



『不適切にも程がある』時代と『今』は何が違う？ 変わるものそして変わらないもの。これからの資源の 限られた国での『医療』の在り方を考えてみます

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

人材開発部研修課医師 伊藤 智朗

学生時代に初めて海外、それも低中所得国を訪れてから、なんやかんやで30年近くたちました。せっかくなのでこの30年で世界がどう変わったのか考えてみようと思います。

はじめての海外は、タイ北部の農村での植林と教育関係の国際ボランティアに参加して、農村部に住み込んだことでした。経済発展続けるタイでも最も貧しいエリアで、今振り返るとそれなりにヘビーな生活だったけど、村人とわいわいやっていました。現在との大きな差は通信です。日本に連絡する。これが大変。村にあるトラックをアレンジして荷台に乗せてもらって、離れた街の郵便局で電話する。それも通話料高額なので、「生きてます」とだけ伝えて切る感じ。今や人の親になった身としては、私の親はさぞかし心配していただろうと想像。『不適切』かも。ボランティアの後、思いついて周辺国も旅することにしましたが、思い付きなので、なんせ情報が何もない。地理が苦手だった私は、タイとラオスやカンボジアの位置関係もあやふやです。唯一の手掛かりは、現地で知り合った事情通から聞き取った手書きのメモだけ。そもそも初の海外であり、びっくりするぐらい何も知らない。まず、私はラオスに入国するためには『ビザ』というものが、それをゴールドトライアングルにある国境でとらなければならないことを学習。そして、そのビザを出してくれるというオフィス（実質は川沿いの小屋）で、担当者（見た目はただの村のおじさん）にビザの申請をしたが、どうも交渉がうまくいかない。結果的には、『賄賂』らしきものをとられて、ビザらしきものを取得することに成功。『不適切』です。

そこから晴れてスピードボートでラオスに入国。手漕ぎボートに無理やりエンジンをつけたような仕様のボートで、それもかなりのスピードでなかなかの緊張感。未だに名前もわからない村で宿泊して南下。そのあと、お隣カンボジアも訪問。内戦は終わっていたものの、ゲリラ残存、地雷多数の状況とこのことで、陸路での移動は絶対ダメであることはさすがに私も理解していたが、飛行機に乗るお金がなかったので、間をとってボートで相当緊張感持ってアンコールワット入りしました。アンコールワットも今ほどの洗練された観光地ではなく、カンボジア人の勧めで、早朝ならゲートのスタッフがいないので無料で入れるということで、夜明け前に早起きして潜入したのを思い出します。『不適切』です。振り返ると、その当時はホントの意味で現地に行かないとわからないことだらけでした。今は情報の取得は精神的にも簡単になったといっておく、その面では世界は小さくなっています。その革新のスピードは、長い年月課題とされている古典的インフラの進展とは比べものにならないものです。学校を建てるプロジェクトで住み込んだウガンダの村は典型で、村の生活の風景は以前とあまり変化なく、子どもは水を運ぶことに今でも多くの時間をかけていますが、そんなところでもスマホを持っている人は増えていますし、さらにはスマホでの電子決済中心となることで、資産を手軽に見える化し、これまでなかった『貯蓄』という概念が生まれ、間接的に村人の『生活の質』を上げる可能性が言われています。

世界の中では以前と比べて逆にハードルが上がっている国やエリアがあります。例えばパレスチナ、シ

リアなどは典型例。その当時、パレスチナの孤児院支援のボランティアにも参加しましたが、今のような状況ではありませんでした。確かに、イスラエル側で時折バスの爆発はあるけど、全般的な治安も必ずしも悪い印象はなく、パレスチナの人たちも穏やかでした。ボランティアに参加していた、欧米人もパレスチナ人も、そして私も毎晩夜になれば踊りあかし、語り合っていました。欧米人とパレスチナ人、そして日本人のカップルも何組ができていたし。シリアでは活気のあるダマスカスの路上で現地のおじさんたちと水たばこを楽しみ、今や破壊されてしまったパルメラも気軽にふらっと行けたことを思えば、近年の状況は想像もできませんでした。しかしながら、そういったエリアですら現在の混乱下でも『情報』『通信』という面では以前とは違います。以前よりSNSを含めた様々なメディアを通じて情報を得ることができ、通信もすることが可能になっているのです。

我々の担当分野である「医療」を構成するのは、ヒト、モノ、そして情報が有機的にからみあい人の健康という結果を出すものです。現在、通信、情報、IT技術の革新により、医療におけるヒト、モノの役割も変化が始まっています。例えばこれまで『医師』しかできなかった診断、治療計画作成などはAIが担えます。それらの革新は、日本のような国よりも、低所得国でよりインパクトを生む可能性が高いのです。なぜなら、医療従事者の絶対数が少ない国においては、これまで『何もなかった』エリアへの医療提供手段となる可能性があるのです。また、資源の限られた国では、同じサービスでも効率性をあげ、コストを下げることより必要な分野に振り分けることも可能です。例えば、会議のため、医師の診察のために物理的移動にコストをかける必然性は低くなっているし、そのコストを現場で絶対的に必要な投資に振り分けることはより住民の健康のインパクトにつながります。IT技術の導入コストを加味しても中長期的な視野に立てば大きなメリットがある可能性があります。

述べてきたように、この30年飛躍的に変化した部分とそうでない部分があります。注目すべきは短期間で飛躍的に伸びた分野、情報、通信、IT技術は、国という単位にとらわれずより民間レベルでボーダレスに展開されたことです。もちろん、民間企業が様々な社会問題を引き起こしているもの事実であるし、国という立場からは規制を求める議論になることも理解



今も昔も変わらない病気の子どもをいたわるアフリカのお母さん

できます。一方で、規制によって技術革新が社会への実装は妨げられていることも事実であり、それらは表裏一体です。UHC(Universal Health Coverage)が提唱されて久しいですが、実現のためには、健康というボーダレスな共通の価値を目指している以上、これまでの枠組みにとらわれず、革新的なアプローチを考えていくことが必要であると思います。住民にとっては、『健康に生きる』が達成できれば、誰がどんな手段で実現するかにはこだわりはないのですから。

最後に、この文章を書いている、その当時は、現地で仲良くなった人たちと、別れる際には『二度と会えない』という想いが強く、何度も涙したことを思い出しました。述べてきたように、今は手軽に離れていても顔をみながら話もできるので、理屈上はそんな感情は生まれやすいはずですが、しかしながら、最近でも現地の人と『本当に通じ合った』と思える瞬間を感じた後の別れは、ウっとくるものがあります。おそらく仕事の連絡や会議など『心』より『内容』を重視するものは技術革新が有効に活用できる一方で、深い人と人との『つながり』を『心』で求めるものに関しては今も昔も変わらず、『アナログ』が必要なのかもかもしれませんね。