

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 43 期 活動報告書

2008

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu University

目次

会長あいさつ.....	1
総務あいさつ.....	2
国内研修班活動報告	
沖縄班.....	3
ホスピス班.....	28
国外研修班活動報告	
インドネシア班.....	48
インド公衆衛生班.....	60
インドボランティア班.....	79
決算.....	91
ご支援者.....	92

会長あいさつ

わが研究会は学生が主体の研究会です。決して研究者と協働して新たな知識を得るための研究活動をになう会ではありません。研究者がもっている見識・認識の枠組みを前提とはせず学生だからこそ未だ持っているだろう人間としての感性を全開し、関心が生じた地域・テーマの全容を歴史も踏まえて学んで来る、のが研究会の目的でしょう。「学ぶ」とは先ず交じり合うことです、そして気になってきたことや何故そうなの？等など考えはじめ且つ調べ始めましたね。そのようにして学び考え始めたことは身につきます、そして行動につながります。この体感・信念が活動の成果です。確かに創設期の熱帯医学研究会では研究者・臨床医と協働してフィールド調査を行っていました、同行していただいた研究者らから多くの学びを得たのも事実ですが、学生の原初的な動機、例えば南十字星を見に行きたい！だけでは活動が難しかったからでした。今は違います。

昨年の活動報告書の船田大輔君の総務あいさつは「今」を語っています。今の学生諸君は生涯に渡る最も大事な自己学習の学び方を体感しました。ぜひ学生諸君のこれからを信じて暖かく見守っていただくではありませんか。活動報告書とその意味でお楽しみください。

九州大学医学研究院医療システム学教授
信友浩一

総務あいさつ

第 43 期も無事、皆様に活動を報告できることを嬉しく思います。今期は国内班として、沖縄班、ホスピス班、そして海外班としてインド公衆衛生班、インドボランティア班、インドネシア班の計 5 班が報告をさせていただきます。今期の活動地にはある共通点があります。どの地も過去に複数回にわたり、熱帯医学研究会の活動地として、先輩方が選んでこられたことです。

基礎 B 棟の地下の部室の本棚には、1965 年の創部以降の現存するほぼすべての報告書が並んでいます。そのかつて同じ大学生であり、熱研部員であった先輩方が記した記述は、現役部員に多くの気づきを与えてくれます。例えば数値的なデータに限らずとも、当時の熱研部員の、五感を通して描かれた現地の風景やその印象の記述は、同じ地を訪れた際、通時的な変化を考えるきっかけとなります。また、時に本当に大学生が書いたものかと疑いたくなるような深い考察からは、学生の行動・思考の可能性の大きさを感じます。

同じ地で複数年にわたり活動する場合、継続性を活かした活動を行うことが理想的だと考えますが、今期は十分には至らぬところもあるかもしれません。それでも活動を通じて心がけたことは、過去に無い新たな切り口で考えるということでした。今期の報告書もまた新たな気づきを生むきっかけとなることを祈りつつ、43 回目の報告書を送り出したいと思います。

最後になりましたが、今回の活動に関わってくださったすべての方々に感謝の意を述べるとともに、今後の変わらぬご支援をお願い申し上げます。

九州大学医学部医学科 4 年

宮原 敏

沖縄班

活動目的

沖縄の離島という環境においてどのような医療が行われているかを体験し、またその歴史を調べることから、離島医療全体のことについて再考する。

活動場所

沖縄県立八重山病院附属小浜診療所（沖縄県小浜島）

竹富町立竹富診療所（沖縄県竹富島）

沖縄県立八重山病院附属西表西部診療所（沖縄県西表島）

活動期間

8月25日～9月4日

班員

河野 雄紀（九州大学医学部医学科3年）

江川 知康（九州大学医学部医学科2年）

活動概略

上記三診療所を訪れて診療を見学するとともに、沖縄の離島・僻地医療の歴史において重要な働きをしていた医介輔について調査した。



八重山諸島の位置関係図

一章 診療所見学

今回私たち沖縄班は沖縄八重山諸島の診療所を訪れ見学した。八重山諸島は沖縄本島から南に約400kmの位置にあり、中心は空港のある石垣島、その他小浜島、竹富島、黒島など二十数島からなる諸島である。今回訪れたのは小浜診療所、竹富診療所、西表西部診療所の三つである。小浜、竹富診療所には河野・江川両名で、西表西部診療所は江川のみで訪れることとなった。

■ 小浜診療所（8月25～27日） 【文責：河野】



小浜島は面積7.82平方キロメートル、人口約650人の小さな島だ。NHKの連続テレビ小説「ちゅうさん」の舞台になった島で、リゾート目的の観光客も多い。その島の中央にある集落のはずれに島唯一の診療所、小浜診療所がある。私たちはそこで3日間診療を見学させていただいた。

小浜診療所は医師1人、看護師1人、事務員1人の3人体制であり、設備としてはエコーやレントゲン、簡易な血液検査機器などがそろっている。だがそれ以上の検査となると、中核病院のある石垣島でしか行えない。診療所医師の山田航希先生はその中で診療を行っている。

診療を見学しての正直な感想は「事前に抱いていた離島診療所のイメージと大きな違いはない」ということだ。一日の患者は多くて十人くらいと少なく、一人ひとりにしっかり時間をかけて、時には軽い雑談を交えてゆっくりと診察を行っている印象を受けた。来院される患者としては内科領域が7割、小児科が2割、外科が1割、その他がわずかにというような比率だという。内科領域の患者というのはほとんどが高血圧などの慢性疾患の定期的な健診・投薬のための通院だった。

また山田先生は診療所医師としてのみではなく、島の小・中学校やリゾートホテルで校医や産業医として健診や健康指導・講習会なども行う。島内に医師は山田先生一人しかいないのだから当然といえば当然だが、そこからは島内の医療全般を担う責任というものが見えてくる。

見学の中で私たちの目をひいたのは、診療所の台風に対する備えである。私たちが実際に遭遇することはなかったのだが、沖縄の台風は本土に比べて破壊力がすさまじく、停電や断水もしばしばだという。特に停電については医療活動において大きな影響を及ぼすのでしっかり対応を確認していた。特にカルテの使用について、最近全国的にカルテは電子カルテに置き換えられるところが多いが、停電になれば電子カルテは使用できないし、データ破損の

恐れもある。小浜診療所では全て紙のカルテに手書きで記入する形をとっている。また停電時に薬品保管用の冷蔵庫など最低限の電気をまかなえるよう発電機も用意されている。そのような備えを見ていると、沖縄の自然の脅威を感じさせられた。

見学の中で、私たちは救急患者への対応の訓練に参加させてもらった。

離島であっても人が住んでいる以上急患は発生する。小浜島のようなリゾートホテルがあるような島では観光客が事故で運ばれてくることも多い。診療所の設備では間に合わない場合は、中核病院である石垣島の八重山病院へ搬送することになる。商業用の船が出ている時間であれば



船を使って搬送することが多いが、夜であったり海が荒れていたりして船が出ていないときには、ヘリコプターを使って搬送することもある。このことについては後に述べる。

今回小浜診療所で行った訓練は「心肺停止状態になった患者が島内に2件同時に発生した」という設定で行われた。前述したように島内で救急患者が発生することはあるが、ほぼすべてが単独での発生である。2件同時となるとそのようなことはまだ起こったことはないし、もし実際に起こったら手が足りなくなることが予想される。具体的にどのような状況になるのか、どのような点で困るのかを実際に確認するのが今回の訓練の目的である。

訓練をはじめると、はたしてとても忙しい状況になった。なにしろ医師は山田先生1人しかいないので、患者一人ずつにしか処置は行えない。患者の家族への対応やヘリ搬送要請のための連絡なども含めると医師・看護師・事務員の3人体制では手が回らなくなる。緊急度の高い患者を優先的に診て、もう一方の患者は周囲の人に応急処置などのことをしてもらおう、というのが診療所の3人体制の限界なのだろう。人手が不足するのは現時点から分かっているのだから、少しでもそれを改善するためにも、島民に対して心臓マッサージや人工呼吸など応急処置の指導を行うことは重要な医療活動となるのである。

■ 竹富島（8月29日） 【文責：河野】

竹富島は人口350人、面積5.5平方キロメートル、小浜島より一回り小さな島で、集落には沖縄の伝統的な石垣を伴った家が多く見られる。「人の数より牛の数のほうが多い」ということで有名らしく、訪れた日が快晴だったことも関係してか、非常にのどかな雰囲気島の島だ

った。

私たちは当初この竹富島を訪れる予定はなく急遽決定したため、船の都合もあって実際滞在できたのは半日ほどである。そのため行えた活動はその日先生からお話を聞き、診療風景を見学するというくらいだった。竹富島診療所の外山久太郎先生はそのような私たちを暖かく迎えてくれ、様々なこととお話して下さった。

診療については、私たちがいる間患者は2、3人来ただけではあったが、小浜島と同様に一人ひとりに時間をかけられる診療を行っている印象を受けた。診療所の設備を見せてもらったところ、竹富島診療所は小浜診療所に比べると少し設備が少ない気がした。外山先生に聞いてみると、竹富島診療所は町立、小浜診療所は県立のためその予算や待遇などが違っていたりして、両者間での情報交換が少ないのだという。



竹富診療所の前で

たとえば薬品の購入を離島全体で一括して行えば安く購入できるし、診療所ではあまり使わない薬剤は八重山病院で使用してもらうなどして無駄もなくなる。それなのにいまだ町立診療所と県立診療所で分けられている。

外山先生はもともと神奈川県内の病院に勤めておられたが、希望して沖縄の離島へ赴任してきた。副院長をされていたという先生の目には沖縄離島医療の不合理性、非効率さが強くうつるのだろう。広い範囲に多くの離島を抱える沖縄県の厳しさも分かるが、薬剤1つ、設備1つ足りないだけで現場の医師は非常に苦労することになる。現在離島医療に対して一般的に「きつい」というイメージがあるようだが、このような「しわよせ」もそのきつさの一因なのかもしれない。

竹富島の診療所を訪れて大きな収穫となったのは救急患者の搬送について小浜島との違いを聞いたことだ。小浜島では時間の決まっている商業用の船を使うと述べたが、竹富島では救急患者の搬送の際に商業用の船を使うことはほとんどなく、消防団などの内で船（主に漁船）を持っている人に船を出してもらって石垣島まで運ぶ。そのおかげで夜であっても搬送することも可能だし、迅速に患者を八重山病院まで運ぶことができる。小浜島で先生をとっても悩ませていた急患搬送が、竹富島では大きく違った形で行われていたことは非常に興味深かった。今回は非常に短期間の滞在となってしまう、診療をゆっくり見学できなかったのはとても残念だったが、島の環境で医療の形が大きく変わることを実感できたのは本当に大きな収穫だった。

■ 西表島西部診療所（9月2～4日） 【文責：江川】

西表島

西表島は沖縄本島のはるか南西、先島諸島の中の八重山列島に属している。イリオモテヤマネコをはじめとする貴重な動植物が多く、手つかずの自然の残る島である。島全体の人口は約2400人だが、大原港を玄関口とする東部に約1000人、上原港を玄関口とする西部に約1400人が住んでいる。初めの図にあるとおり、八重山には石垣市、竹富町、与那国町があるが、空港があるのは石垣島と与那国島だけである。竹富町の名前の由来である竹富島は人口約300人の小さな島でしかないのに、竹富町の実質的中心は石垣市となっている。実際竹富町の各島をフェリーで行き来するにはどうしても石垣を経由しなければならず、またおかしなことに竹富町の町役場は石垣島にある。いっそのこと合併してしまえばいいのではと思うのだが、それぞれ事情があるのだろう。

診療所の様子

西表には東部と西部に二つの診療所があるが、今回は熱研として過去二回（2003、2006）お世話になっている西部診療所を訪れた。他の診療所と同じく、医師、看護師、事務員の三人体制であり、医師の岡田先生は西表に来て7年目、看護師の那根さんと事務の星さんは地元出身で岡田先生が来られる前より働いている。診療所の管轄は西部地区と西表島の北にある鳩間島で、人口は約1400人であるが、実際には島に住んではいても住民登録をしていない人や、多い時には1000人程にもなるという観光客もいる。先生のお話によると、観光業が盛んであり若い人が増えているので離島ではあるが過疎ではないらしい。事実、西表の人口は増え続けていて、1980年の人口は1500人余りであったのに対し現在は2400人である。人口が30年弱で1000人近くも増えているのは沖縄の離島診療所のある19の島の中でも西表のみである。ただし子供は増えているが、西表には高校より上の学校がないため、15歳から20代前半の人は少ないという。

小浜や竹富よりも人口が多いため、診療所には一日平均約三十人が診察に訪れる。月に診る600人のうち300人ほどが内科的疾患であり、100人が小児科、あとは骨折、外傷が多い。また、この島は集落が分散しているが、路線バスも走っているため診療所には来やすい環境にある。それにいざとなったら近所の人を連れてきてくれるので、今現在往診は行っていない。ただし竹富町で唯一の特別養護老人ホームへ週1回、鳩間島と「陸の孤島」と呼ばれる西表船浮地区へ月一回ずつ巡回診療を行っている。

巡回診療

今回私は老人ホームと船浮地区への巡回診療に同行させて頂いた。鳩間島への巡回診療は2003年の沖縄班が同行しているのをご参考にしたい。

8 第43期活動報告書

老人ホームへは火曜の夕方、診療所の診察が終わってから救急車代わりの搬送用の車で20～30分ほどかけて向かう。ここには介護度の高い30人ほどのお年寄りが入所している。一方毎月第1水曜の午後に向かう船浮という集落は西表島の中にあるのだが、そこには陸路で行くことができず船を使わなければ行けない「陸の孤島」であり、現在50人弱が住んでいる。いつもは公民館の一室で診察をするのだが、現在工事中とのことで今回は船浮小中学校の音楽室を借りた。

老人ホームも船浮も、入所者、地域住民全員分のカルテを持っていく。これに加えて船浮へはその日来るだろうと思われる患者の薬もあらかじめ持っていき、代金は後から地域の区長さんが集めて診療所に直接持ってきてくれる仕組みになっている。巡回診療の際は、岡田先生はTシャツに短パンであり、あるTVドラマのように白衣を着て自転車をこぐことはまずない。老人ホームには上の階に診察室が



西表西部診療所玄関

あるが、診察は一階の廊下で行った。学校の集団健診のような光景であり「え？ここですか？」と一瞬思うのだが、一階に皆が集まるスペースがあり集まりやすいからだろう。実際介護度の高いお年寄りが入所している施設であり、閉鎖的な部屋で一人一人診られるよりも、オープンなスペースでみんなと一緒にいる方が安心なのかもしれない。一度に入所者全員を診るわけではなく、今回は10人ほどを診た。その後診察室に移動し、ホームの職員と患者についての情報交換をしながら診療所のカルテとホームの経過報告に記載、適宜指示を出す。ここでは薬は出さず、後日職員に診療所まで取りに来てもらう。船浮では4人の住民を診察して、30分ほどで終了した。基本的に慢性疾患の患者が中心であり、血圧測定の後には簡単な問診と住民との会話が主であった。

診察を見学して

診療所で先生の診察を見ていて驚いたのは、地元の人と観光客を診るときの対応の違いである。地元の方には町のお医者さんといった感じで接する。一方で、観光で西表に来て遊んでいる最中に外傷を負った患者が何人か来たが、そういった患者に対しては現在の状態、治療を詳しく説明し、家に帰った後ですることについても教える。岡田先生は、観光客は旅行中の出来事で不安が大きいので丁寧に説明する必要がある、とおっしゃっていた。ここではそういった二つの顔を持つ必要があり、これは観光客の良く来る沖縄の離島医療に特徴的な

ことなのである。

また、離島医療に特徴的なこととして一人の医師しかいないということがある。こう言うと普通、一人しかなくて大変、住民は一人でも医師がいるから安心、ということの思い浮かべると思うが、住民にとって一人しか医師がいないというのはある意味怖いことなのである。あるアルコール依存症の患者がいた。彼は半年前から断酒をしていたのだが、診察の際酒の話になると目をそむけ、なんとなく様子がおかしい。そこで岡田先生は強く問いかけ、患者は初め否定していた飲酒を最後には認めた。この地域は祭りなどの行事が多いので、その度に付き合いで少しではあるが飲むようになってしまったらしい。しかし飲酒が分かっても岡田先生は決して彼を必要以上に責めることはなく、またもう一度一緒にがんばろうと声をかけ、患者本人の断酒の意志を確認していた。その際先生がおっしゃっていたのは、「沖縄ではアルコール依存症の患者は多いのだが、まずは診療所に来てもらうことが大事だ。本人がどうしたいのか聞き、本人の意思で断酒させる。少しでも頑張っとうまくいっていたら褒めてあげる。しかし断酒を指示し、飲んだらだめと言うだけでは来なくなってしまう。」そこに医師が一人しかいないことの怖さがあると私は思う。地域で唯一の医師との関係が悪くなり、診療所に行くのを嫌がるようになれば、その患者はもはやどうしようもなくなる。一度医者を嫌った患者がわざわざ遠く石垣まで通うことはよほどのことがない限り考えられない。だからこそへき地の医師は地域住民との信頼関係を築いて行かなければならない。それは単に医師が地域に受け入れられるためだけではなく、住民を守るためなのである。たった一つの診療所が住民にとっては医療を受けることのできる唯一の砦なのだから。

第二章 救急患者搬送のシステム 【文責：河野】

一章で述べた小浜診療所での訓練の中では、最終的に患者を八重山病院へヘリコプター(以下ヘリ)で搬送するという設定だった。この章では八重山諸島で、救急患者をどのようなシステムで中核病院の八重山病院へ搬送しているかについて述べたいと思う。

離島地域での救急患者の搬送について、まず思い浮かべるのはやはりヘリコプターだろう。しかし意外にも八重山諸島ではその利用はあまり多くない。表 1、2 を見てもらえばわかるように、年間で 60 件ほどにとどまっている。その代わりに多くの場合船、しかも出港時間の決まっている商業用の船を使うことが多いようだ。

その理由について述べるために、まずヘリでの急患搬送の手順を確認したい。ヘリで搬送する際、利用されるのは専用のヘリというわけではなく、海上保安庁や海上自衛隊のものを借りることになっている。そのため図 1 のような手順でヘリを要請して搬送することになる。この手順に従うとたとえば患者が診療所に運ばれていた場合、診療所〔診療所の車〕 島内ヘリポート〔ヘリ〕 石垣航空基地〔救急車〕 八重山病院という長い道のりで搬送

されることになる（〔〕内は移動手段）し、途中添乗医師を待つという時間も発生する。小浜島の場合小浜島 石垣島間の船は一日25本ほど出ていて、出港時刻と合えば船のほうがヘリより早いという場合も多いし、また診療所医師がそのまま患者に付き添って石垣島の港まで行くこともできる。ヘリを使うのは、船の出港時刻を待っていたら手遅れになる場合や、夜間もしくは海の荒れのために船が出ていない場合などとなる。

また各島の診療所の医師にはむやみにヘリを使用しないように指示されている。ヘリの使用には多額のコストがかかるし機数にも限りがあるためだ。搬送でヘリを使用した場合、後にその使用が適切だったかというチェックも入る。その一方でヘリの使用について、実ははっきりした基準というのは診療所医師には伝えられておらず、医師の判断によるところも大きい。現に小浜島の山田先生は、たとえば夜間に急患が出た場合、経過を観察しながら翌朝の船の出港時刻まで待つか、すぐにヘリを要請するかで悩むときもあるという。そのような基準の作成は難しいかもしれないが、急患という事態を前にした医師一人にその判断を任せるのは、負わせる責任が大きすぎるだろう。

私たちは後日受け入れ側である八重山病院も訪れ、ヘリの救急患者搬送について話を聞いた。表1、2はそのときにもらった資料である。ヘリ使用に伴うコストについて尋ねてみたが、病院の方ではその具体的な金額などは把握していないようだった。一方で病院側として重要視しなければならない問題として、ヘリへの医師添乗の問題について話をうかがえた。

ヘリに医師が添乗する場合、添乗医師は八重山病院の医師、夜間であればそのときの当直医になるのだが、添乗するかどうかというのはその医師の自由意思ということになっている。つまり添乗を拒否することもできるし、実際に医師が拒否したことも少なからずあるという。その理由はヘリに添乗することにも危険が伴うためだ。たしかに搬送にヘリを使うのは船が使えないような夜間や悪天候のときが多いのだから、危険性も格段に高くなることは理解できる。しかし救急患者を搬送するためのヘリなのに、医療関係者が乗っていない場合があるというのは大きな不安要素である。それに加えてヘリの積載可能重量の制限のため、添乗できる人数や積み込める装備なども限られてしまう。ヘリ搬送と聞くと、よく耳にするドクターヘリに似ているがその実情は大きく違っている。

島と島の間を海に隔てられている離島において、ヘリによる搬送は非常に重要な位置を占め、現に大きな助けとなっている。しかしその運用にはまだ改善の余地が残っているようである。

連絡業務手順	
(急患発生)	
	診療所医師は八重山病院へ患者病状を説明し、医師添乗必要性の有無を判断し依頼する。
	消防団へ応援要請。
	消防団は診療所へ移動し、ヘリポートの照明点灯及びヘリポートへの患者搬送を行う。
	消防団は支庁へ搬送要請する。
	支庁 or 防災危機管理課は基地へ搬送を要請する。
	診療所医師は、石垣航空基地へ急患搬送要請通報書を送付する。
	八重山病院は医師などの基地到着予定時刻を連絡する。(添乗準備ができ次第、航空基地へ移動)
	石垣航空基地は、フライトの可否、離陸・現地到着予定時刻を診療所へ連絡する。
	石垣航空基地は、消防本部へ救急車を依頼する。
(ヘリ出発、現地ヘリポート到着後、患者収容し石垣航空基地へ出発)	
	石垣航空基地は、石垣空港到着予定時刻を消防本部へ連絡する。
(石垣空港到着後、患者を救急車に収容し、八重山病院へ)	
	石垣航空基地は、支庁 or 防災危機管理課へ完了通報する。

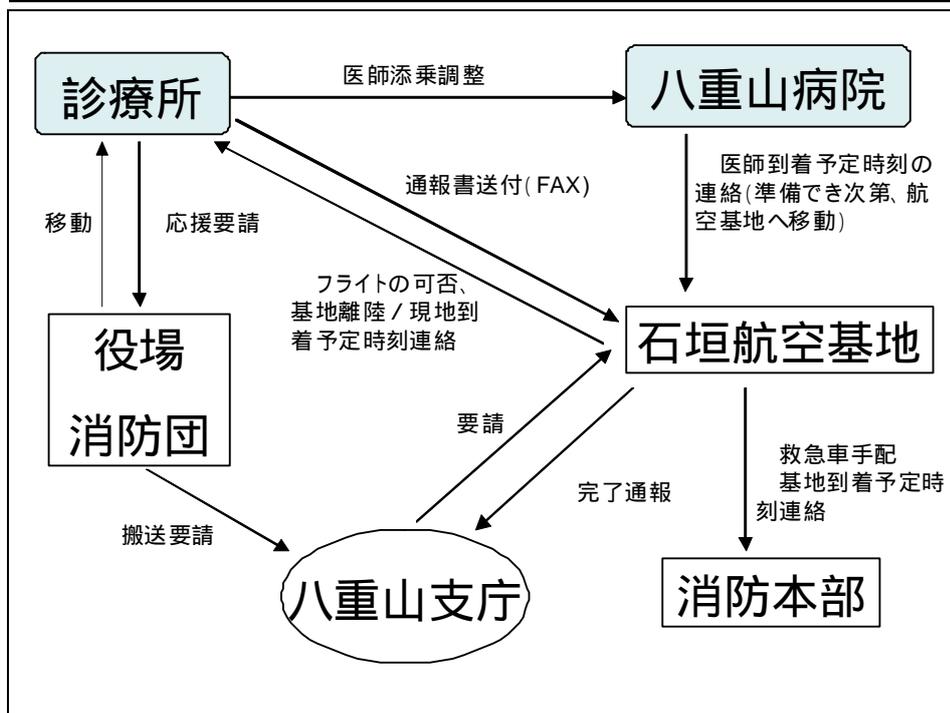


図1 急患搬送業務手順

表1 平成18年度急患輸送件数月別集計表

	西表東部		西表西部		竹富島		黒島		波照間島		小浜島		新城島		鳩間島		与那国島		八重山計	
	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数
4月	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5
5月	1	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5
6月	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	5	8	8
7月	0	0	3	3	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	10	10
8月	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	5	5
9月	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	6	6
10月	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	3	3	0	0	0	0	0	0	5	5
11月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3
12月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
1月	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
2月	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3
3月	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3	6	6
合計	2	2	17	17	0	0	2	2	11	11	6	6	1	1	2	2	19	19	60	60

表2 平成19年度急患輸送件数月別集計表

	西表東部		西表西部		竹富島		黒島		波照間島		小浜島		新城島		鳩間島		与那国島		八重山計	
	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数
4月	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	4	4	8	8
5月	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5
6月	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7月	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	5	5
8月	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
9月	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	5	5
10月	1	1	4	3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	8	7
11月	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
12月	1	1	3	3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	7	7
1月	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3	0	0	0	0	1	1	2	2	7	7
2月	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	1	0	0	0	0	1	1	5	5
合計	3	3	15	14	1	1	3	3	17	17	3	3	0	0	2	2	13	13	57	56

三章 医介輔 【文責：河野】

沖繩の離島医療を調べていると、その歴史の中で「医介輔」という存在が重要な意味を持つことがわかってきた。この章ではあまり耳なじみのないこの医介輔について述べてみたいと思う。

■ 医介輔の歴史

医介輔の誕生

終戦直後、沖繩の医療状況は最悪といえる状態だった。戦中戦後の混乱によってマラリアなどの感染症が蔓延する一方で、地上戦闘によって医療施設は破壊されており、疾病の治療や予防もままならない。そんな中で1942年時点には163人いた医師は終戦直後64人にまで激減¹⁾しており、医療施設と医療者の不足は当時沖繩を統治していた米軍民政府にとって非常に深刻な問題だったといえる。

医療者不足の解消のため米軍民政府は、1945年の布告第9号の中で「占領地域において免許を有する医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、助産婦、およびその他の者で、病気の治療、疾病の予防または薬剤の処方等に従事していた者は、従来どおりその業務を継続すること」と定めた。これはつまり、統治機構が日本から米軍に替わったが、医療関係者は新たに特別な許可を得なくても業務を継続してよいということの意味している。注目すべきは、ここで出てくる「その他の者」として、正式な医師ではない旧日本軍衛生兵や鍼灸師、代診、薬局生なども含まれており、彼らが本来の領域を超えた範囲の医療活動を行うことも、暫定的ではあるが公式に認めたことだ。彼らは「医官補 医官（医師）の補佐」という立場で、当時の医療機関において大きな役割を担い、医師助手 Assistant Doctor と呼ばれるようになる。

そして6年後の1951年、米国民政府の布告第43号が布令された。その内容は「医師助手の廃止」および「医介輔 Medical Service Man の資格と身分の明記」であり、このとき医師助手は「医介輔」と呼び名を変えて、法的に正式な医療者としての身分を得た。

この布告では医介輔の資格として

- ・資格のある医師の指導の下で1年間以上医療の訓練を受けたもの
- ・応急手当、軽症疾患の診療、軽症な外科的処置、簡単な医薬品および治療薬の投与と処方などの訓練を受けたもの
- ・布令公布当日までに3年間、「医師助手」として従事していたもの
- ・本布令公布後は、正当な資格を有する医師または保健所長の監督の下で利用されるものが定められている。

この資格を満たすものに医学講習会を行い認定試験を経た後、正式に医介輔と認定され許可証が公布された。この時に医介輔126名、歯科介輔35名が認定されている。参考までの

数字となるが、1969年の調査でその年まだ医介輔として登録されていた55名の戦前の職歴をみると、医療施設勤務者28名、医療施設勤務および日本軍関係機関勤務12名、日本軍衛生兵9名、看護婦1名、鍼灸師2名、医療施設勤務および鍼灸マッサージ業1名、医療関係実務経験なし2名^[2]となっている。ここから医介輔の人々の前職の多様さがうかがい知れる。

こうして医師ではない医療者「医介輔」が沖縄に誕生した。

医介輔とは

医師法第十七条に「医師でなければ、医業をなしてはならない」とあるとおり、医業は医師に独占されている。これは確かな知識と技術を持たない者が医療行為と称して傷害行為を行わないためである。

医介輔はその成立経緯からも分かるとおり、医師のようなしっかりとした教育・訓練を受けたわけではない。したがって医療者ではあるが医師とは違うものとされており、医療行為に関して医師に比べ制限されている。たとえば外科処置は簡単なものしか許されていないし、抗生物質・麻酔薬の使用についても制限されていた。

それと共に、特に医介輔の性質を決定していくこととなる重要な制限が、開業地の制限である。医介輔は開業に関して知事からの許可を受けなければならず、限られた地域でしか開業を認められていない。この「限地開業」の規則のため医介輔の多くは医療者の数が絶対的に不足する離島・僻地地域で活動を行うこととなった。医介輔たちはその地で長年医療業務を行い、地域密着の医療を実践した。離島医療の歴史を調べていると医介輔の存在が出てくるのはこのことが理由である。

その後医介輔誕生から20年近く経った1969年、沖縄の日本返還を間近にして、医介輔の存在の法的根拠となっていた布告第43号は廃止されることとなった。このことは医介輔の存在自体を脅かす出来事であり、医介輔自身のみならず住民からも多くの不安の声が出た。当時の琉球政府は、「介輔及び歯科介輔の身分ならびに業務については、布令廃止後も従前の例による」という行政解釈を行う旨の声明を出し、それによって医介輔は一応業務を継続することが可能となった。しかし新しく医介輔の特例を認める法律が制定されることはなく、医介輔は法的根拠を持たずに医療を行う微妙な存在となった。

その歴史を見てもわかるように新しく「医介輔」が生まれることはなく、その数は年を経るとともに減少していく。引退した医介輔の診療所には医師が代わりに入ることで、医介輔は徐々に医師と交代していくこととなった。2008年10月6日、最後の医介輔である宮里善昌氏が診療所を閉め、医介輔を引退した。これによって、沖縄の医療の歴史で長年活躍してきた医介輔はその歴史に幕を下ろした。

コラム

医介輔に関連する名称・呼称にはブレがある。

ひとつは終戦直後の混乱のせいもあるだろうが、もうひとつ、沖縄が米軍民政府下にあったこと一因といえるだろう。このために沖縄での法律・布告の内容は英語で示されていた場合が多い。英語と日本語での語句の使われ方の違いで、同じものを表すにしてもブレが生じたことは容易に想像できる。

まず「医介輔」という呼称について、実は「介輔」と表現している文献も多い。文献を調べていく中でのイメージとしては、新聞など一般人向けの表現が「医介輔」で研究論文など専門家向けには「介輔」と表現されているイメージである。といってもどちらも多く使われていて、その使い分けは明らかにすることができなかった。「医介輔」という単語自体は、歯科領域での介輔、歯科介輔 Dental Service Man に対して医科領域での介輔という意味合いを強調した表現といえるのだが、英語では「医介輔」、「介輔」両方とも Medical Service Man と表現される。今報告書で「医介輔」に統一したのは、医科領域に絞って話を進めたかったためである。

次に呼称の変遷について見てみる。布告第9号が出た1945年から第43号が出た1951年までの6年間、医介輔という存在がまだはっきり明文化されていないせいか呼び名が微妙に変化している。布告第9号の中でのいわゆる「その他のもの」とされた人々は、「医官補」という立場で働いた。この言葉は、当時国営だった医療機関で働く医師を「医官」と呼び、医官を補佐する立場という意味での「医官補」であり、行政上の職業呼称といえる。そして彼らの一般的な呼び名が（医療機関が国営でなくなった後にも継続して使える呼称、と考えると分かりやすい）「医師助手 Doctor's Assistant」である。この呼称は1946年の沖縄民政府の資料の中に出てくる。しかし1951年の布告第43号では、日本語では同じ「医師助手」を表す名称が「Assistant Doctor」とされている。直訳すると「医師の助手」が「助手の医師」となった、つまり英語の表現の中で「助手」がいつの間にか「医師」になっているのである。布告第43号ではこの人々が医介輔 Medical Service Man となったわけだが、その職業的性質を考えると Assistant Doctor という表現の方がよりの確に表しているといえるだろう。

なぜこのように呼称が変化していったのかははっきりした文献を見つけられなかったのになんともいえないが、やはり医介輔の立場のあいまいさによる揺れ動きなのかもしれない。

■ 本土医師派遣と医介輔

少し時代は戻るが、沖縄日本返還に先立つ1960年、本土から沖縄に医師が15人無医地区へ派遣された。いまだ医療者不足の続く沖縄へ医療援助を行うという形である。この援助自体は沖縄にとって大きな助けとなるものだったのだが、後に様々なトラブルを生むことにな

り、医介輔の存在を問われるきっかけとなった。

まず初めに現れたトラブルは派遣医師の、医療環境の劣悪さに対する不満である。診療所の医療設備の不足とともに、居住・生活の環境さえも事前に与えられていた情報とかけ離れていて、そのような環境では満足に診療が行えないというものだった。当時の新聞記事には、「飯炊きカマでガーゼを消毒」、「寝る場所もろくにない」などという記載が見受けられる。当時の沖縄の医療環境整備が本土に比べて遅れていたことが見えてくる。

それに続いて、診療を行う上で医介輔との確執がおこっていることが取りざたされるようになる。当時医介輔は、戦後15年あまりもしくはそれ以上の間にわたってその地域で医療活動を行っている。そのため正規の免許を持つ医師と長年の経験を持つ医介輔、どちらが医療において主導権をとるのか、連携がスムーズにいかないという事態が発生した。医師派遣の形式として派遣医師は診療所の所長である医介輔の下で働くこととなっていた。しかし受付や帳簿整理などの雑用といえるようなことも行わなければならない地区もあったらしく、自分が来た意味がないと医師が不満を訴えたのである。

医療環境の面でも医介輔との連携の面でもトラブルが続出した医師派遣事業はそれを進めた政府行政も絡んだ大きな問題となり、特に医介輔の存在についての批判も多くなされた。「医介輔は戦後処理の汚点だ」とか「介輔に医師免許を与えればいい」などという意見まで出されたようである。しかし話はここで終わらない。

そのようなトラブルもあって、初回の派遣医師の任期が終了した後の次なる医療援助の計画はまともならず、そこから予想外の更なる問題が発生してきた。この問題に関しては、当時の新聞の記事を読むほうが理解しやすいため、当該記事を抜粋させていただきたい。

「きっかけは、派遣医師団の契約が切れ、十四人のうち十二人は、今月いっぱい任地を離れるだんになって、北部安田部落が、辺地診療の要望に沿って正規の医師を派遣してもらいたいと注文をつけたことによる。ところが、安田部落の陳情に対し、医介輔側はこれを重大視し十八日に医介輔会を開いて、安田部落の真意をたじた上、それが医介輔に対する非難なら、いさぎよく辞める腹があると態度を硬化させた。(中略)医介輔は戦後十七年にわたって、医療界につくしており、個々の医介輔に対しては非難されるどころか、辺地の人たちにはかえって感謝されている。それもこれも原因をつきつめると沖縄に医師の数が極端に不足しているためである。医介輔はその穴を埋めるいわば大事な仕事をやってきたわけでその意味では、医介輔のこれまでの活動や存在を過少に評価してはならない。(中略)安田部落のような辺地で、医師に引き上げられる戸、その後は医療が空白状態になる。これは苦痛でもあり、不安でもある。今までは医介輔がいてよかったが、さらに派遣医師に接するようになって、医介輔には限界のあった医療が幅広くかなえられると辺地にとって、元の医介輔時代に逆戻りすることはしのびがたいことであろう。医介輔には悪いが、今後は正規の意志を常

置してもらいたいと願うのは当然である。辺地だからといって、医師に見てもらえないということはあくまでも不合理といえる。」^[1]

つまり、後任医師が決まらない中で、では医師派遣前のように医介輔を赴任させようとしたときに住民側がそれを「拒否」したのである。当事者の住民側の意見として、安田区の古堅昇区長は「二年間も正規の医者に見てもらった後、またもとの介輔診療に逆戻りするのは耐えられないというのが部落民の気持ちである。生命に結びつく問題だけに真剣だ。決してぜいたくではない。政府の無医村対策ももっと突っ込んで検討してもらいたい。」^[1]と述べている。一方で医介輔の側は、「医介輔会としては、住民の信頼の上に立って医療に従事してきたにもかかわらず、北部の一部住民が、医介輔の診療を受けないということであれば 住民に真意をただした上でいさぎよくその職を去るべきである このばあい政府に対し、過去の勤務に対する補償と将来の生活保障を要請する 北部町村会に住民の意思を聞いてもらうよう要望する、という三点を決議した。また『医師の絶対数が足りているのであれば、医介輔として今後も引き続き医療に従事するつもりはない。無医村解消はわれわれも住民とともに望んでいるものである。決して医療行政の改善に水をさす気持ちはない』との立場を明らかにした。」^[1]という対応をしている。

そこにはその地に住む住民の想いと十数年間沖繩の医療を支えた医介輔の想いが複雑に絡み合っている。私はそれを医介輔の“プライド”などという言葉で簡単にすませたくはない。しかしそうとしか捉えられない人々も多かったのかもしれない。結局介輔の身分などは現状の維持という形になったが、この事件が医介輔の存在自体に問いかけるものはとても大きなものである。

■ Nurse Practitioner (ナースプラクティショナー) 制度

Nurse Practitioner(ナースプラクティショナー 以下 NP)という制度をご存知だろうか。医介輔制度を調べていく上でこの制度は必ずといっていいほど関連してくる。

NP とは、看護師として数年働いた人が再トレーニングと認定試験を受けることで、看護師に比べてより医師に近いことまで行えるようになった職業のことをいう。日本ではその制度は存在しないのだが、アメリカやカナダ、イギリスなど取り入れている国も多い。Advanced Practice Nurse、Physician Assistant など類似の職業であり、“Advanced な看護師”と考えるとわかりやすいだろう。医師に比べれば可能な医療行為の範囲が狭いが、養成期間は短くてすむため、いわば「即戦力」となる医療者を増やすことができるのである。

アメリカの例を挙げると、NP は主にプライマリケアを担当する。看護師として数年働いた経験は患者と直接接する際に役に立つし、またトレーニングにおいても患者とのコミュニケーションについてのことを重点的に行うカリキュラムとなっている。医療業務においては

担当の正規医師をバックに持ち、その医師にアドバイスを仰ぐという形で診療を行うが、診断や薬の処方などの権限が与えられている。自らの領域を超えた患者が来た場合、つまり高次医療を行う必要があると判断すれば速やかに正規医師に送る。NP はこのような形で医療の一翼を担っている。

NP 制度はたしかに医介輔制度にかなり類似している。しかし医介輔が実際にはほぼ単独で医療を行っていたのに対して、NP は必ず担当の正規医師を持ち、正規医師への患者の引継ぎもスムーズに行う。やはり医療システムの一員としてしっかりと身分・立場が確立している点が大きな違いといえるだろう。アメリカではその存在は高い知名度を得ていて、NP のほうが医師よりよく話を聞いてくれてわかりやすく説明してくれる、ということで医師よりも NP に診てもらいたいという場合も多いのだという。

日本においても 2008 年 4 月から大分県立看護科学大学の大学院において実践者養成コース (NP 養成コース) という NP 養成の教育が始まった。しかしその説明の中で「NP は我が国では制度化はされていないため、本コースで修士号を取得することはできても、NP の資格を得ることはできません。大分県立看護科学大学は、NP の制度化を推進するためには、大学院の養成教育からスタートすることで社会的な評価を得ることが必要と考え、平成 20 年 4 月から全国で最初に NP 教育を開始しました。」^[5]とあり、実際的な NP 養成とは言えない状況にとどまっている。

四章 考察 【文責：河野】

■ 医介輔制度と Nurse Practitioner

医介輔制度についてももう一度考えてみたい。当時の米軍民政府はなぜ「医師を増やす」のではなく「医介輔制度の設立」という対応を選んだのだろうか。その理由はおそらく効果があらわれるまでの時間にあるだろう。

現在、全国的に医師不足が叫ばれている。その原因のひとつに、現代の医療技術の高度化があると言われる。すなわち高度な医療技術に対応するために医師は専門化せざるを得なくなり、そのせいで医師が数的に拡散してしまうということだ。またそのために必要な知識と経験を得るために、教育期間が長くなっていることもあげられる。日本では医師が一人前になるには、大学医学部に 6 年間、研修医として 2 年間、プラス 2 年ほど働いて、合計 10 年ほどかかるといわれている。どんな方面に進んでも高度な医療技術を理解・習得できるように、それだけの期間をかけて教育を行わなければならないのである。

医介輔の存在は私たちにひとつの問いを投げかけてくる。

プライマリケアのみを行うために高度な知識や技術は必要か？

もちろん「必要でない」ことはない。高度な知識や技術がなければ乗り切れない状況はい

くつもあるだろう。しかし一方で、医師に比べて医療に関する知識や技術は少ないはずの医介輔が数十年間存在し、その地で診療を続けたという事実もある。

医療というのは必ずしも、養成に10年もかかる医師という職業の者にしか任せられないものなのだろうか。現在の日本では、いってみれば医療に関わることは何もかもを医師が行っている。しかしある分野、たとえばプライマリケアに特化させた職業をつくり、その分野の仕事はその職業の人に委任するというシステムは可能だろうと思う。医療が発展・高度化した現在、医療者は「任せられるところは任せる」という姿勢、つまり「医療の分業」という選択を求められているのではないだろうか。

医療分業の利点を一言で言えば「医療の効率化」だ。養成期間の短縮、医師と報酬面で差をつけることでの医療費の抑制、それぞれが専門分野に専念できることによる技術の向上、そしてそれらによる更なる医療の効率化と医療費抑制。これらは想像のみで述べているのではなく、実際に運用されている Nurse Practitioner 制度（三章参照 以下 NP 制度）で見られる利点である。

三章で述べた NP 制度の補足をすると、NP の基本的な仕事は、医療機関に来た患者に直接接してコミュニケーションを行い、疾患についての情報を得る、そして治療を行うというものである。NP は必ず担当の正規医師を持っており、NP の範囲を超える高度な医療行為が必要な場合はその正規医師に引き継ぐ。このような分業により、NP は患者とのコミュニケーション能力の向上、医師は高度医療技術に、それぞれ専念できるようになっているのである。NP となるためには看護師として数年務めている必要があるため、患者とのコミュニケーション能力を見れば医師より優れた面があるだろう。うまく運用すればたしかに医療費の問題だけでなく、医療の質の向上にもつながるのである。

そのような利点を踏まえた上で、しかし、そこには大きな問題点があることも忘れてはならない。NP はあくまで NP であって「医師」ではないということだ。今回医介輔制度と並べて NP 制度を述べたのはそのためだ。三章で医介輔の歴史を見ていく中で、医介輔が住民から「拒否」された歴史があったことを述べた。同じことが NP 制度においてもいえるのではないだろうか。

考えてみれば単純な話だが、たとえば現在医師のいる地域に医師の代わりに NP を派遣するとした場合、その地域の医療環境は維持されたといえるだろうか。答えは NO だろう。医療行為の領域が限られている以上、NP は医師にはなりえない。NP がそのまま医師の代わりに赴任することは、明らかな医療環境の低下といえるのである。

もちろん NP 制度は、ほぼ単独で医療を行っていた医介輔制度に比べてシステムの改善はなされている。アメリカの場合を代表例として挙げるが、必ずバックに正規医師がつき、NP の診療にある程度の責任をおっていることだ。NP は「医師と共に医療行為を行う」という

印象が強い。徹底的に医師が不足していた医介輔の時代に比べ、システム上の完成度は上がっている。だがその違いがあったとしても、医師に準ずる医療者という存在としては医介輔もNPも同じものだと考えられる。

医介輔制度は“不十分”な制度でありながらも創設以来50年以上の長期にわたり維持され、その地の医療を支えてきた歴史も確かにある。医介輔が必要とされていたことを示す証拠に他ならないだろう。と同時に、医師と比較され、住民に「拒否」され、「戦後処理の汚点」と言われた負の歴史も有している。

今報告では、まずは全国的な医師不足に対する対策としての「医療の分業」を提案するとともに、それを考慮する上で、NP制度のさきがけとして正負両面の歴史を持ちながら沖縄で行き続けた医介輔制度をもう一度見直してほしいと思う。

医介輔はまだ過去のものではない。

■ 再考 離島医療

海

離島、といえば海である。島と島の間を隔てる海。医療に限らず、離島のことを述べる際には「海」に始まり「海」に終わるとも言っていいたいだろう。

海と陸の違い。それはそこを越えるための労力の違いといえる。

たとえば小浜島から石垣島までは単純な距離にして5.5km。その5.5kmが海であるために、交通手段はほとんど船に限られる。船は少しの雨や風で事故の危険が何倍にもはねあがるし、台風などが来れば全く使えない。島が海で囲まれているために、島を出るためには金銭面、リスク面、体力面などを考えて、陸地に比べて大きな労力「コスト」と表現したほうがイメージしやすいかもしれない。が必要となることは間違いない。「障害としての海」と医療の関係を語る上で、この海を渡る「コスト」に着目しておいてほしい。

あくまで陸地と比較しての話だが、住民は相対的に遠出(=島外に出ること)をしようとは思わないだろう。医療の面から考えるなら、住民は軽い(と自分で判断できる)病気や怪我なら島内で治療してしまえるような状況を望む。つまり島内で医療を完結させなければならない。離島診療所の医師が幅広い診療科の範囲をこなさなければならないのはこのためだ。

これはちょっと考えてみればわかることなのだが、それとともにとても重要なことは、患者がセカンドオピニオンを得にくいということだ。島内に医療機関がひとつしかない場合、セカンドオピニオンを得るためには必然的に島の外の医療機関に行くことになる。そこで労力を考えると、セカンドオピニオンを得るためだけに島外に出ようとは思わない。よほどのことがない限りそのようなことはしないだろうと想像できる。もう一度繰り返すが内陸地と比較して、である。

海を渡るために余計に労力が必要なことから、島民は相対的に遠出をしたがらない。そのため医療の面では、島内での医療の完結とセカンドオピニオンを受けなくても大丈夫といえる質を必要とされるのである。離島の医師は、通常よりも重い責任を負うことになることは容易に想像できる。

医師は人の命を預かる職業であるからもともと重い責任を担う職業だが、島の周りの海がその責任をさらに重くすることになるのだろう。

コミュニティ

島が海によって「隔離」されていることに関して、島のコミュニティの小ささというのも離島の特徴となる。島の人口があまり多くないためというのもあるが、島の人々は観光客を除いてほとんどが顔見知りだ。医師もそこに住むわけだから、その顔見知りの一員となることになる。島の人たちに溶け込みやすいということは、患者とうまくコミュニケーションをとることができるようになるので、とてもいいことだ。また小浜診療所の救急患者搬送のトレーニングを行ったとき、電話で「どことこの　さんがこういう状態です」と連絡を受ければ、先生はそれだけで患者の年齢・病歴・投薬状況・最近どのような状態だったかなど、患者のIDを考慮に入れながら対応することができるとおっしゃっていた。医療とは“人”を相手にするものだから、患者の“人間”を知っておきやすいということは、医療を進めていく上でとても有益な特徴だろう。

コミュニティが小さいということはさらに情報の広まりの早さにもつながる。私たちがそれを実感したのは、小浜診療所での実習を終えて数日後に竹富診療所を訪れた時のことだ。私たちは外山先生とまだほとんど何も話していなかったのに、先生から「君たちは小浜診療所で3日間くらい実習していた二人だね。」といわれた。聞くと小浜島の集落で「診療所で学生が二人診療を見学している」という話が回っていて、その情報が竹富島まで来たのだという。私たちは驚くことしかできなかったが、たしかに情報の広まりは早い。

診療所においてたとえば医師がどのような診断をしたかということも、待合室のおしゃべりを通して広まってしまうという（山田先生は冗談交じりに「次の日にはみんな知っている」とまでおっしゃっていた）。そのため当然医師としてはまずプライバシーの確保を考えなければならない。またあまり人に知られたくない病気、たとえばアルコール依存症や性病などの場合、患者はなかなか診療所へ来たがらないということも頭に入れておかなければならないのだという。皆が顔見知りだからこそ、回りに知られるのを嫌って症状が進んでしまうことも少なからずありうるので、医師はそのような事態に対してもアンテナを張っておく必要がある。

そしてひとつ興味深い問題点も聞かせてもらった。医師は医療の専門家であり、患者に対するアドバイスというのは専門家からのアドバイスである。普通ならそのようなアドバイス

はしっかり守らなければならないとわかっているものだ。だが顔見知りになってしまうことで、その親しさから無意識のうちに「医師が医療のプロである」という意識が薄まってしまふことがあるのだという。医師のアドバイスを友人や家族からのアドバイスのように錯覚してしまうのだ。そう考えると確かに、私たち町に住む者が受ける医療というのはある意味他人行儀なものだが、その反面「医師は専門家だ」という意識はしっかりしている。専門家のアドバイスをそれとしてしっかり受け止めてもらうためにも、必要なときには「医師の顔」を出していかなければならない。

コミュニティが小さく、患者と顔見知りになりやすいという特徴を持つ離島だからこそ、通常以上に“疾病”ではなく“患者自身”と付き合うのだということを意識しなければならない。

島それぞれの特殊性

離島医療、離島医療と一口に言っているが、その状況は島ごとにまったく異なると言っても過言ではない。人口、年齢構成、医療設備、救急医療体制、中核病院からの距離、インフラ設備、主な産業など、いいはじめれば限りない。たとえば人口や年齢構成でどのような患者が来るかは変わってくるだろうし、観光業が発展しているところであれば観光客に対する医療の準備も必要だ。二章で述べたように救急医療体制ひとつをとっても、島によって状況ががらりと変わってくる。また自然災害による影響、その復旧なども違って来るだろう。



小浜診療所内 島によって設備に違いもある

本当に数限りない要素が、島によって大きく違ってくる。そしてそれらがときに医療に大きく影響を与えることとなる。島にいるほぼ唯一の医療者として、その環境の利点は最大限に活用し欠点は最小限に抑えることを考える必要がある。いわばその島の環境に適応しなければならないのである。

五章 プロフェッショナル そしてこれから

【文責：河野】

ここまで述べてきたことをまとめて、離島医療のキーワードとして私は「プロフェッショ

ナル」という言葉をあげたいと思う。

プロフェッショナル（プロ）という言葉の意味は、まず「**専門家**」である。つまりその職業において高いレベルの知識や技術を持っている。またそこから、その方面では素人より優れているというアドバンテージを**自覚**しておかなければならない。そしてその職業を生業としてお金をもらって生活しているために、そこには「**責任**」が付随して、状況によってはそれは非常に重いものとなる。これらのことは、今まで見てきた離島医療の特徴に非常によく重なってくる。

「**専門家として**」 離島というある意味特殊な環境の中で医師として十分な働きができるよう、医師は離島医療に熟達した、いわば“離島医療科”の専門医となる。

「**素人とは違う**」 離島の狭いコミュニティの中であっても、必要なときは“医師”というプロとして行動する。

「**責任を持った**」 セカンドオピニオンを得ることが難しい離島では、医師は患者に対して特に重い責任を持つことになる。

医介輔は、沖縄という地で長年医療を行ってきた。そのため「**専門家として**」のプロフェッショナルではあった。しかしその責任及び知識・技術の面で、正規医師と比べてプロフェッショナルではなかったといえる。それは医介輔個々人のせいではなく制度そのものの問題だったことは強調しておかなければならないが、その事実は医介輔の存在を述べる上で避けられないことである。その「不足」が、住民から医師と比較され「拒否」された歴史につながった。だがこの厳しい歴史は、意思不足が進んでくる次世代の医療のシステムを考える上で大きく役立つだろう。



今報告では離島医療の過去と現在を述べてきた。様々な要素が絡み合う内容になってしまったが、それを「プロフェッショナル」という言葉を踏まえながら見直すと、一本の筋が通る。今回訪れた診療所の先生方は「プロフェッショナル」ということを強く自覚していたように感じるし、現にその技能を持っていた。医介輔制度を考える中でも「プロフェッショナル」として存在しえていたかという見方をすることで、制度のよい部分・よくない部分がみやすくなった。そしてその見方は Nurse Practitioner 制度という、今後の医療全体のことについても生かすことができる。

今回の沖縄班の活動、「プロフェッショナル」という言葉でまとめたいと思う。

第六章 おわりに

■ 江川

「石垣は今バブルだ」と鳩間島を訪れた時に会った定年を迎え八重山の島々のどこかで第二の人生を送ろうとしている男性（A氏）が言っていた。彼もそうなのだが、老後を気候の温暖な沖縄で過ごそうという人が多く、特に団塊の世代が定年を迎えようとしている最近、石垣島では関連施設などが建設ラッシュらしい。実際沖縄は少子化のこの時代にあって地方で唯一人口が増えている県であり、石垣市の人口は一日に約2人、0.8人の自然増と1.2人の社会増、つまり転入による人口増加がある。またA氏の他に、宿で一緒だった男性（60代前半・B氏）も今は沖縄の島々を巡っているが、やがてどこかに落ち着くだろうと言っていた。A氏は名古屋に家族がおり、B氏は東京に息子夫婦がいるという。

沖縄に行ってみて気づいたのは、観光客やこれから移住してくる人達にどう対処するかといった沖縄独自の課題があるということである。今回の訪問中はいなかったが、都会の医療サービスに慣れた人々の中には、離島では無理なことを要求する人もいるだろう。また若い人が増えるならともかく、前述のように年をとってから来る人が増えるなら診療所の仕事はますます増える。しかも当の本人たちやビジネスとしてやってくる人々はあまり離島医療のことを考えていないように思える。前述のA氏は数年前に脳梗塞で倒れたことがあり健康面で不安があると語っていたが、「いざとなったら海上保安庁に知り合いがいるからヘリで来てくれる」と、実に楽観的であった。しかし実際には医師からの電話など決まった手続きが必要なことはすでに述べている通りであり、彼が移住しようとしているのは診療所すらない人口約50人の鳩間島である。また、西表島のあるリゾート施設とは、はじめ診療所とのいざという時の連携などの話はなく、しばらく経ってからその必要性を認識し、従業員に対する講習などの依頼がきたという。現在新たなリゾート施設の建設の話が持ち上がっているが、今のところそこからは何の相談もなく岡田先生は心配しておられた。ただ一方で小浜島のあるリゾートはそういったことに非常に積極的で、山田先生は「非常にありがたい」と言っておられた。行政の指導がちゃんとされていれば、と言って片づけてしまうのは良くないのかもしれないが、会社ごとに格差があるのは事実である。

しかし観光客や移住の問題などは沖縄の魅力あつてのことであり、この魅力は医師集めにも有利に働いているはずである。その点で沖縄の離島は他のへき地に比べればまだ恵まれているのかもしれない。これが雪の降る以外に何も無い北の離島やへき地だったら、そこで働くことを希望する医師はかなり減るような気がする。もちろん実際には離島で働く医師に沖縄の海や自然を満喫する暇などなく、別の医師のフォローや病院と診療所の連携などがきち

んとしていなければ、せっかく来た医師も帰ってしまうだろう。ただ、いくら医師の周りの環境を整えても、へき地に医師が自ら来るようにするには、医師側にも何らかの変化がなければいけない。へき地医療に必要なのはなんでも診られる家庭医、総合医であり、これは都市部での地域医療においても必要なことだが、総合医を目指す若い医師の中には「純粋な総合医としてのロールモデルがないのでやりにくい」という人がいる。つまり、現在総合医として活躍する人はいるが、その多くは何らかの専門を経験した上で総合医になった医師であり初めから総合医を目指してなった人が少なく、目標を定めにくいというのである。この問題の一つの解決策として、今回我々が沖縄で離島医療を見てきたように、医学生のうちからいわゆるアーリーエクスポージャーとして現場を体験してみることが有益であるように思う。実際に医師を頼って診療所に来る患者と触れ合う機会を得れば、その人たちのために何ができるか考え、自分の将来像に関して具体的なことを考えるようになる。そしてそのような機会が増えれば、自身の進むべき道についての形が次第に見えてくるのではないかと思うのである。

■ 河野

今報告では離島医療について述べてきたが、多くの事項は当たり前のことだったかもしれない。しかしあえて当たり前のことを述べることで私は、離島医療は一般的な医療とはまったく異なる性質を持っている、ということを書いたかった。

ここで言う一般的な医療とは、たとえば市中病院や街なかの診療所などで行われる医療をイメージしている。さらに言えば医学生が在学中に“知識”として教わる医療である。

近年離島に来る医師が少なく、離島診療所でも医師確保に苦労しているようだ。しかし一方で、今回私たちが訪れたどの診療所でも研修医や医学生などの実習が目白押しで入っているという状況だった。私の友人の内でも離島や僻地で医療をしてみたい、と言う人も幾人か思い浮かぶ。研修に来る人、または離島・僻地医療に興味がある人が全てその方面に来るわけではないというのはもちろん理解しているが、それでもやはり興味が実際に働くことにつながっていない。それはもしかすると離島医療のイメージと現実のギャップが大きすぎたためではないかと思った。率直に言えば「離島医療は内科の延長」という意識が無意識に残っているのではないかと。そうではなく離島医療の“プロ”にならなければいけないんだ！という思いからこの報告書は始まった。

今回この報告書にかけなかったことが3つある。ひとつは「離島で働くこと」の難点と「離島医療」の難点の違い。

離島医療の“難点”が述べられる時、私は離島“医療”の難点と離島に“住む”ことの難点が混同しているような気がしてならない。例えば、離島医療をするとプライバシーがなくなる、というたしかにそのとおりだと思う。先にも書いたが、離島の診療所で働いていれば自宅と診療所を分けていても、どうせ自宅の場所は知られているので、急患が出れば朝でも夜でも押し



かけられる。しかし自宅が知られていることは、小さいコミュニティで働いていればある意味当然の話なのではないだろうか、と考えてしまう。離島で医療を行うということは離島で働くことなのだから、必然的に離島に住むことを含んでいる。だからといってそれらをごちゃまぜに議論していいものか、私には違和感がある。しかしそれはまだ私の中で「感触」の域を越えず、論理的に述べることはできなかつたため、今報告では触れなかつた。

ふたつめは離島に求められている医師像についてだ。離島医療のためには「プロフェSSIONAL」がキーワードになるとまとめた。ではそのプロになるためには・・・やはり十年二十年とずっと同じ地で医師を続ければ、技術・人間性ともにその地で最適な医療を行える医師になるだろう。しかしだからといってそれを離島に来る医師全てに求めていいのだろうか。そう考えると、結局この報告の中で私の出した結論というのは「赤ひげ」的な医師の存在に頼る、もっと言えばそのような医師の「犠牲」に頼ることを意味しているのかもしれない。そこに頼っていいのか、また現状を考えると頼らざるを得ないのか、この疑問に対する答えは私の中ではいまだ出ていない。

最後は離島医療のいい面についてである。この報告ではつい離島医療の厳しい側面にばかりスポットをあててしまった。しかし決して厳しい面だけではない。むしろいい面が大きいかもしれない。そこで先生方に「いい面」とは何でしょうかと尋ねたときに、「やりがい」と答えられることが多い。「やりがい」。ひとつの地で多くの人の健康を支え、成長や治癒の過程を見守ること、またその責任の重さのぶん大きな「やりがい」を感じるのかもしれない。しかし、私が「離島医療にはやりがいがあります」と言えば、先生方の言っていた「やりがい」という言葉から重みが抜けてしまう感じがする。「やりがい」という言葉は、やることをやってから初めて重みが出てくる言葉なのだろう。私はその言葉を使うのは少しはばかられ、「離島医療をやっているとこういうところがいい」ということをはっきり書くことはできなかつた。

離島医療のことを書いていて、そのいい面を書くことができなかったことは本当に申し訳なく思う。特に今回お世話になった先生方に対して。だから、最後にせめて、離島医療のいい面とは やりがいがある「らしい」と記してあとがきとさせていただきます。

謝辞

最後に、本報告書の作成にあたり診療所の見学をはじめ様々なことでお世話になりました、小浜診療所の山田航希先生、竹富診療所の外山久太郎先生、西表西部診療所の岡田豊先生に、この場をかりて感謝申し上げます。

参考文献

- [1] 「沖縄と介輔 沖縄介輔制度 35 周年記念誌」 社団法人沖縄医介輔会
- [2] 「戦後沖縄における『医師助手』と医介輔制度について」 崎原盛造、等々力英美
<http://ci.nii.ac.jp/naid/110004677412/>
- [3] 「医師法」
- [4] 「沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律」
- [5] 「医介輔とは」 <http://square.umin.ac.jp/kei/okinawa/>
- [6] 「大分県立看護科学大学ホームページ」 <http://www.oita-nhs.ac.jp/>
- [7]<http://www.yaeyama.or.jp/gaiyou.htm>
- [8]http://jaima.net/modules/yaeyama/index.php?content_id=1

ホスピス班

活動目的

ホスピスに入院する患者さんやそのご家族は終末期医療に対し何を思い望んでいるのか、終末期医療へ転向する際の心の機微はどのようなものだったのか、また、ホスピスで働く医療従事者は何を指して患者と接しているのか、そこではどのような医療活動が行われているのか、それらを実際に見学し肌で感じることで、本当に望まれる闘病とは何かを考察する。

活動場所

医療法人社団江頭会 さくら病院（福岡市城南区）

特別医療法人栄光会 栄光病院（福岡県糟屋郡）

活動期間

6月下旬～10月下旬（さくら病院）

8月4日～8月8日（栄光病院）

班員

花村 文康（九州大学医学部医学科3年）

宮原 敏（九州大学医学部医学科3年）

中西 亨（九州大学医学部医学科1年）

折原 蓉子（九州大学医学部保健学科1年）

活動概略

さくら病院：ボランティア活動を通しての病棟実習

栄光病院：栄光病院のプログラムに沿った病棟実習

「ホスピス」を考える必要性

現在日本人の平均寿命は80歳を越え、世界でも有数の高齢社会と成った。若くして失われる命が少なくなったことは喜ぶべきことかもしれない。しかし、ひたすらに「死」を克服しようと邁進してきた近代医療の果てに我々を待ち受けていたものは本当に幸福だったであろうか。先進医療による延命が可能になった反面多くの人々が望まない形での闘病の末、病院のベッドの上で息を引き取っている。昔のように畳の上で家族に看取られる人は今やごくわずかである。人はいつか必ず死ぬ。これが変わることはない真理だとすれば医療が人に対して出来る事とは一体なんなのであろうか。医療には人間の「生」に対してのアプローチだけでなく「死」に対するアプローチも必要なのではないか。現代日本人のほとんどがその人生の最後のときを過ごすのは病院

であり最後のときに多くの時間を共に過ごすのは病院のスタッフである。今一度、最後の場としてのホスピスというものの役割をしっかりと考え直すことが必要なのではなからうか。医療の1つのあり方としてのホスピスを再考していきたいと思う。

日本におけるホスピスの認識

今回、我々は活動班に対して「ホスピス班」という名前をつけたが、活動を進める中で緩和ケアについても調査を重ねていった。これは現在のホスピス医療にとっては緩和ケア医療が不可欠であるということから必然的な流れであろう。しかし、そもそもホスピス医療や緩和ケア医療と言った場合、それぞれどのような医療行為を指すのであろうか。ホスピスの発祥は中世ヨーロッパで旅の巡礼者を宿泊させるための教会であった。ホスピスの語源はラテン語のホスト（主人）とゲスト（客）の組み合わせで、客を暖かくもてなすという意味を含んでいる。また、1967年に英国人女医シシリー・ソンドースが聖クリストファー・ホスピスを建設したのが近代ホスピスの誕生といわれており、ここで初めて「ホスピスは医療機関である」という認識が生まれた。全米ホスピス協会の定義は「ホスピスは死にゆく人と家族に対して、身体的、精神的、社会的、霊的ケアを、在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援サービスの調和がとれたプログラムである。種々の専門家とボランティアが、他職種の医療チームを構成してサービスにあたる。患者の死後、遺族に対して死別後の援助を行う」となっている。「身体的、精神的、社会的、霊的ケア」については後述するがここで注目すべきは米国のホスピスの定義には「緩和ケアを行う」と明記されていることである。緩和ケアに対してはWHOによる定義づけがされている。「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」というのがWHOの呈する定義である。ホスピスが「死にゆく人」を対象にした医療であるのに対し緩和ケアは必ずしも余命の限られた患者への医療ではない。しかし、この2つの定義を較べた場合に果たして大きな差異があるだろうか。ホスピスの定義に緩和ケアが内包されていることもあり、かなりの部分で意味と内容が重複しているようにも思える。では日本での認識はいかなるものだろうか。ここに日本人のホスピスと緩和ケアに対する認識の度合いを示す資料がある(Fig.1, Fig.2)。この図によって、国民の過半数以上は「ホスピス・緩和ケア」について理解しているという結果が示されている。これを検証してみれば、先ず Fig.2 より、緩和ケアについて「内容をよく知っている」「内容を或る程度知っている」と肯定的に回答した者が全体の58.3%であるのに対し、ホスピスについて同様に肯定的に回答した者は全体の42.6%にとどまっている。ここで気になるのは国民は本

当に「ホスピス・緩和ケア」について正しい認識を得ているのであろうか、即ち、上記アンケートにおいて、内容を「よく」「或る程度」知っているとは、単に「自分なりに解釈した意味を把握している」ことに過ぎないのでないか、ということである。同様に Fig.1 を見れば、全体の58.6%の者が、ホスピス・緩和ケアの「内容を“よく”“或る程度”知っている」と回答し、癌の苦しみに苛まれ、その癌によって死亡する人数が最も多い70歳以上の年齢層に限れば、実に71.2%もの人が肯定的な回答を行っている。これほどの人数の国民が「ホスピス・緩和ケア」を精確に理解しているのならば、癌の苦しみを軽減する事を、治療と共に推進するホスピス・緩和ケアに対して更に要求が生じる筈である。

日本には「日本ホスピス緩和ケア協会」という団体が存在し日本のホスピス医療の中心的存在となっている。この協会名からも分かるように日本ではもはやホスピスと緩和ケアはある種同一不可分なものとして認識されている。

Fig.1 ホスピス・緩和ケアについての認知度

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(2006)

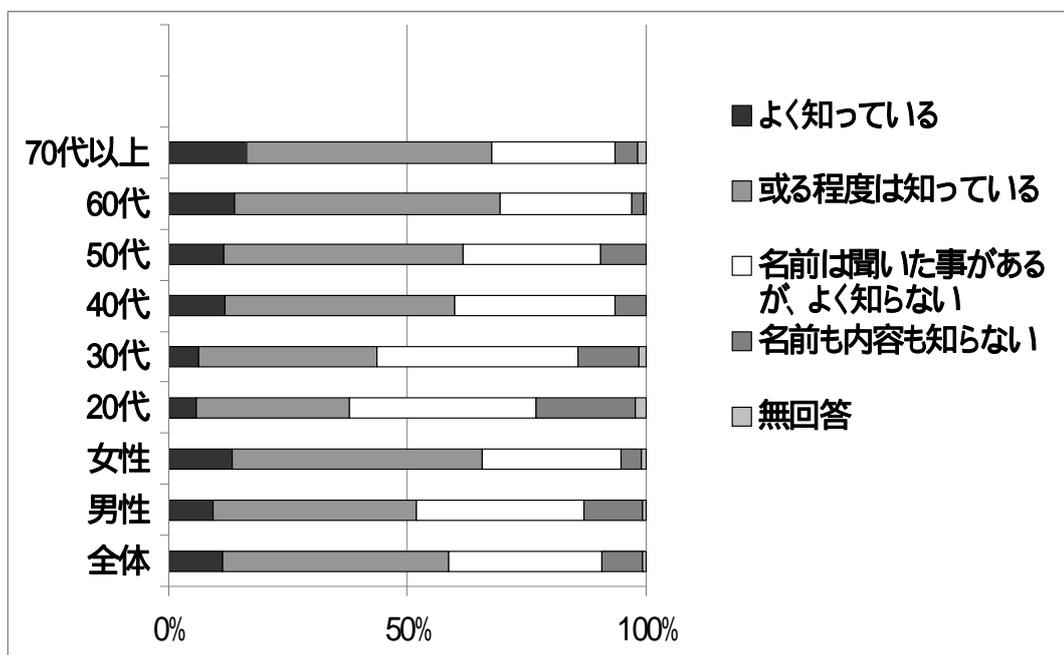
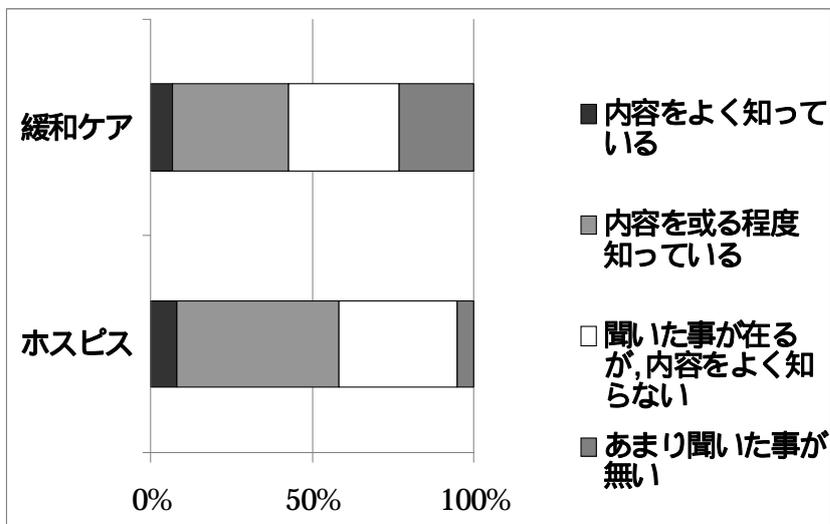


Fig.2 ホスピス・緩和ケアについての認知度

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(2008)



しかし、なぜホスピス医療、緩和ケア医療に対してぬぐいようのない分かりにくさがまとわりつくのだろうか。これには次の二つの理由が考えられる。

ホスピスが西洋のキリスト教社会で生まれ、日本に持ち込まれた輸入医療である。

歴史が浅く未だ発展途上の医療である。

そもそもホスピス医療は深く患者の人間性に関わっており、その根底にキリスト教的思想が根ざしていることは否めない。これがうまく日本人の宗教性や精神性にそぐわない部分が出てくる理由ではないだろうか。また、先述した通り近代ホスピスの誕生はわずか40年ばかりである。時代の変遷とともに人々の死生観も変わっていく以上ホスピスのあり方自体も変化していく必要がある。変化の伴う医療である以上そこに曖昧さが生まれるのは仕方の無いことかもしれない。

認識の曖昧さを是正することは重要かもしれないが、本報告書ではこれ以上ホスピスの認識に対しては掘り下げずにある一定の定義づけをして論を展開していきたいと思う。なぜならこのホスピス医療という未熟な医療を日本に適した医療として育てていくことこそが最重要であると思うからである。

本報告書において、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり、対処することで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ」のことを、以下総じて「ホスピス」と統一する。何故班名を「緩和ケア」としなかったのか。Fig.2に明らかな様に、「ホスピス」という単語と「緩和ケア」と

いう単語には、通念としてのニュアンスの差を感じる人が多く、概して「ホスピス」の方が負の印象を強く抱いているようである。それゆえ、我々はこの誤解を解きほぐし、ホスピスの重要さ、これからあるべき姿等を提示することを目的に、敢えて「ホスピス」という単語を選択した次第である。

また、注記を付与すると、本来、「ホスピス」とは疾患や異状によって生じる症状に対し全般的なものであるが、現在のホスピス患者の殆どは、癌または AIDS、特に癌を患っている為、以降、癌患者に限定して話を進めて問題無く、我々が面会又は情報を得た患者は、全て癌患者であった。

栄光病院での実習

■ 栄光病院の沿革

特別医療法人栄光会栄光病院は昭和のはじめ、志免町亀山に炭鉱付属の亀山病院として始まり、炭鉱の閉山後は付属病院としての使命を終え、地域の一病院として診療を続けていった。昭和 61 年の粕屋郡志免町への新築移転を期に当時院長であった藤江良郎医師（現会長）は、下稲葉康之医師（現理事長・兼ホスピス長）、折田泰彦医師（現副理事長）らと共に、キリスト教病院として、福岡亀山栄光病院と名前も新たに再出発した。それは、これまでの診療に加え、まだホスピスという言葉に馴染みのない頃に、終末期医療に真正面から取り組む全国的にも珍しい存在の病院であった。栄光病院は総合病院ではあるがやはりその特色は全国でも最大規模のホスピス病棟だといえる。診療内容は内科・外科・泌尿器科・循環器科・呼吸器科・消化器科・リハビリテーション科・麻酔科・ペインクリニック・肛門科など 150 床からスタートし、その数か月後に 178 床に増床し、その内、24 床がホスピス病棟であった。当初、ホスピスは一般病棟と混在だったが、平成 2 年にホスピス病棟が完成し、平成 10 年には 36 床に、更に平成 17 年には 50 床に増床し、現在もその病床数を保っている。栄光病院は病院の理念の第 1 項として「キリスト信仰に基づいた全人的医療」を掲げている。キリスト教思想を基盤にした病院運営がホスピスを発展させる上でプラスに働いたことは想像に難くない。

■ 研修内容

今回我々は栄光病院に用意していただいたプログラムに沿って研修を行った。研修はまず 8:30 の朝礼から始まる。午前中は主に担当医師の回診に付き添ったり、ナースステーションでナースからホスピスについての説明を受けたりした。午後はホスピス主監総回診（下稲葉院長による病棟全体の回診）への付き添いや、カンファレンスの見学などを行った。1 日の終わりには担当医師とのディスカッションによって研修を締めくくる。ホスピス病棟は 50 床（全て個室）を半分に分け 3A、3B 病棟としている。わずか 1 日で全床回診したりカンファによって全患者

の病状を把握したりすることは不可能なので回診とカンファは1日1病棟と言った具合に行われる。具体的には月曜日に3A、火曜日にB病棟の回診、木曜日に3A、金曜日に3B病棟のカンファというスケジュールである。

■ 朝礼と朝礼拝

栄光病院では月、水、金の朝8:30より職員の朝礼が行われる。これはホスピス病棟だけではなく全病棟の医師、ナース、ソーシャルワーカー、その他の職員が参加するものである。朝礼ではまず賛歌を全員で歌い、その後に説教が行われる。我々が参加したときは藤江会長が説教を行っていた。この朝礼1つ取っても栄光病院がキリスト教の理念により運営されていることがよくわかる。病院職員はもちろんキリスト教信者ではない者もいるが、他の病院に較べると確かにキリスト教を信仰している職員が多いようであった。

また、火曜日と木曜日には職員の朝礼とは別に「患者朝礼拝」というものが行われる。これはホスピス病棟に限られたものであり、患者の参加者も3~4名と大所帯ではない。朝礼拝はホスピス病棟の一角の「栄光の間」という場所で行われる。「栄光の間」にはキリスト像が飾られており、宗教的催しが行われるほかスタッフミーティングも行われる場である。朝礼拝では牧師や医師が中心となり聖書の一節をもとに患者に対して説教を行うというものである。患者は持参の聖書に熱心にメモを取りながら説教を聴いていた。栄光病院に入院後にキリスト教へと改宗した患者もおりこの朝礼拝が患者たちにとって宗教的にとても重要な場であることが伺える。

■ 病棟回診

午前中は主に担当医師による回診が行われる。ホスピスは他の病院に比して時間の流れがゆっくりとした印象を受けるがやはり朝の回診は他の病棟と同じように9:30頃から行われる。ホスピスではその多くが末期癌患者であるが患者の体調は千差万別である。そのためまずは看護師が患者の体調を確認し、状態を医師に説明しその後判断を下してその日の治療方針を決める。それぞれの患者に対しての診察時間も異なってくる。患者が診察に耐えられないほど容態が悪い場合は診察を短時間で終わらせることもある。ホスピスでの診察は一般的な他の病棟での診察とは多少異なる。一般的な診察では患者の病状を正しく把握し容態を改善させることに主眼が置かれる。もちろんホスピス病棟でもその点は重要視しているが、より大事になってくるのは患者の心の機微を読み取ることにある。患者が今何を思い、何を考え、何を感じているのか。そのために一見たわいなく思える世間話に時間を割くこともある。家族のことや今までの人生のことを話題にし、その人の抱えていることを知ることもホスピス医療においては重要な診療行為へとつながるのだ。そういった点ではホスピス病棟における医師の役割はカウンセラーとしての仕事を担っているとと言える。

■ ホスピス主監総回診

週に 1 度ずつ 3A、3B それぞれの病棟で院長による回診が行われる。回診に際しては病棟の担当医師や看護師が付き添い院長に患者さんの病状等を説明するため 5 人程の人数で回ることになる。およそ 1 名の患者に対して 5～10 分の時間をかけるため回診は 2 時間ほどかけて行われる。ホスピスでの回診は治療を優先するためのものではなく患者の現状を理解し、話を聞くことに重点が置かれている。そのため最大限に患者の意思を尊重するのである。例えば患者が診察を拒否すれば極力診察は行わないでいいようにはからうのだ。院長は回診の際、必ず患者に対し「何か心配事はありませんか。何かして欲しいことはありませんか。」という内容の言葉をかけていた。これも患者の願望を最優先するという姿勢の表れであろう。また、院長ご自身が敬虔なクリスチャンであることから、患者の希望により賛美歌を熱唱するという一幕もあった。しかし、そこに宗教的な強制力はなんら働くことはなく、患者がクリスチャンである場合は熱心に宗教の話題に及んだが、患者が非キリスト教者、または無宗教者の場合は特段宗教の話題を出すこともなく回診は行われた。当たり前のように思えるが、ホスピスにおける最優先事項は患者の意思なのである。

■ カンファレンス

木曜日と金曜日の午後にはそれぞれの病棟でカンファレンスが行われる。院長や担当医師、ナースはもちろん参加するが、その他にもチャプレン、作業療法士、理学療法士、ケースワーカー、薬剤師、音楽療法士、歯科衛生士など、多種多様な職種の間が一同に介して行われるのが、ホスピス病棟のカンファレンスの特徴である。ホスピス医療では何よりチーム医療が重要になってくる。患者の生活を様々な面でサポートすると同時に、カンファレンスなどの情報交換の場を設けることにより患者個人をより多面的に理解する助けとなる。例えば、医師には話しにくい内容でもナースやリハビリスタッフになら気軽に話せる内容といったものもある。またカンファレンスでは患者だけでなく患者の家族や今まで生活背景に関しても情報交換が行われ、今現在患者にとって何が最善かが熟考される。これほどまでに熱心なカンファレンスは他の科では中々難しいのではないだろうか。

■ よきおとずれ会

栄光病院独特の催しの 1 つに「よきおとずれ会」というものがある。これは毎週水曜日の 13 時からホスピス病棟のロビーで開催されておりかなりの人数が参加していた。内容は下稲葉院長が中心となって患者



よきおとずれ会

たちに話しを聞かせるというものであった。話と言っても宗教色の強い内容ではなく、より聞きやすくフランクな内容であった。そのため参加者も10人程度と多く、患者だけでなくその家族も参加していた。患者がマイクを持って話す機会もあり、決して一方通行的な会ではなく、医療者と患者の双方向的な雰囲気で行われていた。よきおとずれ会の内容は院内放送でも視聴することができる。これは体調が優れず部屋からでることのできない患者への配慮であろう。

回診や診察のときだけでなくこのようにより気軽に医療者と患者が接することのできる場が設けられていることにより親密な関係性の形成に役立っていると思われる。

■ チャプレン

スピリチュアルケアを実践するにあたり、栄光病院ではチャプレンが働いている。チャプレンというのは牧師であり、その牧師の中でも教会以外の学校や病院、軍隊にいる牧師のことである。チャプレンは、霊的、精神的ケアの部分に大きく関わっている。専門的には精神的な部分から一歩踏み込んだ霊的な部分のケアを患者さんとのコミュニケーションを通して行っている。

スピリチュアルケアとは、精神的なものとして、不安、不穏を除き、哲学的な人の根源的なことを問うケアのことである。例えば、患者の中には、「今自分が癌で苦しんでいるのは以前に行った悪事の罰が当たったためなのだ。この苦しみには贖罪の意味があるのだ。」といった考え方をしている人がいる。そのような人々に対しては身体的苦痛を除去することは必ずしも最善とは言えない。痛みをとってほしくない人に対しては宗教の力を借りてケアを行っていくのが有効である。

チャプレンはあらかじめ患者に対してチェックシートを記入してもらい、患者さんと会話をするときの話題のタネにしたり、スピリチュアルに関心を持ってもらうきっかけにしたりしている。それは後に看護師が患者のケアを行なう際にも役に立っている。

チャプレンが行うケアにとって一番大切なのは日常の雰囲気を損なわないということである。患者と接することを完全に仕事として割り切ってしまうのではなく、一緒にお茶を飲んだり、のんびりと昼食を食べたりすることもケアの一環なのである。昼ごはんを一緒に食べて、思い出を語ったりすることで、自分の人生の整理をしていることにもなる。特別なことをするのではなく、一緒に散歩するなど、普通に接していることがスピリチュアルケアになることもある。ここで一つ気をつけなければならないことが、医療従事者は能動的に関わる癖ができてしまっているということである。医師や看護師は患者の苦痛を除いて初めてケアができたと思いがちであるが、特にホスピスにおいては、受動的な姿勢も大切だし、ケアの過程が結果よりも重要なこともある。スピリチュアルケアは受動的なものであることを忘れてはならないだろう。より余裕をもって患者さんと関わる、ということにおいて、チャプレンは大きな精神的サポートをする役割を担っているように思われる。

■ 在宅ホスピスケア

病棟実習の期間中、1日だけ在宅ホスピスケアの見学をさせていただいた。栄光病院は、院内のホスピス病棟におけるケアだけでなく、患者は自宅にて生活しながら、ホスピス専門医による往診を受けることができる在宅ホスピスケアも行っている。今回はある1人の患者Aさんへの往診に同行した。朝10時すぎ、担当医師1名、看護師1名と私の3人で病院のロゴの入った車に乗り込み、看護師の運転で患者の自宅に向かった。担当医の話によると往診は通常、隔週で訪問看護センターのスタッフである看護師のみによって行われ、医師による往診は月一回。患者の求めがあった際や、患者の容態が悪化した際には、医師による往診の頻度は増加するそうだ。出発して15分ほどでAさんの自宅に到着した。

家はごく一般的な住宅地に位置する2階建ての一軒家であり、在宅でおこなうホスピスケアに対して、一般病棟とホスピス病棟の違いのように、どこか特殊なイメージを抱いていた自分にとって少し驚きであった。インターホンを押すと、中学生ほどのAさんの息子さんが慣れた様子で出迎えてくれた。通された1階の和室にAさんはいた。意外にもAさんは立ち上がって迎えてくれた。医師、看護師にこやかに挨拶を交わしたのち、そのまま座布団まで用意するAさんの姿には、重篤な病に罹りホスピスケアを受けている患者の姿はなかなか重ならなかった。部屋を見渡すとAさんが普段横たわるベッドのほかには、仏壇や箆笥などこの家にもある家具があるだけで、そこには大型の機械もチューブも無かった。

Aさんがベッドに横たわり、医師による診察が始まったが、世間話と問診の入り混じったような会話であった。病棟より持ち込んだ検査機器も手動式の血圧計ほどであり、検査もごくわずかであった。担当医によると30分の滞在のなかで問診や触診などの診察行為自体は10分にも満たないそうだ。その他の時間で日常会話をしながら、患者の体の動きやしぐさ、話しぶりから患者の健康状態を判断しているのだと言う。確かに自宅という環境は病院と異なり患者のリラックスした普段の様子が観察できる。病院の診察室で、緊張した患者が思い出しながら、何を言うべきか考えながら話すことばを聞き取る問診や検査よりも、患者のもつ本当の病状や、背景、思いなどを把握する上では、もっとも効率的な方法であるのかもしれない。

Aさんのベッドがある和室の壁には、朝顔の柄の浴衣がかかっていた。Aさんの娘が夏祭りに来ていくために用意したものだそうだ。お祭りの日に母親に教わりながら娘が着付けをする。そんな家庭の当たり前の風景が家族それぞれの中に思い出として残っていくことができる。これは在宅の素晴らしさのひとつではないか。

■ 家族との面談

ホスピス病棟へ転院する患者の家族との面談に同席させていただいた。担当医師は新たな患者がホスピス病棟に入る際に、その家族に対して面談を行う。この面談にはいくつもの役割がある。

家族に対して患者の病状を説明するのはもちろん、延命治療を行わないなど、ホスピスの方針に同意を得る。また患者の社会的な背景まで把握した家族に話を聞くことで、病気から来る身体的苦痛のみならず、社会的な苦痛を把握する。さらにホスピスでは患者本人だけでなく、その家族も重要なケアの対象である。前述した社会的苦痛は、患者の家族も同様に抱えており、これも面談を通じて把握し今後のケアの参考にする。また苦痛について人に話すことによって、その場で楽になってもらうというケアの側面も持っているという。初回の面談後も家族に対しての面談は定期的に行われ、必要に応じて頻度は増減するそうだ。

この面談には、担当医師のほか看護師、チャプレンも同席する。今後ケアに携わるものとして顔合わせをするとともに、面談においてそれぞれが役割を担っている。看護師はこの面談でのやり取りを詳細に記録している。この記録はカルテに載せられ、ケアに携わる誰もが目にし、把握することができる。実際に拝見した面談記録には非常に細かいやり取りまで丁寧に記録されており、背景を把握する上で有効であると感じた。チャプレンは患者の「苦痛」に対してより専門的な立場からその聞き取りやケアを行っている。

今回は、患者の長男、長女に対する面談に同席させていただいた。面談は転院時の資料や、外来のカルテの項目を基にして一つ一つ医師が聞きだしていく形で進められた。最初は落ち着いて受け答えしていた家族の方も、話題が患者の闘病生活のことなど深い部分に及ぶと時折感情的になり、涙ぐむ場面も見られた。担当医師によると面談を行う際に大切にしていることは、常に聞き手に回ることだそうだ。面談のように一対一の場では気をつけないとどうしても医師ばかりが発言してしまい、相手の訴えをさえぎってしまうのだという。確かに面談の中でも、相手が答えやすいように質問の形を選び、適度に相槌を打つなど相手に自分から話してもらおうとする姿勢が感じられた。チャプレンは途中から参加したのだが、患者の苦しみに寄り添うような受け答えには、一日の長を感じた。面談は30分ほどで終了した。

全体を通じてこの面談には、医療者側から患者・家族に施すという押し付けがましさはなく、相手のことを少しでも知ろうとして寄り添うやさしい雰囲気が感じられた。

さくら病院での実習

■ さくら病院の沿革

さくら病院は昭和58年に江頭病院（個人病院）として福岡市城南区に開業し、平成9年に医療法人社団江頭会さくら病院に病院名を変更した。全152床でありそのうち14床が緩和ケア病棟で、「さくらユニット」と呼ばれる。

■ ボランティアとして

さくら病院では主にボランティアスタッフとして研修を行った。栄光病院との研修の違いを示

すためボランティアからの視点を強調して報告書を進めることにする。

さくら病院に於けるボランティア活動は、主だったものとして、ホスピス患者とのコミュニケーション、患者やその家族への飲み物の提供、散歩の付添等であり、患者が望む事を聞き、自分が実行できる事は自分で行い、自分にその権限が無い場合には看護師にその要望を伝えた。機器による痰の除去を依頼された事も在る。さくら病院の緩和ケア病棟には全体で30名近くのボランティアスタッフがいる。もちろん全員が毎日病院に通うことはできないが、自分の都合のよい日を指定して、2~3時間ボランティアを行う。日によってボランティアスタッフの人数もまちまちで、1人しかいないときもあるが、イベント(クリスマスや七夕など)のときなどは多くの方がボランティアスタッフとして参加している。

ボランティアスタッフとして登録されると正式にさくら病院の一員として写真付きの名札を受け取ることになる。病院に来た際には、エプロン姿にこの名札を着用する。ボランティアスタッフは病院に来るとまず、患者の簡易な情報が載った紙を渡される。その紙には患者の年齢や病状の他に、例えば、「Aさんは話しが苦手」とか「Bさんは将棋が好き」といった風な個人の特性を示す情報も記載されている。その紙はスタッフが帰る際に病院のシュレツダで処理されるので個人情報漏洩する心配はない。ボランティアスタッフはこの情報をもとに患者と接するわけである。もちろん全ての患者と接することができるわけではなく、病状が深刻だったり、精神的に不安定になったりしている患者には事前に面会しないよう看護師から指摘されることもある。その日のボランティア業務が終わった際には、ボランティアスタッフと看護師たちの間で共有される日誌にその日の感想や患者の様子などを書き込む。この日誌は患者別になっており、看護師たちがボランティアスタッフに対し簡単なアドバイスや指示を出す際の連絡の機能も持ち合わせている。

さくら病院でボランティアをしていて、患者さんとコミュニケーションをとるということは、日常生活で、友達と普段会話をしている時には注意もせずにごろしていることも、気をつける必要性がある。一度、患者さんにティーサービスにコーヒーを飲まれるか伺ったときのことである。その患者さんは、朝から薬のことで薬剤師さんともめていたそうだ。そのことを知らずにボランティアとして普段どおり「お茶はいかがですか」と、部屋に入っていくと、その患者さんは、私を薬剤師と思いこみ、「やっと来てくれた、それではお茶でも飲みながら薬の話をしましょう」と、なってしまった。私は、ボランティアであることを伝えてはいたが、患者さんには聞こえておらず、後にすべて理解された際には、どうして呼びもしないボランティアがきたのか、と一瞬と惑われていた。病院で、病気をもっている患者さんだからこそ、はじめに入室するときから一つ一つの言葉に気をつけて、まず状況を理解し、コミュニケーションをとらなければならないことを実感させられた。

昔は看護師として働いていて、現在はホスピスで療養されている方にお話しを伺うことができた。患者さんとして嬉しいことを尋ねると、スキンシップだそうだ。もしきついことを少し言われたとしてもスキンシップがあるだけで心が落ち着くことある。患者さんの診断をするときはパソコンの画面ばかりを見ているのではなく、患者さんとのかかわりを多くするべきであり、コンピューターの進歩による弊害を感じることもある。つまり、言葉で表せなくて、表情や、ちょっとしたしぐさでしか示せない患者を見逃してしまうことにつながるという指摘をされていた。相手が少しずつ心を開いて、自分も少しずつ心を開くことからコミュニケーションは成立するのではないか。そこで交わされる情報交換が会話の話題になることが多い。実際に、自分の話を聞いてくれる人が居るということは嬉しいことだとおっしゃっていた。その中でも何より大切なことは、明るく、楽しく仕事をするることである。仕事をしている人がぴりぴりしていたら、患者のほうも決していい気持ちはしない。この患者さんの最後の言葉は、医療関係者がいかに余裕を持って、楽しんで仕事をするのが大切であるかを感じさせられた。

現在、様々な医療現場でボランティアの重要性というものが再認識され始めているが、ホスピス医療においてボランティアの担う役割は特に大きい。ボランティアをしていた時に、次の様な経験をした。「体調はどうか」と患者に訊くと、「最近の良い時が無い。癌でもう死の淵だからね」と答えられた。

こんな時、何ができるのか。ボランティアの立場では、医療行為は出来ない。一方、両者ともホスピスに居るものとして対等であり、確かに患者と目線が同じ程度にある。むしろ、年長者・若輩者との関係で言えば、自らが相手を敬わねばならない。ホスピスにおいてしばしば聞かれる「傾聴」 優しく話を聞くという選択肢、手を採ってあげるという選択肢、黙って背中を撫でるという選択肢、これ等は現実的であろうか。そのような信頼関係を、死に際する患者と築けているだろうか。また、医療者の立場からはどうであろう。患者とは同じ目線に無い、医療者の方が患者よりも目線が高い（と患者は感じる）。目線が同じではない医師に、患者は本当の事を話してくれるだろうか。死を救えない医療者を信じるだろうか。

所詮、医療は人を死からは救えない。医療では、患者が死ぬという事実を、微塵も変える事はできない。疼痛コントロールを適切に行う必要性が在るのは当然、この時に痛烈に感じた事は、他に生きとし生けるものが皆遭遇する「死」を和らげるコミュニケーションと、目前に座する相手は死を根底に持って接してくるのであるから、自らの死生観が無くては、死生観を得る程生死に熟慮しなければ、死に面する患者に何かを伝える事、少しでも思いを共有する事はできないのではないかと、ということであった。

考察

これらの実習を踏まえて、現代のホスピス医療を考察していきたいと思う。

■ ホスピスにおける患者と家族

ホスピスの大きな特徴は、患者の家族の在り方にある。患者に近い存在である家族は、患者を肉体的、精神的にサポートする一方、自分の身内が未来永劫居なくなるかもしれないという恐怖、絶望を始めとする負の感情を内に抱え込んでしまう為、彼等の心のケアは大切であり、家族も患者と共にケアの対象となる。ホスピスでは家族の内、患者と一番近い存在である者を「キーパーソン」として特に重要視しているが、これは患者のケアに対して家族が重要な位置をしめることによる。家族は患者を心配し毎日付き添う為、心理的圧迫の対処以外に肉体的側面による対処も考慮される。実際に研修した際には高血圧の家族に対する血圧測定がなされていた。ホスピスでは、この様に患者とその家族の関係性が極めて重要視されているが、その考えが病棟にも表れている。その例として、まず入院部屋自体が、一般急性期病棟の入院部屋に比して大きく間取りが取られており、家族と共に過ごす時間に閉塞感を与えない様配慮して居ること、また病棟内にキッチンや家族の寝室も備え付けられている。患者家族の心理的負担は主に2種類に分類され、患者が死ぬまでに感じられる悲しみを「予期的悲嘆」、患者が死んだ後に感じられる悲しみを「グリーフ」と称す。ホスピスの対象は、予期的悲嘆に留まらず、このグリーフにまで及ぶ。その対応の一つとして、さくら病院では「遺族家族への手紙送付」が為されている。亡くなった患者の家族、即ち遺族に、患者の死後半年、1年後に手紙を出す。返信用葉書裏面に「御自由にお書き下さい」と記してあるが返信内容は家族によって二分されている。受診したホスピスに好感的な内容のものは、「病院に感謝しています」「1年経った今も涙を流して過ごしますが、受診したホスピスに励まされています」と在る一方、否定的な内容として、「ホスピスに入って良かったのか？」という極めてそっけないものや中にはホスピスを責めるものさえ在る。内容はどうであれ、外界、社会への遺族感情の発露と成っている点で、この取り組みは評価されるべきである様に思われる。また、定期的に遺族が集まり、現在の心境を吐露し、また患者入院当時を回顧する機会の提供も為されている。

しかし、患者が自分の家族の事を想うからこそ、同様に、家族が患者の事を想うからこそ、問題が発生する事も在る。例えば、患者本人は民間療法などにより癌と共生していくつもりであっても、家族は抗癌剤、放射線治療による積極的な治療を希望するといった認識の違いもある。それでも、最終的には家族も患者本人の気持ちを尊重したいという思いが在るようであった。又、患者の性格が気丈で、周囲に迷惑をかけたくないと思っている場合、家族に対して自分の病状を言わないだけでなく、医療者側から家族にその情報を伝えられる事態を危惧して、また医療スタッフに心配をかける事を危惧して、症状を申告しない場合も在り、この場合には、患者の性格を

早期に的確に判断した上で、注意する必要がある。患者が強い信念を抱いて生活を送り、家族にも負の報告（癌が進行している等）をして欲しくないという場合、対する家族はやはり知らせて欲しいと少々苛立つといったことも現実に在り得る。ホスピスに於ける患者と家族の関係にはある問題が、多くの症例に於いて散見される。しばしば、家族が「患者に自分の病状を知らない事」、つまり「患者への非告知」を望むのだ。一旦医師が家族の誰かに患者の状態を伝え、患者への告知の有無を問うた場合に、医師側には告知を誰にするか選択する権限は与えられていない為、関係者の中、患者本人のみが知らないという事態が多い。これは、患者の情報アクセス権を規定した『患者の権利に関するリスボン宣言』に反する。しかし、家族の意向を無視する事も出来ない。ここに、終末期に於ける医療の難しさが垣間見えている。解決策を今後模索していく必要があるだろう。

■ ホスピスにおけるチーム医療



ホスピス病棟のスタッフ

ホスピスでは多種多様な職種の医療スタッフが関わる。この場合、カンファレンスは医師、看護師、種々の療法士、チャプレン、薬剤師、作業療法助手、ケースワーカー、歯科衛生士、各種技工士等が参加して行われる。この体制の元では、幅広く患者の要望に応える事ができ、患者が実際の家で「生活」できる様に配慮が為されている。しかし、現行保険医療制度では、急性期病棟が疾患一つに対して保険点数が規定されているのに対し、ホスピス病棟では患者の人数で保険点数が規定されている。この事は即ち、色々な職種の人に関われば関わる程、それだけ人件費を始めとして経営を圧迫する事と成る。このため、実際にこれほど多様なスタッフを用意できるホスピスは、規模の大きいものに限られてしまい、ホスピスによって提供されるサービスに歴然とした差が感じられる。規模の大きな病院では患者のリハビリテーションなども充実している。このようにホスピス病棟においては多くの人間が携わるわけであるから各職種間での情報交換が重要に成ってくる。このため他の病棟に比べるとカンファレンスの機会が多い。そしてこのカンファレンスにはチャプレンはもちろん、ソーシャルワーカーや理学療法士なども参加し、患者の病態だけではなく、家庭環境や心理状態、家族の状況なども考慮して話し合われる。患者個人を全人的に捕らえるために多角的な視点が必要になってくる。患者の病状を考慮した上で今後のケアの方針を決定するためカンファレンスにおいては医師が中心となって進行することが多いが、患者により多く接するのは看護師であるし、患者が本音を漏ら

ホスピスでは多種多様な職種の医療スタッフが関わる。この場合、カンファレンスは医師、看護師、種々の療法士、チャプレン、薬剤師、作業療法助手、ケースワーカー、歯科衛生士、各種技工士等が参加して行われる。この体制の元では、幅広く患者の要望に応える事ができ、患者が実際の家で「生活」できる様に配慮が為されている。しかし、現行保険医療制度では、急性期病棟が疾患一つに対して保険点数が規定されているのに対し、ホ

すことが出来るのはソーシャルワーカーだったり、理学療法士だったりすることもある。やはり医師には抵抗を感じて話せないことも多々あるのだ。その点ではホスピス医療においては各職種の重要性は平等に近いだろう。

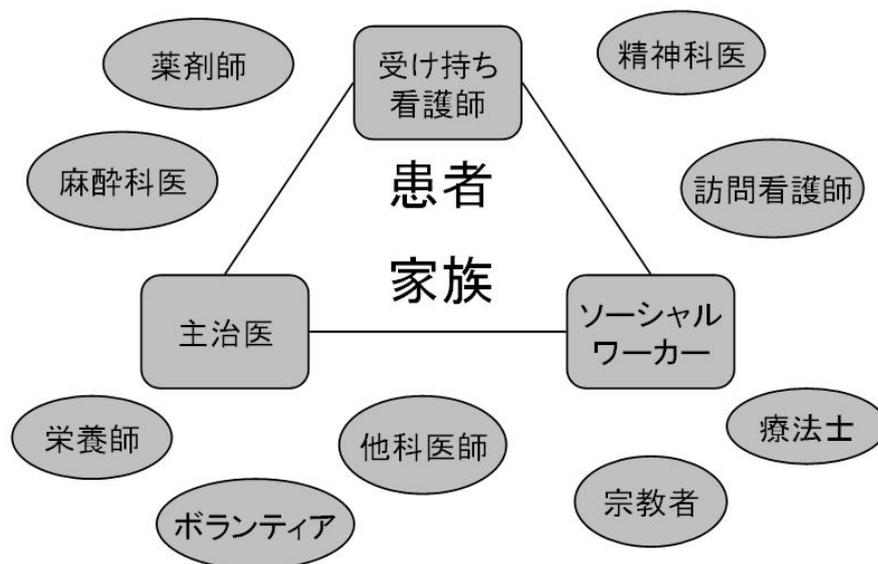


Fig.3 ホスピスチームの構成

■ 宗教

栄光病院では、院内で患者が自己体験を他の患者に話したり、讃美歌合唱や説教を行ったりする場が定期的に提供されている。患者とは、概して治療側のスタッフよりも高齢であり、人生においても、また癌に関する経験において、深いものであろう。ほとんどの医師は癌にかかり、そして死の恐怖が刻一刻と迫り来る体験はした事が無い。院内でその思いを真に共有できる存在が、他の患者である。「こんな苦しい思いをしているのは自分だけではない」「一緒に頑張りたい」という前向きな感情を引き出す事ができる空間が重要である。また、宗教の役割としては、以下の事が考えられる。宗教は、絶対の客体たる信仰対象（キリスト教では「主」と称される存在）、生の存在を認めているので、安心感を得る事ができるという点である。そのため、宗教に力を入れているホスピスには、スタッフにチャプレンが構成されている事は先に述べた。しかし、その一方では宗教を受け入れられない患者・家族が存在する。彼等には、聖書的な言葉だけでなく、態度として患者・家族を受け入れているという意思を伝え、コミュニケーションを図ることで、信頼関係を築くこととなる。確かに、栄光病院では宗教（キリスト教）的なアプローチに力を注いでいるが、強制する事は無く、患者や家族が異なる宗教を信仰していても差別する事無い。宗

教は、飽く迄も一つのアプローチ法に過ぎない。ホスピスの発祥がキリスト教文化圏の教会であるため、ホスピス医療における宗教的ケアはキリスト教に則る場合が多い。しかし、日本人の大半は仏教徒であり、さらに自信の信仰を意識しながら生活する習慣も薄い。そのような日本人にとって親しみやすいホスピスとはどのようなものだろうか。日本では「ビハーラ活動」というものが行なわれている。ビハーラ活動というのは仏教者の終末期医療への関わりのことをいい、仏教徒が患者の死の苦しみを和らげようとする活動である。実習で訪れたさくら病院には仏教の僧侶がボランティアという形で定期的に患者を訪れており、その僧侶が中心となって患者に語りかける、「講話会」というものも催されていた。このビハーラ活動は現時点では十分な広がりを見せているとは言い切れないが、今後、全国的に浸透して行けば、より日本人の宗教性に即したケアが展開できると期待できる。日本人は他の文化圏の人々に較べ宗教を意識しながら生活することが少ないと言われるし、実際にその通りだと思う。しかし、死生観というものは生きていくうえで、誰しもが持っているものであるし、特に死に瀕する病に罹った場合は自分の生きる意味を見つめなおすことになる。実際に実習先では、ホスピスに入院したあとにキリスト教へ改宗した患者や、病室に仏像などの宗教的のシンボルを据え置いている患者も多く見受けられた。患者が宗教的なケアを求めたときにすぐさまそれに応じられるようにしっかりと人的資源を確保しておくことが望まれる。

■ 医師の役割

患者の命を脅かす疾患には癌が多いが、その病巣部位も様々である為、ホスピス医には知識も幅広く要求される。あらゆる領域の医学を習得するには時間の制約上、そして自己の体力から鑑みても無理である。そのため、患者が訴える苦しみに関する知識を、ホスピス医の専門とされる領域（例えば、鎮痛の技量や患者に精神的安定、心理的安心を与える接し方）は深く、それ以外の領域は広く浅く習得する必要が在る。どの程度までが自分の守備範囲で、何処から先が専門の医師に訊くべきかの見極めができなければ、不利益を被るのは患者自身である。当然であるが、このことはホスピスに関係無く、僻地に於いて単独で住民の命を預かる医師以外の、現在の専門に細分化された医師には要求されている事である。では、ホスピス医の大きな特徴とは何であろうか。それは、コーディネータとしての職務が有ることである。ホスピス医は、患者の終末期を扱うので、患者の家族構成や親族との間で発生しそうな問題（例えば姑の不仲）、患者死後の相続、遺言についても考慮する必要が在る。医師は医学の専門者であるから、これら社会的事案の対処には、ソーシャルワーカーが補助をする。例えば、コーディネートするものとして代表的には、バースデーパーティが挙がる。しかしこのパーティーは、我々がお祝いするものとは、性格を異にする。来年の誕生日のお祝いは来ない可能性が高い。自己の余命が1年無い事を患者が自覚している場合も多い。パーティーは、この事を患者本人や家族に実感してもらう契機として

の思い出作りである。患者は周りの人と向き合い、感謝する場の提供としての自らの誕生日を祝い、過去の振り返りを行う。このようなイベントによって、今までわだかまっていた家族の悩みが解決される事も在るようである。

人間が必ず死ぬものであり、その人間の中に生きたいと望む者がいる状況下、医師がその人を救いたいと願う限り、患者の死が医師を苛み、また、心を持った患者と医師が接する限り、医師が好転する事のできない患者の心が在る事を悟り、医師側には、ぶつかる他何も出来ない壁が存在している。自分が何をすれば患者が嬉しく成るかと考え、もがいて、無理なものは無理だ、と気付くという。病自体は治らない。そして、相手は年長者で人生の先輩である。患者は人生の経験として社会経験だけでなく、癌になり、抗癌剤の苦痛を知り、再発し、末期癌の苦しみを知っている。医師はそれらを到底理解する事はできない。患者が先輩であり、医師は後輩である。この事実を勘案すれば、医師が患者に寄り添う事、ただ患者に耳を傾ける事は、当然のことであり、互いの信頼関係が結ばれない限り、患者が満足する事は無い。私がボランティアとして接した患者の中に、元放射線技師がいた。彼は、自分の病気を把握しており、「医学生は将来医者になるのだから、今自分は年長者であるが、将来の事を考えれば立場が逆なので、話が合わない」と自分から話し出した。「看護学生や非医療関係者の方が、話が合う」とのことだったが、1時間半程話をした。戦後の、物も無く結核や梅毒の流行っていた時代の医療（過去の自らの回想も含め献体の話も）を歩んでいた話を聞かせて貰った。「ボランティアじゃなくて医学の勉強をして元 Doctor の患者を病院で当たる様にして欲しい」とのことを言われた。

患者の中には、「死にたい」と言う者も居る。病により奪われるものとして「自律性」「時間性」「関係性」が挙げられる。病に侵されると、その症状に因って従来自らの身で出来ていた事を遂行する事が困難と成る為に「自律性」が、また、その症状に因り、遂行する為により長い時間をかけなければならない事態や、治療そのものにかかる「時間」が、疾患に因る障害の影響で運動機能や意欲が衰退する、入院により外出が制限されるといった為に、他者・社会との繋がり、即ち「関係性」が失われる。先に記述した元放射線技師の患者も、「腰が痛くなって動けなくなるまでは、絶対自分で何でもする」と言い、患者からは少し離れた所に在った薬剤服用用の水差しを自ら取ったのだ。奪われた者が患者自身の尊厳に深く関わるものであった場合、病に因って「尊厳」を奪われた者の中には、「生きること」に対する嫌悪感を抱く者も少なくは無いのではないか。このような発言を受けたホスピス医は、どうするであろうか。「とにかく患者を受け入れること」。これが医師の解答であった。同一の人間が居ないのと同様に、決まった答えは無い。ケース・バイ・ケースである。そして、時には、率直に「死なないで」と訴える事も在るという。意外な解答も聞かれた。「生きるのが辛い」と言う患者には「自分で思っているほど長くは生きられない」と答える場合さえ在るというのだ。一見、患者から希望を奪う様にも思えるが、患者

の心理を考えると、この解答も患者の事を思って為されたものなのだ、と水を浴びせられた思いであった。評論家の柳田邦男氏は「2.5 人称の視点」という考えを提唱している。1 人称はもちろん自分自身の視点、2 人称は家族などの身近な人間の視点、3 人称は専門家などの他人としての視点である。1 人称や 2 人称では感情的になって冷静な判断が下せなくなってしまう、3 人称では冷たく突き放した判断が優先してしまう可能性がある、必要とされるのは 2.5 人称からの視点である。つまり、2.5 人称からの視点とは感情的判断と適切で冷静な判断の中庸としての視点である。終末期の患者に必要なのはこの 2.5 人称の視点を持った医師ではないだろうか。的確な専門知識を備えた心のパートナーの存在が望まれているのだ。

■ 「痛み」について

癌によって患者が苦しむ「痛み」を明確にする必要が在る。これら痛みこそが、ホスピスの存在理由であるからだ。苦しみの無い所に、救いは必要ではない。WHO がホスピスの対象としている痛みは、“physical pain”, “social pain”, “mental pain”, “spiritual pain” の 4 種とされている。

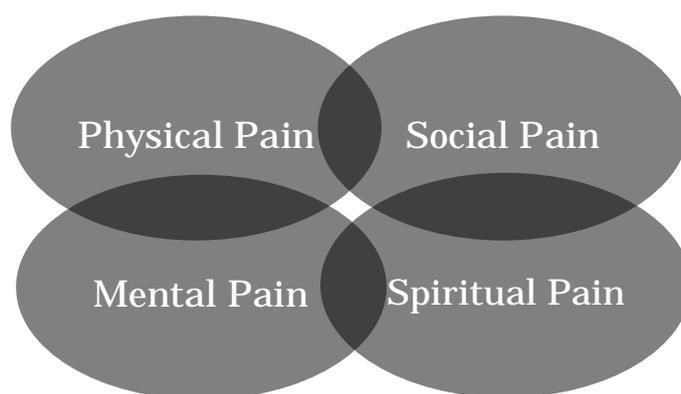


Fig.4 従来の説明による「痛み」の関係性

まず、physical pain とは一般の疼痛のことであり、上記の通り麻薬やセデーション（鎮痛）によって統制可能である。これはホスピスに於ける必要条件であり、十分条件では無い。疼痛は、単に痛覚刺激による将来への不安、死への願望、現状への怒りを生み出すだけでなく、日常生活に障害を来たさせるという意味でも、重要である。次に、social pain とは、社会的な人間関係が断たれてしまう事で感ずるものである。しかしその中にあっても、常に傍にいてくれる家族の重要性を、強く認識する事と成る。mental pain は、単に寂しいや悲しいと言った感情を表し、第 4 の痛みである spiritual pain との区別を強調するならば、精神医学的にみて疾患と診断される精神状況を表す。そして最後に spiritual pain であるが、これは恐怖に対して自然と手を合せ祈る気持ちであり、上記で検討した様に宗教に解決が要求される種の苦悩であり、過去の罪悪感に向き合う贖罪や、自己存在への悩みとして表現される。宗教に傾倒していない大部分の日本人にはこの海外からの流入概念は理解する事は難しい。

看護師の所見によれば、「痛みは生きる希望を奪う。逆に、痛みは不安で増強される」という。ホスピスに於ける緩和ケアでは、ペインコントロールが最低の必要条件である事は言うまでも無い。疼痛に対する処置の、主体と成るものは鎮痛剤であり、非オピオイド性（代表薬：アスピリ

ン)、弱オピオイド性(同:レペタン)、強オピオイド性(同:モルヒネ)が用いられる。また、疼痛の治療には、麻薬だけではなく、温熱治療やアロママッサージも行われており、麻薬に対し副作用が少ないだけでなく、精神を鎮めるセラピー効果も在る為、望む患者は一定程度居る。鎮痛目的の麻薬に対しては、「命が縮む」「眠くなる」「呼吸抑制の危険性がある」「依存性が発生する」を始めとした種々の誤解があるが、これは、以前モルヒネの適当な使用法が確立していなかった為に、実際に投薬した患者を危険に晒してしまっていたからであり、現在は投薬法が確立されている為、規定通りに用いる限り、麻薬による副作用は発生しない。結果、痛みはセッションを合わせて行う事によって完全に制圧する事が可能と成っている。

また、現在行われている医療を更にQOL重視した立場の形態とされるホスピスに於ける医療は、疾患に起因する、生活に影響を与える程の障害に対処することでQOLを改善するアプローチであるから、必要に応じてリハビリテーションを目的に患者の状態に合わせて種々の療法が行われ、その種類には、理学療法BT、物理療法PT、作業療法OT、言語聴覚療法ST、音楽療法MT等々がある。音楽療法とは、歌を歌ったり、楽器を弾いたり、音楽(単なるさざ波も含む)を聴く事で、呼吸機能活性化をもたらし、またリラクゼーション・趣味的活動の側面から感情の発散による情緒の安定化、音楽を通しての他者との交流を図る事が期待されるというものである。

ここで、ホスピスに於いてキーワードと成る単語の一つを、詳細に説明を加えたい。その単語とは、患者が苦しむ問題の一つにWHOが挙げる「スピリチュアル」である。スピリチュアル精神的であり、私の得た理解では、日本語の「心」=WHO定義による「スピリチュアル」+「精神的」という印象である。この考えに立つと、日本人は「スピリチュアル」という単語は明確には把握していないが、概念としては深く理解しているのではないか。WHO定義による「スピリチュアル」「精神的」とは、「精神的」が「精神医学的に疾患と認定される症状に関する事」であり、精神的問題の例としては抑鬱や譫妄が挙げられ、「スピリチュアル」が哲学的な悩みであり、「何故自分は生きているのか」「死ぬとどうなるのか」等々が具体例である。日本語の「精神的」に当たるものは英語では“mental”, “spiritual”, “psychic”とされる。宗教は、そもそも人間の“存在”に対する悩みに或る角度から“答え”を提供する事への要求に合致したものであるから、「スピリチュアル」とは「自己存在に対する苦しみ」を表出する言葉と定義される。

これからのホスピス医療

冒頭でも述べたがホスピスとは未だ未成熟で発展途上の医療である。発祥はキリスト教文化圏であるかもしれないが、日本でホスピス医療を行うのであれば、やはり日本人の宗教性や文化、社会構造から風俗、習慣に至るまであらゆることを考慮しながら適応する形を模索していかねばならない。そういう意味ではホスピス緩和ケア医療というものは決して完成をみることのない変

化し続ける医療なのかもしれない。しかし、21世紀に入り、今後の社会にとってその重要性が増していくことはまず間違いないだろう。

栄光病院の下稲葉順一先生は「なぜ自分の職場としてホスピスを選んだのか。」という問いに対し「自分は特別なことをやっているつもりはない。きっとどこでどんな医療をやっても今の姿勢を崩すことはないだろう。」という答えを返された。これこそが今後の医療関係者にとって必要な心構えではないだろうか。私自身、将来ホスピスや終末期医療の現場に身を置くことになるかどうかは定かではない。しかし、どのような場所どのような医療を行っていようと今回の研修活動を通して学んだホスピスの精神、つまり「慈しみの心」だけは常に胸にとどめていたいし、また他の医療従事者の方々にも同じ姿勢であって欲しい。また医療に携わらない方々も、もし自分の身近な人が病で苦しみ、死に直面したときには慈しみを持って接してあげて欲しい。本報告書がそのような気持ちを抱くきっかけになってもらえればこれ以上嬉しいことはない。

謝辞

今回活動するにあたって、ご自分の病院を我々に紹介して下さった、さくら病院院長であり熱帯医学研究会のOBでもある江頭啓介先生、栄光病院への研修に際し快く推薦状を書いて下さった九州大学細菌学教室の吉田真一教授、そして研修を了承して下さった栄光病院院長の下稲葉康之先生、その他病院スタッフの方々にこの場を借りて感謝の意を述べたいと思います。

(文責：花村)

参考文献

坂井かをり がん緩和ケア最前線 4版 2007年

本多正昭 死生観と医療 行路社 初版 2008年

日本ホスピス緩和ケア協会. <http://www.hpcj.org/what/definition.html>

東原 正明・近藤 まゆみ編. 『緩和ケア』. 医学書院.

インドネシア班

活動目的

インドネシアにおける、リスクマネジメントについてのトレーニングに参加し、医療従事者だけでなく、あらゆる視点から見た、災害時のリスクマネジメントについて考察する。

活動場所

インドネシア・ジャカルタ

インドネシア・スラバヤ

インドネシア・バリ

活動期間

8月12日～8月30日

班員

藤田 彩香（九州大学医学部保健学科2年・班長）

萩尾 緑（九州大学医学部保健学科2年）

鬼塚 千明（九州大学医学部保健学科2年）

田川 直樹（九州大学医学部医学科3年）

はじめに

私たちはインドネシア班を立ち上げた当初、「復興とはなにか？」というテーマの下インドネシアのアチェ州を訪れる予定だった。しかし、安全上の理由により断念せざるを得なかった。そうした中、九州大学医学部災害救急医学教授である橋爪誠先生に日本赤十字九州国際大学学長の喜多悦子先生を紹介していただいた。さらにその喜多先生に、JICA からインドネシア保健省に派遣されている垣本和宏先生をご紹介いただくことで今回、ITC-DRR に参加するという貴重な経験をすることができた。ご尽力いただいた先生方に感謝したい。

ITC-DRR とは？（文責：田川）

ITC-DRR とは、International Training Consortium of Disaster Risk Reduction の略である。私たちはこのトレーニングに、インドネシア保健省の先生を通じて参加させていただいた。

このトレーニングは WHO、インドネシア保健省および Airlangga 大学（インドネシア第二の都市スラバヤにある大学）の主催によるもので毎年 8 月にインドネシアのスラバヤおよ

びバリで行われている。参加者は主にインドネシアの方だが、他にも世界の国々からの参加者がおり、トレーニングの内容はすべて英語で行われる。

私たちが参加させていただいたのは3回目となる3rd ITC-DRRで2008年8月18日から30日にかけて開催された。

■ 目的

ITC-DRRとは災害時を想定したシミュレーションや理論・技術に関する講義、ディスカッションを通して災害時の損害を最小限に抑えるためにはどう行動すればよいかをあらゆる視点から考察し、実践するためのトレーニングである。災害に様々な分野から関わっている人々が集まることで、異分野間の交流を深めることもこのトレーニングの目的の一つであった。

■ なぜインドネシアで行われるのか？

インドネシアは4つのプレートの上に存在し、各地に火山が点在する。さらに、数多くの島からなり、海に囲まれている。そのため、インドネシアでは多種多様な災害が多く発生する。その数および種類は「災害のハイパーマーケット」と言われるほどだ。また、様々な文化・伝統・民族が混在していることが災害時の対処をより難しいものとしている。

以上のような理由から、インドネシアでは災害の数とそれに基づくケーススタディーの数が、他国と比較して圧倒的に多い。そのためこのトレーニングはインドネシアで行われているのである。

■ 講義

ITC-DRRでは大きく分けて3つの分野の講義が行われた。災害対策・災害の種類やそれに伴う被害・災害時の対処の3分野である。

災害対策および災害時の対処に関する講義では、インドネシアを9つの地域に分けて災害対策を行っているCrisis Centerについてや、各地での病院・組織間の連携、個人個人の災害に対する準備、これらの準備を基にした災害時の対処に関して学んだ。

災害の種類・被害については地震、津波、洪水などの自然災害だけでなく、交通事故、飛行機事故、火事などの人為災害について講義が行われた。また、災害による負傷者や死亡者、社会インフラなどの被害、化学物質や放射能による汚染についても各分野の専門家からお話を聞き、質問することができた。

これらの講義を通じて、我々は災害・災害対策に関する基礎知識を得ることができたのだ。



写真1．講義中の様子

■ ディスカッション

ディスカッションでは模型・図を用いて実際に災害が起こった場合を想定し、どのように動くかをお互いに議論した。

ITC-DRRに参加していたのは二十数名程度だったが、その中でもどこに本部を置き、どのように救援活動を行うかで議論が割れ、なかなか収拾がつかなかった。

実際の災害ではより切迫した状況で、より多くの人々が集まって議論するのだから、結論を出し、行動をとるのは今回と比べ物にならないほど困難な作業になるはずだ。

■ シミュレーション

災害時に起こりうる状況を想定したシミュレーションは、そこにチームとして参加し、その状況に対して戦略的に対処することを目的としていた。このシミュレーションを通じて、講義・ディスカッションで学んだ、災害に対してよりよく備えるために必要な行動を実際に確認するという活動の総まとめを行うことができた。

屋外で行われたシミュレーションでは、大規模な化学工場の爆発事故が起こったと仮定し「WHO」、「被災地の行政」、「被災国の政府」の各班に分かれて救援活動を行った。現場には十数名のけがの程度の異なる負傷者や、死亡者、そしてその家族や取材に来たマスコミなどを演じる人々がいた。また、救援活動に必要な救急車や応急処置用のテント、担架などあらゆるものが用意されていた。

そこで我々は、自分たちが災害時の状況をどれだけ想定できていないかを痛感した。あちこちに負傷者がおり、誰から治療すべきかわからない。家族や他の人々も騒いでおり、状況が把握できない。他の組織と協力したいものの、誰がどこにいるか把握できない。災害時にはこれらの状況が同時に存在するのだ。我々はただ右往左往するだけで数十分のシミュレーションを終えた。各組織の一員として救援活動に参加したが、ほとんど何もできなかったのである。

我々がこんなにも動けなかったのはなぜだろうか？

その理由は3つ考えられる。

まず1つ目に、シミュレーションに参加する前、私たちは、このような起こりうる状況について全く考えが及んでいなかったということが挙げられる。想定していない事態にその場で対処するのは非常に難しい。

次の理由としては、「言語・文化」があるのではないかと。我々は外国人であり、シミュレーションで被害にあい、取り乱している人々の言語を聞き取ることすらできない。このことはコミュニケーションという点で我々の前に大きな壁として立ちはだかっている。

3つ目の理由としては、組織間の連携不足が挙げられる。シミュレーションで作った3つの組織はその場で作ったものであり、災害時の対処における連携についてお互いに秩序立った考えを持つことができていなかったのだ。

以上、ITC-DRRに参加した経験をふまえて、災害対策に何が必要であるかを考えたい。

■ 考察

災害対策にはなにが必要なのか？

講義を通して、我々は知識を得ることはできたが、ディスカッション・シミュレーションで分かったように、それを実際に生かすことはほとんどできなかった。

それはなぜなのか。これを考えることで災害対策に必要なことが分かってくる。

まず、災害や災害対策の方法、被害の種類などに関する知識はもちろん必要である。これがないと対策を行うことはできない。

さらに、この知識を生かし、対策を行うためには3つの要素が不可欠である。「平常時からの組織間、「人-人」間の密な連携」、「秩序立った考え方に基づく対策」、「過去の災害からのケーススタディー」この3要素である。これらの要素を念頭に置くことで、理想的な災害対策に近づくことができるのではないかと。

■ 互助

先ほど、災害対策のための3要素について述べたが、私は1つ目の「平常時からの組織間、人-人間の密な連携」が最も重要だと考えている。そこでキーワードとなってくるのが「互助」という言葉だ。

災害時にけが人を治療するのは医師の役目である。しかし、災害が起こったまさにその時、すぐそばに医師がいる可能性はきわめて低い。災害時に最初に頼れるのは側にいる「誰か」なのだ。その「誰か」は知り合いかもしれないし、他人かもしれない。このため、医師だけでなくわれわれ市民ひとりひとりが日ごろから災害に備えておくことが必要なのである。それによってお互いがお互いを助ける互助が可能となるのである。

さらに、医師も医師として行動するだけではいけない。災害時には通常時の組織体制や命令系統は機能していないことが多い。そのため医師も医師の世界に留まるのではなく、臨機

応変に対応しなければならない。このことも、ある集団が他の集団を助ける「互助」にあたるのではないだろうか。

国際協力（文責：萩尾）

災害が発生したとき、それまでの日常は消え去り機能性は失われてしまう。病院にはけが人が殺到し、消防や警察はフル回転である。さらに物資も人手も足りない。そんなとき、他国の医療チームや救助チームは加勢を買って出る。他国からの支援はインドネシアのような発展途上国では必要である。2004年12月26日のスマトラ沖地震・津波が発生した際、海外から被災地へ多くの部隊・国際機関が派遣された。インドネシアで最も被害を受けたスマトラ島北端のアチェ州には、世界から16カ国の軍隊、195カ国の民間人道主義グループが地震が発生してから3カ月の間に緊急救援活動にかかわった。

■ 受け入れられなかった国際協力

大規模な災害が発生し国内だけでは対応できないとき、海外からの早急な協力は大きな活力となる。しかし、震災発生当初、インドネシア政府は各国が緊急救援活動のために派遣した部隊の、アチェへの受け入れを躊躇したのである。そして、その背景にはインドネシアが長年抱えていた問題があった。

■ アチェ問題

インドネシアが長年抱えていた問題とはアチェの問題である。アチェでは過去30年にわたりインドネシアからの独立紛争が続いていた。アチェでは、アチェ州の独立派ゲリラ「GAM（Gerakan Aceh Merdeka：自由アチェ運動）」とインドネシア国軍が衝突していた。政府はこのアチェ問題を国内だけに封じ込み、世界に触れさせないように隠してきた。震災発生当初、政府が各国の受け入れを躊躇したのは、この問題が国際化され、過去に行われてきた人権侵害の責任を問われることを懸念したためである。それゆえに、救援を申し出ていた外国人部隊と国際機関、外国NGOのアチェ入りを認めたのは、地震発生から2日経ってからであった。

そして、これがきっかけとなり2005年8月15日、GAMと国軍の間に和平合意が締結された。和平合意が締結されると、これまで国際機関が入ることのできなかったアチェの地域へ進出できるようになり始め、そこでの事業を行うことが可能になってきた。

■ 援助を行う

国際協力はその国が受け入れて初めて成り立つものである。アチェにおいて当初から多国籍医師団による大規模医療支援を実施していた特定非営利活動法人AMDA（The Association of Medical Doctors of Asia：アジア医師連絡協議会）は「国軍とGAMの双方から事業実施の合意を得、細やかな連携と報告に徹することで、和平後にも摩擦が残る双方との間にそれ

ぞれ強い信頼関係を構築してきた」という。援助を円滑に効果的に行うには、その土地に根付いた文化や情勢を理解することが必要だ。

ここでは国際協力について述べてきた。災害時の外国からの援助は大きな助けとなる。ただし、国際協力は補助的な立場であってほしい。災害が発生したときに一番頼りになるのは、そこに住む地域の人々だからだ。災害が起こった地域、人を最も知っているのは、他の誰でもない被災地の人々だからである。災害後の救援と復興には、援助を受ける受身の態勢ではなく、お互いに助け合い、復興に一役買うような自発的な行動が大切であろう。

日本の現状（文責：鬼塚）

私たちは今回の ITC-DRR での活動を通して、インドネシアの救急医療を知り、そしてシミュレーションなどを通してそれを体験することができた。特にトリアージについては、日本でも 2008 年に起こった秋葉原殺傷事件で話題となり、医療従事者に限らず多くの人がトリアージの存在を知り、興味を持ったのではなかろうか。そこで、トリアージをはじめ日本の現状と、これからについて考えたい。

■ トリアージについて

トリアージとは、傷病者の外傷や疾病の緊急度と重症度を把握し、現場での応急処置、搬送および病院選定などで、治療の優先度を決定することである。

災害現場では 3T といわれるトリアージ（triage）、応急処置（treatment）、搬送（transportation）が緊急度と重症度を考慮しながら行われる。この中でもまずトリアージが優先的に行われて、応急処置を施された負傷者は後方病院にて本格的な治療が開始される。この点から、トリアージは災害において大変重要だと言えよう。

トリアージは緊急度によって、以下のように色分けされている。

表 1 トリアージについて

分類	緊急度	色分け
T1	緊急治療群	赤
T2	非緊急治療群	黄
T3	軽処置群	青
T4	死亡および待機超重症（救命不可能者）群	黒

待機超重症者においては、致命的な損傷があるとして、積極的な治療は行わず、鎮静剤・0 鎮痛剤などの治療のみを行う。しかしこのトリアージ自体が、秋葉原殺傷事件で問題となったのである。

■ 秋葉原殺傷事件

秋葉原殺傷事件とは、2008 年 6 月 8 日に東京の秋葉原で起こった、17 人が死傷する無差別殺傷事件である。この事件では東京消防庁が現場でトリアージを実施し、次のような問題が生じたためトリアージがマスメディアによってあげられることとなった。

この事件では、負傷者 17 人のうち 15 人がトリアージの対象となり、緊急治療が必要な赤タグが 7 人、負傷が致命的で搬送を先送りする黒タグが 5 人、軽症の緑タグが 3 人につけられた。しかし赤タグ対象者の中には、対応した救急隊の到着が遅れたうえに情報伝達が混乱したため、搬送の時間が 50 分以上かかるなどして病院到着が遅くなった者もいた。これに対し、100 メートル以上離れた路地に倒れていたためトリアージが実施されなかった重傷者 2 人は、指揮本部の指示から外れた救急車 2 台が 30 分以内に搬送を始め、最も近い 700 メートル先の病院に収容した。

トリアージは、生存可能な傷病者をできるだけ多く助けるため、また限られた人的、物的資源を能率的に利用するために行われるものである。しかしこの事件では、そのトリアージが行われた人の搬送時間の方が遅くなってしまった。なぜこのような問題が起きてしまったのだろうか。

最優先の負傷者の搬送に 1 時間近くかかった理由について東京消防庁幹部や検証委員会は、(1)現場が広く、指揮本部と被害者の間の情報伝達に時間がかかった(2)規制線などで一部の救急車が被害者のそばまで行けなかった、などを挙げている。

しかし日頃の訓練さえ徹底していれば、これらの問題はもっと小さく抑えられたはずである。東京消防庁ではこの事件後、トリアージを含めた訓練が以前よりも徹底されるようになった。



図 1 トリアージタグ

■ ITC - DRR での活動

私たちはITC - DRRで、このトリアージについての講義を受け、そして病院見学では実際にトリアージを見ることができた。私たちが見学させていただいたドクターストモ病院では、入り口に日常的にトリアージが設置されていた。このように日ごろからトリアージを行うことで、災害時に落ち着いた対応がとれるのではないだろうか。



写真2. ドクターストモ病院の入り口

活動を通して考えた日本のこれから

■ 日本の課題

先ほど述べた秋葉原殺傷事件のように、日本でトリアージが有効に実施されていないのは、日ごろの訓練が徹底してなされていないからだろうか。災害時、現場は混乱するものである。様々なことが起こることを想定して、落ち着いているときに訓練をすることは、救急医療の知識・技術を深めるために重要なことである。この点では、インドネシアのドクターストモ病院は、日ごろからトリアージによって救急医療に触れており、災害時により対応できて良いと言えよう。

このように日ごろからトリアージを行っている病院は実は日本にも存在する。また、救急搬送の際にトリアージを試行している組織もある。しかし、なぜ日本では秋葉原殺傷事件でも言えるように、救急医療が定着していないのだろうか。それには教育不足が大きく関わっていると考える。以下に、日本と他国の大学教育の比較を示す。

表 2 各国の大学教育の現状

国名	現状
日本	災害医学の卒前教育を行っているのは半数以下 (災害医学の授業がある大学でも平均で2時間)
米国	1970年代から医学部を対象に講義と実習からなる8週間のコースを開講
スウェーデン	医学生に40時間、看護学生にも20時間、災害教育が行われる

日本の医学部において、災害医学の卒前教育を行っているのは半数以下であり、災害医学の授業がある大学でも平均で2時間というデータがある。2時間で何を教えようというのか。表2から、日本の教育が他国に比べ充実しておらず、日本の大学にまず救急医学講座を定着させないことには、救急医療の向上はありえないことが分かる。

しかしながら日本では、運転免許証の新規交付に際して心肺蘇生法の講習義務化がなされるようになった。このことは、毎年心肺蘇生の心得のある人が増えていく意味で、画期的なことである。また、高校の保健体育の必修科目にも、心肺蘇生は取り入れられるようになった。しかし、それ以降練習する機会がないのもまた事実である。人間は忘却の動物であり、確実に身につけるためには、恒常的なトレーニングが必要である。

■ 医学生として

確かに、災害からしか学べない救急医療もある。しかし、日ごろから学べることもたくさんあるのではないだろうか。教育が充実していると言えない今、私たち医学生ができること、それはまず興味を持つことだと考える。救急医療とは何か知り、研修に参加するなどしてその知識を深め、救急医療の知識と経験を身につけた医療従事者になりたい。

日本の災害対策（文責：藤田）

日本の災害対策は整っているのだろうか。この疑問を解消しようと試みるまでには、インドネシアでの活動を終えてからしばらくかかった。ITC-DRRを通して、災害対策の不備が救命救助率へそのまま直結することや、机上の対策だけでは実践になかなか還元されないことを学んだ。それにも関わらず、日本の災害対策の現状を知ろうとしなかったのは日本に対して漠然とした安心感を持っていたからかもしれない。あるいは、自分の身に深刻な災害は降りかからないだろうと楽観視していたからかもしれない。しかし、災害は突如として訪れ、人命にかかわる被害すらもたらす。決して、根拠のない安心感や楽観的な考えで見過ごしてよい問題ではない。

■ 災害対策とは

災害対策が必要とされるのは、被害を最小限に食い止めるためである。その目的は明解だが、対策すべき項目は多岐にわたり、きわめて複雑だ。なぜなら、災害は気まぐれでいつも違う顔をして訪れる。時代、場所、時間、季節、被災者、その全てが一致することは有り得ない。そのため、いかに柔軟な対応をとれるかが被害の大小を左右する。

■ 阪神淡路大震災

現在の日本の災害対策について考える上で、原点となったのが阪神淡路大震災である。1995年1月17日午前5時46分。淡路島北部を震源としてM7.3の都市直下型地震が発生した。この地震により、神戸市を中心とした地域一帯は深刻なライフラインの途絶と住宅・建造物の損壊、そして死者6,443名、負傷者43,792名という戦後最大の被害に見舞われることとなった。連日、メディアを通して被災地の状況がリアルタイムに報じられた。高速道路の落下やビルの倒壊、住宅地の焼け跡は今でも鮮明な記憶として残る。

阪神淡路大震災は突如として訪れ、日本の抱える災害対策の問題点を浮き彫りにした。

情報の混乱や初動体制の遅れなどがその最たるものである。災害大国でありながら、日本には備えもシステムも不十分で、「初めてのことですし、早朝ですから。」という悠長なコメントが流れるばかりであった。

■ 阪神淡路大震災の問題点

阪神淡路大震災で浮き彫りになった日本の抱える災害対策の問題点とは何だろうか。先ほど情報の混乱や初動体制の遅れと書いたが、それに加え耐震基準を満たさない建築物の崩壊や坐滅症候群などに対する知識不足が被害を拡大した。情報の混乱がおきた原因としては、連絡手段がなかったこと、マニュアルが使えなかったことに問題がある。形式的なマニュアルは存在したかもしれないが、実際にそれが現場で役に立つことはなかった。そのため、災害後の対処は現場における行き当たりでの対応となった。その被害として、指揮をとる機関に情報が入らず、救出作業を行う自衛隊の出動が遅れるという事態を招いた。また、連絡手段がないことから被災した病院に患者が集中的に搬送されたまま、ほとんど他の病院へ搬送されず、極所的に患者があふれかえるという事態もおきた。初動体制が遅れた理由としては情報が伝わらなかったことに加え、道路の損壊やレスキュー隊自身の被災によるところも大きい。こうした様々なトラブルにより避けられた災害死が多数発生した。

災害対策とは被害を最小限に食い止めるための準備である。それゆえ、避けられた災害死が多発したという事実は災害対策に不備があったことを顕著に示している。

阪神淡路大震災からの14年間で、災害対策はどう変わったのだろうか。私たちは災害が起きた時安心して助けを待ち、治療を受けることができるのだろうか。

■ 現在の災害対策

阪神淡路大震災を機に、災害対策への関心は急速に高まった。その結果、建築物には厳しい耐震基準が課せられ、レスキュー隊とは別に、DMAT (Disaster Medical Assistance Team) という組織が設けられた。これは、災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急医療を行う専門的な訓練を受けた医療チームのことである。これには、大規模災害時に全国から派遣される日本 DMAT と都道府県に従事する DMAT が存在する。都道府県 DMAT としては、東京で 2004 年に発足したのを皮切りに、各県に広まり、福岡でも平成 20 年 1 月 31 日に発足した。DMAT は新潟県中越地震や秋葉原殺傷事件に出動し功績をあげるなどしている。

連絡手段としてはインターネットが普及したことに伴い、その活用が期待されるが、災害時には回線が混雑するとみられ確実な手段とはいえない。また、衛星携帯電話を使用し、回線による影響を避ける方法も考えられているが、まだまだ普及しているとはいえない。結局のところ、阪神淡路大震災から 14 年経てもなお、日本の災害対策は発展途上段階にあった。

■ これからの課題

近い将来、大規模な地震が起こると専門家の間ではいわれている。これが例え、自分の身に降りかからない地震だとしても、私たちは対策を怠るべきではない。なぜなら、地震などの災害は突然起こる現象だからである。それは現代の科学技術を持ってしても完全に予知することはできない。だからこそ、日頃からの対策により被害を軽減できるようにしておくことが必要なのだ。

先ほど書いたように、災害時の連絡手段は確立されているとはいえない。また、災害時のマニュアルも作成されてはいるが、どれだけの人がある存在を知り、内容を把握しているかは疑問である。そして、注目すべきは家庭や個人といった国を支える基礎となる単位の動きである。大災害直後、すなわち阪神淡路大震災後には、やはり災害対策への関心が高まり、家具転倒防止グッズなどの売れ行きが急速に伸びた。しかし、それは一時的な事象であり、しばらくすると、こうしたグッズの売れ行きは停滞し、下り坂となっていった。これは、もちろん、家具転倒防止グッズが各家庭に行き渡ったからということではない。人々の災害への関心は、マスメディアの報道量に比例するかのようになり、一時的には急激に高まるが、ほとんどは徐々に薄らぎ消えていったのである。つまり、現在、大多数の災害対策への関心は低いと考えられる。

「災害は災害からしか学べない」という言葉がある。これは言葉通り、準備していても災害が起きて初めて必要なもの、不足しているものが見え、そこから学ぶという意味である。しかし、人々の災害への関心が持続しなければ学んでも、次の災害でそれを生かすことはできない。それでは、結局同様の被害を繰り返すことになる。そうしないために、災害対策への関心を維持することが重要である。これには、マスメディアの力が大きく発揮されるところ

ろであり、人々の関心を高める手助けをしてほしいと思う。また、災害対策への関心は災害から生まれた。だから、私たちは阪神淡路大震災をはじめ、災害が起きたことを記憶に留めておかなければならない。そして、時折思い出して考えなければならない。そうすれば、自然にまた災害対策の必要性を感じ、行動するはずだ。そして、そうした動きがゆっくりとしか進まない行政の災害対策への対応を早め、私たちは安心して暮らせる街を早く手にできるだろう。

謝辞

最後に、ITC-DRR への参加という貴重な機会を与えてくださった九州大学医学部災害救急医学教授の橋爪誠先生、日本赤十字九州国際大学学長の喜多悦子先生、JICA の垣本和宏先生、そして ITC-DRR 主催者の方々に心より感謝の意を述べたい。

参考文献

[1]坪井栄考・大塚敏文、災害医療ガイドブック、医学書院、1996

[2]奥村鞆、緊急招集、河出書房新社、1999

[3]水本達也、インドネシア、中央公論新社

[4]OCHA

(<http://ochaonline.un.org/Searchresults/tabid/1447/language/ja-JP/Default.aspx?Search=sumatera+earthquake++International+cooperation>) より検索した

the Stockholm International Peace Research Institute 「The Effectiveness of Foreign Military Assets in Natural Disaster Response」 86 ~ 92 ページ

[5]AMDA (<http://amda.or.jp/journal/content0041.html>)

[6]NINDJA スマトラ沖地震 アチエの状況 (nindja.exblog.jp)

[7]東京消防庁 (<http://www.tfd.metro.tokyo.jp/>)

インド公衆衛生班

活動場所

インド コルカタ UN-HABITAT ニューデリー支部、デリー、アグラ

活動期間

2008年8月17日～28日

班員

末安巧人（九州大学医学部医学科2年） 班長

一木稔生（九州大学医学部医学科2年）

金子真紀（九州大学医学部保健学科1年）

増田すばる（九州大学医学部保健学科1年）

活動目的

インドにおける水問題の実情を体験し、その解決策としての援助がどのように行われているのを見てくる。

始めに



図1 排泄物が直接川に流れ込むトイレで用を足す男性と、その川で水遊びする子供たち¹

水というもののほど、私たちの身近にありながら普段意識することのないものはないだろう。

¹ AFP BB News 2007年10月29日 『世界トイレサミット、衛生改善と下層カースト解放のために尽力する男性』より

URL: <http://www.afpbb.com/article/life-culture/health/2304483/2293946>

しかしそれだけ、水に関する問題は直接的に私たちの生活を蝕む。飲み水は清潔でなくてはならないし、水は飲料だけでなく洗濯から農業まで、多くの場所で使われるために相当な量がなくてはならない。また、使った水をどのように処理するかも大きな問題となり、これらはわずかな問題でも生活に大きな支障をもたらす。上の写真のように、インドではその水が大きな公衆衛生上の問題になっており、トイレのように生活の基本ともいえるインフラも未整備のままである。これらの原因を探りその解決のためには何ができるのか、その答えを探しにインドの現実を感じてきた。

インドに足を踏み入れて ～水問題と公衆衛生～（文責：一木）

■ プロローグ

2008年8月17日

コルカタ

突然フライトアテンダントに起こされ、追われるままに飛行機のタラップを降りると、そこはインド共和国だった。簡素な入国ゲートは閑散としており、空港というよりはむしろ古ぼけたオフィスビルを思わせる。自動小銃を持った警備員にビザとパスポートを見せ、空港のビルを出ると、一気に湿りを帯びた熱気に包まれた。さっきまでの空調によって管理された心地よい空気はそれからの2週間、ハイクラスで贅沢なものとなり、私たちのインドの現実を感じる旅が始まった。

■ 目的

今回の活動の目的には、不衛生で悪名高いインドの街を歩いてみて、何がどう問題なのか、五感を通して学ぶことも含まれている。ここでは、「日本の常識からすれば信じられないような状況」というのが具体的にはどのような状況だったのか、また、なぜそのような状況が生まれたのか、私たちの体験をもとに説明する。

■ インド

空港から宿へは、タクシーを使った。街中を走るタクシーはサイドミラーのないものがほとんどで、運転手たちはクラクションを多用しながら危険を避ける。前に割り込んできた車に向かって「ピーッ」、追い抜くときに「ピーッ」、車線変更して隣に割り込む時も「ピーッ」である。当然のことながら、そのため主要な道路の脇は常にうるさく、BRICsの一角とはいえ、未だに先進国との間には開きがあることを感じてしまう。取っ手を回してタクシーの窓を開けると、心地よい風と共に酸っぱいような煙たいような、砂埃とゴミと汗を混ぜたような、コルカタ独特のにおいが入ってくる。少し目がチクチクする。大通りを脇にそれ、人と店と動物でごちゃごちゃした通りに入ると、それまでとは異なる種類の喧騒が聞こえてくる。

商人の呼び声、人々や動物の足音、道にたむろする人々の話声など、街に暮らす人々の音だ。

このインドにおける水問題と公衆衛生の現状を整理して把握するために、これから**野外排泄**、**水不足**、**水質**、の3つの視点からインドの抱える水問題を述べたい。

■ 野外排泄

コルカタにいる間はずっとサダルストリートに泊まっていた。サダルストリートとは、有名な安宿街で、世界各国からお金のない旅行者が集まってくる。サダルストリートのインド人は総じて貧しい人が多い印象を受ける。チャイ屋の店主とその従業員の子供たちや、人力車夫たちをよく見かけた。日中から多くの人が路上やチャイ屋にたむろし、談笑したり道ゆく人々を眺めたりしている。チャイ屋にはその粗末なベンチいっぱいにお客さんが腰かけているのが普通である。チャイ屋でなくとも道端で話し込んでいる人々も多く、平日の昼間だというのに道路は様々な人であふれている。みな毎日同じ場所にたむろしており、私たちが通ると愛想よく声をかけてくる。2週間の滞在で私たちの顔も覚えられていたらしく、班員の一人が腸チフスで入院した時などは、親しく話したことのあるわけでもないインド人から病態を訪ねられたりもした。

さて、そんなサダルストリートだが、道路の端のほうにある溝（日本で言う下水溝）に向かってしゃがんでいる人をよく見かける。これは何をしているのかというと、実は立ち小便（正確には座り小便）しているのである。子供だけではない、大人の姿もよく見かける。子供の中には、ときおり大便をしている者までいた。野外で用を足すことが、日常茶飯事とも言えるレベルで行われていたのである。日本を発つ前に、インドの道には動物だけでなく人糞も落ちているという噂は聞いていたが、こんなに頻繁に自分たちの目で確かめることになるとは思っていなかった。



図 2 道端で座り小便をする男性²

² ブログ『これでインドア』より

なぜこのような事態が起こるのだろうか。それには、二つの理由がある。ひとつはインドではトイレの数が不足していること、そしてもう一つは公衆トイレのあり方にある。

国連の統計によれば、世界で 10 億人が安全な水の供給を受けられず、26 億人が清潔で信頼できる公衆衛生の設備を利用できない状況にある。そのうちインドの野外排泄者数は約 7 億人と見積もられている。インドの一般的な家庭にはトイレが備わっておらず、タミルナードゥ州における調査の結果では、屋内のトイレ設備を持つのは全体のわずか 25% という結果も出ている。また、下水道の普及率も国土の 25% をカバーしているに過ぎず、トイレの絶対数が大幅に不足しているだけでなく、その前提となる下水設備もいまだに不十分である。IRC Water and Sanitation Centre とほかいくつかの NGO が共同運営するウェブサイトには次のような文章も載っていた。

『ある朝早く。ニューデリーのオクラ・スブジ・マンディ地区では労働者のために食事が何かを配っているような印象を与える光景が見られる。しかし(中略)労働者たちは実は朝のお手洗いにいくために並んでいるのである。圧力に耐えられないものは、通りの反対側にある丸見えの歩道にかけていく。そこですれば、(掘り込みの)便器を使うのに比べて、2 ルピー浮くのである。「我慢できなくなったときだけ、歩道で(排泄を)するんですよ。」マンディ内にある花屋で働くモハンマド・ラディクは言う。水売りのラジュ・イタは、あの労働者たちは早朝と夜更けに歩道を汚すといって文句を言っている。

オクラ・スブジ・マンディ地区には 500 人以上の労働者が住んでおり、この地区で利用できる 2 つの衛生設備は、それぞれ 20 個の便器を擁している。しかし、早朝の長蛇の列と、人間の汚物だらけの歩道は、これらの設備が不十分であることを指し示している。』³

このように、インドの人たちも私たちと同様に、野外での排泄を極力避けるべき、「仕方ない」と考えているのだが、インドではその「仕方ない場面」に遭遇する確率が高いのである。

また、公衆トイレの在り方にも野外排泄の原因はあるように思われる。トイレの維持のため、ほとんどの公共トイレは有料となっているのだ。この利用料を負担できる中・上流層の人々は自宅にトイレ、シャワーを持っており、公共トイレを利用する必要がないのであるが、肝心のスラムの住人などの貧困層はこの利用料負担ができず、もっぱら野外での排泄になるのである。彼らが普段から路上に座り込んだり、1 日のほとんどすべてを屋外で過ごしたりしていることは、さらに野外排泄の心理的ハードルを下げているのかもしれない。

しかし、今まで見てきたように野外排泄が、「日常茶飯事」ではあるが「仕方ないもの」

URL: <http://www.koredeindia.com/photogallery2004.htm>

³ Sanitation Updates 『The sanitation war triggers social crisis』より抜粋(訳: 一木)

URL: <http://sanitationupdates.wordpress.com/2008/10/12/india-the-sanitation-war-triggers-social-crisis/>

なのであるならば、公共トイレへの需要があり、国連や NGO の援助が求められているのはそこではないか、という結論が出せる。しかし、過去に日本の円借款による事業で多くの公共トイレがたてられたが、住民への利用説明が足りなかったことや、もともとあった公共トイレとの競合により、利用者数が少なく、ほとんど使われなかった（トイレである、ということすら分からなくなっている）トイレも中には存在し、トイレをめぐる問題は、単なるトイレ数の問題ではないことを示唆している。

■ 水不足、設備の不足

しかし、問題はトイレに限ったことではない。そもそもインドでは、水に対してアクセスできる人の数が少ないのである。インドの水道普及率は 84 パーセントと比較的高い数値を示しているが（普及率の定義には、ポンプ式井戸などの公共水源も含む）、多くの都市では給水時間は 3～4 時間であり（東部の中心都市コルカタでも 8 時間）、それも都市部の話である。農村部では唯一の水源の井戸まで数キロ離れている場合も多い。生活に必要な水くみは女性の役割とされており、長い距離を重いバケツを持って往復する女性たちにはこの仕事に毎日 4 時間かけるという人もいる。この仕事には未就学の女子がつくことが多く、女子の低い就学率、また、女性の生産性の搾取、そしてひいては女性の社会的地位の低下にまでつながっている。

広大なインドは世界の水資源の約 4 パーセントを占めており、東部のアッサム地方は世界でもっとも降雨量の多い地域として有名である。しかし、インド河川の総水資源量の約 43 パーセントはインド北部のインダス川とガンジス川に流れており、そのほかの地域には砂漠も存在し、国際基準の一人当たり年間推量 1000cm に満たないという水不足がすでに現実化している。また、モンスーン気候に位置するインドでは、水資源に恵まれた北部といえども乾季が存在し、農村部では特に深刻な水不足に陥る。

なぜこれほど水不足が起こるのだろうか。インドの用途別水利は図 3 のようになっている。ここから、インドでは圧倒的に農業用水が必要とされている、ということがわかる。

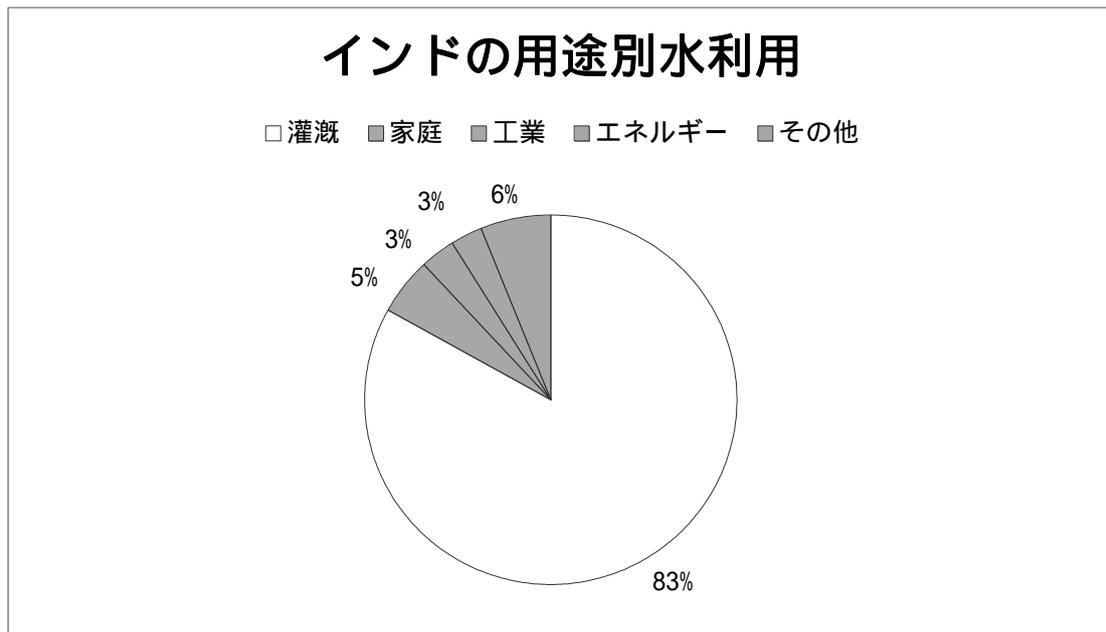


図 3 インドの用途別水利用

1970 年代、「緑の革命」という運動が世界各地で行われた。この運動は灌漑などの近代科学技術を用い、途上国の食糧生産能力を増加させることを目的としており、結果的に世界各国において食糧生産能力は上昇した。インドでもこの運動は行われており、ガンジス川流域での米の 2 期作が導入された。前述のとおり、モンスーン気候のインドでは雨季と乾季がはっきりしており、乾季にはほとんどの作物を育てることができない。しかし近代技術を用い、より深い井戸を掘り多量の地下水を用いることによって乾季にも作物を育てることができるようになった。しかしこの結果、地下水の過剰なくみ上げにより、地下水位が下がるという現象が起こった。持てる者はさらに深い井戸を掘り、貧しい人々は水を得られなくなった。また、1970 年代にはこの深井戸の工事や地下水位の低下による影響により、東部のベンガル地方では世界最大規模の地下水のヒ素汚染が起こっている。その範囲は 40,000 km²、その地域に住んでいる人口は 780 万人。すでに 30 万人以上のヒ素による疾病患者がいる、とも試算されているが、また同時に、あまりに広い範囲の汚染のため現在でも十分な調査が行われておらず、新たな調査により汚染地域は毎年 20 パーセントも増え続けているほどである。

■ 水質

インドに行くと言っていると、「生水は絶対に飲むな」という言葉をよくかけられる。インドの水は汚いから、と。しかし、福岡でお話を伺った HABITAT のインド人オフィサーや現地で親しくしていたインド人は、蛇口から出る水道水はちゃんと先進国並みに処理されていて、飲料水として十分使える、と言っていた。また、JICA の下水道専門家も『バンガロールの下水処理場では市内から集めた汚水 (1,000 m³/日) を、嫌気好気 + 凝集沈殿 + 塩素消毒 + UV

消毒と先進国並みの手の込んだプロセスで処理しています。』⁴と書いており、都市部の水は確かに一定の信頼はできるのかもしれない。しかし問題は、私たちが見た限りでは、多くの都市に住む人々の主要な水源は水道ではなくポンプ式の井戸であるということである。朝、タクシーで移動すると必ず見かける光景の一つに、街角のポンプ式井戸で水浴びする男たち、というものがあつた。彼らは井戸の周りに腰にタオルを一枚まいた格好で集まり、持参した桶で水を汲んで水浴びをする。一つの井戸の周りに10人ほどおり、せっせと体を石鹸で洗う人、ポンプの水を汲みに並んでいる人、みな当たり前のような顔で水浴びをしている。街ゆく人たちにはいつもの光景なのだろう、大した交通の障害にもならず立ち止まる人もない。

このように、非常に使用者の多い公共のポンプ式井戸だが、その水質には大きな疑問が投げかけられている。井戸で使われる水は地下からくみ上げただけのものであり、通常何の処理もされていない。前述のとおり、東部のベンガル地方からバングラディッシュ国境にかけての地域では、ヒ素等の重金属による深刻な地下水汚染が起っており、角化症、肝臓肥大、結膜炎など、明らかなヒ素中毒で病院に来る患者も多い。また、これも前述のように、インドでは下水道が普及しておらず、生活排水や工場排水は、道路脇にある排水溝をつたって、直接川に流れていく（Nala と呼ばれる小河川で、排水路の役割をしている）。この排水溝は外気に曝露されおり、よくゴミが捨ててあつたりヘドロがたまっていたり、悪臭を放っている。雨季には過剰な降雨でこの水があふれ、乾季には Nala は干上がっており、この汚い水が地面にしみ込む。どちらにしても、これらが地下水に混入するという可能性は否定できず、多くの貧しく自宅に水道を引く余裕のないものは、危険な水に頼るしかない。

■ 水問題のまとめ

これまで述べてきた水問題はすべて生活に直結しており、インドにおける衛生状況を悪化させている。特に問題となる野外排泄の習慣は、貧しいインド人を取り巻くほかの環境因子とも相まって、最悪な衛生環境を生み出している。例えば、人糞が落ちた道路に夜は人々が眠り、糞便を介して伝わる感染症のリスクを上げている。これらは次に挙げるインドにおける水系感染症の統計データにも表れている。

次は、これらの結果としてのインドの水系感染症の現状を考えたい。

■ インドにおける衛生状況

水系感染症とは飲み水やその他の水の利用によって病原微生物に感染して起きる病気のことであり、その原因は細菌、ウイルス、原虫の3つに分類される。おもなものをまとめて表1に載せた。

表1で明らかのように、ほとんどの水系感染症は病原体が糞の中に現れ、糞口感染する。

⁴荒井俊博著 『インドの下水事情』より引用

URL: <http://www.jswa.go.jp/mizusumashi/mizusumashi/133/009.pdf>

このため、排泄物の垂れ流された路上に座り込むといった行為や、その上で寝ころがる行為は感染のリスクをあげ、また、紙を使わないインド式のトイレと、素手で食事をする風習が組み合わさって(右手と左手の規定はあるものの、)水系感染症の蔓延につながっていると思われる。

JICA が 2004 年に行った調査には、次のような結果が記載されていた。

『デリーにおける伝染病の 21%(2002 年)は水系伝染病で、男子死亡率の 9.3%および女子死亡率の 9.7%が下痢性疾患による。(下痢性疾患の 5-7%はコレラ)。5 歳以下の児童は毎年 3-5 回の下痢を起こし、デリーの病院の下痢性疾患による入院患者の半分を占め、この年代の児童の死因の 20%は下痢性疾患による。水系疾患として A 型肝炎、ウイルス性発熱も多い。』

5

表 1 主な水系感染症⁵

	疾患名	病原体	感染源	主な感染様式
細菌	コレラ	Vibrio cholerae	ヒトの排泄物	飲料水、糞口感染、食品
	細菌性赤痢	Shigella	ヒト、霊長類の排泄物	糞口感染、飲料水、日用品
	腸チフス	Salmonella typhi	ヒトの排泄物	糞口感染、食品、 ハエ、飲料水
ウイルス	ポリオ	Poliovirus	ヒトの排泄物	糞口感染、日用品、 食品、飲料水
	A 型肝炎	Hepatitis A virus	ヒト、霊長類の排泄物	糞口感染、食品、 飲料水
	E 型肝炎	Hepatitis E virus	ヒトの排泄物	糞口感染、飲料水、 貝類
原虫	赤痢アメーバ症	Entamoeba Histolytica	ヒトの排泄物	食品、飲料水、 性行為

⁵ インド、「プロジェクト事後評価における有識者による環境インパクト評価」

ヤムナー川流域諸都市下水等整備事業

評価者：不破吉太郎（法政大学大学院・環境マネジメント研究科・教授）

北脇秀敏（東洋大学・国際地域学部教授）

URL: http://www.jica.or.id/activities/evaluation/oda_loan/after/2005/pdf/theme_07_full.pdf

⁶ 『開発途上国における水系感染症とその実態』奥沢栄一 浜田篤朗著 より

表2 デリーにおける水系伝染病患者数(単位:人)

年	赤痢	チフス	コレラ	合計
2001	58,715	882	1,267	60,864
2002	53,718	1,233	837	55,788
2003	51,387	1,948	1,527	54,862
2004	19,772 (2004年1月～ 7月分)	1,305 (同左)	1,305 (2004年1月～ 8月21日まで)	22,382

デリーの人口は約1380万人(2001年)であり、人口約1300万人(平成21年2月)⁷の東京と比較することができる。東京では腸管感染症の患者数は1万1000人で、デリーの約5分の1である。また、世界で毎年220万人の下痢症による死者が出る中、インドの下痢症による死者は66万人と、世界の3分の1もの死者を出しているのである。

劣悪な公衆衛生がこれらの唯一の原因というわけではないが、大きく関与しているということは否定できない。安全な水の供給や下水整備、野外排泄の回避が重要である、と云ってしまうことは簡単だが、急激に膨張する都市人口のおかげで街は広がり続け、水の需要は増え続けている。このような状況で何ができるのだろうか。その答えは、住民たちが正しい知識を身につけ、主体的に街を作り変えていくことだろう。

■ その一方で

ここまで読むと、インドがいかに汚く、その生活レベルはひどいものであるか!というイメージが伝わりそうであるが、私が今まで述べてきたのは、ほんの一面でしかない。前述の私たちが現地ですぐに親しくしていたインド人など、多くのインド人はバス・トイレ付の家に住み、私たちと変わらない生活をしている。現在、インドには約2億人の上・中階級、8億人の貧困層、そして1億人の、1日1ドル以下で暮らす極貧困層がいるといわれている。この上・中流階級の人々は高層マンションに1、2人の子供と住み、自家用車に乗り、週末にはショッピングに出かける。インドは貧しい国ではなく、貧しい人が多く住む国なのだ。このため、インドは2種類の環境問題に直面している。これまで述べてきたように、下水道の整備や飲料水の確保など、生きていくのに必要な途上国型の環境衛生問題に取り組まなければならない一方、2億の富裕層は、森林破壊や地球温暖化など、グローバルなレベルでの先進国型の地球環境問題を心配している。

⁷ 東京都総務局統計部人口統計課人口動態統計係より

■ 希望

また、現在は状況の改善に向けて、多くの組織が動いている真最中である。国連が指揮をとって世界的に水問題の解決が急がれているし、海外からの援助も数々の問題を乗り越えて、その成果を結ばせつつある。また、インド発の NGO も活気づいており、インドの風習に合わせた都市再計画が進んでいる。すでにお気づきの方もいるかもしれないが、先に挙げた表 2「デリーにおける水系感染症患者数」で 2001 年以降、水系感染症患者の合計数が減り続けていることは、如実にこれらの成果を物語っているのではないだろうか。

■ まとめ～インドに足を踏み入れて～

今回、「日本の常識からは考えられないような現実」を感じるためにインドに行ってきた。空気や街の音に触れ、想像でしかなかったインドに現実感が与えられていく中で、知識でしかなかった野外排泄の状況や貧しい人々の生活の様子が、体験を通じ、現実感あふれる、決して自分とは無関係でないものへと変わっていった。普段意識することはないが、実は私たちの生活のすべてを取り巻いている「水」という大きなファクターが、劣悪な水質や水不足、そして処理方法の欠如などの問題を通すことにより見えてきた。さらに、これらの結果はインドの独特な風習とも相まって、感染症が広まりやすい土壌を作り、毎年多くの人が苦しんでいる。さまざまな人間が共存するインドは、国際社会の助けを借りて、今これらの状況から逃れようと歩み続けているところだった。

インド公衆衛生班活動報告書 文責：増田

■ un-habitat ニューデリー支部

今回私達は国際連合人間居住計画(un-habitat)福岡支部で紹介していただいた un-habitat ニューデリー支部(インド、ニューデリー、ブルガリア大使館内)でインタビューを行った。un-habitat は都市化や居住に関するさまざまな問題に取り組む国際機関である。インドの水問題は、現在私達の「常識」からすれば信じられないような状況にあるらしい。今回私達は、実際インドがどのような状態にあり、そのために何が行われているのかを調べるために、アジアの都市への水管理プログラムの Chief Technical Adviser を務める Dr. Kulwant Singh にお話を伺った。このプログラムは効率的かつ効果的な水の需要管理によって、各地域の都市における水危機の改善や、新鮮な水源に対する都市化の影響を軽減し、水管理についての情報交換や意識を高めることを目的としている。

■ 大使館に至るまで

8月21日、インタビュー当日朝。前日から原因不明の熱と腹痛により入院した末安・一木はインタビューに立ち会えず、金子・増田でアーグラーを出発した。アーグラーカント駅から電車で2時間。ホームに降りた瞬間、アーグラーとはまた違った独特の匂いや埃に包まれ

た。道行く多くの人々に視界が塞がれた。

大使館まではオートリキシャーを使った。住所を示したが、運転手は迷い、車両の故障などのトラブルもあり、到着にかなりの時間がかかった。リキシャーに揺られ、やがて閑静な官公所街に入った。私たちの今まで目にしてきたインドは、視界を遮る人、人、人。老朽化した建物がひしめき合い、道路は渋滞し、大声が飛び交う。これぞインドと思わせる風景である。混沌という言葉が相応しい。しかし、一步入るとそこは周りとは異なり、静かで、新しい造りで汚れのない壁の低い建物が整然と並び、道路にはほとんど車がない。まるで他の国に迷いこんだかのように感じた。インドらしくない。

インドらしいとはそもそも何なのか。汚い、うるさい、古いというのがインドの印象だったが、それは自国との相違点が目に付いただけで、それだけがインドではなかった。インドに関して確かに言える事は、様々な面を持つという事だ。インドという一国の中でも人種、民族、言語、宗教は多岐に渡る。

■ インタビュー

ターバンを巻き髭を伸ばした姿の Dr.Singh は気さくで優しい方で、予定時刻を大幅に遅れた私達を温かく迎えてくださった。Dr.Singh は水の大切さから語り始めた。ヒトの体の60%は水からできている。Dr.Singh が言うには、ヒトは食料なしでも14日間生きられるが、水なしでは2日間しか生きられない。日頃私たちは安全な飲料水の存在を当たり前のように感じているが、改めて、生きていく上で水が大切であることを確認した。飲料水の浄水法について尋ねてみた。いくつか挙げられた浄水法は塩素消毒や濾過法等日本でも一般的に行われている聞き慣れたものであった。それに加え、富裕層は逆浸透膜浄水器を使用するという。また、貧困層は煮沸するといった方法をとるらしい。このように処理した水は安全であると Dr.Singh は言いながら、紅茶を飲み、私達に微笑みかけた。まるで「ほら、この紅茶に使われている水だって安全じゃないか」とでも言うように。浄水法には問題はないらしい。では何故水系感染症等の問題が起こるのか。

現在インドの総人口の約1/3が都市に局在しており、デリーには年間50万人以上の人々が移住している。インドの諸都市は、社会資本ストック(土地、水道、公共輸送、住宅)の不足、貧困、環境汚染などの問題をすでに抱えている。その上、難民や地方で職にあぶれた人などが都市に殺到し、都市人口が急激に膨れ上がっている。当局は、本来100年の建設期間を要するインフラを、わずか10年で整備しなければならない状況にある。その間にもスラムや貧民街、無断居住者の居住地区などが、住宅建設計画の2倍のスピードで増え続けている。つまり、人口の増加に家や衛生設備の整備が追いついていないのである。それ故に、多くの人々が未処理の地下水を使用している。地下水は浄水や排水の設備や安全性の調査などの環境が整っていないため、水質が悪い。一部の地域では砒素汚染も報告されている。これにより水系

感染症や砒素中毒等健康被害が起きているのが問題なのである。実際、街の様子を見ても、多くの人が道の脇にあるポンプや蛇口から地下水を引いて利用しているようであった。また、線路上の電車の車両用のホースから水を取って使用している場面も見られた。排泄に関しても問題が起きている。都市に出てきた人々は、多くは住居を持たず、スラムなど衛生設備のないところへ行き、*open defecation をするのだ。都市における open defecation や*overhang latrine は衛生状態の悪化を招く。また、インドでは scavenger と呼ばれる路上清掃人が路上のゴミや排泄物を回収する。デリー大学の社会学科が調査を行ったところ、デリーには 1282 人もの人々が手作業による清掃活動をしていた。この仕事はその人の品位を下げ、尊厳を傷付ける侮辱的なものとしてみなされる。86%はトイレの汲み取りを素手で行っている。都市の清掃人の 80%は女性である。一日平均 20.7 箇所の衛生施設の清掃をしているという。このように素手でゴミや排泄物を処理する scavenger には人権的問題に加え、衛生面の悪さから健康上の問題が生ずる。しかしながら、彼等をその仕事から解放すると彼等の職を奪うことにつながり、新たな問題が生ずる。こうしたことから、彼等に対し解放運動と共に職業訓練を行う NGO の動きも見られる。(調査内容は 2008/5/12 付 Hindustan Times 紙より抜粋)

■ インタビューを終えて

公衆衛生のみに焦点を当てては問題の本質をつかむことはできない。根底には貧困があり、人口問題、宅地開発の問題、インフラ整備の問題が関わりあって生じているからである。人口増加や貧困が住居不足や居住環境悪化を引き起こし、それが人々を都市への出稼ぎへと促す。しかしそこではインフラ整備に不備があるため、衛生状況悪化を招く。それが水系感染症を引き起こし、健康状態が悪化する。それにより働けなくなったり、医療面への出費が増加したりすることにより貧困を招くという負の連鎖が生じる。この連鎖をどうにかして断ち切らなければならない。

また、私たちが目の当たりにした衛生設備の様子から考えて、市民の衛生に関する知識の欠如にも問題があるようだ。都市へ出てきた市民が田舎でしていたように排泄行為を屋外で行うこと、細菌や砒素が含まれている安全でない水を飲むこと、こういったことは知識があれば対処が変わってくると思う。そこで大切なのは教育だ。事実、同じインドでも教育の機会を持てる富裕層の生活様式は変化していつている。教育の機会を等しく与えられれば、問題はかなり変わってくると思う。

また、scavenger のように社会的な構造の問題もある。これは慣習や生活形式にもかかわるため、難しい問題である。実際、街を歩いていて、そのような人に度々遭遇した。異国から来た私から見ると、インド人は自分の周りの清潔への意識が薄いように感じられた。自分

* open defecation・・・野外での排泄

* overhang latrine・・・し尿が環境中に流出する便所

の足元がゴミ箱であるかのようにゴミを捨て、自分の排泄物は他人に処理を任せる。これはインド人にとって当たり前で、これによりインドの循環は保たれているのかもしれない。しかし、衛生的観点からするとその弊害は大きい。

そして、やっかいなのが、先ほど述べたように、インドは様々なのだ。この多様性が問題解決の障害ともなっている。いかにしてこの多様性を考慮し、すべての人に対して公衆衛生の問題を解決できるかが問われる。

ちなみに、富裕層が使用すると言っていた逆浸透膜浄水器はアメリカでは一番メジャーな浄水システムとなっており、インドでも拡大してきているもののようだ。インターネットで検索してみるとインドの浄水器メーカーのHPがあり、そこには

“Water is life do not compromise”

とあった。これは富裕層向けの発信だが、貧困層にこそふさわしい言葉だと思った。人は水なしでは生きていけない。質の悪い水の使用は病気を引き起こす。正しい知識をつけ、安全な水の確保や衛生設備の使用に関して妥協せず、努めていく考えを持たなければならない。繰り返しになるが、そのためには教育が必要である。un-habitatの進めるアジアの都市への水管理プログラムの対象者には、水や環境に関する政策担当や市水道局の管理職、水を実際に使用する消費者や子どもたちが含まれる。また、安全な水に関する意識を高めるためにメディア関係者もプログラムの対象となる。必要性を伝え、住民側の姿勢を能動に導くことが施設の整備を効果的にする。今後のun-habitatの活動を見ていきたい。

インドで現在行われている活動とインドの将来

(文責：金子)

■ インドと水問題

私たちのテーマである「公衆衛生」は人間の生活の重要な基盤であり、その基盤がぐらついた状態では、身体的にも精神的にも健康な生活を送ることはできない。公衆衛生という基盤を揺るがしているのは一体何なのか？基盤の構築のためにどのような活動がおこなわれているのか？その疑問に答えを出したくて、実際のインドを目で見て、においを感じ、人々と言葉を交わし、インドを肌で感じてきた。道端にあふれるゴミ、スラム街の子供たち、濁った川で泳ぐ人々……。この状況は、増え続ける人口と貧困の負の連鎖により、これからもさらに悪化する要因をはらんでいる。このような状況の現在、人々はどのようにしてよりよい明日を切り開こうとしているのだろうか。

見えてきた問題点の一つは、インフラの設備が人口の過剰増加に全く追いついていないインドの状況。それによる生活環境や衛生状況の悪化。そしてそれらに起因する健康被害が貧困拡大につながっていき、そしてまた貧困が都市部の人口増加を招いていく。第二に、イン

ドという国の背景も無視することができない問題の一つである。世界第 2 位の人口をもち、日本の約 9 倍の国土を持つ大国である。このように規模の大きい国の全土に広がる問題を解決しようとするとき、国連や NGO の活動にはお金と時間が大量に必要である。また、宗教やカースト制の名残もあり、公衆衛生問題の解決には多大な時間がかかると見込まれている。さらに、政府の体質や資金などの経済的問題とも複雑にかかわっており、公衆衛生の十分な確立にはお金も時間もかかるようだ。では、現段階で国連や NGO がどのような取り組みをしているのか、紹介したい。

■ インドを援助する団体

NGO とは平和・人権の擁護・環境問題・援助などの分野で活動する非営利の民間組織である。これは途上国を支援する団体として非常に有名であり、いまやその団体数は把握しきれないほどの膨大な数にのぼる。年々、団体総数だけではなく規模の拡大化や、専門化が進んでいるようだ。

NGO は世界中で活動しているが、とりわけインドでは多くの NGO 活動が展開されており、具体的な数は明らかではないが数十万の団体が活躍しているとも言われている。NGO が活動を行うには官庁への登録が必要となるのだが、それを管轄している機関が複数存在するため、全体の団体数や活動内容を統括しているシステムが整っていない。もちろん、正確なデータやそれぞれの NGO の活動状況を把握している方がより効率的な活動が展開できるだろう。それゆえ、近年では一部の地域で、インターネットでのデータベースの整理や統括機関の設立案が進んでいる。

さらに、インドは広大な土地を有する国であるため、NGO はそれぞれの州で分類され、かつそれぞれ医療・インフラ・女性問題・環境・教育・農業などテーマごとに細分化されて存在しているという特徴がある。

また、日本に本部を置く、大きな国際協力機構の一つに JICA という組織がある。多くの日本人が耳にしたことがある組織名ではないだろうか？ JICA は独立行政法人の団体であり、開発途上国への技術協力や人員派遣、資金協力、及び人材養成、物資援助などを主な目的としている。単独での活動だけでなく、政府や NGO と連携してプロジェクトを行うことも少なくない。たとえば、現在 JICA が行っている、草の根技術協力事業や CEP（Community Empowerment Program）は、日本の NGO や大学と JICA が連携を取り共同で行われているプロジェクトの例である。

CEP の 1 案件である「グジャラート環境衛生改善」プロジェクトはインド、アガ・カーン財団(Aga Khan Foundation)により、2002 年 12 月から 2005 年 12 月までの 3 年間、実施された。このプロジェクトは、グジャラート州のジュナガド郡およびパタン郡の 14 村で、技術協力をする JICA と地元の NGO が連携しながら、貯水槽・給水施設・トイレ等の建設を行

った。農村の衛生・生活状況の改善を目標として、住民との話し合いや施設建設を経た結果、14村の4900世帯で安全な飲料水と衛生施設へのアクセスが可能になったそうだ。

JICAの草の根技術協力事業は、地域住民との連携がよく取れており、インドのNGOの中でも最も意義のある活動をしているNGOのうちの一つとも言えるだろう。JICAはインドにおいて、近年だけでも20以上のプロジェクトを展開しており、インド全体の発展に大きく貢献していると考えられる。

■ MDGs に向けた取り組み

2000年9月に「国連ミレニアム・サミット」が開かれ、この189カ国が集う史上最大の国家首脳会合で「ミレニアム宣言」を採択した。

(1)同宣言は、公正かつ持続的な世界平和の構築のために採択され、1. 平和・安全保障及び軍縮、2. 開発及び貧困撲滅、3. 共有する環境の保護、4. 人権、民主主義及びグッド・ガバナンス、5. 弱者の保護、6. アフリカの特別なニーズへの対応、7. 国連の強化の7つのテーマにおいて、国際社会が連携・協調していくことを合意したものである。これは「人間開発」を大きなテーマとして掲げ、特に「2. 開発および貧困撲滅」に関しては、国際社会全体で推進していくための8つのミレニアム開発目標(MDGs)が定められた。この目標は2015年が達成期限であり、目標数値も細かく設定されている。

ではここで、MDGsに関連したインドで活動するNGOの状況を紹介したいと思う。

1992年から2003年までの間、インドのヤムナ川流域に位置する3州15都市において、河川の汚濁負荷の軽減を図り、水質保全と衛生環境の改善を目標として、ヤムナ川流域諸都市下水道等整備事業が行われた。また、下水道・公衆トイレ等の整備および環境・衛生に関する啓発活動等を実施した。ヤムナ川は、ヒマラヤの氷河を源とし、首都デリー、タージマハルのあるアグラを流れ、やがてガンジス川と合流してベンガル湾に注ぐ、インドで最も大きな河川の一つである。下水処理施設などが整備されていないため、この川に生活排水や糞尿が、未処理のままが垂れ流されてしまい、川の汚染が進んでいた。この川の水を生活用水として使用したり、お風呂やプール代わりにして川の中に入ったりと、健康被害も懸念されていた。この15都市でヤムナ川の恩恵を受ける人々の数は560万人で、福岡県の人口と同じ位の数である。この事業のおかげで、建設された下水処理場・公衆トイレの利用率が89%にも上昇したという成果が得られたそうだ。この成果は、下水道やトイレの整備や公衆衛生に関する啓蒙運動が十分に実施されたからであると考えられる。しかし、急激な人口増加による汚濁量の増加もあって、ヤムナ川全体の水質改善には問題が残っている。このように、期待通りの成果や新たな問題点が出ながらも、MDGs達成のために着々とプロジェクトは進められている。それらは最終的にインドに何をもたらすのであろうか？公衆衛生に関するMDGsの目標として、以下の3つがあげられている。

- ・ 2015 年までに持続的に安全な水を得ることができない人々の割合を半分に削減する。
- ・ 2020 年までに最低 1 億人のスラムの住人の生活に重要な向上を達成する。
- ・ 2015 年までに基本的な公衆衛生を得ることのできない人々の割合を半減させる。

そして、アジア開発銀行(ADB)によると、アジア太平洋地域には世界人口の 6 割強が生活しており、そのうち 6 億 2,100 万人(人口の 20%)が 1 日 1 ドル以下で生活する極貧層で、その半数以上の 3 億 2,700 万人がインドに住んでいるようだ。そして MDGs では、必要最低限の公衆衛生を全ての人々が平等に手に入れることを目標としている。つまり、MDGs 達成のカギはインドが握っているとも言えるだろう。それはすなわち、インドで行われる開発プロジェクトは、インドの貧困問題解決を左右する大きな責任も持っており、それは世界的にも重要な役割を担うことになる。このように大きな規模で、さまざまな問題と複雑に絡んでいるインドの発展には、国連や NGO の一層の努力や資金増額が必要となるだろう。

しかし、ほんとにそれだけでよいのだろうか? 大きな援助を供給すればいずれ問題は解決するのであるだろうか?

ここで、アフリカでおこった NGO の援助に関する問題を取り上げてみることにする。

アフリカ・ケニアの内陸部、ビクトリア湖畔にあるピタ地区はインドと同様に安全な上下水道へのアクセスがまだ整備されていない。また病院施設も少なく、地理的に高温多湿であるため、蚊が媒介する熱マラリアにかかり多くの子供が命を落としている。そこでケニアの保健省と NGO が、住民たちに殺虫剤が練りこまれた蚊帳を住民たちに配布した。なぜなら、マラリア蚊は夜に活動するので、人間が眠っている夜に刺される可能性が一番高いからである。配られた蚊帳によってマラリアによる死亡率がどれだけ減っているかということも調査の一つとして、彼らはピタ地区を訪れた。すると、なんと住民たちは蚊帳を蚊帳として使っていなかった。魚を干す網として使われていたのである。その理由を住民に尋ねると、「魚干し用の網は市場で買わなければならない、こんなに丈夫な網がタダで手に入るなんてない。それに通気性に優れていて便利である」と。マラリアを制圧したいという保健省側の意図と、住民側の「マラリア予防<生活を支える漁業」という彼らにとっては当たり前前の観念がすれ違ってしまっていたのだ。これは住民側の汚点ではなく、物資を与えた保健省側が相互の意識の溝を埋める努力が足りなかった、また継続的に蚊帳の使用状況を調査かつ保健指導を行うべきだったのではないだろうか。

このように援助する側とそれを享受する側の価値観の相違、意識の違いが存在すれば、むなしくも支援の意義がなくなってしまう。もしかすると、NGO 大国であるインドでもせっかくの国際協力援助が表面上だけ成果を成し遂げていたり、膨大な物資や資金が目的から脱線して使われていたりする可能性がある。実際に、野外脱糞による水汚染を防ぐために公衆トイレの建設事業が各地でおこなわれたが、その意義の重要性を理解している住民はいまだ少

ないという調査結果が出た。「公衆トイレの建設により、周辺の快適さが改善された」と回答した人は80人中1人だった。やはり継続的な住民の意識改革が、公衆衛生の向上に必要であるといえるだろう。ただしこの調査は、あくまでインド国内の円借款対象地域の一部に関するものであって、州によって大きな差がありうることに留意しておくべきである。

■ 住民達によるインドの発展を願って・・・

私たちはインドで、人々の面持ち、態度、生活の様子を実際に感じて、インフラ整備という生活の基礎問題の解決に一番大切なのは住民の意識ではないかという結論に至った。どんなに手厚い支援を受けても、それを享受する人々の意識が変化しなければ意味がないのである。援助者の目的意識を被援助者が十分に理解したうえで、活動は現地住民を交えて行うか、あるいは住民とコンタクトをとりながら継続的に行うことが必要だろう。また、住民の意識が高まるように、行政が規則制度を設けたり、共同推進プロジェクトなどを導入したりするのも有効な手段であろう。もちろん、行政側も組織の意識改革を行い、支援団体と協力して住民を巻き込んで取り組まなければならない。

さらに、住民の意識改革のためには、住民と正しい知識を共有する必要がある。ただ住民に意識を変えるよう指示しても変わるはずがない。なぜ意識を変えなければならないのか、意識を変えて何をすべきなのか、意識を変えると何がどうなるのか・・・住民自身が、我々が変わらなければならないと思えるように、情報を提供すること、啓蒙活動をすることも重要なことだろう。しかしながら、必ずしも住民が意識を変えなければならないとは限らない。実際にそこで生活を営むのは住民自身なのであるから、援助者側は彼らの歴史的背景・宗教・文化的価値観を理解したり尊重したり努力をする必要があるだろう。住民の考え方や価値観に十分配慮した上で、住民との話し合いやプロジェクトが行われることが一番大切だと思う。

すなわち、現在進められている活動、今後取り組まれる活動が、住民参加型であることは必要最低条件である。インドの住民たちが自らの生活基盤を確立するためには、住民たちと支援者の連携の取れた活動が、最も能率的かつ持続可能であり、インドに素晴らしい発展をもたらすだろう。少しでも早く人々の意識が高まり、相互的なプロジェクトが行われ、少しでも多くの人々が確立した公衆衛生を利用できるようになるのを望むばかりだ。

終りに（文責：一木）

今回、インドで衛生状況が悪いらしいと知り、実際にインドの空気を感じ現地の人に話を聞くことで、その実態を探った。

班員全員がインドは初めてで、その強烈な臭いやインド人のキャラクターに、覚悟していたとはいえ、ショックを隠せない班員もいた。また、インタビュー直前に上級生の末安、一木が腸チフスで入院し、金子もまたその数日後に入院した。インタビューには電車の遅れで

遅刻したし、インド人と本気でけんかになったこともあった。班員の中にインドに対する不信と反感が芽生えたこともあったが、それは今思えば異なる文化に私たちが積極的に近づいていったことの表れだったのかもしれない。自分とは異なる受け入れ難いものを、受け入れ難いと素直に感じる時は、自分がただの傍観者ではなくなっている時なのだから。

そして、このような体験やインタビューを通し、当り前ではあるが普段見落としがちな「水がいかに私たちの生活に深くかかわっているか」ということに気付き、そしてそこに生じる問題の根は、いかに多岐にわたりインドという混沌とした国に深く突き刺さっているのか、ということが見えてきた。

さらにその中でも、人々はよりよい生活を目指して動いており、NGO や国連などの組織の助けを借りて、インドがどのようにこの状況を抜け出そうとしているのかを見ることができた。しかしそれでも問題は多く残っており、特にこのような組織が住民に援助を行う際、住民が中心となり、住民が住民のために行うプログラムでなければ意味がない、という結論に至った。水の問題は深く、多岐にわたるが、それを解決するのは人間であり、それはどれほど水問題が広い分野に影響を持っていても関係ない。人が変われば水問題も変わるのである。

謝辞

最後に、快くインタビューに応じてくださった Dr. Kulwant Singh をはじめとし、インドでも日本でも私たちの活動はいろいろな人に支えられていた。その皆さんに、この場を借りて感謝したい。

参考文献

[1]開発途上国の水道整備 Q & A

URL: http://www.jicwels.or.jp/water_supply/QandA/index/index.html

[2]海外の水道事情

http://www.asahi-net.or.jp/~kv6t-ymgc/03planning/raccoon_planning_abroad.htm

[3]荒井俊博著 『インドの下水事情』

URL: <http://www.jswa.go.jp/mizusumashi/mizusumashi/133/009.pdf>

[4]MeriNews 紙 2008年10月28日 『The sanitation war triggers social crisis』

URL: <http://www.merineews.com/catFull.jsp?articleID=143848>

[5] 『India's groundwater challenge』 by Marcus Moench

URL: <http://www.india-seminar.com/2000/486/486%20moench.htm>

[6] 『インドの持続可能な地下水資源管理』 早川太策

URL: <http://seminar.econ.keio.ac.jp/onuma/sotsurondata2005/hayakawa.pdf>

[7] 『インド・バングラディッシュにおける地下水ヒ素汚染と健康影響』安藤正典

URL: <http://www.niph.go.jp/kosyu/2000/200049030007.pdf>

[8] 『開発途上国における水系感染症とその実態』奥沢英一, 濱田篤郎

URL: <http://www.niph.go.jp/kosyu/2000/200049030003.pdf>

[9] 『インド、「プロジェクト事後評価における有識者による環境インパクト評価」ヤムナー川流域諸都市下水等整備事業』

不破吉太郎(法政大学大学院・環境マネジメント研究科・教授) 北脇秀敏(東洋大学・国際地域学部教授)

URL: http://www.jica.or.id/activities/evaluation/oda_loan/after/2005/pdf/theme_07_full.pdf

[10] 佐藤宏編 『南アジアにおけるグローバリゼーション：雇用・労働問題に対する影響』調査研究報告書 アジア経済研究所 2006年 第2章 労働移動と厚生：デリースラムの事例
アループ・ミトラ、辻田裕子著

URL: http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Report/pdf/2005_04_08_02.pdf

[11] <http://arte2007.dee.cc/water.html>

[12] KENT Mineral Reverse Osmosis Water Purification System In India

<http://www.kent.co.in/>

[13] <http://www.taki-eng.co.jp/ro-system.htm>

[14] Charities Aid Foundation, India 著、財団法人アジア女性交流・研究フォーラム訳 『インドの女性』

[15] UN-HABITAT 福岡支部 HP

[16] 北脇 秀敏、開発途上国の環境衛生に関わる諸問題

<http://www.niph.go.jp/kosyu/2000/200049030002.pdf>

[17] Hindustan Times 紙 (2008年5月12日掲載記事)

<http://www.hindustantimes.com/StoryPage/StoryPage.aspx?id=2ca8175e-88c7-4186-a2f9-3be43d2106fe>

[18] JICA ミレニアム開発目標に向けた取組み 報告書 PDF

<http://www.jpha.or.jp/財団法人日本公衆衛生協会>

<http://www.geocities.jp/katotetu2003/thesis/05nagamine.htm>

国際保健医療学第2版日本国際保健医療学会編

<http://www.jica.go.jp/> JICA 独立行政法人 国際協力機構

<http://www.indochannel.jp/society/ngo/01.html>

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/india/index.html>

インドボランティア班

活動目的

インドのボランティア施設における感染症に関して、易感染性宿主である患者さんに対してボランティアが感染症を媒介する可能性を、実際のボランティア活動を介して考察し、その解決策について考える。

活動場所

インド・コルカタ Prem Dam (Missionary of Charity)

活動期間

8月12日～24日

班員

西村 直矢 (九州大学医学部医学科3年) 班長

宮原 敏 (九州大学医学部医学科3年)

インドについて

■ 世界の中のインド

インド共和国(略称:インド)は南アジアに位置し、南アジアで随一の面積・人口を誇る大国である。現在、中国に次ぐ世界第2位の人口を抱え、2050年には人口は16億人を超え世界一に達すると予測されている。10億人を超える国民は、多様な民族・宗教・文化で形成されており、主な言語だけでも15を超えるため、インド政府の発行する紙幣には17の言語が印刷されているほどである。また、GDP (PPP ベース)では世界第4位(2007年現在)という経済大国でもあるが、GNIでは日本の10分の1以下である。

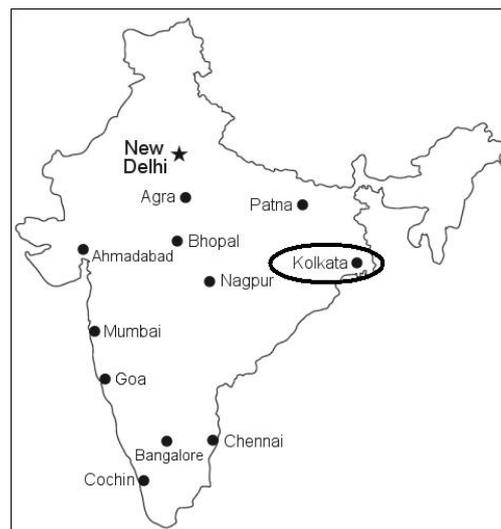


表 1 インドと日本との比較

	人口 (2008)	人口年平均増加率 (2005 ~ 2010)	GDP (2007)	GNI (2006)
インド	11 億 8600 万人	1.5%	2 兆 9890 億ドル	3 万 2840 ドル
日本	1 億 2800 万人	0.0%	4 兆 2900 億ドル	2460 ドル

■ 私の中のインド

歓喜と混沌の街。私がインドに来て最初に抱いた印象はこうだった。ただ喧騒と表現するよりは、ずっとインドのことをよく表しているのではと思う。街は多くの人で溢れかえっている。絶えず鳴るタクシーのクラクション、足早に通るビジネスマン、街角でトランプに興じる人たち。それが一つになってインドという色彩を作っているようだった。先にも述べたように、インドにはさまざまな民族が存在し、宗教も多岐にわたる。その一つ一つが個性を保ったまま一体となっている。



写真はコルカタの安宿街・サダルストリートの一隅を写したものだ。颯爽と通り過ぎるタクシーの横で、男たちが道端で集まり何かに興じている。私には静穏と喧騒という相反するものが共存しているように感じられた。一見矛盾しているようだが、ただ、どちらのベクトルも歓喜へと向いているのだろう。不思議と違和感は覚えられない気がする。



ヴィクトリア記念堂。他にも統治時代の面影を残す建物が多く存在する

インドは暑く、汚く、そして騒がしい。それでもインドが嫌になることはなかったし、そう感じたのも私だけではないだろう。そこにこそインドの魅力があるのかもしれない。

■ コルカタの歴史

私たちが活動を行ったのは、インド東部に位置する都市、コルカタである。ここではまず、コル

カタの歴史について簡単に紹介したい。

1690 年にイギリス東インド会社に取得され、1858 年～1912 年はイギリス領インドの首都であ

った。現在でも、ヴィクトリア記念堂やセント・ポール寺院など、統治時代の面影を残す建物が多くある。1912 年～1947 年まではバングラディッシュを含むベンガル地方の首都であり、独立後から現在まで西ベンガル州州都である。今ではムンバイにインド最大の都市の座を譲ったものの、なおインド第二の都市である。

このように、都市化が進むことによって、急激な都市人口の増加に伴い、生活環境が悪化し、また 1947 年の第 1 次インドパキスタン戦争、1971 年の第 3 次インドパキスタン戦争により、多くの難民が発生し、コルカタに流入したこともあって、路上生活者やスラムが多くなり、世界的にも貧しい人々が最も多く住む地域となった。

ボランティア

■ MOC について

神の愛の宣教者会 (Missionaries of Charity、以下 MOC) は 1950 年聖座⁸の認可を受けて、マザーテレサに設立されたカトリックの女子修道会である。「もっとも貧しい人々のために働くこと」を基本的理念とする。1952 年には最初の施設「Kalighat (死を待つ人々の家)」が設立され、現在、133 の国と地域で活動し、4500 人以上の修道女がいる。その目的は、貧しい人々に対する医療行為や食糧支援ではなく (もちろんこのような活動も行われているのだが)、貧しく見捨てられてしまった人々に、「あなたも、この世にのぞまれて生まれてきた、大切な人なのだ。」と伝えることである。

コルカタには、現在主な施設として以下のものがある。

- ・ Kalighat (死を待つ人々の家)
- ・ Prem Dam (第二の Kalighat)
- ・ Shishu Bhavan (孤児の家)
- ・ Shishu Bhavan Howrah (女性の家)
- ・ Daiya Dam (障害児の家)
- ・ Nabo Jibon (ブラザーの家)

私たちが普段ボランティア活動を行うことができるのはこれら 6 つの施設だが、他にもハンセン病患者への支援活動や、スラムでの食料支援活動も週に 1 度行われており、希望すれば参加することができる。



この階段を下りた先に Prem Dam はある

■ 実際のボランティア活動

私たちはこれらの施設のうち、Prem Dam で実際にボランティア活動を行うこととなった。Prem Dam は我々が宿泊していたサダルストリートから徒歩で約 1 時間、バスに乗っても約 30 分ほどの場所に位置し、すぐ隣にはスラムが位置している。男女合わせて 300 床ほどあり、コルカタにあるものの中では最大の施設である。最初に設立された Kalighat は男女合わせて約 100 床と規模が小さいため、Kalighat に入りきれない患者さんを Prem Dam に収容している。どのような基準で、患者さんをどちらの施設に収容するか選んでいるのかをシスターに伺ったところ、基本的にその患者さんの住む地域に近いほうに収容しているそうだ。身体的障害や知的障害、あるいはその両方を抱えた患者さんたちが収容され、ハンセン病や結核、肺炎などに罹患した人もおり、その症状は多岐にわたっていた。

⁸聖座：ローマ教皇庁のこと。ローマ教皇の下に全世界のカトリック教会を統率する組織。



上の写真をさらに奥から撮ったもの。Prem Dam の一帯はスラム街となっていた。

では次に、一体ボランティア活動で具体的に
どういふことを行ふのかを紹介したい。

早朝 6 時からマザーハウスでミサが行われ
ており、ボランティアは自由にこのミサに参加
することが出来る。ミサの後、7 時から朝食
の時間で、ボランティアにパンとバナナが支
給され、その後、それぞれが各施設へと向か
う。

ボランティア活動は大きく午前と午後に分かれており、午前は、8 時から 12 時までで、ま
ず施設の掃除と洗濯、トイレや入浴の介助などが行われる。10 時半にいったん休憩を挟み、
この時間にはボランティアにはチャイ（インドのミルクティー）とクッキーが支給され、
休憩用の東屋で他のボランティアたちとの交
流を楽しみ事が出来る。30 分の休憩のあとは、
昼食前の薬の介助と、食事の配膳・介助、さ
らに後片付けを済ませれば午前中の活動は終
了である。午後は 14 時から始まり、仕事の内
容は概ね午前と同じである。だが、掃除と入
浴介助がないため、午前よりは仕事の量が少
なく、そのため空いた時間を患者さんとのコ
ミュニケーションに回すことが出来る。午前
と同様に夕食の介助・片づけが終わればその
日のボランティアは終了となる。



ボランティアが休憩を取る東屋。マザーテレ
サの像が置かれていた。

ボランティアの現状

■ 感染症総論

まず問題点を述べる前に感染症について簡単に触れておく。

感染症とは、細菌やウイルスなどの病原微生物がヒトの体内に侵入・増殖し、何らかの症
状を呈するものである。感染経路は大きく分けて以下のものがあげられる。

- ・ 空気感染
飛沫核（直径 $5\mu\text{m}$ 以下）を介しての感染
- ・ 飛沫感染
口から撒き散らされる粒子（直径 $5\mu\text{m}$ 以上）による感染
- ・ 経口感染
糞便、尿、吐物などにより水系、食物、器物などを介しての感染
- ・ 接触感染
病原菌との直接・間接の接触により成立
- ・ 血液感染

血液を介する感染

ボランティア施設で注意が特に必要なものは、このうち空気感染、飛沫感染、そして接触感染である。空気感染・飛沫感染の場合は、患者さんから排出された飛沫核や粒子により、他の患者さんに感染するものと、ボランティアが感染しておりそれが同様に患者さんに感染するもの、また接触感染では、患者さんを介護した手や腕からほかの患者さんに伝播される、という可能性がそれぞれ考えられる。

また、ボランティア施設において特に注意が必要なものに日和見感染がある。日和見感染とは、本来ヒトに対して弱毒である病原体が、宿主の免疫低下時に感染をきたすものである。健康な人の場合には不顕性感染で発症せずに終わるが、これらが易感染性宿主に感染した場合には重篤な症状を起こすこともある。日和見感染は院内感染として見られる頻度が高い。

■ 施設の衛生状態

まず施設の第一印象なのだが、「思っていたよりはきれい」というのが正直なところであった。コルカタの街並みを見ると、そこらにごみが散乱し、牛や犬、カラスがそれに集っている、側溝で排泄も行われるのであたりには悪臭が漂う、といった状況であったため、施設内もこれと同様、あるいはさらに劣悪な環境かもしれない、と想像していた。しかし実際には、ごみは1箇所に集め処理しており、カラスなどの動物が寄り付かないように空砲を撃ち追い払っており、施設内で動物を見かけることはほとんどなかった。水道やトイレなどの施設も整備され、飲み水には浄水器付の蛇口から使用していた。奥には Serious Patient Room（重症患者の部屋）とよばれる部屋があり、施設の中でも特に介助が必要な患者さんたちが収容されているのだが、この区別は便宜上のものであり、感染防止が目的ではなかった。

また、ボランティアが使用するものは、エプロンとゴム手袋が用意されているのだが、どちらも洗濯・消毒の後に再使用されていた。特に、ゴム手袋は本来使い捨てるものなのだが、数が不足しているためにやむを得ず再使用されているようだ。

■ ボランティアの衛生管理

次にボランティアの現状を述べたい。ボランティアを始める際には事前に登録が必要であり、週に3回登録会が開かれている。このときに、長期でボランティアをしている人から説明を受ける（日本人に対しては日本人ボランティアが行う）のだが、そのときの注意事項では、ボランティアが感染症を起こさないように注意を促す、（具体的にはボランティア後にはシャワーを浴びてから食事をする、シラミに罹らないように髪をきちんと洗うということなど）ということはあるが、逆にボランティアが患者さんに感染させる可能性やその対策に関しては言及されなかった。実際に登録会でボランティアに説明をしたことがある人に聞いたのだが、説明にはあらかじめテンプレートが用意されており、それを読み上げるだけだそう。ここからは私の推測によるものなのだが、おそらく施設側としてもボランティアが感染症にかかり、それが原因でトラブルを起こすことを防ぎたいのではないかと思う。もちろん、せっかくボランティアしに来てくれた人たちが感染症にかかって欲しくないという思いも当然あるだろうが。また、ボランティアに対する健康診断なども行われてはいない。

では、実際のボランティア活動ではどうだったのか。ここで述べる例はあくまで私がボランティア期間中に会った人たちのものであり、ボランティア全体に対して言及しているわ

けではないことを断っておく。

ほとんどのボランティアは登録会での注意事項を守っており、エプロンを着用し、またトイレ介助の際など手袋着用がふさわしいと思われる場面では、きちんと手袋をつけていた。しかし、先にも述べたように注意事項というものはあくまでもボランティアが感染しないということを主体としている。ボランティアが感染させないということに視点を置いた場合にはどうなるだろうか。まずは手洗いの例である。ほとんどのボランティアの人たちは、活動終了後には手を洗っていたのだが、開始前や食事介助前など、手洗いをすべき場面で手洗いをしないという人がほとんどだった。また、トイレ介助をし、そのときに付けた手袋をしたまま食事介助をする、という人もいた。私が注意をしたときには、みなが素直に受け入れてくれ、決して悪気があるわけではなく、気づいていなかったただけであったように思われた。つまり、ほとんどのボランティアは感染症や医療の知識を持っていないのではないかと考えられる。

■ ボランティアの抱える問題点

ボランティアには大きく分けて2つの問題点がある。一つは知識の問題であり、もう一つは意識の問題である。それぞれについて詳しく説明したい。

I. 知識の問題

上記したように多くのボランティアは感染症や医療・介護の知識を持たずにボランティアに来ている。コルカタにボランティアをしに集まってくる人は多く、特に我々が訪れた8月は夏季休暇中ということもあって、世界中から多くのボランティアが集まっていた。私たちのような医学生・看護学生、なかには医師・看護師など医学に関する知識を持つ人々（もちろん私たちの持つ知識も十分ではないのだが）も多くいたが、大半は医療従事者や医学生・看護学生ではない、医学的な知識をあまり持たない人たちであった。MOCからも感染症やその予防策なども伝えられておらず、結果として先に述べたような手洗いや手袋の例が見られるのではないのだろうか。知識がないから気づけない、また本人に自覚がないので歯止めが効かない、実際に感染が起きてしまうと、医療施設ではなくあくまでもボランティア施設なので適切な治療が出来ない、という現状を是正しなければならない。

II. 意識の問題

ボランティア活動中に私が一番気になったのは、ボランティア開始前に手を洗う人はほとんどいないのに、みな終了後には手を洗うということである。そもそもボランティアとは、「自発性、無償性、利他性に基づく活動、またはそれに携わる人」を指す。しかし、彼らの多くは自分たちが感染しないような配慮はしても、感染させないということにはほとんど意識が行っていない。もちろん、彼らは手洗いの重要性には理解している。そうでなければ自分のために手を洗うということはしないはずである。この手洗いの例で、ボランティアたちの「無意識の利己的側面」が垣間見えるのではないかと思う。結局は貧しい人のために、と少しずつ自分のことを優先しているのではないだろうか？

次にその顕著な例をあげる。

ボランティアツアー

よく日本の旅行会社では、インドに限らず多くのボランティアツアーを目にする。私も滞在中多くのツアー参加者に出会った。彼らになぜツアーに参加しているのかを問うと、その理由の一つは安全性、もう一つは利便性であった。異国の地では何かと不安を抱えるだろうし、一人では心細いという人もいるだろう。彼らは、「安心感」をツアーに求めているようであった。

しかし、次のようなボランティアツアーの例もある。

「ボランティアツアーが人気なのは、就職に有利だから」これは旅行会社 HIS の澤田会長の言葉である⁹。

実際に、ボランティアツアーは一般のツアーに比べて、5万円～10万円ほど高くなっているそうだ。それでも人気なのは、ボランティアツアーが就職に有利だから。まさかこんな理由があるとは想定していなかった。例えば、何か貧しい人たちのためにしてあげたい、あるいはそこで得た経験を今後活かしたい、というのが一般的な理由だし、多くの人はそうだと思う。しかし、就職に有利だというのは端から自分のことしか考えておらず、貧しい人々を自分の就職のために利用しているのではないか。そんな人たちが一体どれだけ患者さんたちのために配慮できるか疑問である。ツアーに参加することがいけないとは思わないし、異国の地ではツアーでないと心細いという心情も理解できる。しかし、理由はどうであれ、例えば就職に有利だというものであっても、施設や患者さんたちにとってはボランティアの一人なのだから、その自覚をもっと持つべきである。



ボランティアツアーの一例

解決に向けて

■ 現地に適した対策

先にも述べたが、ボランティア施設では日和見感染が重要となる。現在日本において、米国 CDC ガイドラインが院内感染の予防策として広く利用されている。このガイドラインはスタンダードプリコーションとコンタクトプリコーションの2つの方法から成り立ち、スタンダードプリコーションとはすべての患者の血液、体液や排泄物は感染症のおそれがあるとみなして対応する方法で、これらに触れた後は手洗いを励行し、あらかじめ触れるおそれのあるときは、手袋、エプロンなどを着用するというものである。また、コンタクトプリコーションとは伝染性・病原性の強いものに関して、スタンダードプリコーションに追加して行われるものである。院内感染を起こしうる空気感染、飛沫感染、接触感染に対してそれぞれ次のような予防策がコンタクトプリコーションとして実施されている。

・ 空気感染

部屋に入るとき N95 マスクを着ける

⁹ TBS「がちりマンデー」に出演の際のコメント

個室隔離：部屋の条件 I.陰圧、II.1 時間に 6 回の換気、III.院外排気

・飛沫感染

患者の 1m 以内で働くときはサージカルマスクを着ける

個室隔離あるいは集団隔離あるいは 1m 以上離す

・接触感染

部屋に入るときは手袋を着用し、汚染物に触った時は交換する

部屋を出るときは外し、消毒薬で手洗いをする

次に手洗いの有効性である。表 2 は病原となる微生物に対する消毒薬の効力である。ボランティア施設では界面活性剤が使用されていたのだが、結核菌やウイルスなどに対しては不十分と考えられる。消毒用エタノールなどは、日本では医薬部外品として安価に購入することが出来るので、必要に応じて消毒薬を持参したほうがいだろう。また、先にも述べたように施設では手袋も使い回しされているので、ゴム手袋も各自用意していくべきである。

表 2 微生物別に見た消毒薬の殺菌効力

区分	消毒薬	一般細菌	結核菌	真菌	ウイルス	HBV
高水準	グルタルアルデヒド					
	過酢酸					
	フタラール					
中水準	次亜塩素酸ナトリウム					
	アルコール					
	ポビドンヨード					
	クレゾール石鹼				×	×
低水準	第四級アンモニウム塩		×		×	×
	クロルヘキシジン		×		×	×
	両性界面活性剤				×	×

施設の現状を考えたときに、陰圧室で隔離したり、N95 マスクを着用したりするという予防法は現実的ではないだろう。しかしスタンダードプリコーションにある、「すべての患者の血液、体液や排泄物は感染症のおそれがあるとみなして対応する方法で、これらに触れた後は手洗いを励行し、あらかじめ触れるおそれのあるときは、手袋、エプロンなどを着用する」という考え方はボランティア施設においても十分実行可能な手段ではないかと思う。実際にどれだけボランティアによって感染症が媒介されたかは分からない。あくまでも、媒介される可能性がある、という話である。ただ、それが患者さんにとって脅威となるというのは事実であるし、そういう可能性がある以上、感染防止に努めるべきである。

■ アプローチ法

感染防止にスタンダードプリコーションを用いる。では次にそれをどのように広めていくかということである。その手段として、一つは医学生のコミュニティーを利用する、もう一つはマニュアルの作成である。

九州大学のほかにも私たち熱研と同じような国際保健に関わるサークルというのは多く存在し、実際に交流する機会も多い。そして彼らの中にインドへボランティアに行く人も多くいる。医学生のコミュニティーに感染予防の重要性を訴え、実際にインドで活動を行う人たちに、他のボランティアに広めてもらう。私自身も、現地で他のボランティアたちと多く交流を持つことが出来たし、実際に彼らに注意を促す場面もいくつかあったのだが、嫌な顔をされることもなく、皆が受け入れてくれた。医学生という立場を利用すれば、他のボランティアたちに予防策を広めることは、決して難しいことではない。

ただ、この手段ではボランティア全体に広めることは難しいだろう。施設も多くあり、学生が行ける時期というのにも限られている。また、伝言ゲームのように伝えてしまうと、どこかで情報の伝達に齟齬が生じるかもしれない。それを解決するために、感染予防に関するマニュアルを作成する。文章や図表で表せば、人から人へ伝えるときにどこかで間違えて伝えることも少ないだろうし、説明されるほうもそのほうがわかりやすいだろう。また、マニュアルを作れば実際に誰かが現地へ行かなくとも、マニュアルさえあれば予防策を伝えることも出来る。例えば、ボランティアツアーを行っている旅行会社などの協力を得て、ツアーに参加するボランティアにマニュアルを配布してもらう、という手段をとるなどすればより多くの人たちに、感染症の重要性とその予防策を広めることが出来る。

おわりに

■ 邂逅

ボランティア活動にもなれはじめた頃、いつものように Prem Dam へとボランティアに向かい、始めに患者さんたちに“今日も来たよ”とあいさつして回ると、ある患者さんが顔の前で手を合わせた後、隣のベッドを指差し、そして指を上へと向けた。最初はこれが何を意味していたかが分からなかったが、確か隣にいたのは、肺炎を起こし高熱を出しており、非常に苦しそうにしていた患者さんだったことを思い出し、理解した。きっと彼は亡くなってしまったのだろうと。前日、帰り際に僕が“また明日来るからね”と言うと、優しく微笑みかけてくれた彼はもうそこにはいなかった。最後に見た彼の笑顔は、僕が知らないところに在る痛みや悲しみに裏打ちされたものなのかも知れない。一体僕はその見えない側に対してどれほどの配慮ができただろうか。彼の悲しみや苦しみをどれだけ取り除くことができただろうか。今でもこのことが心残りである。

結局、2週間のボランティア活動中に4人も患者さんの死に出会うこととなった。

■ 利己的な私とボランティアの本質

先ほど私はボランティアは利他的であるべきだと述べた。しかし、活動中のことを振り返ると、患者さんのためにといいつつも、どこかで自分のためにやっている私自身に気がついた。患者さんのために何かをしてあげているという、自身の満足のためにボランティア活動をしていたのかもしれない。

ボランティアが利己的ではない、という嘘になるだろう。ただ、その根底に「貧しい人々のために」という思いがあるのもまた事実ではないだろうか。その思いが、利己的側面から

くるのかどうかは分からないが、いずれにせよボランティアというものは利己的かつ利他的であるのかもしれない。しかし、ボランティアとは「自発性、無償性、利他性に基づく活動、またはそれに携わる人」である。利己的であってもボランティアかもしれないが、利他的でないボランティアというのはそもそもボランティアではないのではないか。「貧しい人々のために」というボランティアの本質が見失われつつあるかもしれない。

謝辞

生物学者、ジョージ・ウォールドは、自らの研究を「狭き窓」のようなものだといっている。窓といっても—

「ちょっと離れると、ただの光のもれる裂け目に過ぎない。だが、近くへ寄れば寄るほど視野がひらけ、ぴたりと目をつければ、ほかならぬこの狭い窓から全世界が看破できる。

今回の活動では、実際に現地へと赴き、2週間のボランティア活動を通して多くのことを学んだ。今まで見ることの出来なかったものも、「狭き窓」に近づくことで、非常に多くの経験を得ることが出来たのではないかと思う。

この活動に際して、いろいろと助言をしていただいた、細菌学教室の藤井准教授にはこの場を借りて感謝の意を表します。また、インドビザの取得に協力してくれた叔父や経由地のタイでお世話していただいた熱研OBの坂本宗八氏とその妻のメイさんにも深くお礼を申し上げます。

そして、短期間のボランティアでどれだけ役に立つことが出来たか分からないけれど、そんな私たちを暖かく受け入れてくださった、PremDamのブラザー、シスターそして患者さんたちに感謝いたします。一時も早く貧困で苦しむ人たちがいなくなり、すべての人が愛と安らぎに満ちた生活を送れるようになることを強く願います。

参考文献

-
- [1]井上栄、感染症、中公新書
 - [2]NavinChawla・三代川律子訳、マザーテレサ愛の軌跡、日本教文社
 - [3]吉田眞一・柳雄介、戸田新細菌学、南山堂
 - [4]イヤート 2009、メデックメディア
 - [5]国連人口基金、世界人口白書 2008、2008
 - [6]Maps of India <http://www.mapsofindia.com/>
 - [7]地球の歩き方 / 海外ボランティア
<http://www.arukikata.co.jp/volunteer/interchange/36ZAAB.html>
 - [8]Mother Teresa of Calcutta Centre <http://www.mootherteresa.org/>