

インドネシア保健医療支援事業に参加して

医師 溝上 泰一朗

派遣地域:インドネシア共和国 ボゴール市

派遣期間:2008年5月20日～6月3日

平成20年5月20日から6月3日まで、インドネシア、ボゴールの赤十字病院に保険医療支援事業として日本赤十字社から派遣されました。日本赤十字社はインドネシア赤十字社との二国間事業の一つとしてインドネシアボゴール病院に対して、1990年から支援を行ってきました。本事業はボゴール病院から要請のあった「外傷センター」「NICU」「ICU」に必要な医療機材について3年間で整備するとともに医療スタッフを派遣し、現場の医療事情を視察するとともに助言、指導を行うこととして、2005年1月から開始され、今までに4名の医師(第1次は麻酔科浅野哲先生)、1名の助産師、8名の看護師が派遣されました。私は事業の第2次3カ年事業の最初の派遣者として向かいました。



(地域病院の看護師と共に)

インドネシアは2億4千万人、世界第4位の人口を有する国です。地図で確認するとわかるのですが、大小の島々でなっており、思ったよりも広く、300以上の民族と、500以上の言語をもつ多民族国家です。休暇などでバリに行かれたことのある人も多いと思いますが、バリ自体はインドネシアの一部であり、地方によって文化も様々です。国民の約76%はイスラム教徒であり、世界最

大のイスラム人口を抱える国です。派遣地のボゴールでも朝になるとコーランが聞こえ、女性はスカーフで髪をかくし、医師も含め1日5回の礼拝を欠かさず行っていました。飲酒も豚を食べることも禁止されていました。(にもかかわらず?)歌うことと、踊ることが大好きな人たちでした。



(踊る人々)

ボゴール市は首都ジャカルタの南約60kmにある人口約70万人を有する都市で、比較的涼しく、夕方になると滝のようなスコールがよく降ります。ボゴール赤十字病院は1931年に設立され、260床を有する地域の中核病院でインドネシア唯一の赤十字病院です。日本の病院と比べて印象的なのは、富裕層と貧困層の施設が完全に分かれていることです。たとえば外来も富裕層外来は営業時間が8:00-21:00、待合室も豪華でまるでホテルのようです。患者さんが来ればDrが呼ばれて診察をします。一方一般外来は8:00-12:00で入口も裏口の狭い通路を通らなければなりません。薄暗い待合室には8:00にもなれば患者さんが列をなして大混雑しています。

日本において、我々は当たり前のように国民皆保険制度のなかで日々の医療行為を行っていますが、それがいかに贅沢で恵まれていることかを実感いたしました。インドネシアには国民皆保険制度などというものは存在せず、富裕層はprivate insuranceに加入し、private hospitalで十分な医療を受けることができるのに対し、貧困層は設備の整っていない国立病院へ受診し、保険未加入者が多く、支払ができません。貧困層に対する国家の保険制度もありますが、国自体の病院への支払いも滞ることが多いそうです。もちろん病院にとっては保険制度の整備がない以上、富裕層を相手にしない限り経営が成り立ちません。このような状況の中でボゴール赤十字病院は赤十字基本原則のもと、貧困層への一定レベルの医療も提供する努力を行っており、とりわけ日本赤十字社が提供している医療資機材を有する外傷センター、ICU、NICUは地域医療サービスの向上に貢献していると思われました。

日常業務では脳外科医師とともに患者さんの診療、手術への参加、discussionを行いました。インドネシアは2億4千万人に対して脳外科医が100人程度しかおらず、卒後約10年の研修の後

35歳にしてようやく脳外科医になります。ボゴール地区70万人に対し脳外科医は4人で、ボゴール病院には1人でした。一方、国内の交通事情はひどく、交通事故による頭部外傷は後を絶たず、脳外科医の社会からの needs は非常に高いように見えました。

日々私が携わらせていただいている脳神経外科という領域は、緊急疾患に対し迅速な対応が必要とされる場合が多く、またCTやMRIなどの医療設備が必要であるという特徴があります。私は開発途上国における脳神経外科治療がどのように行われているかということに非常に興味がありました。ボゴール病院はCT一台を所有し、MRI、脳外科手術用顕微鏡はありませんでした。疾患としては、圧倒的に頭部外傷が多く、次いで先天奇形(水頭症)を認めました。外来をやっていると、大きな脳腫瘍の患者さんも多く診察いたしました。



(説明する医師)

緊急手術が必要だとしても、手術はおろか頭部CTですら経済的な理由により行えない例や、症状を有しても病院を受診しない例、中には14年の頭痛があり失明して初めて受診した患者さんなどを見ました。軽い頭部打撲でもすぐCTを取る日本の医療からはかけ離れた光景でした。開発途上国の医療サービスの問題点は治療者側の知識や技術というよりも、保険制度や貧富格差の社会的問題が深くかかわっていると思われました。そのような厳しい社会状況の中でも、交通事故により意識障害(GCS6)で来院し、急性硬膜下血腫の診断で緊急手術を行った14歳女の子が外来に元気な姿で受診した際には、救命という、医療の原点ともあるべき使命を再確認し、医療の力というものも捨てたものじゃないなと感じました。

正直なところ、国際支援活動を学ぶにあたり感じることは、現場において必要とされる分野のうち、医療分野の担う部分はほんの一部であり、またその医療分野の中でも主には保健衛生学や感染症対策などが中心であり、日々携わっている1対1の医療というものが国や制度、設備が違う環境においてはたして通用するのかという疑問でした。

実際、目の前の患者さんを治療するという診療の基本スタンスは国や環境が変わっても、十分通

用するものであり、われわれ(臨床家)の国際協力における役割はなんといっても現場での診療にあるのではないかと思います。



(ボゴール病院の医療従事者へサイバーナイフについての講義を行う溝上医師)

私は医療センターに研修医として入り今年で6年目です。たとえば病院見学の医学生さんや、新しく入った研修医の方、また看護師さんなどにも国際協力の興味があり、日赤を希望したという方を多く見かけます。私もその一人でした。その他、昨今地震が起きても患者さんや知人などからも日赤として救援に行っているのか？と聞かれることがあります。赤十字のブランドには救援、救護、国際協力というイメージがしっかり世間に浸透しており特に92病院の基幹病院の看板を掲げる当医院においてなおさらです。

私を育ててくれた日赤医療センターの他病院との一番の違いはここにあると思います。同時に国際支援活動に興味がある医療者にとって恵まれた環境だと思います。とはいえ私も実際日常業務の中であくせく働くうちに赤十字活動への参加への余裕がなくなってしまい、忘れてしまうことも多々ありました。しかし、鈴木部長をはじめとする脳外科スタッフ、国際部の方がた、その他多くの人に支えられ背中を押していただき、今回派遣に行かせていただくことができました。医療知識、技術というものが開発途上国でも通用すると認識できたことは、今後の自分への励みにもなりますし、また国際協力の興味のあるスタッフに声を大にして伝えたいことでもあります。

赤十字活動への参加は決して一人ではできず、さまざまな人の協力と犠牲が伴うことを痛感しております。院内における国際協力の形は派遣のみならず、派遣者のサポートや、たとえば外国人派遣者の受け入れなど様々な形で行うことができると思います。今後も当医院における国際支援活動の活性化にかかわっていかねばならないと思います。