

特集 東南アジア諸国との学校保健学術協力

大 沢 清 二

1. 物的援助から人的協力へ

従来、東南アジアへの国際協力といえば物的援助や資本の移転等重工業化政策的色彩が濃厚であった。技術の移転や人造りというソフトウェアは片隅に追いやられ、無視されていた。保健医療協力の分野では病院の建設や高額な医療機材の供与が主流であった。しかし1970年代になるとこれら物的援助・協力のみでは現地の保健医療水準を向上しえないことが徐々にではあるが認識されてきた。某国に日本政府の援助で建設された医療センターはその巨額な投資にもかかわらず、現地の疾病構造に開設診療科目が全く対応していなかったために、来院患者数が極端に少なく、隣接する同規模の病院の10%以下であったとか、医療技術者に対するトレーニングが皆無であったために、高価な医療機材がビニールシートを被ったまま放置されていた、という反省はあちこちで聞かれた。我が国も援助をする側として徐々に経験と知識を蓄積してくるにつれて、次第に物的なものから非物的な援助へ、また一方的になりがちな uni-lateral assistance から、相手国との協議・調整を重視する援助（2国間の援助協力を bi-lateral assistance という）に変化して行った。これは、保健医療というものが人間を対象とした営為であることから、当然のことであった。

特に、1978年にアルマ・アタにおけるWHOとUNICEFの“アルマ・アタ宣言”以来、人間の基本的権利としての健康が国際的事業目標として確認され、国民の生命と健康が風前の灯となっている発展途上国への援助・協力がPrimary Health Careというスローガンのもとに強調されるに至った。以来、東南アジア諸国における保健関係の国際会議ではしばしばP

HCが討議課題となっている。1981年1月、日本からASEAN各国に提案し、その実現を見るに至った、タイ国バンコク郊外 Salaya の Mahidol 大学に誕生した PHC のためのトレーニングセンター¹⁾は、こうした援助思想の一つの結実でもあったといえよう。現在、日本から専門家がJICA（日本国際協力事業団）から派遣されており、現地やWHOのスタッフとともに教育・研修の第一線にある。今後、このセンターの運営から得られた経験（多くの失敗も含めて）は日本の対外援助・協力を考えてゆく上で貴重な技術・知識となるであろう。

東南アジアという多様な民族、政治形態、宗教、文化をもった地域にとっての有効な援助・協力方法論の研究がことのほか必要である。日本のこの方面の研究水準は未だ黎明期の段階にあり、学校保健学に至っては、そのような段階にさえ入っていないのかもしれない。

2. 国際協力のための人的資源

（実務家）の確保

米国の大学では既に international health が講座や科目として独立している。ここでは発展途上国の健康問題に関する調査研究やセミナーを設け、留学生を受け入れている。そこで学生達はフィールドに即した技術や知識を身につける。日本では旧弊な講座制や教科制が障害になっていて、このようなコースを設けることは実際には不可能に思われる。幾つかの大学では授業科目としては国際保健が講じられているが、国際協力要員、とくに国連などの国際機関で専門家として活躍しう人材を養成するには程遠い。特にこれらの専門家に求められる計画能力・企画能力の涵養には保健学や医学のテキストのみによってではなく、地域計画技術や幅広いフィールド調査技術など関連する教育が不

筆者：〒305 茨城県つくば市天王台1-1-1

筑波大学体育科学系

可欠である。しばしば日本の専門家が現地側をあきれさせるのは調査し、計算をし討論はできるが、計画が立てられない。議論はできても実践的実用的能力が乏しいということのようである。数年前、日本で学界の権威者といわれる人が東南アジアのある国で病院建設コンサルタントとして招かれ、現地で調査を数多く行ったそうである。しかし、一向に計画立案がならず、彼はカナダ人専門家と交代させられたそうである。その仕事の担当者（事務官）は日本人のこの方面での能力の低さを嘆いていたが、これは日本の大学や研究所の教育・研究体制に深く関係していると思われる。象牙の塔の学者がフィールドに入って、当該地の行政や経営に参画するなどということは、通常ありえなかったことであった。そのような能力を日本の学者に求めたことがまず無理なことであったのかもしれない。欧米の大学とのこの方面での格差は大きい。しかし、当該地の重大なプロジェクトが次々と欧米の大学・研究所に委され、また東南アジアの国際機関の重要ポジションがほとんど欧米やアジア諸国の専門家によって占められている現実をみると、日本の大学、研究所の立ち後は小さくないと思われる。現実には国際保健という講義を開講した程度で追いつける状況ではないのであるが、それすらも学会の片隅に追いやられ無視されている。また、この方面の研究者はほんの一握りでしかなく、実際のところ、講義を担当する人材にも乏しい。これが実状である。

しかしながら、一方で海外留学経験者や在留邦人の帰国子女をはじめ海外生活経験者は日本の歴史上かつてなかったおびただしい数に達している。東南アジアに関心をもつ青年も少なくない。それらの青年を国際協力要員として十分に訓練教育する機能が既存の日本の大学や研究所にあればと願うものである。

将来の国際保健・医療協力に於ては日本がより重要な役割を果たさねばならなくなると思われるが、まず第一に取り組むべき課題は“人の育成”であろう。特に、国際保健の実務家ある

いは国際機関等で働く health professional を養成するための機能を日本側がもつという観点が不可欠であろう。

そのためには、そのための知識・技術の蓄積がなければ教育どころではない。教育する側が十分な専門的能力をもっていなければならない。学校保健学の国際協力を考えるときに、まず東南アジア諸国の学校保健の現状を把握し、分析しておくことは、ことのほか重要であろう。

3. 協力の形態と情報

国際協力の第一歩は物を供与する (aid) から始まり、やがて情報やサービスを含んだ assistance になり、次いで recipient (受ける側) の health needs や文化を理解した上での cooperation (協力しあう) に至り、さらに provider (与える側) と recipient がともに目標に向かって努力する collaboration へと移行してゆくべきであると思われる。

1960年台までの援助は一方的に日本が被援助国へモノを供与する時代で、旧南ベトナムなどに集中的援助を行ったように、きわめて政治的色彩の強いものであった。援助した病院や機材がどのように使われていたかは実質的には不問であって援助の効果が客観的に評価されたとは言い難いものであった。当時の援助は、何をいくら送ったかが問題であった。それは、国際社会における義理を果たす、つまり、町内の夏祭りの寄附のようなものであったといえる。1970年台になると保健医療援助のあり方が先進国日本にとっても国際社会の一員としての責任を果たす上での要諦であることがようやく識者に認識されはじめた。研究としても国際的視野から保健医療援助論が議論されるようになってきた。²⁾ 特に一万田尚登、武見太郎氏らを中心として Asian Medical Organization が域内各国に提案され、インドネシアの強い反対に合って計画が頓挫し、代わって Southeast Asian Medical Information Centerが成立し、日本国際医療団にそのプロジェクトが置かれた。従来とも

すれば忘れられがちであった情報、すなわち不可視な性質をもったものを対象とした援助あるいは相互協力が域内で開始されたということは時代を画すべき契機であったと考えられる。しかもこの事業は、インドネシア、タイ、マレーシア、フィリピン、シンガポール、日本が multi-lateral な立場で相互協力するという、援助・協力の理想形態を目指したからである。

情報はモノと違って援助の成果が明瞭に表現されにくい。しかも uni-lateral や bi-lateral に対して multi-lateral は各国の思わくや法律、制度、保健医療事情が複雑にからむため、各国が一致して共同作業をしにくい。このために即効性は得にくいかもしれない。しかし、国際協力の本質としては保健医療分野にしても国と国の相互理解、互惠そして平和を目指している。単に伝染病を撲滅することだけに止まらず、異文化、異民族を相互に理解し助け合うことがその基底に存在している。従って、仲のよい国同士だけが closed system をつくって、単に援助のポイントを稼ぐという段階から、multi-lateral な段階に至ってはじめて理想に一步近づくとと思われる。その意味で SEAMIC 構想は重要な第一歩であった。

情報の援助はその実効性をみるには人と結びつき、利用されねばならない。「情報と人は不可分の関係にある。情報を産出し、収集し、整理し、加工し、提供し、利用するのは人である。情報の相互提供とは即ち人の交流をも意味し、教育をも意味する。学校保健学の国際交流もかくなる理念から無縁ではない。

4. 援助・協力における包括性

包括医療という考え方は戦後世界の保健医療計画の一つの特徴であった。いうまでもなく、地域空間内に存在する医療資源を効率的に運用するには人的資源、物的資源が有機的に linkage されなければならない。特に人、物、金、情報という全ての保健資源が程度の差こそあれ乏しい発展途上国ではこれらの linkage がことに重要な役割を果たす。先進国ではこれらの要

素の一部たとえば人的資源が欠けていても、他の要素たとえば金によってこれを補償することができる。無医の離島が外国人医師を雇うのはこの一例である。しかし全ての要素が低水準である場合にはこれらの要素を繋ぎ合わせる技術・能力の開発が必要である。包括性をもたない資源は、いくら優れた医師、医療施設、機器、薬品があったとしてもそれだけでは医療が機能しないのと同じように、地域空間で単なる要素の寄せ集めにしかならない。手早く患者を移送する輸送システム、情報を伝える通信システム、安定した電力供給システムなどは当該地域社会の生活基盤であって、同時に保健医療の基礎である。このことはインドネシアの農村などで夜間の救急患者がどのような運命に遭遇するかを想像すればその包括性の意味が容易に理解されるであろう。つまり、救急患者が発生しても、緊急を通報する手段に乏しく、病院に患者を運ぶ手段を欠き、仮に運よく病院に運搬されたとしても電力供給が停止しており闇の中で治療すら思うにまかせないとすれば……。この時にほかの全ての医療資源が万全だとしても医療は機能しないのである。包括性という用語をかかえる意味で用いるとすれば、今日、日本で語られる意味を遙かに超えて、より広義に“包括保健あるいは包括医療”が考えられてよいであろう。地域空間内でワンセットになった linkage-system が理想像として描かれるべきである。そこでは、地域の保健・医療資源の全てが登録され、評価され、繋ぎ合わされる（システム設計される）。その中にはWHOも最近注目しているように、当該地域の伝統医学や民間医療も見直されるであろうし、また社会資本、生活基盤についても注意深く評価されるであろう。

学校あるいは学校保健はこのような包括性という観点からみてPHCの基礎なのであろう。

5. 東南アジア諸国における学校保健の役割

社会資源としても文化伝達の拠点としても学

校の役割は大きい。10年以上前にはタイの農村の赤土道路を自動車でもうもうとほこりを巻上げながら行くと、点在する疎林、小さな住居、果てしなく広い田畑や荒地の中にそびえる寺院の藁だけが富の集積に見えた。

貧しい農民が壮麗な仏教寺院を支えていることに近代的合理性からみれば理解しがたいものを感じた。しかし今日では、寺院と並んで学校が立派になりつつある。(とはいってもごく一部ではあるが) 奥地の中学校が近代的になっていたりして驚かされる。タイも近年、近代化のための基礎として教育にことのほか熱心なのである。

かつてタイでは第一に尊敬される職業は僧侶であった。しかし、今日では教師なのだそうである。職場の機会が乏しいことも手伝って大学卒業生達は教員採用試験に殺到する。首都から遠く離れたウボン県³⁾の教育委員会で出会ったおびたしい青年達が全て教員採用の面接にやってきたのだと聞かれ、さらにそのうち3人程度しか採用されないことを知って、その競争率の高さに驚き、かつ教師の社会的地位、人気の高さを想像した。彼らは医師や先端技術者に並んで尊敬される一種のエリート層である。一方医師は年間 569人(1984年度)³⁾しか新規登録されておらず、医師一人当たりの死亡数(年間、一人の医師が何人の死亡者を扱ったかの医療密度指標)は日本の4人に対してシサケットでは1175人となっている⁴⁾。医師不足のすさまじさを示す数字である。農村では大多数の民衆にとって、正式の医師に診てもらうことは容易なことではない。小さなアンブー(村)では医師とは時に僧であり、学校の教師であり、呪い師であり、古老である。

ところが、教師の居ないアンブーは、まず無い。辺境の地でも、高床式の簡易な木造の校舎はあり、教師は配置されている。場合によってはその教師は村で唯一人の学士号取得者である。教師や学校が地域に占める役割は日本の比ではない。学校は文化センター的機能をもっているのである。もし、学校保健に意欲をもつ教

師がいたとすれば、彼はただちに保健行政の末端(grass roots level)の多くの矛盾に直面するだろうし、保健教育、指導、管理のあらゆる点で山積された問題に頭を悩ますだろう。

確かに保健の教科書は教室の片隅に積み上げられている。内容は日本のそれと大差は無さそうである。一流どころの学校では保健の専任教師(時にはMAをもっている)や看護婦が常駐している。病院との連絡もあって健康管理も指導も行われているらしい。外国人の客や視察団が出会う学校はまず、こういう類の学校である。しかし、その他の圧倒的多数の田舎の学校は掘っ立て小屋に近い校舎、まっ暗な教室、老朽化した教具、不衛生な便所や食堂、全く検査されることのない飲料水、身長計や体重計すらない状態である。現実には主都の大学教師や高級官僚の楽天的想像を遙かに超えて貧しいのである。さらに、児童らの居住する地域環境は貧しい。タイに於てすらこうなのであるから、最貧国ともいわれるバングラデッシュやネパールはどうなのだろうか。また永い間鎖国を続けてきた貧しいビルマの子供達や、戦火の続くカンブチアの子供達は? そこにはどのような問題があるのか。

学校は地域にあって重要な社会資本しかも教育的機能をもち文化センター的役割を果たしうる城である。そこで教師が子供達の健康を通じて地域社会にインパクトを与えることは十分に可能であろう。現地の教師や教育委員会の指導層の中にそうした志をもった人を見出したいものである。

第5次にわたる著者らのウボン県での調査からも少なからず学校保健上の問題を発見してきた。今後、整理して公表するつもりでいるが、最大の課題は、何が本当の現実的問題なのかすら発見されていないことにあるのではなかろうか。

問題を発見するにはそのための技術、知識、検査器具、機材、組織が必要であるし、そのためには要員の訓練、財源が必要となる。学校保健の基礎的能力を国際協力の形で移転できれば

間違いなく学校保健のみならずPHCや地域保健に役立つはずである。

6. 域内における学校保健学術交流管見

交流の形態は学会対学会、大学対大学という組織対組織の交流、個人の研究者同志の交流など様々ある。bi-lateral な交流の場合はできるだけ実質的交流を可能ならしめるために同等の水準の組織・個人同士が問題が少なくて済むようである。しかし、課題を学校保健に特定すると相手国に該当する学会や学科がなく、専門家もいないということが少なくない。また名前だけそれらしいものがあったとしても内実が全く存在していないということもあって結局、日本側の一人相撲になってしまうおかしな“交流”もある。一般に発展途上国のエリート層は、アメリカ留学、ロンドン留学などの経験者が多く、選ばれた特権階級であるから、その人達を交流の相手に選ぶとなると、カウンターパートの認識とその国の現実の間には微妙な溝があることが多い。

今、仮に日本学校保健学会から代表者が東南アジアのある国に学術交流の事前打合わせに出かけたとして。日本側を(日)、相手方を(相)として仮想の会談を試みる。

(日) 今後、学術交流をしましょう、いかがですか。

(相) 勿論、大歓迎です。これからは健康教育とくに学校でのそれが大切です。我々は先進国の知識・技術を多く取り入れたいのです。

(日) 日本では研究者は約1400人、学会は年一回雑誌は月刊で研究報告をしています。年次学会などに貴国の専門家を派遣して下さい。あるいは貴国で学校保健の国際学会を開くとか、一緒に調査をするとかも可能ですか。

(相) 勿論できます。専門家も居ますし、調査でも会議でも協力を惜しみません。

(日) 学会はあるのですか。

(相) はっきり学会とはいってませんが、そういう集まりとか、公衆衛生の専門家とかが集まる会議とかあります。

(日) 文部省が健康教育を管轄しているのですか。

(相) 文部省も内務省も環境庁も保健省も関係します。総合的にやる必要があるのです。もっとも小学校といっても全部文部省が管轄しているわけではありません。日本のように単純ではないのですよ。

(日) 研究者の数とか発表された論文とかを教えてくださいませんか。

(相) 研究者は、さあどれくらいいるのでしょうか。たくさんいると思います。私はその方面では顔が広いから調べればすぐ分りますよ。論文なんて書く人は余りいません。多くの大学では教官に研究費をつけることはないのです。

でも学術雑誌は幾つかありますから午後にでも図書館に案内しましょう。

(日) 学校保健学とか保健教育の専門の雑誌もあるのですか。

(相) それだけを扱ったのはないのですが、教育関係、医学関係の雑誌に含まれています。

(日) では共同して調査をしたり、測定したりするには我々はどんな機材を持ってきたらよいですか。

(相) まず、その前に我々の国の中で組織をつくり、代表者を決めることや、外国人が調査に入るための許可を政府に求める、というようなことが必要です。コネがありますから何とかしますよ。

それから機材は全て日本から持って来て下さい。その方がよいです。出来ればそれらを帰国時に寄附してできませんか。我々の大学は測定器具はほとんど何もないんです。

(日) フィールドはどんなところがよいか。紹介して下さいませんか。

(相) 勿論です。私の一声でどんなところでも可能です。

(日) ○○地区はどうですか。最も問題の所だと聞いていますが。

(相) それはよい所に気づきましたね、調査には適地です。

(日) あなたは、そこへ行かれた時どんな印象をもちましたか。

(相) 残念ながら一度も行ったことがありません。田舎ですし、きたないし、皆は行きませんがありませんよ。

(日) その地区についての研究はどれくらい進んでいますか。

(相) 私がハーバードに居た時、確か〇〇〇君がやっていました。欧米の人達の研究ですが相当のレベルまで行ってますよ。ただし、その資料は今は手元にありません。さあ、もう12時ですから〇〇料理をごちそうしましょう。秘書が予約したそうです。下で車が待っていますから、出掛けましょう。それからディナーも〇〇ホテルに6時に予約してありますので是非来て下さい。

(日) 御協力を感謝いたします。

.....

このような会話は少々極端に過ぎるかもしれないが、著者が東南アジアの大学関係者の平均値として仮想する。平均的会話のダイジェストである。もっとひどい場合もあり、非常に高潔な方もおられることは確かであるが平均像として浮かんでくるのは“学术交流”というよりは親善、共同研究というよりは指導に近くなってしまうのがこの分野での特徴ではなかろうか。

つまり、相互の学術を交流し、技術を伝え合

うというためには未だ相当の年月を要するのではあるまいか。

学校保健が医学や教育から独立して1つのセクターを形成している。カウンターパートは学校保健のエキスパートで当該国の事情に通じている、という先入主はまず捨てた上で“学术交流”を考えることが必要であろう。これは決して東南アジア諸国を軽く見るからの故ではない。正視した上で共同研究し、学术交流をするのでなければ永つづきはしないのではなかろうか。そして、ささやかな経験からみて、相手方が知っている以上に相手国の事情に通じていなければ共同研究や学术交流をうまくなしえないというパラドックスもあると思われる。

参考文献

- 1) Mahidol University: Report on the Establishment of the ASEAN Training Center for Primary Health Care Development, Mahidol University, Bangkok, 1985
- 2) Seiji Ohsawa; Medical Assistance for south-east Asia in Japan, (Health Care Technology in Japan) Fuji Foreign Marketing Co., 1979
- 3) SEAMIC; SEAMIC Health statistics-1986 International Medical Foundation of Japan, 1986,
- 4) 大沢清二: 簡易医療密度指数の提案——特に発展途上国で利用できる指標として, 統計学, 47号 41~59, 1984