

貧困と自然災害がもたらす感染症の危機管理

Risk management of infectious diseases due to the poverty and natural disasters

溝田 勉

長崎大学 熱帯医学研究所 社会環境医学分野

近年世界的な自然災害により国際協力と正確な感染症の知識が求められる。インドネシア・タイの津波被害では長崎大学熱帯医学研究所が長崎市民へも協力を呼びかけ、具体的な行動に及んだ。

また、ハリケーン・カトリーナの被害を受けた米国ルイジアナ州のニュー・オーリンズでは、最貧困層の黒人が最もダメージを受け、災害後では復興の為に低賃金で働くヒスパニック系移民が増加し、人口構成が黒人の街からヒスパニック系の街へ様変わりした感がある。水害後に予想される腸管感染症に対して、チューレーン大学医療センター公衆衛生熱帯医学大学院は CDC（米国疾病防疫センター）と協力し大規模な感染症サーベイランスを実施した。そのため腸管感染症の endemic な発生は抑えることができた。

パキスタン地震は、日本でも将来予想される東京・東海地震時に、他山の石として捉えるためにも問題点を明確にし、分析する必要がある。この地震により国際保健として学ぶことは多く、地震後の越冬対策は住民の健康、特に急性呼吸器感染症（ARI）の発生を予防することは重要な課題である。

このような地球的規模な大災害の復興に対して、各国の取り組みを時系列に追って振り返ることは意義深いものであると考えられる。（MIZOTA TSUTOMU. Dept of Social and Environmental Medicine, Institute of Tropical Medicine, Nagasaki Univ, Nagasaki, Japan.）

インド洋津波災害における感染症の危機管理

Risk management of infectious diseases outbreaks in the Indian ocean tsunami

國井 修

長崎大学熱帯医学研究所（UNICEF 本部 Health Section）

スマトラ島沖地震・インド洋津波発生後、WHO は感染症流行により約15万人が新たに死亡する可能性を示した。これに呼応して、長崎大学熱帯医学研究所では「スマトラ島沖地震津波後の感染症流行対策」プロジェクトを立ち上げ、感染症流行に関わる情報提供・相談窓口を開設し、国立国際医療センター、北海道大学、バングラデシュ国際下痢症研究所などと協力して、インドネシア・スリランカ等の被災地に延べ40名以上の研究者を派遣し調査を行った。

結果的には、一部地域において感染症の小流行や群発があり、感染症流行のリスクは存在するも、明らかな感染症の流行、それによる多数の死者は生じなかった。その理由として、迅速かつ適切な対策がなされたこともあるが、流行予測自体が過大であり、そもそも津波と感染症との因果関係を証明する根拠がないとの指摘もある。ただし、災害後に感染症が発生しないとのエビデンスもなく、過去の災害を検討すると、災害の種類、場所、時期によって感染症流行は発生してきた。

災害における感染症の危機管理とは、災害時の対策のみならず、災害のフェーズに合わせた対応、災害管理のサイクルを見据えた計画策定が重要である。今後の課題としては、途上国における災害疫学に関する調査・研究の促進、平時からの感染症情報管理の強化、感染症対策に関わる人材の育成、緊急事態における協体制の促進、マスコミを含めたリスクコミュニケーションの促進が必要である。

日本としては、国際緊急援助隊や NGO が独自に緊急医療支援をしているが、今後、ODA、NGO、アカデミアなどの協力・連携を強化し、サービスの質的向上、災害疫学としてのエビデンスの構築などにつなげる必要もある。また、現地の政府、アカデミア、NGO との連携を強化し、発生後のフォローアップ、特に人材育成やシステム強化などを支援し、緊急と開発の両輪をつなげていくことも重要と考える。（KUNII OSAMU. Institute of Tropical Medicine, Nagasaki Univ, Nagasaki, Japan (Currently UNICEF, New York). kunii@jp.org）

New Orleans における Hurricane Katrina 水害災害後の感染症 Surveillance 総括 Hurricane Katrina

樂得 康之

チューレーン大学医療センター 公衆衛生熱帯医学大学院

2005年米国南部を襲った Hurricane Katrina により、Louisiana 州の New Orleans は都市部の70%以上が水没状態に陥った。元来、海面(メキシコ湾)、巨大湖(ポンチャントレーン湖)、大河ミシシッピに囲まれ、低地にあった New Orleans は排水設備は十分であったにもかかわらず、黒人層の住むスラム街は完全に水没状態になり、1ヶ月ほど不衛生な状態が続いた。この Hurricane による汚水により、腸チフス、赤痢、大腸菌感染が蔓延する危険性を多数の医療専門家が指摘した。車を持たず州外に避難できずに直接被害を被った黒人を中心とする貧困層は Convention Center, Super-Dome においてまるで発展途上国の難民 Camp さながらの不衛生な集団生活を約2週間過した。この貧困層の間では麻疹、急性呼吸器感染症、コレラ等の下痢性の消化器感染症、蚊の吸血による West Nile 感染症発生の心配が常に存在した。また米国では、水道水に混入の恐れのあるクリプトスポリジウム症にも注意しなければならない。州外への被災した人々の避難も昨年中に終了し、現在では New Orleans は以前の落ち着きをとりもどし感染症の危険は去った。また Katrina 被災以前、New Orleans の人口の60%以上を黒人が占めていたが、復興工事のために賃金の安いヒスパニック系の住民が大量に流入し人口構成は様変わりした。彼らは南米からの移住者で、売血による輸血性 Chagas 病感染予防のため、血液は常にスクリーニングを必要とする。

また比較的浸水が少なく、活気をとりもどした繁華街 French Quarter が既に営業を開始したが、復興工事労働者達による HIV/AIDS 等の性病感染の可能性が拡大することも否定できない。2006年1月10日より Tulane 大学医療センター 公衆衛生熱帯医学大学院、ルイジアナ公衆衛生局を中心として感染症サーベイランスが始まり、被災後1年間の総括が8月4日に終了した。(RAKUE YASUYUKI. School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University Medical Center, New Orleans, USA. yrakue@tulane.edu)

パキスタン地震後の国際保健分野の支援実例

Lessons learned from experience of humanitarian assistance in the area of international health after
the Pakistan earthquake

池上 清子

国連人口基金 東京事務所

2005年10月8日、パキスタン側のカシミール地域で起きた大地震はマグニチュード7.6、死者8万人以上、負傷者は14万人以上、350万人が家を失ったという深刻な被害をもたらした。国連人口基金は、被災者の中でも特に女性や思春期の少女たちを対象とした保健分野の支援を行い、生活とコミュニティ再建プロセスの中で、女性たちが主体的に関われるような活動を行ってきた。加えてパキスタンの NGO と協力し、識字教室や技術訓練を実施し、法的支援や心理社会的なカウンセリングも提供した。この成果としては、特に妊産婦の保健福祉の確保が挙げられる。大地震によって崩壊した産婦人科関連の施設を再建し、さらに負傷、死亡もしくは避難を強いられた多数の女性保健医療サービス提供者の不足を補うために、緊急に巡回医療チームを派遣するなどの活動が効果があったとされる。地震後は、妊産婦の貧血性、栄養失調、感染症、また胎児の子宮内死亡や流産などが多く報告されている。このような状況で、基礎保健サービスの質を確保するために役立つことは、政府だけでなくパートナー NGO に対し、自宅分娩キット、流産合併症用キット、帝王切開キット、母子蘇生キットなどを提供し、草の根レベルでのサービスを継続することが可能なシステムを構築したこと、加えて被災地の女性と少女たちに21万個以上の基礎衛生キット(石鹸、タオル、生理用品などを含む)を配布したことである。地震後五カ月間で、巡回医療チームや保健センターにより15万6,000人以上の女性が治療を受け、1,200件以上の出産が安全に行われた。今後の課題としては、自然災害や紛争に対応する人道的支援において、女性や若い世代に特有のニーズが支援の計画や実施段階で確実にプログラムに組み込まれるように、関係者に対して提言していくことであろう。(IKEGAMI KIYOKO. United Nations Population Fund (UNFPA) Tokyo Office. ikegami@unfpa.or.jp)

災害後の緊急援助における越冬対策 - 避難民キャンプでの感染症対策を中心に

Winterization in post-disaster emergency aid with focus on infection control in displacement camps

神谷 保彦

長崎大学 熱帯医学研究所

寒冷地域、時期の災害後の越冬対策においても感染症対策が課題となる。パキスタン地震の他、イラク、ユーゴ紛争の援助経験から検討した。寒冷地(時)での感染症でも、混雑と水衛生が重要な危険因子となる。混雑は自然発生キャンプに顕著で、配給場所の限定が密集を助長することがある。水衛生は専門機関が少なく整備が遅れやすい。テント内の混雑や低換気、水量不足、冷水による手洗い、洗濯、シャワーの回数減少、野菜不足によるビタミン欠乏が相乗要因となり、呼吸器感染症が常時みられ、ウイルス性下痢症、疥癬などの流行が起こりやすい。トイレのセキュリティ、プライバシーを欠くと、女性の尿路感染症の要因にもなる。避難や医療体制弱化による治療脱落者の結核再燃もみられる。シェルターなどの寒冷対策と高齢者、分離家族など弱者層の保護が先決である。大家族への2テント割り当てなどスペース拡張や狭い自然発生キャンプから計画キャンプへの移転による密集緩和、室内空気汚染軽減のための共同調理場設置を住民と検討する。水衛生整備は早期着手と女性の参加が重要であり、温水設備も考慮する。診療活動が環境改善やコミュニティヘルスに先行し、無料による過剰診療になりやすい。手洗いなど難民自身の予防ケアとの協調が不可欠である。サーベイランスでは、援助機関支援サイトからの情報に比し、感染症が蔓延しやすい自然発生キャンプやキャンプ外の難民の情報が得にくい。緊急時の感染症対策は、迅速性や連携面で向上がみられるものの、危機管理としてのマスの、統制的な措置に偏り、住民参加やリスクコミュニケーションも手続き的公正を正当化するに留まりやすい。個々の自然環境、文化背景に応じた避難民の生活環境問題を重視し、リアルタイム評価に基づく柔軟な対応が必要である。危機管理面では、弱者層の蓄積的疎外に留意し、住民との協働を通じた、本来のグッドガバナンスの促進が課題となる。(KAMIYA YASUHIKO. Institute of Tropical Medicine, Univ of Nagasaki, Nagasaki, Japan. ykami@tke.att.ne.jp)

国際学校保健：政策から実践へ

International school health: putting policy into practice

神馬 征峰¹、小林 潤²、金田 英子³、竹内 勤⁴

1 東京大学 大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 2 国立国際医療センター 国際医療局

3 長崎大学 熱帯医学研究所 4 慶應義塾大学医学部 熱帯医学・寄生虫学教室

日本の学校保健は、歴史的にみて、公衆衛生の専門家や小児科医を中心とした保健医療関係者と学校現場教師を中心とした教育関係者によって同時に担われてきた。いっぽう、国際学校保健に目を向けてみると、具体的な活動の担い手はこれまで保健医療関係者が多かった。それに比べて、教育関係者による国際学校保健活動は比較的新しい。そのため、本学会においても、これまでの国際学校保健関連の演題発表の多くは保健医療関係者によってなされてきた。

今回のシンポジウムでは、学校保健の政策と実践に注目しつつ、保健医療・教育の両者による国際学校保健の実践活動を紹介したい。第1に、東南アジアを舞台に、寄生虫対策から始まり包括的學校保健の政策づくりに関わってきた国際寄生虫対策センタープロジェクト（ACIPAC）の活動成果を語ってもらう。政策のあるなしがその後の実践活動の展開にどのような影響をもたらしたかに注目したい。次は、ラオスにおいて感染症対策を持続的に実施するためになされた教育分野からのアプローチについて語ってもらう。政府の方針に実践がいかにリンクしたかが興味のあるところである。第3は、ユニセフの経験である。WHO、UNESCO、UNICEF、世界銀行などとの連携によって構築された包括的學校保健の枠組み「FRESH」に基づき、ユニセフが世界各地でどのような実践活動を行ってきたか、枠組みと実践との関連について発表していただく。最後は舞台を東アジアに移す。先進国における學校保健の課題は途上国の場合とは若干異なっている。しかしながら、Healthy School Movement にみられるような包括的學校保健アプローチには、次から次へと現れ出る新たな課題に対応していくためのポテンシャルがある。世界に広がりつつある健康的な學校づくりアプローチが、東アジアでどれだけ可能性に満ちたものであるかに注目したい。（JIMBA MASAMINE et al. Department of International Community Health, Univ of Tokyo, Tokyo, Japan. mjimba@m.u-tokyo.ac.jp）

S 2 1

ACIPAC による、メコン圏各国での學校保健支援 - なぜ途上国で包括的學校保健アプローチが必要か -

Spreading the comprehensive school health approach among Mekong countries by ACIPAC

小林 潤

国立国際医療センター 国際協力局 派遣協力課

メコン圏各国において學校保健の導入、普及において、パートナーシップ形成の重要性と、包括的學校保健アプローチの導入が極めて重要であった。2000年にタイ、マヒドン大学に設置された ACIPAC: Asian Center of International Parasite Control はメコン地域における學校ベースの寄生虫対策の普及を試みてきた。學校保健には、寄生虫対策を初めとする感染症対策、歯科口腔衛生等のヘルスサービスを中心とした支援、カリキュラム構成等の教育セクター支援等、数多くのドナーが関わってきているといえる。しかし各国が独自に學校保健を政策の一環として実施していくにはまずドナーパートナーシップの形成が重要であったといえる。この上で教育省と保健省を中心とした學校保健の実施母体が形成されていった。さらに ACIPAC では學校保健政策ペーパーの作成支援に踏み込んでいったが、これは教育セクター、保健セクターの狭間において重要性が見えにくい學校保健について実現性、継続性を考える上で重要なステップであったと考えられる。途上国における學校保健活動の実現性、継続性を考える上で、各学校での包括的學校保健アプローチの導入が有効であるといえる。學校保健のドナーの支援は保健セクターでは駆虫や口腔歯科といったヘルスサービス、教育セクターではカリキュラムや教材策定に特化することが多いといえる。しかしながら各学校が自主的にポリシーを作成し、できる範囲内での環境整備や健康教育を進めていくことが、継続性のある學校保健活動につながっていくと考えており、今回この重要性についても議論したいと考えている。（KOBAYASHI JUN. Expert Service Division, Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan.）

「教科」としての感染症対策

Prevention of infectious diseases in school education

金田 英子

長崎大学熱帯医学研究所

「感染症対策」は、地域や国、感染経路・伝播経路、経済状況などによりその方法が全く異なってくる。特定の国を対象とするにしても、対策に取り組む主体が政府レベルにあるのか個々の学校レベルなのか、政府組織か非政府組織などにより、対策の方法が全く異なってくる。したがって、あるところで感染症対策のモデルづくりに成功したとしても、他の地域で同じように成功するとは限らない。その中で、どれだけ他の地域でも応用可能な対策方法を見いだすことができるのが課題となる。その一案として、「教科」の中に健康教育を定着させることを提唱したい。今回はラオスの学校保健、とりわけラハナム村でのタイ肝吸虫症を例に採りあげて考えてみたい。

2004年9月から1年間、村の全小学生を対象に3カ月ごとに糞便検査を実施した。その結果から、1) 入学する時点で、すでに約62%がタイ肝吸虫に感染している、2) 男女差は統計的には有意差が認められたが、大きくは違わない、3) 感染に著しい季節的偏りはないなどといったことが明らかにされた。これらのことから肝吸虫症に関する健康教育は、1年次よりカリキュラムの中に導入すべきであることが示唆された。ラオスでは初等教育での健康教育は、「私たちの身のまわり」に位置づけられており、1-3年生は年間66コマ(1単位は50分)、4、5年生は99コマが配分されている。学習内容は、自分のからだ(12%)、家族(6%)、植物(12%)、学校(15%)、動物(18%)、地域社会(12%)、自然環境(25%)である。これらのコマの中に、いかにして病気や感染源となる魚に対する知識などについて学習する時間を設定するかを検討する必要がある。また、健康教育という観点からは、ラオス語、芸術・音楽、特別活動といった時間も活用できる。このように、健康教育を学習指導要領にもとづいた「教科」の中に位置づけることにより、段階的、かつ継続的な学習が期待できる。(KANEDA EIKO. Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University, Japan.)

FRESH の枠組みにおけるスキル重視の保健教育

Skills-based health education within the framework of FRESH

勝間 靖

早稲田大学 大学院 アジア太平洋研究科

健康を促進するにあたって健康教育が注目されている。特にスキル(技能)を基礎とした健康教育に期待が寄せられている。他方、健康的な学習環境も重要である。例えば、適切な水・衛生施設が学校になれば、劣悪な学習環境のために出席率が低下する。また逆に、予防接種や寄生虫駆除など、保健や栄養のサービスが学校で提供されれば、子どもの健康状態は良くなり、出席率や学習効果も上がる。『ダカール行動枠組』の目標3と6はライフスキルを強調している。更に、戦略8は「安全で、健康で、包括的で、均等に投資された学習環境」を目指している。その構成要素として、「適切な水と衛生の施設」「保健・栄養サービスへのアクセスまたは連携」「教員と学習者の肉体的・心理社会的・情緒的な健康を向上させる政策と行動規範」「自尊心・健康・個人の安全に必要な知識・態度・価値・ライフスキルにつながる教育内容および実践」の四つがあげられている。これらの内容は特に新しくない。以前から、WHOは「健康を促進する学校」、UNICEFは「子どもに優しい学校」を提唱してきたからである。この戦略8はFRESHと呼ばれるようになった。2000年の「世界教育フォーラム」において、WHO、UNESCO、UNICEF、世界銀行が共同で推進することを合意した。中核的な構成要素が四つあり、「保健分野の学校政策」「健康的な学習環境へ向けた安全な水と衛生の提供」「スキルを基礎とした健康教育」「学校での保健・栄養サービス」である。ところで、日本の学校保健の歴史を見れば、FRESHアプローチが提示するものは特別に新しい内容ではないが、多様な開発パートナーがグローバルに連携するための共通の枠組として、その今日における意義は大きい。また、スキルを基礎とした健康教育は「ソフト」の部分であり、現場での実践例から学ぶことが重要である。多様な実践例とその教訓を国際的なレベルで共有していくことが望まれる。(KATSUMA Yasushi. Graduate School of Asia-Pacific Studies, Waseda University, Tokyo, Japan. katsuma@waseda.jp)

**東アジアにおける Healthy School Movement と思春期の人々の Social Capital
- 日本、台湾、韓国での調査経験から -**

Healthy school movement, and social capital and health among adolescents in the East Asia;
Based on empirical research in Japan, Taiwan, and Korea

朝倉 隆司

東京学芸大学 教育学部 養護教育講座

国際学校保健あるいは国際健康教育という場合に、途上国を対象とした、日本の保健医療、健康教育の専門家による援助がイメージされることが多いと思う。しかしながら、東アジア地域において開発国とされる、日本、韓国、台湾、香港、シンガポールは、その社会の“豊かさ”ゆえに児童生徒あるいは思春期・青年期の人々は共通した今日的な健康問題を抱えているのではないかと。そして、その解決に対して、社会文化的背景は異なりながらも、やはり同様の悩みを抱えているのではないだろうか。たとえば、精神的ストレスや自殺などメンタルヘルスの問題、薬物、性行動、事故・安全、いじめ・暴力、信頼、働く意欲や将来の希望の問題などである。

また、情報化とグローバリゼーションの進展によって、互いの国の若者文化が影響を及ぼし合っているのも見逃せない事実であろう。たとえば日本のアニメ、ゲーム、Jポップはかなり他の東アジアの国に浸透しているし、逆方向の流れもあるだろう。したがって、これらの国において、児童生徒あるいは思春期青年期の健康問題を考える際に、互いに協力し合いながら学校保健やヘルスプロモーションを進めていくという課題も、国際学校保健のひとつの重要な課題ではないかと考える。いわば、欧米の影響を強く受けた非西欧文化（東アジア文化）を共有している国々が、“東アジアモデル”ともいふべき取り組みを模索できないだろうか、と期待している。

演者は、まだ以上の点に関する経験は乏しいのだが、日本、韓国、台湾における中高生の Social capital や Healthy School Movement に関する調査研究を実施しているところであり、その経験と文献検討などを基に報告を行う予定である。（Asakura Takashi. School Health Care and Education, Tokyo Gakugei University, Tokyo, Japan. asakurat@u-gakugei.ac.jp）

MDGs 目標4：子供の死亡低減のために何をすべきか

What should we do for the reduction of child mortality? : Millennium development goals

國井 修¹、中村 安秀²

1 UNICEF Programme Division 2 大阪大学大学院人間科学研究科

「MDGs 目標4：子供の死亡低減のために何をすべきか」1 .ワークショップのねらい：ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals:MDGs）は、国連ミレニアム・サミットで採択された国連ミレニアム宣言と過去の主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合したもので、現在、世界がその到達に向けて努力しているところである。8目標のうち目標4は次世代を担う子供の健康改善を目指し、1990年を基準として2015年までに5歳未満死亡（U5MR）を3分の2減らそうというものであるが、この到達が困難な国がサブサハラアフリカには多い。それには何をなすべきか。MDGs が生まれた背景には、国際社会がこれまで多くの開発援助を実施しながらも、必ずしも援助が必要な人々に届き、成果につながっていたとは言い難いことへの反省がある。本ワークショップでは、これまでの援助を振り返り、MDGs 目標4を達成するには何をすればよいのか、真に援助が必要な人々にサービスを届け、結果・成果を出していくにはどうしたらよいのかを議論したい。（KUNII OSAMU et al. New York, USA.）

MDGs 目標4に向けた JICA の取組み

JICA's development work concerning the MDGs for child survival

小林 尚行

独立行政法人 国際協力機構

開発途上国においては子どもの死亡率は依然高い状況にある。子どもの生存に関わる脅威を取り除いていくことにより、「人間の安全保障」を確保していくことは協力を行う上での重要な視点であり、保健医療サービスの強化に関しては、周産期における子どものケアや予防接種等による疾病予防などの取り組みを行ってきた。

死亡率を継続的に低減していくためには、開発途上国の自立性と持続性を念頭に協力の枠組みを構築していくことも重要である。この点に関しては「ザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルスケア」に見られるような、低コストでかつ住民が協力して主体的に子どもの健康確保に努めていく協力や、「ラオス国子どものための保健サービス強化」のように保健行政サービス機関が主体的に課題の改善を図っていく仕組みづくりを行う等の協力を展開してきている。

子どもの健康に関する今後の協力展開にあたっては、開発途上国の自立性と持続性を確保することを念頭に、周産期の子どものケアの向上、病気の予防、異常の早期発見、治療・療育等の改善に配慮する。より具体的には、周産期の子どものケアの向上に関しては、胎児期のケアの改善、出生時のリスクの低減、新生児ケアの改善等を検討する。病気の予防に関しては、予防接種の改善、栄養改善、学校保健等コミュニティレベルでの予防活動等について検討する。異常の早期発見に関しては、母子健康手帳や医療従事者の能力向上を通じた異常の早期発見等を検討する。また、治療・療育の改善に関しては、開発途上国の事情に応じ、コミュニティレベルにおける治療、一次保健医療サービスの改善、二次、三次レベルの医療施設における小児医療の改善や階層の異なる保健医療施設間のレファラルシステムの構築等を検討する。なお、貧困層の子どもの生存確保という観点からは、コミュニティレベルの治療や一次保健医療サービスの改善に配慮する。（KOBAYASHI NAOYUKI. Japan International Cooperation Agency.）

子どもの死亡削減のために日本は何をすべきか 現場からの提言

What should Japan do for reduction of child mortality in developing countries

野田 信一郎

国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第1課

昨年(2000年)9月の国連ミレニアムサミットにてミレニアム開発目標(MDGs)が設定されて5年が経過し数々の進捗レビューが行われた。そこで明らかになったことの一つとして、現在のペースでは目標4の子どもの死亡削減達成がかなり困難であるということである。特に、新生児死亡の低下は緩慢で、結果として5歳未満児死亡に占める割合が増加してきている。事実、これまで新生児への取り組みはSafe Motherhood InitiativeとChild Survival Initiativeの狭間で積極的に取り組まれることなく放置されてきた分野である。2005年の世界保健レポートは“継続ケア”の概念の基、新生児にも着目し、母、新生児、乳幼児のプログラムのインテグレーションの必要性を指摘している。また、MDGsのレビューで指摘されているもう一つの重要な点は、保健人材や医薬品供給を含む保健システム強化の必要性である。

演者の所属する国立国際医療センターでは、2000年以降11の小児に関連のあるJICA技術協力プロジェクトに専門家を派遣している。特徴として、EPIなど小児に焦点を絞ったプロジェクトは4つのみで、リプロダクティブ・ヘルスを含む母子保健プロジェクトの中で母と新生児の継続的なケアという視点で取り組まれたものや地域保健強化プロジェクトなど保健システム強化の一環として取り組んだものが多い。以上のような現場経験をもつ国立国際医療センターの中で、子どもの死亡削減に向けた今後の取り組みに関し戦略レベルと戦術レベルの検討が行われた。このディスカッションの結果を基に、専門家の視点からこの分野における今後の日本の援助について提言を試みる。(NODA SHINICHIRO. 1st Expert Service Division, Bureau of International Cooperation, International Medical Center, Tokyo, Japan. noda@it.imcj.go.jp)

MDGs 目標4に向けて日本ができること・すべきこと：専門家の立場から(2)

What Japan can do and should do to achieve MDG-4: From the viewpoint of expert

中野 博行

聖マリア病院 国際協力部

現在、途上国における子どもの死亡低減を直接に目指した活動として、IMCIが展開されている。IMCIにはclinical, health systemおよびcommunityの3成分があり、いずれの成分も重要といえるが、とくにcommunity-based IMCI(CB-IMCI)が重視される。ネパールにおけるCB-IMCIはヘルスボランティアを中心としたcommunity peopleを巻き込むことによって、子どものemergency medical careに対応できるようになり、死亡率の低下に大きく寄与している。しかしながら、CB-IMCIは有力な戦略である反面、コストがかさむこと、中央レベルでの強力なリーダーシップの必要性、薬剤の安定供給、モニタリングのための人材確保など課題も少なくない。これらの課題に対し、支援機関が互いに役割分担して協力することが求められる。

一方、小児栄養の改善や予防接種は疾病予防の観点から重要な活動であり、当然のことながらIMCIの中にもこれらは含まれる。しかしながら、IMCIがケースマネジメントを軸にしているのに対し、これらの予防活動は集団を対象としている違いがある。また、IMCIが疾病罹患のeventとして把握されるのに対し、とくに栄養はlife-styleに関連した日常的なものである。したがって、この両者の活動をどのように効果的に結びつけていくのが重要な課題といえる。UNICEFは小児栄養の改善やkey family practicesを積極的に推進しており、この面でもCB-IMCIの新たな展開が期待される。

近年、新生児疾患やHIV/AIDSによる死因が相対的に増大し、これらの疾患もまたIMCIとして対応が迫られている。新生児を対象とすることは、必然的に妊婦を対象とすることであり、今後community-based maternal careをも視野に入れた活動が重要と思われる。(NAKANO HIROYUKI. Dept of International Health, St. Mary's Hospital, Kurume, Japan. nakano-hiroyuki@u01.gate 01.com)

MDGs 目標 4 に向けた UNICEF の戦略と実践そして課題

Unicef's strategies, actions and challenges for achieving MDGs goal 4

國井 修

UNICEF 本部 Health Section

国連の一機関として世界の子供の生存と発達を守る使命をもつ UNICEF には、MDGs 8 目標すべてが関連し、それぞれの目標達成のための UNICEF の戦略と活動指針が明文化されている。中でも MDGs 目標 4 は UNICEF の最優先課題のひとつであり、国連機関の中で WHO と共にその目標達成に向けた重要な役割を持っている。

世界で一年間に死亡する 5 歳未満児約 1000 万人のうち 3 分の 2 は、既存の効果的なサービスを展開することで予防または治療が可能であり、MDGs 目標 4 は達成不可能な数字ではないと考えられている。

ただし、そのためには、これらの効果の高い介入方法に限られた資源を集中させ、その実施にあたっては事業を標準化・単純化し、5 歳未満の死亡率および死亡数の高い国や地域を優先し、中でも貧困・紛争地域等サービスの到達が困難な地域に積極的にサービスを展開し、カバー率を向上させていくことが重要である。UNICEF ではこれらを中期戦略計画（2006～09年）や保健栄養戦略計画（2006～2015年）などで明示すると共に、さらに具体的な戦略や実施方法を現在も検討している。

しかしながら、MDGs を達成するには事業支援のみならず、子供の死亡・罹患やそれに対する政策を含めた現状分析、事業とその効果に関するモニタリング・評価、国の政策・制度作りに対する支援なども重要である。UNICEF では、MICS、DevInfo などのモニタリング・評価手法、Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) などの保健政策分析・計画手法を開発・推進し、MDGs 達成のための環境や基盤を整備している。

MDGs により成果が問われる中、援助環境や途上国のオーナーシップとリーダーシップにも大きな変化がみられている。UNICEF が抱える課題についても、ワークショップでは私見を述べたい。(KUNII OSAMU, Health Section, UNICEF, New York, USA. kunii@jp.org)

国際保健人材の育成と確保

Enhancement of human resource development in international health

仲佐 保¹、石井 利和²、松山 章子²、石井羊次郎³

1 国立国際医療センター 国際医療協力局 2 長崎大学国際連携研究戦略本部 3 国際協力機構

本シンポジウムでは、国際保健医療分野で働きたいという熱い気持ちを持つ若者と、人材不足を嘆く国際協力実務団体の認識のギャップを明らかにし、国内外における日本の若者の活躍の場を広げるにはどうすればよいかを話し合う機会を提供します。最初に、木曾氏より、「国際保健における人材育成に関する現状調査」で明らかにされた、国際保健を目指す若手の考え方と実際に若手人材を雇用する側の意見を発表していただきます。これに続き、学生を代表として、将来国際保健を目指すものとして、国際保健に関わる魅力が伝わりづらい現状に関しての考えと提案を発表していただきます。次に雇用者側として、石井氏より、JICA が従来の個別課題の技術移転型の協力から保健セクターへの包括的な取り組みに重点が移行しつつあり、必要とされる援助人材には事業マネジメントの能力が求められていることなど雇用側の視点を提示していただきます。また、仲佐氏より、国立国際医療センターの立場から、長年の実務から得られた経験を基にした国際保健医療人材の育成のために取り組みを紹介していただきます。松山氏からは、熱帯医学研究や研修を実施してきた長崎大学の立場として、立案中の国際協力の現場で即戦力となる人材を育成する独立研究科設置構想を紹介していただきます。今回の議論では、単に各分野で活躍している先輩のサクセス・ストーリーを聞くという趣向ではなく、具体的に、若手人材がどのように活躍の場を与えられているのか、雇用側はどういう技術、経験を持った人を欲しているのか、人材育成をすべき大学などの機関はその役割をはたしているのか、そして若手人材は国際的なレベルで国際協力活動を担う一員となりうる資質を持っているのか、などに関して忌憚の無い意見交換をし、最終的には、若手のための人材育成に関しての具体的な仕組みづくりの方策についても議論できればと考えております。(NAKASA TAMOTSU et al. IMCJ, Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan. tnakasa@it.imcj.go.jp)

国内における国際保健医療若手人材の現状に関する調査

The current situation of Japanese young professionals in international health cooperation

木曾 正子

東京大学大学院 医学系研究科 国際保健専攻 国際保健計画学教室

近年、大学や大学院において国際協力に関するコースが数多くみられるようになり、国際協力の現場に出ることを希望している人材も増加している。しかし、国際協力におけるポストは限られており、大学及び大学院を修了後、その実務に就ける人は少ないのが現状ではないだろうか。国際保健領域においても、若手人材にはどのようなキャリアパスの選択肢が存在するのかなど、人材育成についての議論が既に始まっているが、未だ十分とはいえない。本調査は、国際協力の現場で実務に就いている若手の人達、国際協力の実務に就いてはいるが希望している人達が、国際協力の現場で戦力となるために何が必要であると考えているのか、また国際協力の実務を行っている現場では若手人材に何を求めているのかを明らかにすることを目的として行われた。本調査は、平成18年7月から9月にかけて行われた。調査方法は、求職側と雇用側へのキーインフォーマントインタビューを行った後、その結果を基に質問紙調査を求職側と雇用者側へ別々に行った。質問紙は無料アンケートソフトを利用して作成し、web上に公開されユーザー名とパスワードが対象者に知らされ、質問紙へアクセスして回答をするというものだった。回答対象者として求職側は、国際保健関連のメーリングリスト、長崎大熱帯医学研修修了者リストへ登録をしている方々、雇用側としてJICA、コンサルタント会社、NGO、研究機関等の人材養成・採用部署の方々とした。回答対象者へは、本調査の趣旨に賛同を頂いた上で回答を依頼した。平成15年・16年度に行われた、厚生労働省研究事業「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拡充のために医学教育が果たすべき役割の研究」と平成17年度のJICA・アイシーネット株式会社「国際協力人材確保・養成に係る基本方針(案)策定のための調査研究」の結果をも考慮し、今回の調査結果の発表を行う。(KISO MASAKO. Department of Health Policy and Planning, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo. mkiso@m.u-tokyo.ac.jp)

国立国際医療センターの人材育成戦略

Strategy for human resource development in international medical center of Japan

仲佐 保

国立国際医療センター 国際医療協力局

学生時代には、国際医療協力に興味を持ちながらも、卒業直後には、医師では前期研修医として2年、後期研修医として3年間、看護師では、最初の3年間は専門職としての実際を学ぶ時間にとられ、それらに接する機会が無いのも事実である。国立国際医療センターでは、これまでの国際医療協力の実践の中で得られた知見をもとにして、国際保健医療協力人材育成に取り組んでいる。その枠組みは、国際保健人材となるまでを三段階と考え、そのステージを基礎ステージ、実践ステージ、実務ステージからなる三である。基礎ステージとしては、国際保健医療協力人材候補が明確化し、身につけるべきものとして、国際保健に関して明確な動機があること、自らの国際保健としてのキャリア方向性に関するある程度のオリエンテーションあること、国際保健医療協力の入門知識、能力の三つに関してそろっている状況を条件とする。特に若手の医療従事者のために、この基礎ステージのための継続的な場を提供している。ここに紹介する。まず初めに、国際協力のために定期的に海外の様々なプロジェクトの紹介や、プロジェクト実施経験者らによるシンポジウムなどを実施している。また、国際医療協力を目指すものたちのボランティア的な活動グループに対しての戦略的な支援を行っている。後期研修医に対しては、二つのプログラムを実施している。一つは、レジデント2, 3年目の研修医に対して、3ヶ月間の1ヶ月を超える海外実習を含む国際医療に関する選択研修や全てのレジデントを対象として希望者に国際医療協力を実施してきたボリヴィアやカンボジアの医療施設との間にレジデント交換プログラムを実施しており、1ヶ月以内の海外実習を開始している。さらに、国際医療協力の派遣希望者には、年に1回、「国際医療協力人材養成研修」と「国際感染症等専門家要請研修」を実施している。(NAKASA TAMOTSU. IMCJ, International Medical Center of Japan. tnakasa@it.imcj.go.jp)

JICA が求める国際保健医療協力分野の人材

Expected talent for the implementation of JICA health development programs

石井羊次郎

独立行政法人 国際協力機構

近年の世界の開発援助の潮流を俯瞰すると、グローバル化に伴う地球規模の環境変化、紛争・テロ、感染症、経済危機など多様な課題を抱えて、新しい効果的な援助枠組みを作り出そうとする取り組みがうかがえる。セクターワイドアプローチ (SWAPs) やミレニアム開発目標 (MDGs) といった援助協調や共通目標の設定がおこなれ、援助国にとっては効率的で被援助国にとっては受入負担が少ない効果的な援助方法が模索されている。一方、わが国 ODA (政府開発援助) の近況を見ると、援助協調の流れの中で地球規模での感染症対策や復興支援等のあらたな援助対象への取り組みを図っているが、その予算規模は1997年度の1兆1,687億円をピークに減少、2006年度は7,897億円とピーク年の3分の2を下回る規模にまで縮小した。こうした状況下で2003年10月に独立行政法人として発足した新生 JICA では1 現場主義、2 「人間の安全保障」の視点、3 事業の効果・効率の実施の3つを留意した組織改革を行っている。事業面での大きな変革ではプロジェクトを有機的に束ねたプログラム化、事業の選択と集中、より効率的な実施を図るための事業の委託化が図られている。保健医療分野においても、個別課題の技術移転型の協力から保健セクターの制度、組織、人材のキャパシティ・ディベロップメント (CD) を図る包括的な取り組みに重点が移行しつつある。事業実施の担い手となる専門家や事業委託先機関においても、途上国の保健セクターの現況を的確に捉え、個々の人々のニーズに応えつつ組織、制度の強化整備を図る事業マネジメントの能力が今後は一段と求められている。JICA ではこうした新たに必要とされる援助人材を育成確保するために、大学、コンサルタント、研究機関、NPO 等と一段と緊密な連携体制を作り上げていく方針である。(ISHII YOJIRO. G. ishii.yojiro@jica.go.jp)

国際保健の人材育成と確保：長崎大学の人材育成戦略

Enhancement of human resource development in international health: Strategy of Nagasaki University

松山 章子

長崎大学 国際連携研究戦略本部

国際協力分野で仕事を志す若者が増え続ける中で、援助や開発分野の実務者が不足しているという現場の声も後を絶たない。このギャップを埋めるために大学が果たすべき役割はあるのか。あるとしたら、どのような創意工夫が必要なのか。現在長崎大学で立案中の国際協力の現場で即戦力となる人材を育成する独立研究科設置構想を紹介しながら、さまざまな立場で国際協力を担う人たちと、大学の人材育成の役割を議論したい。長崎大学はわが国唯一の熱帯医学を専門に研究する熱帯医学研究所を有し、アフリカ、アジアを中心とした熱帯地方における疾病研究と対策へ寄与してきた。また、過去30年近くにわたり、保健医療協力現場の若手人材に対して国内で熱帯医学の知識を短期（3ヶ月）で研修できる場を提供してきた。さらに、今年からは医歯薬総合科に医師を対象として臨床熱帯医学に重点を当てた修士コース、保健学科修士コースに国際リプロダクティブ専攻を設置するなど、熱帯医学・国際保健医療分野における研究、人材育成を積極的に行っている。現在、国際協力の現場の実務を担い途上国のパートナー機関と協働でプロジェクトを牽引できる人材を育てるために国際協力独立研究科（修士）（仮称）の設置準備を進めている。当研究科では、学際的な知見を持ちつつ途上国の現場で即戦力となる人材を輩出するため、長崎大学が現在実施している海外拠点プロジェクトやJICAなどの機関の協力を得ながら、援助プロジェクトサイトでのインターンシップなどに重点をあてる予定である。このような構想の一部を紹介しながら、国際協力分野で仕事を求める若手人材と人を求める国際協力団体のマッチングに大学が役割を果たすためには、既存の大学のプログラムにはないどのような工夫をしていくべきかを議論したい。（MATSUYAMA AKIKO. Center for International Collaborative Research, Nagasaki University, Nagasaki, Japan. akikomat@nagasaki-u.ac.jp）

国際保健人材の育成と確保

Upbringing and ensuring of an international health talented person

長嶺由衣子

長崎大学 医学部 医学科

国際保健医療に感じる魅力：学生の視点

文責：長嶺由衣子（長崎大学医学部医学科4年）私が『国際保健』に関わろうと考える最大の理由は、『国際』と『保健』の2つの視点がクロスする場所であることです。『国際』関係を志向するのは、国家という枠組みで実現されつつある、人々が快適に暮らすためのシステム作りを、地球、世界という枠組みで実現したいという思いからきています。『保健』分野に関わりたいと考えるのは、「健康」という視点から人々の生活水準の向上に寄与できると思うからです。

「健康」であることは誰もが最低限供与する権利を持つものであると考えるのです。現状では、学生時代にこうした国際保健に関わる魅力を感じづらくなっています。その理由は、まず入り口として触れる機会が少ないこと、そして出口として将来が見えづらいことの2点に集約されると思います。これらのことから、学生の立場から、魅力ある国際保健を将来できるようになるため、いくつか提案があります。まず大学内の環境改善として、国際保健について知り、考える講義の提案・設置が挙げられます。

また、卒業後については、学会として国際保健に関わりながら臨床の勉強もできるような道・就業環境の提案・整備、学生に協力してくださる先生方の裾野を広げることなどが挙げられます。他方、学生の立場からも先生方のご協力の下、自分たちの環境を改善すべく学生会の活動に取り組んでいます。現在、学生会では、全国の学生と海外にフィールドを持つ学会の先生方をつなぐ「マッチング」、国際保健に関する幅広い情報を提供する「HPの運営」、ネットワーク構築のため、東西地方会・総会で開かれる「ユース・フォーラムの開催」の3つを柱とする活動を行っています。今後とも、先生方のご協力の下、少しでも国際保健を志す学生の手助けになるような活動を今後とも続けていきたいと思っています。よろしく願いいたします。（NAGAMINE YUIKO. School of Medicine, Nagasaki Univ, Nagasaki, Japan.）

文化人類学は医療協力の役に立つのか？ 医療従事者と人類学者の対話に向けて

Is cultural anthropology useful to health/medical cooperation?:

Toward developing dialogue between medical/health experts and cultural anthropologists

岸上 伸啓¹、關 雄二¹、尾崎 敬子²

1 国立民族学博物館 2 結核研究所

文化人類学者は、現地において長期にわたるフィールドワークを実施し、研究対象社会の文化について研究する。かれらは、現地の人々の考え方や活動を歴史的、政治経済的、社会文化的な脈絡において全体論的な視点から理解し、記述しようと試みる。このようにしながら現地社会に関する知識を蓄積するとともに、現地社会とのあいだで密接な社会関係を構築してきた。

国立民族学博物館では、2004年度より機関研究のひとつとして、文化人類学者によるフィールドワークとその成果、文化人類学的な知見や視点などが、国内外の社会、経済、医療、教育、人口、資源などにかかわる諸問題の解決を図るうえでどのように活用できるかを検討してきた。そのテーマのひとつが、国際開発協力や国際医療協力の問題であった。

自然科学の立場をとる医療従事者は、病気や出産を客観的な生理/生物学的な現象ととらえ、普遍的な手段や方法による解決を図る。一方、文化人類学者は、病気や出産を社会/文化的な脈絡の中で、宗教観や価値観、ものの見方、慣習などと関連付けながら把握し、理解しようとする。このように異なる立場に立つ両者のあいだには、病気とはいかなるものかという認識や病気の予防/医療活動のあり方に関しても、見解の相違が出てくる。このため両者のあいだでは、医療援助のあり方に関する対話すら成立しないことが多かった。

今回のシンポジウムの目的は、より妥当で効率的な予防/医療活動を行うためには、各地域の社会や文化の理解、さらには文化人類学的な知見の活用が必要であることを、事例に基づいて主張することである。わたしたちは、世界各地における予防/医療活動では文化人類学者と医療従事者との協力が不可欠であると考えている。このことを、医療従事者の方々に問いかけ、より妥当な医療協力を実現するために対話を始めたい。(KISHIGAMI NOBUHIRO et al. National Museum of Ethnology, Osaka, Japan. inuit@idc.minpaku.ac.jp)

ハイリスク妊娠・出産と人々の「異常」概念 - モロッコ農村部における母子保健政策と住民の葛藤 -

High-risk pregnancy/childbirth and villagers' concepts of "abnormal": Conflicts between maternal health policy and local practices in rural Morocco

井家 晴子

東京大学大学院 文化人類学研究室博士課程

妊娠/出産は、人類共通の生理的な現象でありながら、文化的に多様な側面を持つ。しかし、自然現象ゆえそのプロセスは不確実でしばしば危険が伴う。そのため、近代医療においては専門家によって「ハイリスク妊娠/出産」という、事故を予防する概念が作られてきた。そして、妊産婦は専門家によって症状のリスク判断、対処がなされ、近代医療の管理の下に組み込まれていった。

一方で、途上国における医療援助活動においても、高い妊産婦死亡率を下げるべく、ハイリスク妊娠/出産の症状に該当する妊産婦を焦点とした医療プログラムが作られてきた。本発表の事例となるモロッコ王国においても、これまで行政側が、ハイリスクの症状にあてはまる妊産婦に対して、医療的措置を受けるよう、医療施設で出産するよう呼びかけてきた。こういった行政の指導は、死亡率のより高い農村部において熱心に行われている。行政側は、住民たちに対して視聴覚教育を行ったり、伝統的助産婦をトレーニングして産前検診の必要性を説き、ハイリスク妊娠/出産の症状を住民たちに理解させようとしてきた。

しかし、発表者が農村部でこれまで行ってきた調査において、住民たちは、行政から指導されたハイリスクの症状を必ずしもその後の事故に結び付けて考えていないことが分かってきた。また、ハイリスクに当てはまる症状であっても、必ずしも近代医療の施設には頼らず、経験的知識によって対処方法を決めている。

本発表では、このようなすれ違いがおきる背景を明らかにするために、ハイリスク妊娠/出産の症状とは独立して存在する住民たちの「困難」「異常」といった概念と、二つの概念の間でおこる葛藤とそれが対処方法の決定に与える影響に注目し、母子保健政策における文化人類学的視点の有効性を考察したい。(INOIE HARUKO, Department of Cultural Anthropology, Graduate School, University of Tokyo, Tokyo Japan. hkrmt@wf7.so-net.ne.jp)

ウガンダにおける病因論と下痢症削減対策への示唆

Ethnomedical etiology of diarrhea in Uganda and its implications for diarrhea reduction interventions

杉田 映理
国際協力機構

下痢症による死亡者数は、世界で年間180万人とも、200万人とも言われる。治療面では、経口補水療法（ORT）の普及が推進され、予防面では、安全な飲料水の供給が拡大されたのに伴い、下痢症による死亡は減少している。しかし、今日でもなお、下痢症は発展途上国における5歳未満児の主要死亡要因のひとつとなっている。

下痢症は、世界各地で古くから感染率が高く、また日常的に罹る病であったため、その分類や病因論は、それぞれの土地特有の解釈（民俗病因論）が根付いている。1980年代以降、WHO や UNICEF が中心となり ORT の利用を推進した際、文化人類学者の間でも下痢症の民俗病因論や伝統療法に関する研究が進められ、その結果が活用された。

本発表では、ウガンダ東部を事例として取り上げ、地域の人々が下痢症を他の病との関係でどのように位置づけており、また、下痢症の原因をどのように捉えているかを見る。また、世界の他の地域における下痢症の病因論と比較して、ウガンダ東部の特徴を示したい。さらに、下痢症削減対策として近年推進されている衛生教育や衛生行動の改善に、民俗病因論がどのような意味合いを持つのか、考察を行うこととする。（SUGITA ELLI. Japan International Cooperation Agency. ellisugita@alumni.ufl.edu）

国際医療協力、人類学、対象地域のはざままで

- インドネシア・スラウェシ地域医療開発プロジェクトの事例より -

International cooperation for health, anthropology, and research field: A case study of the project for improvement of district health service in Sulawesi, Indonesia

大橋亜由美
放送大学

本発表は、2000年にインドネシアのスラウェシ島における地域保健強化プロジェクトに医療人類学にかかわる技術指導の専門家として発表者が短期間参加した事例を通して、国際医療協力プロジェクトの中で人類学者が果たした役割の一例を提示する。そして、発表者が直面した幾つかの問題点を指摘し、その内省を通して人類学者が医療協力・医療援助の場において果たすことのできる役割と可能性を模索する。

スラウェシ島はこれまで長期開発計画による PHC サービスの拡充および積極的な人口・家族計画の導入が行われてきたにもかかわらず、ジャワ島などに比べ乳児・妊産婦死亡率が依然として悪い状況であった。本プロジェクトは、スラウェシ島における地域助産婦や医師・検査技師等医療技術者の人材育成、県の衛生部長への保健計画の策定・実施に関する能力の養成等を主たる目的として進められていた。発表者はそれまでの当該プロジェクトの進捗状況および前任の長期派遣専門家の要請を鑑み、(1) 助産婦、(2) 保健所、(3) 民間の治療者と人びとの保健医療行動について主に着目し調査をおこなった結果を報告する。

その活動期間中、発表者が直面した問題は実施されるプロジェクトの内容自体ではなく、むしろ発表者の開発援助プロジェクトに対する経験不足とその未熟な専門家を取り巻く環境にあったと考えられる。これらの問題群を検討し、単に個別の事例としてではなく、国際医療協力において人類学者が「できること」について考察するための手がかりとする。（OHASHI AYUMI. The University of the Air. tirta@kf6.so-net.ne.jp）

医療協力における文化人類学の二つの役割？

The two roles of cultural anthropology in international health cooperation?

白川 千尋

国立民族学博物館 先端人類科学研究部

1980年代以降、国際協力・開発援助の場に文化人類学(者)の関与する機会が増してきているという。その主な要因としては、経済開発から社会開発へと国際協力・開発援助の潮流が大きく転換したことが挙げられる。社会開発のもとでは、対象地域の人々のニーズ(とりわけ社会的・文化的ニーズ)を十分に踏まえ、なおかつ彼ら彼女らが主体的に参画し得るプロジェクトが目標とされるようになった。その結果、人々とその社会や文化(行動様式、生活様式、価値観などを含む)を研究対象としてきた文化人類学の必要とされる余地が増大したわけである。文化人類学の下位分野として、国際協力・開発援助とそれに関連する現象・事象を扱う開発人類学(development anthropology)が新たに形成されるに至ったのも、こうした動向と無縁ではない。

一方、医療協力・医療援助の場においても、1970年代後半にプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)の概念が登場して以降、文化人類学をはじめとする社会科学の関与する機会が増してきているとされる。社会開発の場合と同じように、PHCを唱道するプロジェクトのもとでも住民ニーズ指向型・住民参加型のアプローチが盛んに模索されるようになっていくことが、その背景にはある。こうしたなか、医療協力・医療援助の場において文化人類学(者)にはどのような役割が求められているのだろうか。プロジェクトの成果をより良いものにしてゆくために必要な、対象地域の人々の社会や文化に関する知見を提供するということは、おそらくその最たる役割の一つであろう。しかし、文化人類学の果たし得る役割はそれだけなのだろうか。本発表では、この点について、文化人類学を構成する要素、いわばエッセンスの一つと位置づけ得る文化相対主義的視点などとの関連をめぐって考察を行う。(SHIRAKAWA CHIHIRO. National Museum of Ethnology, Osaka, Japan. chihiro@idc.minpaku.ac.jp)

文化人類学は医療協力の役に立つのか? : 国際開発学の視点から

Is cultural anthropology useful to health/medical cooperation?: From the viewpoint of international development

佐藤 寛

アジア経済研究所

医療協力の分野で一昔前まで「対話」が求められていたのは「医者」と「パラメディカル」との間であった。しかし、今や単機能・単疾病に特化する施設中心型の医療協力が激減し、「地域保健」「PHC」が幅をきかせるようになっている。医者とパラメディカルの間には、明確な権力関係があるために、プロジェクトの効率的な実施を妨げるという古典的な弊害がある。しかしどちらも「(西洋近代)医療」という文化を共有しているという点では、対話は容易である。ところが「医療専門家と人類学者間との対話」となれば、もはや両者には共通の言語が成り立つかどうかさえ危うい。そもそも医療行為の中心的な課題である「病」「生死」についての考え方が根本的に異なる可能性があるのだ。それゆえこれまで、医療従事者はそのような不安定な対話に労力を費やすより、治療する患者の数や研修実施回数を増やす努力に専念してきた。だが、今や国際医療協力に求められているのは、単なる数量的な実績ではなく、多少センスの良い医療従事者なら、プロジェクト実施にあたって社会や文化を読みこなすことの重要性に気づいている。「文化人類学は医療協力の役に立つのか? : 医療従事者と人類学者の対話にむけて」というタイトルは、医療従事者から見れば「如何に人類学者を活用するか」という課題に読めるだろう。しかし人類学者には「使って頂こう」などという殊勝なインセンティブはほとんど無い。むしろ、人類学者の興味はどのように自分たちの知見を医療協力の場に『活かせるか』にあるのだ。だから、プロジェクトで医療専門家が人類学者を『役に立つ魔法の杖』だと思って使っても、なかなか成功しない。パネルディスカッションでこのすれ違いの構造の輪郭を浮き彫りにできればと考えている。(SATO KAN HIROSHI. Institute of Developing Economics, Chiba, Japan.)