

第14回 歯科保健医療国際協力協議会（JAICOH）

総会および学術大会

抄録集

会期 2003年7月13日（日）

会場 昭和大学歯科病院臨床講堂

## 大会運営委員

運営委員長（大会会長）

- 深井 穂博（ネパール歯科医療協力会，埼玉県三郷市開業，JAICOH 会長）  
黒田 耕平（日本モンゴル文化経済交流協会，神戸生協協同歯科，JAICOH 副会長）  
夏目 長門（日本口唇口蓋裂協会，愛知学院大学歯学部口腔外科第二講座，JAICOH 副会長）  
鈴木 基之（昭和大学歯学部歯周学講座，JAICOH 副会長）  
時田 信久（南太平洋医療隊，埼玉県坂戸市開業，JAICOH 理事）  
原田 祥二（北海道ブータン協会，北海道小樽市開業，JAICOH 理事）  
河野 伸二郎（神奈川海外ボランティア歯科医療団 KADVO，横浜市開業，JAICOH 理事）  
澤田 宗久（南太平洋に歯科医療を育てる会，大阪府大阪市開業，JAICOH 理事）  
森下 真行（日本歯科ボランティア機構 JAVDO，広島大学歯学部予防歯科，JAICOH 理事）  
柴田 享子（DHネットワーク，JAICOH 理事）  
田中 健一（中国北京天衛診療所，JAICOH 理事）  
阿倍 智（東京医科歯科大学大学院，JAICOH 理事）  
小原 真和（有夢会，東京都品川区開業，JAICOH 理事）  
有川 量崇（日本大学松戸歯学部衛生学講座，JAICOH 理事）  
菊池 陽一（宮城県伊具郡開業，JAICOH 理事）  
白田 千代子（東京都中野区北部保健福祉相談所，JAICOH 理事）  
沼口 麗子（ネパール歯科医療協力会，JAICOH 理事）  
羽中田 元美（歯科ペンクラブ，JAICOH 理事）

## プログラム

7月13日(日)

10:00 受付開始

10:25 開会の挨拶

10:30 - 12:00 シンポジウム「国際歯科保健医療協力における人材育成」  
座長 深井穂博

シンポジスト 宮田 隆 歯科医学教育国際支援機構  
中村修一 ネパール歯科医療協力会

12:00 - 13:30 理事会・総会

13:30 - 16:30 口演発表 座長 鈴木  
基之

13:30 フィリピン セブ島 セブ市における「フッ素洗口プロジェクト」について  
海野 知子 KADVO-OHK<sup>1)</sup>

13:50 インドネシア共和国における口唇口蓋裂治療の技術教育支援  
針谷靖史<sup>1,3)</sup>、野口 誠<sup>1,3)</sup>、今岡典子<sup>3)</sup>、夏目長門<sup>2,3,4)</sup>  
札幌医科大学医学部口腔外科学講座<sup>1)</sup>  
愛知学院大学歯学部口腔外科第二<sup>2)</sup>日本口唇口蓋裂協会<sup>3)</sup>  
愛知学院大学口腔先端科学研究所 国際協力部門<sup>4)</sup>

14:10 タイ、カンボジアの歯科医療の現状と相違  
田中宏和 日本大学松戸歯学部国際保健部

14:30 トンガにおける医療活動  
時田信久 南太平洋医療隊

15:00 モンゴルとの国際医療交流  
黒田耕平 日本モンゴル文化経済交流協会

15:20 ネパール歯科医療協力会 14年間のあゆみ  
小原真和 ネパール歯科医療協力会

15:40 北京市における在留邦人の歯科受診動向  
田中健一 北京天衛診療所

16:00 青年海外協力隊へはどのような歯科医師が参加しているか  
原田祥二 原田歯科

16:20 青年海外協力隊としてのポリビアでの活動報告  
斉藤 さつき DHネットワーク

16:45 - 18:00 懇親会 歯科病院学生ホールにて

## 国際歯科保健医療協力における人材育成

座長 深井 穂博 (JAICOH 会長)

現在、わが国で約 30 の団体が歯科保健医療を中心とした国際協力を行っています。その内容は、歯科治療の提供、口腔保健・歯科医療に関する専門家研修と技術移転、ヘルスケアのためのプロジェクト開発と住民支援、地域保健開発、資金提供など、いくつかの分野を主体とした活動となっています。協力内容が、活動する団体や個人によって異なるのは、相手国側の状況と、活動を継続している期間やマンパワーなど協力側の事情によるものと思われる。なによりも、国際協力ですから、いずれの活動も、その国に行って、その国の人々と接して、自らの技術を提供して、人々の健康づくりを支援することが基本となっています。

歯科保健医療は、う蝕や歯周病に代表される口腔病を対象としたものとなります。この口腔病は、生活習慣に強く影響される疾患であり、しかもこの生活習慣は、都市化や健康情報など健康に関わる環境に左右されます。現在の歯科保健に関する世界的な状況をみると、先進工業国においては口腔病が減少傾向にある一方で、開発途上国では逆に増加するという疾患量の乖離があります。さらには、途上国における歯科医師など口腔保健要員の不足によって、先進国と途上国の間の健康較差がますます広がる状況があります。このなかで、それぞれの団体や個人が協力活動を行っていますが、最終的なゴールの一つは、現地の人々の自立を支援する開発援助にあるようです。そして、この開発援助には、個人の能力開発と組織の能力開発があり、中心は人材育成となります。

本シンポジウムでは、歯科保健医療の特性を踏まえて、医療協力の分野での人材育成に取り組まれている宮田 隆先生と、地域保健開発の分野で永く活動をされている中村修一先生にそれぞれ話題提供をしていただき、参加者の皆さまと歯科保健医療の分野における人材育成のあり方について、以下の進行で討論したいと考えています。

### 話題提供

人材育成を主眼とした国際貢献

宮田 隆 (歯科医学教育国際支援機構)

国際歯科保健医療協力における人材育成について中村 修一 (ネパール歯科医療協力会)

### 指定発言者

夏目長門 (日本口唇口蓋裂協会)

小宮愛恵 (JICA)

### 総合討論

「国際歯科保健医療分野における人材育成のあり方」

人材育成を主眼とした国際貢献

歯科医学教育国際支援機構

代表 宮田 隆

歯科医学を介した国際貢献には様々なアプローチがある。対象とする地域住民に歯科医療を提供するパターンは最も直接的でかつ献身的な活動である。医療を施すことよりも検診や啓蒙によって歯科疾患を予防し、地域住民の健康に寄与する活動も大変重要であり、また高い効果が期待できる。その一方で、それぞれの国の医療を担う人材を育てる活動、というのも長期的な視野から観ると大変重要な活動となる。私がここ十数年、カンボディアを中心として行ってきた活動はこの人材育成という範疇に入る。人材育成に限らず、国際貢献の対象となる国や地域で活動するには幾つかの前提となる「理解」が必要である。それは、大きく分類して次の四つであると考え。即ち、

- 支援対象国・地域の特殊性を理解する
- 支援対象国・地域の政治体制・文化・医療に対する考え方を理解する
- 支援対象国・地域の健康に対するニーズを理解する
- 支援側の能力(人材育成能力、時間的負担能力、経済的負担能力)

現在、我々の法人が活動の対象国として扱っているのは、カンボディア、ラオス、東ティモールそしてラテン・アメリカ諸国である。それらの国々はそれぞれの個性も、政治体制も健康に対する考え方も全く異なる。例えば、歴史的にそれぞれの国を観てみると、カンボディアでは、ポル・ポト時代のジェノサイドによる極端な人為的な人材の喪失、という他の国では考えられない近代史とトラウマをもっている。東ティモールは、独立直後の混乱と人材育成体制の欠如という、国家としての基本的な体裁すら出来ていない状況下ある。ラテン・アメリカ諸国は、それぞれの国でその状況は異なるが、総じて言えることは、長期に亘る植民地政策と、その後の米国支配による政治体制による貧困と教育体制の欠如、という根の深い問題を抱えている。一方、ラオスは、地域の特殊性、政治体制が構造的な貧困と経済の停滞をもたらし、特に医療は周辺諸国と比べても極端に低いレベルにある。このように、それぞれの国の状況、事情を勘案し、我々のいままでの人材育成、という観点からの活動を通し、どのような国際貢献、協力をすべきかを、考察してみたい。

宮田 隆(みやた たかし)

1950年埼玉県生まれ

1997年日本大学歯学部卒

1996年明海大学教授

1997年明海大学病院病院長

2002年明海大学退職、特定非営利活動法人(NPO)歯科医学教育国際支援機構設立

## 国際歯科保健医療協力における人材育成について

ネパール歯科医療協力会

理事長 中村 修一

国際協力の理念は国際人道主義に基づく自立支援である。自立支援には資源（人・物・金・情報）の途上国への移転が必要となる。この中で途上国のリーダーを育成する人材開発は自立への中心課題である。

人材育成には国内での日本人を対象とした専門家育成と、途上国のローカルリーダーを対象として専門家育成がある。日本人専門家を対象とした育成は協力事業を遂行する為の簡単な技術移転でよいが、途上国の人を対象とする育成事業は受講生の基本的知識をベースに理解可能でプロジェクトに直接役に立つ技術移転が必要となる。

また、歯科保健医療協力にはメディカルケアとしての抜歯を中心とした歯科診療協力とヘルスケアとしての予防歯科を中心とした保健協力があるが、現地の人材育成には保健協力を目標とした専門家教育が有効である。

ネパール歯科医療協力会は 1994 年からネパールにおいて、口腔保健専門家の養成プロジェクトをはじめた。これまで 9 年間で 257 人を対象に予防歯科を柱とした教育を実施した。

口腔保健専門家の養成の対象者は当初ネパールの 800 の村に設置されているヘルスポストに勤務するヘルスワーカーを対象に実施したが、彼らの学習意欲は低くコミュニケーションに失敗した。そこで方向を変更し次からはローカルリーダーとして村人からの信頼が強い小学校の先生を対象に育成事業をスタートさせた。

育成コースのカリキュラムは初級コース、上級コース、フッ素洗口専門家コース、マザーボランティアグループを対象としたコースなどがある。その結果、現在テチョー村、ダパケル村、アネコット村の全ての小学校に 2～3 人の口腔保健専門家の養成を受けた先生がいてフッ素洗口やブラッシング指導など学校歯科保健を自立的に展開している。また、口腔保健専門家の養成コースを卒業したメンバーで COHW 口腔保健専門家委員会を設立し、新規の村で地域歯科保健開発を展開しつつある。

今回はこれらの事業について報告する。

## フィリピン セブ島 セブ市における「フッ素洗口プロジェクト」について

海野 知子

KADVO-OHK : 神奈川海外ボランティア歯科医療団、オーラルハイジニスト神奈川

### 1. はじめに

本プロジェクトは、2000年より、口腔衛生の向上を目的に、「う蝕率」の高い地域のひとつであるフィリピン・セブ島ブサイ小学校で、3年間活動してきた。これまでの活動により、口腔衛生について少しずつ定着しつつある。さらなる向上を図るために、PTA主体の住民参加に重点を置き、普及活動をはじめ、口腔衛生の意識・向上を目指す。また、口腔内状況の比較、口腔衛生の普及のために、セブ市内の他校においても活動を行った。

### 2. 背景

フィリピンでの食生活は、単品の肉・魚と米が主で生活習慣のスナックタイムがある。歯科の分野では、健康保険がなく治療費も自費になり、低所得者は治療が受けられない。歯科の知識も低く、教育もほとんどない。また、ブサイ小学校児童の経済的な背景としては、父兄は早朝に出稼ぎ（都市部へ野菜、果物、花を売りに出る）に行くため、朝食の用意やその他十分な世話ができず、児童らはお菓子で朝食を済ませたりしている。

1994～2000年までKADVOの年1回のフリークニックでブサイ小にて予防活動をしてきたが、あまり効果がなかったため、実際に毎年1名歯科衛生士を派遣し、予防活動を行った。現地住民の自立にはまだまだ時間がかかり、今後も継続的な活動が望まれる。（今年度も歯科衛生士を派遣している。）

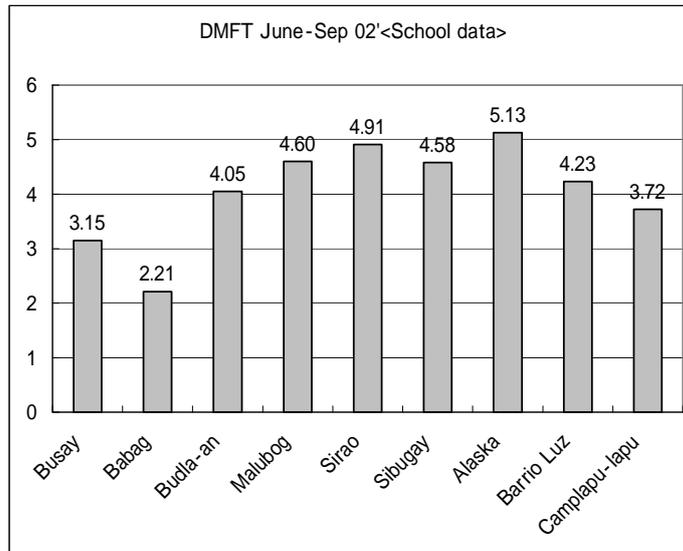
### 3. 活動内容

ブサイ小にて 歯科検診 う蝕について、歯磨き・食事の指導 フッ素洗口（週1回法） 歯科治療 スケーリング

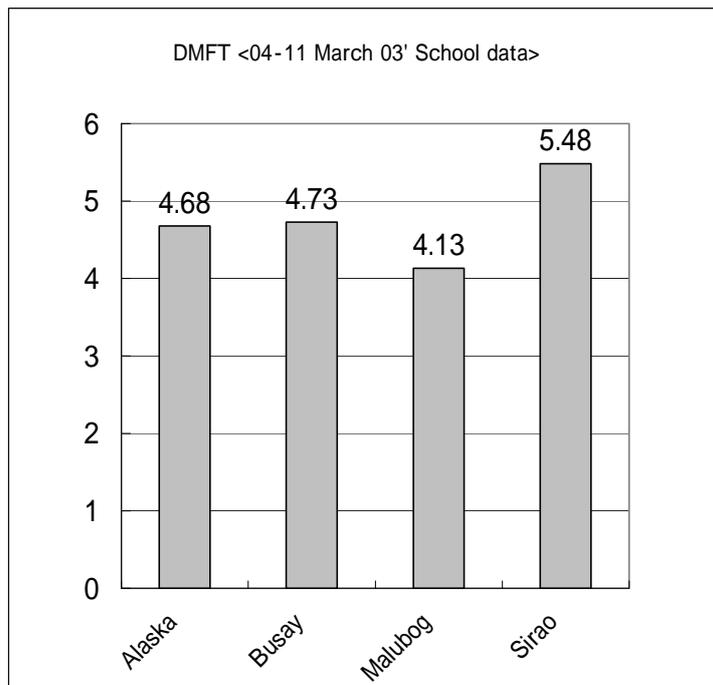
他校4校にて 歯科検診 う蝕について、歯磨き・食事指導

### 4. 結果

- 1) ブサイ小学校では、自立的な予防意識は関心の高い者の個人レベルで言えば、上がったが、全体的にはまだまだ低い状況である。
- 2) 住民がPTA Meetingへの参加はするが、実際の活動への参加はない。国民性をもう少し理解し、面白く、興味を引くような、現地の各関係機関と協力して「歯科キャンペーン」を行うなどの、パフォーマンスが必要であった。
- 3) DMFT 結果  
プロジェクト前のDMFT



プロジェクト後の DMFT



4) 分析

- ・ ブサイ小学校の DMFT 数値が上がった理由については、2002 年 6 月 D 率 2.27、M 率 0.36、F 率 0.07 2003 年 3 月 D 率 3.76、M 率 0.62、F 率 0.35 となっている。治療を行ったため D と M が増えたことと 3 月の検診時には表面が脱灰（初期う蝕の進行）していて、前回う蝕と判定しなかった歯がかなりの速さでう蝕歯となっているためである。
- ・ シラオ小学校では、治療のために歯科医がシラオに出向くのは月に 1~2 回程度。十分な治療を受けられていないため、数値が上がった。

## インドネシア共和国における口唇口蓋裂治療の技術教育支援

針谷靖史<sup>1,3)</sup>、野口 誠<sup>1,3)</sup>、今岡典子<sup>3)</sup>、夏目長門<sup>2,3,4)</sup>

札幌医科大学医学部口腔外科学講座<sup>1)</sup>

愛知学院大学歯学部口腔外科第二<sup>2)</sup>

日本口唇口蓋裂協会<sup>3)</sup>

愛知学院大学口腔先端科学研究所 国際協力部門<sup>4)</sup>

演者らは、平成 8 年より NPO 法人である日本口唇口蓋裂協会(JCPF) の一員として、インドネシア共和国における医療援助活動に参加している。わが国では病診連携はもちろん、医療制度が確立され医療技術が向上したため、口唇口蓋裂児における手術後の審美・機能障害は軽微になった。しかし、東南アジアなどでは、医療水準の低さや経済的な理由から適切な時期に治療を受けられずに各種障害を残したまま放置されている患者が多数存在する。

診療隊は札幌医科大学（小浜源郁隊長）を中心とした口腔外科医、麻酔科医、看護師、コーディネーターおよび現地通訳で構成されている。

医療援助活動はバンドン市、ジョクジャカルタ市を拠点として、インドネシア各地にわたっている。口唇口蓋裂患者の手術、技術移転のためのデモンストレーション手術および講義、医療機材の援助を行っている。

これまでの医療援助によって技術移転は進み、現地医師が自ら手術を行えるまでにその技術は進歩した。インドネシアには数多くの患者が未だ手術をうけられないまま放置している状況であるが、手術によって患者の人生は大きく変わるものと思われる。一人でも多くの患者への手術が必要であり、このような活動の重要性を現地医師らにも伝わったことと確信している。

今後の課題として、現在のインドネシアにおける口唇口蓋裂治療は単に裂の閉鎖に主眼をおいたものであるため、顎顔面形態の正常な発育と機能の獲得を促し、成人となった時、普通の人と同じような社会生活がおくれるようにはなっていないのが現状である。今後は生後から成人になるまでの過程において適切な時期に適切な処置が必要であることを教育し、それを担う人材を育成し、口唇口蓋裂の治療体制を確立する必要があると考える。

今回、医療援助活動の現状を紹介し、今後の展望について考察する。

## タイ、カンボジアの歯科医療の現状と相違

田中宏和 日本大学松戸歯学部国際保健部

私たち 8 人の部員はタイとカンボジアの歯科大学訪問を目的として日本を出発しました。まず初めにタイ東北部に位置するコンケン大学を訪問し、歯学部の歯科病院や研究施設を見学してまわりました、ここで気づかされたのは、イメージしていたものとは全くといっていいほど違い。とても施設が充実していることでした。医療や研究というものに対しこの国が力をいれていることがその施設一つとっても容易に想像できることでした。

また驚かされたこととして、5、6 学年の臨床実習の違いでした、全て生徒で治療を行う光景は、日本では考えられないことでした。滞在中は学生寮で生活しながら、タイの学生と学校生活の話などいろいろな会話をしましたが、タイの学生の勉学への貪欲さはものすごいものでした。私たちの日々の学校生活とタイの学生の全寮性で毎日勉学に励む学校生活を天秤にかけたとき、なにか危機感すら感じました。またタイという国を見て考えさせられたことは国内のものすごい経済格差でした。

カンボジアに入り斎藤先生、宮田先生と合流し、カンボジア唯一の歯科大学での先生方の講義を聴講しました。あの悲しい出来事のためにカンボジアの医療は満足できる体制ではありません、何がそこに足りないかといったら、一番は医療人の数です。(歯科医師はあの出来事直後は数人しか残ってはいませんでした。)先生方のこのような地道な活動はカンボジアの歯科医師を育てることに大変貢献されていると思いました。人材を育成することは間違いなく歯科医療全体の向上につながることに思えます。数人しか残らなかった歯科医師の一人である、その大学の校長先生は日本からの設備や知識の供給に大変喜んでいらっやっているのを見て、日本の世界でのこのような活動の重要性を目の当たりにすることができました。

このスタディーツアーを通し、海外医療ボランティアの重要性を改めて感じることができました、また海外の歯科学生のすざましいほどの勉強に対する貪欲さは私たちにとって大変良い刺激になりました。

## トンガにおける医療活動

時田信久 南太平洋医療隊

南太平洋医療隊は1998年に発足されトンガ王国で歯科の医療活動をしております。医科系の参加希望も多かったので医療隊と言う名前にしたのですが今のところ歯科のみです。私自身は1992年よりウ゛ァヌアツへ医療を送る会や南太平洋に歯科医療を育てる会に参加しており、ウ゛ァヌアツでは抜歯と義歯の作成が主の仕事でした。ところがトンガでは治療が主な仕事です。

あまりにも子供達に虫歯が多いので口腔衛生の活動に自然と変わってきました。今では日大松戸の衛生学教室の指導に従い充実した活動になってきております。また口腔外科医がいないため重度の患者はニュージーランドへ送っていたため大変でしたが現地の歯科医を日大松戸に2000年11月から留学させており大変有意義なことであると確信しております。その国に一番必要な活動をすると言うのは大変難しいと思いますがもう一度考慮すべきで課題であると思います。

## モンゴルとの国際歯科医療交流について 新歯科診療所「エネレル」の建設

黒田耕平（日本モンゴル文化経済交流協会）

モンゴルではロシアに追従して起こったペレストロイカにより、医療の分野においても大きな変化があった。混乱の中で社会主義時代の良き公衆衛生システムは実体を伴わないものとなり、輸入に頼らざるを得なかった機械や材料の不足から歯科医療現場においても混乱を極めている。我々は、「モンゴル人自身による歯科医療活動の自立」を目標に、13年間に渡り交流を続けている。当初は国レベル(厚生省、医科大学)での交流を進めていたが、わずか5年ほどの間に相手側担当者(歯学部長)の5度もの交代に会い、支援した歯科機材も管理できず何度も振り出しに戻された。その後、責任の所在がはっきりする民間レベルでの交流に切り替え3度の歯科診療所失敗を経て、1994年に日本で研修を受けた歯科医師を中心に「エネレル」歯科診療所を開設した。2002年5月にはモンゴル初の歯科診療所独自の建物を新築し、モンゴル国民の健康を守る基地として医療活動を行っている。

現在の「エネレル」には、歯科チェア18台、パノラマ・デンタルレントゲンを始め、歯科材料、消毒用機材、光照射器、電気メス、超音波スケーラー、根管長測定器、ポータブル切削セットとデンタル撮影機、往診車2台、歯ブラシの植毛機械、各種視聴覚機器等々の日本製品がある。当初は殆どが日本からの援助であったが、ここ数年は歯科材料は自前で購入しており、自立に向けて確実に発展している。スタッフの研修も、1992年より延べ27人のエネレル職員(歯科医師、歯科技工士、歯科看護婦1人、技術者等)を日本に招き研修を行ってきた。4年前からは、エネレルを中心に「全国歯科疾患予防プロジェクト」を国・メディア等の後援を受け、全国21県と首都特別区の代表歯科医師と共に取り組んでいる。

また、3年前から歯科にとどまらず、全身の「健康づくり活動」の取り組みも実施している。今年エネレルでは、独自に「モンゴル銀行職員の健診・保健活動」(血圧、体脂肪率、尿チェック、尿塩分チェック、歯科検診、カリオスタット検査等)を実施した。わずか3回の日本との「健康チェック活動」の経験で、彼ら自身が自分達だけの力で行えるようになった。さらに首都郊外の障害者施設職員から歯科保健予防活動の依頼があり、エネレルの公衆衛生活動は広く認知されつつある。

## ネパール歯科医療協力会 14 年間の歩み

### 小原真和 ネパール歯科医療協力会

1989年に活動を開始し、1991年に発足した「ネパール歯科医療協力会」は、現在、約500名を上回る会員がおり、ネパールにおける歯科保健医療活動を支援するとともに、派遣隊員の募集、NGO国際協力に関する国内での研修会の開催、他のNGO団体との情報交流などを行っています。歯科診療をメインに、WHOの健康戦略であるヘルスプロジェクトの導入と現地口腔保健専門家の養成事業を通しての自立型歯科保健の実現に向けて進んできました。本会は1989年から2003年まで16回のミッション派遣を行っており、活動フィールドはネパール国内10箇所です。活動開始当初のメディカルケアからヘルスケアにシフトし、プロジェクトの主体は依存型から自立型に移行してきました。活動対象累計は現時点で42,878人内メディカルケアー11,761人ヘルスケアー31,117人となっています。現在、夏と冬の2回、歯科医師や歯科衛生士、研究者などで構成するミッションを日本から派遣する他、健康教育受講で得た知識を活かし、多くのネパール人がフィールドで活躍しています。

歯科診療(medical care)歯科保健活動(health care)地域保健開発(social care)の実践のために3つのプロジェクト、歯科診療・地域歯科健康(成人)・学校歯科健康(子供)が柱と成ります。本医療協力会の目標である歯科保健は、自立型歯科保健プロジェクトであるために、学校歯科保健、マザーボランティアコース、現地口腔保健専門家の養成、現地口腔保健専門家(COHW)の組織作りこの全体が統合癒合する必要があります。

歯科診療プロジェクトは1989年の1次隊での試行に始まり、これまでに約一万人以上の住民を対象に歯科診療を実施してきました。高い技術を身に付けた日本人による丁寧な診療は住民が最も期待するところです。本会へは過去全国から21の歯科大学および歯学部から参画しています

## 北京市における在留邦人の歯科受診動向

田中健一 北京天衛診療所

### はじめに

日本国民の罹患率において歯科疾患は非常に高い。この罹患率の高さは海外において痛みや脱落など問題を生じやすいことを意味する。演者は、2000年12月に在留邦人の医療不安を軽減する目的で北京市に開設された診療所に勤務している。2001年5月には口腔医師免許を取得し、実際の医療活動も可能になった。その後、厚生労働省の研究班、経済産業省を中心とした次世代育成会への参画を通じ、社会保障制度そのものに関与するようになった。赴任者に対しての最適な歯科医療制度を探る目的で来院患者の受診動向を調査した。

### 方法

診療所（診療科目は内科・小児科・婦人科・中国医学・歯科）へ来院する患者を対象に、受診理由、年齢、職種などについて聞き取りを行い、疾病動向ならびに受診動向の分析を行った。

### 結果

- 1 歯科外来患者の構成は、企業派遣者は約70%、子供30%、留学生10%であった。
- 2 新患患者における受診理由で最も多かったのは修復物の脱落であった。また虫歯治療への希望を含む受診者のほとんどがなんらかの症状を自覚しての来院であり、健診希望による来院はわずかであった。

### 考察

海外の医療機関の治療費は総じて高額である。受診抑制およびモラルハザードをなくすためこの点を踏まえ以下に政策提言を行う。

- 1 個別の企業への政策提言：
  - ・かかりつけ歯科医制度の構築
  - ・赴任直前の集中的診療をなくすこと
  - ・赴任地にレントゲン写真、歯の模型、過去のカルテの写しの持参を指導すること
- 2 企業団体および国への政策提言：
  - ・日本人団体として外国における医療機関と団体交渉し治療価格を決定する（HMO概念の導入）こと
  - ・現地医療機関に対する評価基準の策定
  - ・日本国内の診療所とのリフェラルシステムの構築
- 3 歯科関係者への政策提言；
  - ・断片的情報の統合（国、企業、歯科医療関係者の有する情報の統合）

連絡先 田中健一 350-1335 埼玉県狭山市柏原 2783

## 青年海外協力隊へはどのような歯科医師が参加しているか

原田祥二 原田 歯科

### はじめに

青年海外協力隊〔以下、協力隊と言う〕は国際協力事業団〔JICA〕の実施する国の事業であり、1965年の事業発足以来、2001年4月までに20歳から39歳までの約21,000名の青年が255の職種において71カ国に派遣されてきた。今回、演者は協力隊の職種のひとつである歯科医師隊員について検討した。

### 対象と方法

1965年の協力隊発足以来、協力隊事務局で管理されているデータを用いた。協力隊における歯科医師隊員の派遣は1976年が最初であり、以後2001年4月までの歯科医師隊員について、男女別に、隊員数、年齢、派遣国などを検討した。

### 結果

協力隊発足以来36年間で延べ34名の歯科医師が参加していた。隊員は、歯学部卒業後平均5.1年で協力隊に参加していた。派遣時の平均年齢は、男性29.6歳、女性31.3歳、全体で29.9歳であった。派遣時の平均年齢は、男性29.6歳、女性31.3歳、全体で29.9歳であった。派遣国はアジア〔マレーシア、モルジブ、ブータン〕、アフリカ〔マラウイ、タンザニア〕、大洋州〔ミクロネシア、サモア、ソロモン諸島〕の8カ国であった。また、隊員の出身地は21都道府県に渡り、北海道〔7名〕、青森、東京〔以上いずれも3名〕、など8割が東日本であった。出身大学は16国公立大学であり6割が私立大学出身者であった。主な出身大学は、北大〔6名〕、松本歯科大〔4名〕、東京医科歯科大〔3名〕、北海道医療大、東京歯科大、日本歯科大、鶴見大、神奈川歯科大、愛知学院大〔以上いずれも2名〕であった。

### 考察

結果から、協力隊参加時の歯科医師隊員の臨床経験は5年、年齢は30歳であったが、臨床経験の幅は1年から14年までと大きかった。さまざまな価値判断で協力隊に参加したことが推測されるが、帰国後どのような歯科医師を目指すかを含めて協力隊に参加することも重要と思われる。

連絡先； 原田祥二 047-0032 小樽市稲穂2 - 12 - 2 原田歯科  
[haradash@gray.plala.or.jp](mailto:haradash@gray.plala.or.jp)

## 青年海外協力隊としてのボリビアでの活動報告

斉藤 さつき DHネットワーク

1995年から1997年の約2年間に渡り、青年海外協力隊として、南米ボリビアにおいて活動した様子についてご報告させていただきます。

ボリビアという名前を聞いても世界のどの辺に位置するどんな国なのか想像できる方はそう多くないと思いますので簡単にご説明しますと、南米大陸の内陸に位置し、東をブラジル、西をペルーに接する国で国土面積は約日本の3倍、人口7200万人、先住民族（モンゴロイドの血を引く）ケチュア族、アイマラ族が5割と白人とインディオの混血が3割、残りを白人が占めるという人口構成でカトリックを多くの人々が信仰し当時のGNPIは日本の約50分の1といわれていました。

青年海外協力隊の基本的なシステムとしては、国家間の契約にもとづき、要請のあった国に必要な技術をもった隊員を派遣するという形をとっていますが、いかんせん国家組織でさえ安定とは言いがたい国が大半を占めているため、実際私達の活動がスムーズに進むということは少ないのが現状です。ボリビアも例外ではなく活動はスムーズとは行きませんでした、生活習慣や価値観の違い、言葉の通じないコミュニケーションの難しさ、それらを実感した2年間でした。

実際私が行った活動は子供達への口腔衛生指導と子供の指導者への口腔衛生教育の啓蒙活動でした。ボリビアへの歯科衛生士の派遣は私で3代目なのですが、まだまだボリビアでの口腔衛生教育は不足していると思い活動しました。基本的な衛生教育でさえもまだ十分でない状態なので、口腔衛生にまで関心を向けてくれる人が少ないのが現実でしたが、やはり基本は口腔衛生教育だと信じ、ボリビアを歩いた2年間でした。