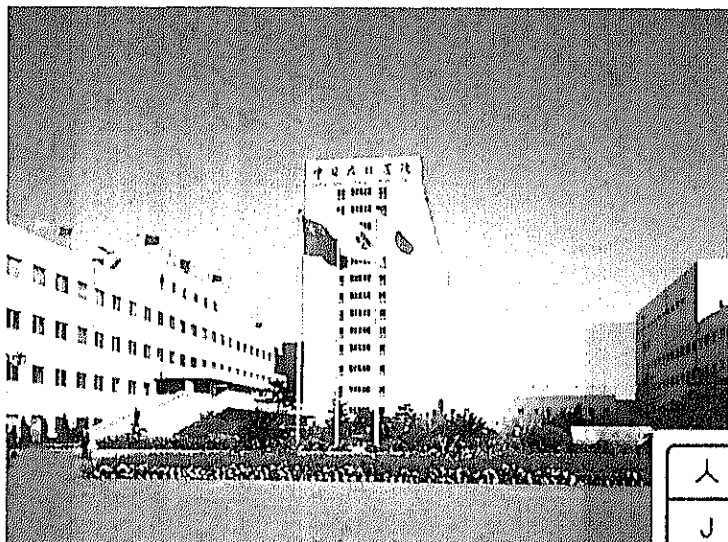


# JICA プロフェッショナルの 挑戦

中華人民共和国

中日友好病院プロジェクト

～ODAが国をつなぐ～



人材

J R

09-012



# JICA プロフェッショナルの 挑戦

中華人民共和国

中日友好病院プロジェクト

～ODAが国をつなぐ～

## はじめに

昨年10月、J B I C (円借款部門) と J I C A が統合し、新生 J I C A が誕生しました。その結果、新生 J I C A は、予算規模が約1兆円となり、世界銀行に次ぐ世界第2位の援助機関となりました。当然のことながら世界の注目と期待は集まり、今までにも増して、明確な援助方針と具体的な成果が求められることになりました。

この統合により技術協力、有償資金協力、無償資金協力の3スキームが一つの機関に集約され、スキーム間のより有機的な連携やより効果的なアプローチによる援助の実施体制が整えられました。例えば水道人材育成計画(技術協力)と上水道整備事業(資金協力)の融合、農業普及人材育成計画(技術協力)と農村インフラ電化事業(資金協力)の融合など様々な可能性が膨らんできています。

しかし、ここで我々 J I C A 事業に携わる人間が肝に銘じなければならないのは、この3スキームの統合で目指すべきゴールは今まで J I C A が担ってきたことと変わることがなく、途上国における「人材育成」であるということです。学校や病院を建てても、それらはあくまでも手段であり、そこに従事する途上国の人材が育つていかなければ、私たちの目的は達成されたとはいえません。



また、言うまでもないことですが、インフラを整備し組織をつくり制度をつくるのはあくまでも「人」であり、またその国の発展を担う「人材育成」に貢献しうるのは、やはり「人」であるということ。つまり「国際協力人材」であり、中でも協力現場で活躍される「JICA専門家」の方々なのです。JICA専門家によるプロフェッショナルな技術の移転があつてこそ3スキームの統合は推進され、また明確な計画のもとにその過程（プロセス）の管理が行われてこそ「人材育成（人づくり）」が主導されるのです。

これまで30年以上、JICAは、『人づくり、国づくり、心のふれあい』のスローガンのもと、技術協力を展開して参りました。多くのJICA専門家の方々が、日本人ならではの技術と技術者魂をもつて、まったく生活環境の異なる途上国において、異なる言語を用い、途上国の関係者との信頼関係を構築しつつ業務を実施してきたことは、並大抵の努力ではございません。しっかりと理念・哲学、確実な技術、たゆまぬ努力があつたればこそ成し遂げられたものだと思っております。

技術協力の成果としては、カウンターパートの能力向上、あるいは相手側機関の組織強化や制度整備などいろいろとあるのですが、実は、それらの成果に至るプロセスにおいては、目に見えない形で多くの努力、苦難、辛酸などがあつたはず。本冊子では、技術協力の中でJICA専門家の方々が目の前にある困難をどのように捉え、どのように立ち向かい挑戦していっ

たのか、またどのようなようにしてそれらを克服していったのか、その努力の軌跡を語り継ごうとしています。

今、途上国での困難に直面している方々、またこれからチャレンジをしようと準備している方々に、大いなるヒントと勇気を与えられればと思つて本冊子を取りまとめました。

最後に、本冊子が国際協力における有効な指針となり、また有益なJICA専門家の記録となることを期待しています。

平成21年6月

国際協力人材部長

大石 千尋



# 目次

はじめに 1

プロジェクトサイト地図 7

第1部 JICA専門家等へのインタビュー 8

・井出 源四郎 氏 (担当分野・チーフアドバイザー／国内支援委員会委員長) 9

・立場 正夫 氏 (担当分野・業務調整) 25

・喜多 悦子 氏 (担当分野・臨床検査学) 51

・大濱 京子 氏 (担当分野・看護) 81

・酒谷 薫 氏 (担当分野・脳神経外科) 103

中華人民共和国主要指標一覧 121



第2部 カウンターパートへのインタビュー 122

・辛 育齡 氏（初代中日友好病院院長） 123

中国の保健医療事情 147

第3部 現地レポート 148

中華人民共和国案件配置図 159

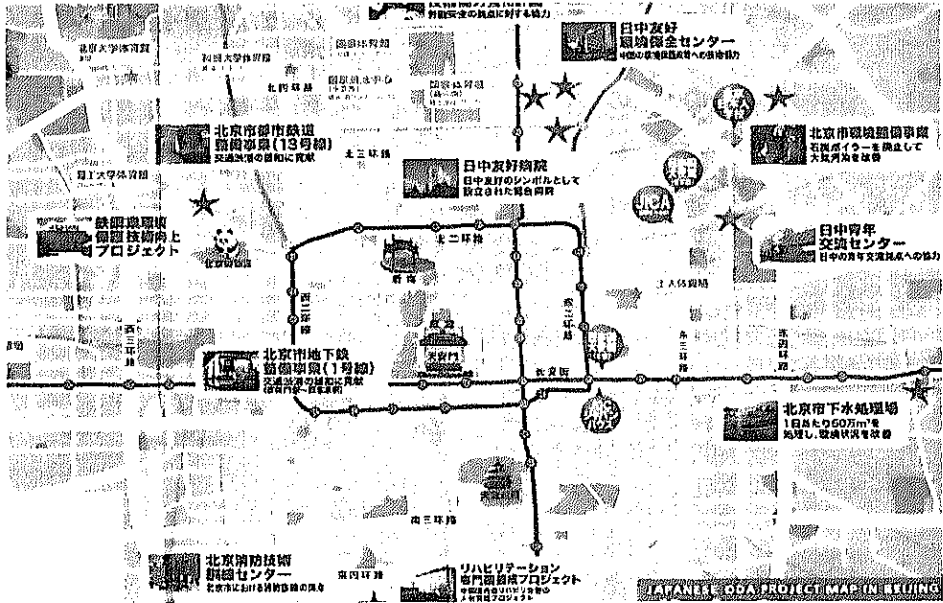
おわりに 160

参考資料 i

・プロジェクトの概要 iii

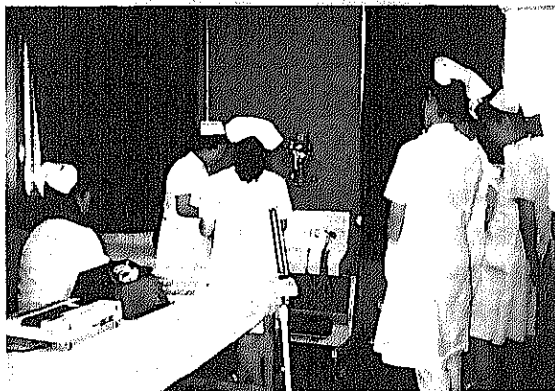
・プロジェクトの主な関連ヒストリー vi

# プロジェクトサイト地図



# 第 1 部

## JICA 専門家等へのインタビュー



救急患者のケアについての指導風景



いで げんしろう  
**井出 源四郎 氏**

担当分野：チーフアドバイザー /  
プロジェクト国内支援委員会委員長

元千葉大学学長、千葉大学名誉教授・病理学。1981年中日友好病院プロジェクト実施協議調査団団長として同プロジェクトに関わって以来、チーフアドバイザー（短期派遣専門家）及び国内支援委員会委員長として、同プロジェクトを支援。プロジェクト終了後も、財団法人日中医学協会理事として日中間の医学交流に貢献。2008年11月28日逝去。

**管鮑の交わり。中日友好病院は僕の人生の中でも最大のプロジェクトだった。**

日中関係の歴史を紐解くと、必ずと言っていいほどその要所要所では、両国の関係改善に心血を注いだ人物にめぐり合う。中日友好病院プロジェクトの国内支援委員会委員長を長く務めていただき、短期専門家（チーフアドバイザー）として、あるいは各種調査団団長として、プロジェクトの運営指導にあたっていた井出源四郎元千葉大学学長もそうした人物の一人である。

我々からのインタビューの依頼に対して「中日友好病院は僕の人生の中でも最大のプロジェクトだったから、ぜひ何かまとめておかなければいけないと思っていったんだ。あなたがやってくれるなら本当にありがたい」と病身を押して、インタビューの時間を作っていた。一見したところではお元氣そうに見受けられたが、インタビューから約1ヶ月後にご逝去された。合掌。

## 初めての中国が、プロジェクトの実施協議調査団

最初に、僕がどうして中日友好病院プロジェクトに関わることになったのかお話しします。その頃、千葉大学の学長に香月秀雄という男がいました。僕の盟友であり数少ない先輩の一人です。医学部長から病院長、学長となった人で、その後を引き継いだのが僕なんです。この香月さんが中日友好病院の事業に関する最初の委員（注：「中日友好病院協力専門委員会」「中日友好病院建設計画基本設計調査作業監理委員会」として訪中しました（注：1980年11月基本設計調査団（中間説明））。そして、僕が香月さんの後を受ける形で初めて中国へ行ったのは、1981年（昭和56年）で、千葉大の医学部長の時でした。昭和56年頃の中国はまだ混沌としていました。ちょうど文化大革命が終わって少し落ち着いてきて、毛沢東さんのあとの華国鋒（かくくほう）、そのあとの胡耀邦（こようほう）さんの時でした。胡耀邦さんのあとが趙紫陽（ちようしやう）さん。その趙紫陽さんが、1984年の中日友好病院の開院式には出て見えられた。

その最初の頃の話です。昭和56年11月に実施協議調査団の団長としての訪中が、僕の最初の中国訪問でした。その時は中澤（幸一）君がJICAの医療協力部の部長で一緒でした。中澤君は松高（旧制松本高校）の後輩であり千葉大の後輩でもあり、そういう意味で非常に親しさ

を覚えてつづ中国へ行ったわけです。それで、北京飯店に泊まったのですが、行ってみると北京飯店はそのころはおんぼろなホテルでした。この程度のホテルしかないのかなあと思ったことを覚えていいます。それが当時の北京の一流のホテルでした。それから思うと、今日の中国というのは大変な発展です。

中国側はとにかく欲しくて仕方がない、逆に日本側は出すのを抑えたい

それで、とにかく中国側と会談を持つということになり、中国側からは中日友好病院副院長の郭福芝（かくふくし）先生、卞志强（べんしきょう）先生（中日友好病院準備処副主任）、董玉昌（とうぎよくしやう）先生（衛生部外事局処長）というような方々が出てこられました。テーブルを囲んでこちら側に日本、あちら側に中国と並び、通訳を交えて議論しました。10時ぐらいから始まって2時間ぐらいたったでしょうか。ところがどうも沈黙が多くて。なかなか議論にならないんです。その時僕は外務省の方に「どうすればいいんだ」って聞きました。そしたら「先生いいですよ、このまま様子をご覧になって。最後に結論を出すようにしますから。そして



開院式 (1984年10月)

ら署名と捺印をしていただければいいので、先生はだまっていればいい」と言うから、「そうか」と言っ  
て見ていました。ところが何ともはや、そのテーブ  
ルは具合がわるいんですね。シーンとしてしまって、  
時々JICAの方々やいろんな方が発言をされて、  
そうして聞いていると、中国側はやたらに欲しいん  
です。とにかく取るものを取らなくてはというので、  
大変なものでしたよ。ところが日本側は逆で、なる  
べく出したくないわけです。それで、その時の協議  
の主題はね、建築はすでに資金面は解決していたの  
でしょうね、機械の話だったと思います。納入する  
機器をどうするかということです。レントゲンとか  
そういう機械を、どこからどういう風に入れるか  
という話が主題だったと記憶しています。それが、  
日中双方とも話し始めるとケンカになって分かれて  
しまうんです。沈黙になってしまう。とうとうお



昼になってしまった。それで僕は発言を求めました。「どうもさつき以来、会議の様子をうかがっているんだけど話が進まないようだ。私は病理学者だから、だいたいお顔を拝見すると、腹がへってきたのと腹が満腹なのは区別がつく。見ているとどうも皆さんお腹が空いてきているようだ。こちらでどうですか、一休みして食事をとって、午後からまたやりましょう。」と言ってひとまず別れました。そしてひとまず別れてそれぞれ食事をとって北京飯店の居室に帰ったわけです。

### 思案の中で浮かんだ杜甫の詩

僕はホテルのベッドに横になって天井を眺めました。困ったな、これはどういうことになるんだと。だんだん時間は経つし、困ったなど。その時、はっと思いついたのが杜甫の詩。僕は中学の頃から漢詩が好きで色々な漢詩を覚えているのですが、一つ有名な杜甫の詩があつて僕はそれをそらんじている。こういう詩です。

手を翻せば雲をつくり、手を覆せば雨

紛紛たる怪薄 何ぞ数ふるを須いん。

君見ずや管鮑貧時の交わりを

此の道今人棄つること土の如し。

(この大宇宙は手を翻せば雲となり、手を覆せば雨となる。

まぎらわしい怪薄な人の行いはものの数にもならない。

しかし、君たちは見ておかなければならない、管仲と鮑叔の貧時の交わりを

この大事なことを、この頃の人間は忘れて土のように捨てている。)

午後の協議が始まったときに、僕はこの詩をそこにあった紙に書いて、郭福芝先生の前に出して言ったんです。

「先生方、私が今日ここに現れたのは、お国の大詩人である杜甫が書かれたこの詩を心に描いてやって来たんだ」と。「くだらんことに先程来、けんけんガクガクやっているけれど、そんなことは問題じゃないんだ。日本は中国に対して本当に悪いことをした。もうしわけなく思っている。しかし、これからはどうしても、管鮑の交わりをしなければならぬと思つて、私は今日ここに来たんだ。」とこの話をしたんです。そうしたら、向こうに座っていた中国側の方たちが、こうし

ていかつていた肩がホツとおりました。それが目に見えたね。しめたと思った。

それからは、中国側は、日本側が提示した具体的な機器について次々認めてくれました。いくつかのメーカーや機種について、このものよりあちらの方がいいとかの議論はあつたが、膨大な機器類の決定がそこでなされたわけです。翌日もう一度お目にかかつて、それで再確認をしてお別れをしました。この初日の会談のことは、僕は忘れようとしても忘れられません。これがあまりにも大きすぎて、あとのことはみんな忘れてしまいました。

これは中国側の方たちにも大変な感動を与えたと思いますよ。こういう人間が日本にいたかなと。それほど驚きだつたんだと思います。翌日、董玉昌さんが北京飯店に私を訪ねてきて、「いや、先生、漢詩をよく覚えておられる。私は感激した。その他に、先生何か心を打つような漢詩がおありですか？」と聞かれました。僕は「いや、杜甫の詩、この詩が僕は一番好きだ」と言つたら、翌日、僕が帰るとき、空港に董玉昌先生がまた現れました。一幅の掛け軸を持って。北京随一の書家に、この詩を書かせて僕に贈ってくれたんです。僕は、感動しましたな。以来、この掛け軸は学長室にずっと飾っておきました。その後、この話が口づてにだんだん伝わつたらしい。だから、初代院長の辛育齡（しんいくれい）先生はじめ中日友好病院の方々は非常に僕には好意的でしたね。

これが、僕の中国との出会いの一番最初のインプレッションです。以来、中国に関しては、僕は

悪い感情を持ってないんです。こういうことを言った以上はね。

### 留学先のセントルイスでの出会い

最初の訪中での日中会談の記憶は強烈でした。まさか学生時代から親しんでいた杜甫の詩が役立とうは思いませんでした。その初めての訪中団以降30数回中国を訪れましたが、僕はそれから、中国という国はどういう国だろうという思いは持っていたんです。

僕は1956年から1958年まで2年ほどセントルイスに留学していましたが、そのセントルイスに中国本土から来られていた3人の中国の方がおられました。台湾の人とも韓国の人とも違う。その3人とお知り合いになって色々話をしました。どういう方が詳しくは知らないのですが、1956年頃だから、その時代から留学する人は非常に優れた人が来ていたのだと思うのですが、まことにおおらかなんですね、人間的に大きい。非常に感激した記憶があります。だけどその時には、後に中国と関係を持つなんてことは、全く考えていませんでした。

それから、この杜甫の詩は、実は学生になって病理教室に入った頃、僕の非常に尊敬する千葉

大学の衛生学の松村先生から教わった詩でもあるんです。この漢詩の掛け軸が千葉大学医学部の同窓会館の床の間に飾ってありました。それを、松村先生から「この詩は親交を詠んだ代表的な漢詩なんだよ」と教わっていたことも頭にありましたね。この詩を教わったのは、昭和56年の最初の訪中の時から遡ってももう30年も前の話です。僕にとっては、非常に心に染みる詩なんです。それがこういう形で役に立つとは、夢にも思いませんでした。

#### 中日友好病院の礎を築いた方々——辛育齡先生と葉琦先生

初代院長の辛育齡先生は歴代院長の中でも卓越した方でした。学問的にも中国随一の胸部外科の大家です。僕は、主に肺の病理をやっていましたから、そういう専門領域でも親近感をお持ちになっているんじゃないでしょうか。何とも暖かいというか、おおらかというか、ある意味で中国人の典型みたいな人でした。僕は1989年2月ごろ少し長い滞在をしようと思って3ヶ月ほどいたんですが、ちょうど天安門事件があつて、大使館がどうしても帰ってくれというので最後の便で帰ってきました。その時は、もう中国に行くことはないと思つたのですが、それからしばらく

して中国訪問をしたとき、辛先生のほうから僕に飛びついて、抱き合つたのを覚えています。辛先生と最後に会つたのが2002年の国交正常化30周年記念の学会ですが、その時に中日友好病院を訪ねて、ああ、さらに立派になつたなと思えました。

その時にはまだ葉琦（ようき）先生がお元気だね、辛育齡先生と葉琦先生がいつもご一緒で、飯を食いながら四方山話をしました。

葉琦先生は、日本名は野崎綾さんとおっしゃいます。中日友好病院ができて20年ぐらい経つてからですが、その葉琦先生が亡くなりました（注：2004年5月）。この人はやはり日本人でしたね。葉琦先生の中日友好病院に対する功績は忘れることはできません。葉琦先生には千葉にも留学してもらい、その時に何回かお目にかかっているけれど、とうとう先生の履歴について詳しく知るチャンスをなくしてしまいました。あの方は立派な人で、辛育齡先生がもっとも信頼していた方でした。

たくさんさんの農民を雇用して

辛育齡先生との一番最初の思い出といえば、だいたい中日友好病院の建った和平里（わへいり）というところは農民の住まいだったんです。そこに中日友好病院を建てたわけでしょう。それだから農民との雇用関係があつて、そういう農民を雇用しなければいけなかつたようで、たくさんさんの農民を病院で雇用していました。その人たちが、ゴミをみんな水洗便所に捨ててしまうんです。それで下水が停まつたりといった事故が何度も起こつたのです。僕は辛先生に文句を言ったんですよ。そうしたらその時の辛先生の顔がゆがんでね。困つたという顔をしていたのを今でも思い出します。

辛育齡先生は初代の院長として、農民やそういう人たちを使っていかなくはならなかつた。これは並大抵の苦勞じゃないです。タバコでもなんでもみんな捨ててしまうんだから。そこから教えなければならぬんです。中国側も大変だつたでしょうが一緒にやる日本側も大変でした。

## 中国側医師の誇り高さと消毒・道具の整理

僕は国内委員会の委員長として、現地へ行かれたいろいろな先生方の報告を聞く機会も多かったが、皆さんが一番心配されていたのは、何と申うか中日友好病院のお医者さんは非常に誇りが高いんですよ。日本のお医者さんの言うことを聞かなければいけない立場なんです、

「なに言ってるんだ。俺たちには俺たちの考えがある」という気持ちが強くて、外科でも内科でも、相当長い間対立のようなものがあつたように思います。

僕は臨床のことはよく分からないけれど、九州大学から派遣されて来ていた外科の住吉君や寺坂君は嘆いていましたよ。なかなか言うことを聞いてくれないんだとね。それは、よくとれば、中国の医者は非常に誇り高いのです。しかし、消毒面とかいろんな面で少し現実離れがしているんですね。誇り高いわりには消毒や道具の整理と言った基本がしっかりしていない。それが日本人には堪らないんです。「なにをやっているんだ！」となるわけです。



やろうとしないのではなく、患者側が許可しない

私の専門の病理の話をするとな、病理科では女性の病理学者の下で何人かが働いていました。人数も少なかったのですが、一番の欠点は、病理解剖をやろうとしないのです。いや、病理解剖をやろうとしないのではなく、患者側が許可しないようなのです。患者の家族にとって病理解剖というのはいやなんです。そのために100人死んでも、2、3人しか解剖されていなかった。日本は、僕の教授時代は60%〜70%。それは一生懸命増やしたから。ドイツやアメリカは100%近いです。病理というのは医学の原点なんです。いくら臨床で診断しても、限界があつて、見るべきものは解剖しなければ見られないのです。それがなされていないわけです。しかし、この間千葉大学の病理の教室へ行ってみたら、うちの教室が20%だった。日本も下がっているんです。

友好病院でこれがやられていなかったというのは、やはり患者さんのご家族が解剖をして欲しくないということが多かったのでしょうか。ですから、病理は病院全体がその気にならなければダメです。臨床はもとより事務の皆さんも、病理というものに本当に愛着を持って、病理が医者を育てる。解剖をして本当のことを知る努力をしなければ、いい医者はできませんよ。いい医者ができなければ、いい病院にはなりません。



友好病院より名誉教授の称号を授与

中国は日本に対して敵意だけ抱いているわけではない

1989年ごろ、ちょうどJICAの協力も終了するところで、中日友好病院をこれからどうしようというその時期に思い起こすのは、確か、日本大使館の嶋中公使（当時。前JICA副理事長）から話があつて瀋陽（しんよう）に行った時のことです。次のプロジェクトとして瀋陽で日本語による医学教育をとという強い要請（注：中国医科大学の前身の一つが「満州医科大学」であり、同大学では日本語による医学教育が続けられていたが、教材の更新や日本語による医学教育のできる新たな人材育成への協力要請が出された）が中国医科大学からあつて、その要請を伺つて鳥居有人先生と一緒に瀋

陽へ行ったときのことです。

学長先生以下、中国医科大の諸先生がOBの人たちも含めて招宴をしてくれました。その時に私たちに対して「是非、日本語による医学教育を」ということを、学長先生はもとより、集まった老教授たちが異口同音に求めましたね。この時に、僕は本気かなと思って目を見た。先生たちは、何とかして日本の医学教育を瀋陽で実施してくれませんかというのですよ。これは、非常に感動的でしたね。

その瀋陽での感激的な会で、いや、これはやらなければいかんという印象を持ちましたね、その後、このプロジェクトは慶応大学の支援でやることになりましたが、僕は、できれば全国体制でやるべきだと思いました。それで、僕の気持ちが冷えてしまったんです。

しかし、その時に思ったことは、これだけ東北地区は日本軍によつて荒らされたにもかかわらず、こういう要請をしているということは、中国人というのは、日本人に対しては敵意だけではないと、非常に大きな期待を日本に持っているという印象を持ちましたね。

東北地方は、瀋陽、大連（だいらん）、長春（ちやうしゆん）と、僕は3箇所ぐらいしか歩いていませんけれど、そこで会う人たちがみんな親しみを感じておられましたね。だから今でも、中国に対しては悪い印象が本当にないですよ。



たてば まさお  
**立場 正夫 氏**

担当分野：業務調整

1981年国際協力事業団入団。1985年中日友好病院プロジェクト業務調整員。  
1990年中日医学教育センタープロジェクト業務調整員。1993年社会開発調査部 社会開発調査第二課。1996年調達部機材課課長代理。1999年東京国際研修センター研修第一課課長。2001年人事部調査役。2003年タイ事務所次長。  
2006年九州国際センター次長、2009年より中国・循環型経済推進プロジェクトチーフアドバイザーとして北京に派遣中。

このプロジェクトは中国にとっても、でっかいチャレンジだったと思います。現在の成功は、中国側が自分たちで考えて、我々の意見を採用し、上げながら、中国人の先生方が努力した結果ではないでしょうか。

立場正夫氏は1981年9月にJICAに入団した。その年の12月には中日友好病院の建設が着工された。そして、1984年10月に中日友好病院は開院し、翌1985年5月に、立場氏はプロジェクト調整員としてこの中日友好病院へ派遣されことになる。

彼が赴任した当時の中国は、文化大革命が終了し、国を挙げて改革开放路線を歩み始めた時期であり、日中両国の友好のシンボルとしてこの中日友好病院が建設された。同病院

の誕生には、大平正義氏、鈴木善幸氏、中曽根康弘氏、王震（おうしん）氏、趙紫陽氏らを筆頭に日中の政財界の巨頭が名を連ねている。中国と日本の双方にとって、初めての大规模な海外協力のプロジェクトの実施であった。官民を挙げてのさまざまな取り組みが成されるなかで、中日友好病院プロジェクトをどのようにして切り盛りして行ったのか。立場氏は1988年に帰国した後もJICA本部でこのプロジェクトを担当した。中日友好病院に対するJICA技術協力の軌跡の相当期間を、実務者として関わった内情を伺う。

### TIICでの出会いと、突然の中国への赴任

私がJICAに入団し、東京国際研修センター（TIIC、当時は市ヶ谷）へ配属されて研修業務の担当となり、中国の研修員との交流が始まりました。その時の彼らの印象は、中国からの研修員は地味で、かつ真面目で勉強熱心でした。中日友好病院からも当時、毎年20名ずつ来ていたと思います。私は中国語のできる人材としてJICAに入団しましたので、いずれは中国勤務がやってくると思っていました。しかし、JICAの仕事にも熟知していない私がこんなに早く中日

友好病院プロジェクトの調整員として赴任するということは思いもよらず突然なことに感じていました。1985年5月に北京へ赴任しましたが、TICで知り合った人たちが院内に多くいました。その点では恵まれた職場環境と言えます。一方で、私が着任したときの中日友好病院は混乱の中にありました。

### 専門家チーム内部の意思統一をどうするのか、日中の衝突の間をどう埋めるのか

まず、日本側の専門家体制ですが、当初チームリーダーがいない専門家だけの構成でしたので、チーム内での意思統一や考え方の整理が大変でした。私は、確かに言葉ができて、中国側との意志疎通は問題なく行えましたがプロジェクトの業務調整という仕事の経験がなく、年齢もどの専門家よりもずっと若く、専門家間の意見の違いを調整することがなかなか出来ませんでした。

しかも当時は、PDMなどのプロジェクトの詳細計画もなく、専門家自身も日本で詳細な技術移転計画を議論・調整することもないままに派遣されて来ることがありました。例えば、九州大学の伊藤先生は、上司の中山教授から「カルテの精緻な書き方を徹底するよう指導して欲し

い」と説明される程度で、具体的な指導内容は中国側と協議の上、進めるようにとのことでした。各協力分野ごとに大まかな目標はあるのですが、それへの詳細なアプローチ方法や実際の技術指導内容については現場に任されていました。しかし、現場には臨床分野、臨床検査、放射線診断、病院管理、看護など幅広い分野の専門家が活動されていたのですが、プロジェクト計画立案の的確な調整機能が存在しませんでした。今から考えるとそれが大きな問題だったと思っています。

中国側としても、1985年当時は改革開放から10年も経っていない中で、初めて外国人を招聘し、教えてもらう側として、どのように接するべきか分からず、その対応に必死だったのでしょうか。色々言いたいこともあったのですが、国情の違いからなかなかうまく説明できず、思想や社会体制の違いに戸惑っていたのでしょうか。また、それぞれの専門領域に対する彼らなりの自信と自負もあつて本音を正直に語ることへの戸惑いもあつたでしょう。このような背景から時には日本人専門家との間で意見の対立や衝突もありました。その間をどうやって埋めていくかということになると、私は社会経験も少ないし専門知識もない、かといってプロジェクトの業務調整にも熟知していないということですから混乱は必至の状況でした。恥ずかしいことにあらゆることが試行錯誤であり、私自身も当時は大いに勉強させてもらったというのが真実です。



## 専門家の住宅の問題

当時の北京では外国人が賃借で自由に住めるアパートやホテルというものが少ないために、専門家の住居は受入れ機関が事前に準備するという取り決めでした。このプロジェクトでも、専門家とその家族は中日友好病院のリハビリ病棟の病室で生活していた時期があります。病室ですからガスが使えません。共同炊事場がリハビリ病棟に設置してありましたが、電熱器のみで十分な火力が得られず、ちゃんとした食事が作れない状況でした。専門家の皆さんは、日本で余裕のある暮らしをされていきましたので、このような生活環境は耐え難い苦痛でしたでしょう。ご家族の住居に対する不便さやストレスは相当なものだったと思います。かといって、このストレスをどこかで発散出来るかと言えば、街へいってもサービスは無きに等しく、衛生も不十分な中では逆にストレスが増すことも度々でした。唯一のストレス解消は買い物と老舗の美味しい中華料理、外資系ホテルのサービスだったでしょう。

この住宅問題も1986年後半ぐらいには、日中双方の努力でどうにか外交官用の宿舎である外交公寓に入居できるようになりました。日本側は、日本からの調査団などが訪中した折に外交公寓の管理会社との間で交渉の機会を持つたり、中国側も外交公寓の人たちの健康診断を行

い、その診察料を減免したりと必死の努力をしていました。

一方で、JICA中国事務所では、中日友好病院の専門家のみが外交公寓に次々と入居するので他のプロジェクトの専門家からは「なぜ自分たちも外交公寓を宿舎としてアレンジしてくれないのか」と要請され、その対応に大変苦慮されたと聞いております。本プロジェクトの専門家は全員が入居できましたが他のプロジェクト専門家は中国側が準備した宿舎でした。今更にJICA事務所や他の専門家に感謝する次第です。

### 病院のスタッフが「重傷患者には他の病院への転院を進める」

中日友好病院は、どここの医科大学にも属さない新しい病院でした。このため中国全土の大学や病院から人が集められました。協和病院（北京市）、北京病院（同）、阜外病院（ふがいびょういん 同）や中国医科大学（遼寧省瀋陽市）、ベチューイン医科大学（吉林省長春市）などから来ていました。いろいろなどころから来ていますので手順や手法、やり方も違う人たちの集合体です。寄り合い所帯ですからチームワークが取れていないし、1300床の大規模病院など運営・

管理した経験もありません。ましてや最新の医療機械が配備された病院を運営したことがないために、正に混乱と試行錯誤の繰り返しだったと思います。このような混乱の中では、職員の業務への意欲や向上心もどんどん下がり、いろいろな悪評が外で囁かれるようになってきました。医療技術が低い、診療費が高い、ある人から伺ったところによると、中日友好病院へ行ったら、病院のスタッフは親切心からでしょうか、「ここは医療技術が低いから、協和病院へ行きなさい」と薦めていたこともあったそうです。従って、外来患者や入院患者がどうしても増えませんでした。

もう一つは、医療費が高く設定されていたことです。他の病院が安いので患者が来なくなってしまうのです。この医療費をめぐっては日中間で相当な意見の食い違いと議論がありました。中国側は、中日友好病院は日本のODAで建設し、最新の医療機器や設備が設置されているため、中国自身が負担していなくても相応の投資を行っているということでした。他の病院も今後は建物の改修や増築、医療機器の更新などが計画されているため、将来的には診療報酬体系の抜本的な見直し・改定が必至として、中日友好病院の診療報酬を一つのモデルケースにしようとしていることです。一方、日本側は患者数がある程度増加させるためには一時的でも他の病院と同額にし、他の病院の機器や施設が改善された段階で新たな診療報酬に基づき設定するよう、中日友好病院や衛生部（厚生省）と交渉・協議しましたがなかなか理解して頂けませんでした。

## 日本人が行くようになれば中国人も来る

来院者を増やすにはどうしたらいいか。当時のJICA中国事務所の八島所長に色々相談しました。八島所長からは「いや、なんとか、早く患者さんを引き込まないとだめだね。日本の協力で出来た病院なのでまずは在留日本人に来て貰うようにしよう」との提案を受けて、手始めに日本人会の協力を得て、中国の医療事情の説明会を国際倶楽部で行いました。調査団で来られていた廣川先生（国内委員）や産婦人科の加藤専門家、外科の伊藤専門家、内科の松井専門家、その他臨床検査と看護の専門家にも参加してもらい、両国の医療事情の違いを説明するとともに、日本人専門家が必要に応じてサポートするので技術的な心配がいらぬことを紹介しました。日本人会の広報誌にも載せてもらいました。先ずは、日本人に中日友好病院に来てもらおうというわけです。

病院側の受入体制としては不十分な点も多かったのですが、取り急ぎ外国人外来を充実させることにしました。日本人が外国人外来に来たら日本人専門家にすぐ連絡をもらい、話を聞いたり、中国人の先生をサポートし病状の説明を行ったりしました。外科の伊藤先生は普段は一般外来におられるのですが、時々外国人外来をフォローして頂き、中国の診療技術に対する日

本人患者の信頼を高め患者数の拡大を図ろうとしました。外国人外来の主任も白先生という日本語が堪能な方で、日本語で対応してくださっていました。白先生の後には、神経内科の葉崎先生（戦後中国に残り中国に帰化された日本人）が外国人外来の主任になられ、更なる強化が図られました。

その後はこのやり方が順調に進み、日本大使館の健康診断を行うこととなりました。そうすると予想通りカナダとか他の大使館が中日友好病院で健康診断をするようになってきました。そして、徐々に日常の診察や治療でも多くの大使館関係者が外国人外来に来るようになったのです。

中国側も集団での健康診断では診療費の割引きを行ったり、外国人外来へは教授以上で技術と語学能力の高い人でないと出さないなど細心の配慮を払っていました。そうすると、日本人や外国人の外来患者が増加してきました。また、地方で病気になる日本人が転院して来るようになってきました。「日本人が寄ってくる、外国人も寄ってくる、そうすると中国人も寄ってくる」ということです。

## 日本とは違う医療システム

当時は、中日友好病院に限らず中国のほとんどの病院はデポジットと称して入院や治療に必要な診療費の一部を事前に納めなければ患者の受け入れや治療を開始してくれませんでした。検査の場合もそれぞれの検査料を事前に納めないと検査を行わない制度でした。よって、お金ができるまではそのまま放置される訳です。この制度は当然、日本人に対しても同様の取り扱いでした。例えば、この病気の治療に1ヶ月の入院が必要ということであれば、1ヶ月間の入院費を先に納めないと治療にかかってくれないのです。それで、我々は定例会議で「1ヶ月ではなくて3日にして後からもらえばいいではないか。短くして、なるべく患者さんに負担がかからないようにして欲しい」と提案し、可能な限り患者を入れるようにして、ベッドの空きがあればどんどん入れて施設をフル稼働するよう指導しました。

中国側は日本側の要請を受けて、患者の経費負担軽減に向けて柔軟な対応を取りましたが、結果的には入院患者に逃げられたなど、未収金を多く出したようです。中国の医療システムにはそれなりの背景と習慣に裏打ちされたものがあることを知りました。日本の常識は中国の非常識ということでしょうか。

カウンターパートは専門家と一緒に動いて、少しずつ考え方を吸収していった

技術指導では、各分野とも日本人専門家と通訳兼業務調整役（当該分野を専門にしている日本語が堪能な若い先生）、そしてカウンターパート（日本人専門家から技術指導を受ける先生）の3名が共に行動することになっていました。臨床検査分野の専門家の喜多先生は着任早々からカウンターパートとの信頼関係を醸成するため、意識的にいろいろな機会を設けて意見交換や情報共有に努めておられました。従って、お互いの癖や性格も含めてよく理解しあい意思疎通が取れていました。また、喜多先生は教授という立場にも拘わらず、臨床検査機器の標準測定（基準設定）では毎回、自身の血液を採取し調整されるなど、中国側としても教授がここまで行うのかと驚いていたそうです。研究指導でも成果を論文に取り纏めて内外の学会誌に寄稿させるなど、成果が目に見えるようにして中国側の励みになるように指導されておりました。

看護分野の中田先生は院内の清掃・清潔や衛生に注意を払われておりました。病棟のシンクを日本から持ってきた清掃具でピカピカになるまで磨き上げる、手洗い用のタオルや石鹸を常備させるなど看護師としての基本中の基本を自ら率先して示しておられました。また、医療器具の消毒実施日の記載と交換日のチェックをひとつひとつ確認して回る、それも外来患者や入院患

者への処置が終わった深夜に、カウンターパートである看護部長以下幹部を同行しつつ巡回されていました。日本の大病院の看護部長であった人がこのような細かいことまで行うのかと中国側は感心していました。ある専門家はレントゲン写真の見方についての勉強会を開催されましたが、中国側の認識が浅く、当初は数名が参加する程度でこの勉強会の継続が心配されました。しかし2〜3カ月後には少しずつ増加し、半年後には担当の副院長までが出席するようになっていました。当時はあまり感じませんでした。中国側も日本人専門家の一挙一動には感心を持っており、その実績や功績はよく理解していることが分かりました。非効率かも知れませんが口で述べるのではなく、仕事に対する姿勢や態度を見せながら理解させ、相手の心や内面に訴え指導する。

こういうことで少しずつカウンターパートや中国側の関係者間に日本側の指導方法や内容が真に理解されて来たのだと思います。中国でも最大級の病院で全体の舵を切ることはそう簡単にはできなかったのですが、このようにひとつひとつの積み上げが今日の結果を引き出したのではないかと思います。



## 院長との定例会議

耿徳章（こうとくしゅう）院長になってからは専門家との定例会議も大きく変化してきました。従来の連絡調整という形式からその時々に応じて発生している問題や課題、特に日本人専門家とカウンターパート間で問題になっていることを議論するようになってきました。以前は日本側からの要求事項が多かったのですが、耿徳章院長になってからは日本側の要望に関して、その対応が困難な理由の説明やその解決方法への提案を求められることも多くなり、当方としても問題提起に当たっては日本人専門家内で十分に議論し摺り合わせた上で臨むよう求められるようになってきました。また、会議に参加しているカウンターパートからも積極的な発言があり、定例会議が活性化してきました。

このような日中双方の信頼関係を構築するには相応の時間を要しますし、相互の信頼関係なしに激しい議論も出来ないのです。相手側も色々な問題をすべて解決してもらおうことを望んでいるのではなく、双方の事情や背景を理解した上で、共に悩み問題意識を共有することで新たな進展を求めているということでしょうか。どの国でも同じように自国を発展させることは自国民それぞれが努力・研鑽する以外にないことは、だれもが一致した見解だと思えます。我々は協力・

支援する側としては経済的負担や技術の移転だけでなく彼らの自助努力や研鑽する力をどのように引き出すか、そのモチベーションをどのように高めるかに注目すべきと思います。

### カルテの書き方

はつきりと覚えているのは、外科分野の伊藤先生がカルテの書き方を指導されていたことです。中国側は衛生部（厚生省）からの指示でカルテは文書で正確に記述するよう指導され、病院への査察でもこれがチェックされているために、それが障害で伊藤先生の提案を素直に受け入れられる状況にありませんでした。それでも伊藤先生は図の表記による有効性や記載項目の定型化を詳しく説明すると共に九州大学のカルテのサンプルを持ってきて、それを見せながら丁寧に説明していきました。また、自らが一般外来に出てその有効性と改善への重要性を力説されておりました。結果的には中国側も理解し、カルテの記載事項の定型化や図での記載が行われるようになって来ました。技術の高い日本人専門家がなぜ初歩的なことを行うのか、中国側は最先端の高度な技術の指導への期待が大きかったと思いますが、私は、中国側のニーズを十分に理解さ

れた上での的確な指導だったと思います。技術の基本を大切に、その定着が今日の中日友好病院の発展に寄与したものと考えます。

### 国内委員会の役割

本プロジェクトは日中医療協力における象徴的な存在だけに、厚生省や文部省をはじめ千葉大学、順天堂大学、国立病院管理研究所、国立がんセンター、循環器病センターなど日本国内の医療機関のトップが参画する「オールジャパン」の体制で編成されました。JICAとしてもこのような日本の医学・医療の英知をひとつにした国内委員会は初めての経験でしたでしょう。この国内委員会は、中日友好病院プロジェクトに関する協力の方向性や進め方、各協力分野の投入内容やその規模など、極めて重要な協力方針をJICAに提案する機関として設置されていました。また、各委員とも現職の多忙な時間を割きながら現場である中日友好病院を訪れ、プロジェクトの進捗状況や具体的な技術指導内容を踏まえて、時には病院運営問題や臨床科の診療技法に至る幅広いテーマについて、衛生部や中日友好病院幹部への提言及び要望、そして活

動中の専門家へのアドバイスを行っていただきました

一方で、多忙な委員が多い国内委員会であったため、どうしても開催時期の制限や委員どうしの情報共有が不足し、派遣前の専門家に対する事前の説明やアドバイスが十分でなかったように思えます。また、本プロジェクトでは年間20名の研修員を1年間受け入れるように取り決めておりましたが、協力期間の後半にもなると日本も「日中友好」の熱が冷めて受け入れ先の選定が困難になってきました。国内委員の皆様の高い斡旋にも拘わらず来日の直前まで決まらなかったことを記憶しております。

## 中西医結合

「中西医結合（ちゅうせいけいごう）」というプロジェクト目標がありました。当時、医学界で注目されていたのが西洋医学で解決できない疾病を何とか打破するために、中国医学（漢方医学）の手法・治療方法をもう一度見直して新たな治療法を確立することでした。その一つとして「漢方薬研究」が始まっていました。それで日中双方が協力して中国医学と西洋医

学の結合という新たな分野の開発を目指すことをプロジェクト目標に立てたと聞いております。中国医学に西洋医学の理論と技法、診断・治療方法を導入し、西洋医学には主に中国医学における薬草の分析と活用、鍼灸などその他の治療方法と作用のメカニズム研究により新たな治療技法の開発をしようとするものです。

プロジェクトでの具体的な活動として薬効効果の研究を行っていました。漢方薬の材料を科学的に分析し、その効能と効果を分類・体系化するという研究を行いました。その他に臨床分野においては、ある疾病において西（洋）医と中（国）医（漢方医）が協力して治療に当たり、治療方針の決定に関するカンファレンスを開催しておりました。しかし当時は残念なことに双方の意見が大きく異なり議論が収束しなかったように記憶しております。西洋医学では生体の分析結果を基に説明・協議しようとはしますが、中国医学では「弁証法」による経験値からの理論を基にした議論ですので、お互いに理解することができません。つまり、科学と哲学をベースとする議論ですので咬み合わないわけです。中（国）医（漢方医）にしてみれば西洋医学の理論で中国医学を説明しろと言っているのです。西洋医学の知識のない、中（国）医には到底無理な話であつたのでしょうか。その逆のケースでは、西（洋）医にしても同じであつたでしょう。

## 脳外科の手術が大評判で何百人もの患者が順番待ち

技術協力の成功事例としては、脳外科です。脳外科の左煥琮（さかんそう）さんです。この人はJICAの研修で国立国際医療センターにおいて、三叉神経の神経ブロックの技術を習得して帰ってきました。その後、中日友好病院で三叉神経ブロック治療を始めました。その治療が大評判になって、何百人もが患者が近くのホテルなどに泊まって左煥琮先生の手術を受けるのを待つほどの評判となりました。中日友好病院もそのために患者待機用のホテルを新たに建てたそうです。極めつけは、某国の副首相格の人までもが左煥琮先生の手術を受けたいと来院したと聞いております。

左煥琮先生の脳外科教室は、このように多忙な業務でありながら研究にも熱心で、その指導も大変厳しい教室と聞いております。左煥琮先生自身多忙な業務の中で東京大学医学部脳外科の高倉教授（当時）との間で脳腫瘍の治療方法、治療効果の共同研究をされておりました。地道に臨床事例を一つ一つ収集、分析し、その治療効果の解析・比較を行っておられました。その後、高倉教授の指導の下にその成果を国際学会に発表されたと聞いております。JICAの研修成果が実を結び、日本人専門家の下で国際学会で論文発表ができたことは本プロジェクトでも特記す

べきものと考えております。

JICAの協力をどのように収束させていくか

中日友好病院プロジェクトをどうやって収束させるかを関係機関と協議しました。ご承知の通り、本協力は両国における医療分野の象徴的プロジェクトであったため、日本が全く関与しない訳にはいかないのです。一方、一部ではこのままの形態で協力を継続しても双方にとって真に有益なのか、大きな疑問が寄せられておりました。議論を重ねる中で日本との人的交流や支援体制を確保しつつ、将来あるべき姿として日中双方の医療分野における窓口として機能させることとしました。そして、日本側からの協力範囲や規模を縮小し、中国側の自立発展性を促進させることとして、分野を限定・縮小したフォローアップ協力を実施し、その他の分野は専門家派遣から協力隊員派遣への転換を行い、その状況を見極めた上で民間協力（日中医学協会や姉妹病院等）へ移行しようと考えていた訳です。当然、状況によっては政府協力の復活も視野に入れて注視するとの考えでした。これは故鳥居先生（国内委員会委員、チーフアドバイザーとして長期派遣）

が提案されました。日中双方の関係者とも一旦冷却期間を置いて冷静な観点から見つめ直そうとの思いによるものです。また、故鳥居先生は今後、中日友好病院が更に発展するためには医学教育段階からの底上げが必要との考えから中日友好病院へ人材を供給している医科大学への協力を考えておられたようです。それが後に医療協力プロジェクトとして始まる「中日医学教育センタープロジェクト」に繋がっていきました。

### 如何に中日友好病院の技術レベルを高めるか。中日医学教育センターの構想

要するに、中日友好病院は臨床病院ですから研究所はあっても医学の教育機関は持っていないのです。やはり医科大学の基礎教育から整備・充実し、優秀な人材を供給しないと中日友好病院の足腰を強化するのは難しいと考えたのです。中日友好病院に対する協力の「点」から教育機関や研究機関との連携による「面」にして、日本の医療分野における技術協力の相乗効果を目指した戦略です。そこで、旧満州医科大学の分校が現在日本語医学班として機能している医学教育機関を使って、日本の医学教育、日本の医療協力の面的構築を目指すということが考え



られました。つまり中日医学教育センター構想です。瀋陽にある中国医科大学の日本語医学教育班を主な対象として、これらの機関が参画できるように衛生部直轄の中日医学教育センターという新しい組織を作り、中日友好病院や旧満州医科大学のネットワーク機関であるハルビン医科大学、ベチューイン医科大学、大連医科大学、錦州（きんしゅう）医学院、延辺（えんべん）医学院との連携・協力を促進しようということです。この中日医学教育センタープロジェクトの協力では、日本人専門家が技術指導に訪中すると中日友好病院や長春、大連、ハルビンなどの医科大学に出向き講演をするとか、中日医学教育センタープロジェクトの成果発表やセミナー開催などにこのネットワーク校や全国の有名医科大学を集めて、その連携や技術の普及に努めています。いわゆる中日医学教育センター（中国医科大学）だけではなくて、広く日中医療協力のネットワークをつくろうという考えです。故鳥居先生はこのプロジェクトの立ち上げに集中されていたようです。

しかし、後日判明したことです。これにはもつと難しい制度上の問題がありました。当時は、国が卒業生の配属先を決定していましたが、大学を出たからといって優秀な人材を勝手に中日友好病院へ供給できないのです。また、北京への派遣者数も限られていました。中国医科大学から中日友好病院へ優秀な人材を豊富に供給できると思っていたのですが、それが制度上出来なかったということ。今は、人材の供給が自由に行われており、このような制限もなくなつたと聞

いております。

どこまでどう変わったのか評価するのが難しかった

本プロジェクトの評価に当たっては大変悩みました。協力範囲が外科、内科などの臨床各分野を始め、臨床検査や放射線など、パラメディカル、病院管理、中西医結合分野と広範囲に及んだからです。協力開始時期には評価手法や数値目標を踏まえた協力内容の組み立てでなく、ある程度柔軟な協力内容となっておりました。到達目標も抽象的で、具体的数値も少なく協力のステージも明確なレベルが提示されていませんでした。このような状況で投入実績とその効果を評価しなければならず、どれほど客観的に評価できるか不安でした。関係者と議論しましたが解決を見いだすまでには至りませんでした。結局は投入実績を基に外来者数やベッド回転率など数値化できる部分を可能な限り分析し、中国側の評価分析結果を参考にしつつ、プロジェクト開始当時の国内委員や専門家にも参画していただき、現状と当時の違いを日中双方が比較検討したうえで総合的に評価することとなりました。

中国側がここまで運営して来られたのは、大きなチャレンジだった

では、中日友好病院のこれまでの成果は何だったのかというと、具体的に技術がどのようにして、どう改善・向上したのかということも重要なポイントですが、マクロ的視点では、中国側としてはこれまでに見たこともない、使ったこともない最新の医療機材を、また中国で最大の1300病床という病院を、北京市はもとより各地方の病院・医科大学から集められた人たちが大きな問題もなく運営して来られたこと自体が、私は奇跡だったと思います。入院数や、外来数、外国人の外来数も含めて目標値の達成は、中国側にとっても大きなチャレンジだったのではなかったかと思えます。

それが奇跡ではなくて現実のものになった要因はいったい何だったのか。私は、この協力で直接関係したものとして述べるのも我田引水と笑われますが、基本的には中国側の力量によるところが大きいと思います。中国側が自分たちで考えて、日本側の意見を採り上げながら、絶え間なく努力した結果ではないでしょうか。確かに我々がいろいろな提案や指導をしてそれで改善・発展したということもあるでしょう。でも、それ以上に彼らが実際に行動し、試行錯誤を繰り返しながら、その改善策を実践して評価し、それをさらに改善して絶え間ない技術の向上に努めない、今日の結果は得られないと思います。日本が建物を供与し、人材を育成・訓練して、

必要な機材の供与など20年近く協力した効果も大きいと思いますが、やはり最大の要因は中国側が、悩んで、尽きない努力を行ったということではないでしょうか。

### 自分の仕事や技術に誇りを持ってきた

もちろん日本の協力があつたとはいえ、これほどの問題を抱えながら中日友好病院が継続的な発展を遂げられた要因は何なのか。これは私の個人的な見解ですが、外来患者数が増え、更に入院患者も増える、そうすると、自分たちの仕事とか技術に誇りが持てたでしょう。それで、さらに改革や改善に取り組む意欲ができるという相乗効果、良質のスパイラルが出来たことです。

もう一つは、協和病院（中国唯一の8年制大学の付属病院で医療界のトップ）や阜外病院（循環器病治療のトップ）など、いろいろな病院の中日友好病院の見方が変化したことです。中日友好病院の開院当時に協和病院を訪問した際は「ああ、中日友好病院？ いい機材があるので頑張ってください」、「いや、中日友好病院は診療代も高いというし、病院の規模にしては、患者数もうちの半分も来てないと聞くけど」、また、心臓バイパス手術の実施状況調査の際は「うちにはアメリカから専門のドクターが来て手術の指導してくれているから、中日友好病院も日本

から専門家を呼んでやったら」と言い、競争相手の医療機関として全く認知されていない状況でした。当方にも、協和病院は100年近くの歴史のある老舗ですし、8年制の医科大学の付属病院で中国では揺るぎない最高峰の医療機関であるとの、一種のあきらめに近い感じがありました。しかし、私が帰国する頃からは、中日友好病院のいろんな研究や脳外科分野の技術とかを相当意識するようになったと聞きました。「中日友好病院でこんなことやってるのだから！」というように他の病院が中日友好病院を競争相手として意識し始めたことにより、中日友好病院における医療技術の向上が第三者に認知されてきたことでしょうか。これが病院の医師や職員の更なる励みになって今日の高い評価が生まれたのではないのでしょうか。

私が関係したのはここまでで、その後は次の中日医学教育センタープロジェクトで勤務することとなりました。後日、中日医学教育センタープロジェクトの専門家の講演同行で中日友好病院を訪れる機会がありました。訪問する度に「病院の格付けで最上位の甲3級病院を取得した」とか、表彰を受けたとか、その名に恥じない立派な病院となりました。私もこのようなプロジェクトに参画でき、多くの日本人専門家や中国側関係者と共に仕事が出来ることが最大の喜びです。また、関係者の皆さんから貴重な教訓や教授を頂いたことに対して衷心より厚く感謝する次第です。……」



# きた えつこ 喜多悦子 氏

担当分野：臨床検査学

兵庫県出身。母校の奈良県立医科大学助教授を経て、JICA 専門家として 1986 年 4 月から 1 年間、北京の中日友好病院で臨床検査、小児科への指導にあたる。厚生省国立国際医療センターへ移籍後、1988 年、日本で初めて紛争地への人材派遣としてパキスタンのペシャワールへ。ユニセフスタッフとしてアフガン難民の保健医療支援活動を行う。1997 年からは WHO 本部に勤務し、紛争国の保健医療政策の策定と実施に関与する。2001 年、日本赤十字九州国際看護大学教授、及び早稲田大学大学院アジア太平洋研究センター客員教授（2007 年まで）。2005 年より日本赤十字九州国際看護大学学長に就任。財務省政策等審議委員、JBIC 技術顧問（2008 年 9 月まで）、JICA 客員専門員（2008 年 10 月より）も務める。

私は高等学校の時に、米国人の軍医の国際協力の経験談を読んで医学部へ行ったのです。現実にその場に入ったのは、医学部を卒業して30年以上たってからでした。でも、国際協力をできるように勉強していたわけではなかったことは、現場に行って痛感しましたけどね。

喜多先生は関連な関西弁で、友好病院での経験だけでなく、最近、訪問したセネガルや、大学ぐるみで支援してきたモロッコ、それにご自分の国際活動の原点とも云えるアフガンでの体験を話された。モロッコでは水頭症の子どもの母親に「この子は治るか」と聞かれて「治らない」と答えたという。

日本であれば起こらないことが、途上国では起きている。1人の優れた医師としての喜多先生は、1つの病気だけに向きあうのではなく、ひとりの人とその家族、その人々が生きている地域へと向き合われた。現在は日本赤十字九州国際看護大学の学長として後進の育成に当たられている喜多先生が初めて国際協力と関わったのが中日友好病院プロジェクトだった。それ以来20年余の体験についての喜多先生の話は、保健医療という分野を越えて、まさにJICAの専門家として活動している者に、将来国際協力を目指す者に投げかけられた、エールであり挑戦であると言える。

長期派遣の1ヶ月前に1週間現地を見たことが、その後の仕事をやりやすくした。

「・・・私が中日友好病院に行くことになったきっかけは、中日友好病院プロジェクトの国内委員の1人であった、国立循環器病センター総長の曲直部（まなべ）先生が、声をかけてくださったことです。わたしの叔父が曲直部先生と懇意にっていて、教授選考に敗れた、当時奈良医大助教授の私が、循環器病センターの検査室へ就職できないかお願いしました。そうしたら、「中国か



ら、検査の教授級人材を派遣してくれと言っている、君は、敗れたけれども教授選に出たのだから教授級だ、行かないか」と言われたわけです。それで、「ああそうですか、じゃあ行きますわ」と電話口ではぱつと言ったら、曲直部先生が、「君、こんな大事なことを、そんな簡単に行くと言うたらいかんのや。よう考えなさい」と。「よく考えて、しかるべき人とも相談して、それから返事をしたらいいので、自分は5分間ここにいますから、よくよく考えて電話くれ」と言われました。私はたまたま実験をしていて、秒時計を持っていたのでピツと押して、4分50秒経った時に電話かけて、「先生よく考えました。しかるべき人にも相談しました。それで、行かせていただきます」と言ったのです。実際には母には電話しました。

その後いろいろ事情があつたようでも派遣はなかなか決まらず、結局行くことが決まったのはもう年が明けてからでした。

中日友好病院では1986年4月から翌年4月までの1年間、検査の専門家として派遣されました。ありがたかったのは、長期赴任する1ヶ月前に、短期間で行けたことですが、長期派遣されるときの心構えみたいなものを、その1週間で感じました。

その時、中日友好病院はオープン後1年数ヶ月だったと思いますが、患者があまり来ていない感じでした。私の前に、内科系、外科系、看護、産婦人科、病院管理、調整員が派遣されて私は派遣専門家としては10人目ぐらいでした。

「まず、本務の検査室に挨拶して病院の中を見学している時に、当時の血液内科部長がとても欲しい検査試薬があるのだけれど、中国では手に入らない、入手できないかと頼まれました。日本では、ごく普通に使っているものだったので、承知しました。ところが、その血液内科の先生は、1ヶ月後に私が着任したときはもういらつしやらなかったのです。どうされたのかと聞くと「中国では、1人の人が上の人に文句をいってもそれは文句で、2人が言ってもそれは文句ですが、3人、5人が文句を言うとそれは意見になります。それでその先生は失脚したんです。」と言うのです。後任の先生の力は、先の方に比べて、如何か判りませんでした。そうか、この人と仲良くやらないと仕事は出来ないんだなということを、わたしは悟ったのです。

### 患者の血液検査のために自分の血液を採ったこと

私は長期赴任したとき、最初から非常に歓迎していただいたと思います。その理由は、1つには、短期で行った時に、患者さんのために自分の血液を採ったことが予想外の評価に繋がったということとです。

短期訪問時、山西省政府の高官が出血の病気で入院しておられました。その方は、突然青染みがいっぱい出てきて血が止まらなくなつたというのです。専門的に言うと、先天性の出血症である血友病とよく似ていました。原因は第8凝固因子とよばれる血を固めるための極々微量のタンパク質の活性が、何か後天的な理由でなくなつていふと思われたわけです。それで検査しようと思つたのですが、その検査試薬がその時、中国では直に手に入らなかつた、それで、患者さんの血液を採ると同時に私の血液を採つて、その患者さんの血液と、血が固まる時間を比べたのです。日本では自分の血液を実験の対照に使うことはよくあることで、私にとっては特別のことをしたわけではないのだけれど、中国人のドクターが私の血液を採っていたら、患者さんの奥さまが私に向かつて手を合わせていたのですよ。中国人は血をとられることをすごくいやがると後にかがつたのですが、私は患者さんのために血を採つた。何だか、日本の偉い先生が来た、しかも親切だという評判が、私の知らないところで行き渡つたようです。そんなことがあって、病院の中で働く前に評価が出来ていたという状況で行つたので、仕事がやりやすかつたのだと思います。



友誼病院にて

中日友好病院を拠点に中国の検査医学を  
良くできたら

1週間の滞在中に、メインの職場になる検査室を検査室の主任（部長）に見せてもらったが、機械が日本の検査室の3倍ぐらいある。ほとんど動いてない。動いていない理由はいろいろありますが、まず試薬が自由に手に入らない。それから、ある2つの大きな機械があつて、その間を細いシリコンのチューブで繋いで、一方で精製した試量を一方で分析するような機械があるわけですが、その真ん中のシリコンチューブがない。

顕微鏡にしても、分析機にしても台数が多かった。だから動かないと言うより、動かす必要がないと言う状況がわかったわけです。

そんなわけで、検査室をどう動かすかということは、私はその1週間で行ったときに見せてもらって非常に役に立ちました。それと検査室に人が多すぎる。そのようなこともその時にわかりました。そして帰ってきて、自分で色々準備して4月29日に行ったわけです。

実際に専門家として赴任した後、私は、中日友好病院という日本の支援で出来た大病院が中国の北京でどう位置づけられているのかを知りたいと思いい、他の北京の病院の検査を見せてもらいました。多分、当時の検査科長の妻（ろう）先生（主任）が御苦労下さったのでしようが、301軍病院、北京大学の付属病院と婦女病院、癌センター、中医学病院、石炭（公社）病院など北京の主な病院の検査室・検査科を見学させてもらいました。見学させてもらって気づいたことは、中日友好病院の検査室が100だとすると、多くの病院は10のレベルの設備しか持っていない、その上、その設備の使い方とか頻度というのも段違いに悪かった。中日友好病院は何とかいいながらも毎日機械が少しは動いていたけれど、それらの病院は特殊な時しか動かさないといいことでしたから、1桁違っていました。

それを見て私は、中日友好病院だけを良くすることではなくて、中日友好病院を拠点に中国の検査医学を良くするために、中日友好病院が中心になって、周辺の病院との関係を良くして、中国の北京の検査が良くなればいいと思ったわけです。中日友好病院の専門家の仕事ではなかったのかも知れませんが、事実、そう思いました。

勤務が始まってすぐに、もともと私が小児科医だということがわかって、小児科からも指導して欲しいといわれました。断りましたら、大使館からクレームがついた。中国側から要請されたのだから、それを受けて下さい、と言うのです。それに対して、その時の中国側が立派だと思ったのは、中日友好病院の耿院長（3代目院長）から、「先生が小児科の医者であるという証明を日本からもらってください」と言われました。「検査の専門家として来ている人に小児科を任すのですから小児の専門家であるという証明が必要です」と。それは当たり前だと思いました。私は、当時、小児の専門医だとか血液専門医やら、何やら資格を取っていましたから、それを日本から取り寄せて、1ヶ月後ぐらいから小児科の外来を診るようになりました。結局、私は検査、血液科、小児科と三重ぐらいに働きましたよ。

### 社会主義的思考の中で

「日本の検査室のように効率よくすれば、90人ぐらいの検査室の人員は30人で出来ると思う。人数が多すぎるから効率が悪い。だから効率を良くする方法を考えたなら如何でしょうか」と検

査室の婁主任に申しましたら、その婁先生が、ものすごく情けなそうな顔をして「それは、喜多（シートウ、喜多の中国読み）先生、困ります。中国は社会主義の国なので失業者を作ることはできません」と。はあ、そうなのかと。「90人で効率が悪いのは私もそう思うのですが、30人にしたら、60人をどのように使うかというのも自分の仕事になります。ですから、90人でどううまくやれば効率的になるか智慧をだして下さい」と言われました。

また、誰か重要人物が病気になったときに、この検査が出来るかといいわれて、ハイできまうと言つて試薬がなかったら責任を問われる。ですから試薬を使わずに冷蔵庫に入れて置くわけです。しかし試薬は生ものですから期限が切れたら使えなくなる。でも、期限が切れているか切れていないかということよりも、「試薬がない」ということが責任になるわけです。ことではありましたが、期限切れ試薬が積んであることも納得できました。医療が円滑に動くためには、個人の力を超えたもの、制度や体制が必要だと思いました。

試薬の補給の体制を作らなければいけない。ということ、JICAの現地業務費を検査科に回してもらったことがあります。

## 検査の精確さを追求して

1980年代の日本は、既に、1 kg、100 g、10 g、1 g、1 mg、mgの1000分の1 $\mu$ g（マイクログラム）まで正確に測れる、さらに、そのまた1000分の1のpg（ピコグラム）の桁まで検査は進みつつあった時代です。ところが中国はまだ1 mgが量りづらい時代でした。そこにマイクログラム、1 mgの1000分の1の正確さをもつ機器が日本から沢山入ったわけですよ。人々の意識が未だそこまですていでませんでした。

また例えば、当時、検査の自動化が進んでいた日本では、大きな分析機を使うところは、1つの機械で何百人もの何種類もの検査を同時に行っていました。そして、ある時、1個でも不審な、おかしいデータがあつたら400人分でも、1000人分でも全体をやり直していました。おかしいデータの前後3人分ではなくて。当時、まだ、機械化に慣れていなかった中日友好病院検査科では、検査でマイナスデータが出ることもありました。操作のどこかで、何かの間違いがあつたからなのですが、通常の検査でマイナスはあり得ません。「おかしいじゃない？」というと、マイナスのデータだけ検査をやり直すのです。おそらく貴重な試薬をできるだけ少なく使いたいという気持ちだったのでしょう。しかし、「そうじゃない、1個でもマイナスのデータが出たということは、



その検査全体がおかしい、どこがおかしいものがある、その原因を突き止めるべきだ。さもないと、全検査の信頼性がなくなる。全部やり直しましょう」と言うのと、「そんなに試薬はありません」。それは、検査科が自主的に試薬の補給を出来ない当時、確かにそのとおりだと思いましたが、とにかくやり直さなければいけないと言いました。日本では、1個ミスがあっても全部をやり直すことをためらわないのですが、難しい事が沢山ありました。

また、沢山の検査成績の評価をしますと、多くの検査の結果は、平均となる成績を真ん中にして、左右に広がる正規分布になるのですが、中国では、ごく普通の検査の結果が、ものすごくばらつくのです。測定はちゃんとやっているのにこんなバラツキがあるというのは何か問題があると考えたのですが、当時の中国では、症状が極めて重い、つまり、まさに死にそうな場合の人にしか検査していない、そのような時期の検査結果は、当然のことながら、極めて異常な値を示すことがあります。それでバラツキの理由はわかったのですが、そうだとすると正常値というものはどうやって決めるのかという、別の問題もありました。教科書に正常値は書いてあるけれど、中国の現状に沿っていないものもあるから、検査科のなかで勉強会をして中日友好病院検査科の正常値を作らないと行けない、とみんな考え方はまとまるところまでは行きました。

考え方は出来たけれど、中国ではみんな血を採るのが嫌いという問題もあるわけです。それで、院長や副院長から採血し、徐々に血液を提供下さる方を増やして、そうして中日友好

病院検査室の正常値のいくつかを出しました。でも、その時は、試薬がないとか、血を出すのがいやだとか、あれこれ事情もあつて、充分な正常値は出せませんでした。特に、妊婦さんの検査成績はまとめられませんでした。でも、検査科の基準となる正常値は、必ず作つてね、と言つて、私は1年で帰りました。それから3年ぐらいついて行つたときに、立派な正常値の一覧を入れた検査室要綱がちゃんとできていました。

あなた方がこれを出来なければ、あなた方の次の世代も出来ない

ですから、考え方を伝え、それが理解されたら、出来る時代が来れば、ちゃんとやつて下さる。もう一つ、苦笑ものですが、こんな経験もありました。血沈（けつちん）という、古典的な検査があります。固まらないようにした血液を、一定の太さのガラス管に入れて、立てておくと、ある種の病気の重さによつて、血液中の赤血球とか白血球とかの細胞部分が沈む速さが異なることをみる検査です。最初にガラス管の、上から何センチの部分まで血液を入れておくといえ、日本だったら、100本並べても全部そろつてはいるはずですが、ところが、中国でやったら、並べたと

き以上のレベルがバラバラになっていました。

「これは何じゃー!」と言ったら。「沒有問題（メイヨーウエンテイ）問題ない」と言うのです。「なんで？」と聞いたら、「病状が悪いヤツは少々でこぼこでも、早く細胞が沈み、結果は同じだから問題ない」というわけです。私は、「それはそのとおりやけど、検査というのは、いつも言っているとおりの1mg、1マイクログラム、1ピコグラムと、どんどん精度を上げて行くためには、あなた方がこれをビシッと出来なければ、あなたがたの次の世代も出来ない。だから、ちゃんと上はここをきちつと揃えるということをおなの方がモデルになってくれないと困る」と言っただけで、その時は言うことを聞いてもらえませんでした。それが、何年かして行ったら、同じ検査科の人が、「ちゃんとやつてるだろう、見てくれ」と言って、血沈のガラス管に血液が一定の高さでちゃんと並んでいるのを見せてくれました。

中日友好病院へはSARS発生の後に行ったのが最後で、最近の状況は存じませんが、検査室は、その後も自力で新しい機械を入れ、大いに発展していると聞いています。中国では患者さんが見ないけれど基礎医学をやった人で「医士」という人が何人か検査室にいて、そういう人たちが科学的で正確な検査をやらなさいといけないという考えはわかっていた。だから、機械や材料が手に入ったら、別に日本人が指導しなくても、多分いずれは、ああなっただろうとは私は思います。でも、ある時期、外圧、外の刺激は必要ですけれど。

私は、検査の中で、あまり特別の分野だけを重点的に指導はしませんでした。というのは、自分の得意なところだけやると、そこだけがものすごくきれいに、立派になるのはあたりまえです。その後、ある国の検査室を見た時ですが、日本人のいる部屋はもうピカピカなのよ。だけど、そうでないところはグチャグチャなの。中日友好病院は初めてだったから、そういうことはわかっていなかったけれど、自分の得意の分野だけやったら、自分のカウンターパートになる人がいじめられるのではないかと、何となく思ったのです。ですから、検査室部長と一緒に廻って、あまり仕事をしないでおしゃべりをして、向こうが尋ねたことについては徹底的にちゃんと答える、できる指導はする、判らないことは調べるか、一緒に工夫するかというやり方をしました。

同じようなことをやっているのに、お互いが関係をつけられない

もう一つの経験ですが、大きな実験チームを作りました。伝統を重んじる中国で、新しい組織だったこともあるのか、同じような研究をやっているのに、お互いに連携が出来ない。誰かが誰かに声をかけるといふことは、当時の中日友好病院では、何故か難しい状態。歴史がない、まだ

一本化されていないせいだろうと思っていましたが、あるとき、実験動物のウサギに糖尿病を作つて、それに漢方薬を与えて、その効果を測定するという研究をしようという人々がいることが判りました。それで、私が中に入って、病理科、血液科、検査科と研究室でチームを作りました。成果が出てくる頃、私はもう日本に帰っていました。現在、拓殖大学学長の渡辺利夫先生が、1990年ぐらいに出版されたODAの本に、中日友好病院のことを書かれています。その中で「日本人専門家が現地の専門家と協力して、衛生部の大きな資金を獲った」とありますが、これがその時の研究チームのことで、なんでも20万円とかすごいお金をもらつたそうです。今の日本円でいったら2000万円とかそれぐらいの規模のお金になると思います。

### 中国ならではの病院風景

それからもう一つ中国であることで経験したものに中医学があります。中国では、西洋医学系の病院でも、外来にはほぼ中医学部門がありますが、中日友好病院が特異だったのは、西洋医学の病院ながら、中医学病棟を持っていたことです。5人おられた副院長の中で李岩（リー

ガン) 先生は、西洋医学を修めた後、中西医結合という国の方針で、中医学を学ばれた方でした。しばらく李岩先生について中医学を学び、また、高名な中医内科の教授が回診されるのについて廻ったりしました。「中医学の考えを西洋医学的にいうのは難しい……」とその先生は言われましたが、興味深いものもありました。例えば、血液内科で、骨髓纖維症といつて白血病に近い病気の患者さんで、中医学だけで治療したいという方が現れました。それで、氣功が選ばれたのですが、私は、中医学でどのように病気が良くなるのかを知りたいと思つて、氣功の偉い先生が術をされる前後に、貧血の検査をやらせてもらったのです。具体的な、ヘモグロビンという血液の赤みを示すたんぱく質を、日本の機械で測定したのですが、氣功が施された後、その値はあきらかに誤差ではないレベルに上がるわけです。その方の治療の途中で、私は日本へ帰りましたけれども、8ヶ月ぐらい調子が良く、その後悪くなつて亡くなられたと伺いました。科学的には、色々云いたいこともありますが、本人は何も薬を飲んでおらず、氣功だけで、実際に貧血が改善し、1週間は維持し、その繰り返しで8ヶ月ももつのはすごいなと思ひました。

それと、とても印象的だったことは、今はどうか知らないけれど、ベッドの頭のところは病名を書いて貼つてあるのです。肺ガンとか、白血病と書いてあるわけ。「喜多悦子 白血病」と書いてあるわけね。患者さんに日本語ができる方がいたので、病名が書いてあるのつて嫌じやありませんかと聞いたら、「病気は私の病気です。自分の病気をちゃんと認識するためには、隠したつて意

味が無いと思います。」と言われました。日本では考えられないことでした。

### プロジェクトについての中国側との会議の進め方

赴任後、専門家の動きもあつて、私が年長で在勤期間も比較的長くなりました。といつても数ヶ月の経験を持つているという段階で、日本人チーム側と中国側と話をする会議を毎週開くようになっていたのですが、初めの頃は、日本側の意見がバラバラだったのですよ。そんな状態だったから中国側としても、誰に、何を聞いたらいいか判らない。だから、今回はこういう話題で話をしましょう、日本側は誰が説明しましょう、ということを決め、その説明を、ほかの人は補足するのは良いとして、みんながてんでバラバラに好き勝手に言うのはやめようと決めました。日本側は木曜日に話し合い、金曜日に中国側に申し入れ、翌週月曜日に中国側と話し合いをする。例えば、手術室のことについて話すときは、外科の専門家が話すかわりに、中国側も手術室関係の人に出かけてもらう、というふうにしたわけです。当時の調整員は立場正夫氏でしたが、そうなるから随分良くなりましたと言っていました。言葉が堪能で、中国にもJICAの仕事のやり

方にも精通している立場さんが通訳もして下さって、手術室の話の次は検査室とか、外來の話とか、そういうふうに順番にやることはとても効果的でした。

### 人材育成はどこでやっても役に立つ

私は、いわゆる昔風の、途上国に対する物理的な技術協力を含めて、一方通行の協力の時代はもう終わっていると思います。どんな途上国といえども、何が必要か、どうすればいいのかについての認識を持っている人は絶対におられます。その人たちが、思うように動けない理由は何かを考えれば、どんなに貧しい国だからと言って、単に病院を作り、医者と看護師と検査技師を送り込んだら目的が達せられるという時代でないことは想像できると思います。緒方理事長がおっしゃる「人間の安全保障」という理念をかぶせて、現地の人材が動ける環境作り、その中で働ける人材育成のプロジェクトが必要です。それは、必ずしも、教育の専門家というのではなくて、ある分野で、この国では一体何が問題なのか、どうすればいいのかを考えられる人、そう言う人が行けばいいと思います。



ですから、病院プロジェクトも診療だけのプロジェクトなら、もちろん、助けられる命はありますが、国レベルの支援としては意味は小さいと思うのです。どんな途上国でも医療というものは絶対必要です。また、プライベートの病院なら、どんな途上国へ行ってもそこそのレベルのものはあります。それをパブリックに広げることができないのは何故かということから考えたら、プロジェクトを人材育成の拠点として、現地の人を育てるということに焦点を置くのが良いと思っています。同時に、例えば、熱帯寄生虫疾患など、日本では勉強できない疾病もあります。結核だって、日本では昔ほど勉強はできないのです。それだけ、病人がいないのはいいことではありますが、やはり、トレーニングの場は必要です。実際、結核は増えてきているのですが、誰でも対応できる時代ではない。だから、まだ、結核の多いところに病院を造って日本の若い医者が経験できる場を持つということも意味があると考えられますよね。人材育成はどこでやっても、その国にとっても、日本自身にも、また、その他の国の人材を受け入れれば、どこでも役に立ちますからね。

## 先進国の病院の中で働くことと、途上国の地域で働くこと

私は、海外の仕事を経験した後で、よく言うのですが、「先進国の病院」の中で働くことと、「途上国の地域」で働くということは違う。先進国の病院は、病院という施設で患者さんが来るのを待っているわけです。そして、「訓練を受けた医療者」が、1人の患者さんのために相当なものを投入して、とにかく、重症の、死にそうなる人を優先して助けるというのが「先進国の病院型医療」ですね。これは、日本であれ、中国であれ、カンボジアであれ、アフリカであれ、あまり変わらないわけです。しかし、広い意味で、国際保健というものは、「1人の患者」さんを診るといふよりも、どちらかと言えば「集団」を診る。そして、あまり「訓練を受けていない地域の人」と一緒に働く。待っているのではなくて専門家が地域の中に出ていかなければいけない。そして、高度なものや専門家が十分ではない状況の中で、人々の健康をどうやって守るかを考えるのが仕事です。病院型医療は、あまり地域性を考えなくてもいいのですが、途上国でやる保健というのは、地域性がわからないと出来ない。かなり違いがあると思っています。

中国で働いた時の私は、実は病院側医療者でした。その時、知り合った国連の方や外国人のお話を聞いていると、必ずしも保健医療分野を深く勉強した医師や看護師だけではないのです

よ。社会学とか人類学とかをやっている人がいっぱいおられたのです。なんとなく日本では、保健医療Ⅱ医師Ⅱオールマイティのような考え方がるように思っていました。中国でそう言う人たちと話していて、「あれっ！」と言う気持ちはありました。

### 中国での経験が次のステップへのきっかけに

中国で働いたことがきっかけとなって、本格的に国際協力に入りました。

人々の命、健康を守ると言うことは、先進国型医療でも、途上国型保健でも一緒なんだけれども、つかう道具というか、ノウハウというか、考え方というものはものすごく違う。その次の勤務先だった。パキスタンで、そのことに気がつくまでに、私は数ヶ月かかっています。例えて申しますと、みんながアイススケートをやるところへ、私は野球をやるといつてバットを振り回しているとか、逆にみんながバレーボールをやっているところで、卓球しようと言ってピンポン持っていくようなものでした。同じスポーツだけどルールが違うと言うことに気がつくまでに数ヶ月かかったのです。中国での経験は、すこし先進国型に近いのだけれど、あれっと思うヒントがあつたという点

で、次のステップへのきつかけになつていふと思ひます。

それから、ホリスティック・メディスン (holistic medicine)、看護でもホリスティック・ナースिंगと言ひ、いわゆる癒しの保健学ですけれども、これはわりと中医学に近いような気がします。中医学のやり方を見て、途上国の生活体系を見ると、必ずしもアグレッシブ (積極的) に切つたり取つたりすることが必要なかどうか、「アグレッシブな治療」全ていいこと」なのか疑問があることもあります。特にその後、いろんな紛争地で、昨日まで一緒に議論していた人がスタスタに撃ち殺されるような状況を見ますと、人はいずれ死ぬのだと、思つてしまうわけです。それを、どのようにすれば、どんな方法で長らえられたらいいのか。それは、その国の開発程度や使えるお金の量で決まると言うよりも、人の考え方だと思ふようになってしまつたわけです。

例えば、ソビエトが撤退した後の混乱期のアフガンの爆撃でグチャグチャになつた村で、村人が逃げてしまつたあとの診療所の前に、ウジ虫のわいた女性が連れてこられた場に居合わせたことがあります。「何とかしたい」からと言つても、誰もしようがないという感じで、男性たちはお茶を飲んでゐる。どうしようもないと思ひましたが、私は、壊された診療所の中へ入つて、ピンセットを見つけて、その顔が土色の女性のお尻のあたりのウジ虫を引つ張り出しました。けれども、そのウジ虫を引つ張り出すことが、この人にとって幸せなことかどうかと、ふと思ひました。肌を出すことは、死ぬより恥ずかしいと思つてゐる女性の肌を出して、ウジ虫3匹取つたらどうなるの

かと思うと、手が動かなくなりました。やむを得ず、数時間後に、その女性と男たちを残して、その村を離れましたが、今も、その顔を忘れられません。そして、おなじようなことは、ザイール（現コンゴ民主共和国）でもあったし、他の国でもあった。そうすると、自分ももっていた医療の知識や技術というのは何なんだろうと思うわけです。

少なくとも、中日友好病院で働いているときは、そういう悩みはなかった。白血病の人で、お金を8千元払えといわれ、3千元しかないので帰れと言われているのを見るのはつらかったけれど、なんとかなるかも知れないという、気持ちの逃げがあったわけです。

このようなことは、私が日本、先進国型医療の場でずっと働いていたら、絶対出てこないと思います。そういう思いが湧いてきたことが、良いことなのかどうかはわかりません。だけど、自分の人間としての広がりみたいなものに関しては、中日友好病院を初めとして、そういう場、国をいっぱい見たことと無関係とは思えません。

自分の役に立ったことだけは絶対確かだと思う

だから、私は学生たちに言うのは「みんなは、国際協力というのは、どこかの可哀そうな人に良いことしてあげたいと思つて始める。それは、それで良いし、そのとおりだと思う。また、国際協力は相手の国、その人々の役に立つてほしい。けれども、私は20数年この仕事をやってきて、相手の国にどれだけ役に立ったかよく判らないけれども、自分の役に立ったことだけは絶対確かだと思う」と。「そう言う意味では、あなた方がずっとこの仕事をするかどうかは判らないし、ある期間やつてもいいかなと思つているのなら、やれるように勉強しておきなさい」と言っています。国際協力というものはやりたいからやれるというわけではないし、やったらうまくいくというわけでもないものです。

振り返つてみますと、私は、高校生時代に、米国人の軍医の国際協力の経験談を読んで医学部へ行ったのです。医学部へ行ったきっかけが、実は国際協力です。だけど、現実はその場に入ったのは、医学部を卒業して20年以上たつてから、本を読んでからだと30年以上です。でも、国際協力をできるように勉強していたわけではないことは、現場に行つて痛感しました。日本など、先進国の医学部の勉強だけでは対応できない。医者としての力はいたけれど、国際協力、国際

保健についてはなんの勉強もしていなかったことは、現場に行つてよくわかりました。

中日友好病院プロジェクトは one of projects ではないのか

私は、中日友好病院のプロジェクトをその他の技術協力プロジェクトと同列に考えるのは違う、ちよつともつたいたいと思つています。というのは、あのプロジェクトは、やはり日中国交成立に伴つて、日本側から言えば開発協力だったのでしようが、対中国との観点から考えて非常にシンボリックだったと思うからです。

第2次大戦の敗戦国日本は、米国や国連の援助を受けて復興しました。日本が復興した後も、例えば米国のフルブライト奨学金は一方的に日本がアメリカからの資金を受けていたことから、相互の資金で運営される「交流計画」となつて、双方からの留学が双方の資金で行える関係として繋がっていると聞きます。中国との関係も、単に「中国はお金持ちになつたじゃない、オリンピックもできるじゃない、はい終わり」という形になつているように見えるけれども、「ああ、日本つてそんな国だったのか」と思われてしまうことになつたような気がするので。

確かにJICAからすれば中日友好病院は one of projects ですが、やはり、日本という国、そして中国という国との長い関係からすると、ヘルスの場合はあまり政治的ではないから、日本政府として、中日友好病院を拠点に、中国全土との関係をもっと上手に発展させていけたのではないかという気がするのです。それが one of projects になってしまったようで、今から考えたら、もったいないことをしたなと思っています。

### ベトナムのチョーライ病院から中日友好病院までの10年間

その前を考えると、ベトナムのチョーライ病院があります。日本が初めて無償資金協力を行った大きな病院ですね。その次の大プロジェクトとして始まったのが中日友好病院だと理解しています。その間に、開発協力のノウハウについて、日本はあまり多様なやり方を作り出していかなかったような気がします。プロジェクトをどのように作るのか、人をどのように動かすのか、開発協力とはどういうものなのかというのを、ベトナムのチョーライ病院から10年の間にあまりやり方が変わっていないような印象を、私は個人的には持っています。



2つのプロジェクトに共通しているのは、現地の保健、医療の状況が悪いから、立派な病院を作り、現地に役に立てたいという考えから始まっていることだと見えますが、中日友好病院の案が出た1980年代には、世界的には、すでにプライマリヘルスケアの考えが動いています。その中で、日本があんな大きな病院を建てたことの意味です。私は、途上国に病院を作ることがすべて悪いとは思いません。それをどう活用するか・・・それが、10年間にあまり学習されていないように思われるのです。

病院の中で人の命を守る仕事もあるし、病院の外でやるヘルスもある

しかし、個人的には、中日友好病院に行つてなければ、その後、紛争地への派遣の第1号として、パキスタンにも行かず、アフガン問題にも関わっていないでしょう。そして、病院の中で人の命を守る仕事も、病院の外でやるヘルスもあるのだということに気付かなかつたでしょう。病院の中でやる人は、日本の中にもたくさんいます。医者のお大半、90%以上はそうでしょう。言い訳ですが、だからまあ、私が抜けてもどうってことないだろうから、こつちをやるうかつて思ったことは事実

です。しかし、どうすれば良いのか判らなかつた、それでジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院へ行ったのです。国際保健というか、公衆衛生というものがどういうものかということも勉強したというか、勉強しなければいかんということもジョンズ・ホプキンスで学びました。私はその時すでに50歳を越えていたので、何となくこれを一生懸命勉強しても、あとで使う時間はそれほどないだろうと、あんまり真面目に勉強はせず、先生方とつきあったり、人間関係を広げたりしていたのですが、それからもうすでに16〜17年もこの仕事をしていますから、もう少ししっかり勉強すべきだったと、今は思っています。

この、国際という分野は、非常にインタレストイニングな（興味深い）分野だと思います。だから、「ずっとやりなさい」とは言わないけれど、誰でも短期間でよいので関わったら、少しは、人生とか、日本とかについての考え方が変わる、しかし、変わった方がいいかどうかはわからないけれども。今の日本を見ていると、変わった方がいいのではないかなと思いませんか？ そういう意味では、国民皆国際協力にして、一生の間に1年間とか、途上国関係の仕事をするぐらいの法律、大きさですが、作ればいいのに、と私は思っていますよ。・・・」

