

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 54 期 活動報告書

2019

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu University

目次

会長あいさつ.....	2
総務あいさつ.....	4
現役部員一覧.....	6
年間行事.....	7

第 54 期 活動報告

ドイツ班.....	9
イタリア班.....	28
インド班.....	62
離島医療班.....	83
会計報告.....	91
ご支援してくださった先生方.....	93
連絡先.....	94

会長あいさつ

2019 年は、私が中西先生より会長を引き継いで最初の年となります。今年の熱研の学生諸君は、ドイツ班、イタリア班、インド班、離島医療班の 4 つのグループに分かれて、国内外に旅立ち、特に怪我や病気もなく無事に帰ってきたことを大変喜ばしく思います。今年も、すべての班において、それぞれの研究計画にそって素晴らしい成果を上げてくれました。

イタリア班は、イタリアのトレントにおける精神疾患患者のケアについて調査を行いました。日本の精神疾患患者の治療は入院中心の治療であり、平均在院日数も 200 日以上と長いのが現状です。一方、イタリアでは急性期病床への平均在院日数が 14 日であり、地域の中で精神疾患患者を診るシステムが稼働していることを報告しました。また、日本で同様のシステムを導入することの課題とその対策などについて、東京都錦糸町における窪田彰先生の活動を中心にまとめてくれました。この調査成績は、新たな取り組みを垣間見ることができ、私自身にとって大変貴重な情報でした。

ドイツ班は、ドイツにおける難民問題に注目して調査をしました。本班の諸君は、ドイツで難民者受け入れの急増に伴い結核患者が増加しているとの情報から、その実態を調査すべくロベルト・コッホ研究所を訪問し、難民の増加により結核患者数は増加したが、難民者からドイツ国民への感染は少ないとの疫学調査の成績を報告しました。一方で、難民を対象とした疫学調査のデータ収集方法に問題があり、その精度が低いこと、そのため新たな疫学調査である **IMIRA-Project** が開始されていることも紹介しました。疫学調査を専門とする私自身にとっても興味深い報告でした。

インド班は、インドのマザーテレサハウスの運営する **Nirmal Hriday** (死を待つ人の家) などの貧困層に対するボランティア施設において看護活動の体験をしてきました。そこで、インドの貧困層の現状や看護することの難しさなど様々な体験を積んできたようです。また、本班の一部の学生は、**Nirmal Hriday** でボランティアを行っている際に結核患者と接触をするという事態がありましたが、的確な対応により感染を最小限にとどめることができました。また帰国後の対応も適切であり感心するものがありました。

離島医療班は、上五島の病院を訪問し、上五島での医療の現状と問題点を明らかにしました。上五島では、住民の高齢化と医師不足、および医療需要の減少が課題となっていました。そこで、ネットワークを活用したカルテ共有システムの活用、医師の指示のもと診療の補助行為を実施できる診療看護師の導入などにより医療の効率化を図るとともに、病院統合、地域枠を活用した医師の確保、患者の高齢化に対応した病院内宿泊施設の整備、出張診療や内服薬配達の導入などを実施していることを報告しました。このように離島の医療はそこに住む医療関係者の献身的な活動により成り立っていることを改めて認識する機会を得ることができました。

今年の活動も大変有意気かつ素晴らしいものでありました。熱研の学生諸君の勤勉さと熱意には大変感銘をうけ、本研究会の会長を務めさせていただくことに大変誇りを感じています。若い学生諸君が、広い視野を持った志の高い医療者に育つことを期待しています。

九州大学医学部熱帯医学研究会 会長
二宮 利治

総務あいさつ

まず今年は、インド班の班員の一人が帰国後、結核に感染してしまっていたことを報告させていただきます。もちろん、熱研としての対策も渡航前に念入りに行っており、海外渡航届も大学に提出済みでありました。このような事態が今後再び起こらぬよう、経緯や今後の渡航前の感染対策につきましても報告させていただきます。詳細につきましてはインド班の活動報告を見ていただけますと幸いです。

本年度も皆様に、第 54 期の活動報告書をお届けできることを大変うれしく思います。今年度は地域精神保健、感染症のサーベイランス、ボランティア活動、離島医療、について学んできました。前者の二班は今までの熱研の活動ではあまり見られなかったテーマを扱いました。一方、後者の二班は、先輩方も行ってきたテーマを扱っております。今まで見られなかったテーマはもちろん、過去に行われたテーマも、世界情勢や日本の医療を取り巻く環境の変化に伴い、未知の領域に飛び込んでいくようなテーマになります。そういう意味で、チャレンジ精神を持って活動を行った一年となりました。毎年このように活動できるのも、顧問の二宮先生をはじめ、OBOG の先生方のご助力による賜物でございます。部員一同、大変感謝いたしております。

私事で恐縮ですが、先日松村圭一郎さんの「うしろめたさの人類学」という本を読みました。文化人類学は差異を持つ社会を並べ、比較することで、それらの社会に優位性や必然性がないことを発見してきました。例を挙げますと、今年度の活動でイタリア班は精神病院が撤廃されたイタリアを訪問し、精神疾患を持つ患者が地域で暮らしている姿を目撃してきました。日本で未だ行われている入院中心の精神科医療は必ずしも当たり前ではないと感じました。二つ目の例を挙げます。松村さんがエチオピアの農村でフィールドワークを行っている時、路上で大声を出したりほとんど裸同然で歩き回っていたりする人がいるそうです。エチオピアの農村には精神を病んだ人が入院できる医療施設がないためです。ある日、日ごろからおかしなふるまいをしていた青年が隣村の家に火をつけて全焼させてしまった。それでも、罰せられるわけでもなく、彼が問題を抱えていることを知ったうえで、村の人は肝要な態度を取っていたそうです。数年後に松村さんが村を訪れると、その青年が落ち着いた表情で畑作業を行い、自活しているのを発見しました。エチオピアの人々は、人が精神を病んだり快復したりすることを日常のこととして経験しているのです。日本で暮らす僕らはどうでしょうか。歴史を振り返ると私宅監置が行われる時代や、統合失調症が精神分裂病と呼ばれる時代がありました。未だに精神疾患への偏見が根強く残っています。

構築主義といって「何事も最初から本質的な性質を備えているわけではなく、様々な作用の中でそう構築されてきたのである。」という考え方があります。ですが、「この考え方に基づいて①X のあり方には必然性がない→②X は悪い→③X を排除すればましになる、という論理構成で X を批判しても何も始まらないじゃないか。どこをどうやったら X を構築しなおせるのかを考えなくてはならない。」と松村さんは言います。「日本の入院治療中心の精神科医療の在り方には必然性がない」から、「日本の精神科医療は良くない」という批判をしても何も始まりません。日本の精神科医療を構築しなおすために何ができるのでしょうか。イタリアでは精神疾患

患者や元患者の方、その家族の方などが高校生に対して自身の経験を語る啓発活動を行っているそうです。このような啓発活動を通して日本でも精神疾患に対する偏見を減らせないでしょうか。また、東京の錦糸町では退院した精神疾患患者が地域で暮らすのをサポートする多機能型精神科診療所を見学してきました。多機能型精神科診療所が増えることで、入院患者を減らせないでしょうか。

相手の文化を理解するために、まずは相手の文化に入ってみる。熱研はそういうフィールドワーク的な活動を行うことのできる貴重な場を提供してくれます。私はそういう学び方を熱帯医学研究会での活動を通じて、すこしだけ身につけることが出来たと考えております。今後も現地で得られる学びを大切に、この活動報告書という形で残していけるよう、部員一同精進していく所存です。

最後になりましたが、今年度から熱研の会長に就かれました二宮先生、私たち学生の活動を温かく受け入れてくださった関係者の皆様方、私たちの活動を見守りご支援してくださる熱研OBOGの先生方、あらためて御礼申し上げます。

これからもご指導ご鞭撻のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

九州大学医学部医学科 3 年

日野雅喜

第 54 期 現役部員一覽

医 5

佐々木大貴
武井祐樹
門松英
赤木健哉
岩村成路
金子と樹
河村真理
斎藤智晴
水木雅人
山川良太
米川耕太郎

医 4

加藤航
加藤誠也
金田海弘
岸哲生
佐野仁美
中村理乃
成尾圭介
前田優華
龍正一郎

放 4

末次善紀

検 4

金城明香理
梁井一樹

医 3

津田明知
日野雅喜
井野雄貴
柿坂玲雄
中野利恵子
塗木海斗
吉澤遼一

看 3

河上春菜
堀江菜奈未

放 3

追立和久

医 2

白石倫
井上武
岩見俊吾
圓城莉子
川井田悠史
坂井良行
高畑晴興
田崎周
楯林英一郎

平山歩未

宮崎朋実

村口大知

生 2

尾形一誠

深田幸平

看 2

伊藤七海
大塚望海
山口真子

検 2

上村千花
船崎希
宮本麻希

放 2

白坂大輔

歯 2

田畑景登
土橋朋永

臨薬 2

照海真子

医 1

阿部幸生
荒井大輝
石川真海
上園冬樹
上間直樹
加藤尚暉
久保山未唯
斎藤瑞樹
佐竹颯

新畑龍斗

竹中翔一

中島歩

中嶋涼子

永富雅樹

西平裕太

福川智巳

村田開都

山口貴弘

生 1

甲斐薫

栗田夏海

高山正記

看 1

木内広海

久間由紀乃

検 1

大迫萌ヶ子

尹淳美

第 54 期 年間行事

2018 年		
12 月	15 日	産業医科大学報告会
2019 年		
1 月		
2 月	17-25 日	台湾 Exchange
3 月		
4 月		新入生歓迎活動
5 月	25,26 日	九重合宿
6 月	29 日	前期総会
7 月	27,28 日	山口大学合宿
8 月		台湾 Exchange 受け入れ (8/2-8/9)
8 月		ドイツ班
8 月 10 月		イタリア班
8 月 9 月		インド班
8 月		離島医療班
10 月	12,13 日	九大祭
	26 日	山口大学報告会
11 月	17 日	後期総会 幹部交代式

第 54 期 活動報告

ドイツ班

活動目的

近年日本に来る外国人の数は年々増加しており、こうした傾向に柔軟に対応するためにドイツから学び、模倣・実践できることはないか考える。ドイツの近年の傾向を考慮して感染症に特に焦点を当てて調査を行う。

活動場所

ドイツ ベルリン ロベルト＝コッホ研究所
マインツ ヨハネス＝グーテンベルク大学

活動期間

2019 年 8 月 22 日（ロベルト＝コッホ研究所にて Ute Rexroth 先生と面会）
8 月 22 日（同所にて Claudia Santos Hövener 先生と面会）
8 月 26 日（ヨハネス＝グーテンベルク大学にて福井公子先生と面会）

班員

津田 明知（九州大学医学部医学科 3 年 班長）
金田 海弘（九州大学医学部医学科 4 年）
中村 理乃（九州大学医学部医学科 4 年）
追立 和久（九州大学医学部保健学科放射技術専攻 3 年）
圓城 莉子（九州大学医学部医学科 2 年）
宮崎 朋実（九州大学医学部医学科 2 年）
竹中 翔一（九州大学医学部医学科 1 年）
木内 広海（九州大学医学部保健学科看護学専攻 1 年）

Abstract

ここ数年でドイツの難民事情は大きく変わり、2015 年以降非常に多くの難民が移入している。こうした移入に伴ってドイツでは様々な問題が発生している。最も着目すべき点のひとつに難民の流入に伴って特定の疾患における国内罹患者が増加しているという問題がある。私たちは特定の疾患が具体的にどのような疾患であるのかを調査しつつ、こうした罹患者数の把握はどのように行われているのかについても調べることとなった。この疑問を解決するべくベルリンのロベルト＝コッホ研究所にて Ute Rexroth 先生や Claudia Santos Hövener 先生にお話をお伺いしたところ、活動開始時の疑問を解決できただけでなく、罹患者の把握をするうえでデータ採取に課題が存在していることも分かった。データ採取上の課題を解決するべくドイツではどのような活動を行っているかを調べつつ、こうしたドイツでの流れを日本でも応用できないかと私たちは考察するに至った。

第1章 はじめに

第1節 立班の経緯

(津田)

数年前から日本でも欧州難民危機というフレーズをニュース等でよく聞くようになった。日本人にとって難民という存在はあまり身近ではないため難民とはいったいどのような人々を指し、どのような生活を営んでいるのだろうかと興味を持つようになった。一方でここ数年、ドイツには非常に多くの数の難民が移入している。特に 2015 年では 100 万人を超える人々が難民として登録された。実際、ドイツは近年最も多くの難民を受け入れてきた先進国のひとつである。またドイツは国土面積や人口がかなり日本と似ているという特徴がある。このようなドイツの現状や特徴を踏まえた結果、私たちは難民に関する問題を調べるにあたって、ドイツに実際に渡航し、調査するという方針で活動を開始した。

活動を開始して間もなく、ドイツでは難民の移入によって様々な問題が起こっていることが分かった。一例をあげると、難民とドイツ市民の間で言語の壁があるというコミュニケーションの問題や、難民の人たちが定職にありつけないといった就業問題、また言語の壁などが原因で適切な教育を受けることができないといった教育問題などが存在している。こうした文化的側面に絡んだ問題が多数存在する傍ら、医療面における問題も多数存在することが分かった。我々は医学生という立場からこうした医療的側面をもつ問題に注目することとなった。例えば難民が金銭的余裕のなさから病院をはじめとする医療機関にアクセスできないといった問題や、異国で生活することで精神的に不安定になりやすいという心の問題が存在している。こうした様々な医療問題が存在する中で我々が最も重大な問題だと思ったものが、感染症に関わる問題であった。なぜそのように考えたかという、ドイツ国内における感染症関連の報道数が非常に多かったからである。例えばドイツで最もアクセスされているネットニュースでは以下のようなタイトルの記事が存在している。

「ノルトライン・ヴェストファーレン州にて疥癬が増加している」¹

「難民が稀な病気を持ち込む」²

「医者は難民の波による結核の危険性を恐れている」³

こうした問題は果たして本当にドイツで起こっているのだろうか？インターネット上の記事を読むだけでは実態を掴むことが難しいのではないだろうか。インターネット上の記事は情報源や記者の人物像が不明瞭であり、例えば難民に対して排他的な思想を持つ市民によって実態よりも誇張した内容の記事を作成している可能性も考えられる。このような可能性を踏まえると感染症の実態を知るためには実際にドイツに渡航し、専門の先生にお伺いする必要があると考えた。

渡航中の訪問先について検討を重ねた結果、私たちはベルリンにあるロベルト＝コッホ研究所（以下 RKI）とマインツにあるヨハネス＝グーテンベルク大学病院にアポイントを取らせていただいた。RKI はドイツ全体の感染症に関する疫学データを集計する最高機関であり、私た

¹ ネットニュース「Neue Westfälisch」にて 2016 年 11 月 28 日掲載

² ネットニュース「Gesundheitsstadt Berlin」にて 2016 年 4 月 20 日掲載

³ ネットニュース「Focus Online」にて 2016 年 4 月 28 日掲載

ちはこうした機関に勤務されている先生からお話をお伺いすることでドイツの感染症に関する正確な状況を把握することではできないのではないかと考えた。一方でヨハネス＝グーテンベルク大学では日本人医師の福井公子先生が麻酔科医として勤務されており、私たちは福井先生からお話をお伺いすることで実際の医療現場から見た難民事情を学ぶことができるのではないかと考えた。

第2章 ドイツについて

第1節 ドイツ基本情報

(宮崎)

ドイツは首都ベルリン、面積は 35.7 万km²で日本の約 94%、人口 8280 万人の国である。国民はほとんどがゲルマン系を主体とするドイツ民族であり、宗教はカトリック 29.9%、プロテスタント 28.9%、イスラム教 2.6%、ユダヤ教 1.6%とさまざまな宗教が信仰されている。また、世界の中でも有数の工業国であり、また貿易大国でもある。GDP の規模はヨーロッパの中で 1 位である。また、ドイツの特徴の 1 つとして、先進国の中でも特に多く難民を受け入れていることがあげられる。

第2節 歴史背景

(圓城)

ドイツが難民を多く受け入れるようになった背景について説明する。2015 年に、ドイツのみならず欧米諸国全体で庇護申請者数が急増し、欧州難民危機が起こった。これはサハラ以南のアフリカでは貧困、シリアやエリトリアでは戦争や圧政が深刻化しており、それらを逃れて欧州に流れ込む難民が増加したからだ。この事態を受けて、欧州各国が対応に迫られたなか、特にドイツでの難民受け入れが進んだ。これには主な理由が二つある。ひとつは、ドイツのメルケル首相の難民問題についての関心が大きかったことである。「ドイツでは政治的迫害を受けた難民の受け入れに制限はない」と宣言し、積極的に難民の受け入れを行った。もうひとつには、難民にとっても、欧州各国のなかで特に先進国であり、雇用の機会が豊富なドイツが逃れる先として魅力的であったということである。ドイツでは難民の増加とともに、それに付随した問題も次々と浮かび上がってきた。このことについて次の項で説明する。

第3節 難民・移民・庇護申請者に関する知識

(津田・竹中)

ここでは、ドイツへ流入してきた人々、その人々の医療の現状について述べる。

第1項 難民、移民、庇護申請者の定義

初めに、難民、移民、庇護申請者の定義について述べておきたい。難民とは、戦争、貧困等により祖国から逃れた人々のことをいう。一方で、移民とは、移住の理由や法的地位に関係なく、定住国を変更した人々のことをいう。また、庇護申請者とは、祖国を逃れ、他国で保護を申請し

た人々のことをいう。2015 年の欧州難民危機によって、欧州に到来する難民の数が急増した。その結果、ドイツにも多くの難民が押し寄せ、2015 年、2016 年と難民申請者は急激に増え、2016 年にその数は 70 万人を超え、最大となった。しかし、数十万もの難民申請に対して、実際に申請が受理され難民と指定されるのは半数以下であり、受理されるまで、数年かかることもある。

第 2 項 難民として認定されるまで

第 1 項の内容を踏まえて難民をどのように難民として認定するのかについて述べる。

難民は、初めに難民保護、ドイツでの定住支援、帰国支援を行う連邦移民難民局の受付センターに登録される。このとき、難民や移民の受け入れ地域の割り当ては、EASY コンピューターシステムによって、出身国を考慮して行われており、この EASY への初期登録が庇護申請手続きの出発点となる。また、難民はドイツ赤十字社（DRK）にも登録される。そして、登録から数ヶ月後、難民はそれぞれの地区に割り当てられ、1 週間以内にその地区に移動しなければならない。この際、可能な限り、難民の親戚の住む地域に収容されるよう配慮されている。難民の住む住居は、難民キャンプとなることが多いが、宿泊施設を分散させて地元の人々と生活することもある。また、受け入れ施設では、様々な検査が行われたあと、DRK から登録の許可があり、登録後に ID カードが発行されることとなる。さらに西バルカン諸国からの難民は最大 6 ヶ月間受け入れ施設にとどまることができ、教育を受ける施設も開設されている。例えば、バイエルン州やラインランドプファルツ州では、難民向けの教育が行われている。

第 3 項 難民に対する医療

続いて、難民の医療について述べる。難民は、入国の審査時に検査が行われる。初めに、検査の目的を難民に伝えることから始まり、個人情報記録、予防接種証明書の管理や不足分の予防接種の実施、病歴の調査、身体検査、そして X 線を用いた感染性肺結核の調査がなされる。特に、難民による感染症の拡大を防ぐため、適切なワクチン接種が必要となる。そのため、難民に予防接種をするための全国的な基準が導入され、入国の初期段階で集団でのワクチン接種を受けることができるようになっている。その後、調査結果をまとめると、調査対象者は共有施設を利用するための証明書を受け取る。もし調査対象者が感染症にかかっていた場合などは、宿泊施設利用の懸念があるかどうか記載されている。また、難民は、亡命時に肉体的、心理的被害を受けていることが多い。そのため、精神疾患が発症してしまった場合でも、非常に早い段階で診断を下せ、治療も特別な治療センターで医師がついて行われるようになっている。一貫した治療を保証するため、ドイツでは、心理療法のセラピストが、契約医師の免許を取得することで、治療に参加できるよう規定されている。特に、ドイツの子供や青年が精神的に健康でいられるよう、専門家、ユニセフなどと協力してワークショップも主催している。一方で、難民が医療を助けようとする試みもある。医療技術をもつ難民は、難民と言語コミュニケーションが取れるため、救急医療を提供する上で非常に重要な助けとなる。そのため、医療ヘルパーとして適切な訓練を受けた難民が受け入れ施設で医療に参加できる可能性が生まれている。

第3章 活動報告

この章では、実際に現地に訪問した際に私たちが学んだことを紹介する。(津田)

第1節 Ute Rexroth 先生に教えていただいたこと

(津田)

活動報告の前に私たちが訪問した施設のうちのひとつ、ロベルト＝コッホ研究所 (RKI) について紹介する。RKI は 1891 年に設立されたドイツの中央監視研究機関であり、感染症や非感染症を管理する連邦政府機関である。私たちはドイツの感染症の実態を学ぶために訪問したという点を踏まえ、今回は RKI の感染症に関わる面での役割について紹介する。

ドイツ国内の感染症の報告は感染症予防法 (ifSG) に基づいている。この法は感染の疑い例や感染による発症、死亡が発見された場合にどのような形式で報告するかということを指定している。病院や研究所で感染症が発見されると ifSG の基準に従って最寄りの保健所へ報告が伝わったのち、さらに州の管轄当局へ報告され、最終的には RKI に集計される。このような通知システムによって RKI はドイツ全体の感染症報告を把握することができる。一方 RKI で集まった感染疫学分析データは州の管轄当局や地域の医師会をはじめとする 8 種の医療当局・機関に提供されている。また、RKI は ifSG の範囲内で伝染病の予防・感染の早期発見を行うほか、疫学の分析法の開発も担当している。

私たちは RKI のドイツにおける役割を理解したうえで、サーベイランスユニットの科長として勤務されている Ute Rexroth 先生にお話をお伺いすることにした。サーベイランスユニットは RKI の数ある部門のうち、最も感染疫学分析データに特化した部門のひとつである。以下の項にて Rexroth 先生に教えていただいたことを述べる。

第1項 難民の感染症データはどのように集計されるか

先ほど述べたように、RKI ではドイツ全体の感染症データを集計している。また、RKI のホームページではドイツ全体のみならずドイツ国内に滞在している難民に限定した感染症データも公開している。いったいどのようにして難民限定の疫学データを抽出しているのだろうか。

疫学データ採集の対象に難民が向けられたのは 2015 年以降である。この年は欧州難民危機が起こった年と対応しており、ドイツにも大量の庇護申請者が流入した。ドイツ国家はこうした庇護申請者を難民と認定して国内で保護するとともに、ifSG に基づいた感染症通知システムの情報の中に難民に関する情報を加え入れることになった。このような政策を行った理由のとして、難民の増加による感染症増加のリスク管理とアウトブレイクの予防を行うという目的があげられる。ifSG の通知システムに新規に追加された情報として以下の 4 点がある。

- ・庇護申請者であるかどうか
- ・出身国はどこであるか
- ・ドイツに入国した日時はいつであるか

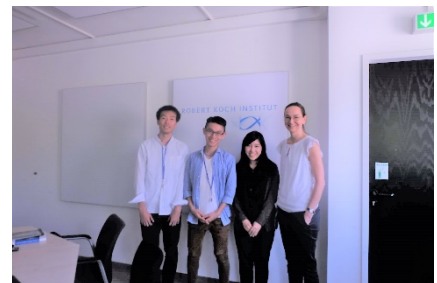


写真1 Rexroth 先生との写真

- ・ 難民のための保護施設に滞在していたかどうか

以上の４点が 2015 年の 9 月以降通知システムの中に組み込まれた。この新規追加事項によって RKI は難民に的を絞った感染症データを集計することができるようになった。また先ほど述べたように、RKI のホームページでは 1 ヶ月ごとに集計したデータを文章と表を用いて無償で公表を行っている。

第 2 項 どのような疾患が多くみられたか

第 1 項では難民の疫学データがどのようにして抽出されるのかについて説明した。こうして疫学データを本格的に取り始めた 2015 年の 9 月から翌年の 7 月にかけて、1 週間あたり約 130 の報告例が RKI に集められた。この 11 ヶ月が難民の感染症報告が多かったピーク期間となった。この期間中においてどういった疾患が多くみられたのだろうか。

以下の表 1 に難民間で多くみられた疾患の上位 10 項目を示している。

表 1 難民が罹患した疾患上位 10 項目

疾患名	難民の罹患者数（人）
水痘症	2354
結核	1869
B 型肝炎	837
インフルエンザ	708
ロタウイルス胃腸炎	434
ノロウイルス胃腸炎	372
C 型肝炎	236
A 型肝炎	232
ジアルシア症	143
カンピロバクター胃腸炎	75

表からも分かる通り、疾患ごとの罹患者の偏りはとても大きい。また、疾患だけでなく州ごとによる罹患者の偏りも大きいことが分かった。例えばベルリン州においては 11 ヶ月の間に 600 以上の難民の感染症報告があったが、一方でブレーメン州では感染症報告は 100 にも満たないほどである。

この表の報告数に着目すると水痘症が最も重要な疾患であるように思われるが、果たして正しいのだろうか。疾患ごとの詳しい内容は第 4 章第 1 節において考察する。

第 3 項 感染症データの信憑性

ここまで RKI の感染症データについて述べてきたが、こうしたデータは果たしてどの程度信憑性があるのだろうか。Rexroth 先生はこの感染症データにおいてズレが生じている可能性があることも説明してくださった。以下その内容について述べる。

難民の罹患者数が正しくカウントされず、過大評価や過小評価されている理由は多数存在するがここでは特に大きい3つの要因について紹介する。

まず1つめの理由は罹患者のカウントが医療機関に依存していることである。難民の人たちは経済的余裕がなかったり、また言語の違いがあるためコミュニケーションに難が生じたりするという理由で病院をはじめとする医療機関に足を運びづらいという側面がある。このためドイツ市民と比べて医療機関にアクセスする頻度が低くなり、罹患者数が過小評価されている可能性がある。

2つめの要因として実施方法がばらばらであるということがあげられる。地方と都市部ではデータ採取で用いるソフトウェアが異なっているほか、疾患を診断するスクリーニングの方式も異なっているという現状がある。こうした違いにより疫学データにズレが生じると考えることができる。

3つめの要因として調査の実施期間が短いことがあげられる。そもそも難民に的を絞ってデータ採取を始めたのが2015年の9月からであるのでまだまだデータとして成立するための母数が不足しているようである。しかし今後もこの調査を継続することでこの問題は解決されることが考えられる。

第2節 Claudia Santos Hövener 先生の講義

(中村)

RKIで疫学・健康調査部門(Department of epidemiology and health monitoring)の健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health)ユニットで研究されている Claudia Santos Hövener 先生にお話を伺った。この部門では感染症疫学とは対照的に非感染性疾患に焦点を当てている。先生の研究内容は非感染性疾患の危険因子・保護因子、健康の社会的決定要因などで、健康調査やその調査データを扱った研究を行なっている。私たちはRKIが行なっている健康調査と、移民に対してRKIが行なっている活動についてお話を伺った。

第1項 RKIのヘルスマモニタリング

RKIは独自のヘルスマモニタリングとして3つの健康調査を行なっている。1つめは子供と思春期の青年に対する調査である「KiGGS」で、健康に関するインタビュー調査(Health Interview Survey)と健康に関する身体的調査(Health Examination Survey)の両方を行う。2つめは「DEGS」という成人に対する身体的調査で、4台のバスを使って身体的調査をして回る。3つめが「GEDA」という成人に対するインタビュー調査である。インタビュー調査ではアンケートの回答や電話での質問などを行い、身体的調査では血液検査、血圧測定、身体測定、認知能力試験、身体機能検査などの健康診断を行う。これら3つの健康調査の対象は300にのぼるサンプルユニットから無作為に抽出されており、身体調査、データ集計などの作業は全てRKI自身で行なっている。

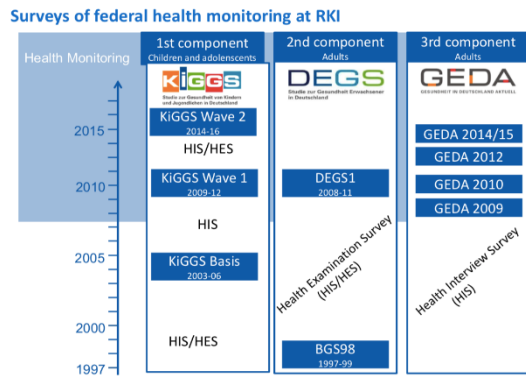


写真 2 RKI のヘルスマモニタリング

第 2 項 データに対する課題

現在ドイツでは人口の 23.6%である 1930 万人が「移民的背景を持つ」と言われている。ここでいう移民的背景とは、親の片方もしくは両方がドイツ国籍を持たないという意味だが、実際の定義はそう簡単ではない。例えばこの「移民的背景を持つ」1930 万人のうち 68.4%の 1400 万人は自ら移住した人たちで、「移民」と呼ばれる。1930 万人のうち 48.9%の 940 万人は「ドイツ国籍を持つ」。このように移民に関しては多くの概念の操作化が行われており、移民とは何かをどのように定義するかは統計によって異なることが多い。したがって既存の統計を比較することが困難であるというのが移民のデータを扱う上で大きな問題点となっている。

第 3 項 最近の活動と成果-KiGGS2

KiGGS のうち 2014 年から 2017 年に行われたものが KiGGS2 である。KiGGS2 では移民に対してドイツ語の資料に加えて多言語に翻訳された資料を提供することで勧誘を行なった。しかしたとえ言語の障壁があっても、実際に誰かが調査への参加を促すこと自体が大きな意味を持っている。KiGGS2 では移民に特化したリクルーメント活動として自宅訪問を行なった結果、参加する人の割合が増え、参加を断る人の割合が減ったことから最も効率的な働きかけは翻訳ではなく自宅に直接訪問することだと分かった。インタビュー調査の中に電話でのインタビューも含まれており、もともと可能な限りの調査を電話で行う予定であったが、直接会って話す方が有効であることがわかり、電話番号を聞くための訪問も行っている。この方法はコストがかかるため全ての人に行うことはできないが、ドイツ語を話せないドイツ人、障害を持つ人、教育レベルの低い人など、健康調査に参加させることが難しく普段調査できない人たちに接触することができるため大変重要である。今後は人々に参加を促すだけでなく、逆になぜ参加をしないのかについても考察していく予定である。また調査の際に用いるインフォームドコンセントのためのビデオの翻訳は行われていても、患者への副作用などの詳しい説明が不可能ならば調査対象として除外しなければならないため、そのような状況を減らしていくことが今後の課題と言える。

Migrant-specific recruitment efforts in KiGGS wave 2 (2014-2017)

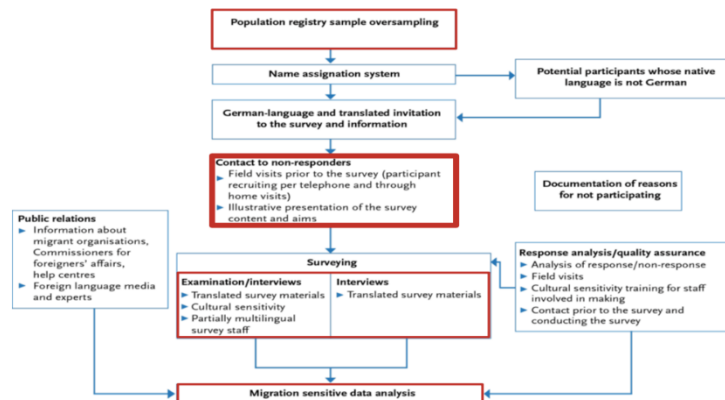


写真 3 KiGGS2 での移民に特化したリクルートメント活動

第 4 項 IMIRA プロジェクト

移民に関するデータの改良を行うために、RKI で開始したのが IMIRA プロジェクトである。第 2 項で述べたように、様々な統計データは移民の定義や操作化の違いにより比較できないことが多い。そして特定の移民群はサンプルが少なすぎて有効なデータを得られていない。また移民に対して持続的な健康調査を行うための方法が確立されていない。このような近年の課題に対して、移民の健康調査への参加を促進する目的で IMIRA プロジェクトが行われている。具体的なプロジェクトの内容の一部は以下の通りである。

・インタビュー調査の改善

個人情報の取り扱いやリスクの説明のための資料を改善し、以前は数ページに渡ってひたすら文字が続いていたものから、全ての情報を 1 枚の紙にまとめてカラフルで見やすいパンフレットに作り直した。インタビュー調査はオンライン上で開始するが、ドイツ語と多言語の両方対応できるようになっている。ただし全ての人がオンラインのアンケートを使用できるわけではなく、スマートフォンの扱いに不慣れな人もいるため、紙媒体のアンケートも行なっている。

・概念の見直し

アンケートで取り扱う概念の見直しとして、例えば今までは移住の理由や原因を質問項目に入れていたが、ドイツで存在する人種差別が移民のヘルスケアやサービスへのアクセスに影響を与えることがわかったことから、新しく「移住前後の社会的地位」や、「移住後の感情」についての質問を移民歴の指標とすることを検討している。

・身体的調査の改善

翻訳されたビデオをタブレットで見ってもらうことでインフォームドコンセントを行なっている。この方法がうまく機能したため、今後の調査では少なくとも 7、8 か国語の言語に翻訳して続けていく予定である。



写真 4 改善されたパンフレット

第 5 項 多様性への理解に向けて

急速な移民の増加に伴うデータの対処に加えて、移民の調査をする上で必要性が高まっているのが移民の多様性への理解である。移民の中には就労許可や居住許可が得られていないなどの理由で政府を避けている人たちも存在する。調査の中でそのような人を訪問するときは、「参加するかどうかはあなたの選択ですが、我々はあなた方のことを理解しています。」と伝えると参加してもらえることもある。移民は、どのような理由で移住してきたのか、どのような居住環境からやってきて、移住したあとどのような居住環境にいるのか、戦争やテロのトラウマ経験があるかなど、様々な要素において異なる背景をもっている。このように多様な人々が混合している状態であることを正しく理解して、単に「移民」対「ドイツ人」という2つの分類での比較にならないようにすることが重要である。

RKI では調査に関わるスタッフの中で多様性に対する理解を深めている。移民をどのように定義するのか、移民に対してどのような用語を用いるか、移民の集団をどのように見つけるか、何を質問するか、について何度も検討を重ねている。このような多様性に関する理解を深める活動は、移民の健康に関わる人だけではなく RKI で希望する人には行うようにしている。また、今後の動きとしては、2020 年から始まる DEGS（成人を対象とした身体的調査）で、ドイツ全体の移民の割合と対応させながらスタッフの移民の割合も増やしていく予定である。スタッフの多様性が活かされたエピソードとして、健康調査のパンフレットに関する移民のスタッフのフィードバックでイラストが白人しかいないと指摘されたことから、移民の容姿に配慮したイラストに変更されたことがあったという。Hövenner 先生はただ単に移民を対象とした研究をするだけでなく、移民の人たちとともに行う、移民が参加する形の健康調査を目指している。スタッフの中にも移民の背景を持つ人、ドイツ語があまり話せない人など、様々な背景と異なるスキルを持っている人々を含めて多様化させ、理解を深めていくことが最も重要だと先生は考えている。

第 3 節 福井先生に教えていただいたこと

(金田)

今回のドイツ班の現地活動は九州大学出身の福井先生に深く御協力をいただいた。福井先生はドイツのマインツ近郊に住んでいらっしゃり、マインツ病院で麻酔科医として勤務されている。私たちは現地で先生にお会いし、マインツ病院とマインツにある難民保護施設を案内させていただいたので、福井先生にご紹介していただいたことについての報告を記したいと思う。

まず、最初に紹介していただいたのは先生が勤務されているマインツ病院である。マインツ病院は老若男女問わず、様々な患者が来院しても診察できるようにほぼ全ての科が 1 つの敷地内にある。しかし、日本のように 1 つの建物内に全ての科があるわけではなく各科ごとにそれぞれ別の建物が割り振られている。そのため、患者や医療従事者は基本徒歩で建物間を移動するらしく、時には様態が急変した入院患者を救急車で他の科がある建物に移動させることもあるようだ。しかし、これは急病患者や医療器具を運び出す際に非常に手間であり衛生的にもあまりいいとは言えないと説明を受けた。また、私が院内で最も印象的だったのが広大な庭と様々な宗教に合わせた教会やモスクが建てられているということであった。患者に移民も多いこの病院では宗教をひとくくりにせず様々な宗派を信仰する患者が精神的にくつろげるように日本

では見られない取り組みがされており、日本と違って海外では宗教が人々の精神的な拠り所となっており、医療としても重要な側面があることを痛感した。



写真 5 敷地内の教会



写真 6 敷地内のモスク



写真 7 院内の案内路

次に建物内に入ると床に線が引かれており、その線をたどっていくと患者が受診したい科に着くという工夫が見られた。この案内路は医療者が迅速に建物内を移動する際にも大いに役立っているとのことだ。院内はエレベーターも多く、日本よりもバリアフリー化が進んでいるように見られた。私たちはここで先生が勤務される麻酔科の実際の医療現場を見せていただいた。その中でも、医師や看護師、薬剤師を問わず誰もが様々な医療機器を自由に手に取れるように治療室の真横の1つの戸棚に集約されており日本のように誰がどの機器を持ってくるなどの分業がされていないという点は特に印象的であった。

そして、私たちは先生にマインツにある難民保護施設に案内していただいた。実際に建物内に入ることは許可が下りなかったため外観だけ見させていただいた。私たちは現場の建物を見るまでは集合テントなどの簡易な施設を想像していたが実際には日本の普通のアパートと変わらず衛生的にもそれほど問題があるわけではなかった。この建物を出入りしていた住民もいたって普通の生活をしており衛生的に特に問題は見受けられなかった。施設は難民の生活に合わせてランク分けされており難民同士の軋轢などが生じないように配慮されているとのことだった。

私は今回のこの施設見学を通して移民、難民が増加傾向にある中、多民族国家としての色合いが強くなってきたドイツの日本と異なる医療施設における取り組みや様々な配慮を垣間見ることが出来たように思える。



写真 8 難民保護施設の外観

第4章 考察

ここまでのドイツでの活動を踏まえ、活動目的で述べた「ドイツから学び、模倣・実践できることはないか考える」という方針に則り本章で考察を試みる。(津田)

第1節 感染症データの分析

(津田)

この節では第3章第1節で述べた Rexroth 先生に教えていただいた内容をもとにより踏み込んだ考察をしていく。

第1項 重要な疾患について

表2 難民が罹患した疾患上位10項目

疾患名	難民の罹患者数(人)
水痘症	2354
結核	1869
B型肝炎	837
インフルエンザ	708
ロタウイルス胃腸炎	434
ノロウイルス胃腸炎	372
C型肝炎	236
A型肝炎	232
ジアルシア症	143
カンピロバクター胃腸炎	75

上の表は第3章第1節であげたと同じものである。これらの疾患のうち着目すべきものを絞るためには、ドイツ市民の罹患者数と比較すべきだと私たちは考えた。難民が市民と比較して有病率の高い疾患がある場合、難民の流入によってドイツ国内に広がるリスクが考えられるからである。そこで私たちは RKI が毎年公表している国内の感染者数に関するデータブック「Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2016」を引用し、2016年の国内感染者数と比較した。

表3 ドイツ全体の罹患者数(2016年)

疾患名	2016年罹患者数(人)
水痘症	25027
結核	5915
B型肝炎	3006
インフルエンザ	64277
ロタウイルス胃腸炎	22727

ノロウイルス胃腸炎	84575
C 型肝炎	4368
A 型肝炎	736
ジアルシア症	3484
カンピロバクター胃腸炎	73999

上の表は難民が多く罹患した上位 10 疾患にドイツ国内の 2016 年感染者数を対応させたものである。

この 2 つの表を比較する前に 2015 年～2016 年にかけて

- ・ドイツ国内におよそ 160 万人の難民がいた
- ・難民の感染者を調査した期間が 11 ヶ月である

という 2 つの点を考慮して、国内の感染者のうち難民が占める割合の期待値を考えてみたい。

第 2 章第 1 節であげたようにドイツ全体の人口が約 8300 万人であり、また「Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2016」の調査機関は 12 ヶ月である。もしもドイツ市民と難民の特定の疾患に対する有病率が同じであるならば、感染者における難民の占める割合は人口比と調査機関の長さの比に依存するはずである。このことを踏まえると期待される割合は $160 \text{ 万} / 8300 \text{ 万} \times 11 / 12 \approx 0.018$ となる。

すなわち、もしもドイツ市民と難民が特定の疾患に対して有病率が等しければ、
 (ドイツ全体の感染者数) : (難民の感染者数) $\approx 1 : 0.018$ となるはずである。

では、先ほどの表中にある疾患は果たして期待値どおりになっているのだろうか。各疾患における (ドイツ全体の感染者数) : (難民の感染者数) の比を以下に表としてまとめた。

表 4 (ドイツ全体の感染者数) : (難民の感染者数) の比

疾患名	(ドイツ全体) : (難民) の感染者比
水痘症	1 : 0.094
結核	1 : 0.316
B 型肝炎	1 : 0.278
インフルエンザ	1 : 0.011
ロタウイルス胃腸炎	1 : 0.019
ノロウイルス胃腸炎	1 : 0.004
C 型肝炎	1 : 0.054
A 型肝炎	1 : 0.315
ジアルシア症	1 : 0.041
カンピロバクター胃腸炎	1 : 0.001

この表をみると、結核、B 型肝炎、A 型肝炎において難民の占める割合が高いことが分かる。言い換えるとこれらの疾患において難民がドイツ市民よりも有病率が高いということである。私たちはこれらの疾患が注目すべきものであると捉え、以下の項にて考察するに至った。なお、

A 型肝炎は結核や B 型肝炎よりもサンプルがあまりに少なくデータとしては十分に信用できないと考えたため、考察の対象から外した。また、水痘症の割合がある程度高いのは難民のワクチン接種率が低いことや、難民の人口構成として比較的幼年～児童の割合が高く、こうした年代は水痘症の好発期と合致していることが要因と考えられる。

第 2 項 なぜ難民が特定の疾患に高頻度で罹患しているのか

それではなぜ結核や B 型肝炎といった疾患において、難民の罹患率が高いのだろうか。最も大きな要因としてこれらの疾患の疫学的特徴があげられる。その疫学的特徴とは地域による罹患率の偏りがとても大きいという点であり、この偏りと難民の流入が相合わさることによって難民の占める割合が高くなったと説明することができる。

第 1 目 結核について

結核の有病率を数字として捉えるために、私たちは人口 10 万人あたりの結核発病件数に着目した。

2015 年～2016 年にかけてドイツに流入した難民の出身国をみると、多い順にシリア、アフガニスタン、イラク、アルバニア、エリトリアと続いている。こうした難民出身国のうちアフガニスタンやエリトリアが特に結核発病件数が高く、また難民流入数こそ高くないが難民の出身国のひとつとしてあげられるソマリアも結核発病件数が非常に高い。WHO が公表している人口 10 万人あたりの結核発病件数のデータ（2015 年）を引用すると、ソマリアの発病件数は 274 件/10 万人、アフガニスタンの発病件数は 189 件/10 万人、エリトリアの発病件数は 70 件/10 万人となっておりこの 3 国は結核中～高蔓延国として指定されている。一方でドイツは世界で最も結核発病件数が低い国のひとつであり、結核の発病件数は 8 件/10 万人となっている。この値は日本のおよそ半分であり、このようにドイツは先進国の中でも特に結核の感染防止に成功している。このような結核発病件数の偏りはドイツ国内の疫学データの変化をもたらした。2015 年のドイツ国内の結核感染者内訳をみると、海外出身者が全体の過半数を占めており特に先ほどあげたシリア、アフガニスタン、エリトリアの 3 国からの渡航者のみで 1000 人以上の新規結核患者が発見されている。同年に発見されたドイツ市民の新規結核患者は 1500 人であったことを考慮すると、この 3 国からの難民の流入は結核の疫学データ上で大きな影響を及ぼしたと想定される。実際難民の大量流入があった 2015 年のドイツ全体の結核感染者は 2014 年と比較して 31%増加しており、国内で大きな問題として報道された。

第 2 目 B 型肝炎について

ここまで結核について述べてきたが、B 型肝炎についても同様の特徴を述べることができる。ドイツに流入した難民の主な出身国のひとつ、アフガニスタンやシリアでは B 型肝炎ウイルスの感染が高蔓延している一方で、ドイツでは B 型肝炎ワクチンの接種が義務化しているという側面もあり、B 型肝炎ウイルスに感染している市民の割合は低い。このように B 型肝炎においてもドイツと難民の出身国において有病率の偏りがみられる。しかし B 型肝炎は結核とは異なり、国内感染者は 2015 年において増加しているものの、難民の流入は感染者の増加にあまり関わっていない。こちらの詳細については次の第 3 項にて述べる。

第 3 項 果たして結核や B 型肝炎はドイツ内で蔓延したのか

第 2 項で述べたようにドイツ国内では結核や B 型肝炎の感染者数が 2015 年に急増している。それでは感染者はどのような経緯で増えたと考えられるだろうか。ドイツ国内で感染者が増加するケースとして

- (1) ドイツに入国する前にもともと感染していた難民がドイツに移入した
- (2) 難民保護施設等で難民間の接触・感染があった
- (3) ドイツ市民と罹患している難民が接触することで市民が感染した

の 3 通りが主に考えられる。それぞれのケースがどの程度の頻度で起こっているかを結核と B 型肝炎で以下推測する。

第 1 目 結核について

(2) のケースを考えるうえで、難民間同士で最も接触がある環境は保護施設 (mass shelter) であるという点を踏まえて保護施設内での感染発見例について考える。2015 年においてドイツ全体の結核感染者 (5852 人) のうち、難民は 25% (約 1450 人) 程度を占めておりそのうち保護施設 (mass shelter) 内での積極的検査によって発見されたパターンは 1% (約 60 人) 程度であった。保護施設に入居するためには結核が非発症である証明書を提示する必要があるため、こうした 60 人が感染した経緯としては、もともと不顕性感染であった難民が発症したのち非感染の難民にも感染させた可能性が考えられる。しかしながら最も難民間の接触が多い施設内でも感染症発見例が著しく少ないため、(2) の感染パターンは少ないのではないかと推測される。

次に (3) の感染パターンについて考える。難民が流入する前の年である 2014 年においてドイツの結核感染は 4488 例でありそのうちドイツ市民の占める割合は約 4 割であった。一方で難民の大量流入があった 2015 年のドイツの結核感染は 5852 例でありそのうちドイツ市民は約 3 割を占めていた。よって 2014 年では約 1800 人のドイツ市民が新規に結核に感染し、翌年 2015 年では約 1700 人のドイツ市民が同様に感染したことがわかる。2015 年ドイツ全体では結核患者の大幅な上昇がみられた一方でドイツ市民の感染者数についてはあまり変化がなく、むしろ減少している。このことを考慮すると難民からドイツ市民に感染するというケースはあまり多くなかったのではないかと推測される。

以上をまとめると、結核においては (2) や (3) であげた感染パターンの数はあまり多くないのではないかと考えられる。逆に (1) にあげたような入国前に結核に感染した難民において入国後感染が発見されるパターンが圧倒的多数を占めているのではないかと考えられる。このような構図になった大きな要因として第 2 章第 3 節第 3 項で述べた入国時の X 線検査によるところが大きいと考えられる。もしこの X 線検査にて結核結節が発見された場合、直ちに隔離治療が行われるため、周囲に感染が広がらないようになっている。以上をまとめるとドイツ国内では難民の流入によって結核感染者の増加こそあったがそれは単純に感染者が入国しただけであり、感染の蔓延自体は起こっていないと判断することができる。

第 2 目 B 型肝炎について

B 型肝炎の罹患者数の増加は難民との関わりがそこまで大きくない。B 型肝炎の 2015 年、2016 年の罹患者数が大幅に上昇した最も大きな要因は B 型肝炎と診断する定義が変更したという点があげられる。2015 年より B 型肝炎と診断するための新しい血清抗原 (HBe 抗原) が

追加されたことにより B 型肝炎と認定される人が増加した。こうした新たな定義によって診断された人々のほとんどは臨床像を満たしておらず検査診断のみで診断されたというケースであった。一方で従来の臨床検査診断による症例の数は 2014 年とほぼ変わっておらず、これは 2015 年の B 型肝炎の増加は診断方式の変更によるものであるという強い根拠となっている。

こうした側面を考慮すると第 3 項の初めにあげた(1)～(3)の感染パターンのいずれにおいてもそれほど多くの感染例はないのではないかと推測される。そもそも B 型肝炎の感染パターンのほとんどが血液感染であるので、結核とは違い B 型肝炎の感染リスクは個人の生活習慣に依存するところが大きいと思われる。

第 3 目 疾患が国内で蔓延しているかについての判定

第 1 目、第 2 目中の内容にある通り結核、B 型肝炎の感染パターンを考察すると**難民の流入による感染症の蔓延はあまり大きくなかったと考えられる**。実際に RKI の公開している資料にも「移民によって、国民の感染症リスクが著しく増加することはない」と述べられている。結核や B 型肝炎以外の疾患（例：水痘症）における罹患者数の増加もほとんどが難民による人口統計の変化によって説明することができる。

第 2 節 データの考察

(追立・木内)

第 1 項 ドイツでの課題と取り組み

ドイツでの活動から、RKI の課題と現在取り組んでいる活動について学習した。課題は移民の流入によってデータの収集が困難となっていることである。その原因としては移民の定義の違いにより実施方法が各調査機関において異なること、移民が金銭的理由や言語の違いにより病院に行きづらいこと、移民に的を絞ったデータ収集が 2015 年 9 月から開始されたためデータ不足であることの 3 つが主に挙げられる。RKI では対策として IMIRA-project を立ち上げ、健康調査の改善に取り組んでいる。IMIRA-project では調査の際に用いるアンケートを移民に応じた各言語に翻訳することで言語面での壁を取り除き、移民をドイツ国内の割合に応じてスタッフとして雇用することで調査への不信感を取り除くことを目的とした。また、調査方法の一つとして訪問でのインタビューを取り入れた。それにより参加率が 8%から 19%に増加し、拒否率が 78%から 35%に低下した。

Effects of field visits on participation rates in KiGGS

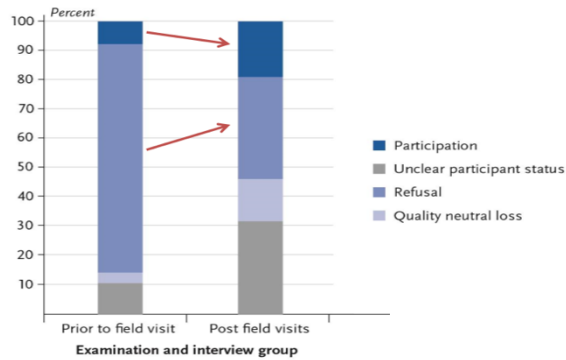


写真 9 訪問調査による参加率・拒否率の変化

第 2 項 日本での応用

第 1 目 ドイツから学ぶ、日本の未来

ドイツでは 2015 年に難民が大量に国内に流入し、急激な人口統計の変化が生じた。それに伴い、難民の医療データ収集に関する問題が明らかになり、その対策に迫られた。では、日本はどうだろうか。日本政府が大々的に難民受け入れ政策を展開するとは、現時点では考えづらい。しかし、在留外国人はどうだろう。もし日本の在留外国人数が大幅に増加したら、やはりその医療データの収集と分析の必要性が生じるのではないだろうか。

法務省が発表したここ十年ほどの在留外国人数の推移を写真 10 に示した。平成 20 年から 24 年までは減少傾向にあった在留外国人数が、平成 25 年以降は明らかな増加傾向にある。今後もその傾向が続くと思われるが、もしこれを人口統計の変化の先ぶれと捉えるなら、やはり数年後には日本もデータ収集の課題に向き合わなくてはいなくなるのではないかと。いつか対策に追われることが分かっているなら、事前にこのデータ収集という問題に取り組む必要があると私たちは考えた。

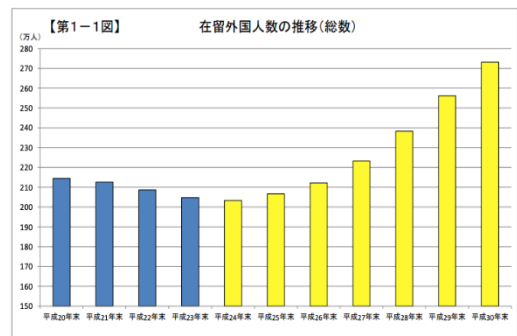


写真 10 日本の在留外国人数の推移

第 2 目 日本の医療施設ができる取り組み

まずデータの質の低下をもたらす要因はいくつもあるが、その中に「言語の壁」があった。在留外国人がヘルスケアへのアクセスを躊躇する主な理由は、言語の壁である。日本語がまだ不自由な外国人は、病院の問診票を記入するのも、医師に病状を説明するのも、診断内容を把握するのもにも苦勞し、結果的に医療施設を受診するのを躊躇するようになる。そのため、言語の壁を少しでも低くすることが、日本の医療施設側の急務だと感じた。具体的には、外国人の受診数が多い医療施設に多言語話者がスタッフとして常駐できるのが最善だと思われる。もし医療通訳を雇用する経済的余裕がなければ、既存の電話通訳サービス等を活用することも可能だろう。

同時に、医療施設のホームページ、施設内の案内板や資料等を多言語化することも必要と思われる。

医療施設側の懸念事項の一つに、外国人患者の医療費未払い問題がある。多言語話者のスタッフの導入は、外国人患者とのコミュニケーション改善に貢献し、結果的に未払い防止につながると思われる。また世界各国ではキャッシュレス化が進んでおり、外国人の多くもキャッシュレス決済を好む傾向にある。医療施設がクレジットカード決済だけではなく、スマホアプリでの決済に対応できれば、未払いリスクをより軽減できるのではないだろうか。

第3目 IMIRA プロジェクトを参考にしたデータ収集

RKI が進める IMIRA プロジェクトでは、すでにドイツ国内で暮らしている外国人をそのデータ収集の過程に組み込んでいることで、一定の成果を得ていた。調査を受ける側だった在留外国人を、調査をする側に組み込む。そのような取り組みは日本も大いに参考にするべきだと、私たちは考えた。なぜなら、日本人の大多数は日本語しか喋れない。そんな日本人の中からバイリンガル等の多言語話者を探したり、あるいは訓練したりするよりは、既に日本の生活に慣れ親しんでいる在留外国人の協力を仰ぐほうが合理的ではないだろうか。彼らの言語能力や日本での経験は、外国人患者の言語に関する不安の解消だけではなく、保険制度や文化の違いの理解を深める等の、日本人には難しいフォローも可能にすると思われる。

日本も少しずつグローバル化が進む今、日本人にも外国人にも適切な医療を提供していき感染症に対応していくためにも、データベースが重要である。そしていつかくるであろう、人口統計の変化によるデータ収集の課題を見据えて、事前に対策に取り組むことが必要だと思われる。

第3節 活動を通しての所感

(津田)

私たちは第4章第1節第3項において「難民の流入による感染症の拡大はあまり大きくなかった」という考察を導いたということが重要ではないかと考えた。第1章の立班の経緯にも述べた通りドイツでは難民の流入と感染症の拡大を紐づけようとする多数の記事が存在しており、こうした記事はドイツ市民の難民に対する不安感を煽る可能性が高い。考察で述べたように実際は難民の流入と感染症の拡大は相関が低いと、こうした記事の多くは内容を誇張していると言っても否定することができない面がある。私たちは今回の活動を通じてデータのサーベイランスを確認し見た目に惑わされないことの大切さを学んだ。

また、今回の活動を通じて最も感じたことは、データ採取は非常に大変であるということである。難民に関する疫学データを採取するためにはまず難民の定義をしっかりと定める必要があり、また特定の疾患を検査するためのスクリーニングの方式を国全体で統一しなければならない。

一方でデータ採取を行う上での問題点は無数に存在しており、例えば難民が入国した州から別の州に移動することで疫学データがダブルカウントされる恐れがあったり、またドイツ市民と難民が医療機関にアクセスする頻度が違うため両者の疫学データを正確に比較できなかったりするという問題もある。そして、最も大きな問題は難民の人たちがデータ採取に協力してくれるかどうか、ということである。活動報告書内の図10にあるように *pro field visit* では調査

を拒否する割合がとて高くなっている。難民や移民の人々は調査になかなか協力してくれないというのが現状である。RKI の IMIRA-project ではこうした問題に対応するべく、多言語を用いて言語の壁を撤回したり、またスタッフが直接訪問したり、IMIRA-project のスタッフに移民・難民の人々を採用したりすることで難民や移民の人たちにとって調査に参加しやすい環境づくりを進めた。こうした努力によって調査の参加率は大幅に上昇し、逆に拒否率は大幅に減少した。この努力は日本でも是非取り入れるべきではないだろうか。来年の夏には東京オリンピックが開催されることもあり大勢の外国人が日本に来ることが予想される。また、日本もドイツと同様に少子高齢化が進んでおり近い将来、労働力不足を解消するために海外の働き手を取り入れるという流れになる可能性も考えられる。このように日本では今後より多くの外国人が到来する可能性を高く秘めている。この可能性に前もって準備するべく、ドイツの現在行っている活動を取り入れてみるべきではないだろうか。私たちも今回の活動を通して学んだことを日本に還元できるよう、精進していきたい。

謝辞

今回の活動においてお世話になった先生方に御礼申し上げます。北里大学の北里英朗様にはメールを通じて RKI の Ute Rexroth 先生をご紹介いただきました。Ute Rexroth 先生は 8 月 22 日の RKI での活動タイムスケジュールを組んでくださり、難民の感染症に関するご講義をしていただいたほか、同僚の先生であります Claudia Santos Hövener 先生を紹介いただきました。Hövener 先生には難民や移民に対してヘルスマonitoringを行うアプローチ法について教えていただきました。この講義のおかげで私たちはより踏み込んだ視点で活動を行うことが可能となりました。また、マインツでは福井先生にお世話になりました。先生はヨハネス＝グーテンベルク大学の病院見学を通じてドイツの医療現場や日本とドイツの医療の相違点を教えていただきました。その他多くの先生方、部員にも活動の支援、ご助言をいただきました。この場をお借りして、皆様のご厚意に感謝致します。

参考文献

[1] 大量難民を受入れた法治国家ドイツの苦悩

<http://gendainoriron.jp/vol.19/feature/f09.php> (2019/12/7 閲覧)

[2] SPIGEL ONLINE

<https://www.spiegel.de/> (2019/12/8 閲覧)

[3] Bundesministerium für Gesundheit

<https://bundesgesundheitsministerium.de/> (2019/12/5 閲覧)

[4] ROBERT KOCH INSTITUT

https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html (2019/12/6 閲覧)

[5] World Health Organization: WHO

<https://www.who.int/> (2019/12/8 閲覧)

イタリア班

活動目的

1978年にイタリアで、精神疾患患者の人権保護及び病院外での治療を目的とする180号法が成立し、1999年には全ての公立精神病院が廃止された。一方で、日本では精神疾患患者の社会的入院が問題となっている。我々はこの違いに興味を抱き、イタリアは精神病院なしで本当に大丈夫なのか、日本の社会的入院を減らすことに活かさないか調査した。

活動場所

日本 錦糸町クボタクリニック

イタリア トレント精神保健局

活動期間

2019年10月11日（東京都）

2019年8月27日~28日（トレント・イタリア）

班員

日野 雅喜 （九州大学医学部医学科3年 班長）

岸 哲生 （九州大学医学部医学科4年）

龍 正一郎 （九州大学医学部医学科4年）

井野 雄貴 （九州大学医学部医学科3年）

土橋 朋永 （九州大学歯学部歯学科2年）

阿部 幸生 （九州大学医学部医学科1年）

西平 祐大 （九州大学医学部医学科1年）

Abstract

1978年に180号法が成立したイタリアでは、精神疾患患者の人権を尊重し、入院治療から地域社会の中での治療へと方針が転換された。それに伴い1999年に公立の精神病院が全廃されたが、本当に精神病院なしで大丈夫なのか、社会的入院が問題となっている日本に活かせる点はないのか興味を持ち、今回活動を行った。

イタリアでは、廃止された精神病院に代わって地域精神保健局が中心となり、精神疾患患者をできるだけ入院させずに地域の中で治療を行っていた。その中でも、治療の過程や保健局の運営に「当事者である元患者とその家族（UFE）」がプロフェッショナルとして深く関わっていたことが特徴的であり、患者の回復に大きく貢献していると考えられる。

日本ではクボタクリニックのような多機能型精神診療所が似た活動を行っている。日本各地に多機能型精神診療所を作ることによって社会的入院を減らすことができるかもしれない。

第1章 はじめに

「精神疾患が治る」とはいったい何を指すのだろうか。言い換えれば、精神科治療は何を目的とするのだろうか。難しい問いだが、我々は「患者が病気を自覚し、コントロールし、社会に居場所を持つ」ことを指すと考える。重要なのは、病気になる前と同じように、元通りになることではない。そのため、患者を社会から隔離する入院が長引くと、患者の社会復帰能力が低下し、後述する社会的入院が発生する。厚生労働省もこの社会的入院を問題視し、精神保健医療福祉の改革ビジョン(2004)で入院中心の医療から地域生活中心の治療へと転換を図っている。一方イタリアでは、1999年に公立の精神病院を全て廃止し、精神疾患患者をできるだけ入院させず、地域の中で治療している。イタリア式精神医療の最先端にあるトレント精神保健局での取り組みや、日本における地域中心治療の急先鋒である錦糸町クボタクリニックの見学を通して、精神病院なしで大丈夫なのか、日本の社会的入院は減らせるのかについて考察した。(龍)

第1節 なぜ、イタリアなのか

(岸)

精神科医療について、一般にどのようなイメージが持たれているだろうか。昨今のうつ病(と診断される)患者数の急増や、猟奇事件の精神鑑定など、身近な話題から身近には(あって欲しく)ない話題まで、精神科医療には様々なトピックが存在する。

近年のこのような話題に隠れて、日本の精神科医療には、長年に渡ってある大きな課題が横たわっている。図1及び図2が、その課題を端的に表したグラフである。⁴日本の精神病床数は約30万床と、各国に大差をつけており、平均在院日数も各国よりも何倍あるいは何十倍も長い。これらのことは国際的な問題であり、長年これらの数値を小さくしようと厚生労働省は様々な対策を取っているが、未だに解決には至っていない。

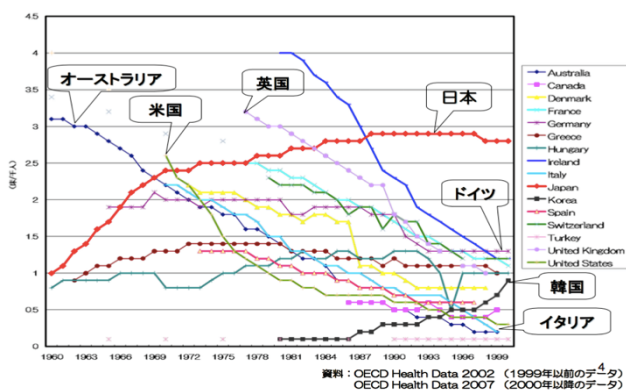


図1 精神病床数(諸外国との比較)

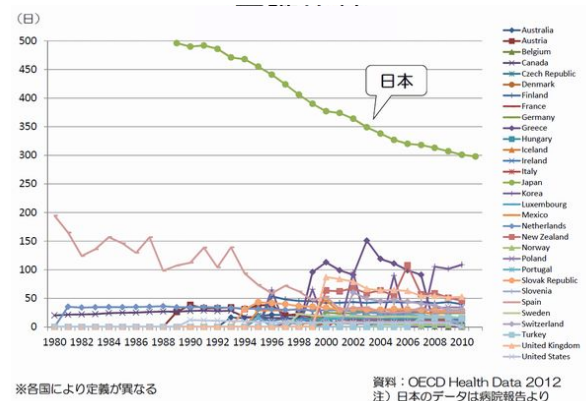


図2 精神病床の平均在院日数推移の国際比較

日本において精神病床数の削減が急がれている中、既に公立の精神病院が廃絶されている国が存在する。それが、イタリアである。再び図1を見て頂ければ分かる通り、イタリアにお

⁴日本の社会的入院の現状とこれからの地域移行支援について
(<http://www.pref.nara.jp/secure/143770/siryou1.pdf>) (2020/02/14 閲覧)

る精神病床数は、非常に低い数値に収まっている。日本の精神科医療が苦心し続けている問題が、なぜイタリアでは既に解決されているのだろうか。その理由を求めると、1978 年に遡る。

表 1 180 号法の要点

- 第 1 条 治療は患者の自由意志に基づく
- 第 2 条 強制措置入院に制限を設ける
- 第 6 条 治療の場を精神病院の内部から外部へ移す
- 第 7 条 精神病院の新設を禁止する

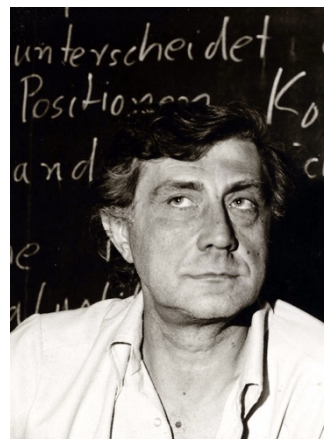


写真 1

フランコ・バザーリア

当時、イタリアの精神病院の内部では精神疾患患者の人権は非常に軽視されていた。精神科医フランコ・バザーリア（写真 1）は、精神病院内部での精神疾患患者の酷い扱われ方に心を痛め、精神病院を廃絶する運動を始めた。彼の活動の末、1978 年に 180 号法（別名：バザーリア法）という法律が制定された。その要点は表 1 の通りである。⁵

要約すると、精神疾患患者の人権を尊重し、治療の場を精神病院から地域の中へと移行することが目指されている法律である。この法律をもとに、1999 年、遂にイタリア全土から全ての公立精神病院が姿を消した。

現在、公立精神病院が存在しないイタリアでは、精神疾患患者に対して「地域でのケア」が行なわれている。そしてその「地域でのケア」を担っているのが、精神保健局と呼ばれる組織である。我々はイタリア北部の町トレントにおいて「地域でのケア」を行っているトレント精神保健局で研修をさせて頂いた。その具体的な内容は第 2 章で述べる。

まとめてみる。日本における精神病床数は各国比較で突出して高く、その削減が急がれている。一方、イタリアでは 180 号法の制定を契機に精神病院自体が廃絶されている。この対照的な背景を知り、我々はイタリアの精神科医療に目を向けた。

第 2 節 なぜ、地域でのケアなのか (岸)

我々の班のテーマは、「地域における精神疾患患者へのケア」である。換言すると、長らく精神病院に閉じこめられてきた精神疾患患者に対して、地域の中での治療を目指そうという試みについてである。従って、我々の班の活動の土台には、精神疾患患者に対して「精神病院への長期入院ではなく、地域内での治療を目指すべきだ」という前提がある。

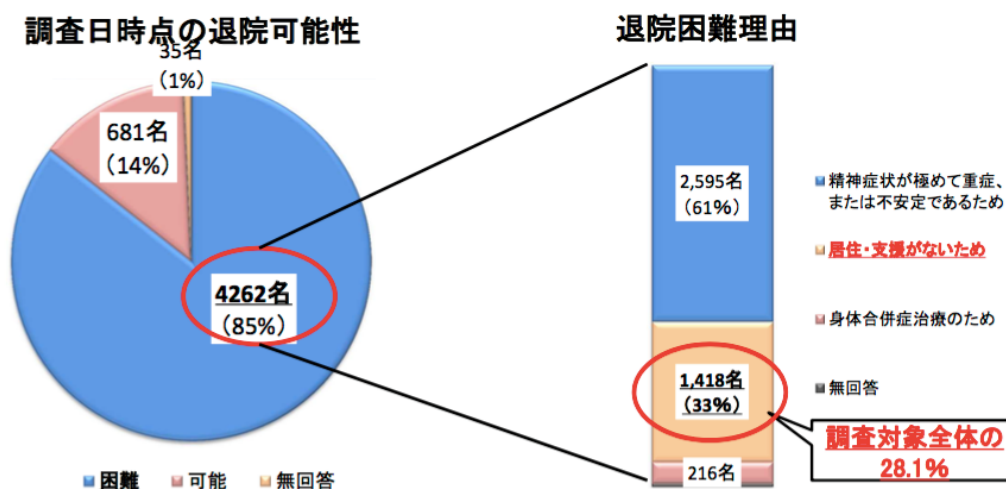
ところが、この前提があまり腑に落ちていない部員も存在した。なぜ、地域でのケアが目指されるべきなのか？入院を中心とした治療のどこが問題なのか？図2のグラフで日本における入院日数が他国と比べて長いのは、日本ではその分丁寧に治療を施していることを意味してい

⁵ Renzo De Stefani、イタリア精神医療への道 バサーリアがみた夢のゆくえ、日本評論社、2015

るのではないかとという疑問である。この指摘に対して答えるという形で、なぜ地域でのケアが望まれるのかについて本節で述べていく。

第1項 「結果」としての長期入院

まず、上の指摘が的を外しているポイントがある。長期入院という現状は、それ自体が「手段」であるだけでなく、「結果」でもあるという点である。言葉を補って述べると、長期入院は、より丁寧に治療をするための「手段」というよりは、精神病院からの退院が困難である現状の「結果」としての側面が強いということである。では、精神病院からの退院が困難であるとはどういうことか。図3は、その現状を示す一例である。1年以上精神病院に入院している患者のうち、3人に1人が、居住・支援の不足によって退院が困難な状況に陥っている。病状的には退院できるにも関わらず、退院後の居場所が提供されていないために退院できない患者が多いのである。⁶さらに、長期に及ぶ入院は次なる問題を引き起こす。「社会的入院」と呼ばれる問題である。第3章第3節及び第3章第4節で詳しく述べるが、社会的入院とは、長期入院することによってある種の「骨抜き状態」になり、退院できなくなる状況を意味する。長らく精神病院の中で過ごしてきた患者は、次第に地域の中に戻ることを恐れるようになり、「もう一生を病院内で過ごしたい」などと退院を望まなくなることが起こりうるのだ。このような負の連鎖に陥らないためにも、早期に地域でのケアに移行する方針が望ましいのである。



出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」より

図3 精神科病院における1年以上の長期入院患者（認知症を除く）に関する調査
～退院困難症例の内訳～

第2項 「人間関係の病」であるということ

⁶長期入院精神障害者をめぐる現状 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000046397.pdf>) (2020/02/14閲覧)

もう一つ、地域でのケアが、特に精神疾患を抱えた人々にとって重要である理由がある。永らく、精神疾患は「人間関係の病」と言われてきた。精神疾患を抱えた人々は、どこか人間付き合い合いが不得意であったり、人間関係に悩まされていたり、世の中に自然に棲まえなかったりする。このことに関連して、精神病理学者の木村敏先生は以下のように述べている。

精神医学が対人関係の学であるという主張から出てくるいまひとつの、実践的にもっとも重要な帰結は、精神医学的治療が徹底的に対人関係の場においていとなまれるということである。精神医学的治療の窮極的な目標は、患者個人における病変や症状の除去にではなく、患者と彼を取り巻く他者たちとの関係の正常化に向けられる。⁷

また以下は日本の精神病理学者の中井久夫先生の著書『世に棲む患者』からの引用である。

管理センターの病院などがもっとも欠如しているのは、世に棲む人には宇宙船のごとく気づかれずに日々降り注ぐハプニングである。患者の家庭も、なぜかハプニングの少ない場であるという印象を持つ。患者がハプニングに開かれた眼を持ち、それを活用する姿勢に出ることは、長期的に重要である。⁸

これらは、「人間関係の病である精神疾患は、地域の中、あるいは人間関係の中で治していくのが望ましい」という主張だろう。

就労を具体例にして述べる。精神疾患に限らず、他の診療科においても、退院後、再び職業に就くことは社会復帰を進める上で非常に重要である。一般に、患者が就労する主な理由は、収入を得ることだろう。しかし、精神科において就労の意義は、ただ金銭的に安定することだけではない。精神疾患患者にとって、働くことは治療としての側面もあるのだ。木村敏先生の言葉を借りると、仕事を通じて人間関係の中で治す。中井久夫先生の言葉を借りると、就労を通じてハプニングを浴びながら治す、あるいは、収入を得ることによって自己肯定感を高めながら、治す。

まとめてみる。「地域でのケア」は、人間関係の中での治療という側面を内に含んでいる。この側面が、特に「人間関係の病」と称される精神疾患に関して相性が良く、地域でのケアが優れている根拠の1つである。

第3項 「主体性」という観点から

「主体性」という観点から見ても、地域でのケアの強みが伺える。今回の班活動を通して、患者自身が「主体性」を持って人生に対峙することが、精神疾患の治療において効力を発揮していると感じる場面が多々あった。

例えば、トレント精神保健局では、精神疾患患者がどの居住施設に住むかを決定する際などの様々な場面で、最終的には患者自身に決定権を委ねている。これにより、自分の人生を決め

⁷木村敏『分裂病と他者』、ちくま学芸文庫、2007、91頁

⁸中井久夫『世に棲む患者』、ちくま学芸文庫、2011、62頁

ているのは、他でもなく自分自身であるという実感が患者の中に生まれ、治療がスムーズに進むのだという。ちなみに、トレント精神保健局では、精神疾患患者を、「当事者」と呼んでいる。これは、実際に精神疾患に苦しんでいるのは他でもなく患者自身であると自覚させる働きを持っている。活動報告書では、簡単のために「精神疾患患者」という用語で統一させて頂くが、トレント精神保健局で精神疾患患者を「当事者」と呼んでいることは、精神疾患の治療における「主体性」の重要性を分かりやすく示唆している例として強調しておかなければいけない。

このことに関連して、中井久夫先生の別の著書『「つながり」の精神病理』に面白い記述がある。

私は患者には、「当事者はあなた自身である」ということを態度で示す。（中略）私の前のイスには、かならず患者さんに座ってもらうことにしています。親がいかにか偉かろうと、もうちょっと貧弱なイスに座っていただく。そして医者のイスと患者のイスは同じ格好にしています。⁹

一方、精神病院は主体的に生活を営む場所とは言えないだろう。そこでは、患者は病気を治すことに専念すべき存在として規定されている。特に精神病院に関して述べると、閉鎖病棟が存在し、そこでは患者は外出することすら許されない。隔離・拘束も依然として行われている。ここでは隔離・拘束の是非を問うことはしないが、少なくともこれらのことが行われている以上、「精神病院内では十分に主体性が確保されている」とは到底言えないだろう。

もちろん、全ての精神病院が患者の主体性を取り除いているわけではない。身近ではないが具体例を一つ挙げる。フランスの精神科医ジャン・ウリが創立したラ・ボルド病院では、食事のメニューの決定や調理、施設の掃除に至る様々な場面で、患者や医師、その他病院職員などが一体となって病院の経営、治療を行っている。ラ・ボルド病院での精神療法は今回の班活動と直接関わることはないが、ラ・ボルド病院における「制度を使う精神療法」と呼ばれるこれらの方針は、ジャン・ウリの議論をまとめた書籍『コレクティブ』で読むことができる。ちなみに、表題にもなった「コレクティブ」とは、「人々が集まり、動くこと」を意味し、ジャン・ウリはこの意味に加えて、「構成員である個々人が、自分の独自性を保つ」という意味も重ね合わせている。「コレクティブ」という概念をもとに、精神病院のような人々の集団を構成する組織の中でも、患者が阻害されずに各々の個性や主体性を発揮出来る仕組みを作り上げてきた。¹⁰

要約しよう。患者の主体性を発揮する試みは、上に述べた通り精神療法を行う様々な場面で実践されている。このことは、治療における患者の主体性の重要性を示唆している。そして、一般に精神病院の中よりも地域でのケアの方が、患者の主体性を尊重する方針を取りやすいのである。

⁹ 中井久夫『「つながり」の精神病理』、ちくま学芸文庫、2011、62 頁

¹⁰ ジャン・ウリ、『コレクティブ』、月曜社、2017

第4項 まとめ

「地域でのケアが重要である」ことは、精神科に関わっていらっしゃる方々からすると自明のことなのかもしれない。しかし、このことはイタリア班の活動の大前提であるため、長々と根拠を提示させて頂いた。以下、「精神病院への長期入院に代わって、地域でのケアに移行すべきである」という前提のもとで話を進めさせて頂く。

第2章 トレント精神保健局での活動

イタリアのトレントでは精神保健局が中心となり精神疾患患者の治療を行っており、患者の社会復帰と病状回復のため、患者の治療を病院内ではなく居住地域内で行っている。ここからは、トレント精神保健局が行っている患者の治療と自立支援に関する活動を紹介する。

第1節は、トレント精神保健局の個性というべき UFE という存在について。第2節は、トレント精神保健局の雰囲気象徴するファーレ・アッシエーメ運動について。第3節から第5節では、精神病院なしで患者が回復する過程を、「急性期病棟」→「太陽の家」→「居住支援」という過程に沿って説明する。第6節では就労支援について、第7節では、地域医療チームについて述べる。

(阿部・岸)

第1節 UFE(Utenti Familiari Esperti)

(岸)

第1項 UFE とは

第1目 定義からみた UFE

トレント精神保健局では、一風変わった職種の人々が働いている。精神科医でも、看護師でも、あるいはソーシャルワーカーでもない、UFE(ウッフエ)と呼ばれている職種である。UFEは「当事者(精神疾患患者)及びその家族」と日本語訳されている。つまり UFE とは、精神疾患患者、あるいは彼ら精神疾患患者の家族であり、彼らがトレント精神保健局の「職員として」働いているのだ。職員である彼らには、当然給料が支払われている。UFE は、単なるボランティアとは一線を画した存在なのだ。UFE の内訳を、表2及び表3に載せる。

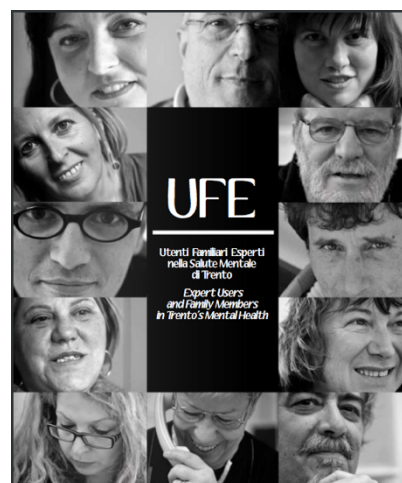


写真2 UFE

表 3 UFE の職内容

場所	活動内容	UFE人数	年間総時間
精神保健センター	受付デスクに於ける訪問者対応	7	2,268
精神保健センター	コールセンター	5	2,394
精神保健センター	クライシス時の対応・付き添い	2	2,640
地域医療チーム	複雑な状況下での立ち合い	2	2,310
総合病院精神科病棟	クライシス時の対応・付き添い	5	4,745
太陽の家（カザ・デル・ソル）	夜間の宿直	6	4,380
太陽の家（カザ・デル・ソル）	日中の諸活動	3	1,277
相互扶助居住アパートメント	日常生活に於ける付き添い	2	1,640
治療共有プロセス	チーム外部のガランテ（保証人）として	7	240
家族グループ	家族会合サイクルの進行役	2	36
啓蒙活動	偏見・スティグマに対する啓蒙イベントの講師	10	225
クオリティ向上グループ	クオリティに関する評価調査	2	260
合計		53	22,415

表 2 UFE の内訳

合 計	45
当事者	32
家 族	13
女 性	29
男 性	16
平均年齢	52
平均従事時間 / 週	10
年間の合計時間	22,415

第 2 目 専門性からみた UFE

日本の精神病院を想像してみると、そこで働いている職種として、精神科医や看護師がまず思い浮かぶ。彼らは、医学知識という「専門知識」を武器にして精神疾患患者の治療に当たっている。これに対し、UFE は彼ら自身が精神疾患に苦しんだという独自の経験を持っている。彼らはその「経験知」を武器にして、精神疾患患者の方々の治療に当たっているというわけだ。つまり、医師や看護師が、医学知識を専門性に行っているのに対し、UFE は精神疾患に苦しんだ経験を専門性に行っている。

第 3 目 職内容からみた UFE

目新しい職種であるため、UFE の具体的な職内容がイメージしにくい。実際、UFE の職内容は一つに限られるものではなく、受付での業務・居住施設の当直・急性期の対応など、様々な場面で活躍している。（表3）

まとめてみる。トレント精神保健局では、元患者（及びその家族）が、UFE という職員として働いている。自身が精神疾患に苦しんだという「経験知」（専門性）を備えた彼らは、治療の様々な場面に潜む「場」となって、今現在精神疾患に苦しむ他の患者たちの治療を支えているのだ。

第 2 項 UFE の意義

我々はイタリアでの研修を通じて多くの UFE の方々とお会いできた。そして、彼ら UFE の一員であるラウラ氏に「UFE の意義」に焦点を絞ってお話を伺った。

ラウラ氏は、2014 年に初めてトレント精神保健局を訪れた。患者の立場として、である。当時、彼女は強迫観念・うつ・不眠症などに悩まされていた。彼女は1年間トレント精神保健局で治療を続け、だいぶ症状が落ち着いてきた。その頃トレント精神保健局の職員に「UFE として働いてみないか」と誘われ、UFE の仕事を始めることになった。

第 1 目 UFE 自身にとって

UFE の職内容が、UFE として働く個々人にもたらすメリットは多い。

1つ目は、仕事を再開するにあたって、自分が知っている人々に囲まれた職場を選べるという点である。精神疾患に苦しみ、長らく仕事を休んでいた患者は、新しく仕事を始める際、新たな職場に対して不安を抱くことが多い。患者が慣れ親しんだ環境であるトレント精神保健局を新たな職場にすることで、復職への不安を和らげることができる。

2つ目は、自分自身が精神疾患に苦しんだ経験を、UFEという現在の仕事に活かせるという点。3つ目は、UFEとして働くことが、UFE自身のセラピーにもなるという点。この2つをまとめて換言すると、UFEとして働くことにより、「世の役に立っている」と今の自分を肯定的に捉えられる。それと同時に、多くの場合負の歴史として捉えられがちである精神疾患という自分の過去の経験に、肯定的な意味合いを与えられるのだ。

少し余談を入れる。目新しい存在としてUFEを捉えてきたが、昔の精神病理学の有名な症例に、UFEに似た患者が登場していることに思い当たった。精神病理学者であるビンスワンガーが報告したイルゼという患者である。イルゼは統合失調症と診断されたが、統合失調症に対する有効な薬が存在しなかった当時にしてはかなり珍しく、彼女は晩年まで再発することはなかった。何故だろうか。ビンスワンガーはその理由として、彼女が心理カウンセラーとして働いたことを挙げている。彼女は心理カウンセラーとして働くことによって、人間学的平衡を取り戻したのだと。つまり、少し意識になるが、イルゼは心理カウンセラーの仕事を通じて周りの人間と関わり、また世の中に役立っているという実感を得ることによって、統合失調症の再発を防げたのだ。UFEも、患者を心理的に支えるという意味では心理カウンセラーに似た側面があるだろう。この意味でも、イルゼとUFEの両者にどこか類似性を感じる。¹¹

第2目 精神科医にとって

UFEの存在は、トレント精神保健局で働く他の職種にとってもメリットが多い。以下、精神科医を例に述べる。当然、精神疾患に罹ったことがない医師がほとんどなので、多くの精神科医は患者の苦しみを、自身の経験と重ね合わせて理解することはできない。さらに、医師が患者に対して一方的に治療を施す関係に傾くことも起こりうる。このような関係だと、患者と医師との間に溝が生じてしまう。

ところが、第3の立場としてUFEが治療の場に入ることによって、UFEは「経験知」によって患者に寄り添うことができる。一方、精神科医は彼らの「専門知識」によって患者の治療に当たる。患者・精神科医・UFEが互いに連携することで、より治療を円滑に進めることができる。

「よく分からない」精神疾患を、自身の経験として持ち、なおかつ職員でもあるUFEは、精神科医に限らず他の職種にとっても心強い存在だろう。

第3目 患者にとって

UFEに支えられながら治療を受けることで、患者自身もUFEのように社会復帰できる可能性を信じることができ、回復志向になる。また、UFEの実体験を生かしたケアを受けられることも患者にとってメリットである。

¹¹ 松本卓也『症例でわかる精神病理学』、誠信書房、2018

UFEの職務の1つに、受付での業務がある。精神疾患を発症してトレント精神保健局に駆け込んでくる患者を、まず受付でUFEが迎え入れる。レンツォ氏は、この時半ばパニックに陥った患者を、呼び出しベルが置かれた無人の受付が出迎えるのと、患者の苦しみを理解できるUFEが出迎えるのとでは、その質が全く異なると述べていた。このようにUFEは、患者が抱える不安を受け止める「器」としても患者にとって有益である。

ライラ氏によると、統合失調症や強迫神経症などを発症し、実際にトレント精神保健局を訪れる患者は、その扉を開けた時に、自分自身に対して「わけがわからない」ような、羞恥心に満ちた気持ちを持っているそうだ。精神疾患患者が抱くこのような感情は、「なるほど、そういうものか」と想像はできるが、私たちは実際にその感情を自分のものとしては経験していないため、実感としては薄い。

「わからない」という言葉に関連して。かつて統合失調症の診断に、統合失調症患者の「了解不可能性」、つまり彼らの世界の「わからなさ」が重要視されていた。現在においても、いくら専門知識を備えた精神科医であろうと、患者の世界の「わからなさ」を前に、もどかしい思いをすることがあるのではないだろうか。UFEは、患者が自身に抱く「わからない」という困惑や恥じらいに対して、及び他の職種が患者に対して抱く「わからない」という戸惑いに対して、上手に対処できる存在であると言えるだろう。

写真2は、ウェブサイト (<https://en.calameo.com/read/0008391618a0ac057961d>) から持ってきた写真である。このサイトでは、トレント精神保健局でUFEとして働く精神疾患患者又はその家族の方々が、自身の写真と共に、UFEになった経緯、UFEの職務などについて、自身の経験を踏まえて紹介している。興味が湧いた方はご覧いただけると幸いである。

第2節 ファーレ・アッシエーメ（一緒にやろう）という理念（阿部）

第1項 ファーレ・アッシエーメとは

トレント精神保健局では、ファーレ・アッシエーメという考え方のもと治療を行っている。ファーレ・アッシエーメとは、精神疾患患者の治療の際に**患者、その家族、職員、市民といった関係者が対等の立場で協力しあうこと**を意味する。精神保健の場において形式的な対応にこだわっていると患者と職員との間に感情的な溝ができてしまう。これは、治療効果の低下につながる。つまり、患者の感情に寄り添い、信頼を築くことは良い治療を行う上で大切なことなのだ。こうして2000年からトレントではファーレ・アッシエーメという「人間的な」アプローチを患者に対してとるようになった。この考え方に基づき、関係者の誰もが何かしらプラスの意味を持つと信じ責任を与えることで、関係者の精神的な健康に良い効果をもたらすはたらきがある。また、経験を積んだ患者をUFEとして採用することにもつながっている。

第2項 全体会議

ファーレ・アッシエーメの考え方のもと、関係者が全員対等の立場で参加していると特に感じたのが、毎朝行われる全体会議のときだ。

(写真3) ここでは、重篤症状の患者についての状況報告が行われ、その治療法について話し合う。全体会議には、保健局の各部署の職員やUFEが参加しており、治療法や、その日のうちに担当者がすべきことなどについて意見を出し合っていた。見学していて、UFEの方も他の職員に恐れることなく発言しており、またその発言を全員が真剣に受け止めているのを見て、誰もが対等に意見が言える雰囲気であると感じた。

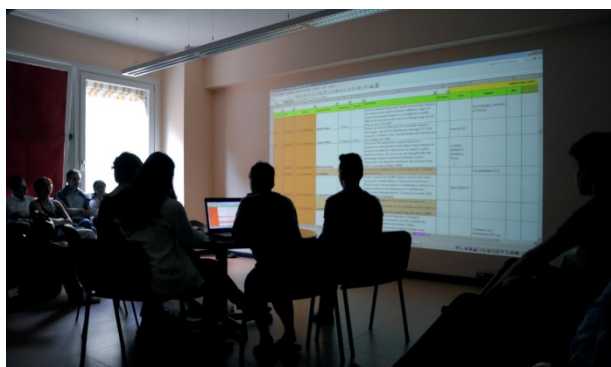


写真3 全体会議の様子

前方スクリーンには、患者の情報、今日のうちに職員がすべきことなどが描かれていた。

「全員が対等である」という雰囲気は、職員の服装にも表れていた。トレント精神保健局では精神科医は白衣を着ていない。その他の職員にも、定まった制服があるわけではない。従って、我々班員から見たら、誰が精神科医で、誰が職員で、誰が患者なのかが外見だけでは分からない。紹介されないと、精神科医と患者の区別すらつかないのである。

「対等である雰囲気」が感じられる場所は、服装だけではない。全体会議が行われる部屋において、上座・下座のような区別は設けられていない。「エラい人達」が特定の場所に座り、「エラくない人達」が離れた場所に座るといったようなこともない。各人が、思い思いの場所に座って会議に参加していた。

第3項 ファーレ・アッシエーメ部門

精神保健局内部には、ファーレ・アッシエーメ部門という、ファーレ・アッシエーメを広めるための部署がある。¹²具体的には、学校での啓発活動や患者から市民まで参加できるスポーツ活動、患者家族の情報共有の場を設けることなどを行っている。学校における啓発活動について詳しく述べる。この活動は、90年代から存在したが、当時は職員のみが行っていた。その後、UFEや患者、家族が関わっていくようになる。年間で16～18歳の学生約800人を対象に行われる。活動内容は、自己紹介や自己の体験について語ったりすることである。こうして若いころから精神疾患について知ってもらうことは、精神疾患に対する偏見をなくすことにつながる。

第3節 急性期病棟

(阿部)

イタリアでは180号法により精神疾患患者の強制入院は7日間までと決められており、延長するには市長に届け出る必要がある。このように長期入院が容易にはできない仕組みになって

¹² Renzo De Stefani、イタリア精神医療への道 バサーリアがみた夢のゆくえ、日本評論社、2015

いるため、イタリアの平均在院日数は 14 日と世界的にみても短い。また精神病床数も 1000 人あたり 0.1 床と少なくなっている。¹³

今回訪問したのは、総合病院のサンタキアラ病院内にある急性期病棟だ。病床数は 14 床であった。ここの看護師の方に話を聞くことができた。(写真 4・5) 患者が暴れない限りはベッドに拘束することはないそうだ。最近では 1 件だけ拘束することがあったそうだ。60 件ほど拘束する病院もあったと言っていた。総合病院内にあるこの急性期病棟には週 2 回地域医療チームが訪問し、毎日保健局と電話で連絡を取り合うことで情報共有をしている。総合病院内にあるメリットもあって患者の体調管理がしやすいそうだ。



写真 4 サンタキアラ総合病院

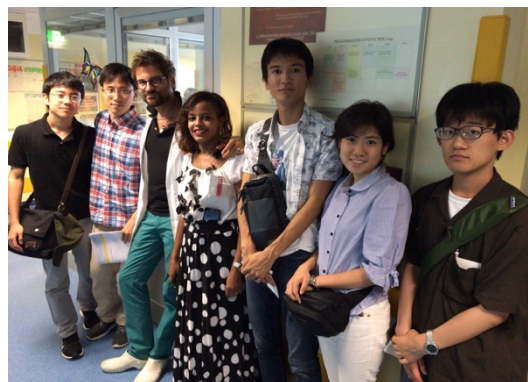


写真 5 急性期病棟で働く看護師の方
(写真左から 3 人目) 及び UFE の方
(写真中央)

この病棟では 2007 年から「PORTE APERTE」という活動が始まった。これは急性期病棟と他の病棟とをつなぐドアを解放しようとする活動である。病院内の反対もあって 4 年後の 2011 年から実施された。医師、職員、UFE が話し合っ問題のある患者がいなければ、病棟のドアが開放される。そして開放後には患者にアンケートを取り、満足度を聞いている。急性期病棟のドアを開けることは、精神疾患に対して偏見を抱く人に病気について知ってもらう機会になる。また、病棟のドアが開放されていることで、患者の自由が確認でき家族が安心するのだ。この取り組みをイタリア全土に広げること目標にしているそうだが、法律で決まったことでなくあくまで自主的な取り組みであるため、地域の保健局長のやる気次第だそうだ。急性期病棟には重篤症状の患者がいるのに、その病棟のドアを開放することで患者が外に出て行ってしまうのではないかと思った。実際には、病棟のドアよりも職員の目の届きにくい窓から逃げようとする人が多いそうだ。しかし、急性期病棟の窓には工夫がしてあり、内部から抜け出すのが困難になっている。ドアを開けると何か起こるのではないかと不安を持つ医師はいる。そこで現在は病院間のつながりを作っていくながら、この活動への理解を広めているそうだ。

¹³ 最近の精神保健医療福祉施策の動向について
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>) (2019/12/30 閲覧)

第4節 太陽の家

(阿部)

イタリアの平均在院日数は短い。そのため症状が重篤なまま退院する患者も出てくる。トレントにおいて、こういった患者が向かうのが太陽の家と呼ばれる施設である。(写真6・7) ここでは重篤患者が共同生活を行っており、日中は職員が常駐しており、また UFE は 24 時間常駐している。症状が悪化した場合には、職員や UFE が投薬を行うこともある。太陽の家のベッド数は 13 床で 18～24 ヶ月利用することができる。

重篤症状を持つ患者が共同生活をしていて問題ないのか最初は疑問に思った。しかし、滞在期間中この施設で生活する中で特に危険はなく、とても静かな雰囲気であった。患者が隔離されるわけではなく自由に出入りすることができていて、言われなければ、重症患者が生活しているということを忘れるほど平穏だった。



写真6 太陽の家



写真7 太陽の家から見える光景
(アルプスの山々に囲まれている)

第5節 居住支援 (岸)

精神病院が廃止され、精神疾患患者が地域の中で生活するにあたって、彼らの「家」となる居住施設は必要不可欠である。トレントでは、精神疾患患者へ居住支援を行うにあたって、最初の頃は”Protected”、つまり居住者（精神疾患患者）を外に出さない方法で居住支援を行っていたが、後々”Light Accommodation”、いわゆる”自由型”の居住施設を提供する方法に移行していった。24時間態勢で居住者を見張る”Protected”な支援ではなく、週に2～3日、1度の訪問につき2～3時間訪問して様子を伺う”Light”な支援に移行していったわけだ。

トレント精神保健局は、様々な形の居住支援を提供している。（図4）精神疾患患者同士が同じ居住施設の中でシェアハウスのような形で共同生活をする方法、地域住民の方と精神疾患患者と一緒に共同生活をする方法、または難民と精神疾患患者の共同生活（写真8）という方法もある。話を伺う中で、特に3つ目の「難民との共同生活」が特に興味深かったため、本節ではこの「難民との共同生活」に絞って、居住支援について述べる。



図4 居住支援マップ



写真 8

精神疾患患者同士が共同生活を営む居住施設

第1項 イタリアにおける難民

イタリアは地中海に面しており、難民がヨーロッパにたどり着く最初の足がかりの地である。大陸に上陸した難民たちはそこからドイツなどを目指して北へと移動していくことが多いが、イタリアにも難民は多く住んでいる。多くの場合、彼ら難民は「法的に認められないまま」イタリアに留まっている。不法滞在の状態では、生活の諸々の側面で不自由なことが多い。「職を得にくい」ということも、不法滞在の最たる弊害である。逆に言うと、彼ら難民にとって、「在留許可」は魅力的な響きなのだ。在留許可が下りることによって、正規のルートで職業に就くことも可能になる。

第2項 Win-Win の関係で

その一方で、共同生活者（精神疾患患者と一緒に生活する人）の存在を必要とする精神疾患患者がいる。例えば、「一人暮らしは厳しいが、誰かに支えてもらいながらであれば、地域の中で生活していける」ようなレベルの精神疾患患者である。

地域の中で生きるにあたって、共同生活者を必要としている精神疾患患者がいる。その一方で、在留許可が得られず、職を求めて各地を転々としている難民がいる。ここで、彼らを一緒に生活させてみてはどうかとトレント精神保健局は試みている。具体的には、「精神疾患患者と共同生活をする」ことを条件に、難民に在留許可を与えるという措置をトレントでは行っている。この措置によって、精神疾患患者には共同生活者が見つかり、一方の難民は在留許可が得られ、仕事に就きやすくなる。「ローマにいた時はホームレスをしていたが、トレントに来て家ができた」という難民のケースも聞いた。難民と精神疾患患者の共同生活は、双方にメリットのある、理に適った選択肢なのだ。

難民側のメリットは、在留許可が得られるだけではない。在留許可が下りることの他に、補助金が行政から支払われることや、Care Workerとしてのキャリアが得られることも難民側のメリットである。Care Workerとしてのキャリアとは、「精神疾患を抱えた人と一定期間共同生活をした」という経験のことであり、仕事によってはこのキャリアを利用して将来的に職を得られやすくなるという。

第3項 難民と精神疾患患者の共同生活の実際

難民側が「精神疾患患者との共同生活」を始めるに至るまでの一般的な経緯を簡単に説明する。例えば、ある難民が「精神疾患患者と共同生活をする」と言った矢先、そこにポンッと精神疾患患者がやってきても当惑するだろう。当然、実際に共同生活を始める前には事前準備が必要である。

「精神疾患患者と共同生活をしよう」と思い立った難民は、最初に「精神疾患患者受け入れリスト」に登録する。その後、精神疾患患者の紹介を受け、（様々な注意事項などを身につけるための）研修を済ませた後に、実際に精神疾患患者との共同生活に踏み切る。

第4項 具体例

我々は精神疾患患者（アンドレア）と共同生活をしている難民（パパ）に会って話を伺うことができた。（写真9）だいぶ長くなるが、「難民と精神疾患患者の共同生活」という風変わりな試みが、具体的にどのようなになっているのか、アンドレアとパパとの共同生活を具体的に述べていく。



写真9 パパ（右から2番目）との一枚

第1目 パパのこれまで

母国セネガルで政治難民となったパパは、セネガルに3人の子供を残したまま、パリへと移った。子供達のために金を稼がなくてはならないが、不法な滞在だったこともあり、安定した職業に就くことができなかった。職業を求めてパリやロベレート、サルディーニャ島などを行き来した後、半年ほど前にトレントに移った。そこで「精神疾患患者との共同生活」のことを小耳に挟み、「とりあえず」という気持ちで研修を受けてみた。その1ヶ月後にトレント精神保健局に呼ばれ、実際にアンドレア（精神疾患患者）と共同生活を始めるに至った。

パパにとって、アンドレア（精神疾患患者）との共同生活には、①在留許可が得られ、②助成金として月に700Euro支払われ、③住む家が保障されるなどのメリットがある。

ここまで、パパ（難民側）の立場から共同生活について述べてきた。では、パパと共同生活を営んでいるアンドレア（精神疾患患者）には、どのようなことが起こっているのだろうか？

第2目 アンドレアのこれまで

アンドレアは、弱冠20歳の若い精神疾患患者であり、かつては母親と一緒に住んでいた。家にはお手伝いさんが付いているほど裕福な家庭らしく、アンドレアは「なんでも他の人にやってもらうのが当たり前」という環境で育ってきた。気性的にも荒く、暴れることも多々あったと

いう。そのような気性もあってか、母親と一緒に生活することができなくなり、トレント精神保健局がアンドレアの世話をする運びになった。トレント精神保健局の職員は、アンドレアが落ち着いて生活できる場所を探して、太陽の家（本章第 6 節にて詳しく説明する。）に似た施設やホテル住まいなど様々な方法を試したがどれも上手くいかず、アンドレアには「巡礼者」というあだ名がついたほどであった。パパ（難民）との共同生活も、最初はダメ元の「賭け」であったそうだが、2 人の関係は不思議と上手くいき、半年前からアンドレアはパパと一緒に住んでいる。

第 3 目 総括

なぜ 2 人の共同生活が上手に落ち着いたのかについては想像の域を出ないが、パパとアンドレアとの例から、少なくとも以下の 2 つのことは確認できるだろう。まず、難民と精神疾患患者との共同生活という一風変わった選択肢が、精神疾患患者の苦しい現状を打破する切り口になりうるということ、そしてその選択肢は、精神疾患患者側にも難民側にもメリットのある、Win-Win の関係として設定されているということだ。

第 4 項 職員側の働きかけ

では、居住支援において、トレント精神保健局の職員はどのような形で関わっているのだろうか？まずは、共同生活を営んでいるアパートを時々訪問して様子を伺うという仕事については前述した。それ以外には、誰と誰と一緒に住ませるかを決定する仕事、共同生活で生じたトラブルに介入する仕事、そして場合によっては共同生活をする人の組み合わせを変更することもあるという。どのような仕事内容においても、そこには「共同生活において、トラブルは起こりうるもの」という割り切りが存在する。言い方を変えると、長期入院という措置が取れない手前、トラブルは避けては通れないという表現も可能だろう。「地域でのケア」の一環である共同生活においてトラブルは起こりうるものであり、それにいかに上手く介入するかが、居住支援を行う職員側に要求される。

共同生活においてやはり相性という要素は重要で、なるべく相性のいい組み合わせを考える。それでも実際に共同生活を送ってみるとトラブルはどうしても起こるもので、その場合は話し合いの場を設けるなどの解決策を示す。たいていの場合はそれで解決するが、取り返しのつかない状況などでは、組み合わせの再編成も行うという。ただ、可能な限りはそのような再編成は行わない。例えば、3 人の精神疾患患者が過ごす共同生活の場から、1 人の精神疾患患者が急性期病棟に移ることになってしまった場合、「これはいかん」と彼らの家に新たに 1 人を継ぎ足すのではなく、急性期病棟に移った精神疾患患者が帰ってくるまで待つ。その間は職員側の負担も増えるだろうが、それでも待つ。

第 5 項 まとめ

トラブルを絶やそうと”Protected”な居住支援を行うのではなく、あくまで”Light Accommodation”である居住支援を行う姿勢が感じられた。もちろん組み合わせの段階などで、相性の良い者同士を組み合わせるなど、トラブルを減らすための工夫はするが、「不必要には干

渉はしない」という構造の中で、つまり「トラブルは起こりうるもの」という割り切りの上で、居住支援を行っていた。

精神病院を無くすと、急性期病棟への入院や太陽の家への入居を頻繁に繰り返す精神疾患患者が出てきてしまうのではないかという懸念があった。しかし、居住支援を行なっている職員の方に聞く限りだと、そのような精神疾患患者はいなかったそうだ。これまで非常に手を焼いた精神疾患患者を2人ほど経験したが（そのうちの1人は人の腕を噛むなどの激しい行為をする人で、2年ほど前に自ら鍵束を飲み込んで亡くなったらしい）、そのような人でもなんとか精神病院なしでやっているという。

第6節 就労支援

（阿部）

第1項 就労の流れ

先に述べたようにトレントでは、患者が自立して生活することを目標に掲げている。就労支援はその支えになる。患者が就労することは、金銭的な支えができる他に、患者の病状の回復につながる。自分が必要とされているという意識を持つことができ、自信へとつながるのだ。さらに、就労支援は外部の人が精神疾患についての理解を深める機会にもなる。

就労活動は職員の勧めや患者本人の希望によって始まる。その後、面接で患者が就労を望む理由を聞く。それと就労先の示す、時間を守れるかどうかなどの必要条件を考慮して就労先が決まる。この際、患者のやる気がなくならないように1週間ほどで就労先が決まる。最初は無給の研修期間があるが、その後本格的に仕事が始まる。

第2項 就労先について

就労先は主に2種類ある。1つ目は保健局外部の公的機関や企業であり、2つ目は保健局内部の仕事である。保健局外部の仕事は職員を介して行われ、2014年には165人が就労している。症状が重篤な場合は保健局内部で就労することになる。保健局内部の仕事はNPO法人の「ラ・パンキーナ」との協働で行われる。与えられる仕事は簡単なものだが、ケータリングやガーデニング、清掃、空袋を再利用するバッグ制作など様々なものがある。（写真10）保健局内部での就労の



写真10 就労支援で作成されたバッグ

時給は約4ユーロ（約480円）ほどであり、2014年の就労人数は141人であった。

前局長のレンツォ氏は就労支援について、患者に選択権を与えず強制する就労支援は良くないと仰っていた。強制することは患者の自立の妨げになるからだ。逆に良い就労支援とは、患者の意見を聞き、人として尊重するようなものだそうだ。保健局内部のカフェで働いている患者を見かけたが、押し付けられて働いているようには見えなかった。

保健局が就労支援に関わることはイタリアでも珍しいことだそう。しかし、患者の病状を詳しく把握している保健局が介入することで、患者は就労しやすくなっていると感じた。

第 3 項 実際に触れた就労支援

トレント精神保健局での 2 日間の活動の間に、様々な場面で精神疾患患者に対する就労支援に触れた。写真 11 は、昼食として頂いたサンドイッチの写真である。これは、トレント精神保健局が行う就労支援の一つである。イタリアのスーパーマーケットやレストランでは、噛みちぎるのに非常な労力を要するほど硬いパンが当たり前に売られていた（実際、帰国後に班員の一人が顎関節症になった）が、実際このサンドイッチも、なかなか硬かった。一方、写真奥の「柔らかい」アップルパイは、瞬時にテーブルから消えていった。

写真 12 は、太陽の家のすぐ隣にあるカフェの写真である。活動日である 2 日間とも、このカフェで朝食を頂いた。当然、ここで働いているのは精神疾患患者である。イタリアは、カフェ発祥の国である。トレント精神保健局の中にも、カフェのコーナーが設けられていた。（写真 13）ここで働いているのも、精神保健局に通う精神疾患患者の方々である。「カフェ」は、イタリアという土地柄が色濃く表れた働き先であり、面白く感じた。



写真 11 ケータリングのサンドイッチ



写真 12 カフェ①



写真 13 カフェ②

第 7 節 地域医療チーム

（阿部）

トレントでは地域で患者の治療を行っていて、その治療を主に行うのが地域医療チームである。こうすることで、精神科医の負担を減らすことができる。トレントは地域を 2 つに分けてそれぞれチームが存在し、1 チーム当たり約 1000 人の患者の治療にあたる。チームの構成はキャプテン役の精神科医を含む精神科医 5 人、看護師などの職員 5 人、UFE1 人である。チームの中で全員が責任感を持てるように、それぞれの立場は対等になっている。地域医療チームは保健局や急性期病棟と定期的に会議を開いており、情報を共有している。

患者の治療において患者自身が病気であるという自覚を持っている必要がある。そうでない場合、患者は治療を拒む。そこで患者との信頼関係を作っていくことから始まる。この時、患者の家族との信頼関係も築いていく。患者が症状を発症した場合、対応する必要があるなのでその対処法を教えるのだ。

精神疾患患者は周囲の環境に大きく影響を受ける。そのため、地域医療チームは単に病気について知るだけでなく、患者の人生についても知る必要が出てくる。精神疾患患者は薬物やアルコールに依存していることもあり、そうした場合には依存症の専門医と連携して治療にあた

る。また、患者が借金を抱えている場合には、弁護士や社会福祉士と協働したり、就労支援を行ったりもする。こうして患者の症状だけでなく、患者の生活から関わっていくことで病気を治療していくのだ。

第3章 錦糸町クボタクリニック

第1節 クボタクリニックの見学

(土橋)

イタリアで活動した後、クボタクリニックを見学した。日本での精神疾患患者に対する地域でのケアの現状を知るためである。錦糸町はスカイツリーのお膝元として栄える街で、JR 錦糸町駅は交通のかなめである重要な駅として、乗り換え客で混雑していた。視察に行ったクボタクリニックは、錦糸町駅から徒歩 10 分ほどのところに位置している。

今回の視察では、クボタクリニック院内、訪問看護、福祉作業所の出店見学、そして就労移行支援事務所を訪問した。



写真 14 窪田先生（写真中央）と班員

第1項 クボタクリニックのサービスと歴史の概要

クボタクリニックの歴史と概要については院長の窪田さんから説明を受けた。窪田さんが総合病院で働いていた当時、回復した統合失調症の患者に「また遊びに来てくださいね」といい、地域に返すと、他に行き場がなく、退院患者が何度も外来診察に来てしまうことが頻繁にあった。この出来事から「街の中に患者の居場所が必要だ」と考えたことが原点だった。この出来事から、退院した患者に対して外来診察はもちろんのこと、街で暮らしていく患者のニーズを満たすために、患者が参加したくなるようなスポーツや料理教室などのデイケアプログラムを用意したり、クボタクリニックから徒歩 15 分圏内に地域生活支援センターや、作業所を複数作っていったりした。そして、これが錦糸町モデルと、呼ばれるようになった。クボタクリニックでは、地域生活支援センターの他に、訪問看護、訪問診療などによるサポートを行っており、多機能型の精神科診療所となっている。

第2項 訪問看護

まず、我々は訪問看護に同行させていただいた。クボタクリニックでは自力で通院できない人のために訪問看護を行っており、訪問看護については看護師の井上さんから説明を受けた。訪問看護ステーションはクボタクリニックから歩いて 1 分程のところにあるマンションの一室（6 畳ほどの広さ）にあり、そこで訪問看護に行く前に、患者の情報を確認し、主には自転車で近隣地区の墨田区（江東区、江戸川区）に向かうそうだ。井上さんによると、世間話だけで訪問看護が終わることも多いが、その世間話が利用者にとって、とても大切である、とのことだった。実際に私たちが同行した訪問看護の場では、20 分ほどの滞在の間、大半の時間は近況を聞

いたり、利用者が今度行くコンサートの話を聞いたりした。また、外来診察にも行くことを柔らかに進めており、自分から病院に行くことで、回復につなげていくよう促していた。このように少しずつ自ら外出できるようになり、やがて街で暮らせるような環境づくりをサポートしている。

第3項 ミニインテーク

クボタクリニックに戻り、次にミニインテークの様子を外から伺った。ミニインテークとは、コメディカルスタッフが診察前に行う面談のことである。実際に行う部屋にも入らせてもらったときの写真を右に添付する。机の形を工夫することで、狭い区間を活用しながら、患者と正面を向き合うのではなく、肩の力を抜いて対等に話せるような環境が整えてあったのが印象的だった。これを行うことで、診察前に患者に関する簡単な情報を先に知ることができるため、一回の診察時間を短縮できる。この工夫によって、一日でより多くの患者を診ることが可能になっている。それにより、作業所や、訪問看護で多くの人を雇っているクボタクリニックでは、人件費をカバーしているそうだ。



写真 15 ミニインテークに使う部屋

第4項 就労移行支援センター

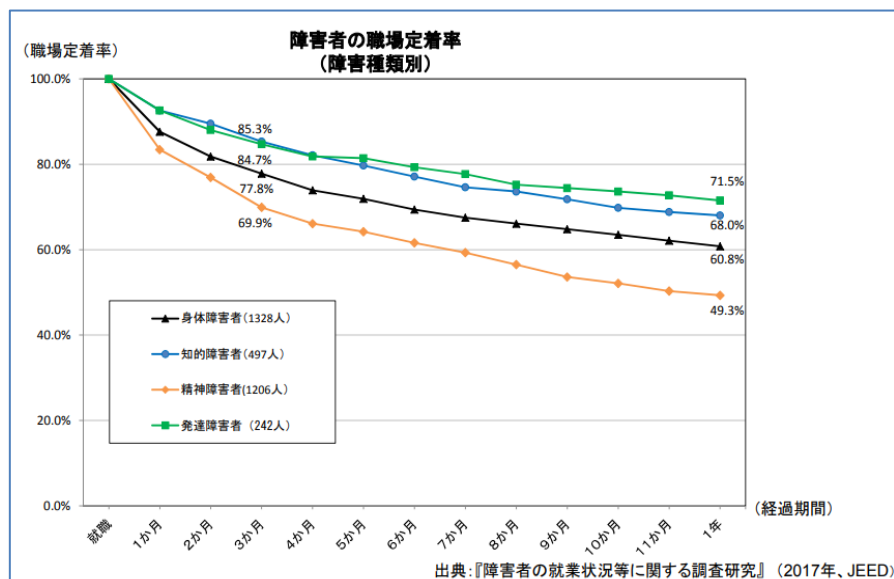
錦糸町就労移行支援センター・就労継続支援 B 型事務所を見学した。ここで就労継続支援 B 型を説明するために、雇用形態について説明を挟む。雇用の形態は大きく分けて、一般就労と福祉的就労に分けられる。一般就労とは、雇用主と雇用契約が成立され、最低賃金などの労働法規の対象となる雇用形態である。一方、障害により一般就労が難しい場合には、病気や障害を配慮してもらいながら働く場が提供される福祉的就労がある。福祉的就労には雇用契約が結ばれる就労と、契約が結ばれない就労形態がある。雇用契約が結ばれる就労は、最低賃金が保証されるが、社会的な責任が強くなり、雇用契約のない就労は、最低賃金が保証されないが、個人のニーズに合わせた就労が可能となる。



写真 16 就労移行支援センター

就労移行支援と就労継続支援 B 型に話を戻すと、これらはいずれも障害者の就労を支援するサービスで、福祉的就職に分類される。しかし、目的や対称、雇用契約、賃金の有無などにそれぞれ違いがある。就労移行支援とは、一般就労を目指す方が利用する福祉サービスである。就労継続支援 A 型は、事業所と利用者が契約を結ぶ、つまり最低賃金が保証され、利用者が実務に関わる。就労継続支援 B 型は事業者と利用者には雇用契約は結ばれず、最低賃金は保証されないが、就労時間が比較的自由に定められるため、利用者に大きな負担がかからない業務が用意さ

れている。社会的自立に向けて、就労の場の訓練は、就労継続支援 B 型、就労移行支援という流れで移行していく。



利用者は通い始めて、およそ半年くらいかかって、安定して通い始められるようになるそう。しかし、週5日通うことが難しい利用者が多く、また、就職しても時間が経つにつれて離職する人は増え、1年が経過すると離職率が50%ほどまで上がる。¹⁴ 就労移行支援センター

図5 障害者の職場定着率 (障害種類別)

に通う中で、不安に押しつぶされ、症状が悪化したり、通所先の利用者との人間関係で上手くいかず体調を崩したりする方も多いそう。このように、就職が上手くいかない場合や、就労所に通わなくなった場合、一般の就労所だと打つ手がないが、クボタクリニックの場合、こうした利用者の状況を医師に伝えられることで、利用側と連携し、医療的介入が行える。これが就労移行支援センターと医療機関が連携している強みである。

訪問看護の帰りに、無印良品内で就労継続支援 B 型事務所であるひだまり工房で作られた作品が販売されている様子を見に行った。(写真 17) ひだまり工房は社会福祉法人おいてけ堀協会と連携し、錦糸町にある大型商業施設やスカイツリーのおみやげ物店で、作品を販売している。しかし、多くて月1万円程度しか稼げず、経済的自立には遠く及ばない。あくまでも就労移行支援事業までのステップの一つという立ち位置にある。



写真 17 無印良品つながる市

¹⁴ 障害者の就業状況等に関する調査研究 (2017)、高齢・障害・求職者雇用支援機構 (JEED) (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11601000-Shokugyouanteikyoku-Soumuka/0000178930.pdf>) (2020/01/01 閲覧)

第5項 地域ケア会議

第2章第2節第2項で上述したように、トレント精神保健局では、1日の初めに必ず精神保健局スタッフが全員一部屋に集まり、前日に保健局や急性期病棟を訪れた患者に関する情報を全員で共有していた。

クボタクリニックでも、これと似たような会議を行っている。それが、地域ケア会議である。トレントと同様、重症患者の情報を共有し、またその原因を探していた。トレントと異なった点として、トレントは朝一番に会議をしていたが、クボタクリニックでは夕方に行っていた。これは、クボタクリニックでは外来患者が早朝の開院前から病院の建物内外で列を成して待っており、一刻も早く外来診察を始めなければならず、朝に行く時間がないためとのことであった。

第4章 考察

この章では、活動や調べ学習で得た知識をもとに UFE の日本への応用、イタリアは精神病院無しで大丈夫なのか、日本の社会的入院をどうすれば減らせるかという3点について考察する。

(日野)

第1節 ピアサポーターと UFE

(西平)

この節では、トレントの UFE と似た職業であるピアサポーターについて考察する。

はじめに、UFE を活用することが、患者、UFE、医療従事者の三者にもたらすメリットについて確認する。UFE による支援を利用する患者からすれば、実際に働いている元患者である UFE を目の当たりにすることで社会復帰できる可能性を信じることができ、回復志向になる。また病気の実体験を生かしたケアを受けられることもメリットである。また、UFE 自身は社会の役に立っているという自信を持つことができ、UFE として働き社会に復帰していくなかで病気を克服できる。そして医療従事者は UFE と協力することで、患者の立場から「どのような治療をしてほしいか」といったことを知ることができるようになり、より患者の回復をサポートしやすくなる。このように UFE を導入することはとても有用で、トレントの精神保健を良いものにしているのである。

一方、日本にはピアサポーターという職種が存在し、UFE と似たような役割を担っている。ピアサポーターとは、精神疾患に悩む患者を仲間の立場で支援する元精神疾患患者のことである。実際にはピアサポーターとは、精神障害だけでなく知的障害や難病などの領域でも、障害や病気の経験をもとに患者を支援する人を指すが、ここでは精神障害の領域について述べる。

ピアサポーターの利点は、UFE と同じく、病気を経験したことを生かして患者の回復を支援するということである。たとえばピアサポーターが患者の精神的支柱となって不安感を取り除いたりすることなどが挙げられる。定義や利点だけを見ると UFE と同じように思われるが、異なる点もある。UFE とピアサポーターの最も大きな違いは、専門職と同等に扱われている UFE に対して、ピアサポーターは明確に制度化されておらず、医療従事者の下に位置しているということである。

2014 年の精神保健福祉法改正に伴って、厚生労働省は精神疾患患者に対する支援として、ピアサポートを促進することを示した。¹⁵そして実際に、退院支援や地域移行・生活定着の取り組みなどでの具体的な成果も出始めている。例えば兵庫県淡路島圏域では、8 人のピアサポーターが活躍しており、平成 22 年から平成 26 年までの 5 年間で 29 人の患者に対して地域移行支援を行い、実際に 25 人が退院した。¹⁶

ここからはピアサポーターの課題を、受け入れる職場の側の課題と、精神疾患患者であるがゆえにピアサポーターが抱える課題の二つに分けて述べる。ピアサポーターを受け入れる職場の側である福祉サービス事業所としては、ピアサポーターが期待通りに機能してくれるかどうか最も懸念されるところであるが、そのための環境づくりが必要である。支援者である一方で患者でもある彼らは、精神的に不安定なため、毎日決まった時間に通勤できなくなってしまうことがある。困った時や不安になった時などに相談にのれる職員をあらかじめ配置しておくことがピアサポーターの安心感につながり、彼らが強みを生かせるようになるのである。¹⁷次にピアサポーターが抱える課題について述べる。このことについては錦糸町クボタクリニックの窪田先生にお話を伺うことができた。以前、窪田先生がピアサポーターをスタッフとして雇用したときに、十分な収入を得るようになったピアサポーターに対して支援される側の患者が嫉妬してしまい、ピアサポーターはそのことに悩み、結果として仕事を辞めることになったとのことである。また、他の職員よりも患者に近い立ち位置であるからこそ、利用者の立場や気持ちを代弁できるという利点はあるものの、そこで知り得た個人情報をどこまで他の職員に伝えるのか悩むことになる。あるいは、職員という立場で知り得てしまった個人情報を守秘義務に則って守ることも厳しく求められる。¹⁸このように、ピアサポーターは同じ障害を抱える仲間としての立ち位置と、支援者という立ち位置の間で、自分がどこに立てばいいのか、関係の境界線に悩んでしまうのである。また、雇用についての法体制が未整備であるため、雇用者によってピアサポーターの収入は大きく異なる。先ほど例に挙げた、地域移行支援を行っている兵庫県淡路島圏域のピアサポーターは、医療法人新淡路病院の臨時職員として時給 800 円で雇用されているが¹⁹、時給 300 円台で雇用している事業所も存在する。²⁰

¹⁵ 精神疾患や難病などの「ピアサポーター」養成、各地で進む

(<https://medfit-gl.jp/cw/job/column/20170116.php>) (2019/12/28 閲覧)

¹⁶ 兵庫県淡路島圏域でのピアサポーターと連携した地域移行支援の取り組みについて

(<http://www.pref.nara.jp/secure/143770/siryous2.pdf>) (2019/12/28 閲覧)

¹⁷ ピアサポートの活用を促進するための事業者向けガイドライン

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521819.pdf>) (2019/12/28 閲覧)

¹⁸ ピアサポートの活用を促進するための事業者向けガイドライン

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521819.pdf>) (2019/12/29 閲覧)

¹⁹ 兵庫県淡路島圏域でのピアサポーターと連携した地域移行支援の取り組みについて

(<http://www.pref.nara.jp/secure/143770/siryous2.pdf>) (2019/12/30 閲覧)

²⁰ 障害福祉分野においてピアサポートを活用するための活動実態の調査

(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihouken/cyousajigyoku/dl/seikabutsu11-1.pdf>) (2019/12/30 閲覧)

以上述べたように、活躍しているピアサポーターは存在しているものの、その活動の幅は依然として狭く、入院患者や病院職員に対して退院を促すことがメインの仕事になっている。トレントでの UFE のように、デイケア、訪問介護、就労支援、居住支援などをして活動の幅を広げていくことで、より一層ピアサポーターの強みが生かせると思われる。加えて、ピアサポーター導入の足枷となっている課題の解消については、彼らの働きやすい職場環境づくりや意識改革こそが喫緊の課題であると考ええる。

第 2 節 イタリアは精神病院なしで大丈夫なのか

(西平・岸)

この節では、イタリアは精神病院を廃止しても精神疾患患者を街にあふれさせることなく、彼らに対応しきれているのかということについて考察する。

一つ目は、急性期病棟を見学したときに使っていない空きベッドがあったということである。(写真 18) これは、急性期病棟に患者が溢れていないということを示していて、この理由として精神保健局が十分に機能していることが考えられる。二つ目は、重篤患者が生活している太陽の家に 2 泊したものの、危なげな雰囲気は感じなかったということが挙げられる。



写真 18 急性期病棟内の空きベッド

玄関は 24 時間開放されていて、脱走する人はいなかった。入居者も笑顔で挨拶をしてくれ、静かに過ごしている様子を見ることができた。

また、急性期病棟を案内して頂いた看護師の方からは、他の地域では精神保健局がうまく機能していない、拘束の件数が多い急性期病棟が依然として存在するが、トレントはうまくいっている事例である、という話を伺うことができた。また、精神保健に携わる他国の人々が以前トレント精神保健局を訪れた際、トレントでの重症患者のあまりの少なさに、「どこかに彼ら（重症患者）を隠してるんじゃないか？」と質問されたことも、笑い話として伺った。

ただ、ここで、精神病院が廃止されながらもうまくいっているのは、あくまでも「トレントに限る」と強調しておかなければいけない。あるいは、今回の活動には含まれないが、トリエステやボローニャなどの都市も、精神保健がうまくいっている代表例と言われている。これらの都市では質の高い精神保健が提供されている一方、地域によっては、法的には認められていないはずの「私立の精神病院」を作って、辛うじて対応しているような地域も存在するようだ。

では、なぜこのようにイタリアで精神保健がうまくいっている地域とうまくいっていない地域が混在しているのだろうか。一般的な説明は、以下の通りである。イタリアは南北問題と呼ばれる問題が存在する。イタリアでは、北部が裕福であるのに対して、南部は貧しい地域なのだ。そして、この格差は精神保健の領域においても表れている。裕福なイタリア北部では精神病院なしでも問題なく対応しきれている一方で、精神保健にまで十分に税金を充てることができないイタリア南部ではうまくいっていない。

しかし、上の指摘をレンツォ氏に投げかけると、「それは違う」と即答された。金銭面の問題は、さほど重要ではないとのことだった。結局、良い精神保健で重要なのは、それに携わる個人

個人の心構え、あるいは情熱である。貧しいイタリア南部においても、精神病院なしで質の高い精神保健を提供することは十分に可能であり、「金銭的に貧しいから、良い精神保健は提供できない」と諦めるのは、甘えであると仰っていた。

レンツォ氏のこの考え方が一般に受け入れられるかどうかは分からない。また、我々班員も、「その通りだ」と意見を表明できるほど精神保健の世界を熟知しているわけでは決していない。しかし、「トレントでの精神保健がうまくいっているのは金銭的に恵まれているからだ」という指摘を一旦括弧で括って、再びトレント精神保健局の内部を振り返ってみると、それを形作るものは、ファーレ・アッシエーメに代表される「人間的」なアプローチや、UFE という風変わりな職種であり、確かに、これらのトレント精神保健局の魅力的な要素は、金銭面とはあまり関わりがないものだと言えるだろう。しかしその一方で、トレントでの居住支援などは、州からの助成金によるところも大きく、金銭面が全く関係ないというわけでもないはずだ。

この節のタイトルである「イタリアでは精神病院なしで大丈夫なのか」という問いを「トレントでは精神病院なしで大丈夫なのか」という問いに改め、端的に答えると、「大丈夫である」がその答えである。しかし、ここでその理由を「金か、情熱か」という二項対立の場に引きずり出すのは誤りである。金銭面という側面と、個人の情熱という側面は、精神保健を形作る組織と、組織の内部で働く職員に対応する。精神病院の存在しないイタリアと、精神病院が多く存在する日本。異なった構造を持つ両者に共通する、より良い精神保健のための条件とは、個人としては仕事に情熱を持つこと、そして組織としては、行政との関係性をいかに築くかという課題に帰着する。そして、「情熱の国イタリア」における研修を通じて我々は、職員一人一人が持っていて、全体を彩る「情熱」の側面を主に見てきた。しかし、ここで、より良い精神保健を日本に導入するヒントとして、「各々の心構え」に留まらず、「行政からの金銭面での補助」という側面も当然考える必要があるが、その考察はそのまま第3節・第4節につながっていく。

第3節 日本の社会的入院

(井野)

日本における精神疾患患者の扱いは、法整備と治療の有無によって3つの時代に分けることができる。日本においても、法整備も治療も存在しなかった時代が存在する。そのとき、精神疾患患者は家屋の敷地内に設けられた座敷牢に閉じ込められていた。1900年に精神病者監護法が整備され、精神疾患患者を国に届け出ることが制度化されたが、その本質は座敷牢となんら変わらないものであった。そのような監禁の形態を私宅監置と呼ぶ。そして、1951年に精神衛生法が整備され、精神疾患の治療を行うことが制度化されたことで私宅監置の時代は終わりを告げた。にもかかわらず、このような法律の下でも精神疾患患者の人権を蹂躪^{じゅうりん}するような事件が発生した。それを受け、精神保健法や精神保健福祉法などの法整備が進み、精神疾患患者の人権が法規上考慮されるようになった。

とはいえ、精神疾患患者が真の意味で社会に溶け込み生きることがまだ実現されていないであろう。大きな事件が起こると容疑者が精神疾患であるという偏見がたびたび見られるし、我々医学生立場から見ても精神疾患患者には多少のおっかなさを感じてしまうことがある。このような状況が、新たな問題の火種となっている。社会的入院である。

社会的入院とは、医学的に入院の必要がないにもかかわらず入院状態が長く継続されている状態を指す。とりわけ精神疾患において、社会的入院は、長期入院に伴う社会性のさらなる喪失や退院後の家庭や地域の受け入れ拒否とともに、長期入院の負のスパイラルを構成している(図 5)。すなわち、法整備や治療法の確立によって達成されたかのように見えた精神疾患患者の社会参画の推進は、地域社会の抵抗感によって未だ阻まれているということである。また、諸外国と比較すると、日本の精神疾患治療が入院中心である一方で多くの先進国では入院による治療が好まれないということがわかる(図 6)。²¹以上より、日本における社会的入院は次に解決すべき問題であると考えられる。

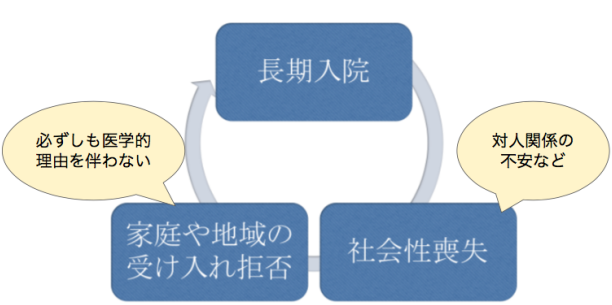


図 5 社会的入院の悪循環

精神病床数(※)と平均在院日数推移(諸外国との比較)

	2012年 精神病床数 (床/千人)	2014年 平均在院日数(日)
ベルギー	1.7	10.1
フランス	0.9	5.8
ドイツ	1.3	24.2
イタリア	0.1	13.9
日本	2.7	285
韓国	0.9	124.9
スイス	0.9	29.4
イギリス	0.5	42.3

※各国により定義が異なる 資料: OECD Health Data 2015

図 6 世界の精神病床数及び平均在院日数

第 4 節 日本の社会的入院をどうすれば減らせるか (日野)

この節では、日本の社会的入院をどうすれば減らせるかという課題について考察する。社会的入院という用語の説明及び社会的入院が解決されるべき問題であることは前節の井野の担当箇所でも詳細に述べた。大辞林第 3 版から定義を引用すると、「寝たきりの高齢者や精神疾患患者などが、入院治療の必要性がなくなったあとも、家庭に介護者がいない、受け入れ態勢がないなどの理由で入院したままにいること。」とある。定義をまとめると、社会的入院とは患者は退院できる状態だが、帰るべき家庭や地域がないため結果として退院できず、入院が長引くことを指す。社会的入院のデメリットとして、精神疾患患者の社会復帰が阻害されることや医療費がかさむことなどが挙げられる。

第 1 項 社会的入院が問題となる疾患

²¹ 最近の精神保健医療福祉施策の動向について
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>) (2020/01/05 閲覧)

では、社会的入院の状態にある患者が罹患している疾患の中で最も多い疾患は何であろうか。平成 29 年患者調査の概況に疾患別の平均在院日数のデータがある。退院患者の平均在院日数を傷病分類別に見ると、長い順に「精神及び行動の障害」が 277.1 日、「神経系の疾患」が 81.2 日、「循環器系の疾患」が 38.1 日となっている。²²全体の平均が 29.3 日であるのを考慮すると、「精神及び行動の障害」の患者が群を抜いて長期的に入院していることが分かる。「精神及び行動の障害」の患者の中でも、統合失調症の患者の平均在院日数は 531.8 日となっており、最も高い値を示している。この節では日本の社会的入院をどうすれば減らせるかという問題について考察していくが、統合失調症の患者の平均在院日数が最も長いことから特に統合失調症の患者に着目して考察する。

平成 16 年 9 月に厚生労働省は「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針を示した。²³つまり、長期的に入院している精神疾患の患者、主に統合失調症の患者を地域に帰そうというスローガンである。このスローガンを達成するためには、長期入院している患者が退院することと退院した患者が地域で暮らしていくことの二つが必要である。

第 2 項 統合失調症の概要

まずは統合失調症について説明する。症状として陽性症状（幻覚及び妄想）、陰性症状（欠陥症状）、認知障害の三つが挙げられる。幻覚や妄想は他の精神疾患でも見られるが、統合失調症の幻覚及び妄想には一定の特徴がある。統合失調症で最も多いのは幻聴である。周りの人からは、幻聴に聞きいってニヤニヤ笑ったり（空笑）、幻聴との対話でブツブツ言ったりする（独語）ように見えるため奇妙だと思われ、その苦しさを理解してもらいにくいことがある。妄想には自分は見張られているなどの被害妄想や、自分の思考は他人に読まれているなどの思考伝

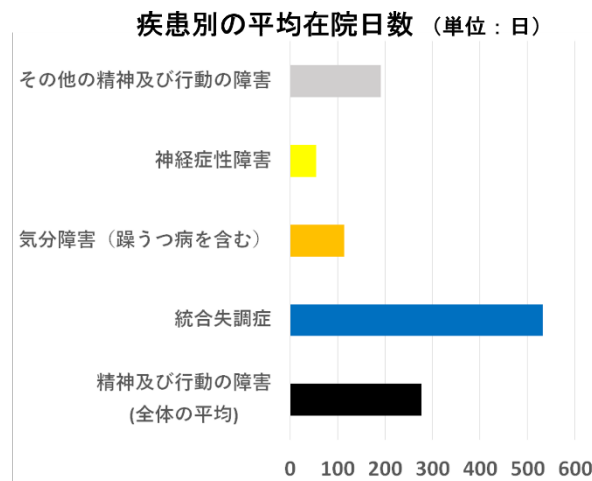


図 7 疾患別の平均在院日数（単位：日）

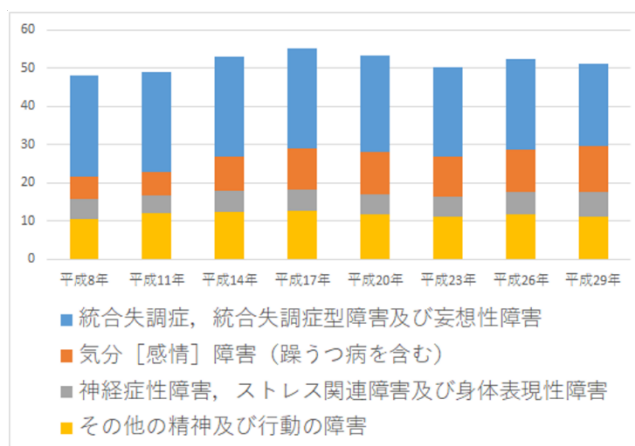


図 8 精神疾患別の総患者数（単位：万人）

²² 平成 29 年患者調査の概況

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf>) (2019/11/17 閲覧)

²³ 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>) (2019/11/17 閲覧)

播が含まれる。陰性症状には、社会性の喪失、感情鈍麻、会話の貧困などがある。他者との関わりに興味を失ったり、身なりがだらしなくなったりする。目標や意欲の低下とも関連しており、統合失調症を治療して社会参加を果たそうと考えるとき問題になる症状である。認知障害には、集中力や記憶力の低下、計画能力や問題解決能力の欠如などがある。社会復帰しようとする際、就労の妨げとなりうる。²⁴

生涯のうちに統合失調症にかかるのは人口の 0.7%（生涯罹患率）、ある一時点で統合失調症にかかっているのは人口の 0.46%（時点有病率）、1 年間の新たな発症が人口 10 万人あたり 15 人とされている。²⁵

第 3 項 統合失調症の治療

統合失調症の治療を考えるうえで大切なのは、早期治療、アドヒランス、社会復帰の三つである。アドヒランスとは、患者自らが治療の意義を理解して積極的に治療に参加して服薬することを指す。統合失調症は慢性に経過するためこの姿勢が重要である。²⁶

統合失調症の治療は医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、理学療法士、保健師など多くのスタッフがかかわって行われる。このことはクボタクリニックを見学した際にも感じられた。治療の目標は、急性期の症状を抑えることと、回復期・安定期に再発を防止すること、そして最終的には患者が社会参加、社会復帰を果たすことである。²⁷

また、原則として外来通院で治療を行うが、急性期の精神疾患症状から自分や他の人を傷つけたりする恐れが強い場合や、きちんと薬を飲むという適切な自己管理ができない場合には、入院して効果的な治療を受けたほうがよい。入院にあたっては、患者さんが同意して入院する任意入院がよいが、同意が得られなくても入院治療が必要と思われる時には、やむを得ず保護者の同意による医療保護入院や措置入院となる場合もある。²⁸

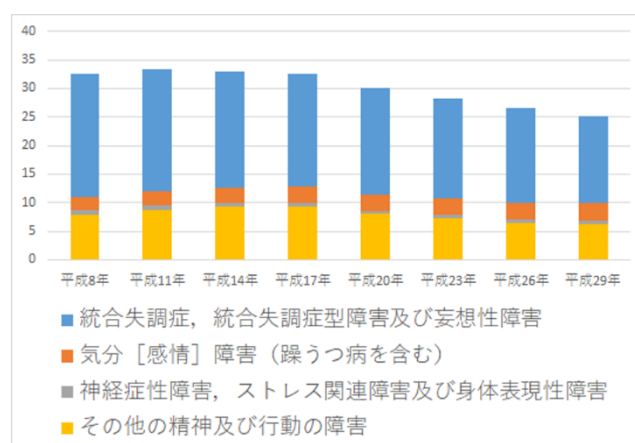


図 9 精神疾患別の入院患者数（単位：万人）

²⁴絵で見る心の保健室 アルタ出版(2007)

(<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www.jp/counseling/009-028.pdf>) (2020/01/05 閲覧)

²⁵ 統合失調症

(https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_intro.html) (2019/11/17 閲覧)

²⁶絵で見る心の保健室 アルタ出版(2007)

(<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www.jp/counseling/009-028.pdf>) (2020/01/05 閲覧)

²⁷絵で見る心の保健室 アルタ出版(2007)

(<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www.jp/counseling/009-028.pdf>) (2020/01/05 閲覧)

²⁸絵で見る心の保健室 アルタ出版(2007)

(<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www.jp/counseling/009-028.pdf>) (2020/01/05 閲覧)

第4項 精神疾患患者の現状

ここで再び平成29年患者調査を見る。²⁹精神疾患について患者総数を見てみると、患者総数は50万人前後で横倍なのに対して(図8)、入院患者数は30万人前後から25万人程度にまで減少している(図9)。また、主に統合失調症の患者が退院していることが分かる。一方で、外来患者数は10万人ほど増加している(図10)。しかし、増加しているのは主に気分障害の患者で、統合失調症の患者ではない。つまり、退院した統合失調症の患者の一部は外来に来ていないのではないかと考えられる。

部内でこの話をする、他の部員から「患者が外来に来ないことは、患者が健康になったことを意味するのだから良いことなのではないか」というような質問を受けることがあった。たしかに一般的な風邪等であれば症状が続くのは長くてせいぜい数週間であるだろうし、熱や鼻水等の症状が治まったことは自分で判断でき、患者自身が病院へ通う必要がなくなったことが分かるであろう。しかし、統合失調症患者はそうではないのである。なぜなら統合失調症患者には、主な症状である幻覚や妄想に伴い病識の障害が見られるからである。病識とは、自分自身が病気であること、あるいは幻覚や妄想のような症状が病気による症状であることに自分で

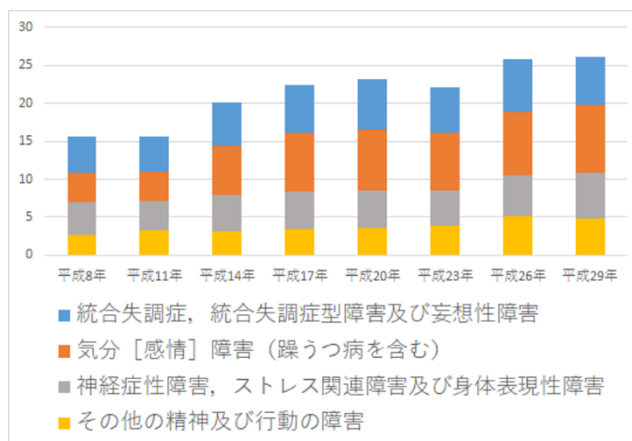


図10 精神疾患別の外来患者数（単位：万人）

気づくことができること、認識できることをいう。統合失調症の場合には、この病識が障害される。多くの場合、ふだんの調子とは異なること、神経が過敏になっていることは自覚できる。しかし幻覚や妄想が活発な時期には、それが病気の症状であるといわれても、なかなかそうは思えない。症状が強い場合には、自分が病気であることが認識できない場合もあるのである。³⁰つまり、統合失調症患者が外来に来ないということは、病気の回復というよりはむしろ病識の障害が生じているつまり病気の悪化を意味することが多いのである。

病識の障害は、服薬の中止につながる恐れがある。抗精神病薬には精神症状の改善のみならず、再発を予防する効果があることが知られている。抗精神病薬による治療で幻覚や妄想がいったん改善しても、薬物療法をその後も継続しないと、数年で60～80%の患者が再発してしまうとされている。再発し、急性期症状が出て自傷や他害の恐れがあったり、日常生活が自立していなかったりする場合には再入院が必要になることもある。³¹ところが、幻覚や妄想が改善した後も抗精神病薬の治療を継続すると、その再発率が減少する。³²つまり、統合失調症患者にとっ

²⁹ 平成29年患者調査の概況

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf>) (2019/11/17 閲覧)

³⁰ 統合失調症 (https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_into.html) (2020/01/05 閲覧)

³¹ 統合失調症 (<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www.jp/counseling/009-028.pdf>) (2020/01/05 閲覧)

³² 抗精神病薬の再発予防効果 (https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_into.html) (2020/01/05 閲覧)

ては継続的な服薬が大切なのである。そのため、患者が外来に来ていない現状はあまり好ましいものではないと考えられる。

上にまとめた現状から、「退院すること」は徐々に達成されつつあるが、「地域で暮らしていくこと」が達成されていないのではないかと予想される。地域で暮らしながら、外来に通い定期的に医師と顔を合わせることが服薬の継続にもつながる。つまり再入院防止のためにも地域ケアが必要なのである。退院した患者が地域で暮らしていくことをサポートする仕組みが必要である。

第5項 多機能型精神科診療所

そこで私たちが見学した錦糸町クボタクリニックひいては多機能型精神科診療所こそが、地域で暮らす患者をサポートできるのではないかと考える。多機能型精神科診療所の条件として窪田さんは必須条件として以下の6項目を、推奨項目として以下の10項目を挙げている。また、項目中の「密接な連携」とは医療法人等で直接運営しているか、実施団体の運営に何らかの形（役員等）で関わっている場合を言う。³³例を挙げると、錦糸町クボタクリニックでは、錦糸町訪問看護ステーションを錦糸町クボタクリニックと同医療法人内で運営しており、推奨項目5を満たしていると言える。³⁴

必須条件

1. 精神科外来診療の実施
2. 精神科デイケア等の通所サービスの実施
3. 訪問看護及び訪問診療もしくは往診の実施
4. 24時間電話対応
5. コメディカルによる相談支援活動
6. 職員ミーティングが、週一回以上定期的に行われている。

推奨項目（以下の2項目以上）

1. 複数医師（非常勤含む）の勤務
2. 在宅療養支援診療所の実施
3. 軽い緊急時の避難に用いる入院施設、もしくはグループホームがある
4. 自立支援事業所との密接な連携
5. 訪問看護ステーションとの密接な連携
6. 相談支援事業所との密接な連携
7. 精神科ナイトケアの実施
8. 医療観察法の指定通院医療機関の指定を受けている
9. 就労支援活動の実施

³³ 窪田彰、多機能型精神科診療所による地域づくり-チームアプローチによる包括的ケアシステム-、金剛出版、2016

³⁴ 錦糸町訪問看護ステーション（<https://www.kubocli.jp/houmon/>）（2020/01/05 閲覧）

10. 包括的個別担当者（ケースマネージャー）がいる

統合失調症は糖尿病等の生活習慣病や高齢者の認知症などと同様に慢性疾患である。そのため治療の際には生活のレベルを含む包括的な視点を持ったケアが必要となる。そのような患者の求めに答えようとふつうに精神科診療所を運営しているだけで、徐々に地域ケアの機能が増え、複数の機能が自然に備わってくる現象が生まれてきたと仰っている。³⁵

第6項 「地域精神保健センター」構想

現状の精神科地域ケアの課題の1つとして、地域の活動が個々バラバラであるということがある。³⁶ 社会福祉法人、NPO 法人、医療法人、株式会社と様々な法人が運営する自立支援事業所が生まれている。重い課題を持った患者に対応するためには多職種の連携が必要であるにもかかわらず、それぞれの機関の間で情報の共有がなされることはほばない。

この現状を見て窪田さんは、これまでの日本に発展してきている多機能型精神科診療所に市区町村から委託を受けさせ「地域精神保健センター」としてはどうかと提案している。名称はさておき、市区町村から委託を受けることで、「地域精神保健センター」には地域に対して責任と役割が生じる。

地域に対して責任と役割が生じるとは具体的にはどういうことであろうか。日本の医療制度の特徴は国民皆保険、自由開業制、フリーアクセスである。そのため、病院に責任担当地域がなく、外来では来院した患者に診療を施す受身的医療しかできない。つまり日本では、治してほしい患者しか治せない。ここで、統合失調症患者の症状の一つに病識の障害があったことを思い出していただきたい。その結果、外来には軽症の患者が来て、家に重症の患者が残るのである。その結果、外来に来ていなかったような（病院側も知らない）重い患者の症状が悪化し、措置入院するような事態が生じる。さらに、外来によっては症状の重い患者を断る病院もある。信じられない話だが、病院 HP に統合失調症患者お断りの文言があることもあるそうである。市区町村からの委託を受ければ、一定額の委託費のおかげで、診療報酬にとらわれずに重い課題を持つ患者の住宅探しを手伝い、ケア会議に参加し、就労を支援する等の活動を実施することが出来る。また、窪田さんは錦糸町クボタクリニックでグループホームを設立したいとおっしゃっていたのだが、東京スカイツリー設立による錦糸町の地価の高騰もあり現在難航しているそうである。グループホームはトレントにおける太陽の家でも見たように精神科患者の住宅支援の一選択肢として重要である。市区町村からの委託はこのような問題も解決しうるのである。

具体的には人口 10~20 万人ごとの地域に 1 つ「地域精神保健センター」をつくろうと仰っている。この数字の根拠として統合失調症の発生率は人口の 0.7%であり、³⁷ 人口 10 万人単位でキャッチメントエリア（担当責任地域）をつくれれば、担当すべき統合失調症患者の数は 700 人程度である。窪田さんは「この規模なら新患はほぼおらず、対応は容易となる。」と仰っていた。この人口 10~20 万人という数字についてもう 1 つ根拠を与えると、なんとトレントの人口が

³⁵ 窪田彰、多機能型精神科診療所による地域づくり-チームアプローチによる包括的ケアシステム-、金剛出版、2016

³⁶ 窪田彰、多機能型精神科診療所による地域づくり-チームアプローチによる包括的ケアシステム-、金剛出版、2016

³⁷ 統合失調症 (https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html) (2020/01/05 閲覧)

11.1 万人なのである。³⁸つまり、私たちがイタリアで見学してきたように、トレント精神保健局がトレントの人口 10 万人の地域精神保健を担っているのと相似な状況を日本でも無理なく作れるのではないだろうか。その結果、退院して地域に帰ってきた患者が地域で医療サービスと福祉サービスにアクセスしながら暮らすことが出来る。

日本の社会的入院をどうすれば減らせるかという問いに対しては、退院した患者が地域で暮らせるように各地域に多機能型精神科診療所に市区町村からの委託費を与え、「地域精神保健センター」を作ろう、という考察で締めくくらせていただく。

第 5 章 イタリア班活動記録

私たちはイタリアのトレントに行く際、ヴェネチア、そしてトリエステにも立ち寄った。ヴェネチアは世界で初めて精神科病院を廃止したバザーリア氏（精神科医）が生まれた地であり、トリエステは彼が精神科医として活躍した地である。（土橋）

第 1 節 サン・セルヴォーロ精神病院博物館

（土橋）

活動地であるトレントに向かう途中、ヴェネチアのラグーンにあるサン・セルヴォーロ島のサン・セルヴォーロ精神病院博物館に立ち寄った。かつては「精神病島」とされていたこの島は、現在はヴェニス国際大学と博物館、宿泊所になっている。博物館では、精神病院の歴史解説や、病院で使われていた拘束具、電気ショック療法の道具、入院患者の写真、脳の解剖写真、薬品などが展示されていた。



写真 19 サン・セルヴォーロ精神病院博物

第 2 節 トリエステ精神保健局

（土橋）

³⁸ イタリア人口（<http://demo.istat.it/bil2007/index02.html>）（2019/12/28 閲覧）

続いて、隣国スロベニアとの国境に位置するトリエステでは、かつてあった巨大精神科病院の旧病棟を訪ねてみた。トリエステの中央駅からバスに 15 分ほど乗り、山の麓で下車し、そこから山の中腹まで歩いて登った。ここにかつてあった 1,200 床もある巨大なサン・ジョバンニ精神病院は解体され、かつての病棟施設は、トリエステ精神保健局として地域支援の拠点として使用されていた。中は入ってみることはできなかったため、周りを一周し、鉄格子がはまった窓や、昔の拘束具が置いてあるのを外から見た。



写真 20 トリエステ精神保健局



写真 21 鉄格子がはまった窓（下 3 つ）



写真 22 外に置かれた昔の拘束具（右）

また、敷地内にあった「野いちごレストラン」は社会協同組合が運営し、多様な人々が働いていた。この店で筆者は人生で初めて、カフェシェケラートという冷たいエスプレッソを飲んだ。言葉が通じずメニューも読めずで、強面の店員に怯え、急ぎ目にとりあえず頼んだものであったが、非常に長い坂を暑い中登ったこともあり、身に染みる美味しさであった。

第 3 節 トレント精神保健局でのフェスタ

（岸）

我々がトレント精神保健局を訪れた日は、偶然にも、精神保健局でフェスタが開催される日であった。有難いことに我々班員もそのフェスタに招待されたため、参加させて頂いた。ちなみにこのフェスタは、新局長マルコ氏の局長就任を祝うものであった。前局長のレンツォ氏が局長を務めた期間が30年ということを考えると、局長就任を祝うフェスタは、どうやらそう頻繁に開かれているものではなさそうだ。よくこんな日に訪れることになったなあ、と巡り合わせの良さを感じた。

精神保健局の玄関前の広場にはベンチが敷かれ、その周りには多くの風船で彩られ、ベンチに座った観客を前に、精神疾患患者の方々が音楽に合わせて歌い、ピアノを演奏し、ギターを弾き語り、入れ代わり立ち代わり、場を賑やかにしていた。言わば、アマチュア精神疾患患者たちの野外コンサートである。近隣にも、あの賑やかな雰囲気は聞こえていただろう。実際、精神保健局の前を通り過ぎる人々は、顔をこちらに向けて歩き去っていた。入り口で立ち止まって見物している人もいた。

こっそりとフェスタを抜け出してトレントの町並みの中を歩いてみた。すぐ隣は、音楽学校である。1分ほど歩きすすんだ場所には、イタリアらしいオープンテラスがあり、そこで学生たちが集まって勉強をしていた。トレント精神保健局に通っている精神疾患患者の方々の多くが、日本ならば地域からは離れた精神病院に入院している人なのかもしれないと考えると、地域の中に溶け込んでいたトレント精神保健局の入り口のあの扉は、日本ではさながら「どこでもドア」のようなものなのだろう。

フェスタが終わり、集まった方々と一緒に食事をした。「自分の熱唱はどうだった」と各班員に聞いて回り、親指を立て「Good」のジェスチャーを示すまで同じ問いかけをする精神疾患患者の方。イタリア語で話しかけてきたので、「英語しか分からない」と伝えると、「わかった」と理解を示した直後、再び早口のイタリア語で何かを延々と訴えてくる精神疾患患者の方。その他多くの精神疾患患者の方々に囲まれてオドオドしている我々班員を、「カオスな光景ですねえ」とどこか懐かしそうに眺めていた花野さん（通訳者）の表情が記憶に新しい。

謝辞

今回我々は、国内、イタリアで多くの方に協力いただき、有意義な活動を行うことができました。トレント精神保健局前局長のレンツォ先生には、精神医療の現状を変えようという強い熱意を伝えていただきました。現局長のマルコ先生には、お忙しい中、精神保健局の様子を見学させていただき、有意義な講義をしていただきました。花野さんには、豊富な精神医療の知識に裏打ちされた、とても丁寧な通訳をしていただき、言葉の壁を感じることなく活動を行うことができました。UFEの方々には、精神保健局の試みについて、ご自身の体験を交えて詳しく教えていただきました。窪田先生にはお忙しい中、錦糸町に根付いた地域精神保健ケアの実態を見学させていただきました。また、台風が近づいている中で訪問し大変ご迷惑をおかけしました。この場を借りて御礼申し上げます。

インド・ボランティア班

活動目的

インド・コルカタにあるマザーテレサハウスで医療ボランティアを行い、将来医療者となる身として初めての患者さんと直に接する経験を得る。また、班活動を通じた班員それぞれの経験を基に、主体性を育む。

活動場所

インド コルカタ マザーテレサハウス

活動期間

渡航期間 2019 年 8 月 22 日～9 月 6 日

ボランティア期間 2019 年 8 月 24 日～8 月 30 日

班員

川井田 悠史	(九州大学医学部医学科 2 年 班長)
伊藤 七海	(九州大学医学部保健学科看護学専攻 2 年)
大塚 望海	(九州大学医学部保健学科看護学専攻 2 年)
白坂 大輔	(九州大学医学部保健学科放射線技術科学専攻 2 年)
楯林 英一郎	(九州大学医学部医学科 2 年)
深田 幸平	(九州大学医学部生命科学科 2 年)
上間 直樹	(九州大学医学部医学科 1 年)
大迫 萌々子	(九州大学医学部保健学科検査技術科学専攻 1 年)
久間 由紀乃	(九州大学医学部保健学科看護学専攻 1 年)
新畑 龍斗	(九州大学医学部医学科 1 年)

Abstract

班長の川井田は医学科 2 年となり医学について学び始めたが、2 年次は基礎医学に終始し、臨床的な場は現カリキュラムにおいてはほとんど設けられていない。そんな中、熱研の先輩方が以前にインド班を立てられていたことを、過去の報告書から知った。それは、インドにあるマザーテレサハウスという団体が運営する「死を待つ人の家」という施設での医療ボランティアだった。川井田はこれこそが自分の今やりたいことと合致するものだと考え、インド・ボランティア班を立班した。また、インドという国が現在どのような国で、どのような文化を基に発展しているのか、日本にいてはあまり感じられない貧富の差など、インドの様々な側面を直に見て触れてみたいと思ったことも立班動機の一つである。

第1章 はじめに

インドにあるマザーテレサハウスにてボランティア活動を行い、医療の現状を体験するとともに班員それぞれの医療に臨む主体性を育むことを本活動の目的とした。(深田)

第1節 データで見たインドと実際に見たインド

(深田)

インドは面積が約 330 万km²、人口が約 13 億 3400 万人と大国で、さらに経済の GDP も世界第 7 位と高く、急速な経済成長がうかがえる。実際私たちはインドに行きその活気の良さを目のあたりにした。しかし同時に、身近にあるスラムや頻繁に会う物乞い、お店におつりがないなど、インドの貧困層においては経済がうまく回っていないように見受けられる問題がいくつか存在しているのも確認した。

第2節 マザーテレサハウスについて

(新畑)

マザーテレサハウスとは、マザーテレサがコルカタで設立した「神の愛の宣教者会」本部の通称である。「神の愛の宣教者会」は、1950 年 10 月 7 日にコルカタ大司教より認可を受け設立された団体であり、厳しい清貧を守り「もっとも貧しい人々のために働くこと」を使命とする。団体の活動の 1 つとして世界中からボランティアを募り、運営する各施設でボランティア活動を行っている。以下はその施設についての簡単な説明である。

活動日は金曜日から水曜日（木曜日は休み）で午前 8：00～12：00 と午後 3：00～6：00 に活動する。配属施設は 7 か所ある。

表 1 施設の説明

施設名：カーリガート （別名：ニルマル・ヒルダイ＝清純な心） 通称「死を待つ人の家」といい、肝炎、マラリア、陽チフスなどの男女 50～100 名を収容している。
施設名：シュージュ・バワン （＝子供の家） ハンディ&ノンハンディの孤児の家で 10 歳位までの子供 100 名ほどが収容されている。 ボランティア：女性のみ（男性は見学可）
施設名：プレム・ダーン （＝愛の贈り物） カーリガートより軽い症状の男女各 50 名が収容されている。午前中のみボランティア可能だった。
施設名：ダヤ・ダーン （＝親切な贈り物） 7 つの中では一番新しい施設で、シュージュ・バワンより年上のハンディキャップを持つ子供 30 名ほどが暮らしている。ここはボランティア男女共に可能だった。
施設名：シャンティ・ダーン （＝平和の贈り物） 貧困で親のいない子供 30 名ほどと精神的疾患を持つ女の子 150 名ほどが暮らしている。

施設名：ナボ・ジュボン (=新しい人生)

ブラザー（シスターの男性版）がいる施設で男性のみがボランティア可能である。結核病棟とアルコール中毒治療のための施設である。また、親がおらず路上生活をしていた子供を収容する施設もある。

施設名：ハウラー・シューシュ (=駅近くの子供)

鉄道駅であるハウラー駅近くの孤児や貧民家庭の子供達の施設。無料の学校もある。

施設名：チタ・ガール (ハンセン病患者の自給自足施設)

ボランティアは募集しておらず、見学のみ。約 1000 名が利用する（入院 200 名、来院 800 名）。見学には、伊藤と上間が参加した。

第 3 節 日程

(川井田)

私たちは、今年の夏期休暇期間を利用してインドでのボランティアを敢行した。8/22 に福岡を出発し、9/6 に日本に帰国した。滞在中、ボランティアを行ったのは 8/24 から 8/30 までの 1 週間であった。先述した通り、マザーテレサハウスでのボランティアでは、運営する 7 つの施設の中から希望する、またはランダムで決められた施設でボランティアを行った。また、1 週間の内、初めの 3 日間はランダムで施設を割り振られた。1 日置いて、あと 3 日間は自分の希望する施設を選ぶことが出来た。

以下、各日でのボランティア先の施設を表 1、表 2 にまとめた。尚、各班員の体調などを鑑みて日によってボランティアに行かなかったこともあった。

表 1 8/24,8/25,8/26 のボランティア

メンバー	ボランティア先
楯林	ニルマル・ヒルダイ
白坂	
伊藤	
大塚	
川井田	ダヤ・ダーン
新畑	
久間	
大迫	
深田	プレム・ダーン
上間	

表 2 8/27,8/28,8/30 のボランティア

メンバー	ボランティア先
楯林	ニルマル・ヒルダイ
白坂	
新畑	
大迫	
久間	
川井田	ダヤ・ダーン
伊藤	
大塚	
深田	プレム・ダーン
上間	

第2章 インドの実際

この章では、班員の新畑がボランティア活動外でのコルカタの街を探検した体験を文字に起こしたものである。少しでもインドの雰囲気を感じてもらえたら幸いである。(川井田)

コルカタについた初日、空港からゲストハウスまでタクシーで向かったが、まずタクシーの古さに驚いた。車体もボロボロで窓はハンドル式であった。ゲストハウスに向かう道中で、野良犬が多くいたことにも驚いた。狂犬病に感染する恐れがあるため野生の動物には気を付けるように事前に話し合っていたが、軽く不安を覚えた。ゲストハウスに着いて、その日はそのまま就寝し、翌日、希望者だけでコルカタを散策した。前日のタクシーでの移動中は気付かなかったが、町はいたるところにゴミが捨ててあり、悪臭も漂っていた。

昼食をとり、ゲストハウスでボランティアをされていた日本人の方に教えていただいたZAMZAMというビリヤニ屋さんに入った。現地の人は素手で食べており、インドに来たのだと感じた。しかし、メニューにビーフビリヤニがあったことには驚いた。ビリヤニというものを初めて食べたが、かすかな辛さと、インディカ米のバサバサした米がとても美味だった。食後、ゲストハウスに近いスーパーマーケットに行き、飲み物などを買ったが、品揃えが想像よりも充実しており、店内もきれいだったことに驚いた。

散策中に道路の近くを通ったが、込み具合がすさまじく、車間距離はほぼゼロで、クラクションが鳴り響き、車線もみんな無視していたことに衝撃を受けた。また、歩行者用信号もあったが、青である時間が数秒ほどと異様に短く、横断するには車が来ていないタイミングを逃さずにわたる必要があり、非常に怖かった。

インド滞在中の移動では主にオートリキシャーやバスを利用した。オートリキシャーでは、距離にもよるが相場は1人10～20ルピー（日本円で15～30円）らしく、とても安価だった。しかし、オートリキシャーの運転手は、まず100ルピーほど要求してくることがほとんどであったため、交渉を行い乗せてもらうことが多かった。マザーテレサハウスの施設の一つに向かうバスの途中でバスを利用したが、1人6～7ルピーと大変安価だった。車掌が1人おり、その人がお金を回収して回るシステムだったが、車掌は誰がまだ払っていないかを全て覚えているようであった。その記憶力の高さには驚いた。また、バスは揺れがひどく、出入り口にはドアが



写真1 インドへの入国。手続きが長く緊張し



写真2 昼ご飯は大体カレー。これは予想でき
65

ないので、出入り口付近に立った時は落ちないか不安であった。

コルカタにある「Quest Mall」というショッピングモールに行ったが、見た目も豪勢で、入り口には警備員がおり、手荷物検査もあり、店内は冷房がよく効いているという、先進国にあってもおかしくないような充実した設備に驚いた。私たちは主に食料品売り場を回ったが、品物も充実していた。お土産に茶葉を買おうと思い、茶葉コーナーに行くと、店員さんが待機しており、茶葉を選んでいると話しかけてきた。店員さんにおすすめを聞くと、店員さんが話している途中に別の店員さんが乱入してきて、店員さん同士でバトルが始まったことには驚いた。インド人は紅茶へのこだわりが強いのだろうと思った。

コルカタの「ニューマーケット」に立ち寄ると、日本語で話しかけてくるインド人がいて、ぼったくりだろうと思ったがついていくと、案の定怪しいお店に連れて行かれたのですぐ逃げてきた。バラナシでも同様に、ガンジス川や火葬場を案内すると言って話しかけてきたインド人がいた。無視してもずっとついてきて、絶えず話しかけてきた。そのしつこさには驚いた。アグラでは大勢の子供が物を売りつけようとしてきた。物乞いは、コルカタとニューデリーで特に見られた。(新畑)



写真 3 ガンジス川の畔

第3章 ボランティア体験記

次に、実際にボランティアを行った班員の内、数名のボランティア体験記を掲載する。ボランティア体験記は帰国後全員が書くようにした。報告書には班員 10 人のうち 3 人の体験談を載せている。また、ボランティアの経験で行ったことや感じたことをなるべくそのまま伝えたいと考え、ほぼ原文のまま掲載することにした。(川井田)

第1節 楯林の体験記

(楯林・深田)

コルカタへの飛行機搭乗時に、早くもインド人に圧倒された。今まで行ったどの国の人たちとも異なる雰囲気を感じた。笑顔な人がエネルギーに見えるのは理解できるが、皆しかめ面なのに彼らからもすごいエネルギーを感じることが不思議だった。インドは期待を裏切らないだろうと確信し、胸が高鳴った。

2 週間強の旅程で、最も大きいカルチャーショックを、早くも空港からゲストハウスまでのタクシーの中で経験した。1950 年代から作られているヒンドゥスタン・アンバサダーに乗ると、エアコンやオーディオはもちろんシートベルト、サイドウインド、各種ミラー、ウインカーすらないことにすぐに気が付いた。さらにそれらの代わりに、けたたましい音で鳴る改造クラクションが装備されていた。白線、信号は完全に無視し、前後左右ともに車間距離はほぼゼロまで詰める。ミラーすらないため車線変更はお互いの鳴らしあうクラクション頼り。道路には無数の犬、ネズミ、ゴミ、水たまり、人。その日の夜は、とても長い一日の終わりとインドに来たという実感が同時に押し寄せた。

8/23

朝から買い物も兼ね散策へ出発した。地元の小さな薬屋を何軒もまわったが店員は総じて無愛想で、客には散々割込まれた。お行儀よく並ぶという概念が、この国の文化に馴染まないと感じ、順番を無視して振る舞うと、スムーズに買い物ができた。店員も一切笑わないが、実は生真面目に誇りをもって仕事をしていると感じた。コルカタの人々が少し好きになりつつあった。

午後はシスターの訃報により予定していたボランティアができなくなったため、知り合った日本人のおすすめするスラムへ男 3 人で訪れた。テンプレートの「ギブミーチョコレート」に遭うが、不快感は無かった。インドで最大級の危険因子である車が通らない上に、人々が大人しく大通りより治安がいいと感じた。今思うと大人しいというより、元気がないだけだったのかもしれない。親切なおばさんと、その子供と共に写真を撮り、案の定、金を請求されるが払わなかった。2 人乗りの自転車タクシーに 3 人で乗って帰った後、ゲストハウスのスタッフである N さんのおすすめするインドのスナックを買いに行った。込み入っていて分からず、班員も多いため歩き回るわけにもいかないと考え、犯罪や金儲けに縁遠いであろうインド人を見つけては場所を聞いて回った。一人に聞くと、三人が答えてくれたことや、見ず知らずのインド人どうしが懸命に場所を思い出し他の人に聞き、説明してくれたことから、日本人より親切で気さくだ

と感じた（表情は怖かったが）。帰って班員とミーティングをした後、知り合った韓国人を交えて班員とお酒を嗜んだ。

8/24

6 時台にマザーハウスへ行き、朝食をいただいた。大量のスペイン人ボランティアスタッフが居て、歌ったり騒いだり...インド人とは別種のパワーに圧倒された。シスターから『死を待つ人の家』へ割り振られ、スペイン人スタッフとともにバスで向かった。バスにはドアすらなく、満員で、揺れもひどかった。そんな中、立ちっぱなしの車掌さんは 1 ルピーたりとも誤魔化さずにお釣りをくれた。

『死を待つ人の家』は比較的小綺麗な建物で、中も清潔感が感じられる。男性女性共に丸刈りに近い。余命数日の方が多数いる環境を想像していたが、想像より軽症の方が多く悲惨な雰囲気ではなかった。スペイン人のおかげで地中海の空気感もあり、むしろ明るい雰囲気だったと思う。ざっとした仕事の流れは、洗濯→物干し→ベッドメイキング→洗濯物たたみ→入居者のマッサージや世話、会話→配膳→食事の世話→(手で食べるため)手洗いの補助→片づけ→床の水洗い。洗濯物関連が体力を使う。その他、トイレの世話や、水を飲む手伝い、移動の補助も行った。10 時半ごろ休憩があり、とても美味しいチャイと、いくつかのお菓子、バナナが振る舞われた。初日はスペイン人やベテランの台湾人等に聞いたり真似したりして仕事をした。

8/25

早朝に起き、味はいいが質素な朝食を食べ、暑い中汗だくになってハードな労働(主に洗濯物関係)をしていると、不思議と清々しい気分になると活動を通じて知った。

「良いことをしている」という感覚や、ハウスに飾られているマザーの顔やキリストの絵などからも清々しさや達成感を感じた。朝の集まりでスタッフとシスター全員で歌うキリスト関連の 3 曲、日常で見かけることはないほど見るからに徳がありそうで有り難いシスターからのお話、そして清々しい達成感のある労働。ボランティアという無償の労働をしていますが、楽しさを感じる。昨年はヨーロッパで想像をはるかに超えるキリスト教建築、



写真 4 マザーテレサハウスの入口

芸術を山のように見て、キリスト教のハード的な面への理解が深まったが、今回のマザーハウスでのボランティアでは、キリスト教のソフト的な面への理解が深まった。世界で最も広まっているだけあって、とても優れた仕組みを持っていると感じた。

肝心の医療に関することだが、死を待つ人の家には様々な病状の方がいた。寝たきりの老人から、20 代前半の怪我はしているが、健康そうに見える方までいた。正確な統計は取れていないが、男子の場合、浮浪者が交通事故に遭い、けがを負い、生活できなくなって死を待つ人の家に収容されるというパターンが多いと感じた。頭頂骨や後頭骨がむき出しの方も複数人居たが、スタッフ曰く彼らは「まだ軽傷」で比較的治りも早いそうだ。腕や足を負傷している人も多く、

彼らへのマッサージも毎日行った。大した治療をしないこともあり、最も致死率が高いのは内臓疾患らしい。内臓疾患の方は一見健康そうに見えなくもない。老いているから、という理由で入居している方は覚えている限り数人しかいなかった。

2, 3 日に 1 人は新しい方が担架で運ばれてくるようだ。運ばれてくる方は、強い臭いがした。小さな体育館ほどの施設内に一瞬にして彼らの耐えきれないほどの臭いは充満し 2 階に行っても臭いは消えなかった。感染症の疑いがあったため近くによって観察はしていないが、髪や髭は伸び放題で、ハエや蛆のような虫も遠目で確認できた。彼らは、HIV、結核などの検査がなされ、髪や髭を剃られた後、応急処置をされ、風呂に入れられてから収容される。HIV、結核が陽性だった人は別施設へ送られる。

ボランティアにはヨーロッパ各国(特にスペイン)、アメリカ、カナダ、中国、韓国、台湾、日本からスタッフがきているようだった。年齢は本来 18 歳以上と制限があるにもかかわらず、10 歳中国人の少年から 60 台後半の方まで居た。外国人ボランティアに医療関係の職に就いている人は少ないようだったが、医療関係の学生は多かった。私たちは行わなかったが、注射、点滴、治療を行うボランティアスタッフも居た。また、一日に 1 度か 2 度、インド人のボランティア医師がやってきて軽い治療を行っているようだった。

日曜や特別な日(マザーの誕生日等)にはミサやパーティーがあり、音楽のできるボランティアでその場を盛り上げていた。ここでは、スペイン人がその役目を果たしていた。

死を待つ人の家での労働は大変だった。しかし労働がボランティアの真の役目ではなく、入居者に寄り添うことが目的だと思う。積極的な(図々しい?) 入居者から、大人しい入居者まで色々居るため、単純に入居者の希望を聞けばいいわけではない。日々の生活の世話から、何気ない世間話まで、入居者の方が居心地が良いようにしたいと思って行っていた。コルカタはイギリス植民地の拠点であったため、今でも町中に英語が溢れている。インド人の日常会話でも英単語を耳にすることが多い。発音や文法は素晴らしくはないにしろ、教育を受けていないコルカタの人もある程度の英語なら理解できるようである。コミュニケーションは主に英語で行った。多くの老人ともお話をしたが、特に仲良くなれるのは若者である。日本のことを質問されたり、インドについて話したりした。たまにカタコトのヒンディー語を話すとすごく喜んでいた。

第 2 節 深田の体験記

(深田・新畑)

トランジットの手続きを済ませインド行きの飛行機に乗り込む。同乗者は立派な体格のインドの男性がたくさん。自分たちは小さな飛行機の一番後ろの席を予約していたが、まずインド人の波にのまれ乗りこむことから一苦労。インドに到着し、入国審査の段階において手続きレーンをたらい回しにされた挙句、非常に長い時間をかけて審査されて二苦労。さらにコルカタの日本人宿につき荷物の整理をして、いざボランティア！と登録会に行くと、シスターの不幸があったために登録会自体が中止になっていて三苦労。インド 1 日目は幸先の悪いスタートであった。

活動がなくなった分、食事や宿周囲の散策に時間を割くことにしたが、インド食特有の辛さや、班員の上間は文化差によって利き手が使えなかったことが原因で「食」もうまくいかず、また“行ったもん勝ち”を地で行くインド交通網が原因で班が物理的に分断されるなど、安心

できない環境が精神的ダメージを蓄積させ、班員に疲れが見られた。時間はあまりないが、インドに順応する前にマザーテレサハウスでのボランティア活動を行うのは班員への負担がかなり大きそうであるように思えた。班員の意見を聞きながら、活動先の人自分たちも幸せになる、真の看護の在り方を明日からの活動を通じて考えていきたい。

8/24

ボランティア初日になった。6時45分ごろにマザーテレサハウスに到着、シスターに招かれてハウス内に入った。ハウスは4階建てかつ地下階があり、まず地下室で食パン2枚、バナナ、チャイで構成された朝食をとった。初日のボランティアは日本人が16人、ヨーロッパ・アメリカ系の人が約50人程度おり、予想以上にボランティア参加者がいるのだなと思った。朝食を食べ終え、全体的に落ち着いた雰囲気になったところでシスターがやってきてベルを鳴らした。恰好は白地に青いラインが入ったサリーにサンダル。ベルを鳴らすのはお祈りと聖歌斉唱の時間を知らせる合図であった。集合時間を過ぎても参加者の増加は止まらず、すでに地下いっぱい人が立っていた。

シスターにボランティア先を命じられ、私は上間とプレム・ダーンという老人ホームのような施設に行くことになった。プレム・ダーンまでは徒歩で約30分。自分たちより前からボランティアをしていた人たちに連れられて移動した。途中、地面に食料品などを並べて売っている大通りや、線路の沿いに手作りであろう掘っ立て小屋が並ぶスラム住宅街など、日本ではまず見たことない風景が常に目に入った。特にスラム住宅街では子どもたちがこちら側に手を振り、「hello」「chocolate」の二単語だけで話しかけてきて、ボランティア参加者にたかるのが当たり前になっているのだなと感じた。

プレム・ダーンに着いた。予想以上に清潔で大きな施設で、セキュリティもしっかりしているようであった。荷物を置き、現地スタッフの指示に従ってボランティアを開始した。自分がした仕事は洗濯ものの干し、床掃除、ベッドメイク、食事の補助などである。

ベッドメイキングの最中、患者さんと話す機会があった。言葉を話せず、動かず、ひたすら右手をひらひら動かすだけ。シスターを呼んで対応したが、その対応が合っていたのか分からなかった。また、食事の補助もなかなかうまくいかなかった。自力で食べられない人も多く、スプーンを使って昼食を口に運んでいく。咀嚼力が弱く、細かくほぐさないと食べてくれなかったり、嫌がられたりしたので、かなり時間をかけて食べさせた。初日は仕事を覚えるのに必死で、患者さんたちとあまり交流できなかった。

8/25

ボランティア2日目は、前日に行ったことを思い出しながら、勉強会で学んだ介護方法を用いて患者さんたちを介護した。背中側に手を回し、支えながら立たせ、椅子まで運んだ。役に立てた気がした。また、2日目は患者さんたちをよく観察することに比重を置いて活動を行った。患者さんたちの反応は様々で、英語を話せ、話好きな人もいれば、無口であり反応を示さないが目で訴えてくる人もいた。英語と身振り手振りをういて意思の疎通を図ろうとするが微妙な手ごたえ。シスターに何度も助けられた。プレム・ダーンのシスターはとても優しく、とても丁寧に仕事を教えてくれた。また話す機会があったときに、「日本人？よく来たね。

学生？何を習っているの？」などと質問してこちらの緊張をとろうとさえしてくれた。患者さんたちへの接し方だけでなく、介護する側の心の在り方も重要なのだらうと感じた。

マザーテレサハウスにいる日本人シスターとお話しする機会があった。そこでシスターからマザーテレサの思いや考え方などを教えていただいた。マザーテレサは、“最も貧しい人たち”を救いたいと思い決起したそうだ。“貧しい”人といえば、お金や資産がないために苦しんでいる人を指す場合もあるが、マザーにとってそれは真の貧しさではないという。マザーにとって最も苦しい貧しさとは、だれにも愛されず、独りぼっちであることからくる精神的な貧しさである。物質的な貧しさは物資を与えればよいだけだが、精神的な貧しさは“愛”を与えることでしか満足させられないものであるという。また、この“愛”という言葉もマザーにとって意味合いが少し異なり、マザーにとっての愛とは、何かを犠牲にしてでも相手を大切にする精神のことである。大きな愛とは金額ではなく、また自分たちには小さな事しか与えることができない。だから、その小さなことにどれだけ大きな思いを、愛をはぐくむことができるかが、“最も貧しい人たち”を助けることに繋がる。ボランティア先の患者さんたちは、必ずしも薬を必要としている訳ではない。機械のようにボランティアすることはもちろんできるが、人間は同時に愛を伝えることができる。体を癒しながら、心の世話をする。“あなたは大切な人”と伝えることが、ボランティアをするうえで重要なことである。



写真5 スラムの子供たちは明るかった

日本人シスターの言葉を踏まえ、プレム・ダーンでボランティア活動を行い、ついに最終日になった。初日にあった緊張や、無理に意思疎通を図ろうとする姿勢はもうなかった。ただ目の前の患者さんたちに尽くすことに、自分が持てる思いを込めて活動することを意識していた。もはや日本語で話しかけていた。無理に英語を使うより、日ごろ使っている日本語を使った方が自分の思いを込めやすいと思ったからである。気づいたら毎日話すようになった患者さんでもできたし、握手で感謝を示されることも多くなった。確実に初日に比べ、自分も患者さん達も幸福なボランティア現場になっていた。これが、マザーテレサが目指した、“真の貧しさ”を満足させる介護の在り方の一端なのかなと感じた。

最後に、日本人シスターに言われた中で特に自分の印象に残った言葉がある。「自分の国に帰ったら、カルカッタを見つけよ」。日本に帰ったら、日本なりの貧しさを見つけようと思う。インドで出会ったプレム・ダーンの患者さん達の他にも、除け者扱い、孤独を感じている貧しい人は日本にも必ず存在している。そんな彼らに、インドのカルカッタで学んだ“真の愛”を与えられるようになりたい。

8/24 ボランティア 1 日目

8/24～8/26 の 3 日間はダヤ・ダーンという障害を持った子どもたちがいる施設に割り振られたのでそこでボランティアを行った。1 階は男子、2 階は女子に別れていて、施設内では靴を脱いで裸足で活動するようだった。ボランティアする人も男性は 1 階に、女性は 2 階に行くように言われた。2 階にはボランティアに来た人が 10 人ほどいて多くはスペイン人だった。最初にベッドメイキングをして、次に屋上で洗濯物干し、そのあとは子どもたちと公園に行って遊んだ。ボランティアに参加している人は慣れている人が多く、私には危なく感じ注意しようと思うことも自由にやらせていたため少し驚いた。女の子が車椅子を押したがっていたので私は横について一緒に押してあげ、段差のあるところでは私が代わってあげていたが、他のボランティアの人は子どもに段差の上がり方を教えていたので、子どもたちが自分でできるように教えてあげるなど、学ぶ機会を与えるのは大事だと思った。公園から帰ってきたあとは食事の補助を行った。自分で食べられる子も多くいたが、手をうまく動かせない子や喉が弱い子などはボランティアや施設のスタッフが食事を食べさせていた。私が担当したのは喉が弱い子で、中々口を開けてくれず、食事が進まなかったのでスタッフと代わると、強引に食べさせていて苦しそうだった。子どもたちはどんな言語でも話しかけられると反応していたので、私もできるだけ沢山話しかけるようにした。すると、子どもたちも笑ってくれたので、英語を使うことはあまり考えずにコミュニケーションをとった。

8/25 ボランティア 2 日目

日曜日はミサがあるらしく、女の子はお揃いのワンピースを着てピアスやメイクをしていた。ミサは歌を歌うなど楽しい雰囲気でも 1 時間弱行われた。ミサが終わって子どもたちにミルクを飲ませたあと、車椅子の子どもの移動を手伝った。昨日と同じ女の子の食事の補助を行ったが、昨日と同じくなかなか食べてくれず、今日はスタッフの人もその子に食べさせるのに苦戦していて、私はその女の子が暴れないようにもう 1 人のボランティアの人と体を押さえるように言われた。その女の子はスプーンを落とそうとしてくるので私はその子の手を握ったり手遊びをしたりして気をそらそうとした。それでもなかなか食べてくれなかったのでスタッフはミキサーにかけて無理矢理飲ませていた。嗚咽しながら吐き出しているにもかかわらず飲ませていたので見るのが苦しかった。食事の後は昼寝の時間で子どもたちをベッドに連れて行っただが、すぐに寝てくれる子は少なく、ベッドから脱走する子もいてスタッフに注意されていた。前日のインド班でのミーティングで子どもたちはその施設に住んでいるのか通っているのかという質問があったので、掲示板などをチェックしてみると名前の横にそれぞれ「Home」と「School」が書かれており、その施設に住んでいる子と通っている子がいることがわかった。1 ヶ月前からボランティアに来ていた 17 歳の日本人女性がいたので、気になったことを色々尋ねた。まず、ダヤ・ダーンを「Home」としている子どもたちは、親との関わりがない子がほとんどで、捨てられた子もこの施設で引き取っているとのことだった。施設にいる子どもたちが成長したらどうなるのかというと、他にも 4 つほど施設があつて、そこに移動するしくみになっているそう

8/26 ボランティア 3 日目

体調を崩したのでボランティアを休んだ。

8/27 ボランティア 4 日目

今日からニルマル・ヒルダイでボランティアを行った。施設内は男女で分かれていて、ボランティアも男女別になっていた。日本人スタッフがいて、私がニルマル・ヒルダイ初日だと聞くと施設の案内をしてくれた。その方から聞いた話によると、毎朝ボランティアの方が駅を見回っていて、病気や怪我で苦しんでいる人がいると施設に連れて来ているそうだ。ハウラー駅とシエルダ駅を見回り、ハウラー駅にいた人はニルマル・ヒルダイへ連れて来られ、シエルダ駅にいた人はプレム・ダーンに連れて来られる。連れて来られた人はまず血液検査と X-RAY 検査を受け、結核なら 3 階の隔離場所、HIV なら別の施設に移動される。ニルマル・ヒルダイは 1952 年に創設され、施設に入ってきた人には順に番号をつけているようで、1952 年から現在までで約 90500 人にもものぼるということを教えてくれた。死を待つ人の家という名前の施設だが、寝たきりの人は 1 人か 2 人くらいで見た目は元気な人が多かった。私が今日行ったボランティアの内容は、洗濯物干し、食器洗い、患者さんの歩行練習の手伝い、床掃除だった。途中で、看護師のボランティアの方が注射を打とうとしていたので見学させてもらった。患者さんの血管は細く曲がっていて難しく、点滴と針をつなぐコネクタが無かったため苦戦していて、シスターや看護師が何度もトライして 5 回目でやっと成功していた。部品が足りないなど十分な環境ではないにもかかわらずやり遂げていて、その看護師の対応力がとても素晴らしく、見ていて勉強になった。もっと看護の勉強をして来ればよかったと思うとともに、私も将来もう一度看護師としてここに来たいという気持ちになった。

8/28 ボランティア 5 日目

ニルマル・ヒルダイに着いた時頭痛がひどかったため座って休んでいた。1 時間ほど休むと良くなったのでボランティアを開始した。食器洗いをした後、綿棒で耳掃除の手伝いをし、スペイン人のボランティアの方がギターを持ってきたので、みんなで歌ったり踊ったりして楽しんだ。途中で結核患者が出たとの知らせを受けたためティータイムの時間に班員で話し合い、ボランティアを中断し帰ることにした。

8/30 ボランティア 6 日目

結核患者が出たのでニルマル・ヒルダイへは行かなかった。
体調があまり良くなかったので他の施設へは行かず休むことにした。

第 4 節 上間の体験談

(上間・伊藤)

8/23

深夜にゲストハウスに着いたのち就寝。起床後、午前中は数名で付近の散策に出かけた。大きい通りを歩かなかったからであろうか、道路は整備されておらず、お店のお母さんが路上にゴ

ミを捨てるところや、子供が路上で用を足しているところが見られた。午後にマザーハウスの登録会があるということで登録会会場に赴くと、今日はシスターが 1 人亡くなったので登録会はなし、明朝のミーティングにて登録をする、とその場に偶然居合わせた台湾人のボランティアの方に教えてもらった。帰りに、その日の午前にボランティアに参加された学生に偶然お会いして、ボランティアについて少しお聞きした。夕方に、午前中とは違うところを散策した。個人的には暗くならないうちに宿に戻りたかったが、宿の日本人スタッフであるニシナさんによると宿付近は夜でも安全であるということで日没後も外出をしていた。結果的に何も起きず、自分の杞憂で終わった。夜のコルカタを知るいい機会だったと思う。一日を通してコルカタに感じた印象は、発展をやめた土地、であった。

8/24

今日からボランティアが始まった。ミーティングが朝 7 時にあるとのことなので全員でマザーハウスに向かった。ちなみに、ミーティング会場と 23 日の登録会会場は別であり、ミーティング会場はインターネットでマザーハウスと検索したら示される建物である。ミーティングでは、バナナとチャイとパンがボランティアにふるまわれ、まず、聖歌らしきものやお祈りを全員で唱え、その後はシスターによるその日の注意事項の連絡が主であった。また、ボランティア最終日の人たちに全員で歌を歌った。その後、注意事項の連絡をしてくれたシスターのもとに行き、ボランティア先の指示をもらい、ほかのボランティアの方々と施設に向かった。自分のほかに、2 年生の深田さんも同じプレム・ダーンだった。自分のボランティア先はプレム・ダーンという施設で、身寄りのないご老人たちが入居されている。施設へは徒歩で向かい、20 分程度かかった。参加されているボランティアの方々はアメリカ、イタリア、スペイン、韓国、中国、メキシコ、台湾などの様々な国や地域から来られており、日本人は確認できただけでも自分たちのほかに、日本大学、愛媛大学の学生の方々、辞職して世界を旅している方がおり、総勢 20 人近くにのぼった。施設に到着すると、まずエントリーシートに記入をして男女に分かれた。施設内でのボランティアの仕事は洗濯、床掃除、髭剃り、車いすを押しての移動、おやつ準備・配給、食器の洗浄、昼食の準備・配給、食事補助があった。仕事内容は事前の登録会で資料にて説明されるのだが、自分たちは参加できなかったのも仕事内容がわからないまま参加した。しかし、2 週間ほどボランティアを続けているイタリア人の男性が指示をしてくれたので滞りなく仕事をこなせた。ボランティアメンバーには日本大学の男子学生がおり、男女合わせるとスペイン人の人数が多かった。洗濯では、男性入居者全員分の衣類やシーツを干し、床掃除ではバケツに洗剤入りの水を入れて屋外に撒き、水切りで水とともに落ち葉や汚れを掃除した。車いすでの移動補助は、車いすが押しづらく大変だった。おやつ時間では、1 人当たりビスケット 3 枚と鉄製容器の半分ぐらいの量のチャイを用意し配った。おやつ時間の後は、使用した容器の掃除を 3 人程度でした。うち 1 人は入居者の方だった。その方が洗うスピードは速くすぐに終了した。プレム・ダーンでは、このように入居者自身が日々の仕事に従事するところは多々見られた。ちなみに、マザーハウスでは皿等に残った残飯をバケツ等に入れたのち、それら容器を水ですすいだ後、洗剤で洗い、その後少し洗剤が入った水ですすぎ、普通の水ですすいで乾かすという洗い方だった。食器洗いの後休憩をとった。休憩場所にはビスケットとチャイが用意されていて、食べ飲み放題だった。休憩中に雨の勢いが増してきて、結果的に 1 時間以上休憩を

とってしまった。この時は、周りのボランティアの行動に合わせていたが、のちに休憩時間は決められていることを知り申し訳ない気持ちになった。雨の勢いが弱まると昼食の準備に取り掛かった。詳しく述べると、まず入居者全員に飲料用の水を配り、大きな鍋に入っている昼ご飯を入居者が集まっている広間に運び、シスターやスタッフの方々が盛り付けした皿を各入居者に配ったあと、シスターたちが指定する人に食事補助をした。自分が担当した男性は右腕が不自由で口が少しばかり変形していた。その方は喋ることはできないけれども、身振り手振りで自らの意思を伝えることができ、常時笑顔であった。食事を終えた後は、自分のために十字を切ってくれ、ハグをして別れた。その後、使用した皿やコップを、おやつの時と同じメンバーで洗った。それら洗いものの量はとてつもなく多く、終了したときにはボランティア終了時間である12時を優に過ぎており、ほとんどのボランティアが帰っていた。

8/25

この日の朝のミーティングで、チャイを淹れるなどの手伝いをした。その時に一緒に手伝っていた日本人男性と仲良くなった。彼は、介護職に従事していたが職をやめてユーラシア大陸横断の旅をしているらしい。また、彼にはボランティアに対する彼なりの考え方があり、その考えは自分には無い考えであったので、とても興味深かった。彼からミサに参加してみたらどうかと言われたので、プレム・ダーンに向かう道中にて深田さんが長らくボランティアをされているというスペイン人の女性に、キリスト教ではない自分たちがミサに参加してもいいものなのか、と聞いたところ彼女から、例えキリスト教ではなくとも何かしら感じるものはあるはずだという回答が来たので、私たちは翌朝のミサに参加することにした。プレム・ダーンでのボランティアでは、初めて建物の奥に入った。そこにはトイレや風呂場、掃除道具の置き場があり、自分は掃除道具を置きに行ったのだが、風呂場には手をひもで繋がれている老人がおり驚いた。この日も、ボランティアが終了したのは12時30分ぐらいだった。ボランティアを終え、宿に帰り、昼食をとったのち、朝のミーティングで16時に日本人シスターのお話があるという連絡を受けたので、それに参加した。お話の会には日本大学の学生たちも参加していた。シスターのお話は、キリスト教の教えや、その具体例、マザーテレサに関することであった。この日の夜に、同じ日本人宿に泊まっているカンボジア在住で、会社を経営している日本人と仲良くなった。彼と日本人宿のスタッフとの談笑はとても楽しかった。



写真6 洗濯の作業の1コマ

8/26

この日は朝早くからミサに参加した。しかし、残念ながらミサの途中でおなかを下し、ミサどころではなかった。ミサにはたくさんのボランティアの方や一般の方、新聞記者らしき人がいた。毎朝のミーティングの時間が近づいてもなかなかミサが終わらないので、疑問に思っていると、昨日に日本人シスターからこの日がマザーの誕生日であると聞いたことを思い出した。

しばらく時間が経つと全員でマザーのお墓が安置されている部屋に移動してセレモニーの続きを行った。自分はこのあたりでおなかが限界だったので続きには参加しなかった。この日のミーティングは遅れて始まった。この日は慶応義塾大学の学生 8 人が新しくボランティアに参加されていた。うち女性 2 人がプレム・ダーンに決まった。移動中、彼女たちと話していると彼女たちは国際問題啓発のサークルに所属しており、インドのカースト問題や女性の権利問題などの研究のために来印しているのだそうだ。コルカタではチタ・ガールというハンセン病の患者が自給自足の生活をしている施設に訪問することが目的らしい。この日の午後に聞いたのだが、チタ・ガールではボランティア受け入れをせず、毎週木曜日に希望者を募って見学ツアーを開催している。この日もボランティアの内容に関しての変化はなく、ボランティア 3 日目なのでかなり順調に仕事をこなせた。入居者の方やスタッフの方々も顔を覚えてくださり、交流も増えてきた。身振り手振りで意思疎通をすることは 3 日間を通して可能であることがわかりはしたが、やはり言葉の壁を感じざるを得ず、もどかしい気持ちがあった。午後は登録会に参加した。登録会ではシスターが英語で各施設についての概要を説明してくれたのだが、英語ができない日本人用に日本語で書かれた施設の概要書が用意されており少し恥ずかしい気持ちになった。この登録会で新しいボランティア先を決められるのだが、自分は、新しい施設に出向いたらそのスタッフやボランティアに迷惑をかけると考えたので、またプレム・ダーンでボランティアをすることにした。

8/27

この日はミサには参加しなかった。朝のミーティングには慶応義塾大学の人は見当たらなかったが、新たに福井大学と九州大学の女性 2 人組に出会った。また、昨日聞いたチタ・ガールの見学ツアーへの参加者をまだ募集していたので、ツアーに参加することにした。ミーティング後、プレム・ダーンに向かう途中でスペイン人のボランティアの人から、今日の教会でのセレモニーに参加するか、と聞かれた。私にとっては寝耳に水な話だったので何のことかと聞き返すと、朝のミーティングでシスターが、プレム・ダーン近くの教会で神父さんが新しく任命されるセレモニーが 10 時から始まり、参加は自由であることを伝えていたらしく、プレム・ダーンに参加するスペイン人は半分以上参加するらしかった。そこで私はせっかくの機会だったので参加することにした。ボランティアもそこそこにして、ほかの参加者の人たちとの待ち合わせ場所で待っていると、セレモニーに参加するシスターたちの車が来て、運よく教会まで送ってくれることになった。教会につくとすでにセレモニーは始まっており、たくさんのシスターたちが参加していた。進行自体はミサと大して変わりはなく、新しく神父になる人数は 10 人だった。一般市民やボランティアの参加者の人数も多かった。式が 12 時を過ぎたころにはほかのボランティアの人たちは帰ったが、自分は残ったほかのメンバーと式を最後まで見届けた。終了したのは 13 時近く前で、ほかのボランティアの人たちとマザーハウス近くの店で昼食をとろうという話をしていたら、シスターから「この後パーティーがあるから参加しない？」とお誘いをいただいたのでそのパーティーに参加することにした。そのパーティーは思っていたよりも賑やかで食事も大量に用意されていた。しかし、参加したボランティアのメンバーは全員、この後用事があり時間的に厳しかったので食事をいただきはせず、その場を後にした。帰りは、マザーハ

ウスに帰るシスターたちの車で送ってもらった。午後は、日本人宿に泊まっている人たち数人と交流を深め、夕食を一緒にとった。

8/28

この日はいつもと違うことがあった。朝のミーティングを終え、食器洗いをした後にプレム・ダーンに行こうとすると、ほかの日本人のボランティアの方から、シスターがマザーハウスで清掃してくれるボランティアを探しているのだけれど君もやらないか、と誘われた。せっかくの機会なのですることにした。この日は10時からマザーハウスで集まりがあるらしく、私たちはマザーのお墓が安置されている部屋の掃除をすることになった。掃除をしている間もマザーのお墓を訪れる人は絶えず、マザーに対する人々の気持ちがわかりそうな気がした。最初は、丁寧にかつ迅速にと掃除をしようと心掛けていたが、マザーのお墓を訪れる人々やマザーハウスで働くシスターたちを見ているとそれだけでは足りないような気がしてきた。前に日本人シスターに教わった、痛くなるほど愛せよというキリストの教えを思い出した。それから、心を込めて掃除をするようにした。思い出した教えの内容が、それによって生じた行動の内容と一致するかはわからないが、特定の宗教を持たない我々が信仰心溢れる場所にて活動するには大事なことであるような気がした。お墓が安置されている場所の掃除をした後、私たちはマザーやマザーハウスに関する資料が置かれている部屋を掃除することになった。その部屋に入るのは、私は初めてであり、さっと見回ることにした。ぱっと見て感じたことは、マザーの写真や絵のうちマザーが笑っている顔はほとんどないことだ。偶然笑っていない絵や写真が展示されていたのかもしれないが、私にとってはそのことが意外であった。同じ場所でボランティアしていた日本人に理由を聞いてみても、わからなかった。また、掃除中に以前少しだけ話したシスターが話しかけてくれた。「覚えている？」と聞かれたが、正直瞬時にはいつ知り合ったのかが出てこなかった。あちらは、東洋系の顔は見分けがつかないかもしれないのに、こちらのことを覚えてくれたが、私は覚えていなかったのが申し訳なかった。帰る際にインド班の LINE グループを開くと、ニルマル・ヒルダイに結核患者がいることが報告されており、驚いた。なぜなら、以前に入居者は入居する際に検査を受け、結核等に感染していると判断された人たちはそれ専用の施設に収容されると聞いていたからだ。この日の話し合いでニルマル・ヒルダイに出向している人たちは違う施設に出向することになった。

8/29

今日のボランティア活動は休みだった。聞くところによると各施設にシスターたちが訪れるからだそう。私は、ボランティアの代わりにチタ・ガールの見学ツアーに参加することにした。メンバーからは私も含め2人が参加した。参加者は朝にミーティング会場に集められ、そこからチャーターバスでチタ・ガールに向かった。チタ・ガールはバスで90分ほど移動したところにあり、バスが通ってきた大通りから少し離れた場所にあった。施設に入るとみんなで屋上に上がった。そこにはなんと線路を挟んで、反対側に大きな施設があるのを目にした。そこで私は過去の活動報告書に自分が見ているような風景の説明が記載されていることを思い出し、その施設が、実際にハンセン病患者が収容されている施設であることが分かった。その後会議室のような場所に通された後、インド人スタッフによるチタ・ガールの説明があった。しかし、その

スタッフの英語は聞き取りづらく、スペイン人も聞き取りづらそうであった。説明が終わった後、いよいよ私たちは線路を渡って向こう側の施設に渡った。最初に通された部屋は細長く、主に布を織ったり糸を紡いで足したりしていた。一部で椅子などの工作もしていた。作業環境は劣悪ではなく、部屋自体は少し暗いものの風通しはよく、各作業場所に扇風機が設置されており、作業をしている方々も楽しそうであった。ハンセン病患者が働いているといっても、作業をしている人たちの症状は軽く、パッと見てわかるのも足に少しばかりの欠損がある、といった症状だけであった。その後、義手や義足をつくる作業場を少し見、子供部屋に入った。子供の人数は少なく、まだ自分では歩けないくらいの年齢の子から小学校低学年くらいの子もいた。子供部屋の隣には勉強部屋らしき部屋もあり、アルファベットの勉強をしているようだった。しばらくすると、アコースティックギターを持参していたスペイン人女性が弾きだして、ほかのスペイン人も巻き込んで歌を歌い始めた。歌はスペインの歌らしく、中には日本でもなじみのある歌もあった。子供たちは楽しそうに踊っていた。その後、私たちは男性棟、女性棟もまわり、各場所でスペイン人女性たちによる演奏会が催された。最初は、スペインのノリが入居者たちを置き去りにしていると感じたが、よくよく見るとみんな楽しそうであった。また、こういう出来事もあった。スペイン人女性たちが楽しく歌って踊っているのを、表情を変えずただ見ている女性がいたのだが、近くにいたフランス人の女性ボランティアが手を取り、手だけを動かして踊るとすぐに女性は笑顔になったのだ。男性棟、女性棟をまわった後は、また線路を渡り会議室に戻ってインド人スタッフによるお話があった。何を言っているのかはわからなかったが、唯一、スペイン人女性たちによる演奏をほめていたのはわかった。お話が終わると私たちは帰路についた。私自身、入居者とはいくらか話はしたがスペイン人女性たちによる交流に比べたら些細なもので、入居者たちに対する影響は小さいであろう。また、先述のエピソードからボディータッチも大事であることを痛感した。私にはほかの参加者より、入居者たちを楽しませようとする気持ちがなかったのだ。やろうと思えばすぐにできたことをしなかったことを後悔した。宿に着き、昼食をとりに出かけたのち、私は初めてコルカタで観光をした。商店街みたいところは人が大変多く迷子になりそうだった。そこでも物乞いはあり、やはり観光客を選んで物乞いをしているようだった。

8/30

この日はボランティア最後の日だった。最後の日ということで、ほかのボランティアから歌を歌ってもらえるのだが、私はそれが恥ずかしく、最後だとは言わなかった。しかし、それを察してくれた顔なじみのボランティアの方が小さく歌ってくれた。本当にありがたかった。この日は本来のボランティア先であるプレム・ダーンに赴いた。今回は、ボランティアを開始して初めて、男の日本人と外国人の割合が逆転していて、新たに、この春定年退職をして世界を回っている方と、今現在メルボルン大学に通っている方が加わった。その人に仕事内容を教えながらのボランティアであったが、私自身、昨日の反省を活かしてスキンシップを取るなど、積極的に交流しようと考え、実践した。何人かに対して積極的に交流をしたが、普段よりボランティアの人数が少なく、また交流が難しい人と接する機会が多かったため、手ごたえはあまり感じられなかった。このような人たちとも交流をするには、ほかに何かしらが必要であるとは思ったが、答えは見つからなかった。帰る際には達成感があった。最後の食事補助を、今までの食事補助で

もいつもニコニコしていて、食事が終わったらいつもハグをしてくれた方にできたので嬉しかった。

第4章 結核について

第1節 インドにおける結核事情

(上間)

³⁹我が国において結核とは、50 数年前まで年間死亡者数も 10 数万人におよび、死亡原因の第 1 位となっており、現代でも 1 日に 50 人の新しい患者が発生し、5 人が亡くなっている重大な感染症である。² ことさらにインドにおいては現代においても結核の罹患率が極めて高く、世界の感染者の 5 分の 1 を占めるとされている。また、多剤耐性結核菌が年々増加しており、新規登録結核患者の 3%が多剤耐性結核になっているといわれている。

第2節 発覚の経緯

(上間)

第1項 渡航時の感染症対策

インドにはマスクや消毒液を持って行き、ボランティア活動中もマスクを着けて活動をした。

第2項 発覚のきっかけ

インドでのボランティア先の 1 つであるニルマル・ヒルダイにて、結核感染者と思しき人が確認できたため、帰国後班員全員が結核の検査を受けることにした。検査の結果、班員 10 名中 9 名が陰性で、1 名が陽性であることがわかった。

第3項 発覚後の流れ

発覚後、陽性の結果がでた班員(以下 A とする)は、発覚した次の日に検査をしていただいたクリニックの医師の指示に従い、公益財団法人福岡県結核予防会が運営する福岡結核予防センターを受診した。A は、福岡結核予防センターにて血液検査とレントゲン検査、CT 検査を受け、検査結果から右肺上部に影が見つかった。その後、A は、福岡結核予防センターの先生の指示に基づいて結核病棟のある西福岡病院を受診し喀痰検査を受けたが、痰を吐き出せず、結核菌は検出されなかった。その後三日間、A は自宅にて痰の採取を試みたが採取できず、西福岡病院にて胃液の検査を受けた。しかしその検査からも結核菌は検出されなかったため、胃液検査の 1 週間後に A は気管支鏡検査を受けた。検査の結果、肺の影の部分から微量の結核菌が検出された。その日のうちに福岡県の保健所から A に電話がかかってきて、結核菌の量が微量なため普段の生活を送ってもよいという連絡がきた。次の日から、A は半年間の薬物治療を開始した。服用している薬の種類としては、イソジアニド、リファンピシン、エタンブトール、ピラジナミド、ピドキサールである。

³⁹ 公益財団法人結核予防会 「結核の常識 2016」 https://jata.or.jp/dl/pdf/common_sense/2016.pdf

² 外務省ホームページ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/india.html>

結核は空気感染であるためインドで N95 マスクを着用することは、インドにおいての結核予防には必須である。ただし、先述したとおりインドは結核大国である。ゆえに、今回のように完璧に予防することは難しい。よって、結核菌が定着しないように、または感染しても発病しないようにすることが大切である。

結核菌自体は弱く、もし体内に入っても鼻やのどで除去され、また人間のもつ免疫によって抑えつけられて発病しないことがほとんどであるので、大事なのは免疫力を低下させないように体調管理を行うことである。海外滞在中はもちろんのこと、帰国後も体調に気を付けなければならない。

第5章 考察

ここでは今班活動を通して学んだことなどをいくつかの視点から考察する。

第1節 立班について

(川井田)

先に過去の班活動を参考にして班を立てたと述べたが、一見過去の班活動の焼き直しのように思われるかもしれない。しかし、今活動はボランティアという体験を軸に置いた班活動であり、班員が身をもって経験出来た。インドという特異な地で得られた経験によって班員各々は様々なことを学び感じ得たと思う。日本にいては決して得られないものを得られたのであれば、班長としても立班した意義があったのではないだろうか。

第2節 班活動の過程

(川井田)

次に、班活動の過程について述べる。来年以降立班を志す人の参考に少しでもなれば幸いである。

4 月中旬の段階で立班を志し、新歓の場において 1 年生に向けてプレゼンすることが出来たことが、4 人の 1 年生が班に入ってくれたきっかけの一つだったのだろうと思う。班員としては 2 年生 6 人と 1 年生 4 人という班員構成としては若い（班長を除く）集団になった。班員が確定してから前期総会までは、毎週木曜日に班員全員でのミーティングを行い、班活動の方向性の詳細や前期総会に向けての準備に時間を割いた。ボランティア先として、マザーテレサハウスが候補に挙がるまでにも時間はかかったが、それと並行してテーマを定めて研究を行うのかどうかで班内で意見が分かれ議論を重ねた。結果的にはテーマは定めず、ボランティア経験に重心を置くことにした。前期総会では、私達が想定していたよりも、インド・ボランティア班への評判は良かった。しかし、それ以上に衛生面への指摘や心配の声を頂いた。

前期総会から夏のインド渡航までは 1 カ月半ほどあったが、その期間に eVISA 発行手続き、A 型肝炎と腸チフスのワクチン接種を班員全員が行った。この期間は試験期間でもあり、班活動に多くの時間を割けなかった。

インドへの航空券は福岡からだとなかなか選びにくく、インド内での旅程とも兼ね合わせながら取る必要があった。安全上の点から、全員同じ便で往復したが、実際には別便でそれぞれ向かって大丈夫そうではあった（あくまで空港内は安全だったというだけ）。ただ、空港から宿へのアクセスには迷うので宿の送迎サービスを付けた方がいいと感じた。インドに限らずアジアではよくあることだが、タクシーのキャッチが多く、ぼったくりや危険な目に遭う可能性もあり得ると感じた。宿も現地にある日本人宿に全日程でお世話になった。日本人宿は安全で無難な選択肢であることは実際に泊まって改めて感じた。

経験を班活動の軸にして、その経験を後期総会場で伝えたり、報告書にまとめる必要があるため、現地ではボランティア活動の経験を班員が記録に残したり、積極的に情報を共有した。また、帰国後には班員全員がボランティア体験記を書くようにした（既述）。このボランティア体験記を書くという試みは部内でも評判は良く、来年以降の班にも取り入れてもらいたい。

帰国後は、後期総会への発表の準備が主な活動であった。自分たちの経験をどのようにしてプレゼンするかがとても難しく、プレ後期総会では聞き手に伝えたいことを伝えきれていないことが分かった。そのため、後期総会までの1週間で一から作り直した。

また、帰国後、班員全員が結核に感染していないかどうかを調べるために血液検査を受けた。既述したが、班員1人が感染陽性という結果が出た。そのため、後期総会で発表予定だった4人の内3人が後期総会に出席できないことになり、前日に別の班員に代わってもらうというハプニングもあった。班内で協力して後期総会で発表することが出来たので、班員が10人と多いことのメリットを活かすことが出来たと思う。

第3節 ボランティア活動を通して

(上間)

1週間のボランティアを通して感じたことは、看護、または介助をするときに必要なのは相手の文化的背景を知ること、相手のことを思っているという態度を示すことが大切ということである。ほとんどの人が特定の宗教に属していない日本人が特定の宗教に属している人たちのヘルプをするときには、その人たちが何を大切にしているかを考えて行動しなければ相手方に失礼である。例えば、私自身が感じたように、マザーのお墓の掃除をするときにマザーがコルカタの人やシスター、ブラザーにどれほど慕われているかを考えて掃除をしなければ、丁寧にしたとしてもそれを考えてしなければ、その人たちに対し無礼を働いていることになる。そして、文化的背景を知らなければ、相手が何を求めているかがわからない。日本人は物質的欲求が強いが、インド人はそうではなく精神的幸福を求める。それゆえ、私たちボランティアがすべきことは仕事をこなすというよりは、入居者と時間を共有することである。私は、このことをシスターや他のボランティアたちに言われるまでわからなかった。また、チタ・ガールで感じたように、きちんとスキンシップをとるなどの何かしらの交流をして相手のことを思っていると態度に示さなければ、相手に思いは伝わらない。相手と直接交流をして相手のためになることをしなければ、まことに相手のためにはならないのである。

謝辞

本活動では結核感染の件について、熱研顧問である二宮先生を始め諸先輩方や友人には多大なる心配をおかけしたことをおわび致します。

また、今インド班は、班長の私を含めた全員がインドへの渡航は初めてで、中には海外渡航自体が初めてという部員がいました。さらに、2年生6人と1年生4人という非常に若い班員構成で1年間の班活動を行いました。そのような状況で、諸先輩方の熱心なアドバイスや励ましの言葉は非常に私達の力になりました。この場を借りて感謝申し上げます。特に、ご自身も班活動で多忙な中、相談に乗ってくださった日野さん、中村さん、追立さんには改めて感謝申し上げます。ありがとうございました。(川井田)



写真 7 全員無事に帰国できた

参考文献

- [1] 公益財団法人結核予防会 「結核の常識 2016」、2019/12/15
(https://jata.or.jp/dl/pdf/common_sense/2016.pdf)
- [2] 外務省ホームページ、2019/12/15
(<https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/india.html>)
- [3] 和田町子、マザーテレサ、清水書院、1994
- [4] 西川潤文、マザーテレサ：インドから世界へ、大月書店、1995
- [5] 松田次生、福祉ボランティアの今日的課題、東京：学事出版、2010

離島医療班

活動目的

離島医療について知る。

活動場所

長崎県新上五島町 上五島病院
奈良尾医療センター
有川医療センター
崎浦診療所

活動期間

2019年8月5日～8月7日

班員

龍 正一郎 (九州大学医学部医学科4年 班長)
中村 理乃 (九州大学医学部医学科4年)
前田 優華 (九州大学医学部医学科4年)
中野 利恵子 (九州大学医学部医学科3年)
山口 貴弘 (九州大学医学部医学科1年)

Abstract

医師不足、医師の偏在によって地域医療の存続が課題となる中、2024年から働き方改革が施行され、医師の労働力不足が更に深刻になると予想される。そこで私たちは、地域医療の中でも特に医師の偏在がみられる離島医療について調査することで、働き方改革で不足することが予想される医師の労働力不足に対する解決策を得ることができるのではないかと考え、班活動を行った。活動先の上五島では、医師不足や将来的な医療需要の減少、高齢化という問題点があり、医療の質を保ちながら経営を続け、さらには医師不足の問題に対応していくことが求められていた。上記のような問題に対し、上五島病院では、タスクシフトや病院の統合によって効率化を図ることで対応していた。病院の統合に伴って病院が失われる僻地での医療を維持するために、薬局と連携するなどユニークな対応を行っていた。

今後、都市部の病院でも働き方改革や地域医療構想により、効率化や病院統合に伴い医療へのアクセスが悪くなる地域へのケアが必要となることが予想される。上五島での取り組みを参考にすることができるのではないだろうか。

第 1 章 はじめに

第 1 節 活動の動機

(龍)

現在、日本では医師の偏在が大きな問題となっている。そのため、地域医療をいかに存続させるかが喫緊の課題であり、これまでも地域医療をテーマとした多くの班活動が行われてきた。そんな中、2024 年から働き方改革が行われる。医師の労働時間も大きく制限され、人手不足をはじめとして様々な問題が生じることが予想される。そこで、人手不足等の問題に早くから直面してきた離島医療の現状を知ること、働き方改革に伴う問題への対策を得ることができるのではないかと思います班活動を行った。

第 2 節 上五島とその医療

(中野)

私たちは離島医療を学ぶため、長崎県五島列島の中の地域である上五島を訪れることにした。ここでは離島の代表として、上五島の概要と医療、現在抱えている問題について述べる。

第 1 項 基本情報

上五島の総面積は糸島市とほぼ同じ 239.47 km²であるが、人口はその 3 分の 1 以下の約 22000 人である (2015 年)。高齢化率は 38.6%であり、人口増減率は-10.61%である。若者の島外への流出、少子高齢化などにより、2015 年からの 30 年で人口は現在の半数以下になる見込みである。

第 2 項 医療

人口の減少に伴い、上五島の医療需要も現在の半分程に減少するという予測があるため、医療機関の数も縮小傾向にある。島内の病院は上五島病院のみであり、ここだけが病床を持っている。これに加えて上五島病院の付属診療所が 2 軒と、月に数回出張診療に利用される町立の僻地診療所が 10 軒存在する。歯科を除くと個人診療所は存在しない。

人口 10 万人あたりの医師数は 140.9 人であり、これは全国平均の 6 割ほどである。長崎県全体では全国平均を大きく上回っており、県内で大きな格差があるといえる。

第 3 項 問題点

以上に述べたように、上五島には、医師不足や将来的な医療需要の減少、高齢化という問題点がある。

医師不足という問題に対しては、長崎県内での格差を是正するために、地域ごとに僻地医療拠点病院を設けて医師の派遣や巡回診療を行う仕組みが存在する。しかし、これによって十分な医療が提供できているとは言い難い。また、働き方改革関連法によって、医師の残業時間の上限は 960 時間となった。地域医療を担う勤務医、および研修医に関しては 1860 時間となったが、将来的には 960 時間までに削減するという運びとなっている。これによって、医師一人あたりの労働時間も削減されていくため、医師不足の問題はより深刻なものになってくるだろう。

また、高齢化によって重症の患者が増加し、様々な医療従事者が関わっていくことが求められていく。寝たきりの患者や、車が使えないために通院が難しい患者も多い。その一方で、人口の減少によって将来的に医療需要は減少していくため、闇雲に施設や設備を増やすことは経営的に厳しく、現実的ではない。

以上のように、医療の質を保ちながら経営を続け、さらには医師不足の問題に対応していくことが、上五島をはじめとする離島には求められている。

第2章 活動内容

私たちは2019年8月5日から7日まで長崎県上五島にある上五島病院を訪れた。3日間の病院見学の中で、外来、手術、訪問看護の見学と上五島病院の附属診療所である奈良尾医療センター、有川医療センター、そして有川医療センターの出張診療所である崎浦診療所の見学をさせていただいた。また離島医療の実態や働き方改革の影響についてお話を伺った。（中村）

第1節 上五島病院見学

（中村）

第1項 上五島病院の概要

上五島病院は上五島で唯一の病院で、病床は一般病床が132床、療養病床が50床、感染症病床が4床の計186床、外来患者数は1日に500人～700人程度である。救急搬送は年に700件でそのうちヘリで搬送を行うものは約100件である。診療科目は内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、腎臓内科、耳鼻咽喉科、産婦人科、小児科、放射線科、脳神経外科、精神科、眼科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科と一般的な病院と同じくらいだが、島内で唯一病床をもつということもあり1日20件、島の学校健診などの健診を全て上五島病院が行っていることが特徴である。離島ならではのやり方で興味深かったこととして、インフルエンザの流行期には発熱外来を特別に設置し、その旨を町内放送で流して予約制で診察を行っているそう。

第2項 上五島病院の取り組み

上五島病院で臨床研修を担当されている総務課の中村文彦さんのお話によると、上五島内の医療従事者は基本的に常に人手不足とのことであった。上五島の若者は高校卒業と同時に進学や就職で島外に行く人が多く、高齢化の影響もあり看護師や介護士が特に不足している。人手不足を解消するための1つの方法として、上五島病院では1人の患者に3人の主治医がつくというチーム主治医制の採用、ナースプラクティショナーの雇用により効率的に医師の仕事を分担し、医師1人にかかる負担を軽くしている。また5年ほど前から総合診療科をもうけ、初診の患者を総合診療科に回すことで他の内科の負担を軽減することに繋げている。上五島で勤務している医師の中には大学や奨学金の関係で義務として離島で働かされている方も多く、そのような若い医師が数年で入れ替わっていくことで一定の医師数を確保している。また、長崎大学から週に数回ヘリコプターで上五島に派遣される形で本土と協力する体制が整っており、離島の多い長崎ならではのシステムとして「あじさいネット」という共通電子カルテを利用してい

る。あじさいネットに加入している病院や診療所ならどこでも共通のカルテを見ることができ、これはヘリコプターで搬送が必要な患者の診察に役立っている。

病院内には患者の家族が泊まるための宿泊部屋が完備されていた。これは島内で病院を1つに集約した時に町からの要望で作られたもので、一般のビジネスホテル程度の設備だが一泊1500円で泊まることができる。病院見学中、班長の龍はこの部屋に、中村と中野は病院に完備されている研修医の官舎に宿泊をした。研修医は家賃と光熱費は無料、看護師の寮も完備されており、上五島病院で働く際には住居について心配をする必要はなさそうだ。

第3項 上五島病院のこれから

今後、島全体の人口減少と従業員の減少のため病院の縮小は免れない。そこで特定業務のできる看護師の育成を行うなどして、少ない人材でいかに効率よく仕事を行うかが重要になる。また医師の残業の状況についてお話を伺うと、患者への説明の時間を勤務時間内に含めるようにして、昔は時間外労働が80時間程度であったが今は60時間以内に抑えられているようだ。しかし今後働き方改革の影響も考えると、現状のままではこれ以上残業を減らすことは非現実的で難しいとのことであった。

第2節 奈良尾医療センター見学

(中村)

2019年8月5日、上五島病院見学の一貫として奈良尾医療センターの見学をした。奈良尾医療センターは上五島病院の付属診療所で、診療時間と診療科目は曜日によって異なるが、常勤の内科だと8時から16時まで行っている。1日の外来患者は100人以下である。常勤の医師は内科の1人のみで、そのほかは非常勤で上五島病院や長崎大学から月に数回派遣される形で診療を行っている。検査技師と放射線技師が1人ずついて、看護師や事務職員を全て含めて15人の方が働いている。1日に健診に来られる方が4、5人と比較的多い。上五島では1000㎡あたり看護師が5人と不足しており、洗浄などを行う助手の役割が重要である。看護師不足の解消のためにもジャパンハートやナースパワーから看護師を派遣してもらった時期もあったが、経費がかかることと、短期の仕事しか任せられないことなどの問題が存在した。残業の現状について伺うと、医師の残業は看取りとインフルエンザ流行時の対応以外はないとのことだが、看護師は少し残業することもあるそうだ。奈良尾医療センターは一目見て分かるように平屋造りになっていて、これは財政的な事情によりわざと2階を作らなかったためである。まだ同様の理由で奈良尾医療センターの敷地面積はかろうじて1000㎡を超えないようになっている。現在奈良尾医療センターの経



写真1 奈良尾医療センター

営状況は赤字で、上五島病院と有川医療センターの採算を合わせてやっと黒字として経営している状況である。経費削減のために、長崎大学から来ていた医師の数も減らした。診療所をなくすことは地域の住民からの反対が多いため、奈良尾医療センターは最低限の機能を残して経営しているが、この状態がいつまでも続くとは限らない。現在、上五島では年に約 300 人の方が亡くなるという。島から出て行く人を合わせると、島の人口は年に約 400 人減少し、生まれる子供は毎年 90 人以下。これ以上人口減少などで赤字がひどくなると、奈良尾医療センターも週に数回診療を行うための出張診療になる可能性がある。

第 3 節 有川医療センター

(中野)

8 月 7 日に上五島病院の付属診療所の 1 つである有川医療センターを訪れた。有川医療センターは、病床数は 0 で、内科の外来診療と透析を中心に行っている診療所である。もともと有川病院という病床のある独立した病院だったが、統合の結果今の形になった。基本的には内科医 3 名で診療していて、週に何回かは外科や整形外科の医師が上五島病院や長崎大学病院から派遣され、診療している。薬剤師はおらず、院外処方となっている。透析ユニットは 20 台あり、上五島で最大の規模である。この透析により上五島全体での収入は何とか黒字を保っている。



写真 2 有川医療センター

有川医療センターの特徴として注目すべき点は、4 つの僻地診療所に医師を派遣し、出張診療を行っていることだ。このうち 1 つについては次節で詳説する。

第 4 節 崎浦診療所

(中野)

崎浦診療所は有川医療センターから車で 15 分ほどの場所にある町立の僻地診療所である。有川医療センターの医師が派遣され、週に 1 回 2 時間ほど診療している。8 月 7 日に訪れた。

崎浦診療所は人口減少のため閉院した個人病院の施設を使用している。設備は古く、検査器具等もないので、簡単な診察や健康相談、薬の処方を行うのみである。パソコンはあるがネット環境がないため、メモ代わりにワープロを使い、紙のカルテで情報を管理していた。

崎浦診療所の独自の取り組みとして、処方した薬を患者の自宅まで配達するというサービスがあった。薬を処方すると、院外の薬局に FAX で処方箋を送り、薬局の職員が患者の自宅まで届けてくれるというものだ。病院再編の際、始まった車を持たない高齢患者のための取り組みであり、町の財源から補助金が出ている。徒歩でも来れる場所に医療者がいるということに、近隣住民は安心感を得ているようだった。



写真 3 崎浦診療所

第3章 考察

第1節 病院統合の利点、欠点

(龍)

地方には、医師不足によって行えない手術があり、満足に休暇を取ることができない病院は少ない。このような病院が存在するときに、複数の病院を統合することを考える。具体的には、1つの病院に人や設備を集め、もう一方の病院は無くし、必要最低限の機能だけを残す。近くの病院が別の病院に統合される地域の住民にとっては、地元で機能性の高い病院がなくなることへの不安や通院が難しくなるなどの不利益が生じる。そのため、病院が失われる地域に対して、病院への交通手段の提供、訪問診療、薬の配達といった地域に寄り添った医療を行う必要が生じる。一方、人や設備が集められた方の病院では、1人ではできなかった手術ができるようになり、手厚い看護が可能になるなど、質の高い医療を提供できるようになる。医療従事者も休暇を取得しやすくなり、負担が軽減される。

加えて、病院統合することには経済的な利点も存在する。複数の病院がそれぞれ独自に存在する場合に比べ、診療科や設備を1カ所に集約できるため、維持するためのコストが削減される。また、病床の集約、削減を通して10対1看護や7対1看護を実現することで、診療報酬が加算され、収入を増加させることができる。現に上五島では、病院としての機能はほとんど上五島病院に集約し、有川医療センターでは透析をメインに、奈良尾医療センターでは健診をメインにするなど役割の分担によって、上五島地域全体での黒字化を達成することができている。

つまり、病院統合には地域に寄り添った医療が必要となるという欠点があるが、効率化によって医療の質を保ち、医療従事者の負担を軽減しつつ、経営を改善できるという利点が存在すると考えられる。

第2節 離島医療は我々から「離れた」島の話なのか

(中野)

離島医療は本土から遠く離れた話ではない。そう考えた理由には、働き方改革と地域医療構想が関係している。この章では、働き方改革と地域医療構想が我々にどのような影響を及ぼすのか、それが離島医療とどう関係しているかについて考察する。

第1項 働き方改革

2024年から実施される働き方改革関連法によって、医師の残業時間は原則960時間が上限となり、違反した場合には罰則が課されるようになる。地域医療を担う勤務医、および研修医に関しては例外的に1860時間ということになったが、将来的には960時間までに削減するという運びとなっている。これによって、医師一人当たりの労働時間が削減されるため、比較的医師の集まりやすい都市部の病院でも医師不足という問題が生じると考えられる。この問題に対処するために、医師の業務を効率化していかなければならない。具体策としては、総合診療科の活用、診療看護師等へのタスクシフト、病院間での連携、情報共有などがあげられる。これらの効

率化の取り組みというのは、人材不足に悩んできた離島でまさに行われている取り組みである。働き方改革に伴う医師不足に対応するために、上五島での取り組みは参考になるのではないだろうか。

第2項 地域医療構想

地域医療構想とは、団塊の世代が75歳になる2025年を見据え、病床の機能分化や調整を行い、効率的で質の高い医療の提供を目指す政策である。その一環として、公立、公的病院のうち近くに似た機能のある病院など再編を検討すべき病院のリストが公表された。全国で400以上の病院が対象となっており、福岡県でも脊損センターなど13の病院が対象となっている。対象となる病院がある地域からは戸惑いや反発が見られたが、将来にわたって質の高い医療を提供し続けるためには、人口や社会の変化に合わせた病院の再編、統合も避けて通ることはできない。上五島のように、主要な機能は一つの病院に集約しながら、透析機能は維持し、診療所や訪問診療、薬の配達システムなど地域に寄り添った医療を提供する必要があるだろう。

第3項 離島医療は我々から離れた島の話ではない

今後日本では、人口減少や高齢化のさらなる進行に加え、働き方改革など政策の転換も相まって様々な問題が生じてくることが予想される。その問題に対処するために、早くから人口減少、高齢化に直面し地域ぐるみで対策を行ってきた離島医療が参考になるのではないだろうか。

謝辞

今回活動を行なっていく上で、中村文彦様には大変お世話になりました。活動プログラムの作成をして頂き、更に事務長という立場から上五島の医療について大変貴重なお話を頂き、充実した活動を行なうことが出来ました。その他、多くの先生方にもご支援いただきました。この場をお借りして御礼申し上げます。

第 54 期 (H30. 12-R1. 11) 会計報告

＜収入＞		(54 期予算)
前年度繰越金	1,978,748	1,978,748
賛助団体・個人からのご寄付	756,154	500,000
現役部員からの部費	312,000	400,000
総計	3,046,902	2,878,748

＜支出＞		(54 期予算)
第 53 期報告書関連費		
活動報告書作成費用	62,316	60,000
報告書お届け費用	58,380	60,000
報告書関連書類作成費用	7,178	10,000
前期総会関連費		
前期総会ご案内はがき	11,780	12,000
後期総会関連費		
後期総会ご案内はがき	24,800	25,000
用具購入費・雑費	14,094	15,000
卒業生記念品	20,680	20,000
備品	31,364	30,000
通信費	5,142	5,142
活動補助費		
イタリア班	<i>324,838</i>	280000
インド班	<i>357,197</i>	320000
ドイツ班	<i>178,738</i>	180000
離島医療班	<i>8,700</i>	20000
総計	985,753	1,037,142
来年度繰越金	2,061,149	1,841606

第 54 期活動班活動費詳細

イタリア班	
交通費	604,978
宿泊費	18,718
通訳費	150,000
ビザ代、保険代	36,890
菓子折り代	2,960
総計	818,206

自己負担額

493,367

活動補助

324,838

インド班	
交通費	571,458
宿泊費	27,819
ビザ代、保険代、 予防接種代、検査 代	275,716
菓子折り代	0
総計	892,993

自己負担額

535,796

活動補助

357,197

ドイツ班	
交通費	414,216
宿泊費	26,420
ビザ代、保険代、	6,210
菓子折り代	0
総計	446,846

自己負担額

268,108

活動補助

178,738

離島班	
交通費	8,140
宿泊費	6,300
菓子折り代	1,480
総計	15,920

自己負担額

7,220

活動補助

8,700

※以上の活動費用を、国内班は 5 割、海外班は 4 割、部費より負担しております。

※菓子折り代のみ、全額を活動補助として部費より負担しております。

ご支援してくださった先生方

池田隆史	田中耕司	山本一博
岩城篤	鄭九龍	山本宙
磯崎祐希	常岡祐希	横溝晃
植田倫子	西福岡病院	吉川智子
江頭啓介	野尻五十穂	吉原一文
岡毅寛	野田龍也	吉村健清
小野宏彰	信友浩一	鷲尾昌一
甲斐聖広	長谷川学	渡邊 浩
笠間健太郎	松尾圭介	
河野雄紀	松口素行	
國村和史	松田和久	
くまクリニック	松原圭佑	
古野純典	松水和徳	
鷲山幸二	宮原敏	
澤江義郎	宮房成一	
下田慎治	森山大樹	
下村学	諸富康生	
妙中隆太郎	矢野篤次郎	
高上紀之	山口裕也	
高松純	山野龍文	前期総会先生方からの 参加費等

(敬称略・五十音順)

学生連絡先

総務 柿坂 玲雄 (九州大学医学部医学科 3 年)

〒813-0044 福岡県福岡市東区千早 2-27-8-907

電話 : 080-6321-4686

メール : leo7lk2100@gmail.com

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 衛生・公衆衛生学分野

電話 : 092-642-6151
