



そねだ けんじ
曾根田 兼司 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：歯科補綴

1955年和歌山県生まれ。大学を卒業後1982年から2年間青年海外協力隊員としてマラウイで活動。その後東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科（歯科補綴学専攻）終了。1990年～2001年東京医科歯科大学歯学部助手。1994年～95年デンマーク国費留学にてコペンハーゲン大学客員研究員。1998～99年、2000年～2001年JICA長期専門家としてスリランカペラデニア大学歯学教育プロジェクト従事。2002年港区三田に曾根田歯科診療室開院。2006年より東京医科歯科大学歯学部臨床教授。歯科医師。

まずこちらが先生方の前でやってみせ、彼らに自分たちの想像していたレベルとは違うと自覚してもらおうところから始めました。

麻布十番駅の近く、東京都港区三田に、とても評判のいい歯科診療室がある。患者に「できる限り恐怖心を与えない」「できる限り痛みを与えない」ことをモットーに診察を続けている曾根田歯科診療室だ。この診療室の院長を務め、2006年からは東京医科歯科大学臨床教授としても着任している曾根田兼司氏は、臨床歯科医学の一分野「歯科補綴（しかほてつ）学」の専門家でもある。虫歯や、歯の欠損によって生じる機能障害・審美性を回復することを目的におこなわれる「歯科補綴」術。

ペラデニア大学を舞台におこなわれた「スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」でも、この分野の専門家として派遣された体験を持つ曾根田兼司氏は、1982年から2年間、マラウイで青年海外協力隊員として活動した実績も持っている。さらに、1994年にはデンマークのコペンハーゲン大学特別研究員も務めてきた曾根田氏は、どのような思

いで国際協力の世界にたずさわってきたのだろう。ペラデニア大学での活動体験や、現地での思いについて、語っていただいた。

JOCV時代の出会いが原点

「・・・私は青年海外協力隊員として、1982年から1984年までの2年間、マラウイに居たのですが、これはアフリカの歯科分野で派遣第1号でした。派遣の前年に東京医科歯科大学歯学部を卒業したのですが、小さな頃から漠然と医療を通じて人々の役に立つことができましたら、と思っていました。人のために何かをしたいという思いは、「国際協力」にも繋がるものだと思います。

幸い、大学のクラブの2年先輩の宮崎隆さん（現・昭和大学歯学部長）が青年海外協力隊員として西サモアに赴任していました。身近でこうした実例を見ていたので、途上国に飛び込むことへのためらいはあまりありませんでした。

このマラウイでの活動時期、実は針刺し事故を起こして、B型肝炎にかかってしまったことがあります。大騒ぎになり、日本からもJICAの顧問の先生が迎えに来てくれて、成田

空港に救急車が用意されてそのまま入院した、という体験をしています。それでも、途上国で活動しようと思った理由の一つに、マラウイでの一人の少年との出会いがありました。前歯が欠けてしまっていた少年にセラミックスをつけて治療したのですが、とても喜んでくれました。彼はもちろん、周囲の人たちも・・・。

それが達成感に繋がって、私の原点になったと思います。

日本では治療はやって当たり前のように思われているので、ここまで喜んでもらえることはまずありません。日本とは対極にある国の少年の喜びや笑顔が、私の活動の根本を支えています。

歯科医の仕事には水と電気が必要なので、ある程度インフラが整備されている都市でないとは活動は困難です。マラウイでの赴任場所は、インフラが整っていたプラントイヤだったのですが、治安も良く、特に現地の生活で困ったことはありませんでした。

青年海外協力隊での2年間を終えて、大学に戻っていたのですが（1988年には東京医科歯科大学大学院も修了）、この頃から、東京医科歯科大学は国際化をめざすことになり、学部長が医学部、歯学部の海外生活経験者をピックアップしていました。それが、ペラデニア大学でのプロジェクト参加にもつながったのだと思います。半田先生が関わっているプロジェクトだということもあり、学部長から指名されて、スリランカに向かうことになったの

です。

私自身、新しいことを経験したいという思いが強かったのです。学部長の指名を受けたのですが、赴任直前にLTTE (Liberation Tigers of Tamil Eelam・タミール・イーラム解放のトラ) による爆弾テロが続き、キャンデイの仏歯寺で爆破事件が起こったほか、コロンのホテルもめっちゃくちゃになり、本当にプロジェクトができるのか、不安に思う日々でした。

それでも、実際に現地に行ってみると、ペラデニア大学のあるキャンデイは以前赴任したマラウイより、町が明るく感じました。大学の設備やカウンターパートのレベルの影響もあって、そう感じたのかもしれませんが。停電が予想以上に多かったのですが、無停電安定化装置を現地で買い集めながら、環境を整えていきました。私の赴任した1999年当時、スリランカでは電子メールを使えたのですが、事務所にPCがまだ1台しかない時代（しかも日本語変換が出来なかった時代）でしたが、1年も経たないうちにPCをめぐる環境は徐々に改善されていきました。

カウンターパートでもある学部長のメンデイスさんがとても精力的なかたで、プロジェクトリーダーの半田さんとも息が合い、全面的なバックアップをしていただけました。赴任当初は新しい建屋が建設中（2ヶ月後に新しい建屋へ移動）で、機材はほとんど揃っていないか

ったので、この時期に必要なものを洗い出し、見積もりを取って、発注をしていきました。分厚いカタログを書き写す等、当初はとても大変だったことを覚えています。

新しい建屋に移ってからは、すぐに日常診療をおこなっていきました。

やってみせ、違いを理解してもらおう

歯科においても、「鑄造」はすぐに技術を習得できるというものではないので、並行してトレーニングもしながらの診療でした。カウンタパートは新しい方法を学ぼうという気持ちは強く持っていたと思います。意欲はとてもあったのですが、大学は教育の場でもあり、カリキ



デモンストレーションの様子（右端が曾根田専門家）

ユラムを急激には変えることはできませんでした。そのため、「学生の教育」と「臨床」を分けて考えるようにしたのです。教育は基本的なことを教えるので、急激には変えられませんが、けれども、臨床には世界的なスタンダードがあるので、デモストレーションをしながら、理解してもらおうようにしました。

当時の私のカウンターパートは、学科のヘッドとNo.2の2人でした。彼らは世界的なスタンダードについては知っていたのですが、お金がないからできないと考えていたようです。逆に、機材とお金さえあれば、自分たちにもできるという自負がありました。

ただ、結果として、新しい技術の移転には様々なプロセスが必要でした。準備期間だけでも半年以上は費やしたと思います。特に、「歯科補綴」はドクターと歯科技工士と一緒に技術を習得しなくてはなりません。ドクターは歯型をとって、それをもとに歯科技工士が入れ歯や詰め物をつくって、ドクターが最後に調整するという手順です。私が赴任した当時、スリランカでは、つくる技術がほぼゼロに近い状態でした。歯科技工士の指導は、歯科技工士の専門家のかたが担当することになりました。歯科技工士のうち、優秀な3名を選抜してカウンターパートとし、彼らには日本での研修も受けてもらいました。技術力をつけると民間に引き抜かれる、という恐れもあつたのですが、幸いなことに、まだ引き抜かれてはいないようです。

カウンターパートの中には自分の知識をもつてすれば、できると思っている人もいました。けれども、そう簡単に出来るものではありません。まずこちらが先生がたの前でやってみせて、彼らに自分たちの想像していたレベルとは違うと自覚してもらうところから始めました。ただ、学生たちの前では恥をかかせるわけにはいかなないので、先生にやってもらう時には、学生がいなくてやる等、配慮はしました。こちらがやってみせると、違いが分かる人達だったのです。こうした技術移転に、ほぼ1年を要しました。

世界的なスタンダードを伝える

歯が一部残っている場合、歯のないところには部分入れ歯のようなものを隣の歯に針金を引っかけるなどして固定するのですが、スリランカではお金がないため針金を使わず、ただ歯茎に挿しているだけでした。そうすると支えがないので次第に沈み、顎の骨が叩かれて磨り減ってしまいます。そのため、こうした方法は駄目だ、ということになり、ペラデニア大学では「鑄造」の方法を取り入れたのです。「鑄造」の方法では、歯のない場合、まず歯形をとり、そこに溶けた金属を流し込み「入れ歯」をつくる、という手順を踏みます。使用す

る金属は、医療用のグレードの高い、錆びない金属です。この「鋳造」の作業では、金属を溶かさなくてはならないので、そのための機材が必要です。

金属には2種類あり、金が混ざっている金属（貴金属）、もう1種類は金が混ざっていない金属（非貴金属）です。金が混ざっている貴金属は溶ける温度が低く、プロパンガスで1000℃の温度で溶けます。一方、金が混ざっていない金属（非貴金属）では、プロパンガスだけで溶けずに、酸素とアセチレンガスを混ぜて1200℃代の高温状態をつくって溶かします。その際、使うアセチレンガスはとても高価です。けれども、貴金属のほうはやはりさらに高いので、サステナビリティを考えると、初期設備さえきちんと整えられればランニングコストを安く抑えることができる非貴金属のほうが有利だと考えました。

そのため、高温で金属を溶かすことができる電子レンジの巨大なもの「高周波鋳造機」を投入するにしました。口の中でマイクロオーダーの精度でものをつくることになるので、歯科技工士のトレーニングが必要不可欠でした。このようにして、「入れ歯」の部分はつくることが出来ます。また「かぶせ物」もつくる必要があるのですが、これは金を含まない合金をつくって使うこととしました。これも高周波鋳造機でつくることができたからです。つまり、高周波鋳造機が1台あれば、「入れ歯」と「かぶせ物」の両方をつくることのできるメリットがあったのです。さらには、鋳造を応用してセラミックスの歯もつくることができ

ました。

この高周波鑄造機は、最初から投入して、トレーニングを進めていきました。一刻も早く患者さんへ提供できるレベルにしたかったのですが、やはり1年近くかかってしまいました。スリランカではほとんどの治療は無料なのですが、無料にするとも材料も買えなくなってしまうので、きちんとコストを回収しようと考え、当初からこの部分は有料で対応すると決めていました。有料でもニーズはとて大きく、患者さんは何ヶ月待ちの状態でした。

材料の調達も大変でした。スリランカには今までそういう会社はなかったのですが、スリランカ初の仕入れ会社をつくってもらったところからはじめました。そこが仕入れをおこなう形にしたのです。



歯科補綴・保存科のスタッフ達と（左側から6番目が曾根田専門家）

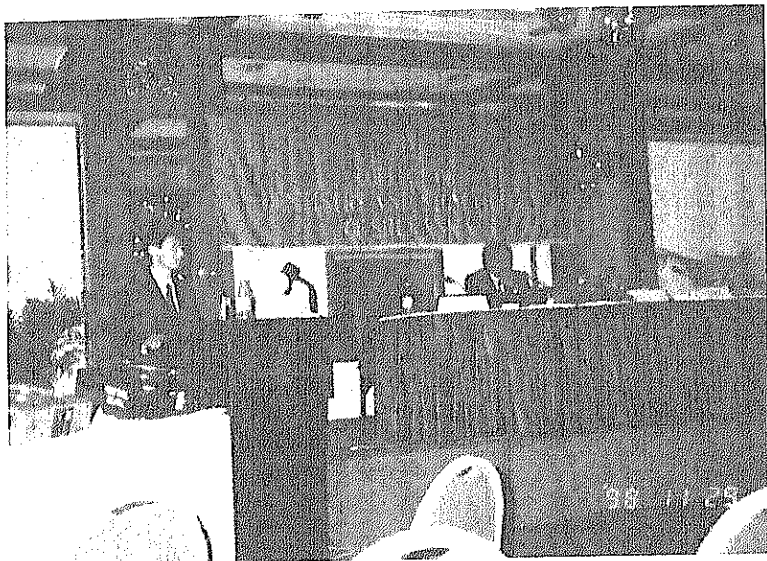
気持ちのインフラ整備、次へのステップ

私の任期はプロジェクト開始の1年目と、1年空けた3年目でした。2回目の赴任はまた学部長からの指名だったのですが、全く予想もしなかったので驚きました。日本での治療中にその電話がかかってきて、晴天の霹靂でした。実は最初の赴任のときに、 Deng 熱にかかっています。それを学部長は知っているのに、2回目も指名したのです(笑)。アフリカ体験もあり、よほど死なないと思われたでしょう(笑)。

Deng 熱にかかったのは1月のことでした。マラウイでB型肝炎になってしまった経験で懲りているので、ある程度診療にも気を遣うようになっていたのですが、Deng 熱の際には、カウンセラーパートの学部長がとても心配してくれて、キャンデーで一番いい私立病院を手配してくれました。マラウイの時も、スリランカもそうなのですが、現地で、もし何かがあっても、きつとJICAが助けてくれるだろうという信頼感もありました(笑)。

「気持ちのインフラ」も十分に整っていなかったためか、私も含め、1年目は赴任していた専門家で瘦せた人が多かったと思います。2回目は問題なく、過ごすことができました。

私はキャンデーで、タミル人の大家さんのところに下宿していました。初めて日本人を受け入れたということでしたが、離れを借りていました。とてもいい大家さんと、食事はいつ



スリランカの歯科医師学会での発表風景

も皆と一緒にとりました。帰りが遅くなると、皆で待っていてくれたほどです。カレーもおいしかったし、シャワー等の問題ありませんでした。

1年目は土曜日も半日働いていたので、完全にフリーになったのは日曜日だけでした。気晴らしも兼ね、たまには専門家仲間と旅行に出かけたこともあります。調整員の萩原さんご夫妻も私たち専門家の面倒をよくみてくれて、食事に招いてくださったりしました。

最初の半年間は、同じ大学から3人派遣されていたこともあり、皆で車を借りて近場をドライブしました。さらに、短期専門家のかたが来ると、世界遺産のシギリアロック等を案内したりしていました。短期専門家の入れ替わりが頻繁にあるので、週末はその歓送迎会に借り出さ

れることも多く、それが長期専門家の役割のひとつでした。

1年目はものすごい勢いで立ち上げたので、2度目の赴任だった3年目はすこし緩やかな感じがしました。この時点では歯科技工士は自分たちでできるようになっていたため、3年目はプロジェクト終了後を意識して、第三国研修ができるように、と考えていました。

このプロジェクトでは長期専門家が12名、短期専門家が54名派遣されています。短期の場合では大学からの派遣が多いので、どうしても大学の都合もあって長い人でも3〜6ヶ月の派遣でした。けれども、やはり3ヶ月の任期ではカウンターパートとの信頼関係を築いていくには短すぎます。プロジェクトオフィスがいろいろとお膳立てをしてくれましたが、やはり実際に現場に入らないと分からないことが多いのが実状でした。

カウンターパートを育てる―技術伝承者の核として―

赴任中、私たち、日本人スタッフは、プロジェクトリーダーを中心に毎朝8時半からミーティングを30分程度おこなっていました。そこで各人のスケジュールや問題事項を確認したのです。やっていたら習慣になるので、苦になるものではありませんでした。私の場合は8

時に車の迎えが来るので、誰よりも早く到着していました。

2回目の赴任で大変だったことは、1回目の赴任時に投入した機材が壊れ始めていたことです。修理のパーツは高いので、どうするべきか悩みました。メンテナンス部門も立ち上げ、そこが機材の修理をおこなうようにしたのですが、電子部品はどうしてもハードごと交換しなくてはならないものでした。さらには現像液も高くて、予算を使い切ってしまいました。部品類で調達できるものはJICAに要請することはできたのですが、プロジェクト終了後はどうやって彼らだけでやっていけるかを考え、治療も一部有料化としました。プロジェクト終了後、高周波鑄造機の調子が悪いと聞いています。最初に1台置くか2台置くかで悩んだのですが、5百万円ほどする高価な機材なので、1台だけにした経緯があります。けれども、プロジェクト期間中の5年のうちにもう1台買っておけば良かったかな、とも思っています。機械は通常7〜8年ほどの寿命です。よほどメンテナンスをしつかりしていれば10年程度持つかもしれませんが、電子部品のメンテナンスは難しいのです。ただ、必要に迫られれば、アセチレンガスと酸素を混ぜて溶かす方法もできると思っていました。

プロジェクト期間中、カウンターパートがイギリスへ留学し、こちらで教えていたことがさらに強化されて帰ってきました。その時期は、私の2回目の派遣と重なっています。カウンターパートの役割は、学生を通じて技術を伝えていくことです。カウンターパートは講師

(レクチャラー)ですし、学生に動機付けができればインパクトにもなります。ペラデニア大学は唯一の歯学部がある大学なので、ここを押さえれば必ず全国に広まるでしょう。何年か後には、必ず効果が出ると思います。プロジェクト期間中、学生も私たちの働きを見ていましたし、それに感化されていたようです。恐らく何人かは指導者になっていくでしょう。20年後が本当に楽しみです。



ペラデニア大学と東京医科歯科大学の姉妹校調印式（後列左側から2人目が曾根田専門家）

専門家にとって不可欠な資質——「適応力」。多少病気になるっても

くよくよしないこと。あまり悲観的にならないこと。

「石橋を叩く前に渡ってしまえ」(面白そうだったら叩く前に行ってしまおう)という、何にでもチャレンジする気持が必要。

技術協力は、「What」よりは「How」。

例えば、山に登る時、頂上に行くにはどうやって行くのかという考えかた(どのような解決方法があるか)を伝えることだと私は思っています。そう考えるようになったのは、マラウイやスリランカでの経験はもちろん、大学で学生を教えたことによります。技術は時代によって変化していきます。今やっているやり方も、何年か経てば変わっていつてしまうでしょう。自分で考える、考え方を身につけることだと思います。

このプロジェクトで導入されていた「5S」はインパクトもあり、良かったです。今、自分自身でも取り入れています。

「石橋を叩く前に渡ってしまえ」というのは心構えなのですが、技術はやはり相当な準備が必要です。むしろ、帰り道を確認しておかなくてはならないでしょう。技術に関しては、問題解決能力がないと駄目です。トラブルが発生した時、どのような対処ができるかによっ

て、信頼されるかどうかが決まります。また、フレキシブルな考え方も必要です。歯科技工士の夏目専門家は、治療に使う材料がない時に、町で安いものを買ってきて使っていました。そういう対応能力も大切だと思います。現地には、現地に、より適した材料もあるものです。高温多湿の気候条件もあり、日本で使えたものがスリランカでそのまま使えるとは限りません。その場その場で、適切に判断できるということも、専門家には必要不可欠な要素なのではないでしょうか。・・・」



よしだ なおみ
吉田 直美 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：歯科衛生

東京生まれ。歯科衛生士・認定歯科衛生士（日本歯周病学会）・認定カウンセラー（日本カウンセリング学会）・実践健康教育士（日本健康教育士養成機構）。東京医科歯科大学歯学部附属病院勤務を経て、同大学歯学部附属歯科衛生士学校へ異動。1998年東京都立大学大学院都市社会システム分野修士課程修了後、1998年、1999年に計9ヶ月間、JICA短期専門家としてスリランカで活動。その後2003年に東京医科歯科大学医歯総合大学院歯科医療行動科学分野博士課程修了。2006年上智カウンセリング研究所カウンセラー養成コース修了。現在、東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科講師として勤務。

関係性を築いていくことの大切さ。専門家が、カウンターパートの話をよく聴くことで問題解決にながっていくのだと思います。遠回りをするようでは実は早いのが、その人の話をよく聴くという点と。

「スリランカ国民の口腔保健状況の向上をめざし、ペラデニア大学歯学部と教育病院における歯学教育、口腔保健サービス、研究活動の継続的な発展を推進する」ことを上位目標におこなわれた「スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」。

このプロジェクトには、初めて専門家として派遣された人たちも多く参加していた。現在、東京医科歯科大学歯学部の口腔保健学科講師として勤務している吉田直美氏もそのひとり。当時30代半ばだった彼女は、すべて自分よりも年上の6名のカウンターパートたちとどのように接しながら、同国唯一の歯科医師養成機関で活動してきたのだろう。

プロジェクトの目標達成のためには、歯科医師の技術のみがあればいいというわけではな

い。歯科衛生士として、診療科を越えたデンタルナースたちの指導にあたってきた吉田氏のチャレンジを紹介してみたい。

自分を示し、役割を示すことで、相手の共感を生んだ

「・・・当時、専門学校の教員5年目だった私がこのプロジェクトに関わるようになったのは、東京医科歯科大学に話が来たのがきっかけでした。当初は、ボリビアで協力隊員をした体験を持つ先輩に要請があったのですが、先輩は諸事情で受けられず、私がこの任務を引き受けることになりました。これまでも、マレーシアのボルネオ島で短期専門家をしている友人のところに遊びに行ったこともあったので、母親の反対はあったものの、私個人はあまり抵抗がありませんでした。

東京医科歯科大学歯学部附属歯科衛生士学校には、当時3名の専任教員がいたのですが、私が一番年下ということもあり、さらには独身だったので、私にこの役がまわってきたのだと思います。

実際に現地に赴任してみると、当時はまだ新しい建物に引越しをする前でした。老朽化し、



小学校在勤のデンタルセラピスト達とともに、スリランカの歯科保健活動の視察。スリランカの現状を知るために、プロジェクト外にも足を運んでいた。吉田専門家（左）

物が雑然としていた職場で自分は、ここでいったい何をするのかと、と戸惑いもしました。

忙しく働いていた東京とあまりにも違う日々。スリランカではなかなか仕事をするのできないもどかしさを感じていました。

今にして思えば、私が相手の状況をよく理解できていなかったのだと思います。初めての専門家体験ということもあり、派遣前研修で学んだことと現場のイメージとのすり合わせがうまくできていなかったのだと思います。問題を共有しないう、と現地のカウンターパートに提案したものの、逆に、「・・・ナオミは何をしたいの?」とコアメンバーに問われ、赴任当初は答えに窮してしまっただこともありました。

相手を理解する前に、自分自身のことを理解することを忘れてしまっていたのです。バスにも乗

れず、電車もなく、滞在場所から少し離れた場所へ食事に行くことができずに、基本的な生活すらままならない状況・。東京生まれ東京育ちの私にとって、全く違う暮らしに適應できていなかったのかもしれませんが。

しつかり食事を摂ることもできず、睡眠もうまくとれずで、仕事ができいない焦りもありました。倒れることはなかったものの、結局、今よりも13キロ体重が減った状態になり、帰国したら栄養失調と言われてしまったほどでした。それでも、逃げることはできませんでした。けれども今にして思えば、どこかで甘えることができたら、もっと早く良好な人間関係を築けていたのかもしれませんが。自分自身の役割と立場がわかっていたからこそ、何かをしなければいけないという責任感で、うまく進められない自分を責めてしまう日々でした。

そんな私に、カウンターパートたちはアボガドを持ってきてくれたり、自宅に招待してくれたり、象の動物園に連れて行ってくれたりもしました。

手本を見せ、相手の意識の変化につなげる

私も、現地のカウンターパートたちも英語はあまり得意ではなかったので、着任当初はコミュニケーションが大変でした。6名のカウンターパートの中にひとりだけ米国在住経験のあった英語が話せる人が居て、彼女をキーパーソンにして皆に情報を伝えていきました。歯周病科の教授が活動をサポートしてくださり、リーダーや長期専門家も、カウンターパートたちの活動を支援してくれました。英語が話せるカウンターパートの他、活動していく中でもうふたり、コミュニケーション能力が高い（私の言おうとしていることを察してくれる）



デンタルナース全員を対象に「デンタルユニットの清掃」のデモンストレーションを実施する吉田専門家

人も居ることがわかり、だんだん意思疎通もできるようになっていきました。

時には絵を描いて説明したり（上手いと褒められたほどです）、デジタルカメラを使って説明したり・・・。

眼で見ることのできるものを積極的に活用しました。

スケジュールを組んで、みんながよくミーティングや講義もしました。病院内ではカウンターパートたちはばらばらに配置されているので、朝から晩まで一緒にいるわけではないのですが、必要に応じて巡回に行き、時にはカウンターパートにも集まってもらって、デモンストレーションをおこないました。派遣前研修で受講したプレゼンテーションの研修もとても役立ちました。

スリランカでは掃除をする人が別に居るので、デンタルナースはユニット（歯科診療の機材）の清掃をしないのが一般的でした。けれども、同じ時期に活動していた日本人の専門家が協力してくれて、カウンターパートのみならず、デンタルナース全員にこういうふうに清掃するのだというお手本を見せるなどの活動を続けるうちに、徐々に彼女たちに変化が出てきました。

新しい建物では5S（整理、整頓、清潔、清掃、躰）が守られていて、デンタルナースたちにも診療室の管理者として、その意識が芽生えていたと思います。

成果の発表で問題意識が高まる

時には、これまで歯科医師の会議に出席することのなかったカウンターパートたちに皆の前で発表してもらおう場もつくってみました。それぞれの診察室で、彼女たちがOHPを使って、自分たちの診察室の問題点を自らの言葉でプレゼンテーションする試み。これが実施できた時には、彼女たちがとても晴れやかな顔をしていました。自分に注目し、皆が意見や提言を聞こうとしてくれていたということが、とてもヒエラルキーの強いスリランカの職場で、カウンターパートたちの達成感やさらなる刺激につながっていったのだと思います。

当初は受身だったカウンターパートたちが、積極的に自分たちの問題を考え、全体にまなざしを向けていきました。

お互いがお互いの診療室を見つつ、問題点を改善しようという実践も行ないました。こうした活動が、現場の問題解決の糸口となることもあり、プロジェクトが終わった今でも、きっと彼女たちの問題意識は低下していません。



水平位診療の補助のデモンストレーションを行う吉田専門家（中央左）どのように診療を補助すれば良いか実践を交え伝える。

仲間意識から問題解決へ

病院では、どの診療室でも患者があふれかえり、デンタルナースがその対応に追われるというのがスリランカの実状でした。ケース・バイ・ケースですべきことがあるのだと、私自身も学びました。

停電のため作業を中断しなくてはならなかったり、白衣も着ずにサリーのまま治療したり、気密性が高く無菌が保たれるはずの手術室の奥の部屋に蚊が容易に入る状態だったり・問題とするところの視点が違うのだということも実感もしました。もちろん、蚊が入らないようあとで改善をしていただきました。

カウンターパート全員が年上だったた

め、こちらから何かを与えようというよりは、まず仲間であるという意識を大事にしました。あまり英語はできなくても、恋愛や食べもの、誰それがかっこいい、という話もしながら、とにかくコミュニケーションをとっていきました。途上国の一番の娯楽は「話す、食べる、歌う」ことだと思えますが、この3つを皆で楽しくやっていくと真剣な問題も話しやすくなります。関係を築いていくことの大切さ。専門家が、カウンターパートの話をよく聴くことで問題解決につながっていくのだと思います。

遠回りをするように実は早いのが、その人の話をよく聴く、ということ。
問題点を私が指摘するのではなく、話をしていくうちに相手自身に問題を気づいてもらうようにしました。

このプロジェクトで私は2回短期専門家として現地に行ったのですが、2回目は歯科医師とも交流できるようになっていきました。カウンターパートがわからない英語は、彼らを通じて伝えてもらったこともあります。初年度は普通の辞書を持って行ったのですが、2度目は医学辞典を持っていき、重宝しました。



歯学部長主催のデンタルナース対象の講演会後の集合写真。吉田専門家（後列左から2番目）は講師を務める。

技術協力は自分を見つめなおすチャンス

私自身がこのプロジェクトで得たものは、自分や人を理解する力かもしれません。今回のような状況下では、嫌でも自分の持てる力を突きつけられてしまいます。限られた時間の中で肅々と仕事をこなしていく毎日。人や物やお金がないからできないとは言っていないような状況下なので、自分の強さ・弱さ・あるいは優しさというものも見せてもらうことができました。

逃げないで向き合い、仕事の終わりを迎えることができたということも大きかったと思います。すべてがやり遂げられたわけではありませんでしたが、最後には皆の前で、英語でプレゼンテーションをし、報告書もつくりました。大きな会場で皆の前で発表をするということは、私のみならず、情報交換の意味でも、カウンターパートナーたちにとつても、ためになったと思います。日本へ研修に出たカウンターパートナーも、

言葉の問題や生活面で問題があり、痩せてしまうほどに苦勞していましたが、他の国で専門分野を学ぶ機会が与えられ、意義があったと思います。

もう1度派遣の機会があれば、条件が許せばまた行ってみたいと思います。今回のことを教訓に、今回とは違い、責任を持ちつつも、自身を追い込まないように仕事ができると思います。あるいは、追い込まれている人たちのサポートも少しはできるかもしれません。赴任終了後、認定カウンセラーになりましたので。

歯科衛生士・デンタルナースという仕事は、すべての診療科に関わる仕事です。初年度から関わっていたこともあり、常に全体を意識しながら自分の役割を考えていました。

帰国後、戻った東京医科歯科大学でもプロジェクトの情報をこれから派遣される専門家に話すことがあります。東京医科歯科大学からは、結局、長期専門家3名、短期専門家として10名ほどが参加しました。

JICA専門家にとって不可欠な資質——専門性の高さ、能力は当然のことですが、柔軟性や健康も大事な要素。また、「人を育てる」ということ。

さらに大事なものは、相手に「伝えようとする気持ち」。

技術協力というのはスキルを伝えることだと思えますが、単に支援をするということより、その支援を通じてお互いを理解することが大事なのではないでしょうか。

赴任当初、あまりにも物が無いことに驚き、自分の持っていた試供品などを渡してしまっただけがあります。けれども本当は、安易に物を渡すことで解決を図るべきではなかったと反省しています。あるだけの資源——これを大事にしていくことで生まれるものが大切なのでしよう。

自分が歯科医療職でありながらも同時に教員であるためか、私は思わず教育に一生懸命になってしまいます。教育が好きなのだと思えます。患者さんを担当することも大好きですが、直接の患者さんだとひとりずつしか見ることができません。教育の場に主体を移したことによって、学生・卒業生を通じて多くの患者さんの役に立つことができると思っています。

また、相手に伝えるためには、相手を知ることからはじめる必要があります。

ただ、相手だけを見ているだけでは見間違えてしまうこともあるかもしれません。相手と共に自分自身をも見つめる作業。自分を知った上で、相手との関係性もできていくのだと思います。

専門家として、行ってよかったと思うことは、相手を通じて自分自身を見る（観る・診る・看る）ことができたこと——私は今、そんなふうに思っています。・・・」



ながお とおる
長尾 徹 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

1956年愛知県生まれ。歯学部卒業後、名古屋第一赤十字病院などで勤務する傍ら、カンボジア・ネパールで医療協力に参加。90年歯学博士、99年からロンドン大学キングスカレッジ・口腔がんWHO共同研究機関で疫学研究に従事。01年-03年スリランカJICA歯学教育プロジェクト・チーフアドバイザーとして技術協力に参加、05年愛知学院大学歯学部助教授、藤田保健衛生大学院予防医学科で医学博士取得、現在岡崎市民病院歯科口腔外科・統括部長で、スリランカ第3国研修、JICAアジア太平洋諸国地域がん予防対策研修に従事。歯科医師。

カウンターパートに対しては、彼らに寄り過ぎて
も駄目ですし、かといって、援助してやっている
という姿勢では受け入れられないでしょう。現地
の人を尊重しながら、相互理解で活動することが
大事です。

1956年、愛知県に生まれた歯科医師・長尾徹氏は、現在岡崎市民病院歯科口腔外科・
統括部長をしながら、アジア太平洋諸国地域でのがん予防対策研修にもたずさわっている。
大学を卒業後、名古屋第一赤十字病院等で勤務するかたわら、カンボジア・ネパールでの医
療協力にも参加していた長尾氏。

今、医療の世界では国際協力のための長期専門家を派遣することに関心が薄れてきている
と言われている。医療崩壊で医師・看護師不足が社会問題化する中、国際協力にかかわって
いる余裕はない、というのが現状なのだそうだ。日本の歯科医師数は対10万人当たり世界で

28位と低く、医師数に至っては63位とOECD加盟国で最下位のクラスである（WHO 2006年統計）

現在、国際協力は有給休暇で行かなければならない場合が多く、実際にそうしている専門家も少なくないと聞く。今後、こうした傾向は強まる方向にあり、給料カット等の問題を考えると短期でしか派遣できないのではないかと、という医療関係者の声も聞かれる。また、長期派遣では所属先のポストがなくなってしまうという問題もある。こうした医療世界の現状の中、歯科医師として早くから国際協力の現場にチャレンジし、2001年から2年間、スリランカの「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」で2代目チーフアドバイザーを務めてきた長尾徹氏の体験を紹介してみたい。

不思議な縁

「・・・私は、このプロジェクト参加前に、ロンドン大学キングズカレッジ（WHOの共同研究機関）に1999年から1年間留学して、口腔癌の疫学研究をしていました。その時の指導教授が、ペラデニア大学で元教授のスリランカ人で、とても優秀な人でした。英国でス

リランカ人の教授についていたというのも何かの縁だったのかもしれない。この教授は、最近大英帝国勲章（OBE）を授与されました。こうした勲章を外国人がもらえるというのはとても珍しいことです。教授がよほど傑出した人物だったからなのでしょう。彼は私がこのペラデニア大学でのプロジェクトに参加することをとても喜んでくれました。教授がスリランカを出たのは、自国では自分の能力を発揮することに限界があったからのようです。ただ、教授は退職した後はスリランカに戻りたいとも言っていたので、今後はスリランカ全体の医療政策に貢献してくださるでしょう。

そんなふうにはスリランカ人とも縁のあった私が、このプロジェクトに参加したのは、それまでチーフアドバイザーを務めていた半田専門家から、イギリス留学中に「・・・自分の後任としてペラデニア大学のプロジェクトに参加しないか」という電話をもらったからでした。私はかねてから半田さんの仕事に関心を持っていました。半田さんとは、1990年からカンボジアと一緒にボランティア活動をしていました。このカンボジアでのボランティア活動のきっかけになったのも、当時、海外での研究活動を盛んにしてきた半田さんから、「・・・カンボジアの医療協力を手伝ってくれないか」と誘われたからでした。私たちは海外での学会等を通じて、途上国の医療関係者と出会う機会があり、途上国の現状と触れることも多かったのです。このときのボランティアの組織は、今でもNGOとして続いています、

現在はネパールで活動しています。

プロジェクトを引き継ぐ準備

「スリランカ・ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」には、29校ある日本の国公立の歯科大学のうち半数近くの大学が関わっていました。これは、とてもすごいことです。こちらが必要とする人材のTORを細かく書けば、大学が人を探してくれた点はともありがたいものでした。今回のプロジェクトでは、専門家は延べ50人以上の人たちが来ていたので、もし一人ひとりリクルートすることになったら並大抵の事態ではなかったでしょう。プロジェクトには国内委員会があり、そのブレンの方々が広いネットワークを構築してくれていとおかげで、こうしたオールジャパンの体制が生まれたのだと思います。半田さんは1996年の無償資金協力による歯学部付属病院建設の頃からプロジェクトに携わっていて、そのままプロジェクトリーダー（チーフアドバイザーのこと）となっています。彼がネットワークの構築に携わった功績がとて大きいでしょう。

そんな半田さんから2001年2月にプロジェクトリーダーを交代したのですが、すでに

優良プロジェクトとして評価が高かったこのプロジェクトを引き継ぐのは容易ではありませんでした。プレッシャーはもちろん、前任の半田さんと調整員の萩原さんが同時に交代したことも影響しました。私と新しい調整員の森山さんは1ヶ月ほど前任者とオーバーラップして引継ぎをしたのですが、オフィシャルのマネージメントはそう簡単ではないことを痛感しました。半田さんがプロジェクトを立ち上げる時にPCMを使って50程度の小さなプログラムをつくって稼働させていたので、まずはそれを理解することに専念しました。ヒト・モノ・カネの投入が、丁寧で細かかったです。TORが明確な分、専門家の出入りも激しく、こうしたかたがた一人ひとりの面倒を見ることを含め、全てが大変だったと記憶しています(笑)。

ただ、私は就任の5年前に、ペラデニア大学歯学部の一教授と学術研究の関係で、日本で一度会っているのですが、実はこの人がその後の私にとって最も重要なカウンターパートとなる人でした。また、ペラデニアの私費留学生だった留学生を、私の大学(愛知学院大学)へ無償で受け入れてもらうように面倒を見たりと、スリランカの人たちとは何かと縁がありました。

また、イギリスから帰ってきた年に、半田さんから「いきなりプロジェクトに参加するよりは事前に大学を見たほうがいいでしょう」というアドバイスをいただき、ペラデニア

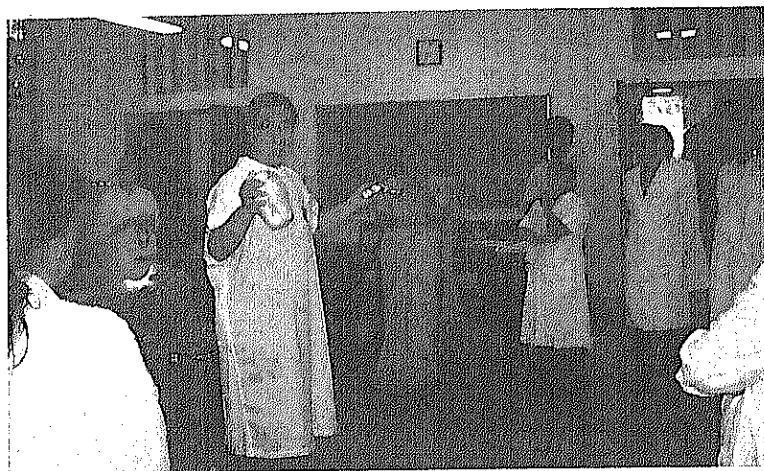
大学を訪問したこともあります。その際発表の機会をもらい、イギリスで研究してきた口腔癌の早期発見についての講演をしました。それ以前から顔見知りの教官はいたのですが、プロジェクト前にこうした機会を得られたのはラッキーだったと思います。安心して赴任することができました。

継続性のある終わり方を目指して

私の任期として与えられたのは後半の2年間でしたが、最初の1年で何かをしなくてはならないと思っていました。継続性のある終わりがたをするためには、何らかのインセンティブ（キャリアアップ等）を与える必要があると思ったのです。スリランカは社会主義国で、どんなに働いても給料は一緒なので、励みになるものを、と考えました。

そこで、私は3つのことを実施しました。

1つ目は、JICAの研究支援費を使って解剖学ミュージアムをつくることをカウンターパートと計画しました。ここに、人体のパーツ等を展示して、研究者だけではなく一般の人もターゲットとし、医学・保健教育の場を作ったのです。これによって彼らの教育・研究の



第一回スリランカ解剖学セミナーの様子

発展に寄与することができれば、と考えていました。

2つ目は、草の根無償協力を利用したこと。ドラマ仕立てで生活習慣病に関する健康教育ビデオをつくり、国営放送で放映し、さらに近隣諸国にも貸し出しました。このような形で社会貢献に参加してもらうことが、非常にいい動機付けになっていたと思います。

そして、3つ目が第三国研修でした。彼らが獲得した医療技術、教育手法を近隣諸国へフィードバックするのが、彼ら自身の使命であり、「日本はあなたがたが南アジアだけではなく、アフリカにも保健医療の分野で貢献することを期待している」と言い続けました。

こうした活動を通じて、彼ら主導でスリランカの保健医療行政に寄与することを目標としていたのです。ただ、健康教育ビデオは、計画段階から予算の扱いで揉めてしまい、やりたくないと言いつ出したので、時間をかけて説得したこともありました。こうしたことを、

1年目から同時に始めたため大変でしたが、とてもやりがいがある仕事だったことを覚えて
います。

私は半田さんのように丁々発止に出来ないタイプです。大学の教官をしていた時にも、研
究費をとることはとても大事な仕事でした。臨床、教育はともかく、研究にはお金がかかる
ものです。こちらが黙っていたらお金は回ってこないのです、とにかく研究費（活動費）をと
ろう、とカウンターパートに口をすっぱくして言っていました。実際にお金をとるためには
良いプロジェクト・プロポーザルを出さなくてはいけないので、一緒に作って行こうとよく
話していました。

良いプロポーザルとは、目的と結果がはっきりしているものです。つまり、オブジェクテ
ィブ（目標）、アクティビティ（活動）、アウトプット（成果）、それにインパクト（期待さ
れる波及効果）が明確であるもので、A4サイズ1枚に要約できれば充分です。

現実を見据えた計画作り、そして実践意識の向上

カウンターパートは、プロポザルづくりに取り組んでいるうちに本気になってきました。プロジェクトのカウンターパートはアカデミック畑の人達なので、研究費の獲得は日常的なことのはずなのですが、社会主義国なのでお金は与えられるものと思っていて、プロポザル作りにはあまり慣れていません。その国の社会制度を理解した上で技術移転を考えていく柔軟性が重要です。

一般に、プロジェクトは最初のビジョンは華やかなのですが、終了時にはメンテナンスの費用の問題や教育の人材が適正に確保されているか等の厳しい現実を見ながら、投入していかなくてはなりません。歯学教育病院にはデンタルチェアだけでも130台あり、メンテナンスが大変です。さらに、教育省と保健省が相乗り状態で責任分担が明確ではなく、お金の出所もはっきりしないこともありました。

メンテナンスに要するお金が確保できないので、「それなら治療に伴う材料費だけでも有料にしてはどうか」と提案しました。結局、小額なら患者も出せるのではないかと考え、患者カルテの登録料(15ルピー≒約15円)をとることにしました。これは大きな成果でした。とはいえ一方で、貧困でどうしてもお金が出せない人たちには、学部長の裁量で免除もして



当時のチャンドリカ・クマラトング大統領が、抜歯のために来院。大統領たったの希望で長尾専門家が抜歯を行った。大統領は日頃から日本の技術協りに感謝の意を表していた。

いました。このように、病院を維持するためのシステムづくり、特にファイナンスの部分で苦勞しました。当時、病院を独立行政法人化にしようという話もあつたのですが、結局法案は通りませんでした。プロジェクト終了直前に大臣が交代したこともあり、その話は白紙に戻ってしまいました。カウンターパートも努力はしていたのですが、ちょうど津波の被害（2004年12月）や、内戦が再び激しくなつてしまい、立ち消えになつてしまつたのです。

津波災害の時には、ペラデニア大学のスタッフも積極的に動いていました。親や家を失い、大学に行けなくなつてしまつた人たちの経済支援をするために、私

も専門家や大学にブログやメールで寄付をお願いしました。カウンターパートたちが、とてもよく動いてくれていたと思います。プロジェクトが終わっても、こうした支援活動は継続されています。

プロジェクト終了後の第三国研修（2008年3月終了予定）は、スリランカ人が自前でおこなうことができました。これにはアフリカの人も多く参加し、南南協力にまで発展したことはすばらしかったと思います。こうしたことがプロジェクト全体のインパクト、サステナビリティに貢献したことでしょう。ただ、残念なことにペラデニア大学のカウンターパートが、アフリカ諸国をターゲットにした新しい第三国研修のプロポーザルを出しているのですが、通りませんでした。大きな額ではなかったのですが・・・。アフリカの口腔保健に対するプライオリティを考えると、感染症や母子保健に押され、こうした結果になってしまったのかもしれないが・・・。スリランカ人だけで行った第三国研修は5年間で、アジア9ヶ国、アフリカ3ヶ国から合計55名が参加し、それなりに成果が出ており、投入すればさらなる成果を出せるものなので、ぜひアフリカの人たちを対象とした研修を行ってほしいと思っています。今年度はだめでしたが、来年またプロポーザルを出そうとカウンターパートたちと話し、私もことあるごとに関係機関にアピールしていこうと思っています。

私に限らず、カウンターパートと専門家は今でも各分野で、継続的な学術交流を持ってい

るので、何らかの形で第三国研修に関わっている日本人も多いと思います。私もモニタリングで第三国研修をみてきましたが、高く評価できるプロジェクトだと自負しています。

波及的に広がる協力効果

萩原さんのあと、調整員になった森山さんはJOCVの経験もあり、高い英語力に加え現地語も堪能で、地元のテクニカル・スタッフとのコミュニケーションはバッチリでした。そういう点では、現地語が理解できる人がプロジェクトにひとりいるのではないのでは全く違うと思います。独特のヒエラルキーも存在し、それなりの苦勞もあつたと思いますが．．．私がアカデミックな部分でカウンターパートとの連携を図り、テクニカルな部分は彼女に任せるといふ分担でした。ただ、彼女の立場になると、言葉を理解し過ぎるといふのも良し悪しだったのかもしれませんが。良いことだけではなく、批判等も耳に入ってきます。どこの国でもそうかもしれませんが、噂好きな人たちはいるものです。

専門家に対するブラックメールもあり、その対応に苦勞したこともありました。専門家やカウンターパートから間接的に聞いたり、調整員が情報をキャッチしたり、調整しながらや

っていました。ただ、私の立場ではブラックメールには振り回されないようにしました。構っていたらキリがありません。ある時は専門家の立場に立ち、ある時はカウンターパートの立場に立って物事を考えることはあったのですが、あくまでも主役は専門家であって彼らが技術移転しやすい環境をつくるというスタンスを私は貫きました。カウンターパートに対しては、彼らに寄り過ぎても駄目だし、かといって、援助してやっているという姿勢では受け入れられないでしょう。現地の人を尊重しながら、相互理解の上で活動をしてきたつもりです。そうした姿勢が専門家にも伝わり、長期専門家として来てくれた人たちが、その後私費や大学の研究費、ロータリー財団等の奨学金制度を利用して再び来てくれました。大学間交流以外のプライベートな交流も、サステナリビティのひとつだと私は思っています。カウンターパートたちも感謝していました。

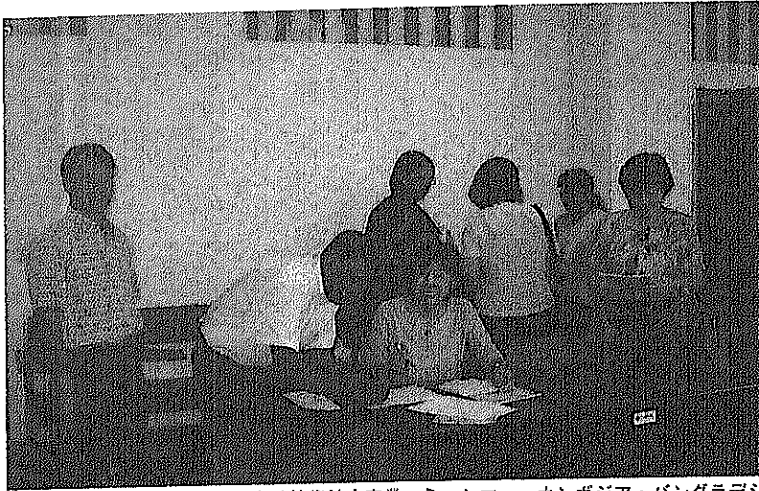
また、プロジェクトを通して共同研究や留学生受け入れに関する大学間協定が、日本の大学といくつか締結されたことはすばらしいことだと思えます。

専門家の能力を100%引き出すリーダーに

専門家に事前に学んでほしいものとして、ビジネスレター（オフィシャルレター）、プロGRESレポート等を含む）の作成が挙げられます。前述のブラックメールの件も、オフィシャルレターの使い方についてもっと知っていれば対応が変わっていたかもしれません。国際社会のプロトコールについての講義があるといいと思いました。こうした講義があれば私もぜひ受講したいです。

先ほど、専門家が主役という話を出しましたが、カウンターパートと専門家の相互関係からプロジェクトは成り立っていると思います。技術協力はあくまでも目標達成の手段であつて、専門家が技術を持っているのに、それを伝えきれていないことはとても残念だと思いません。プロジェクトリーダーや調整員は専門家が持っている能力を100%引き出し、現地にトランスファーしてもらうことを助ける仕事です。そういう意味で専門家が主役と捉えているのです。

前任の調整員だった萩原さんは「専門家に輝いてもらい、そのことでカウンターパートをいっそう輝かせる」とおっしゃったようですが、前任者が素晴らしい方々だったので、こちらは苦勞しました（笑）。最初から半田さん・萩原さんのようにはいかなかったです。



第三国研修に先立ち実施した広域技術協力事業。ミャンマー・カンボジア・バングラデシュ・ネパール等の若手歯科医師を対象とした研修を実施。この取り組みがその後の第三国研修につながった。

で、終わり良ければ全て良し、とプロジェクトがうまく終了できることを考えるようにしました。専門家の、英語でのレポートやプレゼンテーションは前任から継続しておこないました。最高の技術を持っていても、伝える手段である英語のスキルが心配な人には英語の講師をつけていましたが、これも半田さんのころから始まりました。私の時には2度目の専門家派遣の人も多く、こうした人たちは手順も心得ていました。また、最初の頃はコロナボまで専門家を出迎えに森山さんか私が行っていたのですが、忙しくて最後のほうは充分なケアができなかったのが申し訳なかったと思います。気持ちはあったのですが、少ないスタッフで多くの専門家の面倒を見るのは、やはり大変でした。

現在のJICAのプロジェクトは、予算が減っ

ていることや民間企業へ一括して発注しているため、結果重視の短期のシャトル型の派遣を2〜3回繰り返し返すという形態に変わってきているようですが、終了後の成果の持続性に注目すると、プロセス重視の長期でリーダーや調整員を張り付ける従来型にも良さがあると思います。技術協力が携わっている人々はビジネスとは考えておらず、めぐり合わせで仕事をしているという感覚が強いと思います。シャトル型の派遣もありなのかもしれませんが、従来型も重要だと私は思っています。口腔保健分野がこの規模で取り上げられたのは珍しく、恐らく最初で最後のプロジェクトだったのかもしれませんが。

JICA専門家にとって不可欠な資質——もちろん1級レベルの技能を
持っていること。そのうえで「人間関係を大切にすること。人と接して
何かを現地の人たちと一緒に達成することが援助だと思っているので、
そういう気持ちを持っている人に技術協力をしてほしい。

前任の萩原調整員は、「カウンターパートだけが成長するのではなく、専門家が皮剥けて成長されて帰っていく」ことがこのプロジェクトの良さだったと語っていたようですが、



プロジェクト最終日。他の専門家と共にパラデニア大学歯学部前で（左端が長尾チーフアドバイザー）

私もそう思います。専門家が成長することとで、また日本の関係者が支援をしようという気持ちになるといういいスパイラルが生まれていました。カウンターパートはもちろん、私は、日本人専門家にもとても恵まれていたと思います。

技術協力とは、国益に繋がるとても大事な政策上の手段のひとつです。国民一人ひとりが専門家の現場の努力を理解してほしいと思います。そのためにJICAがJOCVも含めて現地に派遣されている人の活動を、もっと継続的に広報するべきでしょう。そうすれば国民の理解は、きっと得られていくと思います。国際社会に対し、日本の援助の対GNI（国民総所得）比は低すぎます。（200

6年度はD A C加盟国22カ国中18位)。外国からはどうしても数字で評価されがちです。国民は、国際社会で日本がそれなりの役割を担っていることを理解しなくてはならないし、そのために、国民に対して、現場でどういう活動をしているのかを広報することはJICAの義務ではないでしょうか。テレビの枠ももつと広げたほうがいいし、国民への広報を意識した、こうした専門家へのインタビューもとても良いものだと思います。

今回、このプロジェクトを引き継いだ時、これは大変だなあ、と思いながらやってきました。人には得手不得手というものがあり、私はどちらかというとマネジメントよりも専門家のほうが合っていると思っています。けれども、実際にやってみると達成感があり、そういう機会を与えてくれた半田さんにはとても感謝しています。もし、この先、機会があれば、一からプロジェクトをつくってみることも経験してみたいと思います。・・・」

スリランカ 主要指標一覧

	指標項目	1995年	2003年	2004年	2005年	2005年の 地域平均値
社会 指標等	地表面積 (1000Km ²)	66	66	66	66	n.a.
	人口 (百万人)	18.1	19.3	19.5	19.6	1,469.80
	人口増加率 (%)	1.4	1.3	1.1	0.8	1.6
	出生時平均余命 (歳)	73	n.a.	n.a.	75	63
	妊産婦死亡率 (/10万人)	n.a.	n.a.	n.a.	43(90-05)	564(2000)
	乳児死亡率 (/1000人)	20.9	n.a.	n.a.	12	62
	一人当たりカロリー摂取量 (kcal/1日)	2,069	2,363	2,290	2,200	n.a.
	初等教育総就学率 (男) (%)	n.a.	102.4	n.a.	n.a.	n.a.
	(女) (%)	n.a.	101.1	n.a.	n.a.	n.a.
	中等教育総就学率 (男) (%)	n.a.	79.1	82.4	n.a.	n.a.
	(女) (%)	n.a.	83	82.6	n.a.	n.a.
	高等教育総就学率 (%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	成人識字率 (15歳以上の人口の内: %)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	絶対的貧困水準 (1日1\$以下の人口比: %)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
失業率 (%)	12.4	9.2	8.5	n.a.	n.a.	
主要 経済 指標	GDP (百万USドル)	13,029	18,246	20,055	23,479	1,016,267
	一人当たりGNI (USドル)	700	930	1,000	1,160	692
	実質GDP成長率 (%)	5.5	6	5.4	5.3	8.7
	産業構造 (対GDP比: %)					
	農業	23	19	17.8	16.8	19.1
	工業	26.5	26.4	26.8	26.1	27
	サービス業	50.5	54.6	55.4	57.1	53.9
消費者物価上昇率 (インフレ: %)	7.7	6.3	7.6	11.6	n.a.	
政治 指標	<p>政治体制：共和制。大統領に実権。 憲法：1978年9月7日公布。2001年10月第17次改正。 元首：大統領。マヒンダ・ラジャパクサ (Mahinda RAJAPAKSA)。直接選挙制。任期6年。2005年11月19日就任。3選禁止。 議会：1院制。225議席。直接選挙制。任期6年。 内閣：大統領が任命。首相 ラトナシリ・ウィクラマナヤケ (Ratnasiri WICKREMA NAYAKE)。2005年11月23日発足。</p>					

注 ①()に示されている数値は調査年を示す。(90-05)と示されている場合は1990年から2005年までの間の最新値を示す

②「人口」、「GDP」の「2005年の地域平均値」においては、地域の総数を示す

③「妊産婦死亡率」の「2005年の地域平均値」においては、WHO・ユニセフ・UNFPAの調整済データを示す

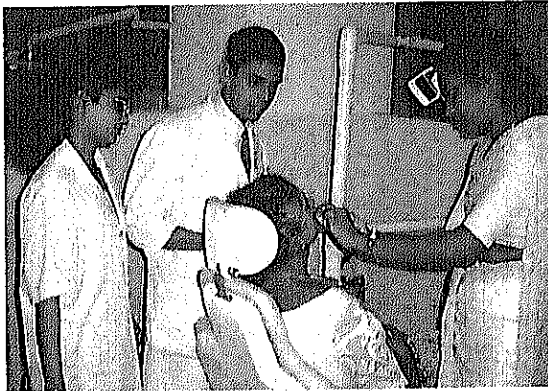
④就学率が100を超えているのは、学齢人口推計値と実際の就学データの間にずれがあるため

⑤地域は南アジア

JICA国際主要指標 2007年度5月版 (<http://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Public/PublicIndex.html>) より抜粋

第2部

カウンターパートからの手紙



カウンターパートによる歯科治療風景

P・アマラトウンガ (P.Amaratunge) 氏からの便り

ペラデニア大学歯学部学部長

日本の皆様、専門家の皆様へ

口腔癌や口唇・口蓋裂等の口腔疾患を多く抱えているスリランカで、日本政府・JICAの皆様との取り組みが始まったのは、1996年のことです。私達の取り組みは、ペラデニア大学歯学部及び附属病院の建設に始まり、歯学部の訓練及び医療サービス機能の向上・近代化を目的としたプロジェクトへと広がっていきました。

歯科医療従事者の育成、歯科医療の質の改善により、先に述べた口腔癌や口唇・口蓋裂のような口腔疾患を減少させ、国民の口腔保健の改善を図ることが期待されていきました。

ペラデニア大学歯学部は、スリランカにおける唯一の歯科医師養成機関です。私達は、歯学部を近代化させることで、スリランカに蔓延する歯科口腔疾患の苦痛を軽減し、国民の生活の質の向上に貢献していきたいと考えています。

プロジェクト終了後の、現在のペラデニア大学歯学部の状況をお伝えします。

1. 歯科医療従事者の育成

(1) 学部課程

現在歯学部には、口腔外科の学士号取得を目的とした学部教育課程が設置されています。プロジェクトを実施したおかげで、同学部卒業生の治療レベル及び技術力は、確実に向上しています。現在、学部生はクラウン・ブリッジの技術、歯内療法、クロムコバルト義歯（合金床の義歯）、矯正治療及び歯周病治療の最新概念など、先端治療の訓練を受けることができます。

学部課程のカリキュラムは、地域に根ざした歯科医療に重点を置きつつ、疾患傾向の疫学的統計的变化や患者のニーズ、新しい技術の出現に対応すべく、適宜改訂が行われています。また、5年制課程への延長



ベラデニア大学歯学部の現況報告をするアマラトゥンガ氏（中央）

も期待されています。

学部課程の高度な水準が国際的にも評価されていることは、英国やドイツ、スウェーデン、オーストラリア、そして日本からも学生や研修生が訪れていることから明らかです。

(2) 大学院課程

歯学部では修士課程及び博士号取得につながる卒業後のプログラムが設置されています。また、近い将来には、国内及び海外の卒業生を対象とした自然科学修士(MSc)課程、ディプロマコース、サーティフィケートコース等の多様な卒業後プログラムも予定されています。

(3) パラメディカルスタッフ訓練校

歯学における「チームアプローチ」は広く認知され受け入れられており、歯科治療をより効果的なものにするために、歯科治療のパラメディカルスタッフが求められています。

歯学部では現在、歯科助手及び歯科技工士の訓練を行うパラメディカルスタッフ訓練校を設置しています。同校では保健局や軍隊、民間セクターにおける歯科のパラメディカルスタッフを対象に研修を行っており、将来的にはデンタルセラピスト、歯科衛生士のための研修プログラムも予定されています。



歴代の歯学部長

(4) 第三国研修

JICAによる第三国研修として、歯学部はアジア太平洋諸国及びアフリカ諸国からの研修員を対象に、歯科医師向け研修をこの5年間実施しています。参加した研修員からは本研修が業務に関連性が高く、有益なプログラムであると評価されています。予算が確保されれば、今後もこのプログラムは継続することが可能です。

(5) その他の教育プログラム

通常の教育課程に加え、歯学部では地域の歯科医と癌カウンセラーを対象に知識向上のための卒後教育プログラムを運営しています。また、口腔衛生に対する意識・知識の向上を目的とし、児童やその教師を対象に啓発

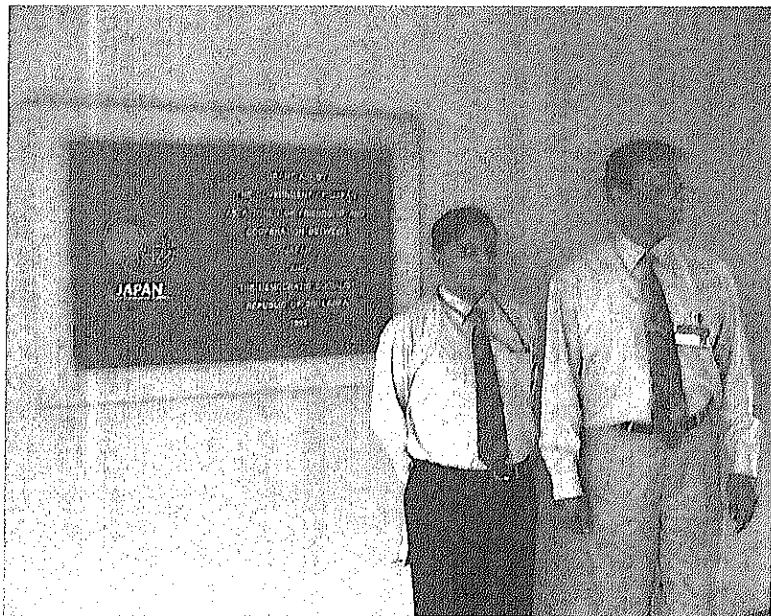
活動を実施しています。

2. サービス機能

歯学部におけるサービス機能は、日本の協力による新たな歯学部施設の建設後、おおいに改善しました。この改善は治療患者数の増加や手術の質の向上で明白であります。年間約10万人の患者が治療を受け、その内約2万5千人はキャンディ (Kandy) 外から来ています。

歯学部では口腔癌患者へ高度な治療を行っています。これは微小血管の外科手術などの高度な再建技術を含みます。現在、全ての癌治療において、凍結切片を用いた手術がなされ、再発は顕著に減少しています。顎顔面外科手術ユニットは口唇・口蓋裂患者の治療の研究・研修の重要拠点として認識されています。口腔病理学は、スリランカにおける全ての病院の中で唯一、口腔病理学診断が行えるユニットです。稀有で複雑な症例の診断には、免疫蛍光法、免疫組織化学やポリメラーゼ連鎖反応 (PCR) 法のような高度な診断技術を使用しています。

これまで正式な評価研究は行われていませんが、歯科公衆衛生学学科の研究結果によると、



無償資金協力の銘板の前で（右側がアマラトゥンガ氏）

歯学部で提供されるサービスに対し住民の満足感が高いことがわかっています。

3. 資金調達

歯学部は主に公的資金によって機能しています。従って、維持管理、消耗品、設備投資や雇用者給与は主にペラデニア大学が負担しています。保健省保健サービス局は、消耗品を提供し、サービス機能強化へ協力しています。

歯学部は、治療費、患者の登録代金や検査料金により収入を得ています。また、新たな学部5カ年制の歯学部5年生のために、一般歯科演習ユニットを開始する予定です。このユニットは、歯学部学生へ一般

開業医として開業するための実践的なトレーニングの機会を提供すると共に、歯学部収入源となる予定です。歯学部はまた、2008年から始まる大学院プログラムによっても新たな資金が得られることを期待しています。

4. 現在の問題

歯学部は、JICAプロジェクトにより1998年に設立され、10年が経とうとしています。学部での重要かつ高価な資機材は年数とともに摩耗損耗されてきており、計画的な交換が必要な時期になりました。

また、サービス機能を向上させつつ、年々増える多くの患者の治療を行うため、歯学部病院の更なる拡充も必要と考えています。また、図書館スペース、IT（情報技術）ルームや技術研究室を改善する必要があります。

最後に、歯科カリキュラム改変のみが口腔保健の質を向上させるものではなく、国の口腔保健を質的に高めるためには、口腔保健サービス提供者の意識改革も重要であると考えることをお伝えしておきます。

スリランカの保健医療事情

新たな課題と保健医療政策

社会・人口構造の変化と共に、スリランカの疾病を取り巻く状況も変化している。スリランカは近隣諸国に比較し、高い保健医療指標を達成しつつある国であるが、依然課題も残っている。減少傾向にあるが未だに残る感染症・母子保健関連の課題、道路事故・自殺等による外傷の増加、癌・心臓疾患といった生活習慣に関連する課題が見られるようになってきている。これらの課題に対応し、スリランカの保健医療政策も転換が求められている。

スリランカは同国の保健医療政策として、2007年～2016年までの保健医療計画（ヘルスマスタープラン）を策定し、保健医療の質・アクセス・持続的な保健システムの保障に取り組んでいる。ヘルスマスタープランでは、以下5つの戦略が示されている。

- (1) 疾病の減少・健康促進のための、包括的な保健サービスを提供する
- (2) コミュニティや家族による健康維持の取組みを支援・促進する。
- (3) 保健医療サービスの管理体制を充実させるための人材育成を行う。
- (4) 資金調達、資源配分・利用の改善を行う。
- (5) 保健医療システム全体を管理運営するための機能を強化する。

スリランカにおける歯科医療事情

ペラデニア大学にてJICAが協力を実施した歯科医療分野に関しては、1990年代当時、悪性腫瘍による死因のうち約30%を口腔癌が占める状況であり、歯科口腔疾患が深刻な課題となっていた（日本では2～3%）。また、プロジェクトに先立ち実施した無償資金協力にかかる調査実施当時、スリランカには、約690人の歯科医師（1993年現在。10万人あたり3.9人。先進国平均は10万人あたり30人）しかおらず、歯科医療ニーズに対し十分な対策が取れない状況であった。現在は、悪性腫瘍による死因のうち口腔癌が占める割合は12%（2002年）となっており、また歯科医師数は、約1,200人（10万人あたり4.9人。2004年）と改善傾向が見られている。

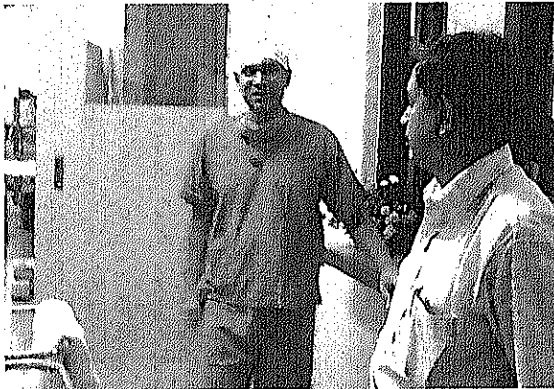
参考資料

- ・ Annual Health Bulletin, Ministry of Healthcare & Nutrition Sri Lanka, 2005
- ・ Health Master Plan, Ministry of Healthcare & Nutrition Sri Lanka, 2007
- ・ スリランカ国別事業評価報告書、2002

第3部

ルポライター

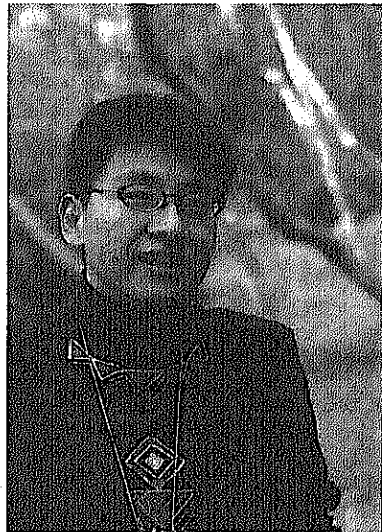
田中章義の現地レポート



手術終了後のカウンターパート

ルポライター

田中章義の 現地レポート



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

「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」がおこなわれたスリランカ民主社会主義共和国には、昔から『指揮より見本』ということわざがある。言うことはたやすいけれど、おこなうことは難しい。偉そうに指揮をするより、ちゃんとした見本を見せてくれ、といった意味で使われている。

こうしたことわざを念頭に置きながら語る事が許されるならば、今回訪問した「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」の特徴のひとつは、まさに「見本、見本、見本」なのではないだろうか。チーフアドバイザーや調整員から、各専門家にいたるまで、職種を問わず、日本人専門家たちが口先のみならず、率先して「見本」を見せながら実践指導していたことが、確かな成果として現場の至るところに示されていた。

たとえば、整理整頓等が行き届いていたことからうかがえる「5S」の精神。

たとえば、長時間もの手術を休憩なしでおこない続けるプロの歯科医師としての姿勢。

たとえば、目的や問題意識を共有し、「すべては患者のために」でき得るかぎりの実践をしようとする医療専門家としての品格。

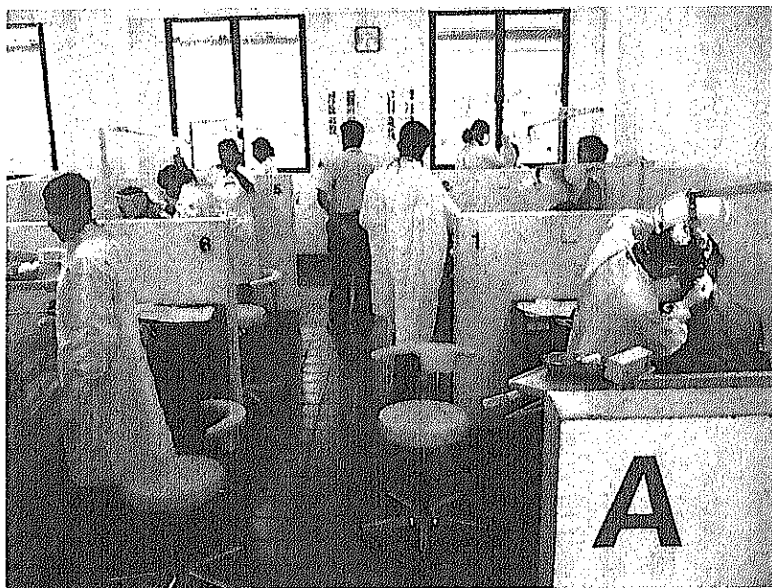
たとえば、自分たちが得た専門知識や技術を病院内にとどめるのではなく、本当に必要としている人たちのところへ、定期的に、ボランティア活動としてでも広げていこうとする社会奉仕の心……。

すばらしいな、と思った様々な部分に、スリランカ人スタッフと日本人専門家との「チームプレー」の影響が見られた。カウンターパートだった、あるスリランカ人教授が語っていた言葉が忘れられない。「……このプロジェクトの立ち上げに尽力してくれた日本人専門家と出会って、外国人で初めて自分たちと「同じチームメンバー」として働いてくれる人がい

ることを知った。彼は、他の援助関係者と違って、プロジェクトに関わるすべての人をひとつのチームメンバーとして扱ってくれたのだ——私は、この言葉と出会えただけでも、「ペラデニア大学歯学教育」プロジェクトの現場に来たかいはあると思った。けれども、このプロジェクトの現場に来たかいは、幸いなことに、その他の場面でも感じる事ができたのだ。

ここでは、それを紹介してみたい。

シンハラ王朝最後の都として栄えたキャンデイ (Kandy) に、今回のプロジェクトの舞台となった「ペラデニア大学」は在る。標高500メートルほどのどかな山々に囲まれた盆地。4000種以上の植物を徒歩では一日かけても見ることができないと言われる総面積5・6キロ平方メートルの広大さを誇るペラデニア植物園の南側に、スリランカで唯一の歯学部を持つ「ペラデニア大学」は存在している。同国最古の大学と言われる「ペラデニア大学」。しかしここは、隣接する広大な植物園のさらに倍の総面積（10キロ平方メートル）を有しているというのだから、その恵まれた自然環境が想像されるのではないだろうか。ここには歯学部の他、医学部・法学部・工学部・農学部なども在り、現在約4000名の学生が学んでいる。スリランカでも、最難関大学のひとつなのだという。



治療ブースで学生が実習中

この大学の敷地内にあつて、とくに新しい建物として目を引くのが「ペラデニア大学歯学病院」だった。日本からのODAによって建てられたことを示す銘板が、病院の壁に飾られている。今回、歯学病院内の各フロアを丹念に見せていただいたが、小児専門のフロアから、癌の手術を待つ人々のフロアまで、たくさんの人たちが、全国各地からこの「ペラデニア大学歯学病院」を頼って、やって来っていた。

当初は1万人ほどの予定だった年間患者数が、現在では年間10万もの人々が診療に来ているといふ。こうした状況を改善していくために、ペラデニア大学歯学部でも、近隣の国々にあわせて、現在の4年制から5年制に移行し、最終学年である5年生に、隣接する

敷地内に開設するプライベートクリニックで、実践研修をしながら有料診察の場をつくっていくことを予定しているとのことだった。

「ペラデニア大学歯学病院」では、ほぼ毎日、手術がおこなわれているにもかかわらず（15時間にも及ぶ手術が頻繁にあるそう）、手術予定者は途切れることがない。全国の病院から、続々とペラデニア大学に患者が送られてきている。すべての歯科疾患の患者に、ここだけで対応するには無理があるので、今後は病気のステージや段階に分けた歯科医療体制の確立が、国レベルでの課題となっている。

とは言え、ペラデニア大学がこれだけ頼られるには、様々な要因がある。

今回、現地を訪問して驚いたのは、歯学病院にもかかわらず、全国の病院から病理組織が送られてきているという現実だった。この歯学部が、スリランカに多い口腔癌の実状改善に努めているうち、今では全国の病院から癌検体が送られ、ここで病理（組織）分析をしているのだそうだ。この分野でのスリランカ唯一の専門機関となっているという。歯科病院が、単に歯科疾患だけを見るのではなく、全国から送られてきた癌の「病理分析」までおこなっているという現実。これには、とても驚いた。

1998年2月1日から2003年1月31日までおこなわれてきた「ペラデニア大学歯学

教育プロジェクト」が、終了後、5年ほどの間にここまで、スリランカの医学に役立てられている、という現実、国内でもっと多くの人たちに語られていい話なのではないだろうか。

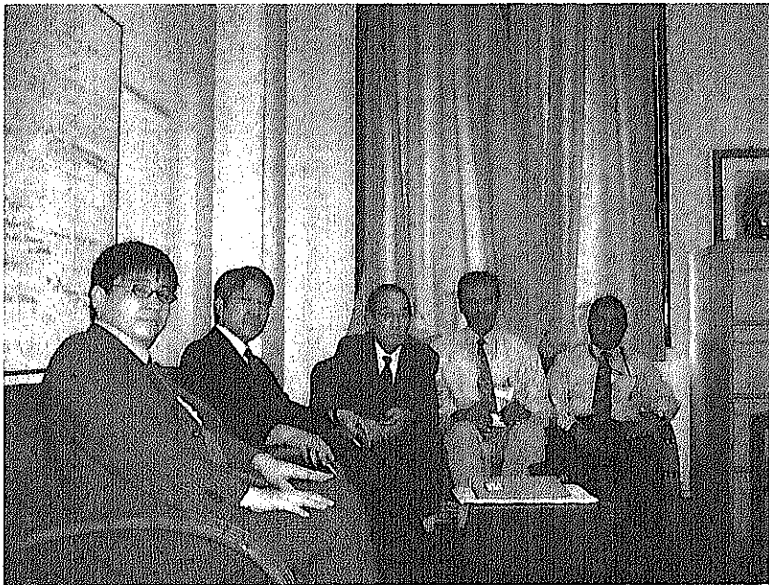
さらに、このプロジェクトがおこなわれたことで、プロジェクト開始前には口腔癌が全癌の35%を占めていたスリランカで（日本は2%から3%程度だといわれている）、癌患者総数に占める口腔癌の割合が23%にまで減少してきているとのことだった。この要因として考えられるのが、口腔分野での予防医学の普及と啓蒙活動なのだそう。歯学部で学部長をはじめ、カウンターパートだった教授陣も積極的にテレビに出て啓蒙活動をしたり、園児や児童・学生に公衆衛生の必要性を訴えたり……。さらに感動したのは、ライオンズクラブの支援を受けて、2ヶ月に1度ほど、ペラデニア大学の先生たちが地方の貧困地区にボランティアで訪問出張をしているということだった。（ちなみにこのときにも、JICAが提供したマイクロバスが役立てられているという。）

今後、ペラデニア大学歯学部では、2008年中に有料の大学院コースも開講し、これからはスリランカのみならず近隣諸国からも学生を受け入れる計画があるという。今ではすっかり、南アジアで最先端の技術力を有しているペラデニア大学歯学部。ここでは、プロジェ

クト終了後、第三国研修も実施し、アフリカからも研修生を受け入れている。その他、ドイツやスウェーデンからも、学生を有料で受け入れるまでになっている。

ここまでくると、ペラデニア大学歯学部は、もはやスリランカのみならずペラデニア大学ではなくなっている、と言えるだろう。カウンタ―パートだった教授陣は様々な講演に呼ばれるたびに、こうした技術が日本の協力によってもたらされたのだということを語るようにしている、とのことだった。

プロジェクト開始時からすでに10年が経ち、デンタルチェアをはじめ、交換が必要となっているものもある。こうしたものについては取り急ぎ、メインテナンスを計画的にお



ペラデニア大学歯学部長を訪問（右から2人目が現学部長、左端が筆者）

こなうように努めているという。今後は、メインテナンス費用等も捻出するために、様々なところで収益事業をおこなうことが計画されていた。

そんなペラデニア大学の歯学病院で、私たちは、ある一人のおばあさんと出会った。手術を終えたばかりのひと、明日・あさって手術をする予定の人たちが一緒に入院している場に遭遇したときのことだった。

プロジェクト開始以前は、手術をおこなう医師が手術中に休憩をとることもスリランカでは一般的だったそうだ。ところが、本プロジェクト実施後は、医師が15時間ぐらい続けておこなう手術も頻繁にあるという。事前インタビューの際、技術移転した日本人専門家が、「・・・彼らはスリランカのスタンダードからすると、ずいぶん働いている」と語っていたことがあったけれど、ペラデニア大学歯学病院の先生たちは、患者の「未来を構築する」ために挑戦を続けているのだった。

今回、一緒に現地を訪問した専門家派遣前研修コーディネーターのY氏に、執刀する教授は、こともなげに「・・・15時間の代償が彼女のこれからの人生なのですから」と語ったという。「ODAとは、その地域の人々の人生すら変え得るものだ」「ODAには、途上国の人々の人生を変える力がある」と、Y氏は感慨深げに語っていた。ペラデニア大学歯学病院で出

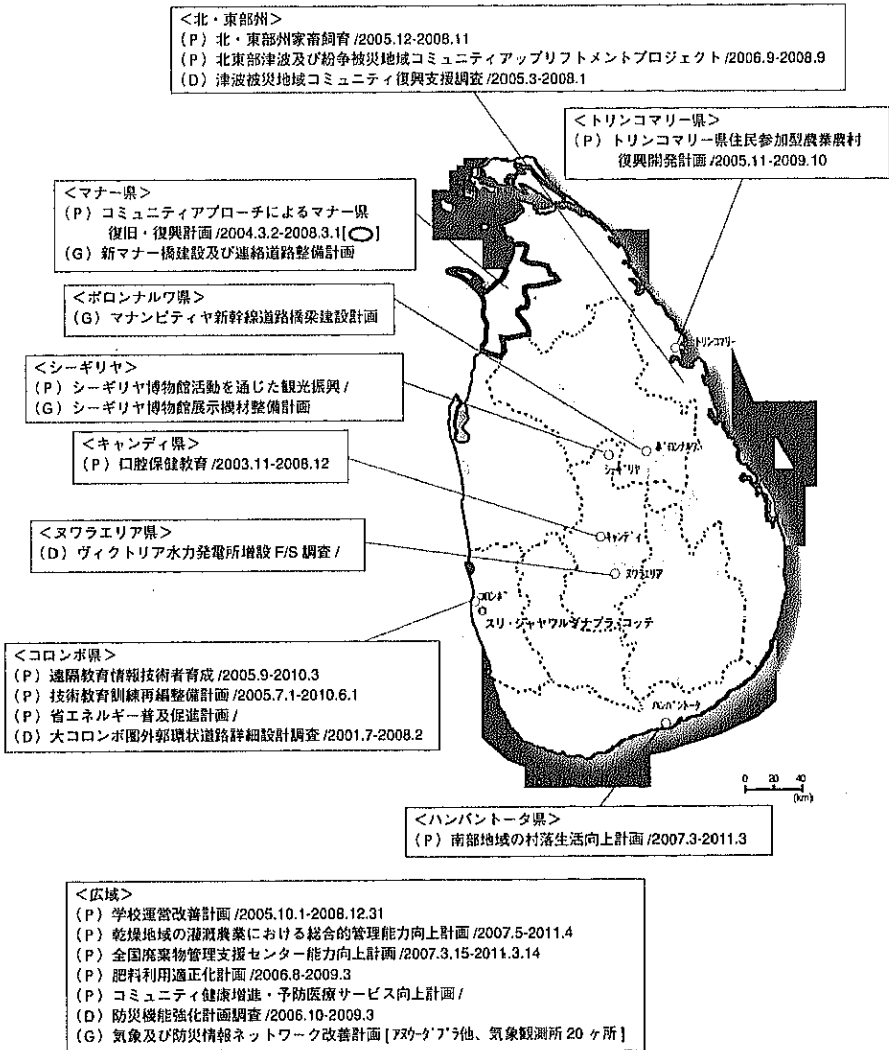
会った、手術を受けるおばあさんの表情を、私たちは一生忘れることがないだろう。

ODAとはただ単に国と国の結びつきによるものではなく、個々人の人生にも深く確かに作用し、浸透していくものなのだということを、スリランカのおばあさんと出逢って、私も実感していた。技術移転の結果、スリランカ側にもたらされたものは、歯学部教授たちの技術や知識のみならず、その向こうにある、多くの人たちの「明日」でもあるのだ、ということを知った。どれだけ多くの人たちの「明日」が、このプロジェクトによってもたらされてきたのだろう。今後も、もたらされ続けていくのだろう。何もしなければ死を待つしかなかった人々に「未来を贈る」仕事——そんなODAの挑戦が、今も世界各地でおこなわれているということは、もっともっと多くの国民に伝えられていく必要があるのではないだろうか。

スリランカ民主主義共和国には、『遠くにある鍛冶屋より、近くにある砥石のほうが良い』ということわざもある。『指揮より見本』を実践した日本人専門家が、遠くの国の鍛冶屋としてではなく、自分たちに身近な「砥石」のような役割を果たしてくれていたことが、どれほどのものをスリランカにもたらしたのか。その恩恵が、スリランカのみならず、周辺諸国、さらにはアフリカまで拡がり続けていることが、とても嬉しいペラデニア大学訪問だ

った。この病院で「未来をもらった」子どもたちが、やがて次は「未来を与える」側にまわることもあるかもしれない。そんな、果てしない環が、豊かに広がり続けることを願わずにはいられない。

スリランカ案件配置図（開発調査D、技術協力プロジェクトP、無償G）/ Sri Lanka



記載案件
 技プロ：協力実施中案件、協力開始前案件、及び本年度協力開始予定案件
 開題：本格調査実施中案件、開始見込み案件、及び本年度採択案件（*）
 無償：2007年度案件（国債案件を含む）

2008年2月、スリランカ・ペラデニア大学歯学部を訪問した。大学の施設を同大学教授が案内してくれた。大勢の患者の中に、これから口腔癌の手術を受ける初老の女性がいた。教授は女性の口を開けさせ見せてくれた。卵大の癌があり、外から見てもそれとわかるほど頬がはれていた。女性患者はこれから連続15時間の手術に耐えねばならない。「患者も大変ですが、手術する医師も休み無しで大変ですね」と話しかけた。教授は「15時間といっても、その代償は彼女の人生ですから」と、こともなげに答えた。「ODAが人生を変える」という瞬間に立ち会うことができた。

医師魂といってしまうえばそれまでだが、このプロジェクトの過去の経過がほうふつとされる。スリランカの医師たちは、医師だけでなく、医師魂をも引き継いだようだ。第3国研修が縁となり、カウンターパートであった教授はしばしばアジア各国に出かけて、講演をするそうだ。その際日本との技術協力によって身に着けた医療であることも紹介しているそうだ。日本国民の税金で実施している技術協力の意義も理解していた。この面からもプロジェクト関係者の努力が実を結んでいた。

1998年2月～2003年5月に実施されたスリランカ・ペラデニア大学歯科教育プロジェクト終了の2年前まで、チーフアドバイザーとして赴任した半田祐二期氏。スタート時点からプロジェクトの終了時を想定して、アクティビティを描くことに勢力を集中した。PDMをフルに使い、計画を目で見える形にしながら相手方と議論を進めた。ビジネスマネジメント手法をフルに活用し、その過程で問題意識の醸成を図った。口腔分野の健康という考え方にとどまらず、健康増進を巻き込みながら形を描いた。その結果が、他の専門家としてカウンターパートにも引き継がれ、ペラデニア大学が公衆衛生向上のセンター的な役割を果たす素地を形づくったといえる。

業務調整員であり、かつ公衆衛生の専門家として赴任した萩原明子氏は、専門家の役割を示す話で、「車で5分の道のりであったがスーツを着てパンプスを履き、身なりを整えて仕事をした」そうだ。日本人専門家とカウンターパートが、それぞれ決められた役割を果たすことにより、双方の信頼関係が生まれ、相互理解に発展すると考えていた彼女の覚悟の程がうかがえる。患者に新たな人生を与えられると語った教授の認識も、さもありなんと頷けた。

口腔外科医の専門家として赴任した佐藤淳一氏。赴任当初は手術の仕方について日本式と

スリランカ式の違いということでも苦勞があつたようだ。このギャップを乗り越えたキーワードは「患者のために最善を尽くす」であつた。医者であれば当たり前とも言うべき感性は、スリランカ人も同じという、徹して相手を信じる姿勢が、共感を生み、「15時間の手術の代償は、患者の人生」という言葉にもつながつたといえる。

歯科補綴の専門家である曾根田兼司氏。金がない、施設がない、しかし技術レベルは下げない。さまざまな工夫により、方法は変わつても世界的なスタンダードを伝えるという信念に貫かれていた。ナショナルミニマムというべきか、グローバルミニマムというべきか、とにかく将来に発展できる技術を伝えることに格闘した。疑心暗鬼の相手に対して、自らやつて見せることで、次第にカウンターパートが理解していった。今、プロジェクト期間中のカウンターパート達は、教える立場になり、何倍もの人たちが育ちスリランカの歯科を支えている。

歯科衛生の専門家である吉田直美氏は、赴任後短期間で13キロも痩せたそうだ。弱音を吐かず責任感と仕事との狭間で自分を責めた日々の結果だ。その彼女にカウンターパートがアボガドを持ってきてくれ、自宅に招待してくれ、動物園にも連れて行ってくれた、とのこと

だ。愚痴や、人の悪口をひとたび口から出せば、止めどがなくなり、しかも、それは必ず態度や行動に現れるとは、よく言われる。耐えて、ポジティブに考えたからこそ、それがカウンターパートの共感を生んだのだろう。あまり英語は得意ではなかったと謙遜していたが、コミュニケーション・ツールとして、絵を描き、デジタルカメラを駆使し、ビジュアルエイドを活用し、さらにはデモンストレーションをやって見せたそう。なんとしても伝えるという真摯な態度により、異文化ギャップを乗り越え、カウンターパートが彼女を動物園に連れて行くという形になって現れたのだろう。

2代目チーフアドバイザーである長尾徹氏。2年の任期でかつプロジェクトを終了する役割であった。彼は「継続性のある終りを迎える」という明確な目標を持って、はじめから臨んだ。そのための戦略を組み、1年目に将来に向けて継続性ある計画を実施することとした。人体パーツを展示する教育センターの設立、草の根無償資金協力を使った教育ビデオの製作、そして第3国研修の立ち上げを実施した。プロポーザルづくりの過程で、カウンターパートは本気になり、それが後に、単なる歯科教育センターにとどまらず公衆衛生センター的機能を果たすまでに発展し、第3国研修から、アジア各国での講演にも発展したといえる。

ペラデニア大学歯学部では、国中から送られてくるサンプル標本の検査を実施し、単に虫歯予防というだけではなく、公衆衛生向上をも取り込み、国中に出張指導に出かけている。人体標本などの教育センターは、医学教育センターに変わった。ペラデニア大学の歯科診療室を訪問したとき、診察中の医師がわざわざ治療を止め、私に挨拶する場面に出会った。慌ててお続けくださいと言ったが、日本に対する敬意はスリランカの人々に深く浸透している。ODAはスリランカの人々の人生を変え、かつ、その中に利害を越えた世界の中の日本を見せてくれた。

(横田一郎)

スリランカ「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」の主な関連ヒストリー
 (その他関連する我が国の協力を含む)

年月	ヒストリー
1994年12月	事前評価調査団派遣
1995年3月	基本設計調査団派遣
1995年11月	スリランカ政府より本プロジェクトの要請書提出
1996年10月	無償資金協力「ペラデニア大学歯学部改善計画」(歯学部及び付属病院施設機材等を整備)
1997年1月	事前調査団派遣
1997年5月	長期調査員派遣(事前調査後の協力枠組を具体化)
1998年1月	実施協議調査団派遣、討議講事録(R/D)署名
1998年2月	プロジェクト方式技術協力「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」 <u>開始</u>
1998年3月	半田専門家(チーフアドバイザー)着任
1998年4月	佐藤専門家(口腔外科)着任
1998年5月	曾根田専門家(歯科補綴)着任(1回目)
	吉田専門家(歯科衛生士教育)短期派遣(1回目)
1998年6月	歯学部及び付属教育病院完成(旧舎より引越し)
1998年7月	巡回指導調査団派遣
1998年8月	萩原専門家(業務調整/公衆衛生)着任
1999年4月	運営指導調査団派遣
	ペラデニア大学歯学部と東京医科歯科大学間で学術交流協定を締結
1999年5月	吉田専門家(歯科衛生士教育)短期派遣(2回目)
2000年4月	技術交換のためヤンゴン大学(ミャンマー)訪問
	曾根田専門家(歯科補綴)着任(2回目)
2000年7月	ペラデニア大学歯学部と鶴見大学間で学術交流協定を締結
2000年11月	中間評価調査団派遣
2001年	患者数が年間10万人を超える(1997年時点では約3万人)
2001年1月	技術交換のためマラヤ大学(マレーシア)訪問
2001年2月	長尾専門家(チーフアドバイザー)着任
2002年3月	開発調査「保険医療制度改善計画」開始(～03.11)
2002年7月	終了時評価調査団派遣
	サテライトシンポジウム「口腔がん食道がん」実施
2003年1月	<u>「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」終了</u>
2003年8月	第三国研修「スリランカ口腔保健教育」開始('03～'08)
2008年2月	事後評価調査(スリランカ事務所)

<p>6. 活動</p> <p>(1) 歯学教育にかかる教育・訓練法の指導（7講座、17部門）を行う。</p> <p>(2) 技術スタッフの技術向上のための訓練を行う。</p> <p>(3) 看護スタッフの技術向上のための訓練を行う。</p> <p>(4) 歯学部を効率的に行うため、事務部門の事務管理能力の訓練を行う。</p> <p>(5) 歯科医師、その他の歯科医療従事者の卒後教育を行う。</p>
<p>7. 日本側投入</p> <p>長期専門家（チーフアドバイザー、業務調整、公衆衛生、口腔再建外科、歯科保存学、歯科技工システム管理、他）</p> <p>短期専門家（手術室管理/周術期看護、歯周病学、歯科衛生士教育、歯科放射線管理運営、他）</p> <p>研修員受入（病理検査技術、歯科衛生士、手術室管理/周術期看護他（年間3名程度））</p> <p>機材供与（無償資金協力と重複しない歯科教育、歯科治療機材の供与）</p>
<p>8. スリランカ側投入</p> <p>要員：(1) カウンターパートの配置、(2) プロジェクト実施サイトの提供、(3) 経常経費（リカレントコスト）の負担</p> <p>施設等整備：ペラデニア大学内に専門家のオフィスが数室設置されている</p>
<p>9. 実施体制</p> <p>国内支援体制：東京医科歯科大学、日本歯科大学、鶴見大学、国立国際医療センター、文部科学省高等教育局、厚生労働省</p>
<p>10. 関連する日本側の協力活動</p> <p>無償資金協力：1994年11月のE/N締結により約21.6億円で歯学部教育棟および歯科病院が建設され、1998年8月にオープンした。</p>

JICAナレッジサイトより抜粋

スリランカ「ペラデニア大学歯学教育プロジェクト」の概要

1. 案件の概要	
対象国：スリランカ	案件名：ペラデニア大学歯学教育プロジェクト
分野：保健医療-その他保健・医療(旧)	プロジェクトサイト：ペラデニア（キャンディ近郊、コロンボから110km）
プロジェクト期間：1998年2月1日～2003年1月31日	
相手国機関名： (和) ペラデニア大学、教育・高等教育省、保健・伝統医学省 (英) University of Peradeniya, Ministry of Education and Higher Education, Ministry of Health and Indineous Medicine	
日本側協力機関：文部科学省、厚生労働省、日本私立歯科大学協会	
2. プロジェクトの背景	
<p>スリランカでは、国民の歯科口腔疾患が深刻な問題となっている。同国の悪性腫瘍のうちの約90%を口腔癌が占め（日本では約2～3%）、またその他の歯科口腔疾患も多く、それに伴う医療費の増加、労働時間の減少による経済的損失を招いている。</p> <p>ペラデニア大学歯学部は同国唯一の歯科医師養成機関であって、歯科口腔疾患への対策のため当学部が重要な役割を果たすことは言うまでもない。しかしながら、既存の歯学部の施設、機材は老朽化が進み、また専用の実習病院もないことから、歯科医療従事者の養成は、前近代的な方法に甘んじなければならない状況である。</p> <p>このため、我が国の無償資金協力により、歯学部ならびに歯学部付属病院が新たに建設されることになった。同無償施設の効果的運用、及びスリ・ランカにおける歯科口腔疾患の対策のため、さらには歯科公衆衛生を通じた予防サービス全般の向上のため、技術協力が強く求められている。</p>	
3. プロジェクト上位目標	
スリランカ国民の口腔保健状況の向上をめざし、ペラデニア大学歯学部と教育病院における歯学教育、サービス、研究活動の継続的な発展を推進する。	
4. プロジェクト目標	
ペラデニア大学歯学部の教育システムの向上により、質、量ともに十分な歯科医療従事者が養成されるとともに、歯科口腔衛生のサービスが向上する。	
5. 成果	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 歯学部教員の能力が向上する。 (2) 歯科技術スタッフの能力が向上する。 (3) 一般看護、歯科看護の能力が向上する。 (4) 歯学部の事務管理能力が向上する。 (5) 卒後教育と研究を自立的に充実させる能力が身に付く。 	

参考資料

プロジェクトの概要

プロジェクトの主な関連ヒストリー



鈴木 康次郎 (すずき・やすじろう)

1958年宮城県生まれ。工学修士（エネルギー工学専攻）、国際開発行政学修士。1982年～84年青年海外協力隊員（理数科教師）としてリベリアで活動。1984年JICA入構後、鉱工業開発協力部・無償資金協力調査部・スリランカ事務所・調達部などを経る。現在、JICA国際協力人材部 総合研修センター次長。



横田 一郎 (よこた・いちろう)

1937年東京都生まれ。1963年東京都水道局入局後、工事課長、水質監視課長、設計課長、参事を経て1996年退職。1981年JICA専門家としてタイ地方水道公社。1994年タイ水道技術訓練センタープロジェクトでチーフ・アドバイザー。1997年ケニア上下水道整備計画・団長。1999年フィリピン地方水道庁・JICA専門家。2004年カンボジア・上水道人材育成計画JICA専門家。現在JICA国際協力人材部 総合研修センター研修コーディネーター。



田中 章義 (たなか・あきよし)

1970年静岡県生まれ。慶應義塾大学総合政策学部1年生のときに第36回角川短歌賞を受賞。以後、「地球版・奥の細道」づくりをめざし、世界を旅しながら、ルポタージュ、紀行文、絵本等を執筆。世界で詠んだ短歌が英訳され、2001年WAFUNIF親善大使に就任。国連環境計画&地球環境平和財団「地球環境部の森プロジェクト」推進委員長、JICA「21世紀のボランティア事業のあり方」検討委員、ワールドユースピースサミット平和大使などを務める。角川書店・講談社・マガジンハウス・岩波書店・東京新聞出版局・サンマーク出版・学研・PHP研究所などから20冊ほどの単行本を出版。



白水 健一 (しろすず・けんいち)

1983年大阪府生まれ。2005年JICA入構後、人間開発部・タイ事務所を経て、JICA国際協力人材部 総合研修センター勤務。



富田 優子 (とみた・ゆうこ)

1974年神奈川県生まれ。JICA国際協力人材部 総合研修センター勤務。



JICA国際協力人材・実務ハンドブック

独立行政法人 国際協力機構 国際協力総合研修所編

JICAの国際協力事業に携わる人材は、専門家、企画調査員、ボランティア調整員、コンサルタント、ナショナルスタッフ、職員など多岐に及んでいます。本ハンドブックは、これら「JICA国際協力人材（JICAプロフェッショナル）」が多様なJICA事業や、今後目指すべき方向性につき共通認識を持ち、現場での総合力を発揮できるよう、実務に必要な情報を体系的に一冊にまとめたものです。

なお、本ハンドブックは、「JICA国際協力人材」の赴任前研修等の副教材として、主として活用されています。

(ハンドブックの構成)

第Ⅰ編 開発援助の現状と我が国援助政策（開発途上国と援助の潮流、我が国の援助政策と援助の仕組み）

第Ⅱ編 途上国支援とJICA事業（途上国開発とJICAの役割、JICAの援助理念とアプローチ、JICAの事業サイクル、JICAの業務、他の協力機関との連携）

第Ⅲ編 組織と仕事（JICAの組織と業務を支える仕組み、在外事務所の役割と業務、国内機関の役割と業務、JICA関係者の役割、仕事とコミュニケーション、事業マネジメント、調査・分析手法）

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

発行日：平成20年6月16日

発行元：独立行政法人国際協力機構（JICA）国際協力人材部総合研修センター

〒162-8433

東京都新宿区市谷本村町10-5

TEL:03-3269-3022 Fax:03-3269-2054

【本冊子の内容に関するご質問・ご意見等】

JICA国際協力人材部総合研修センター能力開発課（ilctces@jica.go.jp）まで。

本冊子に記載されている内容は、JICAの許可なく転載できません。



JICA LIBRARY



1188589 [4]