

# JICA プロフェッショナルの 挑戦

シリーズ1: スリランカ

ペラデニア大学歯学教育プロジェクト

～ODAが人生を変える～



人材

J R



# JICA プロフェッショナルの 挑戦

シリーズ1: スリランカ

ペラデニア大学歯学教育プロジェクト

～ODAが人生を変える～

## はじめに

生涯をブータンに捧げた専門家「西岡京治」氏と言えば、日本のODA（政府開発援助）業界関係者の多くの方々が、その記憶にとどめていたのではないのでしょうか。しかしながら、一般の日本人の間では、西岡さんを知る人が殆どいないのも現実でしょう。

西岡さんは、ブータンで1992年3月に亡くなるまで、28年間、ブータンの農業技術指導に自分の人生を捧げており、「日本の国際協力を創った人たち」（2007年国際開発ジャーナル誌12月号）の中でも取り上げられたように「隠れた偉人」とも言えます。

ブータンにおける西岡さんは、1980年には「国の恩人」としての最高の栄誉称号である「ダシヨー」をワンチュク国王から授与されており、その後、国王の農業アドバイザー的な存在ともなり、若きブータン官僚達からは非常に慕われていた「ブータン人」の大先輩でもありました。

幸いにも、筆者は、生前の西岡さんに現地でお会いする機会がありました。それは、22年前（1986年）、JICA（国際協力事業団、現国際協力機構）の派遣事業部でブータンの国担当をしていた頃のことです。西岡さんは、1964年以来、専門家として唯ひとりブータンへ派遣され続けていた異色の専門家でした。



当時、筆者は、西岡さんなら、他の専門家や協力隊員などをブータンへ受け入れてもらうために協力をしてくれるに違いないと考え、上司の了解を得て、直接それを依頼するために、ブータンまで彼を訪ねたのでした。

大変驚いたことに、パロの農場で仕事をされていた西岡さんは、20年以上海外生活をしていても、毎日BBCやラジオジャパンを聞いていたとのこと、世界情勢について非常に明るく、また、人を包み込むような人間的な魅力（人間力）に溢れた方でした。

ブータンの正装であるゴと呼ばれる日本のドテラのような着物に、颯爽と首に長いスカーフと腰にはサーベルを身に付けた「ダシヨウ西岡」が、筆者を連れて官庁内をくまなく案内してくれました。その度に、西岡さんは、ブータン関係者をつかまえては若い筆者を、「日本からマイ・ボスマン（私の上司）が来た」と紹介するので、本当に気恥かしい思いをさせられた経験があります。しかも、ブータン関係者は、異口同音に、「ダシヨウ西岡が日本人だったとは全く知らなかった」と冗談を言い、さらに真顔になって、「日本は本当に息の長い協力をしてくれる素晴らしい国だ」と、西岡さんの協力を通じての我が国への賛辞を呈するのでした。

ここで、敢えて西岡さんの話をさせて頂いたのは、読者の皆さんにも、ぜひ一緒に考えて頂きたいことがあるからです。それは、西岡さんのように、途上国へ技術を移転するという

ことに加え、人と人との信頼関係を通じた二国間関係の強化への貢献という側面も、ODAに期待されているのではないかと考えるからです。国民の税金を活用したODAであるが故に、ODAを通じて、このような人と人との信頼関係に基づく二国間関係の強化へ多少なりとも貢献できるのであれば、これを「国益」と呼んでも差しつかえないのではないのでしょうか。つまり、ODA関係者は、このような視点を常にもった上で、ODAを実施すべきではないでしょうか。

次に、「技術協力とは何か」と考える際に、筆者がいつも思い出すのは、食うや食わずの困っている人々がいる時に、「魚をあげること」と「魚の釣り方を教えること」のどちらを選択するかという問いです。普通、飢えた人々には、魚をあげることを選択するでしょう。しかしながら、飢えをしのげた人々にも、魚をあげ続けることが本当に良い選択でしょうか。いや違う筈です。魚の釣り方を教えることができれば、その人々は、それ以降、自力で自分たちの魚を賄うことができるようになります。正に「技術協力」とは、自助努力を支援するための「魚の釣り方」に相当することではないでしょうか。

このような意味での「技術協力」なのですが、本冊子で扱う「技術協力プロジェクト（通称「技プロ」）」とは、JICAの定義では、「一定の成果を一定の期間内に達成することを

目的として、あらかじめ合意された協力計画に基づき、一体的に実施・運営される技術協力事業のこと」とされています。また、専門家（JICA事業で活躍される専門家は「JICA専門家」とも呼ばれています）とは、条約その他の国際約束に基づき実施される技術協力事業の一形態（専門家の派遣制度）を通じて派遣される専門家を意味します。

JICA専門家には、保有する知識・技術を相手方に伝達し、開発途上地域の人材養成に資すると同時に、専門家の全人格を通して、相互の友好・親善の役割を果たすことが期待されています。

JICAには、設立以来、長期間に亘って、途上国の人々と心をひとつに協働とふれあいを通じ、社会・経済の自立・発展を支えようという大切な価値観としてのスローガン『人づくり、国づくり、心のふれあい』があります。このスローガンを現場レベルで体現するために重要な役割を担っているのが、JICA専門家であるとも言えます。

JICAは、2006年度の実績で、援助対象の154カ国・地域のうち、88カ国において、715件の技プロを実施すると共に、4541人の専門家を新たに派遣しています。これまで、専門家は、2006年末までで、延べ8万人以上が派遣されています。前述の西岡さんも、そのJICA専門家のひとりです。

しかしながら、JICA専門家は、同じJICAの青年海外協力隊（JOCV）やシニア

ボランティア（SV）に比べても、あるいはNGO（非政府組織）に比べてもマスコミに取り上げられる機会が少なく、その存在が余りにも一般の日本人には知られてないようです。ODAの現場の最前線では、JOCV、SV、NGOの関係者に加え、むしろプロフェッショナルな立場からは、JICA専門家が大いに活躍しているのが現実なのです。

しかも、JICA専門家の場合には、途上国における人材養成や組織・制度整備を通じて、当該国の社会・経済へ大きなインパクトをもたらしているケースが多くあります。このような事実を、もっと日本の一般の国民の方々にも広く伝えることが必要であると考えています。

冒頭紹介した西岡さんの時代から20年以上が過ぎましたが、その間、援助の潮流やJICA専門家を巡る周辺環境は大きく変遷してきています。

世界的な援助の潮流として、ひとつは90年代以降、各ドナーが、プロジェクトベースの技術協力から、セクターワイド支援、さらには途上国政府の一般財政支援へと向かってきたことです（注1）。また、もうひとつは、各ドナーが、技術協力のあり方として、個人ベースの技術移転から、より制度や社会へのインパクトを重視するキャパシティ・デベロップメント（CD）という概念を尊重してきていることです（注2）。

他方、我が国は、1991年以降維持し続けてきたODA供与額世界第1位の座を20



01年に米国へ譲り、10年以上にも及ぶODA予算の削減の結果、2007年度のODA実績（ネット値では76・9億ドル）は、DAC加盟22カ国中、米国、ドイツ、フランス、英国に次いで第5位となり（前年は3位）、また、日本のODAの対GNI比（0・17%）は、20位となっています（前年は、18位、0・25%）。

このような中、我が国では一連のODA改革が実施され（注3）、JICAにおいても、緒方理事長着任の2003年10月以降、「現場主義」「人間の安全保障」「効果・効率性と迅速性」の3つの視点に基づき、JICA改革が強力に押し進められています。

その結果、技術協力プロジェクトの法人委託化が促進され、それに伴い公示・公募で選定された専門家が增え、今では派遣人数でみると専門家総数の約6割に達しています。言い換えれば、長期の専門家派遣形態から、短期シャトル型（短期間の派遣の繰り返し）の専門家派遣形態へと大きくシフトしてきたとも言えます（官から民への人材市場の拡大とも捉えられます）。

このようにJICA専門家を巡る周辺環境は、大きく変化してきているのが実情です。我が国のODA予算の削減などに伴い、納税者からは、「援助が本場に役立っているのか」という疑問が呈され、その結果として、ますます短期的な「成果主義」を重視せざるを得ないような傾向にあります。しかしながら、「成果主義」を重視する場合においても、専門家に

よる協力の過程や、プロジェクトによる成果を超えた組織・制度整備へのインパクトなどにも併せて十分な配慮を払っていく必要があります。

本年10月には、JICAがJBIC（国際協力銀行）の有償資金協力業務及び外務省の無償資金協力業務の一部を承継し、新JICAへと移行することとなっています。今後、JICA関係者には、技術協力、無償資金協力、有償資金協力の3スキームを組み合わせ、その相乗効果を発現させながら、より効果的・効率的に途上国の自助努力を支援していくことが期待されています。

以上のように、JICA専門家の活動環境は、大きく変わりましたが、JICAが実施する技術協力のメインプレーヤーは、引き続き、JICA専門家であることに変わりありません。では、専門家の活動の様子などは、どのように伝えられてきたのでしょうか。

JICAでは、途上国における各種プロジェクトの経験が、多くの場合、何らかの「形式知」として報告書等の形で存在していると言えます。しかしながら、そのような報告書は、いずれも成果としての事実関係の集積ではあったとしても、残念ながら、専門家がその協力の過程においてどのようなようにして、さまざまな苦難を克服していったのか、また、どのようなようにしてプロジェクトのマネジメントをしていったのか、などの「暗黙知」の部分が必ずしも十

分に盛り込まれたものとはなっていない。まして、JICA 専門家の活動の様子がわかり易くまとまった書籍も殆ど出版されていないのが実情です。

通常、JICA 専門家は、異文化社会において、異なる言語を用い、良好なコミュニケーションを図りつつ、途上国の関係者との信頼関係を構築させながら、業務を実施していかなければならず、そのための努力は並大抵のものではありません。初めて途上国へ赴任される JICA 専門家にとって重要で最も参考となるものとは、そのような専門家の活動の様子などが理解しやすく、また、途上国における専門家の活動の教訓や知見を取りまとめたものと言えるでしょう。

このような観点を踏まえつつ、本冊子は JICA 国際協力人材赴任前研修の副教材としての利用を主目的として作成されました。また、できるだけ JICA 専門家の実像が等身大で見えるようにも試みました。特に、初めて赴任される専門家が、技術協力プロジェクトをイメージしやすいように、また、JICA 専門家の活動の様子などが理解しやすいように、さらに過去の JICA 専門家の教訓や知見がにじみ出るように取りまとめたつもりです。

例えば、ある専門家が圧倒的な技術力（世界的スタンダード）で実際にやって見せ、カウンターパートに理解を促したり、例えば、ある専門家がカウンターパートの話をじっくり聞

いた上で対話を行い、彼ら自らが問題解決できるようになるまで忍耐強く寄り添ったり、また、ある専門家がカウンターパートと共通の理念をとことん語り合い、自分たちの役割を再認識させたり……。本冊子を読んで頂ければ、このような専門家にとつての重要な示唆をいくつも読み解くことができる筈です。

日本人専門家が、JICA専門家として、途上国で何を考え、どのように挑戦していったのかを理解する観点からも、ぜひご一読願えれば幸いです。また、本冊子は、広く開発教材として活用されることも念頭におき、できるだけ読みやすい内容に絞って作成しました。多くの皆様に、ご一読頂けることを願ってやみません。

本冊子の作成に際しましては、JICA国際協力人材部総合研修センター内に「JICAプロフェッショナルの挑戦」執筆・編集タスクを設置し、企画から、プロジェクト選定、専門家へのインタビュー、現地確認調査、原稿執筆（テープおこしを含めて）、編集まで一貫して、主として、執筆・編集タスク5名で担当してきました。また、プロジェクトの選定につきましても、執筆・編集タスクが在外経験のあったスリランカとフィリピンの過去の実施案件の中で、インタビュー対象専門家の確保可能性や異なる分野（情報技術、保健医療、基礎教育、農業）などの基準から選定させて頂きました。

今回は取り上げませんでした。JICAが過去に実施した技術協力プロジェクトの中には、例えば中国の中日友好病院、インドネシアのスラバヤ電子工学ポリテクニク、タイのモンクット王工科大学ラカパン校、ケニアのジヨモケニヤッタ農工大学など、長年継続的な協力を行い、社会・経済的にも大きなインパクトをもたらし、相手国にも大変感謝されているものがあります。今後は、これらその他のプロジェクトも順次取り上げてゆく予定です。

最後になりましたが、執筆・編集タスクを代表し、本冊子の作成にあたり、快くインタビューに応じて頂き、かつ原稿に細かく目を通し数多くのコメントを頂戴し、貴重な写真までご提供頂いた専門家の皆様方に深く感謝申し上げます。また、突然の訪問にもかかわらず、快くご対応頂いたスリランカとフィリピンの政府関係者及びプロジェクトの関係者の皆様方にも、改めて感謝申し上げます。さらに、本冊子作成に際し、ご協力頂いたその他多くの関係者の皆様方にも感謝申し上げます。

平成20年6月16日

JICA国際協力人材部総合研修センター

執筆・編集タスク主幹 鈴木 康次郎

(注1) 特に、アフリカなどの途上国においてコモンバスケット方式として、各ドナーが資金をプールし、特定のセクタープログラムのために途上国政府がこれを活用し、それを各ドナーが協調してマネジメントする方式へとシフトしています。実は、今では、我が国のように技術協力のために専門家を長期に派遣し、途上国関係者と共に、プロジェクトを実施しているようなドナーは殆どいなくなっているのが実情です。

(注2) CDの概念は、UNDP(国連開発計画)が、2002年に主張し始めた概念で、「途上国の課題対処能力が、個人、組織、社会等の複数のレベルの総体として向上していくプロセス」を指すというものです。この考え方の特徴は、キャパシティを「途上国が自らの手で開発課題に対処するための能力」と定義し、途上国自身の主体的な努力(内発性)を重視していることです。CDの概念において、改めて強調されている途上国の「オーナーシップの尊重」という考え方は、被援助国経験を持つ我が国のODAの根幹をなす「自助努力の支援」という考え方と共通したもののなのです。このように、実はこのCDの概念にしても、これまでの我が国の技術協力の考え方と共通点多く、ある意味では類似な概念とも言えなくはないのです。

(注3) 最近の一連のODA改革としては、2003年「新ODA大綱」の改定、2006年海外経済協力の司令塔機能である「海外経済協力会議」の設置、2006年「JICA法」の改正などがあります。



## 目次

はじめに 1

プロジェクトサイト位置図 15

第1部 JICA専門家等へのインタビュー 16

・半田 祐二郎 氏(担当分野・チーフアドバイザー／保健人材開発) 17

・萩原 明子 氏(担当分野・業務調整／公衆衛生) 39

・佐藤 淳一 氏(担当分野・口腔外科) 55

・曾根田 兼司 氏(担当分野・歯科補綴) 71

・吉田 直美 氏(担当分野・歯科衛生) 89

・長尾 徹 氏(担当分野・チーフアドバイザー) 103

スリランカ主要指標一覧 123



第2部 カウンターパートからの手紙 124

・ P・アマラトウンガ 氏（ペラデニア大学歯学部 学部長） 125

スリランカの保健医療事情 133

第3部 ルポライター田中章義の現地レポート 134

スリランカ「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」の現場を訪問して 135

スリランカ案件配置図 145

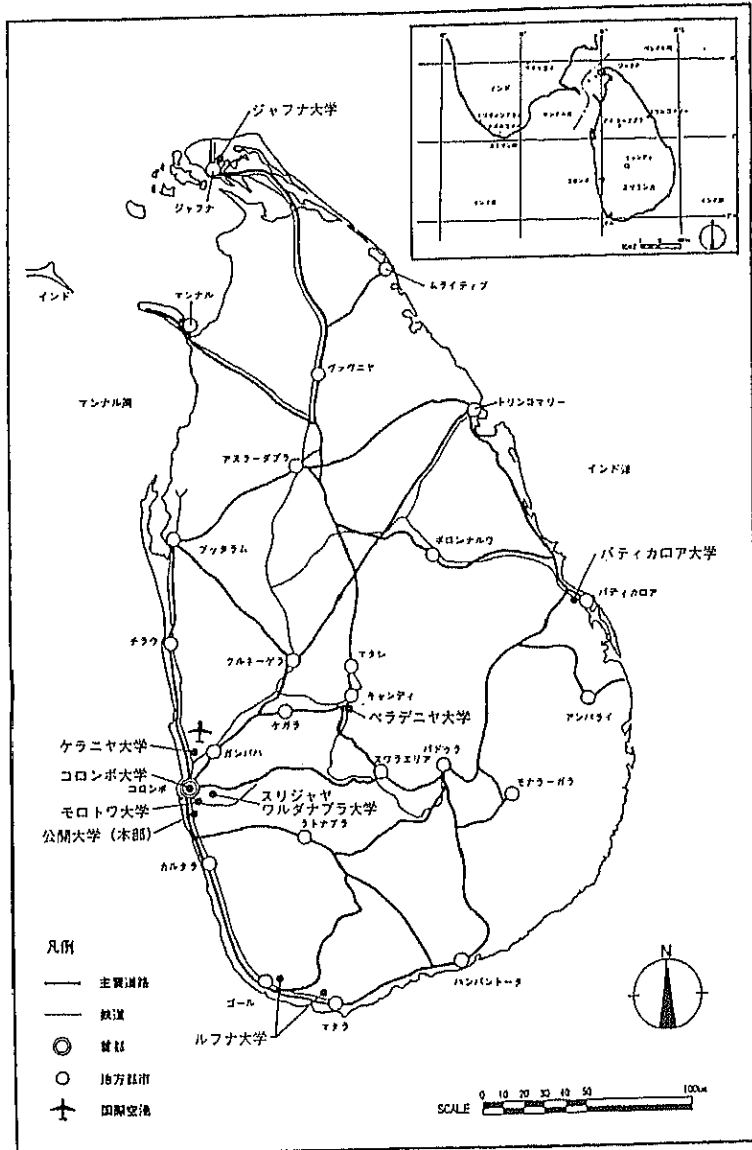
おわりに 146

参考資料 i

・ プロジェクトの概要 ii

・ プロジェクトの主な関連ヒストリー iv

# プロジェクトサイト位置図



スリ・ランカ民主社会主義共和国 ペラデニア大学歯学教育プロジェクト終了時評価報告書 より抜粋

# 第1部

## JICA専門家等へのインタビュー



デモンストレーション指導中の菅根田専門家



はんだ ゆうじろう  
**半田 祐二朗 氏**

スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト  
担当分野：チーフアドバイザー／保健人材開発

1952年福岡県生まれ。歯学部、医学部大学院（外科系・顎顔面口腔外科学専攻）卒。医学博士。岐阜大学付属病院講師を経て、1996年JICA客員国際協力専門員（保健医療）。1998年国際協力専門員（保健計画、病院管理、保健人材開発分野）。スリランカ保健省事務次官室政策顧問などを経て、現在JICA東南部アフリカ地域支援事務所・広域企画調査員（保健医療）、TQM、CQI、5S運動の政府系保健医療施設への普及などに携わっている。北海道医療大学客員教授（国際保健）。

## 普段の対話が大事。対話があればむしろかしい議論は後からついてくる。

保健・医療分野での国際協力を語る上で、欠かすことのできない専門家がいる。ある人は、この人物を「マネジメントの天才」と呼び、別のある人は「この人がいるから専門家として赴任する道を選んだ」と公言して憚らない。この専門家の名は、半田祐二郎氏。現在は、JICA東南部アフリカ地域支援事務所・広域企画調査員としてアフリカの約15カ国でのプロジェクト支援にたずさわる半田氏は、1994年、わずか42歳で「スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」のアイデアと遭遇し、本プロジェクトの初代チーフアドバイザーとして、スリランカの歯科医療分野の発展に大きな功績を残してきた。保健医療分野では必ずしも優先順位の高くなかった歯科医療の分野で、無償資金協力の案件を実現させ、その後も技術協力プロジェクトを推進してきた医学博士の思いとチャレンジを紹介してみたい。

## 一度きりの人生なのでチャレンジする

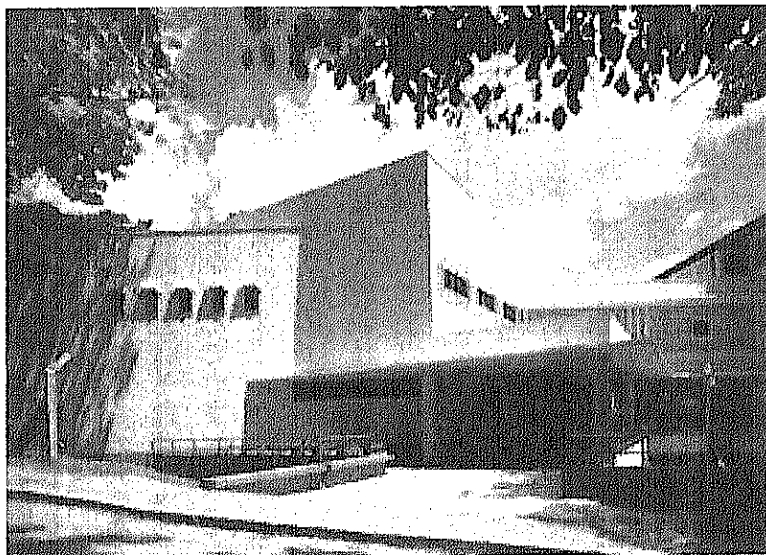
「・・・1952年、まさしく日本が途上国であった時代に生まれた私は、高校生の頃からアジア・アフリカへの関心を持っていました。途上国を支援する取り組みについて知ったのは、岩村昇医師と共にネパールの結核医療に貢献された医師で大学教授の講演を高校の講堂で聞いたときでした。その後、私は「途上国」への問題意識を持ち続けながら、歯科医師になり、口腔外科の臨床医になりました。患者さんのケアと、途上国のことを考えるということとは、実は同根のものであると思っています。

ごく普通の臨床医だった私は、1991年から日本の大学とカンボジアのプノンペン大学による研究者ネットワークによる協力活動に参加することになりました。ポル・ポト政権下で多くの教員が殺害されてしまったプノンペンの医薬歯学合同学部で、毎年2ヶ月間程度非常勤教員として協力する機会を得ました。私の専門は口腔外科だったので、プノンペン周辺の医療機関の状況をつぶさに見て、自分の分野を介して保健医療全般に役立つ支援を行うべきだと思わずにはいられませんでした。

1991年、名古屋市中で、病院のマネジメント、特に手術室の管理、運営の訓練に寄与するNGOの立ち上げに参加、そのNGO「オペレーション・ユニ」は現在も、ネパールで活動

を続けています。当時、活動は、中部地方を中心に医師、歯科医師、看護師等医療関係者などによって、20名程度でスタートしました。いまも名古屋に事務局を置き、大学研究者や医療従事者によって運営されています。また、海外の研究機関との共同研究の仕組みをつくることや、(社)日本口腔外科学会の途上国に対する支援に委員として関与したりもしていました。このように、アジアの途上国の歯科、口腔外科に関する問題解決の手伝いを、大学教員として継続しておこなっていたことが、ODA案件の技術参与等を後に務めることになった背景といえます。

私がこのプロジェクトのアイデアと出会った1994年、JICA本部から厚生省(現厚生労働省)、文部省(現文部科学省)を通じて当



解剖学教室や学部長室などがあるパラデニア大学歯学部基礎棟

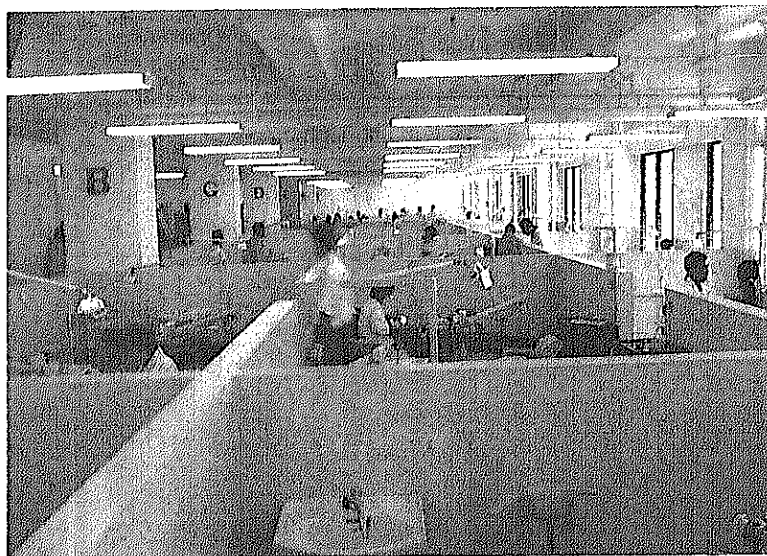
時勤務していた岐阜大学に私の派遣要請があり、無償資金協力（ペラデニア大学歯学部病院、校舎の建設と医療機材供与）の調査に技術参与として参加することになったのです。

無償資金協力の事前の調査でペラデニア大学を訪れる以前から、私はすでにこの大学の名前は知っており、伝統のある、高いスタンダードを持つ総合大学であるという認識を持っていました。またスリランカ出身の研究者の名前には学会や論文等でなじんでいました。

調査のために現地を訪問してみるとその歯学部は医学部から分離したものの、粗末な小さな学部で、校舎も昔の学生寮を転用するなど、国で唯一の歯学部への投資は著しく遅れていたことを知りました。ところが、充分ではない施設・機材は、フル活用されていて比較的維持管理の状況が良いこともわかりました。最初の印象としては、ここに適切な投資を行いさえすれば、スリランカにおける唯一の歯科医療者養成機関として発展させることができ、日本の税金で意義のある協力ができると思えたのです。

日本での当時の私の関心事は、学生の教育や研究テーマとして手がけていた顎変形症、顎関節等の手術法の開発でした。しかし、ペラデニア大学の当時の様子を見て、日本の恵まれた環境で研究ばかりしていて良いのか、本当にすべきことは何だろう、と思ったりもしました。しかしながら、当時、将来自分がスリランカに行くことになるのか、JICAの国際協力専門員になる事は全く考えていなかったのです。





学生が治療ブースで実習している様子

私はペラデニア大学の事前調査の少し前に、日本のODAの仕組みや計画・評価手法を勉強したいという意識があり、国際開発高等教育機構（FASID）主催の研修を時折受講していました。たまたま環境影響評価コースに保健医療の切り口より参加することになりましたが、その時の研修コース・リーダーが環境セクターの国際協力専門員（今井千郎氏）でした。そこで初めて私は国際協力専門員という仕事があることを知ったのです。

1994年にペラデニア大学の無償資金協力の技術参与をお引き受けしたのですが、その後、当時の無償資金協力部第一課長と部下のかたに「国際協力専門員の仕事が向いているから、考えてみたら？」と勧められ、私はその道を考えたいということになりました。当時は大学で、深い

が比較的狭い分野で仕事する立場だったのですが、「国際協力」というマルチの分野では、公衆衛生や医療サービスの質まで幅広く扱うことができると考え、一度限りの人生だから、と思いきってチャレンジしてみたのです。

### PCM手法を計画の道具としてきちんと使う

無償資金協力の調査（事前、基本設計、ドラフト説明）で3回現地に行きました。その頃、私はFASIDで、プロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）手法に関して一通りの研修（初級〜モデレーター養成）をすでに終えていました。当時の研修ではドイツGTZから招聘された先生から英語で学びました。事業管理・運営のツールを習得し、自分のものにしたと思うので、それらの機会はありがたいものでした。そうしているうちに、1994年を迎えたのですが、無償資金協力の計画・立案にPCMが使えたらいいと考え、事前の調査の段階からログフレームを使った計画プロセスを、カウンターパートをはじめ、関係者に提案し実行に移したのです。

PCMは斬新で論理が明快な方法に思えました。その頃はまだ導入期であったせいかな、P

CMを用いた事業計画は、施設や機材の投入内容の検討が主体となる無償資金協力には向いていないという考えかたもあつたようです。しかし、私たちが現場で議論したのは、無償資金協力の投入は、目標達成のための手段であるということでした。目標は何か、そして無償資金協力の投入として何を達成するかを議論することが重要だったのです。

私は、監督官庁の高等教育省や保健省が何を達成したいのかということを十分議論しないうちに、投入内容が、当事者と調査団の認識のみに基づいて決められるのは好ましくないと思いました。無償資金協力はあくまでも手段であり、計画の上位目標やプロジェクト目標は、投入を使い、先方政



大学の先生たちの意識は何度もおこなった計画ワークショップでひとつになっていった。

府上位機関も含めた当事者が将来達成したい目標として設定しなければなりません。

このような考え方は、もともとJICAのポリシーの根幹を成すものですが、そのことを再認識しながら、ペラデニア大学側と、PCM手法を広汎に活用することについての合意を取り付けていったのです。当時、JICA本部からはPCM手法の適用については試行的なことでもあり、あまり先方の負担にならないように、全面適用とよくばらないで、一部でもいいのではないかとの助言も頂いていましたが、実際に現地で参加型ワークショップを始めると、ほとんどが理系研究者出身のカウンターパートの方々は論理構築やそれに関わる議論が大好きで、時間を忘れて議論に議論を重ねてゆきました。

そして、プロジェクトの概要表であるPDM (Project Design Matrix) を細部にいたるまで、一気に仕上げてしまったのです。この無償資金協力案件の事前調査では、まだプロジェクト方式の技術協力は同時並行で行うことは決まっていなかったのですが、基本設計調査が終わる頃には技術協力が実施案件として採択される可能性が伝えられるようになりました。現地の関係者はそれに勢いづいて、PCM手法をいっそうしっかりと使っていかななくてはと情報収集や勉強をこつそりしていたとあとから聞きました。

## 相手方との議論を重ね訓練計画を作る

大学で教育研究臨床の仕事をしながら、1994年から無償資金協力（無償）の準備に技術参与として関わっていたのですが、1996年9月1日をもって文部教官を退職し、客員国際協力専門員として着任しました。主に南アジアやアフリカの一部を中心として保健政策・人材開発・病院管理のコンサルティングや調査を主な仕事としてJICAの一員としての生活がはじまりました。PCM手法はJICA全体に浸透しつつあった時期にあたり、同手法を完全に適用した事業計画にチャレンジすることについては当時の医療協力部の理解が得られました。無償資金協力プロジェクトはすでに着手されており、新しい学舎、教育歯科病院の設計、建設の進捗とともに、採択された技術協力プロジェクトの計画にPCM手法で挑むことができるようになりました。当時のJICA本部担当部局の先見性によって、そのための6週間に及ぶ長い調査期間を頂きました。

建設中の施設、導入予定の機材を活用して、ペラデニア大学歯学部と付属教育歯科病院は、一体何を実現したいのかという議論からスタートしました。5年間のプロジェクト期間を想定し、歯学部と病院における教育、研究、臨床活動の全般についてどのような能力強化が必要なのかを教職員、学部管理者による参加型のワークショップで詳細に検討しました。この

ことはスリランカでの上位機関としての高等教育省にも周知され、上位目標、プロジェクト目標、期待される成果については大まかな合意を得ていました。それを基調として、訓練ニーズの検討に入り、5年間に54の「訓練計画」をプロジェクトとして実施することになったのです。

これらの訓練パッケージはPDMの構成では「活動」部分に該当します。それぞれの活動の期間で言えば1ヶ月のものから1年以上に及ぶものまで、6週間の調査期間に30回以上の分科会ワークショップを時には並行しておこない、それらの結果をPDMに書き込むことができました。

### プロジェクトの実行——専門家の投入を工夫する

技術協力プロジェクトには国内支援委員会が設置されてきました。医療協力部の過去の経験から、プロジェクト管理運営の精度を高めることに困難があったとすれば、その原因のひとつが日本人専門家の投入の仕組みとタイミングであったようです。それまでの例では、国内支援機関として特定の大学、学部、研究施設、医療機関などが人材プールとなっていて、

そこから独占的に人材を派遣してもらおうということが一般的であったようです。プロジェクトとしては、一箇所の支援機関に常に頼っていれば安心という側面もあったでしょうが、一方では、プールされている人材に限りがあることも否めないわけで、専門家供給側の都合で、活動内容を修正する例もあつたと聞かされていました。

ペラデニア大学歯学教育プロジェクトでは、日本人専門家招聘の方法に工夫をしました。当時の医療協力部は人材を日本全国から広く集めて投入していく仕組みの構築に尽力してくれました。中でも画期的だったのは、当時の文部省と厚生省の両方の代表を国内支援委員会にお迎えしたことでした。そして、その双方に公人として長年関わってこられた、宮武幸吉先生（元厚生省歯科衛生課長で当時鶴見大学歯学部教授）に委員長を引き受けてもらい、文部省が国公立大学を、厚生省が私立大学をとりまとめとめてくださることになりました。

日本全国にある29の歯学部すべてに協力要請が行われ、多くの学部が協力を申し出てくれました。北から、北海道大学、北海道医療大学、東京医科歯科大学、日本歯科大学（東京・新潟）、鶴見大学、日本大学、愛知学院大学、朝日大学、広島大学が、実際に専門家の派遣、研修員の受け入れなどに具体的な協力をしてくださいました。そして、東京医科歯科大学が国公立大学の、日本歯科大学が私立のまとめ役として重要な役割を果たしてくださいましたことも忘れられません。このようにして多くの人々の力で特定の機関のみに頼らず、全国から専

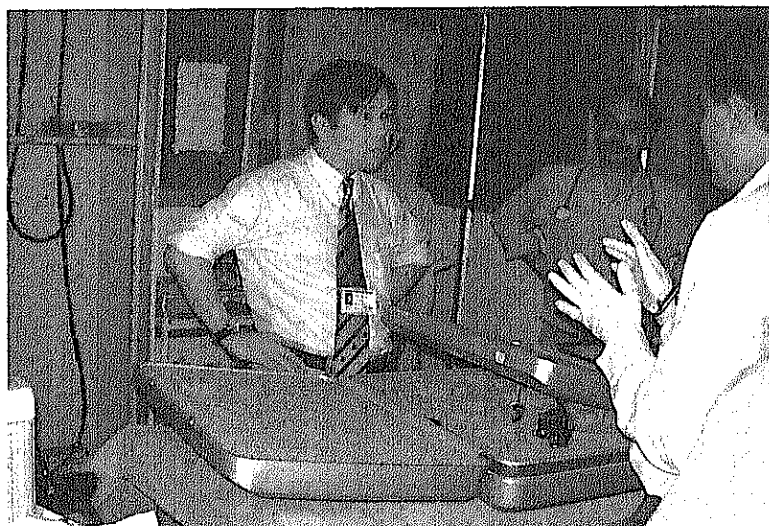
門家を招聘できるシステムができあがったのでした。

### プロジェクト内の議論から生まれた、大学間協力、そして政策提言

プロジェクト期間中、プロジェクトオフィスでは専門家同士が自由に議論する雰囲気づくりに努めました。専門家として日本からおいでいただいた方のほとんどは大学関係者でしたが、その中には名誉教授も若手研究者の方もおられました。異なる組織から派遣されてきた背景の異なる専門家の皆さんにできるだけよい業務環境と雰囲気の中で仕事をしていただくためには、年長者に敬意を払いつつも、組織としてはできるだけフラットにすることが必須であったと思います。そのために、プロジェクトオフィスでのミーティングでは、順調なときも、問題に苦しんでいるときも常に自由な意見交換ができるような配慮をしたつもりです。そして、調整員をかねていた萩原専門家とプロジェクト・リーダーである私が、努めてストレートな議論を全員の前でするようにしたことが、長期5名、短期の方は多いときで5〜6名の陣容の日本人チーム内に摩擦やセクト化などを招くことなく、自由闊達な雰囲気を作成する源となったような気がします。



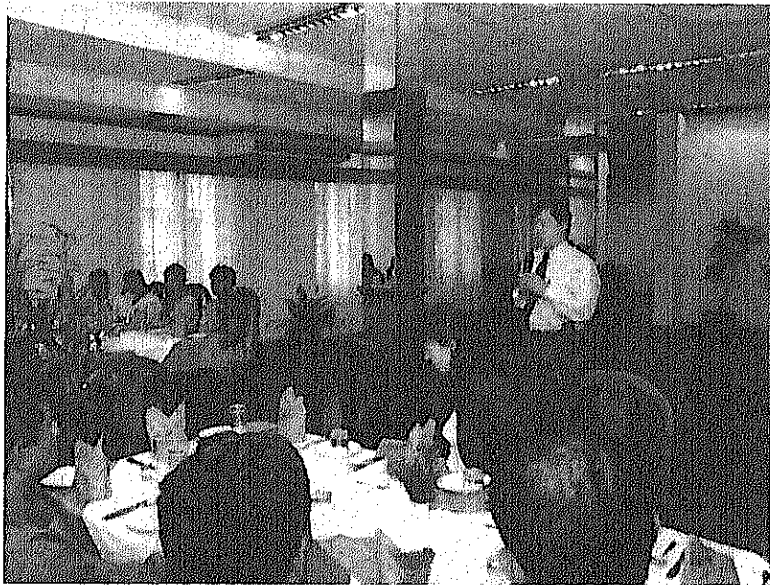
そのような雰囲気から出てきたのがペラデニア大学歯学部と日本の歯学部の共同研究プロジェクトや、大学や学部間の交流協定推進のアイデアでした。それらのアイデアはカウンターパート組織からも歓迎され、鶴見大学歯学部、東京医科歯科大学歯学部が交流協定を締結してくださいました。また、鶴見大学、北海道大学、北海道医療大学、新潟大学などの共同研究や研究者交流に発展していったのです。これらの事実は、まさにプロジェクト期間中に効果の持続性（サステナビリティ）を意識した、一種の仕掛け作りでもありました。また、当初、私たちも予期していなかったのですが、プロジェクト期間中からペラデニア大学歯学部と英国や豪州の大学との関係がいつそう強化されて、現在では教員の人事交流等もおこなっていると聞いています。



付属教育歯科病院でスタッフの話を聞く半田チーフアドバイザー

オーラルヘルス（口腔保健）を通じたヘルスプロモーション（健康増進）という考えかたが、本プロジェクトを通じて、スリランカの保健セクターに登場したという評価があります。当時、教育学、特に保健教育出身の萩原専門家によって、このプロジェクトの成果を歯科医療のみの範囲に終わらせないという考え方が、カウンターパート機関内に浸透し始めました。私は、異なる分野の人がひとつのプロジェクトで働くことによって、このように分野の壁を破る新しい取り組みができると信じています。

健康増進が国民運動として定着しない限り、先進国も、途上国においても健康問題の本質的解決にはならないことは自明ですが、その道のりの長さから、あるいは、目先の課



チーフアドバイザーの仕事はしゃべること。Public speechの腕も磨きました。

題の多さ・複雑さから、政策立案の前線では健康増進政策の必要性や具体的なイメージを忘れてしまいがちです。そこで、本プロジェクトはこのような視点から一種のチャレンジを試みたのです。すなわち、プロジェクトからの一種の政策提言です。その端緒となったのはプロジェクトの訓練トピックのひとつであった歯学部为国家癌対策への貢献への仕組みづくりでした。

途上国で最も早く高齢化社会に突入しつつあったスリランカでは、当時でも癌が死因の2番目にランクされていました。そして、口の中にできる口腔癌で死亡する人の割合はがん患者全体の約30%にも及んでいました。日本での同種の統計が2〜3%であるのに対してこの数字は驚きに値します。ピンロウ（噛みタバコ）をかむ習慣をはじめとしてさまざまな生活習慣が絡み合い、口腔癌の発生率をおしあげているのです。このことについては歯科医療者をはじめとして彼らを養成する歯学部には、一定の責任と役割があるはずで、癌をはじめとする生活習慣病予防、スクリーニングによる早期発見の分野に歯科医療者の働きは必須です。特に歯科医にとっては歯の治療者という認識から、健康増進の担い手という認識にシフトして初めて、国民の健康増進の表舞台に出る事ができるわけです。

当時のプロジェクトでは、このテーマを政策提言の中心課題としてアピールすることになりました。国立国際医療センター・国際医療協力局から池田憲昭専門家（保健行政・癌の疫学）

を迎え、スリランカ保健省の国家対策プログラム事務局との間で政策対話やワークショップを実施しました。また、現地の各方面の専門家をフォーラム、ワークショップに招聘しましたが、プロジェクトの計画段階から支援を得ておりました財団法人・札幌がんセミナー（北海道大学医学部名誉教授・小林博理事長）には、癌対策に関わるワークショップ、学術集会を通して専門的な助言を多く頂きました。後に同財団には、日本とスリランカから講演者を多数迎え、がん対策セミナーをコロナ禍にて開催していただいたこともありました。このように、外部機関とのネットワークを強化することで、問題解決のための議論がいつそう高い次元へと進んでいくことがよくわかりました。国民運動としての健康増進や疾患のスクリーニングサービスは、国が公共サービスとして取り組んではじめて制度化できる課題です。道は険しく長いですが、決してあきらめてはなりません。

このような取り組みは後に、JICAスリランカ事務所によって、保健分野のマスタープランに関わるJICA開発調査の中で、開発課題としての生活習慣病対策へとさらには、2008年度の新規案件としての同分野政策支援へと進化してゆくことになりました。

## 共通の理念に基づいた行動とその成果

私はこのプロジェクトの期間中、日本人専門家の意識を統一し、プロジェクトとしてのミッション、ビジョンをはっきりさせたうえで共有し、その理念に基づいて行動するというカルチャーをつくらないといけないと考えていました。特に医療従事者としての技術者集団には、一人ひとりが違う分野で指導者、アドバイザーとして事に当たるわけですが、仕事に関わる理念はひとつでなければなりません。また、リーダーと調整員はそれを常に意識してカウンターパート組織とつきあって行くべきでしょう。定例教授会にも私たちのどちらかができるだけ参加していたので、カウンターパートの皆さんにも我々の行動理念は周知されていたと思います。

技術移転とその定着、現地化について、その理念の意味を問われた例として、口腔癌摘出後の再建手術に用いられる「顕微鏡（マイクロスコープ）を活用した血管の縫合」という難易度の高い手術法の訓練についての話があります。このシステムの技術移転には当初は心配や疑問を投げかけられていました。プロジェクト計画段階から、日本国内でも20〜30箇所しかできないような高度なテクニックが本当にスリランカに必要なのか、機材はすぐに壊れてしまうのではないか、消耗品は買えるのか、などということが関係者によって話し合われた

ものです。私達は当時は高度医療という定義の曖昧な言葉に惑わされていたのかもしれない。

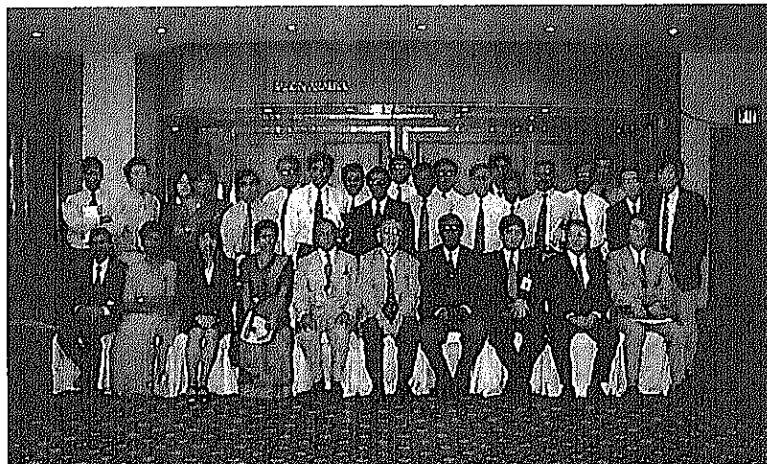
鶴見大学の顎顔面再建手術の佐藤淳一専門家は、「・・・この技術を持つか否かが高価な抗がん剤の使えないスリランカで、癌の中で最も疾患量が多い口腔癌の予防・診断・治療・予後管理の成否を左右する。この技術を適正技術に育て、定着を図るべきである。」と明確に主張し、プロジェクト開始当初からはつきりとした理念を関係者に示し多くの人々から共感を得ることができました。

大事なのは、「国民のニーズに応える」ということです。ここで言う高度治療の「高度」とは、技術が高度であるという意味で、先進国でしかできない、あるいは高価な技術という意味では決してないということです。スリランカの環境で高度な技術が根付くようなアプローチをとればよいのです。顕微鏡を使い血管の内径が1〜2ミリ程度の血管を縫い合わせる技術は、当時のスリランカにおいて最も選択されるべきアプローチであったのです。

顕微鏡下の手術に必要な最も高い消耗品は人の髪の毛より細い縫合糸なのですが、それを購入する経費は、プロジェクトがスタートしてから3年目には保健省の予算で全てまかなえるようになっていました。多くの手術を実施して、その成果をデータとしてまとめ、きちんとアピールしたからです。この技術は、先進国の医療者でなければできないということでは

ありませんし、もともと中国で開発された技術なので  
すから、スリランカでもきつと定着するはずだと確信  
をもっていました。

技術的訓練については集中度を高くして、指導者養成に注力しました。ひとりに集中して訓練をして、その人が次の世代に伝えるようにしていきました。当時はペラデニア大学歯学部および、歯科教育病院の口腔外科には指導医として手術をできる先生は2人しかおらず、人材不足に悩まされていたのですが、2008年の調査結果では指導医は5人に増えていました。人員もポストも増えて、保健省も予算を増額してくれたとのことです。ここでお示しした口腔癌摘出後の再建手術法はスリランカに名実ともに定着したのではないでしょう。現在では、顕微鏡を使って内径1〜2ミリの血管を繋ぎ合わせるといふ手術を、年間250症例もこなしている、世界でも数少ない国になっていま



サテライトシンポジウム「口腔がん食道がん」(前列右から3番目が半田チーフアドバイザー)

す。

この成果はプロジェクトが提示した、「国民のニーズに応えるプロジェクト」という理念とこの理念に従って行動し議論した日本人専門家、そしてそれに応えたカウンターパート組織と人々が協調してなしたものです。そして、これを支えた、JICA本部、現地事務所さらには日本の大学や研究機関などの支援を忘れてはなりません。

**JICA専門家にとって不可欠な資質——信念、高いコミュニケーション能力、寛容の精神、そして圧倒的な専門分野の見識。**

途上国の問題解決に寄り添って行動するという信念の人が、専門家として途上国に展開しているとは確信しています。その上でコミュニケーション能力が大事ですが、それはただ業務言語としての外国語ができるということだけでなく、広く情報を収集し、人の話を聞き、自分の思想の主張ができることだと思います。また、日本とは違う途上国の文化や習慣を寛容な精神で受け入れることも現場では重要です。日本の価値観のみを押し付けることは避けねばなりません。技術的な専門性については、圧倒的な強さ（相手を受け入れる強さでもある）



を持つていなくてはならないと思います。また、私たちは常にひとり仕事をしているわけではないので、社会人としての組織親和性・協調性も必要だと考えています。これらが統合された個人が途上国で現地の人と一緒に問題の解決に向けて、楽しく有意義に仕事ができる人であると思います。私自身もそうでありたいと考えています。

技術協力においては、私は「平等」が重要だと思っています。先進国の持つ技術やシステムを、相手国の役に立てるように加工して提供し、定着するようにいろいろな働きかけを現場でおこなっていく。平等とは、先進国と途上国の格差をできるだけ埋めることだと思いません。日本とスリランカの間にかつてあった歯学教育の格差、そして、口腔癌手術に代表される口腔保健に関わる格差は、少しずつですが、着実に縮小しています。

本プロジェクトでは、JICAの技術協力が、歯学教育という特定の分野から、保健政策のレベルに及ぶ広がりをもった取り組みとなりました。5年間に4ないし5名の長期専門家を配して、一定の事業規模をJICAが担保してきたことが、プロジェクト期間中にインパクトやサステナビリティへの配慮を十分可能にしたことは明らかです。昨今、技術協力プロジェクトは、制度的には、よりコンパクトに、より短期間での成果重視という方向に動いています。負のスパイラル (Small Input-Small Impact) に陥らないよう、色々な工夫を凝らして、事に当たってゆきたいと考えています。・・・」



はぎわら あきこ  
**萩原 明子 氏**

スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト

担当分野：業務調整／公衆衛生

1963年神奈川県生まれ。お茶の水女子大学文教育学部卒業、同校修士課程修了。米国オハイオ州立大学博士課程修了Ph.D. (ヘルスプロモーション・健康教育)。ペラデニア大学歯学教育プロジェクト長期専門家（業務調整・公衆衛生）、ヨルダン人口・家族計画・WIDプロジェクト長期専門家（参加型啓発IEC）等を経て、2005年8月よりパレスチナ母子保健プロジェクト、チーフアドバイザー。2007年8月よりJICA客員専門員として人間開発部課題アドバイザーも兼任。

私たちは常にカウンターパートに輝いてもらうことを意識していました。成功の経験をもつことで、さらにそれを続けたいと思ってもらい、そのためにはどのような取り巻く環境（システム）に働きかけていくのがいいかを共に考えていくようにしました。

2008年1月から、パレスチナ自治区全域で日本の「母子健康手帳」をお手本にしたアラビア語の手帳が配布されている。毎年約10万人もの子どもが生まれる現地で「命のパスポート」と呼ばれて期待されている。日本発の「母子健康手帳」は、いまやアジア・アフリカ・中南米にも拡がりを見せている。日本政府も2008年7月の洞爺湖サミットに向け、「母子健康手帳」を軸とした包括的な母子保健の協力を打ち出していく予定だ。2005年からパレスチナ自治区に派遣され、このパレスチナ版母子健康手帳の作成・普及を通じた母子保健の向上を目指すパレスチナ母子保健プロジェクトのチーフアドバイザーを務める萩原

明子氏は、1998年2月1日から2003年1月31日までスリランカのペラデニア大学を拠点におこなわれた「歯学教育プロジェクト」でも、リーダーの半田祐二朗氏とともに重要な役割を担ってきた。

スリランカで唯一の歯科医師養成機関でもあるペラデニア大学を拠点におこなわれた技術協力プロジェクト。歯科分野でのプロジェクトは日本でも初めてだったため、赴任当初はJICAとは何か、専門家とはどんな役割を持っているのか、ということ伝えるところからスタートだったという。そんな中、単に歯科分野のみならず、スリランカの保健医療全体に『予防医学』という概念を根付かせることになったと評されているこの「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」。現地の保健省の次官や高等教育省次官より「日本がスリランカでおこなった援助の中で最も素晴らしい成果をあげたプロジェクトの一つ」と賞賛された成功の秘訣はどこにあったのだろう。業務調整と公衆衛生（ヘルス・プロモーション）の専門家として尽力を続けた萩原明子氏の挑戦を紹介してみたい。

## 役割を示し、それを態度で示す

「・・・赴任当初、女性でもありません。若かったことを現地の人達にネガティブに思われないうために、プロジェクトリーダーの半田先生は私のことを常に『ドクター・ハギワラ』と呼んでくれていました。もともと半田先生の中では、リーダーとともに仕事ができる人が業務調整員だ、というビジョンが明確で、その役割を期待されていました。そのため、受け入れ機関で半田先生以外に私も「ペラデニア大学客員上級講師」に任命され、毎月1回開催される歯学部教授会にも参加する機会をいただきました。歯学部や医学部で講義をすることも許され、現地では新しい先生が来たときと受け入れてもらっていたと思います。そうした状況に 대응するために、車で5分の通勤時間に関わらず、常にスーツを着てパンプスを履きながら、身なりを整えて仕事をするようにしていました。

リーダーと業務調整員の役割がオーバーラップして、ふたりが同じマネジメント業務ができるように、と工夫することで、大所帯の管理・運営に望むことができていたと思います。カウンターパート機関の主な会議や行事には常に出席することを心がけ、カウンターパートとのコミュニケーションにも積極的に務めました。

## 専門家が輝けば、カウンターパートも輝く

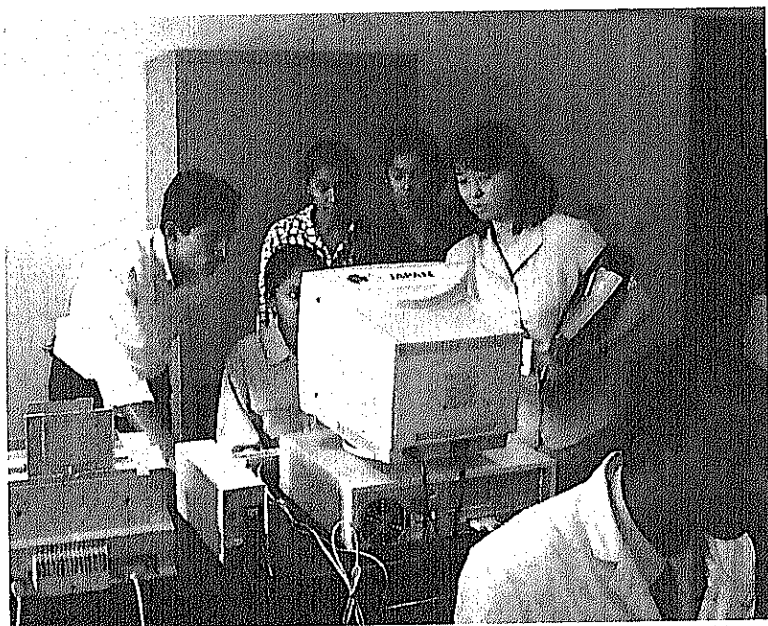
カウンターパートとなってくれた先生がたも、これまでは機材面で恵まれていなかったものの、一人ひとりのレベルは高く、優秀なかたばかりでした。欧米のトップにも決してひけはとらないほどだったと思います。研究への要求も高く、セミナーや学会も大学主催で随時おこなっているほどでした。そのため、技術協力は比較的やりやすかったと聞いています。

一方、日本で唯一の歯学教育プロジェクトだったため、日本じゅうの先生から、その分野の最精鋭のかたを選出してもらい、1ヶ月あるいは半年から1年来ていただきました。オールジャパンとオールスリランカで進めていたプロジェクトだったのではないのでしょうか。

けれども、その分野ではどんなに優秀な先生でも、実際にスリランカに来てみると、生活環境があまりに違い、ホームシックになってしまうようなかたもいました。そうしたかたには調整員室でヘルス・カウンセリング技法を使って、プライベートな形で話を聞くようにしていました。男性で泣き出してしまうようなかたもいましたが、「生活面はなんとかしてでも私たちが支援するので先生は専門分野に専念してください」と励まし続けました。ちょうど、次女が生まれた年と同時期に始まったプロジェクトだったため、100人のこどもを持つたような気持ちで仕事をしていたことを覚えています。ただ、どんなにつらそうでもカウンタ

パートの前では尊敬を受けて欲しいので、懸命に裏方となって、私たちはサポートを続けました。もともと力のある専門家の皆さんなので、適切なサポートさえあればどどん力を発揮し、めきめきと輝いてくださりました。

このプロジェクトでは、プレゼンテーションやファイナルレポート執筆もすべて英語でおこないました。レポートは、教授会でも使用できるものとするためにすべて英語で作成しました。と言っても、コンサルタントのように英文レポートの作成に慣れた方ばかりではないため、半田先生がレポートの雛形（1長所、2課題、3解決法）をつくり、それに沿ってふたりで英訳をサポートしました。オリジナル分析は専門家



カウンターパートと共に、プロジェクトに関する議論を行う萩原専門家（前列右）

にしかできないので、夜中に自宅のベランダで専門家と一緒にレポート作成作業をしていたこともあります。当時語学手当をいただいていたので、英訳やタイピングに時間を割くことも当然だと思っていました。こうして英語のレポートもつくり、発表時の振り付けやポイント指導も半田先生がおこなっていました。専門家を輝かせることがカウンターパートの牽引力にもなる——私たちはそんなふうを考え、常に裏方に徹することにしていました。

その結果、専門家の先生たちは皆さん、期待以上に輝いてくれて、カウンターパートの人材育成のみならず、日本人の専門家の人材育成にもつながっていきました。プロジェクトの半田先生は専門家をスーパー専門家にし、カウンターパートをスーパーカウンターパートにしていく魔術師のような人でした。意固地な専門家も居ないわけではありませんでしたが、皆さん、半田先生を尊敬していたため、プロジェクトがうまく廻っていったのだと思います。母校や勤務先から「半田先生のもとで勉強してくるように」と送り出された人たちも多かったです。

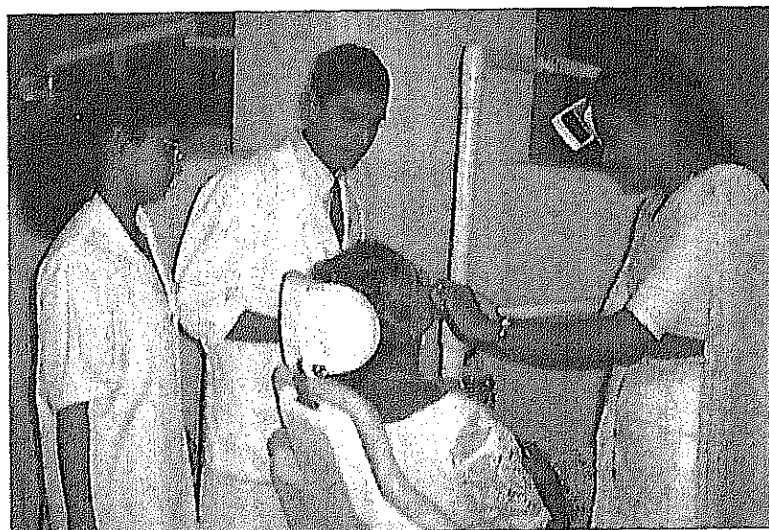
半田先生の名刺には「医療」とともに「人材育成」が記されています。

そのとおり、人間的にも成長した姿で派遣元に戻っていかれることが派遣元でも実感できていたのだと思います。とてもやりがいのある仕事だとあらためて感じていました。「日本の歯学界を良くするためにこの先生をぜひプロジェクトに参加させてほしい」と半田先生は



よく日本の関係者に言っていました。技術協力というのは、日本側関係者の人材育成にも有意義なものなのだ。このプロジェクトを通じて気がつくことができました。

私たちは常にカウンターパートにも輝いてもらうことを意識していました。私たちは黒子に徹し、彼らが自主的にやり遂げられるようサポートして行く——成功の経験を持つことで、さらにそれを持続したいと思ってもらい、そのためにはどのような取り巻く環境（システム）に働きかけていくのがいいのかを共に考えていくようにしました。今回のスリランカの案件に限らず、常にカウンターパートのやる気と主体性の確立を得ることで、それを支える組織、制度の整備が成果につながっていくと思います。



カウンターパートによる歯科治療風景

## 歯科衛生から予防医学へ発展

現地ではこれまで歯科医になりたい人が歯学部に進むのではなく、大学入試試験にあたるAレベル試験での上位合格者が医学部、次が歯学部、次が獣医学部というようになっていました。成績別で学部の振りわけがなされていたわけです。そのため歯学部は様々な面で我慢を強いられることも多いのが実状でした。けれども、熱帯アジアにおいて広く分布し口腔癌の危険因子とされているビンロウの実に葉タバコを混合したもの（噛みタバコ）等が原因で、全悪性腫瘍のうちの約3割が口腔癌だと言われるスリランカにおいて（日本の口腔癌は2〜3%）、歯科分野の果たす役割はとても大きなものがあります。歯科口腔保健が達成されなければ、国民の健康や生活の質を保つことができないのです。日本の無償資金協力によって歯学部付属病院が新たに建設され、この施設の効率的な運用やスリランカの歯科口腔疾患の対策のために5年間にもわたるプロジェクトが実施されていったことで、歯科医師たちがとても元気になっていくのを実感しました。しかも歯科口腔衛生が健康や生活の質のためにも重要だということを政府も認識し、予防医学の観点を持ってプロジェクトが推進・拡大していくこととなったことが、どれほどこの分野に従事するスリランカの人たちのモチベーションにつながっていったことでしょうか。ペラデニア大学には、様々な国の歯科医も研修に

やつて来るようになりました。

### 自立発展への取組み、そして、地域保健の活性化へ

もともとこの「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」では、プロジェクト開始当初から「自立発展性を確保する取組み」が実践されてきました。プロジェクト終了後も国際的な水準の研究・教育・診察が継続していくことができるように、国際学術交流協定を積極的に結んできました。日本では東京医科歯科大学歯学部、鶴見大学歯学部、北海道大学歯学部、佐賀大学歯学部、札幌がんセミナー財団等…。他国ではマレーシアのマラヤ大学歯学部、ミャンマーのヤンゴン大学歯学部、オーストリアのアレード大学歯学部等と協定が結ばれています。今ではアフリカからも研修生がやって来るようになり、また有料の研修コースもつくり、国際学会やシンポジウムもペラデニア大学歯学部主催でおこなわれています。自分たちで国際交流ができるような道筋づくりをしていこうということ、プロジェクト開始当初から常に意識してきました。

口腔癌予防、早期発見、治療のための人材育成や経験、施設の有効利用のために、さらに

はこのプロジェクトのカウンターパート機関で訓練を受けた歯科医療従事者がスリランカの口腔癌全体に貢献できる仕組みをつくるために、プロジェクトでは歯学部とスリランカ国家癌対策プロジェクト（NCCP）との連携推進も図りました。

広報にも力を入れ、地元テレビや新聞でもこの活動が紹介されたため、各地からわざわざこの病院の診察を受けに来る人たちも連日数百人単位で出てきました。ただ、これではあまりにも患者が多すぎて、対応にばかり追われることになってしまいます。スリランカにも1次、2次、3次医療と病院にはレベルがあり、大病院は3次医療に該当します。本来、虫歯治療で済む人は村（1次医療）で治療したほうがよく、症状にあわせた病院のレベルわけをし、1



ミャンマーのヤンゴン大学とペラデニア大学間の協同プログラム打合せ

次医療（地域医療）の強化を提案していくようにしました。歯科衛生士の人に協力隊員として村に入ってもらったのはこうした狙いがあったからです。歯科医も地域に配置し、予防活動にも力を注いでもらうことで、地域保健の活性化もはかることができます。このプロジェクトをきっかけにスリランカに根づき始めた『予防医学』という概念が、その後の保健省の政策にもなっていきました。予防活動は、費用対効果の高い活動であり、また生活の質の向上にも効果が高いということを現地の人々に理解してもらえたことは大成功だったと言えます。

### 「長く、大切に使う」を戦略に

歯学病院や歯学教育施設の機材を拡充することは、容易ではありません。歯科診療の機材には、細かいスペックがあり、扱う業者も限られています。プロジェクト中、毎年2〜3000万円規模で多くの歯科機材を調達していくのは大変な作業でした。着任したのが8月だったため、次年度の計画も立てつつ、当年度の機材調達をする日々でした。無償資金協力と同様のスキームで待っていればもらえるものだと思っっている現地の人達に、主体性を持たせ



地域での歯科口腔衛生活動

るため、敢えて機材の要請書を出してもらったとしても容易な作業ではありませんでした。業者自体、これまで新しい歯科機材を調達したことがなく、見積書すら書くことができなかったのが実状で、業者の育成にも力を注いできました。

せつかく入れることのできた機材を、できるだけ長く良い状態で使ってほしいため、メインテナンス部門の強化ができる人に長期専門家となってもらい、ペラデニア大学歯学部でのメインテナンスシステムの構築をはかりました。工学部の教授に歯学部との兼任をお願いし、メインテナンス学科をペラデニア大学歯学部に立ち上げたのです。

「5S」の精神を徹底させ、病院全体で「5S」運動を行い、予防的メンテナンスにも取り組みました。スリランカ公立病院の中で唯一

の有料診察を行うスリジャヤワルダナプラ総合病院では自主財源があり、それをメンテナンスに充てています。ペラデニア大学でもこうした有料化を模索しましたが実現に至らず（注・スリランカでは病院の有料化はタブーで政治家がこれを口にするると落選してしまう状況です）、大学の資金で機材業者と契約を結んでいただくようにしました。

JICA専門家にとって不可欠な資質——問題を発見する能力、長所を見つける力、課題を見つける力。

また、将来どうなっていくかという想像力も大切。

そこで自分は何ができるのか、という大きな森での視点を持ちつつ、専門家として森の中の一本の木となり、役割・使命を理解することが大切。

技術協力は、相手国のみならず、実際は日本も得るものが大きいものです。

お互い学びあう経験。学んだことで双方が互いにレベルアップしていくということ。さらには、学ぶことによって、成果が社会全体に有機的に取り込まれ、社会的な弱者に浸透していくことが大事なのだと思います。

単に技術を教えるのではなく、学びあうことでお互いの社会・文化を知り、それを自国で活かしていく、そのことでお互いの社会全体に貢献ができる——これこそが、真の技術協力のなのではないでしょうか。・・・」







さとう じゅんいち  
佐藤 淳一 氏

スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト

担当分野：口腔外科

1953年山形県生まれ。鶴見大学歯学部口腔外科学第一講座准教授・口腔顎顔面インプラント科科长。1986年鶴見大学歯学部大学院卒業後、同学口腔外科学第一講座助手として勤務。1990年鶴見大学歯学部口腔外科学第一講座講師となる。1998年JICA専門家としてペラデニア大学歯学付属病院にて、口腔癌の手術治療法とマイクロサージャリーを使った遊離組織移植を技術移転。1999年鶴見大学歯学部口腔外科第一講座講師に復帰後、2001年同学歯学部口腔顎顔面インプラント科科长、2003年歯学部口腔外科学第一講座助教授となり、2008年より現職。

私たちには、「患者さんのために最善を尽くす」という共通の理念があるので、どんなことをするのが患者さんのためになるのかを一緒に議論しました。

2003年4月23日、ひとりの日本人歯科医がスリランカへと出発した。

アンゴラ、イラク、インドネシア、ウガンダ、カンボジア、グアテマラ、コソボ、ザンビア、スーダン、パキスタン、ルワンダ等・世界各地で医療支援をおこなっている国際NGO「AMDA」の「スリランカ医療和平プロジェクト」に参加するために。

長い内戦の中で、すっかり取り残されてしまったスリランカ北部バブニアの歯科分野での医療支援をおこなうために、「NPO法人アジア対口腔がん協会」(AFOC)の理事も務める鶴見大学歯学部第一口腔外科学科講座准教授・口腔顎顔面インプラント科科长・佐藤淳一氏が、かつてのカウンターパートの歯科医師ウエラシンハ氏(スリランカ・ペラデニア大学)と共に現地へ赴き、口唇口顎裂(こうしんこうがくれつ)や外傷等の手術をおこなったのだ。

佐藤氏は、この1998年より5年にわたっておこなわれていたJICAの「スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」で、長期専門家として赴任した経験があった。

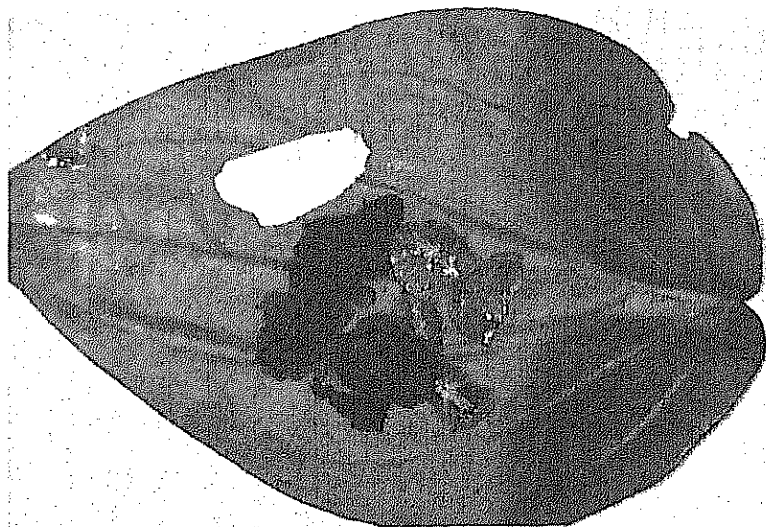
2002年2月に停戦合意がなされたものの、長い内戦によってシンハラ系とタミル系の人々のわだかまりはすぐに解けるようなものではなかった。けれども、佐藤氏の呼びかけによつて、ウエラシンハ氏（シンハラ系）は、北部バブニアのタミル人地区にまで、手術をするためにやって来てくれたのだ。

手術の舞台となったバブニア総合病院では、これを機に、スリランカ人歯科医たちが中心となった口腔外科の手術システムがつくられはじめている。現地にこうした道を生み出すきっかけとなった佐藤淳一氏とは、いったいどんな人物なのだろう。

佐藤氏のスリランカ（ペラデニア大学）での挑戦を紹介してみたい。

### 世界中で行われている標準的な口腔癌手術の普及のためにスリランカへ

「私がJICA専門家としてスリランカに派遣されたのは1998年4月のことでした。「口腔外科」の分野で、活動期間は1年です。当時、WHOのデータで日本では全体の癌の



ビンロウの葉にのせたライム（石膏）、タバコの葉、ビンロウの実

2%にしかなかった口腔癌が、スリランカでは30%にも及ぶことが知られていました。原因として考えられるのは、マダガスカルから東南アジアに伝わったビンロウ噛み（噛みタバコ）の習慣です。ビンロウの葉と実（ベテルナッツ）には全く発癌性はないのですが、これにタバコの葉とライム（石灰）を一緒に噛むことで、発癌率が高くなっていました。スリランカは紅茶の産地として有名ですが、紅茶の集散後に一服することが多く、こどもから大人まで歯が磨り減ってぼろぼろになっています。このためスリランカでは、頬粘膜癌や舌癌が多く、これらの癌患者を治療する歯科医師の手術技術の支援のために私たちが派遣されたのですが、実は以前にも自分達でもAFOCというNPOボランティア団体を結成して、東南アジア（インド、パキスタン、スリランカ、中国等）

で、口腔癌撲滅のためのボランティア活動を行っていました。

スリランカにはJSTCAという日本に関係の深い会社経営者の団体があり、2、3回招いていただいて、実際に病院で手術をおこなっていたこともあり、途上国やスリランカに対する抵抗感は全くありませんでした。実は、今回のプロジェクトの実施施設であるペラデニア大学にも以前行ったことがありましたが、実際に大学の中でどのような体制で、どのような手術を行っているのかは、今回ペラデニア大学に赴任するまでわかっていませんでした。

今回、私が求められた仕事は、「遊離組織移植」という手術技術をペラデニア大学歯学部  
の教授や講師に伝えることでした。

「遊離組織移植」とは、癌を切除した部位に、腕や腹部の組織、腰、足、肩の骨を栄養血管と一緒に切離して移植を行い、手術用顕微鏡（マイクロスコープ）を見ながら直径2ミリ程度の栄養血管と首の血管を髪の毛より細い糸で縫い合わせ、首からの血液を移植した遊離組織に通わせることで、口腔癌を切除した部位を前腕や腹部の組織や腰、足、肩の骨で置き換える技術です。口腔癌の手術後に発現する顔の変型、発音障害、咀嚼障害などの回復に効果的な方法です。ペラデニア大学口腔外科には近代的な「遊離組織移植」の手術技術を導入したい要望がありました。その手術によって舌、歯茎、顎骨の代わりができ、味覚はなくても会話したり、飲み込むことはできるのです。口腔癌を取り除くだけでなく、組織を補填

する手術が必要になるため、10時間程立ち通しの手術となるのが一般的です。

今回、カウンターパートとなったふたりの医師は、とても優秀な人たちでした。

ひとりとは当時口腔外科助教授のウエラシンハ氏、もうひとりとは上級講師のアッティガラ氏でした。ふたりとも、プロジェクトから10年を経た今でも親交があります。

### 「患者のために最善を尽くす」という理念のもとに

実際にスリランカに行つて、驚いたことがありました。

それは、スリランカは社会主義国のため、手術自体は無料なのですが、「輸血は患者が買うもの」という常識があったことです。手術中に出血してしまった人がいて緊急輸血が必要になつても、患者が買っていなければ「輸血」ができない——これには驚きました。手術中どうしても必要になつた時には、仕方なくJICA事務所に無理を言つて特別に輸血を買つてもらつたこともありました。

もうひとつ驚いたのは、スリランカでは手術中もお茶（10時、15時）と昼食（12時）の時間があることでした。この時間になると、たとえ手術中でもスタッフが一齐に出かけてし

まうのです。

口腔癌の除去後、その部位に組織の移植手術をおこなうと約10時間手術が続けられているので、さすがに全員そろってお茶や食事をするわけにはいかず、話し合っ、癌の手術では交代で休憩をとるようにしていきました。

着任当初はよく喧嘩しましたが、むしろそれがよかったですと思います。

私たちには、すべて「患者さんのために最善を尽くす」という共通の理念があるので、どんなことをするのが患者のためになるのかをよく一緒に議論しました。

たとえば、当初は手術をしてもほとんど癌が再発してしまっていました。

これは頸部のリンパ節と癌を2回に分けて



初めて手術用顕微鏡を使用して血管縫合を行うカウンターパートと佐藤専門家（左側）



別々に手術していたためでした。再発防止の観点からいうと、リンパ節と癌は一緒に「安全域」と呼ばれる癌のないところまで含めて大きく除去するのが一般的なのですが、スリランカではなかなか受け入れてもらえませんでした。何度主張をしても「．．．あなたは、「遊離組織移植」の技術だけを教えてくれればいい」と言われてしまいました。自分たちのやり方を変えようとせず、けれども技術移転だけは受けたい、というのがカウンターパートの本音だったと思います。

結局は、実際に手術のやりかたを見てもらいました。見てもらってからには、優秀な歯科医師たちなので、この方法が世界のスタンダードなのだど理解してくれました。スリランカの従来の方法では、どんなに手術をしても、すぐに癌の再発や転移がおこるため、術後の死亡率が高くなっていました。けれども、リンパ節と癌と一緒に安全域まで含めて切除する方法では、術後の経過が良く一目瞭然だったのです。現地の方法では約4週間で癌が再発してしまっていたものが、再発しなくなっていた——こうした結果を見て、カウンターパートたちも納得してくれました。

これまで医学部の手術室を借りて手術をおこなっていましたが、このプロジェクトがはじまったことで歯学部にも病院ができ、多くの手術ができるようになりました。プロジェクト開始の前年度と初年度では手術件数が約2倍にも増えています。患者数が多いため、月・



手術の様子

水・金はすべて癌の手術に、火・木はそれ以外の手術に充てていましたが、看護師も3交代制にし、交代で休みをとる体制に変えてきました。

こうした中、カウンターパートたちは本当によくがんばっていたと思います。

口腔癌手術のある日は、朝8時から麻酔の導入、実際の手術は9時開始で、帰宅が夜中の2時、3時になることもありました。このような状況下で、なおかつ交通事故等の救急患者の手当てや手術もやっていたのですから、今までのスリランカのスタンダードからすれば、カウンターパートたちは猛烈に働いていたと思います。

## 共同作成のマニュアル、そして実践へ

「遊離組織移植」と呼ばれる新しい技術を習得するために、手術のマニュアルを作成して、それを基に伝えていきました。当時の学生が練習の仕方や手術の絵を描き、マニュアル作りを支えてくれました。カウンターパートは、今ではこの手術のマニュアルを基本にした新しいマニュアルを作り使用しています。

直径2ミリ程度の血管を手術用顕微鏡（マイクロスコープ）を使用して縫い合わせる、というのはいへんな作業です。

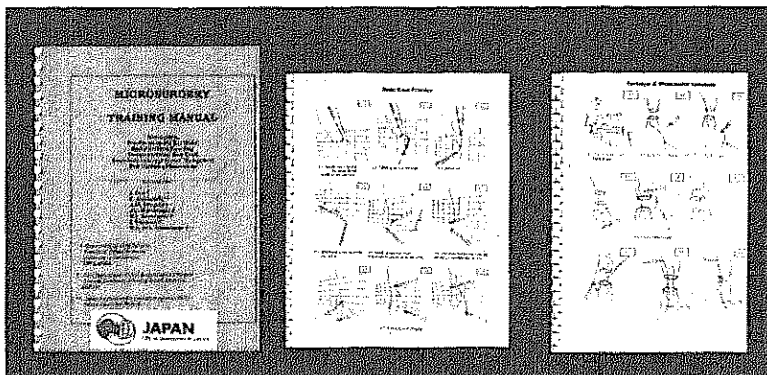
実際には見て、やってもらって、覚えてもらうしかありません。基本的なことは、手術室以外のところで教え、その後一緒に手術をして覚えてもらいました。彼らは地道な作業もきちんとやってくれました。本当は血管を縫合する練習用のキットがあるのですが、高くて買えなかったため、ガーゼの糸を血管に見立てて、彼らは毎日2〜3時間練習していました。これを1か月ほど続け、技術を習得していきました。実際の手術では1本の血管を縫うのに30分程度かかり、3本ほど血管を縫合する必要がありますが約2時間ほどを要していました。私のスリランカ滞在中、カウンターパート以外にも、2名のドクターが「遊離組織移植」をできるようになった他、コロンボにある病院の歯科医もマイクロスコープによる手術方法を教わ

りたい、とトレーニングにやって来ていました。こうした人々は、今では、他の人に教える立場となり、波及的に技術が広がっています。ペラデニア大学はスリランカにひとつだけの歯学部なので、派閥もなく、抜群な波及効果でした。

### 技術協力とは「相互協力」

現在では口腔痛や口唇口蓋裂の多いスリランカに、日本からも歯科医師たちが2週間ほどのミッションで訪問し、現地で手術する方法を教えるというトレーニングシステムも出来上がっています。これは、(社)日本口腔外科学会とAFOCが支援を行い「スリランカ・ペラデニア大学歯学部教育プロジェクト」が終了後、ペラデニア大学歯学部付属病院をサポートし続けているもので、現在も続いています。

私も現地で、日本では症例の少ない口唇口蓋裂などの治療



ペラデニア大学歯学部との共同で作成した手術マニュアル

法をカウンターパートから教わりました。多くの症例が集まるペラデニア大学歯学部付属病院でいろいろな手術を見て、実際に手術をさせてもらえたことは口腔外科医として、本当に勉強になりました。実り多い1年で、日本に居るときの5、6年分の手術ができていたと思います。ペラデニア大学では、今ではヨーロッパや他のアジアの先生たちも受け入れ、それらの人たちの指導も、私のカウンターパートたちがしています。

当時、日本でも手術用顕微鏡のような最新の技術を使っている病院は多くはありませんでした。500万円から1000万円もするものなので、本当に現地で使うことができるのか、維持管理や運用面での心配から、もつとベーシックな技術移転のみでいいのではないかとJICA本部からも言われていました。説得は大変でしたが、オールジャパンとオールスリランカでおこなうこのプロジェクトの「目標」としていいのではないかと、と最後には理解していただきました。結果として、非常に優秀なカウンターパートが育ち、標準的口腔癌手術ができるようになったと思っています。

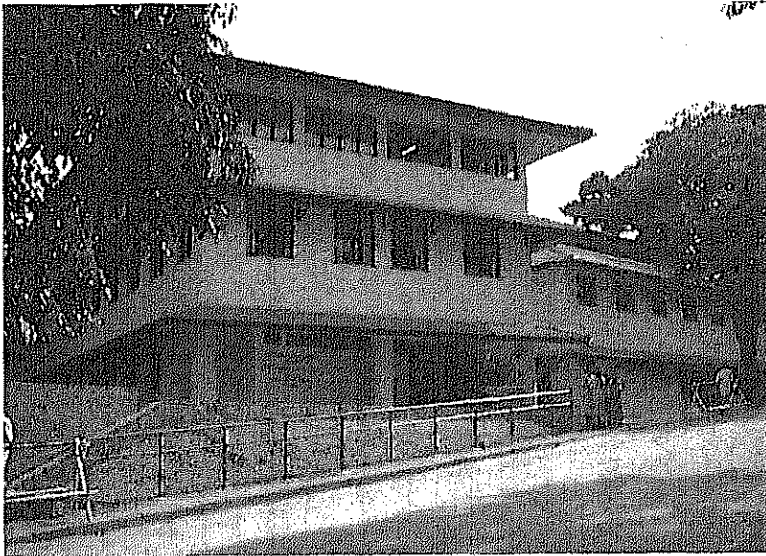
ふたりのうちひとり私はがスリランカ滞在中に日本に研修に行き、もうひとは私の帰国後に日本にやって来ました。ウエラシンハ氏はペラデニア大学での口蓋裂のデータをまとめ鶴見大学で博士号をとりました。鶴見大学は研修指定病院でもあるので、彼らも日本で手術することができ、さらに手術技術の交流ができました。当時の高崎直道鶴見大学学長もペラ

デニア大学を訪問して、姉妹校提携の締結をしています。

日本の歯科関係で臨む初めてのプロジェクトだったので、多くのすばらしい日本人歯科医師が参加し、協力しあって仕事ができ、プロジェクトもとても盛り上がりました。技術協力とは、私にとっては「相互協力」です。

お互いに協力することによって、互いがグレードアップできたと思っています。協力し合っていて、実際に互いの目標が達成できた、ということが何よりも嬉しいことでした。

派遣前には、1年後に再び自分が元のポジションに戻る事が出来るかといった不安もありました。帰国後確かに苦勞もりましたが、今となってみると、参加してよかったと思っっています。特にカウンターパートがすばらしくて、救



ハラデニア大学歯学部付属教育歯科病院正面

われました。私がカウンターパートから学んだことは、道具や材料がなくても患者のために最善を尽くし、あきらめない姿勢と、私を心から受け入れ、温かく見守り、理解してくれたすばらしい人間性です。

教え合えるものもあり、想像した以上のものを得られました。

JICA専門家にとって不可欠な資質——目標をしっかりと持っていること。そしてそれを自分自身で具体的にやって見せ、理解してもらうことが大切。

月曜日から金曜日まで、毎日何らかの手術をおこなっていた日々。赴任中、全体で約250例の手術をおこなったのではないのでしょうか。

私たちには、常に「患者のために」という同じ考えがあり、何かをやるうとした時にこれは何のためにやるのか、といつも「原点」に立ち返っていました。そこからはじめれば、道は開くことができるものだと思います。

ありがたいことですが、ペラデニア大学で日本人が歯科治療や口腔外科手術をやっていることを、国営のTV局であり、JICAが技術協力を実施したルパビニ放送局が何度か放

映をしてくれました。そのため、多くの患者がバスに乗って、遠方からわざわざやって来てくれました。朝からたくさんの方が待っていてくれたことが嬉しく、また患者さんたちから感謝されていることにやりがいも感じていました。

とても親しみやすく、穏やかな国民性を持ったスリランカの人たち。

どこで聞いたのか、帰国するときには、とてもたくさんの方の患者さん、看護師、ペラデニア大学歯学部付属病院の歯科医師たちやスタッフが見送りに来てくれて、驚きました。あの時の光景は一生忘れることのできない、私の大事な思い出のひとつとなっています。・・・」

このような日々を経て、お互いを理解しあっていたスリランカの医療スタッフと佐藤淳一氏。オールジャパンとオールスリランカで生まれたチームは、本プロジェクトを経て、より豊かで強固なスペシャルチームへと変貌を遂げていった。すべては患者のために——この、医療行為にたずさわるものの原点を常に大切にしながら・・・。「スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」が成功した背景には、国籍を超えたプロフェッショナルな歯科医たちのこうした「信頼関係」が基盤となっていたのだった。



