



笹川保健財団  
みらい塾

笹川保健財団

みらい塾

九州スタディツアーin長崎

2023 報告書

# 笹川保健財団 **みらい塾**

## 九州スタディツアー in 長崎 2023 報告書

### 目次

「みらい塾」九州スタディツアー in 長崎をふり返って	大津留 晶	4
スケジュール		6
講師紹介		8
講師報告		
李 節 子 (長崎県立大学 看護栄養学部看護学科 教授)		10
因 京 子 (九州工業大学 非常勤講師)		14
大津留 晶 (長崎大学 客員教授 / 前 福島県立医大 教授)		16
緑川 早苗 (宮城学院女子大学 生活科学部食品栄養学科 教授)		19
永田 康浩 (長崎大学 生命医科学域地域医療学分野 教授 / 地域包括ケア教育センター センター長)		24
山本 太郎 (長崎大学熱帯医学研究所 国際保健学分野 教授)		27
有吉 紅也 (長崎大学熱帯医学研究所 臨床感染症学分野・長崎大学病院 感染症内科(熱研内科)教授)		28
杉本 尊史 (長崎大学病院 国境を越えた地域医療支援機構)		31
参加者報告		34
お礼に変えて	喜多 悦子 (笹川保健財団 会長)	60

# 笹川保健財団「みらい塾」

## 九州スタディツアー in 長崎をふり返って

令和5年(2023年)はひととき暑い夏でした。まだ残暑厳しい8月28日から9月1日にかけて、笹川保健財団主催の第1回『みらい塾』が、ここ長崎の地で開催されました。財団会長の喜多先生は、2011年の東日本大震災と原発事故後に、震災と原子力災害の複合災害の被災地である福島で、災害と医療・保健の問題を考える「福島・放射線災害医療セミナー」という全国規模の学生サマーセミナーを1週間のスケジュールで企画・実施されました。私は当時福島県立医科大学の教授で、その実務を担当させていただきました。そのご縁で今回の『みらい塾』のモデレーターを担当することになりました。

喜多先生から講師の皆様へ今春いただいた『みらい塾』の構想についてのメールの中で、先生はかつて紛争地で働かれ、紛争難民の支援をなされた関係で、国境問題を身近に感じていたそうです。世界的に見れば解決すべき大災害後の保健・医療の課題は、自然災害だけでなく戦争や難民の支援の問題も避けては通れません。現代の世界をみれば、さまざまな規模の大自然災害が発生しており、それだけではなく2022年2月にはロシアがウクライナに侵攻した戦争が続いており、最近では中東でもテロにより戦争が勃発しています。中国・北朝鮮・ロシアと隣接している日本も世界で最も安全保障が脅かされている地域の一つでしょう。古くから九州の地は、遣唐使の寄港地であり、11世紀の刀伊の入寇や13世紀の元寇など海外からの侵略もあり、戦国時代はヨーロッパからの鉄砲やキリスト教の伝来があり、唐津は豊臣秀吉による朝鮮出兵の出発地であり、江戸時代には島原の乱があり、鎖国の時に海外との唯一の窓であった長崎があり、多くの明治期の日本の産業革命遺産があり、大東亜戦争では長崎が原爆の被災にあい、日本の国境としての歴史が数多く刻まれた地域であります。国境は文化交流の地ではありますが、一方で感染症の入り口でもあり、過疎が進行しやすい土地でもあり、時には紛争が勃発する地域でもあります。

医療や保健に携わる人は、働き始めれば平時は目の前の問題で手いっぱいとなります。しかしいったん大災害が起これば、直後の緊急医療だけでなく、中長期的な保健課題にも否応なく携わることになります。それは比較的エビデンスもあり分業とチーム医療と専門性が確立した平時の保健・医療とは全く異なり、エビデンスは少なく、知らない人たちとチームを組み、常に応用力が試される状況です。そのような時、事前に災害のことを知って、想像したり議論したりする機会があるだけで全く違うことを、喜多先生はしばしば経験されていて「Human Security/人間の安全保障」という副題を持つこの企画を考えられたと、1日目の冒頭の概論でお話されていました。

そして1日目は、長崎県立大学の李先生から、多くの人が国境を越えて移動したときにおこる健康の問題を、(移民や難民の)健康権という人権の一つと考える立場からの講義がありました。李先生は長崎県の上五島の出身で子供の頃のお話も伺いました。次にこの健康権の問題について、九州工業大学の因先生からワークショップを行っていただきました。

2日目の午前中は、東日本大震災と原発事故後の状況とその健康対策の一つとして行われた福島県民健康調査について、私が講義をしました。その後、宮城学院女子大学の緑川先生から被災者の意思決定支援に関するワークショップを行っていただきました。午後は、長崎原爆資料館やシーボルト記念館などの見学がありました。



3日目の午前中は、長崎大学の熱帯医学ミュージアムの見学、長崎大学の永田先生から長崎の離島医療のまなごしの講義を、スマートフォンを使ったQ&A形式の講義で伺いました。午後からは、長崎大学の山本先生に感染症の歴史とその研究から、ウイルスの進化と哲学について、最近の新型コロナウイルスの例より考える講義がなされました。そして長崎大学の有吉先生と杉本先生からザンビアの農村へのプライマリヘルスケアの支援を通じてえられた経験と地域のチームワークの力の講義を受けました。



4日目は、「明治日本の産業革命遺産である製鉄・製鋼、造船、石炭産業」の一つである長崎港外にある軍艦島ツアーを雨の中行いました。そして、5日目の最終日はまとめのディスカッションを行いました。

今回参加してくれた学生や社会人の方々は、上記の講義やセミナー、見学にとっても主体的に参加してくれました。多士済々の講師の先生方とのディスカッションは非常に刺激的ではなかったかと思われまます。報告書を読んでそれらをもう一度思い出していただければ、と思います。

2011年、長崎大学で内科医として忙しくも静かな生活を送っていた私は、東日本大震災と原発事故が発生したため福島県立医大に異動となりました。その折、両親の家に挨拶に行ったとき、一幅の掛け軸を饞別にと送られました。それが写真にある「雨ニモマケズ」の宮沢賢治の詩です。この詩は、賢治の没後に発見された遺品のカバンの中から発見された手帳にメモ書きのようにして残されていました。この詩の中の「…東に病気の子どもあれば、行って看病してやり、西に疲れた母あれば、行ってその稲の束を負い、南に死にそうな人あれば、行って怖がらなくてもいいと言い、北に喧嘩や訴訟があれば、つまらないからやめろと言い…」部分の“行って”という態度が医療者の態度であろうと、(今はもう尋ねることはできませんが)両親は思っていたのかもしれませんが。皆さんに講義を頂いた先生方は幾度となく、世界の紛争地域に行って、原発事故で不安を持つ方々のもとに行って、医療過疎である離島に行って、熱帯病の蔓延するアフリカや東南アジアに行っている先生方です。冒頭にご紹介した喜多先生からのメールの最後の方に、「(喜多先生の)かつての国際稼業時代の外国人仲間は、ほぼ後期高齢者ですが、皆、日本は滅びつつあると云います。」という一文がありました。一方で、日本の先人たちは滅ぶかもしれないという状況を見事に切り抜けてきたという歴史があります。日本が迎えるこれからのより難しい時代に、参加された皆さんの『みらい塾』での経験が少しでも背中を押し、日本と世界の未来を切り開ききっかけになれば幸いです。

最後に、笹川保健財団第1回『みらい塾』の開催にあたり、ご協力いただきました先生方、財団の皆様にあらためて感謝申し上げます。次年度の『みらい塾』が、より充実したものになりますようお願いしています。特に、財団事業部地域保健の元村様の事務方としての多大なご努力があってこそ、このように無事にセミナーを開催することができたのだと思います。本当に有難うございました。

# スケジュール



期 間	2023年8月28日(月)～9月1日(金) の5日間
主 催	公益財団法人 笹川保健財団
内 容	長崎大学、出島メッセ長崎での講義・グループワーク(地域・離島医療、原爆医療、災害等)、長崎市内の関連施設や世界遺産の見学等
参加者	医療・保健分野の学生等(12名) ※参加費無料(宿泊、施設見学等の費用については財団で負担)

長崎は、日本の近代医学発祥の地であり、国際的な情報や知識の交流地でもありました。また、古くから感染症の入り口としても知られており、天然痘やコレラ、インフルエンザなどが広まった地でもありました。九州地域には沖縄を含めて、原爆被災地や外国軍の侵攻地(Complex Emergency)の跡、水俣病やカネミ油症などの産業化に伴う環境問題、さらに地震や火山、豪雨水害などの自然災害も多く起こります。そのため、保健医療に関する話題が豊富です。さらに、隠れキリシタンやハンセン病療養所などの歴史的な出来事から、差別や迫害との闘いの歴史も存在します。近年では、台湾や朝鮮半島などの国境問題が身近に感じられることもあります。

「みらい塾」の副題は、「健康と人間の安全保障」(Health & Human Security)です。このスタディツアーでは、医学や保健の歴史を中心に学びながら、保健、衛生、安全に関する理解を深める機会を提供し、若者たちが自ら問題に気づき、どのような行動を取るべきかを考える機会を作りたいと考えています。

<p>1日目 8月28日 出島メッセ長崎</p>	<p><b>開講式、オリエンテーション</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 喜多 悦子(笹川保健財団会長) 「今、何故、人間の安全保障か?」</li> </ul> <p><b>講義</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 李 節子 先生(長崎県立大学 看護栄養学部看護学科 教授) 「在日外国人の健康支援 ー健康権／人権の視点から」</li> <li>● 因 京子 先生(九州工業大学 非常勤講師) 当日の講義内容を踏まえた意見交換</li> </ul>
<p>2日目 8月29日 出島メッセ長崎</p>	<p><b>講義</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 大津留 晶 先生(長崎大学 客員教授／前 福島県立医大 教授) 「放射線災害における健康影響とその対応」</li> <li>● 緑川 早苗 先生(宮城学院女子大学 生活科学部食品栄養学科 教授) 「住民の意思決定支援について考える ～原発事故後の健康調査を例に～」</li> </ul> <p><b>施設見学</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 長崎原爆資料館、平和公園、シーボルト記念館など</li> </ul>
<p>3日目 8月30日 長崎大学</p>	<p><b>施設見学</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 熱帯医学ミュージアム、長崎大学内の原爆遺構など</li> </ul> <p><b>講義</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 永田 康浩 先生(長崎大学 生命医科学域地域医療学分野 教授／地域包括ケア教育センター センター長) 「長崎、離島の眼差し ー地域医療の原点と未来ー」</li> <li>● 山本 太郎 先生(長崎大学熱帯医学研究所 国際保健学分野 教授) 「感染症を考える、歴史に学ぶこと、今、私たちが考えるべきこと」</li> <li>● 有吉 紅也 先生(長崎大学熱帯医学研究所 臨床感染症学分野・長崎大学病院 感染症内科(熱研内科)教授) 「グローバル化した社会に医療人としてどのように向き合うかを考える」</li> <li>● 杉本 尊史 先生(長崎大学病院 国境を越えた地域医療支援機構) 「Think globally, act locally. ～ザンビア農村部からの学び～」</li> </ul>
<p>4日目 8月31日</p>	<p><b>終日フィールドワーク</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 世界遺産(軍艦島クルーズ)、軍艦島デジタルミュージアム</li> <li>● 長崎歴史文化博物館</li> </ul>
<p>5日目 9月1日 出島メッセ長崎</p>	<p><b>グループワーク(成果発表)、意見交換</b></p> <p><b>閉講式(修了証授与)</b></p>

# 講師紹介

## 李 節子 先生

長崎県立大学  
看護栄養学部看護学科 教授



講義

「在日外国人の健康支援 ―健康権／人権の視点から」

## 永田 康浩 先生

長崎大学 生命医科学域地域  
医療学分野 教授／地域包括ケア  
教育センター センター長



講義

「長崎、離島の眼差し ―地域医療の原点と未来―」

## 因 京子 先生

九州工業大学 非常勤講師



## 山本 太郎 先生

長崎大学熱帯医学研究所  
国際保健学分野 教授



講義

「感染症を考える、歴史に学ぶこと、  
今、私たちが考えるべきこと」

## 大津留 晶 先生

長崎大学 客員教授  
(前 福島県立医大 教授)



講義

「放射線災害における健康影響とその対応」

## 有吉 紅也 先生

長崎大学熱帯医学研究所 臨床  
感染症学分野・長崎大学病院  
感染症内科(熱研内科)教授



講義

「グローバル化した社会に医療人として  
どのように向き合うかを考える」

## 緑川 早苗 先生

宮城学院女子大学  
生活科学部食品栄養学科 教授



講義

「住民の意思決定支援について考える  
～原発事故後の健康調査を例に～」

## 杉本 尊史 先生

長崎大学病院  
国境を越えた地域医療支援機構



講義

「Think globally, act locally.  
～ザンビア農村部からの学び～」





因京子先生のグループワーク



李節子先生の講義





# 「無知の知」を知る「道場」として

長崎県立大学 看護栄養学部看護学科 教授 李 節子

この度、講義を担当させていただくにあたり、私なりに、「みらい塾 九州スタディーツアー in 長崎」のコンセプトを考えました。

「塾生」らに、決して、安易に問題の「正解」「即答」を求めるのではなく、まずは、多くの「知らなかった……。」ことに出会い、無知であった自分を謙虚に内省し、知への好奇心が高められ、そして、よりよい社会のために何かアクションを!という情熱がわきあがり、希望に満ちた夢をいただけるような、そんな講義ができないものかと考えめぐらせ、

—「無知の知」を知る「道場」—としました。

そして、何よりも重要視したのは、「笹川保健財団」の「みらい塾」であるということです。

## 活動理念

すべての人々に、より良き健康と尊厳をすべての人々が、いつでも、どこでも、どんな状況下にあっても、身体的にも、精神的にも、社会的にも、さらにスピリチュアルにも、より良い状態と、人としての尊厳を維持できる社会を目指します。

## 使命

人々がどのような状況にあっても、健康で尊厳ある生活を送ることができるよう、私たちは支援します。

この偉大なミッションのために、この未来塾で、さて、私には何ができるのか、どのようなことを伝えるべきなのか……。

私は、これまで、在日外国人の生活・健康支援に関する活動・研究を50年にわたって行ってきましたので、「在日外国人の健康支援—健康権／人権の視点から」というタイトルにさせていただきました。現在、日本ではこの分野についての研究者、専門家、教育者は極めて少なく、多くの保健・医療・看護分野の従事者であっても、その実践において最低限、知っておくべき基本的知識・倫理観が不足している現状があります。

そもそも、「健康権」とは何か？

「地球人」としての「我」を俯瞰<sup>ふかん</sup>してみようじゃないか？

この二つを命題のために、「在日外国人の健康権」を切り口にして、話題提供をさせていただきました。そこから、普遍的な「人類の健康権」について、考えてほしいと思いました。

## 具体的内容(講義スライド参照)

- 今日の移民は、国境を越えるもの、国内移住を含めて、有史以来最も多い10億人。情報通信・交通手段の発達だけでなく、気候変動、自然災害、人的災害、紛争、先進国での高齢化、途上国における若者の失業の急増、北と南の国々での社会・経済的不均衡などの要因で、移住が大規模になっている。
- 世界人口の8人に1人は移住者である。WHOも、移住者の健康を考えるとなく、この惑星に暮らす人類の健康は語ることはできないと述べている。
- 国連はその創設期から少数者の権利を人権の重要な課題として取り上げてきた。少数者の人権擁護は国連のすべての人権法の根本をなす無差別と参加の原則のなかで保障されているものである。
- SDGsの目標3には、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」とある。Leave no one behind(誰一人取り残さない)ことが、重要な課題である。日本においては、まだまだ、在日外国人の健康権保障が、取り残されている。
- ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC:Universal Health Coverage)とは、全ての人々が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態である。2017年、東京で12月12日から15日まで、#Health for All(すべての人の健康を)に向けて歴史的なUHCフォーラムが行われた。このフォーラムは、日本政府、世界銀行、世界保健機関、ユニセフ、UHC 2030、JICAなどが中心となって開催され、東京宣言が出された。日本は世界のUHCを牽引している国である。
- 「健康権」は、1947年の世界保健機関憲章で、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一であると宣言されている。
- 外国人は、日本人とともに今後の日本社会を作り上げていく大切な社会の一員であることを認識し、日本人と外国人がともに尊重し合い、さまざまな課題に対して協働していくことのできる環境を構築することが重要である。当然、保健・医療・看護もその責務を担う。
- 在日外国人・移住者の健康課題と、その背景と具体的支援のあり方について。
- 2023年5月、G7 Global Plan for UHC Action Agenda・長崎保健大臣会合においても、健康は全ての人々の基本的な権利であり、健康への権利を保護、促進、実現することは政府の義務であると宣言している。

以上、さまざまな視点から、物事を多角的に捉え、独善的にならず、一步でもよりよい社会のために前進してほしいと、多大な期待と夢を塾生に託しました。

**国際移住機関** (IOM: International Organization for migration):  
世界的な人の移動(移住)の問題を専門に扱う唯一の国連機関

今日の**移民**は、**国境を越えるもの、国内移住を含めて、有史以来最も多い10億人**。  
情報通信・交通手段の発達だけでなく、気候変動、自然災害、人的災害、紛争、先進国での高齢化、途上国における若者の失業の急増、北と南の国々での社会・経済的不均衡などの要因で、移住が大規模になっている。

<http://japan.iom.int/information/index.html> 2018年12月18日アクセス

**IOMの「移民」の定義:**

当人の (1) 法的地位、(2) 移動が自発的か非自発的か、(3) 移動の理由、(4) 滞在期間に関わらず、**本来の居住地を離れて、国境を越えるか、一国内で移動している、または移動したあらゆる人**

[http://japan.iom.int/information/migrant\\_definition.html](http://japan.iom.int/information/migrant_definition.html) 2018年12月18日アクセス

**Health does not begin or end at a country's border.  
It is time to act now**

Today there are some **one billion migrants globally**, about **one in eight people**. The experience of migration is a key determinant of health and well-being, and refugees and migrants remain among **the most vulnerable and neglected members of many societies.**

<https://www.who.int/news/health-and-migration-programme/world-report-on-the-health-of-refugees-and-migrants> 2022年9月12日アクセス

**少数者の権利**

**世界のおよそ10億人の人々が少数者グループに属する。**  
その多くは差別や追放の対象となり、しばしば武力紛争の犠牲者となっている。民族的、種族的、宗教的かつ言語的グループの正当な願望を満たすことは、基本的人権の保護を強化することであり、文化的多様性を保護してそれを受け入れことである。また、それは社会全体の安定を強化することにもつながる。  
**国連はその創設期から少数者の権利を人権の重要な課題として取り上げてきた。**少数者の人権擁護は「**市民的、政治的権利に関する国際規約**」の第27条や国連のすべての人権法の根本をなす無差別と参加の原則のなかで保障されている。

出典: 国際連合広報センター「国連の基礎知識」



<https://www.unic.or.jp/activities/humanrights/discrimination/minority/> 2023年6月22日アクセス



- **目標1: あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つ**
- **目標2: 飢餓に終止符を打ち、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進する**
- **目標3: あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する**
- **目標4: すべての人々に包括的かつ公平で質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を促進する**

[http://www.unic.or.jp/news\\_press/features\\_backgrounders/15775/](http://www.unic.or.jp/news_press/features_backgrounders/15775/) より抜粋

**グローバル・ヘルス(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)**

**ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC: Universal Health Coverage)**とは、**全ての人々が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態を指します。**世界銀行グループは、2030年までに極度の貧困を撲滅すること、繁栄の共有を促進することを大きな目標として掲げています。これらを成し遂げるためにUHCの達成は最重要課題の一つです。



<https://www.worldbank.org/ja/our-impact/universal-health-coverage> 2018年6月18日アクセス

**Universal Health Coverage Forum 2017  
Tokyo Declaration on Universal Health Coverage:  
All Together to Accelerate Progress towards UHC**

We acknowledge that health is a human right and that UHC is essential to health for all and to human security. We adhere to the principle of **Leaving No One Behind**, which requires special effort to design and deliver health services informed by the voices and needs of people. **This prioritizes the most vulnerable members of the world's population—children and women—those affected by emergencies, refugees and migrants, and marginalized, stigmatized and minority populations, so often living in extremely difficult circumstances.**

健康は、人々がもつ権利です。しかし、誰でも、何処に住んでいても、持っているお金がどれくらいであっても、その人に必要な質の高い保健医療を受けられるようにするまでに、私たちの前には長い道があります。この(概念の実現を目指す)ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・フォーラム(UHCフォーラム)は、世界中で(みんなが)支え合い、すべての面で活動し、結果を得ることを求めています。世界各地でUHCを一歩進めた何百もの活動が支援者らによって開かれる中、(今年)は東京で12月12日から15日まで、#Health for All(すべての人の健康を)に向けて集団での活動に刺激を与えるための歴史的なUHCフォーラム(公開討論会)が行われました。このフォーラムは、日本政府、世界銀行、世界保健機関、ユニセフ、UHC 2030、JICAなどが中心となって開催されました。その中で、東京宣言が出されました。

[https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf](https://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf) 2019年8月7日アクセス



## <健康権は基本的人権である>

### 世界保健機関(WHO)憲章

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。

HEALTH IS A STATE OF COMPLETE PHYSICAL, MENTAL AND SOCIAL WELL-BEING AND NOT MERELY THE ABSENCE OF DISEASE OR INFIRMITY.

到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する**基本的権利**の一である。

THE ENJOYMENT OF THE HIGHEST ATTAINABLE STANDARD OF HEALTH IS ONE OF **THE FUNDAMENTAL RIGHTS OF EVERY HUMAN BEING** WITHOUT DISTINCTION OF RACE, RELIGION, POLITICAL BELIEF, ECONOMIC OR SOCIAL CONDITION.

外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000026609.pdf> より抜粋

世界保健機関憲章：1946年7月22日ニューヨークで61か国の代表により署名され、1948年4月7日より効力。日本では、1951年6月26日に条約第1号として公布された。

2018年12月25日、「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」、2019年12月20日、「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策(改訂)」が、日本政府から立て続けに発表された。

この政策文の中では、「**外国人との共生社会の実現**」、「**生活者としての外国人**」が重要なキーワードとなっている。在日外国人100年の歴史の中で、この概念が明確に国として打ち出されたことは極めて画期的であり、日本社会の歴史的変革、グローバル化時代の大きなターニングポイントであると言っても過言でない。

李節子：新多文化共生時代における母子保健・医療のあり方  
長崎大学多文化社会学部・多文化社会学研究科『多文化社会学研究』2020年第6号より抜粋

## 外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策 平成30年(2018年)12月25日

### I 基本的な考え方

外国人材の受入れ・共生のための取組を、政府一丸となって、より強力に、かつ、包括的に推進していく観点から、「**外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策**」(以下「総合的対応策」という。)を取りまとめるに至った。

総合的対応策は、外国人材を適正に受け入れ、**共生社会の実現を図ることにより、日本人と外国人が安心して安全に暮らせる社会の実現**

に寄与するという目的を達成するため、外国人材の受入れ・共生に関して、目指すべき方向性を示すものである。

<https://www.komet.go.jp/ip-singo/gakokujinzai/saigi-da/3/syryou3-2.pdf> 2019年2月12日アクセス

## 「滞日外国人」の健康課題

短期・中期滞在者である「滞日外国人」の場合、来日の形態が「**労働・就労**」「**就学**」の**場合が多く、20代～30代の人口**が多くを占めています。多くの外国人は、日本に移住したばかりの時には、「言葉の壁」、「文化の壁」につきあたりながらも、「**日本での生活を「精一杯」に努力**」されます。

しかし、「異国」での暮らしによって疲れ、心身の健康にも問題が生じやすくなります。**その年齢層、労働・就労実態、生活等から、母子保健、精神保健、労働衛生、感染症対策が喫緊の課題**としてあげられます。特に急激な生活環境、人間環境の変化は、「**心の健康**」に大きく影響します。

**重篤な疾患を起こす前に、健康問題の発生予防、早期発見・早期対応のための保健医療、健康診断・健康相談等の支援体制が求められています。**

多くの移住者が、来日したばかり、ほとんど日本語ができない状態の中で、労働し、就学し、生活しなければなりません。**日本での健康生活のための医療情報、緊急事態への対応の仕方、社会資源等には、ほとんどアクセスできていない事**が推測できます。

## 在日外国人の健康支援

### <医療人としての本来業務>

#### <看護者の倫理綱領>

看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。

#### <医師のジュネーブ宣言>

医療専門職の一員としての任を得るにあたり、私は、年齢、疾患や障害、信条、民族的起源、性別(ジェンダー)、国籍、所属政治団体、人種、性的指向、社会的地位、その他いかなる他の要因であっても、私の職務と私の患者との間に干渉することを許さない。

### <多文化共生社会の理念>

**国籍や民族などの異なる人々が、互いの存在を認め合い、共に生きていく多様性のある社会**

在日外国人の健康支援を支える基本理念

## G7 Global Plan for UHC Action Agenda

Action area 7:

**Support a focus on gender equality in health**

We intend to take steps to ensure gender-responsive policies and health services, including universal access to reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health and comprehensive **sexual and reproductive health and rights for all, especially including for those in vulnerable and marginalised situations.**



我々は、妊産婦、新生児、子ども及び青少年の健康への普遍的なアクセス、特に脆弱な立場にある人々を含むすべての人のための包括的な性と生殖に関する健康を含む、ジェンダーに配慮した政策及び保健サービスを確保するための措置をとる。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10500000/001096405.pdf> 2023年5月15日アクセス

# 過去を見据えて未来へ

九州工業大学 非常勤講師 因 京子

情報技術革命、地球環境の激変、従来の権威の失墜、世界のパワーバランスの変化…「激動の時代」と言われる昨今、価値観も揺らいでいる。つい先日、某少年漫画誌の「友情・努力・勝利」というスローガンはもはや時代遅れ、「努力は尊い」という言葉は魅力を失った、という記事をどこかで読んだ。努力が常に報われるとは限らないことをオトナは知っていなければなるまいが、「努力なんかクサイ」となれば、人は何を軸に生きていけばいいのか。こどもには、学生には、何と云えばいいのか。

「激動」は、しかしながら、今日だけのものではない。近代に目を向ければ、江戸幕府が倒れ「四民平等」の世の中になったとき、「蘭方」が脇道のものから最先端の学問となったとき、「鬼畜米英」「あらひとがみ」という大声が「つよくてやさしいまっかあさあ」<sup>註</sup>「人間天皇」に取って代わられたとき、人々はどのように感じ、何を拠り所として生きたのだろうか。生きがのために、価値も倫理もおかまいなしに突き進んだのだろうか…。

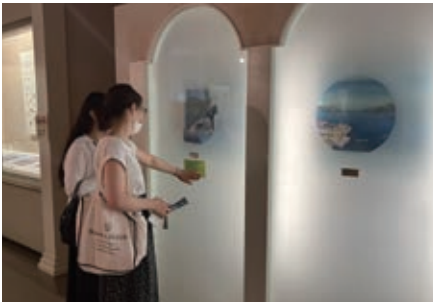
人は常に選択を迫られる。日々立ち現れる課題に、ひとつ覚えのスローガンを掲げてプログラム化された機械のような対応をすればよいというのなら苦労はないが、洗脳されているのでない限り、人は迷う。考え抜いて核となるものを見つけたと思えることがあったとしても、人は、やはり、迷う。圧倒的優位を与えられた価値観の支配する時代に生きたとしても、それは変わらないだろう。

医療・保健系の学生を対象とした「みらい塾 九州スタディーツアー in 長崎」には、日本各地から医療者を志す若い人々が集まり、このような機会がなければ直に耳にすることはなかったであろう専門家の警咳に接し、長崎という地に幾重にも積み重なった歴史に触れた。筆者は初日と二日目に行われた講義と原爆資料館・鳴滝塾等の見学に参加したが、諸先生による一級の講義に圧倒された。聴く者の中には、基礎知識の習得の道半ばの者も、ある程度の実務経験を有する者も、また、筆者のような医療者でない者もあったが、手加減なく惜しみなく、超一流の研究と実践と倫理に裏打ちされた貴重な知見が本物の実践者だけが持つ熱を帯びて披露され、筆者は、医学・医療・保健という分野の持つ高みと深みと怖さ、そして、魅力に、打たれた。生命という「こわれもの」を扱う厳しい営為に身を投じる決意をした若い人々は、プロフェッショナルとしての、また、人間としての誠実さを貫くために何が求められるのか、感じ取ったことだろう。

世の中にはいつもいろいろな情報が溢れている。ことに現代は、数十年前ならそこに辿り着く糸口をつかむだけでも数週間を要したような情報ですらも指先で何度かキーを叩くだけで手に入る。しかし、フェイクニュースもプロパガンダもそれとはわからない姿をして紛れ込んでおり、何が真実で、何が価値を持つのかを捉えるのは至難の業だ。真実を見極め納得できる価値を見出すにはどうすればいいのか、その術は自分で考え獲得していくしかない。それには、専門家としての腕を磨き続けるとともに、哲学や文学や歴史に触れ、「今」「ここ」「自分」を俯瞰し超越する目を持つことが助けとなるだろう。長崎でホンモノに触れた若い人々が、「みらい塾」を企画し提供した人々の思いを受け止め、柔軟かつ確固たる中心軸を作っていってくれることを願う。

註：第二次世界大戦敗戦直後に発売された「いろはがるた」の札の一つの文句







# 放射線災害における健康影響とその対策

長崎大学 客員教授(前 福島県立医大 教授) 大津留 晶

本テーマについて、長崎大学と福島県立医大における教員そして内科医としての経験と、科学的なエビデンスをもとに概説した。

長崎はいまから78年前の1945年8月9日に原子爆弾による戦争被害にあい、多くの市民が死傷した。生存した被爆者の生涯にわたる放射線健康影響調査が放射線影響研究所を中心に行われた。そのエビデンスが現在の放射線防護基準の基礎となった。比較的急性期からみられる放射線の確定的影響(脱毛や血球減少など)は、主に500~1000mSv以上の被ばくで認められ、線量に依存して重症度が増加する。一方、十数年から数十年の潜伏期を経て生じる癌などの放射線の確率的影響は、100~200mSv以上の線量より癌の罹患率や死亡率が線量依存的に徐々に増加するが、重症度は変わらないこと、遺伝的な影響はみられなかったことが基本的特徴である。よって、線量の測定と推計がリスク評価の基盤となる。

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、東京電力福島第1原発の事故(レベル7)が加わり、未曾有の複合災害となった。大震災発生当日から翌日にかけて、福島第1原発より3km→10km→20km圏内と避難指示発令の地域が次々と拡大した。当時わが国が想定していた原発事故は、1979年の米国スリーマイル島原発事故(レベル5)のような事故であり、病院避難も被災者の長期避難生活も予想されておらず、さらに避難地域の外側で放射線健康リスクが問題となることなど予想されていなかった。3月15日には原発の近くにあったオフサイトセンター(国や自治体の緊急事態応急対策拠点)が、60km離れた福島市に退避した。原発で何度かの水素爆発が起こるという極度に混乱した中、私は長崎大学から福島の支援のため千葉の放医研に向かった。翌日、他の支援者の協力のもと東京都内でレンタカーを借り上げ、災害救援車として緊急車両手続きをとり、雪の東北自動車道を北上した。高速道路のところどころに陥没があり照明もまだ消えたままで、たまに自衛隊車両が通り過ぎるという状況であった。暗い車内で空間線量計を見ると、都内でも事故前よりも高い場所があり、東北道を北上するにつれ線量が増えながらもさらに高くなっていった。広範な地域に放射性物質が飛散している状況が想定され、従来の想定を超えた原子力災害であることが実感された。現地に着くと、震災による広範なライフライン機能の喪失、電気・水・下水・ガス・ガソリン・食料などが供給されず、到着した福島県立医大では病院ロビーにベッドが並べられ、多くの先生方・職員の方々が、被災地より搬送された患者さんの対応などにあたっていた。また緊急被ばく医療棟では、原発やその近隣地域から搬送される放射性物質の汚染が疑われる患者さんの対応にあたっていた。福島の医療スタッフは、自らや家族も被災した状況で、不眠不休の医療を続けていた。そして余震が続き、土砂崩れや建物の崩壊、再度の津波などを心配する中、放射線健康リスクについても、どうすればいいのかわからない中、緊迫したやり取りが続いていた。

津波の被害が甚大であった双葉・相馬地域では、先の見えない避難に加え、親しい方を亡くされた方も多く、特に事故原発の修復に働く方々や現地の医療機関で働く人々は、心に強い悲嘆をかかえていた。介護の必要な人々(いわゆる災害弱者)の搬送やケア継続も困難を極めていた。健康な人でも急性疾患にかかりやすく、特に心のケアはとても重要であった。

事故発生直後から迅速に行われるべき原子力防災対策は、想定外の事態のため非常に混乱していた。1986年の

チェルノブイリ原発事故と同じレベル7の原子力災害ではあったが、今回は現場の努力で環境への放射性物質放出レベルがチェルノブイリの10分の1以下となり、避難や屋内退避指示が早期になされ、また多くの関係者による水や食物の放射性物質の測定、その結果による出荷制限などが、早期より実行された。さらに放射性物質の飛散も海洋方向が主であったことにより、爆発を起こした原発がある程度の制御ができそうになるにつれ、人の放射線健康リスクは、公開放射線関連情報から極めて小さいと予測された。

一方、科学的に予想される放射線健康リスクの状況を、一般の方に他の健康リスクと同じようにコミュニケーションすることは困難であった。リスクを著しく誇張する報道や発信、時にそれが科学を装ってなされた。それらが風評被害を生み、原子力災害にあわれた方々へのスティグマを助長し、レジリエンスを阻害した。放射線は目に見えないこともあり、明らかに誤った情報であっても、容易に不安を誘導しやすい。被災者が正しく放射線リスクを実感できるように、さまざまな線量関係の測定体制が自治体レベルで立ち上げられた。

リスクは低いと予想されるとはいえ環境中の放射性物質による低線量の被ばくが続く状態で、チェルノブイリ原発事故後のベラルーシ・ウクライナ・ロシアにおける小児甲状腺がんの急増のような健康リスクが、福島で生じる可能性はあるのだろうか？ そのような住民の不安に応えるために、福島県と福島県立医大は環境省から資金援助を受け、県民健康調査を2011年の秋からスタートさせた。内容は全県民を対象に初期4か月の外部被ばく線量推計（基本調査）、当時胎児～18歳までの全住民に2年に1回の甲状腺癌スクリーニング（甲状腺検査）、妊産婦に対する毎年のアンケート調査（妊産婦調査）の3つと、避難地区の約20万人の住民を対象とした毎年の健康診査とこころの健康アンケート調査の2つ、合わせて5つの調査である。またこれらとは別に、県や各自治体を中心に、線量計やホールボディカウンターによる外部被ばくと内部被ばく測定、食品や水の放射能の測定と規制、環境の放射線量の測定などが行われた（文献1、図1）。放射線の内部被ばくは初期より極めて小さく、外部被ばくも基本調査によれば追加線量は平均0.8mSv（比較参照：日本人の自然からの年間平均放射線量2.1mSv、医療被ばくを合わせると年間平均6.0mSv）で、数年後には他の地域との差がほとんど見られなくなった。

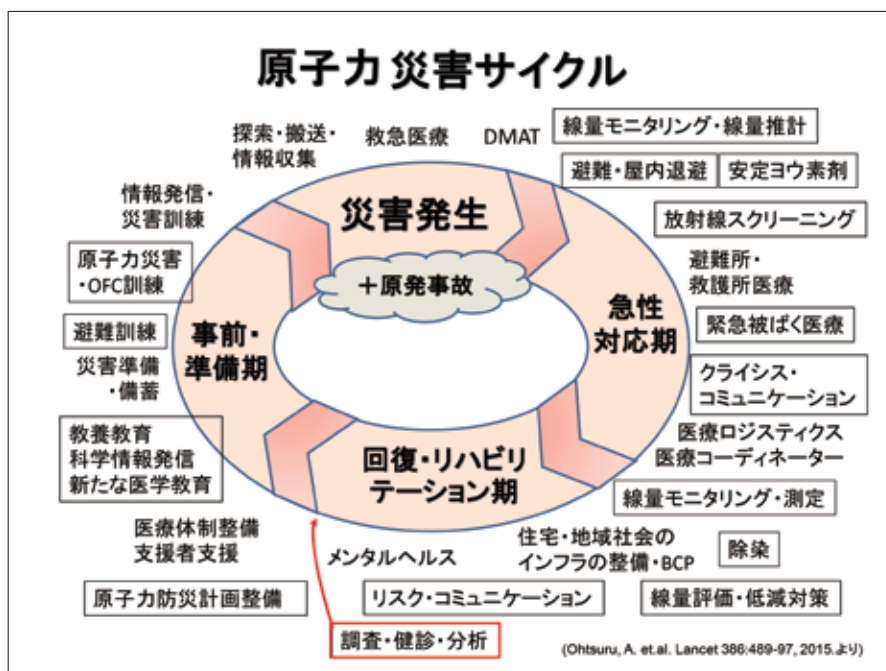
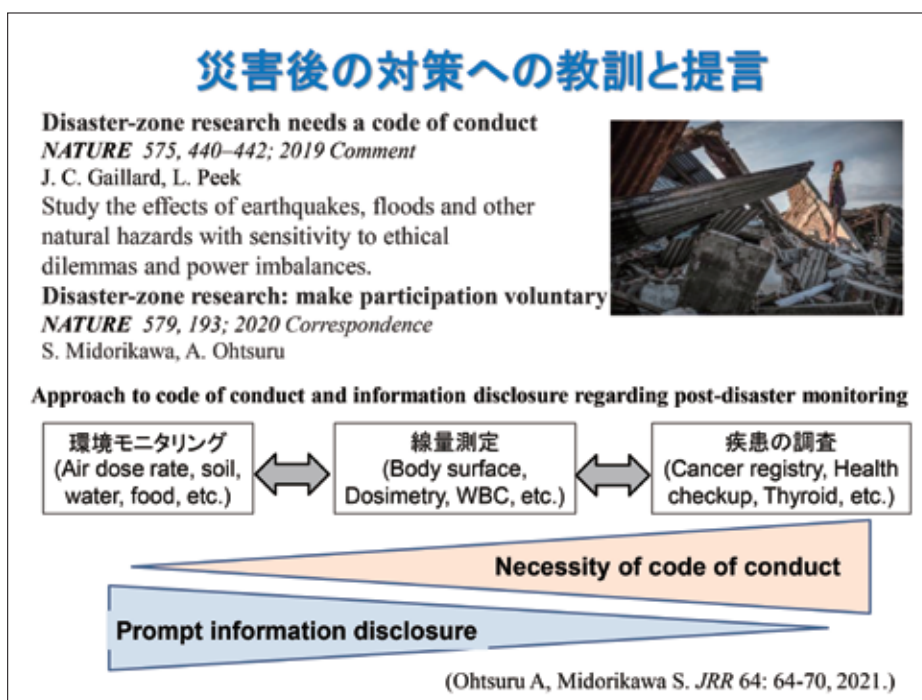


図1. 原子力災害サイクル □は放射線対応

国連科学委員会は原子力災害から10年後の2021年の最終報告で、福島原発事故の放射線健康リスクは無視できるレベルであるとした。すなわち確定的影響はもとより、遺伝的影響もなく、確率的影響である癌の放射線による増加は今後も疫学的に認められないレベルだとした。また甲状腺がんの多発は甲状腺検査によるスクリーニングが原因であろうと結論された(文献2)。これらの報告の結論を得るためのデータは正確性を担保するため科学誌に掲載された論文がその前提となっている。一方、住民の不安に応えるためになされた測定や調査は、科学的な解析の調査であるというインフォームドコンセントを明確に示されたというよりも、むしろ支援や見守りを前面として開始されたものが多い。もし支援のための調査を科学的な分析に利用するのであれば、本来は方法論を慎重に検討し、場合によっては見直しが必要である。倫理的な審査も継続した検討がなされなければならない。大災害による調査・研究ではそのような視点を欠くものがしばしば認められ、調査によりかえって被害を生むリスクが近年は指摘されている。その両立は難しいが、それをめざすならば、迅速で正確な情報公開と倫理規範の順守の両立が重要である(文献3、図2)。実際、見守りとして開始されたスクリーニングで甲状腺がんがたくさん発見されたらそれは放射線のせいではないかと住民が思うてしまうことは当然であろう。このような状況で住民のことを考えたコミュニケーションと倫理規範を考える必要がある(文献4、5)。

医療関係者でも行政の担当者でも、突然の大災害後に健康リスクに対応する仕事を担わざるをえなくなった時、通常の医療や保健と違い、必ずしも本講義で示したような知識や経験があっても対応できるわけではない。そこで今回の原子力災害後に生じた最も難しい問題をテーマとして、もし自分がその場面にいた時にどう考えるかについて、引き続き緑川先生によるワークショップでさらに理解を深めてもらった。



#### 文献

1. Ohtsuru A, et al. *Lancet* 386: 489–97, 2015.
2. UNSCEAR 国連科学委員会 2020/2021年報告書.
3. Ohtsuru A, Midorikawa S. *J Radiat Res* 64: 64-70, 2021.
4. 「みちるべー福島県・甲状腺検査の疑問と不安に応えるために」共著 POFF 出版 2020.
5. 「福島の甲状腺検査と過剰診断」共著 あけび書房 2021.

図2. 災害後の対応への教訓と提言



# 調査研究と倫理

宮城学院女子大学 生活科学部食品栄養学科 教授 緑川 早苗

東日本大震災は大津波をも引き起こし、多くの人命を奪った。そして福島第一原子力発電所の事故により、多くの人がふるさとを奪われ、見えない放射線の健康被害に恐怖を覚えた。その当時、多くの科学者・研究者が自らの使命感・良心のもとに被災地域に支援に入り、住民の健康や生活に必要と考えられる調査研究を行ったことは疑いのない事実であり、当時、自分自身を含め多くの住民は、これらの支援に感謝の念を抱いていた。そして私自身も、福島県や福島医大が行った県民健康調査・甲状腺検査が、被災地域の医療の専門家として「住民のためにできること」と信じ、それまでの仕事の多くを同僚・後輩に委ねてまで、文字通り寝食を忘れて取り組んだ。当時の私には、この「住民のため」の取り組みが、しばしばかえって住民の多くを不安に陥れ、傷つけ、人生を変えてしまうことを愚かにも予想できなかった。多くの日本の甲状腺・放射線の専門家もまた、その陥穽に気づかずに甲状腺検査に様々な形で関わった。

セミナーで述べたように、症状のない人に対する甲状腺超音波検査を用いた甲状腺癌スクリーニングは、その過剰診断の害の大きさから推奨されないことがすでに世界のコンセンサスである。そして原発事故後であってもそれは推奨されない。チェルノブイリ原発事故後の甲状腺癌増加の経験と福島の甲状腺検査の経験などを踏まえた上で、WHO (IARC) が2018年に提示している。しかしながら、その後約5年が経過しても福島の甲状腺検査は継続されている。甲状腺検査の開始から12年、この検査に内部から、そしてこの数年は外部から関わり続け見えてきたことは、住民のための調査研究が、いつしか住民以外の様々な人の多様な利益のための手段となってしまったということである。特に科学者・研究者について言えば、甲状腺検査という大事業に関わることで得られる立場や業績や名誉等が、検査によって住民に生じる不利益の回避よりも優先されるようになってしまった。もはや住民のための検査ではないにもかかわらず、開始当初の検査の意義「子どもたちの健康を長期に見守る」を強調して検査は継続されている。そこには科学者・研究者が本来遵守すべき研究倫理や行動規範をすり抜ける、いくつかのからくりがある。

その第一は放射線の健康影響に対する住民の不安を、検査継続の理由として利用しているという点である。甲状腺超音波検査は甲状腺結節性病変のスクリーニングであり、放射線との因果を直接的に調べることはできない。また住民の放射線被ばく線量が幸いにも非常に低かったことから、疫学的解析は放射線以外の要因の影響を強く受け(特に検査を受けることそのものによる影響が最も大きい)、放射線と甲状腺癌の因果関係の解明は困難な研究デザインであることを疫学の専門家が指摘している。一方、これらの情報が住民には十分に伝えられていないため、住民は検査を受診して大丈夫であれば放射線の健康影響はなかった、何らかの所見があれば放射線の影響であると誤解している場合が多い。さらに、住民が放射線の健康影響に対して不安を持つことと、放射線の健康影響があるかどうかを検査で調べたいと欲するかどうかは、別の次元のことであるにもかかわらず、あたかも検査を受けることで不安が解消されるという前提で検査が行われている。この矛盾に対するからくりは「放射線の健康影響に対して不安がある人がいるので検査の継続は必要である」という専門家の発言が象徴している。

次に検査を受診するかどうかについての同意取得のあり方である。甲状腺検査は学校世代の対象者に対して学校の授業中に検査を行っている(学校検査)。この方法は検査を「受診する」が前提となるオプトアウト方式に近い。さらに学校と言う場で検査を行う都合上、検査同意書の回収に学校の協力を求めた。このような方法で検査を行えば、甲状腺検査は福島県内の学校においては学校行事に近いものと位置づけられ、対象者は検査に協力すること、教員は受けさせることが当たり前となり、受診が「習慣化」している。つまり放射線の健康影響に不安がある人が希望して受ける体制ではなく、前述の検査継続の理由とも矛盾が生じている。さらに、福島県と福島医大はこのような体制を築いた上で、この数年は一転して検査の任意性を強調している。セミナーで議論してもらったように、受診するかどうかを任意に決めるためには、少なくとも検査のメリットとデメリットを知る必要がある。しかし、福島県や福島医大は、甲状腺超音波検査の最大のデメリットである過剰診断とその不利益については十分な説明は行っていない。もし十分に説明を行えば、デメリットが大きい検査を学校ですることとはよくないことになるはずである。検査推進派が受診の任意性を強調した背景には、過剰診断の害などが世間にも明らかになった時に、その責任を受診者に委ねようとするものと言わざるを得ない。

セミナーの中で議論していただいた、甲状腺検査を受けるかどうか、そして受けるかどうかの意思決定支援はどうあるべきかについては、正しい答えがあるわけではなく、これからも様々な医療の現場で医療者として遭遇する多くの事象の折に、何度も何度も考えていただければと思う。意思決定支援は、必要な情報を提供して、その決定とそれに伴う結果を対象者に委ねることではなく、専門家としての責任を負いながら、その人と共に考えることだと思うからである。そして災害や困難な場面で支援として行われる調査・研究の在り方や私たち医療者がとるべき行動規範について考える教訓として、福島の甲状腺検査を記憶していただければと思う。

### あなたは検査の対象者です

あなたは原発事故の時、中学3年生で、福島に住んでいました。東京の大学を卒業し、今医療者として東京で働いています。

- ・放射線事故の後の健康調査のひとつとして、**甲状腺がんスクリーニング**が行われています。
- ・甲状腺がんスクリーニングの対象は事故の時18歳以下の当時福島に住んでいたすべての方ですが、**受診は任意**です。
- ・原発事故から10年以上が経過している今の福島で考えてください。被ばくの状況も同じです。
- ・検査は超音波検査で行われます。

**あなたは検査を受診しますか？**  
**(受診する・受診しない・決められない)**  
**それを決めるのにどのような情報が必要ですか？**

### 講義

- ・福島における放射性ヨウ素被ばく線量
- ・福島の甲状腺検査の結果概要
- ・がんスクリーニングについて
- ・甲状腺がんの特徴

### スクリーニング(検診)とは

スクリーニングについて

症状や兆候がない人を対象に、検査(ふるい)によって、疾患を有している可能性がある人を選び出すこと

目的は がんスクリーニングの場合、早期診断、早期治療による集団の死亡率の減少

検査のみをさすのではなく、必要なシステム全体を含む

スクリーニングのための検査

すべてのスクリーニングには害も存在する。スクリーニングは常に行われるべき正しいことは限らない。  
 ・スクリーニングプログラムはメリットができるだけ多く、デメリットができるだけ少なくなるよう計画すべきである。  
 ・デメリットが大きい場合はスクリーニングは行わずべきではない。

参考：2009年 アンジェラ・ラッフル、ミュー・グレイ「スクリーニング 健康、その発展から保護まで」

### スクリーニングのメリットとデメリット

早期診断早期治療だけではメリットではありません

スクリーニングの結果、**重篤な疾患**があることが判定でき(早期診断)、それが**早期治療**により、**重篤な健康被害に至ることを予防**できること

メリットが科学的に確立していることが重要  
 →日本のがんスクリーニングでは次のスライドの5つのみ

偽陽性や過剰診断に加え、その経験がデメリットとなります

1. 診断や治療に伴うデメリットの頻度と重症度
2. 過剰診断とその経験
3. 偽陽性とその経験

Harris R et al. *Epidemiol Rev.* 2011;33:20-35.

### 癌の自然史は種類によって異なる

スクリーニングについて

がんの大きさ

がんが死を招く大きさ

がんによる何らかの症状が起きる大きさ

異常細胞

時間の経過

他の原因による死

スクリーニングと過剰診断

最も重要な害

- ・スクリーニングを行わなければ診断されない無害のがんを診断することを過剰診断と言います。がんの自然史によってその頻度は異なる。
- ・進行の遅いがんはスクリーニングを行うと、一生診断される必要のない**無害**のがんをたくさん診断してしまう可能性が高い(過剰診断がたくさん起こる可能性がある)。
- ・スクリーニング基準を厳しくすれば偽陽性だけでなく過剰診断も増える。

### 過剰診断の定義

生涯、症状を出さない、生命に影響しない疾患を診断すること。  
 (一生において無害の病気を診断すること)  
 癌の過剰診断は一生無害の癌を診断すること

過剰治療(生涯、無害の病気を治療すること)：  
 癌の過剰診断は過剰治療につながりやすい。

- ・癌ではないものを癌と診断することではない(誤診ではない)
- ・個別の症例で過剰診断かどうかを判断することはできない
- ・術後の病理診断で過剰診断かどうかを判断することはできない
- ・過剰治療は手術範囲を拡大した侵襲的手術という意味ではない

### 過剰診断の不利益

過剰診断

身体的負担

- ・不必要な検査を受ける
- ・不必要な治療(薬剤や手術)を受ける
- ・不必要な検査や治療による被害の可能性(例えば、副作用、合併症など)

心の負担

- ・検査を受けなければ生じない
- ・病気の経過や予後に関する不安
- ・病気の原因に対する不安
- ・病気の治療に関する不安

物理的負担

- ・診断や治療、通院に伴う費用負担
- ・診断や治療に費やす時間の損失
- ・生命保険やローン契約の不利な取り扱い

社会的な影響

- ・診断や治療による
- ・就労上(休暇や家庭生活)の不利益
- ・ライフイベント(恋愛、結婚等)における不利益

病気に対する社会全体のとらえ方、リスク認知への影響

検査受診や治療に関する意思決定への影響

(大津留、緑川「みちしるべ」POFF出版より)

国連科学委員会 (UNSCEAR) の報告書 (2021年3月) (日本語版 2022年3月)

Vienna International Centre  
 PO Box 100, 1400 Vienna, Austria  
 Tel: (+43-1) 2600-4000  
 Fax: (+43-1) 2600-5000  
 Email: [unscear@unvienna.org](mailto:unscear@unvienna.org)  
<http://www.unscear.org>

東電福島事故後の10年：  
 放射線関連のがん発生率上昇は  
 みられないと予測される

- ・10年間の放射線被ばく線量の論文を精査し、福島の住民の被ばく線量を評価した。
- ・がんや遺伝的影響などの放射線が引き起こす直接的な健康被害の増加は見込まれない。
- ・甲状腺がんの増加(多発見)は放射線被ばくによるものとは考えにくく、精密な超音波機器により発見が増加し、過剰診断の可能性がある。
- ・この結論は今後も変更される可能性が低いと最終報告とする。

<https://www.unscear.org/unscear/en/publications/2020b.html>



## どんな意思決定支援を行いますか？

東京で医療者として働いています。検査の対象者である医療者ではない友人(同じく東京で就職)から検査を受けるかどうか迷っていると相談を受けました。

### 相談内容

- ・自分は放射線の健康影響は心配していないし、検査に行く時間も惜しい。
- ・実家の母は検査を受けなさいと何度も連絡をよこす。
- ・以前受けた時、結果が「小さな結節があるが心配ない」で何となく嫌な思いをした。
- ・福島のこの検査を受けていることは東京の友人や職場には知られたくない。

意思決定支援を行う時、どんな情報、知識、考え方を提供する必要があるでしょうか？どんな配慮が必要でしょうか？グループごとに話し合い、後で発表してください。

- ・現時点での福島を想定してください(震災直後ではなく、10年以上経過している)
- ・放射線被ばく線量も福島の状態を想定してください。
- ・甲状腺検査の仕組みもやり方も現在の福島の方法和想定してください。

## 検査を受けただけで人生が変わる？



正論 2022年5月号  
寄稿 緑川早苗  
「甲状腺がん 診断の理不尽」より  
作図 SCO  
koujyo Mamaru

## 検査や治療のデメリットの捉え方

### 臨床家の期待

しばしばメリットを過大評価しデメリットを過小評価する。

次善の選択をする

### 患者の期待

参加者の多くは介入に対しメリットを過大評価しデメリットを過小評価する。

医療介入を欲求する

スクリーニングや検査や治療

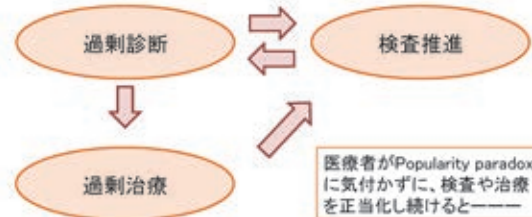
Hoffmann et al, JAMA Internal Medicine, 2017

医療従事者も一般市民もスクリーニングは常に行われるべき正しいことと考えがちで、そのメリットに注目し、デメリットに注意を払わないものである。スクリーニングは常に行われるべき正しいこととは限らないことに注意を払うべきである。

Raffle and Gray, 2009. Screening: Evidence and Practice

## Popularity paradox (人気に関する矛盾)

過剰診断かもしれない診断をされた患者も、診断した医療者も、その診断を「是」とみなす現象(ラッフル&グレイ「スクリーニング」2009 同人社)



過剰診断の「害」は医療者でなく、患者がのみが引き受ける

## 甲状腺検査の心理社会的影響と倫理的課題

- ・検査の結果が住民の自責感やセルフスティグマにつながった。検査結果と当時の自分のとった行動が結びつく状況
- ・科学的情報が住民の安心には必ずしも繋がらない。甲状腺がんの多発見は放射線被ばくのリスク認知を高める被ばくと独立して甲状腺がん罹患へのリスク認知も高める
- ・検査がオプトアウト方式に近い方法であったため、検査受診の任意性が担保できない。
- ・検査に過剰診断とその経験という大きな害があることを、知らずに検査を受けている人が多い。

## まとめ 原発事故後の健康調査における医療者の役割

- ・原発事故後のがんスクリーニングが住民の負担となってはならない。自信を持って意思決定することに役立つものであるべきである。
- ・多くの住民は検査はメリットが大きいと信じて受診する。メリットよりデメリットが大きくなった時、それを住民に伝えるのは医療者の役割である。
- ・放射線の健康影響が生じうる状況であったとしても、過剰診断の害が生じるようながんスクリーニングを行うことは、倫理的観点から推奨されないことを理解する必要がある。





旧長崎医科大学門柱(長崎原爆遺跡)



永田康浩先生の講義



杉本尊史先生の講義



長崎大学 池松医学部長を表敬訪問



山本太郎先生の講義



# 長崎、離島の眼差し

— 地域医療の原点と未来 —

長崎大学 生命医科学域地域医療学分野 教授／地域包括ケア教育センター センター長 永田 康浩

笹川保健財団「みらい塾」が長崎の地で開催されるにあたり、長崎で地域医療教育に関わる立場として長崎の地域医療について紹介させていただく。私は常々、地域医療はその土地の地形と気候、歴史と文化、産業と交通と切り離すことができないものと捉えているので、少しテーマを広げて、長崎の医学史、長崎における医療の現状と課題、離島で思う健康について話題を提供することとした。

## (1)長崎の医学史について

日本の西端に位置する長崎は、アジアとも近接しており古くから海外文化が流入する土地であった。鎖国時代には唯一海外との交流が許されていたため、西洋医学も長崎を経て全国に伝わったことは知られている。江戸時代末期の1857年、オランダの軍医ポンペ・ファン・メーデルフォルトが松本良順ら全国から集まった若手医師に系統的な講義を行ったことが近代医学教育の幕開けであった。ちなみに、その11月10日は長崎大学医学部開学の日になっている。ポンペは講義だけではなく、診療の実際も指導するために病院も建築させている。西洋式の病院は風通しや日当たりなど健康な生活への配慮が施されていたと言われる。また診療には貧富の差はなく、当時流行したコレラ患者に対しては往診にも出向いたことが記されており、在宅医療の原点もそこに伺える。医学、そして医療は講義室や大学病院だけでは学べないという教え、その土地の環境や人々の生活と密接な関係にあるという教えは現在の医学教育のモデル・コア・カリキュラムにも通じるところがあり、医学そして医療の原点を感じさせるエピソードである。

## 長崎大学医学部の祖、ポンペ先生と弟子達



ポンペとその門人 前列右がポンペ、左が松本良順(日本医事新報No.1739)



Pompe van Meerdervoort's lectures on Pathology Copied by Yamamoto Rinsen. (Presented at Shimane Prefectural Library for Marine and Coastal Hospital)



Pompe van Meerdervoort's lecture notes copied by Yamamoto Rinsen. 松本良順が書き取った講義ノート



## (2) 長崎の地域医療について

長崎県の陸地面積は全国37位と狭く、平野が少ない。一方、海岸線は北海道に次いで全国2位と長い。つまり、入り組んだ海岸線で広く海に接し、離島が多いことが長崎の特徴である。このような地形的な特徴は地域医療に大きく影響している。離島・へき地はもともと近隣と地理的アクセスが悪く、その地で完結する医療が長年続けられてきた。しかし、医療が高度化すれば限界も見えてくる。一方で長崎は、全国的に見ても医師数や病院数の多数地域に分類されるが、問題はその地域偏在である。これに高齢化という我が国全体が直面する課題が加わるのだが、この両者の影響を最も受けるのが離島である。この困難をどうやって克服するかが長崎で地域医療に取り組む我々の最大のテーマになっている。長崎県は離島の医師養成に早くから取り組んできた。また、長崎大学は2004年から五島市に研究教育拠点となる離島医療研究所を設置して離島を舞台にした人材育成、すなわち地域基盤型医学教育を実践してきた。現在では医学のみならず、歯学、看護、薬学、福祉におよぶ多分野の学生が離島へ足を運び、時に場を共にしながら医療人としての素養を身につけている。今後、医療資源が乏しい離島において、多職種連携こそがその困難を克服する力になるに違いない。

また、医療資源の偏在を克服する別のアプローチとして遠隔医療に期待が集まる。元々医療資源が限られた離島・へき地では遠隔医療への期待は大きかったが、様々な規制があり進展がみられなかった。しかし、コロナ禍でこの規制の一部が緩和され、一気に注目を浴びることになった。我々が取り組む実証のなかで、大学病院と離島の拠点病院を結びイメージ伝送にMR(mixed reality)を活用した遠隔診療、そして島内で通院困難な高齢者に対して移動診療室によるモバイルクリニックを紹介した。いずれも専門医の診療が必要な離島の患者にとって実現が待たれる遠隔医療である。

## (3) 離島で望まれる健康とこれからの地域医療について

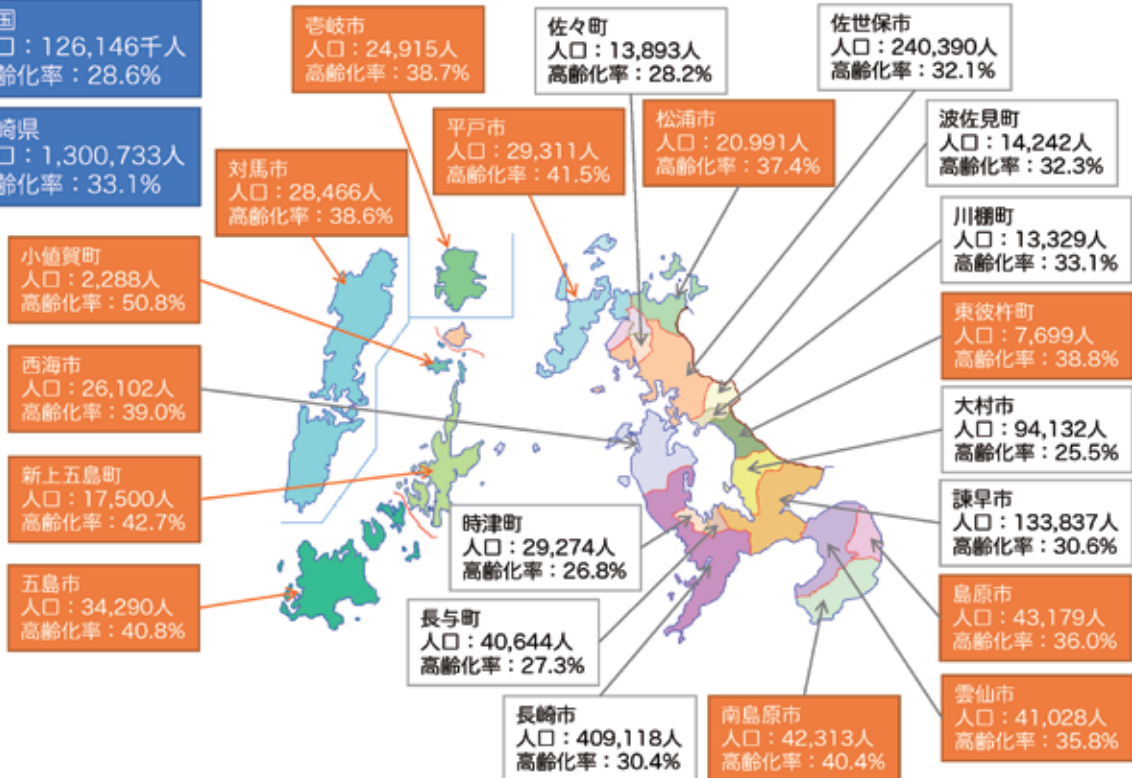
健康の受け止め方は地域によって変わってくる。離島地区は医療資源の少なさから一般に健康に対する不安が高いと思われるが、中には不安感が低い地域も存在する。一体その違いは何から生じるのか?これこそ、我々が取り組むテーマである。今や複数の病気や障害を抱えながらも長寿を達成する我が国において、健康について改めて問いたす時かもしれない。そのためにも地域の特性や課題をしっかりと認識し、住民が健康と感じる要素は何かについて掘り下げていくことについて興味は尽きない。

今回、全国から集まった塾生のみなさんと対面して感じたことは、好奇心に満ち溢れた眼差しである。その視線は長崎からさらに遠い世界を見据えていた様にも思える。長崎で地域医療の原点を見つめたその眼差しを未来へ向けていただくことを期待したい。

## 長崎県市町別人口・高齢化率（国勢調査確定値：令和2年10月1日）

全国  
人口：126,146千人  
高齢化率：28.6%

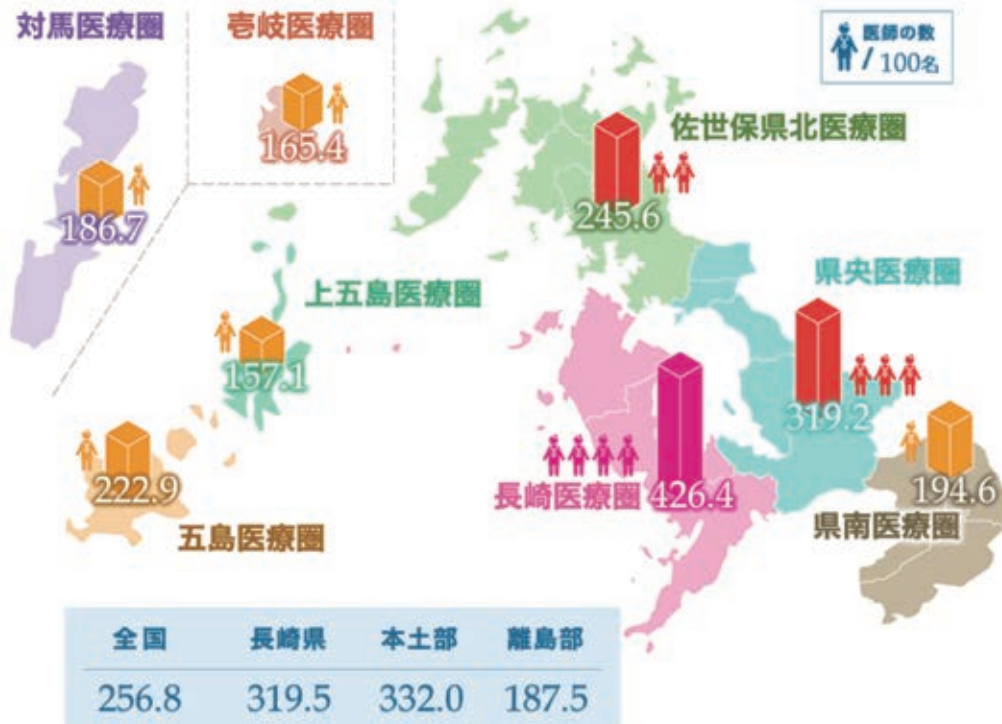
長崎県  
人口：1,300,733人  
高齢化率：33.1%



長崎県HP（長崎県異動人口調査 年齢別市町別推計人口）  
<https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/kenseijoho/toukeijoho/idojinko/540392.html>

## 長崎県の医師総数（人口10万対）

（長崎医療統計：H30.12）



ながさき地域医療人材支援センター <https://ncmsc.jp/genjo.html>

# みらい塾 雑感

長崎大学熱帯医学研究所 国際保健学分野 教授 山本 太郎

2016年3月、「アルファ碁」は、世界トップ棋士の一人、韓国のイ・セドルを4勝1敗で破った。人工知能が囲碁の対戦で人間を破るにはあと10年は必要だと考えられていた。だから、その出来事は衝撃的であった。しかし衝撃はそれにとどまらない。一連の出来事を示すと以下のようなになる。

2017年5月、アルファ碁は上級バージョン「マスター」で、当時世界ランキング1位であった中国の棋士を無敗で破る。しかしその時点で、ディープマインド社は、「マスター」を上回る「アルファ碁ゼロ」の開発を終えていた。アルゴリズムは、革新的で、コンピュータ同士の対戦を繰り返す試行錯誤の自己学習のみによって、自らの能力を強化し、最初は、3歳児同士が白黒の石を使って遊んでいるだけの、でたらめな対戦だったものを、2万5000局毎に自己対局を振り返り、最善手を模索することによって急速に上達し、自己対局が500万回近くに達した時点で、世界トップ棋士を凌駕したアルファ碁上級バージョン「マスター」の実力を超えた。その過程で、人間がこれまでの囲碁の歴史で発見し確立してきた定石を再発見し、さらにいえば、これまでに知られていなかった定石をも見つけていった。

\*

囲碁の起源は、はっきりとはわかっていない。が、前漢時代の景帝陽陵からの出土物に陶製の碁盤の断片があったという報告はある。以降これまでに、人間はどれほどの対局をこなしてきたのだろう。500万回の対局数とはどれほどのものだろう。

日本におけるプロの棋士の年間対局数は約2000回。とすると、500万回は、その2500年分に相当する。この数が多いか少ないかはわからないが、その対局数を計算機(コンピュータ)は数ヶ月で完了した。そして、囲碁の進化の歴史を辿った上で、人間を超えた。ちなみに、これだけのアルゴリズムを有する計算機を動かすには莫大な電力が必要となる。一局に必要な電気代は数十万円に達するとの噂もある。たとえ、電気代が一万円であったとしても、500万回対局の電気代は500億円となる。一〇万円だとすれば、……。

\*

「アルファ碁ゼロ」発表の2ヶ月後、「アルファゼロ」が発表され、アルファ碁ゼロで採用されたアルゴリズムが、囲碁だけでなく将棋やチェスにも応用可能で、その汎用性の広さと、自己学習可能性という事実によって、囲碁でおこったことが他の分野にも応用可能であることが示された。

これまでのコンピュータは人間がプログラムを与えなければ何もできなかった。しかしこれからは、コンピュータが、人間に頼らず、データの中から意味やパターンを見つけ出す。もはや「人間の知識」は計算機(コンピュータ)にとって制約要因にならないのだろうか。そして、その時、私たちが行う研究や生活はどのようなものに姿を変えているのだろうか。

\*

アイザック・アシモフの短編に『夜来たる』(ハヤカワ文庫)がある。惑星ラガッシュは、6つの「太陽」を持ち、空には常に複数の太陽が昇っており、夜がない。しかし古文書によれば、2050年に一度、惑星が真っ暗な洞窟に入り「夜」を迎えるという。一人の天文学者が、その夜が、惑星に訪れることを発見する。皆既日食だ。夜を知らず、青い空は宇宙の果てだと信じていた人々は、パニックに陥る。しかし、「夜」が来た時、彼らが目にしたのは何だったか。

それは、満天に輝く星の数々だった。

\*

こうしたことは私たちに何を示そうとしているのだろうか。みらい塾で講義をするにあたって、そんなことを考えました。



# グローバル化した社会に医療人として どのように向き合うかを考える

長崎大学熱帯医学研究所 臨床感染症学分野・長崎大学病院 感染症内科(熱研内科)教授 有吉 紅也

今回、みらい塾の皆さまの前で、「グローバル化した社会に医療人としてどのように向き合うかを考える」をテーマに、私の経験談を交えながら、私の考えをお話する機会をいただきました。

まずは、感染症などの疾病、そしてそれに取り組む医療人は、彼らをとりまく社会・コミュニティによって形づけられていることを説明しました。そして、世界(熱帯地)が多様であるように、世界の医療は多様性に満ちているおり、その場合の多様性とは何を意味するのかを参加した皆さんとともに議論しました。具体的には、疾病構造、医療制度、医療資源、患者医師の関係、受療行動といったことが挙げられます。

そして、私たち(熱研内科の医師)のように国境を越えて活動する臨床医としては、“Common Disease is Common”という考え方が、いかに大事であるか、その意味において、日本で教育を受け、日本で臨床経験を蓄積する医療人は、多様な文化背景をもった患者や多様な感染症に暴露される機会が少ない現状があります。それらは、決して稀にしか遭遇しない熱帯感染症だけではなく、世界のCommon Diseaseである3大感染症でさえ例外ではありません。例えば、言うまでもなくマラリアは日本で伝播していません。日本で発症したマラリア患者は、診断が遅れることが多く、死亡率は先進国のなかでも高い傾向にあります。HIV感染症についても日本で遭遇する頻度は、欧米やアジア諸国に比べると数十倍、アフリカ諸国に比べると数百倍もその頻度が低いです。また、エイズで問題となる日和見感染症のパターンは、日本とこれらの国とで随分異なります。結核についても然りです。

日本では高齢者で注意すべき感染症ですが、国際的には、結核は若い人や乳幼児で大事な感染症です。今の日本の医療人に若い人の結核をどれだけ早く気付くことができるでしょうか。これから日本社会のグローバル化が益々深化するなかで、日本の医療人は、もっと国際的な視野を広げることが大切だと考えます。

講義のなかでは、グローバルヘルスを熱帯医学・国際保健と、その歴史的背景、対象地域、対象課題、国際協力の度合い、専門領域、資金的背景といった側面から比較し、グローバルヘルスという言葉の背景についても議論しました。さらに人材育成の観点について、グローバル社会に生きている私たちだからこそ、グローバルヘルスにかかわる私たちだからこそ、これからの人材育成は、国境を越えて、グローバルなチームで育成するべきだという考え方についても紹介しました。その意味において、長崎大学とロンドン大学衛生熱帯医学大学院(London School of Hygiene and Tropical Medicine)との戦略的パートナーシップは象徴的であり、そこから得られたいくつかの研究や教育成果として、ベトナムやフィリピンの研究や教育活動内容に触れました。

そして、両大学に並行して在籍し、両大学の指導者から指導を受けるジョイントPhDについても紹介させていただきました。今回参加して下さった、みらい塾の塾生は、みなさんグローバルな視点を広げようとする意欲にあふれておられ、非常に感銘を受けました。このような塾生のなかから、将来、国境を越えた長崎大学のグローバルな教育研究環境のなかで、ともに学び・活動する仲間が増えてくることを心より願っております。

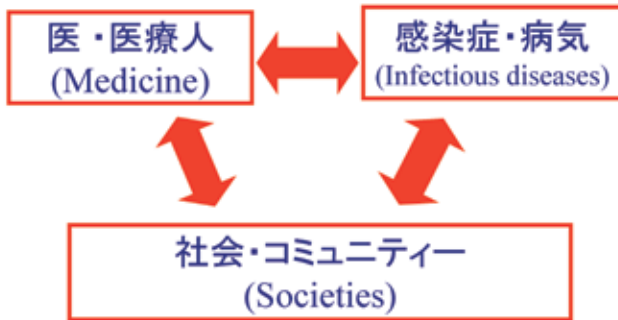
## グローバル化した社会に医療人として どのように向き合うかを考える

長崎大学  
有吉紅也

## グローバル化した社会に医療人として どのように向き合うかを考える

- 世界(熱帯地)の医療は多様性に満ちている
  - 医療の多様性とは?
  - 熱帯医学・国際保健とグローバルヘルス
- 次世代の日本の医療人が知っておくべきこと
  - “Common disease is common”
  - 世界のコモディジーズ
- グローバル化時代の医療人
  - 国境を越えて医療や研究活動する
  - グローバル化時代の人材育成

### 3つのキーワード(three key words)



世界の医療は多様性に満ちている

Clinical practice in the tropics is very diverse.

- 疾病構造 disease spectrum
- 医療制度 health system, insurance
- 診療・医療資源診療 medical practice, resources
- 患者医師の関係 patients-doctor relation
- 受療行動 health care seeking behaviour
- など etc

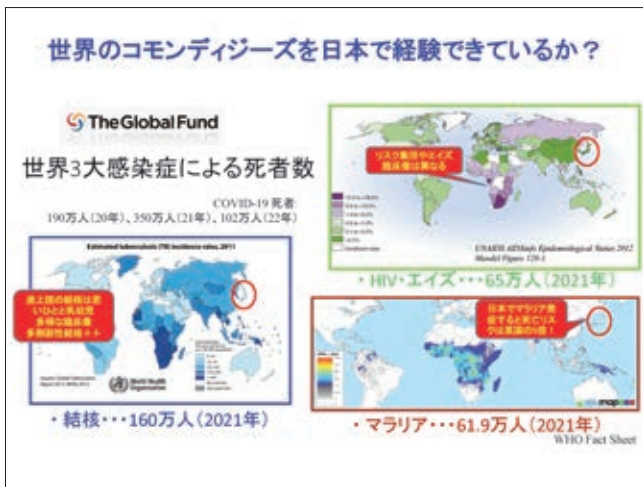
### グローバルヘルス、国際保健、熱帯医学の比較表

	Global Health	International Health	Tropical Medicine
歴史的背景	21世紀になって新たに注目されてきた領域	20世紀半ばより、国際医療協力の観点より発展	19世紀より植民地医療として発展した医学
対象地域	中～低所得国のみでなく高所得国も含む全世界	援助対象国(主に中～低所得国)	熱帯地・開発途上国及び同地域への渡航者ら
対象課題	集団に対する予防対策と個人に対する治療・ケアの双方を対象とする	援助対象国の人々の健康を向上させるための予防対策・実践的課題により重点	熱帯地の疾病理解を深めるための臨床・基礎医学研究的課題が中心
国際協力の度合い	地球規模(イコールパートナー)での協力体制が必要	二国間援助協力が重要	歴史的には国際協力は主眼に置かれていない
専門領域	特に学際性が強調されており、健康科学領域も拡大している	主に公衆衛生学領域で、学際性は特に強調されていない	主に臨床・基礎医学を含む医学科学領域、学際性は特に強調されていない
資金的背景	企業(CSR)や国際的NGOの役割が増大	主に政府開発援助(ODA)	主に政府の資金

Kaplan JP et al., Lancet, June 6, 2009, P1007. G Garnett, Lancet, October 3, 2009. G Cook et al., Manson's Tropical Diseases, 22nd ed. A Mills et al., Global Health 3rd ed.および外部協賛委員の意見等をまとめたもの

### “Common diseases are common”





### ロンドン大学衛生・熱帯医学大学院との戦略的パートナーシップ

#### アジア・アフリカに広がる 研究教育フィールド研究ネットワーク

アジアの長崎大学  
アフリカのロンドン大学

ウガンダウイルス研究所  
マニラ健康科学センター  
フィリピン感染症学研究所

### 2015年10月 「熱帯医学・グローバルヘルス研究科」が誕生しました。

2015年第1期生

#### 「熱帯医学・グローバルヘルス研究科」の3つのコース 修士課程

- 熱帯医学コース  
Tropical Medicine Course  
1年間 (医師)
- 国際健康開発コース  
International Health Development Course  
2年間
- ヘルスイノベーションコース  
Health Innovation Course  
2年間

### ロンドン大学衛生・熱帯医学大学院とのジョイントPhDプログラム

#### Joint PhD Programme for Global Health

LSEHLS and Nipponkai University

Overview

長崎大学 NISSAI UNIVERSITY



# 「みらい塾」講義の伏線

長崎大学病院 国境を越えた地域医療支援機構 杉本 尊史

「Think globally, act locally. ～ザンビア農村部からの学び～」と題して、講義を担当させていただきました。参加者の方々のバックグラウンドやニーズを掴みきれない中で準備しながら、果たして私のお話が参加者の方々に役に立つのかどうか、みらい塾の趣旨に沿ったものなのかどうか、甚だ不安でした。しかし一方で、参加者の多くが保健医療分野に関わりがあること、そして何より「みらい塾」というイベントに参加するという積極的な学びの姿勢を持っていらっしゃることから、私がどんな話をしたとしても、きっと上手に何かを持ち帰ってくれるのではないかと楽観的に考えてもいました。

私の話は、非常にミクロな内容だったと思います。アフリカの小国の中の一農村での一時期の出来事です。当時、私は村の約200人のボランティアたちと仕事をしていました。彼らの顔と名前から覚え、宗教、性格、家族、好きなもの、交友関係などは自然と詳しくなって、また、彼ら一人一人の成長ぶりをつぶさに見てきました。その経験談が私の講義の元ネタです。そこでの話は、場所が変われば、もしくは少し時代が変われば、全く通用しない話かもしれません。汎用性がないので、教科書に載るような話でもありません。しかしながら、小さなリアルに宿る小さな真実に気づいたときほど、そしてそれを他の誰かと共有できたときほど、私の心を震わせるものはありません。

話は少し変わりますが、臨床医としての仕事もそれと似たところがあります。日々、様々な患者さんの診療をすることは、非常にミクロな作業です。同じ病名の方でも、そのプレゼンテーションや治療の反応性は異なります。個人の背景や周囲の環境、診療に対する期待も様々です。そのような無数のパラメーターがある中で、一期一会を楽しみながら、患者さんと共同で目標を作り上げていく作業は、一点ものを作る職人のようで、飽きることはありません。

現在、世界中の国々において、またあらゆる分野においてSDGsが共通の言語となってきています。SDGsのスローガン「Leave no one behind（誰ひとり取り残さない）」を見たとき、私は何だか救われた気持ちになりました。自分の日々のミクロな作業が、世界の大きな目標とつながっていることを指し示してくれているように感じたからです。この言葉に支えられながら、引き続き、自分にできる仕事に励みたいと思います。



軍艦島周遊ツアー



大浦天主堂



長崎歴史文化博物館



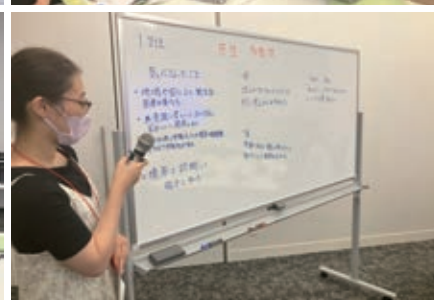
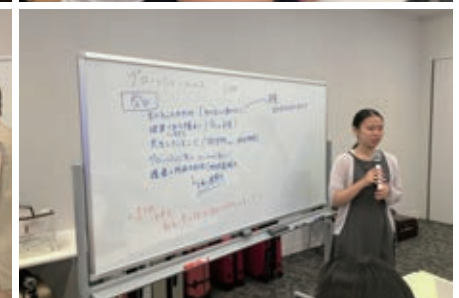




12名の学生らが参加



グループごとの発表



閉講式(修了証授与)





修了証

## 参加者報告

木内 翔太 (東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 2年)	35
清塚 萌花 (日本赤十字看護大学 さいたま 看護学部 1年)	38
若尾 望希 (公立春日井小牧看護専門学校 看護科 3年)	40
木戸 菜々美 (神戸市看護大学大学院 看護学研究科看護管理学分野 1年)	42
小山 礼奈 (東京女子医科大学 看護学部看護学科 2年)	44
清水 未裕 (東京女子医科大学 看護学部看護学科 2年)	46
京増 和香 (東京女子医科大学 看護学部看護学科 2年)	48
荒井 千瑛 (日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 共同災害看護学専攻 5年)	50
橋本 蒔子 (国際医療福祉大学(大田原キャンパス)薬学部薬学科 2年)	52
沖 藍 李 (日本赤十字広島看護大学 看護学部看護学科 3年)	54
片岡 朋恵 (東京大学 医学部健康総合科学科看護科学専修 4年)	56
高田 忠典 (一般社団法人 教育支援センター キズナ)	58

## 特定の講義・活動についての報告

緑川早苗先生講義『住民の意思決定支援について考える～原発事故後の健康調査を例に～』についての報告

## 【概要】

東日本大震災に続発して発生した東京電力福島第一原子力発電所の事故は、福島県に広範な放射線汚染をもたらした。最も話題となったのは、放射性ヨウ素の内部被ばくによる小児甲状腺がんである<sup>1)</sup>。福島県では、子どもたちの甲状腺の状態を把握し、健康を長期に見守ることを目的に、当時18歳以下であった対象者に甲状腺集団スクリーニングを実施している<sup>2)</sup>。

スクリーニングとは症状や兆候がない人を対象に、検査によって疾患を有している可能性がある人を選び出すことである。メリットはスクリーニングの結果、重篤な疾患があることが判定でき(早期診断)、早期治療により重篤な健康被害に至ることを予防できることである。デメリットは2点挙げられ、過剰診断とその経験、偽陽性とその経験である。過剰診断とは、生涯、症状を出さない、生命に影響しない疾患を診断することと定義される。偽陽性とは疾患がない状態だが、検査では陽性と判定されることである<sup>3)</sup>。有益性を有害性が上回るとして、WHO(世界保健機関)/IARC(国際がん研究機関)の専門家は原子力事故後に甲状腺集団スクリーニングを実施することは推奨していない<sup>4)</sup>。

以上の内容を踏まえて、甲状腺がんスクリーニングに対する住民の意思決定支援をどのように行うか、議論がなされた。私は講義後さらに必要性について考察したため報告する。

## 【活動報告】

異なる社会的立場を想像して考察する。

## 1. 医療従事者の立場として

目の前にいる人ががんがないこと、がんがあるならなるべく早く見つけてあげたいという気持ちがある。目の前の人を助けることに全力を尽くしたいからである。医療者の立場であれば、私は必要性があると考えた。

## 2. 対象者の親として

子どもが甲状腺がんではないことを確認するために、スクリーニングをしてあげたいという気持ちがある。我が子の健康のためになんでもしてあげたいからである。対象者の親の立場であれば、私は必要性があると考えた。

## 3. 対象者本人として

周囲の人が実施している時には参加し、実施していない時には参加したくないという気持ちがある。周囲の人との関係性によって参加を決めると考えたからである。対象者の立場であれば、私は必要性を状況に応じて変化させることが明らかとなった。

次に、異なる学問領域の知見から考察する。

## 4. 疫学の知見から

疫学とは疾病の発生に関する学問と定義されており、スクリーニングについても学術的に整理されている。スクリーニングは金銭的負担や受ける対象者の負担という面でコストが高いため、早期治療のベネフィットがスクリーニングの全コストを上回ることが必要であるとされている。ここで示すコストとは、健康な集団に対するスクリーニング実施費用のみではない。偽陽性と判定された対象者の心理的コストなどもコストに含まれる<sup>5)</sup>。甲状腺がんという疾患においては、早期治療のベネフィットがスクリーニングの

全コストを上回することは難しい。疫学の知見を使用すると、私は必要性がないと考えた。

## 5. 倫理学の知見から

倫理学の目的は倫理的是非が問われる問題に関して、合理的に(筋道を立てて)考えられるようになることである。倫理的判断が合理的であるためには少なくとも①事実と価値の区別、②一貫性、③公平性を備えていなければならないとされている。

- ①事実と価値の区別:良い価値判断を行うためにはできる限り正確な事実に基づいている必要がある。事実判断については意見が一致しても、価値判断は異なる場合がある。
- ②一貫性:同様な事例については同様な判断を下さなければならないという要求である。
- ③公平性:正当な理由がないかぎり、自分や自分と親しいものの利益だけではなく、他の人の利益も平等に配慮しなければならないということである<sup>6)</sup>。

合理的な倫理的判断の条件により、①有益性を有害性が上回る、②各国専門家が同様な事例については同様な判断を下している、③自分だけではなく対象者の利益(早期診断・早期治療のメリットと、過剰診断・偽陽性のデメリット)も平等に配慮しなければならないとした。倫理学の知見を使用すると、私は必要性がないと考えた。

社会的立場に則った考察と、学問領域に則った考察では結果が異なったことは興味深い。同じ事象について考察する際には社会的立場だけではなく学問領域も意識することで、異なる結果となる可能性が示唆された。意思決定支援をどの立場や領域に基づいて行うか意識することが重要である。

この講義を通じて得た経験は2点ある。1点目は、同じ事象について私が想像できる複数の視点から考え抜いたことである。日常の思考がより洗練されたように感じている。

2点目は、自分が想像できる視点というものは限られていて、ある事象のいくつかの面を考察しているに過ぎないということである。事象の全体像を考察するには自分一人で思考するだけでなく、他者と思考や視点を共有することが肝要である。

私は将来社会で何かの役に立ちたい。今回得られた経験と姿勢は、社会の一端を担う素養であると確信を持っている。今後も自分の中での思考、他者との議論を通じて、さまざまな事象について考え抜いていく所存である。

## 参考文献

- 1) [https://www.fmu.ac.jp/univ/shinsai\\_ver/pdf/koujyosen\\_screening.pdf](https://www.fmu.ac.jp/univ/shinsai_ver/pdf/koujyosen_screening.pdf)
- 2) <https://www.pref.fukushima.lg.jp/site/portal/kenkocyosa-kojyosen.html>
- 3) 緑川先生講義資料
- 4) International Agency for Research on Cancer, 2018, 『THYROID HEALTH MONITORING AFTER NUCLEAR ACCIDENTS』IARC TECHNICAL PUBLICATION NO. 46
- 5) K.J.ロスマン, 2013, 矢野英二・橋本英樹・大脇和浩監訳 『ロスマンの疫学 科学的思考への誘い 第2版』篠原出版新社
- 6) 赤林朗, 2005, 『[改訂版]入門医療倫理I』勁草書房

## 5日間の活動全体についての報告

### 1. 講師による講義

講師陣による講義は充実した内容であった。普段意識することがなかった事象について、ほんの少し認識できるようになった。特筆すべきものとしては2点あり、在日外国人を取り巻く環境、そして離島が多い地域の医療の視点があげられる。どちらも東京で過ごす大学院生の日常生活では考えない事象であった。脳は想像できるものや言語化できるものを考えることはできるが、想像できないことや言語化できないものは考えることができないということを実感した。東京で過ごしている間も事象に直面している可能性は高いが、私は認識していなかったのだろう。認識できなければ、



課題意識を持つことはできない。認識をすることで初めて思考の対象になることを痛感した。

## 2. 多種多様なバックグラウンドを持つ参加者との議論

今回の参加者は年齢・地域が多様であるからか、議論は驚きの連続であった。印象深いものとして、最終日に開催されたグループディスカッションが挙げられる。5日間を通じて各個人が印象に残ったものや、自分の心に響いたものを話し合うと、興味関心は全員が異なっていたのである。グループでまとめる作業は難航を極めたが、全員が納得いく形で発表まで行うことができ、非常に有意義であった。議論を通じて自分の思考の癖や偏りを知り、自分以外ではどういう考え方をするか想像できるようになっており、自身の成長を感じた。私は全体像を俯瞰して把握しようとすることや、抽象度の高い捉え方をする傾向にあるようである。

活動を振り返ると、今まで無意識に2つの境界(Border)を設定していたことがわかった。

### I. 自分の認識内の世界と、認識外の世界の境界(Border)

自分は世界の全てを見ることができているわけではない。私が考えることができるのは自分が認識内の世界の一部分であって、認識外の世界については考えることができない。認識内の世界と認識外の世界の境界を意識することができるようになって、初めてこの事実気がついた。

### II. 自分の思考パターン上の境界(Border)

無意識に行っている思考の癖や偏りにより、到達できない思考がある。今回では私は抽象化と具体化を行う間に境界があり、一定以上の具体化を行っていなかった。自分の思考パターンを理解し、無意識に設定している境界が意識できると、より自由に考えることができるようになるだろう。

5日間のプログラムは自分の認識外の世界をたくさん知ることができ有意義な時間を過ごせた。現行のプログラム

でも十分に満足ではあるが、もし可能であれば、離島医療の現場を体験することができたら、より充実したプログラムとなるであろう。

私は5日間のプログラムを通じて『考えるということとは何か』を常に自分に自問していた。この過程の中で、無意識の境界(Border)を認識し、境界をどのように越えていくかを考えていたように思う。今後私は境界を越えることを試みていきたい。自分にとって新しい世界の見え方や多種多様な価値観に触れて、自分の認識の中にある世界を豊かにしていきたい。

最後に、私はこのプログラムを通じてBorder(国境)も越えていく決意を固めた。Borderを越える挑戦を生涯続けていきたい。

## 謝辞

緑川早苗先生、大津留晶先生、李節子先生、永田康浩先生、山本太郎先生、有吉紅也先生、杉本尊史先生には、講義や講義外でのレクチャーで、温かいご指導ご鞭撻を賜りました。この場を借りて深く御礼申し上げます。因京子先生には、活動報告の書き方についての的確なご指導ご鞭撻を賜りました。この場を借りて深く御礼申し上げます。

喜多悦子先生、元村氏には『「みらい塾」九州スタディツアー in 長崎』開催時に大変お世話になりました。心より感謝申し上げます。

## 特定の講義・活動についての報告

李節子先生講義『在日外国人の健康支援—健康権/人権の視点から』及び原爆資料館の見学についての報告

## 1. 講義・活動の概要

李先生の講義では、人口移動が多くなり在日外国人が多くなった現代において外国人の健康権や人権が守られていないという問題について「受援力」をもとにして考えた。また、原爆資料館の見学では、当時の被害を科学的に表した図や原爆の恐ろしさを表す品々が展示されていた。

## 2. 講義・活動で、感じたこと・考えたこと

少子高齢化が進み、人口減少が問題となっている現代の日本において外国人の力はなくてはならないものになっている。しかし、法律では「すべての」という言葉が用いられているにもかかわらず、外国人妊産婦や親に対する支援や情報提供が十分にできていないという現状があることから、日本人と在日外国人が対等な関係であるとは言えないと感じた。これは在日外国人のみの問題と捉えるのではなく、日本全体の問題であると考えべきだ。

これらの課題としては、李先生が挙げていた、言葉の壁・心の壁・制度の壁であると感じた。三つの壁を解決するためには、まず言葉の壁を越えていくべきであると考え。もし、相手に自分の気持ちや体調を伝えられるか不安な状態であれば外国人は本性を隠し、心を閉ざしてしまうだろう。さらに、言葉が通じないと対応する側も向き合うことが難しいと感じ、距離を置いてしまい支援をする以前に継続したつながりを持つことは難しくなるのではないか。だからこそ、相手の言語で会話をすることは、信頼関係を築くためには最も大切なものであると考える。

また、被爆者となっていたらどのように感じるのだろうか。」ということを終始考えていた。日本は世界で唯一の被爆国であることは知っていた。しかし、原爆が人々に及ぼした具体的な威力の大きさや、被害の大きさについては知らなかった。展示品には、原爆が投下されるまで生活していた人々の跡や影が残されており、原爆の恐ろしさとともに命の儚さを改めて感じた。特に心に残ったものは、変わり果てた街を見る女性の写真である。この写真を見て、もし、自分が女性の立場であれば、被害の大きさを見ることに恐怖を感じ、現状を受け止めきれず現実から逃げてしまおうと考えた。一瞬で家族や仲間、日常を奪われたという衝撃は、自分の人生からでは想像できないほどのものであり今、当たり前のように過ごしている日々も簡単に壊れてしまうものであるということを感じた。

今回の講義や活動から、新たな視点を見つけ、自分の立場で考える方法について知ることができた。また、物事を他人事として捉えるのではなく、立場を変えて、自分事として考えていくことで、今まで気づくことのできなかった問題点や課題を発見することができるということを学んだ。これらのことから、今後解決することのできない問題に出会ったときに自分と相手を区別して考えるのではなく同じ立場で考えることを実践していきたい。

原爆資料館の見学では、「もしも自分がそこにいたら、

## 5日間の活動全体についての報告

### 1. 体験・所感

グループワークでは、新たな発見が多くあった。普段のグループワークは、同じような環境で過ごしていたり経歴の差がない人と話をしたりしていたため、同じ考え方をする人が多かったが、今回は学部や経歴が別々の人とグループワークをしたため同じ講義や、フィールドワークを行っても自分が着目しない点について考えているということが面白かった。

意見を聞いていく中で、ただ自分の意見を言うだけでなく今まで得てきた知識と関連づけて自分なりに考察をまとめていくことが伝わってきた。また、異なる意見をまとめて発表する際には、事前に個々の意見を要約しながら聞いていたため、自分の解釈が正しいと思うのではなく、相手に確認を取りながら行うほうが意見の食い違いを防ぐことができるということを感じた。これらは、今後グループワークを行うときに活用することのできる方法であるため、ただ自分の意見を言うだけでなく、ほかの人の意見を理解しながら進めていくことができるように実践していきたい。

さらに、成果発表についての話し合いの際には、各自の意見を否定しないこと、メンバーの意見はほかのグループの人に話さないことをルールとして話し合いを行った。このルールがあることで、自分の意見が否定されるという恐怖心を抱くことなく率直な意見を言うことができた。これらの経験から、グループワークを行う際には心理的安心感を確保する環境を整えるとともに相手の意見を理解しながら進めていくことが大切であるということを感じた。

講義やフィールドワークでは、自分の住む埼玉県と長崎県を比較しながら参加することができた。活動を行う以前は、埼玉県は地域医療に力をいれているという点で長崎県と共通することが多いと考えていたが、長崎県は離島医療が発展しているという点で埼玉県と大きな違いがあることに気が付いた。さらに大きな違いとしては鎖国の時代から

外国とのつながりがあるということだ。埼玉県は海がないため外国とのつながりは希薄であり、歴史を知ることのできる資料館は少ない。しかし、長崎県は昔から文化的にも医療的にも宗教的にも外国と様々なつながりがあり、ともに発展してきたという歴史を伝える資料や記念碑などが多いと感じた。

### 2. 評価

講義では、地域・離島医療や原爆医療、災害医療など幅広い分野について聞くことができたため視野が広がり、特に離島医療について知識を深めていきたいと感じた。

また、フィールドワークにおいても原爆資料館をはじめシーボルト記念館など長崎の歴史についてさらに長崎の医療について知ることができた。しかし、見学時間が全体的に短かったため施設見学の時間を十分に確保してほしいと感じた。



## 特定の講義・活動についての報告

李節子先生講義『在日外国人の健康支援—健康権/人権の視点から』についての報告

在日外国人に対する母子保健や災害医療、地域医療などの健康支援に関する講義を受けました。在日外国人と医療者の間にあるコミュニケーションギャップが、互いの疑念や誤解、思い込み、葛藤、不安、怒り、無関心などを生み、相互の「心の壁」を広げることにつながり、その結果在日外国人が、受けられる・受けるべき保健医療福祉サービスを享受できないという「制度の壁」を作ってしまうことを知りました。

異なる地域に住むグループの仲間と話をすることで、地域によっても外国人に対する受け止め方が異なっていることに気が付きました。私の住む地域では、工場が多いため在日外国人が多く住んでおり、共に働き学校で学んでいます。しかし、東京では同じように外国人がいても、観光者が多いため生活に溶け込んでおらず、すれ違う事はあっても特別会話をすることはなく、あまり関わる機会がないと聞きました。グループワークをする中で、「日本の病院には日本人しかいないと思っていた」という意見があり、私の地域では在日外国人が病院に来院する事は日常的な出来事であったので、とても驚きました。

実習先の病院で、当たり前のように在日外国人に対して、非言語的コミュニケーションや患者の母語が書かれた資料を用いて手術についてわかりやすく説明していることは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの取り組みの1つであると気が付きました。「言語の壁」がありながらも、日本語が話せる知り合いや家族の助けを得ながら、日本での生活に溶け込んでいるイメージがありましたが、講義を受けて、一見難なく生活に溶け込んでいるように見えても、「心の壁」

や「制度の壁」を生じている可能性があることに気が付きました。

在日外国人の母親がサービスを享受できないことにより、胎児が無国籍になってしまうといった問題もあることを知りました。これまで、在日外国人当事者だけでなく、その子どもに対する学習支援も必要であるという視点は持っていたものの、胎児の存在や国籍の問題まで気が付いていなかった為、非常に勉強になりました。在日外国人や国境を越えた人口移動の増加は、実際肌で感じているので、今回改めて講義を受けることができたのはとても良かったです。

講義後、「もし私が権力や財力のある立場だったら、在日外国人問題にどう取り組むか、提言書を作成せよ」という議題を突如出され、どのような立場から支援を行うかということも含めてグループで話し合いました。改めて権力、財力のある立場を想像する事は無く、はじめは非常に困惑しました。しかし、議員だったら、首相だったら、と話を広げる中で、その組織や立場が持つ統率力、財力、情報力、教育組織などの強みに目を向け、被災時や有病時だけでなく、日常から如何に地域を巻き込み、組織と市民とが互いの顔が見える関係性を構築できるかを話し合いました。幼い頃よくしていたような「もしも話」でこれほど話が膨らみ、具体的な行動について話し合えるとは思わず、固定観念を覆すことができました。また、私自身がこれから所属する組織では、「どのようなことができるだろうか」とさらに考えを膨らませるきっかけにもなりました。これまでになかった多くの視点に気が付くことができ、非常に有意義なグループワークができたと思います。

以前、実習で私が在日外国人を受持たせていただいた際に、語学を苦手と感じているグループの仲間から「外国人を受持つことは難しい」と言われた経験があります。改めて思い返すと、在日外国人の多い地域に住んでいても

「言語の壁」があり、在日外国人との間に「心の壁」を感じています。このことから、「言語の壁」「心の壁」「制度の壁」はそれぞれ独立しているわけではなく、連動していると感じました。

今回の講義は、政治・経済、文化等、様々な側面において、国境の垣根を超え、地球規模で人の行き来や資本・情報のやり取りが盛んに行われている中で、生活者としての外国人を受け入れ、日本人と外国人が安心して安全に共生できる社会の実現を目指すために私自身に何ができるのか、深く考え直すきっかけになりました。

私たち医療者と患者間の、「言葉の壁」、「心の壁」、「制度の壁」を取り除くために、被災時や有病時だけでなく日常から顔の見える関係性を構築することや地域にどうつながっていくかということまで意識したいです。

## 5日間の活動全体についての報告

看護では、多角的な広い視野で患者を捉えアセスメントする力を求められます。入職を半年後に控え、看護師として患者に向き合う際に、視野が狭いままでは個別性のある看護を提供出来ないのではないかと感じていました。国際化が進む中でSDGs世代の看護師として私にできることは何か、様々な職種の方と議論する事で視野を広げたいと思い、今回みらい塾への参加を決めました。

長崎は古くから諸外国との交流があり感染症の入り口になっていたこと、また日本一の多島県であり国際医療や地域・離島医療が他の地域に比べて発達しています。離島医療の歴史とITを用いた診療方法、離島に住む人の健康観、医療資源などの現在の状況について深く学び、長崎は県を挙げて医療課題の改善に取り組み、地域の特色に根差した医療を行っていることを知りました。愛知県に住みながら、愛知の医療に関する歴史や医療課題、現状についてあまり知らないことに気が付き、改めて学び

かけになりました。

国際協力については、漠然と社会に貢献出来て凄と思う事はあってもあまり身近には感じられていない部分がありました。講義やフィールドワークを通じて、国際協力は海外に赴き看護や医療を実践する事だけではなく、在日外国人に対する医療提供も含まれていることを学びました。過去に外国人の患者を受持ち、母国での受療習慣や生活習慣を考慮した看護を実践しようとしたことも国際看護の活動の一環であったことに気が付き、国際協力やグローバルヘルスに興味が湧いてきました。

また、グループディスカッションを通して他の地域で外国人との関わり方について話し合う事ができたことも、私の地域の特色を再認識する事に繋がりました。参加前は漠然と疾患を抱える人に対して生活の質を維持、向上させるために日常生活援助を行いたいと考えていましたが、今後は身近な国際看護の実践として、人種、出生地、宗教などの違いに関わらず、疾患や環境変化により生活の質が低下しているすべての地域住民に対して日常から支援を行う必要があると強く感じました。母国での医療に対する捉え方や有病率の高い疾患などにも配慮し、さらに学び続けることでより個別性のある看護を提供していきたいです。

みらい塾での学びから、看護を提供すべき対象を明確に言語化でき患者に寄り添う為は何をすべきか具体的に考えることができました。5日間仲間たちと熱く語り合えたことに感謝いたします。

## 特定の講義・活動についての報告

長崎大学での講義と熱帯医学ミュージアムの見学についての報告

## 1. 活動内容

看護系の学生として長崎大学の熱帯医学ミュージアムを訪れ、その内容と体験について報告する。熱帯医学ミュージアムは、熱帯病に関する幅広い知識と標本などの展示物を提供し、熱帯医学の分野に触れる機会を提供している。熱帯病についての基本的な知識を得るため、概説パネルから学んだ。寄生虫、細菌、ウイルス、病原媒介昆虫、危険動物などの実物標本、映像資料、医学史上の貴重な資料を見た。象皮病の人の足の写真や吸血中の蚊の挙動などをリアルな映像で観察し、熱帯感染症の理解を深めた。

その後、長崎大学で、感染症の歴史やグローバルヘルスに関する講義を受けた。前者に関して、主に山本太郎先生が講義してくださり、新型コロナウイルスの流行開始後3年以上が経過した今、その特徴を整理できた。ウイルス目線で世界を捉えるとうなるかについて、ペスト流行時の人類との比較を踏まえて、お話して下さった。ウイルスは宿主との敵対を目指しているわけではない、微生物も社会的な生物であるというシステム論的な捉え方もご紹介された。

グローバルヘルスについて、有吉紅也先生が講義して下さった。先生が作成されたグローバルヘルスを国際保健、熱帯医学の観点から整理された比較表は、医学が植民地医療として発展した19世紀から21世紀の現代までの変遷がわかり、世界全体がどのように助け合っていくのかを考える資料であった。

## 2. 学び

## (1) 生物の影響

私は、以前から熱帯病や感染症について曖昧に理解しているつもりであったが、実物や感染源に直接触れる機会が限られていた。実物を目の前にすることで、これらの微小な生物が人間に与える害の実態に驚きを感じた。日本では感染症のリスクが低いため、予防接種や衛生習慣が当たり前とされており、これらの生物に対する認識が薄かったことを痛感した。

## (2) グローバルな視点の必要性

有吉紅也先生の講義で、「Common diseases are common」という言葉を学んだ。これは、診療や看護の際に、一般的であり一般に見られる疾患が最初に考慮されるべきであるという基本原則を表していると説明されていた。施設見学を経て、Common diseasesは日本におけるCommonに過ぎず、日本での生活経験が、患者理解の際に過度に日本中心の視点を持っていたことに気づいた。例えば、三大感染症である「エイズ」、「結核」、「マラリア」の知識は重要だが、それだけでは不十分であり、この地域に罹患者が多く、Common diseasesとして捉える必要がある患者はどんな人かについて理解しておくことで、ケアに従事する際に、その視点が活かされる。

## 3. 今後の展望

## (1) 健康教育と予防

熱帯医学の知識は、患者やコミュニティに対して効果的な健康教育と予防策を提供するためにも役立つと考える。少子高齢化が深刻化する日本では、今後、地域医療がますます求められていくだろう。病院での看護師にとどまらず、感染症の予防や対策を伝え、健康増進に貢献できる看護師として、地域社会への貢献を強化していきたい。

## (2) 緊急時の対応

熱帯医学の知識を持つ看護師は、緊急時の対応能力



を高める。感染症の拡大や災害時において、迅速かつ適切なケアを提供し、人々の命を守る役割を果たす。今後、Covid-19のようなパンデミックが起こる可能性は十分にあり、また、近年の地球温暖化を考慮すると、感染症の予防策が積極的に行われている日本においても、気温の上昇が特定の感染症の発症確率を増加させる可能性はある。そのような時でも、平時から正しい知識のもと、感染症に対応できる看護師を目指したいと思う。

これらの活動を通じて、生物の影響やグローバルな視点の重要性を学び、看護師としての在り方を再考できた。熱帯医学という新たな視点を活用し、グローバルな視点で患者を捉え、適切なケアを提供し、健康促進と緊急時の対応能力を向上させることを目指していきたい。

## 5日間の活動全体についての報告

私の「みらい塾」への参加動機は、戦争と看護師の関連性を考えたいと思ったことである。この5日間のプログラムを通じて、安全保障の視点から健康権を考察し、戦争と看護師の関係に関する学びを報告する。

### 1. 学び

#### (1) 日本の医療・社会保障と健康権

プログラムの初日に、李先生から安全保障の概論について学び、すべての人の健康権について議論した。その後、福島原発事故や原爆被害、熱帯医学に関する情報を通じて、日本の医療・社会保障制度の重要性を理解した。私たちの生活の当たり前が、日本の制度に支えられていることを認識した。

#### (2) 戦争と看護師

原爆資料館を訪れ、原爆の影響や当時の状況について学んだ。戦争中の看護師の役割についても探求し、看護師は、兵士の治療を担当する一方で、その後、その兵士は戦地で再び負傷すること、そして相手国の命を奪う側

になることを考えると、戦争の加担者にもなるのだと思う。戦争がいかに人々の健康権を脅かし、国境を越えた影響を及ぼすことを理解した。

### 2. 活動への評価

このプログラムを通じて、自己認識に大きな変化が生じた。客観的な視点から自国を見る必要性を強く感じ、その背景には島国である日本では、国境に伴う問題を考える機会が少ない環境が含まれるのだと感じた。自国の安全保障と他国の健康権、移民・難民の問題などについても、より広い国際的な視野で考える姿勢が醸成された。

戦争と看護師の関係についての理解が深まった。看護師は患者の治療に従事しながら、戦争の現実と向き合う立場にあったことを知り、その倫理的なジレンマについて考えた。戦争は健康権を脅かす要因であり、看護師はその一翼を担う存在であることを再確認できた。若者の「平和ボケ」が現代社会で注目されているが、平和の価値と限界を知った。日本の医療・社会保障制度が提供する安全な環境に生活していることを認識し、これを当たり前とせず、国際的な視野から戦争や平和について考え行動していきたい。

「みらい塾」を通じて、自己認識の変容や国際的な視野の拡大を得る貴重な経験ができた。戦争と看護師、平和の価値と限界についての議論は、看護師としての将来においても重要な視点となる。この学びを活かし、より多くの人々の健康権を担保するための貢献を行っていきたいと考える。

最後に、笹川保健財団のご支援とご教授頂いた先生方、共に5日間学びを共有した参加者の皆様に感謝申し上げます。

## 特定の講義・活動についての報告

李節子先生講義『在日外国人の健康支援健康権／人権の視点から』についての報告

私は、李節子先生の「在日外国人の健康支援健康権／人権の視点から」という講義が最も印象に残っている。李先生の講義では、日本で暮らしている外国人の健康権が守られていないこと、SDGs、子どもの権利、母子保健等、今まで知らなかった様々な世界の現状を知る機会となった。すべての講義、フィールドワークが初めて知ること、体験することであったため、どれも新鮮であり忘れられない経験となった。今回は特にみらい塾全体を通して印象に残った李先生の講義について詳述したい。

講義の中で、外国人労働者は日本の労働力としてかけがえのない大切な仲間であるにも関わらず、医療面において提供される情報が希薄であり、健康権だけではなく子供や母子に関する権利までもが脅かされている問題があると聞いた。この問題の背景には、「日本に住んでいるのは日本人」という認識があり、一体、日本にどれほどの外国人の人々が生活を営んでいるのかを「知らない」ことから始まる。この「知らない」によって様々なスティグマが生じ、傷つく人が生まれるという話に強く感銘を受け、それと同時に自分自身の知識不足の発見へとつながった。

私は国際保健に興味があるため、以前から海外の医療について調べていた。そのため、多少は海外の医療体制について理解していると勝手に思っていた。しかし、実際に海外の病院へ見学に行くと私の知っている世界ではなかった。インターネットや本で得た情報だけで、「知ったつもり」になっていたことを実感した。李先生の講義から、「知ったつもり」ではなく、「自ら知りに行き、知り続けなければならない」ということを学び、私の心の中に大きな意識変容を

もたらしてくれた。

しかし、講義を受けている途中、一つ疑問が浮かんだ。なぜ、実際に在日外国人の人々が困っている現状があるにも関わらず、一向に改善されないのだろうか。私が講義を受けて考えたことは、在日外国人の人々が多いとは言われていても、日本では少数派に属することになる。多数派のことを優先して考え、政策を立案することはよくあることだろう。しかし、多数派のことを考えて終わっている、少数派に対する考えや政策があったとしても希薄、少数派の存在を知らないために起因するのではないかと考えた。「知らない」は様々な場面に登場する。そして世の中のことをすべて知ることは無理である。しかし、一つでも多くのことを知ろうとする姿勢が大事なのだと講義全体を通して学んだ。

李先生の講義では、途中で参加者が文章を読み上げる機会があったため、文章をかみしめることや、自分なりに考える時間を持つことができた。みらい塾に参加し、李先生の講義を受け、この現実を知ったからには、今後知り続ける姿勢を保持しなければならない。私は、母子保健や在日外国人の方に関する知識は薄いため、この講義を受ける準備が整っていたとは言えない。しかし、李先生に気づかせてもらったからこそ、自分が興味を持っている分野に詳しい方から学べる機会に積極的にアクセスし、学び続けようと思う。李先生の講義が私に、「知ったつもり」ではなく「知り続ける」を心に刻み、これからも勉学に励む必要があることを教えてくれ、とても有意義な時間を過ごすことができた。

## 5日間の活動全体についての報告

私は、全国から集まった様々な人々との意見交換や講義を通して、多様な価値観に触れ、他者と自己の学びを統合し深めること、長崎でしか学べない原爆被害や被災された方々のこと、世界遺産の見学を通して学びを深めることを目的とし、今回、笹川保健財団みらい塾に参加した。様々な先生方の講義では、ただ講義を受けるのではなく、他学部の人々とディスカッションを行い、他者と自己の意見を統合し物事を考えること、フィールドワークでは原爆の凄惨さ、長崎の歴史、世界遺産に触れるなど東京には味わえない貴重な体験をする機会となった。

講義ではディスカッションを通して、自分にはなかった考え方や価値観を得ることができた。一つの同じ疾患について話し合っている、看護学部と薬学部では着眼点が全く違ったことに衝撃を受け、チーム医療の必要性を実感する機会となった。同時に、同じ医療職でも職種によって考え方が偏っていることに気づき、お互いの意見を柔軟に受け入れブラッシュアップすることで、患者に最適な医療が提供できるのではないかと考えた。

フィールドワークでは教科書やインターネットで見る情報とは全く異なることを知った。実際に足を運び、自分の目で見て、肌で感じることでしか得られないものがある。特に長崎原爆資料館では、被害の様子がありのままに展示されており、私が今まで授業で習ってきた原爆被害は、表面上の情報に過ぎなかったことを実感した。実際に足を運ぶことでしか得ることができない学びがあること体感し、今後に生かしていきたい。

笹川保健財団みらい塾で学んだことをそのままにするのではなく、次の行動に繋げなければならない。喜多先生の講義で、財団創設者の言葉に「世界は一家、人類みな兄弟姉妹」という言葉があり、今の世の中この言葉が一番大切な時代である。どこかで現実を見てきたならば、見た者には見た責任が発生すると話されていた。私は現在グ

ローバルヘルスに興味を持っており、将来はその道に進みたいと考えている。フィールドワークの学びから、学生時代に国内外において多くの現実に触れる機会を作り、少しずつではあると思うが、見た責任を確実に果たせる医療従事者になるよう努力する。この努力過程において、今回のみらい塾で得た経験が必ず役立つだろう。



## 特定の講義・活動についての報告

緑川早苗先生講義『住民の意思決定支援について考える～原発事故後の健康調査を例に～』についての報告

今回の講義では、4人1グループ、3度のグループワークを通して健康調査の意思決定について考えました。1度目のグループワークでは、原発事故後の健康調査で行われている甲状腺がんスクリーニング検査を受診するか否かについて話し合いました。事例の基本情報は、受診は任意であること対象は事故当時18歳以下で福島に住んでいた全ての方、原発事故から10年たっていることである。

私は「受診する」と考えていましたが、反対に「受診しない」と考える方もいました。受診することを選択した理由は、甲状腺がんではないとはっきりとした結果を求めたからです。また、甲状腺がんであった場合も早期に発見できれば早期治療で悪化前に対処できるのではないかと考えたためです。一方「受診しない」と答えた方の意見として、結果が出るのが怖い、甲状腺がんだと分かった後の生活に支障が出るのではないかと、過去に同じ検査を受けていること、原発事故が起きてから10年間たっているため受診しなくてもいいのではないかと等の意見が出ました。

グループワーク後、自分以外の意見も含めて考えたところ、はじめ「受診する」と考えていましたが、結果的に決定することが難しくなってしまったように感じています。どちらが正しい、正しくないという事ではなく、自己決定をするうえでどんな情報・知識が必要なのか考えることが重要だと先生は述べておられました。スクリーニング検査を受ける場合のメリットは、早期診断・早期発見・早期治療にて健康に害が出る前に予防ができるという事。デメリットは、過剰診断と偽陽性が起こりうるという事。過剰診断によって、身体面では、一生無害のがんを取るために体にメスを入れ侵襲を受

ける。侵襲によって合併症を発症する可能性がある。物理面では、一度「がん」という診断を受けたことにより保険に加入しにくくなる。その他にも、何歳まで生きられるのかという心理的負担、就労やライフイベントへの社会的影響など多面的にデメリットが考えられる。これらのグループワーク、スクリーニング検査の利点と欠点の知識を含め改めて意思決定するうえで必要な情報は、原発事故の際どれだけ被曝したのか、がんが見つかった後の日常生活や社会生活に変化があるのかどんな治療をするか知るべきだと考えています。

過剰診断は、普段スクリーニング検査を行っている医師が過剰診断と理解していない状況で正しいこととして行っている現状がある。医師や看護師は過剰診断を避けるため、対象者の価値観や意思を尊重し情報を求められた場合は適切な情報を選択して提供する必要があるのではないかと考えています。

次に、意思決定支援を行う際、医療者はどんなことに配慮すべきなのかグループワークを行いました。私のイメージで医療者は知識を持っているからこそ疾患に注目して説明してしまうという点があると感じています。しかし、対象者は疾患についての情報を含め不安を解消するために相談しているのではないだろうか。不安を解消するためにどんな情報を必要としているのか、どんな不安があるのか話を聞き適切な情報を選別し説明する必要があると考えています。

この講義において、意思決定支援を学ぶことは全ての人の価値観や今までの成長過程・生活環境が異なるため基準や考え方も異なる事を、グループワークを通して体験し知識を身に着ける意義を持っていると考えています。また、普段の大学生活では経験することができない学部や地域を越えて医療を学ぶ学生が講義を受け、意見交換を通し

知識・経験を蓄える機会だと考えています。

みらい塾参加前の事前準備にて、地震災害や原発事故、その後の生活変化を過去の情報・映像で見たことがあるという程度だったため、再度インターネットや動画を利用し基礎知識を増やすため情報収集を行った。情報収集した内容は、①原発事後の健康被害②原発事故後病院の対応③原発事故後の病院の環境④世界の原発事故(被害)についてである。

今後看護師となったとき、対象者の価値観や環境、意思を尊重したうえで適切な情報発信ができる人間になりたいと考えている所存です。

## 5日間の活動全体についての報告

今回の研修では、医学や国際的な情報を日本で1番初めに取り入れた長崎の地で幅広い分野の講義を聞き、基礎知識を学び実際に関連施設を見学し知識を深めることができた5日間でした。

感染症の歴史を学んだ際、人間が生存する限り新しいウイルスは出現し続けるという事にとっても納得することができました。しかし、新しいウイルスが出現するたびに必ず一定数人間の数が減少しなければいけないのか、対策はないのかという疑問を現在も消化できていないため今後情報収集していこうと考えています。COVID-19流行時、本邦でも多くの犠牲者が出たが、今現在では情報やワクチン、治療法が発見されたことで流行はある程度収束したと言えます。

5日間を通して、普段の大学生活では学べないような講義や研修の開催意図、医療以外の知恵を笹川保健財団会長、諸先生方から学び、平和記念像や軍艦島などの歴史施設を見学、医療学生同士での情報共有など今後の

大学生活や将来目指している海外でも活躍のできる看護師になるために活かせる貴重な体験をすることができました。

今後、実習や臨床の場で患者さんの意見を尊重した看護ができるよう学びを活かしていきたいと考えています。また、今までの狭い視野ではなくどんな場所でどんな人がどんな環境で医療を必要としているのか自分にできることは何か視点を広げ考えていきたいと思います。今回1つの授業を納得することに時間がかかり、質問することができなかったため、今後このような機会があれば、積極的に質問し疑問を解消していきたいと考えています。

最後になりましたが、今回このような学びの機会を与えてくださり、参加費用の助成や日程調整をはじめ様々な配慮をくださった笹川保健財団様、ご多忙のところ講義を開いてくださった諸先生方、看護学生としても人間としても未熟な私と共に学んでくださった参加者の皆様、今回の研修に関わってくださったすべての皆様に心より感謝申し上げます。

## 特定の講義・活動についての報告

李節子先生講義『在日外国人の健康支援—健康権/人権の視点から』についての報告

講義で、国際移住者、紛争や迫害で移動を強いられた人、日本で暮らす外国籍の人、海外で暮らす日本人、両親またはそのどちらかが外国籍の子の存在を知り、国境を越えて移住もしくは滞在している人が多いことに驚愕した。色々な数値を知っていく中で私が大切だと感じたことは、「マイノリティ(少数者)をどれだけ大切にすることが出来るか」ということである。人間はいつも同じ人と、同じ環境で過ごしていると少しでも先入観が脳内に根付き、新しく入ってきたものやマイノリティに抵抗を覚える傾向がある。しかしながら、全ての人間に健康な生活と社会的差別のない社会で生きる権利があるため、そういった社会の意識や考え方を変えなければならない。

日本人労働者と外国人労働者は、共に不利益な処遇は禁止され、国籍や在留資格の有無に関わらず予防接種を受けることが可能であるように全ての人間が平等であることを理解しなおす必要がある。今現在、文化や言葉の壁が高く、滞日外国人にとって健康的な生活を送るための医療や、社会資源にアクセスすることが困難であり、喫緊の課題となっている。このことはマイノリティにとって社会からの孤立を生み出し、時にその命をも脅かすことに繋がっている。文化や言葉の壁があるからと言ってこの課題を先送りしてしまっているのだろうか。そこで私は外国人労働者を受け入れる側の意識や教育体制を変えるべきであると考えた。

しかしながら現時点で、教育する側の人材が不足しているため、社会全体で援助しあいながら改善していくべきであると考えます。このマイノリティという存在には、無論、こど

もも当てはまると私は思う。昨今、虐待という言葉がメディアで頻繁に耳にするが、当事者が助けを求めることはもちろんのこと周囲が発見通報することですらまだまだ困難な世の中である。これに関しても被害者の救済は早急にするべきだが、その一手手前で留められるよう行政からのサポートサービスを周知し、加害者と被害者を生み出さないような教育を徹底するといったことが必要であると考えます。

1日目の講義を受けて、日本以外の国籍を持つ人々が置かれている状況について垣間見ることができた。今後、患者やその家族、職場の人はもちろんのこと私生活においても他者と会話する際は国籍関係なくまず相手を受け入れ、経済・社会・文化といった背景を踏まえ、多角的な視点をもって対峙し、物事を考えていきたいと考える。

将来臨床現場において数少ない症例に直面することがあるに違いない。そういった時、どのような患者であっても正面から向き合い、どういった医療を提供することが可能なのか、どのような支援やサービスを求めているのかを広く考えられるようにしたいと考える。この体験が今後の自分にとって有意義なものとなるように、残りの学生生活を送っていききたい。



## 5日間の活動全体についての報告

研修中、私はマイノリティについて考えた。甲状腺スクリーニングに関する自己決定支援の意見交換でもマイノリティの意見を尊重し検査を受けるか否かの決定を支援する必要があるという結論に至った。3日目の講義で「社会」「医療・医療スタッフ」「感染症・病気」の3つは互いに影響しあっているということも学んだ。新型コロナウイルスの際にも、少ない症例の病気を患った患者にこそ周囲の理解が必要とされ、医療者は正しい情報を提供していかなければならなかった。

最終日、私は振り返りを発表する立場となったが、普段自分の気持ちや意見を言葉にすることが得意ではないと感じていたため、グループで話し合った内容をうまく表現することが出来るか不安であった。しかし、参加者と楽しく会話をしていくうちに、とりあえず何か口に出してみようという気持ち生まれ、最後まで発表することが出来た。

みらい塾参加前、どのような人と勉強するのか、大学院生や社会人を経験した人との会話についていけるのかと懸念していた。だが、実際参加してみると背景が異なる人たちと話し、自分にはなかった考えを吸収することが出来た。私たちは話をする時に相手の様子を伺い、場の雰囲気意識し考え、話し方を工夫したりする。今回、私がグループ内ディスカッションで感じたことは、少数意見や、自分の意見を言葉にすることが困難な方の意見を大切にしていけるべきであるということだ。つまり『「伝えたい」けど「伝えられない」を乗り越える』ことを意識していく必要があるということである。普段、人と会話をする際に誰もが発言しやすい環境を全員で築きあげるべきである。仮に発言しにくい環境があったら「伝えたい」という気持ちすら失い、アイデンティティの確立を阻害することに繋がる。発言しやすい環境をつくるには、相手の意見を否定せず尊重し、楽しく話をする必要がある。実際私のグループはこれらを実施し、気持ちの良い話し合いが出来たと考えている。今後、意見や生き方が異なる人と共存していかなければな

らない。だからこそ、多様性重視の社会であることを理解していく必要があるのではないだろうか。

コロナ禍で物事に挑戦する機会や積極的に行動することが出来なかったため、長崎での経験は私自身にとって貴重なものとなった。今回出会えた参加者、先生方、そして笹川保健財団の皆さまへの感謝を決して忘れないようにしたいと考えている。

## 特定の講義・活動についての報告

緑川早苗先生講義『住民の意思決定支援について考える～原発事故後の健康調査を例に～』についての報告

2011年に起こった東京電力福島第一原子力発電所事故(以下、原発事故)は、福島県全体に大きな影響を及ぼしました。福島県では、原発事故による放射性物質の拡散や避難等を踏まえ、県民の被ばく線量の評価を行うとともに、県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療に繋げ、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図ることを目的とし、「県民健康調査」を実施しています(福島県, 2023a)。さらに、子どもたちの甲状腺の状態を把握し、健康を長期に見守ることを目的に、原発事故当時に18歳以下であった福島県民に対して、甲状腺検査が実施されています(福島県, 2023b)。

今回の「みらい塾」では、子どもたちの甲状腺検査に関わってきた、緑川早苗先生からの講義がありました。講義の前に、緑川先生から、「あなたは甲状腺検査の対象者です。あなたは検査を受診しますか?それを決めるのにどのような情報が必要ですか?」と問いかけがあり、グループでディスカッションを行いました。その結果、検査を受診する、受診しない理由も様々であり、欲しい情報も個々人で異なることが分かりました。

受診の意思決定をするために必要な情報、知識などをグループ内で話し合い、全体発表を実施した後に、緑川先生から、福島県の甲状腺検査の結果概要や、がんスクリーニング、甲状腺がんの特徴について講義を受けました。がんのスクリーニングには、メリットと共にデメリットがあること、全てのスクリーニングには害が存在します。子どもたちの健康を長期に見守ることを目的とし、受診は任意であるはずの甲状腺検査ですが、実際はオプトアウト方式の検

査であり、子どもたちは、中学校や高校でほぼ強制的に検査を受けている現状があります。スクリーニングによるデメリット、害として、偽陽性や過剰診断に加えて、その経験がデメリットとなることを、緑川先生から改めて教えていただきました。緑川先生は、過剰診断の不利益について教えてくださった後に、「医療者として、検査対象者に対して、どのような意思決定支援を行うか?」と問いかけました。再び、グループ内で再びディスカッションを行い、発表を行いました。ディスカッションや全体発表を通して、必要な情報や、欲しいと思う支援は、人それぞれであることを実感しました。同じように、検査対象者が求めるものや、必要な支援には個別性があることを再認識しました。絶対的な正解はなくても、このように、自分ごととして考えることが重要であることを理解することができました。緑川先生からは、講義とグループワークを通して、医療者としての役割、姿勢について教えていただきました。

私は、大学院で災害看護を専攻に学んでおり、福島県の原子力災害の被災地をフィールドとして研究を行っています。そのため、これまでも数回、緑川先生の講義を受講する機会がありました。大学院では「被災者をこれ以上傷付けてはならない」ということを恩師に教えられ、それを信条としている私にとって、緑川先生の講義は、いつも胸に深く突き刺さるものがあります。なぜ、災害で傷付いてしまった人々が、半強制的な検査によって、更なる害を被らなければならないのか。ましてや、未成年である「子どもたちが」です。UNSCEAR(2022)は、「2020年/2021年報告書」においても、「福島県の住民における健康への悪影響について、福島第一原発事故による放射線被ばくに直接に帰因すると文書に記述されたものはない。」と報告しています。さらに、「高感度の超音波検診が、臨床症状が発現した後に検出されるであろう症例よりもずっと多くの甲状腺異常やがんの症例を検出するという有力なエビデンスがある。結果として生じる甲状腺がんの過剰診断は、

その多くが結果として臨床症状を呈さず、診断された人々のうちに不安を起こす可能性や、不必要な治療に繋がる可能性を有し、特に甲状腺線量が比較的低い場合には、その有害影響は放射線被ばくそのものの有害影響を上回る可能性がある。」と、しっかり明記されています。それでもなお、福島県の甲状腺検査は続いています。

福島の、現在進行形である甲状腺検査と過剰診断について、発信し続けている緑川先生からは、医療者として、研究者として、人としての倫理的観点があるべきかを教えられました。講義の終盤で、喜多会長が、緑川先生に対して、「医師の良心、研究者の良心」と仰っていたことが忘れられません。科学とは何か、根拠とは何か、倫理とは何なのか。この講義を踏まえて、科学的根拠に基づいて判断し、人として高い倫理観を持ちながら、自分が正しいと思う道に進み続けたいと考えています。

## 文献

福島県(2023a). 県民健康調査について.  
<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045b/ps-kenkocoyosa-gaiyo.html> [2023.09.17閲覧]

福島県(2023b). 甲状腺検査について.  
<https://www.pref.fukushima.lg.jp/site/portal/kenkocoyosa-kojyosen.html> [2023.09.17閲覧]

UNSCEAR(2022). UNSCEAR 2020年/2021年報告書.  
[https://www.unscear.org/unscear/uploads/documents/unscear-reports/UNSCEAR\\_2020\\_21\\_Report\\_Vol.II\\_JAPANESE.pdf](https://www.unscear.org/unscear/uploads/documents/unscear-reports/UNSCEAR_2020_21_Report_Vol.II_JAPANESE.pdf) [2023.09.17閲覧]

## 5日間の活動全体についての報告

私は、大学院で災害看護を専門に学んでいます。今回の「みらい塾」では、「健康と人間の安全保障」について、近代医学発祥の地である長崎で学びを深めることを目的に、研修に参加しました。

数多くの先生方の講義から、人権や健康権の大切さ、そしてそれらを医療職として守らなければならないこと、自国

だけではなくグローバルな視点で物事を俯瞰し、他者や多様性を受容し、共に生きていくことが重要であることを実感しました。誰もが人権は大切であることを知っているはずなのに、戦争はなくなり、人権や健康権を奪います。災害も同様に、人が当たり前に生きる権利を脅かす状況をもたらします。我々医療職は、それらを支えることができる人材にならなければならないことを痛感しました。

長崎は、近代医学発祥の地であり、原子力爆弾が投下された地でもあります。フィールドワークでは、長崎の歴史を学び、医学のあゆみを知ることができました。原爆が投下された長崎で、被ばく医療学が確立され、それが東日本大震災の福島第一原子力発電所事故後の対応の支援に繋がり、過去が現在に繋がっていることを実感することができました。私は、福島県の原子力災害の被災地で研究を行っており、今回が初めての長崎県でしたが、場所は違えど歴史の繋がりに、感銘を受けました。過去の先人達のおかげで、今の世の中があることを実感しました。原爆資料館で見た、瓦礫だらけの長崎の地が、素敵な場所になっているように、現在もまた未来に繋がっていくのだと考えると、研修で得た知見を、未来に役立てていかなければなりません。一個人ができることは微力ながらも、まずは自分のできることを考え、少しでも行動していきたいと考えています。

今回、このような研修を企画・開催して下さった笹川保健財団の皆様、講師の先生方に、深く感謝申し上げます。とても貴重で有意義な学びの時間を過ごすことができました。みらい塾で得た知見を活かし、人が生きることを支えられる人材になれるよう、今後も学修を積み重ねていきたいです。本当にありがとうございました。



## 特定の講義・活動についての報告

緑川早苗先生講義『住民の意思決定支援について考える～原発事故後の健康調査を例に～』についての報告

## 1. 概要

宮城学院女子大学の緑川早苗先生を講師とし、住民の意思決定支援に関して、原発事故後の健康調査を例に、講義とグループワークを行った。

## 2. 当講義における体験・所感

講義のスケジュールが発表されるまで、原発事故によって、放射性物質が拡散したことは知っていたが、甲状腺のスクリーニングが行われている現状は知らなかった。また、その害に関しては、一切考えたことがなかったので、自分の視野が広がった。

講義中に質問しきれなかったことがあり、29日午後に行われた長崎市内を見学するバスの中で、緑川先生に元勤務先の対応に関して、精神面でどのように乗り越えてきたのか尋ねたところ、「乗り越えていない、乗り越えたと思えるのは死ぬとき」という返答だったことは、衝撃的だった。福島には東日本大震災・原子力災害伝承館という施設も建設され、原発事故はきれいに片付いたかのように感じられるが、現状はそうではなかったと感じた。原発は莫大なエネルギーを生むことができるメリットがあるが、自然界では分解不可能な物質を後世に残してしまう一面もある。原発を建てた以上、人間が向き合わなければならない問題だと感じた。また、論文が掲載されなかったという過去の事実もお聞きした。世間に出る情報にフィルターがかかり選別されることは、本来はあってはならないことである。科学者の良心が帳消しにされている事態に日本が危険な方向に進んでいるように感じた。

私は現在、栃木県に住んでいる。栃木県は、原発事故直後は、県北の農産物に出荷制限がかかった後は風評

被害を受けたが、出荷が通常に戻ってからは、原発事故の話題は次第に消えていった。原発のことを考える機会はなくなったと思う。そのため、原発事故は、福島個人が抱えている問題と置いていたが、そのように考えていた自分を反省した。薬剤師という医療従事者の資格取得を目指している立場としても、原発事故後の様々な害を知らない自分を実感し、世の中の幅広い事象に関心をもって調べ、勉強することが必要だと感じた。

## 3. 講義への評価

非常に良いテーマ設定・内容であったと評価している。ここで設定していただければ、一生、このテーマを考える機会はなかったと思うので、気づく機会を与えていただき、感謝している。午後のフィールドワークでは、移動中に講師の緑川先生と会話ができただけでも良かった。遠方から講義に来てくださった緑川先生に感謝している。

## 4. 講義を受講した自分の評価

グループラインで講義内容が発表された時点で、緑川先生の論文などは読ませていただき、原発事故や甲状腺がんに関することは予習してからみらい塾に参加した。そのため、どんな講義が行われるのか、グループワークの内容も予想していた。予想は一致した。グループワークで考えた内容を事前に自分で考えてから当日を迎えることができた。結果的に、講義で緑川先生から詳しいお話を聞いたうえで班のメンバーと考えを共有でき、非常に深い学びをすることができた。

## 5. 講義後の学び・今後に関して

帰宅してから、緑川早苗先生・大津留晶先生の共著である「福島の甲状腺検査と過剰診断 子どもたちのために何ができるのか」を拝読させていただいた。更に、原発事故後の甲状腺スクリーニングに関する他の研究者の見解を知りたく、「福島原発事故と小児甲状腺がんの原因

は原発事故だ!』(2015、宗川吉汪 他)という本も見つけたため、読んでみた。前者の本には、講義内容と似たようなことが記載されていたのに対して、後者の本には、原発事故後に行った甲状腺がんのスクリーニング結果で小児のがんが多く見つかったのは、原発事故が原因であるといった内容が書かれていた。

2冊の本を読んで、一つの事柄に関して、正反対の意見がある現実直面した。一方の意見を鵜呑みにしては、偏った情報収集になる可能性があると感じた。したがって、これからの全ての学びに対して、一つの事柄に関して、考えを固執させずに、幅広く考えて情報を取得する必要があると実感したので、今後は意識していきたい。

また、世の中には、正誤がはっきりしない答えが多く存在する。数字のように、計算したら、求まることばかりではない。今後、答えのないような問題も、しっかり考えられる力を身に付けなければならない。しかし、その際に、土台となるのは、基礎的な勉強である。今、受けている大学の授業を一生懸命受講し、知識と論理的に考えを導き出せるプロセスと身に付けたい。

最後に、将来は、研究者になりたいと考えているが、緑川先生のように科学者の良心を貫ける人になりたい。

## 5日間の活動全体についての報告

### 1. 概要

地域医療・離島医療、原爆医療、災害医療、感染症医療・安全保障・グローバルヘルスに関して講義やグループワークに参加した。

### 2. 5日間の活動全体における体験・所感

安全保障に関する知識が全く無いと感じた。その分野の知識があり、堂々と発言する大学院生を目の当たりにし、薬学以外の分野も知る必要があると感じた。医療は誰の為に、何のためにあるのか、考えるきっかけとなった。

杉本先生の講義を聞いて、ザンビアの人たちが新しいことに挑戦し、気づきを得た話に感動した。物と人に恵ま

れている自分だが、それは一步外の世界では実は当たり前ではない。あまりに日常の中にあると気づきを得ることを忘れてしまうことを恥じた。

看護学部の学生と交流することは、普段私の周囲にいる薬学部の友人とは異なり、刺激になった。大学院生も参加していたので、今後予定している大学院入試のことや大学を卒業後の進路の話ができ、進路と今後やるべきことがはっきりした。将来叶えたいことに向かって良い計画を立てられ、有意義な時間であった。

原発のことなど、自分の知らない分野が沢山あることに気付いた。無知であるということ、まずは、感じる必要がある。そのためには、様々な分野の方との出会いを大事にし、学びを広げていきたい。そうすることで、将来、色々な経験を何らかの形で医療者・薬剤師として患者さんに届けたいと誓った。

グループワークでは、他人の意見を尊重しながら自分の意見を伝えることの難しさを学んだ。

今回は、薬学部卒業後に研究か病院への就職かを非常に考えている状況で参加した。長崎大学では研究の話をお伺いでき、出島メッセでは主に臨床よりの講義だったと感じている。どちらの専門家の講義も受けることができ、将来を吟味できた。特に、有吉先生や山本太郎先生の講義を聞いて、研究職に就きたいという思いが強くなった。また、緑川先生に出会えて、研究に関するアドバイスや過去の先生のご経験をお伺いできたことが非常に良かった。

### 3. 講義後の学び

自国の歴史を知るべきだと感じ、長崎大学で頂いた原爆関係の英語の本を読んだ。

### 4. 今後に関して

喜多会長から、基礎的な勉強が重要であるという話があったので、残りの学生生活では、勉強に励むことに集中し、希望する進路に進めるよう努力し続けたい。

## 特定の講義・活動についての報告

杉本尊史先生講義『Think globally, Act locally ～ザンビアの農村部からの学び～』についての報告

今回のセミナーの中で特に私が印象に残った講義は、長崎大学にて行われた杉本先生によるThink globally, Act locally ～ザンビアの農村部からの学び～である。この講義は、ザンビア共和国のとある農村部で、母子保健を支える地域力強化事業の一員として派遣され、活動に携わった先生の実体験についてお話しされた。乳幼児死亡率が日本よりも高い現地の母子保健サービスを向上させるために、どのような活動が行われ、どう地域住民が主体的に考え、課題を解決する能力を養っていったのかを学んだ。

私は、日本が支援してあげる立場ではなく、日本からの支援を現地の人々と共同作業することが必要な支援の在り方であると学んだとき、初めは、日本とザンビアを無意識に比べて優劣をつけてしまっていた。この先入観なく、お互いを同等な立場で共同作業することで、地域の住民同士が1つの目的のもとに、積極的に物事を考え、アイデアを出し合い、いずれ現地の人々の力だけで母子の健康水準を上げる取り組みが確立していったと私は思った。また、「目的を明確にしたことで何のために活動しているのか分かるようになった」、「お互いに新しい考えを学び合い、教え合うことが楽しい」といった現地の人々の生の声から、チームワークや連携が重要であると感じた。より質の高い保健医療を提供できるよう、チームで振り返り、評価して、改善策を考えるというPDCAサイクルを回し続けることで、多様性を認め、共に助け合う環境が整い、チームとして強化・成長させたのではないかと私は思った。

この講義を振り返り、私は、医療支援が、現地の人々との共生により、医療の質を向上させることを学んで、それぞれの地域で確立している保健医療福祉を他地域、他国へ伝播したり、反対に、取り入れたりする交流が現在よりも盛んになってほしいと思った。医療機器や医療施設は日本の方が優れている部分もあるが、ザンビア共和国の地域住民同士の連携は日本よりも優れていると私は思った。だから、日本であっても、ザンビア共和国であっても、それぞれの欠点を二国間で必要な部分を補えるよう、それぞれの土地で、文化や宗教に合わせた地域課題を解決することが重要であると私は考える。

私は、セミナーに参加する以前に、大学での授業で、地域課題を見出し課題解決できるよう、保健事業企画書を作成する機会があった。その時、どんなに制度が整っていても、正しく機能・活用していなければ、いくら医療従事者が提供をしても、無知な人に対して伝えたり、理解してもらったりすることの難しさを感じた。私が今まで考えていた保健医療福祉は、医療者が住民一人一人へ対応する方法であると思っていたが、住民の思いを尊重し、住民主体で活動しやすいよう、後援する方法が必要であると考えた。支援方法を変えることで、自然と住民同士で助言・協力し合い、住民の参加率を上げ、自らの健康について見直し、正しい知識を身につける機会が増えていくと、私の感じた難しさを解決に導いてくれるのではないかと考える。

自分の常識や概念を覆されるような貴重なお話を聞いて、私は、大学や実習で医療を学ぶだけでなく、多角的な視点で物事を考え、多方面に視野を広げ、無知のない知識豊富な医療者として、将来、働く時に生かしていきたいと思った。



## 5日間の活動全体についての報告

今回のセミナーでは、講義を聴くだけでなく、メンバー同士で学年・学部を超えたディスカッションやアクティブ・ラーニングを通して、自らの考えや意見を発言する能力を養うことができた。私が、特に難しいと感じた話題は、治療における自己の意思決定をどう支援するかというテーマであった。人それぞれ多様な考え方があり、答えが明確ではないため、すべての人々が自分の人生の重要な決定について、自ら決められるよう、安易に分かろうとせず、相手を深く理解し、共に考え、相手を尊重することが医療者として重要な役割であると考えている。

また、すべての人々が当たり前健康である権利を有し、基本的人権として保障される社会を作るために、外国人を含むすべての人々がお互いの人権を大切に、支え合う共生社会の実現が、現在、少子高齢化が進む日本にとって必要なことだと学んだ。外国人の受け入れは日本社会を共に作り上げていく大切な社会の一員であることを認識し、日本人と外国人がともに尊重し合い、言葉や心の壁によって、制度が受けられないことがないように、すべての外国人を孤立させることなく、日本人と同様に公共サービスを安心して受けられ、生活することができる環境を整備する必要があると感じた。私は、常に様々な可能性や疑問意識をもち、考えることを放棄せず、すべての人々が正しい情報を得て、責任ある行動をとって健康リスクを回避できるよう、国籍・人種・性別などによる差別やスティグマをなくすことがなにより必要であると考えている。

私は、セミナーに参加する際に興味があった、公衆衛生学や地域医療を今後も学習し続けながら、理解を深め、自分の言葉で発信できるよう努力していきたいと思った。多くの先生方が、各ライフステージの切れ目ない継続支援において、様々な統計データによる問題の明確・可視化をしているところに興味を持った。自分の新たな興味を追求し、保健統計を用いて、様々な視点から保健医療福祉を捉え、学んでいきたいと思った。いつかすべての人々の理

想とする共生社会を叶えられるよう、国際的に目を向けて学習していきたいと思った。

## 特定の講義・活動についての報告

緑川早苗先生講義『住民の意思決定支援について考える～原発事故後の健康調査を例に～』についての報告

緑川早苗先生の講義で、過剰診断の定義とそれによって起こりうる不利益、福島での甲状腺癌の事例について学んだ。

過剰診断とは、障害や症状を出さない、生命に影響しない疾患を診断することであり、癌の過剰診断は一生無害の癌を診断することである。また過剰治療とは、生涯、無害の病気を治療することであり、癌の過剰診断は過剰治療につながりやすいとされている。過剰診断によって、身体への負担(不必要な検査・治療を受けること、またその検査や治療による被害の可能性)、心の負担(検査を受けることによって生じる病気の経過や予後、原因、治療に関する不安)、物理的負担(診断や治療、通院に伴う費用負担や時間の損失、生命保険やローン契約の不利な取り扱い)、社会的な影響(診断や治療による就労・ライフイベントにおける不利益)といった不利益が起こる可能性がある。また過剰診断は病気に対する社会全体の捉え方、リスク認知、ひいては検査受診や治療に関する意思決定へも大きな影響を及ぼすとされている。

福島では原子力発電所事故後、内部被曝により発症した甲状腺癌の早期診断・早期治療を行い、重篤な健康被害に至ることを予防するため、2011年10月から定期的に超音波検査による甲状腺癌のスクリーニングが行われている。しかし、甲状腺癌のスクリーニングは過剰診断の可能性があるという研究結果が報告されており、上述したような過剰診断による不利益も実際に起こっている。

福島の甲状腺癌スクリーニングに関する過剰診断とその不利益の実際を知り、自分がスクリーニングのメリットの

みを重視し、デメリットを軽視していたことに気づくことができた。また、講義中で紹介されたPopularity paradox(過剰診断かもしれない診断をされた患者も、診断した医療者も、その診断を「是」とみなす現象)は、実際によくある出来事であると感じた。行政・医療者という立場は、知識があるがゆえに強い権力を持ちやすいため、自分が行う医療行為のリスクを正しく認識し、相手のニーズに合わせた説明を行う必要があると考えた。

また、過剰診断が対象者とその家族に与える影響について様々な事例を学んだが、それぞれの家族員の価値観や関係によって、課題は異なると感じた。医療者として対象者にどのように関わるのが適切かに関しても参加者同士で話し合ったが、参加者の価値観や医療者と対象者との関係、それぞれの家族員の価値観や関係によって適切な対応は異なるため、答えがない課題であると考えた。

この講義を通して、医療のあり方について振り返ることができた。早期診断・早期治療を行い、重篤な健康被害に至ることを予防することは重要であるが、過剰診断に限らず医療介入が対象者になんらかの不利益を与えていないか、メリットがデメリットを上回ることはないのかについて、常に考えながら医療を提供する必要があると考えた。また、看護ケア一つに関しても、対象者の疾患や治療だけでなく、対象者のそれまでの経験や価値観に配慮して行う必要がある。医療者と対象者が話し合い、医学的な正しさと対象者の求めるもののバランスをとりながら、対等な立場で対象者にとって適切な医療のあり方を模索する必要があると考えた。

また、参加者とのディスカッションを通して、参加者(医療者)それぞれが持つ価値観の違いに気づくことができた。上述したように、医療者は対象者のそれまでの経験や価値観に配慮する必要があり、医療者自身の言動が相手

に与える影響や相手の言動の背景を想像する力が必要になる。しかし、対象者の背景を想像する上で、医療者自身の価値観が反映されることは間々あることである。自分の考えが相手に当てはまるとは限らないことを前提とし、自分の価値観や家族観について振り返る機会を、臨床の現場に出る前に経験できたことは貴重な機会であると感じた。また、対象者の背景を想像することは重要だが、本人の発言や行動を尊重することも忘れず、医療者同士も連携をとりながら医療のあり方について考える必要があると考えた。

## 5日間の活動全体についての報告

5日間の活動を通して、在日外国人の健康支援、福島原発事故の影響と意思決定支援、感染症、地域医療、グローバルヘルスなど、様々な観点から日本、そして世界の健康に関する課題とそれに対する取り組みについて学んだ。また、講義の中で現在の取り組みの背景を伺い、原爆や宗教、医学・産業の発展の過程といった長崎の歴史を振り返ることで、医療の発展や現在の制度・体制には過去の歴史が大きく関わっており、それを理解することで現在を理解し将来に繋げることができることを学ぶことができた。

活動全体を通して多様な課題についての知識を得ることができたが、同時に知らないことがもたらす危険についても目を向けるきっかけとなった。在日外国人、福島の甲状腺癌スクリーニングに関わった人、L G B T Q、トラウマを持つ人、精神疾患を有する人、日常生活においてなんらかの介助を必要とする人、セックスワーカーなど、医療にアクセスする上で困難を抱えていたり、健康権を侵害されている人がいる。健康権の侵害の背景には、制度の不足やスティグマ、社会的孤立、医療者の無知や想像力の欠如など、多岐にわたる課題があることを学んだ。そのため、様々な人々の健康権を尊重するためには、行政や福祉、医療、教育など、多様な機関や学問分野が連携する必要があると考える。また医学教育の現場において、上述したような医療アクセスの困難を抱えていたり、健康権を侵害されている人が除外され、実際に接する機会がないまま臨床に出る医療者も多いと考えられる。したがって、医学教育や入試制度のあり方を再検討するとともに、医学教育において医療アクセスの困難を抱えていたり、健康権を侵害されている人の存在やその人たちが持つ課題を知り、1人の人として想像し尊重できるよう促す機会を設けることが重要であると考えた。



## 特定の講義・活動についての報告

有吉紅也先生講義『グローバル化した社会に医療人としてどのように向き合うかを考える』についての報告

「日本はポスト・コロナの新しい時代に向け、国際保健に貢献していく」とG7首脳たちの前で、声高々に掲げた岸田首相の決意表明スピーチは記憶に新しい。これに対し、果たして、この極東の島国に住む1億2500万人の人々、さらに言えば、日本国内に479万人いるといわれる医療従事者のうち、どれだけの人が世界の保健状況について常に正しい情報を把握し、そして国際保健への貢献について模索する事ができるのだろうか。そんな絶望にも似た現実を、有吉紅也先生の講義『グローバル化した社会に医療人としてどのように向き合うかを考える』は投げかけてくれた。

医療者は、目の前の患者の疾患にのみ目が行きやすい。それが優先される仕事なのであるが、臨床経験とともに、疾病だけではなく、それを取り巻く社会や、土地がもつ環境の違い、医療アクセスへの重要性といった公衆衛生の課題等の問題にも直面していく。有吉先生も、英国やアフリカの多忙な臨床活動を経て、現在、刻々と多様化するグローバル医学という新しい分野に取り組んでいっしょることが伺え、大変興味を持った。アジアの途上国を中心に25年に渡って、海外の医療に関わってきた自分の経験と照らし合わせても、保健に関わる領域が多様化し、医療現場から社会へと拡大しているのを肌で感じてきた。例えば医療へのアクセスの整備は、その人と、その家族の幸福に大きな影響を持っている。カンボジアで130万人いる海外への出稼ぎ労働者のうち、家族の医療にかかった借金が原因である人の割合が最も多いと言われている。更にバンコクに物乞いとして定着している人々の9割は、そういったカンボジア国籍の出稼ぎ労働者であるという現実を

目にしてきた。コロナ禍においては、保健知識(医療リテラシー)の有無、つまり教育の格差が感染拡大を助長したとも言われており、現在カンボジアの公立学校への保健教育普及に向けたプロジェクトに自らも取り組んでいる最中である。また国際協力の業務に携わる中で、保健を普及させていくためには、資金の確保も避けて通れない事は身に染みている。これまでの理系脳を使う保健活動だけでは国際保健に貢献していくことなど不可能なのである。これまでの自己の経験で得た知見と考察が、この講義によって肯定されたような錯覚を覚え、自信となった。

世界的なコロナの流行は、先進国の保健政策の無力さを思い知らされたイベントでもあった。医療現場だけでは疾病の打開に立ち打ちできないことも学んだ。岸田首相の決意を現実に実行するのであれば、日本政府は、理想とする持続可能な国際医療モデル像を各国政府や、自国民に明確に提示した上で、率先して先進国と途上国の垣根を越えた活動を披露し、国内においては、自治体や市民団体、教育機関、研究所、そして財団や企業のハブとなって、オールジャパンで国際医療に取り組んでいく体制づくりが急務である。

自分自身は「伝統医療」という医療の中でも特殊な職種から、細々ではあるが、海外でネットワークを作り、知見を広めてきた。今後「国際医療先進国」を目指す日本の医療従事者の一員として、果たして自分がどんな役割を担っていけるのだろうか。有吉紅也先生の講義を受け、その事を深く考えさせられた。

## 5日間の活動全体についての報告

「最後の被爆地である故郷長崎を起点として、平和に関わる活動を世界に向けて発信させたい」。それが30年前に掲げた自身の出発点であり、治療師という医療関係従事者という当時の職業と、平和構築という畑違いのフィールドの距離を近づけることを、これまでライフワークとして掲げてきた。伝統医療から国際協力の世界に入り、ようやく長崎を本拠地とした団体拠点を得て、現在は保健教育のプロジェクトを進行中。そんなタイミングで、今回、幸運にも「みらい塾」への参加機会を得た。

正直なところ、若い学生に混じっての研修への参加には勇気がいった。当然、進行の中で不快感や感覚のギャップを与えてしまったのではないかと反省もしている。しかし5日間の活動においては、年齢的なギャップも、多様性という面で一石を投じ得たのではないかと考えており、今後の「みらい塾」の開催においては、幅広い年齢層の医療関係者が集える、新たな価値観の創造ができる場にしたい。

今回、講義以外に用意されたフィールドワークでも多くの事を考えさせられる機会となった。原爆と並び、長崎を特徴付けるものとして「出島」がある。蘭学と近代医療を学ぶために歴史上、多くの学習者たちが日本中から集まった場所である。今回「みらい塾」は国際保健やプラネタリー医学、さらに僻地医療や放射線医学、熱帯医学といった最新医学の発展を担う医療人材の開発を目的に発足されたと考えるが、将来、「みらい塾」の取り組みの延長に、世界中の学習者たちが、日本の発信する「国際保健」を学ぶべく、長崎の「DEJIMA」に集まって来るというビジョンが、土地の持つ特性として可能性を秘めている事を予感させた。

そして、もうひとつの長崎の特性が、カトリックの歴史。多くの世界平和を祈る場所を、訪問する中で、「医療と教育」への研鑽が、我々医療従事者が出来る「みらい」に

向けた平和への能動的「祈り」なのだとは自覚できた事は、今回5日間の研修の一番大きな成果であり、自己のライフワークである医療従事者として関わる平和構築へ向けた取り組みに対し、大きな収穫を得たと実感しており、今後も「みらい塾」と関わる活動を継続していきたいと考えている。

## — お礼に変えて —

### 笹川保健財団「みらい塾」九州スタディツアー in 長崎 開講によせて

1945年の第二次世界大戦終結後、わが国は約80年間戦争はありません。ひとりの戦死者も出ていません。素晴らしいことですが…。また、日本は世界に冠たる長寿国です。2023(令和5)年「敬老の日」をまえに、厚生労働省は、わが国の100歳以上人口が92,139人、最高齢は116歳と発表。1年で1,613人増えた百寿者の傾向は53年連続だそうです。が、2023年1～9月出生数(外国人含む速報値)が56万9656人で前年同期比5.0%減少、出生数を左右する婚姻数も4.4%減の36万5478組、この調子では2023年の出生数は725,000人程度で前年比5.5%減とも発表されました。合計特殊出生数(1人の女性が一生に産む子どもの数)は1.26以下と、過去最低です。

日本の未来はどうなるのでしょうか? いえ、未来の日本の人々はどうなるのでしょうか?

笹川保健財団は、未曾有の災害「フクシマ原発事故」の後、2014年から福島医大・長崎大学医学部と共催で「放射線災害医療サマーセミナー」を行いました(2021年終了)。毎年1週間、「放射能」、「災害」、「人道救援」、「Health/健康・保健」に関心を持つ日本各地の保健系学生諸氏と接しましたが、私自身、大いに啓発されました。若者は身近な保健・医療、看護や公衆衛生を越え、地球の健康や諸外国との連携に興味を持っていました。かつて難民支援に従事し、国境、避難・移民、国際関係事業に関わった私は、引き続き、新たな若者研修が必要だと考えました。

新型コロナパンデミックでの中断をはさみ、今年度、改めて、日本財団の支援を受けて、日本西端の国境地帯であり、わが国近代医学や欧米科学・文化との接点でありつづける長崎での「みらい塾」開講に至りました。福島でのサマーセミナーのご縁で、健康リスクの第一人者、長崎大学客員教授・若年型甲状腺癌研究会代表の大津留晶先生にコーディネーターを押し付け、その関係で、共に「NPO・POFF(ぼーぼいフレンズふくしま)」発起人である宮城学院女子大学教授の



緑川早苗先生を招き、さらに日本の近代医学を切り開きつつ、近年は Planetary Health の先陣を切り開きつつも、地域保健研究の拠点にもなりつつある長崎大学から、熱帯医学研究所の山本太郎教授、有吉紅也教授、地域医療学の永田康浩教授、大学病院へき地病院再生支援・教育機構国際医療人育成室の杉本尊史先生が、さらに日本の外国人保健の大家の長崎県立大学看護栄養学部李節子教授と私のリベラルアーツの師匠、因京子先生のご協力も得られました。

先生方が超ご多忙の中、他ではない講義を行って下さったことで、念願のリベラルアーツ+研修の第一歩を踏み出せました。職務とは言え、世界的エキスパート方との調整、参加者対応と多忙であった担当元村仁にも心から感謝します。

日本の未来、未来の日本、そして未来を生きる日本の若者が、この1週間で何を感じ、考えたか、それがどんな形になるのか…このグループの同窓会組織も作り、期待したいものです。

笹川保健財団会長 喜多 悦子



笹川保健財団 **みらい塾**  
九州スタディツアーin長崎 2023 報告書

---

2024年2月7日 発行

編集・発行 公益財団法人 笹川保健財団

〒107-0052 東京都港区赤坂1丁目2番2号 日本財団ビル5階

TEL:03-6229-5377 FAX:03-6229-5388

<https://www.shf.or.jp/>



