

日本——チェコスロバキヤ “農村におけるプライマリ・ケア 合同シンポジウム”に出席して

富山県農村医学研究所 豊田 文一
上市厚生病院 越山 健二

東欧の一角、チェコスロバキヤは、この夏は、寒冷異常気象といわれていたが、8月に入り例年並みに回復し、それに対する用意をととのえて行ったものの、それは杞憂に過ぎず軽装で行動ができた。

農村医学という分野は、日本において確立されてから漸く30年の歩みを辿ったが、欧米においては、すでに1世紀に近い歴史を有し、広大な沃野圃場を有する大規模農業と単作米作を主軸とする零細農業との間に大きな隔差があり、労働条件の相違は、農村の健康問題にも大きな影響のあることは否定できない。

今回このシンポジウムのもたれた所以は、アジアを代表する日本とヨーロッパを代表するチェコスロバキヤと“プライマリ・ケア”に関し、その特徴づけられる諸問題について討議することは意義深いものであるとして企画され、その機が熟した8月14日、ブラハのカレル大学研修宿舎の講堂で開かれた。100近い研究者の参集をみ、シンポジウムは日本から8名、チェコから14名で討議は進められた。

私どももその討議に加わり、意見の開陳を行った。

1. “Rural Area in Japan and Primary Health Care (B. Toyota)”

講演要旨：1978年、アルマ・アタ宣言として“プライマリ・ヘルス・ケア”は、総ての人類の健康を守るための国際的合意を得たが、各国の実情に応じて実施さるべきことを承認

した。日本においては1952年、日本農村医学会が設立されて以来、農村地域では、すでに“プライマリ・ヘルス・ケア”の精神に合致する実践的運動が展開され、成果をあげてきている。ただ日本では第2次大戦後、日本の急速な経済発達、ことに工業生産の著しい発展は、農業従事者を吸収し、そのため古来の農村の形態は崩壊しつつある。しかもかつては経済的に貧困に喘いだ農村も、兼業化の拡大により、現在都市と同様、あるいは凌駕している所も多い。このことは日本における保健活動も大きな変貌をきたしている。

私どもは、富山県において、この実情をみつめながら1972年以来、農村婦人の貧血の調査研究を行い、高率にあった貧血も、調査成績を検討し、保健指導を進めて成果をあげてきている。また1976年以来、農村における糖尿病の実態を調査し、糖尿病発生の防止と患者の養護に取り組んでいる。今述べた事例は、私どもの活動の一部にすぎないが、これらは日本農村医学会の30年来、“プライマリ・ヘルス・ケア”に相応する業績で、今後もこの方式に従って強力に推進してゆく考えである。

2. “An Attempt for Medical Management in a Remote Place by Systematization on with Using Personal and Family Cards and Computer”(K. Koshiyama)

講演要旨：医師不足 積雪などで医療を受け難い地域に対し、医療を供給するため、現

地で保健指導員を選任し、年4回の検診を行って、住民の個人、家族カードを作成し、健康管理を行い、またそれらを活用することによって救急医療を行うシステムである。

現時点では対象人口も少ないが、広域、多数の高次システムを可能にし、コンピューター処理を考慮したものである。その内容は、指導員の資格、教育、業務内容、個人カード（保健指導員用）の内容、救急医療システムの内容で、このシステムは一つの小さな地域のシステムであるが、これらが、将来集まって高次に進めば進む程、住民との距離があくことが心配される。その意味では住民が直接参加し、より住民が直接参加し、より住民に密着したシステムである。

以上私どもの意見発表の他に、日本から提起されたテーマは、寒冷地帯無医村のプライマリ・ケア、胃集検の実態、地域医療、へき地の健康管理などである。チェコ側からは、積極的農村保健活動の現状、農村婦人小児の健康管理、生活環境と健康、農村における精神衛生の基本問題、農村の免疫疾患の疫学、チフス・パラチフス、クラミデア感染、寄生虫問題、栄養問題について、広い範囲にわたって発表された。

発表は全部英語で行われ、私ども語学力の不足のものにとっては、配布されたペーパーによって大要は理解しえたものの、いつも国際会議で経験することながら難解の点もないではなかった。このシンポジウムで感じとられたものは、日本における私どもの活動は、常に「健康と疾病の背後にある地域社会」ということを念頭から離さなかった。従って農村という地域共同体として、私どもは地域の人々との人間関係、その基盤にはヒューマニティの存在していることが、農村医学 Rural Medicine の根本理念である。しかし欧米では、農業労働自体を重視し、それに起因する生物学的、物理化学的、さらに人間工学を主体とした医学、Agricultural Medicine の傾

向が強い。このことは、私どもが国際農業医学会に出席した際、常に痛感している。最近日本の比重が大きくなり、学会開催に当って Congress of Agricultural Medicine and Rural Health と呼ぶようになった。なお、このシンポジウムでは、社会主義体制と自由主義体制の国との相違が浮き彫りにされたような感もあった。共産党独裁的傾向の強いこの国では私的企業は許されない。国の方針により保健計画がたてられ、それに従って実行される。人口400人に対して医師1名というチェコの医師数は、共産圏の通例の数である。従ってその配置も国の方針によって配置されるから、日本のように無医地の存在は考えられない。ただ一つのわくにはめられた保健活動では人間と人間との触れ合いの点より考えられる人間関係が調和されているかどうか、私どもは疑念を感じる。

さて、ここで主題になったプライマリ・ヘルス・ケアという言葉は極めて新しいことで1978年9月、前述したようにソ連のカザフ共和国の首都アルマタ、かつてのシルクロードの要衝にあたる所で開催されたプライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議での最終日、各国代表の合意のもとに「アルマタ宣言」として全世界にアピールされたものである。その要旨は「全世界の人々の健康を保護し、増進するため、すべての政府、保健開発指導者、ならびに全世界の地域住民による迅速な行動が必要である」に始まり、「プライマリ・ヘルス・ケア国際会議は、新国際経済秩序の原則にのっとり、技術協力をもって全世界、とくに開発途上国においてプライマリ・ヘルス・ケアを発展させ、実施するため緊急で効果的な国際的、国内的行動を要請する」ということでこのアピールを結んでいる。私どもはアジアの代表としてブラハの討議に参加したが、私ども日本農村医学会は、すでに永い間、農村の健康管理に挺身し、このアルマタ宣言に示された行動を実施し、絶えない努

力を傾注し、成果をあげている。私どもも意見発表において、その論旨のなかに触れたのである。しかし全世界の5分の4の多数の住民は、貧困、医療が放置されている現状に対し、全地球的の視点からどういう姿勢をとるべきか、先進国たる日本の立場を早急に明らかにすべきではないだろうか。

他面、日本の医界では、全般的に新しい言葉に飛びつきたがる。このプライマリ・ヘルス・ケアという言葉もそうである。1978年アルマアタ宣言がアピールされてから、この言葉が広く流布され、われわれの耳目にクローズアップされてきた。これは何も新しいことでなく、健康管理ということは、ヘルス・ケアの訳語である。しかも10年前からいわれている医療の概念は包括医療を本義とすることに大方の理解がされ、健康を起点として予防——初療——治療——回復——リハビリテーション——社会復帰という一連の行為が医療の根本であることが、私どもの頭に植えつけられてきている。この起点である健康管理は論を俟たないことで、今新しく取り上げら

れたことは、一つの契機を作ったことで、20年後の2000年までという全世界的視点にその意義が認められる。

武見日医会長の「プライマリ・ヘルス・ケアは、第一に人間を個体全般として把握することであり、その健康と疾病の社会的関係、環境医学的關係を基盤として疾病を診断するものである」との論説は、正鵠をえている意義深いものである。今後の問題点として、全国民を対象とした健康管理の導入、専門分科偏重の是正、環境、生活への適応医学、国民への健康教育、国自体の行政的配慮等を推進すべきである。このことは日本のみならず、アメリカを始めとした先進諸国の医学における一つの欠陥である。私も世界各国を廻り、その医療を見聞し、このことを痛感している。

以上私どもは、農村におけるプライマリ・ヘルス・ケアに関する日本——チェコスロバキヤの合同シンポジウムに出席した感想を吐露したもので、何らかの参考になれば幸いである。



ブラハにおける日本—チェコプライマリ・ヘルス・ケアシンポジウム