

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し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

才台から50才台に多く（平均寿命は43才）、80%は農民で彼等の年間平均所得はUS 45ドル、住居は25m²に家族6人という構成が74%を占め、米を主食とし、淡水魚および少量の野菜を副食としているが、すべて加熱して用いる。このためか「スポック」と呼ばれる四肢の「しびれ」を伴うものが非常に多く、ビタミン剤投与により著しく軽快する点から Multiple Avitaminosis ではないかと想像されている。

ともかくカンボジアにおいては集団検診は全く行なわれていないで、何等かの呼吸器系の症状を訴えたものについて喀痰の塗抹検査およびX線間接撮影を行なった上、結核菌陽性例に SM と INH の併用、あるいは INH 単独での治療を6カ月ないし1年間行なうということであるが中断例が多い。ツベルクリン反応および BCG 接種についても1959年迄に行なわれた、WHO による Mass Campaign 以来は極く小規模に首都での乳幼児、学童および少数の Close Contact について行なわれている程度である。現在国内の医師の総数は300人といわれるが結核医の数は非常に少ない。従って疫学的調査は現在まず不可能といってもよいが、私が会った限りカンボジアの若い医師は非常に意欲的で WHO の Staff の努力と相まって近い将来にこの国の T.B. Control は次第に軌道に乗るであろうと思われた。

これに対してマレーシアは、かなり高いレベルにあって、入院治療を主とし二次抗結核剤による併用治療を行なっているシンガポールを別にしても、よく組織された T.B. Control Program のもとに比較的少数の医師によってかなり広範かつ精力的な活動が行なわれている。

即ち Mobile Unit による集団検診、BCG 接種等と、4,000以上の結核病床における治療、T.B. Centre における外来診療とそれらの Follow Up 等が比較的バランスよく運営され、胸部外科手術もよく行なわれ、培養設備も有しているし、最近は薬剤耐性検査にも手を染めている。

唯、結核菌検査については WHO の方針もあるようであるが塗抹検査のみに重点を置いて培養設備を有しながら、これを非常に軽く見ている点が奇異に感じられ、培養設備の全くないカンボジアで若い医師が培養設備を何としてもほしいと力説していたのに比べてよい対照であった。一般にマレーシアは経済的にも比

較的恵まれ、若い力にみちた国のように感じられた。

タイ国では Mobile Unit による集検、BCG 接種および治療がある程度ゆきわたり、Chiangmai, Khon Kaen の他に南部の Yala にも最近 Regional Office が出来て活動を開始した為次第に各地域の Health Center で仕事が分担されるようになり、Bangkok の Central Chest Clinic では本来の統轄的な業務と首都を中心とした地域の治療活動とに主力がおかれ、WHO の Staff との協力によって有症状者の中から喀痰の塗抹検査により結核菌陽性者を見出し、治療を開始するという方向に向っていて、ここでもやはり塗抹検査の偏重が見られるのであるが、これが培養検査能力の不足による措置なのか、塗抹陰性例はそのうちに培養陽性例を含んでいても症例としてまず negligible であるというような巨視的な判断によるものかは私には明らかではない。

全般的に治療方式をながめて、いわゆる二次抗結核剤は入院症例の一部に使用されているのみであるから別として、一次抗結核剤のみに限っても Streptomycin (SM) に関してはその用量を多少とも増すことは行なわれているのに、Isonicotinic Acid Hydrazide (INH) の投与量については入院症例でも一律に1日0.3gで、これを増量するような方針は何れの国でも考えられていないようである。

日本人の多くは INH の代謝について Rapid ないしは Intermediate Inactivator であるといわれているし、Madras での化学療法センターの治療成績を見るとインド人は Slow Inactivator であろうかと考えられるが、果たして東南アジア諸国ではどうなのであるか。この点の検索も重要な課題の一つであろうと考えられる。

又、タイ国においては INH+PAS 併用と INH+TBI 併用とを比較する Pilot Study を行なってその効果にほとんど差のないことから、routine には INH+TBI 併用方式を強力に推進しているし、マレーシアにおいては Pyrazinamide (PZA) がかなり有効であると考えられているが、これら INH との併用剤については経済的な面からばかりではなく、連用した場合の副作用をも考慮に加えて評価する必要がある。

何れにしても、結核に関する医療協力を考える場合には、急性伝染性疾患や救急外科等とはことなり、その国のおかれている経済的、社会的な条件を考え、

T.B. Control の組織および計画がどのような段階にあるかを理解し、更に Administrator のみでなく実際に活動している Staff と緊密に連絡して、真に実情に即した具体的且つ持続的な計画をたてるのでなければ、却って混乱を来たしむしろ、逆効果を生む面が多いと考える。

カンボジアにおける結核

馬 杉 雄 達（豊橋病院）

農民の間には想像に絶するほど結核が蔓延し、且つ放置されていて民族、職業により少し差が出ている。又、症状とレントゲン像との間にはあまり関係がみられない。家庭の患者は、椰子作りの家にただゴロ寝し、悲惨の極みの者が多い。

結核の知識はほとんどなく、クメール語にては「咳の出る病気」と表現されているのみ。高校以下の理科方面の教育は特に低く、衛生教育はされていない。

そのレントゲン像には重症が多く、多くはB型、空洞型で、且つ老壮年者に多い。老壮年者に多い理由は未だ解明出来ない。

喀痰の細菌学的検索はほとんど出来得なかった。

結核に対する治療大系は確立されておらず、我々は日本の予防法型式に従ったが、効果は著明であった。

結核と併行して、栄養障害、貧血も結核と同じ傾向を示している。これは政治、貧困、風土、食習慣に根ざした奥深いもので、結核への原因、結果の悪循環のアプローチを作っている。

農民の衛生生活、状態は極端に悪いというより、アンコール時代から一步も出ない原始的生活とさえ言える。

学童のツ反応陽性率は日本より低く、間接所見率は日本より高い。

これら結核に対する施設としては、結核療養所は国内に一つもなく、レ線自動車は1台もなく、ツ反応、BCG接種方式も全くなく、完全な放置状態で、我々がその先駆けと為した。保健所は母子対策に懸命で、結核対策には未着手の状態である。

医療従事者の量的不足からひいては施設の不足、施策の不備に至ったのは首肯出来る点もあるが、反面、結核、栄養障害、農村衛生等この国にとっての焦眉の急務に対する心構えが見られないのは残念である。

結核医療協力

宮 本 貴 文（水戸赤十字病院）

われわれは日常診療において、又、結核の集団検診に際して、胸部のレントゲン写真の所見に基き、「肺結核」の診断を下し、化学療法を開始することに何の不思議も感じない。勿論菌検索、赤沈などもおろそかにしてはいないが、菌検査の結果が陰性であることが、又、赤沈値の促進が見られないことが、化学療法を開始しない条件とは恐らくならないであろう。それほどレントゲン所見に重点をおいており、又実際それで十分なほど、日本の医師のレントゲン写真の読影力は高く、一方又、結核が多い国であるが、既に結核という疾患がまれなものとなっている欧米諸国の医師の間では、菌の証明を得ない限り、その診断を下さないのが普通のようなのである。

そして、このような傾向は、欧米の医学界を師とする結核疾患の多い東南アジア諸国の医師たちの間にも根強く存在し、排菌者のみを治療の対照とし、ややもすると非開放性の化学療法の極めて有効な患者の治療が遅れる傾向があるように思われる。これらのことが、われわれと東南アジア諸国の医師との間における、結核の治療、検診に当たっての意見、記載の相異となって現れる。われわれとWHOとの見解の相異にも関連し、これらの国における医療援助などに際して、心得ていないと、データの集積などに当たって、甚だ困惑する結果となる。

参 考 資 料

バクタプール(Bhaktapur)における 結核集団検診について

ネパール派遣医療団

1965年11月から66年2月まで、約4カ月間にわたり、コロンボ計画に基き、ネパール王国カトマンズ盆地において、結核の集団検診を主とする業務に従事する機会を得た。

1. 社会的背景

検診実施地域は、首都カトマンズ東南東約16km、カトマンズ、パタンと共に、この盆地の三大都市とさ