

# 経済があつてこそ医療

## —ジンバブエのGPと医学教育の現状

板東 浩

### ■はじめに

世界家庭医学会(WONCA)の第一六回世界大会が二〇〇一年五月十三〜二十日、南アフリカ共和国(RSA)のダーバンとジンバブエのビクトリアフォールズで開催された。筆者はこの会議に参加し、ジンバブエの多くのgeneral practitioner (GP)と議論を重ねることができた。本稿では、ジンバブエの医学・医療の概要について報告したい。

ジンバブエはRSAの北東に隣接している。英国が長期間にわたって統治し、当時は南ローデシアと呼ばれていたが、一九八〇年に独立してジンバブエとなった。国名が意味するものは「石の家」。グレート・ジンバブエ遺跡など、巨大な石造建築があるからだ。海拔九〇〇〜一七〇〇mの高原地帯で過ごしやすい。面積は日本とは

ほぼ同じだが、人口は一二〇〇万人と一〇分の一である。

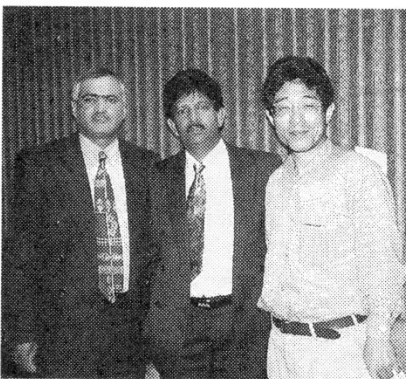
### ■開業医(GP)の診療

平均的なGPは一日に二〇〜四〇人の患者を、多忙なGPは六〇〜八〇人を診療している。概して二〜三人の看護婦と事務員がいる。必要な経口薬や注射薬剤は、以前はスムーズに入手できたが、現在は経済問題のためやや困難なこともある。医師数が不足する同国では、GPは自分のオフィスだけでなく、一週間に半日ほど大企業の診察室に勤務することがあり、その場合には薬剤の心配はない。夜間や週末は、二人のGPでカバーしあう場合もあるが、通常は公立の救急が担当している。

首都ハラレで診療しているGPのDe Souza医師から話を伺った。一日に約三〇名の外来患者があり、その平均的な診断名は、上気

道感染症九例、気管支炎や肺炎が三例であり、六割がウイルス性で四割が細菌性と推測される。下痢や胃腸炎五例、皮膚炎や湿疹三人、癩や癩などを含む化膿性感染症四例、Hay fever三例、急性・慢性中耳炎が二例、STDが一〜二例、結膜炎が一例ほどである。最近の傾向は、空気汚染は減ってきたが、アレルギー疾患が増え、子供に皮膚炎やピーナツアレルギーが増加していることだ。熱性疾患ではHay feverが増加。マラリアは、軍隊としてコンゴに赴任して感染して帰ってきた兵士が一〜二カ月に一人ほど受診に訪れる。マラリアの予防にはDaraprimが有効で、九八%まで予防が可能であるという。

同国ではエイズが大きな問題



GPとして活躍しているDe Souza医師(中央)とともに。右は筆者。

で、毎週一〇〇〇人の死亡があると発表されている。通常、開業医よりも公立病院でケアされている。genericの薬剤は非常に高価なのが問題で、今後、廉価な薬剤の入手が期待されている。

### ■病診連携の実情

同国では、プライマリケア、二次医療、三次医療がほぼ機能しているという。僻地には小さな公立の医療施設がある。簡単な下痢やマラリアの初期などでは、臨機応変に看護婦レベルで解決されることもある。必要に応じて地域の医師(district doctor)に搬送する。これが二次レベルと考えられる。さらに重篤な患者の場合、大都市の大病院や公立の大病院に転送され、これが三次医療に相当する。全国では約二〇〇〇人ほどのGPと、四〇〇人ほどのspecialistがいる。専門家はほとんど都市部にいる。例えば、首都ハラレには三〇〇人のGPが、観光地のビクトリア・フォールズには六名のGPがいる。

病院には私立と公立病院がある。私立病院は豊かな人々が利用しており、不足する薬剤などはない。一方、公立病院の例として、

### 時論

ハラレには、Parirenyatwa病院と大学の教育病院であるHarare Central病院がある。後者はどのような病気でもケアし、貧困層の人々はここに搬送されることが多いが、経済的に困窮しており、必要な薬剤が入手できないことが大きな問題である。インスリンを購入できないこともあると聞く。

### ■医療経済

GPが患者を診る場合、診療報酬は一人当たり四八〇〜六五〇Zドル(ジンバブエドル。一Zドルは約二円)である。一日平均三〇名として、一日約一万五〇〇Zドル、一カ月のGPの収入は約三〇〜四〇万Zドルほどと思われる。しかし、貧困層の地域では支払いが難しく、約半分の二〇万Zドル程度と推測される。

保険にはMedical Aid Societyがあり、二つに大別される。一つは私的な保険のCIMA Sで、支払いは確実である。他方は政府が管轄するPSMASだが、今までに数回破産したことがある。GPへの支払いがなかったり、不渡りのチェックが出たこともあり、最近では現金でなければ診療しないという事態まで起こっている。

### ■医学学校への入学と卒業研修

小学校は六年、中学校は四年、高校は二年である。中学校はOrdinary level、高校はAdvanced levelと呼ばれる。都市部と僻地とは異なるが、高校に進学するのは四〜七割程度という。医学部に入れるのは、高校で物理、化学、数学、生物などすべての教科で高評点が必要で、受験資格を有する学生は限られてくる。

医学学校は、従来、ジンバブエ大学の一枚だけだったが、昨年、二校目が新設された。いずれも一年は一〇〇人で、国全体から選抜されたトップの学生と言える。資質が高く、欧米で高校卒業後に大学の二年間で学ぶ内容を、すでに高校で学べる能力があるほどの学生ばかりであるという。医学教育はかつて六年だったが、教育改革により現在、基礎二年、臨床三年の五年間である。興味深いのは、最初の二年間は基礎だけではなく、臨床も行いながら基礎医学を学ぶカリキュラムであることだ。

卒業後は、二年間のローテーションの臨床研修が行われる。研修する場所は公立病院であり、上級医から教えを受ける。その内容は、

内科と小児科六カ月、外科六カ月、産婦人科六カ月、麻酔科が六カ月である。麻酔を重要視している理由は、戦争や兵器による外傷、僻地でのあらゆる事故や外科的外傷に対して、GP一人で緊急に対処しなければならぬからである。一〇〇人がインターンを終われば、約七〇人はGPの道を進み、開業することもできる。約三〇人はさらに専門医を目指して、内科、外科、産婦人科など三〜四年のプログラムに入る。

### ■医療の二重構造

GPは、しばしば企業の診察室の診療も兼任している。公的病院で働く医師は、朝から午後三時頃まで勤務し、その後私立の診療所をかねもちしている。医師は絶対数が少なく、やむを得ないという。裕福な患者は私立病院で、少ない待ち時間で十分に加療されている。一方、それ以外の患者は公立病院で、数時間待たされて数分の診療という不十分な治療を受けているのが実情である。

### ■経済があつて次に医療

一九八〇年当時、ジンバブエでは一米ドルが一Zドルに相当した。しかし、政治や経済など様々

な理由で貨幣価値が五〇分の一に落ち、今や一米ドルは五〇Zドルである。このレートでは外貨に換えられず、ブラックマーケットでは一〇〇Zドル以上が必要だとの話もある。失業率は約四〇%で、多くの医師や看護婦が海外に流出している。ある看護婦は英国に行き、今までの数十倍の給料を得て本国に送金し、家族は大金持ちになったとの話が伝わってくる。

公立の病院は低所得者に対しても同様に料金を請求するので、患者が医療にかかれない状況はさらに悪化している。現在、経済状態が悪く、GPの多くは様々な改革を望んでいる。

### ■おわりに

このように、ジンバブエにおけるプライマリケア医療で重要なことは、経済状況がクリティカルなファクターであるということである。われわれはこのような状況を知らずして、今後のプライマリケア医学やPC医の役割について考えていた。

(筆者連絡先 <http://www3.ocn.ne.jp/~biomusic/>)

(日本プライマリ・ケア学会国際交流委員会、徳島大学第二内科)

### 時論