

九州大学医学部熱帶医学研究会

第37期 活動報告書

2002

Academic Society of Tropical Medicine
Kyushu Univ.

会長あいさつ

医療システム学教授 信友浩一

2000年度の熱研活動を見て「歴史的に振り返ってみた時、分水嶺となっていると言えるだろう」と、会長あいさつで記している。この直観があたっていたのだろう、本年度の活動は、一層、問題意識が明確かつ深化してきている。その表れとして、活動報告会での熱研OBあるいは現役からの質問・提案に対して正鶴を得た受け応えをしていた。さらにその印象を、後日、OBからいただいたメール・年賀状に「変わってきたな、頼もしくなった」等々のコトバで伝えられてきている。本当に頼もしい学生に育ったものである。この報告書を読まれる方々も、彼らの息吹を感じていただき、今後もより一層のご指導・ご協力をお願いしたい。

会長あいさつ	1
総務あいさつ	3
ケニア班	4
台湾 Exchange 班	20
屋久島・対馬離島医療班	26
壱岐班	46
ホスピス班(旧イギリス班)	57
沖縄班	66
決算	68
協賛諸機関	69
ご支援して下さった先生方	69
OB の先生方より	70

総務あいさつ

今年もこうして熱帯医学研究会の報告書を皆さんにお届けすることができてうれしく思います。これで総務の仕事を終えました。やっと肩の荷がおりた気分です。やる気だけはあったのですが、コツコツと定期的な作業をしていくということが不得手で、任期の間中、多くの人にご迷惑をおかけしました。不満も言わずに1年間ついてきてくれた部員(会員)たちに感謝しています。

熱研に入った理由は、途上国医療に興味があったからでした。入学して早5年、様々な所を訪れて多くの人の話を聞いてきましたが、どうやら世界の何処にも、私が考えていたような単純な悪や弱者はいなかったみたいです。夢を見ることができなくなってしまったのは残念ですが、幻滅して初めて見えてくるものもたくさんありました。まずは周囲のささやかなニーズ、自分の責任、人の善意、などなど。振り返ると、ずいぶんと突っ張って生きてきたなあと思います。私も必死だったわけではありませんが、多くの人を不快な気持ちにさせてきたことだろうと思います。

壱岐、国際寄生虫学会、NGO「地球市民の会」、新宿野宿者への炊き出し、パキスタン、社会医学セミナー、ケニア、などなど。熱研を通して多くのことを経験しました。まさに自分の興味の赴くがまま、といった感じですが、それを許容してくれた熱研の包容力はすばらしいものだと思っています。私自身、精進を怠ってきたつもりはないですが、それでも自分のやってきたことが多くの人に支えられてきたものであることを、最近は実感しています。

総務を務めて1つ思うことは、後輩たちにも様々なことを経験してもらいたいということです。私自身、時間さえ許せばやりたいことはもっとたくさんありました。私ができなかつたことを、是非後輩たちにやってほしく思います。「熱研のために」ではなく「自分の興味のために熱研を利用する」で構わないと思います。いくらでも利用して、とにかく真剣に自分の行動と向き合うこと。何でも自分で考え、そしてその結果をよく吟味すること。それが他の部活ではできない、自由の利く熱研の、活動の本質ではないでしょうか。

そして最後に報告書と、総会での報告に真剣に取り組むことが大事だと思います。熱研の活動は多くの人に支えられているものです。それに対して感謝の意を表するために最も重要なことは、やはり真摯に報告を行うことでしょう。口先だけの美辞麗句でお茶を濁すのではなく、感じたことを素直に表現すること。それが弓|いては自分の成長にもつながるでしょう。

熱研にお世話になった御礼と、自分の未熟さへの贖罪を兼ねて、総務を務めきました。1年を終えて、不十分ではありますが少しは恩返しができたのではないかと感じています。あとは次期総務の住吉が引き継いでくれることでしょう。

最後になりましたが、先輩方には今後とも熱研の活動へ暖かいまなざしをどうかよろしくお願ひします。そして、真剣さが感じられないような時には容赦なく批判をお寄せください。今年の報告書も大変長くなってしまいましたが、学生の情熱の集大成ということでは非目をお通し頂き、ご感想などお寄せいただけすると幸いです。

2002年1月22日
医学部4年 山本一博

ケニア班

活動目的

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

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

班員構成

山本 一博	班長	(九州大学医学部 4年)
谷口 秀将	副班長	(九州大学医学部 5年)
小野 宏彰		(九州大学医学部 2年)
刀根 聰		(九州大学医学部 2年)
村上 剛史		(九州大学医学部 2年)

研修期間および研修地

7月 19 日～8月 9 日	ケニア中央医学研究所、ケニヤッタ病院、クワレ村、等
8月 13 日～8月 14 日	タイパンコク・マヒドン大学

活動概略

私たちは途上国への医療援助というものが、実際にどういう形で行われているかを見学するために、今年の活動地としてケニアを選んだ。ケニアにはケニア中央医学研究所(KMERRI)という施設があり、そこには古くから日本の援助が入っている。今回私たちは多田先生を通じてお会いすることができた長崎大学熱帯医学研究所の青木所長に紹介していただき、KEMRIを見学することができた。

KEMRI では主に寄生虫と B 型肝炎とエイズに関する研究へと援助が行われている。私たちは研究施設を見学すると共に、多くの研究者の話を聞くことができた。またこれは偶然なのだが、訪問中にナイロビで開催されていた寄生虫コントロールに関する国際シンポジウムを聴講することもできた。このシンポジウムは「橋本イニシアティブ」に基づいて開かれたもので、援助の現場を知るという点で非常に有意義なものだった。「橋本イニシアティブ」は寄生虫対策に関する日本の方針を述べたものであり、詳しくは後述するので関心のある人はそちらに目を通して頂きたい。

ナイロビでの滞在のほかに、私たちはクワレ村という小さな地方の村を訪問することもできた。クワレ村は長崎大学の青木教授が昔からビルハルツ住血吸虫を研究するフィールドとしておられる場所で、JICA の宿泊施設もあり、ナイロビとはまた違った、アフリカの人々の生の生活を目にすることができ、よい経験となつた。

ケニアへはバンコク経由であったが、帰りのバンコクではマヒドン大学を訪問する機会もあり、充実した見学旅行となった。アフリカ滞在中はキリマンジャロ登山にも挑戦したので、興味のある方は「道標」の方もぜひ読んでもらいたい。

クワレ村にて(文責 2年村上)

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

次の日朝食をとるために村の中心部に行ったのだが、様々な小さい店が数十店舗集まっただけのところであった。やはり物価は安い。それでもそこにいる人々は活気づいており村の流通の中心という印象を受けた。朝食を済ませた後、我々は2グループに分かれエイズ・マラリア研究所と地域密着型の診療所に移動した。その道中 elephant sanctuary と呼ばれる野生の象の生息地を通り、外国人の観光客を乗せたバスとすれちがった。

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

一方、診療所もまた小さなもので2,3部屋しかなかった。そこを訪れる患者にはマラリアや風邪や熱の症状の人たちが多いとのことだった。他には家族計画もしていてその日説明を聞きに生後3ヶ月の子供を連れた母親が訪れていた。また、建設中のナースの宿泊施設なども見学したのだが非常に単純な造りだった。診療所の隣には小学校があり、そこでまた見学させてもらった。授業中教室を訪れ子供たちの教科書を見せてもらい、指導している教科やその内容などを教えてもらった。やはり私たちのような外国人は珍しいらしく子供たちは好奇な目で私たちを見ていた。また、住血吸虫対策のための簡易なシャワールームなども見た。それから診療所の職員の方から近所にある住居を2軒見せてもらったのだが、両家族とも貧しいようで建物も非常に古くて汚く、また家畜と一緒に住んでいるので衛生的にも問題があると思った。そしてその後先生たちと一緒に少し甘みのあるお粥のようなものを子供たちに一人ずつ配った。どのくらいの効果があるのかはわからないのだが、その際子供たちに川で遊ぶことや裸足で遊ぶことは危険であることを注意しながら(住血吸虫予防のため)配布していく。おいしそうに子供たちは食べ、喜んでおかわりしている子たちもたくさんいた。私たちも一緒に食事をしながら子供たちと遊んでいた。折り紙をしたり、動物の絵を書いたり、サッカーをして楽しい時間を過ごした。

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

ケニアのエイズ問題

エイズの脅威

2001年末、世界には4000万人のHIV感染者がいて、その7割がサハラ以南のアフリカに集中していると言われている。ケニアにおいてもその状況は例外ではなく、エイズは大きな問題である。実際、1992年にはケニアの平均寿命は国連によって59歳であると見積もられていた。しかし、エイズの影響で低下し始め、2010年には40歳にまでなると考えられている。

アフリカ諸国は政治的な理由から国にHIVウイルスが蔓延していることを認めたくはなかった。そのため多くの国においてエイズ対策が後手後手に回ってしまった。ケニアもなまじ東アフリカの玄関口と言われるほど経済が発展していることもあって、エイズを国の問題として捉え、本格的な対策に乗り出すのが遅れてしまった。ケニアのHIV感染率は15%に達すると考えられていて、アフリカ諸国の中でも特に対策が遅れている。

エイズはHIV感染後、7~10年して発症に至り、死んでしまう。エイズの治療も随分と安くなり、もうすぐ30ドル／月になるという話もあるが、それでも途上国の人々にとっては大きな負担であり、実際感染したら治療法は無いと考えるのが現実的である。

そのためエイズ対策は、感染の予防が中心となる。

VCTセンター

ケニアで今最も力を入れて進められているのはVCTセンターという試みである。VCTはVoluntary Counseling and Testのことであり、これは自発的にエイズ検査に訪れた人々に対してエイズ教育を施すというものである。隣国ウガンダなどではこのシステムがエイズの感染予防において効果をあげている、という話である。

このVCTセンター、どこにその特徴があるかというと、それはカウンセリングにある。エイズの感染予防の話は大変デリケートなために、どこで行うかという点で難しい問題があることはお分かりだと思う。そこでこのVCTセンターではその対象をエイズ検査を受けに来た人に絞ることにしているのである。

エイズ検査に訪れる人というのは、概ね感染のリスクに曝されていて、本人もそれに対する意識が高いのが普通である。そこで感染の有無をチェックする前にカウンセラーによりエイズ教育が施されるのである。この場合カウンセリングの内容は主に2つで、1つは仮に感染していた場合に自暴自棄にならずに少しでも前向きに生活できるよう心の準備をさせること、もう1つは感染していない場合に今後も感染せずに生活していくにはどのような心がけが必要かということを徹底して教育することである。

前述のように治療法がないケニアでは、感染者に対してできることは、同じ悩みを持つ人々のネットワークを紹介することや、NGOを紹介することくらいである。しかしそれだけでも大きな意味を持つ。実際にカウンセリングの段階で、感染の事実を冷静に受け止めることのできなそうな人には一旦お帰り頂くということであった。

しかしこのVCTセンターの最も効率的な点は、その非感染者へのエイズ教育にあると思う。実際、エイズ検査の直前の人々というのは不安を抱えていて、カウンセラーの話に真摯に耳を傾けようという気持ちになっているであろう。だからこの時に刷り込まれた知識は、なかなか消えることがない。仮に陰性だった時には、カウンセラーを受けたその人は、エイズ感染予防の新たな尖兵として世に放たれることになる。検査に来るような人はそもそも感染に対してハイリスク群であるために、教育に必要な資源が無駄に使われることがない。まさに一石二鳥のシステムである。

説明されれば、簡単な仕組みであることが分かるだろう。しかしそれを徹底的に行うことが重要な

のである。こうして少しづつタブーを取り除いていけば、そのうちどこでもエイズの話をできるような基盤を作り上げることができるだろう。

このVCTセンターが成り立つのも、スクリーニングに役立つ、簡便で迅速な検査法が開発されたからである。最新の検査キットでは血を1滴垂らして数十分待つだけで感染の有無が分かり、その特異度・感度共に90%を越えるということである。まさにエイズ関係の技術は目覚しいスピードで進んでいる。その研究成果がこうして素早く現場に反映されているということは素晴らしいことであると思う。現在は、感染直後に陰性となってしまうwindow期を短縮させようとする研究が続けられている。

私たちが訪問したナイロビのVCTセンターは、ケニア最大の国立病院であるケニヤッタ国立病院の中に併設されていて、だいたい30人/日が検査を受けに訪れ、その15%がHIV陽性であるということだ。

HIVの母子感染

エイズには治療が行われていないといったが、1つだけ、妊婦に対するエイズ治療薬の投与だけは試みられている。それは垂直感染を防ぐためである。

HIVは経胎盤、経産道、経母乳、全てのルートで垂直感染する。その感染率は40%に達するという話もある。先天的にHIVに感染した乳児は、その多くが2年を待たずに死亡する。次世代を担う人的資源が減少するという点で、HIV垂直感染は大きな問題である。

現在試みられている治療は、分娩の2ヶ月前にAZTを一度だけ投与するというものである。小規模な研究が行われた結果、どうやら効果があるようだ、という結論が出ている。現在はアメリカの主導により、ケニアのビクトリア湖の近くで大規模な無作為化対照試験が行われる準備が進められている。

考へてもらえば分かるだろうが、この試験も倫理的には非常に多くの問題を含んでいる。つまり、HIV感染の妊婦を集め、半数にAZTを投与し半数にはプラセボを投与し、生まれてくる子供の感染率を比較しようという試験なのである。もちろん試験に必要な薬剤は無償で提供されるのだが、難しい問題である。

善悪はともかく、アメリカはビクトリア湖の近くにP3のラボを2つ建設し、試験に着手する準備を進めている。今年度だけで最低でも1500万ドルの資金がケニアに投入されることである。現在、エイズ対策はそのような局面にある。

タイ研修報告(文責 2年刀根)

はじめに

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

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

ACIPACについて

1997年デンバーサミットにおいて、橋本総理(当時)が寄生虫対策の重要性および国際的な協力の必要性を提倡したのを受け、同年8月に国際寄生虫対策検討会が設置され、寄生虫に関する世界の現状や日本の寄生虫制圧の経験を踏まえた国際的な寄生虫対策のあり方についての提言を含む「21世紀に向けての国際寄生虫戦略」と題する報告書が作成された。1998年5月、バーミンガムサミットにおいて、橋本総理は、アジアとアフリカに「人造り」と「研究活動」のための拠点をつくり、WHOおよびG8諸国とも協力して、このような拠点と周辺諸国とのネットワークを構築し、寄生虫対策の人材育成と情報交換等の促進を提案(『橋本イニシアティブ』)した。そして、この『橋本イニシアティブ』の拠点となる施設としてアジアではタイ・マヒドン大学熱帯医学部が選定された。その後、関係者間において東南アジアでの具体的な案件作成のための検討が重ねられ、1999年5月から7月まで企画調整員をタイおよびその周辺諸国(フィリピン、ラオス、カンボジア、ミャンマー、ベトナム、マレーシア)へ派遣した。その結果、マヒドン大学医学部でプロジェクト方式技術協力および第三国研修によりアジアにおける寄生虫対策のための拠点づくりの協力をを行い、周辺諸国については、無償資金協力、個別専門家派遣、研修員の受け入れ等により協力をを行うことが適当との提案がなされた。以上のような背景を踏まえて、タイ国政府から保健省との連携の下マヒドン大学医学部にACIPACが設立された。

寄生虫対策推進への人材育成プロジェクト

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

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

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

この人材育成の為の研修は9月から約3ヶ月にわたって実施されるもので、具体的には、寄生虫対策、学校保健・公衆衛生、マラリア対策等についての授業および実習を受けるそうだ。次ページに時間割の一例を紹介する。

このような時間割に沿って研修は進められていき、3ヶ月の研修期間を終えて各国から派遣された研修員は自国へと帰って行くわけだが、その際に問題となっているのが、国に帰っても、研修を通して身についた知識や技術を活かす職場やフィールドが自国にまだ十分に用意されていないことである。結局、研修に参加して様々なことを身につけて帰ってもそれを活かすべきところがなく、せっかくのそれも宝の持ち腐れとなってしまっているところが少なからずあるわけである。こうした状況が生まれている原因として、各国の保健省(厚生省)等において寄生虫対策に重点をおこう

という考えがまだ十分にないことや、このACIPACの人材育成プロジェクトに対する十分な理解と協力がまだ得られていないことなどが挙げられる。こうした状況を改善しようと、各国政府等に対しもつとこのプロジェクトに対する理解を深めてもらって協力を得られるように、各国を訪問して話をするとといった努力が現在なされているようである。

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

(例)	月曜	火曜	水曜	木曜
9:00～ 9:50	STH コントロールにおける世界戦略	STH ②	その他の寄生虫疾患	腸管寄生虫① アメーバ、Blastocystis
10:00～ 10:50	顕微鏡の使い方			腸管寄生虫② 鞭毛虫、Coccidia
11:00～ 11:50		臨床・治療	疫学	腸管寄生虫③ 治療について
13:00～ 13:50	STH ①		土壤汚染と寄生虫	腸管寄生虫の Demonstration
14:00～ 14:50				腸管寄生虫の定性分析
15:00～ 15:50		治療薬	環境中の Helminthic Objects の検査	定性分析法

注: STH= 土壌伝播寄生虫 soil transmitted helminth

マラリア対策を軸としたプライマリヘルスケア

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

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

この時、紙芝居やビデオが用いられている理由というのは言葉の問題(タイでは基本的にはタイ語が使用されているが、田舎のほうではまだその部族独自の言語が残っていること)を解消する

ために映像をどうしてメッセージを伝えるためである。当たり前のことかもしれないが特にこれは子供達に有効な方法だとのことだった。ただ、この際に調査員の方々が注意されていることがあり、それはこれまでテレビやビデオといったものが全くなかったところにいきなりそういったものを持っていつて映像をみせることで、その土地の風習や文化を乱す事になるのではないかという懸念から、そうした所ではテレビなどは用いず紙芝居を使うなどその風習や慣習にあわせて自分たちの仕事を行うようにつとめているということである。

総括

今回のタイでの研修はKEMRI班の活動のおまけと言ってしまっては悪いが、ケニア滞在中に急遽決まったことだったため、出国前に何の下調べも事前学習もなしにACIPACを訪れる事になってしまった。正直、ACIPACが日本が世界に設けた3つの寄生虫コントロールセンターの1つ(残り2つのうち1つは今回訪れたKEMRI、もう1つはガーナの野口医学研究所)だという程度のことしか行く前に自分は知らなかつた。

そうした状況での研修ではあったけれども、KEMRIでの研修も含めて今回自分が感じたことは、日本がかつて国中いたるところに数多く存在していた寄生虫疾患を現在ではほとんど克服してしまったという事実から、その寄生虫のコントロールに対するノウハウを途上国に伝えることで援助を行っていくという方針を見る事ができてよかったです。というのも、日本の途上国に対する援助というこれまでの自分のイメージでは、その土地にただ資金を投入してダムや学校を建設したりするゼネコン的なものや、物品を寄付したりといったかたちのものであったため、このような人材育成や自分たちの持っているノウハウを伝えるといった形での援助は、あまり頭になくこういった援助のかたちもあるのだと体感できたからである。確かに、こちらのほうが長い目で見たときに、将来日本などからの教育を受けた人たちが中心となって寄生虫コントロールを進めていくようになるわけで、もう一步進めて考えれば他国からの援助なしにその国の人たちが中心となってこうしたことを行うようになるわけである。そう考えると自分にはこのような援助を行うことが大変いいことのように思えたが、いいことばかりではなく問題点も少なからずあるようである。いずれにせよ、今度の研修を通して日本の途上国に対する医療援助のあり方やその問題点について知ることができ有意義な経験ができたと思う。

橋本イニシアティブとは？(以下、文責 4年山本)

橋本イニシアティブは1997年のデンバーサミットにおいて当時の橋本首相によって初めて世界に提唱された行動指針である。翌年のバーミンガムサミットにおいては、G8の国々からも歓迎されるところとなった。では橋本イニシアティブとは一体どんなものなのか？その趣旨を簡潔に説明すると以下のようになる。

「日本は寄生虫のコントロールにおいて、世界でも類稀な成果を達成している。戦後国中に蔓延していた寄生虫疾患だが、現在国内にはほとんど残っていない。一方、多くの発展途上国において、寄生虫疾患は依然として大きな問題である。日本は経験から得た寄生虫コントロールのノウハウを世界に伝えることで、世界中の寄生虫コントロールに貢献していきたい。」

日本の寄生虫コントロールは確かに素晴らしい成果を挙げている。例えばSTHを見てみると、戦後すぐには感染率90%に達していたと言われるが、現在では0%であると言ってもよい。もちろん、それは堆肥農法の衰退などと密接に絡み合ったものであり、生活様式が変わっていく中で自然と達成されたという見方もできる。

しかし、数々の寄生虫疾患の罹患率の減少していく時期を見てみると、それは必ずしも高度経済成長の時期に一致してはいない。例えば、マラリア対策が沖縄や琵琶湖周辺で本格的に行われて目覚しい成果を挙げていたのは戦後すぐのことである。実際のところ、寄生虫罹患率の減少した時期は高度経済成長に先行している。

日本の寄生虫疾患は、決して経済状態が良くなっていく中で自然と減少していくわけではない。それはスクールヘルスを中心とした、医療・行政・教育が一体となった包括的アプローチで達成されたものなのである。多くの人々が使命感を持って寄生虫対策にあたった。寄生虫の撲滅が人々の生活を改善し、国を発展させると信じて。寄生虫のコントロールはたくさんの人の手による、輝かしい偉業なのである。橋本イニシアティブは、その経験を活かしたいという試みに他ならない。

私(山本)は班長としてこのケニア班を企画したのは、ひとえに日本の援助について興味があつたからである。以下は、私がケニアでの医療援助の様子を見学して感じたこと、帰国してから考えたこと、をまとめてみたものである。事実に基づいたところもあるが、解釈に関しては知識不足で誤った点もあるが、これ以下は班員の意見ではなく、班長である私の個人的な意見であることを述べておきたい。

日本の ODA

日本の ODA のはじまり

日本の援助の大きな特徴は第二次大戦の賠償問題と絡めて始められたという点にある。そのため早くも 1954 年にはアジアの国々への援助が開始されている¹。当時の日本は、まだ戦争の痛手から完全に回復したとは言い難い時期であった²。

しかし、日本がもたらした損害を賠償するという名目上、東南アジア諸国への援助は避けられぬことであった。当時の日本の経済状況を考えると、アジア諸国への援助が輸出振興政策とマッチした「ひも付き＝タイド方式³」の形を取ったことは仕方のないことだと言える。日本の ODA に関してしばしば「金額の大きさの割に、諸外国のものと比較して有償援助やタイド援助の割合が高く、途上国に對して厳しい」というような批判があるのにはこうした背景がある⁴。

ところで、欧米には植民地経営の一環として援助には長い歴史がある。言わば「飴と鞭」の「飴」の部分としての援助であり、植民地行政をスムーズに行う社会基盤を整備するための援助である。ここ

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

² 朝鮮戦争による特需景気が 1950 年。1954 年という年は、神武景気が始まりやっと経済が回復し始めた時期である。その後 1955 年には初めて GNP が戦前の最高水準に達し、「もはや戦後ではない」という表現が使われた。1956 年には国連にも加盟し、1960 年には池田隼人首相の国民所得倍増計画が打ち出され、日本は高度経済成長の真っ只中へと突入していくこととなる。

³ 日本政府が援助に関する物資やサービスの調達先を指定するもの。途上国政府に発注の権限はない。例えば日本政府が、日本企業に東南アジアのインフラ整備を発注したり、日本企業の物を買って途上国に送ったりする。60 年代から 70 年代にかけては、タイド援助が大部分を占めていた。これにより対して途上国政府が物資やサービスの調達先を決定することができるものをアンタイド方式といふ。

⁴ タイド方式の割合が高いというのは以前の話である。1998 年の日本の ODA において、アンタイド援助の占める割合は 93.6% に達していて、これは諸外国と比較しても高い数値である。

では援助の目的というものがはつきりしている。一方で日本の場合には援助に長期的戦略というものがない。日本も台湾や韓国・満州においてインフラ整備を行った経験を有してはいる。しかし賠償として始まった日本の ODA の最大の目的は、東南アジアの国々に対してお金が流れるという事実そのものであり、それ以外の目的は存在しなかったのだ。

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

初期の援助形態の典型例はダム建設に代表される大型インフラストラクチャー整備である。そこでは、日本政府が日本企業に東南アジアでの工事を発注するという形態が取られた。その建設費が援助額として計算されるわけだ。やっと回復しかけた日本経済を破綻させずに援助を行うには、まさにこの方式以外有利得なかつたのだろうが、その援助の過程において日本政府と途上国の独裁政府、日本の政治家や企業などの間にビジネスを超えた密接な関係が生まれたことも否定はできない。

現状と課題

前述の問題点は、本来なら賠償としての援助が徐々に役目を終え、経済が発展していく中で克服されておくべきものだった。ところが、予算が増加する中で、改善されることもなくただ規模だけが膨れ上がっていった、そこが日本の ODA の最も重要な問題である。ODA による途上国援助を見直すためには、まずその目的から明確にしないといけないだろう。

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

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

実際、なぜ日本の援助は多くの問題点を残したまま考え直されることができなかつたのか。しかし、それは援助政策だけでなく戦後日本の社会システム全てに言えることだろう。

1 つの理由として、高度経済成長期には、社会全体として矛盾点を内包しながらもひたすらに突き進むという考え方方が主流だったからであり、また日本社会にそれだけの余力があったからだ、ということがあると考えられる。

しかしそれに加え、やはり日本人の国民性として、慣習を重んじ改革に着手するのが遅いという理由もあるのではないだろうか。だから他の分野での行政改革と同じように、近年になって経済が失速てきて初めて、そういう問題点に眼が向けられるようになったのだ。言い替えると初めて援助を考えなおす機会が与えられたとも言える。

アメリカのアフリカ諸国への ODA の総額は、冷戦終了後に半減したという。ここにはアメリカの援助に対する姿勢が明確に現れている。その一方で日本は、経済が失速してきた中で援助に対してどのような姿勢で臨むのだろうか。日本が真に世界の先進国たりえるかという真価が今問われている。

医療援助の歴史

医療援助の歴史も ODA 全体の流れを反映している。50 年代における医療援助は、ドクターなど

の医療従事者を現地に派遣して、病院などのインフラ整備を行う、というものであった。途上国の問題点はよく分からぬが、ダムと同じように、まず造ってみようということだ。各国の首都など大都市で、よく日本の援助により建設されたという大きな病院を見かける。それらはこの考え方に基づいて建設されたものだろう。

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

ここで大きく2つの考え方がある。まずは、援助というものは外交カードの1つに過ぎないので、相手国政府が喜んでくれるのであれば十分に目的を達成している、という考え方。もう1つは、援助の対象は人道的な面から考えても、人々の生活を改善していくことを目的としなければならないのではないか、という考え方。前者の理由として、国として行う援助は国民の税金を使っているのだから、何ら日本国民に、そして日本の経済発展に寄与しないような人々の健康状況を考慮する必要はないという意見があるだろう。確かにODAはNGOではないのだからその通りである。しかし、あまりにその視点のみを追求するのはグロテスクではないだろうか。そもそもこの2つが違う目的となっていることに国の成り立ちとして1つの誤りがあるのだ。この疑問は誰もが悩む出発点であり、そしてまで実際に現場で援助計画に携わる人々にとっても最後まで疑問でありつづける点の1つだと思っている。

そんな中、WHOにより1978年に採択されたのがアルマアタ宣言である。その趣旨は「最低限の健康は世界の人々共通の権利であり、国際社会はそれを達成するために努力していかなければならない」というものだ。世界中の人々の最低限度の健康を視野に入れることが国際社会の義務である、という考え方方が、少なくとも建前としては主流のものとされたわけである。仮に理想主義的なものであったとしても、これが文書として提唱されたことには大きな意義がある。

アルマアタ宣言では、「最低限の健康状態を維持するのに必要な物資やサービスを平等に普及させる総合的アプローチ」をプライマリヘルスケアPHCと呼んでいる。WHOはこれを2000年までに世界中で達成することを謳っていたが、満足に達成されないまま今に至っている。とはいえ、このアルマアタ宣言の核であるHealth for Allが今でも世界の医療援助の目標の1つであり続けていると言ってもよいだろう。

これに従って日本の医療援助も70年代より、インフラ整備を重視したものからHealth for Allを達成するために感染症やPHCに焦点を絞ったものへと変わっていった。

現在の日本の医療援助は、ただ漠然と援助を行うのは健康指標の改善のために効率が悪いと考えのもと、マラリアなど寄生虫疾患、結核、エイズ、PHCに焦点を絞ったものとなってきている。これはWHOなど国際機関の足並みにも準じたものである。そして橋本イニシアティブもこの流れのなかに存在している。

橋本イニシアティブ

寄生虫疾患の問題

寄生虫疾患はエイズなどと違い致命的ではないことが多い、確かに人々にとってそれほど恐ろしい疾患ではない。途上国では罹患していて当然という認識さえある。つい対策を後回しにしてしまうのも無理ないことだろう。

しかし、寄生虫疾患の罹患率は時に 80~90%もの高さになるため、国全体で見てみるとその弊害が無視できないものとなる。宿主を殺すことはないものの、慢性的に健康に影響を与えることにより、例えば職場における仕事の能率が下がる、学校で児童の成績が統計的に下がる、などのことが起こりうる。また、患者 1 人に掛かる診察代や治療代は安くとも、全体として考えた場合に、大量の資金が非生産的に消費されてしまう。本来ならその資金はコミュニティーの生活レベルの向上のため、そして引いてはインフラ整備など経済成長に必要な社会基盤整備へと注がれるべきものなのだ。

このように寄生虫疾患は貧困の結果でもあり原因でもあり、コミュニティー全体が当事者として考え、克服していくべき病である。これらの課題を乗り越えることがコミュニティーの発展につながる。少なくとも、日本の場合はそうであった。

日本の寄生虫コントロール

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

戦後の日本には寄生虫が蔓延していた。前述のように、学童期における STH の感染率は 90%にも達していたと考えられている。それが今では事実上全く存在しない。経済発展に伴う衛生環境の変化という理由だけでは説明できない。経済発展の時期と、寄生虫が減少した時期といふのは必ずしも一致しない。日本は今のような経済発展をとげるよりはるかに早い時期に寄生虫のコントロールという偉業を達成してしまったのである。その時期は日本の高度経済成長が始まった時期とおよそ一致している。寄生虫疾患の罹患率の低下がまさに経済発展の後押しをしたという見方もできる。

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

橋本イニシアティブの理念

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

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

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

「優秀な将軍は無力な兵士でも勝てるような戦い方をする。優秀な政治家は無能な将軍でも勝てるような戦争をする。」という考え方がある。途上国で何らかのプロジェクトを実施するに当たり、この考え方に基づいて行うのもいいだろう。しかし日本はずっと個人個人を優秀な労働者、優秀な兵士とすることを目指してきた。技術において熟練しているだけでなく、責任感や公に奉仕する心などといった精神面でもそうである。社会のシステムが個々人の質の高さに頼って構成されてきたとも言える。第二次世界大戦の時のようにそれが行き過ぎて精神論に頼り切ってしまうという失敗もあるが、結局そういう考え方をしてきたからこそ、日本のような小国がここまで発展することができたのではないか。もちろん幸運だったのは事実であるが、日本人の国民性が原因の1つであるということを否定できないのだろう。

日本と他の国々では歴史的な背景というものも全く違う。精神構造にも大きな差がある。日本人の考え方を押し付けようとするのは傲慢であり、不可能であるという意見もあるだろう。しかし、日本人の考え方の中に、学んでもらいたい部分がたくさんあるのもまた事実である。

こんな話がある。「ある国から日本に技術研修のグループが派遣された。彼らは日本の工場で実際に働きながら技術を学ぶことを目的としていた。彼らは配属された工場で大変驚いた。そこには彼らがきちんと仕事をしているかどうか見張るための人間がいなかったのだ。彼らは、これでは皆が仕事をさぼってしまうだろう、日本人はバカではないだろうか、と考えた。そしてこのような工場に学ぶべき点はない、毎日遊んで過ごし、国へ帰った。」これは実際に外国の友人が笑い話として話してくれたものだが、1つの真実を表している。

ひょっとしたら人々の1人1人が労働者として、そして国民として熟練することこそが、最も経済発展の王道かもしれないのだ。「ちょっと日本的な考え方方に試しに従ってみて、国の発展を目指してみませんか？日本がそれをお手伝いしますから。」この考え方こそが橋本イニシアティブであり、日本の途上国援助の中心原理であると言ってもいいのではないか、と私は感じた。

橋本イニシアティブの現状

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

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

この戦略に基づき、日本はタイのマヒドン大学、ガーナの野口医学研究所、そして我々が訪問したケニアの中央医学研究所(以下、KEMRI)の3ヶ所に寄生虫コントロールセンター(以下、

CIPAC⁵)を設け、そこに対象国の人々を招き、人材育成を始めている。現状ではスクールヘルスに基づいて寄生虫コントロールを始めようとしても、児童に衛生教育を施せるような教師がいない。まずはその教師をトレーニングすることができるような人材、さらにそのトレーニングプログラムを統括できるような人材が必要である。そこで現在CIPACでは、医療行政的な視点から国全体の寄生虫コントロールを概観し、指導していく立場の人々を最初に養成している。

アフリカでの動き

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

やはりまず争点の1つだったのは資金面の問題である。途上国に資金が無いということに加え、その少ない予算の中で寄生虫コントロールに振り分けられるお金というものがさらに少ない。やはりエイズなどに比べると、寄生虫疾患はプライオリティーが低いようであった。「何でいまさらエイズではなく寄生虫なんだ?」という意見もあったくらいである。仮にCIPACで研修を受けて帰国しても、プロジェクトが動かなければ経験を活かす場はない。それでは研修に使われる資金が無駄になってしまふ。それを防ぐためには人材育成の前に、途上国政府との間に国ぐるみで寄生虫コントロールを行っていくという合意が必要である。そのためには政府の人間に繰り返し橋本イニシアティブの趣旨を説明し、協力を求める場が必要となるわけである。援助を行うにあたり、シンポジウムやレセプションといったものの重要性を肌で実感した。結局、国の行う援助というものは本当に外交の一環なのだな、と感じた。

ただ、合意を目指す際に、橋本イニシアティブの趣旨が分かりにくいことは、問題の1つである。「寄生虫コントロールのプロジェクトではあるが、寄生虫疾患のみを目的としているわけではない。保健問題を総合的に扱うことができる人材の育成が主目的であり、寄生虫コントロールの達成は結果的に成し遂げられるに過ぎない」と説明しても、簡単に理解してもらえるとは思えない。

『簡単に効果が上がるような対症療法では長期的意味がない』と前に述べたのを翻すようだが、こういったプロジェクトを実施するに当たり、単純明快で誰にでも分かりやすいものが賛同を得やすいことは明らかである。最初は具体的な数値の目標や、端的なスローガンのようなものでもあった方が、各国の関心を得やすいのではないかと感じた。それこそ例えば「日本のように寄生虫疾患を撲滅し、そして日本のように経済発展を目指そう」のような。

衛生分野のプロジェクトは常に徹底的に行なうことが重要であり、どの程度の意気込みで取り組むかによって、達成される成果が違ってくるわけだから、実はプロジェクトそのものよりもみんなをその気にさせることの方が重要なかも知れない。祭と一緒にである。

また、研修を受けた人が途上国政府ではなく先進国の研究機関や民間企業に就職するといった、人材流出も大きな問題だという。国家の業務の一環としてトレーニングを受ける機会を得たのなら、国のためにその経験を活かすべきだ、という考え方はほとんど存在しないようだ。一般的にまだ国家というよりも部族・一族に対する忠誠心が強く、国はあくまでも踏み台というか、キャリアアップの場としか捉えていないようだ。そういう抜け目のなさを、有能と見るか狡猾と見るか、人によって評価

⁵ Center of International Parasite Control

の分かれるところだろう。とにかく流出を防ぐためには、行政システムをしっかりとし、義務をきちんと果たすことを強制すると同時に、きちんと経験を活かす場を与えるなければならないだろう。

援助に慣れてしまった途上国政府の体質も大きな問題である。確かに、何を始めるにしろ資金が不足しているのは事実なのだろう。しかし、自分たちの国の問題なのに、ドナー国と共に計画を作り上げていくという考え方が少し欠けている。何かのプロジェクトが提案されたらまず「そのプロジェクトの資金にはどのくらいの額を援助してもらえるのか」という考え方になるのはどうなのだろう。これでは旧宗主国などが啓蒙主義的な考え方になってしまふのも仕方ないように思える。まだ国家のような大きな組織を築き上げるほどコミュニティーが成熟していないのか、それとも長年の植民地支配がそうしてしまったのかは分からないが、大きな視点というものに欠けているように感じた。もちろん、アフリカに少し滞在しただけでこのような考え方を持つのは危険であることは分かっている。しかしシンポジウムを見た直後の感想を正直に記しておきたいと考えた。

日本側の問題

被援助国から援助国である日本の方に眼を向けてみても、たくさんの課題がある。まず、既に諸外国や国際機関を巻き込んで動き始めているにも関わらず、橋本イニシアティブには特別に予算が付けられているわけではない。CIPAC 設立などの予算は既存の JICA の枠組の中から出資されている。タイの CIPAC では既に研修プログラムが開始されているが、これは JICA の第三国研修という制度を使って行われている。橋本イニシアティブはプロジェクトではなく、1 つの行動指針に過ぎないため、直接に予算がついたりはしていないのだ。

ところが JICA は基本的に 2 カ国援助を行う機関であって、橋本イニシアティブが目指しているような多国間協力を実施する機関ではない。例えばケニアの CIPAC にタンザニアから技術者を招いて研修を行ったとしよう。しかし、研修生が国に戻って寄生虫対策のプロジェクトを実施しても、それに対して補助を行うことはできないのだ。それはタンザニアの国内のプロジェクトであり、ケニアの JICA の管轄外となるからだ。このことが地域ぐるみのプロジェクトを実施する際には、大きな障壁となってくる。また JICA の他の部門にしてみれば、橋本イニシアティブのために寄生虫関係に予算が回されるのだから、おもしろくはないだろう。

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

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

⁶ JICA は無償資金協力、有償資金協力、技術協力を実行している。技術協力はさらに研修員受け入れ、専門家派遣、機材供与、に分けられる。第三国研修は研修員を日本ではなく近隣の比較的技術の進んだ国に受け入れて研修を行うことにより、経費を押さえ資源を有効に利用する援助方式の 1 つである。

界の寄生虫コントロールに貢献していくうというのに南米に本部を置かずにアフリカに2つなのはなぜか、などといった疑問が出てきてしまう。

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

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

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

まとめと謝辞

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

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

もちろん、いつまでもこのままで良いと言いたいわけではない。繰り返しになるが、同じ価値観の人間ばかりがいる日本の中と違い、これからはもう少し日本の戦略というものを打ち出していかねばならないだろう。橋本イニシアティブは初めて日本がイニシアティブを取って動くことができるかもし

れない計画である。スクールヘルスに基づいた日本のアプローチは今や世界的にも高く評価されている。派手さこそないかもしれないが、ひょっとしたらこの緩やかな手法が、世界で大きな成果を達成できるかもしれないのだ。世界がこれまで試みてきたことを、日本のやり方で少しずつでも達成していくとしたら、これほど痛快なことはないではないか。

途上国に対する見方は、今のところ経済大国ということに留まっているが、こうして世界中のコミュニティーに貢献していくことができれば、眞に世界の尊敬を集める事ができるようになるかもしれない。日本が国際社会の中で成熟していく第1歩として、橋本イニシアティブがうまくいくことを心から祈っている。

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

台灣 Exchange 班

活動目的

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

班員構成

豊福 千賀	(九州大学医学部 2年)
西田 有毅	(九州大学医学部 2年)
平峯 智	(九州大学医学部 2年)

活動日程

台湾訪問	2002年3月6日～3月13日
受け入れ	2002年7月

—台湾訪問日程—

3月6日	日本出発 台湾到着 Welcome Party
3月7日	台北市民病院および台北市民病院鍼灸研究センター見学 故宮博物館見学
3月8日	陽明大学生化学研究所見学 微生物学および免疫学研究所見学、 漢方薬研究所見学 Culture Night
3月9日	和信癌センター見学 淡水観光 Kuantu Temple Tour of East-Taipei
3月10日	Tour of North part of Taipei
3月11日	台湾大学医学部付属病院見学 蔣介石記念公園 龍山寺
3月12日	Paper Presentation Free Tour Farewell Party
3月13日	台湾出発 日本到着

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

今回は台湾訪問、受け入れとともに、産業医科大学と合同で実施することになった。

台湾訪問報告

☆台湾について

台湾は日本の南西、日本とフィリピンのちょうど中間に位置する四国ほどの大きさの島上にある。北部は亜熱帯で、南部は熱帯の気候である。日本との時差は1時間である。2001年6月で総人口は2230万、人口密度は617人(世界2位)である。最大都市は台北で264万人、ついで高雄で149万人である。総人口のほとんどを漢族が占め、そのほか9つの主要な先住民がいて総人口の2%弱を占める。

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

台湾の公用語は、北京方言にもとづく普通中国語で、ほかに南福建語(しばしば台湾語とよばれる)と客語の主要2方言が話される。

台湾では様々な宗教が信仰されている。なかでも特に信者が多いのは、仏教と道教で、ついで一貫教やキリスト教などがある。

☆わたしが見た台湾

私達はこのプログラムで台湾の陽明大学医学部の学生と交流し、毎日いろいろなところに連れて行ってもらった。主に台北市街地を見て回った。

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

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

台湾の夜は長い。台湾の人々は夜がすごく元気だ。驚いたのが、デパートの営業時間である。福岡のデパートはどこも午後8時閉店だが、台湾では、なんと夜中の2時まで開いているそうなのだ。実際午後10時ごろに、ある大きなデパート(そこはアジア一大きいらしい)に行ってみたのだが、土曜というせいもあってか、人で溢れかえっていた。まるで、福岡のデパートの土日の午後並の人の多さだった。

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

デパートと同様、台湾の夜の長さをあらわすものとして、Night Market 夜市がある。日本の祭りのときの屋台とは少し違う。商店街が夜開いてる、といったものだろうか。台湾料理の店が多く、い

いろいろな種類のものが食べられる。そして安い。台湾の人々は日常的に利用しているらしい。学生は寮生が多く、自炊する人は少ないようで、頻繁に行っているようだった。

夜市のにおいは独特である。台湾の香辛料の一種で香菜(シャンチャイ)というものにおいた。このにおいが許せない人は台湾料理が食べられないだろう。幸い、わたしや一緒に行ったメンバーはみんな平気で、台湾料理が大好きになった。

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

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

☆医療機関の訪問

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

医療機関	台北市民病院 和信治癌中心医院 国立台湾大学付属病院	台北市民病院 和信治癌中心医院 国立台湾大学付属病院
研究施設	国立陽明大学医学部 同	生化学研究所 漢方研究所 兼 展示室

医療機関について

最初に挙げてある台北市民病院は、台湾の4つの大病院の一つで、病床数 約3000という大規模なものである。この病院は、一般的な医学の諸科はほぼすべてそろっている大学病院のようなところで、実際に陽明大学の学生は、ベッドサイドトレーニングをこの病院で行う(陽明大学のキャンパスはこの病院のすぐ近くにある)。外観も、少々見る者に威圧感さえ与えるほど大きなものだった。この病院はまた、広い庭園も持っていた、いやむしろ、大きな公園(例えば大濠公園のような)の中に病院がそびえている、といったほうがよくイメージが伝わるかもしれない。

その庭園の所々には、入院患者や来院患者の方々や、その家族が多くいて、人々の憩いの場になっている、という印象を受けた。人々の様子を見ても、台湾の一般市民と呼べるもので、この病院が広く一般の市民に開放されている、ということがよく見て取れた。

学生との会話から、しかしこの病院のスタッフは、かなりのハードワーカーであることがわかった。つまり、医者一人が一日に診察する患者数は、100人を超えるというのだ。この数字は、例えば

内科の開業医が1日に診察する患者数とさほど変わらないか、あるいはより多いほどだ。またこれだけの規模の病院ならば、大小様々なカンファレンスや研究発表など、診察以外の仕事もあるだろうから、程度差はある、それは激務であると考えられる。近い将来、陽明大学の学生は、そういった環境の中で訓練を受けることになるのだろうが、彼らの話からは、「それが当然のことだ」と受け止めていることが感じられ、たくましさを感じた。

さて、この病院の訪問先は、鍼灸法研究室であったが、これはおよそ日本的一般病院にはない研究室である。これは台湾の医療事情において特筆すべき点である。すなわち、台湾では針灸治療や漢方薬といった、中国の伝統医学を西洋医学と並ぶ医療の柱として採り入れていて、伝統的な医学に対し、生化学的な知識と解析技術を駆使してその効果を検証し、より役立つものにしようという動きが広く行われている。この日も、多くの患者が治療を受けにやってきていたが、人々は健康を害した際に、手術や投薬によって治療を行うか、あるいは針や漢方によって治そうとするのか選ぶことができる。現時点では東洋医学は(少なくとも大学の研究レベルでは)あまり注目されていない日本に比べ、そういった選択肢が日常的にあることは、患者が自分の病気について、さらには人々が自分の身体についてより主体的に考えることにつながるのかもしれない。

この日訪問した研究室のコンセプトとは対極にある医療機関も訪問した。(陽明大学の学生が台湾の医療を紹介する上でそのことを考慮して訪問先を決定したのかはわからない。)以下に報告する和信治癌中心医院は、多くの費用をかけて建設された、先端的な医療機関であった。

まず外観からほかの病院とは違っていた。米国から建築家を呼んで設計させたというその建物は、病院というよりはイベントホール(アクロス福岡のような)などかと思わせるもので、エントランス(入り口というよりピッタリくる)を抜けると、高級ホテルのロビーさながらのホールがあった。一同、ここが病院かと驚いていた。講義室に通され、この病院についての概略を説明された。それによると、病床数350、1日の患者数(外来と入院を合わせて)約700人であり、100人近い医者が勤務しているという。患者の処置は複数の医師によって検討の上決定され、新しい設備の下、高い技術を用いて治療が行われることだ。その後病室も見学させてもらったが、1部屋には最高2つまでのベッドがあり、部屋の中に患者の家族がくつろげるような広いスペースもあった。食事管理なども徹底しており、その他、とにかく患者の治療のために快適さを追求して医療活動を行っている場所だった。

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

僕がそのとき考えていたのは、医療のニーズについてである。メンバーの一部が感じていた「ずれ」とは、社会階層においてのニーズの違いを前提とした医療活動に対する「ずれ」だと僕は思う。

熱研の過去の活動を振り返ると、多かれ少なかれ、「できるだけ多くの人に開かれた医療を」という理想の下に現場を生きてきた人々を、先輩方は見てこられたのであって、決してこのような「限定された医療」を追求してきたのではない。この部活に入って、そういった考え方には必ずかなりとも触れてきたメンバーには、だから、ここで紹介された医療がしつくりとこなかったのかもしれない。しかしながらこのような病院が社会的に必要ないのだろうか。現時点での僕の回答は「イエス、必要だ」である。例えば近い将来、僕の妻や子供、いやもつと現実的に、僕の親や兄弟が、重篤ながんに侵さ

れたとしたら、僕は自分の大事な人を、できるだけ快適な環境の中、できるだけ多くのよいスタッフに任せたいと願うことは想像に難くない。そのためならば、どんなに費用がかからうとも構わないとさえ考えるだろう。このように考えることは、医療活動の二極化を助長することになるのかもしれないし、それは社会的な「悪」なのかもしれないが、僕の中にそういう性があるのは確かのことだ。

この問題は、これから活動を通して考えていくことになるだろうし、その意味で今回の研修で感じた疑問は、社会の中の医療を考えるひとつのきっかけになったと考えている。

台湾からの訪問団の受け入れ

春休みの間に台湾を訪れ、台北市の最先端の医療施設や大学病院を見学し、日本とは違う文化に直に触れ、そして台湾医学生との交流を深めることができ、素晴らしい体験をすることが出来た。そしてこの夏休みには台湾の陽明大学から十名の医学生を九州に迎えた。台湾からの学生を出迎える空港で、春休みのお返しをしてやるんだと身の引き締まる思いを強烈に感じたのを、今でもよく覚えている。

このエクスチェンジ・プログラムは産業医科大学国際保健研究会との合同の企画である。よって、受け入れのスケジュールは九大と産医大で分担することとなった。一週間の滞在中、四日目の午前までの前半は九大側が責任を持って福岡市内で滞在し、その後は北九州市に移動して産医大側の受け持つという形である。以下、九大側が企画した前半の内容を中心に書く。

～福岡こども病院訪問～

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

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

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

～西田医院の訪問～

われわれが台湾を訪問したとき、台湾側の学生は癌センターや大学病院など最先端の大規模な医療施設の見学を企画してくれた。もちろんそれは有意義な体験であったが、出来れば台湾にお

ける一般的な病院や診療所も見学したかったとも思った。そこで台湾の学生には是非そのような体験をしてもらいたいと考え、北九州で病院を経営する西田君のお父様にお願いし、見学をさせていただくことになった。

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

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

しかし、私にとってこのエクスチェンジを通して最も良かったのは、ほぼ同世代の台湾の学生の考え方を知ることが出来たことである。異国の学生の考え方方に触れることで、自分たちとの違いを知ることができ、それは日本人としての自分を見つめなおす機会となる。例えば宗教。台湾の主な宗教は「道教」と呼ばれており、これは中国で道子がはじめたいわゆる道教と仏教が融合した宗教であり、簡単に言うと「いい人ほど儲かる」という教義を持ち、台湾の商業の発展の基盤となった。そしてこの教えは台湾人全体に深く浸透し、広く信じられている。台湾中部で大地震が起った際、最初に被災者を救うため動き出したのは宗教団体だったそうである。阪神大震災で主に救援活動したのはボランティア団体だったのを考えると、その違いはよく分かる。イスラム教のような厳しい戒律などはないが、台湾人にとって宗教は確かに精神的なよりどころとして存在するようだった。日本と台湾の違い(というよりは日本と世界の国々の違いと言うべきだろうか)を感じた。

同じアジアの医学生との交流は忘れられない素晴らしい経験だった。今年も熱研から台湾班が立ち上がり、この交流がずっと続していくことを切に願う。

屋久島・対馬離島医療班

活動目的

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

班員構成

中村 真由美 (九州大学医学部5年)
樋口 華奈子 (九州大学医学部5年)
森 桂 (九州大学医学部5年)
(熱研外参加者)
田中 俊江 (九州大学医学部5年)
本村 良知 (九州大学医学部5年)
森 恩 (九州大学医学部5年)

研修地および日時

7月 17~30日 屋久島(屋久島徳洲会病院、屋久島クリニック、屋久町栗生診療所)
8月 16~18日 対馬(上対馬病院、中対馬病院、対馬巣原病院、老人保健施設結石山荘)

屋久島編

地域医療。この言葉が言われ始めたのは日本ではまだ新しいといふ。

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

研修地: 屋久島徳洲会病院
屋久島クリニック
屋久町栗生診療所

日程: 2002年7月 17・18日

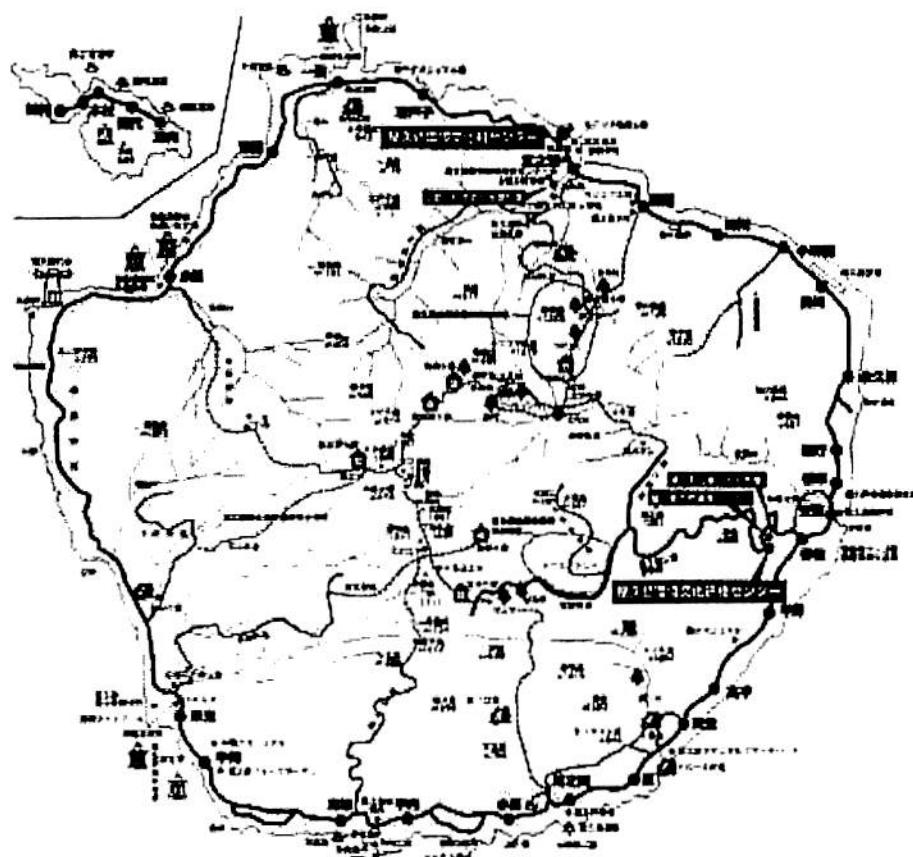
屋久島クリニック見学

19日	屋久島徳洲会病院見学
22~25日	屋久島クリニック見学
26日	居宅介護支援事務所見学・利用者宅訪問
29日	屋久町栗生診療所見学
30日	上屋久町役場訪問

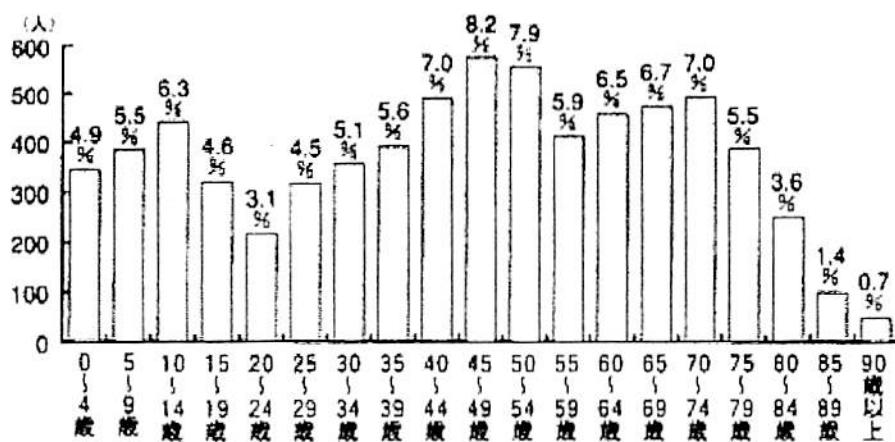
<屋久島概要>

- ・地理 屋久島は、九州本島最南端の佐多岬から南へ 70km、黒潮洋上に浮かび、「海上アルプス」といわれるよう高い山々、原生のありのままの姿を残す深い森、そこから沸き出る清らかな水、そして豊穣な海をもつ、日本で最初に世界自然遺産として登録された(1993年)自然豊かな島である。東西約 28km、南北約 24km、周囲 132km、総面積約 503 平方 km のほぼ円形に近い山岳島を成し、九州最高峰の宮之浦岳(1935.3m)をはじめ 1800m 以上の山々が連なる。
- ・気象 「1年で 400 日雨が降る」と表現されているように日本でもっとも多雨な島で、雨量は山間部で年間 8000~10,000mm、山麓で 3500mm 以上となっている。2 日に一度は雨が降るといわれる、まさに雨の島である。我々が滞在していた間にも、朝方寒いなど目が覚めたら外は大雨なのだが、2~3 時間で止んでその後はからつと晴れていた日が多くあった。気温は温暖で、冬期でも平地では日平均で 12 度以上になるが、山間部は冬型気圧配置を受けることがあり降雪を見ることもある。夏期は猛暑となるが、夜間は海洋性気候を有しているため涼しくしのぎやすいのが特徴である。また、夏から秋にかけて台風銀座といわれているように、多くの台風が屋久島近海を通過する。我々の研修期間には 2 度、台風の直撃を受けた。屋久島の生活は豊かな自然と共にしました、自然の猛威と闘っている、ともいえるであろう。
- ・主な町 屋久島はそのほとんどが険しい山からなり、各町村はその裾野のわずかな土地に発達してきた。現在は、島の北半分を上屋久町、南半分を屋久町と大きく2つの町に分かれている。その中に 24 の集落が存在し、島の沿岸に沿って舗装された道の沿道に間隔を置いて各集落が並ぶ。
- ・人口 島内総人口は約 1 万 3000 人余、過去には 2 万 4000 人が住んでいたことがあったが、わずか 4.5% の農地と一時期盛んだった林業も縮小の状況に置かれて生活手段を失い、過疎化の一途をたどった。

●歴久島観光案内図



●平成12年年齢別人口割合のグラフ



<屋久島徳洲会病院>

屋久島内には病院が1つ、診療所(医院)が7つある。島内唯一の病院は、平成9年にやつの思いで建てられたということもあり人々の並々ならぬ思いがこめられているという。徳洲会屋久島病院である。屋久島で一番大きな町に、海を見下ろす6階建ての清潔感あふれる美しい外観である。

大自然にあふれる島、癒しの島である屋久島では、人々は自然を大切に、仲良く調和して、一体となって、いのちをもらい、生活をしているように見えた。そのような自然な流れの中に身をまかせる人々が自然の中で癒され、自然の中で癒しを行う。少なくとも、この病院の外観は、そのような自然の中で癒しを行っているのだろうと思わせるものだった。

診療科目は、内科・外科・小児科・整形外科・産婦人科・脳神経外科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・神経内科・リハビリテーション科・歯科口腔外科の12科。その中で、毎日外来診療が行われているのは内科・外科・産婦人科・歯科口腔外科・小児科の5科である。つまり、常勤の医師がいるのはそれら5科だけなのである。その他の科の専門医は週に2日の割合で、全国徳洲会系の病院(大阪の岸和田病院が多い)から派遣で応援がくる。病床数内訳は、一般病棟が50床、特例許可病棟が35床、療養型病床群(医療31床、介護23床)の139床である。手術室が2室、分娩施設、CTスキャナ、MRI、内視鏡機器、超音波装置、腹腔鏡手術器機一式、脳波計、関節鏡、X線撮影装置等の高度医療機器を備えている。外来患者数、救急搬送件数、時間外診察件数はそれぞれ、月平均4000人、20~30人、150~200人程である。時間外診察の患者さんの離島ならではの特徴は、ムカデや虫刺されが多いことである。救急ヘリ搬送一覧は表の通りである。(次ページ図参照)

屋久島病院の島内唯一の病院としての第一の特色はやはり、“24時間あらゆるニーズに応える医療体制”を第一に掲げているところではないかと思う。一刻を争う救急医療。いつ、どこで、誰が事故や急病に遭遇するか我々は予知し得ない。また、高度な救命救急医療を迅速に受けられるかが、生死を分けることさえある。屋久島病院では、高度な医療機器が24時間稼動し、各科専門分野医師だけでなく、救急医学に熟練した看護婦、検査技師等、チーム医療がおこなわれているのである。

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

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

緊急ヘリ搬送一覧 (平成9年7月～平成13年6月)

発生年月日	傷病名	年齢	性別	搬送先
H9/8/9	腹部大動脈瘤破裂	90	男	鹿児島徳洲会病院
H9/8/24	膀胱癌の疑い	51	男	鹿児島大学付属病院
H9/11/1	脳内出血	50	男	鹿児島市立病院
H9/12/26	十二指腸潰瘍穿孔	74	男	国立南九州中央病院
H10/1/7	くも膜下出血	36	男	鹿児島徳洲会病院
H10/1/10	くも膜下出血	44	男	鹿児島徳洲会病院
H10/1/28	小脳出血	74	女	鹿児島徳洲会病院
H10/3/18	切迫流産(29週)	37	女	鹿児島市立病院
H10/7/10	くも膜下出血	46	男	鹿児島徳洲会病院
H10/7/20	くも膜下出血	71	男	鹿児島徳洲会病院
H10/7/30	くも膜下出血	63	女	鹿児島徳洲会病院
H10/8/2	くも膜下出血	61	女	鹿児島徳洲会病院
H10/9/12	くも膜下出血	58	女	鹿児島徳洲会病院
H10/10/30	急性心筋梗塞	57	女	大隅医療病院
H10/12/8	小脳梗塞(出血性)	77	男	鹿児島徳洲会病院
H10/12/12	直腸憩室穿孔	65	女	鹿児島徳洲会病院
H11/1/9	外傷性硬膜下血腫	82	女	厚地脳外科病院
H11/1/25	新生児メレナ	0	女	鹿児島市立病院
H11/2/10	急性硬膜下血腫	75	男	鹿児島徳洲会病院
H11/2/13	心筋梗塞	73	男	鹿児島徳洲会病院
H11/3/29	不安定心筋症	73	男	新吉病院
H11/4/14	くも膜下出血	68	女	厚地脳外科病院
H11/4/18	くも膜下出血	81	男	鹿児島市立病院
H11/5/28	左下肢開放骨折	56	男	鹿児島市立病院
H11/8/9	急性硬膜下血腫	85	男	鹿児島徳洲会病院
H11/10/11	急性硬膜下血腫	48	男	鹿児島徳洲会病院
H11/12/21	外傷性硬膜下血腫	43	男	鹿児島徳洲会病院
H12/1/21	くも膜下出血	75	女	厚地脳神経外科
H12/2/6	くも膜下出血	65	男	鹿児島市立病院
H12/2/20	脳内出血	43	男	厚地脳神経外科
H12/2/21	新生児呼吸不全	0	男	鹿児島市立病院
H12/2/26	脳内出血	47	男	厚地脳神経外科
H12/3/18	切迫早産	37	女	鹿児島市立病院産科
H12/3/25	前立腺摘出手術後、血圧低下、貧血	72	男	新村病院
H12/5/23	解離性大動脈瘤	50	男	国立南九州中央病院
H12/5/28	左眼球挫傷	57	男	鹿児島大学病院
H12/7/26	不安定心筋症	50	男	鹿児島徳洲会病院
H12/8/24	くも膜下出血	53	男	厚地脳神経外科
H12/8/30	くも膜下出血	78	女	鹿児島市立病院
H12/10/3	脳炎、脊髄炎、筋炎	1	男	鹿児島市立病院
H12/10/22	低出生体重児、急性肺炎	0	女	鹿児島市立病院
H12/10/31	脳出血	50	男	鹿児島市立病院
H13/11/17	左皮膚出血、右半分完全片麻痺	46	男	鹿児島市立病院
H13/9/4	脳内出血	66	男	鹿児島市立病院
H13/5/25	くも膜下出血	61	男	鹿児島徳洲会病院
H13/6/4	急性心筋梗塞	54	男	国立九州循環器病センター
H13/6/4	脳出血	74	男	厚地脳神経外科

※ 年度別合計

平成9年：4件 平成10年：12件 平成11年：8件 平成12年：15件 平成13年：5件

屋久島から本土の病院施設へ緊急ヘリ搬送 総件数(年度別)

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

また、屋久島病院には介護保険指定事業の一環として居宅介護支援事業所ももうけられている。ここでは、要介護認定を受けられた方に対して、介護支援専門員(ケアマネージャー)が面接し解決すべき課題などを分析し、サービスの原案を作成する。ケアマネージャー、利用者、その家族らが意見交換を行ったうえでケアマネージャーは介護サービスを作成し、計画内容について利用者の同意を得、サービスを利用してもらった後、利用後の評価を行い、再度サービスの調整を行う。我々は、ケアマネージャーが利用者の自宅訪問をして計画内容の確認をする作業に同伴させていただいた。ケアマネージャーは車で利用者宅を1件1件訪問していた。中には独り暮らしの方もおられ、家で独り倒れていないか心配な部分も大きく、利用者数の多い中での計画内容の確認作業で訪問時間は数分なのだが、近況を聞いたり元気な顔を見たりすると安心するとおっしゃっていた。訪問先のリウマチで手先の自由が利かない独り暮らしのおばあさんは、「ご近所さんが、毎日、日に何回も声をかけて家に来てくれる。私に家の前を通るときに、お一いって声をかけてくれるんですよ。台風が来るっていうときも前もって雨戸に板をはり付けに来てくれて」と、笑顔でおっしゃっていたのが印象的だった。屋久島の方々は本当に温かい。結束感も強い。そう感じた一場面であった。

<屋久島クリニック>

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

- 7:30 宿泊地出発
- 8:00 屋久島クリニック到着
通所リハ送迎バス迎え出発
- 8:30 外来
- 9:30 通所リハ患者さん到着
- 12:30 昼食
- 14:00 外来
- 18:00 帰宅

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

者さんに対しても針治療を開始したところ、大きな効果があったと患者さんは喜んでおられたそうである。

屋久島クリニックは、医師(岡院長)1人・看護師5人・作業療法士1人・鍼灸師1人・ヘルパー3人・食事管理3人・事務員3人の17人構成で、通所リハビリステーション部門も併設されている。通所リハとは介護保険指定事業のひとつで、利用者が有する能力に応じて可能な限り自立した生活が営むことができるようにする場であり、作業療法やその他の必要なリハビリテーションを行うことによって心身機能の回復維持を目指すものである。屋久島クリニックが実際にこなっていることは、朝大型バスで利用者を自宅まで迎えに行き、屋久島クリニック併設の通所リハ専用の大部屋にて、作業療法、リハビリテーション、入浴、体操、ゲーム、歌、などである。利用者は、要介護者と要介護予備軍の2種類にわかれれる。要介護予備軍は要介護認定を受けてはいないが、通所リハに週に何回か来ることにより、お友達と会ってお話しや遊びを楽しんでいる。また、独居の方が多いため、寂しさを紛らわせる場所にもなるし、健康をそれぞれが確認できる場所もあるのだ。また、要介護認定をうけていないとはいっても、慢性疾患や疼痛を持った方も多い。そんな要介護予備軍の方々は、通所リハに来ることによってクリニックのほうで診療を受けてもらわれるのだ。また、屋久島の公共交通手段はバスしかないが、バス代は大変に高い。交通手段を持たない老人にとって、通所リハが持つ送迎バスは大変ありがたいものだそうだ。

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

<屋久島栗生診療所>

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

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

療風景を見学させていただいた。

診療所内は想像していたより広く、設備も整っていた。藤村先生が放射線科専門ということが大きく反映されていたのだが、ヘリカル CT が設置されていたことが驚きであった。その他、電子内視鏡(胃ファイバー・大腸ファイバー)・超音波・X線透視装置等の主要器機が保有されていた。また、鹿児島大学からの応援があり月 2 回耳鼻咽喉科の外来がもうけられている。診療所スタッフは医師(藤村先生)1 人・放射線技師 1 人・看護婦 6 人・医療事務 1 人・事務 2 人の計 11 名。病床数は 2 床で、一泊の救急患者は受け入れられる体制となっているが、高次救急患者はほとんど鹿児島に送る、とのことである。休日診療については、医師会加入診療所間で協力して在宅当番を決め、休日でも島内のどこかの診療所に医師がいるという形をとっている。患者さんがゼロになるのは 2 年に 1 回くらいだそうだ。休日でも夜間でも患者さんは先生を求め診療所を訪れるのである。藤村先生の自宅は栗生診療所に隣接して建っているのだ。遠隔医療について質問したところ、現在準備段階で、鹿児市内の主管病院と一度画像を送りあつてはみたがもう少し改善の必要性がある、とおっしゃっていた。藤村先生は前述のとおり、放射線科専門であった経験を生かしているため、画像診断に関してはそれほど問題にはならないそうだ。「遠隔医療と言つてはいるが、それは都市部の大病院を主観にした医療であつて、あくまでも都市部の病院から見た視点である。こちら(僻地)にとつては遠隔医療なんて遠隔でもなんでもない。時には多数の先生のオピニオンが必要になることもあるだろう。しかし、ただ画像を送り診断を求めるというのは医療では無い。画像を送つても、それを送られた側もとても忙しい。画像を送つてすぐに意見をもらえるものではない。結局は画像を送られた相手側の都合に合わせて患者さんが左右される。今ここで、一番求められているのはそんなものじゃない。我々は、今ここで人材を求めている。遠隔医療の発展を一と言つぐらいなら、人をよこして欲しい。患者さんにとっても、目の前で自分を診てくれ治療をしてくれる人、そんな人が必要なんだ」と。

午後は藤村先生と看護師さんの 2 人による訪問診療について見学させていただいた。診療所まで来所するのが困難だらうと思われる患者さんを藤村先生が判断し、週に 1 度患者さんの自宅に往診しに行くのである。我々は、藤村先生のご配慮で、訪問診療を行つたある患者さんのお宅におじやまして、2 時間ほどお話しする機会を得た。「藤村先生は、夜中でも、いつでも電話すると家まで飛んできてくれる。安心していられる」と、在宅酸素療法を行つているその患者さんは笑顔でおっしゃっていた。屋久島は台風のめつかである。「台風が直撃しそうな晩には藤村先生が来ててくれて、停電の可能性もあるからと充電式の酸素療法器機の説明をしに来てくれた、まえもって説明はうけていたんだけど、また確認しに来てくれた」とのこと。また、「夜中に呼吸困難になり藤村先生に連絡すると、このときも飛んできてくれた」そうである。「往診じゃない日にも、近くを通つたから来てみたよ、と会いに来てくれて、私(患者さん)は夕食中で食卓についていたけど、先生は私の背後に回つて聴診するんですよ。私は右手にはしを持ってね」と。診療所内だけでなく患者さんの家庭内においても、お互いの遠慮は感じられなかった。このような患者さんのお話だけでなく、実際に訪問診療中の藤村先生と患者さんの言葉のキャッチボールややりとりをみていると、実にからつと医師が地域住民の生活の中に入り込んでいて、そのほのぼのとした空気が我々にとってもとてもここちよいものであった。患者さんはこうもおっしゃっていた。「屋久島病院ができましたが、あの病院に行つたことはない。あそこは家から遠い。私には近くに私のことをよくわかってくれている先生がいる。藤村先生がとんで来てくれる」と。藤村先生のことを信頼しきつておられる気持ちが現れていますと感じた。またこうもおっしゃっていた。「それに、救急じゃなくても何か大きな検査を受けるときには、屋久島病院には行かず、藤村先生が紹介してくれる鹿児島の病院に船に乗つていく。私は昔からそうしてきたのです」と。屋久島病院まで車で 1 時間ほどかかるとはいへ、海を渡つて鹿児島に船で行くよりははるかに近く便利なはずである。結局は医師との信頼関係で成り立つてゐるのが地域医療なのだと強

く感じた。また、訪問診療の帰り道に車で移動中も、農道等ですれ違う住民の方々はみなさん、藤村先生だとわかると「おーい！先生！」と手を振り、先生も「元気か～？」と声をかけていた。そのやりとりが、自然あふれる屋久島の光景に実によくマッチして馴染んでいて、とても温かいものを感じた。

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

「地域医療をしたい、何がしたい、という自分本位の考えだけでは本当の地域医療はやれない。長続きもしない。結局は地域から僻地から離れていく。医師とはいって、その地域に住み生活するひとりの人間なんだ。人は一人では生きていけない。その土地で一人で生活することはできない。最近は屋久島に魅せられ移住してくる人も多いが、新たな土地に移り住み、地域になじまず孤立した生活を送っている人は結局その土地の人間になりきれていない。地域の住民の中に入っていくかなければ。地域と一つになる努力や協力が不可欠なのだ。だから、地域医療を本当にしたいのなら、考えて考えて、「住む決意」をしなさい。“想い”だけではだめだ。では、私が“決意”するためにどうしたか。その栗生という地域を知ろうと考えた。そして歴史を学び、地域性や住民性を知る努力をした。知つて理解した上で、決意し、私もこの住民として生活することにした。医師としてこの地で生活するということは、住民や患者が地域社会の中で健康に生きるためのケアと教育を担うということである。それが医師のなすべき仕事であり使命である。とはいえ、住民の健康的生活は私一人がつくり上げられるものではない。医師一人がすべてを変えようとしてもできない。だから、教育が必要なのである。私は住民をよんて健康講演を繰り返し繰り返し開いた。住民と一緒に、教育を行つた。その教育を担うのが地域医療を充実すべく医師の仕事なのだ。私は医師です。しかし医師が住民皆さん生き方や健康をどうこうできるものではない。いかにして豊かな人生を送るのかと、ひとりひとりの意識変革が一番大切なのだ。」

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

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

<文責 樋口華奈子>

対馬編

〈対馬の概略〉

北は朝鮮海峡を隔てて朝鮮半島に面し、南は対馬海峡を隔てて九州本土に面している対馬は、南北約82km、東西約18kmの細長い島である。面積は704.94km²で、佐渡島、奄美大島に次いで全国第3位という広さを持つ。

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

それでも対馬は豊かな島だったため、藩政期には3万人だった人口はS35ごろには7万人ほど

にもなった。しかしそのころをピークに、農村の崩壊、そして引き続く漁村の崩壊により人口は激減してしまう。

現在は人口約4万5千人、高齢者率も 22%と高い値をとっており、医療充実度が益々必要とされているが、未だに病院(診療所)をもたない部落が存在しており、さらに地形的な問題によって救急車の搬送が 40 分もかからざるを得なかつたりするなど、救急搬送や高齢者の通院にも多くの問題を抱えている。

今回の研修では、S58 年から 10 年間、対馬の地域医療のためにご尽力された森俊介先生に案内して頂いた。森先生は対馬いづはら病院で整形外科医として勤務されるかたわら、各部落を回って医療の啓蒙にも努め、毎週健康教室を開いて住民の健康増進のために邁進された。その健康教室の開催回数は、のべ 1000 回という驚異的な数字をほこる。その後、長崎県立諫早病院の院長などを務められた後、現在は長崎ウェスレヤン大学の福祉コミュニティー学科の教授と長崎大学医学部の非常勤講師を兼務され、対馬をはじめとする新しい離島医療システムを構築するというさらに大きな事業に取り組まれている。

＜長崎県離島医療圏組合の設立と運営、長崎県養成医師＞

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

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

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

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

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

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

第1期生は S51 年に卒業し、2年間の国立長崎中央病院におけるスーパーローテート方式の初期研修を終了した後、S53 年 4 月に長崎県離島医療圏組合病院に赴任した。多くの養成医師が、離島の地において住民を主体とした地域医療を展開し、大きな成果をあげていった。

現在も離島医療に従事する医師のほとんどが自治医科大学出身である。

<病院見学>

対馬には、長崎県離島医療圏組合(後述)に加盟している総合病院が3つある。北部にある上対馬病院、中南部にある中対馬病院、南部にある対馬いづはら病院である。(図1)

① 上対馬病院

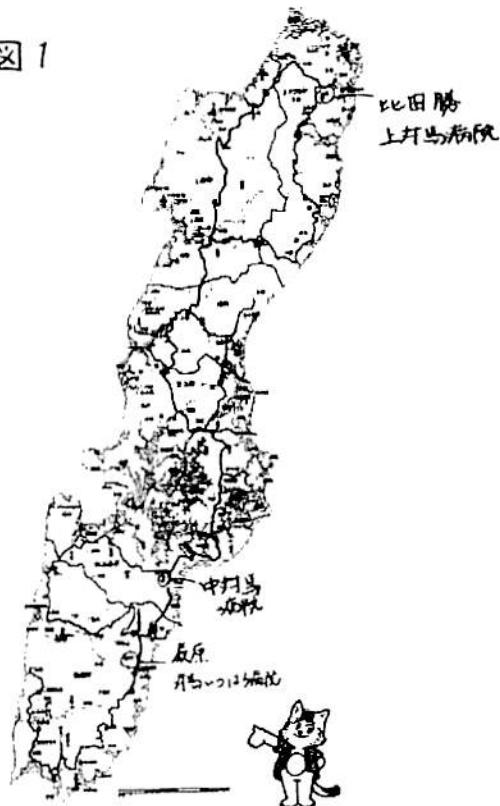
開設は S43 年、対馬の最北端に位置する一般病床数 95 床(うち、CCU1、NICU2、ICU3、準 ICU3、特別室 2 を含む)、職員数 124 人(うち、医師 7 人、助産婦 4 人、看護師 56 人、PT1 名、OT1 名含む)の病院である。医師の専門は内科 3、外科 2、小児科 1、産科 1 であり、以前は加えて整形外科医が一人いたが、4 月から 0 人となつた。その他の診療科は現在、精神科、眼科、泌尿器科、神経内科に Dr が週一回派遣されて来歩いて、整形外科、皮膚科、脳外科は休診状態である。

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

また、経営の問題も大きな課題として残っている。

対馬は南北に長い島であるが、中心地はかなり南部に偏っている。そのため、残り二つの総合病院はここから道なりに 100km 近く離れたところにしかない。その分、対馬の約半分の面積を担わなくてはならないという使命もあるが、逆に北部は過疎状態であり、さらに患者さんが南の都心部へと流れていったため患者数は多いとは言えないそうだ。(例として、全身麻酔による外科手術は年間 30 例、分娩は年間 70 例)そのため、県から年間 1000 万円の赤字を補填してもらっている状況である。

図 1



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

② 中対馬病院

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

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

ここで日常的に行われている治療としては内視鏡的治療、高圧酸素治療、デルマレイ、腹腔鏡手術といったものがある。

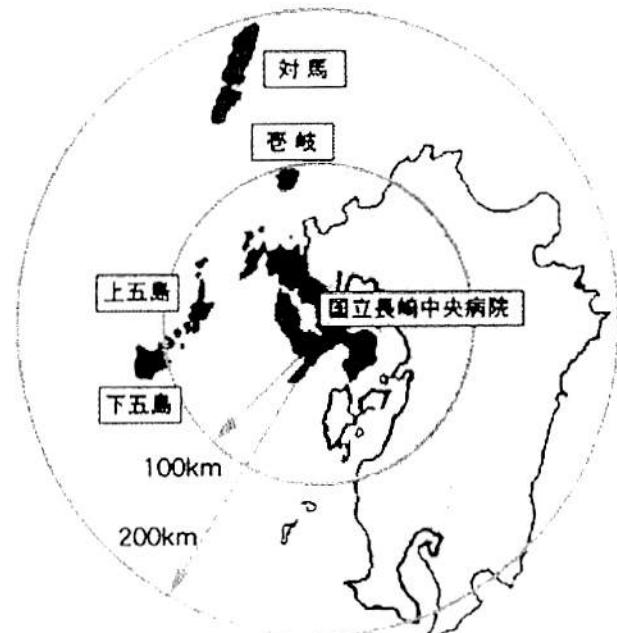
対馬で最大の対馬巣原病院とは5kmと離れていないため患者の確保が難しい面もあるが、対馬空港に最も近い病院として、また最も古くからある総合病院として対馬の中核病院の一つを担っている。

③ 対馬いづはら病院

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

日本外科学会認定医制度修練施設、日本整形外科学会認定制度研修施設、日本外科学会専門医制度研修施設にも認定され、また僻地中核病院、救急告示指定病院（二次救急）、老人性痴呆疾患センター、地域災害医療センターにも指定されている。

対馬いづはら病院で特筆すべきことはなんといっても遠隔医療システムであろう。これは改めて章立てをして記載したい。



＜遠隔医療システム＞

離島という地理的に不都合の多い地域は、あらゆるネットワークやシステムを構築して、より質の高い医療を提供する努力を行っている。それが遠隔医療システムである。一口に言ってもさ

ざまなものがあるが、ここでは対馬いづはら病院が行っているものを例にとる。

〈1〉ヘリコプター搬送システム

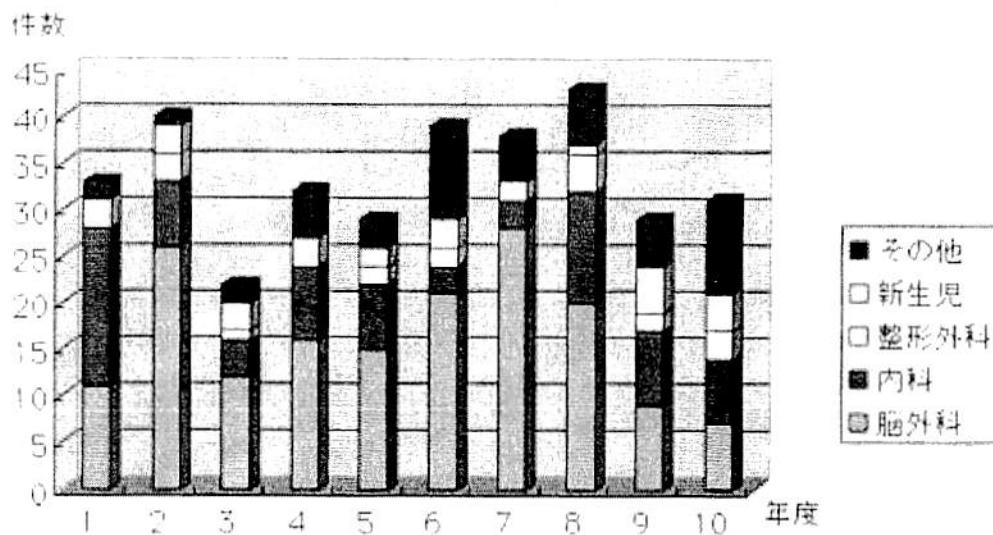
現在のヘリコプター搬送システムは、長崎県、離島市町村、海上自衛隊、国立大村病院(現在の国立病院長崎医療センター)など関係機関の協議にて開始された「しまの救急患者輸送確保対策事業」により構築された。

最初はS35年に海上保安庁のヘリコプターにて未熟児の搬送を行ったことに始まる。当初は、未熟児等の搬送が主体で年間20件程度であった。1986年以降から年間搬送件数は100件を超え、最近では150件前後になっている。

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

例えばフェリーだと福岡一対馬間は147km、約4時間かかるが、ヘリコプターだと対馬から脊髄センターまで約15分である。その圧倒的な機動力によって、ヘリコプター搬送システムは遠隔地搬送に大きな貢献をしている。

島外患者搬送の診療科別内訳



〈2〉画像伝送システム

心筋梗塞患者には、バルーン治療といわれるPTCA治療(経皮的冠動脈形成術)を施すが、いづはら病院では、設備の不備や医師不足などから行っていなかった。心筋梗塞は死亡率が高く、素早い治療が必要とされ、96年までの3年間の死亡率は15.8%だった。

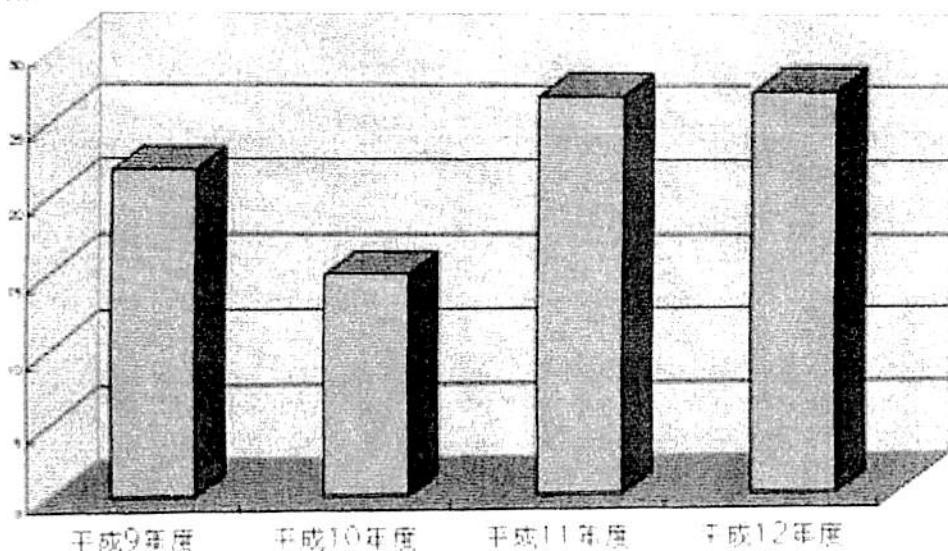
画像伝送の概略



1997年7月から、福岡徳州会病院(福岡県春日市)との間で、島内の心筋梗塞患者の緊急治療などに通信画像を活用した遠隔医療システムを運用。これまでに62人の治療を行い、死亡ゼロの成果を上げている。このほど東京で開かれた第4回僻地・離島救急医療研究会でも報告された。

経皮的冠動脈形成術

件数



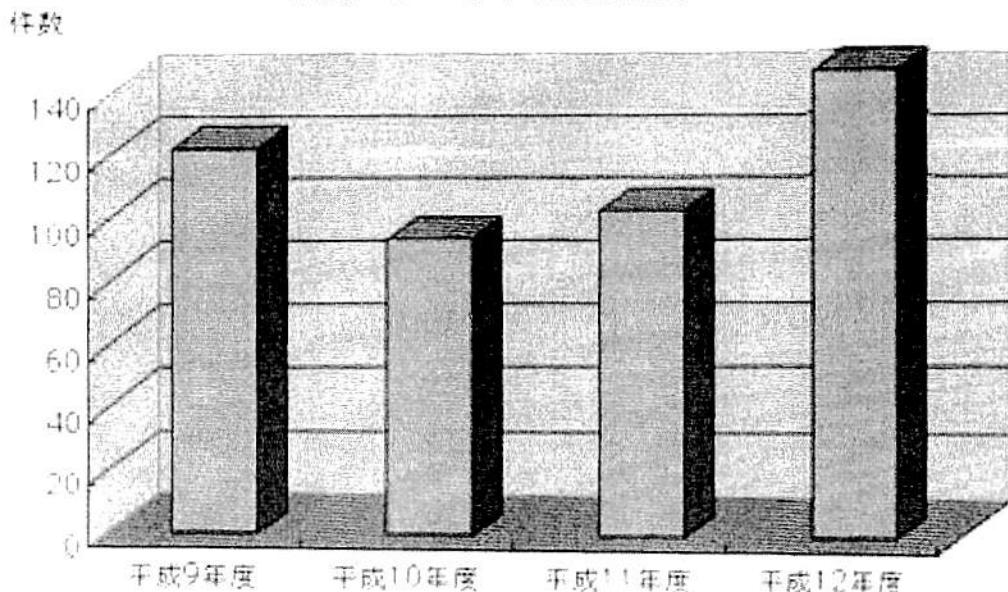
〈3〉動画伝送システム(図3)

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

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



心臓カテーテル検査件数



長崎県の離島医療はこのような多くの苦労と努力の上に、現在日本でも指折りのシステムと

して、日本のその他の地域のモデルとなりまた年々改良されながら、地域住民の健康を担っているのである。

＜老人保健施設 結石山荘＞

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

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

今回の研修では、このなかでも上対馬町にある慶長会 老人保健 結石山荘を訪問した。ここでのサービスは通所リハ、ショートステイ、介護老人保健施設である。スタッフは介護士、看護師、PT1人、OT1人である。

介護老人保健施設(老健)は中間施設と言われるが、中間施設では3ヶ月ごとのケアプランを組むことになっている。費用は月4万5千円～5万円で、介護保険により1割負担となっている。生活保護を受けている人は無料にしている。本来介護保険は地域差が無く一定であるが、福岡市の老健はこれより若干高くなっている。それは都会という付加価値や、追加サービス料金が付いているからだそうだ。結石山荘での部屋代は、個室が500円／日、2人部屋が250円／日である。

利用者数は、デイケアには一日10人、入所者はショートステイも含め80人ほどで、さらに40人が空きを待っている状態である。3ヶ月ごとのケアプランであるが、実際はなかなか回転せず、この空き待ちの方々をどうするかが目下の課題だそうである。そのため、地域によっては在宅介護を薦めたりしている。

入所の条件は介護認定を受けていることで、現在の入居者の介護度は3と2で、平均して2.5となっている。(余談だが、特老は4ぐらいである。)平均年齢は84才である。

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

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

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

＜長崎県医学修学生ワークショップ＞

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

＜対馬医療の現状＞

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

対馬についてのデータを見ると、平成10年の段階で長崎県離島医療組合8病院（上対馬病院、対馬いづはら病院、有川病院、上五島病院、奈良尾病院、奈留病院、五島中央病院、富江病院）の病床総数は970床（S43年比150%）、医師総数97人（S43年比294%、うち養成医師43名）、職員総数は747人（S43年比193%）となっており、またS43年から平成10年の間に離島の人口はほぼ半減しているが、入院総数は30万6000人（S43年比167%）と増加している。

施設、設備は、病院がS52年以降に全て新築され、医療設備は超音波診断装置、電子内視鏡、ヘリカルCT、MRI、内視鏡下手術機器、オーダリングシステムなど最先端の医療機器が導入され、また画像伝送システムによって、常時Tere·radiologyの利用が可能である。

医療の質についてもめざましい発展があり、充実した地域医療はもとより、2次医療から一部の3次医療までが展開されるようになってきている。Tere·PTCA（対馬いづはら病院）や脳外科疾患を中心とした救急患者のヘリコプター搬送などは離島にいながら本土並みの医療が展開される時代になった。

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

＜対馬医療の今後＞

H16年、町村合併によって対馬の各町は合併して対馬市になる。このことでにより、病院間での収入の格差を是正することになる。現在いづはら病院のみ黒字で他は赤字のため、その赤字補填にいづはら病院での黒字分を回すことにするのである。

また、町村合併に際して250億円の予算が国からおりる。その予算を使って、対馬全体の検診情報を一手にまとめる検診センターをつくる予定になっている。そこでは全島の基本検診（血液、尿、腹部エコー）の情報を蓄積、共有することで、検査データの重複を減らす目的となっている。現在の制度では各病院ごとに検査をする仕組みになっている。そのため複数の病院にかかっている場合は、基本的な検査も重複してしまうからである。また、研究目的にも役立つことが予想される。例えば対馬にはHTLVが優位に多い。そういう地域集積性のある疾患に関して膨大なデータが一箇所に集まつていれば、非常に意義深い研究ができる可能性がある。

また、医師派遣に関しては長崎大学では「医局派遣をやめよう」という動きが出てきている。例えば現在、九州大学に入局する数は160人いるが、長崎大学に入局する数は定員の6割程度しか

ない。そうすると都心部にはばかり医者が集中し、離島といった過疎地にはますます医者が減少してしまう。そのためには、医局をこえて北部九州内で医師派遣ができる組織づくりを進めて、医療の不均衡を是正しようとする考えである。

さらに、島内病院をオンライン化してネットワーク構築しようとする動きもある。二次医療圏としていづはら病院を中心とする流れである。次に詳しく説明する。

＜マルティメディア・モデル医療展開事業＞

郵政省が推進するマルティメディア・パイロットタウン構想に基づいて、通信・放送機構、長崎県、厳原町、対馬いづはら病院等が共同研究者である三菱電機株式会社の協力を得て、厳原町をフィールドに在宅介護支援システムを利用して病院と在宅療養者などを接続し、実際の利用を通じて運用データの収集と分析を行い、マルチメディア医療のモデル実験を行う。

- ・ 実験の概要

I、在宅医療支援システム

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

II、在宅介護支援システム

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

III、健康管理情報システム

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

IV、期待できるもの

病院側では

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

在宅療養者宅では

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

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

対馬＝漁村のシステム。つまりそれは農村と違い、外からの人間を受け入れる社会である。対馬の医療を考える際、「相互扶助」という言葉がキーワードとして浮かび上がってくる。そしてそれはおそらく、わたしたち本土に住む者もけして他人事ではなく、よりよい医療を築く際の方向性の一つとして考えておくべき事柄であろう。

＜各島々の比較＞

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

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

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

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

その面から比較すると、対馬は長崎県に属しており、離島医療は主に公立の病院の担うところが大きい。この私立と公立の違いは県ごとの政治的問題も絡んでくるそうなので深くは述べられないが、この体制の違いで現れてくる医療の姿も違うような気がする。

長崎県の離島医療は日本国内でも指折りのものだそうだ。インターネットで「離島医療」を検索しても長崎県が本当に多くヒットする。それは長崎県が多くの離島を抱えており、離島医療に関して古くから県を挙げて取り組んできたからである。そのため「離島医療圏」といった枠組みがきちんと出来ているし、遠隔PTCAやネットワーク構想など、新しい試みがどんどん実践されている。病院一診療所連携も比較的スムーズだと思った。ただ病院一診療所連携については、現在多くの診療所が総合病院からの派遣医ということも関わっているのかもしれないとも思う。今回は日曜日だったため、

診療所の医師に話を聞く機会が無かったのは少し残念だった。

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

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

と、ある Dr がおっしゃった。

「でも、やはり同じ目的をもった仲間がいるのは本当に心強い。」

「ようやく今から、自分の理想とする医療を創り上げていけるんだよ。」とまるで青年のような笑顔で語った先生方の笑顔が印象的だった。

今回私たちが訪れたのは屋久島、対馬の2島だけであった。しかし日本にはさらに多くの離島が存在する。毎年のように熱研の研修先にあがる島も壱岐や石垣島などがあるし、他にも興味深い島々はたくさんあるに違いない。例えば壱岐は、昔は医師が充足していたので離島医療圏組合には加盟していなかったそうだ。しかし近年、加盟を希望していると聞いた。壱岐が以前には医師が充足していたというのは初耳だった。それは何らかの歴史的背景や地理的背景が関わっているのだろうが今回はその調査までは至らなかった。

また、未だに無医島であるところもたくさんある。屋久島の近くの小さな島では最近まで医者がいなかつたが、近年屋久島で定年まで勤め上げた老医師が移り住み、そこで医療に一生を捧げる決心をされたという。

他にも、以前沖縄医介輔班が素晴らしい報告をしたように、独特的の医療がなされている地域もまだまだ存在するだろう。あるいは沖縄では未だシャーマン的な存在も大切にされているという話も聞く。

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

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

＜文責 中村真由美＞

壱岐班

活動目的

壱岐島は博多港から船で2時間ほどかかる玄海灘に浮かぶ島である。九大病院総合診療部は以前より壱岐出身者に肝疾患患者が多いことを認めていた。そこで1992年より壱岐の医師会の先生方と協力し、肝疾患と関連が深いB型肝炎ウイルス(HBV)・C型肝炎ウイルス(HCV)について疫学調査を行ってきた。現在でもその調査は継続され、壱岐島民の経過観察と治療援助を行っている。

私たちは、この調査に同行して検診に参加させていただくことになった。その検診を体験することにより、入学して間もない低学年の学生は、医学生としての自覚を持ち、また、臨床の医学を学んでいる高学年の学生は、今まで学んだことと医療の現場との差を実感することを目標とし、将来に役立つような活動にしたい。

班員構成

倉田 浩昭	班長	(九州大学医学部 4年)
茂地 智子	副班長	(九州大学医学部 4年)
鶴田 美帆		(九州大学医学部 2年)
中島 誠子		(九州大学医学部 2年)
中嶋 玲子		(九州大学医学部 2年)
平峯 智		(九州大学医学部 2年)

お世話になった先生方

九州大学医学部付属病院総合診療部

林 教授 古庄 先生 柏木 先生 中嶋 先生

菊地 先生 久保 先生

活動期間および研修地

2002年8月22日～24日 長崎県壱岐郡郷ノ浦町

研修内容

九大病院総合診療部による、B型・C型肝炎の定期検診に同行させていただき、問診・採血を行う。可能であれば、肝エコー検査も見学させていただく。

事前準備

班員のほとんどが2年生で、まだウイルス学などの講義を受けておらず、肝炎ウイルスについてほとんど知らなかった。そのため、B型肝炎・C型肝炎に関する勉強会を壱岐検診前に行った。そのときに勉強した内容は次のとおりである。

- ① 肝臓の解剖と生理

② 肝臓の検査値の見方

③ B型肝炎・C型肝炎の臨床症状と経過

また、検診中にスムーズに採血が行えるように、6月上旬から2週間に1回程度の割合で、採血の練習を行った。

壱岐島について

4年茂地

私達は、壱岐班の活動として、総合診療部の先生方による肝臓検診とヘリコバクター・ピロリの検査に同行させて頂いた。総合診療部では、肝臓検診の結果を10年に渡って追跡調査しており、今年から新たにヘリコバクター・ピロリの検査結果も調査対象に加わることになった。これらの調査が壱岐で行われている意義を考える前提として、壱岐の特色を以下に簡単に示し、私なりの考察を述べたいと思う。

壱岐の概要

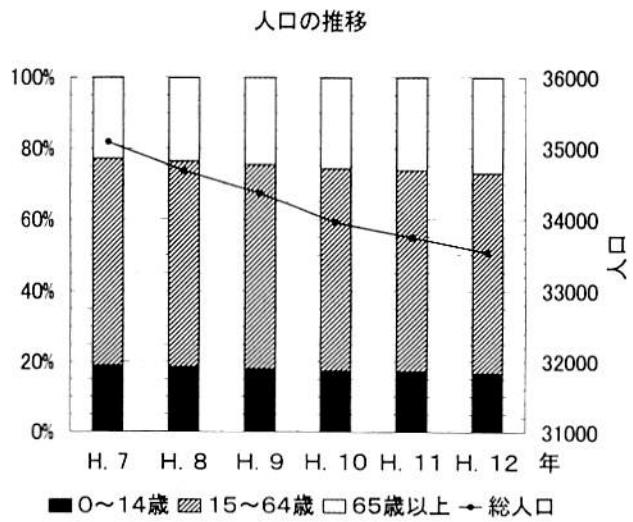
長崎県の管轄となっている壱岐郡は郷ノ浦町・勝本町・芦辺町・石田町の4町からなり、福岡県と対馬の中間地点で、博多港から郷ノ浦港まで西北76km、佐賀県呼子から印通寺港まで北26kmに位置している。また、南北約17km、東西約15kmのやや南北に長い亀状の島であり、総面積は138.33km²で、島の面積では全国で第20位である。

総合診療部の調査では、壱岐郡郷ノ浦町の住民を対象としているが、郷ノ浦町は壱岐の中心地であり、人口は12,600人と4町の中でも最も多く、壱岐の人口の37.6%を占めている。

	郷ノ浦町	芦辺町	勝本町	石田町	4町合計
人口(人)	12600	6914	9272	4752	33538
割合(%)	37.6	20.6	27.6	14.2	

人口推移

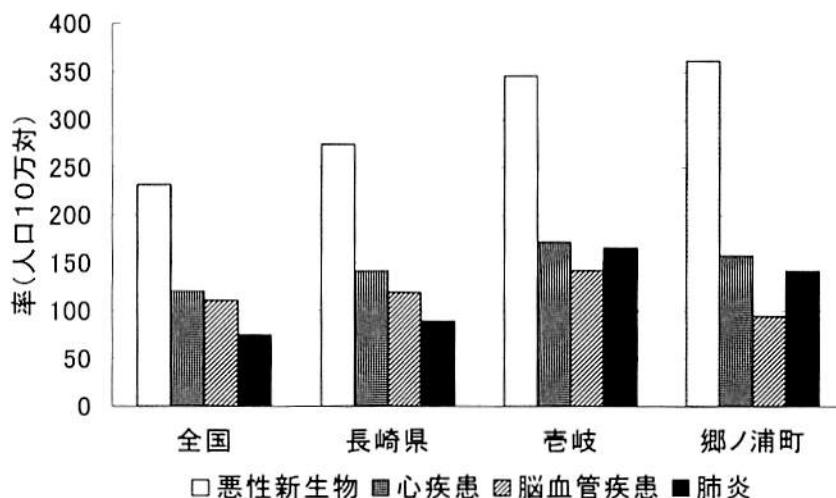
壱岐の総人口は平成7年から平成12年までの間に35,089人から33,538人へと年々減少傾向にあり、うち65歳以上の人口は平成7年では22.8%であったのが、平成12年10月1日現在で総人口の27.1%を占め、県下でも特に高齢化が進んでいる。これは、壱岐の基幹産業である農業・漁業の低迷及び若年齢層の就労の場が少ないことなどによるものである。しかし、総人口は減少しているが、高齢者は増加しているので、15歳以上の人口はそれほど変動していない。ゆえに、15歳以下では罹患率の低い肝



疾患やヘリコバクター・ピロリの感染の調査結果において、人口推移はそれほど大きな影響は与えないのではないかと思われる。

人口動態(死因)

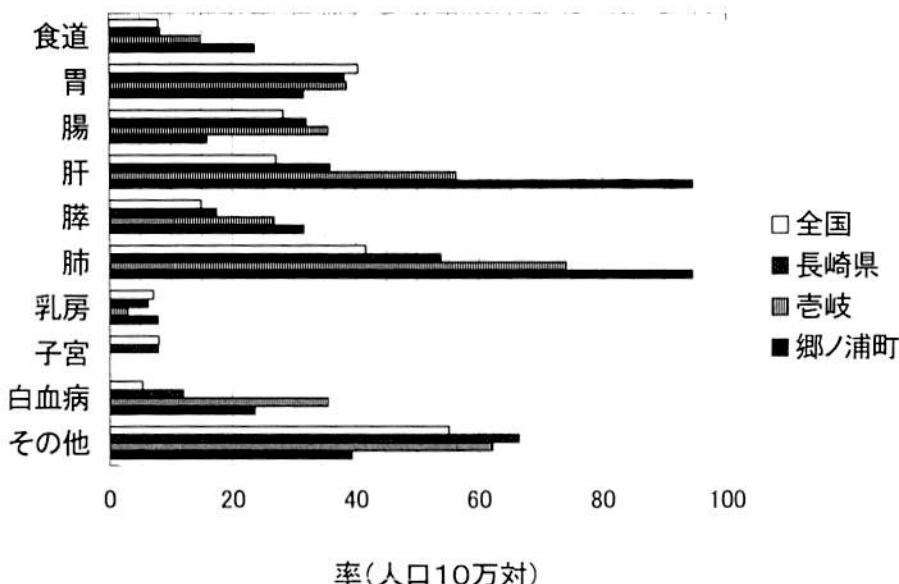
死因



全国・長崎県・壱岐・郷ノ浦町での死因の地域的特性を比較するために、次のようなグラフを作成した。いずれも、死因第1位は悪性新生物、第2位は心疾患となっているが、第3位は全国と長崎県では脳血管疾患であるのに対し、壱岐では肺炎となっており、第4位はその逆である。壱岐で脳血管疾患が比較的少ない原因として、壱岐の生活習慣、特に食生活の関与が考えられる。先にも述べたが、壱岐では農業・漁業が盛んであるため、住民は動脈硬化などを招きやすい動物性脂肪よりも、魚や野菜を多く摂取しているだろうと予想されるからである。さらに興味深いことに、壱岐の中でも特に郷ノ浦町では脳血管疾患が少ないのである。壱岐の中でも郷ノ浦町には特有の生活形態があるのであろうか？また、肺炎が比較的多いのは、高齢者の割合が高いことが原因の一つではないかと思われる。

悪性新生物はいずれも死因第1位になっているが、全国・長崎県に比較して壱岐では顕著に多い。島である壱岐では、陸続きの土地よりも人々の流入出が少なく、多くの人々が昔から住んでいて血縁関係も濃いと推測され、悪性新生物が多いのは遺伝的要因の関与が大きいのではないだろうか。さらに、悪性新生物の発生部位を調べてみると、全国・長崎県では胃と肺に多いのに対し、壱岐、特に郷ノ浦町では肝臓と肺に多いことがわかる。一般に、原発性肝癌の95%を占める肝細胞癌の95%以上では肝炎ウイルスの持続感染がみられ、その内訳は、HCV感染が約70%でHBV感染が約20%とされている。総合診療部の検査結果により、壱岐ではHBV・HCV抗体陽性者が有意に多いことが明らかになっているが、これらのウイルスの感染のために肝臓の悪性新生物も多いのではないかと思われる。

部位別悪性新生物



医療施設・医療従事者

壱岐の医療施設として、国立・公立病院を含め、病院7ヶ所、一般診療所15ヶ所、歯科診療所9ヶ所がある。表1より、病院の人口10万当たりの施設数も病床数とともに長崎県・全国を大幅に上回り、一般診療所においても人口10万当たりの病床数では全国を上回っていることがわかる。これより、壱岐の医療施設数は、壱岐の人々にとっては十分満足のいくものであろうと予想される。しかし、医療従事者の統計を示した表2をみると、別の見解も得られる。壱岐では、保健婦、助産婦、看護婦(士)・准看護婦(士)の人口10万人当たりの人数は全国・長崎県に比べて充実しているようだが、医師・歯科医師・薬剤師はいずれも全国・長崎県に比べて少ないようである。このことから、壱岐は、医療施設数は足りているものの、そこで働く医療従事者の人数は十分とはいえない状況にあり、従って壱岐の人々に提供できる医療も全国水準を満たしていないのではないかと思う。ただし、これに関しては、今回の活動で医療施設を見学して確かめたわけではないので、憶測でしかない。また、壱岐では保健婦の人数がかなり充実しているということは、地域医療における保健所の果たす役割が大きいと考えられ、実際、総合診療部の調査も保健所の協力のもとに行われている。

表1	医師	歯科医師	薬剤師	保健婦	助産婦	看護婦(士)・准看護婦(士)						
	実数	人口 10万対 実数	人口 10万対 実数	人口 10万対 実数	人口 10万対 実数	人口 10万対 実数						
郷ノ浦町	33	259	5	39.2	30	235.5	10	78.5	4	31.4	241	1891.8
壱岐郡	48	141.3	11	32.4	38	111.9	17	50	5	14.7	326	959.8
長崎県	3,638	237.8	1,122	73.3	2,146	140.3	517	33.8	267	17.5	17,678	1155.4
全国	248,611	196.6	88,061	69.6	205,953	162.8	34,468	27.3	24,202	19.1	985,821	779.4

表2	病院				一般診療所				歯科診療所	
	施設数		病床数		施設数		病床数		施設数	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
郷ノ浦町	5	40.2	544	4372.6	4	32.2	38	305.4	3	24.1
壱岐郡	7	21	617	1851	15	45	115	345	9	27
長崎県	175	11.4	29,433	1923.7	1,395	91.2	8,041	525.6	711	46.5
全国	9,333	7.4	1,656,415	1309.6	90,556	71.6	235,530	186.2	61,651	48.7

この報告書においては、壱岐について簡単に記すに留まり、これらの内容も極々表面的なものでしかないことを感じている。どの疫学調査においてもいえることであろうが、調査を行う地域の background を知っているか否かが、一見ただの数値の羅列のようなものが、実は key words であって何らかの重要な事柄を示唆しているのを認識できるか否かに、関わってくる場合があると思う。その background は、医学を始めとする自然科学の領域に限定されることなく、考古学や文化人類学なども含めたあらゆる領域から理解されるべきであり、それを前提とした疫学調査においては、疾患などに対する理解や知識を深めることができるだけでなく、そこに生きる人々、そして私達自身も含めたヒトの存在の根源そのものに一步近づくことができるのではないだろうか。

検診内容について

検診は8/22(木)から8/24(土)の3日間、郷ノ浦町の壱岐文化ホールで行われた。

検診参加者は、総合診療部が検診前に通知した、去年までの検診で検査値に基準値外の値があった人・C型肝炎ウイルスに感染していると疑われる人、ならびに郷ノ浦町の希望者である。検診参加者は3日間合計で約400人に及んだ。

検診は、問診 → 採血 → 過去のdataとの照合（→腹部エコー検査）→ 説明 という流れで行われる。エコー検査は肝機能障害が疑われる人のみに行う。

問診では、名前や住所、生年月日、本人の既往歴と手術の有無、C型肝炎感染者にはinterferon 治療歴、かかりつけの病院、輸血歴、鍼治療歴、飲酒歴(普段飲む量を含めて)を尋ねている。また、*Helicobacter pylori*(Hp)感染との関連で、胃癌や胃潰瘍の家族歴がないかもあわせて尋ねている。

採血からは検診参加者の HBs 抗原・HCV 抗体・HCV RNA・HTLV-1 抗体の検出と GOT(AST)・GPT(ALT)・γ GTP・AFP の生化学的肝機能検査を行う。これらの検査とエコー検査から、B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス・HTLV-1 の感染の有無や肝機能の障害の程度がわかる。

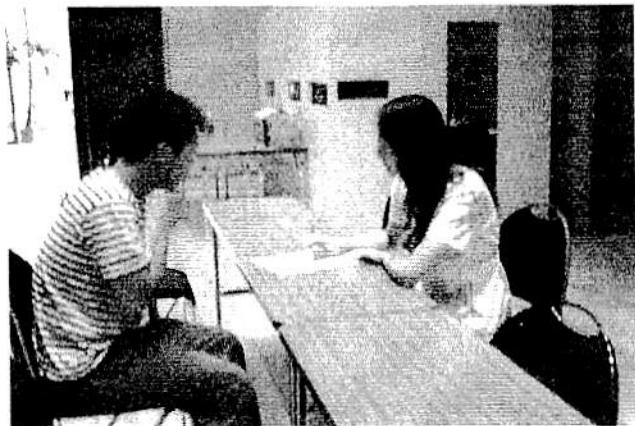
検診結果は、検診参加者それぞれにGOT・GPT・γ GTPの測定値とHBs抗原・HCV抗体の有無、そして腹部エコー検査を通知し、今後の定期的な検査や病院の受診をすすめている。

活動報告

問診について

2年 中嶋 玲子

採血の前に身長、体重、病歴、かかりつけ病院、飲酒などについて採血に来た人に聞いた。身長、体重などは聞いたらすぐに答がかえってくるが、病歴はなかなか思い出せない人が多かったので、じっくり聞くことで思い出してもらった。例えば、「入院したことはありませんか?」とか「最近



病院に行きましたか?」とか「なにか薬を飲んでいたことはありますか?」とかいうふうに聞けば、結構思い出してもらえた。

基本的に問診の用紙に沿って質問していくべきよかった。しかし、たまに私がよく知らない病名をだされたりすると漢字で書くことが難しかった。はっきりした病名が書けなくて困ることもあった。また、最近服用している薬の名前を出されて、今回の採血との関係や影響を聞かれ

たときには、ほとんど答えられなかった。

しかしこのようなときは、先輩や先生に聞けばたいてい教えてもらえたので、困ったときは先輩や先生に聞いたらいいいだろう。理想を言えば、壱岐に行く前にかなり勉強して自分で答えられるようになっているといいのだろう。けれども、そのためには相当の量を勉強しなければならないと思うので、やはり知っている人にきくのが一番のいいだろう。

採血について

2年 中島 誠子

今回の検診の採血では、従来のC型肝炎と共にピロリ菌の調査も目的としていた。

以下に採血の手順と実際に気付いた点を示す。

- ① 正しい姿勢をとる。
なるべく自然な姿勢で採血できるように患者さんに手の向きを調節してもらった。
- ② 駆血帯を締めて適当な静脈を探す。
初めての採血だったので、これに慣れるのにかなりの時間を要した。失敗するよりはここで時間をかけるほうがよいと思われた。また、私の個人的意見かもしれないが、採血しやすい静脈は、必ずしも太くていかにも血流の多そうな血管ではないようである。一般的には、皮静脈(尺側正中皮静脈あるいは橈側皮静脈)を選ぶようだ。
- ③ 皮膚を消毒した後、穿刺し採血する。
針の切り口を上に向け、末梢側から約30度の角度で刺す。血管に入ったら針をねかせ固定する。真空採血管を採血ホルダーに差し入れ血液が流入するまで待つ。
針を刺すときは、ためらわざずばやく刺したほうが痛みは少ないようだ。血管が逃げてしまったときも、冷静に対処して、動揺を表情に表さないようにした。慌てると、患者さんに不信感や不安を与えてしまう。針を刺すときは、刺す側の精神的状態も影響するようで、不安なときは先生に代わってもらうようにした。
- ④ 駆血帯を緩めて針を抜く。
駆血帯を先に外すことを忘れてはいけない。針を抜くときが最も緊張した。針刺し事故がおこ

らぬよう厳重な注意を払った。この前の段階で、真空採血管を抜く際に、針が血管の中で前後すると、血管が破れて内出血を起こしたり、痛みが走ったりするので針を持つ手を強く固定するよう心掛けた。

⑤ 壓迫止血



めか、待ち時間が長く、患者さんの中にはいらいらされている方も多い。ただでさえ、血を抜かれるのは嫌う人が多いので、失敗しないよう心掛け、患者さんの精神状態も考慮して細心の注意を払った。かなりの数を採血させていただいたので、最終日にはかなりの技術的向上が見られた。

採血の体験は、将来医師になる者として、普段の学生生活(特に2年生)では見失いがちな‘医療現場の実感’を与えてくれたと思う。最後に私達に採血の機会を与えてくださった多くの壱岐住民の方々と、先生方に感謝の意を表したいと思う。

私は採血を初日の午後から行った。事前に班員と練習は行っていたものの、検診としては初めての体験だったため、はじめは要領がつかみきれず手間取った。時間はかかるても、失敗しないこと、使用後の針を安全に捨てることを第一に注意した。

今回は、ピロリ菌の調査も行っていたため、患者さんの数は例年より多く、一方で班員は6人と例年より少なかったために、休む暇がなかった。また、そのた

まには詳しく触れていませんが、エコー検診はこのような感じで行われます。
検査されているのは、2年の平峯君です。



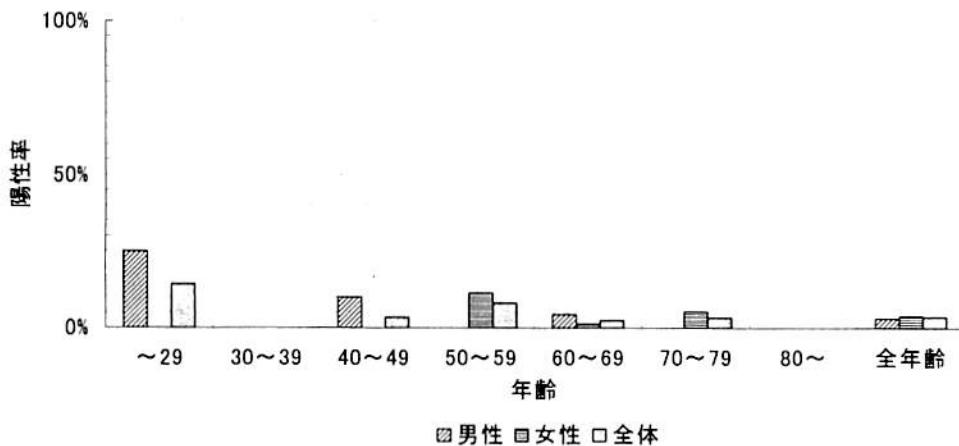
壱岐の検診の結果

ここでは総合診療部からいただいた Data を元に B 型肝炎ウイルス・C 型肝炎ウイルス・HTLV-1(Human T cell Lymphoma Virus-1)の感染率について報告する。

① B 型肝炎ウイルス感染

HBs抗原	男性			女性			合計		
	年齢	陽性	割合	全体	陽性	割合	全体	陽性	割合
~29	1	25.0%	4	0	0.0%	3	1	14.3%	7
30~39	0	0.0%	5	0	0.0%	21	0	0.0%	26
40~49	1	10.0%	10	0	0.0%	19	1	3.4%	29
50~59	0	0.0%	18	5	11.4%	44	5	8.1%	62
60~69	2	4.4%	45	1	1.4%	74	3	2.5%	119
70~79	0	0.0%	32	3	5.3%	57	3	3.4%	89
80~	0	0.0%	12	0	0.0%	7	0	0.0%	19
計	4	3.2%	126	9	4.0%	225	13	3.7%	351

B型肝炎virus抗原(HBsAg)の陽性率



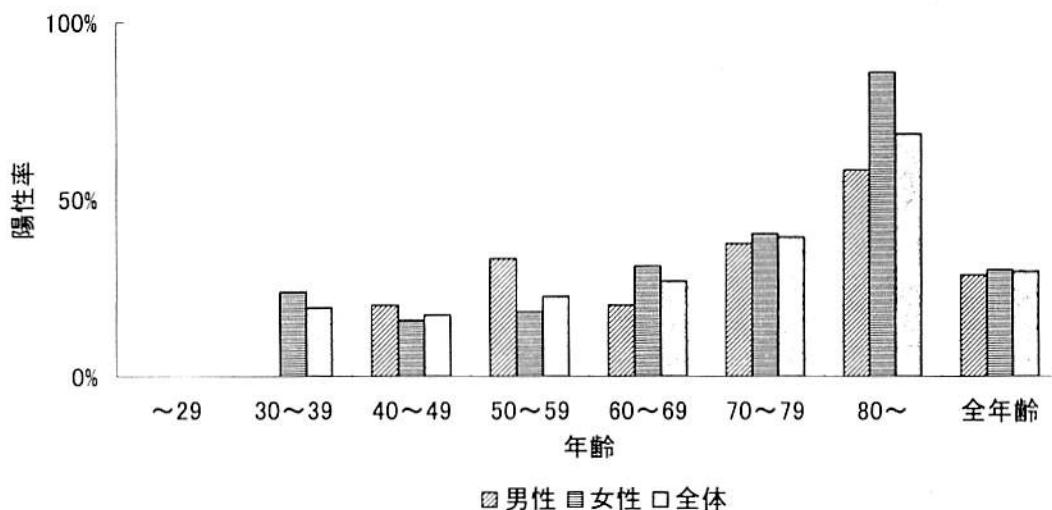
「B型肝炎母子感染防止事業」が始まったのが 1985 年からである。1985 年生まれの人が現在満 17 歳で、検診へ参加した人の最低年齢が 23 歳だから、それらに当てはまる人はいない。

20 歳代以下の男女、30 歳代・40 歳代の男性は全体の数が少ないため、この結果から B 型肝炎ウイルスの感染状況を正確に反映しているとはいえない。

② C型肝炎ウイルス感染

HCV抗体				女性			合計		
	年齢	陽性	割合	全体	陽性	割合	全体	陽性	割合
~29	0	0.0%	4	0	0.0%	3	0	0.0%	7
30~39	0	0.0%	5	5	23.8%	21	5	19.2%	26
40~49	2	20.0%	10	3	15.8%	19	5	17.2%	29
50~59	6	33.3%	18	8	18.2%	44	14	22.6%	62
60~69	9	20.0%	45	23	31.1%	74	32	26.9%	119
70~79	12	37.5%	32	23	40.4%	57	35	39.3%	89
80~	7	58.3%	12	6	85.7%	7	13	68.4%	19
計	36	28.6%	126	68	30.2%	225	104	29.6%	351

C型肝炎virus抗体(HCV Ab)の陽性率



C型肝炎ウイルスのは血液を介して感染するため、その経路として①輸血②注射針③鍼治療用の針による感染の可能性が考えられた。

現在では、輸血に関しては日本赤十字社による1992年のHCV抗体検査の導入によって、輸血からのC型肝炎ウイルス感染はほとんど見られなくなっている。また、注射針や針は使い捨てのものが導入されているためこれらからのC型肝炎ウイルス感染もほとんど発見されない。

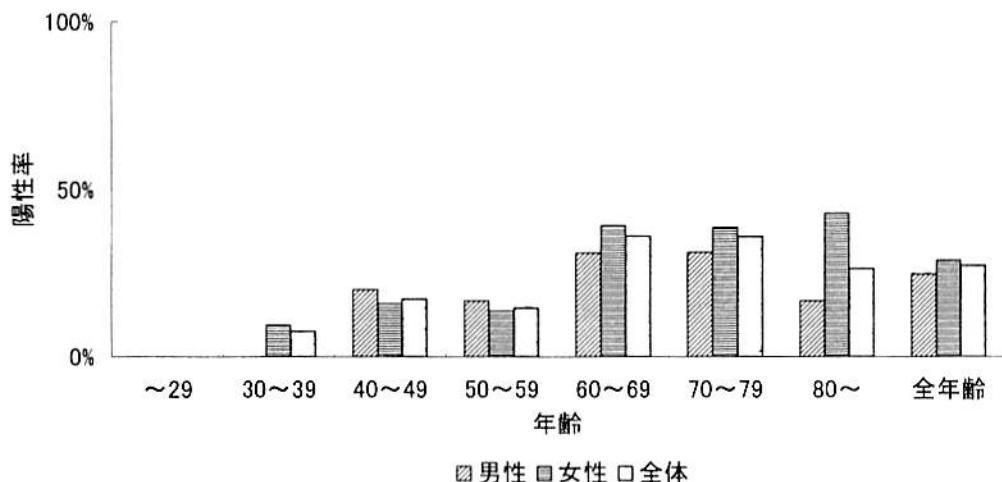
グラフからは、年齢が高くなるにつれてC型肝炎ウイルスの抗体陽性率(感染率)が高くなることがわかる。

③ HTLV-1 感染

HTLV-1 は成人 T 細胞白血病(ATL)の原因となるウイルスである。日本では、九州から沖縄にかけての感染率が高いとされている。このウイルスに感染し carrier となつても、成人 T 細胞白血病を発症するのは年間 0.05%と低率である。また感染から発症までの期間は最低でも 20 年かかるといわれている。

ウイルスは T リンパ球を介して感染するので、感染経路として、経母乳感染と性行為感染(男性→女性のみ)、血液感染がある。母乳を介した母子感染の予防を中心に対策がとられたため、現在では、ほとんど見られなくなっている。

HTLV-1 virus抗体の陽性率



壱岐検診の今後

先ほどの graph を見てもわかるように、C 型肝炎ウイルスはその感染の予防法が確立しているので、これ以上 C 型肝炎ウイルスの感染者数が増えることはない。現に、感染者数のピークは過ぎている。しかし、C 型肝炎ウイルスが原因となる肝細胞癌のピークは 2015 年ごろといわれている。このため、長期的な Follow-up は必要である。

また、総合診療部では、今年から *Helicobacter pylori*(Hp)抗体の測定も開始した。

この菌は、慢性胃炎、胃・十二指腸潰瘍、胃癌、MALT リンパ腫との関係が指摘されている。Hp の感染率は地域によって大きく異なり、発展途上国では 10 歳までに約 70% の人が感染するが、先進国では 10 歳以下の感染率は数% 足らずであり、中高年でも 30%~50% にとどまる。日本では 50 歳代を境に、その年齢以下は 20~30%、その年齢以上は 70~80% という発展途上国と先進国の両方を組み合わせたような形になっている。

検診では、採血による *Helicobacter pylori*(Hp)抗体の測定に加えて、問診によって胃癌や胃潰瘍の家族歴の有無も調査している。この調査は今年から始まったものなので、まだ予備的なものと言えるが、将来的には、他の地域との比較などによって地域の特異性を見出すものとなるであろう。

壱岐班総括

私(倉田)自身、この壱岐班に参加するのが初めてで、しかも班長だったので、何かと班員に迷惑をかけることが多かった。検診の初日には採血で、検診参加者に流血させるという、大失敗をしてし

また。おかげでその後は、検診参加者から「私の血管はわかりにくいくらいベテランの先生に代わってもらつていいよ」といわれる始末であった。

こんなふうに、検診自体は僕にとってある意味ツライ経験になってしまった。しかし、今振り返ってみれば、自信というか、何かつかむ物があったと思う。「百聞は一験にしかず」というのは、大げさかもしれないが、いくら頭でわかっていても、実際に動いてみないとわからないものがあるものである。

最後になりましたが、この壱岐検診でお世話になった総合診療部の柏木先生をはじめとする先生方、郷ノ浦町役場の尾関さんに、そして何よりも検診に参加していただいた郷ノ浦町皆さんに、この場をかりてお礼を申し上げたいと思います。

参考文献・Home Page

壱岐島勢要覧 2000-2001

長崎県壱岐支庁

平成 13 年度 保健所事業概要

長崎県壱岐保健所

STEP 内科②感染症・血液

海馬書房

STEP 内科⑥消化器・膠原病

海馬書房

国立感染研究所 感染症情報センター (IDSC) <http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>

滋賀医科大学附属病院 TOPICS(Vol.14)「ヒロリ菌とその治療」

http://www.shiga-med.ac.jp/hospital/hosp_topics/topicspdf/vol_13.pdf

ホスピス班(旧イギリス班)

<訂正とお詫び>

もともと私たちは、現代ホスピスの原点があるイギリスを訪れる予定でしたが、いろいろな理由でいけませんでした。そこで私たちは、日本国内のホスピスを2ヵ所訪問しました。

活動目的

日本国内のホスピスを訪問し、その現状を現場の方々から学び、考え、報告する。

班員構成

住吉 周作	(九州大学医学部 3年)
チョン ピンフィー	(九州大学医学部 3年)
坪内 和哉	(九州大学医学部 2年)
豊福 千賀	(九州大学医学部 2年)

研修地および日時

8月8日 さくら病院さくらユニット(福岡市)
8月14日 国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟(千葉県柏市)

さくら病院

1:ホスピス hospice または緩和ケア palliative care

ホスピスということばは主にイギリス・アメリカで、緩和ケアはカナダ、フランスで用いられている。

本来、ホスピスとは、病人や老人に対し、寺院や教会、修道院が休息や介護を提供したり、巡礼者など旅の疲れた人たちに水や食物を与えたり、宿泊施設として提供したりした場所を指している。その形が時代によって変化を遂げ、ホテルになり、ホスピタルとなり、現在では、ホスピスとは、緩和ケアを行う場所を指すようになった。WHO の定義によると、緩和ケアとは、「治療を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、精神的・社会的・霊的な問題のケアを優先する。緩和ケアの目標は患者と家族の Quality of Life (QOL)を高めること」である。ホスピスが誕生したのは西欧であり、この概念を発展させたのがマザーテレサであることからもわかるように、ホスピスはキリスト教の色合いがとても濃い。

—日本のホスピスの現状—

1981年 日本初のホスピスが聖隸三方原病院に誕生

1990年 厚生省が「緩和ケア病棟入院科」を設け、国が経済的に援助していくことになった

2002年 8月現在、約100のホスピス

癌で亡くなった方のうち、ホスピスケアを受けたのはわずか2%程度

2:さくらユニット

福岡市城南区にある、さくら病院が持つ緩和ケア施設。現在福岡市にある3つの緩和ケア施設のうち、最初にできたものである。1999年6月設立で、14床を持つ。平成13年度の患者総数は76名で、うち死亡週院が72名、在宅に移ったもの3名、転院1名となっている。平均在院日数は42日。

告知に関しては43名が部分的なものも含めて告知を受け、告知を受けていないものが27名、どちらか分からぬものが6名となっている。

日本のホスピスは宗教色彩に富む施設が多い。しかし、日本人の多くは無宗教者であり、その人たちにとって、ホスピスは行きづらいものであろう。そこで、さくら病院の江頭院長は、宗教と関係なく誰でも入れるホスピスを作りたい、と思い、病院内に緩和ケアユニットを作った。そのため、患者さんは、布教活動をしなければ、さくらユニット内にどんな宗教でも持ち込むことができる。

ここでは、病気を治すための治療は行われない。患者さんの痛みを和らげるケアが行われる。主に末期癌や後天性免疫不全の患者さんが多く、その身体的・精神的苦痛、症状を和らげるために様々な職種のスタッフがチームを組んでケアが行われる(チームアプローチ)。また、看護婦1人あたり患者さん1.5人という高い比率でケアが行われている。また週に1度ほど、ボランティアの人がある。ボランティアのかたを中心に、月に一度ある行事を行っている。ユニットでは、ケアが優先されるのではなく、患者さんにとって1番ベストな状態で家族とともに今をよりすばらしく生きることを大切にしている。

また、患者さんがなるべく自分の家に近い環境で過ごせるような工夫がされている。巡回の時間は一応あるが患者さんが寝てあれば後回しにするし、食事制限もない。希望すれば、外泊も可能である。また、病棟から在宅療養へと継続的ケアも行う。

告知は、本人に病名を認識してもらうことで、ケアをやりやすくし、患者さんが過ごしやすくなるために必要である。しかし、さくら病院では、告知率は50%強と低い。家族の希望で告知をしていない人が多く、病棟内で慎重に行動しなければならないことも多い。そのためか、病室内は家のようにしているが、廊下などは、“普通の病棟の延長”という意識で作られている。ホスピスという雰囲気は極力出さないように心がけてあるようだ。

3:さくらユニットでのケアの様子(3年ピンフィー)

～告知について～

さくらユニットの告知の割合は、緩和ケア病棟にしてはまだ低いものだと思う。日本の医療において、告知するかどうかはすごくデリケートな問題である。告知したらかわいそう、落ち込むかもしれない(自殺?)、などと考えるからであろう。しかし、告知しないほうがずっとかわいそうだと思う。患者に残された時間は限られたものであり、その患者のものであるから、本人が意思決定することが必要なのではないか。告知を受けて落ち込むのは当然である。それを支えていく仲間が必要であるし、そうすれば患者も前向きに生きられるのではないかだろうか。

～在宅ケアについて～

残念だが、在宅ケアを受ける患者はホスピス入院患者よりずっと少ない。日本人の癌死のうち95%が病院死である。慣れ親しんだ家で死を迎えることや、子供が肉親の死のプロセスに参加することもなくなってしまっている。病棟だとやはり施設としての限界もある。緩和ケア病棟の少なさと、自分の家で死にたいという患者の気持ちがあるから、在宅ケアがますます注視されるはずである。

～ボランティアについて～

外国ではボランティアがないと、ほとんどのホスピスが成り立たない。地域の人々が一つのホスピスを支えているのである。日本のホスピスでは、ボランティアはいるのだが、数がまだ少ない。これはホスピスに対する認識とボランティアに対する認識が足りないからではないだろうか。

～医療従事者について～

死に直面した患者のケアを始めると、学んできたことの多くが打ち消されてしまうと感じるという。我々が受ける教育は痛的過程の診断とその治療法についてであって、疾患の治療が目的であった。ホスピスではそのことが目的ではない。患者の反応に対応することが大事なのである。学校で学ばなかつたことばかりである。

看護にあたって、自分も成長しないとよりよい看護が提供できない。また死に直面した患者さん相手であるから、心を豊かに包み込めるように、大変な努力が必要である。

4:さくらユニットを訪れて(2年豊福)

今回のさくらユニット訪問が私のホスピス初訪問であった。ホスピスというと死にすごく近いイメージがあり、少々緊張してユニット内に入った。しかし、入ってみると、さほど“死”は感じなかった。廊下だけ見たら、本当に普通の病棟と変わりはないし、暗い雰囲気も全くなかった。普通の病棟と違うのは、スタッフの人たちがそんなにせかせかしていなかつたことだろうか。ゆったり時が流れているようだった。

スタッフの人たちと話してみると、実際はやっぱり大変なようだった。死をまもなく迎える人のケアというのは、精神的な面での負担も多いようだし、それだけ心が広くなければいけない。スタッフの人は大抵他の病棟で経験を積んだ人が多かつた。たしかに当然かな、と思う。ここでは心を感じ取ることが大事だから、やはり経験がものを言うだろう。

それに、医療従事者としては当然だが、思いやりと優しさを常に持ち続けることが大切だと思う。スタッフの人には、そういう医者になってください、と言われた。当然のことなのだが、学校でテストまみれになっていると、ついついそういうことよりもテストに受かることだけしか考えてなかつたりして、自分のことばかりに気を取られていたことに気づく。思いやりと優しさを常に持ち続けることのテストなんかないが、これが医者にとってすごく大事ですごく難しく、学校では教えてくれないことなのではないか。本当に難しいことだが、心がけていきたいし、忘れていたら取り戻せるようにしたい、と感じた。

今回のホスピス訪問を終え、新たに感じたことがあった。それは次のようなことである。

ホスピスは先進国の医療である。語弊はあるが、生きていくための医療ではない。それに、やっぱりお金がかかる。発展途上国で、薬や包帯に困り、生きるのに必死な人たちにとっては、必要のない医療だ。しかし、ここ日本では医療設備・薬などは充分そろっているし、生きていくのに困ることは滅多にない。その一方、癌の痛みに苦しむ人は多く、高齢化社会で、病院で亡くなる人が多い。ホスピスは日本ではすごく必要な医療なのだ。

世界を見渡すと、何だか大きなギャップというか、アンバランス感や矛盾のようなものを感じてしまう。世界のいたるところには、医療を受けることができず、日本にいたら簡単に治ってしまうような病気で亡くなってしまう人がたくさんいる。その一方で、当然のように健康的に生き続け、充分な医療を受け続け、そして死を迎えるための医療も必要とする人がここ日本にはたくさんいるのだ。わたしたちはここで生まれ、医者になろうとしている。生まれた環境が違った、それでいいのだろうか。

わたしの中の理想には、世界中の人人が基本的な医療を受けることができるようになればいいというのがある。その一方、ホスピスなどの治療が必要だとも思う。今のわたしには、何が一番必要で何が必要でないのか、というのはわからない。それに、わたし自身がどうしたいのかもわからない。

今後、このことはずっとわたしの中に残り、様々なときに復活してくる問題だろう。学生生活や熱研の活動を通して、何かヒントのようなものが見つかれば、と思う。

国立がんセンター東病院緩和ケア病棟(PCU)

1:はじめに

2002年8月14日に、千葉県柏市にある国立がんセンター東病院緩和ケア病棟(Palliative Care Unit = PCU)を訪問見学させていただいた。この報告書では、まず緩和ケア病棟の大まかな説明をしたあとに、特に印象に残ったことについてまとめてみた。

そもそも、なぜ国立がんセンター東病院緩和ケア病棟を訪れようと思ったかというと、「がんの最先端の研究を行っている所に、緩和ケア病棟がある」ということに大変興味をもったからだ。さらに、国立がんセンター東病院は、緩和ケア病棟が国立病院として初めて設置されたということにも興味をもつた。一般的に、最先端の治療と研究を行うがんセンター=「生」、緩和ケア病棟=「死」というイメージでとらえられているこの二者がどういう関係で同じ場所に存在するのか、その答えを知りたかった。

2:緩和ケアとは

緩和ケアの概念をまとめると次の6点に集約される。

- ① 生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして、死に行く過程にも敬意を払う。
- ② 死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない。
- ③ 痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行う。
- ④ 心理面のケアや霊的(spiritual)な面のケアも行う。
- ⑤ 死が訪れるまで、患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる。
- ⑥ 患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる。

(WHO 専門家委員会編:「がんの痛みからの解放と緩和ケア」より)

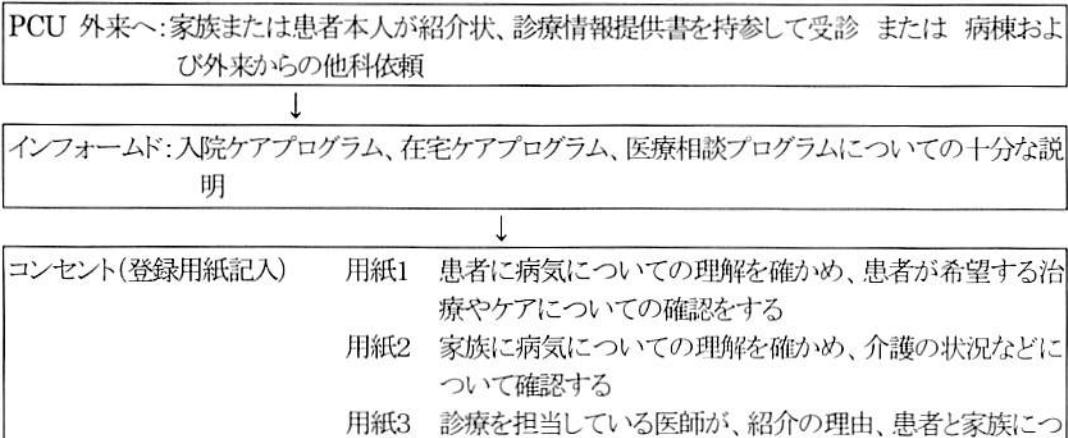
3:緩和ケアプログラムとは

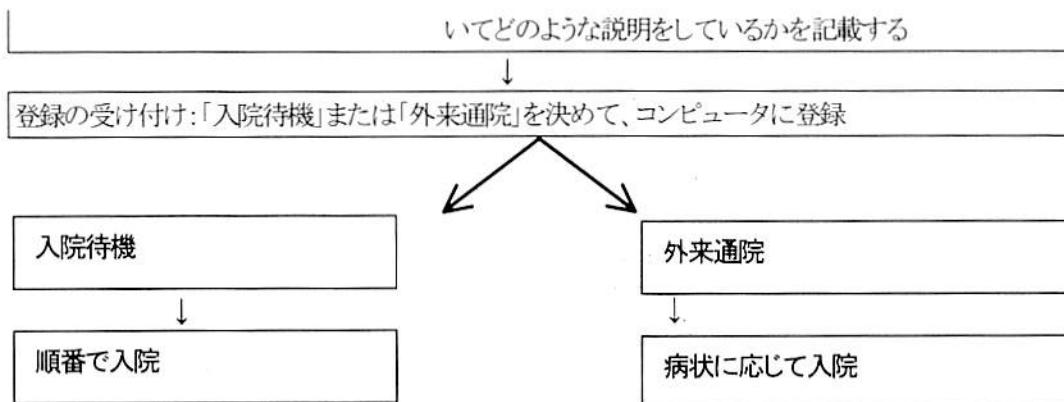
国立がんセンター東病院緩和ケア病棟では、緩和ケアの概念に基づき、緩和ケアプログラムを行っている。それは、次の6つのプログラムからなっている。

- (1) 入院ケアプログラム 痛みをはじめとした諸症状のコントロールのための入院、死亡前の終末期ケアのための入院、介護者の休養のための短期入院

- (2) 在宅ケアプログラム
- ① 緩和ケア病棟外来(緩和ケア病棟の専門外来として「PCU 外来」を設けている。緩和ケア病棟から退院した患者、緩和ケア病棟に登録し、経過観察中の患者の診療を行っている。再来患者は、の診療科との併診も行っている。)② 在宅電話サービス(対象は、PCUから軽快退院した患者患者・家族とPCU外来通院中の患者・家族である。このシステムは、自宅療養中の患者と家族を中心として、病棟、外来、訪問看護ステーションとの相互の緊密な連携をめざしており、医師、プライマリーナース、病棟婦長、訪問看護婦とも連絡をとっている。毎週1回定期的に電話をかける。相談内容は症状や病状の変化に関する相談が4割、入院時期に関する相談、介護についての相談が各2割、心理精神的な問題が1割である。つまり、症状コントロールについて、入院時期について、患者や家族の不安や悩みについての相談が大半を占めている。看護婦や医者がいつまでも関心を持ってみでいてくれており、相談相手になってくれるという患者・家族にとって大きな安心につながっている。) ③ 訪問看護ステーションとの連携(在宅患者を対象とした緩和ケア病棟から直接出かける訪問看護・訪問診療は行われていない。地域の訪問看護ステーションや開業医との連携をとっている。)
- (3) 医療相談プログラム
- 入院相談、緩和ケアに関する情報提供、患者と家族へのカウンセリング(相談プログラムは、カウンセラーが担当し、相談を受けている。相談者は八割以上が家族で、特に妻と娘からの相談が半数を占める。本人からは6%と少ない。相談内容は「PCU への入院について」が半数を超えていている。)
- (4) 共同研究プログラム
- がんセンター内の診療研究グループと共同研究
- (5) ボランティアプログラム
- PCU へのボランティアの採用と訓練、活動の企画と調整
- (6) 教育研修プログラム
- 病院内外の研修生の受け入れ、研修カリキュラムの作成、講習会の企画と開催

4: 緩和ケア病棟への登録の手順





5: 施設とスタッフ

PCUは個室23床(一般個室11床、特別個室[有料]12床)、2床室2床の計25床で構成されている。サンルーム、デイルーム、台所、家族休憩室などの設備が備えられており、厚生省の緩和ケア病棟認可基準を満たしている。各個室にはシャワー、トイレ、収納庫があり、各病室ウイングには、談話コーナーがある。前庭が整備され、池や遊歩道があり、自然環境にも配慮している。

PCUスタッフは医師常勤病棟医1名、非常勤病棟医1名で、その他に必要に応じて病院の各診療グループの医師が担当医として加わっている。看護婦は、婦長を含め20名である。そのほか、臨床心理士、栄養士、薬剤師、理学療法士に加えてボランティアがチームに加わっている。

6: 医師の体制について

専任医師は、病棟医長1名である。専任医師の役割は、症状コントロールを徹底することと家族に療養にあたって病状説明や指導を行うことである。専任医師だけでは、病棟業務をカバーすることは困難であり、必要に応じて病院内の各診療グループの医師が協力している。その場合、病棟医が主となり各診療グループの医師が専門分野の診療を担当する。そして、病棟医はプライマリーナースと連携をとり、チームの一員として役割を果たすことが重要である。医師と看護婦の立場は対等である。

7: 看護体制について

看護を進めていくことの中心は看護婦である。医師とは違い、ケア中心で、治療でない非薬物的介入が多いからである。看護婦が中心であるのは当然であるが、PCUでは特に治療というより痛みのコントロールを行うところであるから看護婦の働きが重要になってくる。医師と対等な立場で行っている。その看護体制はプライマリーナーシングとチームナーシングの併用である。一人の患者にプライマリーナースとサブ・プライマリーナースを決め、患者が入退院を繰り返した場合でも、入院から死亡まで同じ看護婦が受け持つ。そして、病棟をAとBチームに分けてプライマリーナーシングとチームナーシングを組み合わせて行っている。

日勤では、原則としてプライマリーナースまたはサブ・プライマリーナースが勤務の時は受け持ち患者のケアにあたる。夜勤は準夜勤3名、深夜勤2名で、同じチームの看護婦がケアにあたる。

プライマリーナースになるために次のような教育を行っている。病棟に配置されてすぐプライマリーナースとして患者を受け持つことは不可能である。患者の問題点がわかり、自分で判断できるように、約1年間の教育のあと、プライマリーナースとして患者を受け持つ。そのトレーニングのプログラムは、まず初めの3ヶ月は自分の受け持ち患者をもたない。次の6ヶ月間は、サブ・プライマリーナースとして患者を受け持ち、プライマリーナースの指導を受ける。その後6ヶ月間は、先輩の指導を受けながら、プライマリーナースとして患者を受け持ち、次第に自立していくという方法をとっている。

8: その他の職種の体制について

医師、看護婦以外の職種として、カウンセラー、薬剤師、栄養士、理学療法士が日常的にチームに加わっている。カウンセラーは、カウンセリングと電話相談などの相談窓口として、薬剤師は複葉指導、薬剤に関する相談窓口として、栄養士は食事指導、食事に関する相談窓口として、理学療法士は機能回復のための指導、器具や日常動作の指導の相談などに関わっている。

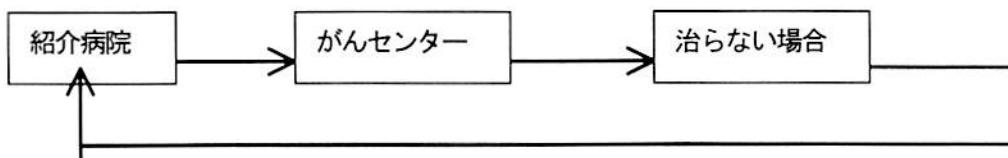
9: トピック「緩和ケアチーム」

緩和ケアの医療システムは、次の4つに分けられる。

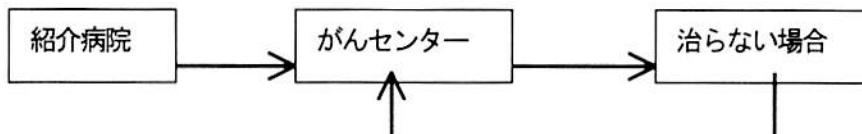
- | | |
|----------------------|---|
| ① 独立型(施設としての「ホスピス」) | 病院などの医療施設から独立して建てられた入所施設(不足) |
| ② 病院型(「緩和ケア病棟」) | 病院に付設して作られた病棟あるいは入所施設(不足) |
| ③ チーム型(「緩和ケアチーム」) | 病院のスタッフで緩和ケアを専門にする医療チームが構成され、病院内の各病室に出向いて病棟スタッフのケアに対する補完的な役割を果たすチーム |
| ④ 在宅型(「在宅ホスピスケアチーム」) | 医療施設から離れて、地域で患者とその家族に緩和ケアを提供するチーム |

今回特に印象に残ったのは、iii チーム型(「緩和ケアチーム」)だ。この話をする前に、がん患者が、治らないということになった場合どのような選択肢があるかについて、国立がんセンターを例にとって図示しておく。

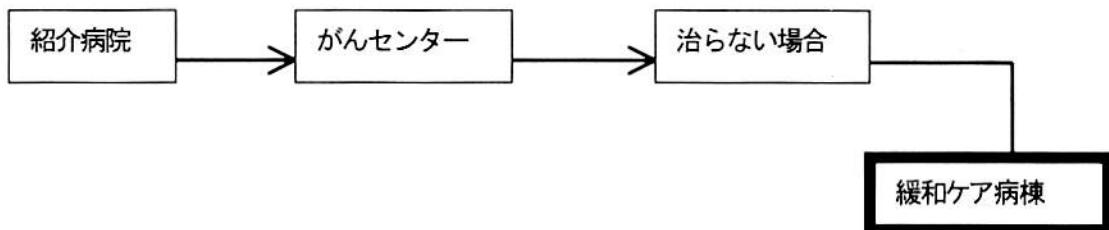
- ①「原則として、紹介病院へ戻る」—この場合、戻った紹介病院が、緩和ケアをしっかりと行う病院であれば問題ないが、緩和ケアがしっかりとしていない場合、最低限の痛みのコントロールしてもらえないか、痛みのコントロールに失敗してしまうことがある。(問題1)



②「がんセンターの担当医のもとに居続ける」—さまざまな理由で紹介病院に戻れない人や、戻りたくない人(がんセンターで、治らないといわれても最後まで治療をしてほしいと思っている人)ーこの場合、がんセンターの担当医といえども緩和ケアの専門家ではないので、最低限の痛みのコントロールしかしてもらえないか、痛みのコントロールに失敗してしまうことがある。(問題2)



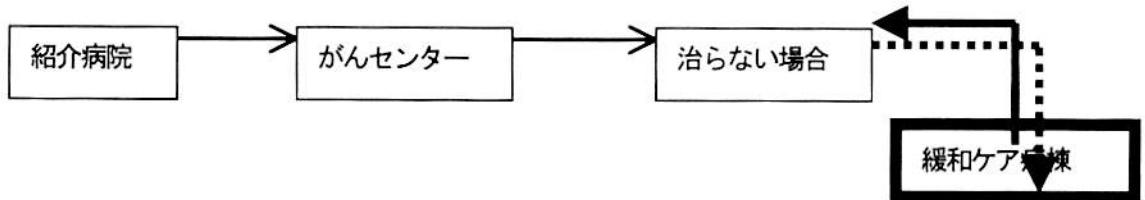
③「希望がある場合、緩和ケア病棟に入る」—この場合、緩和ケアの専門家に痛みのコントロールをしてもらえるので、問題はほとんどない。



以上のような選択肢がある。③は問題ないが、①は(問題1)、②は(問題2)を解決しないと、患者のかたが、肉体的、精神的痛みに苦しむことになる。そこでこれらの解決策として、iii チーム型(「緩和ケアチーム」)がある。先ほど述べたように、これは、病院のスタッフで緩和ケアを専門にする医療チームが構成され、病院内の各病室に出向いて病棟スタッフのケアに対する補完的な役割を果たすチームのことである。

①の(問題1)の場合、緩和ケアチームをゼロから作り上げなければならない。大きな病院ならば可能かもしれないが、小さな病院だと、チームのスタッフの数自体が少ない。そういう場合は、チームを作ることが不可能だから、担当医師が、緩和ケアの勉強をしっかりと行って技術を身につける必要がある。(こんなことを言うならば、がんの治療に関わるすべての医師に緩和ケアの技術の習得を義務付けさせたら、緩和ケア病棟も、緩和ケアチームも必要ないということになるが、どういうわけか、そのような義務化の動きは無いそうだ。がんの治療だけで忙しくて、緩和ケアのことまで手が回らないということなのか、他の理由があるのかわからないが、結局、日本では、緩和ケアが軽視されていると思えてしまう。)

②の(問題2)の場合、すでにがんセンターに緩和ケア病棟が付設してあるので緩和ケアチームをここから派遣すれば良いということになる。つまり、下図のようになり、今までがんセンターから緩和ケア病棟の方向への一方通行だと思われていたのが、逆に、緩和ケア病棟からがんセンターの方向の通行も考えられるということである。



10: おわりに

看護婦も病棟医も専門性をつくる方向へ進んでいくと思う。今後癌患者の数も増えていくはずなので緩和ケアの医師・看護婦の必要性が高くなると思う。患者の要求もとまることなく高くなると思う。病院・医師・看護婦はそれに答えなくてはいけない。高い要求をみたすためにもその道のスペシャリストを生み出す専門性が必要だと思った。また、在宅医療のケースも増えると思うので、病院・緩和ケア・地域医療間の連絡をスムーズに行われるようになるだろう。

見学をして看護婦が医師と同等であるというのに一番驚いた。患者に接する時間の一番長いのは看護婦であり、痛みのコントロールをするのも看護婦であるのだから当然であった。看護婦は医師の決定した治療を行うという印象が強かった。治療ではなく痛みのコントロールを行うこの病院のあり方をあらためて感じた。また、患者一人一人に専任の看護婦を決めているプライマリーナーシングはよいと思った。毎日接することでわかるわずかな変化に対応できるし、人間関係の確立にもよい影響があると感じた。まだまだ発展していく医療分野であるが、患者にとってよい方向に進んでほしい。

「死ぬまでが医療だと考えます。」と、がんセンター緩和ケア病棟長の先生がおっしゃった。私は、この一言で、「最先端の治療と研究を行うがんセンター=「生」、緩和ケア病棟=「死」というイメージでどちられているこの二者がどういう関係で同じ場所に存在するのか」という疑問に対する答えを見つけた。その答えは、「自然な関係、あたりまえの関係」だ。なぜなら、結果的には、緩和ケア病棟=「死」ということになるが、痛みのコントロールも非常に大切な医療であり、QOL を保つという点で、「生」を含んでいるからだ。国立がんセンターでは、最先端治療の研究と同等のレベルで、緩和ケア病棟における痛みのコントロールを医療行為として深く研究をされていることに感動した。

病棟で、癌の治療を行って、それでも治らないということであきらめ、そのあとのことには熱心にならないという医師は、医師として失格だと思う。痛みのコントロールの勉強をしっかりと自分で最後まで見届けたり、ホスピスを紹介したり、緩和ケア病棟に頼んだり、緩和ケアチームに頼んだりすることが大切だ。

そのためには、医師の痛みのコントロールの勉強の義務化、ホスピスや緩和ケア病棟の増加、緩和ケアチームの議論開始と創設推進などが今後必要になってゆくだろう。特に、ホスピスや緩和ケア病棟に入るのは嫌で、治療をあきらめたくはないから担当医師のもとを離れたくないという多くの患者のためには、医師の痛みのコントロールの勉強の義務化や緩和ケアチームの創設が重要だ。患者が、トピックあげた選択肢のいずれを選んでも、精神的、肉体的な痛みのコントロールをしっかり行ってもらえるという安心感を少しでももてるという医療環境が望ましい。

沖縄班

活動目的

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

班員構成

森 桂 (九州大学医学部 5 年)

高嶋 秀一郎 (九州大学医学部 5 年)

研修予定地

久米島 美崎診療所(宇江原総健 先生)

<お詫び>

夏の活動に向け美崎診療所と連絡をとりながら準備しておりましたが、久米島の医介輔でいらっしゃる宇江原総健先生が7月頃体調を崩されました。しばらくご様子をうかがっておりましたが、先生のご体調を考えあわせ、最終的に熱研としての訪問は遠慮させていただきました。現在も先生は沖縄本島の病院で療養され、美崎診療所では御家族がかかりつけの患者さんへの処方や、最近設立された公立久米島病院をはじめとした他の病院への紹介をなさっているそうです。

戦後 126 人が医介輔となり、その後の沖縄医療の一端を担ってきた、その方々の軌跡をこうして 50 年たって少しでもなぞらえることができればと思い準備しておりました。沖縄で現在診療されている医介輔は、北城 1 人、黒島 1 人とお聞きしております。今では、琉球大学医学部や自治医科大学、中部病院など沖縄をとりまく医療体制も大きく変わりました。人々の善意とそれにもとづく努力によって成り立つ社会の形として、医介輔やその後の沖縄医療に触れることができ、沖縄班としての活動は今回見送ることになりましたが、美崎診療所の先生・御家族の方々をはじめ、OB の先生方、部員の方々には大変お世話になりました。予定していたご報告ができず心からお詫びしますとともに、皆様方に深く謝意を表しいたします。

沖縄の医介輔・医師養成の変遷

	戦前 本土、満州、朝鮮、 台湾の大学・専門学校で医師養成 県内医師数 163 人
1945	終戦時の県内医師数 64 人(人口 10 万対 13 人)
	医師助手・医官輔(医介輔の前身)
1951	介輔制度開始(医介輔 126 人登録) 契約学生制度 琉球大学開学(1950) 琉球公費学生制度 国費学生制度 保健学部設置(1968) 本土医師派遣制度
1971	介輔制度の存続決定
1972	沖縄本土復帰
1979	医学部設置
1987	1期生卒業
1996	医介輔 11 人 県内医師数 2189 人 (人口 10 万対 170.6 人) 全国医師数 240,908 人 (人口 10 万対 191.4 人)

終戦直後、極端に疲弊した医療体制に対し、当時沖縄を統治したアメリカ軍政府は医師でない者にも医業を特例で認めた。戦時中の衛生兵、医師の手伝いをしていた者、医学校中退者など医療の経験を有する者に「医師助手」という資格を与え、医療に従事させた。この医師助手(Assistant Doctor)が、後の医介輔となり介輔制度をなしている。並行して医療者育成のため、アメリカや日本からの資金により、本土への留学制度や医学部設置、医師派遣、公衆衛生看護婦の養成などが行われてきた。

医介輔は沖縄返還後もその身分が保障され、僻地・地域医療に従事している。独自に研修を積みながら、地域によってマラリア撲滅や離島の1次医療の要として活躍してきた。

Assistant Doctorは国外でも見ることができる。多くは医介輔のように僻地での一次医療、公衆衛生、母子保健、産業保健、臨床検査等、各分野で役割を担っていた。また、医介輔を含めた沖縄の保健人材確保の経験を、国際協力の場での実践に結びつける研究をされている先生もいらっしゃる。戦後沖縄のプロセスが日本のもつ知恵として、今後国内・国外へ活かされるのではないかと期待している。

第37期決算(2001.12~2002.11)

決算

協賛諸機関

九州大学医学部同窓会

九州大学学生後援会

九州電力

ご支援して下さった先生方

(敬称略・順不同)

澤江 義郎	荒瀬 高一	小山 貴子
多田 功	高松 純	堤 千佳子
吉村 健清	野尻 五千穂	平橋 美奈子
渡辺 喜一郎	松尾 圭介	塚本 伸章
川野 信之	山野 龍文	原田 昇
木戸 靖彦	黒木 俊秀	山崎 章生
福重 淳一郎	矢野 篤次郎	長谷川 学
朝隈 真一郎	棚橋 信介	野田 龍也
岩城 篤	田中 耕司	柳田 諭
秦 恒彦	森山 耕成	岩佐 勉
信友 浩一	宮房 成一	永田 智美
稻葉 頌一	宇都宮 尚	樋口 香苗
江頭 啓介	久保田 晃	外間 政朗
安藤 文英	山本 宙	吉田 翼
松井 敏幸	井手 康人	吉田 昌義
北野 正剛	横尾 博志	
下村 学	梶畑 俊雄	

OB の先生方より

報告会に参加してくださった先生方より、コメントを頂いて掲載してみようと試みてみました。今年はあまり集まらずに残念でしたが、こういった工夫が続いているればおもしろいのではないかと思います。

～矢野篤次郎先生（中津市民病院）～

十数年ぶりに熱研の結団式、総会に顔を出しました。びっくりしました！今時の医学部生です。アンビリーバボーの部員数、熱心な討議。私が総務をしていた頃は（おそらくそれ以前もそうであったでしょうが）、自ら計画実行していたのは総務+aでした。今は部員一人一人が「総務がごとき活動をしているのです。私の自論ですが、やはりヒト（医学生）は「進化」していることを確信しました。そして、そんな彼らや彼女らが離島医療を支える医師達に感動を覚える姿に、「進化」しても考え方には距離はないと共感しました。一生懸命やってきたはずのわれわれ先達の医療者がややもすると腰が引け気味の最近の医療事情の中でもっと自信と誇りを持たないと、優秀な彼らや彼女らのプロとしての夢を開かせることは出来ないとあらためて感じました。

最後に、熱研の部員のみなさんへ。熱研の総会や報告書だけでの報告では勿体ない程の活動内容です。是非、来年の中津サマースクールに参加して学生パワーも披露して下さい。