



|              |                                                                             |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Title        | ワークショップ「ケーススタディから地域の取り組みを考える」                                               |
| Author(s)    |                                                                             |
| Citation     | 目で見えるWHO. 2012, 50, p. 27-29                                                |
| Version Type | VoR                                                                         |
| URL          | <a href="https://doi.org/10.18910/86741">https://doi.org/10.18910/86741</a> |
| rights       |                                                                             |
| Note         |                                                                             |

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

## ワークショップ「ケーススタディから地域の取り組みを考える」

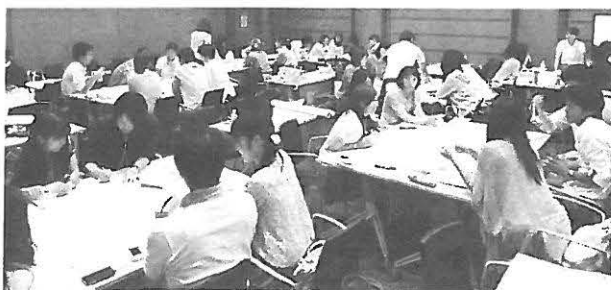
プライマリーヘルスケアの概念について説明を受けた後、運営委員が主体となってワークショップを行い〈事例1:ネパールにおける結核対策〉と〈事例2:大阪市における結核対策〉の2つの事例を6～7人の14班に別れて「それぞれの地域で2年間働く場合、結核の罹患率・死亡率を減少させるためにどのような対策が効果的か」を約30分話し合った。

奇数班が事例1について、偶数班が事例2について話し合ったのち、2つの班が合併して討論をした後それらの7つのグループごとに全体発表を行った。この間、講師の先生方や大阪府立大学看護学部教授垣本和宏先生、静岡県森町家庭医療センターの佐野潔先生、日本WHO協会理事の中村安秀先生はグループをまわって助言をされた。

jaih-sのスタッフが全体発表と先生方の感想を次のようにまとめた。

### (1,2班)

共通点は教育不足、PHCの重要性、医療従事者と患者の間に立つ人が重要。資源を最大限に生かす。日本では地域のNPOや現地で活動している人々が重要。患者と医療従事者をうまくつなぐことが大切。相違点としては、背景、環境の違い。ネパールでは医療施設までのアクセスが悪い。日本ではすぐにアクセスできる。日本にはものがありすぎるが、ネパールではものが不足しがち。しかもどちらも不健康。これらを理解して1人1人が予防をしていく。



### (3,4班)

罹患率と死亡率が高い問題点は環境が悪いこと。まずは知識不足を解消する。教育、勉強会を開く、ポスターを貼る。地域住民が集まる方法としては、地域住民に役割を与えて、自分の意識向上を目指す。住民同士、住民と団体とのコミュニケーションを多くとって仲良くなる。お祭りなどのイベントを開く。

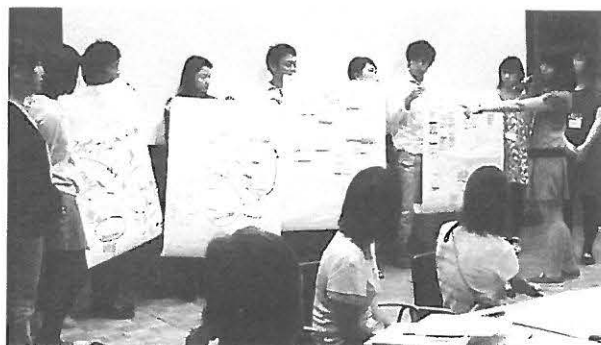
### (5,6班)

共通点は地域の規模。相違点は人、識字率。地域の実

情を知ることが重要。PHCを行っていくうえでの知識が必要。共通点を生かすことが大切。国際医療保健を目指すにあたって、地域保健医療で学んでから出向くことが必要。

### (7,8班)

共通点は貧しい人が病気になるという経済面と知識不足。対策としては教育の機会を与えることが必要。医療従事者からコミュニティに出向く。多職種連携が重要。相違点としてはネパールでは宗教や文化、言葉の壁を超えなければならない。ネパールはしっかりした医療システムがない。ネパールでは識字率が違うので対策も違う。日本では炊き出しの時に訴える。ネパールではサッカー大会をして人を集めて教育する。ネパールはコミュニティがしっかりしているのでそのコミュニティを生かす。



### (9,10班)

原因の共通点は知識不足と衛生状況、栄養状態。原因の相違点はBCG接種率など。共通の対策は環境の改善、教育、マスクの着用。結核患者が多いので、医療関係者だけでは対策不可能。患者さんを待っていてはいけない。ネパールは文化の違いを考慮したアプローチ。ネ

パールでは文字に頼らない教育。村長や権力者への教育。日本では地域への教育。あいりん地区では出入りする人への対策が必要。医療機器への対策。



### (11,12班)

ネパールでは原因として衛生状況などのハード面と教育が徹底されていないというソフト面、産業などの政治経済面がある。ハード面と政治経済面は厳しいので村長と組んで教育を行う。ラジオの活用。大阪では、ボトムアップで対策を行えばよい。原因としては結核の知識がない、医療機関にかかれない、統計がしっかりしていない、栄養不足などがある。これに対してコミュニティで対策していく。行政では無理。相違点はネパールでは伝統医学や宗教の力が大きい。ネパールでは物理的なアクセスが悪い。共通点としては草の根で運動するのがよい。影響力のある人を把握してその人からアプローチ。ボランティアを育成する。音楽で交流する。もので釣る。バラバラで活動するのではなく、どんな活動をしているか把握して連携していく。

### (13,14班)

ネパールでの原因は知識のなさ、予防対策のなさ、BCG接種率の低さ、治療が受けられないなど。結核にかかった後の問題点は医療従事者が少ない。まずは予防に力を入れる。資金が少なく2年間しかないのだから教育して現地の人に引継ぐ。現地のカウンターパートを探すことが大切。村長を介して探せばいいのではないかと栄養指導、農業などの教育も必要。治療の際の服用で中断しないように教育。日本では知識がない、認識の甘さ、栄養不足、貧困が原因。認識の低さではボランティアを介して啓蒙する。貧困の対策はNPO

レベルではうまくできないのではないかと共通点は関心の低さと知識不足、貧困。関心の低さと知識不足は啓蒙活動で解決できるが貧困はNPOの力では無理。相違点は、アプローチの仕方が異なる。大阪では行政レベル、ネパールでは村長と現地のカウンターパートに頼ることが重要。

### 先生方からのコメント

吉田先生「こつこつやってきたことは無駄ではないと思った。間違っていたことは見当たらない。」

坂東先生「30年前は国際活動する人はいなかったが、今は活動する人が増えていると感じた。まだ現場に出ていないと思うが、お金がないからできないということが多い。」

垣本先生「みなさんは頭が柔らかい。今はまだ視野が広いから。これからは視野が狭くなっていくので、視野が柔らかいうちにいろんなことを考えてほしい。医療には教育や住民の知識などいろんなことが絡んでいることを知ってほしい。広い視野をもって生活してほしい。」

中村先生「医療者だけでは健康を守れない。これは日本の地域医療にも共通しているのではないかと。分野を超えて活動するべき。知識不足は途上国だけではなく、日本でも一緒。日本では情報が多すぎて迷いが生じている。今日出た課題を1つずつ深めていくといろいろなものが出てくると思う。西成も途上国も同じ治療を行っている。」

関先生「西成の診療所での結核治療は途上国で発想したもの。ニューヨークで成功したので、西成でやってみたらうまくいった。西成の結核罹患率は急激に下がった。今ではDOTSはWHOの基本治療方針になっている。」

森口育子先生は「素晴らしい発表だった。」と感想を述べられた後総括としてネパールでの活動を紹介された。



## プライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care)

プライマリ・ヘルス・ケア (略称: PHC) は、1978 年カザフスタンのアルマ・アタで開かれた WHO と UNICEF による合同会議におけるアルマ・アタ宣言で初めて定義づけられた。1970 年代後半に、世界の保健・医療におけるアクセスの改善、公平性、住民参加、予防活動重視などの実現を求めて形成された理念かつ方法論。

「2000 年までにすべての人に健康を」が目標とされた。一義的には PHC は途上国の開発課題として構想された面があり、その意味では、BHN (Basic Human Needs) や「もう一つの開発」など、近代化論による開発の弊害への反省に立った、第二世代の開発論と言えるが、それ以外に、世界人権宣言 (1948) や国連社会権規約 (1966) に謳われた「人権としての医療」の思想を継ぐものである。また、CBR (地域リハビリテーション) や参加型教育法 (PRA など) との交流や相互啓発を見逃すこともできない。先進国でも、地域医療を効率的に運用し、公正なアクセスを実現する意味で、PHC を重視してきた経緯がある。日本においても、戦後長野県の佐久病院などの農村地域で試みられてきた、予防重視の住民参加型保健活動は、PHC のモデルとなった。WHO や PAHO (WHO アメリカ地域事務局) は、21 世紀の世界の保健課題を達成する上で、PHC を肯定的に捕らえ、取り組む姿勢を示している。

| プライマリ・ヘルス・ケア<br>の 4 原則元                                                                    | プライマリ・ヘルス・ケア<br>の基本活動項目                                                                                                           | アルマ・アタ宣言 (1978 年)                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WHO ヨーロッパ事務局長<br>Dr.Kaprio (1980)                                                          |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                              |
| 1. ニード指向性のある保健活動<br>2. 住民保健活動への主体的参加<br>3. 社会資源の有効・効率的活用<br>4. 関係者・関係機関の協調・<br>統合<br>※適正技術 | 1. 健康教育<br>2. 食料の供給と適正な栄養促進<br>3. 安全な飲料水と衛生施設の供給<br>4. 母子保健と家族計画<br>5. 主な感染症に対する予防接種<br>6. 感染症対策<br>7. 簡単な病気や外傷の治療<br>8. 基本医薬品の供給 | 「健康は基本的な人権であるにもかかわらず、先進国と開発途上国の間には明らかな格差があり、同じ国内においてさえも同様な格差があるがこれらの不平等は是認できない。この不平等格差解消し、21 世紀までにすべての国民が社会的・経済的に生産的な社会生活ができる健康水準に達するように各国政府、国際機関及びすべてのコミュニティは全力を傾けなければならない。PHC はそのための鍵である。」 |

## 歯科検診を推進しよう

広告

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>(社) 大阪府歯科医師会</b></p> <p>会長 太田謙司</p> <p>〒543-0033 大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27<br/>Tel 06-6772-8882 Fax 06-6774-0488</p>               | <p><b>岩本法律事務所</b></p> <p>弁護士 岩本 洋子<br/>弁護士 藤田 温香</p> <p>〒541-0041 大阪府中央区北浜2-1-19-901<br/>サンメゾン北浜ラヴィッサ9F<br/>Tel 06-6209-8103 Fax 06-6209-8106</p> |
| <p><b>株式会社 プロアシスト</b></p> <p>代表取締役 生駒 京子</p> <p>〒541-0043 大阪府中央区高麗橋2-3-9<br/>星和高麗橋ビル1F<br/>Tel 06-6231-7230 Fax 06-6231-7261</p> | <p><b>新居合同税理士事務所</b></p> <p>代表税理士 新居 誠一郎</p> <p>〒546-0002 大阪府東住吉区杭全1-15-18<br/>Tel 06-6714-8222 Fax 06-6714-8090</p>                              |