

移住地診療所運営に関する調査報告書

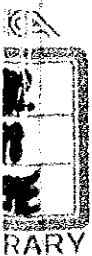
移住地診療所運営に関する調査報告書

1991年4月

国際協力事業団
移住事業部

1991年4月

国際協力



移 海
JR
91-5

JICA LIBRARY



1101967(6)

24503

移住地診療所運営に関する調査報告書

1991年4月

国際協力事業団
移住事業部

国際協力事業団

24503

序 文

移住地診療所は、劣悪な自然環境で生活する日本人移住者の健康を守るために、1960年前後にボリヴィア・パラグアイの5つの戦後集団移住地にJICAの前々身団体である「海協連」の直営診療所として相次いで設立（オキナワでは琉球政府診療所を1967年にJICAに移管）されたものであり、爾来移住者及びその地域社会の診療機関として、また保健衛生教育機関として多大の貢献を果たしてきた。

移住者は移住地内に診療所があればこそ、安心して時には危険も伴う開拓業務に従事できたのであり、実際に幾多の生命を救ってきたのみならず、その精神的支えともなり現地住民を含め地域の医療機関として頼られつつ今日に至ったものである。

かように移住地において不可欠な役割を担って来た診療所であるが、近年の移住地内外の地域住民患者の急激な増加、移住地社会の一応の経済的安定化に伴う移住者自身による診療所独立採算体制の確立の必要性等、移住地を取り巻く諸状況は今日まで非常な変化を遂げて来た。このため、今後の診療所のあり方、将来構想とそれに添った助成計画等を策定するため、1990年11月に診療所の運営実態を詳細に把握すべく調査団を派遣した。本報告書は、同調査団の報告、並びにそれに基づく将来の診療所についての関係者による考察をまとめたものである。

本報告書作成に当たり、調査に携わった関係者各位、快く助言を賜った診療所勤務経験医師、また移住地関係者各位に対し深甚なる謝意を表するとともに、本報告が今後診療所が効果的に運営され、引続き移住地の医療機関として更なる貢献をするための一助となるよう、期待して止まない。

平成3年4月

国際協力事業団移住事業部長

鏑 木 功

オキナワ診療所



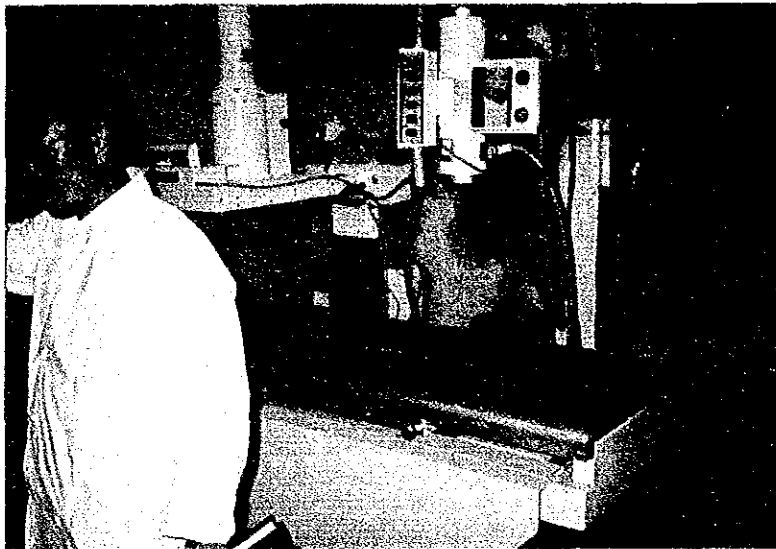
全 景



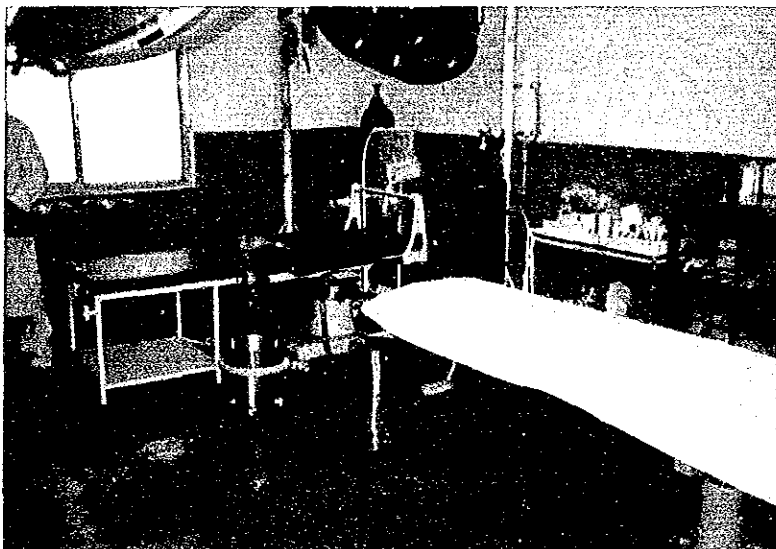
正面入口



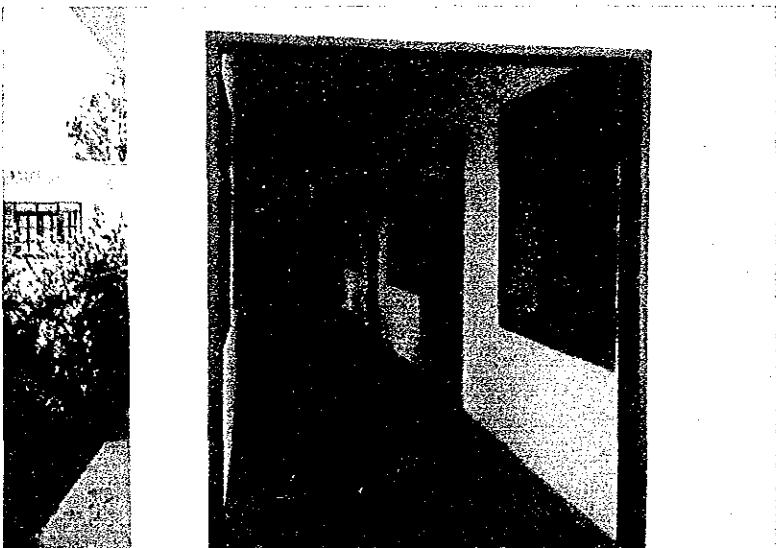
側方より
X線室・臨床検査室
救急車置場を臨む



レントゲン室



手術室



入院病棟

サンファン診療所



正面から



背後から



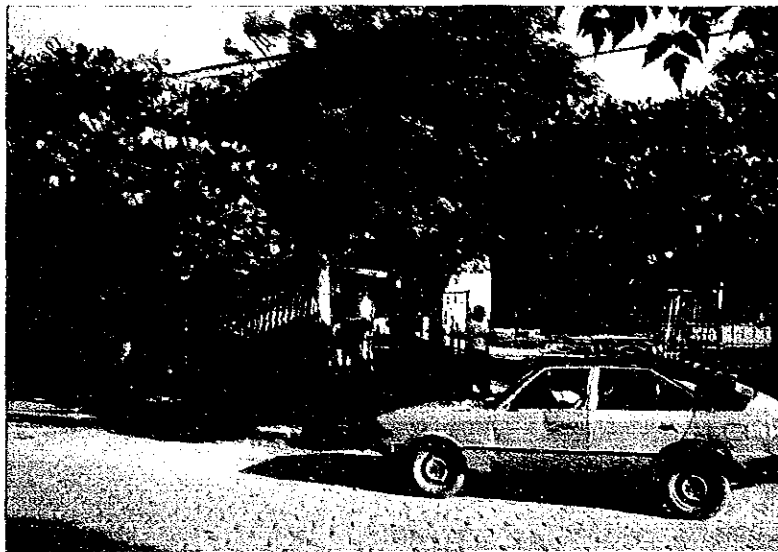
分娩室

SAN CARLOSのICHILO病院



イタリアの国際協力団体が運営。
ベット数37床
周辺の6診療所を管轄下に置く。
患者約500人/月

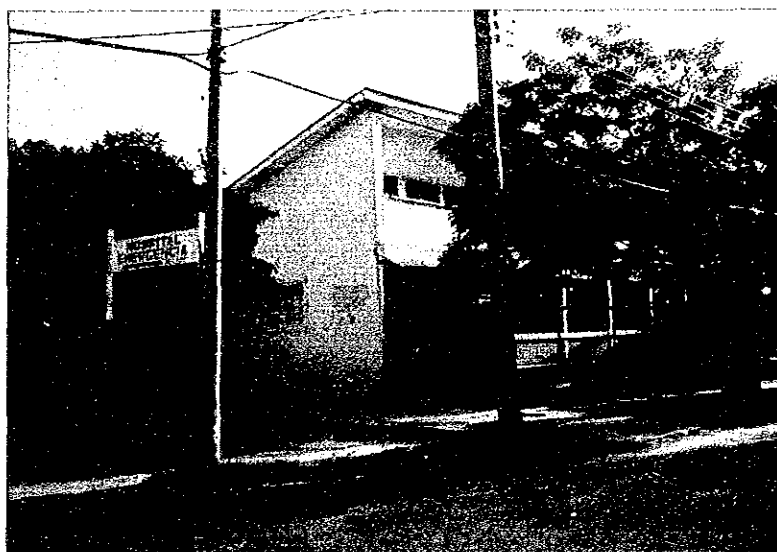
MONTERO総合病院（保健省運営）



正 門

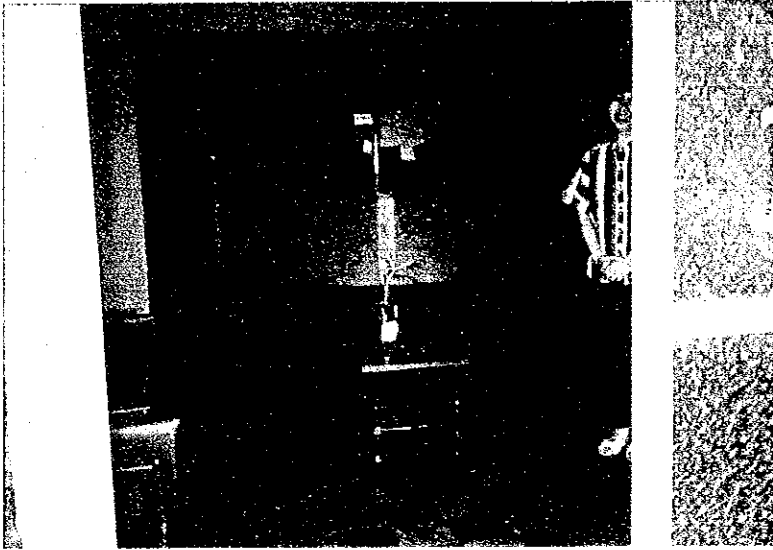


正面入口

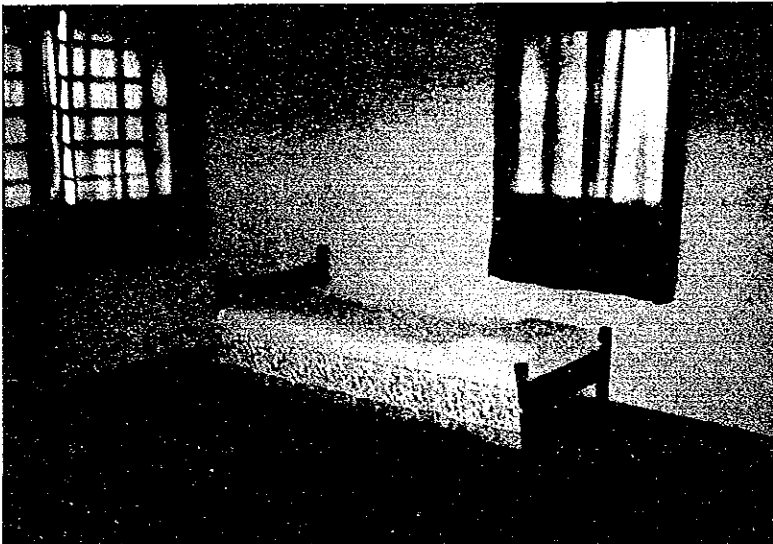


救急入口

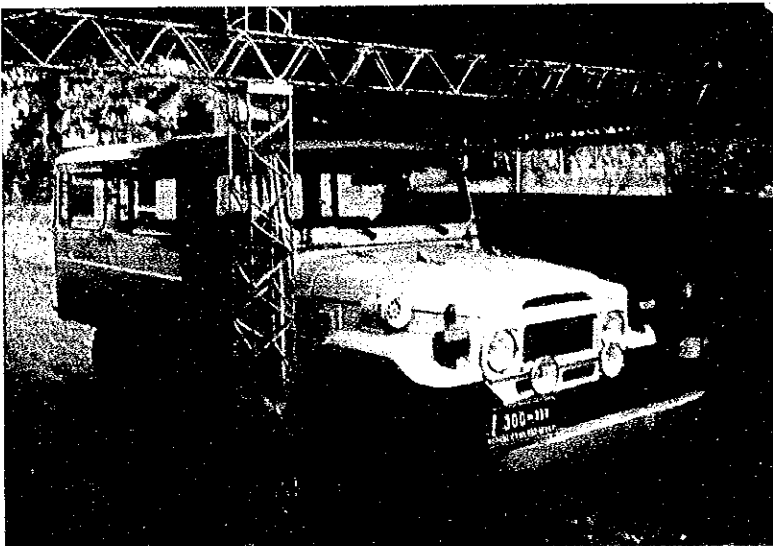
フラム診療所



正面入口・受付



差額ベッド
個室、バスルーム付設



救急車
7年間使用
道路悪く老朽化
著しい

アルトパラナ（ピラポ）診療所



正面から



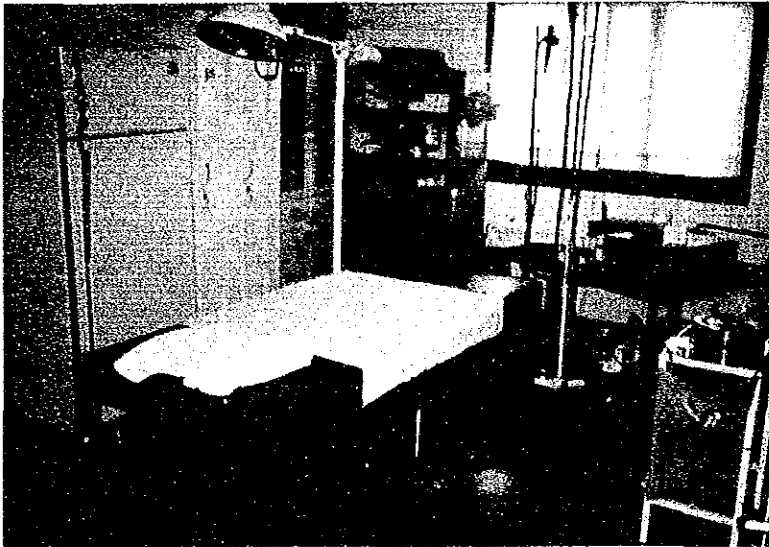
裏庭から



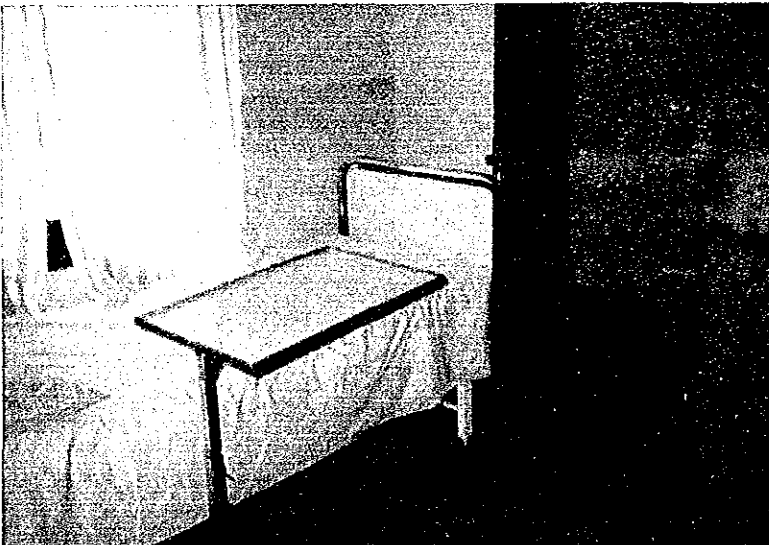
救急車
7年間使用



臨床検査室



内視鏡室
内視鏡と保管庫

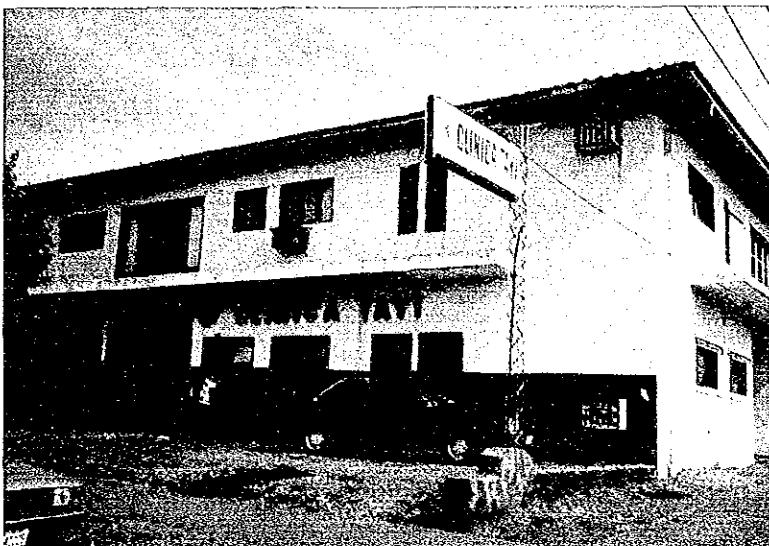


差額ベッド

ENCARNACIONの主要病院



保健省病院

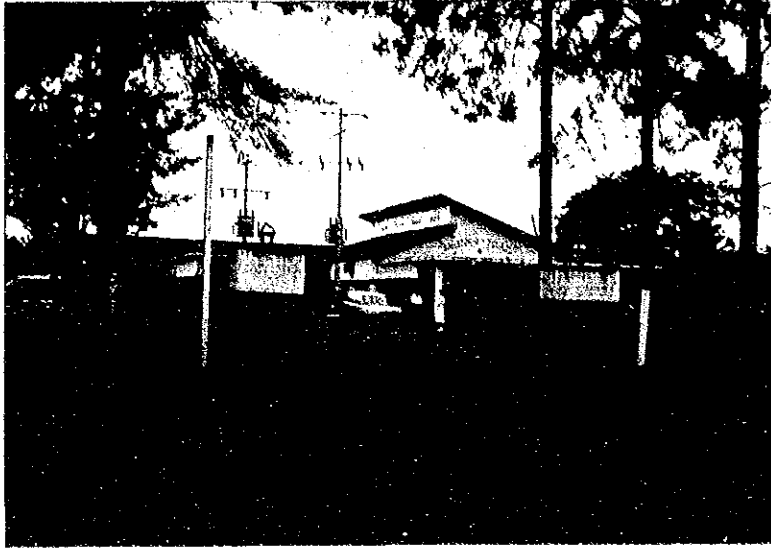


私立TAYI診療所

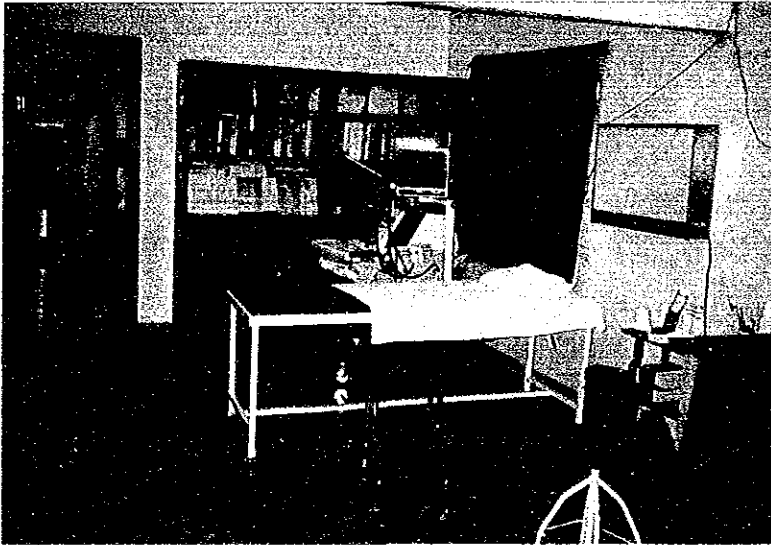


HOFENAU
ADVENTISA診療所

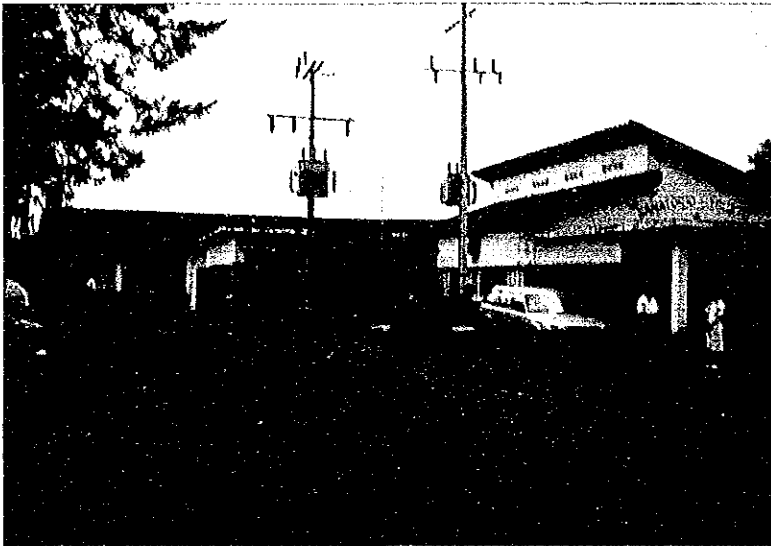
イグアス診療所



正面から

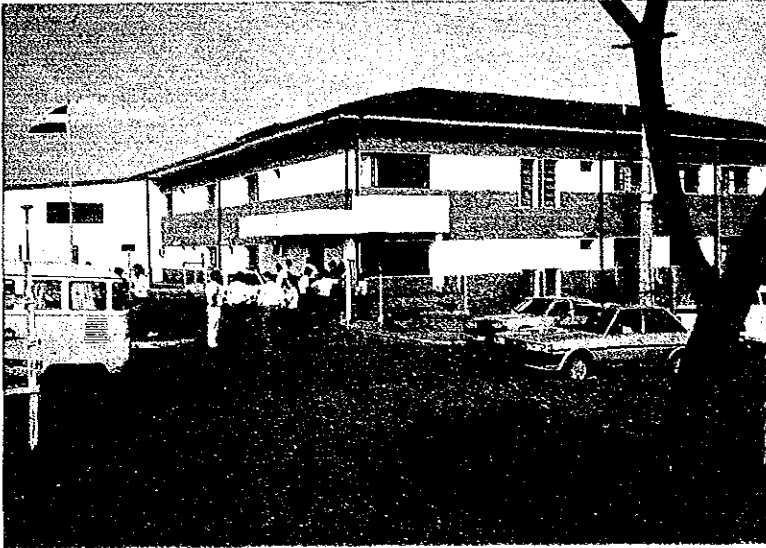


超音波診断室



全 景

ESTE市の主要病院



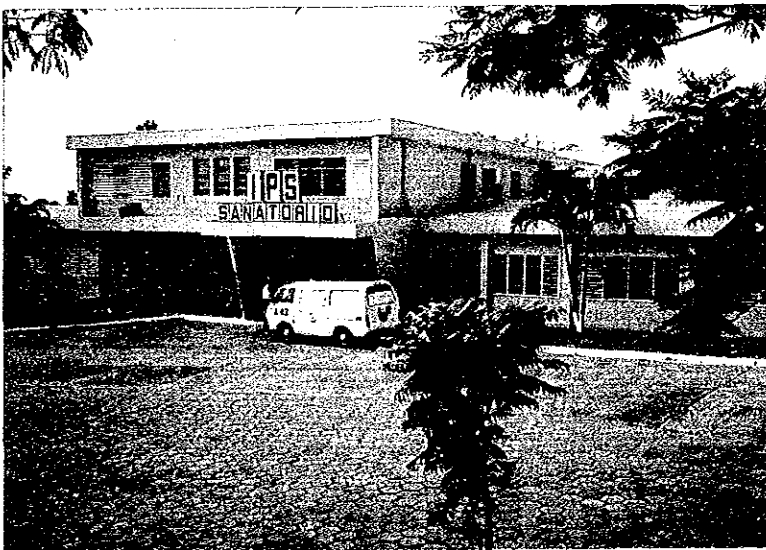
保健省病院

82床（常時満床）

医者92名／日

全職員の給与・機材購入費は政府より補填、
経常経費は収益で補っているとのこと。

救急車・診療車各1台



社会保険庁病院

1972年労働者及びその
家族のために設置

56床（30%満床）

医者16名

うち歯科4名

（臨床検査医2名）

来診150名／日

医療費は無料

目 次

序 文
写 真

移住地診療所運営実態調査団報告書	1
移住地診療所運営に関する考察	15
1. 運営体制	17
2. 診療所のステータス	18
3. 人員確保と適正設備	19
4. 他医療機関との協力	20
5. 健康保険組合	21
6. 今後の活動の展望	23
7. 今後の助成計画	25
8. まとめ	30
作成資料	31
1. 診療所概況	33
2. 診療所の運営体制・人員配置	38
3. 年度別診療科目別件数	43
4. 診療所施設・備品リスト	52
5. 助成機材リスト	66
6. 診療所医師ローテーション表	79
7. 日系医療機関及びオキナワ・サンフアン近郊医療機関概要	86
参考資料	89
オキナワ移住地健康保険制度について（幸地広、瀬尾幸著「移住研究」No.27国際協力事業団発行に掲載）	

移住地診療所運営実態調査団報告書

1. 調査目的

ボリヴィア及びパラグアイにおける移住地診療所の運営状況を調査し、今後の診療所のあり方、並びに診療所運営移管スケジュールを考察することを目的とした。

2. 調査団員

(1) 総括・法律問題

長島 浩平（外務省領事移住政策課 課長補佐）

(2) 診療所運営計画

建部 信（国際協力事業団移住事業部海外事業課 職員）

3. 調査団業務内容

(1) 移住地事情調査

診療所の存在する移住地の一般事情、医療事情、日系人を主体とした地域住民の医療ニーズ等の把握を行う。

(2) 診療所活動状況調査

診療所の活動実績、活動状況、活動能力等の調査を行うとともに、当該国における現時点での診療所の位置付けについて把握する。

(3) 診療所運営に関する考察

上記調査内容を踏まえた上で、地域における診療所の適切な役割・位置付け等を明確にし、実質的な診療所運営移管の促進、現地法人化、運営基金制度導入、医師雇用体制の見直し等の諸問題について考察を深め、今後の診療所の効果的運営に資する。

4. 調査日程

平成2年11月19日から同年12月10日まで

月 日	曜	業 務 内 容
11/19	月	TOKYO RG-833 LIMA 18:00 23:30
20	火	大使館・ペルー事務所表敬、打合せ。日秘診療所訪問、視察。
21	水	資料整理。 LIMA AA-987 LA PAZ 18:15 21:10
22	木	大使館・ポリヴィア事務所表敬、打合せ。
23	金	LA PAZ LB-981 SANTA CRUZ 9:30 11:25 駐在官事務所、サンタ・クルス支所表敬、打合せ。
24	土	日本病院視察。
25	日	資料整理
26	月	オキナワ診療所視察。関係者との打合せ。
27	火	サン・ファン診療所視察。関係者との打合せ。
28	水	サンタ・クルス日ボ協会他地元有識者との打合せ
29	木	SANTA CRUZ PZ-801 ASUNCION 3:20 6:00 大使館・バラグアイ事務所表敬、打合せ。松本医師との打合せ。 大使公邸にてJICA専門家との懇親会。
30	金	エンカルナシオンに移動。領事館・支所表敬、打合せ。
12/1	土	小児病院視察。エンカルナシオン日本人会との懇親会。
2	日	資料整理
3	月	フラム診療所視察。関係者との打合せ。
4	火	アルト・パラナ診療所視察。関係者との打合せ。エステ市に移動。
5	水	イグアス診療所視察。関係者との打合せ。
6	木	保健省病院視察。EPS（社会保険庁）病院視察。
7	金	IGUAZU SC-477 SAO PAULO 10:45 12:15 日伯友好病院視察。総領事館・サンパウロ事務所表敬。
8	土	SAO PAULO RG-832 TOKYO
10	月	22:45 13:30

5. 調査対象医療機関

- (1) ボリヴィア オキナワ診療所
サンフアン診療所
- (2) パラグアイ アルトパラナ診療所
フラム診療所
イグアス診療所

(3) その他視察医療機関

- ペルー ヘスス マリア日秘診療所
- ボリヴィア サンタクルス総合病院
- パラグアイ エンカルナシオン小児病院
エステ市保健省病院
" EPS (社会保険庁) 病院
- ブラジル サンパウロ日伯友好病院

(4) 主要面会者 (外務省・JICA関係者を除く)

- | | | |
|-------|------------------------------|------------------------|
| ペルー | Dr. VICTOR YAMAMOTO MIYAKAWA | 日秘診療所所長 |
| | 仲田 忠司 | ペルー日本人協会/日秘文化会館事務局長 |
| | Econ. ALFREDO BATA NAKAO | 日秘診療所副所長 |
| | ANTONIO TAKUMA | 日秘診療所事務員 |
| ボリヴィア | 田邊 稔 | サンタ・クルス総合病院 JICA 派遣専門家 |
| | 仲佐 保 | サンタ・クルス総合病院 JICA 派遣専門家 |
| | 本田 五月 | サンタ・クルス総合病院 JICA 派遣専門家 |
| | 磯 東一郎 | サンタ・クルス総合病院 JICA 派遣専門家 |
| | 幸地 広 | オキナワ日暮協会会長 |
| | 池田 篤雄 | オキナワ日暮協会次長 |
| | 中田 喜正 | オキナワ日暮協会役員 |
| | 儀間 博治 | オキナワ日暮協会事務局長 |
| | 桜井 宏明 | オキナワ日暮協会会員 |
| | 井上 和雄 | オキナワ日暮協会医師 |
| | 名嘉村 JORGE | オキナワ日暮協会医師 |
| | 林 英次 | サン・フアン日暮協会会長 |
| | 佐藤 信寿 | サン・フアン日暮協会事務局長 |
| | 神谷 AUGUSTO | サン・フアン日暮協会診療所医師 |
| | 新田 CARLOS | サン・フアン日暮協会診療所医師 |
| | 神谷 利明 | サンタ・クルス在住医師 |

	玉城 政雄	サンタ・クルス在住医師
	古木 邦雄	サンタ・クルス日本人会会長
<u>パラグアイ</u>	吉田 長栄	ラ・パス日本人会会長
	大西 強	ラ・パス日本人会事務局長
	島中 考基	フラム診療所医師
	工藤 繁	ピラポ日本人会副会長
	馬屋原 茂章	ピラポ日本人会事務局長
	堤 一彦	アルト・パラナ診療所医師
	三井 治雄	アルト・パラナ診療所医師
	高岡 三二	アルト・パラナ診療所医師
	斎藤 栄積	イグアス日本人会会長
	山西 司朗	イグアス日本人会事務局長
	田中 良穂	イグアス診療所医師
	松本 裕太郎	元イグアス診療所医師
	赤城 孝一	イグアス診療所医師
<u>ブラジル</u>	竹中 正	サンパウロ日伯援護協会／日伯友好病院経 営審議会会長
	和井 武一	サンパウロ日伯援護協会副会長
	小畑 博昭	サンパウロ日伯援護協会事務局長
	岩崎 秀雄	日伯友好病院経営審議会副会長
	菅原 正視	日伯友好病院院長
	山下 忠男	日伯友好病院事務長

6. 調査団所見

(1) 診療所の運営状況

(イ) 移住者・日系人の自立・安定に寄与

ボリヴィア及びパラグアイにおける移住地診療所は、診療所を取り巻く環境、診療所の規模等が若干異なるものの、年間 5,000人から20,000人という対応能力の限界に近い患者数（大部分は、内科、外科、産婦人科の患者）を受入れており、極めて良く利用されている状況にある。

就中、移住地内に、ある程度高度の診療と治療が可能で、しかも日本語で診察を受けられることが出来る診療所が存在することは、日系移住者にとって極めて大きな精神的な支えになっているばかりか、安心して営農等に専念することを可能にするなど、経済面、生活面等においても大きな側面的支援となっている。

(ロ) 地域医療機関として高い評価

ボリヴィア及びパラグアイは、政府自体が恒常的な財政困難下にあることもあって、中南米諸国の中にあっても、経済社会インフラの整備が最も遅れている国である（ボリヴィアの1人あたりGNPは570ドル、パラグアイは1180ドル=88年世銀）。

就中、両国の医療サービスは極めて拙劣な状況にあり、また医療保険制度も極めて制約された条件の下に運営されている状況にある。従って、かなりの高度の医療機器を配備し、対応も丁寧な日系医師或いは日本人医師のいる移住地診療所は、患者の7-8割が現地住民で占められており、地域医療機関として先方政府、現地住民からも高い評価を受けている。

(ハ) 医療機材の利用頻度

各移住地の診療所は、何れも最新で高度の医療機材がほぼ同一レベルで配備されており、概ね良く活用されている状況にある。但し、診療所によっては、特定の機材が余り活用されていない例が若干見られた（例えば、整形外科手術器具、超音波洗浄装置、自動フィルム現像装置、脳波計等）。

これは派遣医の考え方で特定の医療機材を配備してもらっても、後任の派遣医の専門が違っていたり、後任が派遣されず現採用が機材を作動する能力を持ち合わせていない等の事情に起因している。

(2) 診療所を巡る問題点

ボリヴィア、パラグアイにおける移住の歴史は30-35年と歴史が短いこともあって、移住地診療所も種々の問題を抱えているが、本項ではたんに問題点の指摘のみに止め、善後策、対応策等については「取敢えずの提言」の項に譲ることにしたい。

(イ) 独立採算の困難性

現在の移住地診療所は、その中核たる医療サービス要員（派遣医師、現地採用医師、看護婦）及び医療機器をJICA助成に頼っているが、それ以外の収支面では若干ながら黒字を出している。元々、医療機関は、純然たる生産企業と違って、社会サービスの側面を強く有しており、診療所が独立採算に立脚して独自に存続し続けるには、診療単価を大巾に引き上げ、営利追求を主体とした経営を行わなければならない。仮に、移住地診療所を純然たる民間医療機関に転換したとしても、移住地・同周辺の経済的社会的状況から見てかかる診療所の存続は困難と見られる。

(ロ) 日系社会の助成依存体質

移住地診療所は、ここ数年間で殆ど現地日本人会に運営を移管しているが、オキナワ移住地診療所を除いては、将来、日本人会で独自に診療所を運営して行こうという自立意識が極めて薄い。ボリヴィア、パラグアイをブラジルと比較すると、日系医療機関を自分達で維持していこうという意識の差が一層鮮明となる。ブラジルの医療機関は日系社会が一丸となって援護協会を組織し、病院等を維持・運営しているが、ボ・パ両国の場合はかかる援護協会を設立していこうという意識も希薄である。

この背景には、ボリヴィア、パラグアイにおける移住の歴史が短いこと、診療所が日本人会に移管されて2-3年と日が浅いこと、元々診療所運営には莫大な経費が必要で、到底日本人会で財政負担を行っていけないという諦観の存在等の事情が存在する。これらの事情は、それなりに理解し得るところであるが、両国の移住地社会も30数年を経、経済的にも安定しつつあるので、移住地社会の自立化の意識が漸次高揚されていくことが望まれる。

他方、診療所の運営を委託された各地の日本人会としては、財政負担能力の限界等もあり、「やっかいなもの」を委されたという意識があり、日本側の助成は当面継続されて行くのは当然とする期待感が存在するので、今後の医療助成の見直しに当っては、この点を特に配慮する必要がある。

(ハ) 医師人材の不足

特に、ボリヴィアにおいては、日系医師の人材が不足しており、サンファン、オキナワ両診療所ともブラジル日系人医師に一部頼っているのが現状である。従って、診療所を運営する同国の日本人会にとっては日系移住者子弟の医師人材の育成が急務となっているが、移住者子弟で医学を目指す者は極めて限られており、今後、移住地診療所の医師を日系人医師で充足していける可能性は極めて限られている。

なお、パラグアイにおいては、各診療所とも日系医師を採用しており、また、JICAの奨学金助成対象の医学生も8名にのぼるなど、日系医師の人材については若干明るい見通しにある。

(二) 診療所のあり方を巡る意見対立

現在、本邦より医師を派遣している移住地診療所は、ボリヴィアのオキナワ移住地診療所とパラグアイのアルト・パラナ診療所の2ヶ所であるが、以上の診療所に限らず、これまで派遣医と日本人会（現在の運営母体）との間には、大なり小なり運営を巡って意見対立が見られた。この対立は、双方とも診療所運営、並びに移住地医療のより一層の改善を願ってのことであるのはいうまでもないが、考えられる大きな原因のひとつは、派遣医は運営団体がみずから雇用したのではなく、JICAとの雇用契約に基づく派遣医師であるため、双方に立場上の微妙な遠慮や食い違い、待遇の考え方、受け取り方の相違が生まれることによるものと思われる。従って、この改善策としては、運営団体が自らの責任と義務において採用が可能なよう、現地医師の育成を待って早期に派遣医から現採医に切り替えて行くことを検討すべきであろう。また、この場合、運営団体に対する現採医の発言力がより一層弱くなる懸念はあるが、運営委員会としては、医師としての専門的立場・意見を十分に理解し、これを取り入れて診療所の運営を行って行くことが肝要と言えよう。

(3) 診療所の法律的問題

(イ) 診療所のステータス問題

ボリヴィア、パラグアイの移住地診療所は、夫々JICAより現地の日本人会に運営移管を行っているが、大部分の診療所の財産権はJICAに所属している。他方、各日本人会は公益法人（asociacion）としてその定款を登録しているものの、診療所運営に伴う定款の変更手続きは完了していない。従って、法律的にあいまいな状態で診療所の運営を行っている状況にあるが、夫々の診療所は何れも移住地の特例施設であること、更には、両国政府に対する我が国の大規模な開発援助の存在（両国にとって日本は最大の援助国）等の事情もあって、現在のところ黙認されているのが現状である。

ボリヴィア、パラグアイでは、医療に関する法制が体系的に整備されていないことから診療所の現地法人化の検討は遅々として進んでいないが、日本人会の多くは定款改正の方向で法律的側面を検討し始めている。なお、パラグアイでは定款改正及び診療所の免税措置は比較的容易にできるとの法律家（JICA顧問弁護士）の意見もある。

(ロ) ボリヴィアにおける診療所の法律的問題

ボリヴィアにおいては、最近、民族主義的傾向をもったポプリズム政党が躍進しており移住地診療所の法律面の不備を批判される恐れがある等を指摘する向きはあるものの、移住地診療所は政府間協定の枠内で設置されたものであり、診療所が地域医療機関として相当貢献していること、ボリヴィア政府（厚生省）も現在のところ移住地診療所の運営については是認（後注）していること等の事情を考え併せると、直ちに問題化するとは考えにくい。

しかしながら、民族主義的急進的傾向の政党が漸次勢力を拡大してきている中で、移住

地診療所の持つ若干「租界」的な性格が批判の対象になるという懸念は理解できるものである。指摘の点については、診療所の合法化ないし現地法人化をすすめると共に、ブラジル人医師のポリヴィア医師免許への切り替え（ポリヴィア、ブラジル、アルデンティンの3ヶ国では医師免許の相互認可制度が存在）等の是正策を漸次とっていく必要が認められる。

なお、診療対象患者を日系人に制限すべきとの指摘については、移住地診療所が地域医療機関として現地側から相当高く評価されていること等を勘案すればポリヴィア人患者を排除することは却って反感、批判を招く恐れがある。

(注) ポリヴィア政府は、76年7月22日付け厚生省決議第830号(Resolucion)で移住地で診療所運営が可能であることを確認。また、85年7月18日付け厚生省書簡で移住地内で日本人医師、看護婦等が無報酬で診療行為を行うことができる旨確認。更に、89年4月24日付けの厚生省令(Resolucion Administrativa)は診療所運営に必要な最低限の経費を確保するため患者であるポリヴィア人及び日本人から診察料を徴収できる旨確認。

(4) 参考視察診療所

(イ) ヘスス・マリア診療所(ペルー)

昭和56年3月に設立された本件診療所は、日本政府からの医療機材供与のほか、万博基金、日本船舶振興会の助成もあって、4階建ての極めて立派な建物を所有。1日平均約600名の患者があり、その内、90%はペルー人で占められている。医師数は85名で、その3割はペルー人医師であり、3交代制で診療に当たっている。総職員は115人。

本件診療所が極めて良く運営されている背景として、①医師が半ば奉仕的に勤務していること(他の診療所の給与の約半分近くであるが、その代り、最新の医療情報・技術の入手、最新の医療機材で訓練ができる等の利点あり)、②毎週1回、定例会を開催しているほか、毎月1回、医師のみならず会計士等を交え、診療所の運営、医療問題を審議している、③リマという大都市のほぼ中央に位置し、勤務医師や患者を確保しやすいという有利な立地条件下にある、等々の事情がある。

就中、特筆すべきことは、JICA寄贈の高度医療機材を利用して外部からの注文検査を積極的に行い、収益をあげていることである。同診療所はその収益等をもって、①70歳以上の日系老人の無料診察(昨年は465人)、②日系人を対象とした地方巡回診察(年2回) ③日系小学校の健康診断等を実施していることである。

なお、本件診療所は日系診療所としては極めて成功している例であるが、立地条件等からいって僻地に存在する移住地診療所のモデルたり得ない。

(ロ) サンタクルス総合病院(サンタ・クルス)

本件病院は日本政府の無償援助により建設されたもので（昭和60年以降）、現在、プロ技術ベースで医師、調整員等5名が派遣されている。

医師数の定員は70名で、そのほか契約医7-10名、レジデント医22名がいる。看護婦は正看、准看が各90名で、管理部職員は約50名。

病院の最高意志決定機関として運営委員会（88年4月より発足）があり、厚生大臣が任命する委員長のほか、病院長、事務長、地域住民代表、学識経験者等11名から構成されている。なお、同委員会では派遣専門家も投票権はないが、発言権が認められている。

運営上の問題点としては、①専門医、看護婦の不足、②会計処理の不慣れ、③過重な人件費（厚生省令では人件費は収益の5割を超えてはならないとの規定があるが、実際は5割を超過）等々がある。

本件病院は、派遣医が移住地に巡回指導（内視鏡指導-サン・ファン移住地）を行っているほか、移住地診療所の後方病院の役割も若干荷っている。

（ハ）日伯友好病院（サンパウロ）

本件病院は88年9月開院し、120床を有する総合病院。現在、医師数は109名で、その内、日系医師は約7割を占める。看護婦は約160名、管理部門職員は59名、検査・薬局職員17名等（以上、何れも89年）となっている。同病院には日本政府の医療協力を都合3回（各5千万円の医療機材）行っているほか、移住関係予算で1億円強の建設補助を実施している。

サンパウロ市中心部から車で約30分という交通の不便さを指摘する向きもあるが、現在、同病院はフル操業の状況にある（89年の患者数は11,734名で、その内、日系患者数は約43%）。

同病院が当面する問題としては、①病院職員の給与調整問題（インフレがひどいため毎月調整）、②患者数の急増で医療施設が限界にきていること（現在、増築を検討中）等がある。なお、同病院では医療救済制度を設け、Aプランは診察治療費が無料、Bプランは本人負担3割、Cプランは本人負担7割という具合に年齢、会費により3段階に分けて実施している。

（5）移住地診療所に関する取敢えずの提言

先にも述べたとおり、移住地診療所は開発の遅れた奥地という不利な立地条件下にあること、医療機関は元来非生産的側面があること、運営母体の日本人会は財政的に負担能力が限られていること等の諸困難を抱えており、医療援護のあり方を変更していく場合は段階的に且つ慎重に進める必要があるが、今次調査での取敢えずの提言は以下のとおり。

（イ）移住地診療所の将来像の確立

現在のポリヴィア、パラグアイにおける移住地診療所は、なし崩し的に拡充を図ってき

たもので、諸般の経緯があり止むを得ないとは云え、診療所に対する明確なビジョンが欠けている。このため、移住地診療所運営のあり方を巡って派遣医と日本人会で意見対立が見られたり、日本人会側の助成依存体質が温存されている等の諸問題が生じている。

従って、政府、JICAとしては、移住者側の意見等をも勘案しながら、今後の移住地診療所のあり方、機能等につき明確な将来像の確立に努め、これを移住者側に提示していくことが望ましい。

なお、移住地診療所としては、現在の機能以上に拡充する必要性は認められず、将来にわたって診療所を存続させるとしても、エコー、内視鏡等のある程度高度の医療機材を使った診察が可能で、分娩、帝王切開、簡単な外傷の治療等ができる程度の機能（即ち、第一次診療機能を若干上回る程度の水準）を有するものに限定すべきで、右以上の機能については、後方移送の形で対応すべきである。

(ロ) 医療助成内容の再検討

移住地診療所の自立化については、JICAから各日本人会への診療所の運営移管という形で実施されつつあるが、これを一層促進していくには、現在行っている助成内容の見直しを行い、右を段階的に実施していくことが望ましい。

考えられる具体的事項は、以下のとおり。

- ① 派遣医の現採医への切り替え（この点については後述参照）。
- ② 現採医が複数名いる場合、その内の1名の給与については一部現地負担を実施。
- ③ 現在、JICAが行っている医師の雇用（派遣医、現採医含む）の日本人会への移管。
- ④ 看護婦謝金及び診療所建造物の小規模な改築等の現地負担への切り替え。
- ⑤ 各診療所に必要な要員の見直し。

なお、第一次診療機能を若干上回る程度までの水準の機能をこれからも維持して行こうとするのであれば、現在配備されている以上の医療機材を更に充実させていく必要性はないが、医療機材の更新については、同機材が極めて高額で、移住地社会の負担能力を遙かに越えるものであることから今後も配慮していく必要がある。

(ハ) 診療所の法的ステータスの整備

ボリヴィア、パラグアイの移住地診療所は法律的にあいまいな状況を改善するため、比較的实现性が高い日本人会の定款改正の方向で検討を促進していくことが望ましい。

しかしながら、右検討に当たっては、租税公課の問題、民間法人に対する外国政府の助成の問題（極めて高額な医療機材の代替、医師等に対する助成は、当面の間、継続していく必要あり。対現地政府との関係、機材に対する関税等の問題が派生する）をも併せて検討していく必要がある。

(ニ) 派遣医の現採医への切り替え

両国の患者は医師選考性が極めて強い傾向にあるが、かかる中で、高度の医療技術を有

する日本人の派遣医師は現地人から高い評価を受けている。派遣医の名声次第で辺りな移住地診療所に移住地周辺ばかりか国内各地から患者が集り、診療所の収益向上にも少なからず貢献している。しかし、派遣医を継続的に派遣することは、運営母体たる日本人会の助成依存体質を温存することになるので、今後の診療所の運営は基本的には現採医を中心に行っていくことが望ましい（但し、ボリヴィアについては医療レベルが低い上、日本人会の体制、人材育成等の面でパラグアイより問題が深刻であり、この点については十分配慮が必要）。

現採医中心の診療所運営は、派遣医と日本人会の意見対立を解消するばかりか、自立化への意識促進、予算の効率的活用等にもひ益するものと思われる。

具体的には、舗装道路が移住地近辺を通り、比較的近距离に病院、診療所等が存在するイグアス診療所及びアルト・パラナ（ピラボ）診療所、自立の可能性を有しているオキナワ診療所については、現地医師の確保に一層努力の上、なるべく早い時期に派遣医から現採医への切り替えを検討することが望ましい。

（ホ）医療共済制度の拡充

ボリヴィア、パラグアイの移住地で健康保険制度が存在するのはオキナワ移住地（ボリヴィア）のみである（健保負担4割、本人負担6割）。同移住地の場合は、どちらかと云えば、特殊な事例で、診療所医師の多大なる努力により増大した診療収入を基金としたものである。その他の移住地については、医療共済制度が存在し、掛け金に応じて最高貸出し額を決めている（但し、アルト・パラナ移住地のように掛け金の改定を久しく行っておらず、融資額が実状に沿っていない所も見られる）ところもある。

日系移住地の診療所の場合、診療所の対応能力が限られていること、移住者、日本人会の資金負担能力も限られていること等の問題もあり、健康保険制度の確立を勧奨するよりも、むしろ、医療共済制度などを拡充していくような指導をしていくことが適当と思われる。

移住地診療所運営に関する考察

1. 運営体制

(1) 各診療所の運営の現状

移住地診療所は、社会・生活環境に恵まれない地域における必要最低限の健康を維持することを目的に開所したものであり、今日まで移住者の医療活動への理解と、開所以来の継続的なJICAの助成とによって診療体制の拡充・運営体制の改善を行いつつ十二分にその役割を果たしてきた。

しかしながらその経営は今もって苦しく、各診療所の収支を基に計算すれば、診療所毎に相違はあるにしても、なべて全経費のうち自己収益で賄える割合は50%内外であり、未だ完全なる自立には程遠い状態である。各診療所の経営状況を調べるに当たり殊更興味深かったことは、経営状況の良い診療所ほど運営体制もそれ相応に確立されているという点である。つまり、運営委員会の構成が充実されており、日本人会役員を主とした委員に加えて診療所の技術系スタッフとして医師、また時には助成団体としてのJICAスタッフが名前を連ねていることがわかる。また大きく運営予算に依存するのであるが、専属の事務員を配し、予算管理を始め診療業務に必要な各種事務、診療実績、備品管理等事務体制の確立に努めていることも運営の改善に寄与していると思われる（作成資料2：「診療所の運営体制・人員配置」参照）。

(2) 問題点と考察

診療所運営に当たって時として問題となるのは、運営方針や実際の運営に関して、医師の専門的な視点と移住者の代表である役員連の視点とに意見の食い違いが生じ、全体の意志統一が難しい場合があるということと、医療機関というものの性格上、特に移住地のような僻地においては採算が合い難いということである。

前者については、極力医師の雇用期間を長くし、現地の事情に精通し、且つ医療知識を持って適切な運営に助言し得る医師を確保することと同時に、事務長を中心とした事務系職員の固定化に努め、仮に他の運営委員が代わっても、運営に関しては常に全体を把握できる体制を確立することが問題解決のために有効と思われる。因みに日本の地方自治体（村・町）が運営する診療所の場合、当節医師確保に苦慮しているところが多いのであるが、例え医師が短期で交代しても運営できる事務体制が確立されており、予算・人員・運営面では地方自治体全体でバックアップできるようになっていることを附記する。

後者については後ほど「3. 人員確保と適正設備」の項で詳しく述べることになるが、限られ且つ用途も限定された助成や診療収益を如何に効率的に活用し得るか、採算の合う適切な人員配置をなし得るかということが焦点となろう。そこで、「7. 今後の助成計画」にも述べる通り、これからの助成は可能な限り診療所の収益を上げ得るところを重点として行うこととなり、運営団体にも極めて経営的な手腕が要求されるものとなろう。具体的には、事務体制の強化により常に経営戦略を検討する土台を確立し、コストのかかる医師が効率よく医療行為に没頭できる体制を整えるとともにその数を最小限にすること、余分の設備・機材を極力削り、遊

ぶ部分または採算性の低い部分を縮小すること、また各運営団体は診療単価を上げる傍ら、地元医師会との軋轢には配慮しつつも近在・遠隔地からを問わず患者獲得に努めて収益を伸ばし、生ずる余剰収益を将来の運営のために積み立てること等が望まれる。確かに、診療所の経営に関しては全くの素人である運営委員会にとっては今後とも前途多難ではあろうが、既に移住地における或る程度の経済基盤は確立されたと判断され、その上で移住者援護事業全体の見直しを進めざるを得ない状況下にあることより、今こそ移住地住民が力を併せて自助努力による診療所の運営を真剣に検討する時期であり、とりわけ運営団体とJICAとのコミュニケーションを密にして今後の対応を考える必要があると思われる。

2. 診療所のステータス

(1) 現在の問題点

移住地診療所が今日までに地域への浸透を果し、相応の患者数を引き付け得たことに伴い派生しつつある問題の一つとして地元医師会、または他医療機関との軋轢が挙げられる。何となればその地域での患者数がほぼ一定であり、医療機関として診療件数を増加して収益を上げるためには、結果的に他の医療機関から患者を奪うことを余儀なくされるからである。

係る問題に関しては既に一部日本側関連機関から懸念する声が上がっており、それを踏まえて先の調査団も或る程度重点的にその周囲の事情を調査してきたのであるが、ボリヴィア・パラグアイともに現地では今に至るまでさしたる問題は上がっておらず、また現今の状態が続く限り今後とも早急に起こり得ると懸念されることは無いとのことであった。と言うのは、医療行政が極めて遅れている両国、特にボリヴィアにおいては、移住地診療所は特に周辺住民にとって、現地の遅れた医療サービス体制を補完する重要な役割を果しており、一般庶民のみならず良識ある地元医師の側からも、斯かる現実を正当に評価している者が多いということである。残念ながら明確な医師免許取得システムとハイレベルの医師育成制度を持たない同国においては、必然的に職にあぶれる医師も多く存在し、その生活に窮する鬱積を外国人の経営である移住地診療所の存在にぶつける者も中にはあるとのことである。しかしそのような意見は地元医師会においては未だ少数であり、将来に対しての何らかのリスクとはなり得ても取り敢えず当面の対策を講ずる必要性を持つまでには至っていないと思われる。

(2) 今後の対処

ともあれ斯かる状況においても、社会体制が脆弱であり予断も時としては許されない当該移住地においては、常に情勢の変化に敏感であり、火急の際には素早く対応することが望まれるのであるから、「4. 他医療機関との協力」でも述べる通り、今後ますますに地元医師との交流を深め、診療所の持つ高い技術レベルを活かした形での技術交流に努めると共に、より地域に密着し存在感をアピールできる診療所になることが望まれる。またJICA事務所・大使館にしても政府、関連団体の動向の把握に勤め、現在の暇疵が将来の惨事につながらないよう常

に注意しておく必要がある。

また、移住地における一世の割合の減少、患者数の内の現地住民の占める割合の増加等を考えると、雇用医師を漸次現地の医師免許を持った医師に替えて行く、或いは当面現在勤務中の医師に現地医師免許を付与するよう保健省に交渉（移住地内のみ限定免許でも可）することにより、診療所医師も当該国の医師会に出席し地元医師との交流や相互研修の機会をより多く持つことができ、診療所の医療活動にも様々な形で寄与することになると思われる。また診療所自体も可能な限り現地法人として登録しておく等、来たる将来に仮に現地法上の問題が起きた場合、または完全なる運営移管が行われた場合に速やかに対応できるように、今から徐々に体制作りをして行く必要もある。

3. 人員確保と適正設備

(1) 現状と問題点

現在各診療所の有する設備・備品を調査するに、建物に関してはどの診療所も老朽化が激しく、常時何らかの補修の必要に迫られている傍ら、使用頻度が低く若干余分とも思われるところ（一部手術室、診察室、医師・看護婦宿舎等）も見受けられた。また、器具備品にしても同じように恒常的に利用率が低い物（整形外科等の特殊機械、歯科医不在の歯科器具、各種検査器具の中で使い勝手・消耗品・修理部品供給等の事情から放置されている物）が思いのほか多数見られる（作成資料4. 「診療所設備・備品リスト」参照）。全体的には今後恒常的なメンテナンスや備品廃棄に伴う買い替えの必要はあるも必要な機材は充分備わっていると思われる。

一方、人員の面ではどの診療所も多かれ少なかれ人材確保に苦慮している。特にボリヴィアにおいては医師・看護婦に限らず、事務員の確保も非常に困難であり、運営主体の努力にも拘らず、現地では確保できない場合が多いとのことであった。これは、総じてパラグアイと比較した場合のボリヴィアにおける日系人の人材育成が遅れていることに起因している。その結果、今日でも医師を本邦より派遣して欲しい、何らかの形で事務員の養成・確保をお願いしたい旨の切実な要望が寄せられている。また、現在の診療所運営に要する経費を見るに、そのうち最も大きな部分を占めているのは医師給与であるが、多額の予算を割いてもなお適切な医師の確保は難しいのが現状であり、実際患者と接し直接的に診療所の評判に決定的な影響を及ぼし得る医師の確保は診療所の命運を左右する重要な要素であると言える。

(2) 考察と対応策

今後の診療所の独立採算を考慮すれば助成の縮小に合わせて診療所の規模も漸次縮小し、最終的には他からの助成無しで独立採算可能なレベルを見出し、細々ながらも運営を続けることが大切かと思われる。しかし移住地における医療ニーズを考えると、人命救済上決して高度とも言えない現状の機能を低下させることは結果的に多大な努力をして今日まで移住者に保証して来た最低限の医療サービスをも取り上げることとなるので避けなければならない。よって、

今後の診療所に必要な機能をも考えて、基本的には現状維持を旨とすべきであろう。しかし、経営の観点から移住地診療所を見るに、既に一般的に考えられる適正規模からすれば過剰な程の機能を有しており、今後診療単価のアップ、経営体制の改善を行い或る程度の効果をあげたとしても到底何らかの他からの援助なくして現状の機能を維持することは不可能と思われるが、今後期間も規模も限られた助成をどのような形で行えば良いかという問題は後述の「7. 今後の助成計画」の項に譲るとして、ここでは設備面・人員面での対応のみ述べる事とする。

先ず設備面では、無駄を無くすため極力収入に結び付かない部分、つまり投資に対して元が取れない部分を削り、最小限の設備・陣容で効果的に収益を上げる体制を整える必要がある。移住地によっては今後道路事情が改善される等して後方移送の便が良くなれば或る程度の規模の縮小も可能であろうとも思われるが、当面、どの診療所においても最低限必要と思われる設備としては超音波診断、内視鏡等の診断機器、及び分娩、帝王切開等の簡易な手術器具が考えられ、それ以上のものは必要性和診療所の採算を考慮した上で各個導入を検討するのが妥当であろう。

次に人員、特に医師の確保については、現地医師育成が比較的進んでいないボリビアで派遣医を要望する声大きい、総じて医療教育・医療体制が高度に組織化・細分化された本邦において適材医師をリクルートするのが難しいこともあり、現地生活への順応等を考えれば、言葉、知識の点で移住地の事情を理解し易く、自らが移住者の一員として移住地を背負って行くべき立場にある現採医に切り替えて行くべきであろう。そのリクルートに当たっては、比較的日系人医師の育成が進んでいるパラグアイ、ブラジル等から行うことが考えられ、今後必要に応じて事務所を通じ、各日系団体の意志疎通の便宜を図ることも可能である。このことにより、より現地のニーズに柔軟に対応できる体制を組むとともに、運営主体としての自覚を更に促進することも可能かと思われる。また医師・看護婦育成助成や本邦研修を今後更に奨励するとともに、研修内容の見直しやフォローアップ調査を行い、診療所運営に貢献する人材の育成に焦点を絞って実施して行くことも必要である。

4. 他医療機関との協力

(1) 現在までの協力実績

他医療機関との協力としては、

- ① 移住地診療所同士の協力
- ② 地域医療機関との主に患者の移送に係る協力
- ③ 外部医療機関との医療情報の交換・研究等に関する協力

が考えられるが、①に関しては現在まで比較的近在に位置する診療所で医師同士の情報交換、専門の異なる場合の患者の移送、医師不在時の出張診療等を行って来ている。また、②に関してはオキナワ、サンファン診療所であれば主にモンテロ口病院やサンタクルス総合病院に重症

患者を移送しており、アルトパラナ、フラム診療所ではエンカルナシオン市内の個人クリニック、アドベンチスタ病院等、イグアス診療所ではエステ市またはアスンシオン市の病院へ移送を行っている。⑨に関しては、現在知り得る限り1983～1985年の慶應義塾大学医学部国際医学研究会第6次、7次、8次派遣団と協力してオキナワ・サンファン移住地における疾病構造調査を行った（「移住研究」No.23、「ボリビア日本人移住地における集団検診—高血圧を中心とした—」瀬尾幸、井上ホルヘ、玉城清雄著、国際協力事業団発行、または「ボリビアにおける日本人移住者の環境と健康」石井裕正、津金昌一郎編、慶應義塾大学地域研究センター発行、参照）ことが記録に残っている。

(2) 今後の望まれる協力

診療所の機能が限られ、移住地内で発生する全疾患に対応できない以上、外部への移送の必要性は起こるのであり、また「2. 診療所のステータス」の項でも述べた通り今後更に他の医療機関とも良好な関係を保つ必要もあるので、勤務医師を窓口として外部の医師、医療機関との接触の機会を多く持つよう努めるのが望ましい。具体的には、項目別に次の通りである。

- ① 近隣の診療所同士を主として定期的に医師・事務レベルでの情報交換を行う。例えば各診療所で独自に工夫して設備を整備したり衛生教育教材を作成したりしているのであるが、日頃から情報交換に努めていけば相互に相談・向上が可能であり、またお互いに共有する問題点に対する解決策も生まれ易いと思われる。
- ② 勤務医師は努めて地元医師会との会合や学会に参加する等、外部の医師とのつながりを密にするように心掛ける。患者の移送等に際してはとかく医師同士の面識やつながりが役立つ場合が多く、また、現地における最新情報等も得られる機会となる。
- ③ 当面医学情報の交換・研究等が直接診療所経営に必要となることは考えられないが、今後とも慶應義塾大学等海外での医療研究・活動を活発に行っている団体と協力しあうことは医療情報・技術の交換、人脈の形成、対外的アピールにもつながり、有意義だと思われる。

5. 健康保険組合

(1) オキナワ診療所における取組の状況

ボリヴィア・パラグアイにおいては教職員等政府関係の団体中心に各種保険組合があり、若干の保険を取り扱う病院も存在はするが、総じて体制は脆弱であり、政府の援助も乏しく、広く国民全体をカバーし且つ実効力のある国民保険は存在しない。そのため、いざ病氣・負傷の際には個人に多額の治療費がかかり家計を圧迫することになるので、国民の中には民間の保険に加入して身の保障を図っている者も多い。

オキナワ移住地ではここ数年計画的に検査・診断体制の整備を行って患者数の増加に尽力し、それによって得られた収入を積み立てる傍ら、本邦やブラジル・アマゾンア病院にて行ってい

る健康保険制度を研究し、且つ過去のカルテ・診療実績等を勘案して、1989年1月診療所収益と組合員の会費を基に健保組合を発足させた。設立当初オキナワ移住地加入世帯数は121戸、組合員数536人（日ボ協会会員総数の65%）、基金230,000\$であったが、およそ2年後の1990年12月には更に診療所収益から積み立てた基金総額が約330,000\$に達しており、開所以来ほぼ順調な運営を行っている。また、移住者の健保の利用率も良く、今や移住地に無くてはならない互助制度として定着しつつあると言える。（参考資料：「オキナワ移住地健康保険制度について」参照）

オキナワ移住地では将来サンファン・サンクルス在住の日系人をも包括する健保制度の設立の可能性も考えてはいるが、組合員の会費の分担、利用できる医療機関の問題、現今の制度の更なる安定確保等、事前に解決すべき問題は多い。

表1：パラグアイにおける移住地医療関係互助制度

移住地	医療関係互助制度
アルトパラナ	1985年から医療共済会を発足。 会員とその家族が日掛け積立金を納入することにより、自己の積み立て金額の10倍までの範囲内で融資を受けることができる。 貸付期間は最長1年。利息月利1%。最高貸付額は2,000,000Gs 会員から積み立て金額及び貸付金の増額を望む声が多い。
フラム	農協の医療共済制度。 日本人会会員のうち63%は農協組合員であり、組合員のみ対象。 農産物販売代金のうち1%を組合に積み立て、それを担保に融資を受けることができる。 貸付期間は最長5年。利息は積立金貯金利息と同じ。
イグアス	1986年から医療共済会を発足。 会員とその家族が日掛け積立金を納入することにより、それに応じた範囲内で融資を受けることができる。 貸付期間は最長2年。 住民の理解が今一つならず、積立金達成額が計画より下回っている。

(2) 移住地における健保組合についての考察

前述の通り、健康管理のための相互扶助制度として望ましい健保組合の設立については、同じボリビアのサンファン移住地を始めパラグアイの3移住地でも各個に議論・検討されて来ており、実際パラグアイの3移住地においては、健保に替わる救済制度を各々工夫・実施して来ている（表1参照）。なお、サンファン移住地では斯かる互助制度は今のところ無い。

疾病・怪我は富者・貧者を問わず誰もが遭遇する問題であり、移住地に住む限り、いつ何時緊急に手近の医療機関の世話にならないとは言えず、また弱者救済の観点からも、健康保険制

度は究極的な相互扶助制度と言えよう。但し、設立に多額の基金を必要とすること、移住地のみの人口規模では、例え全員加入したとしても健保の基盤（基金）作りにはある程度限界があり、組合員がいざ大きな支出を要する疾病に掛かった場合にはかなりの痛手となり得ると言うことが考えられ、取り敢えずはそれぞれの移住地の現状に適した、導入可能な互助制度を実施することが賢明と思われる。将来サンファン・サンタクルスで健保に対する理解が深まり、会費分担等の問題点が解決されれば、オキナワでの健保組合を更に拡大することも可能であろうし、また、パラグアイにおいて日本人会連合会による全国的意志統一が可能であれば、将来日系人全体に裨益する健保組合の設立も可能であろう。

6. 今後の活動の展望

(1) 診療所設立から現在までの変化と現状

はじめに現在及び将来に亙る診療所の活動として如何なるものが望まれるかを判断するために、診療所設立から今日に至るまでの関連する状況の変化、また特筆すべき現状等をまとめてみる。

- ① 今日までの設備の充実・人員強化によって、現在診療所の機能としては移住地に必要最小限な程度（或る程度高水準の診断と簡単な手術が可能。「3. 人員確保と適正設備」参照）まで確保されていると思われ、重症患者発生時や緊急時に未だ若干の不安はあるにしても、経営に当たっての採算性を考慮すれば、移住地及びその周辺をカバーする診療機能としてはこれ以上充実する必要性はさほど認められないと思われる。
- ② 診療所の患者の構成を見るに、どの診療所でも診療機能の充実とともに近在・遠隔地から来訪する現地人の占める割合が年毎に多くなっており（作成資料3：「年度別診療科目別件数」参照）、日系人のみならず現地人を含めた地域住民の診療所への依存、活動の継続に対する期待が大きくなっている。
- ③ 移住地建設から30年以上を経た今は、一世の老齢化、若年層の流出によって移住地全体の年齢層が高くなって来ている。今のところ未だ介護を要する老人の数は多くはないが、移住地周辺には老人を収容できる施設が無いため、老人を抱える家庭によっては在宅看護や日本への帰国療養の手段を講じざるを得ない。今後移住者の高齢化は更に進むと見られ、近い将来深刻な問題となる可能性もある。

(2) 今後望まれる活動

現在に至るまでの患者数の増加と患者構成の変化を見れば、移住地診療所は日本人移住者の健康管理のために設立されたとはいえ、その機能と役割は既に移住者のためという範疇を越えており、周辺に居住する現地人にとっても無くてはならない存在になっている。このことはとりもなおさず、移住者がそれぞれの居住国に受け入れられ、地域に定着していく過程の中で診療所が目に見えないながらもそれ相応の役割を果たしてきたことを示しており、こうした診療所

の活動無くしては、周辺住民との経済格差が広がるに伴い、移住者に対する現地住民の感情も穏やかならざるものがあつたであろうと推察される。現地住民とのギブ・アンド・テイクの関係の中で移住地が周辺住民に直接貢献できることのひとつとして、診療所の存在価値は特筆すべきである。

このように、医療活動は少なくともその地域に住民がいる限りは需要の無くなることがないものであり、且つ最も直接的・効果的に周辺全住民に対し貢献し得る活動でもあるので、将来に互る経営を考えれば診療所の現時点での活動を大幅に拡大することは難しいとしても、可能な範囲内で極力日系人以外をも対象にした活動を開始することが望ましい。周辺住民の衛生レベルを向上させることは、とりもなおさず移住地を中心とした衛生環境の改善にもつながり、公衆衛生上優れた結果を生むことともなろう。具体的には、移住地内及び近郊の住民を対象とした衛生知識の普及・健康診断・ワクチン接種等の予防活動等が考えられる。

ところで、或る程度の診療体制が確保された今日では、更に一步進んで移住者に正しい健康管理の方法を伝授し、更なる健康の増進と診療に要する出費の削減とを同時に実現することが可能となっている。所謂予防衛生に力を入れていくことであり、これは今後の高齢者の成人病対策、新生児や妊産婦の健康管理に欠くべからざるものとなろう。

また、前述の通り一世の老齢化に伴って、近い将来移住地においても老人対策を講ずる必要があるのであるが、そのためには今のうちから老人介護の専門員（資格者・経験者）養成等に努めるとともに、成人病・痴呆症に関する知識の啓蒙普及、或いは老人のための文化・娯楽施設の整備・利用促進によって実際に痴呆老人・障害老人の出現を抑えることが必要となりつつある。将来仮に医療ケアを伴う介護が必要な老人が相当数生まれた場合、現在の診療所のマンパワー（特に看護婦数）では対応出来ないのは歴然であり、特別な入院棟の併設や相応の介護員・リハビリ治療師等の新規雇用が必要となってくると思われる。

(3) 活動の展望

移住地が存在する地域の殆どは地方都市から離れているために、患者の後方移送のための交通の便に恵まれておらず、また将来的にも病院等の医療機関が地域に進出して来る見込みもない。よってどうしても必要最小限の医療ケアは移住地内で完結しなければならず、そのための設備と人員が要求されることとなる。入植より30年余りを経たとは言え、移住地を取り巻く諸事情は今日でも常に流動しており、その結果新しく生まれてきたニーズに対応するために、今まで積み上げてきた医療活動に更に新たな活動を加えなければならないことも当然起こり得ることである。また将来に互ってもそうした新たな要求に柔軟に対応できることが、移住地で唯一頼れる医療機関として大切なことであると言えよう。

現在診療所の活動としては今までの診療機能の充実という第一段階のニーズを達成したところであり、今まさに予防衛生という新たな保健所的機能を付加しなければならなくなって来ている。また、来たる将来に必要性が生じれば、更に老人福祉のための中核施設、健康増進のた

めの種々の厚生施設、或いは日系人のみならず広く周辺に在住する現地住民のための医療センターとしても機能せざるを得なくなるかも知れない。

診療所を運営する主体が日本人会である限り、機能拡張に当たっては常に採算性を併せ考えなければならないのであるが、移住地に日系人が住み且つ現地の医療サービス体制が飛躍的に向上することが期待できない以上は診療所運営はそれが採算の合わないものとしても継続されねばならず、あらゆる事業の中でも最後まで何らかの援助を必要とするものであらうと思われる。

7. 今後の助成計画

(1) 計画の概要

既に述べた通り創設以来30年以上の間JICAは診療所に対する人的・物質的助成を続けて来たのであるが、一応診療という観点からはほぼ十分な機能強化が達成されたこと、どの移住地も入植以来相応の年月を経ており、それぞれの国において一応の経済的基盤が確立されたことに伴い今までの助成のあり方を見直すべき時期にあること等により、目下早急に近い将来の診療所の自立とそれに至るための経営資金を含めた運営移管の方途を探さねばならなくなっている。

とはいえ、現状のままに診療所の完全なる運営移管を行えば到底その存続を期待することはできず、また存続し得たとしても現有機能の殆どが維持不可能であらうと思われるので、当面診療所の運営安定に重点を置いた協力計画を策定し、将来に互って診療所の機能を継続させ且つ移住地における医療機関として今後も住民のニーズに答え得るための、現時点での可能な助成のあり方を検討して行きたい。

(2) 中期助成計画と診療所自立後の協力計画

以上の諸事情を勘案すると、診療所に対する将来の計画としては、①中期助成計画、②自立後の協力計画、の二つに分けて助成のあり方を検討していくのが、より合理的である。

中期計画では、診療所が運営手法を会得し、経営基盤を整備して、一定期間後（例えば、10年）に自立できるようにすることを目的とする。この期間における助成を、①人員確保、②施設・備品の整備、③運営費補填に分類して、以下に具体的に説明する。また、この間診療所自立後の運営財源として一定の「基金」を設立し、自立後は同「基金」を通じて助成を行っていくという構想も検討に値しよう。

中期計画終了後、移住地診療所はそれぞれ移住先国の地域診療機関として自立運営されていくことが期待される。しかしながら、病院経営は元々非生産的な側面が強く、自立後も何らかの支援が必要となることも充分予想される。従って、診療所自立後の協力計画については、中期計画の期間満了前に同計画の達成状況を事前に評価すると共に、その時点での診療所を取り巻く状況等を勘案の上、協力の方途等につき考えていくのが現実的なアプローチと思われる。

① 人員確保

自立体制の段階的確立のために、「3. 人員確保と適正設備」の項で述べたように、医師を含む診療所勤務の人員をすべて現地に採用する体制を作る。人員雇用には費用は、全診療所運営経費の中で最も大きな割合を占めるのであるから、引続き経費面での助成は不可欠であるが、当面は医師と看護婦雇用に係る経費のみ助成することとする。そのためには、現在各診療所でその活動に要する最低限の人員がどれくらいかを把握する必要があるが、今次調査結果である患者数や実際のニーズ等を基に割り出した適正人員を表2：「診療所スタッフ適正配置表」にまとめた。この現時点での適正人員は今後の診療所運営状況によっては近い将来更に修正を要することもあるが、その都度調査し改正することとする。また、実際の雇用にはその時々に応募状況・候補者の能力・各診療所の事情等により医師・看護婦とも一律の給与で雇うことは現実的でないことより、この助成は渡しきりとし、診療所は自己の責任と判断により人材を調達し毎年スタッフ雇用実績・運営経費収支のみJICAに提出する等の方策を検討するものとする。

② 施設・備品の整備

今後の機材助成計画策定に先立ち、今まで供与した機材がどの程度活用されているかを把握するために、作成資料4：「診療所設備・備品リスト」を基に表3：「診療所主要備品利用状況リスト」を作成した。各診療所とも保有する機種が多様で且つさまざまな機材稼働状況にあったこともあり、今回残念ながら全調査対象を網羅できなかったのであるが、今後の更なる調査で資料を完全なものにして行きたいと考えており、取り敢えず調査の中間報告として掲載した。こうした結果を踏まえ、当然ながら今後の助成は必要性及び利用度が共に高く、採算性があり且つ価格やJICAの予算を勘案して適切なものを重点的に行うことになる。また機材調達に当たっては、運営移管後の消耗品の購入・メンテナンス等を勘案して原則として資金供与による現地調達とする。なお特に高額機材を選び、今後の機材更新計画の参考とすべく、表4：「診療所主要機材更新表」を作成した。

また施設については、中期計画期間中に当面必要な施設の整備を完了する。整備に当たっては後年度に維持・管理の負担が掛からないよう、計画に基づいて極力必要不可欠な部分のみの整備に努め、余分な施設を作らないよう留意する。

なお、本計画はあくまで中期的に診療所の施設・備品を整備し、自律基盤を確立する趣旨のものであるから、中期計画終了後は更新必要機材も含めて原則として機材供与・施設整備は行わない。

③ 運営費補填

現今の運営費補填は医師・看護婦雇用経費を極力実勢に近付けたことによる実質的な運営経費の増加を相殺することもあり、今後は行わないことにする。

表2：診療所主要スタッフ適正配置表

1990年12月現在 (単位：千円)

	現状人員		適正人員		参 考				
	スタッフ数	助成額	スタッフ数	必要経費	患者数(1989年)	備 考			
ボリグニア オキナワ	派遣医	1	○1	14,194	常勤医	3	18,000	*20,500人/年 (1,708人/月)	見直し後1人当 6,833人/年
	現採医	1	○1	6,683	非常勤医	1	2,000		
	雇用医	1	×		看護婦	6	2,880	*常勤医師1人当 6,933人/年	
	特約医	1	○1	240	検査技師	2		*日系人の割合 19.3%	
	看護婦	6	○6	2,599	事務員	1			
	検査技師	3	×						
	事務員	1	×						
	計			23,716	計		22,880		差引 - 836
サンファン	派遣医	0	×		常勤医	2	12,000	*9,667人/年 (804人/月)	見直し後1人当 4,834人/年
	現採医	2	○2	12,088	非常勤医	1	2,000		
	雇用医	0	×		看護婦	5	2,400	*常勤医師1人当 4,834人/年	
	特約医	1	○1	240	検査技師	1		*日系人の割合 33.3%	
	看護婦	5	○5	2,165	事務員	1			
	検査技師	1	×						
	事務員	0	×						
	計			14,493	計		16,400		差引 + 1,907
バラグニア アルトバラナ	派遣医	1	○1	14,194	常勤医	3	18,000	*13,440人/年 (1,120人/月)	見直し後1人当 4,480人/年
	現採医	1	○1	5,024	非常勤医	1	2,000		
	雇用医	0	×		看護婦	6	2,880	*常勤医師1人当 6,720人/年	
	特約医	2	○2	898	検査技師	2		*日系人の割合 35.9%	
	看護婦	7	○4	1,623	事務員	1			
	検査技師	1	×						
	事務員	2	×						
	計			21,739	計		22,880		差引 + 1,141
フラム	派遣医	0	×		常勤医	1	6,000	*4,789人/年 (399人/月)	医師1名体制解 消の為非常勤医 を1名新規雇用 見直し後1人当 4,789人/年
	現採医	1	○1	5,436	非常勤医	1	2,000		
	雇用医	0	×		看護婦	5	2,400	*常勤医師1人当 4,789人/年	
	特約医	0	×		検査技師	1		*日系人の割合 21.9%	
	看護婦	5	○3	1,218	事務員	1			
	検査技師	0	×						
	事務員	1	×						
	計			6,654	計		10,400		差引 + 3,746
イグアス	派遣医	1	○1	14,194	常勤医	2	12,000	*13,976人/年 (1,164人/月)	医師1名体制解 消の為常勤医を 2名に増員 見直し後1人当 6,988人/年
	現採医	0	×		非常勤医	0	0		
	雇用医	0	×		看護婦	5	2,400	*常勤医師1人当 13,976人/年	
	特約医	2	○2	783	検査技師	1		*日系人の割合 34.9%	
	看護婦	4	○3	1,218	事務員	1			
	検査技師	0	×						
	事務員	0	×						
	計			16,195	計		14,400		差引 - 1,795
合計				82,797			86,960		差引 + 4,163

註：①派遣医の助成額は医師給与・技術報酬のみ(赴任経費は含めず)
 ②常勤医はすべて現地採用とする
 ③現採医給与は6,000千円/年(500千円/月)で計算
 ④特約医給与は2,000千円/年(170千円/月)で計算(週2日勤務として現採医給与の1/3)
 ⑤看護婦給与は480千円/年(40千円/月)で計算

表3：診療所主要備品利用状況リスト

1991年1月現在

備品名	オキナリ	サンファン	アルパナ	フラム	イダラス	助成優先度	備考
車両 救急車	A	A	A	A	A	A	消耗激しく、更新は5年が望ましい
機械装置 発電機 変圧機 発電機			A B	B	B A A	A A A	
一般備品 ルームクーラー VTR ワープロ	A A	盗難	A 故障中	A 故障中	B A	B B B	今後衛生教育活動等に使用 事務処理に使用
医療器材 超音波診断装置 レントゲン移動式 フィルム心臓	A A A	A A	A A C	A B	A A C C A	A A C C B C	ランニングコスト高い
内視鏡 * * * * * * * * * * * * * * *	故障中 A A	B B C C			A A A A	A A A A	
分娩新保蘇分吸 人生科 人生科 人生科 人生科 人生科	A A A A A	A B B C B	A A B A A		A B A A A	A C B A C C C	手動・油圧式が望ましい 手動・油圧式が望ましい
無手整形麻全身 手術用 手術用 手術用 手術用	A B C	A C C	A A B	A A	A A A	A A C B C	手動・油圧式が望ましい
高電蒸留 蒸質水 蒸質水 蒸質水	A C A A	B A	A	A A	A A	A C C A	
遠反光自血 射電動液 射電動液 射電動液	A A A	A C A A A	A	A A	A A	B B C B C	故障多発 故障多発
光線治療ユニット 救急音波科 救急音波科 救急音波科		B A	A C A A	A C	A A	B C C C C	歯科医いる場合のみ使用 保冷品保管に使用

*利用状況 A：よく利用する、B：時々利用する、C：殆ど利用しない
 *助成優先度 ①必要性、②長期的な利用、③価格、④予算、等を考慮して総合的に判定した。
 A：今後とも必要、B：場合に応じて必要、C：適さない

表4：診療所主要機材更新表

1991年1月現在 (単位：千円)

機材	機種	耐用年数	診療所取得年(購入価格)					備考
			オキナワ	サンファン	アルトバラナ	フラム	イグアス	
超音波診断装置	東芝	5	1989 (8.057)	1989 (8.057)	1984	1985 (14.031) 移動式90 (3.186)	1984 (19.741)	
レントゲン装置	東芝	10	1984	1982	1984	1984	1984 (12.482) 移動式80 (349)	
内視鏡	胃	5	1987 (1.200)	1990 (1.890)	1990 (431)	1990 (4.253)	1984 (2.370)	
	十二指腸		1983	1982				
	大腸		1982/83	1982			1984 (3.013)	
	膀胱尿道			1981				
	カプスコープ		1988/89 (1.453)	1990 (495)	1990 (366)	1986 (1.043)		
	光源装置						1984 (2.580)	
	ワカースコープ		1988 (500)	1984		1984 (828)		
高圧蒸気滅菌器	平山 サクラ	10	1989 (6.509)	1989 (465)	1988 (2.788)	1985	1985 (950) 1988 (902)	
分娩台	油圧式	15	1980	1981 兼手術台	1984 電動式	1990 (2.524)	1988 (4.516)	
救急車	トヨタ ランドクルーザ	5	1990 (4.165)	1990 (4.165)	1990 (5.385)	1990 (5.385)	1986 (5.850)	

*その他高額機材

反射光度計	711三協 セラフイ-	5	1986 (1.600)	1985 (1.600)		1989 (3.982)	1980 (781) 中外RABA	消耗品の現地調達も可能
自動血球計算器	1117 PC-604	5	1985 (2.237)	1989 (654) CC-510		1988 (241) DIC GT	1985 (10.661)	消耗品の現地調達も可能

8. まとめ

診療所の状況・運営に関することはすべて本文の中で述べてきたのであるが、本報告の骨子を重複を覚悟でまとめれば、先ず診療所を始めとした医療機関はその性質上採算の合いにくいものであり、特に移住地診療所の如く僻地にあってある程度の診療水準を維持しようとするれば、当然何らかの外的な援助、それも継続的援助を必要とするということである。かと言って JICA・移住地を取り巻く環境は非常に厳しく、今日まで30年近く続けてきた助成をそのまま継続することが許されず、助成のあり方を見直すべき時代となっている。そこで第2に考えるべきことは、では如何にして現今の限られた枠の中で将来に残る援助を成し得るかということであり、この点を明記することが本報告書作成の趣旨であり、内外の関係者が最も苦慮していることである。

勿論、現状の枠に捕われず様々なアイデアをもって診療所の存続を図る試みは既に成されて来ており、技術協力との提携、無償資金協力の適応等はその具体案として今後も継続して検討する課題であろう。しかし今後大きな状況変化が起こらない限り、現在の助成の枠組を大きく外れた協力は残念ながら当面出来る見込ではない。

このような種々の現実を前提にして、本報告書は如何にして短期的且つ些少な協力でもって恒久的な効果を生み得るかという国際協力の宿命的問題に真っ向から対峙し、それを克服すべく尽力した結果現時点で生まれた成果をまとめたものである。よって内容はあくまでも中間報告であり、将来的に更なる現実的且つ飛躍的発想と有利な状況変化を渴望して止まない。

また第3には、既に各地域において数多の住民に対して健康管理上の貢献を成してきた診療所の機能を存続させることは、現時点での利益のみならず、将来何らかの状況変化が生じ、それに伴う新たなニーズが生まれた場合に、本来の機能を活かした形での対応を可能たらしめるものである。殊に診療所の活動はそれ自体 BHN (Basic Human Needs) の重要要素であることから、このような住民の健康管理に関わる特別なニーズの発生は将来充分にあり得ることと思われる。この観点からも、現時点で短期的な視点から診療所の機能縮小を行うのは得策とは言えない。

ともあれ診療所という、移住者にとっては重要な健康管理の拠点を存続できるか否かは、移住者自身の将来を左右するのみならず、国際協力の観点からは日本の海外援助の一形態の成否と可能性を問う大きな問題になるであろう。