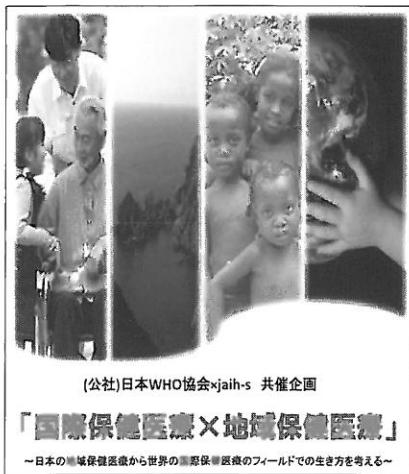


## Jaih-sとの共同企画フォーラムⅡ 開催報告



将来国際保健分野に関わる若手人材の育成という日本国際保健医療学会・学生部会(jaih-s)のめざすところと、当協会の人材育成事業の目的が一致すると考え、昨年に引き続き、大阪大学中之島センターで9月23日に第2回共催企画フォーラムを大阪コミュニティ財団/大阪信用金庫ふれあいスマイル基金からの助成も頂き開催いたしました。Jaih-sの運営委員の皆さんのが自由な発想で企画したこのフォーラムを通して、経験豊かな先生方と夢いっぱいの若者との大きなネットワークを構築することができたことを報告いたします。

### オープニング

#### 関淳一理事長の挨拶

本年も、jaih-sの方々との共催によるフォーラムを開催する運びとなりました。

今回のテーマは「国際保健医療と地域保健医療」です。テーマの設定、講師の方々の選定などは全てjaih-sの方々が企画、立案の段階から作業を進めて来られ今日を迎えました。

国際保健医療と日本国内での地域保健医療が、その本質の部分で、共通点を有することに着目し、それを今年のテーマとして選定されたjaih-sの方々の着眼点の素晴らしいに先ず敬意を表すると共に、共催者としてこの企画に対して心からの賛意を表したいと思います。

国際保健医療と地域保健医療に共通するものは何か。それは、あらゆる分野の保健、医療の本質とも深く通じるものであると私は思います。言葉を変えると、保健、医療の現場での仕事は常に、各々異なる背景の生活、文化をもつ人、人間を相手にしているということではないかと思います。これは、保健、医療の原点でもあるでしょう。

この様な意味からも、今回のフォーラムが国際保健、地域医療の分野に於ける将来の人材育成への何らかの足がかりを提供するものとなれば、これに勝る喜びはありません。

#### jaih-s 中嶋麻子代表の挨拶

本日は『国際保健医療×地域保健医療』～日本の地

域保健医療から国際保健医療のフィールドでの生き方を考える～にお越しいただき、誠にありがとうございます。

jaih-sはこれまで「世界のいのちのために」「学生ができる」というスローガンとし、未来の国際保健医療人材を育成すべく様々な企画を開催してまいりました。その中で、今回の企画は「国際保健医療×地域保健医療」というテーマを設定いたしました。日本人として国際保健医療に関わる際に必ず避けては通れない日本でのキャリアとの両立、国際保健医療と日本の地域保健医療との共通点から生かせることはないか、など今回の企画は、参加者の皆様ご自身の生き方、キャリア形成を見つめなおす場となれば幸いです。

世界各地では、今現在も自然災害や紛争などにより、健康な生活を維持できずに暮らす人々が大勢います。また日本でも東日本大震災や原発問題に端を発して、「健康」や「いのち」の格差を我が身のこととして考える機会が増えたのではないかでしょうか。日本人として、日本のいのちの現状にどのように向き合うべきでしょうか。そして、「世界のいのちのために」私たちは今何をすべきなのでしょうか。答えが一つに定まらない問題であるからこそ、皆様と一緒に議論を交わし、考えを深められたらと考えております。

今回の企画が、国際保健医療を志す皆様の、確実な一助となることを願い、今日の皆様との出会いが今後の大切な財産になることを期待してご挨拶とさせて頂きます。

## ●Jaih-s との共同企画フォーラムⅡ



# 国際医療保健と地域医療

TICO (Tokushima International Cooperation) 代表理事 吉 田 修



Osamu YOSHIDA

1983年 宮崎医科大学卒業、  
徳島大学医学部第2外科入局  
1999年 さくら診療所開所  
2004年 特定非営利活動法人 TICO の  
代表に就任  
(TICO のホームページ  
<http://www.tico.or.jp/>)

### 青年海外協力隊員としてマラウイへ

1983年に宮崎大学を卒業して医師となり、徳島大学の第二外科に入局して、徳島・高知の病院で勤務しました。そして、青年海外協力隊の1988年の医師の募集に応募して、翌年アフリカのマラウイ共和国に派遣されました。これが私の国際協力の一歩目でした。そして、国際医療保健にライフワークとしてかかわっていこうと思いました。

マラウイのゾンバ市にあるジェネラルホスピタルで外科医として働きました。軽い気持ちで参加したのですが、日本では思いもよらない世界がそこにありました。この病院はマラウイで3番目に大きな病院で、キャッチメントエリアは100万人規模なのに、ベッドは300しかなく、医師の数も5人だけで外科医は私一人でした。夜になると病室は一つのベッドに二人が横になり、あふれた患者さんは床にマットを敷いて寝ていました。子どもの入院患者は床に座った母親に抱かれています。点滴が不足し、点滴をすれば回復が見込める脱水症状の子どもたちに何の処置もできないこともしばしばありました。

開腹手術するときでも、クリニカルオフィサーという麻酔だけができる准医師と前立ちに看護師一人だけでした。滅菌水や消毒薬がなくオープンマーケットで入手した石鹼だけで消毒していました。子どもの手術をしたとき、病院にガーゼがなく傷口を覆うことができないで、蠅がたからないように家族にうちわであおがせたこともあります。

ほとんどの病人は、まず祈祷師のところに連れて行か

れるのが現実です。移動手段がないなどの問題で国立病院にはなかなかつれて来られないのです。発症後何日も経っている腸重積の子どもの手術後に、排便を確認したので安心したのですが、経験のない看護学生の点滴のミスで死んでしまった時には愕然としました。このような状態で約束の2年間を過ごし、心残りだったので後任の外科医が来ないまま日本に戻りました。

### AMDAで紛争地や被災地に

2年国内で医師として働いた後、やり残した仕事があるとの思いから、1993年からアジア医師連絡協議会(AMDA)の専属医師となり、理事長の菅波先生の指示で、インド・ネパール・レバノン・ルワンダ・モザンビークの地震や水害の被災地や紛争地の難民キャンプなどに赴きました。

内戦のルワンダでの活動は隣国ザイール(コンゴ民主共和国)にある1万人規模の難民キャンプでした。やがてルワンダ国内が平定されてからは、国内の地方の病院に入って行き、そこでは内戦で傷ついた子どもたちを目の当たりにしました。目の前で家族を殺され、かろうじて生き延びた子どもたちに、体におった傷の手当はされていたのですが、メンタルなサポートは何もされていなかったようです。

モザンビークでは戦争が終結した後に160万人の帰還難民の援助を中期的な視点で実施し、半年間関わりました。アフリカの貧困、食糧不足、安全な水が入手困難なことなど医療以外の問題も見えました。緊急支援ではなく長い視点の支援も必要だと感じました。ザンビアでもいまだに浅井戸を多くの人が使っているのが現状です。そのため、季節的にコレラが流行していました。WHOなどの報告ではサブサハラ(サハラ砂漠より南のアフリカ)では安全な水にアクセスできる人は60%だけで、早急に対応しなければならない問題です。

モザンビークでは破壊された診療所の再建とそこで働くスタッフのトレーニングを主な業務としていました

## ●Jaih-s との共同企画フォーラムⅡ

が、医療だけでは地域がよくなないと判断して、井戸掘りをしたり種の配給を行ったりしました。

### JICAのプロジェクトでザンビアへ

1995年からAMDAとJICAのジョイントで、ザンビアの首都ルサカでPHC(プライマリー・ヘルス・ケア)プロジェクトの計画が持ち上がりプランニングのため派遣されました。そして、TICOとしてザンビアで活動を開始し、現地にNPO団体SCDPを設立しました。そして首都のルサカにあるコンパウンドと呼ばれる貧困地区で活動を開始しました。

2002年の大干ばつで、サブサハラアフリカで1200万人が、ザンビアだけで200万が飢えていると国連が発表しました。8月に村々を回った時、農家には一本のトウモロコシもなかったのです。こんな状況のところで、医療活動だけでは不十分だと気づき、干ばつに強い村づくりに取り組まねばと思いました。

この時の子ども達の飢餓の状態はすさまじかったです。食べられる草を探し、野鳥を追いかけていました。クワシオコール(Kwashiorkor:たんぱく質の摂取不足)やマラスマス(Marasmus:エネルギー摂取不足)という栄養失調の子らは手足が細くて、おなかが少し膨らんで、髪の毛も薄くなっていました。このような状態で感染症にかかり、命を落としてしまうのです。この飢饉で何人が犠牲になったというデーターはないのですが、いまでも国連は70億の人口のうち10%が飢餓の状態だと発表しています。

HIV/AIDSに関してはここ数年前から、ヘルスセンターと呼ばれる医療施設まで行くと治療が可能になったのですが、以前は治療はなされていませんでした。せっかくセンターに来た患者の検査と診断はできても、薬がないため何もせずに帰らせることもしばしばありました。農村に限らず都会でも、HIV/AIDS関連の孤児が大勢いて、大問題となっています。余裕のある親戚の人に引き取られたり、農村部では人々が共同体として周りの大人たちが孤児たちの面倒をみたりしているところもありました。

公立の学校に行けない子どもの多くは、地域住民が立ち上げたコミュニティスクールに通っています。そこで子どもたちは一生懸命勉強しています。TICOの資金

でコミュニティスクールを建てたところ、いい学校を作ると大勢の子どもが来るようになり、今では教室が足りずに青空教室が展開されています。増設をのぞますが、すぐには対応できないのが現実です。

JICAの資金を得てヘルスポートという医療施設を建設しました。これはザンビアではスタンダードな末端の医療施設で、ナースが一人だけ派遣されています。ここでは、診断・治療・母子保健・お産までナース一人でやっているので、大変です。そのため、コミュニティのボランティアを養成しています。その無給のボランティアが誇り高く活躍しており、受診率が増えたり、蚊帳の使用率が上がったりという数字であらわれる成果が出ています。

プライマリー・ヘルスケアの3年が経過して次のステップとして周産期の安全を確保することに取り掛かっています。現地政府もWHOも病院で出産するように指導しています。現実的に、陣痛が来てから10キロ歩いてこのヘルスポートまで来るのは不可能なので、お産を待つ家をつくってそこで待機できるようにしています。お産についても、SMAG(Safe Motherhood Action Group)と名付けられたボランティアを養成して安全なお産のための活動をしています。郡の医療局に要請して、その人のための宿舎を建てて待っている助産師の増員はかなわないのが現状です。救急車は管理等が難しいので、ここでは自転車で村からヘルスポートへの救急搬送を行っています。

農業に関しては、化学肥料をなるべく使用せず、少なくて主に緑肥を使ったデモンストレーション農場を作り、勉強会を開いたりしました。かんがい設備を持たない農民は、乾期に農業ができません。井戸1本、ソーラー発電、ポンプで小規模かんがい事業を実験的に行い、一時的には成果が上がりましたが、井戸が壊れたりパイプが詰まったり、維持管理ができませんでした。

### 日本において思うこと

日本において地域医療をみると、地方の医師不足が顕著であり、総合病院の内科医が「循環器専門だから他の疾患は見ない」というような専門医志向が強いので、もどかしく思うことがあります。

家族というシステムが崩壊しており、その結果、老老介護が目につきます。片方が元気ならまだしも、二人とも認知症のお年寄りだけの夫婦、一人だけの老人など

## ●Jaih-sとの共同企画フォーラムⅡ

は、田舎だけでなく都会でも問題になっています。アフリカでは飢餓が問題になっているのと対照的に日本ではメタボとかの生活習慣病が問題になっています。さくら診療所には3人の栄養士がいて、医師の指導ではなかなか行動が変わらない患者さんも彼女たちの話には耳を傾けるようです。家族の崩壊とともに、特に育ち盛りの子ども達の偏食や、野外での遊びをしなくなって、テレビゲームを屋内で一人だけでしている子どもが増えていることは懸念されることです。

### 今後の展望活動

TICOとして、現在ザンビアではJICAの草の根技術協力事業の委託を受けて母子保健事業を実施中で、カンボジアとは医療者的人事交流をしています。国内で、地球規模で考え方行動するきっかけや場づくりとして、毎月1回実施される公開セミナー「地球人カレッジ」や合宿の受け入れを行なっています。

医者とTICOの活動以外にも、「兼業農家の吉田です」と自己紹介する通り、農薬を使用しないでトラクターもできるだけ使わない農業に取り組んでいます。農園の余剰作物は販売し、得た収益をTICOの活動資金のために寄付しています。

「市民が作るエネルギー」という市民団体をたちあげ、市民ファンで自然エネルギーによる発電も進めています。ひとつめのメガソーラー発電設備を着工しました。菅前総理の置き土産の法律のおかげで、売電することで結構いい配当が出せそうです。

国際総合研修制度も構想中です。研修期間を過ぎた医師が3年間徳島県と契約して働くときは、1年間有給で海外研修することが可能なのですが、これを後期研修の時期に行かせてやれないか、交渉しています。先ごろザンビアに赴き、適当な土地と建物を入手できたので、整備の打合せをしてきました。この研修所では臨床や研究、あるいはエイズ対策やマラリア対策などの活動をしている他のNGOに参加するなど、さまざまなオプションがあると思います。

また、有機農業を普及するために8ヘクタールの土地

を入手しました。是非近くの農民と学びあえる場としています。持続可能な開発を目指すエコビレッジすなわち環境を大事にしながら少ないエネルギーで暮らしていく地域を国内でも海外でも作っていきたいと思い活動しています。

### 国際医療に参加すること

国とか国際機関がいう国際医療とは国のシステムとか公衆衛生学的な行政のシステムを構築することが多いように思います。NGOにとっての国際医療は国内の地域医療と重なります。対象とする地域のニーズをくみ上げて対応して、その地域の人の人的資源、物的資源をうまく活用して効率よく、成果を上げていくことです。

国際医療に参加することのハードルはそんなに高くない感じています。案外気軽にかけるものです。アジアであれ、アフリカであれ、そこには人が暮らしているのだから、我々日本人もちゃんと生活できます。国際医療の場で活躍しようと思いついたら、まず現場に行ってみてください。2、3年たったら行ってみようと考えないで、行ける時に行かないと結局タイミングを失ってしまうことになります。自分に足りないことが見つかれば、また勉強すればいいのです。みなさんが行き易いシステムをTICOとしても作っていきます。思ひ立ったら吉日です。やらなかつたと後悔するよりも、失敗を恐れずに積極的に行動されたらいかがでしょう。



## 吉田 修先生のプロフィール

吉田修先生は、徳島県吉野川市でさくら診療所を運営する傍ら、その近くに事務局を置く非特定非営利活動法人TICOの代表理事をされています。TICOは開発途上国での国際協力を通じて得た経験を、日本の皆さんと分かち合い、日本人の生活を改めて振り返る機会を提供し、共に持続可能な社会を構築することをめざしています。TICOは主にザンビアとカンボジアで活動を実施していますが、国内でも様々な活動を展開しています。そのひとつに、国際協力に興味を持つ学生などを対象に、地球規模の課題や国際協力について勉強する合宿があります。この合宿ではTICOの活動紹介、無農薬畑での農業体験、国際協力の経験が豊富なスタッフの講義、ワークショップ等が実施されています。

吉田先生は国内で臨床を経験されたのち、1989年青年海外協力隊(JOCV)でアフリカのマラウイ共和国に派遣され、ゾンバ市にあるジェネラルホスピタル(総合病院)の外科医として2年間活動されました。

日本に戻り3年ほどして、1993年にAMDA(旧アジア医師連絡協議会)の専属医師となり、理事長の菅波先生の指示で地震や水害の被災地や紛争地域の難民キャンプ等に赴かれました。

1995年からは国際協力事業団(JICA:独立行政法人国際協力機構の旧称)の医療協力部ザンビア国PHCプロジェクト長期調査員としてザンビアを訪問されました。その後、ザンビアで現地の国際協力団体SCDP(Sustainable Community Development Programme:持続可能な地域開発計画)を設立されました。

それまでの経験から、途上国での支援は医療に限定せず、幅広い活動が必要であると感じられ、継続性のある仕事をNGOの組織として行いたいと思うようになりました。1993年の設立当初は勉強会からスタートしたTICOの活動が、1997年ザンビアで

事業を展開するようになりました。2002年に南部アフリカをおそった大干ばつの時、TICOは飢餓対策の緊急援助を実施したのですが、飢餓の要因は単一ではないことを実感しました。そこから、WAHE(水:water、農業:Agriculture、健康・医療:Health、教育:Education)の4つの分野を中心に干ばつに強い村を作り、農村の暮らしを総合的によくしていくというコンセプトのもと、WAHEプロジェクトを立ち上げられたそうです。

一方日本国内では、国際協力を志す医療者を経済的・精神的に支える場として、1999年にさくら診療所を開所されました。この診療所は、以前に吉田先生が勤務された菅波内科の継続的に国際協力のできるシステムを手本にされたそうです。さくら診療所には、国際保健に身を置く医師3名と協力隊のOB・OGを含む約50名のスタッフが、24時間365日断らない診療体制で頑張られています。19床の入院ベッドを備え、呼吸器や透析器の設備も整え、在宅医療、介護サービスの他に、今の医療・介護の制度では面倒を見切れない狭間ケアの必要な高齢者を受け入れられる住宅を建設中のことです。周辺には、病児保育施設・さくら農園(農薬を使用しないで、トラクターもできるだけ使わない農園)・TICOサポートクラブ(さくら農園の余剰作物を販売して国際協力の活動資金に)があり、コミュニティの集まる場としてさくらcafeを建設中だそうです。「市民が作るエネルギー」という市民ファンドを立ち上げ、メガソーラー発電設備にも取り組んでおられます。

(「目で見るWHO」編集部)



## 1970年代のネパールの村での結核対策の試み

日本国際保健医療学会 理事 森 口 育 子



Ikuko MORIGUTI

1971～1992年 静岡県内の保険所保健師  
1986年～日本国際保健医療学会 理事・代議員  
1992年 国立公衆衛生院専門課程修了(MPH)  
聖隸クリストファー看護大学助教授就任  
1996年 兵庫県立大学看護学部教授に就任  
1997年 国立公衆衛生院研究課程修了(DPH)  
2000年 WHO本部短期看護コンサルタント  
2005～2012年 兵庫県立大学 地域ケア開発  
研究所教授(国際地域看護学)

1970年代のネパールは最貧国であり、首都カトマンズでは人口の1割が結核に罹っているといわれ、結核の死亡率が高く、ネパール政府も結核対策を重視していました。私が勤務したネパール結核予防会の結核専門病院では、喀血や呼吸困難など重症になってから運び込まれる患者が多く、平均入院期間は1ヶ月半で症状が軽減するとほとんどの患者は退院してきました。入院期間中の1次薬は無料でしたが、入院費が高く長期入院は困難でした。しかし退院後に服薬中断する患者が多いことと、重症になってからでないと受診しないことから病院で患者を待つ看護に限界を感じ、村を巡回して結核対策に取り組む公衆衛生チームに移動しました。

公衆衛生チームはカトマンズ盆地のある村に出向いて、結核の知識の普及、結核患者の発見、14歳以下の子どもへのBCG接種を行います。多くの村では結核はまだ死病と恐れられており、結核に対する予防や治療方法があることの知識はほとんどありませんでした。当初は、学校を訪問してのツベルクリン反応・BCG接種をしたのですが就学児童は少なく、特に女児は僅かで、村で可能な喀痰塗沫検査による患者発見を目指し、症状のある人への喀痰の持参を呼び掛けましたが、来所する人はほとんどありませんでした。チームが村に滞在して村長や学校の先生など村の有力者に対して結核対策の重要性を説明し、どのようにしたら子どもたち全員へのBCG接種と有症状者への喀痰検査が可能になるか相談したところ、全戸訪問をするしかることが分かりました。

各家庭への訪問は、家族が畑に出かける前の早朝に訪問し、まず世帯主に対して結核の健康教育を行い、家

族内で2週間以上咳や痰が継続している人を確認し、有症状者がいた場合はその場で喀痰採取をして塗沫検査を行いました。また14歳以下の子どもを集めてもらいBCGの瘢痕の有無を確認して、ない場合はその場で直接BCG接種を行いました。その結果9割の子どもにBCG接種ができ、各村で数人の結核患者を発見することができました。山道を歩いて1軒1軒訪問するこの方法は効率的ではありませんが、1回の訪問で、結核の健康教育、子どもへのBCG接種による結核予防、喀痰塗沫検査による患者発見と総合的な結核対策ができ、遠隔地の貧しい村では効果的な方法だと思いました。

しかし、ある村では全戸訪問が終了し報告を行ったとき、村長から公衆衛生チームが去った後の結核対策について質問され、巡回チームによる活動の限界を認識しました。結核予防会では、村で継続的な結核対策が行われるためにはどうしたらよいかについて検討し、村で簡単な治療を行っているヘルスポートで結核対策が行えるモデル・ヴィレッジ作りに取り組むことにしました。当初は結核予防会から医師、検査技師、公衆衛生チームのスタッフが村に出向き、ヘルスポートのヘルスワーカーに対して喀痰塗沫検査法とBCG接種、1次薬による治療法についての研修を行いました。その後研修を受けたヘルスワーカーたちは熱心に結核対策に取り組むようになり、月に1回の事後フォローとモニタリングを行った結果、ヘルスポートで結核対策が実施できることを確信し、結核予防会ではこのモデル・ヴィレッジの活動を他村にも普及するようにしました。

ネパールでの結核対策の経験を通して、日本とネパールの健康問題と保健医療の格差を痛感するとともに、結核対策の基本は共通であるがその国・地域で受け入れられる効果的な方法(適正技術)による活動の重要性、地域に出向くことで、住民の協力を得るための活動の重要性を学びました。

## ●Jaih-s との共同企画フォーラムⅡ

# CBR(Community Based Rehabilitation)から みた地域の取り組み ～ベトナム ベンチエ省の経験に学ぶ～



ベトナムの子ども達を支援する会 事務局長 坂 東 あけみ



Akemi BANDO

1974年 京都教育大学特殊教育学科卒業  
2005年 大阪大学大学院博士前期課程卒業  
2009年 大阪大学大学院博士後期課程

単位満期修得退学

NPO HANDS テクニカルアドバイザー  
ベトナムの子ども達を支援する会 事務局長  
国際母子健康手帳委員会 渉外担当  
<http://www.mchbook.org/>

日本人として途上国にかかわる場合、CBR(Community Based Rehabilitation:地域に根ざしたリハビリ)というのは、理解しにくい。日本ではすでに医療機関が発達し、多くの専門家が活動しているので、在宅医療といえども、HBR(Hospital Based Rehabilitation)の一環である。つまり自分たちが日本で経験していない領域がCBRである。CBRというのは下記の表に示すように、総合的な考え方である。

省幹部との話し合いの時に、ベトナム語にしたWHOのCBRマトリックスを示して説明をした。



人間の「生活や人生」と言うことを考えるときに、それは複合的な行政サービスや地域の人々のかかわりを抜きには考えられない。その考え方方がCBRの大きな骨格となる。

では、実際に途上国の現場でCBRはどのように実施されているかということになると、国の政策や社会構造、宗教的・文化的背景などにより違いが出てくる。私たち

は1990年からベトナム南部メコンデルタ地帯にあるベンチエ省で活動しているが、今回はそのベンチエ省でのCBRの経過をたどり、現状と今後の課題を考える。

ベンチエ省では1999年頃より本格的にCBRが動き始めたが、もともとは1989年のベンチエ省独自の障がい者実態調査から始まる。そこで省内の約3分の1の地域が調査され、その余りの厳しさに省の幹部が動き出した。実際に、どこかの国際機関が入り、いくつかの村で試行事業を行うのは比較的簡単であるが、それをその地方行政のシステムや、ひいては国家政策に上げたりして行くのは、非常に強力な戦略と強い信念が必要である。パイロットがパイロットで終わってしまう事業も多い中で、ベンチエ省の場合、幸運にも歴代の強い信念を持った行政指導者に恵まれ、当初から省全域の取り組みとして障がい者対策がおこなわれた。当初は現地資金の不足とも相まって本格的なCBRと言うものではなく、医療中心の「資金が来たら行う」的な部分もあった。しかし、2005年にベンチエ省全域でCBRネットワークを張り巡らせた頃から、本格的省全域レベルのCBRとしてスタートした。

2012年8月、「ベトナムの子ども達を支援する会 SVCR」はCBRに協力するツアーを実施した。その活動を通して、CBRの重要な課題を内包する現状が明らかになってきた。「障がいのある人たちの権利を守る」という視点で見れば、CBR未経験の日本人でも一緒に考える基盤が、そこにあった。



## ●Jaih-sとの共同企画フォーラムⅡ

### ワークショップ「ケーススタディから地域の取り組みを考える」

プライマリーヘルスケアの概念について説明を受けた後、運営委員が主体となってワークショップを行い〈事例1:ネパールにおける結核対策〉と〈事例2:大阪市における結核対策〉の2つの事例を6~7人の14班に別れて「それぞれの地域で2年間働く場合、結核の罹患率・死亡率を減少させるためにどのような対策が効果的か」を約30分話し合った。

奇数班が事例1について、偶数班が事例2について話し合ったのち、2つの班が合併して討論をした後それらの7つのグループごとに全体発表を行った。この間、講師の先生方や大阪府立大学看護学部教授垣本和宏先生、静岡県森町家庭医療センターの佐野潔先生、日本WHO協会理事の中村安秀先生はグループをまわって助言をされた。

jaih-sのスタッフが全体発表と先生方の感想を次のようにまとめた。

#### (1,2班)

共通点は教育不足、PHCの重要性、医療従事者と患者の間に立つ人が重要。資源を最大限に生かす。日本では地域のNPOや現地で活動している人々が重要。患者と医療従事者をうまくつなぐことが大切。相違点としては、背景、環境の違い。ネパールでは医療施設までのアクセスが悪い。日本ではすぐにアクセスできる。日本にはものがありすぎるが、ネパールではものが不足しがち。しかもどちらも不健康。これらを理解して1人1人が予防をしていく。



#### (3,4班)

罹患率と死亡率が高い問題点は環境が悪いこと。まずは知識不足を解消する。教育、勉強会を開く、ポスターを貼る。地域住民が集まる方法としては、地域住民に役割を与えて、自分の意識向上を目指す。住民同士、住民と団体とのコミュニケーションを多くとって仲良くなる。お祭りなどのイベントを開く。

#### (5,6班)

共通点は地域の規模。相違点は人、識字率。地域の実

情を知ることが重要。PHCを行っていくうえでの知識が必要。共通点を生かすことが大切。国際医療保健を目指すにあたって、地域保健医療で学んでから出向くことが必要。

#### (7,8班)

共通点は貧しい人が病気になるという経済面と知識不足。対策としては教育の機会を与えることが必要。医療従事者からコミュニティーに出向く。多職種連携が重要。相違点としてはネパールでは宗教や文化、言葉の壁を超えないなければならない。ネパールはしっかりした医療システムがない。ネパールでは識字率が違うので対策も違う。日本では炊き出しの時に訴える。ネパールではサッカー大会をして人を集めて教育する。ネパールはコミュニティーがしっかりしているのでそのコミュニティーを生かす。



#### (9,10班)

原因の共通点は知識不足と衛生状況、栄養状態。原因の相違点はBCG接種率など。共通の対策は環境の改善、教育、マスクの着用。結核患者が多いので、医療関係者だけでは対策不可能。患者さんを待っていてはいけない。ネパールは文化の違いを考慮したアプローチ。ネ

## ●Jaih-s との共同企画フォーラムⅡ

パールでは文字に頼らない教育。村長や権力者への教育。日本では地域への教育。あいりん地区では出入りする人への対策が必要。医療機器への対策。



### (11,12班)

ネパールでは原因として衛生状況などのハード面と教育が徹底されていないというソフト面、産業などの政治経済面がある。ハード面と政治経済面は厳しいので村長と組んで教育を行う。ラジオの活用。大阪では、ボトムアップで対策を行えばよい。原因としては結核の知識がない、医療機関にかかれないと、統計がしっかりしていない、栄養不足などがある。これに対してコミュニティで対策していく。行政では無理。相違点はネパールでは伝統医学や宗教の力が大きい。ネパールでは物理的なアクセスが悪い。共通点としては草の根で運動するがよい。影響力のある人を把握してその人からアプローチ。ボランティアを育成する。音楽で交流する。もので釣る。バラバラで活動するのではなく、どんな活動をしているか把握して連携していく。

### (13,14班)

ネパールでの原因是知識のなさ、予防対策のなさ、BCG接種率の低さ、治療が受けられないなど。結核にかかった後の問題点は医療従事者が少ない。まずは予防に力を入れる。資金が少なくて2年間しかないのでしっかり教育して現地の人に引継ぐ。現地のカウンターパートを探すことが大切。村長を介して探せばいいのではないか?栄養指導、農業などの教育も必要。治療の際の服用で中断しないように教育。日本では知識がない、認識の甘さ、栄養不足、貧困が原因。認識の低さではボランティアを介して啓蒙する。貧困の対策はNPO

レベルではうまくできないのではないか?共通点は関心の低さと知識不足、貧困。関心の低さと知識不足は啓蒙活動で解決できるが貧困はNPOの力では無理。相違点は、アプローチの仕方が異なる。大阪では行政レベル、ネパールでは村長と現地のカウンターパートに頼ることが重要。

### 先生方からのコメント

吉田先生「こつこつやってきたことは無駄ではないと思った。間違っていたことは見当たらない。」

坂東先生「30年前は国際活動する人はいなかったが、今は活動する人が増えているなと感じた。まだ現場に出ていないとは思うが、お金がないからできないことが多い。」

垣本先生「みなさん頭が柔らかい。今はまだ視野が広いから。これからは視野が狭くなっていくので、視野が柔らかいうちにいろんなことを考えてほしい。医療には教育や住民の知識などいろんなことが絡んでいることを知ってほしい。広い視野をもって生活してほしい。」

中村先生「医療者だけでは健康を守れない。これは日本の地域医療にも共通しているのではないか。分野を超えて活動するべき。知識不足は途上国だけではなく、日本でも一緒。日本では情報が多くて迷いが生じている。今日出た課題を1つずつ深めていくといろいろなものが出てくると思う。西成も途上国も同じ治療を行っている。」

関先生「西成の診療所での結核治療は途上国で発想したもの。ニューヨークで成功したので、西成でやってみたらうまくいった。西成の結核罹患率は急激に下がった。今ではDOTSはWHOの基本治療方針になっている。」

森口育子先生は「素晴らしい発表だった。」と感想を述べられた後総括としてネパールでの活動を紹介された。



## プライマリ・ヘルス・ケア(Primary Health Care)

プライマリ・ヘルス・ケア(略称:PHC)は、1978年カザフスタンのアルマ・アタで開かれたWHOとUNICEFによる合同会議におけるアルマ・アタ宣言で初めて定義づけられた。1970年代後半に、世界の保健・医療におけるアクセスの改善、公平性、住民参加、予防活動重視などの実現を求めて形成された理念かつ方法論。

「2000年までにすべての人に健康を」が目標とされた。一義的にはPHCは途上国の開発課題として構想された面があり、その意味では、BHN(Basic Human Needs)や「もう一つの開発」など、近代化論による開発の弊害への反省に立った、第二世代の開発論と言えるが、それ以外に、世界人権宣言(1948)や国連社会権規約(1966)に謳われた「人権としての医療」の思想を継ぐものである。また、CBR(地域リハビリテーション)や参加型教育法(PRAなど)との交流や相互啓発を見逃すこともできない。先進国でも、地域医療を効率的に運用し、公正なアクセスを実現する意味で、PHCを重視してきた経緯がある。日本においても、戦後長野県の佐久病院などの農村地域で試みられてきた、予防重視の住民参加型保健活動は、PHCのモデルとなった。WHOやPAHO(WHOアメリカ地域事務局)は、21世紀の世界の保健課題を達成する上で、PHCを肯定的に捕らえ、取り組む姿勢を示している。

プライマリ・ヘルス・ケアの4原則元	プライマリ・ヘルス・ケアの基本活動項目	アルマ・アタ宣言(1978年)
WHOヨーロッパ事務局長 Dr.Kaprio(1980)  1. ニード指向性のある保健活動 2. 住民保健活動への主体的参加 3. 社会資源の有効・効率的活用 4. 関係者・関係機関の協調・統合 ※適正技術	1. 健康教育 2. 食料の供給と適正な栄養促進 3. 安全な飲料水と衛生施設の供給 4. 母子保健と家族計画 5. 主な感染症に対する予防接種 6. 感染症対策 7. 簡単な病気や外傷の治療 8. 基本医薬品の供給	「健康は基本的な人権であるにもかかわらず、先進国と開発途上国の中には明らかな格差があり、同じ国内においてさえも同様な格差があるがこれらの不平等は是認できない。この不平等格差解消し、21世紀までにすべての国民が社会的経済的に生産的な社会生活ができる健康水準に達するように各国政府、国際機関及びすべてのコミュニティは全力を傾けなければならない。PHCはそのための鍵である。」

## 歯科検診を推進しよう

広告

(社) 大阪府歯科医師会 会長 太田謙司  〒543-0033 大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27 Tel 06-6772-8882 Fax 06-6774-0488	岩本法律事務所 弁護士 岩本 洋子 弁護士 藤田 温香  〒541-0041 大阪市中央区北浜2-1-19-901 サンメゾン北浜ラヴィッサ9F Tel 06-6209-8103 Fax 06-6209-8106
株式会社 プロアシスト 代表取締役 生駒 京子  〒541-0043 大阪市中央区高麗橋2-3-9 星和高麗橋ビル1F Tel 06-6231-7230 Fax 06-6231-7261	新居合同税理士事務所 代表税理士 新居 誠一郎  〒546-0002 大阪市東住吉区杭全1-15-18 Tel 06-6714-8222 Fax 06-6714-8090