

ディラン・コミュニティ・ヘルスセンター滞在記

石本恭子

川崎医療福祉大学 医療技術学部 健康体育学科
京都大学 東南アジア地域研究研究所

はじめに

京都大学大学院医学研究科博士課程に在籍していたころ、高所プロジェクト（総合地球環境学研究所 プロジェクト研究「人の生老病死と高所環境—「高地文明」における医学生理・生態・文化的適応」プロジェクトリーダー奥宮清人 2008-2012）の研究者として、インドに滞在しないかと声をかけられた。外国への憧れがあり、フィールド調査の魅力を感じていたので、即座に「はい。行きます。」と返事をしたことを鮮明に覚えている。アルナーチャル・プラデーシュ州（以下アルナーチャル州）調査班のリーダーであった東南アジア研究所（現 東南アジア地域研究研究所）の安藤和雄さんに、「行けば良いんだよ。」と言われ、単純にそう思った。実際に生活してみると、インドの文化や生活、長期滞在になれることは簡単ではなく、大変な思いもした。しかし、アルナーチャル州ディラン・コミュニティ・ヘルスセンター（Community health center、以下 CHC）で2か月間滞在したことは、貴重な経験となった。大学の講義で、学生にディラン滞在の話をするたびに記録として残したいと思うようになり、滞在からは10年経ってしまったが、フィールド・ノートを見返し、CHCの様子や忘れられない事例などを振り返り、滞在記としたい。

滞在の準備

話をもらってから早速2008年8月26日から1か月間、アルナーチャル州に行ってみることにした。アルナーチャル州の主要な町であるイタナゴール、ボンディラ、ジロ、タウンなどを訪問した。初めてみるアルナーチャル州の多様な文化や伝統的な暮らしは、非常に刺激的だった。山の斜面に広がる畑、見渡す限りの水田、峠を越えると言葉も服装も違う、小さな国の集合体のよ

うな風景に驚き、感激した。道中、安藤さんに、アルナーチャル州について、多くのレクチャーを受けた。壮大な景色を眺めながら聞く車中レクチャータイムは、今思うと贅沢な時間だった。

ウェストカメン県ボンディラで、日本の保健所所長にあたる District medical officer（DMO）であるダニ・デウリ医師に面会することができた。その際、ディラン CHC の滞在を依頼したところ、快く許可してくれた。また、ディラン滞在中の宿は、CHC のすぐ前にあるカウンターパートのツェリン・ワンゲ氏の親戚が営む宿に決まった。

同年12月末より、州都イタナゴールにあるラジブガンディー大学で3か月間のヒンディー語語学研修を行った。大学は山の上にあり町から離れているという閉鎖的な環境と、ヒンディー語が上達しない歯がゆさで、非常につらい時期があった。なんとかこの研修を終えて基本的な単語は身についた。しかしスムーズに会話ができるほど上達しなかった。

大学滞在の間、学内にあるサブセンターと呼ばれる診療所を訪れ、女医のキム先生の診察を見学した。患者は大学の学生や教員、周辺住民だった。患者数は1日数人であったので、キム先生はゆっくりと患者さんの話を聞いていた。「精神的な問題を緩和できれば、私も嬉しいし、患者さんも嬉しいと思う。」と、にこやかに話す非常に穏やかな人だった。また診療の合間に、公的病院と私立病院があること、医療費は私立病院のほうが2～3倍程高いため、貧しい人は公的病院へ行くなど、アルナーチャル州の医療状況についてキム先生から教えてもらった。

ディラン・コミュニティ・ヘルス・センターの研修開始

2009年6月1日早朝に、ディラン CHC に向け

て京都を出発した。ラジブガンディー大学の滞を経て、ディランの町に着いたのは、8日のお昼過ぎだった。翌日からCHCに行くぞと意気込んでいたけれども、DMOによる正式な研修許可が必要となり待機となった。10日の夕方に許可が下りた。やっと許可が下りたというのに、11日は近くの温泉施設で行われる世界環境ディのイベントに参加することになり、拍子抜けしてしまった。アルナーチャル州では、予定通りに物事が進まないことはよくあった。いちいちイライラしてはいけないということを理解するには、だいぶ時間を要した。さて、この温泉施設は露天風呂があり、人肌くらいの温度のお湯が出ていた。湯船の大きさは10人くらいが入れる大きさで、側面は石とコンクリートで固められ、底は土が溜まっていた。寒そうなので、私は一度も入らなかった。

日本を出発して12日後、やっとCHCで研修が開始された。初日は、ホテルの女将さんの娘さんとCHCに行った。娘さんは、ヘルスセンターの看護師だった。初日から衝撃的だった。医師が不在だったため、薬剤師が診察していたからだ。薬剤師は、患者の話を聞いて症状に対処する薬の処方箋を書いていた。日本では医師が書いた処方箋を薬剤師が受け取り、薬剤師が調剤して患者に渡す。薬剤師が診察し、処方箋を書くということはない。医師不足が推察された。ダニ・デウリ医師によると、2001年の県報告では、医師一人に対して2406人（インド全体1722人）、看護師一人に対して1381人（インド全体2950人）である。人口10万対では、医師は41.6（人口10万対）、看護師72.5（人口10万対）となる。2002年度の日本の医師206.1（人口10万対）¹⁾、看護師・准看護師861.1（人口10万対）¹⁾と比較し、非常に少ないことがわかる。

ディランCHCの様子

CHCは町の中心にあるバザールのすぐ横に位置し、コンクリート造りの建物である。以前は、竹でできた伝統的な建物で、町の対岸にあるナディパールという地区にあった。1970年代に現在の位置に移転したと宿の女将さんが教えてくれた。

男性医師1人、女性医師1人、歯科医師1人、看護師・助産師11人、薬剤師1人、レントゲン

技師1人、検査技師1人、助手7名、コック1人など33人がCHCに務めていた。CHCより小さな診療所であるサブセンターにも医療スタッフが勤務していた。ディラン周辺には、6つの村にサブセンターがあり、看護師、薬剤師、CHCで医療に関するトレーニングを受けたスタッフが勤務していた。仕事内容は、怪我をした人の手当て、薬の処方、往診、近隣の村の予防接種や、病院との連携、メディカルキャンプの実施を調整する役割も担っていた。

CHCの病床数は22床で、診察室などがある建物、新病棟、隔離病棟に分かれていた。隔離病棟は、結核などの感染症患者を入院させるための建物である。ここに病気ではないとがり帽子をかぶったお爺さんが住んでいた。身寄りがいないために、入院という形式を取って、食事の提供をしていた。お爺さんは、歩くことができず、四つん這いで部屋の周りを移動していた。部屋の前で飼った犬と日向ぼっこをし、一人でお経か何かをぶつぶつ言って日々過ごしていた。話しかける人は、食事を提供するコックだけだった。

CHCの朝は、清掃から始まる。看護助手は、ほうきやモップで清掃をし、物品の煮沸消毒を行う。夜勤の看護師は、勤務終了時刻の8時ちょうどの帰宅する。申し送りの時間はなく、ノートによって次のスタッフに情報伝達が行われる。9時頃になると、CHCの隣にある医師専用住宅から、医師が出勤してくる。病院スタッフの多くは、病院近くのスタッフ専用住宅に住んでいた。医師は、まず入院患者の回診を行い、治療方針を看護師に伝え、処方箋を書き、続いて外来患者の診察を行う。医師の診察が始まると、診察を受けた患者が処方箋と点滴などを持って、どっと看護師詰所に詰めかける（写真1）。院内薬局に薬があれば無料でもらえるが、院内薬局に在庫がない薬剤などは、CHCの前にある薬局で購入しなければならない。薬剤以外にも、注射器と針のセット（7.5ルピー：約15円）、点滴セット（チューブと針、35ルピー：70円）の購入が必要であった。看護師は、薬剤と処方箋を確認し、点滴や注射を次々に施行した。午前中が最も忙しく、お昼過ぎになると患者の数が減るので、午後になると院内はひっそりとした。

外来診察時間は平日の午前10時から12時30

分、午後14時から16時で、土曜日は午前診療のみ、日曜は休診となっていた。1日の来院患者数は、少ないときで30人、多いときは倍の70人であった。医師は、症状を聞き、診察を行い、処方箋を書くことを繰り返す。忙しいときは、一人あたり3～5分の診察時間だった。診察の順番が待ちきれない人は、窓やドアをそっと開けたりして中を覗いていた（写真2）。診察室の外からは待っている患者の声や、放し飼いにされた牛の鳴き声もするので騒がしい。

外来では、発熱、腹痛、嘔吐、胃の痛みを訴える人、怪我をした人が多かった。怪我の原因は、道路工事中の事故や、交通事故である。車が崖から転落したという話は、珍しくない。入院患者は、マラリア、発熱が継続している小児、腸チフス、アレルギー、結核、アルコール性肝炎などを患っていることが多かった。また、ディラン周辺では、ベテルナッツや、噛みタバコを嗜む習慣がある。これらの嗜好品は、癌との関連があるといわれている²⁾。地元医師から頭頸部癌が多いという情報も聞いた。しかし、実際の症例として経験したことはなかった。

日本の多くの病院には、電子体温計、パルスオキシメーター、心電図モニターなど、電子音が鳴る医療器材がある。しかし、ディランにはそのような機械はなく、水銀血圧計、レントゲン、吸引機はあった。また、停電になることも多くあり、電子機器の使用は難しかった。クロスマッチテスト（血液型判定）、ヘモグロビン濃度、血糖値、血沈、マラリア感染や結核感染に関する検査は、検査技師が行っていた。限られた機材、検査では、正確な診断や治療を行うには限界がある。そのため、CHCで手に負えない重症な患者は、車で50km離れたボンディアの県立病院に搬送しなければならなかった。

CHCでの診察費、入院費は無料で、1日に2回提供される食事無料である。患者の身の回りの世話は、家族が行う。家族は病室内にヤクのマットを敷いて、話をしたり休息を取っていた（写真3）。時には空いているベッドで寝ていたりするので患者と間違えることがあった。家族は、炊事場を利用し自分たちの食事を用意し、病室内で食べるので、院内はまるで家ようだった。

CHCの母子保健活動

出産前健診は、通称「ドクターマダム」と呼ばれている女性医師によって、毎週金曜日に行われていた。妊娠が確定すると、ヘモグロビン、血液型、蛋白尿、血圧、体重測定などの検査を行い、結果を妊婦専用のカルテ（Antenatal card）に記入する。妊婦健診を見学していると、突然、ドクターマダムに「この妊婦の出産予定日はいつ？」と聞かれて、タジタジしていると、「なんでわからないの！」怒られてしまった。さて、すべての妊婦が出産前健診に来ているわけではない。CHCから車で30分、車を止めた場所からさらに徒歩で20分かかる村を訪問した時、若い妊婦に出会った。「出産前健診へ行っているか。」と聞くと、「遠いので行っていない。」と返事が返ってきた。確かに、大きなお腹を抱えて、CHCまで行くのは大変だ。しかし、出産前のリスクの有無がわかることは、安全なお産につながるので、ぜひ行くようにと話をした。

母子を対象とした予防接種は、定期的に行われ、対象者に予防接種カードが配られる。予防接種の内容は、BCGワクチン、ポリオワクチン、三種混合ワクチンなどである。カードに記載してある接種予定時期に合わせ、母子は来院する。予防接種が行われる日は、母親と子供が特に多い。外来とは別の部屋（Integrated child development section: ICDS）で予防接種は行われる。看護師は、予防接種カードで、名前等を確認し、記録用ノートに記載してから、予防接種を行う。また、CHCスタッフは、村に出張し予防接種を行う。CHCの車が村に到着すると、子どもを抱えた母親が集まり、車を取り囲む。中には予防接種カードを持っていない母親もいて、この場合は、口頭で確認が行われていた。

家族計画として、ビルやコンドームの配布、子宮内避妊用具（Intrauterine device: IUD）の挿入が無料で行われていた。この避妊具は3年間使用できる。使用を希望する女性は看護師に依頼し、その場で処置が行われる。ある日、軽度の知的障害があるように思われる25歳の女性が来院した。モンパ語で看護師たちと話をしていたので、後から詳細を看護師に聞いた。彼女は、レイプをされ、一月前に父親がわからない子供を産み、その子どもは、里親に出された。同じようなことがあってはいけなと、避妊の処置がなされた。さて、女性に多い疾患の一つに尿路感染があった。理由は

ショーツを利用する人が少ないためと看護師は教えてくれた。女性の伝統的な服は、ワンピースタイプであり、地べたにも座ることがあるため、感染しやすいのかもしれない。

忘れられない事例

CHC 滞在中に、特に印象に残った事例を紹介したい。

①出産の立ち合い

私は出産に立ち会ったことがなく、出産に立ち会いたいと常々思っていたら、6月15日にその機会を得た。9時ごろ妊婦とその家族が、水筒、毛布、子どもの服などを抱えて来院した。20歳前の初産婦だった。ドクターマダムによる診察の結果、出産が近いということで、分娩室の横の待機室に入院となった。看護師2名が介助に付いた。11時20分、私も分娩室に入った。妊婦の母親は、心配そうに妊婦の手を握っていた。正中静脈に刺した点滴の針は、痛みによる体動で薬剤が漏れ、何度も刺し直しが行われた。看護師の声掛けに合わせ、妊婦は痛そうにいきんでいた。兄の頭が少しずつ見えはじめ、12時10分に、2600gの男児が誕生した。看護師は、臍帯処置のため、兄の臍から3cmほど離れた位置で臍帯を糸で縛り、その上をハサミで切った。続いて古い吸引機で兄の痰を吸引した。電気がなく吸引機が使えないときは、ストローで吸引をするそうだ。後産が続いていたが、私はこの時点で、気持ち悪くなって退室した。すべての処置が終わると妊婦は病室に移動し休息をとった。そして、夕方には家族全員で病院を後にした。その様子は非常に和やかだった。出生届は、出産後10日以内に役所に届けられる。

私はドラマのような感動的な出産場面を想像していたが、全くそうではなかった。人間が生まれ出てきた、という表現がよいだろうか。板のような分娩台での出産が、あまりにもリアルで、私には非常に生々しいものに感じられた（写真4）。今回の出産は、母子ともに無事な出産であった。もし何らかの異常や、急変が起こった場合、医療器材が限られており対応は厳しい。ヘルスセンターでの出産といえども、命懸けである。分娩を見守る看護師の顔もいつになく厳しかった。

②感電による火傷

6月15日の午後の診察が終わったところ、一人の皮膚がただれた男性が来院した。看護師に話を聞くと、電線工事中に電線が体に触れ、火傷を負ったそうである。道路工事などの労働者は、普通のシャツ、ズボン、靴や長靴を着用して作業をしている。安全対策がなされた服ではないため、このような事故は発生しやすい。上半身の皮膚は焦げており、水泡（水ぶくれ）ができていた（写真5）。毎日通院して洗浄や消毒を継続した結果、男性の傷は良くなった。

③末期の結核患者

6月23日、CHCに行くと、早朝に結核患者が吐血したと、病棟内は騒がしかった。しかし、医師が二人とも不在であったため、薬剤師と看護師たちは、どうしていいかと困っていた。15時半頃、ドクターマダムが戻ってきて、吐血した患者の対応を始めた。医師の呼び掛けに反応がするが、患者は努力様呼吸、喘鳴もみられ、血圧は低めだった。CHCにハンドルを回して高さを調節できるベッドはなかったため、看護助手がベッドの脚に石をいれ足元を高くし、血圧の上昇を試みた。病室に酸素ボンベが持ち込まれ、酸素投与が開始された。点滴を始めようとしたが、血管内にうまく針が入らないため、看護師が交代で何回か針を刺し直し、ようやく点滴が開始された。しかし、患者は呼びかけに反応しなくなり、指先は冷たく、脈も触れにくく、眼球は上点した。突然、たくさんのハエが患者に群がった。その横で看護師は血圧や脈を測定し、医師に伝え、エピネフィリンが投与された。少しずつ意識が戻り、のどが渇いたといって、水を飲んだ（17時30分）。この時、ヘモグロ빈は4g/dlで、非常に低い。一瞬、回復に向かったように思われたが、再び容体が悪化し、徐々に呼吸数が少なくなり、息をひきとった。患者だけにハエが群がっていて、不思議な光景だった。

看護師によると、患者は結核治療のため内服を継続していた。結核治療薬は副作用が強いので、たんばく質を含んだ食事をとらないといけない。しかし、患者は食事をほとんど食べず、クッキーなどを少し食べていただけで十分な栄養が取れていなかった。その結果、胃潰瘍になり吐血してしまった。家族は見舞い来ることが少なく、身の回

りの世話をしてもらえていなかったそうである。臨終にやってきた家族は、呆然とし、泣いている人もいた。様子が落ち着いてから、ご遺体は家族と一緒に家に帰っていった。

④事故による巨大褥瘡

6月20日の朝、落石による外傷患者が担ぎ込まれ、看護師が頭部の傷を縫合した。4日後、病院に来てみると、同僚らに担がれてレントゲン室に運ばれていた。レントゲン技師はこの日の前日まで休暇を取っており、入院から4日間レントゲン撮影ができていなかった。頸椎を損傷したようで、首から下は、両手が少し動くくらいでほとんど動かず、自力で体位を変えることができなかった。医師は、褥瘡予防のためにコナツツオイルで背部をマッサージするように看護師や患者の妻に指示をした。アルナーチャル州には神経内科医がいないので、総合病院があるアッサム州グワハチに搬送する必要がある。6月27日から7月1日まで、私はディラン周辺の調査に行きCHCを訪れていなかった。7月2日、再びCHCへ行くと、男性はバルンカテテル(尿の管)を入れて戻ってきていた。治療費を工面できなかったため、総合病院で治療を断念したそうである。7月9日、CHCで行える治療はないため、サンティ村の家へ帰っていった。

そして、再び7月27日に彼はヘルスセンターに入院していた。左背部には、焼き印の後があり伝統治療がなされていた。バルンカテテルは、挿入されたままだった。男性に横を向くように看護師が指示するが、自力ではできない。そこで、妻を呼んできて一緒に右側臥位にした。仙骨部に10×20cmの褥瘡ができており、悪臭もした。これほど大きく、深刻な褥瘡は見たことがなかった。皮膚はえぐれているというより、表皮から皮下組織の全体が臀部に向けてずれている状態で、仙骨が見え、その隙間には、ガーゼが詰められていた。消毒液をかけ、壊死している皮膚を切り取り、再び消毒液を浸したガーゼで傷を押さえた。一緒に処置をした看護師は、入院時よりは少し良くなってきたと教えてくれた。詰所に戻ると、消毒に同行しなかった別の看護師に「傷口には虫がいた?」と聞かれ、「いなかった」と答えた。入院当初は、虫がわいていたのだろう。看護師は、追加の消毒薬を買うように妻に話をしていたが、答えは「も

うお金がないので買えない。」だった。妻は、二人の子どもの世話、お金を稼がなければならず、看護する時間が十分にとることができなかった。そのため、男性は自宅のベッドで寝かされたままになり、結果として大きな褥瘡ができてしまった。9月に再びディランを訪問した時には、男性は亡くなっていた。同じような症例が以前にもあったそうだ。骨が見えるほどの褥瘡は、傷口から感染しやすい。感染が全身に及べば敗血症になり死に至る。このような事例を見ると、医療だけの問題ではなく貧困といった社会的問題も垣間見られ、厳しい現実を表していた。

雨の影響

紹介した事例のほかにも、腸チフスや、マラリア、キノコ中毒などの症例を経験した。これらは日本の病院ではまれな症例である。そうこうして、あつという間にCHC滞在の2か月が過ぎ、宿を出発する7月30日となった。しかし、迎えの車は予定の時刻になっても、1日たっても来なかった。いつものことかと思った。実は、出発の前日から降り出した雨の影響で、土砂崩れが起り、通行止めになっていたのだ。小さな石をコンクリートで固めた道路の舗装は、非常にもろく、乾季の間に道路整備しても、雨季の雨の影響で、土砂崩れが起きる。いたちごっこの様に、工事は毎年繰り返されていた。

結局、予定の2日遅れで出発した。道中、数か所で大きな土砂崩れが発生していた。それらの場所では、土砂をブルドーザーで端に寄せ車が通るだけの道は確保されていた(写真6)。酷い泥濘ができていた場所で、普通車では進めなくなった。そこで、ジープ型の車に乗り換えて先に進んだ。山を下り終え、アルナーチャル州の入域チェックポイントがあるバルクボンまで来た。ここでは、洪水で橋が流されていて、人一人通ることができない橋げたが残っていただけだった。恐る恐る濁流の上を歩いて渡るしかなかった。翌朝、再び車を乗り変え空港に急いだ。アッサム州に入ると雨は止み青空になった。この時、後ろを振り返って見ると、アルナーチャルの山々は黒い雲に覆われ、何かを隠しているようで、神秘的だった。そして、フライト予定時刻の2時間半前に空港にたどり着き、帰国することができた。



写真1 注射施行の様子 2009.7.29 撮影



写真2 診察を待つ患者（2009.06.15 撮影）



写真3 病室の様子（ヤクの毛の敷物が敷いてある）
（2009.7.24 撮影）



写真4 分娩室（2009.6.12 撮影）



写真5 火傷を負った腕（2009.6.17 撮影）



写真6 土砂崩後に道路整備をしている様子
（2009.07.30 撮影）

CHC滞在を通じて考えたこと

私は看護師としての経験をCHCで活かせるだろうと考えていた。日本では、清拭や排泄介助など患者の身の回りの世話は、看護師の仕事である。患者のケアをCHC看護師も行っており、言葉がわからなくても一緒にケアなど行うことができるかと期待していた。しかし、アルナーチャル州では医療者の数が少ないために、看護師は医師としての役割も担い、仕事時間のほとんどを、点滴や注射の施行に費やしていた。そのため、保清などのケアを行うことはしていなかった。さらに、初めて経験する症例に対して何をしていたかわからず、見ているばかりだった。また、地元の言葉であるモンパ語しか話せない人とは、コミュニケーションを取ることは難しかった。このような状況の中で何かを単独ですることは、業務の邪魔になるのではないかと思い、非常に悩ましかった。患者と関る良い方法を試行錯誤するべきだったと今は考えている。結局、CHCで私が行ったことは、点滴や注射の準備、物品を届けるなどの簡単な手伝いと、診察の介助で、医療現場で大きな貢献は出来なかった。しかし、滞在したことで、人脈づくり、現地の情報を得ることができ、後に行うメディカルキャンプ調査に繋げることができた。

CHCで行われていた公衆衛生活動である母子保健対策や感染症対策について考えてみたい。これらの対策は、CHCだけでなく、遠方の村でもスタッフが出張し実施されていた。けれども、すべての住民に行き届いているとは言い難い現状もあった。医療従事者や施設が少ないことに加え、村が点在しており、CHCから遠い村の住民は医療施設へのアクセスが非常に悪い。さらに、毎年大雨が降る気象条件、崖崩れが起きやすい地理条件が、人や物資の移動やインフラ整備を困難にしていた。さらに、モンパ族特有の生活様式も要因として考えられる。特に、牧畜民であるブロッパは、標高2000m以上で生活をする。また夏季は移牧を行うため標高4000mの山へ向かい、CHCやサブセンターから離れてしまう。このように、医療の充実を図るには難しい課題がある。しかし、CHCのスタッフたちは、厳しい環境の中で、できる限りの医療を行っていた。

ディランでは、医療サービスへのアクセス、医療資源は限られる。一方で、伝統医療などが広く

利用されていた。前述した焼き印療法もその一つである。この他にも、シャーマンやチベット仏教の僧侶による宗教的な祈りも治療とされていた。手首や足首に巻き付けられた赤い紐は、僧侶が巻いた紐で、痛み止めの効果がある。年齢を問わずこの紐を付けている人をよく見かけた。この滞後に実施したメディカルキャンプ調査で、病気になったらまずどのような治療を行うかと質問をしたところ、対象者の半分以上が伝統医療を行うと回答した³⁾。伝統的な治療によって、根本的な病因はなくなるかもしれない。しかし、伝統的な医療による癒しは、症状の改善だけでなく、心の安らぎや安心感が得られ、その心理的な満足は、QOL (Quality of life) の向上に繋がるのではないだろうか。伝統的治療も西洋医療も状況や信念に応じて利用されていた。

ディラン周辺の高齢者は、男性も女性も伝統的衣装を着ていた。母親世代の中年女性は巻きスカートにブラウスなどの洋服、中年男性は洋服を着ており、若い世代は洋服を着ていた。また言葉に関しては、高齢者はモンパ語、中高年はヒンディー語とモンパ語、若者はヒンディー語や英語を話していた。世代による服装や言葉の違いが混在している状態は、調査で訪れた他のアジア地域とは様子が異なるように思われた。アルナーチャル州では、1960年に中国とインドの国境紛争が起り、その後インドによって急速に開発が進み、1987年に州として独立した。昔ながらの生活が続いていたアルナーチャル州は、ここ50年から60年の間に、急速に近代的な生活に変化した。そのような背景を考えると、ディランの高齢者は、生活様式の変化を受け入れつつ、伝統的生活を続けており、いわばモンパ族の生き証人ともいえる。また、ジロのアパタニ族の高齢者は、顔に入れ墨を入れ、女性は鼻のプラグを挿入している伝統的な出で立ちだった。1970年頃その風習は廃止となり、若い人は入れ墨などを行っていない。アルナーチャル州では、祭事やフェスティバルの際は、子どもから高齢者まで、各々の民族衣装を着てダンスを踊り、伝統的食事を食す。このように、お祭りとして文化や伝統は引き継がれていた。政治的な理由から、現在でもアルナーチャル州に入るには許可証が必要であり、入域に制限がある。しかし、生活様式の変化は止められない。伝統的な

服を日常的に着ている高齢者に会えたことは非常に貴重だった。

おわりに

モンパ族である宿の女将さんは、伝統的な料理であるチュラカムタン（チーズの煮込み）、蕎麦、手作りの酒、モモと呼ばれる餃子などをふるまってくれた。プジャ（お祈り）に行こうとお寺にも連れて行ってくれた。また、お手伝いの女の子やお孫さんたちと、歌を歌い、ダンスを踊り、楽しい滞在だった。ただ、建物が古かったのは問題だった。屋根裏には鳩が住んでいて、朝は鳩の鳴き声と足音で起こされた。お湯を溜めるタンクのパッキンが壊れ、噴水のように水があふれて、お風呂とトイレが水浸しになった。椅子に敷かれていたマットに住み着いていたダニに全身を噛まれ、痒みで寝られない夜もあった。トラブルもあったが、フィールド・ワークの醍醐味を味わうことができた思い出深い滞在となった。

2018年11月20日、ディランに住む友達がCHCの門の写真を送ってきてくれた。門構えは変わっていなかった。よく見ると、当時の平屋の建物は解体作業が進み、その後ろに2階建てのコンクリートでできた新しいヘルスセンターが建っていた。2012年以降、私はディランを訪れることはできていない。もう一度ディランを訪れ、ヘルスセンターの様子や、現在の医療状況などの変化をこの目で確かめたい。そしてお世話になった多くの人に、もう一度会えることを願っている。

謝辞

高所プロジェクト（総合地球環境学研究所 プロジェクト研究「人の生老病死と高所環境—「高地文明」における医学生理・生態・文化的適応」プロジェクトリーダー奥宮清人 2008-2012）の調査の一環として行われたものである。滞在中は、CHCのスタッフ、女将さんや女将さんの家族、旅行会社のスタッフ、高所プロジェクトのメンバーに協力していただいた。この場を借りて感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 国民衛生の動向 2018/2019. 厚生労働統計協会. 2018

- 2) IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2012
- 3) 石本恭子, 坂本龍太, 小坂康之, 他「北東インド、アルナーチャル・プラデーシュ州、モンパ族の高齢者を訪ねて」ヒマラヤ学誌 11:137-142, 2010

Summary

Staying at Dirang Community Health Center

Yasuko Ishimoto

Department of Health and Sports Science, Faculty of Health Science and Technology

Kawasaki University of Medical Welfare

I stayed at Dirang community health center for 2 month in West Kameng, Arunachal Pradesh, India in 2009. I saw many interesting cases that I haven't experienced at the hospital in Japan. I would like to introduce my experiences in health center and discuss medical situation of differences between Dirang and Japan.