

国際寄生虫学会班

(1)はじめに

アジアでは初の開催となる国際寄生虫学会が千葉で開催された。私たちは、その特別セッションである学生フォーラムの準備・運営を通じ、寄生虫感染症と寄生虫学の現状をつぶさに学ぶことを第一の目的とした。また、寄生虫学が今後どのような道行きを歩もうとしているのか、あるいは歩むべきなのかを、学生の立場から議論できればと考えた。低学年主体であり、企画運営を中心とした、熱研としては異例の活動であったが、十分な学習と議論を通じ、各人が自分なりの「医療観」あるいは「学問観」を熟成させてゆくための土台を築けたと自負している。

(2)活動の概略

1.日程

8月17日 博多駅発

19日 「社会医学サマーセミナー」参加（秋田県十和田湖）

21日 「社会医学サマーセミナー」終了

24日 国際寄生虫学会第1日（千葉県幕張メッセ）

25日 「学生フォーラム」開催

26日 国際寄生虫学会第3日，終了後千葉駅発 博多駅・福岡空港着

2.参加者

熱帯医学研究会 部員5名

企画協力者 学外学生多数

3.参加企画の概要

・第9回国際寄生虫学会（8月24日～28日）

4年に一度開催される国際寄生虫学会の第9回総会は、千葉の幕張メッセで行われた。この学会には、本学の多田功教授（熱研前会長）も科学プログラム委員長として参画され、本班を中心とする医学生有志が「学生特別フォーラム」の企画・運営にあたった。このフォーラムでは、寄生虫学と寄生虫学教育のあり方について、学生、研究者からの活発な議論が交わされた。

・社会医学サマーセミナー（8月17日～19日）

全国の社会医学系教室（公衆衛生学、衛生学など）の教授が、毎年開催している学生向けセミナーである。第1線の教授陣により集中講義が行われ、最後に学生同士のディスカッションがある。例年、自然に恵まれた名所が会場に設定されるが、今年は弘前大学が主管となって、十和田湖で開催された。

(3)活動の詳細

・国際寄生虫学会

98年4月に多田先生からこの件でお話をいただいた後、熱研部員の参加を募り、また上記の企画協力者に協力を求め、正式に準備を開始した。下級生が多い班であったので、寄生虫学や国際医療援助の歴史等の基礎から勉強していった。また、並行して、全国の医学部寄生虫学教室あてに参加者募集の案内を送付するなど、事務的な内容も精力的に行った。班会議は週に2,3回であり、深夜にまで及ぶことも少なくなく、班員は一線のビジネスマンのような忙しさだったと言える。

7月には、事前準備として、門脇、野田の2名で関東地区の関係者を個別に訪ね、企画の詳細を詰めていった。この時点で、全国の寄生虫学教室より参加学生の推薦をいただき、学生参加者が60名をこえる見通しとなった。寄生虫学に興味・関心を抱く学生に夏休みの一定時期に千葉に集まってもらうという

ことで、参加者が少ないのではないかと危惧していたが、たいへんに多くの参加をいただいて、努力が報われたとみな喜んだ。

また、1 ヶ月程度をかけて、班にて「学生フォーラム」パンフレットを作成した。このパンフレットは、国内外の寄生虫疾患の現状や対策計画の詳細をまとめたもので、資料収集の過程で滋賀県彦根市や東京大学医科学研究所の協力を得た。また、インターネットによる情報収集もたいへん役立った。完成したパンフレットは、参加予定者全員に送付した。

当日は、全国各地から寄生虫学に関心のある 64 名の医学生、獣医学生が集まり、さらに多田先生以下数多くの名高い先生方のご参加を賜ることとなった。最初に、東海大学の相川教授、慶応大学の竹内教授が学生向けに講義を行い、その後にフリーディスカッションに移る 2 部構成である。

相川、竹内両先生の講義はほぼ 10 分と短いものであったが、マラリアを取り巻く世界的な状況、経済損失、寄生虫症一般の対策など、示唆に富む内容で、加えて続くディスカッションに向けてのほどよい潤滑油となった。フリーディスカッションは、1 時間にわたり学生から先生たちへの鋭い質問が続くこととなり、企画側の学生が意図した効果が得られたと思われる。先生方と学生の活発なやり取りは予定の時間では収まりきれないほどのものであり、企画は盛会のうちに終了した。

なお、この学生企画の発言抄録および事前パンフレットの内容（マラリアを中心とした国内外のデータ・エピソード等）は以下のホームページにて公開されているので、興味のある方はご覧いただきたい。

<http://square.umin.ac.jp/noda/>

・社会医学サマーセミナー

十和田湖にて開かれた社会医学サマーセミナーの議題は、例年、「社会医学とは何か」であり、今年もまたその線にて講義とディスカッションが組み立てられていた。

東京から青森まで新幹線、ローカル線と6時間をかけて乗り継ぎ、着いた先はひなびた田舎町であった。その田舎町からさらにバスに揺られること1時間半で会場にやっとたどりつく。東北の方には申し訳ないが、まさに地の果て（みちのく）といった趣である。冷涼な気候によるのか、静けさが支配する十和田湖の雰囲気包まれてセミナーは始まった。

もともと社会医学は、健康と社会に関することならたいいことを扱っている分野なので、裾野が広く、先生方の講義も千差万別百花斉放である。その内容をこの報告書でいちいち示すのは煩雑となるので避けたいが、一般的な印象として、健康増進にまつわる理念的なお話よりも息の長い実地経験をベースにした疫学の話が学生の興味を引いたようである。寄生虫学会にても感じたことであるが、ある分野に興味のある学生は、理念的な「聞こえの良い」話よりも、実地的で「泥臭い」内容の方に案外魅力を感じるようである。

(4)謝辞

この企画を運営するにあたり、学内外数多くの方のご協力を賜りました。特に、本学の多田功教授、東海大学総合医学研究所の相川正道教授、国立国際医療センターの狩野繁之部長、東京大学医科学研究所の堀江徹先生には、企画当初から親身なご指導、ご助言をいただきました。先生がたのご指導なくしてこの企画は成立し得ませんでした。

また、企画協力者である菅野渉平さん（獨協医科大学）、高梨さやかさん（千葉大学）、高橋亮太さん（防衛医科大学校）は、企画内容に留まらず班員の宿・食事の世話に至るまでお世話になりました。

また、この企画に参加されたすべての先生、学生の力添えが、内容をよりすばらしいものへと高めたことは間違いありません。城の石垣はどの1つの礎石が抜けても石垣でありつづけることができませんが、それと同じく、どなたがいらっしゃらなくてもこの企画をまっとうすることは不可能であったと思います。ご協力いただいたみなさんに心から感謝の意を表する次第です。

タイ班

序文

1998年夏、我々はタイ国において研修を実施した。その報告を以下に記す。研修の動機はきわめて単純に、ただタイを見たい、ということであった。まともに国外にでたことのない人間が四人ほど集まって、なにがあるかわからないけれども、とりあえず外国を見たい、外国に行こう、という動機でこの斑はできた。ただ観光に行くよりも、もう少し何か足しにしたい。向こうの人と話もして、あんなに友達にもなりたい。そんな経緯で、我々はこのプログラムに参加した。

1,実施国、都市名

タイ国 サラヤ マヒドン大学 AIHD (ASEAN INSTITUTE FOR HEALTH DEVELOPMENT ,Mahidol University Salaya THAILAND)

2,実施期間

1998年8月1日～8月11日

3, 参加メンバー

熱帯医学研究会 部員 4 名

4, 研修内容

今回参加した研修プログラムの正式名称は「16th International Training Program on Integration of Health and Social Development : Thailand's Experience」という。本研修の意義は、タイに代表される、途上国における健康並びに社会問題とその解決策、さらに開発との関連に対する認識を深めることにある。プログラムは大まかに三部によって構成される。第一部は健康と社会発展に関する基礎知識の導入、第二は都市部における健康・社会問題、第三部は地方における保健的発展と社会的発展の融合を主題とする。学習方法は、座学、施設の見学、野外調査と多岐にわたる。

第一部では、まず、開発途上国における医療問題の認識から始められた。それは、(1)病気の種類も病人も多い、(2)医療従事者も施設も少ない、(3)医療の極端な都市への偏在、(4)手薄な保健行政、(5)貧しい国の高価な医療制度、(6)近代医療技術の未開発、の六つに集約される。これに関連して、先進工業国との社会的経済的格差、及びそれらの連関が強調された。日く、幼児死亡率、乳児死亡率、平均寿命などの基礎指標は、一人あたり GNP と密接な関係にあり、それはまた識字率とも関係してくる、と。またそれらの問題は互いに複雑に絡み合い、悪循環を形作っている。

タイ国においては、その悪循環を断ち切る方法としてプライマリーヘルスケア(PHC)を導入した。これは、先進国型の医療体制に加えて補足的な医療制度を展開し、医療費の軽減・医療資源の増加とよりよい分配・技術依存の軽減をねらうものである。そもそも PHC とは、1978 年アルマ・アタ会議において、同会議にて採択されたアルマ・アタ宣言のスローガンである「Health For All by the Year 2000」(HFA/2000、「2000 年までに全ての人々に健康を」)を達成するための中心的戦略として

推進することが提案されたものである。PHC の実際活動はそれぞれの国、あるいは地域によってさまざまなものが展開されていたが、タイでは次のような活動が行われてきた。

PHC は三つの部分から構成されている。PHC 分野、PHC アプローチ、PHC 活動である。PHC の分野：(1)健康教育の普及、(2)風土病の予防、(3)生活環境改善と安全な飲料水、(4)母子保健と家族計画、(5)予防注射の普及、(6)栄養改善、(7)簡単な病気の手当、(8) 必須医薬品の配備 PHC アプローチ：(1)住民参加、(2)適正技術、(3)地域資源の最大限有効活用、(4)各分野の協調と統合、(5)既存の医療制度との調和 PHC 活動：(1)Village Health Volunteers の養成及び活動、(2)コミュニティーPHC センターの設立及び運営、(3)村落 PHC 基金の設立及び運営 我々は第三部で保険的発展と社会的発展の融合と称してその PHC 活動の実際を見学した。詳しくは後ほど述べるが、結論からいうと、多くの国々において PHC 活動は失敗又は望んだような成果が得られなかったのに対して、タイにおいては比較的成功しているようだ、という感想を抱いた。

次に、第二部としてバンコクとその周辺におけるさまざまな保健施設を見学した。

・ Kred-trakarn Home For Socially Handicapped Woman

1960 年に、主に売春婦の保護施設として、内務省のもと設立された。性感染症やその他の病気の治療、一般教育の提供、瞑想や行動修正による精神健康状態の回復の三つを主な目的としている。

我々が訪れたときには、収容者の 60% は夜遊びをするなどの理由で保護者につれてこられ 30% は自ら来所し、残りの 10% は 18 歳未満という理由で NGO や警察から連れてこられた人々であった。また、一度出所してもまた戻ってくる人の割合について尋ねた際、18 歳以下の売春婦しか保護されないため、また限られた予算(千五百万バーツ/年)は収容者のために優先して用いられるべきであり、追跡調査等を行っていないた

め、把握していないとの回答を得た。

施設内には、図書館、運動場、保健室、育児室等が完備しており、職業訓練にも熱心であったが、全体としては、施設自体は大変立派だが、これはあくまで駆け込み寺であり、積極的に売春婦の更正・売春の撲滅に取り組もうとしているわけではない、またタイ政府も売春の撲滅に力を入れているわけではないのではないか、というのが率直な感想である。

・ Foundation For The Welfare Of The Crippled

障害児のための福祉施設である。1954年に設立され、1955年から Her Royal Highness, the Princess Mother によって王室から支援を受けているが、この施設自体は最近つくられたもののようである。広大な敷地に、学校やリハビリテーション室など大変近代的な施設が完備しており（コンピューター等は我々が日頃用いるものよりも良いくらいであった）、実際の活動も日本における同様の施設と何ら変わらないものであったが、如何せんノウハウ不足を感じた。用いる器具や指導に当たる人々もまだまだ試行錯誤の段階のようである。

・ The Industrial Rehabilitation Centre

1990年、労働の結果として持続的な障害を負った労働者や社会保障活動にしたがって保障された人々に対して医学的・職業的リハビリテーションを施すため、日本との協力の下、労働社会福祉省、社会保障局の組織として設立された。

この施設では、理学療法、職業療法、整形外科・人工補綴などの医学的リハビリテーションと、木彫、機械工作、自動二輪修理や精密機械工作から自転車修理や縫製、軽印刷、コンピューターに至るまで(興味深いところでは冷蔵庫・冷房コースというものもある)多種多様に至るさまざまな職業リハビリテーションを無料で受けることが出来る。搭覧」在住の場合、敷地内の寮も無料で利用することが出来る。また、ここにある義手や義足の工場は日本で研修を受けた技術者を擁しており、タイ国

内で唯一の認定工場である。この施設も、広大な敷地と豊かな緑が印象的であった。

しかしながら、この施設はあくまで労働中の事故で障害を負った人々専用の施設であり、交通事故等の人々には適用されていないこと、その施設内に国内唯一の認定義肢工場があること、すでに時代遅れになって全く利用されていない施設があることなどには多少の矛盾を感じざるを得なかった。さらに、この地域一帯には日本企業の工場が進出しており、その不満を吸収する形でこの施設が設立されたこと、施設の殆どは日本製の器具や機械で埋められていたことなどは、予想の範囲ではあったが、途上国における日本の有りようというものを垣間見た気がした。

- ・ Tanyaburi Women Drug Addict Rehabilitation Center

この施設は、1979年に設立された。その活動は、薬物犯罪を犯して10年未満の刑を受けた女性収容者の拘留と、特に薬物中毒者に対して心理的肉体的治療や職業訓練を行うことによって矯正・社会復帰させることである。

この施設では、心理療法の一環として態度・行動面での変化の推進や自己概念と自尊心の向上を目的として Therapeutic Community というものを導入しているのが特徴的である。これは、薬物犯罪者のなかには、幼少期あるいは現在、家庭内に何らかの問題を抱えているものが多く、それが心理的問題を引き起こし、薬物犯罪の一因となっている、という考えから、それを補完する目的で、擬似的な家族の様な集団を構成するものである。タイは、麻薬の産地として悪名高い黄金の三角地帯(タイ・ラオス・ビルマの国境付近)に近いという地理的要因もあり、薬物(70%が覚醒剤で、残りの30%がヘロイン)が大きな問題となっている。そのためか、この施設でも中毒者と売人は分けて取り扱うなど認識の重大さがうかがえる。

実は、今回の研修のなかでこの施設はもっとも印象に残った施設のひとつである。なによりもまず雰囲気の違いが感じられ

た。施設全体に緊張感がみなぎっているのである。それはこの施設のみ写真撮影が全面的に禁止、また忘れ物をしても二度と取りに戻れないと注意を受けたことから推測できよう。

また、タイ人の同行者から、我々が収容者から挨拶をされても、我々は敬意を表する挨拶をする必要はなく、かえってそのようなことはしてはいけない、といわれたことも印象に残っている。さらに、収容者は50畳ほどの部屋に100人近くが寝泊まりし、トイレもその部屋に備え付けのものを使い(目隠しもないのである)、水浴も野外で行うなど、タイにおける犯罪者への扱いは衝撃的でさえあった。

だが、薬物犯罪のきっかけとなったのは、貧困のほかに流行や好奇心、あるいはある種の薬物が(なんと市井の薬局で)簡単に手にはいることなど、その原因は日本と大差ないという感想を抱いた。

これらの施設を見学の後、我々なりの感想と意見交換のための組別発表を行った。そ際、やはり貧困と教育不足が大変大きな問題としてあり、また売春に関して、観光に経済を大きく依存するこの国ならではの問題も無視できず、さらにそれぞれの問題がお互いに原因と結果として複雑に絡み合っている、といったことが議論された。

最後に我々は、第三部として地方における保険的社会的発展の融合と題して、農村部の病院等を見学し、また実際に農家に逗留して多少なりとも農村部の現状と雰囲気を経験した。

- ・ Prahon Pon Payuhasana General Hospital
- ・ Chao Kun Paiboon Community Hospital

上記の二病院はその規模に大きな違いがある。かたや400近いベッドを持ち、年間予算も三億バーツにのぼるのに対して、Community Hospitalの方は60床、二千万バーツにすぎない。地域内にはGeneral Hospitalと同様の規模の病院が全部で2つ、Community Hospital規模の病院は全11個存在する。それ

それタイの保健システムのなかでは位置づけが全く異なっており、Community Hospital は主に軽い傷病を扱い、General Hospital の方は Community Hospital では対処できない傷病を主に扱うことになっている。そのため施設自体にも多少の差異が認められる。General Hospital には社会保健業務専門の部署が存在し、治療費等についての事務などを行っている。一方 Community Hospital の方は、General Hospital ほど充実した医療器具や施設、人材は無いものの、ICU や血液バンクもきちんとあり、一通りの医療行為は問題なく行えるようになっている。また興味深いのは、Community Hospital では伝統医療を積極的に取り入れており、痛みや循環器系、それに一部の整形外科領域の治療としてタイ式伝統的マッサージや薬草サウナを行っていた。

両病院とも救急車らしきものは一応持ってはいるが、連絡体系の不備を理由に実際に出動するのは週に二回程度ということであった。事故にあったら誰かが病院まで連れてくる、というのが一般的らしい。ちなみに両病院とも来院理由の一位は交通事故である。

Community Hospital における三大死因は心不全、事故、悪性新生物であり、General Hospital においては事故、肺炎、AIDS である。これは(AIDS をのぞくと)およそ 30 年前の日本の状況に酷似しており、この分野でもますます両国の協力が望まれるところである。また、この国の保険制度は大変充実しており、交通事故の際は完全に無料で治療が受けられる。ほかに、一度購入すると五人で一年間無制限に医療が受けられる HealthCard 制度や、工場や企業などで働く労働者には日本の国保や社保にあたる制度(企業と国と本人の給料から保健代が供出されており、無料で医療を受けることが出来る)が完備されており、またそのいずれも利用不可能な場合には無料で医療を受けることが出来るなど、ある意味日本より恵まれた保険制度を取っている。

個人的には、どちらの病院も平均入院期間が 5 日程度と日本のそれと比べて大変短いこと、ベッド利用率が 100 パーセント

を越えていること、個室がとても高価なこと、費用が両病院で一律でないこと、General Hospital は紹介患者が多いはずなのに、実際は殆どの患者が初診でそこを訪れること、Community Hospital に病院職員専用の保育園があったことなどが印象に残った。

・Dong Rung Village

この村の Health Center はタイ全国で二番目に優秀であると認められており、飲料水の確保、家族計画の普及、簡単な傷病の治療、緊急時の出産などありとあらゆることに対応できるようになっていた。

この村の基本産業は農業であり、その多くは米作である。しかし、タイでは農家一軒一軒で脱穀・精米せず、直接精米業者に売るというのが一般的であり、その収入は多くない。また昨今の経済危機において、米の価格(彼らは自分で作った米を食べているわけではなく、自分たちの食する分も買っている)は急騰する一方で、彼らの収入はそれに見合うほど増えているわけではない。このような経済的不安定から脱却するため総合農業を試みるものもある。立派な家に住んでいた彼は、そのために日本に留学したといていた。しかし農業用の機械の多くは高価な輸入品(主として日本から)であり、その購入にかかる費用も並大抵ではないということであった。

しかしながら、この村には基本的に貧窮者の姿はなく、PHC 制度も立派に機能しているようであった。この中で、私は特に Health Volunteer という制度に興味を抱いた。^{*}はこの村において保健教育、簡単な施療等を行っているのだが、この制度は日本でも導入できないであろうか?日本の制度や雰囲気にはなじまないという感触も確かに持ったが、もしうまくいけば老人問題や共同体問題等の解決の糸口になりはしないか、という希望も抱いた。

余談であるが、我々はこの村を訪れた最初の日本人であったらしい。そのためもあろうが、この村の人々はとにかくサービ

ス精神にあふれていたように感じる。我々を歓待するために伝統的な結婚式を開いて見せてくれた。ただ、踊り好きが高じすぎたのか、4 時間も踊らされたのは少々参った。とにかく、少なくともあからさまに悪意を表す人は一人もなく、無理難題に答えてくれ、あまっさえお土産まで頂いてしまった。日本人全員が「いい人達だった」といったのは、安直がすぎるであろうか？

あくまで浅薄かつ個人的な意見としては、PHC システムは成功しているようにみえるというのが正直なところだが、我々が訪れた村は、あくまでも理想に近いところであり、それ故 PHC 制度もうまく機能していたということは否定できない。その点が今回の研修の最大の欠点であり、最悪に近い状況の箇所も含めてタイ全土を見渡さずに PHC 制度の是非を問うのは早計であるということは承知している。

5, 感想

今回の我々の研修目的は「人生の糧にする」という大変あいまいなものであった。言い換えれば、「無目的」を目的としていた。現地で見聞きすることそれ事態が目的であったといってもいい。従って、本研修の主な目的とも言える、各人の感想を以下に記す。

・柳田 諭

今回の研修を終えてもっとも感じたことは、実は日本のことであった。日本は高い国内総生産と引き替えに日本というものを失ったのではないか？きっかけは日本とタイの差を考えたことである。タイの社会システムは戦前の日本と似ているところも多い。だが現在の経済規模あるいは社会の差は著しいものがある。この差は何であろうか？私は、その原因を GHQ に見いだした。GHQ が日本の再建に貢献したことは論を待たない。しかしその影響は日本人のアイデンティティそのものにも及んだ。効率と情報処理能力にひどく傾斜した社会は社会的経済

的治安を脅かす倫理危機をもたらしたが(…効率と情報処理能力を重視するあまり非効率的で不安な社会をつくった、というのはなかなかの皮肉である)、それには前出の理由に加えて(西洋の技術のみを輸入してただでさえ疲弊している)日本の上から(計算された理想の、すなわち非現実的な)アメリカをかぶせた弊害が影響している、というのが私の考えである。三重構造と共に直進できる人間は多くはあるまい。日本人が迷走するのも無理はない。なかには走ることをやめた者もいる。確かに日本は豊かである。タイとは比べるべくもない。しかし、そのために払った代償も少なくはなかったことを実感した。そして、そのことは知っていても良いはずである。

閑話。日本人や日本政府の危機管理能力の貧困というものが昨今取り沙汰されているが、それは倫理危機に関しても言えることのようなのである。この何となくのんきな気質はむしろタイのそれに近い気がする。

今回の研修においてもっとも示唆に富んだ一言は、行動を共にしたタイ人の学生によるものであった。次の日のプレゼンテーションに備え、六時間以上も討議や翻訳に頭を悩ませた我々につきあってくれた彼は、何気なく「やっぱり日本人というのは几帳面だ。タイ人なら十分で終わらせるよ」といった。彼は英語に堪能であり、二年飛び級をしてタイ随一の大学の医学部にはいった俊才であるが、そんな彼でもそんな感覚の持ち主であるという事実は、私を黙考せしめた。頼みもしないのに都市学習の際のプレゼンテーション準備にも午前4時までつきあってくれるような性格の持ち主である彼の一言は、非常に印象深かった。

閑話休題。 今回の研修では、さまざまな施設を見て回って得るものも多かったが、それ以上にさまざまな人に出会ったことがなよりの収穫であった。タイの学生や農村の人々と直接話す機会に恵まれたことは大変幸運であったと思う。それも含めて、タイの現状理解という点では予想以上の収穫を上げられたと断言したい。

・後藤 翼

タイでの研修で1番自分のためになったと思えるのは、フィールドワークだ。施設見学にしろ、village stay にしろ、日本にいてはできない経験ばかりだっただろう。タイで目についたのはやはり衛生状況だ。

まず、町中の排水設備。すさまじい大雨だとはいえ、わずかな時間で道路が川のようになり、濁水であふれ、ゴキブリやネズミが群れている状況では様々な感染症に対する罹患率が下がらないだろう。くつやズボンがずぶぬれになった私はその悪臭と、水虫などの心配のために、後々まで頭を悩ませることとなった。

次に、ハエ、カ、をはじめとする虫の多さだ。ホテルなどではそんなことはないが、ハエがたくさんとまっていた食べ物をそのまま口にしたりする光景がよくみられた。おいしそうなジュースのシロップにハチがたくさん浮いていたため、そのジュースを飲む気がおこらなくなったこともあった。

さらに、調理場をはじめとする食堂の管理状態。床は常に水たまりなどで濡れており、細菌の繁殖には絶好の場所のように思われた。

また、道を歩いていると、たくさんの犬を見かけたが、一見して皆一様に皮膚等に病気を持っていて、「日本のように気安く犬に触ると危険だ」と注意されたことがうなづかれた。ちなみに、日本のようにペットとして犬を飼って可愛がることは少ないようだ。

政府は PHC を推し進めると同時に、こういった方面での改善に今以上に力を注いでも良いのではないだろうか。

そうそう、あと1つ気になったのは、私が目にした赤ちゃんのほとんどはおむつもつけず、おしりを丸だしにしていたことだ。「これって大丈夫なのかなあ。」とか、「蒸れなくて良いのか

も」とか色々考えてみたが、けっきょくわからずじまいだった。
ムムム・・・

・樋口 香苗

私は「タイでこういう医学的なことを勉強して、よく理解でき、こういう風に考察します」と胸を張って言える立場ではない。PHCの仕組みは分かったが、それについて考察するには、まだ知らないことが多すぎる。それに正直言って、私には授業よりそれ以外のことのインパクトのほうが大きかった。

出発までのわたしの用意は、全く不十分で、向こうでは困ることだらけだった。一番困ったのは言葉（英語）の問題である。一応勉強はしていたのだが、全く分からなかった。なまりの問題もあるだろうが、かなり自信をなくしてしまった。

それと、私には全般的な知識量、教養がたりないということ、身にしみて感じた。タイ人でも、日本人でも、話し合いの場で中心になる人は、本を読んだのか、実際見てきたのかは、分からないが、びっくりするほどいろんな事を知っている。私には受験勉強の知識はあっても、有意義な会話ができるような教養はなかった。

もちろん大変だったことばかりではない。たくさん楽しいことがあった。特にビレッジステイは思い出に残った。村をあげての大歓迎、ウェルカムパーティは特に感動的だった。一緒に踊っていると、言葉は通じなくても何か通じ合うものがあった。みんな親切で、フレンドリー、暖かい人達だった。それは、参加していたタイ人学生にも言えることだ。国民性というものは本当にあるのだと思った。

タイでの様々な経験は私の世界を広げたように思う。世界を広げたというのは二つ意味がある。ひとつは、日本とは、違う文化に触れ、違う国民性の人々と少しでもコミュニケーションをもてたことである。日本にいと、どうしても他の国のことは無関心になりがちだ。しかしタイにいて、他の国に興味を

持つことができた。もうひとつは、熱意のある人達に出会い、自分の勉強不足に気付くことができたことである。この研修に参加した人のほとんどは、本当に国際保健に興味があって、頑張っけて探して、この研修を見つけたのだと思う。それに比べて、私は探す苦勞もせず、お金まで出してもらって参加できて、ラッキーだった。もちろん興味がなかったわけではないけど、ずいぶん軽い気持ちだったんだなと思った。私も、いろんな事に積極的になって、ディスカッションでももう少しましなことをいえるようになりたいと感じた。そういう風に感じるだけで、研修に参加した意味があったと思う。

・外間 政朗

タイにはすごい学生がいた。その名をブウアといった。彼はこの研修のタイ人参加者の一人で、研修参加者全体のリーダー的存在であった。

彼はとても英語がうまかった。概して、タイ人の英語はアクセントやイントネーションが独特で、欧米英語で勉強している日本人には非常にわかりづらい。しかし、彼の英語はそういうのがなく、日本人にわかりやすいものだった。

彼は笑顔がとてもさわやかだった。彼がまえにでて、にっこりほほえんでまゆげをぴくぴくさせるとその場の雰囲気はなごんだ。

施設などを見学にいったときそこのおえらいさんが英語で説明してくれても日本人参加者はほとんどわからなかった。そこで彼は自らまえにでて、マイクをとり、"I will summarize for you."とっててわかりやすくいいなおしてくれた。日本人が質問して、おえらいさんが上手く英語で答えることができずこまっていると彼はおえらいさんからマイクを奪い、かわりにこたえていた。そのうちおえらいさんも彼に任せたほうがいと悟り、まかせっきりにしていた。

また、学習面以外でも、とても面倒見がよく、日本人参加者

を助けていた。僕が宿舎の公衆電話から国際電話をかけれずにこまっていると、ここはこわれているからといって、他の所に案内して国際電話のかけかたをおしえてくれた。とてもたすかった。

彼はさいしょ自分は5年生だといっていた。そう思っていたから彼のすごさをまのあたりにしても、さっすが5年生、としかおもわなかった。しかし、のちに彼は飛び級していて実は年下だったと知ったとき、愕然とした。しかも、タイで1、2位をあらそうマヒドン大学で学年トップらしい。

彼は将来タイをしょってたつ男になるだろう。目標にしたい。でも残念ながら日本をしょうなんて大きいことをいえるほどの力はぼくにはない。が、せめて、琉球くらいはしょって立ちたい。

時間の進み方から命の重さまで違う国の、なにがしかはもって帰った。人生のこの時期にタイを訪れたことは大変良い経験であった。「タイは若いうちに行け」というタイ政府(?)の主張(?)は正しい。

最後に、この研修に参加するにあたってご助力下さった全ての人々にお礼を申し上げたい。

本当に有り難うございました。

パキスタン班

<研修目的>

福岡に本部を置く医療N G Oであるペシャワール会の現地における医療活動を見学する。イスラムという独自の宗教・文化を持った国において、本会の現地代表である中村哲先生をはじめとするスタッフの方々がどのように医療協力を行っておられるかを見、日本人としての国際協力の望ましいあり方について考える。

<研修地>

パキスタン国北西辺境州ペシャワール

<研修期間>

1998 年 3 月 16 日～28 日

<団員構成>

熱帯医学研究会 学生 3 名

<研修日程>

3 月 16 日 パキスタン・イスラマバード着
17 日 ペシャワール着
18～25 日 PLS・JAMS 見学
25 日 カイバル医科大学見学
26 日 イスラマバードへ移動
27 日 イスラマバード出発
28 日 帰国

◆報告◆

- ・パキスタンと北西辺境州について
- ・ペシャワール会
- ・JAMS・PLS 今後の展望
- ・活動内容報告

ー病院のシステムと設備について

病院のスタッフについて

P L S 患者の動向

P L S の患者から思うこと

パキスタン社会の根底にあるもの

<序>

●パキスタンと北西辺境州について●

パキスタンは、1947 年、インド内のイスラム教徒を中心にインドより分離・独立した国である。1971 年に東パキスタンがバングラデシュとして独立し、西パキスタンが現在のパキスタンとなった。北西辺境州は、インダス川の西岸一帯の、アフガニスタンと長い国境を接する地域である。州都はペシャワールで、州全体の人口は約一千万である。州の大半は北西部の険峻な山岳地帯であり、豊かなペシャワール平野やスワト盆地を除けば、大方は不毛の岩石砂漠で、その中に村落が点在している。

民族的には、アフガニスタンの支配民族でもあるパシュトゥ一部族が支配的である。1895 年にデュランド・ラインが設定されるまでは、北西辺境州一帯はインドというよりアフガニスタンの一部であった。アフガニスタンとの国境には、tribal area と呼ばれる少数民族の自治地区があって、それぞれ独自の言語を持つ小国家群を形成しており、住民は数世紀もの間ほとんど変化することのないままの生活を営んでいる。

北西辺境州の産業は、定住地域では農業が主流である。しかし、tribal area では遊牧生活を営んでいる者も多い。

●ペシャワール会●

ペシャワール会は、中村哲医師のパキスタン北西辺境州・アフガニスタンにおける医療活動を援助するため、1983 年に設立された NGO（非政府援助団体）である。本部は福岡におかれ、

日本での広報活動・募金活動・ボランティア・ワーカーの派遣という3つの活動を主に行っている。事務局には専従者はおらず、すべてボランティアであるため、会報の発送費・事務局の維持費などを除いた、会費・寄付の95%以上が現地での活動費に充てられている。1998年4月現在、会員約3500人。

ペシャワール会の現地組織がPRS (Peshawar Relief Service) であり、これはパキスタン政府認可の国際NGOである。このPRSのパキスタン側の活動母体がPLS (Peshawar Leprosy Service)、アフガニスタン側の活動母体がJAMS (Japan-Afghan Medical Service) である。

●JAMS (Japan-Afghan Medical Service) ●

中村哲医師は、1984年、ペシャワール・ミッション病院にらい病棟主任として派遣された。当時パキスタンでは、政府の協力のもとにらい根絶計画が進められており、中村哲医師赴任以来、ミッション病院はらい根絶計画のペシャワール支部となった。当時のミッション病院らい病棟は医療器具も手術設備も十分ではなかったが、中村医師はらい病棟主任として10年間、状況の改善に全力を尽くした。

JAMS (Japan-Afghan Medical Service) の前身であるALS (Afghan Leprosy Service) は、1986年に発足した。1979年に始まったアフガン戦争によって生まれたアフガン難民に医療措置を提供するのが目的であり、この医療チームはすべてアフガン人で構成されている。というのは、パキスタン人・アフガン人の間には、民族的な長い対立の歴史があるため、今なお敵対意識が強いからである。1998年ソ連軍が撤退し難民の帰郷が始まると、ALSはアフガニスタンの再建を医療側から担うべく再編成され、JAMSとなった。以後、JAMSは、難民の帰郷先であるアフガニスタンの山岳地帯の村の復興に視点を置き、医療活動を行っている。

これらの山岳地帯の大部分はtribal areaに属しており、過去数世紀にわたってほとんど変化していない伝統文化をもって

いる。JAMS はアフガニスタンに 1991 年 3 つの診療所を設立、毎年約 17 万人の人を無料診療している。また、ペシャワールにおかれた JAMS は、25 床の入院設備を持ち、年間の入院治療者数は約 900 名にのぼる。

●PLS (Peshawar Leprosy Service) ●

PLS は、ペシャワール会の第二の現地活動母体として、1994 年発足した。40 床（男 25・女 15）のベッド数を持つ病院を所有し、らいをはじめとした診療を行っている。スタッフは 37 名、年間外来治療約 1 万名、年間入院治療約 600 名。JAMS に比べて入院治療者数が少ないのは、らいなどの長期のケアを必要とする疾患を主に扱っているからである。イスラムの女性は、たとえ医師であっても男性にはなかなか肌をみせようとしないので、日本人看護婦によるケアも重要となっている。

●今後の展望●

1997 年、アフガニスタンではタリバーン（イスラム復古主義の新勢力）が政権を握り、厳しいイスラム法による統治方針を徹底した。このため各国の NGO は JAMS 以外は退避した。また、北西辺境州のらい患者は、潜在患者を入れると少なく見積もっても 2 万人にのぼると思われるが、政府の「らいは根絶された」という見解のもとに、他對らい団体は撤退の傾向にある。

そのような中、2 年ほど前地元住民が PLS の立ち退きを要求したため、新病院の建設が始まった。これを機会に現地ではアフガン・パキスタンチームの統合を目指している。具体的には、JAMS を現在の PLS の場所に移して外来診療のみとし、これからの活動は新病院・PMS (Peshawar Medical Service) 中心にやっていくということである。1997 年 12 月には統合病院としての組織の改革を明言し、1998 年 4 月末に新病院の完成式が行われた。しかし、JAMS の縮小にあたって、スタッフを半数ほど解雇せざるをえず、また、パキスタン・アフガニスタンの民族的な対立感情も渦巻き、統合は困難をきわめた様子であった。 これからも新病院のスタートにあたって色々な問題も

生じてくると思われるが、開院に至るまでのスタッフの方々の努力に素直に拍手を贈り、今後のご活躍を期待したい。

<活動報告>

●病院のシステムと設備について●

ペシャワール会はパキスタン国内に2つの病院と、2つの地方診療所、アフガニスタン国内に3つの地方診療所を持っている。このうちの2つの病院について紹介したいと思う。これらはPLSとJAMSという2つの病院で、PRS(Peshawar-kai Relief Services)というペシャワール会の現地組織の管理下で現在運営されている。なお、1998年5月にこの2つの病院は統合され、ペシャワール郊外に現在建設中の新病院がこの2つの病院に変わってこれからの北西辺境州及びアフガニスタンのハンセン病撲滅事業を引き継ぐことになっている。

まず、PLS(Peshawar Leprosy Service)であるが、この病院はハンセン病に対する偏見が周辺住民に依然強いことから、最近PMS(Peshawar Medical Service)と名称が変更になった。PMSでは主にハンセン病などの慢性で麻痺性の介護に手のかかる患者を扱っている。PMSはペシャワール市内の新興住宅地内にあり、近くにはカイバル医科大学校もある。スタッフは現地医師4名、看護婦と看護師3名、看護助手10名、ハンセン病診療員を含め37名である。入院ベッド数は男性25女性15の40床である。建物は外来、看護婦詰め所、病室、救急用病室、薬品庫、検査室、サンダル制作室、手術場、食堂、講義室から成り、バレーボールができるくらいの中庭が2つあった。どの部屋も日本の設備に比べれば、もちろん不潔で質素なものには違わないが、それほどみすぼらしいという感じはなかった。むしろ空き時間を利用して、見学しに行ったカイバル医科大学病院よりも清潔だったと思う。なお、サンダルはハンセン病などを患い足底潰瘍を作ってしまった患者さんのためのものである。サンダル制作室では4人の元ハンセン病患者の方が患者の足の状態に合わせたサンダルをオーダーメイドで作っ

ていた。外来の部屋では主にパキスタン人とアフガニスタン人の3人の先生が診察に当たられていて、日本人の先生はウルドゥー語を話す患者のみを見ているようだった（というのは患者の大部分は貧しい人達で部族語のパシュトゥン語は話せても、公用語のウルドゥー語が話せない人が多いので）。外来の奥には最近導入したと言う ECHO の機械が大切に置かれていた。ECHO は主に日本人の先生が診察に使われているようだった。手術はだいたい週に一度ずつ行われているそう。また、ここでは検査として、血液一般、便検査、尿検査、細菌検査、単純X線、マラリア検査が主に行われているようだった。救急用の病室では針灸治療も行われていた。なお、PLS のマネージャーはハンフリー氏である。

次に PLS の一日を記すと、まず朝 8 時に患者の申し送りがあり、それに続いて回診。この時ドクターは看護婦、看護助手らに指示を出す。大体 1 時間ほどで回診を済ませ、ドクターは外来の患者の診察に入る。その時看護婦や看護助手はドクターに指示されたように患者の処置をしていた。だいたいそれらの処置がお昼過ぎに終わると、昼食後はミーティングや看護婦らに対する講義が行われているようだった。またわれわれが訪ねたときは新病院の建設中ということで工事の進み具合を見るための主要スタッフによる視察も行われていた。

ペシャワール会の報告によると PLS の年間入院治療者数は約 600 人、年間外来治療者数は約 1 万名（ハンセン病関係のみ）であった。われわれが見た感じではハンセン病患者が多く、次に腸チフスの患者が多かったようであった。

次に JAMS (Japan-Afghan Medical Service) であるが、ここは元々アフガン難民の救済病院として作られた経緯から扱う疾患も PLS と異なり、感染症を中心として一般的な疾患をなんでも診ている。また活動対象地域も PLS のパキスタン北西辺境州とは異なり、アフガニスタン北東部となっている。ただし病院自体はペシャワール市内にあり、PLS のほんの近所にある。スタッフは現地医師 16 名、看護士キ看護助手 20 名、検査技師 14 名他の 87 名である。かなりの数であるが、今度の新病院へ

の移行に伴い辞めさせられる人々も出るようになっていいる。入院ベッド数は25床であるが、われわれが行った際には新病院への移行期ということで入院患者は10名であった。建物は、外来、病室、カンファレンスルーム、心電図室兼薬品庫、エコー室、針灸治療室、検査室、オペ室などから成っており、PLSに比べ広い感じがした。特にカンファレンスルームはかなり広いのだが、朝8時に主要スタッフが集合したあと、院長のシャワリ先生が現れたときには広い部屋がシーンと静まりかえり圧巻だった。また検査室はいくつかの部屋に分かれており、病理の専門家まで居て、かなり難しい細菌検査や病理組織診断まで出来るようであった。

JAMSの1日の運営は我々が一度しか見学していないため、良く分からない。しかし、朝の6時から診察をしているらしい。朝7時40分頃に我々が訪れた際に、1日の患者の数を制限しているために診察を受けられず、門の外であきらめきれずにたまっていた患者がたくさん居たのが印象的だった。

また、JAMSはPLSに比べ国境地帯の山村無医地区での診療活動により力を入れているようであった。

JAMSの年間入院治療者数は約900名で、年間外来治療者は約15万人であった。

●病院のスタッフについて●

現在、PLSでは37名、JAMSでは87名の現地スタッフが医療活動に当たっており、その内訳は次のようになっている。

PLS－医師4、らい診療員4、看護婦・看護師3、看護助手10、検査2、一般助手6、門衛2、ワークショップ3、料理人2、事務3、JAMS－医師16、検査14、看護師・助手20、門衛8、運転手6、料理人3、事務3、薬局2、レントゲン3、その他3

また、様々な民族的な問題のため、JAMSの現地スタッフは全てアフガン人で統一されている。この現地スタッフに加え、数名の日本人スタッフが医療活動や現地スタッフの指導に当たっている。私達がペシャワールを訪れた時は、医師の中村先生、小林先生、看護婦の藤田さん・簗島さん、放射線技師の林さん、検査技師の松本さんの6人であった。日本人スタッフは、PLSから徒歩で5分程のところにある日本人スタッフハウスで生活している。

現地スタッフは、ミッション病院時代から中村先生と共に活動してきた者、元患者、フィールドワークの際に中村先生が地方から連れて来た者など様々であり、現在は特にスタッフを募集することはしていない。スタッフ、特に看護師は、PLSもしくはJAMSで訓練を受けて働いている者が多数を占めている。PLSでは、正式な看護学校を卒業した者は僅か2名に過ぎなかった。そのため、看護師の教育は日本人スタッフにとって重要な仕事のひとつである。具体的には、毎日午後1、2時間程度、看護師を対象に簡単な解剖学・生理学・らい治療・算数などの講義を行っている。このうち、らい治療の講義は、らい診療員によって行われる。らい診療員とは、らいに限って診断・治療を行うことを許された、らい限定医ともいえるもので、ひとつの資格として認められている。また、算数を教える必要があるのは、現地スタッフには、掛け算・割り算の苦手な人が多く、単位の問題に対する理解も十分でないからである。このように、現地スタッフの養成には、私達が日本で想像していたよりも遥かに強い忍耐力と多くの努力が必要であることを見せ付けられた思いだった。

一方、JAMSでは、院長のシャワリ先生の指導により、医師達の勉強会が定期的に行われていた。これは、各回毎にシャワリ先生が担当の医師とテーマを決め、担当の医師は与えられたテーマについて調べ、医師全員の前で発表するという形式で行われているそうである。

しかし、このように努力を続けてはいるものの、現地スタッフのレベルはまだまだ満足できるものではないそうである。本

年4月の新病院の開院とJAMS・PLSの統合を前にして、私達の滞在中に全スタッフに対して適正試験が行われたのだが、結果は芳しくなかったそうである。また、看護師に対しては、清潔・不潔の概念を教えるのもこれからだということだ。

国際協力の現場において、現地スタッフの養成がいかに重要であるかは、現地スタッフの養成がうまくいかなかったために「医療の一方的押し付け」に終わってしまい現地の状況に何の改善も与えられなかったという例をよく耳にすることからも窺い知る事が出来る。しかし、それがいかに困難なことであるかも、今回の研修を通じて垣間見ることが出来たように思う。教育を始めるにあたって、スタートラインが日本とは比べ物にならないほど低だけでなく、民族性や宗教の違いなど、日本では考えられないような障害に出くわすこともしばしばである。8年近くもの長い間、現地で働いてこられた日本人看護婦の藤田さんは、このようにおっしゃっていた。「ここの医療レベルは、日本のそれと比べればまだまだです。日本の高度な医療のレベルからここを見下ろして批判するのは簡単でしょう。しかし、私達は何もないところから始めて、今ようやくここまでやってきたのです」それは、今まで如何に長い道程を、苦難とともに一步一步歩んで来たのか、如何に果てしない道が眼前に横たわっているのか、そして今までもこれからも、歩みの一步一步が、如何に地道な努力の積み重ねであるかを感じさせる言葉であった。

現地スタッフの教育だけでなく、日本人スタッフ自身も日々勉強に励んでいた。パキスタンの公用語はウルドゥー語であるが、患者の中でウルドゥー語を解する人は3、4人に一人程度しかおらず、残りはこの地域の支配的民族であるパシュトゥー民族の言葉のパシュトゥー語を話す。アフガン人の中にはペルシア語しか解せない者もいる。さらに医師同士では英語が使われる。そのため語学の学習は欠かせない。夜遅くまで小林先生が藤田さんにウルドゥー語を教わっていたり、朝早くから藤田さんがラジオの英会話講座を聞いていたりという姿を目にすると、本当に頭の下がる思いがし、自らの怠惰な生活を反省せずにはいられなかった。今回、実際に現場で働いている方々と

接することにより、今まで日本での活動に携わっているだけでは見えなかった、陰の部分でスタッフの方々が黙々と続けて来られた活動の軌跡に触れることが出来たように思う。国際協力という美しい言葉の陰で、どれほど血の滲む苦闘が繰り広げられてきたか、日本にいてはなかなか触れることの出来ない部分に触れる機会に恵まれたことを、感謝せずにはいられない。

●PLS 患者の動向●

入院患者 ベット数 40 (男 25, 女 15) 患者数 29 (男 20, 女 9 ; 1988 年 3 月 18 日現在) らい患者一男 11, 女 4

PLS ではハンセン氏病だけでなく、他の病院で受け入れてもらえない患者をみようという方針のもとに、現在活動が続いている。「他の病院で受け入れてもらえない」理由は金銭的な問題だけでなく、難しい神経疾患の患者であったりする場合もある。入院患者を見ても、ハンセン氏病の他に神経疾患が多く、また、家族性の神経疾患が何例かみられた。このあたりでは、同じ母親からの母乳で育っていなければ(つまり兄弟でなければ)結婚してもよいことになっているらしく、近親結婚が多い。結果、遺伝病も多いと考えられる。(遺伝学的な見方によれば、誰でもなんらかの常染色体劣性遺伝の遺伝子を 6~7 種もっており、それが発症する確立は 1/100。発症していないパートナーと結婚すると、その子供が発症する確立は $1/100 \times 1/100 \times 1/4 = 1/40000$ しかしながら、従姉妹と結婚したりすれば、 $1/100 \times 1/8 \times 1/4 = 1/3200$ と一気に発症する確立があがってしまう。これは特定のキャリアでない場合の話である。特定のキャリアがいる家系であれば、もちろん発症の確立は上がる。)

・入院患者 (メモを取った一部の患者について)

<<male: M female:F 例 M1: ベット番号 1 の男性
>> M7: リーシュマニア感染の疑い。左下腿部に潰瘍
M5: らい。垂足、兎眼の OPE 済み
M8: 新患, リウマチの疑い
M21: gangliosis, 右足, 指先の壊死, 切断の予定

M12:デュシェンヌ型筋ジストロフィー, 11才の少年 1988年
3月18日現在

M9, M11は兄弟5, 6才である。家族性のニューロパチー

M18:らい。体に4カ所の脱覚をとまなう皮膚炎あり。重度ではない。

M17:心疾患

M14:らい。B663(M.Lepae に対する抗生剤)のため皮膚に色素沈着。まゆ, 髭の脱毛。

F1:骨折

F3:20才。類結核らいで皮下結節あり。抗生物質投与中。

F3:らいのおばあさんなのだが, 現在は治療は終わっている。
リハビリを継続中。

F6:4才の男の子 腸チフス

・外来

感染症, 子供の呼吸器疾患, リウマチも多い。感染症の病原菌としては, マラリア, リーシュマニア, 赤痢菌, サルモネラ(とくにチフスが問題)などが多い。神経疾患, Leprosy の患者は他の病院から紹介されて来院することも多い。

月曜日から土曜日まで, 3人のドクターが9:00~12:00くらいまでで10~15人の患者をみる

私見:

感染症の患者さんが多いだろうという認識はありましたが, 神経疾患が多いことにびっくりしました。他の病院で扱えないだけに, ここに集まってきているということもあるのですが, 先も述べましたように風土的な問題と大きく関わってくるのだろう。

らいの方は, 抗生物質を投与するのみでなく, 治療経過中にみられる leprareaction(らい反応)とよばれる, 炎症性の反応にも気を配らなければならない, また, リハビリも必要です。さまざまな状態の患者さんに対応すべく, スタッフを教育し, 看護

の体制をたててゆくことは大変なことだと思う。

現地の状況を、日本と比較して、議論するのはナンセンスですので、ここは状況報告にとどめさせていただきます。

現地のことを知るには、現地の生活に触れ、そこに生活する人々に向き合うことが一番だと思う。そしてそこで、医療従事者として、そこで求められること、自分の能力でできる範囲のことをうまく探し出しながら活動できれば理想だろうと思った。

私の目にはペシャワール会のみなさんの活動が、そのような一つの理想的な形として映りました。

●Peshawar Leprosy Service の患者から思うこと●

12 日間の研修日程のうちの数日間を、ハンセン氏病の専門病院である PLS で過ごした。ハンセン氏病の患者に直接接するというのは今回の研修の大きな目的の一つであるが、現在の日本では新たな発病者などほとんどみられない稀な疾病であるだけに、受けた印象は大変大きなものであった。しかし一番驚きを感じたのは疾病そのものではなく、患者の社会的なものを含めたさまざまな背景というものだった。そういった中で、特に印象に残った 1 人の患者について書いてみる。

右足が足首の少し上のところからもげている 40 歳ぐらいの男性がいた。話によれば、半年ぐらい前から足先に痛みを感じるようになったが、医者に診てもらうようなお金などないため、ずっと放置していたらしい。するとある日の朝、目を覚ますと自分の右足がもげ落ちてしまっていたという。その右足を良く見せてもらったが、なるほど、何かに切断されたというよりはちぎれたというような鈍な端を成していた。しかも、無理やりにでなく自然にちぎれたというのが納得のいくような均一で滑らかな端であった。また、逆の左足にも壊死性の変化が見られた。この患者は実はハンセン氏病ではなく(らい菌が検出されなかった?), Buerger 病か ASO(arteriosclerosis

obliterans)による虚血性の疾病ではないかという事であったが、問題なのは診断名ではなく、足がもげてしまうまで放置せざるをえないという患者の背景ではないだろうか。

Peshawar は Pakistan でも大都会の部類に入る。表道りには日本のものと少しも変わったところのない立派な店構えの商店が建ち並び、裏通りには屋台のような出店がひしめき合っていた。わずかの乞食達がその中でウロウロしている場面を見かけたが、そこに住むほとんどの人間は(質素ではあるかもしれないが)生活に困っているようには感じられなかった。実際話を聞くと、町中に住む人たちはきちんとした職業を持ち、現金収入もある上流家庭の人間だという事であった。PLS では無料で診療を行っているが、こうした人たちを対象としているのではもちろんない。対象としているのは町から遠く離れた山中の村で細々と暮らしている、現金収入などほとんどない人たちである。人が大勢いる村ならば医者の一人ぐらいいるだろうというのが日本で生まれ育った人間の感覚であるが、この国ではそうはいかないらしい。

Pakistan では医師というのは超エリートだという。お金持ちで小さい頃からきちんとした教育を受ける事のできた人間の中でも、さらに優れた能力がある人間だけがなれる職業なのである。そんな超エリートが、さびれきった村で利益など全く見込めない診療を行うなんてことがあるだろうか？結果として、Pakistan の国としては医者数は足りているはずなのに都市に集中してしまっていて、医者のいない地域は減らずに医師の失業率は上がっていくという状況になっているという。

こうした状況であるため、貧しい村の人たちは病気になっても医者にかかるお金がないばかりか、かかる医者もいないのである。それで、少々の病気では医者にかからずに、民間療法とも言うべきもので急場をしのいでいるらしい。いよいよ生命の危険にさらされた時になってはじめて、車など通る事のできない山道を馬で駆けぬけて医者のいる町にやってくるのである。先の患者さんはまさにその代表的な例である。足が腐り落ちてしまうほどの壊死であるなら、相当な痛みを伴っていたと思わ

れる。壊死組織には当然細菌の感染が起こるので、場合によっては敗血症を起こして命を落としていたとも考えられる。それが幸か不幸か足が落ちた事によって敗血症を逃れ、やっとこのPLSを訪れるに至ったのである。

PLSの入院患者たちを見て、なぜこれ程ひどくなるまで放っておいたのだらうと悔しささえ感じさせられる方がたくさんいた。おそらく、この国にこういう人達は他にも大勢いるだろう。さらに、遠すぎてこのPLSまでも来ることのできない村の人達もたくさんいるという。こうした人達がいる限り、中村医師を中心としたペシワール会の活動は必要とされ、評価を受け続けるだろう。

●パキスタン社会の根底にあるもの●

この度パキスタンに行って最も印象に残っている体験は、イスラム文化に触れたことである。イスラム教は、パキスタン社会の根底に位置し、人々の生活に多大な影響を及ぼしていることを私は実感した。我々日本人にとってあまりなじみのないイスラム教であるが、イスラム教はキリスト教、仏教と並ぶ列記とした世界三大宗教の一つである。地球人口の5分の1近くの人に影響力をおよぼしており、今なおその数は拡大しつつある。このようなイスラム教にパキスタンの人の約97%が帰依していることに鑑みても、パキスタンのことはイスラム教抜きには語れない、と言っても過言ではないと思う。そこで本稿ではイスラム教が、人々の生活様式や精神構造に与える影響について述べ、さらにそこから翻って我々自身の生活を照らしてみたい。

・コーランの精神

イスラム特有の生活習慣については現地に行く前よりいろいろ注意するよう言われていた。コーランの教えは人々の生活に浸透しており、飲酒はタブー。女性は夫以外には顔をみせてはならないことになっている。

このような一見我々には理解できそうのない規律の背景には、イスラム独特の人間観が存在するという。以下、民俗学者片倉もとこの考察を参照したい。「イスラムには人間は本来弱いものなのだという認識が存在する。したがって誘惑に負けやすくなるような状況をつくらないことにする。性的誘惑に対しては男は特に弱いから、女は髪の毛もおおうベールをつけて、弱き男をまどわさないように協力する。また、人間を麻痺させるもの。たとえば酒のようなものは、禁止したほうがいい。「弱い人間」に酒を飲ませると、なにをしでかすかわからないからだ。」

このようにみると、コーランの教えは、人間は弱いものなのだという深い洞察に裏打ちされていることに気づかされる。そうすると 見た目の厳しさとは裏腹にイスラム社会のやさしさを垣間見ることができるように思う。

・祈りが根底にある生活

パキスタンでは何度も祈りの光景に出会ったものである。最初の強烈な場面は北京よりパキスタンの首都イスラマバードに向けて発った飛行機のなかだった。飛行機の乗客のうち50人くらいが集団で祈り始めたのである。日没前と就寝前に。どこでも祈るという噂は聞いてはいたが、まさか飛行機でも立ち上がって祈るとは思ってもいなかったのだから驚いた。メッカに巡礼に行く途中の人だったようだ。また我々が見学した病院のなかでも印象的な祈りの姿をみた。最もこころに残っているのが私にいろいろ教えてくれた看護師の姿だ。彼は入院患者のひしめく病棟で仕事中でもお祈りの時間になると、その場で地べたに跪き、祈りを唱えだした。その敬虔な姿は美しくさえあり、その姿をみた私までもが心を洗われるような気持ちになった。

大きな力の前では人間は無力であることを知る者は自然に祈ることでき、その結果そのような大きな力によって我々は生かされているという恵みを祈りを通じて感じることができるように思う。イスラム教徒は一日に5回、このような祈りの時

間を持つ。しかも朝の5時から。ある意味では祈りが最優先で、その合間で仕事をしているといっても過言ではないかもしれない。まさに祈り、宗教が生活の根底に存在する世界である。哲学者井筒俊彦はこのようなイスラムの生活を次のように描写している。「イスラームにおいては、宗教は人間の日常生活とは別の、何か特別な存在次元に関わる事柄ではない。人間生活のあらゆる面は根本的、第一義的に宗教に関ってくるのです。個人個人の純粹に自分だけの実存も、家庭生活も、社会における他人との公共の結びつきも。個人的、家族的、社会的、民族的、国家的、およそ人間が現実生存するところ、そこに必ず宗教がある。そしてこのように人間存在のあらゆる局面を通じて、終始一貫して「コーラン」に表れている神の意志を実現していくこと、それがイスラームの見る宗教なのです。」

・日本における我々の日常

体験することなく僕らはたくさんを知っているつもりになっている。それだけで自分のものにした気になっていることがどれだけあることだろう。私は祈りのある生活の素晴らしさを、モスクの静寂のなかで実感したように思う。あるパキスタン人は、一日に5回も神と向かいあえば悪いこともできないと冗談まじりに言っていたが、あながち嘘でもないと思う。彼らは根底に祈りを持った生活を送っており、何もしないことをする時間を持てなくなっている我々と違った価値観をもっている。なんら不思議でないし、彼らの方がよほど人間らしいと私は思う。休暇ですら、仕事の骨休めのための休暇、家族サービスのための休暇になってしまう我々の生活は何か違うと言わざるをえない。祈りとはなにかのためにするといったようなものではない。祈りそのものが、そうすべき大事なことなのである。自分はそのようなことを大切にしていなかったことを思い知ると同時に時間的空間的にそのような「場所」を持ちにくくなっている状況に気づいた。そしてパキスタンにはそれがあったのだ。

<おわりに>

今回の研修にいたるまで、実に一年以上の歳月をかけて、準備を進めてきた。日本のハンセン病療養所である多磨全生園での研修・菊池恵風園の見学、ペシャワール会事務局の活動への参加、勉強会・・・そして研修を終えた今、さまざまな思いが胸のうちを交錯する。

日本での勉強に続き、現地の活動を見学することによって一層痛感したのは、日本とはまったく異なる文化・宗教を持ち、全く異なる歴史を背負った外国において医療協力を行う際には、現地の人々と同じ目の高さから物を眺め、共に歩むことがいかに大切であるか、そしてそれが如何に地味で目立たぬ努力の積み重ねであるかということであった。これは当たり前のようだが、実行するにあたっては、様々な障壁を乗り越えねばならない。しかも、それらは決して華やかなものではなく、人知れぬひっそりとした活動である。また、今回の研修を通じて、イスラムの世界に触れることができたのも、貴重な体験の一つであった。

今回の研修にあたって、快く許可してくださったペシャワール会事務局の方々、ご指導下さった先生方・熱帯医学研究会の先輩方、そして報告書の作成にあたって原稿をお寄せ下さった信州大学医学部4年の脇元洋果さん・九州大学医学部5年の森下博文さんに、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

長崎壱岐島班

活動報告書データなし