックはいつも部屋はいっぱいです。あと帰してしまうと，薬を１日３回とかいって渡しても１日３回ちゃんとご飯を食べるわけじゃないので，毎食後といっても全然飲めなくて，まとめて渡してしまうと絶対飲めないそうです。だからちゃんと指導しても，食べるものもないし，休んでいたら暮らしていけないとか，衛生的にしようとしても方法も，あまり知識もないし，お金がなくて，だから本当に病気になったら，絶対治らないんではないかという感じでした。だから本当にお医者がいても，生活の環境が変わらないと絶対にだめなんではないかと思いました。

これは全然違って中国なんですけれども，中国人はわりとやせてて，あと何だかたばこを吸う人が多いんです。私とかはただの旅行者であまり言えないんですけれども，何でたばこを吸う人が多いかと言うと，人口がすごく多くて，バスでも競争するようにしてしか乗れないし，あとタクシーもあまり上流階級の人しか乗れないし，汽車に乗るにもいい席と悪い席と言うか１等席と２等席みたいなのがあって，１等席は外人とか，もう上の方の人しか乗れなくて，いろいろとストレスがたまることがいっぱいあるので，それでたばこを吸うことが多いんではないかと勝手に思ったんですけれども，これもちょっと生活が変わらないとだめなんではないかと思ったんです。ちょっとこじつけのようで

すが，私が行ったのは教養の２年の時で，専門のことを全然知らなかったからでもあるんですけれども，お医者がいてただ診療しても，その生活環境とかいろいろ変わらないともう病気は治らないと思いました。帰ってきてそのことを話すんですけれども，やっぱり自分が行ってないと実感がないし，あまり普通の人にとってはあまり行く方法を知らないと言うか，あまり行ってみようとも思わないし，それでヨーロッパとかだったらすぐに行けるんですけれども，アジアとかだったらどうやって行ったらいいかわからないという感じではないでしょうか。だから私が考えたのは，学校でも国際教育とかいうのをやっていただいて，学生もいろいろ公衆衛生の立場から水道を作るとか，トイレとか，そういうことも学んでいき，あといろんな人が興味を持って，お金のことを援助するとか，そしてあと何か保健教育，向こうの人たちの保健教育の指導をするとか，何か学生もいろんな面から協力できる機会を作ることが大切だと思います。そうやってやらないと医療協力というのはできないのではないかと思いました。

司会　どうもありがとうございました。わざわざたくさんスライドを用意していただきました。

それでは丹野先生。

丹野　はじめまして丹野と言います。

いま現在は学校に勤めていますが，海外の技術協力に関心を持った時点に戻りながら，いま教育の中で考えていることなどをお話させていただきたいと思います。

だれでも何かひとつの行動をする時に，やはり何か刺激があってそういう関心を持って，それで興味を持って動機づけられて行動していくわけですが，私がそういうふうに動機づけられたのはもう16年前になります。今日シンポジウムでお話された宮崎先生ともう一人，インドで医療奉仕されている助産婦さんの帰国報告を初めて聞きまして，その時にすごく感銘を受けまして，将来自分も機会があればという，その時点で夢を抱きました。

それから４，５年たってもなかなかそういう道が開かれませんでしたので，とにかく，じゃ自分が夢見た途上国がどういう国なのか一度見てみたいという気持ちになりまして，インドとネパールの２カ所を２週間かけて看護ツアーで行ってきました。それからは，また病院に戻ったり，また学校教育の現場で働いたりしていたわけなんですけれども，日本の中でも，世界の国際協力が叫ばれているその中で，やはり心のどこかで，片隅に，途上国で働いてみたいというそういう気持ちがずっと煙っていたと言うか，ありまして，やはり日本で得られない何かがあるんじゃないか，何かが得られるんじゃないかという，そういったことを肌で感じたいなと思いまして，ちょうどいまから４年ほど前に決心いたしました。やはり職を持って，そして休職で２年間離れるということはかなり厳しい状況の中でしたけれども，そういう中で行きましたので，たやすく見送られて行ってらっしゃいという形で出ませんでしたので，２年間何とか頑張れるんじゃないかと，かえって励みになりまして，1984年，昭和59年から61年の２年間，西アフリカのリベリアという国で助産婦として，日本が建てた病院で働いてきました。

その前に日本で準備として，まず語学，英語が本当に苦手でしたので，その語学と，それからリベリアがどういう国なのかという国の事情の学習と，それから熱帯に関する衛生知識の学習といいますか，そういう準備が３カ月ほどありました。その時にある程度リベリアという国がどういう国なのか，アフリカのどこにあるのかから準備をしていったんですけれども，本屋に行っても本当に本がない状態ですし，アフリカの本は見てもリベリアは１ページに満たない紹介しかないぐらいの小さな国なので，準備をしていきましたけれども，やはり向こうに行って，もうその日からいろんなカルチャー・ショックを体験しました。実際に病院で働きましたけれども，病院の寮で，ドクターたちの寮で一緒に生活しましたので，そこでまた管理人

の大家族の人たちとの出会いとかを通して，生活を一緒に，食事もそうですし，一緒に生活していく中で少しずつリベリアの現実が見えてきたように思います。それで病院の中で働いてましたが，日本が建てた病院でしたので，医療機械も日本製ですし，新しい病院ですし，リベリアの人たちがいないと，一人で写真に写ると，日本にいるのと全く同じような背景でしたけれども，ちょうど3カ月ぐらいしてから，その立派な病院の中で行われているアフリカの医療というのがどういうものかということが見えてきました。それで雨季と乾季があって，乾季には電気も水も出なくなりますし，電気はゼネレーターがありましたが，それが壊れると直るのに1週間以上かかる。その間電気が来ない。そうすると手術ができない。保育器が使えない。吸引器も使えない，血液の入れている冷蔵庫も電気がつかないということで，そういう実際目に見えていろんな障害が現実の中で出てきました。それと，さらに加えて職員が，国の施設でありながらも3カ月も給料が出ていないということで，最後には病院に人が来ない。来ても働かないということで，物がない，お金がない，その上人が来ないということで，病院の中で一番最高のケアをしないといけないNICUの中でさえ，夜間のナースが来ていない。そして一晩に3人も未熟児が，治るであろうと思われたケースが一晩に3人も亡くなっていた。そして翌日にはまた，違うナースは来たけれども，自分の子供が病気だからといって帰って，2人亡くなっていた。そういういろんな現状を目の当たりにして，貧しいということはどういうことなのか。物がないということはどういうことなのか。その与える影響とか，また病院の中でのスタッフ，あるいは実生活での人間関係の微妙なずれ，価値観の違いとか，日本的な常識が通じなかったり，物差しが違うんだということをいろんな体験通して教えられました。まずやはり物差しをかえないと，やはり行って1年ぐらいストレスが全部こちらに返ってきたように思います。1年目ぐらいから，向こうの人たちから，ここはアフリカよ，ここ日本じゃないのよという形で言われまして，また日本的な考えでいい方法を説明しても，これはリベリアのやり方よということで，その都度その都度頭をたたかれたような気持ちにさせられて，本当にそういう中での技術協力をどうしていけばいいのかということで常に考えさせられました。それで傘下の病院に働いてましたので，多い時では月750人赤ちゃんが生まれてましたし。

司会　月にですか。

丹野　1カ月にです。少なくて300人ぐらい，やはり外来に来る方もすでに妊娠中毒症とか，いろんなリスクをすでに持っている。そういう外来で，安静にしなさいよ，塩分控えなさいよと言っても，お母さんが働かないと子供たちの世話とかできませんし，塩分控えなさいよと言っても，リベリアの主食が料理の中に塩とかコショーとかもうたっぷり入れるのが料理ですし，本当に保健指導の徹底ということはまず不可能に近い状況でした。しかしそういう問題のおかげで1つの問題の発展にはいろんな問題が背後に複雑に絡み合っているということがわかりました。

それで，お母さん方へ衛生教育，妊娠中の保健指導にしてもそうですし，しようと思えば，お母さんになる人たちが12～3才ぐらいから生み始めますので，それ以前の中学，高校からすでに思春期とか青年期の段階で教育をする必要があります。そういうよい思春期を迎えるためには，それ以前の段階で小学校の時から教育しなければいけませんが，そこへまた学校の先生も国から給料をもらっていない，そしてストライキ，学校が閉鎖されていく。さらに政情不安があって，クーデターが起きたりとかしている。社会的な問題と，それから教育の問題と，衛生思想と言いますか，そういった問題と複雑に絡み合って，どこで糸がほぐれていくのかなということは何度も経験させられました。

2年間のこういった経験は，ただ途上国とい

うのはどういう状況に置かれているのかということを知った段階と言いますか，少し一緒に生活してわかった段階で可能だと思います。ただ，いろんな問題はありましたけれども，やはり2年間働いて，援助，あれしてきた，これしてきたということよりも，一緒に病院が閉鎖した時とか，病院食がつくれない時とか，いろんな状況の中で一緒にそういった気持ちを味わってきたと言うか，共に歩んできたという実感はあったように思います。

そしてまた，そういう実際場面を体験してきまして，現在，教育の現場にいるのですが以前は看護学科，現在は助産学科，助産婦の養成の方に携わっていますけれども，保健医療に関する独立した単元と言いますか，カリキュラムの中に現在は組まれていません。いろんな各教科の中で，国際看護に関することとか，国際保健に関することは感覚的に出てきている状況です。そういう現場の中で，体験をいかに生かすかということで，1つの自分自身の課題でもあるわけですけれども，やはり将来を見た時に，そういった国際保健医療という1つの単元をたとえ10時間でも15時間でもカリキュラムの中に取り入れていくべきだと思っています。ただ，この時に1つ問題になってくるのは，その学校の設置主体の教育目的とか目標の中でどう位置づけられていくかということだと思います。それと，あとは教師の意識とか，時間数のこととか，それと学生のニーズ，もともと入ってきた時から関心がある学生もありますけれども，さて学生のニーズはどうなのかということも把握していかないといけないんではないかなと思います。でもそういう単元が入ることによって，また新たに関心を持つ学生も出てくるんではないかなと思います。それともう1つは，東京とか首都の方では，看護に関する交換の留学生みたいな制度がありますけれども，地方においてもそういう途上国から，学生あるいは教師，こちらからまた途上国の現状を知る意味でも，学生あるいは教師，そういった交換制度ができればということを思います。

それで国際開発大学のように，ちゃんと目的，目標があれば，その中でやはり将来は海外で働くドクター，ナースあるいは保健婦，助産婦をということで，教育もある程度1つの方向に向かっていきますけれども，こういった現場にいますと，まだまだそういうところは表に上がってきませんから，その中で，自分の与えられた時間とか，あるいは特別な枠組の中で体験を話している程度です。

ただ，ずっと見てまして思うことは，ちょっとスライドで海外の様子を紹介したりして，あと感想文を書いてもらった時に，もうすでにそういう目的を持って入ってきている学生がわずかですけれども，現実にいるという事実はあります。今後，教育の中でどういうことに配慮していくべきかということを考えてみましたけれども，医学部とか，それから看護学校，助産婦学校，保健婦学校の中で，医療とか看護の知識はもう十分ぐらい教えられていると思います。あとやはり具体的にどういう国で将来働いていくか，相手国の事情とか，あるいはできれば事前に短期のフィールド・ワークのようなものも体験すればより効果が上がるんじゃないかなと思います。それともう1つは，その国の一番新しい情報を何らかの形で把握して，抱えている問題点とか，世界の動き，情勢の中でその国がどういう方向に向かって動いていっているのか。そういうことも事前にチェックしておく必要があるんじゃないかなと思います。

リベリアにおいても，いつクーデターが起きるかわからないという情報はずっと持ってました。行ってる最中に，ドンパチの中でしばらく生活しましたが，その時にやはり冷静に対応できたと言いますか，どういうふうな措置が自分自身取れるのかということがありました。それと最終的に一番大事なのは，そういう将来途上国で働いていきたい，ただの思いからやはりもう少し目的意識をより明確化をしていくことが大切だと思います。それがやはり意欲の継続に

つながっていくし，こういった自分が何のために行くのかという，なぜ行くのかという，何をしにいくかという，そういった目的を常に明確にしていくことが非常に大事だと思います。

技術協力ですけれども，やはり実際体験してみて，与えるよりも受けることの方が大きかったように思います。いま現在，教育の中にいまして，今日もシンポジウムでいろいろと刺激されたんですが，そういった刺激されたことを今後も学生との接触の中で，常に気持ちの上では燃やしていきたいなと思っております。

以上でございます。

司会　どうもありがとうございます。

それでは第3番目の村上先生。

村上　村上でございます。

私どものやっておりますのは俗に言う民間協力ということでございますが，NGOとして，援助のいろいろ考え方があるんですが，私自身がインドに留学しておりました時に池の水を，その時は池の水と知らないで飲ませてもらったのがきっかけで腸チフスになりまして以来，私どものグループで送っております者が，いつも伊丹の空港でひっかかっては大阪市立桃山病院の病棟に1週間ずつ入れられるという，そういう経験から，水の問題に非常に関心がありました。もう1つは，ネパールで18年間医療協力をやっておられた岩村ドクターがかねがね言うのには，食べていない，基本的な栄養を持たない人たちに，高価な薬品を持っていっても，あまり役にたたんと。むしろそこらの病気は，開発途上国の病気はそういう複雑な病気ではなくて，生活を少し改善することによって相当改善されるということが常に言われておりました。私も一緒にそういう関係の仕事を手伝っておりましたものですから，栄養と水ということが基本ではないかなと，そこへ先程申しました援助の理論で，握りめしより柿の種というのでいきましょうかと，握りめしは食べればなくなるけれども，柿の種は向こうも努力せにゃいかんと育てる。育て上げれば，自分たちがそうしてできるわけですから，そういう意味で基本的なものは何だろうかというと，安全な飲料水ということになるんじゃないかということで，それでは井戸をつくろうというふうに始めたのがきっかけでございます。今日のテーマ，一般の若者たちがそれをどう見ているか，どういう関心を持っているかというようなところを15分ぐらいお話させていただきたいと思います。

ご承知のようにインドを最初にターゲットにしたわけですが，これインドの内陸部の平均的な農家の家庭でありまして，後ろが1つの家族，前はたまたま遊びにきた子供たち。写真撮るといったら，後ろの家族がちょっと待ってくれていうのできれいに光らせてきたわけですけれども，前の子供はかわいそうな姿でやってきました。ここは先程指摘されましたように，雨季と乾季がありまして，雨季がわずか4カ月，残りが乾季でありますから，ほとんど半失業状態，それで男どもは全部大都市に出稼ぎにいく。残された家族では婦女子が家を守るという形態を取っております。そして土地を持っている人は，何とかしのげるんですが，小作はそういう形で，地主の手伝いをして，野菜や米を買い受ける。雨季はこうして仕事になりますので，皆村にとどまります。乾季は仕事がなくなりますので町に出る。そういう繰り返しであります。これは乾季ですが，大体インドのデカン高原の中央部になりますと，日中3月から5月あたりは42度から48度ぐらいになります。すべてが色を失うような感じです。これはタンクと呼ばれるため池ですが，先程フィリピンにもありましたように，同じようにこれが生活用水になるわけです。私も知らずにこの水をくんであったのを飲んで腸チフスになったんです。古い昔からの井戸はだんだん森林伐採で木がまわりからなくなっていきます。たき木にしますので，そのためどんどんいままでの井戸は枯れていっているわけです。浅いために，乾季になるとこういうふうになります。この水を生活用水として取るわけです。お互いにこの中で，バケツを横に

して水を取り合うんです。そういう場面が見られました。

これは，いわゆる農道に近いアンタッチャブルたちの家です。この中で非常に象徴的なのは家具とかそういうものはほとんどありません。あるのは水がめであります。やっぱり水というものはなければ生きていけないわけですから，水がめが非常に印象的であります。これは地主が持っている伝統的な家でありますが，こういう丸い木のあるところは水枯れがなくて，かなり衛生的でもあるというふうに言えると思います。乾季になると人々は，大きな川に集まります。そこでは川に水が残っておりますので，そこがいわゆる社交場にもなり，それから生活用水を得る場にもなり，洗濯，それから風呂，あらゆる機能がここで全部賄えるということであります。こういうふうに子供たちが水をくんで，地主の手伝いをするわけです。それから石屋に運んでいく，石屋に運んでいく場合，そういうものが収入になるわけです。私が茶店に止まって出されたのがこういうような，初め，何やろうと，グレープジュースやろか，トマトジュースやろかと言いながら，おそるおそる飲んでみたら，何とも言えん味した水でありました。ちょっと日本人は信じないかも知れないけれども，ビンに取って，ああいうのが水でして，乾季の水なんです。全部飲みほす勇気はありませんでした。

こうして村には給水車が出まして，乾季になりますと給水をやる。この水どこから取ってくると言ったら，川からくんでくるというから，ひどいなあと思いました。これは私どもの井戸掘りをやるフロントの事務所でありまして，郵便局の2階を借りているんです。なぜかと言いますと，この村には電話が来ているのは郵便局だけだからです。それで連絡の必要がありますので郵便局の2階を借りて事務所にしているわけです。こういうふうにいろんな国際機関がポンプ式の井戸を送っているんですけど，壊れてたらこういうふうに放ったらかしになる。部品の調達がなかなか思うようにいきませんので，こういうふうにせっかく掘られても使われていない井戸がよく見られます。

私どもはどういう形の井戸がいいのか。どういう規模か，何から手をつけるかという，こういうふうに，ワーカーを使って調査をしました。これは1つの例として，ポテポリーという村ですが，まずこの村に井戸をつくろうということが決まったんです。プロセスをちょっと写真で見ていただきますと，井戸をつくることが決まりますと，どこに水があるかというのをこれ水脈を計っているんです。三人三様で，一番紺の服を着ているのがその地区のISAオフィサーと言いまして，インドのいわゆる日本で国家公務員上級通った，若年でありますけれども責任者です。それから向こうが，茶色の服を着たのがそれの下っぱ，こちらはそのスタッフ，3人がY字型の木の枝を持って三方から歩くんです。水脈があると，それを彼らは感じるんです。そこでこの下に多分いけるだろうということになるわけです。もちろんその場所は，村の長老たちが多分あの辺が出るだろうという勘が優先します。そこで我々ワークキャンプ隊は，これは実は我々が行かなければ掘れないわけじゃなくて，邪魔しにいくわけです。邪魔しにいくというのは日本の人たちにどのように井戸を掘っていくのかというのを体験させるために連れていきます。ここには医学部の学生も来てますし，農学部の学生も来てますし，文科系の学生も一緒に来ているわけであります。発見したのは文科系の学生の方が極めて医学的な発想をし，医学生が極めて非医学的な発想をするというのを現場でよく体験しました。

これはその村に行くのに，ちょっと一遍乗ってみいと，車というのは楽なはずでありますが，乗ったら大変なんです。内臓から全部1つになるんじゃないかというぐらい振動の多い車であります。

これは，丸いものをみて，ここや，人は本当かいなと，こんなところから出るのかいなと，

半信半疑でいまから掘る儀式をしております。こういうふうに掘ると決めたところに，ふじゃくというおはらいをします。そして村の長老ないし村長さんがワンストローク最初に入れるわけです。それからみんなわいわいと邪魔をしに入るわけです。こういうふうにだんだん手掘りで，これはわりに小型です。大きいのになりますと直径が７～８メーターです。全部人力でもっていきます。こういうふうに岩盤になってきますと，これも神戸大学の学生さんですが，，一生懸命ハンマーで鉄の杭を中へ打ち込んで，そしてあと２～３人でその杭をゆさぶってひび割れをつけて岩を砕いていくという，いつになったら完成するのかと思うような，そしてだんだん順調に工事が進んでいくわけであります。

そこで一度記念撮影をやっとこうやないかと，後ろに看板がありますのが，プラガティーグ，これはヒンズー語で物と心，物心両面の開発ということですが，我々これをプラガティーグというふうに名づけました。村に井戸ができるというのは，単に生活上の便利ではなくて，もっと別な意味の開発，心の開発ということを考えないと，ただ生活が向上するだけならば，そのうちこの村に電気が来て，テレビが来て，結局いわゆる消費生活を追及するだけになるんじゃないかというふうなことをインドの側が非常に心配をいたしました。できるだけ開発とは何かということを一方で考えながら，生活上の最も必要なもののどこでレベルを止めるのかというようなことを考えるという意味でプラガティーグというようにしました。

だんだんこうやって深くなってきました。ここはわりあい砂，柔らかいものですから崩れやすいので，これをある程度のものになりまして，下が湿ってきますと，鉄骨を入れまして，そして木の枠を下から順番に組んでセメントを流し込んでいくという作業です。こういうふうに出来上がるわけです。これはすぐ使えません。中の水を一遍かい出して，セメントのあくを取ってやりますけれども，村に井戸がついたことは画期的なことです。これまで２キロ，３キロ，水くみに行っていたことを考えますと。ここへセメントを持ち込んでくること，運んでくること，これが意外に経費がかかりまして，大変なことになった。これは滑車をつけて，こういうふうに出来上がります。これは別の村ですが，井戸が出来上がったところですが，あそこにプレートで，日本の国から送られたと書いてあるわけです。これが50年，100年持つであろうというふうに言われております。

これは皆でお祝い会をやっている完成式で，日本から行きまして，村の交流もかねてやりました。これはかなり金をかけた大きな井戸でして，これは３カ村に給水をする。自分たちでつくった井戸に，ポンプとモーターをつけまして，そして３カ所の村に給水をする。給水をしますと，送っていきまして，ここのセメントのタンクに入れまして，ここに蛇口をつけまして，全部そこから容器というふうにしてあるわけです。

これは少し先程よりも貧しい村の風景で，人と家畜が共同生活しています。ここで日本の学生が文明を離れた生活をするというのは，こういうものかということを感じました。そしてこういうところに泊まりますと，意外と夜が長いんですね。日が没してから日が上がるまでが何と時間の長いことかということを発見するわけです。それと同時に，文明とは一体何だろうかということを考えるみたいですね。

これは青空教室です。いわゆる伝染性の病気の60～70％が汚染された水が原因ですね。トイレもありません。ワークキャンプに行って，トイレどこですかと言われたら，トイレなんてない。いつも医学生が困るんですが，地面に穴を掘ってつくってくれと言って頼むんです。できたと，最初向こうもわかりませんから，掘ってくれた穴が直径２メーターぐらい，深さ1.5メーターぐらい，何するんやと，中に入ってみる，それでぐあい悪いので，丸太んぼ真ん中に２つ渡してそこでやると言いましたら，今度村

人全部がまわりに座りまして，早うやれと，サーカスと間違われまして，文明とは不便だなと，そういういろんなハプニングもありまして，そういう体験をしてきました。

これで生活するのも，これキャンプみたいなものですが，これでも生活できる。あの鍋や釜は代々引き継がれておる。我々のいわゆる消費材ではなくて耐久消費材なんです。いわゆる2代，3代と使われている。そういう意味で，非常に医学生が感慨深げに，これが食器かといって感心していました。問題は，たき木がどんどん使われるので，森林伐採が非常に進行いたしまして，これが大きな問題になっております。

これはちょっとインドではないんですが，インドネシアもやっておりまして，できた井戸なんです。これはわりに日本とよく似ているんですね，スタイルが。井戸の横に大きなタンクをつくりまして，そこに水をためておきます。これは場所によってかなり深く掘らなければ水がない。井戸を掘ったんですが，2～30メートルでは出ません。それでボーリングをやって，これも初めはいいんですが，しばらくすればつぶれてしまって，またもとのもくあみになってしまいます。

これは日本から送られた井戸ですね。大きな木の横に必ず掘った方が水は枯れないということですよ。せっかく来た水，飲んでいるところ，これは本当に飲んだんですよ。ただ，よく見たら，ボーフラがわいておって汚いと思いながら，しかし彼らにとっては，川の水やため池の水よりははるかにきれいですからいいんですね。一杯の水が人々の健康にどれだけ大きな意味を持っているか，日本におりますとピンとこなかったんですけれども，きれいな水が非常に大きな意味を持っているということを改めて認識させられたわけであります。農夫にとって，いわゆる貧しい階層にとっては健康が最大の資産でありますから，その健康を維持することが一番生きていく上の大事な宝であります。生活目標でありますから，健康が。そういう意味で水というのが非常に大事であるということでございます。

これは台湾，インドの農村地帯，きれいな在来の文化を持ちながら，水は文化の中で，ゾロアスターの影響で，水はすべてを清めるという，そういう宗教的な信念で，あまりこの水に関しては人々は気にしていなかった。それがこれまでいろんな衛生上の問題の原因になってきたわけであります。そういうことがあって，宗教のいい面と悪い面というものを，改めて思いかえしました。

最後につけ加えたいんですが，学生さんたちが，ちょうど倦怠期のようなもの，42度か48度ぐらいになりますと，汗をかくという感覚がなくて，弱ってしまいますので，よくのどが乾く。そうしますと，最初のころは，皆ポケットに手を入れてコインを探してキョロキョロするんですね。どこかに自動販売機ないやろか，それがやっぱり文明の人間の生態の1つだと思うんです。だんだんなれてくると，バケツでだれかが勝手に水浴びしておったら，もったいないやないかという言葉が出てくるようになって，その意味では，わりあい我々の血の中にも6,000年ぐらいの凝縮されたものがあって，自然に帰っていく面が非常に早い。自然に適応力がかなりあるという部分が感じられました。恐らく地域地域における医療が近代科学的な医療だけではなくて，その地域に連動的ないわゆる知恵の術というのがあるように，それは医学におけるアプロプリエイトテクノロジーではないかと，そういうものをやっぱりご専門の方々が見つけ出して，その風土に合った指導というものが必要じゃないかというふうに思います。非常に荒い内容でございましたが，一応私の時間終わらせていただきます。

司会　ありがとうございました。

それではラストバッターの住野先生にお願いいたします。

住野　もうディスカッションに入った方がいいんじゃないかという気がするんですけれど，3

人の方から現場の生々しいお話聞きまして，逆に私は35になった時初めて海外に行ったぐらいのものですから，しかし，日本の貧しい体験，水のない体験，あるいは逃げ回った体験というのは非常に経験しましたから，もし現地に放りこまれたらカルチャーショックというのはそんなにないんかも知れませんけど，逆にそういうことがあって，かえってそういうところに行かない。いまの若い人の方がカルチャーショックを受けながらそういうところへ行くということに非常にそういうギャップを感じながら話を聞いておったんです。私はあまり海外の経験がないにかかわらず，この学会でこういう医療，特にここに大学における教育医療はそうするのかということで，一種のけじめみたいなものをつけておかなければいけないということで，これを配ります。これは非常にフォーマルな形になってますから，こういう話は私あまりしたくないんで，いまのお話聞いていますと，こういうフォーマルな話でなくて，もっと現実の生々しい話なんで，そういう話の方がいいと思うんです。しかし，一応形だけは現実に医学部教育の中で国際協力，あるいは医療協力，あるいは交流というものがどういう具合にとらえられているかということをちょっと考えてみたいと思うんです。私言いましたように，ほとんどそういう経験はないんですけれども，本当言うと，私はどっちか言うと，アンチ国際協力なんです。そういう意味では，経験がないからということもあるかも知れませんし，非常に難しいものであるし，現地の人が望んでいることを本当に我々が達成できるのかというふうなそういうことを見てみますと，本当にアンチ国際協力，実際，私この学会にも入っておらない。内山先生に入れ，入れと言われておるんですが，ただし神戸大学医学部には，医学研究国際交流センターというのが初代のセンター長が今回の学会で堀田先生ですけれども，それが昭和54年にできまして，全国で唯一のセンターであります。国際交流を目的にしたセンターで，これは現在でも日本には医学部では１つしかありませんし，他の大学で，国際保健講座とか，国際のついた講座はございません。ただ公衆衛生講座とか，あるいは違う分野で華表先生の大学でも先生自身がおやりになっているというのはありますけれども，予算に裏付けされた形式のものでは唯一だと思っております。それだけに非常に責任が大きいわけです。どちらかと言うと，この神戸大学の医学部で実施されているのは若手の研究者，医学部を卒業した研究者を，かつて我々日本人がアメリカで教育されて向こうの先端の技術やら，あるいは知識を持ち帰ったと同じような形でアジア，あるいは発展途上国の人たちの若手の研究を育成するということで，そういう意味で，名前が医学研究国際交流センターということになっているわけで，教育に対して力はほとんど入れておらないと言うか，そういう部門を持っておらないわけです。実際いままで10年たちますけれども，250人ぐらい留学生，短期，長期を含めまして，長期というのは学位を取るという最高５年までの期間がありますけれども，そういうものを含めますと250人ぐらいを面倒見ておるし，逆に日本から東南アジアに行った人も250人，300人に及ぶぐらいの交流が行われておるわけですけれども，つい教育の中で学生が交流したというのは，ないことはないんですけれども，それが目的ではなかったわけです。ただし，初代の教授がいまさっき話出ましたように岩村教授，ネパールで有名な岩村教授，一昨年辞められましたけれども，岩村先生がどちらかと言うと，そういう研究者を育成する，若手の研究者を育成する，あるいは日本が先端的な医学を東南アジアの国に教えるというふうなことは必要ないと，どちらかと言うと草の根的な国，これは非常に議論になるところだと思うんですけれども，そういう発想がありまして，先生自身は学生に現場を知らせていくべきである。あるいは自分が連れていくというようなことで，ここにありますけれども，先生が来られてから，１次，２次，３

次，4次，5次，6次ぐらいまでのフィリピンへ学生を連れていったりして，こんなことが冊子に出てます。しかし学内では非常に評判が悪かったんですね。これが目的ではないと，しかもこれでもし事故が起これば，責任体制が何もない間に，これ春休みに行ってる，夏休みにもありましたけれども，授業がありまして，カリキュラムの間には行けないわけです。春休みに行く時にはだれが責任をとるのか，もし事故でも起こればどうするのかということで，大学一切関知せずということで，岩村先生個人と学生が，自分たちで行くという形で実行されたわけです。これがつい去年，一昨年ぐらいまで続いていましたけれども，そういうことで1つの岩村先生自身がこういう学生のアーリー・エクスポジュと言いますが，そこにも書きましたけれども，そういう意味の任務を行っていたんじゃないかという気がします。ただし，ここにこれで7号ぐらいまで出てますけれども，その学生がいま国際交流に対して関心持っているかというとほとんどゼロです。この学生たちが何をしているかと言うと，いま現在全部臨床の専門に入ってしまって，国際交流センターは岩村先生辞められた後，教授2人おられますし，若い人も研究をやろうとしておりますけれども，いわゆる国際交流という意味じゃなくて，研究交流という面に関心があるという意味で，非常にギャップを感じているようです。

このICMR，いまの医学部の国際交流センターではいろんな行事をやっておりまして，一昨年，これはアジアにおける医学教育と国際交流のワークショップが開かれております。これがそのまとめみたいなのが表3つあります。一番上の表で，この中から抜粋したんですけれども，これには専門的なカリキュラム上，あるいは制度上，あるいは実際に動かしてみたりする時の問題点やらというのがもう全部網羅されているんですね。だから非常に次元が高いと言うとおかしいんですけれども，違う次元ではもうこれに答えは出てしまっておるんです。この答えがどういうことかと言うと，きちっとした単位交換を含めた学生の交流は不可能であると，教育交流は不可能であるということです。結局，単発的にここにもちょっと書いてありますけれども，選択科目，例えば医学部は大体6年ぐらいかかってますけれども，その中に大概は最終学年近いところで，1カ月とか2カ月，自分で好きな科目を選びなさい。その科目の中に海外で研修してもよろしいと，それも当然，向こうも同じような科目が同じ日に開かれていないといかんわけですけれども，そういうことを開かれているところでやっと1カ月か2カ月間の交流が行え得るというわけです。行え得るだけで，それ以外に1年間の単位の互換性を認めるとか，あるいはもともと日本でも，20～30人は年間来ておるそうですけれども，台湾，韓国の人がもともと医学部の1年から6年間入って，そのまま日本の医師免許を取ってしまうと，完全に留学生ですけれども，日本の医師免許取ったら，台湾，韓国の人は一体その後どうするのかと，逆にまた日本が違う国へ行って，どこかその国の免許取ってきたら，日本に戻ってきた時その免許はどうするのかという，非常にライセンスも絡みまして，この本の結論は，一昨年やられた医学教育と国際協力の一応の結論は，医学部学生の国際交流は行うのは非常に難しいと，ただ，もっともっと改善されたり，あるいは少し年月待たなきゃいけないものがある。ここに少し書いてありますように，教育年数が違えばカリキュラムの内容が違うし，ライセンスが伴うしということで，実際それを交換したり，学生がいってしまうのは無理で，そうするとどういうことをしないといけないかということが問題になるんです。それに伴って，いま医学教育が非常に見直されているわけです。これは医師の国家試験も含めましてですけれども，その中に大学院，国際間の対応というのがありまして，これは3つ目の表にまとめてありますけれど，これは昨年の9月に出た調査研究協力者会議で，その中にこれは私がまとめたも

のですから，これそのまま引用してもらっては困ります。この中に，一番最初に書いてあるのは，国際交流あるいは国際協力は大事であるけれども，教育研究者，個人レベルによる国際協力の時代は終わったということなんですね。組織的な対応をするために，以下にごじゃごじゃ書いてあるわけですけれども，しかし皆さん方のお話聞いてますと，これはどう考えても，まだ個人レベルであると，個人レベルでないと不可能というふうなお話を承っておって，これはそういう組織づくりをする，あるいは制度的なもの，あるいは法律的なもの，医学教育，医師，医師の教育，そのもの全部にかかわってくるものですから，これ一遍に解決するのは無理ですけれども，一応お題目はこんなふうに上がっているわけですね。これが上がって，これいつ実現するかわかりませんけれども，お上のやることですから，これ待っておったらいいと思うんですけれども，そうすると我々一体どんなことやるかということで，私自身が考えたのが真ん中の表です。私，これを考えておって絶望的になるんです。個人個人でやっている分にはいいんですよ。岩村先生なり，あるいは個人個人が動機づけられて，あるいは何かに刺激を受けてとかいうことで自分自身が研究するということは，これはもう個人レベルですから，どんなに研究しようかと構わないのですが，少しシステムなり制度の面から取り上げてみると，こういうものが問題になっておるということなんです。一番の問題は，ここに書いてある医学部の学生，医学部の教官，医科大学の規則，日本の医学教育制度よりもっと以前の問題として今日の話にも先程のシンポジウムにも出ていましたけれども，一体国際協力する時に，心の温かみがいるとか，あるいは遊び心がいるとかいう話も出てましたし，私自身，およそ遊び心も，余裕も，およそ温かい心持っているかどうか知りませんけれども，そういうものも必要であるわけです。本当に日本人が国際協力，あるいは交流をするという時にそういうものが日本人に本当に備わっているか。日本人に国際感覚というものがあるのかどうかということが本当に問われなければいかんという気がするんです。そのことをのけておいて，医学部の中だけで見ましても非常に絶望的なんです。というのは，医学部の学生，ここに学生が感想文を書いてますけれども，各学年，５年次で行っているんですけれども，５年次は全然継続性を持たなかったんですね。私は去年行った経験を次の学年に伝えて，その学年は次に伝えてというように，どこに行っても，研究，調査もやっているわけですが，調査やることも継続させて，そして先輩がやったことは後受け継いで，次にどういうことをやっていくかということを継続性を持たせてと言うんですけれども，いまの学生絶対それをようやらんのですね。上の１学年上でやったことはようやらない。第１話をしない，自分たちの学年だけで決めて，下の学年にも言わないという，非常に各学年がばらばらなんですね。それはいまの現在の医学部に限りませんけれども，実際にもうちょっとして，秋に始まる学園祭なんか見ておったらもうばらばらですわ。去年やっておったのと関係ない。完全にその学年だけ思いついたことやるという，しかも非継続性，同級生は120人おりますけれども，６年次になって，６年間一緒におった学生で３分の１は名前知らないんです。話したことない，名前も知らない。それぐらいに同級生という意識もないわけです。また昔からあるクラブにはあまり入らないで，自分たちのつくった同好会には自分らで入る。その学年だけは同好会ずうっと動いて，それが卒業してしまうとつぶれてしまう。これはだれの責任でもないと思うんです。その学年の責任でもないんですけれども，いま明らかにそういう風潮がある時に，継続性を持たせたような国際交流というのは非常に難しい。だけど先程お話のありましたように，動機づけを何かすれば，一部の学生に何かをやる学生が出てくるかもしれないというのがここに書いてありますアーリ・エクスポージャーです。より

早い時に何か職を与えて，何か経験させるみたいなことが120分の１，あるいは２学年に１人出てきたら240分の１と，それぐらいの確率で起こり得ない話ではない，という意味で非常に個人的な努力をすれば，その学生はするかも知れない。しかし，システム的には無理なんです。第一，もう１つ問題がある。それは教官の国際感覚。今日も先程の発表にもありましたけれども，教官の方を連れてきたらいいんやと，教官をまず海外に連れていけと，私は断りますけれども，我々教官には国際感覚がない。やっと言うたら，せいぜい押しつけられた国際感覚しかない。私らはっきり言いまして，そういうことから逃げ回っていたんですから。カルチャーショックには強いと思うんですけれども，そういう教官がいまちょうど指導層におるわけです。そういうものは一体どうせえといったって，やみくもですね。ただ，私も幸い，公衆衛生というそういう立場におりますから，耳学問，学問的なものはありますから，ほかの講座の教授よりはまだましだとは思いますけれども，ほかの教授なんか国際感覚全然ない。せいぜい国際感覚というのはアメリカのことしかない。全然東南アジアなんか向いてない教官がもういっぱいです。ですからそういうものに協力するのは無理です。これ括弧に書いてありますけれども，外国人の教官採用したから国際化できるか，これも無理です。私はこれ括弧に入れたんです。こんなことしていいのかどうか。１つずつ問題を上げて，何か解決あるのかなと思ったんです。大学の規則に関して先程言いましたように，事故起こった時どうするかということで許可しなかったんですね。岩村先生が連れていった時に，これは大学として認めるとか，先生個人が先生自身でツアーを募ってやっていくのは，それは自由であるけれども，大学はそれを認めるわけにはいかないということで，結局そういう事故の起こったこともありますし，岩村先生にしてみたら，カリキュラムの中に，単位の中に入れたらいいんじゃないかと思われるわけですが，しかし，大学のカリキュラムはそんなに進んでません。１カ月間まとまった公衆衛生の時間なんかあるわけないですね。これは１週間に１回あるだけですから，まとめ取りができないし，そういうことを大学の中で事務なりに働きかけて何とかしようということも実際は不可能なんです。そういう意味で個人的に働らかざるを得ない。先程のもう１つの方で，日本の医学教育制度，特に単位の互換性，日本でこれを認めている大学は全国どこにもありません。大学院の時には単位の互換性認めてますけれども，これは大学の自主性で認めてますけれども，学部教育の中で単位の互換性はほとんどない。東南アジアで香港とか，英語圏，フィリピンなんかの英語圏はそのまま英語圏の国に対しては単位の互換性があります。お互いの大学が協力して，同じようなカリキュラムをその期間に，５年次であれば５年次，６年次であれば６年次に同じものを組んでなかったらできないわけです。そういう意味の単位の互換性は日本では不可能であるし，それは下にも書いてあります。単位の互換ができるように努力すべきである。これはだれが努力すべきかといったか知りませんけれども，そういう意味で医学教育制度において，国内から見ても大分絶望的であるわけです。しかしもっと絶望的なのは，これ受け入れる大学側なんです。フィリピンの交流の時にも問題になったんですけれども，それも結局は個人的に向こうが引き受けていただけるというふうな形で，向こうのたとえば村長さんなり，保健所長さん等が引き受けてくれるような形でうまくいっているんですね。最終的には大学が表に出てきましたけれども，すると向こうの大学は正式に，片方はこっちは個人的にやるわけですね。向こうも基本的には岩村先生ツアーというような形では大学として答えられない。そんなもの来てもらったらややこしいと，フィリピンの政情不安，あるいはそういう責任を持たなければいかんということで，正式に対応できないというわけです。そうすると岩村先生の個人的な関

係で引き受けていただくというふうなことになります。大学の方がかえって，及び腰で，それこそマレーシアなんていったら，いま完全に国レベルでしかもそういう提携はしない，交流もしないという形で，個人的な交流というのはもう一切禁止しているんだそうです。それはそれで1つのやり方だと思いますが，非常に個人的にやろうとしても，今度はこういう問題も出てくるということを話してまいりました。今日のシンポジウムにもありましたけれども，非常にかなり皆さん考えていることもばらばらでしょうし，対象も違えば，目的も違う。先程目的づけという話も出てましたから，一応そういうのは個人的にやる時には一番大事な話ですけれども，だけどそれも継続性ないままに単年度で終わってしまうとかいうことで非常に問題が多い。私自身はいまほとんど医学部の中であまりよう努力せんのでしようがないんですけれども，何か非常に絶望的やなあというのを，いまからの話の土台にしてこのあと残っている時間，先生盛り上げていただきたいと思います。

司会　住野先生，どうもありがとうございました。

まず4人の方々の発言されたことをまとめてみますと，一番最初，村田さんがご自分の体験をふまえて，学校側への要望として，機会をつくるということ，そういうことが多少言われましたが，ほとんど自分で何かを求めてやったというお話でした。

それから丹野先生はご自分の動機と言いますか，そういうことで実際にリベリア行かれて，大変なカルチャーショックでもないけど経験して，学生に望むことは目的の明確化と言いましょうか，恐らく先生ご自身の体験から，現在の助産婦学校にもいずれそういう途上国とかへ行って，国際協力という目的意識を持っている人もいるんだということをちょっと言われたような気がします。

それから村上先生はこれはもう，大変自力のあるスライドを次々と見せていただき大変なインパクトを受けました。病気で死ぬより食べ物で死んでる。そして，井戸の大きいのにもびっくりしましたけれども，いまの日本の若い学生にとって，ああいう体験は，これはもう大事だと思います。本当は有難うございました。

それからいま住野先生は大変率直に，かつ明快にご自分の意見を披露していただきました。いかがでしょうか，9時には終わりたいと思いますので，何か一言ずつ，コメントして下さい。前席の方どうぞ。

田原　徳島で保健婦，助産婦の学校に行ってます学生で田原と申します。

いまお話聞いていて思ったことを率直に言いたいと思います。私自身は海外に行ったことはまだないんですけれども，いまこっち徳島に来る前に千葉の方にいたんですが，そこにJVCという団体の中にシェアという医療協力の団体があって，そこの中で一緒に国際協力とか，国際協力ということに関する勉強とか，勉強会とか，いろんな方の話とか聞かせていただいたんです。いまちょっとお話聞いていて，行かなければ向こうの方のことがわからないとか，向こうの人のことを身近に感じられないとか，国際協力について理解できないというのは，体験できればそれにこしたことはないんですけれども，実際体験できる人の数は限られているとか，教育の中に組込むことが難しいという今の段階においては，やはり行ってきた人のことを聞くとか，授業の中でそういうことをスライドなどでみることによって，行かないなりにも海外のことを考える目というのを養うことはある程度できると思うんです。私は行ったことはないんですけれども，協力に対する目とか，発展途上国を理解する気持ちとか心とか，そういう国際的な経済関係とか，そういうものに対する考え方というのは，行ってきた方からお聞きしたり，行ってきた学生とディスカッションしたりして，行かなくても授業の中でそういう機会が与えられたり，そういう教材を与えられたりすることによって随分学べる点というのがある

と思うんです。だからはっきり申し上げて，私は海外に行ったら学ぶことばっかりたくさんあると思うんですけれども，少なくとも協力に対する目とか，海外を理解する目というのを持って海外に行くことができると思うんです。だから何も知らなくて行くということも確かに大事だし，そこでカルチャーショックを受けるということもとっても大切なことと思うんですけれども，ある面で，行く機会が少ない学生が，いつか行く機会があるかも知れないけれども，多くは行かないかも知れないですけれども，そういう学生に対してもそういう協力の目とか，そういうものを養うためにはやっぱり学校教育の中である程度カリキュラムの中にそういうものを入れて触れさせる機会がない限り，やはりできないではかと思うんです。それでは，やはり知らない，考えないで流れると思うんですね。だからできないならできない現実の中でそれを入れていくということはやっぱり必要じゃないかなというのをすごく感じます。

住野　岩村先生が大学に来られた時に，岩村先生があっちこっちお名前お聞きでしょうが，講演やらあっちこっち行くと，人がいっぱい来られるんですよ。大学の医学部で講義持たれたんですね，私の時間さいて5回もやってもらった。何で医学部の学生，私の講義聞きにこない，120人のうち10人か15人ですよ。神戸大学の医学部の学生が10分の1しか出てこない。講演に行けば人がいっぱいなんですね。実は講義というと全然出てこない。多分，医学部の学生も，岩村先生，よその大学におられて，学園祭でもあって，講演やいうたら，わあっと集まるでしょうね。自分とこの大学におって，その講義の教授がいろんな体験話した時には，誰も聴きに来ないわけです。ついに岩村先生腹立てられて，講義室で講義するのやめられて，自分の部屋でやったわけです。いまのように講義の時間に，あるいはそういうテレビやらいろんなメディアがありますから，いろんなことで我々情報を知るわけです。もちろん先程言ったように現地を知らなかったら何も体験できないというのは，これはまやかしだと思うんですよ。知らなくても，そんなんメディアでも十分体験できます。それで私十分やと思うんです。しかし岩村先生にいろんな体験した話をスライドでやってもらって，学生はついぞ集まらない。みんなは，恐らくカリキュラムの中で，講義の中で，押しきせの中で話させられるとみんなかなわんというのでしょう。もちろん関心があって，聞きにくる学生は10人，15人出ておる。だからやめたらいかんです。これは続けなければいかんと思うんです。それでそういう機会をとらえてやるんですけれども，やったから効果があるかどうかは全然別やと思っております。

会場発言　ただ，もう一つ感じたんですけれども，今回のこのテーマが大学などにおける国際保健医療教育という題なんですけど，日本が他のアメリカとか，ヨーロッパの国々と比べて，どうしてそういう意識が，ボランティア意識というのが低いか，国際協力という意識がどうしてなかなか根づいていかないのかという理由の1つに，やっぱり大学が専門教育としてやっていくということも必要なんだけど，やっぱりもう少し下のレベルから，小学校，中学校教育ぐらいから，外国について考えるとか，その辺の土台がないということがあると思います。全然外国について無関心でいて，せいぜい先進国とヨーロッパについて行ってみたいなとか，ああいうところはいいなとか，そういうぐらいの感じしかもっていなかったのに，いきなり大学に来て協力が大切だとか言われても，やっぱり消化不良になってしまうということがあります。やっぱりもう少し大学教育においてもそういうことを続けていく必要はあると思うんです。しかし，もう少しシステム化して，制度的に考えるとするならば，小学校教育，中学校教育，高校教育の中にそういうものを，つまりもう少しアジアとか，いろんな国を理解しようという，それでその国の経済とか，いろんな未知のこと，いろんなそういうことから協力に対する目

とか，それを養っていかないと，なかなかいきなり大学に来ても専門性が加わってくるし……。

司会　なるべくせっかくのチャンスですから，一人一言でも，いかがでしょうか。

小林　新潟大学の医学部の６年の小林と申します。

私は本当に海外医療というのを自分でも目指していて，日本でももっともっと欧米と言うか，欧米の人が本当にちょっと夏休みで何カ月間，ボランティアでアフリカにちょっと手伝いにいくというふうな感じで，もっともっとこういうふうに一般的になればいいなと思っています。私は去年，アムザというアジア留学生連合というので，タイに１カ月ほど行って勉強して，今年の春はJVCの人たちのお世話で，日本ボランティアセンターの人たちのコネを使わせていただいて，エチオピアに10日間ぐらいでしたけれども行って勉強してまいりました。

それで私が思ったのは，うちの学校には国際保健研究会というクラブがあって，前の公衆衛生の教授が，ご自分のお仕事のところに学生を個人の責任で連れていかれるという形で始めたクラブなんですけれども，そういうことから，学生の単位とかそういうのにはならないですけれども，やっぱり意識を高めると言うのか，もっともっと感覚的に，まず体験をするというところから始めたというクラブがあって，その先輩方の影響がとっても大きいのです。私は本当に願いはとても大きいですけれども，やっぱりいまできるというのは，住野先生が言われたとおりに，学校のいろいろな制度の問題とかいっぱいあるけれども，やっぱりこの時代で私たちができることというのは，ちょっとずつちょっとずつ進めていかないとだめだと思います。私はそういうJOCSという日本キリスト教海外医療協力会という会員でもあるんですけれども，そこの先生とか，講演会にうちでお呼びして，１人でも２人でも，最近医学部の人はあまり興味を持ってないですけれども，海外医療に興味のある人に聞いてもらって，その子供とかに，世代がどんどん離れていくかも知れないけど，本当に子供の時から植えつけなきゃと言うと変だけど，そういうふうに感じてもらわないといけないと思います。子供にそういうふうに話す人が一人でもふえればいいと思うし，何かうまく言えないですけど，もっと楽観的にと言うか，住野先生に申しわけないんですけれども，楽観的になって，それでやるべきことと言うか，進められることはちょっとずつ進めていけば，長い目で見て昔よりはいいという線にいくんじゃないかと思うんです。

司会　わざわざ新潟から来られたんですね。どうもありがとうございました。

藤本　山口大学の医学部６年生の藤本と申します。

いままでのお話聞きまして，やはり大学という組織の中で，教育の中に取り入れるというのはいろいろ難しいところがあるというのはよくわかりました。教育という形はしないならしなくてもいいとは思うんですが，ただ情報だけはもっとオープンに公開して，もっと情報を教えてもらいたいというのはあります。まだ都会の方の大学でしたらそういう情報というのはいろいろ流れているんですけど，山口なんか奥の田舎の方になりますと，もうそういう国際医療交流，そういう情報というのは全然こないので，よほど自分で気をつけて，チャンスがあったら積極的に出ていかないとなかなか情報を得ることができないんです。少なくとも公衆衛生の教室ででも，NGOがいろいろフィールドワークをいろいろやってますから，そういう情報だけでも提供していただければ，それに参加するしないはもう個人の自由ですし，それによって自分でまた考えていけばよいことですから，最初のきっかけと言うか，そういう情報をもっと提供していただけたらいいんじゃないかと思います。

司会　藤本さんは６年生，小林さんも６年生ですね。もう将来決めちゃっているんですね，大体。いろんな情報が入りますか。

小林　やはり情報が届くのが遅くて，6年生になって，本当にもう時間がないころになって，ばあっといろんなこと聞いて決められないという。

司会　去年，佐賀医大を出た女子の学生で，現在は小児科の研修医をしている方ですがやはり卒業して一体どんな医者にと言うか，それで一緒に連れていってくれという相談が回ってきまして，国試のあとの5月の連休に私共と一緒にフイリピンの田舎に体験学習に行った経験があるんですよ。やはり情報が非常に参考になりますね。

会場発言　就職するとお金稼げるから，神戸とかちょっと出てこれるような，学生時代だったら，たとえワークキャンプとかがあったとしても親に頼めないので，自分のお金で行けないです。就職したらお金稼げるんですけど，何せ働いているのが病院ですから，ワークキャンプあると知ってても休みが取れないんですよね。だから学生時代にもっと情報があって，ワークキャンプは無理でも，こういうところにもっと来れたらよかったなあと思いますが，もう過去のことでしようがないので，いまからでもいろんな情報を交換していただければ有難いです。

司会　何か，せっかくですからこの機会に，どこをおさえておけば情報が入るのかというのをやっておけば，後ろにいる方どうですか。

それでは先生どうですか。

会場発言　私は大学第3学年の者です。

学生時代，外国の地域医療に関することに興味をもちました。医者になってからも，それを続けたいと思います。アムザという組織にいます。すべての学生は国際保健医療のエキスパートになれるし，岩村先生の講義に15人ぐらいしか出ないという時も当然あると思うんです。やっぱり外科で手術うまくなりたい人にはそういうことでしょう。でも医者，あるいは医療人として，あるいは国際人として常識というのは必要だと思うので，常識，あるいは理解，そういう意味で講義の時間というのは私は大学，あるいは看護学校ではやはり設ける必要があると思うんです。

岩村先生は個人的にフィリピンの学生さんと勉強したということですけれども，できればここで責任を持たせればいいんでしょうけれども，やっぱりモチベーションを持つというのは学生時代だと思うんです。そういうものが尾を引いて，いまの卒業後の活動にもかかわると思うので，やはりそういう機会を与えられた方がいいと思うんです。

一番問題になるのは，学生時代にそういうモチベーションを持って，卒業後もそういう仕事に興味を持って継続させていきたいと思いつつも，出る杭は打たれる，でなかなかそういうことができない状況がたくさんあります。丹野先生がおっしゃられましたように，休職後日本に帰ってきた時，ちゃんと職場が保証されるかどうか。そういうところで医師もとまどうと思います。卒業した後にも，そういう興味を臨床の現場でも崩さないで持っていけるようなそういう機会があるかどうか。本当にそういう人を残すようなそういう強力な国なり，大学のレベルなりの施策を，やはりいまの大学あるいは，どこかの病院で進めていきながら考える必要があると思います。

司会　先生どうぞ。

会場発言　私はいま厚生省の看護教育研究センターというところにおりまして，ここでいま看護職員の養成の仕事をしてますが，日本の看護学校は3年間で行っております。大学もございますけれども，そこで教える先生になる人を私のところで養成をしているわけです。そのコースの中に1つ海外研究生コースがありまして，これは現在はまだ，実績がありませんが，外国の人だけしか受け入れてません。ただもう40数年，インドネシア，タイ，そういうような国の人達が卒業して帰っております。大体1年間，そういうようなことで，そういうチャンスを利用して，看護職の教員になる人たちは，外国からの研究生が来ている時はなるべくチャンスを

つくって，一応あまりいま改まった授業というのは言葉の違いでできないものですから，いろいろなクリスマス・パーティーやとかいろいろなチャンスをつくって，そこでお互いに交流していくというようなそれぐらいしかできてないんです。実態としましては，教材研究をできる限りはしまして，ビデオをつくったりするんですけど，そこのところで非常に文化の違い，生活の違いというのがはっきり出てきまして，例えば日本の看護教育の欠点というのがかなりはっきりわかったんです。例えば患者さんが動けない場合はベッドの上でふきますね。これ日本の場合は何度のお湯でふくなんて教えておりますけれど，東南アジアの場合水ですね。どうしてお湯でふくのかわからない。いろんな疑問がぶつかりあって，そこで現場体験をする，学習上の体験をするわけですけれど，教員がこれではいけないというようなことを痛感しました。特に看護というのは，相手の人の生活と密着したことになりますね。仕事の内容が全部ケアですから，そうすると，生活がわからなければいけないということがあるものですから，これをいま問題になっております基礎教育の中に盛り込むというのは大変無理なんです。基礎教育の到達目標というのは看護の実践力が身につくということで，実践できなければ何もなりませんので，国家試験に合格しましても，本当にペーパーだけで，その後，何もできないということになってしまいます。実践力を身につけるということと，そういう国際的な視野を広める，そして多様性に対応できるだけのものを身につける。それには私は3年間では無理だと，教育期間を延ばすとかいろんなこと考えないとちょっと無理じゃないかなと思ってます。このあたりで，看護教育に弾力性をもたせることと，それからそういうセンスを養うということと，どういうふうにして教えていけばいいのかということ，そういうことがこれから先問題じゃないかと思います。65年に看護教育のカリキュラムが変わることになっておりまして，いまカリキュラムの改定の委員会が発足しておりますので，これらのことも盛り込んでいかなければいけないと思っております。それに先立って，教員の意識革命をしないと，いうことを痛感しております。

司会　ちょうど9時になりました。

せっかくですから先生。

片岡　私，神戸大学の現在，医療技術短期大学部におります片岡と申します。専門は微生物感染症の方をやっておりますけれども，実はケニア，ネパールに行かせていただきました。いま丹野先生から言われましたリベリアのお話のところで，ちょうどリベリアでの病院が日本が建てて，写真写すとまるで日本だというのを，本当に感じると言いますか，あれは日本の政府が，あれは本当に悪い落とし子のような感じで建てたものです。ケニア・メディカル・センターあるいはネパールのトリプトファン大学にいると，そこなんかはまるで日本の機械ばかり入っていて，現地ではないというような感じがして，あれはもう本当に日本が侵略していっている以外の何物でもないんではないか。もし日本がリタイヤしたならば全然動かないんではないかというような機械であります。

私自身，臨床検査の方ですので，一番感じたことは，ネパールへ行きましても，臨床検査という必要性は毛頭ないということを感じました。と申しますのは，完全に感染症であるという患者さんしか来ない。だれでも見ても診断がつくぐらいのものでないと来ないので，検査ということは本当に先進国の方は遊びでしかないんではないかという気がしました。ところがいま，先生が言われましたように，看護の学生を感染症とか微生物の方から教えておりましたら，僕の海外の経験からいろんなスライドを見せました。私もそういうような海外のところで働いてみたいというような学生がちょこちょこおるんですけれども，衛生技術学科と言いますか，臨床検査には全然そういうようなことが出てこない。それは何でかということは，いま原因を究

明しておるんです。もう少し情報を集めて，衛生技術をやっていかなければいけないと思っています。ただ，岩村先生のお話を聞いて感動して，日本を捨てて，今年の4月からネパールにこもるようになった学生がおりまして，女性です。向こうから手紙いただいたんですけれども，すごく頑張ってやっている，非常にネパールの人は好意的であるということで，生活も十分に，金がなくても十分にやっていけるというようなことで，大学の教育というのが，こういうふうにおこがましくやるからややこしいんで，もっと本当に小さいレベルから国民と言いますか，ナショナリティーというものをのけた時点から，我々幸いにいろんな留学生を知っておりますので，そんなんを家庭に招いたりして，子供の時代から，例の笹川さんが言うように，世界は一家と言うか，そういうふうな言葉から始めていけばいいのではないかなと，やはりもう少し時間をかけなければならないんではないかなと感じております。以上です。

会場発言　私はこの学会があるのは，先生の方から聞いてまいったものですけれども，先生には厚生省でいろいろ指導いただいて，いま順天堂の看護専門学校で教員をしております。私は看護婦になって4年目ぐらいにフィリピンに半年間行っていましたけれども，それは協力とか援助とかそういうものではありませんでした。CPEという国際聖路加病院で主催する講習を受けたんです。ですから私は援助とかそういったものはよくわからないんですが，勉強しにいった者として，彼らと一緒に半年間生活した中で，やっぱりギブ・アンド・テイクと言うか，そういう精神が大切だなというふうに感じて帰ってきたんです。何かこちらから，先程先生がおっしゃったように，おこがましく何かをするということじゃなくて，やっぱりこっちで知っていることを彼らに自分の知っている範囲内で教え，また彼らが学ぶというふうなそういうことが必要じゃないかなというふうに考えたんです。「人間の大地」という本がありますけれども，あれを読んでいたら，また彼女にすごく影響されまして，深く考えさせられるところがあるんです。例えば大学教育なんかにおいて，国際協力ということを考えていく場合に，上智大学の知っている方から「人間の大地」を教材にしていて，実際，それを読んで，そして講義と言うか，していただくこともあるというふうに聞いたんですけれども，私たち，実際行かなくてもどういうふうな世界と言うか，栄養で苦しんでいる人が世界には3分の2もいるんだと，日本人は3分の1の恵まれた国の中にあって，というふうなことから知るだけでもすごく重要なんじゃないかと考えています。

司会　ありがとうございました。

会場発言　華表先生，産業医大の学生さん結構アムザとか何かに言っておりますけれども，あれは先生の影響なんでしょうか。

司会　国際保健研究会があったりして，一応私が顧問ということになっておりますが，特に関係ないでしょう。その中から好きなのが行っているようです。講義は，国際保健とプライマリ・ヘルス・ケアを1コマずつやってますけれども，出欠はとっていませんので，それはあまり聞いているとは思いません。いろんな学生がいますからね。

いまの先生のお話じゃないけど，講義やっても，この間なんていうのは授業の始めの時出てきてのは3人ですよ。そして終わってみて教えたら7人で，そのうち女の子が4人だと，そんなものですからあまり……。

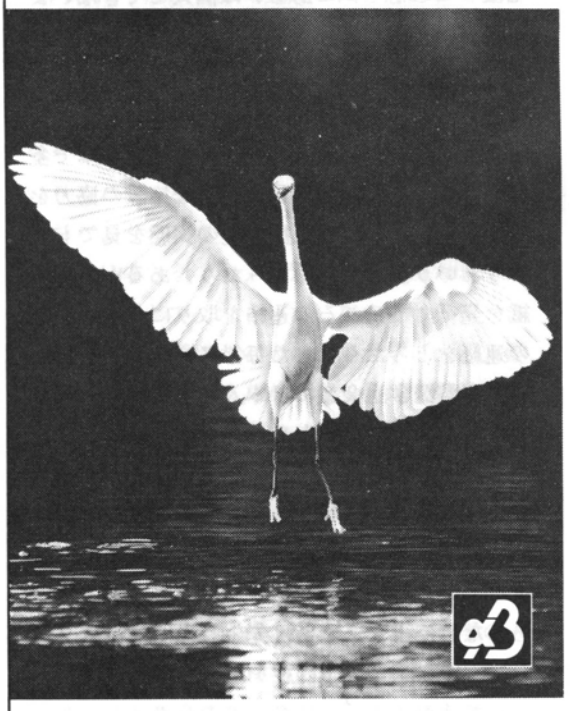
会場発言　私ドクターになってから関心持ったことなんですけれども学生さんで熱狂的な方がいるんですけれども，やっぱり卒業したらどうなるかというと，ほんのごく一部ですし，友達が全然関心を持ってくれないというふうな問題ですし，ましてや上の先生が講義で取り上げてもきかないのは，それは当たり前と思うんです。

1週間ぐらい前の武見シンポジウムで，朝日新聞で医学部の定員の削減，120人を100人，これ20人とか，せっかくあるんだったら，国際保

健授業に当てなさいとか，そのための養成のために，やっぱりどういうふうなことで日本が国際保健医療教育やっていくかわかりませんし，それに志願するなんていう医学生は絶対いないと思いますし，やっぱり卒業した後というのは，全くそんなことはかけ離れてと言うか，本当に普通のドクターになってしまうケースがあると思いますし，やっぱり大学にいますと，ほとんど関心がない。最近，臨床なんかでも認定医とか，指定医とか，登録医とか，がんじがらめなんですね。１つの内科の学会でも，別の循環器だとか，いろんな学会に入って，そのための症例を幾つか集めて，そのためにがんじがらめなんですね。

司会　それじゃひとあたりお話して，別に結論は出ないんですが，それぞれの先生の置かれている立場から貴重なご体験を踏まえたお話を有難うございました。お互いに１年に一度ぐらいこういうざっくばらんな話をすると，非常に有意義じゃないかなと思うんです。そういうことで全然まとまりがないんですけれども。こういう機会にいろんな情報交換だけはしっかりとやっておいた方がいいんじゃないかと思います。

あわてず，ゆっくりということでしょうが，時間が10分オーバーしましたけど，どうもありがとうございました。



住友製薬

高血圧・狭心症・不整脈治療剤　指　要指

アルマール®錠5/錠10

Almarl®〈塩酸アロチノロール〉

薬価基準収載

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご覧ください

製造発売元　（資料請求先）

住友製薬株式会社

〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号　®登録商標

UP

第７分科会

国際保健医療と学生活動組織

オーガナイザー・司会
小　池　達　也（大阪市立弘済院付属病院医師）

司会　それでは時間がきておりますので，第７分科会を始めたいと思います。レセプションが終わったそのままの部屋で急いで片付けないまま始めさせていただきますけれども，ちょうどいすも円卓の形でありますし，かつての円卓の騎士のように皆さんが上下の区別なくいろんな意見を出していただくことを期待します。

きょうの進め方としましては，まず大阪大学の高島君に現在の学生の活動の一つの例をお話していただきまして，それに対する意見を皆さんの間から出していただきたいと思います。

既にこちらからスピーカーの方には意見を出していただくように，前もってお願いしてありますけれど，それ以外の意見でもどしどし出していただいて結構です。

できるだけ自由に活発な意見をお願いしたいと思います。

ではまず高島君どうぞ。

高島　皆さん初めまして大阪大学医学部の高島と申します。きょう国際保健医療と学生活動組織という第７分科会で僕たちがいま活動している全日本医学生アジア連絡協議会について少し話してみたいと思いますけれども，僕をはじめここにいらっしゃっている方は日本の医療だけじゃなくて，海外の医療機関にもかなり興味があってご自分自身で海外なんかに行かれていると思います。僕なんかも医学と同時に国際問題とかそういうものにとても興味がありまして，去年も活動したわけです。皆さん御存じのように今年 WHO 事務総長に中嶋先生が就任されたこととか，あるいは国内ではこのように多くの先生方が国際保健医療という分野を開拓されているんですけれども，学生としましても個々にいろいろな大学，あるいは個人で海外に行って調査をしたり，海外の学生と交流をもったりしているわけです。でもそれは学生という，金もない時間もないということでいろいろ制約を受けているわけなんです。そういった中で個々の大学，あるいは個人で活動するんじゃなくて，長年活動している学生がお互いに意見交換し，あるいは協力しあって個人あるいは一つの大学サークルではできないような活動を展開しようじゃないかということで，1980年，いまから８年前にインターカレッジの組織である全日本医学生アジア連絡協議会というのが設定されたわけです。現在，全日本医学生アジア連絡協議会では一つのサークルあるいは個人でできないような活動，例えば国内学生の中で，こういうことに興味を持っている学生の情報交換やこういう会議を開催した，あるいは他国の，アジアを中心にするんですけれども，医学生を日本で多くの先生方，あるいはいろいろな施設の協力を借りて，日本国内の医療保健の実態を見てもらおうという研修を組んでみたり，あるいは機関紙を発行して日ごろの連絡を取りにくい学生との連絡をとったり，また毎年アジアで開かれている国際医学生会議に日本人の参加者を派遣するなどといった活動をやっているわけなんです。こういった全日本医学生アジア連絡協議会というのを一つのモデルケースとして取り上げて，個々のサークル，あるいは個人で活動するのではなくて，こういった横のつながりを持っていろんな悩み事，あるいは先生方に助けを借りて学生，医学生の大学の絆を越えたサークルをつくって活動することについての意義とか，あるいは問題点とか，そういうことについてきょう

お話していただければいいんじゃないかと思ってこういうテーマをつかったんですけれども。

司会　実際に例えばどんな問題点が出てきましたか。

高島　問題点じゃなしに，具体的にどういう活動をしたかというのをこれまで何人か直接かかわってきた人たちが参加してますので，できればその人たちにマイクをお渡しして話していただければなあと思っておりますけれども。指名してよろしいでしょうか。今年の春なんですけれども，先ほど申し上げましたように，アジアの医学生を呼びまして，日本で研修プログラムを組んだわけなんですけれども，その研修プログラムの責任者をしておりました岡山大学の野原さんがこちらに来ておりますので，そのときのことをちょっと簡単にお話していただきます。

野原　岡山大学の野原です。去年タイから６人医学生を迎えて，３人が３年生で３人が４年生だったんですけれども，日本での研修プログラムというのを組みました。

内容は今回は日本で失敗したと思われる公害問題とか，あと原爆とか日本でいま私が考えるのに覆い隠されようとしているけど，実際には問題が続いているというようなところを見てもらって，タイでは未然に予防をしてもらおうということと，あと一般家庭を見せて，両方を比較をしようということで，企画しました。西日本と東日本とを３人ずつ別れていろんな大学が受け入れをしてくださって，東の方は秋田大学と自治医科大学，西の方は広島大学と大阪大学です。みんなでいろんな大学で各地で数時間ずつだったんですけれども，受け入れをやってもらいました。

今回は反省点としては内容がばらついたというか，各地を二，三人ずつ回ったので体力的にも消耗したし，じっくり見られなかったというところです。良かったと思うのは，各大学の人が非常に快く受け入れて下さったので，日本の中でのこういう活動が育ってきたんじゃないかと思った点です。これらの企画が82年からずっと続いてきて，来年の春休みもやる予定です。

司会　ちょっといいですか。そのとき向こうの大学から６人呼ばれたわけですけれども，彼らが日本の大学で研修されたときには，その相手は誰がされたんですか。

野原　相手は各大学の学生で，各地の施設に連れていって色々とお話を聞いてくる役をしました。

司会　大学の先生等には，そういうことは全く相談しなかったんですか。

野原　一応岡山大学主管でしたので，岡山大学の寄生虫，公衆衛生，細菌学の先生方には表敬訪問しましたが，あとは全部個人的に学生同士でしていただくということにしました。

会場発言　その招へいに要する費用は，出所はどうなんですか。

野原　昨年度は国際医療団から20万円と秋田大学から10万円とあと岡山大学で一昨年設立した日本・タイ交流基金というカンパみたいなものが５万円で合計35万円でした。

司会　それで６人全部呼べましたか。

野原　かなり苦しくてタイの人もかなり負担しました。内訳は渡航費として20万円渡したんですが，滞在費と移動費でかなりかかりまして，それで結局タイの人が１人当たり７，８万円は負担して，かなり苦しかったと思います。できれば本当は１人当たり10万円ぐらい援助できたら一番いいんですけれども，無理でもせめて40万円ぐらいは欲しかったなという感じです。もっとひどいのは一昨年のことで国際医療団の方に申請を申し忘れたか，出したが下りなかったかどっちかで秋田大学に10万円しかいただけなくて，それで４人来たということもあります。と言うのは，タイの方はとにかく１人当たりは少なくなってもたくさん日本に来たいという希望なのでそういうふうにしました。

司会　彼らは自分でわざわざ自腹を切ってまで日本に来たいんですか。

野原　そこのところは……。

司会　彼らはこちらが意図したようなことをど

のように感じてタイの方へ帰っていったんですか。

野原　タイの方が日本に来た目的というのは向こうの人の感覚で言えば，こちらは学生の自由，大学の枠じゃなくて横の自由なつながりという感じで活動しているんですけれども，ほんとは大学の招へいがあって来て，何か日本で研修すればタイに帰って何らかの資格，といえば変ですけど，そういうものが得れるような制度にできたらしてほしいという希望があって，そういうつもりの人もいたし，あと初めて日本に行くから，とにかく日本に行って見てみたいという人とかいろいろでした。で，感じて帰ったのは，今回は東京都か大阪だけじゃなくて，かなり田舎の方にも連れて行ったので，日本にも田んぼがあったのかとか，こういろんな不思議な感じのすることもいっぱいあって，日本にもちゃんと農家はあるんですよとか，そういう話もいろいろしたんです。

医療の方では最先端ではタイにも同じようなのがあるというふうなことも言ってました。広島が特に印象に残ったようで原爆資料館とかを見て，やっぱりこれは二度と繰り返してはいけないということとか，あと水俣だったようで，水俣病の患者さんの施設に行った時に，向こうでその施設で患者さんが手作りの工芸品を作っておられたんですけれども，それを見てこういうこともできるんですかと，私にとってはちょっと障害者の方に対する認識がちょっと私と違うなと，かなり思ったんですけれども，いろんなところでなんかいろんなものを見てびっくりして帰られたという感じです。

会場発言　もう一度お聞きしたいんですけど，先ほど向こうの人がこちらに来られるときの希望ですね，何か日本に来ることによってメリットがあるということを考えておられた方がいたということですが，実際に来られるまでに日本人の学生とタイの人たちとのディスカッション，あるいは文通を通じてでもいいんですけれども，どういう希望があったか，そういうのはあくまで原爆とかそういう向こうからの希望ですか，それともこちらから紹介したものですか。

野原　初めの希望では，とにかく広島を見せてほしいということが一番の希望で，あとはお任せしますということだったので，こちらから一応今年は公害でやろうと思うけど，ほかにはないかというふうに書くと，それでいいですよということで，こちらで選びました。

司会　それではもうちょっと学生の活動を浮かび上がらせたいと思いますので他にもお話してください。

高島　先ほど申しました例えば国際会議，毎年日本人も参加しているんですけれども，国際会議についての感想について，昨年の参加者からひとつお願いします。

松島　日大の松島と申します。昨年，２年前と２回続けて僕たちの国際会議，アジア医学生国際会議に参加しました。もっとも大きな感想というのは，端的に言えばお祭りですよと，そこに尽きてしまうような気もするんです。一応僕たちの目的というのは例えば学生時代にきずなをつくって，卒業してからもそういうきずなを持ち続けて，アジアの人的なネットワークをつくっていこうというのが目的ではあるんですけれど，お互いの怠慢とか，文通の面倒くささとかそういうのも手伝いまして，結局その場限りのお祭りになってしまっているなあというのは否めないと，そういう気がするんです。一応会議では当然ディスカッションはありますね。ただそこでも結局日本人の参加者は何をしているかというと，結局英語のハンディなんかもあるんですから，結局ぼけっと聞いててフーンと帰ってくると，そういうふうに終わってしまっている面もありまして，それで僕たちもう来年の会議のことについて考えているんですけど，とにかく会議もこのままのお祭りで続けるならあんまり意味がない，というか当初先輩たちが考えたほどの大きな意義がなくなっているんじゃないかというのが僕の率直な感想です。

司会　みずから何か否定的な意見ですね。他に

誰かありますか。

高島　そうですね，いろいろ活動してて感じるのは，とりあえずこの会議あるいは，この学生の集まりにつきまして横のつながりをつくろうということでいろんな工夫がなされているわけなんです。１年に１回か２回集まったり，そのあたりかなり孤軍奮闘して学生の中で機関紙を発行して，とにかく日ごろは１年に１回か２回しか会えない学生の間で，しかもこういうことについては一つの悩みをあまり話すことができないので，全国各地にこういう学生が散らばっているんですけれども，その間を取り持って情報交換をしようとしている学生がおりますので，秋田大学の鈴木君に一言お願いしたいと思います。

鈴木　秋田大学医学部５年の鈴木です。僕がいま全日本医学生アジア連絡協議会の機関紙の編集長と副代表を兼ねてやっています。機関紙は大体毎年，年６回，つまり２ヶ月に１回ぐらいは，発行されてます。毎年編集長は変わってまして結構大変な仕事なので１年交代でやろうということになってます。僕らは機関紙を前からやりたいなあとは思っていたんですけれども，それはまず日本国内でかなりこういう活動をしたい，あるいは関心を持ってる学生はかなりいると思うんですね。ところがそういう人たちは個々に活動する，活動というかまあ本を読んだり，それからいろんな団体に問い合わせをして，もし海外に行って医療の見学をしたいとか，そういうふうなことをしている人はかなりいると思うんです。しかし，そのネットワークは全然取れてないと思うんですね，もちろん１人でどの団体にも属さないで１人でやっていきたいという人はかなりいると思うんですけれども，そういう人でも気軽に情報交換し合えるような，そういうネットワークをつくりたいと思ってます。こういう海外の活動だけじゃなくて，国内的にも全人的医療を考えることだとか，他のグループとも積極的にネットワークをつくっていけたらいいなあと非常に強く思ってます。やっぱりそういうネットワークをつくっていく上で，国際医療協力活動が学生の中に浸透していけば非常にいいことだと思って頑張っております。

司会　まだ学生の組織を実際に知らない方には全体像がもうひとつはっきりしてきてないような感じもするんですけれども時間の関係もありますから，次に今度学生の……（「質問していいですか」と呼ぶ者あり）はいどうぞ。

会場発言　ちょっと一つ質問させていただきます。国際保健医療活動と学生が行っている友達の輪を広げようという活動ですね，それを直接結びつけられるのか，国際協力とその友達の輪をつくろうというのと，どういうふうに結びつけられるんです。

高島　全日本医学生アジア連絡協議会で活動している学生の中にはこの問題についていろいろな意見を持っている学生がいますので，僕一人がそれについて発言するのはおかしいかも知れませんが，僕個人としましては学生がやはり国際医療協力に直接かかわるのはむしろかなり難しいんじゃないかというのが率直な実感です。ですから僕たちの活動が直接的に国際医療協力というものにかかわるとは思いませんが，まず日本の現状を見ました場合に，海外の医療とか，あるいは保健問題に興味を持つ学生というのはかなり少ないと思うんですね。あるいは持つ機会というのもかなり少ないと思います。それでそういう学生でも一たん向こうの状況を見たり，聞いたりしたときに興味を持って，関心を持ったときに初めて国際協力というその分野の問題が始まってくると思うんです。ですから僕たちの学生の活動というのは直接は国際医療協力にはかかわらないと思うんですけれどもそういう分野について考えようというきっかけになる，そういう意味で間接的にかかわるんじゃないかと考えております。

司会　では次に学生組織の育ての親であります菅波先生にこの組織の生い立ちを含めて，ちょっとお話していただけますでしょうか。

菅波　生い立ちは1980年にカンボジア難民が出たときに，それまで西日本医学生アジア連絡協議会が２年前から実はあったわけです。それでカンボジア難民のことで医学生にも何かできないかなあということで，実際に向こうに行ってみたんです。まあ行ってみたら全然情報がなかったですね。当時の朝日新聞を中心としたマスコミが海外からのボランティアはたくさんカンボジア難民キャンプに行っているのに日本からのボランティアが全然いないじゃないかと，日本人は人道主義が全然ないのかというようなことを盛んに書き立てました。私たちは実際に行ってみたんですが，ただマスコミは書くばかりで，具体的にどこでどんなボランティアが必要とされているか，それから学生でもどこに行けばどんなことができるのかとか，そういう具体的なことについては何も書いてなくて，多分私が思うには，書いた新聞記者自身が行ってなかったんじゃないかと思いますね。ただもう書くだけとデスクワークでやられたか思うんですね。実際いま厚生省におります牛尾先生と私ともう一人がカオイダンの難民キャンプに行きましたら，ちょうどJICAから日大の先生方が来られて，病棟を建てるということでした。私も一緒だったんですけれども，牛尾先生に当時学生で何かお手伝いしたいから，ぜひ仕事くださいと，JICAの支部の方に言いましたら，医学生はいらないよとこういう話になりましてですね，まあしょうがないから帰ってきたこともあるんです。それで，じゃ私たちがほんとに海外で何かしようと思ったときに何が一番大切なのかということになりましたら，現地から的確な情報が手に入るということが一番大切じゃないかということに気がつきまして，それだったら医学生のうちから向こうの人とヒューマンリレーションシップをつくり上げてお互いに何かあったら助け合う協力体制ができないかというのが実は最初の動機でした。で小池先生も1980年に観光も含めて一緒に行きまして，会議を開きまして，その席で全日本という組織をつくったらどうかということでちょうど東から遠田先生が来られまして，それで全日本という形になって，現在まで来てるんです。で私がここ８年間ずっと見ておりまして，大分その参加される方の意識も変わってきている，ということは社会情勢自体も変わっていると思うんですが，最初はアジアのために何かしたいというのが第一声であります。小池先生とか，私とか遠田先生とか牛尾先生だったんですけれども，そのうちに難民の問題が下火になって，ただ情熱とかロマンだけで集まっても意味がないということで川上先生なんかが集まって何か統一したテーマをもとにみんながディスカッションして何か実のあるものを出していこうということでアカデミックな会議に変わってきたんです。それからまたじっと見ておりましたら，安先生とかそれから今度先生になられましたが，国井君，それから広田君，外科になっておりますけれども，どうもそういうロマンとも違うし，それからアカデミックなものとも違う，第三世代に入ったような気がしました。抗生物質じゃないんですけどね，社会情勢が変わってきて，現在やられている方々も多分第三世代になったと思うんです。非常にフレンドリーな感じから入っているわけですね。私たち第一世代というのは何かこうお互いが意思の確認をし合わないと互いにすっと入っていけないところがあったわけですね。だから何か理念がないと入っていけない世代で，ところがいまの人たちは何か急に仲良くなって個人的な活動がボンボン広がっていくということで，私らどちらがいいんかなと思ったんですけど，まあ一世代，二世代，三世代ともやっぱり大切じゃないかと思うんですけれども，そういうふうにこの活動自体が非常に変わってきているということは社会情勢が変わってきているのと同じじゃないかなという気がするので，どれが一概にいいとも言えない，多分どれも必要なもんでないかなあという気がしております。

それからあと個人的なことなんですけれども

国際保健医療協力ということをしきりに言っているのは多分私は日本人だけじゃないかという気がするんですね。実際に個人的にアジアを回ってみまして，そのいわゆるヒッピーという人たちですね，私もヒッピーしてましたけども，イギリスとかフランスのヒッピーが非常に多いわけですね。アメリカのヒッピーもいます。それで不思議なことにスウェーデンとかデンマークとか，ああいうところのヒッピーというのは見かけなかったわけですね。私が思うのに多分イギリスとかフランスは植民地を持っている関係でわりとあっちこっちに皆気軽に出ていくんじゃないかという気がしましたし，それからアメリカは国際企業，多国籍化してましたから，そういう意味でもわりと国境ということを考えずに，若い人があっちこっち行っているんじゃないかというような気がしたわけなんです。彼らは大げさには考えずにいろんなことに参加していると思うんですが，私たち日本人がじゃ一体どんな気持ちで出ていったらいいんかなということを考えるんですね。彼らの植民地に当たるようなものも私たちは持ってなかったわけですし，そうかといって多国籍企業の点しかないんですから，だから何となくアジアのために何かしようとかいうようになって，きっかけがやはり非常に無理な入り方だったんじゃないかという気がしたわけですね。最近医者になってからハムなどの組織をつくって向こうの人と付き合って，だんだん付き合ってみるとまあ向こうの人もほんとのことを言うんですけれども，実は大体いつも話をするときにはにこにこして，いいことだけ聞いてぱっと別れるんです。ところが私がタイの人にひょっとしたら私は軍医となってタイに行くかもわかりませんよと言ったわけですね，軍医となるのは要するに日本の軍隊がタイの国に来て私は軍医で招集されて来るかもわかりませんよということをぱっと言ったら，向こうの顔付きが急に変わったわけですね，それから真剣な話になったんですけれども，向こうからくるExchange programで来るお医者さんと親しくなって聞いていくと，必ず身内に日本軍に殺された人だとか，それから悲惨な目に遇った人が必ず回りにいるわけですね。そうすると私は最近思うんですけれども，その辺を抜きにして，いかにこちらから何かして上げようとか，そういうことを言ったところで，その辺何かけじめをある程度つけていかないと，なかなか向こうの人も受け入れないんじゃないかなあという気がしているわけですね。実際は私たちの世代がしたことじゃないんですけれども，しかし彼らはやっぱりそういうことをした世代の子供だと私たちを見ているわけですね。だから私はこの前もマレーシアから来た人にちょっと提案してみたんですが，医学生国際会議がマレーシアで開かれるとすれば，必ずどこの国にも残虐行為があった跡とか，たくさんの人が殺されたモニュメントがあるわけですね，で今まで日本人の医学生がそういう所を希望しましたかというと，全然していないというわけですね。それで，もし会議がマレーシアで開かれたときにそういうところに日本人の医学生がまず一応けじめをつけに行って，それから会議をするようにしたらどうですかということを言いましたら，やっぱりそうしていただければ大変ありがたいみたいなことを言っておりました。だから私は8年間経ってわかったんですけれども，やっぱり欧米とかああいうところの他国との付き合いは，日本とは全く形式が違うんじゃないかと，日本としてはやっぱり第2次大戦の影響力が残ってますから，それをある程度けじめをつけながら入っていかないと，やっぱりなかなか良い，長い付き合いが難しいんじゃないかと，どうも個人的には，そう考えます。

それからこの会議を支えられている方が，非常に個人的に努力されているということをいろんなとこから聞いて，敬意を供しています。やっぱりこういう会議というのは昔から裏方が汗を流して，それにいろんな人が集まってきて，それで会議が進んでいくということで，ど

うしても裏方になる人の汗と知恵が流されないと仲々スムーズに運ばないなあという気がしています。そういう意味で言えば毎年毎年非常に素晴らしい形で出て，それぞれの知恵と努力でいい会議に展開されてきているというふうに感じておりまして，非常の勉強させてもらっております。

司会　どうもありがとうございました。二世代の私と管波先生なんかはほとんど同じような感覚を持っているんですが，そういう方からの話を聞かれて，また学生さんたちの中に新たな感覚が芽生えてきたんじゃないかと思います。特に質問とかはないですか。

では次に，医学生が実際いま各大学で授業を受けて，そして卒業していくわけですが，そういう医学教育という点から国際協力とどういうふうにかかわっていくかということで，岐阜大学の尾島先生に少しお話していただけますでしょうか。

尾島　岐阜大学の病理を担当しております尾島です，実はこの学会，最初から入る予定だったんですけれども，仲々都合がつかずに今回も病院関係の集まりがあってどうしようかなと思っていることろへ小池先生から熱心なお誘いがありまして，先生の情熱にほだされて伺ったような次第です。私自身は東南アジア発展途上国との医療協力の経験がございませんので，間接的なことで的を外れるかもしれません。初めに，先ほど岡山の方がタイの人たちを呼ばれた話がありましたね，うちの大学の学生さんたちはタイに出かけているんです。

それで最初にその事例をちょっと資料を見て紹介させていただきましょうか。その会はうちのクラブの組織で熱帯医療研究会と言いまして約30名ぐらいのクラブなんです。で一昨年，去年と毎年10名ぐらいづつ出かけて，そしてバンコクから北へ，国境に近いチェンマイでの小学生の検便をして，で向こうと交流をして帰ってくると，実際そういった作業を通じて交流するというシステムを取っております。大体10日間ぐらいで500名ぐらいの児童の検診，市内の学校，周辺の学校と3校ぐらいやるんです。向こうの寄生虫学講座の先生方もある程度アレンジをして下さる。それから学生さんも毎回協力すると，そして最後はこちらから行った学生たちが資料の配布から回収，そして検便，毎日夜遅くまで頑張って，生まれて初めて検便するもんだから時間もかかるようなんです。しかし，そういう苦しい汗を流しながらの活動を通じて，タイの学生諸君との交流も深まったし，またその東南アジアの実態に触れることができたと，そういう彼らの活動に私も関心は持っておりますが，彼らから聞くと一つは学生の身分で行っていろいろ解決することは非常にプラスになっていると，これからの目標の中にも，まず見ることだ，体験することだということを最初に挙げてますね，それからちょっと読んでみます。

東南アジアの医療の現実を目の前にし，そのバックグラウンドとなっている風俗，習慣，経済など，日本の現状との違いを認識する。それをもとにして保健医療分野で日本が行なえる発展途上国との国際協力について考察すると，結局，学生の身分で直接医療協力には携わることはできない，いろんな限界があるから，そういったことを考えていこうというのが2番，3番目は具体的に今回の会議を元にして発展途上国の問題を考察する。4番，タイの学生と交流をもち，互いの国の実情，医療医学だけではなく，風俗，習慣，物の考え方などについて話し合い，互いの知見を交換する，このことが目標になっているみたいです。

教育のパターンは皆さんもご存じのように，カリキュラムの最初にはニーズが，ニーズからこういう学会も持たれるわけでしょうけれども，一応ニーズはこれはどなたも今の日本の世界における立場から考えればあるだろう，否定する人はないと思います。そのニーズに基づいて目標が設定される，その目標を設定される段階でいろいろ実現可能な制約も考慮しなくちゃいけないんですね。うちの学生諸君は一応目標

をこういうところにおいて，私もそんなところだろうと思います。いろんな行動を，我々の日常の行動，患者さんに対しても，あるいは彼女に対しても，最初に見て，感じて，行動する，英語ではknowing. feeling, doing,この3段階，すべての行動にある，まずやっぱり見るということ，それが最初にあって，それからfeeling,感じる，感じ方にもいろいろありますけどね。一時的な感傷的な感じ方もあるだろうけれども，もっと深くそれがその人の行動を引き起こすというような，ああいう状況を見ては何とかしなくちゃというようなことで，それがその人の行動にまで発展する。そして3段階目はdoingだと，しかし学生の場ではやっぱりknowingとfeelingの段階までは少なくとも目標の中に入るだろうと，で現実に彼らもそこまではやっている。ところがそれじゃ先生帰ってきてから僕らはそういう状況の事はできないし，どうしたらいいんですか，という質問があるんですね。これも皆さん方が今持っておられる疑問とも共通するかと思いますけれども，ともかく学生の段階では医師免許もなければ，お金もないし何もできないけれども，しかしそのフィーリングによってこういった領域の問題を自分たちの問題として動機づける，教育における最初のモチベーション，非常に大事なことなんですけれども，そのモチベーションをみずから得るという，それが目標であっていいと思うんですね，だからポジティブに何か具体的にプラスになるというようなことまでいかなくても，それが将来の医師としての活動の大きなモチベーションを与えるというチャンスになればいいんじゃないかなあ。それから先のことはそれぞれの人によって，またおかれる環境によって変わってくるだろうと思うんですね。ですから学生時代の目標の限界はそこらじゃないかなあと，しかしその目標の次にそういうプログラムを実際その軌道に乗せるためには，戦略を狙うしかない，ところがカリキュラムでもその目標があって，方法があって，そして実際それが実施され，最後に評価を受ける。この3つのサイクル，評価の結果でまた目標に戻る，目標，方法，実施，評価，目標という，このサイクルが常にあるわけなんです。今の場合にじゃその方法として大事なことが幾つかあろうと思うんです。時間も中々ないんですけれども，先ほど高島さんがおっしゃった今の横の連絡，コミュニケーション，これが一つ大きな目標だと思いますね。うちの学生諸君が実はこの学会の存在もまだ知ってなかったので，私，声をかけたんですけれども，もうそのとき遅くていろいろそれぞれスケジュール組んであって，今回どうしても出られない，しかし来年からは必ず出ますから，今年は勘弁してくださいなと。こうしてタイまで行ってボランティアをやっていても横の連絡ないんですよ。これは一つのやっぱり大きな結果論までいかないけど，まだ不十分な点で，いまの高島さんたちのご提案には私は大賛成ですね。そういう横の連絡がつくことによってより深まっていくのであろうし，それからもう一つは，先ほど滞在費の問題が出ましたけども，経費の問題，とても学生の金だけじゃ行けない，うちの場合はどうしているかといいますと10人が行くと，タイ10日間で250万円要る。その250万円の内訳は50万円は国際医療団，これは50万円もらえればあっぱれらしいですね，それ以上はもう出さないらしい。50万円もらえたので非常にラッキーでありましたけど，それから先輩とか我々のところからの寄附が50万円，で100万円ですね。残り150万円がそれぞれ15万円ずつバイトの金でいったとか，そういう形でいま今年も3年目で出発するんですけれども，その点を何とかもう少し全国的な組織でバックアップできるようなことを，この学会当たりでサポートする財団的な形になっていけばいいんじゃないかなあと，こういう気がしているんです。これは大変なことでしょうけれども……（「サポートというのは財政的という意味ですか」と呼ぶ者あり）はい財政的にもですね，まだまだ関心のある方がいらっしゃるだろうし，

そういう人たちから学生諸君の活動のための会費ということで，毎年会費制でですね，そういうことができれば1,000万円ぐらいのお金が集まれば幾つかの大学に配分できるんじゃないだろうか，そんなこともちょっと方法論として思っているんです。もう一つは学生諸君の中でも関心のある人は少ないけど，実際に行ってみたらみんなそれぞれのモチベーションを得て帰ってくる，ところが教官の方もこういう学会でも先生何人ぐらいですか会員は1,000人はいないでしょ，それでも。日本の教官が少なめに見積もって100名の受験生を請け負うとしても，教師が8,000人いますよね。8,000人のうちで医学教育学会でも800人，1割しか教育の責任持っていない，そういう教師の方の理解，関心，これを高めるということをやっぱりやっていかないかんのじゃないだろうか，それで教師の方も理解が高まれば，学生諸君もそれらのことでいろいろサポートもしクラブ活動もするだろうし，いまのところは各大学でそういうことに理解を持っている人は非常に少なくて，学生のクラブ活動で勝手に行ってこいというのが，案外多いかなと思うんです。そこらの裾野を広げていくことも今後の戦略の一つかとも思っております。

医学教育学会でも教育用にするためには，まずティチャートレーニングしなくちゃいけない。ティチャーの考えが違っておれば進まない，ティチャーがトレーニングを受けて，そしてそのティチャーのもとで教育を受けた人はまたより教育を積まねばいかんと，教育というのは非常に長い年月のものだし，早急にはいかない。いまの諸君が日本の輪を広げて，みんながもう少し核になってきたようなときには，その後輩，教え子たちはまた余計行動されて，これは日本は先ほど誰かおっしゃったように，歴史的に見ても，地理的にみても，こういう状況できたし，さらには宗教的にもキリスト教関係の人は別ですけれども，一般にボランティア的精神もないし，いろんな面で急にはいかないと思うんです。非常に息の長い対応をしていかなくちゃいけない。そういう目で交流と継続ということを常に努力していけばそのうちにより良くなるであろうという期待を持っております。

司会　どうもありがとうございました。この点，いかがですか。宗像先生も何かご意見をお持ちじゃないかと思うんですけれども，一言いかがですか。

宗像　もう少し時間があるんで，9時までですしょ。もう少しは僕は学生諸君の意見を聞きたいんですけど。その後ちょっとお話したいと思います。隣にいる人に，僕から指名していいですか。何でもいいから言ってごらんなさい。

島崎　私は香川医科大学の1年の島崎です。ごっつい年になってますが，僕がこんなに年とって医者になろうと思ったのは，前の大学におる22才，10年ぐらい前ですけれども，そういう医療とか博愛とかそういう精神に関係なくて，なぜかアフリカへ行ってサハラを横断するんだという，そういう冒険心だけでサハラへ行って一応縦断ですが，やってきたんです。それがきっかけで今まで働いておったんですけれども，どうしたまた向こうに行って何か役に立ちたいなあという気がして今年受けました。今さっきの活動の話なんですけども，僕はまだ1年なんでよくわからないんですが，医ゼミというのが今年浜松であるんでそこで僕分科会を催すことにしました。僕自身はそういうアフリカの現状は少しはわかるんだけれども，医療活動はできないので，かといって医ゼミで発表するときに，やっぱり医療という面で話がしたい，そこで僕ユニセフの活動をやっていたんですけれども，そこのユニセフの人に聞いたら，今日来られてましたがJOCSの中村哲先生をご紹介していただきまして，今年の医ゼミでは先生にコメンティターをお願いしました。僕の方はそういうアフリカの現状というか，もう大分昔の現状ですけれども，いまちょっと哲学の方を勉強し直して，それを発表させていただいて，その中の一つの医療協力という具体例と言ってし

まうと中村先生に大変失礼なんですけれども，先生に応援していただくと，あと出来れば僕はこういう活動があるというのは全然知らないんで，何か提言としてそういうような医療，海外医療教育についてみんなで手を合わさないとかというような提言をしようかなというふうに考えたんです。

ちょっとこういうのがあるということを聞いて来て，ああこういうのもあるんだなというふうに思っているところです。

司会　どうもありがとうございました。あとでまたぜひ学生の方と連絡をとれるようにしましょう。

そしたら次に学生のときから向こうで活動されまして，現在阪大の方でまた活動を続けておられる西本先生に少しお話していただけますか。

西本　ちょっと年とっているようにみえますけれども，まだ若いです。僕が最初にこういう活動に参加したのは，まあこういう活動とちょっと違うんですけれども1981年からですね，フィリピンに82年，83年，85年と微生物研究所の中林教授でしたですね，と一緒にマラリアのフィールド活動を中心とした，まあ勉強をさせてもらいにいったわけです。ざっくばらんに話しますと，余り僕うまく話せないかもわかりませんので，もう自分の体験をそのまま話します。大体向こうに行こうと思ったのは全く自分のエゴイスティックな考え方で，ただ山が好きでジャングルを走り回りたい，昆虫採集が好きで虫を取りたい，しかもマラリアという病気は非常に男性的で，ちょうど山と虫のいるところにあって，しかも病気をみると，ばっと発病して，ばっと熱が上がって汗かいてさっと直って男性的な病気，これはおもしろい，でさらに顕微鏡をのぞいたらものすごく美しい，そういうのからぜひ行きたかったわけです。そういう自分のあこがれからジャングルを走り回りたいというあこがれから参加したのであって，最初にそんな国際協力とか，そういうことは全く考えませんでした。また1年とか2年行くわけじゃないし，わずかに夏休みの間3週間ばかりいっただけですから，とっても最初からそんなことできると思っていませんのでしたので，とにかく何でも吸収してやれ，それだけでした。だから結果として卒業してから，微生物病研究所の大学院に入りまして，その間に臨床研修やってまして，今回も学生を引き連れて海外に出ることになったというのは，これもさっき高島君が友達の輪を広げることに対して，結果として国際協力につながる隊員というのと同じで，結果としてそういう活動に参加しているわけです。それで例えばそういう海外での研修活動に参加するに当たって，じゃ卒業後にみんながそういう活動に参加しないといけないかというと，そんなことは全然ないんですね。最初からそういうふうに思って行っているやつは珍しい，かえって変わり者だと思うんですけれども，ただどんな道に進んでもたとえ内科であっても外科であっても，これだけ日本のように国際交流が盛んになってきた場合に，あるいは医学レベルでの研究にしても，研究レベルで話すときにしても，もちろんそれは交流だけじゃなくて，研究では競争になるわけですが，そういう競争であったとしても日本国内だけに目を向けるんじゃなくて，世界を相手にしてほしい，で当然世界が相手じゃないといかんわけですね。だからそうなったときに研究の中でのライバルは，ある意味で僕はその交流の相手でもありまして，だからそういう世界的な視野で物を見るようになるんではないかなと今思うようになりました。

それから，だからそういう風な今の高島君らの活動は，最初は友達の輪を広げることから始まっていますけれども，それで問題点は提起してお互いの国の問題点を提起して，それを討論し合うとか，そういうことから始まって，最終的なそういうレベルに達するんではないかなあというか，まあ見守りたいと思うんです。ただもし問題点があるとしたら，さっきのタイから日本に来られた学生の方にしても，自分でかな

りの費用を負担してますね，ということはかなり裕福な学生だと思うんです。以前僕らもマレーシアの方から10人ばかり学生を招待しました。招待というより彼らは自分で来るといったんですけれども，日本での滞在費とかは全部こちらが負担しました。そういうふうに日本に来れる人というのは向こうではものすごく裕福ですね，日本の裕福というレベル以上に想像以上にものすごく裕福な人なんですね，だからそういう人たちの話を聞いていただけでは実際にはその国の貧困な人ですね，大多数の人，医療を受けられるか受けられないかわからない，その境目ぐらいの人のことは余りわからない，だから百聞は一見にしかずで自分を見るというのがやっぱり一番大事であると思います。

それから経済的な問題ですけれども，私たちのグループは国際医療団からの援助とそれからグループの卒業生のカンパによって支えられ，さらに自己負担ということです。我々のさらに10年ぐらい前に大阪大学では東南アジア医学踏査隊というごっついグループがありまして，企業，製薬会社から始まって，医療関係だけじゃなくてありとあらゆるところにお金を，カンパを募りまして，予算が500万円から多いときで1,000万超えるぐらいのお金を集めまして，当時の500万円ですと今はもっとすごいですね，しかもジープを全部持ち出して，ボルネオからずっと横断するわけですね，でそういう活動が５年間続きました。ところがオイルショックのときに企業は金を出さなくなりまして，その活動がぱたっとなくなってしまったわけです。その５年後に僕らの活動が復活したときに中林先生のころのことで，そういう活動はある時期，情熱から爆発的にいくのはいいんだけれども，それがやっぱり続かないと意味がない。だからできるだけ自己負担，あるいは全員によって支えられる，そういう経済的基盤にしようということになりました。そういうことで経済的基盤は自費，それからＯＢのカンパとそれから医療団からのお金で支えられておるわけです。いろいろ僕自身としてはおもしろい体験をいっぱいやってますし，また明日の学生発表のときに僕，実はまだ大学院で学生ですから学生として発表させていただきますけれども，ぜひ皆さん聞きにきてください。

何か質問あったら遠慮なく聞いてください。僕，自分から説明するのは難しいから，聞いてもらったらそれには答えますので。

司会　どなたかどうでしょうか。

会場発言　学生と一緒に海外へ行かれた時にですね，事故があった場合の責任体系ですね，それは最終的に学生さん個人が持つんですか，隊を主催した隊長，あるいは教授が持つか，教授会が持つか，自治会が持つか，そこのところを教えてください。

西本　これは非常に大きな問題で，実際にうちの会では発病した者，それから事故で亡くなられた方もいらっしゃいます。僕自身初めていったときにかなりジャングルの中，雨の中を走り回りまして３週間もう睡眠時間短かったこともありますし，食中毒からちょっと体力的にも落ちましたので，貧血症を起こしまして，日本に帰ってきたときにかなりの熱でひっくり返りました。かなり危なかったわけですね，僕の場合は薬飲んで助かりました。更にこれも昨年の話ですけどもやはり後輩が向こうへ行きまして，これは向こうでの発病ということで別に現地の熱帯感染症とか，あるいは交通事故とかそんなことではないんですけどもたまたま向こうで白血病であるということがわかりました。というか全然本人も回りも気付かなかったうちに，急性転化をしまして，現地で亡くなられました。でそういうときに行く前にはもちろん全員保険に入ります。これはあくまでクラブ活動なんです。あくまで個人の責任のもとで行くということを確認しています。だから各自当然保険に入って，たとえそういうことがあっても回りの者にかなり時間をとらせることになりますから，回りに迷惑をかけないようにということを申し合わせているんです。しかし実際には中林

先生初め，他の先生もかなり骨を折られましたし，御苦労されてます。だから当然行く人間としては，最初はもちろん家族にもあくまでこれは自分で行くんだということをはっきり言っておかないといけないことになってますね。そうでなくても，そうは行っても回りの者は責任を感じるわけですから。

司会　ほかに何か質問はありませんでしょうか。

尾島　今のご質問でうちの方でも教授会は何もしないんです。これはクラブで勝手に行ってますからね。僕の少数の部分的に知っている教官が個人的にサポートするという感じで，あとは全く関知しません。

司会　尾島先生，学生がどっか行きたいという場合に，例えば教授会にかけますね，そしたらそこでそれに対してサポートしていただけるということはありますか。

尾島　うちはかけないですね，学生と同行する技官は海外に行く時には一応我々のところに届けだけ出して，許可性じゃなくて届出制です，うちの学生がどこへいつ行っているかということの把握だけは知っておくこと，一たん何か起こったときにはやっぱりある意味ではサポートするだろうと思うけど，事前に許可をして責任を取るという体制ではないですね。

西本　あくまでクラブ活動ですから，クラブ活動としてやってますから，やはり阪大でも届け出をしますけれども，その責任は大学にはないということですね，同じような例が登山とかでも言えると思うんです。登山隊なんか，僕らよりもはるかに危険率が高いと思うんですけど，そういう場合でもＯＢ，あるいは同行しているグループ，その一つの隊が責任を持つんであって，援助もその隊として行うことであって，どれだけ大学が責任を持つかということは，それは何も言えないと思いますね。

高島　その事故とか病気の件なんですけれども，全日本医学生アジア連絡協議会では，とにかくいまのクラブ活動と同じで，個人参加という形を完全に取ってまして，必ず旅行者保険には入っていただくと，それは必須にしてますし，あと昨年からは何か事故が起こったときのために，とにかく学生の組織ですから全く何が起こっても責任はとれないと，補償ももちろんできないと，ということで誓約書を書いていただいております。これはしょうがないことなので，今までにほんとに大きな事故とか起こったことがありませんけれども，学生だけの組織でして一応そういうことはしてます。ということをご紹介します。それから財源に関して，国際医療団からお金はいただいてます。でも協議会に対してではなくて，各クラブに対してという形で幾らというふうにいただいてます。ですから同じ，例えばタイにフィールドスタディで行くとしても，もらわない人もいれば，３万円ぐらいクラブで分けてもらう人もいるというような形でやってます。あとは完全に自己負担でやってます。以上紹介しておきます。

司会　現在のところ学生さんたちとかが海外に出かける場合というのはほとんど夏休みを利用される場合で，２週間ないし長く見ても３週間ぐらいでしょうから，それ以上長引くとどうしても学校は休むということになりますからね。そうするとどうしても届け出だけではできなくなりますね。

高島　学校を休むようなことは……。

司会　いやいや今は国際会議とかそういう非常に短い期間ですね。僕は実際に学生の時に，例えば僕らの時は難民キャンプが華やかしきころだったので，向こうはもし協力してくれるなら長期に滞在してくれというわけです。最低でも３ヶ月，できれば１年おってくれというので，僕ら最初３ヶ月間大学休ませてくれと言ったんですけど，それは大学が許可してくれませんでした。で皆ほとんどそういうパターンで結局短い期間しか向こうへ行けなかったんですけれども，たしか山口大学の医学生が一人大学の規則を無視してそのままタイにいてしばらく行方不明になったりしましたことがありました。そういうふうな学生が非常に長期間向こうでやりた

いという時に，大学が逆にストップかけてくるということも，そういうこともありました。

では次に今度は学生じゃなくて教官のレベルで，ずっと国際医療協力をされて，大学単位での活動をされています兵庫医科大学の田村先生にその教官レベルの学校間と学生レベルの交流の比較というような感じでちょっとお話していただけますでしょうか。

田村　教官レベルからというお話なんですが，私ちょっと個人的体験を申します。25年前まだ1ドル360円だったころ，まだ学生でした。ヒマラヤの登山にいきまして登山自体は3ヶ月で終わったんですが，そのあと一人で3カ月残りまして，合計6ヶ月，ネパールの山奥を歩き回りまして，当時まだトレッキングという言葉がなかったんです。それで1年間ついに落第しました。それから十何年かたちましてから，今度は文部省の学術調査団ですね，あそこで伝統医学の調査というのをやっていますですね，あの隊員というのはみな植物学者かあるいは伝統医学の学者ばかりです。それでドクターとして西洋医学のドクターとして参加しまして，1回が4カ月，それを2年おいて2回やっています。そういう経験が，それもネパールの山奥です。1回はチベットに入っています。いずれも高度4,000m以上，その次に兵庫医大に移りましてからJICAと私どもの兵庫医科大学はネパールの国立医学部教育病院と協力提携をやっています。それに参加しております。そしてただいまはJICAレベルのことにタッチしながら色々と考えまして，学生さんの，皆さんのように学生さんの方から持ち出したんじゃなくて，今度は教官レベルから学生の啓蒙活動，でさっき先生おっしゃいましたように，教官の啓蒙活動と，それからこれは非常にいやらしい言葉なんですが，JICAというのはやはり日本政府の組織です。それからもう一つ向こうのネパールの国立大学といいましと向こうのやはり文部省，あるいは学長が王様なんですね，そういう向こうの官僚，上層階級ですね，そういう日本政府の機関とそれから現地の機関と，それと私どもの大学の教授会，理事会，この3つを相手にしたホビー活動ですね，非常に生臭い活動です。そういった活動をしてますから，学生さんの中の情熱だとかいうものも私十分わかるつもりですし，それだけに，さっきジープの話ありましたけれども，そういうことも実際あったんで，日本に帰っても忘れてしまった，そういったこともありますし，いわゆる学術調査という体験もいたしましたし，そのとき伝統医学ですか，チベット医学，それからネパールの大学ですね，ああいったものも，若い研究者の方々，現地の活動を実際に拝見しましたし，それからまじない師ですね。まじない師がいかに大きな力をもっているか，現地の薬草を使ったドクターがどんなに大きな力を持っているかということを目の当たりにいたしました。その中で私自身ただ一人微生物医学のドクターとして踏んだり蹴ったり，非難ごうごう，でまあそういうのおもしろくないでしょうけれども，そして今度JICAという官僚，政府連の仕事です。それでいろいろと思ったんですが，私は究極的には，私は日本に大学ないしは大きな官公立病院でもよろしいし，JICAでもいいんですが，その中に国際医療に関するセクション，これは制度的に取り入れるべきだと思います。いつまでもボランティア個人の善意，あるいは熱意に支えられた組織，あるいは学生さんのクラブ活動というのはある程度限度があります。

教官レベルから，あるいはホビー活動をやった経験から申しまして特に大学関係にはそういった国際保健医療活動に関するセクションですね。そういったものは恒久的に必要だと思います。それは例えば私が学生のときに初めて医学概論というのができたんです。当時医学概論なんていらないといって非難ごうごうだったんですね。それを一部の勇敢な先生方が勇敢に述べられて始めたと。いまや医学概論のない大学はないと思います。それから大学においては今病院管理学というのがございますね，それもあ

る大学であったりなかったり，しかし病院管理も非常に大事なこともわかっている。

そういうふうに新しい一つの分野が制度化されるときには必ず大きな抵抗があります。同じような意味で国際医療活動，国際医療というものを一つの制度にすることは非常に大きな抵抗があると思いますが，それは私はどうしてもやるべきだと思うんです。それは大学の中の教室として置いてもいいですし，あるいは基礎研究所みたいな格好で置いてもいいですし，あるいは外郭団体のような格好で置いてもいいと思うんです。そういうところに専任のスタッフが要ると思うんです。といいますのは，実は若い研修員もそれから学生さんもいま大変忙しい，今おっしゃいましたように，せいぜい夏休み２週間ですね，長く行こうと思ったら休学しなくちゃいけない，２年以上休学すると退学になったら困る，そういうところにちょうど組合でいいますと専従組合員みたいにですね，専従のスタッフを置く必要がある。そして秘書でもいいですね，それからもう一つ現地に事務所が必要だろうと思います。

例えばちょうどジェトロだとかJICAの大きな事務所が拠点になります。ああいうところに各大学の共通の事務所が必要であると，それから卒後研修に海外での研修を取り入れると，それを一つのキャリヤーとして評価する，これはイギリスだとかヨーロッパの大学ではやっておるところがあるわけです。私の知っている例えばロックフエラーの先生なんかはエチオピアで研修を２年間やっていて力になっています。他の大学においても，それはちゃんと彼らのキャリヤーに入っているわけです。そういうふうに海外で研修するというものを制度化してしまう，そしてそれをキャリヤーに入れると，その間給料をちゃんと受け取れる。そのポジションは例えば大阪大学付属病院だとか，国立大阪病院だとか公立病院だとか，そういうものにそういうポジションをちゃんと用意すると，現にJICAなんかでは東京の国立医療センターですか，そういうところに専従のポジションをおいて毎年募集しているようですけれども，これは全国的に広めてしまうと，特に私立の大学なんかではこういうことは自由自在にできると思います。そのための財源を用意することは，これは多少の出資につながるので大学にとっては大変かも知れませんが，これは義務だと思います。

いまやもう国際協力というのは，センチメンタリズムとロマンチシズム時代ではなく，あるいは奉仕する時代でもありません。これは義務です。日本の国策ですね，一つのですからそういうものを置いてしかるべきだと思います。大学の中にそういうコースをつくる，そして卒論研修にそのコースを選ぶと，そして向こうに行って日本で適当に向こうのしかるべき病院なり大学なんかを指定して，そしてそこで研修してくること。研修内容はお任せするわけです。

それから教育内容ですね，特に例えば私の場合は微生物病だったんですが，私自身意識して微生物病感染症学の中に日本にない病気を数時間入れています。これ数年前から始めたんです。これはJICAの仕事から帰ってきてからです。例えば結核，細菌学というのは非常にださい学問になってしまいまして，日本にあんまりない病気で，日本にあんまりない病気というのはもうあんまり教えないと，大学によっては結核をほとんど数えない，結核を知らない医者がいっぱいいる，腸チフスを教えない，先生によって原虫寄生虫をつぶしてしまえと，そんなことよりも遺伝子工学をやった方がいい，分子生物学をやるべきであると，細胞工学をやるべきであると，そういうふうに結核とか寄生虫をつぶしてしまって，そのかわり細胞工学や遺伝子工学をもってくるというのが今の風潮です。そうじゃなくてむしろ日本にない病気を，日本の視点で教えるんじゃなくて，日本の必要性に応じて教えるんじゃなくて，日本の必要性となるとどうしても成人病が中心になります。あるいはガンとかああいうものが中心になります。そうじゃなくて国際的第三国的視野から見ますと，

一番多いのはやっぱり感染症です。ですからできるだけそういう国際的視点から教えていく，だから日本にない病気もどんどん教えていく。そういう意味では第三国じゃなくて，アメリカだってそうなんですね。例えばアメリカには日本にはないいろんな脳炎があります。先進国だって結構いろんな病気があるわけです。そういうものを国際化と同時に交流の面でカリキュラムの国際化，そういうことを教師側から考えています。そして我々の場合はむしろ大学，我々の方から学生さんに働き掛けて，学生さんの啓蒙活動，それを通じて今度は先生方の啓蒙活動，そして大学側というふうに，まあ細かいことはいろいろありますけれども，また別の機会に話します。

我妻　ちょっとよろしいでしょうか。

司会　どうぞ。

我妻　ただいまお話がでました国際医療協力部の部長をしております我妻でございます。私はどういうことを専門にやって来たかは明日のシンポジウムで聞かれることになっておりますので，そちらの方は省略させていただきますが，関西の方にもまだあんまり情報は伝わってないようなもんですから，ちょっと先生が今おっしゃったことはあまり正確ではございませんけれども，本質的にはほとんど同じです。私のところは昔東京第一国立病院で東一東一と言われてた病院で，新宿富山町にありますが，大昔は郡の一番の軍医学校だったんだそうです。２年前の昭和61年に厚生省が初めて国立病院の中に国際医療協力を全く独立とした部としてつくって，でこれは初め５人で出発したんですが，現在13人のスタッフ専従職員がおります。４人が内科医，４人が外科医，２人が小児科医でそれ以外に部長の私が専門産婦人科で，今は臨床活動は40％ぐらいしかしておりませんが。それから１人派遣協力課長というのが，これは東大で胸部外科をやっていた男で厚生省の方に転身いたしました。それから研修課長が厚生省からきておりますけど，ねらいはまさしく今の先生のおっしゃったのと同じで，将来は国立医療センターそのものが，ガンセンターと同じように国際協力センターになることを目指しております。これは何年かかるかわかりませんけれども，現在やっておりますことは，ほとんどがJICAの仕事の手伝いですから，JICAの方からはいろいろな長期専門家というのを出してくれということを，いろいろな大学とか，公立病院にお願いするわけです。今日の午後のセクションでおわかりになりましたように，偉い先生は何人か今まで何十人かいらしたかもしれませんけども，長期間にわたって発展途上国に行って帰ってきた時に今までの日本では，その人は就職をするときに非常に困難を感じるんです。殊に大学ですと１年間も出ていると国立大学だったら文部省からそこのポジションはいらないですからといって切られてしまうから，国立大学から１年というのは出られないんですね。私立大学なら出られますけれども，それでも相当難しいじゃないでしょうかね。私が聞くところでは大学によっては数カ月ごとに先生が変わられるというんで，これはやっぱり受け入れる方ではかなり困るんですね。だから１年とか２年とか長いことといてくださらないと困るんで，私たちのところはそういう人に主に供給する，供給源にするつもりでやっております。既に１人の小児科医と１人の外科医はボリビアのサンタクロスの総合病院に２年間の予定で今年から行っておりますし，近々ビルマのマンタレに教育病院ができてるんですが，そこに１人いく予定です。もう一人は先ほどのお話があったバングラデシュの循環器医療センターが一応基礎が終わって今度は草の根レベルの疾病の発見と予防という，そういう大変な仕事をやるんですが，そこへも１人いく予定です。また既に中日友好病院にて１年の仕事を終わられた，これは関西の方で奈良医大で最近まで助教授をしていた先生もおられます。１年間中日友好病院に専門家でいらした経験のある方をこちらにお迎えしたということで，若い人から大学でいえば助教授級の

人まで集めてやっております。ちょうど学生さんがいるんで私は学生さんの気持ちを聞きながら，こういう施設ができたよということもご紹介したいと思ってきたんです。医師のライフサイクル，日本におけるこういう医師のライフサイクルというのを考えてごらんになりますと，私も十数年前まで東大の助教授をしておりましたからわかるんですが，大学を卒業して国家試験に合格して大抵の方は大学に残られるか，あるいは大きな病院でそっちの協力を受けると，今までは博士号をとる。あるいはこれから恐らくそれぞれの専門の認定医を目指して，そっちの教育を受けられて専門医になったり，あるいは博士になったりして，後は大きな病院に就職するか，親の後を次いで開業するか，そういう一つのパターンの中に国際協力というのはどこにも入ってこないですね。それが今の日本の医者の宿命というか，灰色の道で，だから日本では国際保健医療を一生懸命やる医師というのが例外的存在になってしまうのが今までの姿だと思います。これを何とかそういう人間の歩む道をどっか組織をつくってレールをつくらないとやはり今までと同じでいくら叫んでも同じことが繰り返されると思います。いま厚生省としては相当な英断だったろうと思いますけれども，私たちのような組織をつくりました。ですから，将来はあなた方が卒業して，もしそういうことがやってみたいという方で，その気があるんでしたら私の病院に来て下されば研修医でとります。で2年間の研修医，厚生省ですと研修医が2年間，レジデントが3年なんですけど，大体その間に私の夢としては今先生がおっしゃったように，いま中日友好病院と一応は多少関係しているもんですから，中日友好病院か，あるいはボリビアのそういう総合病院で研修医かレジデントの間にそういう研修をやることを義務づけ，そういう若いうちから国際協力の経験も積めるし，またその間には今は短期の調査というのも随分あります。これも二国間協力ということで必要かどうか別にして，インドにCTを7台も供給するとか，そういうことで今まではかなりいいかげんにやられてたのを，私たちの方へそういう専門家の派遣を依頼されるようになってからは，かなり厳しく行く前と行ってから我々の間で議論をして，話を詰めて外務省なんかに申し入れるというふうにしつつあります。そういったようなことでいま生まれてからまだ1年と半，2年になりかかっているところですから，まだまだちょっと大変ですが，そういう組織ができたということをご紹介したいと思って，ちょっと勝手に割り込ましていただきました。そういう存在でございます。現在でも日本政府としては極めて珍しいことに，毎年増員の予定になってます。現在でも欠員がありますし，それから10月になると4人ぐらいで，来年また増えるということで，我々の希望としては50人から100人ぐらいなんとかもらえればと思ってます。その間に病院全体が国際協力センターになると，ただそうなった時にはかなり難しいですね，病院の患者さん持ってて，急にその受け持ちの先生がどっかいっちゃったということでは患者さんの方が困りますから，何10%かのドクターを外へ出る要員にしておいて，何10%かはもう2年ぐらい出ないというふうな割り当てをするか，何とか考えないといけないだろうと思ってます。

それから下でまたWHOのことをやってますけれども，我々はJICAのお手伝いだけではなくて，WHOの方の仕事も少しづつ手伝ってます。ですからそういう意味で国際医療協力ということに関する組織づくりではちょっと厚生省の方から文部省へ移行しているというのが現時点です。ただおことわりしておきますけど我々の方はあくまで政府ベース，それに関してはいろいろ批判もあろうと思います。しかし，私は国とかNGOとかが両方で手を握ってやっていくというのが当然であって，日本のNGOの中にはとにかくAGOの方がおられるんですね。Anti-Governmental Organizationということで，政府のやることはみんな悪であるというよ

うな発言をされることがありますが，私はやっぱりNGOはNGOなりに小回りのきく自由な個人の意思でやれる，それもいいし，あるいは大きな組織で大規模なプログラムなりプロジェクトをやるということもいいんじゃないかと思います。もしうちの教育に関してご質問があればあとの方までおりますので，どうぞ遠慮なくお聞きになっていただきたい，どうも大変失礼いたしました。

司会　我妻先生のお書きになったものを拝見しまして，それからヒントをいろいろいただいております。どうもありがとうございました。

たしか先生のところでそういう医師を昨年度募集したら40倍の競争率だったとか。

我妻　それは何かのデマでしょう。全然根拠のないデマです。

西本　すみません，ちょっと質問させていただいていいですか。先生の方でやられている中国ですね，さっき40％臨床であとの60％は……。

我妻　私自身がですか。いやこういうことなんです。いま13人のうち私が部長なんですけれども，私まだ臨床をやる気がしないもんですから，厚生省からはあんまりいい顔されないんですけれども，週２回外来をやりながら患者さんの手術とかお産をやってます。ただしょっちゅう国外に出るもんですから，患者さんには謝りながら出ております。それから外科をやってる者は実際にベッドを持っているものもいます。ただ今日発表しておりましたように，ああいうアンケート調査なんかで意外と時間がとられたり，それから来週，再来週になると確かうちは２人ぐらい残して全部外へ出してしまうもんですから，やっぱり臨床をやりながらそういう活動をやるというのは口で言うほど楽ではないというのは私もこのごろ感じております。

高島　恐らく今の先生のようなお考えでしたら，情熱のある学生は卒業後，先生のところでやりたいというのは多く集まってくると思うんです。学生側から考えても，そういう形というのは十分受け入れやすいと思うんですけれども先ほど田村先生のお話とちょっと違うところを感じたんです。それは先生のやっておられるのは，一応国際協力として派遣するということであって，田村先生のおっしゃっている中にはそういう派遣の形とか，医療協力のあるべき姿，つまり方法論ですね，実際の医療という仕事，どっちかというと自然科学に近いような仕事とは別に，その供給の仕方，そういう公衆衛生的な社会医学的な方法論の学問があっていいのではないかということだと僕は感じ取ったんです。だからそういう意味ではその専従者というのは自分自身が臨床もやって，海外に自分も協力に行くというんじゃなくて，医療協力も含めて国際協力のあるべき方法論について，公衆衛生学的な感じでアプローチする，そういう学問があってもいいんじゃないかというふうに受け取ったんですが。

我妻　もう少し時間を使わせていただければ，いま国立病院医療センターと言われているところが，国立国際医療協力センターとなった場合の我々の描いている青写真ではいま臨床研究部というものがございますが，これが研究所になります。その研究所でやれることは，現在やっているその病態生理学的な研究以外に，今度は熱帯学の研究もやりたいし，それからいま日本にはない学問なんですけれども，どうやったら国際保健医療協力のアセスメントができるか，これ一つの学問なんですけれども，ほんとうならば国際保健医療学会でそういうことを論ずるべきなんです。まだそこまで熟していませんね。そういう学問もやりたい，開発論そのものもやりたい。あるいは発展途上国にとって適当なインストメタルですね，例えば太陽熱を利用した冷蔵庫みたいなもの，そういうものの研究とか，そういう色々なもうつまり国際保健医療協力に関する学問の全部を研究所でやると，しかも各途上国からも研究員を呼んで協力するし，もちろんその場合にうちだけでは全部できると思いません。熱帯医学なんかは予研なんかとネットワークをつくることも必要になるでしょ

う。予研うちの近くに来ることになってますから。また国立だけ加わるのはけしからんと言われるかもしれませんが，とにかく国立施設を全部ボーダーラインにするコウディネーターみたいなことでもやって一大協力ネットワークをつくりたいと，それからガンセンターなんかと協力して今度ガンの病院をつくるんだったらガンセンターから行ってもらうとかですね，そういうところは考えております。

西本　そういうことでしたら非常にありがたいと思うんですが，今日ちょっと一般発表とか見せてもらいまして，この学会で感じたことはもともと僕が感じていた国際保健医療学という学会とはちょっと離れてまして，どっちかというと熱帯医学会の分科会みたいなところがあって，原虫学の専門の方，あるいは細菌学，医動物の専門家の集まり，そういうような感じだったんです。医療協力そのものを専門に扱う学問としてのそういう学会が新しく生まれたというふうに僕は理解したかったんです。

司会　ちょっとよろしいですか。よくですね，JICA の海外医療協力はものだけが大きくて，という非難をよく受けますね，でもそれは要するにそれを許してた我々医療人の責任であると思うんです。それで先生いま JICA の仕事をサポートされていて，JICA が提出してきた計画に対して，批判を与えて変更されるというふうなこともお考えなんでしょうか。

我妻　もちろん考えています。ただ JICA といいましても，今日いらしていた近藤部長が関係しているのは技術協力だけなんですね。で JICA の大部分の批判の対象になるべきなのは無償資金協力なんかですね。無償資金協力の方は外務省で全部決定をして，JICA に下ろしてきて，その JICA がまた我々に専門家派遣というのを頼んできますから，だからなかなか直ぐには変えることはできません。けれども，つい２，３日前の新聞でごらんになったと思いますが，行政監査が入って，とにかく金の無駄遣いが多いとかいろんな批判が出てます。もうそのことはすべてそのとおりです。それでシステムからいきますと，ある発展途上国から大使館を通じて上がってきた無償資金の案件というのを外務省で担当しているのは，外務省の役人であってそこに医者が１人もいないんです。そういうところへドクターが出ていくか，あるいは各発展途上国の出先の大使館に，今先生が言われたように大使館に入る医務官がしっかりした人間であれば医務官というか，厚生省からの新しいひとですね，そういう人がしっかりしていれば実行するときにもう少しましなもんが出てくる。現にフィリピンで３年間仕事をやっていた厚生省からいってた人がいま私のところに研修課長できてます。彼は厚生省からいって熱心にチェックしましたから，フィリピンから上がってきている無償資金協力では最近はあんまりむちゃくちゃなのはないんですね。ですからもちろんいっぺんには出来ませんけれども，少しずつその芽は見えてきているんじゃないかということはあります。それからやっぱり今までのこれは大先輩を批判する意味ではございませんけれども，今までの日本の国際保健医療というのはヒーローといっていることがあるんです。点の点なんですね，そういう人たちの点は確かに貴重ですが，もうその時代ではないんじゃないか，ヒーローではなくて組織が必要で，その組織がやることによってもっと何と言いますか地味なものになるけれども，しかし根づいたものにならなくてはいけないというのが私の個人的な考えです。その組織づくりをやらせていただきつつあるわけです。

司会　どなたか他に質問ありませんか。

高島　いまたくさん手を挙げられたのに発言をさせていただくんですが，とりあえずこの分科会の趣旨としましては，国際保健医療と学生活動意識ということだったと思うんですが，結局多くの学生の方は発言されずに特定の方が発言されて，その特定の方のディスカッションだったと思うんです。これは何か学生の立場から言わせてもらうのは，ちょっとおこがましいのか

も知れませんが，なんか今の日本の国際医療協力のあり方じゃないかなと思うんですね。というのは海外に向けて行ったり，あるいは海外の事情をよく知っている人がそれぞれの立場からいろいろと発言されて活動されてそういった経験のない人たちからすればいったい彼らは何をやっているんだと，経験のある方からすれば君ら現状をわかっていないという形で，結局そこへ断絶ができるみたいな感じで，僕たちの活動組織もそうなんですね。良く知っている者は一生懸命たくさん発言するのに，初めて参加しようとする人にとっては何のことかわからないということになります。ほんとに国際医療ということを考えるときにはまず直接かかわる人，間接にかかわる人，あるいはそれを取り巻く人の中で，国内の協力が無かったらできないんじゃないかなと思うんです。というのは僕が初めて海外にいった時にインドのカルカッタでスウェーデンの医者と知り合ったんです。その人はカルカッタの貧しい人々の健康問題を何とか処理しようと１人で来られてたんです。最初は国じゃないものの，スウェーデンの人たちからいろいろと援助があったんだけれども，だんだんなくなってきて今は１人でやっているという話を聞きました。日本でもなんか同じようなことがあるんじゃないかなあと思いました。ほんとにまず国際協力を考える前に国内で直接かかわる人，間接的にかかわる人，あるいはそれを傍観する人までもが理解できるような話し合いの場を持っていけばいいんじゃないかなあと思っているんです。

僕たちの学生の組織というのは，ほんとに国際医療協力について自主的に何かをすることはできないと思うし，それを考えるのはあまりにもおこがましいと思うんです。問題は，海外の医療のことについていろんな興味があって何とかしたいと思っても，いろんな事情から海外に出ていけないで，いわゆる国際医療協力とは直接かかわれない医者になっていくだろうし，なっていかざるを得ない点にあると思うんですね。そういう人たちも直接，さっき先生がおっしゃっておられた少数の人間の活動費用を支えていけるような，そしてそういう組織ができたら，その組織を今度支えていけるような雰囲気を学生のうちから作っていけたらいいんじゃないかなあと考えええているんです。ちょっと突然なんか批判がましいことを言いましてどうもすみませんでした。（拍手）

我妻　今のお話にですね，全然反論でも言い訳でもないんですけれども，私のところのスタッフで発展途上国での経験のあった人というのは３人もないんです。私のところでは入ってから生まれて初めて海の外へ出る，それもバングラディシュという人もいますから。だから別にうちで途上国に詳しい人を集めたわけでもなんでもないんです。それから私に言わせれば今の学生さんははるかにうらやましいです。私は卒業して７年たって海外へ出されましたけれども，それはほんとに大変なことで，１ドル360円から400円の時代ですから，それがいまクラブ活動で途上国へ行けるなんて，私はうらやましくてしょうがないです。だからそんなに深刻に考えることはないんで，学生時代にそれこそクラブ活動でもいいし，私たちの間でちょっと冗談で言っていたんですけれども，ジャルパックとでも提携して，発展途上国の保健医療活動見学ツアーとでもいう情報を流して学生と若いドクターを集めて連れていこうかということも可能です。真面目にそうなって，例えばマニラでもってワークショップをやるとかですね，いまやろうと思えばできますから。別に私たちがやるのは特別な集団でも何でもないんです。生れて初めて外国へ行ったのが，それが濃くなったという人たちでむしろできているようなものですから。だからそんなに心配しなくてもいいんじゃないかなあ。むしろ私は自分の一生の間に途上国経験を気楽にできるような組織をつくりたいと思うんです。今までの途上国経験はヒーローと言った意味はその人は一生のめりこんで，もうそれだけというのは確かに立派だけ

ど，そうするとそうでない人にとっては何かとても特別のことに見られてしまう。だけど私のところの組織なんかに入って，途上国2年ぐらい行って帰ってきてまたそれはいやになるというか，ほかのことをやりたければ国立病院から国立病院に動けばいいんだしという，そういうつもりで私は考えています。それが，だけど日本以外の先進国の人たちのやってる途上国援助なんですね，だから途上国援助というのは特別のものでないような時代が来ないと日本は本当の意味で国際化したとは言えないんじゃないでしょうか。

佐原　さっき高島君が言ったことでちょっと付け加えたいんですけども，きょう僕ここのセクションに出たのは学生活動組織ということで，色々見させてもらおうと思ったんですけど，今ちょっと驚いてしまったのは，全日本医学生アジア連絡協議会の活動の話は非常によく聞けたんですけど，ほかにいろいろ活動している方がもしいるとすれば，そういうところの話も聞きたいなあということ，それがひとつです。それで僕もタイの方に行ったことがあるので，ぼく金沢医大なんですけど，そのときの話をちょっと紹介させていただきます。いいですか。まず自己紹介したいと思いますけど，金沢大学で6年生です。さっきアフリカの砂漠を横断したいという方がおられましたけれども，なんなら僕の背中をまたいでください，なぜならぼくぼ名前は佐原だからです。冗談なんですけど，ほんとにサハラというわけでありまして，金沢では医学生が去年の8月にタイに10人ばかり行きまして，今年の3月にもやはり同じような試みをやりました。1回目のときは医学生だったんですけど，2回目は医学の人だけじゃなくて広く募ろうということになりまして，ほかに文科系の人とかを呼んでやったわけですね，行ってみました。で僕自身医学部の人間で毎日医学部の医学部だけのキャンパスに通いですね，でクラブといえば医学生だけのクラブに入り，体育大会といえば西日本医学生体育大会に行って，回りに医学部以外の人間が少なかったので，ほかの学部の人と交流できて非常におもしろかったと思っています。それで僕なりの学生組織に対する一つの意見みたいなことを言わせていただきますと，去年の11月に金沢に1人のフィリピンの医学生の方がきまして，こちらで呼んだのですが，その人とちょっとだけなんですけどお話させてもらいました。ちょっとの話だけで判断するのはおこがましいんですが，さっき経済的なこともおっしゃってましたが，8万円ぐらいの借金をするというのはすごいお金持ちの人だなあと今思います。それから金沢にきたとき，そのときフィリピンの人だったんですけど，金沢で随分ジャパゆきさんという人がいるんですけどという話をした時に，そういう問題について，いつごろの話なんですかといって，ぜんぜん話が通じなかったというか，何も知らないみたいな感じで，わりと呼んでいる人が随分ほんとに裕福な人なんだなあという感じがしました。それでネットワークを広げるということでは，それは将来への国際保健医療ということのネットワークというお話だったんですが，あえて批判がましいことを言わせていただきますと，まず国際医療というのは何かよくわからないというか，この学会の全体だけで見てもタイの幼稚園のボランティアとか，シルバーボランティアに関しての海外協力とかが演題にあり，なんか医療とあんまり関係ないことをして帰ってきて，どこまでがいわゆる国際医療協力で，どうかなあという気がします。それから国際医療協力というのは要するに外に出てやるだけじゃなくて，とても出られない人もおって，そういう人たちがこの中で少しでも，何というか日常生活の中でのそういうなんというか彼らは彼らのことを考えるとか，そういうことだってちょっときれいすぎるというかもわかりませんけども，そういう意味も含めてネットワークをつくると言っているわりには何か自分たちで狭めてしまっているかというか，ネットワークの対象をですね，医学生だけにというのは僕は

将来もし医療協力をするとしても，医学部の人だけでやっていけるのかなあということを感じます。向こうの医学生だけで，例えば向こうへ行って何かやるといったって，多分向こうの医学関係の人とで，じゃ役人さんとしゃべったりするだけで，そういう点でもっと若いうちからいろんな交流をされておったら何かスムーズにいくんじゃないかなあと思うわけです。そこらの点でひとつ対象を限ってしまっているんじゃないかなあと思うことと，僕らは金沢では月に一回ぐらいなんですけれど，金沢大学が主となって，いろんな学部の人を集めて交流をもって，医療ということのなるとどうしても医学部だけじゃないので話が限られるんですが，いろんな話を聞いて，仲よくしています。全日本医学生アジア連絡協議会の方とも個人的に何人か知っていて非常にいい人が多いんですけど，ちょっとだけ見てていうのもなんだけど，おこがましいんですが，いかんところがあるんじゃないかなあという気がします。それに関して少し意見を聞かせていただきたいのと，それとほかの大学，学生の人でなにか活動しているひとがいたらその人の話も，せっかく学生活動組織ということなので聞きたいと思います。

司会　まず一つ最初に勘違いされているようですが，この学会は日本国際医療学会ではなくて，日本国際保健医療学会でして，例えば今日昼間のセクションでありました医療以外のああいう分野のすべて含むわけです。ですから例えば今日昼間一般で発表されたクントイ・インタラタイさんという精華大学の教授ですけど，彼はタイで幼稚園をつくる，あるいはその辺の環境をどんどん改善していくという，そういうことを通じていわゆるプライマリー・ヘルスケアー（PHC）的な活動を，当然ドクターじゃないんですけどね，やっているわけです。だからそういうのもこの学会で含んでいるということ。それと，あと他の大学でいろいろ活動されてますけど，まさに今この学生の組織の一つの問題点で横のつながりが全くないわけですね，かつてぼくらの作った時にはかなり全国に呼び掛けましたけれども，その後に出来たところとはもちろん連絡がとれてませんし，かつて同じようにやっていたところも，そこで活動する人がいなくなるとあとは全く連絡がとれないということなんです。今ここに来ているアジア医学生連絡協議会というのは幾つかの大学から構成されていますし，それぞれがサークルとして独立した活動を持っているサークルもあります。そういう意味で代表として今日呼んだんです。あとほかにも２，３声はかけたんですけれども，学会というんでちょっとびびってこなかったところもありましたし，発表すべきものが何もないといってこなかったところもあります。今まあ現状そんなところなんです。

もう大分時間が詰まってきて，私この事務局の方もやってますが，時間をオーバーするとよろしくないんですが，もう一人指定発言していただく方を指名しております。今回ここにお集まりの方はみんなほとんど医学関係の方で，NGOとして活動されている場合も医学としてのNGOとして活動されておられますが，全く医学ではない分野でアジア協会・アジア友の会というかなり以前からいろんなことをされているところの事務局長さんに来ていただいておりますので医学外の分野からみた話をしていただこうと思います。

お願いします。

村上　ただいまご紹介頂きましたアジア協会・アジア友の会の村上と申します。別の分科会の発表をやっておりまして，小池先生から終わったらこっちへ上がって来いということでございましたので，下の方も議論伯仲しておりまして，出にくかったんですが，ちょっとお声かけていただきましたので上がってまいりました。

私どもがやっておりますのは保健的な観点から見れば，安全な飲料水を供給する仕事を手伝っているので，アジアに井戸をということでやっております。実際，僕たちは技術的なことは全部現地の昔からの伝統的な方法でやるの

が，一番経済的かつアフターケアーができるということでありますが，それだけでは日本の人たちが協力するのが見えてこないというので，毎年井戸掘りワークキャンプと称しまして，学生さんたちを中心に各方面に連れて行っております。そこでいわゆる文明的な生活から離れた非常に内陸部に入るものですから，そこでの体験の中で彼らがいろんなことを考えるわけです。特に一番考えのは文明とはなんだろうかということであります。それから開発に協力するということから，開発とは一体何なんだろうか，行き着く先ってあるんだろうか，というふうな問題を考えるわけです。例えば電気も何もないのにテレビだけを買いたがる現地の人たちがあります。それからメンテナンスを考えないでトラクターをほしがる人たち，そういう中で我々日本で鷹揚な生活をしているものがトイレもないというようなところで生活をするわけです。でトイレはどこかといいますと男子専用のトイレがある。ちょっと冗談も入りますが，それではワークキャンプの女子学生が困りますので，こういうふうにして穴掘ってくれといいましたら，なんと直径２メートルぐらい，深さ1.5メートルぐらいのトイレの穴を掘られまして，一人ずつ中へはしごをかけて下りてやってたんです。それじゃ不便だということで日本式に丸太ん棒を２つもらいまして，こう２つかけてそこへまたがってやったらどうやといったら，その丸太ん棒のまわりにすわりまして，はようやれと，はやしたてるんです。そういう非常にいろんな経験をしながら，いわゆる水と生活という問題，なぜその村に井戸がないのか，これはまあ宗教の影響などで，水はすべてを清めるからタンクと呼ばれるため池で十分であるとか，あるいはその地主が組織の力関係にありまして，使わせない，自分の井戸を使わす，そのかわり農繁期には労力を提供さすと，いろんなそういう難しい関係があるわけですが，とりあえず僕たちがするのはその水とトイレを普及さす，しかしこのトイレの普及もある地区では確かに有効だけれども，ほんとうにこう内陸部に行きますとそういう狭いところに閉じ込めてやらなくても，いまの段階では必要なんじゃないかなあ，それよりも大地でやる方がいいんじゃないかと思うようなこともあります。我々がもっている衛生概念とそれから地域の人たちが住んでいるそこでのエコノミストの関係における衛生概念と少しちょっと違うんじゃないかなというような気がいたします。それから私，今日は医学の専門の方が多いようですから，思うんですが，ぜひその地域に昔からあるその風土に見合ったいわゆる伝統医学というのがあるはずですが，そういうものを堀り起こしていくのも一つの人間を見ていく非常におもしろい面じゃないでしょうか。西洋的な産業に裏付けられた工業製品としての医薬品に基礎づけられた医学というものはいわゆる商業化されているわけですから，そういうものが本当に人間の健康に意味があるのかどうか考えてみるべきです。

それからインドの人たちはおもしろいことに死生感が違いますから，バーンと交通事故で死にますと死んだ人に同情は余りしないです。もちろんやった運転手にもそうです。そのかわりに中途半端に相手が生きてた場合に，例えばけがした場合は，これはけがした方に徹底的に同情は集まります。特に命のあるところに同情をするわけですね，こういうところで死生感というものの違い，それから死ぬということを恐れていませんから，なまじっか余計なことをして２週間，３週間生かされると余計迷惑なんですね，ですから先進国に言わせたらひどい面もあるなあと，私たちにとっては思います。

あんまり時間がありませんし，何かはずかしいことを言いましたが，もし何かありましたらお聞きいただいて，ともかく私どももう８年ぐらいインドは続けておりますが，そのあとネパールとかインドネシア，それからバングラディシュ，タイ，タイも初期は近藤さんと一緒だったんですけど，喧嘩別れしました。それで彼いま勝手にやっていますけど，まあいろいろ

インドネシアの島のいわゆる水の供給というようなこともやりまして，水と生活というのは非常に大事であるということを改めて感じています。開発協力で私たちが教育をやるのはなぜかというと，僕自身もインドで留学中に川の水とわからなかったもんですから，村の人からもらって飲んでそれで腸チフスになりました。1カ月日本の病院に入院した経験があったもんですから。それから毎年外国にいきますとわけもわからず伊丹空港でひっ掛かりまして2週間ぐらい桃山病院の病棟にお世話になっています。これは今年も去年もやっておりますが，こういう問題が今あるし，決定伝染病のこともひとつ日本では変えた方がいいんじゃないか，あるいはやめたらどうかと思うんでありますが，まあそういうところです。それから皆さん方もぜひほんとに幸いなことに，海外へ出るのが非常に楽になったわけですから，あっちこっちこう回られるということは非常にいい経験になると思いますね，ですから北海道やそういうところへいくよりはフィリピンとか東南アジアに行く方が最近うまくやれば安くいけるわけですから，そういうところでさっとやって1カ月ぐらい研究室で向こうの人と一緒に生活するというふうなことをされる中で，文化文明とは何かとか，そういうものを考えていただければ幸いです。簡単なようですけど私の自己紹介になりまして終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

司会　どうもありがとうございました。もう時間も迫ってきたんですが，今日は具体的な提言を最後の出してもらおうという予定で始めたんです。しかし問題を提起するだけの形で終わってしまいましたし，もうちょっと学生さんの方からも意見を出していただきたかったですね。これからもこの学会でこういう学生と我々医者との間の交流はずっと続けていきたいと思いますので，これをまず最初のスタートとして次の段階に進んでいきたいと思います。宗像先生最後何かご意見ありませんでしょうか。

宗像　もう時間がないもんですからなんですけど，今日はもう学生さんたちの意見を聞きたくてきたというのが一つの目的であったんですけど，あまり発言されなかったし，ちょっと発言された金沢の6年生の方の意見が非常に僕が学生らしい良い意見であったし，あとの意見もですね，先ほど阪大の方の発言もものすごく僕はうれしかったと思います。まあいろんなことを先輩からも，今日は教師の方からも話されたと思いますけど，やっぱり今のあなた方の考えで行動したらいいと思うんです。行動というのは国内でもいいし，世界に行くのもいいし，ただそのとき困ったときですね，例えばですね風邪でどうしたんだとか，もっと具体的なことを先輩に相談されたらいいと思うのが僕の結論ですね。僕もちょっと30秒あれしますけど，23年間実は学生の方たちとのお付き合いがあるわけですけど，よその国へ行くことに関してですね，僕はタイへ何人かの学生連れていくし，それから向こうの学生も実は30人以上呼んでいるわけです。我々のポケットマネーでですね，いや30人一遍に呼んだわけじゃないですよ，それは大変なことですから，毎年1人，2人，まあ2人ぐらいずつ呼んでいる，それを30人，今年でちょうど40人，17回目になりまして，僕の最後に言いたいのは君たちでやってくださいということですよ，それでほんとにね，ほんとに国際医療とか何とかということにほんとに興味があるんだったら，それからやればいいんですよ，いま国際医療とは何だというと，我々だってわからないわけです。また我妻先生も隣にいらっしゃるから，お互いこんなこと言うと申し訳ないけど，先生は昔の東一で，そういう専門家になられたんでおそらく皆様方にアドバイスされたと思うんですけれども，しかしそれにいやいや入ったってしょうがないし，ほんとに入ろうと思っても自分がほんとにそういう気持ちになっておるかどうかちょっとわからないと思うんです。だからそれは素直に自分の気持ちにしたがって行動されたらいいと，だけど僕もやっ

ぱりみんなそういうことに目覚めてほしいと思うし，それから先ほど兵庫の先生がおっしゃったけども，僕は今教師のトレーニングをしたいと，僕はほんとにそう思っています。だけどこれはおこがましい話ですよ，現実にはできないことです。だけど我々のできることはあるんですよ。「おい行こうよ」とこう言えばいいんですよ。それで行けばいいんですよ，説明したってわかりっこないんですから，行けばわかるんですよ，でわからない人はわからないんで，だから皆さんもあんまり理屈考えずに，行けばいいんですよ，小池さんの名前も知っているし，さっき行った川上君の名前も知っていますよ僕は，僕はそのときはもう既に教師であったし，僕ももう古い男ですからあれですけれども，だけども皆さんとにかく現実にやってごらんなさいよ，僕はみんなを誘いはしない，誘いはしないけどもまあ行った方がいいよ，行けよということですよ，それで行ってほんとに俺何かしたいと思うんです先生といったら，そうかそれじゃボルネオへ行こうかと。どうだったやあ僕もまいりました。じゃもう一遍行こうよとそれでいいんじゃないんですか，4回目からはそいつが本物になるんですよ。まあ4回目というのは一つの数字ですけどもね。それから明日僕学生セレクションをやりますけど，何とかやりますけども，お願いしますけど，皆さん言いたいことがあると思いますが，1時間で6題ですよ，10分しゃべらないでくださいよ。もう5分ぐらいにしてください。今晩帰って原稿書いたらそれ半分に削ってください。それで明日の質疑応答ももう要件だけ言ってもらいます。それだけです。

司会　どうもありがとうございました。明日もお手やわらかにお願いします。

それじゃ時間も過ぎたことですし，これで第7分科会を終わらせていただきます。また明日学生のセッションがありますので，時間はちょっと詰んでくると思いますけれども，そこでまた白熱した議論をお願いします。できましたら学生の方どなたでも結構ですから，今日しゃべらなかった方は明日学生セッションで何か質問なり何なり何かしゃべっていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。（拍手）

第3回日本国際保健医療学会総会宣言

今日の日本における経済，技術，文化等における飛躍的成長発展は，保健医療の充実にも影響を及ぼし，急速な公衆衛生，国民福祉の向上をもたらした。国際的視野にたって，日本という国を考える時，この国に居住する私たちは，今や，国境や人種の壁を乗り越えて「地球的規模」で思考し，行動することが強く望まれている。日本政府の対外援助政策は正にそのことを示している。また，トロント・サミットでの各国代表の発言内容，さらには世界保健機構（WHO）の最近の動静からも，各国は「世界の中の日本」が果たすべき役割に大きな期待を寄せている。

第3回日本国際保健医療学会総会を機に，国際保健医療向上のための下記4項目についての総会宣言を行い，21世紀を目前に，世界人類の健康と福祉の一層の向上発展を希求するものである。

記

1．国際保健医療活動の充実のために，政府機関，非政府機関並びに公私諸団体の連携を強化する。

1．国際保健医療に関する臨床，基礎並びに社会医学的研究の発展とその施設の充実と新設を促進する。

1．医師，看護婦等保健医療関係者養成カリキュラムに「国際保健医療学」の科目を設定し，優秀な人材の育成をめざす。

1．国際保健医療活動の実施，成果，評価等に関する基準を作成する。

以上

総　　括

第3回国際保健医療学会総会を顧みて

藤岡晨宏

第3回の国際保健医療学会総会の会長を堀田進先生がつとめられることとなり，開催地が神戸と決まって関西在住の私達がお手伝いすることとなった。先ず考えたのは，この学会が東京を離れて地方で開く最初の総会になるということである。未だあまり知られていないこの学会の存在を，神戸という地で如何にアピールするか，私達準備委員会の狙いをそこに定めた。

生まれて間もない学会ではあるが，現在の日本が直面している国際保健医療協力の問題を討議し得る唯一の学会である。しかも国際協力は日本の医療界にとっては避けて通れない問題であること，それらを出来るだけ多くの人に知って貰いたいという想いが，私達のモチベーションとなった。

その方法として，今回の総会で学会宣言を出すことが最も効果的な方法であろう，ということで理事達の意見は一致した。その原案は内山先生に作成して頂いたわけだが，結局理事会で一部修正を受け，総会で可決された。厚生省，自治体，医師会等にも送付され，この学会の存在を主張する意味では成功であったと，私達は考えている。

次に準備委員会の話題になったことは，今までの学会討論の中では建前論が多すぎたのではなかったか，という反省であった。もう少し本音の部分で意見交換が出来ないものか，具体論で意見をぶっつけ合えないものか，ということからイブニング・セッションとしての小グループによるカンファレンスが，企画の中で出て来た。この考えは懇親会後の午後7時からのグループ討議という形式で実現し，7会場いずれも熱のこもった話し合いが行われた。9時を過ぎても終わることが出来ず，会場の守衛さんからはお叱言を受ける始末，大成功裡に終わったと言えよう。

今総会報告書を読んで見ると，このイブニング・セッションの部分は特に生々しく，討論の状況を彷彿とさせる。如何に内容が充実していたかということであろう。

ここでは現在の日本が関与している国際保健医療の多くの実態，その中での多くの人々の悩みなどがことごとく語られている。これ程内容のあるものになったのは，準備委員の一人として嬉しい限りである。第4回総会でそこの形式が継承されることになったので，更に突込んだディスカッションを期待したい。

しかし，国際保健医療学とは何を対象とした学問であるか，我々はこの学会で何を確立すべきかということでは，残念ながら未だその議論は不充分である。国際保健医療協力の経験談だけでは駄

目，在り方論だけでも意味が無い，としても今回の総会で結論を急ぐことは無理であろうということになった。この学会の前身である「国際保健医療サロン」の気楽に話し合う雰囲気を失うことなく，その中で少しずつ学問的体系化を作り上げて行くべきだと意見は一致した。

故水野祥太郎先生がサロン創設の時に提唱されたように，基礎医学者も臨床医師も，看護婦もコ・メディカルも，グローバルの視点を忘れてはいけない。ヒューマンな心から出発しなければ国際保健医療学会は何の意味も持たない。水野先生の遺言ともいえるこの言葉を確認しながら，私達は総会を迎えた。

総会の核をなす二つの講演と二つのシンポジウム，それに41題の演題発表で構成した。基調講演のアメリカ・スクリムショウ博士の来日が不能となり，韓国チュー博士の代読となったのは残念であったが，発展途上国では栄養問題が健康保持の基本であるという主張は，この学会の基調講演として最もふさわしいものであった。

特別講演の作家陳舜臣氏の話は大変印象深いもので，ＮＨＫ「シルクロード」取材時のエピソードは私達の心に残った。シルクロードに熱い想いをめぐらす日本のスタッフ，そこを辺境の地としか感じない中国の協力班，その二つが摩擦を乗り越えて理解と結合に到達する話である。そこには文化交流の難しさと喜びが語られていた。

二つのシンポジウムはいずれもよくまとまっていたと言えよう。初日の「日本の国際協力に何を期待するか」では，繰り返されるテーマでありながら未だ結論の無いこの命題について，医療協力では深い経験をお持ちの草川三治先生の司会の下，実りある討論であったと思う。

とくに外国からの招待シンポジスト二人は，対照的で興味深かった。感染症と寄生虫は既に殆ど解決したコスタリカの厚生大臣モース博士，未だその二つの問題の真只中にあるアフリカ・ガーナの公衆衛生学者アシュティ博士，かなり異なった立場からの発表であったが，両者の主張は同じ，相手国の保健医療状況に応じて国際協力を行え，という点では全く一致していた。いずれも単独の招待講演にしたい位内容が豊富で，示唆に富んだものであった。

日本側のシンポジスト本多憲児先生は，人材を如何に養成するか，国際開発大学という具体的な構想を提唱された。国際協力に最も必要なのは，物でもない，技術でもない，それは心だと，先生の迫力ある我々への呼び掛けである。土井邦紘先生は，発展途上国からの研修生の受け入れの問題点にふれ，とくに学位授与について困難性を述べられた。日本で研究した留学生が帰国後本国でどう評価されるか，それは我々と無縁ではない。これは各大学が直面している問題であり，国際的な視野での見直しが必要であろう。宮崎亮先生のバングラディシュでの医療活動についての発表は，物の無い現地に如何に適応するか，その難しさを切々と語られた。キリスト教徒でもある先生の御人柄が，数多くのスライドの情景の中にも溢れていた。

シンポジウムの最後に，国際協力事業団の近藤健文部長がまとめられた。国際協力の中で，相手国の要請と，日本の主体性とをどう組み合わせるかが今後の課題である。医療に関しては，この学会で理論的な方向づけを期待する，と言われたのは我々を非常に勇気づけるものであった。

2日目のシンポジウム「世界の人に問題を考える」は，地球の総人口50億を超えた今，誠に時宜を得たものと言える。司会の林松稔先生は，日本のこの分野での第一人者である。保健と医療に人口問題が如何に関わっているか，村松先生の明快なオープニングでこのシンポジウムは始まった。

河野稠果先生は統計学の立場から，特に出生率の低下に悩む先進国の現状を，あらゆる角度から分析して詳しく述べられた。続いてフィリピンのコンセプシオン博士は，ほとんとの発展途上国は人口増加に悩まされている。如何に社会にとって負担になっているか，人口増加が都市への住民流入を惹起し，貧困と失業の原因となる。それが保健と医療の悪化につながって行く現状をつぶさに報告された。人口減少が問題となりつつある先進国が，如何なる形でその解決に協力出来るか，会場の聴衆の思いは複雑であった。

さらに工学者である長岡昌先生は，経済開発と環境保全を両立させるためのキィポイントは，人口計画であると力説された。地球温室化現象を持ち出すまでもなく，環境保全が如何に重要か，これこそ保健の出発点である。忘れかけていた原点を思い出したのは，私だけではなかったと思う。

最後の我妻堯先生は，具体的な方針について，婦人科医の御立場から発表された。日本人の発想を人口増加に悩む国の人に押し付けることの誤り，家族計画の重要性に対する日本政府の理解の乏しさも訴えられた。自分の考えで他人の事も律しがちなのが人間であるとは言え，それでは国際保健医療協力は成功しない，という一つの良き見本であろうか。

イブニング・セッションと一般演題の内容については，紙数も少ないので省略させて頂く。二日間の総会を無事終えて顧みてみると，東京以外の地で開いた初めての総会としては，まずまず成功であったように思う。兵庫県，神戸市の協力も得られたし，知事からはメッセージまで頂いた。さらに今回の参加者の中に，この学会の存在を知らなかった方が多数あったのは嬉しかった。

前2回と較べて，今回の費用が少し多すぎたかも知れないが，これは外国からの招待講演者を多くした為である。神戸という土地柄もあり，出来るだけ国際的なものにしようという考えからそうなったのだが，やむを得なかったと思う。国際保健医療協力を論ずる以上，協力を受ける側の人の意見を無視しては成り立たないことは自明の理である。

いずれにしても，第3回総会は多くの方々の御協力によってまずまずの成果を得たと思う。第3回総会宣言も認めて頂いたし，大きなトラブルも無くバトンを次の島尾先生にお渡し出来たので，関西の理事一同はほっとしているというのが偽らざる心情である。

今後この学会のますますの発展を，関係者の一人として心から期待したい。

事業報告書

（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	於　東京有楽町朝日ホール　参加者延べ　300名
2.地方会開催	関東支部，関西支部で地方会を開催	関東　２回 関西　３回	
3.機関紙発行	ニュースレター，会誌の発行	年４回	ニュースレター　3回　各2000部 会誌　１回　2000部
4.国際保健医療に関する出版	国際医療協力の手引書出版準備	昭和63年　夏出版予定	1500部

決　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	予　算　額	決　算　額	増　減	備　考
１．会　費　収　入	2,025,000	2,135,000	110,000	学生2,500円×48人
会　費　収　入				＝120,000
				一般5,000円×368人
				＝1,840,000
２．事　業　収　入				賛助　７件＝175,000
イ．第２回総会収入	700,000	742,000	42,000	
ロ．地 方 会 収 入	150,000	49,400	△ 100,600	関東　２回　関西　３回
３．助成金収入				
日本国際親善厚生財団	3,000,000	2,000,000	△ 1,000,000	一般事業助成
上原記念生命科学財団	1,000,000	1,000,000	0	図書刊行助成
４．寄　付　金	1,000,000	676,505	△ 323,495	城西病院からの寄付
５．雑　収　入				
受取利息など	10,000	13,257	3,257	
６．前　期　繰　越				
前期繰越収支差額金	1,481,397	1,524,435	43,038	
収　入　合　計	9,366,397	8,140,597	△ 1,225,800	
支　出　の　部				
１．事　業　費	3,100,000	3,657,050	557,050	設営費・広告宣伝費・
(1) 第２回総会費				資料作成費など
(2) 地 方 会 費	500,000	64,880	△ 435,120	設営費・資料作成費など
(3) 機関紙発行費	3,200,000	2,220,000	△ 980,000	ニュースレターNo.10,
				11, 12＝600,000
				雑誌第2号＝1,620,000
(4) 調 査 研 究 費	1,400,000	0	△ 1,400,000	白書未刊のため
２．管　理　費				
(1) 需　要　費				
イ．通　信　費	500,000	291,240	△ 208,760	
ロ．交　通　費	60,000	37,520	△ 22,480	
ハ．印　刷　費	150,000	140,000	△ 10,000	
ニ．消 耗 品 費	80,000	11,640	△ 68,360	文具・事務用品等
ホ．図　書　費	50,000	100,000	50,000	映画フィルム代
(2) 会　議　費	50,000	0	△ 50,000	
３．予　備　費　予備費	276,397	0	△ 276,397	
支　出　合　計	9,366,397	6,522,330	△ 2,844,067	
次期繰越収支差額	0	1,618,267	1,618,267	

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３回総会	昭和63年７月16～17日	兵庫県民会館
2.地方会開催	関東支部，関西支部で地方会を開催	関東　２回 関西　１回	
3.機関誌発行	ニュースレター，会誌の発行	年５回	ニュースレター　3回 各1200部 会誌　２回　各1200部
4.国際保健医療に関する出版	国際医療協力の手引書	昭和63年　夏 出版予定	1500部
5.映画ライブラリーの作成	国際保健医療に関する映画ライブラリーの作成	随　時	
6.アジア太平洋大災害医療会議の後援	日本救急医学会主催	昭和63年11月 開　催	
7.ウインター・アドバンスト・スクールの後援	日本国際親善厚生財団主催	昭和64年２月 開催予定	免疫学・感染症学における国際会議

予　算　書

（昭和63年４月１日から昭和64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
１．会　費　収　入	2,135,000	2,025,000	110,000	学生2,500円×48人
会　費　収　入				＝120,000
				一般5,000円×368人
				＝1,840,000
				賛助　＝175,000
２．事　業　収　入				参加費82,5000　寄付
イ．第３回総会収入	8,325,000	700,000	7,625,000	金・補助金7,500,000
ロ．地　方　会　収　入	75,000	150,000	△　75,000	会費500×50×３回
				＝75,000
３．助　成　金　収　入				
日本国際親善厚生財団	2,000,000	4,000,000	△ 2,000,000	一般事業助成
４．寄　付　金	0	1,000,000	△ 1,000,000	
５．雑　収　入				
受取利息など	13,000	10,000	3,000	
６．前　期　繰　越				
前期繰越収支差額金	1,618,267	1,481,397	136,870	
収　入　合　計	14,166,267	9,366,397	4,799,870	

人名索引（ABC順）

—— A ——

有馬実成（158）
阿部春代（14）
阿部敏紀（45）
安達一彦（142）
赤尾信明（34）
青木勉（38）
荒木敏之（39）
粟田松一郎（45）
秋山稔（21）
青木克己（36）

—— C ——

陳舜臣（11）
Mercedes B.Concepcion（84）

—— D ——

土井邦紘（50）
土井陸雄（35）
土井徹（20）
Sarah Domingo（27,208）
Eddie Dorotan（192）

—— F ——

藤井克則（38）
藤岡晨宏（257,270）
藤原偉作（14）
古田直樹（21）
古西勇（44）

—— G ——

S.M.Gatika（36）
Sergio S.Gasmen（27）
Ashitey A.Gilford（50）

—— H ——

林正男（12,24,40）
畑野研太郎（154）
日比野路子（12,23,161）
本多憲児（50）
本田徹（12,44）
堀尾政博（35）
堀沢明子（30）
堀沢六郎（30）
星野邦夫（13）
堀田進（序,270）

—— I ——

今川八束（12,202）
和泉真蔵（148）
クントン・インタラタイ（12,16）
マーガレット・井筒（173）
石川信克（26,152）
伊藤得志男（30）

—— J ——

Ju Jin-Soon（10）

—— K ——

華表宏有（20,25,210）
上村清（12,35）
嘉茂すみ代（19）
川上剛（12,22）
川原啓美（12,30）
川原照子（30）
川村寿一（270）
木村英二（37）
木村英作（36）
小林米幸（43）
小池達也（232,270）
近藤力王至（34）
河野稠果（84）
上崎道子（45）
甲谷久子（30）
工廣紀斗司（29）
国井長次郎（47）
草川三治（50,270）
蔵田善規（32）
貝原俊民（序）
近藤健文（序）
楠本一生（21）
会津真也（28）
川原暁子（30）
栗田哲司（37）
黒田チャンソピア（43）
釘村千夜子（44）
熊岡路矢（44）

—— M ——

松井孝夫（32）
真野利之（39）
丸井英二（12）
丸地信弘（110）
松本弘（38）
松田晋哉（20）
松本忠恕（17）
松村武男（37）
松村剛（39）

宮崎　亮（50）
三好知明（21）
村田智子（210）
麦谷真里（130）
Edgar Mohs　（50）
宗像　醇（12,270）
村松　稔（84）
森　亨（49,207）
村上公彦（217）
三木哲雄（37）
水野保夫（37）
棟居　洋（14）
松井弘治（32）
蓑田玲子（44）
蓑田健一（44）
森川雅浩（46）
森岡龍彦（49）

—— N ——
中浜　肇（39）
中村　哲（12,46,156）
長尾文雄（14）
長岡　昌（94）
西本憲弘（39）
西村千代子（12）
那須　泉（43）
中林敏夫（39）

—— O ——
奥村悦之（29）
大島健司（32）
大塚敏文（46）
大山卓昭（34）
尾島昭次（238）
大友康裕（46）

—— P ——
ブラニー・タパリチャクンチャイ（22）

—— R ——
Rasad Asri　（50,185）

—— S ——
佐内明子（38）
佐野基人（34）
佐藤喜一（31,192）
Shane C.　（173）
白石弘志（45）
白瀧貞昭（173）
清水直樹（38）
島尾忠男（130）
瀬上清貴（130）
ネビン・S・スリムショウ（1）
菅波　茂（236）
住野公昭（220）
曽根智史（20,25）
佐原康之（40）
白井和良（37）
スントーン，アンタラセ（31）
須崎紳一郎（46）

—— T ——
多田　功（34）
多田　克（45）
高橋　央（42）
高野正孝（12）
高島義裕（41）
高柳和江（33）
丹野かほる（15,214）
筑田孝司（33）
津山直一（12,48）
辻本嘉助（153）
帖佐　徹（21）
定免茂昭（28）
高尾雄平（32）

—— U ——
梅山　猛（130）
内山三郎（27,270）
上原鳴夫（21）
上西泰一郎（45）
宇賀昭二（36）
鵜飼　卓（270）
魚谷儀一（28）
梅村典裕（197）
ウドサック・コンムアン（22）

—— W ——
和田　一（49）
我妻　堯（12,84,246）
W.Petter Allen（50）

—— Y ——
矢野えりこ（18）
山本俊一（12,270）
山本保博（12,46）
山中昭夫（32）
山下政一（30）
山内登貴夫（12）
喜井晴夫（29）
山地幸雄（270）

事 項 索 引 （ABC順）

—— A ——

AMSA（41）

AMSA Japan（41）

AOCA（49）

AMDA（110）

AGO（247）

AHI（193）

アルマータ（4,5,6,10,147）

アフリカ（56,240）

悪性腫瘍（53）

アジア医学生国際会議（234）

—— B ——

Blister Pack（13）

Beulah Land Services（14）

Bangladesh（26,72,154）

Bolivia（42）

文　系（121）

仏　教（169）

—— C ——

CPE（230）

Cooperation（23）

Community-Based Health Program（25,27）

Cutaneous Leishmaniasis（33）

Cambodia（44）

China（48）

CCHP（27）

CHW（25）

中日友好病院（247）

カナダ（202）

治　療（3）

チ　リ（9）

治療医学（2,3,5）

チュラルンコン大学（31）

中　国（17）

地域事務局（137）

—— D ——

dengue（35）

DOH（194）

伝染病（8）

第三世界（59）

大学設置基準（150）

ドナー（202）

—— E ——

ELISA（36）

Ear camp in Thailand（31）

Evaluation（31）

Epidemiology（37）

栄養障害（1,4,8,55）

栄　養（1,6）

エイズ（63）

エアランガ大学（68）

エネルギー（98,105）

疫　学（115）

エチオピア（227）

—— F ——

foreign student（21）

facility construction（48）

Factfinding team（46）

filariasis（35）

福島医大（56）

不法入国（179）

フィリピン（193）

—— G ——

General Instructional Objective（20）

GO（192）

GNP（9,80）

GHV（24,40）

外務省（206）

学生活動組織（232）

現地のニーズ（46）

下痢障害（5）

ガテマラ（3,6）

ガーナ（56）

行　政（181）

学　位（80）

ゲリラ（13）

言語コミュニケーション（15）
眼科医療（49）
学問的評価（113,124）

—— H ——

health interview survey（30）
HRP（100）
破傷風（2）
保健センター（7）
避　妊（100）
平均寿命（104）
ハンセン氏病（13,14,15,38）
非言語コミュニケーション（15）
放射線技術（28）
ヘルス・ポスト（199）

—— I ——

International Health Education（20）
insurance questionare（21）
International training（24）
Intraocular lens（32）
International co-operation（39）
Indochina refugees（43）
Intersectoral Collaboration（40）
IDNDR（46）
ICMR（27,222）
IUD（101,103）
ICC（182）
井　戸（217,252）
委員会名簿（266）
インド（217）
医療サービス（2）
インドネシア（10）
医療従事者（15）
医学教育（79,221）
異文化（175）
イスラム（157,168）
医療費（177）
医介補（200）

—— J ——

Japanese Leishmaniasis（33）
Japanese Emigration（42）
Japan（40）
JICA Selection power（31）
JE（35）
JOICFP（47）
JSV（17）
JICA（53,82,161,171,193,236,249）
JMTDR（83）
JOCS（154,156,162）
人類学者（9）
人口問題（84）
人口高齢化（90）
受胎調節（99）
事務総長（130）

—— K ——

救援医療（46）
韓　国（10）
感染症（2,4,53）
家族計画（5）
コスタリカ（9）
コミュニティ（10,183）
コロンビア（3）
キューバ（9）
ケニア（36,229）
家族計画（47,98）
好善社（14）
草の根（16）
国立衛生研究所（62）
海外医療援助費（78）
国際人口学会（91）
環境基準（22）
公害問題（95）
環境破壊（107）
国際保健協力（51）
国際保健（20）
国際救急医療隊（51）
コスタリカ（53,54,77）
環境問題（95）
国連人口基金（97）
国際保健医療（118,126,210）
国際医療（111）
国連機関（136,192）
継続性（142,223）
考古学（120）
カンボジア（187）
関西医療協力サロン（123）

厚生省（133,138,141）
看護学校（216）
国立医療センター国際医療協力部（246）
国立国際医療協力センター（248）
国際感覚（224）
カリキュラム（226,238）
看護教育研究センター（228）
カルチャー・ショック（214）
結核予防会（197）
国際医療団（233,239）

—— L ——

Leprosy（14）
Liberia（15,214）
Leprosy Rehabilitation（15）
Leishmaniasis（33）

—— M ——

Multi-Drug Therapy (MDT)（13）
Mission（14）
medical information（21）
medical service（21）
Medical support（29）
minority tribe（30）
MES（39）
medical examination（43）
malaria（35）
mosquito-born disease（35）
マレーシア（10,237）
免疫化（9）
マラウイ（18）
ミシガン州立大学（65）
慢性疾患（55）
ミンダナオ（210）
ミッドワイフ（213）
マラリア（241）

—— N ——

Negative Barrio（13）
Nursing-Care（15）
Nursing-Education（23）
native tongue（43）
NIH（52,63,148）
NGO（44,103,132,170,192）
ナウル共和国（17）
ネパール（49,212,229,244）
ナイジェリア（71）
野口記念医学研究所（57）
日本キリスト教海外医療協力会（52）
二国間援助（58）
妊娠率（105）
日本国際保健医療学会活動（110）
難民キャンプ（158）
難民センター（185）
日本医学生アジア連絡協議会（232）
認定医（247）

—— O ——

Occupational Health Study（22）
Ophthalmic volunteer（32）
ophthalmic assistant（49）
ODA（61,125,134,140,143,149,196）

—— P ——

Primary Health Care（2,3,4,5,7,8,9,10,20,24,25,26,30,194）
Pakistan（23,40）
Philippines（25,27）
postgraduate training（25）
Problems and Solutions（27）
Public Health（42）
パラグアイ（19,28）
ピル（102）

—— Q ——

Quality of Life（24）

—— R ——

RINE Program（44）
rehabilitation medicine（48）
Rickettsiosis（37）
RAP（5,7,8）
リハビリテーション（15）
労働者保護法（22）
立正佼成会（153）
領事館（180）

—— S ——

Students' Response (20)
Specific Behavioral Objective (20)
Survey (23)
social and political problems (29)
Seroepidemiology (34)
San Lazaro Hospital (39)
Survey of Malaria in Philippines (39)
staff training (48)
Schistosoma haematobium (36)
serodiagnosis (36)
South-east Asia (35)
シンガポール (10)
社会科学 (59)
セブ島 (13,38)
青年海外協力隊 (18,19)
シルバー・ボランティアーズ (17)
試験管ベビー (106,108)
世界人口 (85)
先進国 (86)
出生率 (86,91)
三世代家族 (88)
資源問題 (95)
世界人口白書 (97)
死産率 (100)
生理学会 (127)
執行理事会 (130)
宗　教 (152)
職　種 (135)
曹洞宗 (152)
信　仰 (155,165)
精神保健法 (177)
精神病 (179)
宗教革命 (167)
シェア (176)
赤十字 (202)
総　括 (258)
総会宣言 (256)
社会医学 (248)

—— T ——

Thailand (14,22,24)
THAI-JAPAN GRASSROOT RELATION (16)
Textile Industry (22)
Training and Research Priorities (27)
Toxocara canis larval ES antigen (34)
Toxocariasis (34)
Tsutsugamushi disease (37)
台　湾 (10)
糖尿病 (52,67)
通　訳 (190)
天理教 (153,168)
武見シンポジウム (230)

—— U ——

ユニセフ (1,4,10)

—— V ——

Village Health Volunteer (VHV) (26)
ベトナム (45)

—— W ——

Work Camp (14,16)
Weight for Height (W/H) (44)
WHO (1,3,4,9,10,52,57,103,130)
WPRO (139)
ワクチン (102)

—— Y ——

YAP Islands (32)
YMCA (163)
予　防 (3)
予防医学 (1,6)
幼稚園 (16)

—— Z ——

在日外国人 (173)

第3回日本国際保健医療学会総会・準備委員会委員

藤岡晨宏（兵庫県立尼崎病院）

川村寿一（三重大学医学部）

小池達也（大阪市立弘済院附属病院）

内山三郎（神戸大学医学部）

鵜飼卓（大阪府立千里救命救急センター）

（ABC順）

日本国際保健医療学会編集委員会

委員長　山本俊一

副委員長　堀田進

委員　藤岡晨宏
兵井伸行
川上剛
川村寿一
草川三治
宗像醇
志摩チヨ江
内山三郎
鵜飼卓
山地幸雄

（ABC順）

後記

第3回総会を終えて，1年が経過しようとしている。総会特集号の企画，編集，印刷の過程に予想外の時間がかかった。発行を待たれた会員各位と関係の皆様にお詫び申しあげなければならない。

刻々と変貌する日本国内外の政治，経済情勢は国際保健医療推進にあたって，ある時は大きなインパクトとなり，ある時は，失望の機会を与えてくれる。地球号を前進させるために，大気の変化を敏感にとらえ，機内のバランスを保つための知恵を出しあう時がきた。

編集，校正を通じて，国際保健の諸問題に直接に触れ，今後の行動指針を与えられたことが，編集子の喜びであった。編集印刷上の誤謬について，ご指摘と叱責をいただきたい。

（うち）

国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌　第3巻第1号
THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION
FOR INTERNATIONAL HEALTH Vol.3 No.1

平成元年8月10日印刷・平成元年8月20日発行

定価2,000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

〒307　茨城県結城市上の宮10745-24　城西病院内
TEL　0296－33－2111
FAX　0296－32－1937

印　刷：マルニ出版印刷
神戸市兵庫区菊水町8丁目2-2
TEL　078－511－5911㈹

明治製薬株式会社

〒104
東京都中央区京橋二―四―一六
TEL　〇三(二七二)六五一一

日本チバガイギー株式会社

〒665
兵庫県宝塚市美幸町一〇―六六
TEL　〇七九七(七一)一一七一

カネボウ薬品株式会社

〒105
東京都港区元赤坂一―三―一二
TEL　〇三(四七八)四四四一

株式会社　科　薬

〒174
東京都板橋区舟渡二丁目八番一六号
TEL　〇三(五五八)二七三一

中外製薬株式会社

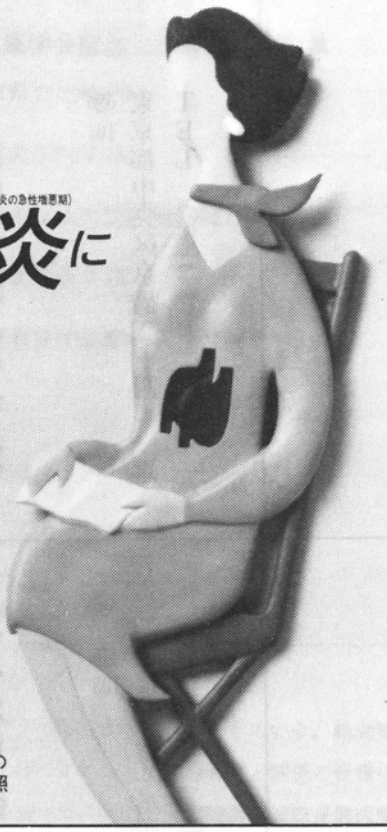
〒104
東京都中央区京橋二―一―九
TEL　〇三(二八一)六六一一

マルホ株式会社

〒531
大阪市大淀区中津一丁目六番二四号
TEL　〇六(三七一)八八七六

ULCER & GASTRITIS

消化性
潰瘍に
（急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期）
胃炎に



速やかな
痛みの改善は
タガメット

タガメットは、
消化性潰瘍には 1回200mg、1日4回投与、
1回400mg、1日2回投与、
または、1回800mg、1日1回投与。*
胃炎には 1回200mg、1日2回投与 です。
＊錠剤のみ

H2受容体拮抗剤《シメチジン》
タガメット® 錠200・400mg 細粒20% 注射液200mg
Tagamet®
指 健保適用

注射液の効能・効果は、上部消化管出血および麻酔前投薬です。
効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

（資料請求先）
SK-F スミスクライン・藤沢株式会社
製造 藤沢薬品工業株式会社 大阪市東区道修町4丁目3 〒541
販売 スミスクライン・藤沢株式会社 東京都千代田区三番町6番地 〒102

'88・6B52

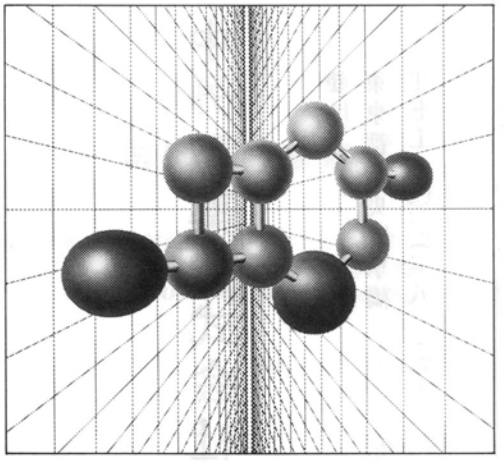
オキサセフェム系抗生物質製剤

新発売

指 要指
フルマリン静注用0.5g,1g

日抗基 注射用フロモキセフナトリウム 略号FMOX

FLUMARIN



フルマリンは第三世代セフェム系のグラム陰性菌に対する優れた抗菌力を保持しながら、黄色ブドウ球菌をはじめグラム陽性菌にも強い抗菌力を有する均整のとれた抗生物質である。またPBP-2'を誘導しにくいため黄色ブドウ球菌を耐性化しにくい。

■効能・効果
ブドウ球菌属，レンサ球菌属（腸球菌を除く），肺炎球菌，ペプトストレプトコッカス属，ブランハメラ・カタラーリス，淋菌，大腸菌，クレブシエラ属，プロテウス属，インフルエンザ菌，バクテロイデス属のうち本剤感性菌による下記感染症
- 敗血症，感染性心内膜炎
- 外傷・手術創等の表在性二次感染
- 咽喉頭炎，扁桃炎，気管支炎，気管支拡張症の感染時，慢性呼吸器疾患の二次感染
- 腎盂腎炎，膀胱炎，前立腺炎，淋菌性尿道炎
- 胆のう炎，胆管炎
- 腹膜炎，骨盤腹膜炎，ダグラス窩膿瘍
- 子宮付属器炎，子宮内感染，骨盤死腔炎，子宮旁結合織炎，バルトリン腺炎

シオノギ製薬
大阪市東区道修町3-12 〒541

■健保適用
■用法・用量，使用上の注意については添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕
塩野義製薬株式会社 製品部
〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

健保適用

服用しやすくなりました。カプセルタイプの漢方製剤です。



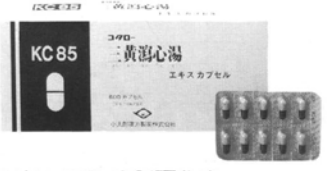
コタローの医療用漢方製剤「カプセル」シリーズ

コタロー 麻黄附子細辛湯（マオウブシサイシントウ） エキスカプセル 劇 指



- 冷えを訴える虚弱者の感冒・気管支炎に

コタロー 三黄瀉心湯（サンオウシャシントウ） エキスカプセル



- 高血圧症・動脈硬化症
- 常習便秘

コタロー 黄連解毒湯（オウレンゲドクトウ） エキスカプセル



- のぼせ・イライラ傾向の胃炎・二日酔・不眠症に

※「効能・効果」「使用上の注意」等については、添付文書をご覧下さい。

資料請求先
小太郎漢方製薬株式会社
〒531 大阪市大淀区中津2丁目5-23

THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

Vol. 3 August 1989 No. 1

CONTENTS

The Third Annual Meeting of the Japan Association for International Health
July 16-17, 1988 Kobe, JAPAN

Keynote Address :
Health for All by the Year 2000?
Nevin S. Scrimshaw ..... (1)

Public Lectures ..... (13)

Symposium I :
What to Expect from Japan's Cooperation for International Health
Sanji KUSAKAWA ..... (50)

Symposium II :
Considering the Worldwide Population Problem
Minoru MURAMATSU ..... (84)

Evening Session :
Review of Activities of Japan Association for International Health and Prospect Therefor — Nobuhiro MARUCHI ..... (110)
WHO and International Health — Tadao SHIMAO ..... (130)
Religion and Cooperation for International Health
Nobukatsu ISHIKAWA ..... (152)
Medical Care Available to Foreigners Living in Japan
Sadaaki SHIRATAKI ..... (173)
NGO and GO — Eddie DOROTAN ..... (192)
Kiichi SATO ..... (192)
Education on International Health in Universities, etc.
Hiroaki KAHYO ..... (210)
International Health and Student Organizations
Tatsuya KOIKE ..... (232)
Generalization — Akihiro FUJIOKA ..... (257)

J A I H

Japan Association for International Health
(Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)
c/o Johsai Hospital
10745-24 Kaminomiya, Yuhki City
Ibaraki Pref. Japan 307

日本国際保健医療学会雑誌
平成元年八月二十日印刷
平成元年八月二十日発行
発行者 津山直一
印刷者 マルニ出版印刷
発行所 茨城県結城市上の宮城西病院内
日本国際保健医療学会