



アフリカ紛争地のAIDS孤児（ウガンダ・2000年写す）

紛争地は、またHIV/AIDSの広がり食い止めることが困難だが、あえて、HIV+の男性が、対立集団の女性をレイプする例も耳にした。病んでいるのは身体だけでなく人々の精神かもしれない。ナイロビ大学小児科名誉教授がいった。

「紛争にまみれたアフリカは、食糧や水、医療といった緊急援助を必要としています。しかし、私たちは、もう、それだけでは生き延びることが出来ないのです」
「暴力と殺戮が蔓延したため、素朴でも伝統的な文化を持っていた地域社会は死んでしまいました」
「私たちに必要なものは、身体の栄養だけでなく、こころの栄養なのです」

ジョーンズ・ホプキンス大

学公衆衛生大学院名誉教授カール・テラーはいう。

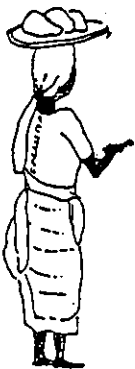
「子どもたちは、ふさわしい環境で育つことによって、よい社会人となるが、紛争地にはそれが無い。そのような環境で育った子どもたちは、簡単に紛争要員になる危険性がある」

しかし、テラー名誉教授は、こう付け加えた。

「子どもたちは柔軟だ。適切な環境におかれれば、短時間に適応できる」

田舎であればあるほど、小さくとも銃器という、目に見える権力が人々を威圧する。そのような状況では強さが求められ、強い男性になるであろう男児の出生が期待されることも稀でない。

アフリカの紛争を解決するためには、長い時間を必要するが、適正な育児環境を整えることかもしれない。



FRONTIER

2004. 12 no.65



イロ会議から10年 プロダクティブ・ヘルス協力のいま

技術協力最前線
村を発展させる力を

みんな国あんな国、ハイチ共和国
続く世界初の
共和国

紛争地で考えた女性の健康

1986年にJICAの中日友好病院のプロジェクトに参加したのが、国際協力に携わるきっかけでした。

以来、途上国の母子保健や公衆衛生分野のJICAの案件に関わるとともに、88年のアフガニスタン難民の救援をはじめ、カンボジア、コンゴ、アフリカなど多くの紛争地の保健医療に従事してきました。

紛争地では、充実した機材で患者を診察する「先進国の病院型医療」は役に立ちません。アフガニスタンで初めて難民キャンプに行ったときは、水も電気もないところでたくさんの人を助ける知恵がないことに気づき、強いシ

は6.5人)、紛争後は1800人以上になったのです。

当時の厚生大臣は、紛争による保健医療施設の破壊、保健医療従事者の減少などの要因だけではなく、地域の人々の連帯意識の喪失が重大な影響を及ぼしていると指摘しました。妊娠や分娩は、かつては地域の一大事として助け合ったのに、紛争でそれが壊れ、指標の悪化につながったというのです。

そしていま、紛争に加えて、エイズがアフリカの伝統的な社会を脅かし、立場の弱い女性や子どもたちが

日本赤十字九州国際看護大学
教授・医学博士

喜多悦子 KITA Etsuko

Compass



ョックを受けました。予防接種率を上げるため、何日もかけて、ムジャヒディンが支配する山岳地帯の村に行き、子どもたちに予防接種をしても、次に行くと村は爆撃で消えていました。

平和でなくては、医療は成り立たない。大変な無力感に陥りました。

女性の健康とリプロダクティブ・ヘルスの問題にも直面しました。レイプ、そして私が生まれた第二次大戦中の日本にもあった「産めよ、増やせよ」です。女性の社会的立場や地位は低く、女性は、兵士を生むための道具としかみなされていないため、負傷しても十分な手当てをされずにおかれてしまうのです。

コンゴ民主共和国では、92年から98年までの紛争をはさんで妊産婦死亡率が急激に悪化しました。東の国境地域のそれは紛争前、出生10万件あたり約500人だったのが(97年で日本

見捨てられています。

妊娠・出産は、ひとつ間違うと、

母親と子どもという2つの命を失うことにつながる特別な時期。それをきちんとケアすることは個人にとっても地域・国にとっても重要です。

リプロダクティブ・ヘルスを中心とする支援を必要とする国はまだたくさんあります。リプロダクティブ・ヘルスや女性の健康問題は開発や人権、文化や社会と密接につながっています。ターゲットを女性だけに絞らず、さまざまな視点から、問題を見る力が求められます。

男性、女性といった性差によらず、身体的にはもちろん、精神的、社会的にも健康であるかどうか、包括的に考えるアプローチがやはり大切だと思います。

フォーラム —次世代へのメッセージ(上)

蟻田 功¹⁾ 喜多 悦子²⁾ 島尾 忠男³⁾ 入江 實⁴⁾ 若井 晋⁵⁾

(2003年10月12日に行われた、第44回日本熱帯医学会、第18回日本国際保健医療学会合同大会内フォーラムより収録)

若井(司会) こんにちは、本日は、皆さんもよくご存知の、島尾先生、蟻田先生、喜多先生、入江先生の4名においでいただいています。本フォーラムで、戦後の国際保健あるいは世界の公衆衛生に貢献した先駆者の先生方に、次世代へのメッセージをお話しいただきたいと思っています。どうぞよろしく願います。

理念を持つこと

蟻田 まず私から、今後、国際保健医療分野での日本人の人材育成において、大切な理念についてお話ししたいと思います。

世界が混乱しつつある時には、自分の理念をしっかり持つことが非常に大事です。

例えば2003年9月現在の南北アメリカの麻疹の発生数は83人です。一方、日本にはおそらく10万人以上の麻疹患者がいます。この差は一体、どういうことでしょうか？ 日本の麻疹予防接種は、2歳半くらいまでを無料として全部実施してしまえば、アメリカのように麻疹の発生はなくなるのです。「それをやるとお母さんがかわいそうだから」と言って「6歳か7歳まで無料にする」という日本政府の意思決定がなされたために、未だに対策がうまくいっていないのです。理念の弱さがそこにはあります。

私が参加したWHOの天然痘根絶。これがな

ぜ、成功を収めたのでしょうか？

私たちは意思決定に迷った時、いつも申し合わせていたことがあります。それは「この意思決定が本当に根絶のためになるのか」、ということです。例えば、「天然痘患者の出た政府相手に不都合なことを言うと、WHOはその政府から協力を得られなくなるのではないか、だからこれは黙っておこう」、といった「言わざるの意思決定」はしない。そういうことをしっかりやったので、10年間で天然痘患者がゼロになりました。理念が非常に大切なのです。

混乱の時代に、真の意思決定をするのは難しいことです。哲学者カントが最後に言った言葉があります。「2つのことがいつも私の心の中にあり、それに驚愕と畏敬を抱いている。その2つとは何か。私の上にある夜空の星と、私の心の中にある道徳です」。私もこの2つのことを自らの人生の指標、フィロソフィーとして持ち、今までやってきました。夜空の星が示す尊厳性、自分の心にある道徳性。この2つによる判断は、大切だと思っています。このことは、国際保健医療協力ばかりでなく、何事にも役立つのではないかと思います。

喜多 私は日本の人道援助に関し、人材育成はどうあるべきかについて感想を述べたいと思います(中略：本誌67巻9、10号本連載参照)。

1) ありた いさお：(財)国際保健医療交流センター(ACIH)理事長

2) きた えつこ：日本赤十字九州国際看護大学国際保健医療学教授

3) しまお ただお：結核予防会顧問、エイズ予防財団理事長、日本国際保健医療学会理事長

4) いりえ みのる：東邦大学名誉教授、ヨード欠乏症国際対策機構・日本代表

5) わかい すずむ：東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教授 連絡先：☎113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

4者による本フォーラムは、2003年10月12日、第44回日本熱帯医学会、第18回日本国際保健医療学会合同大会内にて行われた。左から、入江先生、豊多先生、巖田先生、島尾先生。



いかなる国際協力にも、現場経験がとても大事です。とはいうものの、私のかかわってきた緊急人道援助の現場で、日本人は理念よりも実践的技術に偏っていた気がします。理念に関し、日本には勉強する場もなかったと思います。実際、緊急援助の場で、栄養不良の子どもや女性を助けることは必要です。しかし同時に、そのためのシステム作りを考えていくことも大事です。そのためにも、世界の理念の動きを追いかけていくのではなく、日本で理念を創出していけるようになるための勉強の場が、必要ではないかと考えました。

私は、1991年にジョンズ・ホプキンス大学で学ぶ機会がありました。そこには実に豊富な経験を持った方がたくさんいて、絶えず現場と交流しながら理念を作っていました。その後、WHOジュネーブ本部で緊急人道援助部に属し、その後も、私は世界で動いている理念をどのように理解して、それを日本人としてどのように具現化していくかに関心を抱きました。しかし日本には、そのためのトレーニングをする場がほとんどない。現場の実践主義だけで世界を相手にしていくのは、弱いという気がしました。

そんなことから私は、現場研修を含めた理念研修の場が、日本にあってほしいと思います。最近の紛争の現場を経験するのは、非常に難しいことです。けれども、赤十字のようなメカニズムを利用することもできるのではないのでしょうか。また外国で活躍なさっている方が日本に戻ってきた時

に集中講義をしてもらい、日本との接点を作っていくというトレーニングの場があれば、例えば私のベシワールの経験なども、少しは生かされたのではないかと思います。

(島尾先生のご発言内容は、本誌67巻4、5号、入江先生のご発言内容は同12号、68巻1号の本連載参照)。

若い時になすべきこと

若井 どうもありがとうございました。この国際保健医療学会、熱帯医学会には、医学系、薬学系、看護系、開発関係、経済関係等、様々な分野の人々がかかわっています。その中で、特に若い方たち、学生たちがどういうところにプライオリティをおいて国際保健にかかわっていったらいいのかについて、一言ずつお願いします。

島尾 若い世代の方をお願いしたいことがいくつかあります。まず外国で仕事をする場合、現在一番通じる言語は英語です。若いうちからぜひ、英語をきちっと勉強していただきたい。

次に何か1つ、自分がやりたい領域について、ある程度は日本国内の現状を含めて勉強していただきたい。そしてなるべく若いうちに、現場経験を積み、さらにそれを発展させていければ、好ましい方向に行くのではないのでしょうか。

最後に国際保健医療協力、これは医師だけの仕事ではありません。この学会にも非常に多くの職種の方が加わっております。ぜひ若いうちに、ま

ず経験をjして、それを大事に育て、日本が世界と付き合っていく一翼を担っていただきたいと思っております。

蟻田 第1に、この国際保健医療学会と熱帯医学会を一緒に行うのは、非常に良いことです。国際保健医療学会では、マネジメント、システム、アナリシスへの関心が高まっています。一方、実際の疾病対策や患者発見などの具体的な話が出てこない状況になっています。若い時から政策と対策の2つを学んでいくことが必要ではないでしょうか。

第2に、先ほど私はカントの話をしました。200年前の哲学者の話をして「なぜ今頃？」と思う方がいるかもしれません。

生命倫理、クローン人間、臓器移植などの領域でよく問題になるのが、インフォームド・コンセントです。しかし、患者さんにどんなにしっかり話をしても、患者さんに100%、それを理解してもらうことは難しいことです。患者さんの合意を得たといっても、その合意は患者さんの間違った理解によるものかもしれません。そこで肝心なのは、カントの道徳律とか、夜空の星を見て畏れを抱くこと。悪いことをしてはいけないという気持ちですが、実際に医療行為や研究をする人たちの心の中にないと、どんなに規則や法律を作り、罰則を設けても、あまり役には立ちません。

私がお願いしたいのは、若い時から古典に立ち帰ること。カントだったら岩波文庫でも手に入ります。『純粹理性批判』、『実践理性批判』等を手に取ってみて下さい。

喜多 紛争や災害の現場はとてもダイナミックです。大変面白いこともある反面、危険もあります。そのときにどう対応するかが、仕事の中身だけではなく、どう生き延びるかにも繋がってきます。

専門性はとても大事です。けれども、それだけに凝り固まっていると、周りが見えなくなります。そういう意味で、若い方には、できるだけ幅広く勉強してほしい。特に歴史をよく勉強してほしい。国際保健医療協力にかかわる際、近世史く

らいのところから学び、世界の国々がどのように成り立っているのかを知ることは、とても大事なことです。

入江 ヨード欠乏症に関しましては、早期発見が肝心です。そのために現地の国の方への教育や啓発が重要です。また、法的な整備も活動の要となります。

日本からの支援を考える場合、その担い手が医師でなくてはいけないということはありません。専門医の相談が必要な場合もあります。けれども、むしろ栄養学や公衆衛生の分野で、国際協力に興味を持っておられる若い人たちに活躍していただきたい。

日本には、私が現在理事長をしております成長科学協会というのがあります。ここにヨード欠乏症対策委員会を作り、多少の基金を集めております。視察に入ってみたいとか現状を見たいという方がいれば、この協会を介してご協力できるのではないかと思います。

この病気になって一番悲惨なのは、知的障害です。発育の障害はいわば見かけの問題です。知的障害は一生続く問題です。予防が可能なこの問題解決のため、ぜひ皆さんにご協力いただきたいと思ひます。

日本人医師のとるべき道筋

若井 フロアから、特に若い方々、学生さんたちからご質問がありましたら、ぜひ手を挙げて発言して下さい。

清水 清水と申します。私は法学部で開発援助政策を学んでいましたが、来年の4月から国立大学の医学部に学士入学することになりました。医師として途上国の開発援助の仕事に携わりたいと思っています。この学会では、いわゆる公衆衛生やマネジメントなどの話が多いのですが、外国人である日本人が医師として途上国に行ってできることとして、今後残されているのはどのような領域なのでしょう。

若井 島尾先生からいかがですか。

島尾 資格として、日本の医師免許証がそのまま

通じる国はほとんどないと思います。そのため、指導者としてやる分にはよくても、個々の診療をするとなると、法的な問題が出てきます。また日本人が外国で診療するのを認めると、向こうのドクターがこちらにきた場合、相互協約としてそれを認める必要性も出てくるかもしれません。その辺に難しさがあります。

臨床的なプロジェクトのリーダーとして働く分にはいいのですが、1人ひとりの診療を行うのは、今の仕組みの中ではちょっと難しいかもしれません。

一方、公衆衛生だと、かなりやりやすい。資格があまり問題にならないからです。

蟻田 途上国の医師、先進国の医師も、だいたい同じで、そんなに差異はないと思います。

私の財団では JICA の援助で、8つ程のコースを実施しています。ここには途上国各国から医師が来ます。立派な医師が多いですね。日本の医師よりも態度、話し方、考え方がしっかりしている方が多い。また、途上国の医師にとっては、予防医学をしっかりやるということが大切です。1億円のお金を使うのに、例えば救急医療をやれば50人くらいの患者しか見られないかもしれませんが、予防医学の場合、おそらく麻疹の患者を2,000人減らすことができます。途上国の医師に予防医学を一生懸命学んでもらいたい、そのためには日本の医師がそれを教えられるようになることが必要です。

喜多 1980年代に【Imported Aid】という難民援助に関する本が出ました。そこには、「アフリカ本来の医療を壊したのは先進国の医療者である。彼らがやってきて、自分たちのしたいことをやるだけやって、自分たちが関心がなくなったら、帰ってしまった」と書かれていました。確かに、そのようなことが今でも起こっています。

もし、現場の医師として途上国でやっていくとすれば、私はトレーナーズ・トレーニングにかかわるのがいいと思います。

医療も、その地の文化、伝統を知らなければうまくやれません。そのためにも現場の方と組まない限り、うまくいかないのではないのでしょうか。

私自身は紛争の現場で、実際に診療に携わった経験はわずかしかなかった。しかし医師という専門性を持っていることは悪いことではなく、とてもよいことだと思います。しかし、医師として働くことよりは、システム作りや予防対策により力を入れるべきでしょう。

入江 私はインドネシアなどで、現地の医師と何回も接触しました。その経験からしても、ヨード欠乏症などの対策に関しては、現地の医師にもっと真剣に考えてもらいたいと思います。

国が違えば環境も違います。われわれから見ると、これはまずいと思える環境、栄養問題であっても、その国の医師たちにとっては自然なことで、それほど大騒ぎすることではないようです。

ヨード欠乏症は感染症のように劇的な症状が出ません。ですから、非常に静かな健康問題であると考えられています。そういう見えにくいものを、われわれ日本の医師が行って掘り起こす。「こういう問題は、世界的に見てもまずいのではないか」とアドバイスを。日本の医師としての役割は、そこにあるかと思っています。

日本は分析の技術等に優れています。日本のノウハウを彼らと分かち合い、一緒に仕事をする。そうして、夜遅くまで話し合ったりしますと、現地の医師も非常によくわかってくれます。

そのことがわかってくると、その後のコミュニケーションが非常にうまくいきます。要するに、問題は人です。ある国がこういう病気を撲滅したいと思うか思わないかは、その国の人たちの対応にかかっています。その国の人たち、特に医師が満足のいく活動をすれば、様々な問題が解決できるのではないのでしょうか。(以下、次号に続く)

(本文まとめ・構成/神馬征峰・東京大学大学院国際地域保健学教室講師)

【最終回】

フォーラム 一次世代へのメッセージ(下)

蟻田 功¹⁾ 喜多 悦子²⁾ 島尾 忠男³⁾ 入江 實⁴⁾ 若井 晋⁵⁾

(2003年10月12日に行われた、第44回日本熱帯医学会、第18回日本国際保健医療学会合同大会内フォーラムより収録)

日本人としてのアイデンティティと後方支援

若井(司会) 追加質問はございませんか？

天野 天野と申します。2点お伺いします。第1に、国際的な仕事をされる場合、自分の心の中で日本人としてのアイデンティティをどう意識されていたか。第2に、学生に対して、海外に出て国際医療に直接携わる者と後方支援をする者の割合は1:9くらいであればよいと言うことがあります。この後方支援について、どんな取り組みをやったらよいとお考えでしょうか。

島尾 日本人としてのアイデンティティをどう意識したかということについて、まずお答えします。われわれは日本人であるということから逃れられません。世界の中で、どう見ても「おまえは日本人だ」という目で見られているわけです。日本は、特にアジアの国に対して、ある時期、戦争などで迷惑を与えたことは間違いないのですが、その人たちにただ謝るだけでは能がないと思ってきました。むしろ、例えば私の場合で言えば、結核対策を支援して、あるいは国際研修をやって、その国の人材を育てる。その中から非常にいい人が育ってきたら、今度は自分のコースに講師として招く。そのような形で処遇するのが、ベストではないか。そんなつもりでやってきました。

また、日本政府から任命されて、私はWHO

の執行理事をやったのですが、あくまでも広い視野で世界全体の問題について発言する、というのが当時の役割でした。ですから、「日本において」などということはこちらでは言えません。日本について言いたい場合には、「In a country which I know best～」という言い方をしました。そうは言っても、自分のアイデンティティから全く逃れるわけにはいきません。1970年代、80年代はWHOの中でも結核が全く無視されておりました。1年間執行理事会に出ていて、結核の「け」の字も出てこない。これはひどいと思い、1年経った後で発言し始めました。

ですから、全体を見極め、日本国や専門のことを考えながら、広い視野で発言すれば、国際的な場での仕事ができるのではないかと考えております。

蟻田 私は、日本人は周囲の意見を気にしすぎると思います。「私は日本から来た」、「日本をどう思うか」、「日本人としての発言はどう思われるか」、そんなことばかり考えていると、「実際のプログラムの中身をどうするか」とか、「どうすれば患者が減るか」という話はなくなってしまいます。日本人の思われ方などを考えているから、ますます能率が悪くなるのです。

例えば、私が携った天然痘根絶でいうと、私の同僚には回教徒がいるし、キリスト教徒がいる。

1) ありた いさお：(財)国際保健医療交流センター(ACIH)理事長

2) きた えつこ：日本赤十字九州国際看護大学国際保健医療学教授

3) しまお ただお：結核予防会顧問、エイズ予防財団理事長、日本国際保健医療学会理事長

4) いらい むのる：東邦大学名誉教授、ヨード欠乏症国際対策機構・日本代表

5) わかい すずむ：東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教授 連絡先：☎ 113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

仏教徒がいるし、無宗教の人もあります。それからアフガニスタン人がいるし、ロシア人もいます。アメリカ人、ブラジル人、エクアドル人、タイ人、カンボジア人もいます。いろいろな人が一緒にいるわけです。そこでは「プログラムがどうなるか」というのが一番頭にあって、ナショナリティというのは捨ててしまっている。あまり日本人ということ意識してやる必要はない。大切なのは、みんなでいかに一緒にやるか、ということではないでしょうか。

国際保健医療の担い手の割合についてですけれども、これをもっと世界規模で見ると、日本がお金を出しているわりには、日本人が国際保健の現場に出て行ってないですね。

日本人は自分の意見を言わないのです。「こう言ったら、昨日ご馳走になったから悪いような気がするな」とか、「こう言うと、どうも批判的な意見を言われそうだから言わないほうがいい」とか、そんなことばかり考えている。「どうすれば本当に良い効果が出るか」という重要な問題を忘れて、周りのことばかり考えている。

ご承知のように WHO へのアメリカの貢献度は全予算の 25%、日本は 2 番目で 20% 出しています。5 分の 1 は日本のお金です。アメリカはこう言います。「WHO でこういうプログラムをやりたいと思う。WHO さん、あなたはこれをやりなさい。お金は出すよ、25% も出しているんですよ。人も出しているんですよ」と。

しかし、日本は、「WHO さん、何をやったらよろしいでしょうか。何かご希望がありますか」と、そんな話をしているわけです。日本が 5 分の 1 の予算を出しているということで、まず日本は WHO を利用して何ができるかをしっかり考えることが重要です。そのためにも、1 つの学会の意見、厚生労働省の意見、いろいろなところからの意見を、日本から WHO に出すということが、今後の国際保健への貢献度を高めるためにも重要ではないかと思えます。

喜多 私は 80 年代の終わり、修羅場に近いところに放り込まれる前、中国で 1 年間働いたことが

ありました。そのときはあまり自分のナショナリティとかアイデンティティなどを強くは感じませんでした。

しかし、ベシャワールでたくさんのアフガニスタンの人、パキスタンの人と話をしていて、相対的に日本を見る機会が増えました。と申しますのは、アフガニスタンの方の中には、日本が大変好きだという方が多いのです。その理由がまず、ロシアと戦争をして勝ったこと、次にアメリカと戦争をして負けたけれども、分野によってはアメリカを超える国になったこと。このような理由から、日本は素晴らしいと言われる。そんな中で、日本をどう考えたらよいのか、否応なく考えさせられました。

また、WHO で働いている時ですがアフリカに行きますと、よくアフリカの方がこのように仰っていました。「よいヨーロッパ人はいらぬ、日本人は悪い人でも来てほしい」。そこに非西洋である日本に対する大きな期待があることを、感じさせられました。

そんなことがあると、日本人はどうあるべきかをどうしても考えてしまうわけです。日本が国際分野で貢献していくためには、やはり、日本が安定して一定の資金を出せる国、一定の知識や人を出せる国であることが大事だと思います。国際協力というのは、日本がお金持ちになって初めて、できるようになったわけですから。

後方支援について一言。先般、アフリカ援助に関する日本からの支援についての会議がありました。たくさんの国際機関が東京で会議を開き、私はその 1 つに参加しました。アフリカで働いている日本人がたくさん帰ってきて、いろいろ発表されていきました。その発表者の実に 9 割が女性でした。多分、後方支援で一番重要なことは、日本の男性の意識改革ではないかと、私は思っております(拍手喝采)。

島尾 喜多先生の発言に関連して一言。昨年 9 月の末に UNICEF の会議があり、アフリカで活躍している UNICEF の日本人代表からの報告を聞かせていただく機会がありました。13 名の日本

人出席者のうち、12名が女性でした。男性は1人だけ。日本人の男は何をやっているのかという気がしないでもない。

ともあれ、アフリカの現場での活躍を聞いて、私は、若い世代はずいぶん頑張っていると思いました。皆さんも次々と続いていって下さい。

入江 私の領域では、日本に対する期待は非常に大きなものがあります。国際会議でも日本人は一般的に礼儀正しいし、ODAで多額の支援もしているし、ということで敬意を払われることが多いですね。

基本的に日本の医師としてどのように考えるかということだと思いますけれども、今、3人の先生方がおっしゃったことは、すべてあてはまると思います。

ただ、日本人の常識と援助を受ける側の常識が食い違う場合には、注意が必要です。例えばヨード欠乏症になりますと、甲状腺が累々と腫れてきます。われわれの常識から言えば、そのための手術の必要はありません。しかしヨード欠乏症患者の多い国の中には、その甲状腺ががんになると思ひ込んで、すぐに手術をしてしまうところがあります。そういった常識の違い、医学的な常識の違いを、われわれは指摘していくべきです。

後方支援に関しては、私の領域では、ODAとかJICAなどの政府の組織が、もっと強く支援してくれれば良いと感じております。

若井 ありがとうございます。次に、今回、合同大会の会長をされました吉村先生からも、何かコメントがございましたらぜひお願いします。

国際保健の軸足を持つこと

吉村 産業医科大学の吉村です。本日はこのようなフォーラムの機会をいただき、ありがとうございました。国際保健医療学とのかかわりの中で、私は「自分の軸足をどこに持つのか」ということに関心を持ち続けてきました。公衆衛生学の専門家というのは、あまりにも領域が広すぎる。そこで私は、疫学の専門家ということを中心にして、今までやってきました。

若い人については、まず現場に行くということが大事です。それによって、モチベーションが生まれます。価値観も言語も考え方も全く違う未知なる世界に行くわけですから、それはもう衝撃的なことです。特に若い時は、ものすごく感受性が強いですね。現場で感じたことを今後どのように考えていくか、自分なりの軸足を持っていけば、何をやっていけばよいのかがそこで生まれる。再度現場に行ったとき、そうやって考えたことが大きなエネルギーになるのではないのでしょうか。

そういう意味でも、まずはモチベーションを得るための現場体験を踏み、その次に軸足を作るということを、若い時に真剣にやるのが大切だと思います。それから応用面として次のステップにまた進んでいくのがよいのではないのでしょうか。

一つ疑問なのは、そのような軸足なしに国際保健医療学を勉強しても、国際保健医療学の専門家となれるものか？ つまり国際保健医療学そのものが軸足となりうるのか？ 医師であるとか、小児科医であるとかがベースになるのではないのか？ 私はまず軸足を持たない限り、国際保健医療学という次のステップには行かないのではないかと思っています。

国際保健を目指す若者たちへ

若井 最後に、先生方のこれまで歩いてこられた道省みて、今後、国際保健の領域で若い人たちにどのように働いてもらいたいのか、メッセージがございましたら簡潔なキーワードでお願いします。

島尾 国際保健医療で見られている較差は、許容できる範囲をはるかに超えています。それをできるだけ少なくするというのは、21世紀の人間にとっての最大の課題です。そのためにぜひ、若い方々にご尽力いただければと思います。

蟻田 島尾先生がいま仰ったことを、どう実践したらよいのか。得意なことをやるのがいいのではないかと思いますね。自分では不得意なのに、「スウェーデンやデンマーク、米国がやっているから、日本もやる」、という考えではないほうが

いい。自分の好きな、得意なことを、WHO を使
い、活動対象国の同意を得てやるというのがよい
でしょう。

では若い先生方が、どのような気持ちでそれを
やるのか？「日本は言いたいことを言うのだ」と
いうことを、しっかり心に決めてやることが大切
です。言いたいことも言わず、いろいろ周りのこ
とばかり考えてやっているのなら、もうやめたほ
うがいい。日本がそのくらいの気持ちでやれば、
ちょうどヨーロッパやアメリカの人たちのレベル
とつりあいがとれるのではないのでしょうか。

喜多 私はそれほど長い経験があるわけではあり
ません。けれども、これまで見てきた中で言える
ことは、この国際保健医療協力の中に、ゴールデ
ン・ルールとか、ロイヤル・ルールはないという
ことです。自分に与えられたもの、巡り合った
人々、先生方から学ぶしかありません。しかし、
与えられた場では、自分の選んだ仕事、好きなこ
とをやっているんだ、と思えるようになりたい。

それと、途上国の現場で感じることは、人は生
まれる場所も時代も選べないということです。
「もし自分がここで生まれていたら」という、相
手の立場を思いやれるだけの感受性を持ち続けたい。
そして、若い方にもそうあっていただきたい

と思っています。

入江 島尾先生の意見に賛成です。その際、具体
的な活動のために、何かを選ぶという選択権は自
分にあるわけですから、自分で決めて、専門領域
を選ぶことが必要です。私自身の経験から、選ん
だ後もなお、いろいろなアプローチがあり得ま
す。臨床的なアプローチもあるし、それよりもず
っと基本的なアプローチもあります。その中で自
分に合ったものを決めて、選んで、初志貫徹する
ことです。

若井 どうもありがとうございました。ちょうど
時間になりました。若い方は、ぜひこのフォー
ラムを機会に、今日の先生方、あるいは次の世代の
先生方に、直接積極的にお話を伺うよう努めて下
さい。先生方は、快く若い皆さんの疑問、質問、
将来の方向性といった悩みを、聞いて下さること
と思います。

私のほうから特にまとめることはございませ
んが、今後、国際保健に一生懸命かかわってい
きたいという方々にとって、今回のフォーラムは参
考になったのではないのでしょうか。それではこのセ
ッションを終わらせていただきます。(了)
(本文まとめ・構成/神馬征峰・東京大学大学院国
際地域保健学教室講師)

お知らせ

第17回日本循環器病予防セミナーのお知らせ

講師・受講生：(予定)講師15名、受講生50名(循環器予
防学に燃えている医師、大学院生・研究生、コメディカ
ルを歓迎します。公募の上決定しますが基本的に早い人
を優先いたします)

期日：平成16年7月2日(金)午後3時～7日(水)正午

場所：☎325-0301 栃木県那須郡那須町大字湯本205

那須オオシマフォーラム

主催：社団法人日本循環器管理研究協議会、財団法人日本
心臓財団

後援：(予定)日本医師会、日本循環器学会、日本脳卒中学
会、日本高血圧学会、日本公衆衛生学会、日本疫学会、
日本保険医学会、日本産業衛生学会

セミナーの内容：疫学方法論、循環器疾患1次予防に関す

る講義、具体的な1次予防対策(研究計画立案のグルー
プワーク)

受講料：セミナー費用、食事代(3食)込みで5万円(予定)
受講申し込み：所定の申し込み用紙にて4月30日までに
事務局に申し込んでください。申込書は事務局(日本循
環器管理研究協議会)まで請求してください。

事務局(申し込み・問い合わせ)：社団法人日本循環器管理
研究協議会(☎170-0013 東京都豊島区東池袋1-48-10
25 山京ビル305号)

TEL 03-3989-0680 FAX 03-3989-0953

組織：組織委員長/上田一雄(日本循環器管理研究協議会理
事長)、実行委員長/中村好一(自治医科大学公衆衛生学
教授)