

供与、研修員の受入れがあり、セミナー開催も考えなくてはなりません。先方の実態を正しく把握し、調査団を送って調べた上で、情報の収集整理を日常業務として行い、専門家の報告もその国に対するカントリー・レポートの中にちゃんと入れる。ものによっては随時印刷をして、いつでも引用できるようにしたいと提言されています。

調査団の派遣、まずどの領域の協力がその国に必要なかを調査する、今日でいうプロファイ調査団。それから特定の例えば結核の協力を始める場合の事前、実施調査団。その中には将来協力の中心となる人たち、派遣予定の専門家も加えること。協力の評価を行う調査団も必要です。プロジェクトの実施については当然ながら先方のニーズの高いものを優先し、新しい施策の開発とそのモデルを策定します。先方と十分協議してから機材については輸送に配慮すること、故障を起こし難い機種を選ぶこと。そして保守管理と修理の体制をメーカー側と協議しながら、用意すること。無償での建物の供与は協力を長期間行うニーズの強い領域のものを優先的に考えなければなりません。

研修員の受入れについては、集団研修コース、個別研修を含めてかなり重点を置いて考えていいでしょう。そして研修生には国内旅行も設定し日本の実情を広く紹介することも必要でしょう。日常生活はあまり窮屈でないように。但しこの当時は WHO から派遣されてきた研修生と JICA の研修生では処遇の差が WHO の方が良かったのですが、最近これが逆転しています。この点は非常に慎重にやらなければなりません。その他に偉いクラスの人達を日本に招いて日本の実情を見てもらうのも良いのではないのでしょうか。逆に世界に評判の高い日本の専門家を派遣するのも有益でしょう。

そして同じようなプロジェクトをやっている国がいくつかある場合、その人達を集めて行うセミナーは非常に大事だと思います。その場所は日本ではなくてプロジェクトをやっている国のひとつでもいいでしょう。国際機関との連携はきちんと強化しなければなりません。医療協力部の体制ももっと強化しましょう。海外医療協力委員会は臨時的組織だったのですが、この後常設の委員会として残し、JICA の総裁の諮問機関としたら如何だろうかということも提言しています。現に今もそのとおりになっているわけです。したがって 1972 年という、今から考えますと 30 年近く前に今行っている考え方が既に提案されていたということになります。

今までは歴史を振り返ってみましたが、これからは私個人がこの 40 年前後の経験を通じて、どんな考え方をもち、将来の方向についてどんな提言をしたいか申し上げたいと思います。

第一は、私どものように感染症を扱っている場合、感染の伝播の鎖をどこかで断ち切るということは感染症対策では基本です。予防接種については、例えば天然痘やポリオ等非常に有効である場合、予防接種によって感染の伝播を断ち切ることが出来ます。しかもキャンペーンで出来るので非常に有利です。その他に予防接種が個人防衛的に有効なのは、破傷風、BCG 等もあると思います。患者を早く見つけ出して、治療し、そこで断ち切ると

いので典型的な例は、結核、肺吸虫症等です。媒介のところで断ち切るやり方は、マラリア、デング等で有効です。感染症の場合は感染の鎖を何処で断ち切るかを基本的に考えています。

その典型的な成功例が天然痘です。1967年に天然痘を種痘を普及させることによって減らそうとしました。そして、それがある程度普及した段階で今度はサーベイランス体勢を整え、患者が出たその回りに種痘を行う作戦に切り替え、大変な努力の後で1977年に最後の患者が発生し、その後発生はなく1980年に根絶に成功したことを宣言し、蟻田先生を始めとして日本人が活躍しています。蟻田先生は成功の原因を挙げておられますが、この中で人畜共通性が無かったこと、不顕性感染がなかったこと、種痘が極めて有効であったこと、世界的な合意が得られたことという点が主なものです。また予防接種が日常のプログラムでなく、キャンペーン的にやれることが一つの有力な条件だったと思います。

次に結核のような病気の場合、薬無しには対策出来ず、正に治療薬は対策の柱であると言えます。しかしこれは“双刃の剣”にもなります。理論的には結核対策が成功すれば、患者が減って必要な薬の量が減りますから自助努力で賄えるはずなのですが、これにはかなりの時間が必要です。一度薬の供給を始めると手軽には切れないということがあり、その辺を含めて考えなくてははいけません。それは単に薬を提供することだけでなく、それを必要な人にまで届く仕組み、全国配布して絶えず供給出来る仕組み、これがきちんとなくてはなりません。これをきちんとしないとせつかくの薬が生きてこないことになります。一つの例として、イエーメンの協力ではその頃日本は薬は出さないということだったのですが、IUATを介してサウジアラビアから薬を助けてもらっていました。ところが湾岸戦争が始まった時にイエーメンはイラク側に同調したので、サウジアラビアから一遍に薬を切られてしまいました。当時私がイエーメンに参りますと、到る所で“薬が無い”という悲鳴が聞こえてきました。債務弁済の一部を振り替えて薬を送るということをせざるを得ませんでした。しかしネパールでは、日本製薬工業協会が支援をして最初は現物を出し、次は作る技術を指導して最後には原料を提供し、自前で出来るようにするという協力も行われました。

結核のような罹っていても本人が知りにくい病気は、実態を知ることが非常に重要です。実態を知るための良い指標を開発することも重要です。日本では先程申しましたが、結核実態調査で、どれくらい患者がいるかを明らかにし、それに基づいて対策を組み直しました。しかしこれをやるにはかなりの時間や手間、お金がかかります。それでもアジアの多くの国では日本を真似て結核の実態調査が行われています。しかし世界では1970年以降、先程申しました、サーベイランスの研究組織のスティプロ博士が開発した年間結核感染危険率（ARTI）を指標として使い、それによって実態がかなり正確にわかります。今の世界の資料の推計には全てこれが利用されています。しかしBCGの普及によってツベルクリン反応が使いにくくなってきました。今新しい適切な指標の開発が急務となっているといった問題も出て来ています。

医療協力、国際協力を行う場合、押しつけはダメで途上国に学ぶ必要があります。一番典型的なものは1960年代にネパールへ岩村先生が日本式を持って行きまして、悪戦苦闘をされましたがダメで、やはり保健医療のインフラのないところでは検診は意味が無い。WHO方式にせねばいけないということを、実際に経験を積んで教えられたわけです。しかしこういう新しいことを学びましても、援助する側で頭を切り替えていくことは意外に難しいことです。これも長い経験で実感したことでもあります。

発想転換の難しさというのは、賠償が1976年に終わりましたのでこの予算が無償協力を転換されました。何となく賠償の時の考え方がそのまま無償に転換されて、箱物を作ればいいという日本の無償のやり方になってしまいました。大きな病院を建設するということは悪いとは思いませんが大きな病院が出来た場合、維持管理に多額の経費が必要で、しかもそれを日本は負担しないと他の事業を圧迫してしまう。また良い機器を送りましても保守管理が難しく、故障したら使えなくなる、現にこういった機械はたくさんあります。しかもこういった病院は多量の医療スタッフが必要で、ただでさえ足りない郡部の保健医療スタッフが不足していきます。一部の特権階級の人だけが優先的に使うシステムになった所もあるようです。無償で第一線の保健医療施設を作る、しかも先方に委託するようなやり方をやれば多数作ることが出来ます。高度なものをやるのであれば教育機関の病院ぐらいに絞ったほうが良いのではということになります。

研究発表は研究者の義務で、経験を広く世界に紹介しなくてはなりません。私どもがWHOと国際研修コースを共催するようになりまして、それ以後結核の領域では一流の学者が日本に来てくれるようになりました。一週間程滞在される間にいろんな話をしていますと、日本のいろんな研究を紹介する機会があります。そこまでやっているのは判るがお前らそれを何処に書いているのだと聞かれます。日本語でしか書いていないのはお前らギルティーであると言われます。これだけの業績を何故世界の人が分かる言葉で書かないのだということを強く言われました。ポジティブな成果はもちろん、ネガティブな成果でも無駄を繰り返さないよう、きちんと横文字で書いて発表すべきだと思います。自分の国のことを良く知ること大切だと思います。外国で見て、なるほどいいなと感じてよく調べたら、日本でもやっていたなどということが決して少なくありません。こういう点で外国を知るためには日本のことも良く知ることが大切です。それから日本語での発表は残念ながら国際的には発表したことにはなりません。やはり最低英語で発表することが必要であろうと思います。外国語の勉強は若い年齢で始める程進歩が早いですから、会員の中の若い皆さん、今のうちからどんどん英語のブラッシュ・アップをやっていただきたいと思います。

“国際社会は魔物の住家、しかし…”というところですか。WHOで働いた経験のある方は、職員として働きますと、偉い方では足の引っ張り合いが凄、これが人間世界かと思うくらい魔物が住んでいます。国際会議というのは国益主張の場でもあります。アメリカ等は分担金も払っていないで言うときはギャング言います。日本は金を払ってないとシュ

ンとしておとなしくしています。やっぱりアメリカくらいに金払わずとも言うことは言っておかなければと痛感させられました。ただし国際社会でも高い技術は正当に評価されます。例えば、先程申しました凍結乾燥 BCG ワクチンのケース、これは非常に優れた技術であり高く評価を受けました。また、無作為抽出を使った日本の結核実態調査も高く評価されています。高い技術が評価されるのは、本当だと思います。それから IUAT の理事会の議長をした経験から言いますと、やはり誠意を持ってしたことは十分に通じると思います。

国際的な場の日本人は、今までのパターンでは会議ではあまり積極的には発言しない。昔からよく“3S”即ちスマイル、サイレント、スリープといわれましたが最近は少々変わりつつあります。司会する立場になった場合、落としどころを考えてやるので中々難しいことです。それから業績の発表も先程のように英語で発表するのは義務だと思いますが、実際には過去にはあまりされていません。最近の若い方々は良くなってきています。アドボカシー、後で申し上げますが、一般的には日本人は苦手です。仲間内で悲憤慷慨して済ましていますので、アドボカシーを勉強する必要があります。新しい機器の開発は何となく一般的に苦手ですが、応用、実用化は得意です。恵まれない環境での技術の開発は、かつての日本人は特技でした。最近の日本人は恵まれすぎてダメです。タブーが少ないということも一つの特色です。

アドボカシーということを申し上げましたが、1970年代、1980年代結核問題は国際社会で完全に無視されていました。先進国の結核対策成功のおかげで結核問題全てが解決したという幻想が来ています。途上国の指導者は先進国で学ぶものですから、同じような印象を持ってしまう。結核というのは氷山と同様でなかなか全体が見えない、しかも弱者に多いのですが、その声は為政者には届きません。日本でも国会議員の先生方はガンにはなりますが、なかなか結核にはなりません。ポリシーを決めるところに働きかける必要があります。WHOの動きは先程申しました。

今DOTSというのをやっているのですが、生まれた源をご紹介します。“STOP”という字を逆にひっくり返すと“DOTS”になります。“STOP TB”。DOTというのは Directly Observed Treatmentで、これにS (Short-Course) を付けたのが“DOTS”です。このようなアイディアは医者の間では出て来ません。これは WHO がアドボカシーの専門家を職員にして作ったアイディアです。このようなアイディアで訴えることが非常に重要になってくるわけです。

どんな対策も国民の参加協力無しでは成功はしません。学問技術が進歩し、それを行政に応用し、それを国民が参加し協力することが、成功の三本柱になると思います。今疾病対策はプライマリー・ヘルス・ケア、ヘルス・フォー・オールが原則です。PHCの重要な要素は、地域住民の自覚と参加ということです。国レベルの協力で大衆の存在を忘れているプロジェクトが多いのではないかと心配です。やはり地域住民を巻き込んで、最初は例え上から出て来たものであっても、地域住民を巻き込んで行うことが必要であるといえます。

協力は着実に、必要なら長期の協力も必要です。数歩先を見ながら着実な協力をやっている

く。あまり理想的でも夢物語になります。現状維持なら協力は要らないでしょう。プロジェクトによっては長期の協力も必要だと思います。失敗したと思った時には一年、二年で早く打ち切ってしまうということがあってもおかしくないだろうと思います。

協力の要員や研修員に血の通った、安全に万全な配慮をして戴きたい。万一の場合、適切な対応をして戴きたい。幾つか我々は苦い経験をしています。私どもの職員が JICA の専門家として、現地でかなり重い病気になりました。女性の職員だったのでご主人を送ったわけですが、幸いにして助かりましたが、JICA は死んだ場合のことしか考えていませんでした。生きているのに人を送ったとしてもそんな費用は持てない、そんな冷たい答えでした。また、国際研修コースを受けた研修生が明日帰るといふ時に、アフガニスタンで革命が起こりました。父親が国立銀行の総裁ですから、帰ったら殺されてしまう。しかし研修は終わったのだから後は知らん、とういふことで、アメリカに亡命するまで半年間、結核研究所の方で宿舎を提供し、生活費をカンパした経験がありました。これでは真剣になって協力する気持ちが起こってきません。あるいはこの前のペルーの大使館人質事件でも、有志が行くという形で応援に行っています。あれは国の命令で行くべきだろうと思います。これからはこういった配慮が絶対必要になると思います。

これからの問題を考えます場合、施設、機材、財源も必要なのですが、やはり基本は自助努力とそれをやれる、やる気のある人を向こうの国の中に養成することだと思います。やる気のある人が多く必要な背景としては、地方分権が途上国でも進行中です。やる気のある人がたくさんいなくてはいけません。そのためには人材をうまく育てる。それがうまくいけば今後結核対策プロジェクトはなくても、基本になる人材を養成するだけで、薬はデンマークから持ってきて、ちゃんとうまくやれているといった実例があります。今後の協力の一番重要なところは人材養成ということになります。

国内の研修コースを活用し、あるいは大学院課程を活用して、幹部要員の養成に役立てる。プロジェクト型の協力を通じて現場の人たちの中にヤル気のある人を育てる。そして派遣専門家にも専門知識を持ってヤル気のある人を派遣する。その人をまねて向こうの人もヤル気になるようにする。「南南協力」の活用も必要であるということだと思います。

私は日本が援助を受ける側から、援助する側が変わって、その間 46 年経過した中で、いささか結核を中心に国際協力の仕事をして参りました。その国際協力は本日の話の中にも申し上げたように、先輩や同僚の方々が、試行錯誤を繰り返しながら、しかし目標はいつも途上国の健康や保健医療サービスの水準を少しでも良くしようということにおいて進めてきたと思います。そしてかなり本格的な協力を行えるまで発展したと思います。今年から新しいミレニウムを迎えるに際しまして、このミレニウムの間に健康や保健医療サービスに見られます格差が、全世界で受け入れられる程度になることを期待して、そしてその実現のために若い世代の方々のご活躍を願いながらこの講演を終わりたいと思います。

演題タイトル： 感染症対策への新たなるアプローチ～連携協力～

所属： JICA大阪国際センター

氏名： 石崎光夫

Key words： Beyond boundaries

### (はじめに)

政界においては複数政党が寄り合って連立政権を組み、経済界ではグローバルゼーションや不況の波を切り抜けるために、企業や金融機関の間で合併が日常茶飯事の如く行われている。これらの現象は日本に限らず地球的規模で進行している。“**連携**”、この二文字は21世紀初頭の世相を言い表わすキーワードになりそうだ。

ところで一国限りで対応困難な諸問題が益々増えてきた。感染症や環境や難民問題などはその好例で、これらの課題に効率的かつ効果的に取り組むためには、国境を越えた緊密な協力が不可欠である。この連携協力の実現は、「言うは易く、行うは難し」である。国境を越える前に超えるべきもう一つの国境「内なる国境」がある。我々が無意識のうちに築いているかも知れない**職場内**や**組織間**に張り巡らされた見えざる国境である。

顔ぶれから見て、今回のセミナーでは学際的な討論が期待できそうである。「**連携**」に軸足を置きながら、「医療保健協力の在り方」について、本音ベースで意見交換してみたい。

### (これまでの JICA の協力傾向)

JICA のこれまでの協力は、HIV/AIDS 予防とコントロールを目的とした検査技術向上等を中心に行われてきた。具体的には、研究所や病院を無償資金協力で建て、技術協力により HIV 基礎研究や HIV 早期発見の為に検査キットの開発支援や診断促進支援など、HIV 患者発見のための技術向上支援が協力の中心だった。これらの技術は VCT の効果的実施および血液スクリーニングに貢献したが、これから先は同じやり方でもって HIV/AIDS などグローバルな感染症に効果的に対応するには限界があるだろう。

### （これからの支援について）

エイズについては未だ有効な治療法が確立されておらず、抗 HIV 薬で AIDS の発症を遅らせることはできるが、費用は高く、途上国の AIDS 患者には無理。AIDS ワクチンの開発は未だに研究段階にある。最も効果的な HIV/AIDS 対策は、現段階では HIV 感染の予防にあり、医療協力もこの視点に重点を絞り、実施する必要がある。

### （過去の経験を国際協力に）

「予防」と言えば、我が国は戦後 10 年で寄生虫など感染症を撲滅させた輝かしい歴史がある。日本がポリオや寄生虫など感染症を短期間に撲滅できたのは、政府/自治体、寄生虫学会、寄生虫予防会（民間組織＝NGO）、ならびに PTA、婦人会、町内会などとの連携プレーを通じて**住民参加型**の活動をなし得たためとされている。

当時「ボランティア」という言葉こそなかったが、感染症の予防活動に多くの人々が無償で精力的に協力した成果が実を結んだのである。HIV/AIDS 対策の協力に日本のこの経験を活かし、今後は官ベースのみならず、この分野で経験を有する NGO 等民間団体をも巻き込んだ協力を展開し、真に地域に根ざした保健サービス体制の確立を図るべきである。

### （NGO との連携の必要性）

感染症対策が真に効果をあげるには、**地域住民による地域住民のための保健活動**に主眼が置かれねばならない。このためには通常の途上国特有の“トップダウン型”の行政サービスではなく、“ボトムアップ型”のアプローチが不可欠。小回りの利く NGO が本領発揮する分野である。

#### [実例]

ジンバブエ「ビンガ地区青少年 HIV 予防／人口計画」プロジェクト

（開発福祉支援事業）

JICA が SCUK（現地 NGO ⇒ 少数民族「トンガ民族」に対する PHC 協力で実績あり）と連携（開発福祉支援事業）し、少年グループに対するエイズや性に関する基礎教育を演劇を通じて住民に訴えた。演劇は識字率が低い住民にとり唯一の楽しみ。幅広い年齢層に訴えたこの教育手法は功を奏した。なお、JICA は専門家派遣で側面的に支援した。

なお、NGO の中でも途上国で家族計画協力の経験豊かな団体（例えば JOICF など）もこの種の協力分野のパートナーとして望ましいと思われる。

理由は以下の通り

- 1) 住民との関係では、家族計画協力で鍛えたフィールドをベースにした小回りの利くフットワークが物を言う。
- 2) 更地に種をまくよりは、家族計画協力を通じて育まれた既存の地域住民との間で信頼関係が醸成された土壌に播種した方が、芽が出易く、教育啓蒙活動などもやり易くなる。
- 3) 家族計画と HIV/AIDS 対策は表裏一体の関係にあり、家族計画が先行していれば、後で HIV/AIDS 対策がやり易い。
- 4) JOICF など一部の NGO は、ザンビアはじめ数カ国の開発途上国で家族計画に軸足を置きながら、他の保健課題（土壌伝播性の寄生虫、母子保健、栄養、環境衛生）をも抱き込んだ総合的地域保健アプローチの実績がある。

#### **(NGO との連携分野)**

##### 1) 教育啓蒙活動

思春期の青少年向けの性教育および啓蒙活動

##### 2) 草の根レベルの人造り

- 住民レベルでの保健活動の中心となる保健スタッフや保健ボランティアの養成訓練
- 住民の感染症に対する意識向上、および住民組織の強化

##### 3) 感染者および家族への精神的、社会的側面からの支援

身体的のみならず、偏見や就業拒否による社会的苦痛へのサポート

#### **(JICA が実施する連携協力の形態)**

⇒ 国際約束（要請書）を省略し、迅速な事業実施が可能に。

##### A) 草の根技術協力事業

- 草の根パートナー型（途上国支援の実績があり、日本国内に拠点がある NGO、大学、公益法人等）
- 草の根協力支援型（国内で活動実績はあるが、途上国支援の実績が少なく、比較的小規模で、日本国内に拠点を置く NGO、大学、公益法人等）



●地域提案型（自治体の提案による専門家派遣、研修員の受入）

B) プロポーザル型技術協力プロジェクト事業

ア) タイプA⇒（従来JICAが直営実施のプロジェクト協力事業を民間に委託して実施するもの。）

開発途上国から正式要請書が出ているプロジェクトについて、JICAが実施条件を公示して、民間からプロポーザルを募り、JICAとプロジェクト実施準備の調査や相手国との協議を行い、プロジェクトの実施計画を策定する。

イ) タイプB⇒（JICA側が条件を付し、これに対し民間からプロポーザルを出してもらうもの）

JICAが対象国と開発課題を実施条件として公示し、民間からプロポーザルを募り、JICAとプロジェクト実施準備の調査や相手国との協議を行い、プロジェクトの実施計画を策定する。

例示 ⇒ (国名)エチオピア、(開発課題) HIV/AIDS 対策)

(NGO/JICA ジャパンデスク)

在外における NGO の国際協力活動を支援するために、NGO/JICA ジャパンデスクを開設した。事務所はJICA 在外事務所内あるいは最寄りの独立事務所において、専任のコーディネーターを配置して、次の業務を行う

ア) 本邦 NGO の現地活動を支援するのに必要な業務

- 現地基礎情報、援助関連情報、NGO 活動に必要な法律や制度などの紹介
- 現地 NGO 情報の収集と提供、現地 NGO の紹介
- 各種相談への対応

イ) 草の根技術協力事業など、本邦 NGO との連携が必要とされる JICA 事業の円滑な実施に必要な業務

- 草の根技術協力事業（草の根協力支援型、草の根パートナー型）の案件発掘や実施中案件のモニタリング
- NGO 人材育成研修、NGO 体験プログラム（NGO インターン）

ウ) 本邦 NGO と JICA の連携強化に必要とされる業務

次に大事な点は、ア) HIV/AIDS に対する人々の偏見を取り除き、受診行動を促すための住民に対する教育啓蒙や、イ) 感染者に対する受診後のサポート体制も重要。

このため開発福祉支援や開発パートナー事業による NGO との連携協力も視野に入れた、文化的、社会的側面に配慮した総合的な感染症対策プロジェクトの形成が重要になる。

また、サブサハラのアフリカ地域など、感染が相当進行している国々では、HIV 感染者やその家族を支える地域社会に対するサポート体制の確立が急務。最近 JICA でもタイにおけるプロジェクト協力で HIV/AIDS 対策活動の一環として、精神的社会的ケアサービス推進を図り、患者ネットワークの構築支援を始めたが、この分野に対する JICA の協力の歴史は未だ浅い。今後は一般大衆に対する健康教育など NGO との連携を視野に入れた協力が必要だ。

(完)

## 質疑応答

(吉村健清)

どうも有難うございました。長年の JICA での経験から、ビヨンド・ナショナル・バウンダリーズ(多くの国境を超えて)、ナショナルというよりも色々な組織を超えた、協力、連携をということをお話になって、そして現在の JICA での色々な現状、形態をご紹介いただいて、今からの皆さんのそういう活動への参加を呼びかけていただいたものという風に理解致しております。

ご質問いただきたいが、大分時間がオーバーしましたので、コーヒータイムが取れるのかどうかわかりませんがその時間に質問いたしましょうか。  
どうも有難うございます。

---

---

厚生労働科学研究研究費補助金

社会保障国際協力研究事業

『わが国の国際協力を担う国内の人材育成及び供給強化並びに  
キャリアパスのために医学教育が果たすべき役割の研究』

平成 15 年度報告書

2004 年 3 月

編集・発行人(主任研究者) 溝田 勉

連絡先 長崎大学熱帯医学研究所  
環境医学部門 社会環境分野  
〒852-8523 長崎市坂本 1-12-4  
Tel 095-849-7864  
Fax 095-849-7867

---

---