

海外医療協力の実情

若 松 栄 一

I 定 義

医療協力という場合の医療の意味は、広義の医療、つまりひろく保健衛生全般をさしている。また協力はアジア・アフリカの諸国つまり developing countries を対象として考えており、先進諸国との協力はここでは問題としない。医療協力は政府ベースで行なうものと民間ベースで行なうものがある。ここでとりあげるのはもっぱら政府ベースによるものである。医療協力の趣旨を考えると、民間ベースによるものが重要な意味をもつのであるが、その実態が十分あきらかでないので、この際はもっぱら政府ベースによるものに関して述べる。

II 医療協力の意義

医療協力の意義は第1には、保健衛生において著しい後進性に悩んでいるアジア・アフリカの開発途上国に対して、もっぱら人道上の配慮にもとづいて行なうことである。第2には先進国の義務として行なわれる開発途上国に対する経済援助の一部として、医療の分野において技術提供として協力することにある。国際連合は1961年の第16回総会において開発途上国が健全な経済発展をとげ「国連開発の10年」のめざす年率5%の経済成長をとげるためには、先進国は総体としてその国民所得の1%を援助にふりむけるべきことを決議した。ついで1964年の国連貿易開発会議においては、この決議をさらに強化し、先進国がそれぞれ国民所得の1%を援助にあてるべきことを勧告する「成長と援助勧告」が採択されたのであるが、この1%のなかには、当然医療協力も含まれるのである。さらに、開発途上国の国民生活水準の向上を達成するために、開発援助の増大とこの効率化を実現することを目的とする国際機関である DAC は、1965年、国連貿易開発会議の動向にそって、加盟諸国は1%目標を達成し、可能ならばそれをこえて努力すべき旨の「開発努力、援助努力勧告」を採択した。開発途上国に対する援助はいまや国際世論となったかの感がある。以上の点をもう少しくわしく述べよう。

1. 開発途上国の保健衛生状況と医療協力

世界において少数の工業国を除いた多数のいわゆる開発途上にある諸国は、人口では世界の70%をしめているが、生産ではわずかに20%をしめているのにすぎない。したがって生活水準

も低い。とくにアジア・アフリカ諸国は生活条件はきわめて悪く、保健衛生水準は低い。たとえば健康の一指標である死亡率、乳児死亡率は、セイロンの死亡率 8.0 (1961)、乳児死亡率 52.1 (1961)、フィリピンの死亡率 7.5 (1961)、乳児死亡率 72.4 (1961)、タイ国の死亡率 8.4 (1961)、乳児死亡率 50.7 (1961)、ナイジェリアの死亡率 10.9 (1962)、乳児死亡率 62.0 (1960) というように、わが国の死亡率 6.9、乳児死亡率 20.4 に比較して、きわめて悪い。以上数字をあげた諸国は、WHO に公式に届け出た国のみであり、その他の国では総計が整備されていないため不明である。おそらくこれらの諸国以上に悪く、乳児死亡率に至っては 100 をこえている国も多いと思われる。そのことはマラリアを始めとする各種急性伝染病、風土病、結核、癩、栄養障害等今日先進諸国ではすでに解決をみた疾病がいまなおひろくこれら諸国に蔓延しているからである。たとえば、検疫伝染病として公式に発表されているものだけでも、痘瘡については、インド、パキスタン、タンザニア、ナイジェリア、アフガニスタン、ケニア、コンゴ、インドネシア、ウガンダであり、コレラについては、インド、パキスタン、ベトナム、タイ、ビルマ、フィリピン、ブルネイ、ネパール、マレーシアであり、そのほかベトナムのペスト、エチオピアの発疹チフス、回帰熱等があげられる。このような状況にかかわらず、これら諸国においては保健衛生対策、ことに医療施設および医療関係者はきわめて不足している。

たとえば人口 10 万対比の医師数 (1959—1960 年) をみると、わが国の 110.8 に対し、タイ国 13.0、フィリピン 14.2、セイロン 22.2 と非常に少なく、わが国の $1/5 \sim 1/10$ となっている。アフリカはさらに少なく、ケニア 9.1 (1962)、ガーナ 4.8 (1960)、コンゴ (レオポルドビル) 1.6 (1960)、エチオピア 1.0 (1961) という状況である。病床数も同様に人口 10 万対でわが国の 826.2 に対し、フィリピン 57、タイ国 78、インドネシア 77、ビルマ 113 である。以上のような状況にある諸国に対して、先進諸国が医療協力の手をさしのべることは当然の責務である。また、保健衛生に関する国際機関である WHO が、そのプロジェクトの多くをこれら開発途上国の保健衛生水準向上の施策についやしているのは当然である。

わが国も可能な限りの協力を行なうことは世界の一国、アジアの一国としての義務であり、そのことが国際社会の一員として世界平和の維持に貢献することになろう。医療協力の第一義的な意味はそこにある。

2. 技術協力の一環としての医療協力

今までに述べてきたように医療協力の考え方は、わが国が国際社会の一員としての自覚と要請のうえにたつ人道的のものであるが、これを技術的見地からみるときは、わが国はアジアにおける医療技術先進国として、これら諸国が当面している問題の一部について、自己の経験と人物・物的能力を提供する技術協力の一環として、さらにひろくは、開発途上国の開発援助の一環としてみることができる。

事実、わが国における医療協力の予算のたて方は援助の 1 つとしての技術協力のワク組のな

かで行なわれ、実行上も技術協力の一環として行なわれている。したがって、わが国の政府ベースの医療協力がどのような形式で行なわれているかを理解するためには、その大ワクとしての技術協力のしくみを理解しておく必要がある。

Ⅲ わが国における一般的な技術協力の姿

A. 国際的動向との関連

開発途上国の経済開発をすすめるためには、資金的な面の充実のみでは不十分で、人的資源の開発、技術水準の向上が必要である。したがって、開発途上国への援助は、単に資金面の援助のみでなく、それを支える技術協力が必要となるのである。

この考えは、ひとりわが国のみの考えでなく、開発途上国への開発援助をはかる国際機関である DAC (OECD 開発援助委員会 Development Assistance Committee) の考えであり、今日の世界における普遍的な世論である。DAC は OECD 14カ国とオーストラリアならびに EEC委員会の15カ国委員からなっているが、創立以来技術協力の有用性を強調しており、本年の年次審査においても特にこれを主張する国が多かった。

したがって、最近における DAC 加盟国の技術協力は拡大しており、1965年の DAC 諸国の二国間技術協力実績は10億 5 千万ドルで前年の 9 億 5 千万ドルにくらべ 1 億ドルの増加を示し、同年の政府ベース援助総額の18%に達した。

このうちわが国の技術協力実績は601万ドルで、アメリカの 4 億 2 千 4 百万ドル (日本の70倍)、フランスの 3 億 4 千 4 百万ドル (同57倍)、ドイツ 9 千 4 百万ドル (同16倍)、英国 8 千 9 百万ドル (同15倍) にくらべて、非常に少ないことが注目される。

以上の技術協力は、農・林・漁業、機械工業、窯業等あらゆる分野の技術にわたるもので、前述のように医療もこのなかに含まれている。

B. わが国の技術協力の沿革

二国間方式による技術協力は、わが国が1954年コロンボ計画に加盟し、同計画に基づいて、専門家を海外へ派遣し、海外から研修員を受入れたのが、その初めである。以後年々その規模は、対象地域、援助形態、または援助額のいずれにおいても拡大強化されてきた。すなわち、対象地域については、当初南西および南東アジアのいわゆるコロンボ計画地域のみを対象としていたが、現在ではラテン・アメリカ、アフリカその他の低開発地域といわれている全地域を包含している。

つぎに、援助形態については、当初は専門家の派遣および研修員の受入れのみにすぎなかったが、その後、専門家の派遣にともなう技術指導用器材の供与、海外の技術訓練センターの設置、開発調査を通ずる指導業務の提供など多岐にわたる援助形態を持つに至った。また経費の面からみても、1954年度には技術協力に対する外務省予算はわずか 1 千 3 百万円であったもの

が、1965年度には22億円となっている。

多国間方式による技術協力としては、国連およびその専門機関を通ずるもので、保健衛生の面からはとくに WHO による協力が重要である。

C. わが国の技術協力の方法

1. 専門家派遣および研修員受入

a. わが国が単独で実施しているもの

1) コロンボ計画

コロンボ計画は、一応別個の組織となっているコロンボ計画協議委員会とコロンボ計画技術協力審議会からなっており、前者は、南および東南アジア諸国の経済開発の諸問題の検討および国際協力の促進、後者は、これら諸国に対する技術協力実施の調整をそれぞれ目的として、1950年に設立されたものである。両者はいずれも、当初は、英連邦諸国のみを加盟国としていたが、その後同連邦以外の諸国も加盟した。

わが国は、上記 2 機関に対し、1954年に加盟し、それ以来、この地域の開発問題の審議に積極的に参加するとともに、技術協力を活発に実施してきている。

コロンボ計画協議委員会の第17回会議は1966年11月パキスタンのカラチで開催されることになっており、わが国からは鈴木厚生大臣が代表として出席する予定になっている。

コロンボ計画に基づいてわが国が南アジア諸国に対して行なっている技術協力は、現在わが国が世界の後進国に対し実施している技術協力の中核をなしている。

わが国が1954年に本計画に加入して以来1966年 7 月末までのこの地域への実績は、累計研修員受入2,491名、専門家派遣691名にのぼっている。

2) その他アジア地域等計画

コロンボ計画には中華民国等が含まれていないため、わが国はこれらの諸国を対象とする独自の技術協力の実施を1960年から開始した。1966年 7 月末現在で研修員受入187人、専門家派遣56人の累計となっている。

3) 中近東アフリカ計画

中近東およびアフリカ諸国に対する技術協力は、1957年度から実施されている。この地域の諸国については、コロンボ計画のような多国間の組織が存在せず、また、わが国との間に技術協力についての特別の二国間協定も存在していない。従って、現在この地域に対する技術協力の実施は、個々の案件について相手国との合意により行なわれており、技術協力の要請その他の手続きはコロンボ計画によるものを準用している。

1966年 7 月末までの実績は、研修員受入れ472名、専門家派遣132名を数えている。

4) 中南米計画

中南米諸国に対する技術協力計画は1958年度から、中近東およびアフリカ諸国に対する技術

Table 1 Record of Performance on Medical Cooperation

1 Dispatching of medical experts

Year Sub- ject Countries	1959		1960		1961	
	Subject	No. of dispatched experts	Subject	No. of dispatched experts	Subject	No. of dispatched experts
India	Leprosy control	Phys. 3				
Pakistan					Medical care survey	Phys. 1
Ceylón			Chest surgery Tuberculosis control	Surg. 1 Phys. 1	Chest surgery	Surg. 1
Nepal					X ray	X ray technician 1
Burma			Advice on medical care system	Phys. 1 Adm. 1	Medical care survey	Phys. 1
Malaysia			Medical care survey Medical assistance	Phys. 1 Phys. 5		
Thailand	Chest surgery Medical care survey	Surg. 1 Nurse 1			Survey of the establishment on the virus center Mobile medical team	Phys. 4 Phys. 3 Nurse 2 Coordinator 1
Laos	Mobile medical team	Phys. 3 Nurse 2 X ray technician 1			Medical care survey	Phys. 1
Cambodia	Survey on the medical center Medical survey	Phys. 1 Nurse 1				
Viet-Nam						
Indonesia			Medical care survey	Phys. 1	Mobile medical team Dentistry	Phys. 3 Nurse 2 X ray technician 1 Coordinator 1 Dent. 2
Philippines						
United Arab Republic					Control of tuberculosis, cancer and trachoma	Phys. 3
Saudi Arabia	Dermatology	Dermatol. 3	Dermatology	Dermatol. 2	Dermatology	Dermatol. 2
Ghana			Medical care assistance	Phys. 1		
Kenya						
Congo			Emergency medical care	Phys. 1 Surg. 1 Coordinator 1		
Nigeria						
Total		Dermatol. 3 Nurse 4 Phys. 7 Surg. 1 X ray technician 1		Adm. 1 Coordinator 1 Dermatol. 2 Phys. 11 Surg. 2		Coordinator 2 Dent. 2 Dermatol. 2 Nurse 4 Phys. 16 Surg. 1 X ray technician 2

Note : Adm. Administrator Lab. Laboratory Pub. Public
Dent. Dentist Pharm. Pharmacist Surg. Surgeon
Dermatol. Dermatologist Phys. Physician Vet. Veterinarian

海外医療協力の実情

1962		1963		1964		1965	
Subject	No. of dispatched experts	Subject	No. of dispatched experts	Subject	No. of dispatched experts	Subject	No. of dispatched experts
				Preliminary survey on the mobile medical team	Phys. 3 Coordinator 1	Mobile medical team	Phys. 3 X ray technician 1 Lab. technician 1 Pub. health nurse 1 Coordinator 1
Preliminary survey on the mobile medical team	Phys. 2 Others 3						
Mobile medical team	Phys. 3 Nurse 2						
		Medical assistance	Phys. 3				
Virus center control	Phys. 1 Vet. 1	Virus center control Research on tuberculosis	Phys. 1 Phys. 1 Lab. technician 1	Virus center control	Phys. 3 Vet. 1	Virus center control Neuropathology Electroencephalography	Phys. 1 Vet. 1 Phys. 1 Phys. 1
				Medical center control	Phys. 3 Nurse 2 X ray technician 1 Coordinator 1	Medical center control	Phys. 2 X ray technician 1
						Surgery	Surg. 1
		Preliminary survey on the mobile medical team	Phys. 2 Others 3			Dentistry	Dent. 1
		Mobile medical team	Phys. 4 Nurse 2 Coordinator 1				
				Cholera control	Phys. 1 Vet. 1	Cholera control	Phys. 1 Vet. 1
		Trachoma control	Phys. 1				
						Medical assistance	Phys. 1 Surg. 1 Nurse 2
Radiology	Radiologist 1						
	Nurse 2 Others 3 Phys. 6 Radiologist 1 Vet. 1		Coordinator 1 Lab. technician 1 Nurse 2 Others 3 Phys. 12		Coordinator 2 Nurse 2 Phys. 10 Vet. 2 X ray technician 1		Coordinator 1 Dent. 1 Lab. technician 1 Nurse 2 Phys. 10 Pub. health nurse 1 Surg. 2 Vet. 2 X ray technician 2

2 Technical training in the field of medical service

Year Sub- ject Countries	1960		1961		1962	
	Subject	No. of participants	Subject	No. of participants	Subject	No. of participants
India	Parasitology Pharmacology	Phys. 1 Pharm. 1				
Pakistan						
Ceylon	Technique of blood transfusion	Phys. 2				
Burma						
Malaysia						
Thailand	Medical assistance Tuberculosis control	Phys. 1 Paediatrician 1 Psychiatrist 1 Gynecologist 1 Pub. health nurse 2	Venereology Virology	Phys. 2 Phys. 3	Parasitology Electromicroscope	Phys. 1 Phys. 1
Laos			Surgery	Surg. 1		
Cambodia						
Viet-Nam	Nursing	Nurse 13				
Indonesia	Chest surgery Anesthesiology Public health	Surg. 1 Anesthetist 1 Phys. 4	Hospital administration	Phys. 2	Hospital administration	Phys. 1
Philippines					Tuberculosis control	Phys. 3
United Arab Republic			Veterinary hygiene	Vet. 2		
Peru						
China	Public health	Phys. 10 Nurse 1	Community health	Phys. 2 Nurse 2	Hospital administration	Adm. 1
Korea	Preventive medicine	Phys. 1	Preventive medicine	Phys. 1		
Bolivia						
Total		Anesthetist 1 Gynecologist 1 Nurse 14 Paediatrician 1 Pharm. 1 Phys. 19 Psychiatrist 1 Pub. health nurse 2 Surg. 1		Nurse 1 Phys. 10 Surg. 1 Vet. 2		Adm. 1 Phys. 9

海外医療協力の実情

1963		1964		1965		1966	
Subject	No. of participants	Subject	No. of participants	Subject	No. of participants	Subject	No. of participants
		Tuberculosis control group training course Dentistry	Phys. 1 Dent. 1	Tuberculosis control group training course	Phys. 1		
		Tuberculosis control group training course	Phys. 2				
		Abdominal surgery	Surg. 2				
		Chest surgery	Surg. 3 Nurse 2				
Tuberculosis control group training course	Phys. 1			Cancer control group training course	Radiologist 1		
				Chest surgery group training course	Surg. 1		
Tuberculosis control group training course	Phys. 2	Tuberculosis control group training course	Phys. 1	Tuberculosis control group training course	Phys. 2	Tuberculosis control group training course	Phys. 1
Research on virus, cancer and tuberculosis	Phys. 4	Research on virus	Phys. 3	Cancer control group training course	Gynecologist 1	Anesthesiology	Anesthetist 1
Gastrocamera	Phys. 2	Medical care system	Adm. 1	Chest surgery group training course	Surg. 1		
				Pediatrics	Phys. 3 Other 1		
Medicine	Phys. 1						
		Tuberculosis control group training course	Phys. 1			Nursing	Nurse 4
Tuberculosis control group training course	Phys. 1	Tuberculosis control group training course	Phys. 1	Tuberculosis control group training course	Phys. 2	Tuberculosis control group training course	Phys. 4
Paediatrics	Paediatrician 1	Dentistry	Dent. 1	Cancer control group training course	Surg. 1	Dentistry	Dent. 1
				Chest surgery group training course	Surg. 1		
Tuberculosis control group training course	Phys. 3	Tuberculosis control group training course	Phys. 1	Tuberculosis control group training course	Phys. 3	Tuberculosis control group training course	Phys. 1
				Plastic surgery	Surg. 1		
				Traumatic surgery Orthopedics	Surg. 1		
Pediatrician 1 Phys. 14		Adm. 1 Dent. 2 Nurse 2 Phys. 10 Surg. 5		Gynecologist 1 Other 1 Phys. 11 Radiologist 1 Surg. 6		Anesthetist 1 Dent. 1 Nurse 4 Phys. 6	

協力計画と同じように、わが国独自の計画として始められたものである。1966年7月までの実績は、累計研修員受入れ330名、専門家派遣58名にのぼっている。

5) 日本青年海外協力隊

日本版 Peace Corps といわれるもので、1965年よりはじめられた。現在累計49名に達しており、今後相当数に拡大される見込である。

b. 国際機関または外国政府と協力して実施しているもの

1) 国連およびその専門機関に対する協力

国連は、通常技術援助計画および拡大技術援助計画により、また、国連の各専門機関は、独自の援助計画により、または、国連拡大技術援助計画の実施の委託を受けて、それぞれ経費を負担して、わが国に研修員を派遣している。

わが国は、この場合日本国内で必要とする、付帯経費を負担して、研修の便宜を供与しているが、この種の受入れ研修員の総数は、1966年7月末までに542名に達している。

2) 諸外国政府に対する協力

諸外国政府も、それぞれの訓練計画により、わが国に研修員を派遣している。わが国は、この場合にも、付帯経費を負担して、研修の便宜を供与しているが、この種の受入れ研修員の総数は、1966年7月末までに1,007名に達している。

3) その他わが国の支払うべき第2次大戦の賠償に含められている研修員受入れもある。

2. わが国のその他の技術協力

1) 海外技術協力センター

海外技術協力センターは、開発途上諸国の技術者の訓練を目的として、わが国がこれら諸国と協力して各国の現地に設置する施設であり、わが国の開発途上国に対する技術協力の大きい柱の一つとなっている。

1958年にセンター設置の関係予算が計上されて以来この計画の実施はかなりの進歩を示している。

現在までに

インド水産加工技術訓練センター（マンガロール）

ブラジル繊維工業技術訓練センター（レシフェ）

タイ・ウイルス研究センター（バンコク）

インド農業技術センター（模範農場）

第一次（ナディア、サンバルプール、シャハバード、スラート）

第二次（バパトラ、マンディア、チェンガマナード、コポリ）

ガーナ繊維訓練センター（テマ）

パキスタン電気通信研究センター（西パ、ハリプール）

海外医療協力の実情

ケニア小規模工業技術訓練センター（ナクール）

タイ道路建設技術訓練センター（ソンクラ）

タイ電気通信技術訓練センター（ノンブリ）

東パキスタン農業機械化訓練センター（ダッカ）

セイロン漁業訓練センター（ネガンボ）

イラン小規模工業技術訓練センター（カラジ）

アフガニスタン小規模技術訓練センター（ガブール）

カンボジア農業センター（バッターバン）

カンボジア畜産センター（コンボンチャム）

カンボジア医療センター（バッターバン）

以上のセンターに関し、それぞれ相手国政府との間に協定を締結し、開所し、活動している。

なお、フィリピン小規模工業技術訓練センター、韓国工業技術訓練センター、メキシコ電気通信技術訓練センター、シンガポールプロトタイプ生産および訓練センターについて設置協定交渉中である。

これらセンターの設置および運営の原則は、ほぼつぎのとおりである。

i) 機械設備などの機材および訓練技術者は日本側が供与する。その場合、日本側は、機械などの輸送費および保険料、ならびに技術者の往復旅費、給与なども負担することとなっている。

ii) 土地、建物、付帯施設、運営費およびセンターの職員は受益国側が負担する。

iii) センター開所後は、日本側技術者が相手国関係官庁とともに運営の直接の責任をとるが、両国政府は必要に応じ協議し、センターの円滑な運営をはかる。協力の期間は一応3カ年とされるが、双方が合意すればその後も存続する。

2) その他

開発途上国の経済開発計画に対し調査面で協力を行なう投資前基礎調査がある。このプロジェクトはたとえばエクアドル橋梁調査、イランのタレガムダム調査、ビルマの鉱物資源調査等である。

IV わが国の医療協力

1. 沿革

わが国の医療協力はⅢに述べた技術協力の予算のうえに実施されてきた。

1958年6月、中近東アフリカ計画により、エチオピアへ医師を派遣したのが、医療関係専門家を政府間ベースで海外に派遣した最初である。その後、コロンボ計画により1959年12月から4カ月間、医師、看護婦計6名からなる巡回診療団をラオスに派遣したのをはじめ、現在まで

にその対象国は次の24カ国にのぼっている。

東南アジア……フィリピン, ベトナム, ラオス, カンボジア, タイ, シンガポール, マレー
シア, インドネシア, ビルマ, インド, パキスタン, ネパール, セイロン, 中国, 韓国
中近東……サウジアラビア, アラブ連合, イラン
アフリカ……ガーナ, コンゴ, ナイジェリア, ケニア
中南米……ペルー, ボリビア

2. 種 類

わが国の医療技術者をこれら諸国に派遣して診療および指導を行なう場合と, これらの国々の医療技術者をわが国に受け入れて研修を行なう場合および医療用機械器具, 医薬品の供与を行なう場合とに分けることができるがその実績は Table 2 のとおりである。

Table 2 Japanese Medical Activities in Southeast Asia
(Ministry of Public Welfare, Japan. Sept., 1966)

Subject	No. of Countries	No. of Dispatches	No. of Experts	Remarks
Dispatch of Medical Experts	19	68	152	Physicians, Dentists, X ray Technicians and Nurses etc.
Training of Medical Personnel	16	81	132	Physicians, Dentists, Pharmacists and Nurses etc.
Aid in Medical Material	14	31	—	

専門家派遣の内わけは, 医療の各分野にまたがっているのが特徴であるが, しいて多いものをあげると, 結核13(結核外科3, 結核細菌2を含む), 外科, 放射線のそれぞれ5, 内科の4が多い。そのほか, 癩, 寄生虫, ウイルス, 昆虫, 産婦人科, コレラ, 病理, 小児科, 眼科, 耳鼻科, 歯科, 整形外科, 狂犬病, 公衆衛生, 脳炎対策等の各分野にわたっている。

研修員の受入れもまた医療の各分野にわたっているが, 集団コースのある結核, 癌はもちろんのこと, 外科, 公衆衛生, ウイルス, 性病等が多い。

その他, 放射線, 産婦人科, 薬学, 学校保健, 内科, 病理, 歯科, 小児科, 水道, 汚物処理, 栄養, 寄生虫学, 電子顕微鏡, 家族計画, 麻酔等, 専門家派遣と同じように各分野にわたっている。

3. 主なプロジェクト

最近の主なプロジェクトをあげると次のとおりである。

1) カンボジア医療センター

日本, カンボジア経済協力協定(1959年3月2日締結)に基づいて, カンボジア王国バッタ

ンバン州モンコルボレーに医療センターを建設し(建物総工費1億5千万円)、その運営指導のため国立病院の医師3名、看護婦2名、診療エックス線技師1名、事務官1名、計7名を1964年6月から1965年5月まで派遣した。

なお、1965年6月以降はコロンボ計画による専門家派遣として、内科医、外科医および診療エックス線技師を各1名派遣している。1カ月の延患者数はおおむね2,500人〜3,000人、月平均の手術例は約30例で住民から非常な好評を得ている。

2) タイ・ウイルスセンター

1963年2月、バンコクにウイルスセンターが開設されたが、わが国は同センターの機械類を供与し、かつ、運営指導のための専門家3名を大阪大学等から派遣している(わが国の負担総額4千7百万円)。このセンターでは、タイ国におけるウイルス性疾患の研究検査と技術者の訓練が行なわれているが、これまでにポリオ、流行性出血熱、狂犬病についてのウイルス学的診断サービス、研究のほか、インフルエンザ、アデノウイルス等呼吸器系ウイルス疾患についての指導を行なった。今後はさらにワクチンの生産についての研究指導も実施される予定である。

3) 巡回診療

1959年度にラオスへ巡回診療団を派遣してから引続き1960年度以降、日本赤十字社の協力を得てタイ国、ビルマ、インドネシアに対して巡回診療を行なったが、1965年度は結核診療を主とした診療団(医師4名、保健婦1名、診療エックス線技師1名、衛生検査技師1名、書記1名、計8名)を10月下旬から4カ月間ネパール王国へ派遣した。この診療団は同国バクタプール地域において結核集団検診および一般診療等を行なったが、これに要する機材約1千4百万円(エックス線自動車、医療器具、医薬品等)をネパール政府に寄贈した。

なお、本年度はタイ国(京大中心)を予定している。

4) 集団研修コースの実施

東南アジアにおける公衆衛生上の最重要問題が結核であることに鑑み、1963年から財団法人結核予防会結核研究所に委託して、結核対策集団研修コースを開設している。期間は6カ月間で、41年は11月に終了する予定であり、これにはインドネシア、フィリピン、タイ国から医師が参加している。

なお、1966年1月から新規に結核治療外科コースを同じく結核研究所において3カ月間行なっている。

また、タイ国に癌センターを設置する計画がある等、東南アジアにおいても、癌に関する関心が高まりつつある。1965年11月から、癌の集団コースを新規に開設したが、タイ国、インドネシア、マレーシアから医師が参加し、1966年4月までの6カ月間、国立癌センターにおいて研修を行なった。

5) その他

フィリピンヘルツール・コレラ対策のため40年10月に、39年に引続いて専門家2名を、ま

た、インドネシアのカジャマダ大学口腔外科学教授として東京女子医科大学から1名の専門家を派遣した。

研究員の受入れとしては、タイ国の癌センター設置に関し3名、小児医学研修のため2名、および麻酔学研修のため1名の受入れを行なった。

一方わが国の医療事情およびその水準を海外に紹介し、各国の理解のもとに医療協力の推進を図るため、36年度以降広報映画を作成し、東南アジア諸国等の在外公館に配布している。

4. 国 別 医 療 協 力

国別にみた場合、なんらかの医療協力を行なったのは、すでに24カ国に及んでいるが、そのうち比較的大きいのは東南アジア諸国、ことにタイ国、インドネシア、カンボジア、ビルマ、インド、セイロン、マレーシア等である。

タイ国にはすでに述べたタイ・ウイルスセンターのほか1962年に6人の巡回診療団をもって、バンコク、ソンクラ、ヤラー、パターニーおよびハジャイを巡回診療し、レントゲン間接撮影による集団検診を行ない、その他一般診療に従事するとともに巡回診療車および機材を供与した。研修員受入49名、専門家派遣は14名である。

インドネシアには、1961年6名の巡回診療団をもって、ジャカルタ、パティ等官公庁におけるレントゲン間接撮影による集団検診および外科手術等の指導にあたり、あわせて間接撮影装置、ライトバン2台等を供与した。1964年にも7名の巡回診療団をもって、バリ島デンパサル市において一般診療、官公庁および学校を対象とした集団検診および学童の眼科集団検診を実施し、あわせて巡回診療車を供与した。

機械供与としては、マカッサル・ハサルデイン大学医学部に顕微鏡、ふ卵器、聴力測定器等を供与し、パレンバン・スリウイジャヤ大学医学部に対しては顕微鏡等医療機材を供与した。研修員受入は11名、専門家派遣は3名である。

ビルマには1963年に6名の巡回診療団をもってラングーン、プロームメチラ、ヘングおよびペゲーを巡回診療を行ない、レントゲン間接撮影による集団検診250人、外科手術10例を行なった。あわせて巡回診療車等を供与した。ビルマ政府は結核対策として、1951年ラングーン市、1954年マンダレー市に、それぞれTBクリニックを設立したが、これと並行してスタッフの訓練、結核実態調査も計画していた。したがってわが国は、これに協力する目的をもって、上記のように巡回診療団を派遣し、あわせて巡回診療車等を供与したのであったが、1964年にはマンダレー市のTBクリニックにて使用されるよう、70ミリX線間接撮影装置および発電機を搭載した診療車をもう1台供与した。研修員受入は115名である。

そのほかアジア・アフリカ各国にわたって医療協力が行なわれているが、結果として東南アジアに厚く、中近東、アフリカにうすい。これはこれら諸国とわが国の地理的経済的關係から考えて当然であろう。

5. 長期計画策定のための医療協力調査団の派遣

医療協力の重要性がますますつよまってきたので、この際政府は、アジア・アフリカ諸国に対する医療協力についての長期ビジョンを策定するため、外務省、厚生省、海外技術協力事業団よりなる医療協力調査団を各国に派遣することになり、この8-9月に実施された。

調査の目的は、各国の医療状況を調査し、わが国の医療協力の可能性を検討するとともに、アメリカ、ヨーロッパ諸国、共産圏諸国の医療援助が開発途上国に対してどのように実施されているか、わが国はどのようにそれら諸国と協調するかを把握することにあった。

調査団は3班からなり、アジア第1班はセイロン、インド、パキスタン（東西）、ビルマを、アジア第2班はタイ国、ラオス、マレーシア、インドネシア、フィリピンを、中近東—アフリカ班はイラン、ケニア、エチオピア、ナイジェリア、ガーナを訪問し、それぞれ保健大臣をはじめ保健省担当者と会談し、さらに医療の現場を視察し、医療担当者と卒直な意見の交換を行なった。

調査結果については関係者間においてまとめられつつあるが、調査の目的を十分達成し、今後の長期計画策定に資するところ大であると考えられる。

V 医療協力の問題点と今後の方向

今後医療協力を発展させるための問題点としてつぎのことが考えられる。

1) 医療制度、医療施設等に関する実状調査

医療に関する技術協力に当っては、あらかじめ相手国の医療制度、医療施設等の実状を十分調査して、国情に合った協力をする必要がある。各国の現状に沿った協力計画をたてるためには、広い地域にわたった長期計画策定の総合調査と、1,2年後に実施するための実施計画調査を、医学的、外交的、経済的等のはばのひろい視野にたって、行なわれなければならないであろう。

2) 研修員受入

わが国の高い医療技術を研修するために、今までは主として医師を対象として行なわれている。医療技術の高度化と技術協力の拡大に伴い、医師はもちろん、看護婦、X線技師、臨床検査技師等の医療技術者を対象範囲に拡大する必要性を生じてきた。

研修コースとして結核治療、母子衛生対策、癌対策コースがあるが、速かに、癩、人口問題、看護、X線検査、医用電子、環境衛生等の研修コースを考慮する必要がある。その際、医療関係センターの現地技術者、専門家の勤務する施設の技術者、機材供与を受けた施設の技術者の研修には特に留意する。なお、受入研修機関は研修コースの増加に伴い、大学その他の医療関係機関等に拡大する。

3) 専門家の派遣

医療関係専門家の派遣は、従来、個別的な派遣、センターおよび特殊な形式として巡回医療団の派遣の形式で行なわれているが、今後の考え方としては、効果的な医療を行なうためには、

専門家の長期的派遣を行なえるよう配慮しなければならない。

また、わが国の医療専門家が海外にでる場合に次の2点はとくに留意しなければならぬ。

第1は、卒直にいて、日本人の外国語による表現能力の低さである。医療技術が高いのにもかかわらず、英語、フランス語等による表現が不十分のため、誤解をうける場合がある。したがって、今後海外に出る医療専門家に対しては、徹底的な語学力研修の機会を考慮しなければならない。

第2は、旧英国植民地、旧フランス植民地にあつては、それぞれ英国式、フランス式の医療の作法がしんとうしている。これを知らないために、通用できる処方1つ書けない場合もある。したがって、派遣先の医療事情を出発前に十分勉強できる機会をもつことを考慮しなければならない。

4) センターとの提携

医療関係センターとして現在タイ・ウイルス研究センターおよびカンボジア医療センターが設けられ、前者はウイルス性疾患の研究診断、予防活動、後者は地方における医療機関として、いずれも最高度に機能を發揮している。これらのセンターは熱帯医学の研究および効果的な診療の面からみて協力方式として極めて望ましい。今後はかくのごとき熱帯医学の各種研究センター、小規模医療センターを新設し、この事業を推進するとともに、わが国の研究機関と密接な交流をはかり得るよう考慮しなければならない。

なお、センター要員の派遣には大学の協力が特に必要であり、場合によっては大学教授その他の機関の指導者等を派遣し、指導公開手術等を行なうのも効果的と考えられる。

5) 熱帯医学研究機運の促進

第2次大戦後、わが国の疾病構造は急速に変化し、今日わが国医学の主流は、癌、心臓病、アレルギー、公害等となつてきている。しかし、開発途上国では各種の伝染病、風土病がいまなお蔓延している。わが国がこれら諸国と医療協力するため、海外派遣を希望する若い医療専門家に熱帯医学の研修が容易に行なえるよう配慮する必要がある。しかるに、わが国の熱帯医学の研究者および研究施設はすこぶる不足しているので、近い将来、熱帯医学研究を促進する方策を考慮しなければならない。

厚生省ではその手始めとして、海外に出られる医師を対象として、熱帯医学の講習会を考え、予算要求しているが、これだけでは、もちろん十分だとは考えていない。

6) 機械供与

開発途上国の医療関係者は、わが国の医療機械とくに光学関係、エレクトロニクス関係製品にはふかい関心をもっており、これらの機材の供与は歓迎されている。

7) 対象地域

開発途上国の医療水準はさまざまであり、それぞれの国に応じた形での医療協力が必要であ

る。それとともにいかなる国に対して行なうかもまた重要な問題である。

従来わが国は地理的、経済的關係から東南アジア諸国に重点をおいてきた。しかし最近中近東アフリカに対してもわが国は外交的経済的に密接な関係をもつようになってきたので、これらの国々との各分野での協力が必要となっている。とくにアフリカは医療の分野において著しくたちおくれしており、国民も政府もその改善に努力を傾けている。アメリカ、ヨーロッパ諸国、共産圏諸国のアフリカに対する医療協力は歴史的にもきわめて密度のたかいものである。これら諸国の協力なくしては、事実上アフリカの医療はなりたたないとさえいってよいほどである。

アフリカ諸国のわが国に対する期待も大きいので、困難な諸条件がよこたわっているが、今後アフリカ諸国に対して医療協力を行なう努力をしなければならない。

8) 民間ベースの医療協力

医療協力はその性質上専門家と国民とによる人間関係が中心になるから、民間ベースで行なわれるのが理想的である。従来からも学会での交流、調査等種々の活動が行なわれている。たとえば最近では財団法人アジア救済協会が、インドにおけるらい問題の解決に協力するため、同国アグラ市に救済センター（100床）を建設中であり、40年7月宮崎博士をはじめとして、医師看護婦等8名が渡印した。これは、インドにおいて好評を得ている。政府としても全面的にこの活動を後援しており、またアジア救済協会だけでなく、今後とも民間ベースによる医療協力には、政府は全面的にバックアップしたいと考えている。

しかし、民間ベースによる医療協力が理想であるといっても、援助に要する施設・機材の高度化、高額化に応じていくためにはどうしても政府段階の協力が益々要請されてくるので、それらに関しては十分慎重な配慮のうえに、実行されることが必要である。同時に、基本的な人的協力体制確保のためには、学会、大学等が積極的に参加されることが成否の鍵をにぎるともいえよう。視野を広げた行動を、世界的規模に拡大されるよう、特にお願いするしだいである。

座 長： 平 沢 興

極めて短い時間に、大変広いお話をいただきありがたく思う。

われわれは、東南アジアなどと、とかく簡単にいうが、現地へ行ってみると、お話にあったように、範囲も広く、かつ政治・経済・宗教・歴史など、それぞれ異なるものを持っており、しかも人間はまだ極めてのんびりしていて、正しい理解に焦点を合わせることはなかなかむずかしいのである。

ただ今の海外医療協力の問題にしても、ただ医学の立場からだけでなしに、文化・政治・経済というような広い見地に立ち、世界的な視野で日本の現状を見ながら、お話をいただいたが、東南アジアの医療問題に対しても教えられるところが多く、大変参考になった。

広い視野に立ってものを考えることの重要性は、東南アジアの医療問題にとっても決して例外ではない。われわれ日本人も島国的な偏狭で、独善的かつ性急な態度ではないと思う。日本人として外へ力を出そうというときには、われわれ自身が、まず個人としても、また民族としても、もっとしっかりと正しく

現実を把握し、確実性のある長期計画をもって、あわてず、さわがず、覚悟をきめて仕事に取りかからねばならない。

「南方ボケ」などという言葉もあるようだが、少しボケるぐらいの気持で、この仕事に乗り出さないと、たとえ短期間はうまく行っても、長期的にはむずかしいのではなかろうか。医療問題に限らず、一般に對外活動についてそうだと思う。昔も今もとにかくこういう点は十分に考えられていないようである。そういう意味から、對外的活動には、まずわれわれ自身が民族として、大きくなるということが、最も大切だと思う。

同じところへ出かけ、同じような研究を先を争ってやるようなバカなことはやめねばならない。できるだけお互いに横の連絡をよくし、東南アジアの真に総合的な仕事をすすめていただきたい。

京都大学の東南アジア研究センターはバンコクに出張所として、バンコク連絡事務所をもっている。ここはただ医学的研究だけではなく、東南アジア研究に関する限り、その全領域に及んで、現地研究の連絡をとるところである。京都大学の東南アジア研究センターは、決して京都大学だけのものではなく、ただ京都大学が運営の責任を持っているだけのことで、研究に関する限り全国の大学の共同研究を立て前とし、その共同利用を望んでいる。そういう意味で、今後は遠慮をせずにとどしどこを利用していただきたい。

東南アジアの研究といっても、既に述べた通り、地域も広く、問題もまことに多いので、まだまだとてもその全部には手が回りかねるが、お互いに腹をわり、手を握り合い、自信をもって、やっていただきたい。まあ「あれは少し足らんのではないか」と言われるぐらいの気持で、ゆうゆうとやることが、大事なのではなかろうか。

私は東南アジアを、全部廻った訳ではなく、主なところを2、3廻っただけであるが、それでも、「なんと広いところだな」と、びっくりした。そして、かりに現在の文化は低くとも、そこには古い歴史がある。東南アジアの人々には底力というか、あるいはバイタリティーというか、そういう潜在的な力があり、そういう点では私は本当に驚きもし、かつ恐ろしいとも思った。われわれは短期間の頭の競走では負けまいと思うが、総合されたバイタリティーの問題になると、なかなかそうは行かない点もあるのではないかと思う。長い固い覚悟とバイタリティーをもっていかねばならないと、ただ今のお話を聞いても、しみじみと思うのである。

このたび「東南アジア医学シンポジウム」が開かれたことは、とにかくみんなで手を握ってやろうということで、おそしといえども、これは誠におめでたい。これから始まる訳であるが、「急ぐべからず」ということを忘れずにやっていただきたい。