九州大学医学部熱帯医学研究会

第３０回　活動報告書

１９９５年８月

九州大学医学部熱帯医学研究会

◇◇◇１９９５年度報告書目次◇◇◇

○はじめに ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

○国内班活動報告 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

○海外班活動報告

⑴パキスタン研修 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

⑵タ　　イ研修 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

⑶グアテマラ研修 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

⑷ガダルカナル中止のお詫び ・・・・・・・・・・ 44

＊老人ホーム・ボランティア体験 ・・・・・・ 46

○１９９５年度活動決算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48

○協賛諸機関名及びＯＢ名 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50

○熱研会則 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51

○あとがき ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 52

はじめに・・・

九州大学医学部熱帯医学研究会
総務　松尾　龍
（九州大学医学部４年）

熱研発足３０年という大きな節目を迎えた本年度、私達は大きな飛躍のときとして活動を実施してまいりました。そして、昨年１１月の報告会をもって夏期研修活動も無事終了し、ここに報告書の完成を見ることができましたことは、部員一同の喜びであり、皆様のご協力の賜物であると感謝の念を禁じ得ません。

本年度は、「国際的視野を広げること」を第一目標に掲げ、海外で実際に研修を積む者とそのバックアップをする者とで学習、準備を重ねました。特に準備の徹底と報告会でのフォローをその柱とし、お互いに何らかのモチベーションを共有できたことと思います。パキスタン研修の専門性、タイ研修の目的の絞り込み、壱岐での検診者へのアンケート実施等それぞれが明確な意識を持ち、活動に取り組めたためと思います。一方でガダルカナル研修の中止など現実の壁にも当たり、よい経験を積むことができました。

私達は、熱研を通して現実を体験し、可能な限り多くの人たちに伝え、何らかの形で社会に貢献できる人間でありたいと考えております。このたびの本研究会の活動成果を、ここに報告書としてお届けし、私達のそんな想いを感じとって頂けたら幸いです。

《国内班活動報告》

長崎県壱岐島

1995年度壱岐島C型肝炎疫学調査報告

研修目的

九州大学医学部総合診療部が壱岐において行うC型肝炎の疫学調査に参加することにより、肝機能障害とHCVとの関係、肝機能異常と飲酒との関係について調査、考察する。また実地に検診活動に参加することで検診方法、疫学調査方法について理解する。

期間：1995年（平成7年）8月30日（水）から9月1日（金）

団員構成

九州大学医学部総合診療部		熱帯医学研究会
柏木　征三郎	教授	堤　千佳子（九州大学医学部4年）
林　純	助教授	坂本　篤彦（九州大学医学部3年）
川上　康修	先生	塚本　伸章（九州大学医学部3年）
岸原　康浩	先生	馬場　啓徳（九州大学医学部3年）
福島　洋	先生	原田　昇　（九州大学医学部3年）
山本　哲郎	先生	吉原　一文（九州大学医学部3年）
山路　浩三郎	先生	大神　達寛（九州大学医学部2年）
		加留部　謙之輔（九州大学医学部2年）
		長谷川　学　（九州大学医学部2年）
		弓場　妙子　（熱帯医学研究会OG）

活動概要

8月29日博多港出発。壱岐到着。
8月30日初瀬漁民センターにて検診。受診者133名。
8月31日郷ノ浦デイケアセンターにて検診。受診者250名。
9月1日郷ノ浦デイケアセンターにて検診。受診者300名。
郷ノ浦港出発。博多港到着。

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、東北約15kmのやや南北に長い亀状の島である。

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。

壱岐島内の医療施設は国公立2病院を含め、病院8ヶ所、一般診療所13カ所、歯科診療所8カ所がある。医師の数は、島全体で48人うち郷ノ浦町36人、勝本町3人、芦辺町6人、石田町3人（平成4年12月31

日現在）であった。医師一人当たりの人口数は町によってばらつきは大きく、郷ノ浦町では約372人、勝本町では約2583人、芦辺町では約1687人、石田町では約1734人であった。病床数は、島全体で791であった。（平成5年10月11日現在）

調査報告

緒言

昨年九州大学総合診療部により行われたC型肝炎の疫学調査の結果、長崎県壱岐島の一部の地域のHCV抗体陽性率は、わが国のHCV抗体陽性率に比べ非常に高いことが明らかになった。今回我々は、壱岐島H地区及びG地区で行われた住民検診のデータをもとに考察した。

調査対象及び方法

今回の調査の対象は壱岐島初瀬地区及び郷ノ浦地区において1995年8月に行われた住民検診の受診者で、その総数は629名であった。

検診の内容は、問診、採血、血圧測定及び超音波エコー検査であった。また問診の内容は出生地、輸血歴、手術歴、既往歴及び家族構成であった。なお今回も肝機能異常者としたのは、血清GOT>40またはGTP>35のいずれかを満たしたものである。飲酒量測定については、アルコール含有量と一日の平均摂取量を算出し、その値によって4つのカテゴリーに分類した。

4つのカテゴリーとは、アルコール含有量を

ビール大瓶	1本につき22.3g
ウイスキーコップ	1杯につき15.1g
酒、ワイン	1合につき23.8g
焼酎	1合につき54.0g

とし、1日の摂取量(g/day)を算出し、その値により

0(g/day)	無飲酒者
0～29(g/day)	軽度飲酒者
30～59(g/day)	中度飲酒者
60～ (g/day)	重度飲酒者

としたものである。

結果

Ⅰ．まずはじめにH地区及びG地区の年齢性別HCV-RNA陽性者、肝機能異常についての結果を示す。

1．HCV-RNA陽性者の年齢別陽性率

表1　HCV-RNA陽性者数及び陽性率　　陽性者数／調査数(%)

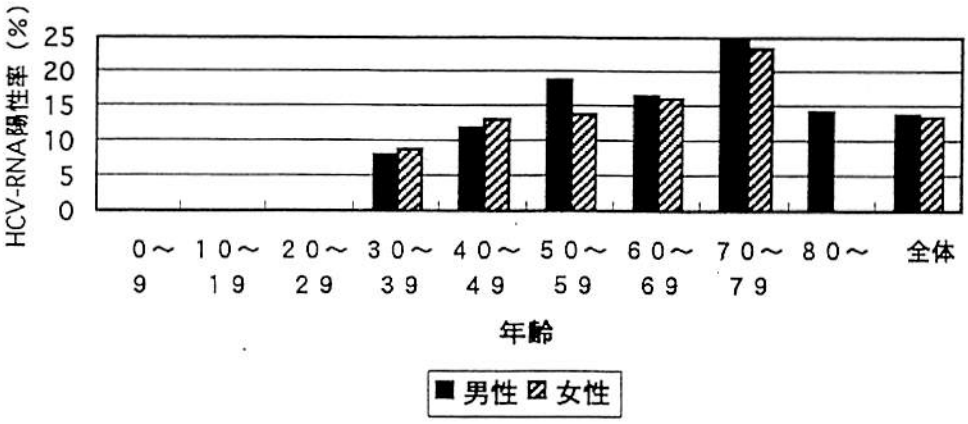
年齢	男性	女性	計
0～9	0/ 21(0.0)	0/ 12(0.0)	0/ 33(0.0)
10～19	0/ 16(0.0)	0/ 14(0.0)	0/ 30(0.0)
20～29	0/ 5(0.0)	0/ 18(0.0)	0/ 23(0.0)
30～39	2/ 25(8.0)	4/ 45(8.9)	6/ 70(8.6)
40～49	3/ 25(12.0)	8/ 61(13.1)	11/ 86(12.8)
50～59	7/ 37(18.9)	10/ 73(13.7)	17/110(15.5)
60～69	11/ 67(16.4)	17/106(16.0)	28/173(16.2)
70～79	9/ 36(25.0)	13/ 55(23.6)	22/ 91(24.2)
80～	1/ 7(14.3)	0/ 6(0.0)	1/ 13(7.7)
計	33/239(13.8)	52/390(13.3)	85/629(13.5)

上にH，G地区での年齢別のHCV-RNA陽性者数と陽性率を示す。

全体では、30歳未満では、HCV-RNA陽性例が見られず、40歳代～70歳代において10%以上の高率を示した。特に70歳代の24.2%がピークであった。男性では、ピークが70～79歳で25.0%であり、女性も、ピークは70～79歳で23.4%となった。

性別では、男性13.8%、女性13.3%であり、有意差はみられなかった。

年齢別性別のHCV-RNA陽性率



２．肝機能異常に対する各要因の関与

2-1．年齢性別の肝機能異常者数とその割合

表２に年齢性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の要因でGOTの値が上がるため、成人のみを対象としてまとめた。

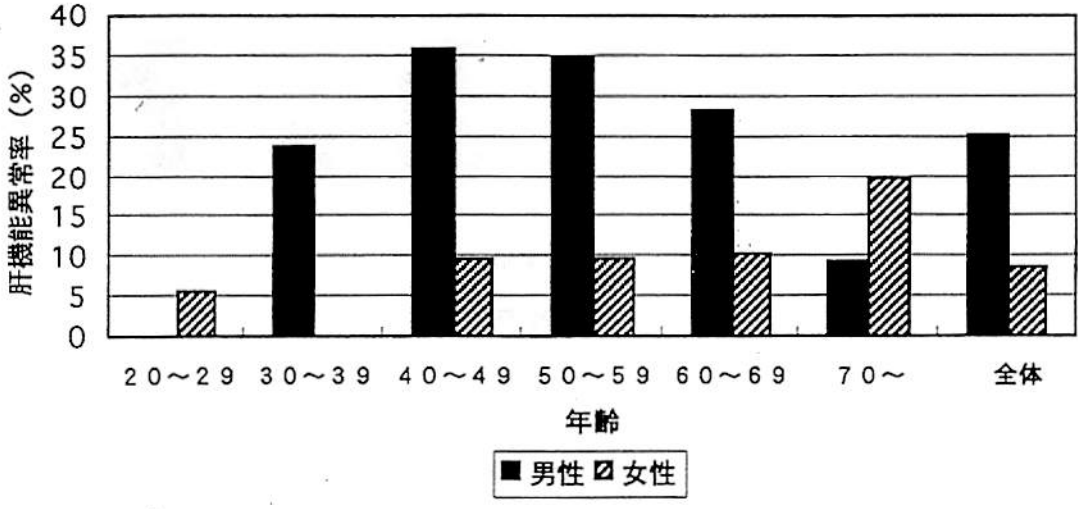
肝機能異常者は全体で14.0%であり、ピークは50歳代で18.2%であった。性別で見ると男性が25.2%,女性は8.7%となり、高度に有意差が見られた。

表２　年齢性別の肝機能異常者数とその割合

年齢	男性	女性	計
20～29	0/ 5(0.0)	1/ 18(5.6)	1/ 23(4.3)
30～39	6/ 25(24.0)	0/ 45(0.0)	6/ 70(8.6)
40～49	9/ 25(36.0)	6/ 61(9.8)	15/ 86(17.4)
50～59	13/ 37(35.1)	7/ 73(9.6)	20/110(18.2)
60～69	19/ 67(28.4)	11/106(10.4)	30/173(17.3)
70～79	4/ 43(9.3)	12/ 61(19.7)	16/104(15.4)
計	51/202(25.2)	37/426(8.7)	88/628(14.0)

肝機能異常者数／調査数(%)

年齢別性別の肝機能異常率



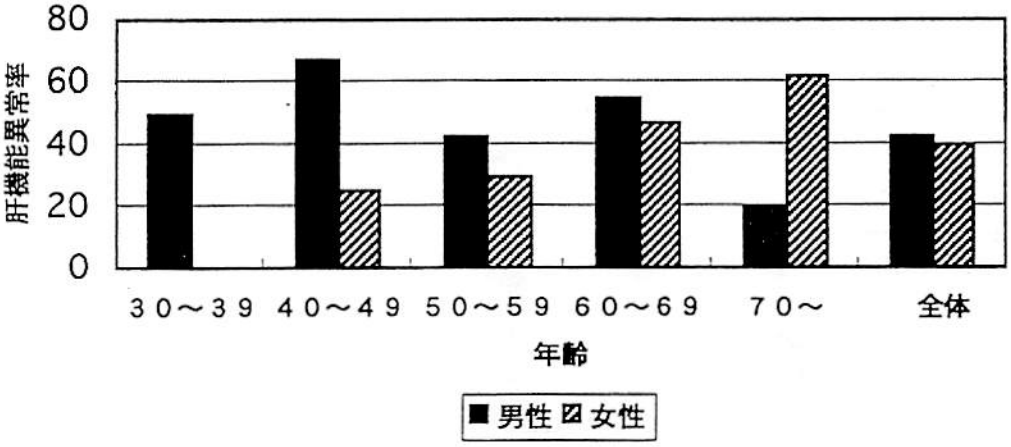
2-2. HCV-RNA陽性者における肝機能異常者

表3　HCV-RNA陽性者における肝機能異常者

年齢	男性	女性	合計
30～39	1/ 2 (50.0)	0/ 4 (0.0)	1/ 6 (16.7)
40～49	2/ 3 (66.7)	2/ 8 (25.0)	4/11 (36.4)
50～59	3/ 7 (42.8)	3/10 (30.0)	6/17 (35.3)
60～69	6/11 (54.5)	8/17 (47.1)	14/28 (50.0)
70～	2/10 (20.0)	8/13 (61.5)	10/23 (43.5)
計	14/33 (42.4)	21/52 (40.4)	35/85 (41.2)

HCV-RNA陽性者における肝機能異常者は、全体で85例中35例で41.2％であった。
男女別にみると、男性が33例中14例（42.4％）、女性が52例中21例（40.4％）と、特に有意差はみられなかった。
年齢別にみると、高齢者のほうが高率に肝機能異常がみられる。

HCV-RNA陽性者における肝機能異常率（％）



2-3．肝機能異常者におけるHCV-RNA陽性者

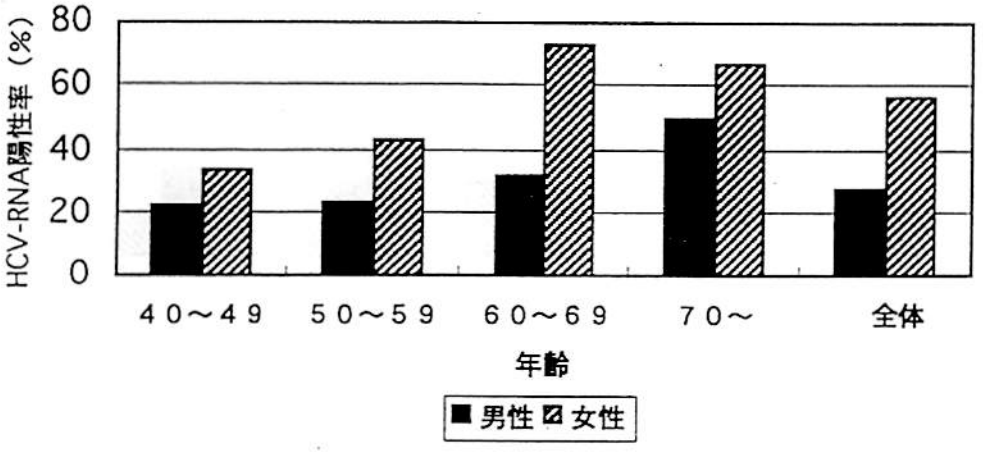
下の表に肝機能異常者におけるHCV-RNA陽性率を示した。

表4　肝機能異常者におけるHCV-RNA陽性率

年齢	男性	女性	計
20～29	0／ 0 (-)	0／ 1 (0.0)	0／ 1 (0.0)
30～39	1／ 6 (16.7)	0／ 0 (-)	1／ 6 (16.7)
40～49	2／ 9 (22.2)	2／ 6 (33.3)	4／15 (26.7)
50～59	3／13 (23.1)	3／ 7 (42.9)	6／20 (30.0)
60～69	6／19 (31.6)	8／11 (72.7)	14／30 (43.7)
70～79	2／ 4 (50.0)	8／12 (66.7)	10／16 (62.5)
計	14／51 (27.5)	21／37 (56.8)	35／88 (39.8)

男性のHCV-RNA陽性率は27.5%、女性は56.8%で女性が高度に有意差があった。男性では肝機能異常の原因に、飲酒が絡んでいると考えられ、女性ではHCVが主であると考えられる。

肝機能異常者におけるHCV-RNA陽性率



2-4．肝機能異常とHCV-RNA陽性との相関

2-2,2-3より肝機能異常とHCV-RNA陽性とは関連があることが分かった。（λ^2>0.01）

3．アルコールと肝機能

3-1．飲酒量別肝機能異常率

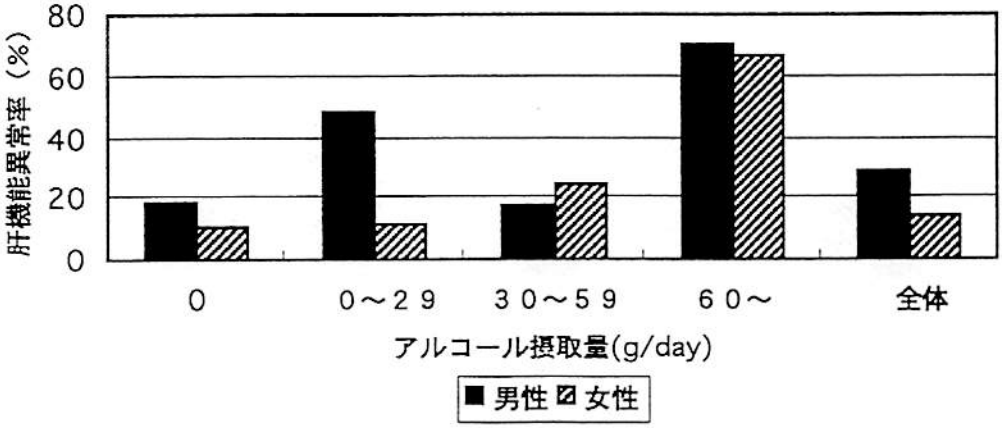
表5に飲酒量別肝機能異常率を示す。ただし成人のみを対象とした。中等度以上の飲酒者（摂取量30g/day以上)の割合は11.3%で、男女別にみると男性で25.5%、女性で2.6%であり、男性の方が有意に高率であった。また、中等度以上の飲酒者における肝機能異常は全体で42.3%であり、アルコール摂取量と肝機能異常に関連があるといえる。（λ^2>0.01）

男性では軽度飲酒者及び高度飲酒者に肝機能異常率が高く、女性では飲酒者の増加とともに肝機能率の割合が増加している。特に高度飲酒者の肝機能異常率が男女ともかなり高いのが分かる。

表5　飲酒量別肝機能異常率

アルコール	男性		女性		計	
摂取量(g/day)	調査数	異常者(%)	調査数	異常者(%)	調者数	異常者(%)
0	141	26(18.4)	353	36(10.2)	494	62(12.6)
0～29	37	18(48.6)	27	3(11.1)	64	21(32.8)
30～59	34	6(17.6)	4	1(25.0)	38	7(18.4)
60～	27	19(70.4)	6	4(66.7)	33	23(69.7)
計	239	69(28.9)	390	55(14.1)	629	124(19.7)

飲酒量別肝機能異常率



4.HCVの感染経路について
4-1.HCVの夫婦間感染について

今回の検診で夫婦共に受診した78例について、以下のようなデータが得られた。

HCV-RNA

夫婦共に陽性	2例（ 2.6%）
夫のみ陽性	9例（11.5%）
妻のみ陽性	8例（10.3%）
夫婦共に陰性	59例（75.6%）

このデータを、同じ母集団で無作為に作った男女のペアによるデータと比較し、上記の4つのグループの割合について検定した結果、夫婦と無作為ペアの間にはいずれも有意差は見られなかった。　（P<0.8）

すなわち、HCVの夫婦間感染の確率は、有っても低いものであると考えられる。

4-2．手術歴及び輸血歴について
G地区

	男性	女性	計
輸血歴、手術歴のある者	125	214	339
上記の者でHCV-RNA陽性者	23	38	61
	(18.4%)	(17.8%)	(18.0%)

	男性	女性	計
HCV-RNA陽性者	33	52	85
上記の者で輸血歴、	23	38	61
または手術歴のある者	(69.7%)	(73.1%)	(71.8%)

総数629例中輸血歴、手術歴のある者は339名となっており全体の53.9%に当たる。輸血歴、手術歴のある者のうち、HCV-RNA陽性者は18.0%となっている。また、HCV-RNA陽性者は85名と全体の13.5%となっており、そのうちの71.8%が輸血、または手術を受けた経歴がある。本調査の結果、輸血歴、手術歴のある者はない者に比べHCV-RNA陽性率が有意に高率であることが分かった。（P<0.01）
（考察）一般的に輸血及び手術はHCVの重要な感染経路の一つとして挙げられている。本調査でも輸血及び手術とHCV感染との間に大きな関連があることが示された（P<0.01で有意差あり）。これは過去の医療現場においてHCVのスクルーニングがなされなかった血液の使用や医療器具の殺菌が不完全であったためと考えられる。また、注射針や注射器の使い捨てが徹底されていなかったために感染した可能性も高く、こういった調査も今後行っていくべきである。

５．地区別のHCV陽性者数と陽性率

5-1.調査対象地区と調査時期

九州大学総合診療部の行う壱岐におけるC型肝炎の疫学調査は、平成4年に始まって以来、毎年地区別に行われてきた。その調査が今回の郷ノ浦地区の調査をもって壱岐全域に及ぶことになり、一応の終局を迎えることになった。下に調査対象地区と受診者人数、及び調査時期を示す。

調査対象地区		受診者人数	調査時期
渡良	地区	674名	1992年8月
三島	地区	381名	1992年8月
沼津	地区	381名	1992年8月
柳田、志原	地区	291名	1992年8月
郷ノ浦	地区	661名	1992年8月
壱岐	全域	2388名	

5-2.調査結果

調査方法は、初回の渡良地区のみ第二世代HCV抗体の測定系をもってHCV抗体陽性とし、それ以外はPCR法によるHCV-RNA測定をもってHCV陽性とした。下に地区別の調査結果を示す。

調査対象地区		男性	女性	計
渡良	地区	42/05(13.8)	54/ 366(14.8)	96/ 671(14.3)
三島	地区	15/44(10.4)	17/ 167(10.2)	32/ 311(10.3)
沼津	地区	11/51(7.3)	9/ 230(3.9)	20/ 381(5.2)
柳田、志原	地区	8/25(6.4)	18/ 166(10.8)	26/ 291(8.9)
郷ノ浦	地区	33/41(13.7)	52/ 391(13.3)	85/ 632(13.4)
壱岐	全域	109/66(11.3)	150/1320(11.4)	259/2286(11.3)

※(　　)内の数字は陽性率を示す。

全国のHCV陽性率が1.6％であることを考えると、壱岐全域におけるHCV陽性率11.3％は明らかに高いと言える。しかし同じ壱岐内であっても、地区によって陽性率に有意差が認められる。概して、渡良・三島・郷ノ浦の壱岐南西部に位置する地区のHCV陽性率が高く、沼津・柳田・志原の北東部の陽性率が低いと言えるようだ。

付．世界におけるC型肝炎の感染状況[1)]
各国の感染状況を順に挙げてみる。
1．インド亜大陸、アジア、南太平洋諸国
HCV抗体陽性率は、測定系のコストの問題から、十分な数の調査とは言えないが、下の表の数値を見る限りでは、日本を除くこれらの国々ではHCVの感染率は余り高いとは言えない。

2．アフリカ
全地域での十分な調査が不可能であることからウイルス感染についての全体像を把握することは困難である。しかし、HCV抗体陽性率は、カメルーンの子供が17.8%、南アフリカの供血者が1.2%などの成績が報告されているが、全体では6%程度と推定されている。

3．ロシア
HCV抗体陽性率は、モスクワで1%、シベリアで2～3%、中央アジアで4～5%と中央アジアが高いことを示している。

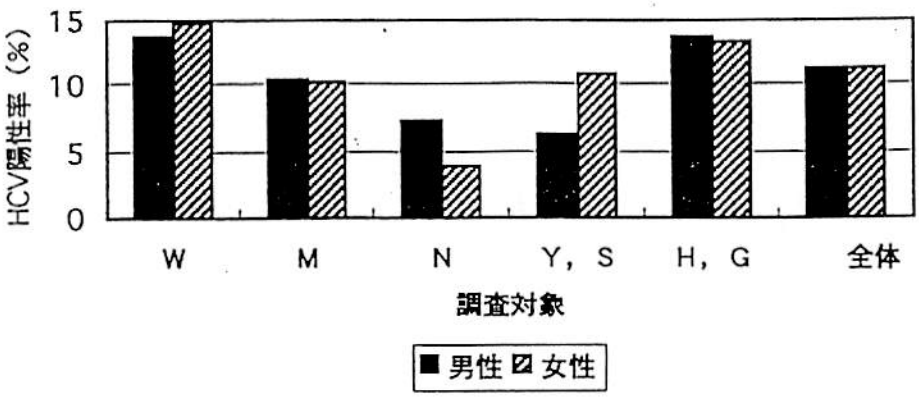
4．北米
急性肝炎のうちHCVは21%と報告されている。

表6　アジア諸国の健常者集団におけるHCV抗体陽性率

国名	HCV抗体陽性率
中国	1.3%
インド	2～3%
インドネシア	2.5%
日本	1.1%
韓国	0.6%
フィリピン	5.2%
南太平洋諸国	＜0.5%
台湾	1.0%
タイ	1.5%

1)田中純子，吉澤浩司：ウイルス肝炎．72:575-579,1995

地区別HCV陽性率



《海外班活動報告》

(1) パキスタン

(1)パキスタン研修班報告

研修目的：中村哲先生（九大卒）のアフガニスタン・パキスタン両国におけるらい病撲滅の医療活動を見学しペシャワール会の活動に参加することにより、国際協力の実際について考える。また、らいを中心とした感染症の理解及び現地の事情についての理解を深める。

実施地　：パキスタン国ペシャワール

実施期間：１９９５年３月２７日～１９９５年４月８日

研修団員：永田　高志　（九州大学医学部５年）

カウンターパート：

ペシャワール会

会　　長　　高松　勇雄
事務局長　　村上　優
名誉会長　　問田　直幹

ＰＬＳ（Pakistan Leprosy Service）

院　　長　　中村　哲
ｱﾄﾞﾐﾆｽﾄﾚｲﾀｰ　　ハンフリー・ピーター

ＪＡＭＳ（Japan Afugan Medical Service）

院　　長　　シャワリ・ワリザリフ
マネージャー　　モハメッド・ヤコブ

研修日程：３月２７日　パキスタン・イスラマバード到着
３月２８日～４月８日　パキスタン・ペシャワールにてPLS、JAMSを見学
４月　５日　ペシャワール郊外の町Darra訪問
４月　９日　イスラマバード出発、帰国

＜パキスタン北西辺境州概要＞

パキスタンは主要五州より成り立っている。パンジャーブ州、シンド州、バルチスタン州、北西辺境州、アザド・カシミールである。各州とも全く異なる言語と政治社会環境を背景にもっており、これら毛色の異なる民族集団と地域が「イスラム」を絆にかろうじて国家形成しているのがパキスタンである。

北西辺境州は歴史的な事情でパキスタンでも特殊な位置にある。北部はワハン回廊に接し、西部はスレイマン山脈でアフガニスタンと長大な国境線を控え、東はインダス河でパンジャーブ州に接する。ちょうどインド亜大陸北西部辺境に位置している。ほぼ九州程度の面積と人口（約一千万）をもち、州都ペシャワールは北緯３３度、福岡と同緯度にあたる。北西部の険峻な山岳地帯が州の大半を占め、大方は熱砂の中央アジアに連続する岩石砂漠である。豊かなペシャワール平野やスワト盆地を除けば、村落は不毛の岩石砂漠に点在するオアシスの群である。各地域は巨大なヒンドゥクッシュ山脈とその支脈によって分断され、著しい割拠性を帯びている。

民族的には、スレイマン山脈を根城にするパシュトゥン部族が北西辺境州とアフガニスタンの支配民族で、現存する世界最大の部族社会といわれる。推定千五百万人が国境をはさんで居住し、母語はパシュトゥ語である。国際語として通用するのはペルシャ語で、北西辺境州ではパキスタンの国語であるウルドゥ語と拮抗している。山岳地帯の少数部族集団は、チトラール、コーヒスタン、ヌーリスタン、フンザ、ギルギット等、それぞれに独自の言語を持つ小国家群を形成している。

＜現地での活動＞

1.パキスタン北西辺境州でのらい根絶計画

1984年中村哲医師が、パキスタン・ペシャワールのミッション病院らい病棟に赴任、まともな医療器具も手術設備もない状態から、主任医師として10年間精力的に改善に努めたあと、1994年12月にPLS（ペシャワール・レプロシー・サービス）を設立しました。40床を持つ病院で、北西辺境州・アフガニスタン東部のらい患者の治療センターとして信頼されています。医療スタッフの教育機関・下肢装具（サンダル等）工房も備え、95年には、チトラールのマスツジに診療所を開設し、患者発掘（特に女性）にために、巡回診療も定期的に行われています。現地人スタッフ30名・日本人スタッフ5名。女性患者が、医師（男性）にすら肌を見せないイスラム的風習の中で、日本人看護婦によるケアも重要かつ不可欠となっています。

2.マラリア基金

現地は、マラリアをはじめ、腸チフス・コレラ・赤痢・デング熱などの感染症によって多くの犠牲者をだしました。93年の秋には、悪性マラリアが帰郷した難民の間に大流行し、たくさんの人が命を落とし、いくつもの村が消滅しそうになりました。

現地からの緊急SOSに対して、日本全国から2千万円以上のお金が寄せられ、キニーネ（ひとり当たり220円）の投与で2万人以上が助かり最悪の事態は避けられました。ペシャワール会は、これらの感染症に対処するために「マラリア基金」（1994年）を設立し、定期的な巡回診療も行っています。

3.アフガニスタン無医地区での山村医療計画

1979年12月のソビエト軍の侵攻にはじまるアフガン戦争は、100万人の死者と600万人の難民を生み出しました。JAMS（日本・アフガン・医療サービス）は、中村医師が1986年に設立した難民のための医療機関。ペシャワールに本部を置き、難民の診療と共に、無医地区の故郷に帰り始めた農民のために、アフガニスタン東部山岳地帯に診療所を開設、現在4つの診療所を持っています。JAMSの現地人スタッフ100人、日本人スタッフ2名。年間約17万人の無料診察を行っています。

JAMSは設立以来、難民キャンプでの巡回診療を積み重ね、人材を養成しながら、難民帰還後のアフガニスタン復興に備えてきました。それも、欧米のNGO（民間援助団体）が殺到する都市部ではなく、アフガン人自身ですら尻込みする、辺境山岳地帯の山村の復興支援をその目標にしてきました。アフガニスタンの山岳地帯は、この数世紀の間ほとんど変化のない伝統社会が営まれています。医師は勿論安価な医薬品も手に入らず乳幼児死亡率は想像を絶し、悪性マラリアを始めさまざまな感染症による犠牲者は、時には数万人に上ります。JAMSは1991年12月にはダラエヌール渓谷を手始めに、ダラエピーチ、ヌーリスタンのワマ（標高三千メートル）と国内に3つの診療所を設置し（パキスタンのテメ

ルガールにも一つ）、外来による診察で住民の信頼を得ると共に、母子衛生・予防医学などの公衆衛生活動を行っています。

＜ペシャワール会＞

ペシャワール会は、中村哲医師が設立したPLS、JAMSのパキスタン北西辺境州・アフガニスタンでの医療事業を推進するために必要な、1）広報活動、2）募金活動、3）ボランティア・ワーカー派遣に関わる活動を行うNGO（民間国際協力団体）です。1983年9月発足、1995年12月現在会員数約4000人。

＜”らい”について＞

”らい”とは、結核菌に近縁の抗酸菌（mycobacteriumleprae）による慢性の細菌感染症である。癩菌は、細胞の増殖が通常の細菌よりも非常に遅いため、わずかな菌が体内に侵入してから分裂を繰り返して増殖し発症するまでに長い年月がかかる。

癩菌は主に皮膚と末梢神経をおかす。それゆえ、様々の皮膚症状と感覚障害、時に運動麻痺が主症状となるが、重篤な病気には至らず、癩そのものが致命的になることは少ない。進行して皮膚から軟骨が侵されると鼻梁が陥没して顔面に変形をきたし、運動神経麻痺を放置すれば手足の拘縮をおこして機能障害は元に戻らなくなる。顔面の神経麻痺はしばしば閉眼を困難にし、目の表面が乾燥して角膜炎をおこし、失明につながる。感覚麻痺による温痛覚の喪失はしばしば火傷や怪我をおこし、足の裏には足底穿孔症という、いわば足に穴があく厄介な合併症を生じる。

癩菌に対しては現在では有効な治療薬が開発され、早期に治療を開始すればほぼ完治する。しかし一旦障害された神経障害は回復しにくく、拘縮防止のためのリハビリテーション、運動麻痺に対する機能回復手術、変形に対する形成手術などが行われる。

以上のように、癩病は治療可能な感染症の一つとなり、日本では約五千人の患者がいるが、新患者は殆どなくなり、疾病そのものは偏見を置き去りに終息に向かいつつある。しかし世界的にみると、推定１５００万人の患者数で、うち僅か２５０万人が治療下にある（ＷＨＯ、１９８０年）。多発地帯は発展途上国に集中している。本病は気候ではなく貧困、人口集中と比例する。癩の治療学は飛躍的に進歩したが、病気はいっこうに減る気配はなく逆に増加している。

＜活動記録＞期間中日誌より抜粋

３月２８日（火）

この日、初めてPLS（Pakistan Leprosy Service）に行きました。日本人スタッフハウスもPLSもUnivercity townという閑静な住宅街の中にあって、1kmくらいしか離れてませんが、日本人スタッフ特に女性は必ず車で送り迎えされていました。カンジャーンの運転する車で、検査技師の松本さん、そして倉松さんと一緒に行きました。病院で中村先生と合流し、朝8:00に行われるミーティングで病院スタッフに簡単に紹介された後、らい病棟を回診しながら案内してくれました。患者さん一人一人のことは後で詳しく述べますが、初めてらい患者に接して驚きとショックを隠せませんでした。手足や顔の変形のひどい人、顔が斑だらけの人、片足を切断したかわいらしい少女など様々な患者さんがいました。（後にこれらの患者さんと仲良くなりましたが）しかし中村先生はそんな患者さんを一人一人丁寧に診察して、患者さんとのやりとりの中でも深い信頼関係を見ることができました。回診の後、患者さんは裏庭に集まってらい病の合併症である足の「うらきず」（感覚障害によって足の裏に穴があく）のケアが行われていましたが、傷口をブラシでゴシゴシやったりハサミで切ったりしていて、見ている方が痛そうでした。ちなみに私の無知をさらけ出すようで恐縮なのですが、患者さんは末梢神経障害のため痛覚はなく、またハサミで傷口を切るのも、きれいな肉芽組織で傷口を被うためには欠かせないケアだそうです。また、足の変形のひどい先天性ニューロパチーの患者さんや大腿から開放切断したDMの患者さんにも驚かされました。

サンダルのワークショップも見学しました。このサンダルは、足に「うらきず」のあるらい患者さんのために特別に作られます。三人の現地人ワーカーが働いています。一人は親方、一人はドライバーのカンジャーンの息子さん、そしてもう一人がもと患者さんです。実はこちらに来るとき、サンダルの底にひくスポンジの在庫が切れてしまいそうでした。他の材料は現地で調達できるのですが、これだけは日本から持っていかなければならず、20kg近いサンダルの材料を私が運んできました。道中大変でしたが、大事なものを預かっていたのだなと実感しました。倉松さんからも礼を言われました（倉松さんがここの責任者です）。

午後はJAMSの事務所で院長のシャワリ先生、マネージャーのヤコブ氏に挨拶に行きました。シャワリ先生は熊のように大きな人ですが、まわりに対してとても気を使われていました。40床のPLSに対して約100床を抱えるJAMSはさすがに病院らしさがありました。

再びPLSへ。午後の外来でポリオの患者さんを見ました。パキスタンではちょうどWHOがポリオ根絶に取り組んでいるようで、町のあちこちでポスターを見かけるのですが、現実は乳児の感染症による死亡率はまだまだ高いようです。（たとえば8人子供を生

んでも6人は死んでしまうこともよくあるそうです）

裏庭を覗いてみると、女性だけのらいの治療が行われていました。イスラム社会では男女隔離の習慣がありそれはPLSの中でも例外ではありませんでした。私も女性の写真だけは撮らないように注意されていましたし、また女性だけの病棟には滞在中ほとんど立ち入ることもできませんでした。

３月２９日(水)

今日もPLSで見学。一日で病院のスタッフに顔を覚えられて少しうれしい。PLSでは、皮膚病と小児のための外来が設けられている。これはらいの患者を発見するためのものですが、実際には様々な患者さんが来られます。印象に残った症例をいくつか紹介します。一例目、リーシュマニアの女児。顔と足の感染局所に黒い皮疹が見られます。プレパラートに少し削り落として検査室で虫体を確認します。ペシャワールではよく見られるそうです。二例目、ロケット弾の破片による脊損の男児、歩行障害と膀胱直腸障害を伴っています。破片がL1で貫通していました。アフガン戦争による犠牲者です。中村先生にすがる思いで来院したのでしょうがこれはどうしようもありません。この手の脊損の患者は多いそうです。アフガン戦争の終結した今では、流れ弾によるものもあります。昨晩倉松さんと話していて、銃声が遠くから聞こえるのに驚き尋ねると、各家のガードマンが暇つぶしで空に向かってライフルを撃っているか、結婚式などの祝い事の祝砲であり、ペシャワールでは夜銃声がするのは珍しくないとのこと。このような事情で、後日私の帰国後PLSのスタッフの子供に流れ弾が当たって脊損になりました。

昼食後、合気道の道着を披露。反応はいまいちであった。しかし、表の中庭で、見物に来た患者さんやスタッフの前で、力自慢のダウドを合気道の技で見事に（？）投げると、非常にうけました。やはり芸は身を助くというものです。この後、スタッフだけでなく患者さんからも一目置かれるようになりました。

３月３０日（木）

今日は中村先生の行う手術の見学をしました。らいのバイオプシーが2つと乳腺炎の手術です。後者の患者さんを見たのですが、右の乳腺がかなりひどく炎症して乳輪全体が壊死しかかっていました。乳輪を中心に切除しましたが、Paget病の疑いもあるので、帰国の際病理診断を頼まれてスライドを持って帰ることにしました。（後日、このスライドは九大医学部第1病理学教室の居石教授にお願いして見ていただいたところ無事良性のものであることが判明しました。）

スタッフハウスには何人かアフガン人が一緒に住んでいて、日本人スタッフの身の回りの世話や、チョキダールと言って門番の仕事もしてくれます。彼らはまたワークショップ

の一貫としてアフガン絨毯を織っています。彼らがいるおかげで、我々は夜も安心して過ごせるのです。

4月2日（日）

一晩寝て元気になりました。PLSではらいの研修で新しく二人のレプロシーテクニシャンが来ていました。PLSは単にらいの治療としての病院だけでなく、教育機関としても機能しています。この日はLaboで見学したり、らいの病理組織標本を見て過ごしました。Laboとはいっても顕微鏡が一台あるだけで、特別な検査機械はなにもありません。ここで行われている主な検査は、①末梢血を用いたマラリアの診断、②リーシュマニアの虫体の確定、③バイオプシーで採取した皮膚やリンパ節の組織の病理診断、④らいのスメアなどで、頻度の高い疾患を限られた方法の中で能率良くできるようにしているのが特徴です。PLSが立ち挙げてからまだ間もない頃だったので、Laboはまだ十分に機能してはおらず、松本さんとJAMSから応援に来ているアフガン人スタッフで何とか動いている状態です。

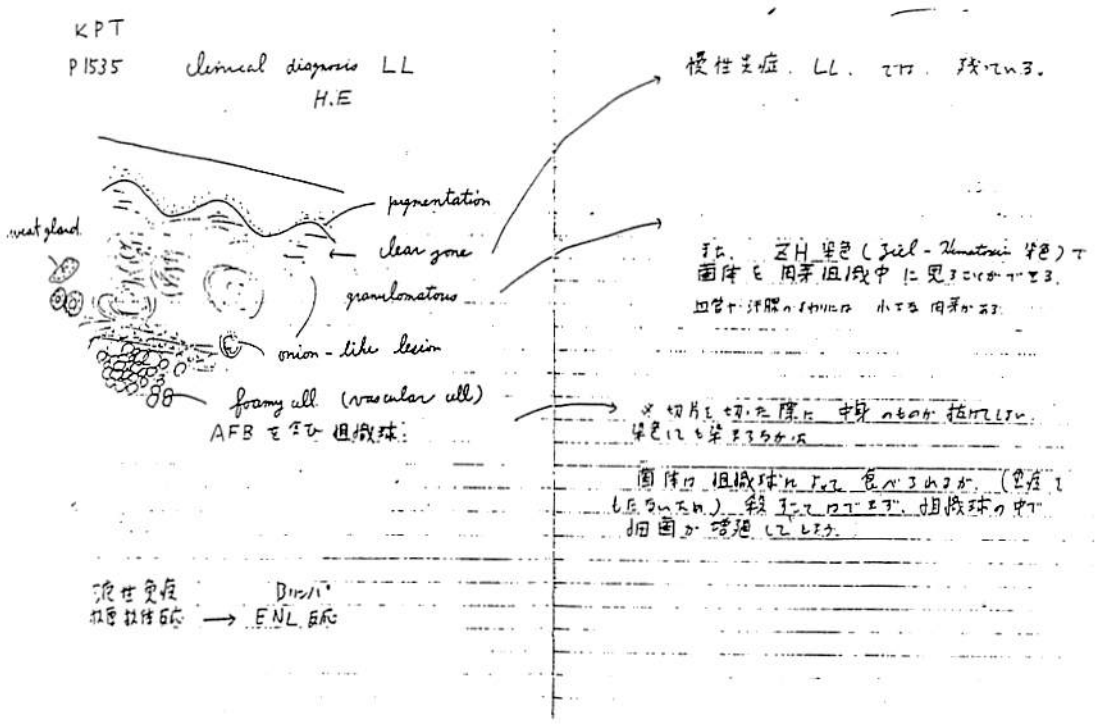
アフガン人の検査技師に尋ねたところ、ペシャワールではマラリアはありふれた疾患で、三日熱型と熱帯型が多いとのことです。両者の検査上の所見のを、実際に検査で回された末梢血を染色して丁寧に教えてくれました。彼に言わせると、これらマラリア原虫を運ぶハマダラカはどこにでもいるそうです。まわりを見るとたしかに蚊が多いのです。もしこれが、と思うとこわくなってきました。リーシュマニアは小児の頬などにできた班の中に虫体がいるので、剃刀で表面を少し削ってスライドガラスに集め、染色すると10×100倍で多数の虫体を見ることができます。またLL型やBL型のらいでは皮疹に菌体がいるので、同じようにしてスメアをして迅速診断ができるが、確定診断はやはり松本さんの切り出す病理組織を待たねばなりません。

松本さんが作られたらいの病理のスライドが沢山あったので、中村先生からいの病理について色々教わったり、色鉛筆を買ってきてスケッチをしたりしながらとても有意義な勉強ができました。学校で嫌々していた病理学が初めて役に立ちました。

このようにして夕方までLaboで過ごしていました。中庭を通ると、患者さんが集まっていました。彼らはいつも夕方の祈りを一緒にしたり、年輩の患者さんからイスラムの説教を聞いたりしています。その中に回診の時いつも私に気軽に話しかけてくる患者さん（この患者さん、先天性感覚性ニューロパチーで足の変形がかなりひどく、一緒の病気で入院している妹さんがいるのですが、その子は既に足を切断していて近々義足をすることになっています）がいて、こちらに来いと手招きされるので、呼ばれるままにそばに行って座ると、リーダー格の男が現れて、俺の言うとおりに真似しろとゼスチャーで言われました。恐くなって周りを見ると、知らぬ間に患者に取り囲まれてしまいました。あきらめ

て男のする通りにしました。どうも彼らのイスラムの祈りのようです。一通り終わると、今度は俺と同じことを言えと命令されました。周りを見ると、患者さんニヤニヤしています。呪文のような言葉をつっかえながら言い切ると、みんなからおまえはもう俺たちと同じムスリムだ、とはやし立てられました。なんとイスラム教徒になるための誓いをなにも知らずにしてしまったのです。自分がムスリム！、目の前が真っ暗になりました。もう日本に帰れないのではないか、戒律を守らなければ罰を受けるのか、などと心配になってきました。

スタッフハウスに戻って、倉松さんや中村先生に相談すると、大笑いされて、それはからかわれただけだよと言ってくれたので安心しました。やれやれと言ったところです。



4月3日（月）

今日はJAMSの病院をフォトジャーナリストの岸田さんと一緒に見学させてもらいました。JAMSはスタッフハウスから300m位のところにあります。日本人の女性スタッフはPLSでもそうなのですが、病院の外を一人で歩くことは禁止されています。必ず車で送り迎えされます。このスタッフハウスからJAMSまでのわずかな距離も例外ではありません。ペシャワールという保守的なイスラムの街において、外国人女性が一人歩きすることは考えているよりも危険なことだと、中村先生から言われました。倉松さんから聞いたのですが、自由に外出できないのはかなりストレスになるそうです。

JAMSはスタッフ約100人、ベッド数も100床でなかなか立派な病院です。細菌検査室、外来、病棟と順に案内されました。検査室では、難民としてペシャワールに逃げてきたアフガンの医科大学の細菌学の教授を始め、10人以上のスタッフが働いていました。やはり感染症が多いとのことだが、最近は喘息の人が多いそうです。ディーゼルをはじめ車の排ガスによる大気汚染が関係していると思います。

外来ですが、月水金は女性患者さんの日であるため、女性と子供が多く目に付きました。イスラムの女性はご存知のように、素顔をよその男性に見せることは決してなく、必ずチャルドという頬かむりやブルカという目の部分だけ開いていて体をすっぽり被ってしまうマントのようなものを身に付けています。布の塊があると思ったら実はブルカを被った女性が座っていたもので、慣れていない私には、かなり異様なものに思えました。彼女たちは夜が明ける前から病院の外でずっと待っていて、配られる整理券（JAMSでは様々な理由により一日当たりの患者数を制限しています）を受け取れた人だけがその日の診察を受けられるのです。

病棟の方ですが、設備は十分ではありませんがとても清潔でした。何でも院長のシャワリ先生が日本の病院を見学して、その清潔さ（？）にとても感動して、JAMSに戻ってから自分から便所掃除などを率先してしたおかげで、現在では掃除がとてもよくされています。また面白いことに、はりの治療室があってとても繁盛していました。以前ペシャワール会からボランティアとしてこられた放射線技師の方が技術指導をしてできたものです。

X線室ではこれまたアフガンから逃げてきた医科大学の教授が、出力の弱い機械で悪戦苦闘しながら撮影をしていました。もっといい設備がほしいと訴えていました。

このように限られたものの中でできる限りいい医療をしているのがわかりました。またJAMSとPLSを比較すると、後者は小規模の家庭的な雰囲気のある病院であるのに対して、JAMSはシャワリ先生、ヤコブ氏をはじめ多くのスタッフが軍隊またはゲリラ経験者であるので、よく言えば規律正しい、悪く言えば少しピリピリした雰囲気のある病院です。病院見学の後、シャワリ先生と1時間ばかり話をしました。JAMSという仕事への使命感、日本人に対する感謝の思い、アフガンに残る同胞への思い、そして将来の展望などを、あふれんばかりの熱意を持って私に語りかけてきました。思わずこちらも胸が詰まっ

てしまいました。

またこのときの会見ででた話なのですが、ここでは、診断に困るような珍しい症例が多く、日本にいる専門家のアドバイスがほしい、どこか協力してくれる機関はないかと尋ねられました。その場では返事は出せませんでしたが、もし可能なら九州大学医学部がなんらかのかたちで力になれればいいのではと思うのは私だけでしょうか。

1つだけJAMSで見せていただいた珍しい症例を紹介します。中村先生がJAMSのスタッフとともにアフガン山岳部の部落にフィールドワークと診察に出かけたときに発見された、collodionbaby、先天性魚鱗症の男子の新生児です。診断したのは、その時一緒に来ていた日本のどこかの医科大学の皮膚科の助教授ですが、その方も初めて見るような珍しい症例だったそうです。この子は長くはいきられなかったそうです。私は写真は見せられましたが、全身の皮膚の角質がはがれ落ちて真皮がむき出しの状態で、眼の形成不全と思われるような所見も見られ、思わず目を被いたくなるような状態でした。患者の家族歴ですが、姉妹は健康に育っているのですが、その前に生まれた男児もやはり同じ様な疾患を持っていたようで、遺伝性のものであることは十分考えられます。山岳部にすむ人々は、血族結婚が多いためこのような遺伝性疾患もおおいそうです。

4月6日（木）

今日はPLSで手術の見学。下肢に銃創を持つ患者さんで、半年ほど前銃撃戦に遭い、脛骨の内果の上から腓骨の外果の上を弾丸が貫通して、その後十分な治療を受けられずに長母子屈筋、長指屈筋、後脛骨筋が癒着して母指が固定して歩けなくなったものです。警察のお尋ね者らしく、普通の病院では行けず、中村先生を頼ってきたそうです。いろいろと裏の事情を持つ人々が少なからず中村先生のところに来て治療を受けていきます。手術の方ですが、硬膜外麻酔をかけて開けてみたのですが、断裂した腱同士が滅茶苦茶に癒着していて、もうダメかと思ったのですが、剥離して腱を引っ張っているうちに指が動くようになりました。

午後は藤田さんの薬品の買い出しの手伝いをしました。PLSは設立されてまだ日が浅いため、プロパーとのコネがなく、薬品などはバザールまで行って店を何件か回ってできるだけ安く手に入れてきます。勿論藤田さん一人では危険なため、何人か男性スタッフが一緒について行きます。バザールでは意外にも物資は豊富で、お金さえ出せばどのようなものでも揃うらしく、改めて不思議なところだと思いました。

夕方、例によって中村先生のところへ質問に行くと、ついつい話す込んでしまいます。せっかくだからということで、二人だけでオールドバザールのスポックメイというホテルのレストランへ出かけていきました。中村先生と二人で、夜の薄暗いバザールを歩きながらずっと色々なことを話しました。この時、中村先生がとても身近な人に感じられまし

た。先生もたまたま縁があって、ここにいるだけで、もしかしたら、私も何十年後には中村先生と同じところにいるかもしれないと思いました。

4月8日（土）

休日明けと言うこともあって、外来患者さんがとても多く、スタッフは大忙しでした。PLSは一応らいの治療センターであるため、外来患者は皮膚病か手足に変形の強いらいを疑わせるような人しか見ない方針ですが、JAMSで診察を受けられなかったアフガン人が大勢押し寄せてきて、とても混乱していました。

印象に残った症例を一つ紹介します。顔色の悪い青年が父親に連れられて中村先生を訪ねてきました。持参したレ線の写真を見ると左の上腕に明らかに骨肉腫osteosarcomaと分かる病変がありました。先生は父親にすべてを告知してから相談し、本人には病気のことを告げず、最期まで家族で面倒を見るということになりました。ここらへんの事情は日本と相通じるものがあるようです。人間関係が密なアジアならではのことだと思います。

午後は、薬の買い出しのついでに藤田さんが私のお土産選びを手伝ってくれました。PLSに戻ると、私のためのお別れパーティをしてくれ、とても感激しました。スタッフみんなが仕事を休んで集まってくれて、お茶とお菓子でなごやかに談笑しながら、別れを惜しみました。最後の挨拶をする時、将来もし可能ならば皆と一緒に働きたいと言うことまで約束してしまいました。

夜は、中村先生、藤田さん、倉松さん、岸田さんそして私の五人で食事に出かけ、別れを惜しみました。

イスラマバード発の飛行機は朝早いため、夜中の一時にカンジャーンの車に乗ってペシャワールを発ちました。スタッフハウスを出るとき、藤田さん、倉松さん、岸田さんが、見えなくなるまで手を振ってくれました。

ペシャワール滞在中の様々な思い出が次々と浮かんできて、胸が熱くなりました。そして、自分がどれだけ幸運だったか、どれだけの人々に支えられてここまでやってこれたか、感謝の気持ちでいっぱいでした。

イスラマバードまでの車中ずっと寝ていましたが、警察の検問に引っかかってたたき起こされました。麻薬や拳銃などを違法に国外に持ち出そうとしていると疑われ、荷物を全部ひっくり返されました。カンジャーンがいろいろ言ってくれたのですが、警察は問答無用です。運悪く、日本から持ってきた栄養剤が見つかって、これはなんだと厳しく聞かれてきました。

岸田さんから、トルコに旅行に行った日本人がなにかの荷物検査で引っかかった持参の薬を、ドラッグと言ったばかりに、麻薬を持ち込んだと間違われて逮捕・拘置された話を聞いていました。（イスラム国家では麻薬の所持・使用は重罪になります）。これは

Medicineだ、Neutritionだ、Vitaminだと必死で説明し、目の前で食べて見せて、おまえも食べるかと言って、やっと疑いがとれました。

空港では、カンジャーンに見送られながら慌ただしく飛行機に乗り込みました。これから14時間かけて帰る日本がとても遠い国のように思えました。長いようで短かったこの旅ももう終わりだ、と思いながら眠りにつきました。

＜総括＞

ペシャワールを訪ねてから既に一年が過ぎます。いまでもよく思い出す風景が三つあります。一つは飛行機から見たゴビ砂漠、一つはダッラに行ったとき見たどこまでも続く平原、そしてもう一つは中村先生と一緒に夜のペシャワールを歩いたときの明かりのない町並みです。どうして思い出すのか自分でも分かりません。ペシャワールのことを思い出すと、日常生活の中であくせくしていることがばからしくなります。そしてもっと広い世界に出てみたいという気持ちを抑えられなくなってしまいます。

今回この報告書を取り組むにあたり、滞在中の日記を読んでいると、無性に懐かしくなってしまい、思わずペシャワールの方角に向かって「みんな元気かー」と叫びたくなりました。

この旅を経験したことに対する想い・考えというものは、語り尽くせないくらいあります。もし一言だけ言えるならば、それは私の将来そしてPLSやJAMSの未来がどうなるかは、インシャアッラー、神の御心のままに、と言うことではないでしょうか。

最後になりましたが、今回の貴重な体験をするにあたりましてお世話になりましたペシャワール会事務局の方々、そしていつも応援してくださる熱帯医学研究会の諸先輩方に、この場を借りてお礼申し上げますと共に、これでペンを置かせていただきます。

(2) タ　　イ

(2)タイ研修報告

研修目的：タイ国立マヒドン大学の Asean Institute for Health Development (AIHD) の主催するセミナーに参加し、タイにおけるPrimary Health Care（ＰＨＣ）について理解する。

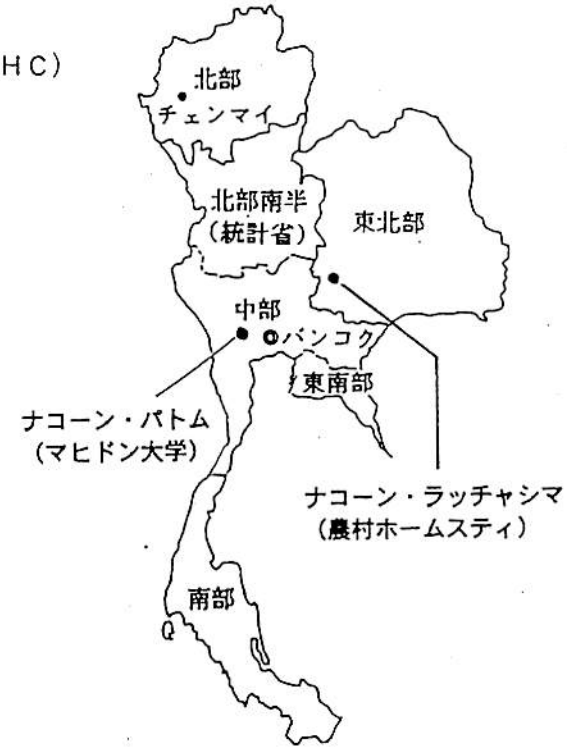
実施国　：タイ国　バンコク市及びナコーンラッチャシマ県

実施期間：平成７年７月２６日～８月１２日

研修団員：　松尾　龍　（九州大学医学部４年）
　　江夏　怜　（九州大学医学部２年）
　　広川　詠子（九州大学医学部２年）

研修日程：

７月２６日　福岡発バンコク着
７月２９日　Introduction
７月３０日　講義（タイ社会問題・ＰＨＣ）
７月３１日　売春婦更正施設訪問
　　少年院訪問
８月　１日　孤児院訪問
　　AIDS患者収容施設訪問
　　スラム及び
　　ﾄﾞｳｱﾝ･ﾌﾟﾗﾃｰﾌﾟ財団訪問
８月　２日　都市問題総括討論
８月　３日　ｺﾐﾆﾃｨｰﾎｽﾋﾟﾀﾙ訪問
８月　４日　C-BIRDセンター訪問
８月　５日　農村ホームステイ
８月　６日　農村ホームステイ
８月　７日　農村問題総括討論
８月　８日　タイ社会問題総括
　　プログラム終了
８月　９日　チュラロンコン大学訪問
８月１２日　バンコク発福岡着



研修内容

◇はじめに

私達は、タイ国立マヒドン大学の Asean Institute for Health Development (AIHD) の主催するセミナーに参加した。これはタイの社会問題と健康問題の解決法としての Primary Health Care（ＰＨＣ）の理解を目的としている。連続３回目となる今回の報告は、農村部におけるＰＨＣの実際について焦点を当てて考えてみたい。

１．タイの社会問題とＰＨＣについて
２．タイの農村部について
３．総括
付．タイ紀行

１．タイの社会問題とＰＨＣについて

タイは発展途上国とはいえ急激な経済成長を遂げている国でもあり、それに伴う多くの問題を抱えている。バンコクのような経済発展の恩恵を受けた都市部では高層ビルが林立しているのとは対称的に、農村部では昔からの農耕生活が営まれ、都市と農村部の経済格差は広がる一方である。この格差によって都市部の人口は過密となり、スラム、売春、麻薬、ＡＩＤＳ等といった都市問題が生じ、また急激な近代化による環境汚染も問題となっている。

一方では開発途上国としての問題も多く、農村部においては衛生問題、未熟な医療体制、人口流出による過疎化が問題となっている。

保健医療問題はこれらの問題と切り離して考えることはできないため、その解決策として、ＰＨＣが存在する。ＰＨＣとは、「すべての人に健康を」という理念を達成するために生じた考え方で、人材的にも予算的にも実行困難な、”医師看護婦を多数養成し病気の撲滅を図る”よりは、”より多くの人々に基本的なヘルスサービスを供給する”ことで、その達成をめざすものである。この「最大多数者への基本サービス」をめざして行われるのがＰＨＣであり、その基本戦略は各国で異なる。次頁にタイのＰＨＣの図式を示す。

保健医療問題	実行の５原則
①疫病と生活環境の関わり ・・・予防治療可能	(1)住民参加 健康を自分で作り出す意識
②先進国の医療技術の導入 ・・・先進国との格差 少数の専門的医療	(2)適性技術 経済・社会・文化的に 受け入れられるもの
③②の結果による負担 医療従事者・設備の不足 高額な医療	(3)地域資源の最大限有効活用 (4)各分野の協調と統合 人間をとりまく環境の向上 (5)既存の医療制度との調和

上図に挙げた３つの保健医療問題について考える。

第１点は、現在見られる疾病の多くは、住民の生活環境と関連しており、衛生状態の改善により予防が可能ということである。ＰＨＣが成功している村でさえ有病率として下痢症が最も多いことを考えても、頷ける。

第２点は、経済的・技術的格差をあまり考慮しないまま先進国の医療を導入したことである。その結果、大学病院の設備は充実しているものの、こうした高度で専門的医療を享受できるのは、あくまでバンコクの裕福な階級の人々に限られてしまった。

第３点は、その結果として医療が国家の大きな負担となり、医療従事者や設備が不足していることである。医療従事者の都市偏在もあり、約８割の国民は近代医療から取り残されているといわれる。

これらの問題を解決する方法として、ＰＨＣの概念が導入され、その実行上の原則として５つが考え出された。具体的内容については次の農村問題で触れることとする。

◎日本とタイにおける国情比較

	日本	タイ
人口	12,500万人	5,690万人
ＧＮＰ	＄28,190	＄1,840
粗死亡率	11.0/1000	20.0/1000
乳児死亡率	5.0/1000	27.0/1000
平均余命	79	69
医　師1人当国民数	566	4,295
看護婦1人当国民数	150	884
薬剤師1人当国民数	768	12,462

2．タイの農村部について

タイにおけるＰＨＣの戦略が、農村で具体的にどのように機能しているかを学ぶため、私達は東北部　Ban Tagoo Village　の保健施設の視察及び同村におけるホームステイを行った。

<Ban Tagoo Village について>
所　在：東北部　Nakhonratchasima 県　KhamSakae-saeng 郡　MuangKaeset 区
世帯数：72軒
人　口：364人（男 166人　女198人）
宗　教：小乗仏教（寺１ 僧侶 6名）
職　業：農業

＜ＰＨＣ実践上の基本原則に基づく保健システム＞

(1)Village Health Volunteers（ＶＨＶ）とVillage Health Communicators（ＶＨＣ）

ＶＨＶと ＶＨＣは、住民の自助努力によるＰＨＣ活動を目的として村人の中から養成される。ＶＨＣの主な任務が地域と Health Center との連絡役であるのに対し、ＶＨＶは村の保健活動の責任者であり、簡単な治療も行うことができる。

(2)Health Center

保健省 ― 衛生部― 衛生課― Health Center―ＶＨＶ，ＶＨＣ
（国）　（県）　（郡）　（行政区）　（村）
という階層構造の末端機関である Health Center には、衛生士と助産婦各1名が配置され、ＶＨＶ,ＶＨＣと共に村の保健・医療活動を行っている。

(3)Traditional Medicine Service

従来の医療体制との調和という観点から、タイの伝統医療が見直されている。私達が訪れた Soongnern Hospital (Community Hospitalの一種) では、病院の敷地内で薬草を栽培し、漢方薬のようなものが売られていた。

＜ＰＨＣ実践の具体的内容＞

代表的なものとして以下の６点を考える。

(1)保健教育の普及
(2)必須医薬品の配備
(3)栄養改善
(4)安全な飲料水と生活環境改善
(5)母子保健と家族計画
(6)予防接種の普及

(1)保健教育の普及

一般の農村では村人に対する健康教育はＶＨＣが行うが、同村には6名ものＶＨＶが存在し、彼らによって衛生観念や家族計画についての指導が行われていた。また学校においても衛生教育がなされていた。

(2)必須医薬品の配備

近くに医療施設も少なく交通不便な農村において、安全で値段の安い日常的に必要な薬品を確保するために、Drug Fund が設立されている。同村の薬品保管所には下剤、止下痢剤、解熱鎮痛剤、抗ヒスタミン剤等の約19種の薬品がそろっていた。抗生物質は初回のみ医療従事者による処方が必要だが、その後はＶＨＶが直接村人へ渡すことができる。

(3)栄養改善

村人に栄養知識を普及し、その土地にあった栄養価の高い作物生産を向上させ、また低栄養児の早期発見や小児の栄養・発育管理を村人自身で行うことを目的として Nutrition Fund が設立されている。同村では、高床式の食品保管庫で村全体の農産物の管理を行っていた。

(4)安全な飲料水と生活環境改善

村の環境衛生施設の整備、特に安全な飲料水の確保とトイレの普及を目的として設立されたのが Sanitation Fund である。

東北部の農村の地盤は地下水利用に適していないため、雨水を水瓶にためて簡単に濾過し、飲料水や生活用水として利用している。雨どいの掃除や水瓶にふたをすることなどの指導はＶＨＶにより行われているものの、あまり徹底されておらず、また有病率の上位を下痢や赤痢が占めていることからも、安全な飲料水の確保には、衛生観念の改善と共に多くの問題が残されているといえよう。

トイレに関しては、同村における普及率はかなり良かったものの、下水道の不備に対しては何の対策もとられていないようであった。

(5)母子保健と家族計画

一部の農村（主に東北部）で試行されている Health Card システム（地域保健活動の向上を目指した一種の国民健康保険）は同村には導入されていなかったが、 Health Center では妊婦の定期検診が行われ母子手帳も配布されるなど、比較的充実した母子健康管理が行われていた。

家族計画に関しては、コンドームの普及を中心に避妊を教育している。その結果子どもの数は一夫婦あたり２人程度に抑えられており、一般的に、経済的に貧しいところほど子どもが多く悪循環を呈しているのを考えても、成功していると言える。

(6)予防接種の普及

同村の Health Center では、ＨＢＶ,日本脳炎,ＢＣＧ,ＭＭＲワクチン（麻疹,流行性耳下腺炎,風疹）などの予防接種が行われていた。同センター職員の話では、ＢＣＧ接種率はほぼ100%、ＨＢＶ予防接種は無料ということであった。

(7)簡単な病気の手当

ＶＨＶは、先に述べたように簡単な病気の対症療法や投薬、ケガの応急処置などの第一次医療活動を行うことができる。むろん、プロの医療従事者でないがための誤診や誤った施術は決してないとはいえないだろうが、経済的、社会的に人々に受け入れられる医療という意味では重要な役割を果たしていると思われた。

3．総括

タイにおけるＰＨＣは、私達が見てきた村のように成功していると言えるだろう。勿論、全国一律に成功しているわけではない。実際同村のHealth Centerには他地区からの受診者も多いと聞いた。

このＰＨＣ推進は日本の海外協力によって根付いたものである。他国で失敗しているにも関わらず、タイにおいて成功した理由は何だろうか？

その理由として考えられるのは、

①政府レベルでのＡＩＨＤ

②民間レベルでの王室・仏教の精神的指導

の存在であろう。このような受け皿と土壌をもち、初めて官民一体の努力が実を結ぶと思われる。 タイという国がその先進国の仲間入りのために、社会産業活性化とともに、保健医療衛生の改善としてＰＨＣに着手したことは、すばらしいことである。

ただ今後の課題としては

①全国への普及（全国的な成功を収めること）

②抜本的医療改善を図るためには、タイ社会全体の問題を解決すること

③最終的に先進国レベルまでの衛生概念の普及させること

が挙げられる。そして、「経済力」「教育」が、恐らくその成果に大きく寄与することであろう。私達はそんな結論を得た。

もう１つの大きな結論は

”異なる文化、慣習、教育を有するもの同士を隔てる壁は厚い。”

ということである。

研修の討論の時に、タイのエリート学生達やベトナムから来た政府の役人の方々と、どれだけ話をしても理解してもらえないことがあった。国際協力という事業の困難さが推し量られる。しかし、我々はみな地球という一つの船にあり、情報化・高速化が進んだ現代ではますます相互に受ける影響も大きく、お互いに無関心ではいられない。もとをたどれば、開発途上国の誕生も、帝国主義、産業革命、大航海時代、・・・と世界史を紐解いてみても、総ての出来事は世界的、いや全地球的流れの中に存在しているのである。

同時に、私はあまりに自分が日本について知らなかったことに気づかずにはいられなかった。日本のＰＨＣは？　日本はタイと比べてどんな取り組みがあり、どんな社会問題を有しているのか？・・・もっと学ぶ必要がありそうである。

＊ タ イ 紀 行 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

”タイは若いうちに行こう”

◆魅惑の人の住む国

江夏　怜（２年）

初めてのタイの人々との交流は、バンコクの国立博物館においてであった。突然現地の女子学生達が私達に話しかけてきて、案内してくれたのである。とにかく私は感動した。今時の日本でこのようなことがあるだろうか。彼女達の無邪気な笑顔を見ていると、なんだか中学生と話をしている気がした。聞けば、１８才。もう少し英語が話せたら…と悔やまれたが、なかなか楽しい一時を過ごせた。

その後は、セミナーを通してタイ人の学生と接していくことになった。どうやら若く見えるのはタイ人の一般的な特徴らしいが、見かけによらず（？）彼らはかなり鋭い意見を持っていて、こちらがタジタジとしてしまう。タイでは大学生と言えば、まさに国を背負って立つエリート達であり、プライドも高くそれに見合う勉強もするし、教養もある。全く耳の痛い話である。私はかなり日本の大学生の面目を下げたに違いない。この挽回は後輩達に期待しよう。

私が第三に接したタイ人は、農村のホームステイ先の村人達である。現地の医師が、「ここの人々は誠実で純朴だから、すぐ仲良くなれる。」と言っていたが、まさにその通りだった。私達が初めて村を訪れた外国人とのことで、大歓迎を受けた。友情の印として手首に紐をまかれ、夜になっても幾度もとうもろこしを差し入れに来てくれたり、踊りを見せてくれたり、最後にはたくさんのおみやげを持たせてくれたりと、ここでのことは思い出が尽きない。私達は、ここでタイ人気質の一番いい部分に触れられた様な気がする。今でもタイを思い出すとき、そのイメージとしてはこの村が思い浮かぶ。

タイ人の気質を表す有名な「マイペンライ（気にしない）」という言葉があるが、きっとこのおおらかな気質は、おおらかな風土によって育まれたものなのだろう。今回の旅でややタイにかぶれてしまった者としては、近代化の波にもめげずに、いつまでも変わらずにいてほしいと思う次第である。

◆異なる常識の国

広川　詠子（２年）

今まで日本の常識の中だけで生活してきた私にとって、初めての海外であったタイはまさに不思議の国でした。習慣、文化、価値観とどれをとっても日本とはまるで違い、（どちらが優れているかというようなことではなく）常識というものがいかに自分の属する狭い世界の中のみでしか通用しないかを見せつけられることとなりました。とは言っても、20年間かけて培われた私の価値観がそう簡単に改善されたとも思えませんが、変わったところがあるとすれば、少々のことがあっても大したことはないと思うようになったことでしょうか。

屋台では、食器も十分に洗わず、虫かおじさんの指でも突っ込んだかもしれないラーメンを平気で食べました。日中はおそらく37、8度近い炎天下を全身汗だくになって歩き回りながらも、お風呂にも入らず眠ってしまったこともよくありました。極端に辛いか、極端に甘いかのどちらかというタイ料理も、緑色（？）も目に鮮やかな得体の知れないフルーツも、砂糖と塩とチリを混ぜた調味料をつけて毎日のようにいただきました。農村でのホームステイにいたっては、私がこの世で最も親しみを持てなかったはずの虫さん達がうじゃうじゃしている床にじかに寝ころび、それどころかご一緒に入浴までさせていただいたのです。それでも、特別お腹をこわしたわけでも、じんましんがでたわけでもなく、日頃の自分の生活の脆弱ぶりを思い知らされました。

”日本の常識はタイの非常識、タイの常識も日本の非常識”といったところで、タイから帰ってしばらくは、周囲いわく私も立派な非常識人だったようですが、 次にまた異なる常識の地へ行くチャンスに恵まれたときの教訓としてこの旅が生かせたらと思います。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

(3) グアテマラ

(3)グアテマラ研修班報告

研修目的：本研究会の会長が参画し、日本政府が開発途上国の医療援助を実施しているグアテマラ共和国において国際保健状況の視察を行う。

実施地　：グアテマラ共和国
グアテマラ市、リビングストン市、イシュワタン市

実施期間：１９９５年8月２３日－９月１０日

団員構成：平橋　美奈子（九州大学医学部４年）
佐藤　伸一郎（　同　３年）
秋吉　高志　（　同　３年）
深川　修司　（　同　２年）

研修日程：８月２３日　グアテマラ到着
２４－２５日　ＪＩＣＡ熱帯医学セミナー
２６日　旧都アンテイグア市見学
２８日　私立Bella　Aurora病院、国立Roosevelt病院見学
２９日　国立San　Carlos大学医学部の見学
３０日　国立San　Juan　De　Dios病院見学
３１日　シャーガス病のフィールドワークに同行（イシュワタン市）
９月　１日　ＩＮＣＡＰ（中米、パナマ栄養研究所）
２－３日　テイカル遺跡見学
４－６日　フィラリア症のフィールドワークに同行（リビングストン、マリスコス両市）
８日　グアテマラ出国
１０日　帰国

＜研修内容＞

＊はじめに

一昨年、昨年に引き続き、新たなメンバーで今年の活動を行った。今回もグアテマラの医療事情や保健事情に加えて、日本の国際技術協力について学んだ。報告内容は以下の通りである。

1、グアテマラの国情
2、グアテマラの病院について
3、フィールドワークの見学（シャーガス病、フィラリア症）
4、ＩＮＣＡＰ

1，グアテマラの国情

面　　積：１０８、８８９㎢（日本の約１／３）
人　　口：１００３万人（１９９３年）
　　このうち２００万人が首都グアテマラシテイに住む。
住　　民：マヤ系先住民、先住民と白人の混血、白人他
宗　　教：主にカトリック（９５％）
産　　業：農業（コーヒー、バナナ、サトウ、トウモロコシ他）
地理と気候：メキシコの南隣に位置し、他にエルサルバドル、ホンジュラス、ベリーズと国境を接している。気候はカリブ海と太平洋岸の熱帯低地と、内陸の高原地帯とで大きく異なる。熱帯低地は年間を通して暑く、年平均気温は２５－３０ｃであるのに対して、内陸部は常春の気候ですごしやすい。６月から１０月までが雨期で、それ以外が乾期である。
食べ物：主食は、とうもろこしの練り粉を丸く伸ばして直火で焼いたトルテイーヤというもの（揚げていないタコス）である。他にフリホーレス（塩味のあんこ）、チーズ、食用バナナの揚げ物、卵、米などが一般的に食べられている。

2、 グアテマラの病院

グアテマラにおける病院は大きく次の３つに分類される。

a）private hospital

b）public hospital

c）social security

今回は、private hospitalであるBella Aurora病院と、public hospitalあるRoosevelt病院, San Juan De Dios病院を見学した。

a）Ｐｒｉｖａｔｅ Ｈｏｓｐｉｔａｌ

グアテマラで最も医療設備の整った病院である。治療費、入院費ともに高く、人口の５－８％にあたる高所得者層が利用する。私達が見学したＢｅｌｌａ Ａｕｒｏｒａ病院はベッド数６０で、救急施設やＣＴscan, ＩＣＵなどの施設を備えていた。ＣＴscanはグアテマラ国内に１２台しかなく、非常に貴重なものである。

病室は個室か２人部屋である。入院費は、個室を利用すると、１日あたり 5000円、治療費を含めると１日あたり20,000円を越えるとのことである。（グアテマラの平均月収は約10,000円）

全体的に雰囲気は明るく、一見日本の病院とどこも違わないように感じられる。だが、ＩＣＵに土足で入り、特に消毒もしないまま治療に当たるなど、衛生面で疑問に思われる点もあった。

b）Ｐｕｂｌｉｃ Ｈｏｓｐｉｔａｌ

首都のグアテマラ シテイにはPublic Hospitalが２つ存在する。San Juan De Dios病院と、Roosevelt病院である。これらの病院の特徴は、診察費が無料だということであり、国民の大部分はこれらの病院を利用する。ただ、病院の財源を国の予算に頼っているため、慢性的財政難にあり、病棟は暗く、設備は不足している。

ここで、これら２つの病院と九州大学医学部付属病院を比較してみる。

（病院名）	ルーズベルト	サンファンデディオス	九大病院
医師数	２００人	２５０人	６９５人
看護婦数	３５０人	４００人	６５２人
外来患者数/day	４００人	５００人	１５００人
ベッド数	６００床	１０００床	１３１２床

c）Ｓｏｃｉａｌ　ｓｅｃｕｒｉｔｙ

残念ながら今回は見学する機会に恵まれなかった。

3、フィールドワークの見学

1）サンタ　マリア　イシュワタン（サンタ　ローサ県）

1991年から始まった熱帯病研究プロジェクトの一貫として、イシュワタンをパイロット地区とした、シャーガス病の昆虫学的、疫学的、血清疫学的、および循環器学的諸調査が行われている。今回私たちは、その心電図調査と採血への協力依頼に同行した。

サンタ　マリア　イシュワタンはグアテマラシテイから南東へおよそ７５kmところに位置し、海抜１２９０ｍ、人口約２７００人の高原の村である。私達はこの村で、１２軒の家をまわって採血への協力を依頼した。この村は、教会を中心とした典型的な中米の町の佇まいをみせている。家の多くは木組に土を塗り付けた、バハレケという構造をしている。この土壁のひび割れの間に、シャーガス病の媒介昆虫であるサシガメが多く生息している。屋内は暗く、夜行性のサシガメには格好の生息場所となっているようだ。又、こういう家の多くでは豚やアヒル、鶏などが飼われており、家の内外を自由に出入りしている。これらの家畜はシャーガス病の病原体である、Ｔrypanosoma　cruzi　の保虫宿主となっている。

2）シャーガス病について

Ｔrypanosoma　cruzi　という原虫を病原体とする、アメリカ型トリパノソーマ症のことであり、この原虫は犬や豚、鶏などの保虫宿主から、サシガメという媒介原虫によって人に運ばれる。サシガメが吸血時に皮膚の上に脱糞し、それを皮膚の上に擦り込む事に

よって感染する。

症状は、急性期には、感染した部位のリンパ節腫大、発熱などがみられる。慢性期には心臓の肥大、それに伴う不整脈、頻脈、あるいは、食道や大腸の肥大がおこる。有効な治療法はまだない。

3）リビングストン及びマリスコス（イサバル県）

数年前、この地区で下肢の象皮病を持った女性が報告されたことから、この地区にフィラリア症感染者が多いのではないかという推測がなされ、当地でのフィラリア症の血清疫学的調査が始まった。昨年は、プエルトバリオスでの調査に同行したが、今年は対岸のリビングストン（人口約４７００人、医師２名）と、少し内陸に入ったイサベル湖畔のマリスコス（医師０名、看護婦２名）での調査に同行した。

リビングストンでは１２名、マリスコスでは２８名、合計４０名の協力者を得た。そのうちマリスコスでは、下肢の膝部から末端にかけての浮腫がひどく、皮膚も硬化し、象皮病を呈している女性も見られた。リビングストンでもマリスコスでも、フィラリア症についてはあまり知られていないらしく、象皮病の患者も自分がなぜこんなに足が腫れているのかよく理解していないようだった。どちらの町にも Centro de Salud（保健所のような施設）があり、常に医師、あるいは看護婦が勤務していた。そこでのキャンペーンのポスターには、マラリアや、デング熱の予防についてのものは多かったが、フィラリア症についてのポスターは無く、当地でのフィラリア症に対する認識の薄さが感じられた。

4）フィラリア症について

糸状虫類が脊椎動物の血管、リンパ管、リンパ節などに寄生することによって感染する。その後、動物体内で、幼虫であるミクロフィラリアを産生し、その動物を吸血した昆虫（蚊など）が中間宿主となり、この昆虫が他の動物を吸血することで伝搬される。例えば、バンクロフト糸状虫は、ヒト固有のものでリンパ系に寄生し、陰嚢水腫、象皮病などを引き起こす。

4，ＩＮＣＡＰ

ＩＮＣＡＰは、Human Nutrition（人間栄養）の研究所で、ＰＡＨＯ（Pan-American Health Organization）という組織が中心となっている。主な活動としては以下のようなものがある。

a）食事調査と栄養指導：

何を、どのように食べたか、食事の中に癌のリスクファクターがどの程度含まれているかを調査し、栄養ガイドラインを作成する。また、子供の栄養状態改善のため、小学校で小麦と大豆から作ったクッキー（チョコ味）を配布する。このクッキーは、一枚当たり125kcalで、小学校の生徒に毎朝一枚ずつ配られる。効果は上がっているようだが、このクッキーをあてにして子供に朝食を食べさせない家庭もあるらしい。一般の家庭に対しては、とうもろこしや綿花の種からつくったタンパク剤（粉末状で、かなりまずい）や、ビタミン、ミネラル、鉄、葉酸を配布している。就学前の子供の栄養、健康状態、身長、体重、血液型の調査、高血圧や癌の家計調査なども行っている。

b）高栄養、低価格、美味な補助食品の開発。

c）上記のクッキーと栄養剤の生産。

d）水質、衛生状態改善：水中のバクテリア数調査。コレラ、赤痢の防圧。

e）病院での治療環境の改善：

先住民の女性は他人に肌をさらしたがらず、病院に来るのを拒みがちである。病院を指導して診察室でのプライバシー保護をすすめ、病院にかかりやすくする。

これらのことは早急には効果が出ない。だが、以前、ＩＮＣＡＰの指導でグアテマラで販売される砂糖にビタミンＡを、塩にはヨードをいれた結果、鳥目や甲状腺疾患が劇的に減ったように、現在の活動もゆるやかにではあるが確実に効果を上げていくことと思われる。

5、おわりに

今回は観光旅行とは異なり、様々な経験ができ、また、考えさせられることも多かった。国際協力について、豊かさと貧しさについて、お金について、そして様々な病気について。考えれば考えるほど、自分の不勉強が身にしみて実感させられた。今回の経験を良く生かしてこれからの学生生活を送ろうと思う。

(4) ガダルカナル

(4)ガダルカナル研修報告

研修目的：太平洋上のソロモン諸島において、赤道直下における国際保健状況を視察し、今なお世界で猛威を振るう、マラリア等の感染症が頻発する地域の現実と問題点を医学生の視点でとらえ、日本のなすべき医療技術協力と今後の医師に求められることを考える。

期間：平成７年８月

研修団員：小山　貴子（九州大学医学部４年）
山崎　章生（九州大学医学部３年）
森山　大樹（九州大学医学部２年）

活動内容：①セントラル病院の視察
②マラリア対策の現場視察
③現地医療従事者の意識調査

お詫び・・・

上記のような企画を立案し、受け入れ先との連絡をはかって、準備、勉強会の方を進めてまいりましたが、受け入れを予定していた相手方の都合により、本計画は断念を余儀なくされました。誠に残念なことながら、一方で企画の実施遂行の難しさをあらためて認識いたしました。 今回の研修計画について御支援、ご協力していただきました先生方はじめ関係者、部員の皆様にこの場を借りて、御報告し、お詫び申し上げます。

代表　山崎　章生（３年）

◇◇◇老人ホームボランティア体験　◇◇◇

日　時：平成７年７月２４日及び７月３１日

場　所：「花の季苑」（福岡市特別養護老人ホーム）

参加者：　小山　貴子（九州大学医学部４年）
　　堤　千佳子（九州大学医学部４年）
　　山崎　章生（九州大学医学部３年）
　　山田　瑞穂（九州大学医学部１年）

内　容：　ガダルカナル研修の夏の実施が不可能となり先送りが決定した頃、研修ができないのを残念に思い、私達は何か他の活動はできないかと考え、ボランティアをやってみようと福岡市に問い合わせました。そこで、特別養護老人ホーム「花の季苑」でのイベント時の老人介護のボランティアを紹介していただきました。
　現実の国際保健をテーマとする熱研では扱われにくいことではありますが、決しておろそかにはできません。そう考えて、この機会に私達は参加することにいたしました。

◇概要　「花の季苑」

施設名称：特別養護老人ホーム

事業内容：入苑事業
　　福岡市老人短期保護事業
　　デイサービス事業

定　　員：５０名　他に短期保護４名、デイサービス１５名

職員構成：苑長１名　副苑長１名　事務長１名
　　事務員１名　生活指導員１名　寮母長１名
　　寮母主任１名　寮母１５名　介助員２名
　　栄養士２名　看護婦３名　調理員６名

◇体験を通して・・・

特別老人ホームとは、満65歳以上で常時介護を必要としながら、家庭でその介護を受けられない人々が入所されている施設です。

この「花の季苑」は、平成４年に開所したそうで、一見老人ホームとは判断できないほどしゃれた建物でした。中は、色紙でつくられた飾りものや色とりどりの花々、ぬいぐるみなどで飾られ、そう、懐かしくもあり、そして暖かな雰囲気を持つところでした。ただ、１人ではトイレで用を足すことができない人が多いため、ほとんどの人はおむつをつけており、においには十分気をつけていられるとのことで、そんなところにもスタッフの方々の苦労が忍ばれます。

当日は年に一度の祭りということで、ご家族の方々も多数見えられました。一方、ボランティアの方も予想以上に集まったため、当初の予定とは異なり、介助の経験のない私達は、出店の手伝いをすることになりました。

入所されている皆さんも、共に生きてきた家族の方と接している方が安心するのでしょう。とても素敵な笑顔でうれしそうに会話を楽しんでおられるように見えました。しかしながら、一方でやはり痴呆のためでしょうか、家族の話しかけにも全くと言っていいほど反応を示さない方もおられました。どれだけ熱心に介護しても反応を示すことのない人々を10年も20年も世話をするつらさは、決して言葉では語れないと思います。

「花の季苑」は、住宅街の真ん中にあり、この日は近所の人も大勢集まっておられました。ここでは本当に地域に愛され、支えられているのだなという印象を受けました。

月並みなことですが、今後このような地域に密着した老人施設はますます必要となるでしょう。今のままでは、必ず深刻な供給不足が訪れるのは間違いありません。現に、ここも入所するのに何年も待ち続けなければならないそうです。

私達は今後医療に携わるものとして、こうした施設に対する関わり方を真剣に考えていくべき時が来ていると思います。

（医学部４年　小山　貴子）

《１９９５年度決算報告》

◇収入

前年度繰り越し	￥１０７,０００
寄付	
九州大学医学部同窓会	￥３５０,０００
日本国際医療団	￥３５０,０００
西日本新聞民生事業団	￥４００,０００
福岡銀行	￥　３０,０００
西日本銀行	￥　２０,０００
学生外会員	￥５１５,０００
自己負担	￥１,０００,０００
総計	￥２,７７２,０００

◇支出

○一般会計

企画書作成費	￥　５０,０００
報告書作成費	￥１００,０００
通信費	￥　５０,０００
現像代	￥　６５,０００
雑費	￥　１０,０００
小計	￥２７５,０００

○旅行期間経費

・壱　　岐

交通費	￥　６０,０００
滞在費	￥２５０,０００
小計	￥３１０,０００

・パキスタン

渡航費	￥１４０,０００
滞在費	￥　４０,０００
準備・旅行保険費	￥　３５,０００
小計	￥２１５,０００

・タ　　イ

渡航費	￥２７０,０００
滞在費	￥　３３,０００
プログラム参加費	￥２４０,０００
準備・旅行保険費	￥　３５,０００
小計	￥５７８,０００

・グアテマラ

渡航費	￥　８００,０００
滞在費	￥　４４０,０００
準備・旅行保険費	￥　　４５,０００
小計	￥１,２９５,０００

総計	￥２,６６３,０００

◇１９９５年度研修活動会計

・収入総計	￥２,７７２,０００
・支出総計	￥２,６６３,０００
・来年度繰り越し	￥　１０９,０００

《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

日本国際医療団

福岡銀行株式会社

西日本銀行株式会社

◇御支援下さった先生方（敬称略）

小林　譲	植田 浩司	広畑 富雄	坂口 信貴
白石 高歩	吉村 健清	鄭　九龍	渡辺 喜一
木戸 靖彦	福重 淳一郎	瀬々　顕	朝隈 真一郎
岩城　篤	中川 良一	信友 浩一	稲葉 頌一
江頭 啓介	古野 純典	安藤 文英	松井 敏幸
由宇 宏貴	宇野久光	下村　学	荒瀬 高一
石井 栄一	保利　敬	前田 博敬	松田 和久
山野 龍文	鷲尾 昌一	棚橋 信介	竹内　実
橋本 喜次郎	森山 耕生	吉里 俊幸	宮房 成一
宇都宮　尚	竹迫 仁則	横溝　晃	諸富 康正
漢那 朝雄	井手 康人	高野 浩一	梶畑 俊雄

九州大学医学部熱帯医学研究会会則

1．名　称　本会は九州大学医学部熱帯医学研究会と称す。
Tropical Medicine Sociey of Kyusyu University

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、九大医療技術短大生、九大医学部職員、及び本会の特に認めた者をいい、協賛会員とは本会の趣旨に賛同し定期的に会費を支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、総務が召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、九州大学医学部寄生虫学教室に本部を置く。
（部室は基礎Ｂ棟地下）

あとがき

１９９５年度の活動も、この報告書をもって無事終了することができました。これも、ひとえにＯＢ並びに協賛くださいました各関係者の御指導、御援助のお陰であることを心にしっかりと受けとめておかなければならないと思います。

一方で、部員総数も３０名を数え、組織としての活動の確立化、研修地の確保、研修のよりいっそうの充実化が必要となってまいりました。特に上級生にとっては”高度な専門性ある活動”が、下級生にとっては”医学・医療への早期体験”が求められます。さらに、情報化社会の中で電子メールやインターネットなど情報媒体の利用も考えていかねばなりません。

それには、ＯＢの皆様の御指導、御鞭撻、御援助をよろしくお願いしたいと思っております。また、私達部員も皆様に楽しんでいただけるような活動報告のできる活動をめざしていきたいと考えております。

最後になりましたが、今年度大変お世話になりました、多田会長はじめ寄生虫学教室の皆様、各研修地にてお世話くださいました皆様方、御援助いただきました協賛団体の皆様、ＯＢの先生方にお礼を申し上げたいと存じます。

大変ありがとうございました。

今後とも本研究会への御支援、御厚誼くださいますようお願い申しあげます。

副総務　原田　昇（九州大学医学部３年）