

開発途上にある国々に対する わが国の医療協力のあり方

寺 松 孝

開発途上にある国々における医療上の問題を先進国におけるそれに比較するならば、根本的には同じであるかも知れない。しかし、医療上の問題点を国民全体に共通な公衆衛生的なものと、対個人的な医療の問題とに大別して考えるならば、開発途上にある国々では前者のほうが後者に比べてより大きな、そしてより切実な問題となっているようである。

たとえば、東南アジアの国々における医療上の最大の問題点は、栄養失調症と伝染性疾患とであり、両者はいずれも、背後にある政治、経済、国民の教育などの問題をまず解決しなければ処理し難い問題であるが、先天性異常のような対個人的な問題は、これらの国々では、まだ医療上の問題としては重要視されていないのである。

タイの辺境、とくに東北タイでも、医療上の最大問題は、栄養失調症と伝染性疾患とである。栄養失調症の主な原因は、食物の質にあるようである。慢性の蛋白欠乏や、ビタミン欠乏がそれであり、この傾向に拍車をかけているのが寄生虫である。

しかもなお、このような栄養失調症や寄生虫疾患に罹患していても、患者の多くは、労働を続けており、患者自身も治療の必要性を自覚していないし、周囲のものも治療を受けさせる余裕がないというのが、現状である。

ブリラム県立病院 (Buriram Provincial Hospital) の1966年度の入院患者 7,280名の

うち、糞便検査が行なわれたものは 3,359名で、うち寄生虫を有するものは、1,847名、約55%であるが、しかもなおこれに対する治療はほとんど行なわれていない。これらの患者は、他の重篤な疾病、たとえば肺炎や腸閉塞などのために入院したのであり、寄生虫の治療のために入院したのではないからである。寄生虫対策が徹底していない以上、たとえ駆虫を行なっても、退院後の再感染を避けることが難しく、これが医師の治療意欲を阻害し、患者の意志に医師が迎合する結果となっているのである。

栄養失調症についての十分な資料を得ることは出来なかったが、たまたまある地方病院でみることに出来た手術前の血清蛋白検査成績を例にとってみても、16例のうち、A・G比の1.0以上のものはわずか2例で、最低0.45、最高1.2、平均6.2、総蛋白量は 8.0g/dl 以上が3例、平均 5.7g/dl であった。強度の貧血のために、眼瞼や口唇が全く蒼白になっていてもなお働いており、貧血だけで治療を受けるといふことは少ない。それであるから、入院中でも、栄養剤や駆虫剤の投与は、これが重篤な疾病の原因となっている場合を除いては行なわれていない。

このような医療以前ともいうべき政治経済的な問題が多く、これらは、生活事情とくに衛生環境が改善されて初めて解決される問題である。

いま一つ、別の例を挙げて、この問題を考えてみよう。赤痢は、東南アジアの国々に最も普遍的にみられる急性伝染病の一つであり、タイの地方病院では入院患者の約10%を占めるといわれている。東北タイの赤痢のうち95%は志賀赤痢菌による細菌性赤痢ということであるが、これに対するクロラムフェニコールの効力は、近年では急速に低下しつつあるとのことであり、わずかに合成ペニシリンのあるものが、かつてのクロラムフェニコール程度に有効であるといわれている。さらに、問題なのは、これらの赤痢患者の多くは、単に臨床症状のみから赤痢と診断されて、投薬治療されており、二、三日のうちに症状が軽減すると退院させられていることである。これは、患者の意志や経済的な理由によるものである。

このような現状からみると、保菌者の数はおびただしい数にのぼるものと思われる。赤痢は、この国の人々にとって、生命を脅かす重篤な疾患ではあるが、かたわら抗生物質の投与により急速に回復しうる疾患でもある。このことが、以上のような治療方針や結果をもたらしたと思われる。一方、その間に先進諸国からの医療援助として、患者に直接に不用意な投薬が行なわれており、これが以上の傾向に拍車をかけているのではなかろうかと思われる。互いに反省すべき点である。

この種の伝染性疾患の対策としては、まず衛生環境を確立し、とくに上水道を建設することが大切であるが、上水道の建設は政治経済上の問題でもあり、したがって、赤痢対策もまた国家的規模の下に行なわれるべきものの一つである。薬剤を不意に投与するがごとき医療協力は再考されるべきことである。

これに対し、結核対策は、国策的見地からWHO やタイ国の T. B. Control Center により行なわれている。タイ国における肺結核患者総数は、おおよそ180万といわれており、

うち排菌があり、何らかの治療を要するものは20万弱と推定されている。これらの結核患者に対する専用ベッド数はわずか500にすぎない。患者数に比べてベッド数が極度に不足していることは、この数字をみても明らかであるが、これは、経済的理由のほかに、タイ国では結核対策の重点が治療よりもむしろ予防におかれているために生じた現象である。この関係から、タイ国では、結核対策は、入院治療よりも外来治療や予防接種に重点がおかれており、外来治療の場合でも、喀痰中の結核菌の塗抹陽性例、すなわち、大量の結核菌を排出しつつある患者を主な治療対象としてとりあげ、これに外来化学療法を行なって排菌を減少せしめる方針が採られている。すなわち、タイ国の外来治療の主目的は、感染源の減少とこれによる新患者の発生防止に置かれている。これに対し、X線検査のように、設備費や経常費の大きい方法は、限られた地域においてのみ行なわれている。一方、BCGの接種は、現在では、ほぼ全国的な規模で行なわれており、その結果として、この国における新規発病率は急激に減少している。

わが国では、発病予防の目的で、BCG接種も広く行なわれてはいるが、むしろ治療に重点がおかれており、排菌があればもちろんのこと、排菌がなくても、胸部X線写真上何らかの治療を要する所見があれば、すべて治療対象として扱われている。結核対策としては、いうまでもなく、この方針のほうがすぐれているが、これには莫大な経費が必要であり、したがって、経済的に恵まれない開発途上の国々では、タイ国で行なわれている前述のような結核対策は極めて合理的なものといえよう。

タイ国における赤痢対策が、困難な事態に遭遇しているのに対して、結核対策が順調な進展をみせているのは、前者が個人的な医療を主としたものであるのに対し、後者が国家

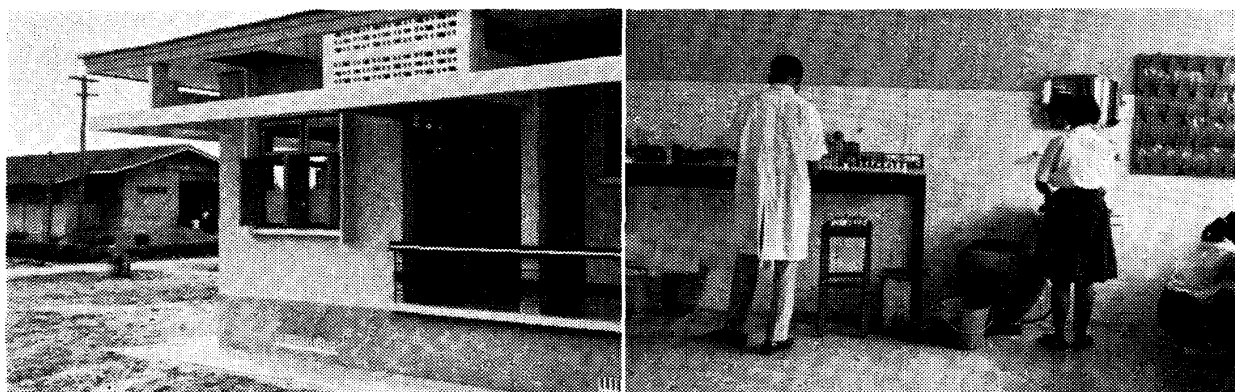


写真1, 2 ブリラム県立病院の検査室外観(左)と その内部(右)

ご覧のように、立派な建物で見た目もきれいであるが、内部には何もないといってよい。わずかに血液と糞尿検査用の簡単な設備があるのみである。それであるから、診断はほとんど視診、触診などで、古来の名医のごとく天啓によって下すことになる。派遣医師にとって、日本では見られないような現地の疾病に対する知識の不可欠なるゆえんの一つである。

的な規模で国策として行なわれているためであろう。

以上のことを考慮しつつ、これらの国々に対するわが国の医療協力のあり方について検討してみることにする。これらの国々における医療が総合的見地から一貫した方針の下で行なわれるべきものである以上、医療協力もまたその線に従って行なわれるべきものと考えられる。

現在、わが国の医療協力は、コロンボ計画にのっとり、現地政府の要求に応じて行なわれており、以上の見地から妥当なものと思われるが、個人や民間団体などによる医療協力もまた、国家的なそれと同様に、現地政府の方針を尊重しつつ慎重な配慮の下に行なわれるべきものと考えられる。ともあれ、いずれの場合でも、とくに注意すべきは、派遣医の選択や熱帯病に対する予備的訓練の問題である。

筆者は、昭和41年末から42年のはじめにかけて、タイ国政府の要請による医療協力チームの団長として、東北タイのブリラム県立病院へ出張した。そのさいの経験や、過去の経験から感じることは、日本人医師に熱帯病や貧困病についての知識や経験が欠けていて、

この点で現地人医師にひけをとる場合が少なくないことである。たとえば、日本人医師のなかには、コレラなどの急性伝染病をみたこともない人が多く、VB₁ 欠乏症によるいわゆる脚気衝心などを一見してそれと診断し得る人も少ないものと思われる。寄生虫が原因と思われる Eosinophilic Meningocepharitis などこれをみた経験がなければ容易に診断し難いものである。この種の疾患は、東南アジアでは、多くの地域にしばしばみられるものであるが、日本から派遣された在来診療チームのうち、これを問題とした人は見当たらない。

一方、わが国で近年増加しつつある肺癌のごときは、タイ国では少なく、本症に対して十分な診断能力を持つタイ人医師は少ない。肺気腫や肺線維症も、肺炎や気管支炎が多いこの国ではしばしばみられるものであるが、この種の疾患に対する現地人医師の関心はきわめて低い。短期間に直接生命を脅かすことの少ないこの種の疾患にまで関心を持つ余裕がないのが実情である。経済的、衛生的基盤の差が、重視される疾患の違いや、医師の関心や能力の違いを招いたものと思われる。

しかしながら、このことは、わが国の医師

が、現地の診療に耐え得る能力がないということの意味しているのではない。基礎的知識は充分であるわが国の医師が、現地で、数カ月から1年にわたって現地向きのトレーニングをうけるならば、かれらは容易に現地人医師に勝るとも劣らぬ能力を有するに至ることは疑いない。このことは、タイのみならずすべての開発途上にある国々での医療協力に際しても同様にいい得るところと思われるので、赴任の前に、まず現地で、症例に直接あたりながら、現地に適したトレーニングをうけることが大切であると思われる。そして、もしこのような事前の訓練が不可能な場合には、各自の専門の領域で、その得手とするところを発揮し得るような職場において働くということを原則とすべきであろう。

タイ政府は、その要求事項のうちに、当初筆者らのチームに対して巡回診療を含む地方の保健所や小診療所での一般診療を挙げたが、筆者は、前述の理由から、少しでも専門を生かし得る県立病院での勤務のほうを希望した。いろいろ折衝のうえ、最後には、筆者らの希望が入れられたのではあるが、その間、筆者の見解に対立して、現地人医師より、日本人医師が、短かい期間で現地の医療事情に精通し得るのは、それほど困難ではないと思われるが、なぜそれほどまでに地方での一般診療を拒否するのかという質問があった。筆者は、この種の訓練は必ずしも容易ではなく、そのためには最低数カ月を要すると考えているのみならず、いま一つわが国の国内事情からする問題があることを指摘しておいたのである。

後者のわが国での問題について論ずる前に、現状において最も妥当かつ適正と思われる医療協力のあり方について考えてみる。前述のように、日本人医師は、現地で広く一般診療を行なうには適しないが、それぞれ高度の専門的知識を有している人が多いので、その専

門的分野における協力は容易であり、また最も有益でもある。とくに、現地で欠如または不足している部門の専門医を派遣することは有用であり、また現地側からも要望されているところである。そのさい、われわれの現地での相手役になる現地人医師の多くは、欧米に留学したことがあり、また、しばしば医療協力を目的として先進国から派遣された専門家に接した経験を有しているために、派遣医師に対する充分な鑑識眼と批判力を有していることを忘れてはならない。

それであるから、当然ではあるが、派遣すべき専門家としては、学識、経験はもちろん、人柄もすぐれている人でなければならないということになるが、このようなすぐれた専門家はわが国においても必要であり、長期にわたる海外出張はまず不可能である。また、すぐれた専門家であれば、その必要度からみて、出張中、その地位をそのまま空席にしておくことは難しい。そこで、暫定的であっても、他の専門家にその地位を譲って出張することになるが、この場合には帰国後、ただちに旧職に復帰し得ないことも起こり得る。これは、専門家というのは、機械の重要部分であり、とり換えが難しい場合が少なくないのみならず、他の機械に転用することも容易でないからである。それであるから、専門家の派遣に当たっては、その後任や帰国後の地位などが事前に考慮される必要がある。筆者の知っている専門家の1人は、ある大学の講師であるが、3カ月の出張ならば休職として扱うが、それ以上に及ぶと辞職していただくと大学当局から申し渡されているとこぼしていたが、これなどは、前述の国内事情をよく表わしている実例であろう。

しかし、専門家はその有能性の故に、帰国後の再就職などにおいても、まだ専門教育を受けていない若い人の場合に比べるとはるかに有利である。筆者が、海外医療協力に当たっ

ては、専門家を派遣したほうが国内事情からみても有利であるとする理由の一つである。

それでもなお、派遣された専門家にとっては、帰国後生ずる致命的な問題が未解決のまま残されている。すなわち、さきに残した国内事情での問題である。それは、医療協力としての海外での経験や業績が、少なくともわが国の医学会にとっては、大きな価値を有するものとはならないということである。たとえば、結核の化学療法を集団的に行なう場合、脱落者を最低におさえるということは、現地では極めて重要な問題である。そのために、薬剤の頒布形式や服薬の確認法などについてのいろいろなテクニックが検討されている。しかし、現在の日本では、そのような検討は、まず無用といってもよい。また、タイ国や中華民国では、BCGを新生児に接種することを試みており、これについて種々検討されていたが、これは、この接種法が全く危険性がないというよりは、むしろ、産院や病院で接種したほうがより容易にかつ確実に接種対象を集め得るという理由から出発したものと思われた。この種の研究がわが国で関心を惹かないのは止むを得ないところではあるが、前述のように、派遣された専門家が、真に現地で役立つ研究を欲しても、それが帰国後は無用のものとなることが少なくないということは、充分考慮されねばならない。

専門家が、わが国でおかれているその専門領域での進歩の速さを考えると、前述のような状況で現地に長期間滞在するならば、帰国後は、極めて不利な状態に立たされることがあるわけである。すなわち、医療協力という人間として当然なすべきことをしたにもかかわらず、専門家としては全く無為な空白期間を過ごしかねないのである。このようなこと

は、若い、まだ専門家としてのトレーニングを十分に受けていない人を派遣する場合にもあてはまる。周知のように、開発途上の国々では、医師の絶対数は明らかに不足しており、そのために地方の民衆の多くは近代医学の恩恵から全く見放されている。このような地方での一般診療には若い医師がより適してはいるが、そうかといって、若い医師が現地向けのトレーニングを受け、また現地での診療経験を積んで帰国した暁に、日本の実情に則した医師になり得るかどうかは疑問である。これは、考え方によっては、専門家の場合よりもより深刻な事態となるかもしれない。

以上のように、医療協力としては、現地での方針に従わなければならない、その方針に従う限り、現地での経験は、より次元の高いわが国ではその価値は少ないということになる。それ故に、この問題は、わが国の医療協力に当たってまず考慮すべき基本的事項であり、早急に解決を要するところである。

解決策としての筆者の私案としては、わが国において、まず熱帯医学と貧困のための医学とを開発するとともに、一方では、開発途上にある国々へ派遣するのに適した訓練を受けた医師を養成することであり、そのための研究所や大学の施設を国内のみならず現地にも設けることを提唱したい。このようにしてはじめて、現地側に喜ばれる医師の数を揃え、かつかれらが日本に帰国した後の職場もあるといった事態が期待され得るのである。

医療協力には、いまなお、問題が山積みしており、とくにその末端では実に無数といってよいほどみられる。しかし、くり返すように、まず、前述の基本的問題が解決されない限り、全面的な進歩や改善はないといってよい。あえて申し述べるゆえんである。