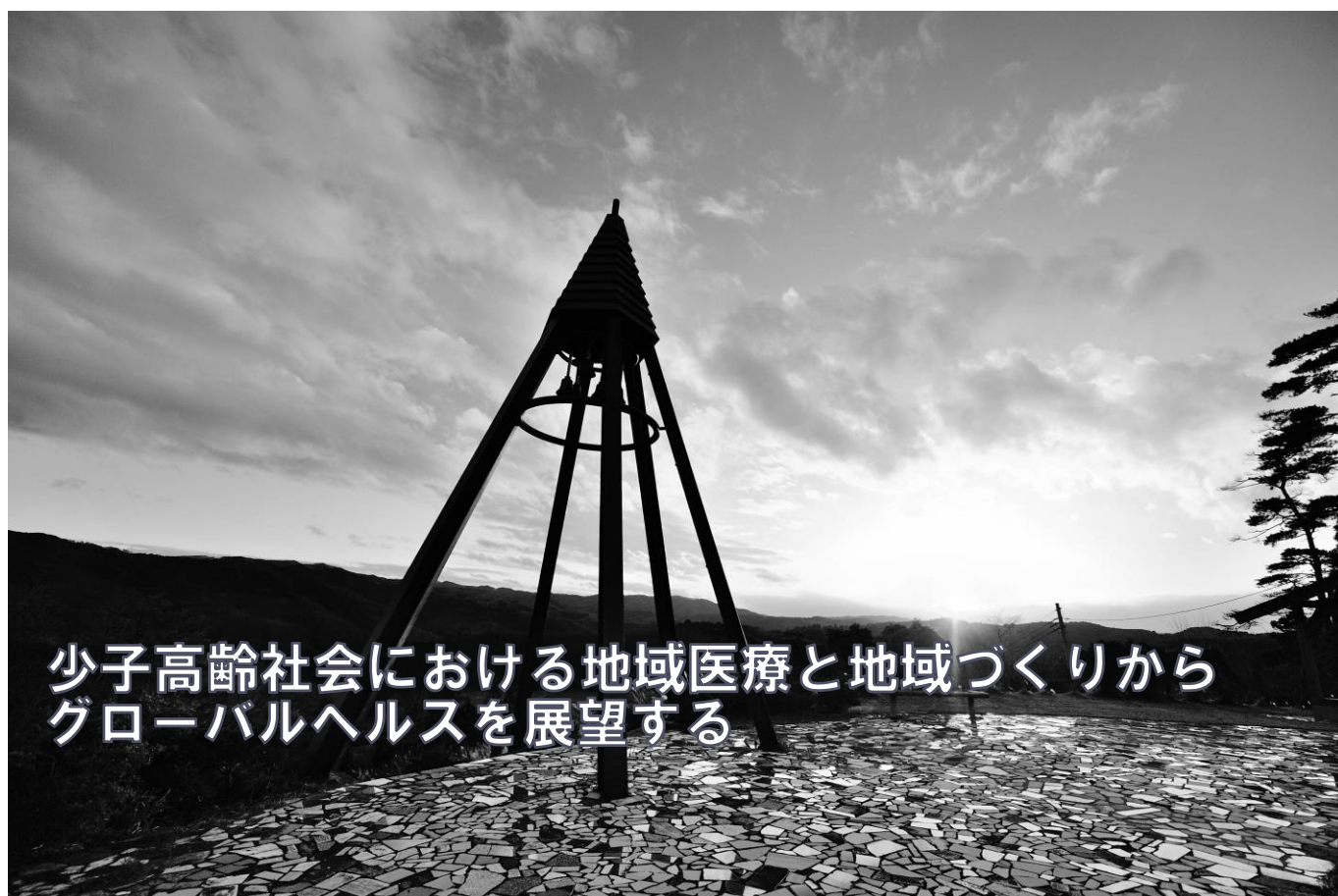


第 32 回
日本国際保健医療学会 東日本地方会
プログラム・抄録集



大会長

一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者 佐藤元美

会 期

2017年6月10日(土)

会 場

一関文化センター

目 次

大会長挨拶	3
日程表	5
交通のご案内	6
会場案内図	7
連絡事項	
参加者のみなさまへ	9
シンポジウム・市民公開講座 座長・演者のみなさまへ	10
示説発表の座長・演者のみなさまへ	11
プログラム	15
抄録	
シンポジウム	21
一般演題1(示説発表)	29
一般演題2(示説発表)	34
大会長講演	41
市民公開講座	47
主要プログラム 演者プロフィール	51

大会長挨拶

第 32 回 日本国際保健医療学会 東日本地方会 大会長
一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者 佐藤 元美



藤沢町は、岩手県の南端、山間部に位置する人口約 8300 人の過疎の町ですが、医療、住民、行政が協働で約 35 年をかけて地域包括ケアシステムを創ってきた経験を有します。地道な活動の積み重ねでしたが、新しい医療のかたち賞(2011 年)や若月賞(2016 年)の受賞など、社会的な評価もいただくことができました。

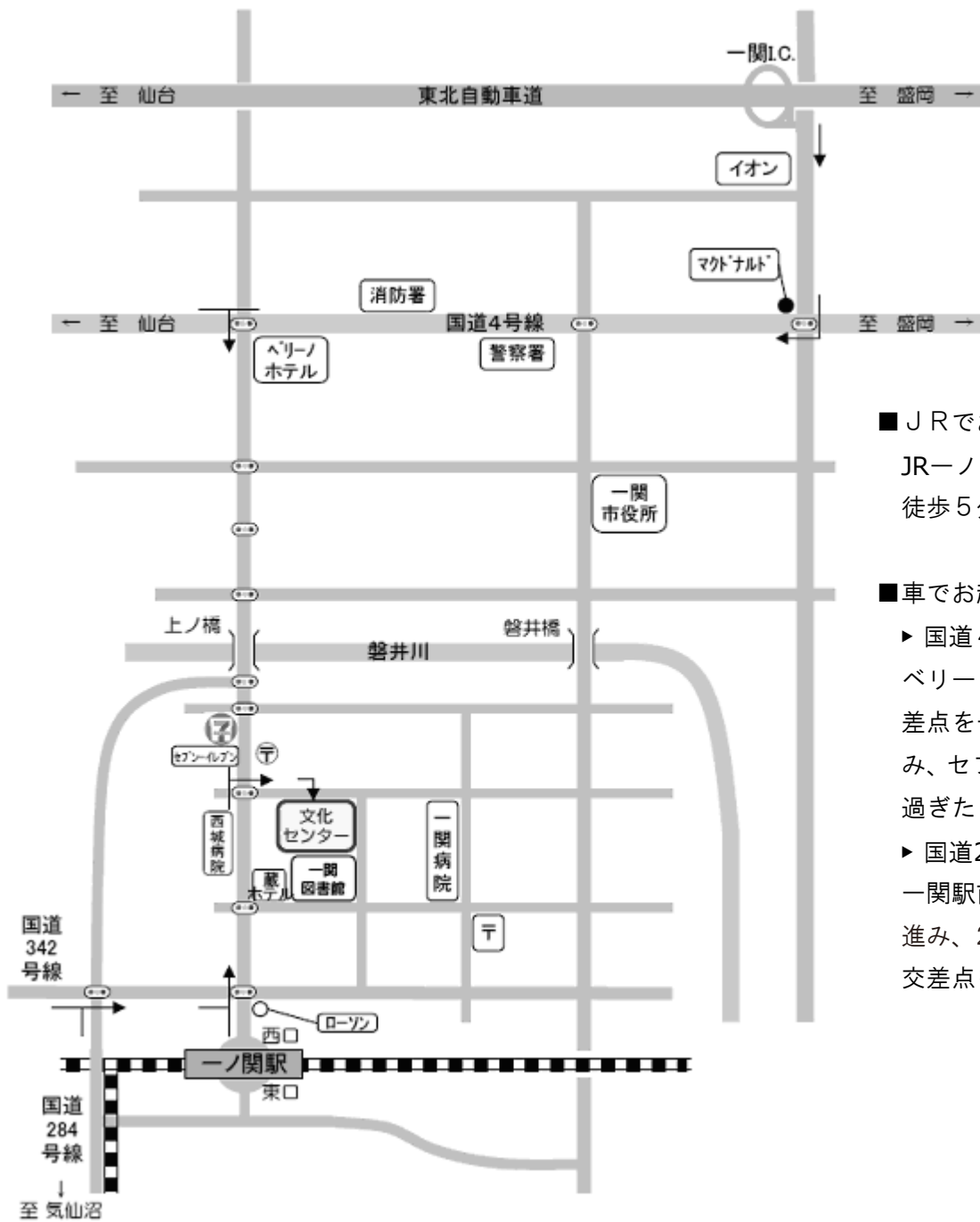
しかし、人口や年齢構成の変化をはじめ、地域社会や地域医療の課題は常に変化し、私たちの取り組みにゴールはありません。日本の各地でも、高齢化をめぐる課題は深刻で、それぞれの地域のその時々の課題に取り組んでいます。高齢化に関連した日本の社会保障制度はこれらの地域の取り組みを支援するためのものでしょう。藤沢や日本の各地で展開されてきた地域医療や地域包括ケアの経験は、これから高齢化を迎えようとする他の国々が、その国に適した地域医療や包括ケアを創る参考になるかもしれません。

今回の東日本地方会では、「少子高齢社会における地域医療と地域づくりからグローバルヘルスを展望する」をテーマに語りあい、また、このテーマに関心を有する人々の間で新しいネットワークが創られるきっかけとなれば幸いです。

日程表

メイン会場 2 階 中ホール		ポスター会場 1 階 展示室	
9:00			
30		9:30～10:30 ポスター掲示	9:30～10:30 ポスター掲示
10:00	10:00～10:15 開会式		
30	10:15～12:30 シンポジウム 「日本の地域包括ケアの経験 -政策から地域医療・住民活動まで-」		
11:00			
30			
12:00			
30	12:30～14:00 昼食休憩		
13:00		12:50～13:50 一般演題 1 (示説発表)	12:50～13:50 一般演題 2 (示説発表)
30			
14:00	14:00～14:40 大会長講演 「医療、住民、行政の協働で創られた藤沢町の地域包括ケア」		
30	14:40～14:50 休憩		
15:00	14:50～16:20 市民公開講座 「グローバルヘルスにおける高齢化と日本の国際協力」		
30			
16:00	16:20～16:30 閉会式	16:00～ ポスター撤去	16:00～ ポスター撤去
30			
17:00			

交通のご案内



■JRでお越しの方

JR一ノ関駅西口から、
徒歩5分。

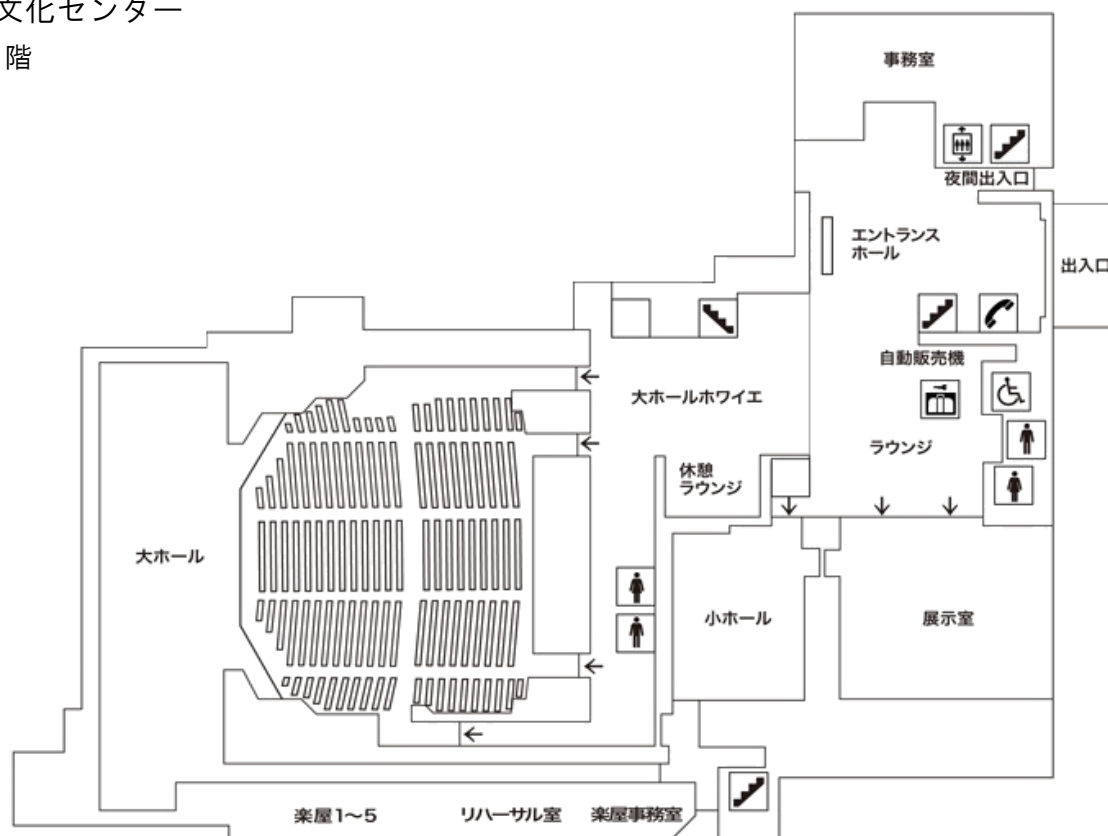
■車でお越しの方

- ▶ 国道4号線から
ベリーノホテル一関の交
差点を一ノ関駅方面に進
み、セブンイレブンを通り
過ぎたら交差点を左折。
- ▶ 国道284、342号線から
一関駅前交差点を西側に
進み、2つめの信号がある
交差点を右折。

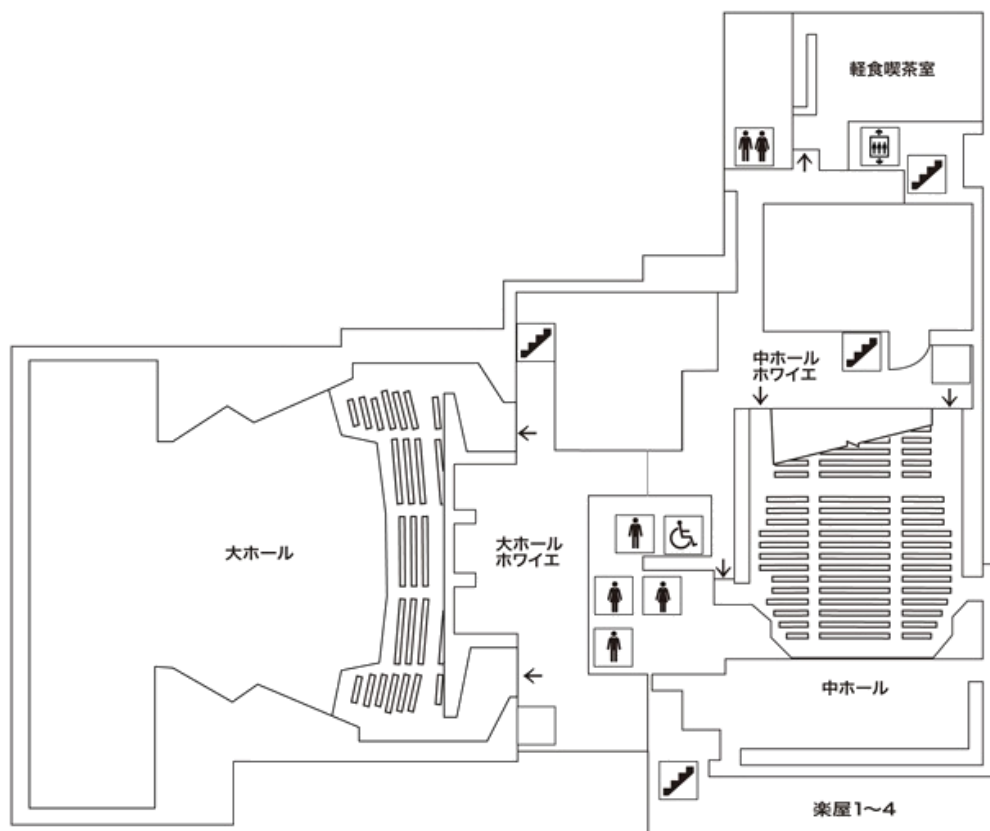
会場案内図

一関文化センター

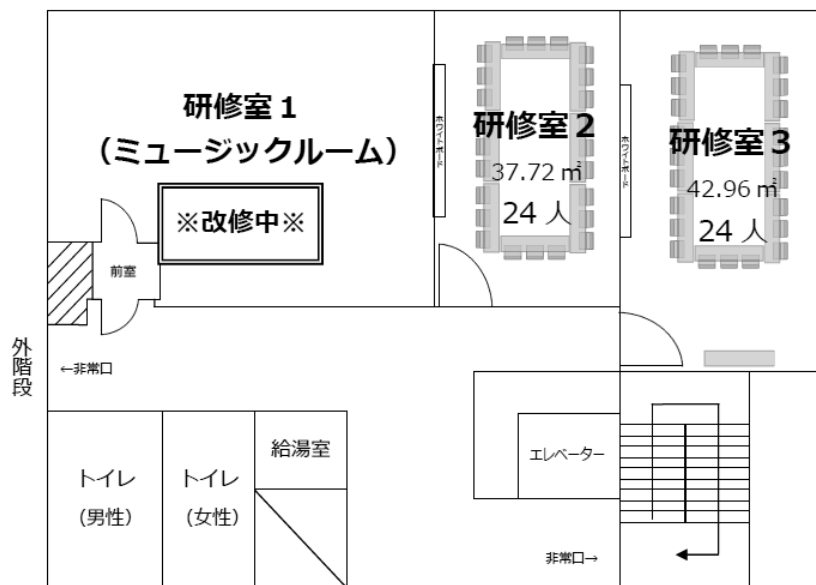
■ 1 階



■ 2 階



■ 3階



連絡事項

参加者のみなさまへ

【受付】

- ・ 午前9時から1階エントランスホールにて受付を開始します。
- ・ 受付は4つに分かれています。該当する受付窓口にて受付をお願いします。参加費は受付でお支払いください。

事前参加登録受付	事前参加登録申込みをされた方
当日参加受付（一般）	当日参加申込みをされる一般の方
当日参加受付（学生）	当日参加申込みをされる学生の方
座長・演者受付	シンポジウム・市民公開講座の座長および演者の方 一般演題の演者の方

- ・ 当日受付の方は、受付前の記帳台にあります『当日参加者受付票』に氏名・所属・発表の有無等を記載し、提出してください。
- ・ 受付の際にネームプレートとプログラム・抄録集をお渡しします。ネームプレートには氏名と所属（病院名等）をご記入の上、学会会場内では必ずご着用ください。ネームプレートの裏面を参加証明書兼領収書とさせていただきます。ネームホルダーは受付でお渡しします。

【参加費】

- ・ 一般 2,500 円（※会員・非会員問わず）、学生 1,000 円
- ・ 事前受付、当日受付ともに同様の価格です。学生の方は必ず学生証をご提示ください。学生証の提示がない場合は、一般参加費を頂戴します。

【プログラム・抄録集】

- ・ 参加費には、プログラム抄録集1冊分が含まれています。
- ・ 追加希望の方には総合案内にて1冊 1,000 円で当日販売いたします。但し数に限りがありますので、抄録集がなくなり次第終了します。

【クローク】

- ・ 小ホールのクロークをご利用ください。（9時～17時）

【昼食及び会場内における飲食について】

- ・ 中ホールの客席内・舞台での飲食はご遠慮ください。昼食時は小ホールをご利用ください。
- ・ 昼食のお弁当をご希望の方は受付にてお支払いの上、引換券をお受け取りください。
- ・ 11時30分より小ホールにてお弁当とお茶をお渡しします。引換券をお持ちください。この場所はお食事にもご利用いただけます。

【その他】

- ・ 一般参加者の会場内の呼び出しは行いません。1階受付の連絡ボードをご利用ください。

シンポジウム・市民公開講座 座長・演者のみなさまへ

- ・ シンポジウム・市民公開講座の発表時間は 20 分です。定められた時間内に終了するようにご協力ください。
- ・ 発表はすべて会場に設置された PC を用いた口演形式で、演台上の PC は演者ご自身で操作していただきます。PC の持ち込みはご遠慮ください。
- ・ 開始 10 分前までに会場にお集まりください。
- ・ 発表者はセッション開始までに「次発表者席」ご着席ください。時間になりましたら係がご案内いたします。

示説発表の座長・演者のみなさまへ

【座長のみなさまへ】

- ・ 発表時間 7 分、討論時間 3 分です。
- ・ 演題発表開始 10 分前までに会場にお集まりください。
- ・ 時間になりましたら、セッションを開始してください。

【演者のみなさまへ】

- ・ 発表時間 7 分、討論時間 3 分です。
- ・ セッション開始 5 分前までにご自身のパネルの前で待機してください。

【利益相反の開示】

- ・ 筆頭発表者は、共同研究者、共同発表者、配偶者、一親等の親族、生計を共にする者も含めて利益相反についての情報開示をお願いします（全演題該当）。ポスターの最後に所定の様式にて開示してください。利益相反【なし】の場合も必ず

【なし】と記載してください。

所定の様式は地方会 HP

<http://www.echna.ne.jp/~fmh/jaih/coi.html>

よりダウンロードできます。

【ポスター掲示】

- ・ 掲示パネルサイズは縦 180cm、横 120cm です。演題名・所属・演者名は、パネル上方の演題番号の横に縦 20cm、横 70cm でおさまるように、ご自身で作成のうえ、ご準備ください。演題番号と貼付用専用テープを事務局で準備いたします。粘着テープ、画鋸の使用はご遠慮ください。
- ・ 会場入口のポスター受付にて演者受付を済ませたあと、所定のパネルに各自で掲示してください。
- ・ ポスター掲示、撤去スケジュール

掲示：6 月10日（土） 9時30分～10時30分

撤去：6 月10日（土） 16時00分～17時00分

※ 撤去時間後、引き取りのないポスターは、事務局で処分させていただきますので、ご了承ください。



◆ プログラム

10：00～10：15 【開会式】

会場：中ホール

10：15～12：30 【シンポジウム】

会場：中ホール

日本の地域包括ケアの経験 -政策から地域医療・住民活動まで-

座 長： 佐藤 元美 （一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者）

1. 少子高齢社会で安心して生活できる地域づくりを支援する日本の保健医療政策

佐原 康之 （（前）厚生労働省老健局 老人保健課長）

2. 人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行の加速

堀田 聡子 （慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授）

3. 『地域医療を守り・育てる住民活動 全国シンポジウム』の経験から

梶井 英治 （筑西市医療監、自治医科大学客員教授）

4. 地域医療再生への取り組みの現場における人材育成

山城 清二 （富山大学附属病院 総合診療部 教授）

5. 被災地での地域医療の復興と地域包括ケア

長 純一 （石巻市包括ケアセンター長、石巻市立開成仮診療所長）

座 長： 崎坂 香屋子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、
帝京大学大学院 公衆衛生学研究科客員準教授）

1. 岩手県陸前高田市仮設住民の居住環境、身体および心の健康の経年変化と関連要因に関する研究

～2013 年、2016 年実施の全仮設住宅調査および個別聞き取り調査結果から～

Study on change of physical, mental health, and social capital among victims of the Great East Japan Earthquake and Tsunami in Rikuzentakata, Iwate, Japan : Findings from tentative housing household survey in 2016, 2013, and personal in depth interview in 2016.

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、

帝京大学大学院 公衆衛生学研究科 崎坂 香屋子

2. ネパール都市部におけるコミュニティクリニックの役割の変化と地域的ケア

The Changing of Roles of a Community Clinic and Local Care in Urban Nepal

京都大学大学院 アジア・アフリカ地域研究研究科 博士課程 中村 友香

3. 高齢社会における地域包括ケア

—日本・タイの比較とリバース・イノベーションの視点

Community Comprehensive Care in the Aging Society —Comparative Study between Japan and Thailand in the Perspective of Reverse Innovation

シェア＝国際保健協力市民の会 本田 徹

4. 静岡県在住の外国人の頭痛の原因とその対処法

The cause and management of their headache of foreigners living in Shizuoka Prefecture

静岡県立大学看護学部 前野 真由美

5. Impact of Mobile Money Adoption on Maternal Health-Seeking Behavior : Panel Evidence from Rural Uganda

GRIPS 江上 弘幸

座 長： 澤田 和美

(NPO 法人福島県の児童養護施設の子どもの健康を考える会 代表理事)

6. スペイン語版のこどもの生活機能評価法の妥当性 —母子健康手帳との項目の比較—
Validity of Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test
(PEDI-CAT) Spanish version : comparison of the items with Maternal and Child Health
Handbook

新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 山田 真希

7. ハンセン病元患者の親を持つ子どもたちの QOL 評価 —ベトナムでの事例より—
An assessment of QOL of ex-leprosy patients' children in Vietnam

新潟県立看護大学 渡辺 弘之

8. ベースライン調査を通して見えてきた東ティモール・ディリ県における学校保健の現
状と改善に向けた対策
Results of a school health promotion project base-line survey in Dili, Timor-Leste-Current
issues and suggested approaches

シェア＝国際保健協力市民の会 秋山 真輝

9. 理学療法士養成のための実習施設認証の仕組み：フィリピンと日本の国際比較
The accreditation system for affiliation centers in Physical Therapist education : an
international comparison between the Philippines and Japan

新潟医療福祉大学 古西 勇

10. ネパールにおける高校生を対象とした結核教育の効果，ベースライン調査
The Field Assessment of Anti-Tuberculosis Education Programme in High School in Nepal ;
Base-line survey

神奈川県立保健福祉大学 城川 美佳

14：00～14：40 【大会長講演】 会場：中ホール

医療、住民、行政の協働で創られた藤沢町の地域包括ケア

座 長： 中村 安秀 （日本国際保健医療学会理事長）

演 者： 佐藤 元美 （一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者）

14：50～16：20 【市民公開講座】 会場：中ホール

グローバルヘルスにおける高齢化と日本の国際協力

座 長： 高木 史江 （一関市国民健康保険藤沢病院 内科長）

1. アジアの高齢化と NGO の挑戦

石井 澄江 （公益財団法人ジョイセフ理事長）

2. 少子高齢社会の保健医療分野における日本の国際協力の経験とこれから

中村 信太郎 （国際協力機構 国際協力専門員 社会保障担当）

3. SDGs 時代の社会変革：高齢化をキーワードに

杉下 智彦 （東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座教授・講座主任）

16：20～16：30 【閉会式】 会場：中ホール

◆ 抄録

シンポジウム

日本の地域包括ケアの経験 -政策から地域医療・住民活動まで-

座 長： 佐藤 元美（一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者）

人口の高齢化は世界中のあらゆる地域で生じており、その進行速度が早いのは開発途上国である。2050年には世界の人口の5人に1人は60歳以上になると推計されている。国際社会は、人口高齢化は21世紀の最も重要な現象のひとつと考え、高齢化がもたらす課題にどのように取り組むかを模索している。

国連人口基金(UNFPA)が2012年に発行した報告書「21世紀の高齢化:祝福すべき成果と直面する課題」において、「高齢人口の機会を最大限に活用するための10の優先行動」に記載されている最初の勧告“人口高齢化は避けられないことを認識し、(政府、市民社会、民間部門、地域社会、家族の)関係機関すべてが高齢者の増加に向けて適切に準備するよう仕向ける。そのためには、問題の理解を深め、国と地方の能力を強化し、高齢化に適応するよう、政治的、経済的、社会的改革を展開する必要がある。”に示されるように、社会の多様な取り組みが求められている。

日本は人口の30%以上が高齢者になった最初の国である。また、その高齢化の速度は著しく、変化の速さによって生じた課題への日本の取り組みの経験は、これから早い速度で高齢化を迎えようとする開発途上国と共有できるのではないかと考えられる。政府の国際保健外交戦略においても、今後、日本がこの分野で国際協力を展開していく方針が示されている。

また、高齢化の変化に伴う課題に取り組む社会的能力の強化は、国際協力のみならず、日本国内においても差し迫った課題である。

このシンポジウムでは、日本の地域包括ケアに関連して、政策から地域医療・住民活動までの、それぞれの現場でご活躍されてきた方々にご発表いただき、これらの話題提供をもとに、シンポジストおよび会場の皆様と総合討論を行いたい。

1. 少子高齢社会で安心して生活できる地域づくりを支援する日本の保健医療政策

佐原 康之 （（前）厚生労働省老健局 老人保健課長）

日本は、保健所を中心とした公衆衛生活動を第二次世界大戦以降充実し、また 1961 年には国民皆保険を達成。今や、乳幼児死亡率や平均寿命、健康寿命は世界最良である。これは、これまでの公衆衛生活動の賜物と言える。また、医療費は現在 40 兆円を超えており早いスピードで高騰しているものの、一人当たり医療費を高所得の諸外国と比較しても高くはなかった。世界的に見れば、日本は、良質な保健医療サービスを効率的に提供してきたと言える。

しかし、日本社会は今、平均寿命の延伸に伴う高齢者数の増加に加えて、毎年生まれて来る子供の数が減少する“少子化”の二つの事象に直面している。30 年前と比較すると、65 歳以上高齢者の人口は3倍に増加、15 歳未満人口は5分の3に減少しており、高齢者の比率は 10% (1985) から 27% (2015) に上昇している。この比率は今後も増加し、2045 年には 38% に達すると予想されている。これは、今後増え続ける社会保障費をどう支え、持続可能な制度を維持していくかという問題だけでなく、社会の基本的な構造の変革という大きな問題に直面していることを意味する。

また、日本全体の少子高齢化の進展とともに、地方から都市への若年層の人口流出が進んでいる。人口流動が少子高齢化にもたらす影響は、地域によって大きく異なる。このため、少子高齢化に向けた対応は、全国画一ではなく、それぞれの地域で、それぞれの実情に即して行う必要がある。日本では現在、保健、医療、介護、福祉といったサービスを地域において包括的に提供する「地域包括ケア」の体制づくりが必要とされており、各自治体はその取り組みを進めている。

少子高齢化と都市化は、日本だけの現象ではない。アジアをはじめとした多くの国で進行している現象であり、それぞれの社会への将来への影響は計り知れない。少子高齢化が世界の中で最も早く進行している日本の状況を知り、その政策の優れた点や反省点を理解することは、諸外国における政策立案に際して重要なことと考えられる。

2. 人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行の加速

堀田 聡子 （慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授）

別紙にて配布予定です。

3. 『地域医療を守り・育てる住民活動 全国シンポジウム』の経験から

梶井 英治（筑西市医療監、自治医科大学客員教授）

医師や看護師等医療従事者の不足や経営状況の悪化等により医療機関の存続が危ぶまれる地域が拡大する中で、住民が地域医療の現状や課題を把握し、自らのできることに取り組んでいこうという活動が、全国のあちらこちらで始まっている。

こういった地域医療を守り・育てようという住民活動の端緒は、住民から住民への地域医療啓発活動にある。啓発活動は、意識の変化を促し、行動の変容につなげていこうという活動である。活動は、当初は住民主体型が中心であったが、その後、住民・行政・医療関係者の協働型もみられるようになった。

このような住民活動に取り組んでいる全国のグループが一堂に会し、お互いの疑問や悩みを共有するとともに、それらの改善策を見出すことを目的として、2009 年7月に財団法人地域社会振興財団の主催で第1回「地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2009」が開催された。以来、各年度に実施されてきた。シンポジウムでは、事例発表等を聞いた後、2日間にわたりグループワークが行われている。参加者の現在の活動や課題を共有しながら、グループメンバーがお互いにアドバイスを行う。そして、一人ひとりが自らの課題解決に向けた取り組みを考え、明日からの活動計画を立てて持ち帰っている。

同シンポジウムの参加者は、当初、NPO やボランティア活動をしている市民が多かったが、年を経るに従い、医療関係者や行政関係者、議員等が増えてきている。シンポジウム終了後には、毎回、報告書が作成されている。報告書には、全参加者の活動状況とこれからの活動計画が収載されており、そこには地域医療を守り・育てる住民活動のノウハウが凝縮されている。このシンポジウムへの参加が契機となり、活動が大きく前進したグループも見られるようになった。

地域医療を守り・育てる住民活動は、着実に広がり、かつ進化を遂げ、今では全国的なムーブメントになっている。さらに、活動には、住民のみならず、医療関係者や行政関係者、議員も加わり、その“わ”は大きくなり、まさに地域あげでの協働の様相を呈しているところも見受けられるようになった。こういった地域では、地域力が増し、地域の魅力に輝きを放ち始めている。まさに、地域医療を守り・育てる活動が、地域医療づくりへ、さらに地域(まち)づくりへとつながっている。

4. 地域医療再生への取組みの現場における人材育成

山城 清二（富山大学附属病院 総合診療部 教授）

今回、医療崩壊に陥った地域、南砺市での地域医療再生の取り組みを紹介する。

富山県南砺市は人口約5万2千人で、高齢化率 34%で最も高齢化が進んだ地域の一つである。約 10 年前の市町村合併を契機に県内で最も医療崩壊（産婦人科の廃止、小児科医の減少、中小病院の廃院）に陥り、南砺市の医療体制は注目された。廃院となった病院を診療所化し、その診療所で外来診療の応援を開始したことが南砺市との関わりの始まりである。そして、診療応援と同時に、地域医療再生の取り組みについても期待された。そこで、次の2点、①地域の現場で医療職（特に医師と訪問看護師）を養成する仕組み、②住民参加型の地域医療システムを掲げて取り組みを開始した。

まずは診療所を「南砺家庭地域医療センター」と命名し、地域で総合診療医を育てる人材育成の拠点とした。また、住民参加型地域医療システムを構築するために、試行錯誤の後に南砺市と協力して「南砺市地域医療再生マイスター（人材）養成講座」を開講し、その後「南砺の地域医療を守り育てる会」を立ち上げて、地域の住民・行政・医療職と大学が協働して 地域医療の再生に取り組んだ。これらの取り組みは8年間終了し、現在9年目を迎えている。

この8年間で、総合診療医の養成プログラムを南砺市民病院と協働で立ち上げ、また訪問看護師とナースプラクティショナー的ナース養成講座という勉強会を開始することにより、医師数と看護師数が増加した。さらに、地域医療再生マイスターという人材が専門職も含めて 349 名誕生し、住民グループや地域包括ケアセンターが認知症対策等の活動を積極的に開始するなど自ら行動し、そして顔の見える住民参加型システムを構築することができた（南砺市モデル）。南砺市はやっと医療崩壊から立ち直り、この南砺市モデルは県内外で注目されるようになり、現在では富山市、朝日町へ広がりつつある。

取り組みの過程で、我々が行政や住民から信頼を得たのは、訪問診療・訪問看護に仕組み、かつ南砺市民病院での総合診療科を中心とする診療体制、そして何よりも若い医師を育てる人材育成・教育体制を構築したからである。さらにマイスター養成講座と守り育てる会では、参加者一人ひとりが意識改革と行動変容のやり方を学び、住民と行政や医療関係者間で情報交換し、医師や看護師が自らの専門職の役割に集中できる連携ができたことも重要であった。

地域包括ケアシステムについて厚生労働省は次のように述べている。「団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目処に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していく。」そして、「増加する認知症高齢者の地域での生活を支えることも重要で、地域包括ケアシステムは保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。」

このような地域包括ケアシステムの実現には、行政、地域住民そして医療関係者の連携が重要であることは周知の事実となっている。そして、医師が地域包括ケアシステムを正しく理解することが鍵であると思う。このシステムの医療分野では、かかりつけ医の役割、特に在宅医療、また増え続ける高齢者の救急や入院治療で我々医師の役割はますます大きくなっていく。

5. 被災地での地域医療の復興と地域包括ケア

長 純一（石巻市包括ケアセンター長・石巻市立病院開成仮診療所長）

被災後6年がたつが、最大被災地の石巻市（人口 15 万人弱）では、最大 3.5 万人から漸減した現在も未だ1万人近い方が仮設住宅暮らしだが、来年夏をめどに復興公営住宅（4500 戸）への移住が終了する。

石巻市立病院開成仮診療所は、東北最大の仮設住宅群（1882 戸当初 4800 人）に 2012 年5月に開設された。被災者の継続的な支援を行いたい、そのためには医療だけではなく、健康問題を幅広くとらえ、保健活動・介護予防活動はもちろんのこと、被災した方々が抽選で住みなれない不便で狭小な仮設に暮らすという劣悪な状況から生じる様々な課題が、健康の大きな阻害要因であるという問題意識に立った支援活動を行うべく、筆者が押し掛ける形で、診療所を開設していただいた。

佐久病院と PHC: 演者が 19 年間所属した佐久病院は、戦後の貧しい農村・農民の健康状態を改善すべく、保健・衛生・さらには農村地域の在り方そのものにもかかわる活動を行ったが、その根幹に、すべての人々にとって生命・健康は平等である、また健康がいかに社会的な要因（SDH）の影響を受けるかといった視点があった。その活動は 1978 年のアルマアタ宣言の PHC を先取りしており、今日長野県が全国一の長寿県になったことと関係すると考えている。その視点・精神を現代に生かすべく、特に復興政策をいのちを重視したものにするために行政が最も大変かつ重要と考えた。

被災者の健康問題: 仮設住宅も復興公営住宅もほとんどコミュニティ機能がないために、閉じこもりからの廃用症候群や認知機能の低下は深刻であり、実際介護保険の軽症者が急増した。また心の問題は深刻で、医療的には現在最大の課題である。当診療所では、内科標榜ながら、うつの方は 200 人以上・PTSD で 70 人以上を診断・診療している。

自治会活動の支援・連携とボランティアとの連携: 阪神淡路大震災時の支援経験から、当初より被災者の中で自治活動を行う方々と連携・支援することは極めて重要であると考えていた。その後仮設住宅自治連合推進会の理事に就任し、現在は行政職と専門職と被災者の声をまとめる役という多彩な役割を担うことになった。

地域包括ケアと人材育成の取り組み: 仮設住宅がなくなれば復興は終わったと思われやすいが、実はそれからが最も健康課題が大きくなる。復興住宅は、高齢者を中心とした自立する力が弱い人たちの割合が高まり、さらに再度抽選を行い知らない人々が集まるため、高齢者ケアなし住宅になる可能性が高いが、復興期とは異なり、支援者がいないことが予想される。被災者の劣悪な社会状況を少しでも軽減すべく、多職種協働推進や共感し寄り添う医療を提供するだけでなく、行政と住民との協働を進めることが必須であり、これはある意味全国の最先端の医療と考える。この取り組みを学びに累計で 300 名以上の医療関係者が訪れ、その多くが国際保健医療に関心がある若者である。石巻市立病院は 180 床の総合診療と在宅医療や地域連携・地域包括ケア推進を担う病院として昨年再建された。

「地域包括ケア」では、24 時間の医療・保健(予防)・福祉のシームレスな連携と効率の良い配置、および住宅政策を含む地域づくりとの連動が重要だが、その基本に住民の主体的参加をいかに回復するかといった PHC と共通することが重要視されており、国際保健医療に親和性が高いと考えている。「地域包括ケア」は演者の提言で石巻市の看板政策となり国の様々なモデルに指定されたが、筆者が新設された市包括ケアセンター長として担うこととなった。市立病院には、東北に地域包括ケアを推進できる総合医育成の拠点をという呼びかけに、すでに演者以外に6人の総合医・後期研修医が全国より集まり、今後さらに医師育成に力を入れていく体制が整った。

◆ 抄録

一般演題(示説発表)

座 長： 崎坂 香屋子

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、帝京大学大学院 公衆衛生学研究科客員準教授)

1.

**岩手県陸前高田市仮設住民の居住環境、身体および心の健康の経年変化と関連要因に関する研究
～2013 年、2016 年実施の全仮設住宅調査および個別聞き取り調査結果から～**

Study on change of physical, mental health, and social capital among victims of the Great East Japan Earthquake and Tsunami in Rikuzentakata, Iwate, Japan : Findings from tentative housing household survey in 2016, 2013, and personal in depth interview in 2016.

崎坂 香屋子^{1) 2)}，藤賀 雅人³⁾，染野 享子⁴⁾，宮城 孝⁴⁾，山本 俊哉⁵⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所，2) 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科，
3) 工学院大学，4) 法政大学，5) 明治大学

岩手県陸前高田市仮設住宅の全世帯を対象に(1)仮設住宅の生活環境の変化等を測定する(2)孤立感の強い住民の心の健康に影響を与えた事象を同定し、仮設住宅での孤独死等の予防に役立てる。

【方法】

自記式質問票を用い、2013 年8月(N=899)と 2016 年8月(N=334)に仮設住宅の全世帯に対し留め置き式で実施し、結果を統計解析、決定要因を同定した。また 2016 年 11 月に心の健康の変化について個別聞き取りを実施した(N=12)。

【結果】

2013 年調査結果では「近所に相談できる人が誰も居ない」が 34.3%いた。「困り事があるとき近所に助けてくれる人が誰も居ない」を孤立感の強い住人の目的変数として解析したところ、「近所との関係が良好でない」(AOR:3.68, $p<0.001$)、「同居家族の介護が大変」、(AOR:3.28, $p<0.05$)、男性で 50 歳未満(AOR:2.32, $p<0.001$)等が同定された。2016 年調査でも相談相手がいない、は 25%おり、心と身体の健康も 35%が前年より悪くなった、と回答した。災害公営住宅への移転が進み、仮設住宅に残った人からは周囲が静かになり居住環境が改善した一方、公共交通機関等が減り、生活の不自由さ、治安の悪化が指摘された。不定愁訴に関しては 2013 年には身体痛が多くを占めたが 2016 年は「意欲がわからない」等心の健康悪化が有意に深刻化していた。心の健康の変化では被災直後から2年以内では抑うつや不安が強かったが、自己申告だが家族親族の誕生、婚姻等親族の幸事で心の健康が改善したことが示されていた。

【結論】

2016 年は仮設住宅から災害公営住宅・再建住宅への移動が多数あった。再度の移転は心の健康も重視した個別対応も含めた介入がなければ孤独死等が今後増える可能性がある。

2.

ネパール都市部におけるコミュニティクリニックの役割の変化と地域的ケア The Changing of Roles of a Community Clinic and Local Care in Urban Nepal

中村 友香

京都大学大学院 アジア・アフリカ地域研究研究科 博士課程

【はじめに】

ネパール都市部には、地域住民らが運営する小規模なコミュニティクリニックが点在する。こうしたクリニックは、主に近隣住民に対する、安価で簡易な感染症治療や母子保健プロジェクトなどの提供を目的に設立された。本研究では、カトマンズ市のコミュニティクリニックが、現在どのような役割を果たしているのかを明らかにすることを目的とした。

【概要】

首都カトマンズの N 地区にある、コミュニティクリニックで、診察、検査、ヘルスキャンプなどの観察と、運営委員会メンバーへのインタビュー調査を行った。また、クリニックに常駐する医師1名と看護師3名、患者にそれぞれ半構造化インタビューを行った。この結果、本クリニックが設立された 1982 年よりも受診者の全体数は減少していることが明らかとなった。一方で、近隣で安価な治療を提供する本クリニックは、地域の高齢者層や慢性疾患患者（主に高血圧、糖尿病、痛風）の継続的な治療と心身の不調の経過観察という役割を果たしていた。また、地域の関係者による話し合いの結果、関節痛等の治療のために温熱療法を取り入れるなど、一般住民のニーズに敏感な様子も明らかとなった。

【考察】

カトマンズでは、私立専門クリニックなどの増加や、国立病院の質改善などにより、コミュニティクリニックを受診する患者数は減少していると言える。一方で、こうしたクリニックは慢性疾患の長期的治療や、高齢者の保健医療的視点からの見守りという新たな役割を果たすようになっている。また、住民の生活状況に合わせた医学的助言やニーズに基づいた実践をするなど、専門的医学知識のみに偏らない社会的なケアの場として機能していると言える。

【まとめ】

設立当初の目的とは異なる、現代的な役割をコミュニティクリニックは担っている。都市部では医療の専門化や高度医療化が目指されるが、一方でこうした住民参加によるケアの体制の維持も重要である。

3.

高齢社会における地域包括ケア ―日本・タイの比較とリバース・イノベーションの視点 Community Comprehensive Care in the Aging Society ―Comparative Study between Japan and Thailand in the Perspective of Reverse Innovation

本田 徹

シェア＝国際保健協力市民の会，浅草病院

【はじめに】

世界最速で超高齢社会と人口減が同時に進行し、単独世帯が標準になった日本と、家族計画に成功し、少子高齢化が進むタイの間には共通性がある。タイは、自他ともに認めるプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)の先進国でもある。四半世紀間、東北タイで PHC や HIV/AIDS の活動に従事し、現在現地財団化した HSF(Health SHARE Foundation)とパートナーシップを結ぶシェアの経験、東京山谷での高齢者在宅医療の臨床経験から、両国の地域包括ケアの状況を比較、考察する。

【概要】

タイは 1960 年代から先進的に村落保健ボランティア(VHVs)の養成に取り組み、アルマ・アタ宣言以降、国家政策として、VHV 制度の普及、充実に努力してきた。一方で、家族計画の強力な推進により、出生率が通減し、2025 年には高齢化率が 20%を越える。2014 年末以来、Family Care Team という、VHVs をケアギバーとして養成し、地域の包括ケアに活用する制度を立ち上げ、全国に展開している。また東北タイでは、VHV と恵まれない境遇の学童が、ペアを組み、高齢者宅などに訪問活動を行う Buddy Home Care の試みも始まった。

筆者は、東京の山谷地域で、生活困窮独居者の医療に長年関わってきたが、その経験の中で、NPO 法人の居住、生活支援、訪問看護、介護などで果たす役割の大きさを認識している。一方で、都市型の「限界集落」になりつつある、山谷のような地域で、縦割りを超えた活動をタイから学ぶ必要性も痛感している。臨床活動と現場調査に基づく結果を報告する。

【考察】

21 世紀の超高齢社会での PHC の捉え直し、とくに保健ボランティア制度を用いた、縦割りを排した真の包括的な地域ケアのあり方を考察する。

【まとめ】

途上国から学ぶ Reverse Innovation の重要性を現場から問う。

4.

静岡県在住の外国人の頭痛の原因とその対処法

The cause and management of their headache of foreigners living in Shizuoka Prefecture

前野 真由美¹⁾，前野 竜太郎²⁾，榎本 信雄³⁾，北島 和子⁴⁾，岩崎 圭介⁵⁾，山田 隆之⁶⁾

1) 静岡県立大学看護学部，2) 常葉大学健康科学部静岡理学療法学科，3) えのもと循環器科・内科，4) 静岡県助産師会，5) 静岡済生会総合病院地域医療センター，6) 医療ソーシャルワーカー

【背景】

外国人無料健康相談と検診会(静岡)においては、外国人受診者の訴える症状の上位に頭痛がある。頭痛をもつ外国人のセルフケアへの支援を検討するため基礎資料を得たい。

【目的】

静岡県在住の外国人の考える頭痛の原因とその対処法を明らかにする。

【方法】

1. 対象者:2016 年外国人検診会受診者 100 人のうち頭痛がある 21 人。2. 調査方法:質問紙(5 言語)調査。3. 調査項目:国籍。年齢。性別。対象者の考える頭痛の原因。頭痛による日常生活支障。頭痛時の対処行動。頭痛の予防行動。4. 分析:記述統計。5. 倫理的配慮:静岡県立大学研究倫理審査会にて承認。受診者に匿名化、統計的に処理することを文書で説明する。

【結果】

1. 有効回答:20 人。2. 国籍:フィリピン4人、ベトナム4人、インドネシア3人、ネパール3人、中国2人、パラグアイ2人、他2人。3. 年齢 34.3 ± 10.6 。男性4人、女性 16 人。4. 頭痛の原因:多い順から、「疲れ」12 人、「ストレス」7人、「寝不足」6人。5. 日常生活支障:「頭痛により日常生活に支障あり」11 人。内容は、「横になる」8人。6. 頭痛時の対処行動:「鎮痛薬を飲む」14 人、「安静にする」8人、「塗り薬・貼り薬を使う」3人、「特に何もしない」3人。7. 鎮痛薬:「市販薬」9人。「日本以外の薬」7人。「月 10 日未満、薬を飲む」13 人。8. 頭痛の予防行動:多い順から、「特に何もしていない」12 人、「睡眠をとる」4人、「リラクゼーション」3人。

【結論】

静岡県在住外国人の頭痛の原因は「疲れ」が半数。頭痛は日常生活支障をきたす。頭痛時の対処は「鎮痛薬を飲む」ことである。鎮痛薬は市販薬であり、国内外の薬である。頭痛予防は「特に何もしていない」者が多い。今後、頭痛の有無別に症状や日常生活、心理社会面を分析し、今回の結果を合わせて、頭痛をもつ外国人のセルフケアの支援を検討したい。

5.

Impact of Mobile Money Adoption on Maternal Health-Seeking Behavior : Panel Evidence from Rural Uganda

江上 弘幸
GRIPS

[Background]

An innovative person-to-person payment technology, mobile money is helping to rapidly expand access to financial services to the poor, thereby promoting financial inclusion in Sub-Saharan Africa. Although a growing body of literature investigates the impact of mobile money, previous studies have not shown how females changed their maternal health-seeking behavior in response to obtaining additional funds via informal network by using mobile money.

[Methodology]

Utilizing a panel data set from Uganda (RePEAT data) and a fixed-effect IV approach, my study aims to fill this gap. We also employ DHS data of Uganda to support our argument.

[Results]

We report mobile money adoption and distance to mobile money agents have statistically significant impact on the number of antenatal care visits and other maternal health related outcome variables by mainly using RePEAT data. We also report analysis based on DHS data as a robustness check.

[Conclusion]

This study provides empirical evidence on justification of adoption or scaling up the use of mobile money as a new instrument which alleviates financial barrier against maternal health-seeking behavior in developing countries to policy makers and health public officers.

◆ 一般演題 2 (示説発表) ◆

座 長： 澤田 和美

(NPO 法人福島県の児童養護施設の子どもの健康を考える会 代表理事)

6.

スペイン語版のこどもの生活機能評価法の妥当性 ―母子健康手帳との項目の比較―

Validity of Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PEDI-CAT)

Spanish version : comparison of the items with Maternal and Child Health Handbook

山田 真希¹⁾, 古西 勇¹⁾

1) 新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科

【目的】

こどもの生活機能レベルを評価するスケールは多く存在するが、スペイン語圏での調査に使用できるものは限られている。PEDI-CAT (pediatric evaluation of disability inventory computer adaptive test) はコンピューターで自動選択される質問による、リハビリテーションのためのこどもの能力評価表で、スペイン語版も開発されているが、その妥当性について明らかにした研究はまだ少ない。本研究の目的は、日本の母子健康手帳のスペイン語版との比較により PEDI-CAT の妥当性を明らかにすることである。

【方法】

PEDI-CAT を構成する大項目 (日常生活動作 (以下 ADL)、粗大運動、社会・認知、責任能力) に含まれる各質問内容と母子手帳の各月齢、年齢ごとの質問の類似または相違する内容をまとめた。母子手帳の月齢、年齢は①3～4か月、②6～7か月、③9～10 か月、④1歳、⑤1歳6か月、⑥2歳、⑦3歳、⑧4歳、⑨5歳、⑩6歳である。

【結果】

母子手帳の各年齢の質問全合計 109 問中、①では 1/7 問、②で 4/9 問、③で 3/10 問、④で 4/11 問、⑤で 3/12 問、⑥で 4/10 問、⑦で 5/17 問、⑧で 7/12 問、⑨で 2/10 問、⑩で 3/11 問の PEDI-CAT との類似の質問があった。また PEDI-CAT の大項目に準じた分析では、PEDI-CAT が ADL99 (26.2%)、粗大運動が 141 (37.3%)、社会・認知 79 (20.9%)、責任 59 (15.6%) に対して、母子手帳の全質問中 ADL が 14 (23.7%)、粗大運動 14 (23.7%)、社会・認知 27 (45.8%)、責任 4 (6.8%) であった。

【結論】

PEDI-CAT スペイン語版は、質問数も各機能間で充実し偏りがなく、より日常の場面に則しているためこどもの生活機能の評価する妥当なスケールである。

7.

ハンセン病元患者の親を持つ子どもたちの QOL 評価—ベトナムでの事例より— An assessment of QOL of ex-leprosy patients' children in Vietnam

渡辺 弘之¹⁾, Vu Tuan Anh²⁾, Tran Xuan Vy³⁾, Tran Sy Duy⁴⁾

1) 新潟県立看護大学, 2) 3) 4) Quy Hoa National Leprosy Dermatology Hospital

【背景】

ベトナムにおいて、偏見や差別、身体障害の発生などにより社会復帰が困難となったハンセン病元患者の場合、ハンセン病村などの施設がその定住先となり、元患者同士の婚姻によって子どもたちが誕生してきた。ハンセン病村で成長した元患者の子どもたちが一般社会との接点を持ち始める際、ハンセン病へのスティグマによってしばしば偏見や差別を受けることがある。本研究はハンセン病元患者の子どもたちの QOL を測定することで、子どもたちの精神的・身体的健康増進を高め、円滑な社会的統合支援実現のための基礎資料とすることを目的とする。

【方法】

2016 年8月にベトナム国内のハンセン病専門治療施設(病院 X)に併設されているハンセン病村において、親とともに在住する7歳から13歳までの元患者の子どもたちを対象に QOL 測定調査を実施した。また親に慢性的疾患のみられない子どもたちを一般群としてデータを収集した。QOL の測定については包括的健康である Kid-KINDLR ベトナム語版(7~13 歳版)を用いた。

【結果】

元患者の子ども20名、一般群20名からの回答が得られた。身体的健康、精神的健康、自尊感情、家族、友だち、学校生活の下位尺度のうち、身体的健康の項目に有意差がみられ、元患者の子どもの場合一般群より身体的健康が有意に低いという結果となった。また有意差はみられなかったものの、両群とも精神的健康のスコアが低い傾向がみられた他、元患者の子どもの場合「友だち」と「学校生活」で極端に低いスコアを示す回答がみられた。

【結論】

ハンセン病元患者の子どもの場合、身体的健康の問題を抱えている他、友人関係や学校生活において葛藤を抱えている可能性が考えられることから、葛藤の原因となっている問題を把握し、元患者の子どもの QOL 向上に必要な方策の検討が必要である。

8.

ベースライン調査を通して見えてきた東ティモール・ディリ県における学校保健の現状と改善に向けた対策

Results of a school health promotion project base-line survey in Dili, Timor-Leste-Current issues and suggested approaches

秋山 真輝¹⁾，福山 修次¹⁾，吉森 悠¹⁾，仲佐 保²⁾

1) シェア＝国際保健協力市民の会，2) 国立国際医療研究センター

【はじめに】

当会は 2007 年より東ティモールの教育省と保健省の学校保健に対しての支援を行っている。2016 年からは首都ディリ県での学校保健制度構築に取り組んでおり、本格的な実施に先駆け、全小中学校対象の実態調査を実施した。

【目的】

事業開始前の学校保健活動の実態や課題を明らかにし、調査結果に基づく政府への提言及び焦点を絞った活動策定をすることである。

【方法】

①県内6郡全 98 校中 92 校での、学校環境や児童生徒の衛生状態の観察、保健教育実施状況の聞き取り②ディリ県内 12 校での、教員へのインタビュー調査、児童生徒を対象とした保健知識、行動を測るテスト③学校保健業務に従事する行政官対象のインタビュー調査

【結果】

学校保健制度は取り入れられており、調査校中 93%の学校において保健の授業が行われている。保健に関する規則は 89%の学校が有しているものの、水と衛生設備の不足が課題であり、衛生環境が総合的に「良い」と見なされたのは全体の 35%のみであった。副教材がある学校は 56%、学校保健に関する研修を受けた教員がいる学校は 45%、児童保健委員会がある学校は 30%、身体測定を実施している学校は 22%、学校菜園を運営している学校は 11%であった。学校の規模、郡別、学校の種類による相違は見られなかった。児童生徒の保健知識は低いものの(55%)、多くの児童生徒(84%)が正しい保健行動を認識していることが分かった。

【考察】

児童生徒の保健知識の低さには、適切な教材の不足と教員の知識不足が影響していると考えられる。また、個人衛生の重要性への認識が高いものの、衛生設備の不足、児童保健委員会が無いことなどにより、知識が実践につながっていないことが示唆された。これらの課題に対する取り組みとして、当会では児童生徒が正しい保健の知識を身につけ、実践しやすい環境づくりを目指す。

9.

理学療法士養成のための実習施設認証の仕組み：フィリピンと日本の国際比較

The accreditation system for affiliation centers in Physical Therapist education : an international comparison between the Philippines and Japan

古西 勇¹⁾， 神田 賢¹⁾， Carmelo C. Cunanan²⁾

1) 新潟医療福祉大学， 2) Angeles University Foundation

【はじめに】

理学療法士を目指す学生が臨床実習を行う実習施設の要件について、わが国では見直しが検討されているが、それに関して国際比較をした研究は少ない。本研究の目的は、フィリピン共和国における理学療法士養成校の実習施設の要件をわが国の指定申請のシステムと比較することで、それぞれの特長を明らかにすることである。

【概要】

フィリピンの情報は、認証手順に関する公表された文書をインターネットで入手して確認した。わが国の情報は、文部科学省のホームページで、高等教育局医学教育課の最新の「指定申請等提出書類の作成手引」を確認した。フィリピンでは、Commission on Higher Education (CHED) の通達文によれば、CHED の認証を受けた提携施設でのみ実習生を配置できる。わが国では、実習施設に関する書類を指定申請や変更承認申請の際に大学が文部科学省に提出する。しかし、フィリピンでは実習施設が CHED Regional Office (CHED-RO) に申請書を提出するのに対し、わが国では大学が書類をまとめて提出するという違いがある。また、フィリピンでは認証のために任命を受けた専門家と CHED-RO 等の代表者が申請のあった施設を訪問し評価や現地視察を行っている。

【考察】

フィリピンでは、実習生を受け入れたければ実習施設が認証申請をしなければならない。それに対して、わが国では養成校が実習生を受け入れてほしい施設に個々に依頼して書類を作成してもらう。フィリピンの認証システムは、実習施設の質的保証を実習生受入れの前提としているものであり、現地視察への同行によっても、実習施設に主体的な実習生の受入れを促している特長があると考えられた。

【まとめ】

人材育成の国際協力を考える際には、実習施設の要件を含んだ専門家教育の枠組みを評価することが有用である。

10.

ネパールにおける高校生を対象とした結核教育の効果，ベースライン調査

The Field Assessment of Anti-Tuberculosis Education Programme in High School in Nepal ; Base-line survey

城川 美佳¹⁾， Ram Sharan Gopali²⁾， Parbati Thapa²⁾

1) 神奈川県立保健福祉大学， 2) Japan-Nepal Health & Tuberculosis Research Association

【目的】

ネパール連邦民主共和国において、結核対策は重要な公衆衛生上の課題である。結核患者の早期発見や予防には、結核に対する知識の普及が不可欠である。適切な知識の提供と普及に関する研究のベースライン調査として、過去に結核の講義を行った高校を対象に知識の醸成を目的とした調査を実施した。

【方法】

結核教育プログラムを行った学校に依頼し、承諾が得られた学校を対象に、講義を兼ねたグループインタビューの形式で調査を実施した。

【結果】

調査協力を承諾した学校は4校(公立1校、私立3校)、調査に参加した生徒数は計 207 人であった。

1) 生徒たちは結核に対して関心はあるものの、結核に対する理解度は低く、知識は定着していなかった。2) 結核教育プログラムで得た知識を用いた地域活動は行われていなかった、3) 結核に関する知識を深めるためのフォローアップは行われていなかった。

【結論】

高校生は、自身の結核罹患を予防するためには結核に対する理解が不可欠であり、また、家族を含めた地域住民における結核罹患患者を早期に発見する担い手、または知識を提供する者として期待される。しかしながら、過去に実施した結核教育による知識の定着状況は低く、学校側にも講義で得た知識の学校内での普及や理解を深めるための方策を行っていない様子が見られた。結核教育プログラム継続と知識が定着する方策を検討する必要がある。

◆ 抄録

大会長講演

医療、住民、行政の協働で創られた藤沢町の地域包括ケア

座 長： 中村 安秀（日本国際保健医療学会理事長）

演 者： 佐藤 元美（一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者）

はじめに

このたび、皆様を一関市にお迎えして、日本国際保健医療学会東日本地方会を開催させていただきます。この機会に一関市藤沢町における医療・介護の歴史を振り返り、わたくしたちが恵まれない条件の中で、どのようにして医療・介護を獲得・維持してきたかを示して、いくばくかの参考になることを期したいと思います。

藤沢病院の誕生と最初の躓き

住民と対話する医療までの道を藤沢病院の誕生から最初のつまずきを通して述べてみます。

岩手県藤沢町は昭和43年に県立藤沢病院が廃院となり、25年間病院のない町として苦労を重ねていた。開業医も次々と廃院して、日中だけ医師がいる国保診療所が町の医療を支えていた。夜間は医師が不在となり、8割もの住民が町外の医療機関で最期を迎えていた。高齢化する地域で住民の暮らしを支え、穏やかな最期を提供するために国民健康保険藤沢町民病院が開設された。平成5年7月のことだった。

長年医療に恵まれなかった地域にCT、内視鏡、超音波などの医療機器を備えた54床の病院が誕生した。常勤医は内科、外科だけであったが、診療を開始すると次々と重大な疾患が診断され、治療された。心臓弁膜症、胃がん、大腸がん、膀胱がん、胆石、肺がんなどが次々と手術された。医師はじめとするスタッフはやりがいを感じ、患者は感謝し、住民は自分たちの病院を誇りに思い自慢した。

しかし、開院から1年もすると外来は生活習慣病を中心とする慢性疾患であふれるようになった。手術で治る病気は姿を消し、根気強く薬物療法や生活習慣を変える努力を続けることが求められる地味な疾患ばかりになった。患者も次第に増加して長い待ち時間が問題視されるようになった。当時、厳しい医療過疎を反映して周辺の病院では無診察投薬が普通に行われていたようだ。当院では無診察投薬を認めない方針を貫いていたので、患者からいつもと症状が変わらないのだから薬だけ出してほしいという要望とそれを禁止している世間知らずの院長は辞めて欲しいというクレームが病院に寄せられるようになった。診察室で説明してもわかってもらえず、説教されたと噂されるようになった。町長に説明して理解してもらっても地域に広がらない。ご意見箱が一週間で一杯になってしまうほど苦情が寄せられた。

状況と問題点の把握

無診察投薬を黙認すれば危険で質の低い医療になると考えた。質の低い医療はやがて経営収支の悪化、患者離れ、優秀なスタッフ確保困難につながる。絶対に避けたいと考えた。一方で住民や政治との対立は、病院の安定運営に大きな障害となる。へき地の自治体病院が危機に直面する主な原

因の二つは提供される医療の質劣化と住民・政治との対立である。その二つに、病院開設からわずか1、2年で直面したことになる。

ことは診療に関することではあるが、診察室の中では解決が難しい。また、病院内の議論だけでも解決が難しい。新しい解決法を模索した。

ビジョンと戦略

そこで病院を出て、地域で住民と話し合う集会を企画した。農業が忙しくない時期、つまりは稲刈り後の秋から冬に病院スタッフが地域に出向き住民と話し合うことにした。衛生講話ではなくこの地域の医療のあり方をテーマにした。住民に医療を理解していただき、病院を支えてもらいたいと思った。最初の取り組みは平成6年の晩秋で、町内5カ所に出かけた。私から無診察投薬を排除している理由について説明をした。若い人にも参加してもらえるように、夜7時から2時間ほど開催した。無診察投薬は保険診療のルールに反するし、病院の収入にならないことを説明した。また、短期間の投薬が予定されている薬が長期間処方されてしまったり、検査結果を見ながら調整すべき薬剤が漫然と継続されたりする危険があることを説明した。病院は診断をして、説明や指導をして、処方して初めて収入を得て経営的に継続できることを説明した。長すぎる待ち時間については、予約外来の導入、午後外来の導入、土曜診療などで短縮を目指すことを話した。最後に、県立病院を失ってから25年後に町民病院という名前で国保病院を手にしたが、再び病院を失えばもう一度病院を取り戻すチャンスはほとんどないだろう。そして、医師や看護師は次の職場を探すことはそれほど難しくない。病院を理解して、ルールを守り、自分たちの大切な財産として育てて欲しいと訴えた。

住民からの反発を心配していたが、住民は予想以上に良く理解してくれた。病院は薬を出すほどもうかかっていた。診察しないで薬がもらえれば、医師も楽だと思っていた。これまで保険診療のルールを教えられたことがない。そのような意見が大半だった。

忙しい診療が終わってから地域住民のためにわざわざ足を運んでくれてありがたい。病院を支えられるように、病院と住民との間で共通理解を深めることが必要、毎年開催してほしいなどのうれしい意見も多数あった。

実際に行った改革

毎年、住民と医療や介護について話し合う企画をナイトスクールと名付けて20年以上継続して開催してきた。毎年テーマを変えてきた。公的介護保険導入前夜には介護保険の意味を説明した。病院に老人保健施設を併設した際には特別養護老人ホームと老人保健施設の違いについて説明した。未収金が目立つようになったときには、未収金の現状と病院の経営状態について説明した。藤沢町と一関市が合併を目指して協議を開始した年には、合併後に藤沢病院がなくなるのではないかと住民の不安を聞き、継続するために必要なことについて話し合った。医師不足に直面した年にはなぜ医師を得るのが困難であるのかを説明して、若い医師を住民と共に育てていきたいと訴えた。

その成果

ナイトスクールの成果は驚くべきものだった。無診察投薬の要求が激減した。そして、待ち時間はあまり短縮できなかったがクレームは激減した。当時藤沢町の住民は1万人程度で、ナイトスクール参加者は300名弱だった。人口のわずか3%と話し合っただけで病院をあれほど苦しめていた問題が解決

した。ナイトスクール参加者は地域のリーダーだった。リーダーが理解してくれることで、町民全体に理解が広がった。

ナイトスクールの成果とだけは言えないと思うが、そのころから患者の受診マナーが改善した。それまでは窓口で自己負担金を払っても払わなくても診てもらえるなら払うのはバカらしいといって未収になっているものが多かったが、少なくなった。外来を待ちきれずに窓口で怒鳴り込んでくるものも少なくなった。

さらに予想もしないうれしいことがあった。個人からの病院への寄付が多く寄せられるようになった。一口3万円ぐらいから100万円までで年間を通していただき、ベッドや車いすなどに寄付された方の名前を掲示して大切にに使わせていただいている。

ナイトスクールを始めてから10年ぐらい経過したころ、住民から病院スタッフがこんなにも地域住民を想って奮闘しているのに住民は要求をするだけで良いのか、病院を積極的に支える活動をしようという声が出てきた。病院を支える会という名のボランティア団体ができ、今では藤沢地域医療セミナーを共催して、住民と話し合いながら育てる医療の楽しさをセミナーに参加した医師や医学生に教えてくれている。

その後の取り組み

自分たちの病院を自分たちで作り育てようという住民を心強く思い、研修医を住民の力を借りて育てようと考えて、研修報告会に住民を招き「意見交換会」と名付けて開催している。数多くの研修医が住民の前で藤沢病院での研修内容を報告し、住民から温かな励ましを受けた。研修医の外来研修が、患者の「すぐにいなくなる医者には見てもらいたくない」、「一人前でない医者には見てもらいたくない」という考えで十分できなかったのが、今ではほとんどの患者さんが研修医の診察を拒否しないで受けてくれるようになった。そのようにして育った研修医がその後土日の当直応援などで藤沢病院を支援してくれている。

また、数年間からは院内外の多職種連携を目的とした多職種研修をF-net 藤沢地域包括ケア研究会として開催している。専門職に混じって多くの住民も参加してくれる。そのことで会の雰囲気が医師を頂点としたヒエラルキーに支配されずに、フラットになっている。

今後の取り組み

これから藤沢病院はさらにプライマリケアに軸を移していく計画である。なんでもやる重装備の病院からプライマリケアに特化した軽装備の病院になろうとしている。外来、訪問診療、慢性期の入院が中心となり、重症の急性期疾患は中核病院に依存していく計画である。また、人口の著しい減少に対応して病床数の削減も検討する時期が来る。住民にとっては不便や不安、不満も出てくることだろう。これからの病院の進む方向を住民と議論していきたい。

終わりに

医療に恵まれない地域で、病院を作り育てた25年を振り返って、医療をする側と受ける側の大きなギャップを埋め、語り合いともに作り出す医療に近づいてきた。やりがいもあり、継続性もある。

国際保健医療にかかわる皆さまにとって、藤沢でのわたくしたちの経験が、多少とも参考となり希望につながるとしたら、大変うれしく思います。

◆ 抄録

市民公開講座

グローバルヘルスにおける高齢化と日本の国際協力

座 長： 高木 史江（一関市国民健康保険藤沢病院 内科長）

地方で生活する私たちにとって、国際保健や国際協力は、遠い別の世界の話題でしょうか？
人口の高齢化について考えてみましょう。

日本は、高齢化が急激に進行し、人口の 30%以上が高齢者になった最初の国です。今も、高齢化がもたらす変化に対応するための社会の能力を強化する試みを継続しています。世界に目をむけてみましょう。高齢化は世界中のあらゆる地域で進行しています。2050 年には世界の人口の 5 人に 1 人は 60 歳以上になると推計されていますが、特に高齢化の進行速度が早いのは開発途上国です。国際社会は、人口の高齢化は 21 世紀の最も重要な現象のひとつと考え、高齢化がもたらす課題にどのようにとりくむかを模索しています。高齢化は、世界各地の経験と知恵を共有し、ともに学びあうことが求められているテーマともいえるでしょう。

日本の地域の地道な経験が、国際保健の発展に貢献できる可能性があります。学会関係者のみならず、地域の医療福祉関係者や一般住民の皆様にも、このテーマに関心をもっていただくために、日本国際保健医療学会東日本地方会では、「グローバルヘルスにおける高齢化と日本の国際協力」のテーマで市民公開講座を企画しました。3名の方から、この分野における日本の国際協力の経験について、それぞれ話題提供をいただき、最後の全体討論では、地方からの日本の国際保健協力についても、演者および地域の皆様と一緒に考えたいと思います。

特に、学生の皆さんの参加をお待ちしています。若い世代の方々が関心をもってください、将来、地域医療、国際保健、国際協力の分野に進まれるきっかけになると嬉しいです。

1. アジアの高齢化と NGO の挑戦

石井 澄江（公益財団法人ジョイセフ理事長）

日本が高齢社会と言われてから、長い時間が経過しました。新聞で高齢社会について触れない日はなく、自分の周りを見廻してみても高齢社会を実感する日々となっています。日本は世界で最も早く高齢化が進み、世界で最も高齢者の人口割合が多い国となっています。

しかし、アジアにおいては日本より高齢化のスピードが速いと推測される国々が増えているのです。65 歳以上の人口の割合が全人口の7%(高齢化)から 14%(高齢)へと倍増する年数が、欧米では長いフランスで 120 年以上、短い英国でも 45 年かかっていますが、日本では僅か 24 年しかかかりませんでした。そのスピードに比べても、韓国、シンガポール、タイ、中国、ベトナムなど多くのアジアの国々ではそれ以上の速さで高齢化が進行すると予測されています。

これらのアジアの国々が異口同音に問題視しているのは「高所得国に移行する前に高齢社会を迎えることになる」ということです。韓国やシンガポールを除くと、多くの国は低・中所得国の状態で高齢化を迎えることになるかと危惧されています。急速に高齢化が進むと言われている国々では政府内で高齢化社会を迎えるにあたっての十分な準備が整っていないとの危機感が高まっています。

そのような状況にあって、政府の政策に呼応、または先取りする形で、NGO の高齢化社会に対する活動の模索が始まっています。スケールは十分とは言えませんが、いくつかの活動例を挙げながら、日本とは異なった状況で高齢社会を迎えるとはどういうことなのか、そしてお互いに学び、共有できる経験は何かを一緒に考えてみたいと思います。

2. 少子高齢社会の保健医療分野における日本の国際協力の経験とこれから

中村 信太郎（国際協力機構 国際協力専門員 社会保障担当）

開発途上国に対する政府開発援助を行う JICA において、高齢化分野の協力は比較的最近の取り組みである。現在、①途上国政府との政策レベルの協力、たとえばタイにおける介護サービス開発のためのプロジェクト(LTOP)、②途上国のリハ施設や社会福祉施設への青年海外協力隊員やシニアボランティアの派遣、③日本の地方自治体や大学、NGO が途上国の政府・地方自治体と行うプロジェクトへの支援、たとえば、タイの首都バンコクで福岡県などが行う介護予防のプロジェクト、バンコク近郊の県で長野県の大学等が行う地域包括ケアのプロジェクト、④途上国への展開を目指す民間企業との連携、たとえば、センサー技術を活用した高齢者見守りシステムや、介護予防のプログラム・器具をタイで実証する活動への支援、などがある。

2013 年からタイで行っている LTOP プロジェクトでは、タイ国内6か所の地域で、要介護高齢者に対しケアマネジメントに基づく在宅介護支援、デイサービスなどを実施している。プロジェクトには日本の厚生労働省や地方自治体の職員、ケアマネジャー、大学の研究者などが派遣され、ケアマネジメントの手法やケアプランの作り方に関する講習、サービスの効果やコストに関するデータの収集・分析、タイの介護制度に関する政策提言の作成などに携わっている。プロジェクトのサービス対象者の約65%で日常生活動作(ADL)の改善が見られ、タイ保健省もプロジェクトの成果をもとに約2千人のケアマネジャーを養成するとともに、介護サービスへの予算も配分されるようになった。

もともとの制度、社会や文化が異なるタイと日本とでは介護サービスのあり方も異なる。タイの医療システムは公的医療機関中心であり、全国に約1万か所ある保健所の保健師が地域住民の健康管理を行っている。さらに、約百万人の保健ボランティアがあり、近隣住民の健康面の支援や見守りを行っている。したがって、LTOP プロジェクトにおいても、主に保健所や地域の病院の保健師がケアマネジャーとなり、保健ボランティアの行う在宅訪問や介護サービス、地方自治体が行うデイサービス、地域の病院の訪問医療チームが行う訪問診療や訪問看護を組み合わせ提供するというサービスモデルが作られた。

LTOP プロジェクトを通じて明らかになった課題は2つある。一つは家族介護者への支援であり、もう一つは急性期から在宅への円滑な移行である。プロジェクトによるサービス提供により高齢者の ADL は概ね向上したものの、家族介護者への負担は依然として大きく、ストレスはあまり軽減されていない。急性期病院の平均在院期間は日本に比べて短く、しかも通常の場合退院後直接在宅に戻るため、在宅で適切なケアがなされず寝たきりになってしまうことが多い。

今後急速な高齢化に直面する途上国にとって、いち早く高齢化の問題に直面した日本への期待は大きい。日本が負の経験も含め過去及び現在の経験を共有することで、途上国は自らの国でこれから何が問題となるのかをあらかじめ予測し、将来に備えることができる。逆に、途上国との協力の中で日本が学ぶことも多い。特に、地域の医療機関や保健所が行う地域保健活動や訪問診療、訪問介護の取り組み、保健ボランティアとして委嘱された地域住民が行う見守りや生活支援は、日本が学ぶべき取り組みでもある。高齢化は日本においても現在進行形の課題であり、途上国の人々の問題関心は現在の日本と驚くほど共通している。高齢化分野の協力は日本と途上国が共同で行う知恵の創造と言える。

3. SDGs 時代の社会変革：高齢化をキーワードに

杉下 智彦 （東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座教授・講座主任）

2000 年の世界の高齢人口比率は 6.9%ですが、2050 年には 15.9%にまで上昇し、先進国のみならず途上国においても、今後半世紀でグローバルな高齢化が急速に進展すると考えられています。高齢化が著しい先進国においては、バイオサイエンスやロボット工学、ゲノム解析、再生医療や創薬開発などの分野をはじめ、医学・医療の飛躍的な進歩によって、高齢化をめぐる様々な課題の克服に貢献してきています。端的には、労働人口における健康寿命の進展によって得られた資本を人材育成や技術革新に再投資することで、安定的な経済発展を可能にしてきた成長モデルだったと言えます。一方で、人材や財源などの医療資源や化学技術力の脆弱な途上国における高齢化は、資本の蓄積を待たずして貧困の根絶と社会開発と並行しながらも少子・高齢化、つまり生産年齢の減少と生活習慣病や悪性腫瘍、精神疾患という非常に高額な疾病対策に同時に対応しなければならないという未曾有の困難さがあります。

国連は高齢者支援の原則として、1) 自立 (independence)、2) 参加 (participation)、3) ケア (care)、4) 自己実現 (self-fulfillment)、5) 尊厳 (dignity) をあげています。つまり、私たちが直面する社会的ニーズは、単なる疾病の診断・治療だけでなく、「人が健康を享受し、幸せな一生を送るためにどうすればいいのか」という新たな価値観の模索であり、医療から福祉、さらには社会制度や法整備までを見据えた取り組みが求められています。さらに、一人の医師、一つの病院で自己完結するような医療を提供するのではなく、プライマリケアから高度医療、介護や福祉まで、個人・家族・地域社会・国家が一体となった協力体制を作ることが喫緊の課題となってきました。さらには経済のグローバリゼーションの進展に伴う健康格差の是正という課題に対して、私たちはまさに人間の尊厳と調和という大きな課題に直面しており、相互扶助に基づく社会の在り方やグローバル社会の連帯、つまり地球の未来におけるグランドデザインを描くことの重要性が問われていると言えます。

SDGs-持続可能な未来の社会のあり方に思いを馳せ、社会的な変革を目指して私たち一人一人が「行動できる」ためのお話をしたいと思います。

◆ 主要プログラム 演者プロフィール ◆

シンポジウム

佐原 康之 （前）厚生労働省老健局 老人保健課長

平成元年金沢大学医学部卒業、小児科医。1994 年ハーバード大学公衆衛生大学院修了。厚生労働省各局、和歌山県庁、WHO 本部等の勤務を経て、2016 年から厚労省大臣官房厚生科学課長。前職は老健局老人保健課長。

堀田 聡子 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授

東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学客員教授、国際医療福祉大学大学院教授等を経て 2017 年 4 月より現職。専門はケア人材政策、人的資源管理。博士（国際公共政策）。2009・2012・2013・2015・2016 年度地域包括ケア研究会委員を務め、現在社会保障審議会介護給付費分科会及び福祉部会、地域力強化検討会等委員。

梶井 英治 筑西市医療監、自治医科大学客員教授

1978 年に自治医科大学を卒業。鳥取県立中央病院でのローテート研修を経て、地域医療に従事。その後母校に帰り、幅広い研鑽を積み、1998 年 4 月地域医療学講座教授、2000 年 4 月総合診療部部長。2004 年 4 月地域医療学センター地域医療学部門教授、2008 年 4 月同センター長。2017 年 3 月自治医科大学を退職し、同大学客員教授・名誉教授。同年 4 月から筑西市医療監に任用され、新たな中核病院づくりに参画。

山城 清治 富山大学附属病院 総合診療部 教授

1984 年佐賀医科大学医学部卒業。1984 年沖縄県立中部病院 内科、救急センター（研修医）。1988 年沖縄県立八重山病院内科。1989 年沖縄県立中部病院救急センター。1993 年佐賀医科大学附属病院総合診療部 助手。1995 年トロント総合病院 総合内科研究員、クリニカルフェロー。1997 年ハーバード大学公衆衛生大学院修士課程。1998 年ハーバード大学公衆衛生大学院卒業。1998 年佐賀医科大学附属病院総合診療部 助手。2001 年佐賀医科大学附属病院総合診療部 講師。2004 年 3 月富山医科薬科大学附属病院総合診療部 教授。2004 年 10 月より富山大学附属病院総合診療部 教授。

長 純一 石巻市包括ケアセンター長・石巻市立病院開成仮診療所長

信州大医学部時代、へき地医療・社会医学・医学教育などを学び、JAIF にも参加。1993 年卒業後、若月俊一に惹かれ佐久総合病院で研修。途中 3 年間、みさと健和病院・柳原病院に出向。1999 年から国保川上村診療所長 7 年、佐久病院付属小海診療所長 4 年、地域包括ケアと地域での医療者育成に従事。2012 年佐久病院退職、石巻市立病院開成仮診療所長。2013 年石巻市包括ケアセンター長。国際保健関係者を含む視察、研修、支援など多数受け入れ。2013 年東北大臨床教授。2016 年東北医科薬科大臨床教授。

大会長講演

佐藤 元美 一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者

岩手県生まれ。自治医科大学医学部卒業後、岩手県立宮古病院、岩手県立久慈病院で内科医として勤務。1992年に藤沢町立藤沢診療所に移り、1993年に国民健康保険藤沢町民病院の病院長となる。2005年からは同院病院事業管理者となり、医療と介護の一体的運営を行っている。(2011年一関市との合併により一関市国民健康保険藤沢病院に改称)。一関市参与(地域医療支援担当)、岩手医科大学医学部臨床教授。

市民公開講座

石井 澄江 公益財団法人ジョイセフ理事長

主として途上国においてセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツを推進している国際協力NGO ジョイセフにおいて40年勤務。アジア・アフリカでのプロジェクトの実施、日本の内外での政策提言、国際保健NGOの連携などに従事。

中村 信太郎 独立行政法人国際協力機構(JICA)国際協力専門員 社会保障担当

1987年厚生省に入省後、公衆衛生、地域福祉、障害者福祉、国際関係業務などに携わる。途中京都府にて高齢者保健福祉行政に従事。2004-2007年ラオス労働社会福祉省で政策アドバイザー。2008年に厚生労働省退職後、2008-2010年シリア労働社会省アドバイザー。2010年よりJICA本部にて国際協力専門員(社会保障担当)。高齢化分野の国際協力プロジェクトの企画、運営に従事。現在タイにおける高齢者介護プロジェクト(LTOPプロジェクト)、モンゴルにおける年金運営改善プロジェクトに携わっている。

杉下 智彦 東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座 教授・講座主任

医学部卒業(東北大学)、公衆衛生修士(ハーバード大学院)、学術修士(ロンドン大学アジアアフリカ研究大学院)、学術博士(グレート大学キスム校大学院)。外科医師、公衆衛生専門家、医療人類学者として、アフリカを中心に30か国以上で保健システム案件の立案や技術指導に携わる。WHOや世界銀行などとともに「持続可能な開発目標(SDGs)」や「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」などの策定を支援。2016年10月より現職。2014年ソーシャル・ビジネス・グランプリ大賞、2016年医療功労賞受賞。

第 32 回 日本国際保健医療学会 東日本地方会

大会長

佐藤 元美 一関市国民健康保険藤沢病院 病院事業管理者

主催事務局

一関市国民健康保険藤沢病院
〒029-3405 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏 52 番地 2
mail: fmh@echna.ne.jp TEL : 0191-63-5253
<http://www.echna.ne.jp/~fmh/jaih/>

共催

一関市

後援

一関市医師会

