

京都大学医学部学生による WHO 神戸センター訪問記

池尻達紀（京都大学医学部医学科 5 回生）
東海慶音（京都大学大学院高度実践助産学系修士 1 回生）
川竹絢子（京都大学医学部医学科 3 回生）
喜多村恭平（京都大学医学部医学科 3 回生）
阪上慎治郎（京都大学医学部医学科 1 回生）



前列左から、茅野龍馬テクニカルオフィサー、野崎慎二郎上級顧問官、Alex Ross 所長

【WHO 神戸センター訪問にあたって】

池尻達紀（京都大学医学部医学科 5 回生）

「目で見る WHO」61 号（前号）では、私たちの企画である「未来の医師のためのグローバルヘルス・スタディツアー」の概要および大阪ツアーの報告文を掲載していただきました。^[1] このスタディツアーの一環として、2016 年 8 月 25 日に WHO 神戸センターを訪問しましたので、今回はその報告をさせていただきますと思います。

WHO 神戸センター訪問の当日は、WHO および WHO 神戸センターの概要や役割を学んだ上で、個別のテーマとして、①災害医療、②高齢社会についてレクチャーを受けました。

災害医療について今回は世界的な状況についてお話を伺いましたが、日本においても平成 17 年に DMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）が設立され、このチームが東日本大震災や熊本震災の際に出動したことは記憶に新しい事例です。医学生として京都大学医学部附属病院をはじめ多くの病院において実習をする中で、救急診療科において見学・実習をさせていただく機会もありますが、DMAT 隊員のスタッフの方がおられるなど今では DMAT の制度が診療科に根付いていることを感じます。日々の診療だけでなく、「有事の際の

医療サービスの提供」という、より幅広い領域を医療が体制としてカバーするように変化してきたと言えるのではないのでしょうか。

WHO 神戸センターの主要研究テーマの一つである超高齢社会における認知症および MCI（軽度認知障害）の問題も非常に重要です。これらの患者数を考慮すれば、「ユマニチュード」^[2]のように認知症患者への接し方の技能に対する日本での関心の高まりも当然のことのように思われます。また、認知症の人々とのように付き合っていくのか、世界全体が高齢化していく中で、日本が一つのモデルケースとして注目されており、日本固有の社会構造を踏まえた医療が必要となっていくと考えられます。

認知症は医学においては精神科（メンタルヘルス）領域に分類して良いかと思われませんが、先述の DMAT と関連して、東日本大震災では特に被災者の方のメンタルヘルスにも注目が集まって「こころのケアチーム」が出動し、これが DPAT（Disaster Post-traumatic Stress Assistance Team：災害派遣精神医療チーム）の設立につながりました。人工知能や IT が医療サービスの一部を担うようになっていく中で、生き残りが有望な医師として精神科が外科医・救急医・家庭医に並んで挙げられています。^[3]メンタルヘルス分野が「未来の医師」や「未来の

医療者」にとって非常に重要な分野になっていくことは想像に難くありません。

今回の訪問では、①いかなる状況においても人々のセーフティーネットとして機能する医療、②地域の社会構造や文化に即した医療、③メンタルヘルス分野に配慮した医療、これらの重要性の高まりを学ぶことができました。変わりゆく社会においてどのような医療ニーズが高まっていくのか、私たちはこれからも様々な研究機関・団体の方々の協力を得ながら、考え続けていきたいと思えます。

最後になりましたが、今回の WHO 神戸センター訪問をコーディネートして下さった茅野龍馬テクニカル・オフィサーおよび野崎慎二郎上級顧問官、Alex Ross 所長に深く御礼申し上げます。また、京都大学側の指導教官としてお世話になりました木原正博先生にも心より感謝致します。

[1]

<http://www.japan-who.or.jp/library/2016/book6102.pdf>

[2] イヴ ジネスト、ロゼット マレスコッティ (著), 本田 美和子 (監修), 辻谷 真一郎 (翻訳)、Humanitude(ユマニチュード)「老いと介護の画期的な書」、トライアリスト東京、2014

[3]高橋優三(編著)、人口知能時代の医療と医学教育、篠原出版新社、2016、p.41-42

以下に WHO 神戸センター訪問当日のレクチャー・議論の内容の報告と考察を掲載します

【WHO について学んだこと・考えたこと：野崎上級顧問官のお話に基づいて】

喜多村恭平 (京都大学医学部医学科 3 回生)

川竹 絢子 (京都大学医学部医学科 3 回生)

WHO の本部はスイスのジュネーブにあり、約 2800 人が働いています。(WHO 全体では約 8000 人。) 1948 年に設立された WHO は WHO 憲章を定めています。その前文の中で、『健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的によい (安寧な) 状態であることを意味し、単に病気ではないとか、虚弱でないということではない』と定めています。健康とは、ともすると病気の反対にある概念ととらえられがちですが、単にそれにとどまらないことがここで示されているという点で、この文には重要な意味合いが含まれていると考えられます。特に、「社会的によい」状態というのが、少し曖昧な表現ではあるのですが、非常に多様な意味を含んでいるのではないでしょう

か。例えば単に病気でないだけでなく、元気に働くことができ心身ともに充実しているということも、健康であることではないかと思えますし、また、そうであるべきだと考えます。特に、近年問題になっているメンタルヘルスなども、この定義に含まれていると考えます。

WHO はその下に、6 つの地域事務局、約 150 の国事務局が存在しています。これは後に茅野先生が補足されていましたが、WHO 本部を政府、地域事務局を都道府県、国事務局を市町村に例えると分かりやすいようです。WHO はどのようにして政策オプションなどを各国へ提示していくのだろうかという疑問に感じていましたが、このように本部から地域事務局へ、そこから国事務局へ、そして各国の政府へと伝えられるということでした。これにより、各国へそれぞれに合うオプションが提示できるのです。逆に、健康などについてのデータは、政府から国事務局、地域事務局を経て WHO 本部へと集められます。6 つの地域事務局のうち、1 つはアメリカにあります。アメリカは大国であり大きな経済力もある為、独立した意思決定をすることもあるそうです。しかし、そのような対立はマイナスであることから、近年、WHO 改革として、WHO が一つとなって意思決定をしていこうという動きがあります。ちなみに、今回訪れた WHO 神戸センターは、WHO Japan center といった役割ではなく、WHO 本部の組織の一つで、世界のために研究するセンターがたまたま神戸にあるということでした。また、WHO は独自の理事会と総会を持っています。

かつて WHO がターゲットにしてきた医療問題は、感染症でした。もちろん今でもそれは大きな問題の一つですが、天然痘のように根絶したものや、ポリオのように根絶間近なものもあり、古典的な感染症の脅威はかつてよりは減少しています。その代わりとして、近年大きな問題になってきているのが、高齢化や生活習慣病、危機管理などといったものです。例えば喫煙問題やガン、心臓病、脳卒中などの病気、災害などの危機管理、高齢化がもたらす様々な問題などです。感染症に対する対応としては、それを根絶させるという選択肢しかありませんでしたが、近年の様々な問題に対する対応は一つではなく多様です。そこが今までと大きく違うところだと仰っておられました。確かに、感染症とは異なり例えば喫煙問題なら、その土地の習俗や教育なども問題解決において非常に大きな壁となりうるのです。後の質疑応答でも仰っていましたが、先進国とは大きく異

なった独自の文化を持つ発展途上国に政策オプションを提示しても、なかなか受け入れてもらえず苦労するのが現実だそうです。

WHOの役割としては、現場に出て何かをするというより、リーダーシップをとって規範や基準の作成を行ったり、政策オプションの提示をしたり、技術支援を行うことがメインです。また、世界が達成すべき概念も提唱しており、その一つとしてUHC（ユニバーサルヘルスカバレッジ）というものがあります。これは、誰もが等しく必要な時に医療サービスを受けられ、そのサービスの質と費用が適切なものであるという状態のことを言います。

WHO神戸センターが今現在取り組んでいる問題は、UHC、イノベーション、高齢化問題です。イノベーションはUHCや高齢化問題とも関わっています。例えば、高齢化が進むと若者の働き手が減り、人材の奪い合いが生じ、イノベーションの必要性が生じてくるわけです。

野崎先生のご講演で、WHOの組織像について、かなり具体的なものをつかむことができました。また、近年変化していき難しくなっていく人々の健康問題に対して様々に取り組みをされていることも学ぶことができました。また、次に記載する質疑応答においてもより理解を深めることができました。

<質疑応答>

Q1 本部、地域事務所、国事務所、がありますが、それぞれの役割、関係性を教えてください。

A1 本部が全体に関わるガイドラインや指針を作り、それを地域事務所に共有します。指令を受けた地域事務所は、さらに各国事務所へと、ガイドラインを適用させていきます。このように、本部→地域事務所→国事務所とトップダウン方式で伝達が行なわれていくのです。

逆に、各国で収集されたデータは国事務所から地域事務所へと報告され、最終的に本部に提出されるようになっています。

（補足：同じ地域内でも、発達の程度に差があったり、常識が異なったりして、上手くいかないことも多いです。例えば、データを収集する際にも、きちんとした統計の取り方を知らないために、正確なデータを取ることで自体が困難なこともあります。また教育の程度に大きく差が見られることもある。“手洗い”“マスクを使う”という、日本では当たり前のことが周知されていなかったり、受け入れられなかったりし、日本人の常識だけを持っていくと、上手くい

かないことも多いです。）

Q2 WHO神戸センターでは、“シンクタンク”とされているように、実地で働くというよりも、アイデアを駆使して指示を出すことが多いと思います。具体的な業務を、もう少し詳しく教えて頂けないでしょうか。

A2 WHO神戸センターは、WHO本部直属のリサーチセンターで、「高齢化、UHC、イノベーション」に特に焦点を当てて研究をしています。

主な役割は、研究計画の作成です。研究テーマを設定したら、まずその研究プロジェクトを遂行するには、どの研究機関、研究者に協力を呼び掛けたら良いのかをアレンジします。そして、どのようなスケジュールで進めていくのかを決め、各方面に指示を出していきます。最終的に、研究成果がまとまったら論文集という形で、発信します。研究の表舞台には立たない、言わば「究極の裏方」ですが、人選やスケジュールのアレンジなどにはロジックも必要とされ、研究プロジェクトをスムーズに進めていくためには欠かせない存在なのです。

Q3 政策を提言するとき、どのようなことに気を付けていますか。

A3 一番は、その国の文化に合わせることです。例えば、保険制度にしても、イギリスでは医療費は無料、日本では健康保険制度、アメリカでは貧しい人だけ医療費を補助する、というように、各国の人口構成や文化に合わせて様々です。タイで、日本のような健康保険制度を普及させようという動きが一時ありましたが、キャッシュでの送金制度さえ整っていない農村部で、日本と同様の健康保険制度を普及させることは不可能です。つまり、日本では上手く機能している制度も、文化や経済状況が全く異なるタイでは無意味なのです。そこで、タイでは経済状況に応じて3つのタイプの保険制度を導入することになり、見事成功を収めました。このように、各国の状況や文化を考慮することが非常に大切だと考えています。

【災害医療について：茅野先生のお話】

阪上慎治郎（医学部医学科1回生）

茅野先生から災害医療についてのレクチャーをしていただきましたので、以下にまとめます。

・災害が増加している原因

近年、災害は世界の至る所で発生しており、件数も増えています。その原因として、一つには気候変動が挙げられますが、もう一つは都市化です。ここでの都市とは、人が密集している地域、という意味です。都市部ではサービスへのアクセスが不平等であることや、世界で10億人がスラムに居住していることが災害の際の被害の拡大につながっています。

・災害用語

災害を表す言葉には、hazard「脅威の可能性」、emergency「実際の脅威」、disaster「処理しきれない脅威」の3種類があります。例えば、屋内でタバコの火を床に落としてすぐに消火できた場合はhazard、火が燃え広がり、消防車を呼ばなければならない場合はemergency、燃え広がった火が消防車でも鎮火できなかった場合はdisasterと定義します。

・世界会議

国連防災世界会議は計3回開催されたが、すべて日本で開催されています。1994年は横浜、2005年は神戸、2015年は仙台で開催されました。第3回の仙台会議では、健康や福祉の面が特に注目されました。

茅野先生によると、このような世界会議でも、先程の災害用語が誤って用いられていたり、日本では20年前の阪神大震災の際にすでに展開された議論がなされていたりするとのこと。災害対策分野は、エビデンスが少なく、さらなる研究成果が待たれるとのこと。

・WHO 神戸センターの研究テーマ

WHO 神戸センターが行っている、災害医療に関する研究の主なテーマは①災害弱者に対するガイドラインの策定、②中長期的な心理影響、③災害に強い社会システムの構築です。先進国の中でも特に災害が多い日本は、その経験を活かし、世界に率先してこの分野の発展に関わっていくべきだと考えられます。
<質疑応答>

Q. 災害が忘れられないようにするためにはどうすればよいでしょうか？

A. 例えば、神戸では毎年震災の追悼セレモニーが神戸市によって行われ、ニュースでも伝えられている。このように、行政が中心となって行動し、継続的にメディアに取り上げてもらうことが重要でしょう。

【高齢社会について：茅野先生のお話】

東海慶音（京都大学大学院高度実践助産学系修士1回生）

日本はしばらく、少子高齢化という大きな問題を抱えています。今ではそれも日本や一部の先進国

だけの問題ではなくなっています。2016年に日本で開催された、主要国首脳会議（G7）「伊勢志摩サミット」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進に向けて、エボラ出血熱などの教訓を受けた公衆衛生危機への対応や、母子保健から生活習慣病、さらには高齢化までを視野に入れたライフコースを通じた保健サービスの確保等について議論されました。出生率の低下の背景には経済発展による、経済優位から子育てにお金がかかってしまうことが挙げられます。

また、高齢化と同時に問題となるのが「認知症」です。日本では現在認知症と診断されている人は400万人いますが、軽度認知症を合わせると800万人に上ります。認知症は完治不可能であり、進行を遅らせる薬を使用して本人や周囲の人々はその問題に向き合っていかななくてはなりません。認知症の最も恐ろしい点は人間らしさ（理性）からなくなってしまうことです。まず記憶がなくなることから始まり、そのことを本人が認めたくないために怒りっぽくなってしまふことが関係し、深刻な場合、最終的には言語をなくし、動物に近いような状態になってしまうこともあります。「早期発見、早期予防」と言われているが、完治が不可能とされる認知症になってしまった場合、本人や周囲の人には「早期発見、早期絶望」と受け取られる場合の方が多いかもしれません。

2015年10月1日（世界高齢者デー）にWHOは初めて「高齢化と健康に関するワールド・レポート」を発表しました。今までの典型的な高齢者という考え方を取り払い、加齢はその人個人の若いころからの環境、生活様式の影響の積み重ねで大きく差がでること、また高齢者は家族や社会に依存的であるという「思い込み」は間違いで高齢者にかかる年金、医療などのコストより社会への経済的貢献のほうがはるかに大きく、文化的や精神的な貢献は若い者には到底およばないレベルであるという内容でした。このレポートはこれまでの高齢化に対するマイナスなイメージを大きくポジティブなものへと変えました。このレポートが発表される以前にも日本では「高齢者にやさしい街づくり」を実現できるよう、様々な対策が講じられてきました。しかし、やさしい街づくりという言葉では簡単に言えても、実際は実現が難しく、例えば認知症で怒りっぽくなっている人に対して「やさしく」できるかなど、偏見に対してどのように対処すべきか、スティグマを是正していく必要があります。