

結核医療協力

工藤 祐 是（結核予防会）

結核症は風土病と異なり普遍的な疾患であるから、あえて不便な現地でそれ自体の研究を行なう必要は認められない。また、その国の結核対策を推進させるための調査も既に WHO あたりの指導で、一応のプロジェクトを実施中であり、これを実施するだけで手一杯なのが実情である。さらにこれらの国の医師達は一般に創造的な研究には関心が薄い。これは医師の数が少なく、直接診療に役立つ知識を先進国から吸収すれば十分であるという考えによるようである。従ってこのような状況の中へ、当方から研究テーマを持込むことは、たとえそれが、どんなに興味があっても、先方からの要請がない限り遠慮すべきであろう。

また、これらの国では結核対策を進めるべき、資材や人員の不足は覆うべくもないが、これとても、先方からの熱心な協力要請がなければ、当方で考えたことを押し付けても、全くの独り相撲となるであろう。

小生タイ国在任中に、日本の某大学の学生数人が中央胸部診療所へ来て、検診車を持込み集検を実施したいと申入れているのを見たが、関係者は甚だ迷惑そうであった。これなどは善意には違いないが、既定のスケジュール以外の頼みもしない協力申込は、先方にとって余計な負担と感ずるのも無理はない。

このように外国で結核の仕事を進めるには多くの問題がある。これを克服するには、まず現地の医師、医療機関、研究所などと密接な連絡がとれていなければならない。少なくともタイ国では、外国からの援助はすべて現場からの要請を政府機関が取り捨てる形をとっている。また一歩進めて、政府間協定で結核研究所を日本側で寄附出来れば、これらの問題点は容易に解決出来、援助の効果も飛躍的にあがるであろう。

小生としては援助の内容や現地での研究テーマについての意見も必要であろうが、現地事情の分析が医療事情の面からだけでなく、いかにしてパイプラインをつなぐかという点で論議されることも重要であることを強調する。

カンボジア・マレーシアおよび
タイの結核を見て

前川 暢 夫（京大結研）

1964年12月に約2週間タイ国に滞在して、同学の寺松孝助教授と共に主としてバンコクおよびその周辺の結核事情を視察する機会を得たが、今回1966年8月下旬より約3週間にわたってカンボジア、マレーシアおよびタイ国を訪れ駆足でこれらの国々の結核の実情を見学する事が出来たので長期間一地点に滞在して診療あるいは研究に従事された方々に比べて速断等による誤解も多い事とは思いつながら、簡単に印象を述べて置きたい。

カンボジアの医療殊に結核に関しては馬杉氏の報告に接するまで私共はほとんど何の資料も有していなかったと言ってよいが、実際にカンボジアに着いてWHOのDr. C. Rubinsteinに会い、その通訳で厚生次官 Long Nghet氏や、結核診療所長 Dr. In Sokan およびその Staff に話をきいてほとんど統計的な資料が得られないのに驚いた。T.B. Control Program については全くその緒についたばかりといってよく、600万の人口の1割が集中している首都近傍においても極く小規模な活動が行なわれているだけで、組織的な活動はすべて今後に期待せざるを得ない実状のようである。一例をあげると唯一の結核診療施設は Dispensary 程度のもので、1台の顕微鏡と Mongkolborey 医療センターに備えられていた日本製のX線間接撮影装置（東芝、35mm）を車体ごと移動させて診療所の構内に固定しているものとが診断の為の武器であって、断層撮影は出来ないし、培養の為の設備は全くない。Centre de Santé は全国で13あるがX線装置を持っているのは Mongkolborey 医療センターのみであって、他の施設では顕微鏡も全部には配置されていないので首都以外の地域では結核に関しては各州立病院でのわずかな能力を除いてほとんど放置されているといってもよいと思われる。

最大の州である、Battambang 州 Mongkolborey 郡にある医療センターで国越宇院長に会い知り得た同地域の概略を記すと、何等かの呼吸器症状を訴えて受診する患者のうち結核と診断されるものは月間平均80名でこれは内科疾患の約16%に相当する。年令は30