

NEWSLETTER

巻頭言

「6年制薬学教育を修了した薬剤師への期待」

ジェックス理事 神戸薬科大学薬学臨床特命教授

山本克己

講演要旨

生活習慣病研修会

「睡眠と生活習慣病」2019年1月16日講演

さわ病院薬剤部 天正雅美

「知らないと怖い、知っていれば怖くない

～心房細動のはなし」2019年2月13日講演

国立病院機構 大阪医療センター 循環器内科

三嶋 剛

レポート

「40年ぶりの台北への旅」

理事長 高階経和

「看護師としての「夢」を追いかけて

～カンボジア訪問～

知識亜紀子

「第9回オーストラリア研修レポート」

大月幸恵、勝部薫、広江貴美子、山田ゆき

「第2回薬剤師のための医学講座」

2019年3月10日(日)開催

家庭医木戸の現場報告(11)

「天命巡りくる!」ジェックス参与 木戸友幸



公益社団法人臨床心臓病学教育研究会
Japanese Educational Clinical Cardiology Society

Since 1985

平成31年4月

6年制薬学教育を修了した薬剤師への期待

ジェックス理事 神戸薬科大学
山本 克己



6年制薬学教育を修了して薬剤師国家試験に合格した薬剤師が、初めて医療現場に送り出されたのは2012年であった。今年(2019年)4月の新卒フレッシュマンで、やっと7年目である。医療現場ではまだまだマイノリティーで、4年制卒の薬剤師の中に埋まっている。

私は、2年前まで病院薬剤師であったが、現在は薬科大学で教員をしている。4年制卒の薬剤部長として長く病院勤務していた私にとって、6年制薬学教育を受けた薬学生は恥ずかしながら羨望の的である。

6年制の薬学教育では、臨床系の講義や実習が格段に強化されている。処方解析学では様々な疾患について、原因、メカニズム、病態、治療、そして薬物療法が教えられている。初歩的なバイタルサインチェックやフィジカルアセスメントについても学んでいる。それでいて、4年制で学んでいた化学を主とする基礎薬学もしっかり教えられている。薬剤師国家試験ではこの基礎薬学の臨床への関わりを問う応用問題が多く出題され、難易度が著しく増している。2014年と2015年の合格率は60%強、新卒だけでも70%強しかなかった。6年制の薬剤師は、臨床で科学するための能力の種を持っている。あとは現場でマジョリティーの4年制薬剤師が、彼らのこの潜在能力を理解できるかどうかで薬剤師のパフォーマンスは大きく変わると考える。

ところで、私のところには就職活動を控えた学生が相談に来る。以前の私は、病院の就

職希望者を試験や面接によって選別し、採用する立場であったが、大学では学生から全く逆の、採用試験に受かるための情報や秘訣を尋ねられている。相談に来る学生はすでに病院には見学に行っている。さらに、人材広告代理企業から面接の心得や自己アピールの書き方などを一通り習っている。そんな彼ら彼女らへの私のアドバイスは、あたかも医療者概論である。「とにかく、面接にしても、自己アピールの文章にしても、絶対に嘘はつかないこと。面接官が確認したいことは、“信頼感”、“責任感”、“協調性”、“人となり”、“向上心”…なので、自己アピールの文章や発した言葉については、深く掘り下げられる。自分を良く見せるためにつく嘘はバレる可能性が高いよ。」

「医療者にとって大切な資質は何かを考え、自分のものにする。面接で薬剤師の大切な資質とは? と質問すると、“知識”、“技術”、“チーム医療に貢献する力”、“医療人の心”が大切な資質であると、ここまではほとんどの人が答える。しかし、“医療安全の能力向上”を答える人はいない。ミスの少ない自分に成長させることは、すべての医療者にとって必要な資質だよ。さらに、“人としての成長”を伴えるような仕事の仕方をしたいと言えれば良いね。」

嬉しいことに学生たちは真摯に受け止め、次回の来室時には見違えるほど逞しく感じられる。この6年制薬剤師を現場で実践的教育する4年制薬剤師が、新しい薬学教育を理解し、6年制薬剤師に触発されるなら、薬局薬剤師を含む薬剤師が地域医療連携体制でのチーム医療に真の意味で参画するのは、思ったより早いかもしれない。

睡眠と生活習慣病

さわ病院薬剤部
天 正 雅 美

<はじめに>

テレビやネットの世界で最近では「睡眠負債」という言葉が日常的に使われるようになり、多くの人々が「睡眠」という当たり前の生活リズムに関心を持ち始めている。しかし一方で長距離トラックや深夜バスの運転手の不規則勤務体制による居眠り運転事故がたびたび報告され、チェルノブイリ原発事故やスペースシャトルチェレンジャーの爆発事故の原因が職員の睡眠不足であったことは有名な話である。このように「睡眠不足」は時には大事故の原因ともなる。また睡眠不足がうつ病などの精神疾患の原因になると以前よりいわれているが、最近では糖尿病や高血圧などの生活習慣病のみならず、がんの発症の原因となるとの報告も上がってきている。

<日本人の睡眠時間>

世界的にみても人の睡眠時間は年々短くなってきている。なかでも日本人の平均睡眠時間は約7時間30分と諸外国に比べ非常に短く、また、男性に比べ女性の睡眠時間が短いという特徴がある。その背景には、24時間社会の到来による深夜勤務者の増加、インターネット・携帯電話の普及、競争激化によるストレスの増加と長時間労働、女性の社会進出が考えられる。また、超高齢化社会の到来もその一因で、年齢は睡眠構造に大きな変化を与え、高齢になると深い睡眠が減少し中途覚醒が増加する傾向にある。

<睡眠の役割>

睡眠には体や脳の休息、記憶を固定、けがの修復や成長促進、ストレスの発散などの役割がある。中でも脳の疲労(精神疲労)回復の役割は非常に重要で、睡眠をとることで初めて回復するといわれている。また、睡眠はそ

の取得時間だけでなくリズムや睡眠構造も重要である。深い睡眠(ノンレム睡眠)が減少すると交感神経が有意となり夜間の血圧が上昇したり、インスリンの分泌や働きを低下させ血糖コントロールに悪影響を及ぼしたりする。

<睡眠と生活習慣病>

日本人男性の健康診断結果から、睡眠時間を5時間以上確保している群と、5時間未満の群を比較すると、5時間未満の群では1.36倍肥満になりやすいという報告がある。これは睡眠時間が減少すると、グレリンという食欲を増すホルモンが増加し、レプチンという食欲を抑えるホルモンが減少した結果、食欲が増して肥満となると考えられる。そして肥満はご存じの通り高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病へと進展していくのである。また、上記で述べたように不眠が高血圧や糖尿病の直接の原因にもなる。

<睡眠障害の治療>

睡眠障害(不眠)を治療するにあたっては、不眠の原因を特定し、まずはその原因を取り除くことから始める。例えば、痛みや精神疾患など病気が原因であるならば、そちらの治療を優先する。あるいは服用している薬が原因の可能性もあるので、その場合は、可能であれば、減量や中止を試みる。また高齢者の不眠については、加齢による睡眠リズムの変化や生理的な睡眠時間の減少を説明する必要がある。そして薬物治療は不眠原因の確認や外的要因を可能な限り排除した後に開始される。現在、不眠の主な治療薬は、①ベンゾジアゼピン系薬剤②メラトニン受容体作動薬(ラメルテオン)③オレキシン受容体遮断薬(スポレキサント)の3つに分類される。

①ベンゾジアゼピン系薬剤

現在、睡眠薬の中で最も使用されている薬剤で、作用の持続時間の違いにより使い分けが行われる。入眠困難な場合には作用時間の短いものが使用され、中途覚醒や早朝覚醒には比較的作用時間の長いものが使用される。主な副作用として、眠気・疲労感、筋肉の弛緩、注意力・集中力・反射運動能力の低下、記憶障害、依存性などがあげられる。特に肝臓や腎機能が低下している高齢者には注意が必要で、転倒やそれによる骨折の原因となることがある。また、最近問題になっているのが離脱と依存である。この薬を長期間服用している患者さんが突然服薬をやめたり、急激に用量を減らしたりすると、不眠、不安、悪心、嘔吐、興奮、けいれんなどの離脱症状が現れることがある。また、一度離脱症状が生じると、服薬をやめる事への不安から依存へと発展する可能性がある。そのため、急激な服薬中断は避けるように伝えるとともに、高齢者や人格的に未熟で依存性の強い患者への使用は特に注意が必要である。

②メラトニン受容体作動薬(ラメルテオン)

睡眠と覚醒の周期を調整する体内時計にはメラトニンという体内物質が関与し、メラトニンが分泌されることで睡眠のスイッチが入るといわれている。メラトニンの分泌は加齢とともに減少するため、高齢者の睡眠時間の

減少やその質の低下はそれが原因と考えられている。ラメルテオンはメラトニンの効果と同様、入眠作用を有するほか、睡眠覚醒リズムの調整作用も期待できる。ただしその効果発現には投与開始1週間くらい必要である。

③オレキシン受容体遮断薬(スポレキサント)

睡眠薬の中で、覚醒システムの活性化を抑制する薬で、自然の睡眠リズムに近く、入眠だけでなく中途覚醒や早期覚醒にも有効である。副作用として傾眠、悪夢、めまいなどがある。

不眠のタイプにより、睡眠薬はその使い分けが重要であるが、交通事故の原因となるためいずれの睡眠薬も服用中は車の運転は禁止となっている。

<おわりに>

不眠は生活習慣病をはじめとして多くの病気の原因となると同時に、大事故の原因ともなりうる。そしてその治療のための睡眠薬も使い方を誤ればやはり大事故の原因となりうる。だからと言ってむやみにその服用を避けるのではなく、必要時に医療者の指導の下、睡眠薬を短期間上手に使用すれば、健康な生活を維持し、仕事の成果をあげていけると考える。

知らないと怖い、知っていれば怖くない～心房細動のはなし

国立病院機構 大阪医療センター 循環器内科

三 嶋 剛

心房細動は患者数100万人とも言われる身近な不整脈の一つです。高齢者、とくに高血圧・糖尿病・腎障害といった生活習慣病のある方に生じやすいという特徴があります。正常な脈は、右心房にある洞結節という司令塔から安静時50-80回/分の規則的な電気信号が生じ、心臓全体がそれに従う状態ですが、心房細動では心房の脈が300-1000回/分という桁違いの数になり、心房はけいれん状態になってしまいます。心室の脈も不規則になってしまうため、動悸症状を感じて診断に至る場合も多くありますが、まったく症状が出ない場合(無症候性心房細動)もあり、なかなか発見できず、実は大きな問題になっています。

○心房細動の合併症 ～「脳梗塞」と「心不全」
心房細動そのものは予後を悪化させない、いわゆる「命取り」になるような疾患ではありません。しかし、いちど心房細動になると自然に消失することはなく、徐々に頻度や持続時間が悪化し、持続化・慢性化の状態になっていきます。心房が正しく血液を運ぶ機能を失った状態が長く続くため、「脳梗塞」「心不全」という合併症を起こす可能性があります。

「脳梗塞」はけいれん状態になった心房の中で血液がよどむことから、血液が凝固し、血栓となって小さな動脈を塞いでしまうこと(塞栓症)によって生じます。特に脳は血流が多いのに血管が小さいため、塞栓症をきたしやすい部位であり、心房細動によって生じる脳梗塞(心原性脳梗塞)は非常に重症になりやすいという特徴があります。(図1)脳梗塞は生命の危険があるばかりでなく、退院できたとしても大きな麻痺が残るなど社会生活への影響が大きいいため、予防が重要です。高血圧、

糖尿病など、一定のリスクがあると考えられる心房細動患者さんは、血流がよどんでも血栓ができないようにする「抗凝固薬」を内服することで脳梗塞を予防していきます。

「心不全」は心房機能が消失した状態で、不規則な脈で拍動を続けるうちに、負荷のかかりすぎた心臓の働きが徐々に悪化してくることで生じます。心不全になると、運動時の息切れや足のむくみを生じ、予後も悪化します。このため、心房細動患者は定期的に心エコーなどの検査を行い、心機能低下がないかチェックし、場合によっては心不全治療薬を使用していきます。

○心房細動の治療法 ～「根治」をめざすか、付き合うか

心房細動の診療では、「いま」困っている動悸などの症状に対する治療と、「このさき」起こりうる合併症である心不全・脳梗塞に対する予防・治療の2つの視点が必要になります。まずは内服薬で症状や合併症への対処をはかりますが、薬物での治療は心房細動を消失させる「根治」ができるわけではなく、終生治療が必要ということになります。

「カテーテルアブレーション」は心房細動の原因となる異常な脈の源がある「肺静脈」を直接治療することで、心房細動を2度と起こさなくさせることができる、「根治」を目指した治療法です。早期の心房細動であれば、成功率は70-90%と良好な結果が出ています。特に症状が強く、薬物で動悸症状が抑えられない患者さんには良い適応と言われますが、心不全がある患者さんや、年齢の若い患者さんにはより適応を広げる動きもあります。慢性化してしまうと根治率は大きく低下してしまうため、根治をめざすためには早期に心房細動

をみつけ、専門機関を受診していただく必要があります。

○3月9日は「脈の日」～動悸症状があっても、なくても、ぜひ検脈を

心房細動は生活習慣病と同様に誰にでも起こる可能性のある病気です。症状が強くなかったり、ほとんどなかったりする場合には、診断が遅れ、脳梗塞や心不全といった重篤な合併症を生じてから心房細動に気づかれることも少なくありません。知らない間にかかっていると怖い病気のひとつです。

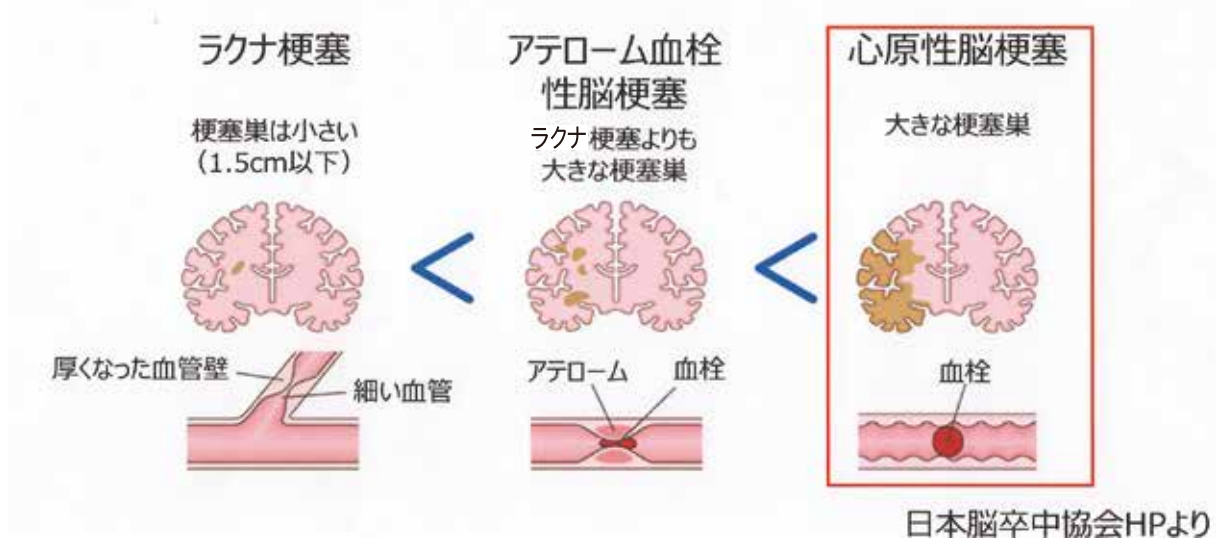
一方で、しっかりと心房細動の診断が

き、適切な対処をしていれば、合併症が起こることもほとんどなく、怖くない病気になります。

合併症を生じるまえに治療を始め、根治も可能な早期の段階で心房細動を診断し、治療を始める必要があります。このためには、1日2回、手首に指を3本あてて脈拍をはかる「検脈」が推奨されています。(図2)脈がおかしい、はやい、などということがあれば、医療機関を受診してください。

(共催：トーアエイヨー株式会社)

心原性脳梗塞は予後が悪い → 予防が重要



3月9日は脈の日
3月9日～15日は
心房細動週間

脈とってますか？
心電図調べていますか？

脈がおかしいな、と思ったら、すぐ受診！
心房細動を見つけて、脳梗塞を予防しよう！

40年ぶりの台北への旅

理事長 高 階 經 和

2018年12月1日(土)

私は台北、Chang Gung Medical Foundationにおける第1回Physical Examination Symposiumの基調講演者として招待されたため、2018年12月1日、関西国際空港を12:50発の、チャイナ・エア・ラインズで出発した。

フライトは順調で飛行機は予定通り、3時間10分で、桃園(ももえん)国際空港に到着した。入国審査場で約1時間待ったが、台湾では毎日この光景が見られると聞いた。日本からの旅行者は税関審査もなく、通関審査場を出たところで、京都科学社員の前田徹氏と、現地代理店のYoung Tah Instruments Co.Ltdの「Lynn」さんという女性が見事な日本語で出迎えてくれた。聞けば同志社大学の大学院に2年半留学していたとのこと。

ご主人の運転する車で、4車線のハイウエーを走る間、左手に私が40年前、1978年にアジア太平洋心臓病学会での発表を行った「グランド・ホテル」が目に入った。このホテルは皆様もご存知の宋美齡夫人一族が経営していた国際的なホテルであると説明を受けた。そして近年、大火で全焼したが、再建され元通りの姿に蘇ったという。約25分間のドライブの後、「ホテル・福容大飯店」に着いた。立派なホテルである。そして驚いたことに道路を隔てて立っているのが、3,800床のChang Gung Memorial Hospitalであった。創始者のChang Gung氏が、教育と医療に力を入れて彼の弟2人も、大学病院建設から始まり、関連企業として病院のベッドなども自前で作り出すことが出来るYoung Tah Instruments Co.Ltd財団の設立に関わり、その後、事業を更に拡大し、今では台湾全土に8か所の拠点を持つ巨大財団である。

5つの30~40階建てのビルが、全て2階にある連絡橋で繋がった一大コンツェルンである。夕暮れの空を背景に、私は台湾の経済力と繁栄の姿を見た。それは40年前に見た台北の印象とは全く異なり、時の流れを感じさせられた。

2018年12月2日(日)

会場でのパソコンの調子や、スライドに入力した心音や、音楽の音響チェックのため、私は午前病院の小児科部門にある、1,000人収容の第1会議室に入った。全ては順調である。約3か月前から準備をはじめ、何度も講演スライドの修正を行った。そして午前9時、Prof. Pao-Hsien Chuの司会で台湾全土から集まった若い心臓病医のために、心臓病患者シミュレータ「K」-II(イチロー)を使った第1回、身体診察シンポジウムが開催された。

オープニングは、世界的に有名な島根県の足立美術館をこの夏訪れた時に撮った写真に、予め入力しておいたイタリアのトランペッターの曲『夜明けのトロンペット』をのせて約2分間の演奏を聴かせた。会場は「一体何が始まるのだろうか?」と思っていたに違いない。

「大家好!(ダー・ジア・ハオ)グッド・モーニング!(と後は英語になった:実は中国語を覚えてもらったけれど、全くできないからだ!)

私は今日、このシンポジウムに参加することが出来たことと、そして再びProf. Pao-Hsien Chuに目元に掛かれたことを大変名誉に思います。

これから、「心臓病患者シミュレータの歴史」についてお話するのですが、何時、何処で、何故、誰が、どうして作ったのかについてお話する心算です。



ああー、その前に私が1986年にボストン小児病院に行った時、プレイルームで5才くらいの男の子が二人で話している可愛い会話を耳にしました。最初の男の子が2番目の子に向かって「君は内科の患者？それとも外科の患者？」と言いました。2番目の子は困った様な顔で、「君の言う難しい言葉は分からないよ」「いやー、簡単さ。本当に体の調子が悪かったのに、茲に来てよくなったのは内科、それとも何処も具合が悪くなかったのに、茲に来てから悪くなったのは外科の患者。君はどっちだい？」「ああ、僕は内科だ！」途端に、会場から笑い声が沸き起こった。「という訳で、これから本題に入りましょう。1816年、フランス人のラエネック(Laënnec)が、世界で初めて木製の筒で聴診器を創りました。それから診察法が大きく進歩したのです。

私は1958年から1962年まで、アメリカのニューオーリンズ市にあたるチュレーン大学に留学しましたが、そこで臨床心臓病学を当時、世界的に有名だったG. E. Burch教授から学んだのです。彼は国際的に有名な心臓病専門医で、アメリカ心臓病学会誌のエディターでもありました。私は彼から実に多くの事を学びました。彼は1950年代から1970年代にかけて最も活躍した方でした。この4年間の留学期間中に私は如何に心臓病患者にアプローチするかの基本を学びました。そして学生や、インターン、レジデントと共に楽しく過ごしました。

1962年、日本に帰ってから1971年まで、神戸大学医学部の学生たちを教え、全国の医師の方々にも臨床心臓病学の基礎について教えました。そしてその9月にアメリカ心臓病学会本部の「ハート・ハウス」で開催された『ベッドサイドの心臓病患者の診かた』という第1回のセミナーに参加したのです。

このセミナーのプランナーがジョージタウン大学のProctor Harvey教授でした。彼の講義は全く素晴らしい、クラシック音楽や、ニューオーリンズ・ジャズを講義の間に聴かせるやら、それに「心音疑似法」(cardiophonetics)は抜群でした。そして何よりも驚いたのは、実際の患者と共に登場したのが、心臓病患者シミュレータ『ハーヴェイ君』でした。これは私の友人であるマイアミ大学のゴールドン教授(Prof. Michael S. Gordon), アリゾナ大学のエーヴィ教授(Prof. G.A. Ewy)と、その仲間たちでした。

日本に帰った私はある種のディレンマに陥りました。それは実際の患者がいない状況で、心臓病患者の診かたをどんなに上手に教えたつもりでも、参加者には決して満足感が得られなかった事でした。

そして遂に『ハーヴェイ君』を大阪に設置することが出来たのです。その直後に阪神淡路大震災が起きました。ハーヴェイ君の巨体は、体長:2m、そして体重:350Kgで、日本の相撲力士でも彼の体重を超えるものはいませんでした。ハーヴェイの研修に多くの期待が寄せられ、最初の内は問題がなかったのですが、やがて機械的なトラブルが相次ぎ、研修を途中で止めざるをえなくなったことが屢々でした。

一方、私は独自の考えで「心臓病聴診シミュレータ」の開発に取り組み、1990年、東京電機大学の福井康弘教授と、増沢徹先生と共にこれを開発し、心臓病専門誌のClinical Cardiologyに発表しました。

それから私の親友である清水優教授(Prof. Masashi Shimizu)がハーヴェイ君を詳細に調べた結果、「これは1970年代にアナログ技術によって作られた傑作だ」と高く評価しました。しかし、我々は何としてもこれ等の器械的な問題を解決するためタッグを組みました。様々な試行錯誤を繰り返し、遂に1993年にコンピュータ技術とデジタル技術を応用して、(株)京都科学から独自の心臓病患者シミュレータ「イチロー」を誕生させたのです。

その直後の京都科学の現在社長である片山英伸氏が私に聞きました。

「先生、このシミュレータを何と呼びましょうか？」

「イチローで良いのじゃないの？最初に出来た男だから」

「結構ですね。では英語では如何呼びましょうか？」

「"K", それはKay, 私のアメリカ時代に綽名ですからね。」



「心臓病患者シミュレータの歴史」と題する演題

皮肉なことに野球の「鈴木一郎」選手が翌年にデビューしたのです。私達が作った「イチロー」は野球の「ICHIRO」でも「ハリー・ポッター」でもありません。(再び会場から笑い声)

こうして「イチロー」は既に600台近くが世界中の大学や、医学教育機関に導入されているのです。私も沢山の子供を持ったものです(笑い)。そしてその開発に至る経過や、教育効果について1997年8月、私はCARDIOLOGYに論文を発表しました。それが皆様の手許の資料です。研修前後では参加者の診察手技は65%から、一気に85%に向上しています。

頸静脈波の視診、全身動脈拍動や、心尖拍動の触診、そして聴診へと続く、一連の診察手技を皆様は是非、身に付けて下さい。私は過去20年の間にスペイン、ドイツ、ミャンマーなどの国々で「イチロー君」の研修講演を行いました。各国の大学の医学生は非常に熱心であり、どんなに時代が変わっても、AIが進歩しようとも、私は今後も診察の基本は決して変わることはないと思っています。どうか皆さん過去50年の技術進歩に拘わらず、臨床の基礎である診察手技を「イチロー-II」を通して学んで下さい。私の医療理念は「医患共尊」です。それは医師も患者もお互いに尊敬の念を忘れず信頼に足る医療を築くことです。ご清聴有難うございました。謝、謝。



台湾全土から集まった50名の参加者と共に。中央・私の向かって右がPao-Hsien Chu教授。



「イチロー-II」とPao-Hsien Chu教授らと共に



イチロー-IIを使って触診デモ



記念のクリスタル・ガラスを贈呈された

11時50分、私は多くの参加者と教授たちに見送られて会場を後にした。

僅かに昨日の夕方5時に台北に到着してから、20時間も経っていない。しかし私はChu教授との約束を果たした。

そして無事に12月2日の夕方5時30分に関西国際空港に到着。40年ぶりに台北訪問の旅を終えた。

看護師としての「夢」を追いかけて

～カンボジア訪問～

JECCS 循環器専門ナースコース修了生 知識 亜紀子

受講：2012夏、2013年2月第4回オーストラリア研修参加

私が看護師となり長年の夢の一つである「発展途上国の医療を見てみたい」と漠然とした思いがあった。しかし、この思いは海外ボランティアの募集を検索までの行動で止まっていた。それは、発展途上国となると安全面が一番の心配となり、一歩を踏み出す事ができなかったからだ。

私は長年、救急医療に携わりIVR (interventional Radiology) を担う中、年に一度IVRに携わる看護師の研鑽を目的とした会の代表を務めており昨年の会の開催にカンボジアで働く看護師の方から「カンボジアでの活動を発表したい」と連絡を受けた。この看護師の方との出逢いがきっかけとなり「発展途上国の医療を見る」という夢の一歩を踏み出す事ができ今回のカンボジアにある国立病院とサンライズジャパンホスピタルの訪問となった。

成田空港をからプノンペン空港に23時15分に到着し、観光ビザの手続きを済ませ空港の外に出ると熱気と何とも言えない匂いがし、沢山のカンボジア人が賑やかに立っており「こんな所?!大丈夫?!」と一瞬、不安を感じた。その中のカンボジア人の中に事前に頼んでいたタクシーの運転手が「AKIKO CHISHIKI」と書かれた紙を高く掲げて待っていてくれた。ホテルまでの道のりで路上の屋台にはゴミが散乱、夜中に屋台で食事や飲酒をされる人々で賑わっていた。無事にホテルに着いたのは、0時近くであったがフロントの方が温かい笑顔で拙い英語に親切な対応で安心した。翌日はプノンペンからシュリムアップまで車で移動しアンコールワットや遺跡観光に行き日本語ガイドのチャイさんの分かり易い説明と圧倒される遺跡に時間はあっという間に過ぎた。この道のりの中で見た光景はバイクに2人・3人・4人乗りの人たち、バイクで登校している子供達や早朝から屋台で朝食を摂る人々、道路は整備されているがプノンペンを出てから信号は無く追越しはクラクションを鳴らして運転手さんなどの安全の配慮があった。また、地雷によって失明し手足を失った人たちが国からの援助が無く遺跡観光の人たちに音楽を奏で籠に入れられるわずかなお金で生活を送っており、学校に行かれない子供はハガキを売り家計を助ける為に働いている現状を目にした。こうして、少しずつカンボジアの現状を受け止め2日目はプノンペンにある国立病院とサンライズジャパンホスピタルの訪問となった。国立病院にはSIDE BY SIDE INTERNATIONAL(NGO)でDirector活動されている佐々木さん、MARCHANDさん、サンライズジャパンホスピタルで働く看護師の今紺さんが同行して下さった。病床数900床、一日800人来院(通院400人)を医師300人、看護師800人(100人派遣看護師)で支えられ、貧困層の患者は医療費が支払ができない場合はポストID:HF・フェアIDカードという内務省発行カードの審査を受ける事で国家保証が受けられるそうである。しかし、病院食は無く一日50セントの援助があり家族が食事を準備し、ケアは家族が行う事になっていると説明を受け救急初療室、ICU、循環器病棟、NICUの見学をさせていただいた。

