

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7巻第1号
平成5年4月

Vol.7 NO.1
Apr. 1993

特 集

第7回日本国際保健医療学会年次総会
1992年9月18日～20日 松 本



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 学会雑誌 第7巻 第1号

目 次

特 集 第7回日本国際保健医療学会年次総会

会 長 講 演

- International Health and Health Democracy with Special Reference to Paradigm Shift/Change 1
Nobuhiro Maruchi, MD (Professor, Department of Public Health, Shinshu University School of Medicine)

特 別 講 演

- The New Reality in Health 14
Dr. Vitura Sangsingkeo (Director General, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand)

パネルディスカッション

- I. PHC (プライマリヘルスケア) / 健康増進 (ヘルスプロモーション) と国際協力の将来 22
司会：石 川 信 克 (結核予防会結核研究所国際協力部)
藤 田 雅 美 (信州大学医学部公衆衛生学)
パネラー：鎌 田 實 (諏訪中央病院)
松 田 正 己 (結核予防会結核研究所国際協力部)
- II. 東欧諸国との国際協力の現状と将来 48
司会：鳥 尾 忠 夫 (結核予防会理事)
駒 沢 彰 夫 (国際協力事業団青年海外協力隊)
パネラー：Dr. Alexis Coumbaras (WHO本部東欧保健開発政策担当官)
酒 井 章 (日露医学医療交流財団評議員)
高 橋 卓 志 (日本チェルノブイリ連帯基金事務局長)
Victor V. Likhachev (在日ロシア大使館)
- III. 在日外国人医療と国内問題 65
司会：小 林 米 幸 (AMDA国際医療情報センター所長)
五 味 五 郎 (丸の内病院)
パネラー：大 浦 智 子 (栃木インターナショナルライフライン事務局)
桑 山 紀 彦 (山形大学医学部精神神経科)

ワークショップ

- (1) 国際協力に参加してみよう 83
司会：中 村 安 秀 (東京都母子保健サービスセンター)
国 井 修 (栃木県栗山村国民健康保険診療所)

(2)日本の国際保健医療教育	84
司会：郡 司 篤 晃（東京大学）	
内 山 三 郎（神戸大学）	
(3)関連分野からの国際保健協力への道	85
司会：吉 村 健 清（産業医大）	
林 謙 治（国立公衆衛生院）	
(4)PHCと病院－効果的な連携の可能性を探る	86
司会：上 原 鳴 夫（国立病院医療センター）	
(5)プライマリ・ヘルス・ケア 「女性と開発」の視点から	87
司会：兵 井 伸 行（国立公衆衛生院）	
(6)国際研修・各論～研修方法について～	89
司会：松 田 正 己（結核研究所）	
豊 島 閔 子（国際看護交流協会）	
(7)国際保健におけるヘルスリサーチ～大学の役割～	90
司会：丸 井 英 二（東京大学留学生センター）	
(8)緊急医療協力について	91
司会：鵜 飼 卓（大阪府立千里救命救急センター）	
(9)途上国における食の変容と健康	92
司会：足 立 己 幸（女子栄養大学）	
村 居 正 雄（歯科保健医療国際協力協議会）	

自由集会

これからの国際保健医療協りに「医者」はいらない?!	94
「コ・メディカル」って、いったい何さ？	
世話人：丸 井 英 二（東京大学）	
足 立 己 幸（女子栄養大学）	
兵 井 伸 行（国立公衆衛生院）	

公 告

1991年度事業報告・決算	95
1992年度事業計画・予算	98
日本国際保健医療学会第18回理事会議事録	101
第7回日本国際保健医療学会年次総会の開催に関する経過概要	103
事務局からのお知らせ	107

特 集

国際協力における発想の転換を求めて
第7回日本国際保健医療学会総会
1992年9月18日～20日 松本

於 長野県松本勤労者福祉センター

International Health and Health Democracy with Special Reference to Paradigm Shift / Change

Professor Nobuhiro Maruchi

Department of Public Health, Shinshu University School of Medicine

Keywords; human networking, common health needs, GN approach, democratic problem solvings, preventive epidemiology, Two-in-One approach.

Introduction

It was about twenty years ago when I was initially involved in international cooperative activities on health. The recent drastic changes in international environment however has been demanding us to examine our conventional way of thinking for the participation on international health activities.

Through the organization of organizing committee for the present meeting, we have identified that the main theme of conference should be "**Paradigm Shift/Change for International Cooperation on Health**" in order to cope with the changing needs in the 21st Century.

In order to cope with the needs of the above main theme, the president lecture in the present meeting should be mostly concerned with the proposal on the pragmatic theory and the evaluative methodology for the wholistic approach on international health cooperation which would be based on the principles of human nature for total problem solvings among people concerned. The above examination would naturally permit us to introduce the basic idea for the education and research on community health care.

The subject matters on the above examination are totally based upon our process and outcome for the formulation of general framework on the main theme at the present meeting which was generated through the collaborative efforts of the present organizing committee. The above study experiences have always asked us to explore the multidisciplinary approach

which would be oriented to the recovery of humanity among people concerned.

Since this president address would discuss about our common and contemporary subject for total problem solvings which should be equally concerned with the education and research for international health, the following statements would be contributing to the common exercise for on the promotive attitude and practice towards the needs of main theme.

Background for the Present Speech

Before we could visualize the framework of this lecture, the following five major steps on the present topics should be identified for reference as one of important background information.

a. The Organizing Committee for the Present Meeting with Multidisciplinary Nature was formulated in January, 1992.

A multidisciplinary nature of organizing committee was formulated for the development of the present annual meeting. The spirit of this system was based on the promotive attitude and practice towards the needs of main theme.

As stated in the above, the core or subject matters of the present speech was totally based on the process and outcome of discussions at our organizing committee during the past nine months

which were directed to the formulation of structure and function on main theme at the present annual meeting.

b. The Structure and Function of the Present Annual Meeting was formulated under the Spirit of "Common Health Needs" in March, 1992.

My initial statement on the practical structuring of main theme for the present annual meeting was the proposal on so-called "common health needs" being composed of <disease control, health control, primary health care(PHC), health promotion, and health democracy>. It should be also mentioned that many committee member paid much attention especially for <health democracy>.

Through our careful discussion at the above committee, we have formulated the basic structure and function of the present annual meeting in the reality.

c. The Health Study Framework on the Theory and Practice for Human Based Systems was developed in May, 1992.

The demonstration on the above subject has simultaneously asked us to generate the present subject to which the process and outcome on the above study was available as one of important subject matters or learning source for the present study.

The present subject should be the practical body of present lecture which is composed of two major components such as "systems operation" and "epidemiologic study" for the study of human based systems. The characteristic feature of these subjects is the partial inclusion of conventional approaches such as preventive medicine and epidemiologic methodology

d. The Practical Value on "General Network(GN) Approach" was repeatedly identified through

the above two studies in July, 1992.

The practical use of GN approach, developed by our study group in 1987, made it possible for us to demonstrate with ease the total illustration of the structure and function of the present annual meeting as shown in the two figures at the end of this paper (Appendix 1 and 2).

Also corroborated was similar demonstration for the health study on the theory and practice for human based system stated in the above. These two interrelated studies could be identified through the practical use of GN approach.

e. "Two Major Principles for Democratic Problem Solvings" were generated for the Scientific Basis on Human Based Systems in September, 1992.

Through the above two inter-related studies, we have recently identified the essential body of present lecture, i.e. "two major principles for democratic problem solvings" which should be the scientific basis on human based systems.

The above common sense approach has also taught us that the basic idea on "IREKO Structure", baby in the body of its mother, being the primary idea on GN approach for "Two-in-One" nature, should be one of best way of demonstration for total problem solvings. This in turn means the needs of paradigm shift or the change of our attitudes by means of GN approach. Also identified was the structure and function of autonomous body such as human based systems which was believed to be the essential feedback mechanism for international cooperation in health as well as community health activities.

The speech content of special lecture by Dr. Vitura Sangsingkeo was also sent to me at this stage, and the review on his speech was very helpful for my final preparation on this lecture.

In conclusion, the total review on the above five

major steps for the present speech has indicated that the basic framework on total problem solvings for the networking of social group including international health cooperation and community health care could be shown in Fig.1

Provided the social problem solvings could be carried out under the principles of friendly human relationship, there should be basically identified the five major steps illustrated in "IREKO Structure" as follows;

1. GN Approach as the guideline study of human networking,
2. Democratic Problem Solvings as the basis of promotive dialogue,
3. International Health as the basis of mutual cooperation. Every human based systems should be practically identified in this concept.
4. Systems Operation as the basis of human systematization,
5. Epidemiologic Study as the basis of community participation.

Every problem could be only identified through human subjective feelings. In the sense, it is obvious for us that any problem as felt needs could be solved through collaborative efforts among people concerned. It is however true that there is no scientific basis on total problem solvngs with multidisciplinary nature which could be shared among people concerned. This feeling was especially recognized through my carrier on international health for the past twenty years.

1. GN Approach as a Wholistic Discipline

In order to cope with the above essential needs, we have generated an alternative theory/approach, GN approach, in 1987, after ten years period of trial and error. This approach is oriented to common process of problem solvings and to the theory and practice on total problem solvings which involves conventional scientific knowledge and technology harmoniously. This approach should be located in the atmost upper portion of Fig.1.

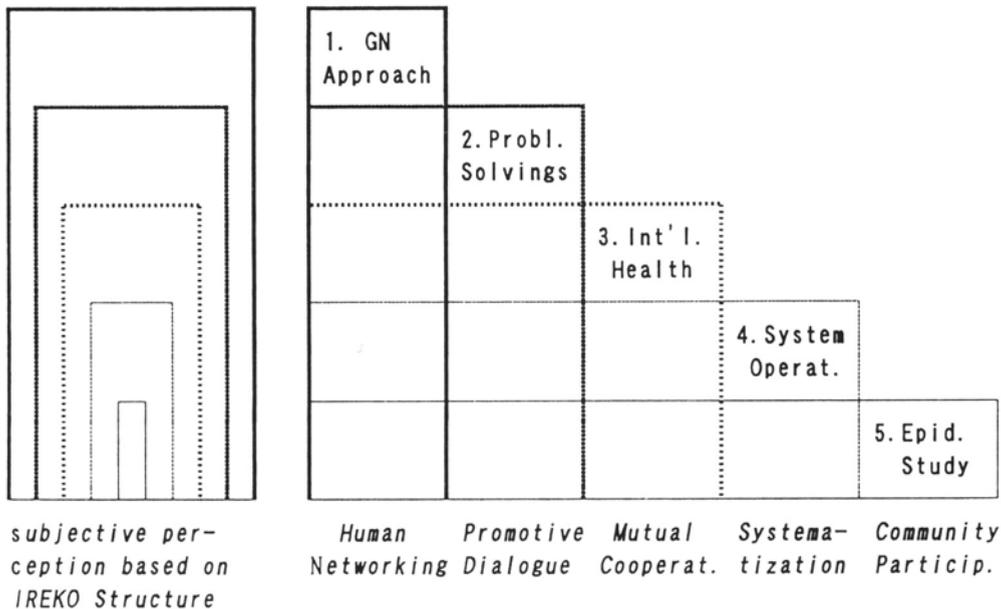


Fig.1 : Basic Framework on Toatal Problem Solvings with Special Emphasis on Community Participation

GN concept as a theory was developed by our study group in order to communicate our common sense or basic unity in specified settings. This kind of "common sense" is relatively reminded of us through our mutual talk for common problem solvings. Because of the nature of this theory, it is basically the needs orientation of people concerned which emphasizes the total idea through the combination of terms, number, models, and dialogue. Among them, **the importance of dialogues and models should be emphasized for the basic communication.**

The application of GN concept into practice should be "**GN approach**". The process and outcome of this approach should be well demonstrated through several types of model as well as conventional figure, table, and key words, in connection with its specified statement. Among several models, "**GN model**" should be the essential one for GN approach. The practical transformation/conversion of this model should be "**Two-phase model**" being explained in the later statement.

This wholistic approach does not neglect any conventional approaches but includes them as one of important components for common problem solving because of the nature of "**IREKO Structure**". This may in turn indicate the essential inclusion of "**self regulating mechanism**" in human based systems for which one pair of Two-phase model with complementary nature should be used for available demonstration. In the sense, GN approach has **Two-in-One nature** in the practice.

Therefore, it should be said that this old but new approach would be basically the same line with the famous words by **A.Koestler, a philosopher, saying that "a part should be one of important component of total body, and the essence of total body should be identified in every part of body"**.

2. Value on Democratic Problem Solvings

Since it is generally accepted by ordinary people that

many problems in the human world should have the larger part for social affairs than the problems for scientific analysis, it should be natural for the basis on common problem solvings that we may apply our common sense for the scientific criteria in terms of perception and decision making. In the sense, the conventional analytical approach based on natural science should be playing one of basic components for total problem solvings under GN approach.

Recently, the practical importance of AIDS prevention and control, PHC, and health promotion have been emphasized from the viewpoint of international as well as community health. The reality for those social approaches however does not make much progress better than our expectation, and this existent situation should indicate the predominance of theory and practice on conventional analytical approach rather than the acceptance of wholistic approach for the above stated idea with multidisciplinary problem solvings.

Since the pragmatic significance on GN approach is the total problem solvings based on democratic or promotive dialogue among those concerned in a specified setting, the basic theory and practice on democratic problem solvings could be shown in Fig.2. This idea is totally based on our twenty years of field experiences on international or community health as well as environmental conservation in which total problem solvings could be achievable through systematization among people concerned.

In the sense, the structure and function of Fig.2 should be naturally identified in the second upper column under the first column of GN approach in Fig. 1. The spirit of this democratic problem solvings should be a matter of course in our daily life since this contemporary idea is practically composed of "**human based systematization**" through community participation and "**decision making**" by majority in due course.

Therefore, the pragmatic perception and practice

for social systems should be based on "quality assurance" of human based systematization, and the succeeding appraisal(evaluation) through systems operation should be carried out by "quantitative measurement" in terms of decision making by majority. In the sense, the practical use of GN approach for total problem solvings in a specified setting should be applied for an alternative demonstration of self regulating mechanism on human based systems in which the constant needs of recycling of plan-do-see should be expected for the maintenance of systems under

consideration.

3. Study Systems on International Health

The above pragmatic concept for systems study should be applied for the scientific guideline in terms of international cooperation on health which would be the main subject for my present lecture. I am therefore trying to demonstrate the framework of systems operation (pragmatic theory) as well as epidemiologic study (appraisive methodology) for international health under the basic spirit of mutual collaboration. It should be however mentioned that the work of this study was

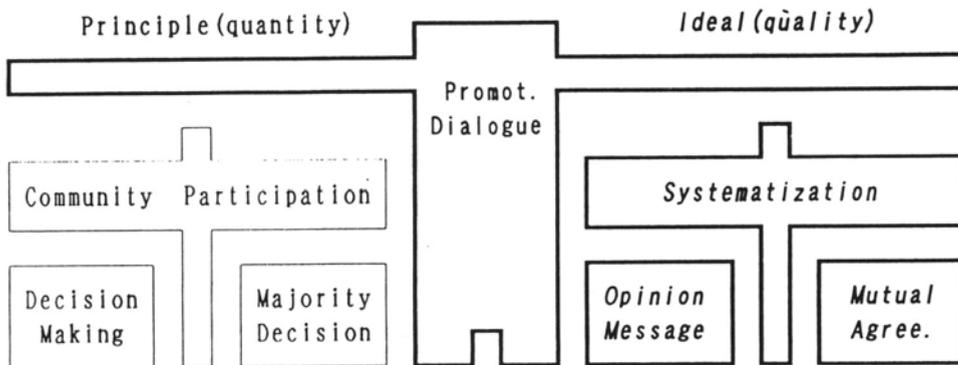


Fig.2 : Theory and Practice on Democratic Problem Solvings

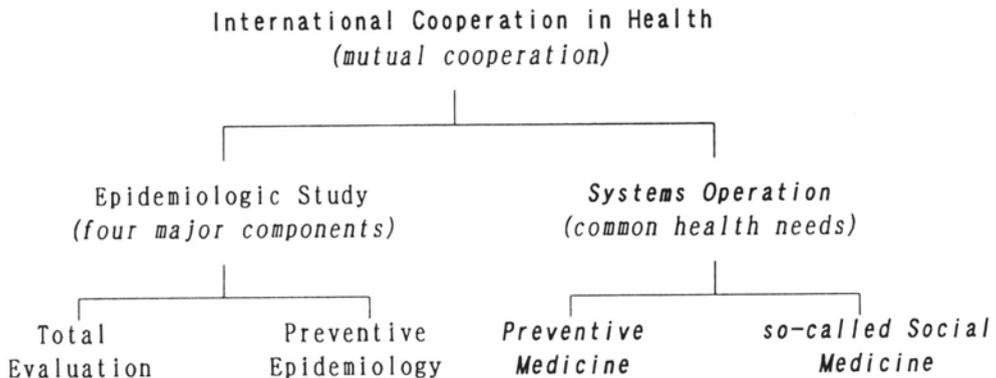


Fig3 : Scientific Framework on International Cooperation on Health

made it possible to show only through the inter-related case study in the following two sections.

The ideal of mutual collaboration in international health should be directed to the systems organization for the fulfillment of "common health needs" to which "subjective participation of four major components" would be requested to those people concerned before systems organization. This in turn means the development and maintenance of feedback mechanism between "systems operation" and "epidemiologic study" for total problem solvings as shown in Fig.3.

The systems operation is functionally composed of preventive and social medicine. The former has been the common unity for conventional sense of community medicine/health in terms of the basic knowledge of professional commitment. It is however clear that the work of professionals could be only achievable through the systems organization and maintenance of the latter which respects on the importance of human networking through mutual learning among people concerned. In the sense, the above two concepts can not be separated into the two

from the viewpoint of pragmatism.

The pragmatic significance on epidemiologic study under the above idea could be available only through the hypothetical introduction of "preventive epidemiology" through which the sound meaning of evaluation for the systems operation (verificative approach) could be carried out as expected. The concept and practical use of preventive epidemiology will be stated in the later section.

It should be mentioned at this stage that the concept of "socio-medical approach" in contrast with "prevento-medical approach" including preventive epidemiology for the total evaluation in the above statement could be acceptable provided people would respect on the pragmatic importance of wholistic approach based on mutual cooperation.

The practical significance on combined use of the above stated concepts for total problem solvings could be well realized by many people when one would demonstrate the total image through the use of common sense illustration as shown in Fig.4. This

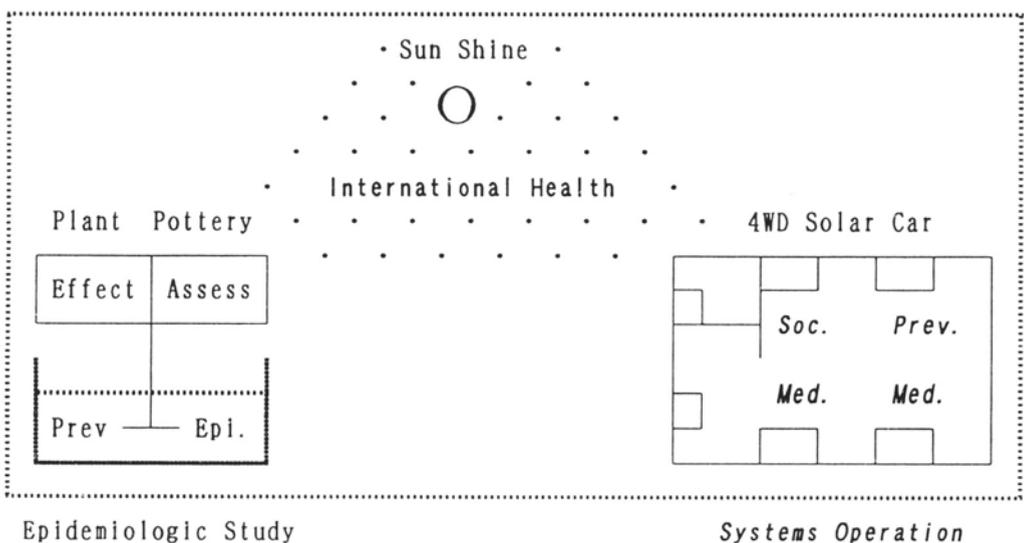


Fig4 : Illustrative Framework on International Cooperation in Health

statements;

- a. The major function of this approach would be the development and maintenance of "**supporting environment for prevento-medical approach**".
- b. This approach would be conceptually supported by "**health promotion**" under the spirit of "**health democracy**".
- c. The core idea for this approach should be based upon PHC which would be practically carried out by the four major components of people concerned under the four major principles of PHC concept such as needs orientation, community participation, maximum use of resources, and coordination & integration.
- d. "**Health educational approach**" being complementary in nature with "Natural History of Disease Process and the Means of Intervention" is composed of <Social History of Learning and the Five Major Steps of Caring>. The demonstration of this approach will be well shown through the use of "IREKO-model" as presented in Fig.1.
- e. This approach therefore involves the following social roles such as "**health networking, life/mutual learning, total evaluation, and manpower development**".

Under the above human based networking, "**prevento-medical approach**" will be fully available to work from the viewpoint of professional knowledge, attitude and practice. The basic idea on this subject was initially proposed in 1953 by Leavell & Clark as a conventional concept of preventive medicine. This idea has been accepted by health professionals as our common unity for community health/medicine. Because of scientific nature of this approach, the application of idea could be practically available only for "**disease control**" and "**health control**" as shown in the figure.

Single use of Two-phase model in Fig.5 permits us

to show the total figure on the main subject in this section. Unless we would use this wholistic, pragmatic as well as scientific model, we could not identify the essential significance of "**common health needs**" to which many members of our organizing committee for the present meeting paid an intuitional attention. This model also requests us to elaborate the structure and function of soci-medical approach in connection with prevento-medical approach under common health needs.

5. Technical Frame on Epidemiologic Study

Because of the nature on the present subject, the demonstrative use of Two-in-One model in this section (Fig.6) should have a complementary character with the above Fig.5.

Whereas the basic idea on the present subject should have a common unity with the total evaluation for similar mutual cooperative systems, the subject matters in the present study would be mostly concerned with the total evaluation for the process and outcome on international health, and the four major components for this joint work should be "**clients, counterparts, professionals, and coordinators**" as shown on the central wave in Fig.6. The basic principle for their works should be <democratic problem solvings> among people concerned.

Under the above condition for total evaluation, I would like to show you why we have to introduce an alternative or hypothetical concept "**preventive epidemiology**" at this stage as shown in the lower portion of Fig.6;

- a. Democratic decision making among participants should be the guideline for the collaborative work. This idea is totally based on the spirit of democratic problem solvings in the second section of my presentation.
- b. The situation should be basically the same even in the practice on international cooperative

approach by means of community participation.

Single use of Two-phase model in Fig.6 also permits us to show the total figure on the main subject in this section. Unless we would use this wholistic, pragmatic as well as scientific model, we could not identify the essential significance of **"four major components for decision making"** which respects on democratic problem solvings among people concerned. This model also requests us to elaborate the structure and function of preventive epidemiology in connection with total evaluation. Our traditional appraisive approach however should be categorized into either systems assessment on the right hand side of Fig.6, or population appraisal on the left hand side of Fig.6.

Feedback Mechanism in Health Systems

The statements in the above five sections were mostly concerned with the individual analysis of each subject shown in Fig.1, and so far I did not touch upon the total meaning of the figure itself. In the sense, I would like to show you Fig.7 in terms of the structure and function of feedback mechanism which is essentially involved in human based systems like as international/community health activities.

As shown before, the essential idea for democratic problem solvings (section 2) with special emphasis on GN approach (section 1) could be well incorporated in **"Study Systems on International Health"**(section 3). This fact indicates that Fig.7 shall demonstrate a kind of total figure for the present subject.

Since systems operation in section 4 and

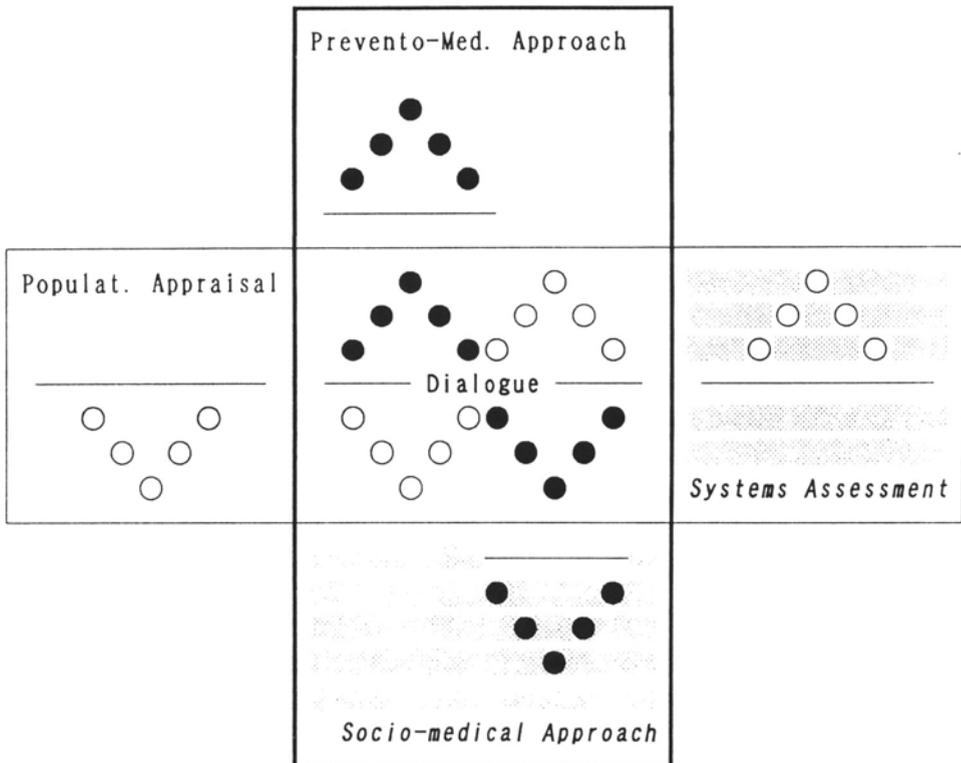


Fig.7:Structure and Function on Feedback Mechanism in Autonomous Body with Special Reference to Collaborative Efforts

epidemiologic study in section 5 should be composing of the other side of a coin, the structuring of two central waves for Two-in-One model looks like to show "**Moebius' Strip**" as shown in the center of Fig.7.

The following technical statement for Fig.7 would be helpful for the better understanding on the structure and function of the figure.

- a. The essential spirit of mutual cooperative works like as international/community health should be "**promotive dialogues**" among people concerned, and this attitude should be the basis of systematic feedback mechanism for problem solvings in our society as shown in the utmost center of Fig.7.
- b. Provided "Moebius' Strip" would be functioning as the autonomous regulating body for an entity, the basic attitude on promotive dialogues among people concerned should be the **third or mind eye** for the health systems operation.
- c. The scientific means for the demonstration of structure and function on the above feedback mechanism of human based systems is exactly GN approach, and this approach would be the pragmatic basis on pattern recognition for total problem solving.
- d. Under the above condition, the vertical bar of Fig. 7 (section 4) would be identified as a theoretical framework on systems operation. Bipolar use of common health needs with special attention to PHC would prevent the horizontal division of Fig. 5 since the attending people should be requested to reconfirm human systematization.
- e. The horizontal bar of Fig.7 (section 5) would be identified as the technical framework on epidemiologic study under the above situation. The special attention for community participation would accept the hypothetical introduction of preventive epidemiology, and this should in turn prevent the vertical division of Fig.6 for total evaluation on human based systems approach.

Since we are very much accustomed with analytical science and technology, we are apt to forget the totality or essential function of living body like as human based systems since it can not be seen through our naked eyes. Anyhow, the above overall statement for Fig.7 should be the baseline understanding on the present subject including the former statement for each five section.

Through reviewing the present subject, I am getting to realize that the essence on total problem solvings should be "**democratic or promotive dialogue**" supported by GN approach, and that its theory and practice could be equally applied not only to international/community health but also to environmental conservation since the matters are basically concerned with our conventional way of thinking for problem solvings.

In the sense, PHC concept should be the same as democratic or promotive dialogue from the viewpoint of health field. The contemporary problems however are many health professionals have few basic knowledge, attitude, and practice in terms of self regulating mechanism on human based health systems.

Conclusion

The subject matters for my presentation this time was based on the planning and execution for this annual meeting (**plan**), and through which I have shown the framework on systems operation (**do**) and epidemiologic study (**see**) for human based systems. Finally, I am realized that total problem solvings in our society could be only available through the promotive dialogues among people concerned (**communication**).

The democratic problem solvings for human based systems by means of GN approach have shown us the basic structure and function of feedback mechanism for the autonomous body such as international/community health. It is expected that many multidisciplinary approaches in our scientific fields could be tackled with the application of the above theory and practice.

The pragmatic spirit on total problem solvings should be "Two-in-One" approach which means promotive dialogues, IREKO structure, the third or nind eye, or the other side of a coin. Total problem solvings means in other words promotive, constructive, or developmental approach which should request you the composition of different components for a generation of new functional entity.

Through my trial and error on the development of present subject for the past fifteen years in the field of international or community health, I am finally getting to realize that the contemporary needs "paradigm shift/change" in our work could be actually available through the introduction of the above idea, principles, theory and methodology. Paradigm shift should be possible in your hands provided you would be trying to learn each other in your daily work.

Acknowledgements.

I am very much grateful for many people who have concerned with the organization and discussion on the preparation of the present annual meeting since my idea on this presentation is practically rooted in the process and outcome for those relevant meetings.

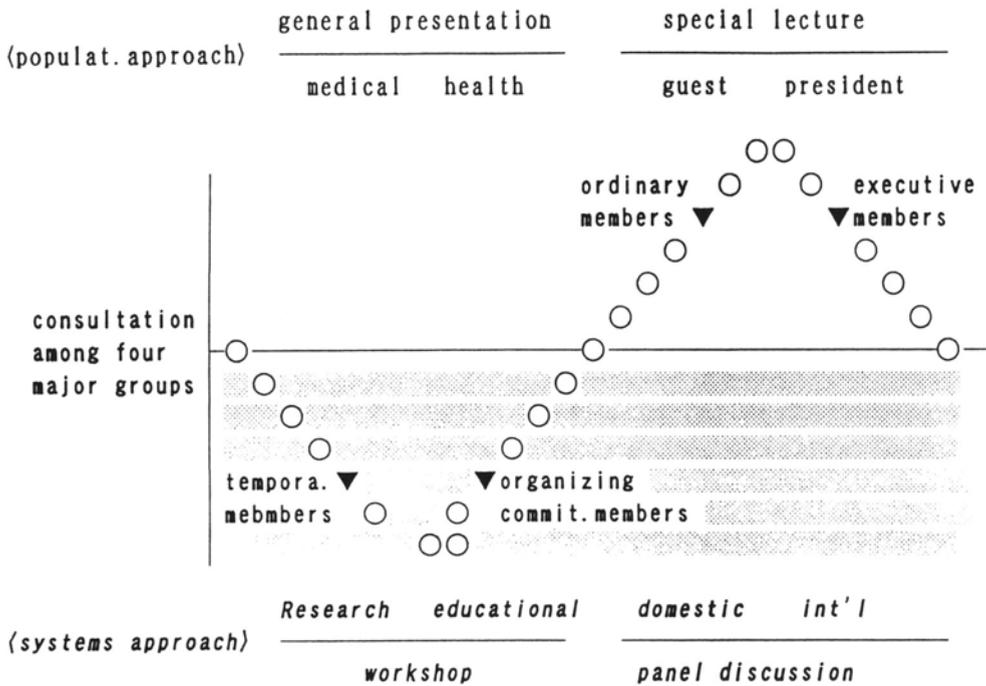
Also I would wish to express my sincere thanks for Dr. Vitura Sangsingkeo, Director-General, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand. I believe that his special lecture this time should be the other side of a coin for my president lecture in terms of the main theme at the 7th Annual Meeting of Japan Association for International Health.

References

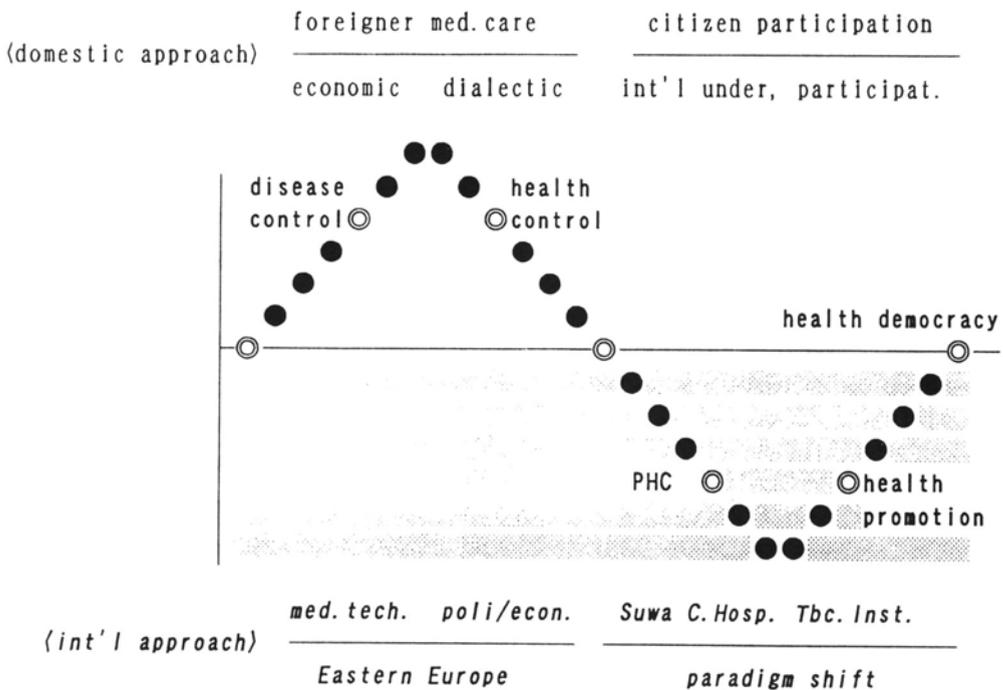
1. **Supportive environments for health**, conference working paper, The Sundsvall Conference on Supportive Environments, June 9-15, 1991.
2. **Leavell, H.R., and Clark, E.G.**: Textbook of Preventive Medicine, McGraw-Hill, New York,

Toronto, & London, 1953.

3. **Maruchi, N.**: Development of "Natural History of Chironomid" with special Emphasis on Environmental Conservation for Educational/Research Significance, *Igaku-no-Ayumi* 154(8):493, 1990. (in Japanese)
4. **Koestler, A.**: Janus, Hutchinson, London, 1978.
5. **Kaprio, L.A.**: Primary health care in Europe, EURO reports and studies No.14, WHO Regional Office for Europe, 1979.
6. **Maruchi, N. ed.**: General Networking in Health and Disease, Textbook on Chula Workshop on Medical Education, Bangkok, Thailand, October 16-20, 1989. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
7. **Maruchi, N. and Matsuda, M.**: Provision and financing of health care services in Japan, p333-346, in Holland, W.W., Detels R. and Knox, G. (eds) Oxford University Press. Oxford. Textbook of Public Health Vol.1, 1991.
8. **Ottawa Charter for Health Promotion**, November 17-21, 1986 Ottawa, Canada.
9. **Alma-Ata 1978**, Primary Health Care, Geneva, WHO, 1978. HFA Series No.1.
10. **The Journal of Japan Association for International Health**; Vol.7 Supplement, September 1992.
11. **Maruchi, N.**: New Movement on Health Promotion in the Western European Region; the emergence of the era of health democracy, *Igaku-no-Ayumi* 161 (13):986, 1992 (in Japanese)
12. **Sangsingkeo, V.**; The New Reality in Health, Special Lecture at the 7th Annual Meeting of Japan Association for International Health, *The Journal of Japan Association for International Health*, Vol.7 Supplement, 31-34, September 1992.



Appendix 1: Structure and Function on Present Annual Meeting



Appendix 2: Structure and function on the Present Thematic Approach

The New Reality in Health

Dr. Vitura Sangsingkeo
Director General, Department of Medical Services,
Ministry of Public Health, Thailand

Rapid Changes in a Smaller World

When Columbus made his request to King John áU of Portugal, to support his Atlantic voyage in 1483, the King called upon experts to consider his proposal. It was turned down because the experts found that the distance estimated by Columbus had been less than it should have been. Columbus estimated that each degree of longitude along the earth's equator equalled to 56.66 roman miles which was a 25% under-estimation. The King even sent out ships to test Columbus proposal but those ships returned without reaching any shores. What was known about the world 500 years ago was still very limited. Such limitation hampered the opportunity for new discoveries.

Nowadays, people travel back and forth in various part of the world without any difficulties. Within one minute we can talk to our friends who are a thousand miles away and within one day we can actually reach any major city in the world. Advances in technology have brought us rapid changes in our ways of life. The current transportation and telecommunication systems are making our world smaller and smaller. Nowadays, we can learn more about things that happen in a far away place, even about those with great differences in socio-cultural, and economic, background. We read about, listen to or even see how new knowledge is being applied to change our ways of dealing with our problems. We could give support to our global friends in a short period of time to relieve their suffering. This has definitely brought people closer to each other no

matter how far apart they might be. There are so many things that happen beyond national and political boundaries. No country is an isolated island anymore.

All of us who are concerned with the improvement of people's health must have no doubt felt such a change. Knowledge in the health field is expanding at a pace comparable to the rapidly growing field of information and telecommunications. People are starting to cry for good health. We have learnt more about what affects our health, and found new techniques to lessen our sufferings. We also hear about new ideas to cope with conditions hazardous to health from all over the world. This is definitely of no surprise to us since we all know that the most cherished goal of life is to lead a life of good quality. Health is by far the most valuable part of such quality.

Because our world is getting smaller, it is possible for us to share such information or knowledge quite easily or establish the same information in other countries regardless of distance. It also helps us to apply the existing knowlwdge for the benefit of our fellow countrymen in remote areas. It has also brought another dimension more prominently to our attention. The fact that there is a great difference in various part of the world, or even within one's own country; *it is essential for us to learn and try to benefit from such a large pool of knowledge which needs to take all such differences into account.*

Advances in information and telecommunication

have allowed us to share experiences and the most up to date technologies in the field of biomedical field. We are able to gather a large amount of data on our people and analyze them to learn about the discrepancies in their health status. However, we have also learnt that though there has been great deal of progress in knowledges, our *health status* has not improved accordingly. Instead of an increase in health status in response to this progress, *costs of health care* are what have increased.

The discovery of antibiotics seems to have benefitted mankind tremendously, judging from the number of lives saved through the use of these drugs since the old days. Vaccines against major childhood killer diseases have also prevented a large number of unnecessary deaths wherever they could be adequately given. Such discoveries in the bio-medical field have created a misconception of this field. People perceive new discoveries bio-medicine as a miracle, and yet are depressed by the low life expectancy of people in developing countries which are unable to afford to pay for even essential drugs for their people. Nevertheless, there are also a lot of developed countries that have spent large sums of money without significantly increasing their people's life expectancy.

There is a need to critically review the value of newly invented technologies in the bio-medical field. We might have been paying a great deal for what seems to have very little benefit to our health or quality of life, especially when our main concern should be *equity in health* or health for all, not just excellent health for some. We also need to understand more about our health system, about our people and their behaviour as it relates to health, and about our environment and societies. These are what determine whether our new inventions will be able to produce any positive impact on people's health. It is very important to understand that our conventional bio-

medical model of health can provide us with only a small information on our health. The psycho-social model is also an essential part of such ideal approaches. Thus, it is an imperative idea to adopt a *wholistic view* of the *bio-psychosocial* model in health. We have to learn the ways we see things and the ways we set our goals and target for life.

The New Essential Concept on Health

The fact that we have been concentrated our interest to only diseases and ill-health is a reflection of how our societies have been pre-obsessed with some dogmatic ways of thinking. Instead of thinking of *what and how to help us avoid disease*, we just consider that diseases can be cured by using an advanced medical technology. This in turn leads to a vicious cycle of inappropriate behaviour which leads to ill-health; ill-health always requires curative care and new technology. It is obvious that curative care and technology consume a lot of funds; more spending in curative care means people need more income, which completes the circle since more wealth causes more inappropriate and unhealthy behaviour.

There is a need to create a new concept in order to build up better health for people in all walks of life. It is essential for both developed and developing countries alike. Not only do we have to shift our concepts from the conventional bio-psychosocial model for health to adopt the wholistic view of bio-medical model, but we also should critically look at the concepts in other developmental fields. Economic development approaches in which the goals focus on wealth maximization have undoubtedly affected the way we deal with our health. It is also economic reality, i.e. the scarcity of resources, that has brought to our attention the need to take a fresh look at the way we see health as a development.

I. New development in goal and strategy Wealth

maximization has been considered as a strategy that can lead people to happier life with greater wealth. When societies become more complex, it becomes increasingly clear that there is a great discrepancy among people regarding their possession of wealth. It is also clear that more wealth leads to more consumption, which is even detrimental to our health.

Developed countries which used to accumulate a large amount of wealth seemed to be misled in their pursuance of better health by investing heavily in hospitals and institutional care of all types. The present concern over cost escalation and doubts about cost-effectiveness are a good reflection that more wealth may not necessarily mean more health. Indeed if we use the concept of cost-benefit analysis, we would find that *health maximization should be our strategy rather than wealth maximization*. Studies by the Rockefeller Foundation have shown that there could be good health even with less resources. Our Asian neighbors have been cited as examples in this study. There are also countries with a high per capita income but with relatively low health status. There are countries that have higher expenditure on health but have not proportionally achieved better health status for their people. There is definitely a limit to the relationship between health and wealth and for the time being it may have been reached. Thus, we may have to reexamine at how our goal and unlimited pursuance of economic growth may have affected our real goal of making wealth *useful for health*, rather than accumulating wealth at great expense to our health.

The environmental degradation posing a threat to our future existence at present. It is the warning sign to critically assess how we should pursue our economic development goal. The greenhouse effect, which is a popular discussion topic at all global forums, is just another good example of how we have been ruining our own living environment to an unacceptable degree.

Industrial pollution is an issue for many developing countries hoping to embark on the route to development. The amount of toxic waste production will put people's health in great danger if it should continue unchecked. Deforestation aiming to produce more hydro-electrical energy to support industrialization or for purely cash benefits has also reached its unbearable limit. The result is being felt mostly by developing countries where the urge for economic growth is high but the awareness is relatively lower.

At the micro level, the push to pursue more wealth has produced negative effects on individual health. The stressful working conditions due to the need for competition, the living conditions in large cities, which are necessary for effective trading and exchange of wealth, have made lives even more miserable. Consumerism as a result of better purchasing power due to economic growth leads to unhealthy behaviours success indiscriminate consumption of goods and food, over nutrition, unbalanced diet, excess tobacco and alcohol consumption, or even seeking pleasure from drugs. The presence of diseases of affluence is quite obvious and seems unavoidable if we do not critically look at how we set goals for our lives. We still consider only one side, that diseases can be cured, and do not think of *how to avoid them*.

Economic growth is the result of more production and new investments. At the same time we need to ensure that economic growth should not become a threat to our health either directly or indirectly. The direct effect is the production of various kinds of living conditions hazardous to our health and environmental degrading effects. The indirect effect is the one acting through people's own behaviour. Excessive and indiscriminate consumption are the combination effects of more wealth and lack of ability to make proper

choices.

Human development has to be the focus of future development. A critical and well informed population could help to direct the pace of development at a more reasonable rate. Properly educated persons would make better choices in spending their money and could avoid spending on health hazardous goods or activities. Producing more wealth without properly developing our human resources is comparable to giving cars to an improperly trained driver. He could misdirect the car or could even run into something and hurt himself rather than getting to his destination.

Conventional emphasis on economic development tended to overlook the fact that the economic gain was just a means to improve human living conditions. Experiences from the past suggested that such negligence has left a large portion of our population inadequately attended to health condition. Their health status as index for their living condition is relatively lower than those who were better off. This phenomenon also happened in the highly developed countries. There is about 15% of the population who are uninsured in the United States though one of the main objectives of US health policies towards the year 2000 is to ensure that all population groups have access to essential health care. Economic development which leaves behind a big discrepancy between population groups is not sustainable development. There should not be contradiction between economic development and human development. If human development is put as the ultimate goal of development, the essential implication is that there might be times when the pace of economic growth would have to slow down in order to reduce excessive inequity as well as rapid degradation of our environment and over stressful living conditions, all of which are reflected in our health status, both physically and mentally.

Human development also means that more investment on social aspects have to be increased. A lot of countries which have low socio-economic status could achieve a satisfactory level of health status because their government made a sizable investment for health. It is definitely true that the resources available needs to be put into the right kinds of activities and services. Over emphasis on curative services has proved to be counter productive even in the most prosperous countries. Other essential investment has to be made concomitantly for fruitful human development. Education, information dissemination for the benefit of the public and not just for business purposes, freedom of expression, and assurance of housing facilities are but a few examples of such investments that would help to support and allow human resources to express their full potential and take part in directing a society conducive to the achievement of a better quality of life.

II. De-emphasizing the expansion of a professional-based health system to create self-reliant population in health. The focus on human development rather than economic development would need a supplementary strategy in health development. This is the emphasis on people's potential in taking care of their own health rather than putting the responsibilities in the hands of medical and health personnels. The common tradition of seeking professional care whenever we face ill health or unusual feelings need to be changed. In Thailand, as well as in other countries, one of the common messages in health education is when in doubt go to consult a doctor. There is nothing wrong with such a message, if it does not virtually produce a perception that issues of health belong only to the health professionals. Moreover, we should start with a message of *health promotion* instead of starting with a *curative message*.

There are actually many things that people can do to maintain or even improve their health conditions. Even in times of sickness, patients may know better how to respond to various kinds of treatment and could make proper choices if they are properly informed. In the old days, when there were less options due to limited knowledge on health, people felt more confident in taking care of their own health. Physicians also had to listen attentively to the patients' words in order to derive a proper plan of treatment. The expansion of new medical technologies based on medical care has made ordinary people feel relatively helpless while at the same time creating more power to medical personnel. Nevertheless, ordinary people still accept this power by seeking newer medical equipment.

Most of the emerging problems in the epidemiologic transition of many developing countries are caused by improper health behaviour. Most developed countries have already had similar diseases as the leading causes of illness and death for quite some time. Investing more on services such as producing more professional staff, health services outlets or assuring access to health care may not be the answers to the problems. Even those countries where service facilities are inadequate should not expect to solve most of their health problems by only building more hospitals or health centers. The most important thing perhaps is to invest more in *general human resources* rather than only in *health personnel*.

This is again not to imply that health personnel are not important and that we should stop building more hospitals or producing more health personnel in developing countries where the numbers of hospitals or medical personnel are still lagging behind those of the developed world. The important implication is that we should be fully aware that to follow such pathways of the developed world in health care provision may not

necessarily be the best option for the developing world. The difficult part is the fact that there is no magic formula to guide us on how many hospitals or health centers or even how many health personnel of various categories we should have. Each country needs to carefully determine each category of manpower and their number. Such a process of identifying approximate numbers for each category needs to be very dynamic. As the economic status of a country changes, so does the demand for professional care. These changes are normally in the same direction. With economic growth, countries have always had to solve the problem by producing more personnel. However, the demand for health services may not grow continuously, especially in the situation where health expenditures increase at a rate faster than economic growth. If we could carefully plan to increase the people's capabilities in taking care of their own health, the changes in the economic status may not play too great an influence on the people's demand for professional services. Subsequently the increase in facilities and more production of health personnel may not face a situation of great fluctuation.

Fostering people's potential in health is also a cost-effectiveness measure in the long run. The present concern over a rapid increase in health care costs is a result of the past emphasis on professional care. The emphasis came about because people thought that it would be better to give responsibilities to health personnel. It is also because they found that their economy was good enough for them to afford more of such services. Now it has been well documented that this may not be necessarily true. The economy might not be so good as to make all health care affordable to all people. Health insurance systems have therefore been created and operated based on such problems. Furthermore, professional care is not necessarily the best alternative for good health.

The implication of human focus of health development extends beyond encouraging the ordinary people's potential in self help care. Even in the health services system the emphasis should be made on health personnel rather than newly invented technologies. The creation of more modern technologies in health care has been so fast that it becomes difficult to learn about their efficacies and effectiveness, let alone their cost-benefit and cost-effectiveness. People are not equipped with the proper knowledge and skill to critically assess the new technologies. These include new drugs, new operative procedures, new diagnostic techniques, and new types of machines for therapeutic and rehabilitative purposes. Investing more in appropriate health professionals could definitely help to reduce the unnecessary and inappropriate use of the expensive technologies without decreasing the quality of health care.

In conclusion, human centered development in health has to take into account three different aspects as follows:

1. *Better understanding of the patients.* Even the classical curative role needs to reemphasize the curing of patients, not just the disease. Patients have to be seen as *whole human beings* and *not just taking care of the affected organs or parts of the bodies*. Health personnel should be willing to talk to patients rather than seeing the results from laboratories. Moreover, the ultimate goal of each person is to be healthy and such needs have to be supported by health personnel taking psychosocial aspects into consideration rather than just bio-medical approaches.

2. *Effective communication with people* is the key. Professionals and patients need to communicate effectively. Professionals should communicate with people more than machines. Communications has to be effective to create healthy life styles. The

implication is that health professionals have to change their attitudes and try to gain new skills. One is to be able to critically choose what methods to use to supplement their information through communication with the patients. The other is what most of us lack, that is *communication skills*.

3. *Fostering people to take care of their own health.* This involves supporting or creating a environment to promote healthy behaviour and allow people to take part in deciding what is best for them.

Properly investing in the development of human resources on both provider and consumer sides, rather than on buildings and machines, is definitely crucial for our future health care.

III. Decentralization of overall service system The overall political and socio-economic system has a great influence on people's potential. Centralization is now the forgone system. In the past, it was appropriate to unite people to fight against certain natural disasters or against enemies or wild animals. When society becomes more complex, it also becomes more difficult to handle through a centralized system. When we need to develop a human-focussed society, centralization could even be counter productive. Moreover the development of information and telecommunication technologies have made it possible to maintain close communication and facilitate joint decision making.

People can lift their standard of living through the process of learning practices. It is equally true that people tend to would make better decisions if they are allowed to think and make their own decisions on various issues rather than having somebody make decision for them. The same thing applies to health care. Under the goal of human-centered health development, building an environment conducive to encouraging joint decision making by ordinary people

in health care is essential to sustain the impact.

With the advances in bio-medical technology, people tend to have less confidence about their health care potential. Decentralization in health at the micro level means reorienting such a relationship as mentioned earlier. Such a relationship needs the larger system that also encourages participation in decision making rather than an autocratic decision made by professionals.

The overall socio-political system that emphasizes and seriously promotes the free expression of ideas and opinions helps to bring out hidden or even suppressed potential. *People would take part in many things including health care.* They would be encouraged to believe that their destinies, as well as their health, are in their own hands and are very dependent on how they behave or decide rather than on how the health professional indicates. Then, they would also campaign for a healthier environment and take part in its sustainable process.

The health administration system is essential to foster creativity and participation of people in health development. A centralized system makes those in the system inert to change, uncreative, and inactive in seeking solutions for their own situation. There are a lot of countries which tend to think that health promotion is not the demand of people. This results in the tendency to create a universal model of health care and services. In those countries where health administration is centralized, the finding of an appropriate model means a uniform implementation with very little consideration on the differences among localities. This inhibits initiatives and the possibility to exercise critical appraisal of one's own situation.

In a centralized system where encouragement and opportunities for creativity are limited, health

personnel tend to treat the people in the same way. This leads to an inhibitory atmosphere at all levels and is unhealthy for the human-centered development goal. It is obvious that in the short run, it is hard to change the system. Therefore, creation of non-governmental organizations working to promote better health is a channel to counter balance such a top-down and inhibitive environment. Such organizations, when functioning properly, could effect better health policies and reduce the degree of superimposition on people's decisions. It is definitely an appropriate mechanism to demonstrate that people know quite well about what they need in health, if they were properly supported. The government will need to look into possibilities of supporting such organizations by providing budgetary as well as technical support.

Decentralization in the administrative system and democratization of the socio-political system are essential strategies at the macro level to create sustainable human-centered development in any field. The forms it takes could vary from one country to another. The crucial issue here is for policy makers at the top level to realize its possible negative impact on human potential, if centralization is allowed to continue, whereas the goal of development has been shifted to focus on people rather than on wealth, and on the population rather than professionals.

Reorienting International Partnership for Health

It is depressing, but we have to accept the fact that our world is still divided into two parts: the wealthy, or developed countries, and unwealthy, or developing countries. People, especially in developed countries realize this fact and have tried to fill the gap. Many forms of aid that have been sent to developing countries hoping that it would ameliorate this problem. However, the result is the situation still remains the same, few countries have been able to change their status. Most donors wonder why things that seem to

work very well in their own countries do not have much impact in recipients' countries. The answer is the donor have made mistakes in taking control of all thinking and decision making process.

Thus there is a need for a new international partnership for future health. International donors need to understand what their role is in international aid. They should aim at fostering people's potential rather than creating buildings or providing equipment. Donors may argue that recipients may make mistakes in their judgments. However, this is not usually true in most countries. The most important thing is that the donors have to realize that their role should be to facilitate the recipients rather than sending them blueprints.

Moreover, the investment of developed countries in the developing world need to be carefully reviewed to avoid dumping of hazardous industries on to the developing countries. Developed countries should not exploit the inadequate information on this issues and also the need for foreign investment of the developing countries. Global environmental problems need to be seriously tackled with significant inputs from the developed world. International relationship should be based on a goal of building up the long term potential of the developing world. It is very important to emphasize that the ultimate goal of the international partnership relies on bilateral rather than unilateral decisions and collaboration.

パネルディスカッション I

PHC (プライマリヘルスケア) / 健康増進 (ヘルスプロモーション) と国際協力の将来

司会： 石川 信 克 (結核予防会結核研究所国際協力部)
藤田 雅 美 (信州大学医学部公衆衛生学)
パネリスト： 鎌田 實 (諏訪中央病院)
松田 正 己 (結核予防会結核研究所国際協力部)
ディスカッサント：清水 茂 文 (佐久総合病院内科)
本田 徹 (国際保健協力市民の会；SHARE)

はじめに

【石川】 それでは時間が参りましたので、「プライマリヘルスケア/ヘルスプロモーションと国際協力の将来」と題しまして、パネルディスカッションに入りたいと思います。会長及び特別講演のたいへん貴重なお話を受けまして、このパネルディスカッションに入るわけですが、この私司会を仰せつかりました石川でございます。結核研究所国際協力部にありますが、このテーマは非常にユニークなテーマで会長の丸地先生は今回の学会の開催に際しまして、ひとつのチャレンジとして「発想の転換」を会員に呼びかけておられます。で、今日はそういった意味で概念的な整理、コンセプトづくりという作業を皆さんと一緒にしてみたいと思います。特に、今日のパネルディスカッションの一つの軸が、従来の国際保健医療協力というところがいわゆる途上国という場をメインにして参りましたけれども、途上国、先進国、あるいは日本を同じ線の上で、しかも健康づくりのなかで変わるもの変わらないもの、こういったものをどのようにとらえていくべきか、途上国から我々日本がまた何を学べるのか、そういった意味でも、考え方を整理する上で、貴重な時ではないかと思っております。

今日は二人のパネリストの方にお話をいただき

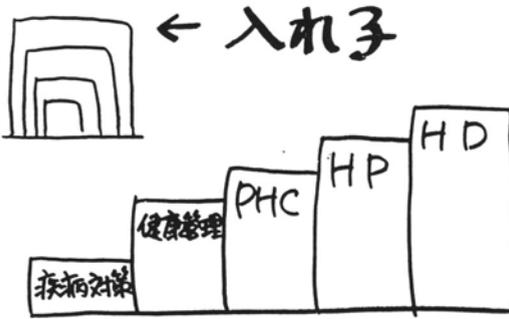
ますが、まず最初に結核研究所の松田正己先生、次いで諏訪中央病院の鎌田實先生、それから佐久総合病院の清水茂文先生、最後にSHAREというNGOの本田徹先生、この四人のパネリストと、それから指定発言として山形大学の新井宏朋先生に、それぞれのお立場からお話をいただくことになっております。最初のお二方はご自身の経験に基づく事例報告、あるいは問題提起というのをさせていただいて、後のお二人にそれに対するレスポンス、あるいはチャレンジャーということでお話をいただくことになっております。

また、本日は後半時間をとりまして、できるだけフロアからも貴重なご発言をいただきたいと思っております。また、討論を進めるなかで、今日はイラストレーターとして東京地域ケア研究会の秋田昌子さんが、イラストを書いてくださることになっております。私は、つい先日タイとバン格拉デシュから帰りましたが、風邪を引きましてたいへんお聞き苦しいかと思っております。皆さまのご協力をお願いいたします。

それでは今日の、もう一人の司会者であります藤田のほうから、紹介を兼ねて話があります。

概念・用語の整理

【藤田】 おはようございます。このパネルディスカッションを企画するにあたりまして、今年の春



ころからパネリストの方々と5~6回、討論の機会を持って参りました。その過程で少しずつ共通の土俵が形成されてきたのですが、そこで使われた言葉というのが非常に幅広い意味を示すため、ともすれば誤解を招きかねないと考えまして、パネリストの間ではこの言葉はこういうイメージを共有するのだということで、用語の整理をしてみましたと思います。

今、示しているOHPですが、話を進めていくにあたって、これを使って関係者の提言とか様々な言葉の位置づけをしていこうと、考えましてつくりました。この図は階段であるとともに、それぞれが中にすっぽり入っていく形になっていまして、それぞれを否定しない、全部中に入るといふ形になっています。時代の変化に伴って人々の関心、保健のニーズというものがこのように展開していったということが伺われる、これを「共通保健ニーズ」と呼ばさせていただきます。疾病対策から健康管理、PHC、HPというのはヘルスプロモーションのことでですね、HD、いちばん上はヘルスデモクラシーと名づけています。で、下から上に上がってきてこれから下の四つを包み込むようなヘルスデモクラシーという概念が必要になるのではないかとことをいっているわけです。これを使いながら討論していきます。まず、疾病対策と健康管理という言葉のイメージですけれども、疾病に注目した治療・予防、患者とか住民の

行動変容ということがあると思います。それは、相対的に住民とか患者を対象視する感じなわけです。具体的には、個別の疾病対策プログラムとかというようなイメージで考えられると思います。

次のスライドをお願いします。次のPHC、プライマリヘルスケアは、途上国を中心に展開してきたわけですが、概念としては、住民・患者の主体性、人権というものを非常に強調するにいたっています。方法論としては優先度の高い健康問題を解決するために、地域の保健システムと統合してやっていこうということです。更にいえば、地域社会開発の一環として、プライマリヘルスケアを進めていこうというイメージがあります。その活動原則としては、ニーズ指向性、住民主体の活動、資源の有効活用、協調と統合があります。

次がヘルスプロモーションです。これはご存知の通り、ヨーロッパを中心に1986年のオタワ憲章あたりから使われているということがあって、非常に幅広い意味ですが、とりあえず、ヨーロッパを中心としたWHOのヘルスプロモーションというふうに考えています。PHCの理念をベースに、より広い保健政策的な側面を強調しています。よりトータルな人間に合う保健システム、市民関係、社会を作っていく。PHCが地域社会開発の一環というイメージに対して、地域社会をヘルスを通じて作りかえていこうというニュアンスが強くなります。具体的なプロジェクトとしては、ヘルシー・シティだとかヘルスプロモータリング・ホスピタル、ヘルスプロモータリング・スクール、ヘルスプロモータリング・カンパニーだとか、そのようなプロジェクトが進行しています。

最後のヘルスデモクラシーですが、今の四つを実現していく基本にある、その理念を再確認する、あるいは基本姿勢としていま改めて必要とされているのはデモクラシーではないか、そういう意味です。保健医療活動におけるデモクラシーという意味と、その一方で社会のデモクラシーを実現していくために保健を通してというイメージです。チームとしてはそれぞれのいろいろな職種がコーディネータの役を担いながら、かつ日常性も重視

するということだと思います。

先ほどもいいましたが、この図式は手段として使っているものでして、それぞれが対立するものではなくて、それぞれが包み込んでいくような図式でひとまず捉えようと考えています。

パネラーによる話題提供

【石川】少し耳慣れない、聞き慣れない言葉があるように思われるかもしれませんが、全体的な話の整理、手段としてこのような言葉が企画されてきたグループのなかで出てきましたので、一応それは全体的なイメージとしてつかんでいただいて、また具体的な話のなかでご理解いただければと思います。

それではまず、最初のパネリストの方からのプレゼンテーションをお願いしたいと思います。松田正己先生をお願いしたいと思います。松田正己先生は結核研究所で国際研修を担当されていますが、日本でもいちばん古くから続いている結核の国際研修のご経験をもとにお話いただけたと思います。松田先生、よろしくお願いします。

【松田】おはようございます。ただ今、ご紹介にあずかりました結核研究所国際協力部国際研修科の松田と申します。よろしく願いいたします。私は現在、結核研究所で30年間続いておりますJICAとWHOの共催による結核対策研修を、担当させていただいております。この結核研修は30年の歴史がありまして、私はその一割、約三年間の短い期間しか担当しておりませんので、その範囲内で知っていることをお伝えいたしたいと思います。

PHC／ヘルスプロモーション

今日のテーマでございますヘルスプロモーション、またはプライマリヘルスケア、あるいは国際協力という主題に関しましては、私が大学院に入ったのが1978年でございます、ちょうどプライマリヘルスケアが世界中に出た時期でありまし

た。その当時からプライマリヘルスケアは途上国の問題であり、日本の問題ではないという議論がずいぶん日本でもなされておりました、そういった議論の仕方に多少疑問を持ちながら、その後タイを中心とした国際協力の活動に従事しておりました。また、自分自身が家族の問題、あるいは地域の問題を考える上では、国際協力を進めながらも、日本のなかで自分たちの健康をどう支えるかという地域医療も同時にやってみたいという気持ちを持っておりました。そういう意味で、国内の問題がベースになって初めて国際の問題もできるようになるのではないのかなという意識を持ちながら、今まで活動に従事しておりました。

そういったなかで、ヘルスプロモーションという新しいテーマがWHOを中心に2～3年前から出され、その根底にプライマリヘルスケアがあるという位置づけがされたときに、これはヘルスプロモーションとプライマリヘルスケアを一つの枠のなかで考える必要があるという風感じておりました。また国内と国際の問題も、一つの問題として捉えられたらいいなと感じておりました。そのようなテーマ性を私なりに考えておりましたところ、このパネルディスカッションの話がありまして、私が現在担当しております結核の国際研修を一つの素材として提供させていただければ、今日の主題を考える糧になるのではないかという風に考える次第であります。

さて、私がこれからお話しします結核の国際研修、あるいは国際研修一般といいますのは人づくりが目的でございます。先ほどご紹介のありました疾病対策から民主主義へという一つの目標、あるいは理念というのが実際社会のなかでどの程度実施されているのか、また日本のなかでも理念と現実にギャップがあると思いますが、そのギャップを埋めるのは究極的には人づくりにあるのではないかと思います。国際協力は金とか物とかというものも非常に大事ですが、そのお金を動かすのは人でございますので、やはり教育、人間間の交流というものが非常に大切になってくるかと思います。それを目指すのが国際研修になると思います。

結核問題の大きさ

国際研修のお話をするにあたりまして、まず、基礎的な話として結核問題の大きさというものを簡単に復習をしておきたいと思っております。抄録の40ページをご覧ください。既に私のレジメを載せていただきましたので、これにそう形で説明を申し上げます。日本では結核は既に少なくなりましたが、世界には残念ながらそのように結核が減っているわけではありません。世界のなかでは毎年800万人の結核患者が出て、300万人が毎年死んでる状況だそうでございます、また日本は国際的には結核対策の先進国であるという意識が私たちには非常に大きいのでありますが、たとえば結核を取り上げましても欧米と比べますと医療の分野では20年から30年の開きがあるという風にいわれております。少なくともデータで見ると、日本は結核に対しては途上国と先進国の間にあるという位置づけが必要かと存じます。そういうなかで世界中で結核根絶計画が動き、日本の結核対策にも新しい動きが出ております。それにはエイズの問題も関係しているわけでありまして。

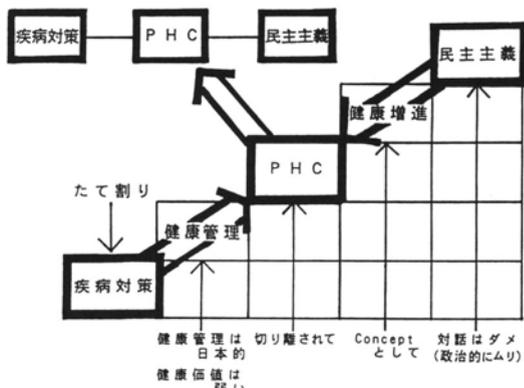
それでは結核に対する対策がどのようになされてきたのか、というのを資料の二番目のところに示しました。これは疾病対策を予防医学的に取り組んだ一つの例でありまして、疾病の自然史に対応させて日本は1951年に新しい結核予防法を制定させ、法律のなかで対応してまいりました。世界のなかでそのような予防法をしっかりとしている国は非常に少なく、結核に対して予防医学的に取り組んでいる国は少ないという風に伺っております。その一例として、開発途上国の例を示したいと思います。

途上国の結核対策

スライドに示しますのは途上国の例であります。開発途上国ではBCGによる予防対策、あるいは早期発見治療、あるいは化学療法、あるいは外科治療というのが少しずつやられております。しかし、先ほどお話が出ましたプライマリヘル

ルスケアに関しましては、1988年アルマ・アタでプライマリヘルスケアの宣言が出てから10年後に、WHOが結核に関するプライマリヘルスケアの報告書を出しております。従いまして、プライマリヘルスケアと結核の統合というのはこれから図られるということです。理念といたしましては、15年前に出されたプライマリヘルスケアであります。現実には結核の例をとりましてもまだまだこれから実践がスタートするというのが世界の状況です。

途上国の結核対策（積み重なってない）



そのことをスライドを使いながら振り返ってみると、このように整理できるのではないかと感じております。開発途上国の現状を結核対策にみますと、疾病対策は行われているようですが、たとえばインドのような国でも、結核対策があまり実施されていない州がいくつかあります。また、疾病対策そのものも国として十分に取り組まれているところもいくつかございます。仮に疾病対策が行われていても、縦割で行われていたり、プライマリヘルスケアと切り放されて、この図で示したような階層構造になかなか積み重なっているということがなく、疾病対策とPHCがばらばらでおこなわれているというような状況です。理念としては、積み重ねるべく発展してきた考えであると思うのですが、なかなか現実には統合されてい

ないというのが世界の状況のようです。また、あらゆることの原点にあると思われる民主主義に関しましても、対話、人々の自由な対話というのが多くの途上国では十分にできないという状況もあります。従って、プライマリヘルスケアの最も根幹にある住民参加というのが、非常に実施しにくいというのが現実ではないでしょうか。

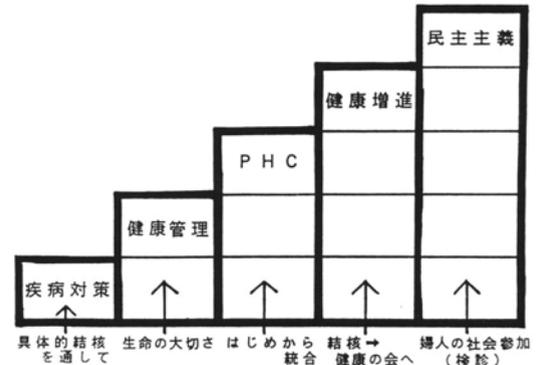
このように社会問題がいろいろあるなかで人々の健康を守るにはどうしたらいいのか、理念はあるのですが現実はどうしたらいいのか、ということに常に考えているのが結核対策の現場の問題です。

日本の結核対策

それでは日本の場合はどのようなであったかというのを、振り返って見たいと思います。日本の場合は途上国と比較しますと、いろいろ問題はあったかと思いますが、非常に階層構造がうまく作られてきたのではないかと思います。特に結核は、縦割る対策でなく保健所・医師会等がプライマリヘルスケアに統合されてきたのは、世界的に見ても珍しい例ではないでしょうか。もちろん、これはアルマ・アタ宣言以前に日本で独自に行われた活動です。また、民主主義ということでも戦後の婦人の解放という側面があり、婦人が社会参加することに結核対策がお手伝いさせていただいたというようなこともございます。具体的には、結核検診等を通して婦人会の方にご協力いただき社会参加するようなことが行われております。現在日本には、結核予防婦人会という400万人の大きな組織がございます。このような婦人の参加が、多くの途上国では組織だっただけで行われることがまだ十分になされているとはいえないのが現実のようです。また、結核といえば一つの疾病であります、これを通してほかの健康問題一般のことに社会の参加が必要だということがわかってまいりますと、結核以外のことで健康を守るというような健康増進を目指したより大きな会に発展してきております。途上国、先ほど示しましたスライドで比べますと、いかに日本の場合はプライマリヘル

スケアと民主主義ということが積み重なって、確実にやられてきたということがおわかりいただけたと思います。

日本の結核対策



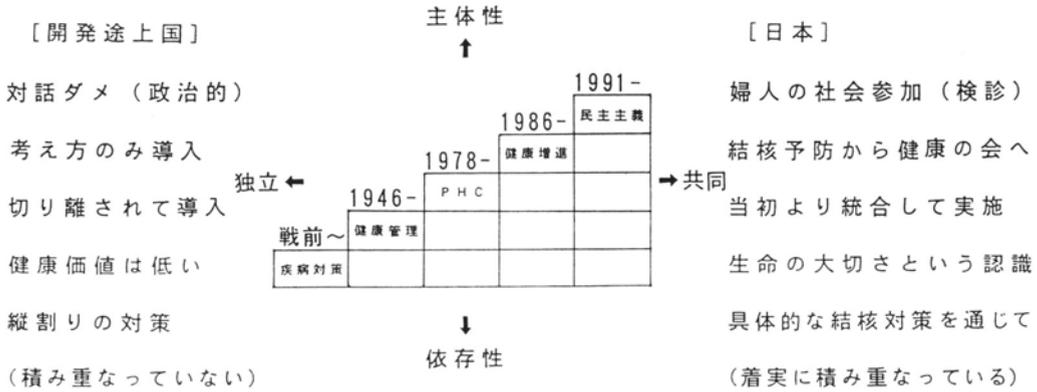
国際研修

このような日本の現実と途上国のばらばらの現実がぶつかりあったときに、日本は世界に何ができるのかということになされているのが、結核の国際研修ということです。結核の国際研修は、1963年にスタートしております。

スライドには、途上国と日本のギャップというものを示しております。国際研修は本年5月に30年の記念の会を開かせていただいております。世界66カ国から1000人以上の方が卒業されており、そのなかには厚生大臣になられた方も二人出ておられます。また、現在WHOの本部で活躍されている方も何人もいらっしゃいます。各国で結核の第一線で活躍されているわけです。私はまだ国際研修を担当して3年でございますが、代々続いている結核研修担当の方々からの継続性ある研修を勉強中ということです。過去を振り返ってみますとこの結核研修の形成過程では、やはり途上国研修生への共感が強くあり、外国人との対話が常に取られていたのが特徴です。スライドありがとうございました。

とりわけ日本が行う国際研修でありながら、国

図：日本と開発途上国の結核対策にあるギャップ



(M. Matsuda, N. Maruchi)

際機関、WHOの協力が最初から取られていて、外国の経験者の方をうまく活用することが組み込まれていました。プライマリヘルスケアの提唱者であるマーラー先生も、当時WHOの結核課長をされていて、日本の結核研修にアドバイスをされていたそうです。日本の検診システムというのはレントゲンを中心とした集団検診の制度に特徴がありますが、それはまた住民参加を前提とした婦人会活動が一つの前提にして初めて成り立つものなんです。婦人会活動がなければ、結核検診の受診率は40%程度に落ちてしまうだろうといわれております。このような制度は、経済的、制度的に現在の開発途上国にできるとは限りません。そこで1963年当時に結核の指導者の方々は海外に行かれまして、あらためて途上国に合うような研修方法を考え直されたそうでございます。そして、日本の教育システムを大きく変えたということです。そのなかで外国との交流を持ち、日本的な国内研修と国際的な国際研修の二つのシステムを作っていくということ。検診システムは日本のなかでは住民参加が可能でありますし、集団検診をやっております。また、入院が可能なほど病院も日本には多くあります。それを前提とした疫学管理システムというものも取っております。

開発途上国向けの国際研修の教育では、このような施設あるいは住民参加というものが難しいなかで、死んでいく結核患者を目の前にしてどのようにしたらその人々を助けることができるか、人々の主体性を考える以前の問題が山積しているようでございます。そこで、外来でも治療できるような、あるいはX線がなくても診断できるような方法を中心に協力がなされております。

さて、このような国際研修が日本でなぜできあがってきたのか、世界のなかでも外国に向けて国際研修をやっているようなところは少ないといわれております。それは一つには日本の結核が戦後非常に数が多く、一家に一人は患者がいたというように問題が大きかったということもあったかと思えます。また第二次世界大戦で多くの生命が失われ国民の一人一人に生命の貴さが確認されていた、その思い入れが結核に対して我々に大きな気持ちを持たせ、結核対策に従事させていったのではないかと、現在海外の困っている人がいれば、その人々を助けてあげたい気持ちが自然に起きてくるというようなことだと思えます。結核対策といえますと、ともすると技術的な面が前面に出てきがちなのですが、背景にはこのような健康教育、住民参加、また時代背景というものもあるかと思

います。このような住民参加を担ってまいりましたのは、もちろん行政と医師会と民間の結核予防会が連携をとって行われたことが大きいわけです。多くの途上国では、まだまだ結核予防会のような民間組織が十分に育ってきておりません。また行政と医師会との関係があまりよくないところもあるかと思えます。行政、医師会、民間組織、あるいは住民が手を携えて大きな目標に向かっていった、そういう動き自体がこれからも開発途上国の参考になるのではないかと思います。

私は今回の発表を通じまして、日本の結核の歴史、それがいろいろな時代背景を伴いながら、現在の開発途上国に非常に参考になるようないくつかのポイントを含んでいるのではないかとこのことを、あらためて学ばさせていただきました。どうぞ静聴ありがとうございました。

【石川】 どうも松田先生、ありがとうございました。日本の結核の歴史、保健のシステムの歴史を通して、また、国際的に提供してきた日本の結核国際研修の経験を通してお話いただきましたが、振り返らせていただきますと、このような国際研修の事業に加わることによって日本自身の結核対策が影響を受け、日本の結核対策自身が途上国の結核対策によって、また前進・改革されてきた側面があったということです。

では次に、日本のことに視点を変えまして、諏訪中央病院の鎌田先生に発言をお願いしたいと思います。諏訪中央病院は国内での新しい地域医療を実践している有数の病院でありまして、年間1000人を越える視察者があると聞いておりますが、中心となって地域医療を進めておられる鎌田先生にお話をお願いしたいと思います。鎌田先生、お願いいたします。

【鎌田】 ご紹介にあずかりました諏訪中央病院の鎌田です。今日は特別講演でタイのサンシンケオ先生の講演を聞きましてたいへん感銘を受け、また意を強くいたしました。

東京から信州へ

ちょうど20年前、東京から、東京の大学、大病院で行われている医療に何らかの不信感を持ちまして、小さな地域のなかできちんと病気を治すということだけに留まらない医療をやりたい、そのとき既にあった医療ではなく、もう一つあるオルタナティブな医療を目指してというようなつもりで小さな地域に出て、人口5万という地域で20年間医療をやってまいりました。これが国際医療協力にどうつながられるかは、まだまだ答が出ておりません。しかし、20年間地域のなかでアプローチしてきたことを伝えることをして考えていきたいと思えます。

それではスライドをお願いします。人口5万の茅野市というところにあります公的病院であります。茅野市と諏訪市、原村の2市1村の公立組合からなる病院です。八ヶ岳山麓に広がって、農業を中心として精密機械工業、若干の観光がある、そういう経済形態の小さな町であります。

次のスライドをお願いします。私たちの諏訪中央病院です。

地域脳卒中対策

次のスライドをお願いします。1970年代前半に私たちが東京から茅野市に入ったときは、長野県は全国で二番目の脳卒中の高い地域でありました。そのなかでも茅野市は最も脳卒中の高い地域、多発地帯といわれておりました。このような手作りのCTの脳出血のスライドですけれども、こういうスライドをたくさん作りまして、仕事が終わりますと多いときは年間80回くらい各村の公民館を回って、脳卒中で倒れないために、そのようなことで住民と一緒に考えながら健康な村づくりを行ってまいりました。

次のスライドをお願いします。当時作ったスライドで、八ヶ岳山麓の町であります。北のほうの北山・米沢・豊平など赤の地域が脳卒中の多発地帯で、青い地域、茅野・宮川・金沢という地域が脳卒中の低い地域で、この地域には国道が走っております。茅野・宮川という地域のなかでは都市

化された地域で、なぜ赤と青の地域が出てくるのか、僕らなりに分析した結果、両地区とも冬の雪の多い地域ですけれども、老人の居室する部屋の温度が青い地域は赤い地域に比べると5度くらい違う。そして、山間の山部のほうが4~5グラムくらい1日の塩分の摂取量が違うということで、住民の保健補導員、ヘルスポランティアという人たちですけれども、その辺の人たちと一緒にやって一室暖房運動ということを行ってまいりました。

のを作りまして地域ケアを始めたわけです。現在では、200床の小さな公立病院ですけれども、6人の保健婦が24時間体制で地域ケアをしていこうということで頑張っております。東京の大学から脳外科医を呼び脳外科を開設したことも、低下の理由であるとは思いますが、やはり激減していくなかではヘルスポランティアと住民と一緒にやってきた減塩運動だとか、一室暖房運動などが大きな寄与をしていたのではないかと分析しております。

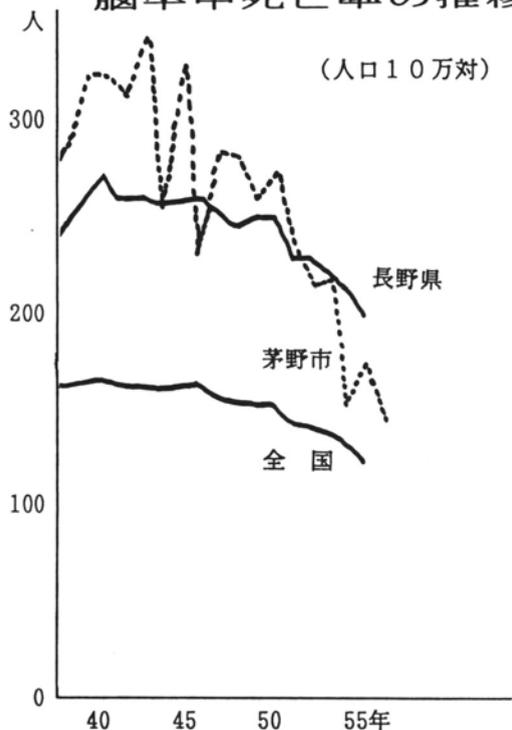
ガン撲滅村宣言

次のスライドをお願いします。脳卒中をある程度克服いたしまして、1980年代に入ってまいりますと、ガンをなくしたいということで、こういうスライドを作って早期ガンならば助けることができるという話し合いをいたしました。

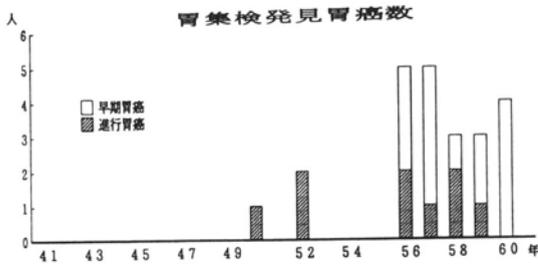
次のスライドをお願いします。人口7000の原村も僕たちのエリアなわけですが、その原村で昭和41年からガン検診が行われておりました。昭和49年までは、検診のなかでガンを発見することはできませんでした。僕らがきてからガンが発見されるようになったのですが、スライドの紫色が進行ガンですが、手遅れのガンのため助けられないという惨憺たる有り様でした。そこで、昭和56年原村の村長さんと議会を訪ねまして、ガン撲滅村宣言というのを行ってまいりました。そういう宣言をしてから、僕たちは毎晩のように各地の公民館に入り込みまして、ガンで死なない地域を作ろうということを住民に訴えました。7時から早朝検診を行ったり、日曜検診を行うなかで昭和56年から爆発的にガンの発見がよくなっていきます。特に助からないガンが見つかるのではなくて、赤い早期ガンが多数を占めるようになります。昭和60年、61年、62年はほとんど全例早期ガンということで、昭和62年日本対ガン協会賞を私たちはいただきました。

次のスライドをお願いします。こういうふうに関

脳卒中死亡率の推移



次のスライドをお願いします。そんななかで、上にみられます赤い線が脳卒中の死亡率、茅野市の死亡率を示しております。1970年代は長野県でも最も脳卒中の死亡率の高い地域でしたけれども、激減してきております。といいますが、低下を示すなかでは、減塩運動、一室暖房運動を進めると同時に、病院に保健婦を雇い地域ケア室という



か。それは病院の手術室、優秀な外科医を呼ぶことよりも、あるいは住民と一緒にになって早期発見を目指すことのほうが大切ではないか、というように現在分析をしております。

「長生きオリンピック」から「生きててよかったといえる地域づくり」へ

現在200床の小さな病院でありますけれど、脊椎外科、心臓外科、脳外科、ガンの外科ということで年間1000件の手術をし、年間7600件の時間外の救急患者を見るような病院になっております。ただ、僕らが20年前に目指した東京の大学病院なんかで行われているような医療ではなく、もう一つの医療をということをこれからお話したいと思いますけれど、1970年代に僕たちが地域のなかで格闘してきたことは健康な地域づくり、長生きオリンピックで競争していたのではないかと思います。1980年代に入りますと、もうそろそろ長生きオリンピックはいいんじゃないかなあというような考えにいたりまして、むしろ生きててよかったという地域づくりのほうに重点をおいていく、限られたパワーをそういう方向へ向けていく時代のターニングポイントを1980年前後に迎えました。

次のスライドをお願いします。このような雪国であります。

次のスライドをお願いします。こういう農村地帯

であります。

次のスライドをお願いします。そういうなかで脳卒中を減らそうという運動をしてきたわけですが、どんなに運動しても脳卒中はゼロにはならない、脳卒中の患者さんが障害を持ちながら生きていく、その人たちを地域でどう支えていくかというようなことを地域の人たちと一緒に考える活動を、1980年代になると行いました。今年の5月、脊髄小脳変性症（OPCA）で亡くなられた患者さんですけど、私8年間おつきあいさせていただきました。絶対に入院したくないという患者さんの言葉を守りまして、最期まで自宅で家族が中心になって病氣と戦い、今年の5月家族に見守られながらたいへんいい死を迎えられたおじいちゃんです。元気なころの写真です。

次のスライドをお願いします。現在在宅酸素療法の患者さんが55名おりまして、この患者さんが長生きできるようになったからいいではないか、ではなくて、その患者さんの人生の質をどう支えるかというところで、液体酸素を使ってこの方々が町へ出て行けるそういう地域づくりを目指しております。

ほろ酔い勉強会・デイケア・高校生サマーワークキャンプ

次のスライドをお願いします。たいへん恥ずかしい話なんですけれども、茅野では昭和50年代、脳卒中で一年以上お風呂には入っていない寝たきりのお年寄りが多数おられる時代がありました。そういった時代に病院が呼びかけをしまして、住民の人たちにお手伝いをお願いし、寝たきり老人をお風呂に入れちゃう運動というのを行いました。このきっかけになったのは、ほろ酔い勉強会です。現在8年目を迎えて続けておりますけれども、ほろ酔い勉強会のなかで、住民と行政と社協と病院のスタッフとがまったく自主的な勉強会を持っていくなかで、お風呂に入れちゃう運動を推進しました。これが成功すると試験的なデイケアということが始まっていきます。

次のスライドをお願いします。これがボランティ

アに支えられたデイケアです。現在日本では、どんなに小さな地域でもデイケアサービスセンター、あるいはデイケアセンターがありますけれども、僕らがこのデイケアというシステムに着目したときには、日本のデイケアの90%以上は精神科のデイケアでありました。これを身体障害、老人のデイケアというものに持ち込んだら、いい地域ケアのバックアップシステムになるのではないかとということで、ボランティアと協力して活動を開始しました。これが厚生省に着目され、ボランティアが撮った8ミリ映画が厚生省の局長や部長の前で映写されまして、それが一つの制度として今日を迎えたのではないかと感じております。



次のスライドをお願いします。これは現在も続いております、11のボランティアグループが病院で活動しておりますが、8年目を迎えます霞草というグループの婦人の人たちです。6~7年前のスライドで、はじめのほうに私も写っております。次のスライドをお願いします。高校生のボランティアサ

マーワークキャンプの写真です。高校生が病院に寝泊まりしまして、お年寄りの手伝いを夏休みになりますとやります。今年の夏も44人の高校生が参加をいたしました。現在病院がこういうことまでやるのは大変だろうということで、近くのお寺さんが協力を申し出てくれまして、お寺さんの本堂を貸してもらって、少し朝早く起こされて座禅を組まされたりしておりますけれども、お寺さんと病院と学校がネットワークできております。

時間・空間・内容的に開かれた病院へ

次のスライドをお願いします。先ほどお話しましたほろ酔い勉強会はだいたい発展を遂げまして、初めは地域の福祉・医療システムについてディスカッションする勉強会から、今度は健康を守る勉強会へ、そして昨年一年間は医療と環境シリーズということで、自分たちを取り巻く水の問題、自然の問題、あるいは食の問題、そういうテーマで勉強したり、あるいは健康をめざしながら、ターミナルケア、死の問題を地域のなかで勉強したりということで、その年度でテーマを決めて勉強会を行っております。毎月第一水曜日に、地域の人が百数十人集まって勉強会を行っております。病院は24時間時間的に開かれれば、地域に開かれた病院とよくいわれます。徳洲会がそうやって発展をしてきましたけれど、そのときに僕は徳田虎雄にもいったんですけど、「セブンイレブンじゃあるまいし、開いててよかっただけでは病院はだめではないか」ということで、つまり時間的だけではなく、空間的、内容的に開かれたときに、本当に開かれた病院、それは病気を治すところを中心であることは当然ですけれど、病気を治すことだけが病院の役目ではなく、健康な人が健康でい続けるためにも病院はサポートし、あるいは現在の医療では治せない障害が残して生きざるをえない、そういう人たちを支えていく、それも病院の役目ではないだろうかと考えたわけです。そういう意味では、空間的にもう少し地域のコミュニティの役割もしていかなければならないだろうと感じております。

次のスライドをお願いします。介護教室です。

次のスライドをお願いします。地域の脳性マヒ、脳卒中の患者さんと毎年ずっと行っておりますお花見会です。

次のスライドをお願いします。今病院の裏側から見えておりますが、病院の裏側には老人保健施設、それから特養、病院と特養間には24時間体制の在宅介護支援センター、地域ケア室というのがありまして、ガンの末期の患者さんも24時間体制で自宅で死にたいという人たちを支えられるような体制づくりを現在作っております。まだ出来上がったというほどにはいっておりませんが、職員には24時間というのがキーワードだということをいい、たくさんメニューのなかから、自分自身の自己決定のなかで選択ができる、そういう地域になりつつあります。しかし、まだまだ24時間というところでは十分ではありません。これが大きな目標ではないかなというふうに思っております。

次のスライドをお願いします。老健施設のなかでみんな寝たきりで入所してきますが、少しの間寝たきりの人はほとんどいない状態になっていきます。

次のスライドをお願いします。ホスピタルコンサートのスナップです。伊藤京子さんとか、ドレスデン音楽監督をやっている、小沢征爾さんにヨーロッパでは並び賞される若杉弘さんとか、たいへんに高名な方々が毎年まったくのボランティアで、電車賃も自分たち持ちできてくださって、有名な方々が十数人で毎年すばらしいコンサートを病院で行ってくれております。

次のスライドをお願いします。直腸ガンで人口肛門になった患者さんたちのための、11年目を迎える会ですけれども、ひまわりの会という患者さんたちの会で、秋、松茸狩りに職員たちと一緒にいって温泉に入っている写真であります。こういう患者会が四つほどあります。

次のスライドをお願いします。病院の裏側には薬草園、ハーブガーデンがありまして、ハーブを薬剤師が採取しているところですが、ガンの

末期の患者さんにお茶を飲んでいただいたり、あるいは老人保健施設でお風呂でお年寄りに温まっていたりしております。

チェルノブイリに連帯

次のスライドをお願いします。そういうなかで、一年半ほど前からチェルノブイリ原発事故の放射能汚染地域に支援活動を行っております。9回の医師団を派遣いたしまして、子供たちの生命を助けようということで運動を展開しております。全国から約一億円ほどの資金援助をいただいて、9回の医師団派遣、現地調査などしております。全国の共同作業所で働くいろいろな方々の手厚いご支援をいただいていることもあろうかと思えます。次のスライドをお願いします。クリブチャ市という人口5万の町が一夜にして人っ子ひとりいない町になりました。現在も一人もいない高汚染地域であります。

次のスライドをお願いします。マイゾナ村という小さな村も人っ子一人いない町になりました。僕たちは、チェチェルスクという人口2万7千の村に10年間、僕らが東京からやってきて地域医療を展開したのと同じような手法を使って、苦勞されて地域の人々がこれから汚染地域でどう生きていくのか、支えながら交流しながら勉強させてもらおうということで、取り組んでおります。

次のスライドをお願いします。白血病の子どもです。現在は亡くなられてしまいました。次のスライドをお願いします。これも白血病の子どもです。

次のスライドをお願いします。これが最後です。僕たちがかわりだしたチェチェルスクという高汚染の町です。その町ではこういうふうに日常生活が流れているわけです。

東京から茅野へきて、東京の人が助かるのに茅野の人が死んでしまうその不公平をなくしたいと思って、医療の充実に努力してきましたけれども、アフリカでもアジアでもロシアでも、いわれない状況のなかで生命を短くしていく人たちを同じような感覚で少しでも助けたいことができれば、一緒に生きていくことができればと思っております。

す。僕たちがやっているちっちゃな5万という町のなかでの草の根的な医療・福祉・保健の連携が世界に持っていけるものかどうかはわかりません。ですが、小さなところでやったことのほうが、むしろ世界のなかで一緒になって問題解決にあたることのできるのではないかということを、今日の特別講演、あるいは会長講演を聞きながら意を強くいたしました。ご静聴ありがとうございました。

ディスカッサントによるコメント

【石川】ありがとうございました。地域における保健、医療、そして福祉、それから国際協力に至る広い、非常に興味のあるご経験の話でした。

時間も迫っていますので、このまま続けて次の論者にいきたいと思います。ただいまのお二人のプレゼンテーションに対しまして、カウンタープレゼンテーションのようなお話をコメントにいただきます。最初の演者は、佐久総合病院内科の清水茂文先生です。佐久総合病院で、やはり地域医療をやってこられました。そのお立場から、今の話を受けてコメント、あるいはディスカッションをお願いしたいと思います。それでは、四人のパネリストの先生方には全部上に上がっていただきまして、ここでディスカッションしたいと思います。

【清水】ただ今ご紹介に預かりました佐久総合病院の清水と申します。今、私は佐久病院の本院ではなくて、本院は1000ベッドの大病院であります。そこから南のほうに約30分下ったところ小海という地域があります。そこに分院がございまして、12床の非常に小さな農村山間部の診療所で働いております。

経済発展／医療水準の格差と国際研修

先ほど鎌田院長のお話にも出てまいりましたけれども、私どもの病院にも年間相当数の外国からの視察が見えます。それで、大きな病院に案内さ

れてずっとなかを見て回り、近くの料理屋でお酒を飲んでも、「よかった」というふうには感じにはならないんですね。病院にこられるアジア・ラテンアメリカからの外国の方が時々分院のほうに回ってまいりまして、小さな診療所のなかでいろいろお話を伺いますと、「私のところでは佐久病院のような大きな病院の仕事、診療や健康管理を見に来たのだが、実際に見てみるとあまり参考にはならない。こういう小さな診療所にきてまわりたい。それは何かというと、こういう地域のなかで様々な病気に対してどういう疾病対策が行われているのか、その辺のノウハウをしっかりと勉強して帰りたいのだ」とおっしゃいます。

ですから今、私どもが到達した医療の水準と申しますか、これは現在では福祉も含んでまいりませけれども、非常に大きな戦後の経済成長という、偉大な経済発展の影響を受けているわけございまして、アジア・アフリカの多くの国がこのように日本の成し遂げた多くの経済発展を保証されているということはありませんし、また非常にその辺のパイが少ないわけです。そういうなかで、私どもの医療水準や健康管理活動のノウハウをそのまま参考にしていただくわけにはなかなかいかないのではないかと、反省をしております。先ほどの松田先生のお話のなかにいろいろと出てまいりましたけれども、やはり二通りのやり方で研修をやっていくことが重要と思います。それは、恐らく技術そのものは非常に国際的なものだけれども、システムそのものはナショナルなものといわれますけれども、そういう私どもも、保健から福祉までを含む広範な仕事をやっています。どのように国際協力のなかに役に立っていくのかいうときに、この裏表をきちっと考えた、そういうことを踏まえていかないとたいへんな無駄を出すのではないかというふうに私自身は感じておりますし、その点で松田先生の報告は非常に興味を感じました。ただ、ほかの疾病対策の場合に、ないしは健康管理活動を含む技術の問題でそのようにしてきたかという点必ずしもそうではないと、私自身は感じております。

地域再生の課題とPHC／ヘルスプロモーション

それから、鎌田先生のお話を私自身は非常に身近な話として伺ったわけですが、やはり今私が仕事をしておりますところは日本のなかでも平均的な農村山間部にごぞいまして、年々過疎化が進んでいく、非常に展望のない地域にごぞいます。鎌田先生のやっておられる諏訪を中心とした茅野周辺は、そうはいいましてもまだまだ地方都市のなかで、経済基盤を持っておりまして、大きな人口の減少ということはないと思いますし、少しずつ人口も増えていく、そういう一定の優位性を持ったそういう地域だろうと思います。

それで、このなかで先生自身一線で行ってこられました医療活動が、今ご紹介ありましたけれども、従来の医療の枠を抜け出して地域のなかに根づいていくといえますか、自分たちの活動を地域化していく、そういう視点を非常に強く持った一種の社会文化的な諸活動として医療各種の活動を展開しておられるという点で、私どもも目指しているところは同じにごぞいます。ただ、現在私たち自身がおかれました地域の状況がその辺で悲観的な要素がございまして、何をやるにしてもマンパワーの問題を考えないとやっていけません。プライマリヘルスケアの基本的な条件である地域が、まともな地域であるのかということをとらない限り、どう活動を展開したらいいかということが構想できない。まともな地域といえますと、農村におきましては人口が減少してきていますし、大都会以外では過疎化が進行している。ある意味では、日本のなかにまともな地域がいったいどこにあるのだろうかということすら感じます。その時にぶつかっている問題は、じゃあその地域再生の問題をどう考えるのか、というところが私のところでは非常に強く問われているところにごぞいまして、この辺の問題を鎌田先生の仕事を通じて、日本、また他の地域にどのように振り分けていくか、そこをうまくつなげていくとか、作っていく基本的なものは何なのだろうかということを我々は学ばなければならないと思います。

同時に、アジアのなかでも同じ問題が起こっているのではないだろうか。私自身はアジアのことはよく知りませんが、恐らくアジアのなかでは日本とはまた違った形であれ、地域の崩壊とその再生が問われながら、医療保健の問題をどう考えたらいいのかというなかでは同質・同等の問題を抱えているのではないかという辺りを、この後の本田先生のお話から伺いたいと思います。いずれにしても地域再生の問題は、先ほどありましたヘルスプロモーションの基本的なテーマであろうと私自身は考えております。ですからこういった問題が提示されながら、現実の地域においては大変に厳しいと、つくづく考えております。どう考えていったらいいのかというところでは、一つの国土計画との関連の中で考えていかないといけないと感じております。



右目で技術、左目で人権を見る複眼的な視座を

また農村に置きましても、外国人の問題はひしひしと押し寄せております。この問題は我々農村においても国際化の問題は避けて通ることはできません。エイズの問題、不法労働者の問題もまったく同じです。日本の老人の問題と類似しているわけですが、こういった地域の中の様々なテーマに取り組むときに、我々は医師でごぞいま

すので、右目で（医師として）技術をきちんと診て、左目に人権を見るという複眼的な視座を持った追求、活動の意識の視点と申しますか、そういったところも今後こういった分野で仕事をしていく上で非常に大切というふうに感じております。以上でございます。

【石川】ありがとうございます。日本における地域医療を考えていく上で、日本自身が抱えている厳しい現実に関するコメントをいただきました。

続きまして、本田先生にお話ししたいとおもいます。本田先生はさきほどご紹介いただきましたが、SHARE（国際保健協力市民の会）を主宰されておりまして、カンボジア・タイなどで熱心に活動を推進されている日本の代表的NGOの一つの代表者でいらっしゃいます。つい最近、タイのマヒドン大学に留学されて帰ってこられたばかりでございます。本田先生、お願いします。

国内と海外での活動が自分の中で切れている……

【本田】本田です。松田先生、鎌田先生のお話を受けて、海外の保健医療協力を行っている小さなNGOの人間の立場からコメントさせていただくのが、私の役割だと思っております。同時に、私も過去20年近くなくなってしまったんですけれども、日本のなかで臨床医をやっていました。何年間かはご縁があって佐久病院にお世話になったこともあります。その経験と照らしあわせて、矛盾しているというか、自分自身にとって問題だぞと感じていたことは、海外に出かける時に、日本の地域医療をやっていた人間としてそこから発展的に出ていくということではなくて、そこを切って海外に行かなければならない、その接点がどうも自分のなかで整理できていないことでした。自分自身のスタンスが問題なのではないかと前から感じていながら、どうしてその問題を解決していかかわからないという気持ちでございました。恐らく、このフロアのなかでいらっしゃる方々のなかにも日本

の地域医療に関わっていらっしゃる方がたくさんいらっしゃると思います。そういう方々も、自分が日常やっている活動と海外での保健活動、医療活動というものがなかなか整理できない、見えてこないという悩みをやはり共通に持っていらっしゃると思います。やはり、そういうところを私たちはシンポジウムを借りて話し合い、考えていけないといけないのではないかと思います。



地域医療とPHC：主体の転換

私自身にとっては医療というか、まあ日本の地域医療というところでお話させていただきたいのですが、その地域医療というものをプライマリヘルスケアから見た場合に、プライマリヘルスケアというのは非常に新しい考え方であったわけですが、その新しい考え方のいちばん大切なところはどこか、これは私なりの解釈なんですけれども、地域というものと、主体形成に関して非常にコベルニクス的な転換を行ったのではないかと考えます。つまり、PHCの前の段階では主体というものがヘルスサービスのプロバイダーというんですか、提供者ですね、行政だとか医療者、医師ですね、そういう人たちが主体であった

と思うんです。そこのところが非常に変わったというか、逆転させられたというか、住民が主体なんだということをはっきりPHCがいったわけです。その精神が非常に大事で、その精神に照らしあわせてみると、日本の地域医療は非常に大きな仕事をしてきたと思うんですけど、そのよさも含めてなんですけど、限界というかこれから考えていかなければならない問題というの、どうしても地域医療というものが病院から発想されて、病院から取り組まれてきたというその限界というか、問題点を把握しておかなければならないと思いますね。

で、久しぶりにこの間、若月俊一先生がお書きになった『村で病氣と戦う』という本を読み返してみたんですが、あの本が出されたのは1971年なんです。その時点で、若月先生は病院主導型の健康管理について非常に自己批判的なコメントをされているんです。非常な慧眼を持っていらしたんだなあと思いつつ、けれどもやはり病院主体型の健康管理というものを越えて、社会的な健康意識をつくっていくことがなかなかできなかったということ、若月先生ご自身が述懐されているんです。そういう点で日本の地域医療を考えていくために主体は誰なのかということを押えていかなければいけないでしょう。病院だけを考えると、たとえば家の問題なんかはなかなか見えてこないということが分かります。そういうことを含めて、やはり日本の地域医療が考えなおさなきゃいけない時期にきているのではないかと、そういう意味では、鎌田先生がいろいろな方向で模索していらっしゃるような事は勇気づけられるし、ぜひこれからも頑張ってやっていていただきたいと思っています。

たとえば、私の数少ない経験ではタイのような病院、主に県病院、郡病院レベルですけれども、そういうところにいくとソーシャル・メディスン・デパートメントみたいところがあって、専門のスタッフが10~20人いてヘルスプロモーションとかを一生懸命やっているんですね。で、それは、近年のエイズの大流行とかそういう社会問題

に迫られている面もあるんですけども、病院が社会的な活動、教育活動をしていくという面では、日本の病院がやっている健康管理活動とは一線を画すような意味で非常に先進的な面を持っています。私たちがむしろ開発途上国から学ばなければならないところがあるのではないかと、という気持ちを持っています。

地域開発における保健医療

松田先生が「共通保健ニーズ」の五段階が途上国では切れているのではないかとということ、結核対策という事例を通して報告されたのは、私もその通りだと思います。ただ、最近のタイの動きなどを見ると、やはりエイズなどを例にとると地域そのもののなかで考えていかなければならないという問題は解決できないというところがあって、かなり包括性だとか命の尊さ、ヘルスマクラシーという視点が組み込まれるようになってきたという印象を強くしています。でも、私どもも下痢症などを含めて東北タイで活動しているのですけれども、一つの下痢の病氣というものを通して国民の生活環境だとか、衛生的な日常の行動などを考え合わせてコミュニティ・ディベロップメント、ヘルス・ディベロップメントをしていく動きにあります。ですから、今までいろいろな状況で切れていたということがあるにしても、割合と勇気づけられる方向に動きつつあるのではないかと思います。

地域再生の問題と私達の出来ること

時間がなくなりましたが、最後に、清水先生のおっしゃった地域再生の問題ですが、これはすごく難しく、たとえば東北タイでいちばん大きな問題というのは恒常的なアンダーエンプロイメントメントというんですか、失業とはいえないかもしれないがほとんど失業に近い仕事を持ってない人がたくさんいて、そういう人たちが農閑期を利用して絶えずいろいろなところに出ていくという、失業あるいは出稼ぎの問題が非常に深刻化しています。そして、例えば地域によっては4割くらいのヘルスボランティアが出ていってしま

って、地域のなかでのボランティア・アクティビティーそのものが成り立たなくなっているような状況があります。そういうなかで、どうやって農村を再生させていくか、また換金作物を中心とした農業に変わってしまっているサステナブルな「食べること」を基本とするような農業が壊されていく、あるいは環境が破壊されていくなかで、地域の再生ということがタイやカンボジアのような国でも大切な問題になっています。

そのなかで日本がお手伝いできることが何なのかよくわからないんですけども、少なくとも市場経済のメカニズムのなかにそういう国々を巻き込んで、日本が利益だけをむさぼっていくという構造だけはなんとか改めていかなければならないのではないかと。でも、それは一市民の行動としてどういう形をとっていけばいいのかということとは、まだ私にはわかりませんが、私たち自身保健医療関係者として手を携えて、開発途上国への協力をしていければと思っております。どうもありがとうございました。

パネリストの応答

【石川】ありがとうございます。非常に広い問題が出されております。今、お二人の方から出されました問題は、病院からの発想の限界、それから途上国にそれがあてはまるか、途上国から学ぶものがあるのではないかと、それから地域再生ということをどういうふうにか考えるかということなどがございましたが、そういうところでは最初にご報告していただきました先生方から何かご討論がございますでしょうか。

地域医療と国際協力がつながる時代を

【鎌田】たいへん難しい質問ですけども、本田先生からいくつか出されました質問からお答えしたいと思います。まず、たとえば接点、地域医療をやっている現場から国際協力をしていく上で切れて行くしかないという、これは非常に現実的な問題だろうと思います。ただ、地域医療の現場に

いる多くの病院が、そういうことに情熱を持っている医師を望んでいます。医者が多くなってきたという現実のなかで、だれどもやる気のあるお医者さんが、地域医療を支えているお医者さんがいないという現実も一方ではあるんですね。で、これは半分冗談ですけど、本田先生にうちの病院に来ないかと説得をしたりしたんですね。断られてしまいましたけど、つまりこれからもう少し経つと地域医療をやっている現場と国際協力の現場とがつながってくる時代が間違いなく来るのではないかと思います。そうしないと、地域医療というのは言い出して多分二十数年経ち、ずいぶんいろんな意味で力を持ってきたように思いますけれども、ますます臓器移植などを頂点としながら若いお医者さんの指向はスペシャリストの方向に流れていってきています。わずかに総合診療だとか少し新しい動きもありますけれども、むしろ地域医療を支えようという動きは自分がその現場にいると、脆弱化してきているのではないかと、だからこそ国際医療協力をやっていきたいという人達に日本に帰ってきた時に現場を持つ、草の根的な運動を持つ場を持ってもらいたい。僕たちはそれを待っているというふうに言いたいと思っています。

キーワードは「多様」「多重」「多元」

病院的な発想からしか、地域医療が語られていないのではないかと。その通りだと思います。僕も安全弁として考えて院長になってこの4~5年やってきたことは、病院を大きくしないで、老健施設をつくったり在宅介護支援センターをつくったりという形での発展をさせてきたことです。やはり地域に必要なことは、キーワードとしては「多様」という言葉で、巨大化していくことではなく多様なメニューを少しずつどう持ち続けていくことができるか。そして「多重」という形で地域のなかでいろんなネットワークがどう張られていくか、医者だけではなくたくさんの職種の人、住民の人が一緒になって、多重のネットワークをどう作り上げることができるか。そして病院主導でない形であるためには地域のいろんな運動

が「多元」的な形で行われるようになる。そういう芽をどうやって作り上げることができるか、やっぱりそれが問われているのだと思います。実際にそれは大変なことですが、出来ないことではないのではないかと考えています。



地域再生は住民の自己決定で

それから、清水先生がいわれた地域再生の問題では僕は地域を再生しないほうがいいのではないかと、開発しないほうがいいのではないかと、特別講演のサンシンケオ博士の講演にたいへん感銘を受けたと言いましたが、まずその辺をいいきれるようにならないといけないのではないかなあという気がしております。

ロシアに入っていくと日本にはテレビが一軒に2台も3台もある。自分たちはテレビを手に入れるために5年も待たないといけない。テレビのない人にとってはテレビを手に入れることは一つの夢かも知れないですね。でも1軒に3台もテレビを持ってしまうと僕たちがロシアの人たちに比べて3倍も幸せになったかという決してそうではないと思うんです。ただ、持っていない人たちに持た

ない方がよいとはなかなか言えないわけです。それは自己決定、そこにいる人たちが決めざるを得ない。そういうなかで過疎化されている農村の自己決定も僕たちが再生させていく問題ではなくて僕たちは医療と福祉を通しながら、住民たちがどう考え、どう自分たちの村づくりを考えていくかを一緒に歩いて行く人間でしかないだろうと思う。再生させていくのは僕たちではないのではないのだろうか。で、もし僕自身に質問がされれば再生しない方がよいのではないかと、というのが個人の答えです。

【石川】 どうもありがとうございました。松田先生いかがでしょうか？

【松田】 お三方の話聞いていて、いちいちなぞくことが多くありました。そのなかで、二つ感じたことを述べさせていただきます。

各々の文化に根ざしたPHC／ヘルスプロモーションの見方

一つは地域の問題と主体の問題でありますけれど、話のはじめとして、ヘルスプロモーションが出てきた時にヨーロッパでは社会学の方が非常に力を入れて動いておられたというのを伺ったことがあります。その際、ヨーロッパはもともと主体が確立されて個人がしっかりしている国々なので、連帯を求め地域の再生を求めているということです。だから、ヘルスプロモーションはヘルシー・シティのような地域連帯を指向しているということを伺いました。逆に、日本では地域というのがヨーロッパに比べてあるが故に、むしろ個人の確立、自己の確立、主体性というものを捉えているのではないかと指摘を受けたことがあります。私はプライマリヘルスケアの基本は人権思想であり、ベーシック・ヒューマン・ニーズ、ベーシック・ヒューマン・ライツという第二次世界大戦後の大きな人権の流れのなかに、健康が初めて位置づけられたものだというように考えています。そういう意味で、それぞれの文化に根ざし

たもの見方というのも必要ではないかというふうに感じました。

ネットワーク型組織と地縁型組織

それからもう一つ、地域あるいはネットワークに関してなのですが、私が今働いております結核研究所の母体には、結核予防会という全国組織を持った団体がございます。これは、もともと国内の結核対策に従事するために作られた団体です。こういう大きな組織が、少しずつ結核対策に方向づけをしつつあるというふうに伺っております。また、一方では本田先生のSHARE、あるいはAMDAのような、あるいは鎌田先生のチェルノブイリ連帯基金のような、地域の枠をある程度とっぱらった現代的なネットワーク型の支持母体を持った国際協力の組織が、ここ10年くらい非常に多く生まれたように思います。ネットワーク型組織と、もともと日本にある地域の基盤とした地縁的な組織、その二つがおそらく同時に国際協力と国内の両方を指向していく時代になるんじゃないかなということをお話を伺いながら思いました。

全 体 討 論

【石川】ありがとうございます。話がいろいろと交錯しています。今、松田先生のお話で一つまとまってきたかな、というところがあるんですけども、私個人の経験から言いますが、私が1978年にバングラデシュに行ったとき、日本のある村の保健婦さんがこんなふうに言いました。「聞くところによると、バングラデシュはまだ村役場もないそうじゃないですか。役場のないところに先生は出る幕はありませんよ」こういうふうに言われて、私は何だかわかりませんでしたけれども、しかし日本の地域保健というものがやはり町づくり村づくりというもののなかで確立されてきた、そういうものの考え方、それが国際保健というもののなかで、一つのチャレンジをしたということだったのかなと思います。

この辺で少し、フロアのほうからコメントをい

ただきたいと思いますけれども、山形大学公衆衛生の新井先生にお願いいたします。

共通のテーブルで知恵を出し合う

【新井】山形大学の新井でございます。何かコメントをしると頼まれて引き受けたのですけれども、お話を聞いていてこりゃえらいことになったと感じております。これだけスケールの大きなお話へのコメントというのは至難の技です。しかも、私のいいたいことは本田先生と石川先生がお話してしまったので、ほとんどダブる形になってしまいますが、私がここに最初に来たとき、PHC、それからヘルスプロモーションというようなこと、それと国際協力をどう結びつけ、しかも壇上の方々の実践活動とどう結びつけ、さらにフロアの方々とどう共通の認識をつくるかと、これができないとこのパネルディスカッションは抽象的になるのではないかと思います。やはりそこは皆さん長年のベテランで十分にフロアの方との共通認識ができるような形になっていたと思います。

私から言わせていただきますと、やはりこの問題は国際協力にしる国内活動にしる、ヘルスデモクラシーの理念のもとに健康政策をどう推進していくかということをおみんなで考えましょうというような形ではないかと思います。ヘルスプロモーションは健康増進と訳しておりますけれども、どうもそうすると「健康づくり」とごちゃ混ぜになります。私は、これを「健康政策推進活動」と訳したほうがいいのではなかろうかと思っていたわけでございますけれども、こういうことは医者は不得手でございます。

だいたい私は大学の公衆衛生の教授でございますけれども、大学の公衆衛生の研究というのは、リスクファクターの疫学ばかりやっております、こういう役にたつ研究はほとんどやっていると反省しております。実は、これは昨年の公衆衛生学会の老人保健のシンポジウムで、実際に公衆衛生学会の研究を分析してそういうことを言ったんでありますけれども、そういう点では大学の



公衆衛生の立場として、実際に現場で活動している諸先生方に恥ずかしいという反省を持っております。

しかし、医者のお考え方がたとえ視野が狭くても、地域のみなが共通の丸テーブルについて知恵を出し合っていけば、こういうシンポジウムの中に出て来た問題も解決するようなことができるという感も深くしています。実は山形でというか、そう言うてはまずいんですけれども、地域保健医療計画をつくっておりますけれども、あるところの計画について「医師独裁の保健医療計画であるように見えます」と言って、えらい怒られたことがございます。というのはどういうことかと言いますと、住民・行政の活動に触れたことが非常に少なかったわけです。私は、その地域は地方自治体の活動が非常にしっかりしていることを知ってお

りましたのでそう言ったのですが、怒られてしまったわけです。これはやはり、ヘルスプロモーションもマイナス側の表現をしては実りが無いと感じております。医師独裁というのは保健民主主義の裏側の表現であろうと思いますが、裏側の表現と言うのは問題の指摘には重要かもしれないけれども、実りのある活動をしていくときは役に立たないと思ったわけでございます。今回のパネルディスカッションも、また会長講演や特別講演でも、そういうことにはすべて触れられていたというふうに思いました。

以上、あまりコメントにはならなかったわけですが、この場で大切なことはフロアの人たちが共通の認識を持つことだと思います。誰と誰が喧嘩や討論をしてということではなくて、フロアの人たちが全然口をはさまないのではない形で今後展開していくことが重要ではなかろうかと、最後に私の印象ということでもまとめさせていただきたいと思っております。また、残ったことはディスカッションのときに私も少し発言させていただく機会があればと思います。以上でございます。

【石川】ありがとうございました。新井先生のフロアとの共通の場をという話がございましたので、少しフロアにおられる方たちのなかで胸につかえた思いを持っておられる方がおられると思いますが、できれば前向きに全体的な本題に迫るようなチャレンジという意味で、主にパネリストに対する質問、自分のコメントということでございましたらお伺いしたいと思います。

ヘルスデモクラシーとヘルスビューロクラシー

【我妻】国立病院医療センターの国際医療協力部の我妻でございます。松田先生に主にコメントしたいのですが、あるいは会長に質問したほうがよいのかもしれませんが、先ほどからヘルスデモクラシーという言葉が耳新しく聞こえております。私も保健民主主義という言葉が一体何のことか未だにわかりませんし、ただいちばん最初に会長講演の座長をなさった山根先生がヘルスビューロク

ラティズムとヘルスデモクラシーを対照しておっしゃったときにあれっと思ったんです。ビューロクラシーとデモクラシーを対照させれば多少はわかるような気がするのですけれども。

そこで松田先生に伺いたいのは日本の結核対策というのは地域医療型とおっしゃいましたけれども、かなり地域の盛り上がりという経験を強調されたと思うんです。私の理解するところでは日本の結核対策は学校保健、あるいは勤労者のほとんど強制的な結核のスクリーニング、私は産婦人科医でございますから妊婦を全部妊娠初期に梅毒反応と胸部レントゲンを強制しているわけです。これはまさにヘルスビューロクラティズムです。しかし、それは成功したと思います。

ですから、行政の役割は最初のスライドにも少し出てはきましたけれども、ヘルスビューロクラティズムで、国によっては、あるいはある発展段階によってはうまくいく場合もあるのではないかと、すべてが下からのデモクラシーでうまくいくかどうかというのは、かなり私は疑問に思います。ですから、ビューロクラティズムが悪であり、デモクラシーが善であるという考えを、まあ会長はそういう考えでおっしゃったのではないと思えますけれども、そういう印象を与えるとしたらそれは危険な反応であって、あるときにはビューロクラティズムも必要であり、ある時にはデモクラシーも必要である、そういう考え方で望まない、途上国によっても国によってもビューロクラティズムがうまくいっているところもあると思えます。全然うまくいってない国があることも私は存じ上げておりますので、私はデモクラシーとビューロクラティズムを対比させて、デモクラシーのほうにPHCを乗せたのだらうと思うわけですが、私もまだヘルスデモクラシーが未だにちょっとよくわかりません。

ただ、日本の結核対策に関しては行政というのは非常に大きな役割を果たしたのではないかとということについて、松田先生にご意見を伺いたいと思います。それと、ヘルスデモクラシーとの関係についてです。

【松田】我妻先生のような大御所の方に質問を受けまして、私、たいへん緊張しておりますが、お答えできる範囲でお答えしたいと思います。

先生のおっしゃることも非常にあたっている面が大きいかと思います。特に、開発途上国で結核対策を始める上で大切なポイントは国が結核対策を進めているかどうかにあると言われております。その国の基本政策のなかで、つまり行政が結核対策に取り組んでいなければ、いくら外から援助を流してもうまくいかないだろうと言われておりますので、デモクラシーとビューロクラシーというものはある意味では表裏の関係ではないかと思えます。

日本のなかでいかに行政の果たした役割が大きかったかということなんですけれども、これはやはり結核予防法があり全国の衛生組織や戦後の保健所そのものが結核と母子を対象にスタートしたものですし、戦後のある時期はほとんど結核対策や母子衛生に終始していたということですので、行政の働きは非常に大きかったと思います。最近掘りおこしをするために地域の中で昔の結核対策に従事した方にお話を聞いてみると、ビューロクラシーといっても、もともとビューロクラシーという言葉の語源は悪い意味ではなくよい意味でヨーロッパから出てきたものだと思いますが、我々が悪い意味で持っている官僚的などというものでなく、地方の行政官の方はそれこそ休みも返上して人々のために地域をまわったということをお話はよく聞かされました。また、保健所のなかでも、昔は今以上に行政と保健所と医師会の関係が緊密であったということも伺っております。ですから、戦後のいちばん結核対策が盛り上がっていた時期というのは、ある意味で行政的な対策と、つまりビューロクラティズムとデモクラシーが手を携えて盛り上がっていたのではないだろうか、いろいろなお話を伺っていると、そういうようなイメージを私は今持っております。

「どれが主体か」は各論

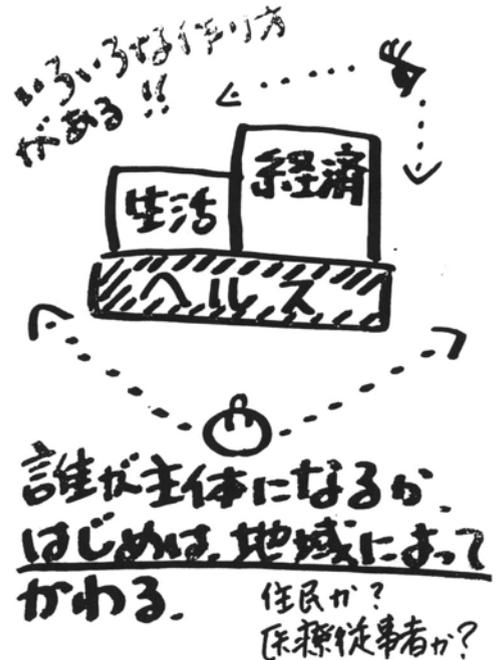
【国井】栃木県の栗山診療所の国井と申します。

私は意見なんです、病院主体か住民主体かという話なんです、私自身村で診療しております住民主体にヘルスプロモーションを行いたいと思ひまして、婦人会とか老人会とかでいろいろ話し合ひをいたします。そのほかに、保健所の方からは健康祭を含めていろいろ行政的な対策をしてもらいます。また、村の方針、県の方針といろいろあるんですけども、自分自身、自治医大を卒業しまして、国内の僻地をいくつか見たんですが、病院と住民と行政という三つは切っても切れない関係にあって、そのどれが主体かというのは各論だと思います。それは場所によって全然違います。

たとえば、秋田県の宮原先生は医者がスーパーマン的に活動したところですし、岩手県の沢内なんかに行きますと、村長さんがかなり一生懸命になって、そこに行かれた増田先生がその精神を受け継がれたという感じです。東京の母島・父島に行くともた違う形態があって、その形態のどれがいいというふうにはいえないと思います。ただ、住民主体にするためには、僕自身感じたのは問題解決型にしなければならないということです。その村で何か問題となる病気がなければ、それに対して住民は動きにくい、生活経済が先に立ってしまつて、健康な人にとっては健康を増進しようという意識はあまり多くないような気がしました。やはり、病気があって若い人がたくさん死んでしまふ、老人が脳卒中で寝たきりになるという問題があって初めて住民主体になってくるのかな、だからそういうモチベーションが盛り上がるまでは、病院や行政主体になってしまうのは当然なのかなと思います。

鎌田先生がやっていたらっしゃるようないわゆる開かれた病院というのは、医者が相当な意識を持っていなければできないことであるし、はっきりいって大きな病院とつながっているというのは、私たちもよく患者さんを送りますけれど、そういうところが主体になって地域活動をやってくださるというのは、現実的な意味で、また日本的な意味での地域医療ということではないかと思ひます。確かに海外に行きますと、病院がないという

ことで住民主体にならざるを得ないのでしようが、そういうところで接点が難しいと思ひます。自分でも結論ができませんけれども、鎌田先生のご意見は日本の地域医療の将来とか、海外のこれからの活動を考える上で参考になりました。



途上国へのメッセージ／モデル

【梅内】東京大学の国際保健の梅内です。鎌田先生の人口5万の町の疾病対策から福祉、医療、ヘルスプロモーションまでの多岐にわたる活動は、すごい成功例だと思います。私は国際保健の立場からお願いがあります。私のアジアでのWHOの経験から言いますと、アジアの多くの人々は心のなかでは日本からのいいモデルがあると非常に喜ぶのではないかと思うのです。その根底といひますのは、あまりに日本は経済的には世界のトップにありながらも、やはり日本は、文化論的ななか、アジアの開発途上国にとって超デラックスで

ないモデルを生み出していくのではないか、そういうふうに私個人は思っています。こういう観点から、恐らく鎌田先生はすべて用意されていると思うのですが、こういう成功例を社会組織、行政内での予算、別の言葉で言うならばこれはスペースシャトルとは違いますよ、私たちの町ではこれだけのなかでこれだけのものが可能ですよというメッセージ、データ、インフォメーションを準備されますと、日本の先生たちの成功例が開発途上国のあるレベルの地方や、アメリカでもヨーロッパでも同じような問題を抱えモデルを必要としている国には立派なメッセージとして伝わるのではないかと思います。そういうようなアナリシスがあると非常にいいのではないかと思います。

それから清水先生がおっしゃった、ちょうど10分の1の人口の問題でのいろいろなご経験があると思いますが、違った視点から一度アプローチしていただき、アナリシスといろいろなデータをつけていただくと、生き生きとした世界のモデルになるのではないのだろうかと思います。

【石川】 ありがとうございます。いかがでしょうか、鎌田先生、清水先生、アジア、あるいは途上国の一つのメッセージ、あるいはモデルとしての理念化というか、お考えになってはいないでしょうか？

日本でだからやれる部分

【鎌田】 あのちょうど綱渡りしている危ないところに僕たちがきているのではなかろうか、今までの過程のなかでは目指したことを一歩一歩やってきたわけですが、200床の病院になり、大きくなりだしてきているかなという危機感を持っています。

年間収入が35億くらいで、新病院になって4～5年経ち、若干の黒字、だいたいトントンのところでやってきています。200床の病院に320人くらいの職員がおります。田舎の病院にしては、たいへん人が多いと思います。そういうなかで町の財政をどう圧迫しているかということなんですけれど

も、国保財政は大幅に黒字です。無駄なことをしないからです。心臓外科をやり始めたときは町の財政をかなり圧迫するのではないかなと思っていたのですが、東京の大学病院の心臓外科の3分の1くらいでやっているんですね、無駄なことをしないということなんです。どこの地域でも、ある率で脳外科・心臓外科の患者さんは発生するわけです。よその地域や都会の病院より、無駄なことをしないということで国保財政も黒字なんです。日本の医療制度のなかではたいへん優等生ではないかと思います。

しかし、これは先ほどの特別講演の視点からみればずいぶん無駄なCTを撮ったりしているわけですので、地球規模で言えばずいぶん僕たちの病院も無駄なことをやり始めています。いろんなことをしながら200床の病院が320人の近くの職員を抱えているために、持続的に走り続けられない。その意味では、やはり今日の特別講演の視点からいえば後ろめたい活動になっているので、本当にアジアの人のモデルになれるかということと不安な面があります。

【石川】 ありがとうございます。では少しだけ質問させていただきますと、そうすると地球規模のヘルスプロモーション、あるいはヘルスリソースという立場でご自分の地域の医療活動、あるいは病院経営というのが何かチャレンジを受けますか？

【鎌田】 今度105床の私立の病院を吸収合併しなくちゃいけないことになりまして、市で買うということになった病院ですけれども、この病院をどう老人病院から脱却させていくかという僕なりのポリシーで、いま来年の春に向けて準備をしているところです。プライマリケアと東洋医学センター、ドック・健診センターを三本の柱にして、機械化・高度化しない、肌触りのいい医療をしていくことを目標にしたい、そこにいくつかの診療所分を配置していくことによって、自分たちのやっている医療にブレーキをかけられないかなあとい

うことを考えています。

ただ生きるか死ぬかという患者さんが出たときどうしても今の医療が、「あの機械があったら」「あの技術があったら」とか必要悪というんですかね、それぞれの一個一個は全部必要性に応じて、CTが入り恥づかしい話がMRIも入ってきています。そういう医療になってきています。そこで考えると、日本だから許されることで、地球規模で考えるとどうだろうかというところで不安がありますね。

【石川】清水先生、先ほどの梅内先生のコメントに対してどのようにお感じでしょうか？

熱意と工夫でつくる部分の活動は役立つのでは？

【清水】基本的に鎌田先生のおっしゃったことと似たような感想を持っております。今、私がおります病院は12床なんですけど、バックアップの病院は1000床でして、私どもの12床の診療所からさらに第一線に行きまして、6カ所くらいの自治体医療機関、診療所と連携しております。ネットワークでございまして、それぞれの段階でそれなりの水準の医療・福祉活動をやっているわけですけども、その住民のニーズに従った医療・福祉サービスをしなければならないというのが基本でございまして、これから現在の官僚統制化された医療政策のなかで仕事をしなければならないというのも現実でございまして。小さな診療所の形態はどこの国でも普遍化できる形態でございまして、その医療内容は外からきた方がご覧になると、相当なお金を使ってやられている医療であることは間違いありません。ただ、我々が力をいれておりますいわゆる在宅福祉／ケアの部分に関しましては、これはそれなりの政策のバックアップもございまして、かなり情熱と工夫によって行われている面がございまして、こういう活動のスタイルは少し拡大しても有効かなと、私自身は思っております。

【石川】本田先生、いかがでしょうか？ 今までのお話、途上国における医療協力で日本式のモデ

ルが途上国での現場で持ちうる接点というのは？

日本の住民サイドの経験を掘り起こす

【本田】適切なコメントが差し上げられなくて申し訳ないんですけども、やはり、日本のなかでも地域医療が医師主体で行われてきた事実があると思います。連携という面では行政・医師会・病院などが役割を果たしてきたと思うのですが、そういういながら、やはり保健婦さんの活動だとか、松田先生がさっきおっしゃっておられた婦人会の活動とか、住民サイドでやってきた部分の活動があると思うんですね。そういった部分での私たちの学習ということが足りないと思います。私自身知識が不足しておりますし、そのところをやはりもう一度掘り起こして、どういうところを途上国に役立たせていただけるかということ、本当にみんなで考えたり勉強していかなければならないと思います。

そういう意味で、鎌田先生がやってこられた活動、清水先生がやってこられた活動を私たちが学ばせていただいて、途上国で使うというと不遜な言い方ですが、役立たせていただけるようなものがあれば、ぜひ向こうの人たちと相談しながら試みさせていただきたいと考えております。

地域から学ぶ、途上国から学ぶ

【鎌田】僕は本田先生のSHAREの活動に非常に注目していて、先ほどスライドでご紹介した脳卒中を減らすための減塩運動や一室暖房運動をやってきましたけれど、SHAREのやっている医療協力も、下痢プロジェクトや栄養プロジェクトのなかでやられているのが、トイレをつくる運動だったりしているわけです。

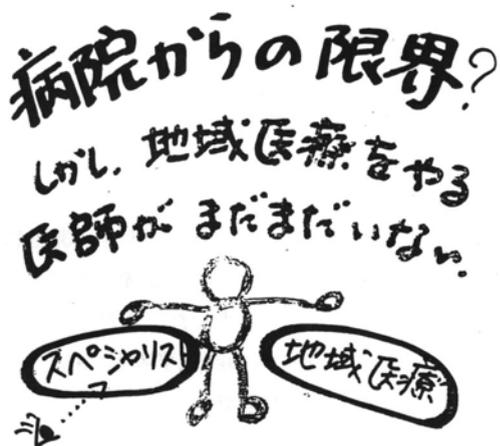
僕たちが20年前茅野の地でいちばん初めにやった運動が、一室暖房運動と同時に家屋内トイレの設置運動でした。農村地帯では、トイレが外にあって夜中寒いとき外のトイレに出て行って、朝起きたら外で死んでいるのが発見されるということがあったわけです。僕たちは、トイレを家のなかで造ったらどうだろうか、と地域の人と話し合っ

た時期がありました。本田先生達の運動を見てみると「同じだな」と感じます。

今まではどちらかというと、脊椎外科を安全にやれるようになるためにはどうしたらいいかというような、日本の医療援助がどうも脳外科が出来るような病院をつくるような方向に一時あったように思います。でも、むしろ本田先生のところだけでなく、多くのNGOがそういう手法を使うようになってきています。本田先生が多分言いたかったことだろうと思いますが、日本の地域医療が病院を最優先にした地域づくりみたいなことになってしまって、人間や地域にとって一番いいのは、ヘルスではなくて「生きててよかった」「生きてて楽しみを味わえる」ということが大事で、それを健康がサポートするということだと思っています。そのことを忘れてしまって、健康最優先になってしまっているのではないだろうか、地域医療をやっている身で感じだしております。

日本の医療がずいぶん違う方向にきているのではないだろうか、それはやはり20年前の都市と地域という比較のなかで、都市が気がつかないものを地域から学ぶ方向があったはずです。そして、現在は発展途上国から日本が学ばなければならないものが出だしてきていて、多くのNGOがそれに気が付きだしているのではないだろうかという感じがします。そういう人たちが日本の地域医療の現場に戻ってきてくれることによって、脆弱化している日本の地域医療がパワーアップしていくのではないかと期待しています。

【石川】地域から学ぶということをおっしゃいました。先ほど本田先生が現地の人たちと相談しながらということをおっしゃいました。これは特別講演の、我々をもっと信用してくれ、押しつけないでくれという、これは極端な言い方ですけどもそういう意味でのチャレンジでございましたが、この辺にひとつのポイントがあるかと存じます。もう時間もだいぶ迫っていますがもうおひと方、おふた方、コメントをつけたいという方…。



文化、歴史に根ざしたアプローチを

【吉村】産業医科大学で臨床疫学をやっております吉村です。お話を伺いまして、一つだけコメントさせていただきます。さきほど、我妻先生のほうからデモクラシー、ビューロクラシーの話がございましたけれども、基本的に日本の医療の構造は日本の文化観、歴史に根ざしたもので、先ほど鎌田先生のお話にもありましたが、やはりこれだけのことを達成されるのに20年という歳月をかけておられるわけです。それも、地域の文化や歴史を踏まえた上での活動であったのではないかと思います。都市のなかでどういうことをやるのか、地域のなかでどういうことをやるのか、それはいろいろ違ってくると思います。そういう日本のなかでさえも、いろいろな形でこの健康問題へのアプローチがあるわけで、それを国際という形でいきますと、タイはタイなりのプライドの高い歴史のなかで、そういう健康の問題に対するアプローチがあったはずでございます。そういうことを考えなければいけないと思います。医学というものだけのアプローチでなくて、実は昨日民族学の方々と一緒にワークショップをやった分けですけども、我々がよかれと思ってやっていることが、かなりいろいろなことをぶっこわしている可

能性があります。そういうふうなことをもう少し考えなければいけない、そういう歴史的、文化的な背景を片隅に置きながら我々はもう少し考えなければならない、ということの一つコメントさせていただきたいと思います。以上です。

エイズを通して途上国から学ぶ

【西村】私、前から思っていたのですが、非常に都市化している状況で、私たちの地域医療が大都市でどうなのかを考えていました。ただそういったながら、やはり都市での医療問題を考えた場合に、大きな問題はエイズの問題です。これが実際のところ住民参加という形で問題解決していかないかぎり、日本の今の状況のようにパニックに陥ることが起こります。今、私はエイズの問題に取り組みながらやっているのですが、そのなかで日本がエイズ問題の先進国である発展途上国からどういうことを学んでいくのか、そういうことを考えていきたいと思っています。特に、本田先生がタイでの経験を少し触れられておられましたが、エイズの問題を考えていくとき、今までのように上から下へ情報を流していくだけでは、住民の意識を変えて行動を変えていく力にならないのではないかと、今のところ思っています。

ま と め

【石川】ありがとうございます。まだ発言されたい方もあると思いますが、時間が過ぎておましてこの辺で最後のまとめをしなければなりません。これはフロア、今日、明日とございますので、それぞれの場で展開していただきたいと思います。

大変難しいテーマでまとめの話などできませんので、私の小さなエピソードを紹介して会長からの任を果たしたいと思っております。それは、つい昨年カンボジアに行き、カンボジアのバティ郡という郡の郡病院の院長さんと話をしたときのことです。J O C S のプロジェクトで行ったのですが、「日本に何を期待しますか?」と言っ

たところ、「隣の病院では24時間テレビがきて、バーっと医者に来てバーっと手術して帰っていった。あれは格好いい。ぜひああいうことをやってほしい」と言われました。私は「ほんとうにそれでいいんですか。あなたたちはじっとして、向こうから医者と薬がやって来て、それで本当にあなたたちの健康を作れるのですか?」というと、彼が「ところで日本はどうしてこんなに発展したのですか?」と話題を変えたわけです。それで私は「日本は今、成長しているようだけれど、住民のなかでの話し合い、住民のなかでの啓蒙、そういう活動が幅広く行われてきた」そういう話をしました。翌日、その人は「昨日自分は考えたが、健康モデル村づくりをしたい。こういう案を考えたがどうか。これを郡の会議にかけたい」というのを持ってきたわけです。私は、自分が意図した以上にその人が受け取ってくれたと感じました。そして、日本の経験のなかの一番いいところを感じとってくれ、私とその人との対話のなかで、これが自分たちがやっていく方向なのだと思ってきました。「日本から来た。何かをもらおう」こういう縮図があるわけですがけれども、しかし我々一人一人が負わされているものはそういうなかを超えてチャレンジをしよう、そういうところかなあと、それなら何かお手伝いができるぞ、ということを感じて帰ってきたわけです。これを、今日の私なりの会長のチャレンジを受けた一つの答えとさせていただきます。一緒に司会をしてくださいました藤田先生のほうから一言まとめがあります。

【藤田】私なりに簡単に今までのディスカッションをまとめてみたいと思います。

一番初めが、地域再生が大きな課題として、非常に難しい困難な問題として語られました。そのことと、病院が疾病対策、健康管理からどうステップアップするのか、そこをどう脱皮してよりトータルなものを目指していくのかという辺りの接点が難しいという感じで討論されました。そのキーになるものとしてビューロクラシーとデモクラ

シーという話が出ましたが、対立的に捉えるのではなくて、むしろそれが合わさった、そこを担っている人たちの熱意とか、連携とか、そういうソフトな部分が非常に地域再生や病院がどういうふうに変わっていくかという点では重要という発言がありました。

二番目が、国内活動がベースにあってやはり国際協力につながるという現実があり、その上で日本の地域医療でまだまだ人材が求められている。そこに国際と国内につながるものがあることをもっと意識すべきだ、ということが確認されました。

三番目が、今度は日本のよいものとして何が持ち込めるのか。コストベネフィットその他の話がありました。途上国へのメッセージとして何が出せるか、それは価値転換を伴ったものではない

か、頭の枠組みをどう変えていくか、そのなかにきつと持ち出せるものがあるに違いない、そういう内容だったと思います。それは、そのまま評価の課題、普遍化の課題であると思います。

最後に、途上国から学ぶということ。キーポイントは「相談し合う」とか「対話」とかいう部分にあり、それが歴史にも文化にも根ざし、そして都市化も踏まえたものである必要がある、というようなことであつたのではないかと思います。

【石川】 それでは、これを持ちまして本日の第一のパネルディスカッションを終えさせていただきます。パネリストの先生方、並びに参加・ご協力いただきました皆様に感謝いたします。どうもありがとうございました。

パネルディスカッションⅡ

東欧諸国との国際協力の現状と将来

司会： 鳥尾 忠 男（結核予防会理事長）
駒 沢 彰 夫（国際協力事業団青年海外協力隊）
パネラー：Dr. Alexis Coumbaras（WHO本部東欧保健開発政策担当官）
酒 井 章（日露医学医療交流財団評議員）
高 橋 卓 志（日本チェルノブイリ連帯基金事務局長）
Victor V. Likhachev（在日ロシア大使館）

【鳥尾】これから「東欧諸国との国際協力の現状と将来」に関するパネル討論を始めたいと思います。私は、司会の鳥尾、隣は共同司会者であるJICA青年海外協力隊の駒沢さんです。よろしくお願いたします。

東ヨーロッパの問題は最近新たに登場してきたことで、従来は国際協力といっても、南北問題、そして南北格差をいかに是正するかを中心に考えてきました。ところが、東ヨーロッパがソ連のペレストロイカ、グラスノスチで大きく政治体制が変わりソ連が解体、そして東欧諸国も苦悩の自立をしていく。東ドイツは西ドイツと統合するという大きな出来事がここ2～3年の間に次々と起こってきました。

その間に旧ソ連を含む東ヨーロッパの国々の保健医療の問題も決して容易でないことがわかってきましたので、われわれがこれからどう協力するか大きな課題として取り上げられるようになりました。この新しい課題を通して最近の状況についてこの2時間のパネル討論で有効な議論をしたいと考えています。

最初に4名の演者の方にご発表いただき、残り半分を討論に費やしたいと考えていますので、よろしくご協力をお願いします。

では、前半の司会は駒沢さんをお願いします。

【駒沢】では、4名のパネリストの方にそれぞれ

話題提供をしていただきます。最初にWHOからおいでいただいたクンバラスさんは、WHOの東欧政策の担当官でいらっしゃいます。東ヨーロッパ特にロシア連邦の医療の現状、それから将来どのような係わりを持っていくのか、お話しいただきたいと思います。なお、クンバラスさんの抄録はお手元に日本語のものをお配りしています。

【クンバラス】中央ヨーロッパ、東ヨーロッパおよび旧ソ連邦からの独立諸国は多種多様であり、これらの国々の保健状況を一言で要約するのは容易なことではありません。それにもかかわらず、そこには過去の政治体制に起因するいくつか共通した主要課題と、その解決のための政策決定および実践活動が存在します。

一般的に、これらの諸国の中でも保健状況は中央ヨーロッパや東ヨーロッパより、旧ソ連邦諸国の方が悪化していると言えるでしょう。そして、その傾向はバルト海地域や東部地方の諸国より、南方地域の諸国で著しいように思います。これらの国々では、国家の改革の程度に応じて、多少とも個々に保健状況の改善に努めております。ハンガリー、ポーランド、チェコスロバキアではその改革路線が浸透しておりますが、その一方でブルガリア、ルーマニア、アルバニアなどでは政治経済の激変の中で苦闘している状態です。私は、この発表でこれらの国々に共通する保健上の問題

と、主要な相違点について報告したいと思います。

政治体制に関しては、中央ヨーロッパや東ヨーロッパの国々はすべて地方分権化を指向しており、一般に州や大都市はそれぞれの政治的な意志決定権を持っています。同時に、これらの国々では医療制度の私営化が進展しており、これまで医療財源が公的に確保されていたこともあって、保険制度の再編成なども含めて新しい財源が必要となっています。この意味でも、これらの国々は世界の諸国と密接な協力関係を構築することを模索しています。

これらの国の間にはそれぞれ大きな相違があるにもかかわらず、保健医療はおしなべて芳しくない状況にあります。平均寿命はヨーロッパのいずれの諸国より5～6歳短く、また世界の一般的傾向と異なり男性は女性より約9歳も短命となっています。これらは循環器疾患に対する不適切な治療、不慮の事故、さらに過度の飲酒や喫煙に起因しております。この傾向は男性に顕著に見られますが、女性の状況もほぼ同様で、婦人科系のがんによる死亡率は診断の遅れや不適切な治療のために西ヨーロッパの国々に比べて高く、人工流産も旧式の器具による方法が大半を占めているため、感染や母体死亡の原因となっております。また、乳児死亡率は呼吸器系疾患や下痢性疾患に対する稚拙な治療のために、西ヨーロッパ諸国の3倍以上も高い値であります。さらに、結核、肝炎、下痢症、そしてポリオなどの感染性疾患も、不良なワクチンや効果の薄いキャンペーンのため依然として増加しております。

医薬品、ワクチン、そして医療器具供給などへの対応は、量的にも質的にも不十分な状況にあります。すなわち、まず注射器、注射針、カテーテル、さらにX線フィルムなどの必須器具の不足があげられます。また、医薬品製造工場のなかには、原料や材料の不足からその生産を削減しているところもあります。しかも、従来の共産圏諸国間の経済協力機構が破綻しているため、これらの医薬品が外部から輸入されなければその流通は良好にならないと思います。

医療および医薬関係スタッフ、病院および薬局の数は徐々に充足されつつあります。しかし、病院医療の質は不十分で建物や設備も貧弱であり、その管理体制にも問題があります。また、医療スタッフの給与はその献身的な努力にもかかわらず貧しい状態にあり、医学の進歩にほとんど接することができない悩みもあります。西ヨーロッパ諸国並みの医療水準の向上には、医療スタッフの教育研修が必要だと思います。

環境保健も重要な課題といえます。アラル海の汚染や砂漠化とチェルノブイリ事故は、これまでの環境保健への怠慢を示唆する強烈な事件といえます。そして、このような環境汚染の大きな要因はモスクワのような人口集中化、都市集中化にあると思います。

中央ヨーロッパ、東ヨーロッパ、旧ソ連邦の医療上の優先課題を調査検討するため、これまでUNICEF/WHOの使節団が1992年2月と3月に訪問しており、さらに赤十字使節団などもこれらの国々に派遣されております。また、1991年にはロシア共和国のポリオワクチン生産の改善を目指して、日本の使節団が同国を訪れております。同様に、WHOのヨーロッパ地域事務局もこれらの国々に定期的にコンサルタントを派遣しております。

これらの使節団派遣による効果は概ね良好といえます。すなわち、このような一国および多国の援助により、これらの国々では多くの必需医薬品は少なくとも部分的には補填されてきております。同じく、UNICEFは旧ソ連邦へ麻疹ワクチンを供給しておりますが、このような努力にもかかわらず、供給不足は否めない状況です。いま、緊急に必要とされるのは、西側と極東の新しい経済協力機構の確立と同時に、それぞれの国による医薬品やワクチンの生産、従来の貿易通商関係の改革と考えます。

WHOの役割は技術援助による能力開発を通して保健状況の改善を促進することにあります。WHOは1992年5月にリスボンで開催した会議で、旧ソ連邦からの独立国に対し保健援助のための情

報センターの創設を確約いたしました。この施設の開設は中央ヨーロッパ、東ヨーロッパ、そして旧ソ連邦諸国の現在のニーズを確認したものと見えるでしょう。

このような状況を踏まえると、中央ヨーロッパ、東ヨーロッパおよび旧ソ連邦からの独立諸国に対する協力体制は、今後は次のよう進展すべきでしょう。

第一段階： これらの国々の多くは、注射器、注射針、カテーテル、X線フィルムなどの医療器具の供給と、必須薬品やワクチンの確保が緊急に必要とされており、まず人道的見地からこのような援助が必要でしょう。

第二段階： 次に、ガラス、化学物質、試薬などの原料を供給することにより、必要時にいつでも自国内で薬品を確保できるよう配慮すべきです。なぜなら、薬剤が枯渇した時、薬剤自体を補填するより薬品工場を作動させる方が容易であり、また安価ですむからです。

第三段階： そのうえで、生産の回復能力もその国自身に求めるべきです。WHOは長期的にみて医薬品、医療機器、ワクチンは自国の生産で賄うべきと考えております。従って、生産能力の支援方法としては、世界共同体的な考え方に最も優先順位があることを強く主張しております。

第四段階： これらのなかには、保健医療従事者の水準を先進国と同程度に高めるために、技術援助や専門家の研修がとりわけ必要な国々が存在します。彼らは医学の進歩の潮流から孤立していたため、きわめて少数の例を除いて医師、看護婦、薬剤師の有資格者が少ない状況にあります。また、長年にわたって、学問的意見や科学文献を交換する機会がなかったことも指摘すべきでしょう。一方、前記使節団は、薬剤投与に関してプロトコル（しばしば過剰に投与されている）を改善したり、WHOの基準に照らして不適切と（低体重出生児に対する成長ホルモンの投与、感染症に対する鎖骨下静脈カテーテルの使用や抗生物質の多剤静脈内投与、新生児の隔離など）考えられる手技や治療法を改めたりする必要性を強調しておりま

す。さらに、公衆衛生活動の経済的側面や保健施設の財政管理も重要な課題といえます。すなわち、これらの多くの国々には医療経済領域の専門家が存在せず、費用効果分析の概念も考慮されていなかったため、すべてが国から制限なく（必要時）供給された過去の事実に注目すべきでしょう。その他、WHOが提唱する水準の生産を達成するために、薬品やワクチンの生産産業にも同様に技術援助や教育研修が必要とされております。

これらの国々の多くは、多かれ少なかれ、政治的、経済的、文化的、さらに科学技術的に孤立する側面があります。そのため、現在これらの国々は世界の諸国との協力関係を模索していますが、困難な問題解決の経験を持ち合わせておりません。世界の新たな基軸を構築するためにこれらの国に対する絶大な援助が求められております。

WHOは人類史上きわめて重要なこの時期に、先進国が国際協力の意義を理解して、支援活動に参加し協力することを切に希望しております。

【駒沢】WHOの施策や協力体制について、かなり具体性のあるお話をしていただき、ありがとうございました。

続いて、日露医学医療交流財団の酒井先生にお願いしたいと思います。この交流財団は、今年4月発足した新しいNGOの国際医療協力財団と言うことができます。酒井先生、よろしく申し上げます。

【酒井】まず最初に、日本国際保健医療学会総会で生まれて間もない日露医学医療交流財団の活動を紹介する機会を与えていただき、会長の丸地先生に感謝いたします。

日露医学医療交流財団の歩み、この財団がどういうことを目的としているか、具体的にどういう活動を考えているか、それからカウンター・パートナーになる露日医療財団（つまりロシア側）が何を求めているか、その中でいろいろむずかしい問題があるので、そういったことを順を追ってお話したいと思います。

表1：日露医学医療交流財団の歩み

1992年1月29日	財団設立
3月22日	第1回ロシア訪問代表団（モスクワ）
3月23日	露日医療財団設立
4月24日	外務、厚生両省共管の財団として認可
6月02日	財団設立記念講演会
6月22日	外務、文部、厚生、三省共管となる

日露医学医療交流財団は、今年の1月29日に発起人集会が開かれ、そこで財団を設立することを確認しました。3月22日に財団を代表してモスクワに使節団が行って、向うの最高会議、日本で言う厚生委員会に当たる保健を扱う露日医療財団が3月23日にロシア側でもできました。

4月24日に、外務省と厚生省が主管ということで、財団として正式に認可されました。6月2日に設立記念講演会を行い、また6月22日には文部省も主管ということになり、外務、文部、厚生の3省の共管という形で財団活動を始めました。

表2：日露医学医療交流財団事業内容

- 1：医療専門家の交流
- 2：国際シンポジウムの開催
- 3：日露医学交流セミナーの開催
- 4：出版物の刊行

日露医学医療交流財団の事業内容ですが、短期的な活動、それから長期的にどうするのかということですが、とりあえず短期的にどういう事業内容をしていくかをここに示させていただきました。

まず、両国の医療専門家の国際シンポジウムを

行う。それから日露医学医療交流セミナーを開催し、それから出版物の刊行をしていく事です。

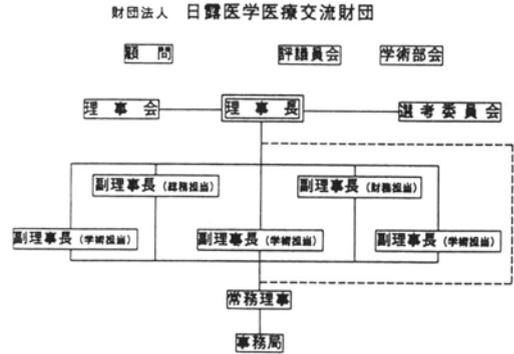


図1：日露医学医療交流財団組織図

これは財団の組織図です。理事長は前外務大臣の中山太郎先生です。日本医師会、日本薬剤師会、日本歯科医師会のそれぞれの会長に副理事長になっていただき、あと本多憲司先生、それから財界関係の方に副理事長になっていただいております。この財団の実際の仕事をしていくのは評議員会および学術部会になるだろうと思います。

この財団は発足して間もないので、これからやらなければいけないこと、しなければいけない問題はスライドに示したように医学の国際交流。これは主に人の交流、情報の交流ということです。これは問題なくできることですし、両方にとって必要なことです。とりあえず財団が行っている具体的な活動は、この医学国際交流、情報と人の交流に重点を置いて始まっています。

長い目でみた場合には、本当はロシアの医療体制とも関わった問題がある意味では長期的立場に立ってやらなければならない財団の課題になると思います。旧ソビエト社会主義体制のもとの医療制度ですから、かなり体制上の違いがあります。そこを交流をしていくわけですから、相当に問題があると思います。

1つは診療体系が日本とは全く違います。日本

では国民健康保険、あるいは各種の公的保険制度のもとに保険診療が行われているのですが、ロシアでは旧ソ連の社会主義制度のもとで医療は無料ですから医療で儲けることはなく、支払制度は無料が建前です。これを今度体制が変わったことで、どのようにやっていくかということですが、実はWHOの今回の報告にもありましたが、おそらくここが一番大きなポイントになると思います。本当によい医療をやっていくには、やはりある程度有料化し、お金を払わなければいけない。医療を受ける側がある程度負担をしなければいけない体制をとるということです。支払制度、もっと言えば保険制度をどうするのか、国がやるのか、民間がやるのかということが、実はいまロシア国内では問題になっています。そのための専門家もいないし、そういった制度をどうするかという専門的な交流を彼らは非常に望んでいます。

少なくとも支払制度が変わるということ、ある程度は有料化のシステムが取り込まれるということが方針(施策)としてははっきりしているので、日露の両財団がこれからロシア側といろいろやっていく上で、これは1つ大きな励みになると思います。

それから医療産業ですが、旧ソビエト体制のもとで東欧も組み込んだ形で製薬、医療機器のいろいろな産業は分業化が進んでいたのです。例えば、この薬はこの共和国、あるいはこういった薬はこの国でしか作らないという体制の下にあったのです。今ソビエト体制が崩壊してしまったわけですから、製薬産業それから医療機器を作る産業は、かなり壊滅的な状況にあります。これをどのように立て直していくかが問題になると思います。

これらはいずれも今までの医療体制の違い、社会体制の違いからきていますから、多分に政治的問題もからんでくるので、少し時間をかけてどのようにするのがよいのか考えながらやる必要があると思います。

先ほども少し述べた医療体系の違いについてみますと、医療水準はロシア連邦になってからもか

なり偏りがあります。これは後でリハチョフさんから具体的なお話があると思いますが、少なくとも旧ソビエト体制の下では、この上の四角の枠で囲んだ範囲に入っている病院は、それなりに先進的な医療機器、診断機器、それから治療体系をとれる病院です。それは各省付属の中央病院であり、医学アカデミーの付属病院であり、保健省の管轄になる医科大学付属系病院です。それと、モスクワとかレニングラードといった大きな都市の基幹病院だけはそれなりの時代に見合った体制をとっていますが、大部分を占める地域病院やその下の地区病院、日本で言う国立、県立、市立といったように分かれていく枝の下の方にいけば、レベル的にはかなり悪い状態です。しかし、そこがほとんどを占めているのが現状なので、これをレベルアップするには相当の力、相当の時間が必要になると思います。

表3：露日医療財団主要メンバー

総裁：	アスカローノフ A.A. ;最高会議保健社会保障体育委員会議長
理事：	バクロフスキー V.I. ;医学アカデミー総裁 ゲラシーモフ V.I. ;最高会議同委員会副議長 ニファンチェフ O.E. ;最高会議同委員会委員 ポチャロフ M.A. ;BUTEK株式会社社長 ティシェッキイ I.T. ;露日財団事務局長

表4：露日医療財団の事業計画

- 1：健康プログラム：モスクワ日本医療センターの設立
 - 1、情報交換システム
 - 2、医療経営学習コース
 - 3、医療スタッフの養成
- 2：民需転換プログラム：医療産業の育成
- 3：ファルマ2001プログラム：薬局、製薬業の育成
- 4：メデボリス、プログラム：医療保健業、医療関係輸入業の育成

先に述べましたように、ロシア側の露日医療財団がこちらに対応するものとしてできました。向うの露日医療財団の総裁はアスカローノフさんといって、最高会議の保健社会保障体育委員会の議長です。ほとんどが最高会議のメンバーを主体とした人々から成り立っています。

つい最近、先方が1992年から93年度の事業計画を私共の方へ送ってきました。これは4つから成り立っていますが、どれをとってもわれわれからみれば短期的問題ではなく、かなり長期的でいろいろな社会情勢を考えていかなければならない問題になると考えています。

どういう事業計画に向う側が望んでいるかを紹介すると、1つは健康プログラムという考えに基づいて、モスクワに日本の医療センターを設立します。具体的な場所などの案も上がっていますが、日本人医師がこの日本医療センターに来て、在留モスクワの日本人を治療するという名目で、実際はロシア側の病院の一部に組み込まれてロシア人も治療します。日本から最新の医療機器、診断機器を持ち込みます。日本に留学を希望する医師がいてもそれが全て叶うわけではないので、ある意味では日本の進んだ分野の医療技術をこの日本医療センターを使って修得します。つまり情報交換システム、医療スタッフの養成ということです。これは医師、看護婦、その他のコメディカルを含めた人材で、いわゆる医療技術者の養成ということが1つです。

それからもう1つの大きな問題があります。先ほど話しました保険制度の問題、医療の有料化がこれからロシアで起こってきます。民間保険になるのか、国民保険のように国が面倒を見るのか、少なくとも最高会議のメンバーの方々が考えているのは、ロシア側で言えば、イギリスの医療制度に近いもの、国民保険をとりながらプライベート・ホスピタルが存在するような、イギリスよりは少しアメリカに近い印象を受けます。そういう医療の支払制度を考えているようです。

そうなれば、当然私立病院が導入されてきます。それから、日本で開業医に当たるものも出てくる

可能性があります。そのための医療経営を特別にする職種、彼らは医療マネージャーと言っていますが、これは医者ではないのです。医療経営を担当する人間を数千人規模で養成したいし、一部は日本に派遣する。しかし、できればこの日本医療センターで医療経営のスペシャリストを養成したいというのが彼らの希望です。

2番目が民需転換プログラム。これは壊滅状態にある医療機器産業を育成すること、もう1つは軍需産業です。軍需産業はある意味ではすばらしい技術を持っている分野があるので、その中の軍需産業から民需の医療産業への転換をぜひ進めたい。

それから、ホルマー2001、これはたぶん薬学関係の21世紀に向けてということだと思いますが、1つは保険制度が有料化されれば、当然薬局も無料ではなくなるわけです。有料化の薬局も出てくるし、それを支える製薬業の育成が出てくるので、これを進めたい。そのためには、具体的には日本の製薬業界との交流ないし資金的な問題が出てくると思います。

それからメディポリス・プログラム。これは先ほどからお話ししている医療の有料化に向けての医療保険、保険会社をここにぜひ入れて、できれば民間の保険会社を作りたい。最近の新聞によると、2000以上の民間保険会社ができています。規模は非常に小さいのですが、そういうことが始まっています。ぜひそういう大きなものを作って、日本の会社との交流、あるいは資金的なものを考えていきたいと考えています。

それから、必要とする医薬品あるいは医療機器の輸入業というものがあるのが今までないので、そういったものを育成したいということも事業計画の中に入れてられています。これは先ほどお話しした当面の短期的事業計画に較べると、かなり長期的な事業計画でありいろいろ難しい問題もあり、この辺で少し行き違いがあるのが現状と思います。

表5：日露医学医療交流財団の具体案

- 1：交流
 - 9月18日～ シベリア地区医療視察調査団
 - 10月下旬 沿海州、サハリン地区医療視察調査団
 - 92年6月10日～ 第1回環日本海国際医学シンポジウム
- 2：ロシアからの留学受け入れ
 - 文部省ロシア支援交流基金、国際交流基金
- 3：ロシアの医科大学との交流

では、当財団の6月の設立総会以来、どのようなことを具体的に行っているのか。それから、近い将来どういうことを具体的に行なおうとしているのかご紹介いたします。

まず、人の交流に関しては、昨日から第二次の医療視察調査団がモスクワへ出ました。モスクワに行って、その後クラスノヤルスクを中心とした旧ソ連の地図で言うところの中間にあたるシベリア中央部の医科大学あるいは医療施設を視察します。これは後でお話をしますが、学術部会との深い兼ね合いもあります。特に医科大学を中心として、緊密な関係を日本の大学との間に作ろうということで、新潟大学の柴田先生が学術機構の調査団長です。10月には沿海州、サハリン地区にも調査団が行くことになっています。

それから、来年6月には第1回のシンポジウムを環日本海ということでやろうとしています。主体としてはロシアと日本の医学国際シンポジウムを新潟で開きたい。これには韓国、朝鮮民主主義人民共和国、中国からも呼ぼうという話です。

2番目は、ロシアからの留学生の受け入れです。当面は文部省の国際交流基金の枠をいくつかもらって、この中で受け入れる。せいぜい10か月間ですが、とりあえずまず人の受け入れを始めようということで、いま具体的な話の段階になっています。

3番目に、ロシアの医科大学にアンケートを出しました。当財団とさまざまな交流を行ってほしいという呼びかけを行いました。



図2：日露医学医療交流財団学術部会組織図

日露医学医療交流財団の学術部会の中に、日露医学医療協力機構というのがあります。これは最初の医学専門部会です。幹事校に新潟大学がなって、数多くの大学の参加を得て、医学部としても医師としても人の交流、セミナーなどをこれからやっていこうとしています。歯学部専門部会も新潟大学の歯学部が代表校になって、国公立、私立の各歯科大学が、それから薬学では新潟薬科大学が代表校になって、国公立、私立の薬学分野の専門家に集まって頂いています。

先ほどお話ししたアンケートの結果で、ぜひ日露間で交流を結んでいきたいということで、モスクワを中心とした西部地域、それからクラスノヤルスク、シベリアのトムスク、それから沿海州のブラゴवेशェンスク、ハバロフスク、ウラジオからぜひという返答がきています。

以上お話ししたように、当財団がまず出来る、人と情報の交流から入っていこうと考えているのが現状です。

【駒沢】酒井先生、どうもありがとうございます。

昨年のソ連邦の解体という大きな変革から、新しくできた日本の財団ということで、まだまだ将来に向けていろいろな課題等ありそうに思います。酒井先生が言われたように、短期的(緊急的)な取り組みと、長期的な取り組み、それぞれいろいろな課題について今後取り組んでいきたいというお話でした。

実はこのパネルディスカッションを企画したわれわれ企画委員会のほうでは、東ヨーロッパに対するODAの協力がどうなっているかということ、本来ここに外務省の方をお呼びしてお話ししていただくことも考えたのですが、ODAは東欧に対しては過去ほとんど使われていないのです。ほとんど対象になっていないということもあって、これからNGOの代表である高橋さんからお話ししたいと思っています。

高橋卓志さんは、日本チェルノブイリ連帯基金の事務局長として、ここ2年ほどチェルノブイリ事故の後、地元信州のNGOという立場から関わってこられました。では、高橋さんよろしく申し上げます。

【高橋】私は医療の分野では全く素人の立場で発言させていただきます。そのことをまず皆様におことわり申し上げ、そしてこの場を与えていただいた日本国際保健医療学会を主催された丸地先生はじめ、たくさんの企画委員の皆様にもまず御礼を申し上げます。

その素人である私、それから私の所属している日本チェルノブイリ連帯基金(GCF)がこの2年間チェルノブイリ周辺のいろいろな地域に関わってきました。その中で、大変短い期間ではあったのですが9回の調査を出すことができ、その中で特筆すべきことは、地元である信州大学の小児

科ならびに第二外科、それから歯科といった専門分野の先生方が毎回それに随行していただき、厳しい医療状況の旧ソ連の体制の中で、いろいろな医療システムを日本と比較しながら考えていただきました。そして、いろいろなアドバイスをいただき、しかもその中でたくさんの子供達の検診をしていただきました。

実際いろいろなことがチェルノブイリ事故に関して世界で言われています。被爆者が200万人とか300万人とか。その数の推定さえも非常にバラツキがあります。それから、健康被害がどう出ているのかということも、いろいろな立場によって全部違っている状態です。その辺のところを、少しでもその差を埋めるとか、あるいはもっと真実を知りたいという気持ちが私共であり、それに信州大学が全面的に協力してくださっています。そのことを私の話の前にまずご報告したいと思います。

私共がチェルノブイリに関わり始めた理由ですが、実は昨日もチェルノブイリNowという特別の公開企画をしていただき、その中で少しお話ししたのですが、今からちょうど2年前の1990年8月終わりぐらいに、ロシアにいる友人から、チェルノブイリ周辺で子供達を中心にした大変な健康被害が出ている。甲状腺や血液に障害をもつ子供達がたくさんいるそうだ。日本の医療の力で何とか助けてもらえないだろうか。そういう緊急のSOSが私の手元にきました。私と諏訪中央病院院長の鎌田實、それから私共と福祉分野で活動してきた仲間達と、1991年1月に何はともあれ日本を飛び出していきました。

そして、ウクライナ共和国のキエフ、そこからベラルーシ、いまのベラルーシは以前は白ロシア共和国ですが、そのゴメリという所に入りました。それから、ゴメリから少し北のほうにあるチェルヌスクという人口約2万人の小さな町に迷い込んでしまったのです。そこは1986年4月26日にチェルノブイリ原発が爆発して、そこからリリースされたいろいろな放射能核物質が舞い落ち大変汚染された濃度の高い地域を抱える町でした。

1万人ほどの人達がその後は移住して、移住した人たちの村々は「埋葬の村」と呼ばれてしまっていて、社会から完全に埋葬され、地図から消え去った村がその町の周辺にたくさんあるのです。そこに偶然迷い込んだ私たちは、その中でいろいろな人達に会いました。しかし、その町の人達がみんな自分達の体はどうなっているのか、そして、この町の放射能の汚染程度はどうなのかということを、一生懸命に私達に聞いてくるのです。そして、現地の病院の院長さんも自分のボロボロになったノートに、1986年からその日までのいろいろなデータを書き取っているのです。私たちはその町にこれから付き合い合ってみようと考えました。そのことがきっかけになって、そのチェチェルスクという町と親密な付き合いをするようになったわけです。

後から申し上げますが、私たちは大きな目標を4つたてました。その中の1つに、そのチェチェルスクとの長い付き合いをしよう、長期的な付き合いをしようということが入っているわけです。そのようなわけで、第一次調査が終わって、帰りの列車の中で今までわれわれの目の前で展開したチェルノブイリの事故の状況とか、そこに住む人々の状況を頭の中で描きながら、これからどういった支援ができるか考えてきました。そこで4つの柱を立てたわけです。

まず第1は、移動検診車を1台どうしても贈りたいと思ったのです。非常に広い地域を1つの病院がカバーしなければならない。その中で、なぜかわからないが体の調子が悪くて亡くなってしまう人が、その田舎の町の中にいるかもしれない。そういう人達が一刻でも早く検査ができて、そして良い方に向かえばいいという思いから移動検診車をその地域に回そうと考えました。もちろん、いろいろな機材を積み込んだ移動車です。

第2番目が専門家の交流です。日本から甲状腺や小児白血病のスペシャリストの先生方が行ってくださって、向うでいろいろな健診や、医療システムのチェック、アドバイスをしていただく。そ

れから、向うのセンター病院の小児白血病や甲状腺などの部門で活躍されている先生方に日本にきてもらって研修していただくプログラムを立てました。

3番目には、チェチェルスクという町と長期的な付き合いをしていこう。10年、20年というタイムスパンでやろうと考えました。何故そのように考えたかと言うと、私達が偶然迷い込んだチェチェルスクですが、その中で人々の温かさに非常に感動して、汚染地でありながらも、やはり美しい自然があって、その裏側に隠れている放射能に脅えながらも、やはり地に足をつけた生活をしている人達に会って、人間的な関わりをこれから10年、20年もついでいこうという考えをもったわけです。10年、20年その町に足を止めて、いろいろな調査をしたり、いろいろな人達と付き合いをする中から、チェルノブイリの事故がどういうものかということが、そのときに初めてわかるだろうという考え方で、チェチェルスクと付き合いたいということをして3つ目の目標にしました。

最後に、高度に汚染された地域にどうしても住んでいなければいけない子供達について、その場所のストレスとか放射能から一時的に避難してもらうという意味で、日本での放射能疎開ということを考えています。

それらは少しずつ形を伴ってきていましたが、そのうち4つの項目がこの1年半の間に全て完了しました。

現在チェルノブイリに関わる市民団体は、日本に約30団体ほどあります。しかし、その活動は本当に先細ってきています。その先細りの大きな原因は資金の不足、もう1つはこれは大変大きな問題だと思うのですが、チェルノブイリは非常に大きな問題を含んでいます。それは医療・医学の問題だけではなく、もちろん物理的な問題もあるし、旧ソ連の体制の問題もあります。そういったものが次から次へと活動していけばいくほど目の前に現れてきてしまうという状況があるわけです。

その中で私達は現在4つの目標を確立した上

で、もう1つ新たな考え方を持つようになりました。それはチェチェルスクと10年、20年付き合う計画の中に、もっとより人間的な付き合いをしていこう。そして、医療機材や医学的なサポートをしていこうという考え方です。しかし、私達がやっている活動は、去年1年間で向うに持って行った機材として約1億円ぐらいが投入されているわけですが、やってみて、そのお金を1年間に集めるということは大変だということがよくわかりました。そして、それが何年も続くとはとても思えないのです。その1億円は例えてみれば砂漠に1滴の水を落としたという状態のような気がするのです。それをどのように砂漠全部が潤う雨にできるかということをやっと考えてきました。私達はNGOとして活動する小さな団体ですが、そこから政府の関係、それから旧ソ連の政治に対して、そしてその改善に対して、いろいろなアプローチをしていく。そうしないと来年だめになってしまうか、再来年はだめになってしまうかという状態になっています。

今日はクンバラス先生が来られていて、WHOの力もお借りしなければいけないし、リハチョフ先生がいらっしゃるのですが、先生の力も借りなければいけないし、先ず日本のそれに関係するいろいろな方々の力をお借りしていかないと、とてもでき上がらない仕事だと思えます。プルトニウムの半減期は何万年という単位なので、私達の10年、20年という単位からすれば、本当に何千分の1、何万分の1という関わりでロシアの皆さんと関わるわけです。

そんなことを考えていたら、今月4日に帰って来た第9回目の調査団の方からびっくりする報告がありました。もちろん医療的な問題でいろいろな成果は上がってきたのですが、今ベラルーシ国内のチェルノブイリに関するいろいろな調査に対して、アメリカのエネルギー省が中心になって、大量の機材と大量のドルを投入して調査にかかったという話を聞きました。これは一体何だろうかと考えています。

私達日本には現在40基の原子力発電所が動いて

いますが、例えば原子力発電所が爆発して事故を起こした場合に、われわれはどのように動いたらいいのか。何をもち自分の身体を守つたらいいのかということが、全くわからないわけです。そうしたマニュアルはできていないし、私たちの目の前にそれは提示されていないわけです。これは非常に恐ろしいことだと私自身は思っているのです。そういったマニュアルができない限りは、安心出来ないということになります。アメリカのエネルギー省が考えていることは、そんなところから大体想像できるような気がします。

そのほかに、子供達がこの7月に信州大学にきました。その子供達は去年の10月に信州大学第二外科の先生方が向うに行ってください、チェチェルスクという町で713名という沢山の子供達を検診されて、その中で超音波、触診、血液検査でひっかかった子供達でした。その子供達の詳しい検査を信州大学でしていただいて、結果ができました。明日この学会の中で、専門家として放射線、それから小児白血病の先生方、それから原子力関係の仕事をされている私共のメンバーが詳しい発表をしていきます。機会があればぜひお聴きいただきたいと思えます。

私は民間の団体として、この1年半旧ソ連に関わり、そしてチェルノブイリと関わって、沢山の子供、旧ソ連の人達との交流の輪を広げることができました。そういう医療とはまた別の意味でNGOとしての役割が果たせたのではないかと、自分自身で考えています。

【駒沢】ありがとうございます。日本とロシアの新しい協力関係を結ぶに際して、なかなか示唆に富んだご報告ありがとうございます。

最後に、ロシア連邦共和国の在日大使館にお勤めのリハチョフさんをご紹介したいと思います。ロシアにおける医療の現状と今後のロシア、日本の医療交流の展望ということでお話ししたいと思います。リハチョフさんは日本語が非常に堪能なので、今日は特にお願いして日本語で報告していただきたいと思えます。

【リハチョフ】 尊敬する皆さん、本日は第7回日本国際保健医療学会総会が開催されるにあたり、丸地先生をはじめ、学会の皆様のおかげで、ロシアの現状と医療制度について説明する機会を得たことを感謝したいと思います。ある意味で私の発言は先ほどクンバラスさんが述べられましたご報告に重なる部分もあると思います。

ロシア憲法には、国民の健全な健康が約束されています。わが国の社会的な最高の目標は健全な健康を保障する約束を実現することにあります。この法律の基本的な考え方は、社会哲学が基盤になっています。と申しますのは、人間の社会的本質、そして人間の生活のあり方を表すからです。

人間の健康は客観的にみて人間にとっては不可欠なものです。つまり、人間にはいろいろな要求、例えば社会的であれ自然的なものであれ、この要求を実現するためには、人間はまず基本的に健康でなければなりません。具体的に申し上げれば、国民の健全な健康は社会の経済、文化、両方を支えているものです。また、その国の経済、文化、法律がいかに高いレベルにあるかということも明らかにこれが証明することになります。

人によって生活様式はそれぞれ違いますが、生活の仕方の如何によっては病気の種類及び発生率ならびに病気の深刻さ、死亡率また最終的に言えば平均寿命も違ってまいります。

わが国の70年間の社会的経験を取り上げると、国民の健康については非常に不満足な状態におかれていたと言わざるを得ません。と申しますのは、70年間の社会的または経済的条件は決してよくありませんでした。また、最近の25年間は環境諸問題も深刻になってきました。つまり、国民の生活にとってあたり前であるべき、美しい水、きれいな空気、仕事しやすい職場、住みよい住宅および必要な食料が大変不足しています。

以上の理由で、国民の労働能力も低下しています。その結果、わが国は健全な健康を保つという基本的な権利が保障されていないという現状です。この数年間行われています研究調査の結果をみても、国民の発病は次のいくつかの理由に

起因しています。つまり、発病率は50-52%が生活様式によります。20-22%の要因は遺伝的特徴、18-20%がエコロジー要因であります。最終的には8-12%は保健衛生要因であります。わが国の場合は、人間に癌を引き起こす原因は食料品にあります。食事は栄養的なバランスが崩れている、とりわけ炭水化物が多すぎるから、国民の30%は肥満に悩んでいます。このようにバランスが崩れていること、そして質的に不十分な栄養は消化器疾病が多くみられるという現象をもたらします。

アルコール中毒、飲酒という現象は、社会に多くの損害を与えています。交通事故の少なくとも70%が飲酒によるもので、またさまざまな事故の発生率が高いこと、職場における労働災害事故、社会ルールに反する行為や心身喪失、家庭の崩壊、それに生まれつきの子供の障害、つまり先天性肉体的、精神的異常が推定されます。さらにこのようなアルコール中毒による要因で犯罪率まで高くなっています。

ロシアの大都会における工場による公害のレベルは、非常に高くなっています。とりわけ1988年の大都会の統計をみると、大気汚染はマニトゴルスク市84万9,000トン、ウラル山脈にあるニジニタギール市64万1,000トン、イルクーツク市（シベリアの代表的な都会）は9万4,000トン、アルハンゲルスク市（中央ロシアの北の都市）は8万5,000トン、スベルドロフスク8万1,000トンの汚染物質が放出されました。ケメロボ市でもこのような大気汚染放出はよくあります。それぞれの放出の20%ぐらいは最大限に認められる濃度の8倍を超えています。

アンガルスク、ホンダスク市はバイカル湖の近くにある工業センターですが、このアンガルスク市では14倍を超えています。国の多くの地方では、汚染されている水が食料品生産を含める産業で利用されています。その結果、このような地方ではアレルギー疾患、がん、心臓病、そして一連の感染性疾患、そして生まれつきの障害児および体の免疫の弱体化などの異常がみられるようになりました。ある地方では母乳から農薬がしばしば

検出されています。

このような事実が証明するように、国民の健康はありとあらゆる原因によって障害されており、以上述べたようないろいろな理由によって、病気の様子も変わってきます。従って、臨床的な治療はもっと難しくなっています。

国民の生産分野に携わっている労働者は現在900万人以上の人達が条件の悪い労働環境で働いています。その中で、女性労働者は340万人を占めています。約500万人の労働者の職場は、安全な労働という条件では、不満足な状態であります。まだまだ肉体労働がよく使われています。その肉体労働に携わっているのは約190万人、その中では27万人が女性労働者であります。

このような状態で、毎年生産分野に携わっている67万人以上の労働者たちは怪我をしています。特に心配な事実ですが、企業経営・管理者も労働者達も、このような厳しい労働条件を改善しようとは思っていません。なぜならば、年金の早期受給その他の特権をもらえるからです。多くの人達は天災そして災害で怪我をしています。交通事故だけで毎年約35万人が軽・重症の怪我をしています。

このようなことで、社会は経済的にも心理的にも大分損をしています。心臓病を引き起こす主な原因をみると、生活のあり方、生活様式が54%を占めています。がん関係の疾病を引き起こす主な原因は、生活様式が37%を占めているし、環境汚染は34%を占めています。糖尿病の場合ですと68%のケースは遺伝学的要因と予想されています。この12年間に心臓血管疾病の発病率は約2.7倍に増えてきました。とりわけ高血圧症は約1.7倍に増えてきました。狭心症は約1.6倍に増えてきました。癌関係の発病率も高まっています。糖尿病も発病率が高まっています。また、多くの感染症はいかに努力しても減らすことができません。そして、エイズのケースもみられるようになりました。

怪我の率も高くなりました。総括的な死亡率の統計としては、1975年から1988年の間、9.8%から10.7%まで上昇してきました。ロシアのある地

方、すなわち北コーカサス、最近話題になっている北コーカサスのカルメク共和国だけではなく、そしてシベリアのトワ共和国では特に乳幼児の死亡率が高くなっています。そして、母親の死亡率も高いレベルになっています。1992年に予想されるところでは、ロシア連邦でみれば、人口の増加率は初めてゼロという数を示すおそれがあります。

このような事実を結論的にまとめてみれば、わが国は以前から満足される生活および健全な健康のスローガンを掲げていても、それは言葉だけで現実にはその目的を達成できませんでした。この事実を分析した上で、次のような結論になります。つまり、今も将来も社会的・経済的発展の諸問題を解決するには、国民保健衛生制度を改善する新しい政策に取り組むべきという結論です。今までであった医療制度のもとでは、国民の健康に関する新しい法律を作ることはなかなかできません。なぜなら、これまでの医療は細分化されていたために効果的ではありませんでした。しかも、健康という問題は医療制度という枠をはるかに超えています。今までの医療制度をそのまま続けていくと、焼畑農業のようなプロセスになるので、未来はきっと無意味になってしまいます。

医療制度が効果的に機能する条件は1つあると思います。医療制度におけるまじめな責任を国民に負わせる場合のみです。そのために、医療機関を経済的に自立させなければなりません。同時に国家は国民の健康を保障しなければなりません。国民の誰もが自由に、質的にも量的にも医療機関および医療方法を選択できるような状態が望ましいと思います。

また、医療機関の何よりもなすとげるべき課題とは、国家および共和国、自治体レベルでの保健衛生計画を実現することにあります。保健衛生の法律は、ロシア連邦の憲法をもとにして、国民の健全な健康を保つことを基本的な人権として、少なくとも理論上では取り扱っています。この法律の実現のためには、国の医療機関および町村の開業医制度を進めなければなりません。即ち、有料

化と国からの質の高い医療サービスを組み合わせ、最終的には保健衛生分野においても市場関係を持ち込まなければなりません。

【駒沢】リハチョフさん有難うございました。大変貴重なお話だったと思います。

【島尾】では、これからこのパネル討論の後半に入り、会場の皆様も含めて討論したいと思います。

ただいまの4名の方々のご発表を聴いていると、旧ソ連も含めた東欧に関して2つ大きな問題があると思います。1つは緊急にお手伝いしなければいけないこと、もう1つは長期的視野で対応しなければいけないことがあるように思います。

緊急問題としてリハチョフさんに確認しておきたいのですが、現在ロシアの中で保健問題でいろいろ苦心をしておられるのですが、薬やワクチンを作る産業が原材料が入らないためかなり困難な状態にあって、国内で薬やワクチンが作りにくくなっている。従って、それが不足していると酒井先生のお話に出ていたのですが、これはかなり深刻なものと考えていいのか、という問題です。そして、もしそうなら、それに対する緊急な国際援助が必要とお思いになっていらっしゃるのかどうか。リハチョフさんに実情をお知らせいただければありがたいと思います。

【リハチョフ】酒井先生はロシア語のエキスパートですから、よろしければこれからは代わって通訳をお願いしたいと思います。

【訳：酒井】ソビエト体制が崩壊して、それと同時にソビエトの中の共和国の共同体、医療システムも崩壊しました。以前からあった東欧の社会主義国とも交流を絶たれてしまいました。このために従来は製薬の分業化が行われていたのですが、それが分断されて大変なことになってしまいました。原料がロシア国内あるいは旧ソビエトの範囲にあるのならまだいいのですが、外国に薬品原料がある時が非常に大きな問題で、今では原料がま

ったく入ってこない。

特に製薬業界は東欧に依存する傾向が強かったものですから、特に大きな影響を受けました。1つの例として、たとえば綿、これは中央アジアの特産品で、綿花からいろいろな医療資材を作るのですが、いまや中央アジアは1つの独立した国になってしまいました。中央アジアの各国が独立国家になったわけですから、そこで生産される綿がどのくらい、いつ、誰にということはお彼らが決めることであって、私達はどうしようもありません。ところが、今の状況を見ますとカザフスタンやキルギスに非常に複雑な問題があって、彼らが生産してもその配分は政治をめぐる情勢で決められる現状です。このように、非常に単純な綿とかガーゼが少なく手に入らないのが現状になってしまったのです。

高橋先生たちがソ連のチェルノブイリにもう何回も来られているので、もしかしたら私以上にいまのソ連の状況をよくご存知ではないでしょうか。

【島尾】どうもありがとうございました。WHOが緊急援助に対して何を主体に考えているのか。その中で日本に対する役割として何を期待しているか、という点をクンバラス先生にお願いしたいと思います。

【クンバラス】私は2つの例を出しました。1つはワクチンの生産工場、それからいわゆる一般の薬の生産工場、その2つが全部崩壊したという例を出しました。ソビエト体制をとっていた時には、むしろ社会は安定していたわけですから、薬が順調に生産され、一部のワクチンは輸出されていたのが実情でした。

私は今年3月にロシアに行ってきたのですが、そのときに見た1つの例で言うと、結核予防用のBCGワクチンを作る工場ですが、そこにはもう原料がなく専門家もおらず、機械だけがあります。そのワクチンを作っている原料はウクライナです。もちろんいまもウクライナで作っているわけ

ですが、ウクライナはそれをロシアには売りません。もっと言えば、それを売るとすればドルで支払いを要求する。しかし、ロシアにはドルがありません。だからロシアは買うことができないというのが現状です。

日本の皆さんはよくご存知と思いますが、昔ソ連からポリオのワクチンが輸入された時期があったと思います。ロシアはポリオの質の高いワクチンを大量に作っていたわけです。これも先ほどと同じことになるのですが、このワクチンを製造するためにはサルの血清が必要です。ところが、そのサルは外国から輸入しています。輸入するためにはドルが要ります。しかし、そのドルがないので工場はあるけれども生産ができないというのが現状です。

WHOとユニセフも、旧ソ連の国内を訪問して、少なくとも必須医薬品についてはそれを作る能力を持たせる必要があるというのが結論です。40種類くらいの医薬品をNIS内で作るようにしたいのですが、どの国がどの薬を分担するのか、各国の政府は自分のいままでのやり方に慣れているので、一致した結論に到達するのは非常に難しいというのが現状です。

各国別にどんな薬が足りないか、またどんな薬が必要かというリストを作って、500万の人口を対象に、どのくらいの量、どのくらいのお金が必要かという資料を準備しています。それを受け入れて、ドナーとして援助をしようという方々がどの部門を担当するかについて関心を示してくれればと考えています。

ワクチンについては、薬品よりは少し事情がよくて、さっきBCGやポリオの問題で申し上げたようにいろいろ困難はあるのですが、米国やユニセフ、あるいはフランスから援助の申し出もあるので、ワクチンについては薬よりは良いと考えて結構です。

日常診療に使う消耗品、たとえば注射器とか注射針、あるいはカテーテルなどが非常に欠乏していて、日常診療にさしつかえるわけですから、その辺は緊急援助の対象に加えて欲しいのです。

ただし、高級な機器はこの際やめていただきたい。それをもらうと、それを使える人は特殊な人しかいないし、保守管理が難しいし、マイナスになるので、そういう高価なものを援助することは、この際はやめていただきたいということがあります。

このような問題があり、今年の10月28日から29日に旧ソ連を支援する国際会議が日本で開かれる予定になっていて、旧ソ連支援のいろいろな項目があるのですが、その中で保健医療は日本とアメリカとフランスが共同議長国になって、援助内容を決めることが決まっているので、その中で今のような事情をよく知った上で、どんなものを援助するかははっきりしてきてくれると思います。また、政府だけで出来ないものがあるとなれば、NGOに呼びかけていただければ、それに応じていろいろお手伝いできることがあると考えています。

緊急課題はそのくらいにして、残った問題は長期的視野でこれから旧ソ連に対してどのようなお手伝いができるかということになると、一番問題になるのは先ほども各演者の先生方のお話にもありましたように、人と情報の交流を活発にする、それが一番大事なのです。特に旧ソ連は医療保険制度をかなり変えようとしている。そして地方分権、あるいは民営化を考えている。これは大変なことなのですが、そういう中で日本の経験をいろいろソ連に伝えてくれればありがたいという話が共通していると思います。酒井先生達はその辺を狙って仕事をやっていらっしゃるという話ですね。

【酒井】先ほどもスライドで少しお話ししましたが、これは特にロシア側からの要望が強いことで、今回の2次調査団で保険業界を代表して日本生命の方が行かれて、その辺の話をされます。それから産業関係、特に製薬関係の方が代表の中に入って行っております。

【鳥尾】高橋先生、チェルノブイリを通していろいろお考えがあると思いますが、交流という点に

ついてはいかがでしょうか。

【高橋】私共は現在スペシャリストの方の力を借りながら、今まで十数年間私が松本に帰ってきてから、いろいろなものを松本の中で作っていくというのは、やはり人間的なつながりをどうするかということだけの話だったのです。その中で、チェルノブイリが偶然ポンと目の前に出てきて、今までやってきたノウハウをチェルノブイリに使っているというだけの話です。逆にそう考えてみると、人間的な交流に関しては、ひょっとしたら私達のネットワークは非常に力強いものを持っているのではないかと。今までやってきたことを使いながら、チェルノブイリと関わっていただけたいとも考えています。

その中で、先ほどの医薬品の話が出てきましたが、その薬もできるだけベーシックなものにするプログラムを作っています。それから、医療機器なども専門家にわれわれのチームの中に一緒に入っていただいて、向うに行きましようという形でやっている状態なので、まずは人間同士のつながりを強めることをやっているのが現状です。

【鳥尾】ありがとうございます。先ほどの話の中にもう1つ大きな問題として出てきたのは環境問題です。チェルノブイリは典型的な悲しい例だと思うのですが、その他に工業化に伴って大気、水などが汚染することによる健康問題が提起されていました。これに対しては将来は健康の面からお手伝いする以外、産業をやっていくという所でお手伝いする側面もあるわけですが、その辺はわれわれ庶民とレベルが違ってくるので、また別の視野から協力することも必要ではないかと思えます。

会場の皆様方で、今日の議論をいろいろ聴いておられて、ぜひ質問したいという方がいらっしゃいますか。東欧、N I Sの支援ということは、非常に新しい問題なので、ご経験をお持ちの方は比較的少ないと思うのですが。

【笠原（松本歯科大学）】私は今年6月終わってから7月にかけてハバロフスク医大に行っていました。それから、最近モスクワの医科歯科大学の入学式に招待されて帰って来たばかりなので、おそらく一番新しい情報を持っている方だと思います。

ロシアの歯科医療は医療過疎という状態が大変あるようで、モスクワ医科歯科大学も、それからハバロフスク医大も、どちらも歯学部は2部制で教育をしている状況で、日本の援助を非常に求めています。私共は今月末にまたハバロフスクの代表の方をお呼びしようということで、松本歯科大学はそういう交流を一生懸命しているのです、一つ松本の関係の方も顔を出していただきたいと思っています。

緊急援助という話で1つ気がついたのですが、確かに薬がない、それからガーゼなどの衛生材料、注射器もない、あるいはゴム手袋もないと非常に困っていました。ところが、病院にはないのに街に出ると注射器やカーゼをヤミ市でたくさん売っているのです。これは恐らく外国からの援助が変なふうに流れているのではないかという気がするのですが、その辺のことで何かお気づきの方がありましたら、お願いします。

【鳥尾】今のような問題があると、せっかくお手伝いした善意が無視された形になって非常にマイナスの要因になると思います。その辺についてリハチョフさんは何か情報をお持ちでしょうか。

【リハチョフ】確かにそういう横流しという事実があります。どういうスケールで、どこからということをお話しするのは難しく、私には判断することができません。しかし、一方本当に物不足に悩んでいる地域、市町村はたくさんあると思いますが、これはロシアだけの現象ではないと思います。皆さんよくご存知と思いますが、例えば、アルメニア大地震が1988年に起きた時、かなり国際的な援助が贈られたのですが、私自身そこに行つてこの目でいろいろ見ることができました。

アルメニアはひどい目にあい、海外の援助を与えられましたが、アルメニア人の中にもそういうことをした人がたくさんあると思います。これは旧ソ連のことなのですが、世界的にみれば例が少なくありません。世界的に汚職や横流しという現象はわれわれの世界からまだ排除されておらず、残念なことです。

さきほどクンバラス先生、高橋先生が言われたことに、1つ付け加えたいことがあります。それは人間交流のことです。そちらのご質問にも関係あると思いますが、おっしゃるとおり最先端の設備はできるだけ控え目にした方がいいと思います。そしてもう1つ食料援助、医薬品援助はもちろん大切なことだと思います。しかし、何よりもまず大切なのは、これは私の個人的な意見ですが、援助をするにあたって、やはり人間交流が一番大切だと思います。つまり留学生、研修生を受け入れること、それが大事です。

いま1つ強調したいのですが、今年の前半に日本の通産省によってロシアから日本に多くの代表团が日本の経験を勉強するために来ました。工業分野に携わっている人ですが、ほとんどはかなり年をとっている高官、官僚です。このようなやり方はできるだけ控え目にしたほうがいいと思います。若い者なら勉強できます。この点はよろしくお願いします。そういう意味で、中山太郎先生が率先して設立された日露医学医療交流財団の活動で医学研修生の受け入れのプログラムに対して、私達は多くの期待を寄せています。

【鳥尾】ありがとうございます。

いまのお話でNGO、政府レベルの話が出たのですが、国際協力事業団もこの旧ソ連の支援問題に対して決して無縁ではありません。駒沢さんから少しその辺をお願いします。

【駒沢】簡単に説明すると、1988年、1989年度には東欧、特にハンガリー、ポーランド、それからユーゴスラビア、ブルガリアに対して、わずかな援助を行っています。中味はJICAの行ってい

る技術協力では、やはり研修員の受け入れがあります。それから専門家の派遣、多少の無償資金の供与、研究援助も入っています。

ちなみに1992年度には、ポーランド、ハンガリー、チェコスロバキアから衛生行政研修ということで、保健医療関係の研修生を約100人ほど受け入れる予定になっています。それから、廃棄物の処理関係ではハンガリーやポーランドに専門家を2名ずつ派遣し、更にポーランドからの研修生を10名受け入れるということをJICAでは行っています。

【鳥尾】ありがとうございました。そろそろ締めくくりにしたいのですが、旧ソ連、そして東ヨーロッパが非常に重要な健康問題を抱えているということがわかってきて、やはり私共としてもできるだけお手伝いをしなければいけない。その中で緊急にすべきことと、長期的なこととがあり、ことに長期的な人あるいは情報の交流は今後ぜひ強化していく必要があると思います。

私共専門領域のことを少し紹介させていただくと、実はソ連では結核菌が普通の赤く染まる桿菌の状態から顆粒状になり、光学顕微鏡では見えなくなる、それをL相菌と言っているのですが、そのL相菌の培養ができていたという報告がしばしばプロブレミ・ツベルクローザというソ連の雑誌に出ています。もしそれが本当なら、私共としてぜひそういう方法を学びたいので、日露の交流の中で日本に習いに来るというのではなく、日本に教えにくるということがあってもいいと思うので、そういったソ連の得意な進んだ領域の方もぜひ1度来ていただくと有難いと感じています。

それから、旧ソ連は実は多くの開発途上国から若い人を集めて、ロシア語を習ってもらった上で医学の勉強をしてもらい医師に育てて、ずいぶん多くの途上国に送り返していました。これがただでさえ医学校の少ない開発途上国の医師の養成に大変大きな貢献をしていたのです。それが現在の状況でしばらく中断しているという状態ですが、将来旧ソ連の状態が回復して、そういった途上国

への貢献もまたできるようになるということも、ぜひ期待したいと思います。

時間の限られた範囲で十分な議論ができませんでしたが、現在旧ソ連そして東欧がどんな問題を抱えているのか、それに対して日本が何をしなければいけないかを考えていただく上で少しでもこ

のパネルディスカッションが参考になれば幸いです。

4名の先生方に厚く御礼を申し上げ、また聴衆の皆さん方に御協力いただいたことに御礼を申し上げて、このパネルディスカッションを終わらせていただきます。

パネルディスカッションⅢ

在日外国人医療と国内問題

- 司会： 小林 米 幸（AMDA国際医療情報センター所長）
五味 五 郎（丸の内病院）
- パネラー： 大浦 智 子（栃木インターナショナルライフライン事務局）
桑山 紀 彦（山形大学精神神経科）
- コメンテーター：北原アンドレア
村田 セレル

はじめに～在日外国人医療の現状について～

【小林】これからパネルディスカッションⅢの「在日外国人医療と国内問題」を開催いたします。このようなディスカッションは数多く開催されていますので、今回は単に状況を認識するだけでなく、具体的に私たち一人ひとりが置かれた環境や状況のなかで何をしたらよいのか、具体的な行動に結びつけることを考えていきたいと思います。議論のための議論を展開するのではなく、問題解決の方向性を具体的に示すことができますようにお願いしたいと思います。

まず最初に4人の演者の方々から話題を提供していただき、その後に松本の近くに住んでいらっしゃるコメンテーターの方のご発言もいただいから、総合討論を行いたいと思います。そして最後にパネラーの方のご意見をいただきたいと思

まず、総合展望ということで現在どういうことが起こっているのかということ、私からお話させていただきたいと思

外国人の医療をめぐる問題というのは、最近のマスコミ報道にもあるように医療費の未収であるとか診察の拒否であるとか、なかなか芳しいニュースはありません。さらに医療機関においては本年4月の診療報酬改定にあるように、多くの病院で収入が減ってきています。そういう中で、医療

機関にとって、時間もかかる、また医療費の未収の可能性も捨てきれない患者さんを診ていくというのは、難しいということがあります。しかし、だからといって拒否をされていていいという問題ではありませんので、その辺りを具体的にどのようなしたらよいの考えていかねばなりません。

私どもは、東京で外国人の医療相談を受けておりますが、そのデータによると、相談者の国籍で一番多いのはアメリカ人です。どちらかといえば、東南アジアの人に比べまして、身分も安定し在留資格も安定している方でさえ、日本の医療に対しては不安があるという裏付けだと思

そして内容をみますと、言葉のわかるお医者さんがいない、あるいは日本の医療制度はいついどうなっているんだ、自分たちはどういう制度が受けられるのだ、という相談が多い。さらに、トラブルの相談、たとえばお金の問題だとか、お医者さんとの間で治療方針などでもめているとか、間に入ってほしいという相談が多い。私自身、外国人患者を受け入れてはいますが、そのデータを見ましても国民健康保険に入れるはずの人が入っていない、実際は入れるのですが故意に入らない人もいますし、入れることを知らずに入っていないという人もいます。さらに乳幼児の予防接種の問題にしても、本来無料で受けられる個別接種が、間違っって他市の方が私のところへ来るとか、予防接種そのものがわからずに実際に受けないと

というような問題が生じておりまして、そういうことになる、地域のなかにこれだけ多い外国人の方をどのように診ていくかという姿勢が、行政も含めて欠けているのではないかと思います。

今日は、こういった混乱の原因が何によるものか、そして外国人医療問題の本質はどこにあるのか、外国人という特殊性なのかあるいは、日本の医療制度のほうに問題があるのか。それから、外国人が基本的人権に則った医療を受けるには、誰が何をしたらよいか、行政とか、民間団体、医療機関、医師などがお互いの立場で何をしたらよいか、それでは外国人の方々は何をすべきなのか、そういうところに最終的に話がいかばいいと思っております。総合的なお話はそのぐらいにしまして、五味先生には松本市の外国人医療119番の活動を含めました現況につきまして、お話していただきたいと思っております。

松本市の外国人医療119番

【五味】ご紹介いただきました五味でございます。消化器外科医である私は、プラクティカルな部分では十分勉強しているつもりではありますが、こういう国際保健医療学会という難しい分野でパネリストとして何か喋れということは、少々心苦しく感じるわけでありまして。

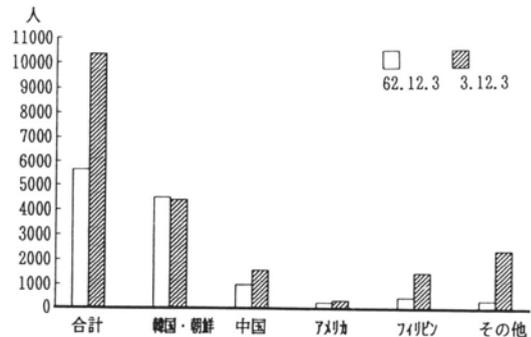
私の病院は松本城に近く、その関係で観光客の方が病院の門をくぐる機会が多いのです。また信州にはハイテク企業を中心とした大工場があり、そこで働く外国人が非常に多くて、そういった方々の来訪もあって、自然に外国人の診療数が増えてきました。従って、外国人医療問題につきまして何かしなければならぬという切羽詰まった状況でありまして、研究してみたいと思ったのが、この問題への見方、ひいてはこの学会に引っ張り出された原因だと思っております。

全国でも際立って労働者の不足が続く長野県下では、いま企業を中心として外国人労働者の受け入れの機運が非常に高まっています。

全国で不法あるいは合法的に合わせて約50万人

とか60万人の外国人がいるわけですがさらに喫茶店に働いている方やダンサーで来ている方など、いわゆる観光ビザでいる方を含めると実に130万人くらいの外国人がこの日本にいるのではないかと見られています。その130万人のうちの1%、1万3000人というのは、長野県に住んでおります。そしてその約25%、3000人近くが松本市におります。

図1. 長野県在住外国人数



これが長野県に在住している外国人数で、これは昭和62年と平成3年の比較です。黒く塗ったのが平成3年で、白が昭和62年のものです。中国系の方、フィリピンの方が激増しているのがわかります。その他の国というのが、これが問題で、4年間に7倍から8倍に増加している。この国はどういう国かというのは、後で出ますけれども、法務省が入国管理法を緩和いたしました平成2年ですね、日系3世、4世の方は日本に労働者としておいでになることを歓迎しますということになったわけです。従ってブラジル、ペルー、インドネシアの方々が現在、激増しつつあるのが実情です。

図2は松本市在住の外国人数ですが、フィリピン、中国の方々が増えています。そして、ブラジル、ペルー、インドネシアなどの方々が7倍、8倍になっています。長野全体と松本市の外国人の数を比較してみると長野県と松本市が平行しているということで、松本のあることを調査すれば、長野県全体のことが分かるということが、これでおわかりになると思っております。

図 2 . 松本市在住外国人人数 — 1

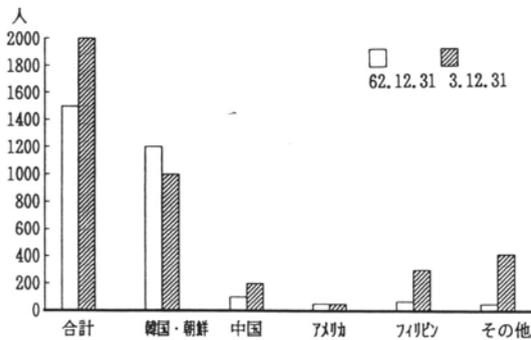
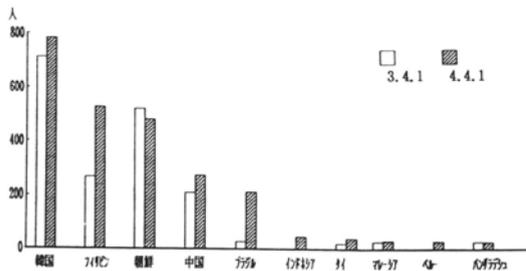


図 3 . 松本市在住外国人人数 — 2



これは松本市の在日外国人人数です。2864名いる中で、朝鮮系がわずかに減っているのに対して、フィリピンが倍近くに増えている。これは平成3年から4年までの1年間です。それから、中国の方が3割増、ブラジルの方が6倍から7倍に増えています。それからインドネシアの方がゼロだったのがおよそ60名になっています。それから、タイ、ペルーの方が激増していることが分かります。

こういうことで、ある筋の情報によるとソ連の崩壊、中近東あたりの内戦、ペルーはじめブラジルなど経済的に豊かでない国々から日本への移住を希望する人がトータルしますと、1000万から1200万人いるという統計があります。これを放置すると、21世紀のはじめ2010年には日本の人口のおよそ10%を外国人が占めていくのではないかと

いう予測があります。そうした予測のなかで、我々は外国人医療というものを十分に見極めていく必要があるのではないかと考えております。

そういうことで松本市が、平成元年に「松本市国際化市民懇談会」というものをつくりまして、そのなかで私も委員に選任されましたので、20年間にわたる経験からその問題点やトラブルなどについて委員会に提言いたしまして、その改善を迫ったわけです。その中で委員全員から賛同を得まして、外国人医療をなんとかしてくれと私が任されたわけでございます。そして、試行錯誤の結果、松本市商工会議所、松本市医師会、松本市に在住する外国人の有識者、市民団体などが一緒になって「外国人医療を考える会～外国人医療119番推進委員会～」を設置して2年間検討をした結果、出来たものが、救急医療ノートと、36名に及ぶボランティア通訳の会、これを我々はエーデル・ワイスの会とよんでいます、これの発足が大きな意味があるのではないかと考えております。

【小林】五味先生、ありがとうございました。次の演者の方をお願いいたしますが、次はTochigi International Life Line(TILL)の大浦智子さんをお願いいたします。

T I L L の活動

【大浦】Tochigi International Life Line(TILL)からまいりました。今日は、おおよその活動報告をさせていただきます。まず、発足の経過ですが、栃木県には外国人登録をした人のほか、短期滞在の就労者や修学生を含めると相当な数の外国人がおります。言葉の障壁があったり、経済的・文化的にも異なった日本に住む中で、精神的・身体的疾病に陥っても、治療も受けられずにいる外国人がいます。その隣人の医療問題に積極的に取り組み、少しでも手助けができるようにしようということを目指して、この活動が始まりました。1990年10月、国井先生のご提案がありまして、医師や看護婦、薬剤師、ここに住んでいる外国人などが一緒になって準備会が発足しました。そして、翌年の

2月24日、とにかく準備をしてもきりがないので活動を始めようというので開始しました。

組織について。まず、電話相談窓口は県内に3カ所、県北にはアジア学院という特に途上国からの研修生が来ている学校があります。県央には、私の勤めております栃木YMCA、県南には外国からの修学生が来ている高度情報処理専門学校があり、この3箇所の協力があまして、電話相談の窓口にしました。もうひとつ、言語別の電話相談窓口というのも設けました。外国語を母国語にしている方、また外国の方が自宅の電話を開放してくれて、言語別の相談が入っています。協力医療機関が約20施設、ただし宇都宮市近辺に集中しております。通訳ボランティアがおよそ30名、一般ボランティアといって事務手伝いやその他の手伝いをしていただけの方が20名余り、会費会員が個人・団体合わせて50数人います。

次に活動内容ですが、9カ国語の電話相談があります。これはさきほどの電話相談窓口、言語別相談窓口のことです。そして、このことを知らせるために、3つ折りにすると名刺サイズになるカードをつくって、これを薬局や銀行などにおいてもらいまして、もし健康問題で困ったら、英語・日本語はここに、中国語だったらここにというような電話番号と名前を書きまして相談してくださいというのを配りました。これをTILLカードといいます。それから活動の状況を報告するTILL通信も発行しております。無料医療相談は、原則として毎月第一日曜日、私たちの会合がありますので、そこに医師や看護婦がおりますので、外国人の方で足を運んでくれる方は相談を受け付けますということにしています。

次に通訳と一般ボランティアの派遣を行っています。医療機関から、外国人が来て困っているというようなときに、連絡をつけて通訳の方や場所が分からない時などに一般ボランティアの方に付き添っていただいております。そして、外国人医療11カ国語対訳表の発行をしました。今ここにあるのは4ページもので11カ国語になっています。それから、つい最近、歯科診療所対訳表を作成い

たしました。4ページで15カ国語のもので。現在は、11カ国語のメディカルチェックシートを作成中です。完成すれば18ページくらいになり、今年中にはできると思います。

次に電話相談内容と特徴について。医療問題としては、他のところと同じように病院はどこにいったらよいのか、治療費はどのくらいか、またこのように病名をいわれたがどうなのでしょう、といったより詳しく知りたいというもの。それから、日本語で言われたのでよく意味が通じない、通訳の人に説明してもらいたいというもの。生活面については、生活一般、労働の問題では会社でこのような書類をもらってきたのだがなんのことか知りたい、子どもの教育のこと、人権に関すること、単純に言葉が通じないのでお手伝いしてもらいたいというもの。生活に関しての相談ごとは、日系人からのものが多い傾向があります。特にスペイン語やポルトガル語の通訳の方の家には、1日に10件以上の相談が入ってきて、かなり個人に対する負担がしわ寄せとなっています。

その場合の特徴ですが、まず、言葉の問題の裏には人間関係の信頼性を求めている相談が感じられます。たとえば、英語が通じないのでこのお医者さんにいったらよいですか、という相談に、英語のわかる先生に紹介したところ、遠いところを時間をかけてたびたび足を運ぶことで、ただ治療をしてもらっただけでなく、交流を求めてやってくる患者もいました。そうした相談に対しては、文化の差異から生じられると思われるので、説明をより丁寧にするように努めています。そして、何か他にも相談ごとがありましたらまた来てくださいと、話しています。

また、言葉がうまく通じないことによる疾病に対する不安感が大きい点もあります。日本人よりも丁寧な対応が必要になってきます。通訳の方を介して説明を重ねることでかなり安心感が生まれると思います。おそらく、私たち日本人が外国に行って、何かちょっとした症状のときにも同様だと思います。さらにほとんどの相談者は保険を持っていない為、高額の治療費を心配しています。

これに対して私たちは、医師に対しては正直に自分の経済状態を話すように言っています。そうした人たちは、ある程度費用がかかることは知っていますし、また払わないつもりもありませんので、ではどうしたらよいのかということを手直に相談するように言っています。そして、症状が悪化する前に必ずお医者さんに行くように勧めています。

次に、会話のできる友人がいない、気晴らしができないといった生活上の問題も精神的不安定の要因となります。これに対しては、職場が日本人ばかりで言葉が通じず、ストレスが溜まったり気晴らしのためにちょっと外出したいという場合にも会社から、それは困ると言われたりするということです。私たちとしては、できれば同国人のサークルとかで、ストレスが溜まる前に、お互いに話したりする場があるときには、そこを紹介します。次に、外国人労働者へのアンケート調査の結果を紹介します。回答は317名で、まず言語の障壁を感じている人は42.4%でした。この内訳は、「英語である程度以上自分の症状を説明したり、医師の説明を理解できる」が61.6%、「医師との会話が全くまたは殆ど出来ない」38.4%でした。「医療費の問題を感じている」のが33.9%でした。内容については、外来診療費に対しては1万円以上の支払いが難しい人の割合が92.7%、入院の10万円以上の支払いが難しい人が92.2%でした。次いで、精神的に不安定な外国人労働者として、来日後も何らかの精神的不安定状態を経験したのが54.0%ありました。その内訳はホームシック37.5%、焦燥感21.4%、不眠20.6%、絶望感6.5%、自殺願望2.4%などでした。

これまで私たちが取り組んだ電話相談や外国人労働者アンケート、医療機関アンケートなどからみた問題点は次のようになります。

救急医療への対応は民間では困難なこと。数カ所の医療機関の協力では足りない。言語別個人電話相談窓口などの特定のボランティアへの負担が大きすぎる。これは、先程申し上げました通り、医療問題だけでなく生活全般についての相談が寄せられます。次いで、類似の相談内容が多い。文

化的差異(習慣・宗教)を考慮しなければならないケースが多い。労災に当たると思われる相談もある。医療費・言語上の障壁などの理由でいわゆる我慢病も多いと思われます。

最後に、今後の活動について、国別のサークルといえますか互助会、交流会ができればいいと思って努めています。精神的不安や国家的差異を、同じ国の人やその国の事を理解している人が相談に乗れば、かなりの場合解決するのではないかと思います。またそこでは、私たち日本人が得ると同じような医療や生活上の情報を同じように伝えられればいいと思います。もうひとつは、ネットワークというのでしょうか、色々な団体との情報交換を進めていく計画です。AMDAや、他の活動をしているNGOなど、また公的な機関との関係、たとえば栃木県庁の衛生部から現在、母子手帳の翻訳の依頼が来ており、さらに他からも外国人のための相談会が10月に行われますけれども、協力しましょうということでやっています。栃木県社会福祉協議会のほうからも協力をいただいております。最近、感じていることですが、外国人医療問題というのは、生活全般にわたる諸問題と複雑に絡んでいますので、医療だけを取り出して解決しようとしても難しいのではないかと思います。また、習慣が違っても私たち日本人と同じようにその地域において生活していくのですから、1人の人間としてどのようにどう関わっていくのかが大事だというふうに考えています。

【小林】 どうもありがとございました。最後になりますが、山形大学精神科の桑山紀彦先生にお願いいたします。桑山先生は、精神科医ではありませんが、むしろそれ以上に、現在、異文化外来のほかに、山形市で外国人医療119番をやっているって、NGOの立場から病気になる前にどのようにサポートしていったらよいのか、お話ししていただければと思います。

山形市における医療119番活動

【桑山】 医療情報センターを開設させていただ

ておりますが、まずスライドからお願いできますでしょうか。私たちの山形県は、本当に東北の田舎を抱えておまして、昔から農業が主要産業でした。従って、雪になりますと、皆さんにイメージしてもらうために持ってきたのですが、ことしの2月、豪雪に見舞われまして、この地域は花嫁さんが集中して入った所なのですけれども、2メートルの雪に埋もれました。次のスライドお願いいたします。この真ん中の家が、フィリピンから嫁がれた花嫁さんの家です。6年前に嫁がれたのですが、以来、本当にたくさん雪に囲まれて、「一番嫌いな色は白」であると言わせてしまうくらいです。その家に嫁ぐことで、どのくらいのストレスを受けたと皆さん思われますでしょうか。私は、フィリピンの花嫁さんに接して、11月に鬱状態が多いことを感じます。それで「11月鬱病」という名前を付けたのですが、それは当然雪がたくさん降るといことも関係しておりますが、旦那さんが今も首都圏に出稼ぎに行っていてそれが11月であり、頼りになる旦那さんもないということで、この時期多くの花嫁さんが鬱状態になったりするのです。その中で、外国人の方がよりスムーズに山形県に住めるようにするためのシステムを考えてみました。

次のスライドをお願いいたします。右側の方には日本語学校というのがあって、その下には各種交流団体・NGO、私たちが所属しております。しかし、なにかセンターになるものが必要になりますので、私たちが「外国人医療情報センター」を開設しております。Foundation、つまり運営には民間の助成財団から頂いております。そして尚かつ行政サイドからは保健所の保健婦さんが重要になってきますので、最近ではファックス通信を用いて繋がっています。

スライド、次お願いいたします。花嫁のストレスですが、やはり第一に、この人たちは日本への定住者なわけですね。ですから、どうしても家族というのが生活の主体になります。そうすると、そのCounter Partnerである夫というものの存在が非常に大きく関わります、非常に理解ある夫を

持つ花嫁さんは色んなストレスはあるのだけれども、それを乗り越えていくことが出来、しかし旦那さんがソッポを向いて「ほんとうは、日本人（の女性）を貰いたかったんだけどな」みたいなコンプレックスをどこかに抱えてしまっていると、花嫁さんは自分の悲しい気持ちまでもストレスに変えてしまって、ずいぶん出口なしの状態が多いようです。都会の花嫁さんは別居家族が多いのですけれども、この間、神奈川で聞いた話によりますと、その別居ゆえに子育てが分からない、子どもにどのようにミルクを与えてよいか分からない、というように都会には都会の、田舎には田舎の外国人花嫁さんの大変さがあるようでした。

そして、二番目に周囲の、花嫁さんとの関係にかかるストレスなんですけれども、残念なことに花嫁さんは皆同じ地域からくることが多いのですが、旦那さんの職業によってお互いが気まづくなったりすることがちらほらと見受けられるようです。たとえば、韓国の花嫁さんですと、今度は出身地によって、あるいは自分の姓名によったりして、「あの花嫁さんは全羅北道の人だから。私はソウルなのよ」みたいな、そういところで本当は地域の少ないコミュニティですから、大事にしていかなければならないのですが、どうしても花嫁さんの横のつながりが出来にくいということがありました。

あとは、日本語能力もその旦那さんによって大きく違うようです。旦那さんが、非常に会話を楽しんでくれるところは、私たち日本語学校を運営しなくても、花嫁さんはどんどん日本語を吸収しますが、旦那さんが無口で、ご飯も「ケ！」と、「食べろ」の一言で、あるいは何かの「いけないよ」も「スナ！」というひと言で終わってしまうと、日本語は、「ケ！」と「スナ！」しかない、ということで、その中では本当には日本語が育たない。子供が生まれたときに、（周囲から）「お母さん日本語が下手ですね」と言われてしまう。そうすると、子どもからも「お母さんの日本語、ヘン」といわれてしまって、出口なしになっていくわけですね。従って、コミュニティ参加という

ものが、どうも花嫁さん同士によっても違うし、国籍によっても違いますし、私たち日本人が大変苦慮する点です。三番目には、妊娠・出産・子育ては、女性ですから、日本人でも同じようにストレスを受けるものですので、特に外国人花嫁さんだからストレスが多いというのは言及できませんが、やはり小林先生がおっしゃる通り、あまりに情報量が少ないので、日本人なら横の人に聞くことで済むようなことも、花嫁さんは隔絶されているがゆえに、あるいは日本語が読めないために、余分なストレスを受けてしまうという傾向がどうもあるようです。次のスライドお願いします。私たちの山形県では概算で500人を超える花嫁さんが、全県に入っております。そのうちの8割が韓国からの花嫁さんなんですね。首都・ソウルからくる人が多いのですが、韓国とフィリピン両方の文化の違いはあるんですが、やはり対応する日本人家族のほうの状況に応じて、花嫁さんのストレス状況が大きく違う。言い換えれば、国によってストレスが違うというよりは、嫁いだ日本人家庭、あるいは周りの日本人の対応状況によって、ストレスの度合いが違うな、というのが一番の印象です。次、スライドお願いします。そういった方で、軽いものは異文化外来というそんな重々しいものではなくて、カウンセリングから始めたり、あるいは一般の人と一緒にたとえば料理の会を開きながら「このごろどうですか」というように相談を進めておりますので、精神科医やカウンセラーだから出来るというものではなくて、皆さん方が日常のなかで外国人の悩みや相談を受けることができるものだと思うのですが、やはりいくつか課題があります。

外国人の方は、困りごとがありますと、どうしても結論をすぐ欲しがられる傾向にあります。日本人は、いろんなことが生まれ育ったところですから、よく分かっていて、少くくらい結論が先に延ばされても、待つということができます。しかし、外国人の方は、その情報が余りに限られているので、「これはどうなりますか」と結論を急がれることがあります。これは仕方のないことな

のです。それに対して、日本人は早めに答えを出してしまおうとすると、それが本当はできないようなことを答えてしまうようなことが多いのです。ですから、外国人の方が早く答えを欲しがっても、それにはいくつかのステップがあって初めて答えが出る事を教えてあげて欲しいと思います。後は、やはり、これは家族が中心ですので、家族を中心としたカウンセリング、家族を巻き込んだ話し合いがどうしても必要になります。外国人の方だけと話し合っても解決する問題でなくて、家族のなかの接し方が重要な鍵を握っているという意味です。

次に、コミュニケーション手段を画一化させないということです。Non verbal communication、つまり非言語的交流の勧めなのですが、ともすれば我々は言葉しかコミュニケーション手段がないと思いがちですが、精神科の外来でもそうですが、たとえば一緒に絵を描いてみる、あるいは砂場について遊んでみる、粘土細工を試みる、そういう言葉を介さない表現でつながりあえるものです。重い外来などの場合には、絵画療法、箱庭療法、作業・遊戯・芸術療法などいろいろありますが、これは一般の皆さんもなにも言葉が通じないから接しられないな、というのではなくて、一緒に山の絵を描いてみようとか、一緒にハイキングにいてみようとか、そういったNon verbal communicationからみると、外国人の方とは重々つながり合えるのではないかと思います。次のスライドお願い。

これは、私たちNGOでやっております医療通訳養成講座の一コマなのですが、異文化外来のなかで重要な位置を占めます三者電話通訳というもののシミュレーション・モデルです。医療通訳は、やはり私たちのなかの重要なパートナーでありまして、非常に大切なスキル、技術を要求されるものです。従いまして、言葉を話せるというだけで医療通訳が出来るかといえば、決してそうではないのです。その人のセンスやそれまでの生き様といったことが、大きく関係します。そういった意味では、私たちはさらにその上に精神科的な技術

とか産婦人科的知識、あるいは福祉の知識を得てほしいということで、定期的に開催しております。この三者電話通訳というものは、通訳の人にわざわざ病院に来てもらったりするのは大変で、大変忙しい方が多いことでもあり、同時に三人が話せる親子電話を外来に置いていただいております。この写真は患者さん役になっている私の医療通訳なのですが、患者が来たときも医者と患者とそして、ずっと遠くの家に通訳がいても、話せる医療システムを作ったのです。

次、スライドをお願いします。そして、やはり家族と一緒に巻き込んでカウンセリングを行うときも、下手にたとえば一人の旦那さんを責めてしまってはこれまた、よくないわけです。家に帰ってから、「ほら、お前のせいであんなに叱られてしまった」ということで、また花嫁さんが苦しい立場に立たされることになることもありますので、家族療法というのは大変な技術を要求されるものです。そのなかに入る医療通訳の方は、これまた技術があるので、精神科医が中心となって、精神科あるいはカウンセリングのタブーとか、こういうようなことを話したほうがいいよというコツなどをお話しながら、医療通訳の育成に全力を傾けております。スライドありがとうございました。

一般的にいえることなのかどうか別としまして、私が最後に言いたいのは、外国人と接する私たち日本人側の気持ちをもっと考えていかなければならないということです。それは、たとえばある外国の方が山形市に来て、「福祉事務所はどこですか」と聞きます。ある山形の人は「私は知りません」と、言葉が喋れないのでそう言います。二人目の日本人は、「それは大変ですね、困りましたね。それでは私が替わりに行ってあげます」といって、自分で行ってしまう人。三番目の人が「そうですか」といって、ちゃんと道順を描いて、もしもそれでも分からない場合に、回りの日本人に渡せば「この人はいま社会福祉事務所に行こうとしているのです。道を教えてあげてください」というような、日本語で書かれたメモを残してその人に渡す。この3種類の日本人がいるとします

と、一番最初の「知らない」という人はやはり拒絶の日本人です。しかし、私たちが外来をやっていて一番困るのは、二番目のタイプです。「私が替わりに行ってあげますよ」という人なんです。つまり外国人の方が自主性や自分の力を育てているのを、かえって妨げてしまう日本人が意外と多いのではないかと思います。それは過剰なケアにつながると思います。ですから、自分の日本人友達が道に迷っていたらどうするのだろうか、ということ常々頭に置きながら、日本人と同じ土俵のなかで、ただ情報が少ないから沢山与えましょう、でも自分でできることは自分でしてみてください、というところが医療のなかでもカウンセリングのなかでも大事ではないかと日頃思います。ですから、替わりに行ってあげますよ、というのは最後まで面倒をみるのではなくて、自分ができるところまでであとは去ってってしまうケースが多いので、やはり自分がどのくらいその外国の方と関われるかを十分判断したうえで関わってほしいと思います。そして、最後に思うのは、日本人が、自分が日本社会のなかでどのような位置にあるのかを、考えていただきたいということです。たとえば、すごく日本社会を嫌っている人というのは、意外に東南アジアの人をみると、救おうというように言うケースがあります。それは、自分自身が日本人社会のなかでどうもしっくりこない、という気持ちを抱えていて、それを外国人の方に投影してしまっていることがあるのです。そうすると、外国人の方は最初は「助かるな、ありがたいな」と思うのですが、その日本人の方のなかに日本嫌い、あるいは日本に対するシニカルな笑い、シニカルな面があると、それがやがてその外国人の方を苦境に立たせてしまうケースがこのところ、相次いであります。そういった意味で、我々が日本人社会のなかでどのような関わり方をしていくのかを、はっきりさせたいうえで外国人の方と接していく、あるいは医療をやっていくことが実は基本ではないかなと思います。どうもありがとうございました。

外国人医療の現状の纏め

【小林】 どうもありがとうございます。それでは、総合討論に移りたいと思います。いままでお話になった演者の方々、それから外国人コメンテーターの方、壇上にあがっていただきます。外国人のコメンテーターの方のご紹介をいただければと思いますが、自己紹介をお願いします。

【北原】伊那市に住んでいるオーストラリア人で、来日7（または11）年になります。北原と申します。

【村田】 エーデルワイスに入っています。こういう企画は外国人として助かります。よろしく願いいたします。

【小林】 それでは皆さん、よろしく願いいたします。いままでの演者のかたがたのお話を聞いていますと、大体、問題点が浮かび上がってきましたけれども、少しまとめてみたいと思います。

今、外国人の方が来て、日本の中の医療が混乱している。外国人の方も混乱しているのでしょうが、日本のお医者さんや看護婦さんが混乱している。その大きな原因としては、特に、オーバー・ステイが問題になっていますが、たしかに行政、政府の単純労働者に対する建前と現実の社会のギャップが根底にあります。いないといいながら実はそういう方が30万、40万人いるんじゃないかということですね。そこに大きな問題があるのは、もう間違いはないのですけれども、それをここで私たちが討論しても政府が変わるとか、ここで結論が出るという問題ではありませんので、そういう問題があるということを念頭に置いて、ちょっと横に置いていただいて、話を進めていきたいと思います。

あとは、外国人に対するオリエンテーションとかインフォメーションが不足している、たとえば、どういう在留資格の人がどういう医療制度を使えるということが、外国人の方にもわからないし、医療機関の方にもわからない。そういうところで、国民健康保険が使える人が使わなかったり、あるいは結核予防法とか児童福祉法22条等が外国人に

も適応になりますが、そういうことがわからなかったりして、お金の問題で未収が起こったり、あるいは乳幼児の予防接種の問題ですと、実際には国民健康保険に入っていないなくても外国人登録をしていれば、病院の個別接種は受けられるはずなんですけれども、それがうまく受けられない。他の市町村に行って受けようとして受け入れを拒否されたり、様々なそういうトラブルがあります。逆に、外国人登録をしていなければ、日本で予防接種が受けられないかといえば、そうではなくて、有料であれば、どこかの医療機関でも受けられるわけですね。そういう意味では、完全なクロズドではないのですけれども、そういう日本の医療制度に対するオリエンテーション、それから、日本の病院というのはどのようになっているのかなど、様々なインフォメーションが不足しているというのがあります。

三番目には、外国人とお医者さん・医療機関の相互理解が足りないのではないかと、ということです。外国人の方々は、それぞれ日本の国の医療制度がどうなっているのか、よく分かっているんじゃない。逆に我々もこれまで日本人の患者さんをずっとみていたので、外国人の患者さんがいらっしやると、いったい何がタブーで何が食べられなくて、どういう診察の仕方をしたら、こういうのはどうかと思いますが、気に入っていただけるのか、よく分からない。患者さんが怒ったとしても、なぜ怒っているのか分からない。

最後に、いま桑山先生がおっしゃったように、もっと大きな問題は病院を離れて、地域のなかで、外国人の方々を地域住民として受け入れて、慣れない所で、それをサポートしていく様々なシステム、これは民間もあるでしょうし、行政もあるでしょう。そういうものが欠けていることが、混乱の原因であろうということだと思います。そういうことでよろしいでしょうか。

外国人医療問題の本質～日本の医療問題として考える～

【小林】次に進めたいと思いますが、それでは外国人の医療問題の本質はどうかという問題ですけれども、これをよく見定めませんと、また難しいことになるかと思えます。ひとつはこれだけ外国人の方が多くなって10年前、20年前の東京の六本木あたりのように特権階級で生活するような人が少しだけいるというような状況ではありませんで、東北とか松本とか、北海道にいたるまで外国人の方が非常にたくさん住んでいる、という意味では、すでに外国人の医療というのは特殊なものではなくて、地域医療の中の一環として捉えるべきだろうということです。乳幼児の予防接種にしても、お知らせが日本語でしか来ない。松本市では先程、五味先生に伺いましたら、予防接種を受ける家庭に手紙が来るそうで、これは東京都と同じですが、私の住む大和市では市の広報でしか知らされません。しかも、日本語でしか書かれていません。こういう状態ですと、外国人の方が予防接種を受けるというのは難しいということになります。地域医療として、そういう日本語の分からない住民がいるということを認識することから考えなければならない。

それから、二番目に外国人の方にいろいろお話を聞くと、日本の医療で何が問題かということでは、ひとつにはインフォームド・コンセントが日本の医療機関では行われていないということで、不信任に陥るということです。ということは、治療の選択肢ですね。特に産婦人科などではどういうふうにお産をするのか、私は産婦人科医ではないのでよく分からないのですが、ご主人の手を握って生むのか、また、生まれたあと赤ちゃんと一緒にいたいとか、選択を自分でできるようにしたいといえます。あるいは日本の場合ですと、皆と一緒におっぱいをあげるとかは、辛いという人が多いようですが、いずれにしても治療などに際して選択肢を欲しいということです。こういうことは、医師と患者の関係ということで、決して外国人医療に特有の問題点ということではないと思います。むしろ、日本の医療の抱える問題と比べていいのではないかと思うのです。あとひとつ

は、三分診療で日本の医療はよくないといわれていますが、今のような保険医療ではカウンセリングということには全く点数の裏付けはありません。厚生省は、あれほど検査づけ医療はいけないといいつつながら、実際は検査をしなければ、あるいは何かをしなければお金は儲からない、話を聞くだけではお金は儲からないというのが現実です。そうしますと、患者をさばくためにはあまり話をしないで、さっさとしなければならぬ。1人の患者さんに10分、20分と時間をとっていたら、とても経営は成り立たない。そういう意味で、日本の医療の問題点が外国人患者さんを診ることにより明らかになってきたということです。

特にこのことについてコメンテーターの方におうかがいしたいのですが、日本の病院に行つて、一番困ることはなんでしょうか。

外国人から見た日本の医療の問題点

【北原】やはりスピードですね。実際の診療の時間が短くて、不安になります。あれだけの時間でちゃんと診てくれたかな、と思います。そのあと、薬を出される場合にも、薬の内容に関して、詳しい説明が無いのが不安に思います。私自身もそうだったのですが、薬をもらう時にかなり異様に見えるのですよ。

【小林】たくさんあるという意味ですか。

【北原】そうです。多く見えるので、その中でどう働くか、どういうものが入っているか、よくわからない。飲んでいいのかどうかという気持ちが強くなります。「抗生物質ですよ」と言われて、あと何が入っているのか、よく説明されないとか、そういう問題は、たまにあります。

【小林】セレルさんいかがですか。

【村田】2、3ヵ月前でしょうか。ある外国人の友達が、お姉さん、病院に連れてつてと言っていたのですね。それで病院に行きました。その前に病院に行つて何か具合が悪いと言っていたのですよね。その時には、椅子に座った友達を、ただ、見ているだけなのです。「ちゃんと食べなければ

いけない」とそれだけなのです。そして「じゃ、この薬飲んで」と。その友達、その後ちっとも具合がよくなっていない。それで、うちに電話が掛かってきて、違う病院に行ったのです。私が通訳をしたのですが、その外国人は妊娠していたのです。その前の病院では、食べてないから元気ないよという診断でした。一番問題になっているのは、言葉なんです。

【小林】多分、外国人の患者さんに優しく、日本人の患者さんにつけんどん、またその逆に日本人の患者さん優しく、外国人の患者さんにつけんどんというお医者さんは恐らくないと思うのです。やはり、基本的な患者さんに対する姿勢というものが先生によって違いますし、たまたまそういう人にあたっただろうということを残念ながら思うのですが。さきほど、打合せのときに話がありましたが、病院に行ったら最初にお金のことを聞かれたというのですが、それをちょっと皆さんお話いただけますか。

【村田】体がなんか悪いというので病院に行った外国人がいました。病院に入って、インフォメーションのところで、「こういうところが痛いので、先生に見てもらいたいのです」と言ったところが、「お金持っているのか。ちゃんと払えるのか」と、最初の言葉がそれだったのです。インフォメーションのところはしょうがないのですよね。「オーバーステイの人だからお金持っていないのだろうな」と。でも、言い方があるのではないのでしょうか。たとえば、診てから「あなたはこういう病気なのよ。これ治さなくちゃいけません。それで、これくらいのお金がかかりますよ。大丈夫でしょうか」というのなら許せるのですね。それが「お金あるのか」「ちゃんと払えるのか」、というのはちょっと……。

【小林】五味先生、いかがでしょうか。

【五味】実際に、私、外国の方々を診察しています、たしかに村田さん、北原さんご指摘の通り、ようするにインフォームド・コンセントが確かにない、ということは認めざるを得ないと思うのですね。なぜ、そうなのかといっても答に困るので

すが、私も含め日本の医者というのは、外国人が来ましたよと事務員に言われますと、「ちょっと言葉に困るな、どこが悪いのかな」というのがすぐに頭に浮かぶのですね。それで、忙しい中だと、日本人をざっと診ておいて最後にゆっくりと診よう、という感じになるわけです。日本人を診ていて後になると、精神的にも非常に疲れてきます。その患者を診る頃にはヘトヘトになって腹も減っているということで、短気な言葉になりやすいというのは私自身が体験していることですから、認めざるを得ないわけです。私の受け持った4月から8月の5ヵ月間に114名の患者さん、特に東南アジア系の方が85%で、先程桑山先生が触られましたように、どうもストレスからくる心身症、あるいはストレスからくる精神科疾患というケースを、私は外科ですが、そのなかで自殺未遂というのが4件ありました。睡眠薬を飲んだ例が3、手首を切ったところが動脈ではなく静脈を切って死に切れなかったというのが1例でした。それから、外国人の犯罪、傷害罪、日本人の頭を打撲して2週間のけがをさせたというのがつい最近ありました。それから、パート先の社長と喧嘩した例。これは、大事な機械を故障させて、社長室にいったところが、怒鳴り散らされてカッとして社長の頭を殴りつけたということで、これもつい2週間近く前のことです。

お金にまつわるインフォームド・コンセント

【小林】我々、商売をしておりますので、やはりお金のことを言わずにられないのですね。私自身も医院を経営しております、「お金はいいよ」というと、従業員の生活も私はみえていますので、そう言う経営者として落第になりますので、そのへんをいかに経営面を考えながらさらに医療をするかという、お金のことに関してはある意味では相対するものをうまくやっていかななくてはなりません、確かに私も診察のときにお金のことを必ず聞きます。「きょうは、いくら払えますか」と。大切なことは、それだけで終わってしまうと

言葉足らずになってしまいますので、そうではなくて初めに診察をする、あるいは「私はなるべくあなたの持っているお金の範囲内で済ませてあげたいので、持っている所持金を教えてほしい」というようなお話をしていけば、うまくいくのではないか。それは広い意味でインフォームド・コンセントのひとつだと思うのです。お互いにお金のことをたずね合いながらですね。お金のことを聞いたからといって、それによって医療を切り捨てるというのでは決してないと思うのです。現実に私自身、開業してこの2年、延べ3500人くらいの外国人患者さんを診ていますが、その中で医療費の未納は～私のところは外来しかなくて、高額になる入院がありませんから、そういうところと比較になりませんが～それでも、1件しかありません。これは、不法滞在の人ではなくて、留学生の女の子が国民健康保険に入れるのに入っていなかった。そして私の所の事務の女性が、彼女が国保に入るというので、保険の分3割しかもらわなかったので、残りを払わずに帰国してしまったというこのケースだけです。これ以外は、お金がないという場合には、貸してあげるという場合も30件ほどあります。私のところは、保険外診療が10割ですので、比較的安いと言えそうですが、実際に周りの公立病院をみますと、15割、私のところの1.5倍高くなっていますので、それでも貸しても、2、3年の間に返してくれます。いままで、嘘付いて逃げたというケースはなくて、従業員がよく「大丈夫ですか」と聞くのですが、あとで返してくれて「信用しててよかったな」と思ったことが非常に多いのです。やはり、お金が未納になってしまったという中に日本の医療機関側にも問題があるケースがあるのではないかという気がするのです。たとえば、救急車で運ばれてきても、ありとあらゆる検査をすとか、そのへんの問題というのがないか。いま、卒業したら色々なマニュアルで、こういう患者が来たらこういう検査をなささいというのが沢山あって、私も卒業のときにたたき込まれましたが、あれと同じ医療をやっていると、こういう問題というのは大きく

なると思います。

外国人医療に取り組む理念

【小林】では、外国人医療に取り組むときの理念は何だろう、ということになります。なぜ理念、理念とうるさく言うのかといいますと、いま、医療機関の経営が難しくなっている中で、このような問題を内包している患者さんを切り捨てるのではなくて、いかに診察をきちんとするかということを考えて、中途半端な気持ちでは対応できないしその場限りでは対処できないのです。なぜなら、患者さんは何十万、何百万という数がいる。これは、医療に限ったことではありませんが……。これは、大浦さんにお聞きしますが、地域のなかで外国人の方を、TILLでサポートしていらっしゃる、その理念というのは何でしょうか。

【大浦】やはり、相談をしてくるという裏には、直接病院に行きにくいことがあると思いますので、その裏にあるものは何かという、気持ちを汲んであげられるようにしたいと思っています。ただ単に、「言葉の通じるお医者さんはどこですか」と外国人が聞いても、もう一步、丁寧に診てくれる、日本人と同じように診察をしてくれるお医者さんはどこですかという意味が含まれているのではないかな、と感じています。

【小林】桑山先生、先程、自立の話で、それを促すというお話をされましたが、先生方が、NGOに取り組む理念といいますか、特に自立を目指して、といいますか先に結論めいたものを言っていますが、その運動理念、どのようにサポートしていけばいいのか、その方法ではなくて、どういう方向に向かってサポートしているのか伺えますか。先程先生がおっしゃったのは、将来的には自立をしていくような、ということでした。

【桑山】私たちのNGOが目指しているのは、とにかく日本語学校なのですね。医療情報を提供できるようにする。というのは、明らかなハンディキャップですね、日本語を話せないということと情報が届かないということは。これは日本人と比

べてみても、非常に恵まれない部分なので、その補填は早急にしなければならぬけれども、もしも日本語がよく話せてなかつ、医療情報が十分に読めるようになったならば、逆に私たちの仲間になってもらって、新たに来た人たちのワーカーになっていただくというのが計画です。ですから、自立というそんな立派なものではなくて、僕等だって自立していないわけですから、その意味では、日本人と比較して不足している分を補う分には必ずNGOが必要なのですけれども、それから上は対等というか全く同じ、ここに住んでいる同じ人間という、それがNGOの任務だと思います。

【小林】話が前になります、いまから10年くらい前になりますか、インドシナ難民が初めて日本に定住が許されたのは、そのとき初めて日本という国が大規模に難民という人たちを受け入れたということです。そのとき、各地にたくさん、特に神奈川、兵庫、東京ですね、インドシナ難民を受け入れるあるいは、サポートしてくれる組織ができた。ところが、どうやってサポートしていくのか、という点について非常に議論が分かれたりしたことがあります、従って、先程桑山先生がおっしゃったように、自立を目指して、出来ないところは日本人がサポートして差し上げて、それ以外のところは自分たちで頑張りなさいとやったグループ、あるいはこういうと表現が悪いかもしれませんが、すべてがすべてやってあげたようなグループまで様々ありました。長い将来を考えますと、やはり彼らがいかに自立ができるかと、自立を手助けするというようなところに運動方針を置いておかなければならないのではないかな、という気がします。特に医療機関ではやはり、外国人医療に取り組む理念といたしますと、日本人といかに平等に扱うかということだと思います。外国人だから診ないというのはとんでもないことです、平等というのは非常に難しいのですが、言葉ができない、なにしろそういうハンデキャップは補って差し上げる、ただし、逆に日本人にしないようなサービスをするというのは、日本人に対する逆差別ではないかと私は思うのですね。た

とえばですね、ディスカウントの問題がでていますが、私はいろいろ悩んだ挙げ句、ディスカウントしないという方針に踏み切ったのもひとつはそれなんです。日本人の患者さんはどんなにお金なくても、私自身がディスカウントに応じるわけではないのです。そういうことをすると、「なぜ外国人だけ安くして、私たちは差別するのか」という声が当然出ると思います。これは典型的なひとつの話ですが、そういう意味でもいかに日本人の患者さんと外国人の患者さんが、同じように扱われていくのかということを考えていきませんと、逆に地域のなかでいいことをやっているはずの医療機関が日本人の患者さんがどんどん来なくなって、すぐ倒産するというような話があるのです。実際私が住んでます隣の市のある歯科医院なんですけれども、外国人患者さんがたくさんくるようになりましてどういわけか日本人の患者さんがどんどん減ってきたのです。そのうちに働いている従業員の方が、「先生、私辞めたいです」と大挙して辞めちゃって、その先生が経営できなくなって、歯科医師会の会長に相談にいった、会長が保健所の所長さんに相談にいった、今度は所長が私のところに「どうしたらよいでしょうか」と相談に来たケースがありました。やはり、日本人の患者さんのことも十分に考えてことを進めませんと、地域の医療機関としては存続が難しいということはあるのではないのでしょうか。先生、いかがですか。

未収金の問題

【五味】たしかに、"いてはならない" 不法滞在という外国人を診療していて、これは私たち医者としてはあくまで人道的な立場で診療しなければならない、経済性を全面に出して診療することは、医の道義といいますか人道上的ことから反するのではないかと思います。たしかに未収金という問題はありますが、これは違法に滞在する外国人に対して、行政では負担しきれない、というよりは行政をお願いしたってそれは、正しい日本人、法

的に叶った日本人から税金をとって、違法の外国人に対してなんで医療費を補填する義務があるのか。同じ日本人として、行政としてこれは正しくない。だから未収入金は一切、補填することはできませんと、こういう返事なのです。たしかに行政の言い分は正しいと思います。それで私たちも何もいえないのですが。私が松本市の「医療119番」を開いて未収入金というのはかなりあります。この間、埼玉県医師会で外国人による未収入金が一年間でどのくらいになるか調べた結果、2130万くらいでした。長野県は埼玉県の6分の1くらいしか外国人はいないのですが、それで未収入金は231万円です。私は、ここに医療法人協会のニュースのコピーをもっているのですが、協会では未収入金を推定10億円とみています。それから、自治体病院協議会の推計では、大体9000万円と出ています。これは、はっきりした数値です。なにやかにやで、公私合わせますと10億円の未収入金になるのではないかとみています。その未収入金対策をどうしたらよいのかということですが、私は5つくらいを考えまして、いまかなりの感触もっています。

ひとつには、県の医師会に緊急対策費というのがありまして、これは夜中に日本人患者が運ばれてきて未収入金があった場合に、その患者さんに対して補填するという内規があります。それを外国人に対して適応できないかということです。その緊急対策費というのは、県の衛生部から補助金として来るもので、県の緊急対策費を増額してもらう方法がある。もうひとつは、故里創生の1億円は松本市は預金してあり、その利息が大体500万円ある。そしてその500万円を何に使っているのかといえば、花一杯運動というので全国に先駆けて行っています。それで、その花は半分にして、250万円くらいを未収入金にしてもらえないか、医師会の緊急対策費として増額してもらえないか、それを未収入金の多い病院に均等払いしましょうという話があって、現在進んでいます。それから、県の衛生部長のほうにも話をして、県の緊急対策をしてもらえるようにするという、ほ

かにもあって、1年か2年の内にはかなり具体化して、補填はできるだろうということです。このまま法律を放置しておく、まさに10人に1人が外国人の人ということになれば、いまは10億円の未収入金は、おそらく30億円、40億円という大きな値になる。これは、医療機関の生死の問題になってくるわけです。みなさんのお知恵を借りながら、ぜひとも解決していきたいと思います。

外国人側の努力も必要

【小林】次にですね、日本サイドと外国人が各々でこういう問題に取り組んでいきませんか片手落ちになってくるのではないかと思いますか、まず先に外国人の側からのことでは、私自身は、こういう状況ではひとつには自分で自分の身を守る努力をしていただきたいと思っているのです。すべての方が努力が足りないというわけではありませんが、やはり我々も海外に行くときに海外渡航用の保険に入るように、ああいうものに入ることですね。あるいは、働いているといつ病気になるかわからないわけですから、最低、自分の医療に関するお金はなんとか自分の手元に残しておくとか、そういう方法がとれるようにするとか、あると思いますが。アンドレアさん、いかがですか。

いま私は、話をなにも言わないでどちらからといえば、労働者の話になってしまったので、主婦の目から見るとお分かりにくいかも知れませんが。たとえば、病院に行くにしても、言葉ができない方が突然に行くよりも、自分の国の方で言葉ができる方に一緒についていってもらうとか、そういう努力をしていただければ、比較的医療機関のほうも受け入れやすいのではないかと、思うのですね。

【北原】私自身、主婦ですのでそういうのはありませんが、一緒に行くような人はいるようですし、地方に行くほど、その地方に長く住んでいる方に頼っていくことが多いようです。取り組みとして、私の地域のことはよくわかりません。

【小林】セレルさん、いかがですか、その病院で

お金の問題にしても、お医者さんから言われなくても、むしろ患者さんの方から「このくらいのお金で診療してほしい」ということを、気がつかない先生もいらっしゃるのですから、そういう場合に、外国人のほうからお話するというのはどうですか。

【村田】私が聞いたのは、病院に行くから「お金持っている」ということなんです。病院に行くと、必ずお金がかかる、健康保険がないから、なにしろお金がないと駄目。たとえば妊娠したときに、病院に入れてくれないから堕ろすしかない。堕ろすのは病院で、入ってすぐ退院する。子どもを生むのは三十何万円もかかることは分かっているのですけれども、オーバーステイだから駄目、母子手帳がないから駄目よというお話が結構あるのですよね。だから、病院の先生は外国人をペイシエントではなくて、同じ人間として見てほしいのです。

【小林】その通りですね。日本の医療制度とか病院の習慣というのは、外国人に知っていただきたいし、またある程度受け入れていただきたいという気持ちもあるのです。ちょっと語弊があったなら許していただきたいのですが、とくに欧米の方とお話していると、私はこういうお産の方法でなければ絶対いやだという主張が強い気がするのです。そのとき問題なのは、お医者さんがどっちが学問的に正しいかという議論をふっかけるとどうしようもなくなってしまうことがあるのです。たとえば、中国系の方ですと、妊娠していますとおなかを冷やしてはいけないというので、サラダは絶対食べないのです。ところが、病院でサラダが出てくると、すごいけんかになることがあるのです。その時にお医者さんの方で、学問的にサラダを食べても大丈夫だといっても、そこで話が見えなくなってしまうのです。むしろ、それよりは、彼らはそういう習慣のなかでずっと暮らしてきたのだということを知ることが、メンタル・ヘルスケアのひとつだと私は思っています。日本の医療のそういうことを知っていただいて、ある程度は、どちらかが良い悪いという問題

ではありませんが、歩み寄りのところがあるといいのですが。北原さん、いかがですか。

【北原】私の初めての医療の経験は、急性盲腸炎でして、いきなり入院させられて、手術したのですが、なぜ私自身日本語が通じるのに、お互い理解できないのでしょうかということがありました。病院側としてこうですよ、と言われても、「何で」とどうしても聞くというか、特に欧米人としてはありますので、そこで納得する努力がお互いに必要なのですが、感じとして、分からないのは自分だし痛いのは自分なのだから、自分中心に考えることになりますので、先生の立場としたらそこがとて難しいところだと思うのです。ですから、どうやったらいいといわれても、こちらとしても困るのですが。病院案内自体がなかったのです。それだけでも違った。実際の病棟のなかの生活自体もかなり違うようですから、お風呂の問題とか、先に説明があると違うかもしれない。

【小林】たとえば外来に通っている間、将来、自分が入院するとわかっていれば、病院の中を案内してみせてあげるとか、そういうのはどうですか。

【北原】そういうのは大事ではないでしょうか。実際に自分の目で確かめるというのは、特に違う国のことですので、大事だと思います。自分自身、いい経験をしたのは、昨年お産したとき、積極的に聞いたのです。病棟は別の階にあったのですが、お産の前の妊娠中に実際に見に行ったりして、病院側も受け止めてくれました。しかし、それがどこの病院でもできることなのかどうか問題になるでしょうし、自分としてはその姿勢があったので病院もそれなりに応えてくれたのだと思います。

日本人側の努力

【小林】それに対して、日本人の側が何をしたらよいのかということです。行政であるとかNGOによっ何をしたらよいかは少しずつ違ってくると思います。行政に関しては、もう少しインフォメーションをきちんとしてほしいと、私自身は思っ

ていることです。民間団体のことはまた後で話をしたいのですが、医師、医療機関がすることとして、言葉をどのようにするかということですね。通訳を置けるのならいいのですが、置けなければどうするかです。そのときには、先のTILLでつくっている問診表ですとか、あるいはAMDAの医療情報センターがつくっている診察補助表ですとか、松本市のものもありますし、そういうものが各地にできてきました。私どものセンターにも茨城県のある産婦人科の先生から、十数ヶ国語で産婦人科専用の診察補助表ができて送っていただいたのですが、中を見てもものすごく詳しくて、これ以上の物は作れないのではないかと思ったりです。こういうものをなんとか利用して、窓口で言葉がわからないから患者さんを断るという悲劇だけは、どうしても食い止めなければならないと思います。プライマリ・ケアだけは、必ず行うという姿勢だけはなんとかしなければならないのではないかと。あと、病院の中と外の掲示でも、日本の大きな病院の中ではお年寄りが、場所がわからずにあちこち行っているのを見かけますが、英語以外にもいくつかその地域の外国人で多く住んでいる方の言葉で案内とか表示を、診療科目とか、診察時間とかくらいはあるのが親切ではないかと。そういうことを出すことで、逆に「この病院は、我々を受け入れてくれるのだな」という姿勢の表れで、患者さんにちょっと入ってみようかという気持ちにさせると思います。あとは、医師の努力としては、インフォームド・コンセント、それと治療の選択肢の問題など、いくつか実践していけば、どうにかなるのではないかと思います。

最後になりますが、日本側の努力としては地域で受け入れる、サポートする組織ですね、これはNGOのこともありますし、家族ということもありましょう。そういう場合、こういうことに気をつけてやるといいのではないかとことをひとつずつお願いいたします。

【桑山】そもそも、文化というのは相互交流というのが大前提だと思いますので、日本を知っても

らう材料は結構そろっているのですけれども、相手の花嫁さんなら花嫁さんの人生経験や背景ということに興味は払われていないということがストレスの源になっているので、やはり日本人側の努力としては、まず知ってほしいという希望と、知ったほうがいいですよというところから始めてほしいと思います。その後の課題はいまのところよくわかりません。

【小林】大浦さん、どうですか、TILLのような組織を引っ張っていろいろなご苦労があるのは、我々も情報センターをやっている分かりますが、どういふようなところに気をつけて、もしも各地に組織ができるのなら、どのように手をつけていったらいいと思いますか。

【大浦】やはり、少しでも外国のことに理解のある人や関心のある人を核にして、私たちが聞く耳をもてるようにして行くと広げられるかなと思います。

総合討 論

【小林】ちょうど、10分余りました。会場の方にも、お聞きになりたいこと、それと「お前たちの言っているところが違うじゃないか」というご意見をお持ちの方がいらっしゃるかと思います、ぜひお願いします。どなたか。

【会場発言①】問題が一つ抜けていると思います。外国人の数が増えたことによって、日本になかった病気が出てきたということがあると思いますが、それは時間がありませんのでここでは置きます。外国人医療費の問題に関して参考になるのは身体障害者に対する制度ではないかと思えます。身体障害者は非常に増えておりまして、いま240万人いるのですが、それが5年で20%ずつ増えております。この人たちの雇用するために、労働省では雇用率システムというのをとっております。つまり、大きな企業は1.9%、つまり1000人に19人、小さなところは16人雇わなくてはならない。もし、雇わなければ罰金があるというように法律で決まっているわけですが、ちょっとそれ

に似たような外国人を雇うようなときには、雇う人でもけっこうですが、天引きでもいいですが、必ず掛け捨て保険を課すことを義務にしていけるのかどうか。当然外国人側のオブリゲーションで、外国人を労働力として使うための義務として責任をとっていただくというのは、いかがでしょうか。五味先生いかがでしょうか。(編集部注=1.6%は民間企業の場合、1.9%は特殊法人の場合というのが正しい。ちなみに官公庁は2%)

【五味】日本人の労働者というのは、国民階級保険で99.9%が入っています。健康保険に加入する場合には、従業員を雇い入れている場合には、政府管掌保険に加入しなければならないことになっています。ところが、外国人に対しては、1年間の研修を終えて、外国人登録を終えていなければ適用になりませんよということになっています。国保も、松本なら松本に定住6ヵ月していなければ加入できないということになっています。というのも、バーとかコーヒーショップなど小さなテナントで入った従業員が健康保険に入って、たとえばこういう例があるんですね。肝臓なら肝臓が悪くて入院したくて、松本に来たのですね。そして、保険料を1回分払ったら保険で入院できるのですね。そういうことで、1回分の1500円の保険料を払って、某病院にはいって2ヵ月、3ヵ月かかって治して、その治療費が150万円なりになれば、第1回だけの保険料だけでその人は150万円の治療費を市から出していただいて、そして治った暁には、そのコーヒーショップをたたんでどこかにいってしまうという例もある。そういう例があると、市の窓口について健康保険をお願いして、これで何年間も保証されるというのは市としてどうしてもできないという意味ですね。外国人も国保の適用をされるわけで、来日即加入はできません。留学生の場合には、1年留学の場合には国保加入はできるのです。しっかりした保証人がいる場合に限ってできるわけです。我々が、未収入金で一番問題にするところは、いてはならない外国人がいる、そういう方たちが比較的我々の病院を訪れるところに問題になるのです。ご指摘のよう

な場合の未収入金というのは、まずありません。

【小林】国民健康保険の話は、今年の3月に厚生省の通達があり変わってきたので、五味先生のお話とちょっと違ってきました。バーやキャバレーで働いている女の子でも、日本に来た時の滞在資格が3ヵ月しかなくても、たとえば経営者と1年間日本で働くという契約書を交わしていれば、認められないこともないというのが現実です。ですから現実には、3ヵ月しか契約書をもってきませんので、そのために入れないというのが現状です。その他になにかありますか。

【会場発言②=SHARE:西田】今回、こうした大きなパネルディスカッションができた大きな理由のひとつは、やはりビザをもたない外国人が増えてきている、そういう方が医療機関にかかって問題が生じてきているというのが、やはりポイントになってきていると思いますので、その点についての話をしっかりしていただきたいと強く思います。その一つは、一般診療にかかる20割から30割請求されて、骨折で1週間入院して手術すると100万円請求されるという実態があります。そうした実態から目を外さないで、どうしたらいいのだろうという提言をこの学会が出せるぐらいの視点でこのディスカッションがあるといいなと思いました。たとえば、短くいいますが、政府に働きかけるのをなしにしようと先ほどおっしゃったので、せめて一般病院が20割、30割の請求するのをみんな10割にするというような提言を出すというのを希望します。

【小林】なかなかむずかしい問題ですね。私のクリニックは10割でやっていますが、それはこういう資本主義社会では経営に関係してきます。日本の保険制度では、東京や沖縄でこれだけ物価は違うのに、医療保険点数というのは同じです。実際に看護婦さんの給料も違いますし、看護婦さんを雇ってマンションに住ませる費用も違いますし、そういう中で、自費診療をどのように決めるのかというのは、その病院の経営条件によって違いますので、私自身は10割でやっていただきたいと思いますが、それを強制するというのは

むずかしい。ほかにいらっしゃいますか。

【会場発言③＝岩手県国際交流協会】北原さん、または村田さん、または桑山先生に、コミュニケーションの問題で質問したいと思います。岩手県の国際交流協会でも、県の医療機関の調査をしたところ、そのときに日常的に皆さんの使う言葉と医師が習う言葉が違っているの、同じ言葉でも通じないのではないかというご指摘がありました。村田さんや北原さん、その当たりのご経験はいかがですか。桑山先生には、医療ボランティアを育成する際に、どのような点にご留意されているか、どのようにされているかお聞かせください。

【北原】自分の経験として一つありますのは、実際に英語を話せる先生などでも、同じはずなのに通じないことはあります。そのときには、自分としては聞き直したりしますが、日本語があまりできない人の場合にはそれに随分時間がかかるようです、説明の納得がいくまでは。

【村田】日本のなかでも、アクセントが違います。私の場合にも東京や違うところに行くとき分らないのですよね。「先生、もう一回お願いします」と聞きなおしますが、向こうが何回言っても分かりません。そんなときも困るのは先生なのでしょうね。

【会場③】それは方言が分からないということですか。

【村田】そうですね。

【桑山】手短かにいえば、通訳をいくら育成しても、どうしても医療のなかでポツカリ穴があくところがありますので、私たちはInternational Social Worker という概念で、ISW と呼んでいるのですが、その穴埋めをするべく人材の育成も始めました。それは、あらゆる面で、お世話をするというわけではないのですが、医療のこともあるいは、口を効くということですね。つまり医師と患者が、医療通訳が間に入って一生懸命言語の交流をしても、ポツカリ穴があいたところは必ずあとで歪みとなって出ますから、それを拾えるように、あの子の先生の言うことがわからなかった、あのときこういうふうに使っていたのではないかという

ことを拾えるようなソーシャルワーカーの同時進行と申しますか、その一緒に働くような場をつくってあげればと思っていますし、その存在で穴埋めできればと思っています。

【五味】どうもありがとうございました。最後になりますが、上松歯科医師会の佐藤先生いらっしゃいますか。コメントをお願いしたいのですが。

【佐藤】栃木のTILLの方も作っていらっしゃいましたが、今回我々も、7月に外国人のための予診表と診療マニュアルを作りました。国境を越えて治療をしてあげることが大事だという精神で今回作ってみました。全国に通じるとは思いませんが、各地で日常暮らしている外国人に協力していただいてこれが出来たわけですが、そういうネットワークづくりの大切さと、今回作ってみて感じたのですが、やはり日本人自体がたとえば障害者の人が車椅子で町を歩くとすごく不便を感じるし、それから寝たきり老人にする、外国では寝たきりにしない努力をするという医療のなかで、日本人は外国人のこういう問題で試されているのではないかと思います。

【小林】先ほどの方がおっしゃいましたが、外国人の方に多い疾患に対する知識もきちっともっていなければならないと思います。マラリアとかその他もろもろの病気がありますが、一番大切なことは、この間も新聞に出てましたけれど、どこの国の人にどのような病気が多いかということが明らかになるに従い、外国人が差別や偏見に晒されないような医療職の知識、それから彼らのプライバシーを守っていくことが必要なことではないかと思う次第です。本日はどうもありがとうございました。

ワークショップ –(1)

「国際協力に参加してみよう」 Let's Participate in International Health Cooperation

司会：中村安秀（東京都母子保健サービスセンター）
国井修（栃木県栗山村国民健康保険診療所）

保健医療の勉強中、あるいは卒業して仕事を始めたばかりのフレッシュな若者たち、国内で責任ある仕事をしている中堅の人たち、また、保健医療従事者としての仕事を全うし第二の人生をスタートする先輩方の中で、国際保健医療協力に関心を持つ人は近年確かに増えている。

今回ワークショップはいろいろな立場の方々に積極的に参集していただき、ワークショップ会場の閉場ぎりぎりまで熱心な討論が行なわれた（会場係の方、ゴメンナサイ！）。以下は、非常に自由な議論を司会者が主観的に記録したものである。

「国際協力に参加してみよう！！」という自分たちの主体性を問いかけるテーマでもあり、指導的な立場にある人をゲストスピーカーと呼ぶのではなく、これから国際協力に関わっていこうという人たち自身がスピーカーとなり、フロアとなり、自由に発言してみよう、という趣旨でワークショップの幕は上がった。

まず、スピーカーとして、二木朗江(信州大学ICU)からはシリアでの青年海外協力隊を経験することで今の仕事の上で許容度が広がったという実感が話され、国井修(栗山村国保診療所)からは学生時代の夢であった海外での国際協力をできる日々を待ちつつ今の村の医者としての日常がいろんなところで海外とつながっている状況が語られ、田村正徳(東大小児科)からは湾岸先遣隊の不完全燃焼とトロントでの留学経験を重ね合わせいま臨床医として国際協力に馳せる思いが語られた。

その後、いろいろな立場の参加者から種々の意見が出された。多数の参加者から、国際協力の現

場で長期にわたって仕事をしてみたいと思っても、仕事のこと、家族のこと、経済的なことなどの「しがらみ」の中で迷ったり、ためらったり、悩んだりする姿が赤裸々に語られたのが印象的であった。また、現在カンボジアで働いている人やその配偶者からも生活者から見た国際協力が語られた。

個人的な意見ではあるが、以前よりは国際協力に参加する機会が増えている現在、求められているのは「見るまゝに跳べ」という不確実な世界への跳躍ではないだろうか？ともあれ、自分の生きがい、仕事の上での将来展望、そして結婚や子供のことなどの人生設計をも含めて本音を語り合う中から、ひとりひとりの参加者がいろいろな形で国際協力に主体的に参加できることを実感し、明日からの日常の保健医療活動に何かしら浮き浮きした気分で戻っていただけたとすれば、企画者の望外の喜びである。

ワークショップの最後に学生から、今後国際協力の仕事をするためにはどんな勉強をすればいいのかという具体的な質問が提出された。どこで、いつ、どのようにして、国際保健医療協力に触れ、知り、学び、行き、そして住めるようになるのかという切実な課題である。個人によってそのアプローチは異なるであろうが、具体的な情報や体験談の集積といった入門者のためのガイダンスが要求されている。いま急速に裾野が広がりつつあるわが国の国際保健医療協力にとっても、未来を担う人たちに的確な情報を提供することの重要性を改めて強調するとともに、この分野での今後の学会の活動に期待したい。

日本の国際保健医療教育 International Health Education in Japan

司 会：郡 司 篤 晃（東京大学）
内 山 三 郎（神戸大学）

日本の国際貢献、国際協力の在り方について様々な論議がなされている。筆者らは日本国内15名の研究組織で文部省科学研究助成による「国際保健医療教育推進のための基礎調査」を実施している。研究目標とその内容は①国際保健の概念と定義を明確にする。②国際保健医療教育内容の検討。③日本国内医学部医学科および保健学科での国際保健医療教育ガイドラインの作成。④国際保健医療教育テキスト（案）を作成する。⑤教育試行と評価、である。

本ワークショップは、班による過去の研究成果もふまえて、日本の国際保健医療教育をめぐる討議・討論のために企画された。郡司篤晃の司会による発言者は以下の6氏（敬称略）であった。長谷川敏彦（前国際協力事業団）、亀岡 雄（文部省）、内山三郎（研究班）、川島正久（医学部生）、丸井英二（東大・院・国際保健学専攻教官）、鈴木庄亮（研究班）。発言内容要旨はつぎのとおりであった。

長谷川氏はわが国の国際保健医療教育の目的は二つあって、まず国外に人を送り出すときに、周囲の人々の理解を高めるためにこの教育は必要であり、これには長時間を要しない。もう一つは、国際保健の専門家をつくるためである。専門性的内容は不明であるが、プランナーとしてのマネジメント能力、疫学知識と技術、ネゴシエイション能力が必要である。そして、日本人国際保健専門家は多くは要らない。

亀岡氏は省として、10万人を目標として留学生の受け入れに力をいれていること、技術協力面に

も重きをおいていること、国際協力については保健医療の外に「開発」を研究する学部等の設置をすすめていること等、行政としての取り組みの報告があった。

内山は昨年度実施の国内調査の結果に基づいて、専修学校を含む日本のすべての高等教育機関で国際保健医療教育の必要性は認識されているが、現状では時間、方法、内容、指導者など不備な面が多い等の報告があった。今後の国際保健医療教育研究のため、日本国内外の状況、諸外国の期待、評価法などの案が述べられた。

川島氏は医学生としての立場から、在日外国人の医療問題、輸入感染症の再認識、「国境なき医師団」の存在と活動等、医学教育の中にもっと取り入れてほしい。さらに、学生の交流プログラムに対する理解と、援助、単位互換などの制度化についての要望もあった。

丸井氏からは新設の東大・国際保健学・独立専攻大学院教育の現状報告があった。卒業学部、専攻の異なる院生の教育の在り方、問題点、将来における国際保健専門家の必要性など語られた。

鈴木氏からは国際保健医療教育における方法論の確立が強調された。その中で生態学的な観察は不可欠であり、地域社会の中にあるフィード・バックの仕組みをポジティブなものに変える必要があること等、国際保健医療教育内容と方法についての具体的な意見が述べられた。

約35名の参加者からは、国際保健教育におけるアーリー・エクスポージャー、パキスタン、バンラデシュでの経験、学部教育、大学院教育、国

際保健学専攻院生の実感、基礎科目、臨床実習、タイの問題、保健婦と看護婦、公衆衛生教育等をめぐる活発な討論と意見交換があった。

最後に司会者から、国際保健をめぐる様々な問

題の討議をまとめることは難しいが、国際保健の本質とは「国境を超えた公衆衛生活動」ということになろうとの結びがあった。

ワークショップ ー(3)

関連分野からの国際保健協力への道 Toward International Health from Related Disciplines

司会：吉村 健清（産業医大）
林 謙治（国立公衆衛生院）

国際保健協りに密接に関連する医学会間の交流を目的として、昨年は感染症関連の学会を中心にパネルディスカッションが開催された。引続いて今回は、予防医学的観点から国際保健協りに寄与すると思われる5つの分野からの発表をもとにワークショップを開催した。

まず、吉村健清（産医大）が13の医学会から構成されている医学国際保健協力連絡協議会から本年2月に出された声明と、7つの提案を紹介し、ついで疫学会の立場から、昨年1月発足した日本疫学会での国際交流委員会の活動内容について報告を行なった。

さらに、疫学は Health Research において根幹となる方法論なので是非疫学的手法の活用を望むと述べた。

林 謙治（国立公衆衛生院）は、日本人口学会では学会としての組織的な国際協力への取り組みはないが、人口問題の専門家が人口対策に対し活発な活動を行っていることや、人口問題に対しN G Oの活動の重要性を述べた。またラテンアメリカの若者に向けた性教育のアニメフィルムを3つの観点（①ラテン文化に沿った作品、②事例重視

のFact film、③言葉によらない作品）を基本として作成されたことが報告され、保健教育には文化的背景を無視できないことを強調された。さらに、世界では、人口転換をはじめとし、いろいろな変化が急激におこっているが、一つ一つの国はその変化の程度が様々なので、この事情を十分配慮した保健医療協力が必要ながことが強調された。

松島松翠（佐久総合病院）は、日本農村医学会において、国際農村医学会、アジア農村医学会と連携をとりながら活発な活動を行なっていることを報告した。現在は①中国から研修員の受入れ（1988年から1992年まで74名受入れ）②PHC推進のための技術協力、③農業による被害防止のための技術協力が中心であると述べた。

川上 剛（労働科学研究所）は、タイにおける産業医学の立場からの国際保健協力の経験を述べた。まず、タイの急速な産業化に伴い労災件数が急激に増加、農薬中毒の増加、さらに繊維産業においては、騒音、女子労働者の夜勤、児童労働などの問題が指摘された。このような問題に対し、単に法規を順守させるという指導では、タイの現状に合わず、労働者自身がこのような問題にどの

ように対処するかを考えさせ実行させる自主対応型、自主参加型のアプローチを支援することが重要であると強調した。

最後に、武井秀夫（天理大）は、本年5月に開催された日本民族学会でのシンポジウム「国際医療協力と文化人類学：医学と文化人類学は何をどう補いあえるか？」の報告を基盤に、文化人類学者が国際保健協力を実施する医療関係者に次の8つの点（①民族医学②医療行動学③現地の人的資源④自然環境と生業形態⑤生活様式⑥集団の社会構造⑦交換と経済・交通⑧文化伝統の全体像）に対する認識を深めて欲しい旨、要望があった。

さらに、人間が生きていくという上で最も身近にあ

る生、死、健康、病気に対しては、それぞれの民族が独自の対処法を確立していることを念頭においた保健医療協力がなされねばならないと強調した。

今回のワークショップで得たことは、国際保健医療協力は、Multidisciplinary Approachが不可欠であること、また、各自の経験を通しての国際保健医療協力の考え方は、現地の現状を多角的に把握することの重要性、ならびにそれぞれの現状に合った協力が必要だという点で一致していることであった。今後広い視野に立った国際保健医療協力の実践とその基盤研究が望まれる。

ワークショップ ー(4)

P H C と病院－効果的な連携の可能性を探る The Role of Hospitals in Primary Health Care

司 会：上 原 鳴 夫（国立病院医療センター）

はじめに司会が討論課題の背景説明を行なったのち、次に3点について討議した。（1）P H C と病院の連携はほんとうに必要なか？（2）なぜ連携がうまくいっていないか？（3）どうすれば効果的に連携できるか？

（1）P H C と病院の連携はほんとうに必要なか？：武藤氏から、D H C（District Health System）の概念と要素（資源、システム、サービス、ターゲット）について説明があった。D H Sとは行政的、地理的に明確な区画内に居住する一定人口（5～50万人）を対象とし、包括的な保健医療サービスを提供し、地域内の権限を与えられた末端の行政組織により運営管理される。P H Cを運用するシステムのことであり、P H Cを強化するため

には各要素ごといくつかの介入点がある。川上氏はタイの地域医療システムを紹介した。タイでは人口数万から5万の「郡」が地域単位となっており、郡病院が予防と臨床医療の両方を受け持っているために、P H Cと病院の連携は比較的うまくいっている。しかしバイパスなどの問題もあり、P H Cから病院に期待する役割として、(i)臨床の場として、入院が必要な病気や管理が難しい病気の治療、および適切な紹介システム (ii) P H Cの基地として、トレーニングと後方支援の提供、が指摘された。討論では、都市の低所得者層の保健問題が重要な課題になってきたこと、疾病構造が変化してきたこと、システムの利用効率を高める必要、などが指摘された。

(2) なぜ連携がうまくいっていないか?：パネリストと参加者の討論の中で、システムのインフラ（搬送体制など）ができていない、レシピエント側の政府は建前上はPHCを言っても実際には高度医療に関心が高い、行政機構上の制約、臨床医の意識（日本で地域医療がある程度うまく行ったのは発想を転換できた医師がいたからではないか）、カバーする地域が大きすぎる、地方病院に配分される予算が乏しい、などが指摘された。ネパールのケースでは教育省と保健省の縦割り行政の問題があったが、プロジェクト専門家が壁をこえて動けるようにしたこと、タイのケースでは、相手側に適切なキーパーソンを見付けることの重要性が指摘された。また、地域設定の適正規模としては、国ごとの事情によって、人口、地理的分布、アクセス時間などが参考になる、とされた。

(3) どうすれば効果的に連携できるか?：伊藤氏から、パキスタン、イスラマバード小児病院が行なっている広域保健医療活動が紹介された。医療従事者やヘルスワーカーの教育講習（下痢症対

策、ARI対策、母乳促進セミナー、小児医療専門家養成講習、TBAの啓蒙、CHWの育成と追加教育）と、病院を基地にした診療活動（病院で行なうEPI, ORT, 成長記録、家族計画指導と、WHOの援助による3村の巡回診療、UNICEFと政府の共同で行なっている総合母子保健活動）についてそれぞれ説明があった。加藤氏は、PHCを支援する上で重要になっている1次レファラル病院（FLH）の基本コンセプト、設計上の考え方と問題点について、例を挙げて説明した。それぞれの地域で求められる機能と役割を明確にすることが、適正な設計を考える上で非常に重要になる。指名発言の仲佐氏は、サンタクルス総合病院について、病院の稼働、地域救急医療、それから地域保健医療活動、というように、段階的に考えていきたい、とした。

本ワークショップの討論をふまえ、今後は、示された問題の個々についての掘り下げと、実際の地域や事例ごとの具体的なアプローチの検討が行なわれる必要があろう。

ワークショップ (5)

プライマリ・ヘルス・ケア： 「女性と開発」の視点から Primary Health Care: from the viewpoint of "Women in Development"

司会：兵井伸行（国立公衆衛生院）

今総会での議論、特にパネルディスカッション「プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）／健康増進と国際協力の将来」の内容を踏まえて、まず北林は、「女性と開発（WID）」の基本的な概念と国際婦人年などを通じたその歴史的な発展を概

括し、「女性と開発」がなぜ出てきたのか、また、プライマリ・ヘルス・ケアとの関わりについて説明を加えた。そして、「女性と開発」の5つのアプローチ、①福祉、②平等、③貧困緩和、④経済効率、⑤エンパワーメント、についての検討を行

なうとともに、〈男性と女性〉の関係を〈専門家と素人〉などの対立関係で捉えることの意味、保健の改善が保健医療のアプローチだけではないという問題提起を行なった。

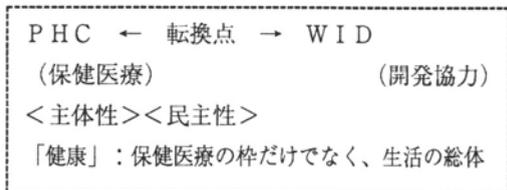
工藤は、東北タイにおける下痢症予防プロジェクトの活動の紹介から、問題点の把握や意識化を大切に住民との話し合いが基本であり、「住民参加型」、「問題解決型」活動の重要性を示した。そこでの「母親」、「女性」の役割の大きさをあらためて指摘するとともに、下痢症の改善におけるトイレや水などの例より、健康改善のためには単なる保健医療のアプローチだけでなく、いわゆる生活改善運動が必要であるとの指摘を行なった。

続いて、田部は、わが国の戦後の生活改善運動を振り返り、施策として生活改善と健康が初めて結びつき、普及員と保健所、特に保健婦などとの協力を通して、地域の特定グループから地域リーダーへと、さらに住民へと普及したその活動形態を、PHCとWIDの観点より議論した。この背景には、GHQ政策や農地解放などがあったとの指摘とともに、現在の発展途上国に見られる事例に照らして、その方法論の反省点についても議論がなされた。

さらに横関は、エジプトで実施されている人口・家族計画プロジェクトで得られた調査結果より、女性の識字や教育程度が乳幼児死亡、避妊の実行、母子の健康、さらには家屋の清潔度などに影響していることを示し、保健医療や生活の改善を支える教育の役割の大きさを指摘した。また、

教育が個人の有する情報量を多くするだけでなく、新しい情報を求める価値観を形成するとの説明を行なった。

以上の議論は、PHCが保健医療の転換点であり、同様にWIDも開発協力の転換点であり、ともに〈主体性〉〈民主性〉を基盤としているという共通性の中で行なわれたものである。



このワークショップで議論された主要な点をまとめると、1) PHC/WIDともに定義が明確でない点はあるが、健康や開発に関する議論を進めその方向性、基盤をつくる上で重要な考え方である。そして戦後わが国の母子保健や結核対策に代表される公衆衛生活動や生活改善活動ならびにこれらを支える〈女性〉や〈教育〉を考えると、現在の発展途上国に対する国際保健医療協力の方法論のヒントが得られるのではないかと、また、そのための研究が必要である、2) 保健医療を問わず専門家は、専門領域を越えた〈相対的〉〈複眼的〉視点を持つ必要がある、3) 〈主体的〉〈民主的〉な話し合いに基づく、「住民参加型」、「問題解決型」アプローチが大事である、の3点であった。

国際研修・各論—研修方法について— Wrokshop on International Training for Health Professions —Educational Methods—

司 会：松 田 正 己 (結核研究所)
豊 島 閔 子 (国際看護交流協会)

会場に約20名の参加者を得、2時間にわたって話題提供や質疑応答が行なわれた。

今回のテーマは、本学会の4回、5回で討議された研修受入れ上の諸問題や、研修のあり方を探った6回の結果を踏まえ、更に具体的な研修展開に焦点を当てた。

1. 結核研究所・藤木明子氏「検査技師の研修方法」

18年目になる4ヵ月間の結核菌検査技術コースでは、カリキュラムのレベルをプレ・テストにより決め、研修の終わりに同一問題による試験で研修達成度や理解度、教育効果を確認している。

実習、ワークショップ、発表が全体の66%で、体験や共同作業をとおして研修生自身が考え、討議し、発表するという参加型セッションに重きをおいている。

また、結核対策の遅れている途上国では医療組織や体制作りの不備、人材不足もあげられる。したがって、技術研修の他に検査業務の評価の仕方や知識の伝達法、マニュアル作りの伝授など指導者養成にも力点を置いている。

2. 国立病院医療センター・楠本一生氏「感染症対策専門家コースについて」

6年目になる中堅行政官を対象とした3週間のコースは講義、施設見学の方法で行なっているが、日本で既に解決した分野の研修を如何に行なうかの難しさがある。現在は、衛生行政分野の講義の比率を少なくし、具体的な個別の感染症疾患対策に重きをおいた研修内容としている。過去の経験

を効果的に伝えるには討議に十分時間をかけることが重要である。いずれにしても、講師の選択が難しい。今後、プログラム委員会を設け対応することも必要である。

3. 済生会本部、前国立身障者リハセンター・落合扶美子氏「中国の看護研修生の受入れ方法より」
「中国リハビリテーション研究センター・プロジェクト」に係り、4年間にわたり20名の看護婦長をNGOとして受入れた。

リハ看護の概念やチームアプローチの重要性を認識してもらうため、研修方法としては①チーム全体の指導計画に基づいた各部所での指導、②看護の指導計画による指導を採り入れた。

結果、ADLの意義、チームアプローチの重要性、看護過程という新しい概念が理解され、病棟看護に導入されることになった。

中国方式のリハ看護確立の礎となるようフォローアップが今後必要である。

4. 国立公衆衛生院・小島光洋氏「日本の研修方法は何を提供できるか」

日本が1984年から89年まで受入れてきた研修員の増加率をみると47%と際立っている。この急激な増加は受入れ側の人材不足などの問題を提起してきた。教える人や講師がイコール海外での経験者では到底対応できない。欧米など他国で得られないものを日本で研修できることが理想と考えるなら、受入れ側の準備、指導能力を向上させるための研修が必要だ。

日本固有のものを掘り起こし、システムチック

に準備することでだれでもが研修に関われるのではないか。日常の現象を見せ、一緒に考え、話し合うことで双方に発見がありプラスの結果が生まれる。

(指名発言) 母子愛育会・小山修氏

アジア諸国の地域母子保健専門家研修を過去3回実施する中で、講義を重ねるよりもフィールドに出て直接住民参加の活動を見学してもらい、ワークショップを繰り返す方が効果的であると結論。研修プログラムを単純化し、自国で地方レベ

ルの行動を研修員が起こせるようにしたい。

どの分野からも挙げられたが観察や発見、体験である。研修員の参画によるワークショップの効果も強調された。しかし、担当する人材の確保や担当者の研修が皆無など、受入れ体制はまだまだ改善が必要だ。

日本が蓄積してきたもの、途上国に伝えられることをそれぞれの分野が整理し研修に係わる人の底辺を広めていくことが必要であろう。

ワークショップ ー(7)

国際保健におけるヘルスリサーチ：大学の役割 Health Research in International Health: Role of University

司 会：丸 井 英 二（東京大学留学生センター）

ヘルスリサーチに関しては、本学会でも今まで何回かワークショップで取り上げたことがある。しかし、回数を重ねるだけでは一般論の域を出ないこともあり、今回は各論の第1回として、国際保健の研究を担う機関の一つとして大学の役割をさまざまな視点から検討することを企画した。それらの視点とは、大学での研究を直接間接に担っている研究者と、その研究をいささか客観的に見ることのできる行政や企業で活躍する方々の目である。

まず、基礎医学研究の立場から東京大学医科学研究所寄生虫研究部の小島莊明教授が、熱帯医学の基礎的な領域を紹介していただき、その中で特にマラリアと住血吸虫症について詳しく、環境との関係を説明された。これらの熱帯病が実は生物学的だけでなく、むしろ地域開発との関連が大きいことが指摘された。それから生物科学がむしろ

人間の生き方そのものにかかわることを強調された。

大学の役割が単に自分たちだけのための学問で終わるのではなく、1) まず科学者としての立場で特定の行動から予測される波及効果にまで言及すべきであり、2) 保健医療の仕事をする人々を作り出し送り出す、さらに3) 社会への啓蒙活動の一端を担うこと、にまで及ぶことを話された。

次に、現在、東京大学大学院医学系研究科で国際保健計画学の教授をされている梅内拓生教授から、WHOで感染症対策にかかわられて外側から大学の研究を見てこられた立場での発表があった。個人から政策にいたる各レベルでの研究の紹介があり、日本の大学での研究に対して世界から何が期待され、梅内教授がネパールで研究と教育とをあわせて行なっていく予定について話された。

かつて金沢大学医学部衛生学教室助教授であり、現在、石川県羽咋保健所長の林正男先生には、大学での研究と行政との違い、あるいはギャップの大きさについて聞くことができた。行政では具体的に何が政策的に重要な問題であり、限られた予算内でいかにして解決するかが関心事であるが、大学の研究者はそうした焦点の当て方をしてこなかったことを指摘された。むしろ、大学が研究室の分室を作るといような形で、世界を相手にしていく必要があるだろうと述べられた。

最後に、いわゆるヘルス・コンサルタントの会社に所属する熱田泉氏が、研究は大学だけでなく、それぞれの機関の研究的役割に境界を引くことはできないことを強調された。さらに海外の保健医

療に関する調査を中心に行っているコンサルタント会社での仕事の進め方が、研究プロセスそのものであるという指摘があった。

予定発表者からの話の後、フロアから活発な意見が出された。熱帯医学では何が重要な問題なのかを共通の場で論じることが必要で、大学だけが独走することは避けなければならない。それを誰が決めるかが問題であること。また、WHOでは健康と開発に関する研究がオペレーショナル・リサーチとして進められていることの紹介もあり、アメリカとの比較もあった。最後に、国際保健に強い関心を持つ医学部の学生からの発言があり、今後もこうしたワークショップがさらに個別の問題にまで立ち入って論議していく必要を感じた。

ワークショップ ー(8)

緊急医療協力について Medical Cooperation in Emergency and Disastrous Situations

司 会：鶴 飼 卓（大阪府立千里救命救急センター）

湾岸戦争以後、かつてなかったほどに「人的国際貢献」という言葉がマスコミを賑わしつづけた。そして、平和的人的国際貢献の「目玉」は医療協力であるかのごとくに喧伝された。戦時はいうまでもなく、災害後の緊急医療協力はマスコミで取り上げられるほど被災者や被災国にとって有り難いものなのだろうか、本当に必要であろうか、被災地の地理や、気候、言葉、文化、医療事情もわからない外国の医療チームが混乱のさなかでどれだけ役立ちうるのだろうか？ マスコミにあおられてただ同情心だけで何の準備もなしに被災地に飛び込んでいくことが許される時代は終わったという認識をもとにして、このワークショップが行われた。

北里大学杉本勝彦先生は、厚生省科学研究費による国際災害研究会の研究成果をもとに、緊急医療協力を展開する際における情報収集のポイント、活動マニュアルの基本的考え方、記録、携行機材などについて実践的に報告した。

日赤医療センター日吉徹先生は、カンボジア赤十字社と日本赤十字社の提携による医療協力について、その現地調査の成果、意志決定などにつき、現地の医療事情を含めて紹介した。きわめてきびしいインフラストラクチャーのなかでの医療協力のあり方について考えさせられた。

国際看護交流協会塚本香代美先生は、災害時における看護婦の役割としては、例えば、トリアージやときには外科的処置を医師に代わって実施し

たり、地域あるいはコミュニティのプライマリーヘルスケアの指導的役割を担うというような、日本の日常の看護業務を大きく越えた責任が与えられることについて発表し、また、看護婦自身がこういったニーズに応じて自ら責任を持って新しい分野を切り拓いていくことの重要性を強調された。この発表に関連し、日本赤十字社が看護大学や国際救援センターの教育カリキュラムの中に国際災害救援に関するプログラムを計画しているというお話（日本赤十字社東浦洋氏）も聞くことができた。

日本医科大学二宮宣文先生は、日本ではおろか世界でもまだほとんど手のついていない研究分野である「災害救援活動の評価」の問題について、実際にJDR/JMTDR（日本国際緊急援助隊/日本国際救急医療チーム）が活動を行ったフィリピン・バギオ市を中心とする地震災害やレイテ島オルモック市の洪水災害の被災地での調査をふ

まえて発表した。医療協力の中でも、ことに緊急援助は、適切な場所に、適切なタイミングで、適切な協力行為・物資資金供与を行うことの重要性がいわれているが、被災地への協力のインパクトとしては、もちろん早く行動することも重要であるが、被災地のニーズに合わせたフレキシブルな協力がより重要であることを明らかにした。

日本医科大学山本保博教授は、自衛隊の国際的な災害救援への参加の問題をふまえて、緊急医療協力は災害救援活動のただ一時点の協力にしかすぎないものであり、復旧・復興や災害の予防、住民教育、地域開発など災害に密接に関係する国際協力の中はもっとずっと深く広いものであるから、たとえ緊急援助といえども災害の予防や復興、地域開発をも視野にいれた協力でなければならないという基本的な概念について発表した。

会場には30名を超える参加者があり、時宜を得た話題に熱心な討論が行われた。

ワークショップ ー(9)

途上国における食の変容と健康 Changing of Health and Food Habits in Developing Countries

司会：足立己幸（女子栄養大学）
村居正雄（歯科保健医療国際協力協議会）

話題提供に先立って、司会者の一人村居よりワークショップの主旨説明があった。開発途上国が近代化を目指し、また先進国からの援助を受ける中で固有の食生活に変化が生じ、それと密接な関連をもって人々の健康に障害が起こってきたソロモン諸島の事例を紹介し、このワークショップを通じて、途上国の人々の健康と食生活の関わりを更に明らかにしていきたいという問題提起であっ

た。

これに対して、3人の話題提供者から順次意見が述べられた。まず小林より、食料資源の著しく少ないバングラディッシュの事例が報告された。ダッカ病院の栄養不良児の状態は、1960年代から年々むしろ悪化の傾向にある。原因として、国の社会経済的背景に加えて、家族構成、トイレの有無などの家庭の状況が密接に影響していることが

述べられた。

次いで村山より、食料資源が一見豊かに見えるトンガ王国で、1970年代から10数年にわたる調査から、成人の健康状態や、小児の口腔内の状況が悪化してきていることが報告された。その原因としては、伝統的な食物、特に魚の摂取量が減少していることと関連があり、このことはまた、国際協力を含めた漁業開発と極めて密接な関係があることが指摘された。

中村は、インドネシアの比較的食料入手が可能な地域で、住民参加を主体としたポシアンドゥ活動の一環として栄養教育を積み重ねることによって、小児の健康状態が改善していったという事例を報告した。

ディスカッションではさまざまな課題が提起された。特に食の変化と健康との関わりは非常に密接であること。しかし国や地域によってその現われ方は非常に多様であり、さまざまな要因と複雑に絡まりあっていること。それらの絡まりを的確にとらえるために、例えば食の変容については、栄養素の摂取レベルの問題だけではなく、個人、家族、集団など各レベルの食行動、国の農業政策や情報がどう流れているかといった問題、あるいは国際間の援助協力や食料の輸出入といったレベルまで含めた構造的な把握やディスカッションが必要であることが示唆された。

食と健康をテーマにした企画は、来年度も是非継続していただきたいと考えている。

これからの国際保健医療協力に「医者」はいらない?! 「コ・メディカル」って、いったい何さ?

世話人：丸 井 英 二 (東京大学)
足 立 己 幸 (女子栄養大学)
兵 井 伸 行 (国立公衆衛生院)

この自由集会は学会終了後の日曜日午後二階の会場で開催された。同時に、一階の大会場では各国のエスニック料理フェアが開催され、そのパワーに押されて開始がやや遅れた。しかし、学会終了後にもかかわらず集られた参加者は大変に熱心に問題の討論に加わられた。今後の本学会を担うことが期待される若い方々の参加が多かったことも印象的であった。

今回のテーマは、1) 医療関係の資格にからむ部分と、2) 国際協力の現場でのチームワークを中心としたすすめ方、3) そして本学会に参加しての感想や提言といった部分に分けられる。初めての試みでもあり、議論がやや拡散してしまったきらいはあるが、今後の学会運営にも参考になる意見が多かったと思われる。

以下、話し合いの中で提起された問題を列挙し、次回以降の参考とした。

1) について

- * 医者を中心となっている。それ以外の「コメディカル」の人々は後をついていけばよいという感覚が、他の医療関係職種にもある。
- * ふつうの日本人が医療専門家とのコミュニケーションに不自由を感じていることを認識してほしい。
- * 素人としての感覚が大切なのではないか。
- * 普通の人の感覚が専門家に分らなくなっているように思う。
- * 専門家の作っている壁が高い。
- * 「・・・」のくせにという発想が抜けない現実がある。

* 「コメディカル」の側の社会的PRが少ないのではないか。

2) について

- * 国際保健協力の実践の場面では、チームリーダーの役割やあり方が重要だが自分の専門職種にこだわるリーダーも多い。
- * 個人のスペシャリティを持っていること自体による制限が現場で起きることがある。
- * どのような「ひと」ということが重要で、資格が優先すべきものではない。
- * ひとつの保健医療分野の目標を達成するためには、保健医療以外のさまざまな分野のひとびとの協力が必須であり、それをまとめる必要がある。
- * ジェネラリストとして国際保健の協力にかかわる可能性がある。
- * 専門家が自分の専門の仕事をすすめることができる環境づくりが重要な課題。
- * 同じ資格を持った仲間が評価を下す狭い基準がひとつの問題となる。
- * 協力の場面で、専門の壁を破れるかが問題。
- * 問題や対象に応じて、誰がリーダーシップをとるかもっと柔軟に考えたい。

3) について

- * 本学会に医学関係者が多すぎるのではないか。
 - * 農業や社会開発など、周辺分野のひとびとを招待したらどうか。
 - * この学会では「・・・先生」とよぶのはやめて、すべて「・・・さん」とよぶようにしたら平等な議論が可能になるのではないか。
- という積極的な提案があった。

公 告

1. 1991年度事業報告・決算

1991年度

事 業 報 告 書

1991年4月1日より1992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6回総会	1991年8月24 ～25日	於 国際協力総合 研究所（国立病院 医療センター国際 医療協力部）
2. 地方会開催	イ. 関東地方会	第10回 1992.5.20 於 順天堂大学	参加者 47名
	ロ. 関西地方会	第10回 1992.1.19 於 県立尼崎病院	参加者 40名
3. 機関誌発行	イ. ニュースレター	年3回	
	ロ. 学会誌	年1回	第6回総会特集号 （原著論文合体）
4. 委員会の運営	イ. 国際PHC研究会	毎月1回	於 東京大学留学 生センター
	ロ. 編集委員会		
	ハ. 企画委員会		

1991年度
決 算 書
 1991年4月1日より1992年3月31日まで
 日本国際保健医療学会

収入の部

勘 定 科 目	予算額	決算額	増 減	備 考
1. 会 費 収 入	2,000,000	2,335,000	335,000	
2. 助 成 金 収 入 日本国際親善厚生財団	1,000,000	900,000	△ 100,000	一般事業助成
3. 寄 付 金 収 入	300,000	100,000	△ 200,000	横浜甦生病院から
4. 雑 収 入 受け取り利息など	60,000	25,290	△ 34,710	
5. 前 期 繰 越 金	1,211,727	1,211,727	0	
収 入 合 計	4,571,727	4,572,017	290	

支出の部

勘定科目	予算額	決算額	増減	備考
1. 事業費				
第6回総会補助費	1,000,000	1,000,000	0	第6回総会開催補助
地方会費	100,000	100,000	0	関西地方会補助
機関誌発行費	2,000,000	700,000	△ 1,300,000	学会誌1回 第6巻 ニューズレター 3回
調査研究費	1,000,000	0	△ 1,000,000	
2. 管理費				
通信費	350,000	350,000	0	学会誌、ニューズレターなどの 郵送代
交通費	0	0	0	
印刷費	50,000	60,000	10,000	
消耗品費	20,000	19,525	△ 475	
図書費	0	0	0	
会議費	0	0	0	
3. 予備費	51,727	0	△ 51,727	
支出合計	4,571,727	2,229,525	△ 2,342,202	
次期繰越収支差額	0	2,342,492	2,342,492	

2. 1992年度事業計画・予算

1992年度

事業計画書

1992年4月1日より1993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7回総会	1992年9月18 ～20日	於 松本勤労者福祉センター（信州大学）
2. 地方会開催	イ. 関東地方会	年1回	
	ロ. 関西地方会	年1回	
3. 機関誌発行	イ. ニュースレター	年4回	
	ロ. 学会誌	年2回	第7回総会特集号 原著論文集
4. 委員会の運営	イ. 国際PHC研究会	毎月1回	於 東京大学留学生センター
	ロ. 編集委員会		
	ハ. 企画委員会		

1992年度
予 算 書
 1992年4月1日より1993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	2,300,000	2,000,000	300,000	一般5,000円×460
2. 助 成 金 収 入 日本国際親善厚生財団	1,000,000	1,000,000	0	一般事業助成
3. 寄 付 金 収 入	200,000	300,000	△ 100,000	横浜甦生病院から
4. 雑 収 入 広告、受け取り利息など	25,000	60,000	△ 35,000	
5. 前 期 繰 越 金	2,342,492	1,211,727	1,130,765	
収 入 合 計	5,867,492	4,571,727	1,295,765	

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				
第7回総会補助費	1,000,000	1,000,000	0	第7回総会開催補助
地方会費	200,000	100,000	100,000	関西地方会補助
出版費	3,500,000	3,000,000	500,000	学会誌 2回 ニューズレター 4回 ガイドブック
2. 管理費				
通信費	350,000	350,000	0	学会誌、ニューズレターなどの 郵送代
交通費	0	0	0	
印刷費	100,000	50,000	50,000	パンフレットの印刷など
消耗品費	50,000	20,000	30,000	
図書費	0	0	0	
会議費	0	0	0	
3. 予備費	667,492	51,727	615,765	
支出合計	5,867,492	4,571,727	1,295,765	
次期繰越収支差額	0	0	0	

Japan Association for International Health

日本国際保健医療学会

第18回理事会

議事録

日時 1992年9月18日(金) 18:00~19:30

会場 松本勤労者福祉センター 第6会議室

〒390 松本市中央4-7-26 ☎ 0263-35-6286

出席顧問 堀田 進

出席理事 石井 明、石川信克、今川八束、内山三郎、鶴飼 卓 (50音順)
華表宏有、川上 剛、小池達也、鈴木 茂(多田正毅代理)、高野正孝
津山直一、西村千代子、兵井伸行、松村 武男、丸井英二、丸地信弘
宗像 醇、山内登貴夫、山本俊一、山本保博、我妻 堯

委任理事 青木正和、坂部 孝、志摩チヨ江、藤岡農宏

委任監事 中島 章

列席者 二宮宣文(日本医科大学)、柳 茂行(城西病院事務局)

議事内容

1. 定足数

出席・委任理事25名により、この理事会は成立された。

2. 開会

3. 議案

【第1号議案】1991年度事業報告・決算の件

高野理事から、配布された議案書をもとに、1991年度の事業報告および決算の説明があった。事業内容はほぼ平年通り。決算では、会費収入が、徴収を徹底したため、前年度にくらべて70万円の増収となった。支出では、第6回総会の盛会により、学会誌の出版費の大部分を総会事務局で支出していただいたので、学会本部からの支出が70万円ですみ、繰越金が234万円出た。

我妻会長から、第6回総会の収支決算について、収支決算書をもとに報告があった。収支の各合計は、約500万円ではほぼ予定通りだった。

【第2号議案】1992年度事業計画・予算の件

高野理事から、配布された議案書をもとに1992年度の事業計画および予算の説明があった。事業内容、収支予算は、91年度をベースに作成した。91年度の繰越金が234万円あるため、総収入が600万円ほどになる。

丸地会長から、第7回総会の収支予算について、収支予算書をもとに説明があった。収支予算書では、学会誌の出版費も組み込んであるため、昨年度より100万円多く計上されているが、実質的には昨年度とほぼ同じである。

【第3号議案】会則変更の件

高野理事から、配布された議案書をもとに、会則変更の趣旨および変更内容について説明があった。これは、第17回理事会で、会則の見直しが必要という意見が出され、見直しのための小委員会で検討されたものである。

第一章総則、第二条の三に、『本会は、理事会の議決を経て、学会事務局を移転することができる』を追加する。これがあれば、必要時、理事会の議決によって、事務局の移転ができる。

第三章会員、第七条の二を、『会費の滞納。二会計年以上にわたる会費滞納者はその資格を喪失する』に改正する。現実に事務局として、会費の滞納者の扱いに苦慮している。今川理事から、『原則として』を追記したほうがベターという意見が出され、『原則として、その資格を喪失する』と修正することになった。

山本保博理事から、宛名不明の会員を理事会で公表してほしいという要望があり、さっそく事務局で対処することとなった。

第十五条の三に、『正当な事由なく理事会に連続して二回以上欠席した理事はこれを再任しない』を追加する。理事会の活性化のために追加した。

会則施行細則、第一章会費、第一条の一を、『正会員の納める会費は、年額五千元とする。ただし、役員および評議員については会費を年額一万円とし、学生については、年額三千元とする』に改正する。増収を図るために、意識の高い方々に負担していただく。一般会員については、会員拡大のために据え置く。

会費改正は、来年度から実施することとして、会則変更は承認された。

会則変更を受けて、事務局移転の件が討議された。

津山代表理事から、多田理事と協議した結果、日本国際親善厚生財団からの助成は、事務局移転がなされても、継続していただけるという確約書を得ており、事務局の受皿は、我妻理事のところかふさわしいという発言があった。これを受けて我妻理事は、財団からの助成の確約書をもって、事務局を引き受けるとの発言があった。さらに我妻理事から、所属する国立医療センターの性格上、事務官を使うことができないので、人件費の点で心配がある、今年度中に移転を完了するつもりであるという発言があった。

国立病院医療センターへの事務局移転は全員一致で了承された。

【第4号議案】第8回総会の件

すでに昨年の総会で決定されている第8回総会会長山本保博教授（日本医科大学）から、挨拶があった。会期は1993年8月28（土）～29日（日）、会場は、市ヶ谷会館の予定である。テーマとして、①医療協力と技術移転②経済効果からみたPHC③国際保健協力における評価④国際協力におけるNGOの役割⑤国際災害医療協力における自衛隊参加⑥在外邦人における保健医療を考えている。準備委員長横田裕行氏、事務局長二宮宣文氏とする。

【第5号議案】第9回総会の件

第9回総会会長に、大山 勝教授（鹿児島大学付属病院長）が全員一致で推挙された。大山 勝教授は、先約のため当理事会に出席できなかったが、受諾する旨の文書回答があったことが、高野理事から報告された。

【第6号議案】その他の件

丸地会長から、第7回総会企画委員会が出した『松本アピール』に対しての意見を求められた。今川理事から、「内容をもっと平易にすべきだ」、津山代表理事から、「この学会の関与する範疇が東西まで含められるか」、山本保博理事から、「海外から50名の参加者とはオーバーではないか」、我妻理事から、「学会でアピールは出すべきではない」、山本俊一理事から、「神戸での前例があるから、内容さえよければアピールを出すのは問題ない」、山内理事から、「学会で討議された結論をアピールに出すべきで、順序が逆のようだ」という意見が出され、討議の結果、丸地会長名で出していただくことになった。

高野理事から、顧問に村瀬敏郎氏（日本医師会長）、評議員に松田正己氏（結核研究所）、大山 勝氏（鹿児島大学付属病院長）の追加があったことが報告され承認された。

第七回 日本国際保健医療学会総会の開催に関する経過概要

緒言

今回の総会が信州開催と決ったのは二年前であった。松本のような地方都市で開催するのは最初で多少の不安があったが、信州ならではの学会運営を心がけて船出した。

今日では国際化の波は全国に及んでおり、素材も人材も十分に県内で賄うことができ、多くの参加者から総会の企画と運営に対するお褒めの言葉を頂いて閉会するに至った。

なお、当初日程では企画運営が困難と判断し、平成4年9月18～20日の三日間にした。

企画委員会の特徴とその運営

国際協力自体、その姿勢は学際的であるので、今回総会の企画と運営もその精神を企画委員会に生かせる配慮をした。そして、全国の評議員から希望も聴取し、途中にも拡大企画委員会を東京で開催し、学会関係者の企画と運営に関する意見の交換もした。

今回の企画委員会の特徴は、県内の関係団体の関係者の協力をえて、前向きな姿勢に基づく話し合いを重視し、具体的な方針と運営を形に表したことであろう。

この学会企画の基本精神

この総会は、対話なき集会からの脱却を目指して、学際的な「発想の転換」を求めることを基本姿勢にしたことが特徴であり、以下のような具体的な表現をとることになった。

a. 基本テーマと四本柱の推進

基本テーマは「国際協力における発想の転換を求めて」とした。そして、これを支える具体的な四本柱をパネル討論に選んで、その企画を重視した準備を行なった。なお、四本柱とは①健康増進とPHC、②東欧諸国との国際協力、③在日外国人医療、④市民参加の特別企画（後記）を指している。

b. 基調講演と特別講演の関係

会長講演は今回総会の基本テーマに関する理論と実際をわれわれの総会の企画と運営に照らして話題提供した。幸い、今回は海外から約五十名の参加を得たことから、スライドは日本語と英語の二面とし、講演全文も日本語と英語で作成して事前配布した。

特別講演は会長講演と相補関係をなす内容を配慮し、タイ公衆衛生省のビトーン医務局長にお願いし、同氏の国際的経験に照らして講演をお願いしたが、この場合も日本語と英文の講演全文を事前配布した。

公開講座の事前開催

企画委員から事前に関連の公開講座を開催することが有意義だろう、という意見を頂いて、総会開催の数か月前に週一回の割合で六回にわたって信大医学部内で市民解放の公開講座を開催した。テーマと日程の一覧を次に掲げるが、主に今年総会の主題に沿ったものを選んでいく。

- | | |
|----------|-----------------------------|
| 4月17日（金） | 第一回公開講座「いま、なぜ国際協力なのか？」 |
| 4月24日（金） | 第二回公開講座「信州の外国人医療119番」 |
| 5月1日（金） | 第三回公開講座「途上国の歯科疾患と保健医療協力」 |
| 5月8日（金） | 第四回公開講座「チェルノブイリへの救援活動」 |
| 5月15日（金） | 第五回公開講座「日常生活の中の海外協力～バングラ発～」 |
| 5月22日（金） | 第六回公開講座「市民・学生による手作りの国際協力」 |

ワークショップ等の開催

本学会の特徴の一つとして毎年ワークショップが行われている。今年度も十題におよぶグループが活発な討論を展開し、この企画は間違いなく本学会では定着しているという印

象をつよくもっている。原則として、この集会は夜間に開催しているが、この企画は今後とも発展させたいものの一つである。

特別企画の意義

これは四本柱の一つであり、学会総会の信州開催を一般市民にも広く解放しようという意図で行なったものである。その一つ「チェルノブイリ NOW」は信州が活動基盤になり全国活動をしている日本チェルノブイリ連帯基金のことをパネル討論で取り上げたのに合わせ、写真展と特別集会を開催したものである。もう一つは「われら信州宇宙人」というテーマで信州に集まる留学生と一般市民とが交流する食と文化と対話の集会であった。

一般演題の構成

今回の総会では幸い締切までにほぼ予定の一般演題が集まり、事務局関係者をほっと安心させた。

この一般演題は約100題であり、そのうち示説（壁発表）が15題あり双方とも相当の賑わいをみせた。

中には会場が相対的に狭くなって廊下で発表を聞くような場面もいくつか起きてしまい、事務局関係者もその対応に苦慮した。

演題の区分をしたものを左側に掲載したが、これにより総会当時における会員の関心の様子をうかがうことができるだろう。

今後の学会発表の動向を検討する一つの手掛りとして参考になればと思う。

演題分類	口演	示説	計
歯科保健	5	2	7
感染症対策	8	2	10
エイズ対策	4		4
PHC	11	1	12
地域保健システムと評価	5		5
教育研修	8	3	11
保健医療の協力活動	8	3	11
国際緊急医療	6	1	7
難民医療	7		7
科学技術プロジェクト	4		4
チェルノブイリ関係	4		4
国内医療の国際化	8	3	11
総計	78	15	93

学会開催に関わる事務局側の稼働人員

今回総会の企画・運営のため、企画委員会（約20名）は平成四年に入ってから毎月一回の間隔で八回開催した。また、討論記録を直ちに整理し、次回開催までに記録を送付して話し合いの成果を確実に生かす努力を行った。

学会総会当日はほぼ下記の稼働人員で会場運営にあたった。限られた予算のため、業者委託は当初から考慮しないで、関係の機関・団体などの関係者の協力をえて実施した。

企画委員	約20名
教室関係者	約13名
学生アルバイト	約8名
その他	約10名

学会開催に関する主な日程

- 1992年1月18日（土） 第一回企画委員会
 * 学会日程 9月19～20日
 * 学会企画の基本枠組と基本テーマの設定

		* 企画委員会の構成
		* 市民開放企画に関する話し合い
2月22日(土)	第二回企画委員会	* テーマに刺った4本柱設定
		* 一般演題募集要項検討・発送準備(4月上旬発送)
		* 公開講座案の浮上
		* 予算案
3月21日(土)	第三回企画委員会	* 公開講座案の検討と具体化
		* ワークショップ具体化
		* 関連行事の検討
		* 特別講演決定
4月18日(土)	第四回企画委員会	* パネル討論の第2・3・4の柱に関する討議
		* 公開講座の具体化
		* ワークショップ具体化
		* 関連行事の検討
4月25日(土)	拡大企画委員会(東大留学センター)の東京開催	
5月16日(土)	第五回企画委員会	* 拡大企画委員会の報告
		* 公開講座について
		* 4本柱に関する討論
6月20日(土)	公開講座反省会	
	第六回企画委員会	* 基本テーマに関わる四本柱の企画推進の具体化
		* 公開講座の報告
		* 予算について
7月18日(土)	第七回企画委員会	* 全企画の大枠に関する最終決定について
		* 全企画の具体的作業手順について
		* 参加費等運営について
		* 予算、寄付依頼について
8月29日(土)	第八回企画委員会	* 全企画の大枠に関する最終決定について
		* 全企画の具体的作業手順について
		* 参加費等運営について
		* 予算、寄付依頼について
9月18日(金)~20日(日)	学会開催(長野県松本勤労者福祉センター)	* 国内参加者 約700名(県内300, 県外400)
		* 国外参加者 約50名
10月4日(日)	企画委員の反省会の開催	
	学会特集の機関誌の編集開始	
1993年3月31日(水)	学会特集の機関誌の刊行	

松本アピールに関する経緯の説明

この学会ではその都度、必要に応じて学会宣言ないしアピールを行なってきた。今回の松本アピールは企画委員会の話し合いで提起され、事務局を中心に草案を作成した。

われわれとしては今回総会で採択を希望したが、討論の時間もとれないことから学会開催の企画委員会の意志表現として行なうことになった。われわれとしては、この提案が来年度までにどの程度の進展をみるか検討する一つの基準と考えている。

松本アピール

二十一世紀を目前に控えて、最近の世界情勢はわれわれの従来の想像を越えた速さと方向で変化しはじめている。そして、その激変は国際保健の分野でも同様に起きている事実をわれわれは素直に再認識する必要がある。

上記の基礎認識にたち、本年度の第七回日本国際保健医療学会総会は信州の草の根の国際協力関係者の企画と運営により、1992年9月18-20日に松本市で開催された。

過去の日本国際保健医療学会総会でも、その開催意図に応じて幾つかの総会声明が公表されてきている。その事実と実績に敬意を表しながら、今回は最近の東欧諸国の政治的変革から生まれた新たな国際保健協力にも、従来の南北関係の許で展開されてきた国際協力の経験とも整合性の計れる新たな国際的秩序の構築に向けた理解と協調を、学問ならびに実践的に研修する機会にしたい、と企画委員会は準備してきた。

その経緯から、今回の総会は世界二十数カ国から約五十名の参加者と国内の数百名の参加者が一堂に会して、「国際協力における発想の転換を求めて」というテーマのもとで活発な討論をおこなった。その結果、われわれは「松本アピール」として次の六項目を今回テーマに関する声明とすることにした。

1. 「疾病対策から健康管理、プライマリ・ヘルスケア、健康増進、そして保健民主主義まで」の精神を問題解決の「共通保健ニーズ」として生かす学際的努力をしよう。
・・・ この「共通保健ニーズ」は、今回の学会総会の主要テーマの企画に際して関係者が常に話題にしてきた共通基盤なので、その再確認を行いたい。
2. 「二十一世紀に生かせる国際保健」を科学する理論と方法を開発し、それを教育と研究に一体化して生かす学際的努力をしよう。
・・・ これは過去の学会総会の声明の中でも別な表現で取り上げられているが、今回は「発想の転換」という観点から取り上げたものである。
3. 「国際保健の経験と理想」を「地域医療の実践と評価」にも共通の考えで実践できる保健研究の理論と方法を開発しよう。
・・・ 従来、ややもすると国際保健医療の経験と国内の地域医療の観点が異なる風潮がある傾向への警告として、われわれはこれを強調したい。
4. 人々が「東西南北の諸国」と等距離の意識で交流できる国際協力の共通感覚の再構築に向けて国際的な対話を開始しよう。
・・・ 従来の南北関係だけでなく、最近は東西関係の国際協力も具体化しはじめている事実に対して、われわれは謙虚に関心に向ける姿勢を強調したい。
5. 「地球規模の共通問題解決に向けた国際協力」に対する発想の転換を実践する日常学習をおこなおう。
・・・ 今日では地球規模の環境保全に向けた国際協力も大きな課題になりだしており、それが上記の全てと同根の問題であることを喚起したい。
6. 「市民生活における国際協力の日常化」を通して、日常世界における民主的な問題解決の意義と必要性を相互研修する機会にしよう。
・・・ 国際協力は外に目を向けるばかりではなく、今日では地域の社会生活でもそれを考え、対応する機会は身近に沢山あることを喚起したい。

1992年9月20日

第七回日本国際保健医療学会総会
会長 丸地 信弘

事務局よりお知らせ

1 事務局移転について

下記の通り、日本国際保健医療学会事務局を移転いたしました。

〒 162	東京都新宿区戸山 1-21-1		
	国立病院医療センター 国際医療協力部内		
	日本国際保健医療学会事務局		
TEL	03-5273-6827	FAX	03-3205-7860
郵便振替口座番号	東京 0-761997	名称	国際保健医療学会

2 学会費納入のお願い

会費納入は上記口座にてお願いいたします。

学会費	正会員	一般	年額5000円
		学生	年額2500円

編集後記

学会開催からはほぼ半年、ようやく今回の学会特集号を会員の皆様にお届けできる状況になりました。対話なき集会からの脱却を旗印にして、過去一年間われわれ一同は頑張ってきました。松本での学会総会に参加された皆様の中にはご不満の方もいるかと思いますが、私どもとしては精一杯やりましたので、多くの協力者の皆様に感謝している次第です。

次の年度の学会総会も着々と準備が進んでするようであり、本当に喜ばしい限りです。もっとも、最近国際保健協力が幅が増しはじめ、従来より多様な人々が参加していますので、そのような方々にも参加してもらえ学会運営が必要になりましょう。

私どもの教室では、これから一年がかりで信州大学放送公開講座のテレビ部門をお世話する大きな仕事が待ち受けており、これからそちらへ多くの教育的努力を払うことになります。その意味で、先の学会総会開催の仕事は大変に貴重な体験になっております。

なお、今回の学会開催につき、以下の団体（順序不同）の協賛を得ました。改めて、ここに謝意をあらわしたく思います。

信和会	松本市医師会	結核予防会長野県支部
松医会	松本ロータリー	相澤病院
長野県歯科医師会	長野映研	依田窪病院
松本市歯科医師会	保健同人社	地域リハビリ研究会
松本商工会議所	メディカルフレンド社	上条器械店
長野県医務課	新生病院	日本光電北関東株式会社
松本市	システムイン信州	テレビ信州
長野県医師会	名鉄カンキョー	八十二銀行信大前支店
日米医学医療交流財団	ナベリン	松本歯科大学
オイスカ産業開発協力団	岡野薬品	諏訪保健所
明倫堂	松本東ロータリークラブ	木曾屋
レストラン澤田	長野コカ・コーラ・ボトリングス	
ヤクルト南信販売	日本化薬	

本号編集委員

信州大学医学部公衆衛生学教室

丸地 信弘 那須 裕
仲間 秀典 藤田 雅美
太田 節子 森山 信子

国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌、第7巻 第1号
THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION
FOR INTERNATIONAL HEALTH Vol.7 No.1

平成 5年 3月印刷・平成 5年 4月 1日発行

定価 2,000円

発行人 津山直一
編集人 丸地信弘
発行所 日本国際保健医療学会

〒162 東京都新宿区戸山 1-21-1
国立病院医療センター 国際協力部内
TEL 03-3202-7181 FAX 03-3207-1038

印刷：こまくさ印刷
〒390 松本市元町 2-4-10
TEL 0263-32-7409 FAX 0263-34-4750

Workshop

- (1) Let's Participate in International Health Cooperation 83
Chairpersons: Yasuhide Nakamura(Tokyo Maternal and Child Health Service Center)
Osamu Kunii(Kuriyama Mura Hospital)
- (2) International Health Education in Japan 84
Chairpersons: Atsuaki Gunji(Tokyo University)
Saburo Uchiyama(Kobe University)
- (3) Toward International Health from Related Disciplines 85
Chairpersons: Takesumi Yoshimura(University of Occupational and environmental Health)
Kenji Hayashi(The Institute of Public Health)
- (4) The Role of Hospitals in Primary Health Care 86
Chairperson: Naruo Uehara(National Medical Center Hospital)
- (5) Primary Health Care: from the Viewpoint of "Women in Development" 87
Chairperson: Nobuyuki Hyoui(The Institute of Public Health)
- (6) Workshop on International Training for Health Professions (Educational Methods) 89
Chairpersons: Masami Matsuda(The Research Institute of Tuberculosis)
Etsuko Toyoshima(The International Nursing Foundation of Japan)
- (7) Health Research in International Health: Role of University 90
Chairperson: Eiji Marui(Tokyo University)
- (8) Medical Cooperation in Emergency and Disastrous Situations 91
Chairperson: Takashi Ukai(Osaka Prefectural Senri Critical Care Medical Center)
- (9) Changing of Health and Food Habits in Developing Countries 92
Chairpersons: Miyuki Adachi(Women's Nutritional College)
Masao Murai(JAICOH)

Free Meeting

- Doctors do not need in International Cooperation?! What is Co-medical? 94
Organizers:Eiji Marui(Tokyo University)
Miyuki Adachi(Women's Nutritional College)
Nobuyuki Hyoui(The Institute of Public Health)

NOTICES

- Annual and Financial Report for 1991 Fiscal Year 95
Program and Budget for 1992 Fiscal Year 98
Summary of the 18th Board of Directors 101
Summary of the 7th Annual Congress of the Japan Association for International Health 103
Information from the Secretariat 107

J A I H

Japan Association for International Health
(Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)
c/o National Medical Center
1-21-1, Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo,
162 Japan

Contents

7TH ANNUAL CONGRESS OF THE JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH
September 18-20,1992 Matsumoto,Japan

Opening Speech by the President of the Congress:

- International Health and Health Democracy with Special Reference to Paradigm Shift/Change 1
Nobuhiro Maruchi,MD (Professor, Department of Public Health, Shinshu University
School of Medicine)

Special Presentation:

- The New Reality in Health 14
Dr. Vitura Sangsingkeo (Director General, Department of Medical Services,
Ministry of Public Health, Thailand)

Panel Discussion

- I Primary Health Care/Health Promotion with Special Emphasis on Paradigm Shift 22
Chairpersons: Nobukatsu Ishikawa (The Research Institute of Tuberculosis)
Masami Fujita (Shinshu University)
Panelists: Minoru Kamata (Suwa Chuo Hospital)
Masami Matsuda (The Research Institute of Tuberculosis)
- II International Health Cooperation between Japan and Eastern Europe with Special Reference to Russia
— The Present Situation and Perspectives — 48
Chairpersons: Tadao Shimao (The Research Institute of Tuberculosis)
Akio Komazawa (JOCV, JICA)
Panelists: Alexis Coumbaras (WHO)
Akira Sakai (Japan-Russia Medical Exchange Foundation)
Takushi Takahashi (Japan Chernobyl Foundation)
Victor V. Likhachev (The Embassy of Russia Republic)
- III Foreigner's Problems with the Japanese Medical System: Implication for Japanese Society 65
Chairpersons: Yoneyuki Kobayashi (AMDA)
Goro Gomi (Maru-no-uchi Hospital, Matsumoto)
Panelists: Tomoko Oura (Tochigi International Life Line)
Norihiko Kuwayama (Yamagata University)

Continued on inside back cover

J A I H

Japan Association for International Health
(Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)
c/o National Medical Center
1-21-1, Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo,
162 Japan