ヒューマン・ケア研究　第19巻　第2号
2019年3月　69-90頁
Journal of Human Care Studies Vol.19 No.2
March 2019, pp 69-90

日本ヒューマン・ケア学会学術集会第20回大会
日本健康心理学会第31回大会　**合同大会シンポジウム**

トランス・カルチュラル・ヒューマンケア
―ケアは国境を越えて―

中込委員：みなさまおはようございます。

日本ヒューマン・ケア心理学会第20回の記念大会の最初のプログラムを始めさせていただきます。お手元の抄録集、48ページになります。多くの素晴らしい先生方にお見えいただきました。約90分間のシンポジウムですが、どうぞみなさんも最後までお楽しみいただきながら有効なディスカッションができたらと思います。

タイトルは「トランス・カルチュラル・ヒューマンケア－ケア国境をこえて－」です。まず学術委員長の清水から企画意図をご説明いただきます。

清水委員長：本学会の学術委員長から本シンポジウムの企画の意図についてご説明いたします。皆様の抄録集には48ページ、49ページに掲載してございます。ご参考になさりながらお願いします。

私たちのヒューマン・ケア心理学会は今大会で創立20周年を迎えております。本来でありますと20周年の企画として何か大きなテーマを掲げるべきところですが、今回掲げますのが少し国際的な視野を広げようという意図を持ってこの企画をさせていただいております。私どもの学会はこの20年間、日本人の高齢化、少子化、仕事や教育活動における諸問題を解決する研究活動を行ってまいりましたが、ご存知のように日本は他国に比べて経済的、教育的、福祉的に大変恵まれている中でのケア研究になっております。

そのような恵まれた我が国におけるケア研究というのは果たして他国にとって役に立つものなのだろうか、という私どもの研究者としての社会的貢献が恵まれた我が国内だけのために行われているという近視眼的なものになっているのではないかという反省がございます。そこで本学会は国際学会を有しておりませんが、この20年を迎えた節目の年にあたり国際社会におけるヒューマンケアにも目を向けたいと考えました。今回は特に世界の地球儀の離れた国を選んで文化横断的なヒューマンケアのあり方について討論を行いたいと思いました。

特に今回取り上げております中にカンボジアという国がございますけれども、このような国はアフリカの数カ国にもございますが、数百万という国民が虐殺された悲しい歴史を持っている国です。我々は各個人に対してその方の喪失や悲しいイベントについて援助を行う職でありますが、それを少し引いたところに国や国際社会というところにどのような私たちのヒューマンケアが活かされていくか、ということを考えたいとしてこの企画を起こしました。

本日ご討論をいただき皆様の研究生活に役立つものにしていただければ幸いです。以上企画についてご説明いたしました。

中込委員：はい、ありがとうございました。それでは本日の司会進行を務めさせていただきますのは山梨大学の中込です。

木村理事：同じく司会進行努めさせていただきます木村登紀子です。皆さんとは聖路加と淑徳大学でお会いしてるかもしれません。今日はよろしくお願いします。

中込委員：それでは早速始めさせていただきます。まず最初の発表者は関谷大輝先生です。東京成徳大学応用心理学部准教授です。よろしくお願いいたします。

ストレスケアに対する異文化視点の必要性
―日本人とミャンマー人の比較から―

東京成徳大学応用心理学部　関谷 大輝　先生

では、はじめさせていただきます。よろしくお願いいたします。今、ご紹介をいただきました、私、東京成徳大学に所属しております、関谷と申します。トランス・カルチュラル・ヒューマンケアということで、私の方からはミャンマー人ですね、あまり普段関わる機会はないかなと思いますけれども日本人とミャンマー人の比較というところから、少しストレスケアですとかその特徴、注目すべきポイントをいくつか話題提供させていただければと思います。

では早速ミャンマーなんですが、このような国旗なんですね。スーチーさんがおそらく非常に有名だとは思うんですけども、日本があって東南アジアがあってミャンマーの位置はここですね。人口は日本の約半分弱といったところで、ただ国土は日本よりも全体的には広い。そういう国のようです。いわゆる発展途上国、開発途上国という位置付けになっているかと思います。

今回はこのミャンマーからの留学生と協力してデータを取った結果から少し考察をしてみたいんですが、きっかけとなったのはミャンマー人の留学生が日本にやってきて大学生活を送っているときに、どうも日本の友達関係というものに馴染めない。居心地が良くない。「なんだこれ？」ということをミャンマー人の留学生が言っていたんですね。なのでやはり質的に違うんだろうなということで実際にデータを取ってみたというものです。

もともと日本人は集団主義的などと良く言われます。じゃあミャンマー人はどういう特徴があるのかというと、これがデータがなくてですね、文献が全然ないんですね。ミャンマー人に関する情報というのはほとんどないに等しい状況で、唯一この内藤（2009）に、「思いやりがある。援助的である。オープンで暖かである。他者を尊敬して謙虚で控えめである」というような話が出ているんですが、これは極々１人か2人のですね、留学生にインタビューして「ミャンマー人ってどんな人？」って聞いたものをそのまま載せているようなことで、そこまで信頼性があるかというのは微

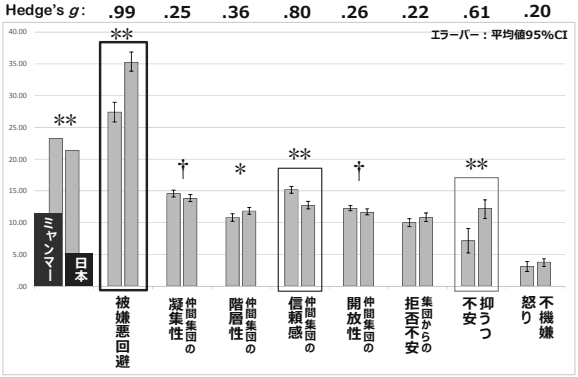
妙なデータです。ミャンマー人はよくわからないというところからスタートしまして、ただ日本人とミャンマー人で違うところがありそうだよねと。そうすると、在日の特に向こうから来たミャンマー人のみなさんが適応していくところで色々ハードルがでてきてしまうのではないかという仮定のもとに調査を行なっております。

結果は後ほどお示ししますが、本研究から厳密に言えるのは在日のミャンマー人のことしかおそらく言えないんですね。日本人が持つ特性というのはそれとの比較で明らかにしていくことが本研究の大きな目的になっております。

質問紙調査を実際に行いました。日本人146人。そんなに多くないですけども、在日ミャンマー人69人。年齢構成はどちらも下は18歳から日本人は39歳まで。在日ミャンマー人は33歳までで、平均年齢は若干ミャンマー人の方が高く、平均すると2歳弱ミャンマー人の方が平均年齢が高かったです。

質問紙は日本語で行なっております。在日ミャンマー人なので日本語が理解できるということで同じ質問紙を用いて調査を行いました。聞いたこと、これが質問紙の中身なんですが、まず「被嫌悪回避」、嫌われたくない、人から嫌われるのが嫌だという傾向ですね。どのくらいそのように思っているかというのが一番上です。真ん中二つ、ここがいわゆるお友達集団、仲間集団についてなんですが、「仲間集団の特徴」、リーダーがいてフォロワーがいてという「階層性」とかどれだけグループとしてのまとまりがあるかという「凝集性」ですとか、その友達集団との関わり方としてオープンな関わりが可能か、信頼感をどれくらい持っているか、仲間から拒否をされる不安はどのくらいあるかといったあたりを取っています。最終的にそれが「ストレス反応」としてどのくらい出ているのかなと、縦断調査ではないんですがあくまでも相関的に見てみたというのがこの調査の全体像です。

早速、結果に参ります。これはいくつかの要因が非常にクリアに出ています。なるほどと思わせられる部分も結構多いです。とにかくこれは平均点の比較で、一番上に効果量が書いてあるんですが、効果量的にも非常に高い値が出ているものが3つありまして、棒グラフでいう左側ちょっと緑色がミャンマー人のスコア、右側の赤色が日本人のスコアなんですが、まずここですね、顕著な差が出ているのが被嫌悪回避、嫌われたくないと普段どれほど思っているか、ここが日本人やたら高いんですね。とにかく日本人は嫌われたくない。



あくまで日本人とミャンマー人との比較ですけれども、嫌われたくないんですね、日本人は。ではもう一個日本人が高いところがあるんですけども、抑うつとか不安というストレス反応の部分、心理的なストレス反応の部分でも日本人の方がスコアが高いです。平均22、3歳のスコアを比較すると日本人はどうも心理的なストレス反応が高いということがわかりました。逆にミャンマー人のスコアが高かったのが友人集団をどれだけ信頼しているかっていう部分ですね。要するにミャンマー人の方が友人グループを信用、信頼できているということがわかります。他にも比較的効果量低めのもので有意差が出ている部分があるんですが、目立つところではこれら3点が言えると思います。

これは単純に比較の平均だったんですが、一応因果関係を想定しまして、今見たような要因がス

トレス反応にどのような影響を及ぼしているのかということを階層的重回帰分析を用いて分析をしてみました。その結果がこれなんですけども、数字だけ見てもさっぱりわからないと思うのでまずいくつかポイントを見ていきたいと思います。ここの標準偏回帰係数ですね、まず一つ目、日本人は被嫌悪回避ということで嫌われたくないのがやたら高かったんですが、それがストレスに繋がってないんですね。嫌われたくないと思っていることがストレス反応には結びつかない、日本人にはそういう特徴がありました。

	目的変数			
	抑うつ・無気力		不機嫌・怒り	
説明変数	日本人	ミャンマー人	日本人	ミャンマー人
ステップ1				
年齢	-.05	.21 *	.17 **	.25 *
性別	.13	.17	.12	.28 **
R^2	.04	.22 **	.03	.26 **
ステップ2				
被嫌悪回避	.12	.49 **	.06	.28 *
R^2	.14	.55	.07	.36
ΔR^2	.10 **	.32 **	.04 *	.10 **
ステップ3				
仲間集団の凝集性	.04	-.11	.00	-.24 *
仲間集団の階層性	.19 *	-.02	.13	.01
R^2	.24	.57	.13	.39
ΔR^2	.10 **	.02	.06 **	.03
ステップ4				
仲間集団に対する信頼感	-.16 †	.00	-.13	.15
仲間集団外への開放性	-.04	-.04	-.12	.03
仲間集団からの拒否不安	.34 **	.19	.26 *	.14
R^2	.33	.59	.21	.41
ΔR^2	.09 **	.03	.08 *	.03

注）R^2およびΔR^2の値を除き，表中の数値は最終ステップ（ステップ4）投入後の標準偏回帰係数よ。

④ ミャンマー人は，年齢・性別がストレス反応を規定しがち

① 日本人は，被嫌悪回避傾向の悪影響が少ない

② 一方で，日本人は仲間集団から拒否されるのがキツい

③ 日本人は，仲間集団が全般的にストレッサーになっている

嫌われたくないなと思っていたら不安になったり落ち込んだりしそうなものなんですけど、日本人はそれがないということですね。ミャンマー人は逆にそう思ってしまった場合、ストレス反応が規定されるようです。これが1つ目のポイントですね。2つ目、じゃあ日本人は何がストレスに結びつくのかというと仲間集団から拒否られるのが嫌なんですね。広く一般に嫌われたくないと思ってるのはいいんだけど、仲間集団から拒否されると一気にストレスに結びついてくるのが日本人です。そして3つ目のポイントとして、これが決定係数の部分なんですが、日本人だけストレスが規定されているのが、ここ仲間集団の変数なんですね、仲間集団との関わり方、仲間集団の特徴が日本人のストレスをかなり決めているということがわかりました。ミャンマー人はあんまりそういうことがないんですね。仲間集団によってストレスが左右されることがあまりないようです。逆に日本人にはあまり見られなかったんですが、ミャンマー人のストレスを規定していたのはここ年齢です。年齢が上がるほどストレスが高くなる傾向がミャンマー人には見られました。あとは性別は一応ここは有意になっているんですが、性別的にいうと女性の方がストレスが高いのがミャンマー人の特徴です。日本人は男女差とか年齢差というのはほとんどストレスへの影響が見られないようでした。

ということで結果をまとめますと、嫌われたくない思いが強い、これが日本人の特徴です。ただそう思っているんですけど、それがマイナスの影響を及ぼしていない。それが当たり前なのかもしれないですね。ミャンマー人はそれほど嫌われたくないとは平均的に思ってはいないんですが、もし思っちゃった場合ストレスに繋がるのがミャンマー人のようです。そして友人集団との関わりからいうと友人集団の状況や集団との関わり方が日本人のストレスをかなり強く規定しています。一歩のミャンマー人の方はあまりそういう傾向がなく、むしろ友人集団はサポーティブな資源で友人集団がストレスになることはあまりなさそうなんですね。信頼してるからストレスを弱めるというような働きはあるかもしれませんが、日本人みたいにグループがストレスになるということはあまりなさそうです。だいぶ違うということがここからわかります。一番上に書いてあるんですが、こう考えると友人集団とか仲間内の関わり方ひとつ、これだけとっても日本人とミャンマー人で支援の必要なポイントはこれだけ違うということが言えると思います。

考察に入っていくんですけれども、このtrans-cultural human careということを考えたときにおそらくキーワードとして二つあげることができるかと。1個はコミュニティーあるいはリージョナリティ、地域性、場所によってニーズが全然違う。そ

してそのニーズがおそらくトップダウンではなくボトムダウンに現場で色々困ったり悩んだりしている人からニーズを汲み上げないと本当のことはわからないということですね。トップダウンにこういうニーズでしょって決めつけて支援するのはおそらくこの異文化の支援では危ないと思います。こう考えますと今、心理学、特にそうだと思うんですけどエヴィデンスベースドってよく言われますが、それをもう一度考え直す必要があるのかなと思いました。どういうことかというと、エヴィデンスベースド、今、心理学、特に心理の専門の先生はよくわかるかもしれませんが科学的根拠「命」というような方向に心理学がちょっと向きつつある気がします。統計しかり、手法しかり、調査方法しかり、今心理学では再現性の問題がすごく話題になってますので、この結果が他でまた再現できるのか、見られるのか、そこを突っ込まれるような世界的な流れになってますが、しかしなんですよね。今の異文化の視点を見るとそもそも再現性なくて当たり前という視点があると思うんですよ、日本の中で見られたものがミャンマーで見られなくてもこれは当然の話になってくるんじゃないかと、そうすると本来のエヴィデンスベースドっていうのはご存知の先生多いと思うんですが、エヴィデンスベースドにはこれだけの要因があるという風に言われています。4つの要因です。

1つは現場の状況。これを踏まえなければエヴィデンスベースドの支援はできない。2つ目はクライアントさん、利用者さん、患者さんの価値観であり行動であり意向ですね、ここはもう基本、ボトムの部分だと思うんですね、現場の話ですよね。この現場の上に初めて支援者が乗っかって、支援者の専門性、技術や経験、ここにはおそらく信頼関係・ラポールが含まれます。どんな専門性があったとしても信頼されない人が入っていたら、どんなにお金を持っていても信頼されない人が入っていたら支援できないと思うんですよね。で、その信頼された専門家が科学的根拠を持っていって初めて異文化の支援ができるんじゃないかなということをこの研究から、このシンポジウムを踏まえて私が考えたひとつの考察、結論ですね。エヴィデンスベースドにはこれだけの要素が関わり合っているので、今ここ（④科学的根拠）だけがクローズアップされている、特に心理学ではされている気がするんですが、おそらくそれでは本当の意味での異文化支援ができない。むしろここ（①現場の状況／環境、② CL の意向・行動・価値観）から、これからの先生方のご発表でいかに日本の常識が通用しない支援があるかというお話を伺えると思うんですが、ここの重要性をもっと注目したほうがいいというのが私の発表の最終的な結論とさせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

中込委員：関谷先生ありがとうございました。今の関谷先生のプレゼンテーションが本日のシンポジウムのひとつの骨子になっておりまして、その点から皆さまこれからの3人の先生方のご発表を聞いていただけたらいいかなと思っております。質疑応答はどうしてもという方であればお聞きしますが、4人の先生の発表の後に質疑応答のディスカッションの時間を取っておきますのでどうぞその時までメモをおとりいただいたらと思います。それでは次の発表の先生を発表いたします。依田健志先生です。川崎医科大学と川崎医療福祉大学の二つの部門でご活躍されている先生です。どうぞよろしくお願いいたします。

海外への支援

川崎医療大学医療技術学部　依田 健志　先生

よろしくお願いします。川崎医療福祉大学、並びに川崎医科大学の依田と申します。抄録の方にはインドネシア・バリとともにカンボジアも書いてあったのですが、スライドを作っていく上でかなりの分量になってしまいまして、この後清水先生からカンボジアについて詳しくお話しされるとのことなので私は割愛させていただきます。

簡単に自己紹介をいたします。私、北海道の生まれで高校の時まで北海道の釧路におりまして、ご存じの方もいらっしゃると思いますが釧路は湿原がありまして自然が非常に豊かなんですけど、そういうところで育つと反発して、雪とか寒いところは嫌でしょうがなかったので、将来は絶対に北海道から出て、あたたかい雪のないところで暮らしたいと考えました。ただ大学は東京までしか行けなかったのですが、東京で6年間学んだ後に熱帯医学をやりたいと考えまして、長崎大学に熱帯医学研究所というのがございまして、途上国の主にマラリアやデング熱といった感染症を研究するようなところがあり、そこで大学院を出てそのまま熱帯医学研究所で雇ってもらいました。その後2009年にハーバード大学スクールオブパブリックヘルスへ留学させていただく機会を得まして帰国後、香川大学の公衆衛生の方に所属し、今年の4月から川崎医療福祉大学と川崎医科大学の方で働いております。長崎大学の熱帯医学研究所にいた時に初めて訪れたところがインドネシアなので、今日はそちらを紹介しようかなと考えております。インドネシアは皆さんもご存知の通り島国で、人口は日本よりも多く、2億6000万くらいです。

首都がジャカルタで、首都があるのは非常に賑わっておりますジャワ島です。ここが政治文化の中心になっておりましてここから離れるに従ってどんどん田舎になっていくといった状況です。地図上の○印が西ヌサトゥンガラ州です。隣にバリ島がありまして、バリ島の横と考えていただければと思います。西ヌサトゥンガラ州はロンボク島とスンバワ島の二つの大きな島で構成されている州です。ロンボク島の西がバリ島ですね。バリ島は20年くらい前、イスラム過激派がテロを起こしてディスコが爆発され、多数のオーストラリア人が亡くなりました。そこでバリ島の観光が冷え込んだ時に隣のロンボク島も同じようなビーチリゾートとして売り出しを始めたのですが、欧米か

らの観光客がロンボクでマラリアになって亡くなった事例があり、政府としてはバリ島もロンボク島も観光産業が落ち込んでしまうのは困るのでなんとかマラリアコントロールをしてほしいという依頼がありました。私共の熱帯医学研究所では、多分野共同でマラリアのコントロールしようということで、ロンボク島とスンバワ島の両方の対策をしていきました。

2001年から5年間のプロジェクトでどういった対策をしたかというとまず蚊の種類や吸血時間帯等の行動パターンを調べるという蚊の調査を行いました。それと同時にマラリア患者の診断と治療を内科医が行い、住民教育、これは公衆衛生の専門家が、蚊に刺されないようにするように蚊帳を配布してその中で寝ましょうといったことや、水たまりを減らしてボウフラを住環境の周りから減らしましょう、という住民教育を居住者の人たちへ行いました。これらの総合的なコントロールをしてどれくらい効果があったのかということを私は調査いたしました。

具体的にはプロジェクト終了1年後の2006年に事後評価の調査をしました。住民の半分くらいは読み書きできないので、ロンボク大学の大学院生を雇って聞き取り調査の形で各島300世帯ずつ無作為に選び聞き取り調査を行いました。健康教育の主な柱としては蚊帳を配って使い方を教える、あるいは蚊帳は半年ごとに殺虫剤に浸さなければならないとなっておりまして、今は浸さなくて良い蚊帳があるのですが、当時はまだ殺虫剤に浸漬する作業をすることでマラリアから予防できるものだったので、正しく蚊帳をつってこの中で寝ましょうということと、蚊帳を半年に一回、殺虫剤に浸しましょうということを教えておりました。どういう風に教えるのが良いのか、もちろんパンフレットでも良いのですが、字が読めなかったり書けなかったりする方が多いので、我々の方でイベントを起こそうということで、現地の伝統的な影絵芝居（ワヤン）のシナリオを作って、マラリアで赤ちゃんが亡くなった、どうやったらマラリアを予防できるか、というお芝居を行いました。作って住民を集めて各村々でこれをやってみんな楽しそうにしていたので、うまくいっていると考えました。

- **蚊帳使用状況は劇的に改善、特にスンバワは1年後でも使用者がほぼ変動なし**

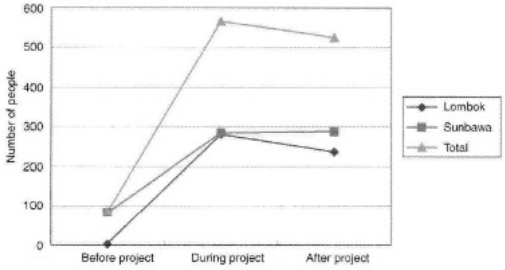


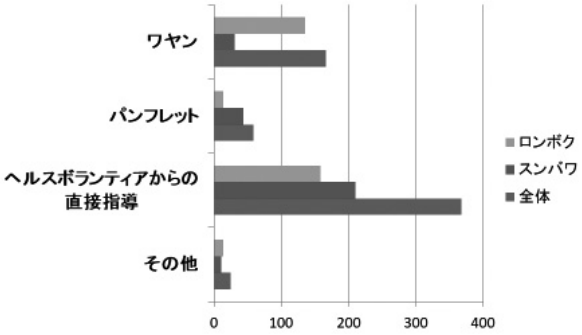
Fig 3–Number of respondents who have and used bednets before, during, and after the project.

結果としては、患者数が減ったということと、蚊帳の使用も元々プロジェクトが入る前は600世帯中の100世帯未満しか蚊帳がなかったという状況でしたが、520～530世帯ではまだしっかり使っていることがわかりました。スンバワはかなりの割合で使われている一方、ロンボクの方はマラリアの問題を深刻に考えていない人が結構多くて、ここで少し蚊帳の使用にギャップが出てきているということはありますけど、スンバワはいまだにかなりマラリアが多いので使っている人が多いという印象でした。

次に、マラリア教育で最も印象に残っているものはと聞いた時のものですが、ワヤン、先ほどの影絵よりも、一番多かったのはいわゆるヘルスボランティアから直接聞いたことでした。いろんな仕掛けを作りましたが、一番伝わったのが直接元々昔からやっているヘルスボランティアからの指導であったというのが、大変印象的でした。今回お示ししておりませんが、蚊帳を殺虫剤に浸してますか？と聞くと、使ってることは使っている

が浸していないという人たちが大半でした。結局お金がないから殺虫剤を買えず、浸すことはできないです、というのがその理由です。

マラリア教育で最も印象に残っているものは？



いわゆる援助が終わった時点でそういったことを段々しなくなることが、どんなプロジェクトでもそうですが、そこがすごい問題になっていて、ここをいわゆる自発的に彼らが行動に移せないとあまり意味がないと考えました。

次に、マリの調査についてお話しします。これは安全な水へのアクセスについての支援ですが、マリはアフリカのサハラ砂漠の南側です。安全な水を使えない人の割合が、マリでは40%と大変高い状況でした（2000年）。マリは国土の大半がサハラ砂漠に覆われていまして、ニジェール川という大きな川の周りにしか人が住めない、川まで行かないと水が使えないという状況でしたので、結構過酷な状態でありました。

マリでの調査

これも当時の数字なので今は改善されてますが、1000人生まれてきた子供のうち、5歳になるまでに死ぬ子は212人ということなので、4人に1人ぐらいは5歳になれないという状況でした。主な子供の死因は、栄養失調が25%で、ついで肺炎、マラリア、下痢という順番で、下痢が17%くらいの割合を占めております。下痢で亡くなるということはいわゆる水が汚染されているということに繋がっておりますので、環境を改善する、安全な水を提供することでこの17%の子たちの死亡を防げます。安全な水へのアクセス率が悪いので、これをなんとかしないといけないということで、JICAで安全な水を供給するプロジェクトが行われました。バマコという首都から620～630km東で、車で行くと8～9時間くらいかかるモプチ州という場所が今回の調査地でした。一応首都は道路も舗装されてますし、車やバイクが走っている普通の感じですが、そこから8時間行くと電気もガスも水道も何もない、かなりの乾燥した土地になります。

日本の援助で安全な水を供給するような給水設備事業を無償資金協力（ODA）で行いました。どういうものを作ったかというと、ハンドポンプ式深井戸というものを作りました。

ハンドポンプ式深井戸

これは50mくらい深く穴を掘ると、そこに大腸菌や生活排水の汚染がないきれいな水がたまっておりまして、そこの水を閉鎖的な回路でくみ上げるという形の井戸です。これをモプチ州内では63基建設しております。これを建設することで、水へのアクセスが非常に容易になったということもありますし、安全な水が飲めるということもありますので、村人の生活が良くなったんじゃないかと予想できます。

この事業が終わってから5年たったあとも、きちんと井戸が有効に使われているかということを私が調査してきました。しっかり深井戸を管理しているかどうか、ポンプは手入れをしないとすぐだめになってしまいますので、そういった管理を組合を作ってやっているかということ、あるいは水質が本当にきれいなのかという検査も行いました。また、下痢が減ったのかどうかということと、水汲み労働が減って何か変化があったかということなどについて聞き取り調査で行っております。

水汲みは女性や子どもの仕事になっておりますので、小さい子でも水が簡単に汲めたり、お母さんも赤ちゃんを抱えて水汲みをしたりと、水汲みの労働というのがこれまでに比べ非常に簡単になりました。これが入る前は皆さん赤ちゃんを抱えて川の方まで往復4時間くらいかけて水を汲んでいたということでしたので、ものすごい改善です。少しお金のあるおうちは、自分で穴を掘って浅い層にも水があるので水を汲んでいましたが、浅い井戸の水は、生活排水の汚染が非常に強くて、特に大腸菌がいっぱい見つかりましたので、こういった水を赤ちゃんが飲むと下痢で亡くなる原因になってしまいます。一部まだこの水を飲んでいる人達もいましたので、きちんと煮沸するようにという指導をしながら調査して参りました。

水質調査は、現地の水利省の役人が日本のキットを使って検査をしました。聞き取り調査は、730世帯の井戸が使えているところと、使っていないところからも対照群として話を聞いております。聞き取り調査に関しても、村で識字率が10%くらいしかないような状況で、ほとんど誰も文字を読んだり書いたりできないので、モプチ州で役人をやっていた人や学校の先生をやっていた人達を雇いまして、彼らに調査の講習会を三日間開きまして、その後現地に行って彼らに調査票を読み上げてもらって、聞いたものを書いていくというような形で行いました。

赤ちゃんを抱えながらでも片手で水汲みが可能

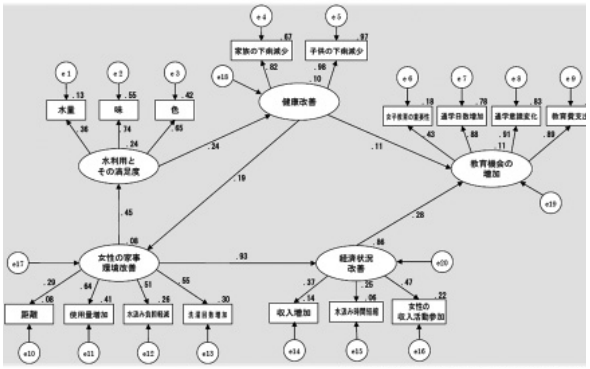
全体的な結果としては、安全な水へのアクセス率は42%から58%まで改善され、水を管理している組合は82%とかなりの高率で作られていましたし、井戸水の使用状況も非常に良かったという結果でした。修理をしっかりしてみんなで協力して使っている状況がうかがえました。日本の援助だとどうしても日本の製品を使いがちなんですが、現地の人が自分達できちんとメンテナンスできるようにということで、現地で手に入る部品しか使っていない形でこの深井戸を作っております。修理のできる技師は地元にいますので、きちんとそれでメンテナンスをして使っているということでした。

水質に関しましては、一番顕著に違ったのは亜硝酸の濃度で、亜硝酸というのは生活排水が混じっているかどうかの指標となります。それは対照群、いわゆる深井戸ではない井戸はかなり高い

数値が出ておりました。差もかなりはっきり出ていましたので、深井戸以外の水というのは生活排水に汚染されているということがわかりました。大腸菌の検査でも、対照群では検出されないというのはまったくなくて、必ず検出がありました。一部プラスマイナスが7件で、残りはすべて陰性であり、大きな問題はないと我々は判断しております。

実際下痢がどれぐらい減ったかというのも、印象で聞いているので難しいところではありますが、深井戸を使っている人達の方が下痢が減っているというような関連がありまして、他の項目も含めたもので因子分析をかけてパス解析を行ったら、図のような流れができました。

PAS解析結果



簡単に言いますと、水を良く使うことで健康が改善されて、女性の家事･水汲み労働の負担が減ったことで経済状況が良くなりました。水汲み労働にかかった時間を家庭内で内職で何か物を作ったりする時間にあてることができて、結果として経済状況が良くなってきたという印象が多くありまして、最終的には教育機会の増加といわれる、学校に子どもを通わせられるようになるという方に結び付けたいなと考えていたのですが、そんなに係数が高くなかったです。しかし、家事労働の解放が経済に結びつくというのが強く出ておりましたので、深井戸使用により、経済の改善につながったと思っております。

全体的には下痢が減ったということのみならず、経済も潤って教育機会も増えてきているのかなというような因果関係が見えてきました。私の方の話はこれでおしまいとさせていただきます、ありがとうございました。

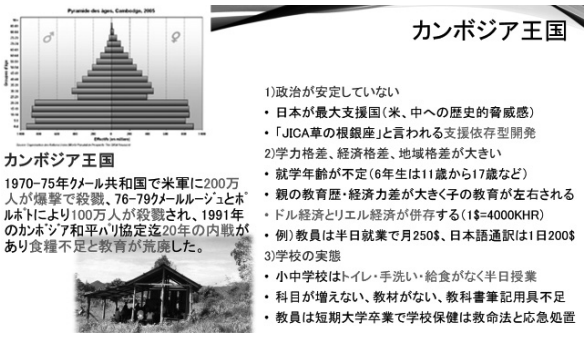
中込委員：依田先生ありがとうございました。インドネシアとマリのプロジェクトのご経験から様々なインフラ整備をしながらも、人々の行動や人々の心やあるいは人々のそれに取り組む感覚っていうものを少しずつ浸透する形で、それがケア全体、それによって生活全体に関わってくるんだっていうことを非常に具体的にお話いただけたと思います。本当にありがとうございました。
では次に、清水裕子先生です。香川大学医学部慢性期成人看護学教授。カンボジアの学校の学校保健の活動を発表いただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

カンボジア国カルダルスタン郡小学校教員への衛生教育技術支援

香川大学医学部　清水 裕子　先生

では私の方から発表させていただきます。私の今ご説明いたしますものはカンボジアという国が対象となっております。特に向こうの文部省にあたる教育青年スポーツ省というところで香川大学・JICA・香川県が一緒になって行っている事業についてご説明を致します。

まずこれを皆さんご覧になって、これは人口ピラミッドですけれども、こういう人口ピラミッドをご覧になったことがあるでしょうか。この人口ピラミッドは、本来の三角形はこういう三角形になっているんですけれども、この三角形の内側が全部空白になっている。これが虐殺された足跡になっています。



このところがまた一段と少ないですけれども、かつてあった三角形の時に乳児虐殺が行われたであろうということが指摘されているわけです。これは1970年から1975年、クメール共和国であった時に、米軍がベトナム戦争をしていた時のことですが、200万人が爆撃で難民あるいは殺戮をされ、1976年から1979年の12月1日までクメールルージュとポルポト、ポルポトという人は北京に行ったときに中国の原理共産主義に傾倒して国へ帰ってきて、15歳から19歳までの少年たちを殺す側にして、母指球、親指の付け根が柔らかい人、眼鏡をかけている人、大都市に住む人、そういう人はすべて殺されたんですね。

国の資格を持っている人、医師、看護師、弁護士、教師、すべて殺されました。このわずか短い間に100万人が殺されたと言われております。パリの和平協定までにずっと内戦があって食料不足や教育が崩壊してしまいました。現在もある、これがカンボジアの地方の小学校です。このような小学校が現在もある国です。現在政治が安定していなくて、7月19日、来月ですけれども、フンセン首相が30年首相をしていますが、野党の党首が殺されてその野党の幹部がアメリカに逃げているというのが今のカンボジアの状態です。こういう歴史的な背景から米国や中国への歴史的な関係性というのを持っているんですね。この殺されているときがですね、密告によって殺されています。それで一族根絶やしの殺し方ということで、誰かが一人だけが殺されますと、その一族親戚すべてが殺されるので誰も反逆しないというような仕組みで殺されていったということですね。この国は日本からのODAが一番大きいお金が入っていると言

われているんですけれども、日本でもカンボジアでも日本が一番の支援国だということはどこにも報告がされていません。日本からの「草の根銀座」といわれるほど大変な支援を送っています。学力格差や経済格差や地域格差が非常に大きく、私が支援に行きました小学校なんかでは6年生は11歳から17歳であって、みんな学校へ来るようにはなっていますけれども、だんだん経済格差などで途中で休む子が出たりとかしてますね。それからドル経済とリエル経済が併存していまして、私の日本語通訳する人は、日本の早稲田大学で一年間留学して日本語学んだ人で、一日2万円私から通訳費を取って、値切って1万4000円にしてますが、小学校の先生は半日しか学校がないので2万5000円（月給）なんですね。こういう経済が併存しているわけです。カンボジアの留学生が文明国にはほとんどいません。その理由はですね、カンボジアはトイレ、手洗い、給食がないので小学校から大学まで半日授業なんですね。ですからよその国に行って何年間学習したというのが認められないんですね。そういうので今教育省が一生懸命頑張ってトイレ、手洗い、給食を作ろうと努力しているところです。その多くは日本をモデルにしています。そういうことで、ここで衛生教育について、少し支援したいと思っています。

最初、国の説明のところでちょっと時間をいただきますが、これはキリングフィールドという映画があったんですけれども、このように広大なところが5～6倍くらいの広さがあるんですが、地下2メートルまでこれ全部遺体が埋葬されています。雨に打たれて遺体から衣類とか歯とか髪の毛とかそういうのが道端に出てきているので、歩きますとそれを私たちは踏みながら歩いているっていう感じですね。ここは三階建てのガラス張りの建物に、ここよく見ると頭蓋骨が全部見えるんですが、ここから拾われた頭蓋骨が約6,800入っているという慰霊塔です。

これがトーレスレン刑務所というところで、ここも刑務所の所長だったドッチという人、まだ刑務所の中で生きているので、みんな出てくるんじゃないかという不安を抱えているところです。これが解放された日に遺体が9つここにあったというところで、これは高等学校なんですけれども、ここが市内の目抜き通りにある高校の虐殺の現場です。解放された時の遺体にそのままお棺が被せられた。ここにはですね、当時の排泄物の汚水が入ったものがあって、上から足が吊られてここに頭を何度もつけられ殺されたというものがそのままあります。教室の中は全部鉄のベットとか猿ぐつわがあって今でも血の臭いがして、出てきた時はとても頭が痛くなります。

この2つなどを、国は（私たち支援者が）支援する前に見てから支援に入って欲しいと言われて、全部見ていただいています。学校の様子はですね、左側はお外で、写真を撮るとこんな感じですね。中で撮ると暗いんですよ、学校には電気がありま

せん。これは校庭なんですけれども、子供たちはサンダルをみんな履いてきていますが、校庭には何もないですね。校庭にはどこかの一角にこのようなゴミの集積場があって、ゴミを焼くこともしていませんでした。これは幼稚園なんですけれども、暗い中で先生が一生懸命飾りを作っているんだけども、一切音が鳴らない、そして暗い。そういう感じですね。楽器も一個もないです。これはトイレ。向こうには陶器の便座が首都の近郊なのであるんですが、紙がないので水で肛門を洗ってトイレを始末するってことですね。学校の校庭はこんな感じになっている。

私どもは現地の教育省と協力しまして、楠川富子さんという JICA 理事長賞を受けた方が、カンボジアに5年ほど小児病院にいたので、その方が現地に残って私たちの事業を受託して行ってくださっています。

カンボジアはこういう国なんですけれども、メコン川が流れていまして、この辺りは非常にヒ素の濃厚な汚染地帯になっています。この川からの汚染が非常に目立つのはプノンペン、その周りを囲むカンダール州なんですけれども、ここまで汚染が来ているのではないかということで、衛生教育の困難さを予測いたしました。私はこのプノンペンの首都の南側にありますカンダルスタンという郡の小学校32校をターゲットに衛生教育をしてみることにいたしました。養護教諭がいるのは世界で日本だけ、保健室があるのは世界にはありますが、そこに養護教諭がいるっていう仕組みは日本だけですね。そういう風な学校保健の仕組みをここで提供できないかということで、いってみました。メインになるものは、日本に来て先生方に勉強していただこうということで、その後私たちが行ってまたフォローしようというような仕組みです。ここには話してくださった依田先生がいて、これから話してくださる熊谷先生がいて、下水道マネージャーとか副学長とか楠川さんとか、こういう教育学部や医学部や農学部の先生たちと一緒にプロジェクトを組みまして実習を致します。これが向こうの教育省の副大臣なんですけれども、学校保健局長、楠川さん、そういう方たちとこれは長官の執務室で撮った写真なんですが、協力しながら事業を進めたいと思っております。これ依田先生が水質検査や授業視察班というので、第一次に行って下さりました。教育学部の准教授と下水道マネージャーと行っていただいて、これは最もその辺りで優秀だという先生の授業を見たり、あるいはハンドスタンプというエビデンスベースドラーニングを心がけようと思いまして、こういうハンドスタンプで寒天培地に細菌が残るのを手洗い後に実験したりですね、水質検査をしたり、授業を見学したりしています。

私たちのターゲットにしていますカンダルスタン郡で水質検査をしたところなんですけれども、学校の先生の生活用水の井戸に大腸菌が混入していたということがありますが、概ね、し尿の混入がない綺麗な井戸水があったということで、何の問題もなく使えていたということでした。現地で開講式をして、これは教育省のフェイスブックに即日公開されたものなんですね。これは長官の命令で来て下さった方で、副郡長さんと副学長とともにこの開講式を行いました。これは現地の新聞にクメール語で出たものです。

私たちは来日研修を10月にまたやるために、様々なものを準備しましたが、クメール語は数字までクメール語なので数字すら私たちは読めないので、対応パンフレットとかこういう工夫をいたしました。

私どもの大学の学長と教育省の副長官とこれが長官の随行の人たちですね。長官と学校保健局長と長官の随行と局長たちなんですけれども、この4人は、長官が39歳だったんですが、お年がみんな同じっていうんですね。長官にお誕生日は違うんでしょって言ったら、お誕生日も4人一緒よっ

て言ってですね、笑いながら。それで独立記念日が誕生日なんです。戸籍がなくなっていたので皆さん39歳で誕生日が同じっていうそういう感じです。この先生たちに来ていただいて、これは第一班と長官一行の歓迎会でした。

これは長官と局長が日本の保健室を見学したり、これは縦割という一年生から六年生の縦割でもって給食をしているところで、日本のお習字とかそういう文化的なものも見ていただきました。教育管理を学んでいただいたもの、教育学部の学部長たちが行政の方達に学んでいただいた。いろんなところ、学食とか教育学部祭りとかいろんなものを見ていただいて、最後に修了式をしています。学生の参加したダンス、いろんなイベントを支えて催しをしてくれています。

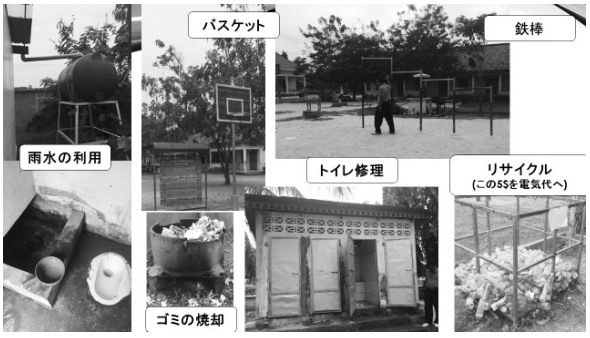
2班目がきて、同じメニューなんですけれども、ごみ収集車を見たり、それから、これから小学校のクラス給食を見て、学校の設備とか、音楽室の設備とか、児童と意見交換をしたりとかですね。それから、保健室でこれ目の検査してるんですけど。クレアという小学校の校長先生なんですが、「目の検査やってみて」と言ったら、この先生すごい視力が悪いということがわかっちゃって、初めて検査したとかで。初めて検査して、すごく視力が悪くて、眼鏡が必要だということがわかっちゃったりして。それからエビデンスを使った、水をこうやって何回も入れていくとですね、エイズを持った人のコップだけ色が変わるという、そういう保健の授業なんかも見ていただいたり。これは、中学生が作った調理実習の時のものを食べたりとかですね。

あと、近くの医学部ではですね、シミュレーション教育や、それから歯磨きの仕方、それから染め出し錠を使った歯磨き。それから、下水道や上水道で、日本では雨水が飲めるようになるとかね、そういうのを見ていただきました。それから救急隊と学校保健との連携体制とかですね。蛇足ですが、仏教国なのでお坊さんが通りかかったので、ちょっと写真に入ってもらったということも。

あと2班が終わって、修了書を持って帰っていただきました。

むこうに帰ってから先生方は、リフレクションセミナーをしてくださって。現地の教育省の方たち、これ歯医者さんで教育省のお役人さんですが、この方たちが取り仕切ってリフレクションセミナーをやってくれています。

この人は今回長官に奨励賞を頂いたブティさんという校長先生なんですが、帰りまして早速、こんな保健室の設えやベッドを作って、手洗いを作って、身体をごしごしするネットを引き裂いて石鹸が入るネットを作ったりですね、やってます。この校長先生は、「鉄棒を作ったよ」って私に見せてくれて。鉄棒を作ったけど、「鉄棒の教え方知ってる？」って言ったら「知らない」って言ってました。「こんなの日本にあったから作った」とか言って。バスケットは日本から教えに行った人がいて、バスケットのコートがありましたけど。トイレも全部自分で作って。鉄の、アルミの扉なんですけれども、麻薬常習者が近所にたくさんいるので、だから結構トイレが破れちゃうんですね。子どもたちが水を結構ペットボトルで飲むので、集めて、これひと箱5ドルになるんですが、電気代にしています。あと、ごみを焼く習慣も始めてくれました。



私たちの強みは、この組織力とか現地に拠点を

持ったり、現地政府が後押ししてくれたりというところですが、これからお話くださるJICAの客員教授がいてくださって、JICAのアドバイスをしていただくというところも大きなメリットになっております。

その他の強みとして、関谷先生がおっしゃってくださった、やっぱり私たちは研究者でもありますので、この依田先生が水質検査をされて、難しいヒ素の検査をすることとかですね。こういうハンドスタンプで、寒天培地で細菌を描出させたりですね。これは歯垢顕示錠を使って、赤く染めだしたり。ブラックライトというのは、今これはむこうで手作りにして、ブラックライトで洗い残しを見るというセミナーを先週行いました。あとはごみの分別を学んだりというのも、エビデンスにしています。

他にはですね、様々な教員養成課程の色んなものを長官に見せてくださって、彼女は帰ってこういうのを絶対やるって言ってますね。

私がつい3月に依田先生と行った時に見てきたことは、来室者ノートが保健室にできて、ごみ焼却場で焼いていて、それでこういう風に手作りで、この校長先生全然やる気がなかったと思ったら、こういうのをちゃんと作って、手洗い用に作ったり。机の上にマットを乗せて保健室のベッドにしたりという、とんでもないことをしてますが。子ども達の掃除の習慣をつけたりですね。とにかくクリーン化がだんだんにできておりました。

これはつい6月12日に私と農学部の教授とで訪問しました時に、長官がこのブティさんの学校を訪問してくださいました。このブティさんの学校にごみがひとつもない、田舎の学校でごみがないのは初めて見たと言って、パソコンを21台寄付してくれることになったのですが、その教室を作るのにほこりの入ってくる教室しかないので、今このブティさんはパソコン室を作るのに悩みの種がおありということですね。長官の訪問というのは、フェイスブックを等でも公表されて、私どもの大学の介入を後押ししてくれています。

それからこれは現地の教科書を今私が作っておりまして、長官が副読本に認可してくれて、現在作成中です。

またこういうパンフレットを作りまして、啓蒙活動も行っております。今回も30枚ほど持ってきておりますので、お帰りによろしかったらもらってください。

ということで、私は衛生教育を始めようと行ったのですけれども、どちらかというと人材育成をしようと思って行ったのですが、30余りの小学校で手洗いが2か所しかない、トイレが300人に1個しかない。そんなところですので、衛生教育しようにもトイレがない、手洗い場がないので、近々クラウンドファンファンディングをしようと思っております。徳島大学からあがりますクラウンドファンディングを近々見ていただき、1000円でもご寄付していただければ、現地の子どもたちが喜ぶかなと思います。私が今回こういう虐殺された

国に何か支援しようという時にですね、彼らは日本人を見たら「お金」という風に最初言っていましたが、最近はお金という風には言わずに、「本当のところを教えてくれ」というようなメッセージを受けてくれるようになったので、会話ができる関係になったかなと思っております。ご静聴ありがとうございました。

中込委員：清水先生ありがとうございました。本当に最後のお言葉の「本当のところを教えてほしい」という関係性が、国と国とを越えて、ヒューマンケア、人々の幸せに何ができるかということが話し合える、そういったメッセージが何を提供していくか、何を考えていくかという関係を考えさせられるご発表、本当にありがとうございました。それでは最後の発表者です。熊谷信弘先生です。国際協力機構、国際協力人材部健康管理課、専任参事をなさっております。

海外支援の人材養成

独立行政法人国際協力機構（JICA）　国際協力人材部　熊谷 信広 先生

ご紹介いただきました、JICA の熊谷です。以前香川大学、桜美林大学で計6年間、国際協力の教員として出向しておりました。本日は、海外支援の人材育成ということで、JICA の制度をお話しさせていただきます。参加している皆様にご活用いただけるものです。

学生時代、一年間メキシコに行って、その後2年間青年海外協力隊でアフリカのザンビア。その後、商社に8年勤務してから JICA に社会人採用で行きましてですね、今まで69カ国で海外援助の仕事をしてまいりました。このパワーポイントの表紙の下に、カラーで表示されているこのマークがありますけれども、何のマークかご存知の方いらっしゃいますでしょうか？字が小さいのでよくわからないかもしれませんが、これは2015年9月に、国連総会で採択された「持続可能な開発目標 」、Sustainable Development Goals、SDGs という概念を表しています。この持続可能な世界を実現するために、貧国や飢餓の撲滅、エネルギー、気候変動対策、平和的社会など17のゴール、それから169のターゲットから構成され、地球上の誰一人として取り残さないこと、No one will be left behind を謳って、2030年までにその達成にむけて力を尽くすことを国連全加盟国が誓っています。このことは学術界でも例外ではありません。2015年の採択以降、この SDGs 自体の認知度は日本国内外で高まっていますが、どこからどのように取り組むかという点については、理解や活動が十分に広がっていない状況があります。そこで、日本ヒューマン・ケア心理学会に皆様の経験や技術を、JICA の制度を活用して、SDGs のターゲットを、ゴールターゲット、Universal Health

Coverage、UHC の達成に貢献していただければと思い、お話しをさせていただければと思っています。実は UHC は日本が強く主張して取り入れられたものです。UHC は、全ての人が適切な健康増進･予防･治療､機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられることを意味しています。全ての人が、経済的困難を伴うことなく、保健医療サービスを享受することを目指しています。

本日紹介させていただく内容は次の4点です。JICA の事業概要、JICA の協力実績、それから JICA 人材育成プログラム、最後に専門家ボランティアの支援ということです。

最初に JICA の事業概要を示します。JICA は日本の政府開発援助、ODA の中核を担う独立行政法人です。ODA には、二国間の援助と多国間の援助があります。JICA では二か国間の援助を中心に様々な協力が行われています｡大事なのは、その資金は全て皆さまの税金だということです。その貴重な税金を使って何をしているのか。この図の左側の赤いところを見てください。何をしているのかというと、途上国の様々なニーズへの対応、課題･問題への解決支援のため、図の右側の四角の青い箱のタイトルを行っています。具体的には､技術協力プロジェクト､有償･無償資金協力、研修員受入、緊急援助などの事業になります。これらの事業は、相手国の自助努力の促進のため、相手国政府との協議や現地の人材と一緒に働くことを通して、人材育成の支援をする教育です。JICA の全事業において、人の派遣は必要であり、人材育成の支援は重要な JICA の柱となっております。

それらの協力にどれだけ税金が使われているのでしょうか。2016年の数字で見る JICA の協力の実績は、この図の通りです（17,915億円：日本全体の ODA 実績）。こちらが現地に赴く派遣制度として、左下にある JICA ボランティアの青年海外協力隊。これは年間1000名強が派遣されています。今までに約5万人を超える人が派遣されています。その隣の調査団として年間1万人が派遣され、現在通算28万人が派遣されています。専門家も約1万人、年間派遣されておりまして、累計17万人います。

次に JICA の人材養成プログラムですけれども、2つの側面があります。1つは途上国の人々が対象の人材育成です。2つ目が本邦から、日本から途上国に行く人への支援があります。人材育成の視点で、JICA は海外から政府関係者を中心に今まで約60万人の研修員を受け入れ、実施してまいりました。様々な研修コースを JICA が準備し、日本の技術や経験を学んでいます。この研修の受け入れに多くの大学が積極的に関与していただい

ております。多くの日本人関係者が研修コースに関与することにより、先生方をはじめ、学生にとって貴重な異文化コミュニケーションをはじめ、海外の政府関係者やそれぞれ分野の技術者との交流が体験できる機会となっております。これらはJICAのお金で事業ができますので、大学の金銭的な負担はありません。当該分野の現地関係者とコネクションを構築できるすばらしい機会になります。JICAの長期研究員制度や国費留学と組み合わせると、相乗効果は抜群になります。今回は、本邦から途上国に行く人を対象の、人材育成を中心に紹介します。主なメニューは、ボランティアへの訓練、専門家への赴任前研修、能力強化研修です。

途上国へ行く人の仕事には、どのような形態があるのかを表したのがこの図です。左側のマネジメント系。マネジメント系の仕事は、国際協力に関わる事業の計画・立案・調整・実施管理・評価などを行うものです。業務によっても異なりますけれども、多くの関係者と連携・調整をしながら、協力効果を高めるためのマネジメント力やコミュニケーション能力が求められます。それから昨今では、なんらかの専門性を持った方が有利です。高度な専門性を身につけた上で、マネジメント業務に関わる方も多くなっています。

右側のスペシャリスト系。この仕事は海外で実施する技術協力プロジェクトなどで、専門技術を生かして、相手国の人に直接助言し技術を伝えたり、制度や組織の改善に貢献したりするものです。高い専門性とそれを伝える語学力が求められるものです。国際協力というと、国連やJICA、国際コンサルタントなどが注目されがちです。しかし、実際の専門性を生かして、技術協力や資金協力の現場で国際協力業務に携わっている方々は、日本の民間企業、建設会社、電力会社、それからシンクタンク、商社等、公務員、自治体の職員、大学等の研究機関及び医療機関の方など、国際協力が本来の業務ではない方が多いのです。

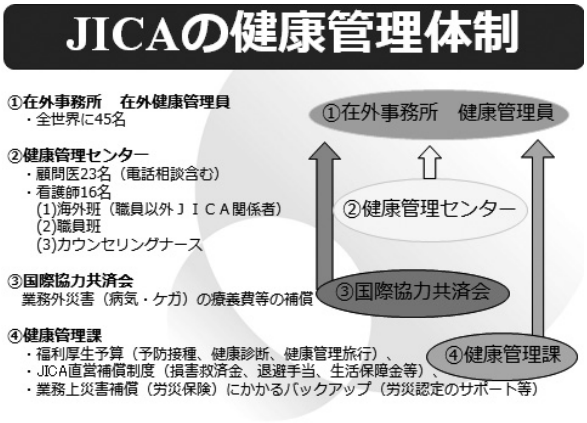
JICAでは、現地に赴任する専門家と国際協力人材を含むグローバル人材育成のために、次の取り組みを行っています。インターンシップは、JICA本部、国内機関、海外事務所、海外のJICAプロジェクト等のインターンシッププログラムで、大学生、院生におすすめです。ジュニア専門員制度は、JICA本部で1年半技術の研修をするものです。能力強化研修、これは専門家に向け研修をします。赴任前研修は、途上国に長期専門家として、派遣の方を対象に、国際協力活動、赴任国概要、赴任前準備等に必要な知識、情報を提供することを目的とした短期研修です。ちなみにこの白板に2種類の蚊を描きましたが、どちらがマラリアを持っている蚊かわかる方いらっしゃるでしょうか？今日覚えていただきたいのは、おしりをぽっとあげているんですね。この蚊がマラリアを持っているハマダラカです。だからみなさんも壁におしりを上げている蚊がいたら、あぶないと注意してください。こういう現地の情報を学ぶのが派遣前研修です。

それから派遣前の支援では、特にボランティアに対しては手厚く実施しています。派遣前訓練の支援としては、20歳から39歳までの青年は約70日。40歳から69歳のシニアは、35日間の合宿訓練がされます。長野県の駒ケ根と福島県の二本松に素

晴らしい訓練所があります。研修の内容は右側の緑色の四角に含まれた概要になります。一つ目が語学訓練。中学校3年間の英語と同じ200時間の語学訓練をします。それから、このプログラムに沿った協力隊活動に必要な知識を身につけます。その受入国についての講座、安全対策講座、健康管理講座があります。

派遣中の支援の大きな柱の一つが安全対策です。これは専門家をはじめ、ボランティアの方も含めたJICA関係者に対して実施されています。具体的には、その国の地域の治安情報の収集と提供、それから専門家やボランティアが住む住居などの安全点検及び必要な防犯対策の実施、派遣前研修の安全管理指導、緊急時の対応など。これ以外にも各国に安全対策アドバイザーを配置しています。安全対策アドバイザーは、現地警察関係者や治安のスペシャリストを雇用して対応しています。

派遣中の活動支援ですけれども、活動の支援としては、ボランティアには次のことが、このようなことがあります。



JICAの健康管理体制。在外にいるJICA関係者全員に対する健康管理体制は、次の支援がされています。現地JICA事務所において、看護師資格を持ち、経験豊かな健康管理員が45カ国に配置されています。次にJICA本部において、顧問医と看護師さんが配置されています。現地事務所、現地健康管理員と365日24時間対応をしています。顧問医は23名、看護師16名、国内の健康管理センターにいます。私もここにいます。第三に、業務外災害の療養費等の補償をしている。最後に、業務内予算、補償制度、労災のサポートをしています。

帰国後の進路ですけれども、平成26年4月1日から1年間の青年海外協力隊及びボランティアで帰ってきた、その帰国後の進路状況に関しアンケートを実施しました。回答があった進路状況を集計し、結果、このグラフの通りです。専門家については、無職の方に対しては帰国後、労働の意志を有するにも関わらず生業に就けない場合の生活安定を図ることを目的として、生活補償金制度があります。ボランティアに参加される人々は、現職参加制度を利用して、元の職場に戻られる方が24%程度います。その他の人は、57%が就職、8%が進学したりしています。帰国後の就職進学支援としては、帰国時の進路ガイダンス、帰国後研修、セミナー、教育訓練手当て支給、NGO活動支援、進路カウンセラーによる個別相談などがあります。ボランティアの経験の評価と採用面での配慮ということで、特記すべきなのは61の自治体及び36の教育委員会で、研修員向けの採用試験で優遇措置がとられているということです。それから16の大学・大学院で、帰国隊員向けの入学試験優遇措置が導入されていると。企業や地方自治体における、事業理解促進及びマッチング支援などの取り組みもされております。

最後に、現在世界は様々な課題を抱えています。皆様の分野は世界が必要としております。30代までであれば、ぜひ若いうちにJICAボランティア制度を活用して、異文化において2年間、自身の能力を試してみてください。シニアボランティアなら69歳まで参加が可能です。国際協力にご関心のある方は、ぜひ国際協力キャリア総合情報

サイト「PARTNER」を見てください。どなたでも登録可能です。学会に参加されている専門知識や技術、業務経験、語学力をお持ちの社会人または大学院生以上のみなさんであれば、国際協力人材登録が行えます。異文化体験を生活レベルで、肌で体験・修得した上で、専門分野を広く途上国に応用していただけるかと念願しております。これら登録をすると、求人情報・研修セミナー情報を見ることができます。またPARTNERメールサービスに登録して、情報を得ることができます。キャリア相談を受けることができます。国際協力人材セミナーに参加することもできます。国際協力の働き方、関わり方、JICAが募集する訓練等、詳しく知ることができます。プロフィール公開をすると、登録団体がプロフィール情報の検索が可能になります。そうすると団体からオファーの可能性もあります。ということで、短い時間ではありましたけれども、皆様にJICA制度を活用いただけることを念願し、私の話を終わらせていただきます。ありがとうございました。

中込委員：それではご発表の先生方、どうぞ前にお願いします。では司会を木村先生にお願いしたいと思います。

木村理事：短い時間にみなさん短縮しながらやっていただいてありがとうございました。本当にお疲れ様です。また短い時間の、10分弱ですが、会場と特にヒューマンケアの、トランスカルチャーというところの話になってくることを期待しております。小玉先生、この企画で熱い思いを持っておられると思いますので、お戻りになられたらお話うかがおうと思っていますが、みなさん方から短い時間で焦点を当てるとするとどうしましょうというところです。

まず、みなさんが顔をあげていただくのを待ちながら。しみじみと思っていたのは、香川大学でこの方々がチームメイトであったというところを、改めて今日しみじみとかんじながら。それぞれの専門性を生かしながらということで、ヒューマンケアがすごく大事にしてきている、現場性とか実践性とか、草の根的な現場カラーというところをすごくみなさん方が言ってくださって、ありがたいなと思っております。異文化とはいっても、人と人との、隣の人との異文化から始まって、異文化異文化の中で私たち暮らしていて、世界的な規模の中の異文化というところで、これもヒューマンケアのコンセプトにすごくありがたいお話しを伺えているなと思いました。で、小玉先生戻られたら、小玉先生にって言って。小玉先生の企画としての熱い思いをかわりに少しやってました。露払いをやってましたので、少しお願いします。

小玉理事：途中ちょっといろいろあって中座して申し訳ない。私その、ケアってなんだと、ずっとこれはもう根本的な問いで未だに解答はないんですけれども。今回この、言い出しっぺみたいな形で、この企画の一番最初のなんか無責任な形で発言しましたけれども。でも思ったのが、何を思っているかといと、どうしても我々すぐケアというとですね、対個人であったり、あるいは対集団であったり。そこまでしか視野が及ばない、できたと思って。何を思ったかというと、やっぱりケアってもっと多次元的だと、常々思っていることなんですけど。じゃあ実際、多次元的なことが、実際の我々の現実の中にどれだけそれが表現されるん

だろうかと思った時に、文化的な視点ってちょっと欠けてるよねって。特に文化的というのは、日本っていうことだけではなくて、もっとグローバルな感じで文化的視点って抜けてる。今回清水先生の方からですね、こういう形で中心になってまとめていただいるんですが、今回の問題は開発途上国、そういうところに対するケアとか支援と言いましょうか。考えてみると我々はですね、こういう開発途上国に対する支援、手の差し伸べ方って考えた時にどうしてもやっぱりお金中心に動いてしまう。せいぜい文化っていう。

ところが考えてみると、このお金にしろ、文化にしろ、ある意味、川上から川下へ流すような感じ、上から目線って言ったらいいですかね。つまりより文化的に上位だとか、お金が豊かな国の方が下へ流すというような感じだと。これまでも一つ今の受け皿側のニーズはなくはないんですけど、その時我々は必ずしばしば陥ってしまうのは、剥奪してしまっている。言ってみれば新しい、政治でも何でもそうですね、カンボジアの話でも最初に伺ったように完全に根絶やしになってしまうというところ。やっぱりより優れたものをもって行ってそこで根付かせて普及しようってなってしまうんですが、それはそれで正しい面もあるんですが、一面怖いのがそこに根付いている文化というのが変わってしまう可能性があると。これは一番最初に関谷先生がおっしゃってたことと重複するんですが、要するに我々はエビデンスベースドという話をしましたけれども、私たちもワンセットでそれに合わせていればナラティブベースドっていうのが必ず必要だと思っているんですよ。今言った事っていうのがですね、受け皿側でのケアに対する視点であり、それからその人たちの持っている土壌なり、そういうものをしっかりと我々が認識しないとやっぱり剥奪する場合もあってしまうんじゃないかというような、いつもリスクを我々は背負っているなということを考える必要があるんじゃないかと思っているわけです。

ですから例えば延長して、依田先生の話で大変面白いと思ったのは、悪口を言うわけではないですが中国もそうですよね。ダァーっと持っていって中国のものをバァーっとばらまいてしまって無くなってしまうとそれをまた中国から持ってくるみたいな。数年前の日本も一緒だったんですね。結局そういう入ってくるのだったり、高度のものは根付かないですよね。ですから現地で調達できるもの、この発想がやっぱりナラティブベースドに近いような感覚だろうと思っているので、ケアを考える時に我々はより優れたものを、より高度なものを持っていってそこで根付かせようっていう発想をどうしてもしがちなんですけど、そうではなくてこのトランス・カルチュラル・ヒューマンケアっていうんであればね、要するに上から見てではなく下からのもの、共有するものっていうのを考えていかないと、まずくはないかなというような素朴な私の考えです。以上です。

木村理事：ありがとうございました。先生方お互いにちょっとどうですか。追加とか。あるいはお互いに分かっておられる間柄のようですから。

依田先生：はい、ありがとうございました。小玉先生のおっしゃった通り現地に行って使えるものではないと、結局何のための支援なのかというところは非常に大きいかなという風に思いました。私、心理学の方はあまり全然わからないんですけども、おそらくそういう現場での訴えとか目の前で起こっている事象っていうのが一番大きなところであって、そのいろんな事象を集めて一般化するというのが研究者としてのあり方かなと思うんですけれども、やっぱりどっちかに偏ってしまうのはよくないのかな。バランスよく、研究のための研究じゃなくて、現場に返すための研究であるっていうのは心理学じゃなくてもですね、我々

医学の方でも同じ形で、どうしても専門になるとDNAだなんだでものすごく細かくなるんですけど、やっぱり最終的には患者さんに還元できなければそれは意味がないですので、その辺っていうのは同じベースで考えた方が重要かなと思うんですけどどうでしょう。

清水先生：一番最後に、熊谷先生が、どうぞJICAに来てください、JICA使ってくださいみたいな感じだったと思うんです。私このJICAっていうのを最初にする時に熊谷先生に教えていただいたのは、JICAからたくさん補助金をいただくんですけれども、これは研究ではありませんってことをすごく言われました。私たちは同じ助成金をたくさんいただきます、競争資金をとりますけど、私たちはお金をいただいた時に研究が先に来て、その次に何か役に立つものが副次的に残る。でも私は研究をしてはならないっていうのが最初の出発だったんですね。ですからほとんど研究らしきことはあまり。依田先生は研究を学会などで発表されましたけれど、基本的には現地のために尽くすというのが最初にあって、ですから学会で取り上げた時にこれ学術取材なんですけれども、私たちの身の置き所っていうのを役立つことが先にあって実は研究者は存在するんだということを私はすごくこれで学ばせていただいたなという風に思っています。熊谷先生どうでしょうか。

熊谷先生：関谷先生の話でボトムアップのニーズっていうところがすごく重要だなと常々考えております。どうしても上から目線になってしまう傾向の中でですね、現場の中に入って現場をよく知った上でそのニーズからスタートしていく支援、協力っていうのはすごく大事だなっていうのを痛感していまして、その上で日本人の一人一人がより世界を知っていくっていうことがすごく大事なんだなという風に思います。JICAを使ってください。

関谷先生：もう時間なので手短に、私自身も元々現場の人間だったのもあるんですが、今回の大会がまさにヒューマンケアの心理学会であり、健康心理学会でもあるっていう意味で、非常に応用的な領域の学会、応用的なところに関心のある方々が集まっているっていう意味で、応用のあり方として今日はエビデンスベースドの4要素っていうウエイトを見直さないと応用に繋がらないだろうなっていうことをすごく感じました。私自身も自分自身を見直すきっかけにもなったかなと思います。

木村理事：ありがとうございます。おかげさまで一人一人大事にしようというそこからスタートしていって、グローバルなところ、多職種連携とかそういうヒューマン・ケア心理学会の中ですごく模索してきたことの一つの形として今日発表していただけたなっていうのと、皆さん方がすごく熱意を持って話を聞いていてくださったおかげで、このシンポジウムがそれこそケア的に成り立ったのかなって感謝申し上げたいと思っております。時間的なこともあり、マイクをお戻しします。

中込委員：もうほとんど木村先生がまとめてくださったんですが、本当に第20回の記念大会としてのトランス・カルチュラル・ヒューマンケア、本当にヒューマンケア心理学会の心理というところは非常に広い意味でのケアと心理が繋がった学会です。これからの新しい時代を迎えるにあたって、非常に視野をたくさん持って、そして多くの方々と繋ぎ合いながら広いヒューマン・ケア心理学会を作っていきたいと思いました。本日のシンポジウム本当にありがとうございました。