

## 2、医療協力実施上の主たる問題

### 1) 『医療専門家の払底とリクルートの困難性』に問題をしばり申し上げる。

ア、『わが国の医療協力の特長』のところで述べたとおり、エイズ等感染症対策協力の中心が『検査』や『機材供与』に偏りがちである。そのひとつの理由として、日本側の人材が検査部門以外では払底していることが考えられる。その極端な例が“エイズ対策分野”である。

イ、エイズは単なる‘疾病’ではなく、その蔓延には売春、労働者の移動、経済格差、差別など社会的要素が含まれている。検査、診断技術は重要だが、これに社会的アプローチを加味する必要があると思われる。この点現状では、日本にとって不得意の分野でもある。

ウ、もうひとつの問題として、人材がいても極く少数で、しかも、これらの人々は海外のプロジェクトに長期間は出にくいという『国内事情』がある。“海外医療協力は、実は国内問題である”とおっしゃった方がおられたが、そのとおりだと思う。技術協力は、『人が中心』の事業ゆえ、“医療協力に係わる人材の確保問題”は、技術協力の実施体制に絡む深刻な問題で、常に新しい解決策が求められている古くから存在する問題だ。

## 3、今後の対応策（案）

### 1) 『わが国医療分野の人材養成』のあり方について

#### ア、人材養成を必要とする根拠

熱帯医学分野の人材養成は二つの面から必要だ。一つは、国際協力の観点において、もう一つは、国内の保健衛生行政の観点からである。

(国内行政—保健衛生—の視点から)

『国』＝厚生省として熱帯病感染症問題に正面から取り組まなければならない時機が到来している。日本から秘境ツアーのような形で熱帯感染症汚染地域に旅行する人の数が増える一方で、これらの地域から外国人労働者として日本へ入国、在留する人達が増加の傾向にあることに注目したい。

労働白書によると、1989年に72,000人だった外国人労働者が、5年後の1994年には111,000人に急増している。わが国の人口が2009年ないし2011年を境に漸減する事から考えると、これら外国人出稼ぎ労働者への依存度は益々高まると思われる。(シンガポールがそのいい例だ。) 増えれば

それだけ感染症が入り込む機会が多くなる。

この意味で熱帯病感染症（特にEmerging Diseases）は、単に学者や研究者の研究テーマとして捕らえることなく、わが国の保健衛生行政の面からも抜本的な対応策を考えねばならない所まで来ているように思う。現状では体制がそこまで充実していないように思われる。というのは、Emerging Diseases が話題になる度に、アメリカのCDC（防疫センター）に問い合わせているのが現状。何故か？肝心の専門家が払底しているからである。⇒このため、国立予防衛生研究所など関係施設の機能強化を図り、人材育成の道を早急に打ちたてる必要がある。

(国際協力の視点から)

同じように、技術協力に携わる専門家の確保の面でも問題がある。ことに、医療協力の分野、分けても熱帯病感染症など、わが国から姿を消した、或いは、消しつつある『疾病』に詳しい専門家のストックが底をついているように思われる。私ども技術協力の実施機関にとっても切実な問題であり、この分野での人材養成の必要性を痛感している。

#### イ、人材養成の諸方策

『人材養成の方法』に関し、3つの視点から考えてみたい。ひとつは、『国』の保健行政の視点、ふたつ目は、『大学』等の教育・研究の視点、3つ目『JICA』など技術協力の実施機関の視点である。実はこれら三者は相互補完関係にあり、それぞれの立場において頑張れば、相乗効果が高まりトータルとしてわが国の感染症分野人材養成・確保に貢献するのではないか。

(国レベルで取り組むべきこと)

- 1) まず、国レベルで見ますと、現在、厚生省傘下の機関として、国立国際医療センターがあり、医療協力に従事できる医師や看護婦等人材の供給ソースとして、重要な役割を果たしている。今後、更なる安定した人材供給を期待するとともに、場合によっては、私どもの人材養成事業と“相乗り”できるところがないか検討してみることは、価値があると思う。さて、同省の傘下にあるその他の機関に目を転じてみると；
- 2) 『国立予防衛生研究所』はじめ、幾つかの専門機関には、有能なスペシャリストを抱えているが、このうち熱帯型感染症の専門家は漸減の状況にある。ハンセン氏病など戦前、戦中にかけて活躍してきた研究所が、最近では国内の需要がなく、施設は次々に閉鎖されてきた。同じことが結核等ほかの疾病についても言えるのでは？
- 3) 何れにせよ、このまま放置しておけば、機関の縮小ないし廃止は免れようもなく、ひいては学問までが廃れ兼ねない。この“流砂現象”を食い止めるためにも、既

存の施設は維持してもらわねばならないが、現状のままではダメ。エイズ等、その後新たに蔓延しつつある、熱帯性感染症対策を取り扱う専門機関に衣替えする必要があると思われる。

- 4) 新しく衣替えした上で、質量においてアメリカのCDCに対抗できるくらいの専門家を組織内にそろえ、場合によっては、外国人研究者の採用も、選択肢のひとつとして検討してもよいのでは？ この中にはわが国の技術協力で育った途上国のカウンターパートもコワーカーとして含めてもよいのではないか。

(大学レベルで取り組むべきこと)

- 1) 日本の大学では熱帯病の研究・学習はできても、患者がいないので、臨床面における応用ができない。隔下搔痒の感があり、ここが日本の大学や研究所の“泣き所”である。その点、途上国には患者がいるし、いろいろな症例がみられ、医療協力を実施しているところでは、日本より遥かに恵まれた施設機材が整っているなど、教育環境に恵まれている。⇒そこで提案があるが、
- 2) フェーズIではJICAの医療協力プロジェクトに先ず専門家として参加してもらおう。フェーズIIでは医療協力を通じて構築された先方との人的関係を旨く活用して、当該機関との間で人材交流を行う。できれば施設の一部を借りて、共同研究を行う、という具合に二段構えでいくことも考えられる。このように、フェーズIでは『技術移転』を、フェーズIIでは『パートナー』としてのつき合いに発展するといった息の長い交流がこれからは必要ではないか？ ⇒このような環境が整えば、関係者がもっと出張しやすくなり、結果的に人材確保ないしは養成につながるのではないか？
- 3) 医学部学生は6年間の就学期間があり、通常の4年生課程の学生より2年間多く学問的な積み上げがある。彼等は臨床経験もあり、実学を積み重ねているので、彼らを海外のプロジェクトに旨く活用する手だてはないのだろうか？ 実験活動のアシスタント等、主にプラクティカルな面で専門家の補佐役とし協力に参加してもらうことは考えられないか？

⇒この場合、クリアーしておかねばならない前提条件が二つある。それは、(1) 学生たちのフィールドでの経験が履修単位にカウントされること、(2) 相手国側の了解が得られること、である。

#### ロ、人を出しやすい環境の構築

- 一方、関係者が海外のプロジェクトにもっと出やすい環境を整える必要がある。フィールドに出る人がリスクを負うのではなく、逆に参加することがプラスカウントされるようなシステムを『国』として考える必要があるのではないか。

- JICA としてもこのため色々な努力を積み重ねてきている。例えば、従来より、熱帯感染症分野の協力を効果的に進めるためには、相手国機関との“共同研究的”な要素を加味することが必要だと言われてきたが、これまでは研究費的なものは原則として出なかった。しかし今般、永年の悲願が実り、平成8年度予算において、『エイズ対策適性技術開発費』が認められ、タイ、ガーナで実施中のプロジェクトで共同研究が可能になった。

### 3、適性技術の保存

日本の医学界の一般的傾向として、西欧先進国における先端技術を追っかけ、熱帯医学などに見向きもしないところがある。現に、一部の大学を除き『熱帯医学』はカリキュラムから消え去りつつある。この結果、嘗ては日本にも蔓延したことがあったが、その後姿を消してしまったかのように見える病気に関する学問・研究は、“風前の灯火”の状態にある。そんな中で健気にも研究教育活動を続けておられる『熱帯医学研究所』や『医科研』に対し、敬意を表したい。

『熱帯医学』のように、一見、いぶし銀のように“地味”ではあるが、長期的に見て重要な分野の教育研究については、（私立大学に注文つけるのは無理としても、）せめて国公立大学の医学部学生には、“必須科目”として履修を義務付ける位のことを考えても良いのではないか。

同じことが国の『保健行政面』についても言える。国立予防衛生研究所などを拠点に、将来、再発生するかも知れない、或いは、新たに発生するかもしれない病気に随時対応できるように、人材を養成し、体制を整えておく必要がある。

『途上国援助』に従事して考えさせられることは、嘗てはわが国にもあったが、今では姿を消してしまったような伝統的技術や病気に関する学問の中に、途上国側が依然必要としているものが結構含まれている。『病気』で言うと、寄生虫や結核、『農業』分野で言うと、養蚕技術などがこれに該当するが、これらを放って置くと完全に消え去ってしまう恐れのある技術やノウ・ハウを保存する必要がある、それには金がかかる。

このため国もそうであるように我々も、また、これらの“適正技術の保存”のため、応分の負担をしなければならない。『厚生省』は国民を熱帯感染症から守るため、『JICA』は技術協力の観点からという具合に、視点は異なるが、“医療分野の人材育成・確保”の必要性という点では、共通している。考えようによっては“予算要求”などでも共闘できる部分があるのではないか？

#### 3) 開発途上国の人材の活用

ボーダレスの時代に生活している。一国の枠組みだけでは解決できない問題が



## 対エマージング・ディーズ体制づくりと日本の貢献のあり方

溝田 勉、竹中伸一、廣瀬理香、森 真理、多良栄子、前川晶子  
(長崎大学熱帯医学研究所・社会環境分野)  
五十嵐 章(長崎大学熱帯医学研究所・分子構造解析分野)

### I. 概況

本表題は、実際には、`新生・再出現感染症(\*)対策(Emerging and re-emerging infectious diseases control=種類と要因は別表1)における我が国の国際貢献のあり方を求めて`が内容として適切な題目といえよう。

抗生物質の発見やワクチンの開発により、戦後の日本を初めとして、先進諸国における感染症はほぼ征服されたかのような見方があった。しかし、開発途上国では依然として感染症による被害が後を退かないばかりでなく、先進国においても以前は考えられなかった感染症や、それに付随するさまざまな問題が起こっている。東西冷戦後の国際政治の世界でもテロ、麻薬と並んで大きく社会問題化して昨今ではサミットでも取り上げられている。国際協力を積極的に進める立場からは、今や疾病対策が、軍縮と並んで「静かなる戦争」と呼ばれ、世界平和推進の両輪を成していると言い得る。南北問題は決して経済開発だけではない。後に触れるように、今や「人間の安全保障」が必要となった。

日本でも、昨年(2000年)の病原性大腸菌O-157の集団発生が社会的なパニックを起こした。またこの時は、当局や現場の対応の遅れや悪さが各地で指摘された。治療を担当した医師の多くは赤痢患者を見たこともなく、またネット・ワークシステムの未整備から必要な情報の発信も遅れた。

一方で我が国内外の状況を概観してみよう。各種感染症の存在が多く確認されている熱帯・亜熱帯地域からの外国人就労者も年々増加している。逆に我が国から海外への渡航者も年間1,750万人を数え、感染症に係わる危険性も増大している。こうして、新たな感染症や再流行の可能性ある感染症に対して、緊急時または長期的に対応できる体制づくりが求められている。例えば米国CDCに見られるような包括的サーベイランス・システムや薬品・機器材の緊急輸送、さらには医師等専門家人材の派遣を中心とする緊急時の対応や統合された展開体制の構築もそのひとつであ

---

\* ここでは、`emerging and re-emerging infectious diseases` に対して既に厚生省主導で定着しているかに見える「新興・再興感染症」は敢えて使わない。主な理由として、マイナス・イメージを持った疾病に「興」は余りにふさわしくない事実による。「新生・再出現」は当研究集会の半ばコンセンサスとして用いている。ちなみに漢字の母国である中国においては「出現」をそれぞれに当てている。

ろう。

とりわけ、グローバルな視点からこの感染症に注目すれば、年間死亡者数4,600万人の約38%が伝染症ないしは寄生虫によるものであることを無視するわけにはゆかない。南アジアにおける日本脳炎の蔓延の如きは、一般の日本人にとっては驚き以外の何者でもない。さまざまな種類の感染症が多く開発途上国で住民の生活以前の生存を脅かしているのである。さらには、未だ処理法の確立していない HIV が出現・蔓延しており、別表1に掲げた新生・再出現感染症による諸現象が、地勢的あるいは人間社会環境とのかかわりの中で、今後いかなる重大な感染症の流行があるか予測すらできない。

こうした世界的状況の中で、新しい意味と形での国際援助協力が求められている。

感染症の中でも特に性的に活力ある年齢層を襲う HIV の流行は、当該国や地域社会全体の生産性低下を引き起こすことになるだけに決して軽視できない性質のものである。そうした意味においても、感染症対策は他の分野での国際協力の前提ないしは見本事例を示すものであると言える。一方で、医学・医療の世界において極めて伝統的な国内既存分野間の「懸け橋」にもなる。

感染症に対応するには、物質の供給や財源的な補助ばかりでなく、日本における経験や技術を発揮し、移植できるような人的協力の強化が増々求められている。具体的にはマン・パワーの育成・研修であり、またシステムティックな人材派遣制度の設定である。いわゆる *systematization* あるいは *institutionalization* が最重要事項となっている。さらに人材面での国際貢献を鑑みると、感染症対策はその性質上、国際社会で協力し合わなければ効果をあげることが難しい分野である。途上国現地の研究機関はもとより、WHOやUNICEFさらにはCDCなど経験の蓄積ある国際的な研究機関やネットワークとの連携体制も重要である。

国際協力に関していえば、病院をつくらず、医療政策に重点をおく米国や、植民地時代の経験の蓄積あるフランス、企画立案・資金・技術協力の役割が明確なドイツ、政府や NGO の連携のしっかりしたイギリスやカナダなど、各国それぞれ特色ある医療協力を展開しているので、今後は求められる我が国らしさの参考としなければなるまい。

昨年の研究集会（日本の貢献-その1）でも、発表者・討論参加者の所属構わず、

実にさまざまな立場の専門家が集まり、活発かつユニークな議論や提案がなされた。中でも緊急に取り組むべき課題として取り挙げられたのが、医療協力人材の不足とその確保であった。具体的には、

1. 大学医学教育レベルで医療協力に関連する活動を単位として認める。
2. 専門家がフィールドに出やすくなるインセンティブを提供する。
3. 現場に出た者の実績が帰国後のキャリアにプラスする仕組みを作る。
4. 国内需要の少ない疾病の研究施設が閉鎖されるのを防ぐ。
5. 国内では不足する臨床経験を問う意味で、専門家がプロジェクトにかかわることの出来る期間をできる限り長期化する。

以上、後述の如く短期あるいは中・長期に取り組むべき課題の区別はあるものの、現行の医学・医療行政や国際協力の現状を人材養成・研修と派遣の面から熟知しておくこと、および物事を政策的・戦略的に準備して進めることの必要性を痛感することとなった。とりわけ、「援助の顔」としてやはり重要度を増してきた医療・保健分野での国際協力や、地球環境の変化とも相俟って緊急性を要するに至っているエマージング分野での協力に、どの程度の専門性を有する者がいるかは、国として今後の対応を見極める上で欠かす事の出来ない関心事である。我が国ほどカネやモノを開発途上国を含む外国に利用されて、一方で人材やソフトの面で貢献していないトップ・ドナーも援助の歴史上世界に珍しいのであるから……。珍しいこと以上に、軽蔑されていることに気付いていない国民も、これまた稀有であるから……。

—————※—————※—————※—————※—————

## Ⅱ. 派遣人材の潜在力調査

以上のような状況を踏まえ、本年4月～6月、我が国における国際医療・保健協力人材の潜在力調査をアンケート様式（別表2）で実施した。対象として、中央省庁等政府機関直属の場合は、一般の専門家と比べ「外国派遣法」の適用等の雇用条件を巡る状況が余りにも違い過ぎるため除外した。従って専門家・研究者集団と考えられる学協会、とりわけ日本熱帯医学会、日本国際保健医療学会の所属会員、さらには地元国立大学医学部・研究所スタッフおよび彼等からの紹介者を1,347名選んだ。いずれも医療・保健、少なくとも医学関係に何らかの係わりをもつ者である。

アンケート回答者には、調査の趣旨が何ら近未来の仕事や雇用確保には直接何の保証もないことを予めことわっている。加えて単純記述式であったため、結果としての回答率そのものが、関係者の熱意や関心の度合を示すものと理解される。往復ハガキや返信用封筒を挿入していなかったにも拘わらず、回収率は約4割であった。中には回答のタイミングが理由によるもので、海外



からの封書による回答も10通程あった。なお当調査は、同趣旨のもとに対象範囲を現在なお拡大して続けており、以下の方法による調査結果は中間報告である。

さて、上記別表2のとおり、質問内容は諸外国・地域に出向いての(1)エマージング感染症対策協力(以下「エマージング」と略称)と(2)国際医療・保健協力全般(以下「全般」と略称)の二つに分け、まずは被派遣者となる意志・希望の有無を尋ねた。次いで「意志あり」と答えた者について自らの(a)協力可能な専門分野、(b)希望被派遣国・地域、そして(c)被派遣者としての可能な期間、の3点について回答を求めるとともに、それぞれの回答にまつわる問題点や懸案事項を自由に記載・提起してもらったものである。

## 【 結果と考察 】

アンケート調査の第一点として、「全般」に対し積極的に「参加する意志あり」と答えた者が全体の75%と高く、一方、医師・専門家の間ですら未だよく知られていない「エマージング」分野での国際協力でも、回答者の50%が「意志あり」と明確に「イエス」の回答をしていることである。このことから、直接の政府機関関係者でなくても、少なくとも医療・保健分野での国際協力に関心・希望を有する者が相当数いることが判明したことから、人材派遣の潜在力はかなり高いレベルにあると見て間違いない。

ただし、この場合の資格や力量の有無、即ち能力やレベルについては、回答者自身の個人的な判断に委ねられている。しかも、その点に関しては、今後の研修や育成システムとも大いに連同させて考えねばならない事柄である。

### A. 派遣希望される者の専門分野について

回答者自身の「専門分野」は、同時に「希望する協力可能な分野」と読み換えて差し支えないと推察される。回答内容に対しては、予め何の制約も設けない単純記載であることから、区分に困難な程に極めて多彩なものであり、回答者人数とほぼ同等の分野・疾病名等の内容の記載が成されている。実際、「生の声」として「全般」および「エマージング」国際協力の双方について以下の9つの項目の下に分類してある。従ってそれぞれの項目の下における内容は、専門分野に関する元帳とも言えよう。記述者としては、相互相乗りの部分もある。

- |           |            |         |         |
|-----------|------------|---------|---------|
| 1. 基礎医学分野 | 2. 臨床科目別   | 3. 保健分野 | 4. 教育領域 |
| 5. 看護領域   | 6. 国際援助・協力 | 7. 環境領域 | 8. 疾病別  |
| 9. その他    |            |         |         |

注目すべきは、「全般」においては、基礎医学部門の専門家が4割を占め、「エマージング」と比較して有意の差が高いのに対し、仮に臨床科目別・疾病別(即ち上記分類の第2と第8)とした場合は「エマージング」の方が逆に10%の差をつけて関心が高い。同第3項目の保健分野に限れば「全般」の方が「エマージング」に比較して高い。

このことから「全般」に対しては、調査・研究協力の目的を含む研究者・学者タイプの役割を持つ者が、より派遣希望する傾向が見られるのに対し、「エマージング」協力の場合は、明確に区別されている。即ち、かなり具体的な疾病にターゲットを絞った臨床志向者が、より「エマージング」協力の姿勢を示している事実が判明する。

## B. 派遣を希望する地域・大陸・国について

派遣を希望する「対象国・地域」については、回答者自身のこれまでの経験や履歴が多分に反映されていると考えて間違いない。広くアジア地域が、「全般」および「エマージング」国際協力の双方について全体の半数を占め、アジア地域に対する関心ないしは「執着」とまで言えるものは、比率として僅かながらも「エマージング」の方が高い。何故「執着」とまでここで言及するかについては、欧米でこの種の調査をすれば殆どがアフリカ大陸が先ずターゲットになるからである。

興味深い点の一つに、「全般」については中南米地域が第2番手の18%で、これに続くアフリカの14%を上回っているのに対し、「エマージング」協力の方では順序が逆でアフリカが第2番手の16%として、13%の中南米地域を上回っていることである。

ちなみに派遣国別に希望の多さを見ると、「全般」協力では中国、タイ、インドネシア、ベトナム、ネパール、カンボジア、フィリピンの順である。「エマージング」協力ではタイ、中国、インドネシア、インド、ベトナム、ネパール、フィリピンの順（下線はいずれも著者）で、いずれも広くアジアの国々が上位を占めている。協力分野の違いが順位に微妙な変化を与えている。

さらに「全般」、「エマージング」協力の双方において「特定地域なし」が10%を越えており、対象地域の如何を問わず国際協力に対する関心を有していることが読み取れる。また「エマージング」協力に関しては、数値こそ低位ながら大洋州、北米、ヨーロッパ続いては中近東、ロシアにまで関心を示しているという拡がりの点と、加えて先進国・途上国の区別が極めて薄れている点は今回の特筆に値する証左である。なお、上記中南米地域の中ではブラジルとグアテマラが、アフリカ大陸地域ではケニアが国名としては目立っている。

## C. 人材派遣されるに可能な期間について

国際協力に貢献する可能な期間としては「全般」について71%が、「エマージング」については66%が1ヵ月未満と答えている。ただし、その内訳をみると約2週間を境に1ヵ月近く居れる「全般」の者が、2週間までの倍近くに達するのに対し、「エマージング」協力希望者は2週間以内および1ヵ月近く居れる者の割合が同等である。また1ヵ月を目度とした場合は、「全般」の希望者は国際協力「意志あり」とした者全体の71%が該当と高い数値を示すのに対し、「エマージング」の場合は同上全体の1/3弱に過ぎない。

その理由として、「エマージング」は、(1)対象とする専門分野・仕事がかなり絞られているという前提があることに加えて、(2)雇用制度の不備ないしは自身の望む将来経歴との関係で、「長期に派遣されることは不可能」とする者が多くを占めていることでもある。

また「エマージング」に対しては、用語概念および仕事内容そのものが未周知のため無回答が47%と高く、従って「意志あり」の者でも1ヵ月未満が30%、その多くが学者・研究者タイプが殆どという特徴を持つ。前者と同様の理由として「雇用制度の不備」を挙げる者が、「現況で当然」と思う者を大幅に上回っていることが推察される。さらに、一年間を越えて協力できる者は、「全般」協力および「エマージング」協力の双方とも「意志あり」と回答した者全体の5%以内という結果に終わっている。

以上のようなことから、結論として、我が国からの国際医療・保健協力、エマージング国際協力派遣人材は、潜在的に相当数居るということである。人的な国際貢献という観点では極めて好ましい状況である。然るに一方で、とりわけ期間に注目すれば、自らの生活や個人が現在仕えて

いる業務、広く雇用状況に大きな制約を受けていることが明確にあり、何らかの解決策が見い出されなければ「犠牲になるので遠慮したい」という現況の中にあることが判明する。従って潜在的なマンパワーは充分あるが、活躍して効果を産み出せるようにする為のシステムが出来ていないという結論に導かれる。

なお別表3として、国際医療保健協力およびエマージング協力の双方について、アンケート回答者から寄せられた課題・問題点の本音の部分の事柄をリスト・アップした。

-----※-----※-----※-----※-----

### Ⅲ. 我が国の国際貢献

第一回の当研究集会にも提起された事柄を含め、援助・支援を受ける側にとって長期に役立つという点で効果的な国際医療・保健協力を推進するための課題、展望、提言を以下に掲げて、今後のための蓄積としたい。

#### 【 課 題 】

1. 国際機関・NGOや政府間の連携が悪い。特に、政府間では厚生省（WHO拠出金）、海外経済協力基金（借款）、外務省（贈与）、JICA（技術協力・無償）といったように、立案・執行の権限が分かれている。とりわけ、感染症対策など緊急支援の場合は系統的な援助システムが必須である。  
→〈援助システムの系統化〉
2. 各国事情や医療技術を踏まえて、単独で適切な援助プログラムを作成できるコンサルタント等の組織が日本に育っていない。言い換えると、この分野ですら他の技術協力同様ゼネコンや商社に頼り切っている。  
→〈情報の収集・蓄積〉、〈計画・実施・評価〉、〈人材の育成・確保〉
3. 他の援助国との公式・非公式な対話や情報ネットワークが日本には欠けており、そのため、援助国コミュニティから孤立し、援助の真意が伝わらなかったり、意見交換による評価ができなかったりしている。  
→〈情報の収集・蓄積〉、〈経験の交流〉
4. 上記に関連して、プロジェクトの発掘・選定に必要な情報を集め、計画・実施・評価するシステムが系統立っていない。このため、日本は30カ国において、トップドナーであるにもかかわらず、受動的な要請主義に陥っている。常に受け身の域を脱することができていない。  
→〈情報の収集・蓄積〉、〈援助システムの系統化〉、〈援助内容の充実〉
5. プロジェクト選定後、綿密な計画を形成するために必要な、ノウハウや人材が不足している。また、単一会計年度への準拠が基本にあるため、十分な期間が確保されない。  
→〈情報の収集・蓄積〉、〈援助内容の充実〉、〈人材の育成・確保〉

6. プロジェクトを運営していく上で、一括して委託できる専門機関がない。このため、政策（外務省）、実務（JICA）、技術（派遣専門家チーム）と、各方面の専門家が個別に関わり合い、業務を複雑にしている。

→〈援助システムの系統化〉

7. 長期的に派遣できる老・壮・青年の人材の確保が難しい。老・青年の確保は、現行の専門家派遣やJOCVといった制度の改善・充実で望めるが、30歳から50歳代の人材については、今だに根深く存在する日本的雇用制度の慣行上、割愛が困難である。とくに、キャリアの上で、国際協力活動を正当に評価する体制がないことが問題だと考えられる。民間からの人材派遣・登用については、国からの支援・協力を改革が望まれる。

→〈人材の育成・確保〉

## 【 展 望 】

マクロな視点からは、明るい将来展望を持てる大きな国際協力の流れを指摘しうる。まず二国間協力においては、従来圧倒的な比率を占めていた経済インフラへの支援に対して、生活インフラ（民生福祉部門）への支援の方が、援助を受ける側から感謝される。言わば“顔の見える援助”であるということが判明してきた。しかし質の高い生活インフラ支援のためにはソフトの充実が欠かせない。一方、多国間協力の土壌となる地域紛争は多発しているものの大戦は無くなってきた。そうすると人間の生存や生活に関心が移り、Basic Human Needs（BHN）の充足を図る生活インフラにやはり重点がおかれる。「人間の生活指標」とか「人間開発」といった大仰山な日本語が現に汎用されるような時期を迎えているのも、こうした国際社会の動きを反映した翻訳文化の繰り返しを示している。この動きを率直に“人間の社会保障”から捉えれば、「安全保障」が「総合安全保障」へと、さらに「人間の安全保障」に移ったことを指摘しておく。医療保健分野における人材派遣事業の支援強化に資する具体的な活動として、以下の4分野での展望を掲げる。

### 〈情報の収集・蓄積〉

- プロジェクトの発掘・選択に関しては、保健医療セクターのレビューを行い、被援助国政府内にリエゾン・アドバイザーとしての事務所を設け、被援助国政府とともに協力計画を立てる。
- プロジェクトの形成に関しては長期的な情報収集計画を立てる。
- 援助国同士の情報交換については、政府アドバイザーを登用する。
- 既存の在外公館駐在医務官の業務改善を検討する。
- 情報、人材の蓄積機関を確保する。
- 在日外国人研修生を活用する。
- サーベイランス・システムを確立する。

### 〈援助システムの系統化〉

- JICA の医療協力部に保健医療の専門職・コーディネーターを配置し、情報センターとする。
- プロジェクト運営を一括委託するシステムをつくる。
- 同上医療協力部内に、援助の方向性の考え方をもち、評価できる人材を置く。

### <援助内容の充実>

- 日本の得意分野をつくる。そのため、成功したパイロットプロジェクトを全国的な提言につなげる。不成功に終わったものについては、その原因を整理・究明する。  
成功例：ワクチン生産・品質管理、食品・薬品検定
- 途上国においてニーズの高い分野に取り組む。そのための研究調査費用はJICAが負担する。  
例：公衆衛生、家族計画では不可欠なフィールド活動を取り込んだり、上下水道・ごみ処理等の関連事業を取り込む新しい援助スキームを研究する。  
評価の高い日本の医療制度に基づく医療政策的な助言をする。

### <人材の育成・確保>

- 必要な人材：政府アドバイザーやプロジェクト・プランナー；公衆衛生・家族計画・医療制度の専門家；寄生虫や結核の専門家
- 大学レベルの医学教育にフィールド活動を取り入れる。(Early Exposure の必要性)
- 人材を送り出す大学、病院、研究所に、それらの帰属省庁の如何に関わらず、広く国際協力への理解を求める。
- 国際協力に理解のある世論をつくる。具体的には、マスメディアとの連携および民間からの専門家リクルート・ネットワークの設定など。
- 専門家が働きやすくなるためのインセンティブづくり
- 派遣者のキャリアパスへの考慮。たとえば、途上国での勤務が帰国後の就職に有利になるシステムをつくる。
- 人材確保が難しい場合には、JICAあるいは医療分野を中心とする産業界が大学に寄付講座を開設する。
- JICA・総合研修所・国際開発高等教育機構 (FASID) 3者間の機能的連携を高める。

## 【 提 言 】

日本政府および日本人ならではの国際貢献を考え、かつ特徴を示して行うということ、即ち欧米のドナーあるいは、西洋版の技術援助諸国では考えが及ばず、また明らかに日本のものと判るものを創るという点で銘記しておかなければならないことがある。何かと言えば東洋と西欧のそれではそもそも、宇宙観、生命観、人間観について根本的に異なった物事の見方があるという点である。「病い」に対する受け止め方も同様である。西欧では、「病い」は自然による人間への挑戦だと考えられ、医学はそれに対する神からの「おすみつき」ということで発達した。これに対し東洋では伝統的に、自然との共存、共生を重んじる姿勢が基本にある。

そしてこの姿勢は現代に至る日本人の生活や技術の底辺にも脈々と残っている。

西洋医学に対する過信が指摘されている現在、日本がリーダーシップを執る際に、とくにアジアにおいて医療保健協力を推進する時、その方針、基本的精神、洋の東西による知恵の違いを際立たせ活用することが望ましい。欧米の単なる物真似で自尊心を満足させたり、経済的に恵まれることをもって旨しとしていたのでは、彼等の持つ技術やシステムとの優劣差は明白である。また、それでは我が国の乗り出す意識や価値も大きく減じてしまう。実際日本の援助は、途上国現地の人々の生活に溶け込み、「現場に強い」という定評がある。これは歴史・文化的、地理的、人種的親近感に負うところが大きいと思われる。となれば具体的には感染症に関する国際協力の企画立案、実施、評価の過程に従来からの公衆衛生学の専門家のみならず、医療歴史学や文化人類学、社会学、経済学専門家の関与や動員が必須となろう。逆に例えば、感染症の勃発阻止、あるいは交通事故・緊急時の止血にどう東洋の医学が効果を発揮するのかについても普段から考慮して、

おく必要がある。

先に述べた展望を実現するために我々がとれる、現実的かつ具体的なアクションを4項目にまとめてみる。

#### 1. <医療保健人材派遣専門機関の設置・充実>

アンケートの結果により、医療現場に携わる多くの方が、医療協力、さらにはエマージング・ディジェーズ対策派遣に熱意以上の強い関心を持っていることが分かる。しかし、現行雇用制度上、中堅専門家が海外へ派遣されることには、様々な困難や被派遣者にまつわるリスクが伴う。このため、以下の制度上の充実を推進する機関が望まれる。

- 研究者が派遣される場合、本人の調査や研究にもメリットが得られるよう、より公益を目的とした制度上の身分を確保する。
- 帰国後のポジションを確保するため、各種のインセンティブを設ける。
- 人材リストとJICAとの関係を組織化する。

また、以下の派生的な機能を担うことも期待される。

- 援助対象地域別にも詳しい専門家等の貴重な人材・知識をプールする。
- 被援助国からの留学生や研修生からの情報を蓄積する。
- ドナー・コミュニティ（先進国グループ）の窓口となって援助国と被援助国の調整役を果たす。

#### 2. <専門家育成機関の設置・充実>

- 被援助国側のカウンター・パートとの結びつきを確実にするため、プロジェクトに関連した研修を我が国において設定する。
- 途上国におけるニーズの認識を深めるため、派遣人材の研修の一部を現地にて行うことを検討する。
- 寄生虫や結核など、我が国ではニーズが減りつつある疾病の専門知識を深めるため、熱帯医学研究所等の機関が研修課程に関わることが望まれる。
- アルマアタ宣言以来、世界中こぞって“PHC”のかけ声のもとに重要性が認識されている公衆衛生・人口家族計画・母子保健・保健医療制度等のコースも集中的に盛り込む。
- 若手人材育成のため、研修などを通して医学部生に国際保健・医療協力をアピールする。
- 特殊法人など準政府機関の財政的支援等による寄付講座制度を設けることを検討する。

#### 3. <人的ネットワーク機能>

- 感染症対策において不可欠な緊急ネットワークが機能するよう、上記の業務から発生する関係者間の対話やコミュニケーションを日頃から密にする。
- 国際協力派遣に理解のある病院、研究所や大学をネットワークの要として機能させる。その際、WHOやユニセフ等の国連機関が設けているネットワークのあり方を参考にする。

なお、情報蓄積の相乗効果を期待して、以上の機能が一つの機関に集約されることが望まれる。加えて、

#### 4. <地域社会への感染症対策広報活動>

- 将来危惧される感染症集団発生に備え、地域市民の各種感染症や対策に対する理解を深めるよう、公開講座や、イベント等を普段に行う。

表1

## エマージング インфекションの実例と要因

A 表 エマージング感染症の実例

年	病原体の名称	種類	疾患
1973	ロタウイルス	ウイルス	小児下痢 (世界中に分布)
1975	バルボウイルスB19	ウイルス	慢性溶血性貧血の増悪
1976	<i>Cryptosporidium parvum</i>	寄生虫	急性・慢性下痢
1977	エボラウイルス	ウイルス	エボラ出血熱
1977	<i>Legionella pneumophila</i>	細菌	レジオネラ菌感染症
1977	ハンタウイルス	ウイルス	腎臓急性出血熱
1977	<i>Campylobacter jejuni</i>	細菌	腸炎 (世界中に分布)
1980	ヒトTリンパ球嗜好性ウイルス I 型 (HTLV-I)	ウイルス	T細胞リンパ肉腫・白血病
1981	毒素産生黄色ブドウ球菌	細菌	毒素原性ショック症候群
1982	大腸菌O157:H7	細菌	出血性大腸炎・出血性尿毒症
1982	<i>Borrelia burgdorferi</i>	細菌	ライム病
1983	HTLV-II	ウイルス	白血病
1983	ヒト免疫不全ウイルス (HIV)	ウイルス	エイズ
1983	<i>Helicobacter pylori</i>	細菌	消化性潰瘍
1985	<i>Enterocytozoon biveusi</i>	寄生虫	持続性下痢
1986	<i>Cyclospora cayentensis</i>	寄生虫	持続性下痢
1988	ヒトヘルペスウイルス6型 (HHV-6)	ウイルス	突発性発疹
1988	E型肝炎	ウイルス	経口感染性非A非B型肝炎
1989	<i>Ehrlichia chaffeensis</i>	細菌	ヒトエールリッヒ症
1989	C型肝炎	ウイルス	非経口感染性非A非B型肝炎
1991	グアナリトウイルス	ウイルス	ヴェネズエラ出血熱
1991	<i>Encephalitozoon hellem</i>	寄生虫	結膜炎
1991	新種 <i>Besbesia</i>	寄生虫	非定型的パベシア症
1992	<i>Vibrio cholerae</i> O139	細菌	新型コレラ
1992	<i>Bartonella henselae</i>	細菌	ネコひっかき病
1993	Sin nombre ウイルス	ウイルス	ハンタウイルス肺症候群
1993	<i>Encephalitozoon cuniculi</i>	寄生虫	播種性疾患
1994	サビアウイルス	ウイルス	ブラジル出血熱
1995	HHV-8	ウイルス	エイズ患者のカポシ肉腫

B 表 リ・エマージング感染症とそのリ・エマージング要因

病原体の種類・感染症	リ・エマージングの要因
ウイルス 狂犬病 デング熱/デング出血熱 黄熱	公衆衛生基盤の崩壊・土地利用の変化・旅行 ヒトの移動・旅行・都市化 媒介カ発生的好条件
細菌 A群連鎖球菌 蜃壕熱 ペスト ジフテリア (旧ソ連) 結核  百日咳 サルモネラ菌感染症 肺炎球菌感染症 コレラ	不明 公衆衛生基盤の崩壊 経済発展・土地利用 政治変化による予防接種の中断 人口動態とヒト行動様式の変化、工業技術、国際貿易と通商、公衆衛生基盤の崩壊、病原体の適応 ワクチン接種に対する不信に基づく予防接種率の低下 工業技術、人口動態とヒト行動様式の変化、病原体の適応、食物の変化 人口動態、病原体の適応、国際貿易、通商と旅行、抗生物質の乱用 旅行、新型菌 (O139) の出現と流行地への導入、飲料水塩素消毒および食物消毒の不備
寄生虫 マラリア 住血吸虫症 神経のうづ虫症 アカンタメーバ症 内臓型リーシュマニア症 トキソプラズマ症 ジアルジア症 エキノコックス症	病原体の薬剤抵抗性、媒介カの殺虫剤抵抗性、紛争、対策経費の不足 ダム建設、灌漑、中間宿主 (貝) 発生的好条件 移住 ソフトコンタクトレンズの使用 戦争、人口移動、移住、媒介昆虫に好都合な生態変化、ヒトの免疫不全 ヒトの免疫不全 育児院～託児所の増加 中間宿主 (動物) の棲息に好都合な条件

表 2

## 人材派遣要請に関するアンケート調査回答用紙

記入者所属・氏名
A. 医療協力関係の人材派遣要請
1. あなたは日本国政府、関係省庁などからの人材派遣要請に積極的に参加する意志がありますか？（いずれかに○印で答えて下さい）          あり          なし
2. 1 に対し、ありに○印をされた方は下記にお答え下さい 2.1. あなたの協力できる専門領域・分野等を記載してください（複数回答可）  2.2. あなたが特に協力を希望される地域・国名を記載してください（複数回答可）  2.3. あなたが協力できる大体の期間を週、月、あるいは年単位で記載してください
B. エマージング及びリ・エマージングディジーズ関係の人材派遣要請
3. あなたは日本国政府、関係省庁などからの人材派遣要請に積極的に参加する意志がありますか？（いずれかに○印で答えて下さい）          あり          なし
4. 3 に対し、ありに○印をされた方は下記にお答え下さい 4.1. あなたの協力できる専門領域・分野等を記載してください（複数回答可）  4.2. あなたが特に協力を希望される地域・国名を記載してください（複数回答可）  4.3. あなたが協力できる大体の期間を週、あるいは月単位で記載してください
5. すべての方に対して あなたの知人でこのアンケートをお送りすることをお勧めになる方が居られましたらその方の氏名・連絡先をお知らせ下さい。

ご協力ありがとうございました。



表3 アンケート回答に際しての課題例“生の声”（国際医療・保健／エマージング協力）

区分	専門領域・分野	地域・国名	期間	全般にわたる問題
<p>A (医療協力全般 に対して)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協力できる専門領域がない</li> <li>医療関係の資格がないので役にたてない。</li> <li>薬剤師でできることが、あるのかわからない。</li> <li>基礎研究のみなので、役にたてないのでは？</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治安のいい国</li> <li>紛争のない地域</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要請内容・条件により異なると記入。(8件)</li> <li>代診がいは可能。(3件)</li> <li>病理医が一人なので難しい。(6件)</li> <li>意思があるが仕事上無理。(5件)</li> <li>退職の上、何年でも可能。(5件)</li> <li>所属機関の承認が必要。(5件)</li> <li>夏休みを、利用して。(7件)</li> <li>ボランティア休業可能。</li> <li>有給休暇で可能。(3件)</li> <li>職場復帰を、条件に2年間。</li> <li>地方公務員なので限界がある。</li> <li>役職上、手続きが難しい。(2件)</li> <li>短期の場合2週間、研修を伴う場合3~6カ月</li> <li>短期の場合2週間、研修を伴う場合3~6カ月</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康上もしくは、年齢的問題があり参加する意志があっても難しい。(12件) (学生・若い人に勤めてる。)</li> <li>その他             <ul style="list-style-type: none"> <li>アンケートは、具体的に何に使うのか。(2件)</li> <li>アンケートの取り方が、おかしいのでは？</li> <li>外務省と関係はあるのか？</li> <li>返信用の封筒が同封してあるべき。</li> <li>国は、常に行政の中で、リストを作成すべきと思う。</li> <li>医療人類学が、専門だが別の方向から協力したい。</li> <li>休職しないで済むのであれば年に2~3回</li> <li>要請時のタイミング及び具体的な要請内容により対応異なる</li> <li>勤務上調整が必要</li> </ul> </li> </ul>
<p>B (エマージング、 リ・エマージング に対して)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bのみに、興味を示した人。(11件)</li> <li>Bに対して参加協力で否定的な意見の持ち主の具体例             <ul style="list-style-type: none"> <li>具体的に何を示しているのかが、不明。</li> <li>専門分野でないので、無理。(3件)</li> <li>具体的に示している、可能な場合は参加したい。</li> <li>M.D.でないので無理。</li> <li>リ・エマージングの小児科関連なら可能</li> <li>CDCのように現地派遣は無理</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>職務上、日本国内にかざられる。</li> <li>子どもが小さい。</li> <li>身分が保証されるシステム作りは上手くいかないのか？(2件)</li> <li>関係省庁から要請があれば検討する。</li> <li>1カ月が限界、無理言うとは解雇になるかも、もしくは居ずらくなる。</li> </ul>	

# 国際保健・医療分野における人材派遣可能性基礎調査（中間報告\*）

長崎大学熱帯医学研究所  
環境医学部門 社会環境分野  
溝田 勉

- ・調査期間：平成9年6月～7月
- ・調査対象：以下専門家 or 研究者と考えられる者について行い約1500名から回答を得た。  
1. 日本熱帯医学会員 2. 日本国際医療・保健学会員 3. 地元（熱研・医学部を中心とした長崎県下）
- ・結果：以下に動向を示す。

領域	・国際医療・保健協力全般 (%)	・新興・再興感染症対策 (%)
被派遣のためのポイント		
積極参加意志の有無	・有 75	・有 50
	・無 21	・無 35
	・回答なし 4	・回答なし 15
上記意志“有”者について ・専門領域・分野の特定	・基礎医学分野 39	・同左 36
	・臨床科目別 15	・" 18
	・保健分野 10	・" 7
	・疾病別 22	・" 29
	・その他（看護・教育・環境領域等） 14	・" 10
" 派遣希望大陸・地域	・アジア 50	・同左 49
	・アフリカ 14	・" 16
	・中南米 18	・" 14
	・中近東他 8	・" 8
	・特定なし 10	・" 13
" 派遣可能な期間	・2週間以内 25	・" 35
	・1ヶ月以内 46	・" 31
	・3ヶ月以内 8	・" 10
	・6ヶ月以内 4	・" 2
	・1年以内 5	・" 6
	・1年以上 4	・" 5
	・その他 8	・" 11

## ★回答者が寄せた問題点のいくつか（主として期間・時期に関して）記述例

1. 意思あるが仕事上無理
2. 所属機関の承認が必要
3. 夏休みを利用して可能
4. ボランティア休暇可能
5. 代診がいれば可能
6. 退職の上で何年でも可能
7. 病理医が一人なので難しい
8. 職場復帰を条件に2年間
9. 地方公務員なので限界がある
10. 役職上手続きが難しい
11. 職務上国内に限られる
12. 子どもが小さい、家族との関係
13. 関係省庁から要請があれば検討する
14. 具体的な要請内容・条件により異なる
15. 1ヶ月が限界、無理言うと解雇になるかも、もしくは居ずらくなる
16. リ・エマージング小児科関連なら可能
17. 身分が保障されるシステム作りはうまくゆかないか

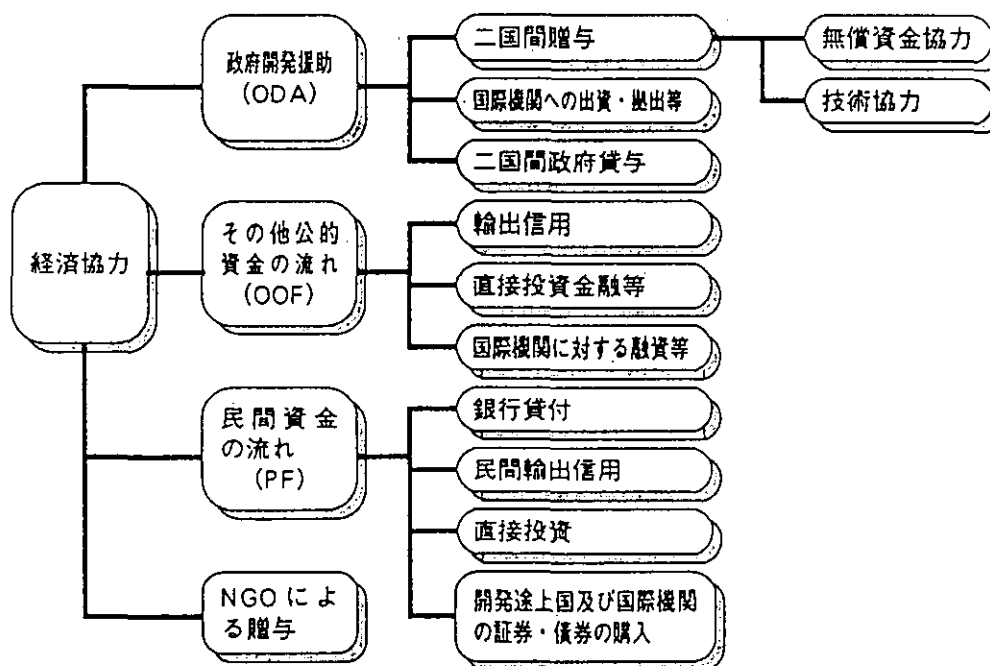
\* 他の学協会員を対象に現在もなお調査は続けられており、単に関心を持った者だけでなく経験・能力を持った者の人材ファイルは、いろいろなところでまとめられて相互活用されねばならない。

## 保健プログラムにおける国際協力の役割

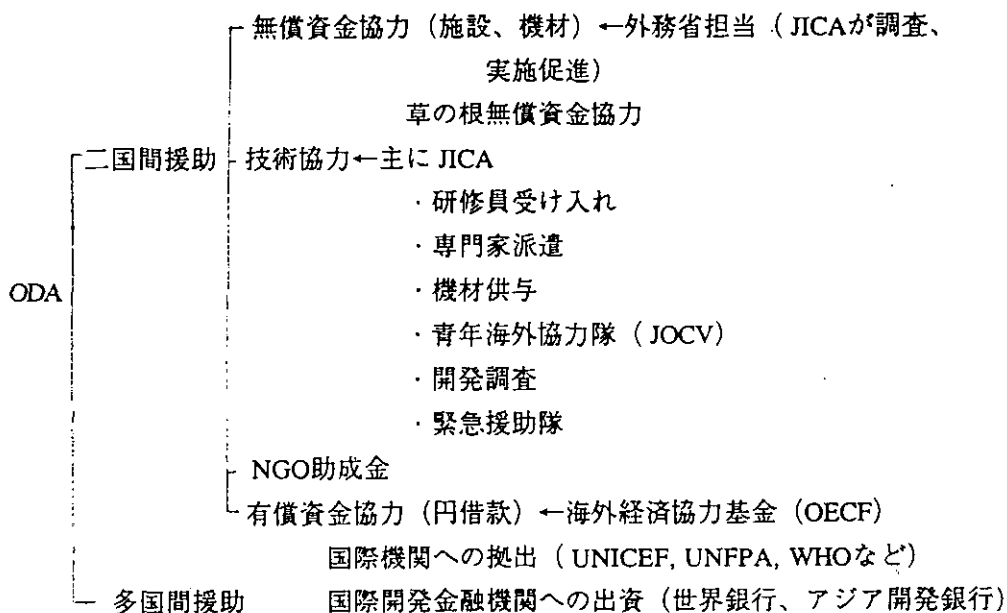
国際協力事業団 国際協力部医療協力第一課 松永 龍児

### 1. 我が国の政府開発援助（ODA）のしくみとJICAの役割

#### ●経済協力の種類



ODA: Official (政府) Development (開発) Assistance (援助)



2. 保健医療・人口家族計画分野の JICA プロジェクト方式技術協力

(1) 保健医療分野

- 1) 臨床医療技術、病院管理
- 2) 医科学研究（熱大病研究、感染症研究）
- 3) 人材教育・育成（看護教育、医学教育）
- 4) 食品・医薬品（ワクチン製造、品質管理）
- 5) プライマリ・ヘルスケア（地域保健活動、地域医療システム）

(2) 人口家族計画分野

- 1) 人口統計（国勢調査）
- 2) 家族計画・母子保健（子供の健康、母性保健）
- 3) IEC（人口教育）

JICA 医療協力部プロジェクト位置図（30か国46件）平成10年3月現在（含予定案件）

