

## 屋久島・対馬班

### 活動目的：

島国日本には 6847 個の離島が存在し、うち有人島は 423 個である。その中でも有数の島面積や人口などをほこる屋久島と対馬を比較し、将来的には他の離島も含め、医療過疎地と言われる離島間の関わりや、本島との連携などについて考察するきっかけを作る。

### 屋久島編

地域医療。この言葉が言われ始めたのは日本ではまだ新しいという。

現代医学は病院に患者を閉じ込め、臓器や疾患にばかり目が行った医療を行い、患者さんが家庭の中で、地域社会の中でどのように病気を持って適応し生活していくかについては、十分な配慮をしてないように感じられることがある。健康人にとっては病院は非日常的な場所であるし、病院内での医療はあくまでも病院中心であって個々人の健康を中心しているだろうか。社会生活、家庭生活、精神心理的要因、これらを見無視して個人の生活はなく、よって、現代人の抱える身体疾患もこれらの因子に大きく左右されるのだと考える。だからこそ、これら因子を総合的にふまえて、患者さんが個性を大切にしながら地域社会の中で健康に生きるための、全人的医療が必要になってきているのではないか。そう考えたとき、地域の中で地域に根ざした医療をみてみたくなった。屋久島には 139 床の病院が平成 9 年に開設された。しかし島内には、120 年という長い歴史を持った診療所も存在する。昔ながらの地域医療を行ってきた診療所と、高度医療器機を備える現代的病院が共存する島で医療の実際を見てみたい、今回屋久島を訪れた。

### 研修地：

屋久島徳洲会病院

屋久島クリニック

屋久町栗生診療所

### 班員：

中村真由美(九州大学 5 年)

樋口華奈子(九州大学 5 年)

### 日程：

2002 年 7 月 17・18 日 屋久島クリニック見学

19 日 屋久島徳洲会病院見学

22～25 日 屋久島クリニック見学

26 日 居宅介護支援事務所見学・利用者宅訪問

29 日 屋久町栗生診療所見学

30 日 上屋久町役場訪問

## 屋久島概要

### 地理

屋久島は、九州本島最南端の佐多岬から南へ 70km、黒潮洋上に浮かび、「海上アルプス」

といわれるように高い山々、原生のありのままの姿を残す深い森、そこから沸き出る清らかな水、そして豊穡な海をもつ、日本で最初に世界自然遺産として登録された(1993年)自然豊かな島である。東西約28km、南北約24km、周囲132km、総面積約503平方kmのほぼ円形に近い山岳島を成し、九州最高峰の宮之浦岳(1935.3m)をはじめ1800m以上の山々が連なる。

## 気象

「1年で400日雨が降る」と表現されているように日本でもっとも多雨な島で、雨量は山間部で年間8000～10,000mm、山麓で3500mm以上となっている。2日に一度は雨が降るといわれる、まさに雨の島である。我々が滞在していた間にも、朝方寒いと目が覚めたら外は大雨なのだが、2～3時間で止んでその後はからっと晴れていた日が多々あった。気温は温暖で、冬期でも平地では日平均で12度以上になるが、山間部は冬型気圧配置を受けることがあり降雪を見ることがもある。夏期は猛暑となるが、夜間は海洋性気候を有しているため涼しくしのぎやすいのが特徴である。また、夏から秋にかけて台風銀座といわれているように、多くの台風が屋久島近海を通過する。我々の研修期間には2度、台風の直撃を受けた。屋久島の生活は豊かな自然と共有しまた、自然の猛威と闘っている、ともいえるであろう。

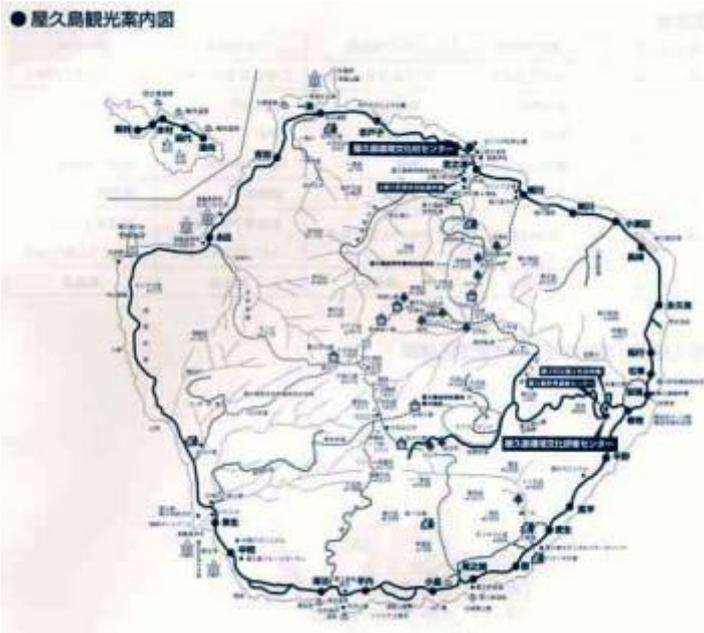
## 主な町

屋久島はそのほとんどが険しい山からなり、各町村はその裾野のわずかな土地に発達してきた。現在は、島の北半分を上屋久町、南半分を屋久町と大きく2つの町に分かれている。その中に24の集落が存在し、島の沿岸に沿って舗装された道の沿道に間隔を置いて各集落が並ぶ。

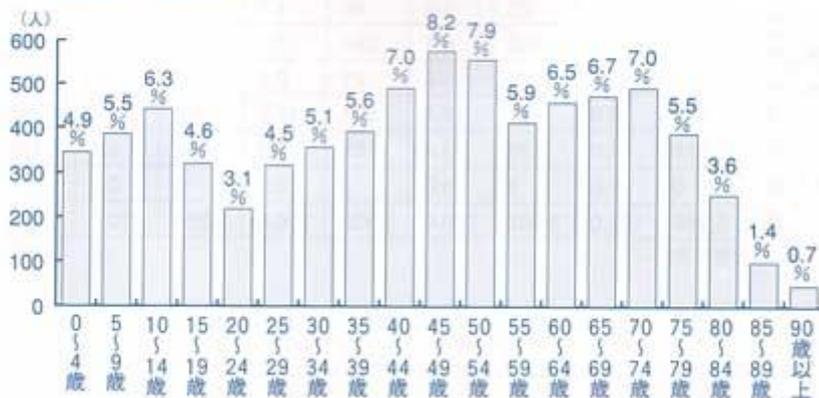
## 人口

島内総人口は約1万3000人余、過去には2万4000人が住んでいたことがあったが、わずか4.5%の農地と一時期盛んだった林業も縮小の状況に置かれて生活手段を失い、過疎化の一途をたどった。

●屋久島観光案内図



●平成12年年齢別人口割合のグラフ



### 屋久島徳洲会病院

屋久島内には病院が1つ、診療所(医院)が7つある。島内唯一の病院は、平成9年にやっとの思いで建てられたということもあり人々のなみなみならぬ思いがこめられているという。徳洲会屋久島病院である。屋久島で一番大きな町に、海を見下ろす6階建ての清潔感あふれる美しい外観である。大自然にあふれる島、癒しの島である屋久島では、人々は自然を大切に、仲良く調和して、一体となって、いのちをもらい、生活をしているように見えた。そのような自然な流れの中に身をまかせる人々が自然の中で癒され、自然の中で癒しを行う。少なくとも、この病院の外観は、そのような自然の中で癒しを行っているのだろうと思わせるものだった。

診療科目は、内科・外科・小児科・整形外科・産婦人科・脳神経外科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・神経内科・リハビリテーション科・歯科口腔外科の12科。その中で、毎日

外来診療が行われているのは内科・外科・産婦人科・歯科口腔外科・小児科の5科である。つまり、常勤の医師がいるのはそれら5科だけなのである。その他の科の専門医は週に2日の割合で、全国徳洲会系の病院（大阪の岸和田病院が多い）から派遣で応援がくる。

病床数内訳は、一般病棟が50床、特例許可病棟が35床、療養型病床群(医療31床、介護23床)の139床である。手術室が2室、分娩施設、CTスキャナ、MRI、内視鏡機器、超音波装置、腹腔鏡手術器機一式、脳波計、関節鏡、X線撮影装置等の高度医療機器を備えている。外来患者数、救急搬送件数、時間外診察件数はそれぞれ、月平均4000人、20～30人、150～200人程である。時間外診察の患者さんの離島ならではの特徴は、ムカデや虫刺されが多いことである。救急ヘリ搬送一覧は表の通りである。

緊急ヘリ搬送一覧 (平成9年7月～平成13年6月)

発症年月日	傷病名	年齢	性別	搬送先
H9/8/9	腹部大動脈瘤破裂	90	男	鹿児島徳洲会病院
H9/8/24	潜水病の疑い	51	男	鹿児島大学付属病院
H9/11/1	脳内出血	50	男	鹿児島市立病院
H9/12/26	十二指腸潰瘍穿孔	74	男	国立南九州中央病院
H10/1/7	くも膜下出血	36	男	鹿児島徳洲会病院
H10/1/10	くも膜下出血	44	男	鹿児島徳洲会病院
H10/1/28	小脳出血	74	女	鹿児島徳洲会病院
H10/3/18	喫道流産(29週)	37	女	鹿児島市立病院
H10/7/10	くも膜下出血	46	男	鹿児島徳洲会病院
H10/7/20	くも膜下出血	71	男	鹿児島徳洲会病院
H10/7/30	くも膜下出血	63	女	鹿児島徳洲会病院
H10/8/2	くも膜下出血	61	女	鹿児島徳洲会病院
H10/9/12	くも膜下出血	58	女	鹿児島徳洲会病院
H10/10/30	急性心筋梗塞	57	女	大崎厚原病院
H10/12/8	小脳梗塞(出血性)	77	男	鹿児島徳洲会病院
H10/12/12	直腸腸管穿孔	55	女	鹿児島徳洲会病院
H11/1/9	外傷性硬膜下血腫	82	女	厚地脳神経外科
H11/1/25	新生児心不全	0	女	鹿児島市立病院
H11/2/10	急性硬膜下血腫	75	男	鹿児島徳洲会病院
H11/2/13	心筋梗塞	73	男	鹿児島徳洲会病院
H11/3/29	不安定狭心症	73	男	新吉病院
H11/4/14	くも膜下出血	68	女	厚地脳神経外科
H11/4/18	くも膜下出血	81	男	鹿児島市立病院
H11/5/28	左下肢開放骨折	56	男	鹿児島市立病院
H11/8/9	急性硬膜下血腫	65	男	鹿児島徳洲会病院
H11/10/11	急性硬膜下血腫	48	男	鹿児島徳洲会病院
H11/12/21	外傷性硬膜下血腫	43	男	鹿児島徳洲会病院
H12/1/21	くも膜下出血	75	女	厚地脳神経外科
H12/2/6	くも膜下出血	65	男	鹿児島市立病院
H12/2/20	脳内出血	43	男	厚地脳神経外科
H12/2/21	新生児呼吸不全	0	男	鹿児島市立病院
H12/2/26	脳内出血	47	男	厚地脳神経外科
H12/2/18	閉経早産	37	女	鹿児島市立病院産科
H12/3/25	前立腺癌後の血尿、血圧低下、貧血	72	男	新村病院
H12/5/23	解離性大動脈瘤	50	男	国立南九州中央病院
H12/5/28	左股挫傷	57	男	鹿児島大学病院
H12/7/26	不安定狭心症	50	男	鹿児島徳洲会病院
H12/8/24	くも膜下出血	53	男	厚地脳神経外科
H12/8/30	くも膜下出血	78	女	鹿児島市立病院
H12/10/3	脳炎、脊髄炎、肺炎	1	男	鹿児島市立病院
H12/10/22	脳出血	0	女	鹿児島市立病院
H12/10/31	脳内出血	50	男	鹿児島市立病院
H13/11/17	左鼻腔出血、右半分完全片麻痺	46	男	鹿児島市立病院
H13/9/4	脳内出血	66	男	鹿児島市立病院
H13/5/25	くも膜下出血	61	男	鹿児島徳洲会病院
H13/6/4	急性心筋梗塞	54	男	国立九州情報医療センター
H13/6/4	脳内出血	74	男	厚地脳神経外科

※ 年度別合計  
平成9年：4件 平成10年：12件 平成11年：8件 平成12年：15件 平成13年：5件

屋久島から本土の病院施設へ緊急ヘリ搬送 総件数(年度別)

	土屋久町	屋久町	計
平成3年	10件	8件	18件
平成4年	14件	10件	24件
平成5年	18件	10件	28件
平成6年	12件	8件	20件
平成7年	16件	13件	29件
平成8年	16件	27件	43件
平成9年	9件	23件	32件
平成10年	16件	11件	27件
平成11年	13件	9件	22件
平成12年	20件	5件	25件
平成13年 (12月25日現在)	7件	5件	12件

屋久島病院の島内唯一の病院としての第一の特色はやはり、“24時間あらゆるニーズに応

える医療体制”を第一に掲げているところではないかと思う。一刻を争う救急医療。いつ、どこで、誰が事故や急病に遭遇するか我々は予知し得ない。また、高度な救命救急医療を迅速に受けられるかが、生死を分ける ことさえある。屋久島病院では、高度な医療機器が 24 時間稼動し、各科専門分野医師だけでなく、救急医学に熟練した看護婦、検査技師等、チーム医療がおこなわれているのである。

平成 14 年 7 月現在で透析患者数は 35 名(最大許容人数 42 名)、器械台数は 15 台を設置している。屋久島病院が建設され、もっとも喜ばれた患者さんは透析患者さんといっても過言ではないだろう。それまでは、透析患者さんは鹿児島市内まで、透析治療の為に船や飛行機で週 2～3 回通っていたというのだから。屋久島という離島ではあるが、屋久島病院開院時より臨床工学士が常勤しているので多種多様な治療法が取り入れられ施行されている。透析室スタッフも充実し、平成 12 年 6 月からは夜間透析も開設された。また、世界自然遺産の島、屋久島というイメージやインターネットの利用等で、年々旅行透析も増加傾向にあり(平成 12 年には 21 名)、透析患者さんも安心して屋久島の地を訪れることができるようになった。

その他、「地域医療部」という部が院内にあった。地域住民の方々に屋久島病院の医療・介護を広く知ってもらうことを目的としているそうだ。活動の内容としては、院内・院外で医療講演・健康講座を開催し(現在は屋久島クリニックの岡先生が講演者)、わかり易く医療の説明をすること、人間ドックの案内と受付窓口業務、企業健康診断の周知活動、転院による搬送サービス、院内ホール等での催しものの企画、等である。この地域医療部には、屋久島病院の患者さん全員のあらゆる情報が頭の引き出しにすべてインプットされているという驚異的な女性職員の方がおられた。その方は屋久島出身でももとは島内で看護婦として働かれていたそうである。屋久島病院が開設されて以来、地域状況を知り尽くした看護婦時代の経験を活かし地域医療部の仕事を担われている。彼女の情報網はなみなみならぬもので、たとえコンピューターが壊れたとしても彼女がいるからこそ地域医療を行ううえで大きなメリットとなっているそうだ。

また、屋久島病院には介護保険指定事業の一環として居宅介護支援事業所ももうけられている。ここでは、要介護認定を受けられた方に対して、介護支援専門員(ケアマネージャー)が面接し解決すべき課題などを分析し、サービスの原案を作成する。ケアマネージャー、利用者、その家族らが意見交換を行ったうえで ケアマネージャーは介護サービスを作成し、計画内容について利用者の同意を得、サービスを利用してもらった後、利用後の評価を行い、再度サービスの調整を行う。我々は、ケアマネージャーが利用者の自宅訪問をして計画内容の確認をする作業に同伴させていただいた。ケアマネージャーは車で利用者宅を 1 件 1 件訪問していた。中には独り暮らしの方もおられ、家で独り倒れていないか心配な部分も大きく、利用者数の多い中での計画内容の確認作業で訪問時間は数分なのだが、近況を聞いたり元気な顔を見ると安心するとおっしゃっていた。訪問先のリウマチで手先の自由が利かない独り暮らしのおばあさんは、「ご近所さんが、毎日、日に何回も声をかけに家に来

てくれる。私に家の前を通るときに、おーいって声をかけてくれるんですよ。台風が来るっていうときも前もって雨戸に板をはり付けに来てくれて」と、笑顔でおっしゃっていたのが印象的だった。屋久島の方々は本当に温かい。結束感も強い。そう感じた一場面であった。

### 屋久島クリニック

屋久島病院から南に車で約 40 分ほど走った静かな町(原)に、屋久島徳洲会病院のサテライトクリニックとして屋久島クリニックがある。我々は主にこのクリニックにて研修をさせていただいた。平日のスケジュールはほぼ以下の通りである。

7:30 宿泊地出発

8:00 屋久島クリニック到着

通所リハ送迎バス迎え出発

8:30 外来

9:30 通所リハ患者さん到着

12:30 昼食

14:00 外来

18:00 帰宅

「ここで一番遅れているのは疼痛管理・治療である」屋久島クリニック医院長の岡進先生は今年5月に赴任されて以来、こう感じ続けておられるようだ。岡先生は外科を専門とされており、その専門性を生かし主にペインクリニック的な外科系の診療が行われていた。患者さんはほぼ100%近く高齢者で、ほとんどの患者さんは肩・腰・膝の痛みを訴えてクリニックを訪れる。それに対して硬膜外麻酔や針治療をしていた。岡先生は漢方や鍼灸などの東洋医学にも大変興味を持っておられて、針・皮内鍼・漢方薬・マッサージを積極的に治療にとりいれているのだ。疼痛管理はまず、針治療から始めて、時に疼痛に効果のある漢方薬を併用する。週に二日のペースでその疼痛管理を続けることにより、徐々に疼痛は軽減していくそうだ。中には針治療の効果がうすれ、痛みが取れなくなる人もいる。そのような患者さんには、硬膜外麻酔を行っていた。我々は仙骨硬膜外麻酔と頸部硬膜外麻酔を見学した。これは劇的に効くという。患者さんも、たとえ麻酔が効いているほんの短時間だけでも痛みがとれると本当に楽になる、と大変喜んでいて。ある患者さんは整形外科のある病院にいて、腰の痛みを訴えいろいろ検査してみたが、結局原因不明で片付けられてしまい、薬も効かないし肝心の疼痛を軽減してくれるような処置はしてもらえなかった、と屋久島クリニックを訪れた。その患者さんに対しても針治療を開始したところ、大きな効果があったと患者さんは喜んでおられたそうである。

屋久島クリニックは、医師(岡院長)1人・看護師5人・作業療法士1人・鍼灸師1人・ヘルパー3人・食事管理3人・事務員3人の17人構成で、通所リハビリステーション部門も併設されている。通所リハとは介護保険指定事業のひとつで、利用者が有する能力に応じて可能な限り自立した生活が営むことができるようにする場であり、作業療法やその他の必要なりハビリテーションを行うことによって心身機能の回復維持を目指すものである。屋

久島クリニックが実際におこなっていることは、朝大型バスで利用者を自宅まで迎えに行き、屋久島クリニック併設の通所リハ専用の大部屋にて、作業療法、リハビリテーション、入浴、体操、ゲーム、歌、などである。利用者は、要介護者と要介護予備軍の2種類にわかれる。要介護予備軍は要介護認定を受けてはいないが、通所リハに週に何回か来ることにより、お友達と会ってお話や遊びを楽しんでいる。また、独居の方が多いため、寂しさを紛らわせる場所にもなるし、健康をそれぞれが確認できる場所でもあるのだ。また、要介護認定を受けていないとはいえ、慢性疾患や疼痛を持った方も多い。そんな要介護予備軍の方々は、通所リハに来ることによってクリニックのほうで診療を受けてもおられるのである。また、屋久島の公共交通手段はバスしかないが、バス代は大変に高い。交通手段を持たない老人にとって、通所リハが持つ送迎バスは大変ありがたいものだそうだ。

以上述べたように、岡先生がクリニックに赴任されてからはペインクリニック的診療と通所リハの利用者の増大で、一日あたりの外来患者+通所リハ利用者数 7月末現在で 80人を超えた。岡先生の赴任前は1日あたり10数人程だったので、爆発的な増加率である。これは、患者さんの疼痛管理がいかに求められていたかがわかる。今後、屋久島クリニックは患者数増加に準じて、クリニック増設を計画しているそうだ。

### 屋久島栗生診療所

徳洲会系の病院・クリニックのほかに6つの診療所(医院)がある。その中の一つ、栗生診療所にて一日見学をさせていただいた。栗生診療所は、屋久島の中心的な町である宮之浦(ここに屋久島病院がある)からぐるっと南西に車で一時間ほどまわった栗生という集落にある。栗生の医療の歴史は明治15年、120年前に川村精輔医師が診療所を開業したことに始まる。川村精輔医師は現在の日置郡金峰町の出身で、明治末期までの約30年間栗生や中間の医療に尽力つくした。川村医師引き上げ後は、大正から昭和初期まで嘱託医として医師7名を雇入れたと記録がのこっている。昭和初期から終戦後までは出張所を開設し代診医制をとったと思われる。そして昭和24年、現在の栗生診療所は区営診療所として開設された。県立病院産婦人科医師の派遣が開始され、最初は民家を借り受け診療していた。戦後の混乱期はまず食べることに困る時代の診療所の開設。栗生での医療に対する熱意がうかがえる。その後町立に移管して約30年がたつ(昭和44年、屋久島栗生へき地診療所と診療所名が変わる)。その間、県医師会によるスタッフ、鹿児島大学第一内科からの派遣医師(1ヶ月交代)、華僑大学の里先生(11年間)らが任務をまっとうされてきた。そして平成8年からは藤村憲治先生が診療所長として活躍されている。我々は今回、藤村先生にご指導いただいたのである。

栗生診療所の診療時間は月～金曜が 8:30～0:30 14:00～17:00 土曜が 8:30～12:00 である。藤村先生は放射線科・内科が専門で、診療も内科的。患者さんとのおしゃべりをしている間に血圧測定、聴診等をすばやくこなされていた。会話の内容がこれまたとてもほのぼのしている。釣りに行って何が捕れた、釣りにいつ行く、畑で何が採れた等である。患者さんをご近所のおじいちゃんおばあちゃん、という感じでお互い遠慮がない。双方が自然

体なのである。我々は午前中このような診療風景を見学させていただいた。

診療所内は想像していたより広く、設備も整っていた。藤村先生が放射線科専門ということが大きく反映されていたのだが、ヘリカルCTが設置されていたことが驚きであった。その他、電子内視鏡(胃ファイバー・大腸ファイバー)・超音波・X線透視装置等の主要器機が保有されていた。また、鹿児島大学からの応援があり月2回耳鼻咽喉科の外来がもうけられている。診療所スタッフは医師(藤村先生)1人・放射線技師1人・看護婦6人・医療事務1人・事務2人の計11名。病床数は2床で、一泊の救急患者は受け入れられる体制となっているが、高次救急患者はほとんど鹿児島に送る、とのことである。休日診療については、医師会加入診療所間で協力して在宅当番を決め、休日でも島内のどこかの診療所に医師がいるという形をとっている。患者さんがゼロになるのは2年に1回くらいだそうだ。休日でも夜間でも患者さんは先生を求め診療所を訪れるのである。藤村先生の自宅は栗生診療所に隣接して建っているのだ。

遠隔医療について質問したところ、現在準備段階で、鹿児島市内の主管病院と一度画像を送りあってはみたがもう少し改善の必要性がある、とおっしゃっていた。藤村先生は前述のとおり、放射線科専門であった経験を生かされているため、画像診断に関してはそれほど問題にはならないそうだ。「遠隔医療と言っ てはいるが、それは都市部の大病院を主観にした医療であって、あくまでも都市部の病院から見た視点である。こちら(僻地)にとっては遠隔医療なんて遠隔でもなんでもない。時には多数の先生のオピニオンが必要になることもあるだろう。しかし、ただ画像を送り診断を求めるとするのは医療では無い。画像を送っても、それを送られた側もとても忙しい。画像を送ってすぐに意見をもらえるものではない。結局は画像を送られた相手側の都合に合わせて患者さんが左右される。今ここで、一番求められているのはそんなものじゃない。我々は、今ここで人材を求めている。遠隔医療の発展を一と言うぐらいなら、人をよこして欲しい。患者さんにとっても、目の前で自分を診てくれ治療をしてくれる人、そんな人が必要なんだ」と。

午後は藤村先生と看護師さんの2人による訪問診療について見学させていただいた。診療所まで来所するのが困難だろうと思われる患者さんを藤村先生が判断し、週に1度患者さんの自宅に往診しに行くのである。我々は、藤村先生のご配慮で、訪問診療を行ったある患者さんのお宅におじゃまして、2時間ほどお話しする機会を得た。「藤村先生は、夜中でも、いつでも電話すると家まで飛んできてくれる。安心していられる」と、在宅酸素療法を行っているその患者さんは笑顔でおっしゃっていた。屋久島は台風のめっかである。「台風が直撃しそうな晩には藤村先生が来てくれて、停電の可能性もあるからと充電式の酸素療法器機の説明をしに来てくれた、まえもって説明はうけていたんだけど、また確認しに来てくれた」とのこと。

また、「夜中に呼吸困難になり藤村先生に連絡すると、このときも飛んできてくれた」そうである。「往診じゃない日にも、近くを通ったから来てみたよ、と会いに来てくれて、私(患者さん)は夕食中で食卓についていたけど、先生は私の背後に回って聴診するんですよ。私

は右手にはしを持ってね」と。診療 所内だけでなく患者さんの家庭内においても、お互いの遠慮は感じられなかった。このような患者さんのお話だけでなく、実際に訪問診療中の藤村先生と患者さんの言葉のキャッチボールややりとりをみていると、実にからっと医師が地域住民の生活の中に入り込んでいて、そのほのぼのとした空気が我々にとってもとてもこちよいものであった。

患者さんはこうもおっしゃっていた。「屋久島病院ができましたが、あの病院に行ったことはない。あそこは家から遠い。私には近くに私のことをよく わかってくれている先生がいる。藤村先生がとんで来てくれる」と。藤村先生のことを信頼しきっておられる気持ちが現れていると感じた。またこうもおっしゃ っていた。「それに、救急じゃなくても何か大きな検査を受けるときには、屋久島病院には行かずに藤村先生が紹介してくれる鹿児島の病院に船に乗っていく。私 は昔からそうしてきたのです」と。屋久島病院まで車で 1 時間ほどかかるとはいえ、海を渡って鹿児島に船で行くよりははるかに近く便利なはずである。結局は 医師との信頼関係で成り立っているのが地域医療なのだなどと強く感じた。また、訪問診療の帰り道に車で移動中も、農道等ですれ違う住民の方々はみなさん、藤 村先生だとわかると「おーい!先生!」と手を振り、先生も「元気か〜?」と声をかけていた。そのやりとりが、自然あふれる屋久島の光景に実によくマッチし て馴染んでいて、とても温かいものを感じた。

藤村先生は平成 8 年に栗生診療所長になられて以来、住民の健康維持と地域医療の充実に尽力をつくしておられる。介護支援専門員(ケアマネー ジャー)の免許を持っていらっしゃるし、平成 12 年には明治以降の屋久島西部地区医療の概要を含め栗生診療所要覧を作成されている。先生はおっしゃられて いた。

「地域医療をしたい、何がしたい、という自分本位の考えだけでは本当の地域医療はやれない。長続きもしない。結局は地域から僻地から離れていつている。 医師とはいえ、その地域に住み生活するひとりの人間なんだ。人は一人では生きていけない。その土地で一人で生活することはできない。最近屋久島に魅せら れ移住してくる人も多いが、新たな土地に移り住み、地域になじまず孤立した生活を送っている人は結局その土地の人間になりきれていない。地域の住民の中に入っていかなければ。地域と一つになる努力や協力が不可欠なのだ。だから、地域医療を本当にしたいのなら、考えて考えて、“住む決意”をしなさい。“想 い”だけではだめだ。では、私が “決意”するためにどうしたか。その栗生という地域を知ろうと考えた。そして歴史を学び、地域性や住民性を知る努力をした。知って理解した上で、決意し、 私もここの住民として生活することにした。医師としてこの地で生活するということは、住民や患者が地域社会の中で健康に生きるためのケアと教育を担うとい うことである。それが医師のなすべき仕事であり使命である。とはいえ、住民の健康的な生活は私一人が作り上げられるものではない。医師一人がすべてを変え ようとしてもできない。だから、教育が必要なのである。私は住民をよんで健康講演を繰り返し繰り返し開いた。住民と一体になって、教育を行うのだ。その教 育を担うのが地域医療を充実すべく医師の仕

事なのだ。私は医師です。しかし医師が住民皆さんの生き方や健康をどうこうできるものではない。いかにして豊かな人生を送るのかと、ひとりひとりの意識変革が一番大切なのだ。」

「今の時代、死生観を持たない人がほとんどだ。豊かな死を想像してみなさい。誰しも自分の家の畳の上で死にたいと願っている。私はそれをみとりたいのだよ。」

この最後の一言が、今も私の心に深く響いている。地域医療の本質を覗かせていただいた思いでいっぱいである。

## 対馬編

### 班員構成

M3 中村 真由美

樋口 華奈子

(他参加者 M3 田中 俊江、本村 良知、森 桂、森 恩 )

### 日程

8月16日(金) 福岡発

17日(土) 対馬比田勝着～上対馬病院～中対馬病院～対馬巖原病院～老人保健施設結石山荘～診療所見学

18日(日) 観光、対馬巖原発、福岡着

### 対馬の概略

北は朝鮮海峡を隔てて朝鮮半島に面し、南は対馬海峡を隔てて九州本土に面している対馬は、南北約82km、東西約18kmの細長い島である。面積は704.94km<sup>2</sup>で、佐渡島、奄美大島に次いで全国第3位という広さを持つ。

福岡までの距離は約147kmであるのに対し、韓国へは約49.5kmの距離にあるという対馬の歴史は古く、史書では魏志倭人伝の昔にさかのぼる。昔から海の民として漁業を生業とし、海を生活のメインとする漁村のシステムが確立されていた。しかし島の殆どは山野であり、また海岸線はリアス式に入り組んでいるため、各漁村同士の交流は難しく、部落として点々と存在している村々の交通は主に小船で海を渡る他になかった。

それでも対馬は豊かな島だったため、藩政期には3万人だった人口はS35ごろには7万人ほどにもなった。しかしそのころをピークに、農村の崩壊、そして引き続く漁村の崩壊により人口は激減してしまう。現在は人口約4万5千人、高齢者率も22%と高い値をとっており、医療充実度が益々必要とされているが、未だに病院(診療所)をもたない部落が存在しており、さらに地形的な問題によって救急車の搬送が40分もかからざるを得なかったりするなど、救急搬送や高齢者の通院にも多くの問題を抱えている。

今回の研修では、S58年から10年間、対馬の地域医療のためにご尽力された森俊介先生に案内して頂いた。森先生は対馬いづはら病院で整形外科医として勤務されるかたわら、各部落を回って医療の啓蒙にも努め、毎週健康教室を開いて住民の健康増進のために邁進された。その健康教室の開催回数は、のべ1000回という驚異的な数字をほこる。その後、

長崎県立諫早病院の院長などを務められた後、現在は長崎ウェスレヤン大学の福祉コミュニティ学科の教授と長崎大学医学部の非常勤講師を兼務され、対馬をはじめとする新しい離島医療システムを構築するというさらに大きな事業に取り組まれている。

### 長崎県離島医療圏組合の設立と運営、長崎県養成医師

対馬について詳しく述べる前に、まずは長崎県の離島医療について説明しなくてはならないだろう。

長崎県は、大小約 600 の島々（有人島は 59）があり、日本で最も多くの島を抱える県である。かつて地理的・経済的に不利な条件にあり、医療も本土との間に大きな較差があった。

S35 年頃より長崎県（特に衛生部）は、離島の保健医療を充実させ本土並みに向上させるためにプロジェクトチームを作り、これまでの離島の市町村が主として行ってきた病院経営・診療所経営と、県が別の立場で行ってきた保健医療を一体化し、限りある医療資源、医療財政の中で、国の財政的な支援、県と市町村の効率的な財政負担の分配を行い、良質な地域医療を展開するための「医療圏」構想を立てた。

まず、各圏域（上対馬、下対馬、上五島、下五島など）の基幹病院の整備と医療の充実を図るため、施設の老朽化の解消や増床を行った。しかし医師の慢性的不足は解消されず、また経営面でも不安定な状況にあった。そこで、「医療圏」構想の仕上げとして、「長崎県離島医療組合」を県と関係市町村が一体となって設立し、医療施設の経営を広域的に処理することとし、この際、長崎県医学部、医師会、国立病院など関係機関との連携、協力を一層強力に進めることにより、医療施設の充実、医療従事者の確保を図り、離島の医療問題の積極的解決を図ることとした。県では S42 年 12 月議会で、関係 1 市 17 町 3 村では S42 年 12 月～S43 年 3 月 13 日に許可申請、4 月 1 日付けで自治大臣許可を得た。

その後医師不足の解消のため、S45 年 4 月長崎県医学修学資金貸与制度を創設、S47 年 4 月自治医科大学派遣制度を創設し、また S49 年 10 月離島医療 医師センター事業が発足して、離島の保健医療の充実が進められていった。

離島医療の充実をはかるためには、なにをおいても医師を確保する必要がある、S45 年 4 月長崎県医学修学資金貸与制度、S47 年 4 月自治医科大学派遣制度 が創設された。これらの制度は、医学部在学中に奨学資金の貸与が行われ、卒業後は奨学資金貸与期間の 2 倍あるいは 1.5 倍の期間をもって、離島における病院・診療および本土の公立病院の勤務することを義務付けられるものであった。

第 1 期生は S51 年に卒業し、2 年間の国立長崎中央病院におけるスーパーローテート方式の初期研修を終了した後、S53 年 4 月に長崎県離島医療圏組合病院に赴任した。多くの養成医師が、離島の地において住民を主体とした地域医療を展開し、大きな成果をあげていった。現在も離島医療に従事する医師のほとんどが自治医科大学出身である。

### 病院見学

対馬には、長崎県離島医療圏組合（後述）に加盟している総合病院が 3 つある。北部にあ

る上対馬病院、中南部にある中対馬病院、南部にある対馬いづはら病院である。(図1)



### (1) 上対馬病院

開設はS43年、対馬の最北端に位置する一般病床数95床(うち、CCU1、NICU2、ICU3、準ICU3、特別室2を含む)、職員数124人(うち、医師7名、助産婦4名、看護師56名、PT1名、OT1名含む)の病院である。医師の専門は内科3、外科2、小児科1、産科1であり、以前は加えて整形外科医が一人いたが、4月から0人となった。その他の診療科は現在、精神科、眼科、泌尿器科、神経内科にDrが週一回派遣されて来ていて、整形外科、皮膚科、脳外科は休診状態である。

上記を見ても分かるとおり、最も大きな問題は医師の確保である。例えば脳外科のDrは対馬中南部にある中対馬病院と兼任であるが、2病院間は車で2時間もかかってしまうほど離れている。また、それ以外の派遣医も、対馬南部にある対馬いづはら病院や、国立病院長崎医療センター、福岡大学病院外科などに応援を頼んでおり、医師の確保が極めて困難な様子が明らかである。その中でも特に問題なのは現在の整形外科医不在であり、住民からの大変強い要望が絶えないにもかかわらず整形外科医確保のめどがたっていない状態となっていて、病院側も大変頭を悩ませている。

また、経営の問題も大きな課題として残っている。

対馬は南北に長い島であるが、中心地はかなり南部に偏っている。そのため、残り二つの

総合病院はここから道なりに 100km 近く離れたところにしかない。その分、対馬の約半分の面積を担わなくてはならないという使命もあるが、逆に北部は過疎状態であり、さらに患者さんが南の都心部へと流れていくため患者数は多いとは言えないようだ。(例として、全身麻酔による外科手術は年間 30 例、分娩は年間 70 例) そのため、県から年間 1000 万円の赤字を補填してもらっている状況である。

しかし、対馬北部の医療を担っているのはまさに上対馬病院である。そのため、二次救急、人工透析、リハビリテーション、人間ドッグ、学校医、住民検診、といった医療サービスを提供し、訪問介護ステーション、在宅介護支援センター（運営委託）を併設して地域包括医療を実践している。

## （２） 中対馬病院

S13 年に設立されたのち厚生省管轄となり、S30 年ごろは国立対馬病院という名称で対馬最大規模の医療を担っていたが、平成 12 年に離島医療圏組合に加盟したと同時に中対馬病院と改称された。

病床数は 139 床（一般 90、療養 37、結核 8、感染 4）、医師数 9 名（内科 3、外科 2、皮膚科 1、眼科 1、小児科 1、透析 1）である。また、派遣医としては脳神経外科、耳鼻咽喉科、整形外科、泌尿器科、循環器科を同じく国立病院長崎医療センター、福岡大学病院、いづはら病院に要請している。

ここで日常的に行われている治療としては内視鏡的治療、高圧酸素治療、デルマレイ、腹腔鏡手術といったものがある。対馬で最大の対馬厳原病院とは 5km と離れていないため患者の確保が難しい面もあるが、対馬空港に最も近い病院として、また最も古くからある総合病院として対馬の中核病院の一つを担っている。

## （３） 対馬いづはら病院

S43 年に設立された、病床数 208 床（一般 158、精神 50、ICU8、NICU2、人工透析 13 含む）、職員数 262 名（うち、医師 23 名、看護師 145 名含む）の、対馬最大の総合病院である。診療人口は 42000 人とも言われ、規模、機能ともに対馬医療の中核を担っている。

日本外科学会認定医制度修練施設、日本整形外科学会認定制度研修施設、日本外科学会専門医制度研修施設にも認定され、また僻地中核病院、救急告示指定病院（二次救急）、老人性痴呆疾患センター、地域災害医療センターにも指定されている。対馬いづはら病院で特筆すべきことはなんといっても遠隔医療システムであろう。これは改めて章立てをして記載したい。

### 遠隔医療システム

離島という地理的に不都合の多い地域は、あらゆるネットワークやシステムを構築して、より質の高い医療を提供する努力を行っている。それが遠隔医療システムである。一口に言ってもさまざまなものがあるが、ここでは対馬いづはら病院が行っているものを例にとる。

#### 〈1〉ヘリコプター搬送システム

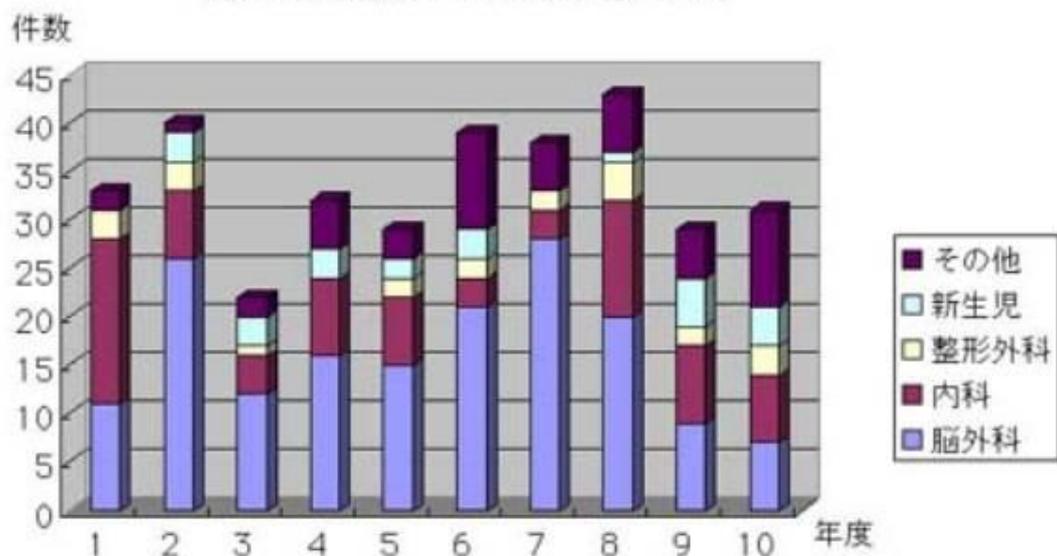
現在のヘリコプター搬送システムは、長崎県、離島市町村、海上自衛隊、国立大村病院（現在の国立病院長崎医療センター）など関係機関の協議にて開始された「しまの救急患者輸送確保対策事業」により構築された。最初は S35 年に海上保安庁のヘリコプターにて未熟児の搬送を行ったことに始まる。当初は、未熟児等の搬送が主体で年間 20 件程度であった。1986 年以降から年間搬送件数は 100 件を超え、最近では 150 件前後になっている。

対馬の患者の搬送は、国立長崎中央病院（現在の国立病院長崎医療センター）へが多いが、飯塚の脊髄損傷センターなど、福岡への搬送実績もある。（図 2）



例えばフェリーだと福岡—対馬間は 147km、約 4 時間かかるが、ヘリコプターだと対馬から脊損センターまで約 15 分である。その圧倒的な機動力によって、ヘリコプター搬送システムは遠隔地搬送に大きな貢献をしている。

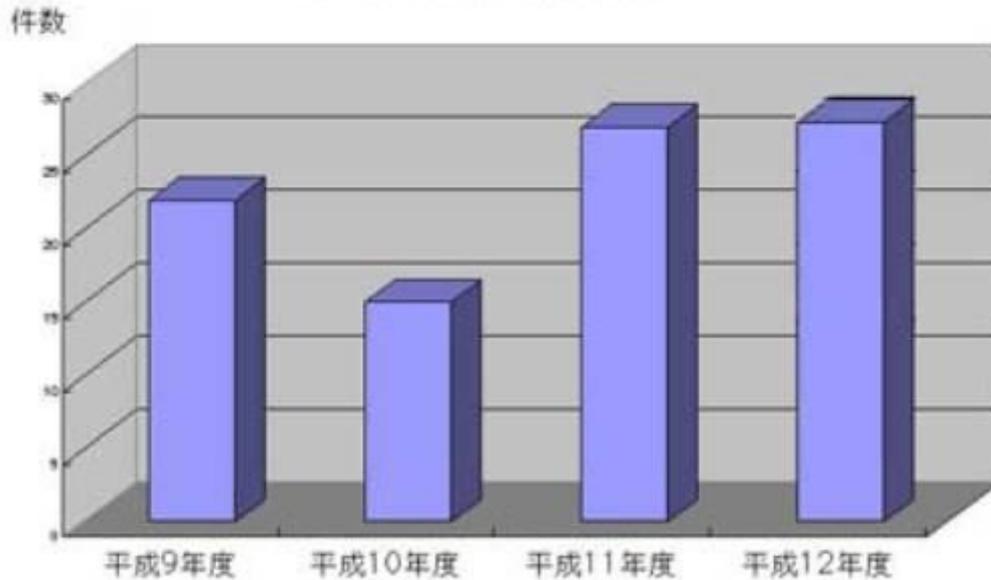
## 島外患者搬送の診療科別内訳



### 〈2〉画像伝送システム

心筋梗塞患者には、バルーン治療といわれる PTCA 治療（経皮的冠動脈形成術）を施すが、いづらはら病院では、設備の不備や医師不足などから行っていなかった。心筋梗塞は死亡率が高く、素早い治療が必要とされ、96 年までの 3 年間の死亡率は 15.8% だった。1997 年 7 月から、福岡徳州会病院（福岡県春日市）との間で、島内の心筋梗塞患者の緊急治療などに通信画像を活用した遠隔医療システムを運用。これまでに 62 人の治療を行い、死亡ゼロの成果を上げている。このほど東京で開かれた第 4 回僻地・離島救急医療研究会でも報告された。

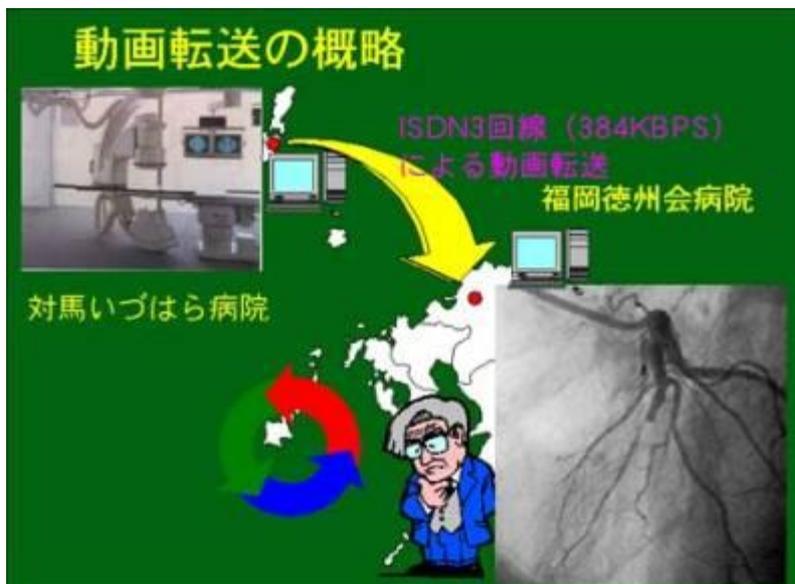
## 経皮的冠動脈形成術



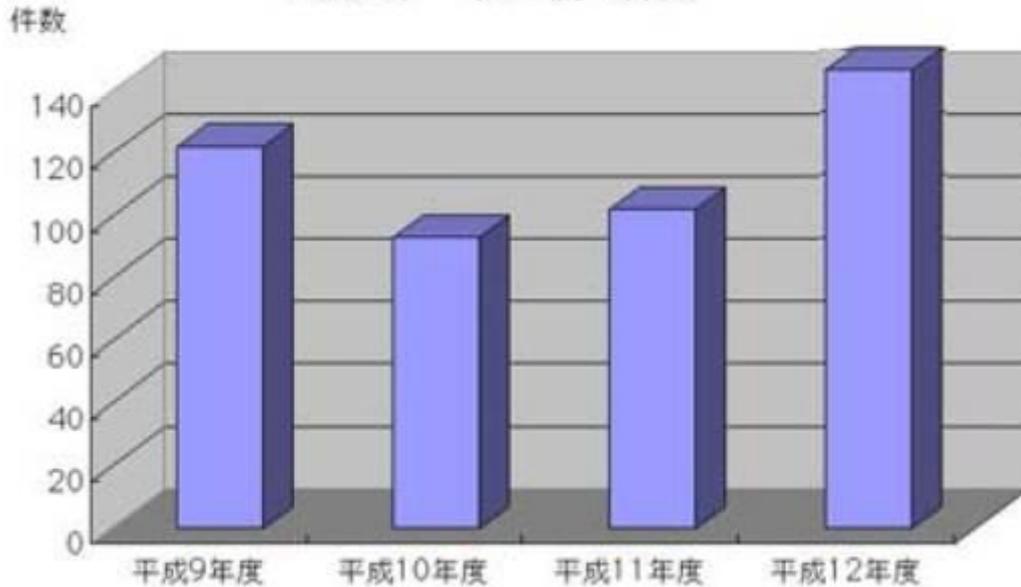
### 〈3〉 動画伝送システム (図3)

画像伝送システムの応用である。現在は NTT の総合デジタル通信回線 (ISDN) で対馬いづはら病院と福岡徳州会病院を直結し、いづはら病院の心臓カテーテル治療室から患部の画像を徳州会病院のモニタールームの送信、その画像をみた専門家が助言を行っている。

福岡徳州会病院は H9 年 7 月に、PTCA 遠隔治療を世界初の 134 例行ったと発表した。(うち 1 例死亡) それ以降、熱海徳州会などが PTCA 遠隔治療を行っている。(図)



### 心臓カテーテル検査件数



長崎県の離島医療はこのような多くの苦労と努力の上に、現在日本でも指折りのシステムとして、日本のその他の地域のモデルとなりまた年々改良されながら、地域住民の健康を担っているのである。

#### 老人保健施設 結石山荘

今までは病院について記載したが、医療を支える施設は病院だけではない。高齢化率 22% という対馬では、老人保健は重要な課題である。

介護保健制度は対馬総町村組合が運営しているが、介護保健サービスの種類はさまざまなものがある。例をあげると、在宅介護をサポートする居宅介護支援や 訪問介護、訪問看護、さらに福祉用具購入費や住宅改修費の支給といったものや、施設に通う通所介護（デイサービス）、通所リハ（デイケア）、さらに施設で生活をする痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）や介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、短期入所生活介護（ショートステイ）といったもの、病院に併設されている介護療養型医療施設（療養病床等）などがある。

今回の研修では、このなかでも上対馬町にある慶長会 老人保健 結石山荘を訪問した。ここのサービスは通所リハ、ショートステイ、介護老人保健施設である。スタッフは介護士、看護師、PT 1 人、OT 1 人である。

介護老人保険施設（老健）は中間施設と言われるが、中間施設では 3 ヶ月ごとのケアプランを組むことになっている。費用は月 4 万 5 千円～5 万円で、介護保険により 1 割負担となっている。生活保護を受けている人は無料にしている。本来介護保険は地域差が無く一定であるが、福岡市の老健はこれより若干高くなっている。それは都会という付加価値や、追加サービス料金が付いているからだそう。結石山荘での部屋代は、個室が 500 円/日、

2人部屋が250円／日である。

利用者数は、デイケアには一日10人、入所者はショートステイも含め80人ほどで、さらに40人が空きを待っている状態である。3ヶ月ごとのケアプランであるが、実際はなかなか回転せず、この空き待ちの方々をどうするかが目下の課題だそうである。そのため、地域によっては在宅介護を勧めたりしている。入所の条件は介護認定を受けていることで、現在の入居者の介護度は3と2で、平均して2.5となっている。(余談だが、特老は4ぐらいである。)平均年齢は84才である。

現在の老人介護は簡略に図示すると、「病院や特老⇔中間施設(老健)→自宅」という形になる。つまり、病院や特老に一旦入った老人は、状態がよくなると老健などの中間施設に移される。しかしそこから自宅に帰る人は少なく、長期にわたって老健に居続けたり、再び病院などに逆戻りしたりするのである。そのため、いつまでたっても施設の飽和状態は解消されないことになってしまう。

その解決策として、いかに老人を家に帰すかが鍵となる。それには、訪問看護などの居宅サービスを充実させることが必要であろう。またそれだけではなく、規模の大きくない少人数の受け入れ施設、具体的にはグループホームのような、5～9人での共同生活をしながら介護スタッフによる食事、入浴、排泄など日常生活の支援や機能訓練をうける施設を増設することも考慮すべきであろう。

対馬の高齢者率は現在の日本平均よりは明らかに高い。しかし、視点を変えれば対馬の現状は日本全体の未来の姿を表しているとも言える。離島での老人医療を考えることは、決して遠い場所での話ではない。私たちにも切実に関わっている大きな問題なのである。

### 長崎県医学修学生ワークショップ

上対馬病院を見学したときの話であるが、偶然、長崎県医学修学生ワークショップという集まりが開催されている場所に遭遇した。これは、学生の離島医療へのモチベーションを高めるために年に数回開催されているもので、自治医科のDrや在島の保健師・看護師・行政事務の方々がアドバイザーとなって、学生同士のディスカッションや発表会を行い、離島医療の現状と問題点について考察を深めてもらうものである。自治医科大学に通っている長崎県の奨学医学生・看護学生は義務参加ということになっている。離島医療に従事しようとする医学生、看護学生が慢性的に不足している現状の打開策としての一つの試みである。終始にぎやかな雰囲気、「離島医療の問題点とこれからの可能性」について議論する様子を見学することができた。

### 対馬医療の現状

いままでは私たちが体験してきたことを中心に述べたが、ここでは文献やデータを示すことで対馬医療の現状について述べたい。

対馬についてのデータを見ると、平成10年の段階で長崎県離島医療組合8病院(上対馬病院、対馬いづはら病院、有川病院、上五島病院、奈良尾病院、奈留病院、五島中央病院、富江病院)の病床総数は970床(S43年比150%)、医師総数97人(S43年比294%)、

うち養成医師43名)、職員総数は747人(S43年比193%)となっており、またS43年から平成10年の間に離島の人口はほぼ半減しているが、入院総数は30万6000人(S43年比167%)と増加している。

施設、設備は、病院がS52年以降に全て新築され、医療設備は超音波診断装置、電子内視鏡、ヘリカルCT、MRI、内視鏡下手術機器、オーディオリングシステムなど最先端の医療機器が導入され、また画像伝送システムによって、常時Tere-radiologyの利用が可能である。医療の質についてもめざましい発展があり、充実した地域医療はもとより、2次医療から一部の3次医療までが展開されるようになってきている。Tere-PTCA(対馬いづはら病院)や脳外科疾患を中心とした救急患者のヘリコプター搬送などは離島にしながら本土並みの医療が展開される時代になった。

しかし、前述したように、問題点も数多く残されている。それは慢性的な医者不足、住民の高齢化・過疎化、交通網の不便さなどである。これらは医療界だけではなく、行政的なサポートが必要となってくる面もあり、これからの重要課題として真摯な取り組みが望まれている。

#### 対馬医療の今後

H16年、町村合併によって対馬の各町は合併して対馬市になる。このことにより、病院間での収入の格差を是正することになる。現在いづはら病院のみ黒字で他は赤字のため、その赤字補填にいづはら病院での黒字分を回すことにするのである。また、町村合併に際して250億円の予算が国からおりる。その予算を使って、対馬全体の検診情報を一手にまとめる検診センターをつくる予定になっている。そこでは全島の基本検診(血液、尿、腹部エコー)の情報を蓄積、共有することで、検査データの重複を減らす目的となっている。現在の制度では各病院ごとに検査をする仕組みになっている。そのため複数の病院にかかっている場合は、基本的な検査も重複してしまうからである。また、研究目的にも役立つことが予想される。例えば対馬にはHTLVが優位に多い。そういった地域集積性のある疾患に関して膨大なデータが一箇所に集まっていれば、非常に意義深い研究ができる可能性がある。

また、医師派遣に関しては長崎大学では「医局派遣をやめよう」という動きが出てきている。例えば現在、九州大学に入局する数は160人いるが、長崎大学に入局する数は定員の6割程度しかない。そうすると都心部にばかり医者が集中し、離島といった過疎地にはますます医者が減少してしまう。そのためには、医局をこえて北部九州内で医師派遣ができる組織づくりを進めて、医療の不均衡を是正しようとする考えである。さらに、島内病院をオンライン化してネットワーク構築しようとする動きもある。二次医療圏としていづはら病院を中心とする流れである。次に詳しく説明する。

#### マルチメディア・モデル医療展開事業

郵政省が推進するマルチメディア・パイロットタウン構想に基づいて、通信・放送機構、長崎県、厳原町、対馬いづはら病院等が共同研究者である三菱電機株式会社の協力を得て、

巖原町をフィールドに在宅介護支援システムを利用して病院と在宅療養者などを接続し、実際の利用を通じて運用データの収集と分析を行い、マルチメディア医療のモデル実験を行う。

## 実験の概要

### I 在宅医療支援システム

ISDN回線、アナログ回線、無線回線を利用したマルチメディアネットワークを構築し、病院や出張診療所端末と、在宅療養者宅を接続して、テレビ電話による問診やバイタルセンサーによる体温、血圧、脈拍、心電図等や、手入力による体重、体脂肪、歩数、尿検査結果等在宅療養者の基礎データを収集して、医師が在宅療養者の容態を迅速かつ的確に把握できるようにする。また、これらの医療情報について、医師、看護師、在宅療養者、在宅療養者の家族等それぞれに対応したデータの保護を行ったセキュリティ管理を行う。

### II 在宅介護支援システム

在宅介護支援センターや社会福祉協議会などの施設に設置した医療情報端末と、保健婦やホームヘルパーが訪問した際の介護支援や、在宅介護支援センターの看護師や病院の医師からのリハビリ指示などのできるようにする、併せて、これらについてのセキュリティ管理を行う。

### III 健康管理情報システム

在宅医療支援情報などのデータベースとも連動した、一般住民の健康管理データベースを構築し、公民館などでの集団検診データの自動入力や管理が出来るようにして、医療機関や福祉機関が随時参照できるようにする。また、住民への保健指導や各種統計資料の作成にも活用し、併せて、これらについてのセキュリティ管理も行う。

### IV 期待できるもの

病院側では

- ・ 在宅療養者の健康状態を詳しく把握して、診療に役立てることが出来る。また、出張診療所から病院への検査結果の照会や、医師同士の協議による適正診断が期待される。
- ・ 日常の健康データの管理が楽になる。

在宅療養者宅では

- ・ いつでもお医者さんの顔を見ながら安心して医療相談ができる。
- ・ 自分の体調データも簡単に計測・入力でき、体調の推移も確認できる。
- ・ 機械は指で画面を触れる使用方法で、難しい操作は必要ない。

以上が現在構想されているマルチメディア・モデルである。これらのさまざまな例のように、対馬の離島医療は常に新しい可能性へ模索を続け、実践を積み重ねてさらによりよいものへと変化し続けている。そしてそのときに行政や企業といった多くの共同者が存在することが、質の高い医療を提供する上で大きな支えとなっているであろう。

対馬＝漁村のシステム。つまりそれは農村と違い、外からの人間を受け入れる社会である。対馬の医療を考える際、「相互扶助」という言葉がキーワードとして浮かび上がってくる。

る。そしてそれはおそらく、わたしたち本土に住む者もけして他人事ではなく、よりよい医療を築く際の方向性の一つとして考えておくべき事柄であろう。

### 各島々の比較

比較と一口で言っても切り口は本当に多様であると思う。よって、この場では私たちが今回感じてきた、私たちの意見を述べようと思う。この報告書を読んで興味を持った学生は、ぜひ多くの島々を訪ねて行ってほしい。そして自分の目で感じ、肌で感じて自分なりの考察を深めていってほしい。これが今回、未熟ながらも初めて複数の島を訪問して比較するという活動に挑戦した私たちの切なる願いである。

例えば今回の研修で言うと、屋久島は鹿児島県に属していて、総合病院を持つという意味で離島医療を担っているのは私立である屋久島徳州会病院であった。ヘリコプター搬送や夜間の二次救急を一手に引き受け、本土並みの高度医療を提供しようとしている姿勢はとても意味のあるものであろう。また、医療はサービス業であるという姿勢を徹底し、まるで企業のように朝の訓示を全員で唱えるなど職員の統制がとれている様子は私立病院ならではのものだった。

しかし、地域の住民の生活に真に根ざし、昔から住民の健康を支えてきていたのはやはり診療所であろう。今回私たちは、まるで赤ひげ先生のように地域の住民から慕われている医師を見た。慢性の苦痛を抱える老人たちが、楽になった、安心したと言って笑顔で帰っていく様子を見た。急を要する病気ではないのかもしれないが、しかし健康を害して日常生活で困難を抱えているときに患者さんの苦しみを少しでも楽にしていけるのは、やはり気軽に通える診療所であった。そういう意味では、診療所の重要さはやはり大きいものがある。

その点で言うと、私立の総合病院と公立の診療所ではまだまだ連携の不十分さ、お互いを理解しあう姿勢の弱さを感じざるをえなかった。また、保健所などに話を聞いても、はっきり書くと「徳州会はなにをするものぞ」といった、情報や協力体制の不透明さ、弱さが垣間見える場面が多かったかもしれない。

その面から比較すると、対馬は長崎県に属しており、離島医療は主に公立の病院の担うところが大きい。この私立と公立の違いは県ごとの政治的問題も絡んでくるそうなので深くは述べられないが、この体制の違いで現れてくる医療の姿も違うような気がする。長崎県の離島医療は日本国内でも指折りのものだそうだ。インターネットで「離島医療」を検索しても長崎県が本当に多くヒットする。それは長崎県が多くの離島を抱えており、離島医療に関して古くから県を挙げて取り組んできたからである。そのため「離島医療圏」といった枠組みがきちんと出来ているし、遠隔 PTCA やネットワーク構想など、新しい試みがどんどん実践されている。病院—診療所連携も比較的スムーズだと思った。ただ病院—診療所連携については、現在多くの診療所が総合病院からの派遣医ということも関わっているのかもしれないと思う。今回は日曜日だったため、診療所の医師に話を聞く機会が無かったのは少し残念だった。

その分、今回の研修では総合病院の院長、副院長や、医療センターの総合診療部長など重要なポストを占める Dr 方のお話をたくさん聞くことができた。そのときに一番驚いたのは、全ての先生方が離島医療に対して本当に誠心誠意取り組んでいたことだ。問題も多く抱えているであろう大変な離島医療という分野だが、全員が自分の問題、使命だとして自分の全てをかけてとりくんでおられた。さらに驚くべきことは、今の現状に満足せず、さらによりよく新しい医療システムを構築しようと意欲的に取り組んでおられることだ。実は彼らのほとんどは、前述の長崎県養成医師の初期研修生出身であるそうだ。彼らは医師になった当初からの精神を持ち続けることで、現在の長崎県の優れた離島医療システムを作り上げてきたのである。

「本気で離島医療に関わりたいと思う人が出てくるのは 10 年に一人でもいい。その一人の人の情熱が周りを動かし、大きな流れとなって未来に繋がっていきます。」  
と、ある Dr がおっしゃった。

「でも、やはり同じ目的をもった仲間がいるのは本当に心強い。」 「ようやく今から、自分の理想とする医療を創り上げていけるんだよ。」

とまるで青年のような笑顔で語った先生方の笑顔が印象的だった。今回私たちが訪れたのは屋久島、対馬の 2 島だけであった。しかし日本にはさらに多くの離島が存在する。毎年のように熱研の研修先にあがる島も壱岐や石垣島 などがあるし、他にも興味深い島々はたくさんあるに違いない。

例えば壱岐は、昔は医師が充足していたので離島医療圏組合には加盟していなかったそうだ。しかし近年、加盟を希望していると聞いた。壱岐が以前には医師が充足していたというのは初耳だった。それは何らかの歴史的背景や地理的背景が関わっているのだろうが今回はその調査までは至らなかった。また、未だに無医島であるところもたくさんある。屋久島の近くの小さな島では最近まで医者がいなかったが、近年屋久島で定年まで勤め上げた老医師が移り住み、そこでの医療に一生を捧げる決心をされたという。他にも、以前沖縄医介輔班が素晴らしい報告をしたように、独特の医療がなされている地域もまだまだ存在するだろう。あるいは沖縄では未だシャーマン的な存在も大切にされているという話も聞く。

このように、一口に「離島医療」と言っても、その地理的条件、気候、風土、文化、歴史、そこに住む人々など多くの要素が絡まりあい、多様な形態をとっているのだと思われる。そして医療を担う立場もさまざまであり、あらゆる角度からのアプローチが存在するのだと知った。その立場に優劣はないだろう。それぞれの持ち場でそれぞれの役割を果たしているのだから。そしてそのようなさまざまな role が絡まりあい、係わり合いながら医療の実態を形成している。そのときにやはり重要になってくるのは、相互の立場の理解、そして協力であろう。一つの決まった形に統一するのは難しいし、また意味も無い。各地域の多様性はあまりに大きいからである。そのなかで、各地域に合ったよりよい医療を考えていくこと、そのために立場の違いをよい方向に生かし「相互扶助」していくことが重要な

のではないかと感じた。そしてその上で、曖昧模糊とした「地域医療全体」をよりよいものにしていく方向性が見えてくるのではないかと思う。

最後に、今回お世話になった方々に深い感謝の意を表して、結びの言葉とさせていただきます。どうもありがとうございました。

## 沖繩班

### 活動目的

戦後沖繩が独自にもつ「医介輔」（いかいほ）制度を通して、地域医療の現場を見学し、医療と社会の接点にふれる。

### 参加者

森 桂 （九州大学医学部 5 年）

高嶋 秀一郎 （九州大学医学部 5 年）

### 研修地

久米島 美崎診療所（宇江原総健 先生）

<お詫び>

夏の活動に向け美崎診療所と連絡をとりながら準備しておりましたが、久米島の医介輔でいらっしゃる宇江原総健先生が7月頃体調を崩されました。しばらくご様子をうかがっておりましたが、先生のご体調を考えあわせ、最終的に熱研としての訪問は遠慮させていただきました。現在も先生は沖繩本島の病院で療養され、美崎診療所では御家族がかかりつけの患者さんへの処方や、最近設立された公立久米島病院をはじめとした他の病院への紹介をなさっているそうです。戦後126人が医介輔となり、その後の沖繩医療の一端を担ってきた、その方々の軌跡をこうして50年たって少しでもなぞらえることができればと思い準備しておりました。沖繩で現在診療されている医介輔は、北城1人、黒島1人とお聞きしております。今では、琉球大学医学部や自治医科大学、中部病院など沖繩をとりまく医療体制も大きく変わりました。人々の善意とそれにもとづく努力によって成り立つ社会の形として、医介輔やその後の沖繩医療に触れることができ、沖繩班としての活動は今回見送ることになりましたが、美崎診療所の先生・御家族の方々をはじめ、OBの先生方、部員の方々には大変お世話になりました。予定していたご報告ができず心からお詫びしますとともに、皆様方に深く謝意を表いたします。

### 沖繩の医介輔・医師養成の変遷

戦前 本土、満州、朝鮮、台湾の大学・専門学校で  
医師養成

県内医師数 163 人

終戦時の県内医師数 64 人（人口 10 万対 13

1945 人）

医師助手・医官輔（医介輔の前身）

1951 介輔制度開始（医介輔 126 人登録）

契約学生制度

琉球大学開学  
(1950)

琉球公費学生制度  
国費学生制度

保健学部設置  
(1968)

本土医師派遣制度

1971 介輔制度の存続決定

1972 沖縄本土復帰

医学部設置 (1979)

1 期生卒業 (1987)

医介輔 11 人

県内医師数 2189 人（人口 10 万対 170.6 人）

1996 全国医師数 240,908 人（人口 10 万対 191.4  
人）

終戦直後、極端に疲弊した医療体制に対し、当時沖縄を統治したアメリカ軍政府は医師でない者にも医業を特例で認めた。戦時中の衛生兵、医師の手伝いをしてきた者、医学校中退者など医療の経験を有する者に「医師助手」という資格を与え、医療に従事させた。この医師助手（Assistant Doctor）が、後の医介輔となり介輔制度をなしている。並行して医療者育成のため、アメリカや日本からの資金により、本土への留学制度や医学部設置、医師派遣、公衆衛生看護婦の養成などが行われてきた。医介輔は沖縄返還後もその身分が保障され、僻地・地域医療に従事している。独自に研修を積みながら、地域によってマラリア撲滅や離島の 1 次医療の要として活躍されてきた。Assistant Doctor は国外でも見ることができる。多くは医介輔のように僻地での一次医療、公衆衛生、母子保健、産業保健、臨床検査等、各分野で役割を担っていた。また、医介輔を含めた沖縄の保健人材確保の経験を、国際協力の場での実践に結びつける研究をされている先生もいらっしゃる。戦後沖縄のプロセスが日本のもつ知恵として、今後国内・国外へ活かされるのではないかと期待している。

## 台湾 Exchange 班

### 目的

台湾の陽明大学の医学生と交流し、台湾の医療現場を肌で実感するとともに、医学生という中立的な立場から日本の医療現場との比較を行う。また、台湾の文化、人々、習慣に触れる。

### 日程

台湾訪問：2002年3月6日～3月13日

受け入れ：2002年7月

### 班員

平峯 智 (S2)

西田 有毅 (S2)

豊福 千賀 (S2)

### 活動概要

台湾訪問；

3月6日 日本出発、台湾到着、Welcome Party

3月7日 台北市民病院および台北市民病院鍼灸研究センター見学、故宮博物館見学

3月8日 陽明大学生化学研究所見学、微生物学および免疫学研究所見学、漢方薬研究所見学、Culture Night

3月9日 和信癌センター見学、淡水観光、Kunatu Temple, Tour of East-Taipei

3月10日 Tour of North part of Taipei

3月11日 台湾大学医学部附属病院見学、蒋介石記念公園、龍山寺

3月12日 Paper Presentation、Free Tour、Farewell Party

3月13日 台湾出発、日本到着

受け入れ；

台湾陽明大学との Exchange Programme は、もともと産業医科大学の国際保健研究会が中心となって毎年行っているものである。九州大学からは、熱帯医学研究会が4年前に初めて参加して、今回は1年ぶりに4回目の参加となった。春季休暇中に日本側の学生が台湾を訪問、夏季休暇中に台湾の学生が日本を訪問する。主な活動は病院や研究所の見学、Paper Presentation、観光である。今回は台湾訪問、受け入れともに、産業医科大学と合同で実施することとなった。

### 台湾訪問報告

#### ☆台湾について

台湾は日本の南西、日本とフィリピンのちょうど中間に位置する四国ほどの大きさの島

上にある。北部は亜熱帯で、南部は熱帯の気候である。日本との時差は 1 時間である。2001 年 6 月で総人口は 2230 万、人口密度は 617 人（世界 2 位）である。最大都市は台北で 264 万人、ついで高雄で 149 万人である。総人口のほとんどを漢族が占め、そのほか 9 つの主要な先住民がいて総人口の 2% 弱を占める。

早い時期に移住した漢族、すなわち「台湾人」は、広東省から来た客家（総人口の 15%）と福建省から来た南福建人（同 70%）の 2 つのグループがある。1949 年、中華民国政府とともに中国各地からの移住者が台湾に移ってきた。これらの移住者は「外省人」（大陸人）とされ、総人口の 15% 弱を占める。今ではこの 4 グループ間の対立はほとんどなくなってきている。

台湾の公用語は、北京方言にもとづく普通中国語で、ほかに南福建語（しばしば台湾語とよばれる）と客語の主要 2 方言が話される。台湾では様々な宗教が信仰されている。なかでも特に信者が多いのは、仏教と道教で、ついで一貫教やキリスト教などがある。

### ☆わたしが見た台湾（文責 S2 豊福）

私達はこのプログラムで台湾の陽明大学医学部の学生と交流し、毎日いろいろなところに連れて行ってもらった。主に台北市街地を見て回った。最初、台湾の国際空港は郊外にあり、周りは田んぼしかなかったため、なんだか田舎だなあ、と思った。空港はすごく立派で新しかった。車で台北市街に近づくとつれ、あまりの車の多さと目の前に近づくたくさんのビル群に、田舎という印象はふっとんでいった。台北市内には建物がところ狭しとぎゅうぎゅうに詰まっている。日本の東京の山の手線周辺をさらにゴミゴミさせた感じだ。また、車とバイクがとても多い。自転車に乗っている人はほとんど見なかった。学生はほとんど車かバイクを持っていて、それで通学するようだ。日本ではあまり考えられないことである。車は多い上に、台湾では排気ガスの規制がほとんどないらしく、空気が非常に汚い。晴れた日でも空はなんだかぼんやり灰色がかっていて、日本のような真っ青な空を見ることはなかった。台湾にいた 1 週間、ずっとのどが痛かった。

都心部はほかの市街にくらべると、だいぶすっきりしていた。いくつも高層ビルが建ち、大きなデパートがある。都会だな、と感じた。まるで渋谷かのような若者の街があれば、新宿のような都心もある。東京とよく似ていると思ったのだが、韓国に行ったことのある人によると、台北は東京よりもソウルに似ているらしい。おそらく、台湾も韓国も、日本に追いつけ追い越せ、という風に発展してきたのだろうから、それもそうなのかもしれない。

台湾の夜は長い。台湾の人々は夜がすごく元気だ。驚いたのが、デパートの営業時間である。福岡のデパートはどこも午後 8 時閉店だが、台湾では、なんと夜中の 2 時まで開いているそうなのだ。実際午後 10 時ごろに、ある大きなデパート（そこはアジア 1 大きいらしい）に行ってみたのだが、土曜というせいもあってか、人で溢れかえっていた。まるで、福岡のデパートの土日の午後並の人の多さだった。

台湾は亜熱帯か熱帯のため、昼間はとても暑い。そのため、人々は夜に活動的になるのかもしれない。だから、夜の街は遅くまでにぎやかで元気なのだろう。デパートと同様、台

湾の夜の長さをあらわすものとして、Night Market 夜市がある。日本の祭りのときの屋台とは少し違う。商店街が夜開いてる、といったものだろうか。台湾料理の店が多く、いろいろな種類のも が食べられる。そして安い。台湾の人々は日常的に利用しているらしい。学生は寮生が多く、自炊する人は少ないようで、頻繁に行っているようだった。夜市のにおいは独特である。台湾の香辛料の一種で香菜（シャンチャイ）というものにおいだ。このにおいが許せない人は台湾料理が食べられないだろう。幸い、わたしと一緒にいったメンバーはみんな平気で、台湾料理が大好きになった。

台湾では、仏教や道教の信仰が厚い。この 2 つがミックスしたような感じになってしまっているようだ。そして、たくさん寺がある。わたしたちは 2 つの有名な寺に連れて行ってもらった。どちらも日本の寺院とは趣がだいぶ違って、かなり派手できらきらしていた。高齢の人がたくさんいて、座って話し込んでいたりしていた。台湾では寺が完全に生活の一部になっているようだった。日本よりもずっと日常的だと感じた。

台湾というと、中国との関係が気になるころである。政府間では色々揉め事があるようだが、学生たちはどう考えているのだろうか。そう思い、慣れない英語で聞いてみた。「台湾の人は中国が嫌いなのか」、と聞くと、「50%強の人がそうだろうが、みんな中国の文化は愛しているし、中国すべてが嫌いなわけじゃない。一部の上の人と社会制度が嫌いなのだ。」という答えが返ってきた。話を聞いた学生自身は上海に 2 回遊びに行っているそうだし、ほかにも多くの学生が遊びにいったことがあるようだった。何だか意外な答えが返ってきて驚いた。中国と台湾間では、中国からの軍事演習があつていたりするし、まだまだ問題が多い。日本は台湾のことをまだ一つの国だと認めてはいない。はやくこの問題が解決してくれることを願うばかりだ。

## ☆医療機関の訪問（文責 S2 西田）

台湾国立陽明大学の学生の先導のもと、僕たちは数箇所の医療機関、研究施設を訪問した。ここに紹介する。

### 医療機関

- ・台北市民病院
- ・和信治癌中心医院
- ・国立台湾大学附属病院

### 研究施設

国立陽明大学医学部 生化学研究所

同 漢方研究所 兼 展示室

以下に、印象の深かったものを報告する。医療機関について最初に挙げてある台北市民病院は、台湾の 4 つの大病院の一つで、病床数 約 3000 という大規模なものである。この病院は、一般的な医学の諸科はほぼすべてそろっている大学病院のようところで、実際に陽明大学の学生は、ベッドサイドトレーニングをこの病院で行う（陽明大学のキャンパスはこの病院のすぐ近くにある）。外観も、少々見る者に威圧感さえ与えるほど大きなもの

だった。この病院はまた、広い庭園も持っていた、いやむしろ、大きな公園（例えば大濠公園のような）の中に病院がそびえている、といったほうがよくイメージが伝わるかもしれない。そういった庭園の所々には、入院患者や来院患者の方々や、その家族が多くいて、人々の憩いの場になっている、という印象を受けた。人々の様子を見ても、台湾の一般市民と呼べるもので、この病院が広く一般の市民に開放されている、ということがよく見て取れた。

学生との会話から、しかしこの病院のスタッフは、かなりのハードワーカーであることがわかった。つまり、医者一人が一日に診察する患者数は、100人を超えるというのだ。この数字は、例えば内科の開業医が1日に診察する患者数とさほど変わらないか、あるいはより多いほどだ。またこれだけの規模の病院ならば、大小様々なカンファレンスや研究発表など、診察以外の仕事もあるだろうから、程度差はあれ、それは激務であると考えられる。近い将来、陽明大学の学生は、そういった環境の中で訓練を受けることになるのだろうが、彼らの話からは、「それが当然のことだ」と受け止めていることが感じられ、たくましさを感じた。

さて、この病院の訪問先は、鍼療法研究室であったが、これはおよそ日本の一般病院にはない研究室である。これは台湾の医療事情において特筆すべき点である。すなわち、台湾では針治療や漢方薬といった、中国の伝統医学を西洋医学と並ぶ医療の柱として採り入れていて、伝統的な医学に対し、生化学的な知識と解析技術を駆使してその効果を検証し、より役立つものにしようという動きが広く行われている。この日も、多くの患者が治療を受けにやってくるが、人々は健康を害した際に、手術や投薬によって治療を行うか、あるいは針や漢方によって治そうとするのか選ぶことができる。現時点で東洋医学は（少なくとも大学の研究レベルでは）あまり注目されていない日本に比べ、そういった選択肢が日常的にあることは、患者が自分の病気について、さらには人々が自分の身体についてより主体的に考えることにつながるのかもしれない。

この日訪問した研究室のコンセプトとは対極にある医療機関も訪問した。（陽明大学の学生が台湾の医療を紹介する上でそのことを考慮して訪問先を決定したのかはわからない。）以下に報告する和信治癌中心医院は、多くの費用をかけて建設された、先端的な医療機関であった。まず外観からほかの病院とは違っていた。米国から建築家を呼んで設計させたというその建物は、病院というよりはイベントホール（アクロス福岡のような）などかと思わせるもので、エントランス（入り口というよりピットく）を抜けると、高級ホテルのロビーさながらのホールがあった。一同、ここが病院かと驚いていた。講義室に通され、この病院についての概略を説明された。それによると、病床数350、1日の患者数（外来と入院を合わせて）約700人であり、100人近い医者が勤務しているという。患者の処置は複数の医師によって検討の上決定され、新しい設備の下、高い技術を用いて治療が行われるとのことだ。その後病室も見学させてもらったが、1部屋には最高2つまでのベッドがあり、部屋の中に患者の家族がくつろげるような広いスペースもあった。食事管理なども徹底しており、その他、とにかく患者の治療のために快適さを追求して医療活動を行っている場所

だった。

このような医療を受けるためには、高額入院費や、高額医療にかかる患者負担金（台湾では高額医療は自己負担になっている）など、患者はかなりの額を支払わなくてはならない。その意味で、この病院は先に報告した市民病院とは違い、ある程度裕福な人々しか利用できないことになる。しかしそういった医療活動に対して、何人かのメンバーが、ある種「ずれ」とも言えるものを感じていた。

僕がそのとき考えていたのは、医療のニーズについてである。メンバーの一部が感じていた「ずれ」とは、社会階層におけるニーズの違いを前提とした医療活動に対する違和感だと僕は思う。熱研の活動を見てみると、多かれ少なかれ、「できるだけ多くの人に開かれた医療を」という理想の下に現場を生きてきた人々を、先輩方は見てこられたのであって、決してこのような「限定された医療」を追求してきたのではない。この部活に入って、そういった考え方に触れてきたメンバーには、だから、ここで紹介された医療がしっくりとこなかったのかもしれない。しかしながらこのような病院が社会的に必要なのだろうか。現時点での僕の回答は「イエス、必要だ」である。例えば近い将来、僕の妻や子供、いやもっと現実的に、僕の親や兄弟が、重篤ながんに侵されたとしたら、僕は自分の大事な人を、できるだけ快適な環境の中、できるだけ多くのよいスタッフに任せたいと願うことは想像に難くない。そのためならば、どんなに費用がかかろうとも構わないとさえ考えるだろう。このように考えることは、医療活動の二極化を助長することになるのかもしれないし、それは社会的な「悪」なのかもしれないが、僕の中にそういう性があるのは確かなことだ。

この病院は「より快適な医療」をかなり突っ込んで追求したものだと思う。こういった医療機関が台湾の社会で今後どのように評価されるか、そして同じような病院が日本にあるとするならば、それがどう成り立っていくのか。これからも折に触れて考えていきたい問題である。

## ☆Presentation

今回の訪問の主な活動の一つにこの Presentation がある。台湾、日本のメンバーが医療に関するテーマでお互いの国の事情などを発表しあい、討論する。もちろん英語である。今回の大きなテーマは“after disaster”であった。そこで、わたしたちは1995年の阪神大震災を取り上げ、そのときに行われた精神医療ケアについての Presentation を行った。すると、台湾側からの Presentation のテーマは、2年前台湾で起きた台中地震について、であった。お互い地震について取り上げていたため、緊急時での医療ケアについて台湾と日本での違いを比較でき、とてもおもしろかった。

## ☆台湾訪問を終えて

今回の台湾 Exchange 訪問を終えて、外国に友人ができたということが一番大きかったと思う。わたしにとってこれが初めての海外だったが、それであんなにいい経験ができたのは彼らの影響が大きい。言葉は英語しか使えない。はじめは英語を使うことをかなりためらったが、彼らはすごく優しくて一生懸命話を聞いてくれるし、色々質問をしてくれ、わた

し自身も聞きたいことがたくさん出てきて、次第に自分からたくさん話しかけられるようになった。英語力が上達したかはわからないが、英語を話そうという気持ちを持てたことはすごくよかった。彼らは生まれた国は違うし、話す言葉も違うけれど、同じ医学生で年も近いから、興味を持つことが似ていて、話すことが無くなることはなく、すごく楽しかった。彼らと友達になれてよかったし、これからも大事にしていきたいな、と思う。

### 受け入れ編 (文責 S2 平峯)

春休みの間に台湾を訪れ、台北市の最先端の医療施設や大学病院を見学し、日本とは違う文化に直に触れ、そして台湾医学生との交流を深めることができ、素晴らしい体験をすることが出来た。そしてこの夏休みには台湾の陽明大学から十名の医学生を九州に迎えた。台湾からの学生を出迎える空港で、春休みのお返しをしてやるんだと身の引き締まる思いを強烈に感じたのを、今でもよく覚えている。このエクスチェンジ・プログラムは産業医科大学国際保健研究会との合同の企画である。よって、受け入れのスケジュールは九大と産医大で分担することとなった。

一週間の滞在中、四日目の午前までの前半は九大側が責任を持って福岡市内で滞在し、その後は北九州市に移動して産医大側の受け持つという形である。以下、九大側が企画した前半の内容を中心に書く。

#### ・ 寄生虫学教室訪問

受け入れ二日目の午前中に訪問した。九州大学は全国でも寄生虫学がよく研究されてきた大学であるということで、陽命大学の学生に紹介した。見学の主な内容は寄生虫標本の展示室へ行って、受け入れをしていただいた古賀先生に様々な寄生虫の説明をしてもらうというものだった。陽命の学生の中には既に大学で寄生虫学の講義を受け、非常に興味をひかれた人もいて、熱心に話を聞いていた。清潔大国ニッポンの中で育ってきた私たちには、あまり馴染みのない個性的な姿の生き物たちは、とても印象的だった。

#### ・ 医療システム学教室訪問

同じく二日目の午前中に訪問した。医療システム学教室の萩原先生に暖かく迎えていただいた。何かを見学するのではなく、萩原先生と談話しつつ社会医学について学ぶということを目的とした。先生の「社会医学に関しては、アメリカ合衆国の研究などを採り入れている台湾のほうが、日本よりずっと進んでいる」という言葉に、私たち九大の学生は驚いだが、陽命の学生も「知らなかった」ということだった。

#### ・ 福岡こども病院訪問

三日目の午後に訪問した。待合室、病室共に大きめの窓からたくさんの光を取り込むようなつくりがされていたように思う。また感染症センターと並立されているため、エレベーターに特殊な空調を使うなどの対策がされていた。また、一番印象的だったのが「わらべ」と呼ばれる、入院患者の家族のための宿泊施設だ。こども病院の敷地内に建てられたこの施設はまだ新しくきれいで、しかも一泊千円だそう。遠隔地から入院するこどもの家族の経済的、精神的負担の軽減や、長期入院中のこどもの情緒不安などを解消するのにこのよ

うな施設はとても効果的であろう。

その他、日本の文化を台湾の学生に少しでも知ってもらうため、天神と一緒に観光したり、様々な日本食を食べてもらったりした。食事の中ではラーメンがもっとも好評であった。「台湾にも麺料理はたくさんあるが、こんな味のは初めて食べた。」と言っていた。福岡に住むわれわれにとってはうれしい限りである。台湾では野球がさかんだということで、ドームでのプロ野球観戦も企画した。しかし不幸にも、ダイエーは0-17の惨敗であった。ドームの中で打ち上げられる花火を見せてあげたかった。

以上のような活動をした後、台湾学生は北九州市に移動し、産医大が企画したプログラムに移った。訪問する医療機関が受け入れてくれる人数の問題などで、九大側のメンバーは後半の全てのプログラムに参加することは出来なかったが、この中でメンバー三人が全て参加することが出来たものについて紹介したい。

#### ・西田医院の訪問

われわれが台湾を訪問したとき、台湾側の学生は癌センターや大学病院など最先端の大規模な医療施設の見学を企画してくれた。もちろんそれは有意義な体験であったが、出来れば台湾における一般的な病院や診療所も見学したかったとも思った。そこで台湾の学生には是非そのような体験をしてもらいたいと考え、北九州で病院を経営する西田君のお父様にお願ひし、見学をさせていただくことになった。

西田医院は多岐にわたる医療を行っている。まずはデイケア。お年寄りを約二十人あずかり世話をする。われわれが訪問したときには一緒に歌を歌ったり、楽器を演奏したりという音楽療法と呼ばれるものを見学させてもらった。また、少量のアレルギ-抗原を前腕や首筋に注射し体質改善を促すインパクト療法 というものをしたり、様々な皮膚病に効く軟膏を独自に作成したりしている。「小規模の医院や診療所は地域に密着し、大学病院などのように専門分野に固執せずに患者のニーズに答えていくべきだ。」という医院長の言葉が印象的だった。台湾の学生も、デイケアを見ることで日本の介護保険について少し理解してもらえたようだ。

このように七月の中旬に一週間、台湾の学生を招き日本の医療施設の見学や観光をした。医療施設の見学については、台湾の学生はどのようなものを見たいだろうかと言うことを一番に考えて施設を選んだが、同行した日本側の学生にとっても学ぶ点、気付かされる点が多く、いい経験が出来たと思う。

しかし、私にとってこのエクステンジを通して最も良かったのは、ほぼ同世代の台湾の学生の考え方を知ることが出来たことである。異国の学生の考え方に触れることで、自分たちとの違いを知ることができ、それは日本人としての自分を見つめなおす機会となる。例えば宗教。台湾の主な宗教は「道教」と呼ばれており、これは中国で道子をはじめたいわゆる道教と仏教が融合した宗教であり、簡単に言うと「いい人ほど儲かる」という教義を持ち、台湾の商業の発展の基盤となった。そしてこの教えは台湾人全体に深く浸透し、広く信じられている。台湾中部で大地震が起きた際、最初に被災者を救うため動き出したのは宗

教 団体だったそうである。阪神大震災で主に救援活動したのはヴォランティア団体だったのを考えると、その違いはよく分かる。イスラム教のような厳しい戒律などはないが、台湾人にとって宗教は確かに精神的なよりどころとして存在するようだった。日本と台湾の違い（というよりは日本と世界の国々の違いと言うべき だろうか）を感じた。 同アジアの医学生との交流は忘れられない素晴らしい経験だった。今年も熱研から台湾班が立ち上がり、この交流がずっと続いていくことを切に願う。

## ケニア班

### 活動目的

ケニアの医療施設や、日本の医療援助の現場を見学することで、ケニア、ひいてはアフリカ諸国における医療問題の現状と課題を知る。同時にその活動を通じて、これからの21世紀において世界の一員としての日本に求められている役割を知り、その日本で医療に携わる一員としての私たちの拠って立つ位置について 考える。

また、アフリカの人々の生活を目にすることで、実際に途上国ではどのような医療が求められているのか、そして、日本とアフリカの生活環境の違いが様々な 医療協力を行う上でどのような障害となっているのか考えてみる。

### 班員構成

山本 一博 班長 (九州大学医学部 4年)

谷口 秀将 副班長 (九州大学医学部 5年)

小野 宏彰 (九州大学医学部 2年)

刀根 聡 (九州大学医学部 2年)

村上 剛史 (九州大学医学部 2年)

### 研修期間および研修地

7月19日～8月9日 ケニア中央医学研究所、ケニヤッタ病院、クワレ村、等

8月13日～8月14日 タイバンコク・マヒドン大学

### 橋本イニシアティブとは

橋本イニシアティブは1997年のデンバーサミットにおいて当時の橋本首相によって初めて世界に提唱された行動指針である。1998年のバーミンガムサミットにおいて再び提唱され、G8の国々からも歓迎された。その趣旨を簡潔に説明すると以下のようなものになる。

「日本は寄生虫のコントロールにおいて、世界でも類稀な成果を達成している。戦後国中に蔓延していた寄生虫疾患だが、現在国内にはほとんど残っていない。興味深いのはこの成果が経済発展の中で自然と達成されたわけではなく、高度経済成長以前に達成された」と

いう点である。それはスクールヘルスを中心とした、医療・行政・教育が一体となった包括的アプローチで達成されたものである。多くの発展途上国において、寄生虫疾患は依然として大きな問題である。日本は経験から得た寄生虫コントロールのノウハウを世界に伝えることで、世界の寄生虫コントロールに貢献していきたい。

日本の途上国への援助は、まだそれほど長い歴史があるわけではない。橋本イニシアティブはその短い歴史の中で、初めて日本が主導権を取って行おうとしている大規模な計画である。橋本イニシアティブが日本の援助の流れの中でどのような位置付けにあり、どのような特徴を持っているのか、援助の歴史という点から私なりに考察してみたい。

### 日本のODAの経緯

日本の援助の大きな特徴は第二次大戦の賠償問題と絡めて始められたという点にある。そのため早くも1954年にはアジアの国々への援助が開始されている [1]。朝鮮戦争の特需によりやっと経済が回復し始めたとはいえ、国連加盟できても1956年になってからであり、池田勇人の国民所得倍増計画が1960年である。当時の日本の経済状況を想像するに、アジア諸国への援助が輸出振興政策とマッチした「ひも付き＝タイド方式[2]」の形を取ったことは仕方ないことだろう。まだ日本自体が途上国の端くれであり、他国を援助する余裕などはなかったのだ。日本のODAに関してしばしば「金額の大ききの割に、諸外国のものと比較して有償援助やタイド援助の割合が高く、途上国に対して厳しい」というような批判があるのにはこうした背景がある。

ところで、欧米には植民地経営の一環として援助には長い歴史がある。言わば「飴と鞭」の飴としての援助であり、植民地行政をスムーズに行うための社会基盤整備としての援助である。ここでは援助の目的というものがはっきりしている。

一方で日本の場合には援助に戦略・目的というものが無い。日本も台湾や韓国・満州においてインフラ整備を行っているが、その経験は戦後の援助政策には受け継がれていないように思える。それはおそらく担い手である人々が全く違ったということ、そして賠償としての援助が全く違った視点で行われたということによるだろう。戦後しばらくの日本の援助の最大の目的は、東南アジアの国々に対してお金が流れるという事実そのものにあり、それ以外の目的は存在しなかったのだ。

また、当然ながら援助がアジア諸国に何をもたらしているのかも、考慮されることはなかった。もちろん、個人レベルでは人々の生活向上を真剣に目指す人もいただろう。しかし政策として考えた時に、援助の結果が二の次であったことは想像に難くない。

初期の援助形態の典型例はダム建設に代表される大型インフラストラクチャー整備である。そこでは、日本政府が日本企業に東南アジアでの工事を発注するという形態が取られ

た。その建設費が援助額として計算されるわけだ。やっとな回復しかけた国内経済を破綻させずに援助を行うには、まさにこの方式以外有り得な かったのだろうが、援助の過程において日本政府と途上国の独裁政府、日本の政治家、企業、などの間にビジネスを超えた密接な関係が生まれたことも否定できないことではあると思う。

本来なら日本の ODA のこうした特徴は、賠償としての援助が終わり、経済が発展していく中で克服されておくべきものだった。ところが、振り分けられる予算が増加する中で、改善されることもなくただ規模だけが膨れ上がっていった。そこが日本の援助の最も重要な問題である。

一つの理由として、高度経済成長期には社会全体として矛盾点を内包しながらもひたすらに突き進むという考え方が主流だったからであり、また日本社会にその余力があったからだということがあると考えられる。しかしそれに加え、やはり日本人の国民性として、慣習を重んじ改革に着手するのが遅いという理由もあるだろう。だから他の分野での行政改革と同じように、近年になって経済が失速してきて初めて、そういった問題点に眼が向けられるようになったのだ。

言い替えると初めて援助を考えなおす機会が与えられたとも言える。日本が真に世界の先進国たりえるかという真価が今問われている。

途上国援助を見直すためには、まずその目的から明確にしないと行けない。

1. 先進国の義務
2. 外交カード
3. 長期的な市場開拓
4. 世界の安定
5. 環境問題対策

もちろんこれらは複雑に重なり合っている。それぞれ詳しく述べはしないが、こういった考え方をバランスよく取り入れながら行っていくのが理想の援助の形態 であると思う。

### 日本の医療援助

医療援助の歴史も ODA 全体の流れを反映している。50 年代における医療援助は、とりあえずドクターなどの医療従事者を現地に派遣して、病院などのインフラ整備を行う、というものであった。ダムと同じように、まず造ってみようということだ。各国の首都など大都市で、よく日本の援助により建設されたという 大きな病院を見かける。それらはこの考

え方に基づいて建設されたのだろう。

ところが主要都市の病院などはあえて援助を行わなくともそのうち整備されていくものである。一方で途上国は概ね貧富の差や地域差が激しく、都市周辺以外は基本的な生活基盤も構築されないまま放っておかれているのが現状である。都市の大病院は、もちろん相手国には歓迎されるだろうが、しかし都市から離れて生活している人々には寄与しない。さらに途上国ではそのように田舎で暮している人の方が多数を占める。果たしてこれで良いのだろうか。

ここで大きく2つの考え方がある。まず、援助というものは外交カードの1つに過ぎないので、相手国政府が喜んでくれるのであれば十分に目的を達成している、という考え方。もう1つは、国自体よりも途上国の人々の生活を改善していくことを目的としなければならないのではないか、という考え方。前者の理由として、国として行う援助は国民の税金を使っているのだから、何ら日本国民に、そして日本の発展に寄与しないような人々の健康状況を考慮する必要はないというものがあるだろう。確かにODAはNGOではないのだからその通りである。しかし、あまりにそういった視点のみを追求するのは少しグロテスクではないだろうか。この疑問は誰もが悩む出発点であり、そしてまで実際に現場で援助計画に携わる人々にとっても最後まで疑問でありつづける点の1つだと思う。

そんな中、WHOにより1978年に採択されたのがアルマアタ宣言である。その趣旨は「最低限の健康は世界の人々共通の権利であり、国際社会はそれを達成するために努力していかなければならない」というものだ。異論はあるかもしれないが、世界中の人々の、少なくとも最低限度の健康を視野に入れることが国際社会の義務である、という考え方が一応主流のものとされたわけである。アルマアタ宣言では、最低限の健康状態を維持するのに必要な、最低限の医療行為をプライマリヘルスケアPHCと呼び、これを2000年までに世界中で達成することを謳っていた。これは結局満足に達成できないまま今に至っている。とはいえ、このアルマアタ宣言の核であるHealth for Allが今でも世界の医療援助の目標の1つであり続けていると言ってもよいだろう。

これに従って日本の医療援助も70年代より、インフラ整備を重視したものからHealth for Allを達成するために感染症やPHCに焦点を絞ったものへと変わっていった。そして現在では日本の医療援助の焦点は、マラリアなど寄生虫疾患、結核、エイズ、PHCとなっている。これはWHOも同じ足並みである。途上国の医療を見学に行く時には、これらのキーワードに癩病、ポリオなどのワクチン、に関する情報を押さえておけば大体状況が理解できるのではないだろうか。

**橋本イニシアティブの理念**

寄生虫疾患はエイズなどと違い致命的ではないことが多く、確かに人々にとってそれほど恐ろしい疾患ではない。罹患していて当然という認識さえある。つい対策を後回しにしてしまうのも無理ないことだろう。しかし、寄生虫疾患の罹患率は時に80~90%もの高さになるため、国全体で見るとその弊害が無視できないものとなる。宿主を殺すことはないものの、慢性的に健康に影響を与えることにより、例えば職場における仕事の能率が下がる、学校で児童の成績が統計的に下がる、などのことが起こりうる。また、患者1人に掛かる診察代や治療代は安くとも、全体として考えた場合に、大量の資金が非生産的に消費されてしまう。本来ならその資金はコミュニティーの生活レベルの向上のため、そしてひいてはインフラ整備など経済成長に必要な社会基盤整備へと注がれるべきものなのだ。このように寄生虫疾患は貧困の病であり、コミュニティーの病である。これらの課題を乗り越えることがコミュニティーの発展につながる。少なくとも、日本の場合はそうであった。

橋本イニシアティブは日本の経験を生かして、世界中の寄生虫コントロールに取り組もうというものであるが、日本の経験とは一体どのようなものなのだろう。

日本は戦後確かに寄生虫が蔓延していた。学童期におけるSTH[3]の感染率は90%にも達していたと考えられている。それが今では事実上全く存在しない。なぜこのような成果を達成することができたのだろうか。経済の発展により衛生環境が激変したためという理由もあるだろう。もちろんその通りだが、それだけで説明できるわけではない。経済発展の時期と、寄生虫疾患の罹患率が減少した時期というのは必ずしも一致しない。日本は終戦直後から、GHQなどの手も借りて、大々的にマラリアなど寄生虫対策に取り組んでいる。そして、今のような経済発展をとげるはるか以前に、寄生虫のコントロールという偉業を達成してしまったのである。その時期は日本の高度経済成長が始まった時期とおよそ一致している。寄生虫疾患の罹患率の低下がまさに経済発展の後押しをしたという見方もできる。

日本の寄生虫対策は、別に特別なことをやったわけではない。唯一特徴と言えそうなのは、人々のbehavior changeを促すために学校保健を中心にしたアプローチを行ったという点である。今でも小学校で「外から帰った時はうがいをして手を洗いましょう」と教えているが、それと同じように、寄生虫疾患の恐ろしさ、伝播の様子、防ぐ手段、などを義務教育を中心に徹底的に教え込んだのである。このスクールヘルスアプローチ以外の方針としては、感染のチェックや治療といった基本的なことを、包括的に徹底的にやりこんだに過ぎない。要約すると対策のキーワードはスクールヘルス、包括的、徹底的、という3つにまとめることができるだろう。だから、基本に忠実にこの3つを行う事により、途上国においても寄生虫コントロールが可能なのではないか、というのが橋本イニシアティブの根拠となっている。

おそらく、そんなにうまくいくなれば苦勞しないよ、といった意見が大多数だろう。確かに、前述の日本における寄生虫コントロールの成功には、例えば就学率の高さに代表されるような日本独特の理由があるのは確かである。当時の日本は現在の途上国と比較すると、経済指標の割に識字率も高く、行政・教育システムもしっかりしていたし、人々の行政に対する信頼感や国家に対する忠誠心や公共心というものも発達していた。だから、実は寄生虫コントロールを達成できた根本的な原因はスクールヘルスではなく、そういった充実した社会基盤である、という考え方もできる。そうだとしたら、同じアプローチを途上国で行ったとしても成果を挙げることはできない、ということになる。

それはある意味で真実である。結局は寄生虫疾患を撲滅できたことが発展につながったというよりも、そういった寄生虫コントロールを前述のように効果的に 行える社会基盤こそが経済発展の母体となったという考え方の方が正しいだろう。だから実は橋本イニシアティブの本旨は、そういった行政システムから人々の 公共心に至るまで、そのような数字に表れない社会基盤というものを、寄生虫コントロールという政策を通じて築き上げることにあるのであって、寄生虫疾患の 罹患率の低下というものはその結果として成し遂げられることの1つの指標に過ぎないのである。

言うのは簡単でも実際に行うとなると難しい。すぐには効果の現れないプログラムである。しかし、このような政策を国家レベルで実施することにより、国家としての経験を積むということ、それが経済発展のためには結局不可欠なのではないだろうか。単に寄生虫の罹患率を低下させるということにお金を注ぎ込むのであれば、より短期間で目に見える効果を上げるやり方もあるだろう。しかし、それだけでは対症療法に過ぎない。アフリカのある国の行政官が、自国のコミュニティで大規模にヘルスサービスを展開している NGO について、次のように述べていたということを知った。「私たちが自分たちの手で公的医療システムを作り上げるのを、NGO が邪魔している。」途上国の発展のためには、彼ら自身の手で何かを行わせる、彼ら自身が何かを計画して実施していけるようなノウハウを身につけさせる、という視点が最も重要なのである。

「優秀な将軍は無力な兵士でも勝てるような戦い方をする。優秀な政治家は無能な将軍でも勝てるような戦争をする。」という考え方がある。途上国で何らかのプロジェクトを実施するに当たり、この考え方に基づいて行うのもいいだろう。しかし日本はずっと個人個人を優秀な労働者、優秀な兵士とすることを目指してきた。技術において熟練しているというだけでなく、責任感や公に奉仕する心などといった精神面でもそうである。社会のシステムが個々人の質の高さに頼って構成されてきたとも言える。第二次世界大戦の時のようにそれが行き過ぎて精神論に頼り切ってしまうという失敗もあるが、結局そういう考え方をしてきたからこそ、日本のような小国がここまで発展することができたのではないだろうか。

もちろん幸運だったのは事実であるが、日本人の国民性が原因の1つであるという事も否定できないのだろう。

日本と他の国々では歴史的な背景というものも全く違う。精神構造にも大きな差がある。日本人の考え方を押し付けることは不可能かもしれないし、または傲慢な意見なのかもしれない。しかし、ひょっとしたら人々の1人1人が労働者として、そして国民として熟練することこそが、最も経済発展の王道かもしれないのだ。「ちょっと日本的な考え方に試しに従ってみて、国の発展を目指してみませんか？日本がそれをお手伝いしますから。」この考え方こそが橋本イニシアティブである、そして日本の途上国援助の中心原理であると言ってもいいのではないか、と私は感じた。

### 橋本イニシアティブの現状と課題

では、このような理念に基づいて、実際にどのようなことが行われているのだろうか。厚生省内に設置された「国際寄生虫対策検討会」において、1998年の報告書では以下の4つの戦略が提唱されている。

1. 寄生虫対策を効率的に進めるための国際協力の効果的推進
2. 寄生虫対策の科学的根拠となる研究の推進
3. 効果的な寄生虫対策プロジェクトの積極的展開
4. 寄生虫対策を適切に推進するためのG8各国の体制の強化

この戦略に基づき、日本はタイのマヒドン大学、ガーナの野口医学研究所、そして我々が訪問したケニアの中央医学研究所（以下、KEMRI）の3ヶ所に寄生虫コントロールセンター（以下、CIPAC[4]）を設け、そこに対象国の人々を招き、人材育成を始めている。現状ではスクールヘルスに基づいて寄生虫コントロールを始めようとしても、児童に衛生教育を施せるような教師がいない。まずはその教師をトレーニングすることができるような人材、さらにそのトレーニングプログラムを統括できるような人材が必要である。そこで現在CIPACでは、医療行政的な視点から国全体の寄生虫コントロールを概観し、指導していく立場の人々を最初に養成している。

ケニアのCIPACでは、2002年8月6日から8日にかけて、寄生虫コントロールに関する国際シンポジウムが開催された。シンポジウムにはアフリカ諸国の厚生大臣や国際機関の関係者が出席し、ケニアのCIPACの紹介と、今後の寄生虫コントロールへの取り組みについてディスカッションが行われた。我々は偶然にこのシンポジウムを聴講させて頂くことができた。シンポジウム自体が訪問目的ではないのでディスカッションの詳しい内容を書くことはしないが、実際にプロジェクトをやっていくにあたり、どのような点がネックとなっているのか、少し理解する事ができた。

やはりまず争点の1つだったのは資金面の問題である。途上国に資金が無いということ

に加え、その少ない予算の中で寄生虫コントロールに振り分けられるお金というものがさらに少ない。やはりエイズなどに比べると、寄生虫疾患はプライオリティーが低いようであった。「何でいまさらエイズではなく寄生虫なんだ？」という意見もあったくらいである。仮に CIPAC で研修を受けて帰国しても、プロジェクトが動かなければ経験を活かす場はない。それでは研修に使われる資金が無駄になってしまう。それを防ぐためには人材育成の前に、途上国政府との間に国ぐるみで寄生虫コントロールを行っていくという合意が必要である。そのためには政府の人間に繰り返し橋本イニシアティブの趣旨を説明し、協力を求める場が必要となるわけである。援助を行うにあたり、シンポジウムやレセプションといったものの重要性を肌で実感した。結局、国の行う援助というものは本当に外交の一環なのだ、と感じた。

ただ、合意を目指す際に、橋本イニシアティブの趣旨が分かりにくいことは、問題の1つである。「寄生虫コントロールのプロジェクトではあるが、寄生虫疾患のみを目的としているわけではない。保健問題を総合的に扱うことができる人材の育成が主目的であり、寄生虫コントロールの達成は結果的に成し遂げられるに過ぎない」などと説明しても、簡単に理解してもらえているとは思えない。前言を翻すようだがこういったプロジェクトを実施するに当たり、単純明快で誰にでも分かりやすいものの方がいいことは明らかである。最初は具体的な数値の目標や、端的なスローガンのようなものでもあった方が、各国の関心を得やすいだろう。それこそ例えば「日本のように寄生虫疾患を撲滅し、そして日本のように経済発展を目指そう」のような。とにかく、衛生分野のプロジェクトは常に徹底的に行うことが重要であり、どの程度の意気込みで取り組むかによって、達成される成果が違ってくるわけだから、実はプロジェクトそのものよりもみんなをその気にさせることの方が重要なかもしれない。

また、研修を受けた人が途上国政府ではなく先進国の研究機関や民間企業に就職するといった、人材流出も大きな問題だという。国家の業務の一環としてトレーニングを受ける機会を得たのなら、国のためにその経験を活かすべきだ、という考え方はほとんど存在しないようだ。基本的にまだ国家というよりも部族・一族に対する忠誠心が強く、国はあくまでも踏み台というか、キャリアアップの場としか捉えていないようだ。そういった抜け目のなさを、有能と見るか狡猾と見るか、人によって評価の分かれるところだろう。とにかく流出を防ぐためには、行政システムをしっかりと、義務をきちんと果たすことを強制すると同時に、きちんと経験を活かす場を与えなければならないだろう。

援助に慣れてしまった途上国政府の体質も大きな問題である。確かに、何を始めるにしろ資金が不足しているのは事実なのだろう。しかし、自分たちの国の問題なのに、ドナー国と共に計画を作り上げていくという考え方が少し欠けている。何かのプロジェクトが提案

されたらまず「そのプロジェクトの資金にはどのくらいの額を援助してもらえるのか」という考え方になるのはどうなのだろう。これでは旧宗主国などが啓蒙主義的な考え方になってしまうのも仕方ないように思える。まだ国家のような大きな組織を築き上げるほどコミュニティが成熟していないのか、それとも長年の植民地支配がそうしてしまったのかは分からないが、大きな視点というものに欠けているように感じた。少しアフリカを見ただけでこのような考えを持つのは傲慢かもしれないが、シンポジウムを見てそう感じってしまったのは事実である。

被援助国から援助国である日本の方に眼を向けてみても、たくさんの課題がある。まず、既に諸外国や国際機関を巻き込んで動き始めているにも関わらず、橋本イニシアティブには特別に予算が付けられているわけではない。CIPAC 設立などの予算は既存の JICA の枠組の中から出資されている。タイの CIPAC では既に研修プログラムが開始されているが、これは JICA の第三国研修という制度を使って行われている。橋本イニシアティブはプロジェクトではなく、1つの行動指針に過ぎないのだ。ところが JICA は基本的に2カ国援助を行う機関であって、橋本イニシアティブが目指しているような多国間協力を実施する機関ではない。例えばケニアの CIPAC にタンザニアから技術者を招いて研修を行ったとしよう。しかし、研修生が国に戻って寄生虫対策のプロジェクトを実施しても、それに対して補助を行うことはできないのだ。それはタンザニアの国内のプロジェクトであり、ケニアの JICA の管轄外となるからだ。このことが地域ぐるみのプロジェクトを実施するには、大きな障壁となってくる。また JICA の他の部門にしてみれば、橋本イニシアティブのために寄生虫関係に予算が回されるのだから、おもしろくはないだろう。

実際に寄生虫対策を行うためには、研修を終えた技術者たちが実際にプロジェクトを開始するところまで意識を向けるべきで、彼らが帰ってから何もしないのであれば、そもそも研修に注ぎ込まれるお金も全て無駄なものになってしまう。それを可能にするには、実際に CIPAC に国を超えて援助する権限を与えるか、もしくは JICA が国を超えた横のつながりを持たなければならない。しかし、この橋本イニシアティブの構想が打ち出され、タイでのプロジェクトでは既にその問題が表面化しているにも関わらず、組織としての JICA にはまだ何の変化も見られないという。

橋本イニシアティブも理念は立派であるが、やはり外交カードの援助である以上弊害が出てきてしまうのは仕方のないことである。例えば CIPAC が置かれた3ヶ国にしても、寄生虫コントロールを行う上で都合が良かったわけではなく、日本との外交関係で選ばれたのである。そういった本部が置かれると、やはり資金がその国に流れ込むからである。そのため、国力を考えれば西アフリカであればナイジェリアに本部を置くのが適切なのに

なぜガーナに置くのか、そもそも世界の寄生虫コントロールに貢献していこうというのに南米に本部を置かずにアフリカに2つなのはなぜか、などといった疑問が出てきてしまう。

つまり、外交関係上ある特定の国に資金を落としたい、人道的見地から援助が求められているがなるべく少ない予算で大きな効果を挙げたい、寄生虫コントロールであれば日本が世界にイニシアティブを取っていけるのではないかと、そういった考えをとりあえず一緒にくっつけて1つのプロジェクトにしようとしてみたわけである。外交問題は常に複数の視点が絡み合っていて複雑であるのは分かる。しかし、複数の視点を組み合わせてみた時に整合性があるのか、1つのプロジェクトとして成り立つのか、お互いの利点や目的を潰しあってしまわないか、などといったことを最初にもっと考える必要があるのではないだろうか。日本の途上国への援助が全て1つの視点で貫かれるなどとは思わないが、全体としてもう少し流れというものが存在してもいいのではないだろうか。

アメリカの世界戦略には、1つの姿勢がきちんと貫かれているということが良く言われる。1つの視点を追求するからか、確かに途上国におけるCDCなどの活動の様子を見るとダイナミックである。それが常に正しいとは言わないが、日本はもう少しアメリカを見習った方が良く思う。世界最大の援助国となった割には、援助のやり方がお粗末のような気もする。漫然と広がっただけ、とでも表現すべきか。そろそろ援助というものを少しは戦略的に考える専門機関ができていいのではないだろうか。

その際に大事なことは、現場の意見を大事にすることだろう。途上国ではおよそ日本では考えられない非常識なことが起こりうる。現地の行政システムなどを利用しようにも、日本とは成熟の度合いが違うし、人々の価値観、姿勢というものも全く違う。日本の行政機関以上に、現場の様子というものが分からない。何らかのプロジェクトを始める際に、必ず最前線との情報交換が行われなければ、実質的に意味のある援助政策を考えることはできないだろう。

日本の外交には戦略がないとよく言われるが、援助についても同じことが言える。今までの援助は場当たりに実施されてきた。サミットで採択される宣言やWHOの行動に合わせて金を出すだけだった。しかし、戦略がないというのなら、それは経済活動や全てにおいてそうなのではないだろうか。私は戦略を1つに定めるのではなく、各人が臨機応変に対応するのに任せる、ということが実は日本人の特性なのではないかと考えている。結局それが個人個人の自律を促し、引いては今の経済発展につながっているのではないだろうか。独裁者を望まない風潮、急激な変化を良しとしない風潮、国民総中産階級と表現される社会、そういったものは全て根を同じくした日本人の国民性というものではないだろうか。

実際、援助に関しても確かに戦略が見えないかもしれないが、だからと言って失敗しているわけではない。国によるかもしれないが、JICA や青年海外協力 隊の人々はコミュニティーの中にうまく溶け込んで、日本という国のイメージを良くしていると思う。援助に戦略性がないからこそ、現場における活動はまさに 携わっている各人にのみ依存している。そしてそれが必ずしも失敗していないのは、すなわち 1 人 1 人の質の高さによるのではないだろうか。「質の高さ」という表現がよくなければ、異文化の中でうまく折り合いをつけてやっていく能力と言い替えてもいい。

もちろん、いつまでもこのままで良いと言いたいわけではない。繰り返しになるが、同じ価値観の人間ばかりがいる日本の中と違い、これからはもう少し日本 の戦略というものを打ち出していかなければならないだろう。橋本イニシアティブは初めて日本がイニシアティブを取って動くことができるかもしれない計画である。派手ではないかもしれないが、派手な計画など所詮はその場限りの対症療法にすぎない。スクールヘルスに基づいた日本のアプローチは今や世界的にも高く 評価されているのだ。ひょっとしたらこの緩やかな手法が、世界の公衆衛生において大きな成果を達成できるかもしれないのだ。世界がこれまで試みてきたことを、日本のやり方で少しずつでも達成していけるとしたら、これほど痛快なことではないではないか。途上国の日本に対する見方は、今のところ経済大国ということに留まっているが、こうして世界中のコミュニティーに貢献していければ、真に世界の尊敬を集める事ができるようになるかもしれない。日本が国際社会の中で成熟していく第 1 歩として、橋本イニシアティブがうまくいくことを心から祈っている。

最後になったが、無知な学生を忙しい中に受け入れてくれたケニア JICA の方々、日本の JICA 本部の方々、ケニアに派遣されている専門家の方々、そして長崎大学の青木先生を始めとして寄生虫学会の先生方に、感謝の意を表したいと思う。

### クワレでの活動

キリマンジャロの麓にある町のモシからケニアとタンザニアの国境に位置するタベタを経てモンパサへと半日かけて移動した。シャトルバスで移動したのだが 道は非常に状態が悪くガラスが音を立てるほど揺れた。モンパサはケニアの第二の都市とほいうもののナイロビと違い近代的な建物などは数少なく、物価（飲食 代）がかなり安かった。インド洋を眺めながら小さなフェリーでクワレへと向かった。クワレでの滞在期間、私たちは JICA のゲストハウスに宿泊させてもらった。そこで文化人類学の教授の門司先生にお会いし明日のマチングでのフィールドワークに同行させてもらうことになった。

次の日朝食をとるために村の中心部に行ったのだが、様々な小さい店が数十店舗集まっただけのところであった。やはり物価は安い。それでもそこにいる人たちは活気づいてお

り村の流通の中心という印象を受けた。朝食を済ませた後、我々は 2 グループに分かれエイズ・マラリア研究所と地域密着型の診療所に移動した。その道中 elephant sanctuary と呼ばれる野生の象の生息地を通り、外国人の観光客を乗せたバスとすれちがった。

エイズ・マラリア研究所は規模が小さいものであり、普通の研究室ほどであった。そこにはエイズの検査キットなどがおいてあり、また VCT (volunteer counseling and test) も設けてあった。この VCT というのは、簡潔にいうとエイズの検査を受けその結果が出るまでに、もし陽性の結果が出た場合今後どのようなことに気をつけながら生活していくべきかを事前にカウンセリングすることである。アフリカの都心部では VCT の看板が数多く点在していた。そしてまた同時に隣接した小さな病院も見学した。

一方、診療所もまた小さなもので 2, 3 部屋しかなかった。そこを訪れる患者にはマラリアや風邪や熱の症状の人たちが多くいたことだった。他には家族計画もしていてその日説明を聞きに生後 3 ヶ月の子供を連れてきた母親が訪れていた。また、建設中のナースの宿泊施設なども見学したのだが非常に単純な造りだった。診療所の隣には小学校があり、そこでまた見学させてもらった。授業中教室を訪れ子供たちの教科書を見せてもらい、指導している教科やその内容などを教えてもらった。やはり私たちのような外国人は珍しいらしく子供たちは好奇心目で私たちを見ていた。また、住血吸虫対策のための簡易なシャワールームなども見た。それから診療所の職員の方から近所にある住居を 2 軒見せてもらったのだが、両家族とも貧しいそうで建物も非常に古くて汚く、また家畜と一緒に住んでいるので衛生的にも問題があると思った。

そしてその後先生たちと一緒に少し甘みのあるお粥のようなものを子供たちに一人ずつ配った。どのくらいの効果があるのかはわからないのだが、その際子供たちに川で遊ぶことや裸足で遊ぶことは危険であることを注意しながら (住血吸虫予防のため) 配布していった。おいしそうに子供たちは食べ、喜んでおかわりしている子たちもたくさんいた。私たちも一緒に食事をしながら子供たちと遊んでいた。折り紙をしたり、動物の絵を書いたり、サッカーをして楽しい時間を過ごした。

ナイロビは私たちがイメージするアフリカとは違い、非常に近代化が進み高層ビルもある都会だったが、クワレでは象が近くに生息するような田舎で貴重な体験ができた。アフリカの子供たちとも触れ合うなど普通の旅行ではありえないであろうことができ、大変良かった。不便だと感じるものや不満が多くあるだろうが、そのような環境で生き生きとした人たちの表情をたくさん見られ、そういった現地の生活を少しでも見ることができ一生の思い出となった。

**タイ研修報告**

医学部 2 年 刀根 聡志

## はじめに

タイでの研修と聞いて、活動班にそんなのがあったのかと疑問に思っている人もいるかと思うので、まずタイで研修することになった経緯について述べておこうと思う。

今回、KEMRI 班としてケニアに研修で滞在していた際に、ナイロビで開催されていた『寄生虫に関する国際シンポジウム』にたまたま自分たちも出席することができた。その際に、シンポジウムに出席していた慶応大学の竹内教授にタイの ACIPAC (タイ・マヒドン大学熱帯医学部国際寄生虫対策アジアセンター) の所長の小島先生を紹介していただき、自分たちが帰国の途中でタイに 4 日間ほど滞在するという話しをしていたら、ちょうどその期間に東海大学の学生が自分の所に研修に来るから君たちも来たらいいよ、ということで急遽タイの ACIPAC を訪れてみることになった。

## ACIPAC について

1997 年のデンバー・サミットにおいて、橋本総理 (当時) が寄生虫対策の重要性および国際的な協力の必要性を提唱したのを受け、同年 8 月に国際寄生虫対策検討会が設置され、寄生虫に関する世界の現状や日本の寄生虫制圧の経験を踏まえた国際的な寄生虫対策のあり方についての提言を含む「21 世紀に向けての国際寄生虫戦略」と題する報告書が作成された。1998 年 5 月、バーミンガムサミットにおいて、橋本総理は、アジアとアフリカに「人造り」と「研究活動」のための拠点をづくり、WHO および G8

諸国とも協力して、このような拠点と周辺諸国とのネットワークを構築し、寄生虫対策の人材育成と情報交換等の促進を提案 (『橋本イニシアチブ』) した。そして、この『橋本イニシアチブ』の拠点となる施設としてアジアではタイ・マヒドン大学熱帯医学部が選定された。その後、関係者間において東南アジアでの具体的な案件作成のための検討が重ねられ、1999 年 5 月から 7 月まで企画調整員をタイおよびその周辺諸国 (フィリピン、ラオス、カンボジア、ミャンマー、ベトナム、マレーシア) へ派遣した。その結果、マヒドン大学医学部でプロジェクト方式技術協力および第三国研修によりアジアにおける寄生虫対策のための拠点づくりの協力を行い、周辺諸国については、無償資金協力、個別専門家派遣、研修員の受け入れ等により協力を行うことが適当との提案がなされた。

以上のような背景を踏まえて、タイ国政府から保健省との連携の下マヒドン大学医学部に ACIPAC が設立された。

## 活動報告

ACIPAC では、スタッフの方に自分たちがどのようなことを行っているのかという話を聞く事が主な研修内容だったので、そのことについて紹介したいと思う。

・東南アジアにおける寄生虫対策推進に向けての 人材育成プロジェクト

これは、2000年3月23日から2005年3月22日の5年間の期間を通して、「学校保健を基盤としてマラリア・土壌伝播腸管寄生虫対策を推進できる ような人材の育成を目指す」ことを方針として、東南アジア各国における寄生虫対策推進に必要な人材を育成する為に、タイおよび周辺国（カンボジア、ラオ ス、 ミャンマー、 ベトナム）の寄生虫対策や学校保健関係者5名を対象に ACIPAC の研修施設でトレーニングを行い、参加者が研修を終えて帰国した後にそ れぞれの国内で『学校保健』を通じて寄生虫（ここでは主に土壌伝播腸管寄生虫とマラリア）のコントロールを実施していくことを支援していくためのプロジェクトである。

この『学校保健』を基盤としてマラリア・寄生虫対策を推進することを提案している理由は、なんととっても、かつての日本がそうであったように学童期の子 どもたちがもっとも多くの寄生虫に感染し、「虫だらけ (wormy)」となっているからだそうである。ひとりで7～8種類の寄生虫を抱えている場合もあり、身体的のみならず、子どもたちの知的発育に、これらの寄生虫の深刻な影響が及んでいる事実から『Save Wormy Schoolchirdren』をキャッチフレーズに活動が展開されているとのことである。

この人材育成の為の研修は9月から約3ヶ月にわたって実施されるもので、具体的には、寄生虫対策、学校保健・公衆衛生、マラリア対策等についての授業お よび実習を受けるそうだ。下にその時間割の1例を紹介したいと思う。

Week 3 October	Monday 1	Tuesday 2	Wednesday 3	Thursday 4
9:00~9:50	Global strategies control of STH	Soil-transmitted helminthes <sup>2</sup>	Other helminthic infections	Intestinal protozoa 1 Amoeba, Blastocystis
10:00~10:50	How to use the microscope			Intestinal protozoa 2 intestinal flagellate, coccidia
11:00~11:50		Clinical and treatment	Parasite population	Intestinal protozoa <sup>3</sup>

			dynanic	Treatment of Intestinal protozoa
13 : 00 ~ 13 : 50	Soil-transmitted helminths 1		Soil contamination and parasite survival	Demonstration of intestinal protozoa
14 : 00 ~ 14 : 50				Qualatative method for intestinal Parasites
15 : 00 ~ 15 : 50		Curent drugs	Examination of helminthic Objects in the environment	Quantitative method

上記のような時間割に沿って研修は進められていき、3ヶ月の研修期間を終えて各国から派遣された研修員は自国へと帰って行くわけだが、その際に問題となっているのが、国に帰っても、研修を通して身につけた知識や技術を活かす職場やフィールドが自国にまだ十分に用意されていないということである。結局、研修に参加して様々なことを身につけて帰ってもそれを活かすべきところがなく、せっかくのそれも宝の持ち腐れとなってしまっているところが少なからずあるわけである。

こうした状況が生まれている原因として、各国の保健省（厚生省）等において寄生虫対策に重点をおこうという考えがまだ十分でないことや、この ACIPAC の人材育成プロジェクトに対する十分な理解と協力がまだ得られていないことなどが挙げられる。こうした状況を改善しようと、各国政府等に対しもっとこのプロジェクトに対する理解を深めてもらって協力を得られるように、各国を訪問して話をするといった努力が現在なされているようである。

しかし、このような問題点がとりだたされてはいるもののまだこのプロジェクトは動き出して1年半程しか経っていないわけで、こうした改善や努力が続けられることで10年20年という長い期間でみたときには日本の寄生虫制圧に関するノウハウが東南アジアにおいて活かされそれが各国に浸透することでこのプロジェクトがうまくいけばいいな、というのが感想である。

### ・マラリア対策を軸とした PHC（プライマリーヘルスケア）

これは、タイやその周辺諸国の村などにおいて住民参加で健康を自分たちで作り出す意識をもたせることによってその地域全体の健康レベルを上げようというものである。どのようなことを行っているかという、長袖の服を着る、蚊に刺されやすい夕方はなるべく外に出ない、寝るときに蚊帳を使う、などのマラリア 予防に対する基本的な知識を住民全体に持ってもらうことで、その地域に住んでいる人をマラリアの感染から守ろうというものである。ここで大事なことは、繰り返しになるが住民参加というかたちでこれを行うということである。

具体的にどのようなことが行われていたかという、マラリア予防の有効な一つの手段として蚊帳の使用があげられるが、その中でも殺虫剤を含ませた蚊帳の 使用というものが有効らしくその使用をある村なり地域に普及させようとする際に、ただその蚊帳をこれがマラリアの予防にはいいですよと言ってそこに寄付して終わるのではなく、住民にマラリアに関する紙芝居やビデオをみてもらった後グループに分かれてディスカッションをしてもらい、どういった症状がでたらマ ラリアに感染しているとか、感染したら自分たちでどういったことをすればいいのかといったことを話し合ってもらうわけである。こうした住民参加のかたちをとることで、マラリアに対する知識を地域住民にもたせ、蚊帳を普及するなどしてかれらを感染から守ることで最終的にはその健康レベルを上げようというものである。

この時、紙芝居やビデオが用いられている理由というのは言葉の問題（タイでは基本的にはタイ語が使用されているが、田舎のほうではまだその部族独自の言語が残っているとのこと）を解消するために映像をどうしてメッセージを伝えるためである。当たり前のことかもしれないが特にこれは子供達に有効な方法だとのことだった。ただ、この際に調査員の方々が注意されていることがあり、それはこれまでテレビやビデオといったものが全くなかったところにいきなりそういったものを持って行って映像をみせることで、その土地の風習や文化を乱す事になるのではないかという懸念から、そうした所ではテレビなどは用いず紙芝居 を使うなどその風習や慣習にあわせて自分たちの仕事を行うようにつとめているということである。

ACIPAC の行っていることの一部として、上に挙げた二つの事を主に話していただいた。

### 総括

今回のタイでの研修はKEMRI 班の活動のおまけと言ってしまっても悪いが、ケニア滞在中に急遽決まったことだったため、出国前に何の下調べも事前学習 もなしにACIP

A Cを訪れることになってしまった。正直、A C I P A Cが日本が世界に設けた3つの寄生虫コントロールセンターの1つ（残り2つのうち1つは今回訪れたK E M R I、もう1つはガーナの野口医学研究所）だという程度のことしか行く前に自分は知らなかった。

そうした状況での研修ではあったけれども、K E M R Iでの研修も含めて今回自分が感じたことは、日本がかつて国中いたるところに数多く存在していた寄生虫疾患を現在ではほとんど克服してしまったという事実から、その寄生虫のコントロールに対するノウハウを途上国に伝えることで援助を行っていかうという方針を見ることができてよかったということである。というのも、日本の途上国に対する援助というとこれまでの自分のイメージでは、その土地にただ資金を投入してダムや学校を建設したりするゼネコン的なものや、物品を寄付したりといったかたちのものであったため、このような人材育成や自分たちの持っているノウハウを伝えるといった形での援助は、あまり頭になくこういった援助のかたちもあるのだと体感できたからである。確かに、こちらのほうが長い目で見たときに、将来日本などからの教育を受けた人たちが中心となって寄生虫コントロールを進めていけるようになるわけで、もう一歩進めて考えれば他国からの援助なしにその国の人たちが中心となってこうしたことをゆくゆくは進めていけるようになるわけである。そう考えると自分にはこのような援助を行うことが大変いいことのように思えたが、いいことばかりではなく問題点も少なからずあるようである。いずれにせよ、今度の研修を通して日本の途上国に対する医療援助のあり方やその問題点について知ることができ有意義な経験ができたと思う。

[1] 『ODAの正しい見方』（著：草野厚 ちくま新書）によると東南アジアの開発計画であるコロポ計画に日本は技術協力の形で参加している。

[2] 例えば日本政府が日本企業に東南アジアのインフラ整備を発注する方式。これに対して途上国政府が独自の裁量で地元企業に発注するものをアンタイド方式という。

[3] 土壌感染寄生虫

[4] Center of International Parasite Control

壱岐班

活動報告書データなし