

最終講議

私が行った国際医療協力について

東京女子医科大学 附属第二病院 外科

カジ ワラ テツ ロウ
 梶 原 哲 郎

(受付 平成 14年9月3日)

はじめに

私は過去 15 年にわたり国際医療協力をやってきた。一口に医療協力と言っても基礎的な予防、疫学から臨床におよぶ幅広い分野がある。発展途上国においては前者の基礎的分野の方が効果的かも知れない。ただでさえ文化の違い、言語の障害がある国際交流において、外科は手術手技が主流となり、相手国にとってはなかなか受け入れ難いものであるが、私はあえて消化器外科の臨床を主に色々な国と交流を行ってきた。それらの国々は、私の個人的な関係から始めた南米のボリビア、医局が中心となった中国、東京女子医大全学で引き受けた中米のコスタリカ、日本の各大学にお願いした東欧のポーランドの 4 カ国である。これらの経験を報告するのも無駄ではないと考え最終講義にとり上げた。

1. 南米ボリビアとの交流（表1）

1987 年、国際協力事業団 (JICA) の専門家巡回健康相談医として南米 4 カ国（パラグアイ、ボリビア、チリ、コロンビア）を訪問した。南米各地には戦前、戦後を通じて日本からの移民が行われ、移民政策の失敗から移民局を引き継いだ JICA が各国に色々な無償援助を行っていた。ボリビアには主要 3 都市に胃腸センター、サンタクルス市に 200 床の日本病院が無償援助で建設されていた。それらは 10 年以上経過し、援助機器も老朽化が目立っていた。

サンタクルス市の日系 2 世の医師と医師会か

ら、日本との医療協力、援助を熱望された。帰国後、私は二つの方向で医療協力を開始した。一つは学術的交流を目的としたボリビア-日本消化器シンポジウムの開催であり、他の一つは各胃腸センターに JICA の第 2 フェーズの医療援助を行う働きかけであった。

1) 日本-ボリビア消化器シンポジウム

まずシンポジウムを紹介する。『日本は戦後の努力で豊かな国になったが、貧しい国に対する医療協力は何らなされていない。ボリビア-日本の消化器シンポジウムに参加して医療協力をお願いしたい。』との呼び掛けを行った。多くの先生方の賛同を得て、シンポジウムに参加する世界最強の日本チームが結成された。

1988 年 10 月、同国のサンタクルス市において日本-ボリビア消化器シンポジウムを開催した。期日は 3 日間で、内容は臓器別に分け、日本の先生が講演を行い、ボリビアの先生が国内の状況を説明し、総合討論を行う形式をとった。日本の先生方の経験症例数が圧倒的に多かったが、ボリビアの先生方も少ない症例から得た最新の治療経験を述べ、熱心な討論があった。日本から持ち込んだ最新式の超音波装置のデモ、当時発売になつたばかりの制癌剤の使用経験等もトピックスとして取り上げた。手術も行った。バレット食道狭窄の胸部食道全摘術、ファーテー乳頭部癌の脾頭十二指腸切除術で、両方ともこの国では最初の手術となつた。

Tetsuro KAJIWARA [Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University Daini Hospital] : My international medical cooperation

表1 ボリヴィアでの活動

1987年	JICA 専門科健康診断にて南米4カ国訪問（パラグアイ、ボリヴィア、チリ、コロンビア）
1988年	第1回日本-ボリヴィア消化器シンポジウム開催（サンタクルス）
1989年	第2回日本-ボリヴィア消化器シンポジウム開催（サンタクルス）
1990年	第16回ボリヴィア外科学会招待講演（コチャバンバ）
1991年	JICA ボリヴィア消化器疾患第2フェーズプロジェクト調査団長
1993年	JICA 第2フェーズプロジェクト実施協議調停書調印 第3回シンポジウムと第17回ボリヴィア外科学会合同開催（スクレー）
1994年	手術の要請（日本病院脳外科医師ファーテー乳頭瘤）
1995年	第4回シンポジウムと第18回ボリヴィア外科学会合同開催（ラパス） Pan American Gastroenterology 参加（ハバナ）
1997年	第5回シンポジウム開催と第19回外科学会開催（サンタクルス） College of Surgeon South American Chapter 参加（ラパス） Pan American Gastroenterology 参加（サントドミンゴ）
1998年	手術要請（日本人会々長胃癌）
1999年	第6回シンポジウム開催（コチャバンバ）
2001年	第7回シンポジウム開催（スクレー） Pan American Gastroenterology 参加（リマ）

当地の医療費支払いのシステムは、患者は入院費を病院に、手術料と麻酔料は外科医と麻酔医に支払う。その他に手術に必要な材料を全部揃えなければならない。輸液、抗生物質、酸素、縫合糸、ガーゼ等もろもろである。患者の家族は病院の前の薬店でそれらを買い揃える。現地人は貧乏であるからこれらの費用が高く、手術を受けることができない。人口の5%の金持ちはボリヴィアでは手術を受けずアメリカやブラジルに行き、30%は会社の保険や個人で医療保険に入っており、これらの人々が手術の対象となる。残りの65%は医療、手術と関係なく生まれ死んでいく。

地球の裏側から来た医療使節団ということで大変な反響を呼び、大歓迎を受けた。一行の全員がサンタクルス市名誉市民、各学会の名誉会員に推举された。シンポジウムは2年おきにボリヴィアの4大都市で開催し、2001年までに計7回開いたことになる。

2) JICA 消化器疾患対策プロジェクト

ボリヴィアにおけるもう一つの活動は、JICAが無償で医療援助を行った3つの胃腸センターと日本病院の老朽化した医療機器の更新および現地医師の再教育のための消化器疾患対策プロジェクトを内容としたJICA第2フェーズの医療援助を行うことであった。

医療援助は1回のみではなく長年にわたる息の

表2 中国との交流

1984年	長春市市民病院張咸享院長来日
1985年	榎原教授一行長春市市民病院訪問
1986年	長春市市民病院李燦德先生留学
1988年	梶原一行同病院訪問、張玉慶先生留学
1990年	同病院朱永德先生留学 中国医科大学、大連医学院訪問、姉妹医局締結
1991年	中国医科大学呉賦先生留学
1993年	中国医科大学、大連医学院第2回目訪問 大連医学院殷朔先生留学
1995年	中国医科大学戴朝六先生留学
1996年	両大学第3回目訪問 大連医学院李泳先生留学
1998年	中国医科大学陳春先生留学
1999年	両大学第4回目訪問 大連医学院比偉先生留学
2000年	大連医学院比偉先生留学

永い協力が必要である旨をJICA、政治家、外務省に働きかけた。1991年、JICAの第2フェーズ調査団が派遣され、私も団長として当地を訪れた。その結果、3億円3年間のプロジェクトが認められた。第1回のプロジェクトを担当した東邦医科大学にこの第2フェーズのプロジェクトもお願いし、私は国内委員として参画し、無事終了した。

3) ボリヴィアでの感想

地球の裏側にあたるボリヴィアに15年の間に11回も足を運んだことになる。片道30時間もかかる飛行機の中で、同行の先生方と医療協力について度々討論した。その内容は、貧しい国の医療

表3 プロジェクト全経過

1994年 7月	事前調査, 大川教授(放射線科), 芳賀助教授(外科), 梶原
12月	事前長期調査, 成高講師(外科)
1995年 2月	実施協議調査団, 吉岡学長, 小垣原部長, 小早川教授(国際環境熱帯医学), 高崎教授(消化器外科), 梶原 実施協議書(R/D)調印
4月	プロジェクト開始, JICA調整員赴任
6月	コスタリカ大学研究所開設20周年記念講演, 梶原
7月	長期専門家桑原放射線技師赴任
8月	チームリーダー笹川助手(消化器外科), 長期専門家笹川助手(消化器外科)赴任
10月	長期専門家大西看護婦, 佐々木病理医師(横浜市立大学)赴任
11月	セミナー開講講師森教授(内科), 村田助教授(消化器内視鏡科), 梶原
1996年 2月	プロジェクト計画打ち合わせ, 相羽教授(病理), 大川教授, 梶原
4月	長期専門家島川助手(外科), 湯浅放射線技師交代赴任
11月	短期専門家, 桑山教授(内科), 唐沢助教授(放射線科), 松本講師(麻酔科), 勝部講師(外科), 浜口助手(外科), 梶原, 出張
1997年 5月	JICA調整員清野氏から小川氏に交代
8月	長期専門家南雲助手(外科)交代赴任, 笹川助手帰国
9月	長期専門家浜看護婦交代赴任
1998年 6月～1999年 3月迄改築工事, 検診一時中断	
10月	短期専門家原教授(病理), 田中教授(公衆衛生)出張
11月	巡回指導, 遠藤助手(外科), 村田助教授, 梶原出張
1999年 3月	長期専門家代田放射線技師交代赴任
4月	長期専門家小暮助手(放射線科)赴任
7月	長期専門家徳田氏(医療DB)赴任
8月	終了時評価調査団(大川教授, 森田看護師長, 和田氏(評価分析), 梶原)
2000年 2月	プロジェクト終了式
～12月	フォローアップ

援助はそこの国の生活水準が上がらなければ効果が少ない、貧しい国の生活水準を上げることは我々医師の範囲を超えており、我々の医療協力は空しい努力で無意味ではないか等である。そして行き着いた結論は、効果を期待する方が無理であり、我々は一人一人ができることをすれば良いということであった。最も効果的な方法は、その国の教育水準を上げることであり、我々医師も医療水準を上げるよう教育に努力すれば良いとの結論に至った。

2. 中国との交流(表2)

次に医局が中心に行っている中国との交流について述べる。

1984年、日本臨床外科学会総会で榎原宣会長は『日本語で聞く外国の医療事情』というセッションを設けられ、長春市市民病院の張咸享院長先生を招待された。それを機縁に1989年より医局員がボーナス月に1万円を出し合い、長春市市民病院の医師を毎年3ヶ月間留学生として受け入れてき

た。その後、関連病院の院長先生の紹介で中国医科大学(旧滿州帝大)、大連医学院(現医科大学)との交流を強く要請された。1990年、大連医学院、中国医科大学を訪問した。両大学で講演を行い、中国医科大学では胃癌患者に胃全摘脾合併切除術の手術を行った。手洗いの消毒液は98%のアルコール、ブラシは亀の子たわしであり、両手前腕は真っ赤になった。助手は中国医科大学の教授で、手術の全容はビデオに収録された。この患者さんは同大学を訪問する度に挨拶にみえ、10年以上生存されている。

中国の医療は共産主義体制であるから全額無料である。患者は病院の受付で中医(漢方)と西医(西洋医学)のどちらに受診するかを決める。全体的にみると西医にかかる人が多い。

中国の熱烈歓迎は凄いもので日本人の到底およびのつかない配慮があり、歴史の長さの違いを感じた。この訪問をきっかけに両大学の外科と姉妹医局となった。その協定により、医局は毎年両

大学から交互に留学生を受け入れ、留学生は現在までに6名となる。我々の両大学訪問も4回を数える。

中国医科大学には胆石の成分分析で世界的に有名な陳教授がおられる。数少ない全人代の議員の一人でもある。教授から『先生方のお陰で、留学した若手医師が帰国後新しい臨床技術を患者に施し、熱心に研究を行い、業績が格段に上がった。毎年留学した人たちが積み重なり、彼等は我々の財産である。』とのお言葉をいただいた。医局員の小さな善意が最も効率良く効果を上げているように思う。

3. コスタリカの胃癌早期発見プロジェクト (表3)

次に東京女子医大が全学的な規模で引き受けたコスタリカとの医療協力である。

1989年のWHOの世界疾病統計によると、胃癌の発生率、死亡率はコスタリカが世界一となった。1988年のコスタリカの死者の5.5%は癌によるもので、その内18%は胃癌である。1年間の胃癌の平均発見数は550例、早期胃癌の発見率は3%で、胃癌の5年生存率は3%にすぎない。この国において、胃癌はエイズと同じく死の病とされている。コスタリカは日本の検診システムを導入すべく10数年にわたりJICAに要請を行ってきた。1994年、JICAは本学国際環境熱帯医学の小早川隆敏教授を通じて胃癌早期発見プロジェクトの受け入れを打診し、本学がこれを受諾した。1996年、JICAは本プロジェクトの調査団を派遣し、本要請の詳細を確認し、1997年2月にプロジェクト実施協議調査団(吉岡守正団長)により実施協議要項(R/D)が当地で調印され、プロジェクトの開始を決定した。

1) 胃癌早期発見プロジェクトの目的

胃癌における死亡率を減少させるために胃癌集団検診システムをモデル地区に確立し、以下の5つを大きな目的とした。

①モデル地区の胃癌早期診断プログラムおよび実施体制の確立

②モデル地区の胃癌情報システム、データベースの確立

- ③胃癌診断のための人材の育成と技術の向上
- ④胃癌の疫学的調査と研究の強化
- ⑤検診で発見された胃癌の治療

2) 方法と結果

目的を達成するためには両国の協力は勿論であるが、それぞれの国が果たす役割がある。基本的にはコスタリカが実施体制を確立するための場所と人材を確保し、日本側が実施に必要な機材を供与し、人材育成のための教育を行った。

1995年3月より開始して5ヵ年を期限とし、実施に必要な機材の予算としては3億円が計上された。次に目的別に具体的な方法と結果を述べる。

(1) モデル地区の胃癌早期診断プログラムおよび実施体制の確立

検診センターの設置場所としては、コスタリカで最も胃癌の発生率の高いカルタゴ地区の住民を検診対象とするため、その地区の中核病院であるマックスペラルタ病院とした。同病院は州の中央病院で、新たに設置された検診センターに、日本側から医療機器としてX線テレビ透視装置2台、電子内視鏡(上部消化管用3台、下部消化管用1台、超音波内視鏡1台)、超音波診断装置2台、X線ヘリカルCT診断装置1台、顕微鏡をはじめ病理診断に必要な装置一式、外科用手術器具一式、さらに検診者の登録に必要なコンピューター8台、輸送用車両3台等が供与された。

1996年2月、検診センター開所式が大統領を迎えた盛大に行われた。その後順調に稼働したものの、途中雨漏りや電圧の変動が激しいための電気工事等により何度も休止した。

検診の対象者は50歳以上74歳までとし、男女比を2:1とした。

保健婦の活動は日本の保健所業務と考えればよく、地域における検診者の選定・登録に始まり、検診日の指定、検診センターへのマイクロバスによる送迎、検査、検査結果の通知等多岐にわたり、入院治療も的確に行われた。

検診方法はX線透視によりスクリーニングを行い、要精査者は内視鏡を行う日本方式とした。モデル地区住民7,000人の同一集団に対して、2年毎2回の検査を行った。検診業務開始1年でコ

表4 カウンターパート (C/P) 研修受け入れ

1995年	サンブリア内視鏡医, フォンセカ放射線科医, ガルシア放射線技師
1996年	アルバラド麻酔医, カセレス, ビジャルタ病理技師
1997年	モラレス外科医, リヴェラ看護婦, カリジョ病理技師
1998年	アラジャ看護婦, サラサル放射線科医, カンボス疫学
1999年	ロドリゲス放射線技師, 高官レオン デ メルセビージェ (卒後教育), フエルナンド フェラーロ (保健行政)

スタリカ側はその流れを理解し、検診システムは彼等自体で運営可能となった。2000年3月のプロジェクト終了時点で11,000人の検診者の内、計83人の胃癌患者を発見した。

(2) モデル地区の胃癌情報システム、データベースの確立

検診者はコンピューターに登録し、統計用のデータベースを作成したが、そのために必要な機材を日本が供与し、それを運用する人材の育成も行った。具体的には、検診者、胃癌の診断、治療、画像情報などをデータベース化し、データの蓄積、解析に役立てた。さらに最終年度にコンピューターの専門家が派遣され、問題点の分析とその解決、さらにはデータベースシステムの構築がなされた。

(3) 胃癌診断のための人材の育成と技術の向上

日本側の行う事項はまず専門家の派遣で、チーミュリーダー、外科医、内科医、病理医、放射線科医ならびに技師、内視鏡医、看護師、調整員を長期専門家として派遣し、現地での指導と人材の育成に務めた。また必要に応じて短期専門家を派遣した。この専門家の派遣は最重要事項で、特にチーミュリーダーの選定はプロジェクトの可否を決める重要な問題である。この人選には労力を要したが、消化器病センター外科より 笹川剛助手が選任された。長期専門家は2年交代で赴任し、のべ13人になる。また短期専門家はのべ31人にのぼった。

コスタリカ側の人材であるカウンターパートの研修を受け入れた(表4)。外科医、放射線科医および技師、内視鏡医は消化器病センターおよび放射線科で計13人を、看護師は2人を第二病院で受け入れた。また病理医および技師は横浜市立大学病理学教室に研修を依頼した。

一方、コスタリカ側の役割は、検診センター業

務に従事するカウンターパート、すなわちプロジェクトリーダー、内科医、外科医、内視鏡医、病理医および技師、放射線科医および技師、事務担当者、運転手等の選任である。すべて国家公務員で、その決定には時間を要したが、最終的には検診に必要な人材が検診センターに配置された。各人とも日本での研修あるいは現地での日本人専門家の指導を受け、検診に必要な技術を習得し、独自で検診業務を行えるまでに成長した。

(4) 胃癌の疫学的調査と研究の強化

集団検診で得られたデータの分析とそれに基づく研究、胃癌の早期診断法の模索、研究会やセミナーの開催、プロジェクトの成果等の広報や論文作成を行った。集団検診によって得られたデータの分析や研究は、コスタリカ大学との共同研究で行った。胃癌の新しい早期診断法の研究はペプシノーゲンの測定を検診者に対して行い、2,000検体について測定した。ヘリコバクター・ピロリと胃癌との関係も研究されている。

検診センターの成果について、国内の学会、研究会で逐次発表し、各種セミナーを開催した。国外ではパンアメリカ内視鏡、消化器学会で発表を行った。

プロジェクトの成果等の広報は、早期胃癌の発見が増えるにつれ地元のマスコミに評判となり、連日テレビ、新聞に紹介されるまでになった。また、日本の胃癌取扱い規約がスペイン語に翻訳された。

(5) 検診で発見された胃癌の治療

検診で発見された胃癌に対し、内視鏡的治療および外科的手術を行った。検診センターで発見された胃癌の治療のみであれば月平均2人くらいであるが、次第に紹介される患者も増え、これらも含めて診断治療にあたった。その結果、4年間で

345人の胃癌患者を取扱い、総手術件数は263例に達した。

3) コスタリカでの感想と考察

コスタリカは軍隊を廃止し、その予算を教育、医療にまわしている。そのため他の中南米諸国に比べ乳児の死亡率や感染症の死亡率が低く、平均寿命は60歳台となっている。乳児死亡率の減少を目的として各地に母子教育を普及する保健所が設置されており医療統計は正確であった。

中央山岳地帯のカルタゴ地区は、カリブ海、太平洋に面する沿岸地帯に比較して食べ物が塩辛く、極端に胃癌の発生率が高い。この統計をもとに、カルタゴ地区のマックスペラルタ病院に検診センターを設置した。

検診センターのための病院の改修工事、搬入される医療機器の設置には時間を要した。特に日本から送られた機材はコスタリカの倉庫には搬入されているものの病院まで届かない。この理由は日本と同じくコスタリカのお役人仕事にあり、諸種手続の煩雑さ等のためである。関係各所に陳情しても埒があかず、日本大使館も動かない。検診センターの開設までに1年を要した。

検診者を男女比2:1にした。医療統計によると、コスタリカでは40~50歳台では胃癌発生率が男女比2:1であるが、それ以上の年齢になると8:1となる。コスタリカ側は男性だけの検診を考えていたが、さすがに女性に気を遣い2:1で妥協した。

検診をX線透視でスクリーニングすることはかなり問題となった。検診をするという概念がないこと、胃癌をX線で診断する方法を採用していないこと、費用がかかること(X線フィルム、ブスコパン注射、バリウムを含めた)が問題である。長い討論の末、日本方式を採用した。その結果、カウンターパートである放射線科医も日本のやり方が理解できず、日本での研修の場に出てこないという状態がおきた。

コスタリカの医療は皆保険で医療費は全額無料である。病院の職員は全て国家公務員で、年間の予算、人員計画で動くため必要な人員が決まらず時間を要した。日本人とは時間に関する感覚のず

れがあり、忍耐を要した。人材の育成は、上記諸種要因により最初の内はかなりの混乱と感情の摩擦がみられた。検診の実務が始まるにつれこれらは払拭され、カウンターパートの技術は格段に向上した。南米諸国においては、地元の医師がJICAのプロジェクトで技術を磨き、すぐに開業してしまう例もみられる。笠川リーダーはこの国の医師の胃癌の診断能力を高めることが最も重要と判断され、検診センターでレジデントの研修カリキュラムを作成し、コスタリカ側はこれを採用した。これらの実績により、マックスペラルタ病院はプロジェクト終了時に州の病院から国立病院に昇格した。

検診による胃癌発見率は、日本検診学会の統計によれば初回検診者で0.1~0.2%、繰り返し検診者で0.05~0.1%である。本プロジェクトにおけるコスタリカでの発見率は83/11,000(0.8%)となり、日本の約8倍に当たる。

胃癌の疫学的調査と研究はコスタリカ大学と共同で行った。新しい早期診断として、2,000例に対して血清ペプシノーゲンを測定した。血清ペプシノーゲンI/II比は胃粘膜の萎縮の程度を反映し、低値であるほど萎縮は高度と判定される。萎縮性胃炎は胃癌のリスク・ファクターであることから、日本でもペプシノーゲン測定による胃癌のスクリーニングが始まっている(ペプシノーゲン法)。X線検査によるものより安価で検診効率が良いとの報告もある。

さらに、ヘリコバクター・ピロリ感染についてもチェックした。ヘリコバクター・ピロリについては、WHOは本菌を胃癌の発生原因の一つと位置づけているが、その確証は得られていなかった。しかし、最近の日本での研究で、動物実験ではあるが直接発癌に関与するとの成績が報告された。このペプシノーゲン法による検診にせよ、ヘリコバクター・ピロリと発癌との関連にせよ、コスタリカでの研究成果から新しい知見が得られるかもしれない。

検診で発見された胃癌の治療が最後に残る問題となった。検診に対する概念の全くない土地に検診センターを建て、検診を稼働させることができ

表5 ポーランドとの交流

1989年	ポーランド外科学会創立100周年記念大会 (クラクフ)
	日本-ポーランド外科交流協会設立
1990年	第1回日本-ポーランド外科シンポジウム開催 (ワルシャワ)
1992年	第2回シンポジウム開催(東京)
1993年	第56回ポーランド外科学会参加
1994年	第3回シンポジウム開催(ワルシャワ)
1995年	第57回ポーランド外科学会参加
1997年	第58回ポーランド外科学会参加
1998年	第4回シンポジウム開催(東京)
1999年	第59回ポーランド外科学会参加
2000年	ワルシャワ大学 Seruguz Durowicz 先生留学
2001年	第5回シンポジウム開催(横浜)

るかどうかが先になり、治療に関しては充分検討することなくプロジェクトが開始された。事前にはコスタリカ側は胃癌の手術に協力するという立場を表明しており、外科医としては当然と受け止めたのが後の苦労の一大原因となった。その原因是国の制度の違いである。まず検診センターと病院外科とは全く別個である。次に病院勤務者は国家公務員で医師の数は極端に制限されており、ただできえ忙しい病院業務に加え検診センターの手術への協力は余分な仕事になるということであった。手術室の使用は病院外科部長の判断が優先し、回復室の使用、呼吸器管理等の方法、さらに看護体制の違いもあり大変な苦労があった。しかし、これら諸問題も日本の専門家の努力により解決し、最終的には263人の患者の手術を行った。

私はこのプロジェクトの国内委員長を引き受け、5年の間に10回コスタリカに足を運んだ。色々なことを勉強したし、させられた。しかし、長期専門家の方々を始め色々な方の御支援を得てプロジェクトは無事終了した。お世話になった方々に深甚の謝意を表す。

4. ポーランドとの交流（表5）

最後に、各大学にお願いしたポーランドとの医療協力について記す。

1989年、ポーランド外科学会創立100周年記念大会に大勢の日本の外科医が招待された。この機

会を利用してポーランド-日本外科学交流協会が設立され、東京女子医大第二病院外科が日本側の事務局を引き受けた。この時に参加された徳島大学、九州大学の教授から印象記の別冊をいただいた。いずれも共産主義体制の貧しさ、悲惨さを記してあった。その中に『偉大な文化遺産を有する元来勤勉な国民が、現在の窮地を外国からの援助により切り抜けることができれば、14世紀の偉大なポーランドの再建も夢ではない。』と述べられている。

交流協会の約束に従い、翌年第1回の外科シンポジウムをワルシャワで開催した。2年後には東京で開催、その後3年おきに交互に開催し、昨年で第5回となった。その他の交流としてはポーランド外科学会にも出席している。また我々の医局の他に色々な大学で留学生を受け入れもらっている。ベルリンの壁崩壊後、ポーランドも自由主義経済を取り入れ、訪問する度に豊かな国へと生まれ変わっている。ますます発展すると期待できる。『自分達が本当に困っている時に、手を差し伸べてくれた日本に感謝する。困った時の友が本当の友だ。』と言われたポーランドの教授の言葉が耳に残っている。昨年多くの先生方がシンポジウムに参加されており、2年後の再会を約束した。交流は一段と盛んになるだろう。

おわりに

私が15年間行ってきた医学交流、国際協力を紹介した。国際医療協力には財政的負担や多くの困難が付きまとう。しかし、これだけ医療や経済が進歩した日本が発展途上国に対して手を差し伸べることは当然であり、これからも避けて通れないことと思う。

何を、誰が、何時、どこで、どのようにして行うかは難しい問題であるが、私の経験から考えをまとめて述べた。勿論言葉の壁も存在する。『言葉なんかいらない、ハートがあれば良い、心があれば良い。』と言われた先輩の言葉を紹介して講義を終えたい。

(2002.3.2, 於弥生記念講堂)