

毒皮疹を見た事はない。若い女子の結核性腹膜炎も甚だ少ない。赤痢は多いが腸チフスは少ない。これは如何なる理由によるものであろうか、興味ある問題である。

バリ島の診療経験

羽 生 正 (立川病院)

バリ島での4カ月間の診療経験による感想を述べ、総合討議の意見に代える。

1) インドネシア特にバリ島の医療事情が1964年当時とあまり変わっていないならば、我国の援助が必要なのはいうまでもないが、先ず現地の実情に応じた医療機械、医療物資を送るべきで、同時に医療従事者がある期間、それらと共に派遣されることが望ましい。

2) 医療物資が送られ、医師が派遣されたとき、政府や省の計画に従って、その下で手助けするという態度が大切で、これがすべてうまく行く第一のことと考える。

3) レントゲン車について

a) バリ島の如く間接撮影ですべての診断をつければならぬ場所では、フィルムの大きい方が有利であり、又すべて輸入に頼っているところは、大きさが国際的である点からみても70mmフィルムが良いと思う。

b) 私達が持参したフィルムは熱帯での長期保存に不安があったこと、高温現象で鮮明な写真が得られない点に問題があった。東南アジア向けに大量送るとなると前記2点を考慮すべきである。

c) 電源事情の悪いところが多く、レントゲン車に発電機は是非とも必要である。

d) 機械は性能が優れているとか、便利に出来ているということより故障しないものを贈与すべきである。

4) その国の許可があれば、モデル地区の設定も一考すべきことと思う。

5) その国の会話が出来ることは何ととっても便利である。インドネシア語は比較的易しいので、インドネシアに行く場合には、あらかじめ2~3カ月の教育を受けることを望む。

カンボジアの結核対策

馬 杉 雄 達 (豊橋病院)

いまかりに、この国の結核を如何にして把握し、撲滅の方向へ持って行くかと、考えてみる。全国が12州で、そのうちバタンバン州のみに限定して考えてみる事にする。総人口55万、11郡からなっている。又、州内には病院2、(内1は軍所属、ベッド総数200)、保健所1、レントゲン台数3である。

患者の発見、収容：患者台帳等患者の確保、戸籍簿は完備せず、又保健婦制度なし。

結核予防法：現在全くなし。

ツ反応およびB.C.G.接種、薬物はすべて輸入。

間接X：国内に移動間接X1台もなし。

教育：就学率45%。

このような状態で、何から手をつけていいのか全く方法が定まらない。

2年かかろうが3年かかろうが、1台のX自動車で各村を廻って患者をとにかく発見する。病院において、患者を発見する。

患者1人に対して、台帳カードを作り、病院、保健所、看護所、各村役場に保存する。

その家族は無料サービスで、Xをとる。

発見した患者は、6カ月間、近くの病院又は看護所で出来得る限り外来治療をする。往診は不可能だから止め、投薬のみ行なう。

小学校の衛生教育をもっと強化する。とにかく、生理、栄養、疾患の初歩を教える。

小学校教員にツ反応のテクニックを教え、1年に1回施行する。陽転者は近所の村役場、看護所に連絡する。

どれ一つをとっても、実行するには、恐らくたえようもない困難な道が待っていよう、又何10年もかかる事と思われる。しかし何より国民は先ず、知らされなければならない。政治の問題、教育の問題、言論自由の問題、貧困の問題、風土と性格と宗教との問題等々、そこにも我等にはどうしようもない問題が山積している。