

ソムアツツ・ウォンコムトオン教授
Prof. SOM-ARCH WONGKHOMTHONG

記念業績集

(1996年6月1日～1999年3月31日)

東京大学大学院医学系研究科
国際地域保健学教室

ソムアツツ・ウォンコムトオン教授

Prof. SOM-ARCH WONGKHOMTHONG

記念業績集

(1996年6月1日～1999年3月31日)

東京大学大学院医学系研究科

国際地域保健学教室



ソムアツツ・ウォンコムトオン教授略歴

【学歴】

1968年 3月 タイ国トリウム・ウドム・スックサ高等学校卒業
1968年 4月 千葉大学留学生部入学
1971年 3月 同大学卒業
1971年 4月 東京大学医学部医学科入学
1975年 3月 東京大学医学部医学科卒業
1976年 1月 日本医師免許取得（第2671号）
1979年 9月 ハーバード大学公衆衛生大学院入学
1980年 6月 同大学院修士課程修了
1981年 4月 東京大学大学院医学系研究科入学
1982年 6月 同大学院保健学博士取得
1984年 11月 タイ国 医師免許取得（第11929号）

【職歴】

1976年 2月 日本医科大学附属病院医員・助手（救急医療センター）
1977年 3月 同大学麻酔科医員・助手
1977年 6月 東京大学医学部附属病院医員（第二外科学）
1980年 7月 タイ国マヒドン大学 大学院医学部講師
1987年 1月 マヒドン大学アセアン健康開発研究所
(Asean Institute for Health Development) 副所長
1994年 4月 同大学研究所所長
1996年 6月 東京大学医学部国際地域保健学教室教授

目 次

ソムアツツ・ウォンコムトオン教授記念業績集

東京大学大学院医学系研究科
国際地域保健学教室

1. 退官記念講義 1
2. 原著および総説 26
3. 講義および講演 31
3. 指導論文 40
4. 国際地域保健学教室の歩み 42
5. 教室スタッフ 48

退官記念講義

国際保健と日本の役割

於東京大学医学部大講堂

1999年3月16日

I 緒言

本日は、大勢の皆様にご来場いただきありがとうございます。ただいまより私の記念講義、「国際保健と日本の役割」について、お話させていただきます。

私は実はこの部屋、医学部本館大講堂で、1971年から1975年、四年間に渡り医学部のいろいろな授業を聞いていました。当時、ある先生が赤血球と貧血のお話をされました。その先生は再生不良性貧血や根治しにくい貧血症には、将来人工赤血球を使うと良いとおっしゃいました。ご存じのように赤血球は二つの部分から成り、中の血色素の部分とそれを包む細胞膜の部分から成っています。中の血色素の部分は、Hemoglobinとよんでヘムタンパク質、いわゆる鉄分とタンパク質から成っていますので、合成はわりと簡単にできます。むずかしいのはこの膜の部分でございます。この膜は普通の細胞膜と違って、特別の機能を備えてあります。つまり、赤血球が毛細血管内にはいりますと、その毛細管の圧力勾配によって血色素から酸素を放出して、炭酸ガスを吸収します。その赤血球が一旦静脈血になって、肺に流れて来ますと、肺胞内の圧力勾配によって、今度は炭酸ガスを放出して、酸素を吸収します。しかし、いずれこの膜も人工的には合成可能になるでしょうと先生は説明なさいました。

私は、その講義を聞いて、とても感激しました。医学はすごいなあ、自然科学はすごいなあと深く印象に残りました。

その年の夏、私は夏休みを利用してタイ国に帰りました。私は田舎出身で、田舎に戻りますと、村の近くのにに行きました。東大の授業で貧血の講義を聞いてきたばかりなのでヘルス・センターの助産婦さんに、ここでは貧血の患者さんいますかと聞きましたら彼女はくすくす笑って、貧血の患者ならいっぱいいると答えました。

まあ、むずかしい貧血の患者がいるかどうかわかりませんが、だいたい皆普通の貧血、いわゆる鉄欠乏性貧血にかかっていると言いました。特に子どもと女性が多いとのことでした。

なるほど、子どもと女性。まあ、子どもの場合はあんな汚い生活環境で生活していると寄生虫をもっているのは当たり前。寄生虫の中で、特に鉤虫をもっていると、一匹の成人鉤虫でも一日約0.2cc、腸管から血を吸収します。体内に10匹でももっていれば、一日2cc、一ヶ月60cc、三ヶ月で180cc、ちょうど一本分の血液がなくなります。これでは、子どもが貧血になるのは無理ありません。女性の場合は、さらにひどい。子どもの時から、鉤虫をもっているし、思春期になったら生理がはじまり、毎月出血します。貧血症の状態のままに妊娠、出産、赤ちゃんの授乳などで、ひどい貧血症になることは誰にでも想像できます。

その夏休みを終えて、私は、再び東大にもどりました。今度は栄養学の授業でした。人間に必要な栄養素は5種類あり、タンパク質、脂質、糖、無機質とビタミンです。タンパク質の必要量は、男子なら一日70グラム、女子なら60グラム、無機質であるカルシウムは20才男子なら一日640mg、女子518mg、ビタミンAは男子なら一日2000国際単位、女子1800国際単位、さらに各種のタンパク質のアミノ酸配列や分子構造なども全部わかっています。実験室内による人工合成も全部可能です、という講義を聞きました。まあ、これまたすごいですね。人間に必要な栄養分は全部わかっているのではないか、と。

その後、またタイに戻り、例のヘルス・センターの助産婦さんと話をしました。そして、その村の8割の子どもは栄養状態が悪いとわかりました。大多数は軽い低栄養の状態にありましたが、なかには、第二度、第三度の重症な低栄養状態の子どももいました。

今度はさすがにわたしもいろいろ考えさせられました。日本の医学部では開発途上国にありふれた病気をもう研究しないのだ、おそらくそういったような病気は原

因も解明され、治療法もだいふ前より確立されていましたし、又、日本国内でもほとんど問題になっていないからだと思います。

しかし、確かにそのような問題は、分子レベルまで解明されても、問題がなくなったわけではありません。日本の中では問題がなくなっても、私たちの国ではまだ、山ほどの問題が残っているのです。

開発途上国の保健医療問題を対象にする学問は、どんな学問があるのかと私は考え始めるようになりました。このような問題は自然科学である医学、特に基礎医学と臨床医学の領域の外にあるのかもしれませんが。そうなら、私は社会医学を勉強してみようと決心しました。医学部を卒業して臨床研修をやりながら、私はあちらこちらの大学の公衆衛生学教室に顔を出すようになりました。

しかし、意外なことにも出会いました。タイのことわざに「トラから逃げて、ワニに出会った」というのがありますが、まさにその通りでした。社会医学であるはずの日本の衛生学、公衆衛生学教室は、いつのまにか変身して、分子生化学や分子生物学の教室になってしまいました。戦前あるいは戦後に活躍した多くの日本の衛生学、公衆衛生学教室は、当時からもう人口集団、あるいは公衆衛生学的アプローチから離れて、マウス、モルモットなどを使った臨床的にも、地域にも関係のない分子生化学、分子生物学的な仕事ばかりしていました。

日本の臨床医学、基礎医学そして社会医学の実態がこのようでしたら、私は日本に残ってもしかたがないと思いました。もうこれ以上長く日本に残るのは、人生の無駄だと感じました。それなら、日本を去るしかないと思い、1979年に日本を出ることにしました。それから今日まで、20年の歳月が過ぎました。帰国して仕事をしながら、開発途上国ではどんな保健医療問題があるのか、それを解決するにはどんな対策が好ましいのか、そしてその問題と対策を教育、研究する学問はどんな学問があるのかと、考え続けてきました。そのようなことが、私の国際保健との関わりであったかもしれません。

II 国際保健の定義

さて、私と国際保健との関わり合いはその位にしておきまして、本来の国際保健と日本の役割に入りたいと思います。

私は、1996年4月に東京大学での国際保健の仕事をやりはじめた時に、ある日本人を紹介されました。私が国際保健の仕事をしていると聞いたら、彼は、こう言いました。「ああ、先生に会えて良かった。私はちょうど国際ほけんの専門家に聞きたいことがあります。私は海外旅行が大好きでしょっちゅうあちらこちらの国に旅行していましたが、旅行する時にはかならず海外傷害保険をかけて出かけました。しかし、2年前に定年退職をした後に、どこの保険会社もあまり引き受けたがらないのです。だから、先生に聞きたいのは、定年退職した者には、どんな海外保険がいいのか教えていただきたいのです。」彼は、おそらく、International Healthの国際保健と International Insuranceの国際保険を誤解しているに違いありません。私は困って、彼に私の仕事は保険(Insurance)とは全然関係ありません。東京大学医学部の国際保健の仕事です、と一生懸命説明した記憶があります。

それでは、国際保健とは何か？それは海外医療活動とどう違うのか？また海外医療協力とどう違うのか？国際保健学という学問は国際協力学ともいえるのか？などの言葉を私の理解なりに整理してみたいと思います。

まず歴史的に国際保健と関係の深い学問からみますとやはり熱帯医学、寄生虫学、感染症学、公衆衛生学と衛生学などの学問があります。そして、海外保健医療活動の面からみますと、あらゆる活動がみられます。

典型的なのは災害時の緊急医療援助、医師・看護婦の海外派遣、巡回診療、薬品・医療器材供給、感染症対策、病院建設、難民医療などの活動です。そしてこれらの海外保健医療活動の実施を支援したり、あるいは海外保健医療状況の全体の改善を図ることを海外保健医療協力といいます。

海外保健医療協力の方法には、皆さんがすでにご承知のように、二つの大きな流れがあります。一つは、政府開発援助 (Official Development Assistance, ODA) でもう一つは NGO や NPO の活動を通しての非政府開発援助です。

しかし、これらのものはあくまでも海外保健医療活動や海外医療協力のことで、我々が取り扱っている学問としての国際保健学とはどんなものなのでしょうか。

「国際保健テキストハンドブック」は、郡司篤晃先生が代表編者で、1995年に出版された日本最初の国際保健テキストブックともいえます。その中で郡司先生は、「国際保健とは国境を越えた公衆衛生である。」と述べておられます。俗にいう国際保健は、「海外公衆衛生」とも言えます。しかし、もしその定義に従えば、タイの保健所で働いているタイの先生たちは、日本の観点から見れば皆が国際保健専門家になるのではないのでしょうか。そうではありません。郡司先生のテキストにももう少し説明が加えられてあります。

それは、「一つの公衆衛生ではなく、国境を越えるところに国際保健独特の課題が出てきます。そして、ここでいう公衆衛生とは、いま日本で使われているような狭い意味での公衆衛生ではなく、Winslowがいうような広い意味の公衆衛生であります。」ちなみに Winslow の公衆衛生の定義は次のようになっています。

「公衆衛生は組織された社会的努力 (英語の Organized Community Efforts からの和訳) によって、疫病を予防し、生命を延長し、身体的・精神的健康とその能率の増進を図る科学であり、技術である。」皆様に注目していただきたいのは、Winslow の定義では行政組織と住民組織の努力により病気を予防し健康を良くする学問である、決して分子生物学的手法による学問ではないことであります。

外国では国際保健学をどのように理解しているのでしょうか。

Paul F. Basch の世界でも有数な Textbook of International Health によれば “International Health is a systematic comparison of the factors that affect the health of human populations, and of the steps that can be taken for its

improvement.”日本語に翻訳すれば、「国際保健は人間集団の健康に影響を与える要因及びその改善策を系統的に比較する学問」であります。もし、人間集団の健康に影響を与える要因及びその改善策をめぐることが公衆衛生学ならば、Paul F. BaschのInternational Healthの定義では国際保健は「比較公衆衛生学」になるでしょう。

最後に、最も新しい国際保健学の定義がでてきています。西暦2000年3月に出版予定の「国際保健医療学」という本を準備するために、国際保健医療学会理事長、および編集者代表である島尾忠男先生は、「国際保健医療学」執筆依頼書の中で国際保健をこう定義しています。

「国際保健は健康水準に見られる、世界の国や地域別の格差の実態を明らかにし、格差の成立に影響する要因を解明し格差を少なくする手段について検討する学問である。」これについては島尾先生はこのように説明しています。

「要するに全世界的な立場で見た場合に、健康水準や保健医療に見られる国や地域別な違いや格差がどの程度以上であれば容認し難いと考えるか、そのような違いや格差が生じたことはどのような要因が関連しているか、さらにそれを容認できる程度まで改善するにはどのような方策があるかを研究し、解明する学問を国際保健医療学と定義したい。」

前述した教科書による国際保健学の定義と比較して、私は三つの点に注目しています。

第一に、国際保健に必要な知識体系は最低二つの国に関する知識が要求されます。通常は自分の国のことと外国のことを意味します。タイ国のことしか知らないタイ人は、タイについてなら日本人より知っているかもしれませんが、彼は国際保健専門家ではありません。同様に、日本のことしか知らない人がある日JICAの要請でネパールに行き、一回講義をしてそして三日間ほどJICAプロジェクトを視察して

帰国したとします。彼は、国際保健専門家とはいいいがたい。むしろ、「海外短期講師、あるいは海外瞬間講師兼視察ツアー終了者」と呼んだ方が適当かもしれません。この場合と逆に今度は海外のことは一生懸命勉強するのに、日本の過去、現在、未来についてはさっぱり関心がない人では国際保健専門家にはなれません。自分の国のことを良く知った上で、他の国のことを勉強します。あるいは、その逆でもかまいませんが、そして見た海外現象に自分の観点からの確に、しかも包括的な立場で判断を下せる人がはじめて国際保健専門家であると私は思います。

第二に、国際保健学は、かなり公衆衛生の概念を取り入れています。対象は人口集団、方法は行政と地域による努力そして結果は有効な対策及び手段を生み出す学問であることをここに強調させていただきたい。

第三に、国際保健の対象は、主に開発途上国の保健医療問題を対象にします。先進国の保健医療事情を参考にしながらであっても、本当の学問の対象は開発途上国に焦点を絞ることになります。開発途上国ではどんな保健医療問題があるのか？それらの問題の基盤である文化、地理、社会、経済、政治的影響はどのようになっているのか？それらの問題を解決するのにどのような方策が望ましいのか？そのような方策を進めるのに日本の役割、世界の役割、現地政府の役割、現地住民の役割はどうあるべきかなどに関する教育、研究を国際保健学と私は呼びたいのです。

Ⅲ 開発途上国の医療問題と解決策の基本理念

国際保健の主な対象は開発途上国の保健医療問題とその解決策でありますので、ここで、開発途上国の医療問題と解決策の基本理念を整理してみたいと思います。

乳幼児死亡率と GNP

表 1 は、開発途上国の基礎統計をまとめてあります。ユニセフが毎年発行しております “The state of the world children” の昨年分の統計ですが、ここに開発途上国の 1 番から 93 番までを、乳幼児死亡率が高い順に並べてあります。1 番はじめ、左のコラムは U5MR (under 5 mortality rate) いわゆる乳幼児死亡率、その次が IMR (infant mortality rate), 出生 1,000 に対しての乳児死亡率と人口一人当たりの GNP、平均寿命 (life expectancy)、および識字率 (literacy rate) などを書いてあります。ご覧の通り最も状態の悪い国はアフリカのニジェールという国で、今でも乳幼児死亡率が 320、乳児死亡率が 191、東南アジアの中にもニジェールに近いような国があります。

実は我々の隣のカンボジアで、今でも乳幼児死亡率が 170、乳児死亡率が 108 です。ミャンマー、ラオスなども、乳児死亡率がまだ 100 前後です。開発途上国でも比較的状态の良い国、たとえばインドネシアでも現在乳児死亡率が 47、タイ国で 31 程度です。

ここで、皆様に注目していただきたいのが、一人当たりの GNP です。今、ニジェールでは、GNP per Capita は 220 ドル。カンボジアでも 270、ミャンマー 220、ラオス 350、わりと状態のいい国インドネシアでも 980 ドル、タイで 2,740 ドルです。この為替レートは経済危機前のものに基づいて計算したものですので、経済危機の後には GNP per Capita はもっと悪くなります。要するに、今のいわゆる低開発途上国の 1 番目から 50 番目までは、乳児死亡率が 100 から 200。そして、一人当たりの GNP が 200 ドルから 350 ドル位のものと考えて良いのではないかと思います。350 ドルといえばだいたい日本円で今は 4 万円位です。

表 1 途上国の保健衛生指標

		U5MR	IMR	Population (millions)	GNP/Capita (US\$)	Life Expectancy	Literacy Rate
1	Niger	320	191	9.5	220	48	14
19	Cambodia	170	108	10.3	270	53	65
25	Myanmar	150	105	45.9	220	59	83
35	Lao PDR	128	102	5.0	350	53	57
44	Bangladesh	112	83	120.0	240	57	38
67	Indonesia	71	47	200.5	980	64	84
93	Thailand	38	31	58.7	2,740	69	94

Source : UNICEF, The State of the World Children, 1998

Notice : Country rankings in descending order of U5MR

表 2 先進国の保健衛生指標

		U5MR	IMR	Population (millions)	GNP/Capita (US\$)	Life Expectancy	Literacy Rate
163	USA	8	8	269.4	26,980	76	100
164	U.K	7	6	58.1	18,700	77	100
169	Luxemburg	7	7	0.4	41,210	76	100
175	Germany	6	5	81.9	27,510	76	100
175	Japan	6	4	125.4	39,640	80	100
186	Switzerland	5	5	7.2	40,630	78	100
189	Sweden	4	4	8.9	23,750	78	100

Source : UNICEF, The State of the World Children, 1998

Notice : Country rankings in descending order of U5MR

先進国の統計

表2は、今の先進国がどういう状態にあるのかを示しています。

163番のアメリカから、現在最も衛生統計で良い国189番のスウェーデンまでの統計が並んでおります。ご覧のように乳幼児死亡率、あるいは乳児死亡率は、いずれにしても4から10以下です。そしてGNP per Capitaは、アメリカが26,980ドル、日本が39,640ドル、スイス40,630ドルで、いずれの国にあってもGNP per Capitaがだいたい2万ドルか4万ドルです。開発途上国とおおよそ100倍から200倍のギャップが出てしまっているわけです。たとえば日本の4万ドル、今の為替レートで日本円に換算しますと年間で一人当たり460万円です。ラオスの4万円と較べたら、もちろん比較になりません。

開発途上国の医療問題

開発途上国における医療問題は、程度の差があるかもしれませんが、全世界共通の問題を持っています。

開発途上国における医療問題

1. 病気の種類も病人も多い
2. 医療従事者も施設も少ない
3. 医療の極端な都市への偏在
4. 手薄い保健行政
5. 貧しい国の高価な医療制度
6. 近代医療技術の未開発
7. 国民皆保険の未発達

今、開発途上国のいずれの国においても、病気の種類も病人も多いということが最初に挙げられます。そして、二番目には医療従事者も施設も少ないこと、三番目

には医療の都市への極端な偏在、四番目には手薄い保健行政、五番目は貧しい国の高価な医療制度です。一人当たりのGNPが4万円しかない国が、一人当たりのGNPが460万円の国から医療器械を買って国民に提供していますので、もちろん医療は高値の花です。六番目は、近代医療技術の未開発です。我々は伝統的な文化や習慣がございますが、残念なことにそういう文化や習慣は、今の近代医療にはまだ適応できない状態にあります。七番目は国民皆保険の未発達です。開発途上国の状態は日本の戦前並で、国民皆保険の制度を持っていません。公務員か会社員以外の人は保険をもっていないので、病気になったら医療費の支払いを全額個人負担で支払わなければならない、医療費の支払いは個人にとっても国家にとっても大きな負担になります。

東南アジアでは、1997年の経済危機が大きなニュースになりました。経済危機の重要な指標としては、金融機関が持っている不良債権の額とその不良債権を処理する能力であります。あまり巨額な不良債権を持って、その金融機関の処理能力を上回りますと、金融機関が破綻して、経済危機に陥ります。金融機関を病院、患者を不良債権、（まあ、処理すべき債権という言葉を使った方が適切でしょう）に例えたとしたら、東南アジアに限らず、すべての開発途上国では経済危機に陥る前よりずっと医療危機の状態に陥っていました。どこの国であっても持っている「不良患者」、すなわち対応すべき患者数が病院の処理能力より上回っています。これからあと何十年先でも、処理出来る見込みはありません。

なぜ今述べた問題が起こったのか、それらの問題を分析してみますと次のように考えられます。

開発途上国は、様々な文化、習慣などを持っています。たいていの国で広く蔓延している病気は、生物的要因、不衛生な環境、カロリー摂取不足などにより起こるものです。多くの国は、経済的にも恵まれず、教育水準も低いのです。技術面では、

伝統的な技術や生活の知恵を持っていますが、近代技術については、外国への依存度が驚くほど高いのです。このような状態であったにもかかわらず先進国の医療制度を模倣して取り入れてきました。しかし、先進国で開発したノウハウを開発途上国に適応させるには、たいへんお金がかかります。お金がなければ、そのノウハウを生かすことができないのです。予算が少ないために、医学校や病院施設なども十分につくることができません。そのため医療資源の不足と大都市偏在を起しているのです。多くの住民がいつまでも、医療に接近する機会がないのです。毎年わずかに医療資源の増加がみられても、人口増加に追われ、医師や看護婦、医療施設は絶対的に不足している状態です。そして、予防や環境衛生にまで手が回らず、病院での治療のみに終わってしまうのです。結果として、低い健康水準が、貧困、教育の問題などを起こし、さらに医療サービスを必要とする。この悪循環が、開発途上国の医療近代化を迎えた時点から現在まで続いているのです。

問題がそうだとすれば、どんな解決策があったでしょうか？ いままでの国際的な動きを観察しますと、実際には保健増進や保健医療活動に影響を与えた国際的な動きがいくつかありました。

一番目は、アルマアタ宣言ですが、1978年にソ連で開催されました。二番目はOttawa Charter for Health Promotion、三番目はバマコ会議で、1987年に西アフリカにあるマリの首都であるバマコという町で、同様の国際的な動きがみられました。四番目はThe Adelaide Recommendations: Healthy Public Policy、1988年にオーストラリアで開催されました。五番目のSunsval Statement on Supportive Environment for Healthは、1991年にスウェーデンで開催されました。そして六番目のThe Jakarta Declaration on the Health Promotion into the 21st Centuryは、1997年にインドネシアで開催されました。この6つの国際的な動きの中で、実際に開発途上国で重視されたのは、第一のアルマアタ宣言と三番目のバマコ会議であると思います。

アルマアタ宣言

これは1978年にWHOのリーダーシップで開催されました、当時、134カ国と67の国際機関がソ連のカザフ共和国アルマアタ市での会議において採択されたものです。そのとき採択したものは、たった一つの文章にすぎません。それは、「PHCを国家戦略として2000年までにすべての人に健康を」ということです。これは特に開発途上国においては、最も重要なことです。

そしてアルマアタ宣言の次に、いわゆる有名なバマコイニシアティブがあります。このバマコイニシアティブは、3つのことを強調しています。(1) 必須医薬品の確保と供給、(2) 保健医療サービスの地方分権化、(3) 住民参加に基づく basic health service の活動です。

アルマアタ宣言に関するPHCとBamako Initiativeについては、今まで東大の講義や私の論文にもたくさん述べていますので、ここでは省略させていただきます。これらの分野に対する日本の協力についてや日本の保健医療協力に対する期待については後ほど述べさせていただきます。

Ⅳ 日本の国際保健の役割

今まで、国際保健について色々お話をさせていただきましたが、今度は日本について触れてみたいと思います。

皆様がご存知のように、日本は、地理的にはアジアの一員ではありますが、社会、経済及び技術の発展の面からみますと、むしろアメリカやヨーロッパに近いといえます。最初のスライドにも示したように、1996年の日本国民一人当たりの国民総生産は460万円で、乳児死亡率4、平均寿命80歳、識字率ほぼ100%に近いです。この乳児死亡率は世界最低の基準で、平均寿命も世界最長となりました。一人当た

りの GNP はスイスやルクセンブルグの次ですが、人口 1000 万人以上の国では一人当たりの GNP が最高の水準の国が日本です。しかも日本の人口は一億二千万人いますから、1990 年初頭には日本の国民総生産がアメリカに次いで第二位、全世界の 15% の GNP を示し、総資産額は、三千兆円を超え、アメリカの 1.5 倍、イギリスやドイツの 6 倍以上になりました。今では不況やリストラの問題などよく話にありますが、多くの国と比較したら、日本は相変わらず経済大国で、平和で、安全で、長寿の国、まさに平成という時代の名にふさわしい国であります。このような状況下で、日本に対する世界からの期待が大きいのは、当然理解できます。もちろん、西洋の国々と比較したら、日本国内でまだやらなければならないことがたくさんあります。例えば、居住面積の改善だとか、身体障害者や老人のための設備の充実などがあります。それらの問題を改善すべきだと私も思いますが、それらを理由に日本が国際社会に対する役割を拒否することあるいは ODA を削減することはとても遺憾に思います。

日本はなぜ国際社会に貢献しなければならないのかは、私は、三つの背景があると思います。

まず、第一に国際社会に対する先進国の役割から説明させていただきます。ご承知のように現在この地球上、約 200 近くの国々が存在しております。この 200 の国々が国際貿易を通じてやりとりをしているのです。共生、共存、共栄の哲学に従う国際貿易が行われていましたが、どういうわけか共生、共存、共栄の結果にならないで、共生、共存、独栄あるいは単栄になってしまいました。200 カ国近くの資産と富が 21 カ国である先進国に集中され、吸収されてしまったのです。21 カ国とは現在 OECD (Organization for Economic and Cooperation Development, 経済協力開発機構) の下部組織 DAC (Development Assistance Committee、開発援助委員会) の加盟国です。もちろん日本はこの 21 の加盟国の主要なメンバーになっています。DAC はある一定のルールを作りました。世界貿易を通じて巨額な貿易収

入を得た国はその 1% 位を海外援助にまわせというルールです。この出資を、相互依存関係の保護、環境保全、教育の普及、貧困政策、女性と開発、子どもの健康、人口とエイズ、技術の進歩など、健全な地球社会を保つために使用するとのことです。

幸いなことに、日本はこの国際社会に対する貢献に積極的に取り組んできました。1954 年からコロンボ計画に加盟し、1962 年に JICA の前身である OTCA (日本海外技術協力事業団) が設立され、1974 年に JICA (国際協力事業団) が設立され、そして 1989 年にアメリカを抜き、日本がトップドナー (世界最大の援助供与国) となりました。このようなことは、日本人が誇りを持ってよいことではないかと思います。海外での日本の税金の無駄遣いだと思わず、健全な地球作り運動に参加することは日本の国際的な責務だと思っていただきたい。今の時点で、国際協力の要請にどうやって拒否するか、あるいはどのくらい削減したら良いかを考慮するよりも、どうやってもっと効率よく国際社会に貢献できるのかを考慮していただきたいと思うのです。

このような概念により、色々な政府ベースによる国際協力のための機構が出来上がりました。日本の JICA、米国の USAID、カナダの CIDA、スウェーデンの SIDA、オーストラリアの AusAID、デンマークの DANIDA などの機関であります。

それでは第二に日本が国際社会に貢献する背景、人道的な理由について、説明させていただきます。日本の社会は戦後に変化しました。物不足の時代から物過剰の時代へと変わってしまったのです。あり余ったものを世界の子どもやスラム街に住んでいる人たちと分かちあうことは、当然のことだと思います。言葉が違って、宗教が違って、政治理念が違って、人間同士で分かちあえること、助け合うことは素晴らしいことです。この理念に従って、日本の中でも色々な NGO (Non-Government Organization, 非政府組織の民間援助団体) や NPO (Non-Profit Organization, 非営利団体) ができました。海外でかなり知られているのは、

SHARE (国際保健協力市民の会)、AMDA (アジア医師連絡協議会)、JOCS(日本キリスト教海外医療協力会)、AHI(アジア保健研修財団)、AOCA(アジア眼科医療協力会)などたくさんあります。

最後に第三の背景、学問的な理由について説明させていただきます。この講堂中の大多数の方々は国際保健活動に関わりを持っていらっしゃいます。それはこの学問的な理由によることだと思います。私もその中の一人です。開発途上国にどんな病気があるのか？なぜ人々はそのような病気になるのか？日本の診断キットをもって行けば、タイの肝吸虫症の診断には使えるのか？日本の母子手帳を現地の言葉に翻訳して、お母さんたちに使用してもらえば、母子保健衛生はよくなるのか？などの学問的挑戦の課題が山ほどたくさんあると思いますので、学者の関心を引きやすいのでしょう。東京大学に国際保健学専攻ができたのも、この学問的な背景からだと思います。東京大学の国際保健学専攻については最後に述べさせていただきます。

Ⅶ 日本の保健医療協力に期待する分野

ここまで、なぜ日本が国際社会の発展に協力しなければならないかという背景を整理してきました。今度は日本の保健医療協力に期待する分野について、私の意見を述べさせていただきます。主要と思われる分野は10位あります。

日本の保健医療協力に期待する分野

1. AIDSの予防と治療
2. PHCを基盤とする地域保健医療活動の強化
3. 適正医療技術の研究開発
4. 人口・家族計画・母子保健の増進
5. 感染症・寄生虫病対策
6. 現地での必須医薬品やワクチンの製造
(製造・品質管理及び検定などの能力育成を含む)
7. 臨床検査能力の育成
8. 災害時の緊急援助
9. 難民に対する医療
10. 外国の研究機関に対する研究費助成

ここに挙げられた分野は、現地でのニーズが高く、また日本からも協力可能な分野だと思います。もちろん、これ以外の重要な分野はまだたくさんありますがここでは省略させていただきます。そしてここに挙げられた分野はあくまでもラフな指針で、実際のプロジェクト立案、計画、実施ではもっと専門家と細かく検討していかなければなりません。ここでは二つの分野、つまり一番目のAIDSの予防と治療に対する国際協力とPHCを基盤とする地域保健医療活動の強化のみ検討させていただきます。

まずエイズに関しては、1997年の時点で全世界で既に1170万人の死亡者と3060万人の感染者がいて、その内の85%が開発途上国に住んでいます。開発途上国におけるエイズの原因の80%以上は異性間感染、特に性産業従事者からの感染と静注薬物乱用からなっていますので、エイズの予防及び管理対策は、感染源をなくすこと、つまり麻薬常習者と性産業の厳しい取り締まりが最も望まれます。しかし、開発途上国ではこれができないために今日のエイズ問題に直面しているといえます。

エイズの国際協力に関しては New AIDS Country (NAC) と Developed AIDS Country (DAC) に区別すべきであります。New AIDS Country とは、私が便宜上作った言葉です。エイズはこの社会にとってまだ新しい問題であります、慎重にエイズ対策をとっていかないと将来大問題を引き起こしそうな国のことを示しています。これらの国での国際協力の必要な分野は

- 1) エイズ監視とレポーティング制度の設立
- 2) 血液 HIV 検査制度の設立
- 3) 簡易エイズ診断キットの普及
- 4) エイズと Safe Sex に関する知識を普及させる健康教育材料の大量生産
- 5) 性産業従事者のコンドーム使用と行動変容 (Behavioral change) の積極的な運動
- 6) コンドームの供給
- 7) 性病クリニック (STD Clinic) の強化

などが重要と思われます。

以前よりエイズの問題に直面し、しかもこれらの基本的な処置を既にとっているにもかかわらずエイズの感染がかなり蔓延している国 (Developed AIDS Country: DAC) には

- 1) エイズのカウンセリングシステムの強化
- 2) 結核の予防と治療の強化
- 3) エイズと日和見感染の治療薬の供給
- 4) 母と子を夫からの家庭内感染から予防する
- 5) エイズの地域ケアの促進
- 6) エイズ孤児の治療と社会的なケア

が重要であります。

日本は人口、エイズ両分野において、二国間援助に加え、WHO, UNFPA や IPPF

等の場を通じて積極的な協力を行ってきました。1994 年 2 月には「地球規模問題イニシアティブ (Global Issue Initiative on Population and AIDS)」を打ち出し、1994 年から 2000 年度までに ODA 総額 30 億ドルを開発途上国に対し協力することを決定しました。この GII がフルに実施されたら、開発途上国でのエイズの流行の克服に極めて大きな貢献になるであろうと期待されます。

原則的に国際協力に望まれることは、

- 1) 現地の政府ができないことあるいはやりにくいことを援助すること
 - 2) この海外からの協力が触媒的に働き現地の政府、研究協力機関 NGOs と住民の参加的運動が促進されること
 - 3) 現地の既存の医療制度が強化されエイズの問題が既存の制度に統合されること
 - 4) 現地の人材開発を促進すること
- であります。

Ⅶ 地域保健医療活動に関する国際協力

次は PHC を基盤とする地域保健医療活動の強化の国際協力について、私の考えを述べさせていただきます。

開発途上国の医療問題を解決するのに PHC やバマコ運動を基盤とする地域保健活動が最も重要なことを最初に説明いたしましたが、これらの活動を強化、促進するためには、日本はどんな協力をすれば良いのか、私の意見を述べさせていただきます。

まず、開発途上国といっても、それぞれ発展段階が違いますので、ここでは開発途上国を 3 つのグループに分けます。

第 1 グループは、後開発途上国 (low income countries) で、1 人当たりの GNP が約 500 ドル以下の国が対象です。たとえばラオス、カンボジア、ニジェール、ア

ンゴラ等の国です。これらの国に必要なのは、まず第一に National PHC system を設立し、その活動を全国的に展開することです。第二に community health volunteer を早急に大量に育成すること、第三にヘルス・センターの設備を改善することです。これらの国では、ある程度の health center の基本構造は持っていますが、設備がたいへん貧弱で、長い間 under utilization の状態になっていたため、ある程度の設備改善により、コミュニティからの信頼を回復することが必要です。第四に、国によってはかなり以前から特有の病気や風土病、たとえば、肝吸虫症、住血吸虫症、デング出血熱等が蔓延しているので、緊急な対策が必要です。このため住民参加、適正技術に基づく予防と治療の新しい展開が望まれます。将来、国家の PHC システムに統合が可能となるように、PHC システムと平行して全国的な規模でパイロットプロジェクトを発足させておくと、かなり時間の節約ができます。

第2グループの低中所得国 (low middle income countries) は、1人当たりの GNP が 500 ドルから 2,500 ドルの国、たとえばインドネシアなどの国が対象です。これらの国では National PHC システムが設立され、全国的な規模で動いているので、問題は制度よりも内容の質的改善が必要であると思われます。一連の operation research を通して health volunteer の活動の評価、community fund 運営の状態、health center の機能改善を目指す研究などが必要になってきます。地域のなかで PHC の活動が盛んになってくると、地域から health center, community hospital (地域病院) との連携が重要になってくるので、地域病院の設備の拡充と村から health center そして、地域病院までのレファラルシステムの強化などが要求されてきます。

第3グループの高中所得国 (upper middle income countries) は、1人当たりの GNP が約 2,500~8,000 ドルの国です。タイ国も、このグループに入れて良いと思います。これらの国々では、末端の医療サービスと地域医療活動がある程度確立されていますので、問題は県レベルのものです。県立病院の設備改善、地域病院から

県立病院までのレファラルシステムの強化、県と郡単位の health system research などが必要になってきます。とくにこれらの国では地域保健の基本活動、たとえば栄養改善、予防接種の普及、家族計画の拡充、community financing などの経験と、教育能力などを持っていますので、これらの国を南南協力 (south to south cooperation) や開発途上国間技術協力 (TCDV: technical cooperation among developing countries) のフォーカルポイントにすると、一石二鳥のメリットがあります。国際協力を提供する先進国にとっては、費用が少なくて済み、内容も充実するため効率が上がります。一方、協力のフォーカルポイントの国にとっては多少の運営費を戴くことができるし、また教育を提供する立場になるので、自分の仕事の改善への動機が与えられます。さらに協力を受ける後開発途上国にとっては、自分の身近な問題を解決できた国、あるいはその努力をしている国を見ることが重要な参考と大きな励ましとなります。

PHC 対策に加えて、これから重要だと思われることは、開発途上国における適正医療技術 (appropriate medical technology) の研究開発および援助だと思います。なぜなら、今世界の医療機械を作り出しているところは対 GNP1 人当たり 2 万ドル以上の工業先進国の国々の大手医療産業ばかりです。しかし、世界の開発途上国と工業先進国の著しい所得格差によって、もはや多くの開発途上国はこの高価な医療技術を消費することができなくなっています。1992 年の統計によるとアメリカの 1 人当たりの医療費は 3,094 ドルで、日本は 1,376 ドルです。ちなみにラオスの 1 人当たりの GNP はわずか 250 ドルで、GNP の 5 % を医療費だと推定すれば、ラオスの 1 人当たりに使える医療費はわずか 12.5 ドルです。同じような計算で 65 カ国の低所得国で 1 人当たりが使える医療費は 33.8 ドルで、61 カ国の低中所得国では 33.8 ドルから 134.8 ドルです。

しかし、適正医療技術は、値段が安く、使い方が簡単で、高温の熱帯に強く、整備が現地ですらできるだけでなく、安全性と治療効果を犠牲にしてはなりません。こう

いった条件が医療界に要求されるので、開発途上国自身の研究開発の能力を上回ることになります。先進工業国の一つである日本は、技術も科学者も、予算も、研究所も他の国より恵まれているのでこの分野への貢献を考慮すべきでしょう。

VII 日本の国際保健医療活動の弱点

ここまでは、開発途上国でのエイズの予防と治療とPHCを基盤とする地域保健医療活動の国際協力について説明させていただきました。今度は日本の国際保健医療活動の弱点について、多少私の考えを述べさせていただきますと思います。

確かに日本の海外協力を、海外援助額の面で評価したら、世界でも数本の指にはありますが、技術的な面や学問的な面から評価したら、出資した金額ほど評価されてはいません。

日本の国際保健医療活動の弱点については、島尾忠男先生が平成8年10月18日に国立国際医療センター創立3周年記念講演の時にも述べられました。私は全く先生に同感です。先生は当時、日本の国際保健医療活動の弱点を11項目ほど挙げておられましたが、ここでは4項目だけふれさせていただきます。

一番から三番までは島尾先生が挙げられた項目で、四番目だけを私が付け加えさせていただきます。一番目の日本の国際保健活動の弱点は、まずは専門家の外国語能力の問題です。英語で自由に表現できる保健医療専門家もそう多くはいませんのに、ことに英語以外の外国語、例えばフランス語やスペイン語で仕事をしなければならない西アフリカやラテンアメリカに参りますと日本人専門家はほとんどお手上げの状態になります。二番めに、国際協力における経験の浅さということです。これは古くから植民地をもっていた欧米諸国、あるいはアメリカのように、世界中に軍隊を派遣している国、こういった国はいやでも開発途上国の保健医療の問題を

何百年前から肌で感じていたのです。そのため、それなりの知識、組織と経験が生まれてきたのは当然のことだと思います。

ここでちょっとざっくばらんなお話をいたしますが、日本の某大学病院の婦長がマニラのある大学病院に手術室の管理の指導に参りました。そして術中に使う色々な医療機器、例えば心電計、中心静脈圧測定器、血液ガス測定器などについて説明しました。二時間の講義を終えた後、何か質問があったらどうぞ、と研修生に聞いたところ、「はい、質問があります」とある研修生が手を挙げました。それは「停電になったらどうしますか」という質問でした。その婦長はだいふびっくりした表情で「日本では停電なら通知が来ます、いきなりの停電は経験したことがあります。」と答えました。確かに日本の病院ではいきなりの停電は神戸の大震災のような大きな地震がない限りありえないことですが、マニラでは日常茶飯事のことで、手術室の看護婦が何よりも先に「停電になったらどうするか」ということを考えるのは必然的です。

三番目には、日本の学問体系、これは医学、健康科学、あるいは保健医療専門知識全体ともいえますが、すべて国内指向型であります。明治維新以降、日本は外国の知識を一生懸命日本の中に取り込み、日本の事情に適用しようとしてきました。それが130年に及んだ結果、その学問体系は完全に国内指向型に固まってしまったのです。学問体系だけではなく、保健医療体系もそうであります。現在、国際的な業務を公的に取り上げているのは、創立6周年目になる国立国際医療センターだけであります。四番目に日本では、医師や医療専門家のための実践的公衆衛生学を教育する公衆衛生学部(英語ではSchool of Public Healthの言葉を使っています)がありません。そのため、海外に派遣される多くの臨床医や医療専門家は公衆衛生学の基本理念、保健医療の包括性、そして公衆衛生学的アプローチの知識が欠如したままで専門家として仕事をしていました。

Ⅷ 東京大学医学部国際保健学専攻

このような状況下で、1992年4月、今からちょうど7年前に東京大学医学部に国際保健学の専攻ができましたことは、私にとって非常に嬉しかったのです。ずっと前から待ち構えていたことがやっと実現されたなという気がしました。

ここで、東京大学医学部の変遷と国際保健学専攻の位置付けについて、簡単に説明させていただいた後に、いくつかの提言を述べさせていただきたいと思います。

まず、安政5年(1858年)に神田御玉ヶ池に種痘所が設立され、それが後に東京医学校になりまして、明治10年、東京大学医学部になりました。学科は医師を養成する医学科のみでした。昭和28年(1953年)に衛生看護学科が設立され、1965年に保健学科となり、1992年に現在の健康科学・看護学科となりました。この学科は健康科学者や看護学の専門家を養成する目的で設立されました。そして昭和60年(1985年)、医学部国際交流室が設立され、平成4年(1992年)4月に国際保健学専攻が設置されました。

医学部の各科の構成をみますとやはり医学科が一番大きくて、計76の講座からなっており、健康科学・看護学科は14、国際保健学は6講座からなっています。現在の国際保健の講座は国際保健計画学、国際地域保健学、人類生態学、人類遺伝学、発達医科学、そして生物医科学からなっています。

これではっきり解りますように、東京大学の国際地域保健学専攻の位置づけとしては、第一に、東大の国際保健学は欧米のInternational Healthに比べて、あるいは日本国内の基礎医学、臨床医学そして健康科学に比べてもまだまだ歴史が浅い、第二に講座や教職員の数、施設、設備、予算、研究費などはまだ少なく、医学科や健康科学・看護学科とは比べものになりません。第三に、このような状況下であるにもかかわらず、学問の対象は多角的で、「世界の公衆衛生」です。そして第四に、日本の大学の中で初めて国際保健専門家の養成に取り組みました。日本全国で医学部を持っている大学は国、公、私立大学をいれて全部で80校ありますが、国際保

健の専攻を持ったのは東京大学が最初です。

この制約と期待の中で、我々はどうやって生き残れるか、あるいはどのように発展できるかについて四つほど提言したいと思います。

一番目に、私は、生存および発展戦略を教育、研究、ネットワーキングそして統合におくことが良いと思います。教育と研究は大学機関であれば欠かせない活動ですが、それだけでは国際保健学には足りません。国際保健に経験や人材豊富な内外の機関と連携し、そこから得た知識と経験を国際保健学の領域に統合していくことが重要だと思います。第二に、学内の協力講座を広げることです。現在の6つの講座で「世界の公衆衛生」を教育、研究するのはとても無理です。にもかかわらず、これ以上講座を増やすことは難しい、そのため、現に東大医学部内にある講座と協力してやっていくしか方法がありません。第三に内外の優秀な医師が魅力を持てるようにすることです。医師は国際保健活動や国際保健学を担っていくのに欠かせない一員であります。しかし、東京大学の国際保健学専攻に内外の医師はほとんど勉強に来ません。その理由はおそらく入学試験が面倒であることと修士を取るだけでも二年間の勉強が必要であることだと思います。このことを考慮して、現在のコースに加えて、内外の医師やすでに5年以上の経験を持つ医療専門家が一年間で修了できるようなコースを設定する必要があると思います。

最後に、上記の活動より、国際保健学専攻の全ての講座の力を合わせて、日本における国際保健学の学問体系を早く作り上げることが望まれます。

この三年間、東京大学医学部で国際地域保健学教室を担当させていただき誠に光栄に思います。私にとってはかけがえのない体験でもあり、一生の思い出でもあります。1999年4月1日よりタイ国に帰国させていただきますが、東京大学の国際保健学がますます発展するように、心からお祈りいたします。

それでは皆様、長い間ご静聴ありがとうございました。

原著および総説

(日本語・英語のみ)

1996年6月1日～1999年3月31日の総説および原著

1. ソムアツツ・ウォンコムトオン: 開発途上国における医療問題とその解決策の
基本理念, 国際協力研究, 1997; 13 (1): 1-9
2. 中村安秀、ソムアツツ・ウォンコムトオン: 東南アジアの健康問題, 食糧栄養調
査会編, 第一版 東京, 医歯薬出版, 1998; 100-107
3. ソムアツツ・ウォンコムトオン: タイの公衆衛生専門教育, 公衆衛生,
1998; 62 (3): 201-6
4. ソムアツツ・ウォンコムトオン: 適切医療技術の研究, 開発は望ましい国際保健
協力である, 公衆衛生, 1997; 61 (1): 2-3
5. ソムアツツ・ウォンコムトオン: 開発途上国における地域保健の展望, 日本歯
科医学教育学会誌, 1998; 14 (1) : 5-15.
6. ソムアツツ・ウォンコムトオン: 発展途上国のヘルスサービスと PHC 戦略, 公
衆衛生研究, 1996; 45 (4): 437-8
7. 崎坂香屋子、中村安秀、ソムアツツ・ウォンコムトオン: 主要二国間援助機関
による保健医療分野の協力政策の比較研究, 日本国際保健医療学会, 1998; 13
Suppl: 116

8. 徳永裕美子、甲斐一郎、赤林朗、中村安秀、ソムアツ・ウォンコムトオン: ネパールにおけるブータン難民と周辺地域住民の母子保健に関する知識・行動の比較調査, 日本国際保健医療学会, 1998; 13 Suppl: 66
9. 松葉尚子、高木史江、中村安秀、ソムアツ・ウォンコムトオン: 国際保健学教育における学外研修の現状, 日本国際保健医療学会, 1998; 13 Suppl: 181.
10. ソムアツ・ウォンコムトオン: 民族アイデンティティと国際化: 日本とタイの場合, 民族衛生, 1997; 63 Suppl: 32-3.
11. Wongkhomthong S. translator. Holistic self-health care. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1998.
12. Wongkhomthong S. Health problems in developing countries and basic concepts for solving them. *Technology and Development* 1998; (11) 11-17.
13. Wongkhomthong S. Public health education and research in Japanese university in the 21st century. Araki S. editor. *The fifty year history of Public Health at the University of Tokyo*. Tokyo. 1997; 203-205.
14. Wongkhomthong S and Ohsawa S. The current situation on AIDS in Thailand and its future prospects. *Techno Japan* 1998; 31 (6): 14-27.
15. Wongkhomthong S and Ono K. Research on the promotion of acceptance of people living with HIV/AIDS in the community. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1998.

16. Wongkhomthong S and Ono K. Research on strategies for living with people with HIV/AIDS in the community. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1997.
17. Wongkhomthong S and Chutimatavin C. Research on the needs of community-based rehabilitation for disabled persons in Thailand. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1998.
18. Wongkhomthong S, Kietinun S, Chutimatavin C and Nakamura Y. Research on the needs of community-based rehabilitation for disabled persons in Cambodia. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1998.
19. Takai A, Wongkhomthong S, Akabayashi A, Kai I, Ohi G and Naka K. Correlation between history of contact with people living with HIV/AIDS and tolerant attitudes toward HIV/AIDS and PWAs in rural Thailand. *International Journal of STD and AIDS*. 1998 9: a 1219. 1-3.
20. Wongkhomthong S. AIDS infection in Thailand and international cooperation for AIDS. *The Journal of Japan Association for International Health* 1997; Suppl: 41-42.
21. Islam A, Nakamura Y and Wongkhomthong S. Role of voluntary health workers in directory observed treatment strategy in rural Bangladesh (abstract). 29th World Conference on the Global Congress on Lung Health; 1998 Nov. 23-26. poster session; Bangkok.
22. Islam A, Nakamura Y, Wongkhomthong S, Chowdhury S and Ishikawa N. Role of community health workers in TB controls in Bangladesh. *Jpn. J. Trop. Med. Hyg.* In press.

1996 年以前の総説および原著

1. ソムアツ・ウォンコムトオン、小林基弘: タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア (1) —プライマリー・ヘルス・ケアは開発途上国の「医療革新」となるか— (PHC の背景と理念), 公衆衛生, 1985; 49 (12): 849-854
2. ソムアツ・ウォンコムトオン、小林基弘: タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア (2) —プライマリー・ヘルス・ケアは開発途上国の「医療革新」となるか— (PHC の実践活動), 公衆衛生, 1986; 50 (1): 66-77
3. 小林基弘、ソムアツ・ウォンコムトオン: タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア (3) —プライマリー・ヘルス・ケアは開発途上国の「医療革新」となるか—日本の援助と今後の役割—, 公衆衛生, 1986; 50 (2): 129-135
4. 林正男、川上剛、ソムアツ・ウォンコムトオン: タイ国プライマリー・ヘルス・ケア国際研修, 日本公衆衛生雑誌, 1991; 38 (1): 37-44.
5. Chanawongse K, Wongkhomthong S and Cosico RCF. Mobilizing university graduates for health and social development: A learning experience from the graduate health volunteers and the graduate return home projects. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1989.
6. Chanawongse K, Wongkhomthong S and Cosico RCF. Primary Health Care: A continuing challenge. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1987.

7. Wongkhomthong S, Kietinun S and Chutimatawin C. The situation analysis and community assessment on primary health care, maternal and child health and family planning, essential medical care and community development in Chantaburi. Nakornpathom: ASEAN Training Center for PHC Development, Mahidol University, 1986.
8. Wongkhomthong S and Ono K. The application of a community-based approach (CBA) on AIDS prevention and control in Thailand. Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1994.
9. Wongkhomthong S, Kaime-Atterhog W, Ono K. AIDS in the developing world: A case study of Thailand. Bangkok: Holistic Publishing, 1995.
10. Wongkhomthong S and Ono K. The research on training methodologies for AIDS education and counseling in Thailand (Phrase 1.). Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1995.
11. Wongkhomthong S and Ono K. The research on training methodologies for AIDS education and counseling in Thailand (Phrase 2.). Nakornpathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, 1996.
12. Wongkhomthong S and Tanjapatkul M. AIDS in Thailand: A review of the situation and the implications for ASCOJA conference; 1995 Sept. 28-Oct.1; Singapore.
13. Wongkhomthong S. A country situation paper. WHO intercountry consultation on the role of health volunteers in strengthening community action for health. 1995 Feb. 20-24; Yangon, Myanmar.

講義および講演

【大学講義】

東京大学大学院医学研究科

国際保健学専攻

科目：国際地域保健学特論

対象：国際保健学、健康科学・看護学科専攻学生（修士1年次）

講義題目：

1. Orientation to Community Health in the Developing World
2. WHO's Response to the Changing Needs of Countries
(from Post-war Health Services to the Primary Health Care)
3. Health Service Management in Developing Countries
4. AIDS in the Developing World
5. Community-based Prevention and Care for AIDS
6. Research for International Community Health
7. Roles of Foreign Expert on Promoting Community Health in Developing Countries

医学部医学科

科目：医学序論、医療制度論

対象：医学科専攻・教養学部学生2年次

講義題目：開発途上国における医療問題及びその解決策

東南アジアの医療の医療と国際保健活動

科目：衛生学

対象：医学科専門課程1年生

講義題目：国際医療

医学部健康科学・看護学科

科目：国際保健

対象：健康科学・看護学科専攻学部学生4年次

講義題目：開発途上国における医療問題とPHC対策

開発途上国におけるAIDS問題とその対策

国立公衆衛生院

科目：国際保健

対象：専門課程学生

講義題目：プライマリ・ヘルス・ケア
国際保健医療活動の実際

山形医科大学

科目：保健学

対象：医学部学生3年次

講義題目：国際保健

信州大学

科目：公衆衛生学

対象：医学部学生1年次

講義題目：国際保健 (Manpower Development)

山梨医科大学

科目：保健学

対象：医学部学生3年次

講義題目：タイの医療・保健

聖マリアンナ医科大学

科目：特別講義

対象：医学部学生3年および6年次

講義題目：開発途上国における医療問題とその解決策の基本理念

順天堂大学

科目：医学・医療と社会

対象：医学部学生3年次

講義題目：国際保健

川崎医療福祉大学

科目：ヒューマンエコロジー論

対象：全学科1年次

講義題目：開発途上国における医療問題とPHC対策

【学術・教育講演】

1. 貧困と健康：事例紹介1 第一回 AMDA 国際フォーラム「貧困と健康」
AMDA (アジア医師連絡協議会) 主催
1996年8月22日 岡山国際交流センター、岡山県

2. 開発途上国の医療問題とPHC対策
聖マリアンナ医科大学医学講演会 聖マリアンナ医科大学主催
1996年11月20日 聖マリアンナ医科大学、川崎市

3. AIHDとPHC研究開発について
東京大学医学部公衆衛生学教室同窓会総会
東京大学医学部公衆衛生学教室同窓会主催
1996年12月13日 東京大学、東京

4. タイの地域保健活動とエイズ対策
HIVとつきあう開業医の会設立集会 HIVとつきあう開業医の会主催
1996年11月3日 福岡県豊前市八屋小学校、福岡

5. 国際保健
国立公衆衛生院・特別講義 国立公衆衛生院主催
1996年12月12日 国立公衆衛生院、東京

6. International Cooperation for Health Development : Messages from Developing Countries
第66回日本寄生虫学会大会 日本寄生虫学会主催
1997年4月3日 千葉
7. AIDS Infection in Thailand and International Cooperation for AIDS
第12回日本国際保健医療学会総会 日本国際保健医療学会主催
1997年7月26日 茨城県結城市
8. Role of the University in Community Participation-AIHD's AIDS Activities
第2回アジアエイズワークショップ 日本国厚生省、タイ国保健省主催
1997年8月13日 ASEAN Institute for Health Development (AIHD), Mahidol University, Bangkok, Thailand
9. Public Health and Medicine : Lessons from Japan to Thailand for the 21st Century
Fall Conference of Thai Community in Japan 1997
The Association of Thai Professionals in Japan, Thai Students Association in Japan under Royal Patronage, Office of Science and Technology, Royal Thai Embassy 主催
1997年11月1日 電気通信大学、東京
10. 開発途上国における地域保健の展望
第17回日本歯科医学教育学会総会・学術大会
日本歯科医学教育学会主催
1998年7月9日 日本歯科大学新潟歯学部、新潟市

【座長・シンポジスト】

1. まとめの時間のコメンテーター
第11回日本国際保健医療学会総会 日本国際保健医療学会主催
1996年8月15日 愛知県日進市
2. 感染症対策と国際協力について考える
JICA 主催 1996年10月4日 JICA 本部、東京
3. 国際保健医療協力の意義と国立国際医療センターの役割を考える
国立国際医療センター創立3周年記念シンポジウム
国立国際医療センター主催
1996年10月19日 国立国際医療センター、東京
4. シンポジウム: 国際化時代の保健と医療 (中明賢二と共同座長)
第56回日本公衆衛生学会総会
日本公衆衛生学会主催
1997年10月16日 横浜
5. シンポジウム: 民族のアイデンティティと国際化: 日本とタイの場合
第62回日本民族衛生学会総会
日本民族衛生学会主催
1997年11月6日 前橋
6. 一般演題
日本国際医療学会・第14回東日本地方会
日本国際医療学会・東日本地方会主催 1998年3月14日
国立国際医療センター、東京

7. 21世紀への医学教育と国際保健（古田直樹と共同座長）

日本国際保健医療学会・第15回東日本地方大会

日本国際保健医療学会・東日本地方大会主催

1998年4月4日 東京大学医学部、東京

8. Panel Discussion on Regional Cooperation : Promoting a Safer Young Generation

第3回アジアエイズワークショップ

日本国厚生省、タイ国厚生省、UNAIDS主催

1998年6月4日 Bangkok

【研修会・研究会講義】

1. Summary of HIV/AIDS Activities at AIHD, Mahidol University

第1回アジアエイズワークショップ 日本国厚生省、タイ国厚生省主催

1996年8月13日 ASEAN Institute for Health Development (AIHD), Mahidol University, Bangkok, Thailand

2. タイの地域保健の実際

第11回 TISCH (Tokyo International Society of Child Health) Seminar
TISCH主催

1996年7月19日 東京大学学士会館、東京

3. Health Problems in Developing Countries and PHC

第1回東海大学WHO協力21世紀保健指導者養成コース

東海大学 New Health Leader Network 主催

1996年8月23日 東海大学、神奈川県

4. タイにおけるリプロダクティブ・ヘルスとジェンダー

リプロダクティブ・ヘルスとジェンダー研究会

お茶の水女子大学ジェンダー研究センター主催

1996年9月10日 お茶の水女子大学ジェンダー研究センター、東京

5. Promotion of PHC Community at National and International Levels : A Case Study of ATC/PHC Project

第18回 JICA 勉強会 JICA 勉強会主催

1996年9月11日 JICA 本部、東京

6. 日本人の考え方（日・タイ比較の視点から）

海外技術者研修・1996年度東京第16コース

海外技術者研修協会主催

1996年10月15日 東京研修センター、東京

7. AIDS Situation In Thailand

第3回国際エイズ対策行政官研修

厚生省、財団法人エイズ予防財団主催

1996年10月21日 早稲田大学国際会議場、東京

8. エイズの行動科学と健康教育

アジア地区エイズ専門家研修

エイズ予防財団と結核予防会結核研究所主催

1996年10月31日 結核予防会結核研究所、東京

9. タイ農村の医療問題

国際協力コース

東京YMCA専門学校主催

1996年11月6日 東京YMCA専門学校、東京

10. 国際開発における医療問題とその解決策

福岡市環境保健衛生大会

福岡市衛生局主催

1996年12月5日 福岡県福岡市

11. 日本人の考え方（日タイ比較の視点から）

海外技術者研修 1996年度東京第29コース

海外技術者研修協会主催

1997年3月4日 東京研修センター、東京

12. 東南アジアにおける衛生管理について

平成9年度派遣青年日本語教師 派遣前研修

国際文化交流推進協会主催

1997年5月2日 国際交流基金、東京

13. 開発途上国における医療問題とその解決策

ボランティア養成講座・東南アジアコース

アジアボランティアセンター主催

1997年5月24日 アジアボランティアセンター、大阪市

14. 開発途上国における医療問題とその解決策

日本医師会生涯教育講座・第98回臨床研究会

東京大学医師会主催

1997年6月6日 東京大学医学部附属病院、東京

15. 開発途上国の医療問題とPHC

熱帯病学基礎課程研修

東京大学医科学研究所主催

1997年7月29日 東京大学医科学研究所、東京

16. Health System and AIDS Situation in Thailand

開発援助研修「人口エイズマネジメントコース」

国際開発高等教育機構（FASID）主催

1997年11月13日 FASID研修室、東京

17. Health Manpower Development for the Improvement of community Health Services by ASEAN Institute for Health Development (AIHD), Mahidol University, Thailand

Executive Training Course for the Improvement of District Health Services
JICA PTTC/IDHS Project 主催

1997年12月21日 Ujung Pandang City, South Sulawesi Province, Republic of Indonesia

18. Control for Deficient Nutrients

第二回東海大学WHO協力21世紀保健指導者養成コース

東海大学New Health Leader Network 主催

1997年9月4日 東海大学、神奈川県

19. Control for Deficient Nutrients

第三回東海大学WHO協力21世紀保健指導者養成コース

東海大学New Health Leader Network 主催

1998年9月4日 東海大学、神奈川県

20. 開発途上国の医療問題とPHC

熱帯病学基礎課程研修

東京大学医科学研究所主催

1998年5月11日 東京大学医科学研究所、東京

指導論文

【修士論文】

1996 年度

Correlation Between History of Contact with People Living with HIV/AIDS and Tolerant Attitudes Toward HIV/AIDS and PWAs in Rural Thailand 高井明子

1997 年度

Knowledge and Practice Concerning Maternal and Child Health Care among Bhutanese Refugees and Locals in Nepal 徳永裕美子

Feeding Practice During Diarrhea 6-23 Months of Age children and Mothers Perception During Diarrhea at Sharahsti Thana in Bangladesh 成瀬和子

1998 年度

東京都における在日外国人母子保健支援事業の現状とその課題 佐々木成子

Spousal Communication about Family Planning and Contraceptive Use in Bulacan, the Philippines 石川陽子

Mother's Hygiene Behaviors in Tayabo Village, Nueva Ecija province in the Philippines 崎坂香屋子

Perception of a Rural Malaysian Community Towards Traditional and Modern Medicine in Northern Peninsular Malaysia 藤井まい

Health Status of Mothers and Children in Economic Crisis in Urban Populations in Indonesia 松葉尚子

【博士論文（課程）】

1998 年度

Formal and Informal Elderly Support in Urban and Rural Villages in Indonesia
-A Case Study in Central Java and Bali Provinces- Subiyono

国際地域保健学教室の歩み

教職員

【教授】

大井 玄	1993年4月－1996年3月
ソムアッツ・ウォンコムトオン	1996年6月－1999年3月

【助教授】

甲斐 一郎	1993年4月－1997年3月
中村 安秀	1997年7月－現在

【助手】

宮坂 道夫	1995年9月－1997年3月
赤林 朗	1994年1月－1997年12月
高木 史江	1998年4月－現在

【非常勤講師】

(1994年度～1998年度の期間内に在職)

五十嵐 禎三	石川 信克
岩波 和俊	上原 鳴夫
加藤 尚武	川上 剛
北林 春美	木村 利人
小林 廉毅	佐藤 幸江
菅沼 茂	高橋 昭
武井 秀夫	土田 友章
中村 安秀	波平 恵美子
棚島 次郎	原 ひろ子
尾藤 誠司	平山 恵
兵井 伸行	福井 次夫
本田 徹	丸井 英二
森岡 正博	

学位取得者および論文

【大学院修士課程修了者】

1993 年度

市川佐江子

Japanese Technical Cooperation: An Evaluation on Three on-going Family Planning and Child Health Project

井上肇

An Aspect of Primary Education in Cambodia

篠崎淳

Utilization of Medical Services by Foreign Residents and Their Health Insurance Coverage in Yachiyo City

竹本哲一

Determinants of Diarrhea of Children among Multi-ethnic Groups in Djibouti Refugee Camp

1994 年度

臼木康子

Correlates of Strenuous Difficulties Encountered by Filipino Helpers in Asia

尾崎敬子

Deposit Money in Community-Based Tuberculosis Programme
-Case Study of a NGO in Rural Bangladesh-

邱泰源

日本と台湾の農村地域におけるターミナルケアに対する姿勢の比較研究

中村裕子

難治性・遺伝性神経疾患における『告知』に関する日米比較研究
ー日本国内と米国日系社会に暮らす患者・家族の『告知』に対する態度ー

西村忠

生命倫理教育の評価法の作成 倫理的問題点同定力と道徳的意味づけの視点から

横川吉晴

死に対する態度尺度の開発の試み

1995 年度

大石剛子

がん患者の臨床試験参加不参加における、意思決定過程の実態

櫻井則男

ラオス国におけるポリオ根絶計画：その現状と問題点

高橋都

日本の病院における乳癌患者の相互扶助行動：そのプロセスと機能

西村多寿子

Correlates of Condom Use among Female Sex Workers in Tarlac, Philippines

山岡由加子

「自己」観の文化差と倫理意義 日米自動車交渉に関する新聞論調に現れた相互独立と相互協調の視点

1996 年度

佐藤善子

フィリピン山岳民族アエタの再定住地における母子の栄養状態と食生活

高井明子

Correlation Between History of Contact with People Living with HIV/AIDS and Tolerant Attitudes Toward HIV/AIDS and PWAs in Rural Thailand

深津宜子

日本の一般病院における倫理委員会の設置・運営状況および倫理的問題への対応の現状

山崎学

戦後ブラジル移住者のUターン移動に関する事例研究
ー生活史と高齢期の生活設計ー

吉田敦子

高齢者が一人暮らしを開始した状況とその後の日常生活におけるコーピング

1997 年度

徳永裕美子

Knowledge and Practice Concerning Maternal and Child Health Care among Bhutanese Refugees and Locals in Nepal

成瀬和子

Feeding Practice During Diarrhea 6-23 Months of Age children and Mothers Perception During Diarrhea at Sharahsti Thana in Bangladesh

1998 年度

佐々木成子

東京都における在日外国人母子保健支援事業の現状とその課題

石川陽子

Spousal Communication about Family Planning and Contraceptive Use in Bulacan, the Philippines

崎坂香屋子

Mother's Hygiene Behaviors in Tayabo Village, Nueva Ecija Province in the Philippines

藤井まい

Perception of a Rural Malaysian Community Towards Traditional and Modern Medicine in Northern Peninsular Malaysia

松葉尚子

Health Status of Mothers and Children in Economic Crisis in Urban Populations in Indonesia

【博士課程修了者】

1997 年度

金恵京

農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と QOL: 韓国および日本での追跡研究

1998 年度

Sbiyono

Formal and Informal Elderly Support in Urban and Rural Villages in Indonesia
-A Case Study in Central Java and Bali Provinces-

教室スタッフ

【教授】

ソムアツツ・ウオンコムトオン Som-arch Wongkhomthong

【助教授】

中村 安秀

【助手】

高木 史江

【大学院生・博士課程】

Subiyono

高橋 都

高井 明子

深津 宜子

MD. Akramul ISLAM

徳永 裕美子

【大学院生・修士課程】

佐々木 成子

石川 陽子

崎坂 香屋子

藤井 まい

松葉 尚子

稲岡 恵美

竹内 治子

當山 紀子

中原 慎二

Nilar Win

Phoxay Chandavone

渡辺 雅行

【客員研究員】

井上 肇
賀来 玲玲
加納 尚美
窪田 勉
沢田 貴志
成瀬 和子
西山 綾子
野田 奈緒子
藤田 則子
山田 晴男
渡辺 洋子

大杉 千恵子
柏樹 悦郎
Carolyn S. Stevens
黒岩 宙司
重藤 真理子
Nigoon JITTTHAI
額賀 淑郎
哈 森
間宮 志のぶ
李 節子

小野崎 郁史
金子 聰
邱 泰源
佐藤 みどり
高松 安好
西村 由実子
野口 奈佳恵
林 亜紀子
山浦 祥恵
和田 知代

【研究生】

加藤 麻由美
堤 敦朗

Papinee Teerakulkittipong

【論文博士】

Boonterm Saengdidtha

【秘書】

木村 淳子
岡澤 明子

あとがき

このたび東京大学教授ソムアツ・ウォンコムトオン先生は、東京大学における職務の任期満了に伴い、1999年3月31日をもちまして、タイ王国に戻られることになりました。

ソムアツ・ウォンコムトオン先生は、1996年6月以来2年10か月 にわたり東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻国際地域保健学 教授として、東京大学において国際保健学の教育・研究の発展に尽力 してられました。また、その間、日本国際保健医療学会、日本寄生 虫学会、日本歯科医学教育学会などで特別講演を行うなど、日本の国 際保健全体の発展に多大の貢献をされてきました。

このたび、ソムアツ先生の日本における業績および退官記念講義 「国際保健と日本の役割」の草稿をまとめました。国際地域保健学教 室の貴重なメモランダムというだけでなく、国際保健に関心を寄せる 若い人々への道しるべになれば幸いです。

今後も、マヒドン大学アセアン健康開発研究所(ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University)の所長として、タイと日 本の国際保健協力のみならず、アジアにおける地域保健医療分野のリ ーダーとしてますますのご活躍を心から祈念しています。

1999年3月

「ソムアツ・ウォンコムトオン教授記念業績集」編集委員会
中村安秀 高木史江 石川陽子 岡澤明子 木村淳子

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室内
TEL 03-3812-2111 内線 3698
FAX 03-5684-3198