

「政権交代によって国立病院の給料が改善された」と述べたものも数名いた。「旧政権下での国立病院勤務の医師の月給は2米ドル程度だったが、現在は250米ドルになった」とのことであった。しかし、「首都バグダッドにおいて、家族5人程度が暮らすのに必要な経費は、1カ月に500米ドルから1000米ドルであるため、政府からの給料だけで生活することはいまだ難しく、診療所の兼業は当分必要である」と述べたものが多かった。「診療所は、経済的には助けになるが、大学での研究や医師としての研鑽の妨げになり、家族と過ごす時間も減るので、やらないですむものならやりたくない」との意見が多かった。「診療所で一人の患者を1回診察することで得る収入は、1米ドル以下」とのことであった。

IV. 考察

今回の面接調査を通し、イスラム社会であるイラクにおける、女性医師の意識、家庭、キャリアについての考えが明らかになった。また、調査対象者の2003年3月以降の日常生活の変化を聞き取るにより、現在のイラクの保健医療情勢を推察することができた。

健康や疾病に関与する要因の一つにジェンダー格差がある。イスラム社会であるパキスタンやアフガニスタンなどに存在する社会慣習が、ジェンダー格差に関係しており、女性の保健医療水準を低下させているといわれている^{13, 14)}。一方、成人女性に対するスカーフやヴェールの着用、および男女の隔離が、イスラムの行為規範となっていることから、宗教そのものにイスラム社会におけるジェンダー格差の原因を求めようとする場合がある。しかし、イスラムが社会の中に制度化されることと、ジェンダー格差の固定化との関係は直結しないことは、留意すべきである¹⁵⁾。

今回、イスラム社会であるイラクの、社会や職場におけるジェンダー格差として、「女性一人での旅行や出身地以外での独居が社会的に認められにくい」、「女性医師の少ない科では同僚男性医師や患者からの信頼度が低い」、「産婦人科に関わる医療従事者はすべて女性であるべき」という法的規制のある地域がある、「病院内でのより高い地位は男性優位である」などが挙げられた。しかし多くの調査対象者が、これらは男性が女性より優位

に立とうとする「世界共通の男性の傾向」や、「国内の不満増大で台頭してきた原理主義」が原因であり、「イスラムとは無関係」と明言した。また、「医師として赴任するのであれば女性の独居は社会的に認められている」、「男性看護師からの信頼は男性医師と同等に得られている」など、医師という高い社会的立場が女性であることを凌駕し、実感されるジェンダー格差を減少させていることもうかがわれた。

イラクにおいて、健康や疾病に影響を及ぼしている大きな要因は、長期にわたる国際経済制裁、度重なる戦争、政府の軍備優先の予算編成などである¹⁶⁾。一人当たりの保健関連予算は、1990年以前では約80米ドルであったが、1996年には17米ドルまで低下した。2002年に保健省が国家から得た予算は160万米ドルで、これは10年前の予算の1割であった¹⁶⁾。乳幼児死亡率は、1970年の90から2003年の102へ悪化し、妊産婦死亡率も2000年で250と、周辺諸国に比べて高い¹⁷⁾。これらの根源となった政権は、2003年3月に開始されたイラク戦争により崩壊したが、2006年8月現在にいたるまで、国内の治安は回復したとは言えない¹⁸⁾。

長期にわたる紛争が、その国の保健医療状況に大きな影響を及ぼし、紛争後復興が多くの困難を伴うものであることは、他国の例を見ても明らかである¹⁹⁻²²⁾。イラク国民にも、身体的・精神的・社会的に、すでにさまざまな問題が起きていることが報告されている^{16, 23)}。特に、前述した妊産婦死亡率や乳児死亡率の高さから、女性や乳幼児の健康への影響が大きいと推測される²⁴⁾。

従って、女性や乳幼児に医療的介入を行う機会の多いイラク人女性医療従事者を、イラク国内の治安が安定するまでの間、国外へ派遣し研修を行うことは、イラクの保健医療分野の支援として大きな意義がある。国外研修先として、宗教の違いや地理的な距離を問題にした調査対象者は1名のみであり、ほとんどが、「数ヶ月以内であれば、よい研修を受けられるのなら近隣イスラム諸国でなくとも、どこへでも行く」と答え、国外研修に大変意欲的であった。女性医師が家族から離れて国外研修することは、期間を限定すれば、十分可能であるといえる。

医師以外の女性医療従事者の、国外研修の可能

性については、今後さらに検討する必要がある。今回の調査対象者からは、女性看護師の社会的地位が低いことが指摘された。看護師が、自らを卑下し、勤労意欲が低く、創意工夫する努力も少ないことが、他のイスラム諸国でも問題とされている^{25, 26)}。このような看護師が多い医療施設では、医師に対する研修を行って一部の医療技術だけが向上しても、医療サービス全体の向上は期待できない²⁷⁾。イラク看護師が、他国での研修を通じて充実した保健医療現場を経験することは、看護師の意識改革とイラクの保健医療サービスの改善に有用であると思われる。その場合、研修の対象となる医療職種ごとに、社会や家庭での立場を事前に十分調査するべきである。医師に比べて英語能力が低く、職場や家庭での立場も高くないと予想される女性看護師には²⁸⁾、社会的文化的に共通点の多い近隣イスラム諸国での研修が、より効果的であるかもしれない。

なお、本研究では、イラク国外で得られた16名のイラク人女性医師の意見をもとに分析しており、もともと職場および家族の理解と支援を得られやすい環境にいる女性医師が調査対象となった可能性がある。したがって、必ずしもイラク人女性医師の代表的な意見と結論付けることはできず、今後、調査対象を拡大し方法論を工夫して、さらに検討する必要がある。

V. 結語

イラクにおいては、女性医師は産婦人科・小児科を中心に重要な位置を占めている。今回の紛争をきっかけに保守的な政策が拡大していることから、女性医師の重要性は今後さらに高まる可能性がある。今回調査したイラクの女性医師は、職場や家庭において、ジェンダー格差による行動制限を比較的感じておらず、近隣イスラム諸国であるかどうかに関わらず、国外研修に積極的に参加する確固たる意思を持っていた。従って、女性医師に対する国外研修は、イラク国内の治安が安定して国内での研修指導が開始できるようになるまで、効果的な支援策の一つといえる。一方、医師以外の女性医療従事者への研修の拡大については、社会や家庭での立場やジェンダー格差が、今回の女性医師の結果とは異なる可能性が高いため、さらに検討が必要である。

謝辞

本研究は、平成17年度科学研究費補助金基盤研究「中東紛争地域とその周辺国における女性保健医療専門職の役割とその育成」の助成により実施した。研究の一部は、平成17年度国際協力機構(JICA)客員研究員委嘱研究「紛争・災害後復興期の国に対するJICAの保健医療分野支援のあり方」の助成を受けた。調査に際して、JICA人間開発部保健行政チーム、JICAエジプト事務所、およびカイロ大学医学部の関係者の方々からご協力を賜った。また、名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学教室の井上明美、島本恵子、村田朋子の各氏には、調査結果分析に際しご協力を頂いた。ここに深く感謝する。

文献

- 1) Roberts L, Lafta R, Garfield R, et al. Mortality before and after the 2003 invasion of Iraq: cluster sample survey. *Lancet*. 2004; 364: 1857-64.
- 2) Spiegel B, Salama P. War and mortality in Kosovo, 1998-99; an epidemiological testimony. *Lancet*. 2000; 355: 2204-2209.
- 3) Ugalde A, Selva-Sutter E, Castillo C, et al. Conflict and health: the health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *BMJ*. 2000; 321: 169-172.
- 4) Joyce H. Impact of conflict on the health workforce. In: *Guide to health workforce development in post-conflict environments*. Geneva: WHO; 2005: 5.
- 5) Hamdan M, Defever M. Human resources for health in Palestine: a policy analysis. Part 1: Current situation and recent developments. *Health Policy*. 2003; 64: 243-259.
- 6) Sy AD. Conflict and the women of Chad. *Focus on Gender*. 1993; 1:10-12.
- 7) Roter D, Hall J, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002; 288: 756-840.
- 8) Hall J, Roter D. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ. Couns*. 2002; 48: 217-224.
- 9) Rizk D, El-Zubeir M, Al-Dhaheri A, et al. Determinants of women's choice of their

- obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2005; 84: 48-53.
- 10) Rafta RK. Practitioner gender preference among gynecologic patients in Iraq. *Health Care Woman Int.* 2006; 27: 125-130.
- 11) Abukhalil A. Gender boundaries and sexual categories in the Arab world. *Fem. Issues.* 1997; 15: 91-104.
- 12) JICA, Faculty of Medicine Cairo University. Medical exchange program and training courses for Iraqi medical personnel (July 1st to 29th, 2005) under the trilateral medical technical cooperation project for Iraq. Cairo: JICA, Faculty of Medicine Cairo University; 2005.
- 13) 青山温子. 生活と健康. 佐藤寛, 青山温子編. シリーズ国際開発 第3巻 生活と開発. 東京: 日本評論社, 2005; 35-56.
- 14) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子. 開発と健康—ジェンダーの視点から. 東京: 有斐閣出版, 2001; 118-129.
- 15) 内藤正典. ジェンダーとオリエンタリズム. 関啓子, 木本喜美子編. ジェンダーから世界を読む. 東京: 明石書店, 1996; 41-65.
- 16) Wilson F. The health care revival in Iraq. *Ann. Intern. Med.* 2004; 141: 825-828.
- 17) Human Development Reports [Web page]. UNDP. Available at <http://hdr.undp.org/statistics/data/>. Accessed April 19, 2006.
- 18) Stone R. Iraqi science: In the line of fire. *Science.* 2005; 309: 2156-2159.
- 19) Karunakara K, Neuner F, Schauer M, et al. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *Afr. Health Sci.* 2004; 4: 83-93.
- 20) Ahmad K. After years of war and misrule, Kabul struggles to rebuild. *Lancet.* 2003; 362: 622-623.
- 21) Smith M, Burnham G. Conceiving and dying in Afghanistan. *Lancet.* 2005; 365: 827-828.
- 22) Buwa D, Vuori H. Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo. *Eur. J. Public Health.* 2006 Aug 3; [Epub ahead of print]
- 23) Brown J. Reconstructing the environment in Iraq. *Environ. Health Perspect.* 2004; 112: A464.
- 24) Fleck F. Iraq health minister plans future Iraqi health system. *Bull. World Health Organ.* 2003; 81: 848-849.
- 25) Jrasat M, Samawi O, Wilson C. Beliefs, attitudes and perceived practice among newly enrolled students at the Jordanian Ministry of Health nursing colleges and institutes in 2003. *Educ. Health.* 2005; 18: 145-156.
- 26) Fullerton JT, Sukkary-Stolba S. Advancing the status of nursing in Egypt: the project to promote the development of the High Institutes of Nursing. *Int. J. Nurs. Stud.* 1995; 32: 518-24.
- 27) Oweis A, Abushaikha L. Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *Int. J. Nurs. Pract.* 2004; 10: 264-71.
- 28) Nasrabadi AN, Lipson JG, Emami A. Professional nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural framework. *J. Prof. Nurs.* 2004; 20: 396-402.

[Information]

**The Situation of Female Doctors in Iraq
— Interview Findings from International Training Participants in Egypt —**

Mari Nagai^{1,2)}, Mari Kinoshita¹⁾, Atsuko Aoyama¹⁾

1) Department of International Health, Nagoya University School of Medicine

2) Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan

Abstract

This study aimed to analyze roles and status of Iraqi female medical doctors in the society and their homes, their career consciousness, influence of conflicts upon health services in Iraq. As Iraq is an Islamic society in conflicts, this study further aimed to provide a basis to consider the feasibility and problems to train them in neighboring countries, as well as possibilities of future training courses.

We conducted face-to-face interviews to 16 Iraqi female medical doctors who participated in a four-week-training course in Egypt under the trilateral medical technical cooperation project. We could not carry out our survey in Iraq because of security concerns.

Most of the interviewed Iraqi female medical doctors were engaged in obstetrics and gynecology or pediatrics, and they usually examined female patients. These female medical doctors were highly motivated and rarely felt the gender discrimination in their work sites. They tended to choose husbands who would not hinder their professional career. They were also keen to participate in training courses outside Iraq, if the duration of the courses were within a few months. Their family agreed to send wives or daughters abroad alone for the training. Quality of the training was the most important for those doctors. Therefore, the religion or the distance from Iraq to the training places did not matter much. They expected that training courses of the hospital management systems and nurses'awareness raising should be taken place in future.

Female health professionals are preferable to provide female patients with health services in Islamic societies. Although, women and children are especially vulnerable in times of conflicts, the current security situation in Iraq prevents them from receiving direct support. Therefore, this study suggests that inviting female medical doctors to abroad for medical training should be a worthwhile alternative to improve the health status of women and children in Iraq.

Keywords: Iraq, reconstruction assistance, female medical doctor, gender, training abroad

国際保健医療学で何を教えるのか

明石秀親

〔オピニオン〕

国際保健医療学で何を教えるのか

明石秀親

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学

キーワード：国際保健医療、国際保健、教育、カリキュラム

国際保健医療（日本語では“医療”が見つからない場合もあるが、本文では“国際保健医療”で統一する）、英語で言えば International Health の定義はいろいろあるが、Basch によれば、「a systematic comparison of the factors that affect the health of all human populations」と定義しており、「自分の定義を自由に書いて欲しい。これは多くの定義付けを包含する大きな問題である」とも述べている¹⁾。一方、Mersonらは、歴史的には「the effort by strong, industrialized nations to assist lower income ones」と言われていると指摘している²⁾。さらに島尾は「国際保健医療学」の中で、「国際保健医療学とは、①国や地域での健康の水準や、保健医療サービスの状況を示す指標として何が適切であるかを明らかにし、②国や地域間に見られる健康の水準や保健医療サービスの格差がどの程度を超えたら、受け入れがたい格差であり、是正が必要と思われるかを明らかにし、③そのような格差の生じた原因を解明し、④格差を縮小する手段を研究、開発する、ための学問」であると定義付けている³⁾。

それでは、国際保健医療を研究し、教える学問である国際保健医療学では、実際に何を教えればいいのかであろうか。このような疑問を私が持つに至ったのは、私が今の大学に移り、学部の学生、修士課程の学生、博士の学生、看護や保健学部の学生、そして理科系の学部学生に授業をする立場

になり、そこではたと困ってしまったからであった。すなわち、それぞれの異なる専門性、関心度、学問レベルの学生対象に、前述の質問の如く、私は何を教えたなら良いのだろうか、という素朴な疑問が始まりであった。

もちろん、私の所属する大学にカリキュラムがないわけではない。苦勞してそれは作られていることに間違いはない。また、このことを考えるに当たってガイドラインに当たるものがないわけではない。例えば、文部科学省のホームページには医学における教育プログラム研究・開発事業委員会による「医学教育モデル・コア・カリキュラム、教育内容ガイドライン」⁴⁾が示されており、そこには「国際医療協力」や「国際化」といった文言が見受けられるし、前出の「国際保健医療学」の中の「国際保健教育」という章で丸地らは、「21世紀の国際保健教育は必ずしも途上国に限定しない学際的な総合問題解決を目指すものであり、国内の『福祉と保健医療の連携』のようなみんなと矛盾しない基本姿勢だろう」ということで、〈新しい健康科学の学習理論〉を展開している⁵⁾が、やはりこれらも残念ながら上記の疑問に答えるものではない。それというのも国際保健医療学というものは、博士課程の学生を除いて、ほとんどの学生にとって、「ウルルン滞在記」的な、旅行記としての開発途上国への興味はあるかもしれないが、自分には直接関係のない分野で、国家試験にもほとんど出題されず、将来の自分の

連絡先：〒466-0064 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65
 名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学
 TEL：052-744-2109 FAX：052-744-2114
 E-mail：akashih@attglobal.net, hakashi@it.imcj.go.jp, akashih@med.nagoya-u.ac.jp
 (受付日：2007.04.11、受理日：2007.06.21)

臨床医療の現場でも役にも立たないであろうと見える学問分野だからかもしれない。この学生たちに、基礎医学や公衆衛生学と同様に、「将来役立つが役立つまいが知っておくべき学問である」と言うとしたら、国際保健医療学を教える立場のものとして、国際保健医療学の講義として具体的に何を学生たちに教え、伝えなければならないのかを考えなくてはいけないのではなかろうか。

この疑問を考えるに当たって、このような学問が始まった欧米系の大学院では何を教えているのだろうか、ということ振り返ってみたい。もちろん欧米とて、国際保健医療を独立した大学院で扱っているわけではなく、むしろ公衆衛生大学院のデパートメントの一つとして含まれている場合が多い。試みに、アメリカの公衆衛生大学院協会 Association of Schools of Public Health のホームページ⁶⁾ を見てみると、International/Global Health は残念ながら Public health のコアとなる分野（コア分野は、Health services administration, Biostatistics, Epidemiology, Behavioral sciences/Health education, Environmental health sciences の5つである）には含まれていないが、その他の分野として位置づけられている。これによれば、アメリカにおいても International Health に関して教える内容は大学院により異なっていることがわかるが、いくつかの大学院の講義項目例として、以下の12項目が挙げられている。

- Health-Care Finance and Economics
- Population Policy and Demography
- Maternal and Child Health/Primary Health Care/Health Services
- Communication and Behavioral Science
- Coping with Complex Emergencies
- Mental Health and Medical Anthropology
- Program Evaluation/Information Systems
- Public Nutrition and Food Security
- International Health Policy and Management
- Infectious Disease Epidemiology and Control
- Research and Evaluation Methods
- Health Promotion

一方、日本の大学院では何を教えているのだろうか。コースのカリキュラムや詳細については、

日本で国際保健医療学が設置された東北大学⁷⁾ や京都大学、名古屋大学などのホームページ⁸⁾ からは不明であるが、例えば東京大学のホームページ⁹⁾ 上の国際保健学の組織図によれば、国際保健計画学、国際地域保健学、人類遺伝学、発達医学、人類生態学、生物医学が含まれることはわかるが詳細は不明である。それでは、大学院間のカリキュラムの内容をすり合わせることがなされているのかということ、特に博士課程ではもしかすると必要ないのかもしれないが、必ずしもすり合わされているわけではない。

ところが、これらはすべて大学院の話である。それでは、学部の学生に何を教えたらいいのだろうか。ちなみに名古屋大学の医学部の講義では、前出のアメリカ公衆衛生大学院協会の例を参考にして、開発過程の健康問題とその背景因子、プライマリ・ヘルス・ケア、小児保健と栄養、ジェンダーとリプロダクティブヘルス、健康の危機と人道援助、紛争後復興開発と健康、感染症対策と予防接種、途上国の保健医療サービスシステム、国際機関の役割と保健医療分野の国際イニシアティブ、保健医療プロジェクトの事例、という内容に最近、改めた¹⁰⁾。

試みに、日本の医学部の学生用の「衛生・公衆衛生」の教科書的なものが扱っている内容にはどんなものがあるのだろうか。例えば、上原は「国際保健」という項目の中で、世界の保健医療問題（感染症、小児の疾病、HIV/AIDSと結核、新興再興感染症、リプロダクティブヘルス、災害・紛争と健康、健康格差）、保健医療の国際協力、主な国際機関、について述べている¹¹⁾。一方、鈴木は、別の本の「国際保健医療」という項目の中で、国際保健に関して、人種と民族と国、途上国の情報入手と調査法、途上国の健康問題とその対策、日本の保健医療の国際協力、国際機関を通じた協力、とかなり異なるまとめ方をしている¹²⁾。また、「国民衛生の動向」を見ても、おそらくこの本が国内の状況を伝えるという意味で、国際的な保健医療問題という捉え方をしていないのも無理からぬことかもしれないが、「保健医療分野における国際協力」という一項があるだけで、そこでは、国際協力の仕組み、国際交流、国際協力、世界保健機関WHOという項目があるが、国際保健

医療としてはまとめられていない¹³⁾。もちろん本学会の編集した成書とも言うべき「国際保健医療学」¹⁴⁾では、ほとんどの必要項目を網羅していると思われるが、おそらくこれらの内容をすべて教えるほどの講義時間は国際保健医療学担当の教室(教官)に与えられていないであろうし、また、すべてを講義で教えることも実際問題難しく、さらに、学部学生なりがそれらをすべて知っている必要もなからう。

文部科学省が規定しているように、それぞれの大学は「その教育上の目的を達成するために必要な授業科目を開設し、体系的に教育課程を編成」¹⁵⁾しているのであるが、欧米の大学院と違い、日本の大学や大学院が、国際保健医療に関して必要とされる多様な専門性を持つほどに十分な数の教官を抱えてはいない、という事情などもあって、取りあえず動員できる人員でカバーできる範囲の内容を講義している状況なのかもしれない。このように考えてみると、どうやら日本では大学院レベルも大学の学部レベルも、国際保健医療学に関して、各大学に共通するような体系化された内容が含まれるカリキュラムが組まれているわけではなく、大学間・大学院間の講義内容の違いが大きいのではないだろうかと推測される。

さらに文部科学省によれば、「(大学の)教育課程の編成にあたっては、学部などの専攻についての専門の学芸を教授するとともに、幅広く深い教養と総合的な判断力を培い、豊かな人間性を涵養するよう適切な配慮をする」¹⁵⁾とある。このことは、授業は単に知識の受け渡しだけではないということである。そこで私が強調したいもう一つの点は、国際保健医療にはもう一つの重要な内容が含まれるべきなのではないか、ということである。それは、単に国際保健医療学で重要な“概念や知識”を伝えるといったものではなく、むしろ我々が日本国内だけにいたのでは身に付けにくい、国際保健医療協力などを実施する過程で身につける“新しい視点”のことである。それはやや観念的で、文学的で、哲学的な内容とも言えるかもしれないが、これも教えるべき内容に含まれるべきではないだろうかと考える。

日本では、国際保健医療学は言わば若い学問で

ある。そしてそこでの人材もあまり育っていない中、それを体系化するための余裕はこれまでなかった、と言ってもいいのかもしれない。ところが今では、本学会でも学生部会ができ、その学生部会で国際保健医療に関する学生の意識調査を行った結果、「将来国際保健に携わりたいと思っている学生数は多いが、情報を得る機会が平等ではない」とか、特に地方の大学に在籍する学生や、大学に国際保健医療に関する研究室がない学生からは、「学びたいけれど、なかなか機会がない」という声だったと聞く¹⁶⁾。

こうした声に答えるべく、それではどうすればよろしいのか。それに対し、將に本学会こそがそれらの疑問や要望に答える立場なのではないかと考える。例えば、検討委員会などを設けて、各学部学科毎に最低限必要とされる「国際保健医療学で教えるべき基本的な内容」を定めて、各教育機関のカリキュラムの作成に役立てたり、あるいは、あるトピックスについて専門性のある教官がいないのであれば、「交換講義として他の施設から講師を招聘する」といった試みを積極的に進めていく、ということも考えられよう。そうすれば、その先には、国際保健医療に関心のある学生に適切な教育機会を与え、教育内容の全国的ばらつきも少なくなり、さらに単位の交換制や、学会認定医の問題など、多くの問題がそれによって明確に解決される可能性が出てくるかもしれない。

初めの疑問に戻るが、我々、国際保健医療学の教官は、誰に対して何を教えていけばよろしいのだろうか。実は、これこそが国際保健医療学会に問われねばならない質問なのではなからうか、と考える。

文献

- 1) Basch PF. Textbook of International Health. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1999.
- 2) Merson MH, Black RE, Mills AJ. International Public Health. Maryland: Aspen Publishers, Inc.; 2001.
- 3) 島尾忠男. 国際保健医療学とは. 国際保健医療学会編. 国際保健医療学. 第2版. 東京: 杏林書院, 2005: 2-5.
- 4) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会. 医学教育モデル・コア. カリキュラ

- ムー教育内容ガイドライン。文部科学省。
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/13/03/ligaku.pdf#search. Accessed May 22, 2007.
- 5) 丸地信弘、張兵。国際保健教育。国際保健医療学会編。国際保健医療学。東京：杏林書院、2001：85-88。
- 6) Association of Schools of Public Health。
<http://www.asph.org/>. Accessed April 9, 2007.
- 7) 東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野
<http://www.tuih.jp/modules/smartsection/>.
Accessed April 9, 2007.
- 8) 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学
<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical/102/p10284.html>. Accessed April 9, 2007.
- 9) 東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻
<http://www.m.u-tokyo.ac.jp/departments/graduateschool.html>. Accessed April 9, 2007.
- 10) 名古屋大学医学部医学科教育委員会。名古屋大学医学部（医学科）教科案内Syllabus。名古屋：名古屋大学：2006。
- 11) 上原鳴夫。国際保健。岸玲子・古野純典・大前和幸・小泉昭夫編。NEW 予防医学・公衆衛生学。東京：南江堂、2003。
- 12) 鈴木庄亮。国際保健医療。鈴木庄亮・久藤茂編。シンプル衛生公衆衛生学2007。東京：南江堂、2007。
- 13) 国民衛生の動向。東京：厚生統計協会；2001。
- 14) 国際保健医療学会編。国際保健医療学。第2版。東京：杏林書院、2005。
- 15) 文部科学省。
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/daigaku/04052801/001.htm. Accessed April 9, 2007.
- 16) 日本国際保健医療学会・学生部会。[日本国際保健医療学会・学生部会] ホームページ開設にともなうお願い。レター；2006。

[Opinion]

What Should Be Taught in the Lectures of “International Health”?

Hidechika AKASHI

Department of International Health, Graduate School of Medicine, Nagoya University

Abstract

“What should be taught in the lectures of International Health?” is the important issue in the field of education on health, because there is few standard, guideline, or consensus about the contents of lectures on International Health now in Japan. Therefore, each school, such as medical university, nursing school, post-graduate school, and so on, has different curriculums on International Health.

In this occasion, I would like to propose that the Association of International Health should formulate some recommendations on “what should be taught” in this field of International Health for the students of different specialties. These recommendations can be meaningful to standardize the curriculums on International Health in schools on health and to be the first step to provide the study opportunities for the students who are interested in International Health but have few opportunities to learn it. In addition, some “new point of view or sense” which we can learn through the humanitarian assistance activities for developing countries should be included in the lectures for fostering the humanities of the students.

Keywords: International health, Education, Curriculum

NOTE

Nagoya J. Med. Sci. 69, 71 – 79, 2007

CURRENT PROBLEMS IN NATIONAL HOSPITALS OF PHNOM PENH: FINANCE AND HEALTH CARE

SOPHOAT UY¹, HIDECHIKA AKASHI², KAZUMI TAKI³ and KATSUKI ITO⁴

¹Human Resources Development Department, Ministry of Health, Cambodia

²Department of International Health, Nagoya University Graduate School of Medicine

³Surgical Center, Nagoya University Hospital

⁴Young Leaders' Program, Nagoya University Graduate School of Medicine

ABSTRACT

The current problems in Cambodia's national hospitals subsist in a geographic imbalance in the location of staff and health facilities, and low staff motivation largely due to inadequate payment. This paper aims to investigate the associations among hospital performance, hospital finances, and other related issues in five national hospitals in Phnom Penh, using annual reports of the five hospitals and annual statistics of the Ministry of Health, from 2000 to 2004. The bed occupancy rates (BOR), average lengths of stay (ALS), hospital mortality rates (HMR), maternal and neonatal mortality rates, numbers of patients, main health problems of inpatients, numbers of health personnel, staff incentives, and annual hospital income were used in this study as indicators of five hospitals in Phnom Penh city. The ALS varied from 3.8 to 9 days. The numbers of health personnel (physician, medical assistant, secondary nurses, primary nurses, secondary midwives, and primary midwives) per 100 beds were from 114 to 282. Supplemental salary per staff also differed greatly among these hospitals; the salaries were the highest at Calmette hospital (US\$ 212.8) and the lowest at Preah Kossamak (US\$ 12.4). In the five hospitals, the average BOR was 58.8%, and the mean of total annual income was US\$ 1,427,852 per year. Although not significant, there was a tendency for higher supplemental salaries to be associated with higher BOR (Spearman rank correlation coefficient 0.70, $p = 0.188$). This study showed the differences in the hospital indicators among five national hospitals in Phnom Penh city, and the tendency of higher BOR in the hospitals paying higher supplemental salaries to the staff. Higher supplemental salary to the staff seemed to contribute the better hospital performance.

Key Words: Bed occupancy rate, Hospital income, Number of health personnel, Hospital salaries

INTRODUCTION

The Kingdom of Cambodia has been facing many problems on their health service system, its infrastructure, and human resource capacities since the end of long civil war during 1970 to 1993, resulting that the health status of its people is the worst in South-East Asia.¹⁾ The average life expectancy of Cambodia in 2004 was 51 years for males and 58 years for females, mainly due to high infant and child mortality, high maternal mortality, and high occurrence of preventable diseases. These values were quite low in comparison with those of neighboring countries (67

Corresponding author: Sophoat Uy, Human Resource Development Department, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia. No 151-153 Kampuchea Krom Blvd., Phnom Penh
Mobile Phone: (855)12-987-868, Phone/Fax: (855)23-428-930
E-mail address: uysophoat@yahoo.com

years and 73 years of Thailand, 68 years and 77 years of Vietnam and 58 years and 60 years of Laos, respectively).²⁾ Many deaths in Cambodia are preventable, especially in the areas where poverty deters people from accessing health services.^{1,2)}

The Ministry of Health of Cambodia puts the priority on the strategies to implement the effective health care system with appropriate distribution of health personnel. The Ministry has initiated the establishment of a 3-level health care system (district, provincial, and central levels) in order to provide basic health care for people in both rural and urban areas. On the contrary, most physicians preferred to settle in urban areas, which offered attractive employment

Table 1 Hospital indicators of five national hospitals in Phnom Penh, Cambodia, (average for years 2000–2004)^{8,9)}

Indicators	National Maternal and Child Health Center (NMCHC)	National Pediatric Hospital (NPH)	Calmette Hospital (CH)	Preah Kossamak Hospital (PKH)	Norodom Sihanouk Hospital (NSH)
Average length of stay (days)	3.8	4.8	4.8	5.4	9
Bed occupancy rate (%)	65.8	86.1	71.7	20.4	50.0
Beds	154	114	258	254	282
Physician/100 beds	68	54	45	48	61
Nurse-midwife/100 beds	144	104	74	79	103
Outpatients	27,410	43,033	16,886	10,863	45,215
Inpatients	9,570	7,573	15,572	3,551	7,435
Hospital mortality per year					
General hospital mortality rate (%)	1.9	1.6	4.6	3.5	4.3
Maternal death rate per 100	0.2		0		0.1
Neonatal death rate (%)	1.8		0.2		1.8
Financial data (US\$) per year					
Total annual income	2,275,480	524,874	2,561,244	820,781	956,880
National budget	1,606,569	103,551	694,056	700,557	699,309
Donors budget	88,858	311,543	32,613	18,949	86,135
Hospital User fee	580,053	109,780	1,834,575	101,275	171,436
Total amount/ bed	14,776	4,604	9,927	3,231	3,393
Supplemental salary/physician	84.4	45.2	212.8	12.4	24.5
Supplemental salary /nurse-midwife	67	35.5	135.4	9.4	15.3
Newly diagnosed patients per year					
Malaria		63	137	49	128
Diarrhea		1,719	183	114	111
Acute Respiratory Infection		981	325	71	80
Meningitis		38	45	11	11
Tuberculosis		738	2,137	330	1,076
Surgery		672	3,025	2,104	883
Road accidents		4,500	2,306	1,158	211

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

opportunities for professional development, and higher quality education and other amenities for their families. As a result, there has been a severe shortage of health personnel in rural areas, where preventable deaths occurred frequently.

In the capital city, Phnom Penh, preventable deaths are relatively few,³⁾ because the health facilities in Phnom Penh have a higher proportion of well-educated and highly-skilled health staffs than those in the rural areas. Actually, the health staffs find numerous advantages from practicing in the city, and prefer to stay there.⁴⁾ Even under these relatively better conditions, the health facilities in Phnom Penh have been facing a lot of problems on the poor performance because of low motivation of health personnel, possibly due to low wages. Shortages of drugs and medical supplies seem to be another possible cause of the poor performance, as well as limitations in the public financial resources devoted to each facility.¹⁾ Even in the urban areas including Phnom Penh, public health facilities have not been the first choice of people seeking medical care, because of their unreliability and relatively higher fees than those of traditional healers and pharmacies. The first option of the people has been traditional healers and private providers, but not public health facilities, because of their poor performance.⁵⁾

Financial support plays an important role in the facility management and improving the quality of health services, especially in hospitals.⁶⁾ This paper aims to demonstrate the financial conditions and characteristics (health personnel, patients, and cared diseases) of five national hospitals in Phnom Penh. In addition, the distribution of health personnel in referral hospitals according to province of Cambodia is reported to depict the background surrounding the five hospitals.

MATERIALS AND METHODS

Materials

There are eight national hospitals in the capital city, of which we selected five for study: Calmette Hospital (CH), Preah Kossamak Hospital (PKH), Norodom Sihanouk Hospital (NSH), National Pediatric Hospital (NPH) and National Maternal and Child Health Center (NMCHC). Three of them – CH, PKH and NSH – provide three main services of obstetric-gynecology, surgery and general medicine. NPH provides only children's services, and NMCHC provides mainly obstetric-gynecology services.⁷⁾ The remaining three hospitals, Ang Duong Hospital (AH), Kuntha Bopha Hospital (KBH), and the Tuberculosis Center (TC) were not included in the study, because AH was focused on specialized in ear, nose and throat, and KBH and TC were responsible for providing services to people free of charge.

Hospital directors and finance managers of the respective institutions were fully informed of the proposed study procedures. Data on the measures listed in Table 1 were collected through a form developed for each hospital. The supplemental salary for each staff member was written on comprehensive lists of staff employed at each hospital. Moreover, we gathered information from the annual report of the Ministry of Health and the staff organizational structure of each hospital, as well as the annual hospital reports. The study focused on data of bed occupancy rates (BOR), average length of stay (ALS), hospital mortality rates (HMR), maternal and neonatal mortality rates, number of out-patients and in-patients, main health problems of inpatients, numbers of health personnel, health personnel's supplemental salary, and annual incomes in five hospitals in Phnom Penh city from January 2000 to December 2004.⁸⁻¹⁸⁾

Cambodia has 23 provinces as shown in Fig. 1. The numbers and rated per 1000 population of health personnel of each province in 2004 were extracted from the database of the Human Resource Development Department of the Ministry of Health in the Kingdom of Cambodia.¹⁹⁾



Fig. 1 Map of Cambodia

Definition of measures

Supplemental salary is the money from user fees income of the hospitals, so that it is used to supplement to the monthly government salary. The salary is the amount that all staff receives from the government as stated in the staff policy. All government staff in every hospital in Cambodia received the same salary, approximately 15 to 30 US\$ per month.^{1,19)} Generally, the government salaries for health personnel depended on staff categories such as medical doctors, medical assistants, nurses, midwives, and workers. Medical assistants received the same salary as medical doctors because both of them had the same level of status in this system. Nurses and midwives also received the same amount.

The income from user fees was used for various purposes according to the Ministry of Health guidelines. It was divided into three different portions: 49% for staff motivation, 50% for hospital operation, and 1% for depositing in the treasury. The 49% of the user fee income was divided among hospital staff by function (e.g., physician, nurse, and midwife) according to individual hospital regulations²⁰⁾ and was considered the supplemental salary.

Statistical analysis

Spearman rank correlation coefficient between BOR and supplemental salary was calculated by STATA version 7 (STATA, College Station, TX, USA).

RESULTS

The numbers of health personnel in the whole country are 5,303 in 2004, among whom 2,598 (49%) were employed in the capital city, Phnom Penh (Fig. 2). The number of health personnel

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

per 1,000 residents was around 1.76 in the city, which was about 10 times higher than that in the provinces (Fig. 3).

Table 1 shows the BOR of the five hospitals in Phnom Penh, whose average was 58.8%. The ALS also varied from 3.8 days of NMCHC to 9.0 days of NSH. The number of general physicians per 100 beds was from 45 to 68 (the average: 55.2), and the number of nurses/midwives per 100 beds was from 74 to 144 (the average: 100.8). The outpatients were the least in PKH (10,863) and the most in NSH (45,215). The average number of inpatients was 8740.2; 9,570 patients in NMCHC, 7,573 patients in NPH, 15,572 patients in CH; 3,551 patients in PKH; and 7,435 patients in NSH.

The financial resources of the five hospitals are also shown in Table 1. The average of total annual income of the five hospitals was US\$ 1,427,852, which was received from the national budget (US\$ 760,808), donors (US\$107,620), and hospital user fees (US\$559,424). The funds received from various donors and user fees were used for hospital operation and staff members' supplemental salaries. We found no statistically significant difference in staff supplemental salaries

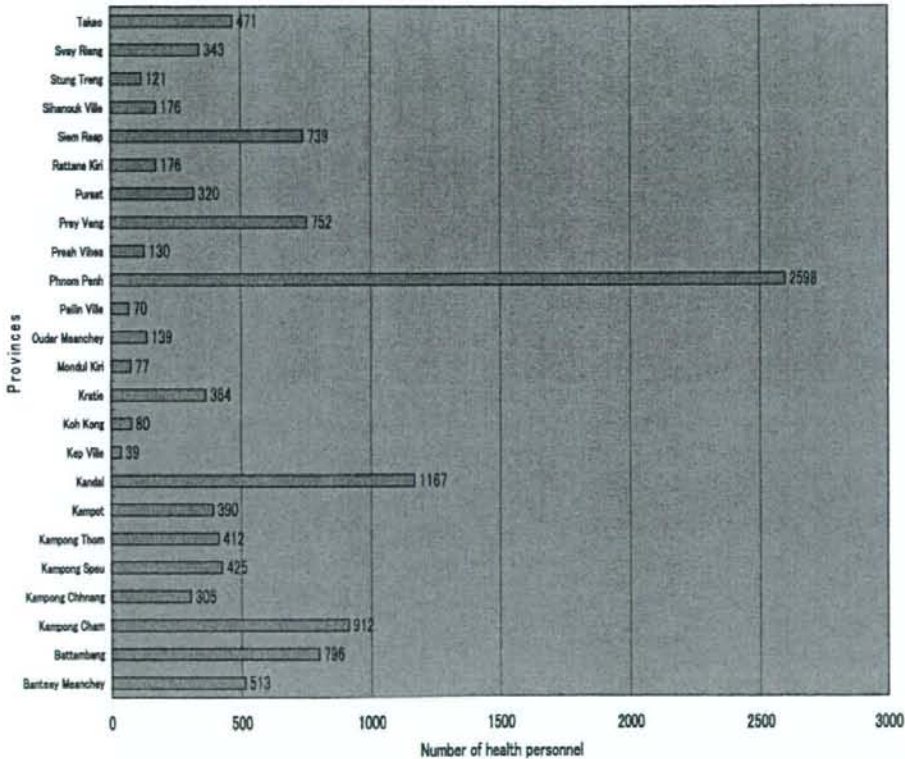


Fig. 2 Number of health personnel (medical doctors, medical assistant, secondary nurses, primary nurses, secondary midwives, and primary midwives) who provided clinical services in hospitals in different regions in the Kingdom of Cambodia, 2004¹⁹⁾

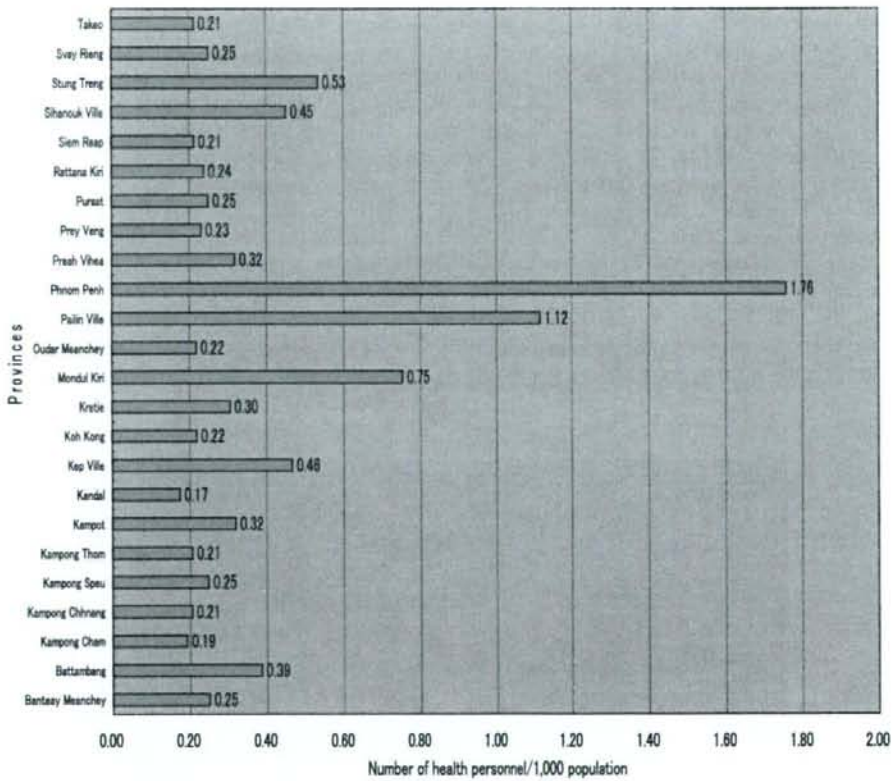


Fig. 3 Health personnel (medical doctors, medical assistant, secondary nurses, primary nurses, secondary midwives, and primary midwives) who provided clinical services in hospitals in different regions per 1,000 population in the Kingdom of Cambodia, 2004¹⁹⁾

between low BOR and high BOR hospitals. We only found a statistical tendency that the amount of staff supplemental salary of high BOR hospitals was higher than that of low BOR hospitals ($p = 0.083$).

The main diseases/injuries varied according to the hospitals' specialties; NPH treated 4,500 road accident patients; CH and PKH had 3,025 and 2,104 general surgery patients, respectively; and NSH received 1,076 of tuberculosis patients. The hospital mortality rate also varied.

DISCUSSION

In the present study, we found clear evidence that the ratio of medical personnel who provided clinical services in the city was much higher than that in the provinces. According to the pre-1999 Ministry of Health policy, the most graduates from medical school had to go to work in

their own province. This policy meant that there might have been enough health personnel in each province to provide health care. After 1999, the policy was reformed; now all graduates must take an entrance examination to hold a position where each province needs.²¹⁾ However, the present study on the health personnel per population demonstrated that Phnom Penh city was overrepresented. The finding indicated the necessity for the Ministry of Health to consider the method for the balanced distribution of health personnel.

This study also showed the possible association between BOR and supplemental salary. There are two possible interpretations for this result. One is that the more the supplemental salary for the staff is increased, the more the staff's activities for patient services are encouraged, and the more patients use the hospital, resulting in the increase in the BOR. In addition, it is expected that the increase in the hospital income elevates the investment for equipment, drugs and materials, resulting in the improvement of the facility, which in turn increases the hospital access by patients. Another interpretation from the opposite can similarly be made: simply stated, the more BOR increases the hospital income through user fees, which makes possible to provide the more supplemental salary to the staff. For example, CH received the highest user fee income (72% of total amount among the five hospitals), because it is an autonomous hospital with modern medical equipment under strong support from French government. Further studies are needed to conclude this issue.

The user fee is an important factor for contributing to the performance of health care services, the quality of care, and sustainability of hospital's function. The staff receives a higher supplemental salary when the income from user fees is high. Moreover, the fee for service can maintain the function of hospitals such as paying for the hospital operation, hospital cleaning, and so on.

The salary of health staff ranges from US\$15 to the maximum US\$30 per month. The actual living cost requires from US\$200 to US\$300 per month for an ordinary family living in the city.²²⁾ Therefore, qualified health personnel has to devote their time to working for private clinics or non-governmental organizations in order to earn additional income. Some hospital staff demands unofficial payment from their patients. Sometimes, they lobby the patients to use their private practices. In addition, it is not rare that they do not work full-time in the hospital, having other private activities such as their own clinics or other businesses. The private sectors and non-governmental organizations lure qualified personnel to work for them with attractive salaries and benefits. Consequently, the numbers of working staff in the public sector have been limited and the hospital services have been impaired, especially in the afternoons and evenings, causing such hardships for patients as long waiting times. A previous study found that most public staff had at least one source of additional private income; i.e., another job besides working in the hospital.²²⁾ Otherwise, they could not support their families on their income. The Ministry of Health implemented a user fee, which can be used for both hospital running costs and salary supplementals as staff incentives. Although not significant, the association between the hospital BOR and staff supplemental salary observed in the present study may share the similar mechanism of health personnel's behaviors.

In Cambodia, health care accessibility and affordability for poor people remain to be critical problems. Hospitals require patients to pay the hospital fees, except for the destitute who have an exemption, and hospital patients are also required to buy extra drugs from private drug stores. As a result, most people seek medical care from traditional healers and other health care providers in the private sector, because their care is less expensive and much more convenient.²³⁾

The performance of hospital and general management is the main keys to running services smoothly and properly. The staff management and the organization structures need to be well organized, for instance, assigning the right persons to the right place. Furthermore, the cli-

ent-oriented approach is the most essential approach to improving hospital performance. If we implement a client-orientated approach, some basic requirements are needed such as staff capacity building, service improvement, and staff motivation. The poor management of hospitals leads to a waste of resources, including money, staff time, buildings and equipment.²⁴⁾

The quality of services delivered from most national hospitals is not yet acceptable. Most national hospitals are faced with problems such as inadequate payment of health workers, very limited public financial resources, shortages of drugs and medical materials, and inadequate regulation of quality of care. The unofficial payments, poor attitudes of staff, and the long waiting times exist as facts.²⁴⁾ To improve the quality of hospital service, in addition to increasing the budget for hospital's operation and staff's supplemental salaries, other factors should be considered: kind attention to patients, accurate diagnosis and proper treatment, clean facilities, adequate medical equipment, available qualified staff and drugs, appropriate price, reasonable waiting times and so on.²⁴⁻²⁶⁾ The basic hospital management skills should be trained to the administrative staff. Furthermore, the exchanges of challenges and successes among hospital administrators and health officials should be organized yearly with some participants from developed and developing countries. This will help the administrative team to achieve better outcomes for hospital services.

In conclusion, this study showed the differences the hospital indicators among five national hospitals in Phnom Penh city, and the possible association between the BOR in hospitals and supplemental salaries to the staff. Higher supplemental salary to the staff seemed to lead the better hospital performance. For better understanding of situation regarding health care services provided by hospitals in Cambodia, further studies should be carried out with comprehensive analyses about cost-effectiveness of hospitals, as well as the knowledge, attitude and practices of the health workers regarding to patient care.

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to express my gratitude to H.E Oknha Ing Bunhoaw, member of national assembly for Takeo province; Dr. Kdan Yuvatha, vice-director of National Pediatric Hospital (NPH), and Ms. Sary Seila, a student at National University of Management (NUM) of Cambodia, all of whom contributed ideas and facilitated the data collection toward the completion of my thesis. I express my sincere thanks to Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology and the Young Leaders' Program (YLP) in Nagoya University Graduate School of Medicine, which gave me the opportunity to gain invaluable knowledge, which I hope to use to make valuable contributions in my beloved country. Last of all, I express my thanks to Professor Nobuyuki Hamajima, who contributed ideas, support and experiences to improve this article.

REFERENCES

- 1) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Health Sector Strategies Plan 2003-2007. (2002), Phnom Penh.
- 2) World Health Organization (WHO): Core indicator: Life Expectancy at birth (years) 2004. Available at <http://www3.who.int/whosis/country/compare.cfm?country=KHM&indicator=LEX0Male.LEX0Female&language=english>. Accessed on Jan, 2006.
- 3) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Joint Annual Health Sector Review: Achievement 2002 and Priorities/Target for 2003-2004. pp 4-5 (2003), Phnom Penh.
- 4) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: The MOH health workforce development plan 2006-2015. (2004), Phnom Penh.

PROBLEMS IN CAMBODIA NATIONAL HOSPITALS

- 5) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Demographic Health Survey 2000. (2000), Phnom Penh.
- 6) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Health sector strategic plan 2003-2007: Medium Term expenditure Framework. (2002), Phnom Penh.
- 7) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: National health statistic 2004. (2005), Phnom Penh.
- 8) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2000. (2001), Phnom Penh.
- 9) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2001. (2002), Phnom Penh.
- 10) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2002. (2003), Phnom Penh.
- 11) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2003. (2004), Phnom Penh.
- 12) National health statistics report, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia 2004. (2005), Phnom Penh.
- 13) Annual report of national hospitals 2000. (2001), Phnom Penh
- 14) Annual report of national hospitals 2001. (2002), Phnom Penh
- 15) Annual report of national hospitals 2002. (2003), Phnom Penh
- 16) Annual report of national hospitals 2003. (2004), Phnom Penh
- 17) Annual report of national hospitals 2004. (2005), Phnom Penh
- 18) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Human resource database. (2004), Phnom Penh.
- 19) World Health Organization (WHO): The world health report-Cambodia. *WHO*. Available at <http://www.who.int/whr/2004/country/khm/en>. Accessed in Jan 2006.
- 20) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Regulation on health financing. (1996), Phnom Penh.
- 21) Eng, H., Keat, P., Youk, S., Oum, V., Huy, Ung, S., Mao, T., Tek, L., Phum, S., Bronwyn, H. and Agnes, J.: National Policies and strategies for human resource for health 1999-2003. (1999), Phnom Penh.
- 22) Sin, S., Moeung, P., Hun, R., Ros, S., Ros, H., Lach, K. and Brobst, C.: Cambodia Health Workers Incentive Survey. *The newsletter of MEDICAM.*, 4, 14 (2005), Phnom Penh.
- 23) Ministry of Health, Kingdom of Cambodia: Cambodia Socio-economic survey 1997, pp 5-12 (1997), Phnom Penh
- 24) Akashi, H., Yamada T., Eng, H., Koum, K. and Sugimoto, T.: User fees at a public hospital in Cambodia: effect on hospital performance and provider attitudes. *J. Soc. Sci. Med.* 58, 553-564 (2004).
- 25) William, N., Howard, B. and Joseph, K.: Hospital economics and financing in developing countries. *WHO.*, 34-36 (1992).
- 26) World Health Organization (WHO): Hospital economics and financing in developing countries. (1992), Geneva.

国境を越えて健康をまもる

喜多悦子

日本赤十字九州国際看護大学学長、早稲田大学大学院アジア太平洋研究科客員教授

【プロフィール】

米海軍軍医トム・ドゥーリーの経歴に発せられて医師となったが、実際、途上国に足を踏み入れるまでに30年。しかし、日本や留学したアメリカなど先進国での医師・研究生活がその後の国際保健、特に紛争地勤務に無駄だったとは思えない。与えられた仕事に責任を持ち、何事にも好奇心をもってあたられば、人生に無駄は無い。

第1章

なぜ、「臨床医」をやめたか

「臨床医」時代、悪戦苦闘した、この病気を途上国で見るとはあったが、「国際活動」に深入りすればするほど、臨床医学との関わりは細くなっていた。また、日本で、二度とそのような患者サンを受け持つことはないかと判っていたのに、私は血液学の学会で、「難治性白血病」のシンポジウムに参加していた。

1990年初頭、医学や関連科学の進歩により、相当数の白血病は一時的には寛解するようになっていた。しかし難治性とはされる厄介な白血病の経過は芳しくなく、治療は高価だった。

年号は平成になって数年、わが国初

の紛争地派遣という、「得がたい経験」を終えて、国立病院医療センター（当時、現国立国際医療センター）に復帰していた私は、思い立って昔の仕事関連の学会に参加した。満席のシンポジウム、臨床医時代、夜を徹してたたかっていたこの病気を、新しい検査の開発に燃えた日とも思い出せた。当時、可能な手段を講じた挙句、「オレと家族を苦しめた、この病気が憎い！」と嘆きつつ亡くなった働き盛りの男性、「ワタシが先に死んじゃうと、ママが歳をとって天国に来た時、ワタシにはママが判らないかもしれないから、きつとキツト見つけてネ」といって亡くなった少女、「ママ、オレのような弱い子を生むな！」と言いつつ残した少年、一人ひとりの顔や声も思い出された。

臨床医学とは、極端に云えば、ひと

りの病人の生命を救うために、多数多様な専門家がもてる叡智をフルに行使し、あらゆる技術と資材の投入も可能な分野だ。ひとつの生命対多数の専門家という構図だ。一方、国際保健では、ひとりの行為者が、多数住民の健康の維持・増進に精力を注ぐが、通常、高価な機器や多数の専門家の関与は期待できない。この際、行為者に学際的な知識があれば好ましいが、必須ではないし、先進国の医療のように、重装備した施設を必要とすることはほとんどない。

シンポジウムには、大雑把にみて600名の医師がいた。沸騰する議論の中で、私はかつての先進国型医療に従事していた自分を思い出していた。なのに、突然、私の脳が計算を始めた。もし、このシンポジウムに参加してい

る医師が、それぞれ一人の難治性白血病患者を受け持ち、1週間に100万円の経費を要するとしたら、1カ月には100万円×4週×600人＝24億円、2000万ドル、その額があれば、どんな難民集団、いや、どこかの全国



1989年、パキスタン・ベシャワールのアフガン難民キャンプで母乳食プロジェクト

表1. 先進国の医療と、途上国での国際保健

(先進国の) 医療	(開発途上国での) 国際保健
<p>* 個々の病人に対する高度かつ集中した治療活動。</p> <p>* 原則として、設備の整った医療施設内での待ち受け行為。</p> <p>* 各種先端医療機材や医療資材の使用が許される。</p> <p>* 多様な専門家が多数関与することも稀でない。</p> <p>* 専門的で高価。</p> <p>* 特定技術に関して、地域性や文化性は重要でない。</p>	<p>* 地域の多数住民に対する基本的な予防活動。</p> <p>* 施設外の、多数地域住民への働きかけが主体。</p> <p>* 高度先端医療機・資材の使用は原則としてない。</p> <p>* 通常、少数の保健専門家が住民と協力する。</p> <p>* 学際的だが廉価。</p> <p>* 地域性や文化性を考慮しなければ効果的な活動はない。</p>

民に…ができる

十数年の小児科そして血液専門医時代、何日も泊り込み、たくさんの同僚と知恵と許されていたあらゆる手段を講じて、たったひとつの命を護れな

かった。先天性の障害があったとはいえ、同じ日に3人の子どもを見送った後は、自分で選んだ仕事ではあったが、

長期間、眠れない日々が続いた。そして、その気持ちのまま、次の死と対決する子どもをまもる…どんなに経費がかかっても、助かるものは助けねばならない。

だが、病者をまもる医師が、もし、その経費があれば、他の多数者を救うことが出来る…と考えることは許され

ない、と思う。治療は、医師ひとり

で出来るものではなく、とくに病者は医療の受け手でもあるが、医師や看護師ら医療者とともに病魔と対決すべき仲間でもある。臨床医としての一瞬の逡巡も守るべき病者、共に戦うべき仲間に対する背信行為、と私は思っていた。「この一人のため高額の治療の代わりに、あの人々に…」と想像することは許されてはならない。

「難治性白血病

シンポジウム」で、無意識下に計算し始めた数千万ドルの「国際保健プロジェクト」は、自分が、もはや一人の病者を診る臨床医であってはいけないとの決意を固める機会のようなだった。臨床系のいくつかの学会で務めていた評議員の立場も返上し、途上国の保健を自分の仕事とする決心をつけた。

第2章

健康は社会活動のひとつ

古来、人間と競争はつきものである。すべての人々の基本的人権がまもられ、健康や教育、就業の「機会」を平等に享受できることと、日常生活で、さまざまな「競い」が禁じられることは別の次元で議論されるべき問題だ。

すべての生産手段の私的所有を廃し、能力に応じて働き、必要に応じて分配を受けるとする、共産主義/社会主義は、部分的に成功した国や地域、時代はあるが、結局は継続した社会発展をもたらすことよりも、人々を疲弊させてしまう。人々が、生き活きと生活できることと、最低限の生存の保障は、これも別の次元の話だ。選択肢が幾許もない避難民キャンプやきわめて貧しいスラム、また、生命の安全のためのみの選択しか許されない紛争地で実感させられるが、人の生物学的生存に資

するモノー最低限の水、食料、そして治安―と、社会的生存に資するモノーあえて云えば、こころの糧―は大いに異なる。いくつかの紛争地でみた、暗く絶望的なまなざしの子どもたちと、妙に高揚した雰囲気にあつた、銃を抱いた少年を思い出すと、閉ざされた社会では、たいがいの人々は普通の感覚も生甲斐を失ってしまうようにみえる。

一方、資本主義とは、投下した貨幣

より大きな利益として回収される仕組みだが、その背景には自由主義がある。しかし、産業革命による近代工業の出現は、単に量産システムを可能にしただけでなく、都市への人口集約をもたらし、それまでの災害(主に地震、洪水、旱魃/飢饉、時には感染症などの自然災害)に加えて、社会的格差貧困問題や環境破壊ももたらしてしまった。

しかしながら、もし、私たちが、以下の表に示す貧困国のひとつに生まれていたら、決して、今と同じような人生を送っていないことは確かだ。何が、「日本に生まれた彼女」と、ある「貧困国に生まれた彼女」の違いを作るのだろうか。