

九州大学医学部熱帯医学研究会
第18回 学術調査団報告書

1983年7～8月

九州大学医学部熱帯医学研究会

目 次

は じ め に	尾前 照雄	1
多良間医療調査団の活動主旨	原 泰三	2
多良間村の概況		3
多良間村医療調査団行動記録		4
沖縄県宮古郡多良間村における高血圧検診報告		6
多良間診療所訪問記	橋本喜次郎	22
海外班行動記録		26
海外班研修報告	藤原 一男	31
1983 年度会計報告		36
協賛諸機関団体		38
あ と が き		39

は　じ　め　に

会長　尾　前　照　雄

九州大学医学部熱帯医学研究会は、昭和58年度も学内外の皆様の御援助のもとに、18回目の沖縄医療検診団およびタイ医療調査団を派遣することができました。

沖縄県多良間村では、従来通り高血圧を中心とした成人病検診を行ないました。会場での検診のほかに、多良間村厚生課の要請により身体障害等により来場できない14名の方の御家庭を訪れ内科診察を行なうことができました。

一方、タイ医療調査団の活動は、現地病院での研修を通してタイの医療の現状を知ることを目的としました。今や本邦では見ることのなくなった感染症や寄生虫疾患の診療に参加し、タイの医療の現状を見てまいりました。

全員無事に今回の活動を終わりました。その成果をここに報告するとともに、熱帯医学研究会の活動に、一方ならぬ御支援、御協力を賜りました学内外の関係各位に厚く御礼申し上げます。

多良間医療調査団の活動主旨

総務 原 泰 三

当研究会は、多良間村における高血圧検診を通して、同村における高血圧の実態を明らかにし、保健行政および現地医療に対する一資料を提供するとともに、本活動を通し、住民の高血圧に対する関心を高めることを目的としている。

本活動は、3ヶ年計画でおこなわれ、今回はその最終年にあたる。前回、前々回とはほぼ同様の検診をおこなったが、今回はさらに、多良間厚生課の要望により、身体障害等の理由で来場困難な人14名について、各家庭を訪問し、診察を行なった。

— 多良間村の概況 —

多良間村は、宮古島と石垣島とのほぼ中間に位置し、多良間島・水納島の二島からなる村で、面積は、多良間島 20.05 Km^2 、水納島 2.51 Km^2 合計 22.56 Km^2 である。地形は平坦円形で隆起サンゴ石灰岩土壌からなり、農用地は弾性地に富み、総面積の 40% が農用地となっている。気温は、温暖で亜熱帯性気候に属し、降雨量は年間 $2,000 \text{ mm}$ 内外であるが、季節により偏りがみられ、しかも土壌は含有保水力が乏しいサンゴ石灰岩土壌で形成されているので、毎年のようにかんばつにみまわれる。また、夏期から秋期にかけての台風による農作物の被害も大きい。

人口は、昭和56年現在 1,908 人で、毎年 $1 \sim 1.5\%$ 程度減少している。人口構成は、 $20 \sim 40$ 才が少ないひょうたん型の過疎人口構成を示している。

多良間医療調査団行動記録

期 間：昭和 5 8 年 7 月 2 0 日～8 月 1 日

団員構成

団長 柊山幸志郎（九州大学医療短大教授）

医師 石井 栄一 鷺尾 昌一 山口 裕也

検査技師 藤野夫美子（九大医療短大部）

中川 英子（ ” ）

学生

<医学部>

塩 道 信 一 （ 4 年 ） 田 中 耕 司 （ 3 年 ）

原 泰 三 （ 3 年 ） 門 司 晃 （ ” ）

橋 本 喜次郎 （ ” ） 山 根 一 郎 （ ” ）

富 永 光 裕 （ ” ） 横 山 宏 樹 （ ” ）

竹 内 実 （ ” ）

<医短部>

堀 田 喜久江 （看護 3 年） 青 木 利 香 （看護 3 年）

嘉 茂 高 子 （ ” ）

行動記録

7 月 2 0 日 博多港発

7 月 2 1 日 那覇港着

7 月 2 3 日 那覇港発

7 月 2 4 日 宮古経由で多良間到着 村長と会合

7月25日 民生課長・保健婦らと会合

7月26日 { 検診の案内書の配布
ねたきり老人の診察

7月27日 医師団到着 検診会場設営

7月28～30日 検診活動

ねたきり老人の診察

7月31日 検診会場撤収

8月 1日 多良間発 那覇経由で博多空港着

沖縄県宮古郡多良間村における 高血圧検診報告

はじめに

当研究会は、昭和56年より多良間村において高血圧を中心として成人病の検診を行なってきた。本年はその3回目にあたるが、新築されたばかりの多良間村図書館を会場として7月28日から7月30日まで行なった。さらに多良間村役場厚生課の要望により、身体障害等の理由で会場まで来ることができなかった14名の対象者には訪問診察を行なった。

検診率が低かったので、今回の成績をもって多良間村の統計量とするにはいささか疑問がのこるが、各調査項目についてその結果をしるすことにした。

検 診 成 績

(1) 受診者、受診率

前回、および前々回と同じく30才以上の男女を対象として検診を行なった。

受診者数を図-1に示す。また3年間の受診者数の推移を図-2，表-1に示す。

図-1 受診者数の性別・年齢階級別構成

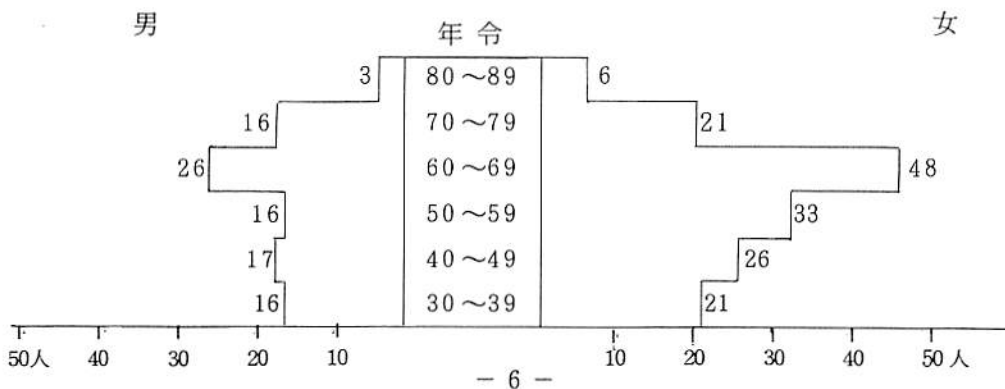


図-2 3か年の受診者数の推移

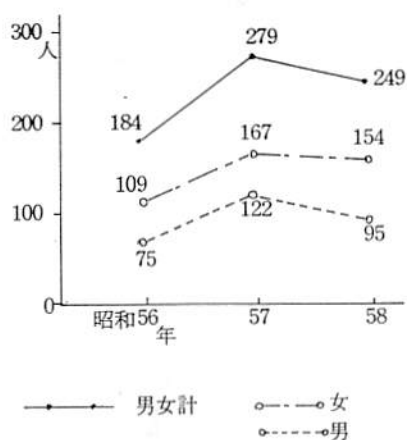


表-1 3回の検診における受診者数(30才未満の者も含む)

	昭和56年	昭和57年	昭和58年	男	女	計	
3回のうち 1回受診した者	○	×	×	20	26	46	251
	×	○	×	56	62	118	
	×	×	○	32	55	87	
3回のうち 2回受診した者	○	○	×	19	25	44	147
	○	×	○	15	21	36	
	×	○	○	23	44	67	
3回受診した者	○	○	○	26	39	65	65
計				191	272	463	

○…受診 ×…非受診

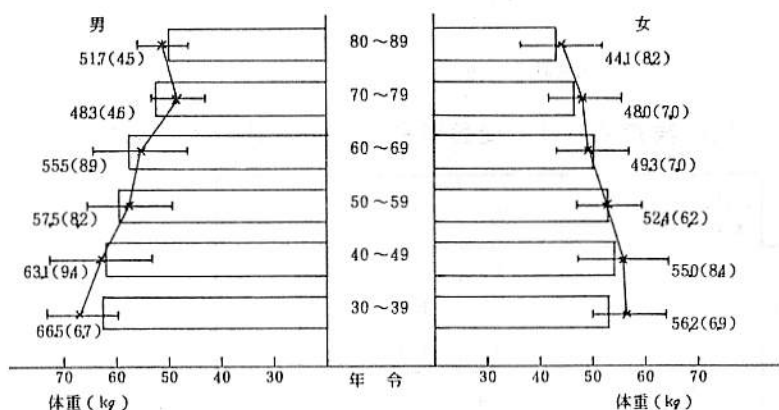
今回の検査の受診者数は、249名(男94名, 女155名)で、受診率26.3%と昨年より低かった。ちなみに昨年度の検診期間は4日(4日目は午前中のみ実施)で受診率は30.5%、一昨年度は5日で受診率は19.7%であった。受診率を高めるためにはまだ工夫が必要であることを痛感した。高血圧は自覚症状の乏しい疾患であることも受診率の低い理由の一つかもしれない、成人病教育の徹底が必要と思われた。

(2) 身長、体重、肥満度

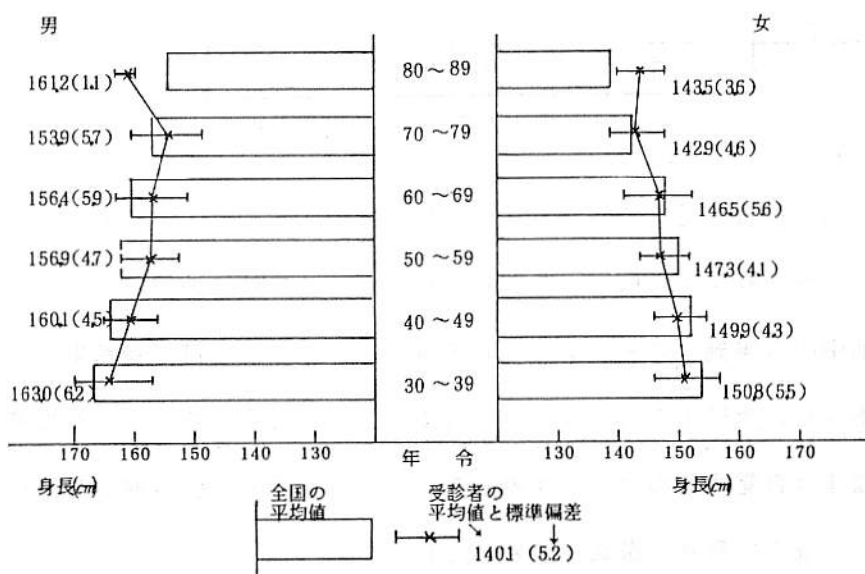
受診者249名(男94名,女155名)について身長、体重を測定した。体重は着衣のまま測定し1kg差し引いた。図-3に性別・年齢階級別の身長、体重の平均値を全国のそれと比較して示した。

図-3 受診者の体重と身長

(1) 体重の平均値と標準偏差



(2) 身長の平均値と標準偏差



体重および身長は、男女ともどの年代においても全国の平均値との間に有意差は認められなかった。男女とも80才代は受診者数が少なかったので考察の対象から除いた。

肥満度は、標準体重(式-1)と、ケトレ指数(式-2)の2方法により判定した。前者では、測定体重が標準体重の20%以上となるものを「肥満」、20%以下となるものを「やせ」とした。後者ではケトレ指数が19.1未満を「やせ」、19.1以上23.3未満を「正常」、23.3以上25.4未満を「過体重」、25.4以上を「肥満」とした(文献4)。

(式-1) 標準体重 = [身長(cm) - 105] kg … 身長159 cm以下の場合

標準体重 = [身長(cm) - 100] × 0.9 kg … 身長160 cm以上の場合

(式-2) ケトレ指数 = 体重(kg) ÷ [身長(m)]²

表-2, 3、図-4にその結果を示した。

表-2 性別・年齢別肥満者数

年 令	男 (人)			女		
	や せ	普 通	肥 満	や せ	普 通	肥 満
30～39	0 (0)	12 (75.0)	4 (25.0)	0 (0)	13 (61.9)	8 (38.1)
40～49	0 (0)	12 (70.6)	5 (29.4)	0 (0)	13 (50.0)	13 (50.0)
50～59	0 (0)	12 (75.0)	4 (25.0)	0 (0)	12 (36.4)	21 (63.6)
60～69	0 (0)	21 (80.8)	5 (19.2)	1 (1.1)	22 (47.8)	24 (51.1)
70～79	0 (0)	15 (93.8)	1 (6.2)	0 (0)	10 (47.6)	11 (52.4)
80～89	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	3 (50.0)	3 (50.0)
計	0 (0)	74 (79.6)	19 (20.4)	1 (0.7)	73 (47.4)	80 (51.9)

()内は%

表-3 ケトレ指数により判定した肥満度

	男				女			
	や せ	正 常	過体重	肥 満	や せ	正 常	過体重	肥 満
30～39	0 (0)	2(12.5)	10(62.5)	4(25.0)	0(0)	6(28.6)	10(47.6)	5(23.8)
40～49	0 (0)	7(41.2)	4(23.5)	6(35.3)	1(3.9)	9(34.6)	9(34.6)	7(26.9)
50～59	0 (0)	9(56.3)	3(18.7)	4(25.0)	0(0)	12(36.4)	11(33.3)	10(30.3)
60～69	1 (3.9)	16(61.5)	5(19.2)	4(15.4)	4(8.5)	21(44.7)	10(21.3)	12(25.5)
70～79	5 (31.2)	9(56.3)	2(12.5)	0(0)	0(0)	11(52.4)	3(14.3)	7(33.3)
80～89	1 (50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	3(50.0)	1(16.7)	1(16.7)	1(16.7)
計	7 (7.5)	44(46.8)	24(25.5)	18(19.1)	8(5.1)	60(39.0)	44(28.6)	42(27.3)

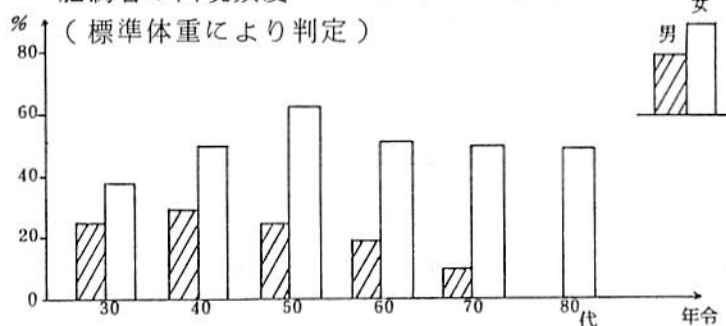
()内は%

Q I : ケトレ指数 = 体重(kg) ÷ [身長(m)]²

Q I < 19.1 をやせ、19.1 ≤ Q I < 23.3 を正常

23.3 ≤ Q I < 25.4 を過体重、25.4 ≤ Q I を肥満とする。

図-4 肥満者の出現頻度
(標準体重により判定)

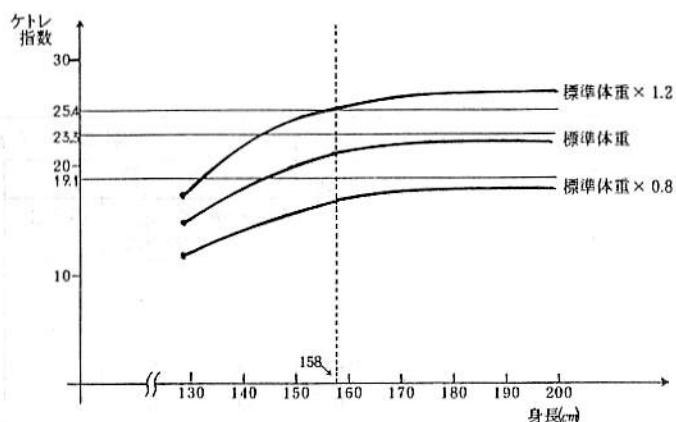


標準体重により判定した結果は、男性はどの年代でも肥満者の出現頻度は30%未満であり、40才代をピークとしてそれより高令になるにつれて肥満者の出現頻度は減少した。女性は30才代を除きどの年代においても肥満者の出現頻度は50%以上であった。また全ての年代で女性の方が男性より肥満者の出現頻度が大であった。

ケトレ指数により判定した肥満者の出現頻度は、男女間において大差がなかった。30才代、40才代では男性の方が肥満者の出現頻度が高くなっており、標準体重による判定と対照的であった。その理由は、次の通りである。

(式-1)の「標準体重」を(式-2)の「体重」に代入し、体重が標準体重に等しい場合、および0.8倍、1.2倍になる場合についてケトレ指数と身長との関係を求め図示した(図-5)。それによると、標準体重の人であっても

図-5 ケトレ指数と身長との関係



身長が高くなるほどケトレ指数が大きくなることがわかる。また身長が158 cmより低いときは、標準体重による判定で肥満となっても、ケトレ指数による判定では肥満とならないことがありうること、身長が158 cmより高いときは、標準体重による判定で肥満とならなくても、ケトレ指数による判定では肥満となることがありうることをわかる。

男性の方が女性より身長が高いので、ケトレ指数で判定した場合男女差が少なくなり年代によってはむしろ男性の方が肥満者の出現頻度が、高くなる結果となった。

(3) 血 圧

30才以上の249名(男94名,女155名)について血圧を測定した。測定は、排尿後10分以上の安静を保ったのち、水銀血圧計を用い坐位にて行なった。コロトコフ音第1相を収縮期血圧(SBP),第5相を拡張期血圧(DBP)とした。3回測定を繰り返しその最低値を代表値とした(文献3)。

収縮期血圧および拡張期血圧の性別・年齢階級別平均値および標準偏差を表-4に示した。計算にあたっては、降圧剤を服用している者を除外した。

表-4 性別・年齢階級別血圧

(1) 男

年齢	受診者数(人)	収縮期血圧(mmHg)					拡張期血圧(mmHg)				
		人 数(人)			平 均	標 準 偏 差	人 数(人)			平 均	標 準 偏 差
		140未満	140以上 160未満	160以上			90未満	90以上 95未満	95以上		
30~39	16	13	2	1	124.1	16.5	14	1	1	80.0	8.1
40~49	17	12	4	1	133.3	19.0	12	2	3	84.4	9.6
50~59	16	10	3	3	133.1	20.6	11	4	1	80.9	11.6
60~69	26	14	10	2	133.3	16.5	21	3	2	78.4	9.9
70~79	16	9	6	1	135.6	13.9	15	1	0	70.3	11.0
80~89	3	2	1	0	136.0	16.6	3	0	0	67.3	6.8
計	94	60	26	8			76	11	7		

(2) 女

年齢	受診者数(人)	収縮期血圧(mmHg)					拡張期血圧(mmHg)				
		人 数(人)			平 均	標 準 偏 差	人 数(人)			平 均	標 準 偏 差
		140未満	140以上 160未満	160以上			90未満	90以上 95未満	95以上		
30~39	21	20	1	0	120.4	10.0	19	1	1	76.8	8.0
40~49	26	21	5	0	123.3	15.9	21	2	3	76.8	11.6
50~59	33	24	7	2	128.7	15.2	29	2	2	76.8	10.4
60~69	48	29	10	9	135.0	25.7	42	1	5	75.6	12.9
70~79	21	9	6	6	142.1	18.6	21	0	0	73.2	8.2
80~89	6	4	2	0	135.2	13.7	6	0	0	64.4	7.3
計	155	107	31	17			138	6	11		

男性では、収縮期血圧は30才代を除きほぼ同じ値であった。拡張期血圧も年齢によって大きな差はなかったが、70才代では低い傾向があった。

女性では、収縮期血圧は年齢とともに増加する傾向があった。拡張期血圧は年齢によって大きな差はなかった。

男女とも80才代は受診者が少ないので考察の対象から除いた。

＜高血圧の頻度＞

被検者249名のうち、正常血圧者は159名（男56名、女103名）で63.9%，境界域高血圧者は49名（男23名、女26名）で19.7%，高血圧者は41名（男15名、女26名）で16.4%であった（表-5）。

降圧剤を定期的に服用している者は高血圧者とした。

表-5 血 圧 の 状 況

年 令	男 (人)				女 (人)			
	受診者数	正常血圧	境界域高血圧	高血圧	受診者数	正常血圧	境界域高血圧	高血圧
30～39	16	13(81.3)	2(12.5)	1(6.3)	21	19(90.0)	1(5)	1(5)
40～49	17	10(58.8)	4(23.5)	3(17.6)	26	21(84.6)	2(3.9)	3(11.5)
50～59	16	9(56.3)	2(12.5)	5(31.2)	33	22(66.7)	7(21.2)	4(12.1)
60～69	26	13(50.0)	9(34.6)	4(15.4)	48	30(62.5)	8(16.7)	10(20.8)
70～79	16	9(58.8)	5(35.3)	2(5.9)	21	8(38.1)	6(28.6)	7(33.3)
80～89	3	2(66.7)	1(33.3)	0(0)	6	3(50.0)	2(33.3)	1(16.7)
計	94	56(59.6)	23(24.5)	15(15.9)	155	103(66.4)	26(16.8)	26(16.8)

()内は%

＜血圧と肥満度＞

肥満度と血圧との関係について、表6.7、図-6に示した。標準体重により判定した場合は、境界域高血圧者を含めた高血圧者の割合は、男女ともに肥満者の

方が非肥満者より大きかった。また男女ともケトレ指数が大きくなるほど拡張

表-6 標準体重による肥満度と血圧との関係

	男				女			
	総 数	正常血圧	境界域 高血圧	高血圧	総 数	正常血圧	境界域 高血圧	高血圧
や せ	0	0(0)	0(0)	0(0)	1	0(0)	1(100)	0(0)
正 常	74	46(62.2)	16(21.6)	12(16.2)	74	54(73.0)	9(12.1)	11(14.9)
肥 満	19	9(47.4)	8(47.1)	2(10.5)	79	48(60.8)	16(20.2)	15(19.0)

()内は%

表-7 ケトレ指数による肥満度と血圧との関係

男

	収縮期血圧 平均値 (mmHg)	拡張期血圧 平均値 (mmHg)	人 員			
			総 数	正常血圧	境界域高血圧	高 血 圧
や せ	128.3	70.3	7	4(57.1)	3(42.9)	0(0)
正 常	132.1	75.1	44	29(65.9)	7(15.9)	8(18.2)
過体重	131.0	81.7	24	15(62.5)	6(25.0)	3(12.5)
肥 満	139.9	87.7	18	8(44.4)	6(33.3)	4(22.3)

()内は%

女

	収縮期血圧 平均値 (mmHg)	拡張期血圧 平均値 (mmHg)	人 員			
			総 数	正常血圧	境界域高血圧	高 血 圧
や せ	126.3	69.3	8	6(75.0)	2(25.0)	0(0)
正 常	130.0	74.8	60	43(71.7)	7(11.7)	10(16.7)
過体重	127.7	74.8	44	31(70.5)	7(15.9)	6(13.6)
肥 満	134.8	79.1	42	22(52.4)	10(23.8)	10(23.8)

図-6 高血圧と肥満度(表-6による)

男	正 常 血 圧	境界域高血圧	高血圧
正 常	62.2 %	21.6 %	16.2 %
肥 満	47.4 %	42.1 %	10.5 %

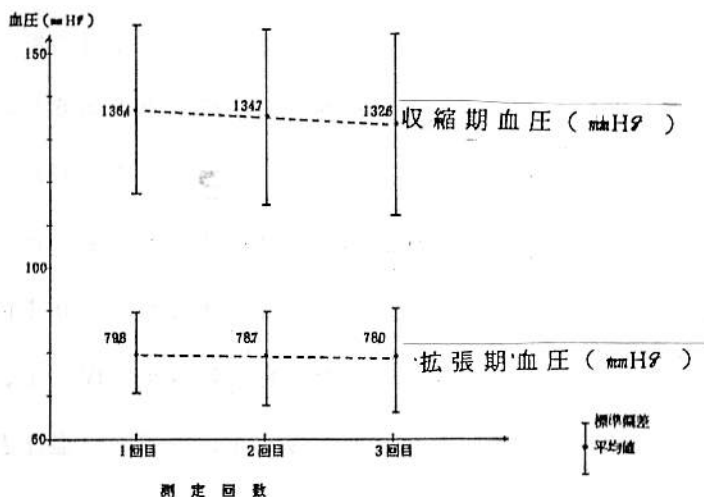
女	正 常 血 圧	境界域高血圧	高血圧
正 常	73.0 %	12.1 %	14.9 %
肥 満	60.8 %	20.2 %	19.0 %

期血圧が高くなっていた。収縮期血圧については、はっきりした関係は見られなかった。男性でケトレ指数が19.1未満(やせ)のものを除けば、ケトレ指数が大きくなるにつれて、正常血圧者の割合が小さくなった。

<血圧と測定回数>

血圧が、測定を繰り返すにつれてどのように変化していくかをみるために、各測定回毎に全受診者の血圧の平均値を求めた。その結果を図-7に示した。

図-7 血 圧 と 測 定 回 数



収縮期血圧の平均値は、1回目が136.4 mmHgで、2回目はそれより1.7 mmHg低下し、3回目は2回目にくらべて2.1 mmHg低下した。

拡張期血圧の平均値は、1 回目が 79.8 mmHg で、2 回目は 1.1 mmHg 低下し、3 回目は 2 回目にくらべて 0.7 mmHg 低下した。

(5) 心電図

心電図は、標準肢誘導（I，II，III），単極肢誘導（aVR，aVL，aVF），胸部誘導（V₁～V₆）の 12 誘導でとった。被検者 244 名（男 94 名、女 150 名）のミネソタ・コードによる心電図所見の分類を表-8 に示した。表-9 には主な心電図所見と血圧との関係を示した。

表-8 によると、異常所見のないもの（I-0）は、165 名（男 52 名、女 113 名）、異常 Q 波（I-1-4，I-2-4，I-3-4）は 5 名（男 0 名、女 5 名）、左室肥大（III-1，III-3）は 36 名（男 28 名、女 8 名）、虚血性変化（IV-1，IV-2，IV-3）は 12 名（男 4 名、女 8 名）であった。

表-9 によると、異常所見のないもの（I-0）の割合は、男女とも正常血圧者の群において最も大きかった。異常 Q 波（I-1-4，I-2-4，I-3-4）のうち、特異性の高い I-1-4 は女の高血圧者の群に 2 名みられた。左室肥大（III-1，III-3）は高血圧者の群で出現頻度が高かった。しかし、男性の正常血圧者で III-3 が 8 名（14.3%）にみられた。その年代別内訳は、30 才代 2 名、40 才代 3 名、60 才代 3 名であった。男性の高血圧者では III-3 は 6 名で、年代別にみると 30 才代から 60 才代まではそれぞれ 1 名ずつ、70 才代に 2 名みられた。虚血性変化（IV-1，IV-2，IV-3）について、特異性の高いと思われる IV-1 は女性の高血圧者 2 名にみられた。

表－８ 心電図所見のMinnesota Code による分類

年令	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	75～	80～	85～	
I－0	16 (8)	16 (11)	15 (12)	13 (11)	19 (13)	18 (13)	22 (16)	20 (13)	13 (9)	8 (4)	3 (2)	2 (1)	165(113)
－1－4									1 (1)		1 (1)		2 (2)
－2－4							1 (1)						1 (1)
－3－4								1 (1)		1 (1)			2 (2)
II－1							1 (1)						1 (1)
III－1			1 (0)	3 (0)	1 (0)	3 (1)	1 (0)	1 (1)	3 (1)	1 (0)			14 (3)
－3	2 (0)	1 (0)	5 (0)	1 (0)	1 (1)	2 (1)	2 (0)	5 (2)	3 (1)				22 (5)
IV－1								1 (1)	1 (1)				2 (2)
－2				1 (1)			2 (1)	1 (0)		1 (1)			5 (3)
－3					1 (1)		2 (0)	1 (1)	1 (1)				5 (3)
V－1							1 (1)						1 (1)
－2							1 (0)	1 (1)		1 (1)			3 (2)
－3								1 (0)	1 (1)				2 (1)
－4									1 (1)				1 (1)
VI－1											1 (1)	1 (1)	2 (2)
－2													0 (0)
－3			1 (0)		1 (1)		1 (0)		1 (0)	1 (0)		1 (1)	6 (2)
－5							1 (1)						1 (1)
VII－2							1 (1)						1 (1)
－3							2 (2)	1 (0)					3 (2)
－4								1 (0)					1 (0)
－5							1 (1)						1 (1)
VIII－1										1 (1)			1 (1)
－3			1 (0)							1 (0)			2 (0)
－6		1 (1)											1 (1)
－7			1 (1)		1 (0)		1 (1)						3 (2)
－8			1 (1)	1 (0)	1 (1)		1 (1)	1 (0)					5 (3)
－9							1 (1)	1 (0)	1 (1)		2 (1)		5 (3)
XI－6						1 (1)							1 (1)
	18 (8)	18 (12)	25 (14)	19 (12)	25 (17)	24 (16)	42 (28)	36 (20)	26 (17)	15 (8)	7 (5)	4 (3)	259(160)

() 内は女性の人数

表-9 血圧と心電図所見

	男			女		
	正常血圧	境界域 高血圧	高血圧	正常血圧	境界域 高血圧	高血圧
I-0	35(62.5)	12(52.2)	5(33.3)	77(74.8)	17(65.4)	19(73.1)
I-1-4	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(7.7)
2-4	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.0)	0(0)	0(0)
3-4	0(0)	0(0)	0(0)	2(1.9)	0(0)	0(0)
III-1	3(5.3)	4(17.4)	4(26.7)	1(1.0)	0(0)	2(7.7)
-3	8(14.3)	3(13.0)	6(40.0)	2(1.9)	2(7.7)	1(3.8)
IV-1	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(7.7)
-2	0(0)	1(4.0)	1(6.7)	2(1.9)	1(3.8)	0(0)
-3	0(0)	0(0)	1(6.7)	0(0)	1(3.8)	2(7.7)

()内は血圧により分けたグループ内で各々の所見を示す者のしめる割合(%)である。

(6) 検尿成績

245名(男92名,女153名)について試験紙(ウロラブスティックス)による尿検査を行なった。検査項目は、蛋白,ブドウ糖,ケトン体,ウロビリノーゲン,潜血であった。蛋白は、疑陽性13名(男5名,女8名),陽性6名(男2名,女4名),ブドウ糖は疑陽性4名(男3名,女1名),陽性7名(男1名,女6名)で、糖尿病と診断された者がブドウ糖陽性者のうち4名(男1名,女3名)いた。潜血は疑陽性13名(男3名,女10名)陽性28名(男7名,女21名)であった。ウロビリノーゲンは、陽性者が2名(男1名,女1名)、ケトン体は陽性者1名(男0名,女1名)であった。

表-10に蛋白,ブドウ糖,潜血の所見と血圧との関係を示す。いずれも、血圧との間にはっきりした相関は認められなかった。女性の蛋白陽性者4名はすべて潜血は(+)であった。

表-10 尿検査所見と血圧

		男 (人)			女 (人)		
		正常血圧	境界域 高血圧	高血圧	正常血圧	境界域 高血圧	高血圧
蛋白	±	2 (3.6)	2 (8.7)	1 (6.7)	7 (6.8)	1 (3.8)	0 (0)
	+	0 (0)	1 (4.3)	0 (0)	2 (1.9)	0 (0)	0 (0)
	++	0 (0)	1 (4.3)	0 (0)	2 (1.9)	0 (0)	0 (0)
ブドウ糖	±	1 (1.9)	1 (4.3)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	1 (3.8)
	+	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 ⁽¹⁾ (3.8)	0 (0)	0 (0)
	++	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3.8)	1 ⁽¹⁾ (3.8)	0 (0)
	+++	1 ⁽¹⁾ (1.9)	0 (0)	0 (0)	3 ⁽²⁾ (2.9)	0 (0)	0 (0)
潜血	±	2 (3.6)	0 (0)	1 (6.7)	5 (4.9)	4 (15.4)	1 (3.8)
	+	4 (7.1)	0 (0)	0 (0)	13 (12.6)	1 (0)	4 (15.4)
	++	3 (5.4)	0 (0)	0 (0)	3 (2.9)	0 (0)	0 (0)

() 内は%

(1) 糖尿病と診断されている。

(2) うち1名が糖尿病と診断されている。

蛋白と潜血については、疑陽性者および陽性者に対して沈査を行なった。

円柱2名(顆粒円柱1名, 硝子円柱1名), 赤血球が1視野に2個以上認められたもの22名, 白血球が1視野に3個以上認められたもの5名, 細菌(杆菌)が認められたもの1名であった。

(7) 家庭訪問による診察

今回の検診では、多良間村厚生課の要望により、身体障害などの理由で会場に来ることができない人14名(男:5名, 平均年令66.4才, 女:9名 平均年令80.7才)について訪問診察を行なった。その結果を表-11に示した。

表-11 家庭訪問の結果

No.	性別	年齢	血 圧	心 電 図	栄 養	そ の 他
1	男	56	125/95	I - 0	普 通	左片麻痺（脳血管傷害） 降圧剤服用中
2	男	60	110/70	I - 0	普 通	左片麻痺 白内障
3	男	69	188/106	III - 1, IV - 3 VIII - 9	普 通	左片麻痺 白内障
4	男	72	210/110	/	普 通	右片麻痺（脳塞栓） 降圧剤服用中
5	男	75	182/108	IV - 1 V - 2	普 通	白内障
6	女	67	132/102	I - 0	普 通	白内障
7	女	68	152/86	VIII - 3	普 通	関節リウマチ
8	女	78	158/75	I - 0	普 通	白内障
9	女	78	205/90	/	や せ	白内障（完全に失明）
10	女	82	182/88	IV - 3	肥 満	白内障
11	女	85	170/94	I - 1 - 3 VIII - 7	や せ	左片麻痺（脳血管傷害）
12	女	85	136/68	/	や せ	白内障
13	女	87	190/80	I - 0	や せ	白内障
14	女	96	120/70	IV - 2 V - 2	や せ	左下肢麻痺 白内障

このかたたちが会場に来ることができなかった理由は次の通りである。高令のためと思われる衰弱 1 名，脳血管障害の後遺症による歩行障害 5 名，白内障 7 名，関節リウマチによる歩行障害 1 名であった。

栄養状態は、女性の高令者にやせが目立った。

血圧は 14 名中 9 名が高血圧領域の値を示した。このうち 2 名が降圧剤を服用中であった。この 2 名はいずれも脳血管障害の既往がある人であった。

参 考 文 献

1. 沖縄県宮古郡多良間村における高血圧検診報告. 九大医学部同窓会誌学
士鍋 第42号, 86-92, 1982.
2. 藤原一男: 沖縄県宮古郡多良間村における高血圧検診報告. 九州大学医
学部熱帯医学研究会第17回学術調査団報告書, 6-23, 1983.
3. Guidelines for the treatment of mild hypertension
Memorandum from a W. H. O. / I. S. H. meeting. Lancet,
457, 1983.
4. 志方 健: 肥満の予後に関する臨床疫学的研究. 福岡医誌 75: 252
- 270, 1984.

多良間診療所訪問記

M 3 橋 本 喜次郎

今回、初めて多良間医療調査団の一員として、現地の診療所を訪問する機会を得た。ここに、そこで医療に従事されている金先生の御話を伺い、実際に見聞した離島医療の現実を報告したいと思う。

訪問は、同級の竹内君と二人で、先生の診療の合間をぬって行なわれた。御名前からわかるように、先生は韓国籍の方で、今年62才、昭和52年に奥様共々来島され、現在は御子様を含め3人でお暮らしになっている。戦前、日本統治下の朝鮮で生活され、きびしい日本化政策のもと、京城帝国大学医学部に学ばれている。故に、日本語は流暢で、会話はスムーズにすすんだ。来島の動機をお尋ねすると、やはり馴じみのある日本でかねてより働きたかったという意識があったそうで、私で役に立てばと時機よろしく沖縄県の離島医師募集に応募されたということである。気候・風土・習慣の違う土地のこと、何かと御苦労が多いことと思われる。前任の医師も、同国同姓の金氏が、2年間。それ以前は、日本人の医介補（主に旧軍の衛生兵出身で、医師不足に悩む沖縄県は、一定条件下のもと、ほぼ医師同様に医療を施せる資格をこれらの人々に与え、絶対的医療不足に対処しようとしてきた）が、多良間の医療を支えておられたと聞く。すなわち、ここの診療所には、日本人の医師が着任したことはないのである。県では、昭和49年以来、外国人医師の導入に踏み切っているという。沖縄県内の医師数がそもそも少ない上に、その地理・風土的な事情の為に、本土から行こうとする医師も少ないことによる苦肉の策と思う。具体的な数字はわからないが、韓国・台湾から沖縄に来られている医師は数名になるという。

今から、6年前の着任当時は、患者数は日に7～10名程度だったが、漸時増加して今ではその5倍弱になっているようだ。これは、疾病の増加も考えられるが、それよりも地道に診療を続けていらっしゃる金先生に馴じみが湧いてきた為と思われる。疾患の種類も様々である。神経痛、高血圧症、風邪、外傷、皮膚病、骨折など、また、診療所を飛び越えて、直に宮古の中核病院に行くcaseも多く、そのfollow依頼も多い。その日、実際に診た患者さんにも、脳卒中後遺症、胃癌手術後の経過観察、外傷、皮膚病、高血圧症と多様であった。また、精神病、心疾患の患者もいるらしいが、正確な実態は握めていないということである。とにかく、島民約2千人に医師1人、幅広く診る能力が必要とされ、専門馬鹿では離島では役に立たない。野球で言うなら、外野、内野はては、投手までこなせるオールラウンド・プレイヤーでなければならず、しかもすべての判断と責任を負う監督の立場でもある。限られた設備と検査で、それらを行うわけだから、検査偏重の昨今と違い、本質的な医師の勘と経験が非常にものをいうであろう。おまけに離島医師にとって大変なのは、24時間の拘束を強いられることだ。代わりの医師がそばにすぐいるわけではない。病気は時を選ばないわけで、常に金先生は当直しているようなものかもしれない。

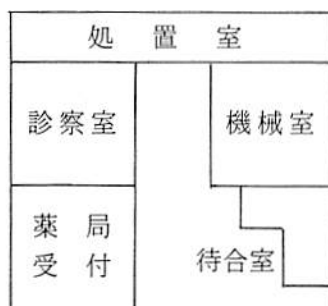
さて、このような現状に応えるべき診療所にはどのような機材、設備があるのだろうか。

それを右の図に示す。

目にとまった機材は、ECGとTV送話機である。

TV送話機は八重山の病院に連絡

しており、患者を送らずしてあちらの専門医に診せられるものである。



緊急事態にそなえるために、多良間では、時間内（平日は8：30～5：00，土曜日は8：30～12：00）は、役場を通じて、海上保安庁に連絡が行き、ヘリコプターが、ほぼ15～30分で到着する。時間外ではおよそ3時間程要するという。脳血管障害、心臓疾患、お産、虫垂炎など、2ヶ月に1回程要請されるという。ヘリが到着するまで、金先生が可能な限りの処置をする。

医師一人、看護婦一人、機材・設備不足のもとで、十分な医療を施すのは難しいことであろう。それよりも、多良間以外の未だ存在する無医村地区を解消する方が先決であろう。これは、金先生も強調されていることでもある。すなわち、たとえ、このような設備と医師一人でも、その有りと無しとでは、大きな差異があると思う。その存在によって、離島住民がもつ日常かつ潜在的にもつ医療不安を少しでも柔げるものだからである。ある症状を訴える患者さんが来た時、それが軽くて心配のいらぬものか、あるいは、即座に中核病院に連絡をとり、緊急ヘリ要請を必要し、適正な処置を施すべきものか判断を下すのは、これは絶対に医師というものがいなければできないことなのだ。つきつめて言えば、対処できるものとできないものを見極め得ることだけでも、医師の大きな存在価値と義務があると思う。一人で多くのことをこなさなければならず、全島民の信頼に応える義務のある医師は、使命感と責任感、さらに住民の協力がなければ、長くはとてもやっていけないと思われる。

将来、多良間島はどの様に変貌するだろうか。さとうきび栽培が主な産業であるこの島に大きな変化はおきないであろう。しかし、交通・医療などの生活条件をさらに整備していくことが必要である。多良間島のような地理的条件のところでは、迅速な輸送連絡網と医療とは特に密接な関係がある。さらに島民の健康管理に関する資料を保管しておけば、いざという時に、より効果的かつ

の健康管理に関する資料を保管しておけば、いざという時に、より効果的かつ迅速な処置を施すことができる。こうなると医師一人の力では限界があり、役場、保健婦さんなどとの協力が必要になってくる。

私自身が、将来どのような医師になるか、またどのような医師になるべきかという問題が、短い間ではあったが多良間訪問のあとでは以前とは異なり、より痛切な問題として感じられるようになった。自分も将来は僻地の医者となって地域医療に貢献しようということを考えることもある。しかし、都会での安逸な生活がそれを掻き消してしまう。さらに多良間に来て金先生の仕事を拝見したあとでは、自分にこのようなオールラウンドな能力を要求される仕事がつとまるのであろうかという不安が重くのしかかってくる。同じ僻地といっても陸続きであるか、海で隔てられているかで距離の持つ意味がまったく変わってくるというしごく当然のことが、多良間に滞在して初めて実感できるのである。多良間を訪れる前よりも、私の心の中の矛盾は、より大きくなったような気がする。あるいは以前は、このような問題を本当に考えたことがなかっただけなのかもしれない。今の私に言えることは、一日も早く医師としての実力を身につけなければならないということである。

海外班行動記録

7月18日(月) (昭和58年)

10:30 キャセイパシフィック(CX)511便にて福岡出発

11:30 台北到着。

12:30 同機にて香港に向け出発

14:30 香港到着。Engine trouble により出発が遅れる。

19:30 CX703便にてバンコクに向け出発。

21:25 バンコク到着。明治製菓薬品部、太田、内島両氏の出迎えを受ける。

車にて宿舎 SARADEN HOUSE へ。

7月19日(火)

10:00 SARADEN HOUSE 出発。

10:30 RAMATHIBODI HOSPITAL 到着。内科(感染症部門)の

Limsuwan 教授と研修のスケジュール作成。

12:00 昼食。午後、市内見物。

7月20日(水)

8:30 SARADEN HOUSE 出発。

9:15 RAMATHIBODI HOSPITAL 到着。Limsuwan 教授による病棟回

診に加わる。M4のベッドサイドティーチングが行なわれており、

指名されたシニアの医学生が結核に対して投与したINHによる皮疹の症例について説明してくれた。その他、胆石症の術後の敗血症、

尿路感染から敗血症となった症例を見学した。さらに結核性髄膜炎、

クリプトコッカス髄膜炎の症例を見学、Limsuwan 教授から診断、治療について質問を受けた。

11:30 Limsuwan 教授と昼食。

13:00 Dr. Samkaew による感染症についてのスライド講義を受けた。

細菌性感染症では、感染性心内膜炎のオスラー結節やジフテリアの偽膜性病変などのスライドをみせてもらった。タイではDPT(3種混合ワクチン)がまだ十分に普及していないとのこと。ウィルス感染症では、水痘、単純ヘルペスの皮膚病変など、真菌症では、ノカルジアの喀痰塗沫像、クリプトコッカス症、ムコール症、放線菌症などの病像、寄生虫疾患では、フィラリア症、トリコモナスなどの標本などをみせてもらうとともに、外科手術時のB型肝炎のチェックは十分には行なわれていないなど、タイにおける感染症の現状について説明を受けた。

15:30 SARADEN HOUSE へ。夕刻、インドラリージェントホテルにて、タイの民族舞踊を見学。

7月21日(木)

終日、シャムの旧都アユタヤの見物のためバスと船の旅をする。

7月22日(金)

9:05 RAMATHIBODI HOSPITAL 到着。

Limsuwan 教授について外来 Sexually transmitted diseases(STD) section の見学。性病が多く、若い男性の性器の単純ヘルペスの症例がほとんど。多くは、マッサージパーラ

ーで感染するとのこと。他に、鎮痛薬による薬剤アレルギー、多形性紅斑の症例を見た。その後、教授の実験室を見学。Dr. Samkaew と懇談。

12:30 昼食。

13:30 沢江教授は外科学会見学のためパタヤへ。学生は、Dr. Samkaew から郡部における衣食住について説明をうけ、タイにおける感染症について話し合う。

15:30 SARADEN HOUSE へ。

7月23日(土)

タイは週休二日制。市内見学。夕刻内島氏とともに沢江教授の Farewell Party。

7月24日(日)

7:15 SARADEN HOUSE からドンムアン空港へ。沢江教授、CX700 便にて香港、台北経由にて帰国。沢江教授を見送ったあと、エメラルド寺院(ワット・プラケオ)、国立博物館、タマサート大学等を見学。

午後、SARADEN HOUSE へ帰り、一週間の研修のまとめをした。

7月25日(月)

宗教的な国民の祝日。水上マーケット見学。水上生活者の生活の模様を見学するよい機会だった。暁の寺院(ワット・アルン)見学。その後、SARADEN HOUSE にて研修のまとめの続きをした。

7月26日(火)

- 8:50 RAMATHIBODI HOSPITAL 到着。Limsuwan 教授とともに近くにある School of Tropical Medicine に向う。ここで、熱帯病病院の Bunnag 院長を紹介され、Dr. Suparanond に伴われて、マラリア病棟を見学した。マラリア、好酸球性髄膜炎、アメーバ肝膿瘍などの症例を見学。
- 13:30 昼食後、RAMATHIBODI HOSPITAL にもどり、日本に留学していた Dr. Mongkol の外科外来を見学。甲状腺嚢胞、Baron ligation による痔の治療などを見学。
- 15:30 再び、School of Tropical Medicine にもどり Dr. Sripawit について、マラリアのプレパラートの顕微鏡実習。
- 16:30 Bunnag 院長とタイの熱帯病についてディスカッション。
- 17:30 SARADEN HOUSE へ。

7月27日(水)

- 9:00 Dr. Samkaew とともに車にて Police General Hospital へ向う。Dr. Soontornsir を紹介され、インターン生を交えて回診。腸チフス、肺膿瘍、糖尿病などの症例を見学。
- 15:30 RAMATHIBODI HOSPITAL にかえり手術部にはいり、Dr. Mongkol による食道狭窄の手術を見学。
- 16:30 SARADEN HOUSE へ。

7月28日(木)

ヘビ毒研究所見学。ここは世界第2番目の規模を誇り、数千匹の毒

蛇を飼育し抗血清をつくっていた。夕方、ショッピングをしたのち、二週目の研修のまとめをする。

7月29日（金）

Limsuwan 教授について内科外来を見学。やはり性器のヘルペスが多い。その後、Dr. Samkaew と感染症について討論を行なった。夕方、Limsuwan 教授をはじめお世話になった先生方にお礼を述べ研修を終える。夜、太田、内島両氏に Farewell Party をしていただく。

7月30日（土）

9:30 C X 7 0 0 便にてバンコクを出発。

13:05 香港到着。

7月31日（日）

終日、香港観光。

8月1日（月）

13:50 C X 5 1 0 便にて香港出発。

19:05 台北経由にて帰国。

海外班研修報告

M 4 藤 原 一 男

我々は、九州大学医療技術短期大学部、沢江義郎教授を団長として、医学部 M 4 学生の棚橋信介、藤原一男の計 3 名にて、本年 7 月 19 日から 7 月 29 日まで、タイのバンコクにある MAHIDOL UNIVERSITY の RAMATHIBODI HOSPITAL を中心に、SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE と POLICE GENERAL HOSPITAL を加えた 3 ケ所で感染症の研修を行った。これは、タイにおける感染症の現状と問題点の把握、日本では少なくなった熱帯病の見学、現地医師との交流等を目的とするものであった。

以下、訪問した施設ごとに述べる。

(I) RAMATHIBODI HOSPITAL (MAHIDOL UNIVERSITY)

タイの代表的な大学である MAHIDOL 大学の医学部であり、ベッド数約 900 の大学病院である。我々は、内科学・感染症部門の Arnuwatra Limsuwan 教授を訪ね、感染症を中心とした研修をさせていただいた。Limsuwan 教授は沢江教授と友人であり、国際学会でも、よく顔をあわせられるとのことであった。

祝日等も重なり、滞在中に研修できたのは、5 日間であった。

まず、教授回診に加わり病棟の見学をした。ちょうどベッドサイドティーチングの最中で、シニアの医学生が、結核に対して投与した INH による薬剤アレルギーの症例について説明してくれた。現地でお世話になった明治製菓薬品部の内島氏より、タイの医学は、テキストはいずれも英語のものを使用しており、英会話も堪能と聞いていたが、現状は、日本の医学生と同程度と

思われた。この病棟では、他に、胆石症の術後の敗血症と尿路感染症からの敗血症の症例を見学したが、いずれも、早期に適切な治療が行なわれなかったために敗血症にまでいたったものと思われた。

他の病棟では、結核とクリプトコッカスによる髄膜炎の症例を見学した。前者は、2週間ほどの易疲労感から徐々に発症し、髄膜刺激症状が発現し、動眼神経マヒを伴い、しだいに意識の障害がではじめたもので、脳脊髄液も clear で圧が上昇し、リンパ球の増多がみられるという典型的な症例だった。後者は、カンボジア国境で栄養不良を基礎にして発病した症例で、戦争の悲惨さを感じさせられた。

Dr. Samkaew からは、スライドによる感染症の説明をうけたが、貴重なスライドが多く印象深かった。ハンセン氏病やマラリアについては、専門の病院があり、患者はそこに集められるとのことだったが、一方、術前の B 型肝炎や梅毒のチェックは必ずしも十分におこなわれておらず、今後、普及させる必要があるとのことだった。

外来は、性病を中心に見学したが、単純ヘルペスが多く、しかもその大部分はマッサージパーラーで感染したという説明をうけ驚いた。セックスインダストリーを通しての性病の広がり方はかなりのものであり、性病検査を呼びかけ、結果が陰性のときは無料というような雑誌の広告をしばしば目にしたが、今後はもっと積極的な方策をとる必要があるのではないかと痛感した。

Limsuwan 教授から、日本に留学した経験のある外科の Dr. Mongkol を紹介していただき、外来を見学させていただいたが、Baron igation による痔の外来レベルでの治療が印象的であった。その他、Thyroid cyst や乳房の Sebaceous cyst では実際に触診してたしかめた。また、研修の

最終日には、手術部で、Dr. Mongkol の執刀による食道狭窄の手術を見学したが、手洗いその他の感染防止の対策は、日本にくらべやや簡単な感じがした。

Dr. Sawkaen とは、別に時間をもうけて、郡部における生活や感染症の現状についてうかがってみた。郡部では、水道設備が十分でなく、また食物介してのコレラや赤痢などの下痢性疾患が多く、また、日本のカヤのようなものもなく、マラリアが多発しやすいとのことであった。対策についてうかがったが、何分にも人口の 85% が郡部に集中しており、一方、約 7,000 人の医師のうちの 95% は都市部に住んでいるということで、医師によるケアはとてもゆきとどかず、また国からの予算も十分ではないとのことであった。そこで、現在のところ、簡単な医療技術を身につけた人材の養成がなされている。医科大学については最近では地方にもできはじめたらしいが、それでもまだ全国に 7 つしかなく、医師数は絶対的に不足している。地方における衛生教育も、今後広げていく必要がある。

(II) SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE(MAHIDOL UNIVERSITY)

ここは、同じ MAHIDOL 大学の熱帯医学を専門にした施設である。熱帯医学の専門家の養成機関であるとともに、熱帯病を中心とした病院を有する。教育機関としては、D. T. M(Diploma in Tropical Medicine and Hygiene)という 6 ヶ月のコースがあり、アジア諸国やアメリカなどから教育を受けにきている研究者がたくさんいた。日本からも一人、研究者が来ており親しく話したが、ここの教育は、熱帯医学の知識のみならず、地域における住民の生活、衛生面すべてを観る目を養うためのカリキュラムが組まれており、実際にフィールドにでかけて実習することもあるとのことであった。

病棟では、主としてマラリアと好酸球性髄膜炎の症例を見学した。タイのマラリアはほとんど全例が、*Plasmodium falciparum*と *vivax* によるもので、主訴としては、headache と intermittent fever が多い。治療としては $Q_5 Qd_5$ といって、まずキニン 60 mg を 8 時間毎に 7 日間投与し、次に同様にキニジンを投与するというものであった。他に輸液も行なっていたが、時に Overhydration となり肺水腫をおこすということであった。興味深かったのは、アメーバ性肝膿瘍の一例で、治療として、排膿したあと空気を注入して、抗生剤等は一切使わないという説明であった。

他に Gnathostomiasis や抗マラリア薬によっておこった G-6-PD 欠損症の症例を見学した。

Bunnag 院長とタイの地域医療について話しあったが、いかなる形の援助を希望するかという質問に対して、必ずしも資金面での援助ばかりを望んでいるわけではなく、むしろ現場で直接問題にとりくみ、いっしょに働いてくれる人材がほしいとのことであった。タイに来てから、ハイウェイ、橋など大きな土木工事が日本からの援助で完成したという話はいくつも聞いたが現地人とともに問題解決のためにとりくむ人材を援助することも、これからの日本としては考えなくてはならないだろう。

院長のお話のうちもう一つ印象的だったのは、我々からみると、郡部の人たちは、医療衛生面その他多くの問題をかかえ、さぞ大変だろうと思って行ってみると、思いの外彼らは彼らなりに生活をエンジョイしており、そんな時いつも “Quality of Life” とはなにかということを考えさせられてしまうということだった。医療や衛生教育を押しつけでなく、現地の人々のペースで広めていくことが最も実り多い結果を生むということを忘れては

ならないと痛感した。

(III) Police General Hospital

ベッド数約500のバンコク市内にある病院であり、大学病院だけでなく、第一線の医療も見学したいという我々の希望で見学させていただいた。患者の多くは一般市民であり、過去バングラデシュなどへ行った先生方の報告にあったような、コレラ等の下痢疾患がふんだんに見られるのではないかと思っていたが、予想に反してそのような症例はほとんどなかった。研修に出発する前、日本との違いにさぞ驚かされることだろうと思っていただけに、現地を訪れて意外だったのは、少なくともバンコクのような大都会では、日本とあまり変わらないということだった。

今回は実現できなかったが、北部のいわゆる郡部の人々の生活や医療を実際に見学する機会があれば、現状把握にさらに役立ったものと思う。

以上、研修内容について報告し、感想を述べてきたが、今後さらに多くの医学生が諸外国、特に我々のまわりの東南アジア諸国の医療の現状を見聞する機会を与えられることを期待している。

稿を終えるにあたり、今回の研修を御援助いただいた日本国際医療団はじめ関係諸団体の方々、さまざまな点について御教示いただいた Limsuwan 教授をはじめとするタイの先生方、現地でお世話してくださったタイ明治の太田、内島両氏、また活動全般を通じて御指導いただいた本学の沢江義郎教授に心から謝意を表します。

1983年度 会計報告

1. 収 入

前年度繰り越し金	6 6, 3 3 4
御寄付	
九大医学部同窓会	3 5 0, 0 0 0
福岡 11 地区ロータリークラブ	1 0 0, 0 0 0
西日本新聞民生事業団	1 5 0, 0 0 0
国際医療団	3 6 7, 0 0 0
一般賛助団体	5 7 5, 0 0 0
学生外会員	1 5 0, 0 0 0
自己負担金	3 9 0, 0 0 0
計	2, 1 4 8, 3 3 4円

2. 支 出

(1) 一般支出

通信費	3 3, 3 9 0
交通費	5, 1 7 0
計画書作成費	4 0, 0 0 0
報告書作成費	1 2 5, 0 0 0
備品購入費	2 5, 0 0 5
雑 費	2 6, 2 5 0
計	2 5 4, 8 1 5円

(2) 沖縄学術調査団支出

交 通 費	9 5 3, 6 4 0
宿 泊 費	9 2, 0 0 0
食 費	1 4 6, 0 4 2
通 信 費	4, 0 1 5
カルテ印刷費	2 0, 0 0 0
検診用器材	6 9, 4 4 0
雑 費	1 6, 7 0 0
計	1, 3 0 1, 8 3 7 円

(3) 東南アジア班支出

航 空 運 賃	3 7 8, 0 0 0
宿 泊 費	9 1, 0 8 0
通 信 費	1 5, 0 6 0
交 通 費	1 4, 5 0 0
雑 費	3 6, 2 8 0
計	5 3 4, 9 2 0 円

3. 残 高

収 入 合 計	2, 1 4 8, 3 3 4 円
支 出 合 計	2, 0 9 1, 5 7 2 円
残 高	5 6, 7 6 2 円

協賛諸機関団体

九大医学部同窓会

多良間村役場

宮古保健所

琉球海運

琉海観光株式会社

南西航空

全日本空輸

琉球新報社

日本国際医療団

西日本新聞民生事業団

福岡11地区ロータリークラブ

九州電力

井本医科機械

日本チバガイギー

三共(株)

台糖ファイザー

西部ガス

日本メルク万有

福岡相互銀行

西日本銀行

福岡銀行

鳥居薬品

中外製薬

興和新薬

武田薬品

塩野義

山内製薬

大日本製薬

富士エックスレイ

藤沢薬品

三菱鉛筆

第一製薬

マイルス三共

明治製菓薬品部

大塚製薬

日本新薬

小西六メディカル

田辺製薬

エーザイ

日立メデイコ

久光製薬

パークデービス三共

あ　と　が　き

当初３年間の計画で行なってきた沖縄県多良間村における成人病検診も、今回で一応その最終年を迎え、受診された方の数も、延べ７４０人に上りました。今回は、村立図書館での検診に加え、多良間村診療所の金先生の御厚意で、多良間村の医療状況について、いろいろ貴重なお話を伺う機会を得ました。また寝たきりの方１４名の家庭訪問を行い、家族の方ともじかに接し、別の角度から医療状況を見ることが出来ました。

残念なことは、去年に比べ受診者数が減少した事です。この点については、より気軽に来て頂けるように、何らかの新しい方策を考えねばならないと思います。

３回目の活動とはいえ、団員の中には多良間に来るのは今回が初めてという者も多く、不慣れな点もありましたが、全体としては、大きな収穫を得ることができたように思います。

この度の検診団派遣に際し、物心両面より多大な御援助、御指導を賜わりました九大医学部同窓会、西日本新聞民生事業団、福岡 11 地区ロータリークラブ等、多くの関係各位様、現地での活動を許可して頂きました沖縄県衛生部、そして滞在期間中長きにわたってひとかたならず大変お世話になりました。保健婦さん、本村老人福祉センター所長はじめ多良間の皆様に厚く御礼申し上げます。