

JAICOH NEWS LETTER

NO : 52 2007 年 3 月 発行



歯科保健医療国際協力協議会

Japan Association of International Cooperation for Oral Health

事務局：〒344-0003 埼玉県三郷市彦成 3-86 Tel & Fax : 048-957-2286

発行：深井稜博 編集：榑崎正子、梁瀬智子

東ティモールだより

東ティモール友の会 (AFMET)

小林 裕

皆さん今日は。東ティモール医療友の会 (AFMET) の小林です。東ティモール民主共和国に来てもうすぐ1年になろうとしています。AFMET では Program Coordinator ということになっていますが、経験豊富な Program Coordinator ではないので、その業務内容についてほとんど何も解っていません。Program Goal, Program Strategy などなど聞きなれない言葉ばかりで、現在猛特訓中です。

AFMET について簡単に説明しますと、1999 年から東ティモールの最も東に位置するラウテム県のロスパロス市で、プライマリーヘルスケア (PHC) の普及促進活動 (コミュニティーヘルスワーカー ; CHW の養成、教材作成、保健セミナーの開催等) を行っている NGO です。



デンタルナースによるセミナー

これまで 36 の村で 164 名の CHW を養成してきました。最終ゴールは各々の村で CHW が自立して PHC

活動ができることですので、164 名もいるとそのフォローアップも大変です。それ以外に週に 3 日の診療活動、また交通手段を持たない村人のためのリフェラル (ロスパロス市の国立病院への患者搬送) も行っています。スタッフは日本人が私を含めて 2 名、そして東ティモール人が 8 名です。今、東ティモールは雨季の最中で毎日土砂降りの雨が 1~2 時間続いています。雨季が始まったとたん蚊が大量に発生し、それに伴ってマラリア患者が増加し、マラリア以外の疾病、風邪、下痢なども増えてきます。東ティモールでは 4 月 9 日に予定されている大統領選挙をひかえて不安な材料が 2 つあります。ひとつは 2 月初旬から米の供給がストップしてしまったことが挙げられます。ロスパロスはもちろんのこと東ティモール第 2 の都市バウカウ、そして首都ディリでも米が買えないのです。各地で米の配給を要求するデモが発生し、ディリでは一部の暴徒化したデモ隊が商店を襲撃し、品物を略奪するという事件も発生しています。比較的年配の人は収穫が始まったトウモロコシを食べて我慢すると言っていますが、若い人はやはり米を食べたいようです。もうひとつは、ディリの国際空港のすぐ前にある難民キャンプで、オーストラリア軍がデモ隊に発砲し、東ティモール人 2 名が死亡するという事件が起きてしまったことです。昨年末ぐらいから東ティモール人、特にロロサエといわれている東側の人達は 5

月の事件の背後に、オーストラリアとアメリカ合衆国などの大国の策略があったのでは、と感じ始めていたこともあって、この発砲事件の影響は長引きそうな気配です。



民族衣装を着た子供達に囲まれた神父

このように書くと夢も希望も無い国と思われるかもしれませんが、日本の社会と決定的に違う点は、とにかく子供の数が多いいことです。最新のデータによると、合計特殊出生率（1人の女性が15～49歳の間に産むであろう子供の数）は7.77で、これは世界一だそうです（ただし、5歳未満児死亡率は出生千人に対して108～142と高いのですが）。貧しくても明るく元気に遊んでいる子供たちを見ていると、この子達の将来のためにもう少しがんばってみようと思うのです。

日大松戸 国際保健部 ～設立5周年を迎えて～

日大松戸歯学部4年
木村 匠

日本大学 松戸歯学部 国際保健部は、このたび設立から五周年という節目を迎えることができました。（11/2に五周年記念パーティーを御茶ノ水銀座アスターで行いました。参加された先生方、ありがとうございます。）2000年に学生三人を中心として設立され、設立当時よりさまざまな団体、先生方に支援を受け、学生による国際医療、歯科保健活動に関する活動を行い、現在では30人と越す部活となりました。ここまで継続できたのも、ひとえに支援、協力をしてくれた先生方、団体あってのことだと感謝しております。ありがとうございます。

国際保健部は、希望学生をつのり、南太平洋医療隊のトンガプロジェクト参加、歯科医学教育国際支援機構(OISDE)主催スタディーツアー参加、APDSA(アジア太平洋歯科学学生会議)、国際保健に携わっている先生方との勉強会及び講演会、国際医療のシンポジウムへの参加等を行っています。開発途上国での活動、国際医療の講演、勉強会を通し、学生の視点であらゆる面に疑問を持ち、行

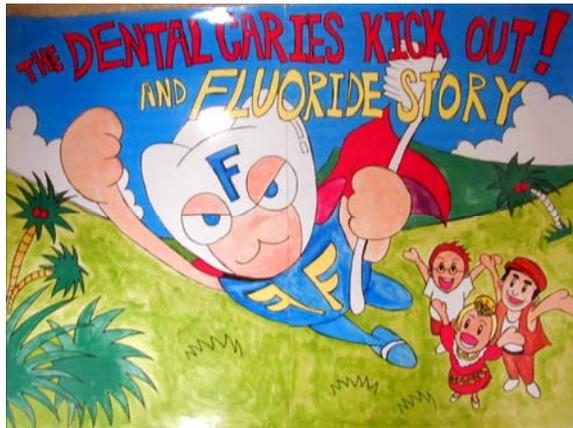
動し、見て、聞いて限られた力の中で自分たちには何ができるのかを考え、学生同士のモチベーション向上を図ります。



小学校における学生が作った媒体（紙芝居）を用いての、
歯科衛生活動の様子

自分自身、南太平洋医療隊のトンガプロジェクトに関心を持ち、3度参加させていただきました。現地の学校でのフッ素洗口および歯ブラシ指導、病院見学、歯科健診の手伝いを通して、国際保健とはどのようなものか、どのようにあるべきかを

体験しながら学ぶことが出来ました。参加した当初は、まだ大学に入ったばかりということもあり、知識不足で何もすることがないのではないかと思いましたが、手作りの紙芝居を通して、子ども達にむし歯の怖さ、口腔清掃の意義を教えることができました。また、逆にこちらが学ぶこともたくさんあり、とても有意義な時間を過ごすことができました。



フッ化物洗口を題材にした紙芝居の表紙

以前は国際保健という言葉が自分の中であいまいで、具体的にどのようなものなのか分からない部分もありました。単に海外に赴き、一方的に技術や知識を教えるだけのものと考えていましたが、国際保健とは相手国、地域との相互関係で成り立つもので、またその国が自ら問題に対して考え自立していくことが大切なのだと実感しました。

国際協力は、大きな成果のために、継続して少しずつ小さな成果を積み上げていくことが大切だと実感しております。これからもこの部活を末永く継続させ、少しずつ小さな成果を積み上げ、発展していくようがんばってまいります。これからもよろしくお願いします。

木村 匠さんプロフィール

出身は千葉県松戸市で、小中は地元に通い、日大豊山高校を経て日本大学松戸歯学部にあります。現在四年生です。

連載！！

4回にわたり、連載してきました『国際歯科保健協力とは』。いよいよ、今回が最終回です。要約担当の榎崎さん！育児と仕事の両立も大変な中、お疲れ様でした！！

第4回 国際歯科保健医療の現状と課題

【社会資源と歯科保健医療サービス】

1. 歯科保健と歯科医療の特性

歯科保健医療の役割にはヘルスケア（保健サービス）とメディカルケア（医療サービス）の2つの側面がある。メディカルケアは歯科疾患の疼痛の軽減や口腔機能の回復には有効な手段であり、人々のニーズも高い。しかしこれには専門技術を持った医療スタッフの養成と医療施設の整備という社会資源が必要になる。ヘルスケアは地域レベルの健康づくりへの効果と普及性と言う観点から有用となるが、個人やその地域レベルでの顕

在化されたニーズは低い。

2. 健康プロジェクトに対する社会の役割

健康は貧困、教育、居住、雇用など社会的な生活条件との間に密接に関連している。そして、健康を人々の基本的人権の不可欠な要素としている社会においては、歯科保健も含めて健康に対する責任は、個人と言うよりも社会的枠組みのなかで考えられなければならない。すなわち重要なことは、国などの公的セクターの役割または介入の範囲や程度を適切に決定することと、乏しい資源を賢明かつ公平に配分し、人間的なケアを供給しうる

組織的体制を確立するための住民参加型アプローチにある。

【歯科疾患の罹患状況にみられる国際格差】

1. 世界レベルでみた歯科疾患の分布

歯科疾患は重症度や分布が国によって異なるが、その予防手段は共通している。甘味摂取制限、フッ化物応用に代表される宿主対策、および口腔清掃状態改善の3つの手段であり、これらを個人（セルフケア）、地域レベル（コミュニティケア）、医療現場（プロフェッショナルケア）で適正なシステムとして構築することである。

これらの疾患の分布を世界レベルで見ると、歯科疾患の罹患状況に二大趨勢があることが1980年代から指摘されてきた（WHO1983）すなわち

- ① 多くの開発途上国では憎悪化傾向にある
- ② 反面先進工業国の多くでは改善傾向を示している

そして、この要因は後者はフッ化物の応用の普及であり、前者はフッ化物応用が普及していない地域である砂糖消費量の増加に起因すると考えられた。

1. WHOの口腔保健目標

この格差の解決策として治療対策の推進ではなく、う蝕及び歯周病の効果的な予防方法を保健施策として採用し、健康教育と健康促進とを基盤として、地域住民の参加を得たコミュニティプログラムを立案することの重要性が指摘された。2000年までに全ての人々に健康をという目標の中で

- ① 5～6歳時：50%の子供がむし歯なしであるようにする
- ② 12歳：DMFT3以下
- ③ 18歳：85%の者が喪失歯ないようにする
- ④ 35～44歳：無歯顎者の水準を1981年時の50%減とする
- ⑤ 65歳以上：無歯顎者の水準を1981年時の25%減とする

という年齢別の5つの口腔保健目標が設定された（WHO1979）しかし、20年以上たった現在でもこの課題が全て解決されたわけではない。

【貧困と歯科保健の状態】

1. 経済状況と口腔保健

う蝕と歯周病をみると貧困から脱出するための経済開発が、逆に歯科疾患を増加させるという側面がある。すなわち、都市化は確かに人々の生活の利便性を向上させることになるが、その一方で伝統的な食習慣の変化と砂糖摂取量の増加により、う蝕は増加する。しかも、社会資源の節約の中で歯科医療システムが構築できないために、歯科疾患が放置される場合や、安易な抜歯作戦がとられる実態がある。歯周病をみると、口腔清掃法に関する健康教育や歯石除去などの医療サービスが不足している開発途上国では、その罹患状況の改善には課題が多い。

2. 各国の医療環境とう蝕罹患状況

先進工業国では、砂糖の摂取量の増加によってう蝕罹患のリスクは高まるが、それに対応するための保健施策が採用され、しかも医療サービスの量が確保されるために疾患量は低いレベルにコントロールされている。それに対して、開発途上国では、経済開発の進展によって歯科疾患が増加する一方で医療従事者が要請されず、保健施策も不十分なために貧困からの脱出過程で疾患量画像化し、先進工業国との格差がますます増大する。

3. 予防を中心とした保健施策

ここで問題となるのは限られた資源のなかでいかに予防的サービスを普及するかである。しかし現実には、開発途上国では予防サービスはないがしろにされて、しかも歯科治療の実態は抜歯などの簡単な処置に限定されることになる。健康施策として地域単位の健康プログラムの立案にはヘルスサービス供給における専門家の適切や役割と限界を明確にしておくことが不可欠となる。

【歯科治療に対するニーズと適正技術】

1. 歯科保健に対するニーズ

最も豊かな社会においてもすべての人々のニーズを十分に充足させる資源は持ち合わせていない、有限の資源と無限のニーズとが仮定されれば、資源をめぐる多様なニーズ間の競争は不可避

となる。この状況に必要なことは適切な資源の配分理論であるが、これは医療経済及び人道主義の観点からすると、必ずしも世界レベルで確立されているわけではない。従来ヘルスサービスに対するニーズは、医学生物学的な視点から評価され、時には充足の可能性との関係すら無視して語られることがあった。しかし、このような医学中心のニーズの概念は現在ででは先進工業国においても社会的に受け入れられなくなりつつある。

例えば Bradshaw, J(1972)は、メディカルケアに対するニーズを4つに分類することを提案している。

- ① 科学的あるいは技術的に決定されるニーズ
- ② 個人自らが必要と考えるニーズ
- ③ デマンドとして変換されたニーズ
- ④ 個人または社会間で異なる相対的なニーズ

である。従来医療分野でニーズと呼ばれてきたのは①に相当するニーズである。そして、これらの医療ニーズへの対応には「健康及び well being に対する何らかの障害に対して医療ニーズは常に提供されなければならない」という考え方で定義された人道主義的アプローチと「その医療介入がプラスの効用をもちしかも一般に受認される方法で疾患を好ましい状態に変えうる場合に限り、これをニーズと認定する」という考え方の二つである（藤村、1984）そして、限られた社会資源の中で健康づくりにきわめて有効なヘルスケアが住民の顕在化したニーズとしては逆に低い。このギャップを解決していくための方策の1つがプライマリヘルスケアとヘルスプロモーションの理念がある。

2. 歯科治療にかかわる適正技術

歯科治療に対するニーズへの対応は、限られた資源という制約とその国の歯科に関わる疾患構造の中で行われるものである。WHO は GNP（国民総生産）に占めるヘルスケアにかかる割合の基準として5～11%という範囲を提言しているが、そもそも GNP が低い開発途上国においては、高価で高度な技術に資金を配分することは困難であり、その社会に許容される適正技術の問題が喚起

されることになる。（Hobdell, M 1997）また WHO は 1994 年に歯科治療の技術的進歩に基づいて 3 つのタイプの治療を定義している。

- ① 予防、セルフケア、および低い技術レベルでも可能な治療
- ② 中等度技術のレベルで対応する歯科治療
- ③ 最も複雑で高度技術レベルを要する歯科治療

これらの歯科治療は先進工業国と開発途上国とでは現状での分布が異なるが、これを将来的には、①へシフトしていくという予測であり提言であった。

3. 口腔保健要員（oral health personnel）の養成

開発途上国ではきわめて歯科医師は少ない。時刻に歯科大学がない国では、一部の者が外国で歯科医師免許を取得し、帰国後にその国の歯科医療を担うことになるが、貧困から、提供される治療サービスを住民が十分に受けられないというジレンマがある。この解決には、歯科治療の公的セクターを整備することが考えられるが、私的セクターと公的セクターとが連携したシステムの構築にはいたってない実態が多い。しかし、多くの開発途上国には伝統的治療者がおり、先進工業国レベルの教育を受けた歯科医師と共存してその国の治療サービスが提供されている。ここで問題となるのは、先進工業国での歯科医師養成カリキュラムに、高度な歯科治療技術の提供を重視する側面があり、そこで要請された歯科医師にヘルスケアにたいするモチベーションが不足していることである。教育期間に受けた理念で開発途上国の歯科医療を展開しても、受療者側にも医療環境の充実の側面からも無理があることである。むしろ、その国の社会システムの中で歯科医師がいかにして地域レベルでの健康向上のためのリーダーシップを発揮するかが重要となる。さらに、歯科医師以外の口腔保健要員の育成が求められる。

