

寄稿

世界医療情勢の今

大津 聡子¹

皆さん、こんにちは。大津と申します。日本赤十字社和歌山医療センター感染症内科部、国際感染症事業部、そして現在は WHO（世界保健機関）ベトナム事務所で働いています。今回は本当にこのような貴重な素晴らしい機会にお招きいただき、大変緊張しております。

昨日、ハノイから羽田空港に着き、今日名古屋経由でこちらに来たのですが、日本は空気がきれいだと思います。豊田市も、水田がきれいで緑は美しく、それに今日は素晴らしい気候です。本当に日本っていいなあと実感しています。そして、このような機会に呼んでいただいたことに、大変感謝しています。実行委員の方、本当にお疲れさまでした。

今日の話は、「世界医療情勢の今」です。世界の医療情勢について、私が赤十字や WHO で行ってきた活動を紹介しながら、国際医療・国際保健について皆さんと一緒に考える機会になればと思い、スライドを作りました。質問がありましたら、気兼ねなくしていただければと思います。では、講演を始めさせていただきます。

一番初めに、こうしてお話しする機会を頂いたきっかけです。皆さんも覚えていらっしゃるかもしれませんが、2004 年に大変大きな津波がインドネシア沖のアチェ地方を襲いました。そのとき日本赤十字社は、エマージェンシー・レスポンス・ユニット（Emergency Response Unit：ERU）という緊急用資材を直ちに送りました。これがそのテントで、私はチームリーダーとして派遣されました（写真 1）。そのときに一緒に活動させていただいたのが、こちらの大学の長尾先生です。とてもバイタリティーあふれる人で、私も大変



写真 1

勉強させていただきました。今日は長尾先生に再会できて、とてもうれしく思います。

このときの派遣チームは、本当に一丸となって医療に取り組んだと思います。私は 2001 年から日本赤十字社の国際救援に関わっているのですが、このアチェ地震の ERU の活動というのが、私の中の大きな区切りになったと思っています。

日本と海外とのつながり

これから本題に入ります。今日はなるべく対話的な講義を心掛け、私から皆さんへ質問をさせていただきます。皆さん、海外に行ったことがある方は手を挙げていただけますか。すごい、ほとんど全員ですね。1 年間に日本から海外に行く人は何人ぐらいかという、約 1621 万人です。多いと思いますか？それとも少ないと思いますか？比較対象がなければ、大きい小さいかというのは、わからないですよね。

私が働いている和歌山県についてみますと、人口 100 万人以下の県です。和歌山市が県庁所在地です

¹ 日本赤十字社和歌山医療センター・世界保健機関ベトナム事務所

が、人口は約 39 万人です。名古屋市は約 230 万人で、和歌山県よりとても多いです。豊田市は 42 万 5000 人で、和歌山市よりとても大きい。(そうか、私はいま都会に来ているのですね。)それで、和歌山県の人、どのぐらい海外に行くかという、2014 年に年間 7 万 8000 人で、13 人に 1 人になります。それに対して愛知県はというと、人口は何と 745 万人強です。では、愛知県では、何人に 1 人が海外に行っているでしょう。これは 2014 年のデータですが、出国者数は 110 万人で、およそ 8 人に 1 人です。何が言いたいかというと、本当にたくさんの方が日本から海外に行っており、海外は決して遠い所ではないということです。

では次の質問です。日本からどの国に行ったでしょう。皆さんは、どこに行かれたことがあるでしょうか。ヨーロッパ、オーストラリア、ハワイといった所でしょうか。統計を見ると、やはりアメリカが 1 位で、それから韓国、中国です。その他にも、いろんな所へ行っています。アフリカやバブアニューギニアのような、あまり聞いたことがないような国にも行くことができる時代になりました。渡航者が増えれば、それだけ渡航の目的、または渡航先は多様になります。本当に多様化が進んでいると思います。

感染症について

海外渡航と感染症

皆さんは、海外に行ったことがあるとおっしゃいました。では、次の質問。行った先の国で、どんな感染症が問題になるか考え、対策をしたことがある人はいますか。対策をした方は、手を挙げてください。あれ?長尾先生しか手を挙げてくれませんでした。

そうなのです。皆さんこれだけ海外へ行くのですが、行った先の感染症のリスクを考えているという人はあまりいないですね。私は、何回か講演させていただいていますが、そのたびに同じ質問をして、「感染症について」と言うと、誰もがシーンとしてそのまますーっと寝るという感じです。ただ今日は、皆さんに知っていただきたいことがあります。

発展途上国に 1 カ月滞在すると、どのぐらいの人が病気になるかというデータです。100 人中、50～60 人は何かの健康問題を抱え、20～30 人は何かの病気にかかる。そして、100 人中 8 人ぐらいが医療機関を

受診し、それから 0.3 人は入院する。そして、亡くなる方が 0.01 人です。

次に、渡航者がかかる感染症で、どのような病気が多いかという、一番多いのは Travelers' diarrhea、渡航者下痢症ですね。皆さんの中に、海外に行って下痢になった方いらっしゃるかもしれません。大体 20～40%の人が渡航者下痢症にかかる。次に多いのが、1～2%の人が、マラリアとかインフルエンザ、デング熱という、ちょっと聞き慣れているような、いないような名前の病気にかかります。

デング熱について

ところで皆さん、デング熱のことを知っている方、手を挙げて教えていただけますか。あら?病気のことを知っているかと質問しても、答えにくいですね。デング熱について、ぜひこの場をお借りして皆さんに少し情報提供させていただきたい。

デング熱は、蚊に刺されることでデングウイルスに感染してしまう病気です。デングウイルスを媒介する蚊は 2 種類あり、一つはネッタイシマカ、もう一つはヒトスジシマカです。

デング熱の主症状は、まず発熱、目の奥が痛くなる頭痛、全身倦怠感、あとは真っ赤になる発疹です。ウイルス疾患には抗生剤は効きませんので、そのため自然経過に任せて、対症療法がメインになります。約 2 週間多くの方が回復しますが、重症例になると血小板が低下したり、死にいたる場合があります。

世界のどこで流布しているかですが、これは世界地図(厚生労働省検疫所, 2016)で、ここの辺りですね(図 1)。ここら辺に行かれたことがある人いますか。タイ、シンガポール、マレーシアなど日本人がたくさん行く国に、デング熱が多いです。日本人の方が海外に行って、デング熱にかかったという数は年々増えています。

もう少しデング熱について詳しく知りましょう。質問です。「デング熱は、森や林、ジャングル、田舎で感染すると思いますか」、「日本国内でデング熱が流行したことがあると思いますか」、「日本国内にデング熱を媒介する蚊はいないと思いますか」です。

答えです。この蚊は「シティーボーイ」で、都会が好きで森林にはあまり住みません。ネッタイシマカ、ヒトスジシマカは、人間がたくさんいるような環

デング熱のリスクのある国

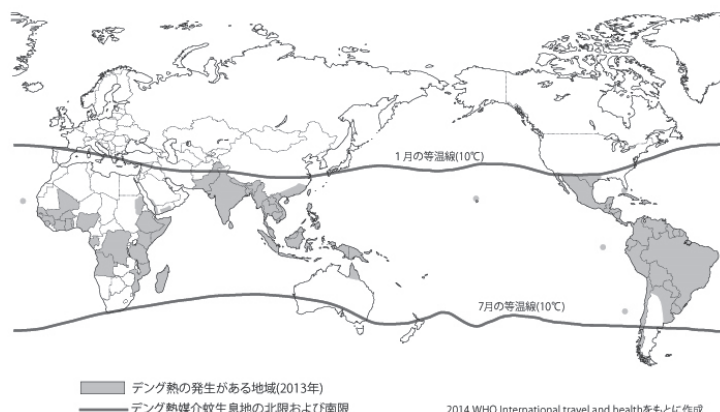


図 1

境で、水が少しでもあるところで増えます。デング熱は、蚊がウイルスを保菌しており、それがヒトに感染する。そしてその人の血を別の蚊が吸って保菌をして、次に別な人を刺した時にウイルスを感染させるというわけです。だから、人と蚊が多い所のほうが、デング熱ウイルスは効率良く増えて広がるわけです。ウイルスも、効率よく増えるように進化しています。デング熱は田舎のジャングルに発生する病気ではなく、シンガポールとか、マレーシアの中でもクアラルンプールとか、私が住むベトナムの中ではホーチミンとかハノイといった、大きな街で発生することが多いです。

それから、デング熱が日本で流行したことがあるか。これは2～3年前に東京の代々木公園で、70年ぶりに発生しました。デング熱は新しい病気と思う方もいらっしゃいますが、戦後日本でも多く発生していました。それが、何らかのきっかけで消えて、70年間ずっと発生しなかったのですが、2～3年前に東京を中心にしてアウトブレイクが起きました。決して新しい病気ではありません。

最後、デング熱を媒介する蚊ですが、日本にいます。皆さん、この写真の蚊を見たことありますね。日本でよく見るヒトスジシマカです。今は温暖化が進んでいて、ヒトスジシマカが発生する地域がどんどん拡張しています。2002年まで、青森にはヒトスジシマカはいないと言われていたのですが、2010年に青森で確認されました。デング熱ウイルスを媒介する蚊は、北海道以外日本中どこにでもいるということです。デング熱の流行は、決して他の国の出来事という

わけではないのです。

はしか（麻疹）について

もう一つだけ、ぜひ伝えたい疾患があります。はしか（麻疹）です。はしかって皆さん知っていると思いますが、それでは患者さんを見たことありますか？また、自分がかかったり、周りの方がかかったと聞いたことがありますか？

皆さんは、実は小さい頃に麻疹ワクチンを接種しています。そのため日本では、はしかを発症する患者さんは少なく、はしかは、日本では何だか遠い昔の病気みたいなイメージがあるかもしれません。しかし、ベトナムではそうではありません。この写真は2014年にはしかのアウトブレイクがおきたときのハノイの小児病院のICUです（写真2）。はしかの患者さんで満床です。それでICUを100床まで増やしました。

これがはしかの子どもたちの写真です。こういう目が腫れぼったいような感じで。赤い発疹が出るというよりは、初めはこんな感じで発赤が表れます。重症になると、肺炎とか脳炎を起こして亡くなる場合もあり、特に小さい赤ちゃんの場合は死亡率が高いです。

はしかの患者さんの90%以上は、麻疹ワクチンを接種してない人で、そして最近では1歳以下の赤ちゃんがかかることが多いのです。生まれてすぐの赤ちゃんに、麻疹ワクチンを接種することはできません。接種するのは、最も早くても生後6カ月以降なのです。赤ちゃんは、普通はお母さんから引き継がれた抗体によって、はしかを防ぐことができるのですが、しかし今の若いお母さんの中にはワクチンをしていなかった



写真 2

り抗体がない人がいて、そうした場合赤ちゃんははしかの感染を防ぐことができないのです。

感染症は、接触しないと伝染しません。1歳以下の乳児は家族以外の人との接触が多いわけではなく、そのような赤ちゃんが発症するという事は、家族の中の誰かがはしかにかかっているということです。

はしかは、アジア地域において、2020年までに無くなる事が目標とされている疾患ですが、今もまだアウトブレイクが起きています。中国でも散発的に発生しますし、ベトナムやフィリピンでも発生しています。乳幼児の死亡率が非常に高い疾患として、はしかが問題になっています。

日本でも発生しています。これは、非常に有名な感染症内科の医師のブログですが、「え？ また麻疹が流行？」とあります（青木, 2016）。これは日本のことです。ニュースで聞いたかもしれませんが、去年、関西空港を中心として麻疹が流行しました。感染症って、私にはあまり関係ないと思っている方がいるかもしれませんが、実はまだまだ目の前にある脅威だということなのです。

感染症対策の要点

1960年代、世界中で公衆衛生が随分向上しました。ワクチンもでき、治療薬もできて、感染症自体が世界からなくなってしまうと言われていました。そのため、私が専門としている感染症内科というのは、もうほとんど必要ないと言われた時代がありました。ところが、感染症は終わりじゃなかった。皆さんも聞いたことがあるかと思いますが、今もたくさんの方が感染症

で困っていらっしゃいます。最近の問題は、抗菌薬が効かない耐性菌による感染症です。このために、今また感染症はすごく注目される分野になりつつあります。

それでは、感染症の発生に影響する要素は何かというと、一つはヒトの移動。それも大量の人の移動で、これが感染症のアウトブレイクに影響を与えます。他にも、動物の種を越えたヒトへの拡大とか、あと耐性菌の出現など様々な要素がありますが、何と言っても重要なのは、大量の人の移動です。

今、どのぐらいの飛行機が飛んでいるか。このホームページの地図（Flightradar24）を見るとわかります。この黄色が飛行機ですが、たくさん飛んでいて、国の地図が見えないほどですね。このぐらいたくさんの飛行機が飛んでいるのです。では、世界中で今この瞬間に何人がいま空を飛んでいると思いますか。答えは、約30万人だそうです。世界中で、和歌山市の人口と同じ数の人が飛行機に乗っていることになります。そのくらい、人の移動は大量なのです。人が移動すれば、どうしたってその人がかかっている感染症も移動しますよね。感染症が広がる原因の一つに人の移動が挙げられ、感染症対策は一つの国だけで行うのではなくは、世界的な協力体制が必要です。

また、感染症は、伝染する、広がる病気です。そのために正しく理解しないと、不安をおおってしまいます。知らないと不安になります。そして不安というのは往々にして差別につながります。

私は、南部アフリカで2002年からHIV/AIDSの活動に関わってきましたが、2002年当時現地の人の認識は、エイズはイコール怖い、イコール死でした。人々にそれ以上の知識がないので、村の中にひどい差別が生まれました。村の中で起こってしまった分断を、どういうふうに和解させていくのか。それはやはり、時間をかけてきちんとした正しい知識を理解していただき、その上でお互いに理解し合うことです。これしか、方法はなかったと思います。

私は、国際的な感染症対策に興味を持ったことが、今の仕事につながっているのでまず感染症の話をしました。

海外で医療活動をする団体・機関

ここからは、海外での医療活動について話をさせていただきます。皆さんは、海外で医療職が働くことに、どんなイメージを持たれていらっしゃいますか。

今は、いろいろな団体が世界各国で医療活動を行っています。例えば、ジャパンハートという NGO があります。日本をベースとして、非常に活発に海外における医療活動を行います。それから、国境なき医師団 (MSF) という団体名も聞いたことがあるかと思えます。NGO は、現場に行き、現地の人たちと手を取って活動していくのが特徴です。

私が勤めている、国連機関の WHO (世界保健機関) も保健医療の分野で活動を行っています。ちょっと蛇足ですけども、4 日前 (2017 年 5 月 23 日) に、WHO の前事務総長のマーガレット・チャンという方の 8 年の任期終了に伴い、新しい事務総長が選ばれました。エチオピア出身のテドロスという方です。今週は WHO に、非常に大きなイベントがあった週になります。ともあれ、海外で医療活動をする機関に国連があります。

あと、もちろん私たちが所属する日本赤十字社も、医療の面で世界に大きな貢献をしている団体の一つだと思います。日本赤十字社は、「せいかつを支える」「いのちを救う」「ひとを育む」という、この三つを活動領域としているという点で、非常にユニークな団体だと思います。皆さんも、インターネットなどで、日本赤十字社が緊急援助を行っている写真を見たことがありませんか。

この他にもあります。一つは国の政府・行政機関です。このように言うと、少し言葉が過ぎるかもしれませんが、私がアジアのどこで働いていても、日本の援助はみんなから非常に感謝されます。日本は、他国の開発支援または技術支援などの国際貢献を積み重ねてきており、それによってアジア地域における存在感を増していると思います。

NGO、国連、赤十字、国の政府・行政機関ときて、それからさらにもう一つ、私はこの頃、大学というのも、医療活動に貢献している団体であると感じています。最近では、日本の大学と他国の大学との協力がとても進んでいます。特に研究分野においては、非常に大きな国際医療活動の一つとなっています。

さまざまな国際医療活動のかたち

救援活動

また、国際医療活動は大きく分けると、三つの段階があるように思います。

一つは救援活動。これは皆さんの注目をもっとも浴びやすい分野ですね。地震や津波があると、すぐに発動し、必要な緊急支援や緊急医療を行います。日本赤十字社はこの分野に強く、相手国からの依頼があればすぐに海外の赤十字社と協力して要員を送って、エマージェンシー・レスポンス・ユニットを建てて診療を行います。

これは、2016 年のジョグジャカルタの大地震の時です。私は、地震発生間もないときに現地に入り、テントを建てて診療するという、貴重な機会を経験しました。地震の際の緊急支援・緊急医療は、本当に発災後 3 日間が勝負で、いかに早く活動を始められるかが重要になります。私が行ったときも、まだ緊急の状況であり、たくさんの患者さんが運ばれてきました。

私たちは、そこで約 1 カ月間活動しました。緊急医療って、初めはすごくたくさんの医療機関が来てくれたけど、その多くが 2 週間ですぐなくなります。この地震のときも、1 カ月後には私たちのテントしか残っていませんでした。そうすると、現地の人はその後もその場にずっと残っていますから、今後の診療をどうするのかという問題が生じます。赤十字はそうした状況にも対応するために、2 週間とかそういう短い期間ではなく、3 カ月を目途に緊急支援を行っています。

そうすると、発災直後に他の医療チームで治療を受けたけど、その後また具合が悪くなったという患者さんが来ることがあります。この患者さんもそういう方でした。地震で足をけがをしたのですが、ある緊急医療チームが治療して傷口を縫ってくれました。ただ、その後そのままにしておいたら、足が痛くなってきたということでした。ただ、治療をしてくれた医療チームはもう撤退していたので、それで赤十字のテントに來られました。

その患部を診たら、創部は完全に化膿していました。そのため、縫ったところを外して、洗浄してきれいな傷口にします。ただ、1 回化膿してしまうともう一度縫い直すというのはすごく難しく、また新たな感

染を起こしてしまう可能性があります。なので、傷はもう開いたままにして、この人の家が私たちの診療所からすごく近かったので、毎日私たちが通ってとにかく洗うというシンプルな治療をしました。その結果、この患者さんはどんどん足の創が良くなったんです。最終的にはこんなに元気になりました（写真3）。非常にうれしい例でした。

これが緊急支援ですね。ただ先ほども申し上げましたが、緊急支援の活動は発災後の本当に短い期間に限られます。しかし、残された現場の被災者の方々にとっては、そこから復興の期間がとても長いのです。

復興支援

次に復興支援です。赤十字は復興の支援もしています。私は、スリランカで活動をしたことがあります。スリランカは、インド洋の真珠といわれる、北海道と同じぐらいの大きさの小さな美しい島国です。この国は、約20年にわたる内戦があって、大変厳しい生活環境にあり、そこに津波が起きました。緊急支援も行いましたが、他の緊急支援がいなくなった後に、その後の復興をどうするかという話になり、私たちはそのまま留まりました。私は、津波が起こる前からスリランカとは関係があって、赤十字の活動である基礎保健医療事業で入らせていただいたという経緯があります。

津波の後の復興支援では、どうしたら普通の生活に戻れるか、復興できるかということで活動しました。その様子がこの写真です（写真4）。当時現地には、目が見えない人がすごく多くいました。なぜかという、内戦が20年も続き、専門的な人材がいなくなってしまったわけです。眼科の専門医の治療なんて受けられません。そうすると、ちょっとした目の傷とかまたは白内障が、そのまま失明につながってしまうのです。失明すると生活はすごく大変です。そうした問題があり、そのとき、日本赤十字社は視力回復支援事業を行いました。眼科検診をして、患者さんを選抜して白内障の手術の手配をしたり眼鏡を配布する。これによって、少しでも多くの方の生活が改善できることを目指しました。ちょっと小さい写真ですけど、おばあちゃんが大変うれしそうな顔をして、「また家で農作業ができる」と話してくれたこともありました（写真5）。これが復興支援だなあ、と感激したエピソードです。

もう一つ、ケニアの洪水と干ばつにおける支援を紹



写真3



写真4



写真5

介します。洪水と干ばつで、全く反対の災害じゃないかと思われるかもしれませんが、まず洪水があって、家が水浸しになり避難して、その一月後には全く水がなくなり干ばつになりました。そのとき、日本赤十字社は、世界の赤十字社と協力してエマージェンシー・レスポンス・ユニットを建て、復興支援を行いました。

そのとき、非常に珍しい病気が発生したのです。そこは遊牧民の村であり、時々牛を解体することがあります。それで4日前に牛の解体をしたら、昨日から熱が出て、筋肉痛があって、目から出血してきたという人が発生しました。これは、2015年世界中で騒がれたエボラ出血熱と同じではないのですが、いわゆる出血熱の一つのリフトバレー出血熱（Rift Valley fever）という病気でした。そういう病気が、災害に全く関係なく発生してしまった。これは、どうやって感染するのかを表した例なんですけれども、そういう疾患に対応せざるを得なくなった復興支援もありました。

開発支援

救援と復興と来て、最後は開発支援です。これも赤十字の強みです。エイズという疾患をご存じですね。それでは、南部アフリカに何万人ぐらいの患者さんがいるかご存じですか？ 外来で100人診療したら何人がエイズ患者さんでしょう。もちろん国によりますが、一番多い国スワジランドでは、30人がHIVに感染しています。妊婦さんに限定すると、ある村では60%が感染しているというデータもあります。そのぐらい南部アフリカはHIV／エイズが問題です。

今の日本では、HIVに感染しても、多くの人は普通の生活ができて、非感染者と同じ寿命を終えることができます。それは治療できるからです。エイズの治療薬があり、合併症の予防もできますし、ケアも行き届いています。そのため今の日本では、それほどエイズが問題になることはありません。ところが、2002年当時のアフリカでは薬が全く手に入らなかったもので、HIVに感染してエイズを発症すると死が避けられませんでした。

そして、エイズ患者さんの多くは若い人で、今ここにいらっしゃるぐらいの方の年代が一番多かったのです。なぜかという、感染する機会が性交渉によるものが多いので、そのため若い人に感染者が多くなってしまふ。するとどうなるかという、両親が亡くなっ

て、子どもだけが残るというエイズ孤児が生まれます。その数は、2009年までどんどん増えました。それで、このエイズ孤児たちを支援するために、赤十字は地元のボランティアの方々と一緒に、感染予防またはケアを充実させるための支援を行いました。

このように赤十字は、かなり包括的な支援をしています。発災した直後には緊急支援を行って、その後復興支援、また開発協力につなげるという、中長期的なサイクルで活動を行っています。

医療活動現場以外の仕事

これまで、現場の写真をお見せしましたが、支援は決して現場だけではありません。少しWHOのお話をさせていただきます。WHOは、世界をつなぐ国連機関の一つです。そして私が現在所属しているのはベトナム国事務所で、その本部はマニラにあるWHO西太平洋事務局で、ここは日本を含む27の国や地域を管轄しています。簡単に言ってしまうと国連は国際機関であり、国連職員は国際公務員です。

「プロフェッショナル仕事の流儀」や「情熱大陸」などのテレビ番組の中で、国連機関で活躍している人たちが紹介されるとき、現場で支援を行っている映像が出ると思います。しかし、いつもこういう機会があるわけではないです。現場以外にも、仕事はたくさんあります。私の日頃の様子をお話ししますと、朝は大体6時半ぐらいに家を出て、7時ぐらいに仕事場に着きます。7時から9時の間はメールチェックです。1日100通ぐらいのメールが来ます。問い合わせなどの場合その返事をしなければなりません。メールへの対応を朝のうちにやらないと、それ以後は時間がとれなくなってしまいます。9時から4時ぐらいまでは会議です。国際機関なので、電話会議もよくあります。ジュネーブと電話会議をする際には、時差があるので、向こうは昼でも私たちは夜です。緊急事態が起こると、深夜の電話会議というのもあります。そうすると、知らないうちに時間が過ぎていて、夜9時ぐらいに帰宅して、もうぐったりという感じです。これがいつもの私の生活です。災害や診療の現場だけではなく、医療活動を行うための裏方というか、こういうことも国際活動の一つであると知っていただきたいです。

海外と日本の違い

インフラの違い

次に、海外は日本と同じか、それとも違うのかということですが。皆さんほとんどの方が海外に行ったことがあるとのことでした。海外に行って、日本と同じだなと思うことや、違うなと思うことがあったと思います。働く上でも同じです。

私は、現場に行って「トイレを貸してください」と言って、「ここですよ」と案内されたところを見て「ああ、海外に来たな」という気がすることもあります。また、今日は名古屋から豊田市まで自動車ですごしていただきましたが、所要時間は20分ぐらいだったと思います。距離は10キロぐらいでしょうか。その同じ距離でも、シエラレオネという国では6時間かけても着きませんでした。なぜかという、交通事情が整っておらず道が悪いからです。そんなとき本当に世界が違うと感じます。

これはスリランカで村の支援をしてきた時の様子です。この村では、下痢が多かったため、どうしたら水の支援ができるか、きれいな水を確保するにはどうしたらいいのかということで現地調査をしました。そこで「この村では、どうやって水を確保しているのか?」と尋ねました。そうしたら、この村の近くに川があるのです。流れてはいるのですが、少しよどんでいます。すると、男の人が川の近くにある砂地をやおら掘り始めて、どんどん掘って、そうすると掘った底から水が出て来るのです。そして、この水をくみ出して生活水として使っていることがわかりました(写真6)。これを見て、やっぱり日本とは違うなと思いました。

では、この男の人と私たちでは人間として違うのかということ、そうではありません。この人はとても博学で、お話ししていると私のほうがすごく勉強になるのです。英語も堪能で、世界のこともよく知っている。だけど水を確保するために、砂を掘ってくみ出さなくてはいけない生活を送っている。同じ人間で同じ感覚を持っている、けれども生活がちょっと違うということなのです。この水の確保の仕方にも、知恵が生かされているんですね。この水は、川から砂を通して濾過されているので、案外きれいなんです。私は、厳しい生活環境の中でどうやって安全な水を確保するかとい



写真6

う知恵の結晶が、この方法にあらわれていることがわかり、とても感動しました。

また、別の村では、既にNGOが支援していたこともあって井戸がありました。そこで、女の子が一生懸命井戸で水をくんでいました。この女の子の夢は、医師になることです。私と話していても全く普通の、どこにでもいる10代の会話だったんです。でも生活はこのように、水をくんで生活しなければいけない。この村は井戸があるので、まだよいのです。

診療を行う環境や設備の違い

緊急医療、特に災害時の医療現場ではたくさんの違いを実感します。私も医師ですが、日本では問診した後、採血、レントゲン、CTを行って、診断を考えるわけですが、海外の現場ではこれらの検査はほとんどできません。また専門家がないので、自分の専門分野以外のことも、自分の持っている知識でやらなければいけないことが多いです。さらに、言葉がわかりません。英語はできますが、現地の人たちの言葉はまずわかりません。何が起きたのか、どのような症状や問題があるのか、すべて通訳を介して話さなければいけません。このように、たくさんの違いを感じることがあります。

この写真の人は何をしていますでしょうか(写真7)。これは2001年ですね。もう20年前近くになりましたが、私はパキスタンで1年間、難民支援医療の活動をさせていただいたのですが、難民が住んでいる場所の近くのセンター病院にこの人がいました。これ、持っているものは何かわかりますか。私の年代の人たちに



写真7

とっては身近なものだと思いますが、今の若い方はほとんど見たことないと思います。これはレントゲン写真です。でも、これはレントゲン写真を私に見せるために外に持って出ているわけではないです。昔のレントゲン写真には、現像という処理が必要でした。レントゲンによってフィルムに画像を写し撮って、フィルムを現像という加工をして、水洗いして、それで乾燥させるということをしていました。そうしないと、レントゲン写真は見られないのです。

この病院は、その地区で一番大きな病院でした。ところがその当時レントゲン写真を撮ることはできますが、そのフィルムを暗室に持って行って、現像して水洗いして乾かす際に、普通は乾燥機があるのですが、この病院はありませんでした。なぜかというとう電気がないからです。レントゲンの機械は充電で動いていましたが、現像後の乾燥は自然乾燥なんです。つまり、この人はレントゲン技師で、この時レントゲン写真を乾燥させていたわけです。この人も、とても知識がありました。話していると普通に、日本の技師さんと同じような感じでした。でも、レントゲン写真を手に持って外へ出て乾燥させるという違いがありました。

これは4～5年前のシエラレオネです。2年前エボラ出血熱がはやったのもシエラレオネで、この国は一躍有名になりました。でも実は、エボラ出血熱がはやる前に、コレラがはやっています。コレラは、「米のとぎ汁様」と言われる、透明な独特の腐った魚のような臭いがする下痢が特徴です。すごく大量の下痢で、そのため脱水になって命を落とすことがあります。脱水になり過ぎて、皮膚をつまむとそのまま戻らないほ

どです。皆さん、自分の皮膚をつまんでみてください。すぐ戻るでしょう。特にみなさん若いのですぐに戻ると思います。皮膚がテント状になってとどまったりしないでしょう。でもそうなるのがコレラの特徴です。シエラレオネで、コレラがアウトブレイクしたのは2013年でした。たくさんの患者さんがいらっしゃって、1日100人ぐらい診ました。ただ、コレラの患者さんで、重度の脱水状態でも、点滴をすると数時間後には元気になるのです。

この写真は入院ベッドです（写真8）。日本だったらシーツを敷きますが、シエラレオネではシーツはないです。それと点滴。皆さん看護師さんの方もいらっしゃるかと思うのであれなんですけど、針やチューブの固定法は、非常に簡易にぐるぐる巻きにしているだけです。

日本で重症のコレラを治療する場合、集中治療室に入ると思います。なぜかというとう、脱水でショックになっており、もう死ぬか生きるかの瀬戸際で、大量の点滴をしなくてはいけないのですが、逆にそれによって心不全になるかもしれないのです。なので、厳重に管理する。だけど、シエラレオネに集中治療室はありませんでした。点滴を全開でどんどん落として、1本終わったら次もどんどん落として、またつなげるという方法で、患者さんが元気になるまでつなげるというような治療をする。患者さんの管理方法も、日本とかなり違うのです。その国の発展の状況によって、同じ病気を扱うにしても方法がずいぶん違うということを、少し皆さんも感じていただければと思います。



写真8

現地のことを考えた支援が必要

2004年のインドネシア沖の津波では、甚大な被害があり、たくさんの方の命がなくなりました。このときに、海外からたくさんの方の支援が入り、中でも赤十字は先ほど申し上げたように、長期に渡って緊急支援だけではなくて復興開発支援を行いました。

私は津波の際の支援事業で、インドネシアとスリランカに約1年半滞在しました。これが1年後の様子ですが、これは何だと思われませんか。これは未使用の点滴です（写真9）。皆さんから頂いた大切な支援物資ですが、ものすごい量のごみの山になっています。ちなみにこれは赤十字だけではなく、ほかの多くの医療支援団体からの物です。たくさんの方の緊急医療支援の団体・機関が入り、そのチームが去った後に残った物なんです。ただ、最後まで赤十字が現地に残っていたので、これを後片付けしました。この中には、使えるものもたくさんあったと思います。

なぜこうなってしまったかというところ、供給と需要のバランスが悪かったんですね。これも本当に貴重なお薬だと思うのですが、薬の裏を見たら、アラビア語しか書いてなくて、どうやって飲めばいいかわからない。皆さんは、医師から「この薬効くから飲んでね」と言って渡されても、薬にアラビア語が書いてあって、どういう薬かわからないものを飲めますか。飲めませんよね。

この山の中には善意で世界中から集まってきた薬がたくさんありました。それぞれの薬にはいろんな国の言葉で説明が書いてありました。英語だったら、私たちも通訳して使うことができたのですが、言葉が全く



写真9

わからないのです。通訳入れればよいという意見もありますが、2004年の時点では、インターネットの翻訳サービスもそれほど進んでおらず、簡単に翻訳できなかった。それで、私たちも、何の薬なのかかわからないので使えませんでした。

支援が活かされない例は、他にもあります。この時、津波で服がなくなったからといって、たくさんの方の洋服が寄せられました。その中に冬服がたくさんあったのです。皆さんもご存じのとおり、インドネシアって暑いんです。すごく暑い高温多湿の所で冬服を頂いても。お心は大変ありがたいですが、ただそれ使うことは難しいですよ。さらに困ったのが、その後の処理です。善意から頂いた大量の物が無駄になってしまうことを目の当たりにして、すごくショックというか、考えさせられることがありました。

また、他にも顕微鏡の話があります。パキスタンで難民支援をやっていたときに、原因菌がわからないので顕微鏡が必要になりました。そういう話をすると、「それでは、これを使ってください」と、顕微鏡を提供して下さったことがあります。それで到着した顕微鏡を見ると、「うわ、すごいね」というような最先端の物でした。ただ、日本では全部そうなんですけど、最近の顕微鏡は電気がないと見られないのです。当時のパキスタンの難民支援を行っていた場所には、電気はないし、救急車もなくてロバで患者さんを搬送するような所だったので。なので、この顕微鏡は結局使えませんでした。本当に高価な物で、すごくありがたい貴重な支援だと思いますが、どうしようかとすごく悩んだことでした。これは本当は現場のことを理解していて、何のニーズがあるのかをとらえる支援ができれば、改善する余地はあったのかもしれない。

ともあれ、「間違った」という言葉はちょっと悪いかもしれませんが、やっぱり現地のことを考えていない人道支援活動というのは、時に新たな災害を起こします。災害の後の災害になります。ですから、現地で必要なことは何かということに気付くことが必要なのですが、これは知識がないとわからない。現地のことをいろいろ知らないと気付けないのだと、自分で経験して、実感しました。

国際活動を行う上で必要なこと

では皆さんに最後の質問です。私たちは日本のことを知っているか。というわけで、1年間に日本に来られる外国人の数は何人でしょう。先ほど日本から海外に行くのは1600万人ぐらいと申し上げましたが、外国の方々はそのぐらい来ているのでしょうか。

観光庁が出入国者数を出しているの（観光庁、2016）、これを挙げたいと思います。青が外国の方の数ですが、日本人より、外国の方が日本を訪れるほうが2015年から増えており、2015年には何と1900万人以上の方々来ています。

日本に来る外国の人々の多くは、日本に対して良いイメージがあります。日本人は何でもよく知っている、こんなに素晴らしい国はない、と。私も海外で暮らす時間が長いので、日本に帰ってくるたびに、世界でこんなにきちんとした国はないのではないか、と思います。私がそう思うぐらいなので、海外の人たちも同じように感じていても不思議ではないのでしょうか。ぜひ皆さん、日本から行く場合でも、また受け入れる場合でも、お互いにいろんなことを理解してわかり合えたら、人間関係もいい具合に進むと思っています。

私は、国際場で医療活動や保健活動に携わらせていただいているのですが、活動するときのポイントが

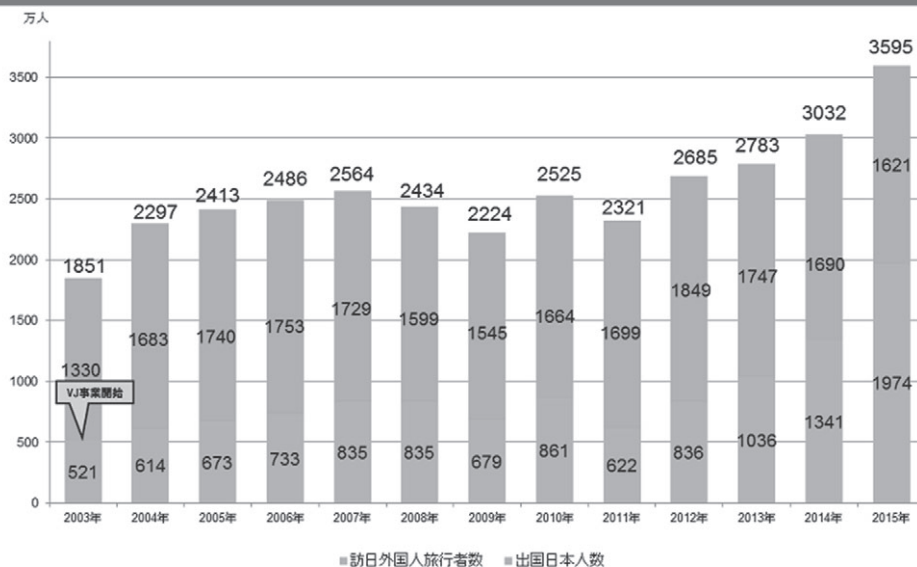
あると感じています。これは『武器としての決断思考』（瀧本、2011）という本から引用させていただきましたが、やはり、知識・判断・行動、この三つがつながらないと、国際で活動するというのは難しいと思っています。これはいつも心掛けています。

もう一つは、エキスパートではなくて、プロフェッショナルになりたいということ。エキスパートももちろんいいと思います。それが必要なことがありますし、それを生かす所もある。ただ、国際で活動する場合は、専門領域だけではなくて、もう少し包括的に広い目で物事を見る視点が必要だと思います。

自分の中の指針

最後に、今日はいろいろな質問を皆さんにしましたが、国際医療のあり方にどれも正解はないと思います。「不思議の国のアリス」の映画で、チェシャ猫でしたっけ。この猫はこういうことを言うわけです。「どの道なのかわからないならどの道を行ってもたどり着く」。これはなかなか深い言葉です。「わからないならどこに行ってもいいよ」というのは結構無責任ではないかと思うのですが、逆に言えば、「どういふふうに行くかを考えなければいけないよ」と言っているのかなと考えたりします。国際的な医療や保健活動に、これという正解はないけれども、ただ私の中の正

訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移



出典：日本政府観光局(JNTO) 2015年1月推計値

解というか、私は何のために国際医療活動を行っているのかという、自分にとっての意味づけがあります。

私は、世界のいろいろな国で本当にいろんな方々と会ってきました。そのことは自分でも、本当にありがたいと思っています。そのたびに、いろんな方から教えていただいたり、たぶん日本にいただけではできなかったであろう経験も、させていただいていると思います。その中でいつも感動するのは、子どもたちの姿です。どんなに厳しい環境でも、子どもたちって本当に強くて、すごくいい笑顔で、私たちと一緒に活動してくれる。

これは HIV 支援をしていたときに訪れた村の子どもたちです (写真 10)。15 キロ歩いて学校に毎日通っているそうです。遠いです。本当にこの子たちには、頭が下がる思いがします。

この写真は、私が撮った中でも、とても思い出のある写真ですが、この子どもたちは全員難民です (写真 11)。家がなくなりました。私がこの難民テントの視察に行ったときに、外国人が来たというだけでうれしくて一張羅の服を着て、特にこの男の子はお父さんから眼鏡を借りておすましして出てきたみたいで、本当に大歓迎してくれました。これはまた南部アフリカの写真ですが、この子たち全員、お父さん・お母さんがいないエイズ孤児です。そして自分たちもエイズです。だけどやはり笑って迎えてくれる子どもたちです。たくましくみんな生きています。

これはスリランカの孤児院です。内戦があって多くの子どもが家を失って、親を失いました。それでみんなが集まって勉強しているのですね。そこで会った男の子も、にっこり笑って頑張っています。もちろん、そういう子どもたちばかりではないでしょう。ただ、世界中に本当に頑張っている子どもたちがいます。

WHO には、WHO 憲章とあって、日本でいう憲法みたいなもの、プリンシプル (原理・原則) があります。それは、ヘルス・フォー・オール、すべての人に健康をというものです。こういう子たちに健康を届けたいというのが、私にとっての正解と思っています。

現地のボランティアとともに

海外で働くというのは、派遣された個人が行うものではありません。必ず現地に人がいます。特に、赤十



写真 10



写真 11

字の場合は、必ず地元のボランティアがいて、その人たちが一番頑張っています。そういう意味で、赤十字は世界で一番大きな草の根のネットワークを持つ国際機関だといわれています。現場で活動するときは、常に現地のボランティアの人々と活動するということが基本理念になっています。

これは私がエイズに関する活動をしていたときに一緒に働いてくれたボランティアの人たちですが、実は全員 HIV 感染者です。本当に彼女たちには、私自身いろいろ学ばせていただいたと思っています。これは 2 年前のフィリピン台風の時ですね。セブ島という所ですが、この人たちは全員ただの村の人なんです。ボランティアでもない。ただ、私たちが荷物を下ろすところを見て、大変そうに見えたので、自然に村の若い人たちがどんどん集まって、みんなで荷物運びを手伝ってくれました。赤十字の活動は、そういう人によって支えられているのです。そういう意味で、私

は赤十字という組織を尊敬していますし、また自分が所属していることに感謝しています。

はい、というわけで私の講演を終わらせていただきます。皆さん、ご清聴どうもありがとうございました。

質疑応答

司会者：大津先生、ありがとうございました。今日は先生の経験を踏まえたお話の中から、普段知ることができない海外の医療情勢などを知ることができて、とても良い機会になりました。それでは、質疑応答に移りたいと思います。ご質問がある方は、手を挙げてください。

A：ここで教員をしています。一つ教えてください。私、助産師なんですけども、海外に行くと宗教の関係で、例えば男性医師が女性を診察できないとか、先生は女性の先生でいらっしゃるんですが、そういう宗教関係で何かでお困りになった、あるいはうまくいくこととか、そういうことはあるでしょうか。

大津：宗教は、非常に難しい問題を引き起こすときがあります。本当にぜひ後でいろいろとお話をさせていただければと思うぐらい、たくさんハプニングがありました。一つだけ紹介すると、パキスタンの難民支援のときですが、パキスタンって男性医師が女性を診察できないのです。なので女性医師であったからこそ女性の村で女性に直接診察することができたというのが非常に強みとなったことがあります。

宗教が難しくさせるのは、結局、男性医師のほうが多いと思います。パキスタンで、旦那さんが男性医師に奥さんの表情を伝えるんです。なので医者は推測でしか奥さんの状態がわからない。これは医療としては非常に難しいんですね。患者を見て、患者さんを触って、それで初めて診断ができるということがあると思うんですけども、それが宗教または文化・風習という名のもとでできない場合があります。そういうことを目の当たりにしたときは、やはりすごく悩みましたし、私が女医でよかったと思ったときもありました。あと、例えば女性だから差別を受けたとか、そういうところがあったかと言われると、ありがたいことに私はないです。

スリランカはどちらかというと男女平等です。今、働かせていただいているベトナムは女性のほうが強い

かもしれない。保健大臣は女性です。そういう環境。時にはもちろん男性が優位の環境で働かなければいけないこともありました。

司会者：ほかにご質問のある方。

B：すみません、天然痘についてお尋ねしたいんですけど。天然痘はもう世界で撲滅とされていた疾患なんですけれども、それだけにですね、例えば生物兵器として利用した場合に、爆発的に感染拡大したり。そのときに怖いのは、医師の先生方には天然痘の診療の経験がないために、診ることが難しいと言われていますが、どうなのかと思いました。

大津：はい。天然痘は史上初めて撲滅した疾患です。撲滅というのは地球上からなくなってしまったという疾患の一つです。ただ、おっしゃるとおり生物兵器の危険があるのではないかとすることは確かに懸案されるかもしれません。今、天然痘のウイルスが保管できる場所は非常に限られており、また厳重に保管されています。それでも、やはりこれが生物兵器として使われるかどうかというのは、私たち国際社会がどのぐらい協力して、やはりそれは人道に反することだということを理解して、対応できるかということになってくるのかもしれない。生物兵器の可能性がないとは言いきれないかもしれない。でも、国際的な協力をもって防ぎ得るのかもしれない、と思います。特に今、これは検査の体制、特にウイルスの確保に関しては、特にWHOを中心として国同士で非常に厳しい規則を作っています。なのでこれを守れるかどうかは世界の皆さんと協力して、日本も含めどのぐらい協力できるかということになるのかもしれない。

それから天然痘に限らず、確かに今若い医師の方々は、私も含めてですが、なかなか感染症を日本で診る機会はありません。ただ、天然痘は症状がはっきりしているの、たぶん見逃さないと思います。みなさん勉強しているから。ただ、私たちが見逃しやすいものはもっと身近にあるんです。それは、はしか、風疹、水ぼうそうです。実はこの三つの疾患って非常に感染力が高いんです。はしかは死に至らせるぐらい怖い病気なんですけれども、予防接種がかなり普及したおかげで数がすごく減って、若いお医者さんが見慣れなくなってしまった。

そうすると特にはしかとかは、先ほど皆さんに写真

をお見せしましたが、ああいう顔を見て、「これが典型的なはしかなんだよ」って言われれば診断できるけれども、見たことがないと、はしかって教科書で言われてもわからないんですよね。なので、そうした意味で天然痘とは言わなくても、ほかの感染症、特に身近だった感染症に見落としが出る可能性はあるかもしれません。その上で、やはり日頃からいろいろな知識を得るという努力が必要だろうなと思います。

司会者：ほかにご質問はよろしかったですか。

C：僕は国際保健というところではまだまだ勉強とかがしてないのですが、将来的には DMAT (Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム) で活躍できることを目指したいと思っています。災害医療の場で支援の様子を考えたときに、先生はお医者さんですけども、そういった支援から見たときに、看護師に求められることはどういうことかなと思って質問させていただきます。お願いします。

大津：ありがとうございます。頑張ってください。災害現場に行くと、医師か看護師か、そういう資格を持つ意味は日常よりも少ないかもしれません。災害現場で何が必要とされるかという、まずチームメイトとして働けるかどうかというのが一番重要なことかもしれない。それには自分の技術も必要だろうし、または相手のことを思いやる気持ちも必要だろうし。

特に DMAT と言いましたけど、DMAT は本当に緊急の大変な時期に行きますよね。だから生活環境が結構大変なんです。なのでそうしたことに耐えられる、かつ、その生活を耐えながら楽しめるだけの心の強さというのは必須条件かもしれません。医師・看護師どうこうではないです。ただ、看護師さんとしての技術または知識が十分ある方というのは、もちろん被災者の方々、またはあなたの支援を受けるの方々にとっては非常にありがたいです。やっぱり知識がない、経験や技術がない方が行ってやるよりは、やはり支援できるだけの技術を持って行くということが必要だと思います。

C：ありがとうございます。

司会者：ほかにご質問、よろしかったですか。

D：貴重なご講演、ありがとうございます。需要と供給のバランスでミスが多かったりというお話があり

ましたが、やはり国際ということで、普段使っている言葉じゃない国で活動するので情報がうまく伝わらなかったりとかあると思うんですけど、言葉以外で情報が伝わらなかったりとか、そういった経験が何かありましたら、教えていただきたいと思います。

大津：質問ありがとうございます。そうですね。言葉ってツールだと思います。なのでできればもちろん越したことはないんだけど、でも実は言葉がなくても、もっとコミュニケーションが上手な方ってすごく上手に情報を伝えることができます。絵であったり、またはその人の態度だったり。逆に例えば言葉だけ上手でも、内容がない言葉だと何も伝わらないです。なのでそこは人間力になってくるかと思います。そうすると人間力って何かという話になりますが、総合的なものなのかもしれません。言葉はあくまでも一つのツールであって、そのほかの事もすごく重要になります。それは自分自身の人間としての強みとか、良さとか、そういうことのほうが、情報が伝わる・伝わらないに関わってくるのかなと思います。

私の経験の中で一番いい例はフィリピンの台風支援のときのことです。私のチームの中に1人、英語があまりしゃべれない人がいました。でもその方はものすごく現地の人に人気があるんです。言葉ができない人がなぜそんなに村人に好かれ、またコミュニケーションがとれるのかなと思って見ていたら、その人って動作・しぐさがすごく温かいんです。なので言葉を越えたところに見せる人間としての所作にすごく好感が持てるんですね。チームのことを常に思いやってくれて。

例えばダンスとかさせても、決してその人、すごくまいわけじゃないんですけど、なぜかその人のダンスをみんな見ちゃうんです。彼がいたためにすごくうまく情報が伝わったことというのが、現地スタッフや子どもに対する心のケアかもしれません。言葉をいくらしゃべれても、子どもたちってそんなに言葉聞かないじゃないですか。それよりはいかに楽しく話せるか、楽しい会話ができるか、雰囲気をつくれるかというのが重要で、その方のおかげですごくチームの雰囲気もよく、活動がうまくいったということがあります。答えになってないかもしれませんが、言葉はあくまでもツールです。できればもちろんいいと思う。ただそれよりももっと国際で必要なのは、人間全体としてのその人の素質なのかもしれません。

D：わかりました。ありがとうございます。

<http://blog.goo.ne.jp/idconsult/e/4471ac75dd570225cacbfbb374141364>

文献

厚生労働省検疫所（2016）：感染症についての情報・
デング熱

[http://www.forth.go.jp/useful/infectious/name/
name33.html](http://www.forth.go.jp/useful/infectious/name/name33.html).

青木眞（2016）：感染症診療の原則.

Flightradar24 ホームページ. [https://www.flightradar24.
com/31.2,105.8/3](https://www.flightradar24.com/31.2,105.8/3)

観光庁（2016）：「出入国者数」[http://www.mlit.
go.jp/kankocho/siryou/toukei/in_out.html](http://www.mlit.go.jp/kankocho/siryou/toukei/in_out.html)

瀧本哲史（2011）：武器としての決断思考. 星海社新書.

