

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4巻第1号

Vol.4 No.1

平成2年8月

Aug. 1990

特 集

第4回日本国際保健医療学会総会

1989年6月17日～18日 東京



日本国際保健医療学会

JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

日本国際保健医療学会 学会誌 第4巻第1号
第4回日本国際保健医療学会総会 (1989 東京)

— 特 集 号 —

目 次

会 長 講 演

「世界の保健問題と日本の役割」……島 尾 忠 男 (結核予防会結核研究所名誉所長) … 7

基 調 講 演

「感染症対策」 蟻 田 功 (国立熊本病院院長) …………… 11

要 望 課 題

感染症対策 …………… 21

学生と国際協力 …………… 34

タイ国に対する日本の国際医療協力 …………… 40

在日外国人の保健医療問題 …………… 50

NGO …………… 58

一 般 演 題 …………… 67

シンポジウム I

「日本の国際保健医療協力のあり方—タイ国を事例として—」 …………… 77

座長：小野寺 伸 夫 (埼玉県立衛生短期大学学長)

シンポジスト：工 藤 祐 是 (日本 BCG 研究所)

山 地 幸 雄 (日本医科大学)

西 岡 和 男 (JICA タイ AIHD プロジェクト)

村 田 良 介 (国立予防衛生研究所)

島 田 淳 子 (前 JICA 看護教育プロジェクトチームリーダー)

ソムアツツ・ウォンコントオン (Som-arch Wongkhomthong)

(Deputy Director, AIHD)

イヴニング・セッション

第1分科会「感染症対策」 …………… 103

第2分科会「海外協力への道—学生及び新たに志す人達のために—」 …………… 104

第3分科会「看護と国際協力」 …………… 107

第4分科会「外国人研修生の受入れの諸問題」 …………… 111

第5分科会「ヘルス・リサーチの諸問題」 …………… 118

第6分科会「GO と NGO」 …………… 121

シンポジウム II

「国際保健医療協力と日本の役割」	125
座長：島 尾 忠 男（結核予防会結核研究所）	
特別発言：近 藤 建 文（JICA 医療協力部長）	
大 来 佐武郎（元外務大臣）	
総 会 宣 言	139
サテライトシンポジウム（英語）	
「開発のためのヘルスリサーチのあり方を探る」	140
総 括	143
総 会 議 事	147

第4回日本国際保健医療学会総会プログラム

第1日：6月17日（土）

会長講演：「世界の保健問題と日本の役割」

島尾 忠男（結核予防会結核研究所名誉所長）

基調講演：「感染症対策」

蟻田 功（国立熊本病院長）

一般演題及び要望課題発表

要望課題－感染症対策

座長：森 亨（結核研究所）

- 1 日本の結核対策の経験をどこまで途上国に移転できるか
－バングラデシュの経験を中心にして－
石川 信克（結核研究所国際協力部）
- 2 イエメンアラブ共和国結核対策プロジェクトの現状と展望
須知 雅史（東海大学医学部公衆衛生学教室）
立石 昭三（JICA 派遣専門家）
高橋 基久（JICA 派遣専門家）
- 3 イエメンアラブ共和国における国家結核対策
－元チームリーダーの立場から－
立石 昭三（JICA 派遣専門家）
- 4 イエメンアラブ共和国国家結核対策
－地域保健の立場から－
須知 雅史（東海大学医学部公衆衛生学教室）
- 5 イエメンアラブ共和国における結核菌検査技術移転
高橋 基久（JICA 派遣専門家）
- 6 イエメンアラブ共和国結核対策プロジェクト X線部門における問題点と展望
引田 輝久（JICA 派遣専門家）
- 7 ケニア中央医学研究所プロジェクト（小児下痢症撲滅について）
澤村 貞昭／小澤 敦（東海大学医学部微生物学教室）

要望課題－学生と国際協力

座長：小池 達也（大阪府立弘済院付属病院）

- 1 公衆衛生学における国際保健教育と学生の反応（その2）
華表 宏有（産業医科大学公衆衛生学教室）
- 2 公衆衛生学における国際保健教育と学生の反応（その3）

松田 晋哉／曾根 智史／土井 徹／華表 宏有（産業医科大学公衆衛生学教室）

3 Leprosy と日本

清水 直樹（千葉大学医学部 6 回生）

4 フィリピン・タラにおける活動から

坂本 穰（山梨医科大学海外医学交流研究会 学生代表）

5 フィリピン・ボホール島における小児下痢症調査

小保内俊雄／五十嵐琢司（千葉大学医学部 世界の医療を考える会）

要望課題－タイ国に対する日本の国際協力

座長：兵井 伸行（国立公衆衛生院）

1 タイに対する日本の政府ベース医療協力の歴史的概観

丸井 英二（東京大学医学部）

兵井 伸行（国立公衆衛生院）

松田 正己（結核研究所）

2 “ASEAN Institute for Health Development (AIHD)” が歩んだ道

兵井 伸行（国立公衆衛生院）

丸井 英二（東京大学医学部）

松田 正己（結核研究所）

3 タイにおけるらい救済活動

藤原 偉作（社団法人 好善社）

4 タイ国バナトニコム難民キャンプでの最近3年間の診療活動報告

阿部 敏紀／栗田松一郎／上西泰一郎／白石 弘志／菅原 暁／上崎 道子

（平和医学アカデミー）

5 タイにおける労働安全衛生ニーズ－10工場の訪問調査－

川上 剛（労働省産業医学総合研究所）

プラニー・チャバリツァクンチャイ／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教室）

6 “International Training Course on Health, Environment, and Social Development in Thailand” について

－タイ AIHD の試み－

林 正男（金沢大学医学部衛生学教室）

塩月賢太郎／熊本 一規（明治学院大学国際学部）

川上 剛（労働省産業医学総合研究所）

要望課題－在日外国人の保健医療問題

座長：芳賀 敏彦（国立療養所東京病院）

楠本 一生（国立病院医療センター）

1 定住インドシナ難民の医療状況（その2）

小林 米幸（大和市立病院外科）

2 外国人就学生の結核の現状と課題

- 前田 秀雄（東京都衛生局公衆衛生部防疫結核課）
- 3 在日外国人のらい発病例
和泉 真藏（国立多摩研究所）
 - 4 在日外国人の結核
芳賀 敏彦／川辺 芳子／穴戸 春美（国立療養所東京病院）
 - 5 兵庫県下新興住宅地の保健福祉への働きかけ
－在日外国人のいるコミュニティづくり－
松村 武男／松村 玲子（神戸大学医学部医動物学教室）
 - 6 アンケート調査に基づく在日外国人（東京地区）の保健医療事情（第2報）
三好 知明／楠本 一生／帖佐 徹／上原 鳴夫／古田 直樹
（国立病院医療センター）

要望課題－NGO

座長：本田 徹（日本国際ボランティアセンター）

- 1 カンボジア－母と子－
釘村千夜子（JVC・SHARE）
- 2 アフガニスタンへの国際医療協力
多田 正毅／鈴木 茂／カゼム・アマディヤール
（城西病院内日本国際親善厚生財団）
- 3 バングラデシュの子供の栄養問題
小林好美子（JOCS・日本キリスト教海外医療協会）
- 4 アジア医師連絡協議会（AMDA）の活動
－特にフィリピン、インドの活動を中心に－
遠田 耕平（秋田大学医学部第2病理）
- 5 ネグロス島における医療協力（第4報）
奥村 悦之（高知学園短期大学保健学科）
喜井 晴夫（守口医師会）
田中 耕治（大阪大学医学部4年）
水田 成彦（大阪大学医学部3年）
- 6 ネパール王国における医療協力
－GOとNGOとの比較を通して－
植田 育也（千葉大学医学部5年）
- 7 アジア保健研修所（AHI）地域別・国別研修コースとは
－アジアのNGOとの共催による現地における多目的保健医療従事者のための研修とは－
中島 隆宏（アジア保健研修財団）

一般演題

座長：内山 三郎（神戸大学医学部医学研究国際交流センター）

- 1 中国リハビリテーション研究センターの援助の経験（その経緯と問題点）
二瓶 隆一／津山 直一（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

- 2 病院建設援助の問題点
 - 加藤 彰一（名古屋大学工学部建築学科）
- 3 台湾の医療状況－肝移植の現況を踏まえ－
 - 大鐘 稔彦（消化器・成人病センター、ホスピス、上尾甦生病院）
- 4 ペルー地域精神衛生への医療協力
 - 佐藤 忠彦（慶応大学医学部精神神経科）
- 5 乳幼児死亡率減少への試み
 - －インドネシアでの家庭保健増進－
 - 中村 安秀（JICA 北スマトラ地域保健対策プロジェクト、現 東京都三鷹保健所）
 - M. Hariadi（インドネシア北スマトラ州衛生局長、現 中部ジャワ州衛生局長）
- 6 医療協力の現状と役割
 - 大津 ミキ／香野 福美／井手 義雄（医療法人 雪の聖母会聖マリア病院）
- 7 中日友好病院における医療協力について
 - 今村 桃子／小野栄一郎／香野 福美／井手 義雄
 - （医療法人 雪の聖母会聖マリア病院）
- 8 安全水供給に対する住民の反応
 - －なぜ、使う家庭と使わない家庭がでてくるのか－
 - 嶋田 雅暁／佐藤 克之／木村 英作／青木 克己
 - （長崎大学熱帯医学研究所寄生虫学教室）
 - 野田 伸一／佐藤 淳夫（鹿児島大学医学部医動物学教室）
 - N. Muhoho (CMR, KEMRI) Responce of People to the Installation of Safe Water Supply

シンポジウム I

「日本の国際保健医療協力のあり方－タイ国を事例として－」

座長：小野寺伸夫（埼玉県立衛生短期大学学長）

シンポジスト：工藤 祐是（日本 BCG 研究所）「中央胸部病院との協力」

山地 幸雄（日本医科大学）

「チェンマイ大学医学部との協力」

西岡 和男（JICA タイ AIHD プロジェクト）

「マヒドン大学アセアン PHC 訓練センター（現 AIHD）との協力」

村田 良介（国立予防衛生研究所）

「国立予防衛生研究所との協力」

嶋田 淳子（前 JICA 看護教育プロジェクトチームリーダー）

「看護教育延長プロジェクト」

ソムアツ・ウォンコントン (Som-arch Wongkhomthong) (Deputy Director, AIHD)

「タイ AIHD プロジェクト」

イブニング・セッション

第1分科会「感染症対策」

オーガナイザー：今川 八束（東京都立荏原病院）

第2分科会「海外協力への道－学生及び新たに志す人達のために－」

オーガナイザー：林 正男（金沢大学医学部）

川上 剛（労働省産業医学総合研究所）

第3分科会「看護と国際協力－日本側人材育成の問題と提言－」

オーガナイザー：西村千代子（厚生省看護研修研究センター）

志摩チヨ江（国際看護交流協会）

第4分科会「外国人研修生の受入れの諸問題」

オーガナイザー：古田 直樹（国立病院医療センター）

第5分科会「ヘルス・リサーチの諸問題」

オーガナイザー：丸井 英二（東京大学医学部）

第6分科会「WHO・GO・NGO」

オーガナイザー：麦谷 眞里（厚生省大臣官房国際課）

林 達雄（日本国際ボランティアセンター）

第2日：6月18日（日）

シンポジウム II

「国際保健医療協力と日本の役割」

（各分科会オーガナイザーよりの発表及び総合討論）

座長：島尾 忠男（結核予防会結核研究所）

特別発言：近藤 健文（JICA 医療協力部長）

大来佐武郎（元 外務大臣）

総 会

サテライトシンポジウム（英語）

「ヘルスリサーチのあり方を探る」

Commission on Health Research for Development（国際ヘルスリサーチ委員会）との共催による。

会 長 講 演

世界の保健問題と日本の役割

島 尾 忠 男

結核予防会常任理事，結核研究所名誉所長，WHO 執行理事

Opening Address of the President of the Association

“GLOBAL HEALTH ……Role of Japan”

T. Shimao (The Research Institute of Tuberculosis, JATA)

1. 世界の保健衛生の状況

世界の保健衛生の状況を見ると，次の3極に分化してきている。

- ① 先進国：伝染病は制圧され，悪性腫瘍や成人病が多く，老人人口が増加し，老人問題が最大の課題になってきている。
- ② NIES，一部の産油国等：伝染病は減少し，疾病構造は先進国のパターンに接近しつつある。
- ③ 大半の開発途上国：伝染病，寄生虫性疾患が未だに強く蔓延し，乳児死亡率が高く，人口も急速に増加しつつある。

これらの3極に共通の課題は，環境の健康への影響，エイズの流行であり，世界にとって最大の課題は，保健医療に関する南北格差，不公平の是正である。

2. WHO の施策の指導理念

最大の課題である健康に関する不公平の是正のために，WHO が行っている施策の基本理念となっているのは，Health for All (HFA) 政策である。1977年5月の第30回世界保健総会で，西暦2000年までに世界の総ての人が社会的，経済的に生産的な生活を送れる健康水準に達することを目標に努力することが決議された。

1978年1月の第61回執行理事会で，“Health for all by the year 2000”を目標に実施計画を作ることが決議された。1978年9月にPrimary Health Care (PHC) についての国際会議がソ連のアルマアタで開催され，アルマアタ宣

言が採択された。

1979年5月の第32回世界保健総会では，PHCの発展によってHFAを実現することを決議し，アルマアタ宣言とHFA決議がWHOの事業の指導理念となった。HFAとは西暦2000年にあらゆる疾病や障害が世界中から奇跡的に無くなっていることではなく，PHCが発展した状態をいう。

PHCとは地域住民の積極的な参加と，自前の予算で実施される必須保健医療事業で，その内容には次の項目が含まれている。

- ① 多く見られる保健衛生上の問題と，その予防，対策について十分な衛生教育が行われていること。
- ② 食品供給の推進と適正な栄養の確保。
- ③ 安全な飲料水の適切な供給と，基本的な環境衛生の整備。
- ④ 家族計画を含む母子衛生の実施。
- ⑤ 主要な伝染病に対する予防接種の実施。
- ⑥ 風土病の予防と対策。
- ⑦ ふつうに見られる疾病や外傷に対する適切な診療体制の整備。
- ⑧ 必須医薬品が常備されていること。

3. PHC の発展状況

WHOではPHCの発展状況の調査を1985年と1988年の2回に亘って行っている。1988年の調査では，世界161国中141国が回答した。国民1人当たりのGNPが500ドルを越える国の割合は，欧州地域では100%，米州地域と東地中

海、西太平洋地域では過半数を占めるが、アフリカ地域と南東アジア地域では、大多数の国が500ドル未満である。保健予算のGNPに対する割合が5%を越えているのは、欧州、米州、西太平洋、東地中海地域であり、アフリカと南東アジア地域では5%未満である。

PHCの発展状況を見ると、次のようになっている。

- ① 衛生教育の基本となる識字率を見ると、男子では欧州、西太平洋地域では全ての国が70%を越え、米州地域でもほとんどが70%を越えているが、アフリカ、南東アジア、東地中海地域では識字率の低い国が多い。女子でも欧州、西太平洋地域は全ての国が識字率が70%を越えるが、東地中海地域で女子の識字率の低いのが目立っている。
- ② 安全な飲料水が自宅から歩いて15分以内で得られる割合を見ると、都会でもアフリカや南東アジア、東地中海地域では60%を下回っている国が多く、郡部では欧州地域を除いてほとんどの地域が60%を下回っている。世界全体では、安全な飲料水の得られる国の割合が、1985年には都市では39%であったのが、1988年には67%まで上昇したが、郡部では20%から41%で、進歩は見られたが、十分とは言えない。
- ③ 自宅からすぐ近くに下水が整備されている割合は、都会でも欧州、西太平洋地域以外では低く、郡部では欧州を除いて下水の整備は極めて不十分である。下水の整備されている国の割合は1985年には都会で19%であったのに、1988年には51%まで上昇したが、郡部では4%から15%で、整備の進捗状況は極めて緩徐である。
- ④ 予防接種拡大計画（EPI）の進捗状況を見ると、欧州、西太平洋地域では全般に良好であり、米州地域のポリオも良好であるが、南東アジア地域とBCG接種を除くアフリカ地域では、接種率が50%に達していない。

⑤ 歩いて1時間以内で診療を受けられる国の割合は、欧州は100%、西太平洋地域でも100%に近いが、アフリカ地域では60%である。研修を受けた医療職員が小児保健に従事する割合は、欧州、西太平洋地域が高く、南東アジア地域が著しく低い。妊婦の指導を研修を受けた医療職員が行う国の割合も、欧州、西太平洋地域が高く、南東アジア、東地中海地域が著しく低い。出産の介助を研修を受けた職員が担当する割合は、アフリカ、南東アジア、東地中海地域が著しく低くなっている。

⑥ 出生児の90%以上が体重2,500グラムである国の割合は、欧州地域では100%であるが、アフリカ、南東アフリカ地域では半数以下である。乳児死亡率が出生1000に対し50を下回る国は欧州、西太平洋、米州地域に多く、アフリカ地域では半数以上の国で乳児死亡率が100を越えている。年次別に見ると、低開発国では1985年には134.1であった乳児死亡率が1988年には124.4とわずかに低下し、他の途上国では75.8から65.5に、先進国では11.6から10.8に低下しているが、途上国での改善は極めて緩徐である。

⑦ 平均余命が60歳を越える国の割合は、男子では欧州地域が100%であり、米州、西太平洋地域でも高いが、アフリカ地域では大半が60歳未満である。女子では60歳を越える国がアフリカ地域を除いて多くなっている。

この調査の成績が示すように、PHCの発展の速度は遅く、西暦2000年まで10年となった現時点でこの状況では、目標達成はほとんど不可能と思われる。

4. 大半の途上国で健康水準が改善しない理由
基本には経済発展の遅れがあり、一部の国では経済危機の深刻化で、健康水準の低下さえ憂慮されている。人口の急速な増加を考えると、生活水準を向上させて健康水準を改善すること

は期待薄である。

保健医療に対する予算の配分がもともと少ないところに、経済危機となると真っ先に予算の削減を受けるのは保健医療、福祉、教育であり、十分な予算が確保できないため、施策の実施が困難である。

このため PHC の発展が遅く、この傾向は郡部で著しい。

種々の疾病対策は総て第一線では PHC に統合することになっているが、具体的な統合の方法についての研究が不十分であり、また第一線の疾病対策を指導、監督するための中央から地方までの縦割りの組織も弱い。

気候異変や天災等のため農村が荒廃し、農村人口の都市への移動、これに伴う都市でのスラムの形成が新しい問題として起こってきている。

5. 日本の ODA の実績

日本の行っている政府開発援助 (ODA) は、1988年には91億ドルとなり、米国に次いで世界第2の援助国となった。しかし GNP に対する比率は0.32%で、先進国中では第12位であり、国民1人当たりの額は61ドルで第11位であり、北欧諸国やオランダとの間にかなりの開きがある。

また援助の内容は贈与部分が増えてきているが、未だ36.4%で、将来贈与部分をさらに増やすことが求められている。

6. 日本の医療協力

1960年代に巡回診療的な発想で始まった日本の医療協力は、1970年代に入ってプロジェクト方式に転換し、後半からは賠償が終わったため無償協力が増加し始めた。1980年代には、無償協力と技術協力を組み合わせた協力が増えてきている。

現在までの協力は総て先方の要請に応じて行われているが、日本が得意とする分野について

は、相手国の発展の状況に応じて、日本が提供できる適切な協力計画を提示し、協議の上実施に移すという方式も検討中である。

WHO のような国際機関を通じての協力と、二国間協力の連携を強化することも今後の課題である。

7. 国際保健医療協力における日本の役割

日本には貿易に依存する経済大国として、世界各国と協調し、経済的に遅れている国々の発展を援助する責任が課せられている。ODA の増額が公約されており、その中で人道的な立場から行われる保健医療領域での協力は、重要な地位を占めている。

昨年7月に中嶋宏博士が WHO の事務局長に就任した。中嶋博士本人の資質、実績に加え、日本からの援助に対する感謝と期待が、第二次大戦後初の国際機関の事務の最高責任者に日本人が就任するという事態の背景にあると思われる。その WHO はドル安と一部の国の分担金未払いによる財政危機を迎え、エイズの流行に対して適切な防止策を実施することが難しく、HFA 政策と PHC の発展が、理念は良いとしても発展の速度が極めて遅いという多くの困難に直面している。事務局長を出している国として、中嶋局長を支援しなければならない。

日本医学は高い水準にあり、伝染病を制圧した経験もあり、これらをどのように世界全体のために生かすかについて、真剣に検討せねばならない。

国際保健医療協力に従事する者は、各自の専門領域について、協力の対象となる途上国の経済の発展、社会開発の段階、保健医療領域での発展の段階により、どのような形式での協力が、相手国の保健医療の向上に最も良く寄与するか、十分に検討し、その結果を実行に移し、南北間の不公平の是正に努めなければならない。

基 調 講 演

蟻 田 功

国立熊本病院長

この度は本学会にお招き頂き、誠に有り難うございます。ただ今の島尾先生のお話に非常に感銘を受けました。特に先生が最後におっしゃった、1984年以降の日本の国際協力の方向は、無償と技術協力との組み合わせをやっていくということですが、私も全くその通りだと思います。それを実現していくためには、開発、調査、研究、という方向での私たちの模索、それからその結果を実際に応用していくということが重なってくると思います。今日は島尾先生がおっしゃったお話の各論として、国際的な感染症対策で過去10年間にどのような経験が、また教訓が我々にあったかということを少しお話してみたいと思います。

先進国と第三世界

世界の国々は3極に分かれています。第一の地域が北アメリカ、ヨーロッパ、日本、オーストラリア、こういうところがIndustrialized Market Economyということで一つの社会を作る。それからLow Income Economyとして、アフリカのサハラ砂漠以南、アジア大陸の中国、パキスタン、インド、アフガニスタン、バングラデシュ等。そしてその中間に属しているのが、いわゆる石油を産出している国々及びようやく工業化しかけている国々です。この3つの状況が現在あり、それぞれについて各々今後の問題があると思います。

(スライド1) その一番端的な資料として、WHOのHealth for All, by the year 2000. 2000年にInfant Mortality Rate 乳児死亡率がどのようにになっているかということがあげられます。スライドの黄色から橙色、そのあたり



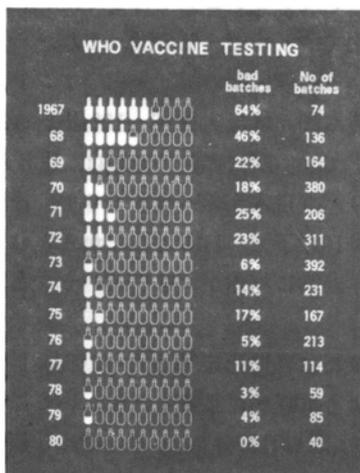
が76~100以上という乳児死亡率です。2000年までにというプロジェクトにした乳児死亡率が、今だに南アメリカの一部の国、それからアフリカのサハラ砂漠以南の国、先程のアジア大陸、このような国々では大体76~100以上であるということです。次に赤色の地域は、北アメリカ、ヨーロッパ、日本、オーストラリア、このような地域は10以下で、日本は5とか6という数ですから、非常に格差が大きいということになります。

そこで特に乳児死亡率が76~100以上の国ではどのような疾病によるものかということですが、そのようなDeveloping Countries 開発途上国では、Cardiovascular Disease, Neoplasm, Infectious Disease, Others とに分けて、Infectious Disease と Others で大体7割以上、一方Developed Countries 先進国ではその逆になっています。このOthersはおそらく診断がつかない感染症だということを考えると、Developing Countries の特に先程あげた、Low Income Countries においては、感染症対策がその国の最大のHealth Problem であるということです。では感染症対策で国際協力の面から

ということが行われたかを少し断片的に拾ってみると、次のようなことがあります。

ワクチンの国際管理

(スライド2) 第一の例として天然痘根絶対策が1967年に起こり、その場合に種痘ワクチンが非常に大切なものとなりました。WHOでは240万ドルという金をこの対策に使ったわけです。あまりそう大きな額ではないですが、しかし良いワクチンを買うと大体そのうちの200万ドルを使ってしまいます。ところでこのWHOの費用というのは、ワクチンを買う費用ではなく、対策のための人件費、車、ガソリン、診断器具代などが主でした。では、ワクチンをどうするかという問題になり、WHOではワクチンは寄付に頼る、国際協力の Donation に頼るというポリシーを決めました。そこで1967年からそのワクチンの Quality Control が行われました。ご覧のように1967年から1980年までに



Bad Vaccines 悪いワクチンは、スライドの白く塗ったところがそうです。その当時、寄付されたワクチン、自家生産して使っているワクチン、それらを全部ひっくるめてWHOのサンプルとして調べると、このように64%はWHOの基準に合格していないということがわかりました。せっかく寄付をしてくれたワクチンが、それが使えないという状況、大きなジレンマが起りました。この悪いワクチンは何も開発途上

国で生産されたワクチンだけでなく、ソビエト、アメリカ、スイス、オーストラリア、このような好意ある国のワクチンにも我々の検定から落ちることがあり、非常に困ったことになりました。'68, '69, '70この3年間はワクチンの Quality Control にWHOは相当の時間を費やし、コンサルタントの派遣、マニュアルの作成、それから定期的に全世界のほとんどのワクチンのプロデューサーズからサンプルを採り、それを検査するというを行いました。しかしこれを行うと無理解、例えば政府で、落ちると国の威信にかかわるとか、いろんな問題がありました。幸いにして3年間でこの状態は良くなり、'70, '71年、少し悪いワクチンは20%ありましたが、その頃になると、天然痘根絶対策のワクチンはほとんどWHOの基準に合ったものが使われるようになりました。これは国際協力の1つのトピックとして面白いと思います。モンキーボックス、天然痘根絶計画をおびやかしたウイルス



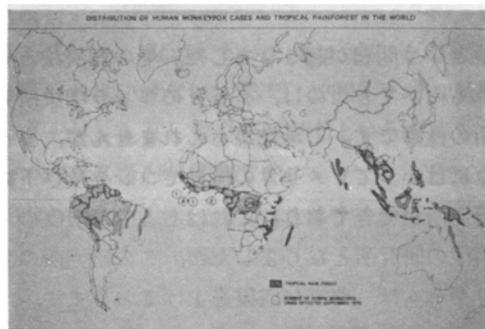
(スライド3) 次の問題として、これも天然痘根絶の場合ですが、これはオランウータンの写真です。顔とか手足に発疹が出ていますが、これは1944年、ジャカルタの動物園のオランウータンが天然痘に罹った例です。ご承知のように天然痘は、天然痘根絶対策の基本的な考え方として、動物宿主はない。ジャングルの猿とかネ

ズミとかには天然痘ウイルスはいないということ的前提にしたわけです。ところがご覧のようにオランウータン、霊長類は天然痘に罹ることがわかりました。



(スライド4)とところで1970年、中央アフリカのザイール国で、天然痘様の患者が発生しました。左にいる患者です。右は真性の天然痘患者でパキスタン人です。ご覧のように両者とも発疹の状況、その分布、ほとんど変わりありません。ただし左の患者は鼠蹊部と下顎部のリンパ腺の腫張がありますが、それ以外にはほとんど変わりがない。私たちはこれは天然痘ではないかと思ったのですが、どう調べても人の感染源は見つからない。人から人への感染ですから、感染源が必ずあるはずですが、それが見つからない。最終的に分かったことは、リスが、密林のリスが、このウイルス型の宿主であること、Monkeypox ウイルスという天然痘ウイルスが属しているのと同様のポックスウイルス群に属するウイルスで、そのウイルスが人に感染して起こるといことがわかりました。1970～1980年までの10年間WHOは国際協力の研究員を動員して、例えばアメリカのCDC、オランダの公衆衛生研究所、ロンドンのセント・マリー大学のウイルスのLaboratory、日本の予研、バーミンガムの大学のLaboratory、パリの国立保健研究所、モスクワのウイルス製剤研究所など10カ所位の研究所が動員され、この解明にあたりました。ウイルス学的研究、中央アフリカのこれが発生している地域住民や動物の血清疫学

やウイルス分離の研究と広範な研究が国際協力のもとで行われました。最終的にこの疾病は非常に稀で、症状は天然痘に似ているが、動物から人に移った後、その患者からまた人から人への感染で天然痘様の流行を起こすことはないということがわかりました。これは天然痘根絶の結果を危うくするものではないということになったわけです。



(スライド5)これがその当時の状況です。南アメリカのアマゾン流域の熱帯雨林、アフリカの西、中央アフリカの熱帯雨林、東南アジア熱帯雨林、こういう所を全部調べましたが、結局西アフリカ、中央アフリカだけに存在して、よその地域には存在しないという非常に特異な疾病であるということがわかりました。こういうことは国際協力の全部の力がなければなかなか出来なかった仕事です。

下痢症対策—経口補液

次にこのWHOで非常に困ったことが、コレラの問題です。ご承知のようにコレラはエルトルコレラを含め、1960年代から非常に流行を始めて、しかもワクチンが効かないということでどうしようかという問題がありました。これはDehydration脱水症状を起こしているコレラの患者です。(スライド6)

ところでコレラは何で死ぬかというと、これは脱水症状で死ぬことになります。これを防ぐためには、補液Rehydrationをやり脱水症状を治療すると、致死率が非常に減ります。しかしそういう補液がない。しかもコレラは蔓延して、さらにワクチンが効かない。さてどうする



かという問題が起こりました。その解決法というものができたのは、ダッカのコレラ中央研究所の仕事です。ご承知かもしれませんが、ダッカにはかつてアメリカの援助でコレラ及び下痢研究所ができており、これはあとでWHOの下痢症の研究所となりましたが、この研究所のプログラムは、非常な成果を上げております。

それは下痢症対策でワクチンの効かない、また、コレラ以外にもいろいろなウイルスやバクテリアで下痢を起こす患者がある。途上国の400万人位がそういう脱水症状で、下痢のために死んでいる。これをどうするかということで考えられたのが、口から補液を飲んで脱水症状を治すという方法です。

COMPOSITION OF HOUSEHOLD SOLUTIONS COMPARED WITH ORS SOLUTION	
ORS	HOUSEHOLD (INCOMPLETE FORMULA)
GLUCOSE	SUCROSE
WATER	WATER
SODIUM CHLORIDE	SODIUM CHLORIDE
SODIUM BICARBONATE	
POTASSIUM CHLORIDE	

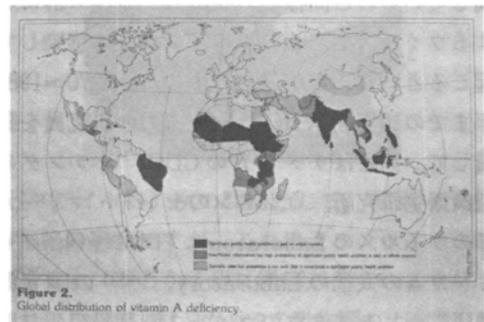
(スライド7) これは1970年代終頃のLancetに発表されて非常に注目されたのですが、ともかく日本という点滴をやらなくてもORS Oral Rehydration Substance, これを1リットルの水に混ぜて母親から子供に飲ませればそれによって下痢の脱水症状を防ぎ、治療し、従って下痢症状による致命率を下げるということがわかってきています。



(スライド8) これは、そのようなORSをお茶のポケットの様に、アフリカやアジアに配布し、お母さんが子供達に与えます。WHOで現在地球規模の下痢症対策が行われていますが、これがその基本的な方法となっています。

ビタミンA対策

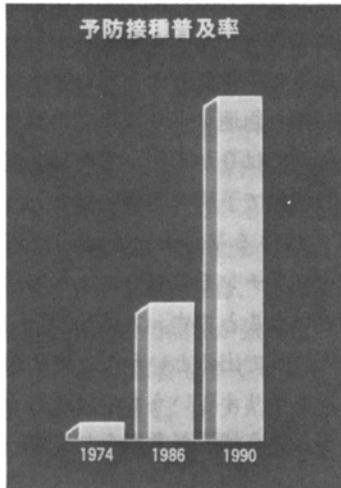
もう一つ感染症対策で国際的な協力によって出来た仕事として、最近ご記憶と思いますが、Vitamin A対策があります。インドネシアでOphthalmologyの仕事をしていたアメリカ人医師の発見です。角膜乾燥症や夜盲症、こういうビタミンA欠乏症がその地域にあり、そこでどうも乳児死亡率、5歳以下の幼児死亡率が非常に高い。これは面白いということで、ビタミンA剤をその住民に与える地域と与えない地域とに分けて行ってみますと、確かにVitamin Aを与えた地域では、比較的幼児死亡率が低いことが分かりました。



(スライド9) WHOが各国に話をし、そのVitamin A deficiencyが実際起きている地域はどの程度あるかを調べたのがこの写真です。

赤く塗った所が、Vitamin A deficiency の公衆衛生上の大きな問題となっている地域です。今後の対策としてこれらの地域にビタミンA錠剤を与え、それによって死亡率を全般的に押さえるというプログラムを作っています。この話は、非常に面白いと思います。というのは各国のいろいろな研究所では、非常に sophisticated な器具を使って感染症対策の予防の研究を行っていますが、このようなアイデアと簡単な作業が致命率、死亡率を引き下げることになれば、非常に貧しい途上国にとっては良い Cost effective なプログラムになるというわけです。

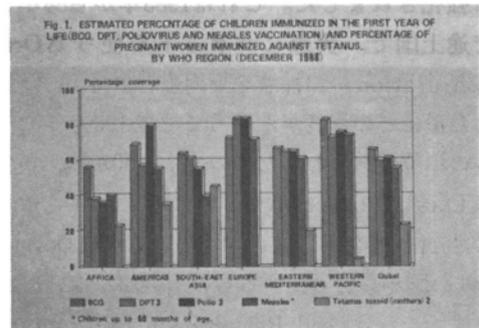
予防接種拡大計画



(スライド10) 今まで国際感染症対策のエピソード的なものを説明しましたが、次に二、三地球規模の国際感染症対策について述べてみます。その一つに、最近、困難はあるが成功裡に進んでいる予防接種拡大事業があります。DPT, ポリオ, Measles, BCG の6つの予防接種は、1974年、発展途上国で、ご覧の様に実に5%以下の接種率でした。それを1977年、大体天然痘根絶が終わりかける頃、この普及率を上げようという予防接種拡大計画が WHO のリーダーシップで始まりました。1980年、1983、84年の天然痘根絶計画は終わりに向かい、根絶計画の職員が予防接種拡大計画に吸収され始めま

した。その頃から非常に良く成り始め、1986年には大体40%、1990年にはターゲットで、大体85%まで接種率を上げるといのがこのプログラムです。

(スライド11) さて、1988年、今から6か月前の予防接種拡大事業の成績はどうかというと、これがその答えです。一番の Grobal では、大体60%まで普及率が上がっています。しかし今度は Region 別に見ると相当な開きがあります。Africa, South East Asia はもっと頑張らなければいけない状況で、1990年までに最初のターゲットとしての85%以上という、もう一つ大きな努力が必要です。

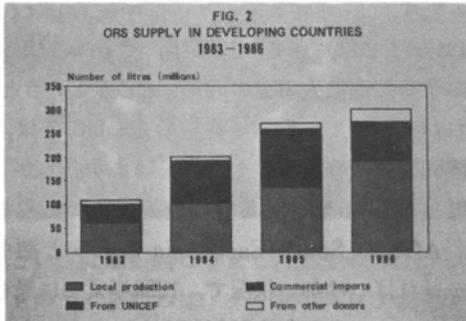


予防接種拡大計画で大切なことは、コールド・チェーンの問題です。これを医療資源の少ない、開発途上国で行うことは非常に困難な作業です。天然痘根絶の場合にはとにかく何が何でも Mobilization をして、指導をしっかりとやり一時的に能率を高めれば、もしそこでゼロになればワクチンをやめるからよいのですが、この予防接種拡大事業の場合はむしろそのことよりも、接種率を85%にするだけのワクチンの Delivery System, またそれを行う施設も地域で作っていくとなると、Health Center, Personnel, Organizations 等も必要となり、天然痘根絶に比べると非常に広範な努力のいるプログラムです。

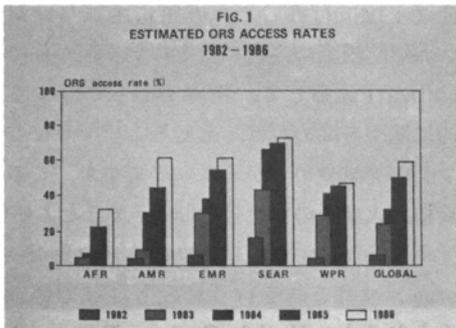
地球規模の経口補液下痢症対策

次に下痢症対策について述べます。先程のダッカ研究所の、とにかく口から飲ませて下痢の脱水症状を防ぐ方法をプログラムとして取り上げ

ることがまた起こり、Multilateral, Bilateral, Non-Governmental Organizationが一体となって、始められたのがこの下痢症対策です。



(スライド12) この対策は1980年頃から次第に強化されました。これは1983年から86年まで途上国で、実際にバケットを使ってOral Rehydration 経口補液を下痢患者に与え、消費した量はどの程度かということをも100万リットルの単位であらわしたものです。80か国、黄色のLocal Productionが非常に増え、ユニセフのSupplyが減り、また商業的のDevelopedの国から買っているものも少なくなっています。これはOral Rehydration Programが、段々と途上国に定着しつつあることを示すものです。



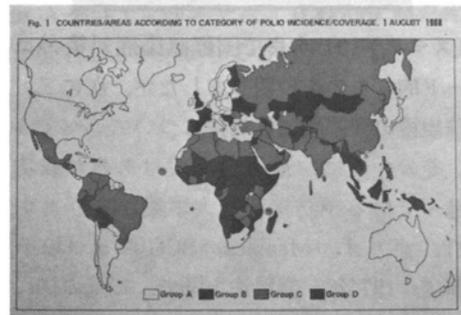
(スライド13) ところでこの効果判定ですが、Oral Rehydrationのシステムにお母さんたちが利用出来るようなアクセス、利用出来るような率はどの程度であるかということを示したのがこの表です。82年から86年まで、白が86年の率で、グリーンが84年となっています。ご覧のように、Globalには大体50%位の人達が、途

上国では、Oral Rehydrationのシステムを利用出来る立場になりつつあるということです。1982年には10%にも達しなかったのですから、非常に大きな進歩があったということです。ただRegion別に見ると、例えばアメリカは北アメリカを含み、北アメリカは先進国でこのようなことに興味を持たないから、あまり普及していないということが言えます。例えばインドを含むSouth Asian Region, ここは非常に良いAccess rateになっています。しかし、アフリカは一番必要とされる状況ですが、なかなか広まってきていないということが考えられます。

ポリオ根絶計画

最後にポリオ根絶計画について話をします。

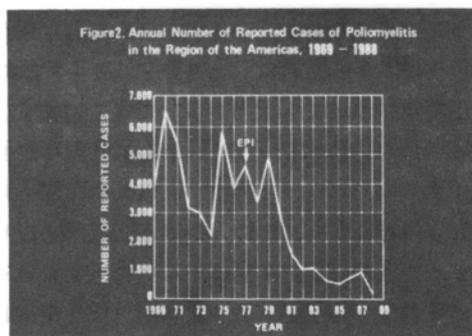
日本では、大体1961, 62, 63年頃に生ワクチンの非常にシステムテックな投与が行われ、その頃4歳以下の子供だったと思いますが、それ以降64, 65年と急速なポリオ患者の減少をしています。最近では0か1例、または2例です。このような状況で予研の発表を見ると、ほとんど全部がいわゆるVaccine Associated Casesで、ポリオワクチンそのものによる非常に稀なマヒ患者ということです。大体100万~300万の接種に一人の率で出るということですが、日本ではワイルドポリオというものは、もう伝播が絶えているという状況が考えられます。



(スライド14) では世界でどうかということですが、これは昨年のポリオのIncidenceを4つに分けたWHOの地図です。ご承知のように昨年5月のWHO総会で世界からポリオを根絶しよう、2000年までに、という決議がされ、そ

れに従って WHO は各国の専門家と相談しながら世界ポリオ根絶対策という作戦計画を始め、今年がその第一年目に当たります。この作戦計画によれば、図のように大体全世界の国を A, B, C, D に分け、グループ A は日本も含め、北アメリカ、オーストラリア、ヨーロッパの一部で、大体もうポリオの Transmission 伝播は途絶えていると考えてよい地域です。アメリカも過去10年ワイルドポリオは輸入例以外は検出されていないという状況です。問題ないと思います。しかしグループ A で大切なことは、ポリオはこのように根絶可能であるということです。グループ B はこの赤色ですが、少数すなわち10例以下ということになっています。10例以下のポリオの発生、しかも予防接種率は非常に良いということですから、あやうく根絶しかかっている国と考えてよいと思います。次にグループ C, これは大きな国、小さな国とあるので一律には言えませんが、WHO の基準に従うと、10例以上多数発生しているが、予防接種の状況は良いという国です。だからもう少ししっかりサーベイランスを行えば、このような国はあるいは根絶成功の可能性が強いということです。グループ D は患者も多くしかも予防接種状況も悪いという国で、南アメリカの一部、アフリカのサハラ砂漠以南、南、北イエメン等の地域です。それからその後インドネシア、インド、中国の三国は、非常な力を要するという状況です。ではどうするかということですが、まず予防接種率を高めることが一つ。2番目にサーベイランスを強化すること。3番目に、ことにグループ B, C 位で、発生時の緊急予防接種対策をしっかりと行うこと。4番目に基本的な事項としてワクチンの Quality Control をきちんと行うこと。この4つ位は Strategy になっていて、これがうまくいけば2000年までに0という状況になるわけです。しかし南アメリカやアジア地域あたりはあるいはうまくいかかもしれませんが、やはりアフリカの緑色が非常に大きい。ポリオの生ワクチンを根絶対策ワクチンと

して使うわけですが、この場合非常に温度管理が大切で、いわゆる先程述べたコールド・チェーン・システムをアフリカにきちんと行うことは難しい。また、ポリオのワクチンをしてもらってもなかなか抗体が上がらない子供達がいる。それをどうするか、それから5番目に、これは世界全体の問題ですが、ワクチンに起因するマヒ患者をどうするか、そのような問題について今後更に調査、開発、研究が必要ではないかと思います。出来ればもっと良いワクチンをつくったらどうかというのが、WHO の意見ですが、日本やイギリスで改良ワクチンが出来つつあるので、それをいかに急いで実用化するかが問題になると思います。



(スライド15) 喜ばしいことに南アメリカのポリオ対策は非常に進んでおります。この図では、縦軸が患者数、横軸が年ですが、80年に Expansion Program on Immunization, 83年、84年頃から南アメリカは WHO の世界ポリオ根絶対策に先駆けて南アメリカ、北アメリカということは西半球の大陸からポリオを根絶するという目標を立て、それに従って先程述べた、サーベイランス、Immunization、ワクチンの Quality Control、発生時対策この4つをしっかりとやってきました。サーベイランスをやり、少し患者が上がってきましたが、ここ2・3週間前の報告では、1988年は150名ということですから非常に下がってきていると言えます。その150名は中央アメリカ、メキシコの一部、ブラジル東部等に段々流行が制限されてきており、

恐らく来年、90年に、あるいは91年には西半球からポリオが根絶する可能性が大です。

私は四月に中国を訪ねました。その時中国の拡大予防接種プログラムの International Assessments で、WHO、ユニセフ、またインドやバングラデシュ等の周辺国や地域からのチームと、中国のナショナルスタッフと共に、中国の予防接種事情がどの程度うまくいっているかを調査、評価しました。ポリオのワクチンを取り上げてみると、非常によろしいです。各州100%、95%、一番悪いので80%以下ということですが、大部分の州が85%以上になっています。85%以下は一州のみで、あとチベット、そういうところですが。これはポリオを3回、ポリオの接種を一年半、18か月以内に終了した率ということになります。一年以内ではなくて18か月以内ですが、それにしても非常に良い率です。

患者数についても相当減少してきています。地域別には中国に2000の Counties がありますが、その中でポリオの発生があった所は恐らく10%以内ということです。患者も流行地域も段々狭まってきている。本当にそんなにうまくいっているのかと言う話もありますが、信頼すべきことがたくさんあります。というのはこれらの資料は国際チームが各州に行き、自分たちで調べた数で政府の報告だけではないということが一つあります。2番目に患者数について、中国ではワクチンは無料ではなく、ワクチンを受けるとお金を払う。ただし、もしポリオに罹ったならばそのお金を返すという面白いシステムがあります。だから罹った人は政府に報告すればお金は返してもらえるのでよく報告をする。3番目に村にいわゆる Village Doctor が居て、彼らは本当の資格は持っていないのですが、その人達がポリオのサーベイランスに非常に協力しています。

ただ一つだけよくわからないことは、どの程度、Laboratory、実験室内の診断が出来るかという問題です。各州、及び北京に Anti-epidemic Station があり、そこでセロロジー

とか Virus 分離ぐらいまではやっているということですが。ただしその能力はおそらく州によって違うということが考えられます。ワクチンは Home-made です。しかし先程、天然痘根絶で述べたようなワクチンの Quality Control Program はまだ確立されていないので、今後の問題ではないかと考えられます。

1988年で大体545人とのことです。12億人の人口を考えると、中国は Assessment をやった時期には恐らくポリオの伝播は断ち切られる寸前の状況ではなかったかと思えます。これにもし日本を含めて国際協力による援助、例えば車の供給、ワクチンの Quality Control の加勢、Laboratory の diagnosis の助けをする等、そういうことが追加の援助として出来れば、恐らく中国は南アメリカのブラジル等と同様に、あるいは1990年とか91年には0になる状況にあったということです。しかし最近新聞等でご承知のように、中国では政情が不安定になっていますので、折角のこのようなプログラムが今後どうなるかということは、もう少し状況を見ないと仕方がないようです。

つくづく思うこと

今まで、国際感染症対策についていろいろ話をしてきました。そしてつくづく思うことは、感染症対策の国際協力について、日本が今後どのようなことを行うかということです。一つの大きな問題として、開発調査研究があげられます。その国の感染症対策で特に何が必要かということをもっと手伝ってほしいのではないかと気がします。例えば先程のダッカの下痢症対策、コレラ対策で世界で行き詰まった時、Oral Rehydration という非常に簡単で長くかからないものを発見する。それは、例えば心臓手術や臓器移植という問題に比べると、非常に Primitive な仕事のようなのですが、恐らく世界の保健医療の向上という面からいうと、その貢献度は私をもっと大きいと考えます。ビタミン A をたくさん与えて死亡率を引き下げる。これも、何だ簡単なことじゃないかということ

ですが、これを国際協力の面からいかに開発し、軌道にのせて行くかとなると、また非常に大きな素晴らしいプログラムになる、と私は考えます。例えばEPIの予防接種拡大計画で、ビタミンA対策を使い、麻疹のワクチンを受ける時に同時にビタミンAを与える、妊娠しているお母さんには主にAを与える、そのようなプログラムを行っています。

次にいつも感じることは、政府の2国間協定のプログラムを私たちは大いに援助、支持すべきだということです。例えばポリオ根絶計画についても、プログラムとしては、やれば出来る、やりがいのあるもので、それをやることによって日本の協力ということ、他の国々にも明らかに知らせることが出来るということ、日本はポリオ根絶計画をやるだけの十分な人材と研究能力があるということ、このように全部が揃っているわけです。しかも日本は大まかにいって、100億ドルの5億ドルで全般的な保健医療関係の2国間協定の費用側としても、資力的にも問

題がないということですから、2国間協定プログラムをいかに私たちが応援していくかが、また一つ私たちの課題だと思います。そのためには人材を養成する、人材を進んでそういうプログラムに参加させて行くという態度が必要ではないかと考えます。それと同時にWHOも折角、中嶋博士がDirector Generalになられたのですから、日本もWHOの参加をなるべく促進するような方策を取られたらどうかと思います。これは余談ですが、私がWHOにいた頃は私も厚生省におりまして、厚生省では余り働かなくても、いてもいなくてもよろしいような人達が国際協力に出ていったものです。しかし、もう時代が変わり、恐らくWHOにも日本の厚生省や大学でこの人は日本にいないては困る、そういう立派な人を出すという心構えでないとなかなかうまく行かないのではないかと思います。

これをもちまして私の話を終わります。ご静聴有り難うございました。

“Communicable Diseases Control Cooperation Projects”

座長 森

亨（結核研究所）

結核対策に関する6題の演題のうち5題までがイエメン・アラブ共和国でのJICA技術協力プロジェクトチームの各職種専門家のもので、このチームが業務にご苦労されながら、チームを挙げてその経験をこのような場で他とわかち合おうとしておられる姿勢にまず敬意を表したい。結核対策は他の保健問題に勝るとも劣らないくらい深く社会経済要因に関わる部分が多い。最貧国の一つとして経済的貧困はいうまでもなく、開国・共和制施工後間もない部族国家、イスラム社会、行政基盤の脆さ、低い識字率、砂漠と山地、等々この国の特徴的な条件の中で、対策を始動し、拡大していく際の苦心の様がこれらのどの演題からも浮かび上がってくる。各演題に見られたようなこれまでの活動の分析が

今後の成果につながることを期待する。ケニアの小児下痢症については、基礎的な分野での技術協力の重要な報告であるが、国際保健医療学会の演題としては現地側のスタッフの影がもう少し見られたならばさらに興味がついたことと思われる。

以上はすべて国の技術協力（GO）からの経験に基づく研究であるが、NGOの活動の経験から「技術移転」のあり方を見たのが石川の演題で、結核の分野に限らず今後のNGOとGOの協同について基礎的なまとめとなっている。ただし結核はこのような問題を考える上でもきわめて適切なモデルを提供してくれることをあらためて感じさせてくれた。

日本の結核対策の経験をどこまで途上国に移転できるか —バングラデシュの経験を中心に—

How much can the Experience of TB Control in Japan be transferred
to Developing Countries? -Based on the experience in Bangladesh

石川 信 克

(結核予防会結核研究所)

日本の戦後の著しい結核事情の改善には、全国的に施行された近代的結核対策の果たした役割が大きかったと考えられるが、その経験で途上国に移転できるものは何か。

まず日本で従来とられてきた対策の方式は、集団検診、X線検査、入院治療などが中心で、途上国では有症状者の自発的受診、痰検査、外来治療が中心、狭義的技術的には、日本方式はそのまま移転しにくい、と言える。

その理由の背景をバングラデシュを例にとり社会、経済的に見ると、1945-50年代の日本と、今のバングラデシュでは表面的な保健指標では類似している（GNP、乳児死亡率、結核死亡率、栄養摂取等）。しかし国民の教育レベル、国の結核対策への優先策（予算）、保健システムの下部構造（インフラ）の発展度などは著しく異なっており、それらは当時の日本でも相当高かったと言える。

即ち移転できるものは狭義的医学的技術よりも、公衆衛生学的な体系づくり（政治的決断や結核予防法の制定など）、人的資源の開発、対策につながる研究活動の促進、民間組織による国民的運動の展開などがあると考えられる。

その中で私が民間ボランティアとして出来たことは人材育成、啓蒙、研究調査、民間組織

（結核予防会）の強化などであり、JICA等国レベルでより出来るであろうことは国全体の対策の体系化、サーベイランスシステムの確立、施設の強化、人材育成などであろう。

途上国の多くでは、経済発展政策に比べ保健政策は優先順位が低く、更に慢性伝染病で目立ちにくいこともあり、結核対策は注目されにくい。従って、結核を含む技術協力を行うとき結核対策のみが先行できず、社会開発や全体の保健政策の整備、拡充の一環として位置付けていく必要が有る。バングラデシュのように、かなりインフラの弱体な地域に対しては長期的展望に立ち、社会開発と並行しつつ、各分野での人材育成を目指し、小さい複数のプロジェクトを起こしていくことが、いきなり大型プロジェクトを扱うより大切であろう。結核予防への興味をつなぎ、熱意を「移転」することも重要であろう。

更に具体的には、日本ができる結核対策技術協力の考えかたが最近島尾等により出されたが、対象国に経済発展の差が出てきているので、日本の経験にWHOの経験など加味し、それぞれのニーズと段階に合った技術協力、国際協力の立案をしていくことが必要と思われる。

イエメンアラブ共和国結核対策プロジェクトの現状と展望

Tuberculosis Control Project in Yemen Arab Republic

—overview & perspective—

須知 雅史 (東海大・医・公衛)

立石 昭三 (国療・比良病)

高橋 基久 (JICA 派遣専門家)

〈緒言〉 1983年9月より開始された、JICA イエメンアラブ共和国 (以下、北イエメン) 結核対策プロジェクトは、既に当初計画による5年間の協力期間を終了し、現在2年間の延長期間に入っている。長期派遣専門家として当プロジェクトに参加し、当国における国家結核対策の現状と展望に関し検討を加えたので報告する。

〈方法〉 1986年2月から'88年7月までの任期中及び帰任後に得られた、北イエメンに関する統計資料、技術移転を通して得られた資料・結果等をもとに検討を加えた。

〈結果〉 1. 北イエメンという国は、①非常に古い歴史を持ち、②アラブ随一の人口を誇り、③「アラブの源流」と呼ばれ人々のプライドは非常に高く、④「国家」としての意識よりも「部族・地域」の意識の方が強い。2. 革命戦争平定後未だ18年で、近代化の遅れている北イエメンは、①中央政府自体に完成された行政組織がなく、②衛生状態は他の発展途上国に比しても非常に厳しく、③医療施設・従事者共に非常に貧弱な様相を呈し、④統計データの収集が困難である。3. 北イエメンの結核は、①推定ARI 2%前後で年間8,000~10,000人の塗抹陽性患者が発生し、②患者発見率は約2割、③治療完了率は1年の治療で約2割、④EPIに於ける乳児のBCG接種率は約4割、⑤PHCのカバー率は約3割と推定され、⑥NTPは保健省PHC部門の中に置かれるが、実際には機能を持った組織とは言えない。3. プロジェクトの現状と展望は、①派遣された長期専門家は10名、②日本に受け入れた研修員は19名で結核関連事業への定着率が非常に高く、③旧センターはあまりにも手狭で十分な活動は望めない状況であったが、日本国政府の無償資金協力で3つの結核センターが建設され、そのような状況を打開する良い起爆剤となり、④結核センターでのPHC研修における成果は大で、少なくとも近代的な結核対策に関する研修を受講した者が、北イエメン全ての州に配置された。

〈考察〉 「シバ王国」以来の古い歴史を持ち、アラビア半島唯一農耕により栄えた北イエメンであるが、1962年までは「イマーム」による絶対王政下の鎖国状態、その後の7年間は革命後の内戦状態にあった為、本格的な近代化は70年代に入ってからであった。加えて、急激な近代化と近隣アラブ産油国への労働力の流出は、農業の衰退と大幅な輸入超過を来し、87年末より原油輸出が開始されたとはいえ、政府は経済的に非常に逼迫しているのが現状である。そこでは、国家結核対策を実行に移す段階には非常に多くの障害に直面し、特に保健医療行政組織の脆弱さは大きな障害となる。

更に、全人口の8割以上が居住する地方農村部への通信・交通は容易ではなく、結核患者の多くは月に一回の通院加療ということになる。そして、一般衛生教育の欠如と患者教育の不足に伴い、結核に対する認識不足(症状消失=治癒)を生じ、容易に治療から脱落する。患者管理業務の欠落と通信・交通網の未整備から、脱落者対策は殆ど行われず、これによって生ずる治療完了率の低下は、慢性排菌(薬剤耐性)患者の増加の可能性を持ち、国家結核対策最大の疫学的問題となっている。この問題解決の為に、熱心な患者教育ときめ細かい患者管理が必要な訳であるが、医療従事者の認識不足から、型どおりの患者教育と野放しの治療(治療状況の把握などは全く行われず脱落者対策の対象者すら把握出来ていない)が行われているのが現状である。

これまで述べてきた状況を改善するために、①結核関連施設(特にPHC)の業務の連携の強化、②検査・診断精度の向上、③患者管理業務の確立、④日常業務の報告・評価システムの確立等の目標を掲げる中で、その第一歩ともいえるべき喀痰塗抹検査と患者管理を中心とした研修が着実に実を結びつつあるのは、今後にも明るい材料を残すものと考えられる。

ケニア中央医学研究所プロジェクト (小児下痢症の細菌生態学的解析)

Kenya Central Medical Institute Project
- Paediatric Diarrhea Control -

澤村 貞昭, 古瀬 浩, 小澤 敦	(東海大学医学部微生物学教室)
賀来 満夫	(長崎大学医学部附属病院第二内科学教室)
藤田 晃三	(旭川医科大学小児科学教室)
柳ヶ瀬康夫	(兵庫医科大学細菌学教室)
武士 甲一	(北海道衛生研究所)

目的: ケニア共和国において最重要課題は感染症の撲滅である。特に小児の下痢症に対しては、乳幼児の高い死亡率の一翼を担うことからその対策が望まれている。

ケニア政府は総合医学研究施設として、無償資金協力によるケニア中央医学研究所(KEMRI)の建設を日本政府に要請した。本研究所は、基礎医学と臨床医学部門の研究を統合した総合医学研究の場として発足した。そしてJICA/KEMRIプロジェクトは、1985年から1990年の5年の期間で実施に移された。プロジェクトは、ケニアの国内事情を考慮して、国民の90%位が居住する農村部、そこでの腫瘍疾患である、赤痢、コレラ、住血吸虫、Rotaウイルス、マラリア等に注目、プロジェクトの構成は細菌部門、寄生虫部門、ウイルス部門(肝炎部門を含む)の三部門が設置された。細菌部門は下痢症の病原体の分離、同定を行うと同時に、これと平行して腸管内細菌叢の検索を行い、ケニアにおける小児下痢症の発病病理の解析を企図した。

方法: 糞便からの腸内フローラの検索は18種の培地を用いて、定量培養法の手技を導入して実施された。それぞれの培地は37°Cにて、好氣的、嫌氣的条件下で培養がなされた。分離菌は各種同定キットとガスクロマトグラフを用いて同定

を行い、同定菌種は必要に応じてトキシン産生の有無をチェックした。

対象とした小児の年齢は1-5歳位で、下痢症の小児14例は、下痢時、回復時のそれぞれの時期に便の採集を行い、腸管病原菌と細菌叢の検索を行った。健康小児の細菌叢の解析は延べ28例についてなされた。

結果: 下痢症小児の14例において、病原体として、Shigella sonnei 6例、ETEC 3例、Campylobacter jejuni 2例、Rota virus 2例が証明された(複合感染を含む)。コレラ菌、サルモネラ菌属等は検出されなかった。またBifidobacteriumやBacteroidesなどの嫌気性菌属は、下痢症時においてはその回復時に比較して優位の菌数の低下を示した。健康小児の28例では、嫌気性菌としてLactobacillus, Bifidobacterium, Eubacteriumなどの菌が好気性菌と比較して優位の菌数を示したが、我国の小児と比較して、菌種、菌数ともいくぶん低い数値を示した。そして腸管病原菌の検索では陽性例は認められなかった。

考察: 細菌性下痢症における腸内フローラの生態学的解析を更に推進し、得られた成績を基盤としてbacteriophylaxisやbacteriotreatmentへの道を探求して行きたい。

「北イエメンにおける結核対策、元チーム・リーダーの立場から」

National Tuberculosis Control Program in Yemen Arab Republic

—views as a team leader of the project

立石 昭三

(国療比良病院)

北イエメン国家結核対策の JICA の医療協力は1983年に始まり5年以上経過した。前リーダーの東義国先生の時代にサナア、タイズ、ホデイダの三都市に結核センターが建てられ、化療薬、試薬の供給も WHO や IUAT から受けられるようになった。私共がこの2年余にした事はこの結核対策を PHC の一環に乗せることであり、全国約250ヘルスセンターから31保健夫、48検査技師を訓練した。政府の PHC のカヴァレッジが約3割と言われるので、その約半数を結核対策にとり入れたと考えた。また11県のうち7県に結核担当官を委任出来た。ところが訓練後、現場を訪問して実際に検査、治療を行っているか調べてみると大半が行っていない。

アラブ分化に接して私共外人が一様に驚かされることは IBM だと言われる。I はインシャラー(神の御目のままに)、B はボクク(後日)、M はマーレッシュまたはマーフィッシュ(仕方がない)の意である。訓練を受けた技師が辞めて行くとマーレッシュ、試薬や化療薬がなくなると請求もせず、マーレッシュで検査も治療も止めてしまう。これは彼我の文化の差であって、対象範囲をしばっても絶えずフォローする必要を痛感した。

次に援助の成果はカウンターパート次第であることを述べたい。私共の5年余に亘る相手は非常に消極的な方で苦労した。抗結核剤の要求があっても、出さないまま、制限切々になった

り、野外調査、地方訪問にも反対であった。

'88年末にこれが積極的な方と代わり、通路を整備し植樹を行い、マスコミを通じて結核対策の重要性を説き地方廻りにも同行する。私共は人事に干渉することは許されないで事態が好転することを祈るのみであったが、この点、NGO の外国医療団体は大いに干渉して、カウンターパートを更迭したり、能力により手当の増減もする。日本は NGO が少ないので国際的な交際上も ODA が多いが、GO による援助だとこのような柔軟な対応が出来ない。この点 NGO による援助が増えるよう本学会の諸氏をお願いする次第である。

この国は近代化を図って約20年という若い国で、未だ国家という概念の少ない部族社会である。財政的基盤も少なく公務員の給料は安い。

保健省の要人も国際機関や外国団体に引き抜かれる事が多い。WHO のこの国の結核への援助は12年に及ぶし、米英独蘭の NGO の地域活動も20~30年に及ぶ。このような状況下で結核のような慢性疾患の医療援助を行うには、日本も10~20年の息の永い援助が必要であろう。

私の在任中はもう一つの目的、結核の疫学的調査が出来なかった。現リーダーのカレドレシャード医師はムスリムでもあり、この面でアラブ社会の中に溶け込み、よりよい成果を上げることが期待している。

イエメンアラブ共和国国家結核対策＝地域保健の立場から
National Tuberculosis Control Program in Yemen Arab Republic
—views as a community health specialist

須知雅史
(東海大・医・公衛)

〈緒言〉 北イエメンの3つの結核センターの活動状況の推移及び比較から、国家結核対策に関して地域保健の立場から検討を加えたので報告する。

〈方法〉 1986年2月から'88年7月までの任期中及び帰任後に得られた、北イエメンに関する統計資料、技術移転を通して得られた資料・結果等をもとに検討を加えた。

〈結果〉 1. サナア国立結核研究所 (NTI) は、①新登録患者中の喀痰塗抹陽性率が2割以下とその診断精度は低く、②組織・統計・患者管理・物品管理等今後解決すべき問題が多い。2. タイズ結核サブセンター (TSC) は、①質的には最も活発な活動が行われており、②量的にも来所者数・レントゲン検査数等順調に伸びており、③新登録患者中の喀痰塗抹陽性率が約5割で診断精度も信頼でき、④6ヶ月の観察による治療完了率は、約8割と途上国としては高く、⑤新登録患者中の未治療 (新患) の割合も高く「効率の良い治療」が行われている。3. ホデイダ結核サブセンター (HSC) は、①患者カードの保管方法を工夫し脱落者対策の対象が即座に判るようになり、②量的にも3つの中では最も少ないが順調に伸びており、③新登録患者中の喀痰塗抹陽性率が約4割で、④その治療も妥当なものであるが、⑤6ヶ月の観察による治療完了率は約4割で、治療開始時の1回の通院加療のみが4割を占め、⑥新登録患者中の再治療 (脱落后再治療) の割合が高く「空回りの治療」が行われている。

〈考察〉 同じ北イエメンでも3つの結核センターに於いて、その活動に大きな差があるのは、宗教的にサナアを含む北部はシーア派のザイディ

派、タイズ・ホデイダを含む南部・海岸平野部はスンニ派のシャーフィ派の信者が住民の多数を占めており、北部は宗教的・社会的に閉鎖性が強く、また、南部はイギリスの支配を受けていた南イエメンに接し近代文明にも近い為、社会的閉鎖性が薄い。そのような理由で、南部の中心都市であるタイズの活動状況が優れていると考えられる。

しかし、北イエメンの地域としての最も大きな特性である「国家としての近代化の遅れ＝部族社会の名残」という点も忘れてはならない。北イエメンに於いては有史以来、孤立分散型の小集団による居住形態が基盤となった、血縁・地縁集団としての「部族」というものが彼らにとっての社会の全てであり、それは政治的・経済的あるいは社会的閉鎖性をもたらした。特に北部に於いて強いそれらは、部族領域内の自治と中央政権の影響排除、自給自足の農業経済、教育・情報の欠如、階層と職業の固定等を来した。加えて、スエズ運河につながる紅海の入口に位置し、共産革命が起こった南イエメンと王政国家であるサウジアラビアとの間に位置するなどの地勢学的重要性と、「アラブの源流」としての近隣産油諸国との関係から、西欧先進諸国や東欧諸国、そして近隣産油諸国から多くの「援助」を受け、「国家としての近代化」を推し進めている。彼らにとって、その一部として行われる「国家結核対策」の全国への普及は、他人事のように写っているのかも知れない。「首都」サナアにあるNTIの不振と、「地方都市」タイズにあるTSCの活躍がその現れだと考えられる。

以上のような、北イエメンの地域としての特

性を考え、結核対策の展開を考えた時、「部族・地域」というものを忘れる訳にはいかない。当国において結核対策を押し進めていく過程において、このような人々の「部族・地域」に対する特別な感情あるいは思い入れというものを十分に理解することが、今後の課題ではないか。

一気に国全体へ「面」を広げるような「国家結核対策」の広め方ではなく、「点」のような小さな「地域結核対策」をゆっくりと全国へ結んで行くような「国家結核対策」の方が彼らにとって馴染むのではないかと考えられる。

イエメンアラブ共和国における結核菌検査技術移転

National Tuberculosis Control Program in Yemen Arab Republic

—technology transfer in the bacteriological laboratory

高橋基久
(JICA 派遣専門家)

1987年3月より1989年3月まで、国際協力事業団（JICA）専門家としてイエメンアラブ共和国（以下イエメン）の結核対策プロジェクトに派遣され、結核菌検査の技術指導を行った。イエメンでは現在でも結核が全国的に蔓延しているため、結核対策を保健医療分野における最重要課題の一つとしている。イエメン政府の要請に基づき、日本政府はJICAによる結核対策プロジェクトを1983年9月から開始した。また後に無償資金協力により首都サナア市に国立結核研究所（NTI）、タイズ市、ホデイダ市にそれぞれTBサブセンターを設立し、本格的に結核対策に取り組むこととなった。

結核菌検査の技術指導は主にNTIおよびTBサブセンターの検査技師を対象に行ってきた。塗抹検査については十分時間をかけて指導するようにし、また培養検査、同定検査、薬剤感受性試験などについては塗抹検査が確実にできるようになった段階で教えるようにした。当初、塗抹検査に関しては①喀痰ではなく唾液検体が多い、②標本の大きさや厚さが一定でない、③標本の固定が不十分、④染色液の濃度が不正確、⑤染色が不十分、⑥顕微鏡検査で抗酸菌の見落としが多い、など多くの問題があった。しかし英語やアラビア語のテキスト、教材用ビデオなどを用い、一人一人くり返し指導することによってこれらの問題は解決されていった。また定期的にNTI、TBサブセンターの塗抹検査の精度管理をし、それらの結果を比較することにより鏡検技術のレベルを上げることができた。培養

検査や同定検査については最初①培地の出来が悪い、②菌が十分生えてこない、③結核菌・非定型抗酸菌の同定が曖昧などの問題があったが、時間をかけて指導することによってこれらの問題も徐々に改善された。また塗抹と培養検査の成績を比較することにより培養検査の精度を高めていった。薬剤感受性試験に関しては①薬剤含有培地の薬剤量が一定でない、②菌接種量が一定でない、③判定が正確でないなどの問題があったが、基礎技術を徹底的に教えることによってかなりの部分が改善された。また初回耐性や獲得耐性などを調べることでこの試験に興味を持たせることができた。

スタッフに技術指導する一方、塗抹検査技術を地方に普及させるため、NTIおよびTBサブセンターで病院やヘルスセンターのラボラトリー・ワーカーを対象に研修を実施してきた。また研修終了後も、研修生のフォローアップを兼ね、それぞれの病院やヘルスセンターを巡回し技術指導を続けた。

技術指導していく上で特に注意した点は①まずスタッフとの信頼関係を作り上げること、②そして仕事に対する興味、意欲を持たせること、③またイエメン人は非常にプライドが高いため、人前で厳しく注意したり、怒ったりしないこと、④逆に誉めるときは人前で誉めること、⑤そして焦らず、諦めないことなどである。海外協力、特に技術協力の分野では技術移転による「人造り」が最も重要であり、開発途上国では最優先させなければならない事柄であると考える。

イエメン・アラブ共和国結核対策プロジェクト放射線部門 における問題点と展望

National Tuberculosis Control Program in Yemen Arab Republic
- technology transfer in the radiological examination

引 田 輝 久 (群馬県健康づくり財団 87年12月～89年12月まで JICA 専門家派遣)
カレッド レシャード (イエメン結核対策プロジェクトチームリーダー 89年3月～)

結核対策の背景

83年9月から NATIONAL TUBERCULOSIS PROGRAMME (以下 NTP) として88年8月までの5年間のプロジェクトで始まり、昨年9月より2年の協力延長をした。無償援助により86年9月に首都サナーに国立結核研究所、87年7月にタイズ、そして87年12月にホデイダにサブセンターが開所した。

マスタープランによるプロジェクトの4つの項目につき問題点、対策を記す。

1. 国としての結核対策の組織の整備

問題点：①前結核研究所幹部の能力、努力の欠如。②組織の縦関係は少なく、横のつながりが多い。研究所では所長とスタッフに分けられるだけ。③勤務時間が短く、午後にはプライベートクリニックを持つため出張、時間外が難しい。

対策：①NTP 所長の交替による NTP 行動の拡大。②保健省に結核対策の重要性を説く。各州ヘルスオフィスや保健所、病院の巡回指導。③インセンティブ支給による現地側の参加。

2. 結核研究所、サブセンターにおける予防及び診療技術の向上

1)

2) 研修：日当支給による参加の推進。

医師 (4カ月に1度、3日間) 9名済。Trainer Supervisor (2カ月に1度、1週間) 31名済

検査技師 (2カ月に1度、2週間) 48名済。
X線技師 (6カ月に1度、1週間) 現在サブセンター技師3名のみ済、他の施設のX線技師も次回より行う。

3. 全国結核実態調査の実施

4月、5月の事前調査の結果、6月3日よりホーハ難民キャンプにおいて予備調査を実施する。

4. その他の技術的指導助言

間接装置用フィルムの補充として (欧製は装着難)、和製フィルム供給法でルートを作る。

結論

NTP 全体が良い方向に進展し始め、放射線部門も良くなってきている。NTP 所長をはじめ保健省関係者達の今以上努力に係わっている。放射線技師に足りないものは放射線学校での

1)	結核研究所、サブセンター	撮影技術
問題点	①過剰 X 線検査、②間接フィルムの読影ができないための直接の高指示、③健康診断によるフィルムのロス、④X 線検査の低陽性率、⑤ TB センターの治療カードの統一と整理、	⑥胸部単純写真が正確丁寧にできない (位置づけ、撮影条件、号令、性腺防護)。同じく現像過程、在庫管理など記録、
対策	①④調整委員会で注意、②医師技師への読影指導、③所内にフィルム保管、⑤治療カード X 線フィルムを新システムにより整理、	⑥対策②と毎日の指導、

基礎教育である。実習時間（3年生では週5日）は多くプログラムされているが、実験などの授

業は予算不足や施設の不備のため基礎知識不足を招いている。

イエメン・アラブ共和国結核対策プロジェクト放射線部門 における問題点と展望

引 田 輝 久

(群馬県健康づくり財団≪87年12月～89年12月まで JICA 専門家としてイエメン・アラブ共和国
(以下北イエメン) 結核対策プロジェクトに派遣≫)

北イエメンの情勢

北イエメンは62年に革命から共和制になり、現在に至っているが、実際には革命後も内戦が続きここ10数年でやっと落ちついたところである。そして現在でも地方には中央政権の力が及ばない所もあり、部落同士の抗争も絶えない。元来部族主義であり現在でもこの影響が強く残るイスラム社会である。

結核対策の背景

83年9月から NATIONAL TUBERCULOSIS PROGRAMME (以下 NTP) として'88年8月までの5年間のプロジェクトで始まったが、現地側の要望により昨年9月より2年の協力延長をした。無償援助により86年9月に首都サナーに国立結核研究所 NATIONAL TUBERCULOSIS INSTITUTE (以下 NTI) が、87年7月にタイズ、そして87年12月にホデイダサブセンターが開所した。

マスタープランによればプロジェクトの目標として以下4つの項目が上げられる。

1. 国としての結核対策の組織の整備
2. 国立結核研究所 (NTI, サブセンター) における予防及び診療技術の向上
3. 全国結核実態調査の実施
4. その他の技術的指導助言、となっているので各項目ごとに活動と問題点を述べる

1. “国としての結核対策の組織の整備” における問題点と対策

問題点

- ① 前 NTP 所長の能力、努力の欠如。
- ② イエメンでは縦の関係は少なく、横のつながりが多い。NTI では所長とその他スタッフに分けられるだけ。

- ③ 勤務時間 (8時-13時) が短く、医師は午後にプライベートクリニックを持つため出張、時間外が難しい。

対策

- ① NTP 所長の交替による NTP 行動の拡大。
- ② 保健省, PHC (PRIMARY HEALTH CARE) に結核対策の重要性の説明。各州ヘルスオフィス所長や保健所、病院の巡回指導。
- ③ インセンティブの支給による現地側の参加要請。

2. “国立結核対策訓練センターにおける予防及び診療技術の向上” としての問題点と対策

- a) NTI, サブセンターの実績を比較する。

問題点

- ① 途上国で予算的に薦められない X 線の過剰検査数。
- ② 間接フィルムが読めないための直接撮影の高指示。
- ③ 健康診断者によるフィルムのロス。
- ④ X 線検査の肺疾患、結核率の低さ。

対策

- ① シンポジウム、調整委員会にて注意、一部医師は過剰指示を止めない。
- ② 日本人医師が現地医師を交えて読影指導を行っている。
- ③ サナー、タイズはフィルムをセンター保管することで健康診断を減らした。ホデイダではまだ対処していない。
- ④ 過剰検査のため、②、①の対策にて解決。

イエメン政府の予算は少ないが、都市住民は貧しくなく、多くのプライベートクリニックでは最新の X 線装置を備えているのに対して、公立病院や保健所など X 線装置を持つ所は少

なく、大半はプライベートクリニックで撮影されることになる。クリニックでは高価な装置を購入しても採算がとれるほど利用されている。

b) 撮影技術

現地 X 線技師は殆ど午後のプライベートクリニックでアルバイトをしており、技術的には高くないが一般撮影法は大体把握している。各 TB センターでは胸部単純正面写真が大半を占める。胸部単純は X 線写真の基礎であり最も多く撮影される部分である。

問題点

- ① 胸部単純がなかなか正確、丁寧にできない。具体的に正しい位置づけ（胸部全体がフィルムの中に入り欠如がなく、左右対称）、撮影条件（最小線量による適性な濃度、対照度、鮮鋭度の写真を作る条件）、号令（吸気で止める）、性腺防護（生殖腺を防護）。同じく現像過程、在庫管理などの記録にも言え、あらかじめ目標点を決めないと限がない。
- ② 医師からの注意不足、技師同士の注意不足（医師と技師のコミュニケーション不足）。このため技師は指示されたフィルムを撮影するだけであり、フィルム質の向上を考えなくて済む。

対策

- ① ②は現在は日本人医師と現地医師、技師ともに読影に参加し指導を行っている。

TLD（線量計）やポケット線量計、濃度計などの機材に対して大変な興味をもつ。放射線測定器などイエメンには無い。

c) NTI の治療カードの統一と整理

PHC ナースと現地担当者として治療カード、X 線フィルムの整理。

- ① '89より治療カードをすべて記録帳に連続番号で登録する。
- ② カードをアルファベット順にて整理。
- ③ 記録帳の番号から患者の情報を得ることを可能にする。

④ 治療を開始した患者のフィルムは専用棚に整理。

①～③は WHO 方式

d) 研修

医師	4 カ月に 1 度、3 日間	9 名済み
検査技師	2 カ月に 1 度、2 週間	48 名済み
Trainer Supervisor	2 カ月に 1 度、1 週間	31 名済み
X 線技師	6 カ月に 1 度、1 週間	3 名済み

パーディウム支給による参加の推進。

3. 全国結核実態調査の実施

'89年 6 月 3 日からホデイダに近いホーハのエリトリアン難民キャンプをサーベいの予備調査として実施する。4、5 月と事前調査と現地、国連難民キャンプ事務所やヘルスオフィス、サブセンターと打ち合わせ済み。

4. その他の技術的指導助言

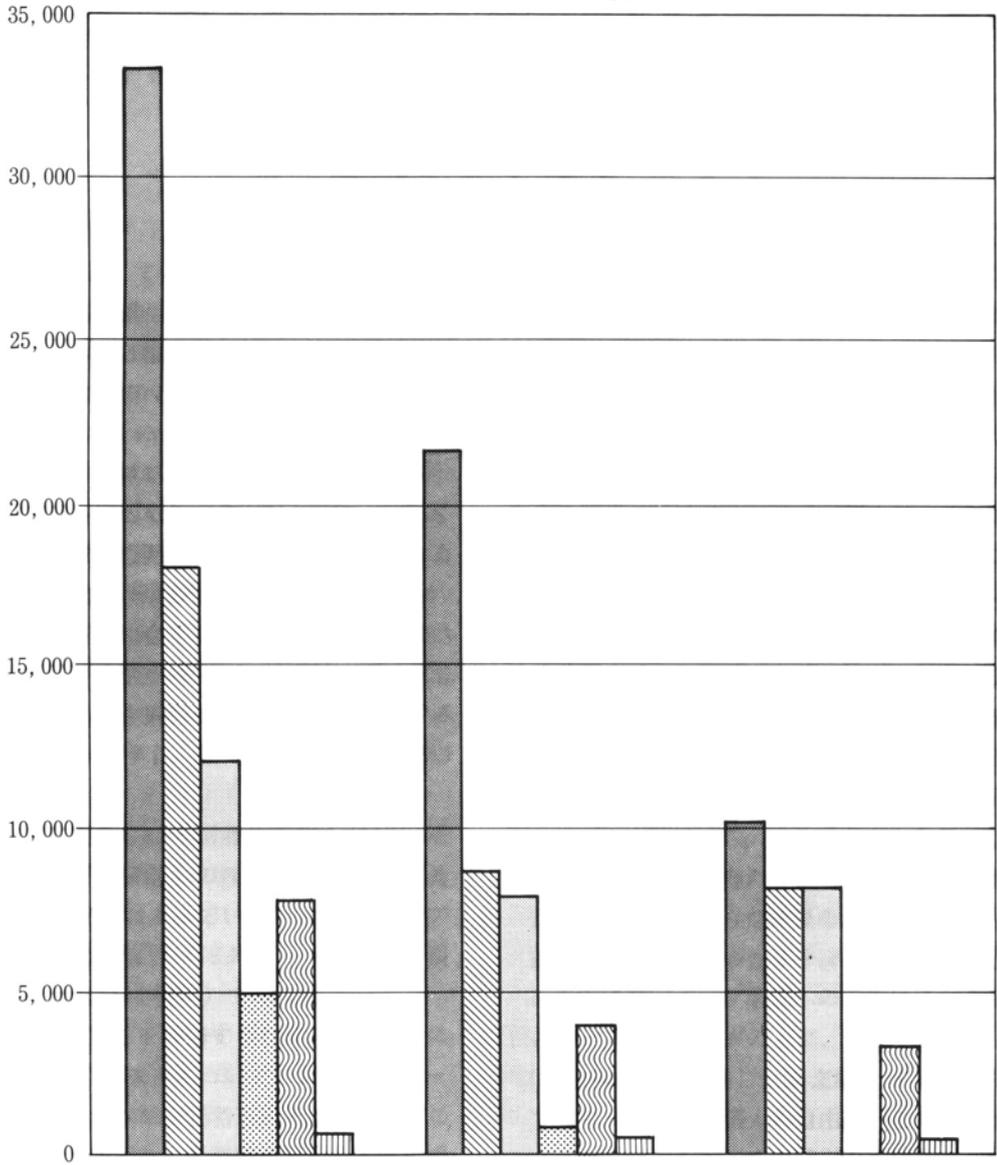
日本が供与した間接 X 線装置用フィルムの今後の補充法として（ヨーロッパ製は装着困難）、現地日本製フィルム取扱店と関係を取り、供与機材を現地調達にして関係を作る。

結論

TB プロジェクトの放射線部門では以上であり、NTP 全体の流れも良い方向に進展し始めたので、放射線部門も良くなってきている。NTP 所長をはじめ保健省関係者達の今以上努力に拘わっている。

放射線技師の TB プロジェクトの一員又は JICA 専門家は少なく、参考になる資料が何もない。途上国でも X 線撮影は多数行われ、それらから診断されている。彼ら放射線技術に足りないものは HMI (HEALTH MANPOWER INSITITUTE) 放射線学科での基礎的な放射線教育の不足である。実習時間（3 年生では週 5 日）は多くプログラムされているが実験などの授業は実験装置が無いために行えない。このように予算不足による施設の不備が基礎知識不足を招いている。

各TBセンター実績 '88



	サナー	タイズ '88	ホデイダ '88
来所者数	33,289	21,601	10,179
全X検査	18,070	8,753	8,194
間接撮影	12,003	7,906	8,194
直接撮影	5,047	847	0
塗沫検査	7,798	3,972	3,320
塗沫陽性	585	503	496

“Student and International Cooperation”

座長 小 池 達 也 (大阪市立弘済院付属病院)

まとめ

国際保健教育に関する演題が2題と国内における活動の報告が1題に加えて、実際に海外に出て行った活動の報告が2題あった。

そのレベルもいろいろであり、私は優劣を論じるような立場にいない。しかし、学生の発表に対する会場からの、特に医師の側からの意見なり質問には少し失望した。現在、日本中に溢れている学会の中で学生の発表の場が設けられているのは、ごく僅かである。それを重荷やおまけではなく、特色であり強みであるようにしていくのは先に生まれたものの仕事ではないだろうか。

学生の活動を批判したり、指導したりするだけではなく共に何かを創り出していこうとする雰囲気をもっとあってもいいのではないだろうか。

最後におもしろい議論になりかけて、イブニングセッションにつながるかと思ったが、そのままになってしまったのは残念であった。

また、直前になって演題が一つ取り下げられたのは、発展途上にある学会にとって非常に残念である。しかし、いずれの発表も今後が楽しみであり引続き本学会で続報を聞けることを楽しみにしている。

公衆衛生学における国際保健教育と学生の反応（その2）

International Health Education Programme and Response

by Medical Students in Public Health Lecture (part 2)

華表 宏有, 土井 徹, 松田 晋哉, 曾根 智史

(産業医大・医・公衆衛生)

1. 私共が担当している公衆衛生学の授業（4年次、講義100時間、実習60時間、1コマ90分を2時間と換算）では、学校の方針に沿って1988年度から一般教育目標（GIO）7項目を設定した。そのひとつとして「国際的視野」を挙げた。これに加えて夫々のGIOに5号ずつ計35号の具体的な行動目標（SBO）を設定した。「国際的視野」に関連するSBOは、「健康問題の国際比較」、「国際機関」、「わが国の国際的立場」、「プライマリ・ヘルス・ケア」、「非政府非営利団体」である。あわせて、公衆衛生学に関連する基本的用語（キーワード）187語を列挙し、教育効果の向上に資することとした。
2. 1988年度のGIO「国際的視野」に直接関連した「国際保健」の授業は、通常の講義（2コマ、出欠はとっていない）とグループ別の論文講読演習（18グループ、WHO編World Healthを使用）であった。
3. 教育効果などを評価するため、受講前後にGIOとSBOの夫々についての到達度、キーワードの理解水準を記名方式で調査した。このほか例年の通り、受講後に無記名方式の授業評価を行い、その中でGIOの夫々についてのカリキュラム評価や論文講読演習で身につけたものの有無とその内容について質問した。あわせて、記名式でGIO7項目の重点のおき方を質問した。また1988年度には、中間試験（あらかじめ20題を提示しその中から3題を出題、ノート持ち込み不可）に、「国際保健」に関連して提示していた2題を提出した。
4. GIO「国際的視野」に関連した5つのSBOの受講後の到達度をみると、「プライマリ・ヘルス・ケア」が最も高く、「非政府非営利団体」が最も低かった。13のキーワードのうち相対的に理解水準の低いのは、「非政府非営利団体」「FAO」「伝統医学」「JICA」で、逆に高いのは「WHO」「プライマリ・ヘルス・ケア」などであった。
5. GIOごとのカリキュラム評価では、「国際的視野」の評点は最も低く、また重点のおき方をみると「国際的視野」は5位となっている。
6. これらの結果から、体験学習をともなわない「国際保健」教育の特徴があらためて明確にされた。このような結果をふまえ、私共は通常の授業の中でのカリキュラム改善が学生の自主的なグループ活動への支援に優先するという基本的考え方の上に、1989年度には、「国際保健」に関連した論文講読は学生の自主性を尊重して、個人の自由選択とし、提出されたレポートが一定水準以上の場合に、態度の尺度で増点するように教育方法を若干変更した。近い将来、課題研究実習（9グループ、10月に2日間）の中に、「国際的視野」の教育を強化するためのテーマを加え、近隣の関連施設への見学・体験学習のカリキュラムを導入することを検討することとした。

公衆衛生学における国際保健教育と学生の反応（その3）

International Health Education Programme and Response
by Medical Students in Public Health Lecture (part 3)

松田 晋哉, 曾根 智史, 土井 徹, 華表 宏有
(産業医大・医・公衆衛生)

【目的】将来の国際保健医療協力を携わる人的資源を確保するためには、卒前医学教育においてこの分野に対する学生の理解を深め、そして動機付けをすることが重要である。今回我々は産業医科大学4年次における公衆衛生学の定期試験の国際保健に関する設問に対する学生の解答を分析することで、この分野における教育上の問題点及び課題について興味ある結果を得たので報告する。

【方法】当教室では担当する4年次の公衆衛生学の授業において、国際保健についての2コマの講義（国際保健、プライマリ・ヘルス・ケアと国際保健関連論文講読演習を行っている。そこで、これらの教育に対する学生の理解度と意識を知る目的で、1988年度4年生106名を対象として定期試験（2月）において国際保健に関する設問を行った。設問はいずれも論述式のものであるが、これらの設問に対する学生の解答を分析・類型化して学生の反応について検討を行った。

【結果及び考察】1. 「わが国の国際保健医療協力の現状と問題点について概観せよ」という問に対して、学生は日本の国際保健医療協力の現状と問題点について一応の理解を示している。しかし、ほとんどの解答は指定参考書である「国民衛生の動向」¹⁾の内容をそのまま書いているもので、学生自身の考察であるとは考えにくかった。このことは学生の過半数がGIO-VII「国際的視野」の履修前後における伸び、または到達度が十分でないことと自己評価していることからもうかがえた。

2. 「卒前医学教育における国際保健教育のあり方について考察せよ」という問に対する解答から、学生は国際保健に対して具体的なイメージを持っていないことが考察された。そして、学生は具体的なイメージをつかむために体験学習や事例学習などを授業の中に取り入れることを希望していた。具体的なイメージを持っていないものが彼らの将来の進路の候補の一つになるとは考えにくく、従って卒前医学教育において学生に国際保健協力について如何に具体的に教えるかということは、我々教育する側の課題であると考えられる。

3. 表2及び表4の基となった設問はいずれも学生自身に医学教育における国際保健教育のあり方を考えさせるものであった。これらの設問を通して学生は自分たちの国際保健に対する意識の低さを自覚することが出来たと考えられる。さらに、一部の学生はこの結果の反省の上にたって今後自ら学習していくと答えており、このような設問をすることで学生の国際保健に対する関心を高めることもできると考えられる。

4. 以上、国際保健に関する定期試験の解答を基に学生の国際保健に対する理解度、意識を分析した結果について示した。今後はこの結果を基に将来の国際保健を担う人材を育てるためにより効果的な授業を設計していきたいと考えている。また、課外での学生のこの分野での自由な活動を促すために、海外でのフィールド学習に関する情報提供なども今後行っていきたい。

【参考文献】¹⁾厚生統計協会：国民衛生の動向（昭和63年）

Leprosy と日本

Leprosy and Japan

清水直樹
(千葉大学医学部6年)

千葉大学医学部では、公衆衛生学の教育カリキュラムの一環として5年生の1年間の期間を学生実習に当てている。私達のグループは、Leprosy をテーマとして研究してきた。今回はその成果の概略を報告すると共に、1年間の研究期間を通して得られた所感を中心に発言することとした。

【目的】 Leprosy Control Program の再評価と将来像の検討

【方法】 岡山県国立療養所邑久光明園に於ける実習

国内・海外の Leprosy Control に関する文献検索とインタビュー調査

【結果】

(1) 日本の Leprosy Control (隔離政策) について、

- # Leprosy の超慢性感染症としての特殊性
- # 隔離政策施行の際の医療コストの問題
- # 防疫政策開始と治ライ薬出現との時間的なズレの問題

から検討した。

(2) 海外の Control について、

- # Chemotherapy・Drug resistance の問題
- # 早期診断キット使用の将来的な可能性
- # ワクチンとその市場性の問題

に関して言及した。

【考察】

Leprosy は、海外協力という分野も含めた日本の医療を考える上で、1つの象徴的な存在なのではないだろうか。

日本の医療は疾患き市場性に強く影響されがちで、この点が、海外医療協力を考える際に欧米との大きな違いを生ずる原因と思われる。忘れられがちな疾患を丁寧に拾い直してゆく、そういう市場性を無視した態度が日本の Leprosy を考えるときに必要であるのと同じく、日本の海外医療協力を考える際にもこうした態度が必ずや求められてくることであろう。

今回の研究で、“日本と Leprosy” の関係を見てきたことは、“日本と海外医療協力” の関係の根底を流れる問題を捉えていく上で大きな参考となった。

海外指向や国際化の風潮の中で、海外協力の形骸化が学生の中からさえも生じる可能性が出てきた現在、敢えてここで基本的な問題に立ち戻り、出発点を見直しておきたいという願いも込めて以上の報告とした。今回の調査・実習に際して多大な御協力を頂いた諸先生方、並びに研究グループのメンバー諸氏に深く感謝致します。

フィリピン・タラにおける活動から
Activities in Philippines by the Yamanashi Medical College
Overseas Exchange Programme

小 銭 太 朗

(山梨医科大学海外医学交流研究会)

私たちは、海外医学交流会のメンバーです。この会では、1986年から、1988年の3年間に渡って、フィリピンのハンセン病療養所タラを訪問してまいりました。タラ村は、マニラの北35 kmに位置する、人口約12,000人の村であり、政府公認のハンセン病患者は、2,300人程で、残りは非公認患者と患者の家族です。このタラという村において、去年は、過去2年に渡る経験を踏まえ、環境へのアプローチの必要性から、テーマを環境とし、環境調査を中心にタラ村の抱える問題を探り、医学生として考察を加えることを目標に、衛生環境調査を行いました。この衛生環境調査とは、タラ村の住民の健康状態や疾病状況をさぐる健康調査・1987年よりの継続テーマでもある水質調査・栄養環境をしり疾患との関連について理解する栄養調査の3つの観点より環境にアプローチして来ました。水質調査では、タラ村の4種の水源（井戸・タンクの水・天水・河川水）はし尿による汚染の可能性が高く、上下水道設備の向上・消毒の徹底や、配管材料の改善、衛生教育などの問題があげられ、栄養調査では、住民の摂食傾向や食品物価について知ることができました。しかし、以上

のことの裏側には、貧困という経済問題が横たわっているということを改めて気付かされました。また、調査以外にも住民への衛生教育の必要性から、衛生教育レクチャーを行いました。このような活動を通して私たちが得たことは、私たちが日本でなにげなく暮らしている環境が全世界では決して普遍的なものでないことであり、彼らの抱えている貧困という問題に違う形で触れることができたことです。そして、これから、私たちが考えて行かねばならないことは、得た調査結果をどう活かし、問題の解決の糸口にするのかということです。タラ村の問題は、どれ1つとっても、私たちの力で解決することは難しいでしょう。しかし、これらの問題に対して、思い・悩み・考えることは、私たちにとって、重要な意味を持っているのではないのでしょうか。ただ、このような私たちの活動が、単なる自己満足で終わることなく、タラ村の住民の衛生意識の向上と彼らの中からわきあがってくる衛生活動などの活動に対して、僅かなりとも寄与できるように、また、補助となるようにすることが大切であると思います。

フィリピン・ボホール島における小児下痢症調査 Paediatric Diarrhoea Survey in Bohol Island, Philippines

五十嵐 琢 司

(千葉大学5年世界の医療を考える会)

「世界の医療を考える会」は、第三世界の医療に関心の深かった、千葉大学医学部及び看護学校の学生数人により結成されたサークルです。二年前に、千葉大学の卒業生でありフィリピンで癩病の撲滅運動をなさっている星野邦夫先生のお招きにより、夏休みにフィリピンへ行く機会を得ました。この時は、現地の病院や、癩病患者の陰性部落、スラムなどを見学するにとまりました。昨年は、見学だけでなく、学生の活動を通して、何かフィリピンの社会に役立つことができなにか、という意見が多く、星野先生にお聞きしたところ、フィリピンでは、下痢症で多くの乳幼児が死亡しているので、その原因を調査してはどうか、という回答を得ました。そこで私達は、乳幼児下痢症の病原菌の同定及びその感染経路の究明を目的として、計画を立てました。

フィールドは、星野先生に決めていただき、ボホール島のボオイという村にしました。

方法は、ボオイの近くにある州立病院の研究室を使わせていただき、そこに下痢症で入院している子供の便を集め、もう一方で、ボオイの各家庭を訪問し、飲料水と5歳以下の子供の便を採取して、飲料水の性状と、便中の細菌・ウイルス・寄生虫の同定を行うようにしました。

その結果ですが、まず第一に飲料水については、水道・井戸を含むほとんどすべての飲料水から大腸菌が検出されました。しかし、採取時や検査時の手技の悪さによる混入の可能性が大きいので、この結果の信頼性は低いと思います。第二に、便についてですが、細菌に関しては、事前の現地での広報活動を行わなかったために、

検体の集まりが予想を下回り、特に第一日目にはほとんど集まりませんでした。第二日目以後は検体は増加し続けたのですが、細菌の同定には最短でも四日を要するので、私達自身で同定できたものは、わずかでした。残りはセブ医科大学の細菌学教室に協力していただきました。ウイルスは同定に30分程度しかかからないので、集めた検体すべて検査を行うことができました。現地のドクターによると、フィリピンの小児下痢症の主因はロタウイルスとのことでしたが、85検体中1検体だけの陽性率でした。また、寄生虫による下痢症はクリプトスポリジウムと赤痢アメーバをターゲットとしましたが、寄生虫検査を行うことは、現地に向かう直前に決定しましたので、手技や人員が不足し、非特定アメーバを数検体から発見しただけでした。

今回初めてフィールド調査というものを行ったわけですが、以上の結果から、結論を導き出すことは極めて困難で危険であります。この調査を通して、フィールド・ワークの難しさを感じました。反省の第一としては、現地の情報を入手することが十分でなかったことです。第二には、計画がしっかりしていなかったことであると思います。情報不足に因る部分も多いのですが、テーマを漠然としか決めていなかったことや、フィールド・ワークの方法それ自体の研究不足も原因であると思います。そして第三には、検査手技に習熟していなかったことです。

このプロジェクトは、今年の夏も行うことになっていますので、以上の反省点を改めて、より良い結果が得られるようにしたいと思っています。

“Japanese Contribution in International Health……The Case Study
of Thai Projects”

座長 兵 井 伸 行 (国立公衆衛生院)

まとめ

タイ国に対する日本の国際協力についての6演題では、丸井らはわが国政府開発援助(ODA)による保健医療協力が経済協力の中に位置づけられている点を踏まえ、その歴史的展開の分析を試みた。これを受け、兵井らは従来の病院・研究所中心の協力とは異なったPHCの人造りへの協力の特徴と今後への展望を語った。一方、NGOによる協力では、藤原は救らい活動について、日本から現地NGOへの活動資金提供の法的な制約やPHC活動との連携の重要性を指摘した。同じく阿部らはNGOによる難民キャンプでの診療活動の報告について、

診療活動の枠を越えた地域保健活動への協力という可能性を指摘した。川上らは、産業化が急速に進むタイの実態から労働衛生分野における新しい協力の形を提示した。また、林らは、タイとの関連を持つ日本の国際保健医療や社会開発に関心を持つ人たちによる現地研修プログラムについての説明をしたが、研修のもつ危険性(南北格差)も併せて指摘した。

このセッションでは、広くPHCを基盤とした各分野の新しい形の保健医療協力ならびにわれわれも含めた人材育成の問題について検討された。

タイに対する日本の政府ベースの医療協力の歴史的概観 Historical Overview of Japanese Governmental Contribution

丸山 英二 (東京大学医学部)

兵井 伸行 (国立公衆衛生院)

松田 正己 (結核研究所)

1987年度、わが国からタイへのODA 総額は第6位である。1985年には第2位、86年は第3位であった。ODA 対象国は単に当該国の経済状態だけによって決まるわけではなく、日本との外交関係の影響が大きい。

保健医療の場合についても、世界の国々に対して公平に協力が行われるわけではなく、また、その国の健康状態や医療水準が他に比べて低いがゆえに日本から保健医療協力援助が行われるのではない。保健医療協力もこうした外交的経済協力の一環である。したがって、経済協力の目標に沿って保健医療協力が計画され、実施されてきたのが実状である。保健医療分野として独自の明確な基本理念をもち、評価をする努力がなければ、経済の論理によって保健医療協力が進められることになる。以下に、わが国からタイへの政府ベースの保健医療協力の特徴とその問題点を挙げる。

A. 無償資金協力の額が圧倒的に大きい。

1975年に最初の医療分野の無償資金協力があり、それ以後で176億円。

一方、技術協力は1961年以後で難民医療協力を合わせて50億円。

B. 技術協力プロジェクトの減少にともなって

無償資金協力が盛んになった。

1980年以降とくにその傾向が著しい。

C. 難民医療協力の遺産は？

過去の医療技術協力で最大の規模をもつ(12.5億円)。

NGO へのインパクト、人材。

D. 各プロジェクトの評価はどうなっているか。評価基準は何か。

プロジェクトの枠組みを前提とした評価。
プロジェクトの波及効果の評価。

E. 人を派遣するのは比較的安い。技術協力と無償資金協力の比較。

F. 基本理念の合意をどのようにして得るか。

G. 相手国の状況をどこまで把握してプロジェクトを開始したか。

相手側の保健医療制度、研究制度・様式などの背景を承知して計画をつくり、専門家を派遣しているか。

H. プロジェクト間の関連はどうか。

同時に並行して実施されていた各種の保健医療関連プロジェクト間の協力はあったか。

I. 相手国における保健政策との関連は。

たとえば、タイ国保健5カ年計画との整合性。

“ASEAN Institute for Health Development (AIHD)” が歩んだ道

A Perspective on ASEAN Institute for Health Development (AIHD)

兵井 伸行 (国立公衆衛生院)

丸井 英二 (東京大学医学部)

松田 正己 (結核研究所)

【はじめに】わが国政府開発援助 (ODA) による保健医療協力プロジェクトのなかでも特異な性格をもつタイ国プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) 訓練センタープロジェクト発展の概観を明らかにする。

【目的】タイ国 PHC 訓練センター (現 AIHD) プロジェクトの総合評価に基づき、プロジェクトの位置づけを目的とする。

【方法】既存資料の活用と関係者との協議によった。

【結果】

I. プロジェクトの特徴

1. 従来の病院や研究所を対象とした「治療」重視の技術協力でなく「予防」を重視する。1970年代後半からみられる公衆衛生、地域保健型プロジェクトの流れにある。
2. プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の研究実践と国内外の人材育成を図る。PHC の各要素に関する研究協力と特に地方の若手研究者の育成が従来のプロジェクトにない新しい活動である。
3. タイ国保健計画の最重要課題である PHC における協力である。PHC 推進という国家政策への協力であり、その中で大学にあるセンターと保健省の全国4箇所の地域センターが相互に管轄を越えた協力を行っている。
4. タイ国のみならずアセアン各国も協力の対象としている。また、多国間協力機関もセンターを活用している。
5. 第三国研修を通じて世界で唯一の PHC マネジメントの修士コース運営への協力を実施している。

II. プロジェクトの問題点

日本側の問題点の主なものとして、適切な専門家の継続的派遣の難しさや決定権・裁量権の所在の不明瞭性、単年度会計制度に基づくプロジェクト運営上の制約が指摘できる。また、センターで実施される UNICEF や WHO による多国間協力に基づく活動との調整も重要な課題である。

タイ側の問題点として、自助努力ならびに内部管理運営の強化が指摘でき、専任職員の増員や過去の活動についての情報の整理提供が強く望まれる。

III. 今後の展望

1. インスティテュート昇格にともない運営管理能力の強化が図られる。
2. 修士コースへの参加者の増加と国の広がり (日本も含む) が期待される。
3. プロジェクト終了後の日本との協力関係の継続が具体化する。
4. インスティテュートを主体とした国際機関、二国間協力機関との協力が更に展開する。

【結論】以上より、当プロジェクトが公衆衛生や地域保健型のプロジェクトを継承し PHC という新しい分野への協力という先駆的役割を果たしており、今後感染症や非感染症の疾病単位のプロジェクトや保健統計、サーベイランスなどの面での協力を実施する際にも、その基盤として充分活用できるものと考えられる。

また、人材育成の面でも実務のみならず研究における協力を実施していることから、これら諸活動を通じて、いわゆる Institutional Capacity Building を行っており、今後 Health Research へ大きく貢献できる存在になりうると考えられる。

タイ国らい事業への協力 Care for Leprosy Patients in Thailand

藤原偉作
(社団法人好善社)

1982年4月タイへ向かった。だが初回訪問は全く他人任せで、受入れ側がだれであるかも知らなかったし、その地のハンセン病に関する予備知識も全くなかった。ところがドムアン空港で迎えてくれたのは厚生省医官カンチャナ姉(クリスチャン)で、4泊5日の日程は綿密に準備されていた。さっそく翌朝に国立プラブラダイヌ病院(周囲はらいスラムで、らい病患者とその家族2,000名が居住)へ案内され、同構内の研究所でテイラー所長(現伝染病局長)から「タイのらい事情」について一時間にわたる説明(登録患者45,000, 推定110,000, 毎年の新患3,000など)を受け、これを深刻に受けとめた。さて、公的日程から開放されて、その夜やれやれと町に出たところ、スクンビット通りでらいの乞食を見てしまったのである。それは50年前の子供時代に東京の縁日で見た光景であった。

かくて何気ないタイ国訪問は、好善社をその地のらい問題に結びつけ、第2回目訪問からは全土に散在する国立療養所、およびコロニーの視察研修旅行となった。患者輸送に窮している北部のメイラオ・コロニーには車を寄贈した。東北部のアムナチャルン・コロニーでは倒壊寸前の教会堂を見て、これを新築した。それらはそれなりに意味のあることだとは思ったが、同時に果たしてこれが真の意味での協力支援だろうかという疑問を抱いた。1年に2、3度この国を訪れて形あるものを寄贈することが何程の

ものなのか。そうではなく、この国の社会から疎外された人々の心に触れ、生きがいを与えることこそ究極の目的なのではないか。だが訪問すればするほど生活習慣、風俗、物の考え方の相違がわかってきた。すると異国人であるわれわれがタイの病める人々の心に触れることは不可能に近い。タイ国人自身が同胞の患者に手を差しのべて自主的に活動することにこそ意義があると私は考えた。タイ国にはそうした民間団体がない。そこでクリスチャン・ドクターのカンチャナ姉に意見を述べ、所謂タイ国版好善社を組織するなら無条件の全面支援をすることを申し出た。同姉はその1年半後に厚生省を退職、1987年3月31日、チャンタミット(団体名)を創設したのである。その概要はつぎのとおり。

理事会	理事5名により組織(有給1名)
職員	事務所 3名(有給) 幼稚園 3名(〃) 牧師 4夫婦(〃)
活動	らい患者伝道 幼稚園運営 啓蒙 宣伝活動 奨学金援助 医療活動

チャンタミットの自主的活動に協力支援しながら、当社はタイ厚生省承認のもとに、患者生活介助および看護のためのボランティア2名を派遣(各3年間)する他、東北部アムナチャルン・コロニーに貯水池を造成中である。

タイ国パナトニコム難民キャンプでの最近3年間の 診療活動報告

Recent 3 years hospital work at Phanat Nikhom refugee
camp in Thailand

阿部敏紀, 粟田松一郎, 上西泰一郎
白石弘志, 菅原 暁, 上崎道子
(平和医学アカデミー)

NGOとして1979年12月に設立された平和医学アカデミーは、1979年12月から継続して、医療チームをタイ国難民キャンプに派遣して来た。現在は、1986年4月より、バンコクの南東100 kmにあるパナトニコムキャンプのベトナムセクションにて病院診療を行っている。病院スタッフは、日本人6名（医師1, 薬剤師1, 助産婦1, 看護婦1, 検査技師1, 総務1）以外に、現地雇用の10名（医師3, 歯科医師1, 看護婦5, 総務1）と、ボランティアの難民ワーカー約90名（医師2名を含む）がいる。今回は、1986年6月から1988年12月までのキャンプ人口及び外来患者数・入院患者数を疾患別に集計したものを報告した。

パナトニコムキャンプには、ベトナム難民・カンボジア難民・低地ラオス難民・ラオス山岳民族（モン族）難民が居住している。キャンプ全体の人口は1万5千から2万5千名で、ほぼその半数をベトナム難民が占めている。

産科外来および母子センター受診者を除く外来患者数（一般外来・婦人科外来・外科処置包帯交換注射外来・歯科外来）は、1986年は2万8千名（179名/日）、1987年は4万9千名（196名/日）、1988年は4万5千名（172名/日）であった。その半数あまりが一般外来患者（100名/日）で、簡単な外科処置や包帯交換・注射に来る患者は40名/日、歯科外来患者は25名/日であった。

診療時間は、午前8:30-12:00と午後1:30-4:30の月-金曜日・それ以外は、土、日曜日も含めて日・当直を行っている。歯科処置

は、キャンプ内の病院では抜歯と簡単な充填のみだが、そのニーズは高い。中央受付のみで全ての来院者を受け付けると非常に混雑するため、このように外来を分散させる事によってうまくいっている。

病室は3部屋あり、一般病室15床・結核病室4床・その他の感染症患者の隔離病室4床（水痘症・トラコーマなど）である。正常分娩入院患者を除いた年間入院患者数は、1986年は325名、1987年は735名、1988年は666名。男女比は3:2。（ちなみに、分娩入院は1986年は115名、1987年は286名、1988年は305名）

1987年の入院患者735に関して、1. 感染症261（36%）、2. 呼吸器疾患145（20%）、3. 消化器疾患81（11%）、4. 泌尿器疾患34（5%）、5. 産婦人科疾患29（4%）、6. 中枢神経系疾患28（4%）、7. 皮膚科疾患25（3%）、8. その他132（17%）であった。さらに、感染症261名中マラリア219（84%）がほとんどを占め、他に、リケッチア感染症9.3メーバ症4、デング熱2などであった。呼吸器疾患145に関しては、その半数は気管支肺炎（50）または肺炎（32）で、他に、気管支喘息33（23%）、肺結核3（2%）があった。消化器疾患81の内訳は、その2/3が胃炎・胃腸炎（45）または赤痢（9）で、他に、胃または十二指腸潰瘍7（9%）-胃カメラで診断-、虫垂炎4（5%）など。泌尿器疾患34に関しては、その2/3が尿路感染症（19）または腎盂腎炎（5）で、他に、腎または尿路結石5（14%）、腎炎4（11%）

など。産婦人科疾患 29 中、その半数は流産または早産で、妊娠中毒症や骨盤内膜炎は 2 名ずつ。中枢神経系疾患 28 中、その半数あまりは髄膜炎であった。

次に、1988 年の入院患者 666 名に関しては、1. 感染症 226 中、デング熱 83 と多くマラリ

ア 81 であった。また、7. 心身症・精神病 25 中、自殺未遂 17、精神病 3 名と、1987 年に比較して特徴的だった。

今後とも、このような疾患分析を通して、東南アジアにて診療活動する際の日本での準備に役立てれば幸いです。

日本国際保健医療学会 会員募集中

第二次大戦後 40 年。わが国でも 1970 年代から先進諸国の一員として国際協力のための国連分担金を相当額支出し、保健・医療・看護分野でも多岐にわたる国際協力の活動がいろいろな機関や団体によって展開されており、今日ではそれに関わる人数は相当数に達しています。そうした反映として近年、関連諸学会で国際医療に関する講演、シンポジウム、一般演題の発表が散見されるようになりました。また、教育機関の中でも、国際医学交流を目指す施設が発足したり、全国の医学生の国際協力の連絡協議会も機能していますし、看護分野でも同様な動きが確かなものになっています。

本学会は、このような現状にかんがみ、国

際保健医療協力に関わる情報交換の場として発足したものです。

国際保健医療協力に関心をおもちの方はぜひご入会下さい。(職種は問いません)

■資料ご希望の方は本紙発行所にハガキでお申し込み下さい！

◎正会員・会費 年額 5,000円

(個人) (ただし学生は年額 2,500円)

◎賛助会員・個人 一口 10,000円

(個人・法人) 法人 一口 50,000円

■会費の送金は、郵便振替でお願いします。

■本学会の郵便振替口座は

宇都宮 2-33536 日本国際保健医療学会
です。

タイにおける労働安全衛生ニーズ —10 工場の訪問調査—

Needs in Occupational Health---the Survery of 10 Factories

川 上 剛

(労働省産業医学総合研究所)

プラニー・チャバリツァクンチャイ, ウドムサク・コンムアン

(マヒドン大学労働衛生学教室)

Occupational Safety and Health Promotion Needs through a Survey of 10 Factories in Thailand.

Tsuyoshi Kawakami (National Institute of Industrial Health, Japan)

Pranee Chavaliatsakulchai,

Udomsak Kongmuang (Mahidol University, Faculty of Public Health, Department of Occupational Health, Thailand)

【目的】急激な工業化を進めているタイにおいて、労働安全衛生上の問題点、現場の人たちのニーズを把握し、その具体的な改善方法を検討する。

【方法】Greater Bangkok (バンコク及び周辺5県)にある10工場 (Table 1) を訪問し、工場内の視察と経営者への聞き取り調査を行った。聞き取りを行った項目は(1)労働環境改善への取り組み (Table 2), (2)安全衛生活動 (安

全に対するトレーニング, 防護具の配布, 健康診断等), (3)労働者に対する福祉 (食堂, 更衣室, 寮, 送迎バスサービス等) の3点についてであった。

【結果】Table 2 に示したように、環境改善へ

Table 2. Working Environment Control

Items	Factory									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Lighting	+	+			+	+				+
Temperature		+			+	+				+
Noise	+	+			+	+				+
Dusts	+	+			+	+	+			
Ventilation	+	+			+	+				+
Handling of chemicals		+			+	+				+
Carrying of chemicals		+			+	+				+
Storage of chemicals		+			+	+				+
Waste water	+	+	+	+	+	+		+	+	+
Solid waste	+	+			+	+	+	+	+	+

+ : Working environment control program existed in this item.

Table 1. General Features of Surveyed Ten Factories

Type of Factory	No. of employees			Operating Years	Joint Venture
	Total	Male	Female		
A. Cotton textile	1,611	439	1,172	18	No
B. Polyester	1,005	738	267	20	Yes
C. Chicken processing	800	100	700	3.5	Yes
D. Paper	400	340	60	30	No
E. Dyeing	341	197	144	24	Yes
F. Fertilizer	300	250	50	12	Yes
G. Timber processing	300	200	100	8	No
H. Bleaching	120	60	60	19	No
I. Battery	98	79	19	5	No
J. Dyestuff	67	54	13	5	Yes

の取り組みは工場によって差が大きかった。紙面の都合で省略したが、安全衛生活動、福祉においても工場による差が大きく、環境改善への取り組みに対する認識が不足している工場では、安全衛生活動、福祉においても取り組みが不十分な傾向が見られた。聞き取り調査と工場の視察の結果から、Table 3に示すような改善ニーズが明らかとなった。

【考察】今回、10工場を調査した結果から明らかとなった労働安全衛生上の問題点は、(1) Lack of appropriate information transfer (自身が扱っている化学物質の危険性を知らない等)、(2) Negative effects of technology transfer (見かけ上の生産性を上げるために単

調で拘束性の強い作業を強いられる等)、(3) Lack of work organization (交代制勤務の検討、労働者への福祉・社会サービス等)、の3点に集約できると思われた。こうした状況を現場主体で実質的に改善していくための方策として、(1)現場の労働者や経営者の知恵や経験を引出し、また、彼らが必要とする情報を彼らがすぐに使える形に加工して伝えていく教育技術、(2)現場の人たちの知恵と技術を集めて低コストで行える改善を現場の人たちが主体的に行っていく Low-cost improvement、が大切であると考えられた。今後、この考え方に沿って実質的な改善を伴う研究活動を継続する。

Table 3. Improvement priority of surveyed ten factories

Items	Factory									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
WORK ORGANIZATION & WORK STATION DESIGN										
-Work station	◎		◎	○		○	◎	◎	○	○
-Materials handling	○			○			○	○		○
-Job content and work schedules	○	○	◎	○	○	○	○	◎	○	○
-Housekeeping, storage and access	◎		○	○			○	◎		◎
PHYSICAL WORK ENVIRONMENT										
-Lighting	○			○	○			○		
-Heat and noise	◎		○	○		○	○	○		
-Hazardous substances			○		○	○	○	◎	○	◎
-Guards and other safety devices	○		○	○			○	○		
-Safe working procedures	○		◎			○	○	◎	○	◎
WELFARE FACILITIES										
-Sanitary facilities	○			○		○		○	○	○
-Drinking water or other beverages and arrangements for meal	○			○		○	◎	◎	○	◎
-Recreation, child care and transport facilities	○		○	○	○		○	○		○

◎ : Items with high priority for improvement

○ : Items with priority for improvement

Items are according to the classification in K. Kogi et al., "Low-cost ways of improving working conditions : 100 examples from Asia", ILO, Geneva, 1988.

“INTERNATIONAL TRAINING COURSE ON HEALTH, ENVIRONMENT AND SOCIAL DEVELOPMENT IN THAILAND” について

—タイ AIHD の試み—

International Training Course on Health, Environment and
Social Development in Thailand---A Trial of AIHD

林 正 男

(金沢大学医学部衛生学教室)

塩 月 賢太郎, 熊 本 一 規

(明治学院大学国際学部)

川 上 剛

(労働省産業医学総合研究所)

INTERNATIONAL TRAINING COURSE ON HEALTH, ENVIRONMENT AND SOCIAL DEVELOPMENT IN THAILAND は、1986年より、タイ、マヒドン大学 AIHD (ASEAN Institute for Health Development) と金沢大学医学部衛生学教室が中心となって始めたタイ/日本人学生が共同で学び合う研修コースである。毎年、8月に10日間程の日程で行なわれてきたが、本年(1989年)より春、夏の2回、開催されるようになった。

【コースプログラム】(1989年2月23日-3月4日のプログラム)

第1日午前：開会式(クラスセ所長)

講義「タイの近代化と都市及び農村開発への影響」

午後：講義「タイ農村の健康問題-PHCと農村開発-」

パネルディスカッション「タイにとって開発とは？」

第2日午前：見学：ノンカン地区ゴミ処理場

午後：見学：サムートプラカン工業地帯(鉛工場と水質汚濁の激しい運河)

第3日午前：講義「タイにおける環境問題の現状」

講義「タイにおける労働安全衛生問題の現状」

午後：見学：クロントイスラム

夜：在タイ日本人とのディスカッション

第4日：見学：東部臨海工業地帯(ラヨーン県、石油精製及び石油化学工場)

第5日午前：見学：エビ養殖場(チャントブリ県)

午後：見学：チャカタブリ県中央病院3グループに分かれて、農家への民泊に出発

第6日：農家民泊

第7日：民泊終了後、バンコクへ

第8日午前：自己研修とまとめ

午後：学生発表、修了式

【学生のための自己研修ガイドライン】AIHDでは農家での民泊を通して村人の生活について学生が以下のような項目について把握する事を目標として挙げている。

1. 村の一般的事項

地理、戸数、人口、家族構成、学校の数、寺の数、村人の職業、トイレの数、テレビの台数等

2. 村のグループ活動や組織

村にはどんなグループや組織があり、どのような目的や機能を持っているか？

3. Basic Minimum Needs (BMN) と Quali-

ty of Life (QOL)

- 3-1 人々の食事は十分か？（栄養失調の子供や妊婦の栄養状態に注意）
 - 3-2 人々の家及び住環境は？（環境衛生や飲料水に注意）
 - 3-3 人々は基本的な公共サービス（教育と医療）を受けているか？（ワクチン接種，文盲率，妊婦へのケアなど）
 - 3-4 村は安全か？（泥棒，犯罪等の発生は？）
 - 3-5 人々は食物を効率的に生産し，手に入れているか？（農業生産や食物を手に入れる方法）
 - 3-6 人々は家族計画を実施しているか？（子供の数や両親の家族計画に対する態度に注意）
 - 3-7 人々は村の開発活動に参加しているか？（村の委員会，主婦グループ，Village health volunteers と Village health communicators，青年会，生協活動，村の環境保護，選挙等に注意）
 - 3-8 人々は村の道徳や宗教を向上させているか？（宗教活動，ギャンブル，飲酒，薬物，浪費の節制等に注意）
4. 人々の個人行動
- 村人個人の習慣，信仰，ライフスタイル，

文化活動等に注意する。自分の経験を村人と分かち合う事。

【本コースの特長】本コースの内容にはPHCを中心とする地域住民の健康向上において大きな成果をあげてきたタイ側の自信と意欲，また次なるステップへの模索が感じられる。すなわち，

(1) タイ農村における健康及び社会開発において重要な役割を果たしてきたPHCについて学ぶことをコースの主軸としている。

(2) 同時に，スラム，性病，環境問題（公害），労働災害等，同国の近代化と工業化に伴って深刻になりつつある新しい問題についての課題を取り入れている。

(3) タイ人学生と日本人学生が共通のコースに参加して学び合う。特に，健康及び社会開発に対するタイ側のさまざまな独自の取り組みの姿勢を日本人が学ぶ。

【今後の課題】このコースは学生に対するearly exposureとして重要な役割をはたしていると思われる。そして，タイ人と日本人学生が共同で学び合う事の中に大きな意義がある。学生たちがここで得られた経験や人間関係を自身の人生の中でどう生かし発展させていくかが今後の課題である。

在日外国人の保健医療問題

“Health Problems of Foreign Residents in Japan”

芳 賀 敏 彦

(国立療養所東京病院)

ま と め

このセッションは大きく2つに分けられる。一つは在日外国人（公官，ビジネスマン，家族その他総てを含む）が日本での疾病の予防，治療をどう受けているかで，特殊例としてベトナム難民がキャンプを離れ日本の地域に住んだ時の問題と大都市（東京，神戸等）の地域でどう対処しているかの調査であった。東京は最近英文のガイドラインを発刊し，神戸は地域活動の中で問題解決にあたっていた。もう一つは最近

入国した主として発展途上国人の間の慢性感染症（結核，らい）の問題で，らいはその可能性を含めた診断技術の向上とコンサルタントを行なうことを強調し，結核は東京都の日本人学校検診で40倍の発見率を報告した。東京病院からは現状を分析し有空洞，排菌者が多い事，最近入国者に多い事，フィリピン，中国，韓国に多い事が発見された。結核に関しては厚生省で小委員会を持ち検討中である。

定住インドシナ難民の医療状況

Health Status of Indochinese Refugees

小林 米 幸

(大和市立病院 外科 インドシナ難民大和定住促進センター 嘱託)

定住インドシナ難民の医療状況を母国語による手紙アンケート法にて調査した。対象は大和定住促進センター（以下センター）を退所して日本に定住しているラオス人50名、カンボジア人50名の計100名であり、ラオス人17名、カンボジア人17名より解答を得た。回収率は34%であった。

この調査は当初、大和市立病院に対するアンケート調査と位置づけたため、質問は1) センター退所後、病気になって困った事は何か、2) センター退所後、病院へ行って困った事は何か、3) センター退所後、大和市立病院受診時にだれと同行したか、4) 大和市立病院に対する要望、印象について、の4点について行なった。

質問3)、4)の「大和市立病院」を「日本の病院」と置きかえると、アンケート調査の結果はインドシナ難民からみた日本の医療体制に対する不安、不満として理解することができる。さらにインドシナ難民を在日外国人の一部と解釈すると、在日外国人からみた日本の医療体制に対する不安、不満とも受けとることができよう。

調査結果では、日本語を理解できないゆえに生じる医療を施す側とインドシナ難民との間の

意志の疎通の欠落が彼らにとって最大の問題であることがうかがえた。日本に定住する彼らの語学力は年々上昇しており、在日2世の成長にも伴い、中・高齢者を除き上記の問題も将来は自然解決していくかもしれない。しかし、世界中の国々から訪日する外国人は常に同様の言語の問題をかかえて、しかもその人数は爆発的に増加しており、インドシナ難民を含めた在日外国人が母国語または自分の意志を十分に主張できる言語で医療を受けられるようなシステムの確立が必要である。

また、調査の中では医療費に対する不満がごく少数であった。これはインドシナ難民が日本国内で就職する際にセンターの指導の下に日本人労働者と全く同一条件で労働し、社会保険、国民健康保険などの適応を受けているためであろう。しかし、大和市立病院での事例も含め、短期滞在者を中心とした保険の適応を受けられない在日外国人にとって医療費の問題が深刻であるのは想像に難くない。ゆえに、これらの人々が疾病により生命の危険にさらされた場合に医療費を援助できるような、新たな保険制度を含む公的システムの確立も必要である。

日本語学校就学生の結核の現状と課題

Tuberculosis among Foreign Students of Japanese Language Schools

前田 秀雄, 長岡 常雄, 田中 明

(東京都衛生局)

川岸 真知子

(板橋区志村保健所)

・経緯及び方法：最近，途上国より就学ビザにより来日している学生の結核発生が散見された。しかしながら，多くの日本語学校は検診義務のない経営形態であるため，就学生は検診受診機会が少ないと考えられた。このため，東京都及び特別区の衛生関係部局では1988年度にこれらの人々を対象に結核検診を実施し，その実態調査を行った。一次検診は間接撮影で，精密検診は直接撮影で実施された。

・結果：検診実施校92校で，対象者20600人中一次検診受診者13117人，このうち要精密者561人，精密検査受診者471人（精検受診率83.9%），要医療者56人で，患者発見率0.43%であった。ただし，菌陽性者は89年6月1日現在2名のみであった。要医療者の内訳は，男性30人，女性27人，10代2人，20代40人，30代15人，出身国別では，中国24人，韓国14人，フィリピン8人，台湾5人，バングラディシュ3人，ミャンマー（旧ビルマ）2人，インド1人であった。この発見率は，学校長が行う検診の東京都における患者発見率である0.01%のおよそ43倍であった。

・考察：本検診では，X線上活動性結核と判定されたものを要医療としたが，これには二つの問題点がある。第一に，途上国では，WHOの勧告通り菌陽性者のみを要医療と判定する国が多く，今回43名と最も多かったⅢ1型程度の所見では患者として取り扱われない。このため，この検診結果は，り患率ではなく有病率と

して捕らえるべきではないかとも考えられる。たとえば，東京都における20才代の有病率は10万対33.6（0.0337%）であり，これとの比較では約13倍弱と低下する。第二に，母国において疾病として取り扱われていない状態であるにも関わらず，途上国の人々にとってはかなり高額な日本の医療を強要すれば，非関税障壁ならぬ非入管障壁と受け取られかねない。現に日本での治療を好まず帰国してしまった3名はいずれもⅢ1型であった。また，菌陽性者が約1万3千人中2名（0.015%）で，東京都の学校検診における菌陽性率約60万7千人中11人（0.0018%）の約8倍に過ぎない。

20才代における結核既感染率は，日本では推定7～8%，途上国では約20～30%と約4倍と推定され，これからすれば，今回の検診においては，来日したことによりリスクが大幅に上昇したという証拠は獲れなかった。しかしながら，結核病棟においては，途上国よりの重症の結核患者が増加しており，これから考えれば，日本での知見同様，集団検診だけで，緊急に治療を要すべき患者を発見することは困難なのではないかと考えられる。

・結語：途上国から来日した人々に対する結核対策も有症状受診の促進，結核についての健康教育及び，要医療者を確実に医療につなげる保健医療体制の整備を行うことが肝要であり，X線検査による定期検診のみに重点をおくことは現実的でないと考えられる。

在日外国人のらい発病例

Leprosy Cases among Foreign Residents

和泉眞藏
(国立多摩研究所)

南アジアにおけるらいの流行地であるベトナム、フィリピン、インド、パキスタン、バングラディシュ等の国々から、日本に入国する外国人が増えるに連れて、来日後日本国内でらいを発病する例が少しずつ増えている。このような患者が、公衆衛生上問題となる可能性はないが、わが国の新患が著しく減少し、一般医療機関のらい診断能力が低下している今日、発見が遅れたり、誤診が増えることが懸念される。

過去25年間に報告された外国人の新患者数は、17であるがこの期間に日本人の新患が7分の1に減少しているのに反し、増加の傾向にある。

今年の1月、われわれは23才のフィリピン人男性就学生のボーダーライン群らいを経験したが、この症例は、在日外国人のらい発病例としては、極めて恵まれた症例であった。

最初に診察した医師が、初診時直ちに正しい診断を下し、らいの専門医と連携して処置をとったため、適切な早期治療ができ、緻密なケアが必要ならい反応期を大学病院で入院加療することができた。また、本人の希望で帰国するに際しても、継続治療に不可欠な申し送りがフィリピンの現地においてできたことも、患者にとっ

て良い結果をもたらすことになった。

本症例はまた、学術的にも極めて貴重な症例であった。

発病後3週間という早期に診断されたため、臨床症状顕在化以前の状態、すなわち、サブクリニカル期の免疫状態を知る上で重大な手がかりを与えてくれたほか、発症後の急激な免疫状態の変化を、厳密に追跡することができたため、ボーダーライン群らい成立の免疫学的機序について、新しい知見を得ることができた。

この症例から得られた教訓は、次の2つに要約される。

第1は、一般医療機関における早期診断の重要性と、らい専門医が加わったチームにより、一人ひとりの患者にとって最適の治療を行うことの大切さである。

第2は、日本人のらい患者が著しく減少している今日、らいの流行地から入国し、日本で発症するこの様な症例は、わが国のらい研究者、とりわけ研究活動を通じて開発途上国の保健医療に役立つと願う研究者にとっては、貴重な研究対象であり、在日外国人の保健問題を考えるときには、この様な視点も見落としはならないということである。

在日外国人の結核

Tuberculosis among Foreign Residents

芳賀敏彦, 川辺芳子, 穴戸春美, 他

(国立療養所東京病院)

目的：昨今在日外国人の結核が問題になり、国（厚生省）においても特別の委員会を設置し対応している。これ等の問題を検討するにあたりその実状を知ることが必要なのでここ数年に渡って我共の所でとり扱った症例を分析しその対策資料とすることを目的とした。

方法：昭和58年以降国立療養所東京病院に入院した外国人の中で外国において生まれ、成長しその後日本に入学して発病し入院したいわゆる The Foreign Born の人々を対象とし、長期滞在者、二世、三世は除外した。

結果：入院時期は昭和58年～60年は年間1例（全結核新入院患者の0.25%）であったが、昭和62年、63年（平成元年4月迄）は7例、9例と急増している。年齢は10代が1例、20代が16例（84.2%）と最も多く、30代は2例に過ぎない。男女比は6：13で女子が2倍である。国籍はフィリピン6例、中国5例、韓国4例、その他アルジェリア、インドネシア、イスラエル、タイ各1例でこの中でフィリピンと韓国は全員女性であることが特徴的である。職種は留学生、就学生7例（36.8%）でこの中5名のいわゆる日本語学校学生を含む。残りは残留孤児、等が目立つ。

入学から入院などの期間は6ヵ月以内が7例（36.8%）で最も多く17例（89.5%）が2年以内で2年以上はわずか2例に過ぎない。この事はほとんどの例が母国で感染と又は発病例であ

ることを示す。受診の動機は1例の集検を除き有症状受診で、咳、痰、血痰、発熱、が目立つ。家族歴として結核を有する例が5例（26.3%）、結核の既応を有し治療を受けている7例（36.8%）があった。

入院時の病状は胸部X線では両側が14例（73.7%）と多く、又I型、II型の有空洞例が16例（84.2%）と多く、その内3例はI型であった。排菌は塗抹が15例（78.9%）に陽性と高く、培養は14例（73.7%）が陽性であった。薬剤耐性は2例にINH、RFP、EB三者に耐性、1例に1NH耐性が見られたがその他は主要薬剤には感性であった。

経過は12例（63.6%）は退院し、4例は既に帰国している。再治療、耐性の1例は尚入院中で悪化しているが、その他は菌の陰性化等経過は良好である。尚1例が腸結核を合併していた。

考案：米国では登録患者の24%が The Foreign Born であり、その多くが耐性菌排菌者であると問題視している。（J. Sbarbaro, Am, Rev. Resp. Dis. 139-4, 1989）。我国ではまだ正確な割合は分からないが米国程高頻度ではないと思われる。また耐性例も少ない。しかし入院例は若年で重症（有空洞、排菌例）が多い。今後外国人留学、就学生、労働者の入学増加の可能性の高い現状にかんがみ、本問題は今後全国レベルにおいて早急に対処する必要がある。

兵庫県下新興住宅地の保健福祉への働きかけ

—在日外国人のいるコミュニティづくり—

The Approach for the Community Health at Newly Establishments in Hyogo

松村武男, 松村玲子

(神戸大学医学部医動物学教室)

1. 目的

A住宅地は、兵庫県神戸市北部にあり1971年に造成された区画数515の住宅地である。

ここに住んで5年目(1979年)に自治会長を引き受けることになった。まず住民のコミュニティに対する意識調査を行い、それをもとに自治会活動を進めた。当時、280戸余りであった住宅は、現在335戸(居住者のみ)となっている。そしてこの10年間に、外国人居住家族が11戸となった。

そこで、外国人居住者と日本人居住者とのどの様な関わりが双方にとって快適であるかを保健医療の視点から検討した。

2 方法

① 1979年に施行した住民の意識調査で最も関心の高かった「健康」に焦点を合わせ、調査資料の見直しと、会長在任2年間の諸活動を検討した。② 1989年5-6月にかけて、外国人居住者を対象に電話および訪問による面接を行い、(a) 家族構成・在日年数・来日動機、(b) 健康についての留意点、(c) 病気の際の対応の仕方と問題点、(d) 日本の保健・医療制度、医療機関への提言などについて聴取した。

3. 結果

事情聴取によって得られた要点を表1にまと

めた(別表1参照)。

4. 考察と結論

1989年3月31日現在の統計によると、神戸市内外国人居住者の、市人口に対する比率は2.73%で、39,216人(79ヶ国)である。神戸市9区のうち、A住宅地の属している北区には、1,582人(28ヶ国)で人口比0.85%、他区に比較し、最低である。A住宅地人口に対する外国人居住者の割合は4.12%、43人(4ヶ国)であった。

医療機関への関わりについては、親戚・知人の紹介による場合が多いとしても、情報不足による不安が甚だ大きいことがわかった。良医を判断する基準として、知人の評判を参考にしていた。受診後には、医師と患者の信頼関係の樹立を重視して努力しており、日本人患者の一般的な医療不信感に対して対照的であった。

コミュニティに対する意見として、住民とのふれ合いと理解を求め、交流への積極性が認められた。日本人居住者の一般傾向は、閉鎖的であり、外国人居住者に対して無関心であるとの印象を受けた。

日本人の国際性についての反省点は、同国人に対するように心を開いて交流することが求められている。

表1. A 地区調査対象外国人居住者の実態

項目・家族	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J ¹⁾	K ¹⁾
国籍	中国	中国	中国	中国	インド	インド	インド	英国	英国	?	?
家族構成 ²⁾	♂♀♀♀♀	♂♀♀♀♀	♂♀♀♀♀	♂♀♀♀♀	♂♀♀♀♀	♂♀♀♀♀	♂♀♀♀♀	♂♀	♂♀♀♀♀	♂♀	♂♀♀(?)
滞在年数	27, 20	30, 日本生まれ	日本生まれ	日本生まれ	29, 7	14, 12.5		<1	10	?	?
来日動機	結婚	兄を頼って			仕事	仕事	仕事	結婚	結婚	?	?
健康についての留意点	定期検診	食事(バランス)散歩	食事(バランス)定期検診	食事(適量)	ジョギング ハイキング バドミントン 散歩 フットボール 水泳	食事(スパイス少)	?	畑仕事 食事	食事(和食場分少)定期検診	?	?
病気の時の対応	開業医 病院	開業医 総合病院 東洋医学	開業医 専門病院	開業医	総合病院	総合病院 開業医	総合病院	開業医	総合病院	?	?
	親戚知人の紹介	知人の紹介, 近所の評判	知人の紹介, 近い	近い	知人の紹介	予備知識, 知人の紹介	知人の紹介	知人の紹介	予備知識と評判	?	?
	満足	親密感無し, 検査多い, 通院が長引く	おざなりな医師が多い反面, 信頼できる医師もある。	親切	説明が十分に得られなかった。安心, 清潔, 技術高, 医師専大	信頼関係良好, 満足	?	優秀, 親切	技術設備高, 満足, 不安感なし	?	?
コミュニティのつながり	自宅をオープンにして交流多い。	共働きのため少ない。	転居当時は交流に努められなかった。現在 少	子供の友達との親との交流, もっと多くと望んでいる。	交流あり。	より多く交流を望んでいるが, 本音でつなぎ合おうとしたくない。	?	言葉の障害, 交流少。	適当に近く, 適当に遠い。	?	?

(註記) * 1 不在につき調査せず
* 2 祖父母♂♀, 夫婦♂♀, 子供♂♀..., 外国人居住者は例えば夫婦であれば♂♀とする。

アンケート調査に基づく在日外国人（東京地区）の 保健医療事情（第2報）

Health Situation of Foreign Residents in Tokyo (2nd report)

三好 知 明, 楠 本 一 生, 古 田 直 樹, 我 妻 堯

(国立病院医療センター国際医療協力部)

[はじめに] 前回、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い、その保健医療上の問題点や要望を検討した。今回は、その結果に基づいて、在日外国人のための医療ガイドブックを作成したので報告する。

[アンケートの方法とその結果] 首都圏在住の欧米を中心とした外国人 2918 名に対して、保健医療に関する英文アンケートを郵便等にて配布した。回収されたアンケート数は 786 通（回収率 26.8%）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%に外来受診経験があり、30%は入院歴を有していた。また、在日中に出産歴のあるものは 136 人で、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、定期検診を実際に利用したものは 1 割以下であった。

医療保健：医療保健の加入率は 94%と高かったが、日本の国民保健の利用者は約 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かった。

問題点を要約すると、まず医療に関する情報が少なく、医療情報サービス体制が不十分なことが挙げられる。医療システムの相違についての理解もなされていない。コミュニケーションの問題も重要である。特に救急についての関心が高かった。

[医療ガイドブックの作成] 上記の点を考慮し、在日外国人のための英文医療ガイドブックを作成した。ガイドブックの作成にあたっては、外国人受診者の多い医療施設の訪問インタビューを行うとともに、在日外国人医療関係ボランティアの協力を得た。

ガイドブックの内容は、日本の医療制度の概要、各種医療サービス（救急医療、母子保健、予防接種、医療保健など）の利用の仕方のほか、テレフォンサービスなどの医療情報リストを掲載した。また、東京及びその近郊の大学病院、研修指定病院、各種専門病院などの医療施設リストも救急や英語対応の有無とともに地図で示した。さらに、よく使われる医学用語を、英和、ローマ字の並記で示した。救急問題については最も重点的に解説を加え、最後に救急カードを付けた。

本書はアンケート回答者には無料で配布されたが、さらに本年度 1 月には「ACCESSIBLE MEDICAL SERVICE FOR FOREIGN RESIDENTS OF TOKYO」のタイトルで市販された。

要 望 課 題

N G O “Medical Cooperation by NGOs”

座長 本 田 徹

(JVC/SHARE, 日産厚生会玉川病院)

ま と め

今後日本の NGO が、第三世界に住む人々のために、保健・医療の分野で果たすべき役割とは何か？この分科会では7つの発表があったが、各演者とも現場での自らの体験・見聞に基づきながら、上記のような問題意識を共有して下さっていたと思う。NGO がより良い保健活動を、開発途上諸国で展開していくためには、仕事に参加する日本人および相手国の人々の努力、協力が鍵となるのは当然として、日本の市民社会そのものの成熟も欠かせない条件となる。いわゆる開発教育の問題である。成熟といい教育といい格別のことではない。日々の食物、最低限の健康にも恵まれない、地球の同胞たちに対す

る私たちの温かいコミットメントが、「お茶の間の意識」として育ち、定着する方向へお互いが促し合う事だ。もう一つ、この日の議論に伏流していたのは、ODA とか GO に対して NGO は、これから先どういう関係を作っていくべきかという課題である。保健に関わる NGO は、広く社会開発の問題（農業、植林、環境、スラムなど）を視野に置かねばならないと言われる。そのことは同時に、莫大な日本の公的援助の在り方に対する、私たちの責任をも逃れがたいものにする。日本の NGO が真価を問われる時代が来たことを、この日の討議を聞いて痛感させられた。

カンボジア・母と子 Mother and Child in Cambodia

釘 村 千夜子
(SHARE JVC)

内戦後11年目になるカンボジアは、今では表面的にはすっかり復興を果たした様に見える。だが目に見えにくい、健康や、福祉のサービスは行政の確立を行ないながら少しずつ行われる状態なので、国民全部が、その恩恵にあずかるには、かなりの時間を要するだろう。その様な中で、日本の民間援助協力団体のJVCとSHARE共同の母子保健プロジェクトが始まった。一年間の活動を通して感じたままを報告する。

現地では、ライン(RINE)プロジェクトと呼んでいる全国レベルの計画で、各地にラインセンターが出来つつある。RINEとは、R(Rehydration:下痢、脱水症に対する経口補水療法)、I(Immunization:結核、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、はしか、の6種の感染症に対する予防接種)、N(Nutrition:栄養失調児に対する補助給食活動)、E(Education:主に母親を対象にした健康教育)、これらを意味する。郡レベルで活動の基地となるセンターが建設されつつある。私達はカンダール県プノンペン郡ラインセンターを設立し、約6万人の住民を対象に活動を開始した。利用者は月ごとに増え、センター周辺の人々が活動の内容を理解した頃、私達は、各村のヘルスワーカーと協力し合って巡回母子保健サービスも始めた。センターから遠い母子の数の方が多かったから

である。サービス内容は、公衆衛生の話、母子保健教育、乳幼児の身体計測、妊産婦検診、栄養粥と豆乳の試食会である。村の母子はもちろん、村のヘルスワーカー、そして出向くラインセンターのスタッフ、誰にとってもはじめての事なので、最初は広報活動的な意味が深かった。今後は各村に3人ずつ配置されているヘルスワーカーが、それぞれの村単位で自分の村を巡回サービスできる様という計画が進められている。その為には正確な計測手段や、記録記入法など、色々な角度でヘルスワーカーへの研修会を企画していき、郡内の母子が均等なラインサービスを受けられる様にする必要がある。その為にはすぐにも村単位のライン活動が始められるように各村の診療所に虫下しなどの基本的な薬や体温計、血圧計、聴診器トラウベ等の計測器具、教育材料、分娩ベッド等を備えた施設の整備が急がれる。家庭分娩がまだまだ多く、交通手段が不便とあり、近所の伝統助産婦の存在は大きい。彼らに対して教育の機会を作り、確かな戦力にしようという動きがある。今、日本でも施設分娩を考え直してみようという時期の中で、戦後の日本がどの様な経過で母子保健活動を行って来たかを振り返って見る事は私自身得るものがあると思う。それを何らかの形でカンボジアの母子に反映する道をさがしたい。

アフガニスタンへの国際医療協力への取り組み Medical Cooperation to Afghanistan

多田正毅, 鈴木 茂, カゼム・アマディヤール
(城西病院内日本国際親善厚生財団)

1979年以來内戦にあえぐアフガニスタンでは、国民の4分の1以上を占める500万人を越える難民が、隣国のパキスタンやイランに逃れています。国際保健医療協力に取り組んでいる「日本国際親善厚生財団」では、ICM (Intergovernmental Committee for Migration) からのアフガニスタン難民医療援助のための要請を受け入れ、日本国際保健医療学会協力のもとに、わが国で初めて、患者をパキスタンにあるアフガニスタン難民キャンプから空輸して治療する活動を開始しました。また、財団では、アフガニスタン難民に対する医療協力をおこなうにあたって、パキスタンのペシャワール、クエタ両市に、3回にわたって医師を派遣し、難民医療協力受け入れのための調査を実施しました。

その結果、治療のためにアフガニスタン難民を日本に迎えるについては、さまざまな問題点があり、それらを事前に学ぶ必要があることを知りました。

その第1点は、アフガニスタン人は生活様式、宗教、思想など社会習慣にもとづくものの考え方が日本人とは異なっているということです。パキスタンのペシャワールのアフガニスタン難民キャンプにおいても、大部分は英語が通じません。また、自国の文字も書けない人が多くみられます。このような人々を日本に受け入れるにあたっては、まず、アフガニスタンの国内に分布するいくつかの言語の判る人を雇用する必要があります。

難民受け入れに対する第2の問題は、日本は欧米に比べ医薬品・医療機器など民間における周囲の協力体制が十分に成熟していないという事実です。例えば、アフガニスタン難民の治療で多くを必要とする義肢一つをとってみても、

国産品は採算性において大手メーカーは手を出さず、一部の中小企業ができる範囲で手工業的に生産しているのが現状です。したがって複雑な機能をもつものの多くはほとんど外国で製造されたものです。

当財団が昨年8月に受け入れた両手首を失った第2例めの患者においては、「友人たちはアメリカやイギリスで電動式の精巧な義手をつけてもらった。自分もそのような手がほしい。」このような要望に応えるためには、輸入品の高価な製品を用いなければならず、治療する技術以外、他のすべてを周囲の協力によって成立させている欧米の医療協力のあり方に対して、日本の民間の病院がそれを実施していくとすると全体的にコスト高になります。

ICM (国際移民委員会) は1952年に設立された世界40数か国が参加する政府間組織です。ICMはアフガニスタン難民医療問題が発生以来直ちにアフガン・メディカル・プログラムをつくってその救済に立ち上がり、今日まで、高度機能回復の治療を要する650人以上の難民の受け入れを先進各国に呼びかけ、国際医療協力の推進に取り組んでいます。

特にアメリカは半分以上の337名を受け入れてトップの座を占めており、次に西ドイツ、スイスが50名以上で続いています。ところが日本は、現在までに当財団の4名のみが数えられ、ICMとしても現在計画中的アフガン・メディカル・プログラムの拡張において、日本に対して先進国なみの年間15名以上3年間において50名以上の受け入れを希望しています。すでにアフガニスタン難民4名を受け入れ、現在もなお継続してその症例の数をふやしつつある日本国際親善厚生財団は、今後も世界的視野にお

ける日本の立場を基本に、ICM のアフガン・メディカル・プログラムの拡張に対する対応を考えています。病院をはじめとする受け入れ体制の拡充と整備ですが、現在、財団では「国際医療協力病院協議会」の設立を考え、全国的にその参加を呼びかけています。

世界の発展途上国の 1500 万人の難民のうち、

アフガニスタン難民は 500 万人を越え、またその 4 分の 3 は子供と女性であるといわれています。日本国際親善厚生財団は、アフガニスタン難民に対する国際医療協力を人間の生存にかかわる最も根源的な問題の一つとして、今後も積極的に取り組む考えです。

バングラディッシュの子供の栄養問題

Child Nutrition Problem in Bangladesh

小林 好美子

(日本キリスト教海外医療協力会)

バングラディッシュは、世界の最貧国の一つと云われ、数々の栄養問題があり、中でも、その問題は、母子に大きく現れている。7年半に亘るインドネシア及び3年のバングラディッシュのINGOでの栄養コンサルタントとしての経験を下にして、バングラディッシュの子供の栄養問題について述べる。

I] バングラディッシュの栄養調査比較

ダッカ大学では、1962、1975、1981年に栄養調査を行っているが、0-17才の発育を比較すると、体重は、NCHSスタンダードの60-70%の間にあり、6才以後は、1981年が最低値にある。身長は、NCHSスタンダードの80-90%の間にあり、5才以後は、1981年が最低値である。栄養摂取量を見ると、熱量、蛋白質、脂質、VAのいずれも、1981年が一番低くなっている。このように栄養摂取量は低下しているが、0-5才の発育が、やや上昇していると云うことは、各家庭の子供の数が減ったこと、栄養や衛生の知識が拡がり、井戸やトイレの普及により、下痢性の疾患が減少したことが予想できる。

II] アジア4つの国の子供の発育比較

アジアの4つの国(バングラディッシュ・インドネシア・タイ・日本)の子供の発育を比較してみると、これらの国の経済状態が、子供の発育に反映していることが分る。即ち、最高値が日本であり、最低が、バングラディッシュである。また、生後6ヵ月までの発育が、いずれの国も

比較的良いことは、人種的な要因も考えられるが、母乳栄養の影響が大きいと思われる。

III] バングラディッシュとインドネシアの栄養プログラムの比較

バングラディッシュの栄養プログラムは、病院・クリニック・栄養センターなどで行われており、一般にInstitutionalなものが多い。一方、インドネシアでは、体重測定プログラム・学校保健プログラム・簡易健康保健プログラム等があり、殆どが、community baseで、婦人会組織を中心とした、住民参加によって行われている。

IV] 栄養プログラムのback groundの比較

バングラディッシュとインドネシアの経済的・社会的指数(GNP・乳幼児死亡率・識字率・低体重児出生率・栄養失調児率)を比較して見ると、いずれもバングラディッシュの方が、インドネシアより劣っている。

V] 最後に、

NGOの海外協力の在り方という立場から考えて、次の2点を述べたい。

- (1) 政府のプログラムは、一般に単発的で、短期に効果を上げたがるものが多い。また、資金や物を外から持ちこむ場合が多いので、住民自身の問題として根づきにくい。
- (2) 現地の伝統的な食生活をこわして、栄養改善をすることには無理がある。現地の食生活を理解し、現地の人と一緒に考える援助のやり方がなされなければならないと思う。

アジア医師連絡協議会 (AMDA) の試み

—フィリピン、インドの活動を中心に—

Powerful trial of AMDA philippines and AMDA India.

遠 田 耕 平

(AMDA 日本代表, 秋田大学医学部第2病理)

アジア医師連絡協議会 (AMDA) は 1979 年暮れのカンボジア難民大量発生を機に、現地に向った日本人医学生を中心に発足したアジア医学生連絡協議会 (AMSA) をその前身として、1984 年に正式に発足した。本会の最大の特色は、アジアの各国にあって、プライマリヘルスケアの考えに立ち、自国の底辺の人々の医療向上に献身する人材を育成することであり、さらに国境を越えた支援のネットワーク作りを、NGO として、実現することである。今回は、AMDA のフィリピン支部、インド支部の活動の一部を紹介する。

スモーカーマウンテンは、マニラの郊外、トンド地区にあるマニラ最大のゴミ集積所兼スラム街である。ここでは約 1500 家族、1 万人以上がゴミを拾って生計を立てている。AMDA フィリピンは、4 年前からこの地区で「健康の種運動」に着手した。目標は①地域の診療所の開設、②定期巡回健診、③ヘルスポランティアの育成、④健康教育と経済的自立への援助、⑤学童の奨学金制度、等である。

1988 年からスモーカーマウンテンのコミュニティリーダー達の依頼を受けて、他の 3 つの NGO (① Youth with Mision, ② Sambayang krystiani, ③ German Doctor Committee) と協力し、活動を強化した。今回、1989 年 2 月から 6 週間のヘルスポランティア育成コースを開設した。34 人 (女 30 人, 男 4 人) を対象とし、年齢は 16~57 才に及んだ。(27 人は家族を持ち、3 人は大学中退、5 人高卒、他は

小学校までの教育) コースは各専門家の助けて、PHC、母子保健、栄養、感染症 (結核、寄生虫)、公衆衛生等に及び、最後に試験が行われ、現在約 28 人がバランガイヘルスワーカーとして各自 50~70 の家族を対象に活動している。AMDA フィリピンは、現在これをヘルスワーカーと協力して診療を行うと同時に、一部日本の財団の助成を受けて、新たに家族計画に取り組んでいる。

AMDA インドの活動は、マニパールの郊外にある人口 2 万人の農村を対象に、インドの伝統医学であるアユルベーダの医師を中心に、無料巡回診療を行っている。また同時に、今まで明らかでなかったコミュニティの中の医療の実態を知る為に、アンケート調査を行っている。その結果は後日改めて報告する。

今回は国外におけるメンバーの活動を紹介したが、一方では、彼らのパートナーと足る、熱帯医学、感染症の知識をもった日本のマンパワーの育成が、本会の大切な仕事である。途上国の医療にたずさわりたい若手医師は、多い! NGO の基盤がまだ十分でない現在、GO は、そのような意志をもつ人材を、たとえ若手であっても登用できるように雇用を、オープンにすべきである。つまりきちんと資格を明記し、試験をもうける等、現在のいもづる式派遣を中止し、若手医療従事者らが、トライできる形に整備することこそ、急務であろう。

ネグロス島における医療協力, 第4報

—その状況と医療協力についての考え方—

Medical Cooperation in Negros Island (4th report)

奥村悦之

(高知学園短期大学, 保健科)

喜井晴夫

(守口市医師会)

田中耕治

(大阪医科大学)

水田成彦

(大阪医科大学)

それぞれの専門分野の医師と奉仕協力者が守口市ロータリークラブ内で構成され, 毎年の正月休暇を利用して, ネグロス島の日常余り医療の恩恵に浴していない人々を対象に医療協力を行って7年を経過した。

方法は受け入れ側の市長, 医師会の協賛を得, OISCA 隊員, 現地看護婦等々のボランティアの協力のもと, 各市町村の砂糖農場労働者居住地域を巡回し, 英語通訳により問診し, 診断し, 可能な範囲で医療相談を行った。

1983年より7年間の受診者は男性6,843名, 女性8,811名, 計15,654名を数えた。我が国における有診者の医療機関通院状況は, 小児期と65歳以上の年代にピークを認めるが, ネグロス島民では小児期と40歳台にピークを認めた。

傷病大分類による受療の順位をみると, 我が国では消化器系疾患, 循環器系疾患, 呼吸器系疾患が上位三位を占め, 感染症寄生虫疾患は第11位である。ネグロス島民では呼吸器疾患, 消化器疾患, 神経感覚器疾患が上位3位を占め, 感染症寄生虫疾患は第5位である。

感染症寄生虫疾患は62.3%が腸管感染症, 23.5%が寄生虫疾患, 10.2%が結核, 4%がその他の感染症である。結核の診断は殆どが患者の自己申告によりなされたが, 血痰を訴える患者の喀痰を採取, 帰国後 Ziehl-Neelsen 染色して検鏡すると12.8%の者が陽性であった。このことは結核はフィリピンにおいては国民的伝染

病であることを示唆しており, 地域保健, サーベイランスの確立等々, 援助と対策が望まれるところである。我々の様な方法即ち NGO の立場では医療協力は可能であっても医療援助は困難であり, 畢竟 ODA のレベルでの対処が必要となってくるであろう。例えば結核対策についての医療援助を行おうとするならば, 医学的効果を中心におく考え方でなく, 政治的, 経済的, 社会的効果を同等に考え合わせた観点が必要であろう。

結核対策ばかりでなく, 栄養改善, 家族計画等々, 種々の医療援助が行われている現今であるが, いずれの援助にしてもその裏側には「価値のトレード, オフ」という危険が存在しないだろうか, との認識をもって行うことが必須である。それは一つの価値が住民のために実現したのはいいが, そのときもう一つの大切な価値が失われてしまう事態はないだろうかということである。医学的貢献を期待するあまり, 島民の生活のリズム, 自由とか伝統, 文化が犠牲に付されてしまうことはないだろうかということも考えながら行動しなければならないと考えている。

ひるがえって医療協力の場においてもまた, それぞれの土地の社会的遺産や文化の理解はもとより, 住民との良き接点を幅広くつくり, 良きコミュニケーションして活動を継続推進し発展させていかなければならないと考える。

ネパール王国における医療協力 ～GO と NGO の比較を通して

Medical Cooperation Projects in Nepal

—comparative analysis of GO and NGO projects—

植田育也

(千葉大学医学部5年)

1. はじめに

89年春、私はネパールにおいて国際医療協力活動を見学する機会を得た。そこで最も印象的だったのは、同じネパールという一つの国の医療計画の中で、様々な国の援助団体が様々な協力活動を展開しているということであった。そこで際立って相違点の見えるGOとNGOとの比較を通してこれからの国際協力について考えて見たい。

2. GO と NGO の比較～プロジェクトの性格について

GO……政府の全国レベルの計画に対する補佐と助言。

NGO……特定のフィールドでの独自の計画。

3. 考察

問題：GOについて*費用をかけて大規模な設備はでき、物資は送れるが、有効に利用されていない。

NGOについて①特定のフィールドのみ成果が上る。

②同じプロジェクトに関わる各NGOでやっていることが違う。

③医療ナショナリズムにの台頭で活動の将来に不安がある。

実害：GOについて*費用ばかりかかり、効果が上らない。

NGOについて①国家レベルでの向上につながりにくい。

②各NGOが同じ試行錯誤をすることになり、非能率的。

③活動そのものが停滞してゆく。

原因：GOについて*地域医療を担う地方病院、ヘルスポスト等の下部組織がうまく働かないこと。

NGOについて①NGOの性格上不可避である。

②NGOsの横方向の連携がないこと。

③協力相手国政府の自立心が強まったことと、元来政府のプロジェクトの範囲内で活動してきたNGOの政府に対する発言力が弱いこと。

解決のための試案～GOとNGOsの協力

①GOが国家レベルのプロジェクトを始める時、その国で活動中のNGOから情報を得て、計画を立てる。

②国家レベルのプロジェクトをNGOのフィールドから始め、フィードバックを得る。

*NGOのフィールドでは、スタッフが意欲的で、また地域保健の向上の意義もよく理解しているため、下部組織がうまく働く。

*GO-NGOという従属関係でなく、常にNGOからのフィードバックを受入れる。というのは、政府レベルの医療ナショナリズムよりもフィールドに密接したNGOの方が人々の要求をより確かに把握していると考えられるからである。

③プロジェクトを全国レベルに広げる。

*GO、NGOの入った事のない地域では、下部組織スタッフの教育、有力者に対する動機付けが不可欠である。

アジア保健研修所 (AHI) 地域別, 国別研修コースとは Region and Country wise Training Courses by Asian Health Institute —programmes for multi-purpose health workers jointly organized with local NGOs in Asia

中 島 隆 宏
(アジア保健研修所)

I. アジア保健研修所とは

「自立のための分かち合い」“Sharing for Self-Help”はAHIのモットーです。アジアの健康を解決する方法の一つは、新しい総括的な地域開発を通して、村人たちが自分たちの手で自らの健康をつくり出すために、地域単位の医療保健活動をすすめて行くことです。AHIはこの地域住民中心の保健、農村開発に取り組む働き人を日本及び国外の現場に招き、保健を中心とした総合的な研修活動を行い、手助けをする研修所です。

II. 多日的中堅医療保健従事者コース

地域住民の、地域住民による保健活動の担い手を養成するもので、次の二つのコースがあります。

国際研修コース

アジア各地で地域保健・地域開発活動に従事している中堅ワーカー（各NGOで5年～10年の経験者）をAHI（愛知郡日進町）に招いて行う5週間の研修コースです（年2回開催）。参加者が持っている知識・技術などの経験や直面している問題を共有し、問題の解決に向けて相互に学び合う「参加者中心」(Participatory)のコースです。

国別・地域別研修コース

より草の根の人びとの生活に近く、そこでニーズにあった研修をするために、AHIは1982年以来、国外においても現地の協力団体との共催でコースを設けています。現在、インド、フィリピン、ネパール、インドネシア、韓国、インドシナの6ヶ国で「地域住民中心の保健活動」に焦点をあてた研修が進められています。

88年度南インド地域別研修コースに参加して

南インド・マドラスの西方120 kmの内陸にディーナバンドゥットレーニング・センターで開かれた、第7回コース（1988年7月31日～9月15日）は“Leadership Development Course in Community Health and Development”と題して20名（インド17名、インドネシア1名、ネパール1名、日本1名）の参加がありました。6週間のコースのうち、①インドで最も一般的な疾病（下痢、マラリア、ハンセン病等）に関する基礎知識、②健康教育についての知識と技術、特に適性技術としての「薬草」を中心とした伝統療法の修得に大半が取られました。また、③なぜ貧しいのか、なぜ病気で多くの子どもたちが死んで行くのかななどの社会の分析とそれに必要な知識と技術（地域住民の組織化、貧農婦人協同組合づくりなど）、④そうした「地域住民中心の保健活動」の運営（計画・実施、モニター、評価）に必要な知識と技術等を学びました。⑤また、被差別民部落での実習が一週間とられました。

この研修コースを修了した者は、82年の開講以来150名に登り、2年に一度の再研修の際の評価では、大半がディシジョン・メイキングの役につき、治療的なアプローチから、地域住民中心の保健活動へと、ほとんどの卒業生が新しいプロジェクトを開始しています。

4000年に渡るカースト制の下、非人間化され、最低限の権利としての健康も叶えられない人々。それらの人々に「人権としての保健」を実現するために、今年もディーバンドゥで若い草の根ワーカーたちのまなびの場が持たれます。以上

一 般 演 題

“ General Topics ”

座長 内 山 三 郎
(神戸大学)

ま と め

8題の発表があり、国際協力援助対象国も、中国、台湾、ペルー、インドネシア、ケニアなど国情、保健事情の異なる発展途上国諸国であった。各題とも、それぞれの目標に沿った、詳細な内容報告と具体的な問題提起がなされ、討議された。発表討議の要約は以下のとおりである。(1)保健医療プロジェクトも対象国内の政治混乱によって、中断されている。再開されるにして

も、政治的な大変革がなければ、存続は無理である。(2)対象国住民のニーズに基づいた協力援助が不可欠である。(3)住民の保健向上に対する積極的参加の必要、(4)日本側の専門家派遣の制度確立と帰国後の保証をどうするか、(5)病院、学校など組織ぐるみの国際医療協力プログラムの成果、(6)協力援助相手国住民の人類生態学的理解も国際保健医療の向上につながる。

中国リハビリテーション研究センター援助の経緯と問題点

The Experience of Cooperation in Chinese Research Center for Rehabilitation

二瓶 隆一, 津山 直一

(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

1. 経緯

1985年、中国政府は、初の本格的なリハビリテーションセンターの建設を計画し日本政府に援助を要請した。JICAがこれを受け厚生省と国立身体障害者リハビリテーションセンターが中心となり協力することとなった。

2. 協力の方法

第一が無償資金協力として建築資機材と医療機器の供与であり、第二がプロジェクト技術協力による人材の養成である。土地および建物の建築は、中国側で行い、北京市の南部の8万8千m²の土地に214床の病院、研究棟、外来部門、リハビリテーションに必要な理学療法（PT）、作業療法（OT）の訓練室などが1988年10月に完成した。各種の医療器具や、検査機具、手術設備が供与されたが、あくまでリハビリテーションに必要であり、かつ中国側が消耗品など独自に調達できることを条件として厳選した。

本格的なリハビリテーションを行うための医師、看護婦は中国には少なく、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語療法士（ST）などの専門家は皆無の状態に等しい。このため人材養成の目的で1986年より5年間に、医師、看護婦、PT、OT、の養成教育を日本の専門家が訪中して進行中である。その他、開院前には2ヶ月間医師、看護婦、PT、OTのリハビリテーションチームが運営準備指導を行った。開院後も3ヶ月間の実地指導が数回計画され、言語療法士、補装具製作士の教育も計画されている。

中国側からは毎年5名の研修生が5年間来日して、全国各地の施設で研修を開始した。さらにリハビリテーション運営を円滑にするため、運営と看護に対して民間ベースで2年間16名の研修生を短期来日させ教育し効果を上げた。

3. 問題点

中国国内の騒動により日本人専門家が緊急帰国しプロジェクトは中断された。教育過程への影響は大きい。また、中国側の運営方針が変化すれば、協力そのものが中止されることがあり憂慮せざるを得ない大きな問題である。これまでも予告なしに党の方針で首脳部が交替し、その間に方針が変更されたり問題は多い。協議方法、教育方法、研修方法など民族や国情による違いによる困難性は他のプロジェクトでも同様であると考ええる。

日本側についても、多種多様な分野を受け持つリハビリテーションでは人材養成のため全国的規模の多くの専門家が必要である。しかし、専門家派遣についてはその人数に制限があること、また各専門家が国内では重要な地位にあり長期の派遣が困難であることも派遣人員増加の原因となり苦慮している。

4. まとめ

相手国の政治状態を見極め援助を行わねば中断の止むなきに至ることもある。物的援助も重要であるが人的交流や援助はさらに重要で効果が長期に及ぶと考える。

病院建設援助の問題点

Major Issues in Hospital Construction Cooperations

加藤 彰 一

(名古屋大学工学部建築学科)

国際化の進展にともない日本の建築設計者が海外で病院の計画・設計を行う機会が増大している。1985年に日本病院建築協会が行った調査によれば、こうした国際プロジェクトは21カ国28カ所に及び、日本政府の医療関連の無償資金協力によるものが大半である。

無償資金協力のプロジェクト全体の指導・調整を担う国際協力事業団(JICA)では、種々のコンサルタントを通して、発展途上諸国の建築法規・建築物価等の基本資料をまとめつつあるが、病院の計画と設計に必要な包括性を満たすには更に多大な努力を要する。

近年、シンガポールでは医療の民営化が進むなか、国立4病院の改築に向けての設計競技(1988)が行われた。マレーシアでは国立5病院のフルターンキー国際入札(1983)が行われた。いずれも日本を含む海外の協力を前提とした病院建築の設計と建設である。

本研究では、南・東南アジア諸国においてJICA案件として建設された病院、および、新興工業経済圏(NIE's)の代表であるシンガポール・マレーシアの病院、また、建物の計画・設計・建設はインド国政府により行われ、医療機器の供与がJICA案件として行われた病院を対象とした。スリランカ国スリジャヤワルダナプラ総合病院およびシンガポール国国立大学病院に関しては開院後の運営面に関して分析を行った。建築規模、平面構成、運営状況等の基本的な問題を明確にし、計画時の諸判断に有益なデータを収集できた。

特に病床1床当たり病院面積では、シンガポール国およびインド国の新しく建設された病院で93~104 m²を示し、中心的な機能を備えた病院としての充実ぶりが伺われる。最新の計画でも100 m²を超えている。地域の指導的な役割を担う病院の規模水準は、日本の援助による病院の平均値である1床当たり47 m²をはるかに越えている。

シンガポールやスリランカの事例に見られるように、入院期間が1週間以下と短く、高回転率の運営下にある病院建築の参考事例を、そのまま日本国内に求めることは困難に近い。しかし、外来患者数と新入院患者数の相関など、基本統計資料の関係は同一傾向を示す。また、日本で用いられる病院部門別分類方法により、対象国の病院建築の概要は表し得た。コンパクトで高機能の病院を日頃設計している日本の建築設計者が前提とする基本事項は適用可能と思われる。

現代の病院は、高度な技術と多大な資金を必要とする複合施設である。既存施設の運営状況や平面形状を慎重に考慮し、現状把握に基づく計画が重要である。実際の運営者との密接な意志疎通、開設後の運営フォローに重点を置いた諸データの整備、総合的な計画方法の開発が必要である。物理的な建築環境と人間の諸関係を調整する機能として、施設ユーザーの要求を適切に捉え、施設の計画・建設・運営に反映しようとするファシリティマネジメント(Facility Management)の発展に期待するところは多大である。

台湾の医療状況

—肝移植の現況を踏まえ—

Medicine in Taiwan—including its liver transplatation program—

大鐘稔彦

(消化器・成人病センター, ホスピス上尾甦生病院)

・はじめに

1988年11月1日から約1カ月間、40年来知己である羅文堂氏なる人物が院長の勤める羅東博愛医院(台北から南へ約100kmの宜蘭市)に逗留、十数例の手術に携わった。この医院は旧病院に加え、地下2階地上16階延一千床で私立病院としては長庚紀念医院に次ぐ偉容を誇る。

・医科大学

台湾には以下の9医科大学がある。因みに人口は約1,900万人・98%が漢民族である。人口密度は542人/km²でバングラデシュに次いで世界第2位である。

国立

1. 台湾大学
2. 高雄医学院
3. 国防医科大学
4. 陽明医科大学
5. 成功大学医学院

私立

1. 中国医科大学
2. 中山医科大学
3. 台北医科大学
4. 長庚医学院

日本の1/6の人口で大学の数は1/9である。日本では医師過剰気味であるが、台湾ではやや不足の傾向にあるようである。

・医療制度の特徴

(1) 医療機関のランク付け

いわゆる日本の病院(20床以上)に匹敵する医療機関が台湾全土で幾つあるかは聞き洩らしたが、日本の数(約9,000)から推し測って約

1千はあると思われる。特徴的なのは、これらの医療機関がすべてその内容によってランク付けされ、一級、準一級、二級、準二級、三級と分類されていることである。しかし、同一の疾患に対しても支払基金からの支給額に格差が付けられている。一級病院は以下の7つであり、大学病院の一部は二級病院に甘んじている。

一級病院

1. 台湾大学
2. 高雄医学院
3. 榮眠医院
4. 三単総医院

準一級病院

1. 長庚紀念病院
2. 馬偕紀念病院
3. 省立桃園医院

(2) 保険制度

本人以外は自費で、本人への普及率は3~4割であり、一戸当たりの負担額は少なくない。

(3) 肝移植

最初は失敗に帰したが、2例目を長庚紀念病院の陳肇隆医師が成功させた。患者は17歳の女性でWilson's diseaseによる肝硬変、食道静脈瘤破裂で、3日後、同院の交通事故による脳死患者がdonorとなった。因みに台湾では1987年6月に脳死が認められた。陳医師は翌年同じウィルソン氏病の患者に肝移植を施行、見事に成功させたが、政府は尚実験的段階であるとみなして保険適用はしておらず、長庚紀念病院で費用は繕っている。

ペルー地域精神衛生への医学協力

Medical Cooperation of Community Mental Health in Peru

佐藤 忠彦

(桜ヶ丘保養院・慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)

林 峻一郎

(北里大学衛生学部)

美濃部 欣平

(日精病院)

ペルーの首都リマは、地方から流入した膨大な人口が周辺の粗末な家に住み、プエブロホーベン(若い村)と呼ばれる巨大な集落を形成している。市の人口の約40%がここに住み、貧困、失業、疾病が多く、生活環境も悪い為、急性感染症、結核、母子保健、精神疾患などの保健衛生問題の深刻な地域である。

1983年、南米大陸で唯一の国立精神衛生研究所が、日本政府の無償援助によりプエブロホーベンの多い市北部に地域精神衛生センターを兼ねて建設された。そして、国際協力事業団が、80年5月より7年間にわたって「地域精神衛生向上プロジェクト」という名称で技術協力を行って来た。

研究所は成人・老人精神科、児童・思春期精神科、神経内科、循環器内科、心理部、ソーシャルワーカー部、リハビリテーション部などの他、研究部、教育研修部、生物精神医学・臨床検査部、コンピューター部、統計部、ビデオプログラム部などが活躍している。

83年の精神科新患数は1,794人、再来件数は延10,664人であったが、86年には各々2,860人、14,000人と順調に増加した。入院患者数は一日平均約70人強である。WHOのPHC戦略に沿った地域精神衛生活動も活発で、保健所で実施されたプログラムの初診患者数は、80年から86年末までに5,587人にのぼった。

派遣された日本人専門家は精神科、病院管理、作業療法、機械技術など18人にのぼり、現地の

日本ミッションと、国内委員会が指導協力を行った。一方、日本研修を行ったペルー人専門家は18人で、精神科医を中心に、看護婦その他のコメディカルスタッフ、システムエンジニアが含まれた。機材の供与は、X線、薬剤血中濃度、脳波計などから、ビデオやコンピューターのシステム、ジープ、小型バス、玩具やスポーツ用具、木工道具や陶芸窯、フラスコ、ビーカーにまで及んだ。

協力が実施された分野は、疫学、社会、地域精神医学、児童・思春期精神医学、老年精神医学、精神科診断学、神経学、神経心理学、神経・精神生理学、神経病理学、精神薬理学、精神科教育・講演、視聴覚システム、リハビリ、臨床心理学、ソーシャルワーク、精神医学研究、医療情報システム、病院運営管理、機材保守修理技術などであった。さらに、疫学調査、研究所年報の発行、病院情報システムのソフトの開発の協力も行われた。

ペルーに於いては初めての本格的な医学協力であり、日本の国際協力としては精神医学分野は初めてであったが、ペルー精神医学の発展とリマ北部地域の精神衛生改善について多くの成果をあげた。又、友好と学術協力を継続する為に、ペルー日本精神医学協会が設立された。尚、マスタープランの適性、専門家の確保や処遇、機材の選定、部品や試薬の補給などの問題が指摘されたが、今後とも息の長い協力体制の確立が必要とされている。

乳幼児死亡率減少への試み—インドネシアでの 家庭保健増進

Trial for reducing Under Fives Mortality Rate—Family Health
Promotion in Indonesia

中村安秀

(国際協力事業団(現 東京都三鷹保健所))

M. Hariadi

(インドネシア・北スマトラ州衛生局長)

インドネシア・北スマトラ州アサハン県(人口約90万人)における「北スマトラ地域保健対策プロジェクト」(インドネシア政府と国際協力事業団の技術協力)活動として、典型的な農村であるティンギ・ラジャ村(人口約6千人)をモデル村に選定し、家庭保健を中心としたプライマリー・ヘルス・ケア推進活動を2年間にわたり行った。

インドネシアでは、ポシアンドゥ(Integrated Health Service Posts)を地域保健活動の核としている。活動内容は、住民参加の下で、毎月1回村落ごとに乳幼児健診を開催し、体重測定、栄養相談、家族計画普及などを実施することにより、母子保健、栄養改善、家族計画、予防接種、下痢症対策を推進することである。

われわれは、インドネシア全土で行われているこのポシアンドゥのより効果的な活動をめざすために、適正技術の範囲内で、かつ、他機関との連携の下で、住民参加の担い手であるカダール(Village Health Volunteers)の育成、強化を図った。

重点を置いた活動内容は、以下の通り：

① カダールによる村内戸別健康実態調査……自分たちの村の健康の実態を自分たちで調査し把握することが、健康改善の第一歩であるというself doingの実践をめざした。カダールが戸別訪問し、1,039戸の全数調査を完了。その膨大なデータはすべて村のコミュニティ

と保健所に還元され、村人が自発的な健康改善に取り組む契機になった。

② カダールへの健康教育……村民に対する保健相談、保健指導の役割を十分に果たせるよう、カダール全員と村長等関連機関のメンバーを対象に、保健知識と情報の伝達、対話による健康教育を中心としたセミナーを毎月開催した。

以上の活動の結果、カダールをはじめとする住民参加は飛躍的に強化され、コミュニティの保健に対する関心は増大した。また、この間ティンギ・ラジャ村における5歳未満児死亡率(Under Fives Mortality Rate)は、出生1,000あたり122(1986年)から、21.9(1988年)に著明に減少した。

地域で保健医療協力を実施する際には、住民自身による調査、運営管理、自己評価、すなわちプライマリー・ヘルス・ケアの概念に沿った住民参加が非常に重要であると考えられる。十分な住民参加が得られれば、短期間であっても、十分に評価に耐える結果を得ることができると思われた。従来日本の国際協力(ことに政府間協力)においては、住民参加の思想が欠落していた場合が多かったと思われるので、今後、国際医療協力の中において住民参加を促進する実践的方法論に関する学際的な研究をすすめる必要があるだろう。

医療協力の現状と役割

The Current Situation of Medical Cooperation and Its Role

井手 義雄, 大津 ミキ, 香野 福美

(医療法人雪の聖母会 聖マリア病院)

医療法人雪の聖母会聖マリア病院は、昭和28年“カトリックの愛の精神に基づき医療活動を行う”ことを目的として開設された。

開設当初は、結核を主体とした診療を行っていたが、その後救急医療又特殊救急医療と転換を図りつつ、高度医療へと診療のシフトを移行した。現在1420床の総合病院として運営されている。

またこの間、財団法人九州産業衛生協会を設立し、住民健診、事業所健診、作業環境測定、各種化学分析までの広範囲に亘る公衆衛生活動を展開している。

さらには、学校法人聖マリア学院短期大学を設立し、看護学科・専攻科の設置を行い、広く地域に対し、看護婦の供給、また看護教育の充実強化を行っている。

この様な背景のもとに、聖マリア病院においては、昭和46年より、WHO、ILO、アジア経済研究所等の関係文献の整備を行い、国際協力に対する活動を開始した。昭和53年よりは、聖マリア病院の病院機能の充実に伴い、諸外国よりの医療関係者の見学を受け入れた。同年以来の見学の受け入れ総数は延べ145名に達している。

昭和54年よりは、職員の研修旅行として東南アジア諸国等を訪問し、カトリック系病院との交流を行い、その国々の医療システム・医療レベルを直接職員に認識させた。

昭和56年よりは、国際協力事業団、福岡県韓国カトリック病院よりの研修生の受け入れを本格的に開始した。研修生の受け入れも延べ79名

に達している。

昭和59年よりは、国際協力事業団の要請により、本院職員の派遣を開始した。派遣人員は延べ39名に達し、現在4ヶ国の開発途上国に派遣中である。

ところで、研修生の受け入れ体制であるが、研修生の個々のプロジェクト目的に応じた研修プログラムの作成および研修実施、評価を行うとともに、研修のより一層の効果をあげるため、宿泊施設を有した研修センターを建設し、研修生の生活環境条件の整備を行った。

また派遣に関しては、国際協力事業団による派遣前研修への参加、派遣国に対する本院独自の調査、技術移転のため必要な病院管理学まで含めた横断的な教育訓練を行っている。

さらには、病院内に国際協力部を設け、研修生への各種援助、派遣に伴う身分保障のための諸手続き、備品調達等、派遣機関中の各種支援を行っている。

豊かな社会背景の中でシステム化されている日本の医療の技術移転は非常に困難であるが、国際医療協力活動が私どもの組織に与えた活性化は、予想を超えるものであり、今後の困難な病院運営にとって大きな礎になっているものと思われる。

私どもは、今後も民間病院としての柔軟なる組織を生かしつつ、財団法人九州産業衛生協会、または学校法人聖マリア学院との密接なる連携のもとに、国際医療協力活動の次なるレベルへの新たな挑戦を行っていくべく準備中である。

中日友好病院における医療協力について

Medical Cooperation in China-Japan Friendship Hospital

今村 桃子, 小野栄一郎, 香野 福美, 井出 義雄
(医療法人雪の聖母会聖マリア病院)

1. はじめに

現在、日本は、世界一の長寿国となり、WHOは、西暦2000年までにすべての人々に、健康を提唱し、各国、保健医療分野での援助が展開されている。

今回、国際協力事業団の依頼により中国、北京市にある中日友好病院において、臨床部門、特に外国人外来部に於ける臨床技術の質的向上及び接応態度の向上を図ることを目的として活動を行った。

本院は、日本の無償協力により昭和59年開設された総合病院であり、一般病床1,000床、リハビリテーション施設300床、臨床医学研究所、看護学校から成る。

2. 活動概況

このプロジェクトは、開始以来3年を経過しており、新たに外国人外来部に専門家、医師、看護婦を派遣した。

この外来は、中国人の一般外来とは別にあり独立したフロアーとして設置されている。欧米各国含め世界約120か国より受診する。受診者の約30%が日本人である。その為、邦人健康管理を強化する事も課題である。今回は、短期派遣であり、医療の現状及び看護上の問題を明確にし継続フォローへの強化に努めた。

日々の中では、外来主任、カウンタパートらとの連携を密にし邦人の診療を通して、看護婦の接応態度、技術指導に取り組んだ。特に受診

者の指導として、受診料の相談、治療内容、内服薬の説明など受診者の言葉が通じない為に生じる問題を対処した。

次に邦人の健康教育として、日本商工クラブ、婦人会、大使館との連携をとり、月1回の懇談会を設けた。これは中国人スタッフより病院紹介、医療の現状、救急処置など日常生活に密着した内容で進めた。これらは、医療者の意識を高め、ひいては、邦人の不安、不満の解決となり、自己の健康管理を見出す機会になったと思われる。

又、入院患者の訪問を行い外来及び入院システムの理解、問題を明確にして教育の資料とした。

看護教育は、接遇教育をはじめ看護職としての意識向上、サービス精神の習慣化を図る為の計画的な教育手順が必要である。性格は、素直で学習意欲は高い為、教育方法により看護への期待はもてる。

3. まとめ

今後、外国人外来をモデルとした看護教育、外来システムの充実が必要である。その為相手の自立を促進するような援助を具体的に立案し、医療協力を継続していく事が重要と思われる。

本院（聖マリア病院）においても、国際協力の実績をふりかえり、今後、民間病院としての役割、活動を再検討し努力する。

安全水供給に対する住民の反応—なぜ、使う家庭と使わない家庭がでてくるのか—

Response of people to the installation of safe water supply.

嶋田 雅暁, 佐藤 克之, 青木 克己

(長崎大, 熱研, 寄)

木村 英作

(愛知医大, 寄)

野田 伸一, 佐藤 淳夫

(鹿大, 医, 医動物)

N. Muhoho

(CMR, KEMRI)

ケニアの一部落(約50 km², 1228名, 186戸)において, ビルハルツ住血吸虫症の対策の一つとして, 1984年に metrifonate (化学療法剤) による集団治療を試みるとともに, 部落内の5ヶ所で安全水(共同水栓, シャワー施設)の供給を開始した。安全水の供給は, 河川などの汚染された自然水との住民の接触行動を抑制し, 延いては新たな感染を予防するであろうことが期待されたが, 住民の一部には安全水供給後も河川との接触回数をあまり変えなかった者がいることが示唆された。

そこで我々は, 安全水の使用量には各家庭で著しい差があり, ひいてはそれが河川との接触回数の減少程度にも影響を与えたと考え,

- ① 各家庭の安全水の使用は住民の河川との接触を減少させることが出来たか?
- ② その家庭の安全水の使用量の違いは何に基づくのか?

について, 検討を加えた。

(方法) 村のセンサスは1年に1回, 家庭訪問または検診時の質問によった。住民の河川水への接触行動の変化の観察は直接観察法により, 部落の16ヶ所で行った。1年間を6-9月, 10-1月, 2-5月の3ブロックに分け, 1ブロックあたり延べ64日間観察, その成績を安全水供

給の前後で比較検討した。安全水の使用量は, 5ヶ所すべての供給場所で各家庭別に1年間記録した。各家庭から最も近い安全水供給場所, 河川の水汲み場までの距離は, 地図上で直接距離を測定した。

(結論) ①各家庭の安全水使用量には著しい差があり, 全く使わない家庭もみられた。②一人当たりの使用量は最高でも1日に16リッターで, 平均は2リッターに満たない。③各家庭の安全水使用量が多いほど, 河川水との接触の減少率は大きい。しかし, 各家庭の一人当たりの使用量がある程度大きくないと(年間1,000リッターが目安)この効果は明らかではない。④安全水供給場所に近いものほど安全水の使用量は多い。供給場所から800 m以上離れると安全水の使用量は著しく下がる。⑤河川からの距離は安全水の使用量とは無関係。⑥各家庭の子供の数は, 水運びの働き手, 学校教育などを通じて, 安全水の使用量を上げると期待されたが, そのような傾向はみられなかった。

(今後の問題点) ①安全水へのアクセスは上記の因子だけでは説明のつかないばらつきがまだ大きい。各家庭の経済的社会的な位置付などの調査がさらに必要。②同様に個人のレベルでの行動学的観察も必要。

シンポジウム I

「日本の国際協力のあり方 ― タイ国を事例として ―」

- 座長：小野寺 伸 夫 （埼玉県立衛生短期大学学長）
シンポジスト：工 藤 祐 是 （日本 BCG 研究所副所長）
「中央胸部病院との協力」
山 地 幸 雄 （日本医科大学名誉教授）
「チェンマイ大学医学部との協力」
西 岡 和 男 （ATC/PHC Development Project リーダー）
「マヒドン大学アセアン PHC 訓練センター（現 AIHD）との協力」
村 田 良 介 （国立予防衛生研究所）
「国立予防衛生研究所との協力」
島 田 淳 子 （前 JICA 看護教育プロジェクトリーダー）
「看護教育延長プロジェクト」
ソムアツ・ウォンコムトン (Som-arch Wongkhomthong)
(Deputy Director, AIHD) (誌上参加)
「タイ AIHD プロジェクト」

予定されていたシンポジスト深井孝之助先生（阪大微生物病研究所）が都合により、参加できず、村田良介（国立予防衛生研究所）が代りに発言された。

座長のまとめ

日本の国際保健医療協力のあり方

小野寺 伸夫

近年、社会経済活動の全てにわたって国際化の傾向を高めており、保健医療の分野においても国際関係と無関係には存在しえない状況にある。とりわけ、国際保健医療協力の推進は人間の尊重、相互理解、自主性の尊重、自助努力の促進を根本原則として二国間及び多国間協力、さらに民間及び政府間協力の体系で多様に推進されている。

国際保健医療協力は各国の様々な要請や世界的保健医療戦略を基調として積年の努力を傾注してきた。この発展の姿は、模索からの台頭の段階から成長への期待、計画への協力さらに、総合的発展への段階を知ることができる。もとよりこれらの歩みが全てに共通するものではなく、個々の協力の事例によって差異があり、協力の成果も多様であることは言うまでもない。

国際社会の発展の動向を踏まえ保健医療協力を政策科学的研究課題として位置づけ、協力の理念、方策、情報、管理、評価等を体系化に検討すべき由縁もここにある。

この際、国際保健医療協力の基本的あり方について現実を踏まえつつも、長期的展望に立って、実現可能性の高い効果的な路線と構想を形成するためにはいくつかの協力の事例について検討が重視されて良いであろう。

国際保健医療協力の事例は多様であるが、これらの協力システムについて重要な役割を有している二国間技術協力・無償資金協力についての政府協力ベース及び学術交流を含めた民間協力ベースを主軸とし、次の諸点からタイ国との二国間国際保健医療協力計画の実践を事例として取り上げ事例の検討を通じ今後のあり方について考察を深めた。

- 1) 二国間国際保健医療協力について政府民間共に多様な事例があること。
- 2) 政治経済の面において比較的安定し着実な発展が図られていること。
- 3) プライマリヘルスケアの推進を図る基本戦略の配慮と実践があること。
- 4) 中央地方を通じ基本的保健医療網が構築され整備されていること。
- 5) 国際協力について総合発展計画の位置づけと調整を重視していること。
- 6) 人材育成・ソフト開発・住民サービスの路線を尊重していること。

本学会はグローバル・ヘルスー日本の役割一をテーマとして開催されたが、タイ国を事例としたシンポジウムはまさに主題の意義を高める方向を持ち合わせ得たものと思慮する。もとより、日本の国際保健医療のあり方については多くの課題が有り、それら課題への積極的な対応に期待すべきものも少なくない。

しかしながら、この段階で敢えて、意義を認め合えるのは、各シンポジストの国際保健医療協りに就いての考え方と行動に、立場の違いがあっても共通する方向性を知り得たためでもある。本シンポジウムをの討議を通じ発展の方向として考慮すべき共通点として次の諸点が上げられ得るものと思う。

- 1) 保健医療分野の専門性を幅広く考慮し、応用する姿勢があること。
- 2) 技術協力について相手側の自主性・自律性を尊重していること。
- 3) 人材育成を念頭に協力の双方向性と相互理解を基調としていること。
- 4) 地域の風土・文化・風俗などに関心を持

ち長い交流を持っていること。

- 5) 日本国内においても有為な人材であり協力の実績が豊富であること。

これらは国際保健医療協力のあり方についての常識とされる路線でもあるが、今後の日本の役割を考えるに際し、原点にたち帰った理念と行動を尊重する好機でもあった。

本シンポジウムは広く有為な人材の積極的発言を期待し、看護教育協力で極めて重要な役割を担った島田女史による看護教育の政策的位置づけ、看護教育の技術的方法論、国際看護協力の充実等について貴重な特別発言があった。そのほか、タイ国研修生 Somboon 氏は在日研修生としての近況報告と共に今後研修システムの一層の強化について発言があり錦上添花を添えた。

「中央胸部病院との協力」

工 藤 祐 是(日本BCG研究所副所長)

I-1 名称・国立中央胸部病院における結核菌検査室の創設と従事者への指導訓練(OTCA)

期間：1964・1・10～1964・9・9

人員：演者(専門家)と検査技師2名

カウンター・パート：Dr. Waith Areechon(内科医・検査科長) Dr. Taveesak Buanumchad(内科医)

プロジェクト内容：帯同の技師と共に同病院の臨床検査部門の中に結核菌検査室を独立創設し、供与器財をセットし、従事者として推薦された医師1, 看護婦5, 洗浄婦2に実技の指導訓練を行った。短期間に器具の洗浄滅菌の基礎から塗抹染色, 培地作製, 分離培養, 薬剤感受性試験, 簡単な同定試験などの臨床検査手技を教え, かなりのレベルの検査法を作り上げた。一方で検査理論の講義も行い, 従事者達に業務への興味を深めるように努力した。

2 プロジェクトの特徴・成果

本プロジェクトが成功した最大の理由は, 目的が明確で具体的限定的であったことによると思われる。また訓練の手順が計らずも現地の事情に適合していたことも挙げられる。訓練は結果的に3つの時期に分けられる。最初帯同したベテランの技師が結核菌検査の実技を理屈抜きで実施し, 現地の人に手伝わせながら手本を示した。数カ月して当方の技師は手を引き, 未熟を承知で現地の人だけで検査をやらせ, 旨いかなくとも当方からは手を出さず, 彼等自身の解決に助言を与えるに止めた。このようにして6カ月足らずで彼ら自身が多く技術を身につけた。さらに任期延長を願い出て, 最後の2カ月で講義などで技術のキメを細かくし, 業務に

対する理解と動機づけ(やる気)を強めるようにした。

その結果8カ月の短期間に, わが国の専門機関に匹敵するレベルの検査室が確立された。その後数回にわたり同病院を訪れる機会があったが(最後は1988年10月), 検査精度はかなり高い水準を維持し, 検査件数も同病院の一般胸部疾患化の方向に拘らず低下していないのは誠に心強い限りであった。ただ難を言えば, 技術内容が当時数えたままを忠実に守っていて, その後の進歩を取り入れていない点が気になっている。

3 プロジェクトのタイ全体への影響・利益

タイではそれまで培養以上の結核菌検査の出来る期間は中央胸部診療所や結核予防会くらいのもので, 結核患者数にくらべ誠に微々たるものであったが, この病院の検査室が加わり, 機能が倍増されたことになる。さらにわが国で開発された培養技術などを導入したことにより, 効率化と精度の向上がもたらされ, 他の検査機関にも大きな影響を与えた。このことはタイの結核対策に大きな利益をもたらしたものである。

4 現地での摩擦や困難・それらの対応

特別な困難は無かったが, 当時は物資が乏しく, 機械器具よりも, ありふれた消耗品たとえば, 紙, 綿, 洗剤や試験管などの補給が円滑でなく, 現地の次善のもので間に合わせることが多かった。しかし, このことが後々までこの業務を維持していくのに役立ったと思われる。

II-1 名称：国立中央胸部病院における臨床研究に対する顧問

(Medical Research Adviser) (OTCA)

期間：1966・9・8～1967・3・7

人員：演者（専門家）のみ

カウンターパート：Dr. Waith Areechon,
Dr. Tinawat（内科医）

プロジェクト内容：同病院における臨床研究体制の確立と研究課題の提案ならびに指導

2, 3 プロジェクトの特徴・成果・影響・利益
上級医師による研究委員会を週1回開催し、各自に担当してもらったテーマの「進歩状態の報告と討議を行った。テーマは初回薬剤耐性結核菌調査、Tb1の副作用、EBの効果と副作用、入院患者の病歴集計のためのホールソートカードの導入、前回指導した結核菌分離培養法と従来のWHO法との比較（中央胸部診療所との共同研究）などであるが、このほか使用中のCS 3 Lotの活性測定や分離菌の動物接種法なども指導した。ソートカードによる登録は任期中にもかなり進歩したが、調査研究は症例の集まりが悪く、息の長い取り組みが必要と思われた。しかしこれらの研究体制は現在にも受け継がれ、治療方式の対照試験に多大の成果を挙げているのを昨年現地視察で確認した。また培養法の比較研究の成果はタイにおいて我が国の技術が定着するのに役立ち、WHO誌に発表して世界的に受け入れられる緒となった。ホールソートカードは既に廃止されているが、その際の記録項目は用語までそのままに現在に引き継がれ

OA 器材などに移行している。

4 現地での摩擦・困難

元来この病院の医師たちは、かなり繁忙で日常診療に追われ、臨床データを整理し成績をまとめるなどいう余裕はないようにみえたが、彼ら自身にワーキングプロトコルの立場から実施状況の報告をやってもらい、遅々としていたが、帰任までにある程度の進歩がみられた。このプロジェクトは彼ら自身の要望であったに拘らず、テーマに対してやる気をひきだすことが最も重要であると思われた。

5 今後のプロジェクトの進め方、方向性および国際協力のあり方

このような国際協力を実りあるものにするには、まずプロジェクトの選定が重要である。協力するほうも、受けるほうも、と角外見上の華やかなモニュメントを好むが、切花はどんなに美しくとも、いずれ枯れるものであることを知らねばならぬ。やはり土地を施し、施肥して種を蒔き、その土地に根を生やして実のらせることが望ましいのではないだろうか。また当方からの押し付けは絶対に避けるべきで、たとえ彼らが、不自由そうにみえても、彼らが求めているのに改善しようとするのは、多くの場合独相撲に終わる。視点を常に相手と同じ高さにすることが肝要と思われる。

「日本医大東南アジア医学研究会のタイ国における 国際保健医療協力」

山 地 幸 雄（日本医科大学名誉教授）

日本医科大学東南アジア医学研究会は、東南アジア諸国との交流、緊密な連携を図り、医学に関する教育、研究、医療の進歩発展に貢献することを目的として1966年に発足したNGOである。

本会のタイ国に関連して行った事業は、第1次より第22次に至る調査団の派遣、チェンマイ大学医学部学生の本医科大学における研修援助、タイ国医学研究者の日本国内における研修・視察の援助、医療用機材の供与、日タイ両国医学研究者による共同研究の促進、及びタイ国内のカンボジア難民医療救護協力などである。

タイ国調査団は、当初、日本医科大学学生の有志により発案され、これに指導教員が同行する形をとった。

- 第1次〔1966年6月～8月、高橋修和（衛生、公衆衛生）他5名〕、
- 第2次〔1967年7月～8月、平山恒夫（小児科）他8名〕、
- 第3次〔1968年7月～8月、本田信義（内科）他8名〕、
- 第4次〔1969年7月～8月、宗像醇（皮膚科）他7名〕、
- 第5次〔1970年7月～9月、山岸嘉彦（放射線）他5名〕、
- 第6次〔1971年7月～9月、清水由規（眼科）他7名〕、
- 第7次〔1972年7月～9月、川井博（泌尿器科）他8名〕、
- 第8次〔1973年7月～9月、植田穰（小児科）他11名〕、
- 第9次〔1974年7月～9月、菊地三郎（産科・婦人科）他6名〕、
- 第10次〔1975年7月～8月、宗像醇（皮膚科）他9名〕までは、日本医科大学

とチェンマイ大学医学部、マヒドン大学医学部シリラー病院ならびにラマチボディ大学医学部との大学間交流として、指導教員の専門領域における討論、研修を行った。

- 第11次〔1977年8月、山地幸雄（微生物・免疫）他4名〕には学生は参加せず、
- 第12次〔1978年8月～9月、山地幸雄（微生物・免疫）他6名〕、
- 第13次〔1979年8月、山地幸雄（微生物・免疫）他6名〕、
- 第14次〔1980年8月～9月、宗像醇（皮膚科）他12名〕、
- 第15次〔1981年8月～9月、宗像醇（皮膚科）他7名〕、
- 第16次〔1982年8月～9月、宗像醇（皮膚科）他11名〕、
- 第17次〔1983年7月～8月、宗像醇（皮膚科）他17名〕、
- 第18次〔1984年8月、宗像醇（皮膚科）他14名〕、
- 第19次〔1985年8月、宗像醇（皮膚科）他13名〕、
- 第20次〔1986年8月、宗像醇（皮膚科）他20名〕、
- 第21次〔1987年8月～9月、宗像醇（皮膚科）他12名〕、
- 第22次〔1988年8月～9月、三樹勝（外科）他14名〕には学生も参加して、第10次までと同様に実施したが第11次以降は、予研、公衆衛生院、千葉血清研、神奈川衛研、長野公衆衛生研などの研究者もこれに参加し、また山地幸雄を主任研究者とするインフルエンザならびにロタウイルスの研究課題に対して、文部省（1980～82、1985～87）ならびにWHO（1988～1990）より研究費補助金が交付され、チェンマイ大学

医学部，ソククラ大学医学部，コンケン大学医学部，タイ公衆衛生省ウイルス研究所，タイNIH，マヒドン大学シリラー病院との共同研究を行った他，吉野芳夫（生化学）および丸山芳也（心理学）は，チェンマイ大学医学部研究者と貧血症，民俗学的集団心理学の共同研究をおこなった。その他，臨床医学の領域では宗像醇は皮膚病及びに癩に関し，三樹勝は胆石，腎臓結石などの超音波診断に関し，清水由規はアレルギー性眼疾患に関し，チェンマイ大学病院のみならず，その他の領域においても貢献した。

これらの日本医大教員および，日本国内の大学，研究機関職員とタイ側研究者との共同研究のため，1979年11月，1980年5月，同年12月～1981年1月，1985年1月および12月，1986年12月の日本側の出張および，1978年10月よりチェンマイ大学ニワット・マニカーン講師の日本医大および予研その他における滞在研修をはじめ，伸べ6名のチェンマイ大学教員の来日協力がなされた。

本研究会が日本医大生の発意により出発，推進されたことから，本会は，国際医療団の援助により，1973年より，ストーン・パボルラタナベク君をはじめとする43名のチェンマイ大学医学生を1989年までに招聘し，日本医大その他におけるそれぞれ一カ月間の研修を援助した。

カンボジア難民救援日本医大チームは，1980年3月より6月まで，一般外科を中心とした救

援医療活動に従事し，三樹勝，他医師3名，看護婦6名が，サケオ・メデイカル・センターと，カオイダン難民キャンプを受け持った。参加医師は，いずれも本研究会調査団参加の経験者から選抜され，業務は終始円滑に実施された。

私共の組織の特徴は，はじめに述べたように，政府間の合意によるものでなく，学生教員の自発的な熱意，実行力により発したものであり，日本医大およびチェンマイ大学の学長，理事長レベルから学生有志に至る幅広い友好的協力関係に基づくものである。経済的援助は，日本医大法人当局，国際医療団，日本医大同窓会，その他の民間組織から，特定の研究課題については文部省，WHOなどから受けたが，旅費その他の雑費の一部は参加者の自己負担によった。

医学，医療の面における成果は自ら評価するものではないが，過去23年間にわたり本会会員により維持された日・タイ両国関係者の親善関係が，現在までの成果の基となったと言えよう。私共のタイ国を訪れた動機の一部は，熱帯開発途上国の風土，文化，風俗に対する好奇心であったが，「知る者は好む者に如かず。好む者は楽しむ者に如かず。」の言葉もあり，タイ国を自分の眼で見て，自分の肌で感じ，自己の人的，職業的な開発完成に資するとともに，そこで不利な環境に置かれている他人に，僅かなりとも奉仕することを楽しむ機会を持った事を感謝するものである。

「タイ AIHD プロジェクト」

西岡和男 (ATC/PHC Development Project リーダー)

1. 経緯

タイ国政府は、人口の80%が住む農村の保健医療施設の整備と保健医療サービスの向上を目指し第4次(1977-1981年)、第5次(1982-1986年)国家保健計画において、保健省、内務省(県衛生部管轄)、教育省、農林農業組合省を中心とする総合的な地域社会開発の一環として、プライマリヘルスケア(PHC)事業を推進してきた。

1981年鈴木首相はアセアン歴訪に際し、アセアン各国における人造りプロジェクトを提唱した。タイ国は、PHC訓練センター・プロジェクトを実施したい旨、日本側に表明し、国際協力事業団(JICA)は、PHC訓練センター計画の無償協力(建物および機材)と技術協力についての協議をすすめた。

ASENA Training Center(ATC)はマヒドン大学の教育施設の一つとしてつくられ Regional Training Center(RTC)は保健省の機関として4ヶ所につくられた。1982年10月に技術協力のプロジェクトが始まる。1987年10月から2年間の延長。

2. 目的

“Health for All by the Year 2,000”の標語のもとにPHCに関する指導者、普及員に対する教育訓練、Research、モデル開発等を通じて、タイ国内の保健衛生水準の向上を計るとともに、アセアン域内訓練を通して、その成果を広くアジア太平洋各国に資することを目的としている。

3. 活動

(1) Training and Seminar

国内コース

国際コース(1989年は6コースうち

Master of Primary Health Care Managementは3期目

(2) Research

これまで132の研究課題が実施された。

(3) モデル開発

ボランティア育成(Graduate Return Home)

(4) Information and Documentation

PHCに関する資料情報センターとして。

4. 日本の協力

(1) 無償協力

(2) 技術協力

a 専門家派遣 長期3名と短期

b カウンターパート受け入れ 3~5名
1年

c 機材供与

d ローカル・コスト負担 (活動(1)~
(4)に対して)

(3) 第III国研修(MPHMコース)

5. 成果

(1) 国の計画に貢献(国家保健計画)

(2) タイ国内の保健衛生のネットワーク化
マヒドン大学-保健省、DTEC、NESDB、
NEB、教育省、内務省など

(3) PHCに関しての国際的ネットワーク化
WHO/UNICEF、UNER:NGO(World
Vision他)GO(CIDA)など

(4) タイ国民にPHCの重要性を認識させた

(5) 研修教育を通してアジアの平和を推進
(TCDC、ラオス・ビルマ問題など)

(6) 1988年10月大学の学部(Institute)に
昇格

(7) 日本側にとっても

a 公衆衛生関係者のネットワーク

b 農村医学・地域開発に関心をもつ人達（社会科学，人文科学領域も含めて）の教育訓練機関となり得たこと

(8) EffectとしてのIMR, Life Expectancy またImpactとしてのQOLの向上は，多くの要素がかかわっていると同時に，人づくり事業をとおしての評価には，まだまだ時間を要する。

6. 問題点・その解決・対応

- (1) JICAのプロジェクトとしてはローカルコスト負担が大きく，プロジェクト終了後その分をタイ側がどのようにしてかたがわりさせていくか問題が残る。
- (2) TCDCの中で転移でき得る日本の技術の内容の検討

7. 今後の課題

- (1) Cooperationの継続（AIHDに対して）
 - a JICA（MPHMコース，他）
 - b Multilateral Org. への働きかけ

- c NGOへの働きかけ
- d 大学・学会（研究開発も含めて）
- e 個人参加，（ともに学ぶ人として）

- (2) 保健省のPHCへの協力
- (3) 移転できる適性技術の明確化
- (4) プライマリヘルスケアからの発展（アラマタから10年経過したこれからのPHCの検討）
- (5) 研究協力を大きな課題とすること
- (6) 専門家の技術の向上（Managementも含めて）
- (7) 専門家の任期を長く
- (8) 第三者を入れた評価調査団
- (9) たて割りのプロジェクトの活動に加えてプロジェクト間の横の連携（ある国内でのいくつかの保健医療プロジェクト，水汚染処理等の関連領域のプロジェクト，国をちがえても同目的のプロジェクトの技術・情報の交換などをすすめる）
- (10) 国の保健医療行政の企画中枢に日本の専門家が参画できるようにする。

「国立衛生研究所との協力」

村田良介（国立予防衛生研究所）

- 1 名称：国立衛生研究所研究促進プロジェクト
- 2 期間：1985，8・1～1990，7・31
- 3 経緯

タイ国公衆衛生省には医科学局があり、保健衛生に係わる試験、検査及び技術者の養成を行っている。しかし国民保健に関する諸問題を解決する為には、研究能力の向上が必要であるので、タイ国政府は公衆衛生に関する研究の中心として近代的医学研究所 National Institute of Health (NIH)〔国立衛生研究所〕の設立を計画し、日本政府に協力を要請した。日本政府は無償援助として、研究所庁舎建設と実験施設設備を行い、研究促進の為技術協力を実施することになった。研究庁舎は1986年末に完成したが、これに先立って1985年8月から5年の予定で技術協力が開始された。タイ国は感染症制圧、医薬品製造管理、食品衛生及び環境衛生等公衆衛生全般に関する技術協力を要請したが、一つのプロジェクトとしては規模が大きすぎるので、感染症を技術協力の主対象とすることになった。

但し無償援助（庁舎、実験施設）には感染症以外の分野も含まれている。

4 技術協力の目標

(1) 分子生物学等新しい技術を導入し、感染症の病因学的、疫学的研究及び予防・治療法の研究能力を強化する。また Central Reference Laboratory として、国内の試験・検査機関の指導、協力を行い得る能力を養成する。

(2) タイ国の主要感染症制圧に必要なワクチンの改良・開発及び品質管理に関する技術移転。まず、日本脳炎ワクチン、狂犬病（組織培養）ワクチン、風疹ワクチン及び精製百日咳ワクチンの4種を取り上げる。

(3) 医学的に重要な感染症媒介昆虫に関する調査研究に協力。

(4) 研究所の中央研究支援機構（動物舎、電顕、分析機器、RI）に対する指導と援助。

(5) 中堅技術者訓練コース実施に対する協力。

5 協力実施、成果

(1) 毎年数名の研修生を日本の大学、研究機関において訓練するとともに、多数の専門家を派遣して、現地指導を実施した。過去4年間に、27名の研修生を受け入れ（内23名は1年以上）、64名の専門家を派遣した。専門家による現地指導は、初期には、多数のカウンターパートに対する講義、実習性であったが、漸次総論から各論に移行し、特定のテーマに関する個別指導方式に変わってきた。最新技術の指導者は長期出張が出来ないので、短期間反復派遣し、その間は通信等により継続的に指導し得る様に努めた。

(2) 分子生物学的手法をウイルス性疾患の診断に応用し、ロタウイルス、インフルエンザウイルス、日本脳炎ウイルス等の分子疫学的研究が進行している。またこれらのウイルスの型別のために、自ら試薬を開発し、検査技術とともに地方支所などに供給する努力がなされている。最近、エイズ診断技術を導入し、蛍光抗体法キットを作成するなどの成果も挙げている。

細菌学の分野においても、主として下痢症原因菌の同定、あるいは毒素検出のために、ファージ型別法、ガスクロマトグラフィー、毒素精製法、抗体精製法、DNAハイブリダイゼーション、プラスミドパターン法などの技術移転が行われた。

(3) ワクチンに関しては（イ）日本脳炎ワクチンの試作に成功し、野外試験において日本製品に劣らない成績を得た。（ロ）組織培養法による狂犬病ワクチン試作も順調に進行中で、1989年度内にタイ国で初めての試作品が完成すると予想されている。（ハ）風疹ワクチン組

織培養法の技術移転を行いワクチン試作準備中である。(ニ) 百日咳ワクチンについては、力価、安全性、その他試験法の技術移転を終了し、精製ワクチン試作を計画している。

(4) 中央研究支援機構が整備されるにつれて、機器等の共同利用が行われるようになり、従来の縦割式の閉鎖的体制に僅かながら変化が起り始めているように思われる。

6 問題点と提案

(1) 新しい技術を使いこなし研究に利用するには時間がかかる。プロジェクトが終わり日本の協力が得られなくなると、研究活動が低下する恐れがある。研究協力には長期のフォローアップがのぞましい。テーマを選んで研究費を供与すること、或いは共同研究を実施する等考慮して欲しい。

(2) タイ側の運営予算は少なく、現在でも専門家の携行機材に頼っている。プロジェクト終了後に、タイ国の予算で施設を維持し研究を続けることは困難であろう。日本が撤退した後に外国の研究者がこれを利用すると思われる。そ

れも施設の活用法であろうが多額の日本人の税金を注ぎ込み、多数の専門家の献身的奉仕により育てた研究所を他国の手に任せ捨て去るのは忍び難いことである。かくては、今後の協力者の熱意にも影響するから、長期的国策と言う点からも(1)に述べたような配慮が必要であろう。

(3) タイ NIH は国内の Reference Laboratory として期待されているが、これだけの施設と実験設備を持っているから、内容を充実させれば、東南アジアの Reference Centre としての役割を果たせるはずである。日本の医療協力の拠点として、或いは日本とアジア諸国の学術交流の場としても活用できる。この様な施設の利用も考慮して、短期間の技術協力にとどまらずに、長期的展望に立って対処したいものである。

(4) NIH の組織は未だに公布されていない。職員の立場も不安定で、医科学局から出向ということになっている。将来の研究推進に悪い影響がないように願っている。

「タイ看護教育延長プロジェクト」

島田 淳子 (前 JICA 看護教育プロジェクトリーダー)

タイ看護教育延長プロジェクトは、1980年8月1日より5ケ年間、看護婦養成のための協力を要請され、タイ国保健省下の看護大学に対する技術協力を行なうことで始まったタイ看護教育プロジェクトの評価を受けて、1985年8月から2ケ年間、1983年日本の無償資金協力で建設されたスリマハサラカム看護大学への支援を主目的として、技術協力を行なってきた。タイの看護教育は、1986年乳児死亡率を下げることから始まったとされている。(1957年では、乳児死亡率は61.7%〔粗死亡率9%〕、1980年では、13.3%〔農村部では48.6% 6〕〔粗死亡率5.3%〕となっている)

プロジェクト延長の目的は

1. 新カリキュラム評価の長期研究の完結
 2. スリマハサラカム看護大学の強化
 3. 視聴覚教材の開発援助
 4. その他
- となっている。

1. 新カリキュラム評価のための長期研究
(Longitudinal Evaluation of Four Year Nursing Education Programme, 1981-1985)

1974年12月、看護大学課が保健サービス課から独立し、保健省保健事務次官事務局のなかに創設され、と同時にそれまで種々雑多だった看護婦・助産婦養成学校が看護大学課に移管され、看護教育は大学教育へとレベルアップした。看護大学課発足後1980年に、従来の看護教育カリキュラムを改訂し、4年制看護教育過程を履修する看護学生を対象にアンケート調査を行ない、新カリキュラムの適否、教育スタッフ・教育諸施設と教材などの教育環境、看護学生の学習態度などを通して、看護学生の看護

職に対する意見や意識と変化に及ぼす諸因子の分析と解明を図ることを目的とした、初めての5ケ年継続して行なった長期調査研究である。調査対象看護学生は、1981年度に入学した4年制看護大学10大学の学生である。この調査研究結果は、タイ保健省が進めている看護婦養成計画を評価するためのものであり、今後の看護教育を改革するうえでの基礎資料として期待された。調査研究結果の最終報告書は1987年7月に研究概略は8月に完成した。

2. スリマハサラカム看護大学に対する支援強化

マハサラカム県は、タイでの最貧地帯といわれている東北部に位置し、バンコックより500 km、総面積5486.41 km² (タイ国土513115 km²)、うち、耕作地約60%、森林地帯約3%、9 district, 1 sub-district, 97 tambon で構成されている。1986年におけるマハサラカム県の人口は857,041人(男431,484人、女425,557人)であった。医療施設としては350床を有するマハサラカム県立病院の他、Community 病院8ヶ所、ヘルスセンター122ヶ所がある。

スリマハサラカム看護大学で求められた日本人専門家は、ブンブラコン学長を中心に各看護教員に対しての教育運営の円滑化を図る相談役として期待された。そして主な活動として、教育運営全般にわたる教育計画と教育内容の検討、各科目の教授方法などの指導、特に臨床経験の乏しい看護教員への看護学生への臨床指導面における適切な指導と看護実習計画立案の協力であった。1983年のスリマハサラカム看護大学発足当時は、学長も含めて12名の看護教員で

あったが、1987年には35名に増員された。内、9名は3月に卒業したばかりの若い看護教員であった。看護学生数は一学年約150名である。

スリマハサラカム看護大学に対する専門家としての本格的活動は、1986年6月、ブラブラコン学長はじめ看護教員たちと一緒に活動内容について協議を行なって以降であった。協力期間も残り少なくなったこともあり、主として1986年度に入学した看護学生を対象に絞り、基礎看護分野を中心に、基礎看護実習（学内）と臨床看護実習現場で看護教員の看護学生への指導や評価会に参加及び基礎看護教材として試用が予定されるビデオ製作に協力した。また、看護学生たちの臨床看護実習を引き受けている地域病院では、学生たちを指導するための教材や図書不足などの問題があり、よりよい指導効果を上げるためにも特に必要とされる専門図書などを選択して購入し、供与した。

3. 視聴覚教材の開発援助

視聴覚教材は国家保健計画に沿って、看護学生を大量に受け入れたタイの看護教育界にとっては、必要不可欠の教材であった。1980年より1987年までの7年間に、日本の援助によりワーク・ショップで作成された教材は次の通りである。

	ビデオ・フィルム	スライド	Text-book	
1980-1984年	22	12	17	17,500冊
1985-1987年	8	0	9	11,500冊
合計	30	12	26	29,000冊

ビデオ・フィルムは、中堅技術者養成協力事業のワーク・ショップにおいて作成された。ワーク・ショップは、日本での研修終了者やビデオ作成経験者を中心に、新人教育を含めて、良い教材作りを目指して熱

心にかつ楽しく行なわれ、AVスタッフの撮影技術、看護教員の質、さらには教材の量と質の向上に寄与した。1987年度では、看護大学課独自の予算で5本のビデオ製作が計画され、活動を行なっている。これらの視聴覚教材は看護教育の現場で活用されており、看護大学課が、1986年度カリキュラムのなかで使用することを記載しているビデオ教材もある。

4. その他

看護大学視察旅行への参加

看護大学課は、保健省の推進している国家保健計画に協力して、看護教員や臨床指導者の育成、看護教育カリキュラムの評価と改善、従来の病院中心から地域志向への看護教育カリキュラムを取り入れ、これを実行しつつある。そしてまた、プライマリ・ヘルスケアを下地とする地域住民の生活水準の向上を願い、特に農村部における地域医療活動に貢献する看護婦養成を行なってきた。そこで看護大学課としては、地域住民の健康保持の担い手としての看護職の質の向上と地域住民の要請に応え得る高度の知識と技術の獲得と普及を目指し、現在行なっている看護教育内容と看護教育制度の評価と改善、各看護大学で抱えている運営・財政・教育内容・人員配置など諸問題の発掘とその解決方法などを討議することを目的にDr. Sutin保健事務次官補を長とする保健省下21看護大学を巡回指導のための視察団を編成し、1985年11月より1986年8月まで、地域別に視察した。

看護専門職講座への参加

看護大学課がこの看護専門職講座を開講したのは、看護教員の専門職としての発展をはかり、知識・技術を高め、経験を重ねることによって、複雑多様化する看護現場に即応出来る看護婦養成に直接関わりをも

つ看護教員を育成するためである。この講座は、日本からの短期専門家招聘と日本への研修員派遣を組み合わせで行なわれた。

スリマハサラカム看護大学は日本の協力で建設されたということで、他の看護大学に比べ建物の美観、図書の実、視聴覚教材の実などが目立つ。が、絶対的な看護教員不足（1986年12月12日現在、看護教員数：看護学生数＝1：42で、看護大学課目標1：15、平均1：25）と、しかも未熟な若い教員が多い。タイの看護教員には、臨床経験の有無は問題ではなく、Bachelorかまたはそれ以上の資格を有しているかどうかにかぎを置いている。特にスリマハサラカム看護大学のように新設されたばかりの看護大学では、他の歴史ある看護大学でも同様であるが、看護教員不足が大学運営上の深刻な問題であり、しかも看護教員としても未経験者が発足当時多かったようである。日本で研修を終えた帰国研修員の一人は、看護教員たるものは少なくとも2年の看護臨床経験が必要であると痛感したという。看護大学課では、新卒の看護教員に対して毎年一回4ヶ月の臨床指導者養成講座を開講している。

看護大学教育は4年課程と2年課程があり、4年課程を終了するとプロフェッショナル・ナースに、2年課程を終了するとテクニカル・ナースになる。1986年より開設した継続教育は、

2年間の教育でテクニカル・ナースをプロフェッショナル・ナースになるためのコースであり、Health Man-Power Projectを主軸とした国民に対する医療サービスの向上を目指し、将来ヘルス・センターなど「草の根」で活躍することが期待されている。

1985年、Nursing Councilによって看護法が制定され、資格審査を受けることによって、第一種免許（プロフェッショナル・ナース）、第二種免許（テクニカル・ナース）が交付されるようになった。この免許があれば免許よりの制約はあるが、薬局での薬の取り扱いが出来るとのことであった。薬剤師不足への対応だという。

その他、タイの看護教育の特徴としては、第4次国家保健5ヶ年計画（1977-1981）のなかで、看護教育カリキュラムに医者不足を補うため、1980年からBasic Medical Careが組み込まれた。つまり、看護婦も看護サービスだけではなく、国民の健康保持の担い手として医療活動の役割分担が与えられたわけである。

1987年4月、看護大学課では18ヶ月の予定で、看護教員によるCommunity Health Nursing（新カリキュラム）のマニュアル作成のための研究会をThe MEDEX Group（ハワイ大学）の協力を得て行なっている。WHOの共同研究センターのひとつとしてタイが選ばれた結果による。これらの積極性を高く評価したい。

「タイ AIHD プロジェクト」

ソムアツ・ウォンコムトオン (Som-arch Wongkhomthong)
(Deputy Director, AIHD) (誌上)

プロジェクトの特徴、成果、良かった点

セアンやインドシナ地域でも広く認められている。

AIHD プロジェクトはタイ厚生省の Office of Primary Health Care を除けばタイ国の中で PHC や HFA/2000 を推進する唯一の機関となる。このプロジェクトのもっている特徴や意義はいくつか上げられる。

- (1) このプロジェクトはタイ国をはじめ多くの開発途上国が PHC 政策にて自国の医療改善活動をはじめようとしたときに出てきたこと
- (2) このプロジェクトは表現の自由、行動の自由、そして人材の豊富な大学という機関に本部を置くこと
- (3) このプロジェクトは決して PHC や HFA を自ら独占事業としてまもってやっていくのではなく、むしろ多くの Donors を招聘し、多くの Recipients に働きかけ、そして政府の強力なルートにのっとってタイ国内の活動及び海外の活動を展開していくことは最大の特徴ともいえる。(こういった柔軟な姿勢をとりながら、ある目標に向い、そして JICA から適切な Financial to technical support をもらおうとタイ全体に対する影響ははかりしれないほど強い。) プロジェクトの本部である ATC/PHC が大学の中の PHC の小さなセンターとして発足したのがわずか 6~7 年前だが、もうマヒドン大学の中の Institute (学部に相当する機関) になった。住民参加、適切な技術、各分野の統合を思想する PHC, HFA/2000, そしてあらゆる形の地域発展の理論の場と実践の場としてタイ国内に限らず、ア

このプロジェクトは幸いいくつかのよい条件にめぐまれたので、意外と現地での摩擦や困難が少ない。まず

- (1) プロジェクトの目的は現地の医療自立のニーズにあうこと
- (2) タイ国内のプロジェクトリーダーを先見の目の鋭い Dr. Natth Bhamarapravati (マヒドン大学学長) や強い統合の力を持っている Dr. Krasae Chanawongse (コミュニティーリーダーでマグサイサイ授賞者) にしたこと
- (3) とても理解がある JICA の Project Coordinators や日本の専門家を派遣してもらったことなどの理由が上げられると思う。

しかし、このプロジェクトはまったく困難がないのではない。まず AIHD と四つの RTC/PHC が原案通りうまく協同的に機能しないことはだれでも承知である。しかし、これはこのプロジェクトだけに限らず、タイ国全体共通な困難である。所属のちがう機関にうまく予算を分配し、そしてうまく協同作業してくれと外からいくら善意をもっていってきても、ものごとはそううまく展開しない。AIHD と RTC/PHC がうまく協同作業するのは同一の JICA プロジェクトの予算で強制協同作業をさせられるよりも、独立でのびのびと自分なりの道をたどったら、かならず協同作業につながる。(タイ国はお見合いよりも恋愛結婚の方がうまくいくことと同様!)

AIHD の進め方、方向性そして運営形式は将

来も今も同じようにつづくと思う。PHCやHFAや地域発展そして環境改善と保護に進むこと、学問と実践の場であること、MultidonorsとMultirecipientsとMultisectoral Collaborationの姿勢をとること、そして必要最低限しかアカデミックスタッフを置かないことは近い将来も変わりはない。今では多くの設備が完備し、基本的なマネジメントのスタッフと運営費

が政府から確保され、そして名誉と経験もある程度たくわえている。問題はこの完備された組織、そして日本との親しみが最も深い組織を、JICAや日本の組織がどうやってうまく使っていかである。うまく使っていけば、医療と地域発展に関しては、タイ国内による影響はもちろん、アセアンやインドシナ諸国などに対する影響ははかりしれないであろう。

第 4 回 日本国際保健医療学会総会
シンポジウム I 関連資料

わが国の政府開発援助 (ODA)

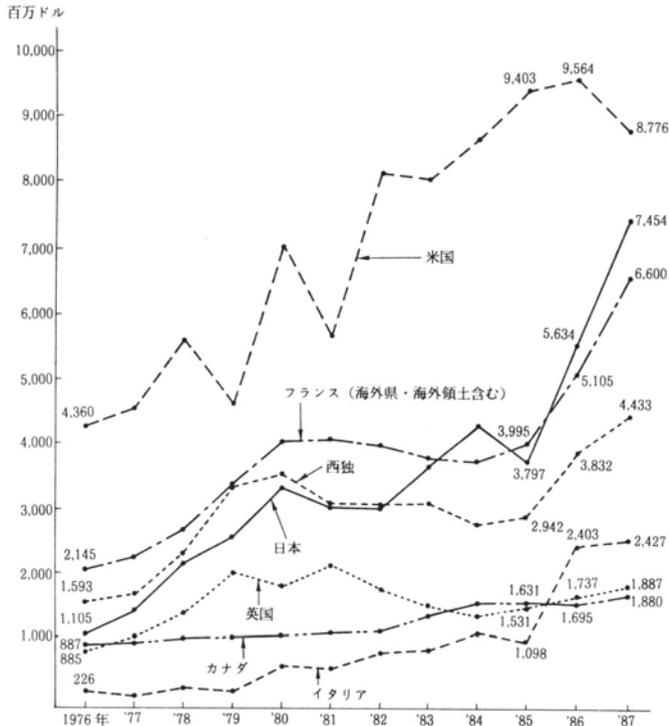
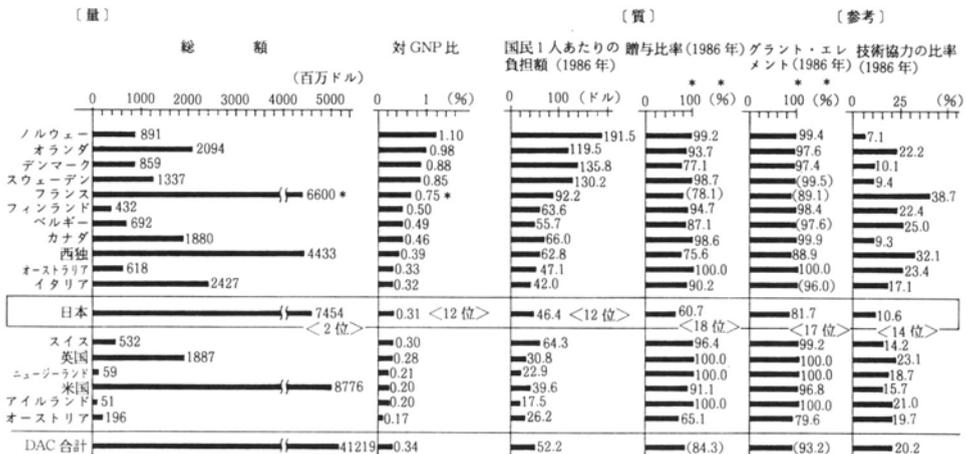


図1 DAC主要国のODA実績の推移



(注) 国名は対GNP比の順

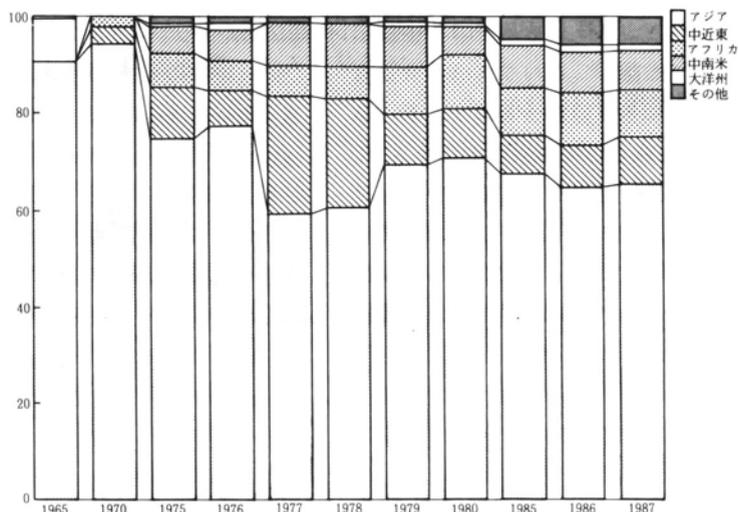
* 海外領土、海外県分を含む。
但し、右を除く場合フランスの
ODA総額は4516百万ドル

* 海外領土、海外県分を含む。
但し、右を除く場合フランスの
対GNP比は0.51%

** 債務返済を除く
() 内は暫定値

(出典: DAC資料)

図2 DAC諸国の政府開発援助 (87年)



注：70年中南米実績＝－15.010千ドル

図3 我が国ODA地域別配分の推移

表1 我が国二国間ODAの10大供与国・供与額（支出純額ベース）

（百万ドル）

順位	1970年		1975年		1980年	
	国名	金額	国名	金額	国名	金額
1	インドネシア	125.84	インドネシア	197.92	インドネシア	350.03
2	韓国	86.76	韓国	87.44	バングラデシュ	215.14
3	パキスタン	39.55	フィリピン	70.33	タイ	189.55
4	インド	32.73	マレーシア	63.27	ビルマ	152.46
5	フィリピン	19.23	エジプト	50.17	エジプト	122.97
6	タイ	16.91	バングラデシュ	47.05	パキスタン	112.42
7	イラン	11.96	インド	46.61	フィリピン	94.40
8	ビルマ	11.94	タイ	41.21	韓国	76.30
9	中国	9.53	イラク	29.77	マレーシア	65.63
10	シンガポール	5.75	ナイジェリア	27.31	スリ・ランカ	44.78

順位	1985年		1986年		1987年	
	国名	金額	国名	金額	国名	金額
1	中国	387.89	中国	496.95	インドネシア	707.31
2	タイ	264.10	フィリピン	437.96	中国	553.12
3	フィリピン	240.00	タイ	260.41	フィリピン	379.38
4	インドネシア	161.33	バングラデシュ	248.47	バングラデシュ	334.20
5	ビルマ	154.04	ビルマ	244.14	インド	303.94
6	マレーシア	125.59	インド	226.71	タイ	302.62
7	バングラデシュ	121.48	インドネシア	160.83	マレーシア	276.45
8	パキスタン	93.31	パキスタン	151.56	ビルマ	172.00
9	スリ・ランカ	83.74	スリ・ランカ	126.91	トルコ	162.39
10	エジプト	73.01	エジプト	125.70	パキスタン	126.69

資料：我が国の政府開発援助

表2 主要援助国の供与対象分野別比較

(コミットメント・ベース) (85-86年平均、%)		日本	米国	英国	フランス	西独	イタリア	カナダ	DAC平均
分野別配分 (ID%)	社会インフラのシェア	18.5	17.5	26.8	42.5	33.7	18.1	15.5	24.4
	経済インフラのシェア	37.3	3.2	19.2	17.6	20.1	26.3	13.9	16.5
	農業分野のシェア (除食糧援助)	14.2	11.2	10.2	10.1	10.2	13.8	18.8	12.5
	工業等その他生産のシェア	12.4	5.1	17.0	12.2	11.1	13.6	8.3	8.8
	プログラム援助のシェア	8.3	41.7	9.4	7.1	5.3	0.7	6.4	18.2
	その他	9.3	21.3	17.4	10.5	19.6	27.5	37.1	19.6
その他の項目	技術協力のシェア	14.7	16.6	40.7	46.5	36.5	40.4	13.8	26.0
	留学生等経費のシェア	3.7	1.4	9.3	(6.4)	5.8	8.5	2.3	4.1
	研究費のシェア	0.2	3.0	2.8	—	2.0	5.4	4.1	2.0
	NGO支援費のシェア	1.6	9.0	2.2	1.1	—	2.6	13.8	(4.7)
	債務救済のシェア	3.2	0.5	4.6	6.9	8.7	0.5	0.1	2.8
	食糧援助のシェア	1.4	12.9	2.6	1.0	3.2	7.9	12.9	6.4
	行政経費のシェア	2.9	5.3	5.5	2.5	1.5	2.3	6.6	3.9

(注) ()内は暫定値

(DAC資料)

表3 1987年二国間ODA分野別配分

(約束手型ベース、単位：百万ドル)

分野 / 形態	無償資金協力	技術協力	贈与計	政府貸付等	二国間政府開発援助合計
I. 社会インフラ&サービス	372.32	380.94	753.26	275.89	1,029.14
1. 教育	159.98	203.64	363.62	89.26	452.88
2. 保健	92.82	69.32	162.14	—	162.14
3. 水供給・衛生	74.90	12.12	87.03	104.69	191.71
4. 人口	—	7.16	7.16	—	7.16
5. 公共行政	—	6.70	6.70	—	6.70
6. 開発・計画	—	39.06	39.06	—	39.06
7. その他の社会インフラ	44.62	42.94	87.56	81.93	169.49
II. 経済インフラ&サービス	152.06	137.26	289.32	3,324.21	3,613.53
1. 運輸	75.54	60.32	135.86	1,543.38	1,679.25
2. 通信	76.52	34.39	110.90	278.37	389.28
3. 河川開発	—	11.03	11.03	7.28	18.31
4. エネルギー	—	27.27	27.27	1,299.27	1,326.54
5. その他の経済インフラ	—	4.26	4.26	195.90	200.16
III. 生産セクター	367.69	317.47	685.16	422.41	1,107.57
1. 農業	333.32	184.57	517.89	144.68	662.57
2. 鉱工業・建設	4.84	129.16	134.00	265.23	399.23
a) 製造	4.84	—	4.84	160.58	165.42
b) 資源開発	—	—	—	104.65	104.65
c) 建設	—	0.37	0.37	—	0.37
3. 貿易、銀行、観光	8.10	3.74	11.84	12.49	24.33
IV. マルチセクター	—	103.10	103.10	—	103.10
小計	892.07	938.77	1,830.84	4,022.51	5,853.34
V. 計画援助	—	—	—	1,047.97	1,047.97
内、構造調整	—	—	—	26.27	26.27
商品借款	—	—	—	919.50	919.50
VI. 債務救済	49.24	—	49.24	66.83	116.07
VII. 食糧援助	93.13	—	93.13	—	93.13
VIII. 緊急援助(除く、食糧援助)	2.56	—	2.56	—	2.56
IX. 行政経費	—	214.36	214.36	—	214.36
X. 民間国際機関への援助	1.94	—	1.94	—	1.94
XI. 分類不能	—	13.26	13.26	—	13.26
総合計	1,038.93	1,166.39	2,205.32	5,137.32	7,342.64

タイ国に対するわが国の政府開発援助（ODA）

タイ②（無償資金協力及びプロジェクト方式技術協力）

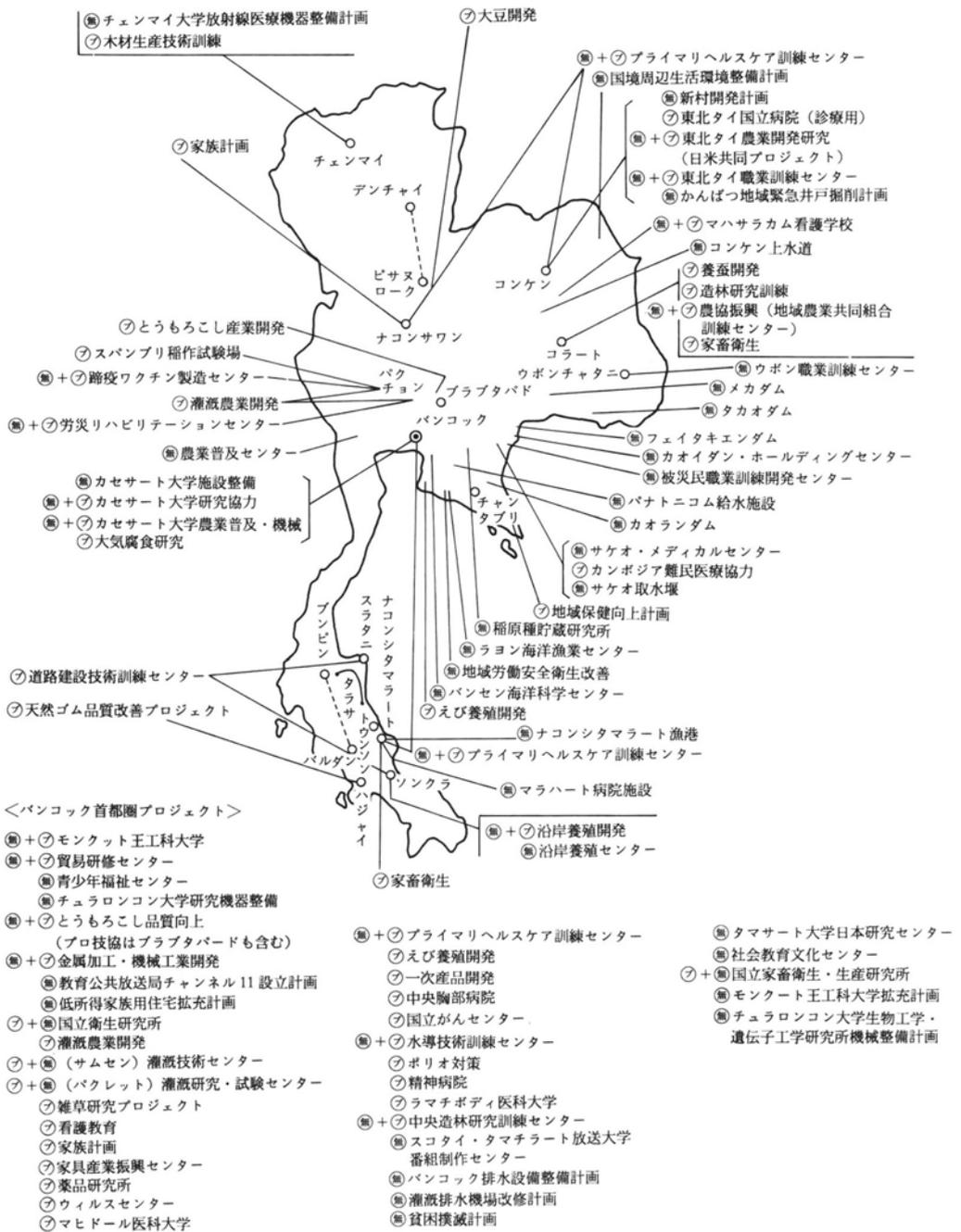


図 4

表4 ODA実績

1) 我が国のODA実績

(支出純額, 単位: 百万ドル)

暦年	贈与			政府貸付	合計
	無償資金協力	技術協力	計		
83	52.2 (9.8)	37.2 (8.1)	89.4 (9.0)	158.8 (11.1)	248.1 (10.2)
84	50.2 (9.2)	40.2 (7.7)	90.4 (8.5)	141.6 (10.4)	232.0 (9.6)
85	76.5 (12.0)	40.7 (7.4)	117.2 (9.9)	146.9 (10.7)	264.1 (10.3)
86	71.6 (8.4)	54.2 (6.4)	125.8 (7.4)	134.7 (6.3)	260.4 (6.8)
87	62.9 (5.5)	72.6 (6.8)	135.6 (6.1)	167.1 (5.5)	302.6 (5.8)

(注) () 内は我が国二国間ODA各形態別統計に占める割合(%)。

2) DAC諸国・国際機関のODA実績(86年, 支出純額, 単位: 百万ドル)

ODA NET 二国間計 391.09百万ドル

うち日本 260.42百万ドル(1位, シェア 66.59%)

日本	260.42	66.6%	米国	32.00	8.2%	西独	27.66	7.1%	その他	71.01	18.2%
----	--------	-------	----	-------	------	----	-------	------	-----	-------	-------

ODA NET 国際機関計 97.09百万ドル

EDF	31.15	32.1%	UNHCR	23.25	23.9%	ADB	12.40	12.8%	国連専門機関	11.48	11.8%	その他	18.81	19.4%
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------	-------	--------	-------	-------	-----	-------	-------

資料: 我国の政府開発援助

表5 主要協力対象国(昭和49~58年度累計実績)

順位	研修員: 人 (%)		専門家: 人 (%)		調査団: (%)		協力隊: 人 (%)	
	国名	人数	国名	人数	国名	人数	国名	人数
1	インドネシア	2,753 (9.0)	タイ	1,534 (14.0)	インドネシア	4,273 (15.2)	マラウイ	432 (12.8)
2	タイ	2,628 (8.6)	インドネシア	1,342 (12.2)	タイ	3,021 (10.7)	ケニア	360 (10.7)
3	フィリピン	1,977 (6.5)	フィリピン	664 (6.1)	フィリピン	2,920 (10.4)	フィリピン	316 (9.4)
4	マレーシア	1,428 (4.7)	大韓民国	474 (4.3)	マレーシア	1,451 (5.1)	マレーシア	278 (8.3)
5	メキシコ	1,271 (4.1)	ブラジル	387 (3.5)	中国	922 (3.3)	ネパール	223 (6.6)
6	ブラジル	1,217 (4.0)	中国	368 (3.4)	エジプト	831 (2.9)	バングラデシュ	187 (5.6)
7	大韓民国	1,119 (3.7)	シンガポール	286 (2.6)	ブラジル	713 (2.5)	タンザニア	185 (5.5)
8	シンガポール	1,027 (3.4)	ビルマ	277 (2.5)	ビルマ	666 (2.4)	ザンビア	173 (5.1)
9	スリ・ランカ	990 (3.2)	マレーシア	276 (2.5)	ベルー	628 (2.2)	ガーナ	153 (4.5)
10	エジプト	931 (3.0)	ベルー	276 (2.5)	ケニア	571 (2.0)	ホンデュラス	134 (4.0)

資料: 国際協力事業団10年の歩み

表6 分野別の実績 (1952-1986)

地域名		合計 (延人月) 人数	計画・行政		公共・公益事業				農林・水産				鉱工業		エネルギー	商業・観光		人的資源		保健医療	社会福祉	その他
国名	形態 (長短期別)		開発計画	行政	公益事業	運輸交通	社会基盤	通信・放送	農業	畜産	林業	水産	鉱業	工業		商業・貿易	観光	人的資源	科学・文化			
タイ	研修員	(6,246.4) 6,363	22	636	110	420	341	458	987	148	117	295	85	532	161	110	43	831	44	719	118	86
	専門家 (短期)	(1,566.5) 1,057	34	15	17	53		17	183	38	32	33		29	5	3	2	40	10	512	21	13
	専門家 (長期)	(1,644.4) 269	7	14	27	21	3	12	64	16	30	5	1	5	10	3		10	2	29	8	2
	専門家 (分類不能)	() 1,382	51	13	26	21	98	116	174	35	4	61	8	58	30	3		94		577	1	12
	専門家 (合計)	(3,210.9) 2,708	92	42	70	95	101	145	421	89	66	99	9	92	45	9	2	144	12	1,118	30	27
	調査団	(2,932.9) 5,047	181	10	551	793	494	176	1,117	69	137	98	66	276	299	39	56	165	48	262	71	139
	協力隊	(330.1) 90	2	2	4			2	8	10		1		31				23	1	6		

表7 タイ国に対する技術協力事業費の事業別実績

(累積実績 昭和29年4月1日～昭和62年3月31日)

[単位：億円]

	タイ	アジア地域合計	総合計
保健医療協力費	54.7 (13.5%) [9.2%]	201.8 (49.6%)	406.6 (100.0%)
人口家族計画協力費	9.4 (19.6%) [1.6%]	41.6 (86.7%)	48.0 (100.0%)
全事業費	596.1 (9.0%) [100.0%]	3,297.5 (49.7%)	6,632.7 (100.0%)

表8 保健医療協力事業

プロジェクト名	概要 (国内協力機関)	協力期間	調査団* (人)	専門家* (人)	機材供与 主要機材	総額経費* (百万円)
中央胸部病院	中央胸部病院の結核分野への協力 (結核予防会)	37～45.3	4	5	結核研究用機材 臨床検査用機材	4.7
ウィルスセンター	ウィルス性疾患の解明、対策確立 地方2カ所にサービスステーション設置 (大阪大学微生物病研究所)	36～48.3 フォローアップ 48.4～51.3	9	53	電子顕微鏡 冷凍遠心器 乾燥滅菌器	70.0
薬品研究所	薬物の科学研究体制確立 (国立衛生試験所)	42～48.3 フォローアップ: 48.4～50.3	9	16	研究機材 アミノ酸分析器	42.5
国立病院(診療団)	地域基幹病院への長期的巡回診療 (日本赤十字社, 順天堂病院, 他)	41～44.7	8	63	X線車, X線装置 心電図	46.4
マヒドン医科大学 熱帯医学部	熱帯病媒介動物コントロール (東大医学研究所, 新潟大学医学部)	40～47.3 アフターケア: 59.5～59.6	-	10	顕微鏡, 遠心器	46.9
ポリオ対策	経口ポリオワクチン供与 (厚生省, 国立予防衛生研究所)	43～45.3	11	5	ポリオ生ワクチン (25万人分)	23.3
国立がんセンター	がんの早期発見, 診断, 治療の機能 をもつ総合病院設立 (国立がんセンター)	42～52.3 フォローアップ: 52.4～55.3 アフターケア: 56.7～56.8 60.8～60.9	29	200	X線装置, 回転横 断撮影装置 X線がん深部治療 器, リニアック装置	694.8
ラマチボディ医科大学病理, 眼科部門 実験病理部門	眼科部門の研究教育協力 (順天堂大学) (和歌山県立医大, 阪大医学部)	43～50.3 44～48.3	12	30	眼科用機材 電子顕微鏡	130.7
地域保健活動 向上計画	地域保健の向上, 推進および中央研 究機関とリンクした検査サービスの システム強化	51.4～56.3 延長: 56.4～59.3	40	99	顕微鏡, 遠心器 分光光度計	997.5
看護教育	マハサラカム看護大学新設, 看護大学 および保健省看護教育課への教育機 材, 視聴覚機材供与などによる看護 教育の強化向上 (厚生省, 国際看護交流協会)	55.8～60.7 延長: 60.8～62.7	26	33	視聴覚機材 教育用機材	389.1
国立衛生試験所	感染症, 胃腸疾患, 寄生虫症に対処 するための衛生研究活動を行なう研 究所の設立 (国立予防衛生研究所, 阪大微生物 病研究所)	60.8～65.7				
感染症対策 基礎調査	感染症の実態調査ならびに防疫のあり かたの検討解析	55～56	5	-		15.8
医療機材管理技術 巡回指導班	[タイ, ビルマ]	47	4	-		(2.3)
医療機材修理班 巡回指導	[タイ, スリランカ]	48	7	-		(3.7)
医療機材修理班	[タイ, インド, スリランカ]	48	4	-		(1.0)
医療機材修理班	[タイ, ビルマ, スリランカ]	49	7	-		(3.6)
医療機材修理班	[タイ, ビルマ]	50	6	-		(5.6)
医療機材修理班	[タイ, スリランカ]	51～52	8	-		(5.9)
医療協力専門家チーム	[タイ, インドネシア, マレーシア]	52	6	-		(1.8)
公衆衛生分野事前調査	[タイ, インドネシア]	52	5	-		(1.8)
医療機材修理班	[タイ, インド]	52	6	-		(4.3)

数値は、昭和60年度分を含む。

専門家* : 人数は、各年度の新規継続を合せた数の累計

調査団* : 人数は、事前調査、視察等も含む数

総額経費* : 括弧内の額は、タイ以外の国も含む。

資料：国際協力事業団年報

表9 技術協力センター

プロジェクト名	概要 (国内協力機関)	協力期間	調査団* (人)	専門家* (人)	機材供与 主要機材	総額経費* (百万円)
プライマリ・ヘルス・ケア訓練センター	タイ国およびアセアン諸国のプライマリ・ヘルス・ケアの人材育成、研究協力	57.10～26.9 延長： 62.10～64.9	34	17	視聴覚機材 コンピュータ	40.5
			カウンターパート：9			
労災リハビリテーションセンター	労働災害による身障者のリハビリテーションでの人材育成と研究協力	59.2～64.2	14	6		
			カウンターパート：2			

表10 単発医療協力事業

プロジェクト名	概要 (国内協力機関)	協力期間	調査団* (人)	専門家* (人)	機材供与 主要機材	総額経費* (百万円)
精神病院	神経外科、脳波、電子医学の専門家派遣	42～43	—	3	ポリグラフ等診断用機材	8.6
栄養研究所	アミノ酸分析、機器の専門家派遣 (国立栄養研究所)	44	—	3	アミノ酸分析機	
食品分析	食品添加物、残留農薬の規制指導のための専門家派遣 (国立衛生試験所)	47	—	1		0.4
カンボディア難民医療協力	カンボディア難民キャンプでの医療協力	55～59	7	638		1252.4
蛍光抗体法		55	—	2		3.0
保健医療実態調査		55	—	2		2.2
マラリア抑制計画		56	—	3		
らい蛍光抗体法指導		56	—	1		4.7
機材据付指導		55	—	2		(0.7)
ハンセン氏病対策		57～59	—	6		19.8
奇病対策		60	—	8		21.4

表11 保健医療協力事業（大学教授）

プロジェクト名	概要 (国内協力機関)	協力期間	調査団* (人)	専門家* (人)	機材供与 主要機材	総額経費* (百万円)
業務調整		48	—	1		(0.3)
神経病学		49	—	1		(0.3)
家族計画		55	—	1		0.4
皮膚科学		55	—	1		1.3
皮膚科		57～58	—	3		2.7
防疫学		57	—	1		1.1
保健管理学		57	—	1		1.1
微生物学		58	—	1		0.8
栄養学		58	—	1		0.8
公衆衛生学		58	—	1		0.8
図書館情報学		58	—	1		0.8
医動物学		59	—	1		1.1
医療講演		59	—	8		8.5
薬用植物等の調査		59	—	3		3.2
衛生昆虫学		59	—	1		1.1
寄生虫学		59	—	1		1.1
脳神経学		59	—	1		1.1
歯科口腔外科学		59	—	1		1.1
技術協力		59	—	1		1.1

数値は、昭和60年度分を含む。

専門家* : 人数は、各年度の新規継続を合せた数の累計

調査団* : 人数は、事前調査、視察等も含む数

総額経費* : 括弧内の額は、タイ以外の国も含む。

表 12 保健医療協力事業（特別機材）

プロジェクト名	概要 (国内協力機関)	協力期間	調査団* (人)	専門家* (人)	機材供与 主要機材	総額経費* (百万円)
王母殿下医療奉仕団		51			患者移送車	5.9
皇太子記念病院		55				10.8
チュラロンコン大学		56～58				14.2
中央胸部病院		58				25.4
ハンセン氏病研究所		58				3.5

表 13 人口家族計画協力事業

プロジェクト名	概要 (国内協力機関)	協力期間	調査団* (人)	専門家* (人)	機材供与 主要機材	総額経費* (百万円)
家族計画	家族計画分野における情報、教育、 広報活動および母子保健活動への教 育による家族計画の普及 (家族計画国際協力財団)	49.7～54.3	15	—	視聴覚機材	326.0
		延長： 54.4～59.3	14	12	広報活動車	587.9
		59.4～64.3	9	10	オートバイ	254.2
			カウンターパート：15			
家族計画実施調査	[タイ、フィリピン]	49	4	—		(1.1)
家族計画エバリュ エーション調査	[タイ、フィリピン]	52	3	—		(1.1)
家族計画巡回指導	[タイ、フィリピン]	53	3	—		(1.2)

表 14 対タイ協力をを行っている日本の NGO

	資金援助・人材交流・難民救援・開発協力・			
・アジア草の根協力の会				
・アジア・コミュニティ・トラスト	—			
・アジア農業共同組合振興機関				
・アジアの子供たちに日本の映画をとどける会				
・アジア保健研修財団		—		
・飯館村カンボジア難民を救う会			—	
・イエズス会社会司牧委員会				
・今井記念海外協力基金	—			
・オイスカ		—		—
・幼い難民を考える会			—	
・海外技術研修協会		—		
・風の学校				
・家族計画国際協力財団				
・川上甚蔵記念国際文化教育振興会				
・カンボジア難民救援会			—	
・国際看護交流協会		—		
・国際飢餓対策機構日本委員会				
・国際技術振興会				
・国際繊維被服皮革労組同盟アジア地域組織				
・国際難民奉仕会			—	
・国際農林業協力の会				
・自動車労連	—			
・世界宗教者平和会議日本委員会				
・全国社会福祉協議会				
・全国農業共同組合中央会				
・曹洞宗ボランティア会			—	
・タイの村に泉を掘る会				
・手織物をとおしてタイ農村の人々とつながる 500 人の会				
・トヨタ財団	—			
・「24 時間テレビ」チャリティー委員会	—			
・日タイ経済協力協会				
・日タイ親善交流グループ				
・日本国際交流センター				
・日本寄生虫予防会				
・日本キリスト教海外医療協力の会		—		
・日本キリスト教奉仕団		—		
・日本結核予防会				
・日本国際医療団				
・日本国際ボランティアセンター			—	
・日本生活協同組合連合会				
・日本赤十字			—	
・日本船舶振興会	—			
・日本 YMCA 同盟				
・P.H.D. 協会				
・緑の地球防衛基金				
・ラサ				
・ラテンアメリカ・アジア住居奉仕団				
・立正佼成会				

資料：NGO 活動推進センター
東和大学国際教育研究所

イブニングセッション

第 1 分科会

感染症対策

今 川 八 束 (東京都立荏原病院)

このセッションは要望課題として既に発表した演者が順に追加発言を行い、自由な話し合いとなった。急性感染症対策の事例として、東海大学医学部の澤村貞昭氏、小澤敦氏より、ケニアにおける下痢対策プロジェクトについて話題提供を受け、また、慢性感染症対策の事例として、高橋基久氏より、北イエメンにおける結核対策プロジェクトについて話題提供を受けた。今回は結核関係の発表が中心であったが、WH

Oで長年天然痘の撲滅に尽力され、基調講演をされた蟻田先生は、他の感染症分野での活躍も、こういう機会にもっと発表して欲しいと述べられた。日本の感染症対策の経験が途上国のどのレベルでどう役立つのか、今後さらに整理し、世界の感染症対策のノウハウの開発に寄与することが期待されていると思われる。参加者は約20名であった。

第 2 分科会

海外協力への道

—学生及び新たに志す人たちのために—

オーガナイザー：

林 正 男（金沢大学医学部衛生学教室）
川 上 剛（労働省産業医学総合研究所）

【目的】このセッションは、学生や若手の医療従事者等、今後、海外協力に参加していきたいと考える人たちのために、参加者の間のディスカッションを通して具体的な情報や指針を提供する目的で企画された。

【アプローチ】3人の海外協力経験者、結核研究所国際協力部の石川信克氏（バングラデシュの農村で7年間、結核をはじめとする様々な地域保健活動に従事）、岡山大学医学部寄生虫学教室の土居弘幸氏（JICAの北スマトラプロジェクトで2年間マラリア対策に従事）、厚生省の牛尾光宏氏（マニラのWHOに2年間勤務）にパネリストを依頼した。また、国立病院医療センター医療協力部の我妻堯氏から多くの助言を得た。セッションの進め方としては、パネリストの方々に4つの質問、(1)学生時代の私、(2)途上国との初めての出会い、(3)何を勉強し、何に悩み、どんな人々に支えられたか、(4)帰国して思う事、に順番に答えて頂き、その都度、参加者に発言や質問を求め、議論を掘り下げるようにした。

【結果】様々な議論があったが、課題別にまとめて紹介する。

1. Early exposure と適切なアドバイスの重要性

3人のパネリスト全員が学生時代には、サークル活動等を通して積極的に医療を巡る問題に関心を持っていた。はじめて、途上国と出会う事になったきっかけ（Early Exposure）も、こうした関心の延長線上にあり、また同時に冒

険心や好奇心によるところもあった。現在、石川氏のところへは多くの学生がアドバイスを求めて訪ねてくる。そうした学生たちに対して、氏はできるだけ現地へ行ってみるように紹介の労をとっているが、現地を訪れた学生は皆生き生きとして帰って来る。若い人たちに対して Early exposure の機会を提供する事が重要である。動機付けられた学生たちは、自分はこの事をして役に立ちたいという模索を始める（Learning by doing）。さらに、土居氏はその際、適切なアドバイザーがいるところに実習に行く事が大切であると強調した。石川氏の場合には当時ネパールで働いていた岩村昇氏、土居氏の場合にはバングラデシュの石川信克氏の存在に励まされた。

2. 動機付けを失わないために

—第3世界と接し続ける事—

—自分にあった専門を選ぶ事—

こうした Early exposure によって動機付けられた若い人たちが悩むのは、この思いをどのように実際の国際協力に結び付けて行くかであろう。その際にポイントとなるのは、2点である。第1点は、第3世界の人々と接し続けて Exposure を続け、思いや思考をさらに深めて行く事である。必ずしも国外へ行かずに国内にあっても Exposure の機会はある。日本に来ている途上国の人たちと話す機会を持ったり、あるいはこのような学会で思いを同じくする人たちと話し合ったり、諸先生の話聞く事も広い意味での Exposure となるだろう。第2点は、

自分にあった分野を選ぶ事である。基礎、臨床、地域保健、行政と、どの分野をとっても海外協力につながる（我妻氏）。動機付けられた思いを基にして、自分は何を通して役に立ちたいのか、自分自身の向き不向き、言い替えれば、自分自身を知る作業が大切である。ここまでの議論をまとめて図1に示した。

3. 専門性について

—speciality & generality を持つ事—

土居氏の経験からは卒業して進路を決定する際に、研究か地域保健かと悩んだが、やはり speciality を持たなければいけないというアドバイスを受けてマラリアを選んだ。これで良かったのかという疑問は今でも持っている。実際に現地へ行って見て、必要とされているのは日本の一流の医者であるという事が実感された。と同時に speciality だけでなく、広い generality を持つ事の重要性も感じた、との発言があった。石川氏からは結核を選んだのは、speciality としてではなく、自分が本当にやりたかった Community health の手始めとしてやろうと思ったとの発言があった。また、我妻氏の場合は、臨床家としての立場から、自分は産婦人科の臨床が大好きでありそこからは離れられない。しかし、同時に、人口家族計画を行いたいという思いが常にあった。また、イギリスへ留学した時にイギリスが途上国の医療問題に大変力を入れている事に深く印象付けられた。そして、産婦人科臨床を縦軸、人口家族計画を横軸として、努力して両者を勉強した。3人の話を我妻氏が示した縦軸と横軸の考え方にそってまとめたのが図2である。3氏とも、2つの思いを適切に絡めていったところに共通項が見出せそうである。

4. 臨床研修について（ローテーションは必要か）

臨床以外の分野で海外協力を進めていきたいという人にとって、どの程度臨床研修をしたらよいかという事は大きな関心事であろう。この点について土居氏は自分は臨床研修は1年半と

最初から割り切っていた、しかし、その時の臨床経験はマラリア専門家としてインドネシアへ行った際にも大変役に立ったと話された。また、臨床研修では各科をローテートした方がよいかという質問に対し、多くの研修医を育てている立場にある我妻氏からローテートした方がよいとの答えがあった。

5. 具体的に何をしたら良いか

学生からのこの質問に対して、石川氏から、国際保健はパイオニア的な分野であり、先輩による舵取りもある程度必要だが、若い人の力でこんなやり方もあるのかというおもしろい実例を作ってほしい。むしろ、自分はそうした若い人たちのエネルギーに突き上げられる事が多い。それから、人間のやる事には共通性が多いので、いろんな人に相談した経験を共有していく事が大切であるとの発言があった。また、土居氏からも何でもチャンスをつかみ、自分で扉を叩く意気込みが大切であるとの発言があった。また、我妻氏は、自分は定年するまでに、もっとたくさんの人たちが自分の人生の中で何年間かは医療協力をしていた時代があったと言えるように、気軽に医療協力を行えるような路線を引きたい、と話された。

6. 広い視野から自分が行っている仕事の位置付けを

土居氏より、帰国後の感想として自分が行っている仕事はその国の保健医療の中でどういう位置に有るかを知り、常に見直しをしていかないと自己満足で終わってしまう。われわれ医療関係者は医療行政という点についての認識が非常におろそかであるとの指摘があった。

7. 結婚と海外協力

国際協力に取り組むに当たって、家族や結婚の問題をどう平行させていくかは現実には多くの人達が悩んでいる問題ではないだろうか。この点について、土居氏からは石川夫妻という良いイメージのカップルがモデルにあったのが支えになり、自分たちもがんばれたとの答えがあった。牛尾氏からは子供ができるとやはり困難が

増すとの発言があった。石川氏の場合には、海外協力において家族に負担が掛かることは事実であり、自分と同じ志を持った人と結婚できた事がサポートになった。さらに、女性の参加者からは、子供も生みたいし、その中でさらに男性側の理解を得て海外協力を行っていくにはどうしたらいいであろうという発言があった。結婚と家族の問題は、最終的には個人で解決されなければならない問題であろうが、やはり様々な意見や経験を交換して共通項を把握し、制度的あるいは個人的なサポートを行えるシステムを作る事が大切であると思われ、本学会においても一つの重要な課題であると思われた。

【結論】今回のセッションを通して今後の国際保健の展開や人材育成の観点から、本学会においても研究や経験の交換を続けていくべき重要な個別のテーマが浮かび上がってきたように思われる。具体的には、若い人たちにもっと exposure の機会を提供する事。動機付けられ

た若い人たちに彼らの自主性を損なわないようにしながら適切なアドバイスを提供する事。海外協力を念頭においた卒業研修や研究の制度を整備する事。家族、結婚といった私的な問題についても共通項を把握して個人の負担を軽減できるように図る事。国際社会、政治経済といった幅広い視野から国際保健医療の問題を捕らえる事のできる観点を養う事などであろう。また、若い人たちもパイオニアとして困難を克服していく粘り強い努力と気概を失わない事が大切である。

最後に、国際保健医療は人の生命を扱う仕事であり、各自がそのベースとなるヒューマニズムを養いながら、常に自分自身が道を外れていないかチェックしていく必要がある事は論を待たないであろう。海外協力の真の目的は、社会開発であり、海外協力の要らない世界を作る事である。

(川上 剛抄)

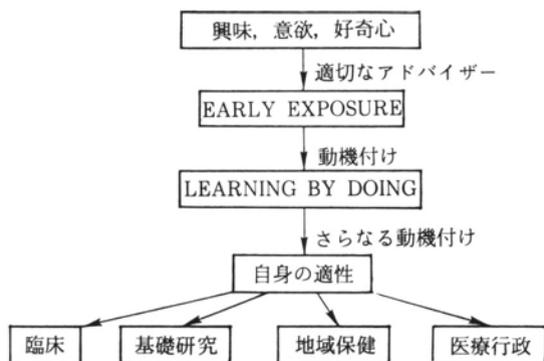


図1 学生時代の動機付け

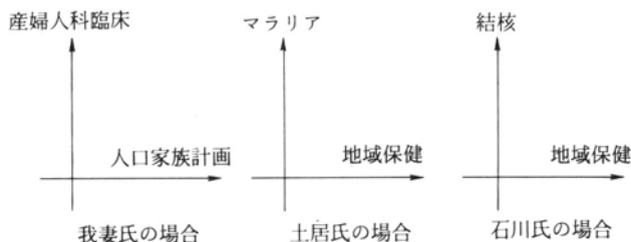


図2 海外協力の縦軸と横軸

第 3 分科会

看護と国際協力

— 日本側人材育成の問題と提言 —

オーガナイザー：

西村 千代子（厚生省看護研修研究センター）
志摩 チョ江（国際看護交流協会）

I. はじめに

本分科会は日本国際保健医療学会の第7回地方会として1989年1月28日に開催したシンポジウム「国際医療協力と看護」の継続プログラムとして企画されたものである。すなわち地方会では看護の国際協力の現状と問題点について協力体験者の声として“どんな資質の看護婦が望ましいのか、また求められているのか”，といった視点で考察した。次いで今回はソフトの協力が大切だということが叫ばれても人の育成についてはまだ手がつけられていないに等しい現実を考え、システムとして人材育成を行う手だてについて探ることをねらいとした。

会の進行プログラムは下記のとおりである。

☆1989年6月17日（土）17：20～19：20

☆結核予防会結核研究所 4階第2会議室

☆オーガナイザー：

西村千代子（厚生省看護研修研究センター教務科長）

志摩チョ江（財団法人国際看護交流協会理事）

☆話題提供者（下記の点で各15分意見発表）

1. 「現行の人材育成システムとその内容についての問題点」（沓沢恭子：国立身障者リハビリテーションセンター看護婦長）
2. 「派遣前教育を受けて海外協力をした体験から人材について考ええる」（徳永すま子：聖マリア病院看護婦）
3. 「看護専門家の派遣前教育おいて選考委員の体験からの提言」（三浦規：聖マリアナ医科大学病院看護部長）

☆質疑応答 1時間

☆参加人員 26名

本会の報告は翌日のシンポジウム「国際保健医療協力と日本の役割」にて発表されているのでそのまとめのフローチャートも含めて記録する。

II. 話題提供者の意見から

1. 現行の人材育成システムとその内容についての問題点（沓沢）

看護の国際協力には、外国研修生の受け入れと相手国に出かける場合とがある。派遣における人材育成システムとしては、ODAでは青年海外協力隊のための80日間、長期専門家のための5週間の研修がある。いずれもすでに選抜された人を対象にした派遣前研修で将来協力活動を希望する人たちのものではない。これらのプログラムは特に保健医療職種に限ったものではなく、内容も赴任国（地）のオリエンテーションの域を出ていないし結局は個人もしくは個々の協力施設に委ねられている現状である。

前回の地方会で、国際協力をする場合の看護婦に望まれる資質が浮きぼりにされている。

人間性、専門性、対人疎通性、自己完結性といった面の豊かさが要求されている。ME機器とディスプレイ製品で育った臨床経験だけでは臨機応変な看護行動を起こせなくなるので技術的にも基本の習熟と創意工夫の認識と訓練が必要となろう。

今や世界の国々はお互いの連帯と協力なくしては生きてゆけない。わが国の技術協力は

ODAの約10%を占めているに過ぎないが今後はより確率が高くなることか考えられるし、保健医療分野の国際協力はまさに人の協力がなくては存在しないともいえる。こうしたことを考えると看護婦の中で国際協力にふさわしい人を育てるためには看護学生の時からその理念の触発をしてゆく必要があると思う。こうして育成した人の確保を組織的にリクルートするとともに派遣時の身分保障、帰国後の処遇といったトータルな人材育成計画に取り組むことが急務である。

2. 派遣前教育を受けて海外協力をした体験から人材について考える (徳永)

自身の国際協力体験はエジプトのカイロ大学、パキスタンの小児病院のプロジェクトに看護の専門家として加わったこと、また日本で途上国の研修員の受け入れを行っているという程度である。

当初は国際医療協力とは日本の先進技術そのまま途上国に移転すること位の認識から出発した。しかし赴任してみると相手国の中に先進性と後進性が同居していることに気づかされ自分に何ができるのか、また相手は何を望んでいるのか、どうすることが相手のためになるのか、といった整理をする必要があることに気付いた。すなわち本当に問題となることは見えないでバックにひそんでいる。それを見抜く力がなくては協力できないことを知らされた。更に加えて協力を効果的にするためには協力内容についての共通認識がないと長続きしないということがあつた。しかしそれには時間とエネルギーが必要となる。こうした実体験をもとに国際協力に携わる人材として以下の要素が備わっていることが望ましいと思う。

- 1) 語学力 (コミュニケーションの手段)
- 2) 相手を受容する能力
- 3) 柔軟性、適応力があること
- 4) 専門知識のみでなく一般的な能力も備えていること
- 5) 自分の健康管理ができること

こうした人材を育成するための手段として専門家として活動した体験者の情報を整理しマニュアル作成など情報の共有化、蓄積化をはかる必要がある。そうした場作りやシステム化を看護婦自らの手で行ってゆく時期に来ているのではないか。

3. 看護専門家の派遣前教育および選考委員体験からの提言 (三浦)

バングラデシュでの救護体験、難民を助ける会や民間のボランティアグループのメンバーとしての活動、さらには青年海外協力隊員の選考委員としての経験などを通じて看護婦を国際協力のメンバーとして海外に送り出す側の立場で意見を述べたい。第1番目に個人に対する働きかけ、動機づけとしてどうするか、第2は組織に対しての働きかけ、第3には選考委員の立場としてのアドバイスについて話す。

1) 個人に対して

- ① 常にボランティアの意識をもつように働きかけをする。
- ② ただ外国に行きたいという程度の考えでなく、自分が人びとのために何ができるかを考えさせる。
- ③ その場所で期待されている働きは何かを知っているのか。
- ④ 社会人としての常識のある態度、行動がとれるか、また咄嗟の場合どのように判断するか。
- ⑤ 何にでも興味をもち、おじけずに人に近づき話せるか。語学のセンスが良いか。
- ⑥ 自分の心身の健康コントロールができるか、等。

2) 組織に対する働きかけとして

- ① 喜んで海外医療協力に人材を派遣する雰囲気作りをする。
- ② 出張の形で派遣し、帰国後の復職を約束する。復職後はその時の本人の状態を見て適正配置を行う。
- ③ 派遣前に必要な研修の場を与えて積極的に援助する。

- ④ 本人の適正を考え派遣国選択の相談にのる。
- ⑤ 留守家族の相談に応じる。

3) 青年海外協力隊員の選考委員の体験から

- ① 要請国はかなり明確なニーズを打ち出してきている。たとえばICU5年以上の経験、小児看護、手術室の経験が3年以上あること、学歴が4年制の看護大学卒であることといったように。よって相手のニーズにマッチした人を選ぶこと。
- ② 単なる専門性だけでなくゼネラルに対応できる人物を選ぶ。

Ⅲ. 質疑応答から

まず、『海外へ技術協力に出かける動機は何か、なぜ苦勞を承知ででかけるのか?』といった点から導入した。この質問には①所属する施設が国際協力を積極的であった。②苦しくても異文化の中で仕事をした体験は得るものが大きい。③基本的に人間が好きだから、また日本人以外に友達を多く作るチャンスである、といった解答。次に『人材育成に当たり看護学生の時から触発するようにとの意見だが現実にはカリキュラムにはないが?』の質問。①抽象的に国際協力が必要だ、と言うだけでなく教師がもっと開発途上国の医療・看護の現状を具体的に説明する必要がある。②現状を知らせると同時に国際協力活動を行うために必要な資質をはぐくむような教授法を駆使してゆくことが必要。③施設では進んで海外の研修生を受け入れて国内で意識改革をはかってゆくこと。更には『海外

における大災害に対し緊急援助チームを派遣する場合、いつでも出発に応じられる看護婦は現実問題、日本中で4名しかいない、という。日本の看護婦としてこれでは恥ずかしい。意志はあっても国内的に人不足とか施設側の無理解(システムが整っていないことも含めて)で出られない場合が圧倒的に多いという統計がある。もっと看護婦自身でこの問題に取り組むよう運動を展開するべきではないか』という意見も出た。

最後には、今後の課題として海外医療看護協力を体験した人たちがネットワーク化し、情報の交換、マニュアル作成などによる情報の蓄積をしてゆくこと。人が足りないのは世界的な現象でありひとり日本だけがそれを理由に派遣を拒むことは許されなくなっていることをもっとPRしてゆく必要があるのではないか。そのためにこの日本国際保健医療学会などが中心となって役割を果たしていくべきだ、と話題が発展した。

Ⅳ. まとめ

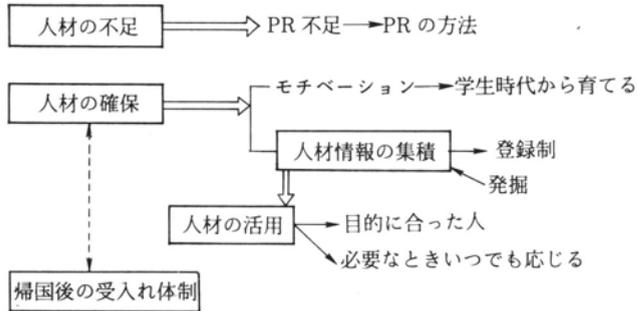
看護の国際協力はまだ足が地についていない。数少ない経験を分析しながら国際的な保健医療活動に対処してゆけるよう看護婦自身が英知を出し合い努力していくしかない。

おわりに当分科会で出された意見を二枚のフローチャートに示しまとめとした。

文責 志摩 三江

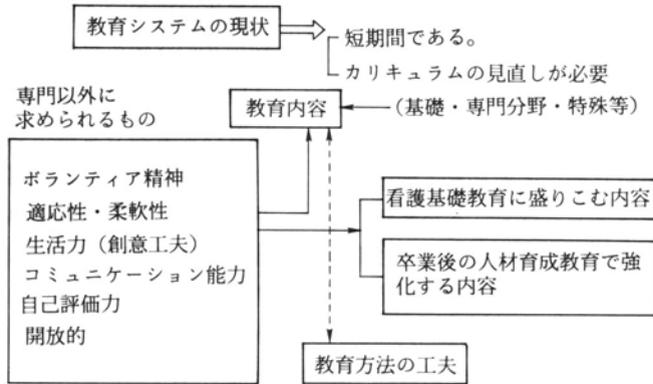
看護と国際協力

日本側人材育成の問題と提言



看護と国際協力

人材育成



第 4 分科会

外国人研修生の受け入れの諸問題

オーガナイザー：

古田直樹（国立病院医療センター）

近年、わが国の途上国に対する国際医療協力の役割が質量共に重きを増しつつある中で医療研修生の受け入れも一段と多くなってきている。その一方でそれらの受け入れに関しては研修受け入れ施設の準備体制や受け入れプログラムの実行、それに研修成果等からみると種々検討すべき問題が少なくないことが日頃から指摘されてきているが、今回は時間の都合でこれらの問題点を実際に研修生を受け入れている施設の側から整理し、現時点での受け入れ状況並びに今後の課題について座長を除いて以下に示す7人のパネリストと1名のコメンテーターに御出席頂き、討論をお願いした。

1. 信友浩一企画室長
国立循環器病センター（国立病院施設）
2. 太田喜義研修部長
国立小児病院（同）
3. 加藤茂孝主任研究員
国立予防衛生研究所村山分室（国立研究施設）
4. 豊島関子研修部長
国際看護交流協会（NGO）
5. 川原敬美 AHI 所長
愛知国際病院・アジア保健研修所（NGO）
6. 井出義雄国際部長
マリア国際病院（NGO）
7. 奥村二郎医事課課長補佐
厚生省健康政策局（外国人の臨床修練制度の説明）
8. 園田恭一教授
東京大学医学部保健社会学講座（コメンテーター）

討論の進め方として各演者に過去における受け入れ状況と研修に関わる問題点をそれぞれ説明して頂き、今後の課題についての意見も述べて頂いた。その要約は以下の別紙の通りである。

全体の討論の中から主な意見・提案を取り上げて見ると、

1. 研修受け入れについて施設もしくは組織としての体制整備がないと指導担当者個人の負担が極めて大きく受け入れの増加は期待できない－体制整備が早急に必要
 2. 研修生と受け入れ側との相互連絡体制と共に研修生の受け入れプログラムの作成に必要な準備期間がもっと必要－現行の JICA の研修生募集システムの改善を要望
 3. 研修目的を事前にできるだけ明確にすると共に受け入れプログラムに柔軟性を持たす－異なる環境を踏まえて、研修目的・意義を両者が同じく理解する必要性
 4. 英語・日本語の語学の壁の問題が大きい－受け入れ側の英語によるカンファランスの実施、英語力の向上努力の必要性
 5. 語学等に基づく研修受け入れに関わる人材・必要経費の不足－顧問医等の人材発掘の努力・財源の確保
 6. 宿泊施設の不足－個々の施設による宿泊施設の確保努力（ビジネスホテルは不適切）
 7. 研修評価は困難であるが極めて重要なことである－研修レポートの提出と研修成果に関する意見聴取の必要性
- などが主なものであったがこの他にも相互コミュニケーションが不十分なことによる問題点とか、研修の期待するものが両者の間で異なることに

よる不満とかが指摘された。

またコメンテーターからはこれらのことをまとめて、

1. 受け入れについてのそれぞれの施設におけるシステム化が早急にぜひとも必要である
2. 英語と言う語学の障壁をどうしても乗り越える必要がある
3. 米国のように研修担当専門の教育者（医師としてでなく教育心理等の教育専門家）をもつけるといった制度の導入を今後検討してゆくことの必要がある

といった指摘がなされた。

以上の討論内容を座長の結論としてまとめると、

1. 現時点におけるわが国の外国人医療研修生受け入れの準備体制は不十分であり、前述のような問題点が多く存在しており、その解決に向かってそれぞれの立場で努力して行かねばならない。
2. 国際協力における外国人医療研修受け入れの意味についてより広く国民に知ってもらいその上で理解を深めてもらいつつ、一部の関係者だけではなく行政や社会からのこの問題の中身についての協力がより広く得られるように努力しなければならない。
3. 研修受け入れに必要な優れた人材を学才的知識・語学力のマスターを含め長期的に育成して行かねばならない。
4. 今日の国際社会において戦後驚異的な経済発展を遂げたわが国がアジアをはじめとする途上国からの医療研修生を暖かく迎え入れ研修指導を引き受けることは至極当然の役割と思われているが、このことはわれわれ自身が日本国民としてその使命の必要性と重要性をはっきりと自覚すべきことである。

以上

【資料】 各施設における外国人医療研修生の受け入れ状況

1. 【国立循環器センター】

(1) 受け入れ人数：	S.52-S.62	221人
(2) 研修期間：	0～1週間	42人
	1週間～1カ月	35人
	1カ月～3カ月	74人
	3カ月～5カ月	32人
	5カ月～	37人
(3) 地域別：	アジア 中国	64人
	韓国	39人
	バングラデシュ	31人
	その他	30人
	中南米	32人
	中近東・アフリカ	13人
	その他	12人
(4) 職種別：	医師 心臓内科	58人
	心臓外科	40人
	その他	70人
	研究	2人
	看護婦	22人
	薬剤師・技師	10人
	研究者・学生・その他	9人
(5) 各種研修コース：	JICA 集団研修コース, 3カ月	医師 (7人)
		57年より
	JICA 個別研修, 適宜	医療従事者 (適宜)
		52年より
	WHO 研修, 適宜	医療従事者 (適宜)
		59年より
	その他の公的研修 適宜	医療従事者 (適宜)
		59年より
	任意研修 (見学, 客員) 適宜	すべて (適宜)
		53年より

(信友 企画室長のデータより)

2. 【国立小児病院】

JICA の集団研修コース受け入れ状況：

S.61年	6 月	5 名	韓国, 香港, フィリピン, インドネシア, 中国
S.62年	同上	5 名	ブラジル, チリ, パキスタン, パラガイ, スリランカ
S.63年	同上	5 名	タイ, ブラジル, サウジアラビア, エジプト, シンガポール
H.1 年	同上	4 名	エジプト, エジプト, ガイアナ, マレーシア

内訳： 内科系 3 名 (但し H.1 年は 2 名),
外科系 2 名

研修実施法：院内研修はまずオリエンテーション, 各科紹介を兼ねた講義に約 1 カ月を費やし, 内科系の場合は 1-3 週間各科をローテイトし, 外科系 (2 科) は 2-3 カ月で交代する他, 麻酔科, 放射線科, 心臓外科等の見学を行った。その他, 他施設の見学を本人の希望に応じて, 当院から依頼し, また学会等にも積極的に出席するように取り計らった。

研修医側からの問題提起：

- 1) language problem
- 2) 1) に関連する discussion が困難性
- 3) 個人別カリキュラムの希望
- 4) 入門講義は不要
- 5) リサーチの希望
- 6) 内科系と外科系の講義の分離
- 7) クリニカル・カンファランスを英語でやってほしい
- 8) 新しい機器に関する説明が不十分
- 9) 単に見学のみでは不満が残る
- 10) JICA の受け入れ決定から来日までの期間が短すぎる
- 11) medical license を与えてほしい
- 12) 他施設の紹介は大いに結構

13) 滞在期間が長すぎる

14) 来日前の information が G/I の他にもっとほしい

受け入れ側からの評価と問題提起：

- 1) 英語以外はダメ, (中南米の研修生は英語力が不足)
- 2) 日本語研修の成果は医学用語には無力
- 3) 研修希望内容に個人差がありすぎて調整が困難な面あり
- 4) 生活習慣の差や時間の観念の差が際立つ時もある
- 5) 各研修医の臨床経験, 実力等の正確な把握, 評価が困難, 従って対応が難しい
- 6) 出身国の違いにより研修医同士の相互理解, 付き合いに問題がある可能性がある
- 7) システム上, 病院と研修生との事前交渉がなく相互理解の不十分さが時に問題 (Dr. 太田のレジメより)

3. 【国立予防衛生研究所村山分室】

- 1) 受け入れ実績：'71-'88の18年間に259人の研修生を受け入れた (年平均 14.4人)
(尚, 最近 5 年間の受け入れ実績は 14, 17, 14, 28, 40, 15人)
- 2) 研修生内訳：JICA より 151人 (58.3%)
WHO より 52人 (20.1%)
その他より 56人 (21.6%)
国別では アジアより (17カ国, 172人-77.2%)
(中国-32, タイ-28, インドネシア-24, 韓国-18, フィリピン-11, ビルマ-10, 台湾-7 ほか)
中南米より (5 カ国, 15人-8.2%)
(ブラジル-6, コロンビア-5, ガテマラ-2 ほか)
アフリカより (4 カ国, 10人-5.4%)

	(ガーナ-6, ナイジェリア-2 ほか)	衛生昆虫	16人	8.9%	
	北米・ヨーロッパ・オセアニア (8カ国, 17人-9.2%)	実験動物	16人	8.9%	
	(米国-2, ソ連-6, オーストラリア-4 ほか)	生物製剤	23人	12.8%	
		アイソトープ	1人	0.6%	
3) 研修期間:	～1週間	55人	29.1%		5) 受け入れに関わる問題点:
	1週間～1カ月	43人	22.8%		イ. 研修専門の人員, 施設等で組織としての対応がなく, 研究者個人の負担が大きい
	1カ月～3カ月	30人	15.9%		ロ. 受け入れ研修生の適材適所への配置が実情が分からず困難である
	3カ月～6カ月	35人	18.5%		ハ. 具体的な研究実績をあげさせ, 論文作成や抗原, 抗体等を作成させてあげたい
	6カ月～1年	21人	11.8%		ニ. 一回の研修に終わることなく長期的, 有機的に研究において連携を持つべき
	1年～	2人	1.6%		(加藤氏のレジメより)
4) 研修項目:	細菌	51人	28.5%		
	ウイルス	58人	32.4%		
	寄生虫	14人	7.8%		

4. 【国際看護交流協会】

1) 研修事業とその実績状況:

コース名	委託元	開始年度	研修期間	修了定数	備考
アセアン6カ国 専門看護研修	厚生省	1973年	1年	214名	現在生徒 20名
メキシコ 専門看護コース	JICA	1975年	10カ月	84名	'82年 終了
看護管理コース	JICA	1980年	6カ月	39名	隔年毎
台湾看護婦研修	交流協会 (助)	1983年	2カ月 5カ月	26名 24名	行政管理 専門看護
専門看護コース	JICA	1986年	10カ月	16名	現在生徒 8名

(これらの研修はおよそ30の病院, 15の保健施設-過去5年間-で行ってきている)

2) 研修受け入れの問題点：

	看護交流協会	研修生	研修施設
イ. 予算	人件費等管理手当がない (少ない)		
ロ. 選考	選行基準と実際の差 (外 交上の選択)	1カ国1人の割当	
ハ. 実務研修	国立の者に偏りがち 人材不足 プログラム作成上のニード 把握の困難性	継続性が少ない 助言・指導力の不足 自国との疾患・医療シス テムの相違 言葉の問題	人材不足 国による研修生の格差 指導内容の把握の困難性
ニ. 評価	判定が難しい	(資料活用の限界) 異文化、コミュニケーション・ギャップ	判定が難しい 食生活等の世話がかかる
ホ. 日常生活			

受け入れ看護研修は技術協力の面ではプログラムの長期継続により研修生側の途上国と受け入れ側とのコミュニケーション、受け入れ側の研修に対する効果的なアプローチ等が確立してきたが、一方受け入れ研修が増大する中で国際協力の分野で活躍できる人材の不足は一向に解決されていない。

(豊島研修部長のレジメより)

5. 【愛知国際病院－アジア保健研修所 (AHI)】

AHIは1980年に財団として発足した、アジアの保健・開発ワーカーのための研修所である。

1) 研修受け入れ状況：8年間に719名（アジア14カ国から）

2) 研修目的：主な研修目的はアジア各地の農山漁村やスラムに住む人々の健康を守るために働く中堅保健ワーカーを育てることであり、従って地域保健を中心とする。その他臨床医学コースとして医師も招くが、その目的は僻地医療を支える医師のレベルの向上であり、日本の先端的な医療を教えるためのものではない。

3) 研修内容：

研修期間 地域保健コース 2カ月内外
臨床医学コース 約6カ月

研修施設 AHI会館（20名定員）ほか愛知国際病院、県下の医科大学や医療機関、保健所など

研修生の選択 すでにそれぞれの国または地域で数年間保健開発活動の経験があり、この研修によりより広い視野と見識が与えられ、よりよい働きが期待できる人を選ぶ方針

研修指導法 AHIから依頼されたアジア人の地域保健指導者の助言のもとに研修担当者の指示に従い参加し自ら経験する

(ここでの研修指導方法は同時に南インド、フィリピン、インドネシア、ネパール、韓国などで現地との団体と協力して研修する形をとっている。)

AHI の組織 日本各地にある5,500人の賛助会
および活動 員の会費と約2,000人の個人、団
体からの寄付金によって支えられ
ている NGO 組織であり、年間予
算は約1億円である。

研修評価 研修の最後に行われる評価会、現
地の責任者からのレポート、研修
2-3年後に AHI からだすアン
ケートなどにより行われているが
まだ十分とは言えない。

(川原 AHI 所長のレジメより)

6. 【聖マリア国際病院】

- 1) 病院の概要：1,420床の総合病院で、救急
医療より心臓血管外科までの高度な医療を行
いつつ、リハビリテーション、さらには訪問
看護まで含めた包括的な医療を展開している。
- 2) 研修受け入れ状況：

さらに一方、職域健診、住民健診、特殊健診や
作業環境測定などの公衆衛生活動などを行って
いる。

	S.	56	57	58	59	60	61	61	63	計
JICA より	医師		3		2	1	1	4		12
	看護婦		2	1	3	2	2	1	4	15
	その他			1				2	2	5
WHO より	医師						1			1
県より	医師							1		1
韓国大学より	医師		1	1	1	2	1			6
	看護婦						1			1
	その他					1				1
韓国病院より	医師			2	3	2	2	3		12
	看護婦					2	4	6		12
	その他							1		1
シンガポールの病院より										
	看護婦	3								3
その他	医師	1					1		1	3
	看護婦		1	1	2	1				5
	その他				1					1
		4	7	6	12	11	14	18	7	79

これらを国別に見ると韓国-41、エジプト-
12、パキスタン-9 について中国、アメリカ、
シンガポールがそれぞれ3名ずつとなっている。

このほかにも見学受け入れは先進国を含め14
8名いる。

- 3) 研修受け入れ体制：S.46年より病院運営の
一つに国際医療協力をかかげ、活動を開始し、
S.56年より開発途上国の研修生を受け入れ、

S.60年には宿泊施設を有した研修センターを
建設した。

- 4) 研修内容：個々のプロジェクトによって異
なるが、研修目的の実施のみならず広く日本
の医療制度の理解、さらには本院ならびに関
連の施設で業務研修を行い、より一層の効果を
期待している。
- 5) 研修評価：終了時に反省会を実施し、評価

を行う。評価は研修生によるレポート提出、
ならびに研修指導担当者による研修指導日誌
の記載により、総合的に行っている。

(井出国際協力部長のレジメより)

外国人研修生の為の「外国人医師・歯科医師臨 床修練制度」の利用状況について

戦後に数多くの日本人医師が欧米において実
際に医療を学ぶことが出来る機会が与えられ、
それにより多くの医療の知識・技術を習得でき
たことを我々は決して忘れていたのではありませ
ん。科学技術の進歩と共に驚異的な経済発展
を遂げた今日、そのことの上で考えると
わが国が今度は逆にわが国の優れた医療技術や
結核をはじめとする感染症を克服した経験など
を国際社会の一員としてアジアの開発途上諸国
を含む世界中から学びにくる外国人医師・歯科
医師に対してより効果的に習得させてあげねば
ならない立場にあります。しかるに外国人医療
技術研修生の受け入れに際しては、言葉と免許
という大きな壁があります。医療技術を習得す
るには実地訓練が最善の方法であることは明白
であります。言葉の問題は個人の熱意と努力で
カバー出来るものとしても、しかし許可(日
本の医師・歯科医師免許)なしに医療の実地修
練を行うことはわが国においても厳しく禁じら
れております。この免許の不通性は世界中の共
通ルールであり、日本の責めに帰するものでは
ありません。

かような背景に基づき、日本の医師・歯科医
師の免許がなくても一定の条件の下で外国人医
師・歯科医師がわが国で実地修練を受けられる
ための特例を定めた法律として昭和62年11月よ
りこの制度が施行されました。当制度は書類審
査のみで実地修練のできる臨床修練が可能とな
る画期的なものといえます。その条件というも
のを簡単に申せば、臨床修練指定病院で臨床修
練指導医の資格を持った医師もしくは歯科医師
の直接指導のもとでのみ臨床修練医(書類審査
に合格した者)として実地修練が受けられると
いうことです。その詳細は手引書(マニュアル)
等を参考として下さい。審査は概ね3カ月ごと
に行われます。現在まで総計47名に対して臨床
修練許可証が交付され、その内訳は医師40名、
歯科医師7名であり、国別では中国19名、イン
ドネシア5名、フィリピン、ネパール、トルコ、
バングラデシュ、タイ、ブラジル、エジプト各
2名ずつ、スリランカ、マレーシア、各1名ず
つでアジアの医師が圧倒的多数を占めておりま
す。

今後の実施の進め方としては各受け入れ病院
の自主性を尊重しつつ、途上国の実状を考
えていたずらに高度すぎる技術の習得にならぬよ
うすすめてゆくべきと考えております。

(厚生省健康政策局医事課 奥村補佐のレジメ
より)

注：以上の資料はそれぞれのレジメに基づき座
長の責任でさらに要約させて頂きました

第 5 分科会

ヘルスリサーチ

オーガナイザー：

丸 井 英 二 (東京大学医学部)

ヘルスリサーチという聞き慣れないテーマにもかかわらず、分科会に20名ほどの参加者があった。まず、オーガナイザーの考えるヘルスリサーチについて説明し、その後、討議に移った。参加者の熱心な話し合いがレセプション直前まで続いた。今後の本学会の学術的活動について、興味深い一つの方向への展開であった。

1. ヘルスリサーチとは？その必要性

A) ヘルスリサーチとは何か？

ここでいうヘルスリサーチとは、必ずしも生物医学的研究だけを指すのではなく、疫学的研究、保健医療サービス研究、行動科学的研究(経済、政治学的研究も含む)にまで及ぶ広い領域を覆う。これは、わが国で慣用的に使われてきた「研究」という言葉のイメージから少し離れた使われ方である。また、Healthという言葉は、日本語で使われる「保健医療」からくる語感よりもはるかに広義に使われている。今後、ヘルスリサーチを日本語にしていく際に、多少ともこなれた言い方を考えたい。

わが国でも、途上国を含めた海外に於ける健康、医療事情に関する研究と報告は少なくない。しかし、その一方で保健医療協力自体をどのように進めるか、数多く行われている協力活動や研究をいかに統合し、その上で有効に機能させるかについての研究も必要である。現在、保健医療協力活動の実施法、評価あるいは評価方法の開発も含まれるこうした研究が不足している。

B) なぜ、ヘルスリサーチを取り上げるか？

現在、国際保健医療協力において「研究協力」の分野は著しく立ち遅れている。どうしても施設の供与が中心となり、その効果的運用にまで

至らないことが多い。

しかし、協力を進めるためには、何をすればよいのか、なぜ効果的に運用できないのかを、事前、事後を通じて研究する体制と能力とが先進国、途上国双方になければならない。こうした研究も、ヘルスリサーチがおおむ幅広い分野にわたって実施されてはじめて有効に機能する。また、運営そのものに関する研究と行動も必要である。にもかかわらず、そうした視点は必ずしも重視されてきてはいない。

たとえば日本においても、今のところ、国際保健医療およびその協力のあり方自体を対象とした研究はほとんどない。本学会の研究報告にあっても、大部分が、海外に於ける保健医療事情の調査研究である。世界的規模で、何が問題であり、何を、かいにして実施するかの研究が必要になる。これらがヘルスリサーチの一分野である。このような研究によって得られる基本的哲学をわが国の国際協力が持っていくことは、社会的、経済的にも大きい意義がある。

C) ヘルスリサーチの問題はどこにあるか？

(a) 途上国の頭脳流出問題

途上国での伝統的な大問題は、人材への投資の結果、優秀な人材が海外とくに研究先進国へ流出して行くことである。とくに、海外への留学生が自国へ帰国しない傾向は、経済的理由と共に自国に十分に能力を活かす研究の場がないことも重要な点である。

(b) 途上国における研究能力づくり

前項の問題の解決のための一つの長期的戦略として、途上国自身の研究能力を高めることが必須であると考えられ始めている。一時的援助

でなければ長期にわたる依存関係を引き起こすことになるという懸念から、以前には先進国側が研究協力を避けていた。しかし、途上国側の研究能力向上なくしては、健康水準上昇への長期的な積極的姿勢を作り出すことができないという判断へと変化してきている。そこで、むしろ研究協力こそが重要であるという認識が先進国の側に高まり、そのための具体的方策を提示する必要に迫られているのが現状である。

(c) モノの援助から人、研究の援助へ

わが国の国際保健医療協力は、とかくモノ中心であるという批判を受けることが多かった。もちろん現在では、無償協力による病院、研究所の建設、機材の供与に加えて、技術協力プロジェクトによる専門家派遣や研修生受け入れによって人材の交流をはかっている。しかし、相手国自身の研究活動について、日本からの援助はきわめて限定されている。その理由としては、他の協力分野と異なり、研究に関しては評価が困難であり、日本の予算システムになじまないという点が挙げられている。

D) ヘルスリサーチに何が起きているか？

(a) コミッションについての紹介

1987年に、カナダの J. Evans を委員長として、「開発のためのヘルスリサーチ委員会」が事務局をハーバード大学におき、設立された。途上国を中心とする13人の委員からなるこの委員会の目的は、以上に述べてきたような各種の問題をいかに解決するかを討議し、1989年末までに勧告書を刊行することを目標とする。そのために、まず世界の健康問題の大きさの順を同定する必要がある。それにしたがってとるべき研究行動が決定され、長期的方策が立てられる。

この委員会のメンバーが本学会のサテライト・シンポジウムで彼らの考えるヘルスリサーチについて話をする。

(b) ヘルスリサーチの2側面

この委員会では、Essential National Health Research (ENHR) と Global Frontier Research (GFR) という区分をしている。

GFR は世界的に共通に解決しなければならない健康上の研究であり、たとえばワクチンの開発や新しい医療上の技術開発などはこれにあたる。したがって、このレベルの研究はひとたび開発されれば、国際的に移転可能な内容である。

また、ENHR は国のレベルでの必須研究である。疫学的研究や、保健医療サービス研究、行動科学研究（経済、政治学的研究も含む）などは地域や国に特異的な研究で、移転しにくいものが多い。こうした研究を進めるためには、途上国での研究能力を高め、頭脳流出を防ぐことが必要となる。先進国はまたいかにして途上国の自立した研究のあり方に協力できるかが一つの課題となる。

E) 日本の役割、研究者の役割はあるか、それは何か？

途上国での感染症、寄生虫症の問題の大きさに比べて、先進国では感染症がほとんど過去の健康問題として片づけられることが多い。しかし、先進国には感染症、寄生虫症に関する過去から現在に至る長い研究の蓄積がある。

それにもかかわらず、現在の自国の健康問題に直接に役立たないという理由で、研究機関が閉鎖されるという問題がイギリスなどで生じている。これは先進国自身の将来の問題であるばかりでなく、途上国が直面する健康問題を途上国自身で解決していくことを企図する研究協力のための基盤を、先進国が失うことになる点で大きな障害となる。

たとえば、このような意味で、わが国の結核研究所が途上国に対して示すことのできる、研究の先達としての役割は世界的に見てもきわめて大きい。

2. 討議のための問題点

わが国の政府開発援助（ODA）においては、各プロジェクトに組み込まれてはいるが、明確な枠組みとしての「研究協力」がないために、問題が生じる。特に、無償資金協力や技術協力の後、わが国からの研究面の協力が続かない点

が大きい課題である。

また、別の側面の問題ではあるが、国際保健医療学会においても学術団体としての学会誌を発行しているので、一つの領域としての研究分野を設定する必要がある。

これらの問題を中心に討議が進んだ。

3. 途上国におけるヘルスリサーチ，日本におけるヘルスリサーチ

ヘルスリサーチを大分すれば、途上国におけるヘルスリサーチ，日本におけるヘルスリサーチ，そして両者の間でのヘルスリサーチとに分けられる。まず、途上国における研究能力を高めること、つぎに日本自身のために、また途上国のために日本国内で出来ること、あるいはすることが適当な研究、そして両者が共同して交流しつつ行う研究ということになる。

4. 話し合い

A) 具体例

実験室で行う伝統的なタイプの研究があり、免疫学や寄生虫学がこのような例として挙げられた。こうした研究もその背景となる人間の生活にまで視野を広げていくと、オペレーションズ・リサーチの展開が必要となる。これには保健サービス研究や、行動科学、人類学などがある。一人の研究者が自分の研究を展開していく時、こうした問題に突き当たることがある。

また、日本での実験室レベルでの技術開発が途上国のフィールドで活用できるように開発される例が紹介された。たとえば、レプラ（らい

病）の新しい血清診断法が途上国のニーズにそってわが国で開発されている。そして、それをフィールドで利用し、病気のコントロールに役立てることができる。わが国における高い技術は、うまく方向を与えれば途上国の健康問題の解決に非常に有効である。国内での研究がそのまま役に立つ例である。

こうしたなかで、日本のODAが研究への枠を拡大することが出来れば、国内の研究を刺激することにもなる。少ないといわれる国内の人材も発掘できる。

B) 日本国際保健医療学会

本学会におけるヘルスリサーチの役割についても話題となった。本学会はきわめて多様性に富んだ学会である。しかし、単に話し合うためのサロンになってしまうのでなく、この学会でなければ出来ないような研究を作り出していくことが求められる。これによって、将来の日本の国際保健医療を担っていく若い世代に刺激を与え、ひとつの専門分野として自身を持ち得ることになる。

C) 研究グループ，学会誌

前項で述べたような目的のために、学会として学会誌の充実をはかり、サマー・ワークショップなどの開催を企画したい。また、定期的に小委員会を開催することにより、学会の活動の基盤を拡大すると共に、多様性の中にも共通した研究領域を作り上げていくことをめざすことなどが提案された。

WHO, GO, NGO

林 達 雄 (JVC/SHARE)

1. NGO の活動

林 政府ベースでやっても本当に必要な所に援助が行き渡らないのではないかとこの反省のもとに NGO というものを考えていくとよい。日本の NGO は、分野では農業、教育、保健医療、栄養、環境、難民等、活動の形態別では人材派遣型や受け入れ型、資金提供型、交流型などである。

浅倉 政府間ではポリティカルな面で仕事が進んでいく。しかし、NGO は人間と人間が手を組んでどうしていくかを皆が論じたほうがよい。日本の NGO はまだレベルが低い。

麦谷 (NGO の) 皆さんは国際協力に夢があると思う。しかし、(アジアで活動する NGO は多いのに、アフリカにはほとんど行っていない等) ある意味では NGO の人は勝手だ。

徳永 NGO が育たない理由は、欧米には保障があるが、日本では特攻隊気分でいかなければならない事である。国民の理解もネックになっている。

林 経験した人が仕組みを作る側にまわってくれないことに問題がある。乗っかろうとする人はいても、担おうとする人はいない。

NGO のプロジェクトは点であり、どう普及していったらいいかよいかという視点に欠ける。また、個人の経験が蓄積されていない。出ていった人たちが、自分たちがどういう位置に立っているのか認識していなかったため、どう伝えるのかがおろそかになっている。

本田 どうして私達 (NGO) は育っていけないのかを考えると、モチベーションというか、ボランティア、すなわち意志をふるいたさせるものが私達のなかでつちかわれていない。地位、

身分保障の問題はあるが、本当に面白くやりがいがあればやっていく。日本の NGO が本当の意味でのビジョンをつかんでいない。狭い経験の範囲でやってきたので、開発に携わる広い視野をもっていない。精神的なものをもっていなければだめだ。

工藤 外国で活動していたとき、本当に助けてくれたのは外国の NGO であった。ODA のお金がおりてくるのもいいが、NGO 間の協力が大切だと思う。

2. GO の活動

佐藤 政府の金は国民の税金であるから、しっかりやってもらいたい。

麦谷 1988年の ODA 実績91億ドル強が税金から支出されている。保健医療分野のシェアは全体に一割にも満たず、2 国間援助ではメジャーでない。我々は自分のやっていることのプライオリティーが一番高いと思いがちだが、受手の途上国側にしてみれば、カラーテレビ工場のほうがプライオリティーが高かったりして、保健医療は上位にあがってこない。

林 最近 ODA の問題としていわれているのは、最も貧しい所に届いていない、(贈与でなく) 貸している金が多い、日本企業を潤しているなどで、無駄に使われているだけでなく、害悪を流しているのではないかとこのことだ。

佐藤 2 国間で、相手から要請がこないと援助しないやりかたでは、日本側で選択する力がない。

本田 何のための ODA か。フランスは社会主義 (政権) であるにもかかわらず、国家主義の理念を持っている。日本では ODA の利益は会社や日本の政治家の利益というところで決まっ

ている。そこを合理的システムに変えていかなければならない。

麦谷 基本的に、役人は結果で（評価される）のであり、質でなく量である。2 国間援助の場合も、間のプロセスに何があるかが結果としてその国、その地域に機材がはいればそれでよい。結果でしか判断されない。（プロジェクトが）つぶれれば、裏の策略を排除したことになるが、その国に機材は届かない。

佐藤（JICA は）国民の税金を無駄に使っている。相手の力関係に敗けている。JICA のやり方に腹がたつ。変えるべきだ。

麦谷 JICA は実施機関で（政策決定の権限はなく、）それは外務省の責任だが、外務省は保健医療に興味がない。

北林 マルコス疑惑で日本の援助が非難されたのをきっかけに、ひとつひとつのプロジェクトではなく、もっと高い観点からその国のニーズを見て、あるべき援助について提言してもらうために、86年フィリピンについて有識者を集めて国別援助研究会を始めた。その後、タイ、インド等についても実施し、現在バングラデシュについて研究している。GO の側でも、すぐに援助の現場につながらないかもしれないが、努力している。NGO からの提言や情報もききたい。

3. NGO と GO の協力

林 NGO は財政的に弱い。日本でも遅ればせながら ODA の一万分の一の一億一千万円くらいが NGO に（補助金として）出始めている。

麦谷 2 国間協力の場合では、政府が NGO を積極的に活用使用というアイデアは芽生えているが、（具体的に）システムとして何かしようということはない。直接にお金を落とす必要はなく、間接的に（ODA 資金で）専門家として出せばいいのではないか。厚生省は NGO の活動を十分に把握していない。むしろ「こういうことができる」ということを見せて欲しい。

塩田 民間が政府に計画案や予算案を出す窓口を作りたい。

林 外務省にも今年 NGO 担当が一人できた。

さかい 政府から NGO に資金が出ていくことはよいが、（米国では、資金をもらっている）NGO が政府の方針に左右されるという現状があるので注意したほうがよい。

藤原 その地の人々を理解するためにはその国の言葉を勉強しなければならない。NGO を送り出す前に言葉をたたきこむ機関を作りたい。

林 ODA のお金を使って、研修に（過去の）経験を蓄積できる形を考えていくことが大事だと思う。（NGO が）それぞれに同じことに悩み、袋小路に入っていることが問題である。

釘村 カンボジアで母子保健センター作りで ODA のお金がおりらしいと聞いたが、保障と人材のことを考えたら、そのお金を海外に送られる人の研修の奨学金に使って欲しい。

林 それを組織の中でも声に出して言って欲しい。

4. 国際機関との協力・協調

麦谷 日本の ODA は要請主義だが、「日本はこういうことができる」とオファーして相手国に選んでもらう方法に変え（ようと）している。この際、私達は途上国の保健医療（のニーズの）優先順位をよく知らないのので、UNICEF や WHO にお金を出してレポートを作ってもらい、これによるメニュー作りをしようというアイデアがある。

林 台湾で結核管理を20年やった後 WHO に参加した。ODA も 2 国間援助以外に WHO を通じて多国間援助することはよいことだ。WHO の技術政策は各国の代表が集まって作り、専門家のコミュニティーもある。

水野 公の機関はどうしても心が届かない。WHO も政府間の関係でしかない。

5. 技術移転

北林 日本の専門家、有識者、そして一般国民の間でも、日本の進んだ医療技術を途上国に持ち込むことをよいこと、誇らしいことだという考えが根深い。

CTやMRIのような高度な機械を送ることは悪いことではない。送られたCTをうまく動かしていないことが問題で、現地の人の教育が足りないからだ。

徳永 ザイール（のベルギーのNGO）で働いてきたが、欧米と日本で技術移転のやり方が違う。日本は力を誇示するために大きな機械類を送る。欧米はじっくりと取り組む。日本からトラクターが送られてきたが、無用の長物となってしまう。受ける側にとっては、ステップ・バイ・ステップでやるほうが良い。

中島 人権としての保健医療を考えている。「最低辺の人々が、健康を手にはできないのはなぜか」（「人々が最低限の健康を手にはできないのはなぜか」？）から始まっている。日本のネガティブな部分を見せ、そのネガティブから学んで自分たちにあった新しい開発に合ったものを考えていくような研修をしている。また、研修生同士が持っている経験・知識の共有をしている。プロフェッショナルとしての自己開発を目指している。

尾岡 眼科医。技術者を日本に呼んで、母国でできるように教育し、アフターケアもしている。

6. 日本社会の特殊性・開発教育

林（日本の保健医療協力を論じる際）NGOとGOという関係だけでなく、日本の社会や医学界の特殊性もあると思うので、問題点を洗い出して今後（のため）に提言できるところはしてゆきたい。

鶴飼 ODAも政府だけが勝手にやっているのではなく、必ず専門家がかかわっており、彼らの視点が問題である。NGOだから正しいということではない。担い手をの輪を広げ育てていかなければならない。NGOが育たない。ODAがうまくいかないのは日本の社会の弱点が出ている。（これを）どうしてカバーしていくか、どうやってしっかりした「視点」を持った人に育てていくか考えていかなければならない。

林 日本が第3世界と大きなつながりを持って

いるにもかかわらず、この社会だけで自己運動しているように全く忘れ去られている。私達が出ていってその国で知ったことをなんとか日本にフィードバックしなければ、（日本は）今までと全くかわらない。

加藤 医学部で教えているが、学生の大半はPHCや国際協力のキーワードを知らない。

林 日本の医療従事者は給料が高いせいか、農業関係者はすぐ海外に行くが医療従事者は行かない。JOCVでも看護婦応募は多いが医者はいない。これは財政的条件が影響しているのか。

仁科 NGOがまとまらないのは人がいないから。社会的保障があるともう少し参加する人が出てくると思う。

工藤 帰国後日本社会でもやりがいのある仕事がしたい。年齢制限があって就職困難があるところに、日本のNGOが育たない現状がある。

7. 第3世界からの視点

塩月 バングラデシュのような（我々が）貧しいと思っている国でも、医療に関わっている（現地の？）NGOは大変に大きい。基本的にはその国の人が、自分たちの地域全体の医療に関わってくるのだから、中心的な活動をしている人々に我々がどう協力していくかがNGOだけでなくODAにとっても重要な問題である。

長谷川 フィリピンに行きって聞いたことは、「自分達でやろうとしても日本ががっちり首を締め付けているのでやれない。日本もアメリカも出ていってくれ。」ということ。日本の歩んで来た（道を押しつけるもの）でなく、その地方にあった方法でやれば良い。

正村（タイで現地の人々の考えとして感じたこと）先進国は、医療協力と称して医師を派遣したり、病院を建てたりしてきたが、（そのためにかえて）地域医療を目指していたタイ人医師が都市に集中するという悪い方向に向かっている。（地元住民に対しても）、医療は先進国のお金持ちが施してくれるものだという依存心を植え付けてしまう。

石川 どうしたら正しいニーズを見つけることができるか。バングラデシュでUSAIDは、40名近いスタッフを「どういう援助をするべきか」という情報を集めるために置いていた。相手国政府の欲しいものと、地域のニーズは違うかもしれない。

中村 第3世界にどんな手足を伸ばすかが一番大切。地域に入っていくのは生易しいことでは

ない。むこうの政府やNGOとどう付き合っていくかが大切。フォーマル、インフォーマルな方法で、バランス良く地域に入っていく行かなければならない。

林 フィールド側の立場では、村人と直接的に接していく部分と、上からの行政の部分の両方に接して行かなければならない。

シンポジウム II

国際保健医療協力と日本の役割 (各分科会オーガナイザーよりの発表及び総合討論)

司会 島尾忠男(結核予防会結核研究所)

シンポジスト

- 第一分科会：今川 八束
(東京都立荏原病院)
- 第二分科会：川上 剛
(労働省産業医学総合研究所)
- 第三分科会：西村千代子
(厚生省看護研修研究センター)
- 第四分科会：古田 直樹
(国立病院医療センター)
- 第五分科会：丸井 英二
(東京大学医学部)
- 第六分科会：林 達雄
(日本国際ボランティアセンター)

発言者

- 今川 八束 東京都立荏原病院
川上 剛 労働省産業医学総合研究所
西村千代子 厚生省看護研修研究センター
古田 直樹 国立病院医療センター
丸井 英二 東京大学医学部
林 達雄 日本国際ボランティアセンター
蟻田 功 国立熊本病院長
古知 新 WHO
島田 淳子 前JICA看護プロジェクトチームリーダー
我妻 堯 国立病院医療センター
高野 正孝 新世クリニック・上尾甦生病院
開原 成允 東京大学医学部
平田 恒彦 多摩研究所
近藤 健文 JICA医療協力部長
大来佐武郎 元外務大臣

司会 ディスカッションを始めたいと思いますので分科会を代表してオーガナイザーの先生方壇上にお上り下さい。

検討する課題は沢山ありますが、時間の関係もあり議論を2つにしぼっていききたいと思います。

第一の課題は日本がどんな領域でどんな協力をするのが開発途上国の健康水準の向上に一番有効かという問題、これも随分範囲が広いですが、今回は分科会でとりあげました感染症対策と、人材養成の問題、それにヘルス・リサーチ、この3つにしぼります。第二の課題は国際協力に従事できる人間の発掘をどうやったらいいか。その中には既にいる方でやってもいいという方が知られていない。そういう方をどう発掘するかという問題。それと新しい人材の養成という点もあると思いますので、その2つにしぼって議論し、一番最後に保健医療協力と経済発展、あるいは社会開発との関連についてご助言をいただきたいと考えております。

「日本のできる医療協力、感染症対策」

まず最初に日本のできる医療協力、その中で感染症対策は日本は経験もあり非常に有力な分野の一つになると思います。昨日蟻田先生から特別講演でもお話いただいた通り、また今川先生からご紹介いただいたのですが感染症対策の場合、急性の感染症の対策の協力和慢性疾患対策とはかなり差があると思うのです。今川先生その点を含めてお願いします。

今川 急性と慢性を分けると、急性感染症はとにかくコントロールしやすい、誰でも手が出

しやすいです。でも慢性の場合は非常に難しい問題があります。島尾先生がおっしゃいましたように、今日本で何が協力できるのかというと、最初私が指摘しました診断技術ですね。これはウィルスにしる細菌にしる、もう診断技術に関しては僕は十分にどこでもお役に立てると思う。

それからもう一つは、技術の問題ですけれど、先ほど私は感染症のところで触れました人対策ですね。ワクチネーションがあるのですが、今まで日本がいろんな国に援助しています。ではワクチネーションについてどれだけ寄与したのか私もあまり知らなかったのかうかがったんですが、残念ながらこれはWHOあるいはユニセフで実際にワクチネーションという分野では日本は後れていて呼びではない。

しかしワクチンを作るという技術に関しては日本は非常に秀れた技術を持っている。その点において向こうでワクチンをやるとかやらないという事よりワクチンそのものを開発して、できるだけ安くつくる。国内でつくるのか向こうでか、いろんな方法があるのですが、そういう点に寄与できるし寄与しなければならないという事です。

司会 どうもありがとうございました。きのう特別講演もしていただいたんですが、蟻田先生、感染症に対して日本は優遇できるか、したらいいか、ご意見ございましたら大変ありがたいです。

蟻田 基本的な事項として私が、アフリカ、アジアと旅行しますと、アメリカ大使館とソビエト大使館は日本と比べ、3倍から4倍大きいんですね。どういう事かと申しますと、沢山のアタッシュを持っているですね。情報収集をしっかりとやっていますから、情報がよく入ってくる。その国でどういう感染症が大切か、どうしたらいいかという事が一大体大使館が情報をたくさん集めている状況です。

残念な事に日本の大使館は小さくて少数精鋭主義といっておりますが、経済問題がある。いろんな他の問題がある。健康問題となりますと、

特に感染症まで手が回らない。私たちの一つの弱点は、情報の欠如で今のこのコミュニケーションの多い時代でも情報欠如がある。

そこでどうするか、WHOとの共同研究協力事業部が、弱点をカバーする一つの大きな方法ではないかと思えます。おそらくWHOも歓迎する方向でありますし、日本ではWHO関係の専門家、先生方がたくさんおられるからWHOと協力ということが一つの大きな方向としてできると思えます。2番目に具体的に、何をやるかという事ですけれども、熱帯病の研究とか、いろいろな研究協力がありますが、私は、昨日お話しした様な小児麻痺の根絶対策、これはWHOが中島宏事務局長の旗のものに2000年までにと決議をし、今年が第一年目でもう始まっていますから、こういう対策に日本が対処するという事を考えていくことがいいと思えます。

あまり範囲を広げて、研究、診断、治療、リハビリテーション、みんなやりますと、なかなか構想がまとまりません。しかし小児麻痺対策、根絶一つであれば、我が国の研究者、リソースの使い方、政府のメカニズムのリアレンジメント、も対応してやっていると考えます。

司会 どうもありがとうございました。今WHOとの協力の強化という課題が出てきました。私が心配しますのは、感染症の問題は先進国ではほとんど片付きつつある。それに伴って先進国では研究能力も研究者も施設も縮小しつつある。放っておきますと、開発途上国では代わってやれるような研究能力がなかなか育っていかない。どこかに責任分担してもいいから世界のために研究能力を残しておくことも非常に重要な課題になってくると感じているのです。今日は幸い、WHOの本部から日本人で結核担当の課長になられた古知先生、昨晚に日本に着いて今日ここにいられています。WHOとの協力強化も結核領域になるかもしれませんが、何を日本に期待しているのか、一言、お願いします。

古知 日本の中で結核を考えますと、結核研究

での研修コースはもう20何年になってまして、その国の基本的な医療システム並びに結核に関する情報が相当集まっていると思うのです。研修をやった場合に教えるだけでなく、研修員がデータを持って来られて、それを日本側で整理し、分析する、そういう形をとるとかなりのことがすぐにできると思います。それから日本が、例えばどこかの国と研究をしたい時に、具体的に誰がどんな事をやっているかが、わからないとなかなか始まらないと思う。そのような情報はWHOがかなり持っておりますから、情報のシェア、それから同じ研究にしても、その国の政策に基づいてやっている方の物の見方とか、こういうところだと研究が進みやすい、そのへのプレファランスによって、ある程度知っていないと、実際に研究といった場合に向こうの国ではあまり興味がない、やりたいけれど人がいない、そういう事が出てくるわけです。

島尾先生、と蟻田先生がおっしゃったように日本側でどういう人材がいて、どういう部分が一番強いのか、日本側のリソースをコンセントレートしていかないといろんな事をたくさんやっていて、結局結果がわからなくなる、と考えております。

司会 どうもありがとうございました。

感染症の問題に関して、今川先生のお話して急性感染症と慢性ではだいぶ違い、急性の場合はキャンペーンをある期間展開することで、かなり片付いていく、ところが慢性感染症はそういう形では片付かない。その地方の保健・医療の仕組みの中に根付いた対策をやらないと簡単には成果が上らない。急性感染症としてポリオは絶好の課題になりますから、それをとりあげて根絶にもっていく。同時に慢性感染症で日本が比較的得意な分野である結核については、一つの手段として使いながら、保健医療組織の中にどう慢性疾患対策を根付かせていくか、一つのモデルとして使っていくという方向を考えていいと思います。

「国際協力の人材養成と看護教育」

それでは次の課題である人材養成の問題に入りたいと思います。看護教育について先ほど西村先生からお話がありましたが、追加がありますか。

西村 追加はありませんが、現在すぐに活用できる人は少ない、4人しかいないという事を申し上げましたが、青年協力隊とは別に専門家派遣の場合ととらえていただきたい。その点が説明不足でした。

司会 どうもありがとうございました。会場の皆様から看護教育の問題ををきいて何か御発言ございますか。

私ども今途上国に対する看護教育の場合一番心配してますのは、開発途上国で医師が足りない。その医師の足りない分の代替を看護婦さん、その他に押しつけられるようなおそれがあると多少心配しているのです、その辺は昨日の議論に出ましたか。

西村 途上国では多いです。日本人が協力で行った場合はそこまで、代わりをする事は専門家の場合はないと思います。けれども、緊急医療とか、その他の場合はかなりあるときいております。

協力隊のレベルとか緊急医療の場合、一例だけ昨日は発表がありましたが、切開から縫合から全てやらねばならない。そうしなければ人が救えない、みすみす死んでしまうような場合が非常に多いということです。教育内容にどのように盛り込むか現在の日本の看護教育では法律の問題もあり、してはならない部分もあり、教えられていません。

派遣前の教育の中で非常に大きなギャップがあり、現地に行ったときに、どこまでやっておくかという事は問題になりました。

司会 ありがとうございました。島田先生、何かございますか。

島田 今、私達研修生を受け入れている立場から、島尾先生がおっしゃいましたように日本の看護婦の業務と日本に来る途上国の看護婦の業

務とが、相当違います。途上国の看護婦さんは医師の代替をやっている部分があります。それは日本でやっていないから教えないわけにはいきませんので、日本のドクターとか臨床検査技師とかいろいろな職種の方に協力をしていただき、国に帰って彼女たちが役に立つような研修をしております。

一方、日本の看護婦はそこまで広げられないかということ、今、西村先生がおっしゃいましたように私個人の意見ですが、これから国際協力を行っていく上でもう少し業務拡大を考えていかなければと思っています。

「日本国内への研修生受け入れの問題」

司会 国内的な問題と国際的に出る場合では、だいぶ性格が違って来る面があり得るということですね。議論すればいくらかでも問題があると思うのですが、次に古田先生からお話しがあった研修生の受け入れ問題についてです。研修生は日本にいろんな夢を持ち、期待を持って来る。それに対して一体、日本の研修は答えているかが一番基本的な問題になり、それを阻む要因として言葉の問題なども、でてきたわけですが、古田先生、期待にどの位こたえているかについていかがですか。

古田 その問題に関しまして昨日、国立循環器病センターの信友企画室長が一つのいい例を出されたのです。まず、研修の目的と受け入れ側が作るプログラムとのギャップという問題、それについて3つの方向性を示されました。一つは研修生が来られる時に施設での診断・治療などに少しでもかかわって学びたいという方向性がある。もう一つは、日本は彼らからみれば先進国の近代施設ですから、ICU・CCUでの患者のマネジメント、管理という全体的なもの、システムを学んでいきたい。そういう方向性の方が非常に多い。もう一つには内視鏡とか非常にスペシャライズされた検査、診断という事に関してなるべく大きな施設、ナショナル・レベルの施設で5年10年かからなければ学べないような症例をより多くこなしたいという形、

逆に症例をこなす事に関しては少なくなると思われるようなインテンションがあるんじゃないか。しかし、受け入れ側は、こちらに来てからコミュニケーションでそれを確実にとらえる事は非常に難しいという事です。もう一つは豊島先生がいわれた事です、看護の専門性というものをまったく無視して一般に教えるのであれば、日本になんで来たのかをはっきりしないと、専門的なレベルでの研修内容と、それから、特に途上国固有に必要なジェネラルなものをどう塩梅するか、そういったところでギャップがなかなかうめにくい。

一つの提案としては主にJICAのスキームで来る研修生について、もう少し研修生のセレクションを手前にもってきて、日本に来る前に相互にある程度情報を交換し、適性を相手を持っているかをもう少し日本側も知る必要があるという意見もできました。

司会 ありがとうございます。日本の医師免許をもたない外国人医師が日本の限定免許で指導者がつけばある程度の診療行為ができる様な法改正がありましたね。あの影響はいかがですか。

古田 まだ現在は、それに対する施設の指定と資格を持ったドクターの数は約1,100名以上ですが、実際にクリアされた方で研修を受けた外国人はまだ40数名で50名までいたっていません。まだ制度がでたばかりで理解が浸透していない。一つの方向性としてはそのような制度を活用して行って研修の実を上げた事に関しては、皆様方まったく同意見とします。いかにこれを定着させ、しかも国民の健康安全、日本人に対しても十分に理解してもらえ様な方向性を踏まえながらやる事が今後の大きな課題だと思います。

「ヘルス・リサーチ」の重要性

司会 どうもありがとうございます。JICAに対する注文もいろいろでて、あとで近藤部長からまとめてお答えいただくつもりです。丸井先生から先ほど日本の保健医療教育の協力の中に

ヘルス・リサーチがおおっぴらに入っていないというお話があったと思いますが、それを強く要望されると理解してよろしいでしょうか。

丸井 このテーマの日本がどういう協力ができるかですが、途上国自体の問題は、例えばポリオも実際、技術は既にあるが、けれど実際に必要としている人々の手にまで届かないということです。この問題は、一つはワクチン等の技術を世界的にどう開発して進めていくかというテクノロジーの問題ですが、もう一つはそれぞれの国の事情の中でどのようにすみずみの人々まで届けるかという保健サービスの問題です。こういったヘルス・リサーチの問題は、世界的に進めるよりはそれぞれの国とか地域が独自に研究をして進めていく問題ではないでしょうか。その問題が、それぞれの国に独自に持っている問題になり、その問題を解決していくには外からの協力だけではなく、その国の事をよく知っているその国の人材を使って、どの問題があるかという疫学的研究、サービス、研究をしなければならない。そういう途上国が持っている問題があると思う。また問題を解決するために日本が国際協力をする。その時に日本のスキームが、先ほどお話ありました様に、無償資金協力という枠の中で研究部分が非常に薄いという事です。例えば昨日も、シンポジウムでも出ましたようにタイのNIH 国立衛生研究所も延長したとしても数年のうちにプロジェクトが終わります。村田先生がおっしゃいました様に従来研究的な色彩の薄かった部局でようやくレポートがでるかもしれないというときに日本がぱっと協力を終えてしまう。そうすると、既にいくつかの国際機関が目をつけていて、日本が全部基盤をととのえたところで、他の国、あるいは国際機関が一番いいところを、というような事が起こっている。日本の問題を抱えて独自の研究をしなければならない途上国への協力体制の中で、研究に係る協力をもっと増やさなければ相手の国にとってと同時に日本にとってもためにならないと考えざるを得ません。日本の中で

の研究が実は役に立つという事も多い。例えば日本でのハイテクを駆使した診断法とか検査法が非常に検査を簡単にする。ハイテクを使った研究成果を使うと、途上国で簡単に診断ができる方向の開発も日本で考えられる。ここは結核研究所ですけれども世界で結核を専門的に歴史と経験を持って研究している施設はほとんど他になくなってきているわけで、日本が外国で、これからあるいは今問題を持っている国の人達を人材育成に役立てるという事も、日本の国の中で、結核研究の根を絶やしていかない事も必要で、途上国の中での問題、日本と途上国の間の問題、それから日本の中での研究体制の問題が研究分野で考えられると思います。

司会 どうもありがとうございました。非常に重要な3つの領域を御提示いただいたわけで、開発途上国へ行って、病気の状況を知るとか実際に対策をどうしたらいいか一種の保健リサーチになると思いますが、そういった事の重要性が今までのJICAの協力にあまり表面きって出ていない。無償でつくり技術協力で動くようになった施設が期間の制限があり、研究が表面に出ていないために、ひさしを貸したら母屋をとられそうな気配がないわけでもない。世界全体から見れば施設はできて、どこか他のスポンサーがつけば、それでいいのかもしれませんが日本が金と労力をつぎ込んだならもうちょっと努力をする事も考えていいというのが一つの課題であり、また、新技術の開発、日本ですぐれた研究の能力を持っているところでは当然世界のために考えていかなければならないと思いますが、研究の問題については我妻先生、お願いします。

「研究を通じた協力」

我妻 前から私は主張しているんですが、法改正とか行政の考え方を変えなければならない問題です。例えばアメリカの大学は発展途上国に対する研究が非常に熱心に行われていて、結核とか熱帯病とか感染症と限られた基礎的なものでなく、私がやっている産婦人科も発展途上国

に対して一緒に研究をしたり、発展途上国からドクターを招いて一定の技術を教えてまた帰しています。このような事は、日本ではJICAのプロジェクトや技術協力の枠の中でしかやれない事になっておりますが、日本でもし、各大学に研究費をODAの一部から回す、あるいは文部省研究費や厚生省研究費の中にODAで上積みをして発展途上国と共同で研究をする、技術移転をする研究に、プライオリティをつけてODAの金を回すというような事をすれば自由に使われるだけではなく、もう一つ大事な事は、大学の先生にモチベーションを与えることができる。大学教授は研究費がほしいですから、大事だと思うんです。今、日本の大学の先生方は、国際協力に興味がないという発想の転換をさせるためには研究費があるという事で変わってくるのではないかという事を私は前から提案しているんです。

司会 どうもありがとうございます。

林 ヘルス・リサーチですが、要求自体は社会的な要因等ででてくるケースが多いと思うんですが、実際リサーチといったときに、社会的なファクターが加味できるか、特にお聞きしたいんですが、実際に研究でデータが出ると、それが一つの権威みたいな形になっていくわけですね。ところが社会自体をみていかないと、病気を生み出す構造そのものは物凄いスピードで動いてまして、例えば環境破壊の問題、あるいはアジアの国では、バンコクを中心にして都市化が進んで都市への集中とか、そういう事が、要求を生み出していく大きな原因と思うんです。客観的にしづらいものをどう入れていくのか、ぼくらの立場では研究とか、調査は、学者にできるものじゃないと考えてきたんですが、少しコメントいただければと思います。

司会 今、林先生から提示された問題に2つの面があると思うんです。一つは経済発展とか社会開発、その中で保健医療目標はどういう地位を占めるかという位置付けの問題、もう一つは保健医療の領域の中で、今の社会的な要因の構

造をどうするかという、2つの問題があると思うんですが、最初の問題については後ほど、総括討論でご助言をいただきたいと思っております。

ヘルス・サービス・リサーチはいま丸井先生がおっしゃっておりました。保健医療の学問の進歩した成果をどう国民の一人に条件の仕組みをつければいいかがヘルス・サービス・リサーチになり、基本に高度科学的な研究、人間が病気に対してどう理解し、どういう所を利用して診療を受け、病気と言われたときどんな態度をとるか、一種のリサーチになり、今まで研究とみられていなかった面がある。研究の重要な領域として再認識され、ことに開発途上国ではきちんと研究しないと、せっかく進歩した医学の恩恵が末端まで広がっていかない。研究の領域は最近そういった方面に広がりつつある事はまちがいない。但し、医者でできるかと言われれば、医者の中でそれができる人は残念ながら非常に少ないと言わざるを得ない。むしろ医師以外の社会学者とか、大学の中でも保健学科とか、他の職種と共同でないという領域は片付かないと理解しているわけです。もう一つ重要な問題は、国内で国際協力に、実施に、従事できる人材の整理、これが非常に重要な課題になるから、もう少し議論していただきたいのですが、2つの面があり、今いる人達の中からせっかく能力を持って埋もれている人達をどうやって掘り出して、協力にもっていくかという問題、それから新しく若い人の中から国際協力をやってもいいという人材をどう掘り出していくか、養成するのか、この2つの問題があると思うんですけれども、非常に重要な問題ですので、シンポジストの先生方からこの人材の養成・発掘についてお一人ずつコメントいただければと思うんですが。

「人材の養成・発掘」

今川 結局、人はいるんですね。先程でてました自由人であるならば、いいんですけれども、我々は何か組織の中にいるから、自分はやりた

いと思っても、看護婦さんに象徴されるように、あなたがなくなると困ると、組織の問題ですね。もう一つは、帰ってきてからどうなるか。これが非常に大きな問題となると思います。残念ながら本国では国際協力というキャリアが特に医者場合には評価されません。研究していた方が評価されるわけですね。ドクターそれからナースの場合には今いった事が問題になっています。

司会 どうもありがとうございました。川上先生お願いします。

川上 私はきのうの学生の話と混じえていうと、まず学生さんにどうやって興味を持ってもらうかということ、もともとこういう事が好きでほっといてもやっていく方は、少数いると思うんですが、機会があればやるんじゃないとか、海外医療協力は、これからは一生のテーマで必ずしもなくて、自分の人生の中で何年間かそういう時があったと気軽にできる様にもっていく事が大事という話になったんですが、気軽にできる雰囲気、動機付けを気軽に行える機会を学生あるいは研究者に作る事、具体的には例えば、タイのAIHDで学生の研修コースがございませけれども、そういった機会が、もっとつくられていいという気がします。人材養成を、林先生のお話を聞いて考えたが、養成には人材の量と質の面とあると思います。量が今、圧倒的に不足しているんですが、同時に途上国のニーズに答えられる質を持った研究者なり協力者がいるかどうか、質は先進国の世界で研究者として一流である事が途上国で一流であるかどうか、必ずしもそうではない場合があるんじゃないか。途上国のニーズと先進国のニーズはかなり違いますので。ですから基本的な事は、日本の国内で研究を学会で発表しペーパーを書く事が一つの業績として残るわけで、そういうやり方が研究者の世界で定着しているわけです。ペーパーを書くという事は厳密性が要求されるしデータは正確でなければならないわけで、途上国で必ずしもうまくいきません。業績にならないか

らやめてしまおうと考えるか、無理やりやろうとか。例えば私が最初にタイにいったときに、“あなたは私達の所に来て労働者の血を取って日本へ持って帰って、分析して論文を書くつもりなら、私はあなたとは仕事をしない”と言われたことがありました、研究の分野によると思います、簡単にいえない面があるが、に相手のニーズは何か、相手の価値観を基本に考えられる人材養成が大事で、その上にたって日本にある技術なり、進んだ技術をその現場のニーズにアプライしていくかという調整を行う能力、が人材の質に関する面とあって、養成は非常に大事と感じました。

司会 ありがとうございました。

重要な点をご指摘いただいたわけで、出たい人の中から安心して出せる人をどう養成するかという重要な課題になると思う。出たい人をそのまま出したのでは、問題と思うんですが、丸井先生、

丸井 今のご指摘は重要と思うんです、相手の心を理解する能力を持つ人を養成する、調整の能力を持った人を育てる事は重要です。誰がやるという問題がでてくると思う。昨日のイブニング・セッションのまとめの中でもふれましたけれども、多様なバック・グラウンドを持った会員が集まっているこうした学会が、普通の医学教育を受けた中でわずかでも途上国の問題、世界の問題に興味を持った若い人達に対して、疫学的方法、実際についての短期間の夏の数日間の学習コースを企画する形、既に協力をされ経験の豊富な会員が若い人達を育てていくような組織的な活動をこの学会が続けていく、ことも大事だと思います。養成が大事だ、重要だ、こういった人間が必要だという話題ははてきますけれども、いったい、誰がするのかということに、こういった学会の場は非常に期待されているし、それができる唯一の組織かもしれないと思います。

司会 ありがとうございます。

古田先生お願いします。

「国際協力の啓蒙とシステム化」

古田 啓蒙とシステム化という問題と思います。啓蒙は、ただ専門家イコールその利用、で国際協力は決して進むものではありません。そういう自覚をみんなが持つ、それぞれが与える技術、知識を持っている専門家であることが、前提条件です。ベースに善意の立場からの社会参加という気持ちがない人が国際協力に加われば必ず、もうけにつながります。このようなことを基本的に啓蒙すべきだと考えます。啓蒙は政府や学会ベースで掲げて国際協力に対する認識を深めなければいけない。自分の研究テーマが海の向こうにあるということで国際協力を捉えるようでは話になりません。年齢を問わず啓蒙が第一だと思います。

第2のシステム化について、啓蒙がなされても、時間に余裕ができ、忙しくて24時間手がだせないような方が国際協力をするのはありえないわけです。もし半年、一年時間があいた場合に、国際協力の内身がわかり、協力に対して俺はこういう形だったら相手のニーズに対応できるという情報がいつでも受けられ、用いられるシステムがあるのが、システム化です。それには究極的には、お金とかいろんな事がつきまわってくると思います。現時点での国際協力の内身が広く知られる体制づくりです。システム化が実行上のシステムを伴ってくるという、広い意味でのシステム化です。

司会 大変重要な指摘をいただき、ありがとうございます。

「看護における人材」

西村 国際保健医療協力の人材確保は、看護の職務団体を活用して、なんらかの方法があると考えます。人がいないことになりますと、興味がある、あるいは行ってみたい人はたくさんいるので、こういった人から人材を選ぶと思います。人材をどうとらえるかという問題になると、選んでというもう一つのセクションがあると思っています。

人材の養成に関して昨日の話題にも、日本人

はボランティアに関する意識が薄いことが出てきました。小さい時からボランティア活動をさせて、基盤になるものをつくり上げておかなければということが出てきます。気長な事ですが、続けていかなければ学校教育の中では特に小学校教育から意図的におりこんでいかないと、21世紀には取り残されてしまうと考えております。周辺の家族の理解もある。JICAの若い男の方々、出張でアフリカに一年二年行ったりしますが、お嫁さんがいなくて困る、娘はやれないという時代です。子供を大事にする親が多いから、看護婦にもそういう傾向がでてきて、本人が行きたいといっても直前になって親が足を引っぱって親子の縁を切る話になって行かせてもらえない事態もあります。本人だけではなく周辺、特に家族と理解を深めなければと思います。

「経験者の役割」

林 私は先ほど、行った人が努力が足りないと話しました。行くことによってある程度、手術感覚というか第3世界側の感覚が身についてしまうから、日本の社会の中で言葉でうまく言い表せない。本当はこちらがバイアスが高い、特殊な世界なので、こちらの社会での論理に従うことを向こうをむいて忘れてしまうと思います。こちらの異常さ、出発点は第3世界との出会いの部分ないわけです。そういった人間が一人でも多く増える。最初から職業に就いて行く必要はないと思うので、学生でも、我々もスタディ・ツアーとかやっていますし、先ほどワーク・ショップという話もできました、あらゆる機会を通じて、実際に会えることが大切です。その地域の人自体に出会うこともある、人達と一緒に働いている人たち、外国人のボランティア、他の国から来た人達、会えること自体が特殊じゃない、当たり前なんだという意識を持った人を少しでも増やしていく、間口を広げる、医者と看護婦になる以前の問題があります。

もう一つ、途上国に今まで行ったことのある方に対しても、行けばいくほど自分達がしたことは、本当に役に立つのか不安になってくるわ

けです。あえて伝えていく、派遣前から伝える事自体が自分の仕事の2割ですと、事前研修なら、あなたの仕事の2割はレポート・ンングなんです、という形で派遣していく姿勢をもって、位置づけをしていった方がいいと思います。

司会 非常に重要な点をご指摘いただいたと思います。経験を私物化しないでみんなに知ってもらうことは大事な点だと思います。

「国際協力に携わる病院のネット・ワーク」

高野 今川先生が帰ってくる場がない事がネックになってくるとおっしゃいました。確かに、10年位前から言われ続けている問題だと思います。大きな機関、お医者さんなり看護婦さんがたくさんいるところはその機関内で休職とか出張にするとか、で多分可能だと思います。しかし民間の中小病院では、機能しなくなるので退職して出掛け、帰ってきたら職探しをする現状です。私はこの学会の今後の仕事の一つとして、病院のネット・ワーク、国際協力に実際に理解あり、やっている病院が全国のネット・ワークをつくるのが必要と考えます。人材のプールを一つの病院が10人も抱えたら倒産しますから、病院が一つずつ一人位のプール、国際に出てもし帰ってこられる空席をあげ、そこへは外務省なり他の機関からの援助を、助成したならば、問題は少しはよくなると思っています。

司会 ありがとうございます。

「医学教育」

佐藤 テーマについて、壇上の先生方は理想的な事をおっしゃったが、私ども医学生を教える立場から言いますと、こういうテーマなり熱帯医学なりをどの程度学生に講義しなければならないという、自己反省も必要と思います。興味を持っている学生が1%いる。1%いれば、こちら側が積極的に接触することによってその学生の将来の活躍が期待できる気がします。

「医療87」を提案しましたがけれどJICAの方で奨学金制度があってもいいと思います。将来活躍したい者がいれば、JICAでその人の経済的な援助を全部みる、特殊な教育には、長崎大

学なり神戸大学に行ってやっている所をみる、夏休みの間研修してくる、プライベート・プランニングを立ててあげることは全体の掘り起こしに役に立つと絶えず考えております。

司会 どうもありがとうございました。

医学教育のあり方の問題は重要な課題ですが、明年北九州市で、華表教授が会長を務められるこの学会では、このテーマがメイン・テーマの一つと聞いておりますのでご期待いただきたい。

「国際協力のメカニズム」

開原 私は自分の大学を見ていて、国際協力に興味がある人は沢山いるが、実際に外国へ行っても国際協力まで結びつかないで、ごく一部の方が、JICAのプロジェクトに協力するという状況です。世間から、東京大学は国際協力に冷淡な大学とみられていると思うが、では、どうすれば本当に興味を持っている人を国際協力に結びつけるかは、結局、システムの問題の気がします。ボランティアという言葉がでてきましたが、国際協力が、ボランティアの人が一部の人がやっているとか、そういう目で見られている間は本当の国際協力ができないと思うので、普通のお医者さんが大学病院でも、普通の仕事の一部として国際協力ができるメカニズムができないかと思っている。

私は今2つあると思うが、一つはメカニズムをつくること。文部省系列ではJICAとは違って拠点大学があり、東京大学は、マレーシアに対する拠点大学になって、協力を始めています。やってみると大学が組織としてマレーシアと協力をするから、意外と思う人が喜んでマレーシアと協力をしたり、マレーシアの人を受け入れたり始める。JICAから頼まれて行くと、言葉は悪いが、一本釣りでいくと、皆に、回りに遠慮したり、不利になるのではないかという感じで行きたがらない。実際には同じですが、サイコロジの違があると思う。

私は大学でも病院でもいいが、ノーマルな仕事の中で協力ができるようなやり方を考えて行く事が一つだと思います。もう一つは啓蒙が重

要だと思うが、東京大学はちっぽけですが、国際交流室を3年前につくり、丸井先生が専任にいる。国際交流室ができてから東京大学の雰囲気が変わった、丸井先生を前にしてほめるのは良くないが、先生が努力をしてそういう人達の啓蒙と理解をしたせいだと思っています。そういう人は沢山必要はなく、一部の開発協力の専門的な人がインター・フェースになって、各医療機関にあるという事は随分違うのではないかという気がします。

実際に協力する人はいろんな専門家が必要でそういう人が全部国際協力の組織に入ったら困る。ある時は内視鏡の人もビールスの人もいる。ある時は外科の人もいるから、人とのインター・フェースになる少数の人がいることが違うと思います。

司会 どうもありがとうございました。

「学際的な協力」

平田 多摩研究所の平田です。人材問題について問題提起をしたいと思います。ヘルス・リサーチの方で医学面の基礎研究分野には医学出身者でない人達が相当数を占めています。筑波大学では基礎医学系に、生物系、農学系の人が相当入ってきます。入れるシステムになっています。そういう人達が国際協力に対して熱意を持っている。しかし保健医療という言葉がつかますと、関係ないという判断が背景の中にあります。

お願いしますよというアピールをしてもボスになっている人達が、医学系のボスは医者であり自分の弟子は医者ではない。グローバル・ヘルス・ロールこの言葉が入ってきますと、医者という先入観が入る。この先入観を除かない限りヘルス・リサーチでの人材育成は、この場の中には入ってこれない。私も医者ではありませんが、いったん海外へ出て、現場で日本でみられない病気を診て、下働きで手伝いをして、帰ってきます。すると眼が変わってしまう。基礎医学に対するものの考え方が変わります。そういうことは環境が恵まれないと、日本ではできない。この点を人材育成問題とからめて、日

本の中で育てている学生諸君の背景を少しづつめ、医療イコール医者、看護婦という常識をはずすように努力したらと思います。疫学の場合に日本のお医者さん、疫学みたいな地味な仕事をやりますか。やらないですよ。

司会 やっています。

日本は、保健医療協力の領域では医師、看護婦だけでやっているではありません。例えば今、イエメンでは私どもの所から保健学科を出た人間が行って実際にヘルス・サービス・リサーチをやっています。医師、看護婦だけでやっている協力とは理解しないで下さい。例えば寄生虫の領域は日本では昔風に言うと動物学者がそうとう程度、占めているんですね。そういう人達は医療の現場の方には口だせない背景を私は重々知っていますので、申し上げました。

いろんな職種が全部一緒に協力しなければという点を強調されたと思います。必要性を充分感じます。今日の話の中で、JICA に対する注文がでていますので、近藤医療協力部長に、JICA のミニ代表という形でこれからの方向を含めてコメントをいただければと思います。

「国際協力事業団（JICA）の協力」

近藤 JICA の医療協力部にいます近藤でございます。最初に JICA の事業に先生方から多大な御支援、御協力をいただき厚く御礼を申し上げます。

今までの議論、JICA に対する注文の中に、重要な指摘が多々あるわけで、これからの仕事を進めていく上で貴重なご意見と想っています。

「歴史的・組織的制約」

JICA は ODA の技術協力、一部の無償資金協力も含まれますが、実行機関です。各論的、具体的な仕事をしており、悩みも多いわけです。OTCA 時代から既に24年の歴史、JICA になってから15年です。関係各位の皆様方のご支援をいただきノウハウを積み重ねました。JICA 自身も変わってきていると思っています。JICA が持っている宿命は、ガバメンタル・オーガニゼーションですから、簡単に小回りができないとい

うことです。JICAにおり感じていることですが、我が国のODAの伸びがあまりにも急激である。実施する主体の一つであるJICAも急に大人になった感じなんですね。小さな子供が急に大人に形だけは大きくなったけれども中身は、——人間、大人になるには20年かかるわけであり急に大人になれない。極端をいいますとpremature babyが急に体は保育器をとばして一人前の大人になったので問題を抱えている。JICAに1000人がおりますがこの15年間、JICAの定員はほとんど増えていない。減った時期もあります。JICA自身も層が薄いのです。定員を急激に増やすこともJICAも特殊法人で公務員に準じるわけで、簡単ではありません。定員は増やすなということが至上命令ですから早急には増えないと思います。医療協力はODAのシェアの10%を占めます。このシェアは大きく、今後も変わっていかないと考えています。現在33のプロジェクト・タイプの技術協力をやっているが、地域的にアジア中心から出発しているというJICAの一つの特色があります。最近では中南米にも手を伸ばしてきた。一方サブサハラのLLDCには技術協力をやる自信があまりないのが現状で、どうしていくかが問題です。

「技術協力の内容」

技術協力の中身も臨床医学的な協力が中心だった。現在プロジェクトの数が13あります。研究機関のプロジェクトが9あり、この2つが大きなシェアを占めている一方、公衆衛生とか、プライマリ・ヘルス関係のプロジェクトに比べ最初の2つは、病院の中、研究所の中、つまり、城の中で仕事ができるのです。ディベロッピング・カントリーへ行っても、立派な日本が無償資金協力で作った、立派すぎるといふ批判があるが、城の中で仕事ができますから比較的、簡単である。地域に出て行って公衆衛生的な活動、プライマリー・ヘルス・ケアをやっていく。これはなかなか簡単ではない。城の外で指導するのは難しいわけです。戦争は城の方が簡単で今まで城の中に閉じこもってきたが、それでは

いけないということのできる協力もありますが、外に行かなければならないこともある。外に行くのをどうやっていくかが、我々の悩みの種になるわけです。

「要請主義」

ガバメンタル・オーガニゼーションですので限界があります。政府が、相手の政府を相手にしなければならぬ。勝手に相手国に行ってNGOと結びついたりするわけにいかないという宿命があるので、要請主義で相手からのリクエストに応じてやる。問題は相手国の真のリクエストとは何ぞやということで我々いつも悩んでいます。真に役立つ援助をやりたいということは常日頃思っているけれど、相手の政府からのリクエストはこちらが首をかしげたくなるものが多い。こちらが適当にセクションしているのですが、結果は、なんというごまかといわれることが結構あるわけですが、これも止むを得ないかと思えます。日本も国際協力の授業料を払わなければという気持ちです。最近JICAパッシングで、JICAにご批判があるけれども、大いにやっていただきたい。何とかごまかしていくのは良くないように感じている。

「人材確保」

今、一番悩んでいますのは胸部の専門家のリクルートの問題、人材確保の問題が出ましたけれど、難しい。JICAのライフ・ワークの国際協力の専門家専門員制度をつくってありますが、残念ながら医療関係者、医師も看護婦さんも他の方も含めて0が現状です。一本釣りという表現もありましたが事実です。国内委員会の先生方は、個々のプロジェクトに国内委員会を持ってますがその先生方のお力を借りて専門家のリクルートをしてきたが、果たして長続きするのかどうか。今のやり方は、確かに小規模で手づくりでやってきた時代はいいのかもしれませんが、大きくなってきた時に、一方方向形式、つまり国内委員会の先生方のお力におすがりしてリクルートしていく方式が本当にこれからもやっていけるのか。研修員の受け入れも、言い方は悪いの

ですが、忙しい先生方をお願いをして、ボランティア精神にすぎている。これが現状ですから、こういう事が果たしていいのか難しい。しかし公募方式となるとなかなか踏み切れない。JICA は実際のプロジェクトですから、誰かいないかで公募方式も正直言って踏み切る自信はありません。システムティックにどうやったらいいのかが当面の課題です。私ども JICA がもっている、体質上排除できない硬直性があります。できるだけフレキシブルであるべく JICA の中で議論しております。委託方式を考えたらいいか、JICA ファンドをつくって研究、NIH のようなことをやれないか。いろんなプロジェクトが今まではフォロー・アップすることを JICA は考える必要はなかった。何故かというと終わったプロジェクトはあんまりなかったが、実績がでてくると、終わったプロジェクトがでてくる。これをどうしたらいいかという大問題がある。いろいろあるわけで解決していこう。——私、いつも申し上げるのですけれども、1、2年では、ちょっと難しい。1年2年で解決できる簡単な問題ではありません。周期的、長期を考えて5年10年のオーダー、をご理解いただければ JICA も大きく変わっていきけるように思います。皆様方にご不自由をおかけしていますけれども、フレキシビリティを持って対応し、皆様方のご支援を得ながら ODA の技術協力を中心にした部分を担当していきたい。JICA だけではございません。JICA も one of them であるということで、いろんな所と連携関係をとりながらと、思っております。

司会 どうもありがとうございました。今のお話で JICA もいい方向に変えようという意志、充分にございますので、建設的な意見をどんどん JICA の方におよせいただければと思います。保健医療領域での協力をやります前に、経済発展、社会関係、背景を考えなければいけない訳です。今日は幸いに午後のサテライト・シンポジウムにからみ、コミッション・オヴ・ヘルス・リサーチ・フォー・ディベロップメント

(Commission of Health Research for Development) のコミッショナーとして元外務大臣、内外政策審研究会の会長をしていらっしゃる大来先生にコメントをいただきます。お願いします。

大来 大来でございますが、今島尾先生のご紹介のようにコミッション・オヴ・ヘルス・リサーチ・フォー・ディベロップメントの委員をいたしております。私、経済が専門ですが開発問題は30年位とりくんでおります。今日こういうシンポジウムが開かれること自体、将来に希望をもたせるものです。近藤さんのお話にもありましたが、万事この今の日本、急激に成長発展したからいろんなことがまだついていけない。ところが海外に行ったら、相当厳しい批判がある。最近読んだ本でも Harvard Business Review パワー・ウィズアウト・パーパスという題で、日本がとてつもない経済力、特に金融力を持つようになった。これには相当危険な要素がある。リーダーとしての考えがない国が急にお金をたくさん持つ。このパワー・ウィズアウト・パーパスの副題がクライシス・オヴ・ジャパンズ・ドミネーション・イン・インターナショナル・国際金融で日本が dominate することの危機、クライシスといっている。そういう論文が出ている。相当広くアメリカでも読まれているようですが、もう一つ最近日本でも問題になっている、アトランティック・マンスリーという雑誌にコンティニング・ジャパンという日本封じ込めという題になるのですか。全翻が今月号の中央公論にでておりますが、なかなか日本のことを知っているジェームズ・ファースという人が書いていますが、日本のやり方は経済の面でどんどん世界に貿易の面にでてくるようにできて、経済が豊かになったものを世界に還元することはあまり考えていない。世界の平和の問題とか、病気の問題とかそういう問題に対しても日本人の関心が低いと日本人は自分自身で、コントロールできない状況で、外国から圧力をかけなければ危険な存在になると、アトランティ

ック・マンズリーなど、相当広く読まれている雑誌です。偏見があると思いますが、日本側としても考えなければならぬと思うので。日本はどのような理想と目的を持って、世界の中でやっていくつもりか、外からみるとわからない、感じは外国人、そういう感情を持っている連中が多いと思う、我々日本人、自分で考えても良くわからない。外国人は早急に貧乏人が一晩で変わる事ができないんだから多少現状だけを見てくれるな。将来いろいろ可能性があるという事をいっておるわけです、日本の国内では今日、いろんな出ました話でも、制度なり、委員会が必要、国際的な視野からキャッチ・アップしていない。私も昔、役人だったこともありますし、近藤さんの今の話にも同情するけれど、会計検査院とか大蔵省の資金力とかいろんな所に関門があり当然できそうな事ができないこともあります、しかし割合、日本の社会はフレキシブルな所があり、いろいろな所で声が上がってくる。絶えず要求がひき上げあがってくることがものごとを変えていく原動力だと思います。こういう学会、大いに活動して JICA だけでなくジャーナリズムあるいは役所、に対するひき上げ、建設的なひきあげでもよいけれど、ものごとがすーすー変わっていくのではないか、そんな感想です。

司会 最後に非常に重要なことを指摘いただいて、どうもありがとうございました。建設的なつきあいは大事だと思います。

私からもこういった国際協力の重要性、ここにいる我々は知っているけれども、我々の中でいいあっても仕方がないので違った職種のしかもいろんな職場に働いている方が集まる学会はないかと思います。

各々が皆、この国際保健医療学会の他に基盤をもっているはずなので、縦軸と横軸の話ができましたが、もう一つの軸の背後にでました時に国際医療協力の重要性を大きな声で叫んで、一人でも二人でも理解ある方を増やしていただく、その積み重ねの上に国際保健医療協力の発展もあるかと考えている。

一番右端の黒板にちょっと妙な黄色い絵がでているのが、ご覧いただけるとと思います。2匹のロバでしょうか、お互いえさを目の前に置いて引っぱり合っています。引っぱり合い、くたびれはてて、どうしようか、二人一緒にやればよいじゃないかと、片方の方に行って一緒にえさを喰う、それを片付けて、今度はまた反対側を向いて一緒にえさを喰う。

国際保健医療にたずさわるすべての団体、GO、NGO、全てを含めて引っぱりあったのではうまくいかないと思います。どうかあの精神で仲よく一緒に共通のえさを食べ国際保健医療を発展させていくことを願い、このシンポジウムを終わりたいと思います。

シンポジストの先生方、たいへんありがとうございました。

第4回日本国際保健医療学会総会宣言

我国は第二次大戦後40数年間の間に、蔓延していた伝染病や寄生虫性疾患を制圧することに成功し、食生活を改善し、一部の癌を含む成人病対策にも見るべき実績を挙げ、世界の最長寿国となった。これを可能にしたのは、経済の急速な復興と発展、医学の進歩、その成果の保健医療施策への導入と、これに対する国民の側からの積極的な参加と協力である。

一方多くの開発途上国は未だに伝染病、寄生虫性疾患に悩まされており、乳児死亡率は高く、平均寿命が50歳前後である。このような保健医療の領域での国際的な不公平を解消するために、WHOを始めとする国際機関や世界各国が多年に亙り努力を続けたにも拘らず、近年の経済危機の悪化に伴って、南北間の格差はむしろ拡大し、最貧国の国民の保健医療は深刻な危機に直面している。この克服は、最終的には自助努力によるべきであるが、当面先進諸国からの協力が必要である。

世界第二の経済大国となり、進んだ医療技術と伝染病制圧の経験を持ち、WHOの事務局長を出している日本に対して、世界中から保健医療領域での技術協力強化への熱い期待が寄せられている。このような重大な時期に開催された第4回国際保健医療学会の討議を通じて、世界からの期待に応え、保健医療領域での不公平をできるだけ速やかに解消するためには、次の事項が重要であることが認識された。

1. 保健医療施策の充実、発展の基礎となるのは経済の発展、社会開発であり、開発途上国のこれらの施策に対する協力が十分に行なわれるべきである。
2. 保健医療の各専門領域毎に、研究協力を含め、どのような形の国際協力が、異なった発展段階にある開発途上国の保健医療水準の向上に最も良く寄与するかについて、検討を加える。
3. 若干の伝染病、寄生虫性疾患については、世界のために、研究や幹部要員の研修を行なえる能力を日本が保持する。
4. 国際的な場で活躍できる人材の発掘、養成を積極的に、計画的に行なう。
5. 保健医療領域での国際協力の実施にあたっては、国の機関相互、及び民間団体との連絡、調整を密にする。
6. 在日外国人に対する保健医療施策を強化する。

我々はこれらの実現に、今後一層努力する。

1989年6月18日

サテライトシンポジウム
「開発のためのヘルス・リサーチのあり方を探る」
Health Research for Development

期日：1989年6月18日（日曜） 14：00-17：00 PM

場所：結核予防会結核研究所

プログラムは下記の通りであった。

今回のシンポジウムは、同じ時期に東京で開かれた「Commission on Health Research for Development」の委員会のメンバーにも出席を依頼して行われた。この委員会は、カナダの John Evans を会長とする国際的な委員会で、日本からは大来先生が委員として参加しておられるものである。

この委員会は、開発途上国が自ら問題を解決していくための研究能力（ここでいう「研究」とは広い意味で、問題解決の方法というような意味である）を付与することが最も重要であるという考え方に立って活動を進めているものである。

今回のシンポジウムでは、プログラムにあるように、この委員会のメンバーと日本側がそれぞれのプロジェクトについて講演を行い、その後、パネルが行われた。

シンポジウムの内容は、委員会の紹介および現実の途上国の研究に関する諸問題の報告があり、同時に、日本側の活動を紹介する報告があった。このシンポジウムには学会参加者の多くが出席し、盛会であった。また、これによって、第三世界における健康に関する研究能力の拡充の必要性と、それに対して日本に向けられている期待が、参加者に理解される良い機会となった。今後わが国における、こうした分野での関心がいっそう高まることを期待したい。

The Satellite Symposium
of the Japan Association for International Health
“ Health Research for Development : Essential National Health
Research and On-going International Mechanism ”

Date : June 18, Sunday, 1989

Time : 14 : 00—17 : 00

Place : Research Institute of Tuberculosis (RIT), Kiyose, Tokyo

Tel : 0424-93-5711

(Dept. of International Cooperation)

Moderator : Prof. Shigekoto Kaihara (Tokyo University)

1. Overview of Health Research for Development (I)
A. Lucas (Nigeria)
2. Japanese International Cooperation for Manpower Development in Thailand
K. Nishioka (Advisor to ASEAN Institute for Health Development)
3. Research Institute of Tropical Medicine in the Philippines
Y. Kaneko (Professor Emeritus, Toho University)
4. Community based TB programme in Bangladesh (in cooperation with BRAC)
N. Ishikawa (Head, Dept. of International Cooperation, RIT)
5. Overview of Health Research for Development (II)
G. Castillo (Philippines)
6. Specific Country Example-
A. Martinez-Palomo (Mexico)

Coffee break (15 : 45—16 : 00)

7. Panel Discussion
J. Evans, Moderator
N. Ishikawa (RIT)
S. Ohkita
V. Ramalingaswami (India)
T. Shimao
A. Lucas (Nigeria)
and the speakers

第4回日本国際保健医療学会総会を終えて

石川 信 克

(理事, 結核研究所国際協力部)

6月17日(土), 18日(日)の2日間, 第4回日本国際保健医療学会総会是新築の結核予防会結核研究所において開催された。Global Health-Role of Japan-の主題のもと, 島尾忠男研究所名誉所長を会長に, 結核研究所が総会準備委員会事務局を担当した。曇天で雨がちの2日間であったが, 全国から250名に及ぶ学会始まって以来最大の参加者があり, 非常に啓発的で印象深い集まりとなった。

本学会の目指すもの

この学会は6年前, 国際医療協力に関心を持つ医療従事者が互いの経験を分かち合うサロンとしてスタートした。各方面で国際医療協力が盛んになるにつれ, 国際保健医療学という地球レベルの保健問題を扱う新しい学問分野の必要性が感じられ, 1986年に発足した。参加者はいわゆる研究者でなく, 実践活動を行い, 行おうとする者たちが従来の医師, 看護婦, 学生などという枠を越えてつながり, 幅広い「学問」, 「実践」 「研究教育」の場を目指してきた。

結核研究所が主催するに至った経過

発足当初は医療協力の現状批判や単なる現地報告が多かったが, 次第に内容が充実してきて, 昨年神戸で開かれた第3回総会では一段と飛躍を見せた。

さらに公的な立場の国際協力をとらえ直し, 学問的に深める必要が感じられ, 第4回総会を, JICA や WHO など国内外の公的組織の責任を担っておられる島尾先生のもと, 結核研究所で開催すべく要請されたのであった。結研が従来果たしてきた国際協力の実績に加え, 新たに国際協力部ができたことへの評価も, その理由の一つであった。

世界の保健問題と日本の役割

本総会のこのテーマで島尾先生が会長講演をされた。世界の大半を占める開発途上国ではいまだに最低の保健医療が保障されておらず, その進展はかなり遅れている。それは経済, 社会開発, 下部構造の発展の遅れにより, 保健政策推進が著しく障害を受けているためである。これに対し, 経済大国日本への期待は大きく, 経済開発援助ODAも5年間で倍増されようとしている。一方, 中嶋宏博士がWHO事務総長となり, 世界の途上国に対する日本の責任はますます大きくなった。我々

はどのようにして世界の健康づくりのために貢献できるか、十分模索、検討せねばならない、と島尾会長は参加者に呼びかけられた。

感染症対策

この主テーマについて、国立熊本病院長の蟻田功先生が基調講演された。先生は長年 WHO の天然痘撲滅計画の責任者として活躍された経験に基づき、今世界の感染症とそのための方策の現状を分かりやすく説明された。日本の経済力と技術をもってすれば、世界の多くの感染症を制圧することができる、例えばポリオ根絶計画はやればでき、やりがいのある仕事である。最後に日本の国際的人材育成の必要が述べられ、日本国内で優秀な人材こそ WHO を始め、国際的に派遣される必要があること、WHO との協力事業を通して日本の弱点を補うことができることが強調された。

協力のあり方—タイ国を事例に—

二つ目のテーマはタイ国に対する医療協力の事例検討であった。タイにおいて各方面で活躍された方々がシンポジストとして報告し、それぞれの経験を述べられた。一つの国を取り上げたのは初めてであり、ユニークな企画であった。時間の制約で議論を深められずに終わったので、今後の課題としたい。

好評だったポスター発表

演題発表は六部門に分かれ、すべてポスターとしたが、各種 39 題の発表があった。参加者全員にすべての発表を見る機会を与え、各部屋で 1 時間半の討論がなされた。スライド発表より討論が盛り上がったと好評であった。

イブニング・セッション（分科会）

6 つのテーマで自由な語り合いの場を持った。学生や新たに志す人たちのための「海外協力への道」、政府と民間レベル協力の違いをそれぞれの立場から論議した、[WHO・GO・NGO]などは本学会ならではの企画であった。今回は政府レベルの協力を主な焦点が当てられたが、NGO（民間）の持つ立場やセンスを重視する本学会の姿勢は保たれたと思う。政府・民間の緊張関係、協力関係を究めることは重要な課題である。

第 2 日目はシンポジウムで第 1 日目のまとめがなされた。他の分科会に出られなかった人もまとめを聞くことができ、この企画も好評であった。最近のジュネーブの WHO 本部の結核課長に成られた古地新博士も参加され、日本が得意な分野に焦点を当てた協力の必要など述べられた。最後に特別発言者として JICA の近藤健文医療協力部長は JICA は変わっていきける可能性があり、研究協力も強化できる、ただ長期の専門家が是非もっと欲しいと述べられた。ゲストの前外務大臣の犬来佐三郎氏は、「急激な発展をした日本は、それに応じた突き上げが欲しい」と述べられた。

これは今回の第3のテーマであった。従来途上国の現場に役立つ研究、研究協力はあまりなされてこなかったが、その必要が国際的に指摘されてきている。折しも、同時期に国際ヘルス・リサーチ委員会が東京で開かれたため、学会は2日目午後、諸外国の専門家10名を加えたサテライト・シンポジウムへと移行した。通訳なしの英語でなされたが、百名以上もの熱心な参加者を得た。

この学会の最後に島尾会長の起草した総会宣言が採択され、関係各方面に配布されることになった。

この学会総会の成果は、1)例年通りであるが、各種の立場で国際保健活動をしてきた人達が一堂に会し討議が出来たこと、即ち年齢や立場、専門性を越えて多くの人々が出会いを体験できたこと、2)それらの経験を、より国際保健医療学という立場で見直す歩みを深めることが出来たこと、3)準備の過程の中で、国際協力にたずさわる多くの人々との幅広いネットワークができたこと、例えばこの準備委員会の積み重ねがもとになって、国際PHC研究会が発足し、月1回の例会を持つようになったこと、などである。

繰り返しになるが、学生や若い人達がいわゆる学会のえらい先生方と対等に熱っぽく語り合えるこの学会の持つ体質はたいへん貴重なもので、他の分野にまして若いエネルギーを必要とする国際保健医療には欠かせないものであろう。それは国際保健が目指す地球上の基本的人權、平和達成への着実な歩みの一歩と言えないだろうか。

今、本学会の抱える最大の課題は学会誌の内容充実である。諸氏の熱意あるご協力を心よりお願いしたい。

日本国際保健医療学会 第11回理事会 議事録

日 時 1989年6月16日(金) 5:00 PM~7:00 PM

場 所 結核予防会本部3階会議室

出席理事 藤岡晨宏, 山本俊一, 島尾忠男, 我妻 堯, 今川八束, 華表宏有, 志摩チヨ江, 兵井伸行, 川上 剛, 内山三郎, 鶴飼 卓, 多田正毅, 二ノ宮節夫, 西村千代子, 石川信克, 高野正孝, 堀田 進, 宗像 醇, 津山直一, 山内登貴夫

列席者 萩原弘一

議案

1. 1988年度事業報告・決算の件
2. 1989年度事業計画・予算の件
3. 会則変更の件
4. 役員・評議員選任の件
5. 第5回総会の件
6. 第6回総会の件

議事内容

1. 定足数

出席理事20名により、この理事会は成立された。

2. 開 会

3. 議 案

第1・2号議案 1988年度事業報告・決算の件, 1989年度事業計画・予算の件

高野理事から、配布資料をもとに、88年度事業報告・決算についての説明があった。学会誌第3巻および白書が未刊のため、270万円近くの繰り越し金が出た。

89年度事業計画についての説明があった。関西地方会が国際保健医療活動の活性化と充実のために、セミナー・ワークショップを開催するべく企画中である。

国際医療協力病院協議会は、多田理事から発議があったもので、本学会の後援となっている日本国際親善厚生財団が主催して、国際医療協力を実施する医療機関のネットワークをつくらうというもの。同財団は、外務省から助成を受けて、アフガニスタン難民の整形患者を日本に受け入れ治療活動を行っているが、その輪をもっと広げて、ネットワークをつくる母体として協議会を発足させる。

第3号議案 会則変更の件

会長になつた場合の準備のためには、次期会長と次々期会長を同時に選任する方が合理的という意見が多く見られたので、次のように会則を変更した。

第十一条 会長・副会長および次期会長は、評議員会で評議員の中から互選し総会の承認を

受ける。

2. 会長・副会長および次期会長以外の理事および監事は前項の規定により、会長・副会長および次期会長を互選した後に評議員会で評議員の中から互選し総会の承認を受ける。

第4号議案 役員・評議員選任の件

89年度役員では、木内敦夫、山地幸雄両氏が退任し、青木正和、川上 剛、兵井伸行の各氏が新任した。

第5号議案 第5回総会の件

第5回総会会長は、産業医科大学教授 華表宏有に決まり、1990年8月に産業医科大学で開催することとなった。

第6号議案 第6回総会の件

第6回総会会長は、国立病院医療センター国際医療協力部長 我妻 堯氏に決まった。

第7号議案 その他の件

理事から、ニューズレターを大学図書館に送るなどして、会員増加の対策をたてる必要があるという意見が出され、今後の検討課題となった。

多田理事から、キョーレオピンという薬を製造販売している湧永製薬から寄付の申し出があり、その代わりに、当該薬品の副作用などが出た際、会員の方々が相談にのってくれるよう依頼があった旨の報告があり、了承された。

山本俊一理事から、本会編集委員会委員長の辞任の申し出があり、了承された。

事業報告書

(1988年4月1日から1989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	1988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	イ. ニュースレターの発行 ロ. 会誌の発行	年4回 延期	各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	1989年出版予定	1500部
5. 学術会議等の後援	イ. アジア太平洋大災害医療 会議（日本救急医学会主催） ロ. ウィンター・アドバンス ト・スクール（日本国際親 善厚生財団主催）	1988年11月開 催 1989年2月開 催	免疫学・感染症学に おける国際会議

決 算 書

(1988年4月1日から1989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				
会 費 収 入	2,135,000	2,095,000	△ 40,000	学生 2,500円×40人 =100,000 一般 5,000円×369人 =1,845,000 賛助 1件=150,000
2. 事 業 収 入				
地 方 会 収 入	75,000	52,000	△ 23,000	関東 2回 関西 1回
広 告 収 入	0	319,200	319,200	機関誌の広告収入
3. 助 成 金 収 入				
日本国際親善厚生財団	2,000,000	1,000,000	△1,000,000	一般事業助成
4. 寄 付 金 収 入	0	254,480	254,480	城西病院等からの寄付
5. 雑 収 入				
受取利息など	13,000	3,321	△ 9,679	
6. 前 期 繰 越				
前期繰越収支差額金	1,618,267	1,618,267	0	
収 入 合 計	5,841,267	5,342,268	△ 498,999	
支 出 の 部				
1. 事 業 費				
(1) 第3回総会補助費	1,500,000	1,500,000	0	第3回総会開催の補助
(2) 地 方 会 費	150,000	36,000	△114,000	設営費・資料作成費など
(3) 機 関 誌 発 行 費	1,900,000	803,412	△ 1,096,588	ニューズレター No.13, 14,15,16=778,000 会誌第3巻 未刊 白書未刊のため
(4) 調 査 研 究 費	1,400,000	0	△ 1,400,000	
2. 管 理 費				
(1) 需 要 費				
イ. 通 信 費	367,200	245,130	△122,070	ニューズレター・学会 案内郵送代
ロ. 交 通 費	40,000	0	△ 40,000	
ハ. 印 刷 費	150,000	50,000	△100,000	
ニ. 消 耗 品 費	20,000	15,502	△ 4,498	文具・事務用品等
ホ. 函 書 費	50,000	0	△ 50,000	
(2) 会 議 費	50,000	0	△ 50,000	
3. 予 備 費 予 備 費	214,067	0	△214,067	
支 出 合 計	5,841,267	2,650,044	△3,191,223	
次 期 繰 越 収 支 差 額	0	2,692,224	2,692,224	

事業計画書

(1989年4月1日から1990年3月31日まで)

実施項目	実施細目	実施時期	備考
1. 総会開催	第4回総会	1989年6月 17-18日	結核研究所(清瀬)
2. 地方会開催	イ. 関東 関東地方会 ロ. 関西 1)関西地方会 2)ワークショップ	年 1回 年 1回 年 1回	
3. 機関誌発行	イ. ニュースレターの発行 ロ. 会誌の発行	年 4回 年 2回	各2000部 ただし第3巻を含む
4. 国際保健医療に関する出版	国際医療協力の手引書	1989年 秋 出版予定	1500部
5. 委員会の運営	ODA委員会(仮称)等	第4回総会後にスタート	ODAのあり方を研究
6. 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	
7. 学術会議等の後援	イ. 第10回アジア医学生国際会議 ロ. 国際医療協力病院協議会(日本国際親善厚生財団主催)	1989年8月 1-7日開催	神戸市

予 算 書

(1989年4月1日から1990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	前年度予算額	増 減	備 考
1. 会 費 収 入 会 費 収 入	2,000,000	2,135,000	△135,000	学生 2,500×40人 =100,000 一般 5,000円×380人 =1,900,000
2. 事 業 収 入 地 方 会 収 入	52,000	75,000	△ 23,000	
3. 助 成 金 収 入 日 本 国 際 親 善 厚 生 財 団	1,000,000	2,000,000	△1,000,000	一般事業助成
4. 寄 付 金 収 入	300,000	0	300,000	
5. 雑 収 入 受 取 利 息 等	4,000	13,000	△ 9,000	
6. 前 期 繰 越 前 期 繰 越 収 支 差 額 金	2,692,224	1,618,267	1,073,957	
収 入 合 計	6,048,224	5,841,267	206,957	

支 出 の 部				
勘 定 科 目	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 事 業 費				
(1) 第4回総会補助費	1,000,000	1,500,000	△ 500,000	第4回総会開催の補助
(2) 地 方 会 費	200,000	150,000	50,000	設営費・資料作成費など
(3) 機 関 紙 発 行 費	3,200,000	1,900,000	1,300,000	会誌1,300,000×2(第 3巻含む)=2,600,000 ニューズレター 150,000 ×4=600,000
(4) 調 査 研 究 費	1,000,000	1,400,000	△ 400,000	白書出版
2. 管 理 費				
(1) 需 要 費				
イ. 通 信 費	367,200	367,200	0	32,400×3回=97,200 135,000×2回=270,000
ロ. 交 通 費	0	40,000	△ 40,000	
ハ. 印 刷 費	50,000	150,000	△ 100,000	10,000×5回=50,000
ニ. 消 耗 品 費	20,000	20,000	0	文具・事務用品等
ホ. 図 書 費	50,000	50,000	0	
(2) 会 議 費	0	50,000	△ 50,000	
3. 予 備 費 予備費	161,024	214,067	△ 53,043	理事会の了承を得て支 出する
支 出 合 計	6,048,224	5,841,267	206,957	
次期繰越収支差額	0	0	0	

日本国際保健医療学会 役員

顧問

大来佐武郎（元外務大臣）
島尾 忠男（WHO 執行理事）
羽田 春兔（日本医師会長）

理事

会長 華表 宏有（産業医科大学公衆衛生学教授）
副会長 堀田 進（元金沢医科大学熱帯医学研究所長）
山本 俊一（東京大学名誉教授）

代表理事 津山 直一（国立身体障害者リハビリテーションセンター総長）

理事 石川 信克（結核予防会結核研究所国際協力部長）
今川 八束（都立荏原病院副院長）
鶴飼 卓（大阪府立千里救命救急センター副所長）
内山 三郎（神戸大学医学研究国際交流センター講師）
川村 寿一（三重大学医学部泌尿器科学教室教授）
草川 三治（元東京女子医科大学病院長）
坂部 孝（元日本大学駿河台病院長）
志摩チヨ江（国際看護交流協会理事）
高野 正孝（上尾甞生病院副院長）
多田 正毅（城西病院長）
西村千代子（厚生省看護研修研究センター教務課長）
二ノ宮節夫（東京大学医学部整形外科助教授）
藤岡 晨宏（兵庫県立尼崎病院長）
星野 昌子（日本国際ボランティアセンター事務局長）
松村 武男（神戸大学医学部医動物学教室教授）
丸地 信弘（信州大学医学部公衆衛生学教室教授）
宗像 醇（元日本医科大学病院長）
山内登貴夫（元岩波映画製作所プロデューサー）
山本 保博（日本医科大学救命救急センター教授）
我妻 堯（国立病院医療センター国際医療協力部長）

新任理事

青木 正和（結核予防会結核研究所長）
川上 剛（労働省産業医学総合研究所）
兵井 伸行（国立公衆衛生院衛生人口学部）

監事

佐藤 喜一（金沢医科大学熱帯医学研究所教授）
中島 章（順天堂大学医学部眼科教授）
深井孝之助（大阪大学微生物病研究所理事長）

JAIH 第5回総会のお知らせ

90. 8. 25～26

会 長：華表宏有（産業医科大学医学部公衆衛生学教授）

副会長：堀田 進（金沢医科大学熱帯医学研究所長）

山本俊一（東京大学名誉教授）

期 日：1990年8月25日（土）～26日（日）

場 所：産業医科大学（北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 主としてJR利用で小倉駅より約50分、
同じく博多駅より約70分）

組織委員：（五十音順）

蟻田 功（国立熊本病院長）

島尾忠男（結核研究所名誉所長）

津山直一（国立身体障害者リハビリテーションセンター総長）

堀田 進（金沢医科大学熱帯医学研究所長）

松本慶蔵（長崎大学熱帯医学研究所長）

企画委員：（五十音順）

青木克己（長崎大学熱帯医学研究所寄生虫学教授）

白幡 聡（産業医科大学医学部小児科学助教授）

永武 毅（長崎大学医学部熱研内科講師）

西岡和男（福岡市中央保健所長）

松田明子（産業医科大学医療技術短期大学看護学科教授）

吉村健清（産業医科大学産業生態科学研究所臨床疫学教授）

事務局：土井 徹（産業医科大学医学部公衆衛生学）、松田晋哉（同）、曾根智史（同）

上記のように本学会総会の企画準備を致しております。関東・関西両地方会から離れての初めての総会です。本学会の主旨を全国に広げるためにも、是非とも実りある総会にしたいと思っております。他方面でご活躍の皆様のご参加を歓迎いたします。

次号ニューズレターにて御案内致しますが、演題をご用意下さい。また、御意見、御要望がありましたら遠慮なく事務局までお知らせください。

第5回日本国際保健医療学会総会事務局

〒807 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

産業医科大学医学部公衆衛生学教室内

担当：土井、松田、曾根、坂井、田中

TEL 093-603-1611 ext. 2353, 2351

FAX 093-603-4307

第4回日本国際保健医療学会総会準備委員会

委員長：青木正和（結核研究所）

組織委員：今川八束（都立荏原病院）

丸地信弘（信州大学医学部）

麦谷眞里（厚生省大臣官房国際課）

志摩チヨ江（国際看護交流協会）

多田正毅（城西病院）

内山三郎（神戸大学医学部）

山本保博（日本医科大学）

実行委員：有川志津男（上尾甞生病院）

萩原弘一（学会公報担当）

林 達雄（日本国際ボランティアセンター）

兵井伸行（国立公衆衛生院）

石川信克（結核研究所）

川上 剛（労働省産業医学総合研究所）

楠本一生（国立病院医療センター）

丸井英二（東京大学医学部）

松田正己（結核研究所）

清田明宏（結核研究所）

高野正孝（新世クリニック）

（ABC順）

国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌 第4巻第1号
THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION
FOR INTERNATIONAL HEALTH Vol.4 No.1

平成2年 月 日印刷・平成2年 月 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10754-24 城西病院内

TEL 0296-33-2111

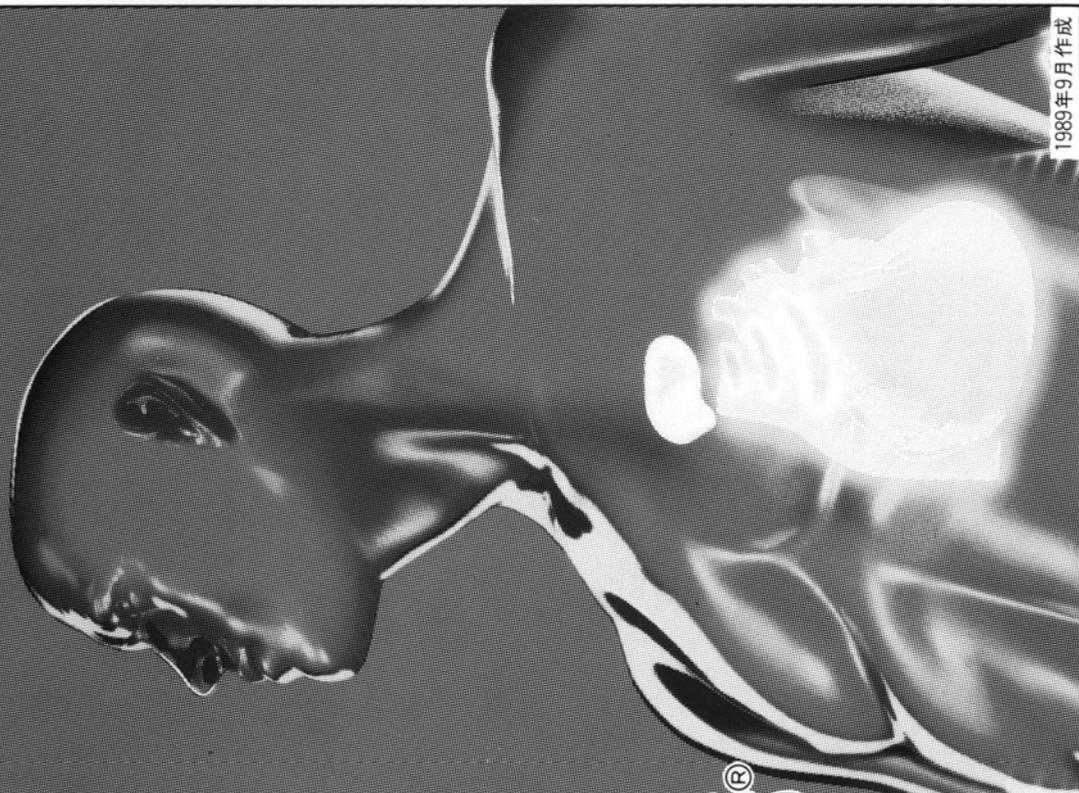
FAX 0296-32-1937

印刷：櫛共進

東京都杉並区久我山5-6-17

TEL 03-331-0950

Transdermal Therapeutic System



- 組成 ニトロダーム[®]TTS[®]は、1枚(薬物放出有効面積:10cm²)中にニトログリセリン25mgを含有する貼付剤である。
- 用法・用量 通常、成人に対し1日1回1枚(ニトログリセリンとして25mg含有)を胸部、腰部、上腕部のいずれかに貼付する。なお、効果不十分の場合は2枚に増量する。
- 包装 貼付剤:140枚 350枚
- 健保適用

※使用上の注意等詳細につきましては製品の添付文書をご覧ください。

経皮吸収ニトログリセリン製剤
ニトログリセリン[®]TTS[®] (創指)
 ニトログリセリン貼付剤
Nitroderm[®]TTS[®] (R) : 登録商標

製造販売
日本チバガイギー株式会社
 兵庫県宝塚市美幸町10番66号
 ■資料は日本チバガイギーの医薬情報担当者にご請求ください。

CONTENTS

4TH ANNUAL MEETING OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

June 17-18, Research Institute of Tuberculosis, Kiyose, JAPAN

Opening Address of the President of the Association :

“ GLOBAL HEALTH…Role of Japan ” ,

T. Shimao (7)

Keynote Address :

“ Communicable Diseases Control ” ,

I. Arita (11)

Scientific presentations :

Session 1 “ Communicable Diseases Control ” (21)

Session 2 “ Students and International Cooperation ” (34)

Session 3 “ Japanese Contribution in International Health
-The Case Study of Thailand Projects- ” (40)

Session 4 “ Health Problems of Foreign Residents in Japan ” (50)

Session 5 “ Medical Cooperation by NGOs ” (58)

Session 6 “ General Topics ” (67)

Symposium I :

“ Japanese Contribution to International Health

…The Case Study of Thailand…” (77)

Evening Session

Session 1 “ Communicable Diseases Control Project ” (103)

Session 2 “ Road to International Cooperation ” (104)

Session 3 “ International Cooperation in Nursing ” (107)

Session 4 “ Problems in the International Training Programme in Japan ” (111)

Session 5 “ Health Research -Methods and Strategy- ” (118)

Session 6 “ WHO, GO, NGO ” (121)

Symposium II :

“ Global Health and The Role of Japan ” (125)

Declaration (139)

Satellite Symposium jointly with Commission on Health

Research for Development (CHRD)

“ Health Research for Development ” (140)

Generalization (143)

Record of General Assembly (147)

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

平成二年八月十日印刷

・

発行者

津山直一

印刷者

株式会社共進

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