

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 2 5 回 活 動 報 告 書

1 9 9 0 年 7 月 ~ 8 月

九州大学医学部熱帯医学研究会

目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	1
国内班活動報告（鷹島町健康調査）・・・・・・・・	2
活動記録・・・・・・・・・・・・・・・・	3
健康調査報告・・・・・・・・・・・・・・・・	4
海外班活動報告・・・・・・・・・・・・・・・・	24
活動記録・・・・・・・・・・・・・・・・	25
研修報告・・・・・・・・・・・・・・・・	27
学士鍋投稿文・・・・・・・・・・・・・・・・	36
1990年度会計報告・・・・・・・・・・・・・・・・	38
協賛諸機関団体・・・・・・・・・・・・・・・・	39
九州大学医学部熱帯医学研究会会則・・・・・・・・	40
あとがき・・・・・・・・・・・・・・・・	41

はじめに

九州大学熱帯医学研究会

総務 井手康人

(九州大学医学部 5年)

私共、九州大学熱帯医学研究会は、昨年度も学内外のご援助をいただき、以下の活動を行うことが出来ました。

海外班ではタイ国研修を行い、金沢大学衛生学教室の林正男先生のご指導のもとに、ASEAN Institute for Health Development 主催セミナーに参加、タイ国における医療の実状や衛生状況を、他の社会問題を含めた広い視野から学ぶことが出来ました。

国内班では過去6年間続けておりました長崎県鷹島町における成人病検診が昨年度をもちまして終了しましたので、鷹島町での活動のまとめとして、6年間に得られたデータの統計、解析を行いました。

全員無事に今回の活動を終了致しました。成果をここにご報告するとともに、本研究会の活動に際し、一方ならぬご支援、ご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。

国内班活動報告

国内班活動記録

我々、九州大学熱帯医学研究会では、1984年～1989年の6年間、九州大学健康科学センターが行っていた成人病検診に参加した。この活動は、実際の検診に参加する事により、直接の体験を通して、検診の方法・意義を理解し、得られた結果に基づいた資料の作成および分析を行い、地域医療に貢献することを目的としたが、昨年度をもって、この成人病検診は終了したため、本年度は6年間のまとめとして、これまでに得られたデータの統計・解析を行った。

なお、我々の参加した、健康科学センターによる成人病検診は次のように実施された。

場所 長崎県鷹島町

期間 1984年～1989年

主任 川崎晃一 健康科学センター教授

参加団体、関係諸機関 九州大学健康科学センター
鷹島町役場
中村学園大学
九州大学熱帯医学研究会

*九州大学医学部熱帯医学研究会からは、学生のべ59人、OB医師のべ22人が参加した。

健康調査報告

鷹島町の概要

鷹島町は伊万里湾に浮かぶ面積17.16km²の離島である。佐賀県星賀港からフェリーで約10分、今福港から約30分の距離にある。

島に広がる最高海拔117mの高台は概ね平坦で農耕地として拓け、葉タバコ、畜産、並びに果樹に重点がおかれている。海岸線は凹凸に富み、漁業が盛んである。石工業も盛んで“阿翁石”の産地として知られている。人口は3818人で男性1841人、女性1977人である。（昭和60年7月31日現在）なお、20～40歳代が少なく、ヒョウタン型の人口構成となっており、過疎化が進んでいる。

本島は1281年の弘安の役により壊滅した。島および周辺海底より、青銅印、壺、槍の穂先など多数の元寇遺物が発見されている。検診活動の中心となった離島開発総合センターに隣接して元寇記念館がある。鷹島町には町立診療所があり、医師、看護婦が常勤している。

血液学検査

(1) 赤血球数・血色素・ヘマトクリット値

[図1]

一般に、RBC・Hb・Hctは女性より男性が高く、両者とも年齢増とともに減少する。本調査の結果も、女性より男性が高い値を示したが、年齢増による減少は、男性では認められたが、女性では明らかでなかった。これは女性では年齢増によるRBC・Hb・Hctの減少に加え、30～40歳代の人に貧血がかなりの頻度で存在するためと考えられる。30～40歳代の人に貧血がかなり多いのは、この年代の女性のなかに、生理中、妊娠中、あるいは授乳中の人が含まれていることによると考えられるが、正確な数は把握できていない。また、貧血には食事内容・仕事量などの影響が大である。

(2) 白血球数〔WBC〕

[表1]

WBCは男性が有意に多かった。加齢による変化は男女とも明確ではなかった。しかし、女性ではRBC・Hb・Hctと同様に30～40歳代の人だけが少なからなかった。

WBCには同年代間の性差はないとされるが、我が国では一般に女性の方が少ない。また、加齢による影響は受けないとされており、いずれも本調査の結果と一致する。一般に、WBC数は食事などの生活習慣により影響を受けるといわれる。30～40歳代の女性が低値を示した原因として、日常の食事内容が性別・地区でかなり異なっており、食事による慢性効果によるところが大きいと考えられる。WBC数は、その他、妊娠、ストレスなどの影響も受ける。

(3) 白血球分類

白血球分類は男女とも同様の結果を示した。どの分画も基準値の範囲には入っているが、好中球が少なく、リンパ球が多い傾向が認められた。

以上の成績から鷹島町住民は日本人の平均的血液像と同じで、特に差を見いだすことは出来なかった。

測定し得た項目のうち、血液総蛋白をはじめ、14項目の平均値は明らかな性差を認めた。日本全国の結果でも総蛋白は女性が高い値を示し、尿素窒素・クレアチニン・尿酸・鉄・中性脂肪・GOT・GPT・CPK・血糖値はいずれも、男性が女性より有意に高い値を示す報告がなされており、本調査の結果と一致する。

血液生化学項目に対する加齢の影響を検討すると、一般に、尿素窒素・クレアチニン・尿酸・GOT・GPT・ γ -GTP・CPK・中性脂肪・空腹時血糖・アポ蛋白は成人では年齢とともに増加し、鉄は年齢とともに減少すると報告される。一方、カルシウムは年齢差がないと言われている。これらは、本調査の結果とほとんど一致するが、尿酸・GOT・GPT・ γ -GTP・CPK・中性脂肪は40～50歳代に最高値を示し、Caの加齢による影響が鷹島町では異なっていた。尿酸・GOT・GPT・ γ -GTP・中性脂肪はいずれも、飲酒やカロリーの過剰摂取、あるいは、それに伴う肥満と関係がある。これらの項目が40～50歳代の特に男性で最も高い値を示すのは、この年代の住民の食生活、活動量などの生活習慣との関連が考えられる。Caが高い原因は血清リンも同様に高いことから、ビタミンD中毒・結核・悪性腫瘍に伴うものが考えられるが、鷹島町の高齢者に認められるCa濃度は異常に高い値ではないので、これらの疾患との関連は考え難い。

全国調査との比較結果をまとめると、鷹島町住民では総蛋白・アルブミンが若年者で低かった。総コレステロールが男性では若年で低く、女性では高齢者で高かった。総クレアチニンの高値を示す人が少なく、血清尿酸は特に男性で高値を示す人が少なかった。

以上より、比較的若年者では良性蛋白質などの摂取不良。また、男性、特に中年者での飲酒やカロリーの過剰摂取、また、その結果生じる肥満など、バランスのとれていない食事や、食生活と活動量との不均衡など、生活習慣に問題があると考えられる。高齢者でも特に女性のカロリー過剰摂取あるいは、その結果生じる肥満など、食生活と活動量の不均衡などがあると思われる。

血圧

(1) 年齢階級別、性別の血圧

[表3, 4]

鷹島町の血圧は男女ともに収縮期、拡張期血圧ともに加齢と共に上昇し、20歳代に比して30歳代以降は有意に高値を示した。同じ年齢階級の男女を比べると、60歳代までは男性が高値を示したが、その差は年齢が進むにつれて小さくなり、70歳以降は女性が高くなった。

(2) 年齢階級別、性別の血圧区分

[図4]

WHOの血圧区分にしたがって正常値血圧、境界値高血圧、高血圧の3区分に分類した。加齢とともに、血圧が上昇することが認められる。

(3) 家族歴の有無による血圧区分

[表5]

高血圧の家族歴がないものの中では高血圧者は13%であったが、高血圧の家族歴があるものの中では高血圧者は21%であった。また、脳卒中の家族歴が無いものの中で高血圧者は16%、脳卒中の家族歴があるものの中の高血圧者は12%であった。

高血圧の家族歴のある人に高血圧が多いと言える。

(4) 職業別、性別の血圧区分

男性では石工業ならびに商業、事務従事者に、女性では農業従事者及び専業主婦に高血圧の頻度が大であった。

尿検査

起床後2回目に相当すると思われる尿を検査した。

蛋白陽性者は明らかに高血圧者に多く、腎性高血圧の他、本態性高血圧による腎障害が多いことが考えられる。また、潜血陽性者には、その傾向が見られなかった。女性での潜血陽性率が高かったのは、注意はしたものの、月経血の混入によることも考えられる。

受験者1599名（男704名 女895名）について、身長、体重、皮下脂肪厚を測定し、①体脂肪率 ②ケトレ指数 ③皮下脂肪厚の3方法で肥満度を比較した。

①体脂肪率は下記のように求めた。

$$Dm = 1.0913 - 0.00116 \cdot S$$

$$Df = 1.08797 - 0.00133 \cdot S$$

$$F = 4.201 / D - 3.813$$

D : 比重 m : 男 f : 女 S : 皮下脂肪厚 F : 脂肪

②ケトレ指数は次式により求めた。

$$\text{ケトレ指数} = \text{体重 (kg)} \div \{\text{身長 (m)}\}^2$$

③皮下脂肪厚は上腕背部および肩甲骨下端の二か所を測定し、その合計の厚さで判断した。

このうち、ケトレ指数を用いて肥満度と諸因子の関わりを示す。この表はケトレ指数による肥満区分別に各変数の平均値を計算して30～79歳の対象者を男女別に示したものである。男性では血圧、コレステロール、中性脂肪の値が肥満で上昇傾向を示した。女性では血圧、中性脂肪、ヘモグロビン、ヘマトクリット値は上昇傾向を示した。また、左室肥大頻度は、むしろ肥満と共に低下する。

心電図と高血圧の関連

心電図の結果を別表に示す。また、ミネソタコードの陽性所見と各々の被験者の割合を示した表を示す。

これらのうち最も陽性所見の割合の高い“高電位差”について考えてみる。この高電位差というものは、左室肥大 (Left Ventricular Hypertrophy ; 以下LVH) の診断基準の重要な部分を占めるものである。診断基準の他の要素として、別表のミネソタコードには略しているが、軸変位 ($S_{II} < S_I$) や、“その他”の部分に含まれている移行帯に関するもの、 aV_L のqRs型、高電位差のRにある誘導におけるST異常などがある。ここでは最も重要な診断のfactorである高電位差ということに注目して下表を作成した。但し、ここではミネソタコードではなく、日本人のLVH所見に見合うとされる森 - 中川基準を用た。

男性

B. P. \ ECG所見	正常	LVH	ST異常	LVH+ST異常	計
正 常	375	104	3	1	483
境界域高血圧	62	19	1	3	85
高血圧	32	17	1	6	61
降圧剤使用者	40	24	1	6	71
計	514	164	6	16	700

女性

B. P. \ ECG所見	正常	LVH	ST異常	LVH+ST異常	計
正 常	574	21	7	5	607
境界域高血圧	108	12	5	3	128
高血圧	26	7	1	5	39
降圧剤使用者	87	15	6	5	113
計	795	55	19	18	887

前項の表から、両性を一緒にした数値で、虚血性変化あり（ST異常）を含むLVH所見のある被験者は、正常血圧者の場合1090名内131名（12.0%）に対し、境界域高血圧のある被験者では、213名中37名（17.4%）、高血圧の被験者では100名中35名（35.0%）、降圧剤使用者では184名中50名（27.2%）であり、LVH所見は明らかに高血圧者に高頻度に認められる。

LVH所見を性別で見ると、男性では700名中、164名（23.4%）、女性では887名中55名（8.2%）であり、前項の表のグループに分けて検討すると下表の通りとなる。LVHは若年者（特に運動している人）に多く見られ、今回は年齢補正のないことも一因と考えられるが、いずれのグループも男性に多かった

	男性	女性
正常血圧	21.5%	3.3%
境界域高血圧	21.3%	9.4%
高血圧	27.8%	17.9%
降圧剤使用者	33.8%	13.2%

なお、肥満があると、胸壁が厚くなり心電図のQRSの振幅は小となる。この肥満の影響を除くため、ケトレ指数で補正して、収縮期血圧レベルとLVH（ここでは森・中川基準の高電位差； $SaV_F + SV_2 + RV_5$ の値）の相関係数を計算すると、両者の間には男性では $r = 0.384$ （ $P < 0.001$ ）、女性で $r = 0.351$ （ $P < 0.001$ ）と有意に高い相関が認められた。

LVHの原因として、高血圧の他、AS、AR、MR、ICM、IDHなどの疾患が考えられるが、その頻度からして、多くは高血圧由来によるものであり、今回の結果もそれを裏付けるものである。

役場に提出された死亡届け（死亡小票）より、1984年1月1日～1988年12月31日までの間に死亡された人々について調査した。死亡分類はWHOの国際疾病分類（第9回修正死亡分類票）による。

なお、5年間の死亡者総数は174名、男性91名、女性83名であった。

（1）原因別死亡

〔表8, 9, 10〕

男性においては、脳血管障害が25%を占め最も多い。これに悪性新生物（19.0%）が次ぐ。女性では、悪性新生物が第1位（20.8%）で、脳血管障害（19.5%）、心疾患（15.6%）が次いでいる。また、高血圧性疾患が男女ともに4位となっており、全国での値に比べて高い位置をしめている。これを、日本の死亡原因の年次推移と比較すると、男性は10～20年前、女性は10年前と一致する。これは生活様式などの変化が都市部よりも穏やかなためと考えられる。さらに、鷹島町では感染症、結核といった全国での死亡原因では10位以内に入らない死因が6、7位に見られる。ちなみに日本全国での死因順位は1986年では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎及び気管支炎、事故、老衰、自殺、慢性肝疾患及び肝硬変、腎炎、高血圧性疾患となっている。

i. 悪性新生物

肝胆道系・肺・胃の悪性新生物による死亡が多かった。男性では、肝胆道系・胃・肺・脾に多く、女性では、肺・脾・肝胆道系・子宮・悪性リンパ腫が多かった。

ii. 脳血管障害

男性に多く、特に、男性での脳梗塞による死亡が多かった。全体でも脳梗塞による死亡の割合が高かった。また、脳血管障害による死亡は男女ともに60～80歳代に多かった。

（2）標準化死亡比

鷹島町対日本全国の死亡比から、鷹島町と全国での死亡比を比較すると、悪性新生物を除く主要死因では、すべて鷹島町の方が高かった。特に結核・感染

症・肝疾患による死亡率は全国に比べて高い値で、他の西日本にも多くみられる傾向である。

[表1] 血液学検査の性別平均値および標準偏差と最小・最大値

項 目	男 性		女 性	
	平均値±標準偏差	最小-最大	平均値±標準偏差	最小-最大
対 象 者 数	695		891	
年 齢	51.3±13.1	27-93	53.1±13.4	22-87
赤 血 球 数	465±39	279-597	424±35*	303-587
血 色 素 量	15.1±1.3	8.8-19.6	12.9±1.4	5.5-18.0
ヘマトクリット	44.6±3.4	29.9-57.0	39.2±3.6	21.1-51.0
MCV	96.1±5.7	62-114	92.7±7.7	52-113
MCH	32.5±2.0	18.1-39.0	30.6±6.1	13.7-36.8
MCHC	33.8±0.9	8.7-36.3	33.0±0.4	15.7-35.8
白 血 球 数	6.3±1.7	2.9-12.9	5.1±1.3	1.7-11.5
白 血 球 分 類				
対 象 者 数	149		252	
年 齢	58.7±11.1	31-79	59.4±11.0	22-82
好 中 球	47±11	18-72	47±12	21-79
リ ン パ 球	43±11	18-67	44±12	8-74
単 球	6±3	0-14	6±3	0-35
好 酸 球	3±3	0-20	2±2	0-11
好 塩 基 球	1±1	0-4	1±1	0-4

MCV、MCH および MCHC はそれぞれ平均赤血球容積、平均赤血球血色素量、平均赤血球血色素濃度を示す。 * p<0.001 vs. 男性。

付. 血液学検査の測定項目とそれらの基準値

項 目	単 位	基 準 値	
		男 性	女 性
赤血球数	10 ⁴ /mm ³	427- 570	376- 500
血色素量	g/dl	13.5- 17.6	11.3- 15.2
ヘマトクリット	%	39.8- 51.8	33.4- 44.9
MCV	μ ³	82.7-101.6	79.0-100.0
MCH	rr	28.0- 34.6	26.3- 34.3
MCHC	%	31.6- 36.6	30.7- 36.6
白血球数	10 ³ /mm ³	3.5- 9.8	3.5- 9.8

値はCRC福岡臨床検査センターによる基準値、MCV、MCH および MCHC はそれぞれ平均赤血球容積、平均赤血球血色素量、平均赤血球血色素濃度を示す。

[表2] 血液生化学検査成績

項 目	単位	基 準 値	男 性		女 性		男性 対 女性 p
			人数	平均値 ±標準偏差	人数	平均値 ±標準偏差	
総 蛋 白	g/dl	6.5- 8.2	696	7.4±0.4	894	7.6±0.4	***
ア ル ブ ミ ン	%	58.9-73.7	696	65.3±3.3	894	64.7±3.3	
尿 素 窒 素	mg/dl	8-20	696	17±4	894	15±4	***
ク レ ア チ ニ ン	mg/dl	0.7- 1.7	695	1.0±0.2	890	0.8±0.1	***
尿 酸	mg/dl	(男) 3.0- 7.5 (女) 2.5- 6.0	696	6.1±1.6	894	4.2±1.1	***
ナ ト リ ウ ム	mEq/l	135-150	696	142±2	893	142±2	
カ リ ウ ム	mEq/l	3.5- 5.5	689	4.3±0.5	887	4.3±0.5	
カ ル シ ウ ム	mEq/l	4.5- 5.5	696	4.7±0.2	894	4.8±0.2	
リ ン	mg/dl	2.7- 4.4	633	3.0±0.5	817	3.4±0.5	
マ グ ネ シ ウ ム	mEq/l	1.6- 2.1	695	1.9±0.2	889	1.9±0.1	
血 清 鉄	μg/dl	55-163	152	118±42	267	99±35	***
総コレステロール	mg/dl	130-250	696	180±32	894	194±37	***
HDLコレステロール	mg/dl	33-75	696	54±13	894	56±12	*
中 性 脂 肪	mg/dl	66-172	696	119±91	894	108±67	**
GOT	unit	0-40	696	30±19	894	24±8	***
GPT	unit	0-35	696	20±15	894	14±7	***
γ-GTP	munit	0-40	696	31±58	894	13±24	***
CPK	munit	(男) 0-85 (女) 0-68	696	83±48	894	63±29	***
ア ミ ラ ー ゼ	unit	60-160	696	100±38	894	104±41	
グ ル コ ー ス	mg/dl	60-110	696	95±20	894	93±18	**
アポ蛋白AⅠ	mg/dl	112-162	152	129±25	267	132±23	
" AⅡ	mg/dl	25.8-37.8	152	26.8±6.8	267	27.2±6.1	
" B	mg/dl	58.9-99.1	152	92.7±22.3	267	105.8±30.3	***

* p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

[表3] 年齢階級別・性別血圧値（鷹島町と国民栄養調査成績の比較）

	収 縮 期 血 圧				拡 張 期 血 圧			
	鷹 島 町		全 国*		鷹 島 町		全 国*	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
〈 男 性 〉								
20～29歳 (33)	119.4	10.9	124.5	12.1	67.5	8.1	73.9	10.2
30～39歳(130)	121.9	13.2	127.3	13.9	73.2	10.4	78.5	10.9
40～49歳(143)	128.2	16.2	133.0	17.7	76.6	11.3	82.9	12.0
50～59歳(213)	132.2	21.4	140.0	20.1	78.7	13.2	85.1	12.3
60～69歳(121)	138.8	24.1	145.3	21.1	79.1	12.6	84.8	12.1
70～79歳 (53)	142.2	22.7	147.6	21.3	79.4	11.7	81.7	12.0
80～89歳 (7)	137.4	19.5			76.9	8.9		
90歳～ (1)	91.0				55.0			
〈 女 性 〉								
20～29歳 (38)	107.5	9.5	114.3	10.7	62.1	7.2	69.8	8.9
30～39歳(131)	112.3	13.6	119.5	13.9	67.1	9.4	73.8	10.3
40～49歳(175)	119.9	16.7	128.2	16.9	70.5	10.6	79.0	11.3
50～59歳(237)	127.6	18.0	138.1	20.0	74.2	11.2	82.9	11.8
60～69歳(196)	137.0	20.7	144.4	20.9	77.2	11.4	83.0	12.1
70～79歳(101)	145.7	21.9	150.7	21.7	79.6	11.6	81.8	12.6
80歳～ (13)	145.2	26.1			77.8	14.1		

()内は鷹島町の対象者数を表す。

* 国民栄養調査成績（昭和62年）。

[表4] 高血圧・脳卒中家族歴の有無による血圧区分

家族歴 \ 血圧区分	正 常 血 圧	境界域血圧	高血圧(降圧剤服用中を含む)	計
両親に高血圧なし	607 (74.1%)	106 (12.9)	106 (12.9)	819 (100%)
片親又は両親に高血圧あり	356 (66.9)	66 (12.4)	110 (20.7)	532 (100%)
両親に脳卒中なし	883 (70.9)	159 (12.8)	203 (16.3)	1245 (100%)
片親又は両親に脳卒中あり	156 (72.6)	34 (15.8)	25 (11.6)	215 (100%)

[表5] 職業別・性別にみた血圧区分

職業 \ 血圧区分		農 業	漁 業	(石)工業	商・事	主 婦	その他	計 (%)
男 性	正 常 血 圧	153(71.5)	149(72.3)	51(67.1)	61(69.3)		70(59.8)	484(69.0)
	境界域高血圧	30(14.0)	22(10.7)	10(13.2)	9(10.2)		14(12.0)	85(12.1)
	高 血 圧	19(8.9)	15(7.3)	10(13.2)	6(6.8)		11(9.4)	61(8.7)
	降圧剤服用中	12(5.6)	20(9.7)	5(6.6)	12(13.6)		22(18.8)	71(10.1)
	計	214(30.5)	206(29.4)	76(10.8)	88(12.6)		117(16.7)	701(100)
女 性	正 常 血 圧	188(67.6)	58(70.7)	49(79.0)	86(76.1)	93(64.1)	137(64.9)	611(68.6)
	境界域高血圧	38(13.7)	13(15.9)	6(9.7)	17(15.0)	23(15.9)	31(14.7)	128(14.4)
	高 血 圧	17(6.1)	3(3.7)	2(3.2)	2(1.8)	3(2.1)	12(5.7)	39(4.4)
	降圧剤服用中	35(12.6)	8(9.8)	5(8.1)	8(7.1)	26(17.9)	31(14.7)	113(12.7)
	計	278(31.2)	82(9.2)	62(7.0)	113(12.7)	145(16.3)	211(23.7)	891(100)

[表6] 体脂肪率による栄養比率比較

〈男 性〉

	や せ	正 常	軽 度 肥 満	中 等 度 肥 満	高 度 肥 満
穀 エネルギー比(%)	59.1±11.4	59.0±12.2	57.6±14.2	62.0±12.0	52.8±10.3
動物性蛋白比(%)	42.2±10.6	42.3±10.6	42.6±11.5	44.0± 8.8	45.9± 8.2
動物性脂質比(%)	26.4±14.1	26.1±13.9	29.4±15.3	40.4±17.0***	33.9±14.9
蛋 白 質 エネルギー比(%)	11.9± 1.8	12.0± 1.9	12.2± 2.7	12.3± 1.4	12.9± 1.8
脂 エネルギー比(%)	13.0± 4.2	13.8± 4.5	16.0± 5.5	13.2± 3.1**	16.3± 4.3

〈女 性〉

	や せ	正 常	軽 度 肥 満	中 等 度 肥 満	高 度 肥 満
穀 エネルギー比(%)	58.7±11.1**	55.7±11.6	55.3±10.3	50.2±11.5***	48.8±10.4***
動物性蛋白比(%)	44.9±11.6*	47.2±10.1	46.5±10.7	48.3±11.7	47.9±11.5
動物性脂質比(%)	32.9±17.8	35.0±17.2	29.0±16.7**	32.6±16.7	25.0±15.9***
蛋 白 質 エネルギー比(%)	13.6± 1.8	13.2± 1.7	13.4± 1.5	13.2± 2.3	13.3± 1.6
脂 エネルギー比(%)	16.0± 5.7**	17.4± 5.7	16.9± 5.0	19.0± 5.7*	19.2± 5.3*

*** p<0.001、** p<0.01、* p<0.05 (vs. 正常)

平均値±標準偏差

[表7] 年次別・性別死亡者数

昭和 性別	59 年	60 年	61 年	62 年	63 年	合 計
男 性	22	17	16	19	17	91
(男性%)	(64.7)	(56.7)	(45.7)	(47.5)	(48.6)	(52.3)
女 性	12	13	19	21	18	83
(女性%)	(35.3)	(43.3)	(54.3)	(52.5)	(51.4)	(47.7)
総 数	34	30	35	40	35	174
(年次%)	(19.5)	(17.2)	(20.1)	(23.0)	(20.1)	(100.0)

[表8] 年齢階級別死亡原因（疾病および老衰によるもの）

〈男 性〉

疾患名 年齢階級 歳	脳血管 障 害 人	悪 性 新生物 人	心疾患 人	高血圧 性疾患 人	肝疾患 人	感染症 人	結 核 人	他* 人	合 計 人
30～39	1	0	0	0	0	0	0	1	2
40～49	0	1	0	0	1	0	0	0	2
50～59	1	2	2	0	2	0	1	1	9
60～69	4	3	1	1	0	1	1	3	14
70～79	9	7	5	1	2	2	0	3	29
80～89	6	3	3	1	1	2	1	5	22
90～	0	0	2	1	0	0	0	3	6
小 計	21	16	13	4	6	5	3	16	84

〈女 性〉

疾患名 年齢階級 歳	脳血管 障 害 人	悪 性 新生物 人	心疾患 人	高血圧 性疾患 人	肝疾患 人	感染症 人	結 核 人	他* 人	合 計 人
30～39	0	1	0	0	0	0	0	0	1
40～49	0	0	0	0	0	0	1	1	2
50～59	1	3	0	0	1	0	0	2	7
60～69	3	1	0	0	1	0	0	2	7
70～79	6	6	5	4	0	3	0	3	27
80～89	4	4	4	4	0	1	1	7	25
90～	1	1	3	1	0	2	0	0	8
小 計	15	16	12	9	2	6	2	15	77

〈総 数〉

疾患名	脳血管 障 害	悪 性 新生物	心疾患	高血圧 性疾患	肝疾患	感染症	結 核	他*	事 故	合 計
合計 人	36	32	25	13	8	11	5	31	13	174
%	20.7	18.4	14.4	7.5	4.6	5.7	2.9	16.1	7.5	100.0

*：他にはその他の疾患による死亡および老衰死を含む。

[表9] 性別原因別死亡時年齢の平均値・標準偏差

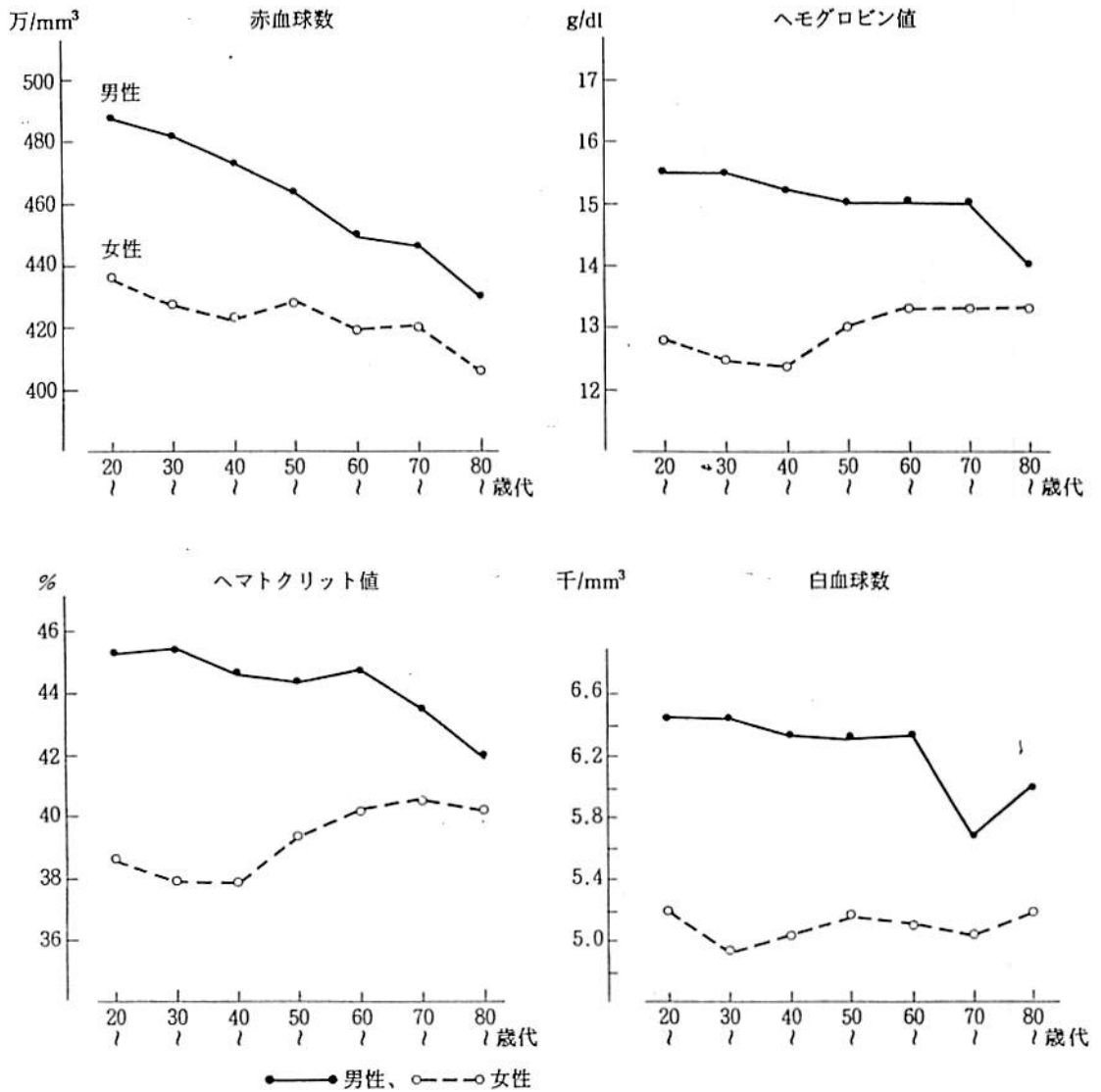
原 死 因	男 性			女 性			総 数		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
	人		歳	人		歳	人		歳
1. 病 死	84	73.0±13.0		77	75.6±12.4		161	74.3±12.7	
脳血管障害	21	72.5±11.9		15	75.0± 8.6		36	73.6±10.6	
脳梗塞	11	74.9± 8.2		5	68.8± 8.0		16	73.0± 8.4	
脳出血	4	67.3±24.2		5	80.6± 7.5		9	74.7±17.2	
くも膜下出血	1	63.0		3	74.0± 9.0		4	71.3± 9.2	
悪性新生物	16	70.3±12.2		16	71.3±14.6		32	70.8±13.3	
心疾患	13	75.7±12.7		12	82.6± 8.2		25	79.0±11.2	
高血圧性疾患	4	78.8±12.0		9	82.1± 6.0		13	81.1± 7.9	
心疾患	4	78.8±12.0		8	81.9± 6.4		12	80.8± 8.2	
肝疾患	6	65.6±13.6		2	59.5± 9.2		8	64.0±12.3	
感染症	5	75.0±10.9		6	83.7± 7.2		11	79.8± 9.6	
結 核	3	66.7±12.2		2	65.0±24.0		5	66.0±14.8	
2. 事故死	7	52.9±18.3		6	46.5±29.1		13	49.9±23.0	
不慮の事故	4	48.5±24.3		3	37.7±34.3		7	43.9±26.9	
自殺	3	58.7± 5.5		3	55.3±26.5		6	57.0±17.2	
3. 全死因	91	71.5±14.4		83	73.5±15.9		174	72.5±15.0	

n：該当者数、M：平均値、SD：標準偏差

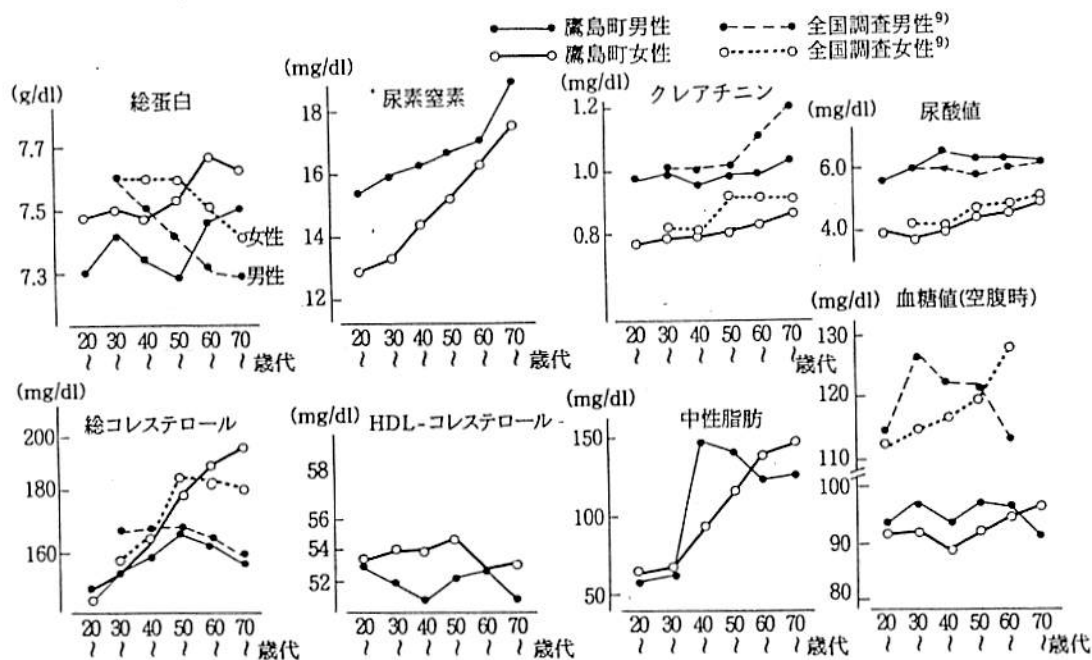
[表10] 悪性新生物の種類

臓 器	男 性	女 性	総 数	
	人 (人)	人 (人)	人 (人)	%
肝・胆道系	5	3 (1)	8 (1)	25.0
胃	5 (3)	1	6 (3)	18.8
肺	3 (1)	4	7 (1)	21.9
膵	2 (1)	1 (1)	3 (2)	9.4
子 宮	0	2 (1)	2 (1)	6.3
悪性リンパ腫	0	2 (1)	2 (1)	6.3
白 血 病	0	1	1	3.1
軟 口 蓋	0	1	1	3.1
結 腸	0	1	1 (1)	3.1
癌性腹膜炎*	1	0	1	3.1
合 計	16 (5)	16 (5)	32 (10)	100.0

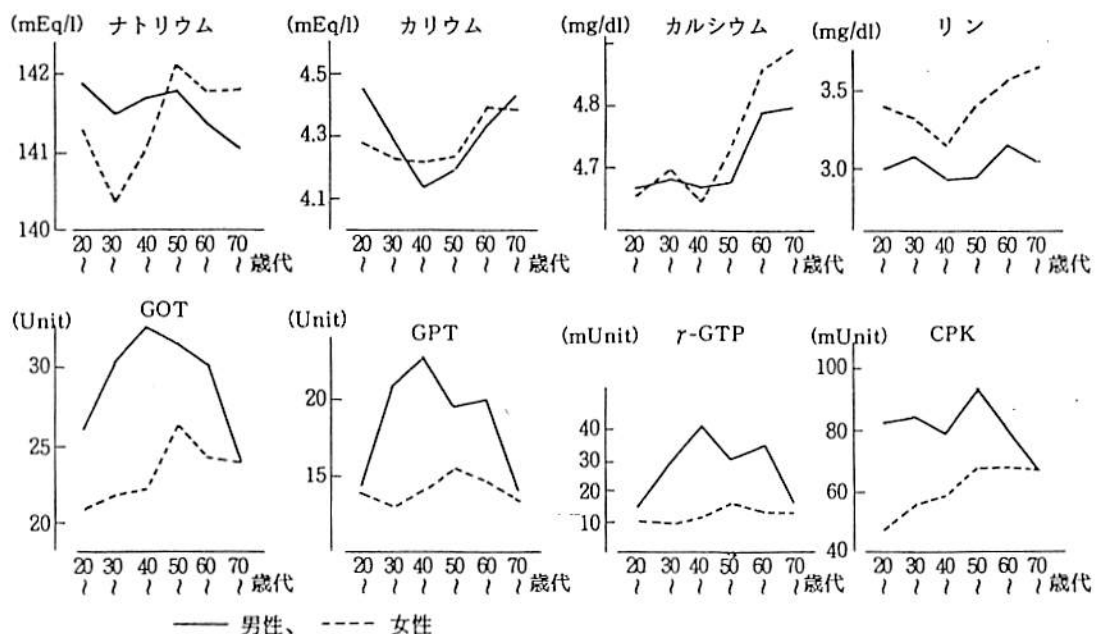
() は転移巣を合併する例数、*：原発巣は不明。



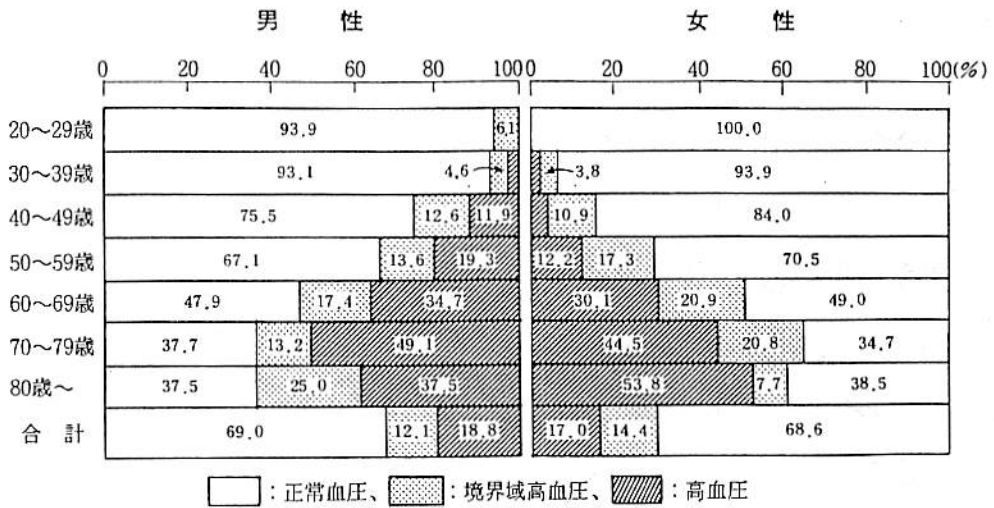
[図1] 血液学検査結果の性別・年齢階級別の比較



[図 2] 性別・年齢階級別にみた血液生化学検査項目平均値の推移



[図 3] 性別・年齢階級別にみた血液生化学検査項目平均値の推移



[図 4] 年齢階級別・性別の血圧区分

〔 主要参考文献 〕

- 1・第19回活動報告書：九州大学医学部熱帯医学研究会，1984
- 2・第20回活動報告書：九州大学医学部熱帯医学研究会，1985
- 3・第21回活動報告書：九州大学医学部熱帯医学研究会，1986
- 4・第22回活動報告書：九州大学医学部熱帯医学研究会，1987
- 5・第23回活動報告書：九州大学医学部熱帯医学研究会，1988
- 6・第24回活動報告書：九州大学医学部熱帯医学研究会，1989
- 7・Report of a WHO Expert Committee:Arterial hypertension,
WHO Technical Report Series No.628: WHO, Jeneva, 1978
- 8・齊藤俊弘：各種血圧測定法の比較 日本臨床 44:94,1986
- 9・大竹喜彦：血圧測定時の動揺について 保険医学雑誌61:53,1963
- 10・国民衛生の動向：厚生統計協会，1990
- 11・健康づくり事業報告書－鷹島町における5年間の健康科学調査報告－
：九州大学健康科学センター，中村学園大学，長崎県鷹島町，1990
- 12・An Introduction to Genetic Statistics:The Iowa State Univ. 1969
- 13・川崎晃一，上園慶子，伊藤和枝，上野道雄，藤島正敏：尿中クレアチニン
排泄量予測値と起床時2回目のスポット尿を用いた24時間尿中Naならび
にK排泄量の推定法：健康科学10:115-120,1988
- 14・内田昭夫：貧血の疫学的要因：臨床栄養、52:225-231, 1978
- 15・南部征善：高脂血症の治療・管理・食事療法：臨床栄養58:720-729,1981
- 16・野村 茂：生活と貧血：医歯薬出版 1979
- 17・高橋正宜，伊藤機一：図説尿沈渣教本：宇宙堂八木書店 1982

本報告書の作成に当たってはデータは、11・健康づくり事業報告書 の
データを用いました。

海外班活動報告

(1990年7月30日～8月20日)

海外班活動記録

研修目的 タイで開催される ASEAN Institute for Health Development (AIHD) 主催のセミナー “Health and Social Development in Thailand” に参加することにより、タイにおける公衆衛生状況および疾病対策を実地に体験し、更に、現地の医療関係者との交流を行い、医療を含む社会問題を広い視野から学ぶこと。

期 間 1990年7月30日～8月20日

団員構成 横溝 晃 (九大医学部6年)
横尾 博志 (九大医学部4年)
井上 健悟 (九大医学部4年)

行動記録 7月30日 ・福岡空港より出国
・同日、タイ国バンコク、Mahidol大学内
ASEAN house到着
31日 ・バンコク市内見学
8月 1日 ・AIHD (ASEAN Institute
for Health Development)
のトレーニング・プログラム “Health
and Social Development
in Thailand” 開始
2日 ・タイのPrimary health care
についての講義および討論
3日 ・売春婦収容矯正施設、性病治療専門病院、マッサー
ジ・パーラー等の見学

- 4日 ・ バンコク市内のスラム見学およびスラムで活動している人々との討論
- 5日 ・ タイの保健問題、Primary health care、農村開発の紹介と討論
- 6日 ・ カンチャナブリ県に移動
 - ・ 県病院、郡病院、保健所等の見学
- 7日 ・ 情緒障害児のための小学校見学
 - ・ Village stay (3人ほどずつ農家に分宿) 開始
- 8日 ・ 終日、Village stay
- 9日 ・ Village stay 終了
 - ・ バンコクへ移動
- 10日 ・ タイ国の保健と社会発展についてのまとめと討論
 - ・ プログラム終了
- 11日～20日 ・ 自由行動
- 20日 ・ タイ出国

研修報告

今年度、我々九大医学部熱研は、金沢大学医学部衛生学教室の林正男先生のお世話により、タイ国A I H Dのセミナーに参加した。A I H Dは、主にタイや他のA S E A N諸国間での、健康および社会の発展のための研修、および、Primary Health Care活動の増進のための情報交換の場として、日本政府の協力のもとに設けられた機関で、いくつかの研修プログラムが行われている。我々の参加した“Health and Social Development in Thailand”は主に日本人向けであったが、タイ人学生も数名参加していた。研修内容もさることながら、10日間の研修期間を同年代のタイ人と過ごせたことから得たことも大きかった。以下、研修中に扱われた項目について述べる。

○都市部（バンコク）での問題

首都であるバンコクは、近年、産業発展がめざましく人口も500万を越え、タイ唯一の大都市として、タイの産業、経済の中心を担っている。市内には車があふれ（ボロボロの車が多いが、高級車も目立つ）、ビルが立ち並ぶ。デパートなども日本のものに劣らず、むしろ福岡のそれより奇麗なものには驚いた。とにかく、バンコクは都会ではあるが、貧富の差が大きい。立派なビルが並ぶ一方で、スラムがあり、売春しなければならない人々もいる。セミナー前半の都市部の問題の中では、このスラムと売春の2つが中心として扱われた。こうした貧富の差の拡大の根本は、バンコクの急激な産業発展にあるとされ、それには日本企業の進出が大きくかかわっており、日本人の自分としては複雑な気がした。

以下、個々の問題について述べる。

・スラム

バンコクには1990年現在、1683のスラムがあり、他人の土地に非合法的な無断居住者が生活している。我々の訪れたクロントイ・スラムは、

バンコク最大のスラムで人口約6万人、8千世帯が生活している。このスラムは沼地のような湿地の上にあり、床の下には水が溜まり、そのうえ、ゴミがあふれており、衛生状態は極めて悪い。雨季には床上浸水となることも多いという。こういったスラムでは麻薬の使用者も多いらしく、これがAIDSの拡大にもつながっているという。

スラムが形成されるのは、バンコクへの人口の流入があまりにも急激なためと言われる。ドブの上のあばら家みたいな所に住むスラムの人々でも平均年収では、農村生活者より恵まれているようで（実際に、スラム内にテレビ・冷蔵庫などの電気製品が普及していたのは、意外であった）、それがバンコクへの人口集中を進めているという。現在、特に問題となっているのは、スラムの人々には土地の所有権がないため、約50万人もの人々が立ち退きを迫られていることで、彼らはバンコク郊外の何の設備もない場所へ追い出されようとしているという。この他、子供の就学の困難などスラムには問題が多い。

クロントイ・スラムでは、スラムの住民を中心とした活動が財団による援助のもとに行われている。例えば、幼稚園の建設や、子供の教育里親制度などの他、スラム住民による麻薬撲滅のためのボランティア組織などもつくられ、スラム生活者のための福祉活動が、彼ら自身を中心に進められていた。

一方、こうした援助団体を持たぬ多くのスラムでは、スラムの抱える問題は放置されている。またバンコクへの人口集中は続いており、問題の解決にはまだ遠いようである。

・売春とSTD

タイには約70万人の売春婦がいると言われ、衛生上もSTDの感染源として問題となっている。特にAIDSは政府がHIV抗体陽性者の数を公表できない程である。我々が訪れた繁華街の小さな性病専門クリニックでも30人ほどのHIV抗体陽性者を見つけたという。AIDSをはじめとするSTDの危険と、コンドームの使用などによるその感染防止の方法を説明するビデオなどSTD対策のキャンペーンも行われているが、売春自体は野放し

のままで、STD、特にAIDSは増え続けると考えられる。売春婦が多いのは、貧富の差が大きいのと、売春がまだタブー視されていない風潮による。県によっては、売春が違法でないところもあるという。一般に、これらの売春婦の教育水準は低く、様々なキャンペーンにもかかわらず、AIDSの危険性を理解できない者も多く、これもSTDの蔓延の原因となっている。

バンコクでは売春は違法であるので、捕まった売春婦は市内の矯正施設に送られる。この施設では売春婦に教育を施し、普通の仕事を得るための技術（ミシン、織物など）を習得させ、社会復帰させている。我々はこの施設の1つを訪れたが、中学生ぐらいのまだ、“女の子”といった感じの人が多いのには驚いた。施設内では小学校程度の授業が行われていたり、機織りやミシンによる作業が行われていたりしたほか、施設に収容された人の子供のための保育園などもあった。こうした施設はバンコクに2つあるが、売春婦の数からすると、捕まった売春婦をすべて収容するのはとても無理で、また、これらの施設を出ても、職につけなかったりして再び売春を始める者も多いと言う。

・交通

タイにおける主要死亡原因の第2位を事故・中毒が占め、年間、約1万6千人の人々が死んでいる。バンコクでも交通事故は多く研修期間中に実際に目にした事故も多かった。車の量に対する道路の未発達さや、運転マナーの悪さ、警察による規制の緩さなどが、その原因と思われるが、セミナーではかなりの無理をしてまで働かなければならないタイの社会事情にも問題があるとの話も出た。例えば、アンフェタミンなどの薬物を用いて疲れをごまかしながら長時間の運転をすることがよく行われているらしく、そういった薬物はガソリンスタンドで簡単に手に入るという。

○地方地域での問題

タイの人口の90%の人々が住むバンコク以外の地方地域は、そのほとんどが農村であり、人々は昔ながらの高床式の家に住み飲み水は雨水というバンコクとはかけ離れた生活を送っている。医療面では、医師、看護婦等の医療従事者や病院等の医療施設の絶対数が不足しており、これらの地域に住む人は十分な医療も受けられない。このため、タイでは独自のPHC (Primary Health Care) 活動を行っており、各々の農村で選ばれたVHV (Village Health Volunteer), VHC (Village Health Communicator) がその中心的役割を果たしている。

また、衛生面でも水の問題をはじめ、トイレの問題、生食による寄生虫疾患の発生など問題点は多い。栄養面でも、我々の訪れた村では極度の栄養不足ということはなかったが、子供の栄養は十分とは言えず、カンチャナブリの保健所のデータによると、約半数の子供がハーバードスタンダード成長曲線で正常値以下であり、子供の栄養不足も問題である。更にこうした地方の農村地域でもAIDSが問題となっているのには驚かされた。

・農村の生活

我々はカンチャナブリ県の3つの村を訪れた。人口は、それぞれ500人、688人、173人であった。住民はほとんどが農業従事者であるが、兼業も多く、近くの町まで勤めに出ている人もいた。住居は昔ながらの木造の高床式で、大家族が多いが、中には、子供がバンコクへ働きに出ていて、二人暮らしの老夫婦といった家庭もあった。水は雨水を沸かしたものを飲用とし、体を洗ったりするのは近くの湖沼から引いてきたものであった。この引水設備は最近できたもので、これでも以前よりかなり便利になったらしい。我々の訪れた雨季はともかく、雨の少ない乾季は数週間ためた雨水を飲用として用いなければならない。トイレは水で洗いながら手で拭くというタイ式の水洗であるが、保健所の指導で土中にタンクを埋め、そこに糞便がたまるようになっており、糞便からの感染を防ぐ対策が進められていた。村内に小学校、

寺院などもあり、6年間の小学校を終えた子供の約半数が中学へと進む。子供が進学するかどうかは、主に家庭の経済状態によっている。村の人々は信仰熱心で寺院の僧の食事などは村民が用意していた。農作業でも耕運機ぐらいは用いられているが、ほとんどが手作業であった。農作物の中心は、米、サトウキビ、テンサイなどで、牛、鶏などの家畜をもった農家も多いが、家畜はあくまでも副収入のところが多かった。こうした村でも、電気は約30年前から使われており、テレビ、冷蔵庫などの電気製品をもつ家庭も少なくなかった。

こういった農村では下痢、ウィルス性出血熱等の疾患がよく発生するそうであるが、村内に医者はいないため、VHV、VHCが村民の健康指導と薬剤の処方、病院への紹介などを行っている。昔からの呪い師や漢方薬を用いるTraditional Doctorも村内にいたが、これらの人の世話になるのは年をとった人が多く、現在ではあまり活躍していないらしい。

この村は比較的豊かであるそうだが、それでも経済収入はバンコクでの生活者に比べるとかなり低い。また、テレビの普及など農村の生活も近年、大きく変わりつつある。高床式の家も、最近では必要となる木材が高価になり、普通の木造建築の家も増え始めている。

・地方における医療状況

カンチャナブリ県は人口67.4万人(1989年)に対し、2つの県病院、8つの郡病院、3つの私立病院、及び56の私立クリニックがあるが、県病院と郡病院の床数は総計503床にすぎない。この他、117の保健所が置かれ、VHV、VHCの指導を行い、衛生情報の中継点となっている。我々はこれらのうち、県病院と郡病院、保健所を1カ所ずつ見学した。

～県病院～

訪れたのは床数362のカンチャナブリでは最も大きな病院であり、一日に平均430人もの外来患者があるという。入院もベッドの不足のため、患者が多い時期は床に患者を寝かせている状況であった。患者の多くはウィルス性の出血熱、マラリアといった感染症である。これらの疾患は死亡原因と

してはこの30年ほどの間にかなり減ったが、地方ではまだかなり多くの感染症が発生している。鉤虫症などの寄生虫疾患も多く見らる。ちなみに、タイで最も多い癌である肝癌の主要な原因は肝吸虫だそうである。また、このような地方でも事故が多い。交通事故のほかに、例えば銃で撃たれ病院に運ばれることも頻繁にある。

この病院では、保育器など一部では新しい機械を用いて日本の病院ともそう引けを取らぬところがある一方で、簡易ベッドが多く用いられ、患者の多さに対応するのは難しいようであった。

なお、このような地方地域でもAIDSの増加が大きな問題となっており、カンチャナブリでも2～3千人といった数のHIV抗体陽性者が見つかるという話であった。

～郡病院～

8つある群病院のうちの一つを訪れたが、ベッドが10床しかなく、医師も2名しかいない小さな病院であった。日に70～90人ほどの患者が訪れ、盲腸程度の簡単な手術はできるようになってはいたが、手術室はとても清潔とは言えず、胸写の設備すらなかった。ここの活動は、通院患者の治療や、保健指導（特にFamily Planning）を中心としており、入院治療の必要のある患者の多くは前述の県病院へ送られる。病院側の話も保健指導についての説明がほとんどであり、Family Planningが90%の成功を収めているということであった。

～保健所～

11村、1200家族を受け持つ保健所を訪れた。保健所では、実際に農村で活動しているVHV、VHCの指導、伝染病の発生などの情報の伝達、各村で発生した疾患などの情報の受け取り、VHVを通じて各村に配られる薬剤の管理など、PHC活動の中継点として機能している。また、郡病院同様、Family Planningにも積極的であった。この保健所では昨年から母子手帳を作ったそうで、この他、村での水の問題の解決（一部では2ℓ/dayの飲用水の供給もあるという）、衛生的なトイレを造る指導なども行っていた。

以上の施設を見学したが、やはり、地方地域での一番の問題は医療施設や医療従事者の絶対数の不足である。カンチャナブリ県の医師総数は67.4万の人口にわずか69人で、約1万人に1人しか医師がいない。病院が存在するのは、比較的大きな町であり、大半の人が暮らす農村にはない。したがって、実際の農村で保健・医療活動にあたる人々が必要になる。この問題に対して、タイではPHC活動の中のVHV, VHCの制度で、現在対応している。

VHCは各農村で選ばれた人々で、末梢の行政機関である保健所と各村との連絡をとり、各村での保健活動の指導と実践を行う。具体的には、伝染病の発生などの保健情報の保健所から各村への伝達、妊娠や死亡など各村での保健情報の保険所への伝達、村民の健康指導などを行っている。

VHVはVHCの中から更に選ばれ、訓練を受けた人々で、各村の保険活動の責任者としてVHCや村民を指導、村の医薬品を管理し、簡単な治療までも行っている。これらのVHC、VHVは1985年において、タイの約70%の村で活動しており、住民参加による実践的な保健・医療を行い、タイのユニークなPHC活動の中核をなしている。

研修成果

現在、タイの抱える問題の多くが、急激な産業発展による、バンコクへの地方地域からの人口流入に由来している。バンコクの都市生活者と地方の農村生活者との間の、生活環境や経済状態の差は、ますます広がるようであり、更に、それがバンコクへの人口集中に拍車をかけている。また、都会化されたバンコクでも、街に高級車が目立つ一方で、スラムの住民をはじめ、売春婦にならざるを得ないような人々が大勢いて、貧富の差が非常に大きい。確かにタイの経済発展は目覚ましいが、日本企業の進出の大きく絡む、タイの産業や経済の事情が抱える問題は複雑で、産業発展をタイの人々全体の福祉に結びつけるのは難しいようであった。

こうした状況でも、A I H Dのプログラム中、タイの人々は、タイにおける社会の発展、経済の発展および健康面の発展を日本におけるそれらと比較して、経済、健康面の発展では、日本に劣る点も多いが、社会の発展では日本にも劣らないと誇らしげに語っていた。確かに、古来からの文化を大切にし、宗教心に篤いタイの風土に暮らす人々は、我々日本人よりも精神的に豊かなものを沢山持っているように思えた。

一方で、バンコクはおろか農村地域ですらTVの普及に代表されるように人々の生活は確実に変わりつつある。それは勿論、多くの問題を抱えながら経済的発展をタイが進めているという事を表しているのであろうが、農村の高床式の家でバンコクと同じTV番組（多くは日本の番組）が見られているのは奇妙であった。こうした状況も人々の中央志向を強め、バンコクへの人口集中を助長して農村の生活を変えているように思えた。TV番組に限らず、タイに対する日本の影響というのは、日本企業の進出がバンコクの急激な経済発展の大きな原因となっていることなどをはじめ、非常に大きい。われわれは研修中、タイの学生と共に10日間を過ごすことが出来たが、その間に彼らの先進国日本に対する、憧れや非難のまじった複雑な心境の一端に触れることが出来たのも今回の研修の大きな成果と言えるだろう。研修の終わりに、常に朗らかだったタイ人のある学生に、「タイは外国に対して、こんなにOpenであるのに、

日本はなぜC l o s eなのか？ タイは、O p e nであらざるを得ないのに、日本はそうでないからか？」と言われたのが忘れられない。プログラム中、タイの人達は、タイの発展について語るとき、タイ国民自体の“M a n P o w e r”という言葉強調していた。住民参加による独自のP H C活動などはこの良い例である。このようにタイの人々は彼ら自信の力によるタイの発展を目指してはいるが、一方では、外国の力も無視できないし、それを必要ともしている。最近よく言われる国際協力についても、一つの自立した国であることを十分考えたうえで、行う必要がある。少なくとも今回の研修で出会ったタイの人々は、単なる“援助”よりも“協力”を日本に求めている。

今回の研修で我々は、発展途上国タイの医療を含めた社会問題と“発展”のあり方について学んだ。タイのような発展途上国では、高度で専門的な医療の研究や普及といった点のみならず、多くの人々に対する実践的な医療福祉のあり方を考えることが、特に必要とされている。そして、その医療福祉のあり方に関わるその国の現在抱える様々な問題や、その国の人々が育んできた文化や風土は、保健事業の進展に大きくかかわる。我々、日本人が発展途上国の問題について考え、あるいは実際にその問題にかかわるときにも、具体的な問題点のみでなく、その問題にさらされている人々について様々な方向から考える必要があると思う。

学士鍋投稿文

僕は、この夏AIHD(ASEAN Institute for Health Development)の主催するセミナーに参加する為に、タイ王国を訪れた。セミナーの主旨は「タイにおける健康と社会の発展」というもので、参加者は主に医療従事者と学生であった。

タイの気候は大部分がサバナ気候で、雨季と乾季があり、年間平均気温は27℃前後で、一年を通じて暑い。日本のような四季がない為、秋とか冬と言う観念が通じないらしい。人口は約5千万人、そのほとんどが首都バンコクに集中している。タイ人の収入は日本円で年間約12万円程度だそうである。しかし貧富の差は、我々の想像を超えていた。

タイに行って、まず驚いたのは、車に関する事である。ちゃんと整備しているのであろうかという車が高速で走る。車間距離は短く、そこに横から、ためらいもなく別の車が割り込む。そうかと思えばノーヘルの2人乗り、3人乗りをしたバイクが車を追い越して行く。途中で見かけた事故はすべてアクロバットの如くであった。また、日本車が多いことも驚いた。

タイ人の食生活はというと、毎食辛いものばかりで、飲み物は極端に甘く、クラッシュアイスで薄めてもなお甘く、僕は最後まで慣れなかった。

セミナーが開始されて、まず最初は、タイの健康と社会の現状に関する講義があって、その後、見学してまわった。初めは都市の問題に関する場所ということで、売春婦矯正施設や、STDの感染源であるマッサージパーラー（日本で言うところのファッションマッサージ）や、夜の繁華街にあるクリニック（病院）を訪れて、話を聞いた。やはり、主な問題はAIDSであった。AIDSの感染原因は、性的接触の他に、覚醒剤の回し打ちも大きな原因だそう。矯正施設で、社会復帰の教育を受けても、また再び売春をする者も少なくないという。それ以前に、いわゆるカワイイ女の子は、捕まっても施設に連れて来られる前に放免になるというウワサもあるのにはあきれた。余談だが、途中、川を船で渡る時に、川で体を洗っている人を見かけた。川は東南アジア特有のラテライト土を含んで赤く濁っていたが、その川岸で、体を洗うという話は聞い

ていたものの、やはりその水で歯を磨いていたのにはびっくりした。

次の日、スラムを見学した。スラムは地方の人達が都会へ職を求めて、あてもなく集まり、そして港の近くに、言わば無断で住みついた街で、港に船がない時は、何日も仕事のない日が続くという。それにも関わらず都会での収入を期待して、テレビやステレオを借金をして購入していて、ほとんどの家庭にテレビがあるというのには驚いた。衛生状況は極めて悪く、ほとんどドブの上に暮らしている様なものであった。それとは対照的に、子供達はとてもキラキラと輝いていて澄んだ目をしているのが印象的だった。みんな人なつっこくて、笑顔が絶えない。一生忘れないことだろう。

後日、今度は地方のかかえる問題ということで、場所をカンチャナブリ県に移して見学をした。情緒不安定や、家庭崩壊の子供の施設や、地方の保健所、病院等を見学した。どれをとっても、やはり問題は日本のそれと通じるものがあり、過疎のため人手や医者や医療施設等が不足していることであった。病院の中は、ベッド数が足りず、入院患者が廊下にあふれている有り様。頭の傷の縫合跡が生々しい人が廊下のベッドに寝ていたので、この人は？ と尋ねると、「今日、交通事故にあって、まだ意識が回復していない。」とのこと。本来ならICU行きである。いかに信じ難い光景か、ご想像頂けるだろうか。

僕たちはその後、実際に地方の生活に触れるということで、Village Stayをした。意外に豊かなのではないかというのが第一印象だった。聞くと、やはりこの村の生活レベルは中の上くらいとうことであった。村の人々も、とても温かく僕たちを迎えてくれた。僕がお世話になった村の職業は9割が農業で、そのほとんどが兼業農家であった。灌漑設備は一部あるが、無い所は乾季には出稼ぎに行くそうである。さながら昔の日本を見ているようだった。僕達はその村に2泊して、バンコクへと戻った。

この旅を通じて、思い出すことは、どこへ行っても人がとても温かく、親切で、それにも増して子供達が可愛いことである。また再びあの子供達に会いにタイを訪れたいと思う。

医学部4年 井上健悟

1990年度 会計報告

1. 収入

前年度繰越金	71,000円
寄付 九大医学部同窓会	350,000円
西日本新聞民生事業団	330,000円
日本国際医療団	300,000円
一般賛助団体	90,000円
学生外会員	310,000円
自己負担金	50,000円
収入総計	1,501,000円

2. 支出

国内班	
資材費	20,000円
雑費(交通費、通信費、他)	30,000円
計	50,000円
海外班	
渡航前経費	67,000円
渡航費	372,000円
滞在費	140,000円
現地活動費	379,000円
資機材費	20,000円
計	1,248,000円
支出総計	1,298,000円

協賛諸機関団体 （順不同）

九州大学医学部同窓会

西日本新聞民生事業団

日本国際医療団

九州電力

福岡銀行

西日本銀行

九州大学医学部熱帯医学研究会会則

1. 名 称 本会は九州大学熱帯医学研究会と称す。
Tropical Medicine Society of
Kyushu University (略称 TMS)
1. 目 的 本会は熱帯医学の研究、海外への調査団派遣、各国との学術交流等により医学の発展に寄与し人類への貢献を目的とする。
1. 事 業 本会の事業は、(1)学術調査団派遣 (2)熱帯医学の研究(ゼミ等)とする。
1. 会 員 本会の会員は、正会員及び協賛会員をもって構成する。
但し、正会員とは、九大医学部生、九大医学部職員、及び本会が特に認めた者をいい賛助会員とは本会の趣旨に賛同し定期的に会費を払う者又は団体をいう。
1. 役 員 本会は、会長1名、顧問若干名をおき学生会員の互選により次の役員を決定する。
任期は1年とする。但し重任は妨げない。
総務 1名 副総務 1名
会計 1名 庶務 1名
1. 委員会 本会の委員会は、上記学生役員4名と学生外会員のうち3名をもって構成する。
学生外会員のうち3名は互選する。
委員会は総務が招集し会の運営をはかる。
1. 総 会 本会は年2回の総会をもち、なお総務が必要と認めた場合、臨時に総会をもつことができる。
1. 会 計 本会は入会金、会費、その他によって運営され、会計報告は年度末に行う。
会計年度は4月より翌年3月までとする。
1. 本 部 本会は、九州大学医学部公衆衛生学教室に本部をおく。
(部室は基礎B棟地下)

あとがき

九州大学医学部に熱帯医学研究会が誕生して、はや四半世紀を迎えました。本年度は記念行事としてOB会結成期成会が開催され、多数の先輩方のみならず、森良一医学部長や、かつて熱研が沖縄でフィールドワークを行っていた頃お世話になった与那覇さん、山城さんにもはるばる石垣からお越しいただき、会員の感激もひとしおでした。

我々の活動は地道なものではありますが、着実に何かを築きつつあります。人生の長きにわたる素晴らしい人間関係。熱研の掲げる医療への貢献という目標にも通じるものと思われます。

熱研の活動を支援していただいた先輩方、諸協賛機関の皆様、本当にありがとうございます。熱研はこれからも皆様の期待に背かぬよう、有意義な活動を続けて行く所存であります。今後ともよろしくお願い申し上げます。

熱研 医学部4年

井上健悟