

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 50 期 活動報告書

2015

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu University

目次

会長あいさつ.....	2
総務あいさつ.....	4
2015 年度部員一覧.....	5
年間行事.....	6
活動報告	
慢性疾患班.....	8
ER 班.....	30
台湾班.....	48
ラオス班.....	57
バン格拉デシュ班.....	80
会計報告.....	96
ご支援してくださった先生方.....	97
連絡先.....	98

会長あいさつ

第 50 期活動報告書に寄せて

熱研も創立以来 50 年が経過した。感慨もひとしおである。

手元に 50 期の活動報告書がある。年を追う毎に報告書の質・量ともに間違いなく充実してきた。

今年度の活動報告は、「慢性疾患班」、「ER 班」、「台湾班」、「ラオス班」、「バングラデシュ班」の五つ。従来からの熱帯地域への訪問に加え、近年は国内における医療問題にも取り組む姿勢が目立っている。以下に寸評を述べる。

慢性疾患班

慢性疾患班は糖尿病を対象とした。慢性疾患専門看護師・患者・臨床心理士・医療社会学者・医師・患者会と糖尿病に関わる多方面の方々との対話の中から、「医療者も環境と立場、年齢で患者の味方が異なること」、「医師は病気を、看護師は生活を重点的にみる傾向があること」、「謙虚さと信頼の重要性」、「チーム医療としての取り組み」、「セルフケア能力への洞察」など広い視点からの調査活動を行った。とりわけ、医療者側の立場が変われば患者の見方や接し方が異なるという点は、診療科横断的対応やチーム医療の充実に伴って様々な方面でも注目されている点であり、考えさせられる。

ER 班

ER 班は救急医療の日米比較を行った。我が国の救急医療の歴史が交通外傷対応に始まったこともあり、外科医中心で重症患者を対象とすること、1 次～3 次救急というランク分けをすることで病院の機能分担を行っているのが特徴である。一方、北米型救急医療は研修医中心の陣容で、成人から小児、軽症から重症のすべてをカバーしている。その分患者の待ち時間は長い、若手医療者にとっては救急医療の学びの場として人気は高い。しかし、多くの医療従事者の配置と各診療科の協力なしには成立しがたいという側面もあるようだ。

我が国は北米型救急医療についてもっと学ばねばならないのであろう。とはいえ、救急医療に対する意識・環境・対応の在り方、あるいは定義そのものが、両国間でかなり異なるため単純な比較は難しい点があるようにも見受けられた。日本型 ER の調査も同時に実施していればなお良い調査になったであろう。

台湾班

台湾班は台湾における重粒子線の導入とその影響について調査をした。同時に緩和ケアやホスピスにも関心を寄せ調査を行った。EDEN 財団、台北の VG ホスピタル、ホスピス

を訪問し、重粒子線という壮大な未来医療機器とホスピスというがんの終末期受け入れ医療機関との、繋がりそうにないものの連関に思いを寄せている。挑戦的な試みと感じた。

ラオス班

ラオス班はラオスにおける学校保健の現状調査に赴いた。初等教育の普及に反して、中等・高等教育は不十分という。ラオス班は、地域における国際協力活動経験を有する医師と国際協力 NGO の協力の下、ISAPH、地域の小学校、地元在住の日本人など多彩な方面からの情報を入手していた。一方で、学校というこれまで訪問対象として来なかった対象を訪問する際の課題についても触れていた。ここでの経験や情報をどう活かすかが今後の課題であろう。

バングラデシュ班

バングラデシュ班は非営利団体との共同で無医村における生活習慣病の検診と診療を提供する portable health clinic (PHC) という活動に参加した。発展途上国にあっても生活習慣病が課題となっており、それを IT を活用した簡易診療所に対応するというというのはある種の驚きである。単なる医療の提供ではなく、職として提供するモデルは非常に参考になる。既存の医療展開モデルへの参加ということであったが、学ぶところは多かったような気がする。

それぞれに、創意、工夫、苦心の跡が見られた。今年も全員無事に帰還したことを嬉しく思う。ご苦労様。

思うところ、感じるところは多かったことであろう。経験をどう活かすか、じっくり考えて欲しい。性急に結論を出す必要はない。

九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野教授
中西洋一

総務あいさつ

本年度も皆さま方に、第 50 期の熱研の活動報告書をお届けすることができました。部員たちが無事に、本年度の活動を終えましたことと合わせてご報告いたします。

私自身は、この熱研において、独自の興味に対し主体的・探検的に取り組み、「実際に現地に行ってしか得られないこと」を旅先に求め、それを主たる論拠として、活動報告により他者の心を動かす、ということに眼目を置き、取り組んできました。これらが達成されれば、それら一連の経験・知見は各班員、その他多くの人に、かけがえのない一生モノの学びをもたらすはずだと信じてきました。しかし熱研の活動は、少なくとも私にとってはきわめて困難なものでした。実際、本年度の 5 つの活動班においても、やはり班ごとにそれぞれの困難はありました。しかし、そうした中で、「自分一人ではどうにもならない」という感覚を味わって初めて、助け合い協力することの意義を学ぶ部員も、私含め存在するようでした。人と人が交わるときに学びが生まれる。そう感じる瞬間が何度かありました。学生たちが学年等の垣根をこえて、ともに旅先の風を味わい、これでもか、というくらいに深く議論できる。そんな仲間がいるこの熱研という環境が、今日の私たち学生にとっては、あまりにも貴重な経験のように思えてなりません。

常々私たちの活動にご理解いただき、暖かく支えてくださいました本会会長の中西洋一教授をはじめ、熱帯医学研究会 OB・OG の皆さま、その他私たちの活動・運営においてお世話になった方々に、略儀ながら、厚く御礼申し上げます。誠にありがとうございました。

今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしく願いいたします。

九州大学医学部医学科 4 年
池田隆史

2015 年度 部員一覽

医学科 6 年	宮原敏 案浦花奈子 磯崎祐希 久保山雄介 深水倫子	生命科学科 2 年 放射線 2 年 看護 2 年	山本雅士 松原圭佑 野崎航平 萩尾美奈
医学科 5 年	金光芳樹 喜多貴信 妙中隆大朗 松水和徳	医学科 1 年	赤木健哉 岩村成蒨 金子和樹 河村真理 齋藤智晴 佐藤康人 宋顕成 久恒慶地 眞崎亮浩 水木雅人 村上一朗 山川良太 米川耕太郎
D2	佐々木大貴		
医学科 4 年	池田隆史 岡毅寛 橋本雄介 深澤和憲		
生命科学科 3 年 看護 3 年	笠間健太郎 小林千賀子 高張謙介	生命科学科 1 年 看護 1 年	尾形一誠 有田智美 畠山敬伍 福谷成美 染矢梨緒 宝珠山桃子
医学科 2 年	貞賀泰孝 武井祐樹 猪島直樹 門松英 窪田義己 新宮直人 谷口法隆 多和田真之介 知識裕喜 寺戸大祐 中根弓那 中村拓也	放射線 1 年 検査 1 年 臨床薬学科 1 年	浦嶋翔大 前田遥香

第 50 期年間行事

1月		
2月	5日,25日	NEKKEN Workshop
3月	22日	追い出しコンパ
4月		新入生歓迎活動
5月	30日~31日	九重合宿
6月	21日	前期総会
7月	12日~13日 23日	山口大学合宿 海外安全セミナー
8月 9月 10月 11月	21日 18日~22日 19日 1日	慢性疾患班活動
7月 9月	24日~25日 11日 21日~22日 30日	E R 班活動
8月	21日~27日	台湾班活動
7月 8月 9月	25日 1日 21日~23日	ラオス班活動
8月	19日~31日	バン格拉デシュ班活動
10月	17日	山口大学活動報告会
11月	1日 8日 21日~22日	慢性疾患班活動 後期総会 幹部交代式 九大祭
12月	13日	産業医科大学活動報告会

慢性疾患班

活動目的

慢性疾患とどのように向き合い、治療していくことが望ましいのかについて、医療者へのインタビューや患者会への参加を通じて考察する。

活動場所

日本 福岡県福岡市	九州大学病院、タニタ食堂
久留米市	聖マリア病院
京都府京都市	京都大学
滋賀県大津市	龍谷大学

活動期間

2015年8月21日（福岡）

2015年9月18日、22日（京都、滋賀）

2015年10月19日、11月1日（福岡）

班員

深澤 和憲	(九州大学医学部医学科4年 班長)
池田 隆史	(九州大学医学部医学科4年)
武井 祐樹	(九州大学医学部医学科2年)
齋藤 智晴	(九州大学医学部医学科1年)
村上 一朗	(九州大学医学部医学科1年)
染矢 梨緒	(九州大学医学部保健学科放射線技術科学専攻1年)
福谷 成美	(九州大学医学部保健学科看護学専攻1年)
前田 遥香	(九州大学薬学部臨床薬学科1年)

Abstract

慢性疾患とは「長期に渡りゆっくりと進行する疾患」のことを指す。糖尿病をはじめとした多くの生活習慣病や関節リウマチ、膠原病などがこれに含まれる。日本人の平均寿命が延びていることもあり慢性疾患を抱えて生活をしている人も増えている。慢性疾患を治療していくということは現在の医療において重要な課題であると言える。

突発的に発症し、治療を施せば完治が見込める多くの急性疾患と異なり、慢性疾患では長期間に渡って継続的な管理が必要となるため、患者にとって負担が大きく、治療中断など様々な問題が起きている。

患者にとって望ましい治療形態とはどのようなものなのかを考察するべく、本活動では糖尿病専門医や慢性疾患専門看護師ら専門家へのインタビューや九州大学病院の糖尿病患者会である三糖会友の会への参加を行った。

第1章 はじめに

第1節 慢性疾患とは

(福谷)

長期的な疾患の総称で、多くは複数の原因から発症する。病気の進行度合いによっては、患者の生活にきわめて侵害的でもある。治療には患者自身の継続的な努力も必要とし、医療者の補助的サービスも重要となる。健康だと思える人でも病気であることがあり、急性疾患と比べると病気の特定が一見不確かである。

病状の進行によって大きく3つに分類される。

1. 経過が緩慢な慢性病

例：糖尿病、高血圧

病状が穏やかで、初期症状においても表面に現れにくい病気が多い。病状の悪化は数値で初めてわかることが多いため、患者本人が病気であることを自覚しにくい。放置してしまうと合併症を引き起こし、体に多大な悪影響を及ぼす。食事療法や運動療法、薬物療法といった患者のセルフケアにより、病状の悪化を防ぎ、穏やかに進行させることが可能。

2. 増悪・緩和を繰り返す慢性病

例：膠原病、関節リウマチ、慢性呼吸器疾患、心疾患

悪化や一時的な緩和を繰り返しながら、病状が進行していく。初期症状は分かりにくいものが多く、急激な悪化により気づくケースが多い。完治がしにくい、病気の発見が早期であるほど全体の治療期間や薬の投与など少なく済ませることが可能である。患者のセルフケアとしては病気の変化に合わせた生活を送ることが大事である。治療法としては、薬物療法、リハビリテーションを行う。

3. 遂行性の慢性病

例：肝硬変、難病、慢性腎不全

徐々に進行し、重度の生活障害と生命の危険に陥りやすい。生活習慣が原因で起こる病気の場合は、患者は生活に大きく制限をかけられる。また、その病気に対する有効な治療法が見つかっていないことから対症療法や、患者の負担が大きい場合、手段として人工臓器、臓器移植を用いる。臓器移植の選択には、拒絶反応などのリスクや、親族のドナーを必要とするなどの負担も伴う。

第2節 慢性疾患における問題点

(福谷)

治療が生活の一部になることから、患者やその家族には次のような負担が予想される。

まず、身体的負担や生活の変化である。仕事や学業で休むことができないことや、治療の継続、その副作用も負担になる。また患者一人では日常生活が困難な場合は、患者の身近な人の介助も必要とし、その労力や時間といった負担もかかる。

患者の心理的な面では、病気の回復の目途が立ちにくく、症状も短期間で変化が現れないため、患者は将来的なビジョンが見えず不安に思う。また、自分だけが治療し続けなければならない

いことや、周りに理解してもらえないことで確執も生まれてしまう恐れがある。

また、経済的負担もあり、働くことができないことから、収入が減り、治療費や入院、通院費もあるため、生活が苦しくなる。

以上のような身体的、心理的、経済的に負担を抱えるために、治療を継続して行うことは困難である場合もある。急性疾患との治療の違いとして、慢性疾患は患者自身が医師の治療方針に従い、任せるのみではなくて、患者が治療方針を選択し、コントロールする必要がある。治療の継続も患者の意思に依るものが大きい。しかし、糖尿病の患者の内3~4割が治療の中断や受けておらず、治療を中断した患者は、合併症を発症してから、受診を再開することも多い。そうした病気を未然に防げていない問題がある。継続ができない理由には、忙しいといったものもあるが、患者が病気について間違った認識や対処をしてしまってもいることも大きい。医療者側は、診察では患者の病気に関わる部分しか見えないという問題があり、その原因で、生活指導についての患者への説明が上手く行われてないのではと考えた。医療者の課題として、患者にあった治療方針を提示し、患者へのサポート体制についても、診察以外の場面で、医療者同士の連携を活かすことが必要だと考えられる。

第2章 慢性疾患の中の糖尿病

第1節 糖尿病の基礎知識

(武井)

今回の活動では、慢性疾患のモデルとして糖尿病を扱うことにした。第1節では、糖尿病の定義・病態・治療について説明する。

糖尿病は「インスリン作用不足による慢性の高血糖状態を主徴とする代謝疾患群」と定義される。主徴は慢性高血糖であるが、病態に膵β細胞、肝臓、骨格筋、脂肪組織、中枢・末梢神経など多くの器官が関わり、これらの器官において糖代謝の調節がうまくいかなかった結果様々な合併症を引き起こし、個々の臓器における糖代謝の異常が統合した慢性疾患群と捉えることができる。

成因は多様であるが、遺伝要因と環境要因に大別され、両者の比重は糖尿病の型によって、また同じ型でも個々の症例によって異なってくる。成因による型の分類として、膵β細胞の破壊が原因であるⅠ型糖尿病、インスリン分泌低下または細胞のインスリン抵抗性のためにインスリン作用不足に陥るⅡ型糖尿病、その他遺伝因子やほかの疾患・条件に伴うもの、妊娠時に見られる妊娠糖尿病がある。以下、代表的に扱われるⅠ型、Ⅱ型糖尿病について説明する。

Ⅰ型糖尿病は主に若年層に見られる。発症機構によってさらに分類されており、自己免疫を基礎にして膵β細胞が破壊される場合をⅠA型、自己免疫によらない特発性のものをⅠB型と呼ぶが、ⅠB型については成因がはっきりしていない。Ⅰ型糖尿病では膵β細胞におけるインスリン作成が不足するため、インスリンの絶対的不足に陥り、口渇、多飲、多尿、体重減少などの症状が急に起こり、最悪の場合、短期間での血糖値の異常な上昇により昏睡に陥る(糖尿病昏睡)。そのため、治療としては注射による強化インスリン療法が主となり、加えて食事療法、運動療法を行っていくことになる。

Ⅱ型糖尿病は中高年層に多く見られ、日本の全糖尿病患者数の約 95%を占めると推測されている。Ⅱ型糖尿病では、肥満や運動不足により筋肉、脂肪組織、肝臓などの各器官におけるインスリン受容体の感受性が弱くなり、インスリンがうまく機能しないこと(インスリン抵抗性)に加え、遺伝要因による膵臓ランゲルハンス島におけるインスリン分泌障害も関連して血糖を上昇させる。遺伝要因だけでなく、生活習慣要因、外部環境要因も大きく関わってくる、いわゆる生活習慣病であるといえる。Ⅱ型糖尿病はⅠ型糖尿と異なり、症状がゆっくりと進行するため、自覚症状に気づきにくい。したがって、初めて診断された場合も実際は何年もたっていることが多く、早期でのコントロールが難しい疾患であるといえる。治療は食事療法、運動療法による生活習慣改善が基本で、重度の場合には経口薬や GLP-1 受容体作動薬、インスリン治療を行う。

前述したように、糖尿病は様々な臓器・器官における疾患群といえる。高血糖状態が続くと全身の合併症が起こる可能性が高くなる。糖尿病に特有の合併症として、細小血管が詰まることにより起こる細小血管症があり、網膜の血管に異常が起きて視力障害を引き起こす「糖尿病網膜症」、高血糖のために尿中の蛋白質が増加し腎機能を低下させ、最悪腎不全や尿毒症などを引き起こす「糖尿病腎症」、神経が障害されて感覚麻痺、痛みなどを生じる「糖尿病性神経障害」は、まとめて「糖尿病の 3 大合併症」と呼ばれる。また、大血管における動脈硬化を引き起こし、脳卒中、心筋梗塞、末梢性動脈性疾患などが起きる、感染症にかかりやすくなる場合もある。特に代表的なのが、血流障害や感染症により足に炎症ができ、また神経障害のために足の感覚が鈍くなり炎症や傷の進行に気づかず、皮膚の壊疽まで進むことである。これらの合併症はある程度進行していると血糖のコントロールが良好でも必ずしも改善するとは言えず、早期における血糖コントロールが重要となる。

第 2 節 糖尿病の問題点

(武井)

今回糖尿病を研究モデルとした理由は以下の 2 つである。

まず 1 つは、糖尿病が日本やその他先進国にて代表的な慢性疾患となりつつあることである。我が国において糖尿病患者数は増加を続けており、特に近年メタボリックシンドロームという言葉が広まっているように、肥満に伴い生活習慣病であるⅡ型糖尿病が大きな問題として扱われている。厚生労働省の「2012 年国民健康・栄養調査結果」によると、日本全国 475 地区を対象とした調査結果に、総務省の「人口推計」の全国人口を乗じて推計値を算出したところ、糖尿病が強く疑われる人(糖尿病)は約 950 万



図 1 2012 年国民健康・栄養調査結果(厚生労働省)

人と、前回の 2007 年の調査から約 60 万人増加したことが分かった。この調査においては糖尿病の可能性を否定できない人(糖尿病予備群)は減少したため、「糖尿病」と「糖尿病予備群」の合計は前回より減少したが、過去の統計と比べても、その値は増加していることが分かる。

また、11月14日の世界糖尿病デーに合わせて国際糖尿病連合(IDF)が発表した「Diabetes Atlas 2015」によると、世界の糖尿病人口は爆発的に増加しており、2015年において患者数は4億1500万人、前年より2830万人増加した。さらに、20~79歳の成人の糖尿病有病率は8.8%であり、これは11人に1人が糖尿病有病者であるということを示している。図2に示す世界の糖尿病人口の地域別分布からは、糖尿病の型までは判別できないが、糖尿病は国内においても世界においても現在大きく問題視されている慢性疾患であることが分かる。

2つ目の理由が、糖尿病がより患者の日常生活と接点がある慢性疾患であると考えたためである。生活習慣要因が大きな成因となるのはⅡ型糖尿病であるが、治療においては大半の型の糖尿病が食事療法、運動療法を用いる。今回の班活動において、私たちは患者の立場から慢性疾患を捉えることを目的とした。それにあたり、病院内だけの環境にとどまらず、患者の日常生活、職業、家族関係などを捉え、相手に寄り添いながら患者の治療形態を考えることに重点を置いた。そのため、今回の活動においては、患者の生活環境、特に摂食・運動といった生物としての生活の基礎ともいえる行動と密接なかわりを持つ糖尿病をモデルとして、患者に寄り添いながら治療を進めていく方法を学んでいくことにした。

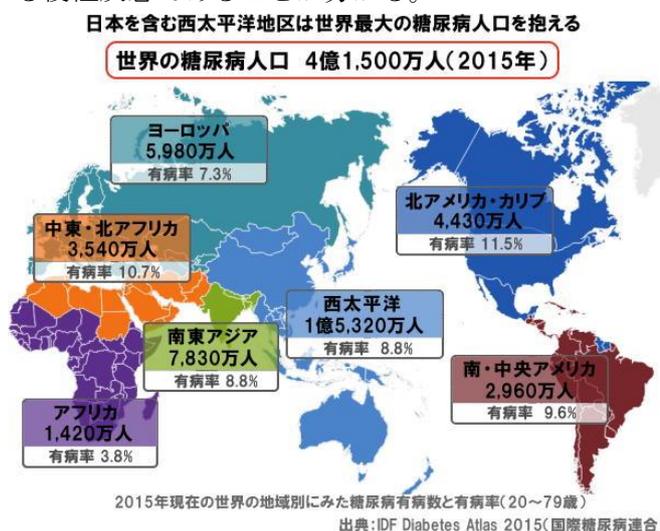


図2 地域別糖尿病人口

第3章 活動報告

第1節 桃坂真由美先生へのインタビュー

(村上)

第1項 インタビューの動機

今回、桃坂真由美先生のところへインタビューに伺った理由は、「患者の病気以外の部分を見る」ためにはどうすればよいのかを知りたい、というものであった。それを知るために、医療者の中で患者と直接関わる時間が最も長いと考えられる看護師の先生にインタビューに伺った。更にテーマが慢性疾患だったこともあり、慢性疾患専門看護師の方にお話を聞きに行った、という訳である。

この専門看護師というのは、まず一般の看護師免許を取得して数年以上の研修を積み(その内の一部は自分の専門分野についての研修であることが必要)、その後面接や自分の専門分野についての筆記試験を受け、それに通った人に与えられる資格である。そして、桃坂先生はこの専門看護師の内、慢性疾患を専門とされる方である。

第2項 インタビュー内容

インタビュー項目は大きく分けて次の7つがある。

- ① 治療によって患者がアイデンティティを喪失した場合の対処法について
- ② 患者が医療者の提供する治療方針を受け入れてくれない場合の対処法について
- ③ 病気について患者の家族に伝える場所について
- ④ 患者の生活を知る方法について
- ⑤ 患者の情報を医療者間で組織的に共有する場の有無について
- ⑥ 慢性疾患専門看護師と他の看護師との違いについて
- ⑦ 患者と医療者の病院以外の場での接点の有無について

桃坂先生の御回答

- ① 治療によって患者がアイデンティティを喪失した場合の対処法について

先生ご自身は治療に依るアイデンティティ喪失（例えば、足の怪我などによって車椅子生活を余儀なくされ、今まではできた事が出来なくなってしまう場合など）についての相談はあまり受けたことはないらしい。何故なら、糖尿病だと他の病気に比べて目に見える不便が少ないから、とのことだった。（但し、不便が少ないと言っても、日常的に自分の体にインスリン注射を打つことへの嫌悪感・不快感から、自分というものが揺らいでしまう場合などの例外もある。）

- ② 患者が医療者の提供する治療方針を受け入れてくれない場合の対処法について

自分達の治療方針を患者が受け入れてくれない時は、何故治療方針に従ってくれないのかを丁寧に聞く、とのことだった。例えば、インスリン注射を嫌がる患者の場合、注射を怖がっている、インスリンを体内に入れることに抵抗がある、などの理由が挙げられる。前者の場合は、患者に実際に注射器を見せて、恐怖感をなくしていく。また、後者の場合には、現在インスリン注射をしている他の患者を紹介して、二人で話をしてもらい、などの対応をされているようだ。それでも治療方針を拒む相手には、九大ではセカンドオピニオンを行っているので、他の病院を紹介しているようだ。

- ③ 病気について患者の家族に伝える場所について

そのような場は大きく分けて二つあるようだ。一つは入院時であり、もう一つは検査や治療法の説明の時、例えば、インスリン注射を開始するにあたっての説明や、栄養士が食事面での指導をする時などのようだ。

- ④ 患者の生活を知る方法について

患者の生活を知るためには色々な方法があるが、先生は患者を「見る」ことの重要性を力説されていた。具体的には、以下のような点について見ておられるようだ。

- ・表情→その人の感情が読み取れる。
- ・食事の残り具合→いつもより食事の量が少なくなっている場合、体調が悪化している可能性が高い。
- ・身の回りの整理整頓の様子→普段よりも散らかっていると感じた場合、精神的に何か変化がある可能性が高い。
- ・歩き方や足裏の状態→歩き方や足裏のタコなどを観察することで、その人の普段の姿勢・体重のかけ方を知ることができる。それによって、その人の普段の精神状態を考えることもできる。また、見る以外にも、患者の家での生活について聞くことで、治療が実行できるのかどうかを確認することも重要だ。
例えば、インスリン注射を一日に4回しなければならないはずだったが、仕事で外にいる時間が長いためそれができないと言う人がいた時は、一回当たりのインスリンの濃度を上げて注射の回数を減らすなどの対応をすることができる。

⑤ 患者の情報を医療者間で組織的に共有する場の有無について

そのような場は、九大病院では以下のような方針のようだ。

糖尿病の外来なら、週に一回カンファレンスがあり、そこで患者の情報を交換している。参加者の職種は、医師、看護師、薬剤師、栄養士など。また、数は少ないであろうが、最初から九大病院で診ている患者なら、各々の患者個人について情報共有がされているらしい。しかし、そうでない患者については、さすがに個人単位では情報共有をするのは難しいとのことだ。

⑥ 慢性疾患専門看護師と他の看護師との違いについて

専門看護師と他の看護師の違いについて質問したところ、専門看護師は前述のようなエキスパートである以上、同じ看護師内では指導的役割を担っているものと考えていたが、実際は病院内でそこまで目立っていないらしい。その理由は、専門看護師自体の知名度が現在あまり高くない、というものであった。桃坂先生は「専門看護師は他の看護師とは違った視点を提供できるが、その内容を理解できる人は少数である」と仰っていた。それもあってか、先生は同じ職場で働く人から他の看護師と同様に思われているようである。しかし、慢性疾患専門看護師という資格は2004年に作られた（日本看護協会のHPによる）まだ新しい資格だからあまり認知されていないだけで、これからもっと知名度が上がっていくのではないかと個人的には考えている。

⑦ 患者と医療者の病院以外の場での接点の有無について

患者と医療者には医療機関以外での接点があるのかどうかを質問したところ、九大病院では「患者会」というイベントがあるとのこと。参加者は医師、看護師、患者さんが主なようだ。そこでは、医師と患者、看護師と患者、患者と患者の交流があり、内容は、一緒に食事、運

動、ゲームをする、というもので、会場は病院外のどこかで毎回変わるらしい。後述するが、我々もその内の一つに参加してきた。

その他に上記の項目には書ききれなかったが、先生がしてくださった話と、ある患者から偶然聞いた話があるので、ここでは一つずつ記しておく。

まず、桃坂先生の話は、「医療者によって、患者への視点の持ち方は個々人で異なる」という内容であった。何故視点が異なるかについては、その要因の数は無限にあるものと考えられるが、先生が紹介されていたのはその内の「年齢」と「医療者の職種」だった。

・年齢による視点の違いについて

20代 患者を身の回りの誰かと関連付けることが難しいので、あまり実感が湧かず、あくまで「病院の患者」としか見ることができない存在（自分が病気になったり、誰かの死を経験したりした人は除く）

40代以降 患者と自分の親を同一視する傾向にある人が増えてくる。

・職種による視点の違いについて

例えば、医師と看護師の違いなら、医師は患者の病気の部分に、看護師は生活者としての部分に注意が向かいやすい。これは、受けてきた教育の違いによるところが大きい。そのようなことは他の職種間にも成り立ちうる。

次に、偶然話を聞くことができたある患者の話である。

「今まで、大きな病気にかかったことはなく、病院の世話になった事はなかったが、ある時大病を患い、仕事を休んで入院せざるを得なくなった。そして次第に鬱々した気分になっていった。しばらくして病状が回復したので職場に復帰したものの、居づらくて遂に辞めるに至った。そして家に居ることが多くなり、ますます閉鎖的な気分になる。『このままではいけない』と思い、最近では気持ちを奮い立たせようと意図的に外に出ることが多い。しかし、こう思ってもすぐに気が萎えてしまう。親しい人との交流時などは気が安らぐが、やはり落ち込みがちである。」という話であった。

この話を聞いて考えたのは、病気になると今までとは周囲のものへの捉え方が変わってくることが多く、その状況にいかに対応するか、また、開き直るかが重要なように感じた。そのために医療者ができることは、病気を抱えた患者に対し、「その状態は恥ずべきものではない」という姿勢を見せることではないだろうか。例えば患者に対してそのように言葉で伝えるのも一つの方法である。また、「少なくとも医療者はそう思っている」ことを伝えるため、日頃のやり取りの中で健常者と同様に扱うことも一つだと考えられる。

以下では臨床心理士の皆藤章先生の訪問について、まず訪問に至る経緯と活動目的を述べ、次に訪問により得られた知見から、判明した課題を提示している。

第 1 項 慢性疾患としての糖尿病

まず糖尿病治療における目標を確認する。科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン(日本糖尿病学会編 2010)によると、“糖尿病治療の目標は、糖尿病症状を防ぐことはもとより、糖尿病に特徴的な合併症、糖尿病に併発しやすい合併症の発症、増悪を防ぎ、健康人と同様な日常生活の質(QOL)を保ち、健康人と変わらない寿命を全うすることにある。”とのことである。これは一言でいえば、「糖尿病をうまくコントロールしていく」ということを意味する。しかし、その“うまくコントロールしていく”ということは、医療者にとって容易ではない。なぜなら慢性疾患なる糖尿病が“患者の自己管理の寄与・負担が極めて大きい”という特徴をもつので、医療者自身だけがどう頑張ってもどうにもならないような部分があるからである。生活習慣病とも呼ばれる通り、糖尿病患者自身がふだんの生活の中で、“自主的に”糖尿病をコントロールしていか“ねばならない”のである。したがって、医療者には、治療の主体である糖尿病患者の心理社会的側面に配慮することが求められるといえる。科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン(2010)にも“患者との信頼関係の上に心理社会的側面を理解し、開かれた質問などを用いて患者の主体性や参加を引き出し、療養上の問題解決や十分な情報を得たうえでの選択や決断を支援することは有効である”とある。

第 2 項 患者の抱える困難

糖尿病患者はとくに診断時に強い心理的ショックを感じるといわれる。DAWN STUDY という糖尿病患者に対する大規模なアンケート調査の 2001 年の結果によると、「糖尿病と診断された時どのように思ったか」という質問に対して、I 型糖尿病の診断時は「はじめは信じられなかった」「憂うつになった」など、受け入れられず、また不安になったとの回答がある。II 型糖尿病では「ちゃんとしてこなかったことに罪悪感を感じた」という回答がみられた。ただし、糖尿病と診断された患者の皆が皆ショックを受けるわけではない。「もっとひどい病気かと思っていたのでほっとした」という回答もあるし、糖尿病療養指導の手引きによれば、“発症時の心理的反応は、通常半年以内に収束にむかう”とされる。しかしその一方で、“一部の症例においては、心理的反応が継続し、糖尿病コントロールに必要な自己管理行動がおこりにくい症例がある。”という。自分の生活の中に糖尿病治療をうまく取り入れるため調整をすることに困難を感じる人々も一定数いるようだ。

次に診断後の治療を継続することが必要とされる期間に目を向けてみる。糖尿病治療において、以前は「てこずり糖尿病」という言葉があったという。そのマイナスなニュアンスもあって、不適切で、現代ではほとんど使われない表現となっている。しかし筆者には、時として問題とされるような事態を、この言葉がよく反映しているかのように思える。つまり、その表現は、医療者側の立場から糖尿病患者を見たときの、そのように判断してしまいたくなるような状況をよく表しているように思えるのである。糖尿病は自己管理の寄与・負担が極めて大きいので、医療者側は、患者側に対して、糖尿病教育という医学の提案をして患者の病気に対する対処能力を

高めてきた。しかし、時としてそうした医学の提案は患者側から受け入れられない。いくら糖尿病教育しても、提案どおりに従ってくれない、あるいは通院してこない。そうしていても血糖コントロールなど症状の改善はできないので、症状はどんどん悪化する。てこずり糖尿病について、糖尿病の心療内科的アプローチ(瀧井正人著 2011)によれば、“医療者にしてみれば「自分たちは患者の将来を考えて最先端の知識と治療を提供している。しなければならないことは明らかなのに、なぜこの人はやらないのだろう」という思いが、わき上がってきます。”と述べられている。その結果、医療者側からは“「病気の受け入れが悪い」「コンプライアンス不良」「コントロール不良」「わがまま、未熟」「問題患者」”などの評価をしてしまうという。一方で患者側からは、“「医者は何もわかっていない」「無理なことばかり言う」という不信感や悔しさ、「医療者に怒られるのではないか」「馬鹿にされるのではないか」という恐れ、そしてそんないやな思いをさせる医療者に対しての怒り”が生じたと考えられる”とも述べられている。つまり、てこずり糖尿病のように、患者が医療者の指示を守らないとき、両者には、心理的なすれ違いが存在している。お互いがお互いを理解・信頼しあっている関係にあるとは言い難い状況にあることがあるようだ。

第3項 臨床心理士

私事になるが、昨年の代理出産をテーマにした熱研第49期インド班での活動で、福岡市内の生殖補助医療クリニックにおいて、体外受精の専門看護師が不妊症患者と治療方針についてのカウンセリングをするということもあれば、また別の部屋で“治療とは別の選択肢として”、臨床心理士によるカウンセリングのサービスも提供していることを知った。そこでは、クライアント(患者)の抱える悩みを、たとえばそもそも治療を続けるのかどうかを考えているような人でもその話を聴く。つまり、臨床心理士は(医師・コメディカルといった従来の)医療者とはまた別の立場から、患者と関わることができる可能性を持っているのではないかと考えていた。現在では、糖尿病治療において臨床心理士が支援チームの一員に加えられることはよくあるので、糖尿病治療において臨床心理士は一定の役割を担っていると考えられる。そこで今回は、臨床心理士というところの専門家から「医療者-患者関係における第三者的な、またこのころという観点からみた、客観的なアドバイス」を頂くことができれば、私たち将来医療者になる者たちが今後実際に慢性疾患を抱えた患者とふれあうときの教訓を得られるかもしれないと考えた。

第4項 桃坂先生訪問からの気づき

さらにもうひとつの今回の訪問における着眼点について述べておきたい。九州大学病院慢性疾患専門看護師の桃坂先生の訪問を通じて、班員のなかには、「桃坂先生の話聞いて、案外患者が、糖尿病と付き合うことについて、(想像していたよりはどうか管理できていた、それほど生活に支障ばかりが出ているわけではなかった、という面もあったので、)私たち学生としても逆に心配しすぎていたところもあるのではないか」という感想をもつ者もあった。もちろんのこと、患者を心配することは大切なことだ。というのも、医療者は、たとえば診察においても、患者が未知のリスクに曝されている以上、重大な疾患が隠れていないか、その可能性に鑑みて“心配して”問診する。これは患者の健康を守るためには、仕方ない、というより至極当然のことである。したがって、心配する(細心の注意を払い気遣う)ことは医療者として必須と考えられる。しかし、上記の班員の“心配”は、(必ずしも医療者が患者に向けるものと性質が同じも

のだとは限らないが)、私たちがその“心配”の反対の概念についても目を向けるヒントとなった。つまり、“心配する”という行動には“相手の能力を信じない”という意味も含まれることがあるので、その反対の意味である“相手の能力を信じる”すなわち“信頼する”ということについても考えるきっかけとなった。

そういうわけで、少し唐突ながら“信頼”について考えてみると、その“信頼”のうち、“患者が医療者を信頼する”という方向のことについては、医療者が患者の信頼を得るという目的のために、多く検討・実践されている。“患者が医療者を信頼する”ことは、患者にとって安心感をもたらす。一方で医療者も、診断に有用な心理社会的情報を聞き出すためには、自分が患者に十分に信頼されていないしなければならないことを知っている。さらに診断に有用な情報が共有されることは、より効果的な治療のきっかけとなりうるので、双方にとって有益である。そういうわけで、医療者は、“患者が医療者を信頼する”ことで生まれる双方のメリットを理解しており、またそれを達成するためのトレーニングも積んでいる。そうしたわけで“患者が医療者を信頼する”ことの必要性は明白であろう。そこで、私たちは、今回その反対の概念にも着目した。

「医療者が患者を信頼する」ということが、医療者と患者の関わり合いにおいてどのような意義をもつのだろうか？」

班員で話していて、何かそこに希望が隠れているような気がしてきた。大変興味が湧いたので、こころの専門家である皆藤先生に尋ねてみたくなった。

第5項 訪問目的

改めて皆藤先生の訪問目的をまとめる。

- ① 臨床心理士というこころの専門家から「医療者 - 患者関係における第三者的な、またこころという観点からみた、客観的なアドバイス」を頂く
 - ② 患者を信頼することについての考えを聞く
- 以上の目的より、以下、皆藤先生の訪問結果をまとめる。

第6項 皆藤先生へのインタビュー

2015年8月18日、京都大学臨床教育学専攻臨床実践指導学講座教授の皆藤章先生にお話を伺うため、京都大学吉田キャンパスの先生のご居室を訪ねた。皆藤先生は糖尿病医療における心理臨床を長年研究されている方で、実際に糖尿病医療に関わる医師を身近に見てきた経験



写真1 皆藤研究室のある研究棟

をお持ちである。訪問の目的は、「臨床心理士の立場から第三者的に特にこころの面から糖尿病治療における「医療者 - 患者の関係」がどう見えるかを伺い、またアドバイスを頂き、よりよい治療形態を考える参考にする」とした。

以下では、皆藤先生へのインタビューでとくに印象的であった3点をまとめている。

謙虚になるということ

謙虚になるということの難しさ

患者を信頼すること

以下ではそれらを順に述べていきたい。

謙虚になるということ

糖尿病患者が、医師の指示に従ってくれない…。「医師と患者の関係において、医療者は患者に対してどうすればよいのか。『医療者はもっとこうしたほうが良い』と思うことはないでしょうか？」と聞いてみた。

先生が答えてくださったのは、医師は謙虚になるべきとのことであった。皆藤先生によると、患者が指導を守れないのは、それなりのわけがあるという。患者が医師の指導を守れないのは、患者が自分の人生を意味あるものとして生きようとしたときに、医療の指導と“折り合わない何か”があって、そこに葛藤が生まれるからだという。本来、医療が身体に良い影響をもたらすことは明らかであるから、“折り合わない何か”の原因がわかれば、患者は必ず医療者の提案に従うはずである。しかし、先生によると、その“折り合わない何か”の原因はあまりにも複雑すぎてとてもわかりにくいという。そこで、その複雑なわかりにくさを少しずつわかるようにしていくことは臨床心理士の仕事の一つであると仰っていた。

それから皆藤先生は、机の上にあるアーサー・クラインマンという、米ハーバード大学の精神科医および医療人類学者の著書の「病いの語り *illness narratives*」という本を指し示した。「病は経験である。クラインマンは、“病い *illness*”と“疾患 *disease*”は異なる概念であり、“病い *illness*”は、“疾患 *disease*”を抱えて生きるその人が患う“苦しみ *suffering*”であるとして、患う“経験”をすべて全部含みこんで、その人が生きることを“病い *illness*”と呼んだ。うつ病を例にとる。診断において、同じ診断基準を使う以上、日本でもアメリカでもうつ病は、チェックリストの該当項目は同じであり、ともにうつ病である。しかし、皆藤先生は「実際に会ってみればわかるけど、まったく違う。生きていく背景の文化が違うし、それから糖尿病でも、患者さんの悩みっていうのは、アメリカと日本ではずいぶん違います。」という。先生がアメリカのジョスリン糖尿病センターで聞いた話によると、通院の途中で治安の悪いところがあると、受診時に病院へ向かう行為そのものが命取りになりうるので、受診回数が減る。そうしたことで困っている患者もいるという。通院が困難になる要因のうち、このような例はふつう日本では考えられない。このことから先生は「人間のこころは文化が違えば当然違う。だから、慢性疾患がこころというものを一つの要因としているとすれば、日本人として生きていくことについて、どんな文化で生きていくのかについて、我々が文化を境に視野を広げて考えないといけない。」と仰っていた。先生は、医療者が目の前の患者の病気に対処するために莫大なトレーニングを積むことの大変さは認めつつも、患者の背景を知ることなしには慢性疾患の医療にはできないのではないかとのことであった。「そういう意味では、もっと謙虚になって、患者さんの語りを聞くことが大事」とのことであった。

謙虚になるということの難しさ

謙虚になるということ、それは筆者らにとっては新鮮なフレーズであった。先生はその“謙虚になるということ”の大切さを何度も強調されていた。しかし、同時に「謙虚になるっていうのは、すごい難しいことだよ。」ともいう。医療者は大学・専門学校で医療の教育を受け、患者よりもはるかに膨大な知識をもつ。そのため、疾患をより良くコントロールするための方法(医学的・栄養学的・運動学的指導および理学療法など)を熟知しており、その知識を容易かつ即座に提供することができる。そのために、「一見すると患者さんがそれを守らないという風に見える。」という。加えて、学問的知識を吸収していくことが一つの仕事である人々(医療者や

臨床心理士)は、学問的知識を吸収することで自己肯定感を高まってしまう傾向にあるとも仰っていた。自己肯定が高まるということは、「この患者さんはあまりよく知らないのだなあ」、「インスリン注射を一日四回打たないといけないと言っているのにどうして打たないのだろう」というように、“謙虚という世界から遠くなっていく”という。これらのことから、謙虚になるのは難しい、とのことであった。「河合隼雄先生は、こういうことを本当に大事に大切に教えてくださった。クライアント、患者さんのほうがはるかに偉いって、いつも言っていました。だって、



写真2 皆藤先生と班員

自分のなったことのない病気を生きてるんだから、考えてみたらものすごい人なわけですよ。そういうふうな発想を転換させていくことの大切さっていうのはあるんじゃないかな。」この謙虚になるという言葉聞いて、筆者は、“患者を理解する”という意味で、共感という単語を思い浮かべた。そこで、「謙虚になるというのは、共感するというのは、違ってくるんですか？」と尋ねた。先生によると、共感とは近いが、あくまで医療者の言う共感とは違うという。先生のいう共感とは「共感とは、するものではなくて、“生まれるものである。”という。この“共感”についての話もまた、印象的であったので詳しく述べたい。皆藤先生によると、糖尿病の患者の中には、自分の糖尿病の合併症の話に続けて、捨て台詞のように「先生は私みたいな病気の苦しさ、味わったことないから、私のしんどさなんてわかるはずがない」と言う人もいるという。さて、この患者の言うように「同じ経験をした人でないと、病気の苦しみはわからない。」とすれば、医療者が患者に共感することはできないことになる。しかし、そもそものところ考えてみると、病い illness が経験、すなわち個人に固有のものであるのなら、“A氏とB氏の糖尿は体験において違う”ということになり、「同じ病気をしたら分かりあえるというわけでもない。」ので、やはり共感することはできないことになる。では人と人とは共感することはできるのだろうか？「どう思いますか」と先生は問う。筆者の考えとして、病いの経験が個人個人の体験にほかならないとすれば、医療者はどんなに想像力を働かせても、患者の病いのつらさを完全には理解できないのではないか。医療者がすべての患者と同じ病気・症状を毎回経験できるわけではないし、仮にそれが可能だとしてもそこにはやはり患者と医療者の間の個人の経験の差が障壁となる。ただ、患者が求めるものの中に、医療者の共感があることもまた明らかであるように思えるので、共感が不可能だからと言ってそれが不要だとも思えない…。答えあぐねる筆者らに対して先生は「共感しようと思わないことが大事。」続けて「共感とは、相手を否定せずに、相手の語りに対して自分のところが動いたことをそのまま語ることによって、ひょっとしたら“生まれてくる”かもしれない。」とのこと。皆藤先生はクライマンの著書に出てくる糖尿病の患者を例にとり、共感がどのように生まれるかを説明してくださった。その患者は小さい頃から糖尿病とたたかってこられてきた。食べたいものも我慢してきた。しかし、眼も見えなくなり、腎臓もやられ、足も切断されてしまい「こんな人生、もう私はやめたい」と言ったという。その患者に対して、皆藤先生は、もし自分だったらその患者に対してどう答えるかを考えてみたという。いわく「絶望ですね」と答えるとのことであった。なぜなら、患者はずっと「絶望」

う共感とは「共感とは、するものではなくて、“生まれるものである。”という。この“共感”についての話もまた、印象的であったので詳しく述べたい。皆藤先生によると、糖尿病の患者の中には、自分の糖尿病の合併症の話に続けて、捨て台詞のように「先生は私みたいな病気の苦しさ、味わったことないから、私のしんどさなんてわかるはずがない」と言う人もいるという。さて、この患者の言うように「同じ経験をした人でないと、病気の苦しみはわからない。」とすれば、医療者が患者に共感することはできないことになる。しかし、そもそものところ考えてみると、病い illness が経験、すなわち個人に固有のものであるのなら、“A氏とB氏の糖尿は体験において違う”ということになり、「同じ病気をしたら分かりあえるというわけでもない。」ので、やはり共感することはできないことになる。では人と人とは共感することはできるのだろうか？「どう思いますか」と先生は問う。筆者の考えとして、病いの経験が個人個人の体験にほかならないとすれば、医療者はどんなに想像力を働かせても、患者の病いのつらさを完全には理解できないのではないか。医療者がすべての患者と同じ病気・症状を毎回経験できるわけではないし、仮にそれが可能だとしてもそこにはやはり患者と医療者の間の個人の経験の差が障壁となる。ただ、患者が求めるものの中に、医療者の共感があることもまた明らかであるように思えるので、共感が不可能だからと言ってそれが不要だとも思えない…。答えあぐねる筆者らに対して先生は「共感しようと思わないことが大事。」続けて「共感とは、相手を否定せずに、相手の語りに対して自分のところが動いたことをそのまま語ることによって、ひょっとしたら“生まれてくる”かもしれない。」とのこと。皆藤先生はクライマンの著書に出てくる糖尿病の患者を例にとり、共感がどのように生まれるかを説明してくださった。その患者は小さい頃から糖尿病とたたかってこられてきた。食べたいものも我慢してきた。しかし、眼も見えなくなり、腎臓もやられ、足も切断されてしまい「こんな人生、もう私はやめたい」と言ったという。その患者に対して、皆藤先生は、もし自分だったらその患者に対してどう答えるかを考えてみたという。いわく「絶望ですね」と答えるとのことであった。なぜなら、患者はずっと「絶望」

を語っているからである。先生はその絶望を否定していないのだという。患者はこの皆藤先生の言葉に様々な心理的反応を示すだろう。たとえば「分かってくれるなら殺してくれ」、という返事があったとしても、それはできない。では絶望を語る患者に何が出来るのか。先生は、「絶望なんだけど、絶望を抱えて生きる、ということ、僕はあなたと一緒にやりますよ」と伝えるという。「そこに共感が生まれる。相手を否定せずに、相手の語りの背景にある気持ちを、こちらが受け取って、伝える。そうすると、すごいやり取りがうまれる。」時に喧嘩になったこともあるという。しかし、そういうプロセスを経て「それでも絶対私はあなたとやり抜きます。」と伝えると、その患者にとってそのようなことを言ってくれた医療者は初めてなので「それならこの先生と一緒にやってみよう」となり、共感が“生まれる”という。

医療者は「共感“生まれるものである”」ということをおそらく理解していないようだ先生は指摘する。その理由としては「能力がないからでなく、そうした教育を受けていないから」とのことであった。「一方で僕なんかは、そういうことばかりずっとトレーニングを受けてきたから、そういうことに対する感受性は過敏なくらいありますね。だから、医療の人たちは、一緒になってやったらいいのになあっていつも思う。」とも。

患者を信頼するということ

前項に述べた、「どうすれば医師が患者を信頼することができるか？」について尋ねてみた。それに対して皆藤先生は「自身が、誰かに信頼されたことがあり、その時に生まれる力というのを体験したことがあるかどうか」が大事だと仰っていた。実際にそうした経験があり、信頼することがどういうことかを知っていれば、患者の自己管理上の多少の失敗に着目しても、こらえられるようになり、「きっとこの人は自分で気が付いて変わっていくはずだ」と思えるようになるのではないかと、とのことであった。そのために、「自分が信頼されたときの体験をもう一度丁寧に振り返ってみる。」あるいは、もしその体験がなければ「自分で作っていく」ことが大事とのことであった。

しかし同時に、先生は信頼することの難しさも説明する。たとえば、企業における上司が部下を信頼するという例ならば、上司は部下の失敗の責任を取れる権限を持っているし、部下は上司からの信頼を感じ取り、成功のために努力する。しかし、糖尿病治療においては、医療者にそのような権限はない。加えて患者の状態が見過ごせなくなれば、医療者として介入をすることは必要である。たとえば抑うつ傾向のとても強い人を、電車に飛び込まない、と信じることは相当に難しいことだろう。ただそれでも皆藤先生は、「慢性疾患の治療において、患者さんを信頼する力は相当程度必要ではないか」と考えていた。「心理療法では、患者（クライアント）さんがカウンセラーに、“信頼されている”とどこかで思ってくれていないと心理療法は進まない。」という。そのことから、効果という側面でいえば、確実にあると仰っていた。

第7項 訪問を通じて

臨床心理士が患者との心理的なかわりによって、医師、コメディカルなどの既存の医療者とは別の視点で患者さんにかかわっていることを理解することができた。

そして活動目的については、①臨床心理士というところの専門家から「医療者 - 患者関係における第三者的な、またところという観点からみた、客観的なアドバイス」を頂く、ということに関しては、前述のように、謙虚になるということを学んだ。次に、患者を信頼することについての考えを聞く、ということに関しては、臨床心理士の立場からすると、患者さんを信頼するこ

とは慢性疾患の医療をする中で相当程度必要なことで、また心理的な側面において効果はあるのではないか、と伺うことができた。

ここで本班の活動に立ち返ってみる。九州大学病院桃坂先生のもとを訪ねた際、私たちは、「患者の生活を知ること」についてその方法と意義を学んだが、今回の訪問でも、皆藤先生は「患者の生活を知ること」について、声のトーンの変化に気付くなどの例から強調されていた。しかし、今回の訪問で最も実感したことは、謙虚になるということ、すなわち、“病い”という苦しみは患者ひとりひとりにとってその文化・経験を反映した固有な経験であり、医療者がどれだけ専門的知識をもって理解しようとしても及ばないことを自覚することが大切である以上、「目の前の患者の生活を完全に知ることはできないという自覚を持つこと」もまた重要なのではないかと考えた。つまり、目の前の患者の生活を知る努力を怠らないことは大切であるが、一方で、その努力が決して完全に達成されることはないということも、同時に自覚しなければならぬのではないだろうか。

したがって今後の課題は、患者という未知に対し、どのような治療形態を提供するのが望ましいかを考えるということだろう。そのために、「共感が“生まれる”ものであることを理解すること」および、「患者を信頼すること」を、手がかりとして考えていく。

第3節 黒田浩一郎先生へのインタビュー

(齋藤)

2015年9月22日、班員の深澤、池田、齋藤は医療社会学者である龍谷大学社会学部教授の黒田浩一郎先生のもとを訪問し、医療社会学と慢性疾患一般についての話を伺った。

黒田教授のご専門である医療社会学とは、医療問題について社会的側面からその性質を明らかにするとともに、その問題解決のために必要な科学的根拠を提案する社会学の一分野のことをいう。医療社会学は医療者がいる“現場”から少し離れて、遠くから医療の世界を分析し、慢性疾患が抱える問題について、社会的側面からその性格を明らかにするとともに、その問題解決に必要な科学的根拠を提案している。

今回の班活動では「慢性疾患を抱える患者とどのようにうまく付き合っていくか」ということを大きなテーマとし、その際、数ある慢性疾患から病気を特定の疾患に限定せず、慢性疾患を一つのものとしてとらえることを重要視していた。なぜならば、慢性疾患とは疾患の生物学的な基準に関して判断できるものではないため、病気を限定し、それぞれの疾患について個別に学んでいくだけでは慢性疾患が持つ問題についてきちんととらえることはできないのではないかと考えたからである。先述したように“医療社会学は医療者がいる“現場”から少し離れて、遠くから医療の世界を分析し、慢性疾患が抱える問題について、社会的側面からその性格を明らかにするとともに、その問題解決に必要な科学的根拠を提案している。”これが私たちのテーマに合致していると考えたため黒田先生のもとを訪れた。

今回の訪問の目的は以下の4つである。

- ①医療社会学そのものについてさらに詳しく聴くこと。
- ②医療社会学は慢性疾患をどのようにとらえているのかについて聴くこと。
- ③医療社会学で学んだことを現場の医療にどのように生かしていけばよいかについて知ること。
- ④一歩引いた視点である社会学者に話を聴くことで、私たちが慢性疾患を学ぶうえでの方法論を確認し、今後の活動の指針を見出すこと。

以下黒田先生へのインタビューでお聞きしたことの一部分を目的の①～④に沿って記す。

① 医療社会学そのものについてさらに詳しく聴くこと。

医学研究の対象が生物としてのヒトであり、その健康や病気を探求することが目的であるとすると、医療社会学はそれとは異なる。医療社会学は人が他の人との関係の中で病んでいると感じたり、それを治すために治療を求めたりすることがどのように起こっているのかについて研究している。では医療社会学は医療そのものを対象とする他の学問とどのように異なるのか。医療倫理学と比較して説明する。医療倫理学は医療者の職業における倫理、すなわち医療者は職業上どうあるべきかについて探求するものである。これに対して、医療社会学は先に述べたように倫理を直接に探求するものではなく、医療倫理がどのように興り、現在どのような状況にあるのかを研究する。言い換えると、医療社会学者は「日本の医療は現在、過去からの流れを受けてどのように展開されているのか」ということは研究するが、「日本の医療がこうあるべき」といったことは決して打ち出さないという姿勢をとっている。

② 医療社会学は慢性疾患をどのようにとらえているのかについて聴くこと。

黒田先生の立場における認識では慢性疾患とは医学概念ではない。また慢性疾患とは客観的な体の状態ではない。むしろ病気の原因はどのように生じ、それをどのように予防、治療すればよいのかという医学の新しい概念の中で生まれたものであるということだった。

③ 医療社会学で学んだことを現場の医療にどのように生かしていけばよいかについて知ること。

先述したように医療社会学者は現状がどうあるべきかについては言及しないという立場をとるため、医療者がどうあるべきかについてはお話を伺うことが出来なかった。

④ 一歩引いた視点である社会学者に話を聴くことで、私たちが慢性疾患を学ぶうえでの方法論を確認し、今後の活動の指針を見出すこと。



写真3 龍谷大学にて黒田先生と班員

インタビューを通じて、慢性疾患を一つのものとしてとらえることの意義について確認することが出来た。また慢性疾患について理解を深めるためには医者と患者だけでなく、多様な立場の職業の人にお話を伺うという現在の方針が間違っていないように感じた。

最後にインタビューで印象に残ったことを述べる。

インタビューの間、医療社会学は医療について研究はするが、決して医療のあるべき姿を主張しないという言葉が印象的であった。この言葉を初めて聴いた際、医療社会学者という立場は無責任な様にも感じた。しかし、このような医療現場の利害関係とは離れた立場から科学的根拠を提案する医療社会学はいわば“鏡”である。主張をしない彼らは「日本の医療は現在、過去からの流れを受けてどのように展開されているのか」ということをより事実に近い形で映し出す。このため、より公正な情報を医療社会学を学ぶ人に与えることが出来るのかもしれない。ここで重要であるのは、医療社会学の成果を無批判には受け入れまいとする学習者の情報リテラシーである。というのも、医療社会学が完全に公正というわけもなく、その情報すべてが正しいとも限らないからである。しかしこう

いった医療社会学を通して、医療社会学の領域のさらに先にある、「医療はどうあるべきか」について考えるヒントを私たちは得ることが出来るのではないだろうか。

第4節 布井清秀先生へのインタビュー

(前田)

2015年10月19日に、布井清秀先生にお話を伺いに聖マリア病院を訪れた。布井先生は糖尿病の治療を専門にしておられ、聖マリア病院糖尿病センター長をされている。今回は、糖尿病治療を患者さん主体で行っていくうえで必要なことについてのお話を伺った。

第1項 糖尿病教育について

まず、布井先生がされている糖尿病教育についてお話をお聞きした。布井先生は、患者さんに糖尿病の仕組みを説明し、理解してもらうために、人形やわかりやすいオリジナルのテキストを作られている。また、糖尿病について知ってもらう2週間の入院システムを確立し、患者さんが積極的に糖尿治療に取り組めるようにされているようだ。



写真4 布井先生による糖尿病の説明

患者さん本人が正しく病気を理解し、病気と向き合えるようにすることで、不安の軽減につながると仰っていた。

第2項 糖尿病のチーム医療

聖マリア病院のチーム医療では、心理テストや精神的負担が大きい患者さんへのカウンセリングを行うために、チームの一員として臨床心理士を加え、実際に治療に参加するシステムを確立されている。さらに、チームに糖尿病患者さんを加えることで、患者側からの意見を取り入れる工夫をされているようだ。

第3項 糖尿病治療について

糖尿病と診断されると、精神的なショックを受け、なかなか受け入れられない患者さんが多い。糖尿病は共存できるものであり、きちんと自分で管理をすれば生活を送ることができる、ということを理解してもらいたいと仰っていた。患者さんの不安を取り除くために、患者さんの話や不安を聴いてあげること、そして患者さん本人が医者側に理解されていると感じることで初めて患者さんと医者間に信頼関係が生まれ、治療をスムーズに行えるのだそうだ。



写真5 聖マリア病院にて布井先生と班員

自分の力で治療を成功させている患者さんは、自信が付き、ポジティブな視点を

持つことができるようになる。驚くことに、糖尿病になってから、医者に理解してもらっていると感じ、食生活を見直して治療が成功した患者さんの中には、糖尿病であると診断される前よりも体調がよくなり、糖尿病になってよかったと感じておられる方も多いそうだ。従来の押しつけ型の治療ではなく、患者さん本人の自覚と意思で治療していくセルフケア能力を引き出すことが、糖尿病をはじめとした慢性疾患の治療に大切なことであるのだと感じた。

第5節 三糖会友の会参加

(染矢)

2015年11月1日私たちは、九州大学病院の慢性疾患専門看護師である桃坂真由美先生の紹介で、三糖会という糖尿病患者の会の食事会に参加させていただいた。場所は、中央区の薬院にある「タニタ食堂」であった。

この三糖会とはどのようなものなのか。日本糖尿病協会に加入する糖尿病「友の会」の中の一つであり、九州大学の第三内科の糖尿病患者さんとその家族、医師、看護師、栄養士などの医療スタッフから作られている会のことである。糖尿病「友の会」は、糖尿病患者さんとその家族の方に対して、より充実した生活を送ってほしい、病気に負けないで頑張っ



写真6 タニタ食堂にて先生方と共に

てほしいという願いから、医師や看護師、管理栄養士、患者さんで作られた。全国の病院や診療所にあり、それぞれで名前が違う。糖尿病の患者さん、糖尿病に関心のある人、医療関係者など、だれでも入会することができる。

8月24日、桃坂先生にインタビューさせていただいた際に、毎年11月くらいに三糖会の食事会が開かれていること、できるだけ多くの患者さんに食事会のことを伝えてはいるが、実際に食事会に来てくれる患者さんは少ないということを聞いていた。実際に参加してみると、食事会に参加した人数は自分たちも含め50人ほどおり、思っていたよりも多いと感じたが、その半数以上は医療者であった。また、ほかの病院の「友の会」の患者さんや医療者もおり、九州大学病院の「三糖会」に加入している糖尿病患者さんは少数であった。

わたしたちは、この食事会に参加し、糖尿病患者さんから治療や日常生活などについてお話を聞くことで、患者さんの立場から糖尿病という病気を考えたいと思っていたが、食事会に参加した患者さんが少なかったために、あまり話を聞くことができなかった。

食事会の大きな流れとしては、初めにタニタ食堂の代表の方や医療者の方々から、健康や糖尿病についてのプレゼンテーションがあったあとに食事という流れであった。プレゼンテーションの内容は、タニタ食堂の方からは、タニタ食堂を福岡に持ってきた経緯、栄養バランスなどを考えた一般的な健康的な食事のとり方について、医療者の方からは、現在の糖尿病の現状についてであった。食事中は医療者同士の会話は活発であったが、一部では、患者さん同士や患者さんと医療者の会話はあまりなかったような印象を受けた。



写真7 タニタ食堂提供の昼食

このような「友の会」の場は、患者さん同士が交流する大切な機会だと思うので、もっと多くの患者さんが参加すれば、より良いものになるのではないかと思います。また、医療者側の立場から、患者さんと病院では話せないような話をする事ができ、患者さんのことを深く知る良い機会であると実感できた。

第4章 考察

第1節 糖尿病治療における問題点

(深澤)

慢性疾患である糖尿病を治療していくにあたり、長期にわたり継続的な病気の管理が必要となる。手術などの治療を施すことで完治が見込める多くの急性疾患と異なり、治療が長期間にわたり、かつ完治が困難であることから患者が抱える負担は大きくなる。定期的な通院のために時間を割かねばならないだろうし、お金もかかるであろう。食事を制限されることもあるだろう。糖尿病は生活習慣病であり、「ぜいたく病」との認識から、周りからの偏見の目にさらされる患者もいるかもしれない。患者の中には、糖尿病であることを周囲に隠している人がいると聞く。そういった方は、周りの目を気にして、治療のために病院に行くことを憚るかもしれない。このように、糖尿病を治療していくということは患者に大きな負担を強いるものである。

また、他にも糖尿病治療を妨げるものとして、自覚症状が小さい、ないし無症状であるという事実がある。痛みなどの自覚症状を伴う病気であれば患者も危機感をもって病院へ足を運ぶだろうが、糖尿病においてはそれが無い。たとえ事前に糖尿病であると診断を受けている患者であっても、「大丈夫だろう」とついつい通院を中断しがちである。その結果、治療が遅れ、糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症を始めとした合併症を発症してしまう。合併症を発症してしまうと、目が見えなくなったり人工透析が必要になったりと患者への侵襲が甚大となる。

以上の観点から、糖尿病を治療していくうえで、

- ・患者の負担の軽減
- ・治療中断の防止

この2点が大きな課題であると私たちは考えた。

第 2 節 望ましい治療とは？

(深澤)

先に述べた 2 つの課題を踏まえ、糖尿病患者に対しどのような治療を施すことが望ましいのだろうか。こちらについて考えていきたいと思う。

糖尿病を治療していくにあたり、最も重要となるのは治療の維持である。継続的な治療を施すことが、糖尿病の進行を食い止め、重大な合併症の発症を未然に防ぐことに繋がる。患者が治療を継続できない理由として先に述べたように、患者の負担が大きいことに加え、自覚症状が小さいことに起因する糖尿病への希薄な危機感が挙げられる。

治療を継続していくための最初のステップとして、患者に糖尿病に関する正しい知識を知ってもらう必要がある。糖尿病とはどのような病気であり、進行するとどのような合併症が起こり得るのか。正しく糖尿病を理解することは治療への意欲の向上をもたらし、病気に対する不安の軽減にも繋がる。

次に必要なことは、患者個人に合った治療を施すことである。一概に糖尿病といっても、患者が抱える問題は多種多様、十人十色である。例えば、忙しくて仕事に服薬をすることが難しいと訴える患者には、持続型の薬に変更したり、指導する服薬回数を減らしたりすることが有効となる。医学的に正しいからといって患者に負担を強いるのではなく、可能な範囲で治療をしていくことが重要だ。このように、患者の生活に合った治療を施すことによって、患者の負担を減らし、治療を続けていくことを可能にする。

以上のように、糖尿病治療においては、患者が糖尿病に対する正しい理解をもち、患者の生活に合った治療をしていくことが重要である。糖尿病と「楽に付き合う」ことが治療を続けていくためには必要だ。

第 3 節 「聴く」ということ

(深澤)

患者の生活に合った治療を施すためには、患者の生活を知ることが必要条件となる。そのために医療者がしなければならないことは、「聴く」ということである。「聴く」とは、患者の発言を否定することなく受け入れることである。相手の発言内容だけでなく、声のトーンであったり、表情であったりと、会話中の仕草に注目することが重要である。「聴く」ということは、カウンセリング用語で傾聴と呼ばれる。

「聴く」ことは主に 2 つの利点がある。1 つ目の利点として、患者が患者自身のことを理解することに繋がるということがある。「聴く」際に医療者は患者に対し、「あなたは糖尿病のことをどう思っているか」、「どのような不安を感じているか」、「糖尿病になることで生活にどのような変化があると考えているか」など、患者の思いを引き出すことを意識して問いかける。最初は患者側もなかなか考えがまとまらず、上手く話すことが出来ないかもしれない。しかし、患者自らがどのような思いを持っているのかを考える場を提供し、それを言葉にする場を持つことにより、徐々に患者の自身への理解が深まり、病気を受け入れることが出来るようになる。病気を受け入れることが出来れば、次に何をすればよいのかを考えられるようになり、治療へ意識が向きやすくなる。

2 つ目の利点は、話を聞いてもらうことを通じて、「共感」が生まれることである。共感というと、医療者が患者の感情を受け入れ、理解することであると考えがちであるが、それだけでは

不十分である。「共感」というものは双方向性のものであり、医療者が患者を理解すると同時に、患者が医療者に理解してもらっていると感じることで初めて生じるものだ。「聴く」ことを通じて、患者が医療者に話をしっかり聞いてもらっていると感じることが重要だ。「共感」が生まれれば、医療者、患者がお互いを理解することで信頼が生まれる。ここで築かれた信頼関係は、患者が医療者に話をしやすくなったり、また患者が医療者の話を受け入れやすくなったりといった利点を生む。患者から得られる情報が増えることで、医療者側もより患者に合った治療を提供出来るようになるだろう。

第 4 節 セルフケア能力の獲得

(深澤)

「聴く」ということが治療に有用なことは先に述べたとおりである。しかしながら、患者の生活に合った治療を行っていく上では、「聴く」だけでは不十分である。何故なら、医療者が患者一人の病気と接する時間というのは非常に限られているからである。どれほど優秀な医療者であっても、患者から引き出せる情報というのはほんの一部に過ぎない。聞き出した情報を踏まえて治療を提供したとしても、実際には医療者から見えないところでは何か問題が生じている可能性がある。それを忘れてはならない。

この点においては、医療者からのアプローチには限界があるといわざるを得ない。「見えない」情報を得るために、医療者が患者に 1 日中付き添い、生活を共にするなどということは不可能なのである。では、どうすれば良いのだろうか。医療者に限界があるのであれば、発想を逆転し、「患者自身で治療してもらおう」ことが有効であると考え。生活を営んでいるのは他ならぬ患者本人だ。故に、患者自身ならば医療者からは見えない生活上の問題を把握し、対応出来るのではないだろうか。

「患者自身で治療する」ということは、言い換えると「患者主体の治療をする」ということである。患者自身がどのような治療をすれば良いのかを選択し、それを実行するのだ。誤解のないよう述べるが、これは医療者が治療を放棄し、患者に押し付けるのではない。当然、患者は医療者と比較すると圧倒的に知識も少ないため、患者だけで良い治療を行うことは不可能だ。したがって、患者が最適な治療を選択し治療を実行する、その手助けをするのが医療者なのである。必要な知識を患者に提供し、治療法を提示する。その中からどのような治療をするのかを患者が選択し、実行するのである。

患者が治療の主体となることは、治療中断の防止に繋がる。病気に対する十分な知識を持ち、治療の意義を正しく認識した上で自らが選択した治療であるため、患者は意欲的に治療に取り組むことが出来るのだ。

「患者主体の治療をする」うえで、医療者が注意しなければならないことが 1 つある。それは「謙虚」になるということだ。医療者は知識を豊富に持ち、臨床経験も豊富であるから、各症例に対して医学的に最適な治療が何かを理解していることだろう。それ故に、その医学的に最適な治療に従うことを患者に求めるのは自然なことであるが、これは「患者主体の治療」からは逸脱する。もちろん、最適と考えられる治療を提示し、その意義を説明することは必要である。しかし、その治療を選択するか否かは患者自身の考えによる。医学的に最適な治療＝患者に合った治療とは限らないのである。患者個人に合った治療を患者と共に考え、患者の選択した治療のサポートをする柔軟な姿勢が医療者には必要だ。

謝辞

最後になりましたが、本活動では多くの先生方にご協力頂きました。

九州大学病院の桃坂真由美先生にはお話を頂いた上、学生の三糖会への参加を受け入れて下さり、学生にとって貴重な経験をさせて頂きました。

京都大学臨床教育学専攻臨床実践指導学講座教授、皆藤章先生には医療者とは異なった視点で慢性疾患について考えるきっかけを与えて頂きました。

龍谷大学社会学科社会学部教授である黒田浩一郎先生には社会学という新たな視点から見た慢性疾患についての貴重なご意見を頂きました。

聖マリア病院糖尿病センター長である布井清秀先生には数時間にわたり病院の施設の案内して頂き、加えて実際の現場ではどういった治療が行われているかについて説明して下さいました。

その他にも多くの方々に活動を支えて頂きました。

先生方のご協力がなければ本活動は成り立ちませんでした。この場を借りて、厚く感謝申し上げます。

参考文献

- [1] 2014-2015 糖尿病治療ガイド, 日本糖尿病学会編・著, 2014 年
- [2] 患者さんとその家族のための糖尿病治療の手引き 改訂第 56 版, 日本糖尿病学会編・著, 2015 年
- [3] 国民健康・栄養調査, 厚生労働省, 2012 年
- [4] IDF Diabetes Atlas 2015, 国際糖尿病連合 International Diabetes Federation
- [5] 糖尿病ネットワーク <http://www.dm-net.co.jp/>, 2015 年 12 月 25 日アクセス
- [6] 慢性疾患を生きる, Anselm L. Strauss, 医学書院, 1987 年 5 月
- [7] 成人看護学 慢性期看護論, 鈴木志津枝著 ノーヴェルヒロカワ, 2014 年
- [8] 患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究-合併症予防と受診中断抑止の視点から, 野田光彦, 2013 年
- [9] 糖尿病の心療内科的アプローチ, 瀧井正人, 2011 年
- [10] 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン, 日本糖尿病学会編, 2010 年

ER 班

活動目的

日本の救急の現場に対して出来る有効な対策について北米型 ER を軸として考えることで、救急医療の今後、ひいてはそこから浮き彫りになる日本の医療全体の将来について考えていく。

活動場所

日本 福岡県春日市 福岡徳洲会病院
沖縄県うるま市 沖縄県立中部病院
福井県吉田郡 福井大学医学部附属病院
千葉県浦安市 東京ベイ・浦安市川医療センター

活動期間

2015年7月24日、25日（福岡）

2015年9月11日（沖縄）

2015年9月21日、22日（福井）

2015年9月30日（千葉）

班員

橋本 雄介 (九州大学医学部医学科4年 班長)
猪島 直樹 (九州大学医学部医学科2年)
萩尾 美奈 (九州大学医学部保健学科看護学専攻2年)
佐藤 康人 (九州大学医学部医学科1年)
宝珠山 桃子 (九州大学医学部保健学科放射線技術科学専攻1年)
水木 雅人 (九州大学医学部医学科1年)

Abstract

北米型 ER とは北米の ER (Emergency Room) をモデルとしたものであり、基本的に全ての救急患者に対応した救急初期診療型である。このシステムは、一次、二次、三次救急と医療従事者側が診療する範囲を決めている従来の日本の救急システムとは大きく異なり、根本的な違いとしては ER ドクターという、全ての救急患者の初期診療に対応可能な医師が担当するという点が挙げられる。

現在、日本の現状として高齢化、それに伴う救急を含めた医療全体の患者さんの急激な増加が問題となっている。特に救急医療は医の原点と言われるが、患者の急激な増加によって救急における安定したアクセスというものが保障されなくなれば、医療システム全体の崩壊に繋がると言っても過言ではない。

今回私たちは北米型 ER を軸に活動を行うことによって、北米型 ER を実践している病院よりそのシステムの実態はもちろん、一救急医療の現場を知り、救急医療、ひいては日本の医療全体の抱えている問題について考察を行った。

第1章 導入

これから活動紹介、考察と話を進めていくにあたり、日本の救急の現場や問題点、救急システム、さらには救急発達の歴史について述べていきたいと思うが、そもそもなぜ救急について考えていかなければいけないのか、なぜ北米型 ER なのかについて、ここで軽く述べていきたいと思う。

日本の医療全体が抱える問題として高齢化があるわけだが、そのなかでも、安定したアクセスの保障という意味で考えていかなければいけないものとして、私たちは救急医療に着目した。なぜなら、救急医療は医の原点であり、これに対して供給、つまりは医療従事者側が患者の増加に対応しきれていないという現状は、早急に考えていかなければいけない事柄であると感じたからである。いくつか対策が考えられているなかで北米型 ER に着目した理由としては、何よりもまずそのシステムが患者の目線に立った病院側での対策である、ということに要約される。患者の目線とはつまり重症度別に病院が分かれておらず、患者が自身の重症度を判断する必要がないということであり、また病院側での対策とは、受診人数自体を抑えることを目的とした病院への搬送前での対策とは異なる対策、ということである。

このような特徴を持つ北米型 ER であるが、調べ学習を行う中で、あまりその実態、効果などに関して具体的な情報を得ることが出来なかった。そこで、今回それぞれ条件の異なる 4 つの病院で活動を行い、実際にどのように北米型 ER が機能しているのか見学し、また病院で働いている専門医の方々に意見を聞くことで、北米型 ER を軸として救急、ひいては日本の医療全体について考えていきたいと思う。(橋本)

第1節 救急利用者数の現状と問題点

(猪島)

ここでは、救急の現状をいくつかのデータをもとに紹介、分析していく。

まず、救急利用者数についてである。救急の利用においてかなりの割合を占める救急車出動

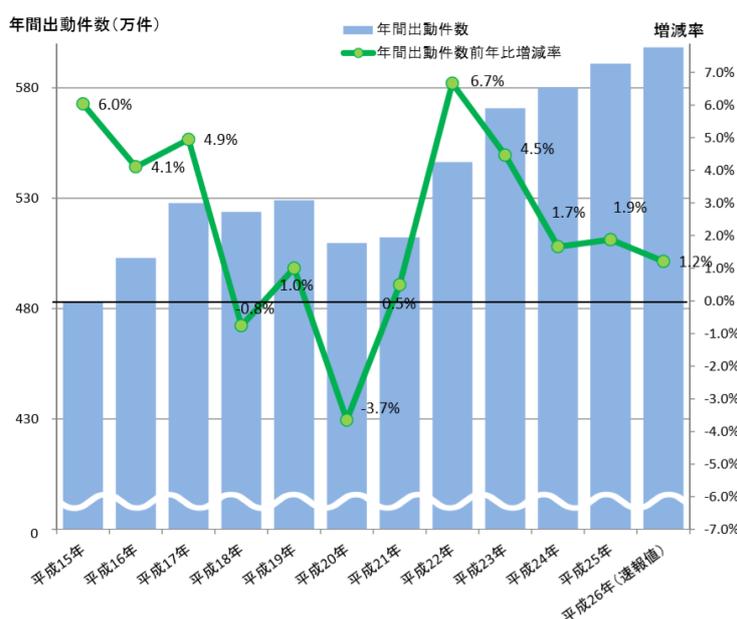


図1 救急車年間出動件数推移

件数の現状を紹介する。平成 27 年の消防庁の報告によると、平成 26 年度の全国での救急車出動回数は 598.3 万件となっており、図 1 のように年々増加の一途をたどっている。救急利用者の中には救急車による利用に加えて、Walk in で利用する人もいるため、救急車出動件数が救急利用者数と完全に一致するわけではないが、この現状から、日本において近年救急の利用者数が増えていると推察することができる。

この調査に際し、救急車出動件数が増加している原因について消防庁が行った調査結果は表 1 である。

表 1 出動件数増加の要因について（複数回答可）

出動件数全体が「増加」した要因と思われる項目	回答欄合計 (A)	(A)/ 本部
① 高齢の傷病者の増加	361	76.8%
② 急病の傷病者の増加	309	65.7%
③ 不適正利用者の増加		
明らかに交通手段がないため要請する傷病者の増加	39	8.3%
明らかに軽症であると思われる傷病者の増加	93	19.8%
④ 転院搬送の増加	218	46.4%
⑤ 一般負傷の増加	226	48.1%
⑥ 不搬送件数の増加	125	26.6%
⑦ その他 下記記入欄に記載してください。	56	11.9%
⑧ 不明	10	2.1%

この図から、増加の原因として一番に挙げられているのが高齢の傷病者の増加であり、これは日本における高齢化に起因するものだと考えられる。実際、総務省の調べによると、全救急搬送患者数における高齢者の割合は、平成元年の 23.4%に比べ、平成 15 年には 41.4%、平成 25 年には過半数の 54.3%となっており、高齢化と救急患者の増加の関係性が高いことがわかる。

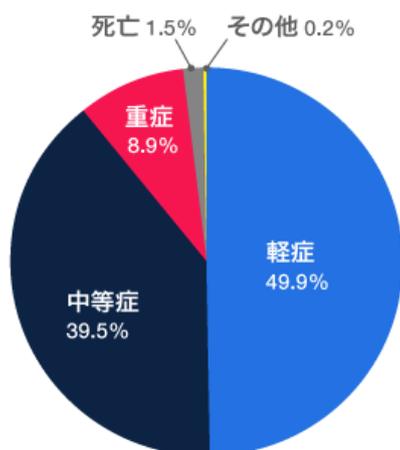


図 2 救急搬送の症状別の割合

次に、救急搬送における重症度別割合を紹介したい。図 3 は、同じく平成 27 年の消防庁の調査をもとに作成された症状別の割合である。このグラフより、現在の救急において軽症者による利用が半数を占めていることがわかる。先ほど紹介した、出動件数増加の要因の一つにも、明らかに軽症であると思われる傷病者の増加が要因の一つとして挙げられていることから、救急利用増加の一つの大きな要因であるといえるだろう。

これらのことから、現在日本において、高齢化に伴う救急利用者数が増加しており、救急医療全体としてこの増加に対応していかなければいけないということがわかる。具体的に言えば、患者の受け入れを増やしていくことや、不適切な利用者を減らしていくことなどが考えられる。また、高齢者に多い事例として、隠れた重症者という事例がある。これは、一見すると軽症に見えるような症状でも、高齢による合併症や、重症化などにつながり、最初は軽症患者さんとして救急を訪れたが、その後急に重症化することである。現在の救急システム（後述）では、これに対応しにくい面もあるため、救急患者さんにおける高齢者の割合増加に応じて、このような事象にも対応しやすい救急システムが必要になっていくと考えられる。

日本における救急医療のシステムとしては、従来のシステムに加え、集中治療型、各科相乗り型、北米型 ER がある。以下、順に説明していく。

① 従来のシステム

一次救急（軽症患者：帰宅可能患者に対する救急医療）、二次救急（中等症患者：一般病棟入院患者に対する救急医療）、三次救急（重症患者：集中治療室入院患者に対する救急医療）から構成されるシステムである（図3）。このシステムでは、既に診療範囲（軽症、中等症、重症）が定められているため、行く病院を患者個人で判断できないという問題や、患者が求める医療と医療者側が提供する医療が一致しないという問題が生じる。また、一次に来た二、三次の患者や、一、二次に来た三次の患者がいた場合には、より高次の施設への紹介が可能であるが、医療者側が一、二、三次を正確に判断できるというわけではないので、軽症に見えて実は重症だったという患者を見逃してしまう危険性がある。

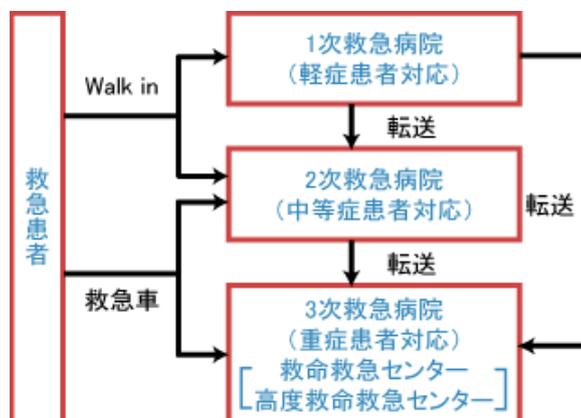


図3 従来のシステム

② 集中治療型

このシステムは、従来のシステムにおいて、三次救急患者の治療に特化したものである。救急初期診療（診断や初期治療）ではなく、集中治療が主体である。

③ 各科相乗り型

これは、現在の日本で最も多いシステムである。ひとつの施設で対応可能な科の救急患者さんを受け入れ、各科の救急担当医を集めて救急患者に対応する（図4）。患者さんを各科に振り分けるのは看護師や研修医などであるが、経験的な判断に基づいて行われるため、誤診や患者さんが各科の狭間に入ってしまうことが起きてしまう。

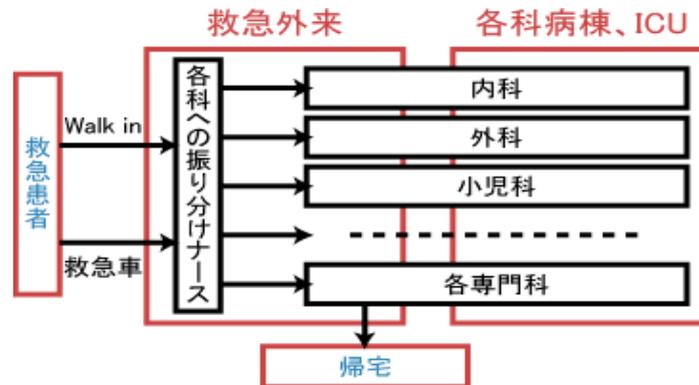


図4 各科相乗り型

④ 北米型 ER

北米の ER で行われている救急システムを参考に作られたため、北米型 ER と呼ばれる。基本的に全ての救急患者に対応する救急初期診療型であり、ER 専門医が全ての科の初期診療を行い、その後の入院や手術は各担当科の医師が行う（図5）。また、Walk in の患者はトリアージナースが緊急性の有無を判断し、緊急性が高いと判断された場合は、ER 専門医の診療を緊急に受ける。また、ER 専門医が行う救急初期診療とは、診断・初期治療・患者の帰宅または入院の判断や各科への伝達の判断のことである。現在の日本では ER 専門医は少なく、将来的展望もまだ出ていない。

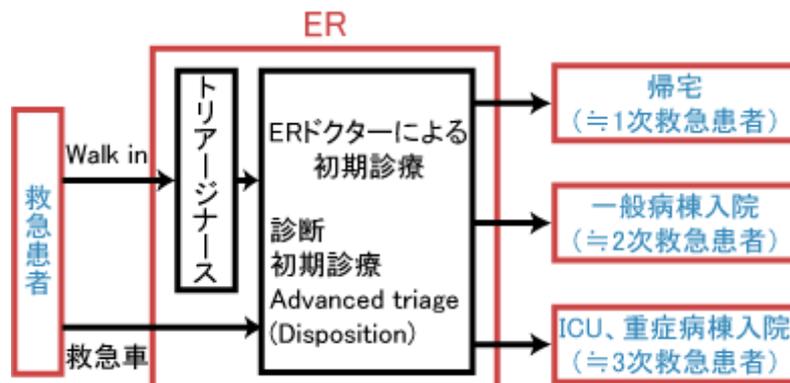


図5 北米型 ER

第3節 救急の歴史

(橋本)

前節にて日本における救急システムについて述べたが、この節ではそもそもなぜこれほどまでに日本とアメリカの救急システムでは違うのかについて簡単に述べることによって、日本の救急医療制度の問題点について触れていきたいと思う。

まずは日本の救急医療制度の発足について述べていきたいと思う。日本の救急は1956年、京都第二赤十字病院に救急分院が設立されたことに端を発した。当時の時代背景としては交通事

故患者の急増が挙げられ、受け入れ病院がなかなか見つからないたらい回しが社会問題となっていた。その後 1967 年には、たらい回しが死に直結してしまうような重症患者だけでも引き受け、重症患者の診療を学問的に体系付けるという目的を掲げ、大阪大学附属病院特殊救急部が大学病院として初めて救急専門部門を独立させた。この時日本の外科医にとっては外傷診療というものは専門外のことであったため、重症多発外傷や広範囲熱傷に対応することのできる外科出身の医師が救急部のメンバーになることによって救急外来を成立させていた。このような背景もあり救急医は外科医中心であり、重症救急診療を担う部門として日本の救急医学は発展してきた。しかし、救急医療を求めている患者の大半は結果的には軽症ということもあり、1977 年に国庫補助による初期、二次、三次救急からなる現在の日本の救急医療体制が発足した。このように、日本の救急は外科出身の医師主導のもと、独立した重症診療部門として発展してきたと言える。

続いてアメリカの救急医療制度の発足について述べていきたいと思う。他の先進国でも同様ではあるのだが、日本もアメリカも救急医療制度の歴史は浅く 50 年ほどであり、ほぼ同時代に全く異なる発展をしてきた。元々救急外来を担当するのは研修医が中心であり、それ故救急外来診療の質を担保する方向でアメリカの救急システムは発展した。日本と同様アメリカでもほぼ同時期に救急患者さんが増加しており、これに対して医療従事者が忙殺されないように、そして未熟な研修医に救急外来が一任されないように病院救急部門が発祥した。1965 年に高齢者および障害者に対しての公的補助であるメディケア、そして低所得者に対しての公的補助であるメディケイドが創設されたことを受け、1968 年にはアメリカ救急医学会が設立された。アメリカ救急医学会は、同時に多数の、成人から小児まで、そして軽症から重症まで対象とするという、日本の救急医学には見受けられない意識でいつて救急医の業務を規定した。このような規定は、いわゆるたらい回し禁止法、EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labor Act) が 1985 年に連邦法として制定されて以降、さらにその重要性を増した。この連邦法は救急医療を必要としている患者に確実に医療が提供されることを目的としており、この法律の下、アメリカでは救急搬送受け入れ先が見つからない事態は法的に容認されなくなった。このようにアメリカの救急は、アメリカの医療におけるセーフティネットとして中心的役割を担い、発展してきたと言える。

以上のように、日本とアメリカでは救急医療において重要視している点が大きく異なっていることがわかると思う。もちろんアメリカの救急医療にも問題がないわけではなく、救急が医療におけるセーフティネットとして機能する代償として、救急外来の慢性的な混雑が問題としてその根源に存在する。しかし、現状の日本の救急システムではより高次の病院への転送が速やかに行われることが前提となっており、安定したアクセスの保障、そして患者目線の救急医療という日本にはない意識について、今後見習っていくべきであると考えられる。

第2章 活動紹介

この章では今回の活動で訪れた4つの訪問先について述べていきたいと思う。この4つの病院を選んだ理由としては、それぞれの病院が北米型 ER を導入している一方、システムの導入時期、病院周囲の環境、さらには病院自体の運営が大きく異なるからである。また、福岡徳洲会病院以外に関しては一部の班員のみで実習を行ったのだが、これにより班員一人一人の責任感や、活動後の情報共有力、議論力を養うことも理由の一つである。(橋本)

第1節 福岡徳洲会病院

(萩尾)

私たちは7月24日(金)夕方から7月25日(土)午前中にかけて福岡徳洲会病院で見学させていただいた。福岡徳洲会病院は平成5年から北米型 ER を導入しており、全国でもトップクラスの救急搬送件数を誇る病院である。今回、私たちは北米型 ER がどのように機能しているのか、多くの患者にいかに対応しているのか、現場の方々が感じる現在の救急の問題などを知るために見学させていただいた。今回の見学では私たちは主に救急センター長の永田寿礼先生、ER 専属医師の向江徳太郎先生にお話をうかがった。

まず福岡徳洲会病院の救急総合診療部は先程も述べたように、全国トップクラスの救急搬送件数を誇る。北米型 ER を導入した平成5年の救急搬送件数は3,247件/年だったが、平成26年には10,487件/年まで増加している。この数字は一日に約30件の救急搬送を受け入れていることになる。さらに福岡徳洲会病院には救急外来もあり、1日に約70件の Walk in 患者も診察している。また、福岡徳洲会病院は“断らない救急”を目指しており、救急要請の応需率は99%を誇る。これらの高い数字は、北米型 ER には欠かせない初期研修医の方々によって成り立っているようだ。30人もの初期研修医を救急科に配置することで、多くの患者に対応できている。さらに福岡徳洲会病院では屋根瓦方式を採用しており、北米型 ER は研修医にとって良き学びの場でもあるようだ。

次に2日間の病院見学において感じたことを紹介したい。実際の救急の場を見学させていただいて、一番強く感じたことは救急に対するイメージとのギャップだ。実際の救急の現場を見学するのは福岡徳洲会病院が初めてで、見学前までドラマのように交通事故などでの重体患者さんが次々と運ばれてくるような場面を想像していた。しかし、実際には救急車から自分の足で歩いて救急科にくる患者もいた。このような怪我でも救急車を呼ぶ人もいらっしやるのかと強く驚かされた。また、見学中の24日(金)の20時ごろ、25日(土)の明け方に12床あるベッドが満床になり受け入れ要請を断っている場面が見られた。25日(土)午前中にはひっきりなしに救急車がきて、10分に一台救急車が到着するという、ハイペースだった。流れ込んでくる患者を適切に素早く対応しているスタッフの皆さんを感服せずにはいられなかった。

次に先生方から聞いた話を紹介する。先生から面白い話を聞くことができた。2002年に開催された FIFA ワールドカップでの出来事だ。サッカーの試合中には救急車の要請がほとんどなかったが、試合が終わると救急車の要請がどんどんきたそうだ。先生がおっしゃるには、患者が、試合が終わるまで救急車を呼ぶのを待とう、そんなに緊急じゃないと判断したのではないかということだった。私たちは、緊急を要さない・救急車を呼ぶ必要がない患者、いわゆる救急車の不適切利用者の存在を感じた。今の世の中において、この不適切利用者の増加が救急搬送



写真 1 福岡徳洲会病院にて永田先生と班員

件数の増加につながっていると言われている。しかし、永田先生は私たちが考えていたように、高齢化が救急搬送件数の増加につながっているのではないかとおっしゃっていた。そして、この救急搬送件数の増加を食い止める方法として啓発活動と救急車の有料化の2つを挙げていらっしゃった。平成20年と平成21年に啓発活動の一環としてテレビCMで救急車の適正利用を訴えたときには、現場のスタッフも実感できるようなある一定の効果が見られたそうだ。また、救急車の有料化につ

いては本当に必要な人が救急車を利用でき、救急車が不必要な人が呼ぶのをためらう上手い値段設定が必要だとおっしゃっていた。先ほどの高齢化と救急搬送件数増加に関連して、高齢者をどこまで助けるかという診療の範囲についてもお話ししてくださった。つまり、どこまでを病気とし、どこから老化と考えるのかということだ。高齢者の最期の老化が原因の体の不調について医師は手の施しようがないそうだ。このような高齢者の対応をしている間に、他の緊急を要している患者を救えないかもしれない。高齢者やその家族に「老化」の受け入れをしてもらう必要があるそうだ。高齢化がすすむ今、病気と老化の区別について考えるときなのかもしれない。

私たちは福岡徳洲会病院の見学で、北米型 ER についてと救急の現状についてなど知り深く考えることができた。

第2節 沖縄県立中部病院

(宝珠山)

9月11日(金)に萩尾と宝珠山が訪問した。沖縄県立中部病院は国内で初めて北米型 ER を導入した病院である。24時間365日体制で、重症度によらずあらゆる救急患者を受け入れている。沖縄県は、他の県に比べ北米型 ER が盛んであり、救急車のたらい回しはほとんどない。その理由は、戦後の沖縄県に多くの米軍が駐在していたことや、中部病院が1967年にハワイ大学と提携した臨床研修プログラムを開始したことにより、アメリカの体制をもとに県内の救急医療が発展したためである。私たちは、まずインタビューを行い、次に救急科の様子を見学させていただいた。今回お話しを伺ったのは、救急科部長の高良剛ロベルト先生である。



写真2 沖縄県立中部病院にて高良先生と班員

られたが、昔から北米型 ER が当たり前となっているこの地域では、患者にとって待たされることは周知の事実となっているとのことだった。

また、中部病院がいつでも患者を診られる体制が整っている理由は、病院全体が救急科中心で運営されていて救急科と他の科に壁がなく、常に ICU や入院ベッドに空きを作るようにしているからであった。さらに、人員の面では、先輩医師が後輩医師に教えていく屋根瓦方式をとっており、初期研修医を 60 名（1 年目 30 名、2 年目 30 名）雇用している。また、救急車、Walk in どちらの患者もトリアージを行うトリアージナースを 24 時間配置する体制をとっていた。

救急医療の問題として話題の救急車の有料化について、高良先生は賛成の立場であった。重症か軽症の程度により料金をとるのは現場の負担が大きいので、保険診療にしてはどうだろうというのが先生の意見であった。しかし、賛成の立場とはいうものの、やはり日本の救急医療のもつ気軽に受診できるという良さは捨てがたいとのことだった。

最後に、北米型 ER の今後について話をうかがった。北米型 ER を取り入れる病院は今後増加するであろうという見解を示されていたが、新たに北米型 ER を立ち上げるには病院全体が協力し一人一人が覚悟を持ち、その利点に全員が納得する必要があるため容易ではないという。現在の中部病院としては、年間の救急車受け入れ台数が約 8,000 台で受け入れる患者数は限界が来ているそうだが、中部病院が受け入れを断ると沖縄県の中部の救急が破綻してしまうらしく現状を維持していくことで精いっぱいだと話されていた。対策として、人員や病床を増やすことがあるが、県立病院の人員の数や病院の規模といったものは簡単には変えられないため難しい。少しでも患者数を減らすために、中部病院のホームページでは、国の方針によるかかりつけ医制度を充実させるための呼びかけや、外来の初診の際に別の病院からの紹介状を持参する呼びかけを行っている。（紹介状がない場合は初診料と別に特定療養費として 3,240 円支払う）しかし紹介状がなくても来院する人は多いらしく、患者数を減らすことにはあまりつながっていないようだった。このことから、いかに救急患者数を減少させることが難しいかがわかった。

インタビューのあとは、救急科の見学をさせていただいた。私たちが見学した日は、金曜日の昼ということもあったためか、救急車は見られなかった。一方、Walk in の患者は待合室が満席になるほどいて、高齢者が多く見受けられた。そして、救急科のベッドも高齢者がほとんどだった。私達は、トリアージナースの近くで実際のトリアージの様子を見学させてもらった。患者さ

まず、北米型 ER を長期に渡り運営している病院であるということなので、北米型 ER の利点と欠点について伺った。利点については、患者側にとってはどの病院で診察を受けるべきか迷うことなくコンビニ感覚で診察を受けられること、病院側にとってはさまざまな症状の患者が来ることや診断をつける段階から行うことで研修医や看護師の勉強になること、さらに一次から三次を見ることで医師も効率よく働けることであるとおっしゃっていた。欠点については、待ち時間が長いことを挙げ

んの中で印象的だったのは、毎日のように通っていて軽い症状を訴える患者と、出産間近の妊婦である。北米型 ER がいつでも受診可能だからといって、毎日のように救急科を受診する人がいるとは想像していなかった。患者にとって、どんな症状でも診てもらえることが当たり前なのだとすることがよくわかった。また、妊婦については、中部病院には産婦人科もあるのになぜ救急科を受診するのかとても疑問に思った。しかし、話を聞くと病院が救急科を中心に成り立っているため、産婦人科よりも救急科が入りに近いからということだったので納得した。北米型 ER が日本で最初に取り入れられた病院ということでこの病院を見学させていただいたが、患者や病院関係者など、地域全体で北米型 ER という形式が受け入れられているということがよく伝わってきた。

第 3 節 福井大学医学部附属病院

(水木)

2015 年 9 月 21 日、班員の橋本と水木は福井大学病院を見学させていただいた。見学の目的は以下の 2 つである。1 つ目は、北米型 ER を実現している福井大学病院にて、いかに北米型 ER を実現させたのかその方法を聞くことである。2 つ目は、実際の救急の現場を見せてもらうことである。

橋本と水木は 21 日の 17 時より福井大学病院の見学を開始した。2 人はそれぞれ担当の医師につきそい見学をした。橋本は初期研修医に、水木は福井大学教授である林寛之先生についた。まず、水木は喘息のような症状を訴えている高齢男性患者に対する林先生の診察を見学させていただいた。この男性患者は時間外救急の利用者であったが、林先生は事細かに患者に質問をされていた。そこで、最も印象に残ったのが、年齢を考慮してか肺炎を疑い X 線まで使って男性を診察したことである。結果的に男性は肺炎ではなかったが、喘息の治療薬の吸引投与を回ったため男性患者が帰宅されたのは、診察が始まって 1 時間を超えた時だった。次に、腹痛を訴える 50 代の女性が同様に時間外救急を利用され、水木はその患者の診察を見学させていただいた。この患者に対しても林先生は事細かな問診をなさっていた。林先生が女性患者をエコー検査している様子を橋本と水木は見学していた。エコー検査の結果を見て林先生は肝臓がんを疑い、CT 検査を開始した。こちらも結果的に肝臓がんではなかったが、診察にとってもたくさんの時間が費やされていた。また、CT 検査をしている間、時間があつたので目的の一つである

「福井大学病院で北米型 ER をいかに実現させたのか」について質問させていただいた。林先生は「石の上にも十年」と即答された。北米型 ER に挑戦するも三年四年であきらめてしまう病院がほとんどであり、そこが正念場である。十年続けてやっと土台が出来上がるという意味合いである。また、北米型 ER が普及していくのは現実的には難しいとも話されていた。少しの質疑が終わり、女性患者が帰られた後、救急患者が運び込まれてきた。年齢は 88 歳、女性、脳神経の障害とみられ



写真 3 福井大学病院にて林先生と班員

る症状であった。医師、看護師、放射線技師たちが処置にあたっていたが、人員不足のためか水木が足背動脈をとるように指示された。見学が始まってから4時間ほど経過したとき、ある一人の患者に出会った。その患者は肺炎を患っていたが、病因が誤嚥によるものであった。誤嚥性肺炎は治したとしても繰り返してしまいやすいという特徴があり、治療を進めていくためには胃ろうが必要になったり、家族等の介護も必要になったりしてくる。こういった説明が救急の現場にて行われていた。22時より救急の現場もだいぶ落ち着いてきたので、その時間からは水木と橋本は林先生にインタビューをさせていただいた。そこでは、プライマリーケアの充実・連携が救急患者の過剰という問題点を解決するカギになるというお話をされた。

福井大学病院の見学を終えて。まず、北米型 ER の普及についてだが、実際の現場を見てみるととても大変そうであったので、林先生の指摘通り現実的には難しいのだろう。一人一人の患者さんの診断に割く時間も予想していたよりも大変長かった。さらに、医学生の手も必要になるほど人員が不足しているという印象も受けた。救急の現場の忙しさが実際に見学をさせていただいて分かった。

第4節 東京ベイ・浦安市川医療センター

(橋本)

最後の訪問先として、橋本と佐藤は9月30日に、千葉県浦安市にある東京ベイ・浦安市川医療センターにて見学を行わせていただいた。訪問先としてこの病院を選んだ主な理由としては、1つはこの病院が2009年開設という比較的新しい病院であり、かつ開設当初より北米型 ER を取り入れている病院であるという点である。2つ目の理由としてはその立地、つまりは比較的都心部に近い病院という点である。見学の内容であるが、今回のような見学希望を受けることが初めてということで、通常医学生が病院見学で辿るのと同様のルートで、前半は内科見学にて指導医の方より説明を受け、後半に救急外来見学という順番で見学を行わせていただいた。

まず内科にて見学を行った際に聞くことができたことから説明したいと思う。この病院の特徴として開設当初より北米型 ER を実践していると述べたが、救急外来だけではなく内科、外科においても北米型のシステムを行っているということであった。つまり、従来の日本の方式では内科でも外科でも専門分野によって科が分けられているが、この病院では総合内科、総合外科、そして



写真4 東京ベイ・浦安市川医療センターにて職員さんと班員

救急外来と大きく三つに分類されており、外科以外の入院患者は全員総合内科が担当するということがあった。例えば、総合内科の中ではどのような内科疾患であっても総合内科医が退院まで担当し、必要があれば各科専門医の方にコンサルトを行うという方法だ。このような方法

を採用しており、そして実践することができている理由としては、開設当初よりアメリカにて専門医を取得された先生方が指導医として指導を行ってきたという背景があり、また何よりも従来の日本の方式ではどうしても各科どうしの連携を十分に取ることが難しいということであった。私はこのような方式があることを初めて知ったのだが、やはり高齢化に伴い総合的に患者を診療することができる医師の需要が増えている現状にあった方式として非常に興味深いと感じた。実際ベッドサイドを見学させていただいたところ、入院されている方のほとんどが高齢者の方であった。また教育、研修システムに関しても北米式を採用しているということで、指導医としてアメリカにて専門医を取得された先生方がいらっしゃるが故に成立することではあると思うが、病院全体として総合的に患者を診療できる医師の育成に力を入れていると感じることができた。さらに、内科外来にて診察を受けた患者の一部はその後入院ということになるのだが、第一にこの病院では内科外来担当医と入院担当医というように役割分担がされており、また新規入院患者を担当する入院担当医が3日に1回というペースでローテートされるということであった。このことから入院患者の管理を行いながら新規入院患者の受け入れ等の業務というものが医療者側にとっての大きな負担になり得るということが実感でき、まただからこそ北米型 ER のように、外来のみ担当してその後の入院管理は専門医に任せるといった分担方式の有用性を感じることができた。

続いて救急外来にて見学を行った際に聞くことができたことを述べていく。救急外来では見学、および救急部長として救急科の診療に携わる志賀隆先生にお話をうかがうことができた。救急科では、基本的に Walk in の患者を初期研修医が診察して指導医の先生がチェックを行い、重症の患者が搬送されてきた場合には指導医の先生または後期研修医の先生が直接診察を行うという教育システムを行っており、屋根瓦式、つまりは指導医が初期研修医および後期研修医を、後期研修医が初期研修医を指導することによって教育の行き届いた救急外来を作っていた。見学を行った時間帯が昼過ぎであったこともあり来院する患者はあまり多くなかったのだが、その所為か研修医の方は一人一人に対し非常に丁寧な診察を行っており、長く時間を費やしていた。救急外来は CT 室に直通しており、また救急車搬入口の真横に重症患者用のベッドがあり、看護師のトリアージ室も完備、3床ある診察室のうち1床は小児患者用にアレンジされているなど、救急外来の構造には多くの工夫が見られた。次に、救急部長の志賀隆先生にお話を伺った。各科とのコンサルテーションについては、入院に関しては救急外来ではなく総合内科または総合外科が受けるわけだが、救急車受け入れ要請の際に入院不可であれば救急車受け入れを断ることもある。しかし、そのようなことは減多になく、いつでも入院可能なように努力しているということであった。軽症患者に対しては迷惑利用者を減らすために特定療養費を取る。これによって1割ほど患者が減ったということだったのだが、やはり人手としても患者は少ない方が良く、気軽に利用できる病院であればいいということではないということであった。救急車有料化については賛成で、理由としては先述のように、無料であるが故にモラルハザードの危険性があり、救急車利用について一定の抑止力が必要という理由と、やはり救急搬送システムは自治体がつけているということで、システムを維持するためにも予算源として有料化は有用という理由であった。次に北米型 ER についてだが、メリットとしては三次救急のみ対応よりも寝たきりの高齢者を診療しやすいということであったが、強調されていたこととして北米型 ER の方が確かに分業効率は良いが、その分医療従事者を確保するための人件費が非常にかかるということであった。そして、北米型 ER は儲からないということもあり一部の市民病院

が頑張って運営し、一方で九州大学病院などの病院は三次救急に特化させることによって、将来的には救急システムは役割分担、拠点化することによって地域包括ケアシステムの構築を実現していくべきだが、そのためには厚生労働省の作る枠組みとの兼ね合いが大事ということであった。

第3章 考察

この章では第1章、第2章と述べてきたことについての考察について述べていきたいと思うが、病院搬送前、そして病院搬送後つまりは病院内と大きく2つに対策を分けることで日本の救急医療の抱える問題に対しての解決策、そして今後の展望についても述べていく。(橋本)

第1節 北米型 ER システム

(萩尾)

私たちは4つの病院を見学と事後学習をとおして、北米型 ER には多くの良い面があることが分かった。まず、見学したすべての病院で一般的な病院と比べて並外れて多い救急搬送受け入れができていた点が挙げられる。北米型 ER の性質上、軽症者から重症者までを受け入れるのでやはり患者数は多くなる。その患者数の多さにも関わらず、多くの研修医を救命救急科に配置して高い応需率を可能にしていることも北米型 ER の大きな魅力である。このように北米型 ER では一次から三次まで患者を診ること、応需率が高いことにより従来型システムで問題となっているたらいまわしが起こらない。もしすべての病院が北米型 ER を導入すれば、たらいまわしにされている間に患者が亡くなってしまう、という悲しい出来事もなくなるだろう。さらに、このように一次から三次患者まで1つの病院で診ることができるので、一見軽症そうな隠れた三次患者にも早期に対応ができ、一命をとりとめることができる可能性もある。そして、この北米型 ER は人口の多い都会だけではなく過疎地域やへき地、離島などでも大いに活躍するといわれている。なぜなら、これらの地域は病院と病院の間の距離が離れており患者の治療が1つの病院で完結することが望ましいからだ。上記において、患者側から見た北米型 ER の良い面について述べたが医療従事者側にも良い面がある。それは、北米型 ER の現場は研修医の学びの場になるということだ。一次から三次までの多くの患者を受け入れることで他の科では経験できないほどの様々な症例を経験できる。また、救急搬送患者の診断を付ける段階から処置の段階までを一貫して見ることができるので研修医はより多くの知識を身につけることができる。見学させてもらった病院の中には北米型 ER を学びの場ととらえ、全国から研修医が集まっているという病院もあった。北米型 ER では一次から三次患者を診るため、トリアージで軽症と判断された場合、1~2時間待たなければならないこともしばしばある。しかし、全体を通して見ると多くの利点があるように思える。

では、北米型 ER は多くの利点があるにも関わらず日本であまり普及していないのはなぜだろうか。立ちどころ壁について、従来の救急システムと北米型 ER を比較しながら考えていきたい。最初に病院には欠かせないスタッフについて考えたい。活動を通して分かったように、北米型 ER には多くのスタッフを必要とする。沖縄県立中部病院を例にして考えてみる。沖縄県立中部病院の宮城良充先生が当病院の北米型 ER においての理想的なスタッフの数についての試算を出している。宮城良充先生の試算によれば、沖縄県立中部病院には救急医(12時間シ

フト)、研修医を観察室、処置室、初療室に1~2名ずつ、看護師はトリアージナースに1名、各部屋に2名ずつ必要があると述べている。日勤帯ではおおよそ救急医3名、研修医5名、看護師8名が必要であり、安全性やスタッフの健康管理を考慮し、円滑に業務をすすめるためには1日に救急医6名、研修医13名、看護師19名が必要だそうだ。さらに勤務時間週40時間の規則を遵守し、さらに看護師については夜勤72時間以下の規約を守ると、1日の勤務者を満たすための試算職員数は救急医13.9名、研修医20.1名、看護師37.8名である。沖縄県立中部病院の規模ではこれほどのスタッフが必要となる。仮に日本すべての救命救急センターが北米型ERを導入したとすると、この理想的な数字を実現することは難しいだろう。現在、日本には救命救急センターは約246施設ある。それに対してER型救急医は500人程度しかいないと言われている。病院ごとに規模の大小が違うことを踏まえても、ER型救急医が少ないのは明白である。実際に、北米型ERを取り入れている沖縄県立中部病院でもこの理想的な試算に3職種とも達していない。この人手不足によりスタッフ1人1人に対する労働量は多くなり、スタッフに過重労働を強いている現状がある。

では北米型ERの本場、アメリカではどうなのだろうか。アメリカと日本の救急を比較しながら考えてみたい。現在、日本には救急専門医は3,614人(2013年)いて、毎年150~200人ほど、新たな救急専門医が輩出されている。一方、アメリカでは救急専門医(board-certified emergency physician)は22,000人(2005年)、毎年1,350人ずつ新たな救急専門医が輩出されている。この数字を人口100万人あたりに換算すると、日本は24人(2008年)、アメリカは82人(2005年)となる。また、日本には全部で9,000以上もの病院が存在しているが、アメリカは国土が日本の約25倍、人口は約2倍にも関わらず、病院数は5,000以下である。この数字からアメリカでは、比較的大きな病院にしか設置されない救命救急センターの、人口に対する数はさほど多くないことが分かる。これらにより1つの病院で多くの救急専門医が確保できていることが読み取れる。アメリカは、土地が広大で、病院数も少ないという特徴から1つの病院で医療を完結させることのできる北米型ERが定着したのだろう。

さて、日本で従来型の救急システムから北米型ERに急速にかえることは可能なのだろうか。結論から言えば、北米型ERを導入する病院が急激に増えることはないと考えられる。これは、先に述べたように日本ではER型救急医の数が甚だ不足しているからだ。新たに北米型ERの病院を立ち上げる、または従来型救急システムから北米型ERに移行するには、第一にER型救急医のような幅広く診ることができる医師の育成が必要となる。また、私たちは活動を通してER型救急医の育成以外にも必要になるであろうことを学んだ。それは、北米型ERを導入するには病院全体の協力が必要であるということだ。北米型ERにすると多くの患者が来ることになり、救急科以外の科にも少なからずその影響は出る。病院内のすべてのスタッフに北米型ERの利点に納得してもらい、協力を得ることが必要不可欠である。これらのことが長期目標の中で行われるとすれば、将来は日本でも北米型ERの普及が進むだろう。

将来、日本で北米型ERがどのくらい広まるかは現段階としてはっきり言うことはできない。しかし、北米型ERが普及するまでの間、増加の一途をたどる救急搬送に対して何か策を講じなければならないのは確かである。

2015 年 5 月 11 日財政制度等審議会で救急車の有料化についての案が明記された。政府の示す救急車の有料化の理由は主に 2 つあり、それは「救急車を本当に必要としている患者さんへの優先」と「年間 2 兆円に上る消防関連経費の削減」である。実際の救急車利用患者の重症度の割合は図 2 のようになっている。この図を見て分かるように、軽症者の救急車利用が最も多く、およそ 50%となっている。救急車の利用は中等症者・重症者の利用が望まれるので、非常に多い軽症利用者の割合を減らしていくことが重要になる。その大きな解決策になるのが「救急車の有料化」である。実際に救急車の有料化を行っている国としてアメリカ・ドイツ・シンガポールなどがある。しかし、救急車の有料化には課題がまだまだ多いのも確かである。救急車の有料化にメリットとデメリットを以下にまとめた。

メリット

- ・救急車の軽症利用者の数が減る。
- ・救急車出動に使われていたお金が削減できる。

デメリット

- ・救急車利用が無料であることが国民に広く行き渡りすぎているため、有料化を国民に植え付けるのに時間がかかる。
- ・救急車が呼びづらくなり、中等症者・重症者の利用の妨げになりかねない。

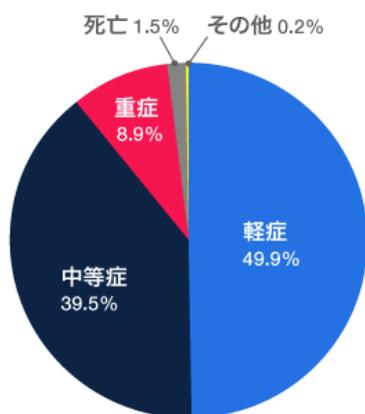


図 2 救急搬送の症状別の割合

現在、1 回の救急車利用にかかる金額は議論中である。救急車の出動には 1 回につき、4 万円以上かかっているといわれている。ゆえに、4~5 万円にすればいいという案がある。一方で、とりあえず無料で搬送して、軽症であった場合は治療費とは別に料金を払ってもらおうという案などがある。

今回の活動の目的の 1 つとして、実際に救急の現場で働いている人に救急車の有料化の是非について尋ねてみたところ、全員が賛成と答えた。救急現場には不適切利用とまではいかないものの、「それって本当に救急？」と問いかけたくなる患者が多いそうである。救急

車の有料化がそういった患者を減らすことになるであろうから、賛成である、という意見が多かった。しかし、消防隊員の方たちは全く逆の意見を持っていた。というのも、ほんとうに救急車を呼びたい人の枷になりうるというのはもちろんであるが、それに加えてお金を払っているのだからとより傲慢な態度をとる患者が増えかねないという考えがあるからである。

このように、医療関係者のなかでも意見が割れているので、実現にはまだたくさんの時間がかかりそうである。しかし、救急の現場がパンクしかけている現状を考えると最も現実的で効果のある解決策になるはずであるから、早急の実現を望む。

まず、地域包括ケアシステムについて説明していく。地域包括ケアシステムとは厚生労働省において、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」と定義されている。2025年に団塊の世代が75歳を超え始めるので、その時期をめぐりに地域包括ケアシステムの構築を目指す。

図7のように多くの医療施設が連携して住まいに医療を提供していけるようになっている。そのような地域包括ケアシステムのメリットとデメリットを以下にあげる。

メリット

- ・市町村などの自治体の負担軽減につながる

デメリット

- ・在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ・都市部の病院は限界を超える可能性が大きい

地域包括ケアシステムにはまだまだ課題が残されているが、実現すれば大きな効果が得られるのは間違いないだろう。地域包括ケアシステムを充実させることで現在救急に集まりつつある高齢患者さんを救急以外の場所で診ることで、結果的に救急患者さんの数を減らすことができ、救急のパンクを防ぐ解決策の一つになるのではないかと考えている。

また、地域包括ケアシステムの具現化を行っている地域を紹介する。それは千葉県柏市豊四季台団地である。具体的な動きは2つある。1つ目は、「いつまでも自宅で安心した生活が送れるまち」の取り組みにおいて病気になっても住み慣れた家で暮らすことができるように、介護保険サービスと医療

サービスを切れ目なく適切に受けられる仕組みを整えるということである。2つ目は、「いつまでも元気で活躍できるまち」の取り組みでは、各分野で専門の事業者が高齢者と雇用契約を結び、高齢者の方が培ってきた経験と知恵を借りながら地域課題の解決のために「働く」仕組みを整えるということである。

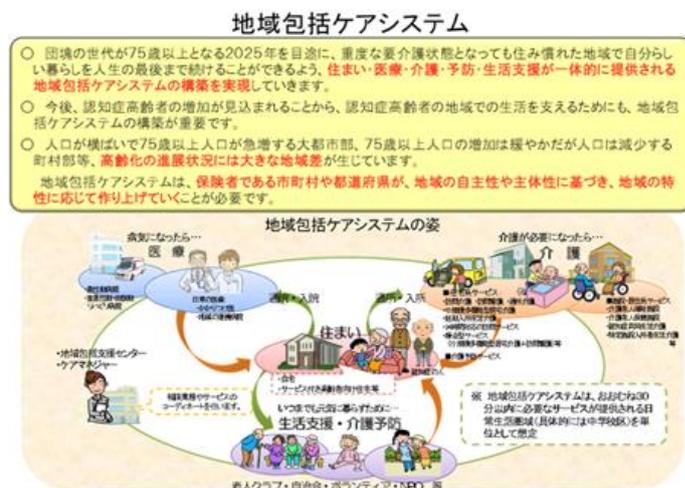


図7 地域包括ケアシステム

豊四季台団地では単に連携した医療を住宅に提供するだけでなく、高齢者が人間関係や生活環境を変えることもできるだけ避ける仕組みを実現しようとしている。上記のデメリットや課題には書いていなかったが、高齢者の人間関係も地域包括ケアシステムは考慮する必要があるのかもしれない。

第3章のまとめとして、この節では今後救急だけではなく医療全体の問題として考えていかなければいけない事について述べていきたいと思う。救急車の有料化に関しては不適切利用者への抑止力という意味合いが強いので違うのだが、その他の解決策に関して共通していることは、その対策の主な対象者が高齢の患者であるということである。このことは救急に限ったことではないのだが、第1章でも述べたように現在の救急外来受診者数増加の背景には高齢化があり、そのため対策の主な対象者が高齢者となるのは当然のことである。ここで、北米型 ER のメリットの1つである軽症から重症まで診療するという点について改めて考えたいと思う。高齢者は、複数の基礎疾患、多剤服用、免疫力低下、創傷治癒力低下などの影響により症状が重症化しやすく、また軽症と確定することも難しい。このことから、日本の医療における各専門に分かれての診療では限界があり、総合診療科の重要性が高まっていると言われている。このように、診察する疾患を限定しないという極めて患者さん目線の診療の在り方は、単に北米型 ER の特徴であるだけではなく、高齢化が進む日本社会においては必須の考え方であると言える。つまりは診察する疾病を制限しないという考え方は、救急の分野に限らず医療全体に必要な考え方なのである。2025年問題がささやかれ超高齢社会を迎えつつある現在、高齢者に合った医療について医療従事者は考えていく必要がある。

謝辞

最後になりますが、今回の活動を通して ER 班は多くの方々にお世話になりました。熱帯医学研究会の OB でもある九州大学病院の永田高志医師には活動先の相談をはじめ、多くのことで助けていただきました。福岡徳洲会病院の永田寿礼先生と向江徳太郎先生には、北米型 ER について手探り状態の私たちに多くのことを教えていただきました。沖縄県立中部病院の高良剛ロベルト先生には北米型 ER のメリットとデメリットをわかりやすく教えていただきました。福井大学医学部附属病院の林寛之先生には北米型 ER を運営していく上での苦勞と医学教育の問題点について教えていただきました。東京ベイ・浦安市川医療センターの志賀隆先生には救急の現場における役割分担の重要性と、今後の日本の救急医療の在り方について教えていただきました。その他にも、お忙しい中多くの方々から今回の活動を支えていただきました。この場を借りて、協力していただいた皆様に感謝の気持ちと御礼を申し上げたく、謝辞に代えさせていただきます。

参考文献

[1]地域包括ケアシステム 厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

[2]長寿社会に向けたまちづくり～地域包括ケアシステムの具現化に向けて～柏市役所

<http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/p011002.html>

[3]救急車出動は限界状況：政府が有料化の検討着手へ？

<http://www.nippon.com/ja/features/h00118/>

[4]医療法人 徳洲会 福岡徳洲会病院

<http://www.f-toku.jp/>

[5]日本救急医学会 ER検討委員会

http://www.jaam.jp/er/presentation/meeting/34/miyagi_01.html

[6]厚生労働省 平成21年地域保健医療基礎統計

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/kiso/21.html>

[7]米国医療機器・IVD工業会

<http://www.amdd.jp/trend/comparison/nichibei09.html>

[8]厚生労働省 医療施設調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/06/>

[9]日本救急医学会 ER検討委員会

http://www.jaam.jp/er/er/er_faq.html

[10]沖縄県立中部病院

<http://www.hosp.pref.okinawa.jp/chubu/>

台湾班

活動目的

台湾において、最近注目されている放射線治療の一つである重粒子線治療が導入されつつある。そこで、導入されることによってどのような影響が及ぶかを考える。

活動場所

台湾 台北 EDEN, 台北榮民総醫院, 馬偕紀念醫院

活動期間

2015年8月21日、25日、27日

班員

野崎 航平 (九州大学医学部保健学科放射線技術科学専攻2年 班長)
池田 隆史 (九州大学医学部医学科4年)
松原 圭佑 (九州大学医学部生命科学科2年)
岩村 成蔭 (九州大学医学部医学科1年)
佐藤 康人 (九州大学医学部医学科1年)

Abstract

がんという病気が身近になった現在において、がんに対する新たな治療法を期待させるニュースは世間の関心を集め、2015年にノーベル賞を受賞した大村智先生が開発されたイベルペクチンの有効性に関するニュースは記憶に新しいものである。今、がんに対する新たな治療法が導入されようとしている局面を迎えている国の一つが台湾である。その台湾で導入されようとしている治療法は重粒子線治療である。新技術の導入により変遷していく台湾の医療の現場を見て、患者の予後の改善と死の受容について学生の視点から考察していくと、根治を目指す医療と患者のQOLを維持した医療の双方が大切であるということを改めて考えさせられた。

第1章 はじめに

近年日本人の3人に1人ががんを罹患し、2人に1人ががんで亡くなるというのが日本の現状である。では、実際に目の前にがん患者が現れたらどのように感じるだろうか？重粒子線治療ががん治療の手段の一つとして予後を改善し、QOLを高めるものとして存在する。また、ホスピスは末期がん患者のQOLを高めるものとしてだけでなく、死を受容するために重要な医療の一端を担っている。そこで、学生の視点から両者について考察を深めることにより両者の関係性について考えていく。(野崎)

第1節 活動の動機と活動目的

(岩村)

はじめに、私たち台湾班の医療テーマは、「がん」、すなわち、悪性新生物であるということを明示しておきたい。悪性新生物というと、日本人の死因別死亡数のトップを占めることは周知の通りである。平成26年の厚生労働省の調査によれば、悪性新生物による死亡率は29%にもなる。[1]それゆえ、悪性新生物を取り巻く問題に取り組むことは、医療を考えるうえで必要不可欠であると考えた。

私たちは、悪性新生物に関わる数々の問題のうち、重粒子線治療及びホスピスの2点に焦点を合わせることにした。ここでは以下に台湾班の活動目的を提示したい。

1. 重粒子線治療の導入が、台湾医療全体に与える影響を考える
2. 病気の根治を目指す医療が重視される傾向がある中で、ホスピスの必要性について考える

第1項 なぜ重粒子線治療か？

重粒子線治療については、最先端のがん治療の1つであり、がんの三大療法と呼ばれるもののうち放射線療法の一つであるというに留めておく。近年導入が進んだ新たな治療方法であり、現在、日本国内数箇所ですべて実際に治療が行われている。一方、台湾においては重粒子線治療が今まさに導入されようとしている局面にある。具体的には、重粒子線治療施設の建設が決定された段階である(2015年10月現在)。そこで、台湾の重粒子線治療への関心は高まっており、台湾医療においても最もホットな関心事の一つであるといえる。

第2項 なぜ台湾か？

さらに、台湾医療に注目したのは、もう一点理由がある。それは、日本と台湾の医療状況が酷似しているということである。それは、以下の3点からいえる。

1点目は、台湾の医療水準も高く、医療先進国であるということである。台湾医療は、例えば、イギリスの雑誌「The Economist」が実施した世界国民保険ランキングにおいて2位という位置付けであるというデータもある。[2]

2点目は、台湾において急速に高齢化が進み、将来的に日本と同じく、超高齢者社会になることが予測されていることである。現在、台湾は高齢化社会であるが、2年後の2017年には高齢社会、12年後の2027年には超高齢社会となるとされている。

3点目は、医療保険制度である。台湾では、加入率 99.5%の割合で「全民健康保険制度」が普及している。これは、日本の「国民皆保険制度」にあたるが、加入率の高さは世界有数である。

第2節 重粒子線治療とホスピス

(岩村)

重粒子線治療とは、重粒子線をがん細胞に直接照射する最先端のがん治療法である。がんの治療法には、三大療法と呼ばれる、外科療法、化学療法、放射線療法がある。このうち、重粒子線治療は、放射線療法に含まれる。放射線療法は、比較的副作用が少ないこと、通院治療が可能であること、難治性がんの治療が可能であること、など特徴があげられる。放射線療法は、X線やガンマ線などの光子線を用いる方法と、重粒子線や陽子線を用いる方法がある。同じ粒子線治療でも、重粒子線を用いる方が、陽子線を用いるよりも、がん細胞に対する殺傷能力が数倍高く、より優れた治療法であるといえる。

重粒子線治療分野において日本が最先端にいることである。それは、世界8ヶ所ある粒子線治療施設のうち、5ヶ所が日本国内に立地していることから分かる。九州では、「九州国際重粒子がん治療センター (SAGA HIMAT)」が、佐賀県鳥栖市に立地しており、九州及びその周辺地域のがん治療の一役を担っていることも付言しておきたい。

ここまで、重粒子線治療について述べてきたが、重粒子線治療に代表されるような治癒を目指す治療は、がん治療の片面的な見方でしかないということを明記しておく。というのは、私たちは、がん治療に二つの方向性があると考えたからだ。

一つは治癒を目指す治療のことであり、大部分の重粒子線治療や前述したがんの三大療法はこれに含まれることになる。もう一つは根治を目指さず病と向き合う治療のことを指す。例えば、緩和ケアやそれを行う施設であるホスピスがこれにあたる。

一般に、がん治療というと想起されやすいのが、重粒子線治療のような根治を目指す治療である。しかし、これのみで全てのがん患者をカバーし得ないことは、末期がん患者を考えれば容易に想像できる。がん患者の QOL の維持の観点や体力的問題、死を受容する時間を確保するためにも、ホスピスのような医療の意義は大きい。

第2章 活動報告

第1節 EDEN 訪問

(松原)

私たちは、まず EDEN を訪問した。

EDEN は正式名称を Eden Social Welfare Foundation といい、公的な福祉事業を行う財団法人で、国内事業として障がいをもつ児童への早期介入や、障がいをもつ人への職業訓練などの障がい者福祉事業を行う一方で、国際的には国外への災害援助などやボランティア派遣も行っている。そして、日本と台湾との間での重粒子線国際技術協力における、台湾側のカウンターパートともなっている。

重粒子線治療という技術が台湾に導入されるにあたって、台湾側がどう考えているのかということを知りたいと考え、医師であり、EDEN の代表である王氏にお話を伺った。

最初に、台湾の一般市民が重粒子線治療に対して持っている印象についてお聞きした。現在、台湾では、がんに対する重粒子線治療を熱望する声もあるという。これは、EDEN の行っている宣伝広告により、認知度や理解が深まっている結果であると考えられる。次に、医師として、王氏が重粒子線治療についてどう捉えているかということについて伺った。重粒子線治療は低侵襲であるという点が注目すべき点だ、というのが本人の声である。患者にとって良い選択肢の一つになるのではないかということであった。最後に、経営者として重粒子線治療をどう考えるかについて伺った。王氏は、メディカルツーリズムによる経済効果に期待しており、全世界に売り出すことができればよいと思っているという。



写真1 Dr. 王へのインタビュー

また、技術協力に関して、「ゆくゆくはこのように日本から台湾に技術を伝えるのと同じように、台湾から別の後発の国々に技術を伝えていくこともあるか」という私たちの問いに対し、王氏はその通りだとおっしゃった。技術が広がっていき、多くの重粒子線治療施設ができることで、重粒子線治療を享受できやすくなるのではないかという。一方で、「現在は治療費が高額であり、治療を受けられない人が出てくるのではないか、先端医療はすべての人が受けられるわけではない、この格差をどう捉えるべきか」という私たちの問いに対しては、先端医療ではない既存の方法、たとえば社会福祉によってカバーしていく必要がある、ということであった。

第2節 台北榮民総醫院見学

(松原)

私たちが次に訪れたのは、台北榮民総醫院(Taipei Veterans General Hospital、以下 TVGH)である。台北に位置する TVGH は約 3000 床のベッドを保有する非常に大きな総合病院であり、放射線科病棟も所管している。重粒子線治療が実際に導入される現場である病院がどう考えているかについて調査したいと考え、放射線科病棟を見学した。実際に、TVGH では近い将来重粒子線治療施設が導入されることが決定している。



写真2 案内してくれた劉さん

加えて、TVGH の医師の方にお話を伺うことができた。まず、台湾人の放射線治療に対する考え方についてお聞きした。やはり放射線治療に対して怖いという印象を持つてはいるが、きちんと説明すれば、それを受け入れる人が多いということであった。また、先端医療や新薬の導入に対しては、open minded な風潮があるという。そのため、重粒子線治療の導入もスムーズになされるのではないかという印象を受けた。次に、重粒子線治療の導入のために行われている人的交流について伺った。現在、台湾人の医師が日本の放射線医学総合研究所や、SAGA HIMAT に派遣されて研修を受けているという。重粒子線治療の導入に向けて、ソフト面での準備は着々となされていると感じた。

患者さんの QOL と死の受容という二点を備えたホスピスに興味をもち訪問した。場所は台北郊外の港町淡水にある馬偕紀念醫院 (Mackay Memorial Hospital)。25 年前、台湾ではじめてホスピスの概念が導入された場所である。病院に着くと同院ホスピス病棟に案内された。今回、がん放射線治療およびホスピスの専門家である Dr. 嚴 (Yen) からお話を伺った。Dr. 嚴は私たちを大変好意的に受け入れてくださった。



写真3 馬偕紀念醫院

まずホスピス施設を見学させていただいた。ホスピス施設については、日本における設備の基準にかなり似ていたように思われた。つまり患者家族向けの待合室、台所などは備わっていた。日本との大きな相違点としては、日本では1人部屋が主流なのに対し2~3人の相部屋が主流であるという点だろう。おそらく患者さんはこのような「相部屋で最期を迎える」ことになるが、ホスピス医療費の殆どが国民健康保険で賄われている以上、予算は限られている。

そういう面では相部屋にせざるをえないのも、仕方がないことかもしれない。

Dr. 嚴によれば、台湾文化における、患者の臨終をむかえつつある家族の行動にはいくつかのパターンがあるという。亡くなる前後のいつかのタイミングで患者を家に移送してほしいと希望する遺族がいる。その一方で患者さんの亡くなる前後の時点で一緒に別れの時間を過ごすことを選ぶ遺族も存在するそうである。しかし患者さんの遺族が大勢駆けつけた時、彼ら遺族はそのようなよそよそしい場所で患者さんのご遺体との別れの時間を過ごすことになり、さらになにより相部屋のほかの患者さんからしても迷惑であろう。そうしたことからか、この病院には Viewing Room という部屋が用意されていた。亡くなった患者さんはいったん Viewing Room に移される。そこで必要のある遺族は概ね 2~3 時間ほど、患者さんとの別れの時間を過ごす。Viewing Room が、医療費に余裕がなく病棟を個室にすることが不可能だとしても、遺族へのケアの必要性から導入されたものであるということは、Viewing Room は、ある意味遺族へのケアの必要性を実際に体現しているものだととらえられるのではないだろうか。説明を受けた私たちは、ホスピスでは患者さんが亡くなるまでのケアだけでなく、亡くなった後に残された遺族の気持ちに対してもケアをしていくことが求められているのだということを、改めて感じた。



写真4 病棟一階にて Dr. 嚴と班員

次に、Dr. 嚴へのインタビューの時間を頂いた。台湾におけるホスピス像はどのようなものなのだろうか？死にゆくところ、というイメージが強いそうである。少数だがホスピス入院をためらう人やその家族もいるという。しかし先ほども述べたようにホスピス医療費のほとんどは国民健康保険から賄われているので、患者さんの負担はほとんど無い。そのため選択肢としては helpful なものであるのだろう。また他方で、

台湾におけるホスピスは病院にとって儲かる科ではなく、国にとっても負担が大きいので儲からない分野だろうと仰っていた。補足だが、ホスピスの国民の直接的な負担が少ないのは、そのことが政治的なカードにされているという背景もあるそうである。

インタビューの最後のほうで、本題の「重粒子線が台湾に導入されるとどのような影響があるか？」ということについて尋ねてみた。終末期医療に携わる医師からみて、先端技術の導入はどのように見えるのか。

Dr. 巖は、有難いことに、私たちに対し基本的には日本語で説明してくださっていたが、時として熱が入ると、英語で話すといったこともあった。これはそのうちの一つである。

「それは難しい質問だ。しかし、たとえば、可能性としては、患者さんが先端医療などに手を出して闘病しているに、気づいたら余命があと2〜3週間しかないという現状になってしまうということが起こるかもしれない。そうなると、患者さんは十分なケアを受けることなく亡くなってしまいます。もしそうなれば、私たち医師としても、十分な信頼関係が築けないまま患者さんが亡くなってしまふ、ということになる。」

たしかにがんを患う患者さんが、藁にもすがる思いで、様々な手段に頼ろうとする気持ちは理解できる。最後までがんを闘う。そういう生き方を否定することは避けたい。

ここで、緩和ケアとホスピスを区別する必要がある。現在の医療において、緩和ケアとしてがん治療の早期より介入し、疼痛緩和や心理ケアを行うことは一般的である。このモデルにおいては一見、切れ間なく緩和ケアが提供されるかのように思える。しかし、患者さんの視点から考えてみると、根治やコントロールを目指す自分が助かる可能性があると思われている時期と、それが叶わず、もう助からないとわかってしまった時期では、患者の死への考え方は大きく変わるのではないだろうか。後者のもう助からないとわかった時期では、死が強く意識されると考えられる。そしてとくに後者の、死が強く意識される時期で機能するものがホスピスであるところでは定義しておく。

ホスピスにおける患者さんの心のありようはいかなるものだろうか。それを示すもののひとつに、キューブラー・ロスの死の受容のプロセスがある。否認、怒り、取引、絶望、受容の5つのステージによりなるモデルである。端的に言って、このモデルから言えることは、死を受け入れるまでにはいくつかの過程がある、ということである。患者さんがその日その日の葛藤の中で段階を経ていく。医療者はそれを心理的に支えていく。これらの努力がある程度の時間をかけて注がれるのであれば、「死を受け容れるにはある程度の時間が必要である」といえる。

そのように、死を受け容れるのにある程度の時間が必要であるということから、がん治療に対する先端医療の希望は、ひょっとすると、患者さんの人生の最後に、死の受け容れ方という点で影響を与える場合があるのかもしれない。

基本的には、新しい治療法の導入は、患者の健康増進に寄与するという価値観すなわち目的のもと行われる以上、基本的には患者の健康を増進するだろう。このことは大変好ましいことである。しかし、一方で患者の受療行動や治療選択のあり方を変えようという現象が起こるかもしれないので、その影響については、検討していく余地があるように思われる。

第3章 考察

第1節 重粒子線治療が導入されることによる影響

(野崎)

ホスピスを見学した際に Dr. 巖がおっしゃっていた、「治療ばかりに目が向いていて気づいたら余命 2~3 週間になってしまっている状況がある。」という言葉が印象に残っており、これからは重粒子線治療とホスピス双方の視点で考えていきたい。

重粒子線治療は低侵襲な治療法であり、通院で治療を進めることもできるため高齢者にとっても受診しやすい治療法の一つである。重粒子線治療は低侵襲の治療法で痛みや苦しみを伴わないものであることから、がん治療の治療法の選択肢の一つとして広がりさらに積極的な医療の可能性も広がっていく。治療可能な疾患や治療を受けることができる患者も相対的に増えていくのではないだろうか。患者の立場から見ても、根治を目指す治療と延命を推さず QOL を高めるような治療を選択可能な場合、最終的な決断は患者本人が決定するにしても、根治を目指す治療の選択の幅が広がったことから、根治を目指す治療を選択する患者も増えるのではないかと考える。

一方で、どんな治療を受けた場合であれ健常者の場合であれ最終的には死を迎えるものである。第2章第3節の Dr. 巖の訪問でも出てきたように、重粒子線治療などの根治を目指す医療がどれほど発展していても、一定数存在する治療できない患者をゼロにすることは不可能である。死を受け入れるためには時間が必要であり、そのためには死ぬ前のケアが重要になってくる。そのケアを充実させるためにも緩和ケアやホスピスが存在するのではないだろうかと考える。

第2節 活動を終えて

(野崎)

実際のところ、重粒子線治療などの根治を目指す治療とホスピスなどの QOL を高める医療は相対するもののように思われがちであるが、そのような関係のものではない。活動を通して、ホスピスから見て重粒子線治療は低侵襲の治療法であり多くの患者を救うことができる十分な可能性を持っているということが得られ、また、重粒子線治療から見たホスピスには死を迎えるまでのケアを充実して行うことができるという特徴を持っていることも確認することができた。しかし、それぞれには短所があり、重粒子線治療では患者負担の医療費が高額であること、ホスピスでは積極的に延命治療を推さないこと、依然として死へのイメージを強く感じてしまうために入院を拒むこともあることが挙げられる。根治を目指す医療が発展すると予後が長くなり、実質的な時間や心理の上の点から死の受容が遠のいていくかもしれない。また、死を受容することは予後について深く考えていないかのようにも感じられる。このように考えると両者は両立しえない関係にあるように思えるが、一方ではお互いに補完しあう関係にあると思う。実際、Dr. 巖が話していたように QOL を高める医療を遂行していくには時間が必要となるが、これは予後を高める医療と深く関係しているのではなかろうか？現在では予後を高める医療と QOL を高めるための医療を同時並行で進める治療が多くなっており、双方の重要性がさらに増えてくる。今回の活動を通して、根治を目指す医療と QOL を高める医療は両立しえない関係に

ある一方、患者の QOL を維持したまま治療を進めていくために両者は密接な関係を維持していくことが重要であり、今後の医療のために両方が必要不可欠となるであろうということが分かった。

第 4 章 旅の Tips



写真 5 台北 101



写真 6 臭豆腐

今年の台湾班の活動地は台北市内だけであったが、観光として南の高雄、中央部の梨山にも行ってきた。交通機関に関しては台北市内と台北桃園空港を結ぶバスが 24 時間体制で運航されており、さらには市内全体を MRT と呼ばれる地下鉄が走っているため交通手段で困ることはほとんどない。福岡からは台北桃園空港行きの直行便が毎日複数便運航している。高雄にも MRT が走っており、車内放送が日本語で行われる駅もあるので親近感をかなり感じた。台北市内からは各地へバスが運行されているので、鉄道よりも格安で利用しやすい面もある。

食に関しては、蚵仔煎や臭豆腐、小籠包など日本でも有名なものが数多くある。蚵仔煎は、日本で言うお好み焼きに牡蠣が入ったものであるが、小さい牡蠣が入っているので若干物足りない感じもする。どの料理も味付けは日本に似ているので、非常に食べやすい。士林夜市をはじめ、各地で夜市が行われており夜遅くまでほぼ毎日開催されている。また、食に限らずあらゆるもの

が売られているので楽しみ方は様々である。夜市も地域の特徴を生かしたものが販売されており、高雄の夜市を訪れると多くの魚介系の料理を味わうことができる。(野崎)

謝辞

台湾での活動では多くの方々にお世話になり、無事活動を終えることができました。会議等で時間が限られた中、また御多忙の中私たちの活動に御協力して頂きました Dr. 王、曹さん、葉さん、宮本さん、今村さん、山田さん、Dr. 劉、Dr. 巖、台北榮民総醫院と馬偕紀念醫院の職員の皆様にお礼申し上げます。

参考文献

- [1]厚生労働省「平成 26 年人口動態統計の年間推計,死因順位別死亡数の年次推移
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei14/g>
- [2] The Economist, 「世界国民保険ランキング」,2011 年
- [3] SAGA HIMAT, 「重粒子線治療について」,www.saga.jp/acutual.html
- [4]国立研究開発法人放射線医学総合研究所 世界の粒子線治療施設の現状
www.nirs.go.jp/rd/collabpration/himac/overseas.shtml
- [5]地球の歩き方 台湾概要
www.arukikata.co.jp/country/asia/TW_general_1.html

ラオス班

活動目的

ラオスでは 2005 年に学校保健推進を目指した政策が策定された。10 年が経過した今、その内容は根付いているのか、現状と適合しているのかについて調べる。

活動場所

日本 福岡県久留米市 聖マリア病院
鹿児島県薩摩川内市 NPO じゃっど
ラオス ビエンチャン Samket primary school
Mittaphab hospital
カムアン NGO ISAPH
Bung Hua Na primary school、 Ban Tung primary school

活動期間

2015 年 7 月 25 日、8 月 1 日、9 月 18 日、9 月 21 日～23 日

班員

岡 毅寛 (九州大学医学部医学科 4 年 班長)
高張 謙介 (九州大学医学部保健学科看護学専攻 3 年)
赤木 健哉 (九州大学医学部医学科 1 年)
金子 和樹 (九州大学医学部医学科 1 年)
山川 良太 (九州大学医学部医学科 1 年)

Abstract

学校での保健、「学校保健」は開発途上国において重要性が認識されている。それは、1) 子供たちが日常的に病気に罹っているため、集中して授業を受けられていない 2) 多くの子供が学校に集まるので、病気対策の効率がよい 3) 栄養失調と就学率や学習の質、女子の教育と乳児死亡率など、子供の教育と健康の問題は密接な関係がある 4) 子供への健康教育は地域全体の健康にも波及する、などの理由からである。

ラオスでは 2005 年に学校保健推進を目指した政策が策定された。今年で 10 年が経過したが、その現場はどうなっているのだろうか、節目の年に、激しく変化しているであろう場所でこれを確かめるため、ラオスの小学校訪問や、関係者へのインタビューを行った。

首都ビエンチャンや支援団体の援助を受けている地域の学校では、教育内容が習慣として根付き、一定の成果を上げているということが分かった。しかし、国全体で見るとこのような学校は特別であり、そうでない地域との格差が広がるという新たな問題にも気づいた。

第1章 はじめに

私たちはラオスでの学校保健の現状を確かめにラオスへ向かった。ここ第1章では活動における基本情報として、ラオス、学校保健、ラオスにおける学校保健の沿革、そして私たちがお世話になった「NPO じゃっど」について述べたい。(岡)

第1節 ラオスとは

(山川)

ここでは、ラオスの基本情報と、今回の活動の前提知識として、ラオスの教育制度の概要、並びにラオスで見られる主な疾患について紹介する

第1項 ラオスの基本情報

まず、ラオスの概要について簡単に解説する(以下のデータは[1]を参照した)。正式名称はラオス人民民主共和国で、1800年代後半から第二次世界大戦後までのフランス植民地時代、1950年代以降の内戦を経て、1975年に国家として承認された。

面積は約24㎦と、日本の本州と四国を合わせた程度の広さであり、ASEAN加盟国で唯一の内陸国である。国土の大半が山岳地帯で、南北を流れるメコン川がタイやミャンマーとの国境を成している。人口は約660万人と、日本の埼玉県よりやや少ない程度であるが、近年急増傾向にある。48民族が暮らしており、うち半数以上はラーオ族が占める。言語はラオス語で、大半が仏教徒である。

政体は人民民主共和制としているが、隣国のベトナム同様、事実上の社会主義体制をとっている。現地のテレビでは政府の啓蒙放送が頻繁に流れる。1人当たりGDPは1,628US\$で、日本の20分の1程度にとどまるが、近年は他のASEAN諸国同様に急激な経済成長が進んでいる。

第2項 ラオスの教育制度

ラオスでは、就学前教育、初等教育、前期中等教育、後期中等教育、高等教育の各段階に分かれている。就学前教育は日本でいうところの保育園や幼稚園、初等教育は小学校、前期中等教育は中学校、後期中等教育は高等学校、高等教育は大学・専門学校等にそれぞれ対応するものと捉えてよい。日本では6・3・3制であるが、ラオスでは5・4・3制であり、初等教育のみが義務教育となる。表1は、各課程の対象年齢と就学率を示したものである。

表1 ラオスの各教育課程における就学率(2009年度)[2]

	対象年齢	就学率
就学前教育	～5歳	—
初等教育	6～10歳(5年間)	123.4%
前期中等教育	11～14歳(4年間)	62.7%
後期中等教育	15～17歳(3年間)	36.8%
高等教育(大学・専門学校を含む)	18歳(2～7年間)	13.0%

なお、ここで示した値は粗就学率である。粗就学率とは、「就学者数を該当学齢人口で除したものであり、就学者が公式学齢を超えて広がっている場合には100%を超える場合がある。それに対し、純就学率とは、就学者のうち就学年齢層に対応する生徒のみを該当年齢人口で割ったものであり、100%を超えることはない。」[3]

表1より、義務教育である初等教育の段階では高い就学率であることがわかる。なお、初等教育の粗就学率が100%を大きく超えているが、これは、戸籍制度が浸透していない農村部では、“片手を上に挙げ、頭に沿って手をまげて耳を掴むことができる”などといった身体的に「6歳並み」という基準に達せば入学を許可するケースがあることや、留年する生徒が特に農村部で多い[4]などの要因があるため、必ずしも公式の就学年齢通りに教育を受けているわけではないためだと思われる。ちなみに純就学率は91.6%[2]であり、100%にはまだ届いていないものの、途上国としては高水準にあるといえる。

一方で、中等教育以降は、単調減少的に就学率が低下している。ラオスの国立大学はラオス国立大学のみであることから、政府が私立カレッジの拡大を推奨し80校以上設立する[4]など、中等教育以降の教育の整備に力を入れているものの、まだまだ発展途上である。

第3項 ラオスで見られる主な疾患

主な疾患としては、感染性胃腸炎（細菌性、ウイルス性、寄生虫）、デング熱、マラリア（ビエンチャン特別市以外の国内全域）、日本脳炎、狂犬病、ウイルス性肝炎（A型、B型）、タイ肝吸虫症、レプトスピラ症（洪水時）、メコン住血吸虫症、高病原性鳥インフルエンザなどが挙げられる。[5]

ビエンチャン市 Mittaphab hospital での聞き取り調査によると、上記以外にも、結核、腸チフス、類鼻疽などが見られるそうである。いずれも感染症が主体である。なお、同病院での活動の詳細は第2章第4節を参照のこと。

第2節 学校保健とは

(高張)

これから学校保健を勉強するにあたり、班員の中でも共通認識としての学校保健の定義が必要だと思い、定義を学ぶことにした。学校保健とは保健教育、保健管理、組織活動に分けられる。保健教育は保健学習、保健指導に、保健管理は対人管理と物理的管理に分けられる。保健学習は学校の授業のカリキュラムを決めるなど、「教科」として位置づけられているのに対し、保健指導は教科外の特別活動のことをいい、保健室や学級での個々の児童を対象に実施する個別指導や特別活動における集団を対象としたりするものがある。対人管理というのは健康診断や健康相談のことをいい、物理的管理は、施設、設備の衛生管理などという。組織活動は家族や地域の関係機関・団体との連携や、学校間での連携の事をいう。学校保健は単に「学校で教える」といったものではないことが分かる。[6]

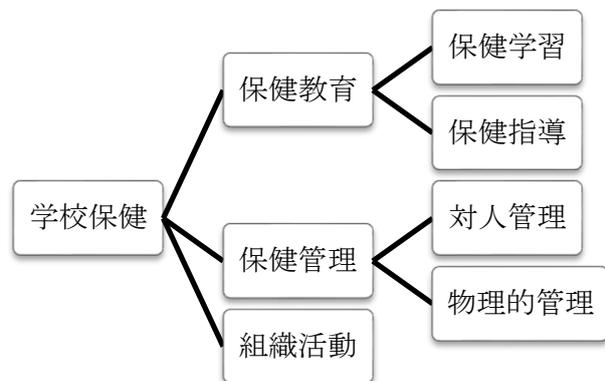


図1 学校保健の類型[6]

第3節 ラオスの学校保健の沿革

(赤木)

ラオス人民民主共和国は1974年に民族連合政府を樹立し、1975年に国家として承認された。建国から1980年代半ばに社会主義改革の影響を受けるまで、ラオスの教育制度は旧宗主国であるフランスの影響を強く受けていた。そのため少数のエリートを育てるための教育が行われ、国民全体に教育を受ける機会が与えられることはなかった。1980年代後半から、新思想(経済、政治、文化等のあらゆる面での自由化を進める政策指針)、および新経済政策(国際社会との経済協力および市場経済への移行を柱とした改革・開放政策)が導入されたことによって、国民全体に教育の機会を提供する公教育のシステムが整備されることになった。[7]そして、学校保健の世界的な流れとして1990年に万人のための教育世界会議が開催され、そこで初等教育に重点を置く方針が決定された。[8]

1993年にWHOがHealth Promoting Schoolにより学校保健活動を始めた。Health Promoting Schoolとは健康増進活動の拠点となる学校のことである。2002年に教育省と保健省がHealth Promoting Schoolのための合意書にサインし、2005年に国家学校保健政策の策定が行われ、学校保健活動が盛んになった。[7]しかし、その後の学術論文が存在しないため、現在のラオスの状況についてよくわからず、盛んになったはずの学校保健がどのような状況にあるのかについても確認されていない。

第4節 NPO じゃっどの概要

(金子)

認定NPO法人「じゃっど」は、1992年よりラオスの子どもたちの教育環境の向上を目的に、日本(鹿児島県)および現地ラオスで活動を続けている国際協力NGOである。現在では、ラオスの医師たちが活動の主導権を持ち、日本側が支援するというスタイルとなっている。WHOが実施している健康診断、駆虫薬投与等、小学校での生徒向けの健康セミナーに加えて教師向けのセミナーも行っている。2005年、じゃっどの働きかけで、ラオス国教師育成のカリキュラムに今まで含まれていなかった、保健衛生の授業が9時間組み込まれるようになった等の成果もあげている。このようなソフトの面だけでなく、現在までにイス募金による机とイス751組、自動車ポンプで水道をひく井戸、天井ファンの設置、電気配線工事、校庭の整備等の学校の設備面での支援も行っている。[9]

今回、日本側では理事長の帖佐徹医師、創設者で夫人の理子医師、ラオス側ではラオス国立公衆衛生所所長のコンサップ医師と、夫人で元保健省母子保健環境衛生部長、じゃっどラオス側代表のソムチット医師の計4名にお世話になった。



写真1 コンサップ医師、ソムチット医師と班員

第2章 活動報告

7/25	聖マリア病院国際事業部訪問	@福岡
8/1	じゃっど事務局訪問	@鹿児島
9/18	Samket primary school 見学	@ビエンチャン
9/21	Mittaphab 病院見学	@ビエンチャン
9/22	ISAPH ラオス事務所訪問	@カムアン
9/23	Bun Hua Na primary school 見学	@カムアン
	Ban Tnng primary school 見学	@カムアン
9/23	在ラオス日本人ヘインタビュー	@ビエンチャン



図2 ラオスの地図

第1節 聖マリア病院国際事業部訪問

(高張)

今回班の活動としての初めての場所となったのが聖マリア病院であった。聖マリア病院は久留米市にある病院で、そこには国際事業部があり、開発途上国に対する国際協力を行っている。後ほど説明する NPO 法人「じゃっど」の帖佐徹医師より、その国際事業部の医師で、ラオスで活動した経験のある浦部大策医師をご紹介いただき、7月25日、お話を伺うことになった。お話を伺う前に事前にメールで質問をいくつか送ることになったのだが、その質問はラオスでの学校保健に関するものやラオス人の考え方に関するものが多かった。それに対して浦部医師は「人の考え方のあり方を日本の文化と同じ尺度でとらえているように感じる」というお返事をいただいた。つまり、ラオスがどのような状況にあるか、どのような文化であるかを理解する必要があり、日本と同じように考えてしまうと理解できないということである。そこで当日はラオスではどのような問題があり、どのような状況にあるのかについて、また、国際保健を勉強しに行く上で必要なことについてのお話を伺った。



写真2 浦部医師と班員

浦部医師はまず、ラオスという国の状況やラオスの学校について実際に現地で撮られた写真を用いて説明して下さった。ラオスは、数年前は国家予算の8割が外国の資金援助でカバーされていると言われていた。そんな中で、ラオス人それぞれが自立した考えを持つ事は非常に難しい面がある。国の保健指標といっても、その対策を立てているのは国際機関が主なため、自国の現状を悩んでいる人はいるかもしれないが、それを自分達で対応できる力があるとは言えない。国の問題に対して、自分達で何とかしようとするような動きができるように育成する事、これがラオスで必要な外国人による人材育成であるといえる。自国の現状に対して、どう対応すべきか、その対応能力がまだ十分ではないのが途上国と呼ばれる地域の現状である。ラオスにおいても、田舎で育って、大人になっても農業を継ぐだけなのに学校に行く事の意味をどの程度感じられるだろうか。場所によっては教育の前に生きる事がまず先だ、という地域も多

数あるぐらいである。そんな中で、結婚、出産に対する考えと教育をどうとらえているか、このような質問にはまず文化、経済、環境などの要素を押さえることが重要である。学校の役割を、日本と同じようにとらえると、現地を理解できない。指導者たち自身が村での生活で若手を育てる、というより自分がまず健康に暮らしていけるという保証がない。そんな環境の中で、教育に命を燃やす、という状況は期待できないと言える。このような状況があることを理解してから、国際保健について勉強していく必要がある。また、国際保健では最終的に何がしたいかを明確にしておくことが大事であり、国際保健で海外に行く前にはその国の情報を広くとらえることが大切であることを学んだ。

第2節 NPO じゃっど訪問

(高張)

私たちの活動に理解を示し、協力してくださることになったのが NPO 法人じゃっどである。じゃっどは鹿児島県薩摩川内市に事業所がある NPO 法人である。今回ラオスでの活動に協力していただけるということで、一度ご挨拶に伺いたいと思っていたので、時間をいただけたことは嬉しかった。8月1日、薩摩川内駅から徒歩30分程度で事業所に着くと、理事長の帖佐徹医師が迎えてくださった。そこで、ラオスでの教育・保健について、じゃっどの活動について、ラオスでの活動におけるアドバイスなど、さまざまなことについてお話を伺うことができた。また、途中から夫人の帖佐理子医師にもお話を伺うことができた。

まず、ラオスの教育についてのお話をしていただいた。ラオスの教材はイギリスの教科書や日本の絵本などをラオス語に翻訳したものが使われている。主人公が蚊に襲われているなどの物語が書かれていて、それを利用して感染症について教えたりしている。また、アナマイの歌という、食べ物・身体・環境の衛生についての歌を作るなど、子どもでも分かりやすいようにあらゆる方面から教育の方法を考えられている。ラオスの教科には国語、数学の他に、World Around Us などがある。World Around Us の中には社会、理科、保健が入っていて、その中の一部に健康管理（環境、寄生虫、栄養、結核、衛生）があった。ラオスでは以前は教師の研修と言う概念はなく、教える技術が十分ではない人が教師をしていることもあったが、ここ数年は日本などが夏季休暇にラオスの教師を対象に研修を企画したりしている。しかし、遠いところに住んでいる、教師の他にアルバイトをしているラオス人は交通費や日当を払わないと来ない人もいる。また、ゾウに乗って来たりした人もいたようである。



写真3 帖佐夫妻と班員

ラオスの教育についてお話を聞く中で、じゃっどの活動についてもお話を伺うことができた。Health を子どもが子どもに広げ、子どもが親に広げるなどを期待して、「学校」という場所を選んだとのことだった。現在は、ビエンチャンは発展したため、「もう来なくていい」とまで言われている。そのため、ビエンチャンで活動をしながらもカムアンなど他の場所でも活動を同時に行っている。活動の話で特に印象に残っているのが、自分たちが行くのではなく現地の人を

使って長く続けているというお話である。日本人が1人で行って自分で活動をしようと思うと、かなりのお金がかかる。そうなる継続していくのが困難になり、中途半端に終わってしまう。

第3節 Samket primary school 訪問

(赤木)

9月18日、私たちはラオスに到着して、まずソムチット医師とコンサップ医師の案内でビエンチャン市内にある Samket primary school を訪れた。この小学校は1970年に設立され、元々2クラスしかなく1992年時点でも、教師は2人しかおらず生徒も64人しかいなかった。1993年に日本のケアプロジェクトにより校舎が建てられ、その後も日本から机やイスなどの物資の支援もあり私たちが訪れた時点で、生徒数は147人だった。

小学校に到着して、私たちはまず現地の小学生と一緒に保健衛生に関する授業を一緒に受けさせていただいた。その授業では教師が紙芝居を用いて栄養をとることの重要性を生徒に教えていた。紙芝居では生徒が教師と一緒に紙芝居のセリフを声に出して読んでいた。また教師が紙芝居の順番を間違えるというハプニングがあったが、生徒はすでに紙芝居の内容を知っていたようで生徒が教師に正しい順番を教えるという場面が見られた。これらのことから紙芝居の内容は生徒たちに定着しているものと思われた。



写真4 紙芝居による授業

紙芝居が終わると次に絵本の読み聞かせが始まった。菌とウイルスを題材にした日本の有名な漫画の「もやしもん」をラオス語に訳した絵本を用いて、正しい手洗いの方法や手洗いの重要性について教えていた。読み聞かせが終わった後、クラスの皆が正しい手洗いを実践していて、

その様子を見ると手慣れており、普段から実践している様子だったので手洗いについても定着しているものと思われた。



写真5 手洗いを学ぶ子供たち

授業が終わると、校長先生に小学校の図書館を案内していただいた。この図書館は、タイル張りで靴を脱いで入らなければならない、また壁に生徒の描いた絵が掛けてあった。全部で540冊の本が収容されており、日本の本も多い。中でも「もやしもん」は人気らしい。

その後、小学校のトイレを見学させていただいた。きれいに使われており、掃除用具も見られた。トイレ内には便器、蛇口、水の溜まったバケツ、しゃくしがあった。

最後に校長先生にお話をきかせていただいた。校長先生によるとこの小学校には国語、英語、算数、美術、体育、ディシプリン、World Around Usの7科目があるそうである。また教科書は政府が支給しており、首都であるビエンチャン市内では100%支給されているらしい。またノートに関しても私たちが訪れた Samket primary school では全ての生徒が持っているようだった。

た。授業は月曜日と金曜日は7コマあり、他の曜日は6コマで1コマ50分。午前は8時始業で、午後は1時30分始業である。

第4節 Mittaphab hospital 訪問

(金子)

9月21日、ラオスの医療現場や医学生の様子を知るために病院を見学することにした。ラオスの医師養成学校は、ラオス保健科学大学のみであるという情報を得たため、私たちは、まずそこへ向かった。しかし、医学生たちは、Mittaphab hospital で実習を行っているということだったため、私たちは改めてそちらに向かった。残念ながら現地では卒業直前で医学生の実習が行われていなかった。アポイントメントもとっていなかったにも関わらず、日本から来た医学生で是非見学をしたいと伝えると先方は快く受け入れてくれた。そこでは、感染症科のソンウェイ医師が応対してくださった。ソンウェイ医師にはラオスの保健衛生事情などを説明していただき、感染症科の病棟を案内していただいた。

第1項 Mittaphab hospital について

ラオス国内でも有数の病院であり、ラオスに1校しかない医師養成学校であるラオス保健科学大学の生徒はここで医学を学ぶ。しかし、日本など先進国の病院と比べれば、設備が整っているとは決していえなかった。

第2項 ラオスでの感染症

Mittaphab hospital でよく見られる症状としては順に結核、腸チフス、類鼻疽、マラリア（貧困地帯）、デング熱、下痢症、ウイルス感染症などが多いとのことだった。また、特に腸チフスやコレラが劣悪な衛生環境によって引き起こされている。例えば、ラオスの農村部では、豪雨によって浸水し家畜の糞便などが生活空間にまで及んでいることや、多くの人が裸足で生活していることなどがこの原因であるという。

第3項 感染症への対策

ラオスでは、WHOの感染症対策のマニュアルに従って対策するそうである。例えば、腸チフスの場合等は、感染源と思われる場所の調査や関係者への情報提供、二次被害の防止に重点を置いている。もう1つの例として、デング熱の場合では、保健局が感染者の出た地域で殺虫するなどの徹底した対策が取られる。

第4項 病状の診断

医師が一度診断して、Surveillance center (National center of laboratory)にデータを送って詳しい調査をする事で診察精度を向上させている。また、ラオスの衛生環境についての質問もいくつか行った。ラオス全体でのトイレ普及率などの質問をした。ソンウェイ医師自身はそれらに関する情報を持ち合わせていなかったが、代わりに保健衛生関連の情報が集積されているビエンチャン市内のChild care centerという施設をアドバイスしていただいた。しかし、後に保険省の官僚であったコンサップ夫妻に聞いたところによると、一般人に向けて開かれている場所ではないということで、取材は断念した。

第5項 回診の見学

インタビュー後にソンウェイ医師の回診の見学をした。上でも述べたが、設備は十分なものではない。特に感染防止に気を配ったような設備はなかった。ベッドが2床ある部屋が3つあったが、やはりこれでは十分でなく、廊下のようなスペースにベッドが10床ほど並べてあった。

医師からは、患者の病状、経緯や治療のことなどを聞いた。写真6は患者の症状を記したホワイトボード、ラオス語、英語の両方で書かれている。

№	ラオス語	性別	年齢	疾患	ラオス語	英語
1	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
2	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
3	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
4	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
5	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
6	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
7	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
8	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
9	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
10	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
11	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
12	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
13	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
14	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
15	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
16	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
17	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
18	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
19	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57
20	ວິທະຍາ	ຜູ້	35	ໂຮງໝໍ	ໂຮງໝໍ	57

写真6 患者の情報を記したホワイトボード

今回の見学では、ウイルス感染症や下痢の患者の中にチフスや結核の患者も混じっていた。

第5節 ISAPH

(山川)

9月22日、はコンサップ、ソムチット両医師の紹介により、ラオス南部カムアン県の県庁所在地ターケー市市内にあるISAPH（アイサップ、International Support and Partnership for Health）ラオス事務所を訪問した。

ISAPHは2004年に設立された、パートナーシップ・支援による保健医療の向上を目指す特定非営利活動法人である。7月に来訪した久留米市の聖マリア病院国際事業部も参画している。主な事業内容は、①開発途上国での住民参加型の地域保健の向上支援（ラオス、マラウイ）、②天災などによる被災地における災害緊急医療支援（タイ、ラオス、パキスタン、インドネシア）、③相互の知識と経験を活かした保健人材育成支援、である。班のテーマである学校保健活動を直接行っているわけではないが、地域コミュニティ内で住民に直接保健教育を行っていることから、①住民参加型の地域保健の向上支援の一つ、ラオス・カムアン県母子保健プロジェクトについて、同事務所の武繁政昭氏、赤羽由香氏に伺った。

同プロジェクトの対象地域は、カムアン県セバンファイ郡にある3地区で、人口8,590人（うち女性4,332人）、1,639世帯である。2005年から活動が開始され、ラオス保健省とMOU（Memorandum of Understanding）を締結しており、現在は3期目に当たるフェーズ3の段階にある。当初はJICAの補助により行われていたが、現在は自己資金のみで運営している。

基本となる活動はモバイルクリニック（移動診療）である。その具体的な内容は、(1)Gross Monitoring、(2)妊婦検診、(3)健康教育、(4)予防接種、(5)その他診療、薬剤販売である。モバイルクリニックは元々郡単独で実施していたわけではなく、ISAPHの活動によって始められた取り組みである。およそ1ヶ月に1回、各地区で実施されている。以下、個々について概説する。

(1) Gross Monitoring

Gross Monitoring とは、端的には乳幼児の身長体重測定のこと、各地域の乳児を対象とし、身長、体重を計測、横軸に体重、縦軸に身長などを示したグロスチャート（発育記録表、写真7）にプロットし、乳児の成長の経年変化をグラフで視覚的に表すものである。1歳児未満は1ヶ月に1回、5歳児未満は3ヶ月に1回行っている。この表を用いて、平均と比べて乳児が順調に成長しているか、極端に生育が遅れていないかなどを確認できる。また、乳児の母親に対して家の状態を聴く、食べ物など各状況に応じたアドバイスをするといった個別指導も行っている。

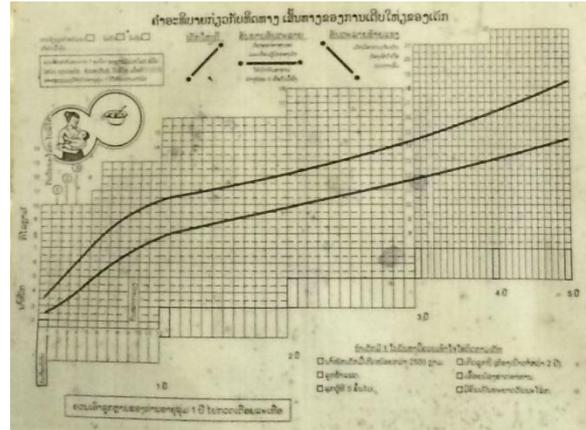


写真7 グロスチャート

(2) 妊婦検診

妊婦に対して体重・血圧測定、胎児心音の確認、下肢のむくみの有無など簡単な問診を行っている。

(3) 健康教育

5歳未満児を持つ母親を対象に、地域の集会所などで、栄養・離乳食、衛生、手洗いなどについて教えている。住民たちに理解してもらえるよう、めくり型紙芝居や、パネル布を貼った舞台に絵や文字を貼ったり外したりするパネルシアター等を活用して、目で見て楽しめるように工夫している。

(4) 予防接種

定期的なものについては県や郡保健局が行い、ISAPHは直接関与していないが、疾患が流行して急きょ予防接種を行いたいと郡から要請があれば支援する体制をとっている。

支援活動に用いる物品は、ISAPHが車で持って行って現地でセッティングするが、2015年から身長計や体重計など一部の物品を現地に置くことになった。また、ISAPHで用意できないものは郡保健局のものを借りることもある。

活動の成果については、活動に対する住民の参加率を最も重視しているそうである。お聞きした情報によると、Gross monitoringの参加率は、活動開始4年後の2009年の時点ですでに約80%であったが、2014年にはさらに93%以上に上昇し、妊婦検診の参加率も、2010年の約80%から2014年の約94%へと上昇している。ISAPHとしても、一定の成果をあげたものと認識している。その結果、低体重児の割合が2009年の約23%から2014年の7%台へ、ビタミンB1欠乏児が0%になるなど、目に見えて支援の効果が現れている。

しかし、住民が参加し、支援活動を通して保健教育の知識を得たからといって、それを実行に移すことが実際には難しいという問題があるそうである。例えば健康に良い食べ物を摂りまし

ようと指導しても、実際には経済的に手に入らないために食べられない、あるいは現地の習慣と異なるため定着しない、といった結果になりがちとなる。このような状況にどう向き合うかが課題とのことである。

ISAPH の活動を通して、学校保健とはまた違った視点で地域保健の向上支援の姿を見ることができ、特に活動の成果面についてのお話がとても参考になった。

第 6 節 カムアン県小学校見学

(金子)

9 月 23 日、私たちはコンサップ医師、ソムチット医師の引率で Bun Hua Na primary school、Ban Tnng primary school の小学校 2 校を見学させていただいた。どちらの小学校も長期的に何らかの NPO 団体の支援を受けていた。比較的校舎も新しく、例えば BAC 仏教救援センターや日本の個人の NGO を通じた資金供与によって建てられたものであるのみならず、



写真 8 Bun Hua Na primary school の新校舎

トイレも新しい物であった。1 つはじゃっどの支援で建てられたものだった。しかし、一方の学校では木造の古い校舎が未だに使われているという状況であった。

見学時は、World Around Us の保健分野、1 年生から 5 年生までそれぞれ、手洗い実習、感染症、植物、デング熱、マラリアの授業が行われていた。1 年生の授業ではじゃっどの配布したもやしもんの絵本も活用されていた。



写真 9 Bun Hua Na primary school の授業風景

9月23日、カムアン県から車で6時間かけてビエンチャン市内に戻った夜、私たちは在ラオス日本人2名の方から市内の中華料理店での会食にお誘いいただき、そこでインタビューを行った。ここでは、学校保健にとどまらずラオスの医療事情から国情まで、現地におられるからこそ分かる貴重なお話を伺うことができた。ただし、ラオスのもつ1つの側面として、社会主義体制を敷く関係上、特に外国人による政府批判については厳しいという事情があり、実名を伏せた形での紹介とさせていただきます。

第1項 ラオスの地域格差と支援依存体質

お二人には主にラオスの保健分野や生活などについて質問させていただいたが、とくにラオスに住んでみて感じる、外国人の視点からの学校保健の問題として、(1)首都ビエンチャンとそれ以外の地域における地域格差、(2)教育・医療は海外からの支援が得やすいことにより依存体質になっていること、の2点を挙げられていた。

(1) 地域格差

保健教育というよりは学校教育全般的な問題であるが、ラオスでは急速に近代化が進んでいる首都ビエンチャンと、まだまだ経済発展が及んでいないそれ以外の地方との間で、教育水準に大きな格差が生じている。これには、経済力の差によって生まれる校舎など設備の差だけではなく、教師の指導力や生徒の学力も含んでいる。

初等教育において、原則的に指導用の教科書は全生徒に提供されている決まりになっているが、現実には地方では教科書が教師全員に届かない、届いていたとしても教師の能力不足ですべての教科を教えられないなどということが発生している。これは、ラオスには教育に対する統一のガイドラインがなく、教員採用が日本のような免許制ではないため、一定の指導レベルを担保できていないといったことに起因している。

教師の格差がある以上、生徒の学力差も当然のごとく起こってくる。地方では子供が学校に通っても、教師の指導レベルが低いために最低限度の教育内容を受けられない事態となる。お話を伺った日本人のうち、お一人の方は、看護学校への入学を目指す、地方出身の学生の学習相談にのっておられているが、学力の問題で厳しい状況だそうである。例えば高校で英語を履修したと本人は話していたそうだが、実際に授業ノートを確認すると、とても英語を学習したとは言えない状態だったという。

(2) 支援依存体質

ラオスの人々の殆どは農業に従事しており、近年急速な経済成長を遂げているとはいっても、いまだに東南アジアの最貧国といわれているほどであり、国家予算の多くは海外からの支援に頼っている。当然、十分な国家予算を教育・医療へ振り分ける余裕がない。また、ラオス人の国民性として、“ラオスの時間の流れはメコン川のような”と形容されるほどのんびりとして腰が重い気質があるそうである。お二人は、メコン川の方がよほど速いのではないかとさえおっしゃっていた。

このような状況から、教育・医療分野の整備は海外からの支援を“待つ”姿勢となっていて、

自国で賄う努力をしない依存体質になっている。その結果、教育・医療に関する政策や取り決めを自らが進んで行うことはなく、外国からの圧力があって初めて動くという状況になっている。2005年の保健省と教育省との間での学校保健政策の策定も、国が率先して学校保健推進を進めるというのではなく、海外からの支援の受け皿づくりのために行われたもので、残念ながら10年経過して何らかの政策上の進展があったわけではないそうである。

第2項 その他の情報

学校保健関連の情報以外にも、非常に興味深いお話を聞かせていただいた。以下、お聞きした内容を簡潔に列挙していく。

(1) ラオスの医療事情

ラオスでは患者が病院を受診する際、医者診察代は無料であり、治療に当たっての道具・薬代が有料である。しかし、特に地方は患者の支払い能力が乏しいので、約50%が不払いなのだという。

また、公務員とその家族は保険料が無料になるため、公務員は人気の職種なのだそうだ。ちなみにラオスでは医師はすべて公務員となる。そのため本来副業は禁止であるが、実際に公務員としての給与だけでは厳しいため、ビエンチャンやその近郊に住む医師たちは正規の届け出なしでクリニックを運営して副収入を得ている。ただ、人口の少ない地方ではそうした私設のクリニックの運営は厳しいため、副業はほとんど出来ないそうである。

ラオス国内には医師を養成する医学部が1校、看護師を養成する学校が5校しかなく、特に看護師が不足している。また、医師・看護師の免許制度がなく、原則としてこれらの学校を卒業すれば事実上資格を持っているものとみなされる。

医師の研修は郡病院ごとに行うと近い研修生が集まってくるはずだが、交通費がかかるため実際には来ないそうである。一方、県病院では交通費が支給されるので集まるそうである。

(2) 外国からの支援活動

前述のとおり、ラオスでは国家予算が厳しいため支援待ちの状態であるが、主な支援国には日本の他、近年は中国とベトナムが支援合戦を繰り広げており、それぞれの国境に近い地域でインフラや病院建設など各種支援が次々と行われているそうである。

中国の支援は意思決定が早く、次々と設備を投入してくるが、きちんと稼働しなかったり壊れたりすることもしばしば起こっているそうである。例えば、中国製のレントゲン装置では、納品書にあるスペック上はX線の出力基準を満たしているが、実際に動かすと出力が足りなくて使えないといったことが起こるそうである。また、中国製品は次々とモデルチェンジしていくため、原則としてアフターケアはしないので、こうした不具合にも対処はしてくれないという問題があるそうである。

一方、日本は支援の意思決定が遅く中国などに先を越されてしまっているが、これには外務省の役人が責任を直接追うことを回避するため各所に根回しをして責任を分散する行動に費やしていることが要因だという。

(3) 急速な経済発展など

東南アジア最貧国といわれていたラオスも、近年は急速に経済発展していて、お二人も肌で実感されているそうである。例えば、5年ほど前は交通渋滞など起こらなかったが、今は通勤時間帯になると時間が読めないほど混むそうである。

一方、格差が広がっていることも事実である。前述のビエンチャンとそれ以外の地域との格差もそうであるし、そもそも、ラオスの全人口約 660 万人の人口のうち、自由にお金を使える購買層は 1 万人しかいないそうである。特に高所得者の購買力は目覚ましく、街中でも、近年まで見かけなかったポルシェやランドクルーザーなどの高級車を目にするほどである。

なお、ラオスはかつてフランス領だったため、以前はフランス語を話せる人が多かったそうである。しかし、現在は世界的に英語が主流であり、外国人観光客が多く訪れることもあって英語にシフトしている。お二人の話では、ラオス人は読み書きの能力には難があるが、会話に関しては順応能力が高いとのことである。

第 3 章 考察

ここでは第 2 章の活動報告を受け、班の目的に照らし合わせて振り返りを行い、最後に活動を通してわかったことを述べたい。(岡)

第 1 節 班の目的と活動内容との照合

(岡)

ラオス班立班の目的は、10 年前に学校保健政策が作られたラオスにおいて教育内容が根付いているのか、実践されている内容は現場と適合しているのかを調べることであった。順に確認して行きたい。

第 1 項 10 年経過し、教育内容は根付いているのか

表 2 はビエンチャンの中高生を対象に、小学生時代に先生から教わった内容を尋ねたアンケート調査の結果である。どの項目も高い値を示しており、教育の成果が現れていると思われる。しかし、この中で最も低い値を示す「屋外から戻った時の手洗い」を見てみると、「食前の手洗い」や「排泄後の手洗い」など同じ「手洗い」の項目に水をあげられているように思う。手を洗うというような日常的で単純な行為は、ほぼ無意識に行うものだろう。同じ行為であるのに場面ごとに値が異なるのは、各場面での手洗いがそれぞれ習慣になっているかどうかだと思う。ラオスに限った話ではなく、私たちも食前、排泄後、帰宅後に手を洗おうということは、必ず一度は聞いたはずである。しかし、排泄後に手を洗わない人はいつも洗わないし、帰宅後に手を洗う人は他人の家に行っても洗おうとする。要は習慣なのである。また、「トイレ使用で予防できる病気の説明」も比較的低いが、これはトイレを使うということは習慣になっていても、その習慣を裏付ける病気の知識など、そもそもなぜ?ということは忘れがちだということだ。

表 2 ビエンチャンの中高生を対象とした小学生時代の保健教育に対するアンケート[10]

教師による衛生教育	Yes (%)
トイレ使用で予防できる病気の説明	83.4
食前の手洗い	98.2
排泄後の手洗い	95.1
屋外から戻った時の手洗い	69.9
清潔な衣服の着用	98.2
靴の着用	98.2
髪を清潔に保つ	93.9
手足の指の爪切り	97.5
毎日のシャワー	96.9
耳の清潔	88.3

以上から考えるに、習慣となっているものはよく覚えており実践している（根付いている）が、そのルーティンから外れたものや、それを裏付けている知識は抜けがちであり、抜けた知識というものは自分一人が無意識に暮らしているだけでは思い返すことは殆どなく、学校保健で何度も学習し、定着させる必要があると思う。

図 2 が意味することは、まず学校保健の 1 度目の学習としてある程度の量の保健知識を獲得し、その時点では薄いものであっても、その中で自分の習慣となっていくつかの知識が始めに比べ量は減るが、忘れにくい濃いものとして定着する。ただ、自分の習慣とならずに 1 度忘れ去られた保健知識も重要なものであるので、学校保健で繰り返し触れることで再度思い出し、濃い習慣となるものを増やしていけるということである。

そのための手段として考えるのは、小学校での授業数を増やす方法や、中等教育の就学率が低い現状では、まず就学率を上げるという前提条件があるが、中高でも継続して学習することである。

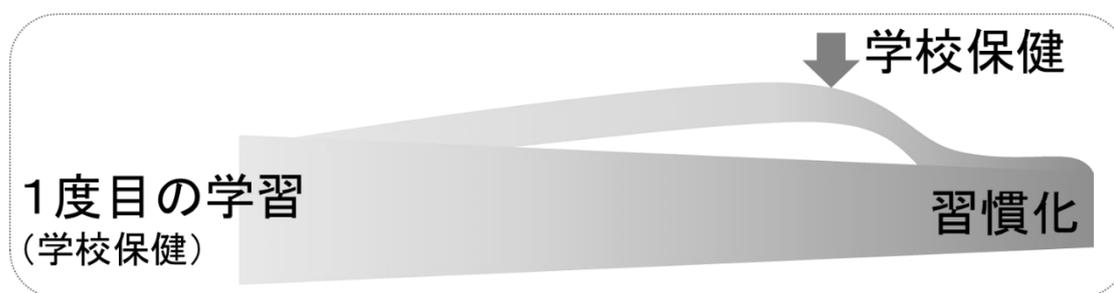


図 3 学校保健の効果

第 2 項 実践されている教育内容は、現場と適合しているのか

私たちが今回の活動で見学の機会が多かったのは手洗い方法の学習である。手洗いは感染症予防の基本であり、衛生環境が十分とは言えず、感染症の影響が強い国では必須の知識、技能であり、ニーズに合っていると思われる。また、手洗い以外に学校で学習する保健内容は、見学で

インタビューしたものと、日本語訳されていた World Around Us の指導要領[11]から抜粋したものを合わせると表 3 のようになる。日本では見られないような感染症対策の内容が目立ち、ここからも現状と適合しているのではないかと推測できる。ただ、World Around Us という科目は理科、社会、環境、保健等私たちの身近な世界について、多くのことを混ぜ合わせて学ぶものの、日本では中学生が学習するような項目もあるとのことである。

以上より、学習すべき内容としては感染症の影響の大きい国としてこれを重点的に行っており、現場に即していると言える。しかし、そのレベルについては少し難しすぎるのではないかと指摘もある[12]。低学年での学習内容は、実際に手洗いの方法を見せてくれ定着していることが分かったが、確かに高学年の内容は、数時間の見学では判断しかねたことも事実である。日本では中学生の学習内容だからといって、必ずしもラオスの小学生には難しいとは言い切れないとも思う。今回、子供たちへのインタビューが難しかったが、もし本人たちも難しすぎるということであったら、子どもの年齢と理解力に合ったものでなければせっかくの授業も無駄になるため、カリキュラムの整備が必要だろう。

表 3 ラオスの小学校での保健分野の学習内容

学年	学ぶ内容
1 年	手足の洗い方、トイレの使い方
2 年	一般的な病気や怪我
3 年	3 種の食物グループの分類や影響
4 年	デング熱、タバコ
5 年	マラリア、AIDS

第 2 節 活動を通してわかったこと（地域差に関して）

（岡）

以上、教育が根付いているのか、適合しているのか、について考察したが、これらはサンプルとして首都のビエンチャンや、ビエンチャン以外の地域でも比較的支援の行き届いている学校を取り上げている。サンプル決定の理由としては、私たちの活動地がこれらの場所であったことや、様々な資料がこれらについてしか手に入らなかったことによるが、活動を通してラオスでは首都と地方で大きく事情が異なるということが分かった。ビエンチャンや支援の行き届いている学校だけでなく、ラオス全体の学校保健について述べたい。

1993 年からビエンチャンを中心に活動を続ける NPO ジャットが、現地側から「ビエンチャンはもう大丈夫」といわれ、活動の中心をカムアンに移したという事例がある。このことから推測されるように、多少の改善点はあるにせよ、ビエンチャンでは少なくとも小学生相手の健康教育は安定して行われていると思われる。しかし、地域差があることを忘れてはならない。根付いているかどうか？などの議論をする前に、地方では設備や教員の指導力の不足により、そもそも、まず 1 回目の教育が正しく行われていない場合がある。聖マリア病院の浦部医師のお話でも、ラオスという国において、ビエンチャンが特別であり、ラオス全体を見ると、むしろビエンチャン以外の地方が本当のラオスだとおっしゃっていた。

経済面では、ラオスの小学校は基本的にその地域の住人が建設するため、裕福なビエンチャンや支援を受けている学校と、そうでない地方とでは差がある。ビエンチャンでは全員が文房具を持っていたが、カムアンでは不足しているため、コンサップ医師が校長先生にボールペンを寄付する場面も目にした。ビエンチャンでは全員制服であったが、カムアンでは私服の児童もいた。教師の指導力の面では、地方では指導用の教科書が教師全員に届いていないとか、届いていたとしても教師の能力不足で全ての教科を教えられないなどということが発生しているようである。必然的に生徒の能力差も生じ、在ラオス日本人の方がおっしゃっていた地方出身の学生の進路のお話が印象的であった。

なぜこのような地域差が生まれるのかというと、日本人の方へのインタビューでも指摘されていたが、教育や医療は海外からの支援が得やすいということによる依存体質の影響だと思われる。ラオスはアジアの最貧国と呼ばれており、国家予算の多くを外国からの支援に頼っている。その中でも、人間が生活するうえで重要だと考えられる医療や教育は、外国からの支援も得やすいということがある。しかし、支援を得やすいということによって自国で賄う必要がないため、依存度が増してしまうと、1番大事なことなのに外国頼みという皮肉な結果に陥ってしまっているようだ。

自国で賄わないものは、往々にして外部の思惑に左右される。外国からの支援は交通の便の良いビエンチャンや幹線道路沿い、隣国との国境沿いに集中する。こうした局所的な支援が、ラオス国内の地域格差を拡大していくのだろう。

こうした現状の中で、支援を受ける側のラオスは厳しい立場であると思うが、じゃっどがそうしたように非営利組織を中心に、まだ手がついていない地域への支援場所の転換を交渉したり、同じラオス内でも異なる地域の教師の人材交流を行ったりといった方法で、全体の底上げを目指す動きを活発にするのも手であろう。

翻って私たちにできることは何かを考えたい。Samket Primary Schoolを訪れたとき、校長先生に私たちに望むことは何ですかと尋ねると「次に来るときは日本の絵本を持ってきてください。」とおっしゃった。ラオスには本屋がほとんどなく、首都ビエンチャンに国営のものが1軒、民間のものが2、3軒という現状である[13]。もちろん地方には1軒もなく、絵本を持ってきてくださいとおっしゃったSamket Primary Schoolもビエンチャンの学校であり、図書館を持つ大変恵まれた学校なのである。地方では絶対的に本不足なのである。個人の活動は効果も小さいということは常識であるが、ラオスの田舎での絵本1冊は思いのほか大きな効果をもたらすのではないかと思う。

第4章 活動の Tips

第1節 言語

(高張)

ラオスの公用語はラオス語（ラーオ語、ラオ語とも呼ばれる）である。ラオス語はタイ語によく似ており、簡単に言えば、方言のようなものであるが、全く違う言語として扱われる。ラオス語は日本語とはかけ離れており、覚えようと思うと辛い心配はない。ホテルや飲食店のスタッフ、後ほど説明するトゥクトゥクの運転手などは英語を使ってコミュニケーションを取ることができる。しかし、簡単な挨拶や感謝はできた方がコミュニケーションを取りやすいだろうから、サバイディー（こんにちは）やラーコーン（さようなら）、コープ・チャイ・ライライ（ありがとう）などだけでも覚えて行こう。

第2節 文化・国民性

(金子)

ラオスでは主に仏教が信仰されており、これは日本でよく見られる大乘仏教とは対照的な上座部仏教の流れを汲んだものである。それ故、後でも述べるが仏教に関連した施設多い。特に、寺院が多いルアンパバーンでは、目を引くオレンジの法衣に身を包んだ僧侶たちの生活を間近で見ることができる。また、一つの特徴として社会主義体制をとっていることがあり、そのせいもあってかラオス人はよく言えば穏やかな雰囲気、激しい客引きなどには遭遇しなかった。

第3節 物価

(赤木)

ラオスの物価は日本と比べると安く活動しやすい。ラオスの通貨単位は kip であり 2016 年 2 月時点でおよそ 1 円=72kip であった。ラオス通貨 kip では硬貨は存在せず、紙幣のみが使われている。紙幣は 100,000、50,000、20,000、10,000、5,000、2,000、1,000、500kip 札と多くの種類の紙幣が存在する。また kip 以外にも US ドルやタイバーツも流通している。しかしおつりは kip 札で返ってくるので注意しなくてはならない。私たちがビエンチャンで利用したリバーサイドパレスホテルは朝食付きで一泊が 3 人部屋で約 5400 円、2 人部屋で約 4700 円であった。またカムアンで利用したメコンホテルでは 1 人部屋で約 1800 円であった。

第4節 交通

(岡)

第1項 列車

ラオスには殆ど列車は通っていない。唯一通っているのは、タイ東北部の町ノンカーイからビエンチャン郊外の町ターナーレーンを経る国際列車のみである。1 日 2 往復であり、ノンカーイからターナーレーンは 7:30 発と 14:45 発、逆は 10:00 発と 17:30 発。所要時間は 15 分、途中停車駅なしという短い旅だが、赤茶色のメコン川を渡る国境越えは感動的。それぞれの駅で出入国の手続きが必要。ターナーレーン駅は非常に辺鄙なところにあり、周りには何もなく、

非常に静か。たまに遠くを走る車の音くらいしかしない。10人弱のおじさんが駅で待っていて、車でビエンチャン市街まで連れて行ってくれる。しかし、タイと比べて商売慣れていない雰囲気、客引きとはいえないくらい紳士的。しかし、そもそも列車の利用客が少ないので、暇なときは楽しそうにボードゲームをしている。



写真 10 国境越えの車窓

第2項 道路の状況

ビエンチャン市街は整備されているが、少し郊外に出ただけで凸凹しており、車が大きく揺れて気分が悪くなる。さらに遠くにでると、赤茶色の土がむき出しになっている所が多い。

第3項 乗り合いタクシー

ビエンチャン市内から1時間程度の観光地、ブッダパークに行くときには乗り合いタクシーを利用した。市内にはゲストハウスが点在しており、そこで予約ができることが多い。すぐに呼んでくれる。5人で申し込んだが、8人乗りのワゴン車が来て、他に1人インド人観光客も同乗した。

また、ビエンチャンから北部の都市ルアンパバーンに向かうときも乗り合いタクシーを利用した。本当は大型バスに乗りたかったが、前日の夕方にチケットを買いに行くと朝の便は席が埋まっており、少し高いがタクシーを利用することにした。およそ15人乗りの大型タクシーで席が狭く、出発してからガソリンを注ぎに行ったり、運転が荒かったり（同乗していた人の中に吐いてしまった人もいた）と、はっきり言って失敗だった。運転手が1人のため途中休憩が多く、予定より1時間遅れの午後8時到着、片道11時間の移動であった。ホテルを探す時間がないので、あらかじめ予約しておくべきである。

第4項 トウクトゥク

至るところで走っている。値段は交渉次第。客待ちをしているものより、流しているものを利用したほうが安くなる。「クスリ」を勧めてくることもあるので注意が必要。

第5項 レンタカー

カムアンへの往復は、コンサップ医師を通じて運転手付きレンタカーを予約した。観光地以外の長距離移動には、この選択肢しかないように思う。しかし、2日で250US\$は決して安くはないので、大人数での利用が望ましい。

第6項 寝台バス

ルアンパバーンからビエンチャンへの移動では寝台バスを利用した。ルアンパバーン市内のゲストハウスでチケットが購入できる。町のはずれにバスターミナルがあり、そこでもチケットが購入できるが、ゲストハウスで購入するとバスターミナルまでのトゥクトゥクの値段も込みで手配してくれるので、こちらの方がお勧め。また、夜の出発になるので、宿でシャワーを借りておくとよい。車内は、寝台バスといっても横も縦も狭く、膝を曲げたり隣の人と肩を触れたりしないと寝られない。間違いなく安眠はできない。また、チケットに食事券がついているので、途中の停車時に夕食がサービスで食べられるが、食事タイムは深夜1時なので現実的ではない。予め食べておくことをお勧めする。



写真11 乗車した寝台バス

第5節 観光名所

(山川)

ラオス班では首都ビエンチャンと、南部のカムアン県ターケーク、中部の古都ルアンパバーンの3都市に滞在した。このうちターケークは活動のみの滞在であったため、ここではビエンチャン、ルアンパバーンの主な観光名所について記す。

第1項 ビエンチャン

ラオスは仏教国（上座部）であり、国内の主な観光地も仏教寺院が中心となる。市内の代表的な寺院は、タート・ルアン（写真12）、ワット・シーサケット、ワット・ホーパケオなどである。ワットはラオス語で「寺院」を意味する（タイ語も同様）。



写真12 タート・ルアン

タート・ルアンは金色に塗られた仏塔が象徴的で、国章や紙幣にも使用されるなど、ラオスを代表する史跡である。しかし、同寺院を含め、ワット・シーサケット以外のほとん

どの寺院は独立後に再建されたものであり、タイの寺院と比べると仏像や装飾品が少なく簡素であり、長期の植民地支配・内戦を経て国土が混乱していたことを実感した。

タート・ルアンの近傍にある凱旋門パトゥーサイは、独立後にパリの凱旋門を模して造られたものである。塔内は入場料を払えば階段で上ることができ（エレベーターはない）、塔の上から市街地を一望できる。

市内中心部のラオス国立博物館は、石器時代から現代までラオスの歴史をじっくり学ぶことができるが、展示の後半は現政権の啓蒙を目的としたものであった。

これらの観光地間の移動はトゥクトゥクと徒歩を組み合わせれば効率よく廻れた。



写真13 ブッダパーク

食料品などが売られ、旅の備品やお土産を買うには最適であった。衣服やお土産は値札がなく交渉制である。ラオス全体を通して言えることであるが、食事を含め多くが輸入品であるためか、物価は隣国タイほど安くはなかった。

メコン川沿いは公園として整備されており、夕日を眺めながら散歩を楽しめる。夕方になると謎の集団が大音量の音楽を流して体操を始めるので、少々騒々しかった。夜になると夜市が開かれる。テントが張られた店舗で、屋台料理やお土産品、衣服から生活雑貨や電気製品など、いろいろなものが売られていた。また、夜間でも夜市周辺は明るくて治安はよく、スリなどに遭うこともなかった。

第2項 ルアンパバーン

街全体が世界遺産に登録されている古都であり、おもな見どころや宿泊施設はメコン川とナム・カーン川の合流付近に集中している。ビエンチャン以上に観光地化されており、日本人は少ないが欧米からの観光客が多く、銀行や売店も充実しており、整備された町並みはヨーロッパのようであった。飲食店は観光地価格であり、ビエンチャンより2割増し程度であった。

ワット・シェントーン (写真14)、ワット・マイなど主な寺院は市街地にあり、徒歩で廻れる。少し郊外にも多数の寺院があり、ラオス班では3日間滞在したが、さらに廻るにはあと数日は必要だろう。また、植民地時代のラオス国王の王宮が現在国立博物館となって開放されている。王宮博物館の向かい側のプーシーの丘に登れば市街地やメコン川を見渡せる。

早朝の市内では托鉢を見学できる。托鉢にはいくつか列があるが、我々が見た時はワット・シェントーンの方からサッカリン通りを西進し、1つメコン川寄りのクンスワー通りを通過して戻っていく列が多かった。6時頃になると喜捨する人たちが沿道で座って待機するので、列を追うのは容易である。大体30分で一通り見学できた。

夜には目抜き通りのサッカリン通りで夜市が開かれている。ビエンチャンの夜市に比べお土産品の割合が多く、やや観光客向けの品揃えであった。また、市内の多くの寺院が夜間にライトアップされており、昼間入場料が必要な寺院も境内へ自由に出入りできた(建物内は入場不可)。



写真14 ワット・シェントーン

夜間の出歩きも特に危険はなく、余程狭い路地裏に入り込まない限り大丈夫であろう。



写真 15 パーク・ウー洞窟

市街地から約 25 km離れた場所にあるパーク・ウー洞窟（写真 15）へは、メコン川沿いのワット・シェントーンに近い船着場から 8:30 発のボートが出ており、途中バーンサーンハイ村を經由して約 2 時間のクルーズで辿り着く。往復で 100,000kip（約 1,300 円）であった。クルーズと言えば聞こえがよいが、ボートは屋根付きながら木造で、バランスを崩せば転覆しそうであり、スリル満点の船旅であった。バーンサーンハイ村は「ラオ・ラーオ」（ラオスの米焼酎）の醸造所があり、約 30 分の自由行動の間に製造工程を見学でき、無料で試飲も可能であった。目的地の洞窟は、船着場近くのタム・ティン・ルムと遊歩道を 5 分ほど歩いた所のタム・ティン・トゥンの 2 ヶ所ある。前者は川岸にせり出して開放的であり、後者は奥深く、入り口で懐中電灯の貸し出しをしていた（有料）。洞窟内には無数の仏像が静置され壮観であった。

第 6 節 班運営

（岡）

活動するに当たって 1 番の壁は研修先を見つけることであろう。コアとなる活動場所、活動期間が決まらなると不安がぬぐえない。今回の活動場所は学校という特殊な場所であったため、直接交渉が難しかった。このような時はラオス人でラオスの学校に関わっている方→その方と交流がある日本の方というように人のつながりをたどり、ご連絡がしやすい方から話を通して頂いたが、これも方法の 1 つだと思う。また、学校は 8 月いっぱい夏休みであり、この期間は開いていない。土曜日と日曜日も開いていない。よく考えれば当たり前のことであるが、今までの活動では病院が中心だったので盲点であった。今回はコンサップ医師のお力もあり、たまたま条件に合致する日があったが、せつかくの滞在期間を無駄にしないためにも、訪問先の特殊性をよく考える必要がある。

謝辞

最後になりましたが、ラオス班は活動において多くの方々にお世話になりました。帖佐徹医師をはじめ NPO じゃっどの方々にはお忙しい中、じゃっど事務所で直接今までの活動内容を教えていただき、多くの方との出会いのきっかけも作っていただきました。コンサップ医師、ソムチット医師には 3 日間も私たちの活動に付きっきりで、ラオスの小学校について教えていただきました。聖マリア病院の浦部大策医師には、豊富なラオスでのご経験を元にラオスの人の暮らしぶりを教えていただきました。NGO ISAPH の武繁政昭さん、赤羽由香さんには学校保健とはまた違った視点で地域保健の向上支援の姿を見ることができ、特に活動の成果面のお話がとても参考になりました。Mittaphab hospital のソンウェイ医師には急な訪問にも関わらず、ラオスの感染症や保健制度をご丁寧に教えていただきました。その他にも多くの方々に今回の活動を支えていただきました。この場を借りて感謝申し上げます。

参考文献

- [1] 外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/laos/data.htm>
- [2] 乾 美妃「ラオスの教育事情—高等教育機関の発展を中心に—」『留学交流』23 年 3 月号 pp.18-21
- [3] JICA ホームページ http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jicari/publication/archives/jica/kenkyu/95_22/02_02.html
- [4] 乾 実妃「ラオスの学校と教育事情」『地球の歩き方 D23 ラオス』2014~2015 年版、pp.268-269
- [5] 外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/lao.html>
- [6] 松田正巳『標準保健師講座・3 対象別公衆衛生看護活動』2015-2-1
- [7] 友川幸他「ラオスにおける学校保健の現状と課題—教育分野と保健医療分野の連携による国家学校保健政策の策定を中心として—」
- [8] 金田英子「ラオスサバナケット県内における学校保健活動の動向」
- [9] じゃっどホームページ <http://www.jaddo.or.jp/index.php/about/>
- [10] 国際保健医療学会での発表「ラオスにおける小学校を拠点とした寄生虫感染症対策の効果の検証」帖佐理子、帖佐徹（じゃっど）、吉田いつこ（天理医療大学看護学科）、堀江 修（天理医療大学臨床検査学科）、Kongsap Akkhavong（Institute of Public Health, LaoPDR）、Somchit Akkhavong（じゃっど）に用いられたデータ
- [11] 田村和之、他「ラオス人民民主共和国『World Around Us』指導要領（全訳）（2014 年（改訂前）版）」『鳴門教育大学学校教育研究紀要』29, 63-74, 2015-02
- [12] 寺島 幸夫、他「ラオス人民民主共和国の初等教育の教科書 “World Around Us” における理科の内容構成とその問題点」『鳴門教育大学研究紀要』30, 441-451, 2015-03-13
- [13] 公益財団法人国際センター <http://www.minsai.org/activities/books>

バングラデシュ班

活動目的

バングラデシュの無医村に生活習慣病の検診・診療を提供する Portable Health Clinic(PHC)を見学し、PHC の設計理念や工夫を知り、さらにはその問題点と改善策を考察する。

活動場所

バングラデシュ ダッカ タンガイル ラルモニルハット グラミンコミュニケーションズ

活動期間

2015年 8月 19日～8月 31日

班員

知識 裕喜	(九州大学医学部医学科 2年 班長)
谷口 法隆	(九州大学医学部医学科 2年)
新宮 直人	(九州大学医学部医学科 2年)
宋 顕成	(九州大学医学部医学科 1年)
尾形 一成	(九州大学医学部生命科学科 1年)

Abstract

近年、先進国のみならず発展途上国においても生活習慣病の蔓延が問題となっている。この問題に対処するために、バングラデシュの非営利団体であるグラミンコミュニケーションズは、バングラデシュの無医村に生活習慣病の検診・診療を提供する Portable Health Clinic(PHC)を開発している。無医村における医療提供の形態としてボランティアが数多く見受けられるが、PHC ではボランティアではなく有料で医療が提供されているという特徴がある。PHC がビジネスモデルとして確立すれば、世界中の様々な無医村地域で医療を提供できる可能性が高く非常に興味深い。そこで、今回の活動では、PHC についての理解を深めるとともにささやかなフィードバックを行うことを目的として、実際に現地にて PHC を見学させていただくことを通じてその理念や工夫について知り、そのうえで現時点における PHC の問題点と改善点を考察した。活動の結果、PHC の問題点として、村の人々が症状を感じたときに自分は病気であると判断してしまっているために、PHC を受診する人の数が潜在的な患者数よりもずっと少なくなっていることを指摘した。この問題の解決には、PHC を受けていない人にも自身の健康状態を客観的に評価してもらい、生活習慣病の特徴や健康診断の必要性を知ってもらうことが必要と考えた。具体的には、ウエスト・身長比による簡易の健康診断方法を PHC の受診者や見学者に伝えて、家族にもそれを勧めることを促すことを提案した。

第1章 はじめに

第1節 活動のきっかけと目的

(知識)

今回、熱帯医学研究室の活動でバングラデシュを訪れることにしたきっかけは、2015年2月に、九州大学のQRECが主催したソーシャルビジネスについてのイベントに班員の谷口とともに参加したことである。ソーシャルビジネスとは、グラミン銀行の創設者であるムハンマド・ユヌス博士が提唱したビジネスモデルであり、人々や社会を脅かす貧困・教育・健康・技術・環境といった社会的問題の解決を目標とし、その目標を達成する間に総費用の回収を目指すことを特徴とする。その会場で、グラミン銀行のグループ企業に属するグラミンコミュニケーションズという非営利企業について知った。この企業の理念は、「ITの力を使って、今まで社会保障の届かなかった農村部の人たちにもその恩恵を分け与えられるようにすること」であるそうだ。この企業の取り組みの一つとして、バングラデシュの田舎のような無医村においても人々に医療サービスを提供することを目標とした、Portable Health Clinic (以下 PHC) という名前のソーシャルビジネスを開発しているという話だった。PHCに興味をもった私たちは、グラミンコミュニケーションズとPHCを共同開発されている九州大学病院メディカル・インフォメーションセンターの中島直樹教授の研究室を訪れ、さらに詳しいお話をうかがった。

PHCは無医村においても医療を提供することを目的としたビジネスモデルである。PHCではまず、健診者はお金を払って自分の血圧・血糖値・BMIなどを検査してもらう。その検査値の解釈は専用のアルゴリズムによって機械がおこない、人が生活習慣病をすでに患っているか、あるいは近い将来に発病する危険性の度合い、さらに医師の診察の必要性が判断される。医師の診察が必要な受診者は、遠隔通信技術によって都市の医師につながれ診察を受け、生活習慣上のアドバイスや処方箋をうけとる。バングラデシュでは国の政策によって多くの薬局が村に存在し薬の値段も安いいため、人々は必要な薬を容易に手に入れることができる。実際に、PHCを受診した人々が健康状態を改善していることが中島先生の研究によって示されている。[1]

PHCは村人の健康状態を良くするだけでなく、雇用機会の提供による村の女性の地位向上も同時に目指している。バングラデシュのようなイスラム圏では、世界的に見て女性の地位が低いことが知られている。そこで、村の女性に短期間の研修を受けてもらった後に、個人事業主として健診の仕事をしてもらう計画であるそうだ。上述のように、血圧や血糖値などの検査値を解釈する役割を機械が担っているおかげで、村に赴いて健診をする人は高度な専門的知識を獲得するために長期間の教育を受ける必要がないことをうまく利用している。

PHCについてのお話しは、私たちにとって新鮮な驚きであった。第1に、バングラデシュのような発展途上国において糖尿病を代表とする生活習慣病がそもそも問題となっていることに驚いた。国際糖尿病連合によると2013年の全世界の糖尿病の推定患者数は3億8200万人であり、その8割が発展途上国に住んでおり、さらにそのうちの4割が田舎に住む人々である。[2] 私は昨年度の活動でフィリピンのマニラに赴いたが、町中を歩いていても太った人はほとんど見かけなかったため、発展途上国の田舎においてさえ糖尿病患者が多いとは驚いた。このような違いを生むものとして生活習慣の違いや体質的な太りやすさ、糖尿病にかかりやすさが異なるのだろう。バングラデシュの田舎で、人々が実際にどんな生活をしているか見てみたいと思

った。

第2に、IT技術が発展途上国の状況をも大きく変化させつつあることにも時代の急速な流れを感じた。すでにバングラデシュではグラミンコミュニケーションズの取り組みによって携帯電話が広く普及しているようだ。グラミンコミュニケーションズは、携帯電話を買うためのお金を女性に貸し、女性はその携帯電話を貸し出すビジネスを展開する支援をした。その取り組みが功を奏して携帯電話は都会だけでなく田舎でも広まり、通信可能エリアは95%以上であり、国全体の携帯電話の保有率も60%以上になっているようだ。さらにはスマートフォンを持っている人もバングラデシュの田舎においてさえそれほど珍しくないという。IT技術がこれほどまでに浸透しているということを知って驚くとともに、日本を遠く離れた彼の地において何が起きているかを知りたくなった。

第3に、この医療サービスがボランティアではなく、患者にきちんと対価を支払ってもらっているという話にとっても新規性を感じた。いままで、発展途上国の農村のような、住民が貧しいうえに医師や看護師の人数がとても少ない場所で、国外の医師がボランティアで無料の医療サービスを提供する話はいくつか耳にしてきた。しかし、そうではなく現地の人たちが対価を取って医療サービスを提供するという話は初めて聞いた。医療人材・医療施設・資金源が絶対的に足りないはずの発展途上国の村に、ビジネスとして持続可能性の高い即席の診療所を設営するという話はまるでマジックのように思えとても興味をそそられた。

医療サービスを有料で提供するという点に関して特に印象的だったことは、医療をボランティアで提供してしまうと受診できる人はそれが実施される場所に住む一部の人に限定されてしまうが、もし採算がとれる有料のサービスモデルさえ作ればさまざまな地域でそれを展開し多くの人々に医療を提供できるというお話であった。実は、私は無料の医療サービスの提供には弊害もあると以前から感じていた。例えば、知人に以前聞いた話であるのだが、アフリカの地域で、海外からの眼科医ボランティアがよく来るため、眼の病気にかかってもボランティアがくるまで診療所に行かない村人もいるようだ。さらには、それを理由に医学生が眼科医になりたがらないという弊害もあるらしい。もちろん、有料のサービスではお金がなくてその恩恵にあずかれない人もでてくるだろう。しかし、中長期的な観点で発展途上国における医療提供の土壌を育てていくためには、有料で採算の取れるモデルを模索することが必要不可欠だと私も思う。

無医村における医療提供という課題は決して対岸の話ではない。周知のとおり日本においても医師不足・無医村の問題は生じている。この問題に対するアプローチは様々考えられているが、都会の医師による遠隔診療は有力な手段の一つだと中島先生はおっしゃっていた。今回の活動では日本の無医村地域における医療について調査し深く考えることはできないが、バングラデシュにおける取り組みについて学ぶことは、これから私たちが日本の医療問題を考えるうえでも役に立つはずである。

そこで、今回の活動では、PHCについての理解を深めるとともにささやかなフィードバックを行うことを目的として、実際にPHCを見学させていただくことを通じて、その理念や工夫について知り、そのうえで現時点におけるPHCの問題点と改善点を考察した。

第2節 バングラデシュについて

(谷口)

バングラデシュは、正式名称をバングラデシュ人民共和国といい、総面積は14万7000平方キロメートルで日本の約4割の国土を持つ。1947年、インド・パキスタン分離独立時には、宗教的理由からパキスタンに帰属したが、1971年にパキスタンから独立。独立後は軍事政権が続いたが、1990年、民主化に移行、1991年には議院内閣制へと変更された。2015年10月現在、人口は1億5940万人で首都はダッカである。ベンガル人が大半で、他にはミャンマーとの国境沿いにチャクマ族を中心とした仏教徒系少数民族が生活している。国語はベンガル語、成人識字率は59.1%。イスラム教が約9割を占め、次いでヒンドゥー教、仏教、キリスト教と続く。タカが通貨として使われ、主要産業は衣料品・縫製品産業と農業、2014年度実質GDPは1,738億ドルで、政体は共和制で議会は一院制である。現在はMd.アブドゥル・ハミド氏が大統領を、首相をシェイク・ハシナ氏が務めている。約1,000人の日本人がバングラデシュで暮らしている。

国は管区に、管区は県に分かれる。さらに県は郡に、郡はユニオンに分かれる。場合により、ユニオンがさらにワードに分かれることもある。現在、バングラデシュは8つの管区、64つの県、数百の郡がある。ユニオンやワードの数は数えきれないほどある。もっとも小さい行政区画である1つのユニオンは約6,000人の規模を持つ。



図1 バングラデシュの地理

第2章 バングラデシュの医療状況と生活習慣

第1節 バングラデシュの医療資源

(尾形)

この節ではバングラデシュのヒト・モノ・カネという3種の医療資源についてそれぞれの視点から見ることでバングラデシュの医療状況を論じたいと思う。

第1項 人材

バングラデシュの医療人材の不足はとても深刻である。表1は各国の人口1,000人当たりの医療者の数を表にしたものである。

表1 人口1000人当たりの医療者数(WHO Global Health Workforce Statistics より)

	医師	看護師/助産師	歯科医師	薬剤師	ヘルスワーカー
Bangladesh	0.356	0.218	0.028	0.064	0.334
インド	0.702	1.711	0.096	0.501	---
パキスタン	0.827	0.573	0.06	0.052	0.066
タイ	0.393	2.077	0.258	0.13	0.059
マレーシア	1.198	3.276	0.363	0.43	0.444
日本	2.297	11.489	0.791	2.153	---
イギリス	2.452	8.801	0.538	0.812	---

Bangladesh で登録されている医師の数は 64,434 人で 1,000 人当たり 0.3 人の医師しかいない。看護師はさらに少なく人口 1,000 人当たり 0.2 人となっている。これは OECD 平均の人口 1,000 人に対する医師 3.1 人、看護師 8.7 人と比べても低い値である。看護師が医師よりも少ないのが特徴である。看護師数が少ない原因としては看護師が女性の仕事であるという固定観念があり、農村部での女性の社会進出が進んでいないということがある。一方で、興味深いことに、医師は女性の方が多という話だった。これは、専門医資格を得るまでは医師の賃金が低いため、早くに給料を得て家庭をもちたい男性は働くことを選ぶからだそうだ。

Bangladesh では医学部での 5 年間の学部教育で MBBS(Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery)の学位を取得し、1 年間のインターンをすることによって医師登録をして働くことができる。その後、任意ではあるが 5 年間の研修を積むことで専門医資格を得られる。しかし、専門医でないと賃金が低いため、多くの医師は専門医資格を得ようとする。専門医資格をもたない医師は勤務時間後に別の私立病院でアルバイトとして働くことが多いそうだ。また、卒業後に国外に出てしまう医師も多い。実際に訪れた医科大学の構内には国外での研修や学位取得を案内するポスターなどが貼られていたりした。現在、 Bangladesh 全国の医学部の定員は 1 年当たり 8,626 人となっている。毎年医学部の定員が 300 人ずつくらいは増えているそうだが、このペースで増えたとしても十分な医師数に達するにはとても長い年月がかかると考えられる。

第2項 施設・設備

Bangladesh 国内の病院と診療所は 4,169 箇所、91,106 床あり、人口 1,000 人当たり 0.6 床となっている。人口 1,000 人に対する病床数の OECD 平均は 4.9 床である。

Bangladesh では公的な医療機関での診察、治療は安価で行われている。公的医療機関は大学病院・専門病院・県病院・郡病院などに分けられる。その他に地域住民に対するプライマリヘルスケアを行うヘルスワーカーが常駐するコミュニティクリニックが存在する。ここでは無料で診療を受ける事ができる。



写真1 コミュニティクリニック

プライマリヘルスケアは主にコミュニティクリニックで行われている。コミュニティクリニ

ックにはヘルスワーカーが駐在しており、風邪や熱などといった軽い病気への対処や、健康相談などを行っている。コミュニティクリニックは1ユニオンに1つあり、全国に12,779カ所存在する。ユニオンはもっとも小さい行政区画であり、約6,000人の規模を持つ。コミュニティクリニックは地域住民の一番身近な医療機関となっている。しかし、クリニックの運営は地域住民に任されているところも多いため、それぞれの設備に格差がある。

一次医療のうちコミュニティクリニックで対応できない場合は主に郡病院で、二次・三次医療は県レベル以上の病院で行われている。

公立病院では安価で治療を受けることができる。しかし、私立病院と比べて提供されるサービスの質は低い。

医療設備は首都ダッカなどの大都市の私立病院では先進国の病院と同程度の機材があるところもある。しかし、私立病院は一般の人にとってはとても高額で経済力のある人しかそれらを利用して治療はできない。

表2 政府系医療機関の数・病床数

	病院数	病床数
郡レベル病院	483	19855
県レベル以上の病院	112	16215
大学病院	14	12763
合計	609	48833

第3項 資金

バングラデシュ国の保健家族福祉省(Ministry of Health and Family Welfare)の年間予算は1,941,220万Tk(日本円で約310億円)である。バングラデシュのGDPに対する保健・医療の支出が占める割合は3.7%となっている。また、国外からの資金の割合は8.6%である。

第2節 生活習慣

(谷口)

バングラデシュでは、感染症ばかりではなく、生活習慣病も問題視されるようになってきている。そこで、バングラデシュに住む人々がどのような生活を送っているのかについて述べる。

第1項 肥沃な大地バングラデシュ

国土の中央を流れるジャムナ川(ブラマプトラ川)が、もたらす肥沃な土地と豊富な水産資源がバングラデシュにはある。そのため、コメの生産量は世界4位となっている。かつてはアジアの最貧国といわれ、栄養状態もあまりよいとは言えなかったが、化学肥料の使用や近年の経済成長によって国民の栄養状態は格段に向上しているといえるだろう。

第2項 バングラデシュ人の生活

バングラデシュの人々は主食をコメとしている。バングラデシュでは、一人当たり年に196.3kgのコメを消費している。これは、一日あたりに換算すると約540gである。これは日本の約3.2倍であることを考えると、いかに消費量が多いかが分かるだろう。大量のコメにカレーをつけて食べるのが普段の食べ方だ。これを、直接手を用いて食べる。宗教的な意味合いがあるのかと

思っていたが、そうではなくただ単に食べやすいから、というのが理由だそう。外国人向けのレストランにおいて、手で食べることに對して抵抗のある人のために、スプーンやフォークも用意されていることもある。カレーに限らず、おかずはすべて辛味であり、これは辛味による食欲増進を目的としている。熱帯地域バングラデシュでは、なによりもまず食べて体力をつけないと夏バテで体力が低下し活発に活動ができない。少しでも多く食物を摂取するための知恵なのだそう。バングラデシュ人にとっては、このような食事は家族団欒の時間でもあり、楽しみの1つとなっているだろう。ラルモニルハットでは JICA 隊員の方から、バングラデシュ人は1日に計3回の食事と2回のおやつを食べるという話をうかがった。また、チャーというミルクティーのような甘い紅茶も路上で売られていた。現地のを再現してみたので、興味があれば試してみたい。



写真2 路上でミルクティーを販売する人

日常生活は都市部と農村部で異なる。首都ダッカなどの都市部にはハンバーガーショップなどのファーストフード店がある。普段歩くことは少なく、交通手段は専ら自動車や CNG であった。CNG は、インドにおけるオートリクシャを思い浮かべていただければよい。交通量がかなり多く、道路は自動車やリクシャーで埋め尽くされ、通勤にはかなり時間がかかる。リクシャーがとても多く自動車の通行の邪魔になっていることが渋滞の理由の一つかもしれない。

農村部の方では、自動車はあまり見られずバイクや CNG もしくは人力のリクシャーで移動していた。道路はあまり舗装されていなかったが、ここで見られる田園風景はのどかで、穏やかな時間が流れていた。

都市部と農村部を結ぶ交通手段はバス、鉄道、もしくは飛行機であるが、英語表記にはなっておらず、海外からの観光客にとっては利用しづらい。鉄道は時間に遅れることが当たり前で、移動時間もかかる。

第3章 グラミンヘルスケアと PHC

私たちはまず、グラミンコミュニケーションズの本部でグラミンヘルスケアについて説明を受け、このサービスを支えている方々とお会いした。そして次に、特に PHC というシステムに焦点をあて、PHC は都市部においてどのように機能しているか、実際に検診現場を見させていただいた。まず、ダッカ市内で生活し、PHC の検診を受ける、あるご夫妻のもとを訪れたのであった。(谷口)

作り方(ティーカップ2杯分)

- ポットをあらかじめ温めておく。
- ティースプーン山盛り6杯の茶葉を入れる。
- 熱湯400mlを注ぎ3分待つ
- それぞれのカップに大匙1杯の練乳と砂糖10gを入れておく。
- カップに紅茶を注ぎ、よく混ぜる。

(106kcal/カップ一杯)

図2 チャーのレシピ

活動初日は、グラミンヘルスケアについて説明を受けた後、そこで働く医師と技師の方にお会いすることが出来た。

第1項 グラミンヘルスケア

グラミンヘルスケアとは、グラミンコミュニケーションズが行っているいくつかの保健サービスのことを指し、予防に重点を置いている。バングラデシュに住む人々が、病気、特に生活習慣病といわれる慢性疾患にかかってしまうのを防ぐための活動が含まれる。その中の一つに PHC があり、PHC と並んで、インターネットの提供、移動手段としての自動車貸出サービスも行っている。いずれは民間に委託することを目的に活動しているようだった。



写真3 グラミンコミュニケーションズにて

第2項 PHC

PHC は、「持ち運べる診療所」という理念のもとに創設されたサービスの一環であり、検診サービスを現場で提供する女性、ネットワークを使いパソコン画面を通して診断する医師、ネット上に検診を受ける各個人の情報を載せ管理し、システムの維持に関わる技師、の三者によって成り立っている。サービス提供者である女性が現場で有料の様々な検診を行い、必要に応じて本部で待機する医師が遠隔ビデオ通話を通して診断し、検診結果は受診者に渡される。検診結果は Web サイト上に保存され、個人情報管理したうえで、受診者は過去の検診結果を Web サイト上で確認することができるようになっている。

フィールドワークを行う女性は地元住民から選ばれ、特別な訓練を数か月受けると検診サービスを提供できるようになる。医師が専門的な見地から受診者の現状を説明し、検診を実際にする女性はよりわかりやすい言葉に言い換えて伝えるのが役目だ。

医師は、普段は自身の専門とする科で診療を行い、診療の合間を縫って PHC の検診に関わる。今回私たちがお話を聞くことができたのは眼科の女性医師であった。

現場から大量に送られてくる受診者のデータは、PHC の Web サイト上で管理されている。この Web サイト上では、受診者も自分の過去の検診結果をグラフ形式で見ることができる。日本では自分の検診結果を



写真4 遠隔通信で診察をする医師の様子

Web 上で閲覧するというサービスはほとんど普及していないと思うが、このサービスは自己管理の意識を高めていくために有用でとても先進的であると思った。



写真5 お世話になったグラミンコミュニケーションズの方々と一緒に

第2節 都市部における PHC の活動

(谷口)

活動の2日目は、実際に PHC が行われている現場を見学させていただいた。

第1項 ダッカ市内での PHC

ダッカ市内において、検診を受けるご夫妻に快くお迎えいただき、検診の様子と、今回は特別に彼らの検診結果も見せていただくことができた。私たちが現場に到着するまで待っていてくれていたようで、室内はとてもおしゃれで高価そうな置物がたくさん置いてあり、ご夫妻には品の良さを感じた。2015年8月現在、都市部においては、事前に選んだいくつかのマンション内で募集をかけて検診を行っているようだ。約10kgに及ぶボックスの中から体重計などの器具

を取り出して検診が始まった。体重、血糖値、尿酸値など10に及ぶ検査項目の中から自分で好きなように選んで検査を受けられる。私たちが見学したご夫妻は、旦那さんのほうには異常はないとのことだった。しかし、奥さんのほうにBMIが高すぎるなど問題があり、現場からの遠隔ビデオ通話が始められた。その場に緊張感が漂い始め、明るかった奥さんの顔にも少し不安の色が見られた。幸いにも、急な処置が必要なわけではなさそうだったが、医師や検診を



写真6 都市における PHC の健診の様子

実際にする女性から食生活などの注意を受けていた。奥さんにいつから健康を意識し始めましたか?と質問したところ、健康について考えるようになったのはPHCを受けてからである、とおっしゃっていた。

私たちは初めてPHCが機能している場面を見学した。病院にはなかなか行けない方々にとってのサービスであると思っただけに、都市部の、しかも裕福な家庭に対して行われているという事実に少々驚いた。PHCに携わる方からは、バングラデシュ人はまだ予防に対する意識

が低く、身体に不調が現れて初めてクリニックや病院を訪れるという話を聞いた。また、PHCが主に生活習慣病を防ぐための取り組みである。それらについて考えると、確かに、富裕層に対してこのサービスを広めていくことも Bangladesh の健康水準を上昇させるためには重要であるように感じた。

ただ、徐々に受診者が増加しているというものの、やはり、新規に利用者を開拓していくことは難しいようだ。どうしてまだ症状がでていないのに検査を受けなければいけないのか。そんな疑問があり、説得するのに時間がかかるそうだ。



写真7 処方箋の説明

第2項 バングラデシュの甘いお菓子

その後、ご夫妻と昼食を共にさせていただいた。わざわざ遠く日本からくる私たちのために作っておいてくれたのだ。初めて食べる Bangladesh の家庭の味にワクワクしながら一つ一つ味わって食べさせていただいた。砂糖がたっぷり振りかけられたとても固いスナックのようなものや練乳がしみ込んだお麩のようなもの。どの食べ物もとても甘く、カレー味の麺といった、食べると舌がヒリヒリするものばかりであった。これが Bangladesh の味なのか。言い方は悪いかもしれないが、とても甘いかとても辛い、とても固いかとてもやわらかい、の極端な味と食感であった。Bangladesh 本場の味を堪能し、しばしの会話を楽しんだ後、我々はご夫妻に別れを告げ、次の活動地に向かった。



写真8 ご家族の方との一緒に（左から、2番目の方が健診をする女性、3番目の方が受診者、4番目の方が私たちに同行していただいた Rahat さん）

活動の3日目は首都ダッカから120 km離れているタンガイルを訪れ、農村部におけるPHCを見学した。

農村部では家に直接訪問する都市部とは異なり、村民たちが集まりやすい広場にテントを設営して、村民に来てもらい受診してもらっていた。村内には10 km圏内に20ヶ所ほどテントが訪れるポイントがあり、ローテーションして各ポイントを日毎に回っていた。まずは、レディによる検診の様子を見学させていただいた。テントには大きなテーブルとイスが準備されていて、キットを広げ患者を検診するには十分な広さであった。私たちがいた3時間の間に村民8人が受診し、1人当たりの受診の所要時間は20分程度であった。都市部と同様にスカイプでの医師による診察も行い、レディによる診断書の説明も行われていた。このようにサービスに関しては都市部のPHCとほとんど同じであることがわかった。サービスの概要は都市部とほとんど同じであるが価格に関しては農村部では都市部よりも安く設定されていた。特にサービス開始するための登録料が、都市部では500タカに対して農村部では5タカとだいぶ低く設定していた。これは都市部よりも貧困な人が多い農村部でも検診を受けやすくするためであると考えられる。



写真9 農村部におけるPHC



写真10 健診の様子



写真11 遠隔通信で医師の診察を受けている

活動の4日目はラルモニルハット県を訪れ、JICAの戸田隊員にお願いして村民に一番身近な医療施設であるコミュニティクリニックを見学した。

コミュニティクリニックは政府系医療施設で、風邪・頭痛・腹痛などの日常の一般的な病気に対処するクリニックである。日本で言うと学校の保健室のような役割を担っている医療施設だ。この施設が住民にとって一番身近な医療施設であり、特に病院に通うのが難しい農村部に住む人たちにとっては、最も頼るべき医療施設となる。そのため、コミュニティクリニックを見学することでPHCの意義を考える材料にしたいと考えたことがここを訪れた理由である。コミュニティ



写真12 コミュニティクリニックの室内

クリニックでは薬を無料で配布しているため地域住民の方たちにとっては医療面で貢献していると言えるが、問題点もいくつか存在する。第1に常駐員の専門性に疑問があることである。コミュニティクリニックには、住民の相談に乗り薬を配布する役目の常駐員がいるのであるが、その常駐員には3か月程度の研修でなることができるので、病気全般に関して専門知識を十分に持っているか怪しく、アドバイスもしっかりとできているかという点に不安が残る。第2にはこの施設が住民数に対して少ないことである。住民6,000人あたりに1つしか存在しない点である。第3には感染症の薬の種類は豊富であるが生活習慣病の薬はほとんどないことである。例えば血糖値の測定キットは10人分程度しかなくそれも2カ月に1回しか支給されない。このことから、糖尿病に代表される生活習慣病は重要視されていないと考えられた。

第5節 活動の総括

総括として活動を通して感じたことを述べる。

第1に、住民の生活習慣病に対する意識の低さである。都会のPHCの見学でインタビューをさせていただいた女性であるが、彼女はBMI 40くらいの明らかな肥満体型でありながら健康について考えるようになったのはPHCを受けてからであるとおっしゃっていたように、やはり生活習慣病に対する意識は低いようであった。第2に、コミュニティクリニックにおける生活習慣病の軽視である。コミュニティクリニックの存在は、村の医師不足への対処という意義があると考えられるのではあるが、やはりまだ十分に村の医療をまかない切れていないようである。少なくとも現状では生活習慣病は軽視されていると感じた。しかし、PHCの住民の近いところまで直接出向いて、健康について考える機会を提供できるという点には非常に深い意義を感じた。

以上のことから、バングラデシュにおいてはPHC普及による予防意識の向上が必要とされていると結論づけられた。

第4章 考察

第1節 PHC の理念を実践するための工夫

(知識)

PHC を実施しているグラミンコミュニケーションズの理念は、「IT の力を使って、今まで社会保障の届かなかった農村部の人たちにもその恩恵を分け与えられるようにすること」である。今回見学させていただいた PHC はその理念を実現するための工夫が備わっていた。

第1に、サービスを必要とする人のすぐそばまで行って届ける工夫がされていた。例えば、PHC を最初に作ったとき、電話ボックスのような箱型のものに機材が入れられていて、それを運ぶデザインだったと聞いた。しかし、グラミン銀行の創設者であるムハンマド・ユヌス博士が PHC をもっと小型にしてサービスをいろいろな場所でより容易く提供できるようにしたらどうかと提案して、現在のようなアタッシュケース型になったという経緯があったそうだ。この結果、都市部においてはグラミンレディが受診者の家に直接訪れて検診することができており、農村部においてもトラックのような大型の車を使うことなく、ありふれた乗り物であるオートリクシャによって機材を運び、農村の各地でサービスが提供できている。バングラデシュには、テントでいろいろな場所を点々として暮らす人々や、中洲に暮らす人々もいるそうなので、将来的にはそういった人たちにも PHC のサービスが行き届くかもしれない。



写真13 箱型の PHC 機材



写真14 アタッシュケース型の PHC 機材

第2に、コストを抑えるための工夫である。発展途上国の農村において有料のサービスを提供するためには、コストをできるだけ下げる工夫が必要だ。コストを抑える工夫として特に印象深かったのは、サービス当たりの自動車の維持費を下げるために、学生の送り迎えなどのほかのサービスと PHC とで車を共用することでというものだった。私たちが農村に見学に行ったときはまだ自前の車を使っていなかったが、将来的にはそれも可能になるだろう。

複数のサービスで資源を共同利用するというこの工夫は応用性が高い。なぜならば、バングラデシュでは生活に必要な様々なサービスが不十分であるため、新たに開発したサービスと共

同利用できる可能性が大きいからだ。例えば、自動車で村の各地を回って魚を移動販売するサービスを新たに始めて、そのサービスと PHC とで自動車を共用するというのはどうだろうか。実は、バングラデシュの田舎を訪れてみて、農村の人々は魚をあまり食べていないのではないかと私は思った。農家でごちそうになったときにでてきたのは鶏肉のカレーで魚のカレーはなかったし、町を歩いていても魚屋さんをみかけなかった。魚はそのままでは保存があまりきかないことを考えれば、村での生魚の流通があまりよくないのではないかと想像される。もし自動車による移動販売によって魚の流通を良くすることができれば、村人たちは今より魚を食べることができるようになるかもしれない。ちなみに、私たちがごちそうになった鶏はその家で飼っていた鶏だった。私たちを歓迎するために絞めてくれたのである。しかし、鶏は卵をとるためにわざわざ飼っているもので日常気軽に食べられるものではない。もし、魚が手に入りやすくなれば、バングラデシュの田舎の人たちが良質な蛋白と脂質を容易に食べられるようになり健康増進にもつながることも期待できる。

結論として、PHC は「IT の力を使って、今まで社会保障の届かなかった農村部の人たちにもその恩恵を分け与えられるようにする」ために、機器の小型化などを通してサービスを必要とする人のすぐそばまで行って届けようとする工夫や、複数のサービスで自動車を共有するなどしてコストの抑える工夫をしていた。これらの工夫は応用性が高く、様々なサービスを提供するときの姿勢としてとても参考になるものだと思う。

第 2 節 PHC の問題点と改善案

(知識)

では、現時点で PHC に問題点はないのだろうか？

第 1 に、糖尿病や高血圧といった生活習慣病の予防に焦点をあてているため、より一般的な病気も診てもらいたいと願う住民のニーズを満たしていないということが問題視されているそう。仮におなかの痛みを主訴として PHC を受診してきた人であっても、生活習慣病の予防という観点で問題がないとすれば、基本的には医師の診察を受けることができない。そのために怒ってしまう人もいるそう。確かに、将来の病気の予防よりもいま感じている痛みをどうにかしてほしいと考えるのは当然のことである。

この問題を解決するために、今後は診察対象とする病気の範囲を徐々に広げていく計画であると、遠隔医療システムの構築をサポートされている中島先生はおっしゃっていた。そのために、まずは対象を災害地における病気に絞って症状から病気を推測するロジックを構築することで、医師でなくても症状から病気を推測できるようにすることを目指しているという。そもそも PHC で生活習慣病を扱っている理由は、生活習慣病ならば血糖値などの測定した数値から容易に診断できるため、医療人材が不足している田舎で診療所をつくるための第一歩としてちょうどよかったという面もあるそう。症状から病気の診断をするシステムの構築というのは、まだ臨床医学を学んでいない私たちにとってその難しさを推し量ることはできないが、とても魅力的で興味深く思う。

第 2 の問題として、現状において農村部における PHC の受診者数の少ないことを挙げたい。私たちが村の PHC を訪れた日は、昼の 13 時ごろまでの約 3 時間で 8 人しか受診しなかったそう。もちろん、場所や日時によって受診者の数は変動するという話だったが、発展途上国の田舎においても生活習慣病患者が多く存在し問題視されているということを考えれば、まだ

まだ潜在的な受診者は存在するはずである。

PHCを受診する人の数が少ない理由として、村の人々は症状を感じたときに自分は病気であると判断してしまっているために、生活習慣病予防の必要性が理解されていない可能性が挙げられる。実際、私たちが訪れたときPHCのテントの周りには10人以上の人が見学をしていたが、その中には明らかに肥満体型なのに自分自身は健康だから問題ないと考えてPHCを見学しているだけの方がいた(写真15 一番左の男性)。また、PHC見学者のみならず受診者においても、糖尿病の初期段階では症状がほとんど感じられないことを知っているかと質問したところ、その場にいた10数名の方のうち1人もそのことを知らなかった。



写真15 PHCのテントの様子

そこで、PHCをまだ受けていない人にも自分自身の健康状態を客観的にチェックしてもらうことを通して、生活習慣病予防の必要性を訴えることが大事であると考え。そのために、村におけるPHCの現場においてウエスト-身長比の測定方法と、その測定値から自分が生活習慣病かどうかを判断するための基準値を教えるということを提案する。ウエスト-身長比は2型糖尿病であるかどうかをスクリーニングするための基準としてBMIやウエスト-ヒップ比よりも有効であると言われている。[3]また、ウエスト-身長比は紐が一本あれば計算することなくその概算値を容易に求めることができる。すなわち、ウエストの長さとし身長を紐で測り印をつけたあと、ウエストの長さ分の紐長が身長分の紐長に何回入るかを、実際に紐を折り曲げながら確かめればよい。このように、ウエスト-身長比は測定が容易であるため、バングラデシュの農村家庭においても実践可能である。そのため、PHCを行っているテントに来たことがない人であっても、その人の家族のような親しい人から勧めってもらうことで自分の健康状態を客観的にチェックする可能性が生まれる。ウエスト-ヒップ比の概算値から生活習慣病を統計的に予測するために必要なデータもすでにPHCによって得られているはずであるので、導入のハードルもそれほど高くはないと思われる。

以上、PHCの現状における問題点を2つ指摘し、後者については私たちが考えた改善策を提案した。1つ目の問題点は、一般的な病気も診てもらいたいと願う住民のニーズをPHCが満たしていないということである。この問題に対しては、今後、まずは災害時における病気に絞って症状から病気を推測するロジックを構築することで解決していくというお話を中島先生からうかがいとても興味深かった。2つ目の問題点は、村の人々が症状を感じたときに自分は病気であると判断してしまっているために、PHCを受診する人の数が潜在的な患者数よりもずっと少なくなっていることである。この問題に対する解決策として、ウエスト-身長比の測定方法とその基準値をPHC受診者や見学者に伝えて、さらに彼らが家族にもそれを勧めることを促すことを提案した。これによってPHCを受けていない人にも自身の健康状態を客観的に評価してもらう狙いがある。ただし、健康診断の意義を広く伝えてPHCの受診者を増やすような取り組みのあり方は個別の地域ごとに多種多様である。中島先生とのお話しさせていただいたときに、個人事業主がアントレプレナーシップの精神で様々な試行錯誤をすることが大切であるというご指

摘をいただいた。今後、無医村に住む人々が PHC をすすんで利用することを促すための様々な工夫が生まれることを期待したい。

謝辞

最後になりましたが、バングラデシュ班では活動を行うにあたり多くの方々にご協力をいただきました。まず、九州大学病院メディカル・インフォメーションセンターの中島直樹教授には、Portable Health Clinic における病気の診断システムに関するご説明や、グラミンコミュニケーションズにご連絡をする際の仲介をしていただきました。また、現地への渡航や考察に関していくつもの貴重なアドバイスもいただきました。グラミンコミュニケーションズの Rafiqul Islam Maruf 博士には Portable Health Clinic の見学を快く了承していただき、バングラデシュにおける活動の全面的なご配慮・ご協力をさせていただきました。また、Rahat Hossain さんには見学のお手伝いしていただいただけでなく、バングラデシュの文化についても触れる機会を数多く提供していただきました。そして、JICA の戸田玲子さんにはラルモニルハットにて地方の医療状況を見学する機会を提供いただきました。その他にも多くの方々に今回の活動を支えていただきました。この場を借りて感謝申し上げます。

参考文献

- [1] Nohara Y, et al. Health checkup and telemedical intervention program for preventive medicine in developing countries: verification study. *Journal of medical Internet research*. 2015;17:e2.
- [2] IDF Diabetes Atlas I Sixth edition
- [3] Xu Z, et al. Waist - to - height ratio is the best indicator for undiagnosed Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30:e201-e207.
- [4] World Bank 2011
- [5] Statistical Pocket Book of Bangladesh (1st ed.). Bangladesh bureau of statistics.2013)
- [6] OECD iLibrary
- [7] 外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/bangladesh/data.html#section2>
- [8] Government of the People's Republic of Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare Human Resources Development Unit HRD Data Sheet-2011

第 50 期(H.26.12-H.27.11)会計報告

＜収入＞		(50期予算)
前年度繰越金	1,143,196	1,143,196
寄付		
九州大学医学部同窓会	600,000	600,000
九州大学学生後援会	20,000	20,000
賛助団体・個人からの寄付	817,000	700,000
部費	155,000	198,000
総計	2,735,196	2,661,196

＜支出＞		
広報費		
50期企画書作成費	10,758	17,000
49期報告書作成費	75,492	80,000
通信費	96,394	180,000
行事関連費	65,255	70,000
用具購入費・雑費	74,600	150,000
活動補助費	801,501	216,000
総計	1,124,000	713,000

活動班	活動費	(自己負担)	(活動補助)
ラオス班	557,812	314,600	243,212
台湾班	205,841	115,530	90,311
バングラデシュ班	781,336	449,025	332,311
慢性疾患班	83,132	39,475	43,657
ER班	181,820	89,810	92,010
総計	1,809,941	1,008,440	801,501

来年度繰越金	1,611,196	1,948,196
---------------	------------------	------------------

ご支援してくださった先生方

安藤 文英	玉田 隆一郎
一木 稔生	手島 鋭
江頭 啓介	中西 洋一
江夏 怜	野尻 五千穂
大神 達寛	野田 龍也
大保 文香	信友 浩一
小田原 淳	長谷川 学
小野 宏彰	平橋 美奈子
河野 雄紀	平峯 智
隈 博政	藤本 晃嗣
黒木 俊秀	古市 葉子
高上 紀之	増田 すばる
古野 純典	松尾 圭介
坂本 篤彦	松田 和久
鷺山 幸二	宮房 成一
澤江 義郎	矢野 篤次郎
下田 慎治	山野 龍文
下村 学	横溝 晃
高松 純	吉原 一文
多田 功	吉村 健清
田中 耕司	鷺尾 昌一
棚橋 信介	

(敬称略・五十音順)

学生連絡先

総務 武井 祐樹 (九州大学医学部 3年)

〒812-0054 福岡市東区馬出 6-15-6 アンヴィリル・ツール 203号

電話:090-9404-7350

メール:tky.kr555@gmail.com

ホームページ:<http://tropical.umin.ac.jp>

事務局連絡先

〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出 3-1-1

九州大学大学院医学研究院 胸部疾患研究施設気付

電話:092-642-5378
