

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 40 期 活動報告書

2 0 0 5

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu University

目次

会長あいさつ	3
--------------	---

総務あいさつ	4
--------------	---

国内研修班活動報告

災害医療班	5
-------------	---

社会医学セミナー班	15
-----------------	----

緩和ケア班	19
-------------	----

国外研修班活動報告

タイ班	28
-----------	----

インド班	41
------------	----

マダガスカル班	50
---------------	----

スーダン班	60
-------------	----

ご支援者	73
------------	----

会長あいさつ

2005年度に訪れたフィールドは7箇所（国内3、国外4）、対象領域は災害医療から難民医療まで、予防医療から緩和医療まで、実験室医学から社会システムまでと、今まで以上に多彩であるだけでなく、この活動を自主的に企画・実現し、さして活動記録としてまとめたのである。学部学生としての粗野ではあるが、だからこそその強烈な知的好奇心がこの一連の活動の原動力になっていたのであろう。このような活動を自主的に行ったことに各自自信と自負心を持ってもらいたい。さらに、これらの活動が多く先輩や訪れたフィールドの善意の方々のお思いと期待にささえられていたことを忘れないで貰いたい。『夢なきところ、民は亡ぶ』とは私もよく言葉にする格言であるが、活動した学部学生に送りたい言葉であるだけでなく、それ以上に、活動を支えた方々の夢をあなた方に託したとも考えて貰いたい。それ程に恵まれた環境であった活動であった、とも痛感しているところである。

この報告書から活動振りは読み取っていただけるでしょう、が活動後に彼ら彼女らがどのように変わって行ったか、あるいは変わらなかったか、あるいは戸惑い続けたままであるか、は必ずしも読み取っていただけないかもしれません。また、性急に、活動した学生が変わった、と言うことを求める必要はない、と言われるかもしれません。しかし、今年度の活動で得られた強烈な原体験を基に、学生相互が語り合い醸しあいだしていると見てやってください。非日常的な体験だったからこそ、各自の血となり肉となるには時間を要するでしょう。医療を介して世の課題に対峙していきましょうこれら熱研学生が、この報告書を読まれた・読まれる方々の元を訪ね議論をふっかけるやもしれません。その折には温かく迎えてやってください、そして暖かい助言も一言お願いします。本年度もご協力いただきありがとうございます。深謝！

九州大学医学研究院医療情報システム学 教授

信友 浩一

総務あいさつ

第40期九州大学医学部熱帯医学研究会の活動をここに報告させていただきます。熱研の節目の年にあたって、部員それぞれが全力で取り組んできました。熱研、九州大学というネットワークを介して様々な先輩方に出会い、助けていただいた活動もありました。学生個人でやろうと思ったらぶつかるであろう障壁でも、この部活にいてそれを感じさせない局面が多々あります。これを当然のこととせず、感謝の気持ちを持ち続けていきたいと思います。

代々の総務はこの場で任期を終えたことに対する安堵や感謝の辞を述べておりますが、私の場合はまだ総務の職責を任されておられ、それが許されておられません。現在熱研は深刻な部員不足に悩まされているためです。とはいえ、この第40期の幹部を努めてくれた後輩達や私たち幹部を支えてくださった顧問の信友先生、先輩方に感謝の意を表したいと思っております。

私たちは部存続の危機を打破すべく、熱研の活動を広く発信していき、熱研の魅力を多くの学生に伝えていく努力をいたしております。この報告書もその一つであり、部員それぞれが真摯に取り組んで作り上げたものです。どうか先生方には目を通していただき、ご感想やご批判をいただければ幸いです。

最後になりましたが、毎年のように熱研に対するご支援、ご指導を賜ります先生方に部員一同こころより感謝いたします。今後とも熱研の発展のためにご指導よろしくお願ひいたします。

九州大学医学部5年

松木 孝之

災害医療班

活動目的

大地震などの災害時にどのような医療がこれまで行われてきたのか、またこれから先起こりうる災害に対して、少しでも被害を軽減するにはどういった対策が必要なのかを知る。

活動場所及び期間

2005 年 6 月 11 日	済生会福岡総合病院 災害救急についての勉強会
2005 年 7 月 29 日	厚生労働省訪問
2005 年 7 月 29 日	防衛庁訪問
2005 年 7 月 30,31 日	災害医療センター（立川市）にて DMAT 養成コース見学
2005 年 8 月 1 日	兵庫県災害医療センター訪問

班員

池崎裕之（九州大学医学部 6 年）
西田有毅（同 5 年） 班長
松木孝之（同 4 年）
座光寺正裕（同 3 年）
船田大輔（同 3 年）

I 災害医療とは何か？

災害時の被災者の救護と保健医療サービスを「災害医療」という。この報告書では、大部分を被災者の救護の説明に割いている。それを前提として読んで頂けるとよいと思う。まずは災害医療というものをイメージしやすいように、「最大多数の最大幸福」と「局面によって変わる対応」という 2 つのキーワードから考えてみたい。

最大多数の最大幸福

災害医療と救急医療、似て非なる両者が決定的に異なるのは、平時の救急医療においては一般に医療資源の供給が傷病者の需要を上回っているのに対して、災害時には医療資源が不足し、傷病者への対応に手が回らなくなることである。

これを大前提と考えると、「少ない資源を最大限に生かして、できるだけ多くの人を救おう」という発想は当然過ぎるほど当然である。「トリアージ」という言葉があるが、これはこの発想をそのまま実践に置き換えたものと考えてよい。

ではトリアージとは何かについて少し解説を加えると、定義としては「傷病者など治療を受ける必要のある人々の、診療や看護を受ける順番などを決定する診療前の一つの過程」となるが、要するに「マンパワーや機動力を含めた医療資源を効率よく分配してより多くの命を救うための第一歩」と捉えておくと思う。実際にどのようなことをやるのか、というのは追って説明していくことにする。

トリアージを含めた災害現場における体系的な対応も確立している。それは「CSCATTT」と略称されるもので、初めて私がこれを耳にしたとき、何のことやらさっぱり分からなかった。以下に簡単に紹介したい。

災害現場に医療チームが到着して行う体系的な7つの対応の頭文字をとって、CSCATTTと表現する。その7つとは、Command 指揮命令・Safety 安全・Communication 情報伝達・Assessment 評価・Triage トリアージ Treatment 治療・Transportation 搬送である。

具体的に考えてみよう。列車の脱線事故を想像してみてほしい。場所は鹿児島本線下り線が吉塚駅を出てすぐ、妙見交差点付近で、午後5時半のラッシュ時、乗客は500人と想定してみる。

Command.

医療チームのドクターとして派遣され、災害現場に到着してはじめて行うことは、片端から傷病者の重傷度判断や治療を行うのではなく、その現場の本部はどこか、誰が指揮命令を行っているかを把握し、自分たちが到着した旨を告げ、その指揮下に入ることである。複数の医療チームを適切な場所に適切な数配置し、一人でも多くの傷病者を救うため効率よく医療活動を展開するには、常に現場の全体を把握する本部が必要である。役割はそれだけではない。二次災害あるいは交通の混乱を避けるために、警戒区域とよばれる一般人立ち入り禁止区域や、現場に近くしかも安全な場所を確保して医療活動をおこなう活動区域も設定する。

Safety.

災害対応では安全には3つのSが存在すると言われる。自分自身（Self）、そして現場（Scene）、最後に生存者（Survivor）である。脱線事故であれば、破壊された構造物や不安定な車両が倒れてきたりして二次災害が発生する場合も想定できる。自分と現場の安全を確認してはじめて生存者の安全を考慮する。

Communication.

“Poor communication is the commonest failing in major incident management.”とは英国の災害対応で言われていることである。日本では、警察、消防、自衛隊、地方自治体、病院などそれぞれの機関内のタテの情報伝達は得意だが、機関間のヨコの情報伝達は苦手

と言われている。災害現場での情報は本部が集約し、各機関に適切に伝える。情報伝達が失敗する原因として、「情報の欠損」、「確認の不履行」、「協力体制の不在」などが挙げられるが、一つめは現場毎に異なるが、後ろの2つは平時の訓練や連携で練度を高められるものである。

では災害時に情報として何を伝えるのか、その内容は一般的に METHANE（メタン）と言われる。脱線事故を想定して考えてみると、

M Major incident 大事故災害かどうか＝この場合、大事故の可能性もある。

E Exact location 正確な場所は＝妙見交差点付近

T Type of incident 事故の種類＝列車の脱線事故

H Hazard 危険性（現状それから爆発・火災など拡大の可能性はあるか）
＝今回はなし

A Access 到達経路、方法＝車両で、吉塚駅方面あるいは天神方面から。

N Number of casualties 負傷者数＝100名以上

E Emergency services 緊急出動できる機関＝消防、警察、医療機関など

ようになる。これらの情報を常に最新のものに更新し、現場内や市役所などの現地対策本部とやりとりする。

Assessment.

評価とは、とりもなおさず災害現場の評価である。本部の指揮下にも入ったし、安全確認もした。現時点での最新の情報も把握した。さあ傷病者を助けに行こう！という段階で、脱線した車両に近づく。このとき、実際に自分の目で事故の規模や、車両の位置・状態、車両内の乗客の様子などを見る。そして、重傷者が多いだろうとか、派手に脱線しているが乗客は無事そうだとか評価する。これは実は誰でもいつでもやっていることではあるが、慌てて活動に突入することのないように、もう一息置いてからとりかかるための意味もあるのだろう。

災害医療の3つのT

いよいよ実際にどんな医療活動を行うのかに入る。

Triage.

3つのTのうちのはじめである。トリアージの目的とは、傷病者の重症度を正しく判断し（Right patient）、適切な場所へ（Right place）、適切な時間内に（Right time）篩い分け、選別することにある。

この篩い分け（Sieve）と、選別（Sort）の2つが、トリアージの具体的な方法であり、この順に行われる。傷

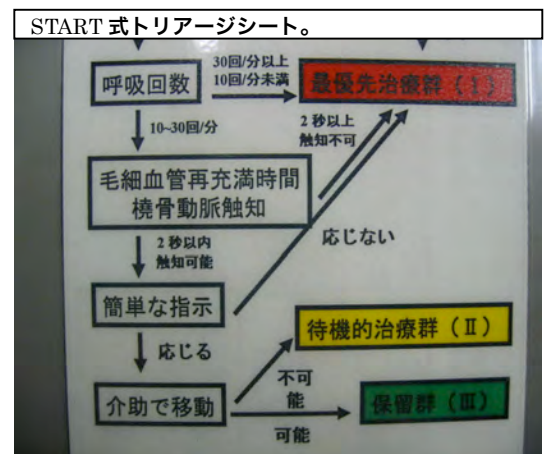


病者は Sieve と Sort の結果、4つのトリアージ・カテゴリ、すなわち、最優先治療群（Ⅰ）赤、待機的治療群（Ⅱ）黄、保留群（Ⅲ）緑、死亡群（Ⅳ）黒に分類される。

医療者は、災害現場において傷病者に第1回目のトリアージを行う。第1回目とわざわざ書いたのは、傷病者の状態というものは常に流動的であり、トリアージもそれと平行して様々な時間・場所で行われるからである。具体的には、現場救護所、救急車やヘリでの搬送時、空港、病院の入り口、手術前、術後入院時などである。

第1回目のトリアージの場合、Sieve を用いる。Sieve のさらに具体的な方法は、START 方式である。Simple Triage And Rapid Treatment の頭文字をとったもので、非常に簡単な方法で傷病者の篩い分けを行うことができる。目標は、一人あたり 30 秒以内。短すぎないかという声も聞かれるかもしれないが、重症度の不明な傷病者が 50 人いる場合を想像してみてほしい。30 秒でも、全員にトリアージを行うのに 25 分かかるのだ。

現場でのトリアージを終えると、傷病者は治療群別に分けられそれぞれの場所へと移動する。緑とされた傷病者は自力で移動することになるが、赤や黄の傷病者は担架などで運ばれる。そして移動先でも再びトリアージを受ける。第1回目以降のトリアージにおいては、Sort が用いられる。これは Sieve よりも複雑で、生理学的な評価と解剖学的な評価を下し、傷病者の状態をより正確に把握できる。こうやって、傷病者の状態を常に誰かが判断することになる。



Treatment.

3つのTのうちの2つめ。現場での治療の目的は、一般に病院での治療とは異なる。その目的は、「最大多数の傷病者を、安全に病院に到着させることを可能にすること」である。医療者が陥りがちな誤りは、現場で根本治療を行おうとすること、と言われている。現場からは一刻も早く搬送するべきであり、搬送しても良い状態を維持するための治療なのである。

具体的には、治療の大部分はABC すなわち気道、呼吸、循環の管理である。しかしトリアージの原則に従い、気道確保しても自発呼吸のない傷病者は黒であり、治療を行わない。

Transportation.

3つのTのうちの3つめ。搬送が決まれば現場からは一刻も早く出発しなくてはならないが、現場の誰が、どのような手段で、どういった流れで行うのかをあらかじめ明確にしておく必要がある。短時間で多くの傷病者を搬送できる整備ができれば、次は誰を優先的に運ぶかを決める。そのとき、同じカテゴリに分類された傷病者の中で再びトリアージを

行い、優先順位を決めていく。

搬送先についての基本的な考え方は、「重症患者は分散すること」である。同じ病院に多くの重症患者を運び込んでも、対処が遅れ、状態をさらに悪化させることになるからである。

以上が「CSCATTT」という体系化された災害対応である。



ヘリポートの上で固まる船田。兵庫県災害医療センターにて。

局面によって変わる対応

災害医療という言葉聞いたときに連想するイメージは、上記のように災害現場での救急的な対応というものが一般的だが、災害医療がカバーするものはもっと広い。医療関係者ならばすぐに思いつくのが、入院患者や慢性疾患患者の healthcare management だろうし、救急対応は必要ないが多数の外傷患者、転院搬送など医療連携、遺体管理、一時的な避難場所における保健衛生・診療、疫学調査、災害弱者（乳幼児、小児、高齢者、貧困者、身体障害者など）へのケア、被災者の心理的ストレスのケア、二次的健康障害の予防、中長期的な地域医療の再建とその支援、保健医療サービスに要するコストの問題など、極めて多岐にわたる。

II 今回の活動で学んだこと

意図せずして、今回の活動では DMAT 養成コース見学という偶然に巡り合えた。以下、少し詳しく解説する。

DMAT とは何か？

DMAT (Disaster Medical Assistance Team) とは、「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義される。ここでいう災害急性期とは、災害発生後 48 時間を指す。日本においては、医師 1 名、看護師 2 名、事務員 1～2 名で一つのチームを構成する。厚生労働省では、この DMAT を平成 20 年度までに全国で 200 チーム整備するという構想で、今年から DMAT 隊員養成コースを東京都立川市の国立災害医療センターにて開催している。DMAT はもともと米国産であるので、日本での DMAT はそのまま「日本 DMAT」と呼ばれる。



DMAT 養成コースでの図上訓練の様子。良いシミュレーションには人だかりが。

なぜ DMAT なのか？ ～災害現場での医療と広域搬送～

日本での DMAT 構想の直接の契機は、阪神・淡路大震災にある。この大震災では、意識清明であった被災者が救出とともに急変し、心停止に至ったクラッシュ症候群の例や、手足を挟んだ重量物を除去できず、現場での切断もできず迫りくる火の手に巻き込まれた例、ヘリコプター搬送も十分行えず、被災地内で適切な初期医療や手術・透析治療が受けられぬまま命を落とした例なども少なくなかった。

従来、災害時の医療救護班は避難所の仮設診療所や巡回診療を担当するのが主であった。しかしそれだけでは、急性期における救命の観点からみた災害医療として充分ではない、という認識が高まってきた。

そこで、急性期になるだけ早く救出・救助部門と合同し、トレーニングを受けた医療チームが災害現場に出向くことができれば、避け得た死（Preventable Death）を減らすことができる。医療チームが機動力を持ち、トリアージを含めた現場での初期診療を提供できるのである。

しかしながら、いかに多くの人々を現場から救い出したにしても、大規模災害においては被災地の医療機関が機能停止している可能性が高い。「最大多数に対してできる限り最良の医療を提供する」という災害医療の最終目標を考えれば、災害の規模にもよるが、被災地の医療機関だけではすべての傷病者に適切な医療を提供できない場合も十分に予想される。

そこで、現場での医療に加えて、傷病者を被災地から平時の医療を展開できる他地域へと搬送できれば、「最大多数に対して…」に一步近づく。これが広域搬送と呼ばれるものである。DMAT は広域搬送中にも傷病者に同行し、搬送先までの管理を担当する。



写真のように、患者役として参加しました。

具体的に何をするのか？

災害発生時に速やかに装備を調べ、交通手段を確保（災害拠点病院の持つ車両、自衛隊の航空機・ヘリコプターを利用する）し、被災地に乗り込む。そして以下のような活動を行う。

- ・被災地域内での医療情報収集と伝達
- ・被災地域内での 3 T（Triage, Treatment, Transportation）
- ・被災地域内の医療機関、とくに災害拠点病院の支援・強化
- ・広域搬送拠点医療機関（Staging Care Unit）における医療支援

- ・広域航空搬送におけるヘリコプターや固定翼機への搭乗
- ・災害現場でのメディカルコントロール

誰が行くのか？

上述した DMAT 隊員養成コースでは最終的に、厚生労働省の医政局長の名前で認定証が発行される。この認定証を所持している医療者は、災害発生時に DMAT として被災地へ赴く任務をもつ。九州ではまだ2チームしかないが、これから徐々に増えていくものと思われる。

DMAT への期待

災害対策にはハードウェアとソフトウェアとの両輪がある。被災者の暫時の衣食住に関わる備蓄、情報インフラの多重化・無線化、災害予知の技術などのハードと、国民の防災意識、災害時の迅速な対応ができる人材の育成、ノウハウの蓄積、マニュアルの整備などのソフトのいずれも欠かすことができない。一般に政策決定において、限られた予算をより効果的に配分するために、費用対効果比の視点は重要であろうと思われる。しかしながら、災害対策全般の費用対効果比の算出は困難を極め、評価できない。ただし、DMAT に関して着目するなら、わずかな人的資源とノウハウの蓄積のみで、おおきな設備投資を必要としないにもかかわらず、傷病者の救命率を劇的に改善しうる可能性をもつことに、おおきな意義を見いだすことができる。

災害がいつ、どこで、どのように、どんな規模でおこるか、こうした情報がきわめて曖昧模糊としている以上、DMAT のように多様な災害状況に柔軟に対応するための枠組み、すなわちソフトウェアこそ、もっとも費用対効果比の高い対策の一つといえるのではないだろうか。阪神・淡路大震災や米国のハリケーン・カトリーナでは、逃げ遅れた被災者を救ったのは、救急隊でも医療チームでもなく、主には周辺住民だったという例を引くまでもないが、結局、人を救うのは人以外にない。

これからの課題

これから数が増えていく DMAT が、実際に出動時、誰から指示をうけるのかについてはいまだ結論が出ていない。また DMAT 隊員になった後、スキルを維持・発展させる訓練なども課題である。災害はいつ、どこで起こるか分からない。せっかく作った DMAT も、活躍の場がなければ形骸化していくことは必至である。そのような事態にならないためには、比較的小規模の天災・事故に対しても訓練の意味で出動を繰り返し、様々な局面を経験するとともに、市民にその存在をアピールして認知を得ることが重要である。認知が広まれば、やがて災害時のニーズとして一般化していくだろう。

III まとめ

ハリケーンが教えるもの

これまで災害医療に絞って話を進めてきたが、実際のところ災害対応は災害医療のみで語られるものでは決してない。国家レベルまで含んだ災害対策に包括される。唐突だがここで米国のハリケーンの問題を出してみたい。

昨年 8 月、米国ニューオーリンズで 1000 人を超す犠牲者を出したハリケーン・カトリナは、今もまだ私たちの記憶に新しい。この件に関しては、熱研の先輩である永田高志先生によるレポートが詳しいので、ぜひ参照されたい。その中でポイントだと思ったことを列記してみた。

- ①災害に対する国家レベルの対応では、適切かつ迅速でなければならない。そのためには、専門知識と経験を積んだものがリーダーシップをとることが必要である。
- ②救急チームや医療チームとして DMAT も派遣され活躍した。しかし初期の住民避難のタイミングが遅かったために多くの犠牲者を出した。当時の危機管理官レオ・ボスナー氏は避難勧告、避難援助の遅れを「人災」と言い切っている。
- ③犠牲者を出した背景には、ニューオーリンズ市民が持つ貧困（車もなく避難しようにもできなかった）などの社会問題もおおきく関与している。

この災害は、米国のような危機管理先進国においても、組織の対応の遅れが多くの犠牲者を出す恐れがあることを私たちに教えている。特に地震などの対応に関しては、わが国の緊急対応は確立しているが、前例のないような災害に関して言えば、対応が遅れることも十分考えられる。必ずしも①のような体制は必要ないかもしれないが、迅速で柔軟な対応ができるようにしておくことが重要だろう。③に関して、社会に恒常的に存在する問題が、災害時には脆弱さを露呈するもととなり、大きな傷跡を残すことは、ここからも明らかだ。

さて、ここから防災へと話を広げ、この報告書の結びとしたい。

防災に向けて

防災に関する会議で世界最大の「国連防災世界会議」が 1995 年、阪神・淡路大震災の年に横浜で第一回として開催され、その 10 年後に今度は神戸で開催されていることから、防災に関して、批判はあるものの日本は世界の指導的役割を担っている。防災大国（災害大国と言い換えてもいい）の理由は、たくさんの手術をこなしている外科医は腕がいのと同じで、歴史上たくさんの災害に見舞われてきたわが国では、それだけ国民の防災意識

や災害に対応する習慣、法制度、消防、警察制度が発達しているからだろう。

これに対し、一昨年の中東・インド洋大津波では、「地震の後に津波が来る」、という日本人なら遺伝子に刻まれていそうなほどの知識も、“tsunami”という言葉を知らない人々の国では、地震後も海岸で多くの子供たちが遊んでいたという。こんなに簡単な知識なのに、知ってさえいればどれだけ多くの命が助かったことだろうか。

先の世界会議では、「兵庫行動枠組 2005-2015」という案を採択している。これには様々な策を通じて世界各国、とくに開発途上国など「脆弱性」の高い国々の「災害リスク軽減」を目指している。

余談だが、国内においても防災意識の地域差というものがある。昨年3月の福岡県西方沖地震はまさに北部九州の人々にとっては寝耳に水であった（また私西田自身の場合、当時日曜日で惰眠をむさぼっていたので本当の意味での寝耳に水だった）。「地震がなく安全」というのは他の地域に比べてこの地域の強みでもあったのが、あの地震でそれが音を立てて崩れ去ってしまった。しかしこれで北部九州の人々も防災に対して考え直すことと思う。私事を書くのは気が引けるが、臆病なもので、あれ以来高いところに物を置けない性格になってしまった。背の高い家具は全て廃棄するか、売ってしまった。しかしこれも防災意識の高まりといえそうかもしれない。

私は、災害対策も地域に根付いた文化の一つだと思っている。雪の多い地域は雪害に、地震の多い地域は地震・津波に、台風が毎年通過する地域は風水害に、それぞれが国全体の平均を超えたレベルの抵抗力を持っていると思う。

世界の災害対策を考える場合、日本が多くの知識と経験を有していることは、世界にとって利用価値の高い財産であると言いきらざるを得ない。私たちが普段当たり前のように使う道具や、習慣的に考えることにも、実はいろんな応用の可能性を秘めているはずである（災害に関することではないが、最近よく耳にする“Mottainai”などはその好例だろう）。上記の世界会議など大それた場面でもなくとも、他のいろいろな場で、日本の災害に対する経験や技術を紹介し、開発途上国を含め世界各国で活用し、防災の力を高めていくことは、決して不可能なことではないと思う。

IV あとがき

人間は災害が起こることをある程度予測できても、それを完全に防ぐことは結局のところ、不可能である。それゆえ、災害対策をどんなに手厚くしようと、防ぎきれない災害が発生することはいつも考えておかななくてはならない。また災害とは、いかに鼻真目に見ても、物理的・経済的にマイナスでしかない。復興に向けて全身全霊で努力している人々の姿からは人間の底力がひしひしと伝わってくるが、災害によって家を失い、職を失い、あ

るいは心身を患う人々が数多く発生することも、また事実なのだ。そしてそこに、数字では表せない、計り知れない悲しみ、喪失感がある。これは本当に言い訳に過ぎないが、そういう意味で、私はある種あきらめにも似た気がして、この報告書になかなか手をつけられなかった。しかし、福岡県西方沖地震の後も日本各地で地震や風水害、雪害が頻発しており、その度にきちんとした報告書を作らねば、との思いに駆られ続けた。なんとか形ばかり完成させたが、活動班の性格上、解説ばかりの報告書でつまらないものになったかもしれない。少なくとも今回の活動で私が吸収したものについては紹介できたのではないか、と思っている。不備や間違いなどあるかもしれないが、その時はぜひ忌憚のない指摘をよろしくお願いします。

謝辞

今回の活動では多くの先生方にお世話になった。厚生労働省の長谷川先生には霞ヶ関訪問の全般をお世話していただき、大変感謝しています。また同じく厚生労働省の近藤久禎先生は災害医療一般について概説してくださり、DMAT 要請コースの見学を調整していただきました。また防衛庁の日下英司先生、DMAT 養成コースでお世話になった先生方、済生会の勉強会での永田高志先生にも、この場を借りてお礼を申し上げます。ありがとうございました。

参考文献

災害医学（山本保博、鶴飼卓、杉本勝彦監修、国際災害研究会 編 南山堂 2002）

DMAT 隊員養成基礎研修会資料（2005 年 7 月）

緊急連載：米国医療はハリケーンにどう対応したか（永田高志）

<http://medwave2.nikkeibp.co.jp/wcs/leaf?CID=onair/medwave/tpic/399616>

米国医療はハリケーンにどう対応したか 危機管理官レオ・ボスナー氏が語る（永田高志）

<http://www.nikkeibp.co.jp/wcs/leaf/CID/onair/jp/medi/405284>

地震列島「発生確率」の読み方（鎌田浩毅 文藝春秋 2005 年 10 月号）

プログラム成果文書「兵庫行動枠組 2005-2015」（国連世界防災会議 2005 神戸）



長谷川先生（左から 2 番目）と。

社会医学セミナー班

活動目的

セミナーを通じて社会と直接関わる医学分野としての予防医学、環境医学、疫学、公衆衛生学、老年医学、医療管理学、法医学等についての基礎的知識を学習し、実験科学、社会科学・行動科学などを包括した総合科学としての社会医学を理解する。

活動場所及び期間

国民宿舎山の上ホテル（福岡県北九州市）

2005年8月5日（金）～7日（日）

班員

船田大輔（九州大学医学部3年）班長

座光寺正裕（同3年）

横山藍（同3年）

参加にあたり

社会医学セミナーに参加すると言っても正直何をするか、どんなセミナーなのかかわからない。過去に参加した先輩方の報告書を参考に想像していたが、想像していた物とは一風変わったセミナーだった。

セミナー当日

今年社会医学セミナーは8月5日から8月7日まで福岡県北九州市であった。締め切り間近になって私たちが応募したところ、無事に参加することができた。当日博多駅から出発、1時間余りで黒崎駅に到着した。今回のセミナーの唯一の出費である。そこからバスに乗って皿倉山のロープウェー乗り場へ一同集合。今回社会医学セミナーに参加する学生、2年生から6年生まで総勢19名と、講演を行う先生方が顔を合わせる事となった。

ロープウェー

ロープウェーはおもしろい。地上がぐんぐんと遠ざかる。黒崎駅を中心とした町並みが現れ、海が見えてくる。季節は初夏、ロープウェーの周囲に生える木々の緑の奥で日の光を受けた海が輝く。2台のロープウェーは一本の鋼鉄製のロープでつながり、同時に出発し、道程のちょうど真ん中で離合、同時に頂上と麓に到着する構造になっている。そんなことを気にしている間に頂上に着く。

セミナーの内容

皿倉山頂上にある山の上ホテルに宿泊する。荷物を各自割り当てられた部屋に置くと早速セミナーの開始である。今回の社会医学セミナーの特徴の一つは学生の発表が割り当てられたことである。あらかじめ決められた話題に関して発表することになっていた。

私の発表する内容は「タイにおける AIDS 対策の歴史について調べ、それが成功した理由について要約しなさい。また、その結果を踏まえて我が国における AIDS 対策はどうあるべきか考察しなさい。」というものだった。

私はそれまでタイがエイズ対策に成功していたのを知らなかった。課題が知らされてから、今年のタイ班の勉強会に参加して先輩方に資料をいただき、エイズについて教えてもらった。それによると、タイのエイズ患者は 57 万人（2003 年末）。一見とても成功したようには見えないが、グラフを作成して、タイのエイズ対策の行われていった時期を合わせることで、過去との比較ができ、飛躍的に患者が減少したことが分かった。それに比べ日本では減少する傾向が見えない。タイでのエイズ対策は政府が強権的とも言えるほどの政策を行った結果、エイズ患者が減ったのである。そこで私の発表は、日本においても、もっと政府の主導による具体的な政策を行っても良いのではないかと、言う趣旨で行った。

社会医学セミナーではこうした、生徒が発表をした後に、課題を出した専門家の先生がそれぞれのテーマを出した意図、問題の現状について述べるようになっていた。私の発表は国際保健がらみであったが、他大学の人たちのテーマをあげると次のようなものだった。

健康都市プロジェクト、未成年者における喫煙、開業医が行う地域公衆衛生活動、リハビリテーションと ICF、New Public Management、がん死亡の地域差、自殺問題、海外における緊急医療援助、水俣病と健康危機管理、医療費の支払い方式の種類（出来高払い方式、包括払い方式、人頭制、総括予算制など）、アメリカ・イギリス・日本の医療制度

割り当てられた発表時間は 15 分間であったが、各発表の内容が充実していて理解するのに忙しく、質問をするまでに至らなかったのが残念だった。セミナーに参加した先生方の講演もそれぞれ興味深かった。また大学の公衆衛生の先生方ばかりでなく、厚生労働省の医系技官の方々も参加していたので、行政の側からみた公衆衛生についての貴重な話を聞くことができたと思う。

スケジュールを簡単にまとめると、初日は午後一杯、学生発表・講演があり、二日目の午前引き続き学生発表・講演、午後は産業医大に移動し、学生発表・講演。三日目の午前も学生発表・講演を行い、最後に門司港レトロにて昼食、解散となった。

3 日間という短い期間だったが、とても濃い内容だったと思う。私はまだ公衆衛生の授業を受けていないのだが、上級生の参加者は大学で習うことがより深い内容で話されてい

て良い勉強になったと言っていた。

セミナーに参加して

社会医学という分野は余りなじみがないということは今も変わらない。医師といった場合に思い浮かべる仕事とは違う。では臨床医をめざす医学生にはセミナーは参加する意義に乏しいかという決してそうではない。教科書的な考え方から少し距離を置くことに有効なのだ。自殺と聞いて、うつ病を疑い、診断をすれば終わりではない。リハビリと聞いて、運動の方法を答えるだけでは不十分だ。「うつ病＝自殺の原因」、「リハビリ＝運動の方法」の図式に疑問を投げかける。「うつ病以外の原因はないのか」、「患者が生活の中で必要な運動を日常生活のシチュエーションに沿って行うことはできないか」と考える。そうしなければ自殺の原因はいつまでもうつ病がトップになり、リハビリは無目的な苦痛を伴う行為になってしまう。

言われてみれば当たり前のことが、教科書に載っている内容で満足してしまっはなかなか気づかない。「ちょっと離れた視点」といえばよいのだろうか、今回の社会医学セミナーはまさにそのような視点を提供してくれた。今はこの「ちょっと離れた視点」をこれから役立てることができることを願うばかりである。

文責 船田 大輔

社会医学セミナーに参加して

医学科3年 横山 藍

この夏、北九州で開かれた社会医学サマーセミナーに参加した。社会医学についてのさまざまな知識、概念などを知ることができたことのほかに、将来医療従事者となるうえで忘れてはならない多くのことを学んだ。2泊3日のセミナーの期間中にその中で出会えた方々から、医療に関わるお話だけではなく、一人の人間としてどうあるべきかなどを考えさせられるお話を聞かせていただける機会に恵まれて、本当によかったと思う。

学生の参加者18名には前もって課題が与えられ、当日発表するという形式でセミナーがすすめられた。私に与えられた課題は、「マラリアは発展途上国における最大の健康課題のひとつであり、WHOもその撲滅に力を注いできた。しかしながら、その効果は十分に上がっていないのが現状である。マラリアの現状をしらべるとともに、対策を行っていくうえでの課題について考察しなさい。」、というものであった。他大学の学生には国内の公衆衛生についてや主要先進国の医療制度の比較、開業医の地域公衆衛生活動、高齢者のリハビリの問題点、水俣病、医療費の支払い方式、などの課題が課せられた。私たち九大の学

生には、九大の熱帯医学研究が盛んなことが考慮され、このように熱帯医学についての課題が与えられたのだった。

私は、マラリアの臨床的・生物学的側面に重点をおいた発表をしてしまい、世界規模、また、有病地での地域的な公衆衛生の側面を捉えた発表ができなかった。質疑応答の際みなさんが、勉強不足だった私の調べた内容をねぎらってくださいつつ、改善すべき点を丁寧にやさしく教えてくださったので、とてもありがたいことだと感じながらお聞きしていた。勉強不足を反省すると共に、社会医学とはどういうものなのかを痛切に感じる事ができ、大変に勉強になった。

「社会医学は臨床・基礎医学から切り離されて考えられることが多いが、本当はそうではなく、臨床・基礎医学、大学病院での医療、開業医の医療、地域での医療など、すべての医療の土台であり、ピラミッドで考えると一番下の土台の部分にあたるものだ。」と講義をされた先生がおっしゃっていたのが印象的だった。

国民全体が健康に幸せに生活できるような社会ができるためには、行政の努力はもちろんのこと、医療従事者がそのような意識を忘れてはいけないのだと思う。この先生がおっしゃったことは考えてみれば当然のことだ。今回社会医学がどういうものかを、実際に関わっておられる先生方からお聞きできたことでそのような考え方をもてるようになったのだろうか。

今、世界において、そしてこの日本で特に、AIDS、トリインフルエンザ、SARS などが問題になっている。医学・科学のこんなにも進歩した現代において、新興感染症が次々と出現しその感染がおそろしいほど広がっていつていること、現代の医療でもってしてもそれらを治すことができないこと、を考えても、やはり社会医学の役割は重要である。そしてこれらのことを医療従事者だけではなく一般の人たちに強く認識してもらうためにも、医療従事者のはたらきが必要になってくるのだと思う。

今回の参加によって、社会と医療の関わりを強く認識でき、大変よかったと思う。そして、このセミナーでお世話になった方々に感謝しています。

緩和ケア班

活動目的

日本におけるターミナルケアの現状、特に医療従事者が cure ではなく care として患者さんに対し何ができるかを体験し、「死」とその迎え方について考える機会をもちたいと考え、「緩和ケア班」を組織しました。

活動場所

医療法人 原土井病院

宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院

以上 訪問日順

活動期間

平成 17 年 3 月 26 日 原土井病院

平成 17 年 5 月 2 日 淀川キリスト教病院

班員構成

中島 誠子 (九州大学医学部 5 年)

はじめに

日本に緩和ケアが初めて導入されて、すでに 30 年以上も経つ。1990 年 4 月には、厚生省によって末期癌患者のケアを専門に行う「緩和ケア病棟」の施設基準が設けられ、定額制の「緩和ケア病棟入院料」が導入された。現在、日本国内の緩和ケア病棟は承認されたものだけでも 150 を超える。

近代の緩和ケアの概念は西洋由来だが、日本文化にどのように取り入れられているのか知りたいと思った。個人的事情から、非常に短い実習期間となってしまう、また学生という立場であったことから、なかなか患者さんやご家族からのお話は聞く機会をもてなかった。今後勉強を重ねていきたいと思っている。

4 年生から大学病院でのベッドサイド実習が始まり、多くのがん患者さんや、慢性疾患の患者さんを担当させていただき、お話をする機会を持った。また、医学総合講義で「ターミナルケア」という授業があった。ALS 患者さん、癌患者さんのご遺族、医師、看護師など医療従事者、文化人類学者、聖職者といったさまざまな分野に携わる方のお話を聞くことが出来、感銘を受けた。しかし、講義室の椅子に座り、最大限に想像力を働かせても、

ターミナルケア分野の専門用語が実感しづらく、私の頭は混乱した。実際に緩和ケアの現場に足を踏み入れ、体感してみたいと思い、国内の2施設にお願いし、見学させていただくことになった。

この活動班を企画した時、私は焦点を絞りきれていなかった。というのも、「ターミナルケア」という分野は、医学だけでなく、看護、精神的ケア、宗教、更には家族のケアなど多くの課題が集合した医療であり、切り口はいくらでもあったからだ。また、ターミナルケアの問題は、告知や安楽死の問題へともつながる。

緩和ケアとは

緩和ケアとは「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する、積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的問題の解決が最も重要な課題となる。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとって出来る限り可能な最高のQOLを実現することである。(1990年WHO)」と定義されている。

過去の報告書にも書かれており繰り返しになるが、ホスピスの語源はラテン語の *hospitium* に由来し、ここから、*host*、*hostes*、*hotel*、*hostel*、また私たちに関係深い *hospital* という言葉、そして *hospitality* に分化したといわれている。ホスピスは、中世ヨーロッパで巡礼の途中で疲れたり、病気になったりした旅人に対して、当時の修道院が暖かい食事と一夜の宿を提供して、親切にもてなした宿泊施設が起源である。その後、ハンセン病患者や、結核患者のケアも行ってきた。「ターミナルケア」はしばしば「プライマリケア」と比較され、社会が豊かになったことから生まれた産物のように言われるが、「ターミナルケア」の精神は古くからあるものであり、私は、そもそも両者は比較されるべきものではなく、それぞれ医療の中の重要な分野であると思っている。

近代ホスピスの第1号は1967年にシシリー・ソンドース博士によってロンドン郊外に創設されたセントクリストファー・ホスピスである。日本では1973年に初めて、柏木哲夫医師により、淀川キリスト教病院内でホスピスケアが実践された。その後、1979年に、聖隷三方原病院に国内初のホスピスの専用病棟が建設された。現在、九州には24施設ある(福岡県内には9施設(168床)、福岡市内には3施設(48床)。)

1981年以来、日本人の死因の第1位はがん死である。日本の緩和ケアでは、主に末期がん患者・家族のケアを行っている。現在は患者層を特定しているが、今後は、末期がんに限らずAIDS、認知症、神経難病などの患者に対しても対象を広げていくと思われる。

ホスピス・緩和ケア病棟の開設・運営に当たっては「ホスピス・緩和ケア病棟の施設基準」を満たさなくてはならない。これは各施設間での格差をなくし、適切な医療の提供を確保することを目的としている。この施設基準を満たしていると認可された病院でのみ定額制の入院料が適用されている。医療費は1日当たり3万7800円(高額療養費(高額医療費)制度あり。)ただし、食費(食事療養費)1日780円、室料差額(差額ベッド代)などは保険

適用外である。また、2002年4月から「緩和ケア診療加算」が導入され、厚生労働省の基準を満たす緩和ケアチームにケアを受けた場合、一般病棟に入院していても1日あたり2500円(保険適応)を支払えばよくなった。末期でなくても、がん患者なら誰もが保険診療で緩和ケアを受けられるようになった。

2005年12月1日現在、施設基準を満たしている施設は全国で153ある。2004度に全国の緩和ケア病棟に入院したのは1万8205人で、がん死亡者(約32万人)の6%ほどであり、大半の患者は一般病棟で最期のときを迎えられている。

原土井病院緩和ケア病棟の見学

原土井病院は、福岡市東区に位置する病院である。昭和42年開設、合計556床の総合病院で、一般病棟130床の他に、療養病床もある。緩和ケア病棟は東館にあり、病床数20の院内独立病棟型ホスピスである。私の1人暮らしの自宅からも近く、緩和ケア病棟があると紹介していただき、訪問させていただくことになった。

緩和ケア病棟が正式に認可を受けたのは平成13年3月28日。平成17年3月で、設立からまる4年経つ。入院患者は50代から70代の方が多く、今までの最年少は24歳、最高齢は100歳。平成17年3月25日までに計343名が入院された。(平成14年 70~80名、平成15年 70名、平成16年 110名)うち死亡退院は312名。残り31名は、3月26日現在入院中の患者さんの他、自宅療養、音信不通、転院、自宅で死去などであり、治癒による退院はない。

平均入院日数は45~60日であり、月に約8名死亡退院されるそうだ。入院期間(6ヶ月以内)は病院機能評価で厳しくチェックされるそうだ。

緩和ケア病棟は4階建てで、清潔感があり、暖かい雰囲気の内装だった。2階には、家族控え室(和室)と面談室、洗濯機、家族用の風呂がある。遠方から来たご家族の宿泊や、面会に来たご家族の休憩に使われる。重症の患者さんのご家族から優先されるそうだ。3階には病室があり、ナースステーションと処置室、カンファレンスルーム、談話室、介助浴室がある。談話室には共同のキッチンとテーブル、ソファがあり中庭に面している。アロママッサージや曹洞宗の僧侶の訪問(話し相手として)、犬、絵手紙や歌などのボランティア活動が行われたり、1人で食事をしたくない患者さんが食事をする場所として使われたりするそうだ。病室の廊下には、ボランティアの方々が作った作品が飾られていた。4階にはサンルームがあり、大きなテーブルやピアノが置かれ、屋上につながっている。病室は、個室が全部で14室(うち無差額4室)、2人室が3室。2人部屋は無差額で、消灯台、ベッド、箆筒、テレビ、机が備え付けてある。吸入と酸素は必要のないときは柵の扉の奥に隠れている。差額ベッド代は特室2室では3000円、残り8室は1000円。当たり前のことだが、部屋の種類に差があっても、ケアの内容は変わらない。

私が見学させていただいた時は、入院患者さんは全員で16名だった。現在、末期がん患

者のみの受け入れで、白血病はクリーンルームなど特別な設備が必要ない場合のみ、小児患者や、AIDS 患者は受け入れていないようだ。

病棟の専任医師は 2 名いらっしゃるそうだ。呼吸器科と一般内科出身の先生だ。また看護師は 15 名。但し、夜勤、夜勤明けがあるため、日勤は 6～7 名となるそうだ(3 名の患者に 1 名の看護師)。その他、ケアメイト・看護助手が 2 名の他、ボランティアの方が福岡ホスピス会などから週 3、4 日、定期的に 15 名ほど来られるそうである。MSW、薬剤師、栄養士、臨床心理士、PT、OT は他の病棟と兼任されているそうだ。

午前中には、看護師長である有吉さよみ先生に病棟の仕組みについてお話ししていただき、その後病棟を案内していただいた。緩和ケアにおける医師の仕事は施設によっても千差万別だと思う。一般病棟と同様に検査のオーダー・薬剤の処方、入院相談、症状説明、死亡確認を行うほか、精神的ケア、カウンセリングもあるが、個々の病院によって、また医師によってやり方が異なるのではないだろうか。

看護師の働きも大きい。看護師の判断でできる仕事の許容範囲が他の病棟に比べ広いし(その分責任も重いと有吉先生は言われたが)、裏を返せば、ターミナルケアではある程度経過の予測がつくので、医師の指示の範囲も広がる(早期から準備ができる)そうだ。看護師の重要な仕事の 1 つに、患者さんの理解度の確認がある。医師の症状説明の後、頭が真っ白となり全く説明が聞こえない方や、理解できない方は多いそうだ。看護師はそういった患者さんに再度説明したり、患者さん自身やご家族の感情の表出を助けたりするそうだ。緩和ケア病棟の看護師の特徴の 1 つは家族の方と関わる時間が長いことだろう。予期悲嘆への協力や、グリーフケアである。患者さんが亡くなられて、2、3 ヶ月後にご家族に手紙を送る他、年一回家族会・七夕会を行うそうだ。手紙に返信しないご家族もいるし、家族会の出席率も 3 割程度らしいが、毎年ご家族が病院に来る機会を提供している。原土井病院の緩和ケア病棟の看護師はローテーションが少なく、病棟への定着率が高いそうだ。緩和ケア病棟での原土井病院の看護師は、「自分自身の「生」と「死」についての考えを持ち、1 人の人間として患者様・ご家族に接することができる(看護方針・目標より)」ことが求められている。患者さんから「あなたならどうしますか？」と尋ねられることが多いそうだ。

ある女性患者とお話をさせていただく機会を作っていただいた。原土井病院には高齢の入院患者さんが多いため、必然的に緩和ケア病棟にも院内から紹介された高齢患者さんが多く、認知症を持った方もいらっしゃり、全員に告知がなされているわけではない。病棟の雰囲気にもそれが反映されているように感じた。

原土井病院では、このような理由から入院の条件として若年の患者を除いて、告知を必須としていない。入院相談では、「緩和ケア」について説明をし、「緩和ケア」に対する患者の考え方を聞く。入院前面接でも、本当にホスピスに入りたいのか患者さんやご家族の

言葉で表現してもらう。患者・家族がターミナルを自覚・受容しているか、治療方針に納得しているかは確認する必要がある。麻薬に対し抵抗感が強い人(廃人になると思い込んでいる人など)は、入院について再度考え直してもらう。麻薬は患者の入院期間を考慮すると、副作用より疼痛除去というメリットの方が大きいそうだ。先生は、がん症状をコントロールできるため、患者さんがその人らしく戻るといった意見だった。

退院は、死亡退院が大半で、自宅療養に移るための退院は2~3%と少ない(16年度は1人だった)。患者が治癒することはないため、スタッフは自分の仕事に対し達成感を得られないことがあるそうだ。デスカンファレンス、声かけ等のスタッフのケアも重視されている。デスカンファレンスでは亡くなられた患者さんに対するケアの振り返りと、症例から得られたことを確認する。緩和ケアのスタッフの充実感とは「患者さんに良い時間を提供することができた」という気持ちだと言われていた。

午後は、まずカンファレンスと申し送りに参加し、その後、緩和ケア病棟の専任医師である山下和海先生にミニレクチャーをしていただいた。山下先生は、東洋医学や哲学にも興味を持っておられ、月1回患者さん向けに読書会をされているそうだ。緩和ケアについてわかりやすく説明していただいた上に、先生の「死」に対する考え方や、医師の終末期患者さんへの接し方、距離のとり方などについて、緩和ケアの経験から得られた考え方を聞かせていただいた。

その後は、山下先生がラウンドをされるのについて、患者さんのそばに行きCSCI(持続皮下注)を見たり、カルテを閲覧したりと、主に病棟管理を学んだ。原土井病院は高齢患者さんが多いため、経口摂取・内服困難な方が多く、内服以外の治療法を選択されることが多いそうだ。カルテの最初のページには、意識、告知の有無、ADL、予後予測、ターミナル前・中・後期のいずれか(ADLからの予測)などの項目が記載されていた。治療に関してはWHOの3段階ラダーはなかなか実践されていないそうだ。

原土井病院を見学することで、緩和ケアについての知識を得ることができた。スタッフの方々が、独自の死生観を持ち、1人の人間として患者さんやご家族と接しようとしている姿勢が印象的だった。また、スタッフのケアにも力を注がれていた。原土井病院の「緩和ケア病棟の理念・方針」に「聞こえないものを聞こうとする姿勢、見えないものを見ようとする姿勢、触れないものをかんじようとする姿勢」というものがあつた。患者の言葉から隠れた気持ちを察するということである。日常生活でも使うコミュニケーション法だが、訓練が必要なものの1つだと思う。

淀川キリスト教病院緩和ケア病棟の見学

淀川キリスト教病院は、上述の通り日本で始めて緩和ケアを実践した病院であり、1990年から適応されている「緩和ケア病棟入院料」の基準は淀川キリスト教病院がモデルとなっているそうだ。日本のホスピスのパイオニアと言えるだろう。大阪市東淀川区淡路にあ

る 607 床の総合病院で、本館の 7 階が緩和ケア病棟となっている。院内病棟型のホスピスである。

名誉ホスピス長の柏木哲夫先生は、1973 年に、日本で始めて OCDP(The Organized Care of the Dying Patients)という医師・看護師・ソーシャルワーカー・精神科医・チャプレンなどがチームを組み、末期がん患者をケアする医療を開始した。その後 1984 年には聖隷三方原病院について 2 番目の施設ホスピスである 23 床(院内病棟型)が開設された。以後、現在まで症状マネジメント、コミュニケーション、家族のケアを 3 本柱として診療を行っている。

淀川キリスト教病院のホスピスは、学生の見学を広く受け入れており、柏木先生の総回診がある月曜日に回診に付くプログラムが存在しており、私もそれに参加させていただいた。

病床は 21 床で個室 11 室、和室 1 室、特別個室 1 室、4 人室(無差額)3 室からなる。差額ベッド代は部屋の種類によって 1 日 13650~28350 円。基盤となる宗教は(もちろん患者さんの宗教は自由だが)キリスト教で、病棟内にチャペル、祈祷室がある。原則として患者本人の病状認識がある方を対象としている。

2003 年度の統計としては、入院総数 365 名、平均年齢 66.3 歳、死亡退院数 249 名、在宅死亡数 1 名、平均在院日数 18.9 日(私が見学したときには 15.5 日と聞いた)、外来患者数 1463 名(新患 246 名 再来 1217 名)、入院相談件数 750 件、訪問看護依頼件数 373 件。1 週間に平均 7 名が入院され、うち 3 割は症状が落ち着きしばらくの間自宅ですぐすことができた。一方、ホスピス外来には 1 週間に平均 28 名が受診され、うち 3 割に訪問看護を実施した。

医師は専任 5 名(非常勤 1 名)、看護師専任 20 名、看護助手非常勤 1 名、相談員非常勤 1 名、事務職員 2 名(非常勤 1 名)、MSW 兼任 4 名、理学療法士兼任 1 名、チャプレン・宗教家兼任 2 名、栄養士兼任 1 名、薬剤師兼任 1 名、訪問看護師兼任 2 名、WOC ナース兼任 1 名、ボランティア 22 名。入院によるケアの他、ホスピス外来や在宅診療、在宅看護、電話相談もあり、症状の落ち着いた患者さんの自宅生活の援助も行っている。

外来診療は、毎週火曜日に予約制で行っており、電話相談を事前に終えた新紹介患者、通院患者、症状が落ち着き一時退院となった患者、院内紹介患者など 1 日 20 名程度だそう。また、外来患者に対しては、ホスピススタッフによる 24 時間の電話対応、緊急時の外来診療、緊急入院を保証(いつでも入院できると先生は言われていた)しており、継続的なホスピスケアを提供することができる。また、在宅ホスピスケアも行われており、ホスピスで勤務経験のある訪問看護ステーションの看護師 2 名が行っている。

淀川キリスト教病院では、まず朝 8:30 から 15 分ほど本館 1 階のチャペルで朝礼がある。朝礼では聖書の一説を読み、聖歌を歌い、短いお話がある。その後、緩和ケア病棟に上が

り、8:50 から 9:30 までカンファレンスルームで申し送りがある。申し送りには看護師だけではなく医師も出席して、その日のケア内容を話し合う。申し送りのあとはほぼ丸 1 日かけて回診をされていた。私が見学した日は、20 名の方が入院されており、最高齢は 87 歳、最年少は 45 歳の患者さんだった。回診が始まった直後に、早朝に亡くなられた患者さんが病室から運び出され、先生方は黙祷を捧げ見送られていた。私は病棟実習で患者さんの死を経験したことがなかったため、大変ショックを受けてしまった。

午後はスタッフによるデスカンファレンスが行われる。先の 1 週間に亡くなられた患者さんについてチームで振り返り、黙祷を捧げる。その後、ケアの内容に問題があった場合は話し合う。例えば、亡くなられた患者さんのセデーションの開始が早すぎたのではないかという問題について話し合われていた。家族とのコミュニケーションが取り辛く、希望が分かりにくい、また家族が実感に乏しく、看取りのプロセスの教育が必要だったのではないかと先生方は考えられていた。患者さんやご家族には「どうしたいのですか？」と聞くこと、すると確固とした考えを持たれている患者さんは喜びを感じるだろうし、そうでない人には苦痛な質問となるだろうと先生は言われていた。また、key person が患者の娘さんでよかったのかということも議論されていた。

また、回診の形式が私には大変新鮮だった。まず、カンファレンスルームで、スタッフ全員で討論し、患者さんのベッドサイドへ足を運んでお話をしたり、診察したり、治療について説明したり、ご家族に対して面接を行ったりした。これを全員に対して行うので、回診に時間が掛かるのも納得できた。患者さん 1 人のベッドサイドで費やす時間は大変長く、患者さんやご家族から時間をかけてじっくりと話を聞き、真剣に話し合い、またスタッフ相互でも話し合いを繰り返され、ケアのやり方をお互いに相談されていた。カンファレンスルームでの討論では、患者さんを理解するために、単に病状のみを取り上げるのではなく、患者さんの社会的背景や生活スタイルから見られる精神的問題、スタッフとのコミュニケーションのとり方まで言及されており、現実を正確に表現しようとされている印象を受けた。回診中に、看取りが間近な患者さんが入院された。柏木先生はじめスタッフ全員でご家族に面接する場面を見学させていただいた。「残り時間が少なくなっていること。心の準備が必要であること」について時間をかけて説明され、ご家族の考えを尋ねられていた。

柏木先生のコミュニケーション技法は大変勉強になった。ユーモアを多用した言語的コミュニケーションのみならず、姿勢・位置・声量・抑揚などの準言語・非言語コミュニケーションも、先生の著書では読んだことがあったが、実際に目にして大変参考になった。傾聴の姿勢はターミナルケアだけでなく、治癒を目指す医療でも必要なものだと思う。

淀川キリスト教病院は、スタッフの人数が多く、カンファレンスでスタッフ同士の討論が活発にされていた。主治医性だが、スタッフは皆で患者さん全員の病態を把握されてお

り、問題点を共有されていた。それは、ケアの均質化だけでなく人間の最期を共に過ごすという重圧から、スタッフを解放するのにも役立つと思う。

緩和ケアの抱える問題

以下に、少し一般論になってしまうが、現在緩和ケアが抱える問題についても書きたいと思う。

看護師の方々は緩和ケアにおいて中心的役割を担っている。「緩和ケア病棟の施設基準」の1つに看護師配置基準というものがあり、「当該病院において看護を行う看護師の数は、当該病院の入院患者の数が1.5又はその端数を増すごとに1以上であること」と決められている。患者1.5人に対し1人以上の看護師という基準は十分なケアが可能であると思っていた。しかし、夜勤の看護師は(たとえば原土井病院では20床に対し2～3人)少ないし、それに応じて、日勤の看護師も少なくなってしまう。現在の配置基準に対しては少ないという意見が多く、日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する151病院(10月1日現在)のうち回答を得た98病院中、配置基準を「妥当」と答えたのは、24病院だけで、74病院は「少なすぎる」と訴えたそう。夜勤の問題のほかに、ベッドサイドで患者の話を聞く時間の不足を言う病院もあったそう(朝日新聞より)。スタッフの数を増やすには、定額制(1日3万7800円+差額)が大きな壁になっていると思われる。

スタッフの専門的知識も施設により未だ差が大きいそう。専門的知識を持つ看護師がいない病院も多く、「がん専門看護師」がいるのは5病院、「ホスピスケア認定看護師」は36病院、「がん性疼痛看護認定看護師」は12病院。また、医師の専門分野にもばらつきがあり、施設によって重点を置くケア内容に差があるといわれている。また、疼痛コントロールや薬の投与方法、セデーションなどの方針にも患者によって個人差があり、必ずしも基準どおりには行かず医師の経験が要求される。しかし、全く経験のないまま緩和ケアを始める医師もいるそう。特に、疼痛のケアと精神的ケアについては、専門性を高める必要があるのではないだろうか。患者さんの精神的な不安定さ(死への恐怖、経済的不安、宗教上の問題など)は当然の過程であり、短絡的に精神科や心療内科的な加療が必要と判断したり、薬物に頼ったりするのは誤っているが、全く知識のない医師がケアするのも間違っていると思う。緩和ケアの分野には専門医や認定医の制度がなく、教育システムも整っていない。また、今後在宅のホスピスの発展に伴って疼痛コントロールを学んだ開業医との連携も必要になってくると思われる。

緩和ケアの質の評価というのはどのように行っていけばよいのだろうか。私も知識が不足しており、どのような点に注目して見ればよいのか分からない。careとcureの最大の違いは、絶対的な評価基準がないということではないだろうか。多くの患者さんは治癒することなく亡くなってしまうため、ケアの質が患者さん自身によって評価されにくく、結局家族や第三者による評価になってしまう。緩和ケアの主役は本当に患者なのだろうか。

さいごに

緩和ケアでは、「自宅で過ごす」、あるいは「自宅で家族に静かに看取られる」といった家庭環境への近さが理想とされていると思う。それは施設基準を見ても、明らかである。原土井病院の「緩和ケア病棟の理念・方針」の中に、「家族と同じようなケアの提供をおこなう（家族に優るケアはないが、より近いものを提供できるようにする）」とあり大変共感した。ベッドサイド実習でも、患者さんを家族だと思って親身になるようにと指導される。

但し、このようなホスピスでの死が一番理想的な死であるという考え方を押し付けることは行ってはならないと思う。ホスピスは個人差を重視すると言われてはいるが、多様な死の形態が認められるために、本当にホスピスの理念と患者さんの意思が合致するか、入院前に患者と医療スタッフの間でしっかりと話し合わなければならないと思う。

未だ、日本の緩和ケアは、欧米からの輸入品であるという感は拭い去れない。欧米のケアの様式をそのまま受け入れパターン化している部分もある。今後、日本国内でも需要の増加に伴い、従来からある緩和ケアと方針や質の異なるさまざまなタイプの緩和ケア病棟が生まれると思う。日本独自の緩和ケアを築いていく必要があると思う。

ターミナルケアは大変デリケートな問題であり、全くの素人学生である私は、見学だけではやりきれなかったことが多かったと反省している。この経験を導入として、学生のうちに何か役割を持って緩和ケアに参加したいと思っている。

この報告書に関して、感想、意見、お叱り等ありましたらお願い致します。最後に、この企画にご協力いただいた患者様、病院関係者各位に心から感謝いたします。

参考文献

病院で頂いた資料

原土井病院ホームページ：<http://www.haradoi-hospital.com/>

淀川キリスト教病院ホームページ：<http://www.ych.or.jp/>

日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ：<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>

朝日新聞 2005年(平成17年)12月18日 日曜日の記事

死を学ぶ 最期の日々を輝いて 柏木哲夫著 有斐閣

緩和ケアマニュアル ターミナルケアマニュアル 改定第4版 淀川キリスト教病院 ホスピス編 最新医学社

悔いのない終末期を送るために知っておきたいホスピスケア 川越厚監修 主婦と生活社
生と死を考えるセミナー第4集 日本のホスピスと終末期医療 A.デーケン、飯塚眞之編
春秋社

*数値等のデータは、一部を除き見学日当時のものを採用しております。

タイ班

活動目的

タイ、ロッブリーにあるパバナブ寺は 1992 年からエイズ発症者の受け入れを始め、現在では約 400 床の世界最大のエイズホスピスである。そこでボランティア活動を行い、その活動を通して、タイとともに日本のエイズ事情について考える。

活動日程

2005 年 8 月

班員

九州大学医学部 5 年

宮原麗子、平峯智、豊福千賀、小野宏彰

活動報告

私達は今回、タイのロッブリーという市のワット・パバナブが持つエイズホスピスでのボランティア活動を行った。タイにエイズホスピスがある、その背景は何だろうか。タイのエイズ事情はどういったものだろうか。それに対し、そもそも日本のエイズはどうなっているのか。今回の活動を通して、そのような疑問についても考えたので報告する。

I：日本のエイズ事情

1. 日本の状況

1985 年に日本第一例目のエイズ患者が報告されて以降、新規感染者・患者報告数は年々増加傾向にあり、2004 年 1 年間の新規 HIV 感染者数（780 件）と AIDS 患者数（385 件）の報告数の合計は 1165 件となり、初めて 1000 件を超えた。そして、感染者と患者の累計がついに 1 万人の万台を突破した。先進諸国と比べると数は低値だが、英国を除いて G7 諸国の中で唯一 HIV 感染者数が増加している。

感染経路別に見ると、異性間の性的接触によるものは 25%、それに対し、男性同性間の性的接触によるものはほぼ 60% を占めている。彼らの多くは 20、30 歳代の若い世代である。また、近年のクラミジア感染者数の増加、高校生における性交経験者数の増加、10 歳代における中絶者数の増加の報告から、性の低年齢化、開放化、無防備化が見られ、異性

間、同性間の性的接触ともに、特に若い世代において HIV 感染は広がりかねないと考えられる。

AIDS 発症者数は先進諸国では多剤併用療法の導入以後、大きく減少しているが、日本では例外的に増加傾向である。それは一体なぜだろうか。

一つには、欧米では感染が 90 年代初頭にピークに達したが、日本では現在も HIV 感染が拡大中であり、ピークが見えてこない、というものがある。

しかし、それ以上に重大なのが、日本では受検行動が低調であることである。HIV 抗体検査は保健所で無料だが、検査を受ける人の数は 1992 年は 13 万 5674 件だったのが、2004 年は 6 万 8774 件と半減した。2004 年も AIDS を発症するまで HIV に感染していることを知らなかった、“いきなり AIDS の患者”が全報告数の約 3 分の 1 を占めている。早期発見、早期治療、発症予防の機会を逃している患者が多くいるのだ。

日本での流行は 2010 年までに感染者が 5 万人程度と予想されているが、アジア地域では同年までに 1850 万人の新たな感染が生じると言われている。このままでは日本の感染は拡大し、予想を大きく上回る可能性があるといえる。

2. 日本政府のエイズ対策

1987 年に当時の厚生省の許可を受けて、国のエイズ対策を支援するために設立されたのが（財）エイズ予防財団である。国からの委託事業や補助事業を主に行っている。現在の日本のエイズ対策は、1999 年に作成された、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（以下エイズ予防指針という）」に基づき実施されている。

（財）エイズ予防財団はエイズに関する知識の普及啓発、相談、HIV 感染者やエイズ患者に対する支援、エイズ対策に従事する職員や医療関係者の養成・研修力、調査研究などのほか、日本エイズストップ基金の運営をおこなっている。中心になっているのは普及啓発事業だ。年間を通じてキャンペーンを展開しており、ポスター・パンフレット・ビデオ等の制作、空港でのビデオによる海外渡航者への啓発、映画館でのスポット CM、ホームページでの情報提供などが行われている。また、12 月 1 日の〈世界エイズデー〉に合わせて、さまざまなイベントを実施している。

II：タイと HIV/AIDS

タイでは 1984 年に初めて HIV の感染が報告されて以来、315,068 人の HIV 感染者およびエイズ患者が認められている（2003 年 12 月末現在・疾病対策局）。WHO/UNAIDS の推定によると、HIV 感染が明らかになっていない感染者を含む感染者全体数はこれまでに 100 万人以上であり、15 才から 49 才までのタイ人の 1.5 %が HIV に感染しているといわれる。政府の報告によると、1991 年には 143,000 人もの新規感染者が確認されたものの、

国をあげて精力的に HIV 感染予防に取り組んできたことから、2003 年には 21,000 人に減少している。この成功したタイの HIV/AIDS 対策とはこういったものだったのだろうか？

1. 感染爆発

タイで初めて確認された AIDS 患者は 1984 年、外国帰りの同性愛男性だった。感染流行を懸念した保健省は調査を数年間行うが、同性愛男性に少数の報告が見られた以外、静脈麻薬常用者や売春婦の中では陽性率は極めて低く推移した。そのため一般人も保健対策関係者も「HIV/AIDS は限られた集団の病気で、一般には広がらないだろう」という誤った認識を持ってしまった。

1987 年にバンコクの静脈麻薬常用者の陽性率は 1% 以下であったものが、翌年には 40% 近くまで急増した。まさに「感染爆発」が起こったのだ。しかしこの時点では売春婦の陽性率は 1% 以下であった。

1989 年には国家レベルでセンチネルサーベイランスが確立された。その結果、北タイのチェンマイの売春婦の HIV 抗体陽性率が 44% という結果であり、かつ調査された 14 の県のうち 13 県で陽性者が確認された。これにより、HIV 流行は麻薬常用者、売春婦を中心に急速に拡大し、全国的に広がっていることは間違いなかった。しかしこれらはまだ特殊なグループであった。

1990 年に実施された最初の行動調査で、「15～49 歳の男性の 22% (20～24 歳では 37%) が過去 1 年に買春し、常時コンドーム使用率は 38% である」という結果だった。一般男性が広く売春を利用していること、売春婦の高い感染率、低いコンドーム使用率から考えると、感染拡大は確実であった。

この頃までは国の対策は鈍く、保健省がポスターやパンフレットで知識と予防を呼びかける程度であった。人々も理解は大変乏しく、メディアもニュースとして取り上げるぐらいだった。観光や貿易に与える影響を懸念して、HIV 関連の情報は大きく取り上げられなかった。しかし、感染者の実名報告や入国制限などの強権的対策が取られていた。

2. タイ政府のエイズ対策

国として本格的にエイズ予防に取り組んだしたのは 1991 年にアナン暫定政権が発足してからである。まず「国家エイズ委員会」を設置し、エイズ対策を国家の最優先課題と位置付け、保健省だけの取組みでないことを明確にした。国家エイズ対策予算は 2 年間で約 10 倍に増やされて、マスコミ、学校、保健所、地域、職域を利用した徹底的なエイズ予防キャンペーンを繰り返した。テレビやラジオはエイズ予防広告を定期的に流すことを義務付けられ、メディアにはエイズ予防メッセージ、エイズニュース、エイズドラマなどが溢れた。

当時の徹底的なエイズキャンペーンでは、

- ① エイズ(HIV と AIDS は混同されてエイズと呼ばれていた)は治療がなく死に至る、恐ろしい病気であるとの恐怖をあおるようなメッセージで、「エイズ」が血塗られた牙や恐ろしい姿に描かれたり、感染者が殺人鬼にたとえられたりした、
- ② 売春や麻薬の問題を直接的に取り上げ、コンドーム使用や麻薬の回し打ちの中止を単刀直入かつ明快に呼びかけた、
- ③ ハイリスク、特に売春を対象として明解にしていたが、反面、売春婦は「感染源」として扱われ、売春婦や感染者に対する偏見、差別をエスカレートさせる結果をもたらした、

といった特徴があった。また、学校教育でも早くから HIV/AIDS あるいは性教育に取り組んだ。

タイのエイズ対策政策で有名なものが、「100%コンドーム運動」である。これは、一般に対するコンドーム促進キャンペーンと誤解されがちであるが、実際は「売買春におけるコンドーム使用」に焦点を絞ったものであった。保健局は、売春営業を容認する代わりにコンドーム使用を要求し、従わなければ警察を投入した営業停止をほのめかした。売春婦に対する定期的性病の検査・治療と HIV 検査、保健教育、コンドームの配布は無料で、しかし半強制的に行われた。

このように強烈な対策政策の影響で、HIV/AIDS に関する知識は飛躍的に普及した。この結果、1990-93 年にかけて男性の売春宿通いは半減し(22%→10%)、売春でのコンドーム使用は倍増した(36%→71%)。同時期に性感染症報告数は著減している。無作為に徴兵された 21 歳男性の HIV 感染率では、93 年に最大の 4%を示したが、94 年より減少している。

1995~96 年頃には上記感染率はかなり低下し 2%ほどとなったが、このころから既感染者の AIDS 発症・死亡が多くなった。そして、感染者に対する差別・偏見をどう克服するか、社会がどう受け入れていくか、ケアやサポート、といった新たな課題が顕在化してきた。95 年からは第二世代サーベイランスとして定期的な行動調査が導入され、学生、労働者などのリスク行動を調べ、対策に反映できるようにしている。1997 年に発表された新たなエイズ 5 年計画では、これまでの戦略から大きく方向転換し、トップダウンの“ハイリスクアプローチ”から、コミュニティの自覚、自主的取組みを重視した持続的対策、“ポピュレーションアプローチ”へと変わった。

北タイという一部の地域では、感染者がグループを形成し、地域社会と協調して HIV/AIDS 問題に取り組み、政府や NGO がサポートするという、いいパターンが生まれた。しかし、タイの他の地域、特にバンコクなどの都市部では、このようにうまくいっているわけではない。

エイズ患者のコミュニティの一つとして、今回活動したワット・パバナプのようなエイズホスピスを持つ寺が多く生まれた。エイズホスピスでの活動については後述する。

3. 今のタイのエイズ事情

2003年には、成人の推計 HIV 陽性率は過去最低レベルの約 1.5%まで低下した（国連エイズ合同計画、2004）。タイのエイズ対策は成功した。

しかし、タイにおける感染の流行が完全に終わったわけではまったくない。最も感染リスクの高い人々の感染レベルが一般よりはるかに高いのである。売春施設を拠点とする女性セックスワーカーの 10%強が 2003 年に HIV に感染しており、治療クリニックを利用している静脈麻薬常用者の 45%が HIV に感染していた。

タイにおける予防努力が減退しているか、あるいはその有効性や妥当性が弱まっていることを示す兆候もいくつかある。売春行為の際のコンドーム使用率が低下してきているのだ。4 都市における調査では、セックスワーカーがコンドームを使用する頻度は全回数の 51%に過ぎず、それもほとんどが外国人を相手にするときだけということであった。また、タイではマッサージパーラーなどの“間接的な”セックスサービス施設が、1998 年の 8000 軒から 2003 年には 1 万 2200 軒に大きく増加した。バンコクだけでも、3 万 4000 人の女性がそのような非売春施設的环境で 2003 年に売春を行っていた。100%コンドーム計画では、この形態のセックスワークを規制することは難しい。

タイにおける流行は、10 年前と比較しさらに多様化している。強烈なコンドームキャンペーンの結果、「コンドーム＝売春」のイメージができたため、夫婦間や恋人とのコンドーム使用が困難な状況になっている。セックスワーカーの男性客がその妻やガールフレンドに感染させ、その結果、年間新規 HIV 感染件数の半数がコンドームの使用傾向が非常に低い婚内あるいは決まった相手との関係の中で発生している（タイ HIV/AIDS ワーキンググループ予測、2001）。一般的に言って、より多くの若いタイ人、特に女性が婚前交渉を行っている。彼らの間でも、コンドームの使用が常に行われているわけではなく、性的に活動的な若い人々の中でコンドームを常用している人の割合はわずか 20～30%に過ぎない。

男性間のセックスも、一般的に見過ごされているタイにおける流行の一局面である。バンコクにおける最近の研究では、同性愛男性の中の 17%が HIV 陽性であり、彼らのほぼ 4 分の 1 が、調査前 6 ヶ月間に女性とも性交渉をもっていた。

また、静脈麻薬常用者も軽視されている。センチネルサーベイランスの結果から、HIV 陽性率は静脈麻薬常用者のグループ以外では低下し続けているが、静脈麻薬常用者に関しては漸増している。

治療面では、タイでは 2001 年 2 月に、政府による抗 HIV 薬（Anti-retroviral：以下 ARV

と示す) 無料提供プロジェクト' (Access to Care プロジェクト) が一部の地区から開始された。そして、2003 年からは全国の公立病院でもこのプロジェクトの下、条件を満たす HIV 感染者に ARV が提供され始めた。2003 年 7 月の公衆衛生省からの発表によると、2004 年末までには 5 万人の HIV 感染者に ARV の無料提供を実施する予定である。

タイにとっての現在の課題は、予防戦略を再び活発化し、流行の現在の変化に適応させることである。エイズ患者への差別、親をなくしたエイズ孤児の問題、治療など、タイのエイズを取り巻く問題もたくさんある。ボランティア体験を通して、そういった問題を感じる面は数多くあった。

III：エイズとパバナブ寺の現実

1. はじめに

ロッブリーの町の中心部からバスで 15 分ほど行き、更にバイク・タクシーで 10 分ほどとうもろこし畑やバナナ畑の横を走っていくと、小高い山のふもとに私たちの目指す寺が見えてきた。ワット・パバナブ (パバナブ寺)。死にかけているエイズ患者に手を差し伸べ、現在もお多くのエイズ患者が生活する寺。この寺の存在を知り、どのようなことがこの寺で行われているのか興味をもち、2005 年 8 月私達は訪れることにした。門に隔たれた先は、安らかな死を迎えるホスピスなのか隔絶された墓場なのか。わずか 4 日間ではあったが、ボランティア体験を通して今この寺が果たしている役割とタイのエイズ事情について考えてみた。

2. パバナブ寺について

パバナブ寺があるのは、タイの首都バンコクから北へ電車で 3 時間ほど行ったところにあるロッブリーという街だ。1700 年半ばごろには首都として栄えていたということで、現在でもその頃の歴史的な建造物が街中に残り、小さな街ではあったが観光客の姿を目にすることが多かった。また、ロッブリーはサル（クダマカリス）の街としても有名で、駅には巨大な金色のサル（クダマカリス）の置物があったり、街中にはサルによって占拠されてしまった寺があったり、サルに観光客が襲われたりと、すっかりサルが市民権を持っていた。



さて、パバナブ寺は、そんなロッブリーの中心部からバスとバイクタクシーに乗って行かなければならない少し不便なところに位置していた (上写真参照、山斜面上にある)。エ

イズ患者を収容しているということで有名であったし、誰もが認知し、支えているものと勝手に想像していた私は、そこに行く手段すら街の人が知らなかったと言うことに少し驚いた。

パバナブ寺の歴史は AIDS ホスピスの創設者であるアランコット師があるエイズ患者に出会ったことに始まる。1992 年のことであった。

アランコット師が出会ったエイズ患者は AIDS のため死にかけていた。それにも関わらず、彼を支えてくれる家族もいなければ、友達もいなかった。そして社会も彼を見放していた。患者はその後すぐに亡くなったが、彼との出会いをきっかけにエイズの現状を知り衝撃を受けた師は、行き場のない患者を寺で看病することにした。それが今回訪れたこのパバナブ寺・エイズホスピスの始まりである。

1992 年当時、タイは深刻化したエイズ問題と向き合わなければならなかった。1990 年代のタイの HIV 感染者の数は 100 万を超えていたとも言われている。それは、55 人に一人がエイズであるという現実。一時間に 9 人のタイ人がエイズによって亡くなっていたという現実であった。エイズに対して十分な知識が行き渡っていなかったこの頃、未知の感染症が、僧侶が出会ったエイズ患者のようなエイズ難民を多く生み出したことそして、差別を生み出したことは想像に難くない。パバナブ寺がエイズホスピスとなったのもそのころの現実から求められた結果だったのだろう。



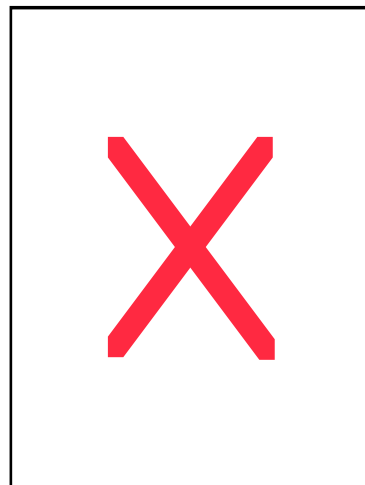
当初、8 床からスタートした病床数は、たった 6 年の間に 400 床にまで拡大した。そして、このような寺がタイ全国に点在するまでになった。パバナブ寺は現在では、多くの建物が立ち並びきれいに整備された施設となっている。ここには、中心に事務所と重症患者のための病棟があり、周辺には、症状の軽い患者用の病棟や、HIV 陽性ではあるけれど自立して生活できる人のための個人用の住居（左写真参照）、

他にはエイズの歴史、対策、患者数の推移などを示した図表が展示されている資料館、エイズ患者が死後ミイラとして保存されているミイラ展示室、火葬場、遺骨の安置所、売店、看護師のための住居などがあった。

ここの特徴は、エイズ患者や HIV 感染者が重症のエイズ患者の身の回りの世話をし、食事の用意、売店、清掃、農業などの仕事をおこなっているという点である。ボランティアで行っている人もいたが多くの人は一月 300－400 バーツの給料をもらっており、そのお金で売店で好きなものを買うことができた。ここは患者が自立した生活をできるように、

エイズ患者のためのエイズ患者による community を形成しようとしているのだ。自分たちでできることをし、できない人を助け、互いに協力し合えば、この小さな共同体はうまく機能する、という考えのもと行われている。

私たちが訪れた時（2005/8/17）の患者数は、男 49 人、女 38 人、僧侶（僧侶のエイズ患者は、他の患者とは区別されていた）18 人、子供 1 人の計 106 人。そのうち、私達がボランティア活動をした重症度の最も高い病床は全部で 29 床であった。各人の詳しい感染経路はわからなかったが最も多いのが性交渉、次いでドラッグであった。数年前は一日に 2～3 人死亡することも珍しくなかったそうだが、私たちが訪れた時に亡くなった人は 1 人もいなかったし、最近では薬が政府から安く手に入れられるということで、確実に死亡者数は減っているということだった。しかし、これまでの 13 年のうちにおよそ 1 万人がこの施設に入室しそのうち 7000 人が亡くなっているという暗い現実、写真やミイラ、火葬場の存在など施設の至る所に垣間見られた。また、遺骨の引き取り手がない 2000 人以上の遺骨は今もなお山のように積み重ねられている（右上写真参照）。差別から、行き場を失った人が集まっている寺だということを強く感じさせられた。



3. ボランティアとしてできること



寺に到着し、ボランティアの登録を事務所で終わると、私達は、ボランティアをする重症患者のいる病棟に案内された。病棟のドアを開けると、1つの大きなフロアに 33 のベッドが並んでいた。そこに寝ていたのはやせ細り、身体を動かすこともままならない人たちであった。私たちのほかに外国から来たボランティアが 8 人。そして病棟の看護師が 6 人。エイズ患者でボランティアをしている人が 1 人。このような構成で病棟内の業務は行われていた。

午前 9 時からボランティアは働きはじめる。患者さんは朝食を終えくつろいでいるところで、まずはオムツを替えたり、マッサージしたり、飲み物（甘いシロップ入りの水がみんな大好きだった。）を作ったりす

ることから始まった。11 時ごろから昼ごはんの時間になる。ほとんどの人は自分で食べられるが、介助が必要な人の食事を手伝う。患者さんの食事が終わると、ボランティアが1 時間ほどの休憩に入った。食事は施設側から支給された。食事内容は患者さんが食べたものと同じだった。独特なタイ料理。香草、辛いものが苦手な人には少々きつい食事かもしれないが、実際にこの寺で生活する人と同じ食事ができるということは意味ある体験だと感じた。

休憩が終わると 12 時過ぎからシャワーの時間になる。身体を洗い、髪を洗う手伝いをする。初めてのことであったので、身体を動かす手伝いをするだけでも大変な重労働だった。身体が全く動かせない人に対しては、濡れタオルで体を拭き、ベビーパウダーを体全体に塗り、服を着替える手伝いをした。患者さん自身から身振り手振りで教えてもらいながら要領を得ない手つきではあったが、なんとか身体を拭き、パウダーを身体全体にまんべんなく塗ることができた。その間、患者さん達は嫌な顔ひとつせず、笑顔で返してくれることに本当にほっとしたものだ。その後はマッサージをしたり、歩行訓練を手助けをしたり、足の曲げ伸ばしや手の曲げ伸ばしなどのエクササイズの補助をした。何か手伝うとみな笑顔で返してくれ、手を合わせてありがとうと言ってくれる。その暖かさが初めてのことにとまどう私たちにはどれほどありがたかったか。タイ語しか話せない人ばかりで、コミュニケーションをとることが難しかったが、身振り手振りでお互いに言いたいことをなんとか伝え合い、どうしても分からない時はタイ語を話せるボランティアの人に助けを求め、なんとか終えることができた。

4. エイズ予防と教育

エイズ問題を考える時、いかにしてその感染拡大を抑制するかということは常につきまとう大きな問題である。タイ政府はいろいろな対策を講じ、その成果はここ数年のタイの HIV 感染者数減少に現れていると評価されている。この寺でも、差別がなくなりエイズ患者が平和に暮らせるように、そして十分な知識が得られるようにと「教育」を大きな柱のひとつとしている。



私がこの寺に来て一番驚いたことは見学者の多さである。この寺には毎日バス 3～5 台分の見学者がやってくる。年齢層も様々、職業も様々。中学生の団体から医者の団体、観光客までもがこの施設に見学に来ていた。タイ全土から、近隣諸国からも寺の噂を聞きつけてやってくる。見学者たちは施設の職員に連れられて、病棟から展示室など施設内を案内され、実際のエイズ患者と触れ合うのだ（左写真参照）。

ここでの教育はエイズの怖さを実感させるということにあると思う。私たちがボランティアしていた重症患者の病室にはエイズで体力が落ち、がりがりの痩せ細った人たちがいた。見学者はこの患者さん達を見て、直接話をして、実際のエイズについての情報を得ていた。そして、エイズとはこういう病気なんだと病室であらためて実感する。さまざまな思いとともに、ただ本で読むより、話を聞くよりも遥かに大きな影響を心の中にもたらすだろう。「エイズは怖い」と恐怖を感じることで、それを回避しようとする原動力を生むものはないのかもしれない。

ただし、これは表裏の表の効果で、裏には差別を助長しないかという危惧はある。しかも、その患者さん達の気持ちを考えると、落ち着いた気分にはなれないと思う。話し好きな人は訪れる人といろいろ話しをすることを楽しんでいただようであるが、中には見学者が訪れると横を向いて寝て顔をあわせないようにする人もいた。ここは重症患者がきつそうに横になっている病棟だよ。そこまでしなくてもと・・・異国からきた人間は思わずにはいられなかった。

見学者の中にも、進んで話をする人もいれば、何も言わずただ横目でちらっと見て近づかないで通りすぎていく人もいた。彼らの目にはどのようにエイズ患者は映ったのだろうか。ここから差別が新たに生まれないことを願うばかりだった。

なぜこの寺に何千人という遺骨が引き取り手のないまま安置されているのか。なぜこの寺の門はいつも門扉が閉ざされ、門番が見張っていなければならないのか。この寺がエイズホスピスになったところには、遺骨を焼いた灰が近隣の畑に飛び散ることに不安を感じた住民が、その畑でできた作物が売れなくなり、作物を寺に持ってきたこともあったそうだった。この寺の存在を語る上で差別の問題はやはり切っても切り離せない。

教育とは、感染を予防する正確な知識を広めることも大事なことはあるが、それと同時に、どのようにしたらエイズ患者とともに生きていけるのかを伝えることも大事なことである。教育は、それがエイズ患者がこの寺でそしてこの寺以外で平和に、穏やかに暮らすために必要なことも教えていくべきだと強く感じた。

5. 最後に

「エイズホスピスで生活する人たちは幸せだと思う？」長い間、ここでボランティアをしていた人が私たちに問い掛けた。その問いが今も私の胸の中に残る。そこにはエイズで亡くなった人のミイラがあり、そこには大勢の見物人がやってくる。そこにはほとんど家族も友達も見舞いにこないし、そこに住むエイズ患者としかほとんど交流はもてない。政府からの薬の援助はあっても、やはり十分な医療もうけられない。寄付はあっても欲しいものがなんでも買えるわけではない。

それでも、誰かのためになると思えば、死んだ後ミイラになってもかまわないと言える人、見世物のように他人から好奇な目で見られてもそれが教育のためだと考えれば、笑っ

て相手をする人、自分もエイズ患者でありながらボランティアで他の人の世話をする人がそこにはいた。私の今までの価値観を当てはめてはいけない場所のような気がした。私は幸せの判断はできないけれど、そこで過ごした時間は暖かな空気とともにおだやかに流れ、笑顔と「ありがとう」という感謝の気持ちで満ちていた。

薬の進歩によって確かに「エイズ＝死」という病気ではなくなりつつあるが、薬を飲み続けられない人にとっては死がすぐそばにある現実には変わらない。物質的には不足しているだろう。十分な人の手もないし、そこで行われる医療も医療と呼べないほどのものだろう。しかし、そこで穏やかな時間が過ぎて、死を迎える心の準備ができるのであれば、そこはホスピスと呼べるのだと思う。

IV：タイから学べること

1. エイズ対策に関して

タイはエイズ対策で成功し、新規感染者数を大きく減らすことができた。

エイズ対策の成功要因として、予防対策に成功した国（タイを含む）で共通するのは、

- ① 国の指揮者レベルを含めた強力なリーダーシップ、
- ② HIV/AIDS に関する知識の国民的普及、
- ③ 性について率直に議論のできる環境、
- ④ 若者の性教育に対する国の積極的な取り組み、
- ⑤ 市民社会や宗教指導者までも含めた広範で活発な対策、
- ⑥ 差別や偏見を取り除く政策や法改正、
- ⑦ 効果的な対策の開発・実施とそのための十分な資金、

であるという。タイでのボランティア経験から上記⑥は成功しているか疑問だが、その他はタイでの成功要因であると実感している。日本のエイズ対策では①～⑤が大きく欠けているのではないかと個人的に感じている。

日本で一番エイズに関心が高かった時期は 1990 年代中ごろでないだろうか。その時期だけ盛り上がり、いつのまにか人々の関心は低くなっている気がする。それは、検査を受ける人の数の変化からもうかがえる。国のこの時期のエイズ予防対策が不十分だったのではないかと。「エイズは自分と全く関係のない病気」と感じている人々がほとんどだと思う。メディアキャンペーンにしても、年中 CM 等流しているのは見たことがない。もっと、人々に訴えかけるような、「エイズは誰でもかかりうる」ということをひとびとが実感できるメディアキャンペーンが必要であろう。人々の関心を再度高め、正しい知識を普及する必要がある。

また、性教育に関しては、まだまだ未熟な点が多い上に、国内で消極的な意見が強い。

③の、性について率直に議論のできる環境に、日本が全くなっていない、というのもこの問題を深くしていると思われる。家族の中で性教育を受けた人はほとんど稀なのではないか。親の世代の意識が低く、若い世代が今どういう状況にあるのかを正しく理解していないのではないか。子供の性教育の前に、親世代の知識・意識を改め、それから子供に積極的に教育できるようにする必要があると思う。

今、日本で感染者数が増加しているのは、男性同性愛者と若い世代である。それらの状況に沿った対策も必要である。

2. 差別に関して

タイでは強烈なキャンペーンのおかげで、感染者数は減ったが、「エイズは売春でかかる」、「感染したら死んでしまう」といったような間違った認識を人々に植え付けてしまった面もある。そのため差別は生まれ、ワット・パバナブのような閉鎖的なコミュニティが生まれもした。日本はハンセン病で同じような罪を一度犯している。もう2度と繰り返したくはないはずだ。

差別を防ぐために、人々に正しい知識を普及させる必要がある。日本でも、タイでも、「エイズは誰でもかかりうる、治療をきちんとすれば死なない病気である」という認識を広めなければならないと思う。

3. エイズホスピスに関して

タイは仏教徒が全人口の約95%を占める。そのためパバナブ寺のように、お寺でのホスピスが成功し、人が集まっている。しかし、無宗教の人が多くを占める日本では、寺院ホスピスは成り立ちそうにない。病院が受け皿になると考えられるが、現在では皆無ではないだろうか。末期のエイズ患者の行き場がなくならないように、施設や地域のコミュニティが必要であろう。タイでもこれらはまだまだ必要だ。

V：終わりに

今回の活動を通して、日本・タイともにエイズに関して、多くのことを知り、考えた。しかし何より、実際にパバナブ寺で体験し感じたことが、一番大きく自分たちの中に残っている。医学部5年での活動で、大学での病棟実習と大きく違う状況に行き、ほとんど医療設備のないところで体のお世話だけをするボランティアは歯がゆくもあったが、医療とは、看護・介護とは、ということを考える機会を改めて得たようで、大変貴重な体験だった。

最後に、ワットパバナブでのボランティアに興味がある人へ、紹介をして終わりたい。

タイのエイズの現状を目の当たりにし、さまざまなことを考えさせられる場所であった。寺にいる患者さんは、必死で良くなろうと前向きに頑張っている。少しでもそのお手伝い

をしたいと考える人にはおすすめしたい。

これから寺を訪れたい人たちのために・・・

○ 所在地

タイ北部のロッブリー。ロッブリーまではバンコクから電車やバスで行くことができる。

○ 交通アクセス

ロッブリー駅の近くから、バスがワットパバナブの門まで走っている。門からは門のそばにバイク・タクシー乗り場があるので、ワットパバナブまでとお願いしてみよう。

○ 宿泊施設

ボランティアのための宿泊場所が寺の中にもあるが、非常に汚いらしい。ロッブリーの街中には安いホテルが点在しているので街中に泊まり、寺へと通う生活をするほうがいい。街中にはおいしい屋台が並んでいるので食事にも困らない。

○ 用意するもの

エプロン、タイ語の本。マスクや手袋は用意されている。

事務所に行くと、パスポートを見せ、ボランティアの登録をする。わたしたちは前もって連絡なしに行って受け入れてもらえたが、ボランティアが十分にたりていると断られることもあるらしい。事前にメール等で連絡しておくほうがいいかもしれない。

ワット・パバナブ ホームページアドレス：<http://www.aidstemple.th.org/>

VI：参考文献

小松隆一、木原雅子、木原正博：わが国のエイズ対策の省察と今後の展望。

安田直史、宮本英樹：成功したタイのエイズ予防対策。

公衆衛生 Vol.67 No.12、2003 年 12 月

UNAIDS/WHO:AIDS epidemic update: December2005.

厚生労働省エイズ動向委員会：2004（平成16）年エイズ発生動向。

エイズ予防情報ネット（<http://api-net.jfap.or.jp>）

健康日本21（www.kenkounippon21.gr.jp）

インド班

活動目的

インドにあるマザーテレサの「死を待つ人の家」において、患者さんの身の回りの世話や治療の手伝いといったボランティア活動を体験する。

九州大学医学部細菌学吉田眞一教授指導の下、感染症の研究施設・病院を見学させていただく。さらに、腸チフスワクチン接種のフィールドワークの一部に参加する。

活動場所

死を待つ人の家、国立コレラ・腸管感染症研究所、
B.C.Roy Memorial Hospital for Children （全てインド・コルカタ）

班員

松木孝之（九州大学医学部4年）班長
船田大輔（同3年）
香月真理子（保健学科3年）

医療者としてのボランティア

保健学科3年 香月 真理子

カーリガートで医療を行うには...

カーリガートで医療行為を行うためには、ナースシスター（ナースの資格を持ったシスター）に資格を持っていることを伝えるだけで医療行為の許可が貰える。許可を得るために免許証など証拠となるものは必要ない。カーリガートで数人の看護師に会ったが、シスターに医療者であることを告げているのは3分の1程度だった。告げていない人々は自分の医療行為に自信が持てないことを理由に挙げていた。医療の知識のないシスターが医療行為を行っているのに知識のある人々が行ってくれないことに憤りを感じた。

カーリガートでの医療

ナースシスターからは特に医療について説明はなく、「ここにあるものは自由に使っているので、治療に必要なものを自分で選択し、治療を行ってあげてください」という言葉のみだった。医薬品の選択、治療行為の選択が難しく、自分では判断できなかったのも、私はボランティア3週目の日本人看護師と一緒に医療行為を行った。

医療は主に傷の消毒・包帯交換、注射・点滴、医師の介助であった。処置の参考にしよ

うとカルテを見たが、3、4ヶ月前から更新されていない上、患者を番号で表記しているの
で本人かどうか疑わしい状態だった。私はカルテを参考にせず、患者の言葉やジェスチ
ャーをシスターに訳してもらい、一緒に行った看護師のアドバイスを心得て処置をした。

私が注射を行っている時、シスターが注射の方法を教えてほしいとやってきた。シス
ターたちは医療の知識がないため、ボランティアの医療者から知識を得るしかない。医師と
一緒にシスターに臀部への注射の仕方を教えた。一人を教えると、また一人シスターが教
えてほしいとやってきた。医療者が常にカーリガートに来てくれば良いが、その保証は
ない。医療者がいない時でもシスターが正しく医療行為を行えるように、医療者がシス
ターに医療行為を教えられる環境が必要だと思った。

ある朝、左膝が腫れた女性が運ばれて来た。カーリガートに処置室やしきりカーテンは
なく、並んだベッドの一つで処置が始まった。カーリガートは医薬品・医療器具が十分に
なく、麻酔薬もない。アルコールや蒸留水も足りないのので、飲料水を代用しながら切開を
始めた。医師が切ったと同時に女性が叫び、暴れ始めた。周りの患者も動揺し始めた。叫
び始めた患者もいた。左膝の中から大量の膿が出てきて、腐った細胞が見えた。四肢を押
さえても女性の力が強く完全には動きを止めることができなかった。女性が動く中、処置
を続けたので、メスが患部以外を傷つけそうな場面が何度かあった。医師が膿と腐った細
胞を取り除き、患部は開放状態のままガーゼを詰め、包帯を巻いた。カーリガートには縫
合器具がないので、切開した傷や腐敗した指は処置後、開放状態のまま。切開などの処
置には適していない環境だが、彼らは病院に行けず、ここで治療を受けるしかない。私は
今まで日本の病院内しか見ていなかったのので、カーリガートと日本の医療環境の違いに衝
撃を受けた。

カーリガートの体験を通して私が伝えたいこと

カーリガートはボランティア施設であって医療機関ではない。医療者として責任を問わ
れることはなく、一人一人の意思で治療内容は変わり、患者の回復状態も変わる。医療者
としての責任を持つことは必要だが、責任から逃れようと自分に出来ることから目を背け
てほしくない。カーリガートは医薬品も医療器具も全て寄付により賄われているため、患
者に十分な治療を行うことは難しい。病院のような環境になることは永遠にないのもし
れない。このような環境で医療を行うことに抵抗感を持つ人もいるかもしれない。しかし、
一人の患者の苦しみが少しでも和らぐように、小さなことでも希望を持って取り組んでい
くことが大切だと思う。

私は、今回、カーリガートにあるもので、自分にできることを行おうと思って行った。
もし消毒液や医療器具を持って行っていたら、行えたことも違っていただろう。

カルテを更新してくれる医師や縫合器具を持参してくれる医師などが増えれば、死を待
つ人々も外の生活に戻っていくことができるようになるかもしれない。

医療に限らず、カーリガートに限らず、ボランティアをする人々には、自分にできること、自分の持つ能力が発揮できることには、自信を持って一歩踏み出し、多くの人々の助けになってもらいたい。



インド医療体験

医学科3年 船田 大輔

インド到着

空港に降り立ったのは深夜をまわったところだった。夜だというのに外は熱気がこもっていた。薄暗い空港のロビーで眠る。インドでの日々が始まることに気持ちが高ぶっていた。

翌朝、先発2名（松木・香月）が宿泊しているホテルへと向かう。タクシーの交渉を行う。初めての会話、少し興奮する。カルカッタの中心地へ近づくにつれ活気が満ちてくる。人が至る所に現れ、ついには車が人の間を縫うように走る。車を降りると、インドの匂いが体を包み込む。人の体臭、車の排気ガス、牛の臭い、それらが混じり合ってインドの匂いが形成される。当初は違和感のあった匂いも数日のうちに慣れていった。午後には山口大学4年の長谷さんと合流し、吉田先生の宿泊するホテルへ翌日の予定の打ち合わせに向かう。

翌朝、吉田先生の宿泊するオペロイホテルにて集合し、活動の開始となった。

JICA の活動

まず私たちが向かったのは NICODE (The National Institute of Cholera and Enteric Diseases) である。インドでは現在「第 10 次 5 年計画 (2002 年から 2007 年)」により保健医療サービスの強化、向上を行っている。その中でも下痢症疾患の蔓延が指摘され、その改善が急務となっている。インドにおける下痢症疾患の同定診断・管理の中核的役割を担うのが国立コレラ・腸管感染症研究所、通称 NICODE である。

この NICODE が行う「下痢症対策プロジェクト」に JICA が関わっているという。そこで NICODE の中にある JICA のオフィスを訪れ、JICA 職員の能代さんにインドで JICA が行っている活動について簡単に教えて頂くことになった。

途上国の例に漏れずインドでは感染症が多い。そして感染症にかかるのはインドでは 5 歳未満の乳幼児死亡率は 1000 人あたり 67 人を占める。年間にして 5 歳未満の乳幼児は急性下痢疾患により 1000 万人以上が死亡している。

このような現状に対し NICODE は JICA の協力の下で「インド下痢症対策プロジェクト」を行っている。その中で効果的な治療方法の開発、ワクチン開発、サーベイランスネットワークの強化を謳っている。この計画における JICA の活動協力の主な内容は技術協力が中心であり、腸管病原体の遺伝子解析、下痢症の診断用血清、菌株の適切な保存と管理を行うための環境整備、病原体の疫学的監視体制の整備、疫学調査フィールドの選定が行われている。

まずは NICODE と併設されている病院である NICODE Hospital を訪れることになった。

NICODE Hospital

NICODE Hospital は NICODE の近くにあり、感染症を主に扱う病院である。

案内役のサラさんに先導され病院内に入る。病院内は日中にもかかわらず暗い。カルカッタでは停電が日常茶飯時だからだろうか、電灯はあるものの点けられていない。

まずはコレラ病棟を訪れる。コレラ病棟では乳幼児の感染者が多かったためか、ほとんどのベッドに乳児とその母親がいた。母親に付き添われた子どもたちが手足を縛られて寝ている。子どもたちの手足が縛られているのは点滴をはずさないようにとの配慮のためである。病院に勤めている医師の説明にも母親が手を握っていた。

ジフテリア病棟は女性病棟をまわる。患者の年齢は 10 歳ぐらいから、40 歳ぐらいまでと様々であった。10 歳ぐらいの女の子の咽頭をみる。確かに発赤が見られた。彼女は経過も良く、症状も安定しているようだった。以前は心筋炎も合併していたようで、心電図もあわせて医師が懸命に説明を行い、私たちはそれに聞き入った。

破傷風病棟を訪れると、3 人の看護師が談笑しているところであった。私たちに同行していた医師の姿を見るなり、皆立ち上がってなにやら仕事を始めたのが微笑ましかった。

破傷風病棟では3人の子どもたちが入院していた。1人は乳児であり、母子感染によって破傷風菌に感染したとの説明だった。別の男児は私たちを、ベッドの上で立ち上がり、興味深そうな支線に向けた。元気そうで良かったと思い、こちらが笑いかけると、同じように笑いかけるが、その笑いがいつまでたっても残っている。いわゆる「瘻笑」であった。目が笑ってはいないことを示すが、顔面筋の緊張が続くため口元には笑いが残っている状態だ。最後の男児はもっとも重篤な様子であった。意識があるのかどうか判らない状態であった。少しの光に反応し体を弓なりに反らす。本来なら呼吸管理、血圧管理も必要な状態なのだろうが、設備が整っていない状況もあるのだろう、人の手による管理に任せているようだった。

破傷風病棟の最も奥には「RABIES（狂犬病）」と書かれた檻があった。その向こう側では1人の患者が寝ていた。その患者が突然うめき声を上げる。医師の言葉では意識はないそうだ。狂犬病は発症してしまうと治療法は無く、ただ死を待つだけである。したがってこのような扱いになっているとのことだった。「意識がない」という案内の医師の言葉にもかかわらず、患者は声を上げ、身をよじる。

たまたま HIV の相談に来ている女性がいたため、HIV 病棟は軽く通り過ぎる。HIV 病棟を過ぎた所にラボがある。ラボでは機材の豊富さが目を引いた。入り口越しに私たちの訪問に手を振る職員たちの姿があった。彼らの写真を撮り、私たちも手を振った。

案内してくれた医師にお礼を言い私たちは外へと向かう。建物から外へ出るときは蛇腹式の鉄製扉が開けられる。扉の向こう側で押し寄せるように十数人の人々が一塊に集まっていた。彼らは診察待ちの人々らしい。扉が開けられると彼らが脇によける。私たちは彼らの脇をすり抜け、外へと出た。暗い室内に慣れた目に太陽の日差しの刺激は強い。

NICED Hospital のまとめ

ここで NICED Hospital の医療状況において簡単にまとめておきたい。

- ・病棟は感染症ごとに分かれており、二次感染を防ぐという意味では疾病管理がしっかりとなされていると言える。
- ・それぞれの病気に対しておおむね適切な治療が行えている。全ての患者に対してワクチン、輸液などの不足は見られなかった。
- ・研究施設、人員が充実している。
- ・疾患の関係もあるが、ベッド数に余裕の差がある。コレラ病棟ではほぼ満床であったが、他の病棟ではベッド数に余裕があった。病院の作りもしくは病棟の割り当てがうまくいっていないとも言えた。
- ・病院自体は老朽化していたが運営自体には問題がない。しかし、ベッドのシーツなど細かい部分で見るとかなり汚れている印象があった。国全体にほこりが多いことに加え、

停電が多いためか冷房はなく、窓を開け放し、空気をかき回す扇風機が代わりに動くという環境面の原因もあるだろう。

- ・ 敷地内には診療を待つ人々が多くいた。遠方からやってきても病院の敷地内で何日か寝泊まりする必要があるという説明から、診察は相当混雑していると考えられる。

追記：現有の NICED は、狭小な施設、機材の老朽化、衛生施設の不備により、JICA の提供する下痢症原因菌を特定するための技術の導入ができない状態にある。このような状況に鑑み我が国政府は、インド政府に対し「下痢症研究およびコントロールセンター建設計画」の実施に資することを目的として 21 億 3400 万円を限度とする額の無償資金協力を行うこととなった（平成 16 年 6 月 25 日）。現在、NICED の新研究棟の建設が進められている。

B.C. Roy Memorial Hospital for Children

次は B.C. Roy Memorial Hospital for Children を訪れる。B.C. Roy Memorial Hospital for Children は州立病院である。インドではこうした公立病院はほぼ無料で治療を受けられる。そのため病院の敷地内にはすでに多くの人々がいた。かれらは患者の家族であり、ここで生活しているようだ。敷地にいた多くの人々から予想される通り、病院内は混雑していて、私たちは人の間を縫うようにして進まなければならなかった。入院病棟もまた混雑している。子どもたちが入院しているのだが、彼らのそばには必ず母親がついているためだ。そのため一層混雑している印象を受けるのであろう。ベッドは一室に 20 床くらいあり、看護師は 1 人か 2 人、彼女たちは主に医師と一緒に歩く。子どもたちの世話は母親たちがすることになるようだ。

共通点は子ども、外傷はないというだけである。腹水のたまった子どもは静脈が怒張し、肝臓が圧迫され黄疸が見られた。サラセミアになった子どもでは脾臓が腫大し、触知できるほどであった。他にも医師の説明によれば、てんかん症状を示すことで入院している子どももいた。検査もままならない状況であり、外科手術の必要な子どももいた。とにかく病室に詰め込んだという印象が強い。母親の方は食事をしたり、別の母親と話をしていたりする光景があった。母親は自分の食事を取ると同時に子どもにも食事を与えていた。食事は手ですくってなされる。

帰り際、窓から中庭の様子が見えた。人と同じくらいの大きさの布が中庭を占拠せんばかりに広がる。赤や黄色、オレンジの色鮮やかな光景にしばし見とれる。一面の極彩色の光景は母親たち、子どもたちの衣服が干されていたのだと気づく。1 人のインド人女性が自分とその子どもの服らしき布を干そうとしていた。

B.C. Roy Memorial Hospital for Children のまとめ

NICED Hospital と比べるとどうしても印象が悪い。同様の疾患を扱っているもののその対応には差が見られた。

- ・ 疾患ごとの管理が行われていない。
- ・ 人手不足、資材の不足が見られた。
- ・ 敷地内、受付、病棟いずれも混雑をしている。病棟では乳児、小児に関係なく子どもと母親が一緒に入院している、病棟には入れるだけのベッドを入れているため部屋の大きさに比べ混雑しているという印象が強い。
- ・ 衛生管理が徹底されていない。子どもと母親が同時に食事をすることは感染拡大の危険性があると感じた。

私立病院

案内役のサラさんが言う。「このような病院ばかりがインドの病院でないことを見てほしい」。そして連れてきてもらったのが Apollo Hospital であった。カルカッタで日本人が診察を受ける、入院するにあたって推薦する病院として旅行本にも掲載されている。

中に入って驚かされたのが受付のゆとりのある様子だった。今まで見た、人々が受付の前に並ぶ光景はなく、順番が来るまで椅子に座っている。身なりの良いインド人ばかりで、女性の着た綺麗なサリーが目を引きいた。大理石の床は磨き上げられ、照明は白熱電球の柔らかい光が使われている。現在勤務している医師は壁の一角に示され、診療科の下に名前が入った金色のプレートが並ぶ。全てが豪華な作りであった。「格差」という言葉が頭に浮かぶ。私立病院と言うこともあり、内部までは見学することはできなかったが医療の水準が高いことはうかがえた。

町中を走る救急車を見る。その車体には Apollo の字が見える。カルカッタで救急車を見たが全てが Apollo Hospital によるものだった。医療水準は高い。しかし私立であるために、一部の富裕層、外国人に利用が限られ、インドに住むほとんどの人々が利用できないというのが現状のようだ。

フィールドワーク

インド下痢症対策プロジェクトの中にサーベイランスネットワークの強化がある。地域ごとにサーベイランスを行っているらしく、その現場を訪れた。私たちがやってきたのは小さな住宅がひしめき合う一角にある一階建ての建物だった。内部は2部屋、総面積は20平方メートル、机、冷蔵庫、椅子があるばかりの簡素な作りだ。ここでは2名の医師が交代制で勤務し、チフス、コレラの疑いがある人を中心に記録を取っているらしい。記録の内容は患者の簡単な個人情報から、臨床症状、治療で使った抗生剤、患者から得られた

検体などを記録するようになっている。死亡した人の家族にむけての質問票もある。識字率が低いと、口頭により質問は行われ、58項目からなる質問に答えるようになっている。

冷蔵庫には多くの血液が通し番号とあわせて保存され、これらはNICEDに送られた後、分析される。

ついでにこの地域に住む人々の家も訪れた。街の汚さからある程度の汚さを予想していたのだが、家の中は狭いものの、整理整頓が行われ、清潔であった。彼らは突然の私たちの訪問に驚きながらも快く部屋の中を見せてくれた。

総じて

インドの医療において、公立病院と私立病院の間には大きな差がある。これは予想した通りだった。しかしながら公立病院間でも取り組みに差が見られるのが今回の訪問で分かった。国立病院が日本並みの医療が提供できるようになるには、人材の確保、混雑の緩和、衛生環境の改善が最も必要である。しかし、今回見たような日本の協力によって病院の機能が向上しても、人口増加、経済、生活習慣、宗教、交通問題が障害となり、患者の数自体が減ることにはないように思える。障害となるこれらの問題はインドの生活と深く結びつき、インド特有の問題となっているからだ。日本の技術提供、資金援助で、設備を整えると同時に、インドの文化に即した諸問題の解決策をインドが独自で求めるしかない。

一言

感染症対策を行うインドでは実際にはどのくらいの子どもたちが感染症でなくなっているのか分からないというのが本音だ。インドにおける出生登録は国全体で35%である。前半で述べた数字にはかなりの推測に基づくことがわかる。都市部において54%、農村部では29%しか出生登録が行われていない。

インドでは「存在しない子供たち」がほとんどなのである。

そして感染症にかかり、死んでいくのはやはりそのような子どもたちが多い。

栄養不良が感染症に対する抵抗力を奪う。インドでは物乞いの子どもたちが外国から来た観光客に群がる。お金がなければ、食べ物を得られない都市部では物乞いを行う子供たちは特に多い。彼らは「チャパティ、チャパティ」といってはお金をねだる。途上国において、栄養不良が改善されれば感染症で亡くなる子供の数は減ると言われている。

今回見た感染症対策の効果を一層高めるには一刻も早い出生登録システムの整備、より詳細な死亡原因の調査が必要だと言える。インド全体がインド自身のことを知ることによって混沌から抜け出したインドの将来が見えるかもしれない。

※出生登録率—調査の時点で出生登録されていた5歳未満児の子供の比率。この指標は調

査者によって出生証明書が確認された子供や、母親や世話人の証言によって出生登録が確認されている子供を含む。

最後に

今回インドの病院並びに研究所の見学、インドの街を楽しむにあたって、九州大学細菌学教授の吉田眞一先生には大変お世話になった。そのほかにも JICA の能代駐在員、案内してくれたサウさん、各施設の職員の方々にはお忙しい中にもかかわらず、ご厚意により詳しい説明をして頂いた。この場を借りてあらためてお礼を申し上げたい。

また、文章中、説明についての誤りがあった場合、すべての責任は私にあり、今回お世話になった方々、資料中には責任のないことを記す。

参考資料

ODA ホームページ

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/index/odaproject/index_asia.html

世界子供白書 2006

http://www.unicef.or.jp/library/library_wdb.html

地球の歩き方 ガイドブック インド 2004~2005 年版 ダイアモンド社 地球の歩き方編集室



マダガスカル班

活動目的

マダガスカルに数多くある薬草研究機関のうちの一つ、国立環境研究センターの見学及び地方でのフィールドワークを通して、伝統文化に根ざした薬草を用いる医療の実践と普及を見る。

活動場所及び期間

2005 年 8 月 8 日～14 日

マダガスカル

国立環境研究センター（アンタナナリボ）
薬草園（ムラマンガ、タウランニャロ）

班員

吉川 智子（九州大学医学部 3 年）班長
溝曾路 あき（九州大学医学部 1 年）



1. 熱研新天地、マダガスカルへ

バンコクから Air Madagascar の直行便で約 9 時間、朝の 6 時きっかりに着陸。飛行機を出た瞬間、冷えきった空気に眠気を吹き飛ばされて、ここが南半球だということに改めて気づく。ここ、マダガスカルの首都アンタナナリボ Antananarivo の Tananarive というのは「高原の町」という意味で、その名の通り標高 1200m の高地に位置し、年間平均気温は 20℃と非常に過ごしやすい。

今年はどこで活動しようと思い、世界地図を眺めていた時にふと目に留まった島がマダガスカルだった。いったいどういう所なのだろう。童謡から思い浮かべるアイアイや、かの有名な「星の王子様」で出てくるバオバブの木等のイメージが先行してしまい、どうしてもジャングルしか連想できなかった。インターネットでちょっと検索してみると、興味深い文章が目にとまった。



6500 万年前の新生代に、マダガスカル島はゴンドワナ大陸から分離し、外界との接触を断たれた。隔絶された島内で動植物は独自の進化を遂げ、なんとそれらの 70~80%が固有種である。その中には薬効を持つものも多数含まれており、種類の豊富さから「天然の薬局」と言われるほどだ。そして昔からファナフディ fanafody と言われる薬草医療が行われている。



この事実を知り、自国の財産である薬草をどう利用しているのだろう、実際に行ってみてみたい、と思って大使館宛にメールを出したのがちょうど 2 ヶ月前。本当に来てしまったのだなという実感が歩を進めるたびにじわじわと湧いてきて、入国審査へ向かう足は自然と速まった。

国際空港とはいえどもだいぶ小さく、イミグレもこじんまりした感じだった。ゲートを入ってすぐ右の STAMP for VISA で 16\$を払い、無事心配だったビザも取得できた。デスクに進み、初めて「マナオーナ（こんにちは）」という挨拶を使う。どうやらおじさん、これがお気に召した様子。日本人、しかも学生の女二人旅というのかなり珍しいようで、サービス満点、出口まで連れて行ってくれた。

やはりここでも客引きは多く、数多くいるタクシーの運転手の中から一人を選び出すだけで気疲れしてしまった。町までは 40 分くらい。舗装された道路の脇を牛に引かれた台車が通る。一人当たり年間米消費量世界一ということもあり、まるで日本のような水田がよく見受けられた。川の土手には、スラム街に住む river people と呼ばれる人たちの洗濯物が一面に干されていた。また、中華系の人々も進出しているようで、漢字で書かれた看板が何件かの店先に掲げてあった。



車の量は多い。それも日本車が多い。TOYOTA、MITSUBISHI、何度目にしたことだろう。坂が多く、ちょっと外れた所に行くとかぼこ道になっているせいか、Land Cruiser、SURF 等の四駆車が主だった。交通マナーの悪さには閉口してしまった。歩行者、自転車、車の全てが、自分が優先されるべきなのだと思いますこんでいるらしかった。信号や標識などもなかった。あっても誰も守ろうとしないから撤去されたとのことであつた。制限速度な

ども恐らく無いのであろう。滞在中一度も事故に遭遇しなかったのがとても不思議である。

町の中心にある大きなアヌシ湖の横を通り、ヨーロッパを思わせる石畳の大きな坂を登りきったところがホテルだった。ここで、今回お世話になる今橋正令医務官（以下、先生）に連絡を入れた。ちょうど到着した日が土曜日で、先生の買い物デーだったので、車で日用品の買い出しに連れて行っていただいた。

たどり着いた所は、郊外の大きなショッピングモール。広い駐車場を有し、食料品はもちろんのこと、衣服、本、電化製品、CD等、何でもそろっている。あまりのきれいさに驚きつつうろろうしていたら、最初にメールを取り次いで下さった井上貴嗣領事を初めとする大使館の方々数名とお会した。井上領事と一緒に先生のご自宅でお昼をごちそうになり、その後18世紀に建てられた女王宮



がある小高い丘の上へ足を伸ばした。ここは標高1465mとタナで最も高い所にあり、赤茶色、白を基調とした家が所狭しと並ぶ町並みを一望できた。遙か遠くには山々が連なり、タナが盆地であることが分かる。そのため車の排気ガスが溜まり、世界で2番目に空気が汚い都市と言われているそうだ。

市街地をちょっと離れると、道路に穴が開いても修理せず、ゴミが散らかっている所もあったが、日本の援助によって再整備された独立大通りは、20年経った今でも壊れずに町の中心を貫き、その通り沿いにはヨーロッパ風の建物が整然と並び、非常に綺麗だった。1960年までの64年間フランスの植民地となっていたせいか、料理も美味しい。アフリカ本土から来られる外交官の方々は、食事の美味しさに、そして治安の良さに感動されるそうだ。

こんな都会だとは思っていなかった。一人当たりGDP276\$/人（日本の0.007倍）、1日の収入が1\$以下の国民49.1%、貧困ライン下の国民71.3%というデータを想像しがたかった。首都だからということもあるのだろうが、とにかく何もかもが既成概念と違っており、新鮮で終始興奮せざるを得なかった。

2. マダガスカル風土病

マダガスカルにおける疾患の主たるものは、やはり感染症である。

最も多いのはマラリアだ。それも重症化しやすい熱帯熱マラリアが80~90%を占める。

最近では比較的気温の低い中央高地でも増えてきているという。マダガスカルは世界でも珍しく、まだクロロキンに耐性のあるマラリアが少ないので、それを予防薬で使っているそう。私たちも先生からクロロキンをいただき、予防として服用していた。

次に、囊虫・条虫症が多い。毎年国民の 10%がかかっている。たいていの人は症状が出るまで治療をしないので、全年齢層に渡って患者がいる。イチゴの種の裏に潜んでいるらしく、生のイチゴは食べないようにと注意を受けた。寄生虫はまだまだ多いようで、特に不注意な行動をとらなくても、大使館員の 30%に健康診断で鞭虫、回虫、アメーバ等が検出されるそう。

また、ペスト患者は年間 1300 人ほどで、マダガスカルとモザンビークで世界の 90%を占める。その他、A 型肝炎、狂犬病、HIV（国民の 1%）などがあり、コレラは 2001 年以降新規患者はいないそう。

たいていのものは土壌や水が汚いことが原因であり、衛生状態はまだまだ改善の余地があるようだ。

3. 薬草に対する取り組み

①都市部にて

<研究機関での取り組み ―薬用食物の発見と分析>

マダガスカルにはたくさんの薬草研究機関があり、今回は事前に先生が紹介して下さいだった、国立環境研究センター Centre National de Recherche sur l'Environnement (CNRE) を訪問した。ここの所長 Mme. MANANJARASOA Emilienne（以下、マダム）は、1994～1998 年に広島大学に留学されていたので、日本語でも色々と説明して下さい。



Mme.Emilienne

マダムによると、このセンターは 1988 年に設立され、1990 年より香料用・薬用植物から essential oil を抽出し、成分分析等の研究を始めたそう。留学後 2002 年からマダムは新しいプロジェクトを開始した。海洋植物の生態系 Ecosystèmes Aquatiques et Côtiers、陸上植



物の生態系 Ecosystèmes Terrestres、環境と社会科学 Environnement et Sciences Sociales、環境と生命 Environnement et Qualité de la Vie の4部門に分かれ、微生物学、植物学、化学の各方面から研究を重ねている。そしてここ数年、bioalimentary plant（病気にも効くし、健康維持にも効果的な植物）の発見と成分分析に力を入れているようだ。

マダムはこれらの植物を手に入れるため、国内のいくつかの地域でフィールドワークを行っており、その際には薬草に詳しい地元の人物にも同行してもらう。マダム自ら仲介・ガイドを買って出て下さったお陰で、薬草園を訪れ、その人物の話を聞くことができた。

②地方にて

<Moramanga の薬草園 —タンガラメとの出会い>

「天然の薬局」と呼ばれるマダガスカルには、薬草を用いて病気の治療を行う「トラディ・プラティシヤン（英語で言うと、traditional healer、マダガスカル語でタンガラメ Tangalame）」が存在する。今回、タナから車で3~4時間のムラマンガ Moramanga に住む Dimanche 氏に会い、植物の採集等に同行した。



Dimanche 氏は、マダムと協力して薬草を利用した感染症対策をしている。主に力を入れているのは、下痢、STD、皮膚病、呼吸器疾患の4つであり、前述した bioalimentary plants にも最近は幅を広げているようだ。いくつか薬草の例を挙げてみる。



Dimanche 氏

1. VAKOKA

皮と葉を煎じてうがい→歯痛に効く

飲む→食欲が出る

2. GOAVY（グアバ）

葉のエキスを飲む→下痢に効く（即効性あり）

果実を食べる → ” （1時間以内に効く）

3. BAKO BAKO

葉をすりつぶし、皮膚の潰瘍の上に置く→穴がふさがる

4. RAVINALA (旅人の木)

葉と茎を煎じて飲む→黄熱病に効く

5. ウツボカズラ

根を煎じて飲む→咳止め

中の液体 →おなかの薬



これはほんの一例であり、Dimanche 氏は膨大な種類の薬草を使いこなすことができる
そうである。

なぜ、彼のような「タンガラメ」が存在するのであろうか。マダガスカルには医療機関
が少なく、さらにそれらがあるのはたいてい町の中であるので、地方に住む人々は病気にな
ってもすぐに医療行為を受けられない。町へ行こうとすれば大変な時間とお金が掛かる
のだ。そのため、「タンガラメ」が必要なのである。よほどの急患は別として、応急処置を
施すことで町へ行くまでの時間稼ぎをすることが出来るし、軽い病気であれば町まで行か
ずとも治療することが出来る。

マダムによると、「彼の薬草に関する知識は親から受け継いだもの。そして、彼は自分の
豊富な知識で人のけがや病気を治すから人々の尊敬を集めている。でもそれだけではなく、
彼はこの村の村長も務めていて、トラブルがあったら出向いたりするの。それも尊敬され
ている理由よ。Parent のようなものなの」とのことだった。

<Ifotake の森 —発展を望む村>

ムラマンガに引き続きもう一カ所、マダガスカル最南端にあるタウランニャロ
Taolagnaro を訪ねた。タナから飛行機で1時間半、島の沿岸部に位置するこの都市は、タ
ナやムラマンガと違って夏のように暑かった。

ここには、Société d'Exploitation Agricole de Ranopiso
(S.E.A.R.)という、香料用植物の製品の輸出に取り組んでいる
会社がある。作業現場では、大量の葉をドラム缶のようなも
のに入れて蒸して出てくる気体を蒸留し、オイルを抽出して
いた。しかし、数百 kg の葉を使っても、取り出せるオイルは
500ml のペットボトルにも満たないくらいだった。製品はフ
ランスにある S.E.A.R.の本社に輸出されている。



そして、S.E.A.R.は私有地の中で植物を栽培している。同じ植物でも、原産地から移されたり標高が変わったりすると効能物質が出るかどうか分からないため、300 km²というやや小さめの農園で試験的にそれらの植物を育てているのだそうだ。

また、市街地から車で3~4時間の所にあるイフタカ Ifotake という村には、薬草が多数自生しており、マダムはそれらをタナに持ち帰って研究している。ここにも Dimanche 氏のようなタンガラメがいて、薬草の生える広い土地を案内して下さった。ちょっと歩き回る間にいくつかの説明を受け、ここは本当に薬草があふれているのだなと実感した。



村長のダミー・アンドレ氏は、「ここには電話もないので、情報がなかなか入ってこない。もっとタナと collaborate して情報交換をし、ここを発展させたい」と熱心に話していた。先生によると、大使館は今小学校の建設に集中しているので、JICA が協力してくれるだろうとのことだった。この村の「薬草という財産を発展に活かしたい」という思いがこれからもっと中央に伝わっていくことを願った。

4. タンガラメという存在から学ぶ点

薬草を用いた治療は、病院で行われる医療行為に比べると効果に疑問がある（実際に薬草にどの程度の効き目があるのかを見ていないため）。それにもかかわらず、村人が多数彼を頼ってやってくる。それは、単に病院が遠いからという理由だけなのだろうか？いや、そうではない。村人が彼を信頼し、慕っているからという点が大きいのではないか。日本では、ここまで患者から信頼されている医師は本当に少ないと思う。とにかく大きな病院に行けば高度な医療行為が受けられるだろう、近くにある小さな診療所では設備が整っていないからだめだ、などと考えている人が多いのではないだろうか。

それに、彼のように全身のけがや病気を診ることの出来る医師も日本には少ないようだ。逆に「肝臓の病気に関しては一流だが、他の臓器に関してはさっぱり」というような医師は増加傾向にあるらしい。大病院であれば多数の診療科があるため、このような医師ばかりでも支障はないかもしれないが、地域の小病院のようにスタッフの少ない所では、このような医師ばかりでは患者に適切な処置をすることは出来ないであろう。タンガラメは村

人のあらゆる病を癒す。それゆえ人々は「どんなときでも彼の所に行けば何とかしてくれるはずだ」と信じて彼の所へ向かうのではないかと私は思う。私は今まで、自分は将来どんな医師になりたいのかにばかり心をめぐらせていたが、患者が本当に受けたい医療行為とはどのようなものか、それを考えさせられた。

5. 薬草医療のこれから ―マダガスカル発展と併せて

さて、今まで薬草と繰り返してきたが、日本人である私たちにはあまりピンと来ないかもしれない。日本での薬草は、「薬」というよりも、自身の健康を維持するために利用する「民間薬」としての認識が強いように思う。食欲不振にはセンプリが効く、お酒を飲む前にはウコンを飲んで肝臓を気遣うと酔いにくい等、おばあちゃんの知恵袋・健康食品的なイメージがある。

しかし、マダガスカル原産の植物の中で、有効性が確認され、本格的に医療現場で活躍しているものがある。日本でもよく見かけるニチニチソウがその一つだ。ニチニチソウに含まれるビンカアルカロイドは、微小管形成阻害系の抗腫瘍薬の原料として現在広く利用されている。例えば、ビンブラスチンは泌尿器系の癌に対する M-VAC 療法に、ピンクリスチン（オンコビン）は急性白血病に対して使われている。



このような植物が、もしかしたらマダガスカルにもっと眠っているかもしれない。科学技術に頼らなければ、それらの未知の効能を経験的に調べるしかないが、もし大都市の研究機関との共同作業が実現したら化学的に成分分析ができ、より効率よく新薬の発見も進むだろう。このことによってその土地が注目を浴びれば、インフラ面も改善されていき、人々の交通・それに伴う情報の行き来も増すに違いない。

しかし、都市部と離れているからこそすれていない部分もある。今回訪れた地では、来客が珍しいのか、私たちが帰る際に村中の子どもたちが集まって見送ってくれる姿には、非常に温かいものを感じた。環境が変わっても、このようなところは失ってほしくないと思った。

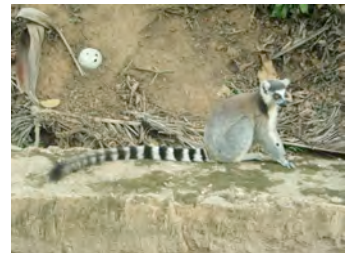


6. 今回の訪問を通して

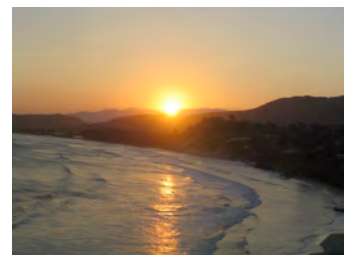
マダガスカル＝アフリカ＝貧しい、危険。これが、マダガスカルに発つ前の私の印象であった。それなのにマダガスカル行きを決めたのは、実際に見てもいない国に対してそのような先入観を持つのは間違っているという思いと、アフリカの孤島で行われている医療への興味からであった。

さて、足を踏み入れたマダガスカルの首都、アンタナナリボはヨーロッパ風の町並みが美しく、近代的なショッピングモールもあり、物乞いをする人々は数人見られるものの「世界貧困国の一つ」と言われている割には貧しさを感じなかった。現地の人々もとても気さくで、ホテルのオーナーが自分の車でショッピングに連れて行ってくれたり、銀行員が何と携帯電話の番号のメモを渡し、何かあったら連絡しろと言ってくれたりなど、単に日本人が珍しかっただけなのかもしれないが、初めて海外に出て不安になっていた私には、彼らのそのような態度がとても嬉しかった。

地方に行くと、店がほとんどなく不便ではあったが、車が少なく自然豊かで、首都とはまた違った良さがあった。ワオキツネザルを初めとするマダガスカル固有の動物たちが森の中を駆け回る様子や、星空の美しさ、海の青さなどが今でもはっきりと思い出される。中でも南十字星を見つけた時は非常に感動した。



地方に滞在した際に困ったのは、電気と水の供給が安定していないことであった。ほぼ毎日夕方になれば停電するし、断水が二日続いたこともある。このような状況の中で過ごしてみても私は、いかに自分が水と電気の存在を当たり前のものとして考えていたかを痛感した。日本のように水や電気がいつでも使える国の方が珍しいのだということは分かっていたが、それでも、それらをすぐに使えない状況については全く考えたことがなかったのだ。



私は、自分は無意識に日本を基準として物事を考えていたのではないかと感じ、愕然とした。「アフリカ＝貧困」という考えについてもそうである。アフリカは、「日本などの先進国と比較」すれば確かに貧しい地域ではあるが、「絶対的に貧しい」地域ではないのである。

今回の旅を終えて感じたのは、「どれほど書物などで調べたり学んだりしたとしても、実際に現地へ行き、人々と接してみないとわからないこと、できないことがたくさんある」ということである。私は現在大学で医学を学んではいるが、机について勉強をしているだけでは患者の本当に求めているものをつかむことはできない。恐れずにさまざまなものに触れ、人と接し、自分で物事を感じ取る力を養うことが必要であると思った。

7. 謝辞

最後になりましたが、離任直前の多忙な時期にも関わらず、学生の漠然としたお願いを聞き入れて取り次いで下さった井上領事、センターと連絡を取り、何から何までアレンジして下さった（そして Taolagnaro まで同行して下さった）今橋医務官、いつも笑顔で、薬草のことばかりでなくマダガスカル的生活全般について色々教えて下さった Mme. MANANJARASOA Emilienne、マダムと共に現地語を日本語に翻訳して下さい、たくさんの場所に連れて行って下さった Yoko Tour の横山さんを初め、マダガスカルでお世話になった全ての皆様、本当にどうもありがとうございました。私たち熱帯医学研究会の新天地となるマダガスカルでの活動が実現したのも、皆様の温かく心強いサポートのお陰です。マダガスカルで見聞してきたことをこちらで広め、次の活動班へとつなげていきます。



横山さん、今橋先生、マダムと



Moramanga の村で

スーダン班

刀根 聡志（九州大学医学部 5 年：班長）

坂本 宗八（九州大学医学部 2 年：文責）

現在も内戦の続くスーダンにおける医療現場を見学するため、現地で NGO「ロシナンテス」⁽¹⁾を設立され医療活動に奔走されている川原先生⁽²⁾を訪問した。走行距離延べ 4,000 キロにも及んだ巡回をとおり、同国における医療現場の実態やロシナンテスの活動について学ぶ事ができた。今回、私達学生が現地で行った活動のいくつかを報告する。

(1) 2005 年 1 月に設立された NGO で、同年 4 月からスーダンでの活動を開始 (<http://www.rocinantes.org/>)

(2) 小倉高校－九州大学医学部卒業 九州大学病院第二外科出身の医師で前在スーダン・在タンザニア日本大使館医務官

1 目 的

私達は当初、「難民とは一体どのような人々なのだろうか？」と興味を抱き、内戦に苦しむスーダンにおける難民・避難民キャンプの現状を把握する事を目的としていた。しかしスーダンにおける情勢が突如悪化したことで、難民キャンプへの巡回訪問は今回実現できなかった。そこで難民キャンプではなく、川原先生がこれまで巡回されてきた村々や医療施設での診療を見学しながら、児童における低栄養状態の調査のお手伝いをさせて頂いた。

2 スーダンについて

スーダン共和国は東アフリカに位置しており、アフリカ最大の面積（世界第 10 位で日本の約 7 倍）を有する¹⁾⁻³⁾。広大なナイル川の恵みが、乾燥した砂漠地帯であるスーダンに多湿な熱帯気候をももたらしている。砂漠性乾燥気候の北部には多数派であるアラブ系民族（イスラーム教）、多湿な熱帯気候の南部には少数派であるアフリカ系民族（キリスト教）がおり、その他全域に遊牧民を含む少数民族が偏在する。このようにスーダン人は日本のように概して一様な外見をもつ特徴はなく、特に首都ハル



ツームにおける人々の肌にスーダンの多様さやアフリカ大地の広大さを感じた。

私達はスーダンを訪れるまで、「スーダン＝テロ支援国」という先入観を持っていた。しかし私の出会った数々のスーダン人は非常に友好的であり、常に笑顔に満ち熱すぎるほどのホスピタリティーをもって私の先入観を大きく覆してくれたのである。しかし同時にスーダンでは、英国植民地から独立以来 50 年以上も続く南北間紛争（内戦）のため、これまで以上に難民を生み出している事も事実である。幸運にも内戦などに縁のなかった私達は、「医療」という言葉に対する自分達なりの固定観念が大きく揺さぶられることになった。

3 難民とは？

ところで難民 (Refugees) とは一体どのような人々なのだろうか。1951 年に国連が提起・採択した「難民の地位に関する条約」によれば、難民とは『人種、宗教、国籍、政治的意見やまたは特定の社会集団に属するなどの理由で、自国で迫害を受けるか或いは迫害を受ける恐れがある為に他国に逃れた』人々と定義されている⁴⁾。今日における難民とは、人種・宗教・国籍・政治的信条等を理由に迫害され、或いはその恐れがあり、国外に逃れ自国の保護を受けられない人々を指す。スーダンにおける虐殺の被害者は、難民キャンプ内での死亡者を含めると 100 万人にのぼるといわれている。さらに国外難民が約 100 万人、また国内避難民 (Displaced person) が約 400 万人、実際はそれ以上とも言われており、国連をはじめとする国際機関が今最も注目している国でもある。このような人々が国境を越えて難民となり、結局受入れ国の政府や国際社会はより重い負担を強いられることになっているのである。とりわけ女性に対するレイプや虐待の実態は、国際社会において大きく報道されている。

Estimated Number of Asylum Seekers, Refugees and Others of Concern to UNHCR - 1st Jan 2004	
Asia	6,187,800
Africa	4,285,100
Europe	4,242,300
Latin America & Caribbean	1,316,400
Northern America	978,100
Oceania	74,400
TOTAL	17,084,100

世界の難民数（亡命希望者も含む）⁵⁾

4. 1 Merowe（北部：定住民と移動民）

首都ハルツームより車で北へ 500 キロ。メロウェイはナイル川沿いに位置しており、日中の気温は 50 度近くにも昇る。飲料水は専らナイル川の水であり、ガラスコップの反対側が見えないくらい濁っているが、慣れてみればアフリカ大地を思わせる絶妙な味がする。

ここは川原先生のご友人であるムハンマド医師 (Dr. Muhammad) の故郷であるとのこと、首都ハルツームより遠路ご同行頂いた。この地域には定住型の村と、ラクダやロバと供に移動しながら生活を営むベドウィンが生活している。ムハンマド医師は定期的にハル

ツームから故郷を訪れ、近辺に病院を持たないこのような地域の人々を診察されている。現地では私達が村へ入るや否や、物珍しそうに村人たちが集まり熱い歓迎をして頂いた。

早速翌日から先生方が診療をされている傍ら、5歳以下の子供たちの身長、体重、上腕・胸部・腹部周囲の測定を行なった（詳細は割愛する）。子供たちは見なれない風貌の私達を見て大きな声で泣いていたが、持参した日本の人形やお手玉などであやしながら、何とか二日で32名（明らかな疾患児は除いた）を測定できた。メロウエイは難民キャンプではなく、食料は比較的入手しやすい地域であることもあり、極端な栄養失調と診断される児はみられない。



移動するベドウィン

しかしながら（当然ではあるが）、日本における母子手帳（東京都発行1994年）を基準として年齢別の身長・体重を単純比較してみると、この地域の子供たちは全て日本のそれの10パーセンタイルを下回ることが分かった。また身長・体重のバランスを示す指数「カウプ指数⁽³⁾」は、栄養失調とされる国際基準指数13を下回る児が約40%に昇る⁽⁶⁾。ベドウィンの子供達で特に気になったことは、子供の人数のわりに何らかの奇形をもった子供が多いことだ。近親婚が多い、さらに定住する人々に比べて各種予防接種の達成率が低く、新生児・乳児期に患った疾患の後遺症を持つ子供が多いとのことであった。

現在スーダンでは長引く内戦のため、児童の栄養状態等に関する国家的統計スキーム（データ）が存在しない。今回の調査が最初の調査であり、また母数が少ないという理由から特に比較・考察は行えなかった。「この様な調査・統計は、スーダンに本当の和平が訪れた後でなければ実施できないのだ…」と現地の医師は嘆いている。今後定期的に川原先生を訪問させて頂けるのであれば、本研究会メンバーがこの調査を引継ぎ更なるデータの蓄積を行うことが期待できる。



ベドウィンの子供達

(3) 体重(g)÷身長(cm)²×10 *乳幼児における身長と体重のバランスを表す指数で、発育状態の評価に用いられる

*下記はベドウィン・定住村の母親（各10名）に対して行ったアンケート結果（概要）である。

- ① 子供の数：ベドウィンにおいては、母親一人当たりの子供数が定住村に比べて約1.5倍であり、また今後出産を希望する子供の数は約2倍であった。

- ② 出産場所：ベドウィンにおいては、母親全員が自宅出産で、妊娠中（出産を含む）は、医師ではなく助産師による検診・出産を実施。定住村においては全員が自宅出産であった。
- ③ 予防接種：ベドウィンにおいては、奨励されている予防接種達成率が定住村に比べ低い。
- ④ 食事：ベドウィン・定住村双方において、特に問題がない限り母乳育児がほぼ 100%であるが、必要があれば Special Supplement(卵、ミルク、米)を与えている。

－助産師訪問－

この地域で助産業務を一括管理されている Soad Fadol Muhammad Atalla 先生（助産師-55 歳）を訪問し、この地域の母子保健等についての現状や問題についてお話を伺った。この地域には妊娠可能な時期にある女性 10 人あたり 1 人の助産師がおり（この数は他の地域よりも比較的多いとのこと）、妊娠中の女性を対象に各家庭を定期的に訪問している。残念ながら政府や地方自治体からは、特に金銭的・物質的援助は何も得られてない（育児や出産に対する支援の法整備がない）。

また助産師は特定の決まった収入があるわけではなく、母親に支払能力なければ定期訪問や助産行為を無償で行うほかない。さらに出産を終えた母親にお金がない場合、子供の出生証明や出生登録の申請業務、またそれに係わる申請費や旅費等の負担まで負わなければならない。しかし無償の行為であっても、この地域において伝統的として相互扶助は徳とされており、その分先生方は人々から相応の敬意を払われているように感じられた。



助産師詰め所



Soad 先生

助産師は 2,3 年に一度、近辺の病院でフォローアップの再教育（フォローアップ学習）や、他の地域における助産師やドクターと情報交換などを行っている。ベドウィンにおけ

る出産⁽⁴⁾は、通常自宅で助産師の管理下で行われる。難産が予想される場合、事前に病院（車で約3時間）へ移送できる車両さえ手配さえできていれば医師の管理下で出産が可能である。しかしここで述べる病院という場所には、常時医師が待機しているわけではなく、しばしば不在であったりする事もよくあるそうである。このような地域においては、産婦がハイリスク者であるか、また分娩時のリスク（病院へ搬送を要するか）を事前にしっかりと見極める助産師の診断・判断能力が母子生命を大きく左右するのであろう。

（4）通常男性は出産に立会わない、というよりも立会えないようである。宗教的背景もあり、例えばイスラーム教サウジアラビアにおいては、夫であっても医師以外の出産への立会いは禁じられている（ムハンマド医師談）。

4. 2 Senar（南部）：

－Blue Nile Health Project（BNHP）－

ハルツームから南へ500キロ。セナールはBlue Nile（青ナイル）に沿うように位置する。白・青ナイルに挟まれた地域をジェジーラ地区といい、英国統治時代この地域に世界最大規模の灌漑事業が行われた。同地域の農業生産は増加したが、同時に様々な感染症も増加していった。その対策として1980年にBNHPが始まり、欧米諸国やWHOと共に日本も参加している。日本は主にマラリア対策を担当し、プロジェクトリーダーは当時の群馬大学鈴木教授（現同大学長兼日本寄生虫学会理事長）である。



当時のプロジェクト現地責任者（右下）

本プロジェクトはマラリアのみでなく住血吸虫症、水源性感染症対策や下痢対策（特に被害者は子供であった）を包括的に改善する規模で行われ、日本からの支出のみでも当時300万ドルに上る大規模なものであった。長期にわたる本プロジェクトの結果、マラリア罹患率は20%→1%、その他寄生虫感染症も40%→10%へと減少し、同時に下痢も大幅に改善されプロジェクトは成功と思われた。しかし1980年後半に入り安定期を迎えると、各国・国際機関が何らかの理由で支援をほぼ打ち切ったのである。その後瞬く間にこれらの数字は上昇した。これを受けてWHO（現在の最大支援機関）が専門化教育・育成のための費用や教材を追加提供し、スーダン政府はこの施設や人件費を負担する事で再び稼働を始めた。このように現在も進行中であるこの計画は、残念ながらスーダンのみでは持続（Sustain）できない状況下にある。

現在のプロジェクト責任者はGezira University（アラブ諸国において最も優秀な医師を輩出している大学）⁷⁾の医学部長が兼任されている。学部長は談話の中で、今後日本から医学生（医学科専攻生や検査技師専攻生など）も研修生として受け入れていくことも視

野に入れているとのことである。川原先生はまず九州大学からの派遣を帰国後に募ってみたいとおっしゃられているので、実現すればわが保健学科からも学生を募ってみてはどうだろうか。

また同プロジェクトの一環として設立された「マラリアセンター」を訪れ、マラリアについての簡単な講習と、実際にマラリア原虫の様々なサンプルを見せて頂いた。施設内には立派な光学顕微鏡などが設置されている。しかし私たちが引き上げる頃にはディーゼルエンジンが停止して、館内全ての電気供給が落とされていた。この様子からすると、普段はもう使われておらず、半分廃墟と化した忘れ去られた場所のような肌寒さを感じた。



お、いたいた！

－助産師学校－

現地でアリ医師（Dr. Ali）のご紹介でセナール助産師学校の見学をさせて頂いた。この学校はハマダラ蚊（マラリア原虫のベクター）の蔓延する湿地帯の中にある。唯一の教室と実習室の壁には、UN や WHO 等国际機関の協力で作成されたアラビア語のポスター（教科書代わりにもなっている）がところせましと貼り付けられている。当校の先生方によれば、政府は運営・管理等には係わっているが、物質的・金銭的支援は主に WHO や UNICEF が行っているとのこと。学生は 25－30 歳の女性のみで、修学期間は 1 年プラス卒業後 1 ヶ月の病院実習が義務付けられているという。学生達はそれぞれ地方の村々から集まってきており、卒業後は各自の出身地域で助産業務に携わる予定だとはつらつとしていた。



教 室 に て



配布されたポスター

右下の写真は、女性への割礼（陰核もしくはその外皮の切除）⁸⁾を根絶するよう、UN や UNFPA（国連人口基金）などが割礼の主な実施者とされる助産師（有償の場合が多い）に呼びかけるものである。割礼にも様々な種類があるが、宗教的、習慣的、女性の処女性・貞節の保護（結婚のための条件）などが挙げられ、主に生後1週間から初潮前までに行うケースが多い。避妊や割礼について、彼女たち自身に尋ねてみたかったが、宗教観や文化価値観に係わる話題でもあるので触れなかった。ある男性に女性の割礼について尋ねた際、その男性の妻も割礼を受けているとの事だった。しかしながら彼自



女性の割礼撲滅運動

身は妻に割礼を受けてほしくなかったようである。それは女性に対する精神的・肉体的苦痛、感染症、合併症などの配慮からではなく、単に性交時に喜びを得られないからだそうである。それを聞いて、私は同じ男性としてなんとも言えない憂鬱な気分にならざるを得なかった。

4. 3 Gedaref（南東部 Doka）

スーダン南東部（エチオピアとの国境地帯）の奥地に位置し、この地域までの道路は未舗装（4WD でないと通行は不可能）である。川原先生が頻繁に訪問されているこの村の中心には、Doka 病院という比較的設備の整った医療施設があり、夜は涼しく肌寒いくらい冷え込む。このようなインフラが未発達な地域において何らかの活動をする際、最も大切な事は人と人



Doka 村ー村の向こうはエチオピア

との繋がり（Connection）である。医療関係者

とはいえ、普段外部の人間とは頻繁に接触を持たない人々が、外国人である私たちをすんなりと受け入れてはもらえなかったであろう。人と人の繋がりを重んじるこのような社会では、「誰々を知っている、友人である、同僚である」という繋がりは貴重な財産である。ここ Gadaref において、いかにこれまで先生が忍耐強くこの繋がりを築き上げてこれたかを実感した。

ーDoka 病院ー

Doka 病院には手術室や検査室（主に感染症の検査）もあり、ここで働く医師・技師が寝

泊りする一軒家が隣接している。ここでは朝の回診に随行し、マラリア、リーシュマニア⁹⁾-¹⁰⁾、HIV 患者の回診を見学した。とくにリーシュマニアの子供は痛々しいほど腹部が膨張している。



回診の様子



マラリア原虫の検査（ギムザ染色）

リーシュマニア（Leishmania）：昆虫媒介疾患の1つでありサシチョウバエによって媒介される。内臓が侵されるものを「内臓リーシュマニア症：別名カラアザール（ヒンディー語で黒い熱）」と言う。感染後2～3ヶ月で発症し、高熱、次いで肝・脾腫、貧血、下痢などの消化器症状を呈し皮膚は乾燥・色素沈着を起こして黒褐色となる。感染者全員が発症するわけではなく、栄養不良やHIV/エイズなどの他の疾患によって免疫機能が低下している場合に罹患しやすい。



内臓リーシュマニア症（Doka 病院にて）

現在カラアザールには1940年代と同じ治療法（最も一般的な治療法はS S Gと呼ばれる金属の誘導体「アンチモン」を使用）であるが、治療一回あたりの価格は約150米ドル（約1万8千円）と非常に高価で、患者は数日分の治療薬しか購入することができない（推奨治療期間：1ヶ月）¹¹⁾。治療の中断は病気が完治しないだけでなく、耐性獲得の危険性が高まる原因となる。

4. 4 Wad Medani

Medani では、Blue Nile Health Project の一部である各種感染症についてのトレーニングセンターが現在も稼動中である。医療従事者・学生、また政府から派遣された関係職員が毎年感染症についての講習を受けている。私たちが訪問した際にも講習が行われていた。

専門書用図書館、コンピューター室があり、設備は充実している。特に興味を引いたのは、実験・研究の為にハマダラ蚊（マラリア原虫のベクター）を保育している専門棟があることだ。高温多湿の薄暗い部屋の中には、溢れんばかりの蚊が網かごの中にある。ふとこの狭い部屋を見回すと、網かごの外へ逃げ出した蚊を見つけて冷や汗がでた。今回の旅行で最も危険を感じたひとコマである。

－Senar Training Hospital－

Senar Training Hospital 病院内にある低栄養児専門の病棟を訪問した。病棟に入ると、なんともいえない異臭（汚物）のため何度も悪心を催してしまう。ベッドや子供の衣類が、オムツ代わりになってしまっているからだろうか。この病棟にいるほとんどの子供は上腕周囲12cm以下で、またカウプ指数については13以下であった。私はこのような場所に実際にいて、自分が健康過ぎて申し訳ない気持ちで一杯になり、母親へなんと声を掛けていいのか分からなかった。ほとんどが乳幼児ではないにもかかわらず、首がすわっていない、一人座りができない、また大泉門が脱水のため顕著に陥没していることなどが観察できた。特に引き起こし反射に関しては、反応を示した児はほとんどいなかった。母親はどんな気持ちで毎日付き添っているのだろうか。

大抵の場合、食事が少ない、栄養に乏しい、そして病気の間には関連があり、子どもは成長期にあるため食事の質的・量的変化の影響をとりわけ受けやすい。また子どもの免疫システムは不完全で、身体や臓器も未発達なため感染症に陥りやすく、衛生状態も悪い地域では子どもの体力はますます弱まってしまう。栄養失調には2種類ある¹²⁾；



マラスムスの子供



低栄養児専門小児病棟

①クワシオルコル (kwashiorkor) : 蛋白質不足による極度の蛋白質の欠乏と、不十分なカロリー摂取に起因する臨床な症候群。慢性的な低栄養状態が持続した時、四肢や顔面の浮腫、腹部膨満、筋力低下、肝腫脹、毛髪の異常、無気力、生気のなさ、低身長ではあるが浮腫がある：極度の体重減少はみられない

②マラスムス (marasmus) : カロリー不足による不十分な栄養摂取や、不適切な栄養法に起因するカロリー摂取不足で、年齢別の低身長だけでなく身長別体重の減少がみられる。乳児期に発症する、全身性の著明な衰弱、老人様顔貌、皮下脂肪の消失、筋萎縮⇒高度な発育障害と著明な体重減少

5 スーダンにおける医療事情

概してスーダンにおける医療水準はあまり高くはないが、首都ハルツームに偏在する私立病院に限って言えば設備のしっかり整った施設もある。しかし専ら一部のスーダン人や外国人が利用している。一方、一般大衆向けの医療は基本的に無料である、とはいえ無償であるのは医療行為や医療機器・施設使用費のみであり、消耗品（注射器、ガーゼ、薬剤、X線フィルム等）は有料である。Gadaref にある Doka 病院の場合、病院玄関のすぐそばに薬局があり、患者は受診前に必要物品を購入する事になっている。無料である（＝大混雑）からこそ一般大衆向けの医療施設における医療レベルは高くはなく、特定の人々のみが高水準の医療サービスを楽しむ状況が生まれている（これはなにもスーダンだけではない）。スーダンでは日本のように国民全体が恩恵を得られるような保険制度もなく、一定の国営企業や職業分野に所属する労働者のみを対象としている保険システムが存在する。またスーダンの医学生は、大学を卒業後1年間の National Service というインターンシップが義務づけられており、軍隊や地方病院、またその他必要の大きな地域や施設での研修制度がある。

ほとんどの医療施設において診療室は男女別で、病棟も男性棟、女性等、小児棟（男女混合）に分けられている。親族であっても（小児棟を除いて）病棟への立入りは禁止されている。右の写真は、家族総出で病院を訪れて病棟の外で待機する親族である。彼らは夜通し病棟の外で過ごし、持参してきた鍋や釜を使って自分たちの食事まで仕込んでいた。滞在中何度か大雨に見舞われたが、それでも病棟には入れない親族たちがとても気の毒であった。



病棟屋外で待機する親族達

6. 国際協力の残したもの

今回訪問した施設において、過去に各国際機関や日本政府の先人が育んできた数々の技術援助や物的援助の名残を見ることができた。スタッフから話を聴いたり、実際にモノを見たりして規模の大きさにも驚嘆した。先述した『Blue Nile Health Project』に関しては、一時的には功を奏したものの、残念ながら金銭面やスーダン国内問題のため、半分廃墟と化してフル活用されていない物もあり残念であった。また高価な医療精密機器



日本から寄贈された眠れる医療器械

が贈られてきたにもかかわらず、メンテナンス技術者不足や特殊なスペアパーツの不足といった技術的フォローアップが十分になされていない。新たに高い機器などを購入しなくとも、既存品へ各種フォローアップがあればまだまだ十分力を発揮できそうである。

ロシナンテスはこのようにまだまだポテンシャルのある施設などに働きかけ、現地日本大使館を通して各種支援を受ける事ができるよう、リハビリ計画の立案や提案など再活性化にも根気強く取り組んでいる。私はこのような施設の方々話を聴いているうちに、悲しいかな（様々な内政問題等が隠されている事は事実であろうが）いかにスーダンがこれまで支援慣れ（＝海外支援依存）してきたかを痛感した。スーダンとしても、この「一過性の支援」というジレンマから脱出するために何かができる、いや今後は何らかのさらなる自助努力を行わなければ、せつかくの支援が悪循環をたどるのではないかと思う。例えばスーダンでは特殊で稀な、また日本に存在しない寄生虫や各種感染症が数多く存在する。このような点に注目して、日本から研究者や我々のような学生も研修生として受入れてもらえるよう、双方が打診してみてもはどうだろうか。これは支援サイドとしてもノウハウを得ることができ、被支援者としても経済的・物質的な支援を長期的に活性化できるものとなると思う。そうする事でこれまでのような海外依存のジレンマから、自ら持続可能（sustainable）な体制へと方向転換できる何らかのきっかけとなるかもしれない。

7 あとがき

「アフリカを見た者はアフリカへ戻る」。まさにこの言葉とおり、今回で3回目のアフリカへの渡航となった。アフリカや中東の国々を理解しようとする時、決して一つの国としてとらえる事はできない私の想像を超える何かが確かにある。人々の生活の中に伝統や価値観があるのではなく、まさにその中に人々の生活があるのだ。スーダン政府はこれまで諸国際機関やNGOのアクセス・活動を厳密に制限している。というのは、支援物資の中へ食料と一緒に聖書を忍ばせたり、支援機関の職員を装ったキリスト教宣教師が、密かに「Give and Take」の布教活動をもくろむ勢力もあるからだそうだ。概して内戦というものは、スーダン紛争当事者である西欧列強などがアフリカ・中東・アジア諸国において行ってきた「分割統治5)」の副産物であろう。このように今日の国際化社会においては、政治と医療との関係が想像する以上に（よい意味であれ悪い意味であれ）複雑になりつつある事を実感した。

川原先生は常に『お手伝いをさせて頂く心』の精神を忘れないよう常に強調されている。ロシナンテスの活動をとおして、支援というものは「持続可能 (Sustainable)」な状況へより近づくための支援であるべき理由を再度理解できた。スーダンのような地域を訪れると、『人間の幸せの定義』とは一体何であろうと何度も自問せざるを得ない。冷蔵庫やテレビのある生活が幸せとは限らない。むしろこの地球上のどこかで、毎日裸足で生活している家電製品などに縁のない人々が、より笑顔に満ちた幸せな生活を送っている事も否定できない事実ではないだろうか。

- 5) 植民地・実行支配地等において、意図的に人種、宗教、信条等に基づき分割（差別化）する事で、統治国への不満や抵抗を被植民地における国内問題へとそらす政策

8. 謝 辞

私たち学生二人の訪問を温かく迎えて下さり、調査に惜しみなくご協力下さった各地域のドクター、コミュニティの方々に深謝いたします。またご多忙にもかかわらず、私たち学生二人を手厚く迎えて下さいました川原先生、海原様、霜田様に重ねて深謝申し上げます。一生忘れられない貴重な経験をありがとうございました。



السلام عليكم

アッサラーム・アレイクム

(あなたの上に平安がありますように)

引用文献・出典

- 1) 日本国外務省 各国地域情勢 : <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/sudan/index.html>
- 2) 富田 正史 : スーダン—もうひとつの「テロ支援国家」、第三書館、2002
- 3) Paul Lunde : ISLAM (A BRIEF HISTORY) , Dorling Kindersley Limited, 2003
- 4) UNHCR (国連難民高等弁務官事務所) : http://www.unhcr.or.jp/protect/nanmin_joyaku.html
- 5) UNHCR (国連難民高等弁務官事務所) : <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/basics>
- 6) 日本国文部科学省発行 : 2001 (平成) 年度保険統計調査報告書
- 7) Gezira University : <http://www.gezirauniversity.net/>
- 8) FGM 廃絶を支援する女たちの会 : <http://www.jca.apc.org/~waaf/>
- 9) 小島 莊明 : NEW 寄生虫病学、南江社、1993
- 10) 海外勤務健康センター 研究情報部 :
<http://www3.johac.rofuku.go.jp/infection/protozoa/leishmania.html>
- 11) MSF (国境なき医師団) : <http://www.msf.or.jp/access/disease.php?name=leish>
- 12) MSF (国境なき医師団) : <http://www.msf.or.jp/news/news.php?id=20050902&key=niger>

御支援者

協賛諸機関

九州大学医学部同窓会

九州大学学生後援会

ご支援して下さった先生方（敬称略・五十音順）

朝隈真一郎

阿部 一郎

荒瀬高一

安藤文英

石川陽

市川太祐

井手康人

白元洋介

宇都宮尚

江頭啓介

梶畑俊雄

川野信之

漢那朝雄

木戸靖彦

木本泰孝

久保田晃

隈博政

倉田浩昭

黒木俊秀

桑内慎太郎

古野純典

下村学

洲崎悦生

高嶋秀一郎

多田功

田中耕司

谷口秀将

玉田隆一郎

富永光裕

野尻五千穂

野田龍也

信友浩一

長谷川学

原田昇

樋口香苗

樋口華奈子

平橋美奈子

福重淳一郎

松井敏幸

松尾圭介

宮房成一

森桂

森山耕成

柳田諭

矢野篤次郎

山田瑞穂

山野龍文

山本一博

山本宙

横溝晃

吉利用和

吉原一文

吉村健清

鷺尾昌一

渡辺喜一郎