

PDF 公開版

2004 年 2 月 25 日

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 3 8 期 活動報告書

2 0 0 3

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu Univ.

目 次

総務あいさつ	3
--------	---

国外研修班活動報告

インド班	4
ルーマニア班	13
WHO班	24
台湾班	35

国内研修班活動報告

緩和ケアチーム班	46
ハンセン病班	57
沖縄班	71

総務あいさつ

ここに、2003年度 第38期 熱帯医学研究会活動報告書を皆様にお届け致します。

私は、総務にはやるべきことが2つあると思っています。1つ目は、先輩方がこれまで行われてきた伝統を受け継ぐこと、そして2つ目は、先輩方がこれまで行われなかった新しい挑戦を行うことです。

今年一年を振り返ってみると、1つ目の伝統を受け継ぐことに関しては、幹部のメンバー（池崎さん、角南君、チョン君）に本当に助けられました。私が未熟であるだけに、真面目で優秀な同僚がいることは本当に心強いものです。今年の幹部学年はメンバーが少なかったために学年が1つ下の部員（平峯君）に幹部になってもらいました。快諾して協力してくれたことに感謝します。また、幹部のみならず先輩方や後輩達（特に後輩達をまとめてくれた西田君）の協力にも心から感謝致します。2004年度 第39期 熱帯医学研究会は、総務の平峯君と副総務の西田君という頼れる後輩が引っ張っていきけると信じています。

2つ目の新しい挑戦を行うことに関しては、2つのプロジェクトを開始しました。それは、九大医学部同窓会誌の学士鍋に熱研の活動を投稿するようになったことと、熱研の総会を外部の方々に完全にオープンにしたことです。前者の学士鍋については、九大医学部肉眼解剖学教室前教授の川淵先生の助言をもとに開始し、熱研会員以外の先生方に幅広く熱研の活動を知っていただく絶好の場として定着しつつあります。後者の開放型総会については、熱研の大先輩であり産業医科大学教授の吉村先生の助言をもとに開始し、九大理学部、薬学部、教育学部の学生、山口大学の学生、佐賀医科大学の学生等たくさんの参加者があり大変盛り上がりました。「九大はせっかく総合大学であるので、他学部の学生の意見を聞き、交流したい。また熱研の活動でお世話になる他大学の学生も招待したい。」と考えたことも開放型総会につながりました。

以上、総務がやるべき2つのことを無事終えることができ、ほっとしております。これも、熱研の先輩先生方の御協力と、日本全国各地そして世界各地の活動先で受け入れを快諾していただいた先生方の御協力と、他大学他学部の学生の仲間達の応援と、熱研の部員の情熱がすべて集まってできたことであると思います。心より感謝申し上げます。これから、さらなる発展のための努力をしてまいります熱研に皆様の御協力をどうぞ宜しくお願い申し上げます。

2004年1月

熱帯医学研究会 総務 医学部医学科4年 住吉周作



インド班

活動目的

インドのカルカッタにあるマザーテレサの『死を待つ人の家』では、キリスト教の精神を基盤とした、日本からみると特殊な終末医療が行われている。そこでのボランティアを通してその精神に触れ、さらに終末医療のあり方について考察を試みる。また、途上国の公衆衛生、医療について学ぶ。

班員構成

刀根 聡志	班長	(九州大学医学部3年)
平峯 智	副班長	(九州大学医学部3年)
谷口 秀将		(九州大学医学部6年)
ヤップ ユーウェン		(九州大学医学部4年)

研修地および活動日程

2003年8月8日～8月13日、15日

カルカッタ・『死を待つ人の家』

2003年8月14日

チタガール・『ガンジー・プレム・ナイワス』（ハンセン病患者の自給自足施設）

活動概要

- ・ マザーテレサが設立した施設の一つである『死を待つ人の家』に收容されている患者への看護ボランティア
- ・ カルカッタ郊外のハンセン病施設の見学 死を待つ人の家 (Nirmal Hriday)

1. 『死を待つ人の家』について

通称カリガートと言われるこの施設は、路上などで死にかけている貧しい人達が安らかに死を迎えることができるようにということで、マザーテレサによって設立された施設である。中には、簡素なベッドがあるだけで初めて訪れた時は野戦病院のような印象を受け



た。男性50人女性50人の計100人の患者が収容されており、男性と女性はそれぞれ別のフロアに分けて収容されている。



収容されている患者も様々で、瀕死の状態でもベッドに横たわっている患者から食事やトイレ、入浴を自分で行えるような患者まで幅広かった。50年ほど前にここが設立された頃は、瀕死の状態の患者が大半を占めていて文字どおり『死を待つヒトの家』であつたらしい。しかし、最近では状況も変わったようで、多くの患者が回復しているようである。



患者へのケアについてだが、これについては、男性患者は男性ボランティアが女性患者は女性ボランティアが世話をするようになっている。多くの国から多数のボランティアが参加しており、なかでも日本人が多かったように思う。ボランティアのなかには、もう何年もここでボランティアをしているという人も何人かいた。ただし、インド人のボランティアはほとんどいなかった。

これは、カースト制度の残るインドでは仕方のないことかもしれない。カースト上位の人間が、カースト上ではヒトとして見てもらえないような最下層の人間の世話をすることなど考えられないからであろう。また、仮にボランティアをやりたくても、ハンセン病を患った人や最下層に位置する人は不浄なものみなされているらしく、そういった人達に触れることを忌み嫌うカースト上の風習も原因となっていると聞いた。

ボランティアの仕事内容としては、洗濯、食事介助、食器洗い、入浴介助、トイレ介助、ベッドの消毒、着衣の交換、薬の配布などがある。また、医師やベテランボランティアが火傷や外傷のある患者の治療をする際、麻酔もなしに傷の縫合などを行うので、患者がうめき声をあげて暴れるのを抑えておくといったことも行った。仕事の時間は、午前中が8時から



12時までで途中で30分ほどの休憩がある。この時、チャイやパンなどの軽食がボランティアのために用意されている。午後は3時から6時まで行われる。午前と午後の両方に参加する必要はなく、大半の人は午前みの参加で午後は各自が思い思いに過ごしているようだ。また、日曜日と祝日にはここでミサが行われている。

2. 患者について

カーリガートに収容されている患者に多い疾患としては、結核、ハンセン病、肝炎などがあげられる。その他にも、マラリア、フィラリア、精神異常などの患者がいた。ここでは、専属の医師が治療をしているというわけではなく（ただし、週に2回ほどインド人の医師が回診に訪れている）、治療等はシスター、ボランティアでやってきている医師や看護師、ベテランのボランティアが行っており、そのサポートに各国からやってきた医学生や看護学生が付くといった感じであった。軽いケガの手当てで、消毒、ガーゼ交換といったことは自分たちでも実際にやらせてもらうことができた。また、ここに入っている人以外でも、手や足を怪我したとやって来る人達にも治療を行っていた。ただ、こうした人達の中には、わざと自分の手足を傷つけてその痛々しい姿を人前に曝して物乞いをしていたところを、その傷のひどさを見かねたシスターやブラザーに連れられてここにきたという人もいた。

しかし、こういった人達に対して傷の手当てをしてそれでその傷が癒えたとしても、それまで、傷ついた自分の体を人前で曝すことでしか生きる糧を見出せなかった彼らが、それ以外に生きる糧を見出せるわけもなく、結局は、また自分の体を自分で傷つけて路上でその姿を曝して物乞いを続けるということが多いようだ。カースト制というものが残るインドという国の現状に目を向ければ、物乞いは物乞いでしか生きる糧を見出せないのかもしれない。そう考えるとこれも仕方のないことかと思ってしまうりもしたが、やはり、そうした実情に納得がいかないというのが正直な思いである。

3. シスターの話聞いて

現地において、マザーハウスで働いている日本人のシスターと話をすることができた。そして、このシスターからいくつか貴重な話を聞くことができたのでそれについて触れたいと思う。

まず最初に、「シスターの方々が信心深いのはわかるのですが、どんなに信仰心があつくても、時には自分たちのやっている仕事に疑問がわいたりすることとかはないんですか？」という問いに対して、「ここにやって来る患者の人たちというのは、神がそのような貧しい人たちの姿をしてここにやって来るということに他ならないのです。つまり、私たちは神に対して世話をしているのです。だから、疑問に思うことなどありません。親が、子供の世話をしていて疑問に思ったりするのでしょうか？しませんよね。それは、親が子供を本当に愛しているからです。同じように私たちも本当に神を愛しています。それと同じことですよ。」と、このようにおっしゃっていた。確かに、自分はまだ子を持つ親ではないから実際には分からないが、親というものは自分の子供に対してできるだけのことをしてあげたい、さらに、もっと良いことをしてあげたいと、いつでも願っているものであろう。そう考えると献身的に愛情を持って患者に接するシスターの方々が、何の疑問もためらいもなくこのしごとをやっている

のだなと理解できた。

次に、「カーリガートもそうですが、マザーテレサの施設では壁など多くのところに『Pray』という単語を見かけますが、この日本語で言うところの『祈り、または祈る』とはどういうことなのでしょう？」という質問を試みた。これには、次のようにおっしゃっていた。「まず、私たちは、祈ることで精神的な活力を得ています。だから、祈るということをしないと精神的な活力が得られないから、そうならないためにも毎朝行われるミサというものが、絶対不可欠なのです。それから、祈ることで『信仰』が生まれます。そして、この『信仰』からさらには『愛』が生まれ、『愛』から『奉仕』、『奉仕』から『平和』が生まれるのです。つまり、『祈り』というものは『平和』へとつながっているのです。そして、この『平和』こそが貧しい人達に救いをもたらしてくれるのです。だから、私たちは『祈る』のです。」この言葉を聞いて、ふだん神の存在など意識しない自分にとって『祈り』や『信仰』といったものの本当の意味は、この時分からなかったし、今でも正直分からない。しかし、この『祈り』、『信仰』、『愛』、『奉仕』、『平和』というこの5つの言葉にはとても深い意味があると思う。これらの言葉の意味の深さについて、これからもじっくり考えてみたいと思う。

4. まとめ

今回の活動を通して、いろいろと考えさせられることが多かった。日本のように、なんとなく全体が同質の社会に生まれ育った自分には、物乞いなどインドのカーストに基づいた身分制において最下層に位置されている人達の姿というものが、今でも強烈に脳裏に焼きついている。路上での生活を余儀なくされ、まともに働くことも認められていないから、道行く人々にお金や食べ物を求めて日々食いつないでいる物乞い達をいたるところで数多く見た。そして、そんな彼らが病気などで路上に倒れていても、カーストが低いという理由などから見過ごされている現状に、インドの人達にはそれが当たり前のことと映っていても、自分には異様な光景として映った。あれだけ多くの貧しく苦しんでいる人を目の当たりにして暮らしていると、インドではもう当たり前のこととして捉えられているのかもしれないし、助けようと思っていたとしてもカースト上の理由からそういうことができないのかもしれない。

しかし、このように当たり前のことだとか、カーストの弊害があるからしょうがないという理由だけで、この現状をとらえることはできないと思う。そして、インドだけに限らずこのような状況を変えていくにはどうしたらよいのだろうかと考えた時、それは、マザーテレサが言っていたように、自分の周りに困っている人がいれば、無関心にその人を見過ごすのではなく、まず、その人に関心を持ち、そしてその人に手を差し出してあげるということが一つあるのではないだろうか。

今回訪れた『死を待つ人の家』にも、ここに来るまでは誰にも関心を持って

らえなかったというような人達ばかりがいた。彼らはここで、簡単な治療を受けたり、3度の食事を与えられたり、その他にもいろいろと恩恵を受けることができる。しかし、彼らがここに来て最も幸せだと感じることは何かと考えた時に、それは何よりもまず、今まで誰にも見向きもされなかった自分のことを、ここではシスターをはじめ多くのボランティアの人達が、関心を持って接してくれるということであろう。1週間のここでの活動を通じて自分にはそのように思えた。

この世でもっとも不幸なこととは、誰にも関心を持たれずに生きていくことだと、マザーテレサも、そしてシスターたちも繰り返し言っていた。というのも、相手に対して関心があるからこそ、『愛情』や『思いやり』といった感情が生まれてくるわけで、関心がなければそういった感情も当然生まれてこない。つまり、関心を持たれないまま生きていくことは、『愛情』を感じないまま生きていくことに等しいのだから、これ以上に不幸なことは無い。だからこそ、苦しんでいる人に関心を持ち、惜しみない愛情をもって接することで多くの人が救われるのだというのである。

とはいえ、マザーテレサのように自分の周囲の苦しんでいる人すべてに、平等に惜しみない愛情を持って接することは、誰もがそう簡単にできることではないだろう。しかし、自分の周囲の苦しんでいる人に関心をもつことくらいはできるはずだ。関心を持てば、何か助けになることでもしてあげようかという気にもなるかもしれない。ただし、逆に関心を持たなければ、助けてあげようなどという考えは起こりようがないわけである。だからこそ、なによりもまず関心を持つということが大事なのである。今回の研修を通してこのことを一番強く感じた。また、将来、病気で苦しんでいる人を診る医師という職業に就く自分たちにとって、目の前にいる患者に対して関心を持ち親身になって(愛情を持って)接するということが、医学の知識や腕を磨く事よりも大事なはずである。こうしたことを考える機会を得られただけでも今回の研修は有意義だったと思う。

最後に、今回の研修を行う上で勉強会やアドバイスなどしていただいた石川先輩に感謝の意を表したいと思う。

ガンジー・プレム・ナイ瓦斯 (Gandiji Prem Nivas)

Nirmal Hridayの仕事が終わったあと、カルカッタの最終日に運よくハンセン病の施設の見学ができた。施設の見学は本来なら2週間に一回しか開催されていないがカルカッタで知り合った自称MOCの関係者が施設まで案内してくれた。

MOC(Missionary of Charity)に所属しているこのハンセン病センターはGandiji Prem Nivas (Titigarh Leprosy Center) と呼ばれ、カルカッタから電車で約30分離れた市外のTitigarhというところにある。Prem Nivasは線路の両側にあ

るため、電車がTitigarh駅に到着する前に施設が電車から眺められる。Prem NivasはMother Teresaによって1958年に設立された。最初は建物もなく、木の下で移動式の簡易のクリニックに過ぎなかった。1960年10月18日にTitigarhの市政府は施設の建物を建てるためにTitigarh-Khardah線の沿線にある10kmも及ぶ細長い土地をMOCに提供した。当時はハンセン病という病が簡単に治療できるにもかかわらず、インドでもハンセン病の患者はやはり社会に受け入れられず日々差別と戦っていた。Brotherの話によると、差別のみならず、当時の患者は回りの人からいじめられたり石を投げられたりした。

現在、Prem Nivasでは約1000人が暮らしている。その中で、約750人は元ハンセン病患者であり、完治してから施設内の各部門で働いている。残りの人たちはまだ治療を受けている患者である。スタッフはほかの施設と違ってSisterよりもBrotherの方が多い。Brotherの話によるとTitigarhのあたりの治安があまりよくないため、施設の運営はBrother達に任せられた。

Prem Nivasは線路の両側にあるため施設が2つの部分に分かれている。片方は事務棟、外来クリニック、手術室、recovery room、薬剤室、簡単な実験室がある。私たちはまず事務室でBrotherの説明を受けて、その後施設内の各部門を案内してもらった。薬剤室でハンセン病の薬を見せてもらった。Prem Nivasはbasic medical careしか行わないNirmal Hridayと違って、ちゃんとした治療を行っている。使用している薬もWHOのガイドラインに従っているらしい。薬は施設に入院している患者はもちろん、施設に登録している（登録者は3万5千人もいるらしい）外来患者にも定期的に配布している。外来クリニックはセンターから独立した患者のケアやフォローアップも行っている。ボランティアの外科医は必要に応じて施設で手術することもある。主に実施される手術は四肢の切断、整形外科の矯正手術、ヘルニアなどである。手術室の隣部屋はrecovery roomであり、術後管理や患者の回復のために使われる。手術室の中は見せてもらえなかったが、recovery roomの中に二つの病床が置いてあり、医療道具もそろっている。

線路を挟んで反対側にあるのは病棟、工場、ナーサリ（学校）、食堂など患者たちが生活している場である。病棟は男女別に分かれていて、見学者がきたと知ってベッドから起き、「ナマステー」と挨拶してくれたり、笑顔を見せてくれたりした患者は多かった。病棟の裏には、ドレッシングが行われる部屋がある。そこで、スタッフが患者さんの傷口を消毒したり、包帯を替えたりする。一方、女性病棟では一人の看護婦が常駐して患者の世話をしている。

Prem Nivasのもっとも大きな特徴は自給自足ということである。ここでハンセン病から治った元患者たちはそれぞれの能力に応じて、畑の仕事や糸紡ぎ、家畜や魚の飼育、食事の準備、施設運営の手伝いなどに携わり、充実した生活を送っている。ここで生産されたサリーやルンギ、ベットシート、タオル、包帯などは外に売ることなく、すべてはMOCの施設で使われる。Mother Teresaが

着ていたあの白いサリーもここで作られたものである。ここでとれた野菜や魚そして家畜もやはり外に売らず、Prem Nivasで使われたり他のMOCの施設に提供されたりする。また、ハンセン病で手足を失った患者のために義肢の生産もここで作られている。義肢を仕上げるためにやはり熟練した腕が必要である。そこでNational Institute for the orthopaedically handicappedから技術的なサポートを受けている。義肢はもちろんそれを必要とした患者に無料で提供されている。また、大工部門は家具のメンテナンスを行い、松葉杖の生産もしている。裁縫部門は患者の子供たちが将来独立してからもその技で生活していけるために裁縫術を教える。患者や元患者の10歳以下の子供たちは施設内の学校で基礎教育を受けられる。その後、彼らはMOCの援助で外の全寮制学校に進学する。学校は一軒の教室と遊び部屋（ナーサリー）からなる。先生も元患者であり、優しくそうな方だった。子供たちは我々のために笑顔満面でダンスや歌を披露してくれた。

Prem Nivasがハンセン病患者の世話をするのは病気が治った時点で終わるのではない。完治して施設から出た患者たちが少しでも普通の生活が送れるように、施設の近くで小さな家を建ててあげたり、食材や薬を提供したりする。面白いことに、Prem Nivasは患者同士の結婚もアレンジし、結婚式まで挙げてあげるらしい。

以上のことから、Prem Nivasがハンセン病患者のために何がしたいかは少しでもお分かりになっただろう。Mother TeresaがPrem Nivasを立ち上げる前に、ハンセン病患者は治療も受けられず、社会から差別されていた。そのために仕事も見つからず、日々自分の病気に対して消極的な態度を持ち、死ぬことしか考えていなかった。周りの人たちが受け入れてくれなかったら、自分たちで何とか生きていけないかという考え方でこの施設が始まった。また、自給自足のシステムは運営コストを抑えることはもちろん、元患者たちにも仕事を与えて、病気や体の不自由の悩みから解放され充実した生活を送らせることは一番大きなメリットではないかと私は思う。

半日ぐらいの見学でPrem Nivasは私にすごくうまく運営されている施設という印象を与えた。Nirmal Hridayと違って、この施設の運営はより系統的であり、自分の想像以上に設備が整っており、清潔だった。また何よりもよかったのは患者さんたちが自分の人生を諦めずにここで静かに充実した生活ができること。また子供たちの笑顔も印象的だった。

Prem NivasとNirmal Hridayの間でいくつかの相違点が見られる。まず、Nirmal Hridayでは本当に最低限の医療（ドレッシングや消毒）し行われていないことに対して、Prem Nivasでは本格的な治療を行っている。使用される薬もWHOの勧告に従っているし、患者のフォローアップなどもしている。また自給自足も大きな特徴のひとつであり、残りの運営資金はMOCからもらっている。患者に関してもよく観察するとPrem Nivasの患者達の方がより感謝の気持ちを持つ

ていると思う。

今回の活動で自分が考えたことと反省点はいくつかある。まず、自分の知識の不足を反省したい。Nirmal Hridayでドレッシングなどの手伝いをしていたが、医学生とはいえ、うまくできないことがたくさんあった。また、残念ながら、Nirmal Hridayで患者とのコミュニケーションがほとんど取れなかった。少しでも現地の言葉を勉強していくべきだったと思う。しかし、医学部に入ってから4年目で今回の活動を通じて初めて患者と接触し彼たちの世話をする大変良い経験と勉強ができたと思う。またPrem NivasやNirmal Hridayの患者達と一緒に懸命生きていくことにも感動した。ボランティアたちはやはりキリスト教の人が多かったが、仏教など他の主教の人たちもいた。おそらくボランティアたちは宗教や信仰というよりも、Humanityを信じているのだろう。

「あなたはまたインドに戻ってくるか」と何人かに聞かれた。私の答えはNoが80%でYesが20%である。インドが嫌いなわけでもないし、苦しんでいる人を助ける気持ちがないわけでもない。Mother Teresaはこのような言葉を残した。Charity begins at home. Love begins at home.苦しんでいる人を助けたい気持ちは皆さんにあると思う。しかし、そうするために遥々カルカッタにあるMOCの施設でボランティアするよりもまず自分の国、自分の地元から始めるべきだ。いくら豊かな国といっても苦しんでいる人、困っている人、見捨てられた人はいるはずだ。まず彼らを助けるべきだ。それはMother Teresaが私たちにしてほしいことだ。インドでは苦しんでいて助けが必要な人数はあまりにも多くて、10人のMother Teresaがいても恐らくその援助は全員に行き届かない。しかしMother Teresaはこう言った。We cannot do great things, but we can do small things with great love.つまり、大事なことは自分がどれぐらいの人を助けられるかということではなく、助ける人のその一人一人にどれぐらいの愛情を注ぐかということ。これから医者になり苦しんでいる人たちを助ける我々医学生もその言葉を参考にしたいと思う。我々はgreat things（名医や偉大な研究者になることなど）を目指すよりも、我々のところに来た患者一人一人に対して愛情のこもった治療およびケアを施すべきだ。医者には限界があるが、愛情には決して限界はない。

最後に、今回の活動を成功させた先生方、先輩や後輩達にお礼を申し上げたい。ただの見学ではなく、実際に働いて体で感じることで大変良い経験と勉強になった。医学の勉強にはならないかもしれないがそこで働くことを通じて大学で決して経験できない患者のケアや看護を経験することができるので、特に後輩達にお勧めしたい。未熟な私はまだまだたくさん理解できないことや疑問もっている。これからも、以下のMother Teresaの言葉の意味を探索しながら、今回のインドの経験を生かしていきたいと思う。

If we pray, we will believe,
If we believe, we will love,

If we believe , we will serve.

[九大熱研HOME](#) → [活動報告書](#) → 2003年度インド班

Last modified on 04.02.21
九州大学医学部熱帯医学研究会



ルーマニア班

活動目的

ルーマニアのエイズと子供を巡る問題点について、実際にエイズ患者や子供と直接触れ合うことによって理解を深める。エイズがルーマニアにもたらされている社会的・経済的影響を知り、更にエイズ対策が困難とされている現状や実際を考察する。また、日本人にとって馴染みの少ないルーマニアという国はどんな国であるのかを見てみたい。

班員構成

チョン ピン フィー (九州大学医学部 4年)

研修期間および研修地

2003年7月26日～8月3日 ティミソアラ大学のVictor Babes 感染症病院

2003年8月4日～8月15日 Louis Turcanu小児病院

その他：ティミソアラ市内の子供療養所（孤児院）ニヶ所

ルーマニア国の概略

ローマ人の末裔・ルーマニア人

ルーマニアはバルカン半島の北東部にあり、中欧・東欧で唯一のラテン文化である。国土は東欧の国々とほぼ似たような大きさだが、国土の周囲の半分は旧ソ連（今はモルドヴァ、ウクライナ）に接している。そしてハンガリー、旧ユーゴスラビア（今はセルビア）、ブルガリアなどに囲まれており、ブルガリアとの国境を流れるドナウ川が注ぎ込む黒海に面している。

山地と平野と丘陵が平均してあるのがルーマニア人の自慢になって



いるが、ガス田があり、油田もあり、肥沃な土地で、農業、牧畜に



適し、非常に恵まれた土地なのである。それだけに長い歴史のなかで何回も周囲の国々から侵略をうけ、その結果ルーマニアには色々な民族が入り雑じってすむようになったわけである。

ルーマニア人の起源は、ダキア人 (Dacia) またはトラキア人であると言われている。紀元1世紀にダキア人の王が、現在のルーマニアの領土を支配した。そしてこの古代ダキアは、紀元106年トラヤヌス帝によって征服された。ローマ帝国は、271年には撤退するものの、約3世紀にわたるダキア人とローマ人の混在、混血の結果、ローマの公用語であったラテン語を用いるルーマニア民族が次第に形成されていったのである。

紛争の拠点

4世紀から7世紀ごろまでは、フン族、ゴート族、スラブ族、など多くの異民族が侵入したが、7世紀から10世紀の間には、ルーマニア語が発達し、10世紀以降には農業を主体とした村落中心の封建国家が次第に成立していった。13世紀末から14世紀には、ワラキア (Wallachia)、モルドヴァ (Moldavia) の両公国が建国されたが、15世紀末にはオスマン・トルコ (Ottoman Turks) の宗主権下に入った。途中ワラキア公であったミハイ勇敢公がトランシルバニア (Transylvania) を含む3国を短期統一したが、その後2公国が1878年まで再びトルコの統治下に入った。

1821年独立国家への道を目指しオルテアから火の手があがったワラキア、モルドヴァ両公国の革命は、失敗に終わった。1848年には、トランシルバニアを含む3国が革命を起こしたが、鎮圧された。その後、両公国の統一のみが認められ、モルドヴァ公クーザーが統一ルーマニア公国の君主となった。しかし、クーザー公の退位後に、ドイツ出身のカロル1世 (King Carol) が君主となった。トランシルバニアがルーマニアに併合されたのは1918年。第1次世界大戦後のことである。

共産主義の始終

ところが、1940年には、ソ連がベッサラビア地方を占領した。翌年には、ナチス・ドイツの圧力により、ルーマニアは第2次世界大戦に参加。1965年には、チャウシェスクが党の第1書記に就任した。後に大統領制をとり、自ら大統領に就任し、奥さんも副大統領に就任した。この権力体制の中でチャウシェスクはポロレタリアート独裁からさらに恐怖政治へ突き進んでしまったのである。農民のための、労働者のための共産主義が、なぜ彼らを搾取し苦しめる結果となったのか、そして、かつ謙虚で国民のためを思う指導者であったチャウシェスクがなぜ豹変していったのか。国民の脅える独裁政治になり、国民の生活は忍耐の限度を超えていた。戦争の最中でもないのに、人間として生きる上での最低のレベル、空腹を満たすことすらできていなかった。その上電気もガスも

僅かな時間しか与えられず、ガソリンも配給で、テレビも新聞もチャウシェスク大統領の宣伝ばかりであった。

つい、彼の独裁政治は国民の不満を買って、1989年12月、チャウシェスク政権打倒を目指して改革が行われました。長い間敷かれてきた社会主義体制から離脱したルーマニアは、共和制の国に生まれ変わりました。旧共産党体制の流れをくむ政党はいまだ残っているが、単一政党制廃止、三権分立を打ち立てた救国戦線によって、チャウシェスク独裁政権は、1989年に倒れた。これによって、国会には2人の議長と多党派が発達し、1991年12月には、新しい憲法が承認された。その中には、ルーマニアは資本主義経済に基づく、言論、宗教、所有の自由がある共和国であると記載されている。モザイク状の民族

ルーマニアの住民の多くはルーマニア人だが、ハンガリー人をはじめ、ドイツ人（オーストリア人）、ユダヤ人、ブルガリア人、トルコ人、スラブ人それにジプシー（ロマ）などが住んでいて、その彼らがみんなそれぞれ自国の言葉を使っているのが珍しい。日本の本州と同じくらいの面積を持つルーマニアに、いまハンガリー人、ドイツ人、ウクライナ人、ジプシーなどモザイク状に分布、生活しているが、彼らは何世紀も前からいつとはなく南下、移住してきたもの。それがまだに祖国の言葉を話し、文化を守り続けているのである。しかし、彼らの今の国籍は紛れもなくルーマニアなのである。

もう一つの問題～ジプシー（ロマ）

ヨーロッパを中心として世界各地に散在する少数民族。サンスクリット語に似たロマニー語を話し、自らをロマ（＝「人間」の意）と称する。インド西北部を出たのち定住しなかったことから「流浪の民」と言われ、移動を基本的な生活用式とし、国境の枠組みに無関係に活動し、現在でもバルカン全域に広く生活を営んでいる。なかでもルーマニアは、ジプシーの人口が多いことで知られる。ナチスによる迫害を例に挙げるまでもなく、ジプシーはヨーロッパの歴史の中でしばしば差別されてきて、各地で差別と迫害を受けた。

私が街を歩いている時も、ルーマニア人と全く異なる風体をしたジプシーに物乞いをされるのがしばしばあった。物乞いをするのは無邪気な子供であり、彼らは時にシンナーを吸いながらどこまでも付いてきて、お金をもらえないと泣きじゃくる。私はお金をあげるべきではないと思うから、持っているパンやスナックを彼らに渡した。ルーマニアはヨーロッパの社会から、ジプシーの福祉などに努力していないとよく指摘されている。ルーマニア人にジプシーのことを聞いてみると、「彼らは全くルーマニアの生活や慣習に溶け込もうとしない。ルーマニア人の生活用式を学ぶ気がなく、ジプシーだけで閉鎖的な生活サークルを作り、都市に定住できないのだから、当然仕事にも就けない。いきおい路上での物乞いや窃盗に頼る場合が多くなる。ルーマニアのジプシーは国境を越えて他国に移動し、そこでも犯罪を起こすためにルーマニアの評判は悪くなっている。．．．」という返事が多かった。その一方で、ジプシーが歌謡や

舞踏に素晴らしい才能を示し、独自の文化を持った誇らしい民族であり、彼らに対する一方的な排斥があまり良くないものと思っている。しかしそれを我々外国人が口にすることには、非常に微妙な問題であるのだ。

活動概略

SCORAというのはStanding Committee on Reproductive Health including AIDS（性と生殖に関する健康とエイズの常設委員会）であり、IFMSA（International Federation of Medical Students' Associations）に所属する六つの常設委員会の一つである。1992年に、エイズ患者の一方的増加をきっかけにして、HIVとSTDの予防のためのプログラムを作成するために医学生がこのSCORAを生み出した。その他に、HIV/AIDS患者の心理社会的な支援をする様々な活動も図っている。エイズを予防する唯一の手段として教育が常に強調されている。

私は今回参加させていただいたのはティミソアラ医学生会

（SSMT）が主催したSCORA交換プログラムである。ティミソアラというのは首都のブカレストより西に位置し、首都から電車で九時間かかる。ハンガリーとセルビアに近く、もっとも西洋的な都市であり、多くの異なる教会やバロック式の広場や公園などで有名である。更に、ティミソアラには民族の多様性が見られ、ルーマニア人（70%）を始め、ドイツ人、ハンガリー人、セルビア人、スロバキア人およびユダヤ人のコミュニティがある。また、他の東欧地区と比べ、各民族は比較的仲良く共存している。



このSCORA交換プログラムは医学生に理論的知識および実際の実習を提供することによって、HIV/AIDSに関する理解を深めることを目的としている。実際に講義形式だけではなくHIVに感染した子供と接触することで、よりエイズに対する理解をいっそう深めようというのが目的らしいである。今回の研修先として‘Victor Babes’病院の感染症部と‘Louis Turcanu’小児病院という二つの病院に受け入れていただいた。午前中は土日を除いて毎日病院へ実習しに行く。担当の先生とHIV/AIDSのウイルス学的問題や臨床的問題や社会的問題など、あらゆる分野の基礎知識と問題点について話し合ったり、子供のエイズ患者と接触し遊んだりすることで、ルーマニアにおけるエイズの現状を肌で感じる。また、現場の医師とソーシャルワーカーの話を聞いて、エイズがもたらされる社会的インパクトの大きさに驚かされ、新たにエイズに対し再認識した。夕方は主催側が計画したソーシャルプログラムが毎日あった。つまりそれは、遊びの部分である。言い換えれば、パーティーと遊びを通じてルーマニア人と仲良くな

り、ルーマニアの社会をより理解する。ほとんどパーティーの毎晩を言っても良かるう。その他に、三週間のうちに一日の日帰り旅行と三泊四日のブカレストーシナイアーブラソーシギソアラという列車による遠征旅行があった。



また、孤児院プログラムはちょうど同じ期間で開催されていた。暇なとき、孤児院プログラムの方にも顔を出して手伝うことになった。孤児院プログラムは主に、施設の子供たちの遊び相手と世話をする。Casa Faenzaというイタリアの地方政府の支援を受けている子供の自閉症センターを見学することもできた。

個人的に今回の参加した様々な活動を振り返ってみれば、「子供」という大きなテーマが感じ、「子供」という印象を強く受けた。

ルーマニアの特有のエイズ事情

ルーマニアの政府が発表したHIV患者およびエイズ患者の数字をみると、いくつかの特徴が見られる。以下はエイズの統計の表しか添付していないが、HIVにも同じ傾向が見られる。以下の統計はあまり正確でない点が含まれる（制度の問題）が、大体の印象としては問題ない程度である。ルーマニアでは小児というのは14歳以下と定義されている。つまり、15歳からは大人として取り扱われる。

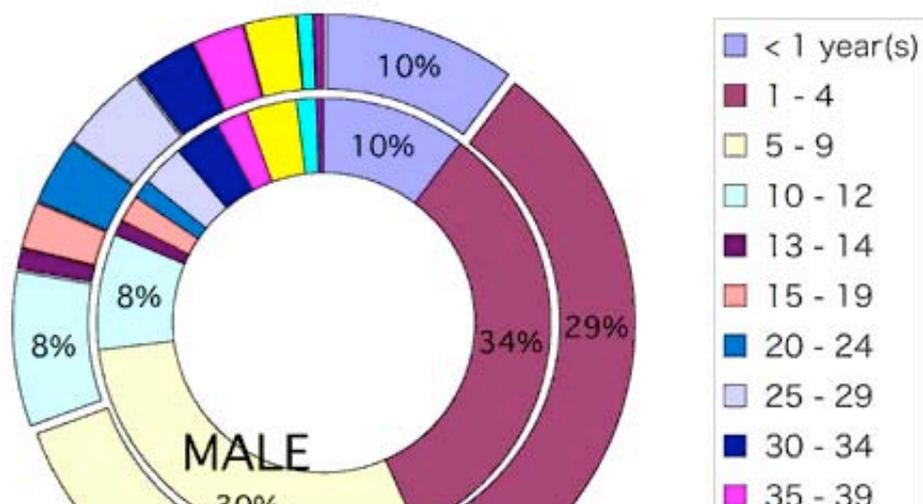
Total Cumulative of AIDS cases ('90-Mar '03)			
Age of Diagnosis	Male	Female	Total
< 1	483	354	834
1 - 4	1545	1040	2585
5 - 9	1384	989	2373
10 - 12	380	282	662
13 - 14	55	36	91
15 - 19	94	89	183
20 - 24	67	120	187
25 - 29	134	162	296
30 - 34	156	122	278
35 - 39	112	95	207
40 - 49	165	89	254
50 - 59	72	34	106
> 60	20	16	36
TOTAL	4667	3428	8095

Children AIDS cases (≤ 14 歲): Mode of Transmission				
Risk factors	Male	Female	Total	Percentage (%)
1. Mother risk factors				
intravenous drug	0	1	1	4.65
heterosexual	118	72	190	
others	73	40	113	
2. Hemophilia/coagulopathy	5	8	13	0.2
3. Transfusion (blood)	897	615	1512	23.15
4. Nosocomial	2443	1715	4158	63.66
5. Unknown	303	242	545	8.34
Total	3839	2693	6532	100

Adult AIDS cases (>14 歲): Mode of Transmission				
Risk factors	Male	Female	Total	Percentage (%)
Homosexual	62	0	62	3.97
Intravenous drug	2	1	3	0.19
Hemophilia/coagulopathy	16	9	25	1.6
Transfusion (blood)	71	113	184	11.77
Heterosexual	530	468	998	63.85
Others/unknown	147	144	291	18.62
Total	828	735	1563	100

Cumulative of AIDS Patients (1990 - March 2003)						
	Child (1-14)			Adult (>14)		
	Dead	Alive	?	Dead	Alive	?
	2935	3540	57	538	966	59
Subtotal			6532			1563
Total						8095

Total Cumulative of AIDS cases ('90 - Mar '03)





ここでは疫学的に面白い点は幾つも観察される。子供のエイズ患者/HIV感染者は成人に比べると、全患者/感染者の八割くらいを占めるため、はるかに多い。しかも、ここに表示していないが、細かく分析したら、感染した子供のほとんどは89・90・91年に生まれたことが分かる。これは現地で俗に「89年世代」と呼ばれている。更に、成人は性行為による感染がメインであるのに対して、小児はnosocomial(院内感染)というルートが重要である。すなわち、アフリカ大陸で重視されている垂直感染ではないため、患者の親を血液検査してもウイルスが検出されるはずがない。

なぜこんな現象が起こるのか、まだよく分からない。しかし、幾つかの仮説が立てられる。その一つは子供病院（産科、新生児科）における子供処置の過失による。というのは、非消毒した注射針が回して使用されていたことである。根拠として、一部のエイズ子供患者は孤児院やジストロフィーセンターなどの特別療養施設にいたことが分かった。ところが、非消毒注射針だったら、前からあったことなのに、なぜ急に89年あたりから感染が起こり始めたのかということの説明になっていない。さらに、原因が汚染された注射針なら、成人も大体同じ確率で感染されるはず。なので、この仮説は成り立たないと思われる。また、血液製剤による感染だと考えている専門家もいる。特に、89年の改革後の医療支援として入ってきた血液製剤がもっとも疑われる。上記と同じ理屈で血液製剤ならば、大人も同じ危険に晒されているが、実際には成人における血液製剤による感染例は低いいため、真の理由として考えがたい。

現在、もっとも信じられている原因は、小児の予防接種のワクチンである。なぜかというと、他の年齢層に低く、小児が主に感染していることは、小児にしかない特異的なイベントによって感染したからである。考えられるのはワクチン接種、特にポリオ接種である。実は、エイズ学者の間にはポリオワクチンが人為的にエイズ被害を拡大させたのだと信じている人もいる。だが、証明できる証拠がいまだにない。というのも、89年あたりの余ったワクチンも既に回収されてしまったため、もう打つ手がない。その他、この仮説には別の問題点がある。ポリオワクチンは主に、サルの腎臓細胞から作られていた。ルーマニアにはサルがいなかったため、殆どのワクチンは他のヨーロッパ国から輸入される。そのため、他の国においてルーマニアみたいなエイズ事情があっても不思議ではないので、少しこの推理は説得力が不十分ではないかと思われる。因みに、この全てが一つの実験であると思っている人も少なからずいる。

ルーマニアにおけるAIDS対策の諸問題点

文化、言葉に違いがあるように、各国はエイズに対してそれぞれ異なる問題点

を抱えていると思われる。その異なる問題点はなぜ生じるのかというと、主に社会的特長にあると考えられる。つまり、社会的構造をはじめ、民族の教育水準（考え方）や経済的能力や官僚の態度と初期にとった対策などが世界各国のエイズ問題点の多様化をもたらしているだろう。そのため、いわゆる「時と場合による」、エイズに対する対策は世界各地統一するものがないのは言うまでもない。ルーマニアに実際に行ってみて、以下のルーマニアに特有の問題点が観察できた。

まず、患者側の問題点が挙げられる。エイズと診断された患者は無料で治療が受けられ、ただの薬（抗ウイルス剤）がもらえる。しかし、毎月病院へ検診を受け一か月分の薬をもらいに行かなければならない。ルーマニア政府はせっかく財政的にエイズ患者を支援するにもかかわらず、エイズ患者はいろいろな理由で病院へ行きたがらない。そのうちでは、病院が遠いとか子供が元気そうだから連れて行きたくないといった言い訳が多かった。

その他に、せっかく薬をもらったのに薬の飲み方が分からないため、正しく薬を飲んでいないケースも多い。HIVというのは自己複製の過程中、突然変異を起こしやすいウイルスである。抗HIV剤を飲み忘れ、決まった内服スケジュールに従って飲まないなど、抗ウイルス効果を持続することが困難である。医師の説明の不十分さもあると考えられるが、無知のため、複雑な多剤療法を内服間隔や量的に正しく飲まなくても良いという患者側の態度に問題点があると思われる。以上の原因で処方された多剤療法にすぐ耐性ができてしまう。そうなったら、新しい処方箋に変えざるを得なくなる。総じて、エイズに対する正しい知識を持っていない人が多いのが現状である。多分、学校で性教育がまだに実施されていないことが原因であろう。AIDSの正しい知識やどうやってSTD（性行為感染症）から身を守るかなどをしっかりとリスクが高い集団に教えていない。

また、積極的な対策を立て切れない行政にもエイズ問題点の悪化や拡大に責任があると思う。最も重要なのは、有効なサーベイランスとモニタリング制度ができていないことである。WHOによると、サーベイランスとは有効な対策を樹立するために、感染の分布と蔓延ならびにそれに関与する諸要因を十分の正確さと完全さを持って継続的に精査し、かつ監視することである。実習した病院の先生の話により、自分が厚生省に届け出た症例が国家の報告書の統計にのっていないなどということがよくあるそうである。このため、有効に情報を収集・分析することができず、地域と時間的推移や場合によっては緊急処置の採用がずいぶん遅れてしまう。また、煩雑でややこしいお役所風態度はエイズ問題の解決に負担をかける。要するに、新しい薬での治療の開始や薬の変更などは全てブカレスト本部に申請し、許可が得られないと勝手にやってはいけない。書類の検査から薬の運搬までしばしば何週間も要することもある。薬の到来を待つ間に、体内ウイルス量が異常に上昇してしまうケースがある。今対策として、NGO団体と他の子供の余った薬を先に使ってしまうというようなことをしている。

さらに、財政的、技術的要因も行政側のエイズと対抗する努力・意思に影響を及ぼす。有効な薬物療法の選択は患者のCD4+数とウイルス量（HIV-RNA量）の測定が重要である。しかし、全国ではHIV-RNA量が測れるのはブカレストしかない。しかも、冷蔵整備が整っていないため、輸送の問題もある。したがって、ブカレスト以外ではHIV-RNA量を測定しないことが殆どである。近年日本で行われるようになった薬剤耐性検査はもちろん財政面と技術面でされていない。その上、東欧で二番目に貧しい国でもあるので、つついお金がかかるエイズ対策は遅れてしまう。

一方、エイズによってもたらされる巨大な社会的インパクトも無視できない。正しい知識を持つ人さえエイズ患者に対し偏見を持つなら、エイズに関する知識の乏しいルーマニアではもっと大変だろう。実際、エイズ患者に対する社会的偏見はあまりにも大きい。歯が痛くても、歯医者に見てもらえない。田舎だったら、病気になっても医者さえ助けてもらえない。もっと深刻なのは、子供のエイズ患者は学校へ行けなくて教育が受けられないことである。普通に接触するだけでは病気がうつらないと分かっている、自分の子供がエイズ患者と一緒にいるということは心配で嫌だというのがほとんどの反応である。言うまでもなく、教育を受けたことがない人は大きくなって社会に出た時どうやって生きていけばいいのか、本当に見当がつかない。おそらく、新しい社会的問題の根源になると思われる。

だったら、自分はエイズに罹っていると言わなければ良からう。確かに、告知を受けていない子供もいる。なぜかというと、親は知らせたくないからである。「肝臓や胃が悪いから、毎日薬を飲まなくちゃ」といういい加減な理由で薬を飲ませている。当然、子供は自分がエイズということを知らないはず。89年世代の子は今15歳前後でいて、ちょうど性行為を始める年齢である。むろん、エイズ患者数の上昇およびエイズ問題の更なる拡大と深刻化は時間的な問題である。ソーシャルワーカーの話によると、本当に手も足も出ない状況になっているそうである。というのは、いちいち性パートナーを追跡し、HIV検査を強制することは不可能だからである。

失われた将来

ティミソアラではエイズプログラムの他に、孤児院プログラムがある。孤児院プログラムは毎年二回に分けて、両方とも夏休み期間中三週間ずつ行われている。ちょうど孤児院プログラム第二ローテーションの開催期間は自分のと重なっているから、そちらの活動も偶に参加させていただくことになった。フランス、オランダ、スペインとアメリカの医学生四人がボランティアとして参加していた。

ルーマニアは長い年月共産主義の独裁政治によって荒らされて、遍在の貧困お

よび失業の問題に直面し、社会保障を確保するシステムが欠けている。米国の中央情報局（CIA）の2002年度報告によると、人口の45%が最低の貧困生活を送り、失業率が9.1%であり、そして2001年度のインフレ率は34.5%だそうである。実際に現地の人に聞いたら、一般人の月給は大体85ドルだけで、自分も足りないのに、家族を養うのはとても大変なことである。さらに、チャウシェスクの時代に、ルーマニア人を増やすため子供をたくさん産むように激励した。結局、特に革命後において財政困難などの理由を含めて、多くの子供が宿無しになり、街で生活するようになった。

今回は二軒の孤児院に行った。中央孤児院では比較的小さい子供（まだ歩けなく喋れない子供が多い）を収容するに対して、もう一つは5、6歳児が多く比較的年齢が大きい孤児たちを収容している。孤児院プログラムに参加したボランティアは主に子供たちの遊び相手になる。なぜかという、子供たちは毎日刺激されていない環境で生活しているからである。小さい子供なら、ベッドに置きっぱなし。大きい子供なら、公園で置きっぱなし。孤児院に雇われたナースのような保護者は単なる木の陰にタバコを吸いながら子供を見守っているだけ。おそらく、それらの保護者は適切な教育やトレーニングを受けていないか、子供を世話し過ぎて麻痺になって何もなくなるだろう。しかし、いくら頑張っても、子供たちの運命に変わりがないのは残念ながら真実であろう。

これらの一部の子供たちは、刺激不十分の環境において、‘Syndrome of Institutionalized Children’の症状を示している。要するに、頭を壁にたたきつける等、刺激を求めている。また、幼児の初期における適切な刺激は知能および心身発達に重要であることは既に色々な研究で明らかになっている。したがって、子供の間知能発達遅延が見られる子がいるのもおかしくないと思われる。そのため、毎日子供たちと遊ぶことによって、互いに刺激し合うことは、子供の心身発達にとっても大事である。ところが、集中的にプログラムがあるのは一年に二ヶ月くらいだけであって、果たして子供たちにとって十分であろうか。（ルーマニア人の学生は祝日等たまに行くと言った。）

その上、収容できるのは18歳までである。つまり、18歳になったら、孤児院から出て自力で社会生活をしなくてはならない。施設で一応基本的な教育を受けることがあると思うが、コミュニケーション技術や他の技術がないままいきなり社会に出るとまた新たな社会的問題になるのではないかと私は思う。そういう社会復帰を支援するシステムをちゃんと整備しないわけにはいかない。

まとめ

ルーマニアは馴染みが少ない国である上に神秘感に包まれミステリアスな国である。歴史が古いということで世界遺産やドラキュラ伝説などが最近注目されつつある。東ヨーロッパ最後の社会主義共和国（1989年）でもあり、より民主・資本主義に向けて色々な改革をしてきたが、長年の社会主義と突然の民主化によって特有の社会的問題が生み出された。実際に行ってみて、エイズや子

供の問題点の莫大さや深刻さにびっくりして、「悲惨」と言いたいほどの現状を観察した。しかし、こんな難しい病気や苦しい生活を送っているはずなのに、子供や地元の人々の笑顔が最高であり、生活の困難と共存しながら幸せそうに生きている。それに比べて、はるかに豊富な資源をもち健康な状況に生活している我々だが、すぐにストレスを感じてイライラするなど、どちらの方が本当に幸せだろうかと考えさせられた。我々はあくまでも自分達の価値観をもって他人を評価するが、それがいかにおかしいか新たに感じた。問題点の規模や現状には変わりがないが、自分なりに快樂にポジティブに生きていることが大事であろう。最後に、色々とお世話になり、親切に接して下さったルーマニアの皆さんや子供達にここからお礼申し上げます。



WHO班

研修目的

1. 世界の人々の健康について大きな影響力をもつWHO。実際どのようなところであり、どのような機関なのか学ぶ。また、世界的に猛威を振るったSARSについて話を聞く。

2. EUという一つの地域の中で医療は統一化の動きはあるのか、各国ではどんな医療が行われているのか現地の様子を学ぶ。



研修期間と研修場所

八月十日～十二日、二十四日～二十五日 ロンドン（ロンドン医療センター・診療所）

八月十五日 パリ（ホスピスアメリカ）

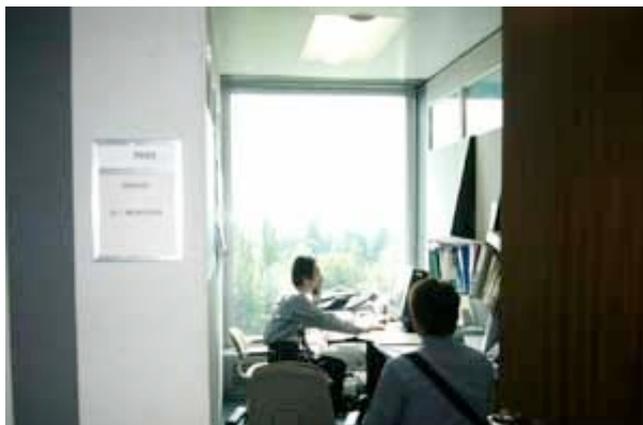
八月二十日～二十一日 ジュネーブ（WHO本部）

班員構成

坪内 和哉（九州大学医学部三年）

村上 剛史（九州大学医学部三年）

活動概要



1. スイスのジュネーブにあるWHO本部を見学し、そこで諸岡先生と進藤先生からお話を聞くことができた。諸岡先生はドナーからの寄付金を徴収し、またWHOで作られたプログラムなどを企業等に売り出す仕事をされている方である。そして進藤先生はインフルエンザやSARSなど世界中で蔓



延しうる感染症に対して予防法・
対処法を提案したり、警告の発令

を出したりされている方で、今回のSARS対策にもご尽力された。

2. EUという枠組み内での医療の統一化については、事前の学習やWHOで働いていらしかった中村さんにお話を伺って、全く医療の統一化は行われていないということがわかった。そこで一つの枠組みの中でどれだけ異なった医療が行われているのか比較してみたいと思い、イギリスとフランスの医療について学ぶことにした。残念なことにパリでフランスの医療についてしっかりと話を聞く機会を得ることができなかった。ロンドンではロンドン医療センターでイギリスの医療制度やその病院について話を聞き、ロンドン郊外で surgery を開いている Dr. RAY に話を聞くことができた。Dr. RAY の粋な計らいによって、休日の救急病院の様子をうかがう事ができた。今回フランスについて十分に見てくることができなかったのでイギリスの医療について日本と比較しながら報告したいと思う。

1. WHOを見学して

<WHOとは>

WHOは、国際連合の専門機関であり、46年、ニューヨークで開かれた国際保健会議が採択した世界保健憲章（48年4月7日発効）によって設立され、「すべての人々が可能な最高の健康水準に到達すること」（憲章第1条）を目的としている。日本は51年に加盟が認められた。

<事業の仕組み>

・活動の財源

WHOの予算は二年制であり、加盟国の義務的分担金（各国の分担率は国民所得等に基づいて算定される国連分担率に準拠）により賄われる通常予算（Regular Budget）と、加盟国及びUNDP、世界銀行等の他の国際機関からの任意拠出に基づく予算外拠出（External-Budgetary Contribution）からなっている。

通常予算は、主として職員の給与、会議の開催、保健・医療に関する調査・研究、情報の収集・分析・普及、器材購入、各国政府に対する助言等に振り向けられ、予算外拠出は、通常予算ではカバーできないフィールド・レベルの技術協力等を中心とした事業活動に使われている。予算が二年制であるのでプロジェクトも二年計画のものがほとんどであり、一旦二年で大幅に見直している。財政負担例として2000-2001年の一般会計予算は8億4,265万ドル（2年間の総額）である。一般予算の財源は、加盟国の義務的負担である分担金により賄われる。2000年の日本の分担率は20.244%で、分担金は約8,400万ドル。米国（分担率25%）に次いで第2位の拠出国となっている。また、このほかにも特定の重要課題（新興・再興感染症対策、医薬品安全対策、食品安全対策な

ど)における技術協力等の推進に資するため、任意拠出を行っている。

・審査・決定プロセス

WHOは各加盟国により構成され、1年に1度開催される世界保健総会を最高意思決定機関としており、総会で選出された32か国が推薦する執行理事により構成される執行理事会が、総会の決定・政策の実施、総会に対しての助言または提案を行っており、総会の執行機関として行動するという仕組みになっている。我が国は加盟以来、9回にわたって、執行理事会の理事指名国に選ばれている。

総会では一カ国一票ずつ持っており、事業計画の決定、予算の決定、執行理事国の選出、新規加盟国の承認、憲章の改正等を行うほか、保健・医療に係る重要な政策決定を行う。そのような様々な条約や基準などを作成するにはまず専門家が原案を作り事務局から一定のプロセスを経て総会へと持ち込まれる。一方、予算外拠出については、WHO事務局が作成した事業計画案についてドナーとWHO事務局間で協議を行い、決定される。決定後の案件実施の仕組みでの通常予算については、定められた項目別に事務局が事業を実施する。事業の実施状況については、執行理事会・総会に報告がなされる。終了後にはWHOからドナーに対し、報告が行われる。

<活動内容>

・基本的な機能

WHOだからといって全く特別な存在なわけではなく、国でいえば厚生労働省のようなものである。WHOの大きな機能にはまず基準を作ること、そしてコーディネーターとしての役割が挙げられる。前者は国に対して衛生関係の法律を作成したり、ある予防接種に関しての投与量や投与方法などのガイドラインを決定したりすることである。国のレベルでいうと都道府県に対して病院数や救急の設置数を決定するようなものである。後者は国や地域のさまざまな目標を達成するための手助けや教育を施し、経済的に援助し、法律を作り出す。

・主要な仕事

保健衛生の分野における問題に対し、広範な政策的支援や技術協力の実施、必要な援助等を行っている。また、伝染病や風土病の撲滅、国際保健に関する条約、協定、規則の提案、勧告、研究促進等も行っており、ほかに食品、生物製剤、医薬品等に関する国際基準も策定している。ただ研究機関などはなく、大規模なラボもない。そのため薬剤やワクチンなどの開発はWHOが独自に行っているわけではなく、製薬会社等に委託しているのである。

地域事務局（日本はマニラにある西太平洋事務局）が主体となって行っている仕事の大半は、WHOの事業のうち最も重要なものとして位置づけられている各国に対する技術支援であり、より現場に近いものである。これに対して、WHO

の全予算の約7割が振り向けられている。技術支援は、通常(1)専門家の派遣、(2)資材供与、(3)フェローシップの提供という形式で与えられる。ただそのような現地への直接的な援助などは受け入れ側の承諾がないと行えないものであり、要望があって初めて行える。WHOから自発的には動けないのである。また第一にコーディネーターとしての役割が重要であるので、WHOから特別に現場で働く人材を多く派遣するとは限らない。例えば必ずしもWHOの職員が直接注射の接種などを行うわけではないし、イラクへの人員派遣など現地での採用も多い。また現場で働いている日本人はWHOではなくJICA職員だということもある。

<職員構成>

WHOに勤めている職員にはtechnical unitに所属している技術者が多い。仕事内容も人事、財政、対外交渉、スポーツマンなど様々である。専門職(professional staff)は2000人いて医者や会計士、法律家などの専門家が多い。法律家などによってプログラムを実行できるように契約書を作る。一般職(general staff)は4000～5000人おり、運転手や秘書、ガードマンなどとして働いている。

・就職のシステム

自ら就職を希望する場合、あるポストが空いた時に広告が出され、それに応募するという手段がある。その際、履歴書と面接でふるいにかけられる。もし世界的に有名な大学出身でなかったら一次審査で確実に落とされる。WHOのような国際機関は非常に学歴社会であるので日本の大学を卒業しているだけだと相手にもされない。もちろん業績や論文もスクリーニングされるので大切である。実際には性別バランスをとるために女性の方が、そして二重国籍をもっている人は有利な国籍を申告したほうが採用されやすい。ただ派遣社員も多く、お世話になった先生方も厚生省からの派遣であった。(契約期間は二年)そのような場合給料は厚生省からも支払われる。ちなみにいわゆる出世のシステムはなく、上級のポストが空いた時も個別に応募することになる。さらに上の役職の場合はアポイント制であり、事務局長は選挙で決められる。

邦人職員は専門職のみで約40人と少数である。その理由にはいくつかあげられる。きちんと結果を出すことができる能力を備えていないと追い出されるため保障がなく魅力的でないからである。日本では仕事をやり始めた者を指導していくという考えがあるが、ここでは使えるか使えないかであり教育の考えは皆無である。そしてWHO本部内の公用語といえる英語やフランス語を流暢に話せる人が少ないためでもある。国別で見るとイギリス人が一番多いが、それは公衆衛生を学びたい人が比較的多いためや、国内では医師があまり優遇されてないためであろう。その次はカナダやオーストラリア、ヨーロッパ系が多い。またなぜアメリカ人があまり多くないかという医師としての給料が国内

で十分高いからだということが考えられる。

<重症急性呼吸器症候群（SARS）対策>

WHOは新たに発生した感染症（エボラ出血熱、新型インフルエンザなど）や、すでに克服されたと思われていた感染症の再興（コレラ、結核など）が、世界的規模で大きな問題となっていることから、これらを「新興・再興感染症」の問題として総合的・重点的に対策を講じている。96年には新たな部局を設け、世界的常時監視網の構築、集団発生時に迅速かつ的確に対応するための体制確保、科学的で正しい知識や対策の普及に努めている。そのような世界中のアウトブレイクを調査しており、対インフルエンザを含め四つのWHOのラボステーションがある。実際インフルエンザは先進国ではよく調べられておりpandemicに備えている。だが途上国ではあまり調べられていないのが現状である。

最初はインフルエンザを中国で追跡している最中にH5N1が出現しワクチンを作っていたのだが、その間にインフルエンザとは違う病気が出始めた。それがSARSであった。感染者の60%が発病し、その半分は重症化する大変危険な感染症である。患者数が爆発的に増え始めた危険な中国はさまざまな援助を受け、日本にも検体が運ばれ調査が本格的に始まった。そしてそれはヒトのあいだでかつて見られたことの無い病原体で、SARSの原因である新種のコロナウイルスだと発表した。10カ国13カ所の研究施設が緊密に国際的協力を行った結果、1、2ヶ月という異例の速さで同定された。このようにウイルスを早く同定する理由は不安を和らげ、基礎的研究からの知見の数々を診断技術へ転換していく取り組みの方法を計画するためである。そうした技術は、この疾病を効果的に制御していくために役立つことになった。最初は患者の隔離や検疫をし、リバビリンなどのステロイド剤を患者に与えるだけであったが、疾患特異的治療や、やがてはワクチンといった最新の感染拡大防止対策へ意欲的に移行していくことができるようになって考えられる。

交通網が非常に発展したおかげで我々の生活は便利になったが、感染症に関しては一気に助長するものになった。約20年前までは船舶や鉄道だけだったので、7、8ヶ月で世界中に広まるといわれていたが、現在は航空が発達しているので一週間で蔓延するといわれている。それらを踏まえWHOの集団発生における裁量権の強化が、重要な形で行われ、政府の公式報告に頼る受け身の姿勢から、ある集団発生が国際的な公衆衛生に対して危険を及ぼすことを、事実が示唆したら直ちに世界へ警告するという積極的な役割を果たすことができるようになった。そうして史上初めて国々の公益に被害を及ぼす渡航自粛勧告を発令することになった。これはアジアだから発令したというものではなく今後このように重篤な感染症が広い範囲で蔓延することになるならばどの国に対しても施行されるという。だがこれも勧告にすぎず責任を取らせるような効力はなく各国に依存している。ただこのような発令を出したのもWHOの最大の目的は経済などではなく健康だということが伺える。

当初中国が自国の損得だけを考えていたため、SARSに関しての調査結果を保健省の上層部にまで報告していなかった。（そのため保健省の大臣は解任された。）香港も1999年の返還以降はそのような風潮にあるので情報がスムーズに回らなかった。一定期間隠し通したことで、影響が大きくなったことは否定できない。こうして国際的に感染が拡大する可能性があるあらゆる疾病の症例を、即座にすべて発表する重要性がSARSによって明らかにされた。このように中国の発表が非常に遅れたことを踏まえて、現在は国同士で契約してWHOへの報告が義務化するIHR(international health regulation)を考案しているところである。

ちなみに日本に感染者が現れなかった理由には、衛生概念が確立していたことなどが挙げられるが単に運が良かったとも言えるそうだ。

（文責 村上剛史）

2. イギリスにおける医療

イギリスについて

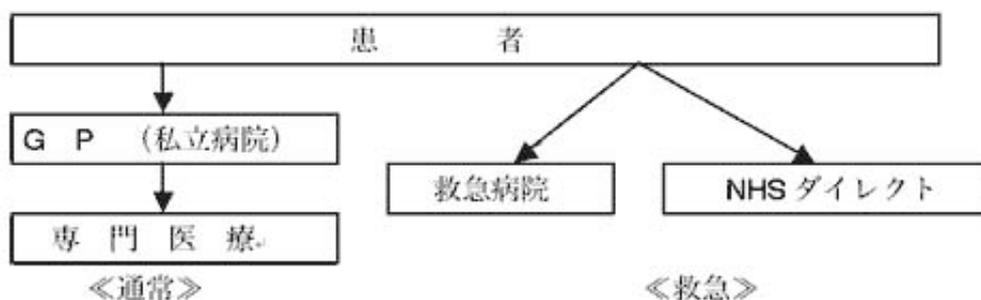
正式国名： グレート・ブリテンおよび北アイルランド連合王国
人口： 58,800,00人（イングランド人83%、スコットランド人8%、ウェールズ人5%、アイルランド人3%など）
面積： 241,752 k 首都： ロンドン 政体： 立憲君主制
宗教： 英国国教会85%、カトリック10%など 言語： 英語
（日本は面積 378,000 k 人口12,6860,000人）

イギリスの医療システムについて

イギリスにはNHS (National Health Service) に登録している医師のいる病院とプライベートクリニックがある。NHSは1948年に発足し、国民の税金の約四割により国営されている。NHSには6ヶ月以上の滞在者とその予定者は国籍や職業に関係なく、すべての人が加入できる。NHSに登録して人にPrimary Careを行う医師のことをGeneral Practitioner (GP) という。イギリスの医療と日本の医療を比較した場合、一番の特徴的な違いはGPの存在である。病気にかかった人はまず自分が登録しているGPのもとへ行くのである。プライベートクリニックはNHSに加入していない人、加入できない人も受けることができる医療である。プライベートクリニックで働いている医師はNHSに登録していないので、厳密に言うとGPではないようである。しかし、業務内容はほぼ等しい。今回私たちが訪問したDr. RAYはNHSのGPであり、ロンドン医療センターはプライベートクリニックである。NHS加入者は医師の診察が国の負担であるからほとんど自己負担はない。（歯科治療費などの一部は除く。）個室や小部屋を備えている病院もあるが、この場合は、差額が徴収される。一方プライベートクリニックは全額

負担である。私費診療を希望する患者用に私費ベッドがあるNHS病院や外部の民間病院もあるが、入院費、診療費は全額自己負担となる。

イギリスでの医療の流れを追ってみる。病気にかかるとまず患者は自分担当のGPに診察してもらう。もちろんNHSの病院でなく、プライベートクリニックに行ってもよい。このとき、診察してもらうには予約が必要となる。診察を受けるまで時間がかかるのである。GPは訪れた患者に対しPrimary Careを行う。専門的処置が必要となった場合はGPが専門医に患者の情報を詳しく伝え、患者を専門病院（Secondary Hospital）へ送る。もちろん予約が必要である。予約して待っていては遅い場合、つまり救急の場合は救急病院に通うこととなる。ダイヤル999に連絡して救急車を呼ぶ。命に関わる治療以外は全額負担のプライベート医療扱いになる。しかし、救急の場合すべての患者がやってきては病院が機能するはずはない。そこでNHSは1998年よりNHSダイレクトというサービスを行っている。NHSダイレクトとは24時間365日体制の看護婦による電話医療相談やWebサイトでの健康に関する情報の提供、Emailによる相談や問い合わせなどNHSによって行われているものである。NHSダイレクトの目的は信頼性の高い医療アドバイスを提供してセルフケアができるように指導すること・不必要な医療の要求を減らし、医療サービスや医療費を効率的に活用することである。模式図にしてみると次のようになる。



病院数はNHSの病院が全体の約9割を占め、プライベートクリニックは1割にすぎない。NHSの統計によるとNHSの医師数は95,637人である。一方日本の医師数は243,201人である。人口1000人に対する医師の数を計算するとイギリスは1.7人、日本は1.9人である。人口も医師数もイギリスは日本に比べ半分程度なので、1000人あたりの医師数は等しくなっている。イギリスの人口1000人あたりのベッド数は4.3床。（日本は2.7床）医院（イギリスではGP surgery）の総数は8,944箇所、一方日本はなんと94,019箇所である。医院の規模についてみると、イギリスの医院のうち、4人以上の医師がいる医院は64.3%である。日本の効率の悪さがわかる数値の比較である。各医院の抱える平均患者数は1,853人、対して日本は1,367人である。

GPについて

次にGeneral practitionerについて述べる。NHSのGPはNHSに登録した人々に

対しPrimary Careを行う。ある一定地域がそれぞれにふり分けられている。郊外ではちょっとした小さな建物を診療所とし、都心ではビルなどのオフィスのような場所で開業している。Primary Careを行うので入院施設のある病院はない、GPの業務は 小規模の外科治療 母子保健業務 性教育・家族計画業務 慢性疾患医療 予防医学 といった内容である。患者が専門医に診てもらう必要が場合の病院・専門医への患者の分配・紹介や、高度医療機関への患者情報提供も業務の一部である。GPの診察室には打鍵器・聴診器などのちょっとした医療器具と机と椅子があるくらいである。Primary Careなので使用する薬も決まっているので、セットになった薬がある。処方の際も薬の説明を十分にGPが行っている。GPは年間で登録患者数に応じて算出された予算金を受け取り、地域の特性に応じて受け持ち患者の医療サービスを決定している。治療費は前述の通りNHS登録者は無料である。よって私費診療を別にすると、GPの給与は国からの予算金だけである。NHSに登録した人は申込用紙に記入し、NHSナンバーが与えられる。カルテには患者の情報がしっかり書かれており、専門医へ患者を送るときに、具体的に患者の状態がわかるようになっている。一つの紙袋の中にその患者の診断結果、テスト結果がまとめられている。検査場合、他の場所にある検査所に送るので紛失、混合などに細心の注意が必要となる。70歳で定年退職するのが普通である。新しいGPは開業する場所を決められるが、政府が予算金を配当するので、GPの多くいる地域での開業は許されない。大体1地域3～4人である。

救急病院について

二次病院に隣接して建っている。多くの患者は交通事故で運ばれる人が多い。二次病院が隣接しているため、専門医もいて専門的な処置も可能である。私達の見学した救急病院は平日19：30～21：

30、土・日は13：00～17：00までであった。救急病院内には休日の当番医によるPrimary Careを行う場所もある。

Harmoniという名前

でGPがいて診察を行っている。Primaryレベルの救急患者はここへやってくる。救急の場合、たいてい患者は自分のGPに電話をする。そして、電話を受けたGPが救急病院に連絡をして患者についての情報を詳しく伝える。患者は救急病院につけば受付用紙に記入し、医療をすぐ受けることができる。一つの救急病院が担当するのは六人分のGPの地域である。休日の担当医は地域のGPが交代で行っている。日曜日の担当だと次の日朝から診察で大変だとその日のGPは話してくれた。当番の頻度は年に六回である。日本に比べるとすごく少ない。GPが開院していない時間や緊急の場合、ここがあれば安心だと感じるが、実際はそうではないようだ。その原因は救急を必要としない人まで通院することにある。それによって本当に必要な人に十分時間が費やせなかったり、待ち時間が長く



なったり、時間通りに病院を閉めることができなかつたりしているのが現状である。予約なく診療を受けられるフリーアクセスなので、近くに住む人は便利だと思ひ通院するようである。実際私達が見たときも人でいっぱいであった。NHSはこの状況を見てNHSダイヤルを始めたのである。救急医療現場がいっぱい状態にあるのは日本も似ているところである。

ここで私達の訪問した病院を紹介

《ロンドン医療センター》



NHS以外の病院つまり、プライベートクリニックである。日本人の院長が開業した日本人を特に対象とした病院である。開業により始まったのでイギリスの医療制度に従っている。だから、専門医療を必要とする場合はNHSの病院を紹介する。ロンドンには他にも日本人向けの病院があるのだが、そちらは政府間の交流で行っているものでイギリスの医療制度

とは別枠である。ロンドン医療センターには医者4人、ナースはイギリスの免許を持っている人2人と、日本のみの免許を持つ人が20人。この20人の人たちは医師がそばにいれば看護ができる。病院に薬剤部もある。24時間緊急応答体制をとっている。患者の99, 9%は日本人である。診療を受けるには予約が必要で、診察時間は予定では15分であるが、実際は20~30分かけているようだ。業務内容は全くGPと同じであり、Primary Careを行う。よって入院施設もない。健康診断も業務内容なので、レントゲン室やエコー室はあった。違うのは患者の負担額が全額のところである。GPは担当患者が決まっているが、プライベートクリニックはそうでないので患者の獲得が大変らしい。広告担当者がいて患者の確保を行っている。こちらの病院は採算がとれているようだ。ここでプライベートクリニックの利用理由について。NHSの病院は確かに無料であるが、待ち時間が長い。我慢できない人や安心のある医療をお金を出して受けようとする人が利用する。この病院について言えば、日本人医師のため自分の意志がちゃんと伝わるといふ安心を求めて受診している。医療面での貧富の差が生まれてしまっている。

《Dr, RAYのsurgery》

インド人でNHSのGPである Dr. RAYは平日時間をずらして三箇所で開業している。私たちはそのうち二つを見学した。どちらも日本の病院のような概観はしておらず、むしろ一軒家のイメージをもった。中はどちらも診察室、



待合室、受け付けで、働いている人は1人または2人である。診察室の中は前述のように必要最小限のものだけである。診察にはもちろん予約が必要である。DR. RAYは約2000人の患者をもっているそうだ。カルテを見せてもらったが、患者のアレルギーなど重要事項が書いてあった。机には予約者のリストが並んでおり、カルテがそばにあった。診察の様子を見せていただいたが、しっかりと時間をかけて、患者と対話を行って診療している姿が印象深かった。



イギリスの医療制度の印象と抱える問題点

日本の医療は国民皆保険体制で、現物給付方式をとっている。患者は保険証を使っていつでも、誰でも、どこでも自由に診療を受けることができる。日本は「フリーアクセス」と「公平性」を重視した医療制度である。それと比較すると、イギリスの医療制度は「公平性」と「質」を重視し、「アクセス面」は重視していないように感じる。NHSに登録していれば無料で医療を受けることができ、一次医療二次医療がしっかりしていて質の高い医療がうけられる。しかし、それゆえ極度の医療費不足が生じている。医療予算不足から医師・看護婦の不足→医師一人当たりの担当患者増大→医師・看護婦の疲弊による医療ミス、と悪循環を招いている。また、医師に入ってくる医療費が基本的に定額であるため、医師の技術向上へのインセンティブの低下により、技術の確保が難しくなっている。きつい・安いという理由から医者という職業はイギリスではあまり人気のない職業なのである。また、このイギリスの医療制度の弊害として「待ち行列」という現象がある。医師不足のため、GPに受診できるまでに数週間を要する（救急の場合は別である）とか、手術を受けるまでに3ヶ月、長い場合は18ヶ月も待つ、というのは、さすがに患者の「忍耐」の限度を超えている。また二次医療のレベルにも地域差が大きく、専門医の教育が不十分であることがある。このような問題を解決していく必要がある。どの国も医療面において問題を抱えているのである。

(文責 坪内和哉)

あとがき

数多くある国際機関のなかでも特に著名なWHOを自分の目で直接見学でき、また日本人スタッフの方から新鮮なお話を伺えたことなど、とても貴重な経験ができた。そして優秀な人材が多いため競争が激しく、また影響力が強く責任の重い仕事ばかりであるような厳しい職場で、お世話をしてくださった方々を始めとして真摯に働いてある方々の姿に感銘を受けた。

諸岡さんの粋な計らいでILOやUNAIDSなどで働いてある日本人スタッフの方たちと一緒に食事が



できた。そのときに日本の医療制度についてディスカッションをし、国際社会でやっていく上で必要な資質や留学のことなど、さまざまな興味深いお話ができたのも、非常によい刺激を受けた。



前年度とは違い、自分たちで初めて企画を立ち上げたのだが、なかなか思うように進行せずに苦労した。しかしそのぶんとても充実したものになった。（村上）

外国の医療制度を学ぶだけではなく、生でその現場を見ることができて非常によかった。なにげなく受けていた自国の医療について、他国の医療を見ることで改めて考えることができた。どの国にも抱えている問題はあり、今後どの国も解決を目指し、働きかけてなければならない。Dr. RAYの話を知っていると、自国の制度をどう良くしていけば真剣に考えているのがわかった。一人一人の医師が自国の医療を考え、患者のことを考えていけばよくはずだと感じた。もちろん医師だけでは実現しないが。

今回は一カ国のみだったが、今後も様々な国の医療制度や医療現場を見てみたいと思った。それぞれに長所があり、そして短所がある。それらをこの目で見て、自分のやれることをやっていきたいものだ。

自分たちで考え、実行した今回の活動で私たち二人はそれぞれ感じるがあった。様々な苦労があったが、充実したものになり、成功といえよう。今回の貴重な経験を活かせるように頑張っていこうと思う。

最後になりますが、お世話になった方々、本当にありがとうございました。（坪内）

台湾班

活動期間：

2003年3月3日から10日まで

活動班員：

上原晶子

上村麻衣

石北綾子

伊藤沙織

下川雄三

松木孝之

(以上、九州大学医学部2年生)

玉泉智栄

堂本和輝

和田しおり

(以上、産業医科大学)

1日目

担当：松木 孝之

私達9人は今日3月3日、台湾に向け福岡空港を出発した。悪天候のため到着予定時刻が多少遅れたが、無事台湾に入国できた。

陽明大学のColinとPaxenが空港まで出迎えに来てくれていた。空港から外へ出ると、多少湿度が高く感じられたが思っていたよりも暑くはなかった。しばらく待っていると大きな観光バスが横付けされた。たいした人数でもないのにどうやらこれが迎えの車らしく、正直驚いた。彼らは明るい性格で、バスの中ですぐ打ち解けることができた。私は英語力に自信があまりなかったが、それでも会話をすることができ、何とかやっていけそうな手応えを感じることはできた。しばらく高速道路を走ると、台北市街に入った。首都だけあってかなり栄えていた。道路には日本車やドイツ車が多く見受けられた。しかし原付の多さには驚いた。しかも1台に数人乗っていた。日本ではありえない。

そして「剣潭海外青年活動中心」という施設に到着した。私達はここに1週間滞在することになった。なかなか立派な建物だし、市街地にあるのでこれからの活動に便利そうだった。ただし、部屋の湿度が異常に高かった。チェックインを済ませたあと、私達はMRTを利用して陽明大学に向かった。MRTとはMass Rapid Transitの略で、台北市内をはりめぐらす高速鉄道網のことである。モノレールのように高架を走っている区間もあるし、地下鉄のように地下

にもぐっている区間もある。石牌という駅で降り、近くにあるセブンイレブンの前から出ているスクールバスに乗った。

大学の入口付近でバスから降ろされた。そして目にしたのは「国立陽明大学」と書かれた大きな門だった。この大学が台湾においてかなり高い位置づけをされているのだろうと推測できた。そしてそれをくぐると他の学生達が出迎えてくれた。私達は自分の名前が書かれたネームカードをそれぞれもらった。彼らと雑談をしながら大学構内へと入って行った。しかし途中の上り坂がとてもきつかった。まだつかないのかと尋ねると山のとっぺん付近にあるという。これを登って毎日通学するのは大変なので、彼らの多くは原付を利用しているらしい。

初日である今日は、彼らがウェルカムパーティーを開いてくれた。大学構内にある「布查花園」というかなり洒落たフレンチレストランであった。山の上にあるだけあって夜景が綺麗だった。料理も本格的で、かなりよかった。私達はお互いに自己紹介をしあい、台湾の学生が企画してくれたゲームなどをしてこの時間を楽しく過ごすことができた。そのあと再びMRTに乗り、宿舎まで戻った。こうして第1日目を終えた。

2日目 3月4日（火） 雨 しおり

担当；和田

台湾での初めての朝、私たちはホテルのエレベーターホールに集まって朝食を食べた。朝食はColinが蛋餅を買ってきてくれた。卵とミートがはさんであるトーストみたいなものすごくおいしかった。

その後国立故宮博物館に行くためにバス停まで歩いたが、私たちの出発が遅かったためにバスに乗り遅れてしまった。そのためタクシーで博物館に行くことにした。タクシーに乗っていて思ったことは、台湾は日本より危険ということだった。交通量ははるかに日本より多く（特に原付自転車）しかも交通マナーが悪い。日本では考えられない運転の仕方をしている人がたくさんいた。台湾で事故にあって死ぬのでは・・・と思うくらいだった。

心配もあったが無事博物館に着いた。ここの博物館には、紀元前から現代に至るさまざまな年代の絵画や陶器が展示されていた。Colinがとても丁寧に説明してくれたのでわかりやすかった。日本と同じで、時代が経つほど複雑で繊細になっていた。途中でHikaruが登場して一緒に行動することにした。Hikaruは去年の夏に受け入れをしたときにあったことがうえに私のことを覚えていてくれたのでとてもうれしかった。Hikaruは台湾と中国の歴史も説明してくれたので、理解がより深まった。故大鏡というきれいな虫眼鏡をHikaruが一番見せたかったらしい。

結構広い博物館だったので、少し疲れたがそのあと近くの公園に行った。アヒルや黒鳥がいる大きな池があって、とても美しい景色だったし空気もおいしかった。この場所は子供がよくリフレッシュするためにくるらしい。こういう自然の景色を見るとすごく落ち着く。

その後、台湾人が車を出し合って、鍼灸に病院の近くにあるところまで行きそこでランチを食べた。ここはまだオープンしたばかりでよく学生も利用するところらしい。お粥みたいな小米燻飯を最初に食べた。これ自体にはあまり味付けがなかったので醤油やお酢などの調味料をみんなかけていた。その後やわらかい牛肉麺、味の薄い醤油麺をみんなで分けあって食べた。この店で一番おいしかったのは水餃だった。とろりととてもやわらかく、さすが本場中国の餃子は違うなあ、と思わせるくらい絶品だった。

満腹したのち、歩いて鍼灸の病院に行った。この病院は総合病院みたいなところで、台北でも大きな病院らしい。鍼灸の病院はそれほどメインではなく小さい病院だという偏見を持っていたので、大きくきれいな病院をみて驚いた。王建人先生がカンファレンスでChinese medicineの一つである鍼灸の基礎を英語で教えてくれた。日本語でもほぼ無知な状態だった上に、英語力が乏しいため非常に理解に苦しんだが、質問したら心優しく教えてくれた。人体の模型を使って、heart liver spleen kidney lungの5つの臓器と5つの腑（5つの臓器以外のもの、例えばkidneyならurinary bladderとか）がすべてつながっていること（Meridian）を説明してくれた。

例えば親指の付け根のあたりから頭にかけては一つのenergy pass wayがあるため、頭痛のときは親指の付け根がacupuncture pointになるらしい。実際に鍼をこの部分に刺して実演してくれた。西洋医学ではない考え方なのでとても興味深かったし、acupuncture pointが361個もあると聞きとても驚いた。また、ほかにもモグサmoxaを燃やすことや、Cupping、そしてVolls（ドイツの医師）の機械による測定などもしてくれた。Vollsの機械では、端末を指の間にあて、数値が50前後ならバランスがとれていて、外れていたらその指の部分とつながっている臓器が悪いという事になる。

一通り説明が終わった後小グループに分かれて実際の診察の現場を見学した。私が見た患者さんは膝の骨軟化症の方で背中にたくさん鍼が刺さっていた。これは背中と膝が経絡meridianによってつながっているためである。初めて鍼灸の現場を見たが、治療というよりマッサージをされているように患者さんは気持ちよさそうだった。そのあとカンファに戻ってきて陰と陽という概念をはじめ、様々なディスカッションをした。王先生の理想は、日本にも鍼灸の現場がもっと増える事らしい。鍼灸についてほとんど無知だったが、ただ鍼を刺しているだけでなく、ちゃんとした理論があり、かつ実際の医学の世界にも立派に用いられているのを見て、鍼灸に対する考え方が変わったし、実際に自分も使えるようになりたいと思った。今回の見学はとてもいい勉強になったしいい経

験だったと思う。今回のプロジェクトが医学部同士のイクスチェンジのため、こういう医療施設の見学はとてもいいと思った。観光では経験できない貴重な経験ができたと思う。

時間がたつのは早いもので、いつのまにか夜になった。夕飯は駅の近くで、さまざまな種類の店が屋台のようにたくさん集まっている所だった。ここはとても活気があっておいしいにおいが漂っていた。例えば鶏蛋_仔煎は大人気らしくとてもおいしかった。これは玉子と牡蠣がお好み焼きのように混ぜ合わせてあって、今までにこれに似たような味のものを食べた覚えはなかったが、この世のものとは思えないほどおいしかった。それから大餅包小餅というやわらかい大福みたいなものも同じくらいおいしかった。パピオカ(真珠)の入った珍珠_茶という紅茶もフライドチキンもおいしく、おなかがいっぱいなのに食べてばっかりいた。現炸臭豆腐や麻辣臭豆腐はかなり変な匂いがしたため食べるのに勇気がいるがにおいとは違いとてもおいしかった。

食べ終わったらNight Marketをした。CDショップには宇多田、ミスチル、福山、モーニング娘（早朝女）、サザン、浜崎をはじめ日本の歌手のCDもたくさんあり、年代もかなり古いまであった。しかもとても安かったので日本人は大喜びで買っていた。私も個人的に日本では見たことのないファイナルファンタジーのサントラを入手した。CDだけでなく服やアクセサリも相当かわいく安かったので目を奪われた。ずっとあれもほしい、これもほしいといい続けた。結局私はキャミを買ってしまった。

気付いたらもう9時半を過ぎていたのでホテルに戻った。同じ部屋の子がまだ戻ってなかったので部屋に入れない日本人だけ部屋の外で話していた。台湾人はいうまでもなく、一緒に来た日本人メンバーともすごくなかよくなれたと思う。一日にすごくたくさんいろいろなものを見て経験して話すことができ、疲れたけどとても充実していたと思う。こういう貴重な経験をさせてくれた台湾人に心から感謝したいし、心の広さは本当に尊敬している。夏の受け入れのときに返すことができるのか、それだけが心配である。

3日目

担当：上原 晶子

陽明大学内のCoffee Museumや書籍部で休憩後、電車で中正紀念堂に向かった。これは蒋介石を記念して建てられたものである。中正紀念堂は広大な中正公園の敷地内にあり、公園内には他に国家音楽庁などもある。中正紀念堂内部には巨大な蒋介石の座像が置かれており、その像の前には衛兵がいて定期的に交代式が行われる。私たちが行ったときは終わりごろであったが、少し見ることができた。1階ロビーには、蒋介石のパネルや遺品が展示されている。紀念堂前の庭はとてもきれいで、紀念堂前の広場ではイベントがよく行われるということだった。それから若者の多い西門町に向かった。まずアイスクリームの入ったかき氷を食べてから、少グループに分かれて西門町を見て歩いた。若者に人気の洋服、装飾品、雑貨店、ファーストフード店が立ち並んでいたが、特

に日本の物を扱うショップが多いことに驚いた。駅前で合流した後、龍山寺に行った。建物はライトアップされ、欄間のレリーフや柱の装飾は精巧で荘厳な雰囲気だった。ここは神仏混交の寺で、観音菩薩の他、いろいろな神がまつられている。私たちは7本ずつ線香をもらい、それぞれの神にお祈りしてもらった。それからおみくじのようなものをしたが、半月型の2つの板を投げるなど、日本のとは少しやり方が違った。ここで日本語を話すことができるおじいさんに会い、詳しく説明を聞くことができた。次に、中華粽を食べた後、華西街観光夜市に行った。アーケード街には、蛇やスッポンの店があり、ここでは蛇を店頭で裂いて生き血をとっていた。その隣の店で、脚底按摩（足ツボマッサージ）をした。非常に痛かったが、長い間歩き回って重かった足がとて軽くなった。それから途中で豚肉の割包を食べ、宿に戻った。ハードな一日であったが、とても充実感があった。

4日目

担当：堂本 和輝

この日の最初の行き先は台湾動物園でした。朝食を終えたあと日本人メンバーは台湾の学生の車に乗り動物園に向かいました。動物園ではペンギンやライオンのような珍しい動物も見ることができ皆楽しんでいました。見終えた後、私達は重順登聴という店で昼食をとりました。ここでは飯団、糖醋排骨、五更腸旺、冬瓜蛤蜊湯などという伝統的な台湾料理が出され、どの料理も非常においしかったように思います。食事を終え、まず私達はホテルに戻りました。ホテルでは出発までの1時間ほどの空き時間でカルチャーショーの予行練習を行いましたが、時間が短かったため、練習は仕方なく途中で切り上げることになりました。1時間ほど経ち、私達は歩いて陽明大学に向かいました。大学に着くと私達は、以前にも来た事がある学生が課外活動でよく利用するという部屋に案内されました。そこでしばらく休憩した後、カルチャーショーが始まりました。まずは陽明大学の学生がダンスを披露してくれました。次に産業医科大学と九州大学で紙芝居「浦島太郎」を読みました。陽明大学の学生の中にもこの話を知っている生徒もいたようで割と好評だったように思います。ぶっつけ本番だったにも関わらず失敗することなく終えることができよかったです。次の陽明大学による伝統舞踊では日本人メンバーも参加し、楽しく踊りました。その次は陽明大学の学生により揚琴や鋼琴といった中国の伝統的な楽器の演奏が行われました。最後に九州大学の学生により羽子板や剣玉といった日本の伝統的な遊びが紹介されました。台湾の学生も初めて見るものに興味津々だったように思います。カルチャーショーを通じてお互いの国の文化を知ることができこの日は非常に有意義な一日になりました。

5日目

担当：上村麻衣

9:10~	大型貸切バスで出発。初日のバスと同じ大きさ。 バス内で朝食・・・サンドイッチ・ミルクティー 我々の希望が通じたのか、味覚が慣れたのか、甘さ控えめ。
10:05~	陽明山相変わらずの雨。陽明市と福岡市共通のsymbol flowerのツツジをはじめ、たくさんの花。桜は日本のものより色が濃く一見梅の様だが、近づいてみると形は紛れもなく桜。王陽明（陽明学の祖）の銅像がある。持っているだけの服を着て行ったが非常に

	寒い。台湾人はダウンを着ている。雨に加えて風も強い。「寒い寒い」と連発していると、生姜湯を買ってくれた。途中雨が弱まり、写真撮影。干支の羊が象ってあった。
移動	(貸切バス) 山道を驚くほどのスピードで進む。一度、対向車を避け脱輪。肝が冷えた。台湾人の運転は荒い。
13:00~ 14:11	昼食 鴨のから揚げ・豚足・エビとニンニクの炒め物・あんかけやきそば・アスパラサラダ 魚の練り物スープ・ウナギのから揚げ マヨネーズまで甘い。うなぎは赤く着色されている。Taiwaneseはアスパラガスの名前を知らなかった。サラダの上のチェリーには、種がない。
移動	(貸切バス) 皆、疲れがたまって 眠っている人も。
15:00~ 17:00	JUMING MUSEUM 前衛的な彫刻が野外に並ぶ。斬新なものばかり。興味深いが、外は寒かった。もっと暖かければゆっくり見られたらう。
移動	(貸切バス)
18:45	hotel 到着 休憩・着替え
移動	陽明大学生の車に分乗
20:00~ 22:00	Hot & spicy 鍋 血の塊を出汁にした、見るからに辛そうな鍋。台湾人も日本人も顔を真っ赤にして食べる。 Give up したら アイスの食べ放題。
22:25~ 22:45	買い物 夕食の店の近くにはなぜか三越が二軒も。さらに三軒目が建築中だとか。
移動	陽明大学生の車に分乗
23:45	hotel 到着
24:00~ 24:30	玉泉智栄さんの誕生日祝 産医大メンバーの一人、玉泉智栄さんの19歳の誕生日。当人を乗せた車は遠回りして時間を稼ぎ、準備。隣の部屋の人に騒がしいとしかられたところで、主役の到着。台湾側からケーキとシュークリーム。日本人はそれぞれプレゼントを渡す。満腹な上に、陽明大学生の親切への感謝で胸がいっぱいになり、ケーキはなかなかのどを通らなかった。お互いが、いっそう親しくなれた一日だった。

6日目 担当：石北綾子

朝。7時半朝食。台湾をフル体感するためにはTime is money!!ではあるが元来朝が弱い私にはかなりこたえる。Colinが持ってきてくれた朝食は「ピーナッツジュース」と「いきなり団子」の皮に肉餡が入っているようなもの。素朴な味でおいしい。が、できれば昼以降に食べたかった…。例のごとくバタバタと出発。もう慣れっ子になったMRTに乗って一路忠義駅へ!!

和信治癌中心医院

本当に沖縄より南なのだろうかと思いたくなるような寒さの中、和信治癌中心

医院へ到着。ここは癌を専門とした病院。中でも緩和医療（palliative care;安寧医療）についてお話を伺った。緩和医療は、積極的医療をやめ、痛みをなくし、心地よい生活と尊厳のある死を目標とする医療である。

この病院には医師、看護師のみならず多数の宗教家、社会福祉士、マッサージ師、ボランティア（話し相手になる）が働いている。誰しものが抱く死への恐れ。それを少しでも和らげるために様々な方向からケアがなされる。一瞬美術館かと疑うようなエントランスホール、カフェ、週2、3回の演奏会もその一部だろう。

印象に残った話をひとつ。和信治癌中心医院では、積極的治療も行っている。どちらを行うかの決定権は全て主治医に委ねられているという。日本では「患者さんの希望で」決まる気がしていたので、しつこく尋ねたが「“Of course!”担当医が決める」らしい。患者さんにとって何が一番いい方法なのかを決められるのは、患者さんのことも、医学も熟知した医師しかいない!!と言い切れる自信。患者さんから得られる信頼。ある一国の世論だけでは頭が偏るなと痛感した。

昼食。少々ご馳走慣れしすぎている胃のために「お粥」と「コーヒー」を望む声が出た。「コーヒー」は「coffee」で通じるからいいが、問題は「お粥。」“rice with too much water”と言った後、スープにお米が浮いてる食べ物を想像してしまい、慌てて「粥」と書いた。漢字は便利だ。陽明大学近くのお店にて、小米粥（15元）、蝦仁蒸餃（45元）、葱焼豚肉餅（20元）を。食べたから恐ろしくテンションがあがった。さすが台湾料理!!ところで、お粥に砂糖を勧めてくれたのを断り、塩や醤油をかけて食べる日本人学生は台湾人学生の目にどのように映ただろうか？

淡水

★ 老街

元旦の太宰府のような商店街。なんとも形容しがたいゴムピータンを口にほうばりながら民芸品を見て回る。みんなでわいわい進んで行くのはそれだけで心が浮かれてしまう。

★ 紅毛城

河口付近の道を長い列になって思い思いの話の花を咲かせていたら、.あっという間にお城に到着。ちょっと小高いところにあり、こんな所に住むのが夢だった!!というようなお城から見下ろす水面はきらきら輝いて眩しい。Hikaruに阿蘇の根子岳と同じように見える観音山を教えてもらった。国は違っても同じように感じるんだあって、うれしくなった。

★ アゲ

「あげる」と3回くらい言われて、日本語の「揚げる」に由来しているのだと気付く。厚揚げの中に春雨。想像するほどこってりしていなくて美味。とても食べきれないと思われたが、ペロッと完食できちゃうおいしさである。

★ 快速艇

「先端に乗るか」との言葉に皆すかさず“Yes!!”誰もがタイタニックを思い浮かべ、さわやかな浜風を期待したはず。しかし、ずぶ濡れの救命胴着を渡されたときから事態は一変。すさまじい風に髪は乱れまわり、波に揺られる船は命の保証のないジェットコースター。大興奮ではしゃぎまわる。帰りの快速艇は、また一味違ったのだがこれは後述しよう。

★ 漁人埠頭。

オープンしたばかりの橋が美しくライトアップされている。橋の支柱とみんな写真に収まろうとがんばったり、冗談をとばしあったり。1週間前まではアカノタニンだったのに楽しく過ごせるのが不思議だ。「ここはデートスポットだよ」と言われ、周りにはカップルしかいないと気付いても全く(?)寂しくならず楽しめる。こんな経験ってあるだろうか。魚介類の食堂、カフェを横目に栈橋を音を鳴らして歩く。ただそれだけが無性に心に残っている。

★ 復路の快速艇。

往路の衝撃を求めて同じ位置に陣取る。ずぶ濡れの救命胴着を何の迷いもなく着用。ところが、船が動き始めるやいなや潮水のシャワーである。水のトンネルだ。救命胴着のみならずこちらも全身ずぶ濡れ。滅多にない経験ではある。が、寒かった。冷え切った体を温めようと肉まんとスープを食べた。食べてばかりだが常に喜んで受け入れる胃に我ながらびっくりである。Taiwaneseの心遣いと食べ物ですっかり回復したら各々買い物。ついつい目移りしてしまう。うるちよろうるちよろしてかばんがパンパンになるまで買ってしまった。

夜がふけてもいっこうに数の減らない原付バイクの横を歩いて宿に戻る。一日が過ぎるのが早い。24時間本当にたっているのだろうか。今日もまた終わっていく。

7日目

担当：伊藤沙織

8:00~8:30 朝食

8:30~9:30 荷物まとめ、部屋の片付け

10:00 チェックアウト

10:30~14:00 陽明大学でプレゼンの準備、昼食（焼き飯<牛肉または羊肉入り>）

14:00~16:00 陽明大学でプレゼンテーション

今回のプレゼンテーションは、Traditional Medicineをテーマとして行われまし

た。プレゼンは日本側、台湾側あわせて4個でした。

1. Chinese Medicine In Japan by 和田、堂本、玉泉 (UOEH)
2. GbE (Yangming University)
3. 湯治 by 上村、下川、上原、石北、伊藤、松木 (九州大学)
4. Chinese Medicine by Colin(Yangming University)

それぞれのプレゼンのあとに質問の時間が持たれ、英語での議論が交わされました。台湾の学生は英語がうまくプレゼンにも慣れているようでした。私たち日本人学生のプレゼンはフレッシュマンらしいという評価でした。今後もプレゼンの機会があれば積極的に参加したいと思います。

16:00~18:00 Tea Shopでお土産にお茶を買う

18:30~23:00 ステーキハウスでFarewell party

23:00~ オールナイトでカラオケ

朝までカラオケボックスで歌いました。台湾では日本の歌が流行っていて、カラオケにも日本の曲がたくさんありました。台湾人にも日本の曲を歌える人がいて、中国語・日本語・英語などが飛び交う国際色あふれる空間になりました。そこが特別だったのか、台湾のカラオケボックスはパン・ドリンクなどが食べ飲み放題で驚きました。

歌う前にはプレゼント交換をし、一緒に写真を撮ったりしました。日本側は日本でプレゼントを買っていき、台湾の人たちも台湾のお菓子・置物などを用意してくれていました。一人一人と話していると、もう一週間が終わってしまったのかと悲しくなりました。睡眠時間の短い日が続いていたことなどすっかり忘れるほどみんな盛り上がり歌いました。

8日目 担当：玉泉智栄

この日は前日から寝ずのカラオケ&バス移動から始まった...ので、いつからを最終日というべきなのだろうか？台湾のカラオケボックスは日本のこじんまりとしたものとは全く異なり、ホテルのようで部屋も廊下も広く、カラオケ画面はちょっとしたシアターのような、ものすごく大きな画面だった。日本に Exchangeで来た台湾人はさぞ、日本のカラオケの規模の小ささに驚いたことだろうと恥ずかしくなってしまった。更に食べ放題と飲み放題がセルフサービスなことにも驚いた。台湾のカラオケボックスはみなこのように素晴らしいものばかりなのだろうか...？私は是非とも、高級な所に連れて行ってただけであると信じたい、とってしまった...。登録されている日本の曲の多さは、私たちの予想をはるかに超えていてものすごくマイナーなのでは...とってしまったような曲まで入っていたので少し笑ってしまった。私たちが台湾でも有名な Kiroroを歌うと一緒に歌ってくれた。音楽に関しては、日本人が洋楽を好きな

ように、言葉の壁はないに等しいと思えた。台湾の歌はバスの中でくつろぐ私たちの耳にもとても優しく響いた。台湾の人たちにも日本の歌が同じように言葉を超えて響いてくれているからあんなにも台湾で日本の歌が流行しているのだろうと信じたくなった。昔、戦争で私たちが傷付けてしまった国で、決して傷を忘れたわけではないと思うけれど、歌を通じて受け入れようとしてくれているのではないかと思えた。安易な考えすぎるかもしれないが...

だが、楽しい時間は流れるように過ぎていき、すぐに午前四時...空港に向けて出発の時間になってしまった。外は生憎の雨だった。バスの中は皆静かで、私は深い眠りにおちてしまった。空港に到着すると、早朝のせいか人はほとんど見られず、静まり返っていた。その日もみんな講義があるというのにも拘らず、徹夜でカラオケに付き合ってくれ、空港にまで多くの見送りが来てくれた。去年の夏にExchangeで日本に来て、今回私たちの受け入れをしてくれたHikaruが、自分は見送りに来ることができないから...と、おみやげまで預けてくれたのには本当に驚いたし、嬉しかった。Hikaruからの贈り物は、白くて無味の太陽餅というものだった。しかし、名前と違い、中身は餅ではなく、今まで食べたことのないような饅頭のようなものだった。私たちはHikaruのあまりの気遣いに感動し、それぞれで改めて、メッセージを書き、他のメンバーに言付けた。時間が経ち、空港が機能し始めたので、私たちは、台湾で使い残した台湾ドルを換金し、荷物を預けた。それから、みんなで別れを惜しみながら写真を撮り合い、別れの涙を堪えることができずに、抱き合っ泣いてしまった。今までの、どの友との別れよりもずっと辛いと感じる時間が刻々と過ぎていった...。とうとう搭乗手続きの時間になり、わたしたちはまた会うことを約束し合いながらガラス越しの列に並んだ。ガラス一枚の隔たりが、こんなにも悲しいものだと思ったのは初めてだった。私たちは奥に入って角を曲がって相手が見えなくなるまで手を振ったし、台湾のメンバーもずっとガラスの外から手を振ってくれていた。

私たちはこのExchangeを通して、台湾の衣食住などの生活文化はもちろんであるが、それ以上に、国境を越えた友情を得た。私も、台湾のメンバーが私たちにしてくれたような精一杯の頑張りや、夏にExchangeで来てくれるみんなを歓迎し、最高の...一生忘れられない思い出になったとってくれるように一生懸命、頑張りたいと心の底から思えた。それほどに私にとってこのExchangeの旅は収穫の多い、一生モノの最高の思い出となった。普通の観光旅行とは違う、机の上では学ぶことのできないものを沢山学ぶことができた。これらの経験は私の肥しとなってこれからの私を形成していくだろう。私は二年後、大学を卒業して社会人になるが、日本という狭い枠組みだけで物事を考える小さな大人ではなく、広い視野で世界を眺めることができるグローバルな大人になれることを切に願う。



緩和ケアチーム班

活動目的：

昨年のホスピス班の活動を通して初めて知った、緩和ケアチームについてさらに勉強し、緩和ケア病棟を持たない病院における緩和ケアチームの役割と重要性、そして現在の問題点を知ることによって、緩和ケアチームの未来を考える。

班員構成：

住吉周作（九州大学医学部4年生）
松木孝之（九州大学医学部2年生）
船田大輔（九州大学医学部1年生）
吉川智子（九州大学医学部1年生）



研修地および日時：

2003年8月2日 国立がんセンター中央病院（東京都）

1：はじめに（文責 住吉周作）

昨年、ホスピス班の活動を行った際に、国立がんセンター東病院（千葉県）の先生のお話の中で、緩和ケアチームの存在を知り、それに大変興味をもったために今年緩和ケアチーム班を立ち上げた。緩和ケアとは、主に悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対して、身体的、精神的、社会的苦痛を和らげることを言い、その形態には、主に以下の3つがある。

- i. 緩和ケア病棟（ホスピス）・・・一般病棟からは独立している
- ii. 緩和ケアチーム（緩和ケアの‘出前’）・・・一般病棟に入院中の患者を対象とする
- iii. 在宅緩和ケア・・・在宅でケアをする

今回は、ii.の見学を、下山先生の御指導のもと国立がんセンター中央病院（東京都）でさせていただいた。

2：緩和ケアチームについて（文責 吉川智子）

下山先生の話によると、緩和ケアチームは

- i. 緩和ケア医・・・どのような科でも良いが、がん治療に関して三年以上の経験を持つ医師
- ii. 精神科医(認定医)・・・がん患者を専門にしていた医師
- iii. 認定看護師・・・がんケアを五年以上経験した看護師

の三者から成り立つということだ。ii.のがん専門の精神科医は珍しいとのことだが、「患者に対して『不安の抑制をする』というレベルで関わらないと、患者は良くならない」と先生はおっしゃっていた。苦痛には、身体的・精神的・社会的・spiritualの四つがある。このような「苦痛を取る」の観点を専門に、がん診断をした時点から、治療ではなく原因を根本的に見つめていくという方針をとってあるそうだ。

「緩和ケアチーム」という用語に関して、厚生省による明確な定義はないが、インターネットで調べた限りでは、「認定基準を満たした病棟をもたない施設などで、緩和ケアに関する専任のスタッフがチームとして緩和ケアを提供する形態」を言い、

- i. 身体症状を担当する常勤医師
(がん患者を対象とした症状緩和に三年以上の経験を持つ)
- ii. 精神症状の緩和を担当する常勤医師＝精神科医
(がん専門又は一般病院の精神医療で三年以上の従事経験を持つ)
- iii. 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
(悪性腫瘍患者の看に五年以上の経験を持ち、緩和ケア病棟等における研修を修了している)

から成るということで、大抵の病院で認識されているようだ。病院によっては、薬剤師、栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカーなども含めて緩和ケアチームと捉えているところもあった。

緩和ケアチームの活動は、主治医の依頼から始まる。依頼を受けると、チームは病棟へ赴き、患者の診察・家族との面談を行う。その後、主治医や病棟スタッフと連携して緩和ケア実施計画書を作成、患者本人と家族に説明し、同意を得る。あくまで主治医の方針に沿う形で、患者の疼痛の緩和(薬物投与・神経

ブロック・放射線治療・理学療法等)に始まり、ターミナルケアにおける様々な相談を受けたり、在宅ケアのコーディネートも行ったりする。疼痛の緩和に関しては、薬とそれ以外のものを組み合わせて行われ、鍼やお灸の専門医を病院外から招くということも行われているようだ。どの薬にも副作用は付き物であり、患者に最も合う薬を早く決定し、量を減らしていくのが良いように思える。しかし、逆に薬の見極めを早くしすぎると、選択肢が減ってしまうし、減量することで疼痛の落ち着きが崩れるかもしれない。緩和ケアにおいては疼痛をとることが最優先されるため、薬の副作用とのバランスをとりながらそれを用いているということだ。

日本において、どのような大学が緩和ケアチームを設置しているかというと、

- 昭和大学・・・高宮有介氏(S51年の修猷館の卒業生)が1988年に英国で研修を受けた後、1992年に日本で初めて結成した。
- 慶應大学・・・麻酔科・精神科・放射線科・薬剤部・看護部からなるチーム。結成して三年余り。
- 帝京大学・・・メンタルヘルス科が緩和ケアチームの一員としてペインセンターとともに診療活動を行う。
- 自治医科大学・・・2001年4月～ 緩和ケア委員会が組織する緩和ケア支援システム

その他、東京女子医科大学、東邦大学、日本医科大学、神戸大学 等

緩和ケア病棟を設置している大学病院は多いが、緩和ケアチームとなるとまだ数は少なめである。下山先生も、「君達が呼びかけて、緩和ケアチームを考える会みたいなものを創ってみては？大学生で緩和ケアチームに注目している団体はまだないから」とおっしゃっていて、後継者を育てたいという思いがひしひしと伝わってきた。

3：緩和ケアチームの診療費について（文責 松木孝之）

平成14年度の診療報酬改定により、緩和ケアチームを設置した場合、患者さん一人当たり一日につき250点(2500円に相当)分基本診療料が加算されることとなった。これは悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者さんのうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状または不安、抑うつなどの精神症状をもつ方に対して緩和ケアを行うための十分な体制を評価するために導入されたものである。ただし、この加算をうけるためにはいくつかの条件を満たしている必要がある。

まず緩和ケアチームには以下のスタッフが必要である。

- i. 身体症状を緩和する治療に3年以上関わった経験を持つ常勤の医師
- ii. 身体症状を持つ患者さんに対する精神科的な治療を3年以上経験したことがある常勤医師
- iii. 5年以上の緩和ケア経験を有する常勤看護師

今回私たちが見学させていただいた国立がんセンターではi.は麻酔科専門の先生、ii.は精神科の先生が、iii.は大学院まで卒業された看護師の方がそれぞれ担当されていた。

このチームによる診察と、これに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成する必要がある。さらに実施計画について患者さんへ説明をし、同意を得なければならない。さらに症状緩和に関するカンファレンスを定期的に行うことも必要である。国立がんセンターでは週に一回朝8時からカンファレンスが開かれており、私たちはこれを見学することができた。先に述べたスタッフの方に加えて主治医の先生、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーの方なども参加し、患者さん一人一人について今後の方針を議論されていた。そして日本医療機能評価機構などの行う医療機能評価の認定を受けることも必要とされている。

この250点の診療報酬の加算は病院側にとっては魅力的であるといえる。緩和ケアチームが20～30人の患者さんを担当していれば年間2千数百万の収入となり得るからである。このため条件を満たすスタッフを寄せ集めてとりあえず緩和ケアチームを作るといふ病院があるのが現実らしい。

患者さん一人当たりの看護職員の人数や入院日数によって異なるが、入院基本料はだいたい800から900点くらいで、それにこの緩和ケア診療料の加算と実際の治療費や食事療養費、場合によっては差額ベッド代を含めたものが緩和ケアチームによるケアを受ける際の月々の患者さんの負担となる。健康保険が適用されるので3割負担となり、また民間の保険会社の保険に加入していれば給付金も支給されるであろう。

このように緩和ケアチームによるケアを受けようとする場合、金銭的には特別大きな負担を強いられることはないであろうと考えられる。ただし一部の有名な私立病院に入院しようとする場合はそれなりの出費が必要かもしれない。国立がんセンターに関していえば、国立であるからベッドが空いていれば入院は可能である。しかし通常は患者さんが多くベッドの空きがないことが多いので、運も必要となってくる。また国立がんセンターの病室にもランクがいくつもあり、差額のベッド代が数万円から十数万円のものまでであるらしい。快適に過ごしたいと考えればそれなりのお金はやはり必要なのだろうか。

今回の見学によりまず医療現場の大変さを改めて認識できた。特に何かをしたわけでもないが、ただ先生についてまわるだけで正直疲れてしまった。医師と

して働くことは本当に重労働なのだろうなと実感できた一日だった。病室に入れさせていただいて患者さんにお会いできたことも貴重な経験になったと思う。私たち学生に「がんばりなさいよ。」と声をかけてくださった方もいた。あれからもう一ヶ月以上経ったが、お会いした患者さんの中にはもう亡くなってしまった方がやはりいるだろうと思うといたたまれない気持ちになる。期待に応えるためにもこれからもっと自分を磨いていかねばならない。

最後に、このような貴重な経験をさせていただくためにご協力してくださった国立がんセンターのスタッフの方々や患者さんに感謝の意を表したいと思う。

4：見学当日の流れについて（文責 船田大輔）

今回8月2日の一日間、国立がんセンター中央病院で緩和ケアとはいかなるものか実際に見学した。以下に一日の流れを示す。

- 7：50 国立がんセンター中央病院管理棟で今回の研修を快く引き受けてくださった下山直人先生と挨拶を交わす
- 8：00 国立がんセンター中央病院病棟18階にてカンファレンスに立ち会う
- 9：10 同じく病棟にて外来の見学
- 9：40 回診の見学
- 12：30 昼食
- 14：00 管理棟にて回診でお会いした患者さんのガン転移の様子をパソコンを使って勉強
- 15：30 再度病棟にて外来でいらした患者さんの治療の様子を見学
- 16：20 入院患者さんが神経ブロック療法のためのカテーテルを脊椎に入れる手術を見学
- 18：30 国立がんセンター管理棟を後にする

今回お世話になったのが国立がんセンター中央病院で疼痛治療・緩和ケア医科長をしていらっしゃる下山直人先生だった。多忙な生活を過ごしていらっしゃる御様子であったが、私たちがする質問に快く答えていただいた。

その下山先生と挨拶を交わした後、早速カンファレンスに参加させていただくことになった。緩和ケアとは、身体の痛みだけを扱うのではなく、患者の持つ全人的な痛みを扱うことである。したがって、緩和ケアのカンファレンスは緩和ケア医だけでなく、精神科医、ガン専門の看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師が出席して、患者について話し合いがおこなわれる。話し合いの内容は専門用語が多く、一年生の私には難解なものであったが、わかった範囲でも、検査の日程や、薬についての患者への説明をどのように行うか、患者の主治医の方針と患者の要望の違いを訴えるものなど様々なものがあった。そしてカンファレンスの中では、患者が現在どのような治療を行い、今後どのような治療

をしていくか、どのような問題を抱えているかなどを細かに書いた資料を配って、一人一人が患者の様子を知ることができるように工夫しているのが印象的に残った。

ここで、精神科医が緩和ケアにどのように関わるか興味を覚えた。精神科医にかかると聞くと、私は統合失調症や、そううつ病に患者さんがかかっているのだろうかと思像したが、実際には「不安」を診るのだということが分かった。先ほど述べた患者に関する資料の中にも「不安」という言葉があった。「不安」と聞くと漠然として実感が湧きにくく、治療の一環としてまで取り上げる必要があるのか疑問に思ったのだが、患者が自分の病気に対する「不安」が強い場合、不眠につながることもあるときいて納得した。後で回診のときにも気づいたことであるが、緩和ケアの現場では眠れないということが問題になることが多い。痛みか、不安か、何が原因となっているのか突き止める必要がある。したがって患者さんが不安を訴える場合には精神科医がそのケアにあたる。この「不安」を扱うということに関しては精神科医というよりもカウンセラーに近いと言えるのではないだろうか。

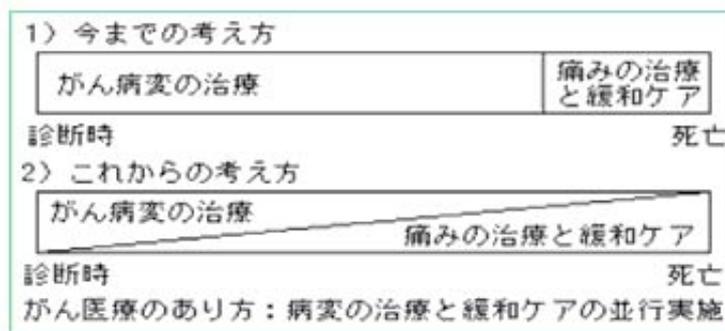
次は外来の見学を行うことになった。下山先生が外来で訪れた患者と接する様子を見学した。患者の話丁寧聞いた後、下山先生は患者に黄色の大きめな封筒をホッチキスで止めて手渡していたので、後に封筒の中身を質問したところ、中にはカルテが入っていることが分かった。患者は緩和ケア科だけでなく、ガンの治療のために他の科にも行く必要がある。医師と医師との間でカルテを共有し、患者がカルテを無断で見ることを無いうようにという配慮から封筒を使っているようだ。

午前中最後の見学は、入院患者の回診の様子を見学した。下山先生とレジデントの村山先生、ガン専門の看護師の3人で患者さんの病室を訪ね、痛みについての話を聞いて回った。「がん患者」と聞いて何をイメージするか。私はガンによってやつれ果て、日々苦しみながら闘病しているといった浅薄なイメージしかなかったが、実際の現場では、一見してガンにかかっているとわかる人から、ちょっと見ただけでは健康な人とさほど変わらないといった人まで様々であったのが印象的だった。しかしいずれもステージが進行した患者だというのは後で実感することになった。癌の発生部位も卵巣、腎臓、肝臓、すい臓、肺、リンパ、膣、尿管、舌、歯肉、耳下腺、咽頭、食道などそれぞれ異なり、一箇所だけでなく、転移している人も多くいた。患者とは回診の間、いろいろなことを話す。午後10時に眠っても、痛みがひどくて、午前1時に目がさめ薬を飲まなければならないのでどうにかして欲しいと訴える人や、「体が動かないので心配」と声が出せないため筆談で訴える人、経口よりも点滴のほうが楽だという話をする人、転院についてのアドバイスを求める人、幻覚を訴える人、天気によって痛みの度合いが変わることを訴える人、主治医の態度について不満を述べる人などがいた。先生方はそれぞれの患者に対して、じっくりと時間を取って話に耳を傾けていた。そして、患者の話を聞くだけでなく、これからの治療についても話をしていった。意外に思ったのは、国立がんセンター

では緩和ケア治療のために鍼を使った治療も取り入れていることだ。そのために外部から鍼灸師の方を招いているとのこと。このときは意外に感じたものの、後から緩和ケアを行っている病院のホームページを調べてみると、多くの病院が疼痛治療として鍼やお灸を取り入れていることが分かった。

厚生労働省では、在宅医療を全国的に奨めているのだが、社会的バックアップの体制が十分に整っていない現在では、家族の負担が大きく簡単に在宅を進めることができないのが現状である。緩和ケアも在宅で受けることができるようにすることが今後の目標となっているのだが、在宅にしたためにかえって患者や家族の負担が増えるというケースが後を絶たない。回診で出会った、明日から在宅になるという20代の患者の言葉が胸に響いた。「家に帰れるのはうれしいけど、本当に一人でできるのかとても不安です。昨日の夜はそのことを考えて泣いていました。」彼女の不安を正面から受け止める医療が実現していることを願ってやまない。

私たちは回診の際、実に18階から12階まで、階段を使って患者のもとへと移動した。この移動量の多さが私にとって、緩和ケアの本来の姿を実感させてくれることになった。今まで、「緩和ケアとは何か、ホスピスと違うのか、ターミナルケアとは違うのか」、という疑問に対して明確な答えを出せないままに今回の研修を迎えてしまい、疑問は残ったままであった。それでも一応勉強せねばと思いつつ、ホームページで緩和ケアについて調べてみたところ、あるホームページに次のようなグラフがあった。



私は今まで、ターミナルケア、ホスピスを考えるとき、どうしても「今までの考え方」を連想していた。すなわち、末期のステージにいる患者は「痛みの治療と緩和ケア」を受けるために専用の隔離病棟に移動する

のだろうと考えていた。しかし国立がんセンターでは緩和ケアを受ける患者は、いわゆる「普通」の大部屋にいる人がほとんどであった。緩和ケア専用の病棟はなく、「これからの考え方」にあるような、「治療の一環」として緩和ケアが行われている印象があった。ただ単に国立がんセンターは病棟が限られていて、緩和ケア専用の病棟がない、あるいは緩和ケア病棟が確立していないというわけではない。あらゆるステージの、ガンにかかった患者が痛みを減らす治療に専念できる環境を実現するために、こうした「隔離しない」中での治療を行っているのである。また当然のことながら、末期のステージにいる患者に対して緩和ケアは「看取り」まで行う必要がある。今、私が「緩和ケアとは何か」とたずねられたら、「治療の一環として患者さんが治療に専念できるようにし、患者さんが望む形での、死を実現するもの」というように答えると思う。

余談ではあるのだが、下山先生は「バトル・ロワイヤル」の製作途中で亡くなった、深作欣二監督の看取りをなさったそうだ。その後、バトル・ロワイヤルの試写会に招待され、内容も知らずに、小学生の娘さんと一緒に行ったところ、あまりの過激さにびっくりしたとのこと。「あのおじいさんが、こんな映画を作っていたとは想像もしなかった」と話しがあった。

昼食には先生方もめったに食べないという、「高級」散らし寿司を囲んで、今までの感想や、部の活動について、先生の個人的な話に盛り上がった。昼食が終わると、先生の許可をいただいて、午前中回診で会った患者のコンピュータ内に保存されているデータを閲覧することになった。一年生の私にとって、レントゲン、CT、MRIの画像は初め何がなんだかわからないといった状態であったが、先輩方にいろいろと質問していくうちに、なんとなく、画像のどのような部位がガンなのか判別できるようになった。午前中お会いした患者さんの中に、おなかが膨れた患者さんがいて、ただの「中年太りだろうか」、と思っていたのが、実際はがん細胞が腹部全体に広がり、肺を圧迫するまで成長していたことが分かり、ショックを受けた。傍目には体調もよさそうに見えたことに、がんの恐ろしさをより強く実感した。今さらながらに自分がガンについて何も分かっていないことに気がつくことになった。

次は緩和ケアの治療の現場を見学した。当日、神経を「殺す」薬を注射することで、痛みを感じないようにするという治療をするはずだった患者と、下山先生は治療前の説明をしていたのだが、話を聞くうちに、患者の痛みが当初、先生が予想していたものと違っていったようで、その場で治療の変更を患者に勧めることになった。突然の治療の変更に対しても患者に丁寧に話をすることで、患者は納得した様子で治療に同意を示してもらえた。また、先生の患者の話に耳を傾けている姿勢はとても印象的であった。そして治療は手術室の近くの部屋で行われることになった。「注射一本」打つのに細心の注意を払い、立ち会う人全員が「清潔」にするまではいかないものの、治療に用いる道具は全て「清潔な」物を使っていた。この準備は全て手術室の看護師さんがボランティアでしてくれているとのこと。このような協力があって初めてスムーズに治療を行えるということがわかった。

次は「神経ブロック療法」を行うために、患者さんの脊髄に直接カテーテルを通す治療を見学した。「神経ブロック療法」とは脳脊髄神経や脳脊髄神経節または交感神経節およびそれらの形成する神経叢に向かってブロック針を刺入、直接またはその近傍に局所麻酔薬または神経破壊薬を注入して、神経の伝達機能を一時的または永久的に遮断する方法である。この時は長時間の効果を得るために、硬膜外針を通してカテーテルを留置し、薬液を持続的に注入するという方法をとっていたようだった。見学して思ったことは、たとえ麻酔をしているとはいえ、脊髄に針を刺し入れ、カテーテルを通すのはとても痛そうであること、衆人環視の中痛みをこらえる患者の気持ちはどうなのだろうかというこ

とであった。特にこの場合患者さんが自分の意思をうまく表せない患者さんだったので、患者さんの気持ちについて考えさせられることになった。直接脊髄に薬剤を注入する神経ブロック療法は痛みの緩和にとっても効果的であることは医学知識のない私にとっても容易に想像できた。

緩和ケア医療はまだ日本ではあまり進んでいない。癌の治療薬に対する専門家（腫瘍内科医）を育てるシステムも最近できたばかりであり、癌専門の看護師、緩和ケア医の数が少ないのが現状である。だからといって、緩和ケア医の必要数がそれほどないということではない。緩和ケア医というのは、痛みを薬剤によって管理すると同時に、患者の精神的な痛みも引き受ける。薬には副作用がつきもので、効果と副作用のバランスを考えながら、投与していかなければならない。さらに死を目の前にした患者の精神状態を把握し、患者の死と向き合っていくことも必要になる。設備が整っていないのは、緩和ケア医療がまだ新しい分野であるためである。「医師が治療の合間に片手間で・・・」と行うには技術的にも精神的にも大変な負担であることは明らかであり、今後、癌患者が増加すると思われる状況で、緩和ケア医の需要は高まっていくと考えられる。しかし一方で、医療設備が整うにつれ、緩和ケア医療の抱える問題も明らかになっている。緩和ケアチームというのは、麻酔科医、精神科医、専門の看護師によって作られ、緩和ケアチームを病院内で作ることで、一日300点ほどつまり、約3万円が国から支給される。年間にしておよそ2400万円が病院に支給されることになるのだが、そのために、緩和ケアが専門でなくても、病院内で肩書きだけの緩和ケアチームを作り、国からの給付金を“騙し取る”といった詐欺まがいの行為をしている病院も出てきたのだ。このようなことを治療の合間に教えていただいたばかりではなく、他にも下山先生は入院にはどのくらいの費用がかかるのかといった私たちの質問に答えていただいた。患者さんの治療が終わると、今度は他の先生との話し合いがあるからといって解散することになった。下山先生は治験の責任者もしているということで、本当に忙しい様子だった。

さてここからは私事になる。今回の研修をいかに自分の中に生かしていくか、はっきりと見当もつかないという気持ちである。しかし今回の研修がなければきっと高学年になるまで、緩和ケアに目も向けずにすごしたのではないかと思う。やはり“行動”は“きっかけ”ではないのかという気がした。“行動”はそれ以前の勉強の機会を与え、“行動”後はそれに関して、さらに勉強する機会を与える。まだまだ勉強することも行動することも私には必要であると実感したことをもって報告を終えたいと思う。

5：緩和ケア病棟（ホスピス）と緩和ケアチームの違いについて（文責 住吉周作）

厚生労働省の定義によると、緩和ケア病棟（ホスピス）と緩和ケアチームは、以下のように定義される。

・緩和ケア病棟

主として末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟（一日につき、3780点）

・緩和ケアチーム

一般病棟に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して症状緩和を行う専従のチーム（一日につき、250点）

ここで、注目したいのが、緩和ケア病棟（ホスピス）が対象としているのが末期のがん患者であるのに対して、緩和ケアチームは末期がん患者に限定せず、がんの程度は問わず、苦痛がある患者ならすべてを対象としている点である。これならば、緩和ケアチームは、前記の図である「これからの考え方」（4：見学当日の流れについてのグラフ図）に、制度上、そえる内容であると考えられる。

また、緩和ケアの病棟を作れない中小の病院でも、緩和ケアのチームであれば、一般病棟で治療をするわけであるので設立は、緩和ケアに経験のあるチームメンバーをそろえれば不可能なことではないと考えられる。

6：おわりに（文責 住吉周作）

今回、緩和ケアチームの現場を見て、緩和ケアが治療の一環であるという印象が大変‘自然’に実感できた。決して末期の患者のみを対象にしているのではなく、身体的、精神的、社会的な苦痛がある患者ならば、すべてを対象とする点が、今まで現場では重要視されてこなかった「がん患者の苦痛の緩和」というテーマの将来への解決策につながるだろう。

全国的に今後、緩和ケアがさらに盛んになり、患者が、末期のみに限らず（がんの程度を問わず）緩和ケアを十分に受けられる環境ができていくことを望む。

＊今回、このような全国的にも少ない緩和ケアチームの見学の貴重な機会を与えてくださった、国立がんセンター中央病院緩和ケア医長の下山直人先生に心から御礼を申し上げます。下山先生には、大変良くしていただき、大変感謝致しております。今後、緩和ケアの研究等でお世話になることがあるかもしれません。その時はまた宜しくお願い致します。



PowerPointによるスライドショー([ハンセン病](#):1MB,[坂出病院](#):7.3MB)

[九大熱研HOME](#) → [活動報告書](#) → 2003年度ハンセン病班

ハンセン病班

活動目的

去年1月28日、療養所への入所歴のないハンセン病元患者(回復者)と、入所者の遺族が熊本地裁に起こした国家賠償請求訴訟が和解に達し、入所歴のある回復者の訴訟で一昨年5月、同地裁が国の法的責任を認め、小泉首相が控訴を断念して動き出したハンセン病問題は、今回の和解により全面解決したと言われます。その後状況は、回復者の皆さんにとって本当に改善されたのか、見学や実習を通して自らの目で見てみようと思います

班員構成：

角南隆史 班長 (九州大学 医学部医学科4年)
桑内慎太郎 (九州大学 医学部医学科5年)
鷺山幸二 (九州大学 医学部医学科5年)
山本一博 (九州大学 医学部医学科5年)
中島誠子 (九州大学 医学部医学科3年)
西田有毅 (九州大学 医学部医学科3年)
吉川智子 (九州大学 医学部医学科1年)
岩瀧麻衣 (産業医科大学 医学部4年)
古賀幸子 (県立長崎シーボルト大学 看護栄養学部看護学科4年)
小池宙 (東京医科歯科大学 医学科4年)

研修期間および研修地：

7月29日 国立療養所大島青松園の見学
7月30日 坂出市立病院の見学

なお、7月8日には「いのちの初夜」(北條民雄著)の輪読会を熱帯医学研究会の部室で、7月20日には、ハンセン病と坂出市立病院に関する産業医科大学国際保健研究会との合同学習会を産業医科大学にて行いました。

1. 大島青松園

大島青松園概説

大島青松園は、全国13ヶ所ある厚生省所管の国立ハンセン病療養所の1つで、香川県木田郡庵治町の大島にある。大島は高松港の東方約8km、四国本土との最短距離約1kmの、瀬戸内海に浮かぶ小島である。島の面積は、約61haで、ほとんどが大島青松園の敷地となっている。



大島青松園は、「旧らい予防法」によって、明治42年、「大島療養所」として、中四国8県（岡山・広島・島根・山口・徳島・香川・愛媛・高知）の連合立で香川県知事の管理する「第4区医療所」として発足した。(病床200床) 昭和16年に厚生省に移管、「国立らい療養所大島青松園」と改称(病床650床)、昭和21年には、「国立療養所大島青松園」と改称された。当初、入所者120名で開所したが、以後増加し、昭和34年には最大704名にまでなった。現在は186名の方が入所されている。

「らい予防法廃止に関する法律」により、国は入所者の療養に関する費用を全額支弁している。外来治療棟における1日の診療件数は、延べ500件である。病棟に入室して治療を受けている人は1日に25～30名ほどである。現在、入所者全員のハンセン病の基本治療はすでに終了している。しかし、末梢神経障害を起因とする後遺症(手足の障害、視力障害、知覚麻痺など)、また高齢化に伴う合併症などがあり、現在も治療は行われている。治療内容としては、皮膚科、外科、整形外科、形成外科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、リハビリテーション科

(理学療法・作業療法)のほか、内科、心療内科、婦人科、泌尿器科などの一般医療が挙げられる。職員は、260名で、看護師と介護員が多数を占める。

園内は、あたかも村落様であり、公会堂、老人福祉会館、売店、理美容室、郵便局、公園、宗教施設(7宗教)などを備え、入所者の生活スタイルが生かされている。入院患者以外は、自立生活の行える方は、一般舎（軽症寮）で、介護を必要とされている方は、不自由者センターで生活されている。一般舎は、夫婦で生活されている方々は、2DK、单身の方は1DKほどの広さである。

このような環境の中で、入所者の方々の趣味の世界も幅広い。自治会を核として、機関紙発行(青松・灯台)、クラブ活動（カメラ、川柳、俳句、短歌、詩歌、囲碁、ゲートボール、盆栽、絵画、陶芸、等）が続けられている。これらの活動を通して、外部との交流がはかられている。

(参考)大島青松園案内パンフ

ハンセン病の歴史についての概説

- 1873 アルマウエル・ハンセンがらい菌を発見
- 1900 内務省第1回ハンセン病患者調査 患者総数30359人
- 1907 法律「ライ予防ニ関スル件」を制定
- 1909 道府県連立療養所を五カ所に設立
- 1931 全患者の絶対的隔離をめざす「らい予防法」（旧法）制定
- 1943 米国で開発された特効薬「プロミン」の効果公表される
- 1947 日本でも新治療薬プロミンの使用が始まる
- 1953 「らい予防法」（新法）が公布される
- 1960 WHOが、差別的な法律の撤廃と外来治療を提唱する
- 1981 特効薬による複合療法が確立される
- 1996 「らい予防法」が廃止される（4月）
- 2001 ハンセン病元患者らが国との和解合意文書に調印

当日の見学行程

事前に詳細な見学行程を組んでいただいたため非常にスムーズに見学することができた。

・官用船「せいしょう」に乗って大島へ
官用船には多くの方が乗船していたが、そのほとんどが青松園の職員だった。

・オリエンテーション

・外来治療見学



内科、整形外科、基本治療・皮膚科、眼科、耳鼻科、歯科、リハビリ室をグループに分かれてそれぞれ2～3科ずつ見学した。



- ・園長講義（園長 長尾先生）

ハンセン病についての概論、この施設について。（写真：右）



- ・自治会長講義（自治会長 曾我野さん）

療養所でいかに不当に扱われてきたか、「らい予防法」廃止までの患者運動と、法律廃止から国に対する裁判を起こすに至った経緯などについてお話をうかがった。自治会長の曾我野さんは雄弁であり強い意志を感じさせる方であった。若い頃から療養所内の青年団で施設の整備や施設内の子供の教育、らい予防法の改正などを求めて活発に発言されていたそうである。

（写真：左）

- ・昼食（園内食堂にて）

- ・園内見学、入所者訪問

青松園の盲人会の方との語り。盲人会の会長さん、副会長さんにお話をうかがう。療養所の今昔の暮らしのことや、熱意をもって取り組んでいることなど。雑誌「灯台」の紹介や書籍の紹介などもしていただいた。



- ・老人会の方との交流会

簡単な食事やお酒も用意されていて、お話を伺ったりカラオケを歌ったりして、楽しいひと時を過ごすことができた。また、療養所で働いている職員の方のお話も伺うことができた。

- ・園長先生との質疑応答

見学を終えて思ったこと 3年 西田 有毅

今回の訪問スケジュールの中に、外来治療見学というものがあった。私たちのグループは外科と眼科を見学することができた。外科治療を受けに来た入所者の方々は、当初わたしたちがいることに少しばかり違和感をもった様子を見せていたが、「九州から見学に来ました。少し見せてもらってもいいですか」と尋ねると、快く「いいですよ」といってくれた。中には自分の傷について、どこで怪我をしたかとか、どのくらい治療を続けているかなどを細かく教えてくれる方もいた。

療養所の方々はみなさん親切で、行く先々で歓迎を受けた。盲人会の方との交流の場では、日々の暮らしや発行している機関誌について紹介してもらったし、老人会の方には、簡単な食事をご馳走になったり、カラオケに興じたりした。「若い人たちが来てくれると嬉しい」という言葉に、素直に嬉しいと思った。盲人会の方々は、機関誌「灯台」を発行している。「灯台」には、社会から隔絶され不当な扱いを受け、そこから人権を求めて闘った者たちが存在したということの後世に残したい、そして二度とこのようなことがないようにという願いがこめられている。自分たちの行動を振り返って、ハンセン病患者、回復者たちの足跡を必死で残そうとしている。

その一方でこんなこともあった。眼科の見学の際、治療を受けに来たある女性がいた。その人は視力も残っているようで、眼球が乾かないように点眼薬を打ちにきていた。女性は私たちの存在に気が付くと、少し恥ずかしそうにして両手をシャツの中に入れてしまった。私はそれを見たときに「ああしまった」と思った。その方に直接尋ねたわけではなかったが、「自分の手を見られるのが恥ずかしい」と感じてとった行動だったのだろう。自分の姿を見られたくはないという思いは、やはり入所者の方の中に深く残っているのだとそのとき痛切に感じた。

私には、現在の療養所の生活はこれといった不自由のない、静かなものに思われた。入所者の方々は毎日、治療を受けたり、雑誌の原稿や手紙を書いたり、趣味のカラオケに精を出したりと、思い思いに過ごしている。衣食住は安定しており、経済的にも不安はない。その背景に、何十年も続いた凄惨な暮らしと、患者運動、回復者運動による絶え間ない努力があったことは決して忘れてはならないが、国との和解も成立し、ハンセン病に対する社会的な認知も高まってきて、今やっと、当たり前前の生活を当たり前前に送れるようになった。しかし入所者のたたずまいから窺い知ることができるのは、充足感ではなく、寂しさや虚しさと形容できるような感情であった。それはどこから来るのか。それは、「故郷を追いだされ、社会から隔絶された」ことによるのではないか。日常的事項からかけ離れた、大きな欠落感とも言えるかもしれない。

入所者の1人である塔和子さんの詩は、現在のハンセン病患者の方々の複雑な思いを表しているようで、心を動かされた。

生（なま）さを 塔 和子

この療園に住む人はみんな
健康な社会から間引かれた人達で
ふるさとでは死んだことになっている人さえいる
しかし私はおだやかに平易に暮らしていた日
これでいいのでしょうかと
何物かに対してつぶやく
遊んでいてもどこからも文句を言われぬ

このさびしさ
間引かれた身であれば
静かに枯れるのが望ましい
けれども
いまはまだ
悲しいとは言っても涙し
嬉しいと言っては笑いこぼる
この生さを
静めてくれるものはなにもない

(15年9月1日大島青松園自治会発行の「青松」より)

私ができることは、現在のハンセン病患者がどのような思いで毎日を過ごしているか、その一端を見ることだけだった。園長である長尾先生の「隔離や人権侵害が、ハンセン病患者の方に対してあったということを正しく理解するか、我々にはできない」という言葉に、ただうなづくばかりだった。

個人的感想

3年 中島 誠子

そもそも、なぜハンセン病患者が、社会的に不当な立場に追いやられたのだろうか？ハンセン病患者に見られる、様々な外見上の変化は、それと無関係であるとはいえない。現在は、ハンセン病の原因菌であるらい菌への認識も高まっている。ハンセン病の感染源は、未治療らい腫型患者の鼻汁、皮疹滲出液、たまたま母乳などで、主として皮膚、粘膜を介して、感染するらい菌によるものだということが分かっている。感染力は弱いが、親子間の濃密な接触でうつることが多く、また、幼年期の感受性が高いために、遺伝性であると誤解されてきた。その誤解も人々の恐怖心を助長した原因となったのであろう。こういったことから、らい菌の感染が、宗教的あるいは社会的解釈を受けて、一種の報いや天刑であるという誤った認識が生まれ、人格評価にまで及んでしまうといった悲劇が生じたのである。その上、プロミンが開発されるまで、有効な治療もなかったのであるから、当時、らい菌の感染を告げられた患者は、迫り来る死を迎えるしかすべはなく、その絶望は計り知れないものだろうと思っていた。

以上のような先入観をもって、私はやや緊張しつつ大島を訪問した。大島青松園で、私たち学生は、暖かい歓迎を受けた。病棟の見学、園長先生の講義、自治会長さんのお話、盲人福祉会館での盲人会の方々との交流、老人福祉会館での思いがけぬ歓迎会。その各所で、入所者の方々、先生方は、私たちの学ぼうとする姿勢を受け入れてくださり、質問にも快く応じてくださった。ハンセン病の歴史について暗いイメージを抱いていた私は、入所者の方々の、大島での生活の様子を見て、驚いた。そこでは、一人一人のライフスタイルが確立されていた。

前述のように、青松園に入所されている方々は、ほとんどが高齢者の元患者

で、現在、基本治療は終了している。入所者は186名で、彼らの生活を260名もの職員が支えているのである。治療棟の内装も清潔であった。現在は、旅行や外出も自由で、理髪やマッサージは無料、年金も支払われているそうである。世間一般の高齢者の方々より、一見快適な生活環境である。実際、盲人会館でお話を聞かせてくださった方の一人は、現在療養所なしでは生活できない、依存している部分も大きいとおっしゃっていた。しかし、現在の安定した暮らしは、かつての隔離政策の代償として、彼らの長い差別との闘争の末に勝ち得たものなのである。現在の入所者の方々を、不幸と呼ぶのは間違っているが、かといって、彼らから今の生活の保障を奪うことは許されない。長年すみなれた大島から離れて暮すことは、後遺症を抱えた高齢の方々には難しいのである。決して、望んで大島に住むようになったわけではないのであるが...

1907年に「らい予防に関する件」が制定された。当時、国力増強を図っていた政府には、徴兵検査でハンセン病患者を発見すること、そして増えつつあった外国からの訪問客の目に、浮浪者となった患者を映したくない、といった考えがあったそうである。

ハンセン病の問題は様々な要因が絡み合っており、その原因を短絡的に、一つに集約することは出来ないと思う。その原因や治療法の知られていなかった当時の、人々の無知を攻め立てることは出来ないだろう。しかし、隔離の必要性を否定する、重要な実験データが無視されたという許されるべきでない事実もあったそうである。一つだけ確かなことは、隔離政策によって被害を受けたのは、ハンセン病患者の方々であるということである。現在も全国各地に残るハンセン病の療養所とそこに入所されている回復者の方々の存在がその歴史を証明している。

現在わが国におけるハンセン病の発生は少なく、1年間に数名～20名前後である。しかし、ハンセン病を過去の病と軽視するのは間違っていると思う。私たちは、その歴史から目をそらすことなく、同様のことが繰り返されるのを防ぐ努力をしなければならぬ。過去の過ちについて学び、いまだに世界では重要な感染症のひとつであるハンセン病の対策はもとより、その他の感染症問題にも生かすことが、これまで苦勞されてきたハンセン病元患者の方々への償いとなるであろう。

参考リンク

- (1) 国立療養所大島青松園のページ
<http://www.hosp.go.jp/~osima/>
- (2) [Mognet] ハンセン病
<http://www.mognet.org/index.html>
- (3) 特集 ハンセン病／熊本日日新聞社
<http://kumanichi.com/feature/hansen/>
- (4) 記録映画「風の舞～ハンセン病の詩人 塔 和子の世界～」

2. 坂出市立病院

1. 訪問のきっかけ

今年（2003年）に角南が幹事で「2003年度 医療経営学習会in九州 第二回（2003.5.17.開催）」という、医療経営・病院経営に関する学習会をしました。テーマは「『経営基本管理』～良質な経営が生み出す納得の医療～」で、講師には、牧野公彦氏（経営コンサルタント）をお迎えしました。その学習会の中で見た「日経スペシャル ガイアの夜明け 第六回 『公立病院は生き残れるか！？院長たちの闘い』（2002.5.19.放送）」で坂出市立病院のことが紹介されており、その中で塩谷院長の人柄、そして「良質な経営なくして良質な医療なし」という言葉がとても印象的で、学生なので経営について専門的なことはほとんど分からないだろうけど、ぜひ病院を見学して、「医療者とは何か？そしてその職場である病院はどうあるべきか？」ということを考えられたらと思い、大島青松園と共に見学に行こうと思いました。なお、失礼ながら見学の申し込みをする際、時期が迫っていたこともあり最初からいきなりお電話差し上げたのですが、突然のお願いにも関わらず一時間足らずで見学許可のお返事を頂き、「普通の病院ではないな」とウキウキしていました。

2. 病院について紹介

坂出市立病院の訪問の前日に大島青松園を見学したこともあり、高松市から坂出市まで、角南含め一部のメンバーは海岸線をドライブしました。ちょうど天気もよく、空も晴れ渡り、真夏だったので暑かったですが、それもカラッととした暑さで心地よく、海も静かでした。香川県は近年「讃岐うどんブーム」で全国的な注目を集めていますが、うどんだけではなく、自然も素晴らしいと思いました。そして坂出市内に到着しましたが、坂出市立病院は駅から歩いて五分という、とても立地条件のいいところに建っています。

ではここで病院の概要について。坂出市立病院は1947年に開設しました。病床数216床・8診療科・3病棟から構成され、へき地医療中核病院・病院群輪番制病院・救急病院・広域救護病院等の指定を受けています。職員数は、常勤医師22名、常勤看護婦86名をはじめとした合計222名から構成されています。

最初病院を見たときの第一印象は、「結構古い建物なんだな」というものでした。ホームページでは病院の全体写真がなかったのでどんな建物なのか分からなかったのですが、経営が劇的に改善されたのであれば、その波に乗って建物も新築したのかな、と思っていたからでした。これについては後にも触れようと思います。

3. 経営改善について

塩谷院長は平成三年九月、この病院へ院長として赴任されました。そのことを塩谷院長は著書の中で「真っ暗闇の世界への旅立ち」と表現されています。しかし、一方で、「その旅立ちを促したのが……（中略）……私の恩師であったことに一期一会の喜びを感じずにはいられない。あえて『喜び』と表現したのは、この8年間の病院再生のための日常を、私は苦勞したと思っておらず、むしろ自己実現ができるという『喜び』と認識しているからである。」と書いておられます。

ではさっそく、赴任当時の経営状態についてお話ししましょう。

1. 79年から12年連続の医業収支の赤字が続いていること
2. 88年には不良債権が約15億円にのぼったため、自治省より第三次病院事業経営健全化措置対象団体に指定され、92年までの5年間でそれを解消する計画があること
3. しかし計画どおりに解消は進まず、逆に赤字は毎年大幅な増加を続け、累積不良債務額は約25億円になっていること
4. 不良債務比率は100%を超え、全国自治体病院の中でワースト一位であること

詳しい経済の専門用語等の解説は省略するとして、いかにひどいかがお分かりいただけると思います。そのためマスコミの報道も加熱し、ある理学療法士さんは「通勤の満員電車の中で顔見知りの方が、『また載っとるぞ。お前んとこ潰れたらええんや!』と大声で話し、そのたびに身の縮まる思いであった。」と書かれています。そして親方の自治省からは「病院の収縮あるいは廃止を含めて検討すること」と言われていたのです。

それほどひどい状況の中、塩谷院長の強力なリーダーシップによって病院全体が劇的に変わっていくのですが、その過程で行ったことについてはここでは割愛します。もちろん紙面の都合上というのもありますが、自治体病院の関係者の方々ならココが一番大事なところですが、僕たち学生にとってはそのことよりも、先生方のお話や病院施設内を見て・聞いて、考えたこと・思ったことのほうが大事だと思ったからです。

でもそれでは勿体無いと思ったので、僕が調べた中ですごいと思ったのを書こうと思います。

(1) 職種別損益計算

これは病院経営評価の手段として一般に用いられている診療科別損益計算に変わって考えられたものでした。従来の「診療科別」だと診療科（医師）だけの業績を評価するもので、全職員参加の病院経営を考える時、医師以外の職員が経

営に対してどれほど貢献しているかを目に見える形で示すことが重要だ、ということ考え出されました。そこで各診療行為別に利益を配賦していったのです。例えば、内科入院に関して、投薬処方料：医師95%・看護師5%、注射手技料：看護師100%などなど。それで各職種別に収益を計算していったのです。すると、従来は病院収益の全てが医師のものとみなされていましたが、医師の総収益に占める割合は約32パーセントに過ぎないこと、医療は医師だけでなく看護師など様々な職種によって成り立っていることが分かったといいます。ただ、その利益配賦率について理論的根拠がないことなどから、現在は中止されているとの事です。

(2) レントゲングラフ

これは実際にグラフを見ていただくと良いのですが、縦軸に入院期間をあらわす一日あたり入院時医学管理料、横軸に積極的医療の程度を意味する特掲診療科をとり、個々の患者についてプロットするというものです。これによりその月に在院している全ての患者の入院期間の長短と、どのような医療がなされたかの分布像を視覚的にとらえる事が出来ます。

さてさて、ここで院長赴任後の経営状態の推移について簡単に書こうと思います。

1. 平成4年度以降、10年連続の黒字決算となった
2. しかも医業収益はこの8年間常に一億円を越え、平成11年度には過去最高の約3億3000万円を得ることが出来た
3. 不良債権は解消した

どうでしょうか？ここまで改善されたことについて塩谷院長は「黒字経営に転換したこの間、人を増やしたり大々的な設備投資をしたわけではない。『変わらなきゃ』と職員が意識を覚醒させたことにより、赤字体質が一掃され、黒字基調になったのである。歯を食いしばりながらこの偉業を成し遂げた当院の職員は、病院の宝であり、坂出市行政の宝であり、全国の自治体病院に誇れるものだと思っている」と言われています。

4. 塩谷院長・砂川副院長のお話、そして病院内見学について

事前の勉強会で、「不良債務額日本一だった病院をたった数年で再建させた、すご腕院長がいる病院」と聞いており、一体どんなところなのだろうと興味津々だった。病院の中に入ると、「坂出市立病院基本理念」を始め、「坂出市立病院看護部基本理念」「患者さんの権利について」「認定証」が目飛び込んできた。明確な方針を持った病院なのだ、こうやって大々的に宣言しているからこそ責任も重く、スタッフ全員が努力するのだろう、と思っているとすぐに「九州大学の方ですか？」と声をかけられ、会議室に案内された。塩川院長

は、眼光鋭くクールな感じの人なのかなと漠然とイメージしていたが、現れたのは、関西弁(?)の気さくな先生だった。

「患者さんが白衣見たら、それだけで緊張して血圧も上がるやる？やから僕は白衣を着らんのだよ」とおっしゃる院長、テニスに燃えていた学生時代の精神が今でも役立っているそうだ。「日常性に埋没するな！」これは院長が友人に言われた言葉で、「同じことばかりやっていたら発展がない」ことを示唆するものらしい。講話を聞いていくうちに、精神面での「基本」を重視した上で、坂出市立病院独自の工夫をしていることが分かった。

まず、「患者がいて医療従事者がある」という根本的な事実を念頭においている。患者一人一人の価値観を知った上で自分の人間性をどう伝えるか、患者の気持ちを聴診器でききなさい(気来)、という言葉から、それをうかがい知ることができた。また、医療従事者としての自覚を持つことも忘れていない。自分達の何気ない一言が患者を元気付けもし、傷付けもする。この意識の差も大きな結果を生んだのだろう。そして、「チーム」医療に対する見直し。医療は医師一人でできるわけではなく、全員が同列＝同等の責任を持つということ、を、「医療はサッカーだ」とたとえ、スペースを埋める医療をして「チーム」の勝利を目指すとおっしゃる院長に、終始うなづきっぱなしだった。

さらに、独自の工夫として、毎朝看護師が交代で身の回りのことについてスピーチする「朝のまごころ放送」を実施している。世間話には、誰でも何かしら興味を抱くし、看護師一人一人のものの見方が垣間見えて親近感がわくだろう。放送の内容をきっかけとして患者は話し掛けやすくなり、病気について相談することも増え、より良い医療を提供するために必要な信頼関係を築いていけるのではないかと思う。また、患者に診療情報(カルテのコピー)を全て渡す、「私のカルテ」制度もある。患者が自分の病気を理解する機会となるばかりでなく、医師も、自分の手の内を全て見せる緊張感から、カルテにできるだけ情報を書き込むようになる。これを持って他の病院に行くと、紹介状にもなる上に、セカンド・オピニオンを得ることもできると聞き、なるほど！と思った。地域との関わりを持とうと、お祭りに参加している病院のスタッフの写真に、こんな方達なら確かに親しみがわくな、と思わず笑みがこぼれた。

坂出市立病院の最も画期的な制度と言え、やはり電子カルテの導入だろう。砂川副院長の説明を聞いた後、病院内を見学して実際に見せていただいたのだが、これなら読み違い・とばすなどのミスがなくなるだろうと思った。薬の略称変更をしたフォントを作って安全管理をしており、一回打ち込めば行方不明になることもなく、探したり運んだりする手間も省け、外来をしながら回診状況も見ることができると聞き、これが全ての病院にも導入できたらもっと効率的な医療を展開していけるに違いないと感心し通しだった。しかし、ここで忘れてはいけないのが、電子カルテは情報提供に大きく貢献しているということだ。カルテを印刷して手渡し、患者自身がダブルチェックをすることで、医師

は信頼を得ることができる。いい医療をつくるための電子カルテという視点を院長は持っていらっしゃる。

「これからの医療は『分かりやすさ』だ」とおっしゃり、その言葉の通り、病院内のことを大学に置き換えて身近にとらえさせて下さった塩川院長、「完璧を求めすぎるといつまでも動かない」と、電子カルテの仕組みについて教えて下さった砂川副院長の言葉が、いつもあやふやで優柔不断な私の弱点をズバリついている気がして、気を引き締め直した半日だった。

感情エネルギーを原動力に、共鳴を得て、行動エネルギーに結びつける。アイデンティティを持ち、仕事や学習に生きがいをもつ。これがどれほどの効果をもたらしたかは、目を見張るものがある。意識の覚醒によって、私たちはどのように変わっていけるのだろう。一生かけて追求していきたい。

5. 最後に

塩谷院長は赴任してからの病院再建の日々を「生きがい」だったと言われていたことは先にも述べた通りですが、赴任当時はそこが日本一の赤字病院と言うことも知らされておらず、いきなり院長就任の数週間後に自治省から病院廃止勧告を受けたのですから、「生きがい」と言えるまでにはかなり長い道のりがあったことは容易に想像できます。でも僕は院長が最初から「一生懸命やれば、何とかかなるさ」と割り切れたところに院長のすごさがあると思いました。だからこそ病院のスタッフが一丸となれたのだと思います。そして最初からこの病院再建の中に「生きがい」を見つけたことにも。

ここでちょっと横道にそれて・・・

塩谷院長の著書の中に「こんな勤務医いない」というのがありました。それをここで引用させていただきますと、

人間としての基本的マナーに乏しい
規則・時間を守れない
協調性に乏しい
患者に対して誠実でない
技術・知識の向上に意欲がない
総合的に患者を診れない
反省心がなく、謙虚でない
医療保険制度を理解しない

となっています。新米医師には面接時に見せて、「一つでも該当するようなことがあれば、お引取り」だそうです。

でも考えてみれば、医師としてではなく一人の人間・社会人として当たり前のことだな、と思いました。ほかにも、看護師、事務職員、臨床検査技師、病院薬剤師、診療放射線技師、栄養士、理学療法士バージョンがありました。医学生バージョンもあるとかないとか・・・

さてさて、「医療は医師だけのものではない」という言葉はよく聞きます。しかし今回ほどこの言葉が僕の胸に響いたことはありませんでした。病院の統一理念を作ったこと、業種別の損益計算をしたこと、全職員の参加する年次報告会の開催などなど。項目を挙げるときりがありませんが、病院内を見学していると、言葉で表すのは難しいですが、その雰囲気一体感のようなものを感じて、それぞれの職種・個人がやりがい・プライドを持って日々仕事をしているんだ、ということがよく分かりました。

そんな中、僕はある看護師さんに「なぜ病院を改築しないのですか？」と聞きました。そのときの答えが見学の中で最も心に残ったのでここに書きます。それは「そのための予算が下りない」というものでした。確かに坂出市の財政があまり思わしくないこと、再開発などが現在進行中ということもありますが、せめて院内の改装・リフォームくらいは出来るはずだと思いました。すると、「この病院は市立病院だから、そういうことは市議会で決められる。坂出市民からそのような声は上がってこない」と言われていました。

そして最後に「失った信頼を取り戻すことは本当に難しい」と言われていました。これを聞いて僕は、やはり現実は厳しいのだな、と思いました。確かに病院が黒字になって不良債権は解消しましたが、その期間の何倍もの期間、まさに「日常に埋没した」医療が行われていたわけです。しかしそれと同時に病院・医療者に求められるものの大きさを感じました。なにしろ人の命・健康のお手伝いをさせていただくのですから。

最後に、今回の見学を快諾してくださった塩谷院長、砂川副院長初め病院スタッフの皆様、坂出市立病院のことを紹介してくださった牧野さん、そしてお忙しい中病院への依頼状を書いて下さった信友先生に、心から御礼申し上げます。

6. 参考文献

- (1) 病院「変わらなきゃ」マニュアル 塩谷泰一・谷田一久著 日総研 1999.07
- (2) もっと病院変わらなきゃマニュアル 塩谷泰一著 日総研 2003.08
- (3) 「坂出市立病院」のホームページ
<http://www.city.sakaide.kagawa.jp/hosp/>
- (4) 「日経スペシャル ガイアの夜明け」のホームページ
<http://bb1.tv-tokyo.co.jp/gaia/index.php>

(文責；4以外：角南、4：吉川)

[九大熱研HOME](#) → [活動報告書](#) → 2003年度ハンセン病班

Last modified on 04.02.21
九州大学医学部熱帯医学研究会



沖縄班

活動目的

沖縄に離島における医療を見学するとともに、沖縄本島における離島医療支援体制を学び、離島医療を体験する。

班員構成

豊福 千賀	班長	(九州大学医学部 3年)
宮原 麗子		(九州大学医学部 3年)
座光寺 正裕		(九州大学医学部 1年)

研修期間および研修地

8月4日～8月13日 沖縄県立中部病院 西表島西部診療所 鳩間島の巡回診療

活動概略

離島医療。沖縄を初め鹿児島、長崎、北海道などたくさんの島を抱える都道府県では常に慢性的な医師不足が指摘されている。いかにして医師を確保するか。それは医療技術が高度に進化し専門化が進み、都市に人が集中する現在では、ますます深刻化していく問題ではないかと思う。実際、離島医療という問題を解決、改善するためにどのような取り組みが行われ、そこで働く医師はどのように感じ、島の住民はどのように感じているか、10日間という短い期間ではあったが、沖縄県立中部病院、西表島西部診療所を訪ね医師たちから話を聞いた。幸運なことに西部診療所の岡田医師が、医師のいない鳩間島に巡回診療に行くということで同行させていただくことができた。さまざまなバックグラウンドを持つ医師たちから話を聞くことができ貴重な体験となった。以下、中部病院、西部診療所、鳩間島の巡回診療から私たちが聞いたこと、感じたことを記す。

1. 沖縄県立中部病院

1-1 沖縄県立中部病院について

沖縄県具志川市に

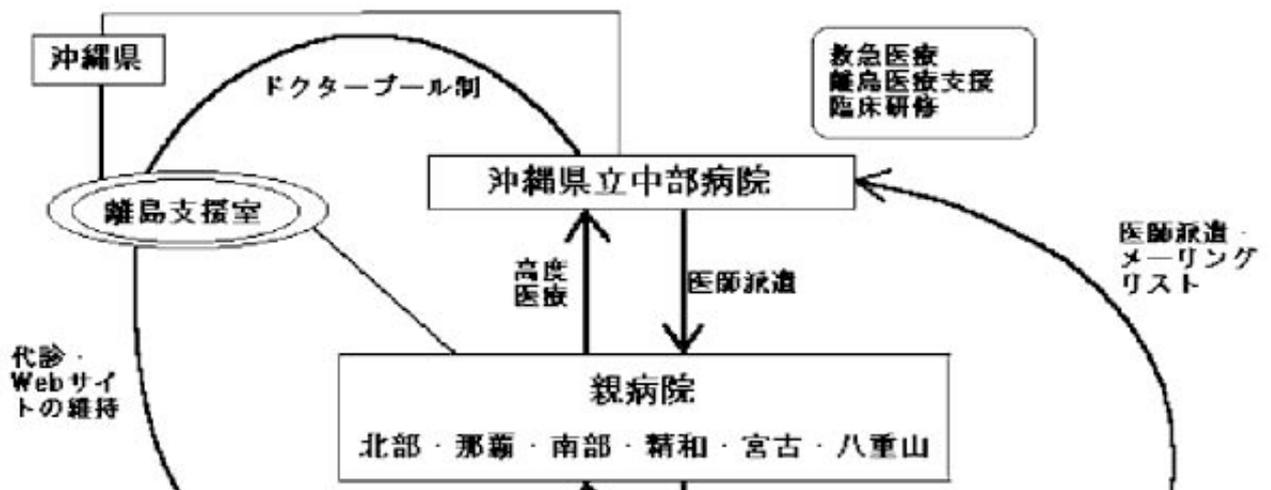
沖縄中部病院はある。2002年に建て替えられた病院はあらゆる設備の整った大きな病院で、その内部には清潔感と落ち着きが感じられた。中部病院は1次から3

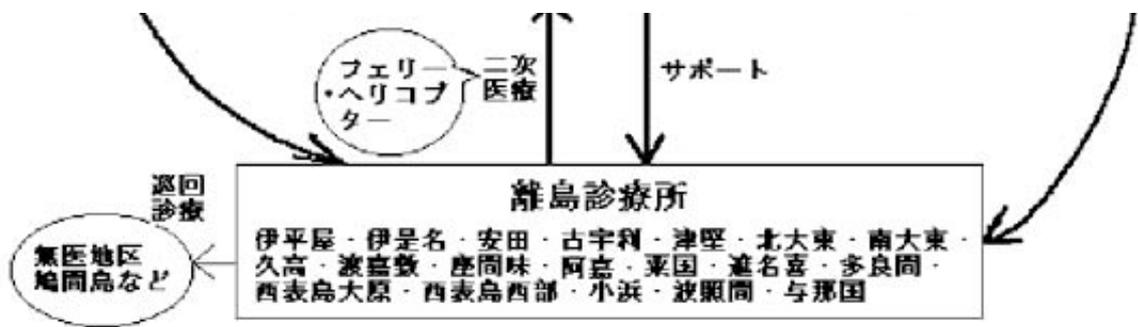


次まで対応する沖縄の医療の中心であるが、特に救急医療、戦後からアングロ・アメリカン式の臨床研修制度を導入してきた臨床研修そして、沖縄という地理的特性から離島医療が特色として挙げられる。

沖縄では戦後ひどい医師不足であった。そのため離島やへき地では医介輔や保健所に頼った医療が行われていた。これは医師を教育する立場の者がいなかったため、若い医師が本土から沖縄に戻って来られなかったことが理由のひとつにある。この医師不足を教育的な面から支え、発展してきたのが中部病院である。米国からきた指導医のもとアングロ・アメリカン式の研修制度をとりいれ、教育病院として沖縄の中心的な役割を果たしてきた。

また、離島医療の支援体制においても全国的評価を得ている。離島医療で一番大きな問題とされるのは、やはり医師の確保である。沖縄には18診療所あり、そのすべてに常に医師を配置することは大変なことである。そこで沖縄では中部病院で研修した若い医師を1年間離島医療に従事させることでその医師不足を解消してきた。現在の臨床研修は2年間ローテーションのプライマリケア医コースと1年目にローテーションし2年目に専門科のローテーションを行う一般専門医コースに分かれて実施されている。初期研修2年間は終始救急当直にあたるなど救急医療研修を重視している。特にプライマリケアコースを終えた医師は離島診療所に派遣されるため、急性疾患に対応できるようになり、離島で単独でも診療できるようになることを目的とした臨床研修が行われている。研修後は1年間離島で働くことになる（自治医科大出身者は2年間）。現在18診療所のうち7,8割は自治医科大卒業者も含めた中部病院出身者である。





離島診療所には重症の患者に対応するだけの十分な設備はない。そのため重症の患者はフェリーやヘリコプターで親病院と呼ばれている近くの大きな病院へと搬送される。親病院とは石垣島にある八重山病院や、宮古島の宮古病院、本土にある北部病院、南部病院、那覇病院などの県立病院である。中部病院は津堅診療所の親病院としての役割を持つと同時に、親病院ではできない高度な医療を必要とする患者が搬送され、3次医療を行う病院でもある。中部病院にヘリポートはないため、直接離島からヘリコプターで搬送されることはない。つまり、離島診療所の医療を主にサポートしているのは親病院でありその後ろに中部病院が控えていることになる。

1-2 お世話になった先生

今回、中部病院では本村医師と離島支援室の田仲医師の2人にお話を伺った。本村医師は中部病院で研修をした後、伊平屋診療所で1年間勤務し、その後宮古病院を経て中部病院に戻ってきた。田仲医師は現在離島支援室のポジションに就いて離島で働く医師のサポートをしている。田仲医師は離島で計8年間も勤務した医師で、その経験を生かして県行政と離島診療所とを結ぶ役割を果たしている。二人の医師に診療所での経験とその問題点、これからの課題についてお話を伺った。

1-3 病院と離島診療所の違い

研修後離島に行き、初めにとまどうことは「慢性疾患の患者を診る機会のほうが多い」ということだそうだ。中部病院で診る患者の大部分は急性疾患の患者で慢性疾患の患者をじっくり診るといったことはない。離島の患者の大部分は慢性疾患のお年寄りであるため、急性疾患ばかり診てきたそのギャップに戸惑うそうだ。離島に派遣される前に前の医師から引継ぎする期間が1週間でもあれば離島の状況がわかり少しでも精神的な負担がなくなると思われるが、現在はそのようなものはない。また離島では校医の役目も検診、保健福祉の仕事もしなければならない。がそのようなことを教えてもらうことはないので、自分で動いて調べなければならないそうだ。2年間という短い研修期間で離島医療にすべて対応できる医師を養成することは難しいかもしれないが、離島に行く前のサポートをもっとすることが必要であると感じた。

1-4 派遣期間

離島に派遣される義務の期間は1年間。それから期間を延ばす人もいるが概して2, 3年ぐらいである。1,2年という短い期間で医師が変わることを島の人はどのように思っているのだろうか。まず短い期間で医師が代わる事の利点としては、一定のレベルの医師が常に離島診療所にいるという状況が作れる。一人の医師に負担をかけることを防ぐ。医師が最新の医療から遅れることを防ぐ。ことなどが挙げられる。しかし一方で島の住民の感情からすれば一人の信頼できる医師がずっと診察してくれる方が安心につながるであろう。先生方も島を離れる時引き止められることがあったそうだ。どちらが良いか、意見が分かるところだと思うが現在沖縄のシステムで医師の確保ができていているということを考えれば中部病院のシステムは十分な成果をあげているといえるだろう。島民も離島医療の現状を理解して慣れていると先生方はおっしゃっていた。18診療所常に医師がいる。それを実現することこそが沖縄県の役目なのである。

1-5 離島医療の経験

さて診療所での生活を終えて、中部病院に帰ってきた医師は離島医療のことをどのように考えているのだろうか。残念なことに日常の業務の忙しさに追われて、離島の経験も忘れていき病院発想になってしまうそうだ。せっかくの離島医療の経験が今後のために十分に生かせていないように感じた。また、中部病院は離島医療の支援の中心であるのに離島経験者以外は離島医療のことを気にとめていることもないようだ。それらの事実はちょっともったいない気がする。なんらかのフィードバックを行い、中部病院の医師がもっと離島医療の現実に敏感になればさらに診療所と医師とのコミュニケーション、連携がうまくいくのではないかと思う。

1-6 支援

今回初めて田仲先生のような県の離島医療に関する役職につくドクターの存在を知った。県の行政側から離島支援を行っている医師は2名である。その2人が代診つまり休暇をとる医師や学会などに参加する医師の代わりに診療業務を行っている。その日数は年間100日にもなる。将来的には短期間なら離島に行ってもいいと言う医師を含めてローテーションを組めるようなドクタープール制の導入を考えているとおっしゃっていた。他には若い医師が離島医療に抵抗無く入れるような研修プログラムも考案中とのこと。現在、代診の他に診療についての医学的な疑問、あるいはメンタルな相談も気軽にできるWebサイトの維持・管理や医学情報に触れられる機会を作ることには尽力している。島の医師が孤立感を抱かないための活動をサポートしつつ、県の行政に島の診療所の要望を報告するなど診療所と行政とを結ぶ役割を果たしている田仲医師らの試みはまだ始まったばかりだがその必要性を強く感じ、さらに内容が充実していくことを願うばかりだ。

1-7 中部病院の見学を終えて

「けっして赤ひげではない普通の人ができる離島医療」を実現するために活動している、と田仲先生は強調していた。私たちはその言葉が一番印象に

2-2 西表西部診療所

西表島西部にある古い集落の一つの祖納に西表西部診療所はある。西部地区の約130人を対象としていて、このうち300から400人がこどもであり、乳幼児は100人弱である。診療所には常勤の医師・看護師・事務がそれぞれ1人ずついる。診療所内には、診察室、処置室、レントゲン室、経過観察室、事務室、待合室がある。軽い外科的な処置もできるようになっている。



患者数は、平日が日に20～25人、時間外・休日が月に30～40人である。月曜日と金曜日が多い。1年の中では、観光客の影響で、夏場が特に多くなる。西表西部診療所での主な症例は、高齢者の慢性疾患（高血圧・糖尿病・高脂血症など）、小児疾患、外傷である。見学してみて驚いたのは、外科的な処置が多いことであった。犬に噛まれたおばあさんや、ハブくらげに噛まれた観光客の男児や、転倒して怪我した人などがちょこちょこやってきた。先生は何度か傷口を縫ったり糸を抜いたりしていた。



慢性疾患の患者さんに対しては、診察して、調子を聞いて、薬を処方、月に一度ほどは血液検査を実施していた。また、ちょうど、年に一度の竹富町実施の健康診断結果が出た時期で、慢性疾患で診療所にかかっている健診を受けた方は健診結果を持って受診していて、先生が指導していた。見学したときには、保育園で風邪が流行しているということで、風邪をひ

いた幼児が何人も診察に訪れていた。

見学した中で、特に印象に残っている例を3つ紹介する。

(1) 日曜の昼過ぎに見学したときの急患。

3歳の男児で、地元の子である。転倒事故。レントゲンより、股関節の脱臼が見られ、大腿骨骨頭の骨折の疑いがあった。骨折の場合、骨頭が壊死し、人工骨

頭が必要になる可能性もあり、重症化の危険がある。また、股関節の脱臼のみでも幼児の場合では全身麻酔が必要ということで、八重山病院への搬送となった。八重山病院へ連絡。ヘリか船での搬送だが、船での搬送になった。八重山病院への紹介状を作成し、石垣島の港に救急車を手配したあと、船の時間に合わせて西表上原港まで僻地患者輸送車で搬送する。上原港までは車で約30分。ここで患者を船の船長に引き継ぐ。西表から石垣まで船で約40分。石垣の港から救急車で約20分で八重山病院に到着する。西表西部診療所診察後、約2時間で八重山病院への搬送が終了した。

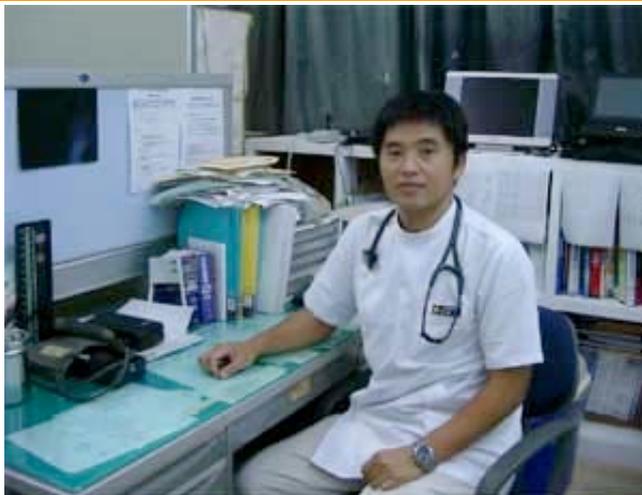
(2) カヌーツアー会社勤務の20代男性。

高熱のため来院していたが、薬（おそらくストレプトマイシン）が効いたため、レプトスピラ症と診断。レプトスピラ症はレプトスピラという病原体が原因で起こる。亜熱帯地方で見られ、沖縄でも離島のほうにだけ存在する。レプトスピラはネズミが媒介し、ネズミの排泄物で汚染された土壌や水を介して主に経皮的に感染する。ウイルス性感染に症状がよく似ている。この男性はおそらくカヌーツアーの際に干潟に入ったときに足の傷を介して感染したと思われる。

(3) 生後4ヶ月の男児。

39度の高熱。乳児は生後4、5ヶ月までは母体免疫を保有しているために風邪にはかからない。その時期に高熱を発している場合は髄膜炎などの重症疾患が予想されるため、多くの場合、ヘリ搬送となる。5ヶ月以降の乳児だと、突発性発疹という、高熱を発するが、さほど心配はいらない病気にかかる。まれに熱性痙攣を起こすこともある。発疹が出てくるのは解熱後である。この男児の場合、生後4ヶ月なので突発性発疹の発症にはやや早すぎる。搬送するべきかどうか岡田先生は迷ったようだったが、男児の機嫌がとてもよく、笑顔だったため、解熱剤を処方し経過観察。翌日の午前中にもう一度診療所に連れてくるように指示した。

2-3 どうして離島の診療所へやってきたか



岡田医師は、沖縄出身でもなければ、自治医科大卒でもなく、中部病院プライマリケアコース出身でもない。県外から希望して診療所へやってきた。医師になって12年目の37歳である。以前は岡山大学の消化器外科にいて、肝移植のスペシャリストを目指していた。医師になって10年が過ぎた頃、ふと違和感を覚えた。医師になって10年目は一つの折り返し地点だとい

う。研修、研究、博士論文が一通り終わり、これから先自分が何をしていくの

か、みんな何かしら考える時期である。大学病院で10年働いた後だと、専門か病院勤務か研究のどれかに進むのが一般的である。岡田先生はどれに対しても疑問・抵抗を感じた。診断が確定した患者を前に、ルーチンワークや手術を繰り返すことにやりがいを見出せなくなってきていた。また、大学病院には自分の代わりはいくらでもいるのではないかと感じたという。そこで魅力を感じたのが総合医だった。病気だけでなく人間全体を診なくてはならない。また僻地では自分しかいない。そこに惹かれた。そうして、僻地の診療所に勤務したいと考えるようになったが、孤立した状態ではやりたくなかった。システムがしっかり整っているところ、仲間がいて勉強しながらできるところ、そう考えて沖縄県の診療所を希望した。そして、西表西部診療所勤務となり、今年で2年目である。

2-4 島民と医師との信頼関係と島民の意識

西表の古い地区には地区の行事が多い。年に14個の行事。月に1,2回はある。岡田先生はそれらの行事に一年間欠かさず参加されていた。診療所に勤務するだけでなく、地域に溶け込むことが大事だと先生は言った。ある住民の方が「信頼できない医師はいらない、地域に入ってくるような人がいい」とはっきり言っていたのも印象的だった。離島でさらに古い集落では、人間関係がすごく密である。地域に溶け込むことで仲間同士のような感覚も生まれ、医師と島民の信頼関係がしやすいのであろう。岡田医師は1年間の勤務と行事を終え、ようやく信頼関係ができたようだ。島の高齢者の方も素直に話をしてくれるようになったという。（右：伝統行事アンガマーで踊る岡田医師）



医師と島民の信頼関係とともに、離島医療では島民の意識も大事だという。急患ではないのに、時間外や休日に平気で受診する人がいる。前々から調子は悪かったのに、平日の時間内には受診せず、仕事が無いときに受診する人が増えているという。診療所には医師が1人しかいないので、すべて1人で負担しなくてはならない。医師にストレスがたまっていく一方である。そうすると、限界だ、長くはられない、と医師が感じてしまい、診療所勤務が短期間しかもたない。医師の努力だけではどうしようもないこともある。だから、島民の意識、診療所にかかる島民のマナーも大事なのである。医師が住み着きやすい環境を島民が確保してやる必要があるのだ。本当に急いでいる場合以外は時間外診療は遠慮する、健康に対する意識を高め定期健診も積極的に受ける、といった努力をすることで、医師のストレスは大きく軽減されるのではないかと。

2-5 人に頼るということ

先生が一年勤務してきたなかで、大学病院と診療所との差、ジレンマを感じた

こともある。診療所では最後まで自分で診られない。ある程度の重症だと県立八重山病院に搬送しなくてはならない。観光客に「ここじゃできないのか」と馬鹿にされ、悔しい思いをしたこともあった。そんなときに八重山病院の院長から「人に頼れ、自分の限界を知れ、自分の限界を超えたら人に頼れ、離島医療のABCはAnother doctor, Beside doctor, Call doctorなんだよ。」と言われ、すっきりしたという。離島医療では医師が自分しかいないから、と自分で何でもやらなければならないという意識にかられる。しかし逆に、自分しかいないからこそ、自分の限界を超えたことはやってはいけない。なにかあったあとでは、離島では誰もフォローしてくれないのだ。自分でできないことはできない、と認めてしまうこと。簡単そうで、実はすごく難しいことである。しかし離島で適切な治療を早く行うには、すごく必要なことなのだ。

2-6 離島医療の継続性

沖縄の離島医療を継続させていくためには2、3年という比較的短いスパンで医師を派遣していくことが必要なのだ、と中部病院の医師は話していた。この件に関して岡田先生に意見を伺うと、賛同する意見が返ってきた。本来ならばやる気のある医師が長い期間勤務するのが理想ではある。住民の方々も信頼する医師に長くいて欲しいと強く感じている。実際今年は医師が変わらないという安心するという。しかし実際には一人の医師がずっと離島の診療所に勤務するのは、体力的にも精神的にもすごく難しい。そうするとやはり、短い期間でも十分に信頼できる医師が勤務することが大事になってくるのではないか。医師から住民に歩み寄り、信頼関係を早く作るようにする。住民からも医師に歩み寄り、医師が勤務しやすい環境を作るようにする。こういったお互いの努力が欠かせなくなるように思う。

2-7 離島診療所勤務のその後

岡田医師にこれから先のことについて伺った。ずっと西表島に勤務するのかと伺うと、Noという答えが返ってきた。あと数年いるかもしれないが、ずっといるつもりはないという。以前までいた大学病院にはもどれない。技術的なブランクもあるし、そう簡単に戻れるほど甘くもない。ではどうするのか。自分の地元である中国地方での僻地医療に携わることや、沖縄での体験を他の人に伝えていくことなどを考えてはいるが、具体的にはまだ何も決めてはいない。

2-8 総合医という専門医

診療所に勤務した医師は、老若男女問わず、すべての患者の様々な分野のプライマリを診る。その患者の病態があるレベルを超えてしまうと、診療所ではケアできないため病院へ紹介する。ある1つの分野の専門性を追求するわけではない。いわゆる、浅く、広く診るわけである。こういった医師は、総合医、もしくは家庭医と呼ばれる。この総合医は日本ではなじみが薄い。今日本での多くの医師がある分野の専門医である。この日本では、一度離島の診療所で総合医を経験すると、そのあとに進む場所がとても少なくなる。専門から離れた、現代の医療から離れた、とみなされ元の場所には戻れない。かといって総合医

として働ける場所は僻地など限られてくる。総合医の立場が日本では確立されてもいないのだ。

「総合医も、総合医という専門医であると思う。」と岡田医師は言った。肝臓の病気なら何でも診れるという医師が専門医なら、どんな患者が来てもプライマリケアなら対応できるという医師も専門医なのではないか。患者側からしても、総合医のところに行けば、とりあえずどうにかなる、自分自身の家庭医を持つ、ということはすごく安心するであろう。これは僻地に限ったことではないと思う。総合医を専門医として確立すること、これは日本全体の医療にとっても、僻地の医療にとっても有益なことなのではないだろうか。総合医を確立すると、僻地勤務のあと進む場所があるだろうし、逆に総合医が僻地の医療に携わることが今よりもたやすくなり、僻地医療の担い手が増えると思う。

2-9 診療所を見学して

今回の診療所見学では、診察のアットホームな雰囲気から、重症患者の搬送の様子、地域の行事など、様々な場面を垣間見ることができ、大変貴重な体験をさせていただいた。離島の診療所がどういうものなのか、わたしたちなりに理解できたように思う。離島の診療所から、医療の原点も感じられた。

研修後、今回のメンバー3人がそれぞれで、「自分自身は離島の診療所に勤務できるか?」、ということを考えてみた。3人のうち2人の答えは「NO」であり、わたしの答えは「わからない」であった。3人とも、大喜びで行きたいとは言えないな、と感じている。なぜか。

島での生活への不安、孤独、地元の人々との関係など色々挙がった。そして、大きな問題として、将来の不安を感じた。離島に永遠に勤務しようとは思えなかった。そして、現在の状況のままでは、離島診療所勤務のその後が見えてこないのである。診療所勤務で身に付けた総合医としての技術を生かせる場が少ないこと、診療所勤務では現代の医療から離れたとみなされる傾向にあることなどからそう思える。このように思って、僻地の診療所勤務をためらう人は少なからずいるように思う。

今回の研修以前では、離島の診療所勤務をやりたいけどためらう、という人はやるべきではないと感じていた。しかし、研修を終えた今では、やりたいと思った人がすんなりやれるような、そんな離島診療所勤務の体制も必要なのではないか、と感じている。 (2章 文責：豊福)

3. 鳩間島 巡回診療

3-1 島の概要

3-1-1 位置と風土

ありきたりな表現だが、珊瑚礁の海は青く澄んでいて、砂浜はうそのように白い。漂着物のほとんどは韓国や台湾からのものと思われ、ハンゲルのミネラルウォーター「泉の水」や漢字の「可口可楽」が所々に打ち上げられている。日本の西南端に位置するこの小島は、東京で夜のとばりが下りる頃に、やっと夕陽が色づき始めるような位置にある。経度にしておよそ15度、実質的には東京と1時間の時差がある。



鳩間島は八重山諸島西表島の北約7kmに浮かぶ小さな島で、面積は1平方km強、周囲はおよそ4kmである。実際に鳩間島の一周道路道路を歩いてみたところ、ぐるりと一周するのに50分かからなかった。人々が住む家屋は港がある島の南側に集中しており、それ以外のほとんどの部分は亜熱帯性の植物が生い茂る原野である。

島の人々の生活は、海と山とからの豊かな恵みを受け、今なお半ば自給的な色彩を少なからず残している。現金収入を得る手段としては民宿経営（島に5軒）や傭船、漁業、牧畜などが個人規模で行われているにすぎない。

3-1-2 人口と沿革

竹富町が発表する人口動態表によると、2003年7月末現在の鳩間島の人口は57人（男性36人・女性21人）である。戦後は急激な過疎化に悩み、本土復帰後は診療所が閉鎖され、小中学校も廃校の危機に瀕した。島で最後の公の機関である小中学校をなんとかしてでも存続させようとして（それが島の存続のための必要条件だと島民たちは考えていた）、鳩間島の人々は里親制度を利用し石垣島の孤児院から子どもたちを引き取って、鳩間小中学校に通わせるという独特の方法を取ってきた。現在では日本全国から不登校の子どもたちが鳩間小中学校に集まってきている。

これについては、森口豁氏の『子乞い』（凱風社）というルポルタージュが非常に詳しいので、興味の方は参照されたい。また『子乞い』を原作に据えて、尾瀬あきら氏がコミック化した『光の島 1～6』も小学館から出ているので、同時に紹介する。

3-2 巡回診療

3-2-1 巡回診療の様子

西表島の西部診療所の医師は、月に一度鳩間島を訪れて巡回診療を行っている。毎月第二水曜日に行われることになっており、私たちは2003年8月13日水曜日に同行させて頂いた。西表島の港から岡田医師を乗せて出発した傭船は、およそ15分で鳩間島の港の棧橋に着く。岡田医師によれば、冬の間は海が荒れ風も冷たいので、意外に厳しい時間なのだという。



西表島からの船がつく港からコミュニティーセンターという名の公民館まで、島では稀な舗装道路を歩いて3分ほどだ。巡回診療はこのコミュニティーセンターの一角で行われている。診察に使われる小部屋には旧式のクーラーがついているが、ほとんど涼しくならないので、医師も患者も汗だくになりながら診察が進められていく。しかしだれもが暑さには慣れていて、不平を言う者はいない。

今回の患者は、全部で6人。島の総人口の1割が訪れている計算になるが、患者はみな高齢の方だった。高齢者が多い鳩間島の人口構成を考えれば自然なことだろうし、比較的若く、体の自由がきく島の人々は、船で一時間の石垣島の医療施設まで足を伸ばすことが多いという事実も反映しているだろう。



診療は次のように進められていく。患者がいすに座り、名前を述べる。一度かかったことがあれば、岡田医師の鞆の中からカルテがでてくるし、新規の患者であればその場で新たにカルテを作成ことになる。「盆は忙しかった？」などと世間話をしながら、簡単に問診をし、胸の音をきき、いつも飲んでいる薬はまだあるかどうか確認する。もし、薬の残りが少な

ければ処方箋を書いて、翌日の郵便船で届くように手配する。これらを一通り終わると、岡田医師は次の患者を診察室に招き入れる。

患者らが気にかけているのは、血圧が高いとか、糖尿が出るとか、中性脂肪の値が思わしくないなどという、身近で慢性的な症状が多かった。なかには、石垣島の医療施設から医薬品だけを届けてもらっているという患者もいたが、診察なしで薬だけもらうのはあまり良くないから巡回診療を積極的に利用するよ

うにと、岡田医師がすすめる場面もあった。

3-2-2 講演依頼

6人の患者の診察が終わると、一人の若い女性がいすに腰掛けた。鳩間小中学校の養護教諭である。巡回診療の日程に合わせて、小中学校での講演を依頼したいとのことであった。テーマは生活習慣病で、子どもたちに酒やたばこの怖さについて教えてほしいとのことで、岡田医師はその場で快諾した。

『光の島』の紹介で触れたように、鳩間小中学校の児童・生徒は基本的に鳩間島以外の学校からの転校生である。様々な背景を持った子どもたちがこの島の学校で学んでいるわけだが、その生活指導には学校関係者や里親をなさっている島の人々も頭を痛めているらしい。一学期の終わりには、何人かの生徒が集団で飲酒・喫煙をしているところを見つけ、厳しく指導したばかりだという。

3-3 緊急搬送

巡回診療は月に一度しかないが、大きなけがや、突然の発作がいつ起こるかはわからない。そうした緊急時には、海上保安庁のヘリコプターによって石垣島の県立八重山病院に患者を緊急搬送するシステムが確立しており、年に数回からの出動がある。

急患が発生した場合は、島で唯一の医療関係者である鳩間小中学校の養護教諭が、西表島西部診療所の岡田医師に電話で報告し、岡田医師が緊急搬送が必要であると判断した場合、海上保安庁にヘリの出動要請をすることになっている。こうした一見煩雑な手続きを取り決めているのには、実は理由がある。

数年前、鳩間島でインフルエンザが流行した際に、島の人々が直接ヘリを要請したことがあった。ところが搬送された患者の症状があまり重くなかったため、後になって緊急搬送の必要性があったのか否か議論になってしまった。緊急搬送に必要なマンパワーと経済的価値は小さくなく、不要なヘリ出動は最小限に抑えなくてはならない。それゆえに、事態の緊急性の判断を岡田医師に委ねるという現在の方法が取られるようになったのである。

3-4 今後の展望

岡田医師が西表にいる際に「離島では予防医療が容易かつ有効だ。」とおっしゃっていた。人口がきわめて少ないことに加えて、食生活などの生活習慣が一樣なことから、住民全員の健康状態を把握して、体調を維持するための



確な助言や指導を行うことが他に比べて容易なはずである。もちろん島民全員が巡回診療を活用しているわけではないし、生活習慣に



についての指導もまだ十全とまではゆかない様子ではあったが、今までは医師が単身で行っていた巡回診療の際に、今年度から西表島の保健師の同行を得られるようになったこともあり、医療側からの取り組みが今後も精力的に続けられてゆくだらう。（写真：鳩間島へ医師と保健師を運ぶ傭船）

一方で、住民側からの歩み寄りも必要と感じられた。島の人々は無医島に住んでいるという危機感が意外なほど希薄で、ヘリポートがあるから、いざという時はそれにたよればよいのだという声がほうほうから聞かれた。しかしながらそうした意識が住民のなかで広がることによって、島民は長い間医師の診察を受ける機会を持たず、本来なら未然に発見して予防できるはずの疾病までが重症化する状態に拍車をかけてしまっているおそれがある。もちろん30年来、日常的な医師の診察を受けることが不可能であるという現実には甘んじざるを得なかった鳩間島の人々が、仕方なくその現状に順応してきたことは責められるべきことではない。

ただ、住民の健康に対する意識の低さや緊急搬送についての無理解は、離島医療のコスト肥大化を招き、巡り巡って彼ら自身の島の存続にもマイナスの影響を与えかねないのではないかと危惧する。それを回避するために、巡回診療の機会が有効に活用されることを期待したい。

加えて、耳鼻科、眼科、精神科、心療内科などは、現在巡回診療が行われていないか、あるいは行われていてもその頻度がきわめて少ない診療科である。高齢者のなかには、目や耳を患う方も多いただろうし、特異な鳩間小中学校の存在を考えると、子どもたちの心のケアにあたる専門家が島を訪れることには意味があると思われる。今後の診療科の拡大にも注目していきたい。

最後になったが、今回の研修でお世話になった中部病院の安次嶺院長、田仲医師、本村医師、豊川医師、そして岡田医師をはじめとする西表島西部診療所のみなさんに感謝の意を表したい。ありがとうございました。