

援助手法調査研究
「沖縄の地域保健医療における
開発経験と途上国への適用」
報告書

2000年3月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

総研
J R
00-15

序 文

近年、開発援助の世界では、社会開発分野の援助を通じた「人間中心の開発」が重視されており、そのなかで保健医療面での協力は人間の諸活動の根幹を支える健康に貢献するものとして従来にも増して注目されています。

しかし途上国に目を転ずるに、私たちには既に過去のものとなった感染症や、エイズなど新興の病気が蔓延しております。また、予防または処置可能な疾病であっても適切な教育や医療が行われなために日々貴重な生命が失われているのが現状です。

こうした状況を少しでも改善するため、途上国政府はもとより各国援助機関、NGOが途上国の人々の健康水準向上のために努力を続けており、我が国も世界最大のドナー国として同分野における援助の質の向上を図るとともに、指導的な役割を發揮していくことが期待されています。

こうした中、今回、沖縄県の戦後の保健医療の歴史を取り上げることとなった背景には、同県の戦後の復興の経験が、途上国に対する支援の質的改善において何らかの示唆を持つのではないかという問題意識がありました。

終戦直後の沖縄県では、医師をはじめとする医療従事者や医療施設の不足から、常に各種感染症や疾病に脅かされており、また、亜熱帯性の気候や島嶼性から生じる障害と相まって、現在の公衆衛生状況に至るまでには永い苦闘の歴史がありました。

本報告書は、こうした状況を官民を挙げた協力で克服してきた沖縄県の貴重な経験・ノウハウを整理したものであります。前述のように開発における保健医療面での援助の重要性が増している中で、同県の地域保健医療の開発経験を体系化し、併せて、同県の独自性を活かした国際協力の可能性について検討を行ったことはまことに時宜を得たものといえます。

本調査研究の実施にあたっては、沖縄県の保健医療についての長年にわたる経験と深い知見を有しておられる 比嘉政昭 沖縄県中央保健所長を座長としてお迎えし、さらに委員・アドバイザーとして戦後の沖縄の公衆衛生水準の向上に尽力された医師、保健婦、自治体の方々にご協力をいただきました。座長、委員、アドバイザー各位をはじめ、本報告書の完成までにご協力を頂いた多数の関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

最後になりますが、本報告書が途上国の人々の保健医療水準の向上のための一助になるとともに、これを契機としてJICAと沖縄県の人々との交流が深まり、新たな国際協力の輪が広がるよう祈念いたします。

平成 12 年 3 月

国際協力事業団
国際協力総合研修所
所長 加藤 圭一

本報告書について

座長 比嘉 政昭(沖縄県中央保健所長)

1. はじめに

この報告書は、国際協力事業団の委嘱を受けて1999年初頭より約1年にわたって開催された検討会の成果を中心にまとめたものである。

本検討会は以下の諸目的を念頭において進められた。(1)沖縄に蓄積されている地域保健医療に関する経験を体系化して開発援助のマニュアルとして活用すること、(2)沖縄県内の国際協力の資源を精査したうえで、今後の沖縄の官民を巻き込んだ国際協力の可能性について議論し、提言すること、(3)報告書は英訳し、研修などでの活用を視野に入れるとともに、(4)沖縄県の保健医療の歴史と今日までの国際貢献を広く県内外に紹介することも期待した。

次に、沖縄の行う国際保健医療協力として、次のような前提をおいて検討した。(1)戦後からこれまでの本県の経験を生かせる内容であること、(2)プライマリー・ヘルスケアを中心とした内容であること、(3)おおむね現在の県内の施設、設備及びマンパワーで対応できる内容であること、(4)国際協力の経験が県内に蓄積できるように配慮すること、(5)県内の若い世代も参加できるように配慮すること、そして、(6)研修終了後もフィードバックや指導・助言ができるようにすることとした。

上記の目的、前提を想定した背景には、沖縄県の保健医療の分野で形成・蓄積されてきたアプローチやノウハウを整理・分析することで、それを国際協力に活用できるのではないか、という問題意識が存在した。さらに、国の行う国際協力と県レベルで行う国際協力では自ずと違いがあり、県では中間レベルの保健医療スタッフの養成に力点を置いた方がよいとの考えに基づいたものであった。

今回の検討作業をとおして、沖縄の亜熱帯性気候、島嶼性及び戦後の歴史的経験は日本のほかの地域にはない独自性として、途上国が抱える困難に対して有益な参考になるとの確信が持てた。しかしながら、蓄積された経験やノウハウは時間とともに徐々に消え、形を変えてゆく性質のもので、世代から世代へ継承していくには弛まない努力が必要であることも痛感された。このことから、戦後、沖縄が県民の創意と工夫で作りあげてきた保健医療制度、技術、システムをまとめ、再評価したことは時宜を得たものであり、途上国の支援に役立つだけでなく、県民の財産としても継承していくべきものであるとの考えに至った。

さて、ひとつひとつの事業を振り返り、まとめの作業を通じて、我々に伝わってくるものは、保健事業に従事した方々の情熱であり、行政と住民が一体となった活動である。米国軍政府・民政府、日本政府の施策を引き出したのは日米政府の政策だけでなく、このような地域住民の働きが大きかったと思われる。また、医療従事者の少ない中で粉骨砕身、地域医療に従事した医師、離島へき地も厭わ

ず市町村に駐在し、乳幼児・母子保健事業、結核患者の在宅治療等に駆け回った公衆衛生看護婦(現在の保健婦) 離島僻地で住民の命を守った介輔等々、制度としての役割を果たしただけでなく、医療人としての使命と誇りをもって仕事した人々の姿であった。

その結果として風土病といわれたマラリア、フィラリア、鉤虫症等の寄生虫症も地域住民、琉球政府、日本政府及び米国民政府の一体となった活動で駆逐に成功した。

こうした関係者の熱意と努力は、開発援助においてもプロジェクトを成功に導く鍵であると思われる。本報告書の行間に読みとって欲しい。

時間的制約もあり、所期の目的が達成されたか些か不安もあるが、これから国際協力に従事する方が、本書の報告から開発途上国におけるプライマリー・ヘルスケア活動の指針を見つけ、途上国の保健医療水準の向上に資することができれば、この検討事業に従事した者達の喜びとするところである。

2. 本調査研究報告書の構成

本報告書は、主に次の部分から構成される。

第1章では、途上国をとりまく保健医療の現状と課題、我が国の取り組みについて記述した。依然として多くの途上国が劣悪な医療環境のなかにあり、保健医療協力は極めて緊急を要する、地球規模の問題であることを理解していただけるであろう。

第2章は、現在の沖縄の姿を理解していただく趣旨で一章を設けた。ここでは沖縄の地理的・気候的特性、及び経済や健康指標のほかに、戦後の医療従事者数の推移、医療機関、行政システムの現況についても併せて記述した。

第3章では、戦後沖縄県が労苦を乗り越えてつくり上げた保健医療システムや、医療の極度の不足下で疾病克服のために奮闘した医師・保健婦・保健行政の活動の歴史についてテーマごとにとりまとめた。本章は、県の行政機関、中核病院、保健所、看護婦、大学、NGOなどで現在も保健医療の現場で活躍されている方々に執筆を依頼した。

第4章では、沖縄の各種保健・医療機関の概要と彼らが行ってきた国際協力の実績について記述した。本章は最終章で沖縄の国際協力を検討する上での基礎資料となる。

最終章では、沖縄の開発経験と現存する医療提供能力を用いていかなる分野で保健医療協力を行うことができるかについて検討し、提言にとりまとめた。

その他、囲み記事では、戦後の混乱期に保健医療活動に従事した方々や、実際に途上国で国際協力にあたられた方々に、厳しいリソースの制約下でとった問題対処法、現場での体験等についての執筆をお願いした。また、巻末に「保健婦活動マニュアル」を添付したのでご活用頂きたい。

3. 本研究の実施体制

検討会は平成11年1月に開始され、以後7月まで計5回開催されたのち、報告書のとりまとめ作業を行った。毎回、各委員・アドバイザーから沖縄の保健医療の経験が紹介されるとともに、途上国への適用可能性について熱心な議論が行われた。

委員は、本調査研究の実施及び報告書とりまとめの方針を決定するとともに、執筆及びタスクフォースの作業への指導・助言を行った。アドバイザーの鈴木信(琉球大学医学部名誉教授)、吉田朝啓(カンボジア沖縄友好の会会長)の両先生には研究当初から報告書完成までの長きにわたり大所高所から貴重なご助言をいただいた。

また、各種の資源制約を克服し保健医療水準の向上に貢献した歴史の当事者・目撃者である方々に執筆面での協力をお願いした。タスクフォースは、検討会にて委員・アドバイザーから示された方針・助言等を受け、関連資料・情報の収集・分析及び報告書の執筆・編集を行った。

4. 結び

本報告書のとりまとめにあたっては、執筆協力者の方々のほか、琉球大学医学部をはじめとする多くの関係機関・団体に多大なご協力を賜った。また、全ての方のお名前を挙げるができないのは残念ではあるが、特に琉球大学医学部附属沖縄・アジア医学研究センターの野崎宏幸助教授および沖縄県福祉保健部企画係の知花玲子主任には多大なご協力・ご助言を賜った。

こうした方々の協力を仰ぐことができなければ本書は日の目を見ることができなかつたであろう。委員を代表してこの場を借りて心より感謝申し上げたい。

最後に、この事業を企画し、粘り強く構成、助言等ご尽力いただいたJICA国際協力総合研修所調査研究課の関係者の皆様に感謝申し上げたい。

本報告書の作成にあたっては全編にわたり以下の書籍を参照しました。

報告書各章での紹介は割愛させていただきます。

- 1) 「長寿のあしあと - 沖縄県長寿の検証記録 - 」 沖縄県環境保健部予防課、1995年
- 2) 「亜熱帯地域の公衆衛生 - 長寿地域沖縄における50年の経験 - 」
(財)亜熱帯総合研究所、1997年
- 3) 「沖縄の医学(医学・保健統計編)」 稲福盛輝 編著 考文堂、1979年

本研究の実施体制

本報告書の作成に携わった委員、アドバイザー、執筆協力者、タスクフォース等の関係者は以下のとおりである(職位は平成12年3月現在のもの)。

委員

(座長)	比嘉 政昭	沖縄県中央保健所	所長
	安次嶺 馨	県立中部病院	副院長
	金城 マサ子	沖縄県福祉保健部	次長
	仲里 幸子	沖縄県立看護大学	教授
	金城 誠一	JICA 沖縄国際センター	業務課長
	橋爪 章	JICA 医療協力部	医療協力第1課長
	小澤 勝彦	JICA 国際協力総合研修所	調査研究課長

アドバイザー

鈴木 信	琉球大学医学部名誉教授	沖縄長寿研究センター
吉田 朝啓	カンボジア沖縄友好の会	会長

執筆協力者

大嶺 千枝子	前沖縄県立沖縄看護学校	校長
岸本 高男	沖縄県衛生環境研究所	衛生科学部長
福盛 久子	沖縄県福祉保健部 健康増進課	保健指導監
小渡 有明	沖縄県南部保健所	所長
仲宗根 正	沖縄県北部保健所	所長
崎山 八郎	沖縄県コザ保健所	所長
譜久山 民子	沖縄県石川保健所	所長
大城 清子	沖縄県中央保健所 保健福祉課	課長
平川 宗隆	沖縄県中央保健所 生活環境課	課長
比嘉 文子	沖縄県石川保健所 保健福祉課	課長
下地 ヨシ子	沖縄県中央保健所 保健福祉課	主幹
沖山 隆雄	沖縄県中央保健所 食品対策班	主幹
山城 昌子	沖縄県石川保健所 健康増進課	保健主幹

タスクフォース

(主査)	石井 羊次郎	JICA 国際協力総合研修所	国際協力客員専門員
	蔵下 順子	JICA 国際協力総合研修所	調査研究課 ジュニア専門員 (事務局兼務;平成11年3月まで)
	甲口 信明	JICA 国際協力総合研修所	調査研究課 職員 (事務局兼務;平成11年3月から)
	名嘉座 元一	株式会社沖縄計画研究所	研究部長(コンサルタント)

事務局

事務局はJICA国際協力総合研修所調査研究課が務めた。検討会実施にあたってはJICA沖縄国際センターの協力を得た。

目 次

1. 途上国の保健医療分野における開発課題と我が国の取り組み	1
1 - 1 途上国の保健医療分野の現状	1
1 - 1 - 1 先進国と途上国の健康格差	1
1 - 1 - 2 途上国における主要感染症(結核、HIV/エイズ、マラリア)	2
1 - 1 - 3 途上国における子どもの健康実態	3
1 - 1 - 4 女性の健康/リプロダクティブヘルス	4
1 - 1 - 5 人口問題と保健福祉	5
1 - 1 - 6 途上国の保健医療政策の現状	5
1 - 2 開発協力の課題と保健医療分野	6
1 - 2 - 1 開発課題の変遷	6
1 - 2 - 2 プライマリー・ヘルスケア(PHC)の概念と展開	8
1 - 2 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康と権利)	8
1 - 2 - 4 子どもの健康対策	9
1 - 2 - 5 感染症対策への取り組み	10
1 - 2 - 6 栄養対策への取り組み	11
1 - 2 - 7 セクタープログラムの展開	12
1 - 2 - 8 人口・保健分野のそのほかの課題	12
1 - 3 日本の人口・保健開発協力への取り組み	13
1 - 3 - 1 日本の人口・保健開発協力の現状	13
(1) 日本の政府開発援助(ODA)の現況	13
(2) 我が国の人口・保健開発協力事業の現況	15
1 - 3 - 2 我が国の人口/保健開発協力の課題	17
(1) 国別、セクターアプローチの強化	17
(2) 貧困対策、包括的生活環境改善の視点と対応する援助スキームづくり	17
(3) 適正技術の開発に向けた分野別事業経験の体系化と情報公開	18
(4) 人口保健開発協力にかかわる人材の養成・確保更には組織育成	18
(5) 応用科学としての援助事業の位置づけ	18
2. 沖縄の地域保健医療の現況	20
2 - 1 沖縄の基本情報	20
2 - 1 - 1 自然及び地理的特性	20
2 - 1 - 2 歴史・文化的特性	22
2 - 2 沖縄の保健医療の現況	23
2 - 2 - 1 基本情報	23
(1) 人口の推移	23
(2) 生産活動の推移	24

2 - 2 - 2	県民の健康指標	25
(1)	人口動態及び疾病構造	25
(2)	沖縄県の医療費	25
2 - 2 - 3	保健医療機関・施設の現況	26
2 - 2 - 4	保健医療・環境衛生行政の概要	28
(1)	行政の主体	28
(2)	保健医療計画	28
2 - 3	医療従事者の現況	30
2 - 3 - 1	医師	30
(1)	現状と推移	30
(2)	養成の動向	31
2 - 3 - 2	看護婦・保健婦・助産婦	31
(1)	現状と推移	31
(2)	養成の動向	32
2 - 3 - 3	理学療法士・作業療法士	33
(1)	現状と推移	33
(2)	養成の動向	33
2 - 3 - 4	診療放射線技師・臨床検査技師	33
(1)	現状と推移	33
(2)	養成の動向	33
章末資料1	沖縄県看護職員の養成機関	34
章末資料2	沖縄県看護職員の養成実績	34
章末資料3	沖縄県立看護大学の概要	35
3.	沖縄の特色ある地域保健活動の軌跡	36
3 - 1	米軍統治と地域保健医療への影響	36
3 - 1 - 1	米軍統治時代の医療の実態	36
3 - 1 - 2	米軍統治時代の保健・医療制度	36
(1)	官営医療制度	37
(2)	介輔制度	37
(3)	本土医学生留学制度	37
(4)	保健所の設立	37
(5)	公衆衛生看護婦の育成	37
(6)	臨床検査技師の養成	38
3 - 2	介輔制度と地域保健医療活動	39
3 - 2 - 1	制度誕生の背景と制度の変遷	39
3 - 2 - 2	介輔の制度内容	39
3 - 2 - 3	介輔の推移	40
3 - 3	保健婦活動	42

3 - 3 - 1	保健婦の養成	42
(1)	はじめに	42
(2)	保健婦講習会・社会情勢に合わせた講習養成を開始	42
(3)	公衆衛生看護学校・保健所と教育の一体化	43
(4)	現任教育・継続教育活動サービスの質の均一化をめざして	43
3 - 3 - 2	保健婦駐在制度	44
(1)	保健婦の地域駐在制度	44
(2)	組織と配置	45
(3)	業務管理と指導体系	45
3 - 4	母子保健対策	47
(1)	行政的な歩み	47
(2)	母子保健活動の歩み	48
3 - 5	緊急移送体制の展開	53
3 - 5 - 1	離島医療支援情報ネットワーク	53
(1)	医療支援ネットワークの変遷	53
(2)	現在のシステム	55
3 - 5 - 2	救急患者移送状況	56
(1)	緊急医療	56
(2)	緊急時のオペレーション	56
3 - 6	感染症対策	58
3 - 6 - 1	消化器感染症対策	58
(1)	はじめに	58
(2)	赤痢集団発生の要因	58
(3)	感染源・感染経路対策による赤痢等集団発生の改善	59
(4)	まとめ	59
3 - 6 - 2	予防接種	60
(1)	予防接種の概要	60
(2)	各種予防接種	60
3 - 6 - 3	結核対策	64
(1)	戦後の結核の状況	64
(2)	結核対策の概要	64
(3)	戦後の結核対策からの教訓	66
3 - 6 - 4	ハンセン病対策	69
(1)	はじめに	69
(2)	第二次世界大戦直後のハンセン病対策	69
(3)	「ハンセン氏病予防法」の制定	69
(4)	沖縄らい予防協会と日本政府、琉球政府の連携	70
(5)	まとめ	70
3 - 6 - 5	寄生虫対策	71

(1) 寄生虫病の蔓延状況	71
(2) 寄生虫ゼロ作戦	71
(3) 「寄生虫ゼロ作戦」の教訓	73
3 - 6 - 6 マラリア対策	75
(1) 戦後の対策を取り始める前の状況	75
(2) 対策の軌跡と経験	75
(3) 対策成功の要因及び教訓	77
3 - 6 - 7 フィラリア対策	78
(1) 戦後の対策を取り始める前の状況	78
(2) 対策の軌跡と経験	78
(3) 成功の要因及び教訓	80
3 - 6 - 8 レプトスピラ症対策	82
(1) 沖縄のレプトスピラ症	82
(2) レプトスピラ症の概要	82
3 - 6 - 9 沖縄の性病対策	84
(1) 戦後の性病流行状況	84
(2) 性病予防対策	84
(3) 対策の効果	85
3 - 6 - 10 環境衛生対策	86
(1) 安全な水の確保対策	86
(2) 便所・尿尿処理の変遷	87
3 - 7 有害衛生動物対策	89
3 - 7 - 1 沖縄の衛生動物防除史	89
(1) はじめに	89
(2) 米軍直属・地区衛生課による衛生動物防除(1945年～1951年)	89
(3) 保健所による衛生動物防除(1951年～1952年)	89
(4) 市町村による衛生動物防除(1972年～1998年)	91
3 - 7 - 2 ハブ対策	98
(1) 被害者(対人)対策	98
(2) 被害者(ハブ)対策	98
(3) 環境対策	98
3 - 8 食品衛生対策	99
3 - 8 - 1 食品衛生対策	99
(1) はじめに	99
(2) 食品衛生対策が導入された前後の状況	99
(3) 食品衛生対策	100
(4) まとめ	100
3 - 8 - 2 乳肉衛生対策	100
(1) はじめに	100

(2) 乳肉衛生対策が導入された前後の状況	100
(3) 対策導入の経緯及び具体的対策	101
(4) まとめ	101
3 - 9 障害者福祉対策	102
3 - 9 - 1 身体障害者・身体障害児の福祉	102
(1) 身体障害者の概況	102
(2) 身体障害者の援護	102
(3) 身体障害児の福祉	104
3 - 9 - 2 精神薄弱者(児)の福祉	105
(1) 精神薄弱者(児)の状況	105
(2) 精神薄弱者(児)の福祉対策	105
4. 沖縄の国際保健医療協力のできる機関の概要及び実績	106
4 - 1 沖縄の公的機関	106
4 - 1 - 1 沖縄県	106
(1) 組織の概要	106
(2) 国際協力実績	106
4 - 1 - 2 県立病院	107
(1) 組織の概要	107
(2) 国際協力実績(中部病院)	108
4 - 1 - 3 保健所	111
(1) 組織の概要	111
(2) 国際協力実績	112
4 - 1 - 4 沖縄県衛生環境研究所	118
(1) 組織の概要	118
(2) 国際協力実績	118
4 - 2 琉球大学医学部	118
(1) 組織の概要	118
(2) 国際協力実績	119
4 - 3 民間機関	121
4 - 3 - 1 県看護協会	121
(1) 組織の概要	121
(2) 国際協力実績	121
4 - 3 - 2 臨床検査技師会	122
(1) 組織の概要	122
(2) 国際協力実績	123
4 - 4 NGO(非政府組織)	124
(1) 県内におけるNGOの概要	124
(2) 国際協力活動	125

5. 提言	132
5 - 1 序説	132
5 - 1 - 1 序説	132
5 - 1 - 2 提言検討の前提	132
5 - 2 国際保健医療協力の視点から見た沖縄の特性と協力可能な分野	133
5 - 2 - 1 沖縄の特性	133
5 - 2 - 2 協力可能な分野	133
5 - 2 - 3 具体的協力分野の検討	134
(1) 県レベルでの地域保健医療システムの強化事業	134
(2) 住民参加による PHC 型の地域保健事業	134
(3) 医療従事者の教育訓練事業	134
(4) 感染症対策事業	135
5 - 3 沖縄における保健医療協力事業拡充に向けて	135
(1) 開発援助活動を通じた沖縄の地域振興	135
(2) 国際保健に関する情報、研究、研修の拠点づくり	135
(3) 感染症対策、研究機能の強化	135
(4) 沖縄を活用した保健医療分野の各種開発援助国際会議の開催	136
(5) 県内 NGO の活動支援と住民参加の国際協力	136
5 - 4 結語；沖縄の経験が教えてくれるもの	136
【巻末資料】：保健婦活動マニュアル	145
1. 地区における保健婦活動の実際	145
(1) 担当地区の把握(情報収集)	145
(2) 保健婦活動計画の策定	146
(3) 駐在における主な対人保健業務の実際	149
(4) 救急患者の看護(参考資料 2「保健婦のための処置指針」参照)	154
(5) 健康づくりと地区組織の育成 - 住民参加型の保健活動 -	154
(6) 関係機関との連携・協力	155
(7) 住民参加と保健婦活動	155
(8) 管理業務	156
2. 母子保健活動の実際	163
2 - 1 妊産婦健康管理	163
(1) 母子健康手帳	163
(2) 妊婦健康診査及び健康相談	163
(3) 母親学級・両親学級	163
(4) 家庭訪問	163
(5) お産の準備	164
(6) 分娩	164
(7) 褥婦の保健指導	164

(8) 家族計画	164
2 - 2 乳幼児健康管理	164
(1) 乳幼児の把握方法	165
(2) 子どもの栄養	165
(3) 家庭訪問活動	165
(4) 乳幼児健康相談	166
(5) 健康教育	166
(6) 疾病予防	166
(7) 障害児への支援	166
(8) 思春期保健	167
(9) 母子保健推進員活動	167

表リスト

表1 - 1 先進国と途上国、後発途上国の健康指標の比較	1
表1 - 2 先進国と途上国の死亡原因の比較(単位%)	2
表1 - 3 先進国と途上国、後発途上国の医療従事者数の比較	6
表2 - 1 年齢構造の推移	22
表2 - 2 百歳以上長寿率の全国比較(人口10万人当たり)	23
表2 - 3 沖縄県の疾病構造	25
表2 - 4 医療機関の比較	26
表2 - 5 病床数比較	26
表2 - 6 沖縄県の保健所所管地域別医師数	31
表2 - 7 沖縄県の保健所所管地域別看護職員	32
表2 - 8 理学療法士の養成数	33
表3 - 1 医療従事者数の推移	36
表3 - 2 各離島別内訳(表左1972～97、表右1998)	57
表3 - 3 定期予防接種の種類と接種対象年齢、回数、間隔	63
表3 - 4 年次別マラリア患者数・死亡者数(1945年～1962年)	76
表3 - 5 宮古における検血率とフィラリア仔虫陽性率の推移	80
表3 - 6 身体障害者手帳新規交付者(児)の推移	102
表3 - 7 身体障害者手帳交付台帳登載者数	102
表3 - 8 身体障害者ホームヘルパー設置状況	103
表3 - 9 身体障害児の数(身体障害者手帳所持の18歳未満の児童数)	104
表3 - 10 肢体不自由児施設	104
表3 - 11 療育手帳交付台帳登載数	105
表4 - 1 海外技術研修員国別受入実績(1982～1998)	107
表4 - 2 医療従事者と県立病院勤務者の割合	107
表4 - 3 中部病院の職員定数及び現員	108
表4 - 4 琉球大学医学部の職員数	119

表 4 - 5	ラオス国・JICA・WHO 公衆衛生プロジェクトの日本側の投入実績	120
表 4 - 6	海外研修員の受入れ状況	122
表 4 - 7	臨床検査技師会会員数の推移	122
表 4 - 8	研修内容	124
表 4 - 9	マングローブ生態系保全の関係団体	126

図リスト

図 1 - 1	子どもの死亡原因 1995 年	3
図 1 - 2	妊産婦死亡の原因 1990 年	4
図 1 - 3	協力分野別プロジェクト数の推移	14
図 1 - 4	ODA の仕組み図	15
図 1 - 5	分野別経費実績構成比	16
図 2 - 1	沖縄県の平均気温と降水量	20
図 2 - 2	沖縄県の位置図	21
図 2 - 3	沖縄県の人口の推移	24
図 2 - 4	沖縄県の無医地区の状況	27
図 2 - 5	福祉保健部行政機構図	29
図 2 - 6	就業保健婦(士)数・助産婦数の推移(実績値)	32
図 3 - 1	米国海軍軍政府の医療行政機構図	38
図 3 - 2	介輔及び歯科介輔の推移(復帰後)	40
図 3 - 3	フィラリア防圧事業組織図	79
図 3 - 4	1945 年沖縄の三日熱マラリアの浸淫地域(Downs,1949)	92
図 3 - 5	マラリア患者数とそ族昆虫駆除担当職員の推移、沖縄本島(1946 ~ 1972)	93
図 3 - 6	マラリア患者数の変遷、八重山群島、宮古群島(1946 ~ 1962)	93
図 3 - 7	フィラリア陽性者の推移、沖縄県(1965 ~ 1979)	94
図 3 - 8	屋内残留噴霧の効果、宮古、北山(1965)	94
図 3 - 9	ネッタイエカの季節消長と 50% マラソン油剤の使用量(G)、宮古(1965 ~ 1966)	95
図 3 - 10	コガタアカイエカの季節消長、沖縄本島(1966-1971)	95
図 3 - 11	日本脳炎患者の推移、沖縄県(1949 ~ 1992)	96
図 3 - 12	防疫用殺虫剤の使用歴(1945 ~ 1998)	96
図 3 - 13	ネズミ・衛生害虫の発生状況(1994 ~ 1996)	97
図 4 - 1	保健所の組織概要(中央保健所)	112
図 4 - 2	沖縄県看護協会執行機関組織図	121

沖縄の戦後の地域保健医療の歴史(復帰まで)

年	主な出来事	保健医療の歴史	保健医療体制の整備
1944	10 大空襲により那覇市壊滅(10/10)		
1945	4 ニミッツ布告。米国(海軍)軍政府による直接統治 6 沖縄戦終結(6/23) 8 ポツダム宣言受諾、終戦(8/15) 8 沖縄諮詢会発足(8/24) 住民代表による公的機関	・ 医師助手制度開始(介輔制度の前身。軍政府布告 9 号) (3-2) ・ 八重山で「 戦争マラリア 」の大流行(~ 1947, 48) (3-6-6)	・ GHQ ・ 公衆衛生福祉部 ・ 軍政府 ・ 公衆衛生部、薬品管轄部 ・ 諮詢会 ・ 公衆衛生部
1946	4 沖縄民政府発足(知事は任命制。一定の自治)。沖縄議会創設。 6 米軍物資無償配布打ち切り 1 米国(陸軍)軍政府による統治へ 8 本土疎開者の引き揚げ開始 ガリオア基金による救援開始	・ 官営医療実施(4 月) (3-1) ・ 民政府発足により医療機関の管轄権は民政府 ・ 公衆衛生部へ ・ 赤痢の流行(46, 47 年) (3-6-1)	・ 9 公衆衛生地区誕生 ・ 民政府 ・ 公衆衛生部発足。(旧薬品管轄部は薬品課として統合) ・ 宜野座病院内に精神科病室設置 ・ 沖縄中央など 3 病院の付属看護学校で看護教育開始(100 名)
1947	3 八重山、奄美民政府発足 ララ救援物資配給開始(~ 1953)	・ 日本脳炎流行(196 名) (3-6-2) ・ マラリア撲滅条例制定(八重山民政府)。宮古島でマラリア防圧事業開始(3-6-6)	・ 沖縄中央衛生試験所発足
1948		・ 米国留学制度(~ 1971、計 1,054 名)	
1949	3 第 1 回ボリヴィア移民出発 4 エロア資金(経済援助復興資金)による援助開始 12 GHQ サムス公衆衛生局長沖縄視察	・ 本土大学留学「 契約学生 」制度開始(~ 1986、計 3,116 名) (3-1) ・ 本土より衛生視察団来沖	・ 民政府立琉球精神病院創立
1950	4 琉球復興金融基金創設 6 朝鮮戦争勃発(~ 1955 年まで) 9 群島政府(沖縄、八重山、宮古、奄美) 発足(公選制)。軍政府の圧力に対抗し政治運動拡大 9 米国民政府(USCAR)を設立(民生長官制)。米軍政府は解消	・ モデル病棟実施(沖縄中央、名護病院) ・ 第 1 回公衆衛生看護婦養成講習(3-3)	・ 民政府 ・ 公衆衛生部 ・ 琉球大学開学
1951	4 琉球臨時中央政府発足(群島政府は有名無実化) 5 日本 WHO 加盟承認 9 対日講和条約調印(北緯 29 度以南は米施政権下に) 基地建設ラッシュ	・ 看護婦養成学校法成立 ・ 保健所法公布。公衆衛生看護事業、市町村駐在制度開始(布令 35、36 号) (3-3) ・ 「 業務基準 」作成(3-3) ・ 介輔制度開始(布令 42、43 号) (3-2) ・ 「 伝染病の取り締まりについて 」(布令 46 号) (3-6)	・ 厚生局 ・ 公衆衛生課 ・ 保健所設置(南部、コザ、北部、八重山) ・ 沖縄救らい協会設立 ・ 簡易水道による給水開始(那覇市) ・ 沖縄群島看護婦協会 ・ 助産婦協会設立
1952	3 立法院議員選挙(初の直接選挙) 4 対日講和条約 ・ 日米安保条約発効(4/28) 7 琉球政府発足により間接統治に移行(返還まで。三権確立、ただし行政主席は任命制)。群島政府解消	・ 医師個人自由開業認可(布令 37 号) (3-1) ・ フィラリア浸淫予備調査開始(~ 1964) (3-6-7) ・ 保健所法制定(3-3, 4) ・ 母性及び乳幼児保健指導開始(3-4) ・ 食品衛生法施行(3-8)	・ 琉球衛生研究所発足 ・ 保健所設置(宮古、奄美)
1953	1 祖国復帰県民総決起集会 11 ニクソン副大統領来沖 12 奄美諸島が日本に復帰 リバック物資による学校給食(~ 1972)	・ 契約学生制度廃止に伴い琉球公費学生制度(55 年以降は国費学生制度と改称)開始(3-1) ・ 「 移民マラリア 」大流行(~ 1957) (3-6-6) ・ 日本脳炎大流行(213 名) (3-6-2) ・ 児童福祉法布令(3-4) ・ 「 A サイン 」制度開始(3-6-9, 3-8)	・ 社会局 ・ 公衆衛生部(厚生局は改称)

1954	1 アイゼンハワー大統領、沖縄基地の無期限保持を声明 2 本土・沖縄間の定期便就航	・結核の在宅医療制度開始(結核予防対策暫定要綱)(3-6-3) ・米、水道施設を譲渡(3-6-10)	
1955			
1956	12 日本国連に正式加盟	・公衆衛生看護学校誕生(布令162号)(3-3) ・結核予防法制定(3-6-3)	
1957	7 岸・アイク会談 米国民政府、高等弁務官制に移行(返還まで)	・「ウィラー計画」始まる(3-6-6) ・ポリオ流行(3-6-2) ・インフルエンザ大流行(3-6-2)	
1958		・「Aサイン」衛生検査を琉球政府に移管(3-6-9, 3-8)	・沖縄らい予防協会結成 ・琉球精神障害者援護協会設立(現、精神保健協会) ・琉球水道公社設立
1959		・らい病患者の在宅治療開始(「八重山方式」)(3-6-4)	・那覇開放性病院開院 ・那覇看護学校設立
1960	2 日本医師会会長来沖 アイゼンハワー大統領来沖 新安保条約自動成立	・ポリオが指定伝染病に(3-6-2) ・「精神衛生法」制定(3-9-2)	
1961		・土着マラリア終息(3-6-6) ・「ハンセン氏予防法」制定により在宅治療制度を実施(3-6-4) ・コレラ大流行(~62年) ・フィラリア調査開始(3-6-7)	・琉球寄生虫検査所(私設)開設
1962	ケネディー新政策「沖縄は日本領土」	・結核患者の県外委託治療事業開始(3-6-3) ・「性病予防法」制定(3-6-10) ・栄養士法、学校保健法公布(3-3)	
1963	6 異常干魃発生 11 在沖米軍のヴェトナム派兵始まる	・日本脳炎流行(120名)(3-6-2)	・(財)沖縄寄生虫予防協会発足
1964	10 東京オリンピック開催	・琉球政府予防接種法制定(3-6-2) ・「寄生虫ゼロ作戦」開始(~1969)(3-6-5)	・琉球政府立助産婦学校開校
1965	1 第1回佐藤・ジョンソン会談 8 佐藤総理訪沖 ヴェトナム戦争激化	・「フィラリア防圧」事業開始(3-6-7)(1978年以降確認されず) ・風疹大流行(3-6-2)	・那覇看護学校で公助看護総合教育始まる(91年那覇、コザ両看護学校閉校し、県立沖縄看護学校が開校。2000年県立看護大学開校)
1966		・3才児健康診査開始(3-4)	・県立那覇高校に衛生看護科開設
1967	第2回佐藤・ジョンソン会談(復帰合意)	・ハワイ大学との卒後臨床研修始まる(中部病院)(4-1-2)	
1968	相次ぐ事件、事故に基地撤去要求高まる	・ハンセン氏病予防法公布(3-6-4) ・公助看法制定(3-3)	・沖縄下水道公社発足
1969	11 佐藤・ニクソン共同声明(72年復帰決定)	・母子保健法公布(3-4) ・先天性風疹障害児の大量確認	・琉球大学保健学部開校(医学部設置は1979年)
1970	10 沖縄返還交渉開始 11 初の国政参加(衆参両院)選挙	・レプトスピラ症の濃厚な浸淫実態判明(伊是名島)(対策の結果、1978年以降確認されず)(3-6-8)	・沖縄公害衛生研究所設立(琉球衛生研究所が改組)
1971	6 沖縄返還協定調印式	・「処置指針」作成(3-3)	
1972	4 米軍、北爆再開 5 米国民政府、琉球政府解散(5/12) 日本復帰、沖縄県庁開庁(5/15) 9 日中国交回復	・救急患者輸送ヘリ到着、サービス開始(3-5) ・「公看」はすべて「保健婦」に	・沖縄県予防医学協会発足
1973	(米軍による環境汚染事故が問題化)	・日本脳炎以後確認されず(3-6-2) ・離島心電図伝送実験開始(3-5)	
1974			・県厚生部を2分し生活福祉部と環境保健部を設置

1. 途上国の保健医療分野における開発課題と我が国の取り組み

1 - 1 途上国の保健医療分野の現状

1 - 1 - 1 先進国と途上国の健康格差

健康格差の拡大

20世紀後半の世界は、科学技術の進歩と社会経済の発展に支えられてそれまでにない進展を遂げ、人類全体の健康状況にも大幅な改善がもたらされた。世界の平均寿命は1955年には48歳であったのが1997年には64歳にまで延び、5歳未満児の死亡率(出生1,000人当たり)は、1955年の210人から1997年には87人に減少した。このような健康状況の向上は、抗生物質等の医薬品や医療機器の開発と改良、医療技術の向上、さらに栄養改善や上下水道等の社会環境の整備などが複合して達成された成果である。

一方で、健康に関する先進国と途上国の間の格差は拡大の一途をたどった。先進諸国が先端医療の成果を享受してめざましい健康改善を遂げてきたのに対し、途上国では社会経済の混乱や開発の遅延に伴って保健医療サービスが低下し、さらに新興/再興感染症の流行、急速な人口増加と都市化に伴う環境悪化などにより健康問題は深刻な課題となった。

表 1 - 1 先進国と途上国、後発途上国の健康指標の比較

保健地域 指標区分	出生時平均余命(歳) 1997年	5歳未満児死亡率 出生1,000人当たり 1997年	妊産婦死亡率 出産10万件当たり 1990年
先進国	78	7	30
全開発途上国	63	96	488
後発開発途上国	51	168	1100
世界全体	64	87	430

資料：UNDP「人間開発報告書1998」、UNICEF「世界子供白書1999」

途上国の疾病構造の実態

途上国と先進国の死亡原因を比較してみると、先進国では循環器疾患が死亡原因の第1位を占め、癌、呼吸器疾患が続いているのに対し、途上国では感染症/寄生虫症が第1位であり、循環器疾患、周産期疾患、癌が続いている。感染症/寄生虫症は、先進国では環境衛生、予防、治療技術の向上から現在では死亡原因のわずか1%に過ぎないが、途上国では劣悪な生活環境に加えて、栄養不足、保健医療サービスの不備、健康教育の遅れなどにより全死亡数の半数近くに及んでいる。また、周産期疾患/妊娠合併症による死亡についても、周産期の母子の健康管理、出産施設の不備などが原因となって途上国では先進国の10倍にも達している。

表 1 - 2 先進国と途上国の死亡原因の比較(単位%)

死亡原因 地域区分	感染症 / 寄生虫症	循環器 疾患	周産期 疾患	妊娠 合併症	癌	呼吸器 疾患	その他
先進国	1%	46%	1%		21%	8%	23%
開発途上国	43%	24%	10%		9%	5%	9%
世界全体	33%	29%	7%	1%	12%	6%	12%

資料 : WHO「 World Health Report 1998 」

1 - 1 - 2 途上国における主要感染症(結核、 HIV/ エイズ、 マラリア)

次に、開発途上地域の死亡原因の上位にある感染症 / 寄生虫症について主要な結核、 HIV/ エイズそしてマラリアについて述べる。

結核

結核は、劣悪な生活環境や栄養不良、適切な治療サービスの欠如により慢性かつ重症化していくため、貧困層に多発する感染症である。1940年代から50年代にかけて抗生物質の開発により一時、急速に減少したものの、その後多剤耐性菌の出現、更にはエイズによる日和見感染により再度増加に転じ、現在では世界全体で年間730万人の新規患者が発生し、300万人(うち10分の1が小児)が死亡している。結核による死亡の99%は途上国で発生しており、途上国の予防可能な成人死亡原因の4分の1以上を占めていると報告されている。

HIV/ エイズ

HIV/ エイズは1980年代初頭に確認されて以来世界各地に急激に感染が広がったいわゆる新興感染症の代表的疾患である。現在、先進国では予防教育の普及などにより新規感染者の減少が見られる一方、途上国では依然顕著な増加が見られている。1997年の時点において世界全体で3,060万人が感染し、そのうちサブサハラ地域が2,080万人(68.0%)、南・東南アジア地域が600万人(19.6%)、ラテンアメリカ地域が130万人(4.2%)と途上地域が9割以上を占めている。また、エイズによる死亡者数は年間230万人で、そのうちサブサハラ地域が180万人(78.3%)、南・東南アジア地域が25万人(10.9%)を占めている。さらに、エイズによる15歳未満児の死亡者数は、世界全体で46万人、うちサブサハラ地域が43万人に達し、エイズにより両親を失った14歳以下の子どもの数は世界全体で820万人、そのうち780万人(95.1%)がサブサハラに集中している。HIV/ エイズはもっとも生産性の高い成人層を直撃し、国家経済に深刻な打撃を与えるだけでなく、母子感染や、エイズ孤児といった次世代への社会問題として、今後特にアフリカ諸国の開発に大きな障害となっていくと推測されている。

マラリア

マラリアも結核と同様に、一時的に制圧されたものが薬剤耐性により再び流行を示したいわゆる新興感染症である。熱帯地域を中心に世界中で年間3～5億人が発症し、死亡者数は年間150～270万人にのぼり、うち5歳未満の乳幼児は100万人にのぼり、途上国における小児死亡の主要な原因の一つである。一方、成人の感染は農業のための季節的移動や新規開発地域での就労などに起因するものが多く、死に至らないまでも労働力の低下を引き起こす。さらに妊産婦死亡や流産の原因にもなって

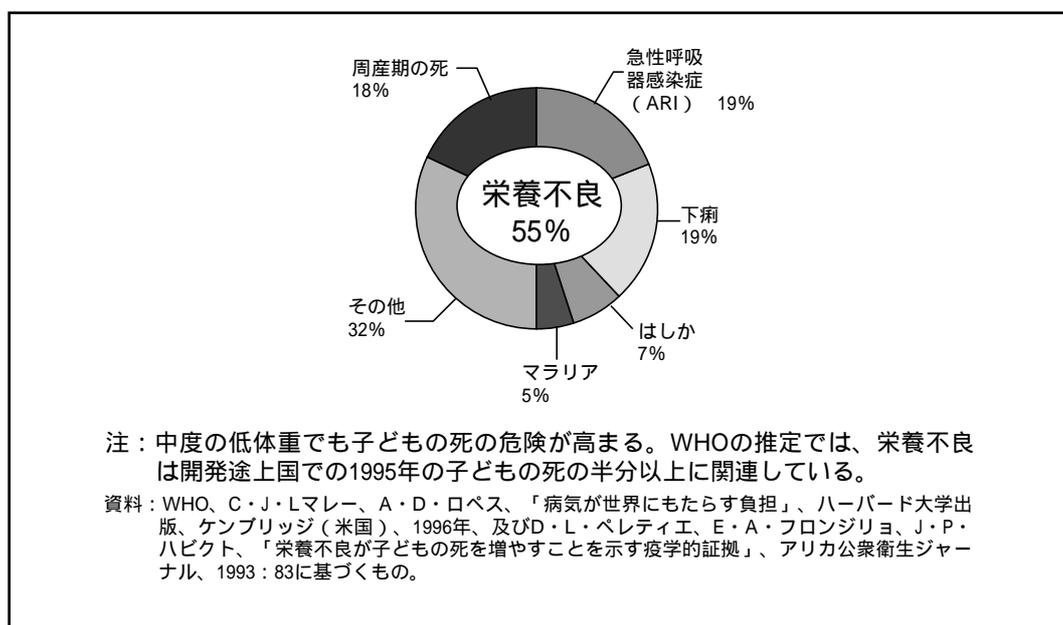
いる。アフリカにおけるマラリアによる経済損失は年間 22 億ドルにもものぼると試算されている。

1 - 1 - 3 途上国における子どもの健康実態

途上国の乳幼児の死亡原因

1 - 1 - 1 に記述したように途上国、特に後発途上国の乳幼児死亡率は先進諸国の 10 倍以上に達している。乳幼児の死亡原因は上位から急性呼吸器感染症、下痢、周産期異常がそれぞれ約 2 割を占め、非伝染性疾患が 1 割、麻しん、傷害、マラリアと続く(図 1 - 1)。これらの多くは予防接種や簡単な健康管理、環境衛生の整備、出産時のケアなどによって十分予防が可能な疾患である。

図 1 - 1 子どもの死亡原因 1995 年



資料：UNICEF「世界子ども白書 1999」

途上国における乳幼児の栄養不良

途上国では新生児の 5 人に 1 人が 2.5kg 未満の低出生体重児であり、毎年 1,200 万人にのぼる途上国の乳幼児死亡の半分以上は何らかの形で栄養不良に関連しているといわれている。栄養不良 / 不足は貧困などによる摂取量不足のみでなく、不衛生な水による消化器感染、不十分な栄養教育などにも起因している。子どもの栄養不良の地域的分布を見るとインド、バングラデシュ、パキスタンの南アジア諸国にその半分が集中しており、特に女兒の栄養不良が深刻な状況にある。また、ビタミンA、ヨウ素、鉄などの微量栄養素の摂取不足も途上国においては深刻な問題である。例えば、内陸国を中心に世界全体で 3,000 万人の乳児がヨウ素不足による身体的並びに知的発育遅延の危機にさらされている。

周産期管理の欠如と乳幼児死亡

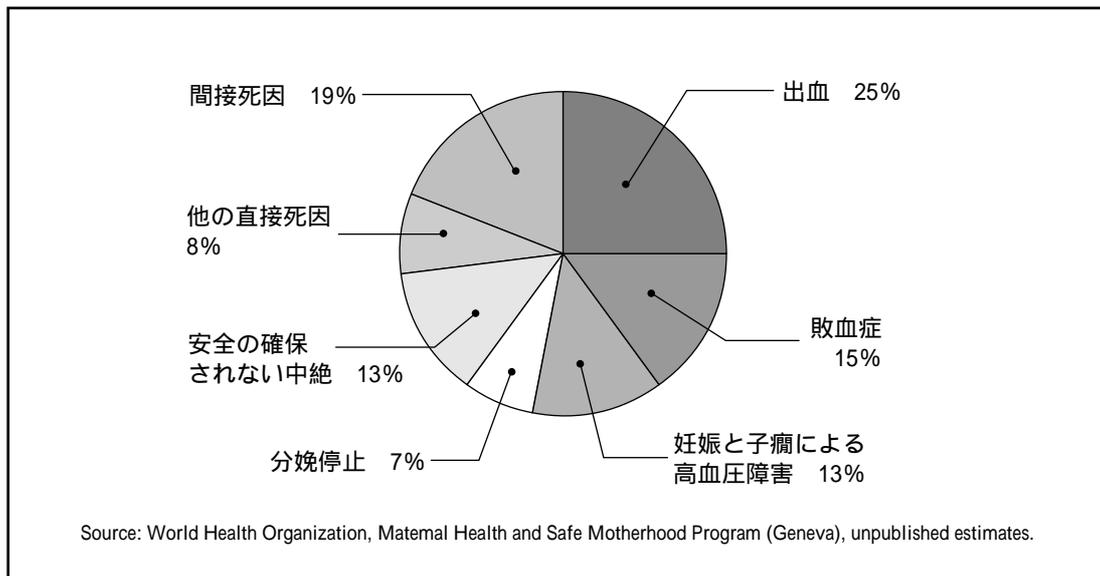
また、途上国で多発する周産期の流産、死産、新生児死亡については、妊産婦教育、妊娠管理の不足、出産時の感染予防や異常分娩に対する医療管理の欠如などが直接的な原因となっているが、その背景には、適切な家族計画の知識や手段が提供されないために起きる若齢・高齢妊娠や短間隔妊娠といった問題が存在している。

1 - 1 - 4 女性の健康 / リプロダクティブ・ヘルス

途上国の妊産婦死亡の実態

全世界で年間58万5,000人の妊産婦が死亡しており、その大部分がアジアとアフリカの途上国に集中している。原因は出血、敗血症、子癇発作、閉塞分娩等があげられるが、これらは早齢や、極端に短い産間による無理な妊娠、栄養不良、極度の労働、不十分 / 不適切な妊娠管理、更には不適切な妊娠中絶、出産時の不十分 / 不適切な医療処置に起因している。また、死に至らないまでも妊娠や出産の際に十分な介護を得られずに傷害や感染症などの後遺症に苦しめられている女性の数が毎年1,500万人にも及んでいる。

図 1 - 2 妊産婦死亡の原因 1990 年



資料：UNFPA「世界人口白書 1997」

低い家族計画普及率と女性への差別

途上国の女性は、女性にとって妊娠・出産に関する自発的な管理手段となる避妊や家族計画の知識・手段に関して、十分アクセスすることができない状況にある。1994年の国際人口会議(カイロ会議)では、世界中で3億5,000万組のカップルが近代的な家族計画の方法を利用できない状況にあり、また出産を望まない有配偶女性のうち1億5,000万人が何の避妊手段も利用していないと推定された。こ

のように、女性が自ら妊娠、出産を選択することが困難な背景には、医療サービスの不備や貧困といった問題だけでなく、性と生殖に関する不適切な社会認識や女性に対する社会や家庭での差別が存在している点を見逃してはいけない。

1 - 1 - 5 人口問題と保健福祉

増加し続ける世界人口と悪化する社会環境

世界人口は1999年に60億の大台に達した。世界人口の推移を10億人ごとの到達年で見ると、10億(1804年)、20億(1927年)、30億(1960年)、40億(1974年)、50億(1987年)となり、1900年代に世界人口が急増したことを示している。世界人口の増加率は、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスに関するニーズが徐々にながら満たされてきていることを反映して、1990年に入って鈍化傾向を示してきている。しかし、70年代、80年代生まれの高出生率世代が今後、出産期に入ることから、世界人口は依然、年間8,000万人以上の割合で増加し続けると推定されている。また、人口増加率を地域的に見ると、世界人口の8割を占める開発途上地域が1.8%、そのほかの地域が0.4%と今後の増加人口のほとんどが途上地域に集中することになる。このような途上国では急増する人口に対して社会インフラの整備が追いつかず、劣悪な生活環境がさらに悪化するほか、食糧や就業の確保が困難になったり、保健福祉関連の公的サービスが低下することが懸念される。

新たなる課題：高齢化社会

一方、出生率の低下と医療技術の進歩による死亡率の低下は人口構成の高齢化を招き、21世紀前半にすべての国で高齢化が起きることとなる。高齢化社会は保健医療分野では成人病、慢性疾患などに対するケアや老人介護などの新たな福祉サービスのニーズを生み出すことになり、保健医療行政への負担も確実に増大するものと予測されている。これは先進国のみならず途上国にとっても深刻な問題となりつつある。特に、中国のように政策的に少子化を押し進めた国では、人口構成の急激な高齢化がすすみ、少ない労働年令人口でより多くの高齢者を扶養することとなり、高齢者への公的医療・福祉制度の整備・拡充とあわせて、労働年齢層への高齢者扶養支援の制度化が急務になっている。

1 - 1 - 6 途上国の保健医療政策の現状

構造調整と保健セクター

80年代以降、多くの開発途上国は、世界銀行・IMFが主導する構造調整勧告を受入れて市場経済主義に基づく事業の民営化と地方分権化を進めた。しかし、急速な世界的な市場経済化(いわゆるグローバルイゼーション)のなかで、社会経済基盤の脆弱な途上国はその流れから取り残され、そうした途上国の経済は深刻な停滞に陥った。結果として、先進国と途上国の経済格差は拡大し、さらに途上国のなかでも貧富の差が拡大した。

構造調整は途上国の国家事業のなかでも特に社会福祉分野に大幅な予算削減と効率化を要求した。

保健医療分野でも、途上国政府は構造調整勧告に従って、補助金事業や行政サービスの大幅削減、医療の有料化をすすめ、保健医療財政の削減と効率化を図った。これらは、中央病院や癌治療などの高度医療に集中しがちな国家保健医療予算を、より費用対効果の高い地域展開の疾病予防活動に振り替えたり、不当に高く不必要な医薬品の排除して、安価な必須医薬を十分に確保し、余剰人員を整理して、さらに医療従事者へのインセンティブを高めることにより、医療サービスの質の向上と事業の効率化を図るために実施されたものであった。しかし、実際は、医療の有料化に伴う貧困層の医療離れ、人員削減による行政サービスの量と質の低下を引き起こすこととなった。

保健医療セクターの政策的理想と現実

現在、途上国の保健医療分野の予算は国家予算のおおむね5～7%で、先進国平均が10%程度であるのに比べ、はるかに少ない割合である。このような状況のなかで、多くの国は政策的にはプライマリー・ヘルスケア・アプローチを基にした地域保健強化を重視しているものの、実質的な予算配分を見ると、依然として中央の大病院や研究機関により重点をおいている状況が見られる。

保健医療機関についてみると、地域保健医療の拠点となるヘルスセンター、ヘルスポストなどの機構整備を務めている一方で、医療従事者の地方への配置難、スタッフの人数と質の問題、活動経費の不足、施設設備の不備などの問題を抱えて、実際には十分に機能していないのが現状である。

表 1 - 3 先進国と途上国、後発途上国の医療従事者数の比較

地域区分	従事者区分	医師 (10万人当たり)	看護婦 (10万人当たり)
先進国		287	780
全開発途上国		76	85
後発開発途上国		14	26
世界全体		122	241

資料：UNDP「人間開発報告書 1998」

1 - 2 開発協力の課題と保健医療分野

1 - 2 - 1 開発課題の変遷

戦後の独立ラッシュと経済開発の破綻

第二次世界大戦後、1950年～60年代にかけて多くのアジア、アフリカの植民地が独立を果たし、輸入代替工業化を基軸とした国家主導型の開発が押し進められた。しかし、海外からの大量の資金借入れと農産物の輸出に依存した開発計画は順調には進展せず、70年代から80年代には先進国の急速な技術発展と、さらに2度にわたるオイルショックの影響とが重なり、多くの途上国の工業化は破綻し、多額の債務負担、農村の疲弊、経済の停滞、そして社会不安を増大することとなった。

プライマリー・ヘルスケア概念の醸成

このような時代背景のなかで保健医療分野も、50年代～60年代においては国家主導による大規模なマラリア根絶事業、先進国の高度医療技術を積極的に取り入れた、高次医療機関の拡充が進んだ。しかし、70年代に入り、多くの新興独立国が経済不況をかかえ、十分に末端まで保健医療サービスの手が行き届かない状態下で、持続性の無いトップ・ダウン型の保健医療事業に対する見直しがなされるようになった。60年代末の中国での文化大革命の際に生まれた「はだしの医者」や、WHO、UNICEFが実施していた、地域保健事業の末端普及員の活動が評価され、1978年、アルマ・アタで開催された、WHO/UNICEFの共催による世界会議の場で、「プライマリー・ヘルスケア(Primary Health Care: PHC)」の概念が各国政府の関係者に認められることとなった。しかし、PHCの根底にある社会公正の思想は、80年代になっても、中央集権的な途上国政府と、東西両陣営による援助競争の構図が続くなかで認知されるに至らず、多くの途上国においてPHCは十分に機能する形には発展しなかった。

構造調整政策の導入と保健環境の悪化

70年代末になると世界銀行、IMFは、対外債務にあえぐ途上国の経済構造の改革を支援する構造調整政策(Sectoral Adjustment Programme: SAP)を掲げて、市場経済化、公的事業の効率化を条件とした資金融資を大規模に開始した。国家経済の回復を主眼とした同政策のもとで、非生産事業や公的福祉事業は大幅な削減、合理化を強いられることとなった。保健医療分野では、医療の有料化や公的保健サービスの大幅な削減が実施され、貧困層を中心に途上国の保健医療の環境は一段と厳しくなった。

人間中心の開発に向けた認識の高まり

その後、80年代末から90年代になると冷戦構造が崩壊し、多くの国が民主化に向かうなかで、開発援助は、個々人の幸福の達成を目的とするという認識が広まってきた。1995年にコペンハーゲンで開催された「社会開発サミット」では、「人間中心の持続的な開発」という、PHC理念に合致した開発援助の方針が世界各国に承認された。また、「社会開発サミット」の前年である1994年に開催された「国際人口・開発会議」では、性と生殖に関する健康と権利を保障するリプロダクティブ・ヘルス/ライツが世界に認知された。

21世紀に向けた新開発戦略

1996年には、経済協力開発機構(Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)の開発援助委員会(Development Assistance Committee: DAC)上級者会合で、21世紀に向けた開発協力の方向性を示す新開発戦略(正式名称「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献」"Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Cooperation")が採択された。新開発戦略では、「すべての人々の生活の質の向上」を持続的に発展させることを目的に、途上国の主体的取り組みと、援助機関が協調したパートナーシップをベースにした取り組みを重視し、貧困削減、教育・保健の普及向上、環境の持続性と再生を図ることとした。保健分野では、2015年までに乳幼児及び妊産婦の死亡率をそれぞれ1/3、1/4に削減し、同じく2015年までに、PHCアプローチをもとにしてリプロダクティブ・ヘルスにかかるサービスを、すべての必要とする人が享受できるようになることを目的とした。

1 - 2 - 2 プライマリー・ヘルスケア(PHC)の概念と展開

PHC の理念・構成要素・背景

PHCは1978年、旧ソ連のアルマ・アタで、WHO/UNICEFの共催による国際保健会議の場で提唱された概念であり、「PHCは、基本的ヘルスケアであり、地域で実践可能であり、科学的に正しく、社会的に受け入れられる方法論を用い、地域のすべての人が利用でき、自立、自決の精神で参加することによって、開発のそれぞれの段階に応じて、その地域及び国で維持できる技術に基づくケアである。」と定義されている。

PHCは、健康教育、栄養、安全な水と衛生、母子保健と家族計画、予防接種、風土病対策、一次医療ケア、必須医薬品の確保の8つの要素からなり、さらに口腔衛生、精神保健を加えることも提唱されている。

前述のとおり、PHCが提起された時代背景には、高度医療を用いたトップダウン型の地域医療制度が機能せずに、住民の健康状況が悪化していく当時の途上国の状況がある。WHOはPHC宣言に前後して「2000年までにすべての人に健康を(Health for All by the Year 2000)」を目標として、公正な社会のなかですべての人が、身体的にも社会的にも健全な生活が営めるように、関係者が努力すべきことを提案している。

しかし、当時の社会経済の状況下では、PHCの理念も、実践の場では十分に機能しなかった。それに対して、より投資効果を重視して、予防接種や経口補水療法といった、効率的で実現可能なものから選択的に実施しようとする選択的PHCの流れも生まれた。これに対して、PHCの本来の思想である住民参加の包括的保健活動を重視する意見のグループからは、安易に外部からの投入に頼る活動は住民の自立性を阻害するものとして反発も生まれた。

1 - 2 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康と権利)

理念と4つの目標

1994年、カイロで開催された国際人口会議(International Conference on Population and Development: ICPD)において合意された、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(Reproductive Health and Rights:性と生殖に関する健康と権利)」の理念は、リプロダクティブ・ヘルスを、「人間の生殖システム、その機能と(活動)過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態」と定義して、「性生活、出産、家族計画にかかわるすべて選択の自由を享受できる権利を有する」ものとした。これは性と生殖にかかわる健康や社会問題を従来は、周産期の母子保健という限局した医療的課題とし取り上げたり、家族計画を人口対策という集団的視点で見がちであったものを、より包括的に個々人の生涯にわたる性と生殖にかかわる健康とそれを守る社会的権利という視点から概念化したものである。同会議では、リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の権利を守り、かつ実践することを通じて、開発の主体としての女性の能力と社会的地位の向上(エンパワーメント)を図ることが確認された。カイロ会議の翌年、1995年北京で開催された第4回世界女性会議でもこれが再確認され、世界各国がリプロダクティブ・ヘルス/ライツの拡充を国家的目標

に組み込むこと、かつその実践において市民社会に直接アプローチする NGO の役割の重要性が再確認された。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツが具体的にめざすところは、あらゆる個人及びカップルに対して、

- 1) 健全な性的成熟を確保し、男女の公平で責任ある性的関係の確立を保障し、
- 2) 自らの意志で望んだ数の子供を安全にかつ健康に獲得させ、
- 3) 性と生殖に関連する疾患、障害を回避し、必要に応じて適切なケアを提供し、
- 4) 性と生殖に関連するあらゆる暴力や危険な習慣などから開放する。

以上の4つの目標を達成することにあるとされている。これらの目標を達成するために、WHO、UNICEF、UNFPA(国連人口基金)などが中心となって、各国政府、援助機関、NGOと連携しつつ母子保健の推進、家族計画にかかる啓発とサービス普及、性感染症対策、さらに女性の性と生殖に関する権利を守るための法的、社会的な活動を展開している。

母性保護への取り組み

"The Safe Motherhood Initiative"は、1987年に関連する諸機関が中心になって策定された女性の健康向上のための包括的戦略であり、現在、女性の命と健康、特に妊娠と出産に焦点を当てた以下の様な新たな計画が策定されている。

- (1) ヘルスワーカーによる妊婦への十分な妊娠管理と指導
- (2)十分に訓練を受けた専門家に介助された出産と、異常分娩の際のリファール体制の確保
- (3)ヘルスワーカーによる出産後母子ケアと母乳保育、家族計画などの指導
- (4) 青少年や未婚女性も含めたすべてのカップルや個人に対する十分な家族計画の情報と手段の提供
- (5) 安全でない墮胎による併発症への適切な対応、安全な妊娠中断処置と精神的ケアの提供
- (6) ジェンダー問題も含めた性と生殖に関する良質な教育の提供
- (7) 女性の健康と地位向上に関する夫、地域リーダー、施政者への教育強化

1 - 2 - 4 子どもの健康対策

予防接種への取り組み

戦後、各種の感染症に対して有効なワクチンが開発されるに従って、世界的な予防接種の運動が展開された。WHOが中心となって1967年に開始された天然痘の根絶運動は、総額3億1,300万ドルが投下され、1980年に根絶が宣言された。1974年のWHO総会ではポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、結核、麻しんのワクチンで予防可能な6疾患に対して、すべての子どもにワクチンを接種する拡大予防接種計画(Expanded Programme on Immunization: EPI)が決議され、1980年代末には世界中の子どもの80%はこれらの予防接種を受けられるようになった。1990年には子どもワクチン構想(Children's Vaccine Initiatives)が採択され、予防接種の更なる拡大と、新たなワクチンの開発改良が世界的に進め

られることとなった。なお、1988年のWHO総会ではEPI対象疾患のうち、ポリオについては2000年をめどに世界中からポリオを根絶する「世界ポリオ根絶計画(Global Polio Eradication)」が採択され、1991年には南北アメリカ大陸の根絶が確認され、WHO西太平洋地域事務所管区においても2000年の根絶が宣言される見込みである。しかし、南西アジア、中近東、アフリカ地域では、ワクチン、コールドチェーン、人件費の不足から、また治安上の問題からいまだに根絶のめどが立っていない国が多数存在している。

子どもサミット

1990年に開催された「子どものための世界サミット(World Summit for Children)」では「子どもの生存・保護・発達に関する世界宣言(World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children)」が採択され、2000年をめどに、5歳未満児の死亡率を3分の1、重・中程度の栄養不良を2分の1、安全な水の確保など、7つの主要な目標が設定された。さらに、具体的行動計画として、子どもの権利批准と並んで、子どもの健康向上、出生前ケアの拡充、水供給及び環境衛生の強化、栄養不良・飢餓対策、女性の地位向上、家族単位への支援強化、識字、職業訓練、不法な小児労働への対策、薬物中毒対策などの事業強化が提言された。

包括的な小児疾病管理：IMCI

一方、1992年には子どもの健康対策に関する新たな戦略として"Integrated Management of childhood Illness(IMCI)"がWHO、UNICEFから共同提唱された。IMCIは一次レベルの保健医療施設でのケア向上を通じて小児の罹病率、死亡率の低減をめざしたもので、1996年には世界共通の基本ガイドラインが策定された。従来、別個に実施されていた下痢症、肺炎、麻しん、マラリア、栄養不良といった子どもの主要疾患の対策事業を統合して、より効率的、効果的に子どもの罹病率及び死亡率の低減を図ろうとしたものである。健康対策の最前線において、これらの原因を未然に防ぎ、かつ発生した際には適切に処置できるような手法と体制をガイドライン化したもので、ガイドラインに沿って、組織づくり、人材育成、施設・機材の整備を図っていくのがIMCI戦略の骨子である。事業の具体的内容は、EPI(予防接種拡大計画)の未接種児のフォロー、母乳保育の促進、ビタミンAや鉄剤の供給、健康教育などの予防的活動から下痢の際のORT(経口補水療法)、マラリア発症の際の救急処置といった簡易処置の指導などを包括的に実施するプログラムである。1997年時点で34の途上国でMCIの導入が進められており、今後、さらに多くの途上国が導入すると予想される。

1 - 2 - 5 感染症対策への取り組み

新興・再興感染症

第二次大戦後の科学技術の発展は医療分野にも大きな恩恵を与えた。感染症については、ワクチン、抗生物質の開発に加え病原体の遺伝子レベルでの解析が進み、多くの感染症が現在では生命に影響のない程度にまで抑制できるようになった。天然痘のように、有効なワクチンの開発により地球上から根絶された感染症もある。しかし、薬剤の乱用や開発に伴う地球規模の環境変化は、従来は脅威とさ

れなかった感染症や、今までは存在しなかった疾患を新たに発生させることにもなった。例えば、マラリア、結核といった再興感染症やエイズ、エボラ出血熱のような新興感染症である。現在WHO、CDC（米国疾病予防管理センター）などの機関が中心となって、これらの感染症への取り組みを進めている。

HIV/エイズ

HIV/エイズは、WHOからエイズ関連機関のみを独立させたUNAIDSが中心となって、HIV自体に働く新薬の研究開発や、AZTのようなエイズによる免疫機能の低下を抑制する新薬の開発、また、エイズ予防のための啓蒙教育、エイズ患者に対する社会的なケアのあり方などが世界中で検討されている。

マラリア

マラリア対策については、1992年の世界マラリア会議において、早期診断、早期治療、疫学情報システムの整備、ベクター対策を含む地域環境にあった持続可能な予防対策の4項目を柱とする戦略が提示されている。1998年、WHOの新事務局長となったブルントラント氏は、就任時の所信表明のなかで、マラリア対策(Roll Back Malaria)を最重要課題として取り上げ、同年のバーミンガムサミットでは、橋本首相(当時)の主導により、先進国が連携してマラリア対策に取り組むべきとの「世界寄生虫対策イニシアティブ」も発表された。

結核

結核は、薬剤耐性菌の発生により再び勢いを増した感染症であるが、医師の直視下で投薬を行うDOTS(Directly Observed Treatment, Short-course)が有効な対策手段として確立されてきている。HIV/エイズの蔓延とともに、その感染者数を先進国、途上国問わずに急速に増加させており、1999年、WHOは結核非常事態宣言を行い、これ以上の拡大を押さえるための最大限の努力を、世界各国が払うべきと喚起している。

1 - 2 - 6 栄養対策への取り組み

食糧安全保障

1996年、FAOの主催でローマにおいて開催された世界食糧サミットでは、すべての人にとって持続的に安定した食糧の確保が保障されるよう、社会・経済環境の整備を行うことをめざした「世界の食糧安全保障に関するローマ宣言」が採択された。同宣言では家族や子どもの栄養を確保するうえで、女性の役割が特に重要であること、母乳栄養の重要性、女兒への優先的な配慮、更には不平等や貧困の緩和、持続可能な参加型の農村開発政策や、適切な通商政策などの提言がなされた。以降、同宣言の提言を政策に反映させるため、世界各国はWHO、UNICEF、FAOの支援を受けて、国家栄養向上計画の策定作業を進めており、現在ほとんどの国が具体的国家計画を策定し、その実践に動き出している。

また、国連の食糧援助機関である世界食糧計画(WFP)は世界食糧農業機構(WFO)、国際農業開発基金(IFAD)などとの連携のもとで、緊急事態や開発のための食糧ニーズに応える事業を展開している。近年、WFPはUNICEFなどとも連携して、紛争地域や自然災害被災者への緊急食糧援助(「生存のための食糧」)、途上国の地域活動を支援する「発達のための食糧」、開発プロジェクト活動の対価として支援する「仕事のための食糧」の3つの分野の食糧援助を行っている。

栄養不良：静かなる緊急事態

1998年の『世界子ども白書』では、小児及び女性の栄養問題を「静かなる緊急事態(Silent emergency)」と表現して、その深刻な状況に警鐘を鳴らす一方、コミュニティ活動を通じた栄養教育、発育観察体制の普及をはじめ、母乳育児を推奨する「赤ちゃんにやさしい病院イニシアティブ(Baby-friendly Hospitals Initiative: BFHI)」、母乳代替栄養品のマーケット規制などによる母乳育児の推進や、さらにヨウ素欠乏に対するヨード添加塩やビタミンA添加砂糖の普及といった微量栄養素対策などがWHO、UNICEFなどの国際機関と各国援助機関、NGO等と途上国との連携のもとで展開していると報告している。なお、エイズ感染者の育児については母乳を介した感染(母子感染の3分の1を占めている)を考慮した適切なガイドラインを設定して代替栄養の提供支援などの活動が行われている。

1 - 2 - 7 セクタープログラムの展開

世界銀行/IMF主導の構造調整の流れは、現在では途上国の各分野を分野ごとに、途上国自身と援助各機関が協調して、包括的に改善させていこうとするセクタープログラム(Sector Programme: SP)という形で、ガーナ、エチオピア、タンザニアなどのアフリカ諸国を舞台に、開発援助の中心的な形態に発展してきている。保健医療分野については、従来から世銀が強調した政府財政支出の改善と、保健医療サービスの質を向上させるための競争促進の流れに加えて、市場経済化や効率化のなかで取り残される人々(特に貧困層)にたいしても自立的な健康向上を確保できるような施策を盛り込むようになってきている。セクタープログラムは、参加する各援助機関が共通のファンディング・バスケットに資金提供し、途上国政府のオーナーシップを大幅に認めながら、マクロ経済との整合性を重視しつつ、同一分野の開発課題に対して首尾一貫した開発協力を行おうというものである。

セクタープログラムの欠点は、貧困問題のような多分野に及ぶ課題に対して、単一分野での対応が中心になってしまいがちな点である。保健分野においても、プライマリー・ヘルスケアのようなほかの分野と緊密な連携が必要な事業について、十分な広がりや確保できないなどの問題も抱えている。さらに、ファンディング・バスケットにたいして、予算上対応できない援助機関もあり、セクタープログラムに対する歩調は必ずしも一致していないのが現状である。

1 - 2 - 8 人口・保健分野のそのほかの課題

人口ボーナス

1999年は国際高齢者年として、UNFPAをはじめ多くの国際機関、各国政府が今後の高齢人口の増大、及び人口構成の急激な高齢化への対応を検討している。近年の出生率低減の徴候とあわせて、ベ

ビーブーム世代が労働年齢人口に達することから今後10年から20年間にわたって、生まれる子供が少ない一方で、若い労働人口が膨張する「人口ボーナス」の状況が到来する。この時期に、急速な経済発展とともに保健・教育・社会保障などの社会投資を的確に実践して、社会基盤を強固なものにしておくことが重要である。さらに、高齢人口の増加に伴い保健医療分野では悪性腫瘍、循環器病などの非感染性疾患や、老人介護などに関するニーズの拡大が予想され、これらの対応も重要な課題となっている。

難民への保健医療支援

東西冷戦構造が崩壊した90年代は、旧ユーゴスラビア、アフガニスタン、旧ザイールなどでの局地的な紛争が続発、いずれも数十万を超える難民が発生しており、現在では全世界で3,000万人近くの難民が存在している。これらの難民の多くは不衛生な環境下での感染症や栄養不良のほか、地雷による負傷、更には精神的障害にも苦しんでいる。国連高等難民弁務官事務所(Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: UNHCR)を中心に国際機関、各国機関、並びに多くのNGOが難民救済にあっている。こうした難民に対して、保健医療分野では食料支援、医療サービスのほか、精神障害対策、地雷被災者へのリハビリテーション活動などのニーズが高い。

1 - 3 日本の人口・保健開発協力への取り組み

1 - 3 - 1 日本の人口・保健開発協力の現状

(1) 日本の政府開発援助(ODA)の現況

ODAの予算規模

1998年度の我が国のODA実績は、総額1兆4,047億円に達し、8年連続で世界第1位に位置している。一方、ODAの対GNP比率はDAC全体で0.23%に対して、我が国は0.28%でDAC諸国中12位に位置している。

ODAの基本方針

我が国のODAの基本方針は、1999年に公表された「ODA中期政策」によると

- ・ 世界第2位の経済大国として、ODAは我が国の責務
- ・ ODAは我が国への国際的信頼、評価の向上につながる
- ・ ODAを介した世界平和への貢献は我が国の国益

という基本認識の基で

- ・ 自助努力、具体的目標の達成
- ・ 途上国との十分な政策対話
- ・ 他の援助機関、NGOとの連携
- ・ 人間中心の持続的開発と人間の安全保障

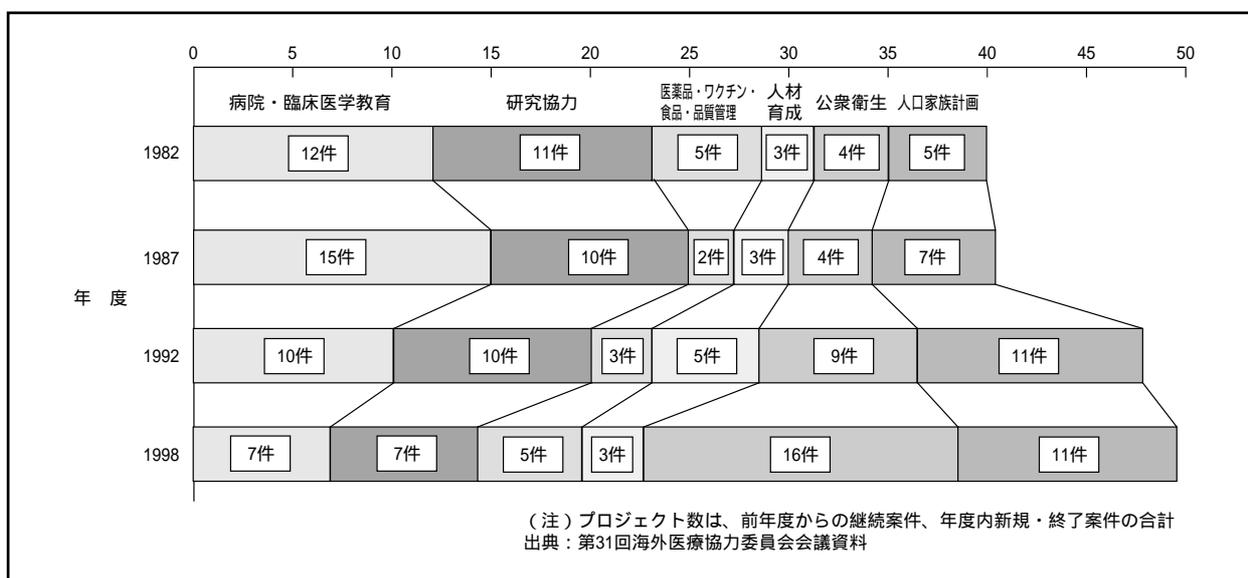
・我が国の顔の見える援助

の基本方針を打ち出している。さらに、重点分野として

- ・ 貧困対策
- ・ 経済・社会インフラ支援
- ・ 人材育成・知的支援
- ・ 環境、人口、エイズ、食料、エネルギー、薬物などの地球規模課題への取り組み
- ・ 紛争・災害と開発
- ・ 債務問題への取り組み

をあげている。

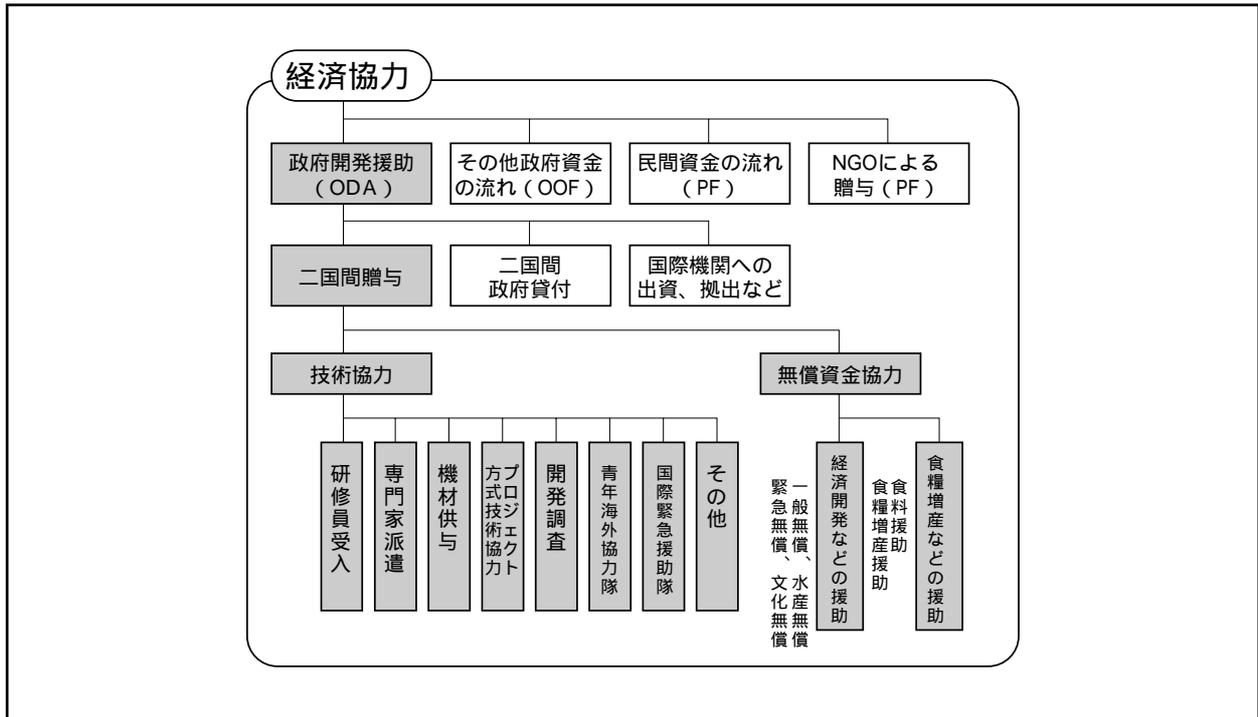
図1 - 3 協力分野別プロジェクト数の推移



ODAの仕組み

ODAは、その形態から 二国間贈与、 二国間政府貸付等、 国際機関への出資・拠出(多国間援助)の3つに区分される。二国間贈与はさらに、技術移転を行う技術協力、返済義務のない資金を供与する無償資金協力とに分けられる。(図1 - 4 参照)

図1 - 4 ODAの仕組み図



(2) 我が国の人口・保健開発協力事業の現況

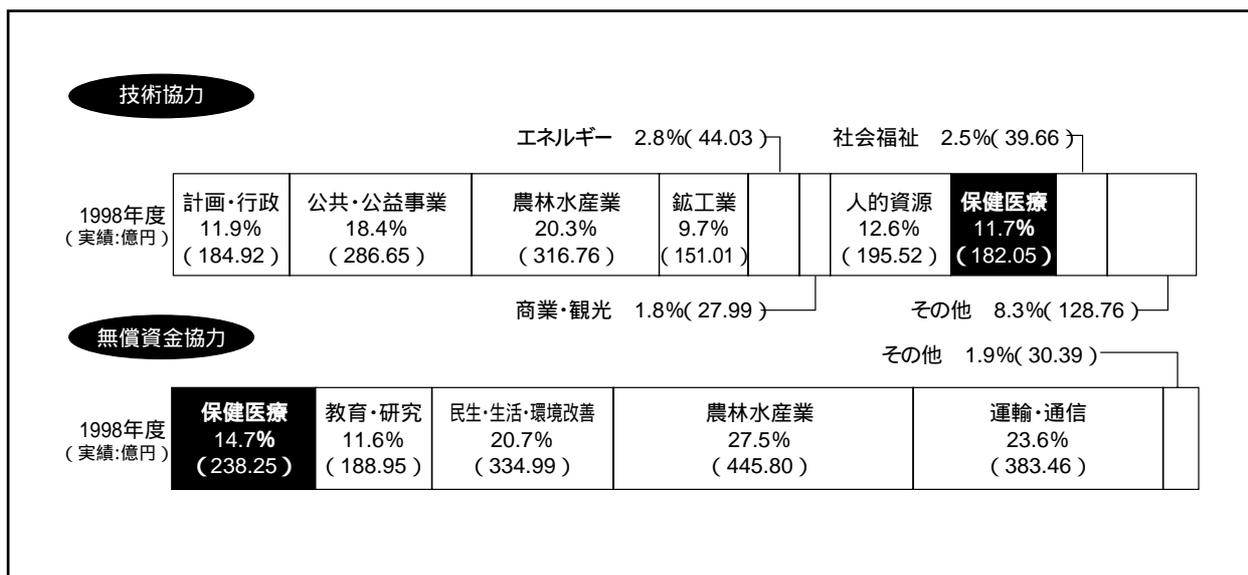
人口保健分野に対する基本認識

1998年の『ODA白書』は保健医療分野の特集を組んで、保健医療はODAの基本理念である人道主義に直結する分野として最重要視しており、アジア経済危機の際、保健分野に対して緊急無償援助を行った事を報告している。さらに重点分野として、PHC、医療レファールシステム、リプロダクティブ・ヘルス、そして新興・再興感染症であるHIV/エイズ、マラリア、結核への取り組み、子どもの健康の一環としてのポリオ撲滅をあげている。また、高次医療から基礎的医療サービスへの重点の転換、持続的な制度づくりをめざした受益者負担システムへの支援、現地資源の活用、遠隔医療への展開を重点事項としている。

人口保健分野の予算規模

一方、1998年度の我が国のODA二国間贈与の分野別内容の実態を見ると、保健医療分野は技術協力、無償資金協力ともに10%強の割合にとどまっており、農林水産、運輸・公共・公益事業と比べると、重要性の認識の割には予算規模が小さいことがわかる。

図 1 - 5 分野別経費実績構成比



人口保健分野の事業概況

ODA 二国間協力の技術協力の実践と、無償資金協力事業の促進を担当する国際協力事業団(JICA)では、プロジェクト方式技術協力という専門家派遣、カウンターパートの研修、機材供与をセットにした事業方式で、世界中で約50件の人口・保健関連の案件を実施しているほか、看護職などの青年海外協力隊派遣、医療施設、機器の拡充、ポリオ根絶やEPI(予防接種拡大計画)を支援するワクチン、関連機器の供与、リプロダクティブ・ヘルス事業拡大のための避妊具、基礎的薬品等の提供も行っている。また、1998年からは開発福祉支援事業として、途上国のNGOなどが展開する地域密着、住民参加型の生活改善活動を支援する事業のなかでリプロダクティブ・ヘルス関連の活動をほかの分野と同時に包括的に支援する方向性も打ち出している。

人口保健分野の事業展開の推移

戦後、本格的に保健医療分野の協力を開始したのは1959年、カンボディア医療センタープロジェクトからである。当時の協力内容は途上国の中央病院を対象に治療技術の移転を行う事業と、研究機関などで感染症の研究支援を行う、いずれも日本の技術をそのまま途上国へ移転するタイプが主流であった。

人口・家族計画関連の事業については、70年代前半から展開しており、戦後の日本国内での地域活動のノウハウが適用しやすかったこと、医療分野に比べて海外援助の国内体制が組みやすかったことが比較的早期に事業拡大を可能にした。

1974年、JICAはその設立時において39件の保健医療プロジェクトを実施しており、内容はやはり基礎医学教育、感染症研究、病院協力が主体であった。この時期、特筆されるのは、エチオピアでの天然痘対策プロジェクトにおいて、天然痘根絶のため地域展開型事業を、日本からの青年海外協力隊員と連携して行っていたことで、この事業は1980年の世界の天然痘根絶へとつながる大きな成果を残した。

1970年代後半になると、JICAを拠点にした援助事業の体制も整い、我が国も積極的に世界の時流・ニーズに対応する事業展開が行えるようになり、保健分野ではアルマ・アタ宣言前後の地域保健重視の世界的な論議の高まりに対応して、地域展開型の事業が形成されるようになってきた。

80年代にはPHCアプローチに基づく案件形成が行われるようになるとともに、看護教育、人口教育、ワクチン製造など多様なニーズに対応する事業が展開されるようになった。この時期は、我が国ODA予算が急増し、世界からも日本の援助に対する期待が一段と高まってきた。

90年代にはいと、それまでODAと一線を画していたNGO・ボランティア団体との連携も強まり、途上国のコミュニティとの直接協力事業などにも容易に対応できるようになった。また、ODA事業自体にも技術移転という発想から、途上国側の主体性を重視した開発支援型の事業形成も可能になり、人間中心の開発に向けた事業体制が整ってきた。

保健分野でも、途上国のNGOが行うコミュニティベースの保健・家族計画活動に直接支援する開発福祉支援事業が、ガーナ、バングラデシュで行われたほか、ケニアやジョルダンなどでは住民参加によるコミュニティの形成や、生活改善を通じた健康向上事業といった新しいコンセプトに基づいた事業展開が進んでいる。さらに、ガーナで開始した社会開発総合プログラムのように、貧困削減をキーワードに保健、教育、地域開発を包括的に取り込んだ事業展開も始まっている。

1 - 3 - 2 我が国の人口 / 保健開発協力の課題

(1) 国別、セクターアプローチの強化

途上国の保健セクターの開発課題とその解決のためのアプローチは一樣ではなく、途上国によって異なった特性がある。そのため、援助方針も相手政府との政策対話をベースに、かつセクター全体を俯瞰しながら策定する必要がある。したがって、大使館やJICAの在外機能を強化することが急務である。

また、保健セクターへの支援のアプローチも、PHCのような住民参加を基礎にしたボトムアップ型の事業のみでなく、PHCを支える医療リファーマルシステムの強化や、フィールドでの感染症対策を支援する検査・研究体制やトップダウンの資機材、サービス人材の供給体制、保健医療の行財政のキャパシティービルディングなど相互に関連する分野についても包括的視点に立って協力をしていく体制が求められる。このような視点に立つと、基本的には途上国側の主体性と持続可能性を尊重しつつも、ポリオ根絶のような短期決戦型の事業については、効率性の観点も重視した柔軟な対応ができるようにすべきであろう。

(2) 貧困対策、包括的生活環境改善の視点と対応する援助スキームづくり

健康問題は単に保健医療セクターだけの問題ではなく、その背景となる貧困、更には生活環境の問題と密接に関連している。したがって、貧困削減に向けた政策や環境整備を保健セクターの改善とあわせて実施する、包括的な社会開発協力のスキームづくりが必要となる。

(3) 適正技術の開発に向けた分野別事業経験の体系化と情報公開

我が国が実施してきた援助事業については既に多くの報告書が作成されているものの、これら報告書では、事業の運営管理に関連する内容と事業の技術論がまとめて論じられており、同種の事業を技術的観点から一括してフォローすることが困難なものになっていた。保健医療分野においても、例えば、母子保健事業のなかで多くのプロジェクトが母子手帳に関連した活動を行ってきたにも関わらず、それらの技術的報告が体系的に整理されてなかったために、プロジェクト間の事業比較や知識の段階的蓄積がほとんどなされていないのが現状であった。適正技術の開発と改善にはこうした事業経験の体系的な蓄積が不可欠であり、事業現場からの技術情報を体系的に収集分析する体制を構築する必要がある。さらに、そのような情報がより多面的な分析がなされるよう、ひろく一般にも公開されることも重要である。

(4) 人口保健開発協力にかかわる人材の養成・確保更には組織育成

我が国がODAベースで実施してきた援助事業では、技術協力の現場に出向くいわゆる専門家は、公務員もしくは官庁が推薦する形を主体に確保されてきた。しかし、近年の援助ニーズの量的な増大と多様化が進むなかで、地方自治体、民間もしくはNGO、更には専門家業務自体を専業とする人材の需要が高まってきた。このような人材を確保し、さらに援助事業の専門知識を付与するための養成体制を一段と強化することが必要となっている。また、大学などの機関に実際の協力事業を委託化することにより、援助事業の運営、調査研究活動と援助人材の育成が可能となるような枠組み作りを進めることも考えられる。

(5) 応用科学としての援助事業の位置づけ

感染症対策のような援助事業は、基礎科学的アプローチとフィールドでの対策事業の実践とが有機的に連携しなければ成果があげられないものであり、かつ実践の段階でも緻密なモニタリング調査を必要とする事業である。こうした事業を学際派と実践派が歩み寄って応用科学として位置づけ、事業に携わる人材の社会的ステイタスを保障することが肝要である。

参 考 文 献

- 「いのち・開発・NGO」ディヴィッド・ワーナー／ディヴィッド・サンダース共著、新評論
- 「国々の前進」国連児童基金、1996、1997、1998年
- 「健康の開発」史一医療援助と応用人類学、文学部論叢第49号熊本大学文学会、池田光穂、1996年2月
- 「国際協力事業団年報 1999年度版」国際協力事業団
- 「国際情勢早わかり '99」橋本光平著、PHP 研究所
- 「世界子ども白書」国連児童基金、1992、1998、1999年
- 「世界人口白書」国連人口基金、1997、1998年
- 「世界のHIV/AIDS感染 - 母子保健分野から - 」国連合同エイズ計画、清水美登里、1998年
- 「世界の結核流行と対策 - その陰と光 - 」結核研究所所長森亨、結核研究所ホームページ

- 「DAC 新開発戦略 第1巻<総論>」国際協力事業団、1998年3月
- 「DAC 新開発戦略 第2巻<分野別検討>」国際協力事業団、1998年3月
- 「人間開発報告書1998」UNDP
- 「Five Years from ICPPD 国際人口・開発議員会議から5年(人口と開発に関する国会議員会議宣言文)」
APDA Resource Series 5, March 1998, 財団法人アジア人口・開発会議
- 「保健医療分野における援助政策立案のための基礎調査」(財)国際開発センター、1998年3月
- 「我が国の政府開発援助 ODA 白書1999年度版」外務省経済協力局編
- 「World Development Report 1993」The World Bank
- 「World Health Report 1998」WHO

2. 沖縄の地域保健医療の現況

2 - 1 沖縄の基本情報

2 - 1 - 1 自然及び地理的特性

沖縄県は我が国の最西南端に位置する県であり、東西1,000km、南北400kmの広大な海域(約40万km²)に散在する大小57の島々(うち有人島42島)で構成されている。しかも、それぞれの離島は、地質や地形などの自然条件が異なり、極めて多様性に富んでいるのが特徴である。

また、那覇から鹿児島までの距離が660km、福岡までが861km、東京までが1,554km、一方、台北までが630km、上海までが820km、香港までが1,440kmと、沖縄は本土と東南アジアのほぼ中央に位置するという地理的特性を持っている(図2 - 2)。

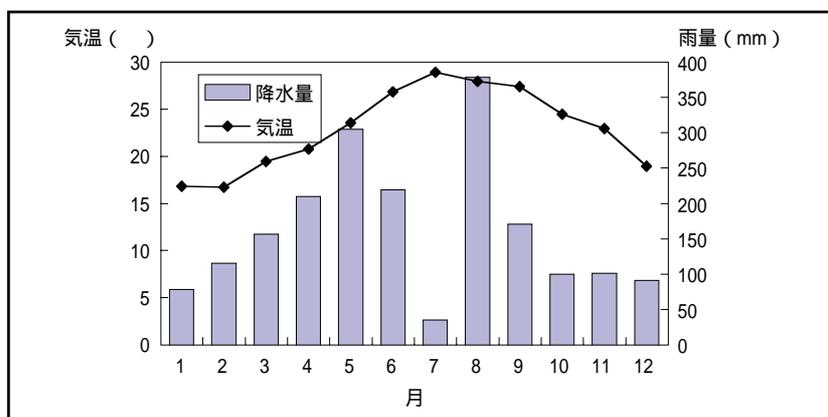
また、沖縄県は北緯24度から28度にあって日本のなかで唯一、亜熱帯海洋性気候に属しており、年間の平均気温が約23度と暖かい。本土では見られない独自の生態系が形成されており、マングローブ、イリオモテヤマネコやノグチゲラなど、亜熱帯独自の動植物が生息している。これらのなかには学術的にも極めて貴重なものも数多く、世界に誇れるような自然資源が豊富に存在している。

地理的に亜熱帯圏域に属することから、年間を通じて温暖で降霜・降雪がなく、降雨量が多く、高温多湿であることがあげられる。夏期には多くの台風(特に強風である)の襲来を受けることから、農作物などへの被害が多い。また、豊かな太陽に恵まれ、熱帯や温帯の生物群の北限や南限が広くオーバーラップする地域であることから、バイオマス(生物資源)が豊富で多彩な生物資源の集積が可能な条件にある。

さらに、県土の55%が国頭マージ(主に赤黄色土)であるが、赤黄色土は、土壌粒子の粘着力が弱い、雨水が浸透しにくい、沈殿しにくいなどの性質がある。そのため、スコールのような大粒の雨により流出した赤黄色土が海底に沈殿し、海洋生物などの生態系に影響を及ぼしているという指摘もある。

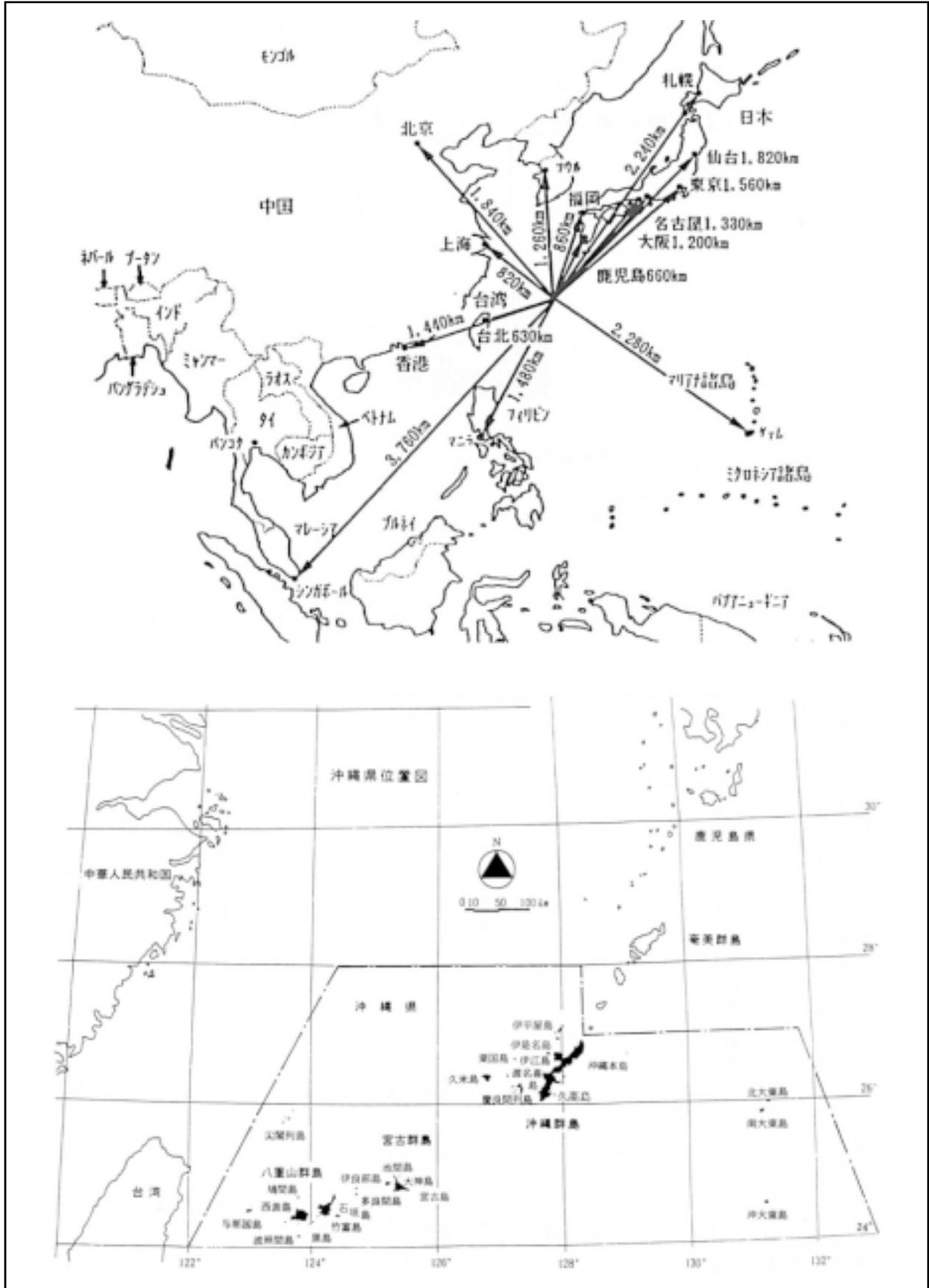
このような島嶼性、亜熱帯性気候性の特徴は、我が国では沖縄県だけが持つ独自性である。太平洋や東南アジアにおける島嶼国家や亜熱帯地域との間には、農業から医療の分野に及ぶ数多くの共通テーマを見つけることができる。

図2 - 1 沖縄県の平均気温と降水量



資料：「沖縄県統計年鑑」沖縄県

図 2 - 2 沖縄県の位置図



2 - 1 - 2 歴史・文化的特性

東南アジア諸国との交流・交易

沖縄は、地理的に中国、東南アジアに近く、かつてこれらの国々との間に活発な外交・交易を展開していた。琉球王朝時代(特に14世紀から16世紀)には日本、中国、朝鮮、シヤム、ジャワ、スマトラ、安南、などと東南アジア全域にわたって交易があったとされており、伝統芸能や城(グスク)をはじめとする史跡など沖縄特有の文化遺産のなかには、これら東南アジア諸国からの影響が強く見られるものが多い。このような歴史的経験のなかで、沖縄の文化は日本文化と東南アジアの文化を巧みに取り入れた独自の文化を形成し、「日本文化の基底に横たわる“南方文化”的性格を解き明かす際に沖縄文化はその媒介項である」と論じられている(日本・東南アジア交流センター設立報告書)。

米国における統治

沖縄県は第2次世界大戦において、国内で唯一戦場となった地域であり、戦闘のなかで多くの県民が命を落とした。戦後は米軍によって統治され、その後1972年5月に返還されるまで日本のなかでは制度上外国としての扱いを受けていた。軍政府は米軍統治時に各地に保健所を設立し、保健衛生指導に大きな役割を果たしてきた。その結果、マラリア、フィラリアなどが撲滅され県民の衛生向上により長寿県の実現につくった。

移住・移民

また、沖縄は戦前から戦後にかけて大量の人々が海外に移住し、現在では27万人あまりの県系人が海外に在住している。これらの人々は現地に溶け込むと同時に、県系人社会を築き沖縄県との文化・社会交流の絆を深めている。

表2 - 1 年齢構造の推移

単位：人、%

沖縄県	1980年		1985年		1990年		1995年	
	人口	構成比	人口	構成比	人口	構成比	人口	構成比
総人口	1,106,559	100.0	1,179,097	100.0	1,222,398	100.0	1,273,440	100.0
0～14歳	325,393	29.4	322,523	27.4	299,836	24.5	281,302	22.1
15～64歳	694,174	62.7	754,119	64.0	793,287	64.9	842,752	66.2
65歳以上	85,819	7.8	101,947	8.6	121,082	9.9	148,567	11.7
(男)総人口	543,692	49.1	581,102	49.3	598,669	49.0	624,737	49.1
0～14歳	166,213	15.0	164,912	14.0	153,376	12.5	143,952	11.3
15～64歳	345,231	31.2	378,548	32.1	396,296	32.4	423,803	33.3
65歳以上	34,541	2.9	37,433	3.2	44,588	3.6	56,828	4.4
(女)総人口	562,867	50.9	597,995	50.7	623,729	51.0	648,703	50.9
0～14歳	159,180	14.4	157,611	13.4	146,460	12.0	137,350	10.8
15～64歳	348,943	31.5	375,571	31.9	396,991	32.5	418,949	32.9
65歳以上	54,298	4.9	64,514	5.5	76,494	6.3	92,039	3.3
女100人につき男		96.6		97.2		96.0		96.3
年少人口指数		46.9		42.8		37.8		33.4
老年人口指数		12.4		13.5		15.3		17.6
従属人口指数		59.2		56.3		53.1		51.0
老年化指数		26.4		31.6		40.4		52.8

資料：「国勢調査」総務庁

長寿県沖縄

日本は世界一の長寿国である。そのなかでも沖縄は100歳以上の人が全国一多い長寿県である。

沖縄県の出生時の平均余命である平均寿命をみると1995年で男性77歳、女性82歳となっており、女性は全国一となっている。65歳の平均余命では、男女とも全国一となっている。

百歳以上の長寿者は1995年で男性47人、女性215人であり、これを人口10万人当たりでみた百歳以上長寿率は男性7.52、女性33.14であり男女とも全国平均を大きく上回っている。

表2 - 2 百歳以上長寿率の全国比較(人口10万人当たり)

	1990年		1995年	
	沖縄	全国	沖縄	全国
男性	2.84	1.07	7.52	1.62
女性	23.25	4.09	33.14	7.81

資料：「国勢調査」総務庁

このように沖縄は全国一の長寿県であるが、これは戦前生まれの人々によるものであり、最近の県民の食習慣をみると必ずしも長寿県にふさわしいような内容ではなく、生活習慣の変化など様々な要因による成人病の増加、50歳以下の死亡率の増加など、長寿県としての沖縄の名声が今後いつまで続くのかが懸念されている。

【キーワード】

亜熱帯海洋性気候、マングローブ、バイオマス(生物資源)、東南アジア諸国との交流・交易、米軍統治、移住・移民、県系人社会、長寿県、平均寿命、百歳以上長寿率

2 - 2 沖縄の保健医療の現況

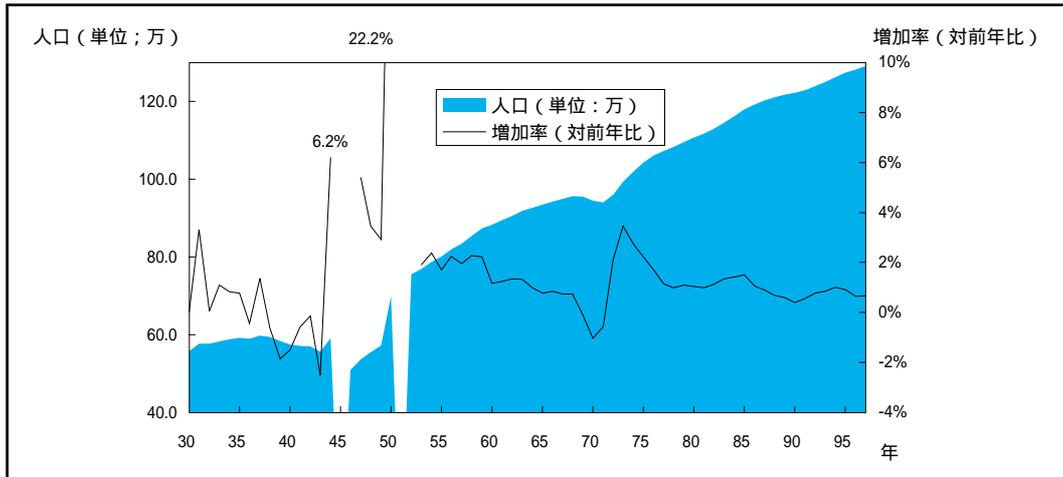
2 - 2 - 1 基本情報

(1) 人口の推移

沖縄県の人口は、復帰時の1972年に95万人(県推計人口)だったものが、1998年(同)には130万人となり、約35万人の増加、年平均伸び率でみて1.2%の増加率となっている。

1955年以降の推移を見ると第二次世界大戦前後と復帰前後に増減があるのが特徴である(図2-3)。復帰時の動きは制度変更による社会増減である。復帰後20数年の推移をみると、最も伸び率が高いのは1973年で対前年比3.5%の増加率となっている。1975年以降の増加率は減少傾向にあり、1994年では、0.9%となっている。

図2 - 3 沖縄県の人口の推移



注1：国勢調査人口、自然増加は県福祉保健政策課資料。1945年、1950年はデータなし。

注2：1944年は人口調査(総理府統計局)

注3：1952年については、米軍雇用者の宿泊施設住込者の数が不明のため、総数と内訳の数が不一致。

注4：1991年～94年は、1995年国勢調査人口に基づく補正後の推計人口

資料：県統計課「沖縄県人口移動報告」、「推計人口」

県内人口を圏域別にみると、北部地域は減少傾向、中南部地域は人口集中傾向がみられ、1998年現在で人口の82.6%を占めている。一方、離島部では宮古、石垣本島を除き全体として減少傾向となっている。このように沖縄県では県全体としては人口が増加しているものの、中南部地域への人口集中と、離島へき地地域における過疎化といった偏った人口分布となっている。

年齢構造を年齢3区分人口でみると、1995年国勢調査では年少人口(0～14歳)が22.1%、生産年齢人口(15～64歳)が66.2%、老年人口(65歳以上)は、11.7%となっている。これを全国と比較すると、沖縄県の著しい特徴は、年少人口の割合が最も高い(全国15.9%)ことで、全国より約6ポイントも高くなっている。

1980年からの推移でみると、上述したように人口増加率が減少傾向にあるなかで、年少人口比の低下と高齢化比率が高くなり、高齢化が進んでいることが特徴としてあげられる。人口年齢構成の推移をみると、徐々に全国平均の人口構造に近づいていることが分かる。

地域別にみると、北部や離島域での高齢化率の高さが目立ち、しかも過疎化との同時進行であるだけに今後の振興上、人口の定着が大きな課題となっている。

(2) 生産活動の推移

1997年度の県内総生産は3兆4千億円であり、これは全国の0.6%の割合(ちなみに人口の対全国比は1%)となっている。復帰後の推移をみると、1972年～1981年度の年平均伸び率は15%、1982年度～1993年度が5.8%となっている。

産業別にみると、1997年度で第1次産業は792億円、第2次産業は、6,141億円(うち製造業は1,854億円、建設業4,131億円)、第3次産業は2兆7,931億円で、第3次産業の占める割合が大きい。このよ

うに第3次産業の構成比が大きいというのが沖縄県の産業構造の特徴となっている。沖縄県を特徴づけるのは観光産業の割合が高いということであり、沖縄県を訪れる観光客は400万人を超え、その観光収入は約4,173億円(1997年)で県民総支出の約10%を占めている。

また、1人当たり県民所得は219万円で、これは全国平均の69.8%となっている。復帰後急速な経済発展により格差は縮まってきた(1972年は59.5%)ものの依然として全国一低い所得である。

沖縄県の雇用情勢も常に大きな問題である。沖縄県の失業率は全国一高く、特に最近の景気低迷により、6.0%(1997年)と全国平均(3.4%)の約2倍の高さとなっている。沖縄県の特徴は18歳～25歳までの若年層の失業率が高いことで、県内の産業活力の脆弱性を物語っている。

2 - 2 - 2 県民の健康指標

(1) 人口動態及び疾病構造

沖縄県の人口動態を概略すると次のようになる。

1996年の出生数は、1万7,064人で人口千人当たり出生率は13.4となり、全国平均(9.7)よりもかなり高く、23年間連続して全国一となっている。

同年の死亡数は7,038人で人口千人当たり死亡率は5.5となっており、全国平均(7.2)よりも低い。これを順位で見ると下から2番目である。

次に疾病構造についてみると、全国的な疾病構造の変化と同様、本県でも結核などの感染症が主要死因であったものが、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患のいわゆる3大成人病が台頭してきている。悪性新生物が脳血管疾患と入れかわって、第1位になったのが1977年以降であり、脳血管疾患は年を経るごとに順位を下げている。このことは脳血管疾患の要因である高血圧に対する健康管理がいきとどいたことを反映するものだと推察される。

表2 - 3 沖縄県の疾病構造

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
昭和55年 1980年	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	老衰	肺炎 気管支炎
昭和60年 1985年	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎 気管支炎	老衰
平成9年 1997年	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎 気管支炎	不慮の事故 有害作用

資料：「医務概要」1997年度 沖縄県環境保健部医務課

(2) 沖縄県の医療費

「国民健康保険医療年報」(1995年度)によると、沖縄県の1人当たり医療費は、12万3,000円と全国一少ない。沖縄県に次いで低いのは千葉県、埼玉県、神奈川県、茨城県である。逆に、最も高いのは徳島県の20万8,000円であり、次いで北海道、富山県、石川県、高知県と続いている。第1位の徳島県と沖縄県の差は1.7倍とかなりの差がある。

しかしながら、1人当たり老人医療費で見ると全く異なった様相を示しており、沖縄県は、66万3,000

円と第14位となり、全国平均を上回っている。第1位は北海道の85万2,000円であり、以下、大阪府、高知県、福岡県、京都府と続いている。一方、全国一低いのは長野県の48万6,000円であり、北海道との差は1.8倍となっている(ちなみに沖縄県と北海道の差は1.3倍である)。

2 - 2 - 3 保健医療機関・施設の現況

沖縄県全体の医療供給は物的にも人的にも全国平均のほぼ8割程度である(ただし、看護婦(士)など人口10万人で見て全国水準を上回っているのもある)。このうち保健医療施設の状況についてみると、病院や診療所の整備が復帰後急速に進められ、格差は縮小する方向にあるが、依然として全国的な水準には達していない。このことを人口10万人当たり施設数でみると、病院数が全国平均の92.0%、一般診療所、歯科診療所でそれぞれ66.3%、83.9%となっている。ただし、病床数では一般病床で全国平均の105.8%と、全国平均を若干上回っている。

表2 - 4 医療機関の比較

1996年10月1日現在

	病院		一般診療所		歯科診療所	
	全国	県	全国	県	全国	県
総数	9,490	88	87,909	594	59,357	508
人口10万人当たり	7.5	6.9	69.8	46.3	47.2	39.6
対全国比	92.0%		66.3%		83.9%	

資料：「医務概要」1997年度 沖縄県環境保健部医務課

表2 - 5 病床数比較

1997年10月1日現在

	実数			人口10万人当たり		
	病院病床数		一般診療所 病床数	病院病床数		一般診療所 病床数
	一般病床			一般病床		
全国	1,664,629	1,262,838	246,779	1,332.6	1,003.3	196.1
県	19,669	13,618	2,187	1,533.0	1,061.4	170.5
対全国	1.2%	1.1%	0.9%	115.0%	105.8%	86.9%

資料：「医務概要」1997年度 沖縄県環境保健部医務課

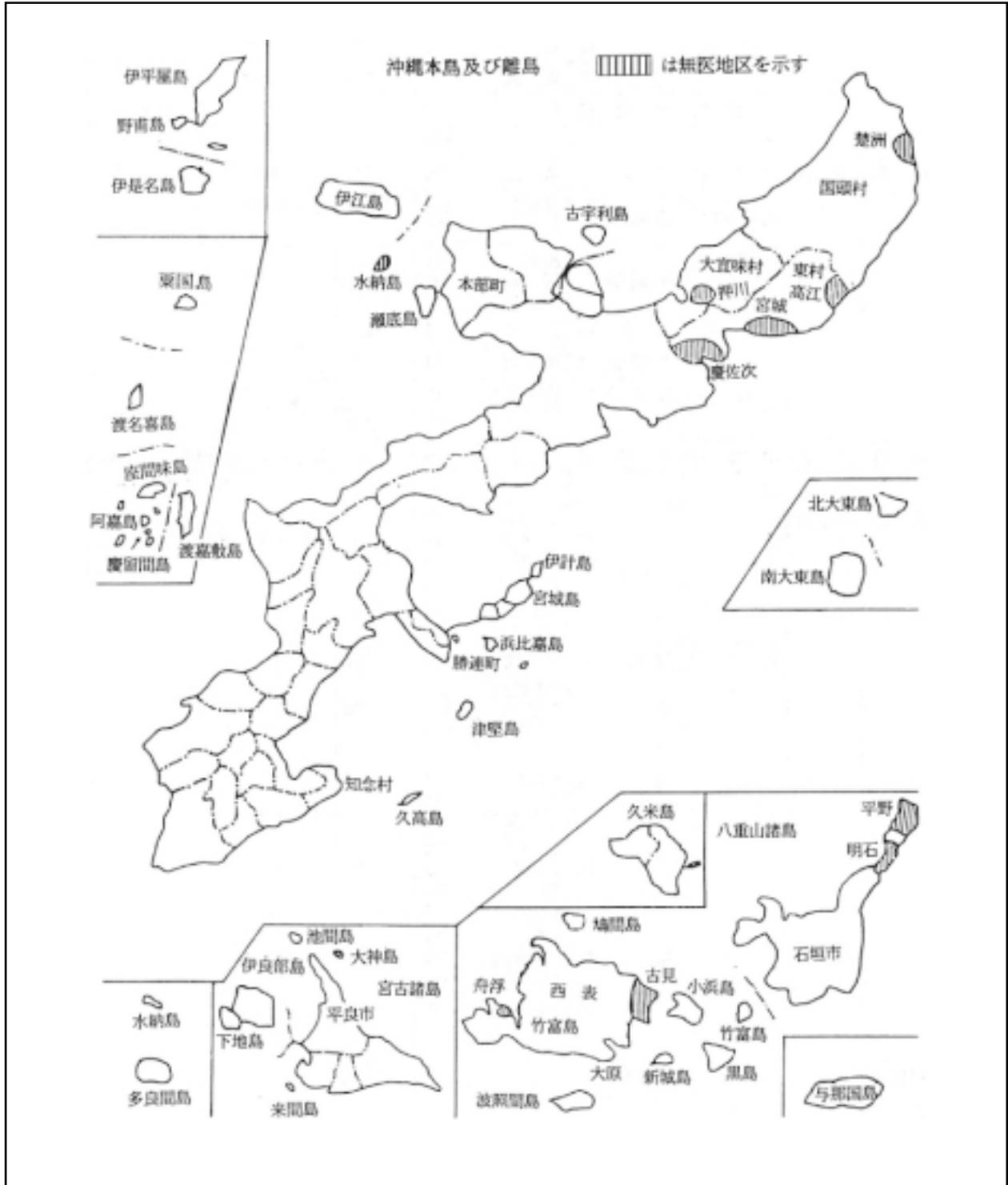
以上は沖縄県の医療機関について全国との比較において検討したが、次に沖縄県内の医療機関の分布状況について概観する。県内の人口分布は中南部に全体の8割が住んでおり、医療施設も中南部に集中している。北部・離島の人口過疎地域では医療施設及び医療従事者不足が深刻な問題となっている。

病院・一般診療所のないところは宮古地区における上野村だけであるが、居住地域の半径4km以内に病院・一般診療所などの医療機関がない地区(無医地区)を抱える市町村は8市町村あり、それらは

本島北部地区の4町村、残りは離島地域となっている。

また、病院病床の21%は那覇市にあり、沖縄市、具志川市、宜野湾市などの中南部域における都市部で全体の45.1%を占めている。町村部では病院のないのは29町村にのぼっている。

図2 - 4 沖縄県の無医地区の状況



2 - 2 - 4 保健医療・環境衛生行政の概要

(1) 行政の主体

沖縄県における保健医療・環境衛生行政は、沖縄県庁が中心となって進められている。保健医療から衛生分野、福祉分野に関しては福祉保健部(旧環境保健部。1998年4月に改組)が、赤土流出対策や公害防止などに関しては文化環境部・環境保全室が所轄している(福祉保健部については図2-5 機構図参照)。

(2) 保健医療計画

沖縄県の保健医療政策を実施するため、全体としての「沖縄県保健医療計画」、医療圏域ごとの「沖縄県地区保健医療計画」、離島へき地における医療に関する「沖縄県離島・へき地保健医療計画」がある。

沖縄県保健医療計画は、総合的な対策としての性格を持ち、保健医療資源の量的・質的な確保充実を通じて、県民の健康づくりから、疾病の予防、治療、リハビリテーションにいたる、包括的な保健医療サービスが受けられるよう、総合的な保健医療体制の整備を図ろうとするものである。

同計画では、プライマリー・ケアから高度専門医療までの機能を、1次から3次までの3段階に分け、それぞれの役割について以下のように示している。

「1次医療は診療所が担当する。それには市町村域内において適切な診療所医師数を確保するとともに、医師による地域住民の健康教育、保健指導、適切な医療機関などへの患者紹介などのかかりつけ医の機能を推進する。2次医療は、各圏域において圏域内の病院が対応する総合的な医療サービスの提供である。さらに、3次医療は、県全域を対象とする高度で特殊な専門技術・設備を必要とする医療サービスの提供であるので、琉球大学付属病院及び県立中部病院を中心として整備する。」

このように1次から3次にわたる医療サービスの役割を明確にしたうえで、相互の連携を強化することが重要だとしている。

また、琉球大学医学部及び同付属病院は、医師の養成、医学の研究、高度医療を行うのみならず保健医療従事者の生涯教育についても医師会などの関係機関と連携してその中心的役割を果たしている。

沖縄県地区保健医療計画は、全体計画を踏まえた圏域別の計画であり、県計画と整合性のとれた2次保健医療圏ごとの具体的に実施する方策を盛り込んだものである。

沖縄県離島・へき地保健医療計画は、地域医療の格差を是正し、離島・へき地の総合的な保健医療提供体制の整備を図るために、無医地区などにおける医療体制の確立、医師の確保、保健医療の質的向上、保健・医療・福祉の連携強化などの具体的施策を定めたものである。

救急医療も沖縄県にとっては重要な課題であり、公的医療機関が中心となって救急医療体制を確保

している。体制としては、 初期救急医療体制、 第2次救急医療体制、 第3次救急医療体制があり、また特筆すべきものとして、ヘリコプターなどによる救急搬送時の医療体制がある。

初期救急医療体制は、県内の6つの救急医療圏(北部、中部、那覇、南部、宮古、八重山)の市町村(一部組合を含む)運営の休日夜間急患救急診療所において、救急患者に対応するものである。那覇救急医療圏では地区医師会に委託して在宅当番医制も実施している。

第2次救急医療体制では各救急医療圏の県立病院などが中心となって病院群輪番制を実施し、24時間体制で対応している。また民間の救急告示病院においても対応している。

第3次救急医療は特殊、高度の治療が必要になる場合に対応するものである。県立中部病院には救命救急センターが設置され24時間体制で対応している。また、1998年10月から琉球大学医学部付属病院が救急医療を実施している。

ヘリコプターによる救急搬送は、離島診療所に対応が難しい重症救急患者を、沖縄本島、宮古島又は石垣島の医療要員、設備などの整った医療施設に陸上自衛隊及び海上保安本部のヘリコプターなどで県立病院か当直病院へ搬送するシステムである。

【キーワード】

中南部地域への人口集中、離島・へき地地域における過疎化・高齢化、観光産業、失業率、3大成人病の増加、老人医療費、医療施設の集中、無医地区、保健医療・環境衛生行政、保健医療政策、保健医療計画、地区保健医療計画、離島・へき地保健医療計画、1次・2次・3次医療、初期・2次・3次救急医療体制、ヘリコプターなどによる救急搬送

2 - 3 医療従事者の現況

2 - 3 - 1 医師

(1) 現状と推移

1996年末における医師数は2,189人で、1994年と比べて129人、6.3%の増加となっている。また、人口10万人当たりの医師数は170.8人となり対全国比で見ると89.1%である。まだ全国平均には及ばないが、復帰時の1972年の医師数が516人、1996年が2,189人であるから、復帰後の24年間で約4倍の増加し、いかに沖縄県が医師の養成に力を入れてきたかが分かる。

医師数を地域別(保健所所管地域別)にみると南部は人口10万人当たり246.7人であり、人口集中地帯には医師も集中していることが分かる。一方、北部や離島地区の過疎地域を含む地区では人口当たりの医師数も少ないものとなっている。特に島嶼地域である沖縄県は、離島へき地診療所における医師の確保が大きな課題となっている。

表 2 - 6 沖縄県の保健所所管地域別医師数

保健所所管地域	人 口	医師数	人口 10 万人当たり 医師数	医師 1 人当たり 人 口
北部保健所	98,183	137	139.5	716.7
石川保健所	129,560	209	161.3	619.9
コザ保健所	300,040	360	120.0	833.4
中央保健所	300,809	496	164.9	606.5
南部保健所	350,181	864	246.7	405.3
宮古保健所	55,698	70	125.7	795.7
八重山保健所	47,295	53	112.1	892.4
合 計	1,281,766	2,189	170.3	585.5

注：1996 年末、現在人口は 1996 年 10 月 1 日現在の推計人口

資料：「医務概要」1997 年度 沖縄県環境保健部医務課

(2) 養成の動向

沖縄県の医師養成は、復帰後しばらくまで国費医学生留学制度によるものが大きかった。しかし 1981 年に琉球大学に医学部が設立されてからは国費制度に代わって、同大医学部が本県の医師供給のうえで大きな役割を果たしている。琉大医学部は 1981 年に定員 100 人で開設され、1987 年に第 1 期の卒業生が出ており、以後毎年約 100 人の卒業生を出している。

2 - 3 - 2 看護婦・保健婦・助産婦

(1) 現状と推移

1996 年末現在の届出看護職員数は、看護婦(士)5,863 人、准看護婦(士)4,382 人、保健婦(士)353 人、助産婦 255 人となっている。

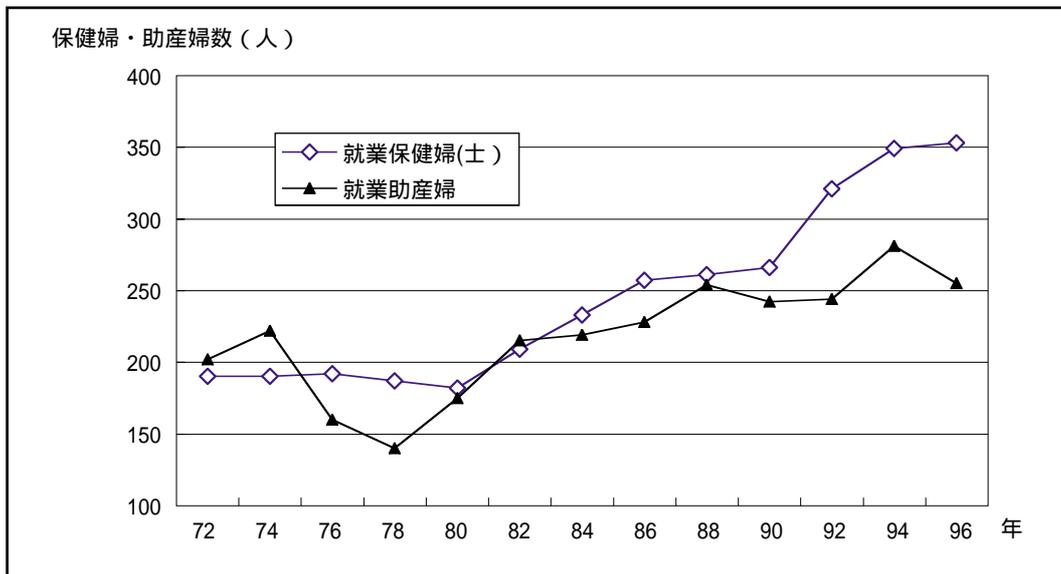
これを人口 10 万人当たりの職員数で見ると、看護婦(士)457.0 人、准看護婦(士)341.5 人、保健婦 27.6 人、助産婦 19.9 人となり、全国平均と比較するとそれぞれ、105.5%、111.9%、109.6%、105.9% の水準となり、全国水準より高くなっている。看護職員に関しては医師などの医療スタッフに比べて高い充足率となっているが、離島へき地地域と中南部都市圏との間に地域差があるなど、高齢化の進展を背景とした今後の医療需要の増大を考えると充足度はまだ十分だとはいえない。

表 2 - 7 沖縄県の保健所所管地域別看護職員

保健所所管地域	保健婦	保健士	助産婦	看護婦	看護師	准看護婦	准看護師	計
北部保健所	35	0	22	413	39	318	49	876
石川保健所	35	1	24	572	47	305	79	1,063
コザ保健所	60	2	31	1,107	78	863	120	2,261
中央保健所	65	1	72	1,219	52	875	104	2,388
南部保健所	110	1	92	1,769	148	1,274	189	3,583
宮古保健所	20	0	2	218	19	134	6	399
八重山保健所	23	0	12	171	11	60	6	283
合計	348	5	255	5,469	394	3,829	553	10,853

資料：「医務概要」1997年度 沖縄県環境保健部医務課

図 2 - 6 就業保健婦(士)数・助産婦数の推移(実績値)



(2) 養成の動向

本県における看護職員の養成施設数は1997年4月現在、8校で14課程あり、年間の養成定員は看護婦 550人、准看護婦 230人、保健婦20人、助産婦20人、琉球大学の保健学科70人の合計890人となっている。1950年から1996年までの延べ養成数は看護婦(士)、准看護婦(士)・保健婦・助産婦の合計で1万4,710人となっている(章末資料1、2参照)。

また、看護婦の質向上をめざした県立看護大学が、1999年4月に開学され、より深い専門知識を持った看護婦の育成が期待されている(章末資料3参照)。なお県立看護大学設立によって、沖縄看護学校は2002年に閉校となる。

2 - 3 - 3 理学療法士・作業療法士

(1) 現状と推移

1997年度末現在で理学療法士数274人、作業療法士数89人(会員登録数)となっている。1990年と比べると両者とも約2倍近く増加しており、高齢化社会を迎え、今後ニーズはますます増大するものと予想される。

(2) 養成の動向

県内の養成所として、医療法人おもと会沖縄リハビリテーション福祉学院がある。理学療法学科は、1990年度に開設され(1990年度定員20名、1991年度以降40名に増員)、作業療法学科は1993年度に開設されている。どちらも修業年限は3年間であり、養成所を卒業し、理学療法士国家試験または作業療法士国家試験に合格したあと、県内の病院や社会福祉施設などで勤務することになる。

理学療法学科は1993年3月から1998年3月までに196人、作業療法学科は1996年3月から1998年3月までに52人の卒業生を送り出している。

表2 - 8 理学療法士の養成数

	設 立	定 員	修業年限
理学療法士	1990年度	40名	3年
作業療法士	1993年度	30名	3年

資料：おもと会沖縄リハビリテーション福祉学院

2 - 3 - 4 診療放射線技師・臨床検査技師

(1) 現状と推移

1996年10月1日現在における診療放射線技師数は、264人で、1990年と比較して51人(24%)の増加となっている。一方、臨床検査技師数については、504人で、1990年と比較して99人(24%)の増加となっている^{注1}。

(2) 養成の動向

臨床検査技師については、琉大医学部保健学科において臨床検査技師の受験資格が取得可能であるが、実態は本土の臨床検査技師養成施設、短大、または薬学部、保健衛生学部などを経て臨床検査技師国家試験に合格したのち、県内医療機関に勤めるケースが多い。

診療放射線技師については、県内に養成機関はなく県外の診療放射線技師養成所や短大などに依存している状況である。

注1 診療放射線技師数・臨床検査技師の数値は病院勤務者数である。

章末資料1 沖縄県看護職員の養成機関

1996年4月1日現在

種別	課程数	1学年定員	総定員	備考
保健婦課程	1	20	20	沖縄看護学校保健婦課程(2002年閉校)
助産婦課程	1	20	20	沖縄看護学校助産婦課程(2002年閉校)
看護婦3年課程	1	180	540	沖縄看護学校
	1	100	300	沖縄看護婦専門学校
	1	50	150	北部看護学校
看護婦2年課程	1	40	80	浦添看護学校第一学科
	1	80	240	浦添看護学校第二学科(定時制)
	1	50	150	那覇看護専門学校(定時制)
	1	50	150	北部看護学校(定時制)
准看護婦課程	1	40	80	愛楽園附属准看護学校(年閉校)
	1	150	300	那覇看護専門学校
(准看護婦課程) 高校衛生看護科	1	40	120	那覇高等学校衛生看護科
(保・助・看課程) 大学	2	70	280	琉球大学医学部保健学科
総計	14	890	2430	

注：定時制は修業年限が3年

資料：「医務概要」1997年度 沖縄県環境保健部医務課

章末資料2 沖縄県看護職員の養成実績

1997年4月末日現在

(単位：人)

種別	年度	1950 ~ 79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
	保健婦(士)		612	35	31	31	40	32	33	26	24
助産婦		190	22	23	26	26	20	16	21	22	24
看護婦(士)		2,501	161	151	167	197	230	249	283	285	274
准看護婦(士)		1,672	164	187	188	193	184	174	177	177	181
計		4,975	382	392	412	456	466	472	507	508	507

種別	年度	89	90	91	92	93	94	95	96	97	累計
	保健婦(士)		22	22	20	20	20	20	22	22	22
助産婦		22	18	16	21	19	20	20	20	19	565
看護婦(士)		284	300	287	307	291	319	381	608	631	7,906
准看護婦(士)		183	186	192	202	203	194	230	242	228	5,157
計		511	526	515	550	533	553	653	892	900	14,710

資料：「医務概要」1997年度 沖縄県環境保健部医務課

章末資料3 沖縄県立看護大学の概要

(1) 名称	沖縄県立看護大学
(2) 所在地	那覇市与儀1丁目24番1号
(3) 学部及び学科	看護学部看護学科
(4) 総定員	320人(入学定員80人)
(5) 学位	卒業生には、学士(看護学)の学位が授与される。
(6) 卒後の資格	・看護婦(士)、保健婦(士)及び助産婦(選択)の国家試験受験資格が得られる。 ・保健婦(士)免許取得後、申請により養護教諭2種免許が取得できる。
(7) 開学	平成11年4月
(8) 校地面積	20,268m ²
(9) 建物延床面積	15,888m ² ・教育管理棟 ・研究棟 ・図書館 ・体育館

資料：沖縄県福祉保健政策課

1999年度入学生の状況

入学者80人（内訳：一般選抜60人、特別選抜20人）
 （特別選抜の内訳：一般推薦16人、社会人推薦2人、地域推薦2人）
 県内69人（男7人、女62人）
 県外11人（男1人、女10人）
 受験者総数 792人

教員の状況(専任)

	教授	助教授	講師
基本科目	2	1	2
専門支持科目	2(3)	0	3
専門科目	5(8)	1(4)	3(7)
計	9(13)	2(5)	8(12)

注：()内の数字は平成13年度までの配置予定人員

学位・資格等

卒業時に「学士(看護学)」の学位を授与
 保健婦(士)及び看護婦(士)の国家試験受験資格
 助産婦国家試験受験資格(科目選択)
 養護教諭2種免許取得資格

卒業後の進路

卒業後の進路としては、病院、保健所、診療所、市町村、老人保健施設、社会福祉施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、行政機関、民間企業、大学院、研究・教育機関等。

入学定員

320人(各年次80人)

3. 沖縄の特色ある地域保健活動の軌跡

3 - 1 米軍統治と地域保健医療への影響

3 - 1 - 1 米軍統治時代の医療の実態

太平洋戦争では、沖縄県の医療関係従事者が多数戦死し、終戦直後に生き残った医師はわずかに64名で、戦後5年経過した1950年時点でもその総数は131人であった。また、病院や診療所などの医療施設はほとんど残っていなかった。このように物的にも人的にも極端な医療不足の状態が戦後しばらく続いた。

表3 - 1 医療従事者数の推移

	1943年	1946年
医師	163人	64人
歯科医師	69人	19人
医師助手	-	58人
歯科医師助手	-	22人
薬剤師	24人	4人
免許看護婦	113人	191人
見習看護助手	-	321人
産婆・助産婦	258人	150人
鍼灸師	66人	-
按摩	5人	-

注1：1943年 = 沖縄県衛生統計から

注2：1948年4月 = 沖縄群島政府厚生部発行衛生統計から

(編集注：医師助手・歯科医師助手と看護婦・見習看護婦は米軍政府の「採用臨時措置」による)

資料：「長寿のあしあと」1995 沖縄県

後述するように米国軍政府(1950年以降は米国民政府(USCAR))は、劣悪な医療環境を改善するため多くの医療政策を展開していくのであるが、当時は医療資源の不足のなか、結核、フィラリア、マラリアなどの伝染病に立ち向かわなければならなかった。

戦後初めての病院は、診療所の上部拠点病院として、宜野座、石川に設置された2病院が最初であるといわれている。その後、宜野座、石川に続き糸満、名護にも設置され、病院数は4となった。さらに、沖縄民政府の設立と軌を合わせて沖縄中央病院(通称：コザ中央病院)が各科の診療科目を整備した総合病院として発足し、沖縄の医療の中心となった。

3 - 1 - 2 米軍統治時代の保健・医療制度

太平洋戦争の戦場となった沖縄は、社会インフラ施設、産業施設、住宅などすべてが灰燼に帰した。1945年4月以降、米国海軍軍政府布告第一号(ニミッツ布告)によって米軍統治下になり、以後1972年の本土復帰を迎えるまでの27年間米国の統治下に置かれるのである。したがって、医療行政もすべて

布令・布告などによって実施された。その後、軍政府は、医療従事者の育成、保健医療施設の整備など数々の施策を実施していくが、これが現在の沖縄の地域特性に合った良好な保健医療・衛生環境の基礎をつくったといえよう。復帰までの27年間に米軍政府が行った医療施策は次のとおりである。

(1) 官営医療制度

終戦後の沖縄には、医療施設はもちろんのこと医療従事者も極端に不足していた。そのため、軍政府は戦後直ちに官営医療制度を実施し、医師の個人自由開業を禁止した。医師は各地区の病院や診療所などの医療機関に公務員として勤務することとし、非常事態に対応したのである。これは1951年に医師個人自由開業制度が実施され、特定の地域での開業が許可されるまで続けられた。なお、医薬品や衛生材料もすべて軍からの支給によってまかなわれていた。

(2) 介輔制度

戦後の医師の絶対数不足のなかで旧日本軍の衛生兵などが医師助手として医療活動に従事させられたが、彼らはその後、治療行為に制限があるものの特別に許可された医師(医介輔)として地域医療に大きく貢献することになる。

(3) 本土医学生留学制度

軍政府は医師不足の解決のため医師養成の必要性を重視し、1949年に契約医学留学制度を開始した。この制度は1953年には公費医学生留学制度(55年以降国費)に発展し、1986年の終了まで毎年日本本土に一定数の留学生をおくった。彼らは後に沖縄県の地域医療を担う人材として大きく貢献することになる。

(4) 保健所の設立

保健衛生行政の対策として、軍政府は各地区に次々と保健所を設立した。以後保健所は保健衛生指導に大きな役割を果たしてきた。その結果、長期間県民の健康をむしばみ、かつ産業の発展を阻害してきたマラリア、フィラリア症などは撲滅され、結核罹患率も全国平均並みに低下した。こういった保健衛生の向上が日本一長寿県の要因となった。

また、食品衛生に関しても保健所を中心として衛生監視業務が行われた。衛生監視の中心的役割を果たしたのは獣医師や薬剤師などであったが、当初、衛生監視員は食品衛生監視員と環境衛生監視員を兼務していた。

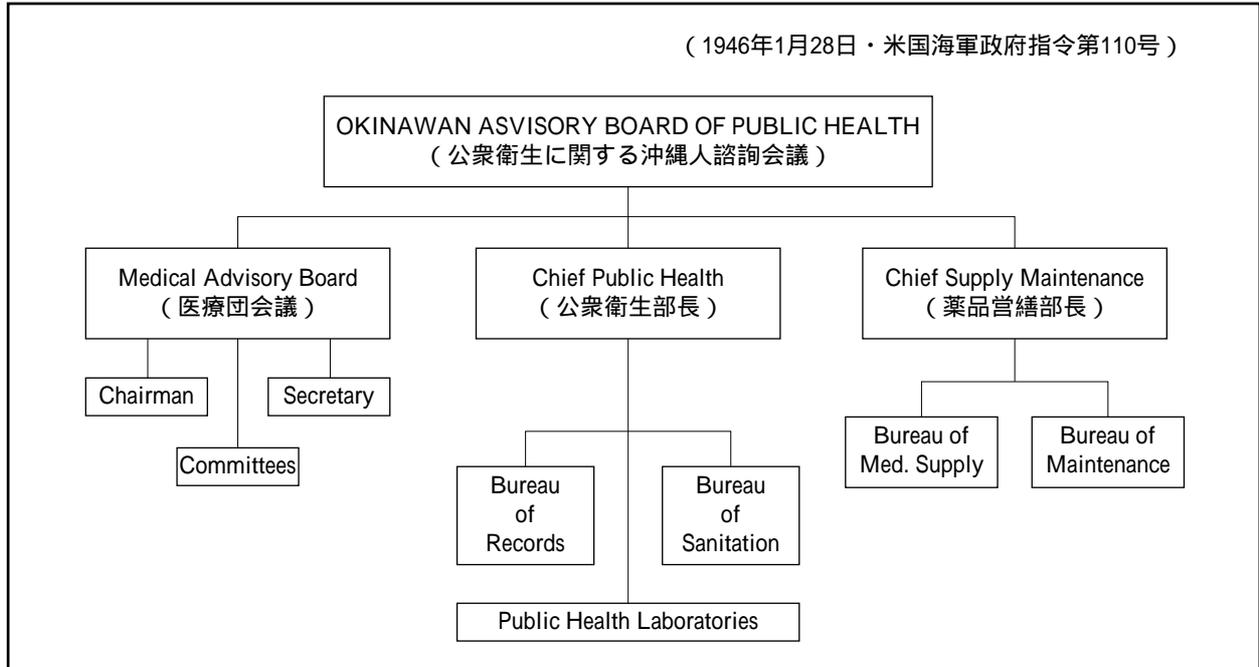
(5) 公衆衛生看護婦の育成

保健所の設立と同時にコ・メディカルズの育成にも力が入られていったが、そのなかでも特に公衆衛生看護婦(公看)の育成が進められ、各保健所を中心に地域に密着した保健医療の担い手として当時深刻な問題であった結核の予防と治療などに重要な役割を担った。

(6) 臨床検査技師の養成

伝染病や寄生虫の疫学的調査を行うなど、地域衛生業務には欠かせない臨床検査技師の養成も進められた。養成の中心となったのが中央衛生研究所であるが、同研究所は、1946年に10人の第一回卒業生を送り出して以来、県の保健行政に重要な役割を果たす人材を供給しつづけた。

図3 - 1 米国海軍軍政府の医療行政機構図



資料：「長寿のあしあと」1995 沖縄県

【キーワード】

米軍統治、米国軍政府、ニミッツ布告、米国民政府(USCAR)、布令・布告、官営医療制度、介輔制度、本土医学生留学制度、保健所、公衆衛生看護婦、臨床検査技師

3 - 2 介輔制度と地域保健医療活動

3 - 2 - 1 制度誕生の背景と制度の変遷

前述のように、戦後、医療供給体制が極端に不足しているなか、医師不足を補うため、米国軍政府は、布告第9号「Public Health and Sanitation(公衆衛生及び環境衛生)」(1945年4月) を発し、免許を有する医師、歯科医師などの医療従事者以外に「その他のもの」として、医学校中途退学者、軍隊で衛生兵としての経験を有する者、医師の代診、また、医師の下で補助的業務をしていた薬局生(ヤッチク) などの医療業務経験者に対して医師助手(Assistant Doctor) という名称をあたえて医療業務に従事させ、これが介輔制度ができるきっかけとなった。1946年4月には、こうした医師助手に対して、住民の行政機関として創設された沖縄民政府より「医官輔」の辞令が交付され、各地区診療所、地区病院、中央病院、特殊病院などでの勤務が命じられた。

さらに、1951年5月には米国民政府(USCAR) は布令第42号及び43号により、歯科医師助手及び医師助手制度の廃止を規定し、同時に医師助手は介輔(Medical Service Man)、歯科医師助手は歯科介輔(Dental Service Man) と称すべきことを明示したのである。

布告に先立ち1951年4月には、介輔及び歯科介輔の資格審査が実施され、その後、計3回にわたり介輔認定試験が実施された。その結果、126名の介輔、35名の歯科介輔が誕生した。

その後、27年間の米軍統治下において、彼らは離島・へき地医療に貢献するが、制度上の大きな転機となったのは1972年の本土復帰であった。本土法に従えば彼らの身分は保証されないのであるが、幸いにして諸制度の本土法への移行措置として「沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律」が制定され、介輔についてはその第100条の規定に基づいて従来どおり医業が継続できることになった。

3 - 2 - 2 介輔の制度内容

1951年に発令された布令によると、介輔とは、以下の各号に該当する者をいうとしている。

- イ．資格のある医師の直接的監督及び指導の下に少なくとも1年間医療上の訓練を受けた者。
- ロ．応急手当、病人の介抱、軽患者の診療、軽少なる外科的処置並びに簡単な医薬品及び治療薬の投与並びに処方を含む訓練を受けた者。
- ハ．本布令発布当日まで引続き3か年間医師助手として従事していた者。
- ニ．本布令発布後は正当な資格を有する医師または保健所長の監督の下で利用せられる者。

この布令によって「介輔」という身分法が成立した。一般的に「医介輔」と呼ばれているが、制度上の正式な名称は「介輔」である。

ちなみに、沖縄における介輔の類似職は外国にも存在し、主に医師の少ない発展途上国で医師不足を補う手段としてクリニカル・オフィサー(Clinical Officer) などの名称で採用されている制度であるが、アメリカなど先進国においても地域医療を支える人材となっている。アメリカでは医療助手(Assistant Medical Officer) と呼ばれ、地域における医師不足の解消に貢献している。

3 - 2 - 3 介輔の推移

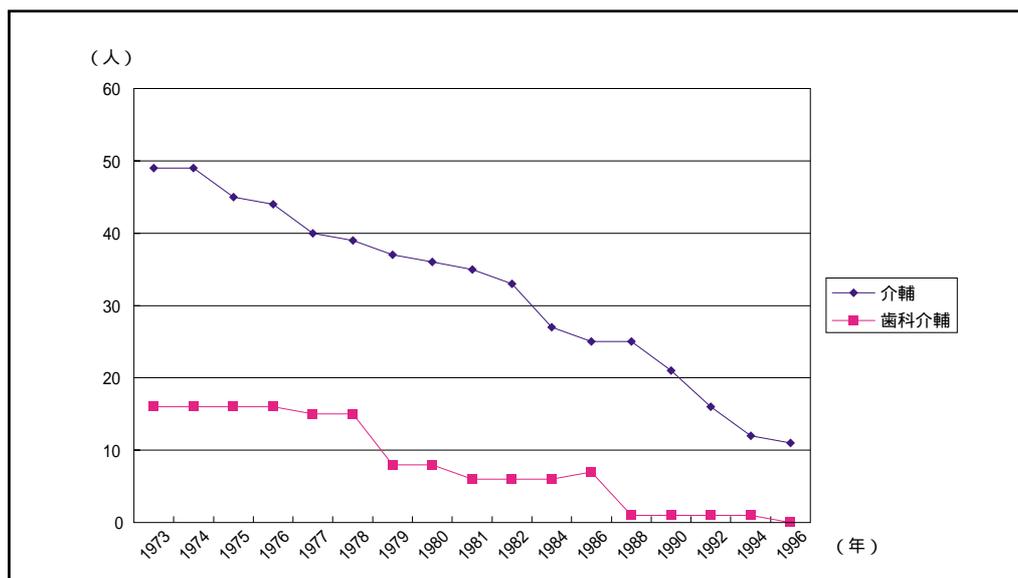
1952年以降認定試験は行われておらず、介輔数はこの時点ピークとして、その後は死亡などによって減少することになる。なお、地域別に見ると、介輔は沖縄群島に74名(沖縄本島61名、本島周辺離島13名)、宮古群島3名、八重山群島19名、奄美群島(現在の鹿児島県大島郡)30名であった。歯科介輔は沖縄群島33名、奄美群島2名であった。

復帰時点における介輔数は49名、歯科介輔数は16名であった。その内訳は県立診療所勤務(単独)10人、国の施設(らい療養所、刑務所、少年院)4人、限地開業33名、開業医院勤務2名であった。歯科介輔は限地開業11名、開業歯科医院勤務5名となっている。

復帰後5年経過した1977年でも離島へき地にある29箇所の県立病院附属診療所のうち、医師が配置されていたところはわずか9施設で、8施設は介輔が単独で勤務し、残りは医師も介輔も確保できないために閉鎖され、休診という状態であった。このことから離島へき地医療において介輔は不可欠であったといえる。

1996年には、介輔11人、歯科介輔0人となり、高齢化しているものの依然として離島へき地において現役で活躍している。しかし1951年当時からするとその割合は7%となっており、大半の人がリタイアしている。

図3 - 2 介輔及び歯科介輔の推移(復帰後)



資料：「医療概要」各年12月末現在、沖縄県環境保健部医務課

囲み記事 1 : “ 離島へき地医療における介輔の貢献 ”

ここでは、介輔として42年間離島医療に尽くしてきた仲里和雄氏の活動を通して介輔の医療活動の実態を述べたい。

仲里氏は戦時中、衛生下士官で伍長だったが、介輔になるきっかけは粟国島で不発弾の爆発によって負傷した人を看護したことである。その後、1951年の介輔認定試験に合格し、粟国島を始めとしていくつかの離島で勤務し、最後の勤務地である座間味島に至るまで21年間離島へき地医療に貢献してきた。

米軍統治時代は医療物資の不足に悩まされ、当時は離島から那覇の病院まで薬品やガーゼ、包帯などを受け取りに行っていた。三輪自動車を借りて自分で運転したりで、船に積みこんだり医療品の確保にはいつも苦労していた。それでも支給される器具が足りなくて、注射器や外科用のピンセットなどを自分で買って備えたこともあった。

また、介輔という身分のため、治療に制約があったのも事実である。例えば、レントゲン撮影や虫垂炎などの外科手術もできないのである。医師の免許さえあればということも何度かあった。法的には歯の治療はできないが、歯科医のいない離島ではこっそり抜歯したこともある。

特に大変なのが緊急の患者の処置である。自分で治療できない患者を施設のある病院へ送るべきかどうか、その判断をするのが介輔の重要な仕事なのである。当初は米軍に依頼していたため、ヘリコプターが到着するまで3時間以上かかっていた。その場合、個人の船を借りて送るということもあった。その方がヘリコプターより速く着くためである。現在は自衛隊に依頼していることと、緊急医療体制が確立されているのでかなり時間は短縮されており、離島に勤務するものにとっては安心できる。平均して年に4,5回は出動を要請していた。

仲里氏が勤務した座間味島は20年ほど前は電話もなく、オートバイが診療所と村役場に1台ずつあるだけだった。そのオートバイも雨が降ると夜道は車輪がすべって役に立たなかった。

最近増えている患者は座間味村を訪れる観光客である。人口800人の離島村に毎年6万前後の客が訪れるが、直射日光の強さが本土とは違うことが分からず、日射病に倒れて診療所にかつぎこまれる患者が増えている。

【キーワード】

米国民政府、医師助手(Assistant Doctor)、米国民政府(USCAR)、介輔(Medical Service Man)、
歯科介輔(Dental Service Man)、医療助手(Assistant Medical Officer)

参 考 文 献

- 「医務概要」沖縄県環境保健部医務課、1997年
- 「沖縄介輔史 - 沖縄介輔制度40周年記念誌 - 」(社)沖縄医介輔会、1991年
- 「沖縄県医療健康水準」(財)社会保険福祉協会、1985年
- 「沖縄県統計年鑑」沖縄県統計協会、1998年
- 「沖縄県保健・医療計画」沖縄県、1994年
- 「沖縄長寿総合調査報告書」(財)長寿社会開発センター、1997年
- 「沖縄と介輔 - 沖縄介輔制度35周年記念誌 - 」(社)沖縄医介輔会、1986年
- 「環境保健行政の概要」沖縄県環境保健部、1997年
- 「国民衛生の動向」(財)厚生統計協会、1997年
- 「ざまみ - 精神保健福祉活動20周年記念誌 - 」沖縄県南部保健所、1998年

3 - 3 保健婦活動^{注1}

3 - 3 - 1 保健婦の養成

前沖縄県立看護学校 校長

大嶺千枝子

(1) はじめに

本県は、第二次世界大戦で臨床看護に携わる貴重な人材である多くの看護職者をはじめ、養成施設やその指導者を失った。終戦当時、人々は戦火による栄養不足や過労状態に加え、結核、下痢、腸炎などが蔓延しており、公衆衛生状態は劣悪であった。公衆衛生の問題は早急に取り組まなければならない社会的課題の一つであった。

臨床看護婦養成は、戦後いち早く開設した病院開院と同時に3年課程の看護婦養成として開始された。指導者や教科書及び教育備品は皆無の状況で、医師の全面協力による臨床看護実習が中心であった。

人々の生活が落ちつきを見せ始めた1951年、公衆衛生事業の開始に向けて保健所開設準備が進み、新しい看護領域として公衆衛生看護に携わる人材確保が急務となった。その人材確保戦略を受けて開始された講習・養成などを中心にその概略を以下紹介する。

(2) 保健婦講習会・社会情勢に合わせた講習養成を開始

公衆衛生看護活動に従事する保健婦は、その活動対象及び内容から看護婦教育にプラスした教育が必要である。初めて規定された保健婦教育は、1951年の米国民政府令により6か月以上となっているが、当時の諸要因から規定された教育の実施が困難であった。そのため、保健婦養成は講習会から始まり、規定に基づく保健婦の資格要件を満たすために計画的な補習教育を行って、段階的に養成することとなった。

保健所開設当時の公衆衛生看護は、目新しい看護領域であったこともあり、地域における公衆衛生看護の役割に関する理解が十分でなかった。したがって講習会開催にあたり受講生の確保は、看護婦資格を有する者や病院で働く看護婦の説得から始まり、適任と認められる者を保健所職員として任命し、給与を支給するなど身分保障を図りつつ受講させた。

講習期間は5か月間で、集中講義による理論教育を3か月、保健所実習は8週間・480時間である。教育課程は公衆衛生看護の原理をはじめとする専門科目と、15の関連科目で合計512時間である。実習は受講生の所属する保健所で、家庭訪問やクリニックなどが個人及び集団指導として実践活動的に教えた。すべてが貧しい状況下で行われる地域現場での看護実践は、その生活実態に合わせた応用力を必要とし、生活の場にある物を有効活用するために様々な工夫がなされた。

講習会の指導者は、占領国である米国民政府(USCAR)の米国人看護指導者、及び講習会に先駆け

注1 保健婦活動の詳細については巻末資料「保健婦マニュアル」の「1. 地区における保健婦活動の実際」を参照されたい。

て国立公衆衛生院の研修を修了した者が務めた。受講生は講習修了後、6か月間の訓練期間を経て、その適性が認められると保健婦免許証を与えられた。このように保健所開設と平行して5回の講習会で120名を養成し、スムーズな保健所事業の推進が図られた。

(3) 公衆衛生看護学校・保健所と教育の一体化

1956年、新しい布令に基づき教育機関は公衆衛生看護学校として独立した。看護婦資格を有する者を対象に履修年限が1年に延長され現在にいたっている。さらに専任教諭の資格は研修修了者や大学で教授法などの科目履修者などと規定し、教育の充実及び強化を図った。

教育の実際においては、公衆衛生看護などの専門科目に関して看護行政担当者や保健所現場の看護管理者、及び保健婦を積極的に活用した。このように地域や保健婦行政上の問題を教育の場で教材とすることで、より実践的教育となった。一方、保健所看護課の業務分掌に看護学生などの教育指導に関する事項が明記され、業務の一貫として積極的な協力が得られたことから、質の高い教育が継続されている。特に保健所実習については地域を担当する保健婦のもとで、マンツーマン方式による具体的な指導を受ける教育体制が確立された。実習教育は看護の知識・理論の応用力を修得させるために、現場の協力は不可欠であり、看護教育における実習の重要性は看護が実践の科学とされるゆえんである。

カリキュラムは地域全体のアセスメントから地域の保健計画樹立技法をはじめ、各種の衛生教育及び家庭訪問による個別指導、家族支援、集団保健指導や相談会、関係者との連携や地区組織の育成などである。関連科目は疫学や保健統計、及び保健医療福祉関連科目を通して、グローバルな視点で地域看護を学んでいる。教育方法の特徴としては、学生を主体とするグループワーク、セミナーを多く採り入れ学生が討議し合うことで問題解決策を考えるようにしている。

保健婦教育に限らず指導者・管理者育成については、保健所開設当初から保健婦行政において計画的、継続的に研修派遣がなされてきた。したがって教育担当者については、大学院大学に相当する研究機関の特別研修修了者などをあてた。さらに主任教諭については保健所の看護管理及び保健婦行政を経験した者を起用している。

本県のように島嶼県として多くの有人離島を有する場合、学生は、卒業と同時に単独で医療の過疎地域などに赴任し、即、実践力と自主自律的な業務計画と遂行が求められることから、看護行政と学校及び保健所が一体となることは極めて重要である。そのため、このような関係機関・関係者の揺るぎない有機的連携のもとで、地域のニーズにあった質の高い保健婦教育が伝統的に継続されている。その結果、卒業生がいかなる地域であっても自信をもって赴任でき、質の高い地域看護サービスの提供を可能にしてきた。

(4) 現任教育・継続教育活動サービスの質の均一化をめざして

保健婦の所属は市町村が保健所のいずれかに大別される。その活動はいずれも地域ヘルス・アセスメントに基づいてなされ、地域のニーズを基本とし、すべての活動は根拠法を有している。このように

保健婦業務が保健行政の諸施策と深くかかわって展開されることから、その動向に合わせて絶えず現任教育が必要である。さらに地域のヘルスニーズの増大や多様な価値観に配慮し、様々な健康レベルにある住民を対象とする専門職として、継続的な自己啓発は必須条件である。現任教育は看護課長などの現場訪問指導、定例会議、研修会及び研究発表会を通してなされている。

保健所看護課の定例会議： 通常、保健婦は各地域に駐在していることから、毎月一回は保健所で定例会議を行い、業務調整、各地区の様々な問題に関する学習会や研修会及び各種の連絡を行っている。

保健婦業務研修会： 保健婦行政が主催して年一回開催する。研修内容及び研修運営は保健婦の希望をいれて看護課長会で討議決定される。

保健婦業務研究発表会： 保健婦行政が主催して年一回全保健婦が一同に会して開催される。発表演題は各保健所の調整で行う。このようにして、時代のニーズに対応した研修や研究発表を計画的に継続することで、すべての地域における保健婦サービスの質の統一を図っている。

【キーワード】

臨床看護婦養成、公衆衛生看護、保健所開設、米国人看護指導者、国立公衆衛生院、公衆衛生看護学校、実習教育、マンツーマン方式、指導者・管理者育成、地域ヘルス・アセスメント、現任教育、現場訪問指導、定例会議、保健婦業務研修会、保健婦業務研究発表会

3 - 3 - 2 保健婦駐在制度

(1) 保健婦の地域駐在制度

保健婦駐在制度とは、保健所保健婦が地域に駐在し、生活に密着して保健婦活動をすべての人々に平等に展開することを可能にした制度である。これは本県が本土から行政分離されたことから、保健所開設と同時に米国人指導者の指導のもとに開始された。保健所開設当時は、保健医療機関、及びその関係者の人材が不足していたのみならず、過疎地域や多くの小規模有人離島は、保健医療の恩恵によくする機会に恵まれず住民の健康管理、及び公衆衛生の向上が課題であった。このことから保健婦駐在制度は保健所開設と同時にその充実及び強化が図られた。

駐在管理及び保健婦の業務管理などの統一に関しては、保健婦行政が主催する定例看護課長会議が、時には教育関係者も参加して頻回に開催され検討が行われた結果、保健婦の地域管理、業務管理、看護記録、指導基準、及び各保健所の問題を解決し様式や基準などの統一が図られた。このようにして、保健婦業務基準を作成し地域格差のない適切な業務推進に努めた。

駐在制度の創設・育成・確立とその発展の過程で最も重要なこととして、優れた指導力と人格的にも尊敬されるリーダーの存在があげられる。また、とりわけ離島の保健婦は孤立無援となることから、配慮のあるフォローのあり方が管理者に求められる。

広大な海域に点在する有人離島の多くはその財政基盤が脆弱であり、独自の保健婦確保が困難な状況にある。駐在制度は質の高い保健婦活動の平等な提供を可能にする制度として高い評価を受けてきた。また、保健婦が保健所に所属することで保健所の医師、栄養士、検査技師などの人材資源を有効に活用して、総合的な保健婦活動を提供した。保健婦駐在所は、制度開始以来45年間で72箇所(1996年)、駐在保健婦数122人を数え、本県の公衆衛生の向上に貢献した実績は計り知れないものがある。

(2) 組織と配置

保健所は所長のもとに、総務課、保健予防課、衛生課、看護課で組織された。看護課長は保健所所内、及び駐在保健婦業務の総括指導管理にあたった。駐在保健婦は市町村役場などに駐在所を置き、市町村職員と一体となって地域住民の協力を得ながら日常業務を展開する。

制度開始当初の保健婦は、交通事情が悪くとも地域把握が容易にできるなどの理由で、出身地に配置した。しかし、へき地離島を含む50あまりの市町村の格差が大きいこと、配置の平等性の配慮の必要などから、人事配置は環境保健部予防課保健婦係の所管となった。このようなことからすべての保健婦がもろもろの調整を経て交代するなどして、へき地離島勤務も経験している。

保健婦の人事異動は、本島においては通常5年～6年、離島勤務は2年～3年の間隔でなされた。公衆衛生の向上は、長期にわたる適切な事業推進のあり方に影響されることから、保健婦の地区交代の業務引継は、看護課長の立ち会いのもとになされている。

(3) 業務管理と指導体系

駐在保健婦は、県職員服務規程や文書管理規定に基づき、規律をもって規定に従って勤務する義務を有する。駐在所に出勤する保健婦は、日常の出勤簿の自己管理を行い毎月一回保健所に提出する。出張や休暇などは事前に課長の了解を受け、書面で事後報告をする勤務管理である。業務管理としては、活動日誌、日報、月報及び年報報告によって行われる。

報告する活動実績は、集団及び個別指導、母子・成人・精神・伝染病などの種別活動、衛生教育・健康相談などの方法別活動、事務時間、などに分類され、目標と照らし合わせて分析し活動評価が行われる。さらに看護課は、管内の各駐在の活動実績を一覧表に集計して、保健所管内全体の事業評価を行い、次年度計画の参考とする。

駐在保健婦の地区管理及び保健婦活動に関する基本事項は、ハンドブックとして「保健婦便覧」を作成し、各駐在所に配布している。

保健婦便覧は、行政編、法令編、活動編、指導編、資料編からなる。

行政編は環境保健部行政組織機構、保健所組織、保健婦駐在、市町村保健婦、服務規程などを収録する。

法令編は保健所法、保健婦助産婦看護法をはじめ母子、結核、精神、老人などの対人保健業務の関連法を掲載する。

活動編は保健婦の業務分掌、地域の年間事業計画策定、地区衛生概況、看護記録、活動報告、保健婦のための処置指針などを収録する。

指導編は母子、成人、精神、結核などの保健指導の要点や地区組織育成について編集している。
資料編は関係施設一覧をはじめ医療費などの保健婦活動に関連した資料を掲載している。

まとめ

- ・新しい制度の新設にあたり、指導者は保健婦適任者を確保する努力が必要である。
- ・現場の人材養成に先駆けて指導者の養成計画が必要である。
- ・教育は地域の公衆衛生の実情に合わせた教育課程を工夫することが大切である。
- ・社会の発展に合わせ、規定を満たすための補習教育が必要である。
- ・理論教育と平行して現場における実践的教育が大切である。
- ・最も重要なことは、行政と教育と保健婦の活動の現場が一体化することであり、絶えず綿密に連携することがその目標・結果を倍増する。

【キーワード】

保健婦駐在制度、保健婦業務基準、業務管理、指導体系、保健婦便覧

囲み記事2：“保健婦の観察力と作業員”

医師不在の離島で、卒業して間もない若いS保健婦のもとに、工事現場で本土企業の50代の男性が吐血したとの連絡が届いた。保健婦は至急ヘリコプターの救急を手配し、県立N病院へ救急処置の指示をあおいだ。日本復帰後であるが、電話はまだ自動化されておらず、保健婦は救急処置をしながらザラザラと雑音の多い無線電話で患者の状態を頻りに報告をし、ヘリコプターを待った。患者とともに記録を持ってヘリコプターでN病院へ運び、幸い患者は一命をとりとめた。食道静脈瘤破裂であった。

担当医師はこの件について「医師のいない離島で、ザラザラと聞きづらい無線電話で指示をするのに苦労した。保健婦の報告を全面的に信頼して、判断して指示した。指示ができたのは、保健婦のきめこまかな観察力があったからであった。持参した記録は正確で、このケースは保健婦の観察力と迅速な行動力によって一命をとりとめたといえるだろう。」と感動しながら話した。当のS保健婦は、すぐ島に戻っていたので、その話もザラザラ無線電話で聞いたという。

(1976年ごろ)

(仲里)

囲み記事3：“取りあげばあさんとT保健婦”

卒業したてのT保健婦は、医師・助産婦のいない離島へ赴任する前に、助産所で分娩介助の実習を受けた。交通が不便で、医療機関もなく、経済的余裕もない離島では、取りあげばあさんが分娩介助をしていた。保健婦はお産に立ち会い、清潔を保つことに気くばりをし、積極的に消毒などを行うとともに、特に臍帯切断のさいには消毒済の剪刀、結紮糸を使用し、協力をしながら分娩を無事終えることができるようにした。しばらくして取りあげばあさんば「お産をよくみておきなさい。次からあなたがやるのですよ。」と言ってT保健婦にバトンタッチをした。初めての分娩介助の時、児の産声に保健婦もホッと、傍らで応援してくれた取りあげばあさんとともに声をあげてうれし泣きをした。

保健婦は平常より積極的に取りあげばあさんとのコミュニケーションを心掛け、良好な信頼関係が結ばれていたから共働作業ができたのである。

(1963年ごろ)

(仲里)

3 - 4 母子保健対策^{注1}

県立看護大学 教授
仲里 幸子
沖縄県中央保健所 保健福祉課長
大城 清子
沖縄県中央保健所 保健福祉課主幹
下地 ヨシ子

保健婦は戦前と復帰後は「保健婦」と呼ばれ、戦後から復帰までの間は「公衆衛生看護婦」として、地域住民から親しく「公看さん」といわれてきた。

公衆衛生看護婦は保健医療施設及び保健医療要員の極端に不足したなかで、地域住民のもっとも身近な場に駐在して活動を展開した(3 - 3 - 2「保健婦駐在制度」参照)。公衆衛生看護婦は沖縄の母子保健事業において中心的な役割を担った。

(1) 行政的な歩み

沖縄の母子保健事業は、厚生局公衆衛生看護係の3人の保健婦が公衆衛生看護事業とともに立法化と予算化を図り、現在も保健婦が係長としてその責任を遂行している。

母子保健に関する法律は本土法とほとんど同じ内容であった。国家事務と地方事務が一つになっており、複雑で、立法技術も難しかった。国の所掌や、都道府県知事の権限と行政主席の権限の調整の難しさもその一例である。母子保健事業の歩みを順に追っていくと次のようになる。

- 1) 沖縄民政府、沖縄群島政府、琉球政府と変わりゆくなかで、1950年12月中部保健所を皮切りに、北部、南部、八重山、宮古の各保健所が設置された。
- 2) 母子保健活動は、1951年に保健婦駐在制の本格的始動によって、公衆衛生看護事業として行われるようになった。
- 3) 1952年8月保健所法公布により、保健所における母性及び乳幼児の保健指導としてさらに活発化した。
- 4) 1953年10月児童福祉法公布により、母子健康手帳の様式制定(1954年)、育成医療給付制度(1959年)、妊産婦乳幼児保健指導(1965年)、三歳児健康診査(1966年)、未熟児対策(1968年)などが行われた。
- 5) 児童福祉法に基づいて行われてきた母子保健事業も、1969年10月母子保健法が公布され、母性及び乳幼児を一貫した考えで行われるようになった。1971年には新生児の訪問指導、母性保護普及事業、母子栄養強化事業を開始した。
- 6) 1966年に死産届出法が公布されたが、優生保護法がないことも影響し、届出はあまり多くなかった。優生保護法は1956年に立法院で議決されたが、米国民政府布令により廃止され施行さ

^{注1} 母子保健対策における保健婦の活動内容については巻末資料「保健婦活動マニュアル」の2.「母子保健活動の実際」を参照されたい。

れなかった。

- 7) 母子保健事業の予算が計上されたのは1965年で2,349ドルであった。その後、1970年には17,463ドルになった。事業費が予算化されて、産科医の少ない地域における母性相談が、公衆衛生看護婦と開業助産婦によって始まった。1967年より貧血の妊産婦へのビタミン剤無料支給、1961年より実施された母子栄養強化事業では、琉球政府が調整粉乳を購入し市町村を通して支給した。

(2) 母子保健活動の歩み

保健所設置及び第一回公衆衛生看護婦講習会修了と同時に母子保健活動が開始され、公衆衛生看護婦は、衣食住に事欠き、移動の激しいテント小屋生活の住民のなかを、オムツを干した家を探して乳児の訪問指導を行い、多くの指導を要するケースを把握した。当時はアメリカ軍のHBTを解いてオムツを作ったりした。公衆衛生看護婦は、ハブ咬傷の応急処置や、皮膚疾患のための軟膏なども携帯していた。また当時は水道がなく、一つの井戸を多くの人が利用していたので、井戸端会議を活用して衛生教育なども行った。

医師など、極度に少ない戦後の焦土化した地域における公衆衛生看護婦を支えたのは、「公看魂」であった。以下、沖縄で行われた特徴的な母子保健活動を紹介する。

本土復帰までの特徴的な活動

母性相談： 産科医の少ない地域の公民館、助産所、公衆衛生看護婦駐在所や保健所で実施した。

公衆衛生看護婦は問診・尿検査・血圧と体重測定・保健指導、開業助産婦は診察を主とし、お互いに協力しながらチームを組んで行った。現在もなお継続して実施している地区もある。

母子健康手帳の交付： 児童福祉法の立法にともない、民生課児童福祉係において交付を開始したが低調だった。公衆衛生看護係で母子保健事業を担当する公衆衛生看護婦を増員し、普及に努めた。妊娠中に交付を受け、活用していることを赤ちゃんコンクールの条件としたり、予防接種法を一部改正し、接種時に母子健康手帳を提示し、記入をさせるなどの工夫をした。その結果、交付数は1962年1,512件、1965年1万1,092件、1971年1万9,715件と交付数が増した。

栄養強化事業： 沖縄県では全地域で牛乳の入手が困難なため調整粉乳を購入し、市町村窓口を通して支給した。また、保健所の母性検診や、母性相談で、妊娠貧血が高率のため、ビタミン剤を購入し、市町村を通して支給したが、本土復帰にともない廃止となった。

乳幼児身体発育調査： 1971年乳幼児の身体発育状況を把握するために、保健所を中心に実施した。公衆衛生看護婦は、数少ない身長計と体重計を運びながら会場を移動した。その結果、本土と比較し出生時の体位には大きな差はないが、その後、徐々に差が開くことが把握され、離乳期からの栄養指導をさらに強化することになった。

妊産婦実態調査： 1971年、新生児死亡及び乳児死亡率について実態を明らかにするため、公衆衛生

看護婦が、受け持ち地区の妊婦を定期的に家庭訪問し、その結果を確認する調査を行った。その結果、死産届、出生届、死亡届の徹底を図ったため、翌年よりこれらの死亡率が正確に把握できるようになった。

風しん障害児の対策： 1964年の後半から1965年の前半にかけて、沖縄全域に風しんが大流行し、妊娠初期に風しんに罹患した妊婦から、先天性聴力障害などの障害を有する児(風しん障害児)が多数生まれた。

琉球政府の要請により、日本政府援助として総理府は厚生省・文部省の協力により、風しんによると思われる心身障害児の実態を明らかにし、障害児の保健医療福祉、教育等の対策の推進を図るため1969年より1971年までにかけて技術援助団を派遣した。

検診状況

実態を明らかにする目的の第1次検診班は、小児科、耳鼻科、眼科、精神科、整形外科の医師及び職能訓練、言語指導、心理判定の専門職員などで、那覇、コザ、名護、宮古、八重山保健所において検診が実施された。検診総数555名、先天性風しん症に基づく異常ありと考えられる症例は360例で、先天性心疾患52例、先天性白内障28例、聴力障害339例、これらのうち21例は心臓、眼、聴力のすべての障害を併せもつ重症先天性風しん症候群患児であった。

琉球政府厚生局公衆衛生部は、各保健所と公衆衛生看護婦の全機能を検診に投入し、民生部は福祉事務所や児童相談所の職員を検診現場に派遣し、身体障害者手帳の交付申請、補装具の交付申請、特別児童扶養手当の認定請求等の手続きなど福祉業務を行った。特に公衆衛生看護婦は検診対象児把握、検診準備、検診への参加、事後処理などにあたり、検診を円滑にすすめるうえで重要な役割を担った。第1次検診班受入れ準備、検診計画、検診実施等については、母子保健事業を担当している公衆衛生看護係が行った。検診は早朝より夜の8～9時ごろまでも続き、事後整理などは深夜に及ぶこともあった。

風しん流行時は文献や資料などもなく、米国民政府公衆衛生部が米国より取り寄せ翻訳した資料などを使って、保健所や公衆衛生看護婦は住民の衛生教育にあたった。

関係部局の活動

保健医療福祉及び教育が連繫をとりながら、各分野で専門的に対処した。特に文教局では、障害児に対し統合教育を可能な限り努力をし、幼稚部・小学部・中学部・高等部教育と、教師の懸命な研修や研究によりその成果をあげることができた。

日本復帰後の母子保健活動

1972年5月15日を境にして国内法の諸制度が適用されたが、27年の空白の差があまりにも大きく、どのようにすればよいのか悩みの日々であった。団体の育成を図り、1973年、(社)沖縄県小児保健協会の設立により、離島を含むすべての地域で乳幼児一般健康診査が小児科専門医、保健婦、臨床検査技師、栄養士、市町村職員などのチームで実施され、独特のシステムで活動が行われるようになり現在も継続されている。

1972年、本土復帰とともに、環境保健部予防課に母子・成人保健係の設置と同時に、係長には保健

婦が配置された。1974年には、母子・成人係が母子栄養係となり、さらに1976年母子衛生係と改称され母子保健対策が強化された。さらに、1983年に保健婦係と母子衛生係が統合し保健指導係に改称、以後現在まで母子保健担当係長は保健婦があたり本県の母子保健行政を推進している。

1) 母子保健法に基づく対策の概要

復帰後の母子保健対策は、国の母子保健法(1965年法律第141号)に基づき実施されている。

1973年には公費による妊婦・乳児一般健康診査及び妊娠中毒症などの療養援護事業の実施、翌1974年には小児慢性特定疾患治療研究事業が実施された。

1975年に、これまで障害福祉課で実施していた育成医療が予防課へ事務移管され、保健所での療育指導の充実につながった。復帰前、沖縄においては、心臓疾患児の手術施設が少なく、また、小児科医や専門医なども少ない事情から日本政府に支援を要請した結果、1968年から法外育成医療給付要綱によって、本土送り出しによる県外での治療が給付適応となった。その結果1975年までに129名が県外で手術を受けている。また、現在も数はごく少ないが、県内で治療困難な心疾患児について県外での治療が適応されている。

また、1975年に離島において、ある程度出生数があるにもかかわらず、分娩施設がない久米島仲里村に地域母子健康センターを設置、1978年に宮古伊良部町に同センターが設置され妊産婦の健康管理が強化された。

1977年、先天異常予防のため、先天性代謝異常など検査事業が実施され、同年市町村における母子保健対策としてメニュー化による母子保健事業が開始された。さらに、1978年1歳6カ月健康診査が実施されるなど、市町村の事業が強化された。

1985年、生後6カ月児に神経芽細胞腫検査、B型肝炎母子感染防止事業が追加され、母子保健対策が強化された。

1994年、地域保健法が制定されたことに伴い、母子保健法が一部改正された。これまで県が実施した母子保健事業(妊婦・乳児・三歳児健康診査、新生児訪問等)が、1997年からは住民の身近な市町村で実施された。

2) 日本復帰にともなう特別措置

一般に(沖)ミルク(右マークによる)といわれている乳幼児用の調整粉乳は、農林省管轄の本土復帰にともなう特別措置の一環として、「乳幼児等用調整粉乳の原料となる指定乳製品の輸入に関する特別措置」により、(沖)印の缶入りの調整粉乳は、本土に比較して値段が安く購入できるようになった。



3) 妊婦・乳幼児一般健康診査実施体制の確立

従来、保健所・地域で(市町村)駐在保健婦などで実施していた妊婦・乳幼児相談・クリニックに加えて、1973年より公費による妊婦・乳児の一般健康診査が実施された。妊婦については県医師会及び国公立医療機関へ委託し、乳児については、小児科の専門医師が少なく、離島・

へき地の多い本県の状況から地域格差が生じないよう、現在の沖縄県小児保健協会(1973年設立、1981年法人化)へ委託実施した。乳児健康診査は、小児科医・保健婦・臨床検査技師・栄養士など、専門家チームにより集団方式で市町村ごとに計画し実施された。小児保健協会のこの実施方法は、精度が高く「沖縄方式」として高く評価されて、1997年度から市町村実施が決まっている乳児検診についても全市町村が委託した。駐在保健婦は、検診の企画・準備・保健指導など、市町村母子保健担当者と調整し、事業の円滑化を図った。

さらに、保健所は事後指導機関としての位置づけで、専門医・心理相談員・保健婦等でフォロー健診を実施し、地域での指導にあたった。

4) 市町村母子保健事業の開始

市町村で個々の母子保健事業として実施してきた、妊婦乳幼児保健相談事業、母子保健指導事業、母子保健推進員活動事業を1978年メニュー化し、母子保健対策の効率的な実施を図った。

なお、1978年から実施された1歳6カ月健康診査は1994年母子保健法の改正に伴い、法律に規定され1966年から保健所で実施してきた3歳児健康診査と併せ、法律に基づく乳幼児の健康診査の充実が図られた。

新たに1990年度に地域母子保健特別モデル事業が加えられ、さらに1991年度には思春期における保健・福祉体験学習事業、乳幼児健全発達支援相談指導事業が加えられた。

1995年には、これらの事業の福祉と保健の両面から、子どもが健やかに生まれ育つ環境づくりのため、子どもにやさしい街づくり事業として統合された。

5) 乳幼児医療費助成事業

1994年よりスタートした乳幼児医療費助成事業は、乳幼児の疾病の早期発見と早期治療を促進し、乳幼児の健全育成を図るとともに、育児環境整備事業の一環として乳幼児が医療を受けやすい体制を整備した。この事業は、県が2分の1補助金を補助する事業である。

6) 母子保健法の改正、地域保健法の全面施行

1994年地域保健法の制定、母子保健法の改正、1997年4月の地域保健法の全面施行により、健康診査など基本的サービスは住民に身近な市町村で、また、専門的サービスは保健所で実施されることとなった。

県の主管課母子保健担当は、市町村へ委譲するにあたり、1995年9月に母子保健市町村委譲準備委員会を設置し、市町村で母子保健事業が円滑に実施できるように、1996年市町村母子保健マニュアルを作成した。

また、保健所においては、市町村母子保健計画の策定の指導にあたり、保健所と市町村が協同で策定した。1997年より保健所は、未熟児、小児慢性特定疾患児、心身障害児などの専門的・広域的な事業を実施を担うこととなった。

このように、地域保健法の全面施行、市町村への事務委譲については、本庁主管課、保健所、市町村、駐在保健婦、関係機関・団体等が総力をあげて取り組み、1997年度から新たな地域母

子保健の活動体制でスタートすることになった。

【キーワード】

公衆衛生看護婦、母子保健事業、保健所法、児童福祉法、母子保健法、母性相談、母子健康手帳、乳幼児身体発育調査、妊産婦実態調査、風しん障害児、沖縄県小児保健協会、市町村母子保健事業、乳幼児医療費助成事業

参 考 文 献

- 「沖縄県小児保健協会 20 年のあゆみ」沖縄県小児保健協会、1995 年
- 「沖縄県小児保健協会の 10 年」沖縄県小児保健協会、1983 年
- 「沖縄県の母子保健」沖縄県福祉部健康増進課、1998 年
- 「沖縄戦後の保健所のあゆみ - 保健所 30 周年記念誌 - 」沖縄県環境保健部予防課、1981 年
- 「沖縄における保健婦活動」東京医学社 周産期医学 第 17 巻 第 7 号、1987 年
- 「沖縄の公衆衛生看護事業 15 周年記念誌」沖縄看護協会公衆衛生看護婦会、1967 年
- 「沖縄の公衆衛生看護事業 30 周年記念誌」日本看護協会保健婦部会沖縄県支部、1982 年
- 「沖縄の小児保健のあゆみ」沖縄県小児保健協会 沖縄の小児保健第 16 号、1989 年
- 「厚生行政概要('72 復帰への指標)」琉球政府厚生局、1969 年
- 「地域母子保健と保健婦の果たす役割」東京医学社 周産期医学 第 9 巻第 6 号、1979 年
- 「人びとの暮らしと共に 45 年」沖縄の駐在保健婦活動 沖縄県、1999 年
- 「風しんによると思われる心身障害児検討報告」日本政府派遣検討班、1969 年
- 「ふみしめて 50 年 保健婦活動の歴史」日本公衆衛生協会、1993 年
- 「保健婦便覧(保健指導編)」沖縄県環境保健部刊、1986 年
- 「母子保健マニュアル(第 3 版)」南光堂、1995 年
- 「母子保健マニュアル」厚生省児童家庭局母子保健課監修 財団法人母子衛生研究会、1996 年

囲み記事 4 : “ 離島の T 保健婦と子どもたち ”

戦後、多くの住民が沖縄本島や宮古島より石垣島の裏石垣(当時の呼び名)へ入植した。家族は全員、朝夕、開墾や農業に追われる厳しい生活環境下にあった。一方、保健婦は住民の健康管理に勤務時間外も走りまわり、特に、子どもたちの生活習慣の一つに清潔を取り入れ、出会う子どもたちの洗髪、入浴の状況、爪、衣服などが清潔かどうかチェックした。道ばたでもその場で、訪問鞆から爪切りを出して爪を切り、村に2箇所しかない簡易水道で、手足や髪を洗い、土曜日には保健婦駐在所で、子どもたちに薪をもってこさせて風呂をわかして入浴させ、体を清潔に保つ方法を直接指導した。親たちは清潔の重要性を知っていても、水も十分に得られない地域で生活に追われており、実践する余裕はなかったが、子どもたちの変化で次第に気づかいをするようになった。子どもたちも鍋に湯を沸かしたり、洗髪したり、清潔を心がけるようになった。訪問鞆の小さな爪切り一つでも大切な存在なのである。

(1964 年ごろ)

(仲里)

3 - 5 緊急移送体制の展開

3 - 5 - 1 離島医療支援情報ネットワーク

県立中部病院 副院長
安次嶺 馨
沖縄長寿科学研究センター
琉球大学医学部名誉教授
鈴木 信

(1) 医療支援ネットワークの変遷

沖縄県は、東西1,000km、南北400kmの広い海域に分布する160の島々からなる。それらの島々の内、40は指定有人離島である。沖縄県は全県を5つの保健医療圏に分け、それぞれに中核病院たる県立病院を配置し、さらに県立病院の附属診療所を人口が300人を超える20の島に開設している。

現在、離島の診療所勤務医師の主力は自治医科大学卒業生で、ほかに国費医学留学生や医介輔がいる。介輔を除く医師のほとんどは、卒業後3～7年の若い研修途中の医師たちである。彼らは、海によって隔てられた島のなかで、ひとり取り残された不安感にしばしばさいなまれるという現状を踏まえ、沖縄県では、各種情報の不足、診療所機能の限界のなかで孤軍奮闘している診療所医師を支援するためにネットワークの構築を試みた。

以下に沖縄県の離島医療支援情報ネットワークの歴史的事項について述べる。

- 1) 1972年の琉球大学保健学部附属病院開設当初に、病院地域医療部が全国に先駆けて心電図電話伝送・自動解析システムを導入した。遠隔離島及びへき地からの電話伝送実験を行い、心電図情報の伝送精度と解析結果の妥当性を検討し、電話回線の有線・無線(VHF・マイクロ)について十分に実用に耐えうることを立証した。

OH回線は遠隔地への伝送は気圧と気候に左右され、伝送電圧の変化が波型のひずみを生じてデータ伝送への適応が不适当であることがわかった。また、有線回線では電線老朽化と電柱の立地条件が影響し、たまに海岸に近接して設置されていると海面からの反射により、ノイズが混入し電波障害を生ずることがわかり、電線の交換と電柱の位置の変更が望まれた。

その後、ソフト・ハード両面のレベルアップを図った。当初の1チャンネル心電図伝送から、3チャンネル同時伝送システムへと切り替え、また音響カップラーによるアナログ伝送から、モデムによるデジタル伝送への切り替えを行い、伝送時間の短縮化と調査の簡略化を図った。離島・へき地からの1チャンネル心電図伝送に付いては、下記の1～15に示した場所からの伝送実験を実施し、伝送可能であることが実証された。

伝送端末設置場所

- | | | |
|--------------|-------------|---------------|
| 1. 国頭村奥北国小学校 | 6. 久高島 | 11. 大原郵便局 |
| 2. 伊江村立診療所 | 7. 座間味村立診療所 | 12. 県立西表西部診療所 |

- | | | |
|-------------|-------------|------------------|
| 3. 南大東村立診療所 | 8. 渡嘉敷村立診療所 | 13. 八重山保健所保健婦駐在所 |
| 4. 北大東村立診療所 | 9. 県立宮古病院 | 14. 与那国町立診療所 |
| 5. 伊是名村立診療所 | 10. 県立八重山病院 | 15. 町立波照間診療所 |

- 2) 1976年には、医師不在(医介補と保健婦のみ)の典型的遠隔海洋孤立離島である波照間島を指定実験離島とし、離島住民が本島並の医療を享受できることをめどとして、地域医療活動を開始した。県立八重山病院の定期的住民健診に参画し、内科的診療及び住民の心電図を記録し、さらに電話伝送と解析を行った。
- 3) 1978年には、包括医療に興味を持つ医師1人を配するが、地理的には孤立離島である西表島西部地区を追加指定離島とし、地元医師(県立診療所)と連携を持った離島医療システムのあり方を追求する目的で健診を行うとともに、住民の健康情報を中央で管理するシステムを作った。実際面では潜在疾病の発見や、地元医師に対する診療への助言が行われた。さらに、県立西表西部診療所に3チャンネル心電図伝送端末装置(固定型)が設置され、中央局である地域医療部との間に3チャンネル直結型心電図電話伝送システムが確立し、地元医師の使用によって実用化されるに至った。
- 4) 1979年、厚生省と(財)医療情報システム開発センターの協力で、八重山保健医療圏をモデル地区として初めて医療情報支援システムの実験運用を行った。
- 5) 1980年には波照間島、西表島両島の5カ年間の受療様態(受療行動及び疾病構造)をまとめ、離島医療情報システムの基礎ともなるべき離島医療の特性、及び医療圏を明らかにした。波照間島、西表島における医療情報システムは医療情報開発センターに引き継がれ、沖縄県環境保健部(現沖縄県福祉保健部)が委託を受け、更なるシステムの実用と開発が行われた。
- 6) 1981年、離島久米島を指定実験離島として追加した。初年度の活動として、フィールド概要調査を行った。その結果に基づき1982(S57)年には住民健診を行い、地元医師との連携のもとで顕在疾病の継続治療、顕在疾病の早期発見、早期治療につとめた。
- 離島医療提供システムのサポートシステムとして、3チャンネル心電図伝送システムが保健面や診療面で活躍した。
- また、同年、「沖縄県交通方法変更対策特別交付金」で5中核県立病院と附属の離島診療所に、ファクシミリ(20箇所)と静止画像電送装置(15箇所)を設置した。しかし、画像の不鮮明さ、電送に時間のかかることなど、あまり有効ではなかった。
- 7) 1988年、自治医大出身者が必要に迫られ、中部病院を拠点に独自の情報ネットワークを作った。当時、浜診療所に赴任していた嘉手川医師が私財を投じて構築したもので、現在のネットワークの原形となった。
- 8) 1993年、地域社会振興財団の援助で、中部病院地域・救命救急診療科をホストとした医療情報ネットワークを開始した。マッキントッシュ2台をサーバーとし、1台を電子会議用に、もう1台を医学文献検索用とした。
- 9) 1995年、厚生省・自治省の「へき地医療等に対する財政支援処置の充実」計画による事業として、沖縄県は離島へき地保健医療情報システムの整備を進めた。現在、5県立病院と全県立離

島診療所に通信用の電話回線とパーソナルコンピューター、ファクシミリそのほかの周辺機器が設置されている。

- 10) 1999年3月、県福祉保健部、病院管理局の主導により、沖縄県離島・へき地遠隔医療支援情報システム検討委員会が発足した。委員会は5つの班よりなる。すなわち イントラネット・インターネット導入検討班(新垣義孝班長)、テレラジオロジー導入検討班(堀晃班長)、テレパソロジー導入検討班(国島睦意班長)、エコー画像伝送(実験)導入検討班(松本広嗣班長)、離島医師支援ネットワーク導入検討班(松本廣嗣班長)である。各検討班には、全県立病院といくつかの附属診療所、及び公立診療所から委員が参加している。各県立病院はそれぞれの附属診療所との間のネットワークを作り、一方、県立中部病院ともネットワークで結ばれる。これにより、専門の放射線科医や、病理医のいない病院や、診療所と中部病院間でX線画像の送信(テレラジオロジー)や、病理標本・細胞診などの送信(テレパソロジー)を行うことができる。顕微鏡の遠隔操作も可能となる。

同じく1999年、国が「へき地遠隔医療システム開発事業」を本県において実施し、各種実証実験が実施された。

- 11) 2000年は、国のモデル事業終了に伴い、県がシステム機器などを引き継ぎ「沖縄県離島・へき地遠隔医療支援情報システム」として運用を開始する。

このシステムは、7つの県立病院と20箇所の離島診療所(内町村立2箇所)をネットワークで結び、インターネット・イントラネットによる情報の収集とコンサルティング、画像伝送による放射線画像診断、病理画像診断を行うものである。

(2) 現在のシステム

1) 離島電子会議室

パソコン通信のソフトウェアとして「ファーストクラス」を採用している。電話回線で24時間稼働のホストマシンにアクセスし、意見や情報の交換を行う。電子メール機能と離島問題Q&A、各診療科ごとの各種掲示板システムが提供されている。電子メール機能はプライベートな用件に用いられる。一方、伝言板システムは、各テーマごとの伝言板上で自由に読み書きできる。すなわち、時間と空間を超えた会議室として、機能している。

2) 文献検索

シルバープラッター社のCD-ROM版medlineとその検索システムを1台のマッキントッシュで常時稼働させ、離島から直接検索を行うことができる。

3) 生涯教育

中部病院の救急室の重要な症例の病歴、検査成績、画像などを呈示してあり、離島にいながら、中部病院の症例を学することができる。また、離島の症例を呈示し、診断・治療に関して、中部病院のスタッフにコンサルトできる。

【キーワード】

離島医療支援情報ネットワーク、心電図電話電送・自動解析システム、離島医療システム、医療情報支援システム、離島医療の特性及び医療圏医療情報ネットワーク、離島へき地保健医療情報システム、離島へき地遠隔医療支援情報システム、イントラネット・インターネット、テレラジオロジー、テレパソロジー、エコー画像転送、離島支援ネットワーク、離島電子会議室、生涯教育

参 考 文 献

「沖縄県離島診療所ネットワークの現状と今後の展望」崎原永作、1995年

「新医療」第22巻第8号 エムイー振興協会、東京

3 - 5 - 2 救急患者移送状況

県立中部病院 副院長
安次嶺 馨

(1) 緊急医療

沖縄県の救急医療体制は、全国的にみてもよく整備され、機能している。各医療圏ごとに夜間の急病センターあるいは救急当番病院があり、急患は予告なしに受診できる。1次救急施設でも3次施設でも自由に選択できる。重篤な患者は遅滞なく3次救急施設へ転送される。すなわち、急患のたらい回しが無い。なお、県立中部病院は、沖縄県唯一の救命救急センターであり、しかも1次から3次までのすべての患者に対応している。

(2) 緊急時のオペレーション

急患の搬送は、家庭から救急診療所へ、救急診療所から2次・3次の施設へ、あるいは2次施設から3次施設へ、各レベルでスムーズに行われる。沖縄本島内であれば、陸路を救急車で搬送する。また、離島であれば、患者をヘリコプターで搬送する。

- 1) 「ヘリコプター等添乗医師等確保事業運営会議」が県保健福祉部の主導で開催され、事業の実施に関する細目を定めている。

まず、参加する病院ごとに輪番で曜日を決めてある^{注1}。当番時間は、基本的には午前9:00時より翌朝午前9:00で、土・日は2病院が隔週で担当する。ただし、未熟児の搬送は県立那覇病院がすべて担当する。

離島から救急患者の搬送依頼を受けた際、当番医師は離島の医師と協議して添乗するか否かを決

注1 月曜日 - 豊見城中央病院、火曜日 - 浦添総合病院、水曜日 - 南部徳州会病院、木曜日 - 那覇市立病院、金曜日 - 県立那覇病院、土曜日 - 県立南部病院、沖縄共同病院、日曜日 - 沖縄赤十字病院、県立中部病院である。

定する。県立中部病院では、ヘリコプター添乗の優先基準を、a)挿管患者、b)バイタルサインの不安定な患者、c)協議の結果必要と認められるものの順に定めている。

夜間(18時以降)は、原則として当番病院の医師はヘリコプターに添乗しなくてもよい。ただし、患者をヘリポートまで迎えに行く。

なお、添乗中の事故については、医療人は保険保障が確保されている。

2) 陸上自衛隊による救急患者空輸の状況

離島で、本島への搬送を必要とする患者が発生した場合、離島からの急患ヘリコプター搬送には、県立病院をはじめ、民間病院も積極的に参加している。これまでの実績をまとめてみた。

1972年から1997年までの空輸総数は、4,615人であり、1998年(1月～11月)の総数は180人である。その内訳を、表3-2で離島別に示した。

表3-2 各離島別内訳(表左1972～97、表右1998)

久米島	1806人 (39.1%)	103人 (39.1%)	伊平屋島	289人 (6.3%)	7人 (6.3%)	北大東島	196人 (4.2%)	7人 (3.9%)
南大東島	492人 (10.7%)	13人 (7.2%)	宮古島	274人 (5.9%)	2人 (1.1%)	渡名喜島	152人 (3.3%)	1人 (0.5%)
伊是名島	430人 (9.3%)	10人 (5.6%)	渡嘉敷島	264人 (5.7%)	17人 (9.4%)	石垣島	121人 (2.6%)	0人
栗国島	339人 (7.3%)	10人 (5.6%)	座間味・ 阿嘉島	210人 (4.6%)	10人 (5.6%)	伊江島	23人 (5.0%)	1人 (0.5%)

1998年の実績を以前の実績と比較すると、石垣島よりの急患搬送が皆無であることがわかる。これは、八重山病院の充実により急患搬送が著減したものと考えられる。宮古島も2人と少ないのは同様の理由によるものであろう。

急患搬送できわだっただ多いのは久米島である。人口が多いため当然であるが、1998年のみでは57.2%である。ただし、2000年に久米島病院がオープンするので、今後、同島からの急患ヘリ搬送は著減するものと考えられる。

【キーワード】

救急医療体制、急患ヘリコプター搬送

3 - 6 感染症対策

3 - 6 - 1 消化器感染症対策

沖縄県中央保健所長

比嘉 政昭

(1) はじめに

感染性胃腸炎は呼吸器感染症と並んで死因の一位、二位にあったが、1954年ごろより脳卒中、心疾患などの成人病と入れ替わっていった。戦後における感染性胃腸炎の主なものは赤痢と腸チフスであった。

腸チフスは食品汚染や散発事例で保菌者のまわりでの発生であるが、赤痢は飲料水汚染が原因で保育所、学校、集落での集団発生で、1972年まで、毎年3桁以上の患者発生があり、1969年に1,886人、1970年に1,795人の集団発生がみられた。

(2) 赤痢集団発生の要因

1) 保菌者の存在

集団の検便で赤痢菌の保菌者を発見するのは容易なことではないが、流行期には保菌者は存在し、赤痢回復者の中にも治療が不十分なため、あるいは薬剤耐性があり間歇排菌をするものがあつた。

2) 便所貯留槽からの地下水汚染等

1972年の日本復帰前までは、汲み取り式の便所が多く、貯留槽も素ぼりのものからドラム缶、セメント槽などがあり、屋外に簡易に造られたものが多かった。缶や槽が老朽化すると漏れ出すことがあり、また、大雨の後には溢れ出て井戸水、飲料水水源を汚染した。貯留槽からの蠅、蚊などの発生もみられ、蠅、ゴキブリ、ネズミなどの媒介による細菌の伝搬のおそれも多いにあつた。

3) 生水の飲用

1951年に米国民政府の補助金を得て、那覇市で戦後初めて簡易水道による給水を開始しているが、水道普及が遅れている地域、井戸水飲用地域では消毒されてない水を飲用する機会があつた。また、旱魃で水源が枯れたとき、大雨で水源水が濁水となり供給できなくなるときなどは、子供達を中心に生水の飲用機会が増え、赤痢菌に汚染されていると赤痢集団発生を引き起こした。

4) 衛生教育や広報活動不足

学校教育のなかでの保健教育、ラジオ・テレビを通しての衛生教育は当時は不十分であつた。大人達も毎日の生活を支えるのに一生懸命で、家庭で子供達に保健教育をする機会が少なかった。保健所も、市町村とともに予防活動を行ったが、社会のインフラ整備が不十分ななかでは効果は限られたものであつた。

(3) 感染源・感染経路対策による赤痢等集団発生の改善

1) 水道整備

那覇市の水道整備に引き続き、1953年に名護、その後次々に各市町村で水道事業が開始された。各市町村とは別に弁務官資金などを活用して字単位の簡易水道も敷設され給水を開始した。

米軍では基地給水の余剰水を周辺市町村に分水していたが、1958年米国民政府の付属機関として琉球水道公社を設立し、水を販売し、県民の水需要と産業発展に貢献した。1972年の日本復帰後水道公社は沖縄県企業局となり、県民の用水供給事業を行うこととなった。3次にわたる日本政府の沖縄振興開発事業で、ダム開発、海底送水、海水淡水化事業が推進され、現在では水道普及率は99.7%と全国水準を上回るようになり、安全な水が全県どこでも飲用できるようになった。

2) 尿尿の衛生処理

復帰時の尿尿の下水道処理量は、17kl / 日で全体のわずか1.4%で、汲み取りと自家処理に頼っていた。1976年から浄化槽設置による処理が始まっている。経済活動の活発化に伴い浄化槽設置が推進され、都市計画により下水道の整備が急速に進められた。1996年の公共下水道処理及び浄化槽処理、いわゆる水洗化率は86.8%となっている。

3) 住居環境の改善

日本全体の経済活動の活性化と好景気に支えられ、沖縄の住居環境は大きく改善した。トイレも水洗化され、用便後の手洗いも石鹸と水道水が自由に使えるようになった。媒介昆虫やネズミの侵入も難しくなっている。

4) 医療ネットワークの整備と報告の迅速化

届け出の必要な感染症に対して、地域医療のなかで迅速に対応されるようになってきており、流行拡大前の対応が可能となってきている。

(4) まとめ

赤痢、腸チフスについては現在でも散発例は報告されている。腸チフスは保菌者が感染源となっているが赤痢については輸入例も増えて、一時、陰を潜めたフレキシネル菌も見られるようになった。有効な抗生物質もあるが耐性菌も見られるので注意が必要である。感染症新法の施行で収容ベットも減少したので、これまで以上に医療機関間の連携が必要となってきている。

【キ - ワ - ド】

赤痢菌、集団発生、飲料水汚染、水道整備、尿尿の衛生処理、医療ネットワーク

参 考 文 献

「沖縄県の水道概要 平成4年度版」沖縄県環境保健部環境衛生課、1994年

「環境整備事業の概要 平成8年度版」沖縄県環境保健部環境衛生課、1998年

3 - 6 - 2 予防接種

沖縄県南部保健所長

小渡 有明

(1) 予防接種の概要

第二次世界大戦が終結した1945年8月、15人の委員からなる諮詢委員会が発足し、そのなかに公衆衛生部ができた。諮詢委員会は1946年沖縄民政府に改められ、1950年、沖縄群島政府の発足に伴い保健所が設置され、地域における実質的な公衆衛生活動が開始された。当時の公衆衛生活動は、性病、伝染病、寄生虫症などの対策が主流であった。

- 1) 1951年1月、米国沖縄民政府布令第46号「伝染病の取り締まりについて」が交付され、そのなかに予防接種実施計画の制度化及び管理についての規定が示されている。

これによると、定期予防接種は痘瘡、ジフテリア、百日咳、ポリオ、臨時予防接種は腸チフス、パラチフス、発疹チフス、コレラ、ペストなどとなっており、7月、予防接種は伝染病対策の一環として、保健所活動のなかに位置づけられた。

- 2) 1964年、琉球政府予防接種法の制定の運びになった。予防接種の実施責任者は保健所長であり、保健所長から市町村長を通して各字の自治会長へ、さらに接種対象者へ予防接種の日時、場所などの連絡が行われた。接種場所は保健所、市町村役所、地域の公民館が多かったが、時には幼稚園、小学校の教室などが利用されることもあった。

接種は公衆衛生看護婦(現在の保健婦)によって行われ、ジープや船に揺られ、ワクチンや機材を持って、離島・へき地にまで出かけて行った。

- 3) 1972年、本土復帰とともに予防接種法に基づき、実施責任者は市町村長となり、市町村長と医師会との間の予防接種の委託契約により実施されることになった。1970年7月には、閣議了解「予防接種事故に対する措置について」に基づく予防接種事故救済措置が受けられるようになった。
- 4) 1994年、予防接種法が改正され、行政的に行われていた予防接種はすべて努力勧奨接種になり、保護者(親)に対する責任が義務づけられた。

また、予防接種対象疾病が変わり、日本脳炎が定期接種に追加され、インフルエンザが廃止された。水痘、おたふくかぜの予防接種は任意接種として行われている。

ポリオ既接種者のある年齢層における抗体価の低下、おたふくかぜワクチン接種後の難聴の出現、昨年来流行している麻しんのなかで、乳児の罹患、ワクチン既接種年長児の罹患、勧奨接種、個別接種による接種率の低下など、現在の予防接種におけるいくつかの問題がかもし出されており、これらに対する対応、検討が迫られている。

(2) 各種予防接種

1) 種痘

1879年、種痘規則が施行され、県内で初めて種痘が行われている。

終戦後、1946年米国軍政府布令により、生後3～18カ月を対象に実施されたが、1964年琉球政

府予防接種法が制定され、対象は生後2～14カ月に変わった。

その後、脳炎など、種痘による重篤な合併症が全国的にみられるようになり、1976年、予防接種法の改正が行われ、法的救済制度の設置とともに接種対象が36～72カ月に大幅に変更された。

1980年8月、WHOは痘瘡の根絶宣言を行い、種痘は廃止された。

2) ジフテリア・百日咳・破傷風三種混合ワクチン(DPTワクチン)

戦後間もない1948年から1960年に至る10数年、ジフテリア、百日咳、破傷風は子どもたちの間に多発し、これらの疾病防止は公衆衛生活動の大きな使命であった。

これらの予防接種は1955年頃までは各々単独のワクチンにより接種が行われ、接種対象はジフテリアは6カ月～15才、百日咳は6カ月～5才であった。

1957年、米国沖縄民政府公衆衛生部の計らいにより、ジフテリア、百日咳、破傷風の三種混合ワクチン(DPTワクチン)を米国から導入し、DPTワクチンの接種が実施されることになった。その当時、全国的にはジフテリア、百日咳の二種混合ワクチンの接種が行われており、DPTワクチンの接種が実施されるようになったのは1972年ごろからである。

1964年の琉球政府予防接種法により、接種対象は生後3～4カ月未満を第1期とし、第2期は第1期終了後12～18カ月であった。

1974年に百日咳ワクチンによると思われる予防接種事故がいくつかの県で発生し、1975年、DPTワクチンの接種が一時中止された。

そのため、1976年予防接種法の一部が改正され、接種対象は第1期は個別接種3～48カ月、集団接種24～48カ月、第2期は第1期終了後12～18カ月後に接種するよう規定された。

その後、副反応の少ない沈降精百日咳ワクチンが精製されることになり、沈降精製のDPTワクチンの接種が可能になった。

3) ジフテリア・破傷風混合ワクチン(DTワクチン)

琉球政府予防接種法制定後、第1期は小学校入学前6カ月以内に、第2期は小学校卒業前6カ月以内に第3期種痘と同時に接種していた。1976年の予防接種法改正に伴い、DPTワクチン接種の第1期、第2期終了後、第3期として12才の時点でDTワクチンの接種を実施することになった。

4) ポリオ

1957年からポリオの流行があり、これを防圧するため、米国沖縄民政府の配慮により米国からポリオソークワクチンを取り寄せ、6カ月～6才未満の小児に対し、ゼットインゼクターを使用して接種が開始された。時に1961年であった。

1963年からポリオ生ワクチンの経口接種が行われたが、セービングワクチン 型、セービングワクチン 型、セービングワクチン 型の3回を1か月に投与する必要があった。その後、 型混合のポリオ生ワクチンが精製され、1966年から8週間隔2回接種法が採用された。

1976年予防接種法の改正により、生後3～48カ月児を対象に6週以上の間隔で接種が行われるようになった。

5) 麻疹

1948年、沖縄各地で麻疹が大流行し、大小の流行がくりかえされた。1968年、米国沖縄民政府の計らいにより、米国から麻疹生ワクチン(シュワルツワクチン)を導入し、1～3才の幼児を対象に希望接種を実施し、翌1969年から沖縄全域における集団接種の運びとなった。

筆者はこの麻疹集団接種に際し、シュワルツワクチンによる副反応調査を実施、他の報告同様、接種後5～8日目に50%に摂氏37.5以上の発熱を、また、発熱1～2日後に10%前後の発疹がみられることがわかった。なお、24例であったが、ワクチン接種とツベルクリン反応との関係を確認することができ、大半においてワクチン接種後にツベルクリン反応の減弱がみられた。

そのころ、全国的に麻疹予防接種は試験実施の段階であった。国産麻疹生ワクチン(阪大微研ワクチン)は副反応の出現率が高く、そのため麻疹不活化ワクチンとの併用接種や麻疹不活化ワクチンの数回接種が試みられた。しかし、不活化ワクチンによる異型麻疹の発生があり、この方法は見送られた。

その後、抗体獲得率が高く、かつ副反応出現率の低い国産麻疹生ワクチンが開発された。1978年、1～6才児を対象に麻疹の予防接種が全国的に実施されることになった。

6) 風しん

1964年から翌年にかけて風しんが沖縄全域に大流行し、多くの風しん障害児が生まれた。厚生省調査団がその調査のために何度となく来島し、これが契機となって風しんの研究が盛んになり、国産風しん生ワクチンの開発への一つの足がかりになったと思われる。1970年代半ば頃から東京、神奈川など首都圏を中心に風しんの流行がみられるようになり、風しん予防接種の必要性が高まった。

国産風しん生ワクチンの開発により、1975年成人女性を対象に風しん生ワクチンの希望接種が行われたが、避妊が接種の条件であったため、このワクチン接種は長続きしなかった。しかし、この事業推進の効果をあげるため、保健所の臨床検査技師の研修を行い、保健所における風しんHI抗体検査が可能になった。

1978年から全国的に風しんの予防接種が定期接種として、女子中学生を対象に実施された。この直前に一部女子中学生の風しんHI抗体検査を実施、70%の抗体陽性がみられた。このことは、沖縄においては、大小の風しん流行により大半が風しんウイルスにさらされたことを意味する。

1990年代に入り、麻疹、風しん、おたふくかぜ三種混合ワクチン(MMRワクチン)の接種が行われ始めたが、おたふくかぜワクチン由来と思われる重篤な副反応(無菌性髄膜炎)の出現がみられ、このMMRワクチンの接種は短期間のうちに中止にいたった。

現在、麻疹及び風しんは定期接種として、おたふくかぜは任意接種として、それぞれ単独に実施されている。

7) 日本脳炎・インフルエンザ

沖縄において、日本脳炎は1953年に、インフルエンザは1957年に大流行があり、日本脳炎の予防接種は1961年に実施されている。しかし、実質的に予防接種が実施されるようになったのは日本脳炎、インフルエンザともに本土復帰の1972年からであり、予防接種法に基づき市町村において実

施されている。

8) BCG

戦後、沖縄における結核対策は治療及び生活指導が中心であり、予防策として、ツベルクリン反応陽性の中学生に対し、化学予防として抗結核INHの投与が行われていた。BCGワクチン接種が実施されたのは1965年からであり、実施にあたっては結核予防会の指導援助に負うところが大きい。

1972年の本土復帰後、結核予防法により3才以下の小児、小学1年、中学2年の児童生徒を対象にBCGワクチンの接種が行われている。

表3 - 3 定期予防接種の種類と接種対象年齢、回数、間隔

(1995年3月現在)

区分	接種対象年齢		回数	間隔
DPT 期	生後3カ月以上 90か月未満 ^{注1}	初回接種(旧制度の 期)の標準は3カ月以上12カ月以下	3	3～8週
		追加接種(旧制度の 期)は、初回接種終了後6カ月以上の間隔を置いて接種 標準は初回接種終了後12～18カ月を経過した者	1	
DT 期	旧制度の 期で、11歳以上12歳以下(標準は小学校6年生)		1	
ポリオ 麻しん 風しん	生後3カ月以上90か月未満 ^{注1} (標準は3カ月以上18カ月以下)		2	6週以上
	生後12カ月以上90か月未満 ^{注1} (標準は12カ月以上24カ月以下)		1	
	生後12カ月以上90か月未満 ^{注1} (標準は12カ月以上36カ月以下) 12歳以上15歳以下 ^{注2} (標準は中学生)男女とも		1	
日本脳炎	第 期	初回接種(標準は3歳)	2	1～4週
	生後6カ月以上 90か月未満 ^{注1}	追加接種は初回接種後、おおむね1年経過後 (標準は4歳)	1	
	第 期9歳以上12歳以下(標準は小学校4年生) 第 期14歳以上15歳以下 ^{注3} (標準は中学2年生)		1 1	

注1：予防接種法施行令では90か月に至るまでの間にある者と記されている。

注2：2003年9月までの経過措置。

注3：学年でなく、年齢が大事である。14歳未満のものには接種しないように注意する。

【キーワード】

予防接種、保健所活動、市町村長、予防接種法改正、勧奨接種

参 考 文 献

「沖縄疾病史」稲福 盛輝

「公衛協のあゆみ」小渡 有明 公衆衛生協会編著

「保健所のあゆみ - 30周年記念誌 - (保健所活動の項)」沖縄県 小渡 有明、1981年

3 - 6 - 3 結核対策

沖縄県北部保健所長
仲宗根 正

(1) 戦後の結核の状況

戦前の沖縄県の結核死亡率は150～250(人口10万人当たり)とされ、戦後死亡統計が整備された1948年の統計では死亡率は65.7、罹患率(新患者発生率)は489.5であった。近年は死亡率は約1.0、罹患率は約30と著明に改善されている。

1951年米国の太平洋学術調査団による沖縄住民の結核感染状況調査の結果、ツベルクリン反応陽性率は高校生24%、大学生63%、公務員89%、胸部X線写真での有所見者は高校生6%、大学生8%、公務員20%と高い蔓延状況が示唆された。当時の住宅事情は極めて劣悪で、約20m²の規格住宅に大勢の家族が住む状況が続き、家族内感染も進んだものと推測される。

1955年の罹患率は20歳代の1,687.3をピークに50歳代まで罹患率1,000台で、働き盛りの年代に高い罹患状況を示している。1960年には20歳代はやや減少し50、60歳代の罹患率が増加し、2峰性のパターンを示す。これは現在の途上国の罹患率の状況に近い。

1970年には全年齢で大幅に改善し、さらに1980年には若年層のピークはなくなり、その後罹患率は徐々に低下し、現在の日本及び沖縄では高齢者を中心とした低蔓延状況を呈している。

(2) 結核対策の概要

結核対策は患者発見、治療、予防の3段階に分けられる。各段階の対策は、結核が蔓延した1950～60年代のものと現在行われているものとは質的に異なるので、本稿では戦後沖縄の結核対策のうち前半に行われた対策について整理する。

1) 患者発見方策

患者発見方策としては日本全国で行われた方法と同じく、呼吸器症状のない住民を対象とした集団検診方式が主体となった。1951年の保健所設立当初から胸部直接撮影装置は整備されていたが、1955年からは地域で胸部撮影が行える可動式の間接撮影装置が導入され、保健所で検診が実施される体制が整えられた。集団検診は対象によって、一般(地区)検診、学校(小中学校)検診、接触者検診、職場検診に分けられた。

一般検診はすべての成人を対象とし、100人から500人を単位にした集団検診が公民館などの集会所を会場として行われた。さらに二次検査が必要な者には保健所で直接撮影、断層撮影、喀痰検査などの精密検査が行われた。学校検診はまず全員にツベルクリン反応検査を行い、陽性者に胸部撮影を行った。

1960年の各検診による受診者に対する患者発見率は、一般検診では1.2%、学校検診では小学校0.1%、中学校0.3%、職場検診では0.96%、接触者検診では0.95%であった。一般検診と接触者検診が同程度の高い患者発見率であった。

その後検診による患者発見率が徐々に低下したが、1970年では一般検診の患者発見率は約0.2%

であった。80年代以降は一般住民の検診以上に患者の接触者検診の重要性が高まっていった。

胸部X線検査を主とした患者発見法は、一度に多数の受診者の検査ができるため、結核患者が多かった時期には有効な方法であった。また軽症の段階の患者の発見にも貢献した。ただしこの方法を実施するためには電気の供給はもちろん、X線撮影装置の機材、それを搬送するための車両、現像装置などの設備に加え、適切な撮影を行うための技師の訓練、胸部写真を読影するための医師の訓練が必要とされ、多額の経費を要する。

そのほかの患者発見方法としては、喀痰塗抹検査によるものがあり、沖縄でも集団検診体制が整うまでの時期や、その後も種々の事情で検診を受けられない住民に対しては、保健婦が有症者を訪問し喀痰容器を配布し、その検体を保健所で検査するという方法がとられた。この方式では胸部間接撮影による方法に比べ、より進行した患者を発見することになるが、塗抹検査に必要な機材及びスタッフの教育の経費は安価である。また、結核の診断及び治療の評価に菌検査結果を重視するという観点からも、菌検査は整備すべき重要な項目である。

したがって、有症者が時期を逸することなく検査を受けられる体制があれば胸部X線検査に代わってこの方式を基本としたスクリーニング体制を構築することも効果的であると考えられ、実際にこの方式を採用している国もある。

2) 治療体制

1951年、沖縄本島の結核の有病率を把握するため、北部農村(屋部村)で全住民の実態調査が行われた。続いて沖縄本島、宮古、八重山を対象に1万人あまりの調査が行われた。その結果、治療を要する患者が1%と推定され当時の人口70万人から7,000人の患者が見込まれた。当時の結核療養所の収容能力は240床に過ぎず、医療施設も貧弱であったので、その対策として、一つは保健所を治療機関として位置づけ、保健婦(公衆衛生看護婦)を活用した在宅治療制度が導入したこと、さらに結核療養所については入院患者の診査を行い、入院期間も制限することによってベッドの回転率を上げることが行われた。

保健所は人口10万人から20万人に1箇所設置され、保健所に付属する保健婦駐在所が離島、へき地まで設置された。駐在所の保健婦は保健所で診断がついた結核患者に対し、自宅を訪問し療養の指導を行い、時には喀痰検査の指示や投薬を行った。

結核病床は1960年には600床あまりまで増加したが、毎年約3,000人の新患者(うち約1割は重症)に対しては県内では対応できなかったため、塗抹陽性患者の一部は全国各地の結核療養所へ紹介され、「送り出し患者」と呼ばれた。その数は1962年から1983年の22年間で約2,800人で、これはこの間の沖縄県の新規登録患者35,000人の8%にあたる。

3) 予防対策

BCG接種は現在、日本はもとより途上国でも拡大予防接種計画(EPI)の一環として行われているが、沖縄では戦後BCG接種が行われなかった。1950年代からBCG接種のメリットは評価されてい

たが、結核が少ない米国ではBCG接種の制度がなかったこと、また、当時の予算、実施体制の問題があり導入されなかった。1963年の結核実態調査から結核発病が20歳代に多いことの対策として、1967年から中学生へのBCG接種が開始され、その後、接種対象が乳幼児にも広がった。沖縄では乳幼児期のBCG接種が導入されるまでは、ツベルクリン反応検査は、小中学校の検診で胸部撮影の対象者を選定するスクリーニング検査として用いられた。

4) 結核対策を支えたもの

ア. 結核予防法の制定

1954年に示された結核予防対策暫定要綱、1956年にはそれに代わって結核予防法が策定され、比較的早い時期に結核という単一の疾病対策のための法律が策定された。それには乳幼児期から成人までの各世代で行う、予防から治療まで結核対策を総合的に定め、対策の各々の実施主体が明確にされた。琉球政府結核予防法は日本の結核予防法が基になったとはいえ、結核医療費の全額を公費負担、結核に関する健康診断費用も公費負担、企業、学校、施設、市町村の長は結核健康診断の実施義務、などを法律として明文化し、当時の乏しい予算のなかで対策に必要な予算確保や、計画的にマンパワーを養成する基礎になり、法整備の意義は大きかった。

イ. 民間団体の活動

駐在保健婦を通して市町村はもとより、自治会の責任者(区長)や婦人会、青年会、老人会などの地区組織への働きかけが活発に行われ、共同で健康教育や結核検診の受診勧奨が地域をあげて行われた。

1953年に琉球政府の施策と提携して結核予防事業を行うことを目的に琉球結核予防会が設立され、啓もう、広報活動、集団検診が行われた。1956年には治癒した患者が中心となり、治療中の患者への支援活動や結核検診などへの協力、結核予防の広報活動を目的に沖縄療友会が結成され、患者の日常の生活指導や療養相談などに応じた。療友会は財団法人へ発展し「結核回復者補導授産センター」が設立され、結核患者の治療後の社会復帰活動へ活動が広がった。

ウ. 専門医、研究者の果たした役割

1953年ペスケラー(G. S. Pesquera)米国陸軍軍医は治療、リハビリテーション、福祉、広報教育、研修、疾病統計の整備など現在の結核対策の原型ともいえるべき包括的な結核対策の概念図を示した。また、日本政府からの援助として専門医の不足を解消するため、厚生省による専門医の派遣医師制度がつけられた。その一環として結核予防会結核研究所の結核専門医の指導の下1963年、1968年、1973年の3回にわたって結核実態調査が行われ、また1976年には全国に先がけて保健所管轄区域ごとの結核の発生状況、治療状況、対策の評価を行うサーベイランスシステムが構築された。

(3) 戦後の結核対策からの教訓

結核対策を支えるシステムとして、住民が相談、検査、治療を受けるシステム、患者発生及び

治療状況など情報の報告システム、住民、地区組織リーダー及び保健医療スタッフへの教育システム、が必要である。

沖縄では戦後の劣悪な医療環境にもかかわらず結核対策に成果をあげた要因として、保健所を中心として3つのシステムが一元的に機能したことがある。保健所は検診機関や治療機関の役割だけでなく、全患者を登録し結核対策事業の統計が整備され事業の評価が行われた。また保健所に設置された結核診査会は当初、結核病床の不足のため、入院患者の選定やベッドの回転を管理を行うなど、結核の公的医療としての性格を強く示した。その後、治療内容の標準化や治療期間の短縮にも保健所及び結核診査会の役割が大きかった。

相談、検査、治療システムの確保の点では保健婦駐在制度が特筆される。保健婦駐在所(ヘルスポスト)は離島、へき地を含め全地域に配置され、駐在所には相談室、事務室があるだけで特別な医療設備はなかったが、結核は治療方法が定式化されていること、当時は合併症の少ない青壮年の患者が多かったことから、保健婦駐在所での投薬管理が可能であった。また保健婦は、治療中断者には家庭訪問を行い保健指導と内服状況の管理を行った。結核は治療に長期間を要する疾患であり治療の継続を支援し、治療を完了することは、新たな感染者を予防する意味でもその役割は重要であった。保健婦駐在制度は医療体制が不備な時代に、へき地などでも住民が一定の水準の結核治療が受けることを可能にした点で、途上国の結核対策でも参考になる制度と思われる。

【キーワード】

保健所、保健婦(公衆衛生看護婦)、結核外来治療(在宅治療)、結核予防法

参 考 文 献

- 「沖縄県の結核対策」砂川恵徹 公衆衛生 48 : 547-555、1984年
- 「沖縄における結核の疫学分析」森亨 『結核』46 : 357-364、1971年
- 「沖縄の医療と保健」平山編 徳明会、1987年
- 「沖縄の結核を語る(座談会)結核の現状 1960-1961年」琉球政府厚生局公衆衛生課
- 「沖縄の結核、創立30周年記念誌」青木正和 結核予防会沖縄県支部、1986年
- 「沖縄の戦後の保健所のあゆみ」沖縄県環境保健部予防課、1981年
- 「沖縄の保健婦」与那原節子 保健同人社、1983年
- 「結核実態調査について」上地アキ子他 沖縄県公衆衛生学会記録集 45-57、1974年
- 「世界の結核問題と日本の公衆衛生」石川信勝 『公衆衛生』58 : 1-4、1994年
- 「戦後沖縄の医療-私の歩んだ道から」照屋寛善 メヂカルフレンド社、1987年
- 「戦後沖縄の結核対策裏話」当山堅一 結核予防会沖縄県支部、1989年
- 「特集：沖縄の公衆衛生活動」『公衆衛生』35 : 65-118、1971年
- 「日本の結核対策に学ぶもの」石川信克 『公衆衛生』63 : 170-174、1999年
- 「保健所のあゆみ」沖縄県環境保健部、1991年

「保健所のあゆみ(保健所十周年記念誌)」厚生局公衆衛生課、1962年

「琉球結核予防会・結核予防会沖縄支部25年の歩み」結核予防会沖縄県支部、1978年

「Tuberculosis Control as an Integral Part of Primary Health Care」, WHO、1988年

囲み記事5：“公衆衛生看護婦駐在所の薬品倉庫”

公衆衛生看護婦(略して公看と呼んだ)は、医療施設事情が極めて劣悪な中、1954年より保健所に登録された結核患者の在宅治療に直接携わり、保健所長の指示に基づき投薬業務を完全に任せられ、公看駐在所での投薬を行った。これは沖縄独自の在宅治療制度である。

公看駐在所には薬品倉庫や薬品棚又は薬品箱が広さに応じ様々な大きさのものがあり、在宅結核患者の投薬のためのバス、アイナ、ストマイ、そのほか、貧血の妊婦のための総合ビタミン剤が保管・管理されていた。薬品以外にも在宅の結核患者に支給されるリパック物資のスキムミルクが所狭しと積まれていた。スキムミルクは投薬の時、毎月一箱を公看駐在所で渡した。公看は出納の責任を負わされており、在庫の薬品と受払簿をみると、その受持管内の結核患者の状況を知ることができた。

公看は、少しでも患者が摂取できるようにとスキムミルクを使った調理法などの職員研修を受講し、患者の栄養指導にあたった。患者のなかにはスキムミルクが栄養になることは十分知っていても、飲みきれないスキムミルクを無理に飲んで下痢をするよりはと、それを売ってほかの食品を優先して買う者もいた。公看は、患者がスキムミルクを売ることがないように箱に番号をつけたり、保健所の印鑑を押したり、箱の蓋を開けて渡したりするという工夫も行った。

このように薬品管理からスキムミルク管理まで、公看は多忙を極めた。この業務は本土復帰まで続いた。

(仲里)

3 - 6 - 4 ハンセン病対策

沖縄県中央保健所長

比嘉 政昭

(1) はじめに

ハンセン病に対する適切な治療法が確立されていなかった頃は、患者は発病すると家族を離れ、人目を避ける生活を強いられていた。宗教者や行政による患者の保護、収容政策にも地域住民の理解が得られず、患者に対して数々の迫害が加えられた。

全国的な支援のなかで、心ある方々の努力と協力で1931年に宮古南静園、1938年に沖縄本島北部に沖縄愛楽園が設立され、患者の保護、収容が行われた。

(2) 第二次世界大戦直後のハンセン病対策

日本本土においては、1931年に制定された「らい予防法」に基づいて患者の隔離、収容、治療が行われていた。米軍占領で日本の行政から分離された沖縄でも、軍指令、特別布告にもとづいて「患者隔離政策」がとられた。

1953年7月、米国陸軍司令部及び米国民政府(USCAR)の要請を受け、「沖縄のハンセン病の状況が、駐留軍、軍属及びその家族に対し感染のおそれがあるか」を調査したフィリピンの「Leonald Wood Memorial Foundation」の医務部長Dr. Doullが初めて、ハンセン病対策は公衆衛生上の問題で、一般保健行政のレベルで行われるべきもので、地域の保健所がほかの疾病対策とともに実施すべきであると勧告している。

犀川の報告によると、1950年の患者発生数は96名(人口10万対罹患率は13.7)、0～14歳の罹患者数は16名、病型別ではL型49名、T型47名となっている。

(3) 「ハンセン氏病予防法」の制定

1958年日本政府から琉球政府への援助をスム－ズに行うため、また、ハンセン病患者発生予防対策を推進するために民間機関である「沖縄らい予防協会」が結成された。

1961年には、厚生省は沖縄のハンセン病医療援助のあり方を根本的に考えるため、難波、滝沢技官を沖縄に派遣し、調査させ、若年者の患者発生が多いこと、病床数が限られていること、医療従事者の数が極端に少ないことなどから、非感染性の患者の在宅治療制の導入を勧告した。

1961年8月26日「ハンセン氏病予防法」が公布された。この法律により、入所患者の軽快退所、退所者への厚生事業、退所者の経過観察及び非伝染性患者の外来治療が認められた。これは本土の「らい予防法」の、1996年4月に廃止されるまで隔離収容が続けられたことと比較すると、法律の内容が不十分であるとの批判もあるが画期的なことであった。また、これより先に八重山保健所においては、八重山にハンセン病の治療施設がないことなどから1959年4月から在宅治療が開始され、1994年患者全員が治癒するまでつづけられた。

(4) 沖縄らい予防協会と日本政府、琉球政府の連携

沖縄らい予防協会は1960年から南方同胞援護会の支援を受け、在宅治療を推進するための診療所建設を行うとともに、1964年からは住民検診を行い、未治療患者の発見に努めるほか、ハンセン病予防週間などを開催した。また、1950年のプロミン治療の導入以来増え続けた退園者の社会復帰を促進するため、職業訓練などの厚生事業にも努めた。

厚生省は琉球政府厚生局、文教局と協議を重ね、1967年4月より本土専門医の協力を得て学童皮膚検診を実施した。1978年度より地域の結核・成人病検診と併せて成人の皮膚検診も実施された。さらに、沖縄らい予防協会ではスキンクリニックなどを活用して患者家族の検診を行い新患者の発見に努めた。

このような活動が成果をあげ、患者発生は1967年の173名(罹患率18.0)をピークに減少を続け、1972年の日本復帰時点で70名(罹患率7.2)、1998年には2名(罹患率0.15)となった。

(5) まとめ

戦前から濃厚ならい浸淫地であった沖縄で、戦後の窮乏のなか、医療スタッフも少なく、医療資材も少ないなかで、民間組織である、らい予防協会、米国民政府(USCAR)、日本政府、琉球政府、WHO及び患者自治会などの効果的な提携で感染源対策、在宅治療の推進、収容治療、患者家族援護及び社会復帰対策を適切に行い、多くの患者が一般社会人として幸せな生活を送れたことは、これまでの保健行政の大きな成果であり、高く評価されるべきである。

ハンセン病を罹患した方々は数々の辛酸をなめたことと思いますが、本県の患者発生もほぼゼロに近づいたことにより、近い将来ハンセン病も本当に普通の感染症となると考えられます。

【キ - ワ - ド】

らい予防法、患者隔離政策、らい予防協会、ハンセン氏病予防法、在宅治療
感染源対策、皮膚検診

参 考 文 献

「開園30周年記念誌」天久佐信編 沖縄愛楽園、1968年

「ハンセン病政策の変遷」犀川一夫 沖縄県ハンセン病予防協会、1999年

3 - 6 - 5 寄生虫対策

沖縄県北部保健所長

仲宗根 正

(1) 寄生虫病の蔓延状況

腸内寄生虫はヒトの消化管に寄生しその虫卵をヒトの糞便とともに外界に放出する。虫卵は土壌や野菜などに付着して回虫は虫卵のまま、鉤虫は幼虫に発育してヒトへの感染の機会を待つ。虫卵や幼虫は飲食物と一緒にヒトに経口的に摂取されヒトの小腸内でふ化し成長する。鉤虫の一部は直接皮膚から侵入して感染する。これらは土壌伝播型寄生虫と総称される。

戦前から戦後のしばらくの間は住環境も劣悪で、下水道もなく、し尿はほとんど肥料として処理された。また畑に裸足で入ることも多かったため寄生虫病は特に農村地帯で蔓延していた。戦前の各種の調査では沖縄県内の人体寄生虫として鉤虫、回虫、蟯虫、糞線虫、有鉤条虫、肺吸虫などが報告されている。

1949年の米軍医療研究所の調査によると、沖縄本島住民の虫卵保有率は48.1%、児童生徒で35～75%と高率に蔓延していることが示されている。米軍民政府ではこの調査を受けて一部の小学校で回虫駆虫薬を支給し回虫駆除を行ったが十分なものではなかった。1951年に設置された沖縄の5箇所の保健所と1952年に設立された琉球衛生研究所では、結核、マラリア、フィラリア、性病と並んで寄生虫対策もその業務に位置づけられていたが、他の疾病対策が優先され、残念ながら本格的な取り組みには至らなかった。

1957年に東大伝染病研究所と琉球衛生研究所の共同調査が行われた。沖縄本島南部の農村地域1,135人の受検者の陽性率は、鉤虫78.9%、回虫12.4%、糞線虫10.3%、鞭虫2.4%で、労働生産年齢層に限ると94.5%と極めて高率で、検査したすべての寄生虫が陰性の者は15.5%にすぎなかった。

(2) 寄生虫ゼロ作戦

1) 経過

東大伝研と琉球衛研の共同調査によって判明した農村の寄生虫罹患状況をみて対策の必要性を痛感した1人の薬剤師が1961年、私設の「琉球寄生虫検査所」を設立した。この寄生虫検査所は保健所や衛生研究所の技師などの協力を得ながら検便検査を行うだけでなく、官民の医師らの協力も得て学校、市町村、婦人会、そのほか各種団体への衛生教育も行ったので住民の寄生虫病に対する関心が次第に高まっていった。その後1963年にはこの検査所は財団法人沖縄寄生虫予防協会として発展し、活動の基礎が固まった。

寄生虫問題をさらに社会的な課題として提起し、対策を推進するため1965年からは寄生虫撲滅のキャンペーン活動として「寄生虫ゼロ作戦」が開始された。その内容は、寄生虫病予防思想の啓蒙

普及、 検便、 治療薬投与による駆虫、とされ、民間団体である寄生虫予防協会が主催し、当初からマスコミとの共同事業として企画された。1965年の本島を対象にした第1次作戦から、1969年の南大東村で行われた第9次作戦まで5年間にわたった「ゼロ作戦」は、年ごとに重点地区を設定し計画的に活動が展開された。この作戦の活動は沖縄で初めての本格的なマスカンペーンであった。

2) 「ゼロ作戦」の特徴

この作戦の特徴は、第一に、既に実績をあげていた民間団体が中核となったことである。これまで沖縄で行われた大規模な感染症対策であるマラリア、フィラリア根絶計画では、いずれも琉球政府と米軍民政府、日本政府など行政主導型で進められたが、この寄生虫対策は沖縄寄生虫予防協会を中心とする民間団体が主導して行われた。

第二の特徴は、マスコミの広報能力を活用したことである。主催団体に地元新聞社、ラジオ及びテレビ局も加わり住民への広報活動が徹底された。例えば、ラジオ番組「寄生虫ゼロ作戦の道」などが長期のシリーズで放送された結果、寄生虫対策に貢献した。

第三に、住民への情報提供を重視したことである。地域や学校で、医師や保健婦(公衆衛生看護婦)によって年間250回近い健康教育、映写会が行われた。それらを通じて「ゼロ作戦」の進展状況や検便の結果などをその都度提供し、その成果を共有したことで住民の健康に対する認識を高め、さらに作戦への住民の参加を促す効果があった。

3) 予算

「ゼロ作戦」の目標の一つに「寄生虫問題に対する市町村の公費負担による対応」があげられ、マスコミも市町村に検便料などの予算化を促す報道を展開してきた。

「ゼロ作戦」の中盤である第4次から第6次作戦では地区ごとの「寄生虫予防大会」が開催され、市町村の公費負担をさらに促す効果があった。

その結果、沖縄本島内の市町村の80%が予算化することになり、検便は市町村負担により民間検査機関で、治療は保健所で無料で行われる体制がつくられた。その当時の法制度では保健事業は主として琉球政府及び保健所が実施し、市町村は実施責任がない状況であり、寄生虫対策に予算を計上するようになったことは画期的なことであった。

また琉球政府の寄生虫対策費が1967、1968年はそれぞれ7,400ドル、8,400ドルであったのが、作戦が終了する1969年からは米国援助が加わり1万9,000ドル、2万7,000ドルと大幅に増額しており、作戦の一つの成果といえよう。

4) 研究者、検査機関、パラメディカルスタッフなどの果たした役割

1950年代から東京大学伝染病研究所、長崎大学風土病研究所、鹿児島大学医学部による調査が寄生虫問題の課題の大きさや対策の必要性を学術的に提示し、また衛生研究所や保健所の技師への技術指導が頻繁に行われた。また作戦が開始される前年の1964年、沖縄医学会総会で「寄生虫シンポジウム」が開催されたことは、この作戦が単なる思いつきの運動ではなく、対策の必要性や方法に学術的な根拠がある事業であったことを示している。

また作戦の過程では名古屋公衆衛生医学研究所や日本寄生虫予防会などの協力があり、検査技術の実地指導を行ったことも大きな力となった。また民間団体が音頭をとったとはいえ、地元の官民の医師、検査技師などをあげて協力体制が基礎にあったことも重要である。

(3) 「寄生虫ゼロ作戦」の教訓

鉤虫、回虫は世界で約10億人が感染しているといわれる典型的な土壌伝播型線虫である。特に鉤虫は貧血を起しWHOの推定では年間6万人が死亡しているとされる。生産活動への影響では患者1人当たりに失われる平均日数は結核200～400日に対し、鉤虫症で100日と推定され、地域全体への生産活動への影響が大きいことが示されている。ちなみにこの「ゼロ作戦」の開始前に来沖した日本寄生虫予防会の国井長次郎も、沖縄における鉤虫病による損失額は当時の琉球政府の予算に匹敵する年間3千万ドルと試算し、対策の必要性を強調している。

では「寄生虫ゼロ作戦」の成果を、今後途上国で寄生虫対策を進める際どのように活用すべきか。作戦の手順をまとめると、寄生虫病の健康教育、検査(検便)、結果説明、陽性者への治療、再検査、地元の駆虫成果のデータなどを用いた健康教育・再投薬、というステップがくり返され、対策のターゲットである虫卵保有者が絞られていった。特に検査技師など医療従事者が単にその専門分野を受け持つだけでなく、地域の説明会で検査結果を報告をしながら住民と討議し検査結果の意味を確かめ、次の対策を進めていくという段階にポイントがある。そのことによって自らの力で地域の健康問題も解決していく方法論を学び、地区組織活動の重要性を認識させる効果がある。

また寄生虫病対策をきっかけとして、感染の原因となる生活習慣(沖縄では人糞の肥料化、裸足での農耕など)の改善やトイレの設置、安全な飲料水の確保などの環境の改善運動などへ発展する可能性がある。「ゼロ作戦」においても米国民政府の援助によってある村では全域に三槽式改良便所が設置され、環境衛生の基盤整備に貢献した例もある。また母子保健活動とセットで展開した中国での事例もある。このような総合的な視点で生活習慣や環境へも働きかければ、寄生虫対策だけでなく途上国のKilling Disease(死亡原因となる疾患)である乳幼児の下痢症対策にも波及効果が期待される。

一方、途上国で適用する際留意すべきことは、まず寄生虫対策という課題に対して住民のニーズも含めた現地の優先性を的確に評価することである。第二に対策にかかる経費及びその継続可能性の確認である。一般に住民全体に行うスクリーニング検査は、受検者の苦痛が少なくかつ経済的負担が少なく、その検査が毎年継続して行える体制が確保されることが必須条件となる。駆虫薬だけでなく検便検査の経費及びそのための検査設備、スタッフの確保は途上国では必ずしも容易なことではない。駆虫だけを目的とするなら、場合によっては抽出検査の結果によって蔓延地区とされた地域には全員に投薬を行うことも考えられる。現地の実情に応じて「ゼロ作戦」のノウハウを適用することが重要である。

【キーワード】

鉤虫、回虫、寄生虫予防協会、マスカンペーン

参 考 文 献

- 「沖縄県薬剤師会史」沖縄県薬剤師会、1997年
- 「沖縄の医療と保健」平山編 徳明会、1987年
- 「沖縄の戦後の保健所のあゆみ」沖縄県環境保健部予防課、1981年
- 「新熱帯感染症学」竹田, 多田, 南嶋編 南江堂、1996年
- 「特集：沖縄の公衆衛生活動」公衆衛生 35 : 65-118、1971年
- 「保健所のあゆみ(保健所十周年記念誌)」厚生局公衆衛生課、1962年
- 「保健所のあゆみ」沖縄県環境保健部、1991年
- 「予防医学協会記念誌 19年の歩み」沖縄県予防医学協会、1992年

3 - 6 - 6 マラリア対策

沖縄県コザ保健所長

崎山 八郎

(1) 戦後の対策を取り始める前の状況

琉球列島にいつの時代からマラリアが存在していたかについては定かでないが、戦前から風土病として定着し、流行を繰り返していた。通称「ヤキー」、「フーチ」などと呼ばれ、住民におそれられていた。特に、八重山群島、宮古群島においてはマラリアのため廃村になるところもあり、深刻な状況であった。沖縄県は、1890年沖縄病院八重山出張所を設置し、マラリア対策をスタートさせた。八重山では、1921年にマラリア防圧所設置、1926年には「マラリア防圧規則」を定め対策を進めたが、満足すべき十分な効果は得られなかった。太平洋戦争前まで、毎年700～2,300人(人口比2～7%)の患者発生がみられた。宮古においても、八重山ほどではないが患者発生はあったが詳細は不明である。沖縄本島では、北部の国頭にわずかに存在するのみで、特別な対策はなされていなかった。

1941年開戦の太平洋戦争の影響を受け、疎開による有病地への人口の流動により、「戦争マラリア」の形をとって爆発的に患者発生がみられた。沖縄本島では患者数16万98人、死亡数660人(1946年)、宮古群島では患者数3万3,500人、死亡数428人(1947年)、八重山群島では患者数1万6,884人、死亡数3,674人(1945年)の発生があった(表3-4)。特に、八重山では戦争による直接的な犠牲者数よりもマラリアによる犠牲者数のほうが多かった。

(2) 対策の軌跡と経験

1) 対策の概略

八重山群島では、発病者へのアテプリン投与などの感染源対策、殺虫剤DDT使用による媒介蚊対策等本格的な防圧事業が開始された。そして、1947年には「マラリア対策撲滅取締規則」が公布され、対策が強化された。1949年には、患者数17人まで激減し、そのまま消滅するかに思えた。しかしながら、1949年より、沖縄本島などからの移住計画により、有病地への住民の移住が開始され、再び患者数が増加し、1956年には2,221人と戦前の水準まで戻った(いわゆる移民マラリア)(表3-4)。

宮古群島、沖縄本島でも、同様に規則などに基づき対策が進められ、沖縄本島では1952年以降、患者発生はほとんどなくなったが、宮古群島では、1954年の段階でまだ500人の患者発生があった。

琉球政府は、従来の防圧方法を見直し、米軍406医学総合研究所の昆虫学者ウィラー博士(Charles M.Wheeler)の指導のもと、「ウィラー・プラン」に基づいて対策を実施した。この計画は、従来までの目標であった単なるマラリアのコントロールではなく、根絶をめざすものであった。ウィラー博士は、媒介蚊の習性に着目した「DDTの屋内残留散布^{注1}」方式を採用し、劇的な患者数の減少を達成し、1961年の患者数5人の発生を最後に、土着のマラリアの発生はゼロとなった。

注1 マラリア、フィラリアなど、蚊によって媒介される感染症を防圧する場合、吸血した蚊が、いったん家屋内の壁面や衣類の表面に止まり、休息のあと、窓外に飛び去るといった習性に基づいて、屋内残留散布の方法が考案された。

表3 - 4 年次別マラリア患者数・死亡者数(1945年～1962年)

年次	沖縄本島		宮古群島		八重山群島	
	患者数	死亡者数	患者数	死亡者数	患者数	死亡者数
1945	---	---	---	---	16,884	3,674
1946	160,098	660	7,985	179	9,050	128
1947	120,560	407	33,500	428	6,594	74
1948	31,860	196	7,578	120	799	79
1949	6,456	74	406	15	17	8
1950	1,202	20	165	2	35	---
1951	286	7	55	1	74	3
1952	2	2	102	5	405	7
1953	2	1	43	4	1,610	13
1954	---	---	500	---	2,030	14
1955	---	---	313	---	1,865	7
1956	1	---	29	---	2,211	4
1957	2	---	56	---	1,730	3
1958	1	---	54	---	370	2
1959	-	-	1	---	58	-
1960	-	-	-	-	4	1
1961	-	-	-	-	5	1
1962	-	-	-	-	-	-

資料：稲福盛輝編「沖縄の医学」

2) 対策の基本的な手法

A. 感染源対策

- ・ 検血による原虫保有者及び患者の発見
- ・ 原虫保有者及び発病者に対するアテプリンによる治療

B. 感染経路対策

- ・ DDT 油剤による屋内散布
- ・ DDT 屋内残留散布(ウィラー・プラン実施後)
- ・ DDT 粉剤の水田、湿地帯などへの散布
- ・ 水たまりなどの除去、住宅地周辺の藪、草地などの伐採等発生源の除去

C. 感受性者対策

- ・ 有病地住民への予防投薬
- ・ 有病地旅行滞在者への予防投薬

3) 住民啓発、教育の方法

住民の啓発には、講演会開催、ポスター・ビラ配布、マスコミによる啓発などがなされた。また、DDT散布は、集落から囑託員を集めて保健所が散布方法を訓練し、実施した。アテプリン投薬、指導には駐在保健婦が関与している。こうした対策は住民の理解と協力のもとに円滑に進められた。

4) 対策の効果

1957年からのウィラー・プラン開始後、患者数はすみやかに減少し、1962年以降輸入マラリアの発生以外、患者発生はゼロとなった。

5) 予算、マンパワー、組織等

ウィラー・プラン開始前までの米国民政府の予算計上はなかったが、1957年以降移住資金特別会計が当てられた。米政府が投じた予算は7年間(1957年～1963年)で総額16万ドルあまりとなった。

琉球政府設立(1952年)以降、保健所を中心に対策が進められ、八重山保健所ではマラリア防圧課が設置され(1956年)、担当職員を配置して、ウィラー・プランを強力に推進した。

(3) 対策成功の要因及び教訓

住民の意識の変化： 住民には、マラリアは宿命的との考えが大半を占めていたが、住民教育により、あるいは対策によって一定の成果をあげることにより意識の変化が見られ、対策が推進された。

住民参加： 衛生教育、環境整備、薬剤散布、検血への参加など幅広い住民の参加が得られたことが、対策成功に及ぼした影響は大きい。

媒介蚊の駆除、薬物による治療など科学的な根拠に基づいた対策が展開できた。

十分な予算、マンパワーなどを短期間に集中的に投入できた。

感受性者が有病地に入る場合、容易に感染が起こり、流行を引き起こす。そのため、現在でも媒介蚊は存在するので、今後も慎重な監視が必要である。

【キーワード】

戦争マラリア、移民によるマラリア、ウィラー・プラン、DDT 屋内残留散布、住民参加

参 考 文 献

「沖縄疾病史」稲福盛輝 第1書房、1995年

「沖縄戦後の保健所のあゆみ」沖縄県環境保健部予防課、1981年

「沖縄の歴史と医療」琉球大学医学部附属地域医療研究センター 九州大学出版会

「八重山のマラリア撲滅」大浜信賢、1968年

3 - 6 - 7 フィラリア対策

沖縄県コザ保健所長

崎山 八郎

(1) 戦後の対策を取り始める前の状況

沖縄におけるフィラリアの侵入は不明であるが、古くから「くさ」、「くさふるい」という熱病があることが知られていた。その後、蚊によって媒介される病気であることがわかってきた。明治以来、調査、対策がなされていたが、基本的な防圧方法は確立されていなかった。昭和のはじめ、全県的調査が行われており、フィラリアは広く全県下に侵淫していることがわかった。

1949～1964年までの調査結果によると、フィラリアの侵淫状況は沖縄本島で8.5%、八重山で13.8%、宮古では30.0%で地域によっては40%近い侵淫状況のところもあった。琉球大学の学生の調査では8.9%、また、高校生、中学生の年齢階層にも濃厚に侵淫し、若い世代の感染の存在は、戦前からの感染症の後遺症ではなく新たな感染も起こっていることを示唆するものであった。フィラリアは必ずしも死亡率の高い疾病ではないが、確実に進行して健康状態を悪くし、象皮病、陰嚢水腫、乳ビ尿などの後遺症を残すものもみられ、早急な対策が求められた。

(2) 対策の軌跡と経験

1) 対策の経過

1952～1964年の予備調査をもとに、1965年フィラリア防圧対策要綱に基づき、フィラリア対策事業が宮古においてスタートした。琉球政府厚生局、宮古保健所、琉球衛生研究所、地域のフィラリア防圧協議会の組織化を行い(図3-3)行政、研究機関、住民が一体となった取り組みが展開された。その後宮古での方式をモデルとして、八重山、沖縄本島でも事業が開始された。

事業開始後、仔虫保有者はすみやかに減少し、1978年以降の発生はゼロとなり、フィラリアは完全に根絶されたと考えられるが、乳ビ尿症などの後遺症は、まだ時折見られる。

2) 対策の基本的手法

A. 感染源対策

・検血による仔虫陽性者の発見

各人から定量的に30mm³を採血し、10mm³ずつ3本の川の字形の標本作製した。

標本中のフィラリア仔虫数をカウントし、副作用の発生頻度や程度を予測した。

・仔虫陽性者に対する投薬(目前投薬)

スパトニン1日1回0.3g(成人の場合)6日間投与を2クール行った。毎夕食後、公民館で目前投与し、同時に副作用についての事前教育も実施した。

B. 感染経路対策

・マラソン油剤屋内残留散布

・マラソン油剤夜間煙霧

- ・蚊の発生場所除去
- ・幼虫発生場所への殺虫剤散布

3) 住民啓発、教育の方法

マスキャンペーンによる啓発

事業実施前に、マスコミを巻き込んで、全島あがりのキャンペーンを実施することにより住民への周知と理解が高まった。

衛生教育

検血実施前に公民館での講演会、映写会などが実施された。その際、ポスター貼り、チラシ配布、会場設営など地域の役員をはじめ住民が実働部隊として機能した。また、仔虫陽性者への投薬の際、副作用について事前に教育することにより、副作用による中断を防ぐことが可能になり、内服の継続がスムーズに行えるようになった。

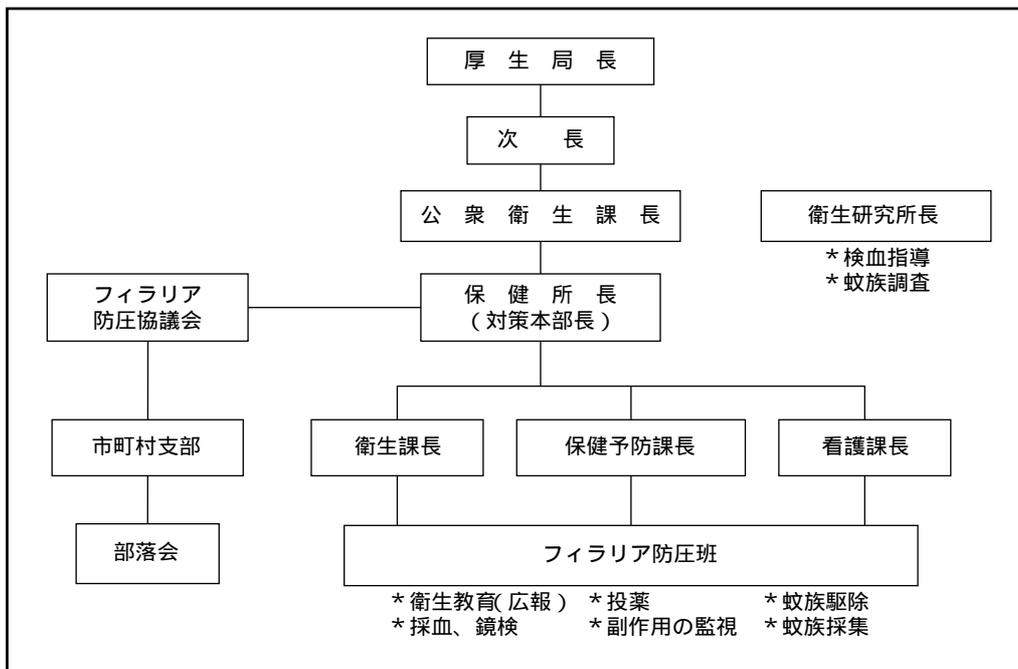
4) 組織と役割

フィラリア対策要綱により組織化を図り、事業が推進された。県は、防圧事業を総括し、予算を確保し、関係機関との調整を行った。

保健所は、防圧本部を設置し衛生教育、広報、検血、鏡検、投薬、副作用の監視、蚊族の採集及び調査、蚊族の駆除作業などを市町村、住民の協力の下に実施した。

市町村は、防圧推進協議会支部を設置し、検血者対象リストの作成、個人通知、集落との連絡調整、そのほか保健所の実施する事業に対する積極的な協力体制を整えた。

図3 - 3 フィラリア防圧事業組織図



5) 対策の効果

宮古においては、検血率ほぼ100%が達成され、仔虫陽性者に対する確実な内服の実施(目前投薬)により、陽性率は1回目(1965年)19.2%、2回目(1966年)4.9%、3回目(1967～1968年)2.1%と減少し、以後、前回検査で陽性であった者、陽性率4%以上の地域、これまでの未受検者等対象者を絞り4回目(1969年)0.3%、5回目(1970～1971年)0.2%と順調に減少した(表3-5)。そして、1978年以降仔虫陽性者はゼロとなった。

表3-5 宮古における検血率とフィラリア仔虫陽性率の推移

	1回目 1965年	2回目 1966～67年	3回目 1968年	4回目 1969～70年	5回目 1971年
対象者数	67,020	63,702	60,467	12,915	26,605
検血者数	66,333	63,702	60,453	12,691	26,238
採血率(%)	99.0	100	99.9	98.3	98.6
陽性者数	12,607	3,105	1,282	174	136
陽性率(%)	19.2	4.9	2.1	1.4(0.3)	0.5(0.2)

注:()内は全住民を対象としたときの割合

資料:砂川恵徹編著「フィラリア防圧沖縄方式」より作成

6) 予算、マンパワー、法整備等

事業は1965年から1979年まで、フィラリア対策要綱に基づいて実施された。対策に投じた予算総額は3億5,322万7,000円(琉球政府1億7,604万4,000円、米政府1億620万円、日本政府7,497万4,000円、1ドル360円で換算)であった。

宮古保健所では臨時要員を多数採用し、短期間で技術訓練実施後(採血、鏡検、媒介蚊駆除など)事業にあたらせた。これらの臨時要員が果たした役割は非常に大きい。

7) 研究機関、研究者等の役割

長崎大学を中心とした事前調査、米軍406医学研究所におけるキーガン大佐、東京大学医科学研究所佐々学教授による理論的指導、及び衛生研究所による採血指導、蚊族調査及び指導などその果たした役割は大きい。

(3) 成功の要因及び教訓

フィラリア防圧の方法論の確立

- ・ 確実な治療による感染源対策と、媒介蚊などに対する感染経路対策が確実に実施できたこと
- ・ 人的・物的資源、資金の確保

組織的活動と住民参加

住民の理解とコンセンサスが得られ、市町村をはじめとした地域内の全組織の協力があつたこと

保健所に防圧本部が設置され、保健所が事業推進の中心的役割を果たしたこと
マスクキャンペーンを短期間、集中的に展開したこと
地元マスコミの有効な活用

【キーワード】

組織的活動、住民参加、マスクキャンペーン、内服薬の目録投薬

参 考 文 献

- 「沖縄医療史」稲福盛輝 第1書房、1995年
- 「沖縄の歴史と医療史」琉球大学医学部付属地域医療研究センター 九州大学出版会
- 「フィラリア葬送曲」吉田朝啓、1988年
- 「フィラリア防圧・沖縄方式」砂川恵徹、1988年

囲み記事6：“宮古におけるフィラリア防圧事業のマスクキャンペーン”

1965年1月13日、平良市琉米文化会館において、フィラリア防圧事業開始に先立ち記念式典が挙行された。日米琉の関係者が一堂に会し、全市町村及び住民多数の参加のもと盛大に開催された。会館内の壇上には、日米琉及び地元の代表者が居並びまさに壮観であった。この会場で、米国民政府代表はセレモニー好みの国民性からあろうか、長さ1m近くもあるような木製のカギの模型(紅白の布で巻きリボンがついていた)をフィラリア対策本部長(宮古保健所長)に手渡し、満場の拍手をあげた。このカギは「本事業成功のカギ」ということであった。

式典終了後、全島パレードが行われたが、それまでの期間のマスコミなどによる広報活動、組織づくりも効を奏して、沿道で待ちうける島の人々の熱い期待がひしひしと肌に感じられた。パレードは地方庁、市町村の車両も参加し、新しく薬剤散布のために購入したピックアップなどや蚊の調査のため購入したオートバイ20台以上が加わり、島始まって以来の賑わいであった。その様子は、地元新聞に大々的に報道され、住民の関心は大いに高まっていった。

交通事情のまだ良くない当時において、住民は地元新聞3紙を情報源として頼りにし親しんでいた。地元の人々は朝起きるとそれぞれの地元紙に目を通し、昨日の情報、話題などを仕入れるのが常であった。採血日程やその時その時のフィラリア関係の記事は住民の関心を防圧事業に引きつけておくためには是非必要なことであった。情報提供を絶えずマスコミ用にも用意しておくことは、防圧本部の大切な機能の一つであった。

広報活動でさらに特徴的なことは、在京テレビ局の協力、支援であった。東京12チャンネルにより、フィラリアに関する映画フィルムの製作、提供を受け、事業実施予定集落であらかじめ映写会や説明会が開かれた。地元で作られた映像は、当時は物珍しく、見慣れた風景や知人の誰かを画面に確認することは、テレビのない時代としては一つの驚きであり、そのときの住民の反響は最高であった。

「フィラリア防圧・沖縄方式」(砂川恵徹編著)より引用一部改変

3 - 6 - 8 レプトスピラ症対策

沖縄県南部保健所長

小渡 有明

(1) 沖縄のレプトスピラ症

1970年、沖縄の北部にある人口2,000人(1970年当時の人口3,200人)の伊是名島でレプトスピラ症の患者が発生した。当時の伊是名診療所の藤江医師によると、患者第1号は47才の農夫で高熱が1週間持続し、体の節々の痛みを訴え、皮膚に出血斑と黄疸を認めたということであった。

早速、伊是名診療所(藤江良雄医師)、名護保健所(小渡有明所長)、県公害衛生研究所(吉田朝啓所長)による合同調査班を設置し、国立予防衛生研究所(赤間レプトスピラ室長)の指導助言を得ながら疫学調査、環境調査を実施するとともに、島民への衛生教育、生活指導を行った。

患者の血清学的調査から我が国に例のないレプトスピラピロゲネスであることが明かになった。県公害衛生研究所の行った島民のレプトスピラピロゲネスに対する抗体検査の結果、成人の約50%が陽性であり、若年層から中年層になるにつれ、その陽性率は上昇していることが分かった。すなわち、伊是名島はレプトスピラピロゲネスにより、広範囲にそして濃厚に汚染されていたことになる。このような疾病は以前から伊是名島には存在しており、7～8月の真夏に水田に入ったあとに発症していた。

ちなみに、その後の伊是名島におけるレプトスピラピロゲネス症の患者は、1972年47人、1973年21人、1974年16人、1975年43人、1976年37人であった。

患者発生を防ぐ唯一の予防策はワクチン接種であるが、従来のワイル病のワクチンでは予防効果は期待できないため、国立予防衛生研究所にワクチンの開発を依頼、ピロゲネスワクチンの試作を待つて1977年、1978年の2回にわたり島民に対してワクチンの接種を実施し、レプトスピラピロゲネス症の患者発生はみられなくなった。

ここに、伊是名島におけるレプトスピラピロゲネス症は終焉に至った。実に10年の歳月であった。

(2) レプトスピラ症の概要

レプトスピラ症とは、レプトスピラスピロヘーターによる黄疸、出血、蛋白尿を主な症状とする急性熱性の全身性感染症である。汚染された下水、田の水に接する機会の多い農夫、水産業者などに多発し、夏～秋に発症が多く見られる。

病原体にはワイル病、秋やみA、秋やみB、秋やみC、犬型レプトスピラ、ピロゲネス、ジャパニカなどがある。

感染経路としてはネズミが多いが、そのほか犬、牛、馬、豚などレプトスピラスピロヘーターを保有する動物の尿で汚染された下水、田の水が四肢の傷口から経皮的に感染する。まれには汚染された飲食物を摂取して経口感染することもある。

臨床症状の経過は発熱期、発黄期、回復期の3期に分けられる。

第1期(発熱期)

潜伏期 5～7日

悪寒・戦慄・発熱をもって突然発症、高熱が5～10日持続

頭痛、腰痛、筋肉痛、高度の倦怠感、食欲不振、睡眠障害、悪心、嘔吐、眼球結膜の充血及び腓腹筋の握痛が著明、体温に比し脈拍多い。

第2期(発黄期)

黄疸が急速に進み、出血傾向が著明になり、皮膚の点状出血、口腔内出血、鼻出血、血尿などがみられるようになる。また、尿量減少、ビリルビン尿などがみられ、腎不全をきたすことがある。循環不全のため、頻脈、血圧低下が認められる。頭痛、不眠、腱反射低下、時に脳症状、髄膜刺激症状などの神経症状があり、悪心、嘔吐、鼓腸などの消化器症状が認められる。

第3期(回復期)

症状は徐々に回復するが、完治までには時間がかかる。

臨床的に長い経過をたどるが、ワクチンの接種により高い予防効果をあげることができることは、先に述べた伊是名島の例からも推察できる。

参 考 文 献

「島医者ゆんたく」藤江 良雄 ひるぎ社

「レプトスピラ症、内科学(第5版)」澤江 義郎 朝倉書店

3 - 6 - 9 沖縄の性病対策

沖縄県石川保健所長

譜久山 民子

(1) 戦後の性病流行状況

沖縄は1945年より戦後27年間米軍の統治下にあった特殊要因がある。終戦直後の社会秩序の混乱、経済状況の悪化及び恒久的米軍基地建設は性病の増加をもたらした。1951年朝鮮戦争の終結、ヴェトナム戦争などにより駐留米兵の相手をする女性が一時は2万人前後ともいわれていた。指定病院からの届け出による統計で1953年では5,536人、そのうち淋病が4,368人、梅毒が912人であった。性別では女性が圧倒的に多く、年齢別では20歳から30歳代に集中し、感染源は男性は女性接客業者、女性は米軍人などからの感染が多かった。また、コザ(現在の沖縄市)には米軍基地があったが、コザ・那覇地区の血液銀行の献血血液で梅毒反応陽性率は約5%であった。

(2) 性病予防対策

終戦後米軍政府は性病に関する特別布告を次々と発令したにもかかわらず、当時の混乱したなかであまり改善をみなかった。

米軍人への性病蔓延を懸念したGHQは、極東軍司令部公衆衛生部局長サムズ准将の1949年12月来沖のあり、保健所の設置と性病対策の強化を発表した。保健所の設置に伴い性病対策は強化され、保健所で梅毒血清反応、淋菌塗抹検査、治療及び感染源追跡調査が行われるようになった。公衆衛生看護婦や性病Gメンは、所内だけでなく地域に出かけて検査や追跡調査を行った。

1951年、琉球政府は厚生部内に性病防圧委員会を設け、厚生部長・警察本部長・公衆衛生課長・防犯課長・学識経験者を任命した。その下に保健所管轄地域ごとに地方委員会を設置し性病対策を推進した。

さらに、1953年米軍政府は業者対策として「Aサイン制度」を設けた。Aサイン制度の許可をもらうには食品衛生法に基づく検査済みという許可証を保健所からもらい、さらに軍の再検査を受け、軍の定めた条件にパスすることが必要であった。Aサイン許可を受けた業者の店でなければ米軍人・軍属の飲食は禁じられていた。食中毒や性病を出したAサインの店を米軍はオフリミッツにするので性病の検査を受ける必然性が生じた。

1962年の琉球政府立法の「性病予防法」により、1964年から一般住民は公費負担で検診・治療・入院も可能となった。これによりAサイン以外の特飲街に従事する婦人たちも保健所で検査・治療を受けられるようになった。「公費負担」は本土法と違う対策で、性病蔓延対策に効果をもたらした。

最後に、米国民政府が琉球政府を通して性病対策のみならず各種感染症対策などを強化するため、各種人材を海外や日本に派遣し、多くの専門家を養成したことは沖縄の保健行政を推進するうえで大きな効果があった。

(3) 対策の効果

1972年の日本復帰の年を境に「売春防止法」が適用され、いわゆる「売春婦」の実体は掴みにくくなってきた。

上記の諸対策に加え、各種抗生剤の進歩もあり、1980年頃には軟性下疳・そけいリンパ肉芽腫はほとんどみられなくなり、梅毒も減少している。

その後、時代の変化とともに性に対する考え方も多様になり、若者を中心に淋病をはじめとした性行為感染症(クラミジア・エイズなど)が増加しているといわれている。現代においては個人の行動変容を促す啓発が必要とされ取り組まれている。

【キ - ワ - ド】

GHQ、保健所、Aサイン、「性病予防法」、公費負担、専門家養成

参 考 文 献

「沖縄疾病史」稲福盛輝著 第一書房

「沖縄戦後の保健所のあゆみ - 保健所30周年記念誌」沖縄県環境保健部予防課

3 - 6 - 10 環境衛生対策

沖縄県中央保健所 食品対策班主幹

沖山 隆雄

(1) 安全な水の確保対策

沖縄県は年間降雨量2,000mm以上であるが、地形上降水の多くは海へ流出してしまうため地下水や河川水量が乏しく、自然水の確保が大変難しい状況にある。

本県の水道事業は、第二次世界大戦前は那覇市など一部の市町村において自己水源により一部地域に限って行われていた。そのほかの地域においては、湧水、地下水、天水などを生活用水として利用しているのがほとんどであった。

1933年那覇市において、浦添、宜野湾市の水源を活用して沖縄で初めて水道建設が始められたが、当時は、1人1日平均給水量は56ℓで、3,000戸に配水していた。1992年度の本県の1人1日平均給水量396ℓと比較すると少ない量となっている。

終戦直後の沖縄では、水道がないためほとんどの住民は飲料水や使用水を独自に確保するしかなく、さらに、生活環境も悪化していたので伝染病が多発した。当時の伝染病の発生状況をみると、赤痢の患者数が1946年に1,785人、1947年に1,865人発生している。

このような状況下で、水道の必要性が高くなり、米国民政府が市町村に対し補助金を出して簡易水道の敷設が進められ、1951年那覇市で初めて簡易水道による給水が開始された。

那覇市で本格的な水道事業がようやく開始されたわけだが、当時水道施設のない他の市町村は夏場の降雨量不足や湧水に際しては相当苦労したようで、市町村当局の最大の任務は、清潔で十分な量の生活用水を確保することにあった。

当時の集落の簡易水道は弁務官資金という地域対策補助金で設置されたが、湧水から直接水を住民に給水する施設で沈殿、ろ過の段階を省略して塩素消毒のみによって給水する簡易な水道であった。また、塩素消毒の原理を理解した管理者が育たず、しばしば水系伝染病の赤痢などが流行した。このため、簡易水道の維持管理の改善は急務とされた。

その後、復帰とともに水道事業は市町村事業として整備されることになったが、水道行政は、土木建築部から現福祉保健部に移された。当時は上水道施設においても水の処理や消毒設備において不備があり、簡易水道は依然として管理体制が不十分であったので、保健所では飲料水の安全確保の面からこれらの施設に対し、管理者の健康診断、水質検査及び維持管理などの指導を強化した。

また、学校に対しては、飲料水の衛生管理についてパンフレットを配布し、消毒状況を毎日記録させるなど指導を行っている。

市町村での水道事業は沖縄振興開発計画に基づき施設整備が大幅に進むなど安全な水が供給されるようになり、これに伴って水系伝染病の発生は減少し、当該事業の整備、促進は公衆衛生の向上に大きく貢献した。

水道普及率は、1963年の52.0%から1992年には99.7%となっており、全国平均の95.1%を上回っている。

1985年頃は中南部の河川水と本島北部の「ダム」だけでは需要が満たせず水源の問題が深刻化したが1995年までに沖縄本島の北部地域にダムを増設した。また、水源の少ない離島には海底送水、海水淡水化事業、地下ダムにより水道事業が行われている。

(2) 便所・尿尿処理の変遷

明治、大正、昭和の初期において、沖縄県のトイレの様式は、農家の大部分が豚に人糞を餌とする仕組みの豚便所と、汲み取り式便所が使用されていた。当時は、当該トイレの衛生状態は悪く1923年から1937年までの寄生虫調査では、被検者4万3,000人のうち、71%が寄生虫を保有しており戦前から寄生虫は蔓延していた。

終戦後、米国民政府は、不衛生、寄生虫の発生源という理由で豚便所の使用は禁止したので、1955年ごろまで、本県のトイレはほとんどが汲み取り式であった。汲み取った糞尿は馬車で運搬され、農地で肥料として利用されたが、まだ十分に腐熟していない糞尿を施肥するため住民の寄生虫保有率は高率であった。汲み取り式便所は、うじの発生、ゴキブリやネズミの巣になることから衛生上これを改善することは大きな課題であったが、当時は本県のみならず本土も同様であった。

1938年厚生省は、寄生虫症と消化器系伝染病を追放することと、より安全で有効な肥料を得るため、厚生省式改良トイレを普及させていった。当該トイレは、便槽を三槽に仕切り次々と隣の槽に移っていく構造にすることで時間をかけ寄生虫を殺してしまう方法である。寄生虫は約6カ月で完全に腐熟しているので肥料として汲み出しても安全というわけである。

この方式はアメリカのロックフェラー財団が援助して造らせたケンタッキートイレが基本となっているが、アメリカでは糞便は肥料として使用しないので、最後の槽の構造が日本式と少し異なるところである。

厚生省では補助金をだして各地に当該改良式トイレを造らせたが、これを導入した地域では寄生虫の感染率が減少したとのことであるが、本県では日々の生活に困窮していたころなので当該トイレは普及されておらず、依然として汲み取り式が多かったようである。

1970年代になると本県では汲み取った糞尿の運搬は馬車からバキュームカーに代わっていった。汲み取った糞尿は市町村が設置したし尿貯留槽に一時貯留し、腐熟後肥料として利用されたが、その後、化学肥料の普及に伴って当該糞尿は肥料として利用されなくなっていった。一方、徐々に生活に余裕が出始めた1955年ごろの本県では、米国民政府の指導もあって次第に浄化槽による水洗式トイレが普及してきた。

1965年本県のメインストリートである国際通り付近におけるトイレの状況は、汲み取り便所72.4%、し尿浄化槽(水洗)27.6%であった。当時はし尿浄化槽に対する県民の認識はまだ十分ではなく、し尿浄化槽の構造基準に適合したのは40%程度で、国際通りの公共下水溝は悪臭があったと報告されてい

る。

そのほか、水洗便所に浄化槽の設備のないまま汚水を溝にそのまま放出させている外人向け貸し住宅や国場川へのし尿の不法投棄があり、保健所は精力的に働きかけ、取り締まりを強化した。

一部農村においては1965年ごろ本県で実施されていた「寄生虫ゼロ作戦」期間中に米国民政府の援助の一環として派遣されたローラーという下水専門官により「ローラー式改良簡易水洗便所」が普及された。当該トイレは現在のようなタンク式ではなく排泄後、ひしゃくで洗い流す節水型の三層式トイレであった。

1963年ごろから本県では下水道が建設されていくが、本土復帰後の1973年、那覇市において下水道建設は50%で同地域における供用開始は10.5%であった。

当時、那覇市の安里川、久茂地川、国場川などは水質が悪化しており、工場排水、畜舎排水とともに各家庭のし尿浄化槽からの排水が問題となった。し尿浄化槽については、住民が当該浄化槽に無知すぎること、いったん設置すると永久的に清掃の必要がないと考えている人が多いことで、保健所は、これら排水の実態調査と改善指導を強化していくことになる。

1997年、本県におけるトイレの実態は、総人口約129万人のうち87%が水洗便所を使用し、13%が汲み取り便所を使用している。水洗便所の内訳は下水道52%、し尿浄化槽48%となっている。

【キーワード】

自己水源、伝染病、簡易水道、地域対策補助金、塩素消毒、沖縄振興開発計画、ダム、寄生虫、消化器伝染病、汲み取り便所、尿尿浄化槽、下水道

3 - 7 有害衛生動物対策

3 - 7 - 1 沖縄の衛生動物防除史

沖縄県衛生環境研究所 衛生科学部長

岸本 高男

(1) はじめに

沖縄の戦後の衛生動物防除は、時代に沿って、米軍直属・地区衛生課による衛生動物防除(1945～1951年)、保健所による衛生動物防除(1952～1972年)、市町村による衛生動物防除(1972～1998年)の3つの変遷があった。1999年に感染症新法が施行されたので、衛生動物防除に大きな影響を与えるものと推定される。

(2) 米軍直属・地区衛生課による衛生動物防除(1945年～1951年)

1) 沖縄本島のマラリア防圧

第二次大戦後、沖縄本島では三日熱マラリアが爆発的に流行し、1946年の患者数は16万人、死亡者は660人であった。

1948年9月に琉球列島米国民政府指令第33号「衛生規則」によって沖縄民政府の下に直属の地区衛生課(9地区)が決められた。業務は市町村衛生課を直接指揮監督して、清掃作業を強化し、住民衛生思想の向上をはかるほか、2,000余人の衛生労務者を雇用し、DDTなど各種薬剤によるネズミ、蚊、ハエなどの駆除を行った。殺虫剤、地区衛生課の職員及び労務者の賃金は軍政府から支払われた。軍政府は飛行機から薬品を散布(1945～1952年)、技術の指導、そのほか側面から協力し、相当活発な作業が行われていた。戦争後には爆発的に起こるといわれていた疫病に対する防壁はこうして築かれたのである。

地区衛生課の作業隊は人口1万人に対し編成、1作業隊は衛生監督官1名、労務監督班長1名、殺虫器具取扱者4名で編成された。1948年9月5日の「沖縄新民報」によると1,620名の防疫班が活躍したとの記事がある。

1951年保健所が発足したころには沖縄本島のマラリアはほぼ鎮静化し、地区衛生課はそれぞれの保健所に統合された。沖縄本島のマラリアはシナハマダラカ、サペロイハマダラカ、オオツルハマダラカ、が媒介したと推定される。ちなみに、沖縄本島で戦争マラリアの爆発的流行は、戦争で社会が異常事態であった、南部戦線で住民が北部へ大挙避難した、家畜が全滅状態であった、ことなどが考えられる。

(3) 保健所による衛生動物防除(1951年～1952年)

1951年に保健所が発足し、1952年に琉球政府が創立された。沖縄県では伝染病が蔓延していた関係で衛生動物防除は各保健所が実施した。沖縄本島では日本脳炎、宮古・八重山ではマラリアが蔓延していた。保健所のそ族駆除職員は沖縄で207人、宮古で20人、八重山で35人、計262人との記録が

ある。マラリアとフィラリアの防圧は琉球政府時代の保健所の大きな実績である。

1) 宮古・八重山のマラリア防圧

特に、宮古・八重山のマラリアは戦前から知られ、戦後は爆発的に流行、多数の死亡者がでた。原虫は熱帯熱、三日熱、四日熱、混合マラリアが知られ、沖縄本島のマラリアに比べ複雑である。媒介蚊はコガタハマダラカであった。本種は宮古・八重山以南に分布する。当時の媒介蚊対策は幼虫駆除が中心であった。1957年に406医学総合研究所の昆虫学者Charles M. Wheeler博士が来島、厳密な調査を行い、従来のマラリア撲滅の作業方法を根本から改革した。コガタハマダラカは吸血後は家の壁に休止する習性があったので、家屋内にDDTを残留噴霧し、ここに止まった蚊の成虫を殺し、マラリアの感染経路を断つ方法であった。75%のDDTを水で5%に希釈、これを1m²当たり2～2.9gを壁面に散布した。屋内残留噴霧は年に2回、7年間継続された。蚊成虫の駆除効果は大きく、1961年に八重山で5名の再発患者を最後に沖縄県の土着マラリアは撲滅され、1978年に撲滅宣言を行った。

2) 宮古・八重山・沖縄のフィラリア防圧

フィラリア防圧は日米両国政府の援助で1965年に宮古で開始された。佐々学、Hugh L. Keeganの両博士が来島し、現地を調査し、綿密な計画ができた。作業内容は県民の血液検査を行い、患者を発見し、Diethylcarbamazine(商品名スパトニン)を投薬する。媒介蚊対策ではネッタイエカの駆除であった。特に、宮古では成虫駆除を強化した。駆除方法は50%のマラサイオンをケロシンで2.5%に希釈し、1m²当たり50mlを屋内に噴霧し、フィラリアの感染サイクルを断つ作戦であった。なお、屋内残留噴霧は宮古(1965年2月～1966年9月)のみで実施した。この間の県民の協力は完璧で、事業は順調に進んだ。検査の受検率は99%以上、フィラリア患者の駆虫効果は大きかった。その後、事業は八重山と沖縄で実施され、1979年まで継続、1988年に撲滅宣言を行うに至った。

3) 沖縄本島の日本脳炎対策

日本脳炎ウィルスは水田から発生するコガタアカイエカが媒介し、感染サイクルは蚊 豚 蚊 ヒトの順に伝播する。戦前の記録は不明、宮古と八重山には発生がなく、日本脳炎は戦後沖縄本島で集中的に発生した。1963年に日本脳炎対策を強化するために、琉球衛生研究所に蚊担当の職員6名、保健所とその出張所に蚊を採集する職員10人を再配置した。従来の幼虫駆除を強化するとともに煙霧機による成虫駆除を開始した。50%Malathion乳剤をディ - ゼル油で1対25に希釈、夜間6時から10時に煙霧した。駆除の時期は3～10月、できるだけ無風の日に実施した。マラソンに対する蚊の抵抗性が発達し、1965年以降は50%Baytex乳剤を使用した。

1963年の日本脳炎患者は120人、その後は年々減少し、1981年に1人、1998年に1人の患者が発生した。日本脳炎減少の原因は、家畜専業農家が多頭飼育を開始、豚舎は屋敷内から郊外に移転、水田面積は、1961年を100とすると1992年は2.8に減少した。さらに、稲の品種が改良され、栽培期間が短縮、水田の水管理など、コガタアカイエカの発生を抑制する農業技術に変化がみられた。その結果、人家周辺に飛来するコガタアカイエカの密度は低下し、日本脳炎が減少した。しかし、

日本脳炎は人畜共通感染症で、毎年日本脳炎注意報が発令されている。

(4) 市町村による衛生動物防除(1972年～1998年)

1972年、日本復帰とともに衛生動物駆除事業は保健所から市町村に移管された。市町村では日本脳炎対策のため煙霧は継続し、患者が減少したので中止した。現在は本土と同様に衛生動物防除は市町村が実施している。この間にPCO業者が育成、1975年の沖縄国際海洋博覧会場内の衛生動物駆除はPCO業者によって完璧に遂行された。

その後、住家性ゴキブリ類の苦情、アタマジラミの復活、室内塵性ダニ類に関する苦情が目立つようになり、都市型の衛生動物が顕著になった。1982年にヒロヘリアオイラガが帰化、1983年にヤンバルトサカヤステが侵入し、各地で異状発生をくりかえし、1994年には沖縄本島全域に分布を拡大した。1995年のゴケグモ騒動ではハイロゴケグモの生息を確認し、1950年代に咬症患者の報告があったヤエヤマゴケグモは八重山・宮古に生息している事を再確認した。セアカゴケグモはその後に採集したが定着していない。

1996年度沖縄県の環境整備事業の概要によると、ネズミ・衛生害虫の被害発生状況は総件数は6193件、その内訳は ハチ...1044件、ヤステ...860件、ハエ...782件、クモ...672件、シロアリ...624件、カ...548件の順である。ハチとヤステは県内の緑化と関係し、ハエは病原性大腸菌O157、クモはゴケグモ騒動など、マスコミの影響があったものと推定される。厚生省の報告では、沖縄県のハチ類の発生は全国でも第1位である。

【キーワード】

衛生動物駆除、マラリア、フィラリア、日本脳炎、媒介蚊対策、屋内残留噴霧、成虫駆除、幼虫駆除

参 考 文 献

「石垣市史、資料編、近代3、マラリア資料集成」石垣市役所、1989年

「衛生監視業務のあゆみ」沖縄県監視員協会 35周年記念、1986年

「沖縄におけるフィラリア病防圧概況報告書」琉球政府厚生局公衆衛生部、1972年

「環境整備事業の概要」平成6年、7年、8年版 沖縄県環境保健部生活衛生課、1994、1995、1996

「地方自治七周年記念誌」沖縄市町村長会・中村栄春編纂 1955年

「南西諸島の医動物」佐々学・高橋弘・加納六郎・田中弘編著 新宿書房、1977年

「平良市、第6巻、資料編4」平良市教育委員会、1985年

「フィラリア防圧・沖縄方式」砂川恵徹 編著、1988年

「琉球資料 第四集 保健衛生」琉球政府文教局 1959年

Downs,W.G.(1949)Malaria on Okinawa. Bulletin of the U.S. Army Medical Department 9(8)625-655.

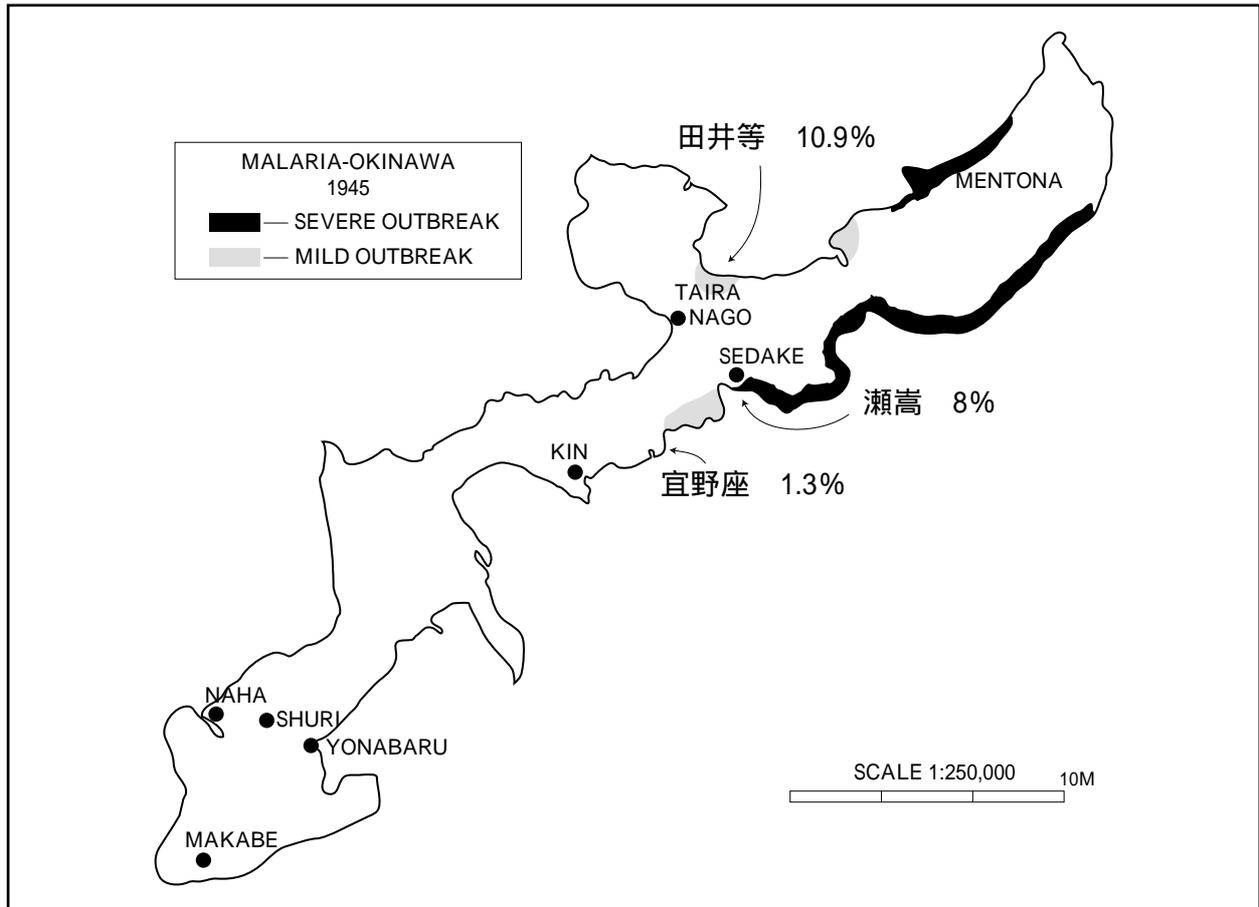
Leonald D. Heaton(1963)Medical Department, United States Preventive Medicine in the World War II. Vol.VI Communicable Disease. Malaria. 474-495.

補論 : History of Vector Control of Okinawa Islands, 1945-1998.

Takao KISHIMOTO

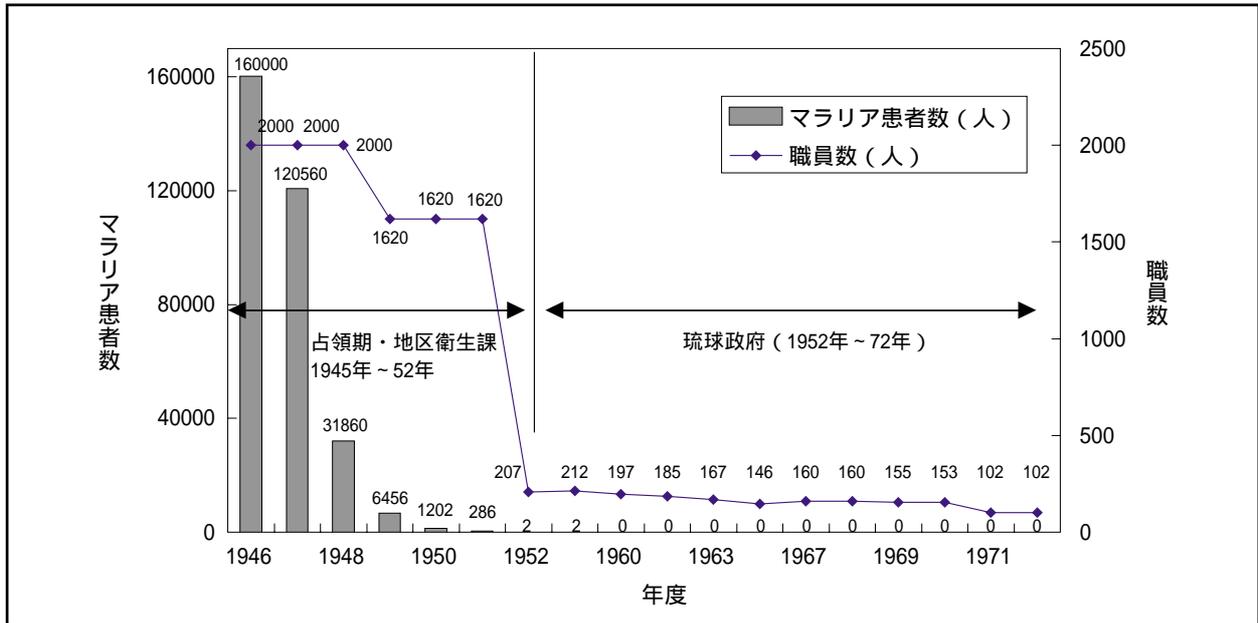
要旨 沖縄の衛生動物防除について、米軍直属・地区衛生課、琉球政府時代の保健所、日本復帰後の沖縄県の市町村の3つに区分して、解説を行った。

図3 - 4 1945年沖縄の三日熱マラリアの浸淫地域(Downs,1949)



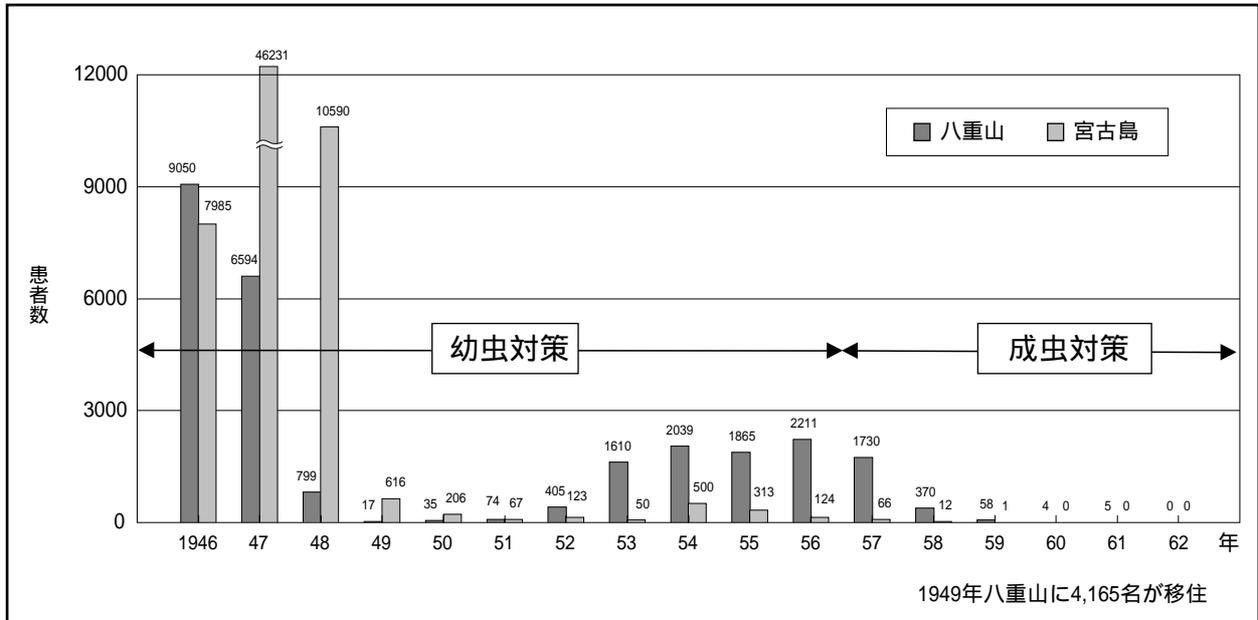
1945年5～6月に沖縄の住民2,209名を調べ、0.4%が陽性であった。1945年8～9月に1,337人を調べ、宜野座は1.3%、瀬嵩は8%、田井等は10.9%、さらに、瀬嵩で有症者600人のうち90%がマラリアであった。他方、沖縄北部に侵攻していた米軍94人と古屋(瀬嵩の近く)に10日間駐屯していた米軍48人がマラリアに新感染したとの報告がある。

図3 - 5 マラリア患者数とそ族昆虫駆除担当職員の推移、沖縄本島(1946 ~ 1972)



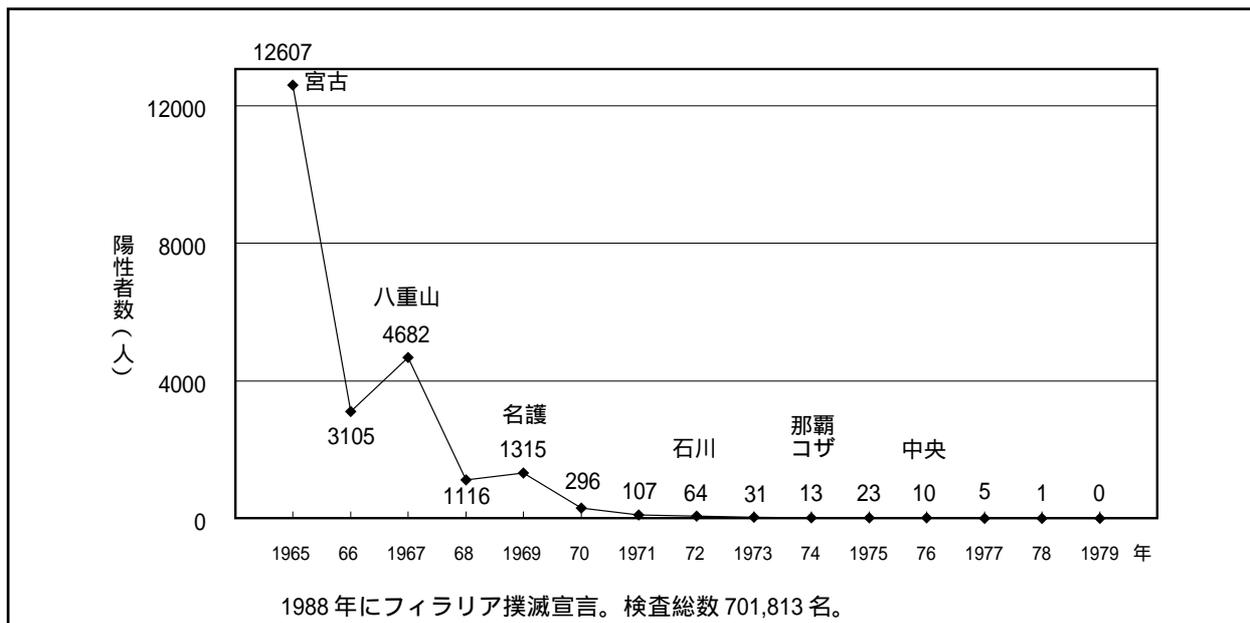
地区衛生課時代は約2,000人の衛生労務者が配置、賃金は軍政府から支払われた。当時の新聞「沖縄新民報(1948年9月5日付)」によると防疫班1,620人が活躍したとの記事がある。組織は公衆衛生部の下に地区衛生官1人、村衛生官1人、字衛生官若干名が配置された。1951年に保健所が創立、職員は移管された。

図3 - 6 マラリア患者数の変遷、八重山群島、宮古群島(1946 ~ 1962)



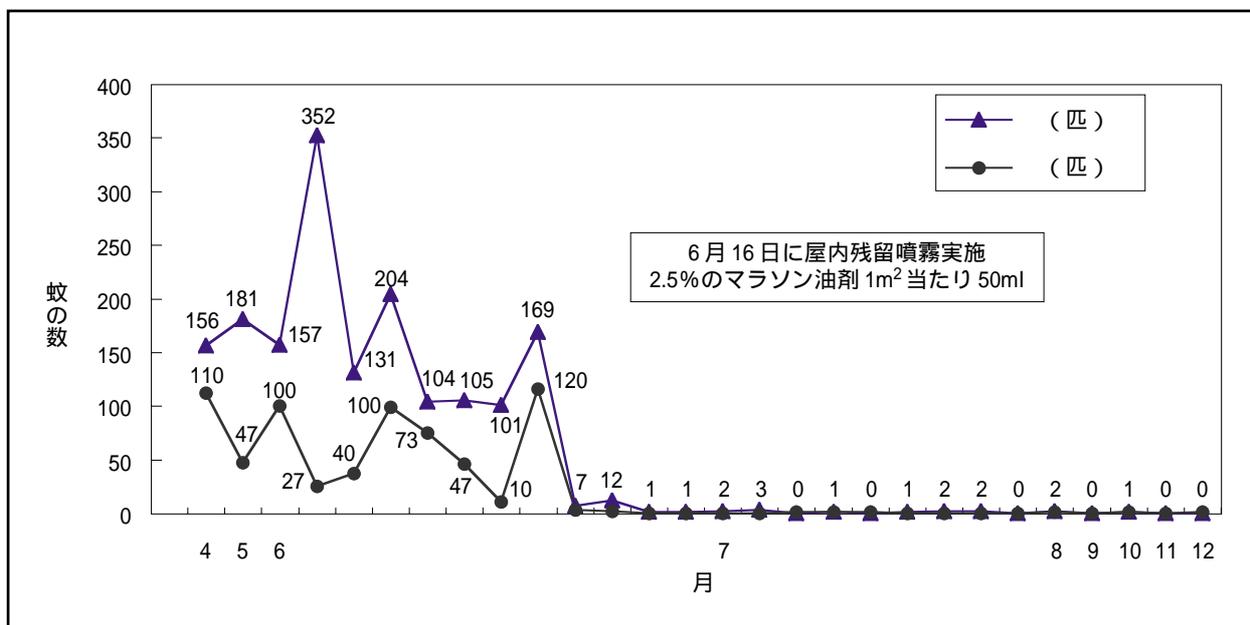
1949 ~ 1956年に4,165人が沖縄本島と宮古から有病地域に入植したので1952年からマラリア患者は再び増加した。八重山群島政府、宮古群島政府から琉球政府に変わり、職員の削減が行われた。

図3 - 7 フィラリア陽性者の推移、沖縄県(1965 ~ 1979)



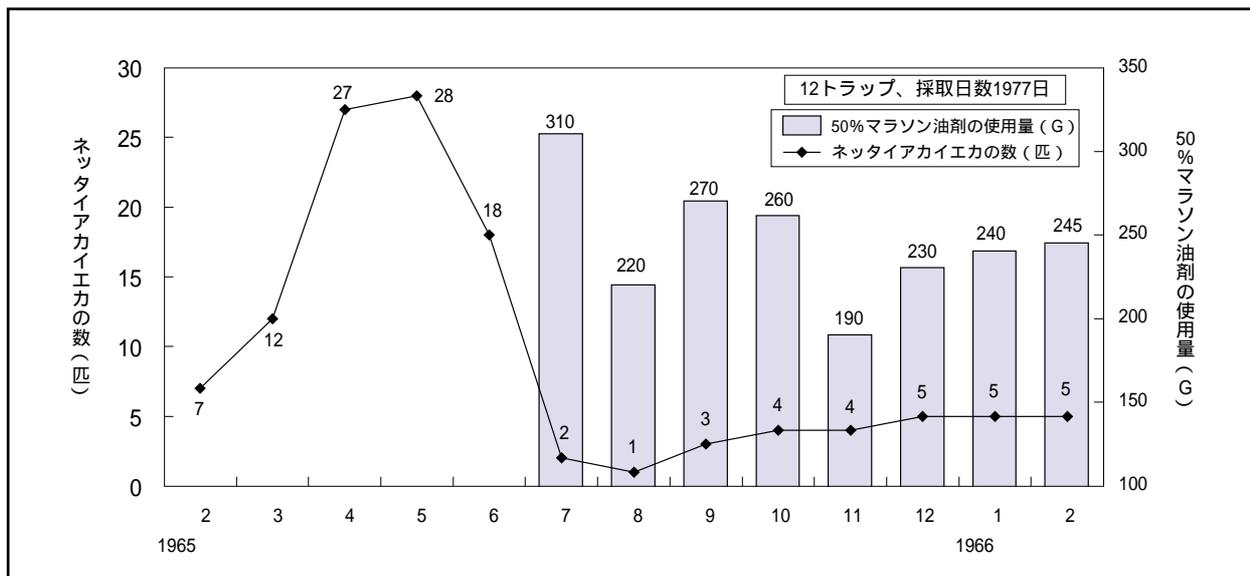
患者の駆虫効果は高い。Diethylcarbamazineを体重1kg当たりの1日量は6mg、6日間連続投薬する。2カ月経過後に再投薬した。

図3 - 8 屋内残留噴霧の効果、宮古、北山(1965)



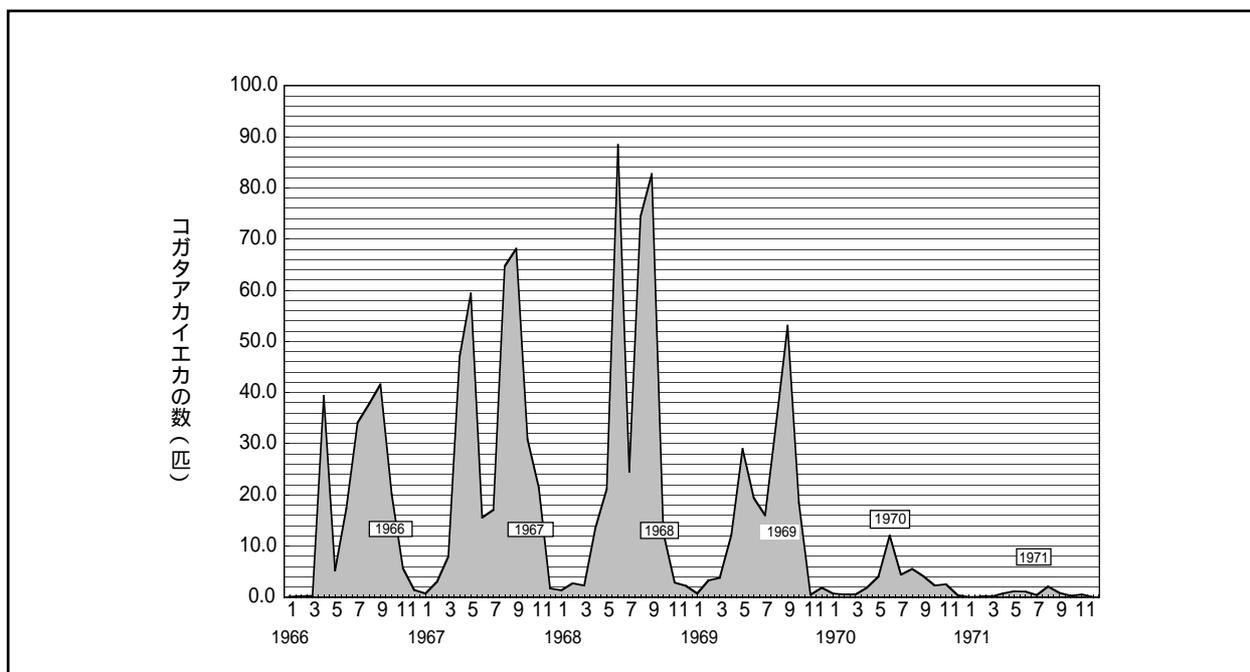
民家内にニュー・ジャジ・ライト・トラップを設置し、家屋内に侵入するネッタイエカの数調べた、4 ~ 6月上旬は101 ~ 352個体の蚊が捕獲された。6月16日に2.5%のマラソン油剤を1m²当たり、50mlを散布した。6月中旬 ~ 12月までに、民家に侵入する蚊は0 ~ 12個体に減少した。

図3 - 9 ネットアイエカの季節消長と50%マラソン油剤の使用量(G)、宮古(1965 ~ 1966)



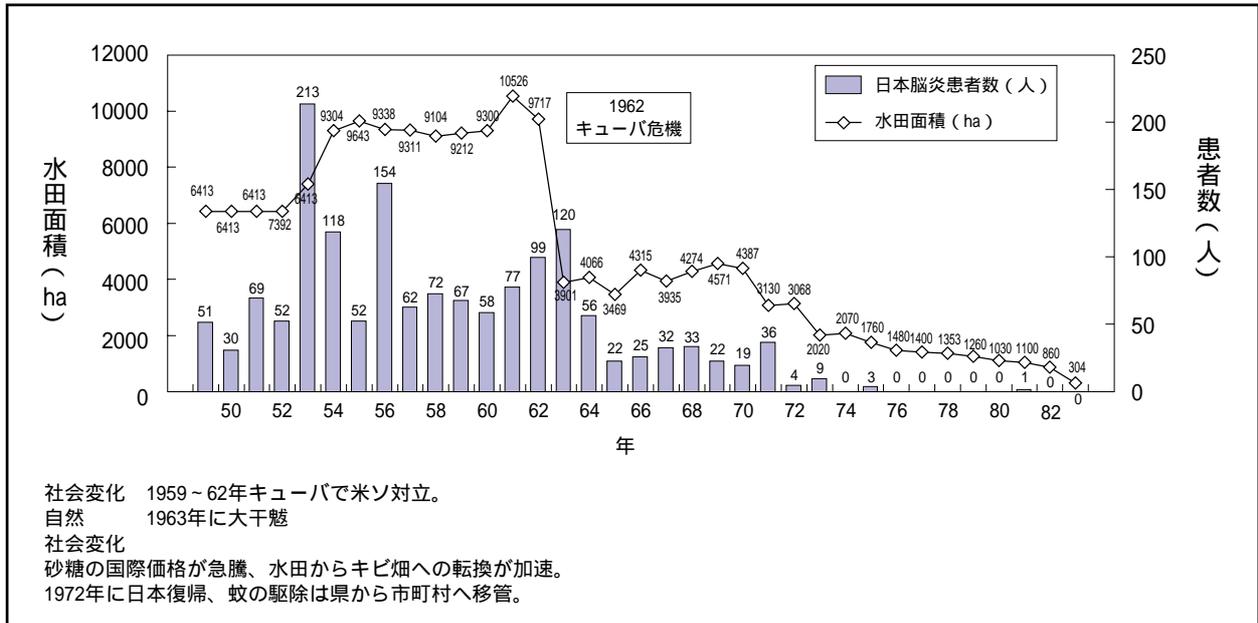
宮古の12箇所にニュージャジー・ライト・トラップを設置し、蚊を採集した。2～6月は7～27個体の捕獲されたが、7月～翌2月は平均5個体以下に減少した。蚊駆除のため、7月以降に、マラソン油剤を集中的に使用したためである。1月に200～300ガロンのマラソン油剤が使用された。

図3 - 10 コガタアカイエカの季節消長、沖縄本島(1966-1971)



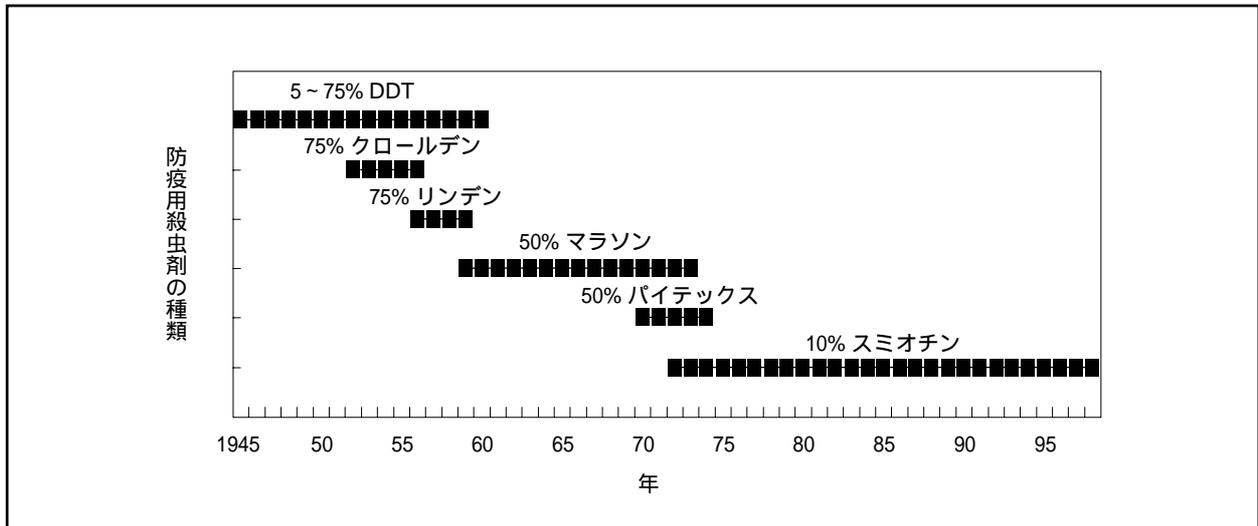
沖縄本島の16箇所で蚊を採集し、一晩当たりの蚊の数で示した。コガタアカイエカの消長は5月と9月の2峰性、稲は2期作で、稲が生長する時期に蚊の密度が高くなる。

図3 - 11 日本脳炎患者の推移、沖縄県(1949 ~ 1992)



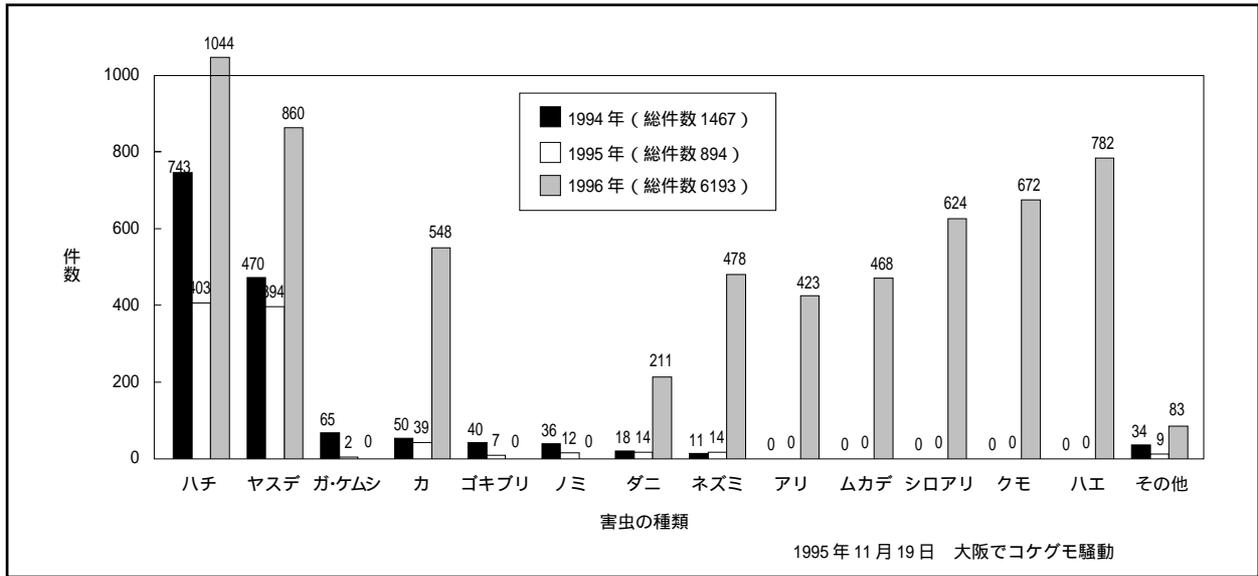
患者数と水田面積(1期作と2期作の合計)の関係を示した。1959~1962年のキューバ危機で砂糖の価格が高騰し、稲作からキビ作への転換が行われた。1971年以前の水田面積は3,000ha以上で、患者の発生は20~213人であったが、1972年以降の水田面積は2,000ha以下で、患者は9人以下に減少した。1981年に1人、その後1998年に1人の患者発生があった。

図3 - 12 防疫用殺虫剤の使用歴(1945 ~ 1998)



1945年から1960年までは、マラリア防圧のために塩素系のDDT、クロルデン、リンデンが使用された。1960年からは1972年までは、日本脳炎対策とフィラリア防圧のために有機燐系のマラソンが使われた。当時の薬剤は米国製で濃度がかなり高い。1972年以降は日本製のスミチオンを使用した。

図3 - 13 ネズミ・衛生害虫の発生状況(1994～1996)



平成6～8年度のネズミ・衛生害虫の発生状況。3カ年で第1位はハチ、第2位はヤスデである。第3位以下の害虫は年度によってかなり変化がみられる。

3 - 7 - 2 ハブ対策

県内に生息するハブは、沖縄がまだ台湾・中国と陸続きだった200万年前に大陸から移り住んだものといわれている。その後の大きな地殻変動により、現在のような島ごとの特異な分布状態となった。県の85%の地域には、このように分布したハブが生息しており、年間200人程度の咬症患者が発生している。ハブの毒は溶血性の蛋白質で、咬まれた局所から壊死し、手足の切断やショック死をもたらす。後遺症に悩まされる被害者も多く、県民の健康や日常生活の生産活動に及ぼす影響は少なくない。

戦後、ハブ抗毒素の研究が精力的に進められてきたが、特に1959年に沢井らによって馬血清による乾燥坑毒素(室温保存可能)が開発されるに及んで、琉球列島におけるハブ咬症の治療はもっぱらこの乾燥坑毒素による血清療法中心に統一され、致命率も著しく低下した。

一般にハブ咬症に対する対策は、三分野に分けられる。

(1) 被害者(対人)対策

- ・咬症患者の救急治療とそのリハビリテーション
- 一般大衆に対する教育

(2) 被害者(ハブ)対策

ハブの生態学的研究(生殖・行動能力・食性、など)

(3) 環境対策

ハブの生息(分布)実態調査

ハブ抗毒素の研究改良や治療技術の向上によって直接生命にかかわる事例は極めて少なくなっているが、ハブ対策の基本的考え方として、県ではハブと人間の住み分けをめざすこととしており、ハブ咬症防止思想の高揚を図るために、パンフレットの配布、ハブ咬症注意報発令、ハブ咬症防止月間等による啓発活動を実施している。

3 - 8 食品衛生対策

沖縄県中央保健所 生活環境課長
平川 宗隆

3 - 8 - 1 食品衛生対策

(1) はじめに

沖縄のほとんどの島々は、耕地面積が狭小で地味も痩せているうえ、度重なる台風や旱魃などの被害により、食料の生産性は低く、戦前の県民人口60万人をかるうじてまかなえるほどの第一次産業に頼っていた。農家は農作物の増産をはかるため、未熟な人糞尿を畑に還元していたことが原因で回虫、鉤虫、鞭虫などの寄生虫が蔓延していた。また、旱魃や台風などによる食料不足から、各地で度々ソテツによる中毒死や未消毒の井戸水使用による赤痢などの発生が多くみられた。大正から昭和初期の沖縄は、住民の識字率も低く、公衆衛生の知識が乏しかったので、水や食品に由来する経口伝染病、食中毒、寄生虫病が多くみられた。

(2) 食品衛生対策が導入された前後の状況

戦火で焼き尽くされた終戦直後の沖縄の食糧事情は筆舌に尽くしがたいものだった。ソテツによる中毒死、メタノール中毒による失明など悲惨な事故も度々発生した。

1952年に発足した琉球政府は厚生局を設置し、その管轄下に保健所を設置した。同年9月、食品衛生法が施行され、食品営業の許認可業務を各保健所が取り扱うこととなった。1955年9月末現在の各保健所の監視員数と食品営業施設数は下記のとおりであった。

那覇保健所	4人	1,927施設
コザ保健所	2人	2,961施設
名護保健所	2人	358施設
宮古保健所	1人	162施設
八重山保健所	1人	329施設

また、これとは別に、1953年、駐留軍人や軍属を相手にする飲食店業者に対し、米軍検査官の特別検査を受ける条件が定められた。1958年、それまで米軍が実施していた、いわゆる「Aサイン」食品業者に対する衛生検査は琉球政府に移管された。「Aサイン」とは、米軍の厳しい検査基準を経て、第一級の施設にのみ与えられる(Approved for U. S. Forces)営業ライセンスであった。この制度は衛生施設水準の向上の面からみると、特筆すべきものといわれている。1959年、食品衛生法施行規則の改正により、1級、2級、3級の等級制になった。

当時の飲食業界は何をやっても儲かる時代で、無許可の屋台がいたる所に出現し、調理経験や衛生観念もあったものではなかった。那覇市内は特にひどく、議会でも度々取り上げられていた。特に米

国民政府公衆衛生部からは強力な改善指導方の指示があった。

(3) 食品衛生対策

1952年に施行された食品衛生法により、料亭、小料理店、カフェーなどは保健所の衛生監視員と地区警察署の警官がともに検査をし、合格後警察本部、厚生局と企業免許事務所長が免許証を発行したが、菓子製造、食肉、鮮魚店などは保健所と厚生局が管轄するという複雑なシステムであった。前段でも記述したとおり、住民の衛生思想は低く、那覇市内のガープ川沿いの飲食店にいたっては、汚水、排水の処理施設や食器類の消毒設備は完備されず、建物は角材4～5本の掘っ立て小屋で雑排水は川に垂れ流し、雨が降れば床上、床下浸水で便所の汚物がもろに流出する不衛生極まる状況であった。このようななかでの施設の改善指導や衛生教育の苦労は並大抵のものではなかった。

本土では1948年、食品衛生法施行と同時に食品関連業者の自主管理体制を促進するために各都道府県に食品衛生協会が設立され、業者自らが食品衛生思想の普及向上に努めることになったが、本県は昭和47年の本土復帰後数年を経て設立されることとなる。

(4) まとめ

私たちが生きていくうえで食べ物はなくてはならないものであり、その安全性の確保は太古の昔から現代、未来に至るまで片時もおろそかにできるものではない。従来、食品とともに摂取される有害物として、ウィルス、細菌、寄生虫などの生物学的要素やフグや茸などの自然毒による食中毒を対象にしておればよかったが、近年、遺伝子組み替え食品や放射線照射食品、食品中の内分泌攪乱物質の汚染など個人で対処できない複雑で広範囲な食品衛生の問題が派生している。

【キーワード】

保健所、食品衛生法、「Aサイン」、衛生監視員、食品衛生協会

3 - 8 - 2 乳肉衛生対策

(1) はじめに

沖縄の食生活上、豚肉はなくてはならない食品である。戦前から戦後にかけて、各地の農家では1～2頭の豚を飼っていたが、人糞を豚に与える風習があった。そのため、住民の寄生虫の保有率は極めて高かった。特に問題になったのは有鉤条虫であった。解体検査終了後は販売業者がザルに入れて町を回り販売していた。売れ残った肉は塩付けして翌日販売する状況だった。

(2) 乳肉衛生対策が導入された前後の状況

米国民政府の強い働きかけにより、フール(豚便所)の使用が禁止されることになる。1946年民政府が知念村に移転するが、そのころから、と畜場開設の機運も高まってきた。戦後初のと畜場は1948年、安謝に設置され、これにより、食肉の自由販売がスタートした。その後次第に各市町村にと畜場が開設されていった。1972年本土復帰を迎えるまでは、散在する32箇所のと畜場があったが、その後の

行政指導により、1973年には12箇所へ整理統合された。

(3) 対策導入の経緯及び具体的対策

政府もこれらの業務の向上を期するため、獣医衛生課を設け、と畜場の指導と牛乳処理、狂犬病予防業務などを行わせた。しかしながら1952年、琉球政府発足と同時に、経済復興の趣旨から特に畜産業の発展が叫ばれ、機構改革が行われた。これにより、獣医師は統合され、経済局畜産課に移管された。同年9月「と場法」が公布されるが、1969年9月に同法は廃止され、新たに「と畜場法」が公布された。

1969年7月、これまで、畜産課が所轄していたこれらの業務は厚生局公衆衛生課に移管され、と畜場及びと畜検査業務は各保健所が所掌することとなった。また、そのころの食肉販売店の店舗は防蠅設備や冷蔵庫はなく、食肉を陳列するだけの台が置かれている状況だった。牛乳も復帰前は温めて販売していたが、復帰に伴い本土の食品衛生法の適用と同時に食肉と牛乳は冷蔵して販売するようになった。

(4) まとめ

トイレの改善指導から始まった乳肉衛生だったが、と畜場の整理統合、食肉及び牛乳の冷蔵から冷蔵保管への移行、と畜場の床上式処理及び検査体制から懸吊式へ移行などにより、乳肉衛生は次第に改善されてきたが、今後の課題はO-157などの微生物による汚染源排除に重点を置いた乳肉衛生対策が期待されている。

【キーワード】

と畜場、獣医衛生課、と場法、食品衛生法、懸吊式処理

参 考 文 献

- 「35周年記念 - 衛生監視員業務のあゆみ」沖縄県衛生監視員協会、1986年
- 「昭和60年 - 沖縄獣医師会年報」(社)沖縄県獣医師会、1985年
- 「保健所のあゆみ - 保健所創立40周年記念誌」沖縄県環境保健部、1991年

3 - 9 障害者福祉対策

ここでは、沖縄県が策定した、「沖縄県障害者福祉長期行動計画」に基づき、県の障害者福祉対策について述べることにする。

同計画は国の政策である障害者基本法(1993年12月)が成立したこと、また「アジア・太平洋障害者の十年」(1993年から2002年)がスタートしたこと、及び第3次沖縄振興開発計画を踏まえ、障害者の福祉向上を図るため策定されたものである。計画期間は1994年から2003年までの10年計画である。

また、1998年3月には同計画の具体化及び計画的達成を図るため、「沖縄県障害者プラン」が策定されている。

計画の目的は、ノーマライゼーションの理念を県民に浸透普及させ、障害者の「完全参加と平等」の目標を達成させることにある。同計画は、身体障害者対策、身体障害児対策、知的障害者(児)対策の3つに大きく分かれており、以下それぞれの現状と具体的施策について述べる。

3 - 9 - 1 身体障害者・身体障害児の福祉

(1) 身体障害者の概況

身体障害者福祉法にいう身体障害者とは、表3 - 7に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

県内の身体障害者手帳交付の状況は、1997年3月末日現在で総数4万555人である。障害別にみると肢体不自由者が2万2,535人(55.6%)で最も多い。また、近年増加傾向を示しているのが内部障害者で、8,713人で前年度比10.1%増と最も増加率が高い。

表3 - 6 身体障害者手帳新規交付者(児)の推移

年度	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
手帳交付数	1,642	1,914	2,085	2,454	2,327	2,487	2,820
対前年比	94.3	116.6	108.9	117.7	94.8	106.8	113.4

表3 - 7 身体障害者手帳交付台帳登載者数

	18歳未満	18歳以上	合計
視覚障害	53	4,179	4,232
聴覚障害	142	4,322	4,464
音声・言語機能障害	8	603	611
肢体不自由(上・下・体)	993	21,542	22,535
内部障害(心・腎・体・直・膀・小腸)	181	8,532	8,713
合計	1,377	39,178	40,555

(2) 身体障害者の援護

身体障害者に対する更生援護は、身体障害者手帳の交付に始まり、補装具の交付家庭奉仕員の派遣など多様な分野にわたっている。ここでは主要な援護内容について述べる。

ア．身体障害者更生相談所

身体障害者更生相談所は、身体障害者の相談に応じ医学的、心理的及び職能的判定を行うとともに、援護の実施機関である市町村の依頼により、補装具の処方並びに適合判定を行うほか、必要に応じて巡回相談を実施している。相談所での取扱人員は年々増加しており、1990年の1,781人から1996年では2,502人となっている。

イ．身体障害者相談員の設置

身体障害者相談員は、障害者の更生援護の相談に応じ、必要な指導を行うとともに、福祉事務所など関係機関の業務に対する協力、身体障害者に対する援護思想の普及等、身体障害者の福祉増進に資するため各地区に設置している。現在、全県で99人の相談員がいる。

ウ．身体障害者ホームヘルプサービス事業

重度の身体上の障害等のため、日常生活を営むのに支障がある身体障害者の家庭などを訪問して、家事や介護並びに外出時の付き添いを行う。ホームヘルパーの設置状況は次表のようになっている。設置市町村も1996年には30箇所と1990年から10箇所増加し、それに伴いホームヘルパーの数も増加している。

表3 - 8 身体障害者ホームヘルパー設置状況

年度	設置市町村数	ホームヘルパー数
1991	20	34
1992	21	38
1993	24	46
1994	27	46
1995	30	常勤 18人 非常勤 116人 ガイドヘルパー 93人
1996	30	常勤 13人 非常勤 103人 ガイドヘルパー 60人

エ．身体障害者デイサービス事業

身体障害者の自立の促進、生活の改善、身体の機能の維持向上等を図ることができるよう、通所により創作的活動、機能回復訓練等の各種の便宜の提供を行う。現在は那覇市障害福祉センターの1箇所で行われている。

オ．身体障害者短期入所事業

重度身体障害者の介護者が、疾病などの理由により介護をすることができない場合、当該重度身体障害者を一時的(原則として7日以内)に身体障害者更生援護施設に保護する。1996年度実績では、利用実人員数は62人、利用日数771日となっている。

カ．沖縄県身体障害者等社会活動推進事業

身体障害者などの社会福祉の振興に寄与する事業を行う団体の育成を図るための事業である。事業の主な内容は、ピアカウンセリング指導者養成事業などで1996年度からの新規事業である。

キ．重度心身障害者医療費助成事業

重度の心身障害者の経済的負担を軽減するため、医療費に要した健康保険法などによる自己負担分を市町村が助成し、県は市町村が助成に要した経費の2分の1を市町村に補助するものである。

1996年度では受給人数1万686人、補助額は5億2,262万円となっている。

これらの事業以外にも、点訳奉仕人員の養成(1996年現在登録者数23人)、盲導犬給付事業、身体障害者結婚相談事業、点字図書館運営補助事業等身体障害者に対する多くの事業を実施している。

(3) 身体障害児の福祉

1) 身体障害児の概況

肢体不自由、視覚障害、聴覚平衡機能障害、音声・言語機能障害、臓器など、障害を有する児童を総称したのが身体障害児である。

県内の身体障害者手帳所持の18歳未満の児童数は1,377人(1997年3月現在)で、身体障害児を障害種別の構成比で見ると肢体不自由児72.1%、聴覚音声言語機能障害児10.9%、視覚障害児3.9%、心臓及び呼吸機能障害児13.1%となっている。

表3 - 9 身体障害児の数(身体障害者手帳所持の18歳未満の児童数)
(1997年3月現在)

肢体不自由児	聴覚・音声・言語障害児	視覚障害児	内部障害児	計
993	150	53	181	1,377
(72.1%)	(10.9%)	(3.9%)	(13.1%)	(100%)

2) 身体障害児の援護

肢体不自由児に対する施設は県内では2箇所、定員250人となっている。施設では、機能に障害のある児童を治療するとともに独立・自活に必要な知識、技能を教えている。

表3 - 10 肢体不自由児施設

(1997年3月現在)

施設名	定員	所在地
沖縄整肢療養園	入所140人、通所30人	那覇市字寄宮2-3-1
沖縄小児発達センター	入所50人、通所30人	沖縄市比屋根629
計	250人	

このほか、進行性筋肉萎縮児に対しては、国立診療所沖縄病院で療養を行っている。また、自閉症児に対しては、原因及びその対策が確立されておらず、その対応はまだ十分ではないが、知的障害者施設や地域療養事業などにより処遇している状況である。

3 - 9 - 2 知的障害者(児)の福祉

(1) 知的障害者(児)の状況

療育手帳交付台帳登載数によると、1997年3月現在、県内の知的障害者(児)は6,485人である。内訳は18歳未満が1,862人、18歳以上が4,623人となっている。

表3 - 11 療育手帳交付台帳登載数

	総数	最重度・重度	中度・軽度
18歳未満	1,862	505	1,357
18歳以上	4,623	1,595	3,028
総数	6,485	2,100	4,385

(2) 知的障害者(児)の福祉対策

知的障害者(児)の更生援護のため知的障害更生相談所、児童相談所及び福祉事務所において、知的障害者(児)の福祉に関する相談を受け必要な調査を行うとともに判定・助言・指導を行い、施設への入所措置を行っている。

施設の現況をみると、知的障害者援護施設34箇所・定員1,860人(内訳は、更生施設19箇所・1,130人、授産施設15箇所・720人、福祉ホーム1箇所・10人)、知的障害児施設4箇所・定員200人、肢体不自由施設3箇所・定員250人、重症心身障害児施設4箇所・定員300人が整備されている。

また、地域に知的障害者相談員を設置し(全県で37人)、知的障害者(児)の相談の充実を図るほか、在宅福祉対策として、日常生活用具の給付・貸与事業・補装具交付事業、心身障害児通園事業、重症心身障害児通園事業、心身障害児(者)巡回療育相談事業、心身障害児(者)短期入所事業、知的障害者地域生活援助事業(グループホーム)、療育手帳交付事業、訪問診査事業、全身麻酔歯科治療事業を行っている。

社会参加促進対策として、知的障害者生活活動総合推進事業(レクリエーション教室開催事業、ボランティア活動参加促進事業、スポーツ大会開催事業、専門相談事業)、全国知的障害者スポーツ大会、心身障害者小規模作業所運営補助事業を行っている。

【キーワード】

沖縄県障害者福祉長期行動計画、障害者基本法、アジア・太平洋障害者の十年、ノーマライゼーション、完全参加と平等、身体障害者対策、身体障害児対策、知的障害者(児)対策、身体障害者手帳、身体障害者更生相談所、身体障害者相談員、身体障害者ホームヘルプサービス事業、身体障害者デイサービス、肢体不自由児施設、療養手帳、知的障害更生相談所、児童相談所、福祉事務所、知的障害者相談員、社会参加促進対策

参 考 文 献

「生活福祉行政の概要」沖縄県生活福祉部

4. 沖縄の国際保健医療協力のできる機関の概要及び実績

4 - 1 沖縄の公的機関

沖縄県ではこれまでに見てきたように、太平洋戦争後極めて衛生環境が劣悪な状況から米国の援助を受けつつ、保健・医療にかかわる多くの人々の尽力により現在の状況にまで高めてきた貴重な経験を持っている。本節では県内において保健医療分野の国際協力のできる組織及び人材について検討し、今後の開発途上国との協力関係を強化するための参考とする。

4 - 1 - 1 沖縄県

(1) 組織の概要

沖縄県の保健福祉行政をつかさどる組織としては沖縄県庁の福祉保健部があり、前出の機構図に示したような9課1局1室の組織構成となっている。このうち、福祉保健政策課は沖縄看護学校及び県立看護大学、保健所(7保健所)を所管し、健康増進課は疾病予防及び感染症対策事業を担当している。薬務衛生課は衛生環境研究所を所轄している。また、病院管理局は7県立病院及び18の離島診療所の管轄組織となっている。

このような組織構成のもと県民の健康の保持増進や良好な生活環境の保全を図るための諸施策を実施している。

国際協力に関しては、文化環境部国際交流課が沖縄県の各種交流事業を取りまとめている。国際交流課では沖縄県の地理的条件と歴史的背景を生かした国際交流拠点の形成を図るため、国際協力事業団(JICA)との連携による国際協力事業の推進、国際化社会に対応した人材の育成、各種国際会議の開催、海外との姉妹都市提携の推進、世界のウチナーンチュ(沖縄人)ネットワークの確立などの国際交流事業を積極的に展開している。このなかで保健医療分野では海外技術研修員受入事業や医学臨床研修事業等を行っている。

(2) 国際協力実績

沖縄県ではこれまで経済・文化・教育などあらゆる分野で海外との交流を積極的に行っているが、保健医療分野においてもこれまでの蓄積を生かし県独自あるいはJICAとの連携を図りながら海外からの研修員を受入れている。また、市町村でも海外移住者との交流を通じて独自の交流を展開している。さらに県立中部病院をはじめとする医療機関などにおいても海外協力を尽力している。ここでは、沖縄県を中心とした海外協力実績について紹介する。

1) 沖縄県海外技術研修員受入事業

開発途上国に対する技術協力の促進を図るため、南米及び東南アジア諸国から研修員を受入れ、技術を修得させることを目的とした事業である。これは約1年間、県内の研修員受入機関において研修を行うものである。1982年度から実施されており、1998年度で17回目となり、年間5人程度、これまで97人の研修員を受入れている。1998年度からは中国福建省研修員受入事業と統合され定

員が7人に増加している。平成10年度における事業費は2,512万円となっている。

表4-1 海外技術研修員国別受入実績(1982～1998)

ブラジル	アルゼンチン	ペルー	ボリヴィア	フィリピン	中国	合計
23	17	17	22	16	2	97

資料：「国際交流関連業務概要」 沖縄県知事公室国際交流課

2) 中国福建省研修員受入事業

これは福建省の中堅看護婦を対象として、県立中部病院が受入先となり、臨床看護、公衆看護の実施など沖縄県の看護全般について約半年間にわたり研修を行うものである。1994年から1997年まで計9名の研修員を受入れた。1998年度から海外技術研修員受入事業と統合されている。

4-1-2 県立病院

(1) 組織の概要

沖縄県はいくつかの市町村にまたがる二次医療圏として5つの圏域が指定され、それぞれの圏域では県立病院が基幹病院として重要な役割を担っている。県立病院は7箇所であるが、人口の集中している那覇市を含む南部医療圏には3箇所、そのほかの圏域には1箇所ずつ県立病院がある。次表に見るように、県立病院勤務医は249人で全体の11.4%、看護婦(士)は1,358人で23.2%を占めている。

表4-2 医療従事者と県立病院勤務者の割合

(単位：人、%)
1996年12月末日現在

職種	保健所名		名護	石川	コザ	南部	中央	宮古	八重山	計
	項目									
医師	全体		137	209	360	864	496	70	53	2,189
	県立病院		33	68	0	43	46	29	30	249
	構成比		24.1	32.5	0.0	5.0	9.3	41.4	56.6	11.4
薬剤師	全体		68	89	284	376	481	40	30	1,368
	県立病院		9	16	0	11	10	8	8	62
	構成比		13.2	18.0	0.0	2.9	2.1	20.0	26.7	4.5
看護婦(士)	全体		452	619	1,185	1,917	1,271	237	182	5,863
	県立病院		191	356	0	233	250	175	153	1,358
	構成比		42.3	57.5	0.0	12.2	19.7	73.8	84.1	23.2
准看護婦	全体		367	384	983	1,463	979	140	66	4,382
	県立病院		2	2	0	32	3	6	10	55
	構成比		0.5	0.5	0.0	2.2	0.3	4.3	15.2	1.3

注：県立沖縄療育園の医療従事者は、県立病院から除いた。

県立病院の医療従事者には欠員補充臨人職員を含め、嘱託職員は除いた。

資料：沖縄県環境保健部医務課

県立病院は地域の中核病院としての役割を担い、高度・特殊医療及び救急医療の機能を重視してい

る。特に中部病院には救急救命センターがあり、1996年度で3万5,052人の患者を受入れており、中部地区のみならず離島へき地の救急患者の受入先として大きな役割を果たしている。

また、県立病院はそれぞれの医療圏の離島へき地地域にある県立診療所の親病院としての機能もあり、診療所勤務医に対する物心両面にわたるサポートを行っている。

表4-3 中部病院の職員定数及び現員

(1998年6月1日現在)

職制及び職種 定数及び現員	診療部門		管理部門										看護部門			診療補助部門							その他							
	医 師	主 事 補	主 病 歴 計	給 食 員	洗 た く 員	保 清 員	営 繕 手 役	雑 計	守 衛 士	運 転 士	電 話 交 換 士	ボ イ ラ ー 技 師	電 気 技 師	合 計	看 護 婦	准 看 護 婦 (士)	看 護 補 助 員	薬 師	臨 床 検 査 技 師	放 射 線 技 師	O T ・ P T	聴 検 士	栄 養 士	視 能 訓 練 士	そ の 他 補 助 者	計	コ ン ピ ユ ー タ ー 技 師	計		
																													主 事 課 長 (含 主 事 課 部 長)	主 病 歴 計
定数	70	43		43	9	2	1	12	3	2	2	5	12	67	355	3	15	373	16	35	23	3		4	1	1	83			593
現員	72	43		43	9	2	1	12	3	2	2	4	11	66	356	2	15	373	16	36	23	3		4	1	1	84			595
比較増減	2											-1	-1	-1	1	1	-1		1								1		2	

(2) 国際協力実績(中部病院)

県立病院における国際協力についてみると、県立中部病院では、1984年から国際協力事業団・沖縄国際センターの委託を受け東南アジア諸国、中近東・アフリカ・南米などからの研修員を受入れ、医師、看護婦などの研修を行っている。

また、ハワイ大学医学部との協力により、卒後臨床研修が行われている。この研修は全国各地から多数の応募者があり、人気の高さを示している。

1) 卒後臨床研修(ハワイ大学との協力)

ハワイ大学との協力で卒後臨床研修が開始されたのは、1967年4月である。その当時、県内にはまだ大学病院や研修病院などの教育機関がなく、医学生はすべて本土の大学で学び研修を積むしかなかった。何とか県内で研修を受けることができるようにと、1967年に琉球政府、米国民政府はハワイ大学医学部の支援の基に、琉球政府立中部病院(現県立中部病院)で卒後臨床研修プログラムを開始した。当初は応募者も少なかったが、徐々に米国の研修制度を採り入れた研修内容に対して評価が高まり本土復帰後も継続され、多くの研修生を受け入れている。特に1975年以降、応募者が定員をオーバーするようになったため、書類選考、筆記試験による選抜が行われている。当初わずか8人であった研修医も年々増加し最近では60人の規模となっている。スタッフは現在、病院側68人、ハワイ大学側常勤派遣指導医2人であるが、そのほかに国内及び海外各地からコンサルタントとして多数の指導医が指導にあっている。

中部病院の卒後研修は米国流の研修に対する考え方が根底にあり、専門分野だけの能力を高める

だけでなく、幅広い分野の臨床経験を積むことに重点が置かれているのが大きな特徴である。

狭い分野での専門化は避けている。例えば、1年次研修医は一つの分野での専門研修は行わずに、内科、外科、産婦人科、小児科とローテーションしている。2年次以降に専門研修を始めるが、非常に限られた専門分野、例えば血液学とか心臓手術学に関連した患者だけを診るのではなく、内科や外科で、広範囲にわたる患者について診療し指導を受ける。

診療の主なる担当者は研修医自身である。スタッフは診療責任者として指導の任にあたる。研修医は常時行われている臨床検討会において、積極的にディスカッションに参加し、批判的に考え、分析する能力を養う。

研修医は病棟のみならず、救命救急センターにおいて多様な急性疾患について経験を積む。

2) 看護婦に対する臨床研修

臨床看護実務コース

県立中部病院では海外からの研修員の受入れも行っており、臨床看護実務コースとしてJICAの研修員を受入れている。

JICA 沖縄国際センター(OIC)より委託を受けた本研修は1984年に中部病院で開始され、1998年までの15年間に78人が履修した。当初、「アセアン看護婦(士)臨床看護実務研修」と呼ばれていたが、アセアン諸国のみならず、中近東・アフリカ・中南米からも研修員を受入れるようになって、現在の名称に変更された。

研修内容は、発展途上国における医療技術の著しい進歩・高度医療機器の導入に伴い、臨床看護業務の質的向上が急務の課題とされている現状を踏まえたものとなっている。研修対象となるのは、研修希望国の中堅看護婦であり、主に臨床実務を通し、日本の看護業務を習得せしめることにより既得技術・知識の向上を図り、各参加国の指導的看護婦を養成することを目的としている。

研修内容などの概要は次のようになっている。

- ・ コース： 研修コースは、内科・救急外科・母子の3サブコースに分けてあるが、いずれのコースにも救急センターとICUの研修が組み込まれている。
- ・ 研修期間： 研修員はOICで2カ月間日本語を学習したのち、中部病院で10月～1月の4カ月間臨床看護実務研修を受ける。平成2年度(第7回)まで実務研修は5カ月であったが、その後は10月～1月までの4カ月となった。
- ・ 指導者： 研修員の指導は主として、婦長・主任・チームリーダーがあたるが、医師も入院患者の説明(臨床講義)や講義などで協力している。
- ・ 研修旅行： 本コースでは、院内の実務研修に加え、八重山・関東・関西・九州の県外8施設、県内では、各保健所・厚生園などの12施設を見学させ、広く日本の保健医療全般について理解を深めてもらうように努めている。

1984～1998年の15年間に29カ国から78名の研修員を受入れた。主要国別にみると、タイ、スリランカ、パキスタン(各8人)、フィリピン(7人)、マレーシア(6人)、インドネシア、ネパー

ル(各4人)、ミャンマー、セイシェル、パラグアイ(各3人)などである。

中国福建省研修員受入事業

沖縄県・福建省サミットにおいて締結された交流事業の一環として、1994年に開始された事業で、内科看護を中心に毎年2人の看護婦を受入れている。福建省の福建医科大学附属第1医院、福建医科大学附属協和医院、福建省立医院の3大病院(いずれもベッド数約1,000)から主任・婦長クラスの看護婦を受入れているが、研修員は来日前にかなり日本語を習得しており、コミュニケーションにあまり不自由なく、充実した研修が行われている。また、沖縄県と福建省の指導的立場にある人々の相互訪問もあり、研修のフォローアップ体制も整っている。

研修内容は次のようになっている：

- ・ 臨床看護(内科、外科、産婦人科、小児科、管理)の実施
- ・ 公衆衛生看護の実施
- ・ 看護教育の概要
- ・ 学校保健活動
- ・ 沖縄県の精神保健の現状
- ・ 沖縄県の保健医療行政及び看護行政
- ・ 保健医療にかかわる施設とその機能

囲み記事7：“メキシコ家族計画・母子保健プロジェクトにかかわって”

沖縄県立中部病院 副院長
安次嶺 馨

(基礎・事前・終了時調査団、国内支援委員会)

「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト」は、私にとって初めての国際医療協力であり、メキシコへの思い入れはことのほか強い。1989年10月のある日、JICA医療協力部の小池さんから電話があり、メキシコのプロジェクトへの協力依頼を受けた。中部病院を訪れた小池さんより説明を受け、一抹の不安を感じながらも、産婦人科の稲福部長共々協力することにした。

1990年1月7日、基礎調査団の一員として、私は初めてメキシコの土を踏んだ。12日間の滞在中、世界最大の渾沌の都市メキシコ市、太平洋側のゲレロ州、メキシコ湾側のベラクルス州など、朝早くから調査活動に動き回った。メキシコの医療事情については、保健省の役人と数日議論を交わして、ようやく理解するに至った。メキシコが我が国に何を求め、また我々がどれだけ協力できるか、最初に十分話し合わねばならなかったのは、当然のことであった。

JICAメキシコ事務所の案内で、日本大使館、保健省などの役所を回り、高官に面会するのは、初めての体験であった。なにしろ、日本の最南端の小さな島に住んでいる私は、日本の中央省庁を訪ねたことはなく、政府高官にお目にかかったこともない田舎者である。ところが、メキシコでは、クマテ厚生大臣より直々に日本の援助を要請され、有名な画家の手になる天井画のある特別室にも案内され、感激のいたりであった。クマテ(熊手?)大臣は日系二世の小児科医で、国立小児病院の院長を務められた学者である。訪問団団長招宴で、私は小児科医として、クマテ大臣と親しく話す機会を得た。大臣は日本語はほとんど話せないが、スペイン語のほか、英語、フランス語に堪能である。

その後、メキシコ・東南アジアで多数の政府高官に会ったが、日本の政府高官に会う機会は、極めてまれである。

4 - 1 - 3 保健所

(1) 組織の概要

開発途上国の公衆衛生レベルを向上させるには、医療スタッフの充実はもちろんであるが、公衆衛生専門家の必要性も高い。また、住民に対して予防医学的な公衆衛生情報を普及させる拠点づくりも重要である。

沖縄県内にはこのような拠点としての保健所が各圏域ごとに7箇所あり、それぞれの地域に密着した活動を行っており、長寿県沖縄の公衆衛生の向上に大きく貢献している。

また、保健所では現在の保健婦の前進である公衆衛生看護婦(公看)の役割も大きなものがあった。これらの公看は保健所を中心として、まさに地域と密着した公衆衛生活動を行ったのである。

近年は、保健所活動においても健康づくり、難病患者・要介護老人などに対する地域ケアの取り組み、及び生活関係営業者による自主管理に関する指導をはじめ食品衛生、環境衛生、公害などの対策など幅広い地域活動を展開している。

また、1997年4月より施行された地域保健法などによって保健所の役割が大きく変わり、地域住民に対する身近で利用頻度が高い保健、福祉サービスは市町村の責務となり、保健所は広域的、専門的及び技術拠点としての機能を強化することになっている。そのため、保健所は市町村で実施が困難な精神保健対策や結核・感染症対策、難病患者への在宅ケアなどの広域的・専門的サービスを充実・強化することや地域保健に関する調査・研究、市町村に対して情報の提供や技術的支援を行いきめの細かい保健サービスを実施することとなっている。

保健所の業務

地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項

人口動態統計そのほか地域保健にかかわる統計に関する事項

栄養改善及び食品衛生に関する事項

住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃そのほかの環境の衛生に関する事項

医事及び薬事に関する事項

保健婦及び保健士に関する事項

公共医療事業の向上及び増進に関する事項

母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項

歯科保健に関する事項

精神保健に関する事項

治療法が確立していない疾病そのほかの特殊な疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項

エイズ、結核、性病、伝染病そのほかの疾病の予防に関する事項

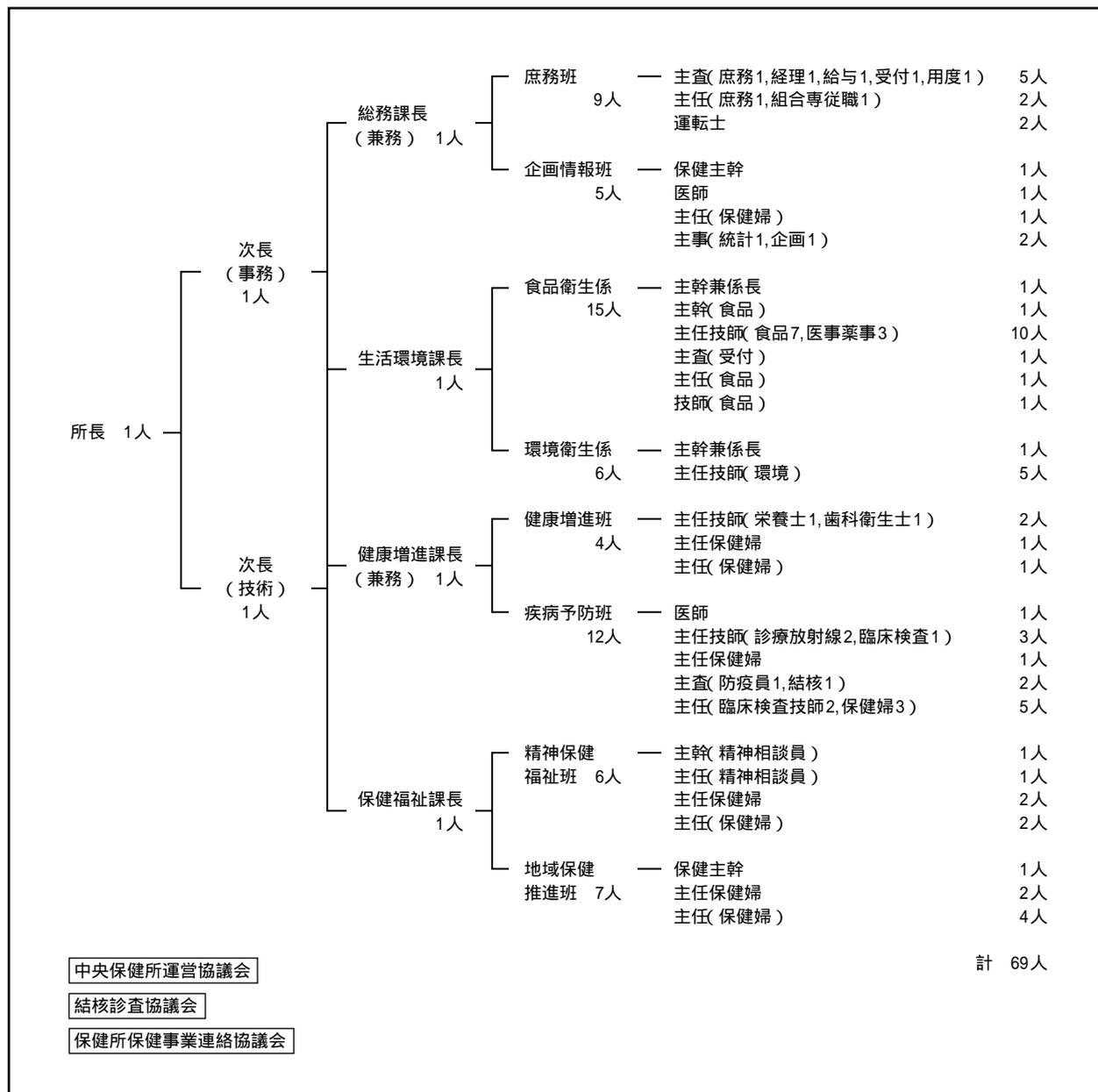
衛生上の試験及び検査に関する事項

そのほか地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

現在、保健所ではこのような公衆衛生活動と同時に人材育成にも力を入れており、医学生、保健学生、看護学生、栄養士などを受入れ、実習や研修を行っている。保健所の地域保健活動拠点としての機能及びそれぞれの職種の役割を理解する機会を提供している。また、市町村職員を対象とした教育研修も行っている。

図4-1 保健所の組織概要(中央保健所)

1998年4月1日現在



(2) 国際協力実績

各保健所で海外からの研修生を受入れを実施しており、県内の公衆衛生活動を理解してもらい、母国での公衆衛生の向上に貢献することが期待されている。

中央保健所では、次のようなプログラムで海外研修生を受入れ実習を行っている。

海外医療協力プロジェクトのカウンターパート研修
ボリヴィア、ペルー、ラオス
視察
中国、マラウイ、ヴァヌアツ

また、コザ保健所では、1997年には国際交流財団を通じて、インドネシアやパキスタン、中国福建省など5人の研修生を受入れており、南部保健所でも同年、東南アジアや南米からの研修生13人を受入れている。このように各保健所とも人材育成の一環として海外からの研修生の受入れを行っている。

囲み記事8：“ボリヴィアで感動した健康展”

沖縄県石川保健所 健康増進課保健主幹

山城 昌子

(ボリヴィア国公衆衛生向上ミニプロジェクト専門家)

ラテンアメリカの人たちは底抜けに明るい。約束の時間に2～4時間も遅れているからといってイライラするのは日本人だけである。時には全く姿を見せないこともある。

“健康について考える場”を持つとすれば、歌と踊り、お祭りの大好きな人々の特徴をとらえて不特定多数の住民参加型で健康展はどうかと考えた。ちょうどそのころ、ワルネス地域のスーパーバイザーであるカウンターパートから麻しんの予防接種について相談が持ち込まれていた。「予防接種のキャンペーンを行っても人が集まらない」と。組織体制のあり方にも確かに問題があるが、まずは、やってみないとわからないので健康展で位置づけてみたいことを話し、最終決定は課題となっている結核及び感染症、母子保健問題を網羅した内容で連絡会議で決定した。

実施まで約3カ月の間、婦人会のボランティア参加を促すため午後4時ごろから、病院の若い医師、婦人会長、看護婦及びカウンターパートとともに大豆料理出品のため8箇所を指導してまわった。その事が功を奏したのか当日の豆乳、アンプルゲサ、お菓子のデモンストレーションコーナーは子どもたちと大人でおおにぎわいであった。近隣の地域にも声をかけたところ、ボランティアで参加したいと申し出があり、病院の医師や看護婦をはじめ多くのスタッフ総勢120人余りが交代で参加、おかげで乳幼児相談、妊婦や家族計画、成人、TB、シャーガス、寄生虫相談、レクリエーション指導等そのほかのコーナーがスムーズに実施された。

試行錯誤でやるしかないので展示内容の深みや方法はともかくとして住民全体が参加して、“自分たちの健康をおびやかす原因や誘因は何か”、“自分たちの目で見て、聞いて”、そして“考える場”づくりをしてみたいので、S、C、大学医学部からも視聴覚教材の媒体や展示物なども借用したが、大部分は手作りだったので参加者の反応もプラスの面で大きかった事をアンケートの結果を通して知った。婦人会やボランティアの組織育成にしてもまず核になる人を見つけることが優先するので、健康展も同様に複数の地域のリーダーとの出会いによりできたものである。それこそ“無から有をうみだす”喜びの体験である。

健康に関して関係者と問題を共有することを通して私自身も多くの人々から多くのことを学んだことを非常にうれしく思っている。

囲み記事9：“ 沖縄のクファジュシー(五目ご飯)と研修センター建設 ”

沖縄県石川保健所 保健福祉課長

比嘉 文子

(JICA ソロモン諸島 PHC プロジェクト専門家)

ソロモン諸島の住民は、通常1日2食を摂る。

多くの人は朝あるいは夕食と翌日の朝食が同じである。タロ芋、キャッサバ、ヤムなどの芋類とキャベツ(野菜の総称)をココナツミルクで煮るタイプである。アオラモデル地区で家屋の周辺の清潔、食生活の改善などを目的として婦人リーダーのワークショップを開催した。各村からリーダーが参加し“ 家族の健康は主婦の手で ”をスローガンに家の掃除の仕方や調理実習を含めた栄養指導、針やミシンの使い方と洋裁、乳幼児の健康などのプログラムで5日間の研修である。

ワークショップは生活改善普及員とヘルスクリニックの看護師を中心に環境衛生担当者も協力し、実際にトイレ作りを行った。婦人のなかには1日30品目の食品を摂ることの必要性を知っている者もいたが、実際には1日5品目というのが現状である。調理実習のメニューは沖縄料理のクファジュシー(五目ご飯)とインドのナンのようなパンとココナツミルクの野菜炒め、芭蕉の葉に包んだ種々の野菜をモツ(石焼き)にしたものである。材料は米と参加者各自が持ち寄った現地の食材である。クファジュシーは米、芋、種々の野菜を沢山入れてココナツミルクで炊いた。このジュシーが参加者に大変好評であった。ワークショップに宗派が違うということで婦人リーダーを少々参加させた村の男性達からも「フミコ、大変によいワークショップだね。次は何を教えるのか？」と会うごとに聞く始末である。モツや炒めた野菜をナンに包んで食べるという楽しさとクファジュシーの簡単な作りとおいしさに村の男性は食事が待ち遠しくなったという。うれしい話である。

しかし村にはワークショップをする場所がなく、廃村になった村の教会で板を置き活用した。8時間以上もかかって歩いてくる参加者もあり、宿泊と自炊ができる施設が必要となった。

日本大使館の“ 草の根無償資金援助 ”を活用し、婦人リーダー研修センターを建設するため地域の婦人や首長と相談し申請した。最高額の予算を獲得することができ、村の人々の研修センターを建設した。住民の喜びは大変なもので、プロジェクト終了前に馬力をかけて完成させた。帰国3日前、国の大臣も参加してオープンセレモニーが開かれ、雨のなか各婦人の民族ダンスやコーラスが盛大に行われた。婦人のみでなく地域全体で活用しますというみんなの嬉しい顔、クファジュシーの評判もうれしいが、Villageリーダー研修の、男性リーダーから村で各世帯がお金を出しあい、自分たちでトイレを造ったという報告を聞いたとき、「やった！」と私の心は喜びでいっぱいだった。

囲み記事 10：“ ソロモン諸島プライマリー・ヘルスケア推進プロジェクトの保健婦活動 ”

沖縄県立看護大学 教授

仲里 幸子

(JICA ソロモン諸島 PHC プロジェクト短期専門家)

沖縄県石川保健所 保健福祉課長

比嘉 文子

(JICA ソロモン諸島 PHC プロジェクト専門家)

1993年8月、沖縄県より保健婦が派遣されてから看護教育の分野がスタートした。3年間で長期専門家3人、短期専門家1人(2回)が参加した。

〔主な活動〕

1. 保健医療看護の情報の整備及び調査を行い現状把握をする。
2. ソロモン政府厚生省看護部とガダルカナル州看護部と調整をし、PHCパイロットプロジェクトとしてアオラモデル地区を設定する。
3. アオラ PHC パイロットプロジェクト活動について看護職のみならず、看護学生の実習の場とする。

(1) Family Registration

住民の生活環境、家族の健康状態、新しい村や廃村の状況把握など、看護職は、地区調査により実態把握ができ、人々の健康に対する視点が広がった。登録制度の整備されていない国であるため、全国のMedical Officer(州代表)の会議において関心がよせられ、人口動態把握に活用することなどが、提案された。

(2) Vital Statistics カレンダー

毎月の村の状況を把握するため、Villageリーダーの研修後、識字率が低くても使用できるよう工夫をしたカレンダーによる報告がなされた。Family Registrationなどを含め、最も正確な人口動態統計の整備や、家族や村の健康管理の指標として活用するとともに、クリニックと村を結ぶコミュニケーションの道具としても有効であると判明し、村の人々が健康に関心を示した。住民の健康づくりに参加する村のリーダーの役割の評価にもつながる。

(3) ヘルス・アセスメント

地域の人々を対象に村をまわり、ヘルス・アセスメントを実施する。日常、医師のいないクリニックで治療業務のみに従事している看護職は、これにより健康状態を把握する重要性及び健康に対する知識やアセスメント技術の向上などを図ることができた。

(4) クリニックの整備

クリニックの清潔、整理整頓などの重要性、記録の保存及び活用などの重要性を認識し、実行されるようになる。緊急時の連絡網として電話のないクリニックでは、無線による電話の重要性が認識され整備される。

(5) Village リーダートレーニング

村の代表や婦人会の代表の研修会を行い、地区組織の強化を図る。それぞれの村の状況や問題点を住民サイドで提起し、グループディスカッションにより問題を討議し、住民参加のPHCを考え行動するきっかけをつくった。

(6) Women's センターの設置

婦人活動、地域活動の拠点として草の根無償資金によりセンターを設置し、活動の活性化につながった。

(7) PHC ワークショップ

各州より看護リーダーを参加させ、ワークショップを実施した。アオラ PHC パイロットプロジェクト、

Nurses Job Descriptions、PHC Policyなどのdiscussionは大いに刺激となり、ワークショップは従来の講義式とは異なり、身近な自分達の問題として学ぶことができたと好評であった。

4. モデル地区の設定

135の小さな村々(戸数991、人口4,687)が、海岸線や山のなかに散在しているアオラクリニック管轄のアオラPHCモデル地区であったが、従来、医師不在で看護職のみのクリニックを訪れる人々に治療を行っていた看護職が、地域保健活動の重要性を学んだ。もちろん、ガダルカナル州や厚生省の看護職のリーダーも共に活動に参加し同様に学んだ。戦後の沖縄の公衆衛生看護婦もUSCARの看護専門官を通して、看護職のリーダーによって育成された。短期間のなかでの現任教育をするモデル地区の整備は必要と考える。

5. サポートシステム

短期専門家の帰国後、現地で活動している長期専門家支援のためサポートシステムを設けた。情報の乏しい現地で、保健婦1人で活動していくには厳しい面があり、必要なことである。必要な資料の送付、問題解決のための情報提供や助言などを電話やFAXなどを利用した。システムは、帰国後の短期専門家を中心に、行政及び保健婦教育担当者などによって幅広く対応した。短期間であっても現地で体験した者がシステムの中核となるのが効果的と考える。システムは現地の専門家の大きな支えとなった。

4 - 1 - 4 沖縄県衛生環境研究所

(1) 組織の概要

同研究所は1946年中央衛生試験所として沖縄中央病院内に併設されたのが始まりである。その後、何度かの組織改編を経て、1994年に現在の名称となった。衛生科学部の主な事業内容は、微生物や寄生虫に起因する疾病の検索、血液検査予防法の研究、有害動物の生態調査研究、予防法の研究、ハブに関する生態調査研究及び駆除法の研究である。環境生活部においては、大気汚染、水質汚泥、赤土汚泥など公害に関する調査及び防止技術の研究などを行っている。

(2) 国際協力実績

1983年からJICAの「公衆衛生・環境汚染分析技術者コース」研修員の受入れを実施しており、1998年度で16回目となっている。研修期間は6カ月(1997年度から5カ月間)であり、開発途上国で公衆衛生・環境汚染の業務にかかわっている者に対して講義や実習、施設見学を通じて基本から実践までの公衆衛生・環境汚染の知識や技術を習得させるような研修内容となっている。1997年度は4カ国5人の研修員を受入れた。研修の内訳は食品化学(チリ、ケニア)、大気汚染(メキシコ)、水質汚濁(中国、ケニア)の3サブ・コースである。

また、沖縄県と中国福建省との交流事業として、研修員受入れも行っており、1998年度は約1カ月間、福建省の環境関係職員2人を受入れ、大気モニターの維持管理、酸性雨調査及び水質測定法などについての研修を実施した。

さらに、上記の長期研修員受入れ以外にも、JICA「ペルー国特設感染症対策コース」など、海外からの研修員64人に対し研修を実施した。

4 - 2 琉球大学医学部

(1) 組織の概要

琉球大学医学部は、医学科、保健学科の2学科で構成され、さらに付属病院が設置されている。医学部における教官及び事務スタッフの構成は次表のようになり、助手を含む教官数は183人、事務系職員83人となっている。また、付属病院では教官91人、事務系職員100人、看護婦(看護助手含む)347人となっている。

医学部の入学定員は医学科95人、保健学科70人であり大学院は医学研究科博士課程30人、保健学研究科10人となっている。このように、医学科では約100人近くが、保健学科では約70人が毎年卒業し、このうち何割かは県外へ就職するのを考慮しても、琉球大学医学部は沖縄県の保健・医療分野における人材供給に大きく貢献しているのは明らかである。

外国人留学生についてみると、1999年5月現在で医学科3人、保健学科2人、医学研究科16人、保健学研究科9人が在籍中であり、海外の人材育成にも貢献している。

表 4 - 4 琉球大学医学部の職員数(1999 年 5 月現在)

区 分		医学部	附属病院
教 官	教 授	47	2
	助教授	33	2
	講 師	10	28
	助 手	93	59
	計	183	91
事務系職員行(一)・行(二)		83	100
医療技術職員医(二)			67
看護婦医(三)看護助手を含む)			347
教務職員教(一)		7	
合 計		273	505

医学部附属沖縄・アジア医学研究センター

同センターは、1998年4月に省令施設として設置された。1988年から10年間の時限つきで設置されていた地域医療研究センター(一部門より成る)の廃止に伴い、新しく3分野からなる研究センターとして発足した。

現在の先端技術を駆使し、沖縄県における疾病の解明を行い、さらにその成果をアジアの国々にも広げることが目的としている。

分野の構成は次のとおり

1. 感染免疫研究分野
2. 分子生物研究分野
3. 環境疫学研究分野

(2) 国際協力実績

ここでは、琉球大学医学部とJICAとの協力によって行われたラオスに対する保健医療の支援活動について記述する。

ラオス国・JICA・WHO 公衆衛生プロジェクト

1) プロジェクトの背景及び概要

同プロジェクトは、1990年に当時の中山外務大臣がラオスを訪問したおり、開放施策を進める同国に対して積極的な民主化支援を約束したことに始まる。本プロジェクトは、ラオスの公衆衛生を基礎とした総合的保健衛生サービスの普及と向上、伝染病による罹患率及び死亡率の低下を目標に、琉球大学医学部と国立国際医療センターを支援機関として1992年10月より技術指導が始まった。

このプロジェクトの技術協力期間は当初5年の予定であったが、さらに技術移転を確実なものにするためラオスの要請により1年の延長となり計6年間の協力となった。協力活動は上記目標を達成するためカムワン県のプライマリー・ヘルスケア(PHC)活動のみならず、国立衛生研究所(NIHE: National Institute of Hygiene & Epidemiology)を中心とした全国展開のポリオ撲滅・EPI活動、NIHEのウィルスと細菌部門の検査室の機能強化、マラリア寄生虫研究所(IMPE: Institut of Malariology、

Parasitology & Entomology)の検査室の機能強化、保健省及び各研究所の機材保守管理部門の強化など多岐にわたる活動を行った。

2) 活動内容

プロジェクト実施期間中、琉球大の野崎助教授が短期専門家として2回(1994年、1996年)その後2年間(1996~1998)チーフアドバイザーとして本プロジェクトにかかわった。この計画は医療過疎地域として、ラオスの首都ビエンチャンより車で24時間かかるカムワン県をモデル地域とした。殊に看護婦の派遣が行われ、保健セクターによる保健巡回指導が行われた点が同計画のユニークな特徴であったといえよう。

プロジェクトの目標は次のようなものであった。

- ・すべてのレベルの包括的保健医療サービスの提供と利用を改善すること。
- ・ポリオを含む重要な伝染病により罹患率と死亡率を減少させること。
- ・そのほかのPHCを支える活動を推進すること。
- ・保健計画、運営及び情報システムを強化すること。

これらについて、日本、ラオス政府、WHOは緊密な協力のもと目標達成に向けた活動を行った。このうち、日本側の投入は次表のようになり、1992年から1998年まで、延べ長期専門家が22人、短期専門家49人が派遣され、22人の研修員受入れが行われた。

表4-5 ラオス国・JICA・WHO 公衆衛生プロジェクトの日本側の投入実績

年度		1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	実績累計
長期専門家(名)	新規	4	1	4	4	8	1	0	
	帰国	0	0	5	0	4	7	6	22
	継続	0	4	2	4	4	12	6	
短期専門家(名)		2	6	6	8	17	10	0	49
研修員(名)		1	4	4	2	5	3	3	22

専門家派遣 (長期)チーフアドバイザー、業務調整、PHC、EPI ウィルス学、細菌学、寄生虫学、機材保守

(短期)PHC、EPI、ウィルス学、細菌学、寄生虫学、機材保守

研修員受入れ PHC、EPI、ウィルス学、細菌学、寄生虫学、機材保守

機材供与 IEC機材、研究機材、試薬、冷凍庫、車両 他

日本側とラオス国カウンターパートの熱意によって技術移転はスムーズに行われた。多岐にわたる分野活動があるが、どの分野でも相互の協力体制がしっかりしており、確実に成果をあげてきた。当初の目的を十分達成したとの評価を受け、1998年に一応の終了を見た。

3) 今後の活動について

これまでの技術移転をさらに確実なものとするため、EPI部門は1998年10月より3年間の予定で開始される小児感染症予防プロジェクトに、マラリアコントロール及び機材保守管理は個別専門家の派遣に、カムワン県のPHC部門は全国展開の端緒とすべく第2国研修コースの設立にと、それぞれ発展的に技術協力が拡大することとなった。またビエンチャン市立セタティラート病院に対する技術協力と無償協力による立て替えプロジェクトが1999年度に開始された。

4 - 3 民間機関

4 - 3 - 1 県看護協会

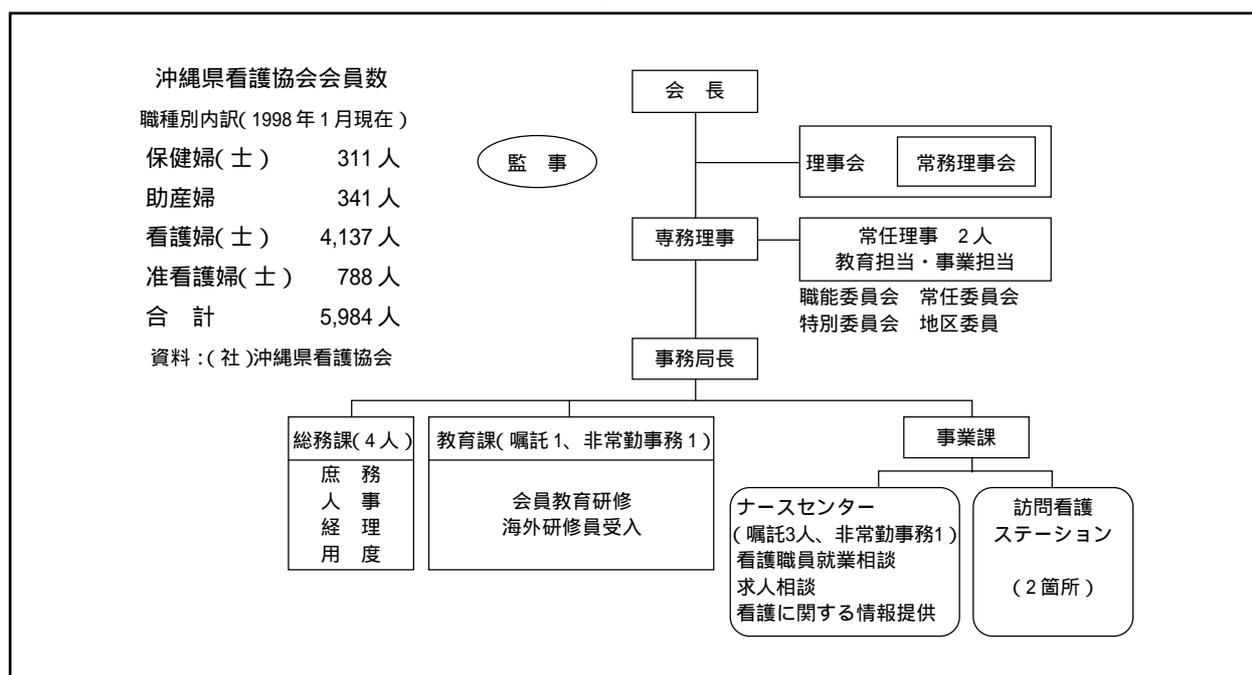
(1) 組織の概要

沖縄県看護協会は、保健婦、保健士、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)で構成される職能団体である。協会の目的は看護職員の職業倫理の向上、並びに看護などに関する専門的教育、学術の研究を通じて、県民の健康増進及び福祉の発展に寄与することである。

1951年沖縄群島看護婦協会発足、以後、琉球看護婦協会、沖縄県看護協会へと名称を変更、さらに本土復帰に先駆け1971年に日本看護協会に加入した。1986年には法人化を果たし、社団法人沖縄県看護協会となった。

協会の主要な活動は会員の研修、学会などを通じた看護職の資質の向上、訪問看護や電話による健康相談などによる地域社会への貢献活動、看護婦の就業相談、各国と看護の交流と近隣諸国からの研修生を受入れる国際協力など、幅広い活動を行っている。

図4 - 2 沖縄県看護協会執行機関組織図



(2) 国際協力実績

同協会ではアジアや中南米諸国との看護交流及び国際社会への貢献を目的として、1994年度からJICA沖縄国際センターの委託を受けて海外研修員の研修を行っている。研修員の受入れ状況は次表に示すとおりであるが、これまでのところ、南米諸国からの受入れが多い。

研修コースは、感染症対策を中心とした公衆衛生に係る問題の分析や、効果的な対策の確立を目的とした感染症対策コース、保健活動の知識や技術を習得し、地域における公衆衛生の重要性を理解す

ることを目標にした地域保健指導者コースなどがある。主な研修内容は、戦後50年沖縄の感染症対策など、保健活動の経緯や地域における保健婦の活動を中心に、保健所や市町村、病院、学校等の公衆衛生に関連する施設で実地研修を行っている。

表4 - 6 海外研修員の受入れ状況

国名	コース名	年度	人員	期間	職種
ペルー	感染症対策	1994	11	1カ月	医師等、公衆衛生管理者
		1995	14		
		1996	10		
		1997	13		
ボリヴィア	地域保健指導者	1994	5	3カ月	地域看護管理者
		1995	6		地域保健部長(医師)
		1996	5		
		1997	5		
		1998	5		
	1997	1	2週間		
パラグアイ	地域保健指導者	1996	5	3カ月	地域看護管理者
		1997	5		地域保健部長(医師)
パナマ	地方公衆衛生	1997	2	2週間	

資料：沖縄県看護協会 1999年度通常総会事業報告

4 - 3 - 2 臨床検査技師会

(1) 組織の概要

臨床検査技師会は1986年に設立され、1998年現在で会員数は481人となっている。なお、「医務概要」(1997年度)によると県内の臨床検査技師数は504人(1996年10月現在)である。

表4 - 7 臨床検査技師会会員数の推移

(1998年8月10日現在)

年度	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
会員数	307	331	353	374	406	406	406	414	417	417	454	474	481

資料：臨床検査技師会

臨床検査技師会が設立された目的は、会の設立趣意書によると、「社会的要素が強まっている公益地域保健医療活動に対してより積極的に参加できる態勢を強化し、その推進を図る必要と、これまでに実践してきた団体活動に加えて、地域社会の医療要望と住民への健康管理に応えるために一層の公益事業活動を行う」とある。臨床検査技師会では地域医療に積極的に貢献すべく、下記のような様々な事業を行っている。

1) 公益事業

当会は協賛団体、献血事業推進団体、県生活福祉部の肺がん、子宮がん研修会、県公衆衛生協会事業、県健康づくり推進協議会等に協賛している。

2) 細胞診従事者研修会の開催

1988年度から継続し、1993年度までに各年度1～2人の細胞診検査士が誕生している。

3) 県民公開講演会の開催

技師会主催公開講演会「エイズ講演会」を1993年2月、パレット市民劇場で開催した。

4) 精度管理調査事業

地域保健活動の一つとして、病院及び衛生検査所の臨床検査に関する調査の要望で、臨床検査技師会独自の精度管理調査を主として生化学検査を中心に実施した。

5) 研修会

1989年度7回、1990年度18回、1991年度2回、1992年度13回、1993年度32回開催。血液、臨床化学、生理部門の研修会が多い。

また、2000年5月に沖縄県で日本臨床衛生検査学会が開催される予定となっているが、そのなかで、国際交流フォーラムを計画しており、臨床検査の国際貢献と沖縄県の役割を大きくアピールすることが期待されている。

(2) 国際協力実績

臨床検査技師会の国際協力活動としては、ボリヴィア共和国の保健衛生環境向上に貢献するため、1996年から1999年10月までの期間にわたり会員3人を派遣している。また、そのカウンターパートとして同国から研修員を1人受入れ、県内で研修を行っている。

これは、1994年にコロニア・オキナワ入植40周年記念祭が行われたおり、沖縄県の大田知事(当時)が、県として協力できることはないかと持ちかけたことがきっかけであり、その後、どのような分野で協力できるかを具体的に詰めるため、JICAやボリヴィア側と話し合いがなされた。この話し合いのなかでボリヴィア共和国での周産期(妊娠・出産)婦人の死亡率が大変高いこと、乳幼児の死亡率が極めて高く年代別人口構成にひずみができて労働人口がなかなか増えない状況にあることが重大なことと取り上げられた。この妊産婦・乳幼児の高死亡率を含めて、一般の人々の健康を害しているものとして栄養の不足、下痢症、結核・肺炎などの呼吸器感染症や寄生虫の蔓延が深刻なものとして指摘された。

サンタクルスを拠点としたこのプロジェクトは、沖縄県の経験を生かして、地域住民の衛生観念の向上を通じ、疾病予防、健康増進を図ることを目的としたものである。

臨床検査技師会からは、経験豊富な2人の検査技師と公衆看護婦1人が派遣され、現在協力活動を行っている。また、カウンターパートとして1人の研修員を受入れ、約2カ月の間に県の保健行政の仕組み、感染症対策、検査業務などについて研修を行う予定となっている。

表4 - 8 研修内容

研修項目	研修内容	研修先
・オリエンテーション	病院管理局、国際交流課、県福祉保健部 「沖縄県の感染症対策」 「沖縄県の保健行政」 「沖縄県の母子保健対策」	県 福祉保健政策課 健康増進課 健康増進課
・協会設立の経緯及び業務内容について ・検診機関の組織と職種 ・法的根拠に基づく検診業務 ・視力、眼底検査など	検診業務の仕組みを理解研修 項目のすべてを実習及び見学、講義を受ける。	沖縄県総合保健協会
・検体検査全般について ・輸血検査について ・生理検査全般について ・緊急検査の役割	検体検査、輸血及び生理検査の実習、講義を受ける。	県立中部病院検査部
・寄生虫検査について ・衛生動物について ・水質検査について ・腹部超音波検査 ・血液検査全般	寄生虫検査、水質検査の実習を主にそのほかは見学、講義を受ける。 腹部超音波検査の仕組みを理解、実習及び講義。	沖縄県衛生環境研究所 県立那覇病院検査部
・沖縄県の公衆衛生活動 ・感染症の予防に関すること ・腸内細菌について	公衆衛生活動について講義を受ける、HIV について予防と現状について説明を受ける、また、見学。	県立中央保健所
・研修まとめ		
・評価会		県
・帰国		

4 - 4 NGO(非政府組織)

(1) 県内における NGO の概要

沖縄県内には50あまりのNGO組織があるといわれている。NGOの活動範囲は多様な分野にわたっているが、国際協力に範囲を絞ると数が限られてくる。国際協力分野における NGO について活動パターンを大別すると次のようになる。

人道的観点から活動を行っているもの(カンボディア沖縄友好の会、など)

事業を興すことを主眼において活動しているもの(沖縄・ヴィエトナム友好協会、など)

学術的な分野での活動(国際マングローブ生態系協会、など)

移住・移民の関係者によって活動しているもの(沖縄ポリヴィア協会、ハワイ協会、など)

このように県内では多様な分野で NGO が活動しているが、さらに保健医療の分野ではその数は少なく、しかも活動を継続しているのはカンボディア沖縄友好の会、 Bangladesh 障害者を支援する会、カンボディアへ心の水を送る会、国境のない医師団沖縄支部などである。

(2) 国際協力活動

ここでは沖縄の特色を生かして国際協力を行うカンボディア沖縄友好の会について紹介する。

1) カンボディア沖縄友好の会の活動

設立の経緯

現在の会長である吉田氏が公害衛生研究所所長であったころ、カンボディアからの留学生としてカンボディア赤十字社から派遣されたサミット医師との交流から始まった。徐々に活動が拡大し、広く県民にも連携の輪に参加してもらう目的で1989年に同会が設立された。当時、カンボディア国内はポル・ポト派のゲリラ活動が続いており、社会は混乱状態で、特に衛生状態は劣悪であった。かつて900万人あった人口は内戦の結果、約400万人の国民が直接間接の殺傷、飢饉、感染症などによって死亡した。現在も国民の大半が貧困状態であり、教育水準も低く、衛生状態も悪い状態である。このようなカンボディアの国民に対し何とか力になりたいというのがNGO活動のきっかけであった。

活動状況

互恵の精神に基づき、平等に交流を続けたいというのが友好の会の活動の根底にある。例えば、カンボディアから送られた紫檀の種を育苗しそれを配布して沖縄の緑化に貢献すると同時に、得た資金でカンボディアへ医療機器を送るなど互いの交流を大切に活動を行っている。

現在、「寄生虫ゼロ作戦」という活動を行っているがこれはほかのNGO組織からも注目されているユニークな活動である。伝染病の予防のように莫大な資金と人力を要するものでもなく、しかも局地的に実施することができ、効果が目に見えて分かるなどの理由により寄生虫の防止にターゲットを絞った活動を行っている。

活動の基盤としてプノンペン市内の貧民地区にバラック立ての診療所を設立し、ここを拠点として寄生虫の予防を展開している。ここで特筆されるのは現地との協力体制と人材の育成である。現地側はサミット医師が中心になって自分の診療所経営のかたわらボランティアで無料診療を行っていること、検査技師を10日間程度の研修で育成していることである。このような協力体制の確立により効果が発揮されつつある。

また、栄養改善のためベニイモの種、シマナーなどの野菜や根菜類の畑を作る指導も行っている。さらに現在は教育についても支援策を検討中であり、県内の学校機関と現地の学校との姉妹提携校づくりにも力を入れている。

2) 国際マングローブ生態系協会(ISME)

設立の経緯

近年、熱帯林の減少は地球の温暖化の問題とも関連して地球規模の環境問題として取り上げられ、その保全造成が急務の課題となっている。マングローブ林は熱帯林の一部であり、その全面積に占める割合は小さいが、陸と海との両生態系の保全機能をもっており、生態系にとって特に重要な役割を果たしている。

本県は我が国で唯一広大なマングローブ生態系を有する地域であることから、県内のマング

ロープ林の保全及び啓もう・普及を目的として、1989年6月に(社)沖縄国際マングロープ協会(略称:OKINAM)が設立され、1990年8月には世界規模でのマングロープに関する組織として国際マングロープ生態系協会(略称:ISME)が本県に誘致され、1992年10月に県知事認可の財団法人として設立された(表参照)。

表4-9 マングロープ生態系保全の関係団体

(1997年3月31日現在)

法人名	所在地	活動内容	会員数	会長
財団法人国際マングロープ生態系協会	西原町千原1番地 琉球大学農学部1F	マングロープ生態系の国際機関	72カ国620人 30団体	サンガ・サバスリ (タイ国)
社団法人沖縄国際マングロープ協会	西原町千原1番地 琉球大学農学部4F	県内をフィールドに調査研究	国内121人 17団体	山里 清 名桜大教授

活動状況

ISMEでは、マングロープ生態系に関する調査・研究の推進、学術・技術情報の収集、持続可能な管理方法、合理的な利用、保全やその機能回復に関する研究、研修、普及活動の推進、啓もう活動促進のための資料・教材の開発、国際シンポジウムや技術研修の実施、科学雑誌の発行、研究プロジェクトなどの推進と支援等、活動分野は多岐にわたり、積極的な活動を行っている。

これまでの活動実績としては、他機関からの資金援助を受けながら、マングロープ植林のための技術マニュアルの作成、マングロープの世界の分布に関する図版集の作成、フィジーでのマングロープ生態系とその重要性に関するビデオテープの作成、パキスタンでの植林活動と苗畑の造成、マングロープの植栽などに関する技術研修などを行っている。ほかには、シンポジウムの開催やニュースレターの発行、調査・研究論文の発行などを行っている。

昨年度は、マングロープ生態系の情報収集及び普及事業のために、タイ、ヴィエトナムへ現状調査と資料収集のための調査員を派遣し、また、インドネシア、ヴィエトナムへマングロープの植林及び苗畑造成に関する技術指導を行った。研修及び啓もう活動の推進事業として、海外からのマングロープに関する研修員をフィリピンから2人受入れ、JICAの「持続可能なマングロープ生態系管理技術コース」の件に関する研修員を4カ国から6人受け入れた。「持続可能なマングロープ生態系管理技術コース」の受入れについては、マングロープ生態系の諸条件がミニチュア化している本県では効率的な研修に適していることもあって、1997年度からこれまでに延べ23カ国26名(1998年度含む)を養成してきている。さらに、公的及び私的機関との協議や協力として、展示会への出展、環境保全会議への出席、シンポジウムへのパネリストの派遣などを行った。

現在最も力を入れている事業としては、マングロープデータベース(GLOMIS:マングロープ国際情報システム)の整備である。

ISMEの活動資金は、会費収入や政府系の外郭団体などからの事業受託金などで賄われており、安定した国際協力活動を行っている。

参 考 文 献

- 「医務概要」沖縄県環境保健部医務課、1997年
- 「沖縄県看護・介護の現状」沖縄県知事公室国際交流課、1997年
- 「環境保健行政の概要」沖縄県環境保健部、1997年
- 「カンボディア沖縄友好の村建設をめざして」カンボディア沖縄友好の会
- 「国際交流関連業務概要」沖縄県知事公室国際交流課、1997年
- 「生活福祉行政の概要」沖縄県生活推進部、1997年
- 「創立40周年記念誌」社団法人沖縄県臨床検査技師会
- 「第49回日本臨床検査技師会学会(沖縄)学会企画書」社団法人沖縄県臨床検査技師会
- 「保健所活動概況」沖縄県中央保健所、1997年
- 「保健所活動概況」沖縄県コザ保健所、1997年

章末資料 1. ODA 関連の国際協力

1. 概 略

沖縄の国際交流の歴史は古く、1890年代末から戦後、復帰に至るまで移住が行われ、現在多くの沖縄出身者が東南アジア、大洋州、中南米などに居住している。国際協力の観点からの交流は、1979年の県総務部国際交流課が設置され、次いで1985年に研修員110人収容のJICA沖縄国際センター(OIC)が設立されてから本格化することとなった。移住者の存在は沖縄の国際協力を特徴づける要素となっている。

技術研修員受入れにおいては珊瑚礁保全、マングローブ生態系管理技術など、亜熱帯気候に属するという地理的特性及び海洋性を援助資源として活用した協力が行われてきた。

専門家派遣人数や研修員受入れ人数は、東京からの距離が遠いこと、沖縄県の人口的な規模を反映して全国平均に比較して少数である。しかし、県関係機関での研修員受入れ、専門家派遣は県民人口に対する割合で見ると、全国平均に対して高い比率を示している。

国際協力活動のなかで、専門家派遣、研修員受入れに共通して母子保健や公衆衛生向上などのプライマリー・ヘルスケアの分野における活躍はその中核的な存在であり、他県に類を見ない全県的な協力が行われている。

こうした実績を踏まえ、1999年度から、JICAが行う保健医療分野の専門家養成研修は沖縄における協力実施機関を研修のコースに組み込んで実施されることになった。

2. 専門家派遣実績

沖縄県が積極的に関与した専門家派遣のケースとしては、ソロモン諸島プライマリー・ヘルスケア推進プロジェクト(1991.9-1996.8)があげられる。本プロジェクトはソロモン諸島国の診療所(Rural Health Clinic)レベルを強化することによりマラリア対策、結核対策、健康教育、B型肝炎対策を強化・向上することを目的として実施された。

1993年8月、沖縄県より保健婦が派遣されてから看護教育の分野がスタートし、その後医師や、3名の保健婦が長期専門家として派遣された。主に県環境保健部(現、福祉保健部)が派遣元となり、国内支援委員会には同部のほかに、県衛生環境研究所、県立那覇病院、コザ保健所、県立中部病院、琉球大学医学部が名を連ね、沖縄県をあげての支援体制を敷いて専門家をサポートした。平行して行われた研修員受入れに際しては、上記病院のほか、沖縄県下の保健所、診療所、保健駐在所まで幅広く協力に応じた。

メキシコ国家族計画・母子保健プロジェクト(1992.4.1-1997.3.31)においては、ゲレロ州とベラクルス州の農村部に設けられたパイロット・エリアを中心に、住民参加促進による母子保健サービスの改善、医療従事者の研修、地域住民に対する情報と教育教材の普及を目的に実施された。本件においては県立中部病院が長期専門家を派遣し、また恩賜財団母子愛育会とともに国内支援委員会を組織して専門家をサポートした。県立宮古病院からも短期の専門家が派遣されている。並行して行われた研修

員受入れに際しては県立中部病院のほか、県下の保健所、診療所、保健駐在所も協力に応じた。本件は、州内における母子手帳の作成と普及を目的に1年間延長され、1998年まで実施された。

同じく1992年に開始された、ラオス国日本・WHO公衆衛生プロジェクト(1992.10.1-1998.9.30)においては琉球大学医学部と国立国際医療センターが長期専門家を派遣し、国内支援委員会を構成した。(詳細については4-2「琉球大学医学部の国際協力実績」参照)。

最近の例では、ボリヴィア国サンタクルス地方公衆衛生向上プロジェクト(ミニプロジェクト、1996.11.1-1999.10.31)がある。これは姉妹都市連携に基づくもので、地方自治体独自の交流活動がODAに発展したものである。本件においては環境・保健衛生分野の専門家を核にした専門家チームが派遣され、県環境保健部(当時)が中心的な役割を果たした。

このほか、JICAを通じて移住者・日系人に対する支援・協力を行っており、研修員受入れや専門家、ボランティアの派遣が行われている。ボリヴィア国コロニア・オキナワ診療所に県環境保健部(当時)から移住シニア専門家(現;日系社会シニア・ボランティア)が派遣され、医療衛生面での協力を行っている。

3. 技術研修員受入実績

技術研修員受入事業は、開発途上国の技術者、研究者、行政官などを研修員として我が国や特定の開発途上国に受入れ、必要とされる技術や知識を移転することを目的としたもので、JICAの最も基本的な事業として位置づけられている。1997年度には、JICAは152カ国から計1万1,000人以上の人材を研修員として受入れている(技術研修員は9,586人、うち本邦受入7,263人)。

そのうち1997年度に沖縄を訪れた研修員は定員264人に対し実績299人である。そのうち大半の合計183人がJICA沖縄国際センター(OIC)が行う内部コース(情報処理要員養成コース、視聴覚技術コース、日本語専修コース)に参加した。

そのほか、沖縄県における研修コースは珊瑚礁保全、熱帯農林資源の有効利用、サトウキビ栽培、マングローブ生態系管理技術など沖縄の地理的特徴を反映したものが中心となっている。それらのなかで、保健医療関係のコースは中心的な位置づけとなっている。1997年度実績で、個別研修に関しては24件中10件、外部研修(外部に委託されて実施される研修)のなかでは14件のうち4件が保健医療関係であり、1998年度には、新しく泌尿器科臨床研修コース(琉球大学医学部泌尿器科)が開始された。保健医療関係のコースの受入れ人数は外部研修全体の3割強を占めている。

研修員受入機関としては、県から町村までの幅広い自治体(県福祉保健部、市町村)や公的医療保健関係機関(県立那覇病院、県立中部病院、各地区の保健所)など、公的研究機関や各種協会(県環境衛生研究所、沖縄県総合保健協会、沖縄県公衆衛生協会、県中央食肉衛生研究所)、琉球大学医学部などの学術機関などがある。全県的な規模で地域保健医療面での国際協力を大きく貢献していることがうかがえる。

一般コースに参加する研修員の派遣国としては、当初よりアジアが大勢を占めており、現在も総受入れ人数に対する比率は6割以上であるが、最近の傾向として、アフリカや東欧出身者の増加が確認される。

現存する沖縄での研修コースで最も古い歴史を有するものの一つに、「公衆衛生・環境汚染分析技術者コース」がある。本コースでは、サブコースとして、感染症、衛生動物、食品科学、大気汚染、水質汚濁、蛇毒素、抗毒素の7コースが沖縄県衛生環境研究所により提供されている。本コースは1982年に開設され、1998年で16回を数える。これは同研究所が沖縄県公衆衛生研究所と呼ばれていたころから継続的に実施されており、アジアを中心に計86人にのぼる受入実績を有する。

研修のフォローアップ調査は過去2回実施されており、第1回の1989年にはインドネシア・タイ・フィリピンに3人、第2回の1997年にはタンザニア・エジプトに2人が、いずれも沖縄県衛生環境研究所から調査団員として派遣されている。

同じく長い歴史を持つ研修コースとして「臨床看護実務コース」がある。本コースは1984年から開始され、1998年度で15回を数える。コース内容は、内科看護、救急・外科看護、母子看護の3コースで、県立中部病院が当初からの受入機関となっている。研修のフォローアップ調査は過去2度実施された。1回目は1991年10月に、パキスタン、スリランカ、フィリピン、2回目は1997年7月に実施され、タイ、ネパールをそれぞれ訪問した。いずれも沖縄県立中部病院より看護部長、婦長の2人が調査団に参加している。

国別特設としては、ペルー(1992年開設)に対するものと、ボリヴィア・パラグアイ(1994年開設)に対するものがある。これら国別コースの運営にあたっては、沖縄の保健医療に関する多くの行政機関、官民の保健医療機関、学術機関などが研修員受入れ、講師派遣をするなど全県あげて協力に参与していることである。

1998年度に新規に開設されたコースとして、「泌尿器科臨床研修コース」がある。琉球大学医学部泌尿器科の教授から研修医まで、総勢13名が指導にあたった。研修員の出身地はアジア、大洋州、東欧、中米など、さまざまである。

1997年度カウンターパート研修受入れ実績

国名	プロジェクト名	研修科目	受入期間	主な受入先
ボリヴィア	サンタクルス地方 公衆衛生	公衆衛生・地方保健行政	2週間	沖縄県環境保健部
カンボディア	母子保健	産婦人科	6週間弱	県立中部病院
	母子保健	産婦人科	6週間弱	県立中部病院
ラオス	公衆衛生	PHC	5カ月間	琉球大学医学部
	公衆衛生	寄生虫学	1年間	琉球大学医学部
グアテマラ	熱帯病研究	熱帯病予防	3カ月間	琉球大学医学部
メキシコ	母子保健	母子保健	2カ月間	母子愛育会、中部病院
	母子保健	母子保健	2週間	母子愛育会
パナマ	個別一般	地方公衆衛生制度	3週間	沖縄県環境保健部
	個別一般	地方公衆衛生制度	3週間	沖縄県環境保健部

研修コース名

研修コース名	研修実施機関	開設年度・回数	総受入れ	研修期間	定員 / 受入れ
公衆衛生・環境汚染分析 技術者	沖縄県衛生環境研究所	1983年度・16回	86	8カ月間	5人 / 5人
臨床看護実務	沖縄県立中部病院	1984年度・15回	78	6カ月間	5人 / 5人
ペルー国別特設感染症対策	(社)沖縄県看護協会	1992年度・6回	72	2カ月間	10人 / 13人
ボリヴィア・パラグアイ 国別特設地域保健指導者	(社)沖縄県看護協会	1994年度・4回	31	3カ月間	10人 / 10人
泌尿器科臨床研修コース	琉球大学医学部泌尿器科	1998年度・1回	6	20日間	5人 / 6人

受入実績は国別特設に関しては1997年度実績。そのほかは1998年度実績。

集団参加コース名

集団参加コース名	プロジェクト名	研修科目	受入期間
視聴覚メディア制作(A)	トルコ 人口教育促進	視聴覚技術	3カ月間
	トルコ 人口教育促進	視聴覚メディア制作	3カ月間
ビデオ制作	チュニジア 人口教育促進	ビデオ制作	4カ月間
視聴覚メディア制作(B)	フィリピン エイズ対策	IEC	4カ月間
	フィリピン 家族計画・母子保健	IEC	3カ月半
	チュニジア 人口教育促進		3カ月半

5. 提言

5 - 1 序説

5 - 1 - 1 序説

1945年の終戦から1972年5月15日の沖縄が日本に復帰し、日本国憲法が全面適用されるまでおおむね27年が経過した。その間、灰燼のなかから米軍支配下で、食糧の確保、傷病者の救援から始まり、衛生昆虫の駆除などをいち早く開始した。

1951年に保健所が設置され、公衆衛生看護婦(現在の保健婦)の駐在制が開始された。同時に食品衛生、環境衛生業務も開始されている。以後、保健所を中心に、予防接種、栄養改善事業、母子保健活動、結核対策、性病対策、食品衛生対策、環境衛生対策及び鼠族・衛生昆虫対策が実施された。

基地の恒久化とともに民間組織などを通して日本政府の間接補助も導入され、各種法律も日本本土の制度を模して制定されたが、琉球政府の自治は軍政の許容範囲でのみ認められていた。

琉球政府の財政は基地収入、米軍予算と日本政府援助に頼って乏しく、人材は極端に不足し、日常生活も経済的に苦しいなかで、県民の生活と健康を守る活動を継続し、赤痢などの急性感染症を克服、結核対策を推し進め全国的にも注目を集めるほどに化学療法期間を短縮した。また、戦後のマラリア、フィラリアの撲滅は、米軍、WHO、日本の専門家の協力と保健所、市町村を中心とした住民参加により成し得たものである。

琉球政府の設置した公衆衛生看護婦は市町村に駐在し、市町村の保健事業を一手に引き受けて推進するばかりでなく、市町村行政及び学校とも一体となり各種事業を進めた。結核対策では、患者発見、治療、管理及び社会復帰まで一貫して実施した。公衆衛生看護婦の事業計画、各種活動は保健所内の看護課で立案、調整などが行われていた。

さらに、介輔、衛生監視員、食品衛生監視員、臨床検査技師、性病Gメンなどの地道な活動が今日の長寿県沖縄を築きあげてきた。

以上のような沖縄県の経験を国際協力のなかでどのように生かしていけるか本章で検討してみることとしたい。なお、本章末に本研究にたずさわった委員による国際協力のアイデアを資料として添付したので併せてご一読いただきたい。

5 - 1 - 2 提言検討の前提

沖縄における保健医療分野の開発協力に関する今後の可能性については、沖縄県が作成した「沖縄県国際医療協力構想(章末資料)」においても分析が行われている。本研究グループでは、今後の可能性について検討するにあたって、現在の沖縄の状況を踏まえて次のような前提を設けた。

- ア．戦後の本県の経験が生かされること
- イ．マンパワー、施設及び設備がおおむね県内でまかなえること
- ウ．プライマリー・ケア及びプライマリー・ヘルスケアを中心にした内容であること

- エ．若い世代も参加でき、県内に経験が蓄積されること
- オ．継続して指導助言やフィードバックが相互に可能であること

5 - 2 国際保健医療協力の視点から見た沖縄の特性と協力可能な分野

5 - 2 - 1 沖縄の特性

第2章並びに第3章で記述したとおり、保健医療分野の国際協力に関連する沖縄の特性は以下のような点に要約できる。

- ・ 大小 57 の島から成る東西 1,000km、南北 400km に及ぶ島嶼地域であること
- ・ 熱帯途上国地域に類似した亜熱帯気候と疫学的環境
- ・ アジア・太平洋を主体に世界に開かれた歴史的・社会的・文化的背景
- ・ 戦禍による荒廃、そして戦後の米軍による統治と復興の過程で限られた人材、施設を最大限利用しつつ発展してきた地域保健医療の軌跡

第4章で見たように、こうした特性を背景に沖縄は積極的に保健医療分野の開発援助に参画し、以下のような援助リソースを蓄積している。

- ・ 県福祉保健部と関連する県内保健行政諸機関
インドネシア・北スマトラやソロモン諸島での地域保健プロジェクトに協力
- ・ 中部病院、那覇病院及び関連する県医療諸機関
ボリヴィア・サンタクルス公衆衛生事業、コロニアオキナワ診療所協力事業に参画
メキシコ家族計画・母子保健プロジェクトに協力
- ・ 琉球大学医学部
ラオス公衆衛生プロジェクトに協力
- ・ 看護協会や臨床検査技師会などの民間団体、カンボディア沖縄友好の会、国境なき医師団沖縄支部などの NGO 及び沖縄ボリヴィア協会などの海外移住関連組織
- ・ 市町村自治組織と住民組織
研修員受け入れを通じた各種研修機会の提供と交流活動

5 - 2 - 2 協力可能な分野

上述の特性並びに援助リソースを考慮すると沖縄をベースにした協力事業として以下のような分野が検討される。

- ・ 地域保健医療システムの強化
- ・ 遠隔医療、へき地医療の強化
- ・ リプロダクティブヘルスも含めたプライマリー・ヘルスケア型の地域保健強化事業

- ・ 医療従事者の養成、訓練事業
- ・ 感染症対策

これらの分野についてどのような形で具体的な協力事業が行えるか、次項で検討したい。

5 - 2 - 3 具体的協力分野の検討

(1) 県レベルでの地域保健医療システムの強化事業

近年、途上国では保健医療サービスの効率化をめざした保健セクターの包括的な機構改革が重要な課題となっている。世銀などが中心となって進めている保健セクター改革の重点は保健医療行政機構の分権化と医療サービスの有料化と質の向上にある。沖縄は本土から離れていること、また戦後の米軍占領などの経緯から、県内で保健医療人材の養成から医療サービスの体制づくり、行政制度整備にいたるまで比較的自立的に取り組んできた実績がある。このような経験に基づいた保健医療・公衆衛生の行政機構及び地域医療サービス体制構築に関する行政分野での協力に対応することが可能であろう。ただし、行政分野の協力については語学が重要になること、国ごとに行政の特異性が高いことから、途上国の行政体制に対応した適切な人材を確保することが課題である。また、沖縄の行政経験を適切に伝えるための体系的な資料の作成も重要である。地域医療レファラルシステムの技術移転の一環として沖縄で開発整備中の遠隔医療システムも効果的な材料となる。

(2) 住民参加による PHC 型の地域保健事業

戦後沖縄、特に離島、へき地での地域保健活動は公衆衛生看護婦駐在制度から現在の市町村保健婦制度にいたる地域に密着した保健婦と市町村組織そして住民の強固な連携のなかで限られた資源を有効活用し効果的に展開してきた。住民自身が身につけた伝統的な健康管理方法、環境整備と健康啓発活動の行政的取り組み、地域住民全体の健康管理をコーディネートする保健婦の活動などは、途上国が置かれている厳しい社会資源のなかで地域保健、健康向上を図っている体制づくりに大いに参考になるものであろう。市町村における途上国保健婦の研修受入れ、特に離島での長期の研修は沖縄の効率的な地域保健体制の全体像をコンパクトに理解し、かつ研修員と住民との十分な交流を通じて、研修員に住民参加の方策のヒントを与えるとともに、地域住民にとっても異文化交流の機会を提供することとなる。

実施にあたっては、研修員のカウンターパートとなって研修指導をする保健婦に対する十分な事前情報の提供、語学訓練、業務過重軽減のための支援策などを講じる必要がある。

(3) 医療従事者の教育訓練事業

沖縄には医師を輩出する琉球大学医学部、さらにへき地・離島医療に対応できる医師を養成する中部病院があり、また近年では看護学学士が取得できる4年制の県立看護大が設立されている。

これらの機関にはいずれも国際協力の経験のある人材が教官、指導者として在職しており、途上国ニーズに合致した支援対応が可能である。

(4) 感染症対策事業

沖縄では亜熱帯気候に由来したマラリア、フィラリアのほか、多くの感染症の根絶、抑制を果たしてきた。これらのフィールド・コントロールのノウハウは県、市町村にも残っている。また、琉球大ではこれらの感染症を遺伝子生物学的な視点からも取り組んでおり、これらが連携して途上国の感染症対策を組織的に支援することとなればその効果は大きい。住民参加の公衆衛生活動、行政的な取り組み、そして学術的な疫学、病理学、遺伝子工学を包括的に取り込んだ感染症対策は途上国では急務となっている。

5 - 3 沖縄における保健医療協力事業拡充に向けて

(1) 開発援助活動を通じた沖縄の地域振興

今後、沖縄県が保健医療協力事業を推進・拡大して行くにあたって、「何のために沖縄が開発協力に参加するのか」という視点について十分に検討しておく必要がある。単に沖縄の適性に着目して、開発援助に沖縄を利用するだけの事業視点に終始すれば、早晚事業は縮小の途をたどることになる。沖縄にとって開発援助参画のメリット、インセンティブは何かを明示することにより、沖縄の開発援助リソースのより活発な参画が期待される。

そのためには開発援助への参画が沖縄の地域活性化や経済振興、人材開発などの形で還元されるような事業展開となるよう配慮が必要である。しかも、それが単なる土木工事事業などだけの短期・短絡的な投資でなく、人的開発の要素を含む長期的に沖縄に根づく投資でなければならない。

(2) 国際保健に関する情報、研究、研修の拠点づくり

今回の作業で、沖縄には保健医療分野の開発援助に極めて有用な経験が蓄積されている点、しかしながらそれらが必ずしも体系的に整理されておらず、今後風化、消失する心配すらあることが認識された。こうした経験を丹念に整理し直し、さらに現在の途上国事情、開発援助の傾向に沿って分析、新たな開発援助手法を開発していくことが重要である。

琉球大学医学部や新設の県立看護大学、中部病院などに国際保健、特にプライマリー・ヘルスケアや地域医療に関する情報収集、研究、研修の拠点を設け、沖縄の経験の体系化と現在世界中で展開されている保健医療分野の開発援助事業の情報の収集・分析、そしてあらたな開発手法の研究などが組織的に実施されることが期待される。そうすることにより日本国内だけでなく広く世界から国際保健を志す研究者、学生、開発協力関係者が沖縄に集結することになり、沖縄の知的価値の一層の向上につながっていく。

(3) 感染症対策、研究機能の強化

沖縄の感染症対策の経験は、その地理的特性から日本国内にあってより熱帯地域の課題に近いユニークさを有している。前項同様、これらの経験、知識もより体系的に分析整理することにより、今後の地球レベルでの感染症対策に大いに活用され得るものとなるであろう。

また近年、我が国に流入する輸入感染症の脅威は増大しつつあり、沖縄において開発援助を通じて

海外の感染症動向を把握し、対応手段の調査、研究を行うことは我が国の疫学的防波堤の役割も担う重要な活動である。

(4) 沖縄を活用した保健医療分野の各種開発援助国際会議の開催

本年の先進国首脳会議の沖縄開催に象徴されるように、沖縄の持つ国際性は、各種の国際会議を開催するにも非常に優位であり、前項で述べたような国際保健、地球規模の感染症問題に関する知的蓄積を海外に向かって発信する手段として、保健医療分野の開発援助会議の開催を積極的に沖縄で開催することは沖縄の国際的評価を高めることにつながり、各種の文化交流、経済交流につながっていくものと期待される。

(5) 県内 NGO の活動支援と住民参加の国際協力

沖縄は戦争・占領体験、活発な移住実績といった歴史的背景から県民の国際意識の極めて高いところである。これは、海外から来沖する研修員に対する懇切な対応、積極的な海外ボランティア活動からも認識される。こうした県民の高い意識を積極的に支援し、具体的な国際協力活動の拡大に結びつけていくことは重要なことである。JICA沖縄センターなどの行っている地域とのつながりの活動を一段と拡充していくことが肝要である。

5 - 4 結語；沖縄の経験が教えてくれるもの

沖縄の地域保健医療の開発経験、それを体系化して途上国の開発協力に活用することは極めて有用であることが今回の検討作業で再認識された。しかしながら、今後沖縄の途上国開発援助への参画を検討する際に私たちが忘れてならないことは、それが沖縄にとってどういう意味を持つか、という問いかけを常に行いながら進めることであろう。

さらに加えるならば、今回の検討作業において認識された最も価値のある教訓は、沖縄の開発経験は、公衆衛生看護婦や介輔の献身的活動と住民の積極的参加によってなされた地域保健の経験、また、生命の危険をおかしつつへき地医療に貢献した医療従事者たちの活動によって支えられてきたということだ。こうした関係者の精神(スピリッツ)を伝えることができたなら、一連の検討作業は十分に意味があったといえる。開発援助がモノとカネといった形で表現されがちな風潮のなかで、開発援助の根底にある「心の共感」にあらためて焦点をあてることが、開発援助を成功に導く鍵であることを強く認識した。

アイデア1：「臨床技術研修について」

県立中部病院 副院長
安次嶺 馨

これまで、県立中部病院が行ってきた国際医療協力は前出のとおりであるが、そのほか沖縄県で行われた医療協力を踏まえ、現在のマンパワーを用いて実行できることは何かについて考察する。

1. 医師の養成：外国の医師等に対する臨床研修プログラム

県立中部病院においては、1967年以降、毎年60人の研修医を対象に卒後臨床研修事業を行っているが、将来、外国人に対しても臨床研修を行うことを計画している。受入対象国は、アジア各国のレジデントが最優先事項と考える。当面は、現在のスタッフで可能な範囲にとどめる(受入れ研修医約2人)ことが現実的であろう。概要は以下のとおり。

研修期間；3カ月

- ・ 外科系一般外科2カ月、救急科1カ月
- ・ 内科系一般内科あるいは小児科2カ月救急科1カ月

研修内容

- ・ 外科系手術の見学、症例検討会への参加、検査手技の習得
- ・ 内科系回診の見学、症例検討会への参加、検査手技の習得

本研修を充実させるためには、将来的により多くの研修医を受入れるべきである。そのためには、指導に携わる専任のスタッフが必要になる。そのほか、

- a) 事務担当職員1人が中部病院に常勤し、外国人研修医の世話、管理を行う。
- b) 中部病院内に外国人研修医用の事務所を置く。
- c) 宿舍と院内待機室を確保する。
- d) 中部病院の医師のなかに、外国人研修医に対する指導医のポストを置く。

などの措置が必要である。

アジア各国の臨床教育指導者を対象に研修を実施する場合、1～2か月間、各科のチーフクラスが対応することが望ましい。

2. 災害・離島研修

沖縄県の離島診療支援の実際を研修する。対象は救急医療担当で、人数は1～2人。研修期間は1か月で、研修内容は、中部病院救急センターや離島診療所の見学、離島医療支援システムや搬送システムの運用の実際を学ぶことなどである。

3. 感染症対策

地方病院のスタッフあるいは研修担当者1～2人、期間は2週間程度、研修内容は、グラム染色、抗酸菌染色の手技、顕微鏡検査、及び抗生物質の選択、使用法などについて実習するとともに、感染症グループの医師とディスカッションを行う。

アイデア 2 : 「保健所、市町村、看護協会、看護大学におけるプライマリー・ヘルスケア研修」

県立看護大学 教授

仲里 幸子

1978年WHOとUNICEFの共催で開かれたアルマ・アタ会議の場でプライマリー・ヘルスケアへの取り組みが宣言がなされてから20余年になる。“健康は人間の基本的権利(Basic Human Needs)であり、政治的・社会的・経済的な理由ですべての人に格差を生じてはならない”との宣言(アルマ・アタ宣言)に基づいて、“西暦2000年までに、世界中のすべての人々に健康を”のスローガンの実現のため、世界各地でプライマリー・ヘルスケア活動が展開されてきた。

戦後、無の状態からスタートした沖縄の保健医療看護活動は、プライマリー・ヘルスケアの原則に基づいてなされてきた経過とみることができる。現在より過去の活動を振り返り、その意義を評価をすることで、プライマリー・ヘルスケアの理念を踏まえ、そして実践をも伴った研修を提供することができると思われる。研修生は沖縄の地域保健活動の現状と歴史について学ぶことにより、自国の地域保健活動の実践に役立てることができるだろう。

1. 研修内容

想定される研修内容を以下のとおり列挙した。

- | | |
|--------------------------|------------------|
| (1) 沖縄の公衆衛生活動の変遷 | (8) 保健統計の取り方と活用 |
| (2) 保健・医療・看護行政の概要 | (9) 疾病の発生要因と対策 |
| (3) 看護教育(看護婦・保健婦・助産婦)の概要 | (10) 地域保健対策 |
| (4) 沖縄の保健婦制度 | (11) 地域保健看護活動の実際 |
| (5) 地域保健看護活動の基本 | (12) 保健婦の現地教育 |
| (6) 保健所の組織・保健事業と保健婦の役割 | (13) 関係団体の活動 |
| (7) 市町村の組織・機能と保健婦の役割 | (14) 希望項目など |

方法としては、これまでの沖縄の保健活動内容を考慮した講義と現地での実習が好ましい。過去に実践した方法など再現しなければならないこともあり、過去の情報の蓄積も重要である。ただし、派遣される研修生はその国や地域のリーダーとして参加しており、異なった文化・風俗習慣をもつ研修生が、帰国後すぐ応用して実践できるように、きめ細かな配慮を忘れてはならない。

2. 実施体制

受入機関としては、保健所、市町村、県立看護大学、県看護協会などが、これまでの研修生受け入れや専門家派遣等の実績や、それぞれの機能を生かして研修を行うことが可能である。

円滑な実施のために、研修実施諸機関の協力体制を構築するとともに、研修のセンター的役割を担う機関や研修委員会が設置されることが望ましい。

3. 評価

研修で得た知識・技術が応用され帰国後のプライマリー・ヘルスケア活動に効果があがったか評価を行いつつ、常にプログラムを検討する必要がある。評価も研修実施諸機関の総合的プログラムの一部として実施されることが望ましい。

アイデア3:「沖縄のNGOの国際保健医療協力の将来」

カンボディア沖縄友好の会 会長
吉田 朝啓

表題にある4つのキーワード。「沖縄」、「NGO」、「国際保健医療協力」、「将来」について、それぞれ考察することによって、およそのイメージがつかめるのではないか。

まず、沖縄という地域の特性だが、要するに亜熱帯圏にあって、古くから朝鮮、中国、東南アジアとの交易を通じて築いた琉球文化を开花させたところ、また、その過程で、国家、国法、国境という高層気流をあまり意識しないで、人民同士が直接交流することの心地よさと実益性を感得して、骨肉化している人民が多いところ、があげられよう。

さらに、生産性の低い県土に溢れる人口をさばくために送り出された移民が、相手国にすっかり溶け込んで、それぞれの生産性の高い国民になり切っているのも、飄々としてかわりのない、遅しく、勤勉な県民性のもたらすところである。そして、沖縄を特徴づける最も大きな要素は、50年前に衣食住ゼロの状態に叩き落としてくれた激しい地上戦と、それから粘り強く立ちあがらざるを得なかった半世紀に及ぶ必死の努力・経験であろう。

戦後、衣食住ゼロの時代には、当然行政機構も貧弱であった。だが、戦前に蓄積されていた人材の生き残りや外地からの帰還組などの参集によって、行政の建て直しは現在の発展途上国よりはスピーディーだったのかもしれない。それよりも早く数多くの民間団体が立ち上がり、行政のやるべくしてやり得ない課題を補完し代行する形で事業を展開していった。結核、ハンセン病、精神病、寄生虫病など、政府だけでは手に負えない難題に率先して立ち向かったのは、有能な篤志家たち(今でいうNGO)であったし、また、忘れてならないのは、これらの動きと柔軟に連携したローカルな頭の低い行政官たちであった。

これが、沖縄式のNGOの歩みであり、その成果は、現在も行政と不離一体の関係にある財団法人の数々である。財団以外にもその後50を超えるNGOが誕生して独自の活動を展開している。

このように、戦後沖縄復興の局面にはNGOの大きな影が映っているのだが、無視できないのは米国政府のとった人道主義(一部占領政策)に基づく施策、特に人づくりのマスタープランがある。

戦後すぐスタートした臨床検査技師、公衆衛生看護婦(=保健婦)の養成とその全域的な活用は、国際保健医療協力を今考える際に重大な示唆を与えるものである。現在、日本一、したがって世界一の長寿を誇る沖縄であるが、これをもたらした要因のなかで、計り知れない貢献をしたのが、公衆衛生看護婦の市町村駐在制度だったと考える。

現在、開発途上国に対して、様々な保健医療協力が推進されているが、沖縄の半世紀にわたる経験からして、提言できることは、まず、住民地域を「面的」にカバーできる医療要員としての公衆衛生看護婦を大量に養成すること。これと連動して保健医療の結節点で活躍すべき医師も重要であるが、「点」として臨床だけに専念する医師だったら、放っておいても経済原理に従って発生するから、国策としての優先性は、公衆衛生看護婦の大量養成に置くべしと、私は考える。でき

るならば、ただの医師でなく、公衆衛生の原理をマスターした医師(Public Health Minded Doctor)を同時並行的に養成すれば最高である。

沖縄は現在、南米ボリビアの地域保健に対して県の支援活動が続けられており、沖縄国際センターを通じて研修員の受入れによる各国の保健医療の支援に関与している。

だが、民間サイドに蓄積されている人材やノウハウに対して、公的な呼び掛けや支援策(例えばボランティア年休)は極めて貧弱であり、草の根の活動は氣息えんえんとした状態である。

先進的な学問・研究は他地域に譲るとして、保健医療の応用科学、わけても公衆衛生の実践的な技法については、沖縄県内の人的資源は質量ともまだまだ抜きん出ていると考える。各分野の結束役としての琉球大学医学部の存在は極めて大きい。

日本政府は、近年、政府レベルでの国際協力(ODAなど)に見直しを加え、民間活力の国際的な発露ともいえる国際NGOの活動に着目して、その助成と活用に努力しつつある。

しかしながら、「草の根無償援助」の資金も増額されて、NGOの時代到来を思わせる雰囲気があるが、資金が増えただけでは、事は進まない。

まず、国内のNGO、つまり様々な非政府・非営利の奉仕活動が花開いて、それが人々の生きがいとなり、価値観のど真ん中に落ち着くまでに世間の体質を変えなければならない。一部の突出したグループの先進的な行為が希有な社会現象として、マスコミに喧伝されるような国際ボランティア活動のままであってはならない。

次に、ささやかな奉仕の心が芽生えたら、それがしぼまないように、次々と団塊となり、組織となり、力をつけていけるように、社会科学的な育成装置が用意されていなければならない。アメリカには、NPOを支援するNPOもあるという。足腰の弱い段階のNPOであれば、その育成はやはり国・県・市町村、あるいは、宗教団体、実業界の役目であろう。

「ボランティア休暇」という制度が検討されつつあるが、まだ未発達である。

公務員であれ、企業の従業員であれ、雇用された時間と能力の外に社会人としての価値を保有しており、その人間としての価値・能力を国内外の社会が需要する部分に提供したいと望むとき、その時間的(金銭的)余裕と職場での地歩を行政と企業が保障すること、これがいま最も求められている。

沖縄におけるこれからのNGO活動は、「いちゃりば(行き逢えば)ちようでえ(兄弟)」、「ゆいまある(結いまわる)」の精神風土に支えられて、ますます多彩に盛んになると思われ、国際交流の長い実績に裏打ちされて国際保健医療協力の分野でも引き続き国内の拠点となって貢献し続けるものと思われる。

しかし、庶民のボランティアの立ち上がりは常に零細である。

公的な助成資金や法的な整備などの対応が適切であれば、しかしながら、庶民のボランティアの力は絶妙に発揮され、多大な効果ももたらすものである。

行政や企業の人々は、謙虚になってNGOをよく観ることが肝要である。

アイデア4：「沖縄国際医療協力構想について」

沖縄県福祉保健部 次長
金城 マサ子

1. 本構想の目的と経緯

第三次沖縄振興開発計画において、国は振興開発計画の基本方向として、地域特性を活かした南の交流拠点の形成をうたっている。それを受けて沖縄県は、21世紀に向けて共生、平和、自立を基本理念とする「国際都市形成構想」を策定し、沖縄の地理的、自然的、文化的特性や歴史的蓄積を活かした多様な国際交流・協力を推進することとし、そのことにより本県の自立的発展を図るとともに、アジア・太平洋の平和と持続的発展に寄与することをめざしている。

このことは、国の「21世紀の国土のグランドデザイン」のなかにおける「太平洋・平和の交流拠点(パシフィック・クロスロード)」として沖縄地域の位置づけに沿うものである。

これらの理念を実現する具体的方策として保健医療分野において、沖縄の特性を活かしたアジア・太平洋諸国のニーズに応え得る協力事業を検討し「沖縄国際医療協力構想」を提案した。

これに対して1997年度に沖縄特別振興対策費から予算が配分され、厚生省(社団法人国際厚生事業団に委託)に「沖縄県の国際医療協力に関する検討委員会」が設置された。検討委員会では、沖縄県でどのような国際医療協力ができるか、その可能性と方向性について検討を行うため、アジア・太平洋地域の発展途上国8か国の医療ニーズ調査を実施した。その結果プライマリー・ヘルスケア、救急医療、感染症対策、公衆衛生などの分野における国際協力の方向性が提起された。

1998年度においても検討委員会は継続され、海外調査と研修制度などを検討する2つのワーキンググループを設置、ヴィエトナム、フィジー、バングラデシュの三か国の詳細な現地調査及び医療協力の具体的内容、実施主体、具体化の手順などの検討が行われた。

2. 本構想策定の基本条件

(1) 歴史的、地理的背景

沖縄の終戦後から現在までの保健医療事情は、アジア・太平洋諸国の多様な状況に類似した経緯をたどってきた。例えば、乏しい医療施設や人的資源、マラリアやフィラリアの流行、高い乳幼児死亡率、劣悪な公衆衛生などがあげられる。沖縄県にはそれらを克服してきたノウハウの蓄積があり、またそれを実践してきた医療関係者が現在も活躍しており、この経験をアジア・太平洋地域の保健医療の向上に役立てることができる。14～19世紀にかけて琉球王国は、アジア・太平洋諸国と広く交易があり、沖縄の文化にはアジア諸国の影響を受けた多様性がある。また、沖縄は亜熱帯地域であり、アジア・太平洋諸国からの研修員にとって気候、風土に違和感がなく、食生活や伝統文化にも親しみやすい環境にある。

(2) 臨床研修ノウハウの蓄積

県立中部病院では、医師の臨床研修システムが、ハワイ大学との提携により、過去30年にわたって実施されてきた実績があり、そのノウハウを活用することが容易である。この臨床研修システムは、高価な診断機器に頼ることなく、ベッドサイドティーチングを主体としており、救急医療を含めたプライマリーケアを修得するものである。これまでこのシステムで約600人の医師が養成され、その実績は国内で高く評価されている。

(3) 外国人医師臨床修練施設

県立中部病院は、外国人医師臨床修練施設として厚生省の認可を受けており、外国人医師研修

の実績がある。また、臨床修練指導医認定医師が8人、その申請資格保持者が16人いる。

(4) 保健医療環境の類似性

沖縄県は、広大な海域に点在する離島からなる島嶼県である。本県において構築してきた離島保健医療支援のための医師などの保健医療要員研修システムや患者搬送システム、また遠隔医療情報システムを運用しており、多くの離島・へき地を抱えるアジア・太平洋諸国へそのノウハウを提供できる。

(5) JICA との協力実績

JICA沖縄国際センターでは、発展途上国の研修員を受入れ、各分野の人材育成プロジェクトを行っており、県では、それとの連携のもとに医師、保健婦、看護婦、臨床・衛生検査技師、保健行政担当者などの研修実績がある。

3. アジア・太平洋地域の保健医療ニーズ

アジア・太平洋諸国の保健衛生医療は、国によって状況が異なっている。また、都市部と地方の格差も大きく一様ではない。総体的に人々の栄養状態も悪く、母体死亡率、乳幼児死亡率、寄生虫保有率、伝染病罹患率等が高い状況にあり、更には医療従事者の不足、医療施設の不備などがある。WHOのアルマ・アタ宣言では、アジア・太平洋諸国で必要とされる保健医療ニーズは、プライマリー・ヘルスケアであると理解されるが、このことは、アジア・太平洋諸国11か国を対象に実施した保健医療ニーズ調査においても認められる。加えて医療の面ではプライマリー・ケア、救急医療、離島遠隔地医療、母子周産期医療などの研修に強い関心が示されている。

なお、各国が求める国際医療協力のあり方としては、これらの国々のニーズに適切に応えるための人材の受入れ養成、人材の派遣による支援、遠隔医療ネットワークの構築など双方向性の交流が望まれている。

4. 本構想の概要

(1) 保健医療人材の育成

アジア・太平洋諸国の保健医療ニーズに沿って医師などの研修員を受入れると同時に、国際医療協力に貢献できる日本人医師の育成を担うこととする。

研修内容

アジア・太平洋諸国の保健医療ニーズに有効に適応し得る研修コース及びカリキュラムを作成する。県立中部病院で実施しているプライマリーケア、救急医療を中心とした研修カリキュラムは、語学教育カリキュラム、母子保健、遠隔医療、感染症対策などのカリキュラムを追加、または強化改定し、外国へ派遣する人材育成プログラムとする。

研修計画及び期間

日本人医師研修員は全国公募とし、1年単位の研修プログラムにより1、2年次でプライマリー・ケア教育の必要なレベルを身につける。3年次は沖縄県の離島で一年間の実習を行う。

指導スタッフの確保

人材育成に必要な指導スタッフは県内で育成を図るとともに、国内外から広く公募する。

(2) 遠隔医療システムの構築

近年著しい進歩を遂げている電子通信技術のマルチメディアを活用した遠隔医療システムを導入することによって、沖縄の島嶼性に対応した保健医療を展開し、その運用を研修する。またハワイやアジア・太平洋諸国との間にネットワークを形成し、双方向の国際医療協力支援の機能を構築する。

5. 本構想の展開

アジア・太平洋諸国の国際医療協力を展開するための拠点を県立病院に付設する。そのために外国人医師臨床修練病院としての指定をうけるための整備が必要である。

県立中部病院と県立那覇病院などの保健医療施設による臨床研修プログラムを作成し研修事業を行う。また、沖縄県医師会、看護協会などの持っているノウハウや提案を十分に活用するものとする。

沖縄での実施が考慮される研修コースについて

検討委員会は、沖縄県が有する利点や地域特性を生かせる協力分野の具体例として以下のような実施が期待される研修などを提起している。

(1) 臨床技術研修

- ・ 県立中部病院の臨床研修制度の活用
- 現地の必要性に応じた臨床研修技術の研修
- ・ 卒後臨床教育のための指導者育成コース
- ・ 適正薬剤コース

(2) 救急医療・災害医療

- ・ 救急基本技術の標準コース(Training of Trainers: TOT)
- ・ 島嶼国災害医療対策セミナー

(3) 公衆衛生・PHC

- ・ 沖縄県の過去の事業の経験と現在の実施体制から参考情報を提供する
- ・ 厚生統計情報処理に係る技術研修
- ・ PHC に係るマネージメント(活動計画づくり、評価指標など)の技術研修

(4) 島嶼諸国の保健医療

- ・ 島嶼国保健医療問題セミナー

(5) 看護婦・保健婦・検査技師ほかコメディカルの研修

- ・ 臨床検査基本手技標準コース(TOT)
- ・ 感染症関係検査、HIV、輸血検査、生化学検査で、特に途上国の主要疾患に必要な基本的検査項目の検査手技、精度管理、保守管理について
- ・ 健康教育普及のためのメディア教材作成

以上のことを行う前提として、途上国研修に向けた教育人材の育成と配置、事務局機能の整備など県及び関係機関での受入れ体制の整備が必要である。

アイデア5：「沖縄を中心とした保健医療面での国際協力人材の育成」

JICA 医療協力部医療協力第2課長
橋爪 章

社会の国際化に呼応し、近年、「国際」を冠した大学、学部、学科の新設が相次いでおり、日本各地で国際協力人材の育成体制が整いつつある。しかしながら、保健医療分野においては、これらの大学などに、保健医療国際協力に関するノウハウを若い世代へ伝授できる講師陣が配置されているとはいい難く、適切な実習の場が提供でき得るかも疑問である。

保健医療分野について途上国が日本に求めている協力は、(財政圧迫を招く)高度な医療技術の移転はさておき、戦後日本の保健医療水準が驚くほど改善するにいたった秘訣の伝授にほかならない。そのノウハウを若い世代へ伝授できる講師陣とはすなわち、驚くほどの改善を実際に行った人たちであり、実習の場とは、改善の時期以前も以後も変わらぬ風景と、そのなかにある改善の立役者たち(拠点施設と従事者、住民組織など)である。

残念なことに、沖縄を除く地域においては、保健医療水準の顕著な改善の時期は昭和20年代ないし30年代前半であり、当時を語るキーパーソンの多くは日本人平均寿命の年齢に達し、既に他界されている方も多い。保健医療の拠点施設も、地域の近代化とともに近代的に改築されており、当時の面影を残す施設や地域環境を探し出すのは至難である。

沖縄においては、戦後の保健医療水準の改善は比較的緩やかで、復帰当時に顕著な改善が見られている。すなわち、顕著な改善を実際に行った人たちが多数現存されており、豊かな自然とともに、当時の面影を残す施設や地域環境も保たれている。

このように沖縄は国際協力人材の育成のための条件が整っており、全国の若い人材の国際協力研修の場として最適であるといえよう。JICA関係者の研修のみならず、全国の大学やNGOの研修拠点として研修プログラムが整備されることの期待は大きい。

もちろん、あと十数年も経てば、現在の他県と同じ状況となるであろうから、研修プログラム整備のタイミングを逸すると、我が国が経験してきたことを若い世代へ伝えることが困難となる。日本の経験を語れない者が「日本の顔」として海外で援助活動を行うことがあたり前になるような事態は避けたいものである。

【巻末資料】：保健婦活動マニュアル

沖縄県福祉保健部健康増進課 保健指導監

福盛 久子

沖縄県石川保健所 保健福祉課長

比嘉 文子

戦後、保健婦の養成がなされ、離島・へき地・無医地区を含むすべての地区において保健婦が駐在し、保健婦活動が実施されてきた。

これらの活動の実際を通して保健婦は常に、いかにすれば地域住民の健康管理ができるのかという問題に、保健医療の劣悪な状況下で日夜、努力してきた。1951年から1997年の45年にわたる駐在保健婦活動において地域住民への普遍的な保健サービスを提供するための指針として「保健婦便覧」が活用された。現在もなお保健婦活動の基本に備え活用している。一方、海外よりの看護関係研修生及び、海外で活動している保健婦活動マニュアルとしても活用している。今般、保健婦教育及び保健婦活動がまだ実施されていない国の地域に対して、戦後から歩んできたこれまでの沖縄の保健婦活動の体験も踏まえて、住民の健康管理ができるよう「保健婦活動マニュアル」としてまとめた。

1. 地区における保健婦活動の実際

(1) 担当地区の把握(情報収集)

自然環境

- ・位置と面積、地理的特性、気候など

地区踏査及び地図の作成

- ・集落、道、交通機関、学校、役場、病院、診療所、店、水道、集会所などの位置

保健統計

- ・人口：男女別、年齢別、職業別、字(集落)別、
- ・人口動態：出生、低体重児、乳児死亡、死亡など
- ・妊娠届、予防接種の状況等

生活環境：水道、下水(下水道)、トイレの状況

産業・経済の状況

- ・産業：一次産業、二次産業、三次産業
- ・経済：所得・生活保護

交通・通信

- ・バス、路線、航空、船舶

教育

- ・幼稚園、小学校、中学校、高等学校、大学数及び児童生徒数

社会資源

- ・教育施設：教育施設を普通教育と特殊教育諸学校に分けて各項目ごとに記入

- ・ 社会福祉施設：社会福祉施設の状況を記入
- ・ 地区組織名：地区活動に最も連係のある組織名を記入
- ・ 医療施設：地区内の医療施設の状況を記入
- ・ 関係者：業務に最も密接な関係のある者
行政、財政等の状況
- ・ 地方税、地方交付税などの歳入状況及び自主財源等の把握
- ・ 社会保障制度
健康問題等
- ・ 疾病発生、妊娠届、予防接種、健康診査結果などの状況把握
- ・ 健康に関する意識のレベルの把握

疾病発生の状況把握の仕方

来所者の年令、住所、症状、治療、問診、検査、指導内容、記録、患者台帳、地区踏査、患者発生の分布図、集計

(2) 保健婦活動計画の策定

計画を立てるとき、どのようにすれば活動を効果的にすすめることができるか、患者、家族、地域住民が健康を認識し、自ら健康生活をするようになるにはどのようにしたらよいか、どのようにすれば人々の健康に影響する諸問題をとり除くことができるかなど、その地域、対象のニーズに沿った働きかけの方法を考えねばならない。また、社会情勢や疾病構造の変化にともなって公衆衛生看護活動も拡大・増加されつつある現状では、ややもすると目先の仕事に追われ、働き方に無理やムラが生ずることにもなりかねない。したがって目的・目標の設定が活動の妥当性、有効性を決める鍵とはなるが、同時に目的・目標に対して、実施可能で具体的で、しっかりした計画を立てることもまた重要なことである。

1) 事業計画策定の時期

関係者との調整を行い、次年度に向け作成する。

2) 事業計画書の提出

看護課及び保健所長の決裁を受ける。

3) 事業計画の立て方

情報の収集 - 分析 - 問題の発見

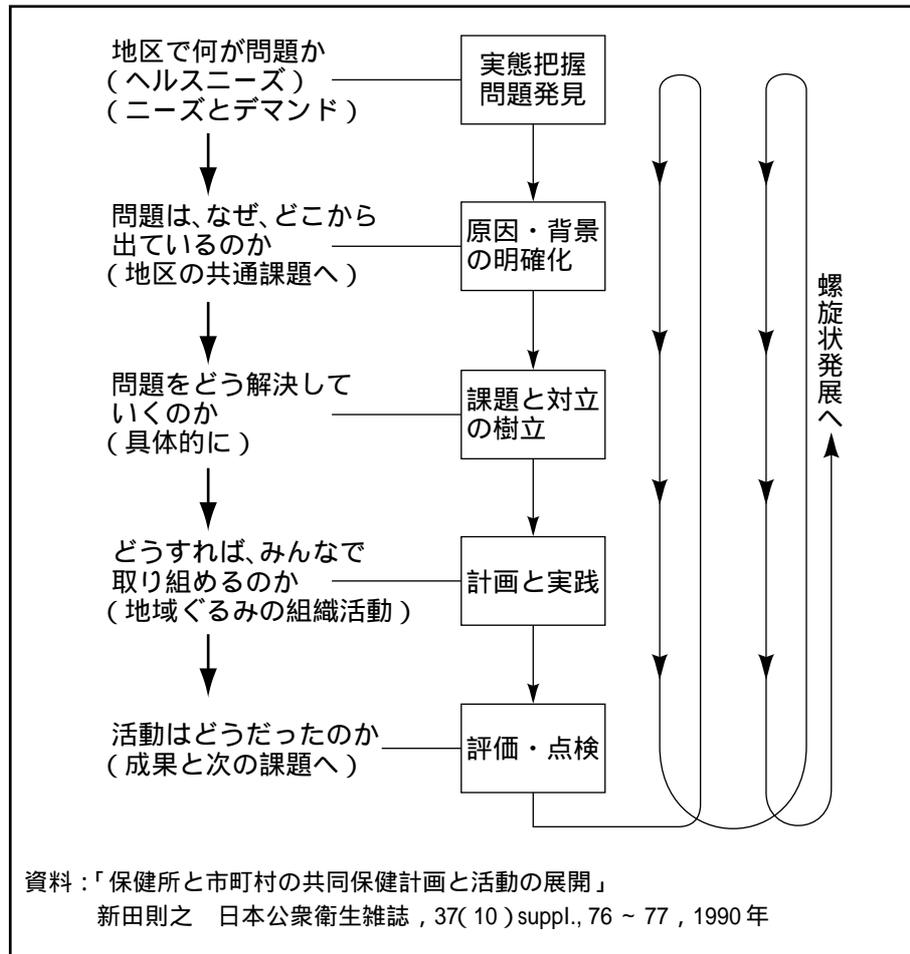
活動の目的及び目標の設定

対象とする個人、家族、集団のヘルスニーズの把握ができれば働きかけるための目的・目標を明確に設定する。

活動計画の樹立

企画・検討にあたっては、所属体の基本方針、把握されたヘルスニーズ、設定された目的・目標に沿い、関係者の了解を得、業務全体のバランスを考え、予期しない変動に対しての弾力性をもたせることが大切である。

例1 地域(地区)診断の過程に沿った活動の段階と流れ



ア. 計画の種類

- (a) 長期計画(事業全体の方針決定のための企画)
- (b) 短期計画(長期計画に従ってすすめてゆく具体的な行動、手順の取り決め)
 - ・年間計画
 - ・月間計画
 - ・週間計画
 - ・毎日の計画

イ. 計画樹立のための責任分担

市町村衛生係、保健婦がなすべきもの等

- (a) 計画の実践

常に全体のバランスを客観的に考慮し、業務が計画どおり進んでいるかどうか、ある時点で計画と実施とのずれをチェックし、突発的に発生した問題に対しては、必要に応じその計画を修正する等調整する。

例2 具体的活動計画

市町村名 _____

駐在名 _____

昭和 ____年 保健婦活動年間計画 _____

氏名： _____

		月別														備考	
		総単位	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月		
総単位																	
休暇単位																	
可能単位		()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
家庭訪問																	
母子保健	3歳児健診																
	1才6か月児健診																
成人保健	一般検診																
	健康相談																
	健康教育																
	機能訓練																
その他																	
健康づくり																	
予防接種																	

1単位：4時間

可能単位の()は計画時点より時間外実施と判明しているものについて()で計別する。

(b) 評価

評価は、情報収集の段階から、目的・目標の設定、活動の樹立、実践に至るまでのすべての課程を通して行う。

ウ．活動全体の成果はどうであったか。

エ．業務遂行過程、すなわち、計画や実践課程についての評価

- ・住民の保健ニーズにどのように応えたか。

- ・対象のとらえ方が適正だったか否か。
 - ・指導方法、内容はどうだったか。(保健婦としての役割が十分果たされたか。)
 - ・設定した目的・目標はどの程度達成されたか。
 - ・達成できなかった要因は、どのようなものであったか。
 - ・関係機関との連携、社会資源の活用が適切になされたか。
- などの評価がなされ、フィードバックすることにより効果的な活動展開をする。

(3) 駐在における主な対人保健業務の実際

地域駐在保健婦は通常担当地域に直接出勤し、地域の健康管理者として、絶えず担当市町村及びそのほかの関係機関や関係者と協議して、その地域の健康問題をよりの確に把握し、長期及び短期の事業目標を設定し年間の事業計画や訪問計画を自主的に立案し業務を行う。

1) 家庭訪問

保健婦の家庭訪問は医学的指導や保健指導などが事例及び家族に十分理解され、生活面に取り入れられるために、観察し援助することを目的として行われる。

ア. 初回訪問

訪問を要する対象を把握したら、初回訪問はできるだけ早く実施するよう心がける。妊娠あるいは病気と診断された直後や出産直後は保健婦に対する要求も強く、指導した事柄は比較的よく守られるが、日時の経過とともに自己流となり、指導効果の期待は薄らいでくる。

初回訪問における指導は、まず保健婦と対象相互の理解を深め、信頼関係を樹立することを念頭におき、かつ対象の実情を詳細に把握するという態度で臨んだ方がよく、知識を与えたり、実行させるという指導はもっとも要求の強い事柄のみにとどめる。対象についての実情の把握とは、対象の健康(あるいは疾病)の状況、生活状況あるいは療養状況、児の発育状況、経済状況並びに対象の健康に対する態度、価値観、考え、感情などについてであり、これらは対象と直接面接して観察し、傾聴することによってはじめて詳細なものが把握できるのである。

イ. 家庭訪問指導の計画と継続訪問

初回訪問によって得た情報から対象の援助を必要とするニーズを明らかにし、指導目標を設定する。家庭訪問の間隔頻度は尺度表(例3参照)により具体的に2回目以降からこの計画にもとづいて指導は進められ、この指導の過程で対象の反応に応じて指導内容や働きかけの方法を調整する。

ウ. 家庭訪問の事後処理

(a) 記録

- ・事例の状態、生活状況、治療状況または精神的な面や生活環境、経済状態など把握、観察したことはもれなく記載すること。
- ・行った指導及びそれに対する対象の反応が記載されていること。

1. 助産婦援助尺度表

項目	区分	点数
1. 妊娠分娩 に関係ある 疾病 (異常)	a あ り	7
	b 疑 い あり	6
	c な し	5
2. 定期健康 診断	a な し、不 明	7
	b 時 々	6
	c 定 期 的	5
3. 妊娠及び 分娩歴等	a 若年、高年該住歴あり	7
	b 初 産	6
	c 経 産	5
4. 家庭環境	a 緊急解決の必要な問題あり	7
	b や や 問 題 あり	6
	c 問 題 な し	5
5. 労働	a 就労妊産婦(含、農・商業 従事者)	7
	b	-
	c 家 事 専 業	5
6. 受胎調節 指導	a 必 要 あ り	7
	b	-
	c 必 要 な し	5
7.	小 計	
8.	保健婦の裁量点	7
9.	合計点数	点

2. 乳児援助尺度表

項目	区分	点数
1. 出生時 体重	a 2,000g以下	6
	b 2,001g～2,500g以下	5
	c 2,501g以上	4
2. 出生時 状態	a 周産期の異常あり	6
	b 先天異常あり	5
	c 異常なし	4
3. 発育値 (体重)	a 3パーセントイル 未満 97 " 以上	6
	b 10 " 未満 90 " 以上	5
	c 10 " 以上 90 " 未満	4
4. 発育状 態疾病 異常	a 異常疾病あり、遅れあり	6
	b 異常疾病疑あり、遅れ疑あり	5
	c 問 題 な し	4
5. 医学的 管理	a 放 置、不 明	6
	b 不 適 正 管 理	5
	c 適 正 管 理	4
6. 定期健 康診査	a 生後3、4か月時健診を受けていない	6
	b 生後3、4か月時健診のみ受けている	5
	c 定期的健診を受けている	4
7. 保育状 況	a 問 題 あ り	6
	b や や 問 題 あり	5
	c 問 題 な し	4
8.	小 計	
9.	保健婦の裁量点	7
10.	合計点数	点

3. 幼児援助尺度表

項目	区分	点数
1. 発育、 発達 状況	a 遅 れ あ り	8
	b 遅れの疑いあり	7
	c 問 題 な し	6
2. 疾病 異常	a あ り	8
	b 疑 い あり	7
	c な し	6
3. 医学 的管理	a 放 置、不 明	8
	b 不 適 正 管 理	7
	c 適 正 管 理	6
4. 定期 健康 診査	a 受 け て い な い	8
	b	
	c 受けている、該当せず	6
5. 保育 状況	a 問 題 あ り	8
	b や や 問 題 あり	
	c 問 題 な し	6
6.	小 計	
7.	保健婦の裁量点	7
8.	合計点数	点

例3 尺度表(抜すい)

- ・ 指導の経過が明瞭に把握できること。
- ・ 実施した指導を評価し、将来の計画をたてるのに役立つものであること。
- ・ 保健婦自身の研究に役立つものであることなどの諸点を備えていること。

(b) 関係職種との連携

(c) 家庭訪問指導の評価

指導の経過中、または終了後に指導の目的がどの程度達せられたか、達せられなかった場合はどこにその原因があるのかを追求し、働きかけについて評価するとともに、今後に反映させていく。

2) 健康相談

健康相談は、心身の健康に関する個別の相談に応じて、必要な指導及び助言を行い、家庭における健康管理に資することを目的としている。

ア. 来所相談

健康相談はその地域の住民が異常や疾病を早期に発見する、あるいは健康を確認し、さらに増進するための場であるとともに、保健婦の立場からすると個々の住民に接し得る大切な場である。住民に対する保健指導では、対象の方から育児について、あるいは健康についての不安や問題をもって保健婦に相談をもちかけてくる場合と、保健婦側が積極的に働きかける場合がある。

来所者への対応は、親しまれる誠意ある態度で接する。また相談においては、まず来所者が何を考え、何を望み、何を期待して来所したかを知り、問題発見を誤らず、相手のニーズに対し適切に対応し、来所者が自主的に問題を解決する方向へと導いていくことである。

イ. 電話相談

電話相談は常時、住民からかかってくる電話に保健婦が応答するもので、その相談内容は多様である。緊急を要する場合、あるいはその場で知りたいという場合は、住民にとって非常に便利である。電話による相談では簡単な相談内容についてはできるだけわかりやすく応答するように努めるとともに、状況によってはすぐに家庭訪問に切り換えるか来所を求めることが必要である。

ウ. 健康相談の種類

妊産婦相談、乳幼児相談、発達相談、療育相談、成人・老人相談、こころの健康相談など

3) 健康教育

健康教育は、健康生活を実践するために必要な知識を深め、健康的な生活習慣・態度を養うことである。

健康教育は、集団を構成する人々が経験を話しあったり、考えたりなどその集団自体の働きによって健康生活のために行動を変えることをねらいとし、集団の人々の相互作用の力を利用し、健康生活のために個々人の考えや行動を集団で決定し、それを積極的に実践するよう導くことである。

ア. 指導の要領

- ・ 地区あるいは個人家庭の生活に基礎をおいて行うこと。
- ・ 指導は実際的で具体的であること。
- ・ 規則正しく繰り返し、一つの健康生活習慣をつくり上げるまで継続すること。
- ・ 指導の内容は対象や時期によって適切なものを選び計画的に行うこと。
- ・ 積極的に集団指導の機会をつくること。

イ. 指導の方法

・ 学級活動

学級活動とは、学校教育における主な形態として、また社会教育の分野では婦人学級、青年学級という形で組織的、系統的に行われてきた。保健婦の活動では、母親学級、新婚学級など、学級活動の形態をとった集団指導が広く行われている。学級活動とは、何らかの形で同じような状況にある人々を対象とし、意図した目的をもって、しかも単に1回かぎりの教育ではなく、少なくとも4～6回以上にわたり、系統的、継続的に実施される短期間の講習会といえよう。学級活動は、主として次に述べる講義を中心としており、それに実演や実習を含めて行われる。

・ 講義

講義は、ある事柄について系統的に話をすすめ、十分な理解を得ようとするとき講義は最も適した方法である。

講義をする時配慮しなければならないことは次のようである。

ウ. 健康教育の評価

- ・ 内容はこれでよかったか。
 - 相手に理解されたか。
 - 参加者に問題意識をもたせることができたか。
 - 参加者同士のコミュニケーションができたか。
 - 実施継続される内容であったか。
 - 質問が出て会場が盛り上がったか。
- ・ 時間、場所は参加者にとって適当であったか。
- ・ 開会、閉会、実施時間、会場、教材は適切であったか。
- ・ スタッフの構成は適切であったか。
- ・ 出席率は十分であったか。
- ・ 次回の計画が立てられたか。

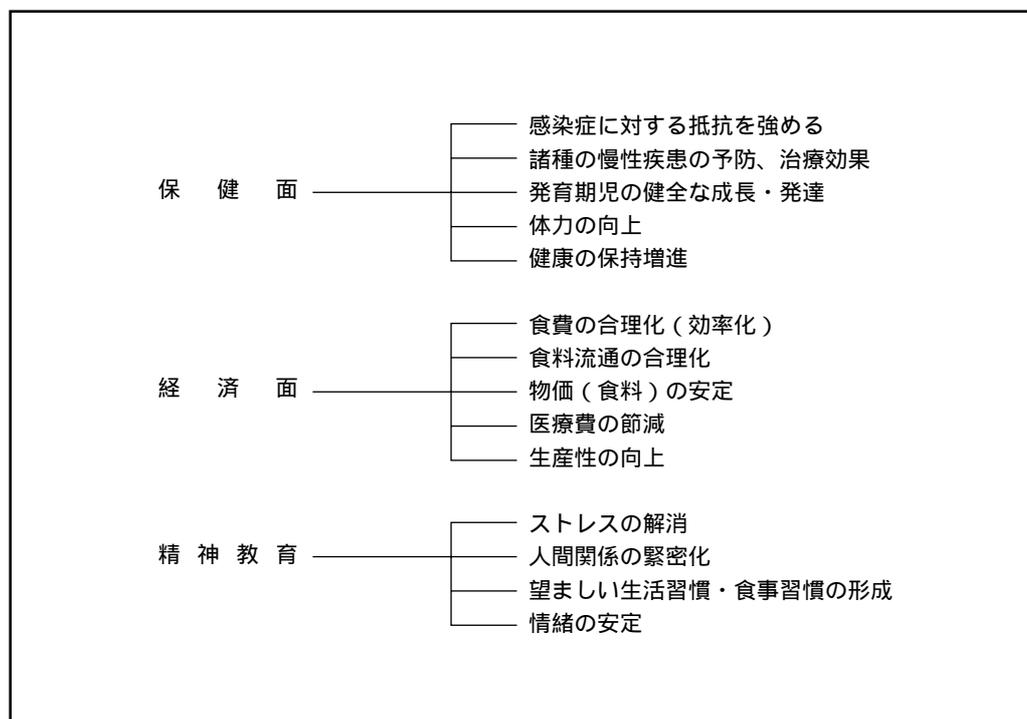
4) 栄養指導

栄養指導は、対象者の日常の生活について、栄養・運動・休養という健康にかかわる3要素を中心にその実態を総合的に把握したうえで診断(検討・分析)を行い、健康度をあげる、食料の安定供給の確保、食文化の発展向上を図るといった観点から適切かつ具体的な処方示して、意識の変容(動

機づけ)及び行動の変容(実践)を起こすことの働きかけである。

食生活は極めて私的な営みではあるが、摂取する食物の内容や食習慣などは居住する地域の社会的・経済的環境要因によって大きな影響を受けたり、また規制される面も少なくない。したがって、栄養指導を行うにあたっては、食生活と環境要因との関連を十分に踏まえて取り組む必要がある。

図1 栄養指導の意義



婦人会や生活改善普及員との連携で、その地域で取れる食材を持ち寄って集会場又は民家で調理実習を行うと参加者が増える。

5) 集団検診

疾病やリスクをもつ者を早期に発見し、必要な人に対し栄養などの生活習慣に関する保健指導を行いながら、健康管理に関する正しい知識を与え、健康な生活習慣の獲得を動機づけることを目的としており、事業を効果的に推進するために、検診対象者を正しく把握する必要がある。

- ・ ライフステージによる検診
- ・ 妊婦健診：妊娠中の異常の早期発見
- ・ 乳幼児健診：乳幼児の身体的、精神的発育のチェック及び健康習慣の育成と疾病予防のため、両親を指導援助する
- ・ 学童健診
- ・ 住民検診
- ・ 事業所検診

(4) 救急患者の看護(参考資料2「保健婦のための処置指針」参照)

離島、へき地担当の保健婦活動には地域ニードとして急患発生時に対する処置、看護が要求される。

- ・容態観察
- ・中核病院へ容態を報告し指示を得る(医師不在の時)
- ・報告内容(年齢、性別、症状、経過、既応歴など)
- ・医師の指示でへり要請の場合は、家族に対しては移送時の準備をさせる。
- ・連絡：各関係機関と連携を密にする。
- ・保健所へ報告する。
- ・看護記録をとる。
- ・離島、へき地急患搬送に伴う経路図があると混乱が避けられる。

(5) 健康づくりと地区組織の育成 - 住民参加型の保健活動 -

ひとりひとりが自分の健康問題を自覚し、健康で生きていこうという意識をもつためには、地域のみんなとの日常会話や話し合いのなかで、お互いに考え合い、啓発し合い、健康生活を実現しようという意欲と望ましい生活態度を養うことが大切である。

また、自分だけではどうすればよいかわからない時は、同じような悩みを持った仲間が集まり、みんな考え、学習し、励まし合って実行することが大きな効果を生む。住民に気づかせ、話し合う場をつくり、健康生活へと実行させ、発展させていく課程が重要である。

1) 健康づくり地区組織活動とは「一人ひとりの健康の問題を、地域のみんなで解決しようとする活動」をいう。

- ・住民が実施する活動

自分たちのために自分たちが自主的に行う活動(ボランティアとしての参加)

- ・具体的な問題があって、解決する仕事がある。

問題は、地域それぞれで、解決する方法も画一にはいかない。自分自身の生活のなかで、切実に困った問題を発見し、その解決のためにはどうするか、ということから出発する。

- ・地域の人々と専門家による共同作業でもある。

問題解決のためには、専門家の指導、助言を得る場合や、行政機関が行う活動に協力して行う場合もある。

- ・地域の広さは決まっていない。

目的によって、広がりを変えることができる。

2) 地区組織活動の原則

組織づくりの第一歩は、その組織に参加している人たちが、この組織グループに参加してよかった、という喜びを持つこと。

- ・本当に望んでいるものは何かを知る～それに応えるところからまず活動する。
- ・気楽に話し合える工夫をする～本音を出させる。

- ・みんなが何かを分担する～やったあとの充実感を大切にする。
- ・みんなで調べる活動をする～調査によって、例えば食生活の実態、食文化などを十分研究し、学習及び普及、実践活動を始める。

3) リーダーの役割 - 案内役・世話役・まとめ役 -

リーダーは、先頭に立って人をリードしていくとか、指導者ではない。問題を投げかけ、刺激を与えながら、健康づくりの案内役をつとめ、世話をし、まとめ役にもなって、連帯感をがっちりと作りあげていくことが役割である。

“大木の下には雑草が育たない”といわれているとおり、リーダーが偉くなりすぎると近寄りがたくなるし、「私についてきなさい」という態度ではなく、対等な姿勢で臨むことが大切である。

組織の人々が役割を分担しながら、教え教えられる関係のなかで、集団行動のおもしろさを味わい、この活動をしていると本当に楽しい、という姿を創造していくことが大切である。

4) 専門家の活用

地区組織活動は、あくまでも住民の自発的な活動ですが、学習活動や実践活動を進めるにあたって、いろいろと専門家の指導が必要となる。

(6) 関係機関との連携・協力

地域には、病院、診療所、保健所、市町村、保健センター、公民館、農業改良普及事務所など公的機関や医師会、看護協会などの多くの関係団体があるので、積極的にこれらの機関の連携協力を求め、活用することが大切である。

- ・要医療者に対しては診療所医師、主治医などとの連携を密にし、受療継続ができるように援助する。
- ・医療中断、放置者、有症状者に対しては早期に医療が開始されるように診療所、医療機関などとの連携をとる。
- ・そのほか、区長、婦人会や母子保健推進員等との連携を取る。

資料の収集・提供、必要に応じてケースの情報等を共有し、理解を深める。

(7) 住民参加と保健婦活動

- ・保健計画策定への参画
- ・健康展
- ・福祉まつり
- ・その他

寄生虫対策や結核対策に関してキャンペーンを行うと地域全体への衛生思想の普及が効果的に図られる。

(8) 管理業務

- 1) 保健婦駐在所執務室の清潔等環境保全
- 2) 医薬品、保健指導に必要な備品、消耗品の管理
- 3) 駐在所に備える簿冊の保管整理

- ・ 出勤簿
- ・ 文書整理補助簿
- ・ 消耗品受払補助簿
備品台帳補助簿(等)
- ・ 郵便切手受払簿
- ・ 電話使用簿
- ・ 勤務日誌

- 4) 制服は清楚で、健康的な保健婦活動にふさわしいものにする。

(例)

上着：白のブラウス

スカートまたはパンツ：紺

参 考 文 献

「ソロモン諸島プライマリー・ヘルスケア推進プロジェクト終了時評価報告書」国際協力事業団医療協力部、1996年

「沖縄県における保健活動ガイドブック」国際協力事業団・沖縄国際センター、1997年

参 考 資 料

1. 「保健婦便覧」沖縄県環境保健部予防課、1983年
2. 「沖縄の公衆衛生看護事業・15周年記念誌」沖縄県看護協会 公衆衛生看護婦会、1967年

【参考資料1】:「公衆衛生看護活動の12の原則」ウィリアム ラスポーン

1. いかなる公衆衛生事業でも事業を始める前にその地区の要求している問題を研究し事業開始のあとも定期的に検討する。
2. 公衆衛生看護事業は地域の代表団体から後援されなければならない。
3. 事業はその精神においても事業そのものにおいても宗教にかたよらず、政党に属せず人種による差別的待遇をしてはいけない。
4. 公衆衛生事業の責任者に任命される人はすなわち、保健所長はその地区の指導者として認められなければならない。
5. 事業は地域のすべての人々にいきわたるものでないといけない。
6. 適当な記録は保存する必要がある。
7. あらゆる機会を利用して他の事業団体及び関係者と連携、調整を図る必要がある。
8. 保健婦の資格を有する者が公衆衛生事業に従事する。
9. 個人、家族及び公衆への衛生教育は保健婦の重要な任務であることを忘れてはならない。
10. 職業道徳を厳守する。
11. 保健婦のために継続した教育計画を準備する。
12. 勤務時間を定め休日は日数を規定して与えるべきである。

【参考資料2】:「保健婦のための処置指針」について

処置指針は、1951年に「業務規準」として作成され、1952年に一部改正して使用されているが、1971年にさらに検討を加えて全面的に改正し、「保健婦のための処置指針」としたものである。看護の行為は、臨床看護においても、公衆衛生看護においても、医師の行う治療処置と密接な関係をもっているため、その限界をはっきりさせることは難しいことである。

しかし、実際問題として、医師自ら行う処置又は医師の指示に基づいて行う処置であるにもかかわらず、看護関係者が医師に代って、また医師の指示を得ないで何らかの処置を行わなければならない立場におかれることがある。特に保健婦は臨床看護婦の場合と異なり、家庭訪問などにおいて単独で傷病者と接することが多く、そのために保健婦は公衆衛生看護婦業務の範囲を越えた医療の行為を余儀なくされ、精神的不安のなかで毎日の業務を進めなければならない。

また、最近公衆衛生上の問題になっている疾病のうちで、結核、高血圧症などにおいては医師が判定を目的として自ら行うべき処置が多分に保健婦の手に委ねられている現状であって、これがすべて医師によって行われることになると公衆衛生事業促進のうえに少なからぬ支障を及ぼすことになる。

このような状態にある公衆衛生看護婦活動を不安なく円滑に推進するために保健婦にまかせることのできる処置の範囲をあらかじめ医師と保健婦との間で話し合いによって定めておき、その範囲内の処置については指示を受けたものと解し、その行為は保護されるものとする。しかし、その範囲にはおのずから限度があるので、その規範としてこの処置指針を定めるものである。

このような意義をもつこの指針は、本来ある地区で医療を担当する医師とその地区で働く保健婦と

の話し合いによって、医師の指示があれば保健婦が行い得る処置について了解を得ておき、さらにある種の処置については、事後医師に連絡して了解を得るように、処置内容及び手続きについて明文化しておく必要がある。しかし、沖縄の医師制度のあり方ないしは看護事業のあゆみからみて各地区ごとに医師と保健婦が相互に自主的な立場に立って適正な取り決めを行うことは、まだ困難な事情にある。

そこで沖縄医師会の了解を得てその基本となる考え方及び処置の程度についての例を示し、各地区での両者の話し合いを容易にする基盤としたのである。したがって、地方的にはこれらを中心に医師会との間で追加されることもあり得る。(この場合基本線を超えた拡大解釈をしてはならない。)なお、この指針の内容は医学の進歩、疾病発生状況あるいは社会情勢の変化に伴い再検討されるべきである。

沖医第 145 号
1971 年 2 月 24 日

厚生局長 山川文雄 殿

沖縄医師会
会長 稲福 全志 印

保健婦のための処置指針について(回答)

厚予第 50 号(1971 年 1 月 28 日付)をもって依頼のありました標記の件については、当会理事会において検討いたしましたところ、結論を得ましたので、下記のとおり回答致します。

記

件の処置指針については、異存がありません。

保健婦のための処置指針

総 則

1. すべての治療は、医師の診断を得たあとにおいて行われるべきであって、たとえ緊急の場合といえどもみだりに治療行為を行わないこと。
2. 傷病者を発見した場合、本人またはその家族に対して医師の治療をうけるようにすすめること。
3. 測定または検査における結果の判定は、すべて医師が行うものである。したがって、測定または検査によって得た数値は正確な記録または報告に止めること。
4. 例示された処置は、医師の指示を受けないままで 2 回以上反復実施しないこと。
5. 主治医から処置指針の例示と異なった指示があってもこれに従わなければならないこと。
6. 医師から口頭で指示を受けた場合、なるべく早く記載してもらうこと。
7. 医師が傷病者の家族に対して口頭で指示したことをきいても直ちにそれを行わず、一応医師に連絡して確かめたうえで実施するように努力すること。

以上はこの処置指針を運用するにあたっての原則的なことからであるので十分に理解したうえで医師との関係を緊密にし傷病者に不都合が起こらぬよう注意すること。

処置指針

項目	処置基準	説明及び注意
I 注射	<p>(1) 筋肉及び静脈注射は医師が行う。</p> <p>(2) 皮下及び皮内注射</p> <p>イ 原則として医師の指示があった場合のみ行う。</p> <p>ロ 注射回数については慎重に考慮し強心剤等救急処置を行った場合、直ちに医師に連絡しなければならない。</p> <p>ハ 医師の指示がありやむを得ず医師が同席しない場所で行う場合には、使用する薬剤及びその使用法、注射量、注射部位を明示した指示書を受領のうえ実施する。ただし、集団を対象としない。</p>	<p>ロについて</p> <p>何らかの処置を行なれば悪化すると思われる場に行う強心又は、止血の処であるが、この場合の強心としてはビタカンファーの程度で、他の機能に影響を及ぼさず、また副作用のない薬剤に限ること。</p> <p>ハについて</p> <p>健康管理を目的として特定の場所で行うツベルクリン反応検査、その場所で受けることのできない者に対して訪問などによって行う場合を意味するもので、結核、性病、高血圧などの治療を目的とする注射、または栄養剤、ホルモン剤の注射を意味するものでないこと。</p>
II 検査	<p>イ 医師が行う。</p> <p>ロ やむを得ず医師が同席しない場合は、あらかじめ採決を行う場所、採決の目的、及び採血量について指示書を受領しておき、終了後被採血者の氏名及び住所を医師に報告する。</p>	<p>ロについて</p> <p>健康管理を目的として、特定の場所又は家庭訪問などによって行う場合を意味する。</p>
III 与薬	<p>イ 原則として医師の指示によって行う。</p> <p>ロ 応急の場合には、医師(公的、私的、又は団体)より与薬指示書を受けておき、その範囲内で行う。保健婦が自由裁量によって薬剤を選択することは、厳に慎まなければならない。</p>	<p>ロについて</p> <p>ある疾病に対して医師の治療方針がある程度一定しているものについて医師よりあらかじめ病状の度合いに応じた薬剤の指示を受けておき判断をあやまらないよう十分に注意する。</p>
IV 塗薬	<p>イ 原則として医師の指示によって行う。</p> <p>ロ 救急又は、応急の場合に医師の指示を受けないで処置を行った時は、事後必ず医師に受診するようにすすめる。</p> <p>なお、事後医師の治療に支障を来すような処置はしない。</p> <p>ハ 疾病予防又は保護を目的とする場合には、あらかじめ医師の了解を得ておき、その範囲内で行う。</p>	<p>ロについて</p> <p>救急の場合とは、人命にかかわるおそれのある場合をいい応急の場合とは軽度であっても、そのまま見過ごせないような状態の場合であること。</p> <p>ハについて</p> <p>疾病の予防、または保護という意味は例えば、小児の皮膚に湿疹を起こしそうな気配を発見した時に亢進しないように軟膏などを塗ったりして予防し、または既に発症しているがそれが軽度である場合、早く手当てをすることによって悪化することを阻止することを意味することである。</p>

項目	処置基準	説明及び注意
IV 塗薬	ニ 家庭に常備されている薬品については、その使用について正しく指導する。	
V 測定	<p>(1) 身体機能測定(視力、色覚、聴力、肺活量、握力、背筋力、懸垂)などの簡易なものは、医師の指示によって行い精密を要するものは医師が行う。</p> <p>(2) ツベルクリン反応の測定 <input type="checkbox"/> 原則として医師が行う。 <input type="checkbox"/> やむを得ず行う場合きめられた基準によって測定し、正確に医師に報告する。</p> <p>(3) 血圧測定 <input type="checkbox"/> 原則として医師が行う。 <input type="checkbox"/> 予防対策として一般を対象に行うには、医師と話し合いの上作成した基準に基づいて測定し、指導を行い結果を医師に報告し、必要に応じ事後指導についての指示を受ける。</p>	
VI 検査	<p>イ やむを得ず医師の指示に基づいて行う範囲は、次の検査とする。</p> <p>虫卵検査のための検便 簡単な尿検査 血沈検査</p> <p>血色素検査</p>	<p>について 蛋白・糖・ウロビリノーゲン・フェニールケトン等テストテープなどで検査する。</p> <p>について ヘモメーターなどにより特に妊産婦貧血を発見するために行う。</p>
VII 洗浄	<p>イ 原則として医師が行う。</p> <p>ロ やむを得ず外傷などに対する緊急処置、洗眼、点眼を行う場合はあらかじめ医師の指示を受けておき事後報告をする。</p>	
VIII 浣腸	<p>イ 原則として医師が行う。</p> <p>ロ 緊急やむを得ず行う場合のために医師よりあらかじめ指示を受けておき、その範囲内で行い事後医師を報告する。</p>	<p>ロについて 与薬、塗薬の場合と同じ。</p>
IX 食箋	<p>イ 疾病別食箋は医師が発行する。</p> <p>ロ 疾病又は疾病予防を目的とする食物摂取上の指導はあらかじめ医師により指示を受けておき、その範囲内で行う。</p> <p>ハ 疾病がある者に対して緊急やむを得ぬ場合のためには、あらかじめ医師より指示を受けておき、その範囲内で行う。</p>	<p>ハについて 与薬、塗薬の場合と同じ。</p>

症状別例示

項目	看護処理	承認された医療処置	特別地域において承認を受けるべき医療処置
咽頭痛	<ol style="list-style-type: none"> 水分を与える。 診断が確定するまで隔離する。 温かい含そう水で含そうさせる。 流動食、半流動食をとらせる。 口腔内分泌物は紙に包んで焼却する。 	含そう水は食塩水、サーサン水、重曹水	
熱傷 (小範囲)	<ol style="list-style-type: none"> 冷水又は重曹につけ受傷部位を冷やす。 清潔なガーゼを当て、ゆるく包帯をまき、疼痛の強いときは包帯の上から氷嚢で冷やす。 水疱は破らないで医師に送る。 		
(広範囲)	<ol style="list-style-type: none"> 衣服にしみ込んだ熱を早く冷やすためにまず冷水をかける。 毛布で全身をまいて保温に留意し、頭部を低くする。 衣類は無理に脱がさないで切り取る。 水分を与える。水、お茶でもよいが、できれば重曹食塩水をコップの半分与える。ほしがるときにそれを飲ませる。(しゃっくり、吐き気があればそれ以上は与えない) 	重曹、食塩水は水1リットルに重曹、食塩をそれぞれ茶サジ半杯ずつ入れて作る。	
(目に化学薬品がはいった場合)	<ol style="list-style-type: none"> 眼の面から多量の水で洗い流す。瞼の裏側も注意して洗う。 必ず医師の治療を受ける。 		
喀血	精神安定を保たせるため、会話をさけ面会を謝絶する。窒息の危険を予防するため血液がしやすいような体位を取らせる。状態の変化のない場合には、濃い食塩水をコップ1杯も飲ませ氷嚢を胸部に短時間、時々貼用する。喀血の量を医師に報告する。		止血剤 アドナ、トロボゲン、カチーフなどを注射する。 心臓衰弱の激しい時は、強心剤(ピタカンファー)の注射を行い事後医師に報告する。
外傷	<ol style="list-style-type: none"> 出血がはなはだしい時は、圧迫包帯により止血する。 骨折またはその疑いのある時は必ず副木を当てる。 捻挫又は打撲傷の場合は、冷湿布を施し、安静を保つ。 	創面が汚れている時は洗淨(生理的食塩水0.5%逆性石かん2%、硼酸水3%、過酸化水素液)した後、感染防止のために創傷面を2%マーキュロム又はヨードチンキで消毒し滅菌ガーゼを当てる。	
けいれん	衣類をゆるめ、静臥させ歯列間に舌圧子、スプーンなどを入れ、舌をかまぬよう注意し、医師に連絡する。		
肛門の疾患	患部を清潔にする。脱肛が自然に還納されない場合は、油をつけたガーゼまたは綿花で静かに還納する。ただし、時間のたったものや、出血の甚だしいもの、うっ血著明のものは冷湿布を施し、早く医師の受診をすすめる。		
咬傷犬	ヨードチンキ、マーキクローム、0.1%昇汞等で消毒し、医師に送る。咬傷犬が狂犬であるかどうかを確かめる。 できるだけ早く医師の治療を受けさせる。	医師の指示に基づき予防注射をするようにすすめる。	

項目	看護処理	承認された医療処置	特別地域において承認を受けるべき医療処置
毒蛇 ハブ	<ol style="list-style-type: none"> 1 安静にして毒素の全身に移行するのを防ぐ。 2 咬傷部より中心部に近い部位で圧迫帯をしめる。(動脈血は止めず、静脈血を止める程度) 3 水分の補給 (お茶、湯ざまし) 		ハブ血清があれば注射する。
湿疹	<p>症状に応じて軟膏の種類を選んで使用する。症状の重いものは医師におく。</p>	<p>各種発疹に対し、原則的に次のごとく使用する。</p> <p>発赤：亜鉛華油、 麻疹：ウィルソン泥膏、 び爛：亜鉛華油、または亜鉛華軟膏</p>	
褥創	<p>局所を清潔にして感染予防に努め、後発部位に円座をあてがい、時々体位転換を行い、発赤箇所を希硝酸で清拭し、よく乾燥させて感染の予防に努める。褥創部は亜鉛華軟膏、亜鉛華オリブを塗る。</p>	<p>褥創部はマーキロクロムで清拭し、亜鉛華軟膏、亜鉛華油を塗る。または0.1%アクリノール液湿布を行う。</p>	
鼻出血	<ol style="list-style-type: none"> 1 医師の治療を受ける手配を第一義とする。頭部を高めにして安静を図る。多量出血の場合は窒息を予防するため体位を考慮する。 2 脱脂綿をまるめてつまめるか、外部から鼻翼をつまむ。 3 冷湿布をする。 	<p>出血多量の時は、止血剤を注射する。</p> <p>ビタミン K(カチーフなど)</p>	
疔よう	<p>外部からの刺激をさけ、局所は冷湿布を行う。</p>	<p>患部を消毒した後硼酸軟膏を貼用、またはホーサン水、リバノール液の湿布をする。</p>	
中毒	<p>速やかに新鮮な空气中に救出する。衣類をゆるめ呼吸を楽にさせ、保温と、四肢の血流に注意する。殊に睡眠を妨げること。(絶えず刺激する。)アンモニア、硝酸あんどをかがせる。</p>	<p>人工呼吸をする。</p>	<p>心臓の衰弱が激しい時は強心剤、呼吸困難が著しい場合は呼吸中枢、興奮剤の注射を行う。強心剤としてピタカンファーを使う。</p>
食中毒	<p>食物をできるだけ速やかに排出させる方法をとる。水分の補給を行い、保温に注意する。</p>	<p>石けん又は、グリセリン浣腸を行う。</p>	
薬物中毒	<p>農薬が皮膚についた場合速やかに汚染した衣類等脱がせる。皮膚についている場合は流水と石けんで洗い落とす。保温に留意する。そのほかの薬物を飲んだ場合。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 温かい水分を多量に与える。 2 咽頭は刺激して嘔吐させる。 (胃せん孔の疑いのある場合は、1・2は行わない。) 3 酸・アルカリの場合は、はじめから中和剤を飲ませる。自然に嘔吐させる。吐いたあと、もう一度くり返す。 4 ねこいらずの場合には、1・2の処置をしたあと、生の卵白を飲んで身体を保温する。 5 睡眠剤の場合、意識があれば、1・2の処置をしたあと、茶、コーヒー等の興奮剤を与える。 6 呼吸が止まっていれば人工呼吸を行う。 	<p>人工呼吸を行う。</p> <p>酸の中和剤として重曹、石灰水、マグネシア水、いずれを使用してもよい。酸の緩和剤として、牛乳、卵白、種油、オリーブ油などを使用、アルカリ中和剤として普通の食酢レモン汁のようなものを与える。アルカリ緩和剤として牛乳を多量与える。</p> <p>睡眠剤の中和剤として3%過酸化水素1～2%重曹水1～2%タンニン酸水を使う。</p>	<p>心臓衰弱の著しい時</p>

2. 母子保健活動の実際

沖縄県立看護大学 教授

仲里 幸子

沖縄県中央保健所 保健福祉課長

大城 清子

沖縄県中央保健所 保健福祉課主幹

下地 ヨシ子

2 - 1 妊産婦健康管理

(1) 母子健康手帳

母子健康手帳は、妊娠中から産後まで、子どもの出生時から就学時までの健康状態を記録するとともに、健診などの記録や母親が記入する欄があり、母子の健康管理に関する一貫した記録をすることができる。識字率の低い地域では、目で見ても理解しチェックできるようイラストなどで表現し、母親が親しみをもって気軽に、随時記録し活用できるよう工夫をし作成する。健康診査、健康相談、予防接種、家庭訪問時など、重要な情報となることを理解させる。

(2) 妊婦健康診査及び健康相談

医療機関にめぐまれない交通不便な離島へき地では、保健婦は医師とチームを組み、妊娠期間中少なくとも前期1回、後期1回健診が受けられるよう、移動式による健診を実施する。また、保健婦は助産婦とのチームにより、移動式の妊婦相談を村の公民館などを活用して実施する。保健婦は問診・尿検査(蛋白・糖)、貧血検査(ヘモメーターなど使用)、血圧及び体重測定と保健指導を行い、お互いに協力する。妊婦自身、妊娠経過中の流・早産徴候や妊娠中毒症などの異常徴候を早期に発見し、保健婦や医師・助産婦に連絡することができるよう、具体的に指導する。

保健婦のみの健康相談の場合、特に全体のヘルスチェックを十分に行う。

(3) 母親学級・両親学級

母子の健康をよりよい状態に維持・増進するために、日常生活のなかで必要な基本的な知識や技術を身につけさせ、行動することができるようにする。地域の文化や風俗習慣等を把握し、改善できる点など具体的に指導する。参加者は、妊婦のみならず、夫の参加の両親学級は、母子を理解させ妊婦の強力な支援者になるようにさせる。また、地域によっては、影響力の強い実母や姑などの参加も必要である。内容は、地域の母子の健康上の問題点など考慮し、妊娠の成り立ちとお産、具体的なお産の準備、妊娠中の栄養、労働、具体的な育児の方法、産後の家族計画、夫の役割などを計画する。紙芝居、ポスター等の視聴覚教材など、識字率を考慮して具体的に検討し準備する。

(4) 家庭訪問

家庭訪問は、母子のみならず家族の健康状態や家庭の状況を把握し、具体的に生活に密着した指導

や援助を行うことができる。特に医療施設に恵まれない地域においては、家庭分娩に備えての指導も必要である。また、母子の問題解決のための家族の個々の役割などの指導も、家族に会うことにより具体的に行うことができる。特に保健指導の際、地域の文化・風俗習慣・宗教などを理解したうえで行う。

(5) お産の準備

分娩・産褥・育児に必要な物品は、早産が起こることもあるので、妊娠24週ごろまでには準備しておくことが無難である。経済流通機構が確立されていない地域や貨幣経済が定着していない地域では、家庭内にある物や近隣の人々の支援を得て準備する。沖縄で現在も行われている頼母子講(お金・物品)も準備をするのに役立つ一つの方法と思う。最小限度必要な物品を、家庭分娩、センターでの分娩などによってリストを作成する必要がある。

(6) 分娩

戦後沖縄においても医療施設に恵まれない無医地区では家庭分娩が多く、無免許のとりあげばあさん(Traditional Birth Attendants: TBA)によって分娩介助がなされていた。当時の保健婦は離島地域へ赴任する前、自らすすんで助産所で分娩介助の実習をした。TBAとともに村の分娩介助に参加し母子の安全な健康管理に努めた。無医地区の離島へき地で保健婦が分娩介助に参加する場合、常に清潔と消毒に気づかいをしなければならない。保健婦はTBAと協働するなかで、教育指導を行い、安全な分娩の維持に努める必要がある。

地域によっては、ヘルスセンターで分娩する妊婦について家族の移動も見受けられるがその地域の風俗習慣の理解も必要である。

(7) 褥婦の保健指導

妊娠・分娩によって生じた性器及び全身の解剖的・機能的変化が、非妊時の状態にもどる分娩後6~8週間は、褥婦自身、身体についてよく理解し、特に栄養と悪露交換に気をつけさせる。保健婦は、褥婦の健康のみならず生活環境についても、家族を含め指導し調整する。心にゆとりをもって育児ができるようにする。農業などの労働を始める時期など具体的に指導する。

(8) 家族計画

夫婦ともに指導をするよう計画する。識字率、文化、宗教、風俗習慣などにより避妊方法など理解させるのに、どのような方法がよいのか情報を整理して判断する。特に指導の際の教材は、その地域にあった教材を検討する。家庭訪問、母子健康相談などあらゆる機会を活用して、継続して理解し実行できるまで指導する。

2 - 2 乳幼児健康管理

乳幼児の保護者に対し、出生前に引き続き新生児から青年期に至るまで一貫した保健指導を行い、

乳幼児から青少年健全育成のための基礎をつくる。

(1) 乳幼児の把握方法

- 1) 駐在保健婦が地域活動の際、オムツやベビー服が干されている家を訪ねる。
- 2) 地区の助産婦と連携し情報を入手する。
- 3) 地区のリーダーから情報を入手する。
- 4) 母子保健推進員から情報を得る。
- 5) 出生届から情報を得る。

(2) 子どもの栄養

乳幼児期は身体発育が最も著しく、健全な発育発達を促すための栄養指導は重要である。

- 1) 母乳栄養： 新生児期の栄養では母乳栄養を第一とする。母乳栄養の利点として、
 - ・免疫効果がある。
 - ・母子相互作用を高める。
 - ・牛乳アレルギーがない。
 - ・乳児死亡率・罹患率が低いなどで乳児にとって最も適した栄養である。
- 2) 人工栄養： 母乳が少なくやむなく人工乳を利用する場合でも母乳を優先的に飲ませ、不足分を人工乳で補う
 - ・調乳に際しては、手洗い、ほ乳瓶(調乳器具)の消毒、ミルクの適正保管、指示量に従った調乳に心がける。
- 3) 離乳食： 乳児の発達はめざましく4～5カ月ごろになると乳汁だけでは必要なエネルギー・や栄養の補給が困難になる。また、生歯・消化機能の成熟・知能の発達から乳汁以外の食物摂取が必要であり、この時期から次第に固形食へと移行させていく。
 - ・子どもの個性に合わせて、楽しくおいしく食べやすいように、バランスのとれた内容の離乳食を工夫する。
 - ・食中毒や下痢を予防するため加熱した新鮮なものを与え、調理に際しては、手洗い、食器等、清潔に留意し調理する。
- 4) 安全な水の確保： 沸騰させた水を使用する。

(3) 家庭訪問活動

子どもの出生を早期に把握し、家族の状況に応じ親や家庭へ子どもの発育・発達を家庭訪問で教育を行う。

- 1) 子どもの健康状態の観察： 体重増加(体重測定・手ばかり、乳児用体重計など)便・尿の性状及び回数、睡眠状況、身体を観察など
- 2) 順調な発育・発達のための栄養の確保： 母乳不足、吸啜の強弱、栄養の不足、母乳・ミルクの回数など

3) 身体の清潔

- ・ 子どもの身体の清潔： 頭、目、耳、口腔、頸部、臍、股間部、臀部など全身の皮膚の状態を観察する。
- ・ 衣服及び寝具の清潔
- ・ 子ども部屋などの住環境を整理整頓し清潔にする。
- ・ 入浴を毎日行い清潔にする。入浴できない場合は清拭を行う。

(4) 乳幼児健康相談

家庭訪問による指導のほかに集会所(公民館、保健婦駐在所等)で健康相談を行う。

健康相談では、視聴覚教材などの資料を十分に活用し育児に関し母親の教育効果を高める。

- 1) 順調な発育を知るために計測器具が揃えられて正確な測定ができる。ひとりひとりの発育状況に合わせてしつけや養護について適切な指導を行う。
- 2) 母子健康手帳の活用：健康状況を記録し活用方法を指導する。
- 3) 同年齢の子どもを持つ親とコミュニケーションをとることができ、育児の情報交換ができる。

(5) 健康教育

親が育児方法の知識や技術を取得するために分かりやすい手作りなどの視聴覚教材を使用し、地域のすべての子どもが健康に育つことを教育する。

育児学級などの開催により下痢、寄生虫等、子どもの健康に影響の大きい病気について予防教育をし、子どもの健康な発育・発達の知識を高める。

(6) 疾病予防

- 1) 健康で発育・発達していても医師による健康診査は健康状態を確認するために必要である。先天的な異常、病気の早期発見のため乳児前期・後期に医師の診査は少なくとも1回以上、1歳6か月ごろに1回、2～3歳頃に1～2回、4歳以上は年に1回以上の健康診査を受ける。
- 2) 自然に罹患すると死亡率が高く、または後遺症を残す子どもの感染症を予防するため、WHOの推奨する予防接種について親に勧奨する。
- 3) 子どもの発達に応じて事故防止を未然に防ぐための安全教育を行う。

(7) 障害児への支援

すべての子どもは五体満足で生まれるとは限らず、また後天的な病気で障害になることもある。そのような子を持つ親は、孤立しやすく、悩みが大きい。また、その治療に経済的にも負担が大きいため、周囲の暖かい愛情と協力が重要である。

障害があっても子どもの個性を豊に育む環境をつくるのが最も大切である。

保健婦は、障害児の親を集め障害児についての学習会を行い親の会の活動を育成するなど相互の支え合いができるようにした。現在では、乳幼児健康診査、療育相談、障害児保育、障害児教育等の体系整備をしている。

(8) 思春期保健

健康な子どもを産むためには、親の心身の成熟と、経済的な自立が必要である。そのため思春期の教育は重要である。保健婦は、学校、子供の親、妊娠可能な青少年などを対象に性教育、避妊教育、家族計画指導を重点的に行った。

親が子どもの発達年齢に応じた性教育を行う。

- ・子どもに性教育ができるよう親も学ぶ機会がある。
- ・心身ともに未熟な10代での妊娠を防ぐために避妊教育を行う。

(9) 母子保健推進員活動

母子保健推進員は、市町村長の依頼を受け、地域で妊産婦や乳幼児の問題点の把握や健康診査や健康相談の未受診者、及び予防接種の未接種者などの把握をしたりして、市町村の保健衛生行政と、住民のパイプ役として活動している住民の身近な存在である。保健婦との密接な連携のもとに活動している。母子保健推進員制度がまだ実施されていない時代は、地域の婦人会がその役割を果たしていた。お互いに情報交換しながら地域の問題を保健婦へ連絡をし、常に地域の健康管理に関心をもっていた。特に、地域の集団検診の際は婦人会の協力は大きかった。

地域によっては、教会や寺院の婦人会があり、それぞれの文化や風俗習慣によって、既存の組織を活用することは重要である。健康教育を行うことにより、その必要性を理解させ、母子保健推進員活動のような活動は可能である。

参 考 文 献

- 「沖縄県小児保健協会の10年」沖縄県小児保健協会、1983年
- 「沖縄県小児保健協会20年のあゆみ」沖縄県小児保健協会、1995年
- 「沖縄県の母子保健」沖縄県福祉部健康増進課、1998年
- 「沖縄戦後の保健所のあゆみ - 保健所30周年記念誌 - 」沖縄県環境保健部予防課、1981年
- 「沖縄における保健婦活動」東京医学社 周産期医学 第17巻 第7号、1987年
- 「沖縄の公衆衛生看護事業15周年記念誌」沖縄看護協会公衆衛生看護婦会、1967年
- 「沖縄の公衆衛生看護事業30周年記念誌」日本看護協会保健婦部会沖縄県支部、1982年
- 「沖縄の小児保健のあゆみ」沖縄県小児保健協会 沖縄の小児保健第16号、1989年
- 「厚生行政概要('72復帰への指標)」琉球政府厚生局、1969年
- 「地域母子保健と保健婦の果たす役割」東京医学社 周産期医学 第9巻第6号、1979年
- 「人びとの暮らしと共に45年」沖縄の駐在保健婦活動 沖縄県、1999年
- 「風しんによると思われる心身障害児検討報告」日本政府派遣検討班、1969年
- 「ふみしめて50年 保健婦活動の歴史」日本公衆衛生協会、1993年
- 「保健婦便覧(保健指導編)」沖縄県環境保健部刊、1986年
- 「母子保健マニュアル(第3版) 南光堂、1995年
- 「母子保健マニュアル」厚生省児童家庭局母子保健課監修 財団法人母子衛生研究会、1996年

索引

英数字

1次・2次・3次医療.....30
Aサイン.....84, 85, 99, 100
NGO.....124, 125, 133, 136, 139, 140, 144

ア行

アセスメント.....43, 44
亜熱帯.....20, 23, 67, 128, 133, 135, 139, 141
医介輔.....37, 39, 41, 53
医師個人自由開業制度.....37
医療行政.....36, 38, 110, 134
医療施設.....26, 30, 36, 37, 47, 65, 68, 141, 142, 143, 146,
164
医療従事者.....26, 28, 30, 36, 37, 39, 69, 73, 107, 128, 134,
136, 142
医療ネットワーク.....142
インターネット.....55, 56
インフラ整備.....58
飲料水汚染.....58, 59
ウィラー・プラン.....75, 86, 87
衛生環境研究所.....28, 89, 106, 118, 124, 128, 130, 131
衛生監視員.....37, 100, 101, 132
栄養指導.....48, 68, 114, 152, 153, 165
沖縄・アジア医学研究センター.....119
沖縄群島政府.....36, 47, 60
沖縄県庁.....28, 106
沖縄民政府.....36, 39, 47, 60, 61, 62
屋内残留噴霧.....90, 91, 94

カ行

介輔制度.....37, 38, 39, 41
拡大予防接種計画.....65
過疎化.....24, 30
家族計画.....110, 113, 128, 131, 133, 163, 164, 167
官営医療制度.....37, 38
環境衛生.....28, 30, 37, 39, 59, 73, 86, 111, 114, 129, 132
看護婦.....26, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 47, 48, 49,
52, 60, 65, 67, 68, 72, 84, 107, 108, 109, 110, 111, 113,
116, 118, 119, 120, 121, 123, 132, 134, 136, 138, 139, 142,

143, 156, 157, 167

完全参加と平等.....102, 105
感染症対策.....58, 72, 84, 111, 118, 121, 122, 123, 124, 131,
134, 135, 137, 141, 142
寄生虫ゼロ作戦.....71, 72, 73, 88, 125
寄生虫対策.....71, 72, 73, 155
救急医療体制.....28, 30, 56, 57
救命救急センター.....30, 56, 109
緊急移送体制.....53
結核対策.....63, 64, 66, 67, 128, 132, 155
結核予防法.....63, 66, 67
県看護協会.....121, 122, 131, 138, 156
県系人社会.....22, 23
研修員受入事業.....106, 107, 110, 129
県立看護大学.....32, 35, 47, 106, 115, 135, 138, 163
コ・メディカルズ.....37
公衆衛生看護婦.....37, 38, 47, 48, 49, 52, 60, 65, 67, 68, 72,
84, 111, 116, 132, 134, 136, 139, 156, 157, 167
公衆衛生部.....49, 60, 61, 84, 91, 93, 100
広報活動.....58, 66, 72, 81
高齢化.....24, 30, 31, 33, 40
国際協力事業団.....106, 108, 156
国際交流課.....106, 107, 124, 127, 128
国費医学生留学制度.....31

サ行

サーベイランス.....66
在宅治療.....65, 67, 68, 69, 70
細胞診検査士.....123
作業療法士.....33
諮詢委員会.....60
市町村.....26, 28, 30, 35, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 59, 60,
62, 63, 66, 71, 72, 79, 80, 81, 86, 87, 89, 91, 92, 100, 103,
104, 106, 107, 111, 112, 122, 129, 132, 133, 134, 135, 138,
139, 140, 147, 149, 155, 167
児童相談所.....28, 49, 105
児童福祉法.....47, 48, 52
獣医師.....37, 101
集団検診.....64, 65, 66, 153, 167

住民参加.....77, 80, 81, 113, 115, 128, 132, 134, 135, 136,
154, 155
障害者基本法.....102, 105
食品衛生監視員.....37, 132
食品衛生法.....84, 99, 100, 101
助産婦.....31, 32, 34, 35, 36, 45, 46, 48, 121, 138, 163, 165
身体障害者(児).....28, 49, 102, 103, 104, 105
診療放射線技師.....33
スクリーニング.....65, 66, 73
生活改善普及員.....114, 153
成人病.....23, 25, 30, 58, 70
性病Gメン.....84, 132
性病対策.....84, 132
赤痢.....58, 59, 86, 99, 132
卒後臨床研修.....108, 137

タ行

地区組織.....43, 46, 66, 73, 115, 146, 154, 155
地区保健医療計画.....28, 30
知的障害者(児).....102, 104, 105
長寿.....22, 23, 28, 36, 37, 38, 41, 53, 111, 132, 139
島嶼.....20, 30, 43, 133, 142, 143

ナ行

乳肉衛生対策.....100, 101
乳幼児.....47, 48, 49, 50, 51, 52, 66, 73, 111, 113, 114, 123,
141, 142, 151, 153, 164, 165, 166, 167
妊産婦.....47, 48, 49, 50, 52, 123, 151, 160, 163, 167
ノーマライゼーション.....102, 105

ハ行

バイオマス.....20, 23
ハンセン病対策.....69
フィラリア対策.....78, 79, 80, 81
フィラリア防圧.....78, 79, 80, 81, 90, 91, 96
風土病.....72, 75
福祉事務所.....28, 49, 103, 105
福祉保健部.....28, 29, 54, 55, 86, 106, 124, 128, 129, 133,
141, 145
布告.....36, 37, 38, 39, 69, 84
プライマリー・ヘルスケア.....115, 119, 128, 132, 133, 135,

138, 141, 142, 156
布令.....37, 38, 39, 43, 47, 60
米国軍政府.....36, 38, 39, 41, 60
米国民政府.....36, 38, 39, 41, 42, 47, 49, 58, 59, 69, 70, 73,
77, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 99, 100, 108
ヘリコプター.....30, 41, 46, 56, 57
保健医療計画.....28, 30
保健活動ガイドブック.....156
保健所.....22, 28, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45,
47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 58, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68,
69, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 88,
89, 90, 91, 92, 93, 99, 100, 101, 106, 107, 109, 111, 112,
113, 114, 115, 122, 124, 127, 128, 129, 132, 138, 145, 146,
147, 154, 155, 157, 163, 167
保健婦駐在所.....45, 52, 54, 65, 67, 156, 166
保健婦のための処置指針.....45, 154, 157, 158
母子健康手帳.....47, 48, 52, 163, 166
母子保健.....47, 48, 49, 50, 51, 52, 73, 110, 113, 124, 128,
131, 132, 133, 142, 155, 163, 165, 167

マ行

マスキャンペーン.....72, 74, 79, 81
マラリア対策.....75, 128
マラリア防圧.....75, 77, 89, 90, 96
マングローブ.....20, 23, 124, 125, 126, 128, 129

ヤ行

有害衛生動物対策.....89
予防接種.....48, 60, 61, 62, 63, 65, 113, 132, 145, 146, 163,
166, 167

ラ行

理学療法士.....33
離島・へき地保健医療計画.....28, 30
琉球大学医学部.....28, 30, 34, 53, 77, 81, 118, 119, 128, 129,
130, 131, 133, 134, 135, 140
療養手帳.....105
臨床看護.....42, 107, 109, 110, 130, 131, 157
臨床検査技師.....33, 38, 49, 51, 62, 109, 122, 123, 127, 132,
133, 139
レプトスピラ症対策.....82