

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 51 期 活動報告書

2016

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu University

目次

会長あいさつ.....	2
総務あいさつ.....	3
2016 年度部員一覧.....	4
年間行事.....	5
活動報告	
動物実験生命倫理班.....	6
南アフリカ班.....	13
プライマリ・ケア班.....	40
知的障害班.....	51
会計報告.....	60
ご支援してくださった先生方.....	61
連絡先.....	62

会長あいさつ

世界は一つである。

多くの小国が集まる欧州は欧州連合（European Union; EU）を結成し、国境を越えた人の移動を可能にし、通貨までも統一した。今、ヨーロッパは非常に風通しの良い、訪問しやすい地域になっている。欧州のみならず、アメリカ・アジア諸国においても国際間の経済活動は揺るぎないものとなり、競争の世界から協調の世界に転換した。一方、災害が世界のあちこちで発生しているが、幸いなことに各国からのレスキュー隊、ボランティアの活動は年々活発になってきた。震災の多い我が国も多くの国に助けられた。

しかし、世界は動いている。

英国は国民投票の結果、EU 離脱を決めた。米国はトランプが大統領となり、自国第一主義を主張している。中国は周辺国の批判にもかかわらず領土拡張政策を推し進めている。ロシアも最近クリミア半島を強引に編入した。どの国も国益のためなら少々の無理も押し通すことに平気である。大国だけではない。ある種の原理主義を掲げて無辜の人々を苦しめている集団も存在する。また、インターネットの普及も世界の在り方を変えつつある。そこでは、良い情報のみならず、不都合な情報も氾濫している。過激な民族主義はネット右翼という言葉さえ生み出した。

帰属性と多様性

3年後に迫った東京オリンピックでは、多くの国、地域の参加の下に国や人種の違いを超えて熱戦が繰り広げられ、友情の輪が広がるだろう。しかし、私達は間違いなく、友好国を、それ以上に自国を、それ以上に郷土出身選手を応援するに違いない。人間は集団の中でしか生きることとはできず、自らが帰属する集団に忠誠を誓い献身する生き物だから。でもそれは多様性の排除ではないはずだ。何故なら、ライバル選手であっても、私達は卓越したパフォーマンスや真摯なフェアプレーに対して惜しめない拍手を贈るメンタリティも持ち合わせているからだ。

すべてはバランスの上に成り立っている。

熱研の若者達よ、今年の活動から多くのことを感じて欲しい。性急な結論は不要である。ただ、見たもの、経験したこと、出会った人々のことを覚えていて欲しい。そして、この世界や、生命や、人間そのものが絶妙なバランスの上に成り立っていることを学んで欲しい。

九州大学医学部熱帯医学研究会会長

中西 洋一

総務あいさつ

何かにつけて海外における諸事件がニュースで飛び交う時代になってしまいましたが、そのような中、皆様のお手元に部員たちの成果をお届けできたことを嬉しく思うとともに、部員全員が無事活動を終えられたことに対し、肩から重い荷が下りたかのように安堵する心持でございます。

さて、今期の活動を振り返ってみますと、クリニカル・アソシエイツ（CA）、動物実験の生命倫理、知的障害者の福祉といった、例年と比較して特に新規のテーマを取り上げた活動が目立った、フロンティア精神に富んだ1年だったのではないかと思います。学生側の身内話になってしまい恐縮ですが、活動で実際に現地に出かけ、帰ってきた後、その活動から何が得られたのか「考察」する過程において、毎年必ず多くの班が苦心します。エビデンス、論理に忠実になりつつ自らが求めた結果を得ようとするのは、経験・知識ともに不足している学生にとって困難極まるのがほとんどであり、時に望んでいた結果が得られない、目的としていたところを見失ってしまいそうになるという班も見受けられました。そのような中、今年は学術発表としてのルールは守りつつ、班同士でアドバイスし合い切磋琢磨しながら、当初の目的、自分が勉強したかったことを最後まで貫き通せたという声が見受けられ、稚拙な表現ではありますが、班活動・活動報告が、する側も聞く側も「楽しかった」と評する声が多かったように感じられます。一方で、一部の活動班は前年の活動報告よりヒントを得ているものもあり、報告会の後、後輩から今年のテーマを一部引き継いで来年新しい班を立てるといった嬉しい言葉をいただきもしました。以上のように、各自が興味を大切にしながら貪欲に新しいことに取り組んだ一方で、熱研の課題の1つである「活動の継続性」についても少しは触れることができた1年だったように思われます。

私個人の話になりますが、過去の報告会において、諸先生方から「安全だけには気を付けて、自分たちがやりたいことを追い求めなさい。それで十分だ。」とお声をかけてくださったことに大きな感銘を覚えたことを今でも鮮明に思い出します。その言葉に甘んじるのではなく、先生方からのご期待として、51年の伝統を守りつつ未開の地へと恐れず舵を切る。先生方のご期待に副えるご報告ができるよう、部員一同精進していく所存です。

最後になりましたが、私たちの活動を優しく見守り、支えてくださいました会長の中西洋一教授、そして私たちの活動や運営にいつも暖かいご指導、ご支援を頂いております熱帯医学研究会のOB・OGの皆様、その他私たちの活動においてお世話になったすべての方々にこの場をお借りして心より御礼申し上げます。

大所帯となりました部員一同、何かとご苦勞をおかけするかとは思いますが、今後とも更なる発展のために精進して参りたいと存じます。皆様には、今後とも叱咤激励を含め、温かいご指導ご鞭撻を頂きたく存じます。

九州大学医学部医学科3年
武井祐樹

第 51 期 現役部員一覽

D2

佐々木大貴

医 6

金光芳樹

喜多貴信

妙中隆大朗

松水和徳

医 5

池田隆史

岡毅寛

橋本雄介

深澤和憲

生 4

笠間健太郎

看 4

小林千賀子

高張謙介

医 3

貞賀泰孝

武井祐樹

猪島直樹

門松英

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

山本雅士

放 3

野崎航平

看 3

萩尾美奈

生 3

松原圭佑

医 2

赤木健哉

岩村成露

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

山川良太

米川耕太郎

看 2

有田智美

畠山敬伍

福谷成美

放 2

染矢梨緒

宝珠山桃子

中西悠佳

医 1

村上一朗

加藤誠也

金田海弘

成尾圭介

中村理乃

前濱涼太

岸哲生

光山敏史

日野雅喜

津田明知

加藤航

田中遼也

前田優華

龍正一郎

永森智樹

生 1

尾形一誠

看 1

松田奈穂

放 1

末次善紀

追立和久

臨薬 1

佐川怜香

守永麟

第 51 期年間行事

1 月		
2 月		
3 月		追い出しコンパ
4 月		新入生歓迎活動
5 月		
6 月	4,5 日	九重合宿
7 月	23 日	前期総会
7 月		動物実験生命倫理班
8 月		
10 月		
7 月		南アフリカ班
8 月		
7 月		プライマリ・ケア班
8 月		
10 月		
6 月		知的障害班
7 月		
8 月		
10 月	15 日	山口大学報告会
11 月	6 日	後期総会 幹部交代式
	19,20 日	九大祭
12 月	11 日	産業医大報告会
	26 日	追い出しコンパ

動物実験生命倫理班

活動目的

医学研究者を志すものとして、動物実験における生命倫理について考え、「妥当と言える動物実験とはどんなものであろう？」という問いに対してアプローチする。

活動場所

日本	福岡県福岡市	室見動物病院
	福岡県福岡市	ARO 次世代医療センター
アメリカ	ワシントン D.C.	ジョージタウン大学
	フレデリック	AAALAC

活動期間

- 2016 年 7 月 20 日 （室見動物病院）
2016 年 8 月 10 日 （ARO 次世代医療センター）
2016 年 8 月 19 日 （AAALAC）
2016 年 8 月 22 日～8 月 24 日 （ジョージタウン大学）
2016 年 10 月 13 日 （ARO 次世代医療センター）

班員

- 松原 圭佑（九州大学医学部生命科学科 3 年 班長）
橋本 雄介（九州大学医学部医学科 5 年）
知識 裕喜（九州大学医学部医学科 3 年）
前濱 涼太（九州大学医学部医学科 1 年）
日野 雅喜（九州大学医学部医学科 1 年）

Abstract

動物実験は、医薬品や農薬の開発、疾患の研究など様々な目的で行われており、私たちにとって関わりの深いトピックである。では、その動物実験に用いられる動物の生命倫理はどのように保証されているのだろうか。この問いに答えるべく、私たちは動物実験の生命倫理に関わる様々な分野の専門家の方々にお話を伺った。

動物実験は各機関においてガイドラインに基づいて行われているという点、また、私たち班員の中に研究者を志望するものが多く、将来的に動物実験を実際に行う立場となる、という点から、私たちは動物実験の倫理的妥当性を保証するための「ガイドラインの在り方」と「研究者としてできること」の 2 点に着目して活動を行った。

第1章 はじめに

第1節 動物実験とは

(日野)

私たちの活動テーマは「動物実験における生命倫理」である。ここでは動物実験を「人に対して危険が生じる可能性のある化学物質や機器を人に適用する前に、科学的知見を収集するための動物を用いた実験」と定義する。動物実験の行われる例として新薬開発を挙げてみる。新薬開発は、有益と思われる化学物質の探索に始まり、非臨床試験、臨床試験（ヒトを対象にした試験、治験）を経て、患者さんの元へ、というプロセスを踏んでいく。動物実験はこのうち、非臨床試験の段階で必ず行われる。したがって、動物実験はどのような薬や治療法にとっても欠かせないものである。例えば、二日酔いの時に服用する胃薬にしても、その開発段階には動物実験の存在がある。こうしたことから、動物実験は私たちにとって関わりの深いものであることが分かる。

第2節 活動の経緯と目的

(日野)

ここで、活動の経緯と活動目的を示す。まず、立班の動機について述べる。活動の出発点は、将来、医学研究者になりたいと考えている班員が、なぜ仕事で動物をたくさん殺すのか、と問われたときに、自分も納得でき、かつ、相手も納得できるような答えを言えるようになりたい、ひいては、自身の日々の仕事に納得して取り組みたいと思ったことである。そんな中、社会に目を向けてみると、動物実験を取り巻く環境が変化していることが分かる。具体的には、EUでは2009年に開発に動物実験を伴う化粧品の販売が禁止されている。また、日本国内でも多くの化粧品メーカーも動物実験を廃止している。このように動物実験の中にも、「目的」や「方法」によっては認められない動物実験があり、動物実験はむやみに行われるべきではないという社会の風潮が形成されてきている。以上の、納得する形で動物実験を行いたいという個人的な動機と、動物実験の在り方が変化してきているという社会的背景を鑑みて、どのような動物実験が妥当と言えるのかを考えることに意義がある、と思ったことが立班の動機である。動物実験について考えるにあたり、班の活動のスタンスとしては、動物実験は必要であるものとする。なぜならば、知識欲は人間の根源的な欲求であり、また、動物実験が医学の進歩において有用であることは保障されているからである。このことはヘルシンキ宣言にも明記されている。私たちは、動物実験は必要であるとしたうえで、どのような動物実験が認められるのかを考えていく。言い換えると私たちの活動目的は、「妥当である」といえる動物実験とは何か、という問いに対する答えを、班活動を通して見つけていくことである。なお、「妥当」の辞書的な意味としては、真理や道徳的美的価値などの通用し承認されるべき性質であり、動物実験が「妥当である」とはその動物実験が一般的に受け入れられるということである。

班活動を行うにあたって、私たちは、「ガイドライン」と「研究者としてできること」の2つについて着目した。いくつかの辞書をもとにガイドラインという語を定義すると、「守るのが好ましいとされる規範や目指すべき目標などを明文化し、その行動に具体的な方向性を与え、時には何らかの『縛り』を与えるもの」である。現在、様々なレベルのガイドラインがあ

り、こういったレベルでガイドラインを共有していくのかについては考える必要がある。ガイドラインについて考える意義としては、ガイドラインが、現在議論となっている「目的」と「方法」を規定したものであり、ガイドラインが最適であることは動物実験が妥当であるための必要条件である、ということが挙げられる。また、研究者にできることについて着目した理由は、将来、現場で動物実験を行う研究者になるものとして動物実験にどのように関わっていくべきかを探りたいと考えたからである。

第2章 活動内容

次に、活動内容について示す。文献をもとにした調査とそれぞれのインタビュー、ディスカッションを通じて動物実験の生命倫理における現状と課題を知り、課題の解決法を探る、というスタイルで活動を行う。その過程で「妥当である」といえる動物実験とは何かを考えていく。特にインタビューについては、動物実験のガイドラインに関わる様々な分野の専門家にそれぞれの立場からのお話を伺って、動物実験を多角的に捉える。その中で、最適なガイドラインたるためのエッセンスが見えてくることを期待する。今回は、獣医師、動物実験の評価機関、生命倫理の専門家、研究者の方にお話を伺った。

まずは、室見動物病院で獣医師としてご活躍なさっている草場先生にお会いした。草場先生は動物の命の重さと人間の命の重さは等しいと考えていらっしゃる方であった。ここでは、動物の命を重んじる考えの方の動物実験に関する意見を伺った。

次に、AAALAC International（国際実験動物ケア評価認証協会）の本部を訪問した。AAALAC International とは 1965 年設立の民間 NPO で、世界中の研究機関に対して任意の評価認証を行い、科学社会における動物の人道的な取り扱いを推進している。ここでは、動物実験の生命倫理に関するプレゼンテーションをしていただき、その後質疑応答の形でディスカッションをした。

次にジョージタウン大学を訪問した。ジョージタウン大学は生命倫理のメッカとも呼べる場所であり、世界有数の研究施設と生命倫理学に特化した図書館を持つ。ここでは、生命倫理がご専門の司書の方にお力添えを頂いて、文献での調査を行った。それをもとに、倫理学者から見た動物実験の在り方について考察した。

最後に九州大学の臨床研究の施設である ARO 次世代医療センターの中で研究をされている方、倫理を担当されている方に動物実験の科学と倫理、人文科学と自然科学についてのお話をお聞きした。（日野・前濱）

第3章 活動報告

第1節 室見動物病院

（日野）

草場先生は、穏やかな口調の方であった。また、病院内はペットにとっても飼い主にとっても居心地の良い作りになっているように感じた。人にも動物にも平等に温かい、そんな草場先

生の人となりを象徴するようであった。草場先生のお考えとしては、まず「サイエンス」を追求するという意味において動物実験は必要であり、その上で「目的」と「方法」を吟味して「サイエンス」にならない犠牲を避けるべきであるとのことだった。動物の命を重んじる方も動物実験は必要であると考えていることは驚きであった。動物実験の目的は「サイエンス」であり、「サイエンス」とならない犠牲は排除すべきであるという考えには賛同する。



写真1 草場先生と班員

第2節 AAALAC

(日野)

AAALACは明るい雰囲気施設の施設であった。首輪につながれていない犬がおり、動物の倫理を扱う施設らしいと感じた。AAALACは元細菌学者や獣医師など多様なバックグラウンドの方々から構成されている。AAALACは動物実験を行う企業や大学に助言や実験動物のケアに関する評価を行い、基準を満たした機関を認定している。評価は、各国の法律に基づいて行われる。何らかの一つの価値観を押し付けるわけではない。また、認定の基準としては主観的な基準ではなく実験プロトコルや殺処分数、痛みの点数化など客観的な自然科学に基づいた基準が採用されている。AAALACでの質疑応答の中で伺った話で印象に残っている言葉がある。“Good science is based on good ethics.”「良い科学は良い倫理に基づく」である。具体例を挙げて説明すると、実験動物の生命倫理を考慮して、実験動物の苦痛を軽減するために実験プロトコルを精査することで実験の繰り返しが減り能率的な実験が行われるということである。



写真2 AAALACにて職員さんと班員

これは実験に使用される実験動物の数や研究費は削減され、研究の速い進展につながるという。“Good science is based on good ethics”の考え方に基づいて倫理的に正しい実験を行っていると認定されることは、社会的な信用につながり、ひいては、企業の財源調達や、倫理的に正しいと認められる論文の根拠になる。以上のことから“Good science is based on good ethics.”は正しいと考える。

私たちは、AAALAC訪問を通じて、現場では倫理の曖昧な部分に科学的な根拠をもって対応していると感じた。また、繰り返しになるが、各国の法律、すなわち文化を尊重していること、自然科学が評価の基準となっていること、社会的信頼のためにも倫理的に研究を行うというのは、大切なことであると感じた。

第3節 ジョージタウン大学

(前濱)

ジョージタウン大学の建物は歴史を感じさせる重厚で落ち着いた雰囲気であり、秘書さん、学生さん共にこやかに対応していただき、アメリカの優秀な大学であることを実感した。同

大学はアメリカ合衆国の首都であるワシントン D.C.近郊にあるジョージタウンに位置する私立大学である。ここにはケネディ研究所という生命倫理学において世界最先端の活動・研究を行っている研究所がある。ここでは生命倫理学のバイブルである *Encyclopedia of Bioethics* を編集していたこともある。

ジョージタウン大学では、生命倫理学がご専門の秘書さんに手配して頂いて、私たちが疑問に思っていたことに関する 10 部の論文を読んだ。論文の内容としては、倫理と科学の対立について、臨床実験と動物実験のガイドラインについて、3R の原則の各国への普及について、倫理学者の動物実験に対する批評についてというものだった。その中で私たちが注目したポイントはガイドラインの幹としての倫理原則と 3R の原則である。



まず、ガイドラインの幹としての倫理原則 写真3 ジョージタウン大学にて司書さんと班員

についてである。臨床試験などに適用される一般的なガイドラインの成り立ちとしては、世界で共有される倫理原則があり、その上に各機関や大学の指針が成り立っている。しかし、動物実験には世界で広く共有されている倫理原則はない。そのため、動物実験の認識が国によって異なるという事態が生じている。例えば、アメリカ、カナダ、イギリスなどの他の先進国の各研究機関は実験動物数の公的な調査報告を義務付けられているのに対し、日本では関連団体の任意調査が行われるのみであることが挙げられる。

次に、3R の原則について述べる。コンピュータモデルなどを利用して実験動物を行わないようにする Replacement（代替法の利用）、できるだけ使用実験動物数を減らす Reduction（動物利用数の削減）、安楽死などできるだけ苦痛を与えないように実験動物を扱う Refinement（苦痛の軽減処置）の 3 つを 3R の原則という。ブラジルの学校の授業でこの 3R の原則に基づいて実験を行うことで、実際に実験動物の削減に貢献しているという結果もあった。3R の原則は中国、インドなどの途上国にも普及しつつあるがこれもどこまで適用するのかということについては機関によって認識が異なっている。これらを見てわたしたちは文化や法律の違いがある中でもガイドラインは世界で統一したものがよいのではないかと考えた。

第 4 節 ARO 次世代医療センター

（前演）

最後に、九州大学の臨床施設である ARO で研究されており、生命倫理にも詳しい Swain 先生、倫理を担当されている河原先生に動物実験についてのお考えを伺った。まず、倫理的な動物実験が科学的な動物実験にもつながるという話があった。これは例えば、動物に愛情を持つて接することで動物が受けるストレスが軽減されて実験成績の再現性が向上することがある。また、適正な飼育管理を実施することで動物の健康状態が維持され、実験データの信頼性が確保されることなどがある。こういった実験は、生命倫理的に適正であると同時に、科学の向上につながっているともいえる、ということである。

また、生命倫理における人文科学と自然科学についての話があった。動物実験には人文科学的側面と自然科学的な側面があるという。このうち、人文科学的側面に関しては、人や文化によって価値観や認識が異なるものである。この二つの側面はどちらが欠けてもならない重要な要素になっており、それが生命倫理の問題を複雑にしているのだと感じた。

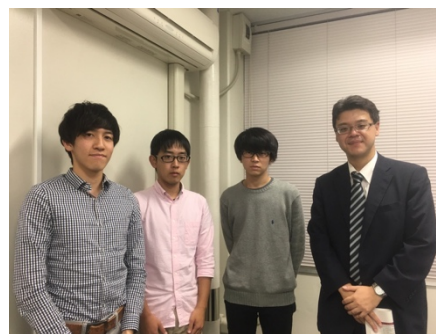


写真 4 ARO の河原先生と班員

第4章 考察

今回の活動で私たちは室見動物病院、AAALAC、ジョージタウン大学、ARO 次世代医療センターを訪問させていただいたが、それぞれ話を伺う中で共通する考えが2つあった。異なる職種の方の考えが共通しているということは、これらの考えがどれも重要であることの根拠になりうると考える。

1つ目として、適切な方法と目的を以て行われる動物実験は必要である、ということである。これは、私たちの班のスタンスの妥当性を再確認するものであった。2つ目としては、動物実験を考える際には人文科学的な側面と自然科学的な側面の両方を考慮する必要があるということである。この考えはAAALACとARO次世代医療センターの河原先生から伺ったものである。世界を見渡すと多様な価値観や文化、宗教が入り混じっており、この中で人文科学と自然科学はともに動物実験を評価する際に重要な要素であると考えている。

動物実験のガイドラインの在り方に関しては、ジョージタウン大学での活動から考察のヒントを得た。動物実験には共有されている倫理原則がなく各国で足並みがそろっていないという現状を受けて、臨床実験と同様に世界で共有する倫理原則が必要であると考えている。研究者は各国の文化や法律が違う中でも認められる（妥当な）実験をする必要がある。そのためには両輪として機能しており、これらがどちらも欠いてはならない要素になっている人文科学と自然科学を考慮しなければならないということである。その中の、人文科学に関しては、宗教の違いによって動物実験に対する価値観が大きく異なる。そのため、人文科学的な部分を倫理原則の一部として世界で共有することは難しい。しかし、動物実験数の調査・報告をする、実験動物の苦痛を軽減するためのプロトコルを作成するといった科学的なことは共有することができる。ここで私たちは、この2つのうち共有が可能な自然科学的な側面のみを世界で共有し、人文科学的な側面に関しては文化圏レベルでそれぞれの実情に合ったガイドラインの仕組みをつくることを考えた。いわば「科学ベース」のガイドラインの在り方である。そして、それは科学の質の向上にも寄与する。

この活動を通して、研究者としてできることとしては実験のデザインを大切にして、「科学」として意味のある実験を行っていくこと、愛情を持って実験動物と接すること、自身の社会的信頼を担保するためにも倫理的な実験の実施を行うということ、があると考えた。この活動でこういった動物実験が認められるのかといったことは考えることができた。この経験を実際の現場で活かしていきたい。

謝辞

最後に、今回の動物実験生命倫理班の活動でお世話になりました多くの方々に心より御礼申し上げます。九州大学病院の丸山マサ美先生にはジョージタウン大学での研修のコーディネートをはじめとして、活動の全体を通して様々なアドバイスをいただきました。丸山先生なしには動物実験生命倫理班の活動は成し得なかったと思います。ARO 次世代医療センターの Swain Anthony 先生、河原直人先生には新たな視点から動物実験のあり方について考えるきっかけを与えていただきました。室見動物病院の草場治雄先生には獣医師の立場から貴重な意見をいただきました。AAALAC の方々には温かく迎えていただき、活動の結論へのヒントを与えていただきました。ジョージタウン大学の司書の方々には三日間に渡ってお世話になりました。その他多くの先生方、部員にも活動の支援、ご助言を頂きました。この場をお借りして、皆様のご厚意に深謝いたします。

参考文献

- [1] Peter Singer 『動物の解放』
- [2] Tom Beachum 『生物医学倫理の原則』
- [3] Macmillan Reference USA 『生命倫理百科事典第3版』
- [4] Macmillan Reference USA 『Encyclopedia of Bioethics 4th edition』
- [5] 読売新聞大阪版 2010 年 5 月 19 日付夕刊
- [6] 日本経済新聞 2 月 28 日付電子版
- [7] Justin Goodman, Alka Chandna, Katherine Roe (2015)
“Trend in animal use at US research facilities”
- [8] Goodman J, Chandna A, Roe K. J Med Ethics 2015; 41:567-569
Kathryn Bayne, Gudde S Ramachandra, Ekaterina A Rivera, and Jianfei Wang (2015)
“The Evolution of Animal Welfare and the 3Rs in Brazil, China, and India”
- [9] Journal of the American Association for Laboratory Animal Science, 54 (2) :181-191

南アフリカ班

活動目的

南アフリカ共和国で **Middle worker** と呼ばれ、医師と看護師の中間職として医療現場で働く「**Clinical Associate**」の現状について探る。

活動場所

日本 大分県大分市旦野原 700 大分大学旦野原キャンパス
福岡県福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学病院キャンパス

南アフリカ共和国

ヨハネスブルク University of Witwatersrand
プレトリア 在南アフリカ共和国日本国大使館
 University of Pretoria
 Tshwane District Hospital
ケープタウン University of Stellenbosch
 Wellington Clinic

活動期間

2016 年 7 月 24 日～8 月 5 日

班員

谷口 法隆 (九州大学医学部医学科 3 年 班長)
猪島 直樹 (九州大学医学部医学科 3 年)
寺戸 大祐 (九州大学医学部医学科 3 年)
中根 弓那 (九州大学医学部医学科 3 年)
中村 拓也 (九州大学医学部医学科 3 年)
萩尾 美奈 (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 2 年)
山川 良太 (九州大学医学部医学科 2 年)
有田 智美 (九州大学医学部保健学科看護学専攻 2 年)

Abstract

世の中には、様々なかたちで医療に従事している方がたくさんいる。もちろん、私たち医師というかたち、看護師というかたち、また薬剤師というかたちなど多種多様である。それぞれの地位・立場・業務というものは長い歴史の中で興り、発展し、その時々時代に合わせてこれからも存在し続けるものだ。その中であって、新たな一石を投げようという動きがある。それが **Clinical Associates** (以下 CA) だ。

みなさんは、**Nurse Practitioner** という職業をご存じだろうか。以前、熱帯医学研究会の活動でもこの NP をテーマに沖縄で活動している。NP は、主にアメリカでの呼び方であり、安価で診断、投薬をすることができるため日本でいうところの「かかりつけ医」としての役割を果たしている。

世界には、NPのような職業がたくさんあるが、その働く場や内容、立ち位置は若干の異なりを見せる。わかりやすいように、あえてまとめると、医師と看護師の中間職のような職業だと考えていただければよいだろうか。私たちの報告書では、彼らを「準医師」と定義した。

南アフリカ共和国では CA と呼ばれているのだが、CA はどちらかというと、医師としての立ち位置に近い。私たちは、日本で得られる情報を元に、南アでの CA という職業について、教育者・医師・現場からの声を聴いてきた。

第1章 世界と日本における準医師の今

まず、世界における準医師と、私たちが生活する日本での準医師の現在の状況について述べる。（有田）

第1節 世界の準医師

（有田）

準医師とは、一般に、医師と看護師の中間的なポジションにいる職業を指す。世界的に見ると、アメリカ、カナダ、フィリピン、イギリスなどでは Nurse Practitioner（以下 NP）、エチオピア、タンザニア、マラウイでは、Clinical Officer（CO）、南アフリカ共和国（以下南ア）では Clinical Associates（以下 CA）、と呼ばれている職業が準医師に当てはまる。国によって様々な違いはあるものの、看護師よりも高度な医療技術が提供出来たり、一次医療で診断や処方、投薬が可能であったりする場合がある。一言でいうと「自立している」という言葉が当てはまると私たちは考えている[1]。

第2節 日本の準医師

（有田）

実際に日本に準医師という職業が存在しているわけではないが、日本でこの準医師に値する職業として、アメリカなどと同じように、NPを導入する動きがあった。日本語訳すると診療看護師と言われるものである。この診療看護師は、従来の看護師よりも広い裁量権を持ち、医師の事前指示の下、外来患者の診療、急患のトリアージ、検査のオーダー、処方を行うことができる。日本でのNP導入の背景は、「指示」から「協力」という医師・看護師関係の変化や、高齢者と慢性疾患の増加に伴う生活行動援助の重要性が増したことで、それに伴う医療人材の不足と保健医療政策の転換等が挙げられる。

診療看護師になるには、看護師資格を取得した後、5年以上の臨床経験を積み、大学院で2年間の実習や臨床推論を行い、終了時 OSCE や認定試験を受けることが必要である。この制度は2008年から始まり、現在200人弱が修了している。これは国家資格ではなく、民間団体が決めたものであり、法整備が不十分であるために認知度も低い[2]。そのため、その能力を発揮する場がきちんと用意されていない場合が多く、課題が山積しているのが現状である。医師にとっては、今まで医師の仕事であった一部を看護師が担うことに対して抵抗があり、看護師としては、看護師以上のことができるため、あまりいい見方をされない場合もある。つまり、互いの役割の把握不足や信頼関係がうまく構築出来ておらず、NPとして十分に働ける場が整っていない。現場におけるNPの役割の明確化や、NPの活動に伴う公的な、医療・介護経費の抑制に関するエビデンスの構築などを十分に示すことで改善を図っているものの、現在、診療看護師の制度の定着は難航しており、定着するとしても相当な時間がかかると思われる。

第2章 日本の Nurse Practitioner

第2章では、日本でのNPについてお聞きしたことをまとめる。（谷口）

我々はまず、実際に福岡東医療センターでNPとして働いている前川志帆さんのお話をお聞きすることができた。前川さんは、看護師免許を取得したのち、東京医療保健大学で2年間大学院に通いNPの資格を取られたそう。

前川さんは、日本でNPとして働こうと思ったきっかけのひとつに、過去にアメリカのサンフランシスコの大学で研修したときのことを挙げてくださった。

アメリカでは、州によって違うものの、NPには処方権があり、また、開業しているNPもいれば、大学病院で働くNPもいたそう。つまり、アメリカのNPは医師などから独立して業務を行うことができる。また、日本における看護師とは、ベッドメイキングから実際の患者のお世話など、様々な業務をこなさなければいけない一方で、アメリカのNPは業務の内容が明確であった点も、NPにあこがれた一つの要因であったそうである。実際に前川さんが見学したNPは、術前術後管理が主な仕事で、術前検査の結果を評価し、異常がないかどうかを医師に伝え、足りない部分が指摘されればそれに応じて行っていたそう。それによって外科医は手術のみを行えるため、よりたくさん手術をこなすことができる。

しかし、日本ではアメリカのNPのように、自らの独立した仕事をもって働くことは、今の段階では難しいということもおっしゃっていた。日本の医療現場では当然のことだが、医師ではないものが医療行為を行う際は、必ず医師の許可があるかどうかことが重要視されている。たとえば、術後の患者にシャワー浴させてもいいかどうかでさえ、看護師が医師よりそばで傷口の経過を確認している時間のほうが長いにもかかわらず、医師の許可をとらないとできない。そのため、日本においては、自らの責任で医療行為を行うNPは、医師からも、同僚であるはずの看護師からもなかなか認められない現状があるそう。このようなお話を通して、我々は日本において準医師の導入が難航している理由について改めて肌で感じる事ができた。

第2節 日本のNP導入の現状について

(谷口)

現場でのお話を聞いた上で気になるのは、日本全体としては、NPという職業の導入に関してはどのような流れになっているのか、ということだ。この点について、九州大学医学部保健学科においてNPの授業をなされている宮田千春先生にお話を伺った。

結論から言えば、現在の日本では社会的にNPを受け入れる体制はできておらず、NP導入は完全に頓挫してしまっている状況にあるということだった。NPを導入しようと日本で最初に始めた大分県立看護科学大学でも、現日本看護連盟会長の草間朋子先生が指導者の職を離れた結果、プロジェクトが止まっているという。現在の日本看護その理由としては、一つ目に日本医師会が反対していること、二つ目に、看護職側に関しても、医療行為について、自分が責任をもつということに対する忌避的な気持ちがある、ということ挙げられていた。

まず、日本医師会の意見としては、「責任の所在を明確にしないまま、医師不足に名を借りて役割分担を先行させるべきではない。国民の不安は、産科、小児科、救急医療をはじめとする「医師不足」にある。医師不足の解消が最優先課題である。また、医療の本質である安全と質の確保という観点からも、NPの導入は容認できない。」[3]NPが担当すると予想される初期診察、初期診療こそ、医師による高度な医学的判断と技術が必要とされ、業務の分担という視

点からみても、現行の法律で十分に対応できる、ということである。また、先生がおっしゃっていたことには、医師が自分の役割を奪われてしまうのではないか、という懸念もあるようだ。アメリカのように処方権を渡してしまうと、医師と同じように外来が行われてしまうので、特に処方権に関しては譲らないだろうと思われる。

次に、看護師の医療に対する意識の高まりが不十分であるということについてだが、これにもいくつか理由がある。大学にも看護科が開設されたのは、看護教育に力をいれようという良い方向性であり、しっかりとした教育がなされるようになったが、それでも看護師の地位は低いままであるようだ。また、大学で教えるようになったとはいえ、やはり看護専門学校卒の看護師が多い現状にあり、彼らが専門職として自信を持ち独立して医療行為を行うにはどうしても技術が不足してしまう傾向にあり、全体としてプロ意識が低いと見受けられる場面があるとのことだった。さらにおっしゃっていたのは、看護師になり、5年間現場で働き、さらに2年間大学院で学び、NPの資格をとってNPになったとしても、看護師として働いていた時よりも給料が高くなるわけでもなく、専門家として雇ってくれる現場はなかなか見つからないように思われるらしい。つまり、NPになる現実的なメリットが、今のところ見当たらないのである。最後に、看護師自身がNPを社会に向けて宣伝する力が不足しているということだった。NPコースに入ろうと思う人は、どちらかというベテラン看護師ではなく若い人が多いということであり、自身の技術不足に対する自信のなさが大きな要因になり得る。以上のような理由により、看護師がNPという新しい職業を忌避する結果を招き、社会的にも認められない要因を作っていると考えられる。

アメリカでは、NPは医師や看護師のように、医療職として一定の地位を確立し、独立した存在となっている。驚いたことに、アメリカにおいても、NP導入時は現在の日本と同じように医師からの反発が強かったようだ。しかし、「診療費が比較的安い・混雑が少ない・気軽に受診できる」というメリットを確立したうえで、社会に対して積極的なPR活動を行うことで世論を味方につけるという方法により、導入を進めていったのだ。

第3章 南アフリカ共和国の Clinical Associates

3章では、南アにおけるCAの実態について、日本で学べる範囲で述べる。(赤木)

第1節 南アフリカ共和国の Clinical Associates の紹介

(赤木)

冒頭でも少し述べたが、CAとはClinical Associatesの略であり、医師の監督下で医師の医療行為の一部を代行できる地方で働く医療従事者と定義される。簡単に言うと看護師と医師の中間職のことである。南アフリカにおけるCAの概念はケニア、マラウイ、モザンビーク、オランダ、タンザニア、アメリカと同じ構造で生まれていて、主に地方医療の強化のために導入された。養成に時間がかかる医師に比べ、CAは臨床に特化しているため3年という短い期間で養成が可能である。CAコースでは、1年目に臨床手技、解剖、生理学、薬理学を学び、2~3年目では地方の病院で実地の研修が行われる。その後BCMP(Bachelor of Clinical Medical Practice)という免許を取得しHPCSA(Health Professions Council of South Africa)という

委員会に CA として登録することで CA として働くことができるようになる。卒後 3 年間は出身地域の病院で働かなければならない。

2008 年に University of Walter Sisulu で 23 名の CA の養成が開始され、3 年後の 2011 年に卒業者の雇用が始まった。2008 年は、日本において NP コースが設立されたのと同じ年である。続いて 2009 年に University of Pretoria で 55 名、University of Witwatersrand で 25 名の CA の養成が開始され、2012 年に卒業者の雇用が始まった。CA の業務としては患者の病歴の把握、身体検査、診察手続き、治療方針の決定、治療計画を組み立てと実行、治療効果のモニタリング、手術の補助、患者の教育とカウンセリング、専門医への紹介状を書くなど多岐にわたる。CA 導入によるメリットとしては地方の医師不足解消、応急手当・通院患者・入院患者の診察を CA が行うことができること、医者負担が軽減されるので医者が自分にしかできない仕事に集中できること、患者がより早急に身近な場所で簡単な治療を受けられること、医療費の削減など、多くのことが期待される[4]。

日本と同じ 2008 年という時期に準医師が導入された、という点は、私たちが南アで活動しようと考えた理由につながる大事なポイントである。

第 4 章 南アフリカ共和国の概要

私たちの南アでの活動について報告する前に、南アの基本情報について説明する。(有田)

第 1 節 南アフリカ共和国の基本情報

(有田)

南アフリカ共和国 (Republic of South Africa) はアフリカ大陸の最南端に位置し、太陽の国と言われるほど、温暖な気候と豊かな自然をもつ国である。面積は 122 万平方キロメートル (日本の約 3.2 倍) で、人口 5495 万人 (日本の約半分) である。首都は北部のプレトリアである。

17 世紀半ばからオランダ、19 世紀前半からはイギリスの植民地であったため、欧米の風潮を残すところが多い。1910 年に独立したものの、白人政権は黒人の政治的、社会的、経済的権利を剥奪するアパルトヘイトを実施したため、国際社会から厳しい批判を浴びた背景がある。その後、ネルソン・マンデラをはじめとし、アパルトヘイト撤退に向けた国内改革が進展し、民主政権が発足した。複雑な歴史と広い国土により、ズールー族、コーザ族、ソト族、ツワナ族、オランダ系、イギリス系、カラード、アジア系など様々な人種で構成されており、彼らは七色の国民 (レインボーネーション) と呼ばれている。



図 1 南アの地理

現在、南アはサブサハラ・アフリカの全 GDP の 20.2% (2014 年：世銀) を占め、サブサハラ・アフリカ諸国の中で第 2 位の経済大国として、アフリカ経済を牽引している。最大の貿易相手国は中国であり、EU、米国、日本との貿易関係も活発であるが、最近では、その他 BRICs 諸国、南部アフリカ諸国との経済関係強化も重視している。近年では、かつての主力産業であった鉱業は減衰傾向で、第一次産業が 10%、第二次産業が 21%、第三次産業が 69%

と、先進国同様、南ア経済は第三次産業の割合が高くなっている。しかしながら、貿易では金やクロム鉱、白金などの鉱物資源輸出への依存度が依然として高い[5][6]。

南アというと、失業率や治安の悪さなど、マイナスなイメージが思い浮かべられるだろう。実際にこれらは世界と比較してとても高く、さらに、南アは都市部と地方の格差が大きいのが特徴の1つと言える。しかし、ケープタウンなどの都市部では、そのイメージが払拭されつつあり、ヨーロッパの一部にいるような感覚を覚える。世界的に観光者が集まる人気国でもあり、多くの魅力を持ち合わせている国とも言えるのではないだろうか。

第2節 南アフリカ共和国の医療状況

(赤木)

第1項 南アフリカ共和国の医療状況

2015年時の南アにおける平均寿命は66.9歳であり、これは世界平均の71.4歳に比べると低い[7]。国民1万人当たりの医師数は7.6人であり、これも世界平均の16.1人に比べると低い[8]。医師不足の原因の一つとして、医学部が国立大学8校しかないことが挙げられる。政府は医学部の定員を増やすなどの対応は行っているものの、年間の新規医師免許取得者は最大でも1,400人程度で、医師養成が追いついていない。加えて、医師の海外への流出の影響も深刻である。南アフリカでは医師教育は英語で行なわれており、海外勤務にも対応できるので医師の多くが海外へ流出してしまうことに加えて、エイズの蔓延を嫌っての海外流出も多いと言われている。国連合同エイズ計画（UNAIDS）の調査によると、2011年時点における、世界のHIV陽性者数は3400万人であり、そのうち69%がサハラ以南アフリカ在住の人で占められており、南アフリカ共和国においてもエイズの被害は深刻な状況にある。2010年において南アフリカ国民のおよそ10.5%の人がHIVに感染しているとの調査がある[9]。その理由として、伝統的な男性優位社会や婚姻制度、宗教問題、それと貧困に基づく教育水準の低さが原因と言われている[10]。

第2項 南アフリカ共和国の医療システムと医療費

南アの医療システムは、2008年時においては、総人口の84%を占める約4100万人を対象とする公的医療と、16%を占める約800万人を対象とする私的医療に分けられる。公的医療はほとんどすべてが財政資金によって賄われ、低所得者には原則として無料で提供されている。加えて、公的医療では公立病院、公的診療所、地域保健センターなどの公的医療機関を通じて医療サービスが提供されている。一方、私的医療は非営利医療保険のメディカル・スキーム加入者と全額自費の患者が、民間医療機関から質の高い医療を受けることができる。私的医療にかかわる医師の方が、給与が高く、高い技術を学ぶことができるため医師が私的医療に集中し、公的医療に携わる医師が不足している。また立地に関して民間医療機関は大都市に偏在していて、地方に住む人は公的医療機関に行かざるをえない。このため都市部と地方の医療格差が深刻である。

人口一人当たりの医療費で見ると、2008年では年間公的医療費は一人あたり2000ランド（約26000円）、私的医療費は一人あたり14329ランド（183000円）となっている。私的医療費は、南アフリカの物価水準が低いことを考えると、先進国と同レベルであるといえる。このよ

うに私的医療を受けることができる富裕層と、公的医療しか受けることのできない貧困層の間には大きな医療格差がある[11]。

第5章 南アフリカ共和国での活動

私たちが、実際に現地を訪れて学んだことについて述べる。（赤木）

第1節 University of Witwatersrand の学生団体との交流

（赤木）

私たちは南アに到着してまずヨハネスブルクにある University of Witwatersrand を訪れた。ここでは Wits Rural Health Club という地方医療について啓発活動している学生団体とのディスカッションをおこなった。学生団体としては CA に賛成という意見であった。その理由として2つ述べていた。

まず一つ目が医師不足の解消である。先述の通り、南アには医学部が8つしかなく、さらに医師免許取得者の半分ほどが海外に流出してしまうので医師が不足している。CAの導入によりこういった状況の改善が見込まれるとのことであった。

2つ目が医療費の削減である。CAは医師に比べて給与が低い、医師の代わりにCAを雇用することで医療費を削減することができるそう。実際に政府もCA導入を推進しているらしい。

しかし、CAにもいくつかの問題があると考えていた。まず現在の状況において、CAのやったことを医師がチェックしているのでCAの意味がないのではないかと考えていた。他にもCAと他の医療従事者との業務のすみわけが難しいなどの問題を挙げていた。

そして彼らとの話の中で、最も印象に残ったのは、地方医療について啓発活動をしているこの学生団体のメンバー自身が、本音では地方で働きたくないと考えていることであった。そのことはまさに南アフリカの医療の実情を象徴しているかのようであった。



写真1 学生団体と班員

第2節 医務官との対談

（赤木）

7月28日の朝、私たちはプレトリアにある在南アフリカ共和国日本国大使館を訪ねて、医務官の中村燈喜医師にインタビューを行った。医務官の仕事内容は大使館の職員・家族の健康管理を行うと共に、現地の医療事情を調査して邦人へ情報を提供することである[12]。中村医師は京都府立医科大学を卒業され、麻酔科医として日本で働かれていたそう。医務官として働き始めたのは7年前で、最初の2年間はロシアで、続く5年間はセルビアで過ごし、今年の7月5日に南アフリカに赴任してきたばかりとおっしゃっていた。残念ながら、先生は南アに赴任してきたばかりで、現在、南アの医療事情について調べている最中であるということで現

地の医療事情についてあまり詳しく伺うことはできなかった。赴任してきて1か月程で感じたこととして、中村医師が訪れた現地の病院は、設備が非常に充実しており先進国の設備と比べても遜色なかったようだ。また、先生が会われた現地医師は皆意識が高く、技術も高かったとおっしゃられていたが、やはり、海外への医師の流出が大きな問題となっているようだ。加えて今回の活動とは直接関係ないが、日本で医者として働かれていた時の経験談、ロシアやセルビアの医療事情、日本の医療とこれら2国の



写真2 中村先生と班員

医療との違い、医務官の仕事など様々な興味深い話をしてくださった。さらに午後の University of Pretoria での活動の後、警備班の廣本誠二さんも交えて食事をご一緒させていただき、南アでの生活や仕事について話をうかがい、楽しい時間を過ごすことができた。

第3節 University of Pretoria での活動

(山川)

私たちは、南アで CA 養成コースを持つ University of Walter Sisulu, University of Witwatersrand そして University of Pretoria の3大学の一つのうちの University of Pretoria と、並びに附属病院の Tshwane District Hospital において、Pole 先生の紹介の元、7月27・28日の2日間活動した。

第1項 University of Pretoria の CA 養成コースの概要

University of Pretoria は、南アの行政首都ハウテン州プレトリアに本部を置く公立大学で、1908年創立である。

Economic and Management Sciences、Education、Engineering、the Built Environment and Information Technology、Health Sciences、Humanities、Law、Natural and Agricultural Sciences、Theology、Veterinary Science の7学部と、1つのビジネススクール Gordon Institute of Business Science (GIBS) が設置されている。

このうち、Clinical Associates に関するのは、Faculty of Health Sciences の中の BCMP (the Bachelor of Clinical Medical Practice) を取得するコースである。以下、本稿では BCMP を取得するコースを便宜上 CA 養成コースとする。なお、医学科も同学部に設置されている。

CA 養成コースの受験に際しては、高校時代の英語、数学の成績に基づいて選抜される[13]。

コースは3年制であり、1年次は基礎と学術英語、薬学、解剖学、生理学と基本的な臨床実習、2年次は薬理学と臨床実習、3年次は医療制度、救急、感染症など各臨床科目について学習するカリキュラムとなっている。



写真3 Faculty of Health Sciences の入口

CA 養成コースを持つ 3 大学の中で、現在の定員は University of Pretoria が最も人数が多く、University of Witwatersrand よりもやや多いそうである。

第 2 項 Bac 氏への聞き取り

University of Pretoria は、プレトリア地区に複数のキャンパスを持ち、このうち Faculty of Health Sciences とその附属病院 Tshwane District Hospital は、市街地の北東の閑静な場所にある。25 日夕方に南アに到着した班員は、27 日に同大学の Pole 先生を訪問させていただいた。

Pole 先生から、まず Martin Bac 氏を紹介していただいた。Bac 氏はオランダ生まれ、ロッテルダムで医師となった後、南アフリカに渡り、2010 年から CA 養成コースの講師を務めていらっしゃる。ここではカリキュラム内容を中心にお尋ねした。

(1) 入学に関して

CA 養成コースは入試の段階から医学科と全く異なっており、入学後の学習内容も異なる。つまり、医学科の学習内容の中抜きしているわけではなく、CA のために独自に組まれたプログラムとなっているのである。1 学年あたり 80 人が在籍しており、対して医学科は 300 人である。ちなみに University of Pretoria 全体では全学部で約 1 万人とのことである。

CA 養成コースは 700 人ほどが受験して約 80 人が合格する。医学科に比べて試験科目は少ないそうである。南アフリカの公用語は英語、アフリカーヌス語を初めとして 11 言語あるが、さらに土着の言語が多数あり、都市部では英語が通じるが、地方では英語が通じないことも多い。そういったこともあり、5 つの言語を話せる学生は入試で優遇されるそうである。また、両親がいないなど家庭の事情も優遇の対象になるそうである。

(2) CA 養成コースのカリキュラム

前述のとおり CA 養成コースは 3 年制であるが、座学ばかりではなく、実習を通して実用的な訓練が出来ている点で優れていると述べていた。実習時間は約 1200 時間とられ、約 350 人の患者を診る。診察にはノートには 8 人の症例をそれぞれ 15 ページ分書くことが課題として与えられているそうである。

実習では、学生に「SOAP¹」を徹底させている。マニュアルに基づいて 3 ステージのアセスメントを学習する。3 つのステージの内訳は、第 1 ステージは、診断による診察、第 2 ステージは、患者の病気への見解、患者自身の診断、第 3 ステージは、患者の周囲の環境・背景的なものの評価、であり、これらを通して、「人を診る」ことを身に着ける流れとなっている。

学生は学習到達度を測るため、複数回の試験をインターネットで受け、卒業前の最終試験に合格することで晴れて CA になれる。この最終試験は、CA 養成コースを持つ 3 大学で共通の国家試験である。

¹ 診療録（カルテ）の書式の 1 つである。POS の考え方によって得られたデータを内容ごとに分類・整理した上で、下記のように S、O、A、P の 4 つの項目に分けて考える分析手法でもある。SOAP は問題指向型の診療録（POMR）の 1 つである。

S…Subject、O…Object、A…Assessment、P…Plan [14]

(3) CA コース卒業後について

国家試験に合格し卒業すると、主に公立病院に CA として就職する。医師の監督下で色々な仕事ができるそうである。Bac 氏によれば、CA は医師の 70%の仕事はこなせるそうである。ただ、あくまで CA は医師の監督下でしか働けず、その弊害で迅速に動けないこともあり、問題視されていた。なお、CA や医師の責任は本人が被るが、原則的には雇用者つまり病院側が責任をもつ。

CA の男女比はほぼ 1 : 1 である。ちなみに医学生は女性が約 70%を占めていて、男性は力仕事に従事する傾向にあるという。CA の学生の 95%は黒人である。南アフリカの人口のうち黒人・カラードを合わせて約 9 割を占めることを鑑みれば妥当な割合である。

CA を養成するには 1 人当たり 30 万ランドかかり、医師 1 人当たり 75 万ランドに対してコストを抑えることができる。また、CA の給料は年間約 20 万ランドであり、これは医師のおよそ 3 分の 1 だそうである。

患者から見ると、医師と CA の区別は恐らくついていないと考えられている。だが、CA はあくまで医師ではなく、医師の監督下で働く存在である。しかし、どうしても CA は医師としてふるまってしまい、本来できる範囲を超えて仕事をしてしまい、患者には医師とほぼ変わらず映ってしまうこともあるそうである。こうした職務の権限を越えてしまうことも問題の一つとなっている。

実は、南アには診療看護師 (NP) もすでに存在している。NP はあくまで看護師の延長であり、準医師として新規に立ち上げた CA に比べると業務の範囲が狭い。²

(4) CA 養成コース、今後の展望

CA 養成コース設立の際、学習期間を議論した結果 3 年で十分だという意見だったため 3 年制に決まった。また、導入に当たり、アメリカ、マラウイ、タンザニアなども視察した。

CA 養成コースの学生を集めるための広報活動として、地方の学校に対してブックレットを配り、また口コミなどでも伝えているそうである。さらに、直接学校にアドバタイズもしている。

CA は以下の点でメリットがあるとおっしゃっていた。1 つ目は、若い人の雇用を確保できることである。2 つ目は、医学雑誌ランセットが、医学の訓練を変えないといけないと提唱していることに対して、一つの答えを呈示できていることである。3 つ目は、医療者を早く育成できることである。

イギリスでは Physician Assistant (PA) 養成が 20 校で行われている。南アフリカの CA は始まってまだ新しく、現状養成を行っているのは 3 校だが、2017 年度にもう 1 校で開設される予定であり、今後 CA が広まっていくと期待されている。

現在、南アフリカには約 600 人の CA が活躍している。一方、看護師は約 10 万人、医師は約 4 万人である。医師はこのうち約 1 万人は海外に流出していて、そのほとんどが白人である。また、国内に医学部が少ないこともあり、約 3000 人をキューバに派遣して医師を養成し

² CA は導入から間もなく、南アフリカ全土に広まっているわけではないため、州によっては CA が全くおらず、NP が活躍しているところもある。後述の西ケープ州も同様である。

てもらっている。キューバで医学教育を受けることで、本国で多い疾病についての知識を持ち合わせていない、また、キューバではスペイン語で教育を受けるため、言語の違いのために診察の際に戸惑うことがあるといった問題があるそうである。医学生は6週間地方の病院に行くプログラムも用意されていて、地方の医師不足解消に対して一応の対策はとっているそうである。

南アフリカの人口約5400万人のうち、約20%のみが保険に加入し、残りの約80%は加入しておらず、公立病院しか利用できない。医師の立場からも給与面で有利な私立病院に流れるそうである。大半の国民が利用する公立病院は人材不足であり、勤務者の大半が黒人である。そういったこともあって、CAは公立病院の人材不足を補う役割を担っている。

CA養成コースの大多数の学生のモチベーションは高いと見ている。各学年に数人問題を抱える学生は折り、毎年10人ほどが落第しているが、これらは個人的な事情で通えない等、特別な理由であることが多く、特に問題視はしていないそうである。中には妊娠して休学する人もいるが、1〜2週間で戻ってくるそうである。

CA養成コースでは、1200時間の実習時間がとられ、350人分の患者を診るなど、特に実地に重きを置いたカリキュラムによって、3年間で医師の70%程度の業務をこなせられるように工夫した教育内容であることが分かった。

第3項 Heystek 医師への聞き取り

次に、Pole先生の引率の元、大学に隣接するTshwane District Hospitalに移動し、Marthinus Johannes Heystek医師を訪ねた。Heystek医師は同病院に勤務され、実際にCAと働いていらっしゃる方であり、現場でCAと一緒に働く方からの視点でお話をお聞きすることができた。

(1) CAの病院内における立場

Tshwane District Hospitalでは現在CA養成コース2・3年生を受け入れているそうである。CAは大学で1年次は総合的な内容を、その後は専門的なことを学ぶ。

先生はCAについては大賛成の立場をとっていた。なぜなら、仕事の分担が進むことで、医師のやりたいことをできる時間が取れるからだそうである。CAは医師の60〜70%程度の知識レベルであるが、それで十分だと考えていらしかった。

CAの存在はとてありがたい反面、周りの受け入れ態勢に問題があるそうである。これまでになかった職種なので、現場から受けられない、理解されないことがあり、まだまだ解決には時間がかかるのではないかと心配されていた。

また、患者の立場から見ると、CAと医師との違いはほぼわからず、自分を診ている人がCAか医師かわからなくて混乱することもあるそうである。CAも医師ではないかという患者もいる。このような事態は、CAが社会的に認知されていないから起こるのであろう。このような混乱が生じているので、CAは誰が見てもCAだとわかるように明示しないといけないし、CAの人たちも、自分たちは医師ではなく、あくまで“CA”であることを自覚して仕事しないといけないのではないかと考えていらしかった。つまり、CAのアイデンティティを確立すべきとの立場であった。

年配の医師は CA を信頼しておらず、若い医師は CA の存在をありがたいと思う傾向にあるそうである。しかし、Heystek 医師としては、全ての世代の医師に対して利益はあるはずだと考えていらっしやった。

現在同病院には CA が 5 名程度しかいないが、理想は医師 1 人当たり 4~5 人の CA や PA が配置されるのが望ましいそうである。

南アには NP も活躍している。しかし、NP はあくまで看護師の延長であり、対して CA はより深い仕事ができる。NP は看護師の底上げをしたものであり、CA は NP とは全く違う背景でできたものである。

NP も現場で理解されていない面があるそうであるが、根本的に医師が少ないなら有益であるはずだと考えていた。

(2) CA 導入の成果

南アでは、前述の通り、私立病院に患者全体の約 20%しか集まらないが、予算は、その 80%が集中する矛盾が起きている。患者全体の約 80%の患者を受け入れているが予算不足の公立病院にとっては、CA は医師に比べて給与が安いので、その導入が公立病院のメリットになっている。

また、CA が導入されたことによって、地域の病院で救急を扱えるようになったことが特筆される。大都市の病院においても、混雑の激しい救急の面では CA がトリアージを行ってくれることで助かっているそうであるが、目に見える形での成果は、大都市の病院では分かりにくいそうである。今後は CA も活用して患者を裁くことができればよいと考えていた。

日本では NP が医師や既存の看護師とうまく調整できなかった事実を踏まえ、医師と CA の関係について質問してみたところ、南アフリカでは医師が根本的に不足しているので、医師と CA との間に衝突はないとのことであった。医師の業務内容を奪わないよう棲み分けをしないといけないといった問題にはならず、むしろ CA には何でもやってほしいと考えているそうである。ただ、CA の側からすると、医師とほぼ同じ仕事をしているのに給料が安いという不満があるそうである。勤務時間は医師も CA も同じであり、残業は双方にあるそうである。

(3) 現場での CA の今後の展望

医師の立場から CA を受け入れて何か問題がなかったか尋ねてみたところ、最初は CA が何をできるか把握できず、CA 自身もわからない状態だったことを挙げられていた。そのため、できる業務を少しずつ増やしていったそうである。医師が CA を適切に監督することで、医師の CA に対する理解が深まるし、CA 自身も自分が何をできるかわかるから、医師と CA がチームで動くことが大切であると考えている。そのために、実際に CA が何をできるのか、リストを作成して理解しようと努力しているところもある。このように、CA の業務内容の明確化の必要性を強調されていた。

また、CA がキャリアを続けるために、年功序列的に給料をあげる対策がされているそうである。

CA はこれから栄えていくだろうし、未来は明るいと考えている。とりわけ CA の導入が進めば、南アフリカで深刻となっている HIV 対策が地方でも可能になることを期待されていた。

このように、現場の医師にとっても CA は好意的で貴重な戦力と捉えられていることがわかった。とりわけ地方での救急医療への貢献というのは目新しい事実であった。

ただし、CA の給与面での待遇や、できたばかりでキャリアが確立されていないなど課題もあった。現場での業務内容が定まっておらず、手探りな面があることも伺えた。業務内容をより明確化する必要があるようである。

また、まだまだ CA は少数であり、医師 1 人に対して 4～5 人程度の CA を配置できるのが理想とおっしゃっていたが、当面時間がかかりそうであるように感じた。

第 4 項 Zuki 氏への聞き取り

28 日午後は、日本大使館から再び University of Pretoria を訪問し、Pole 先生から Zuki Tahabalala 氏を紹介していただいた。南アフリカの CA の普及・発展を支援する組織として、PACASA (Professional Association of Clinical Associates in South Africa) という任意団体があり、Zuki 氏はその理事長で、CA 導入に深く関わられた人物であることから、CA 養成コースを設立する際の経緯を中心に団体からの目線で CA についてどのように感じているのか、お話を伺った。

(1) CA 養成コースのカリキュラム

CA 養成コースは、入学から 2 週間後に患者を診る実習が行われ、週に 4 コマ解剖学が開講されるなど、実習に重きを置いた内容となっている。

また、地方出身者を多く受け入れていることから、英語・コンピュータの講座も開かれている。各講座は 12 人以下の学生のグループに先生が 1 人つく形で、カンファレンスのような形態をとっている。

実際に教える際の問題点としては、前述のように入学の段階で英語、コンピュータを使いこなせない地方出身の学生がいるため、英語で教えることが難しいことである。ただ、ほとんどの学生が卒業したら英語を使えるようになるそうである。また、英語が得意でないことは患者と接するときはあまり問題にならないそうである。

CA 養成コースでは、講師は主にファミリードクターである。CA はまだ日が浅いので CA が講師となっていないのは当然ではあるが、将来的には CA が教えられればと考えている。

CA はジェネラリストとして導入してきたが、今後はより専門的になってほしいと考えている。とりわけ小児科、麻酔科とか不足している他、南アフリカで深刻な問題となっている HIV にも対応してほしいとの思いを持っている。

学生の中には、どうしてもドロップアウトする者がいるそうである。CA にならずに消えてしまう学生もいる。



写真 4 Zuki 氏と班員

CA と医師の違いについて質問したところ、CA は地方から来ている人が多い、CA は現場の業務に特化している、医師は知識が豊富であり、社会的地位も高く、英語も堪能である、といった違いを挙げられていた。しかしながら、業務はどちらもきちんとなしているとのことであった。

CA に求めることとしては、CA に限らず医学従事者全般に言える話であるが、良い医療者になってほしいと願っている。良い CA を養成するために、問題解決をテーマにして教育を行うようにしている。

(2) CA 導入の経緯

アフリカ諸国では植民地支配から独立した際、医師が宗主国に帰ってしまう事態となった。例えばタンザニアは 100 人程度しか残らなかった。早い段階で CO が発達したのはそうした理由のためである。一方、従来から独立国であった南アでは、アパルトヘイトによって黒人社会に医療が届かず、医師不足が顕在化することはなかった。しかし、1991 年のアパルトヘイト撤廃により、これまで医療にアクセスできなかった黒人が医療を求めるようになった。しかし医師数は従来と変わらないために、医師が足りなくなったということが起きた。こうした状況の打開策として、医師を増やす、コメディカルを活用することが検討され、そうした中で CA を導入しようという流れになった。その際、主にアメリカの PA (Physician Assistant) や NP をモデルとし、加えてタンザニア等アフリカ諸国の CO (Clinical Officer) の良いところも取り入れる形となった。そのため、関係者が実際に各国を見て回ったそうである。

日本の NP と同様に、CA も他のセクターとのコミュニケーションが難しい面があるそうである。CA の導入に際しては、医師会、看護師会など他のセクターからの反対があったそうである。それぞれの業務の棲み分けに混乱があった他、すでに南アフリカには NP が活躍していることも反対の要因であった。そのため、様々な関係団体と交渉を重ね、加えて素案を繰り返し評価しなおして改良し、なんとか理解をとりつけたそうである。CA は処方も出すことから、薬剤系のセクターとも交渉している。また、この時期の交渉では教育機関にも接触し、養成期間が 3 年でどうかといった相談もしたそうである。

(3) 医療現場での CA の現状

患者が診察を受ける際、医師に診てもらっても CA に診てもらっても同額である。また、医師より CA のほうに行列できた事例があるほど、CA は現場で活躍している。

CA の勤務をどう評価するかは、患者からの評価も含めて試行錯誤中である。ただ、今のところ Zuki 氏が個人的に医師からの意見を聞くと、多くがよいと言ってもらえているそうである。CA は、コストが低く、多く雇え、多くの仕事をこなせるため、現場は助かっているそうである。

アフリカ諸国の CO は、原則的に法律によって業務内容が定められており、その範囲を超えたことはできない。そうして決められていることで、極端な医師不足の元、CO は医師の監督からは独立して働いている。南アでも医師不足ではあるが、他のアフリカ諸国に比べれば医師はいることもあって、CA の業務内容を法律では具体的に定めておらず、医師の監督下という条件でフレキシブルに働いている。しかし一方で、明示していないがために CA の本来の業務内容を超えている例もあり、その加減は医師の采配に依っている。医師の立場からは、どう

しても CA に業務を超えた内容をさせてしまうこともあるので、それに対して CA は拒否できることも必要になってくる。

(4) CA の今後の展望

現在のところ、Zuki 氏は CA を概して評価できるとの認識である。CA は 3 年で養成でき、卒業すぐに即戦力になっており、当初の狙い通り進んでいる。3 年という養成期間は、現状でも十分であり、教育課程の改良を重ねてきたので、自信を持たれているようである。特に 3 年次は、現場で働くための準備期間となるカリキュラムとしている。また、試験を複数回実施しており、国家試験で基準に満たない学生は大学から出さないようにすることで、一定水準を担保している。

CA が本来の業務の範囲を超えてしまう問題に関しては、医師の監督に依るだけでなく、CA 自身が自制できるようにする何らかの方法が必要であると考えている。CA 養成コースで学んだこと以上のことはやってほしくないと考えている。範囲を超えることに対して CA 自身が責任をとらないといけないと教えるのは大学の責任でもある。

医師が不足している中、ニーズをよく理解して、CA を分配することが大切である。

アメリカの NP は、登録したら監督医師が決まる制度である。一方で南アフリカでは特に定めていなかったが、最近監督する医師を定めるようになったそうである。

CA 養成コースについては、現在まで現場のニーズを汲んで少しずつ改良を続けている。

2009 年の University of Pretoria で開始して 7 年が経過し、そろそろリクルーティングから教育内容まで検討し直す時期に来ていると話しておられた。ただし今後も大枠は変えず、細かい点を修正する方針であり、その点について、お伺いした時点では翌月の 8 月に適切かどうか判断することになっていた。

CA はジェネラリストという位置づけであるが、小児科や麻酔科などに人材のニーズがあることから、専門的な方向に振り向けることも検討している。ただ、3 年という養成期間で専門的な内容まで教育に盛り込むことは難しいので、適切なものを見極める必要がある。また、PACASA としての立場では、CA を割り当てるのはニーズのある特定の専門分野だけでよく、幅広い専門分野に行きわたらせることは考えてないそうである。CA はあくまでジェネラルな視点はもっていないといけないという立場である。

日本では NP に対して医師会などからの反発が見られたが、南アフリカの CA を設立するにあたって、やはり他のセクターからの反対はあったようである。しかし、粘り強い交渉と度重なる調整で理解を得たことが、CA が南アフリカで定着しつつあることの一つの要因であろう。

また、小児科と麻酔科など、ニーズのある科に CA を振り分けることを検討していることから、今後の CA がやや専門性を持つ方向にも展開することが予想される。

第 4 節 University of Stellenbosch での活動

(山川)

活動場所を南部の西ケープ州に移し、University of Stellenbosch、Faculty of Medicine and Health Sciences の Guin Lourens 先生の元を訪れた。Guin 先生は西ケープ州の地方医療について研究されていらっしゃる方で、私たちの訪問を快く歓迎していただいた。

第 1 項 Guin 先生の研究グループとの討論会

8 月 1 日、ケープタウン市街からタクシーで東に 10 km ほど行った Faculty of Medicine and Health Sciences のキャンパスを訪問した。University of Stellenbosch は総合大学であり、大半のキャンパスはさらに郊外のステレンボッシュにあるのだが、Faculty of Medicine and Health Sciences はやや市街地寄りに構えている。ちょうど医・歯・薬学部が伊都キャンパスから離れた病院キャンパスにあるのと似た関係である。



写真 5 Guin 先生のグループと班員

午前中はキャンパスで、先生の研究グループの方々と班員とで討論会を開催していただいた。日本と南アフリカの医療についてお互いにプレゼンテーションを行い、意見交換をした。

(1) 日本の医療事情についての議論

まず、私たちが、日本の医療事情や、日本で NP が定着しない現状を伝えたところ、日本は医師の男性が占める比率が高く、一方で看護師の女性の比率が高いという現状から、男社会の医師の世界で女性が台頭するのが気に食わないからではないか、という意見があった。お話を伺った先生から、南アでは、トップが女性に変わると今までの問題が解決したそうであり、日本で導入が進まないのは女性を受け入れない社会性の問題なのではないかと指摘されておられた。南アの医師は女性の方が多く、日本とは状況が全く異なるそうである。

南アでは医師の平均勤務時間はひと月あたり 240 時間であり、1 日あたりほぼ 8 時間、週休 2 日であり、休暇も容易に取得できるそうであり、一般に働き過ぎとされる日本の医師と比べると、勤務時間に余裕があるようである。逆に残業をしない分、医師は勤務時間内に業務を終わらせないといけない大変さがあるそうである。

(2) 南アフリカの医療事情についての議論

次に、Guin 先生の研究グループのプレゼンテーションで、アフリカの医療事情や準医師について紹介があった。導入から日が浅い南アフリカの CA は西ケープ州にはまだおらず、準医師のポジションには NP が活躍しているそうである。お聞きした様子では、日本の NP に比べて権限は大きいようであった。南アの NP はブラジルをモデルにしている、患者さんを検診、診断するのが主な仕事である。CA との大きな相違点は、手術など高度な処理ができるかどうかであり、NP は手術まではできないそうである。主な活躍の場は、CA は病床が 30 以上のホスピタル、NP は病床が 30 以下のクリニックだそうである。

公的医療と私的医療に二分している現状の中で、NP の業務内容も 2 者間で異なるそうである。NP が医療行為に対する責任の所在について、公立医療では NP を監督する医師が責任を負い、私立医療では病院と医師が負うようであり、病院に対する訴訟と医師に対する訴訟の二

つがくことがあるそうである。南アでも慢性疾患は問題になっており、予防医学により力を入れているそうである。

NP になるには、4 年制の看護科を卒業し、さらに 1 年間の NP 養成コースを経る。この 1 年間のコースは働きながら通えるそうで、人工衛星の授業をとりいれているとのことである。この大学の NP 養成コースには 80~100 人の学生がいるそうである。なお、看護も NP も大学では英語で学習する。返答してくださった方は、日本では 5 年勤務しないと NP になれないことを不思議に感じておられた。

NP の教育は一通り網羅的に行っているそうである。主に訪問看護や助産師などが活躍の舞台である。なお、南アフリカでは助産師一人で患者を診ることができるそうである。

また、NP ほど裁量権はないが、他にも準医師のポジションの職業があるそうである。この場合、約 50 日間のトレーニングによって、スクリーニングができるそうである。

薬の処方についても、ライセンスを取得すれば看護師が行うことができる。これには 6 週間のコースを受ける必要があり、やはり専任の薬剤師の存在も必要だとおっしゃっていた。

NP として診ていく中で、訪問看護の形で診察にこちら側が出向かないと助からない患者がいたそうであり、NP はそうした分野に使命感を持っているようであり、また訪問看護に対するニーズもあるのではないかと考えているそうである。

NP の業務の範囲が制限されていることについて、またそのことで限界を感じているかという質問に対しては、そもそも現状でもやるが多すぎて、特に限界は感じていないとのことであった。

南アの NP の給料は、具体的な金額までは把握できなかったが、一般の看護師と比べてかなり高いそうである。日本であまり差がないのとは対照的である。NP は一部では人気だけど、でも一概には人気とは言えなそうである。

日本では医師会は NP に対して寛容ではないが、南アでは医師は CA や NP に対して反対の立場をとっていないそうである。それは、医師の仕事が多すぎるため、こうした準医師は有用だからそうである。

また、University of Stellenbosch のキャンパスがある地区から山を隔てた病院で医師の研修に成功したため、看護師にも同様に研修をさせようという動きがあるそうである。看護師の就職先は自分で決めることができず、就職時に割り振られるそうである。

第 2 項 Wellington Clinic 訪問

討論会を終えた後、Guin 先生の引率で、キャンパスから Wellington 地区の Wellington Clinic に移動した。

Wellington 地区はケープタウン市街地から 40 km ほど東の郊外にあり、途中ワイン用ブドウ畑などが広がる長閑な場所であった。クリニックは町の中心の小高い場所にあって、やや古びたコンクリート製の 2 階建ての建物であった。余談だが、南アフリカはラグビーが盛んな国であり、



写真 6 WellingtonClinic の NP (左から 3 人目)

訪問時はちょうど、学生ラグビー大会の直前で、この地区の2校が対戦する予定であった。住民は2校のうちどちらを応援するかを、支持する学校のスクールカラーの横断幕を建物や塀や植木に掲げていて、壮観だった。

クリニックには常時3~4人のNPが対応しているそうである。常駐する医師はおらず、週に1回専門医が、週に3回家庭医が訪問する。実質的にNPが中心となって運営していた。午前中に患者が多く来て忙しいそうで、我々が訪問した午後は比較的余裕があるようであった。また、小児科の待合室にはスープが用意されていて、無料で飲めるようであった。

NPは2・3年次でインターンするそうだが、新しいカリキュラムが検討されていて、1年次から実習を取り入れるようである。

NPの方は、頭に羽飾りを付けていた。これは、私は医療者であり、気軽に相談してほしい、という意味合いで付けているそうである。ただ、できることならこのような印がなくても



写真7 クリニックの診察室

NPということが認知されるようになるのが理想だともおっしゃっていた。また、助産師など、資格に応じてワッペンを肩に付けていて、その人がどの医療行為をできるかが一目でわかるようになっていた。小児科などには各種ガイドラインがあるそうで、それは医師も使う世界標準のものだそうである。実際にフローチャートが掲示されていて、それに沿って診察しているとのことであった。

また、クリニックには多くの薬が常備されていた。薬剤師も常駐しており、ある程度の薬はこのクリニックで処方できるそうである。

また、モバイルクリニックを実施しており、医療器具を搭載したバンを見せていただいた。モバイルクリニックを行う際は、2人の職員が担当し、クリニックから20~30kmの範囲を、場所や時間を決めて担当しているそうである。訪問診療は、診断・治療に対して、すぐに他の医師やNPに確認をとれないこともあり、すべて担当職員自身が責任を負わないといけことが、実際にやっていて苦勞する点だそうである。また、看護師は本来運転してはいけないそうだが、緊急の場合には患者を救うためにやむを得ず運転することもあるそうである。病院に連れていくこともあるが、それは緊急性が高い場合に限るそうである。



写真8 モバイルクリニック用のバン

訪問したクリニックは都心部からそれほど遠いわけではなかったが、設備的にやや近代化が遅れている印象であり、都市から少し離れただけでも医師が不在であるなど、南アフリカの地方での医療事情の厳しさを垣間見たように感じた。

一方で、NPが準医師としてクリニック運営の中核を担っている場面を見ることができたのは、貴重な経験だった。

第6章 活動考察

今回我々は南アフリカ共和国における活動で、南アフリカ共和国では準医師としての職業が受け入れられ始めているという現実を感じた。これは日本で診療看護師の方から聞いた日本の現状とは違っていた。そこで、今回の活動を通して、なぜ南アフリカ共和国では準医師としての職業が受け入れられ始めているのかということを考察したい。（中村）

第1節 南アフリカ特有のバックグラウンド

（中村）

まず始めに考えたことは、南アフリカ共和国の背景は日本とは大きく違うということである。南アフリカ共和国の先進医療水準はかなり高いとはいいながらも、末端の医療事情はかなり厳しいものがある。準医師が導入された要因として、我々は以下の3つが大事なバックグラウンドではないかと考えた。

第1項 南アフリカ共和国の歴史

南アでは、1991年までに、アパルトヘイトという人種隔離政策が施行されていた。アパルトヘイトというのは、南アに住む白人とその他有色人種を、就業や居住といった生活の面で隔離する政策であった。それは医療においても同じであり、南アの大多数を占める黒人の多くがまともな医療を受けることは出来なかった。しかしながら、1991年にアパルトヘイトが廃止されたことによって、黒人が選挙権を得て、国の主要なポストに黒人が付くようになった。そうして黒人の地位が向上したことにより、それまで顧みられていなかった黒人にもきちんとした医療を届けようというニーズが高まったことは容易に想像できる。しかしながら、人口比にして多数の黒人に急に医療を届けようとしても、それは非常に難しいと思われる。このように、この1990年代に、南アは医療体制の面においても大きな変化を迎えているのである。

第2項 私立病院と公立病院

第3章でも述べたように、南アの病院には、私立病院と国立病院がある。私立病院は保険加入者が対象の病院であり、高額であるが高度な医療を受けることができる。人口の約20%が保険に加入しており、私立病院の多くは都市部に集中している。公立病院は、保険非加入者が対象であり、料金は無料であるが、私立病院と比べると質は劣る医療となっている。人口の残りの約80%がこの公立病院の医療を受けている。南アの私立病院のレベルは先進国並と言われており、イギリスからメディカルツーリズムとして受け入れている患者も多い。心臓移植を初めて行った国としても知られている。対して、公立病院は慢性的な医師不足と医療資源不足により、かなり劣悪な環境下にあると言える。2008年のデータでは、総医療費に占める公立負担が42%で、私的負担が56%となっていて、過半を私立医療が占めている[15]。また、公立医療費が一人あたり2万6千円に対し、私立医療費は18万3千円となっている[16]。このように、公立医療と私立医療には列記とした差があり、経済的な格差によって受けられる医療の質ははっきりと分かれている。アパルトヘイトが終わった今、教育や生活の面での不平等が解消されたが、医療の面に関しては、未だに不平等が残っていると言える。国民皆保険制度を導入

しようという動きもあるが、実現はしていない。医療待遇面に関する不満を多くの国民が抱えている。

また、働く医師にとっても、この制度は大きな影響を及ぼしている。公立病院に比べて、私立病院の方が高度な医療が行え、また給与も良い。そのため、多くの医師が私立病院で働いている。2010年のデータでは、臨床医師数 36912 人に対して、公的施設で働く医師は 11309 人とおよそ 3 分の 1 である[17][18]。これは公立病院に医療を頼っている地方での医師不足をより加速させている原因とも言える。

第 3 項 医師不足と海外流出の現状

南アの医師数は人口 1 万人に対して 7.6 人となっており、およそ日本の 3 分の 1 の数である。また、医学部の数も日本が 80 校あるのに対して、定員も 200～300 人でありながら医学部は 8 校のみである。このように、医師の数が圧倒的に足りておらず、毎年養成される医師も少ないため、日本よりはるかに厳しい慢性的な医師不足に悩まされている。キューバからの医師の受け入れや、キューバの医大への学生の派遣なども行っているが、言語の違いなどもありなかなか上手く行っていないという現状もあった。

そして、南アで大きな問題となっているのが、医師を含めた技術者が海外へと移住しているという現状である。現在、約 1 万人の南ア出身の医師が海外で働いており、これは総医師数の約 4 分の 1 にも上る[19]。海外へと流出している理由としては、言語が英語であるため、海外で働くことに抵抗がない、エイズの蔓延への嫌悪感の他にも、外国での労働条件の方が良いこと、アパルトヘイト終了後、国の治安が悪化し住みづらくなったこと、といったことが主な理由として上げられそうである。

以上の 3 つのことから、南アでは、医師だけのマンパワーでどうにかなるという現状ではなくっており、医師以外の人材を活用することで医療を支えていかなければならないという現状が伺える。

第 2 節 政府主導による導入

(中根)

南アにおいて、準医師の導入は国策として推し進められていることに、私たちは着目した。南アでは第 1 節第 3 項で述べたように、長い間、医師不足と医師の海外流出が深刻な問題であった。その問題に直面していたときに AU（アフリカ連合）の元職員が南アの政府閣僚に就任した。この閣僚は AU に務めていた時代に、他のアフリカ諸国における準医師の活躍を見てきた。そこで彼は準医師の導入は南アの現状を改善するのに役立つと考え、導入を提案したのである。このような経緯でつくられた準医師は国家資格として認められており、制度の在り方や教育カリキュラムの整備は PACASA という団体が主となって進めているものの、政府の後ろ盾は、大きな役割を果たしていると考えられる。たとえば、CA コース入学時は、地方から学生をリクルートしてくるのだが、どのような学生がいか、経済状況や言語能力の条件を各州に提示し、紹介をしてもらっている。

また、初めは CA を信頼していないとして導入に難色を示していた医療者団体も、PACASA の必死の説得と CA のカリキュラムの改良によって最後には協力の姿勢を見せるようになった

そうである。これには様々な要因はあるだろうが、国策である以上、すべてのセクターがまとまって推し進める必要性に迫られたのではないだろうか。

さらに、CA の育成プログラムを強化するために、南アはアメリカ政府と協定を結んでいる。具体的には、アメリカ政府が、PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDs Relief) と CDC/South Africa を通して HIV/AIDS Twinning Center partnerships という、CA 養成コースを持つ 3 校を連携させる役割を担う機関に投資することで、南アの CA プログラムを支援している。南アの CA は、主にアメリカの Physician Assistant をモデルにしており、タンザニアの Clinical Officer も一部参考にしているとのことであった。準医師導入の歴史が長い国から国境を超えた支援をとりつけられたことは、先進的なノウハウを学ぶことにつながる。加えて、南ア周辺国も手本とできたことも、南アに適した形に変更していくきっかけとなり、準医師の地盤を早くに固めることにつながったと考えられる。

以上のことより、南アフリカ共和国において政府が国策として推し進めることは準医師の立場の確立をし、迅速に環境を整備していくのに大きく貢献しているといえるだろう。

第 3 節 定着に向けた活動

(寺戸)

日本では診療看護師の導入に対しては、各学会などから承認を得ているとは言い難い。南アでは、PACASA が、CA 導入にあたって、看護協会や医師会といった各種機関への説得や調整を行っている。さらに、CA の定着、地方学校で広報活動を行うなど、立場確立のための活動も積極的に行ってきた。日本と同様に当初は他のセクターからの反発は大きかったようではあるが、PACASA 職員を含め、一部の医師による尽力により結果的には CA が導入された。

CA コースは、来年度はさらにもう一校開校予定であることから、着実にその数を増やしつつあるといえる。質の面でも、能力維持・向上のために、独自の教育課程を定め、より現場に適した業務を行うために、現場の声を聞きながら教育課程の見直しも積極的に行っている。また、現場のニーズに答える動きとして、小児科などの人材が不足している分野に関して、専門的な知識が学べるような過程を作ることも検討されている。このように南アにおける CA の教育は、
現在進行形で改善されており、より現場に受け入れられるための努力が行われている。

第 4 節 地方医療への貢献

(中村)

日本の診療看護師は、特に地方で働くという取り決めなどはなく、どこで働くかは個人の自由である。そのため、卒後のキャリアは各自で切り開いていく形となっていて、各人苦勞しているということであった。一方、南アの CA は、地方病院の医師不足を補うための人材として導入された。南アの地域別の 10 万人辺りの医師数では、地域によって 14.1 人から 37.9 人までとおおよそ 3 倍の数の開きがある[20]。多くの医師が地方で働くのを敬遠し、都市部で働居中、CA の学生はほとんどが黒人、そして地方出身であるため、地方医療で大きく貢献してもらうことが期待されている。また、学習内容もよりそれに適した内容で構成されており、実習も公立病院で行っている。単純に医療従事者の数を増やすというわけではなく、国の中で本当

に必要とされている場所で働くというコンセプトが、国にとって必要な職業であると受け入れられる要素となっていると考えられる。

以上述べた、①南ア特有のバックグラウンド、②政府主導による導入、③定着に向けた活動、④地方医療への貢献、これらの要因が、南アにおいて準医師が受け入れられ始めている要因ではないかと考えた。

第7章 活動を終えて

活動を終えて私たちが考えたことを述べる。（谷口）

第1節 南アフリカ共和国の Clinical Associates からの学びとこれから（谷口）

活動を終えて、CA について見聞きしてきたことから、診療看護師が活躍するために必要だと考えられることが見えてきた。さらに、これからの展望についても触れたい。

第1項 活動から学べること

第6章の活動内容の考察の章で述べた4つの理由により、南アでは準医師としてのCAが人々に受け入れられているのではないかと考えるに至った。一方、日本での準医師としての診療看護師についてはどうなのだろうか、日本の医療の現状と、冒頭で述べた診療看護師の現状を踏まえながら考えたいと思う。

まず、日本では、南アのように医療を受けられない人が一定数存在するほどの医療の格差が存在するわけではなく、誰でも、ある一定水準の医療は受けることができる。つまり、医師ではない人材も利用しなければ医療が成り立たないほどの状況にはないことがわかる。むしろ、医師の業務を任せると医療の質の低下につながるのではないかと、診療看護師の導入により医師としての立場が揺らいでしまうのではないかと、という懸念から日本医師会からの反発も強く、導入に関してはなかなか進んではいない。そのためだろうか、政府主導による導入、ということは難しい現状にある。現在、日本では、百数十人の診療看護師が働いているが、国立病院機構という限られた場でしか働くことが許されていない。このように自分をアピールできる場が限られており、さらに、制度としても整っているものではないことから、現場では、具体的にどの範囲をどのくらい行ってよいかということが規定されていない。周りで協力しあう医師や看護師やその他の医療従事者も、彼らは何をできるのか、については分からないままである。まずは診療看護師がどのような責任を果たせるか、ということを探ることから始めなければならない。このような状況であれば、世間に認知されていないことも仕方のないように感じられる。実際に、私たちもこの活動を始めるまでは、診療看護師、NPなど準医師の存在は知らなかった

以上のような状況をふまえると、日本では、準医師という存在である診療看護師は、南アでみてきたように、社会には受け入れられていないように感じられる。

ただ、少しでも診療看護師がより社会で認められるために、南アでの活動から学べることはないか、考えてみたい。

南アで聞いた話では、CAに関して、今後は活躍する場を狭くしていきたい、つまり、手広くどんなことにも手を出すのではなく、必要とされている場を特定し、そこにCAを集中させたい、とのことだった。このことから学べることは、診療看護師も、日本の医療全般に関わるのではなく、必要とされ活躍できる分野に限って従事してみることから始めるとよいのではないだろうか。そしてそのためにはまず、その分野はどこにあるのかを探るためのさらなる専門的な調査が必要であろう。

第2項 日本の現状とこれから

次に、この制度の現状とこれからの展望について述べる。

現在政府としては、診療看護師を増加させる方向ではなく、特定看護師、という新しい制度を整備していく方針である。特定看護師とは、医師にのみ許されていた行為のうち、厚生労働省が診療の補助行為のうち38項目を特定行為と定め、これについては研修を受けた看護師に限り行ってもよいとするものだ。特定看護師は、この特定行為を実施しながら、全人歴なケアに基づく医療サービスを提供できる看護師と定義されている[21]。新しい職業を作るのではなく、既存の職業のできる範囲を広げる方向性であるといえるだろう。つまり、日本では、診療看護師の導入ではなく、看護師の医療行為の拡大へ向かっているとと言えるのではないだろうか

第2節 最後に

(谷口)

最後に、活動を通して感じたことを述べて報告書の締めくくりとしたい。

第1項 活動を始めるまで

この活動を始めた時、私たちも、準医師という存在を認めてもよいのか、疑問を持った。医師は、先頭に立って患者に医療を施すという責任ある使命がある。医学生はその意識を常に持ちながら、安全で充実した医療を行うための準備を、6年間の学業と2年間の研修期間の計8年を費やして行う。チーム医療が大切であり、医療に携わるそれぞれが同じ目線で考えなければならない、とはよく耳にする言葉ではあるが、やはり、医師は”特別”であるという思いが少なからずあったように思う。しかし、実際に診療看護師の方にお話を聞いてみると、私たちの考えに少しの変化があった。

第2項 日本国内での活動において

診療看護師になりたい動機というものは、人によってそれぞれだろう。私たちにお話してくださった方は、看護師として自分のおかれている状況に不満を感じ、さらにもう一歩進んだ医療を行いたい、ということで診療看護師を目指した、ということだった。学生である私たちに、自分のおかれている状況を包み隠さず話してくださった。医師でもなく看護師でもなく微妙な立ち位置にあり、何ができるのか手探り状態であること、医師にも看護師にも白い目で見られたこともあり、患者にもなかなか信用されていないこと。そして、自分の存在意義について悩み、悔しさと悲しさで涙をながしたこと、「思い」だけではうまくはいかないと痛感したこと。しかし諦めず、認められるために多くの努力をなさっていて、自分がいてよかった、と感じられることもあるということであった。

彼らは、日々の様々な葛藤のなかで、医師以上にエネルギーを費やして患者の治療にあたらうとしているのではないのだろうか。たしかに、今は不確定で不十分だが、大きな可能性を秘めているのではないのだろうか。いわば”食わず嫌い”をしていた私たちであり、任せても”よいか”、だったものが、任せても”よいのではないか”、と前向きに考えるようになった。

その後のさらなる調査により、現実には、診療看護師導入はすでに頓挫していることがわかり、やはり難しいことだ、と納得する部分があった。しかし一方、すでに南アフリカでも同じような職業が始まっており、どうやらうまく進んでいるようだ、ということを描んでいたということもあって、残念な気持ちにもなった。そのことが、今回南アでの CA の状況にさらに興味を抱くこととなった。

第3項 南アでの活動を通して

そして、実際に南アでの活動を行ってきた。

南アでの CA は、しっかりと定められた教育が行われ、大学で専門のコースが作られていた。看護師というよりは、むしろ医師としての立場に近く、実際に患者を診察し、簡単な手術も行っている。共に働く医師にとっても、彼らは必要とされる存在だった。生徒も、入学当初は教科書を読むにも、英語がわからず、インターネットの使い方すらわからない。だが、自分の生活する地域でおこなう医療に関しての熱い思いは持っている。臨床に特化した人材となるべく、その教育課程においては、日本では考えられないほど多くの患者と向き合うことになっていた。そして、現在の状況に満足せず、よりよい医療を行うため、教育を毎年ブラッシュアップしている。働く人材は、南ア全国で 500 名程度と、決して多くはないが、これからの南アの地方医療を支えていく役割を果たすのではないかと考えられるほどに、職業としては成立しており、社会に受け入れられる存在となっているかのように感じられた。ただ、このようになるまでには、平坦な道のりではなかったようだ。

南アでも、日本と同じように、準医師としての CA の導入活動初期は、多くの反発にあってきたことが伺えた。医師会からだけでなく、看護師会からも、南アの医療の質低下への心配の声があった。しかし、反対されるたび、反対意見に対しての何か改善点はないかどうか、とことん話し合う。相手の元へ何度も出向き、何度もはねつけられ、何度も説得を繰り返す。そうやって地位を確立させてきた。CA の管理などを行う団体 PACASA の President が語る一言一言からは、これまでの多大な努力と苦難の道のりがあったことがひしひしと感じられた。

第4項 活動を終えて

日本は、どこにいても、ある一定水準の比較的高レベルな医療を受けられる。南アは、第5章でも述べたが、日本では考えられないほどの深刻な医師不足である。また、都市部や、一部の富裕層は、先進国並みの高い質をもった医療にアクセスできる一方で、地方や国民の大半は、質の高いとは言えない医療にしかアクセスできない。CA が従事するのは、後者である。たしかに、日本と南アでは、求められる医療の質は全くといっていいほど違っている。ゆえに、医師ではない存在に頼るしかない、という考え方が受け入れられやすい環境にあり、日本ではそうではないのかもしれない。だが、南アではなく、ここ日本でも、準医師という存在が必要とされるだろう場合はたくさんあるように思えてならなかった。

今回、私たちは、準医師の導入には、どちらかといえば賛成の立場をとっている。未だ不明瞭な立場にあり、今後の改善や発展によるが、既存の医療従事者が提供できる医療に少なからず良い影響を及ぼし得るのではないかと考えるに至ったからだ。私たちが医師、もしくは看護師となったそう遠くない未来において、誰よりも準医師の方を理解し、何ができるかできないか模索し、率先して協力関係を築く架け橋となるつもりである。

謝辞

今回の南アフリカ班の活動に際して、本当にたくさんの方にご協力いただいた。日本国内では、大分大学学長であり、九州大学医学部熱帯医学研究会 OB の北野正剛先生、西福岡病院で勤務していらっしゃる診療看護師の前川志帆さん、九州大学医学研究院保健学部門准教授の宮田千春先生、持続可能な社会のための決断科学センター講師の菊池君与先生には、南アフリカ共和国現地での活動についての注意点と、日本での準医師の方々の現状について学ばせていただくことができた。南アフリカ共和国現地の活動では、University of Witswatersrand Wits Rural Health Club 「Rudasa」の学生団体、在南アフリカ共和国日本国大使館の中村医師とボディガードを務めていらっしゃる廣本さん、University of Pretoria の Faculty of Health Sciences で講師を務めていらっしゃる、Dr. Pole と Dr. Martin Bac、Faculty of Health Sciences の附属病院 Tshwane District Hospital で勤務なされていらっしゃる Heystek 医師、PACASA 代表の Zuki Tahabalala 氏、University of Stellenbosch, Faculty of Medicine and Health Sciences の Guin Lourens 先生、Wellington 地区にあります、Wellington Clinic で働く方々につきましては、現地での活動のコーディネートにご協力していただいた他、CA についてのたくさんの情報を共有していただき、大変貴重な機会を与えていただいた。有限である時間を割いて、学生である私たちにここまでのご協力をしていただけましたこと、この場をお借りして、心よりの感謝を申し上げます。

参考文献

[1]看護ワールド

(<http://kango-world.com/nurse-practitioner-now>)

[2]医学書院週刊医学界新聞第 3154 号 2015 年 12 月 14 日

(http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03154_04)

[3] 日本医師会ナースプラクティショナー（NP）の導入に対する日本医師会の見解

(http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090603_2.pdf)

[4]Transformative Education for Health Professionals

(<http://whoeducationguidelines.org/content/caring-communities-training-clinical-associates-south-africa>)

[5]外務省 HP

(http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/s_africa/data.html#section4)

[6]在南アフリカ共和国日本国大使館 HP

(http://www.za.emb-japan.go.jp/jp/South_Africa/about.html)

- [7]WHO HP
(http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)
- [8]国際統計格付けセンター世界ランキング
(<http://top10.sakura.ne.jp/CIA-RANK2226R.html>)
- [9]Statistics South Africa Mid-year population estimates
(<https://www.statssa.gov.za/publications/P0302/P03022010.pdf>)
- [10]HIV infection SOS の HP
(<http://hivsos.org/hivaid/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E4%B8%96%E7%95%8C%E3%81%AE%E6%84%9F%E6%9F%93%E3%83%87%E3%83%BC%E3%82%BF/hiv%E3%82%A2%E3%83%95%E3%83%AA%E3%82%AB/>)
- [11]岡部陽二のホームページ
(http://www.y-okabe.org/medical/2_3.html)
- [12] 外務省 海外安全対策 HP
(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/>)
- [13] University of Pretoria HP
(<http://www.up.ac.za/en/yearbooks/2017/programmes/view/10130012>)
- [14]看護 roo ナースみんなのコミュニティ
(<https://www.kango-roo.com/word/6876>)
- [15]南アフリカ共和国外務省,Provincial Budgets and Expenditure Review : 2005/6-2011/12
Chapter4 p47
(<http://www.treasury.gov.za/publications/igfr/2009/prov/default.aspx>)
- [16]岡部陽二,南アフリカ共和国の医療 (2) ,表 2
(http://www.y-okabe.org/medical/2_3.html)
- [17]岡部陽二,南アフリカ共和国の医療 (2) ,表 10
(http://www.y-okabe.org/medical/2_3.html)
- [18]Health System Trust, Health Statistics,
(<http://www.hst.org.za/Healthstats/281/data>)
- [19]Econex, Health Reform Note8 p7, 2010 年 10 月
(<http://econex.co.za/publication/health-reform-note-8/>)
- [20]岡部陽二,南アフリカ共和国の医療 (2) ,表 5
(http://www.y-okabe.org/medical/2_3.html)
- [21]おはよう奥さんの看護師日記
(<http://oh-nurse.com/specific-nurse>)
- [22]PACASA, HP, SOUTH AFRICAN CLINICAL ASSOCIATES DATABASE
(<http://pacasa.org.za/ca/cadb/home.php>)

プライマリ・ケア班

活動目的

日本のプライマリ・ケア専門医としての総合診療医について、活動病院の見学から、その将来期待される役割と機能を果たすために必要な条件を考察する。

活動場所

日本 福岡県飯塚市 医療法人博愛会 額田病院
東京都杉並区 河北総合病院
佐賀県佐賀市 佐賀大学医学部附属病院

活動期間

2016 年 7 月 26 日

2016 年 8 月 18、23 日

2016 年 10 月 14 日

班員

武井 祐樹	(九州大学医学部医学科 3 年 班長)
山本 雅士	(九州大学医学部医学科 3 年)
水木 雅人	(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 2 年)
村上 一朗	(九州大学医学部医学科 1 年)

Abstract

2017 年度より施行される新専門医制度において、プライマリ・ケア（1 次医療）を専門に担う総合診療科が 19 番目の基礎領域として定められた。世界的にプライマリ・ケア専門医の導入・教育に力が入れている中、いまだ日本はプライマリ・ケア後進国である。そこで、国内における総合診療医の将来期待される役割・課題・活躍のための条件を探るべく、現在日本プライマリ・ケア連合学会が定めるカリキュラムをもとに総合診療医の育成・導入を行っている額田病院、河北総合病院、佐賀大学医学部附属病院の 3 病院へ伺い、総合診療医の方による問診、訪問診療の様子を見学させていただいた。活動以前、諸外国の制度をもとにしたプライマリ・ケア専門医制度が日本の医療制度にそぐうのかという疑問もあったが、上記 3 病院においては総合診療科の役割が他の専門医と強く差別化されていた。このことから各地域・病院ごとにおいて、その地域の疫学・環境に合わせて総合診療医の役割を明確に定義していくことで、地域のプライマリ・ケアを中心的に担う存在として独自の活躍をしていけることが考察された。

第1章 導入

今回の活動目的としてプライマリ・ケアとプライマリ・ケア専門医が挙げられるが、この両者の呼称として様々なものが存在する。用語に関して混乱が生じないように、第1節にて今回扱う用語を念頭に置いて読み進められたい。（武井）

第1節 はじめに

（齋藤）

第1項 プライマリ・ケアとは

プライマリ・ケアとはどういったものであろうか。プライマリ・ケアとは、患者に対して最初に行われる治療であり、継続的、包括的かつ統合的な治療のことである。最初の治療というのは必要とされたときに利用可能なものである。継続的治療とは短期的な病気の治療ではなく、長期にわたる一個人の健康に対して行われるものである。また包括的とは、医師が提供する医療の範囲のことを言い、一人の患者さんに関する様々な健康問題に対応することを指す。さらに統合的とはつまり、プライマリ・ケアの実施者が患者さんにとって必要な他の専門家に紹介することを意味する。

私たちは上記をプライマリ・ケアの定義として活動を行った。

第2項 総合診療医とは

主に地域を支える診療所や病院で活動し、他の領域別専門医、一般の医師、他職種と連携することで、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師のことである。

私たち医学生からすると総合診療医はどんな病気でも診る医師ということは分かっているが、現場での役割・実態が分かりにくい。

一方で、世間の医師の方々も総合診療医の実態はつかめていない。このため総合診療医に対して懸念を示す医師側からの声も多い。具体的には「患者さんが最初に行きつくところは、かかりつけ医・総診両方になって、結局総診とかかりつけが似たような存在になるのではないか。」「診断をつけるだけの振り分け医にしかならず、治療行為を十分に行うことが出来ないのではないか。」といったことが挙げられる。

第2節 国内外におけるプライマリ・ケア

（武井）

第1項 海外における動向

総合診療医と聞くと、日本国内では日本専門医機構が定める新専門医制度（2018年より施行）の中の「基本領域専門医」に、19番目のスペシャリティとして新たに加えられたことが記憶に新しい。しかし、プライマリ・ケアの専門医を育成する流れは、既に国外においては主流であり、その点日本はいまだプライマリ・ケア後進国であるといえる。この節では、プライマリ・ケアのモデル・役割の説明もかねて、海外におけるプライマリ・ケア専門医の活躍を見ていく。

プライマリ・ケア専門医（家庭医）の国際的な定義としては、WHO・UNICEF 主催の「第一回プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議」におけるアルマ・アタ宣言による指針などがあげられるが、学術・教育機構で世界最大なものとして、「世界家庭医機構（World Organization of Family Doctors。以下 WONCA）」がある。WONCA では 3 年ごとに世界学術大会が行われるほか、「アフリカ地域」「アジア・太平洋地域」といった 7 つの地域に分かれた地域学術大会も行われ、各国のプライマリ・ケアとその専門医の育成・整備に寄与している。この WONCA において、それぞれの地域の特色に合わせたプライマリ・ケア専門医の役割・教育マニュアルなどが明確に定義されており（右に挙げる「ヨーロッパにおける家庭医の定義」に基づいた「WONCA ツリー」が一例）、プライマリ・ケア専門医というものが未分化な医療領域ではなく、医療知識・家族・地域をバランスよく統合する **generalist** としての独自の専門性と定義、専門の教育プログラムを持った、新しい専門医であることを認識していただければと思う。

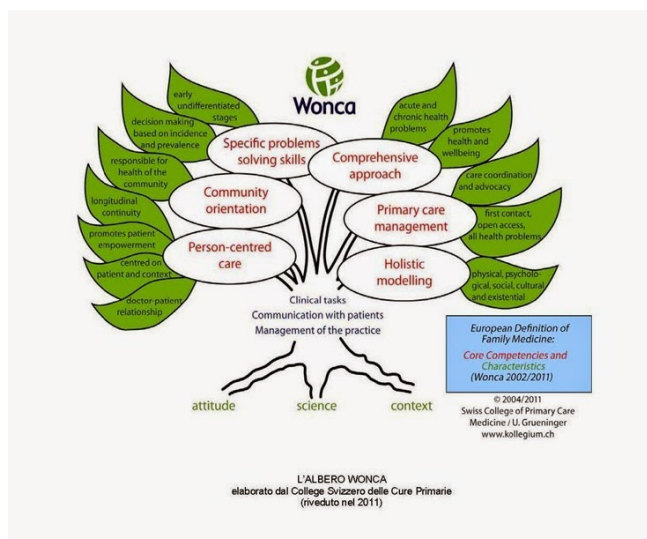


図 1 WONCA ツリー

先の 7 つの地域に分かれた WONCA の中でも特にアカデミック面で先行しているのがヨーロッパ WONCA であり、ヨーロッパ各国でも質の高いプライマリ・ケアの提供、ハイレベルなプライマリ・ケア専門医の教育・研究を行っている。イギリスにおけるプライマリ・ケア専門医（General Practitioner : GP）を一例として、プライマリ・ケア専門医の役割を見ていく。イギリスの NHS（国営医療サービス）の一要素という点も大きいですが、イギリス国民はそれぞれ担当の GP を登録し、医療機関にかかる際は、はじめはほとんどの場合担当 GP による診断、治療を受ける（一次医療）。もしより高次の治療が必要だと判断された場合、GP の紹介により地方病院・大学病院へアクセスできる（ゲートキーパー）。その他、多職種連携の調整役、電子カルテによる他の GP との患者の情報共有、第一線にアクセスされる存在として地域医療の中核となる、といった役割も果たしている。これらの GP の質は、実に 60 年以上の歴史がある英国家庭医学会が定める、能力の向上に焦点を当てた厳しい専門研修プログラムにより担保される。

その他、プライマリ・ケア先進国として、家庭医の専門トレーニングを受けながら博士課程を取るコースが設けられているなど、プライマリ・ケアの研究やデータベースの蓄積に力を入れているオランダ、地域を基盤とした家庭医と大学基盤のアカデミックな家庭医との連携により、人材教育・研究の両面でプライマリ・ケアのレベルを向上させてきたオーストラリアなどがあり、世界レベル・各国レベルでプライマリ・ケア制度の整備、専門医の教育が積極的に、現在進行形で進められていることがわかる。

第 2 項 日本国内における動向

先にも挙げたように、2018 年より施行となる新専門医制度において、総合診療科が基本領域の 1 つとして定められている。専門研修プログラムは、これまで日本における総合診療医の導入に寄与してきた「日本プライマリ・ケア連合学会」が定める研修プログラムに大きく依拠しており、日本専門医機構が出す「専門研修プログラム整備」によると、「現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づける。」（日本専門医機構「専門研修プログラム整備」より抜粋）と、地域医療・高齢化を念頭に一次医療を担う医師を育成する目的で総合診療科が定められていることがわかる。

実は 1985 年にも、厚生労働省は「家庭医に関する懇談会」を組織し、国を挙げてプライマリ・ケア専門医を導入しようとする動きはあった。だが、当時の日本医師会が、家庭医の機能はかかりつけ医としての医師たちがすでに果たしているため必要ないという理由を主に、先の導入に難色を示し、あえなく議論は停滞したという経緯がある。今回の新専門医制度においても、総合診療医の専門医化については医師会からの多くの懸念が噴出し、多くの議論を重ねたうえで制定へと至った。ここで挙げられた懸念としては、「現在かかりつけ医と呼ばれている医師たちとの違いが不明瞭で、多くの議論の余地を残す」、「厚労省が掲げる研修内容で総合診療医を育成した場合、そこそこの治療行為ができる医師は本当に誕生するのか。単なる振り分け医にしかないのではないか。」（「m3.com 2013 年 4 月 1 日 橋本佳子」より要約）といったものがある。このように、医師の間で総合診療医そのものに対する多くの懸念が存在し、これから現場に新たに導入されるにあたって、病院・地域単位でどのように総合診療医を扱っていくか、多くの課題が存在していることがわかるだろう。

総合診療医への理解の浸透は、医師レベルだけではなく国民レベルでもあまり進んでいないといえる。例として、NHK が過去に放送していた「総合診療医ドクター G」（2017 年 2 月時点では放送終了。2017 年 4 月 5 日より第 8 シリーズ放送予定）により、疾患を鑑別する探偵のような医師として認識している視聴者は多いだろうが、これは一個人の治療を全人的・継続的に担うプライマリ・ケア専門医というイメージからは離れたものであろう。また、「総合診療医」という呼称が「総合内科専門医」と混同されやすい名称であり、プライマリ・ケアを担うためには、幅広い総合的な医学知識と最低限一次医療（初期治療）レベルの技術、患者の生活歴を踏まえ治療方針を決定する広い視野、患者のみならずその家族・他の医療関係者との連携の中心を担うためのコミュニケーション能力などを習得するために、専門のトレーニングを積み重ねなければいけないということが理解されないのではないかという危惧もある。

上記と同じように、我々班員の間でも総合診療医の国内の医療における立ち位置が見えてこないという思いがあった。また、先のプライマリ・ケア先進国と比較して、総合診療科という制度そのものが日本の医療制度にそごうのか、具体的に言えば、フリーアクセスの中ゲートキーパーとしての機能を総合診療医に持たせられるのか、そもそも一次医療を担う総合診療医と現存の臓器別専門医との住み分け・役割分担をどう行っていくのかという疑問もあった。そこで今回我々は、総合診療医がすでに導入されている 3 つの大学病院・地方病院を見学させていただき、総合診療医が現場で果たす役割を知り、将来いかに彼らが医療現場で貢献することが期待できるか、また十分な機能を果たすための条件とは何かを探ることにした。

第2章 活動紹介

第1節 颯田病院（7月26日）

（山本）

颯田病院は、福岡県で家庭医療プログラムを10年近く行っている病院であり、お話を伺うことができた。颯田病院には家庭医療センターがあり、在宅医療、家庭医療専門研修も行っているという。この病院における家庭医の役割は全年齢対応で、思春期の問題から、慢性疾患、そして終末期に関わる高齢者も診察する。ここで大事なのは、ただ疾病の診断を正確に行うだけではなく、患者の現在の生活状況を踏まえ、患者さんとその家族が納得するような治療方針を決定することを心掛けるということだった。また、総合診療専門医と家庭医の違いについての話があった。日本においてこの2つの定義は曖昧で、その理由に日本は1次、2次、3次診療と医者の専門性というものが曖昧であることが挙げられていた。例えば、イギリスではすべての住民が家庭医に登録される人頭制度というのがあり、登録された市民の病歴・生活歴を、電子カルテにより家庭医間で共有するシステムまで構築されている。一方、日本はフリーアクセスでかかりつけ医は決まっていない。最後に、日本において総合診療を導入した背景についての話があった。超高齢社会の日本で、様々な問題を抱えやすいお年寄りが、自分の住み慣れた場所に暮らしたまま色々なサービスを受けることができるようにするためには、患者の生活、性格を熟知しており、複数の疾患を同時に診ることができ、他の病院や福祉施設との連携がとることが可能な医療を提供することが必要である。そこで総合診療の導入が図られたということだった。



写真1 颯田病院にて吉田先生と

第2節 颯田病院（8月18日）

（水木）

先日颯田病院にインタビューに行かせていただいたが、インタビューで聞いたこととして「飯塚病院との連携」というものが具体的にどのようなものなのか想像できなかった。従って、一体どのような連携を行っているのかを見に行くためにもう一度颯田病院へ見学に行った。

午前はまず病院の施設の見学を行い、続いて診察の様子を見学させていただいた。午後は訪問診療に同行させていただいた。

穎田病院の施設見学では面白い発見があった。それは診察室が円状に配置されているということである。（図2参照）この配置にはいくつかの工夫がありそれを以下に紹介していく。

まず、この配置のおかげで患者さんを周囲に医療者を中心に分離することができる。これは、従来のように診察室を縦に配置するよりも医療者と患者さんとの距離を保つことができ、患者さんを安心させる効果がある。

また、他の病院では診察室には医師がすでに待っており、患者さんが呼ばれると医師が待っている診察室へ患者さんがやってくるというシステムになっている。しかし、穎田病院では医師あるいは看護師が患

者さんを診察室まで連れていき、診察が終わると先に医師が診察室から出ていく。これは、患者さんが診察室から出ていくときに「次の人のために早く出ていかなければいけない」といった不安を解消してくれ、患者さん自らのペースで出ていくことを可能にしている。総合診療・家庭医療を売りにしている穎田病院ならではの工夫である。

では、続いて診察見学の報告を書いていく。ここでは「飯塚病院との連携」について具体的な事例をここでは報告したい。見学を開始して30分ほどしたところ救急車で一人の女性が搬送されてきた。その女性は92歳で起床したときにベッドから転げ落ち、腰痛を主訴としていた。女性は触診やCTスキャンなどの診療を受けたが、より高度な診療が必要であると判断されたため飯塚病院の方へ診療を依頼され再び搬送された。

その他、昼休みになると研修医と監督医が集まって「今日の患者さんについて」話し合うディスカッションが開かれた。そこでは「こういった所見からこの病気と診断した」という研修医に対して、監督医が指導する様子が見られた。

午後になると、私は穎田病院の吉田先生と看護師さん一人と共に訪問診療へ向かった。有料老人ホームや個人宅など合計6か所10人ほどの患者さんを診に行った。医師の負担を軽減するため看護師が車の運転を担い、家に着いてから看護師が素早く脈をとるなど医師と看護師が二人で同伴することで迅速な診療を展開することが可能となっていた。しかし、驚くべき工夫はさらにあった。デジタル化である。電子カルテを病院内で用いるのは今では主流となっているが、訪問診療の際のカルテをノートパソコンにスマホでデザリングをしてリアルタイムで電子カルテの更新を行っていることには驚いた。その機能を応用してより高度な診療・治療が必要な患者さんには病院への予約を入れていた。さらに、小型のコピー機も用意しておいてその場で処方箋を印刷していることにも工夫が凝らされていた。後述するが、河北総合病院では病院ですでに処方箋を準備しておいてから患者さんの自宅へ向かい、必要な薬がさらにあればペンで書き足していた。



図2 穎田病院の診察室

以上のように潁田病院では飯塚病院との連携というのが潁田病院の総合診療の特徴とも言えたが、それ以外にも高度な総合診療・家庭医療を提供するための工夫が凝らされていた。

第3節 河北総合病院

(水木)

河北総合病院は東京都杉並区に建ち、23の診療科、15の部門、5のセンター、3の在宅サービスを提供している。

班員の武井、水木、村上是8月23日に東京の河北総合病院の家庭医療科（総合診療科）に見学に行った。午前は三人それぞれが訪問診療へ同伴させていただき、病院に帰ってきた後は診察の様子を1時間ほど見学させていただいた。午後は一戸先生と佐藤先生にインタビューをさせていただいた。

午前の訪問診療では武井は一人の患者さんを、水木は二人の患者さんを、村上也二人の患者さんを訪問させていただいた。杉並区という街並みは小道が多く、車での移動が難しいこともあり村上は自転車で訪問先へ向かった。河北総合病院の訪問診療は先日伺った潁田病院とは違い医師が一人で脈の測定や検診、尿管カテーテルの交換を行っていた。また、患者さんの家族関係や生活歴を考慮した治療法を紹介していた。河北総合病院の訪問診療ではどちらか



写真2 河北総合病院における訪問診療の様子

というと現状維持をしていく方針の患者さんが多く、週に一度のヘルパーの紹介や、自宅でも可能なりハビリの紹介というものを医師が行っていた。これは潁田病院では見ることができなかったのも河北総合病院の訪問診療の特徴だといえる。訪問診療を終えると次に家庭医療科（総合診療科）診察の様子を見学させていただいた。この診察では患者さんの検診を行い、簡単な治療を行っていたが、手術が必要な疾患やあるいはより高度な診療が必要と判断された場合は同病院の他の科へ連絡していた。先日伺った潁田病院と飯塚病院との連携と違って、河北総合病院は同病院内で連携が取れるだけ移動距離が短く、次の診察までの時間が把握しやすいため効率もよく、患者さんの負担も少ないように感じた。このことから河北総合病院の家庭医療科（総合診療科）は、いわゆるゲートキーパーの役割を担っているといえる。最後にインタビューについて報告していく。河北総合病院の特徴はゲートキーパーの役割を持つ家庭医療科（総合診療科）と臓器別専門医が同じ病院内に存在することである。したがって、東京のような三次機関がすぐ近くにある地域であっても河北総合病院が最初に受け入れることが多い、と一戸先生はおっしゃった。また、地域格差をなくすためには三次機関だけでなく、小さな地域の診療所との連携や協力も必要になる。まだその連携は実現していないが、これからシステムを構築していくとも話されていた。

以上が河北総合病院の報告になる。総合病院ならではの特徴を保ちつつ、地域格差解消のため他の病院・診療所との連携も重視していくというのはなかなか難しいと思うが実現を切に望む。

第4節 佐賀大学医学部附属病院

(村上)

今まで頼田病院・河北総合病院という二つの病院に伺ってきたが、いずれも民間の私立病院であった。そこで、大学病院のような大規模な病院に見学に行きたいと考えて、日本の国立大学では初めて総合診療が導入された歴史ある佐賀大学医学部附属病院総合診療部の医局長である多胡雅毅先生にアポイントメントを取って、インタビュー・見学をさせていただくために伺った。伺ったのは、武井・村上の2名だ。病院での活動内容は大きく次の4つに分けられる。

- ① 医局カンファレンス
- ② 多胡雅毅先生のお話
- ③ 外来見学
- ④ 杉岡隆先生（地域医療支援学講座教授）のお話

まず①についてだが、我々は多胡先生に医局まで案内していただき、そこで朝のカンファレンスを見学することができた。その内容は、一人一人が担当患者さんのプレゼンを行い、聞く側が質問してそれに答える、というものだ。この日は約一時間半に及んだ。これが毎朝行われるそうだ。先生によると、内容はかなり高度な（二次・三次医療）ものらしい。これまで見てきた総合診療とは一味違う印象であった。また、研修医の先生の所見に対して他の先生方が質問を挟むことが多く、教育の時間が長いイメージであった。我々も患者さんの個人情報（氏名・年齢・性別・疾患名・使用中の薬の名前等）が書かれた紙をいただいたが、それを見る限り、様々な病気が載っており、総合診療の扱う疾患の多様性を実感させられた。

次に②についてだが、佐賀大の総合診療（以下、総診）についてのお話だった。同大学の総診は他大学以上に、院内での発言力があるようだった。理由としては、佐賀大学が日本で総診が導入された最初の国立大学病院であり歴史が長いこと、更に病院長が総診の方であることが主に挙げられるだろう。また、関連病院が多く、それらの関連病院それぞれに総診の出身者がいて、対応する医療行為は1次レベルから3次レベルまで広範囲に及ぶ。また、佐賀大学の医師が地域の診療所に指導に行くこともある。多胡先生御自身も行かれることがあるそうだ。この地域医療システムの中心となる佐賀大学病院と、他の地域病院の特色をそれぞれ挙げると、次のようになる。

佐賀大学病院—急性期・重度の難患者がメイン、患者数は少ない。

関連病院—慢性期・軽度の患者がメイン、患者数は多く忙しい。また、佐賀大学の総診の医師が在宅・介護・地域包括ケアシステムや、カテーテル・内視鏡などの手技を学ぶ場でもある。この二つを両方体験することで、多様な疾患に対応できる医師になる、というのが佐賀大学総合診療部の教育方針であった。

また、院内での教育システムは具体的に挙げると、前述したカンファレンス・教授回診（回診時に教授が個々の患者さんの疾患について担当医に質問されるので、担当医は事前に報告の準備を入念にされるそうだ。）・医学生の実習（午前は外来・午後はそのプレゼンとカンファレンス）などがあり、充実している印象であった。

そして、③についてだが、我々が伺ったのは平日の昼間であったため、あまり患者さんは来られず、実際に診察を見学できたのは一例だけであった。その患者さんは中年女性で、便に白いものが付着しており、それが気になって来院されたようだった。先生は寄生虫の可能性を疑い、院内の寄生虫を扱う他の部署に連絡をしておられた。

最後に④についてだが、杉岡先生は、病院長の方針に共鳴し、佐賀大学の進めている「総合内科プログラム」（医局とは別に総合診療医を育てるプログラム）を進めてらっしゃる先生で、当初予定は無かったのだが、総診の先生のご厚意でお会いすることができた。先生は、「総合診療とは言ってもまずは若い頃に専門的な症例を学び、得意分野を作るべきだ。」とのこと。更には、「先に自分の核となる専門分野を作ってから、総合診療へと移行することは可能だが、その逆は難しいのではないか」とも仰っていた。確かに、最初に自分の専門分野を一つ作ることは大きな自信になるであろうし、大切なことのように思えた。

以上のように、様々な方からお話を伺っていると、まだ総合診療の基軸が定まっていけないように思えたが、日々前進している印象を受けた。この地域は他の場所以上に、総合診療に一定の影響があり、他の医師達からも一目置かれている。このような風潮が他の地域に広がっていくことを願ってやまない。



写真 3

佐賀大学付属病院にて多胡先生をはじめ先生方と

第 3 章 考察

第 1 節 活動を通して

（武井）

改めて、今回の活動の目的は「国内で総合診療医が果たす役割と、活躍するための条件を探る」ことである。活動紹介から分かるように、それぞれの病院において総合診療医はかなり異なる機能を有していたのではないかとと思われる。中でも、今回活動から得られた 2 つの点からこの目的にアプローチしてみたいと思う。

まず 1 つ目は、全人的・継続的な医療を提供する総合診療医が国民にとってニーズのある存在であるということである。そのことを実感したのが、今回の活動において総合診療医が在宅医としての役割を発揮する場面が多かったことだ。政府が打ち出す地域包括ケアシステムの中でも挙げられている在宅医療だが、右に示すように、日本国内では終末期を自宅で療養したいとする声が全体の 3 分の 2 を占めると非常に多い。このように在宅医療に対するニーズが非常に多い日本であるが、在宅医療を運営していく上での課題は多く、特に在宅主治医にスポットを当てると、在宅医療のスキルを持った医師が圧倒的に不足しているという問題がある。「第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会」での東京慈恵医大臨床疫学研究室長の松島雅人

先生によると、様々な資料から推定すると 2025 年時点で約 12 万 7 千人の在宅主治医が必要で、現時点で約 8 万 2 千人の医師が不足しているという。そもそも在宅主治医自体が、一次医療のスキルに加え、患者さんのご家族との意思疎通と協力、病院・他の在宅スタッフとの円滑な連携の中心となるといった、先に挙げたプライマリ・ケア専門医のスキルが求められてくる。開業医レベルでの在宅医療への参入が難しい中、今回の活動を通して、在宅医療という形で国民にプライマリ・ケアのニーズが存在し、そのニーズに答えられる主治医として総合診療医を育成、地方病院が中心となって在宅医療を行っていくという形が理想ではないかと考えた。

次に得られたことは、病院ごとに総合診療医の役割を明確に定義することにより、各病院の特性に合わせた総合診療医の独自の役割を果たせるのではないかとということである。潁田病院では飯塚病院と提携していることから、飯塚病院からの患者の引継ぎや、逆に高次医療として飯塚病院に患者を引き渡すといった、病院間の連携の中心となる役割を有し、河北総合病院ではゲートキーパーとしての役割を強く有することにより、病院の診療システムの窓口としての役割を果たしていた。佐賀大学病院では、大学病院であるにも関わらず 1 次医療から高次医療まで、窓口外来や難病患者を扱うという点で存在感を放っており、周辺病院との連携により地域医療に大きく貢献もしていた。これらのことから、総合診療医の活躍は単なる振り分け医にとどまるものではないことがわかり、このように総合診療医が独自の存在感を放つのは、病院・地域という比較的小さな単位で、総合診療医の各環境に合わせた役割を明確に定義し、その運営システムを構築してきたからに他ならない。導入において、フリーアクセスという日本の医療制度にイギリスにみられるプライマリ・ケア専門医がそぐうのかという疑問を呈したが、日本国内において総合診療医は、地域・病院という単位ごとに活躍の仕方を変えることができる「可塑性を持った医師」ということはできないだろうか。

以上の 2 点、「在宅医療にみられるプライマリ・ケアのニーズを満たす医師となりうる」とことと「病院ごとの明確な定義づけにより、総合診療医は独自の役割を有することができる」とことから、我々は総合診療医の国内における活躍は十分に期待できると結論付けた。

第 2 節 これからの日本におけるプライマリ・ケア

(武井)

第一節で述べたように、総合診療医が高齢化社会の日本において、プライマリ・ケアの専門教育を受けた医師として患者のニーズを満たす存在であり、フリーアクセスの中でも地域・病院ごとの定義・役割をもって、それぞれの場所に合わせた活躍ができる可塑性を持った存在であることが、今回我々が活動から分かった。病院ごとに役割を定義するということは、地域・病院といった小さな単位でシステムを構築していく努力が必要ということであり、国内すべての地域で一概にこうとは言えないということに他ならない。幸い、これまで総合診療科は様々な学会、現在では統合された日本プライマリ・ケア連合学会により導入が進められてきたため、今後地域ごとに総合診療医のシステム構築の過程を共有し、他の地域の参考にするといった動きがあれば、より導入がスムーズに進むであろう。一方で、他の医療者への理解が（特に学会・研究の点で）進んでいないといった課題や、いわゆる開業医レベルでの動向がどうなるかといった疑問も残っている。ただ、強固なゲートキーパー制が整っているイギリスにおいても、現在のプライマリ・ケア専門医制度の構築には 40 年以上の長い歳月がかかっている。今

回 穎田病院でお世話になった吉田先生の「新制度の導入は長い目で見ないといけない」という言葉で報告を締めさせていただきます。

謝辞

今回の活動におきまして、多くの先生よりお力添えをいただきました。まず、河北総合病院の見学は、九州大学大学院医学研究院保健学部門の丸山マサ美先生より、河北総合病院内科部長の朝妻直樹先生をご紹介いただき、実現することが出来ました。また、当日の見学におきましては、河北総合病院では同病院家庭医療学センター長の一戸由美子先生、穎田病院では飯塚・穎田家庭医療プログラム臨床教育部長の吉田伸先生、佐賀大学医学部付属病院では同病院総合診療部医局長の多胡雅毅先生にそれぞれお世話になりました。最後になりまして恐縮ですが、この場でお礼申し上げます。

参考文献

- [1]WHO HP "Main terminology"
(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>)
- [2]日本プライマリ・ケア連合学会 HP
(<http://www.primary-care.or.jp/>)
- [3]WONCA HP
(<http://www.globalfamilydoctor.com/>)
- [4] m3.com 2013 年 4 月 1 日 橋本佳子
(<https://www.m3.com/open/iryoIshin/article/169236/>)
- [5]日本専門医機構 HP
(<http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/index.html>)
- [6]厚生労働省「在宅医療・介護の推進について」
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiroyou_all.pdf)
- [7]厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書」
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>)
- [8]日本医師会「かかりつけ医の在宅医療」
(http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/zleader01/zleader01_r.pdf)
- [9]日経メディカル 二羽はるな「2025 年、在宅医を担う医師は何人必要か?」
(<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/hotnews/int/201305/530702.html>)
- [10]「医療大転換 日本のプライマリ・ケア革命」(2013 年 葛西龍樹 ちくま新書)

知的障害班

活動目的

平成 25 年に障害者自立支援法が障害者総合支援法として改訂されるなど、障害者福祉に対して後進国とされていた日本の障害者福祉がどんどん前に進んでいるとされている。しかし私たちは障害者、とりわけ知的障害者に関しては関わる事がほとんどなく障害者福祉というものに対しての実感がわからない。そこで今回、私たちは知的障害者福祉、その中でも重度な知的障害を持つ人々に対する福祉の一端を垣間見てみることにした。

活動場所

日本 福岡県福岡市 かしはらホーム
福岡市 障害者支援施設か〜む

活動期間

2016 年 8 月

班員

貞賀 泰孝	(九州大学医学部医学科 3 年 班長)
萩尾 美奈	(九州大学医学部保健学科看護学専攻 3 年)
金子 和樹	(九州大学医学部医学科 2 年)
福谷 成美	(九州大学医学部保健学科看護学専攻 2 年)

Abstract

重度知的障害者福祉を覗くために私たちは福岡市にある知的障害者施設「かしはらホーム」を訪れた。そこでは重度知的障害を持つ人々とふれあい、その人たちの仕事の様子や生活環境を見学してきた。その中で強度行動障害という現状の福祉ではなかなか対処が難しい問題について知った。そこで強度行動障害について日本でも先進的な取り組みを行っている施設である「か〜む」を紹介していただき、対処の難しい強度行動障害について具体的にどのように対処しているのかについて学んだ。そしてこれらの活動を通して障害者福祉に対して私たちがより関心を持つために、一度ボランティアとして施設を訪問してみるとよい。

第1章 はじめに

以下述べるに先立って、知的障害、強度行動障害について説明する。（貞賀）

第1節 知的障害とは

（萩尾）

知的障害は医学領域の精神遅滞（MR: Mental Retardation）と同じものを指し、「知的発達の障害」をあらわす。すなわち「1. 全般的な知的機能が同年齢の子どもと比べて明らかに遅滞し」「2. 適応機能の明らかな制限が」「3. 18歳未満に生じる」と定義されるものである。有病率は約1%前後といわれている。知的機能は知能検査によって測られ、知能指数（IQ）70以下を低下と判断している。IQ値によって、軽度・中等度・重度と分類されることもある。適応機能とは、年長となって社会生活を営むために重要な要素となるもので、食事の準備・対人関係・お金の管理などを含む、日常生活でその人に期待される要求に対していかに効率よく適切に対処し、自立しているのかを表す機能のことである。

つぎに、どのような診断が行われているのかについて説明する。幼児期には言葉数が少ない・理解している言葉が少ないといった言葉の遅れで疑われる。また合併症が先に気づかれて、後に知的障害（精神遅滞）と分かることもある。診断にあたっては、症状の評価とともに原因疾患の有無を調べられ、原因として、染色体異常・神経皮膚症候群・先天代謝異常症・胎児期の感染症（たとえば先天性風疹症候群など）・中枢神経感染症（たとえば細菌性髄膜炎など）・脳奇形・てんかんなど発作性疾患があげられ、多岐にわたっている。

精神遅滞のほとんどで、基礎にある知的障害そのものを改善させることは難しい状況であるが、恵まれた環境下においては適応機能などが向上する可能性は十分にあるといわれている。

第2節 強度行動障害とは

（金子）

第1項 全般的に

強度行動障害とは、自傷行為や他害行為、こだわり行動などの、状況にそぐわない不適切な行動で、本人や他者にとって有害であるような行動（問題行動）を頻繁に示す症状のことである。行動障害者研究会により「精神科的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害や、間接的他害、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難な者であり、行動的に定義される群」として定義されている。

つまり、強度行動障害は、患者の症状や特性に関係なく問題行動の有無や頻度だけによって診断されるという事である。鳥取県の調査に基づく推定によると全国の知的障害者の約1%が強度行動障害者であり、これは数にして約8000人だとされる。臨床的な診断方法も定まってい、次のような診断基準が存在する。下図のように、行動障害の内容とその頻度に従って点数をつけて10点以上で強度行動障害と診断される。

行動障害の内容	1 点	3 点	5 点
1 ひどい自傷	週に 1・2 回	一日に 1・2 回	一日中
2 強い他傷	月に 1・2 回	週に 1・2 回	一日何度も
3 激しいこだわり	週に 1・2 回	一日に 1・2 回	一日何度も
4 激しい物壊し	月に 1・2 回	週に 1・2 回	一日何度も
5 睡眠の大きな乱れ	月に 1・2 回	週に 1・2 回	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	週に 1・2 回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に 1・2 回	週に 1・2 回	ほぼ毎日
8 著しい多動	月に 1・2 回	週に 1・2 回	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	一日中	絶え間なく
10 パニックがひどく指導困難			あれば
11 粗暴で恐怖感を与え指導困難			あれば

具体的には、

①肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなどの自傷行為

②噛みつき、蹴り、殴り、髪引き、頭突きなど相手が怪我をしかねないような行動などの他害行為

③日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、関わっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある

といったことがあげられる。このような行動から他の施設利用者や職員の安全面や問題行動に対処するのに非常な労力がかかることから障害者施設、特に入所施設には受け入れられづらいという問題がある。例えば、後述する障害者入所施設かしはらホームでも過去 1 度だけ強度行動障害者を受け入れたことがあったが施設の備品を破壊する、職員を骨折させしめるなど多くの問題が生じたという経緯から、以降受け入れは難しいと考えているようだ。

・強度行動障害に付随する特性

強度行動障害は全く偶発的に発症するのではなく、知的障害と自閉症と相関があることが示されている。簡単に述べると、自閉症の特徴が強いほど、知的障害の程度が重い程強度行動障害が発症しやすい。これは、強度行動障害の原因を理解するためにも重要な事柄である。コミュニケーションをとることが困難な障害特性を背景として、自閉症の特徴が強いほど強度行動障害になりやすいとされている。

第 2 項 自閉症について

自閉症はたびたび三つ組の障害とよばれる。これは、自閉症を理解する手がかりになる。

①社会性の質的な障害：他者の感情、困惑や不快感などに気付かずに関わっていくような性質。いわゆる、空気を読んだり、常識をわきまえたような行動の不得手なこと。

②コミュニケーションの質的な障害：言葉や表情の使い方や理解の仕方が独特なこと。一般的な言葉によるものではない、独自のジェスチャーなどにより意思疎通を図ろうとしたりする。

③想像力の障害：見通しが持ちにくく急な変更が苦手。

・強度行動障害の現れる理由

上を踏まえて、強度行動障害が発症する簡単なメカニズムを説明しよう。強度行動障害は患者と環境（物理的な環境、支援者、その他の人、状況など）との相互の作用によって生じる。自閉傾向を持つ人は三つ組の特性により、例えば自分を取り巻く状況が理解しにくいことや、他者の言葉が理解できなかつたり、物理的な環境から多くの刺激を受け取ったりしてストレスを抱える。反対に、独特な表現によって自分の考えや不満感を伝えられなかつたりすることでフラストレーションを蓄積していく。一般的に健常者でも、欲求不満が募った時にはしばしば暴力的、攻撃的な問題行動に準ずるような行動をおこしてしまうが、これが彼・彼女らにもおこり問題行動が生じる。加えて、多くの場合で周囲が適切な対応をし損ない、問題行動を誘発してしまう。このような状況が繰り返され何度も問題行動を起こすことで、誤った“学習”をしてしまうことで問題行動の強度や頻度が強化され、強度行動障害が発症する。このようなメカニズムから、患者は自閉症だけでなく強迫性障害や躁鬱病、ADHD（注意欠陥・多動性障害）などの発達障害を同時に抱えていることが多いという事実は納得しやすい。また、注意深く考えると強度行動障害はなにか特定の障害の特性（先天的な特性）ではなく、後天的に生じるものだということが理解できる。

第2章 活動紹介

私たちが訪れた障害者福祉施設「かしはらホーム」と障害者行動支援センター「かへむ」について紹介する。（貞賀）

第1節 障害者福祉施設（かしはらホーム）

（金子・貞賀）

7月某日、我々は、福岡市柏原にある生活介護、自立訓練施設であるかしはらホームを訪れた。ホームは福岡市の中心である天神からバスで50分程度の場所にあり住宅地と山とのちょうど境界にあった。事業種別としては施設入所支援、自立訓練、生活介護を行っている最重度の障害者施設であり、50人の障害者がここで共同生活を送っている。この施設はひかり福祉会という社会福祉法人が運営しており、この法人の成り立ちが興味深いので簡単に紹介したい。1980年代以前、世間には未だ障害者は隔離するという意識が残っていた。障害者施設では障害者達は誰でも“生徒”であり“先生”なる施設職員に指導され、仕事ではなく“訓練”をするという仕組みが一般的であった。そのような仕組みを体験して、『訓練ではなく、どんなわずかなお金でも、仕事として誇りを持って働きたい』『周りから指示されるままの人生でなく、これからの人生を自分で作りたい』という願いを持った障害者が集まり、1977年市営住宅の一室で障害者8人、親1人、ボランティア2人で公的支援の受けられない無認可作業所「ひかり共同

作業所」が誕生した。それから多くの苦勞を乗り越え現在のひかり福祉会が誕生した。このような背景からひかり福祉会は

『ひかり福祉会は、すべての人のしあわせを考え障害のある人一人ひとりが“ひかり”“かがやく”よりよい社会を創造していくことをめざします』

という経営理念を掲げ、健常者も障害者も同じ人間として誇りを持ち生きられることを目標として活動している。実際、職員の方とお話させて頂いた時もこの理想を如何に実現するかに苦心している様子うかがわれた。

・ボランティア、見学について

我々は今回ボランティアとして施設に受け入れていただき、ホームの朝から夕方までの生活を一緒にさせて頂いた。かしはらホームは作業棟と生活棟の2棟からなる施設でこれは、一般社会で言うところの職住分離を意識したものであるそうだ。生活棟は我々が抱いていた施設というイメージとは裏腹に個人の家というとらえ方をしているとのことで写真などは撮影できなかった。朝の10時前になると、障害者達は生活棟から作業棟へ各自移動し、彼らの一日がスタートする。平日の流れはこのようになっていた。（表1参照）。

・作業について

作業所では基本的に各個人の能力・適正に応じた仕事が割り振られており、それに基づいて、①はさみ班、②チャレンジ班、③食品班、④焼き菓子班、⑤フキン班、⑥そよ風班という6班に分かれて作業を行っていた。作業では食品、焼き菓子、洗濯ばさみ、その他小物などを製作しており、これらの製品を販売して得た利益は障害者達の給料になる。これによって誇れる仕事や社会参加の理念の実現をしており、今までになかったような自尊心がはぐくまれている。

・昼食、昼休憩

昼食時は、作業棟の1、2階の広間のスペースが開放されて、入居者達は自由な場所で昼食をとれるようになっていた。食後は自由時間となっていて、大半の利用者はコーヒーを飲んだり、雑談をしたり、音楽を聴いたりなど思い思いのことをしていた。しかし、一部の入居者は自由な時間に何をすれば良いかが分からずに混乱してしまうため、最もトラブルが多い時間でもあり、職員の方々は常にいずれかの入居者についており休憩などをとる余裕は無いようだった。

・生活棟

作業が終了し帰りの会がすむと入居者は生活棟にかえって行く。生活棟は4棟からなっており、1棟には5畳くらいの個室が10程あり、テレビやキッチンダイニングテーブルなどがそろっている広々とした共用スペースで構成されていた。また、集団浴槽の他に個別浴槽なども備えていて希望すれば使用できるようだった。

・実際の生活

9時	スタッフ引き継ぎ
10時～10時半	朝の会
10時半～12時	午前作業開始
12時～13時	昼食&昼休憩
13時～15時	午後作業
15時～	帰りの会 帰宅

表1 障害者たちの平日の流れ

基本的に生活は入居者達的意思決定に任せられていた。実際の生活の様子を間近で見せていただいて、個人的に新鮮だったことをあげると、ある入居者はファミコンのソフトを収集して余暇にプレイし、好きなときにビールを飲み、意外なことに入浴や就寝の時間も自由で健常者と変わらない生活をしていたということがあった。

・かしはらホームを通じて

個人的な意見になってしまうが、かしはらホーム内では入居者は仕事をし自由な生活を送っていて十分に健常者と大差ないような生活を送っているように見えた。また、実際数人の入居者と話をすることが出来たが特に生活に関して不満なことはないようだった。長い入居者で十数年暮らしているので、慣れきってしまっているということもあるかもしれない。しかし、今回の見学では入居者と施設外との関わりを詳しく知ることは出来なかった。職員の方も、ホーム内での生活はかなり理想に近いのではないかとおっしゃっていた。反して、施設の外、地域とのつながりは未だ不十分で更に交流を深めていく必要があると考えているそうだ。そのための取り組みとしてかしはら福祉まつりというイベントを主催したり、地域の清掃活動などに取り組んでいるそうである。現在の福祉では、障害者の経験の不足という問題意識があるそうだ。これは、例えば健常者が普通に経験すること、買い物、車に乗ること、映画鑑賞などを障害者はほとんど経験できないという問題である。もちろん福祉支援として外出支援等もあるが福祉側の人員不足から福祉のみではこの問題に対処出来ない。しかし実はこの経験の中にはほんの少しの介助で可能になることがたくさんあるのではないだろうか。買い物について考えてみると、例えばコミュニケーションボードというものを横浜市が提案している。これは意思疎通が難しい知的障害者とボード上のイラストをつかってコミュニケーションを可能にするというものであるが、地域の人がこれを使って障害者の買い物を手伝う等という事が可能なのではないだろうか。地域と障害者とのつながりを強化しそこにワンアイデア加われば、障害者の経験の可能性を広げることが出来るのではないかと考える。また、入居者の中には以前に強度行動障害者という人がいた。彼は、知的障害者の中でも自傷や他害をしてしまうので、入所・通所施設に受け入れてもらえないケースが多く、そのような中、かしはらホームでは受け入れることに決めた。しかし、強度行動障害者の彼は、職員や施設に住む仲間に対し暴力を振り、共に生活をし、仕事をできるような状態ではなかった。3, 4年という月日の中で、彼は暴力以外に、仕事という心の拠り所ができたことで自信を持つことができるようになり、落ち着いたという話を聞いた。多くの入所者も自分の力だけでは行えることが少ないので、褒められる経験が不足しているか、もしくは無いために、初めは自分の欲求を優先し仕事を拒否する。そこで褒美というきっかけを作り、自分の能力にあった仕事を果たすように導くようだ。彼の場合も取り掛かりや作業の継続に困難を抱えていたが、周囲から褒められることで達成感を味わい、次第に仕事がしたいと思うようになり自発的に行うようになったという。実際に会った彼の様子も、強度行動障害者とは思えないほど穏やかであった。

一見この話を聞くと、強度行動障害者でも普通の施設で受け入れ行動を改善できるように思えるが、施設の職員の人によれば、彼が落ち着くまでに多大なる苦勞を要し、彼以降は今後強度行動障害者は受け入れられないということであった。

この話を聞き強度行動障害に興味を持った私たちは、福岡市強度行動障害研究会座長である西南学院大学野口教授のお力添えの元、強度行動障害者を専門に扱う施設「か〜む」を訪れた。

第1項 障害者行動支援センターか〜む施設基本情報

通常の障害者施設や自宅で面倒を見ることが困難な強度行動障害の方が入所されている。障害者行動支援センターか〜むでは行動の問題に対して集中的に支援を行い、問題とされる行動の軽減を図るとともに、個々の障害特性に応じた支援のあり方を検討することが目的とされている。個々人に対する分厚い支援を行うため定員は2人となっており障害者1人に対して職員が必ず付く。またか〜むは福岡市の強度行動障害に対するモデルケースとして症例数を稼ぐという目的もあり入所期間は3ヶ月と短いものである。ここからは強度行動障害に対するか〜むでの集中支援について私たちが見てきたものを述べていく。

第2項 か〜むでの実際の支援

写真1は入所者の部屋であり、部屋にはほとんどものがない。これは視覚的な情報が多くなると混乱をきたしてしまうということがあり、最小限のベッドと机しか置いてなかった。また壁は障害者の方が暴れても怪我をしないように柔らかい素材で壁を保護してあった。

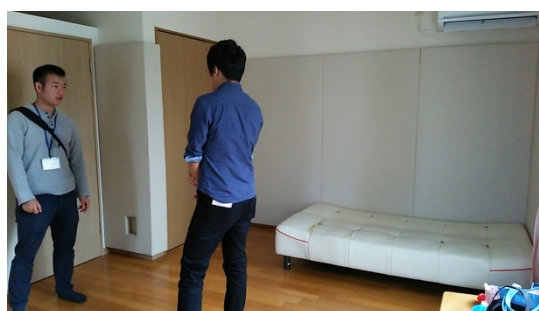


写真1 入居者の部屋

写真2,3はお風呂や歯磨きにおいては何をすいかということが絵や文字を使って明確に示すものである。これは次の行動を明確にしておくことで、次に何をすればよいか分からないというストレスからくる問題行動を防ぐためである。

写真4は食事スペースであり、食事に集中できるように目の前に壁を作り、混乱が起こらないようにしている。

写真5はその日のスケジュールであり、その日1日何をするかが明確に書かれている。これもその日何をするかが分かることにより混乱が起こりにくくなる。

またこれら以外にも日々の行動を記録し強度行動障害者がどの行動のどの時点で問題行動を起こすかを記録し問題行動が起こる原因となるものを見つけ出しその改善を行っているということであった。興味深かった例として、歯磨きなどの朝の準備の時にいつも落ち着かず、鏡をたたき割ったりしてしまった入所者がいたそうだ。なぜ朝そんなに落ち着かないのだろうかという話し合いがなされ、もしかしたら朝に職員が隣にいるために何か話さなくてはいけないと思いそれがストレスになっているのではないかという推測が出されたそうだ。そこで、朝の準備を行

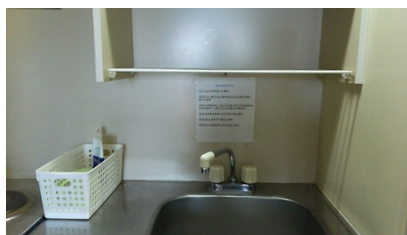


写真2 洗面台



写真3 風呂場

うところに「あさはしょくいんさんとはおはなししません」という張り紙をただけで朝の問題行動は無くなったそうである。

このように強度行動障害というのは自閉症の持つ特性を背景としてほんの小さなきっかけからなるものであり、逆を言うと、その本の小さなきっかけを取り除き正しい行動を行う習慣をつけるようにすると強度行動障害は改善するということであつた。



写真 4 食事スペース

平成28年 10月 13日 木曜日

きょうのスケジュール(やまと更生センターに行く)

- かーむのスケジュールは、へんこうすることがあります。
- へんこうは、しょくいんさんが おしえてくれます。
- じかんをまちれたら、しょくいんさんが「チェック」に○をつけます。
- チェックに○が5こついたら、ボーナスで10円がもらえます。

じかん	ばしょ	かつどう	ないよう	チェック
9:00ごろ	習のへや	けんおん きげえ	●「あさのこと」をみて、あさのじはんびをします。	
9:10ごろ	しょくどう	ちようしょく	●1かいのしょくどうで、たべます。	○
9:45ごろ			●「しょくじのこと」をみます。	
			●9:45までに、しょつぎをわいて、おへやにもどれたら、チェックに○がつきます。	
9:50ごろ	習のへや	ほみがき	●ほみがきとせんがんをします。	
		よかじかん	●じぶんのへやですこします。	
			●「よかじかんのこと」をみます。	
10:00ごろ	出発	やまと更生センター	●くるまのって、やまと更生センターにいします。	○
			●10:00までに、しゅつぱつできたら、チェックに○がつきます。	
11:00ごろ	やまと更生センター		●たたみのへやに、いします。	
15:30ごろ			●やまと更生センターの、スケジュールをみて、じぶんで、かつどうします。	
			●くるまで、かーむに、もどります。	
16:30ごろ	習のへや	おやつ	●じぶんのへやでおやつをたべます	
	習のへや	おえかき	●じぶんのへやでおえかきをします。	
			●「おえかきのこと」をみます。	
	習のへや	よかじかん	●じぶんのへやですこします。	
			●「よかじかんのこと」をみます。	
18:30ごろ	しょくどう	ゆうしょく	●1かいのしょくどうでたべます。	
19:20ごろ			●19:20までに、しょつぎをわいて、おへやにもどれたら、チェックに○がつきます。	
19:30ごろ	へやのよくしつ	シャワー	●じぶんのへやのよくしつでシャワーをあびます。	
	せんめんじょ	ほみがき	●ほみがきをします。	
21:00ごろ	かごおきば	せんたくにだす	●ぬいだぶくを1かいのかごおきばにもっていきます。	
			●21:00までに、かごを、わいておへやにもどれたら、チェックに○がつきます。	
21:05ごろ	習のへや	よかじかん	●じぶんのへやですこします。	
			●「よかじかんのこと」をみます。	
21:30ごろ	習のへや	ふくやくしょうどう	●てじはんしょをみて、ねるじはんびをします。	
			●ねるまえのくすりをみます。	
21:45ごろ	習のへや	ねる	●へやのでんきをけしてねます。	
			●21:45までに、ふとんに、はいたら、チェックに○がつきます。	
○のこうげい				

写真 5 1日のスケジュール

第 3 章 活動を通して

(福谷)

障害者施設は地域、ひいては社会から孤立しないように我々健常者とできる限り関わりを持とうとしている。しかし、地域との交流をもつには、地域の人々の理解、障害者の体力面や精神面での安全を確保できることなど配慮すべき点が多くあり、簡単には行えない現状がある。その中でも彼らは地域の清掃活動であるボランティアや施設外での販売も行い、地域住民としての存在を知ってもらおう活動を行っている。私たちは直接の接点はないが、今後社会に出ていく我々学生が訪れることで、更に障害者福祉に対する理解が広がっていけばということで、施設を訪問したことが大変喜ばれた。この事実を多くの学生に知ってもらいたいと思う。

さらに、施設見学では大きな発見が得られる。一般に小学校にある特別学級で障害児と一緒に過ごす機会があるが、大人になると入居、通所施設にいる知的障害者と出会う機会を失う。今回、障害者施設に訪問して、彼らが健常者と同様に通じ合えること、明確な意思を持っていることを知ることができた。私たちは障害者に対する見方が変化した、これは人づてに知るのでなく、実際に接し、行動の一部始終をみて障害者の意思を実際に知ることができると思う。その理由は、彼らの日常の様子を知って初めて分かることが多いからである。例えば、彼らは、初めて会う人に対し、健常者と同じように不審や興味を示すのだが、上手く表現できず、自傷、他害行為をしてしまうことがあり、少し接しただけではその人は攻撃的な人だと判断してしまいがちで、行動の理由を探ることができないからということなどである。こうした事実を体験しておかないと障害者への偏見はなかなか無くならないように思う。

以上のことから、時間に余裕のある学生時代にぜひ一度障害者施設を訪問の機会を持ってみるとよいだろう。

参考文献

- [1]厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/101-1.html>)
- [2]社会福祉法人ひかり福祉会かしはらホーム (<http://tokimekiweb.com/blog/kashihara/>)
- [3] 遠山真世、図解障害者総合支援法、株式会社翔泳社、初版、2015 年
- [4]2016 福岡市の障害者福祉ガイド、福岡市保健福祉局
- [5]強度行動障害支援者養成研修テキスト、強度行動障害支援者養成研修プログラム作成委員

第 51 期（H.27.12-H28.11）会計報告

<収入>		(50 期予算)
前年度繰越金	1,611,196	1,611,196
寄付		
九州大学医学部同窓会	0	270,000
九州大学学生後援会	20,000	20,000
賛助団体・個人からの寄付	490,000	817,000
部費	210,000	200,000
総計	2,331,196	2,918,196

<支出>		
広報費		
51 期企画書作成費	13,306	17,000
50 期報告書作成費	58,860	80,000
通信費	126,732	180,000
行事関連費	84,242	70,000
用具購入費・雑費	92,063	150,000
活動補助費	801,852	216,000
総計	1,177,055	713,000

活動班	活動費	(自己負担)	(活動補助)
南アフリカ班	1,054,995	592,748	462,247
動物実験生命倫理班	667,148	400,290	266,858
知的障がい班	11,640	5,820	5,820
プライマリ・ケア班	133,800	66,900	66,900
総計	1,867,583	1,065,758	801,825

来年度繰越金	1,154,141	2,223,196
--------	-----------	-----------

ご支援してくださった先生方

朝隈 真一郎

石島 洋舗

磯崎 祐希

江頭 啓介

江夏 怜

梶畑 俊雄

隈 博政

古野 純典

坂口 信貴

坂本 篤彦

洲崎 悦生

下田 慎治

下村 学

高松 純

竹内 実

常岡 祐希

手島 鋭

中西 洋一

永田 高志

西田 有毅

野尻 五千穂

信友 浩一

松尾 圭介

松尾 龍

宮原 敏

矢野 篤次郎

山野 龍文

吉村 健清

(敬称略・五十音順)

学生連絡先

総務 谷口 法隆（九州大学医学部 4 年）

〒810-0054 福岡県福岡市中央区今川 2-6-38
パルム西新 302 号室

電話:090-6811-0183

メール:1MD14051S@s.kyushu-u.ac.jp

ホームページ:<http://tropical.umin.ac.jp>

部メール:tropical.admin@gmail.com

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
