

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 27 回 活 動 報 告 書

1992年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	2
活動記録	3
壱岐島概要	4
調査報告	7
見聞録	22
海外班活動報告	23
活動記録	24
調査報告	25
1992年度収支報告	45
協賛諸機関団体	46
九州大学医学部熱帯医学研究会会則	47
あとがき	48

は じ め に

九州大学医学部熱帯医学研究会

総務 井上 健悟

(九州大学医学部 4年)

九州大学医学部熱帯医学研究会は、今年度も学内外のご援助をいただき、長崎県壱岐郷ノ浦地区における検診、および中華人民共和国における研修を行うことができました。長崎県壱岐郷ノ浦地区における活動は、九州大学医学部総合診療部が当地で実施している疫学調査に参加し、肝機能障害者を中心にその実態を明らかにするとともに、住民の健康に対する関心を高めることにつとめました。また、医学生として大学病院外での検診活動についての貴重な経験を得ることが出来ました。

一方、中華人民共和国における活動は、遼寧省瀋陽市の中国医科大学を拠点として、中医学（漢方医学）の実際医療現場、および周辺農山村の医療状況を見て参りました。これにより中国における医療の現状を、広い視野から学ぶことが出来ました。

全員無事に今回の活動を終了いたしました。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

(1992年8月25日～8月29日)

活動記録

研修目的：九州大学総合診療部が行うC型肝炎の疫学調査に参加することにより、その感染率や感染経路および肝障害の原因としての重要性について調査、考察する。さらに検診活動を行うことにより、検診の方法、意義を理解するとともに地域医療に貢献する。

期間 1992年8月25日～8月29日

団員構成

九州大学総合診療部

柏木 征三郎教授
林 純 助教授
中島 孝哉 先生

熱帯医学研究会

井手 康人（九州大学医学部6年）
椎葉 昌史（九州大学医学部6年）
横尾 博志（九州大学医学部6年）
井上 健吾（九州大学医学部4年）
松尾 和雅（九州大学医学部4年）
堤 千佳子（九州大学医学部1年）
疋田 裕美（九州大学医学部1年）
平橋 美奈子（九州大学医学部1年）
松尾 龍（九州大学医学部1年）
弓場 妙子（九州大学医学部付属医療技術短大1年）
渡辺 志保（九州大学医学部付属医療技術短大1年）

活動記録概略

- 8月25日 博多港出発。壱岐島郷ノ浦港到着。
- 8月26日 渡良地区民センターにて検診。（問診、血圧測定、採血等）
受診者149名。
- 8月27日 渡良地区民センターにて検診。受診者189名。
- 8月28日 渡良地区民センターにて検診。受診者182名。
- 8月29日 渡良地区民センターにて検診。受診者111名。
渡良浦小崎地区の郷ノ浦町漁協渡良浦支所に2名出向し検診。受診者40名。
- 8月30日 観光。郷ノ浦港発。博多港着。

壱岐島概要

壱岐島は福岡県と対馬の中間地点で、博多港から郷ノ浦港まで西北 76km、佐賀県呼子港から印通寺まで北 26kmの位置にあり、南北約 17km、東西約 15km のやや南北に長い亀状の島で総面積は138.12km²である。地形は一般に丘陵性の玄武岩をなし、高度 100m を越える山地の占める割合は極めて小さい。

島内には、郷ノ浦町、勝本町、芦辺町、石田町の4町があり、各町とも第一次産業、とりわけ農業に従事している人が多く、全体の3割を占めている。(表1参照)

今回訪れた郷ノ浦町の人口は、平成4年7月31日現在 13,832人(男 6,629人、女 7,203人)で、渡良地区の人口は、同じく平成4年7月31日現在 2,592人(男 1,250人、女1,342人)であった。年齢構成を見てみると、グラフ1、2でもわかるように、20～24歳の人口が他と比べて少なく、郷ノ浦町では全体の 3.56%(男 3.50%、女3.61%)、壱岐島全体でも 3.45%(男 3.62%、女 3.28%)であった。

管内の医療施設は国公立2病院を含め、病院8カ所、一般診療所12カ所、歯科診療所8カ所がある。医師の数は、島全体で47人、うち、郷ノ浦町35人、勝本町3人、芦辺町6人、石田町3人(平成2年12月31日現在)であった。病床数は、島全体で791床(平成4年4月1日現在)であった。また、医師1人あたりの人口数は島全体で約793人(平成2年)で、全国での医師1人あたりの人口数、約636人(平成2年)に比べてやや多い。ところが町によってそのばらつきは大きく、郷ノ浦町では約295人、勝本町では約2,637人、芦辺町では約1,704人、石田町では約1,764人(平成2年)であった。

* 表1 産業別就業者数(%) *

(単位:%)

町 名	郷ノ浦町	勝本町	芦辺町	石田町	郡 計
(第一次産業)					
農 業	27.3	29.0	31.4	27.8	28.8
林 業	—	0.1	0.2	0.1	0.1
漁 業	9.6	21.5	14.5	11.7	13.6
(第二次産業)					
鉱 業	0.1	0.1	0.3	0.3	0.2
建 設 業	8.6	8.0	11.5	9.9	9.5
製 造 業	5.2	4.2	4.9	8.1	5.3
(第三次産業)					
サービス業	37.4	29.4	29.0	27.1	31.9
公 務	5.5	4.2	2.9	3.6	4.2
そ の 他	6.3	3.3	8.6	11.6	6.2

(昭和60年10月1日現在)

* 表2 医療機関、及び医師数 *

(単位:所、人)

町 名	病 院	一般診療所	歯科診療所	医 師	歯科医師
郷ノ浦町	6	2	3	35	6
勝本町	1	5	1	3	2
芦辺町	1	3	3	6	3
石田町	0	2	1	3	1
郡 計	8	12	8	47	12

(平成2年12月31日現在)

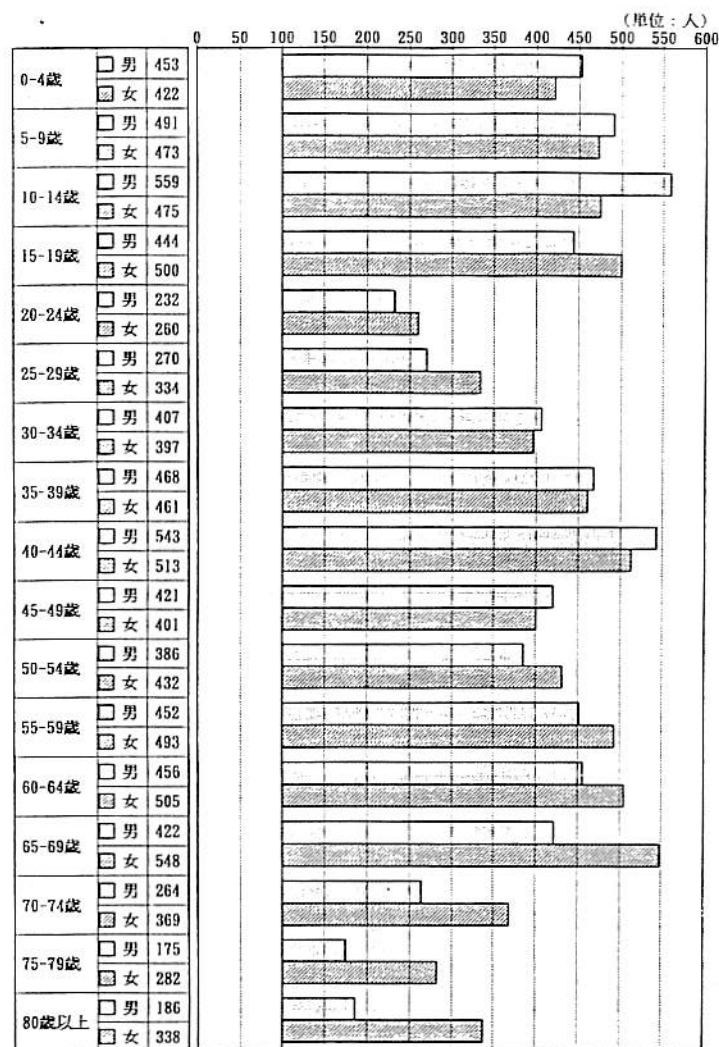
* 表3 病床数 *

(単位:所)

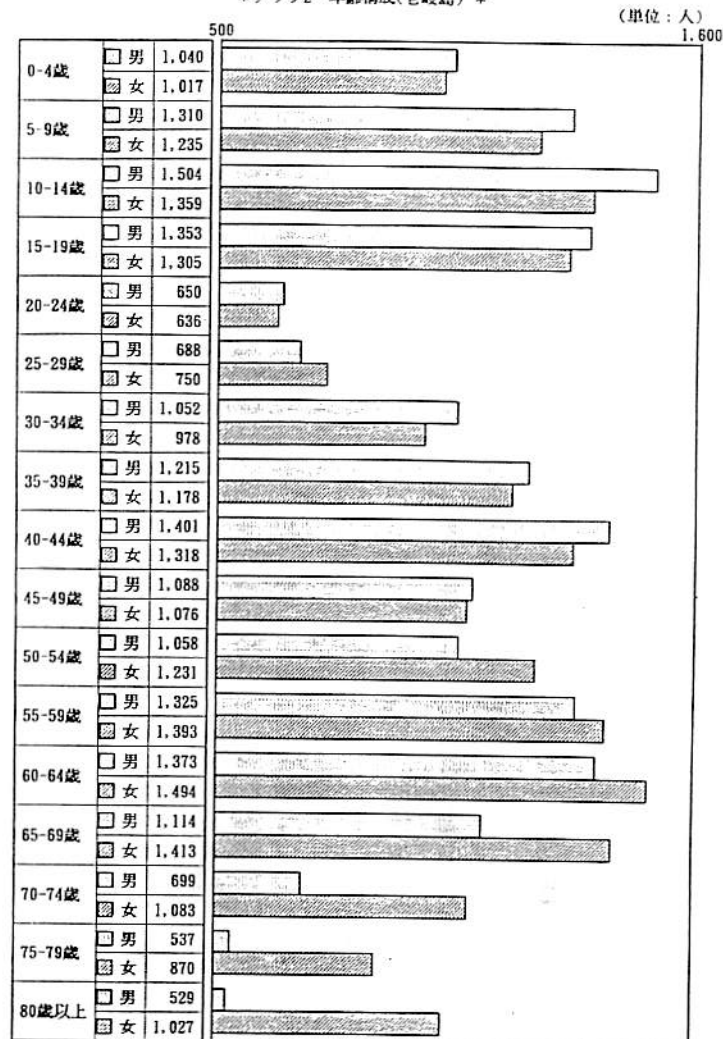
区 分	精 神	結 核	伝 染 病	そ の 他	計
病 院	101	23	10	525	659
診 療 所	—	—	—	132	132
郡 計	101	23	10	657	791

(平成4年4月1日現在)

* グラフ1 年齢構成(松ノ浦町)*



* グラフ2 年齢構成(老岐島)*



調査報告

<緒言>

C型肝炎は、1989年に開発されたC100抗体測定法以来確定されたものであるが、その後の検査によって従来非A非B型肝炎と呼ばれていたものの8割がこのC型肝炎であることが分かった¹⁾。C型肝炎は、感染より高率に(80%)慢性肝炎へと移行し、慢性化後も自然寛解率が極めて低く、10年後その30%が肝硬変へ、15%が肝癌へと進む²⁾。

HCVの感染源は、キャリアー由来の、HCVを含有する血液ないし血液・血漿製剤、あるいは血液を混入した体液である。その感染経路は輸血が最も多く、他には血漿製剤の静注、医療従事者の汚染針事故などが上げられ、経皮感染がその主要を占めるが、性交渉による感染の可能性も示唆されている。以上のようにC型肝炎の感染経路は水平感染が主要であると考えられているが、母子間の垂直感染についてはさまざまな報告がなされており、今後の課題として残されている。

アルコールはC型肝炎の症状を悪化させる因子であると一般に考えられている。とりわけ肝癌への進行は、HCVとアルコール双方の関与により容易になると言われている³⁾。また、大酒家のHCV感染率は高値を示すという報告がある³⁾。これは大酒家が肝臓の疾患により医療機関にかかる比率が一般人より高いこと、外傷による輸血などの病歴の頻度が高く、HCVに感染する機会の多いことなどが原因として考えられるが、議論の余地はある。

わが国では、南西日本においてHCV抗体陽性率が高い値を示すという報告がなされている⁴⁾。とりわけ長崎県壱岐島はHCVの高浸淫地区であることが九大総合診療部及び壱岐郡医師会の調査により明らかにされている。我々は今回、中でもHCV抗体陽性率が高かったW地区の住民について検診を行い、肝機能異常に対するHCV、アルコールの関与、さらにHCVの感染経路を調査検討した。

調査対象及び方法

今回の調査の対象は、長崎県壱岐島W地区において1992年8月に行われた住民検診の受診者674名(男性305名、女性369名)であった。受診者は0歳から80歳までと幅広い年齢層に及んでいた。

検診の内容は、問診、採血及び血圧測定であった。また、問診の内容は出生地、輸血歴、手術歴、既往歴、飲酒歴及び家族歴であった。

なお、今回肝機能異常者としたのは、血清GOT>40またはGPT>35のいずれかを満たすものである。

データ計算に当たり我々は次の数値を用いた。飲酒量測定については、アルコール含有量を

ビール大ビン	1本(633ml)につき	22.3g
ウイスキーコップ	1杯(43ml)につき	15.1g
酒・ワイン	1合(180ml)につき	23.8g
焼酎	1合(180ml)につき	54.0g

とし、一日の摂取量(g/day)を算出し、その値により

0(g/day)	無飲酒者
0~30(g/day)	軽度飲酒者
30~60(g/day)	中等度飲酒者
60~ (g/day)	重度飲酒者

の4つのカテゴリーに分類した。ただしこの値は、アルコールを摂取していた期間の平均値である。

以上のデータに基づいて、年齢性別HCV抗体、肝機能異常、アルコールとの関連、HCVの感染経路について解析、考察を行った。

なお従来の方法は、HCV遺伝子の非構造領域(NS3-4)からの発現タンパク(C100-3)に対する抗体(第一世代HCV抗体)の測定系であったが、今回は第二世代HCV抗体の測定系を用いた。従来に比べ、偽陽性率も低く、HCVに起因する肝疾患の診断能は、鋭敏性、特異性ともに優れており、早期から検出される精度の高いものとなっている。

<結果>

1. HCV抗体陽性者数と陽性率

表1に年齢性別のHCV抗体陽性者数と陽性率を示す。

全体では20歳未満においてはHCV抗体陽性例が1例も見られなかった。男性ではピークが40～49歳代で33.3%となり、女性ではピークが50～59歳代で25.0%となった。全体としてみると、20～39歳代で10%台、40歳以上で20%台の高率を示した。

性別では男性13.8%、女性14.6%であり、有意差は見られなかった。

表1. 年齢別のHCV陽性者数と陽性率

年齢	男 性	女 性	計
0～9	0/ 61 (0.0)	0/ 56 (0.0)	0/117 (0.0)
10～19	0/ 61 (0.0)	0/ 38 (0.0)	0/ 99 (0.0)
20～29	1/ 7 (14.3)	3/ 16 (18.8)	4/ 23 (17.4)
30～39	2/ 18 (11.1)	5/ 42 (11.9)	7/ 60 (11.7)
40～49	11/ 33 (33.3)	10/ 51 (19.6)	21/ 84 (25.0)
50～59	6/ 32 (18.8)	12/ 48 (25.0)	18/ 80 (22.5)
60～69	14/ 62 (22.6)	17/ 76 (22.4)	31/138 (22.5)
70～79	7/ 25 (28.0)	7/ 37 (18.9)	14/ 62 (22.6)
80～	1/ 6 (16.7)	0/ 2 (0.0)	1/ 8 (12.5)
計	42/305 (13.8)	54/366 (14.8)	96/671 (14.3)

HCV陽性者／調査数(%)

2. HCV抗体と肝機能障害

(a) 年齢性別肝機能異常者

表2(a)に年齢別の肝機能異常者数とその割合を示す。

ただし小児においては肝疾患以外でGOTの値が上がるため今回は成人のみを

対象としてまとめた。

肝機能障害異常者は全体で18.9%で、男女別に見ると男性が25.1%、女性は14.1%と男性の方が有意に女性よりも肝機能異常者の割合が高かった。

年齢別に見ると全体としては高齢になるにつれて増加しており、ピークは60-69歳の年代で26.1%である。男性では40-49歳の年代において特に肝機能障害者の割合が高く、30.3%とピークになっている。50-59歳において少しは減るものの、60-69歳では29.0%と再び高くなっている。女性では60-69歳代がピークで23.7%となっており、高齢になるにつれて増加している。70歳以上では12.8%とまた減少している。

表2(a) 年齢別の肝機能異常者数とその割合

年 齢	男 性	女 性	計
20-29	1/ 7 (14.3)	0/ 16 (0.0)	1/ 23 (4.3)
30-39	4/ 18 (22.2)	4/ 42 (9.5)	8/ 60 (13.3)
40-49	10/ 33 (30.3)	3/ 51 (5.9)	13/ 84 (15.5)
50-59	7/ 32 (21.9)	10/ 48 (20.8)	17/ 80 (21.3)
60-69	18/ 62 (29.0)	18/ 76 (23.7)	36/138 (26.9)
70-	6/ 32 (18.8)	5/ 39 (12.8)	11/ 71 (15.5)
計	46/183 (25.1)	40/272 (14.7)	86/455 (18.9)

肝機能異常者数／調査数 (%)

(b) HCV抗体と肝機能障害

表2(b)にHCV抗体陽性者における肝機能異常者の割合を示す。

HCV抗体陽性者における肝機能異常者は全体で96例中45例で46.9%であった。男女別に見ると男性が61.9%、女性が35.2%と男性が女性よりも有意に多かった。男女ともに50、60歳代にピークがあり、中高年者に多い。

表2(b) HCV抗体陽性者における肝機能異常者

年 齢	男 性	女 性	計
20-29	1/ 1 (100.0)	0/ 3 (0.0)	1/ 4 (25.0)
30-39	1/ 2 (50.0)	1/ 5 (20.0)	2/ 7 (28.6)
40-49	7/11 (63.6)	2/10 (20.0)	9/21 (42.9)
50-59	5/ 6 (83.3)	5/12 (47.6)	10/18 (55.6)
60-69	9/14 (64.6)	9/17 (52.9)	18/31 (58.0)
70-	3/ 8 (37.5)	2/ 7 (28.6)	5/15 (33.3)
計	26/42 (61.9)	19/54 (35.2)	45/96 (46.9)

肝機能異常者／HCV抗体陽性者 (%)

(c)肝機能異常とH C V抗体陽性率との相関

表2(c)に肝機能正常者と異常者のH C V抗体陽性率を示した。

肝機能異常者群のH C V抗体陽性率は52.3%で、肝機能正常者群のH C V抗体陽性率は14.0%に対して有意に高率であった。(p<0.01)

肝機能正常者においてはH C V抗体陽性率が男性は11.7%で、女性は15.5%であり、両者の間に有意差はなかった。

肝機能異常者においてはH C V抗体陽性率が男性は56.5%で、女性は47.5%であり、両者の間に有意差はなかった。

表2(c)肝機能正常者と異常者のHCV抗体陽性率

年 齢	男 性		女 性		計	
	正常	異常	正常	異常	正常	異常
20-29	0/6 (0.0)	1/1(100.0)	3/16(18.8)		3/22(13.6)	1/1(100.0)
30-39	1/14(7.1)	1/4 (25.0)	4/38(10.5)	1/4 (25.0)	5/52(9.6)	2/8 (25.0)
40-49	4/23(17.4)	7/10(70.0)	8/48(16.7)	2/3 (66.7)	12/71(16.9)	9/13(69.2)
50-59	1/25(4.0)	5/7 (71.4)	8/38(21.1)	5/10(50.0)	9/63(14.3)	9/17(52.9)
60-69	5/44(11.4)	9/18(50.0)	8/58(13.8)	9/18(50.0)	13/102(12.7)	18/36(50)
70-79	5/21(23.8)	2/4 (50.0)	5/32(15.6)	2/5 (40.0)	10/53(18.9)	4/9 (44.4)
80-	0/4 (0.0)	1/2 (50.0)	0/2 (0.0)		0/6 (0.0)	1/2 (50.0)
計	16/137(11.7)		36/232(15.5)		52/369(14.0)	
		26/46(56.5)		19/40(47.5)		45/86(52.3)

HCV抗体陽性者／肝機能正常・異常者(%)

3. アルコールと肝機能異常

(a) 飲酒量別肝機能異常者率について

表3(a)に飲酒量別肝機能異常者率について記すが、成年のみを対象としてまとめた。(455例)

表3(a) 飲酒量別肝機能異常者率

アルコール 摂取量(g/day)	男性		女性		計	
	調査数	異常者(%)	調査数	異常者(%)	調査数	異常者(%)
0	55	10(18.2)	234	35(15.0)	289	45(15.6)
0～30	57	14(24.6)	34	4(11.8)	91	18(19.8)
30～60	44	12(27.3)	2	1(50.0)	46	13(28.3)
60～	27	10(37.0)	2	0 (0)	29	10(34.5)
計	183	46(25.1)	272	40 (4.7)	455	86(18.9)

中等度以上の飲酒者(摂取量>30g/day)の割合は16.5%で、男女別にみると男性で38.8% 女性で1.5%と男性の方が有意に高かった。 $(\chi^2=108.0 \quad p<0.001)$

中等度以上の飲酒者における肝機能異常者の割合は全体で26.7%であった。

男性では飲酒量が増えるにつれて肝機能異常者の割合が増加していることが明らかである。

(b)HCV抗体陽性・陰性におけるアルコール摂取量と肝機能異常率との関連

表3(b)

アルコール 摂取量(g/day)	HCV抗体(-)		HCV抗体(+)	
	調査数	異常者(%)	調査数	異常者(%)
0	228	21 (9.2)	61	24 (39.3)
0~30	71	8 (11.2)	20	10 (50.0)
30~60	39	8 (20.5)	7	5 (71.4)
60~	21	4 (19.0)	8	6 (75.0)
計	359	41 (11.4)	96	45 (46.9)

表3(b)にHCV抗体陽性及び陰性者におけるアルコール摂取量と肝機能異常率との関連について記した。

HCV抗体陰性者で無飲酒者の肝機能異常率は228例中21例(9.2%)であったのに対し、中等度以上の飲酒者の肝機能異常率は、60例中12例(20.0%)と高率で無飲酒者との間に有意差が認められた。

HCV抗体陽性者で無飲酒者の肝機能異常率は61例中24例(39.3%)であったのに対し、中等度以上の飲酒者の肝機能異常率は、15例中11例(73.3%)と高率ではあったが、無飲者と比べて有意ではなかった。

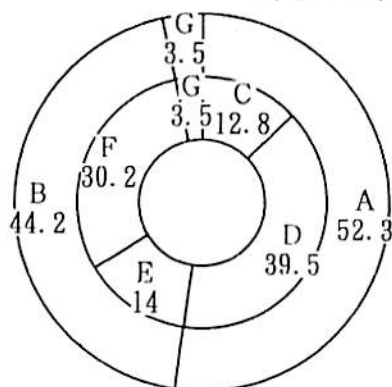
またアルコールとHCVの関連をみると、飲酒者のHCV抗体陽性率は14.7%(11/75)であって、無飲酒者のHCV抗体陽性率0.89%(34/380)と比べて有意に高かった。

4. 肝機能障害の要因

以下のグラフに肝機能障害の要因について記す。

肝機能異常者（成人例）

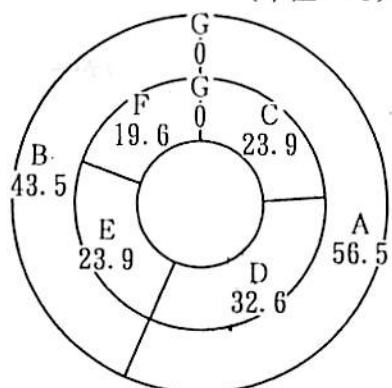
（単位：％）



- A-HCV抗体(+)
- B-HCV抗体(-)
- C-HCV抗体(+)かつ中等度以上の飲酒者
- D-HCV抗体(+)かつ軽度及び無飲酒者
- E-HCV抗体(-)かつ中等度以上の飲酒者
- F-HCV抗体(-)かつ軽度及び無飲酒者
- G-HBs抗原(+)

肝機能異常者（男性成人例）

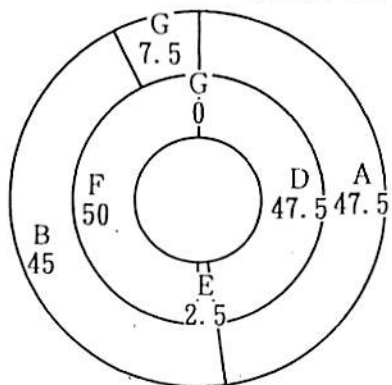
（単位：％）



- A-HCV抗体(+)
- B-HCV抗体(-)
- C-HCV抗体(+)かつ中等度以上の飲酒者
- D-HCV抗体(+)かつ軽度及び無飲酒者
- E-HCV抗体(-)かつ中等度以上の飲酒者
- F-HCV抗体(-)かつ軽度及び無飲酒者
- G-HBs抗原(+)

肝機能異常者（女性成人例）

（単位：％）



- A-HCV抗体(+)
- B-HCV抗体(-)
- C-HCV抗体(+)かつ中等度以上の飲酒者
- D-HCV抗体(+)かつ軽度及び無飲酒者
- E-HCV抗体(-)かつ中等度以上の飲酒者
- F-HCV抗体(-)かつ軽度及び無飲酒者
- G-HBs抗原(+)

5. HCVの感染経路について

(a)輸血歴、手術歴について

下表に輸血歴あるいは手術歴のあるものとHCV抗体陽性者との関連を示す。

	男	女	全体
輸血歴・手術歴のある者	117	161	278
上記の者でHCV抗体陽性者	28 (23.9%)	37 (23.0%)	65 (23.4%)

	男	女	全体
HCV抗体陽性者	42	54	96
上記の者で輸血歴・手術歴のある者	28 (66.7%)	37 (68.5%)	65 (67.7%)

総数671例中、手術歴又は輸血歴のある者は278例と41.2%に当たるが、そのうちHCV抗体陽性者は65例と手術歴又は輸血歴のある者の23.4%である。一方、HCV抗体陽性者96例中、輸血歴又は手術歴のある者は65例と67.7%と有意に高かった。また、ともに男女差はほとんど見られなかった。

次に輸血歴または手術歴の有無を別々にしてHCV抗体陽性率を調べると以下のようになる。

	有	無
輸血歴	38.5%	12.3%
手術歴	22.3%	8.8%

上記のように輸血歴又は手術歴をそれぞれ有するものがないものと比べて3倍近いHCV抗体陽性率を示している。

(b)夫婦間感染について

夫婦108ペアのうち、10ペア(9.3%)が夫婦ともHCV抗体陽性者である。さらにHCV抗体陽性と配偶者の関係を記す。

夫がHCV-Ab(+) 24例 / その妻がHCV-Ab(+) 10例 → 41.2%

妻がHCV-Ab(+) 26例 / その夫がHCV-Ab(+) 10例 → 38.5%

夫がHCV-Ab(-) 84例 / その妻がHCV-Ab(+) 16例 → 19.0%

妻がHCV-Ab(-) 86例 / その夫がHCV-Ab(+) 14例 → 17.0%

したがって配偶者が陽性である場合、本人が陽性となるのは、配偶者が陰性である場合と比べて有意に高率である。

(c)母子感染について

母子ともに受診した子供133例中4例にHCV抗体陽性が見られたが、その133例をHCV抗体陽性の母をもつ子供と陰性の母をもつ子供とに分けて考える。

母がHCV抗体(+)の子 40例 / 子がHCV抗体(+) 3例 → 7.5%

母がHCV抗体(-)の子 93例 / 子がHCV抗体(+) 1例 → 1.1%

母がHCV抗体陽性であるとき子供もまたHCV抗体陽性であるのは7.5%で、母がHCV抗体陰性であって子供がHCV抗体陽性である場合(1.1%)と比べて有意に高率であった。しかし、母がHCV抗体陽性の子40例中、20歳未満の子(29例)はすべてHCV抗体、HCV-RNAともに陰性であった。。

図1. 年齢別のHCV抗体陽性率

(単位: %)

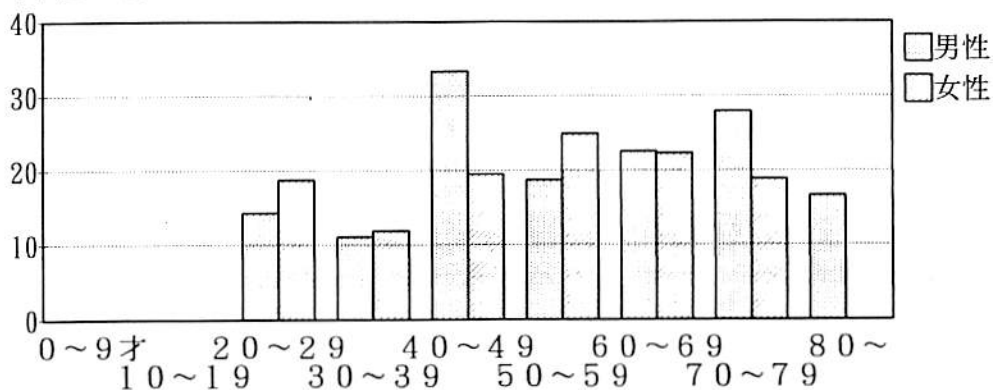


図2(a). 成人年齢別 肝機能異常

(単位: %)

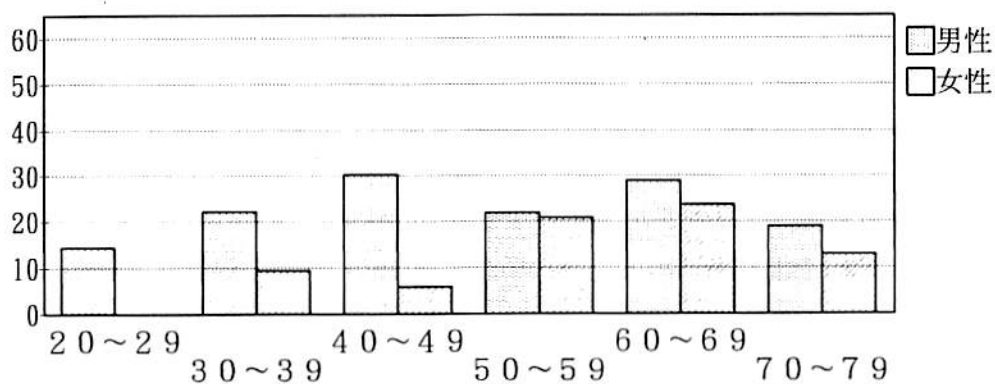


図2(b). HCV抗体(+)例・肝機能異常

(単位: %)

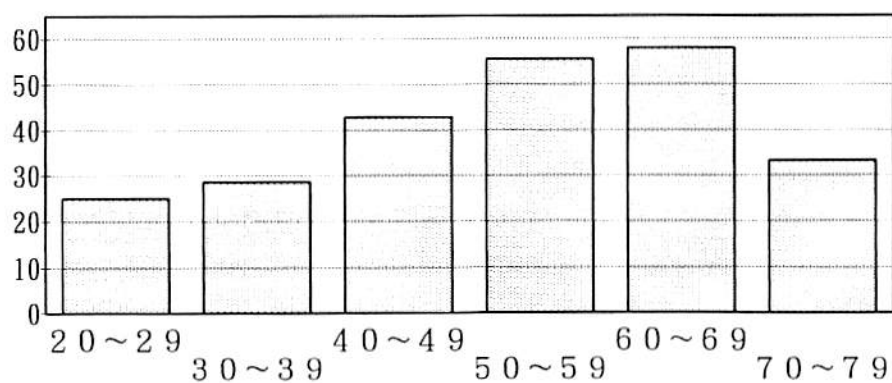


図3 (a) . 飲酒量別肝機能異常率

(単位：%)

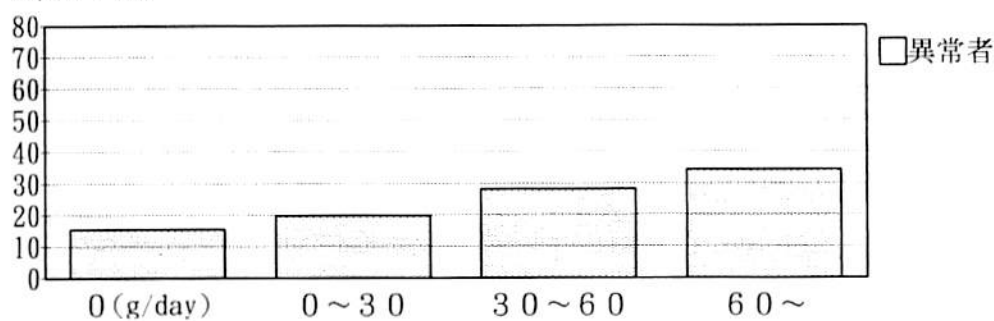


図3 (b) . HCV抗体 (-)

(単位：%)

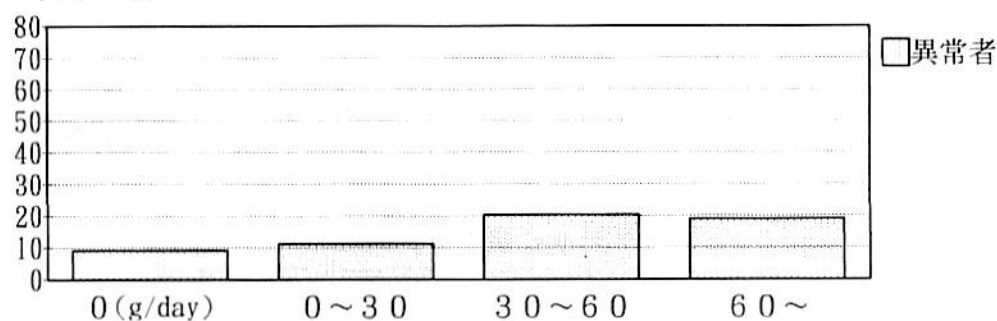
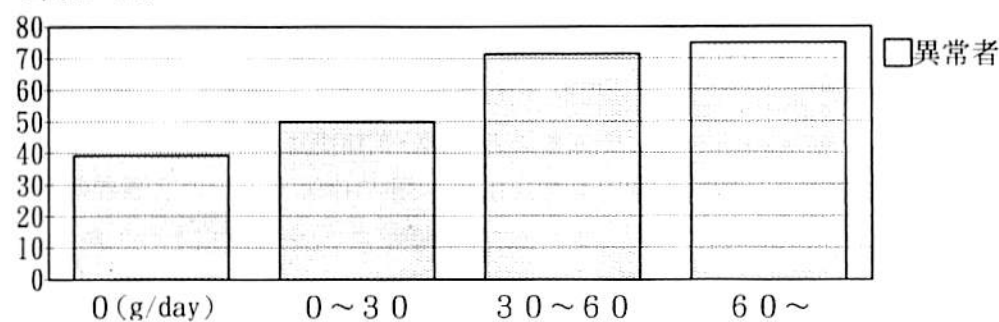


図3 (a) . HCV抗体 (+)

(単位：%)



< 考察 >

今回行った調査では、全対象中のHCV抗体陽性者の割合は14.2%であった。この値は、我が国の供血者中のHCV抗体（第二世代）陽性率1.6%⁵⁾と比較してきわめて高率であるといえる。これに対しHBS-Ag陽性率は1.2%で他の地区と大差はなかった。したがって本地区の肝機能異常の要因としてはHBVよりもHCVのほうが重要であると考えられる。

年齢別に見ると20歳未満においてHCV抗体陽性が1例も認められなかった。小児、特に乳幼児に関してはHCVに対する抗体産性能が低いために、HCV抗体による検査では陽性として現れてこないHCV Carrierが存在するという立場もあるようだが、今回の調査では母がHCV抗体陽性例についてはPCR法によるHCV-RNAの検査を行い、20歳未満において陽性例が1例も認められなかったので、抗体産生能の関与の可能性は否定的と考えられる。したがって、20歳未満においてHCV抗体陽性が1例も見られなかったその原因としては、医療衛生の向上や、20歳未満で手術・輸血歴を有するものの割合が成人に比べて低率(12.7%)であるために感染の機会が少ないことと、母子感染の可能性が少ないことが考えられる。

本地区では、20歳以上の受診者の86例18.9%に肝機能異常が認められ、このうち52.3%がHCV抗体陽性、3.5%がHBs抗原陽性で、残りの38例中5例13.2%に中等度以上の飲酒歴が認められた。HCV抗体陽性者96例のうち、約半数の51例には肝機能異常が認められなかったことにより、無症候性キャリアーの存在が示唆されるが、既感染の可能性もあり、その鑑別にはHCV-RNAを測定する必要がある。またキャリアーかどうかについては経時的にHCV-RNAを見る必要がある。アルコールの肝機能異常への関与についてはHCV抗体陰性かつHBs抗原陰性者359例のうち、中等度以上(>30g/day)の飲酒者は軽度又は無飲酒者に比べて有意に肝機能異常率が高かったことにより、ビール(大)1.5本以上、又は日本酒1.5合以上の飲酒者は、肝機能異常を起こす危険性が高いと考えられる。また従来アルコール性肝障害と考えられていたものの大部分がHCVの関与であることが、HCV抗体測定系の開発により明らかにされたが、今回の調査でも肝機能異常があり、かつ中等度以上の飲酒者のうち、49.8%にHCV抗体陽性が見られた。またHCV抗体陽性者で、中等度以上のアルコール飲酒者の肝機能異常率は、73.3%(11/15)と高率であった。

HCVの感染経路は一般的に輸血が最も多いとされ、そのほかには、劇薬注射、血漿製剤の静注、医療従事者の汚染針事故などが上げられ、経皮感染がその主要を占める。今回の調査では、HCV抗体陽性者中、輸血歴又は手術歴のあるものが67.7%もいることや、輸血歴又は手術歴があるもののほうがないものと比べて3

倍近い高率でHCV抗体陽性を示すことから、HCVの感染経路として輸血、手術が重要であることが分かる。また配偶者が陽性である場合のHCV抗体陽性率(40.0%)は配偶者が陰性である場合(17.6%)に比べて有意に高率であった。これは夫婦間の感染を示唆する結果であるが、夫婦が共通の危険因子(環境因子)をもっているとも考えられる。最近、HCVサブタイプが感染経路の推定に有用であるという報告がされており⁶⁾、夫婦間の感染かどうかはさらにサブタイプの測定をする必要がある。次に母子感染については、母がHCV抗体陰性の子に比べ、母がHCV抗体陽性の子のHCV抗体陽性率が有意に高率であったことより母子感染の可能性が示唆されるが、HCV抗体陽性の子はすべて20歳以上で水平感染の可能性も否定できない。20歳以下の子には1例もHCV抗体陽性が認められず、さらにHCV-RNAも認められないことより、母子感染の頻度は少ないと考えられる。以上のことにより本地域の場合、感染経路としては水平感染が主と考えられる。

<文献>

- 1)八橋 弘、古賀 満明、矢野 右人;非A非B型肝炎とHCV;臨床医 Vol. 18
No. 5
- 2)矢野 右人;C型肝炎の自然経過 ;消化器内科 Vol. 7 No. 12, 1992
- 3)田中 栄司、清沢 研道 ;アルコール性肝障害とHCV ;消化器内科 Vol. 7 No. 12,
1992
- 4)林 純、;C型肝炎の疫学的研究; 福岡医誌 83(1)1-5、1992
- 5)袖山 健、清沢 研道 ;HCVの疫学 ;内科総合医 Vol. 9 No. 5 1992
- 6)岡本 宏明;PCR法による各ウイルス性疾患診断の進歩 C型肝炎;Mebio 1992. 6
p62~69

見聞録

博多埠頭から船に乗ること2時間、そこは本当に福岡から2時間の島なのかと思えるほど美しい海の広がる壱岐であった。底まで見える海を見たのは、生まれて初めてであった。我々はまず、『船場荘』という宿へ行き、荷物をおろし、服を着替えて、島を廻った。これもまた心に残る素晴らしい場所が島のあちこちに散らばっていた。先生方とともに漁船をチャーターして、海からの島巡りにでかけたこともあった。青い空、澄んだ海、緑の草原、放牧の牛、（ころがるフン）……。私の下手な文章ではとても伝えきれない。心の底から来てよかったと思った。単にリゾートとしての壱岐に触れるだけでなく、島民の方々との検診を通しての触れ合い、そして、壱岐の医師会の先生方によるあたたかいもてなしなど、多くの人々と交流できたことが何にも増して大きな収穫であったと思う。

九州大学医療短大1年

弓場 妙子

海外班活動報告

(1992年8月15日～9月2日)

海外班活動記録

研修目的

中華人民共和国遼寧省瀋陽市の中国医科大学を中心として、中華人民共和国における医療制度、および中医学の現状を知る。この体験をもとに、中医学と西洋医学との相違点を考える。

また、瀋陽市郊外の医療状況を見学することによって、農村部での医療の問題点を考察する。

期間 1992年8月15日～9月2日

団員構成 梶畑俊雄（九州大学医学部5年生）
高野浩一（九州大学医学部5年生）

行動記録概要

- 8月15日 福岡空港より出国。大連着。
- 8月16日 大連より瀋陽へ移動。
- 8月17日 中国医科大学外事処に挨拶。
- 8月18日 中国医科大学ゲストハウスにてスケジュールの打合せ。
- 8月19日 付属病院泌尿器科を見学。
- 8月20日 付属病院胸部外科を見学。遼寧省中医研究院を見学。
- 8月21日 付属病院中医科を見学。
- 8月22日 付属病院呼吸器科を見学。
- 8月23日 市内の観光。
- 8月24日 同上。
- 8月25日 瀋陽市郊外蘇家屯区衛生局訪問。郊外の病院（姚千病院・蘇家屯区第四医院）を見学。
- 8月26日 瀋陽市衛生局からの返事未着の為、市内衛生所見学中止。
- 8月27日 中国医科大学での研修終了。瀋陽発。
- 8月28日 北京着。
観光。
- 9月 2日 北京発。帰国。

【はじめに】

延々と続くトウモロコシ畑や麦畑、ゆったり流れる川の畔で草を食む羊や牛たち、アカシアやポプラ並木の間を農作物が積まれた荷を引くロバが駆けていく。長い冬のあいだ、雪に閉ざされる遼寧省では、夏には風景だけでなく人々や動物たちまでもがのびのびと明るい。それは全くの異国の風景ではなかった。むしろ、わずか十数年前の日本の日常であったようにおもふ。私たちはこの風景からどれだけ進んだというのだろうか。

1992年8月私たちは、中華人民共和国における医療事情を見学するために、中国医科大学外事処のお世話で、遼寧省瀋陽市の幾つかの医療機関を訪ねた。旧満州時代、奉天とよばれたこの街には、ほかの東北地方の主要都市と同じように、現在もその面影を色濃く宿した建物が少なくない。かつて大広場とよばれ、現在も中山路にある広いロータリーの中山広場には、旧奉天ヤマトホテル（現遼寧賓館）や旧満州医科大学（現中国医科大学）のレンガ造りの建物が、当時のままの姿で並ぶ。遼寧賓館は現在もホテルのままで使用されている。それらを目にするとき、日本人にはノスタルジアを感じずにはいられない。私たちにとって、この訪問は単に中国医療を知る旅ではなく、隣国である中国との歴史的かかわりの深さを体感するものでもあった。

しかし、中華人民共和国の人々の解放後の新しい生活が、歴史の爪痕を残す街並みに繰り広げられているさまを眺めていると、中国のもつ底力をみせつけられたような気がしてくる。レンガ造りの建物のあいだを何百台もの自転車が走り抜け、露店の商売人の売り声が響く。もちろん、この街にも改革の波は押し寄せている。私たちが大連から最初に降り立った新しい瀋陽駅は、4台のエスカレーターをもつ高層のステーションビルになっており、広大な駅前広場とともに新しいターミナルにふさわしいスケールで私たちを圧倒した。戦後半世紀、中国も過去の半植民地の遺産を清算し、自前の交通体系を整備し始めたのである。中山広場にある毛沢東像は、その改革の熱気を象徴するように思えた。

【遼寧省の自然と環境】

〔地勢〕

遼寧省は中華人民共和国（以下中国と略）東北地区の南部、東経118.53度から125.46度の間、北緯38.43度から44.26度の間に位置する。緯度的には北京のやや北、わが国の青森県に相当する。地球儀的にはローマやシカゴにほぼ等しい。省の中央部を東北から南西へ遼河が流れるので、流域の永遠の安寧を込めてこの名が付けられた。面積は14.59km²（わが国の北海道と東北をあわせたぐらい）で全中国の1.5%、うち200m以上の山地と丘陵が60%、平原が33%、その他7%となっている。山地は東部の龍崗、千山の両山脈および西部の努魯兒虎山で、中央部に遼河沖積平原が広がっている。

南は黄海と渤海に面し、西南から北にかけては河北省、内蒙古自治区、吉林省に接し、東南部は鴨緑江をはさんで朝鮮民主主義人民共和国（以下、北朝鮮と略）と対している。渤海に突きでた遼東半島は中国第二の半島で、大連、營口など、良好な港を擁している。海岸線は2800kmにのぼり、そこに506の島（うち38が有人）が点在する。

〔気候〕

大陸性気候に属し、年間平均気温は6ないし11℃、最高気温が30℃前後、最低気温は-30℃前後である。日照時間は年2300-2900時間、霜のない期間が130-200日、降雨量は400-1200mmである。ほとんどの地区が温半湿润地帯に属し、農作物の成長に適している。

〔人口〕

1990年人口は3946万人で全中国の3.48%（省市自治区別で第12位）、人口密度は1km²当たり270人（同13位）、自然増加率0.96%、また総人口に占める都市人口の比率が50.86%（同4位）と半数を越している。これは、北京、上海、天津の三直轄市に次ぐ高率で、同省の商工業の盛んなことを裏付けている。

4000万近い省民の91.86%までが漢民族だが、ほかに41少数民族291万人がいる。なかでは満州族がもっとも多く199万人、次いで蒙古族42万人、回族24万人、朝鮮族20万人、錫伯族（鮮卑人の後裔）5万人となっている。遼寧省は満州族発祥の地であり、錫伯族の故郷である。それだけに両民族は、全体の半数以上が同省に住んでいる。

〔行政区分〕

第2次大戦後の1945年から1946年にかけての国民党支配期は遼寧、遼北、安東の三省および瀋陽市にわかれていたが、解放後の1954年8月合併して遼寧省の成立をみた。1955年、熱河省の廃止にともなって、朝陽など6県を吸収合併した。現在は全省が、瀋陽、大連、鞍山、撫順、本溪、丹東、錦州、営口、阜新、遼陽、鉄嶺、盤錦、朝陽、錦西の14省轄市にわかれ、そのもとに8県級市、26県、10民族自治区、56市轄区がある。

略称を遼といい、瀋陽市に省人民政府がある。

【中国の医療制度】

中国は全国を22の省、5つの自治区、3つの直轄市（北京、上海、天津の三市）にわけている。省、自治区以下の行政区画は市、自治州、県、自治県であり、県や自治県の下には郷、鎮がある。中国にはあわせて2,900の都市があり、そのうち人口200万以上の都市は7つ、100万～200万人の都市は28ある。中国の省は日本の県に相当し、県は市になる。郷、鎮は村のことである。このほかに街道（日本でいう町）または地段（地区）、という区画もある。

中国で医療衛生行政を担っているのは北京の衛生部（日本でいう厚生省）で、各行政区画ごとに衛生庁（局）、衛生局（課）といった担当部門がある。それぞれが直轄の病院、診療所などをもつ。中国の病院は大きく上級（高次機能医療機関）、中級（二級医療機関）、予防的医療機関の初級医療施設と3クラスにランク付けした病院構成になっている。それらの下に、病床をもたない街道（町）病院や工場などにある外来のみの診療所のほか、街角には衛生室（問診所、健康相談ステーション）などがある。上級医院は下級医院を指導する義務がある。

1949年の建国以前の衛生状況はとてもひどいものだった、という。とくに、医療への取り組みの悪さ、伝染病の流行、平均寿命の低さ、病床不足、医療従事者不足がめだった。新生中国は自らを巨大な人口を抱える途上国と位置づけ、労働者、農民、兵士への医療提供、予防医療を重点にする、衛生工作と大衆運動の結合（愛国衛生運動）、中西結合医療の促進、の四大方針を基本理念に、医療衛生の確立を急いだ。そして、全国各地に医大を建設し医師を養成、中国伝統医療の中国医学では教科書を統一した新しい中医学教育を進めた。また、11億余の国民にくまなく医療を提供するため農村の保健員といわれる「はだしの医者」を活用したが、これが世界的に注目され、中国医療の発展の基礎となっているといわれる。

中国の医療衛生施設の総数は89年現在206,427カ所で、総病床数では農村部の簡易病床を含め287万床ある。そのうちの県レベル以上の病院施設は合計61,929カ所（病床総数は約180万床）となっている（総合病院が9,654カ所、大学付属病院が188カ所など）。中国では農村部の衛生院や工場の付属診療所など初級医療施設の拡充を重視している。県レベル以上の病院の病床利用率は全国平均で86.2%、平均入院日数は15日であるのに対し、農村部の病床利用状況は全国平均で利用率44.6%、平均入院日数は5.4日と、早く退院できる軽い疾患の多いことがわかる。農村部の衛生院などの規模は、職員20～30人の施設が多く、簡易病床を保有する施設もある。

中国では上、中級の医療施設での病床不足が深刻になっており、都市病院では拡大、改築が促進されているものの、病気になっても入院できない慢性疾患の老人などに待機患者が多い。どのくらい病床が不足しているかを日本と比べると、日本の人口千人当たり病床数が約15であるのに対し、中国のそれは2.18である。また、医師数も人口千人当たり、日本1.64、中国0.71である。

医療施設の現状をみると、たとえば、人口約千万人の北京には何百床もある病院から工場や学校、外来診療所、街角の医務室・問診所など4,700カ所以上の医療施設がある（47,600病床）。そのうち、約3,200カ所は問診所程度の施設である。行政区画に沿った医療網のほか役所や大きな団体は組織内に診療所（衛生室や衛生相談ステーションなど）を設置している。

【農村部の医療】

中国人口の約8割は農村にあることから、政府では農村部の医療・保健に重点を置き、広大な国土に点在する農村部の各県には総合病院、衛生防疫ステーション、母子保健ステーション、医薬品検査機関などを配置し、農村地域内の医療連絡網を形成している。農村の病人はその地域内で完結的な医療を受けられるが、地域の病院で治療が困難な病気などの場合は、さらに上級の病院で治療を受けるための紹介制度がいきわたっており、中央と地方を結ぶ医療ネットワークもできている。

農村におけるこの医療制度は、文化大革命時に大きく改革されたものである。毛沢東は1965年6月26日に「医療衛生制度の重点を農村に置こう」と宣言し、「中央の衛生部の仕事は全人口の15%、それも主として上流階級を対象としていて、広範な農民は医療をうけられないでいる。現在の病院の治療方法は農村に適さないで、医師の養成方法も都会むきである。これから医師は農村に重点を置いた医

学を学ぶべきであり、こうして学んだ医師を大量に農村へ送りこまなければならない。」とのべて、農村という医療の空白を埋めることを指示した。これが全面的に実行されるようになったのは、文化大革命によって中央衛生部の実権派が批判され、劉少奇が追放されたのちのことである。

文化大革命のなかで、医療面で新しく生まれた制度は、都市病院や大学病院の巡回医療班、「はだしの医者」、合作医療制である。都市の病院の医師たちは、1969年ごろから農村に入り、定住しはじめた。また、巡回医療班を組んで農村の医療活動をおこなった。今回お世話していただいた中国医科大学外事処の王処長も1974-75年にいったことがあるそうである。また、本溪市へ観光に連れていってくれた運転手も、西豊というところで学生のころから21年間医療隊にいて、去年瀋陽にもどってきたと話してくれた。実際かなりの数の人が巡回医療隊に携わっていたようである。1975年末現在で、農村に定住して人民公社の医師となったものは十数万人に達した。また、110万人をこえる医師が巡回医療班に参加し、定期的に医療活動をやリ、農村で医師を養成している。

すべての公社には、公社に総合病院、生産大隊に診療所、生産隊に衛生員がいるという3級医療制が普及している。農村では地元出身の中学校卒業の男女の青年が、「はだしの医者」として養成されている。6か月ないし8か月の講習によって、基礎的な医療衛生の知識と技術を身につけた「はだしの医者」は、1975年末に全国で150万に達した。全国の公社数は54,000であるから、1公社30人の「はだしの医者」が配置されていることになる。普通、「はだしの医者」は大隊の診療所にいる。そして、大隊の範囲、つまり戸数300戸、人口2,000人の範囲に「合作医療制」がある。これは3級負担制で運営されているつまり、社員は一人あたり1-2元の掛金を納め、生産隊は公益金の一部を拠出し、生産大隊は副業収入から補助金をだす。通常の場合、6-7,000元の納入資金で約2,000人の社員の診療費につき完全給付をおこなっている。農村では以上の各種の方法によって、人口1,000人につき8-9人の医療衛生員が活動する医療網がはりめぐらされている。農村人口は7億だから、約600万人が活動しているわけである。

中国の、とくに農村の医療衛生費は、きわめて安い。これは「はだしの医者」のように、診療に使う薬剤、資材が医師、看護婦の自力更生によって調達され、医療衛生費の支出を節約しているからである。医師、看護婦は時間をつくり、空き地をみいだして、薬草を栽培し、注射液、粉剤、錠剤の各種の医薬品を生産している。一部の医療資材も自力で製造している。

しかし、経済改革の流れからか、最近では金の集まらないところには人は流れな

い。姚千病院（後述）で聞いた話によると、やはり中国でも最近農村部で医師が足りない、という。とくに大学を卒業した医師や専門医が足りない。中国の卒業生は国から配属を決められ、就職先を自分で決めることができないので、姚千病院にも医科大学卒業生はくるとはくる。しかし、郊外の病院は市内の病院と全く同じ待遇であり、最近の若者は技術、知識が身につくと農村部をでたがることもあり、最近の卒業生は郊外にはくるとを渋る。農村部で必要な農学、医学を勉強した人たちが農村部に来ないことが困る、という。とくに女性は、家事もこなす必要もあり、市内から通勤が難しいせいもあって、ますます郊外を避けようとする。医師だけでなく、看護婦も同様だと聞いた。結局はその後の転勤のとき、都市の方を希望してでていってしまう。そのため、衛生部の上層部では、農村部からでないように防ぐ方法に頭を痛めている。瀋陽市役所では、今年から郊外の病院には少し給料を上積みすることに決定したそうである。

また、巡回医療隊も現在ほとんど引き上げてしまった、という。中国医科大学で尋ねても、大学は現在巡回医療隊をもっていないため、現在農村部がどのような事情であるのかわからない。中国医科大学自体は巡回医療隊にあまり重要視していない、といわれた。

【瀋陽市の概要】

今回訪問した瀋陽市郊外の医療事情を説明する前に、瀋陽市自体の概要を振り返っておきたい。

瀋陽市は、遼寧省の省都で、省内の政治、産業、交通、文化の中心地である。遼河平原中部、渾河北岸に位置する。9区2県からなり、総面積は8515km²（うち市区面積は164km²）、人口は約570万人（うち市区人口は454万人）。上海、北京、天津に次ぐ中国第四の大都市で、東北地区最大である。

瀋陽は中国の「歴史文化名城」の一つに指定されている。その歴史は悠久で、市内の「新楽遺跡」から出土した新石器時代の文物は早くも6、7千年前にこの地で暮らす人々がかなり高い生産・文化水準を有していたことを物語っている。2千余年前の戦国時代、この地は燕に属していた。前漢には侯城県と称し、唐代になって瀋州と改称。元代の1297年になってはじめて瀋陽とよばれるようになるが、それは瀋水（渾河）の陽（北岸）に位置することに由来する。

1625年、後金（女真族）のヌルハチが国都を遼陽から瀋陽に移し、1634年には盛京（満州語でムクデン）と改称した。清朝の北京遷都（1644年）までの19年間は、この地が清朝の首都であった。三代皇帝の順治帝が都を順天府（北京）に移

したあとも、盛京は留都・陪都として尊重され、盛京将軍がおかれた。盛京将軍の下に、1657年、民政機関として奉天府が設けられた。奉天の名はここから起こった。再び瀋陽の名に戻ったのは、1948年にこの街が解放されてからのことである。

瀋陽は京哈（北京・ハルビン）線、瀋大（瀋陽・大連）線、瀋丹（瀋陽・丹東）線、瀋吉（瀋陽・吉林）線の交差する鉄道交通の中枢である。鉄道輸送の緊張緩和に役立てるため、アジア最大規模と言われる瀋陽北駅が1990年12月に完成した。空では1989年、瀋陽桃仙国際空港がオープンし、民航の分割民営化で設立された北方航空公司の拠点となっている。陸運では、1990年に瀋陽・大連高速道路が完成し、従来12時間かかっていた瀋陽―大連間を4時間で走れるようになった。

瀋陽へは、北京から飛行機で約1時間、鉄道で約10時間かかる。

瀋陽は機械、冶金、化学、電力、食品工業が発達した東北最大の重工業都市である。しかし改革と開放時代の今日、瀋陽市の国営企業のかかなりの部分は、設備の老朽化と経営効率の悪さのために赤字経営に転落している。それゆえ中国最初の破産法の実験都市となった。また町全体が深刻な公害問題に直面している。社会主義経済の根幹とも言うべき国営企業の改革・活性化が果してできるかどうか、瀋陽市の重厚長大型国営企業の今後のなりゆきが注目される。

【瀋陽市郊外蘇家屯区の医療事情】

〔蘇家屯区衛生事業管理局〕

中国の農村部における医療事情を知るために今回訪問したのは、瀋陽市の南の郊外にある蘇家屯区である。まず各病院を訪問する前に、蘇家屯区衛生事業管理局で周士王、区衛生副局長から蘇家屯区の概要について説明を受けた。

瀋陽市郊外は4つの区と2つの県にわけられているが、この蘇家屯区は市の南に位置し、人口は42万、そのうち農村部の人口が25万である。14の郷、195の村から構成されている。市以下では、区→郷→村とレベルわけされており、区レベルの保健医療は衛生局が担当し、郷レベルでは衛生病院、村レベルでは衛生所の担当である。これを3級医療圏とよぶ。通常、普通の病気は村のレベルで対応するが、できなければ上の病院に紹介する。

この衛生局に属する主な病院として、

(1)センター病院（500床および職員700人からなる。12,000m²の新しい病棟が最近できた、という。）

(2)中医病院〔姚千病院〕（全国のモデル病院に指定されている病院である。血

栓症を専門に治療する部門と中医学の部門が中心である。)

その他にも、350床からなる小児科、産婦人科病院、予防医学センター、などがある。

〔姚千病院（姚千戸鎮仁）〕

最初に訪れたのは姚千病院である。崔世錐院長、事務長からまずこの病院の全体像を話してもらう。

この病院は撫順、遼陽、本溪、瀋陽、という4つの市の境に位置しており、担当している地域には19の村がある。農村部の病院は3クラスにわけられており、この病院は2クラス（郷レベル）に相当する。総合病院であり、内科、外科、産婦人科、中医科、口腔科、耳鼻科がある。この病院では、X線検査、心電図、超音波、内視鏡などの検査ができる。郊外では比較的大きな病院のため周囲の患者がかなり受診する。医療費が安いために、最近の患者は軽症の病気でも来る。とくに婦人科、耳鼻科の患者が多い。ただし、内科的な疾患は村の医師が対応するためここではあまり扱わない。この病院では診療だけでなく、予防活動もおこなっており、この地区の予防センターも兼ねている。たとえば小児に対するワクチン接種をおこなったりしている。

説明のあと院内を案内してもらった。まず二階の手術室へいく。手術室が2つがあるが、1つはあまり使われていない。年に約300例の手術がおこなわれ、産婦人科がもっとも多く、腹部外科、整形外科、耳鼻科の手術もおこなう、という。疾患としては、帝王切開、膵炎、子宮癌、大腸癌、甲状腺腫瘍、胆石が多い。次に病棟のほうへいく。ここには腹部外科と整形外科の患者が入院しており、イレウス、胆嚢炎、静脈炎（蛇毒治療が主であり、1か月で治療できる）等の疾患が多い。訪問時は農繁期だったため、内科の患者がすくなかった。急を要するものが少なく、待機的に治療できるためだろう。一階の薬局も見学する。他の病院と同様に、西洋薬と中医薬という2つの部門にわかれている。ここに限らずいわゆる「西医」の病院でも中医薬のセクションが必ずあることは驚きであった。「西医」であっても中医薬を頻繁に処方するためである。となりの建物が製薬部であった。中薬部では作業をしていない。生薬を扱っているため、暑いときは製品が傷む恐れがあるからである。西薬部では輸液ビンを作っていた。1日に1,200瓶生産する、という。忙しいときでは1,800瓶も生産できる。

〔脳血栓症の治療センター〕

中国全土に脳血栓症を扱う病院が100以上あるが、この病院は脳血栓症の治療センターとして有名であり、中国全土から（香港からさえも）患者が集まる。そのために、脳血栓の患者が40人以上と大半をしめてしまい、脳血栓症以外の患者は他の病院に引き受けてもらわざるをえない、という。いちばん古い患者は1977年から入院している。ここでは、脳血栓症だけでなく、静脈炎、冠動脈疾患などの血管疾患一般も扱う。

治療法としては、蛇毒などの中医薬を中心に使う。蛇毒による治療は中国ではかなりひろく使われている方法であり、中国医科大学にも蛇毒専門の研究室がある。脳血栓症の治療は他の治療法と組みあわせて、たとえばリハビリ+針+中医薬で治療することが多い。現在試みられている治療として、蛇毒に高圧酸素を併用するものがあり、脳血栓症にかなり効果をあげている。この話を聞いたとき、九州大学の血栓症の研究グループのことを尋ねられた。世界的にもかなり有名である、という。私たち自身はあまり関係ないものの、何故か鼻が高くなる一瞬であった。

余談だが、中国滞在中、脳血栓症の薬のCMをテレビでよくみかけた。車椅子に座っていた患者が薬を飲んだとたんに立ち上がる、という、いささか眉唾物のようであったが、脳血栓症に対する治療として中医薬がよく使われていることは確かなようである。

〔蘇家屯区第四医院〕

次に訪れたのが、蘇家屯区第四医院である。金院長からこの病院の概要について聞く。この病院が対象とする地域は、蘇家屯区のいちばん南に位置する。農業人口は約34,000、鉱業（石炭）・鉄道に従事する人口が約70,000である。ここが担当する村は18であり、その村ごとに衛生室（ここに「はだしの医者」が常駐）、助産室がある。ただし、この病院自体では往診はあまりしていない。

この病院では診療、検査、保健活動、予防をおこなう。ここには、内科、外科、小児科、産婦人科、口腔科、血液検査科、放射線科、中医科がある。ベッド30床、職員51人であり、そのうち医師が25人、看護婦が10人である。ここでできる検査としては、単純X線、透視、心電図、胃電図、超音波検査、生化学的検査（尿、血液、便）がある。扱う疾患で多いのは、内科、気管支炎、肺性心、高血圧、胃潰瘍、胃炎、腎炎で、内分泌疾患は少ない。手術は、月当たり10人、1年で100人以上おこなわれ、大腸、虫垂炎、甲状腺、胃、骨折、などの部位を扱うことが多い、という。外来は1日当たり100人ぐらいである。救急車も一台あるそうで

ある。

このあと、姚千病院と同様に院内を見学させてもらった。入院している患者の特徴などは姚千病院とあまり変わらなかったが、一つ驚いたのは、ここの薬局の中薬部は、引きだしの把手に、清朝の古銭を使っていたことである。中国の歴史の深さを感じる一瞬であった。また、婦人科外来に「計画出産の部屋」があり、衛生局の賞状が飾ってある。中国は人口が13億もあり、人口を調整するため一夫婦に一人の子どもしか作ることができない。あの悪名高き「一人っ子政策」である。隣に外来診察、手術室があり、堕胎、不妊手術をおこなう。出産以前に障害児とわかるとすぐに堕胎してしまう、という。これらをあまりにも誇らしげに説明するので、正直なところいささか違和感を禁じえなかった。一人っ子政策の歪みと同時に、国情に応じた人口政策の難しさを感じた。

また、病院の一角に衛生予防保健センターもあり、この地域の予防の中心となって、食品衛生管理、薬品管理、医療管理などをおこなう。部屋のなかに結核患者数、ワクチン接種数、新生児数、児童数、出産数、甲状腺疾患数、妊娠出産数、伝染病患者数などの統計が表、グラフにして壁に張ってあり、一目でこの地域の衛生状況がわかるようになっている。中国は予防医学に相当の力を注いでいるのが感じられる。予防医学は治療医学に比べて華やかさにかけ、地味な仕事である。しかし、予防医学に重点を置いた医療が結局は安上がりである。日本で医療費の高騰が指摘されてから久しいが、この中国の予防への意欲は日本も学ぶべきだとおもう。

【中医学の特徴】

中国では、科学的手法を取り入れて研究し発展を続けた新しい漢方医学を、「中医」（中国医学）とよぶ。「中医」を専門におこなう医師が「中医師」（中医士といって、日本でいう短大卒業クラスの医師もいる）であり、その道に長く携わり熟練した腕のよい人は、尊敬の意味を込めた「老」の字を付けて「老中医」とよばれる。一方、西洋医学は「中医」に対して「西医」という。西洋医学を修めた医師が中医を学び、その両方を駆使できるようになると「中西結合の高級医師」と称する。

中医学の特徴にいわゆる「弁証論治」がある。弁証論治は、中医学の診断と治療の全過程で、弁証と論治の2つの部分から構成される。弁証は論治の前提で、論治は弁証の目的である。

弁証とは、四診という診察法によって得られたデータによって、疾病の原因、

経過、予後を判断するとともに、患者の状態、疾病の性質と部位、正気と病邪の力関係などを弁別することである。四診は、望診、聞診、問診、切診の4つの診察法からなる。望診は視覚による診察法で、このうち、とくに舌質と舌苔をみる舌診法が重視される。聞診は聴覚、嗅覚による診察法であり、問診で既往歴、現病歴、主訴、自覚症などを聞く。とくに自覚症は詳細に渡って問う。切診は触覚による診察法であり、脈診がとくに重視され、強弱、遲速、浮沈、形状などを詳細に調べる。中医学では実に細やかに診察をおこなう。実際日本の病院の「理学所見軽視、検査所見重視」に慣らされている私たちにとって、診察を重視する中医学は医療の基本に立ち返らせてくれた。

弁証は次の5つの軸にしたがっておこなう。① 八綱弁証：すべての弁証の綱領となるもので、必ず弁別すべきものである。八綱とは、表、裏、寒、熱、虚、実、陰、陽、の8つの綱領で、表裏は疾病の部位、深浅を、寒熱は疾病の症候の性質を、虚实は人体の正気の強弱と病邪の盛衰を弁別するもので、陰陽は以上の全般を総括した概念である。このなかでは、寒熱、虚实の弁別が重要である。② 気血弁証：人体の基本的構成物質である気、血、津液、精の状態を弁別する。③ 臓腑弁証：それぞれの臓腑の生理的、病理的な特徴にもとづいて、疾病がどの部位に、どのような機能障害をひきおこしているかを弁別する。④ 病邪弁証：疾病を発生する外因としての病邪の種類を弁別し、どのような状態をひきおこしているかを判断する。風、寒、暑、湿、燥、火（熱）の外感六淫と、食積、痰飲などの病邪による疾病の状況を弁別することが主となる。⑤ 外感熱病弁証：急性の発熱性疾患に対してだけ用いる弁証である。基本になるのは上記の4つの弁証であるが、外感熱病は経過が早く、病邪と人体の正気（抵抗力）とがたたかう全身的な反応が中心になるので、とくにこの弁証をおこなう。

弁証の結果にもとづいて適切な治療を論じることが論治である。原因、経過、現在の状態、予後などをふまえて、現在の状態をよりよい状態へと最適に制御することが目的である。論治には、最適な治療手順を示す「治則」と、治則に適應した具体的治療法としての「治法」と、治法にもとづいて決定される具体的手段としての「処方」が含まれる。治療という実践的行為を数千年にわたって積み重ねて、経験的に総括された「治則」は、とくに中医学が誇りうる治療医学としての原則である。

弁証論治においては、多くの個体に共通する病理機序や状態を「証」としてとらえる共通性（普遍性）の認識を重視するだけでなく、同じ証であっても季節、環境、体質、経過などの違いによって生じる個体の特殊性（個別性）にも注意を

払う「随証加減」を基本にしており、共通性と特殊性の両面に対応した治療をおこなうことが原則となる。同じ風邪でも夏場の風邪と冬の風邪は違うし、肝臓が弱っている場合でも肥満者と痩せている人は異なる治療法が用いられる。老人、元気な若者、子供、乳児、妊婦などによっても治療理論が異なる。同じ観点から、たとえ異なる疾患であっても同じ証であれば同様の治法を用いるという「異病同治」の考えや、同一の個体の同一疾患であっても経過や時期の違いによって異なる治法を用いるという「同病異治」の考え方が生じる。

【中医学と西洋医学との相違点】

「中医」と「西医」の大きな違いは、疾患の原因論、病態論である。「西医」は、その原因を病原菌などの侵入、つまり「物質」であると考え。病名診断を優先させ身体は臓器の集合体との見方をする。しかし、「中医」では身体の中の臓器はすべて関連し補いあい、そのバランスの乱れが疾患につながるとみる。疾患の病態をホメオスターシスの乱れであり、体の体液の循環（気、血、水）がうまくいかないことと考える。西洋医学と比べて、人間は臓器という部品を単に組みあわせた生き物ではないとの見方が伝統であるため、「疾患をもつ人間全体を診る」が基本になる。中医の診断は問診を特徴とし、病名ではなく症状から約150種類の疾患群にわけて、患者の年齢や性別、肥満度、衰弱度などによって、個々の処方をする。

西医は科学的で、中医は哲学的といわれる。中医学の理論は高度総合の基礎の上に組み立てられた抽象的なもので、実用性は高いが習得が難しく、奥が深い。西医が分析的、外科的、基礎的、対症的、外因重視、細菌予防、他覚症重視であるのに対し、中医は総合的、内科的、臨床的、対証的、内因重視、体質予防、自覚症重視と対比できる。

西洋医学は、疾患の標的がはっきりしている場合に威力を発揮する。しかし、「木をみて森をみない」ようなことにもなりかねない。中医は身体全体の歪みを治そうとするので、「森をみて木をみない」ことにもなるので、西洋医学と中医学とを併用すれば、お互いの長所短所を補完しあうことができる。実際、中国の多くの病院では西洋薬だけでなく中医薬の薬局も必ずもち、中医学が側面から西医に協力する。また、中医師の中でも西医薬を用いる。これは、毛沢東が、文化大革命のときに中医学と西洋医学との協力（中西医結合）を医療の原則の一つにしたことが、現在でも受け継がれているからである。

ただし、中医学は西洋医学とは別の治療体系をもち、西洋医学的にみると必ず

しも正当には評価できないことに注意しておく必要があろう。たとえば、咳、痰、熱などを伴う風邪（上気道炎）に対して、西医では太った人でも痩せた人でも大体アスピリンや抗生物質、抗ヒスタミン剤などを使う。しかし、中医の場合は、太った人に葛根湯、痩せた人には真武湯などと使いわけ。風邪という疾患を画一的にねじり伏せてしまうのではなく、タイプや症状に応じて薬を使いわけ、全身状態の改善が主な目的になるのである。

【針灸治療の実際】

私たちは、中国医科大学付属病院の中医科や遼寧省中医研究院で、実際の症例の治療を見学した。以下に症例を示す。経穴については図を参照していただきたい。

中国において、針灸で治療される疾患は、神経系統の疾患が多い。たとえば、癱瘓、脊髄硬化、神経官能症、風湿症、関節痛、顔面神経麻痺などがある。脳梗塞で半身麻痺を来した症例に対する針灸治療を私たちはみた。発症時全く動かなかったという片手が、細かい動きこそできないものの上げたり下ろしたりができる程度には回復する。しかし、気になったのは、針はちょっとアルコール綿で拭くだけで、何回も再利用することである。私たちが「感染などの問題は起こらないのか」と尋ねても、「あまりない」という。それにしても刺針部位が赤く腫れている患者が多いのは気にかかる。

喘息の男小児に対し、十数種類の中医学薬（みずから調合したもの。秘伝だ、と笑いながらいっていた）を混ぜたものを風門、肺俞、天突に貼る。針を使わないのは小児に対しては侵襲が大きいため、という。次の喘息の若い女性にも、同様に雲門に中医学薬を貼る。

歯科では、歯槽膿漏に対し、病変部位を消毒したのち、中医学薬を詰める、という治療を見学する。この中医学薬も自ら調合したものだ、という。中国の医師は中医学薬の調合や経穴の選び方にそれぞれオリジナリティを競いあう。日本では同じ疾患であればどの医師であっても治療法はほとんど変わらない。それでは、quality controlは保たれるだろうが画一的になってしまう。私は中医学の治療の多様性がうらやましいとおもう。

気孔の部門では、電気でツボを刺激して減量する、という治療法を見学する。1週間で10cm減らせるそうである。本当だろうか。

その他、1m余りもある長い「巨針」なるものも目にする。実際につかう場面に立ち会ったわけではないが、臀部から刺入し、脚全体に挿入するらしい。みるか

らに痛そうだ。ただし中国でもあまりひろく使われている方法ではないと聞く。

【中医学を学ぶ利点と困難】

日本で西洋医学を学ぶ医師でも中医学を学ぶメリットはあるとおもう。その理由として、西洋医学は医薬、医療機械とコストがかかるのに対し、中医学は中薬が安いので費用がかからない、四診という診察に重点を置いており、検査データに頼ることの多い西洋医学に対し、侵襲性が低い、中西医結合医療の有効性が認められている、という点がある。

西洋医薬は、輸入品であったり、また国産のものでも開発製造費などに多くの資金が使われている。その点、中薬は、安価で入手しやすく、その効果や安全性も長い歴史の経験で確かめられているという強みがある。中国の中薬学は長い歴史の上に築かれた偉大な宝庫である。これを活用しないのは、宝の持ち腐れである。

また、四診というinterview & physical examinationに重点を置く診療は、やはり医療の原点である。日本の病院、とくに大学病院のような現代医療の粋を集めたような病院にいと、「絨毯爆撃方式」の検査に慣らされてしまい、理学的所見も検査の結果を追認するぐらいの価値しかないことが多い。しかし世界の大多数の医師はほとんど検査をおこなうことができない環境で診療をおこなっている。私も五感をつかった問診と診察という基本に絶えず立ち返っていたいとおもう。

西医が中医学を学ぶ際も、最初から勉強する人に比べて、中医学を学ぶ前にすでに臨床経験があり、各種疾病の発症変化と診断治療法を心得ているので入門しやすい、という強みがある。しかし、中医学理論は抽象的で高度総合的にものを考えることを基礎としており、実用性は高いものの修得に時間がかかる、という難しさがある。また、西洋医学が客観的であり伝達が容易であるのに対し、中医学は脈診などの主観的データに頼ることが多いため教育が困難である、ということもある。

中医学を学ぶ難しさの一例を示す。脈を診るのに西医は脈拍数、動脈硬化の程度、左右差ぐらいしか診ないが、中医は人差し指と中指、薬指の三本を使い、脈の強さ、張り、脈の長さ、滑らかさなどの情報を、強く押した時と普通に触った時の違いを指先で感じとり、それを組みあわせて12通りの臓器の状態と関連させ、20種類以上の情報を分類する。老中医は若い女性が妊娠しているかどうか、また

胎児の性別さえも脈診だけでかなり高い確率で診断することができる、という。老中医が三本指で脈をさっと触れ、沈、弦、細、とさらさら所見を述べるのは驚きだった。これからわかるように、脈診を修得するにはかなりの経験が必要である。また、舌診において、色や形態の微妙な違いを識別するにも時間がかかる。「この舌は胖太である」と説明されても、私には違いがわからなかった。これらが、西医を教育する上での「壁」である。したがって、西医が中医学に入門するには、技術ではなくまず理論を学習したほうがよい、という。理論のほうが文献も豊富であり、技術よりも取り組みやすいからである。

日本の医師のあいだでも、漢方エキス剤の使用量は増加していると聞く。日本の医師も、各臓器が関連して人体が活動するという中医学の理論と、患者ごとに薬の量が異なるという弁証論治の基本だけでも身につけて診療にあたれば、穏やかな効果の中医薬の威力がますます発揮され、とくに中医学のなかのいちばん大切な基本になる、疾患になる前の病気、つまり「未病」に目を光らせることになるため、成人病などの慢性疾患に大きな効果をあげることができるとおもう。

【まとめ】

最後に、今回中国の医療機関を訪問して、私たちが参考にすべきと感じた点をもう一度整理しておきたい。

問診と診察重視

中医学の四診という診察法では西洋医学よりもはるかに細かい所見をとる。五感をつかった問診と診察に重点を置く診療がやはり医療の基本である、とおもう。私たちが臨床実習を受けていても、問診や診察をしている時間より、検査を実施したり解釈している時間のほうがはるかに長い。検査は客観性に富むけれども、検査上正常になれば症状があっても「異常なし」と判断してしまう危険がある。そのうえ、検査には多かれ少なかれ侵襲性を伴う。診察はあまり侵襲性を伴わないデータ収拾法である。私も四診を参考にして細かい身体所見をとるようにこころがけたい。

医療コストの安さ

西洋医学は医薬、医療機械とコストがかかるのに対し、中医学は中医薬が安いので費用がかからない。診断も基本的には四診にもとづいておこなうので検査費用もかからない。西洋医薬は、輸入品であったり、また国産のものでも開発製造費などに多くの資金が使われている。その点、中医薬は、安価で入手しやすく、その効果や安全性も長い歴史の経験で確かめられているという強みがある。日本では医療費高騰が指摘されて久しい。中医学が医療費抑制の一つのヒントにならないだろうか。

予防医学重視

中国ではたいていの病院が予防センターを併設しており、疾病予防に相当の力を注いでいる印象を受ける。予防医学は治療医学に比べて華やかさにつけ、地味な仕事である。しかし、予防医学に重点を置いた医療が結局は安上がりである。この予防医学重視も医療費を低く抑えることのできる秘密であるとおもう。

共通性とともに関別性も診る

中医学においては、多くの個体に関通する病理機序や状態を「証」としてとらえる共通性（普遍性）の認識を重視するだけでなく、同じ証であっても季節、環境、体質、経過などの違いによって生じる個体の特殊性（個別性）にも注意を払

う「随証加減」を基本に据える。同じ風邪でも夏場の風邪と冬の風邪は違うし、肝臓が弱っている場合でも肥満者と痩せている人は異なる治療法を用いる。老人、元気な若者、子供、乳児、妊婦などによっても治療理論が異なる。西洋医学ではいったん診断がつくと治療法の選択の幅は狭いのに対し、中国の医師は中医薬の調合や経穴の選び方にそれぞれオリジナリティを競いあう。これも四診をもとにしたきめ細かい弁証があって初めて可能になったものである。この、それぞれの患者に応じたきめ細かいサービスというのは日本の医師も是非学ぶべきだとおもう。

全体観

中医学では、身体の中の臓器はすべて関連し補いあい、そのバランスの乱れが疾患につながるとみる。疾患の病態をホメオスターシスの乱れであり、体の体液の循環（気、血、水）がうまくいかないことと考える。西洋医学は、疾患の標的がはっきりしている場合に威力を発揮するが、「木をみて森をみず」ようなことにもなりかねない。日本では早くから研究室に属し「超専門医」として教育を受けることが多く、全身を診ることのできる医師が少ないようにおもう。一般の臨床現場ではむしろ「ひろくあさく」診る医師の需要のほうが多いのではないだろうか。医療の原点に立ち返るためにも、中医学の全身を診るという態度は参考にすべきだとおもう。

遼寧省概略図



遼寧省行政区分 (1989年現在)

市	轄市、県、自治県、区	面積 (km ²)	人口 (万人)
瀋陽市	和平 鉄西 大東 皇姑 瀋河 東陵 蘇家屯 新城子 于洪 (九区) 遼中 新民 (二県)	8,433	511.5
大連市	沙河口 西崗 中山 甘井子 旅順口 金州 (六区) 瓦房店 普蘭店 (二市) 莊河 長海 (二県)	12,660	468.6
鞍山市	鉄東 鉄西 立山 旧堡 (四区) 海城 (一市) 台安 (一県)	4,720	251.7
撫順市	新撫 露天 望花 順城 (四区) 撫順 清原満族自治県 新賓満族自治県 (三県)	11,267	206.0
本溪市	平山 明山 南芬 溪湖 (四区) 本溪満族自治県 桓仁満族自治県 (二県)	8,427	140.2
錦州市	凌河 古塔 太和 南票 葫蘆島 (五区) 錦西 興城 (二市) 義 黒山 北鎮満族自治県 錦 鞍中 (五県)	16,767	446.8
丹東市	振興 元宝 振安 (三区) 東溝 寬甸満族自治県 鳳城満族自治県 岫岩満族自治県 (四県)	19,433	260.1
阜新市	海州 太平 新邱 細河 清河門 (五区) 彰武 阜新蒙古族自治県 (二県)	10,387	169.4
営口市	站前 西市 鉄魚圈 老边 (四区) 蓋 営口 (二県)	5,082	185.9
遼陽市	白塔 文聖 宏偉 太子河 弓長嶺 (五区) 灯塔 遼陽 (二県)	4,767	159.0
鉄嶺市	銀州 清河 (二区) 鉄法 開原 (二市) 鉄嶺 昌図 西豊 康平 法庫 (五県)	17,393	337.9
朝陽市	双塔 龍城 (二区) 北票 凌源 (二市) 朝陽 建平 建昌 喀喇沁左翼蒙古族自治県 (四県)	22,990	346.5
盤錦市	双台子 興隆台 (二区) 大洼 盤山 (二県)	3,504	88.4

(注) 1990年に錦州市管轄の錦西市が14番目の省轄市に昇格し、南票区、葫蘆島区、興城市、鞍中県、及び朝陽市管轄の建昌県を管轄することになった。

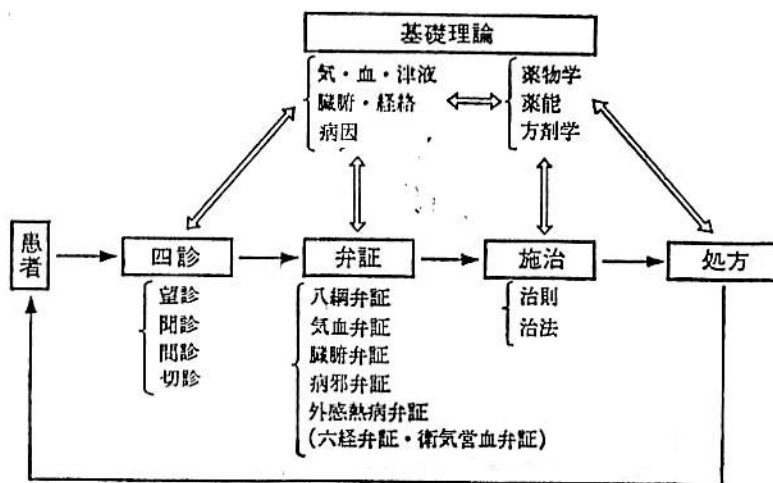
瀋陽の氣候

月 別	気 温			降 水 量 (mm)	降 雨 の 日 数
	平均	平均 最高	平均 最低		
1 月	-12.0	-5.6	-17.3	7.2	4.3
2 月	-8.4	-2.1	-13.8	8.0	4.0
3 月	0.1	5.8	-5.0	12.7	5.0
4 月	9.3	15.7	3.2	39.9	6.9
5 月	16.9	23.3	10.6	56.3	9.4
6 月	21.5	27.0	16.3	88.5	12.0
7 月	24.6	29.2	20.5	196.0	14.7
8 月	23.5	28.3	19.2	168.5	11.8
9 月	17.2	23.6	11.8	82.1	8.7
10 月	9.4	15.9	4.0	44.8	7.1
11 月	0.0	5.6	-4.6	19.8	5.2
12 月	-8.5	-2.6	-13.3	10.6	3.7

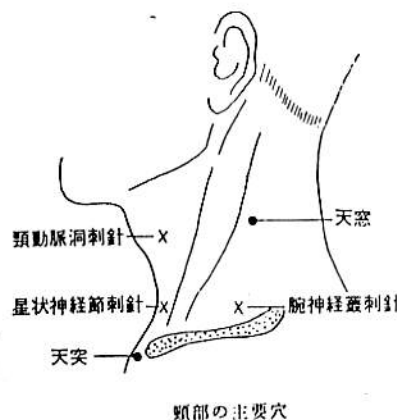
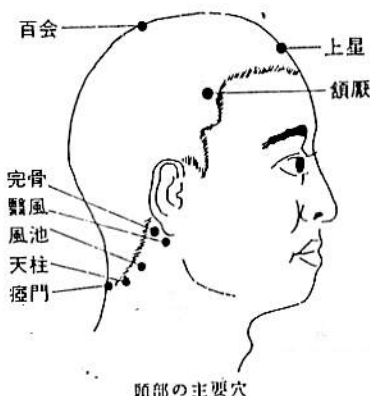
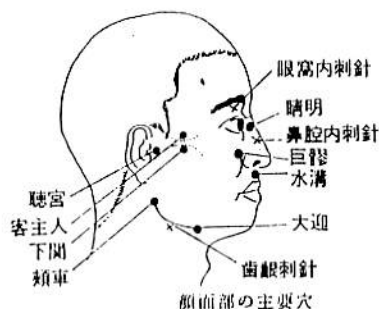
遼寧省の人口 (単位: 万人)

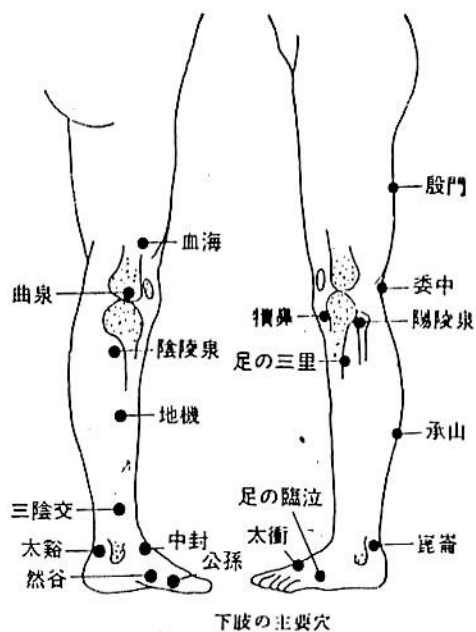
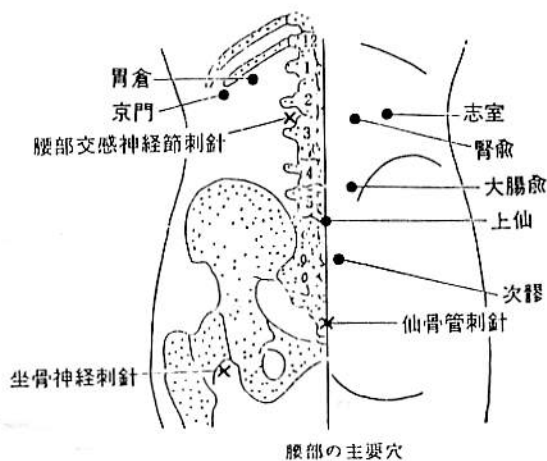
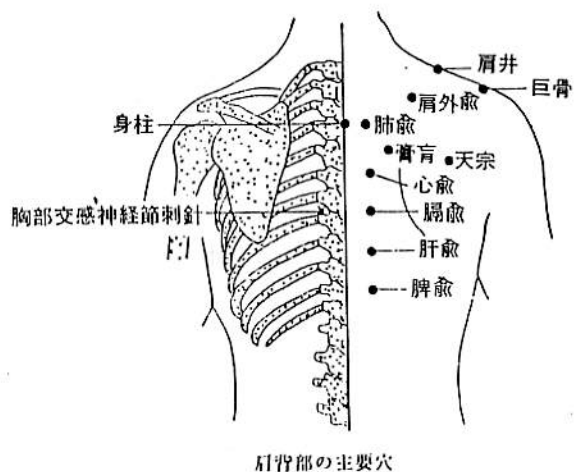
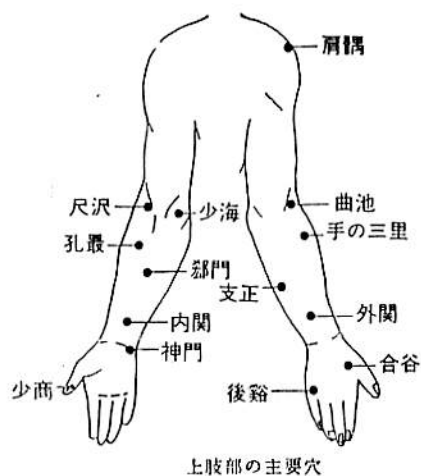
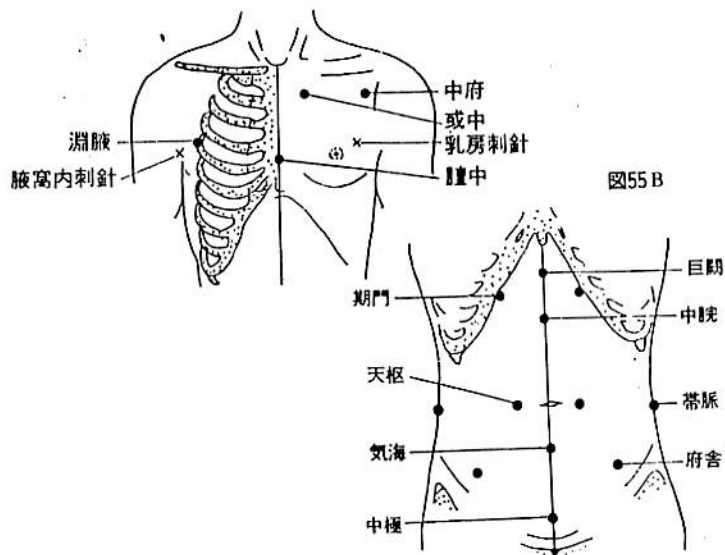
年	総人口	総人口中		総人口中		総人口中	
		男 性	女 性	都市人口	農村人口	農業人口	非農業人口
1949	1,830.5	948.7	881.8	442.8	1,387.7	...	...
1952	1,932.3	1,003.0	929.3	560.1	1,372.2	1,480.0	452.3
1957	2,395.5	1,239.3	1,156.2	950.2	1,445.3	1,511.2	884.3
1965	2,803.3	1,439.3	1,369.0	1,131.7	1,676.6	1,794.6	1,013.7
1978	3,394.0	1,735.3	1,658.7	1,348.7	2,045.3	2,316.7	1,077.3
1979	3,442.6	1,756.4	1,686.2	1,466.5	1,976.1	2,277.7	1,164.9
1980	3,486.9	1,779.2	1,707.7	1,419.5	2,067.4	2,250.2	1,236.7
1981	3,534.8	1,803.2	1,731.6	1,456.5	2,069.3	2,245.4	1,289.4
1982	3,592.1	1,832.0	1,760.1	1,509.2	2,082.9	2,252.5	1,339.6
1983	3,629.1	1,852.9	1,776.2	1,546.5	2,082.6	2,249.5	1,379.5
1984	3,654.8	1,866.6	1,877.2	2,001.2	1,653.6	2,207.5	1,447.3
1985	3,686.2	1,883.2	1,803.0	2,286.4	1,417.8	2,183.7	1,502.5
1986	3,726.0	1,904.1	1,821.9	2,361.2	1,364.8	2,217.1	1,508.9
1987	3,777.4	1,930.5	1,846.9	2,517.4	1,260.1	2,225.2	1,552.2

『中国省市自治区資料手冊』から



弁証施治のなりたち





1 9 9 2 年 度 収 支 報 告

収入	前年度繰越金	1 2 . 0 0 0 円
	寄付	
	九州大学医学部同窓会	3 5 0 . 0 0 0 円
	西日本新聞社	3 0 0 . 0 0 0 円
	九州電力	4 0 . 0 0 0 円
	福岡銀行	3 0 . 0 0 0 円
	西日本銀行	2 0 . 0 0 0 円
	学生外会員	3 5 0 . 0 0 0 円
	自己負担金	1 0 0 . 0 0 0 円

収入総計 1 . 2 0 2 . 0 0 0 円

支出	国内班	交通費	6 4 . 0 0 0 円
		滞在費	3 8 0 . 0 0 0 円
		研究資機材費	5 6 . 0 0 0 円
		雑費	6 0 . 0 0 0 円
		小計	<u>5 6 0 . 0 0 0 円</u>

海外班	渡航前経費	2 4 . 0 0 0 円
	渡航費	2 6 3 . 0 0 0 円
	滞在費	5 0 . 0 0 0 円
	現地活動費	2 0 . 0 0 0 円
	研究資機材費	5 0 . 0 0 0 円
	小計	<u>4 0 7 . 0 0 0 円</u>

計画書作成費	3 8 . 0 0 0 円
報告書作成費	1 0 0 . 0 0 0 円

支出総計 1 . 1 0 5 . 0 0 0 円

協賛諸機関団体

九州大学医学部同窓会

社会福祉法人西日本新聞民生事業団

九州電力株式会社

福岡銀行株式会社

西日本銀行株式会社

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

本研究会の活動も今回で27回を迎えることが出来ました。今年も先輩方が築き上げてこられた伝統に恥じないよう、新会員共々、一生懸命努力いたしました。経験も浅く、至らぬ所も多々ありましたが、何とか無事に夏季活動を終え、その成果をここに報告することが出来ました。これも一重に学内外の関係者の方々の物心両面にわたる温かいご支援と会員全員の協力の賜物だと思っています。

93年度もたくさんの新会員を迎え、新顧問の寄生虫学の多田功教授を中心に、OBの先生方のご指導、ご協力をあおぎながら、単に大学の1クラブとしてでなく、各会員がそれぞれに目的意識を持った活動を続けて行く所存です。これからも宜しくご指導賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、今回、国内班をご指導くださった九州大学総合診療部の柏木教授、林助教授、中島先生、並びに壱岐島郷ノ浦町渡良地区の役場の皆様、そして海外班をお世話して下さった九州大学生医研の何先生、王外事処長をはじめとする中国医科大学の先生方、並びに九州大学寄生虫学教室の皆様に深く感謝したいと思います。

M2 松尾 和雅