

アジア発展途上国における口唇口蓋裂医療活動を振り返って

著者	中村 典史
雑誌名	鹿児島大学歯学部紀要
巻	30
ページ	15-19
発行年	2010
URL	http://hdl.handle.net/10232/17027

アジア発展途上国における口唇口蓋裂医療活動を振り返って

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 先進治療科学専攻
顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面外科学分野

中村 典史

口唇口蓋裂は東洋人では約600人に1人の割合で発症する先天的な顎顔面異常で、この数十年間に我が国の衛生環境や医療技術が進歩してもその発生頻度に大きな変化はありません。本疾患は、十分な治療がなされなければ、患者は顔面の変形、言語障害、咀嚼障害のみならず、これらの問題に派生して心理社会的な問題を抱えることとなります。我が国では、1950年代に口唇裂・口蓋裂包括的医療の概念が導入され、その後の育成医療制度による経済的支持も後押しして、出生直後から一貫治療を実施する機関が各地で発展してきました。鹿児島大学歯学部病院もその一つで、口腔外科医、矯正歯科医、小児歯科医、補綴科医、言語聴覚士などがチームとなった口唇口蓋裂専門外来を編成し、南九州の口唇口蓋裂治療の核となっています。

一方、アジアの発展途上国では、医療環境の不備とともに医療保険制度が十分に整備されていないために、貧困層の口唇口蓋裂児は十分な哺乳も受けられないまま死亡する場合も少なくありません。あるいは、生存できたとしても、成人になるまで口唇や口蓋の閉鎖手術を受けられずに、多くの障害に苦しむ生活を余儀なくされる患者も少なくないのが現状です。

私は、1995年から2年間、インドネシアに長期滞在



未手術の両側性口唇口蓋裂患者

し、同国における本格的な口唇口蓋裂包括的医療の確立に協力する機会を得たことをきっかけに、1998年からはバングラデシュ、2006年からベトナム社会主義共和国にて、短期滞在型の海外医療活動を行ってきました。今回、鹿児島大学歯学部紀要にこのような私の経験を紹介させていただく機会を与えられましたので、学術的ではありませんが、アジア発展途上国における口唇口蓋裂医療活動を振り返って経験談を書かせていただき、今後、国際社会で活躍を目指す若い人達に我が国の果たすべき役割について考えていただければ幸いです。

1. インドネシアでの長期滞在医療援助

1) アジアに関する誤認からのスタート

私は、1995年インドネシア共和国の主都、ジャカルタ市のハラパンキタ小児産科病院口唇口蓋裂プログラムに参加したことをきっかけに海外医療活動に関わるようになりました。当時、インドネシアはスハルト大統領の元、アジア第5の大国として、自国で航空機を作るプロジェクトなども実行しようとするほど目覚ましい経済発展を遂げていました（ただし、工業レベルは自国で車を作れない程度と皮肉な人もいました）。国民間の経済格差は極めて大きく、医療面においても、裕福な者は最新の医療を受けられるものの、貧しい者は医療保険制度の支持もなく十分な医療を受けられない状況で、乳児死亡率は69/1000人とアジアの中でもかなり高い状態にありました。口唇口蓋裂については、ジャカルタなどの主要地域では形成外科医や口腔外科医によって手術がなされていましたが専門医の数が少なく、言語聴覚士や歯科矯正科医などのチーム医療を本格的に実施する施設はありませんでした。一方、地方や貧しい患者は、一般外科医や研修医によるボランティア手術のチャンス待つ以外手術を受けることが



高層ビルの乱立したジャカルタの街



開設当初のプログラムのメンバー(後列左が私)

できず、たとえ手術を受けたとしても、口唇鼻の変形や上顎の劣成長や咬合異常、言語障害に苦しむという現状でした。

ハラパンキタ小児産科病院はジャカルタ市のほぼ中央に位置する半官半民の最も大きな小児病院の1つで、そこに勤務していた歯科医と歯科矯正科医が核となって、インドネシアに口唇口蓋裂の抱括的医療を確立する目的で1994年に「Program SEHATI (インドネシアの子供の笑顔と健康)」という新たな医療プロジェクトを開設し、その協力者として私の前任の講座、九州大学第一口腔外科が選ばれました。その年、両者との間にMOU (Memory of understanding) 交わされ、翌年、医局から私が派遣されることになりました。当時、私は37歳、病棟医長として口唇口蓋裂の骨移植などの手術に携わっていましたが、正直、口唇口蓋裂手術に精通しているにはほど遠いレベルでした。過去に東南アジアに派遣された医局員もあらず、インドネシアは全く未知の世界で、家族と共に出かける予定で買った観光本「地球の歩き方」でみたインドネシアは、バリ島ののどかな風景とリゾートホテルが紹介され、「ジャカルタ市はもっと都会である」程度の認識をもって、1995年4月にジャカルタ国際空港に降り立ちました。そこに待ち受けていたのは、溢れんばかりの人と車の波、喧噪、熱気、油臭い空気、大きなショッピングモールや外資系のホテルなどの超高層ビルでした。ハラパンキタ病院も椰子の林の中の2階建て程度と想像していましたが、4階建ての大きな病院で、隣に国立循環器センター、国立がんセンターなど、インドネシアの誇る大きな病院群の中にありました。赤道直下にこのような文明があるとは考えてもいませんでした。福岡の街があまりにも貧粗に思われるほどで、慣れないコーランの響きと南アジアに対するあまりの認識不足に恥ずかしい気持ちと不安とが一気にこみ上げてきました。

2) ハラパンキタでの活動内容

インドネシアを訪問した最初の1週間は九州大学から大石正道教授が同行され、私にインドネシアの口唇口蓋裂症例への外科的対応について指導がなされる予定でした。ところが、初日にハラパンキタ病院の手術室に入ると、インドネシア形成外科学会、口腔外科学会を始め、病院関係者、インドネシア大学関係者など10数名が視察に訪れていました。私は、「きっと教授の手術を多くの人が見学に来たのであろう」と思っていましたら、教授から「君の力を測るために来てるんだよ」と言われ、いきなり緊張で手が震え出してしまいました。何とか教授のアドバイスもあって上々の出来となり、現地の医師から「Good job!」とハイタッチを受けることになりました。後で聞いた話ですが、当時、インドネシア大学(日本で云う東京大学)では、歯科医が中央手術室に入るのには許可されておらず、歯科医師の免許しか持たない私がハラパンキタ病院の中央手術室に入って手術することを必ずしも納得しない人もいたとのことでした。兎に角1例目の手術が上手くいって、日本から口腔外科医を招いた歯科医達も、私以上にホッとしたようであります。

その後、私がハラパンキタ病院で行ったのは、口唇裂、口蓋裂手術の他、哺乳指導とホッツ型口蓋床の導入、言語診断・治療の手伝いなどで、現在の日本での仕事とさほど差はありません。最も大きな問題は患者や家族とのコミュニケーションで、現地の人々は一部を除いて英語を喋りませんので、インドネシア語を喋る必要に迫られました。インドネシア語は400以上いる種族の統括のために、インドネシア政府がマレー語を元に作った新生語で、時制や冠詞、名詞の男女など煩雑なルールが有りませんので、世界で最も簡単な言葉と言われるくらいです。幸いにもアルファベットを用いるのでローマ字読みすればほぼ通じました。私は



ハラパンキタ病院での診療風景

小さなノートに診察に必要な言葉を書き込み、それを見ながら喋って言葉を覚えていきました。

同時に、プログラム SEHATI では、海外の施設を参考に interdisciplinary システム（患者の元に口唇口蓋裂医療者が集まり、協議のもとに治療計画を立案する）を導入し、患者カルテ、写真、X線写真ファイルの一元化、リコールシステム、親の会の設立、母親教室の定期開催、診療手引きの作成などを次々と進めました。当時、プログラム SEHATI は、まだハラパンキタ病院の正式な診療部門ではなく、試行したうえで採算ベースに合うようであれば後にクリニックに格上げされるという形式でしたので、プログラムでは、女性週刊誌や TV にその新たな活動内容を宣伝し、口唇口蓋裂関係の全国セミナーなども積極的に開催しました。その結果、徐々に患者数は増加し、特に、出生直後の患者が多く訪れるようになりました。そのおかげで、出生直後からの Hotz 床を用いた哺乳管理が可能となり、それまで病院内で時々みられた口蓋裂を持つ乳児の死亡が減っていったのは嬉しいことでした。

医療保険のないインドネシアの治療費について記します。同国では、欧米のように個人健康保険が主体で、会社務めでは会社が本人と家族の保険を払ってくれる場合もあります。その保険がない者は、親類一同からお金をかき集めて医療費を支払います。もし、そのような親類がない場合は、無料のボランティア医療が巡回するのを待つが、海外からの医療奨学金にアプライするしかありません。ハラパンキタ病院での治療費は定額制で料金は4段階：Class VIP, Class I, Class II, Class III（無料）に別れていました。Class が高いほど、大きな部屋、豪華な食事となり、高額な治療費を払うこととなりますが、その費用を貯めておいて、Class III の患者の治療費を出すというシステムでした。先

ほど述べたプログラム SEHATI の宣伝効果は、治療上の改善に効果があったばかりでなく、貧困層の患者の治療にも良い影響を与えました。ハラパンキタ病院へは、それまではシンガポールやオーストラリアで治療を受けていたような裕福な家庭の患者が訪れるようになり、プログラムの収入を増やすことに成功し、それで得た利益を使って、貧しい患者も治療を受ける機会が増加していきました。私にとっては、手術での技術的な質はどの Class も同じでしたが、手術で使用する糸の数が制限されていたので、貧困層に対しては手製で手術糸を調整したり鼻リテーナーを作ったりして、材料や器具を色々工夫する生活は、私にとって大変貴重な経験となりました。上の写真は、現地で治療を行っている時の写真です。左の写真の後列に私（左）とその後任として1997-9年に駐在した笹栗正明先生（右）（鹿児島大学卒業2期生）が写っています。

3) 現地スタッフによって自立した口唇口蓋裂クリニックへ

私がインドネシアに長期滞在した目的は、日本での包括医療システムを根づかせることと現地スタッフの指導のためでした。私が、インドネシア滞在中、主に一緒に働いたのは年輩の形成外科医でしたので、そのドクターが引退した後に若い口腔外科医を Program に迎え入れ、インドネシアおよび日本で教育することになりました。同時に、矯正歯科医、言語聴覚士も日本で教育を受ける機会がもたれました。その後、教育を受けた口腔外科医がインドネシアに帰国し、現在では現地スタッフだけで運営できる口唇口蓋裂包括的医療チームが完成しました。

私がインドネシアにいた1995年から1997年はインドネシアの最も繁栄した時代で、また、日本のバブルの全盛期であったと言えます。多くの日本企業がインド

ネシアに出張所を作り1万人以上の日本人が駐在していました。医療関係者も大使館付、日本人会招聘、JICA、我々のようなボランティアも数名おり、多くの専門分野を揃えた医療ネットワークを作って、病気になった邦人の世話をしていました。ある日、その活動を聞いた在インドネシア日本大使の渡辺泰造氏に大使館に呼ばれることになり、その席で我々のボランティア活動に協力したいとハラパンキタ病院を草の根無償援助の対象として推薦していただくことになりました。その後、申請の甲斐あって1,000万円が日本政府からハラパンキタ病院に贈られることになりました。プログラム SEHATI は正式な日本の ODA (Official Developmental Assistance) の対象となり、多くの医療機器を揃えることができました。その後プログラム SEHATI は正式なクリニックに昇格し、現在では専門の大きな建物を持つまでになり、名実ともに、インドネシアで最も大きな口唇口蓋裂治療施設となりました。

現在も私は定期的にインドネシアを訪れ、Programで治療を受けた患者が長期的に形態、機能の両面で良い結果に結び付いたかどうかを follow up しています。2009年には15年ぶりに多くの患者に出会うことができました。赤児だった患者達は、今や中学生となり、私より大きくなった患者への久々の再会は感激一入でした。ハラパンキタ病院のプログラム SEHATI の治療レベルは、形態、言語、発育いずれも日本の主要な口唇口蓋裂施設と同レベルまでに向上しており、それを自国のメンバーが独立してできるシステムの確立に協力できたことを嬉しく思います。また、インドネシアの各地に本格的な口唇口蓋裂の抱括的医療を進めるセンターができつつあり、我々が撒いた小さな種が、すこしずつ大きくなり、将来大きな実を結ぶことを期待してやみません。今後は、同病院と鹿児島大学病院との協力的関係を築き、インドネシア各地に同じようなシ



大きくなった患者と15歳年ぶりの再会

ステムを持つ口唇口蓋裂センターを普及することを今後の活動の目的としたいと思います。

2. バングラデシュ、ベトナムへの短期滞在ボランティア手術

一方、バングラデシュ、国立ダッカ大学歯学部病院での医療援助、ならびにベトナム、ベンチェ省グエンディンチュー病院での活動は、いずれも日本口唇口蓋裂協会（本部、愛知学院大学歯学部）の活動短期滞在型医療援助活動に同行する形でなされています。また、同様な活動は、鹿児島大学歯学部では口腔外科の川島清美講師らによって、ミャンマーへの短期滞在型医療活動がなされています。バングラデシュへは1998年、2000年に訪問しました。同国は、世界で最も貧しい国の1つで、成人の未手術例が毎回100例ほど訪れましたが、その後の政情不安定により中断したままとなっています。一方、ベトナムへは1996年から4年連続で、口腔外科医、歯科麻酔科医とともに参加しています。毎年12月の年末に、10余の大学と病院の医師、歯科医師、看護師など総勢40名近くが出向き、治療を受けることができない貧困層の患者への医療行為と地元医療者への教育を行っています。新聞等で我々の訪問を知った患者がおよそ100名近く病院に訪れ、うち60名近くの手術がなされます。少しでも多くの患者の手術をするためにかなりハードなスケジュールで、朝5時に起きて、7時から夜9時位までの活動となります。手術を受けにくる患者は1、2歳程度の乳児が最も多く、なかには変形も強い患者が多く訪れますが、翌年、無事に治って母親に連れられてくる患者をみるとホッとします。同プロジェクトはすでに17年間続いているそうで、以前は、成人の未手術例が沢山みられたそうですが、日本からの無料手術で多くの患者が手術を受けることができ、大変感謝されているようです。



新築された口唇口蓋裂クリニック



ベトナム人医師と共同での手術指導風景



ボランティア手術を受けた患者の家庭訪問



顎骨の大きく変形した両側性唇裂の患者（左）と術後1年目（右）

3. 将来のアジア、グローバリゼーションを踏まえて
 今や、南アジアにおいては、日本にいと把握できないような大きなグローバリゼーションの波の中にあります。医療関係においてもすでに、いくつかの国で異なる国の医師免許でも医療行為が出来るようになってきていると言います。日本においては、歯科医師過剰なため優秀な歯科医師が充分に力を発揮できなく、競争社会から淘汰される危険にさらされていることを考えると、今後、アジアに起こるグローバリゼーションの波は日本人歯科医師の活躍する場が広がるという意味で救いとなるかも知れません。しかし、残念ながら、アジア諸国では、戦前と同様に日本人医師が多くアジアへ進出してきて自分達は医療植民地となってしまうのではないかと心配されているのも事実です。日本の多くの大学はその教育目標に、アジアのリー

ダーとしてアジア各国の発展に協力していくことが唱われています。我々のインドネシアやベトナムでの社会貢献活動も鹿児島大学の社会貢献の1つとして取り上げられ、また、大学共通教育「口と顔の科学」や、歯学部「離島へき地医療人育成学」において講義されることによって、鹿児島大学の学生が、国際的な地域医療格差の問題を認識し、その改善のために国際的に活動する人材育成に活用されています。しかし、現在の国際貢献の多くは、個人の手弁当による活動に頼っているところが多く、今後は大学としてアジアにおける医療者教育への支援が発展していくことが期待されます。近い将来、高い質の教育を受けた日本人医療者が広く活躍し、国際的な医療格差の是正に貢献していくためにも、今こそ我が国は献身的な姿勢をもってアジア諸国への支援を行うことが重要であろうと考えています。