

PRINTED IN JAPAN

栗山村国保診療所長
アジア医師連絡協議会副代表
國 井 修

日本もアジアを構成する一国家であるにもかかわらず「アジア」とは遠くにおいて貧しく困窮とのイメージをきつ日本が少なくない。これはとりもなおさず、日本が政治・経済・文化などすべてで而て欧米に追従、今やそれをリードしようとしており、他のアジア諸国との各分野での格差が著しいため、精神的にもアジアより欧米への偏見意識が強いのもかもしれない。

いずれにせよ、医療・保健の分野でもその差は著しく、日本に比べ、平均寿命で三十歳以上、乳児死亡率で三〇倍以上、医師一人あたりの人口で五〇倍以上の差がある国々がアジアには存在する。

果たすべき役割探究 「多様性に統合」を念頭に

あつて患者を治しても、汚染された水により再び病に伏す。安全な飲料水を確保しても、食糧が不足するための栄養失調で抵抗力はない。食糧の確保のため農薬開発をしようとする、と洪水・旱魃で徒勞に終わる。または、民族・政治紛争などで退

本末、死を免れるばかりか、予防も可能な疾病で、数多くの人々が死に至っており、その大部分は五歳未満の小児であるといわれている。例えば、下痢で死ぬ子供の数は、世界で一日一万人である。肺炎は八千人、麻疹で二千人、破傷で一千人、ポリオで三百人といふ子供たちが、毎日、この世から生を奪われている。現在の日本では考えられないことも、すぐ隣の国々でも、すべてが占められている。

したがって、プライマリ・ケアとは、日本他のアジア地域で、線相がかなり異なる。病院があつても、医師がない。医師があつても、適切な薬・検査手段がない。薬が

また、アジアにはさまざまな条件が設定されている。フィリピン、インドネシアなどの数々の無医島、ネパール・チベットなどの高山の無医村、インド・パングラディシュなどの都市に存在するスラム街、ベトナム・カンボジア・ミャンマーなどの難民、フィリピンのピナツポ・パングラディシュ

のサイクロンなどの自然災害。プライマリ・ケアはこれらの中で、も対応せねばならない。医師がいなければ、薬がなければ、健康教育がなければ、住民参加がなれない、プライマリ・ケアはできない、とわれわれ日本人は考えるかも知れない。

しかしプライマリ・ケアという概念、いや西洋医学が発生する以前に、このアジアに偉大な「生命の知識」が存在し、実践されてきたことを忘れてはならない。中国の漢方、インドのアーユルベダ、イスラム世界のユナニという世界三大伝統医学は、このアジアで誕生し、この二千年で、今なお息づいている。体系化されていない、今もいわゆる民間治療といものは、ほとんどすべての国々に伝承され続け、伝統治療師(インドネシアのドクトラン、カンボジアのトゥルホラー、ネパールのダーミー

など)と呼ばれる人々はいわゆるプライマリ・ケアの中でも重要な役割を占めている。呪術、まじないの類を想像するわれわれには、その存在自体がプライマリ・ケアの障害にならぬと思われる。宗教・風習と切り離して「生」を考えることのできない国々では、たとえ呪術であろうとその心理的効果は絶大なものがある。また、薬草・動物薬その他に至っては、西洋医

薬の開発の元となった、例えばジギタリスやレセルピン、その他の成分を含有したのも多く、その効果を全て否定することは適切でないと思われる。したがって西洋医学の概念から出発している「プライマリ・ケア」をそのままアジアに当てはめることは不可能であり、その物差しで考える限り、アジアはプライマリ・ケアを発展させる上で「何もない」地域で、これを西洋のレベルに発展させるのは困難である、との結論を招いてしまうことになる。

このように、アジアのプライマリ・ケアとは、宗教から自然に至るまで

諸々の要素を包括し、さまざまな条件の中で、いかに人々の生を守るか、というところとなる。プライマリ・ケアの言葉や概念、定義は諸先生方により論議があらうだが、一九九七年のアルマ・アタ宣言には世界の保健・医療の東部を踏まえて、簡潔明確にまとめられている。しかし、概念的に理解し得ても、実践の場ではその多様性にもかかわらずすべきか、現地でしか理解できないことが数多くあるのである。したがって、今回のシンポジウムは、「多様性の統合」(Unity of Diversity)を念頭に、日本のシンポジウム参加者に「近くにおいて遠いアジア」の現状を理解し、その中でどのような努力が今なされているのかを認識して頂きたい。その上で、日本がアジアの中でどのような役割を果たしているか、考えなければならぬ。その意味で、シンポジ

臨床各科を受診する患者がその症状として「痛み」を訴える頻度は極めて高い。プライマリ・ケアがすべての患者に対応し得る総合的医療であるならば、これを目指す医師としては除痛、和痛に関する知識及び手技の習得が望まれるであらう。さて周知のように痛覚は感覚の一種とされており、生理学では感覚を三分類して、(1)特殊感覚、(2)体性感覚、(3)内臓感覚と区別している。特殊感覚に属するものは、視・聴・味・嗅・平衡の五感であつて、痛覚とは直接の関係がない。痛みと関係があるのは(2)体性感覚と

第一線での 痛みへのアプローチ

栃木県医師会副会長 松本兼文

これら諸感覚の中で痛覚は非常に特別な性質を持つてゐる。生体に感覚を発生させるには刺激が必要であり、刺激は通常生体が備え持つ末梢受容器(入力装置)から入り、ここを感覚器官と呼ぶのであるが、痛みでは固有の感覚器官が何かは必ずしも明瞭ではない。また、どんな刺激が痛みの過剰激なのかというメ

(3)内臓感覚とである。体性感覚には皮膚感覚と深部感覚とが区別されており、それぞれに次のような感覚が属するとされている。
(1)皮膚感覚 触・圧・温・冷・痛
(2)深部感覚 筋・腱・関節筋の緊張、位置覚、深部痛覚
内臓感覚とは空腹、悪心等の感覚や内臓痛である。これら諸感覚の中で痛覚は非常に特別な性質を持つてゐる。生体に感覚を発生させるには刺激が必要であり、刺激は通常生体が備え持つ末梢受容器(入力装置)から入り、ここを感覚器官と呼ぶのであるが、痛みでは固有の感覚器官が何かは必ずしも明瞭ではない。また、どんな刺激が痛みの過剰激なのかというメ

プライマリ
ケア学会

シンポジウムの焦点