

海外協力の 現場から

保健衛生編

青年海外協力隊員の
記録

国際協力事業団
青年海外協力隊事務局

昭和58年3月

JICA LIBRARY



1018804[3]

国際協力事業団	
受入 月日 '84. 3. 16	000
登録No. 10089	36
	JVP

序にかえて

昭和58年3月

青年海外協力隊
事務局 局長 野村忠策

青年海外協力隊が発足して18年を経た。昭和40年末から41年初にかけて1次隊の隊員48名がフィリピン、マレーシア、カンボディア、ラオスの4ヶ国へ派遣されて以来、今日までに約4,400名の隊員が31の開発途上国へ派遣された。協力隊創設にかかわりをもった者のひとりとして、今昔の感にたえない。

同時に、このような協力隊の発展を見るにつけ、私は、受入各国で高い評価を培ってきた隊員および、本事業の意義を理解して協力隊を育てることに地道な努力を注いでこられた政界および都道府県の方がた、青少年運動指導者をはじめ広範な関係者各位に対して深甚なる敬意と感謝の意を表したい。

さて、協力隊事務局では昭和54年度から、隊員が事務局へ提出した業務報告書を国別にとりまとめ、「海外協力の現場から」と題して報告書集の刊行を始めた。幸い、各界から「協力隊員の生々しい活動と生活状況に触れて感動をおぼえる」との好評をいただき、本年度までに23ヶ国分を刊行できた。このように国別編がほぼ一巡したため、初のこころみとして本年度は職種別編——理数科教師、保健衛生、農業（稲作、野菜）——の3職種について刊行することとした。

いうまでもなく、協力隊員の活動は、開発途上諸国の国づくり、人づくりに“草の根”で協力しようとする我が国の青年のボランティア活動である。日本とは全く異なる文化、環境の中で、そこに住む人々と共に暮らし、共に働くことには種々の“壁”があり、時には挫折感にとらわれる。報告書は、その壁を乗り越えて新しい協力の手法を生み出そうと日夜努力している隊員の哀歓に満ちた貴重な体験の記録である。協力隊事業の財産であると同時に、我が国、我が国民全体の財産でもある。私は協力隊の仕事は隊員受入国にとってはもちろん、我が国の将来にとっても素晴らしい事業であると確信している。今後の協力隊の飛躍的発展のためには国民各位の御理解、御支援が不可欠である。一層、御理解を深めていただくうえで、この報告書集が活用されれば幸甚である。末筆ながら、報告書集作成に御協力願った関係職種の技術専門委員の方がた、ならびに隊員（OB）諸君に謝意を表する次第である。

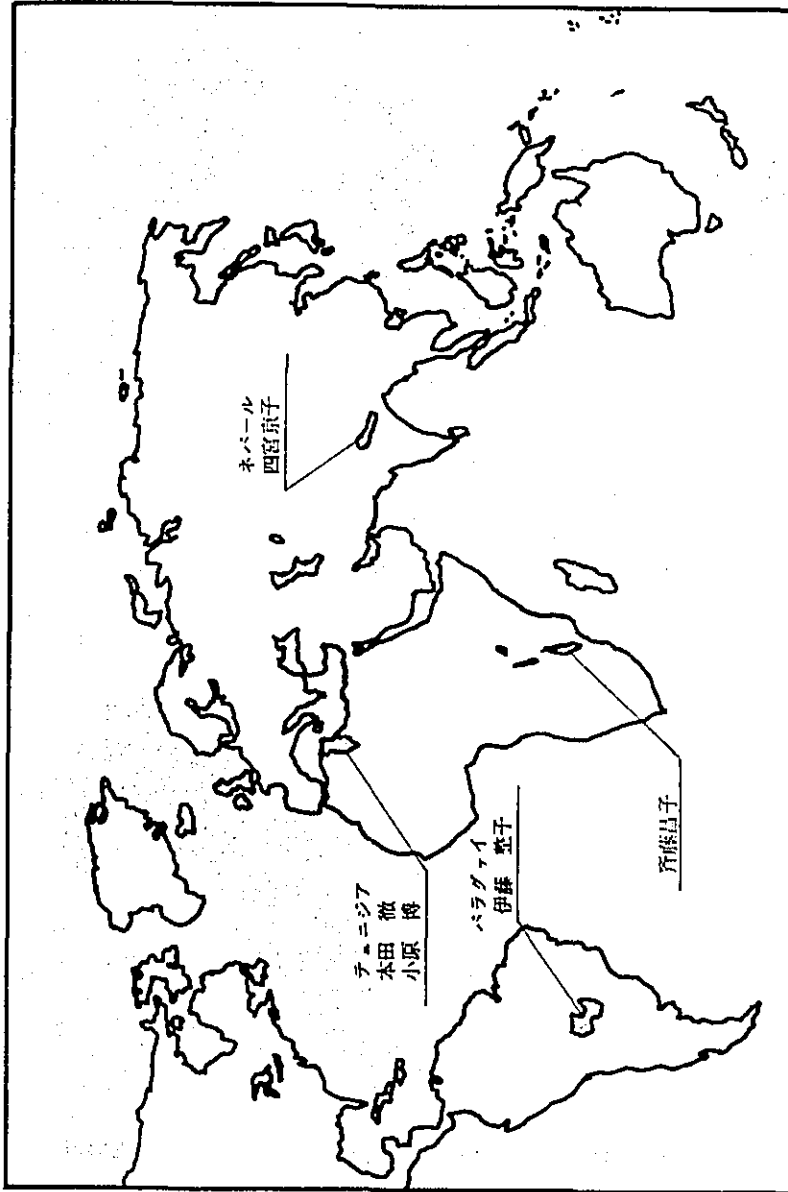
保健衛生編

目 次

◎序にかえて	野村 忠策	(1)
◎ネパール ナツカリ・シンデレラ2ヵ年の記録	四宮 京子	(5)
2年間をふり返って考えること	日高 京子	(23)
四宮隊員の報告書を読んで	森 まさ子	(25)
◎マウライ 5歳以下児の予防接種キャンペーン	斉藤 昌子	(27)
日本に帰って決えること	斉藤 昌子	(42)
斉藤隊員の報告書を読んで	森 まさ子	(47)
◎チュニジアⅠ・チュニジアをめぐる内外情勢と医療援助		
	本田 徹	(49)
日本に帰って考えること	本田 徹	(83)
本田隊員の報告書を読んで	小原 博	(85)
◎チュニジアⅡ ジェルバ地方病院の産科業務と分娩統計		
	西村 勝美	(87)
帰国して思うこと	西村 勝美	(106)
西村隊員の報告書を読んで	山崎 トヨ	(109)
◎ハラグアイ エンカルナシオン市診療センターでの活動		
	伊藤 整子	(111)
日本に帰って考えること	伊藤 整子	(133)
伊藤隊員の報告書を読んで	森 まさ子	(135)
◎あとがき	小野 睦一	(137)
〔付〕協力隊の保健衛生隊員派遣		(2)
各隊員の任地		(3)

協力隊の保健衛生隊員派遣（昭和58年2月1日現在）

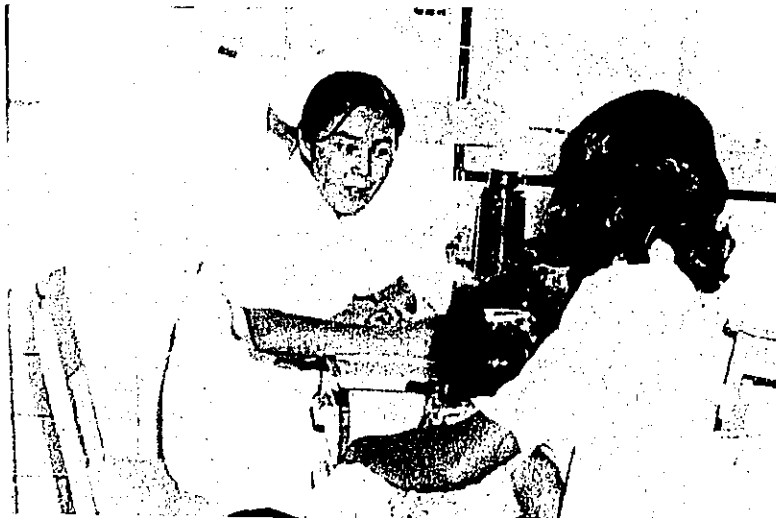
- これまでに派遣のあった国
フィリピン、マレーシア、タイ、インド、ラオス、ネパール、ホンデュラス、
コスタリカ、ボリヴィア、ハラグアイ、シリア、モロッコ、チュニジア、セネ
ガル、リベリア、マラウイ、ザンビア、タンザニア、エチオピア、西サモア
- これまでに派遣のあった職種
医師、歯科医師、看護婦、保健婦、臨床検査技師、診療放射線技師、助産婦、
作業療法師、理学療法師、薬剤師、保母、養護教員、栄養師、分衆衛生、食肉
検査、水質検査、天然痘監視員
- 現在までの派遣実績
派遣中 68 (60)
実績（累計） 313 (268)
（注）カッコ内は女性隊員。



各隊員の任地



チュニジア ジェルバ地方病院のスタッフと本田隊員



パラグアイ エンカルナシオン市診療センターで活動中の伊藤隊員

ナツカリ・シンデレラ2ヵ年の記録

総合報告書（昭和55年4月28日）
派遣国 ネパール 52年2次後期組
職 種 看護婦
氏 名 四 宮 京 子
配 属 先 カンティ小児病院

四宮隊員の略歴

氏 名 四 宮 京 子
（結婚して日高姓）
生年月日 昭和28年12月30日
出身 県 長野県
職 種 看護婦
派遣期間 53年5月～55年5月

1. はじめに

2年間の協力活動が終った。そして今、ある種の解放感と「この2年間はいったい何だったのだろう」という思いの中にいる。そんな中で“報告書”なるものを書くとは思ったのだが、今の私には無理なようである。あっさり敗北を認め、思いつくままに書くことにした。

2. 業務全般

仕事を始めた頃のとまどいといえば、“言葉”は別として、やはり“物品のなさ・少なさ”であった。薬がない。注射器がない。酸素がない。電気がこない。地方に比べれば、まだ“ある”方なのだが、すべて使い捨ての日本の病院で、物のありすぎることを当然と思って過ごしてきた私であったが、今のここでの私には日本では使い捨てのものでも充分であった。入院はしてきても薬が買えないために治療ができない（カンティは入院費、食事代は無料である）。携行機材の使い捨ての注射器、点滴針を壊れるまで消毒して使用する。当然針先は鈍くなり、注射のあとが赤い点となって、いつまでも残る。新しい針を使う時のほうが、針先が入りすぎないよう、逆に注意するようになってしまう。何の抵抗もく（それが当たり前なのだが）針先が血管に入ることに驚く。血液疾患で毎月輸血にくる子供には、どうしてもよい針を選んでしまう。そうでない子供の腕は時として、あちこち内出血で赤くなってしまふ。また1本の酸素を上と下で交替で使う。乾期になると呼吸器疾患が増えるため、3～5人の患児の間を、時には1本ないし2本の酸素で間に合わせる。本来、病院には5本の酸素シリンダーがあるのだが、常に5本が使えるという状態ではない。特に週末などは決まって1～2本だけであった。お金がないために薬が買えず、治療ができないまま死んでいく子供。酸素がなくなって死んでいく子供。そして、いつか、そういう状態に慣れてしまっている自分に気づく。お金がないのに、どうやって薬を買わせることができるだろうか。酸素がないのに、どうやって十分な看護をしてあげることができるのだろうか……と、その時々不安は、今でも私の心の中に残っている。

子供たちに多い病気は結核、栄養失調、肺炎、寄生虫による貧血症（入院患者の90%以上に寄生虫の存在が認められる）。これらの患者は年間ほ

ほぼ同率で入院してくる。雨期に多いのは、なんといっても下痢、嘔吐による脱水症。昨年5月、1ヵ月間の入院患者数は19床に対し百数名。そのうち死亡者は実に23名であった。このうちの半数が脱水症による死亡例である。入院手続きをしないまま直接看護室にきて、そこで死亡してしまう症例もあれば、脱水症で死の転帰をとる患者数はさらに多くなる。下痢、嘔吐を始めた頃から水分を与えればよいのだが、こうした知識がないために水を与えない。意識が朦朧となった状態で病院につれてくる。点滴さえ早く始めれば助かる子も、連れてくるのが遅いため、間に合わない場合が多い。次に多いのがアメーバ赤痢、腸チフスなどの伝染性の消化器疾患である。乾期になると病院は比較的暇になる。呼吸器疾患、結核性、細菌性の髄膜炎、未熟児が保温の目的で入ってくる。そして近年、血液疾患や心臓病の発見される率も高くなっている。伝染病疾患の場合、隔離ができないことから院内感染が考えられる。結核、アメーバ赤痢などはその代表的なものだろう。ある時期、結核患者の隔離室を設けてみたが、患者が多すぎて患者の一部を他の部屋に移すことになったり、空いている時には他の症例を入れなくてはならなかったり、長期間続かなかった。結核の場合、わずかに1〜2週間の入院期間の中に院内で感染したかを判断することはできないだろう。たとえばアメーバ赤痢。これにかかっている患者が1人入院してくるとする。1週間以内に必ずといってよいほど、同室の子の2、3人に同じ症状が出てきてしまうのである。ネパールにおむつをする習慣がない（上流階級では徐々に使用しつつあるが）ことも原因の1つであろう。アメーバ赤痢となれば血液を含む下痢便となる。シーツの上に、毛布の上に、そして母親のサリーに、ということになる。この状態では感染しないほうを異常としなくてはならない。そんなことがあって、病院の中だけでもおむつをさせようということになった。おむつカバーは病院から貸すようにし、おむつ用の布はできるだけ母親に用意させた。しかし、余分な布などないため、1、2回はいわれた通りに交換しても、布がなくなるとおむつカバーにさせ、それが汚れると、また、元の状態である。何とかしようと思いつつ、それが（結核にしてもアメーバ赤痢にしても）急激に直接、“死”には至らないため、それ以後、積極的な働きかけが続けられなかったことは反省しなければならない。おむつの方法がだめなら、ネパールの実情に合った他の方法を考えるべきであったと思う。看護行為につ

いては、以下1つ2つ例をあげてみる。

3. 投薬・注射

ここで困ったのは、正看護婦（しかも数年の経験者ですら）が医師の指示通りの量を正確に与薬、注射できないことであった。たとえば内服薬にジゴキシンという強心剤がある。この薬は多量に与えると中毒症状を呈する。薬局では、1錠0.5mgと0.25mgを販売している。ここで医師の指示が1回量0.125mg、1日3回であったとする。医師の指示を受けた看護婦は、どちらの錠剤をどれだけ与えたらよいかわからないまま、時には125は25の5倍になるから、0.25mgの錠剤を5錠与薬する。正しくは0.25mgの2分の1のはずであるから、そうすると適量のなんと10倍量が1回に与えられることになる。実に危険である。そんな時には必ず、以下のことを繰り返し助言した。

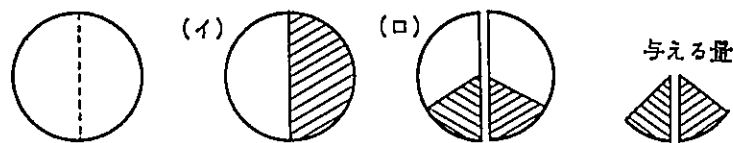
①わからない時は必ず医師か私たちに聞いて、はっきりするまで与薬しないこと。

②桁数をそろえて計算すること。0.5mgは0.500mgであり、0.25mgは0.250mgである。こうすると、どれが一番大きいか（量が多いか）がわかる。

またジゴキシンは1日3回なら、8時間おきに正確に投与すべき種類の薬である。ところが、その必要性を説明してもなかなか理解してもらえず、自分たちの仕事のやり易い時間に合わせて投薬していた。同じことが注射でもいえる。1バイアルが2ml、力価80mgの抗生剤がある（1ml=40mg）。医師が16mgを1日3回（つまり8時間毎）と指示したとすると、1回量が16mgであるから1バイアル（80mg）で5回使用できる計算になる。これが3回でなくなってしまうたり、5回使用後もまだ残っていたりすることが頻繁にあった。バイアルから注射器に移す時にこぼしたりすることも考えられるが、多くは16mgが何mlに相当するのかわからないことからくるものだ。1バイアルは2mlつまり80mgであるから、16mgは5分の1にあたり、 $2 \times 1/5 = 0.4$ すなわち0.4mlになる。

この0.4mlがわかっても、それが1ml、2mlの注射器（私たちは1ml以下の時はすべてテストシリンジを使用していた）で、どの目盛りに対応するかわからない。これは2年間、最初から最後まで頭を悩ました問題であった。

また医師側にも問題がある。指示用紙に1/3錠、1/4錠、1/3グラムというような指示を出すのである。薬局でそれをすれば問題はないのだが、薬はほとんど家族が外から買って持ってくるものであり、薬剤師は1名しかおらず、準夜あるいは深夜ともなれば薬剤師は帰ってしまって病院にはいない。そういう場合3分の1にするのはその時与薬にあたる看護婦である。



上図のように平たい錠剤の場合は比較的簡単であるが、表面が丸かったり、完全に球形のものは、1度すりつぶし、それを3等分（目見当で）する段階で問題がある。相手が小児であり、しかも1歳未満の患者の場合は、より深刻な問題である。これに関しては医師側にも問題提起してみたが、よい解決策が見つからないまま2年が過ぎてしまった。

与薬、注射に関して、もう1つ問題だったのは、確実にそれが行なわれているかであった。与えていなくても、与えたというサインがしてあったり、与えていてもサインがなかったりするのである。必ずその場で（忙しい時など薬を先に投与して、看護室にもどってきてからサインをすることが多く、いつの間にかそれが習慣となっていた）患者が指示された量の薬を飲んだことを確認してサインをするようにという注意が毎回ミーティングの席で聞かれた。にもかかわらず、いつも同じミス繰り返しであった。

深夜勤務の時であった。申し送りが終り、準夜の看護婦のあとを受け各病室を巡回していると、1人の患者の親が「今日医者が注射を買ってこいといったので、2つ買ってきたのに1度も使っていない。必要ないのか」と問う。しかも薬はDexonaという重症な時に必ず使う薬である。看護室に戻ってみると、施行したというサインがある。どちらを信用すべきか迷ったが、その頃2～3日病棟にもその薬はなかったため施行してないと判断し、私はその患者に注射をした。そして翌日、前日の準夜で注射を担当した看護婦に「注射をしなかったのではないか」と聞いたのだが、彼女は

「絶対にした。あなたは私を疑うのか」といい続けるだけで、私の言葉に、耳をかそうとはしなかった。薬も同様に、サインはしてあるのに封はきっていないのである。それらは皆、親の訴えがあってはじめてわかるものだ。親に知識がなければ発覚しないのである。対策といっても、本人たちの自覚にまかせるより他に道がなく、あとは、そうした親たちの訴えに頼るのみであった。24時間一緒に行動できれば別だが、そんなことができるわけがなく、サインがあれば施行したと信じて仕事を続けていかななくてはならなかった。常に同僚たちの仕事を疑いながら仕事をするのは、決して気持ちのよいものではなかった。

3. 検温

検温は朝6時、午後2時、夕方6時に全員を対象に行なった。有熱者がある場合は、その患者のみを以後4時間毎に再検した。20人の患者に対し体温計は4本。割ったりして補充がないと3本、時には2本という時もあった。準夜やの深夜のように1人勤務の時は、確かに少なすぎると思った。少なくとも1人の患者に3～5分はかけて測りたい。一番良い方法は、3人あるいは4人に体温計を入れたあと、先に脈、呼吸を30秒ずつ測るようにして（1分間が原則であるが、それをしていると時間がなくなり、他の処置ができなくなるから）、その時の状態を観察する。それが終わったあと、4人の体温計を抜くというように指導した。ところが、彼女たちの検温をみていると、非常に早いのである。上記の方法でやっても最低35～40分はかかるはずなのに、15～20分で終わってしまう。そして記録をみると、体温はすべて小数点以下がない。華氏98, 100, 101, 96, という具合だ。脈搏数も同様に、120, 80, 90と最後が0で終わっている。そこで体温計の読み方を細かく教え、脈搏は必ず30秒、心疾患の子は最低1分測ることを強制した。上のような値が並んでいる時は再度やらせたこともあった。その後記録はいくらか改善されたものの、検温に要する時間はあまり変わっていない。このように検温、与薬といった初歩的かつ基本的な看護行為ですら正確になされていない状態であった。これは看護教育はもちろん、それ以前の基礎教育にも大きな問題があるためと思われる。ネパールの教育制度は10年間の基礎教育があり、10年終了後、S. L. C. (School leaving certificate) の試験を受け、合格後はじめて各種学校、大学に進学できる。

看護学校も S.L.C. 合格後に入学でき、期間は3年である。そのうち2年間は一般看護（日本では3年間）、1年間は助産婦のための教育（日本では正看護師の国家試験合格後、さらに1年間の教育）になる。この期間のうち理論対実習はおおよそ1対3の割合である。A.N.M. (Assistant Nurse and Midwife の略) は基礎教育の8年を終了後、2年間教育を受ける(S.L.C. に合格する必要はない)。2年間のうちの1年は、やはり助産婦のための教育となる。正看護師、A.N.M. の学生たちはネパールの看護部門の中で“労働力”として無くてはならない存在である。もし現在、ネパールの病院から全学生がいなくなったら、その病院の看護部門の機能は麻痺してしまうだろう。理論のための時間が少なくなるのは当然である。また看護学校で使われている教材には、ネパール語で書かれたものは1冊も無く、すべて英語で書かれたもので、インド、英国、アメリカから取り寄せたものである。当然全員に1冊ずつというわけにはいかず、数人に1冊という現状である。外国語で書かれているため、自国語で書かれているように理解できるわけもないのである。彼女たちは授業よりも実習で経験したことを覚えていく。理論のための時間を多くするためには、ネパールの看護婦不足（それも絶対数が不足している）など、すぐには解決できない種類の問題もあるが、1日も早くネパール語で書かれた教材の出版が望まれる。それにより学生たちの医学に対する興味も増すであろうし、1つ1つの看護行為も、理論により裏づけされるようになっていくだろう。

3. 深夜勤務

深夜勤務は、1日12時間を3日連続して、1回と数える。このことは日本を出発する前から聞いて知っていた。なんとかやれるだろうと思っていたし、それなりに覚悟はしてきた。そして赴任後数回の深夜勤務をしてみても（2、3回で十分であったと思うが）、覚悟などというものは、無いよりあったほうがよい、という程度のもので、たいして役には立たないことを知った。

2、3ヵ月後（そんなに経っていなかったかもしれない）、夜勤短縮についての話し合いが行なわれた。しかし現在の時点では10時間夜勤にするのは不可能という結論になった。なぜなら、ネパール(カトマンドゥでも)では夜8時以後、公共の交通機関がまったく無くなってしまふからである。

まさか毎日の勤務にタクシーを使用することなど無理である。また10時以後（10時間夜勤となると、夜10時が交替時間となる）の女性の1人歩きなども、今のネパールでは考えられない。それでは日本人だけでも10時間勤務にしたらどうだろうか、ということになったが、それによって生じる問題があった。

- ① 日本人同士が組になり、1人が準夜を10時までし、その後、1人が深夜をしなくてはならないため、どちらか一方が休暇をとると、その間の準夜をする人がいなくなる。
- ② ネパール人と日本人との間に業務遂行上不利になるような感情が生ずるのではないか。

可能な限りトラブルは避けるべきだということになり、私は再度、役にも立たない覚悟をすることになった。そして2年後、もう深夜はしたくないというのが正直なところである。精神的にまいってしまうのである。もちろん肉体的な疲労もあるが、日本でしていた深夜のほうが忙しかった。確かに雨期の忙しい時には1晩中走りまわったこともあったが、それは記憶に残る程度の回数である。

1日目の朝から途端に元気がなくなる。夕方6時頃、ベッドに横になりながら「あしたの今頃も、あさっての今頃も、こんな気持ちで過ごさないとならないんだナ」と考える。「ああ自分は、なんと不幸な星の下に生まれてしまったのだろう」と神を呪わずにはいられない。そして8時、仁王のような顔をして病棟に出勤する。病棟に1歩足を入れてしまえば気分は多少よくなる。あとは仕事をするだけである。申し送り、パトロール、検温、与薬、注射、点滴……と。

翌朝、8時30分、1日目の深夜が終る。「やっと1日終った」と思う。部屋に帰ってすぐ眠る。午後2～3時に目が覚める。もう1度眠ろうと思うが眠れない。2度目の6時がくる。精神状態は最高に悪くなる。そんな時いつも「日本に帰りたい」と思う。むっくり起きあがり、あと何回深夜勤務が残っているか計算し始める。また8時から仕事が始まる。仁王の顔はますます恐くなる。「こんな顔を子供たちにみせちゃいけないナ」と思いながらも、そこは感情に素直な私のこと、笑顔は出てこない。それでもネパールの母親たちは「日本からきた外人さんが夜まで働いて大変だねエ。お母さん、お父さんは日本にいるのかい？」とやさしく私を迎えてくれ

る。12時の処置がすむと少し時間がとれる。この時をねらい寮のトイレまで100メートル走をする。私は運よく消化器系が異常なまでに強いため、下痢などせず、100メートル走は1度だけでよかった。しかし、これも重症の患者がいると、できない。病棟に看護婦が誰もいなくなるためである。かといって患者用のトイレを使う勇気は私にはなかった。それならばと、このあと深夜が2人になるまでの間、私は100メートル走をしなくてもよいところまで自己管理に成功した。朝4時から5時までの間が一番眠い。時々、なぜか頭の位置がやけに下がっているのに気づき、あわてて正常の位置に戻す。5時から検温、注射、与薬を同時に開始する。終るのは7時頃。それから記録をつけると、8時の申し送りの時間がやってくる。そして2日目が終わる。前日の「やっと1日終わった」が「あと1日だけだ」に変わる。前日よりよく眠れるが、4時頃また目が覚める。例のコースが始まる。3回目の6時、「このまま、ぐっすり眠りたいナー」と思う。警察学校の鐘が8つ鳴ると「あと12時間、明日の今頃は解放される」と自分にいい聞かせ、星などみながら出かける。多少、忙しくても、入院があっても、最後の日と思っているので、心は寛大になる。1晩中電気がこなくとも1日目や2日目だったら涙が出るのに「たまには、こんなこともあるさ」と認める（もちろん重症の患者のいない時に限るが）。2時頃いつも思う「このまま3日目の深夜がずっと続けばいいナ」と。なぜなら、この深夜が終れば、また次回の深夜の1日目を思ってしまうからである。そしてやっと嬉しい3日目の朝がくる。こんな深夜が1年と2、3ヵ月続いた。最初6、7人しかいなかった看護婦も、この頃には常時8～10人いるようになっていた。諦めかけていた「2人深夜勤務」が、ある日実現した。赤飯はたけなかったが嬉しかった。これで患者の急変時、心臓マッサージと注射とドクター・コールの1人3役をしなくてすむ。当然仕事量は半分になるから、精神的にも余裕ができる。仕事はていねいになる。ミスも少なくなる。深夜勤務の回数は増え、月3、4回（9日～12日）という月もあったが、それでも「1ヵ月に1、2回ですむ1人深夜勤務にしたい」といいだす者はなかった。

現在日本人のスタッフ・ナースが1人もいなくなったにもかかわらず、下の病棟は今まで通り2人、3日の深勤務夜を続けている（ネパール中の病院でカンティ病院の下の病棟だけである。他は1、2人、1週間）。この

状態をずっと続けていって欲しいと思う。夜勤時間の短縮はこれからも長い月日を必要とするだろう。それが実現するまで、これからは深夜勤務日数を短縮する——3日から2日。1週間から3日——という方向で努力をしていって欲しいと思う。

4. どうしようもないこと

ある夜、深夜勤務で看護室に入った途端、患者の付き添いに呼び止められた。患者の痰をとって欲しいというのだ。行ってみると、部屋の外からでも解るほど苦しそうな喘鳴が聞こえる。吸引後、看護室に戻り、深夜勤務の看護婦に「なぜ頻繁に吸引しないのか？」と問うと、「今やってきたばかりだ」と答える。患者の親は、看護婦は3回呼んでも2回はこない、と訴える。また、ある朝の申し送りのこと、経管栄養（口からミルクを飲めない子に、鼻から胃までチューブを挿入し、時間毎にミルクを注入する方法）をしている患者の記録が前夜11時から翌朝6時まで空白になっていた。「なぜ6～7時間もミルク（水分）を補給しなかったのか」というと、「11時の時、赤ちゃんがミルクを吐いたから」という。「それなら1回の量を少なくして頻繁に与えるべきではないか」というと、「この次から、そうする」という。しかし、次から次と同じようなことが何度となく起こる。時にはミルクを与えていないにもかかわらず、記録上では与えたことになっている。

深夜で申し送り後、回診する。5人点滴をしていれば、3人までは液がもれて、腕が2、3倍に腫れている。誰がみても針を差し替えなければならないことはわかる。しかし、やらない。ここで問題なのは、彼女たちが吸引することの必要性を知らず、ミルクを夜間も時間毎に与える必要のあることを知らず、吸引をしなかったり、ミルクを与えなかったりしたわけではなかったことである。その必要性を問えば、合格点の答が返ってくる。それでは吸引の仕方、ミルクの注入の仕方を知らないからできないのかというと、そうでもない。やらせてみれば、ちゃんとできるのである。にもかかわらず彼女たちは吸引をしないし、ミルクを与えないのである。私はここで何をしたらよいのだろう。必要性が解らないのなら、解るまで説明することができる。吸引の仕方、ミルクの与え方が解らないのなら、手をとって教えることもできる。両方とも知っていながら行動しない

のである。無理矢理させようと思えば、手を引っ張って行って目の前でさせればよい。だが、そんなことをして何になるだろう。その時々のお患者のためには確かによいことではあるが……。"馬を水際まで連れて行くことはできて、強いて水を飲ませることはできない"と昔のことわざにもある。それでは、どうしたら水を飲ませることができるか。馬のノドがかわくのを待つしかないのである。無理矢理水面に顔をおしつけたところで、水など飲みたくなければ、飲むはずはない。

私にできること（なすべきこと）は、彼女たちに無理矢理させることではなく、彼女たちが自ら進んで行動するようになるまで待つことなのだ。単なる穴埋めの存在でなく、2ヵ年の任期を終えて私がネパールを去ったあとも、何の支障もなく彼女たちだけで切り回していけるように自主性を培うことが協力活動の目的だと思っている。

5. スタッフ・ナース派遣打ち切りについて

カンティ病院にスタッフ・ナースが入って今年で6年が経過した。カンティ病院にのみスタッフ・ナースが要請された背景というのは、日本・ネパールの合同チームによるモデル病棟開設のためであった。現在、モデル病棟としての意識は、ネパール人はもちろん我々日本人の中にもほとんどないといっている。6年間のうちに、そして3回のメンバー交替のうちに、指導教育する立場が、単に働くという立場に変化した。行動の上ではもちろん、意識の中においても、そうである。

日本人の好きな十年一区ぎりという長さからすれば、何らかの評価をだすのに、あと4年という年月が残っている。"あせるな"といわれるかもしれない。あと4～5年続けていったら、なんとかなるかもしれないが、それと同じくらい何にもならないかもしれないのである。交替要員派遣を打ち切った理由として、次のようなことがあげられる。

- ① 日本人が多数（3人）入ることの弊害
 - (イ) ネパール人の仕事に対する意識が盛り上がらない
 - (ロ) 上の病棟と下の病棟との感情的対立
 - ② ネパール側が教育（モデル）病棟としての意義を認めていない
- ①に関して—

- (イ) 現在、下の病棟は、上の病棟に比べるとカルテ、指示票など、きち

んと整理され、仕事がしやすいことは医師も認めるところである。しかしなぜそうなのかといえば、日本人がそうさせているからである。

日本人が怒るから、きちんと記録しよう。日本人がいるから、仕事をしよう。日本人がみているから……なのである。その証拠に、日本人が2～3日いないと、病棟は混乱してくる。医師の指示が正確に看護処置用紙に書き移されていないことが多い。検査結果が他の患者のと同違われている。そして彼女たちが自らその悪いことに気づく前に、日本人が出て行って、前の状態に戻させる。日本人の存在は、逆に彼女たちによる発見を遅らせているのではないだろうか。遅らせてはいないとしても、彼女たちが自ら気づくまでは、強制させても意味はない。

(d) 下の病棟のことは上の病棟には関係ない、という雰囲気がある。下の病棟が1人夜勤をしていた頃、どんなに忙しくても、上の病棟からの助けが得られなかった（上は2人夜勤）のは、その1つの現われといえる。そして、そこに日本人の存在が影響しているのは確かである。

—②に関して—

カンティ病院における正式の看護婦数は14名である。それ以外は全員、地方から地方へ移動する間の短期勤務者である。長くて1年、短いと1～3ヵ月となる。1年でも少ないのに、お互いが3交替勤務の中では、指導できる時間はさらに少なくなる。そんな中で教えられることといたら何もない。私が2年間一緒に仕事をした看護婦は2名で、そのうちの1名は私が教えることなどなく、むしろ、その逆のケースが多い日々であった。1年間一緒に仕事をした看護婦が1名、あとは全員1年未満で転任した。

モデル病棟として運営するのであれば、少なくとも4～5年は固定されたメンバーが必要と思われる。

以上のような理由から私は、看護婦隊員の交替要員派遣の必要はなしとした。

6. 人を使うということ

2年間仕事をしてみて、人を使うことが、自分にとって、いかに難しいことであるかを知らされた。赴任当時は何もかも自分でやっていた。自分の母親と同年齢の人に向かって「これをやれ」、「あれをやれ」、「そのあと

は、この荷物を向こうに持っていけ」などと命令口調でものをいうことなど到底できなかった。それをするには私は道徳的かつ心優しい日本人でありすぎた。ましてや「今日は頭が痛い」、「足が痛い」などといわれてはなおさらである。それでも時が経つにつれて「これ、やってくれますか?」、「あれを、あなたの都合のよい時（必ずこの言葉を忘れてはいけない）にやって下さい」とまでいえるようになった。ところがある日、同僚の看護婦に「彼らを甘やかさないでくれ。あなたたちがそんなだから、彼らはだんだん仕事をしなくなって困る」といわれた。そういわれたからといって、心優しき日本人で通用している（と信じていた）私のこと、すぐ態度を変えるわけにもいかない。そこで私の態度はそのままにし、一体全体、彼女たちはどうやって使っているのだろうかと、改めて細かく観察することにした。私より10歳も若い看護婦が、祖母くらいにあたる人を巧みに使いこなしているのを見ると、あん子供に(失礼)、どうしてあんな力が……と思わずにはいられない。しばらく注意を向けていたが、どうしたらうまく使えるかは、わからなかった。

私のほうは、最初の心優しき日本人のイメージづくりに成功したためか、それ以後、私が知っている限りのネパール語を使って叱っても、彼らは何とも感じていないようだった。そのうち私の心の中から、彼らを上手に使いこなそうなどという大それた野心は消えていった。いくら私が頑張ってみたとところで、相手が反応しないのではしかたがない。

彼女たちの他人の使い方の上手なのは認めるが、困ったのは、それを看護行為にまで持ちこんでいることであつた。薬を飲ませたり、検温をさせたり、浣腸をさせたり、検査室では採血までさせていた。何度注意しても行なわれたのが浣腸であつた。私が勤務したのは内科のみであつたから、多くても日に1度か2度である。それを彼女たちはクーリーにさせる。彼らに解剖・生理の知識などあるはずがない。指示された通りにするだけである。

なぜ浣腸に限って看護婦がやらないのかといえば、答は簡単。汚いからである。私だって決して好きではない。汚いことをするのは自分よりも地位の低い者である、という社会通念がはびこっている。正君と A.N.M. しかいなければ、A.N.M. がそれをやる。そこにクーリーが加われば、A.N.M. は雉から逃れることができる。カーストの上下はあまり関係が

ない。これもまた“どうしようもないこと”の1つである。

彼女たちは子供の頃から、人の使い方（と同時に使われ方）に慣れている。どこがどうだ、ということのできるものがらではない。とにかく文句なしにうまいのである。

7. 寮生活

今、このレポートを書いている3.5×5m くらいの部屋で、私は2年間を過ごしてしまった。こう書くと、いかにも過ぎざるを得なかったように感じるが、赴任当時は、隙あらばここを逃げだそうと思っていた。しかし、その機会のこないうちに“住めば都”になってしまった。逃げださなかった最大の理由は、私の最も得意である“怠け”の精神が、期待を裏切って活躍してしまったからである。なんとといっても、部屋から病棟までわずか1分（台所までで、その半分はかかる）。雨期の時など、どんなに雨が降っても平気である。それに私には夜勤があった。日本では10時でも11時でも1人歩きができたが、ここは異国の地。9時すぎに歩いて帰るのは、私でもやはり恐かった。残念なことに、この頃、私はまだ自転車というものに乗れなかった。いや乗れることは乗れた。ただ、車の走っている道路にでると恐くて走れなかったのである。

そんな理由で今日に至った。寮は2階建てで、下に3部屋、台所、食堂。上に5部屋あった。日本人である私は、ここでも外人の特権を利用して1部屋をもらった。ネパール人は原則として2人1部屋になっている。もちろんトイレ、シャワーは共同である。それらの汚さについては、わざわざ紙面を割く必要もないだろうと思われるので省略する。

寮の前は警察学校。朝は6時から、夕方は5～6時まで、学生たちの姿がみえる。時おりグラウンドで行事があると、私の部屋はそのまま見物席に早変わりである。2年間、朝に眺め夕べに眺めていたせいも、その訓練内容は、すべて頭の中に入ってしまった。去年の5月（学生運動などが悪化した時）を機に、その訓練内容は一変している。寮に住んでいるからといって、自分の時間がもてなかったということはない。1日中部屋に閉じこもっていて、夜、同僚たちが心配してくれてきたこともあったし、夜は他の部屋で話しこんでも10時になると自室に戻ったものである。そのため“ナッカリ シンデレラ”（にせ者 シンデレラの意味）と呼ばれたり

した。

朝は警察学校の生徒たちの歌う国歌で目覚める（夏は6時頃、冬は7時頃になる）。食事は朝食がトーストとコーヒー、それに時々果物がつくという近代的(?)メニューである。昼はネパール人看護婦と一緒にいた。夜はネパール食であったり、外食であったり、変化をあたえる意味で時折、自分でもつくった。この国は宗教上、牛は神聖なものである。外人にまでは強制していないが、やはり同じ建物内で肉料理をすることには多少抵抗を感じた。特別の習いごと、またその逆もしなかったが、元来、怠け者であるため、「何をして過ごそうか」という心配もなく、2年間が過ぎてしまった。

8. 援助の方向

2年間をネパールで過ごした今、思うことは、同じ国の中でも豊かな者はますます豊かに、貧しい者はますます貧しくなっていくのじゃないかということ、世界の3分の2を占める貧しい人たちの生活水準を、日本を含む欧米先進諸国のそれに近づけようとしている現在の援助のしかたが、はたして正しいのだろうかという疑問である。なぜなら、それは全世界が未来に向かって限りない発展を続けることを前提とせざるを得ないからである。そんなことが可能だろうか？ 心理学者バラス・F・スキナーは「世界の全人口の生活水準を、現在一部の国々にみられる程度の高さにまで引き上げようものなら、世界は到底やっていけない。そんなことは考えられもせん。想像できるかね。たとえば、紀元2,000年にだ。10億の中国人が何百マイルもの高速道路でスポーツ・カーをぶっとぼしているさまを。新しいエネルギー源の奇跡的な発見でもなければ、そいつは、どうにも不可能というものだ。だからといって、もし少数の国が他の国よりも、はるかに豊かであり続けるとすれば、常に戦争が起こることになる。なぜなら人間は、必要とするものを持たない時には、持てる者の手からそれを奪おうとするからである。そのような事態を避けたければ、豊かな国が、その生活を簡素化する他はない。つまり豊かさをもたらす原因となった人間行動の極めて基本的な過程自体を、なんとかして意図的に逆転しなけりゃならんのだ。そのためには細心きわまる行動工学の大量の応用が必要だ。なにしろ一番好きなものを諦めるというのは、人間にとって、どうにも不自

然きわまることだからな」といっている。かりに今、ここに、「発展途上国の生活水準を、あと何年で、どの程度まで確実に引き上げることができる」というような報告があったとしても、今の私は素直に喜べなくなっている。1度開発に成功したら、あとは現在の日本のように、とどまるところを知らず(少なくとも私の目からはそうみえる)、走り続けるだろう。

「いや、そこまでならなくても、ある程度まで発展すればいい」と思うのは援助する側だけである。資源は有限であり、人口は現在30年で倍増しているという。それらの人間が使用するエネルギー量、それらの人間が食べる食糧、を考えた時、バラス・F・スキナーのいうように、奇跡的なエネルギー源の発見でもない限り、人類の存続は難しい。とすれば、豊かな国の生活を簡素化することである。たった1つの方法で、豊かな人々と貧しい人々のバランスがとれるなどとは考えられないが、私たちは今、生きる上での十分な量を求めるのではなく、生きる上での必要な量を、再度考えなくてはならない時にきている。豊かな国の人々全部が、そのことを理解し、喜んで生活を簡素化してくれれば問題はない。しかし、全部の人々が生活を簡素化することに賛成したとしても、その中の何パーセントの人々が実行するだろうか。「そうなることに賛成だ」ということと、実際に「そうする」とこととの間には測りしれないほどの距離がある。

私はネパールで、日本に住んでいた頃に比べれば、かなり質素な生活をした。テレビもみず、ステレオも聞かず、電気冷蔵庫も洗濯機も使わない生活。ところが、これは私が自らすすんでした生活ではなかった。月200ドルの手当の中で、しかたなしにした生活であった。確かに、そんな生活を楽しんだこともあった。自然なのだと思ったこともあった。しかし、所詮、それは「2年間だけなんだ」という意識のもとで考え、感じたことなのだと思う。一生ネパールで暮らすとしたら、はたして私は、この国にきたのだろうか？ もしかたとしても、2年間住んだのだろうか？ また、月1,000ドルの生活費をもらっていたら、200ドルの生活をしないことはもちろんである。日本に帰ればテレビがあり、ステレオがあり、洗濯機、冷蔵庫のある生活が待っている。そんな中で私は手で洗濯するだろうか……。水でシャワーを浴びるだろうか……。答えが“否”であることは今からわかっている。この2年間、私の考え方は変化しているにもかかわらず、私が喜んでその生活をしていただけではなかったことがわかる。私をとりまく環

境が変わったにすぎなかったのだろうか。

環境が再び変われば（日本に帰れば）、私の生活も変わってしまうのだろう。結局、2年前の私と2年後の私とはその行動において何ら変化していないことになる。しかし、強制してでも日本人は生活水準を下げるべきだと思う。

9. 解放感の実態

最初のところで「私は今、解放感と、この2年間とは、いったい何だったのだろうかという思いの中にいる」旨を書いた。解放感を感じるというのは、今まで解放されていなかったからであろうと思われる。協力隊のもつ「行ったからには、何が何でも2年間」という使命感と非壮感。そんなものに束縛されずに過ごそうと思っていたはずだった。しかし、そんな私こそ、それにとらわれて仕事をしてきたのではなかったのだろうか。だからといって、やめて帰りたいという気持ちを毎日我慢していたわけでもない。しかし深夜勤務の時など、必ずといっていいほど「日本に帰りたい」と思ったものである。そんな時「2年間だけじゃないか、あと37回だけだ」と自分にいい聞かせていた。

「2年間だけじゃないか」というのと、「何が何でも2年間」の間に大差はない。これは私が日本人だからであろうか。いや、それも確かにあるだろうが、根本的には私自身に問題があるのだろう。1つの仕事が続きしないやつは半人前だ。何度も仕事を変えるのは根性がないからだ。こんなことを聞かされて育ってくるうちに、いつしか、それは私の中でも絶対的な意味をもつようになっていたのだろう。アメリカのボランティアに、「なぜ日本人は、嫌だ嫌だといいつつながら2年間も、その場で仕事をするのですか？」と聞かれた。彼女たちなら、やめてすぐ帰るというのである。日本のボランティアには確かにその傾向があると思う。1度始めたことを最後まですることも大切だが、変なところで意固地になっても、その人のためにはならない（一概に断言できないが）のではないだろうか。こう書いたからといって、嫌だと思ったらすぐ帰るのがよい、というのではない。「2年間だけなのだから」という意識の下での協力活動など、偽ものだったのではないだろうか。だからこそ、「この2年間とは、いったい何だったのだろうか」と感じるのではないだろうか。

10. 最後に

こうして2年間の記録を残してみて、いいようのない荷立ちを覚えている。それは、この2年間の、答や結果のでるようなものではなかったからだと思う。結果があり、それに対する評価があり、そして方向性がでてくる。それが無いから、どうまとめてよいのかわからない。また、現在の私が、それをまとめることのできるほど、理論的にはもちろんのこと、感情的にも、自分自身に整理がついていないためでもある。何1つ答がでないまま、いや、きた時よりも、ますます混乱して、私は今、日本に帰ろうとしている。

2年間を振り返って考えること

日 高 京 子

ネパールから帰って4ヵ月。今、ネパールに関係のあるニュースを、新聞やテレビで見たり聞いたりするたびに、それまでしていたことも一時手をおいて、そのニュースに引き入ってしまう。しかし、それは隊員であった時に見たり聞いたりした時の感じ方と、どこか違っている。今のそれは自分が2年という長くても短い年月を過ごし、極かしく愛すべき人々の住んでいる国なんだという思いから出ていることは明らかである。ネパールという南の小さな国に対する私の興味の対象が、少しずつ変化してきているようである。

今5ヵ月前に書いた、報告書もどきに目を通してみると、書いた当時（といっても、たった4～5ヵ月前ではあるが）の気持ちと今の気持ちの間にある程度の距離ができてしまっているのを感じる。「この2年間はいったい何だったのだろう」と、書いた当時は考えた。それは「私にとって何であったか」のではなく、「ネパールにとって私の存在が何であったか」を考えていたのである。そして今、その言葉はいつの間にか、前者にとって変わっている。この変化はそのまま私という1人の人間が、協力隊員としてネパールの病院で働き、真剣に思い悩み、ネパールのためにと必要以上に考えていた立場から、その身分をとかれ、今は日本人としての立場に立った心境の変化に他ならない。今、当時と全く同じ気持ちでネパールを見、考えることは残念ながら無理のようである。ただ1週間後に私は、再度、2年間の予定でネパールに出発するが、そこで生活を始めた時に、また前とは違った新しい角度からネパールを見、考えることができるのではないかと思っている。

2年間、カンティ小児病院で働いた。子供たちと一緒に遊び、次々と死んでいく子供たちを見てきた。物のなさに苛立ち、同僚たちとケンカをし、医師たちとも何度も口論になった。やり場のない怒りを感じ、深夜勤務のたびに日本に帰りたいと思った。そして大切な友を得た。私にとっての2年間を振り返ってみるならば、これらの1つ1つが今、強烈な印象として体の中に残り、日々成長している。素晴らしい時であった。

今、2年間を同じ病棟で働き、ネパールでの生活を楽しいものにしてくれた友人が、秋田の病院に研修にきている。先日、様子を見に出かけ、久しぶりにネパール語で談笑してきた。彼女は毎日何かを得ようと努力していると

聞き非常に嬉しかった。彼女のような人材がネパールの発展のためにいろいろな分野で1人でも多く生まれることを願っている。

四宮隊員の報告書を読んで

森 まさ子

ほとんどの医療器材が十分に整備され、合理化された環境を離れ、協力活動の現場に立つとき、考えられないほどの格差にまず戸惑うことであろう。日本でも終戦後の数年間は、酸素ボンベの数も少なく、注射針などは磨工にかけて繰り返し使用していたが、近年の革新的工業化により、30年ほどの間に一変してしまった。国の経済能力と医療福祉にかかわる問題が、直接日常の医療場面と密接につながり、どうすることもできない状況に悩む隊員の心情が理解できる。もし衛生知識が普及していれば、早期の対処ですむことがあまりにも多い。予防手段が治療より先行して行なわれれば問題はないのであるが、それができないところに援助の必要が生じる。

ネパールにみる疾患の多くが、栄養不良と、感染によるものであり、栄養改善と予防衛生対策が重要な課題になっている。一般の衛生知識の普及は、国の機関であるヘルスポスト等に期待するとしても、入院してきた患者や家族に対する、今後同じ状況にならないための教育と指導は病院の機能である。

しかし現状はどうであろう。病院において伝染性疾患の隔離技術が守れないのは最も残念なことであり、むしろ院内感染の原因となれば、病院本来の使命にもとる結果となる。しかし常時伝染病室を設備して需要に応じるといふゆとりある管理は、この国においては机上の空論である。まして日常生活で、おむつをつける習慣のない国のこと、まさに病棟が消化器伝染病の培地となる。少なくとも病院では、たとえ古いものでも、おむつの常備と、その管理にかかわる最善の努力と、手指の消毒は最優先しなければならない。

看護婦の薬や注射に関する知識の欠如には、ふたつの大きな問題が感じられる。すなわち教育の問題と倫理観が原因のようである。もう少し細部に焦点を絞ってみれば、基礎教育と職業教育の2面に分かれる。

S. L. C. をもっている人々の「教」の概念とも思えない実状におどろく。日本の中学生レベル以下の計算が、数年も経験のある看護婦においてもあいまいであるのは、何故だろう。ひとりひとりが完全に理解して行動できるまで何度もチェックするのも一案であろう。

看護行為が徹底しない理由は、看護教育上の問題である。しかも、原理や

方法が説明できて、実践する技術をもちながら行動化しない点において、手のつけようがないように思われる。要は職業上の責務と倫理観の欠如が大きな原因であろうか。すなわち倫理観は人間としての道義上の側面と、看護婦としての責任の問題がある。この自覚を促す方法はどうすればよいのだろうか。日本の看護婦の対応を見ていて学ぶこともなく、注意を与えても、その場限り。看護の本質をもっとしっかり学んで行動化するためにも、数人の生徒に1冊の英語の教科書では無理であり、徹底しないであろう。彼女たちの国の言葉で書かれた本を用意することも、自分の行動を確かめるひとつの手段といえよう。自ら進んで行動する以外、よりよい結果は生まれてこない。

看護行為を、何の資格ももたないクローリーにさせる感覚においても看護の本質をなくした単なる労働ととらえているように思えてならない。看護婦の資格をもつことは、単なる技術者ではないが、技術も主体性がなく、自分の専門家としての判断もできなければ、看護の機能は存在しない。看護の基本的使命はどのようになっているのだろうか。

注射や内服薬の件でも看護婦が行なう責任の範囲が守られず、指示された与薬も行なわれないのにサインをしたり、点滴がもれていても、そのままに……など、とても考えられないことである。常に同僚たちの仕事を疑いながらの対応はどんなに神経がつかれることだろう。生命にかかわる責任につながる行為だけに許されない問題である。良心的痛みもないのならば、看護婦になる以前に人間性の問題となる根本に由来しているように思われる。

日本の医療事情の中では経験することのないような状況の中で、悩みながら、課題と取り組まれた歩みの重みが伝わってくる。

<どうしようもできないこと>の内容が示しているとおり、四宮隊員がネパール看護婦の行動にみるやりきれなさは“倫理観のうずき”であろうか。2年間の協力活動の中で多くの問題に真っ正面からぶつかり、解決の方向を求めて苦慮し、精いっぱい行動した結果、数々の問題意識に目ざめて混乱している現在の心境がよくわかる。ボランティア活動の本質についても省察のきびしさを感じず。国という意識を越えて、宇宙的視野でどう生きていくかを考え、人間としての生き方と具体的対応も共感をさそうところである。

現在こそ生活の問い直しが必要とされているという実感を抱きつつ、数々の問題を共有していきたいと思う。(協力隊技術専門委員)

5歳以下児の予防接種キャンペーン

第3号報告書

53年4月2日記

派遣国 マラウイ 51年2次後期組
職 種 看護婦
氏 名 斉藤 昌子
配属先 St. Martin's Hospital,
Malindi, Magochi

新隊員の略歴

氏 名 斉藤 昌子
生年月日 昭和28年2月9日
出身 県 宮崎県
職 種 看護婦
派遣期間 52年4月～54年7月

I はじめに

今回は、現在、当病院で最も重点を置き、推進しようとしている5歳以下の子供達の予防接種、ならびに母親への健康教育等について、その歩みと現在の状況及び今後の展望について報告する。私達はこれを「Under Fives Clinic Campaign」と称している。

1. 多い栄養失調児

M.C.H. (Maternal and Child Health Services) の毎年の報告によると、Southern Region (マラウイの) において、ここ Mangochi 地区は特に栄養失調児の割合が高く、そして、それに反比例して予防接種率が低いとされている。

実際、当 St. Martin's Hospital において5歳以下の子供達の入院数比率は、全体の入院者数のうち40%以上を毎年占めている。さらに死亡率も約8%である。その疾患の多くは予防できうる疾患であり、また多くの子供達は来院の動機となった疾患だけではなく、その誘因として栄養失調、貧血の状態におかれている。このような子供達は重症から死に至りやすいし、幸いに疾患そのものから回復できても、5～10日の入院では栄養状態の改善まではとても望めない。またえてして、そういう子供達の多くは、国で奨励している予防接種も受けていないばかりか、村で生まれた場合には、誕生日すら定かでない場合が少なくない。

私達の一回目の村巡りの結果からは、実に3人に一人の子供は Marasmus, あるいは Kwashiorkor と呼ばれる栄養失調の状態にある。また予防接種を完全に受けているのは1歳以下で7%、1歳以上でさえ、ほんの10%である。野放しにされているというより、親の無知、そして貧困という根深い問題がある。

2. Under 5s Clinic

M.C.H. では、現在、子供達の健康増進を図って Under Fives Clinic と称する、5歳以下の子供達の為の特別な Clinic を各 Hospital, Health Center に設置させ、月毎に、何人の子供が、どのような予防接種を受けたか、また栄養失調児の割合などについて報告することを私達に義務づけている。それらの Clinic では、親への健康に関する知識の普及、子供の体重測定、子供一人一人につきカードを作製し、それに評価、抗マラリヤ剤の投与、予防接種 (Small pox, B.C.G., D.P

T., Polio の4種類, Measles (麻疹)については経費が高い事, 薬品の保存が難しいことから, 対象からはずされている)等を記録し, 必要に応じ, 治療を施している。費用は最初に50 tambala (150円)でカードを作製し, 他の疾患などで治療を受けたりしない限り, 5年間有効で, その他一切の費用を必要としない。

ところで, このUnder 5s Clinicは, すでに20年来の試みであるが, 果たして, 効果があがっているのだろうか。手元に現在までの状況を示したもの(M.C.H.への報告等)がないので, 統計的に言う事は出来ないが, 前述したような現状から見て, 甚だ疑問である。

また当病院の附属施設としてNutrition Rehabilitation Unitが2年前から開設され, 病院を退院後, 続けて栄養面での指導が受けられ, また, そこでは独自のクリニックをもっていて, 栄養失調児を対象に食料の供給, 母親への啓蒙を行なっているが, 2年間で完全に回復しえたcaseは73例のみで, ほとんどは, 途中で, 治療をやめてしまっている。

そこで, 私達は, このUnder 5s Clinicの低迷と, せっかくある設備をもっと有効に活用する為に, 何らかの工夫はできないかと考え, まずその低迷の原因を探る為にmeetingをもった。それは Medical Staff, Home craft Worker (生活改良普及員のような職種), そして各村を統率するMalawi Congress PartyのLocal leader (実際, この彼らを抜きにしては, 一切, 何も出来ないというのが現実で, 病院からの連絡や, 新しい企画も彼らを通して村人達に伝えられる)とでもたれ, そこで次のような事が指摘された。

無知であるということ, あるいは, いくらか認識していたとしても, 歩くという事と, 自転車だけが, 彼らの交通手段であるから, 遠いところに住む人達は, よほどでない限り, 病院にこようしない。African Medicineも, 病院の治療も, 彼らにとっては同一選択肢としてならんでいるから, 身近なAfrican Medicineに頼る事になる。まして, 病気にならないようにと, 予防するという事にどれだけの関心があるかは, 推して知るべし, というところである。

貧困, この地区には特別な産業もなく, ほとんどが例外なく貧しい限りの生活をしている。現金収入の道をもっている人はほんとにわずかで, 1ヵ月10 kwacha (約3000円)のサラリーでもあれば, この辺ではい

い生活をしている部類に入る。そんなところだ。従って、平均70 tambala (100 tambala = 1 kwacha) の入院費用も、そう簡単に彼らの手を離れないという事になる。

長期の入院(例えば1週間以上)は食料の問題(病院給食がないので彼らは自分でもってきて料理せねばならない)、村に残した他の子供達や家族の世話、耕作の事情などによって、きわめて容易に妨げられる。

そして、もう一つ、指摘されたのは、むしろ母親よりも父親の関心の低さに問題があるという事だ。入院加療中の子供を父親が経済的理由、家族の世話、あるいは治療の早期効果が見られないからと、強引に連れ去るという事は、実際に私達がよく遭遇する場面である。「Women are always under men」と現地の人が言うように、母親は必要性よりも先に自分の夫に従わねばならない。例えば病院にくることさえ夫の許可がなければとられない、と彼らは言う。そしてさらに困った事には、一夫多妻のこのあたりでは(住民は、ヤオ族が多く、彼らの宗教はイスラム教である)一人の男性が、そういつも、全部の妻と子供達の面倒を公平にみていないから、困り果てた母親が子供をつれて病院にくると、あとで知った父親が迎えにくるという事になる。もっとも、こういう長い間に根づいた慣習に対しては、私達にはどうする事も出来ない。

II 村々を巡回してキャンペーン

さて 上記の結果より私達のとった方法は、病院でただ待っていても何ら改善の方法はない。自ら村々を巡って実態の把握につとめると共に、Under 5s Clinicを各村で開き、また村に潜在する栄養失調児の発見と母親への啓蒙、父親へのそれとを試してみる事になった。

そして、15の村を地理的条件から見て選び、各村より村のLeaderを一室に集めて、私達の企画を説明し、賛同を得、私達が行く前日に病院より伝達を出すので、村の人達を実際に集めるのは、Leaderを通して行うという事を決めた。そうして始まったのが、Under 5s Clinic Campaignである。

チームの編成は	Doctor あるいは Medical Assistant	1名
	Nurse あるいは Midwife	1名
	Home Craft Worker	1名
	Ordarlies	1~2名

-
- 内容は ① Health Talking M.A.あるいはHome Craft Workerによってされる、抗マラリヤ剤の投与
② 体重測定と評価、及び個人個人へのアドバイス
③ 個人個人のカード作制
④ 上腕周囲の測定（1～4歳児を対象に、14cm以下はその場合によって栄養失調の目安とされる）
⑤ 予防接種

費用は、Polioを除き、他の薬品はfreeで手にはいる事から、一切無料という事になった。実際、10 tambalaでも徴収すれば誰もこないだろうと危惧された事も事実だが。

この計画に沿って、Malindi Hospitalから南北10 milesの範囲にある15の村を目指し、9月21日、Taliyaという村を皮切りに、私達の活動が開始された。この村巡りはこの私にとって、推進者の一人ということだけでなく、村に入って、いろんなものを見たり聞いたりするだけでも、十分に心をわくわくさせるものがあった。面白い一言につきる。

1. 貴重な見聞

まず、最初のTaliyaの訪問といったら、それこそ誰もいなくて、一同ガックリ。チーフを呼びだして、午後もう一度くるからとハッパをかけて出なおしたり、そうかと思えばMakumbaという村では150人以上の子供達が迎えてくれて、まっ暗になっても自動車のヘッドライトのもとで注射をするというような恐ろしい事をやってみたり、それでもやり終えず、次回にまわすという事もあった。全く、“役損”というのか、注射をするのが私の役目の為、私の顔をみると子供がにげだす始末。何回かは、母親と一緒に子供をおいかけは泣かせてしまった。村によっては、というよりチーフの力によって、村人達の集まり方がちがうので、Taliyaのようにだめなチーフもいれば（最近のニュースでは、新しい人にならわたりしが）、また、Chipelekaのように、チーフ自ら指揮して、体重測定や注射をする時に子供を抑える等多くの手伝いをしてくれるところもあった。

一段落して帰ろうかと思っている時に、のっそりやってきて、おしかりを受けるママ。どうしてもっと早くこないのか、とたずねれば、Under 5s Clinicでやってきているという本来の目的は全くそのかけらすら知らず、他のママ達から、Chizungu（白人）が来ているときいて、見にきたと

言う。もうおこる元気もなく、とにかく、よくやってきたと歓迎して、初めっからやり直さざるを得ない。ある時など、子供達が待っているにもかかわらず、やってきたのは子牛をつれた牛の一群だったりしたという事もあった。

しかし、一体、何人の子供を泣かせただろう？ほとんど全部の注射を私一人でやっていたのだから、私の顔が注射器みたいに思われて、きらわれてしまってもいたしかたない。まあ、これも皆子供達の為だ。本当に損なお役目だと自分でなくさめたりもしてみる。

また注射をしていると、対象外の子供達がまわりをぐるっととりかこんで、どうした、こうした、と私がつたないヤオ語で母親と話していれば一つ一つまねしては、笑い転げるので、うるさいのと、じゃまなとで頭にくることもしばしば。ヤオ語で追いはらっても、またそのまねをされるばかりで、全く効きめがない。でも、そんな時は患者が少なくなったのを機に、歌って、踊ってのショータイムに早変わり。実に皆、こういう事が私にもまして好きだから、一人でばかな事をしているという事にならなくて済むのは、すぐ悪乗りする私には、もっけの幸いだ。

しかし、これとて本来の目的から決して逸脱しているわけではない。何故ならば、この歌たるや、なんと、日本語に訳すれば「ホラ、住血吸虫がお腹のなかで血を吸ってるぞ」というような、げに恐ろしく、アカデミックな歌だったりするのだから。

2. Ministry of Healthの理解を得るのに苦労

さて、このように行く先々で、それぞれの効果をあげながら、ようやく軌道にのったころ、おもわぬ横槍がはいった。それは Ministry of Healthに属するM.C.H.のCoordinatorからであった。当然ながら、この企画を始めたことによって予防接種の数が飛躍的に増えた。それをM.C.H.では不審に思った、と単純に解釈すればそういう事になる。

2ヶ所の村(Taliya, Chinbende)についてはMobile Clinicとして、以前より決められているので問題はないが、他の村については、何故そういう事を始めたのか、どういう計画と見通しをもっているのか、その経済的基盤はどのように支えられているのか、などといった、決して反対しているのではないと言いながらも、あまり好意的とは受けとれない態度だったように思って、Doctorともども憤慨したのを覚えている。

もちろん、私達は前記の理由によりその必要性を認め、また実態を把握

する為に始めた事であるからあっさりやめるわけにはいかない。そして Doctor Manning の多大な努力と、それまでの4ヶ月間の私達が行なった成績と、資料によって、2月の1日、2日と Ministry of Health に出向いての討論の末、ようやく、私達の企画に理解を得ると共に、それまでの資料をもとに、私達の計画した今後の活動方針も支持された。その活動方針というのは以下の様である。

今後、Moto, Biti Kalanje, Chipeleka という三つの村において、毎月1回ずつ、Under 5s Clinic を現行の方法で続行する。この3村を選定した理由は、Moto, Chipeleka に関しては、他の Taliya, Chimbende へのちようど半分ぐらいの距離にあたると共に、大きな村で、子供達の数も多いこと、Biti Kalanje に関しては、この村は以前、痲患者が隔離されていたところなので、今だに偏見が強く、他の村との交流が少なく、従って病院との連絡もあまり良くないためである。

さらにもう一つのプランは、2, 3の村を選び、その中から2, 3名ずつの婦人を選出してもらい、Health Adviser として training をすることである。当院でトレーニングをしたあと、各村へもどって子供達の体重測定をやって、普段から健康に留意してもらおうと共に、母親への啓蒙につとめてもらう事になる。

このように方針がきまったところで、当面の問題はこの training の開始である。training にかかる費用は、すでに O. X. F. A. M. (イギリスの海外支援団体) から承認が得られ、District Commissioner によって、現在三つの村を選び、婦人達の選出をするよう働きかけがなされているところである。一つの村からは早々と名乗りをあげてくれたが、あとがいっこうに続かない。ちょうど、Doctor の交代時期で、新しい Doctor がいつくるか予定がたたず、それまでの間この企画における責任を私がつとることになった。あせらずに、しかし着実に、是非ともこの企画を実現させたいと思う。

3. 深刻なスタッフ不足

一方では、病院自体の破滅的経済危機を背景にして、今はスタッフの不足が深刻な問題である。私が赴任したときには12人もいたオーダーリーが今は Driver を含めてわずか7人と、ギリギリまで減らされ、しかも、多くの人で少しの仕事をする事に慣れきった彼らは、いっこうにその仕事のテンポが変わらない。night duty, off duty, 病欠を考慮にいれる

と、毎月きりきり舞いの状態で、私にいたっては、Female Ward, Isolation Ward, Theaterの責任とともに、さらに、このUnder 5s Clinicに関する一切のorganizingと頭の中は大混乱。他のスタッフはスタッフで「too much job」と、私に言わせれば、ちっとも何もしていないで好き勝手に文句ばかり言い、本当に忙がしい時は、まるで、けんかばかりしているような気がする。このような状況の中で、この企画をすすめるのは、至難のわざのようだが、スタッフ間の協力と理解が得られることが第一である。Doctorがいるうちにmeetingを行ない、責任の所在を明確にすると共に、今後の方針を明らかにして、今のところ、なんとかすすめている状態である。

私が赴任したのが去年の5月。仕事を始めて、汚ない事、子供達があまりにひどい栄養状態におかれ、手遅れの為の死亡など、かわいそうな運命をたどる子が多い事にびっくりした。何とかならないのかと思っても、新参者がアフリカにきて、想像をはるかに越えた現実にどきもを抜かれていても、誰も一緒に驚いてくれる人はいなかった。そんなものだ。仕方がないよ、というのが皆の対処の仕方。そうやって悶々としているところにDoctor Manningが赴任され、自分と同じように驚きを示された時は、自分と同じ見方をする仲間ができた思いだった。そして実際、彼は原因を聞き、対策を考え、現在の方針をうちたてた。私はただDoctorのもとで働いてきたにすぎないが、一番関心が高いのがこの私だったため、今はこうして、Doctorのあとをひきついでいる。

前述したところが、現在の状況と課題で、今後、どのように展開するかそれは次号の報告書で乞う御期待というところで、私自身にハッパをかけて、今回の報告書の終わりとする。

III 資 料

- ① Under 5sの入院比率、死亡率。
(全体のもは第1回目の報告書にその数を書いた。)
- ② 疾患の種類(Under 5sにおける)
- ③ Mulindi Lake Shore 地区の地図。
私達の行なったClinicを示すもの
- ④ 第一回目の村巡りにおける予防接種率
栄養失調児の割合等

⑤ Arm Circumferenceについて

⑥ 現在の予防接種の週間スケジュール

なお、④に関しては Doctor Manningによってまとめられた数値をグラフにしたものである

① Under 5s の入院数及び総入院患者数に対する割合。

項目	年次	1974 (8~12)	1975	1976	1977
1歳未満の入院者数(人)		185	327	320	213
1~5歳の "		320	379	409	285
総入院患者数		1,061	1,740	1,520	1,407
5才未満の占める割合		約48%	40	48	36

② Under 5sにおける疾患の種類、件数及び死亡者数。

(1977年1年間の統計から)

疾	患	件数	死亡数
Measles	(麻疹)	65	16 (肺炎)
Chest infection	(胸部感染症)	113	8)
Malaria	(マラリア)	348	4
Malnutrition	(低栄養)	69	5
Anaemia	(貧血)	185	3
Meningitis	(脳炎)	5	3
Introsusception	(腸重積)	1	1
Bilharzia	(ビルハルジア 住血吸虫症)	40	
Hook worm	(鉤虫)	20	
Skin infection	(皮膚感染症)	20	
Gastroenteritis	(胃腸症)	18	
Whooping cough	(百日咳)	10	
Heart failure	(心疾患)	8	
Tuberculosis	(結核)	7	
Poliomyelitis	(灰白脊髄炎)	4	
Fracture	(骨折)	4	
Osteomyelitis	(骨髄炎)	2	

マラウイ……5歳以下児の予防接種キャンペーン

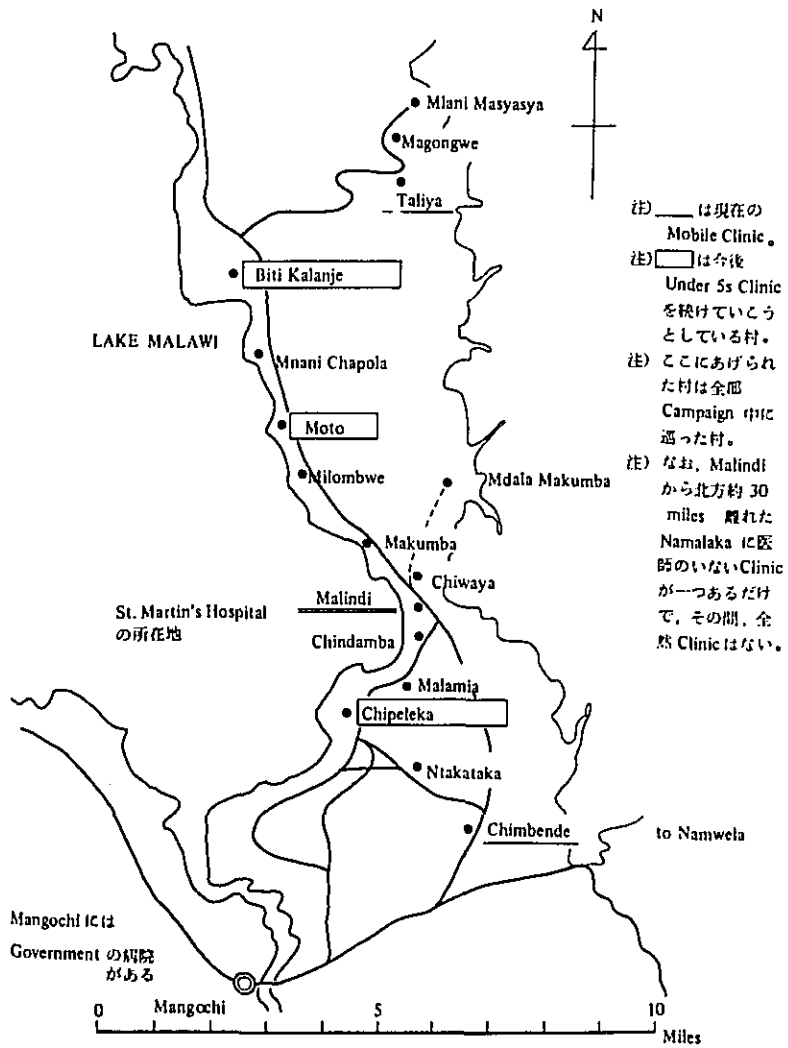
Allergy	(アレルギー)	2
Talipes	(彎曲足)	2
Hepatitis	(肝炎)	1
Conjunctivitis	(結膜炎)	1
Nephrotic syndrome	(ネフローゼ)	1
Rectal prolapse	(直腸脱)	1

(注) 全体の死亡数は1年間40件、約8%である。麻疹のほとんどは肺炎を合併して死亡している。低栄養児はこの数の上では全体に占める割合は低いが、これは、標準体重の80%に満たないものをさす。標準体重以下を全部さすとすると、その割合はもっと高いはずである。

貧血も、Hb値を7.0 gm %以下としての数である。

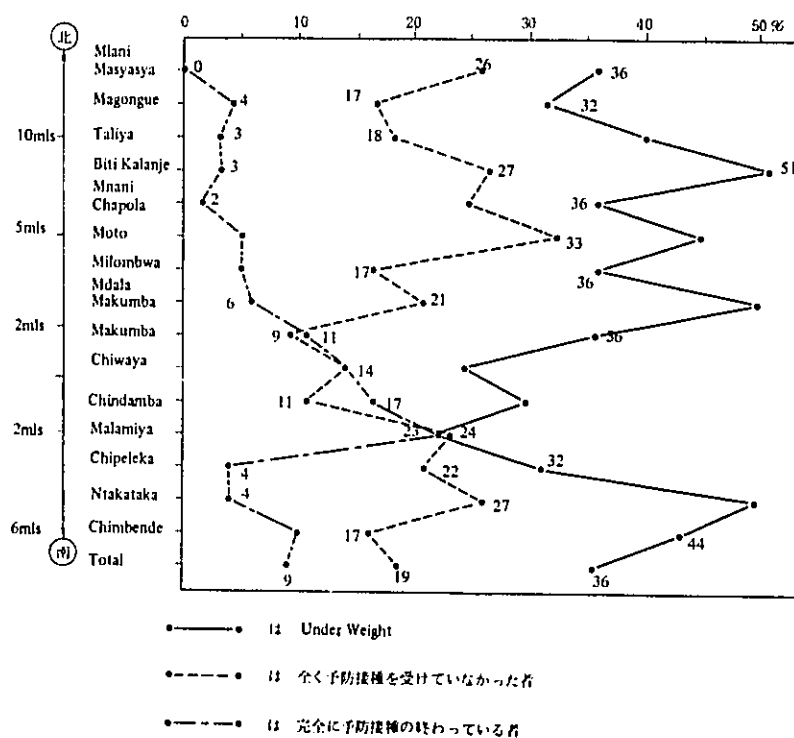
BilharziaやHook wormは検査が全部の件について行き届いていないので、このように少ないが、もし、全件に対して検査をすれば、この数と貧血者の数はともに増え、また、その数は低栄養児の数とも似たものが得られるのではないだろうか。Malariaは入院患者数の約3分の2が患っている。子供の熱、下痢をみたらMalariaと思え、といわれるゆえんである。

③ Malindi Lake Shore 地区地図

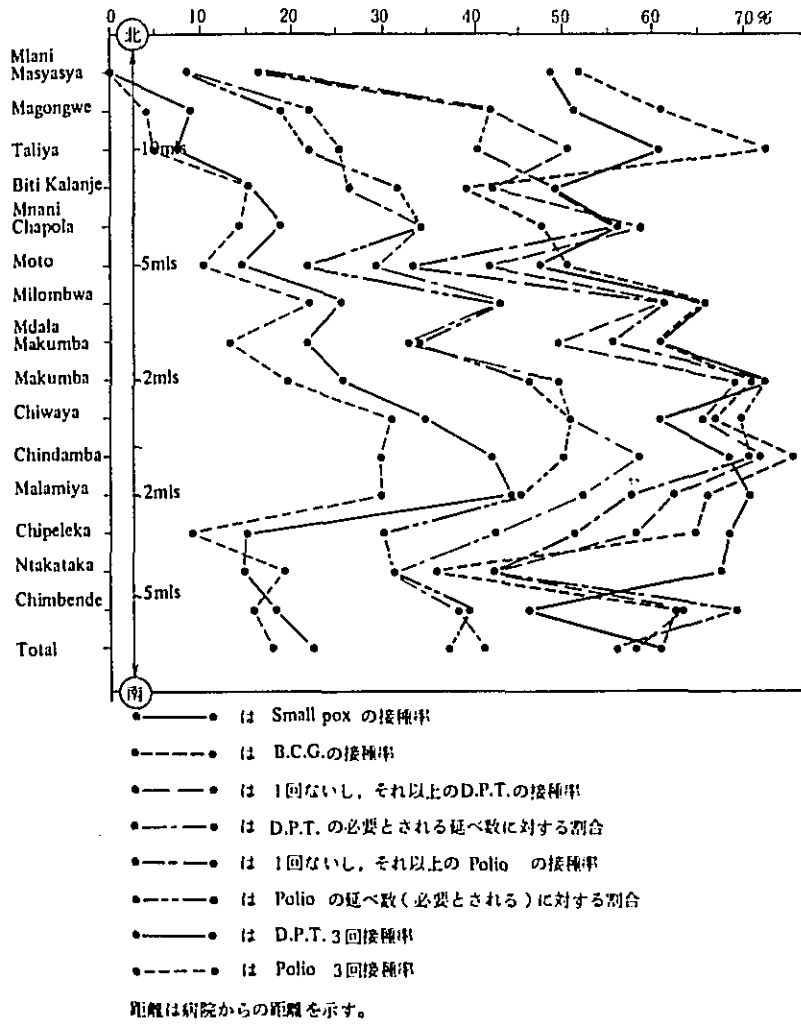


④ 第一回目の村巡りにおけるその時点での予防接種率及び栄養失調児の割合 (その時の attendance に対する割合)

[表 I]



〔表 II〕



マラウイ……5歳以下児の予防接種キャンペーン

Attendance の数 ()内は一歳未満	
Mlani Masyasya	25 (10) (Mlani Masyasya + Kwilasya)
Magongwe	23 (6)
Taliya	60 (23)
Biti Kalanje	33 (10)
Mnani Chapola	51 (15)
Moto	98 (29)
Milombwa	76 (15) (Milombwa を中心に 4 つ の村で)
Mdala Makumba	47 (6)
Makumba	139 (33)
Chiwaya	145 (40) (Chiwaya を中心に 3 つの 村を含む)
Chindamba	75 (24)
Malamia	51 (15)
Chipeleka	111 (25)
Ntakataka	22 (4)
Chimbende	89 (35)
1,055 (300)	

表 I, II における%は、上記の数より割り出したものなので、一つ一つの村を表すというのは無理かもしれないが、ある程度の事はわかるのではないだろうか。村ごとの参加者の数の開きが、そのまま、表 I, II に表われており、病院から遠くなればなるほど、病院でおこなっている Under 5s Clinic や Nutrition Rehabilitation Unit の利用が少ない事がわかる。

なお、このあたりでは、全体の人口が不明、出生年月日が不明という点から統計をとるのは非常に難しい。子供が生まれたとき村でどのようなことが起こったか(例えば祭り、国の祭日等)をたずねて、年令を推定した。

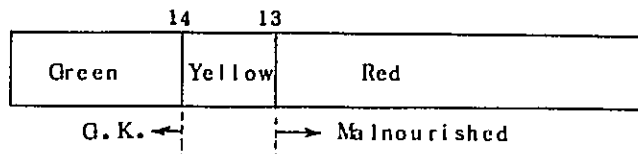
表 I, II は、5歳未満全体の統計だが、さらに1歳未満と1~4歳とに区別すると、次のようになる。

	1歳未満	1~4歳
全く予防接種を受けていない者	28%	15%
完全に " 受けている者	7	10
Small pox を受けている者	33	71

B. C. G. を受けている者	56%	66%
1回以上のD. P. T. を受けている者	53	66
3回ともD. P. T. を終わった者	15	25
1回以上のPolioを受けている者	54	57
3回ともPolioを受けていた者	11	20

⑤ Arm Circumference

不要になったレントゲンを利用して、メジャーをつくる。



対象は1~4歳児で、上腕にて測定する。

13~14cmはボーダーライン、13cm以下は栄養失調の目安とされている。

⑥ 現在のUnder 5s Clinicのスケジュール

月	N. R. U. (月・金は当病院でClinicが開かれる日で多くの 子供達がここに集まる)
火	Chimbendeの一つの村へ行く
水	Taliya Clinic
木	当院におけるUnder 5s Clinic
金	N. R. U.

日本に帰って考えること

斎藤昌子

「住めば都」とは、よく言ったものだ。初めて、任地を目にした時の「貧乏くじをひかされた」という印象は、今もって、よく覚えている。仕事を始めたから始めたで、想像を超えた現実一度肝を抜かれて、とにかく、他人の所は、よく見えた。交通の不便な事、風呂のないこと etc.。しかし、美しい湖と、楽しい人々、時には、病院の裏山に登ってはるかに広がる湖と平原に、自分のくよくよしている事等とるに足らぬ小さな事だと気持ちを洗われて、やっぱり来て良かったと思った事も度々。

「シスター」と呼ばれる事から始まって、何しろ一つ一つが、それまでの経験にない事。自分が「異質」な者だという認識から、積極的に、彼等の言葉を学び、「理解」とは一体何ぞと、異なった価値観の中で暗中模索しながら、3ヶ月、6ヶ月と過ぎ、ようやく私が住む所、Majindi が「都」になった。

環境に慣れると余裕をもって、自分がその一端を担っている医療の状況を見る事ができる様になった。そうすると、私達が日頃相手にする病気は、その地域の人々の生活背景と深い関連があり、そしてそれ故に、その改善によっては、多くのものが予防できるものだと、改めて気付いた。事実、マラリア、寄生虫、結核と、どれをとっても病院で一時的に治療しても、村に帰れば元の木阿彌。入院患者の40%は5才以下の乳幼児で、多くの子供が、入院の対象となった疾患の他に、栄養失調、貧血の状態にあって、えてしてそういう子供達は、国の奨励している予防接種すら満身に受けていない。ただ親が「水を飲ませる事」を恐れたばかりに失われていく幼い命、手術が必要だと説得の未、親族会議の代表が、患者を引きとりに来たりする。宗教や価値観の違う世界だから、そういうものだろうと考えて通りすぎられるものだろうか？ よそ者の私に、問題が強烈に写っても、そこに住む人々には当然の事、仕方のない事なのだろうか？

私の疑問は、同様の意見を持ち、又、途上国経験のあるドクター・メンングの着任によって現実的解決の方向をさぐり、充実したものへと展開する事になった。「何か出来るはずだし、しなくてはならない」というのが一致した意見。

現地人スタッフの協力を得て、私達のとった方法は、まず、問題を明らかにする事、その為に、各村の代表者達との話し合いを開き、一方で、データをとる為に（主に栄養失調児の割合と予防接種の普及率）アンダー・ファイブ・ビレッジ・サーベイを行なった。話し合いからは、遠くの病院よりも、身近な民間療法（アフリカン・メディスンと呼ばれる薬を主に用いる）に頼るという事、予防注射や妊婦検診の意義を知らなかった事、現金収入のない人にとって、入院費は高い事、子供が入院し母親をその付き添いとられると、残された家族の世話をする者、あるいは耕作をする者がいないと困るので、容易に入院が妨げられる事、一夫多妻のこの地域では、父権が一方的に強く、女性は従わざるを得ない為、父親の理解と協力が必要な事など多数の要素が指摘された。

そして、サーベイの結果は、病院からの距離が遠くなる程、病院の行なう医療サービスを受ける恩恵は少なく、栄養失調児の割合は増加し、予防接種の普及率は低くなるという事ははっきりと示していた。住宅事情をとりあげても、トイレのない家、湖又は川の水を直接飲水用としている家、牛、山羊と一緒に居住する等、衛生上の問題が多い。

これらの問題を解決する一つの方法として現行の、モービル・クリニックー体重測定、予防注射、健康教育を目的として、病院以外で行なう乳幼児検診一をもっと多くの場所で頻繁に行なう事も考えられる。しかし、それには村まで出かけるスタッフや運営費の問題等限界がある。その上、いくら病院から出向いた所で、村の人達が、その意図する所を理解し、健康教育を実とする為には、人々が、健康というものを主体的に考えてこそ効果のあがるものだ。私達は、そこで、村から信望厚い婦人達を選んで、病院で、基礎的な衛生知識や、生活上の工夫を教える事を提案した。子供の養育、栄養、予防注射の意義等含めてコースは約一週間。この婦人達を、ビレッジヘルス・アドバイザーと呼び、彼女らが、その村々で、リーダーとなって、他の村人に対する指導を行ない、病院と連携して働き、村人自らが、健康の担い手となる事を目指すものだ。既に地域のリーダー、厚生省との交渉を重ね、実践の段階にはいり、一年以上を経過した。一進一退しながらも続行されている。地道ではあっても、村の人達自身に、そういう事を考える機会が与えられた。

地域の医療を考えた場合、教育、産業の開発を抜きにして考える事は出来ない。又、それ故に、最も望ましい方法を考えるのは、その地域に住む彼等自身であるべきだ。そこに一時期だけ関わる私達は、ボランティアだからと、全く、自己覚的に「よそ者」で過ごす事も出来る。しかし、「よそ者」だからこそ、

問題を客観的にみつめる事もでき、それを、そこの人々と一緒になって考えて
いく事ができるのも、私達のいい所なのではないか。



民間療法……ウィッチ・ドクターの治療風景

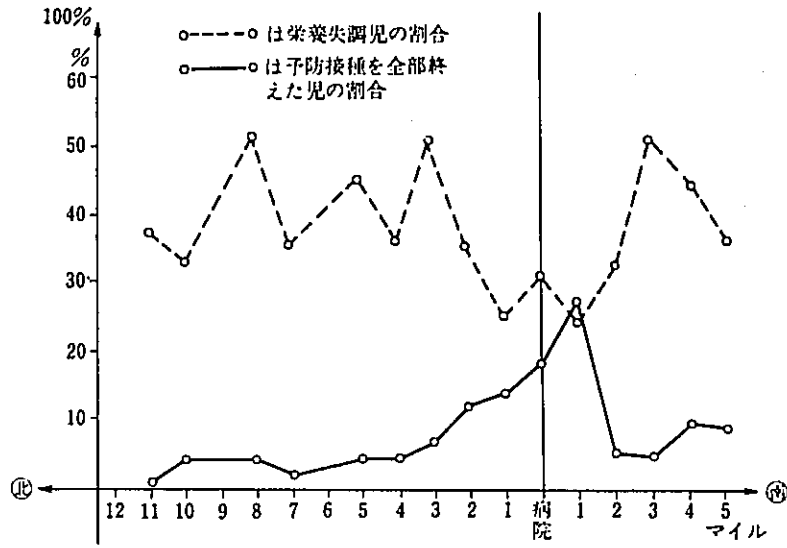


栄養失調児を、健康児と比較してみせる
病院のスタッフ



病院には、給食設備はない。空地を利用して、
食事の準備をする

〔表〕ヒレッジ・サーベイの結果の一部



齋藤隊員の報告書を読んで

森 まさ子

報告書が Under Fives Clinic Campaign に関するものであり、その歩みと現在の状況および今後の計画に至る内容を含むものである。全体を通して客観的に、明解な記述であり、可能な限りに於て状況分析を加え、必要に応じて資料も添付し、要約された解説を交じえるなど、業務報告として、非常によく整理されている。また現地の文化や経済の実状を考慮しつつ、可能な限りに於て健康問題改善の視点に立った実態把握に始まり、企画、推進、運営のための努力と熱意が感じられる。尚臨機応変の行動力にはさすがしさが残る。

隊員の所属病院 St. Martin's Hospital における全体の入院患者数から子供達（5才未満）の入院比率の高さを指摘しその多くが感染症によるものであり、予防が可能であること、誘因となる栄養失調、貧血が、病状回復を困難にしている事の気づきから、マラウイにおける Mangochi 地区の栄養失調児の比率が高いこと、予防接種率の低さとその原因にふれている。このようにして20年来行われて来た Under Fives Clinic の低迷の原因を探るための meeting をもったことも、その構成員も適当と思える。

原因を分析し、対応策として実地に趣き実態の把握と Under Fives Clinic を兼ね栄養失調児の発見と母親への啓蒙を試みる着想も素晴らしい。ここで15の村を地理的条件から見て選び、とあるが、子供達のための特別な Clinic を各病院と Health Center でおこなうことになっているのは M・C・H (Maternal and Child Health Services) に報告するという事でその分担地区が決まっていなかったのだろうか、疑問である。病院が巡回する Clinic は、既に Mobile Clinic をおこなっている、2つの村 (Taliya と Chimbende) が決められていたのではないかと思う。拡大した範囲に及ぶ計画であれば、事前に Ministry of Health の了解を得ておく必要があったのではないか、又この計画をすすめる際に、M・C・H. の協力を得ることも出来るのではないだろうか、病院の機能と Health Center の機能の特色を生かしつつ提携する事も考えられる方法である。

各村のリーダーを一室に集めて、企画を説明し協力態勢を得た点も現地に密着した方法で今後の推進にも効果的であり、チームの編成や内容に於ても適確である。(M.C.H.の協力が得られた場合は、両者でチームを編成するか、内容を打合せて方法を統一し、交替で当る等…検討できよう)

実状調査のために、15の村にわたる巡回は、病院の日常業務を進めつゝ尚人員も極度に節減の折、大変な労力と献身的努力で実行された10マイルの活動の重みを感じられる。これだけの企画から実施に至るまでの過程に於て、検討に検討を重ね、現状分析だけでも容易ではない筈、院内担当者との話し合い、役割分担以前の人選など、継続性も考慮された大事業の推進力は何であろうか。子供達の健康増進に夢を託して止まないボランティアの精神でなくて何であろう。

その結果飛躍的に増えた予防接種の効果が疾病の予防となって効果を発揮し、人々の認識となるまでには、まだ時間と啓蒙と継承が必要な事は申すまでもなく、これからが本番である。栄養改善のための Nutrition Rehabilitation Unit も2年前から病院の附属施設として開設され、退院後、引き続き栄養指導が行われたり、食料の供給、母親への啓蒙を試みているが、栄養失調の完全回復例が少なく、途中で治療をやめていく実状も、もう少し突込んで知りたい処である。問題が発見できるのではないか。現地の人々の食生活や農作物の実態を知り、嗜好も考慮しつつ改善できる方法を現地の人々と共に考えてみるための試みと同時に、衛生環境を改善するための指導も行われると推察する。

今後の計画として、3つの村を選んだ動機も目的に叶っていて適切であろう。選ばれなかった村のクリニックは、Health Center によって引き継がれるのであろうか。

Health Adviserの training計画、については、着目と、方針に於て期待できるものである。2～3の村の婦人達を選出して貰うこと、病院で教育した事を村へ帰って実践することは生活に密着する方法で行われれば、関心を呼び、村の人々への啓蒙から、子供の健康に発展できる手がかりとなればよい。どの母親でも、子供のためによい体験であれば積極的に実行するものであるから…。文盲の人々に伝えるためには、わかり易い方法で、視覚や体験を取り入れるのが最善であろう。

この報告書の中で斎藤隊員が、Clinic の暇を見て子供達と共に歌や踊りで住血吸虫のことを扱った…と書いているが、子供向けの衛生指導などこの様な方法で、巧まず演じられるのは天性その道の達人と見るべきか。(青年海外協力隊技術専門委員=看護婦)

チュニジアをめぐる内外情勢と医療援助

最終報告書（54年3月～54年4月）

54年4月8日記

派遣国 チュニジア 51年2次前期組
職種 医師
氏名 本田 徹
配属先 Hôpital Régional de
Jerba

本田隊員の略歴

氏名：本田 徹
生年月日：昭和22年5月24日
出身県：東京都
職種：医師
派遣期間：52年2月～54年4月

I まえがき

いよいよ2年間のチュニジアでの生活をしめくくる時期がきた。イスラムという、地上でもっとも豊富、かつ魅力に満ちた文明社会の一つに身を置いて、私はほとんど駆け足のうちに時を過ごした感に打たれる。カルチャーショックにつぶされる暇がないほど、まず私は知ろうとする欲望に突き動かされた。それだけ経験は、あれもこれもと上すべりのうちに終わったともいえるだろう。

ジェルバ、私が小児科医として働いたこの土地は、チュニジア南部に位置する人口約8万の小さくて(514km²)平和な島だ。伝統的にはささやかな農、漁業と出稼ぎによって、島の経済は支えられてきた。それが約15年ぐらい前、チュニジアに観光立国の施策が敷かれて以来、ジェルバの様相もまた大きく変わりつつある。北から東にかけてのなだらかな海岸に20を越えるホテルが急造され、夏季の間常時1万人にのぼる観光客をヨーロッパから受け入れる。

さしたる産業をもたない、この島にとって開発とは、観光の振興ということと、おおよそ同義である。観光によってジェルバの人々が物質的に享受したものは大きいだろうが、同時に島が長く保ってきた social fabric といったものが、少しずつ侵蝕、崩壊させられつつあることも否定できないだろう。ほんの一つの例をとると、若い人たちの信仰、アルコール、性などに対する考え方は、イスラムの伝統的な価値観からはだんだん乖離しつつある。そのことには、後でまた触れるであろう。

本報告書で私が試みたいと思っているのは、チュニジア社会と、そこに生棲する人々に関する包括的な観察、第三世界の医療についての検討といったことどもである。

II チュニジアと国際社会

この2年間、世界は実に多事多端だった。犯罪一つ起きないような、のどかな島に暮らしていても、現代史の大きなうねりがチュニジアにも非常な力で押し寄せていることを感知せずにはおれなかった。それは一つにはマグレブ(Maghreb。「太陽の沈む地方」を意味するアラビア語)という、中東・ヨーロッパ・アフリカの交会する場所に置かれている、この国の地政学的(geopolitic)特殊性と関係しているだろう。

眼をまずヨーロッパに向けてみよう。フランスをはじめとするヨーロッパ

共同体（EC）9カ国は、チュニジアにとっても最も重要な経済上のパートナーだが、両者の関係では常にチュニジア側が割を食っている。

1977年の対EC貿易収支は、2.74億ディナール（1ディナールは約500円）の赤字となっている。この国の貿易収支が全体で3.48億ディナールの赤字なのだから、その8割近くがECによるものといえる。さらに旧宗主国フランス1国で貿易収支のマイナス分の半分を占める（1.7億ディナール）。

この1、2年来、ECはチュニジアからの農産物（とくにオリーブ油、ブドウ酒、柑橘類）、繊維製品（絨緞）などの輸入を制限しはじめた。80年代のはじめに予定されているスペイン、ポルトガル、ギリシアのEC加盟は、チュニジアからの農産物の西ヨーロッパ向け輸出を一層困難にする見通しである。また国内の失業問題の深刻化に苦しむフランスが、去年から外国人移民労働者の新規受入れ停止、既に在仏している者たちの帰国奨励といった方針を打ち出したため、海外出稼ぎ労働者からの送金が外貨獲得の一大源泉（77年で7.234万ディナール）となっているこの国には痛手である。移民打ち切りがチュニジア国内の失業問題（働労人口の15%以上といわれる）に落す影も深刻だろう。

今、国際的な論争となっている南北の貿易の不平等・格差の問題は、このようにチュニジア対ECの関係でも端的に現われていることになる。

中東問題および他のアラブ諸国に対するチュニジアの政策についても、少し触れてみよう。

パレスチナの地を、1947年の国連総会決議第181号にそって、二つに分ち、パレスチナ人の独立国家とイスラエルとを共存させるという和平プランをアラブ諸国の元首の中ではじめて唱えたのは、チュニジアのブルギバ（Bourguiba）大統領であった。1965年、この発言がなされた当時は、ナセルのエジプトを盟主とするアラビア世界は主戦論で占められていた。「イスラエル人を地中海へ叩き出せ」（Chassez les Israéliens dans la mer、/）という有名なスローガンである。ナセルはブルギバの現実主義・妥協路線を憤って、一時チュニジアとの国交を断絶する。けれども67年の六日戦争でエジプトは完敗し、全パレスチナの奪還というナセルの夢は打ちくだかれる。

PLO内多数派を含め、現在のアラブ側の中東問題解決案を最大公約数的にいうと、イスラエルが67年の戦争前の国境線まで完全撤退し、その後ヨルダン河西岸地域（Cisjordanie）とガザ（Gaza）にパレスチナ人の

独立国家を建設する、これを条件にイスラエルを国家として承認する、というものだ。従って、65年のブルギバの提案は、その後の二つの戦争を経てアラブの大勢の意見となったわけだ。これを一般のチュニジア人は、わが大統領の先見の明として誇りにしている。

サダト氏のエルサレム訪問に対する評価というものも、チュニジアはアラブ諸国中最も屈折している。サダト氏ないし彼の政府を直接攻撃することは慎重に避けつつ、エジプト＝イスラエル和平合意の方向・内容に対しては、中東問題の包括的解決につながらないとして消極的に反対する。

独立以来、この国の外交路線は、二つの主張のせめぎあいのうちに形成されてきた。一つは旧植民地主義勢力、すなわち西欧と協調しながら、その経済援助で国の開発を図っていかうとするもの。他の一つはリビア、アルジェリアなどのアラブ急進共和派と結んで、西欧への従属をはっきり断わっていかうとするグループ。これまでのところ、戦いは前者の勝利のうちに進められてきた。首相のヌイラ（Nouira）氏が最初の考えに立つ人であり、大統領も幾度か逡巡しながらも、大筋において首相の親欧米路線を是認してきた。

1974年リビアの出資で建設されたこの国最大のホテル Dar Djerba において、ブルギバ氏とカダフィ議長は、チュニジア＝リビア合併の協定非に調印する。この「結婚」の仲人は時のチュニジア外務大臣モハメッド・マスマーディ（Mohamed Masmoudi）氏であった。彼は、今述べた二つの流れのうち、後者を代表する人である。当時ヌイラ氏は外遊中で、このニュースを聞いて慌てて帰国し、大統領を説得、翻意させる。合併劇は流産に終わり、マスマーディ氏は外務大臣を辞任する。その後のリビア＝チュニジアの関係は、現在に至るまで緊張が絶えない。ガベス湾沖の大陸棚油田をめぐる領有権問題は、ハーグの国際司法裁判所まで持ち込まれ、現在係争中である。今年の1月には、合併調印5周年の当日、チュニジア航空のジェット機が乗っとられ（協力隊員も二人、その機上にあった）、二転、三転、トリボリにて事件は血を見ることなく解決している。しかしリビア側はチュニジア政府から出された、犯人3人の引き渡し要求を蹴っている。この事件をリビアの工作と推測する向きはチュニジアに多い。

アルジェリアとの合併の話も、故ブーメディエン大統領とブルギバ氏との間にあったが、陽の目を見ることなく終わっている。

二つの石油大国アルジェリア、リビアにはさまれるようにして、アフリカの最北端から地中海に突き出ている小国チュニジア。さしたる自然資源をも

たないこの国にとって、政治的独立というものは、経済上の自立をいかに図るかという問題と切り離して考えることが出来ない。ただ、政治的独立といい、経済的自立といい、その線引き、定義をどこでするかは、先ほど触れた2派の間で大きな違いがある。les pays frères arabes（アラビアの兄弟諸国）という表現は、当地の新聞・テレビでは一つのきまり文句になっている。しかし、この「兄弟」がなかなかのくせものなのだ。兄弟・身内が殺しあったり、ベテンにかけあったりすることは、この、もと遊牧民出身の民族には茶飯事だ。リビア、アルジェリアなどの資源強国と、政治的一体化を進めすぎると、チュニジアとしての国家の同一性（identité）もしくは独立がおびやかされるという懸念が、親西欧のプラグマティストの心理に強く働いていることは疑えない。

一方彼らの反対者たち、現体制下の少数派は、西欧や米国からの無制限・無原則な資本の導入が、チュニジアを新しい植民地主義の支配下に置いてしまったと批判する。欧米の援助に寄生する特権階級が形成された代わりに、アラブ国家としての政治的独立・連帯性は奪われたというのである。

結局、この両者の主張というものは、ナショナリズムというものの及ぶ範囲を、文化母体を共有する汎アラブ世界に置くのか、あるいは75年間にわたるフランスの植民地主義支配が人為的に作り出してしまったチュニジアの狭い国境線の中に置くのか、をめぐる論争というふうにも考えられよう。とまれ、この二つのグループの角逐は最終的な結着をみたわけではない。これからの勝負の展開は、恐らくブルギバ「以後」にもちこされるだろう。

Ⅲ 国内問題

チュニジアのように純粋な国内問題というものが少ない国も、まれかもしれない。程度の差はあれ内政上の問題というのは、国際環境の厳しさがこの国に反映したものという側面を、必ずといってよいほど帯びている。ただ一つの例外といえるのは、ブルギバ大統領の後継問題だろう。大統領は約10年前から脳卒中、心臓発作など繰り返し、現在では「君臨すれど統治せず」の状態を余儀なくされている。国政の重要な施策決定は首相のヌイラ氏に任されている。去年も不眠症、全身衰弱が原因でブルギバ氏は2度ヨーロッパに長期の療養旅行を試みている。いろいろ陰口を叩く人はあっても、やはりこの政治家は建国のヒーローなのだ。若い層も含め、彼は国民の大多数の尊敬と親愛を集めている。個々の政務にはタッチしなくなったとはいっても、

ブルギバ氏が生きているという事だけで、テニジア共和国に与える安定感は大変なものなのである。だからこそ余計に、一体ブルギバが死んだら、この国はどうなるのだろうかという危惧は人々の念頭を去らない。第二のイランだよとつぶやく人さえいるのである。首相のヌイラ氏は有能な行政官という評判だが、カリスマの魅力に欠けること、その私財が莫大であること、などが災いとなって、国民の間での人気はぱっとしない。若い人たちの中には大びらに彼を罵る者も少なくない。大統領は再三にわたってヌイラ氏に対する彼の100%の信頼を表明しているが、ブルギバ以後への白紙委任状として国民が受けとっているわけではない。

国内問題の第二は労働組合運動である。官庁、公社の労働者を中心に50万人の組合員を結集するテニジア労働者総同盟(UGTT)は、日本の総評、同盟を合わせたか、それ以上の比重をテニジアの労働運動の中でもっている。一党独裁が敷かれ、公然とした反体制運動が事実上禁止されているこの国では、経済要求はもちろん、政治的変革の声も、組合活動を通じて出されてくる傾向が強い。若者たちは、テニス大学を中心とする学生運動によるか、UGTTの組合員としてしか、政治的異議申し立ての道を与えられていない(イラン革命に触発されて、ここでも最近、イスラム教寺院 Mosquée を温床にした第三の反政府運動が芽ばえつつあるという)。

一昨年の秋以来テニジアの国内では鉱山、鉄道、農業など基幹部門の労働者のストライキが相継いだ。UGTTの委員長ハビブ・アッショール(Habib Achour)氏——彼は独立闘争時代を通じてのブルギバの盟友だったのだが——は、ヌイラ氏の率いる政府を公然と批判しはじめる。アッショール氏のデストリアン社会党からの脱退、政府、党のUGTT地方組織に対する歴重なる弾圧などがあって、年末から78年はじめにかけて、政治的・社会的緊張は一挙に頂点へ登りつめる。UGTTのゼネストが引き金となって起きた1月26日の悲劇的な暴動事件(公式発表でも50人余りの死者を数えている)は、尖鋭化する組合運動に対する政府・軍隊からの「血」の回答であった。

アッショール氏の逮捕、投獄、裁判(去年、懲役10年の判決が下っている)があり、組合の上部組織は政府の手で完全にすげかえられた。こうしてUGTTを黙り込ませることに成功したとしても、対外的にはテニジア政府はかなりの傷を負った。アッショール氏は国際労働運動内部でよく知られた人であり、彼の投獄はヨーロッパを中心に大きな反響を呼んだ。また、サダト訪イ

イスラエルに対する評価などで、彼はアラブ急進国に近い考えをもっていたとされており、リビア、アルジェリアはその失脚を喜ばない。今年1月のチュニリス航空機乗っ取り事件でも、犯人側の要求が、アッシャー氏とマスムーディ元外務大臣の釈放であったということは意味深い。いずれにせよ労働組合運動は、無理矢理、噴火口を封じられた火山のようなもので、いつどんな形で再爆発するか察観できないと思われる。

国内問題の三番目は多党制 (multipartisme) をめぐるそれである。先にも述べたように、チュニジアでは、ブルギバ氏の創設になり、独立を導いたデストリアン社会党 (デストリアンとは、法・原理などを総称するアラビア語のデストールに出た言葉という) が、政府、国民議会 (1院制) など行政、立法のすべての権力を握っている。被選挙権もデストリアン党員であることが前提条件となる。独立運動および、その後の新国家建設の過程で、この党が果たした役割は偉大なのだろう。ただチュニジアが、産油国と南アフリカを除けば、今やアフリカで最も豊かな国の一つとなり、「経済的離陸 (décollage économique) を目指す第五次計画の遂行にかかっている現在、1党独裁の政治形態は大きな矛盾にぶつからざるをえない。

親欧米路線を取りながら、自国民の民主的権利、政治的な選択の多様化などを求める声に耳を貸さないでいることは、対内的にも国際的にもマイナスだろう。“Democratie” という新聞を発行している社会民主党系のグループは、去年、正式に党としての承認を求めたが、拒まれている。ヌイラ首相は新聞のインタビューなどでは、「政府は多党化に反対しているわけではない」と表明しているが、いざ実行となると、二の足を踏んでしまうようだ。経済的な発展、教育の浸透、観光やテレビ、出版物などを通じての欧米文化との頻繁な接触——これらは国民の精神を否応なしに自由化の方向へ引っばっていく。他方では反対勢力に市民権を与えることで、国内の政治的安定、一枚岩構造 (monolithisme) にひびを入れられることを恐れる気持ちは党・政府に根強くある。このジレンマをどう調整するかという問題は、ヌイラ氏の政府が直面する一つの重大な試練だろう。

四つ目に掲げる国内問題は、教育、雇用に関わる。

教育に対するこの国の熱の入れ方は、それなりの矛盾を抱えているにせよ、ひとまず賞讃に値するだろう。資料が手許に見つからないため、具体的な数字はあげられないが、初等・中等・高等教育を通じて、一人の子供のために国家が注ぎ込む金額は第三世界の国々の中ではチュニジアはずば抜けて高い。

年間の国の歳出のうち、文教予算が占める割合は3分の1に達するとも聞いている。面積でも資源でも小国としかいいようのないチュニジア。そこにアラビア諸国の中では比較的多い600万の人間が住み、その半数以上が20歳未満の若い世代で構成される。国民教育の成否は国の将来の命運に直接関わってくる。為政者も真剣にならざるをえないだろう。

しかし教育の問題は、雇用と切り離して考えることができない。第三世界では、この現実は一層深刻だ。せっかく子供を教育しても、彼らにその後適当な働き場所を与えてやれないならば、大きな社会不安を生み出すだろう。5カ年なら5カ年の経済計画の達成によって、いくつかの新しい産業と新しい職場、即ち雇用を作り出せるかという見通しをもたずに、中・高等教育の場をやみくもに広げていくことは不可能だ。

たとえば、去年(78年)、小学校から中・高等学校(enseignement secondaire)への進学試験に合格した生徒は54,000人であった。受験者は全部で189,000人だから、合格率は28.6%に達するのみである。小学校に入学し、6年間きちんと通い続けられる子供の割合は、この国では恐らくまだ80%がやっただろう。無事初等教育を終えた子供のうち、一体、どれだけの者が上級の学校を目ざせるのか? さらに志望した生徒のうち3割弱しか中学校へ上がれないとしたら、中等教育を受けられるということだけでも、まだチュニジアでは選ばれた少数の子供にのみ与えられた権利と言わざるをえない。

これ以上の数の中学生を受け入れるための施設、スタッフが足りないこともあるだろうが、教育が国の経済政策全体と連動させられているということの方が、より本質的な理由なのだ。ちなみに第五次計画(78~82年)では、78年度には51,000人に中等教育の機会を提供するということが、はじめから決まっている。

これだけ計画性をもった教育、雇用の政策を推しすすめているとしても、次々に生まれ育ってくる膨大な数の若い世代を社会の中にきちんと位置づけやすることは、困難をきわめるのだろう。失業率は農村などに吸収されている潜在失業者、観光の季節だけの労働者も加えれば20%を越えると思われる。家の経済的な事情で希望の教育を受けられず、不満をかこっている若者、バカロレア(大学入学資格試験)まで通りながら、大学へ進むでもなく、ちゃんとした職にありつけるのでもなく1日中カフェでぶらぶらしている若者。この国では、そう珍しい光景ではない。

一昨年の10月、チュニジアの中を旅行した折、ケビリイ (Kébili) というオアシスの町で10人余りの子供たちと知りあいになった。年恰好は7、8歳から14、5歳くらいまでいろいろだったが、学校へ行っている子と、そうでない子で、ものごし、喋り方に大きな隔たりのあるのを見て、おどろいた。

「学校で勉強しているのか？」

「うん」

「アラビア語だけじゃなくて、西洋のこともか？」

「ああ、去年からね」

「どれ、ボンジュールって言ってみろ！」

学校へ行っている子供は、まず例外なく屈託がない、私の片言のアラビア語で話していても、彼らがいかにのびのびしているかは、よく伝わってくる。通学していない子は、引けめとか、劣等感という言葉が強くなってしまいが、何か私のような外来者に対して気おくれしているところがある。しかし、彼らは、同輩に比べての自分のハンディを自然なあきらめのうちに受け入れてしまっているようだ。子供たちは、教育というものが各人の運命を全く別別のものにふりわけつつあることに気がついていないほど、無心に仲良く遊んでいる。そのことが、かえって私を不思議な感動で満たした。

教育の問題に触れたついでに、もう一つの興味深い現象を考えてみよう。それは学校教育、行政機構を通じて慎重に進められている「アラビア語化」(Arabisation) のことだ。独立以来、たとえばフランス語の修得開始の時期が小学校1年生から3年生へと引き上げられ、他方、中・高校 (lycée) の場では、ここ1、2年のうちに地理、哲学、歴史などの課目が、これまでのフランス語からアラビア語で講義するよう方針が改められた。自然科学の方面では、いぜんフランス語が幅をきかしているが、これも長期的には見直しの方向にあるという。アラビア諸国は互いに政争、軍事衝突に明け暮れてはいても、文化的な一体化政策を推し進めていこうとする点では一致している。チュニジアのように、アラビア世界の中での日本——知識集約型の産業国家——の地位をめざす国では、アラビア語化は必然の要請だろう。けれども、この国が発展するために必要な科学、技術の教育の振興は、逆にフランス語、英語の重要性、依存度をいよいよ大きなものとする。だからこそチュニジアの教育政策の責任者たちは、Arabisationを推進していく一方で、l'acquis (既得のもの) としてのフランス語をこれまでの水準以下に落と

してはならないという事も強調してやまないのだ。アラビア語化と科学・技術教育の隆興——この二つの、一見、相反・矛盾するかにみえる価値観をうまく統一させていくことができれば、テニジアの子供たちは20世紀の終わりまでに、精神的にも物質的にも、非常に豊かな実りをわがものにするだろうという予感が私にはする。

IV 若者たち

今までスケッチしてきたような、テニジア国のうち、そとをめぐる状況が若い人々に与える影響、また、それに対する彼らの主体的な反応——彼らが考え、希望し、人生を選択していく様子——は、どうなのか？

私が暮らしたのはジェルバという、この国の一つの小さな地方であるにすぎない。首都のテニスに住む若者たちの尖鋭な問題意識といったものには、結局触れずじまいだった。仲良くつきあった友だちというのも、2、3の例外を除けば、病院の看護夫や技師などに限られる。テニジアの普遍的な若者像といったものは、従って、私には描けない。それでも私の友人たちが抱えている問題や、この国で与えられている生活の条件は、他の土地に住む若者についてもあてはまる場合が多いだろう。私はそこで、自分のよく知っている青年たちの暮しぶりを以下に写しとってみたい。

結婚や性は、若者にとって万国共通の問題だが、テニジアではそれは、西歐化とアラビア＝イスラム的価値観との相剋、混淆という形で現われる。結婚についていうと、嫁さんを何百ディナールといった大金で「買い求める」風習、息子の嫁を母親が選びとる権利、いとこ結婚を尊ぶ心理といった、多かれ少なかれイスラム的な伝統は、ジェルバのような田舎ではまだ根強く残っている。普通の青年男子は5～10年間せっせと働いてお金をため、まず自分の家を建てる。家が建つと、ようやく嫁をとる資格が手に入るわけだ。ただ、いいなずけの関係は、家など出来る前から決まっていることが多いらしく、大抵の独身男子は自分のフィアンセと称する娘の写真を大切に持ち歩いている。結婚前の男と女の自由な行き来をタブー視する考えは、テニスのような都会を除くと、いまだに支配的だ。ジェルバでも、婚前の男女が手をつないで町を大びらに歩くことなど、まず滅多に見かけない光景だろう。ただ こうした御法度を若者たちは喜んで受け入れているわけではない。窮屈さや反発を感じながら、社会の表向きのルールに従っているのである。

冒頭の文章でも触れたが、10～15年来のテニジアの観光化政策、西洋

人旅行客の大批受け入れは、結婚や異性関係を律するイスラムのモラルに今や大きな打撃を加えようとしている。夏の間、この島を訪れる何十万人という観光客にサービスする仕方は、宿を与え、チュニジア料理を賞味させてやることから始まって、みやげ物、ガイド、交通の便、医療などを提供すること、と多岐にわたる。

バカンスの季節の間、私の友だちも含め、ジュルバの若者たちの少なからずが、熱心に励むサービス(?)が一つある。彼らはこれをユーモアまじりに、"business"という隠語で呼んでいる。要するに、巧みな手練手管でドイツやフランスから遊びに来ている娘や御婦人たちを「引っかける」(draager)仕事だ。ホテルで、海岸で、カフェで、ディスコテックで、あるいは並木道で、彼らは本当に舌を巻くほど上手に白い肌の女たちとお近づきになる。フランス語には全く不自由しない彼らだし、ドイツ語もビジネスとあれば真剣に覚えるから障害とはならない。こうして知り合いになった女の子を連れて、勇ましくも逞しいこの若者たちは、あちこち案内してまわり、座談やダンスの相手になる。

アラビア絨緞の斡旋というのも、彼らのビジネスには欠かせない要素だ。1枚が、ものによっては500から1,000ディナールもしようという tapis (絨緞)を、ドイツやスイスの観光客は平気で手に入れたがる。自分は織工場(artisanat)と店を両方もっている主人をよく知っているから紹介してやる、値段はうんと負けさせる……、こんなふうに彼らはヨーロッパ人にもちかけ、店に連れていく。

主人と彼らの間には暗黙の協定が出来ている。うまく品物が売れば、斡旋者は10%程度のコミッションを貰える。さり気なく、ある絨緞を客に気に入らせるための彼らの口上は、聞き惚れるほどのものらしい。

1枚の絨緞を織り上げるまでの労力(12~17歳ぐらいの未婚の娘が使われる)と時間(2~4カ月)、それに出来映えの美しさを考えあわせれば、1,000ディナールでも暴利をむさぼっているとはいえないだろう。ただ、こうした商品には常に二重価格が存在する。裕福なヨーロッパ人に売る場合の値段と、チュニジア人や私のようにヘンに地元と同化してしまっ、誤魔化しのきかない外国人に売る値段とである。この両者の隔たりは2倍、3倍にもなることがある。原材料費、労賃、最低限の利潤など加えた価格下限はあるとしても、天井を設ける必要はない。客にとって納得のいく値段で買ってもらうというのがチュニジアのみやげ物屋たちの考え方だ。これは詐欺の心

理とは違ったものだ。商品の使用価値が人によって異なるということ、彼らはよく知っているというだけである。

ヨーロッパの観光客は3、4週間滞在することがザラだから、ビジネスマンと彼の美しい顧客とは、そのうちすっかり親密になる。お小遣もちゃんとくれる。夜は砂浜なり、ホテルなりで「千夜一夜物語」を地で行くような快楽に耽る。この類の武勇譚(saga)は、実際、耳が腐るほどチュニジア人の仲間たちから聞かされたものだ。有能な「技術者」だと、春から秋までの観光シーズンのうちに、こうして5人を越える女をカモにする。

カモとはいうものの、女性たちの方もチュニジア青年とのアバンチュールを求めてやってくるのだから、お互い様だ。割り切ったものである。西鶴の「好色一代男」も顔負けな、これらの若者たちの行動は、チュニジアの夏の青い空と同様、あまりにおっけらかんとして、嫌味というものが全然感じられない。いままでつきあった何十人という外国人女性からの手紙の箱——百通以上も入っている——などを開けて、朗らかに笑ってみせる彼らは、天真爛漫であるといってもいい。

そういう私自身は、まごまごしているうちに、「戦果」一つ挙げずに、この島を去らなければならなくなったが、それでいて特別ねたましい気持ちも抱かずにすんだのは、わが仲間たちのまれにみる陽気さ、開放的な性格のお蔭だろう。

この「遊び焼け」した若者たちも、しかるべき時がくれば、何とか家を建て、親のあてがってくれた娘と、おとなしく結婚するのだから笑わせる。

全体、アラーは、信徒の現世的欲望にも実によく気を配ってくれる神である。そのことはコーランを読むとすぐわかる。たとえば次のような意味の一節があったのを記憶している。「ラマダン(断食月)中の夫婦の交わりは、はじめは禁じておったが、お前たち(イスラム教徒)が餘りに不自由そうなので、不憚におもい、「きまり」を改めてやることにしたのだ。げに妻は夫の衣、夫は妻の衣。アラーはなんと慈悲深いことか……」。ざっと、こんな調子である。

現代のチュニジア青年は、アラビアの砂漠でアラーに見出されたベドウィンの末裔であるというだけなのかもしれない。とはいえ、この観光を通じての西洋との「ランデヴー」は、長い間神聖なものとなされてきたイスラムの結婚を、パロディ化してしまう恐れが充分にある。性や結婚についての価値観がくつがえされつつあることは、若者たち自身が一番よく知っている。

けれども、チュニジア人の娘との公然としたつき合いを禁じられる一方で、西欧からの性的に「解放された」女性たちを日々見せつけられて、彼らがビジネスに走ったからといって、それを、とやかくいうのは意味のないことだろう。

女性たちはといえば、その置かれている条件は、男に比べ、まだずっと不自由なものだ。処女性を重んじるイスラム社会では、一人の娘が男との良からぬ間を噂されるようになったら、「商品価値」を失ってしまう。両親の監視も厳しければ、本人たちも慎重にならざるをえない。仮に男と付き合うにしても、行動は隠密のものとなる。無料診療所に病気を装って訪れ、好きな看護夫にそっと付け文するといった類の手口である。

そうはいっても、観光化と家族計画の推進は、女の性的自意識を著実に変えつつはある。これも10年ぐらいの歴史をもつだけらしいが、チュニジアはアラブ、アフリカ諸国でほとんど唯一、家族計画・出産調節の問題に本格的に取りくんでいる。どんな町村の母子保健センター(Centre de PMI)にも、家族計画の事務所が置かれ、避妊法の普及、啓蒙活動が盛んに行われている。ピル、コンドーム、リング、卵管結紮術など、すべて無料である。中絶に関しても、未成年者を除けば、本人の意志だけで手術を受けられる。夫婦に子供二人という目標達成には、まだほど遠いが、家族計画は demographic な面でも、性的なモラルの面でも、チュニジアの社会に大きな影響を与えようとしている。

未婚の娘が子供を生んでしまうケースは、ジェルバでも年々増える一方だ。産院に来て出産すると、母親だけはこっそり帰ってしまう。残された赤ん坊は「ブルギバの子」と冗談まじりに呼ばれ、適当な養い親が見つかるまでは国の施設で育てられる。

この地で働き出して2、3カ月にしかならない頃、新生児の検屍をさせられたことがある。砂浜に埋めてあったのを、通りがかりの人が見つけ、警察に通報したのだ。ほどなく母親は逮捕された。ホテルに働く女で、従業員か客と出来て妊娠・出産。困り果てたあげくに、わが子を殺して捨てたのだそう。こんな事件は、むしろ例外的だが、チュニジアの農村社会に起こりつつある変化を象徴する意味はもっている。

イスラムの教えに対する若者たちの受けとり方は、どうなのか。私が1年近くを一緒に暮らした病院の放射線技師、ブガンミィ(Bouganmi)は自分自身を指して、“croyant mais non pratiquant”(信者なれど実践

せず) といっている。恐らく彼の言葉はテニジアの大多数の若者の本音を代弁しているのだろう。彼らはアラーという唯一神の存在、この神が地上に遣わしたマホメッドという最後にして最大の予言者のことを信じている。けれども毎日の礼拝、ラマダン(断食)、喜捨など信者に求められている行動は、程度の差はあれ、怠りがちである。

彼らのいい分は、信仰が実践しにくいような環境を政府が作っておいて、よき Musulman たれ、と命じられても、無理だということに尽きる。ブドウ酒をはじめ、アルコール類は手に入り放題、ヨーロッパ人を沢山お客として迎え入れて、彼らの「頹廃文化」を若者たちが浴びるに任せている。それでお祈りだ、ラマダンだ、といわれても、馬鹿馬鹿しくて付き合っていられない、というのだ。

神と人間を、キリストのような仲介なしに直接一対一で邂逅せしめた時、そこに生まれる衝動感といったもの——これがイスラムの宗教感情の一大源泉をなしているように、私には思える。その見地に立てば、この若者たちのいいわけは、単なる責任転嫁・甘えにすぎないことになる。今ランの zealot たちが進めつつあるイスラムの精神革命などに照らしたら、観光化されたテニジアの青年たちが陥っている「墮落」は深いとさえいえるだろう。

しかし逆に、私は彼らが知らず知らず身につけてしまっている精神の受容力、機やかさに感心せずにはいられない。この若者たちは、文化的な二面性 (ambivalence) を、身をもって生きているのだ。

彼らはオム・カルトゥムとかアブダラ・ハリムといった、アラブ世界の偉大な歌手の歌をほとんど暗唱できるほどに聞き惚れ、涙をさえ流す。他方ではトラヴェルタ、ピーシーズなどというディスコミュージックの英雄たちのリズムに肉体と魂のすべてを委ねる。どちらに陶醉しているときの彼らも本物なのだ。

話のついでに、ラマダンとか、犠牲祭といったイスラム教の重要な行事について、少し書いておきたい。世俗化 (laïcisation) の進行ということは、こうした宗教行事をも容赦なく巻き込みつつあるというのが私のもった印象である。1カ月にわたる断食月(日の出から日没までの飲食が一切禁じられる)を、きちんと守り通す者は、若い世代では今や少数派であろう。これ見よがしに他人の前で食物、水を口に運ぶことはさし控えるが、ひとたび家に帰れば断食は終わりである。ラマダン中も夜は平気で酒をのむ若者も

少なからずある。

犠牲祭 (l'Aïd El Idha) についていうと、これも旧約聖書のアブラハムの行跡に起源をもつ、本来、敬虔な行事のはずだが、近年は形骸化の危険を帯びてきている。何よりも犠牲に捧げる動物（とくに羊）が年々高くなる一方なのだ。羊を飼育する農・牧民と一般消費者の間に流通のエージェントがからんで、その彼らが値をどんどんつり上げていくらしい。普通の労働者の賃金はまだ月に70～80ディナールだというのに、3、4歳のよく肥えた羊は50～60ディナールという売り値がつく。おいそれとは手が出せないのである。77年11月19日（犠牲祭の前々日）付の当地の新聞 *Le Temps* の切り抜きを読み直してみると、中産階級以下の人々（売り手の農・牧民、買い手の労働者を含めて）の嘆息がよく伝わってくる。

たとえばサラール・タハリイ (Salah Tahari) という日雇の男はインタビューに、こう答えている。

"L'Aïd, c'est pour les enfants. Si c'était pour moi, je m'en serai passé. Le malheur, c'est que beaucoup de gens aisés ne suffisent pas d'une seule bête. Ils en achètent plusieurs uniquement pour 'se montrer'."

（大体犠牲祭というのはガキのためのものよ。俺のためというなら、そんなもんなしですませるな。しゃくに触るのは、金のある連中が1匹羊を買うだけでは満足しないことだ。奴らは何匹も買う。それも、ただ羽振りを聞かせるためだけにだぜ。）

いったいに、ラマダンや犠牲祭の最中は生鮮食料品は高騰し、飲料水、ジュースなどは非常な品不足に陥る。犠牲祭の前後は結婚式が集中する。外国などへ働きに行っている者も帰郷するし、一族再会のまたとないチャンスだ。ついでに結婚式もやっしまおうという心理が働くことは否定できない。物が涙山買いだめされる。流通業者はそれを知ってストックを出ししぶる。値段が騰貴するのは当たり前だろう。政府もいろいろ監視・警告を試みているようだが、余り効果は生んでいない。

商品経済の中に呑み込まれてしまった宗教行事という否定的側面を強調しすぎたが、もちろん犠牲祭の楽しさ、にぎやかさは、また格別のものだ。それについては、既に以前の報告書で言及しているから、ここは先を急ぐことにする。

「若者たち」というこの章で、私は観光に象徴される西欧化の波と、イス

ラムの伝統的な価値観とのせめぎあいの中で自己を形成していく彼らを見てきた。この青年たちのイメージはどちらかというとなり楽的なものだったかもしれない。それは一つの傾向としてはあっている。ただし、彼らにも悩みの種がないわけではない。その最たるものが徴兵制度である。

テニジアでは20から30歳までの青年男子には1カ年の兵役が義務づけられている。これをすませないと、様々な市民権の制限を甘受しなければならぬ。たとえば海外へ渡航する自由は、兵役未完了の者には原則としてない。

そうかといって、進んで軍隊のキャンプに1年間身を投じてみようとする青年は稀だといってよい。手当はただ同然だし、拘束が多すぎる。兵役中に特殊な技能を覚えられぬ可能性はあまりないし、終えてから何らかの見返りがシャバで待っているわけでもない。単に1年間のブランクが出来るだけだと彼らはみなしている。

だから彼らはなんとかして徴兵から免れようと策をつくす。コネ(piston)を頼る者、兵役不適格者としての診断書を医者から得ようとする者、あるいは一家の支え手(男の子一人の家庭、既に結婚している)としての立場を切り札にする者など、いろいろある。

一昨年(1997年)の1月の流血事件以来、徴兵制度を挺子とする政府の若い世代に対する管理体制は一段と強化された。兵役適格人口に比し、軍隊の収容能力が半分くらいしかないということで、これまでの徴兵にはお目こぼしが大分あったらしい。例の暴動事件が政府の態度を一変させた。仕事もなく、街にあふれている無数の若者たちが、ある日、体制にとっていかに危険な存在へと変わりつつあるかを思い知らされたのである。以来、警察や国土防衛隊(Garde Nationale)を中心とする若者狩り(rafle)が、町のカフェで、ホテルのディスコテックで、路上で、バスの中で、執拗に続けられている。身分証明書をもたない者はもちろん、兵役のすんでいない者も、発見されるとすぐ拘束され、警察でとり調べを受ける。きちんとした職場をもたない若者は、そのまま軍隊なり公共土木事業(travaux publiques)の現場——道路、工場建設など——へ送られる。官庁、病院など公的機関に働いている青年たちは、これほど手荒な扱いを受けないですむが、彼らの場合も選択は二つに限られる。

自発的に兵役に赴くか、あるいは現在の職場に留るかわり、まる1年間給料は月60ディナールを残して、すべて国家に吸い上げられる(この制度は

今年から施行の予定だという)。私の同宿人のブガンエイの場合、月給は夜勤手当も入れて130ディナールになるようだから、半分以上をもっていかれてしまうわけだ。

20代のいつかに避け難く待ち伏せしている、この1年間の兵役は、物質的な面でもさることながら、精神的な意味でチュニジアの若者たちには大きな重荷なのだろう。いつ引っぱられるかわからないという不安。長期的な人生の計画を立てても、途中で頓挫させられてしまう恐れ。外国へ出て働いたり、高等教育を受けたり、異文化に接したりする機会を断念せざるをえないことなど……。

「日本には徴兵の制度はないのだよ、幸にもね (heureusement !)」と私が説明すると、彼らの誰もが、信じられない、といった面持で羨望の念をあらわにする。

チュニジアをめぐる国際環境の困難さからいっても、国内の治安対策の面からみても、徴兵という怪措から若者たちが近い将来解き放たれる望みは、まず、ほとんどないだろう。

V 途上国の医療を考える

さて、この稿も第5章になって、ようやく私の本業の医療について語るべき段となった。

ジェルバ島で2年間、小児科医として働いて体験した具体的なことどもは、既に、これまでの四つのレポートで、大方、まとめられている。

この章で試みたいのは、より一般的な考察、第三世界が抱える様々な医療・保健上の問題を、先進国側のいわゆる「援助」との関連で見なおしてみることである。

新聞報道などによると、最近のWHOの会議や報告書では、医療援助というものの有効性自体が非常に疑われはじめている。そもそも先進国は途上国に対して医療の面で「協力する」ことなど、できるのだろうか？

この設問は、ちょっと聞きにはナンセンスに響くかもしれない。うなるほど金があり、医療も高度に発達している先進国が、「遅れた」国々を助けられないはずだろうか、というわけだ。ところが、ことは、それほど単純ではないらしいのである。援助の名で、国際製薬資本を含む先進国グループは、途上諸国が医療基盤の自立に向けるべき、なけなしの財源をまきあげてしまっているのではないか。また途上国の疫学や衛生上の特殊事情が、

ある医療政策の実施を必要とする場合も、それが先進国側、とくに外国製薬資本の商業的利益と衝突するとなると、様々な手段で妨害が企てられる。そういった事例が、いくつも明るみに出されてきたのである。

具体的には、現在WHOなどの国際機関で論争的になっているテーマは、大きく分けて二つある。

その1は、いわゆる「西欧医学」のアプローチが、途上国の現在抱えている医療・保健上の数々の深刻な問題を解決するのに、どれだけ有効なのか？もし答えが否定的ならば（それが大勢の判断なのだが）、その原因はどこにあり、新しい途上国の医療はどう形づくられていくべきなのか？

その2は、国際製薬資本が途上諸国で行っている営利活動は、民衆の健康、福祉増進という意味では否定的な役割を果たすことの方が多くなかったか？ そうだとすれば、この悪しき傾向を是正するために、何がなされねばならないか？

最初のテーマを考えていくには、まず「西欧医学的なアプローチ」というものの内容を、ある程度知る必要がある。西欧医学といっても、そのリーダーシップは、今や完全にアメリカへ移ってしまい、西欧や日本は北米からさまざまな量とスピードで流されてくる医学の情報に遅れないよう努めているのが現状だろう。そのアメリカ医学も原型（prototype）は西欧にもっているのだから、全体をひっくり返して西欧医学（Médecine occidentale）という言葉が使えらると思う。

現代の西欧医学とは、一口で言えば、金がかかるということの別名である。それは診断や治療の精巧化ということ、ほとんど自己目的にまで崇拜している医学のことである、これは、ある程度やむをえない趨勢なのかもしれない。大抵の伝染病や栄養失調などが克服されてしまったあと、人間が罹り、それで死ぬ病気というものも複雑化（sophisticate）していく。8万人に一人生まれるかもしれない酵素欠損症の子を未然に防ぎ、あるいは生まれた場合、特殊な治療を早期に開始できるよう、妊婦のお腹から羊水を引っぱってきて酵素値を測ったり、8万人全体に対して mass-screening という名の検査を行ったりする。これらの検査を実施するための費用と、しないで一人の不幸な子供をつくってしまった時、社会がその子を一生世帯していく費用との比較が、経済効用の立場で論じられる。

心筋梗塞や狭心症の治療として、つまった心臓の血管を、患者自身の足から取ってきた静脈で移しかえてやる技術が確立された。この手術と薬による

従来の治療とを、どう使いわけるかということが、患者の病型、延命率、さらには手術に必要とされる膨大な費用との相関で、激しい論争をアメリカの医学界に巻き起こす。

西欧医学は、パイオニアとしての輝かしい業績の数々で飾られている半面、診断や治療行為そのものが生み出す不可解で困難な病気に悩み、裕福な欧米や日本のような国々にも堪え難いほどの財政的負担をつくりつつある。

旧植民地主義宗主国からの独立ということでスタートを切った第三世界のほとんどの国々は、西欧医学をモデルにして、自国の医学を形成していく以外方法がなかった。ところが、これらの国々には西欧医学をそのまま受け入れるのに必要な人的、あるいは経済的基盤がない。

疫病学 (epidemiology) の構造はといえば、下痢、栄養失調、伝染病が主体で、現代の西欧医学のアプローチにはなじまない。独立後 20 年近くを経、立派な大学病院・研究所をもち、自前の医学部から毎年 200 人をこえる医者を送り出しているような途上国でさえ、民衆の基本的な医療のニーズが満たされたというには、ほど遠い状態に低迷している。David Marley の *Pediatric priorities in developing world* (発展途上世界における小児医学の優先項目) の仏語版に寄せた、M. Manciaux 教授の序文によると、第三世界では国家の保健・医療予算の 80 ㉫までを大学病院・研究所が食い、これらの施設は住民全体の 5 ㉫以下にしか医療のサービスを提供していないのだという。西欧医学への追随がどういう「付け」を後でまわしてくるかを、この数字は端的に示している。

莫大な国費を傾けて養成される医者はというと、先進国でもその傾向は強いが、第三世界では一般に医者ほどスポイルされた人種はないだろう。彼らは民衆志向、辺地志向ではなく、都会で安楽な生活を送ることを望む。チュニジアでも最近、少しずつ状況は変わりつつあるとはいえ、チュニス、スファックスなどの大都会にはチュニジア人医師が集中し、農村・過疎地域の医療は外国人医師の手で担われているというパターンが基本的である。

前掲の Marley の本は、途上国の医師の生態をユーモラスに絵解きしている。(注：都合により割愛)

要するに、農村部で働くと患者が多すぎる (全人口の 75 ㉫を占める)。病院の設備は貧しい。仕事は押しつぶされるほどある。子供の教育や家族の気晴らしのための施設、手段を欠く。そこで都会へ逃げ出す。

ところが人口の 4 分の 1 を占めるだけの都市部には過半数の医者がひしめ

いている。仕事がなく、十分な収入を得られない。やむをえず飛行機に乗って旧宗主国のある西欧へと脱出する。農村→都会→西欧という、この全体の動きは、「医学上の頭脳流出」と形容されている。その中でも農村から都市への医師の l'exode が最も深刻だという。

西欧医学のもっている技術的な優秀さは否定できないとしても、その第三世界での適応性は疑問視されるにいたったのである。少なくとも、西欧医学一辺倒という、これまでの途上国医学の姿勢は見なおされるべき段階にきている。WHOなどが途上諸国に勧めている医療の体制づくりは、地方分権化 (décentralisation) の方向で描かれている。いわく、農村に伝統的に存在する医療の下部構造を国家的な規模の公衆衛生活動の中へ組み入れること。具体的には祈とう師、薬草商人、産婆などに近代的な医学の初歩を教え、彼らを通じて村の中に衛生思想を普及させていく。農村地域の医療の充足、自立のためには、金のかかる医師に代えて、看護夫、「はだしの医者」といった存在を中核に据えるようにする。

この新しい途上国医学のイメージは、" Soins de santé primaires " (基本的な健康の保護) という言葉で要約されている。全体の考え方は、Schumacher 著 " Small is beautiful " の有名な「中間技術論」の医療版という響きをもっているだろう。実行の面ではまだ沢山の障害を抱えている (既得権の侵害を恐れる医師の反対、村の伝統的な施療者たちの西欧医学に対する抵抗感など) としても、貧乏な国が、それなりに医療・保健活動を発展させていくためには、こうした方向への模索は必然的といえるだろう。ちなみに、チュニジアにおいても、近年は下部構造、なかんずく無料診療所 (dispensaire) の質的充実ということが最重点項目の一つにあげられている。医療機構の中では最も末端に位置するこの診療所は、全国に 400~500 という数のものが、ばら撒かれている (ジェルバ島には 11 存在する)。ここで行われる活動は実に多様である。

- 1) 週 1, 2 回の内科・小児科・産科医などによる巡回診療。
 - 2) 妊産婦検診 (助産婦による)。
 - 3) 家族計画の指導と避妊薬の配布。
 - 4) 予防注射の実施。
 - 5) 包帯交換、血清注射 (サソリ、破傷風など)、その他の応急処置。
- 現在はまだすべての診療所に看護夫 (婦) を常駐させて医療・保健活動に当たらせるには至っていないが、ゆくゆくは病院治療から診療所での啓蒙・

予防・初歩治療活動へと、医療の重心が移されていくものと思われる。

第三世界の医療をめぐる、現在、国際機関で論争の的になっている二つ目のテーマ、「国際製薬資本」について、次に考えてみよう。

79年1月3日付のル・モンドの特集記事“le Tiers-Monde et les médicaments”（第三世界と薬剤）によると、アメリカ、スイス、英国、フランス、西独、日本の6カ国で世界の薬剤輸出市場の71%を独占（1975年）しているという。貧乏な途上国では、自前で製薬工業をもつことが難しいか、ほとんど不可能である。メキシコ、インド、ブラジルのように相当数の薬剤を生産している国々でも、多国籍企業の系列会社が資本やノー・ハウをがっちり握っているのだから、「自前」（autonomie）というには、ほど遠い。発展途上43カ国では、薬品の原末ないし原液を先進国から輸入して、これを製品化（錠剤、カプセルなど）することで甘んじている。他の45カ国では製薬工業と呼んでいいものは全く存在しない……。

貧しい途上国が保健・医療に割く、なげなしの予算のうち半分が薬代に食われてしまう（先進国の場合、この割合は10～20%という）。1974年だけで途上諸国は全体として20億ドルの薬剤を輸入している。これは同年に世界中で輸出された薬の3分の1に相当する。第三世界の薬剤輸入による負債総額は74年までに15億ドルにのぼっている。赤字は年々増えていく一方だ。

大抵の薬は、先進国と同じか、それよりも、むしろ高い値段で途上国では売られている。患者の収入・購買力が、彼我では5倍、10倍も違うのだが、薬価は為替レートに並行するだけだ。従って、薬は、保険で給付されるのでなければ、途上国の普通の人々には高嶺の花となる。労働者の平均賃金が1カ月ようやく70～80ディナールのチュニジアで、半合成ペニシリン、アンピシリンは1本（1g）1ディナールしている。1日3本、10日間注射すると、30ディナール。保険証で入院治療を受けられる場合を除き、貧乏人には、この類の薬は手が届かない。

国際製薬資本に対する途上国側の批判は、以上述べたようなことどもを背景にもっている。これらの大会社には、途上国を単なる市場としてしか見なしていないところがないか。効果が疑わしかったり、他にもっと廉価で同じくらいよく効く薬もあるのに、新薬というだけで、どっと第三世界の市場にばら撒かれる。国の保健財政、個人の購買力はいよいよ逼迫する。途上国側が、一般の外来、病院治療に必要な基本的薬剤200余りを選択し、それ以

外のものの輸入を制限しようとする、製薬資本側は様々の手段を用いて、その実現を阻もうとする。

78年6月5日付の Le Matin de Paris 紙には、スイスの外国籍企業6社（うち私の知るだけでも Nestlé, Ciba-Geigy, Sandoz という医薬品、乳製品のメーカーが三つ含まれる）が、国連の経済社会委員会（ECOSOC）に自分の利権代表を送りこんで、海外での販売活動を規制する決議などが同委員会ではなされることのないよう陰謀を企んだ、といったニュースが報道されている。

これらの多国籍企業が、途上国で、どんなに、我がもの顔でビジネスをしているかを示すために、私はネスル社をちょっと例にとりたい。私の調べた限りでも、この世界一の乳業メーカーは、チュニジア国内で5指にあまるほどのベビー用粉ミルクを売っている。人乳化（humanisé）をうたい文句にしている製品、脂肪分を半分落として、生後4カ月までの赤ん坊に勧めている製品など、いろいろあるが、要するに、それらの中でとくに甲乙をつけるべき理由はない。なぜ一つのミルクを売るだけでは満足できないのか？ 栄養学的、医学的な見地？ 冗談ではない。その見地からすれば、ネスルがふりまいているのは混乱と害悪だけである。早くいえば、市場を独占したいという衝動が、すべてに優先しているのである。ことがタバコやウイスキーに関することならば、いくつの製品が出まわったところで大した問題にはなるまい。どれを取るかは、本人の好みということで済むからだ。けれども、ことが赤ん坊のミルクとなると、途上国の薬局の戸棚をのぞいて、20にも達する製品がずらっと並んでいるのを発見することは、驚きを通りこして、グロテスクである。

私が2年前チュニジアにむけて日本をたつ頃は、ベビー用のミルクというものも5、6種類しかなかった。母親の教育程度が、この国よりずっと進んでいる日本でさえ、これくらいの数に制限されている。婦人の文盲率が9割に近いチュニジアの農村部で、20のミルクを氾濫させることが賢明かどうかは、すぐお察しただけよう。母乳栄養に対する意欲の低下、ミルクを何種類も買い替えて飽き足らない心理——いずれも粉ミルクの大盤振舞いと無関係ではあるまい。しかも人工栄養児に高い確率で発生する慢性の下痢症に対して、私たちは有効な手だてを打てないままである。

アメリカの大学生たちが Nestlé 社を、途上国の子供に「死を売る商人」だ、として弾劾のデモをしているのを、去年 Times 紙で読んだことがある。

この会社が、今紹介したような、あくどい商売を発展途上諸国で続けている限り、学生たちの批判をかわすことは難しいだろう。

多国籍企業を眼の仇にするようなことばかり書いてきたが、一方では、マラリア、フィラリア症、住血吸虫症など、世界中で何億人という人々が苦しんでいる病気を征服するためには、優秀な研究施設とスタッフをもつ、これらの企業の協力が不可欠なのだ。

問題は結局、国際製薬資本、乳業資本といったものに対して、受け入れ側の途上国政府が自立的な態度で臨むという以外に、解決されないのだろう。自立的とは、自国の保健・公衆衛生活動の必要に応じて薬品、乳製品類の輸入、管理を行うということだ。市場管理だけに任された、現在のような無政府的な販売合戦は、途上国の蓄えの貧しさからいっても、薬物、ミルクといった製品の特異な性質上からいっても、許されないと思う。

これまで書いてきたことで、この章のはじめに提出された根本的な疑問、「途上国を医療援助することが、先進国にとって可能か？」の意味するところが、ある程度明らかにされただろう。援助は潜在的には可能かもしれないが、これまでのところは、その名を借りた経済収奪に終わることが多かったこと、それは、途上国援助というものが、たとえ医療に関する場合でも、先進国側の利益導入の視点で常に買かれてしまっていること、のためといえるだろう。

それでは、新しい医療援助の方向は、どこに見出されるべきなのか。まず、最尖端の医療技術をもって行ってやるのが、一番途上国のためになるという固定観念を捨てることが出発点かと思う。

たとえば、途上国のある地域で毎年200人の子供がリウマチ熱にかかるとする。急性期の治療や長期的な予防処置が満足に行われなため、このうちの半分100人が、程度の差はあれ、心臓弁膜症まで進むとする。100人のうち、さらに重症の4、5人が最終的には首都の大学病院へ連れてこられ、僧帽弁の交連切開術とか、弁そのものの置換術を受ける。経済的な見地からいって、この4、5回の大手術にかかる費用は、200人の子供全員に月1回ずつ Benzathin Peniciline の注射をしてやるよりも、ずっと高くつくと考えられる。しかも、この比較的手間のかからない溶連菌感染予防策が90人以上の患者を弁膜症から救い、手術そのものの必要性をゼロ近くまで引き下げてしまう。これまでの先進国の医療援助、とりわけ日本のそれは、溶連菌感染→リウマチ熱→弁膜症→手術という過程の終わりの方だけをいじくろ

うとする傾向が強くなかったろうか？ これは、もちろん一つの嘘えとして話しているだけである。

従来の医療援助というものも、どちらかというところ、日本の大学病院の医局を丸抱えにして、心臓外科、脳外科など技術的に高度のものを途上国へ移植させるといった試みが中心だったと思う。テニジアへくるまでは、私自身、こうしたいき方に疑問を抱くことはなかった。けれども、2年のうちに得た個人的な体験や活字を通じての知識は、私の判断を改めさせた。

せっかく日本の金と技術と人を注ぎ込んで立派な専門病院をつくっても、この施設の恩恵を蒙ることのできる途上国の病人は、馬鹿馬鹿しくなるほど少ないのである。保健・医療関係の国家歳出の80%を食いつぶす大学病院が、全患者のうち5%以下にしかサービスを与えていないという前出の数字は、この間の事情を端的に物語る。

先進国顔負けの超近代的病院が首都に置かれている一方で、都市のスラムや農村では、下痢、栄養失調、予防可能な感染症（はしか、百日咳など）のために、乳幼児が沢山死んでいく。二つの対象的な事態が、お互いに知らん顔で進行していく様子は、見事というべきだろう。

忘れてならないことは他にもある。こうした大じかけで高度な技術を途上国にもち込むことは、単に経済的な効率の面で疑わしいだけではない。この技術を一定のレベルで機能させ続けることは非常にむずかしいのである。たとえば、私は小児科医としてジェルバ島に来て、新生児治療というもの始めてみた。それほど大げさなものでなく、哺育器を1台日本政府に買ってもらって、未熟児、新生児黄疸、感染症、肺硝子膜症、低血糖症といった、ありふれた問題を手がけようとしただけだ。人口8万人、病院の分娩件数だけで年間1,500、家庭分娩を含めると5~7,000の出産はあると想像されるジェルバで、これくらいの試みは、そう法外なものではないと思う。けれども、実現したことといえば、小児科医と哺育器だけのある新生児医療だった。病児をケアしてくれる専任の看護婦がいない、新生児室がない、衛生・感染予防の策が満足に取れない、の「ないない」づくしで、自己嫌悪を覚えずに、この仕事が出来たことは稀だった。個々には、交換輸血が成功したベビー、自分自身の糞と尿にまみれながら、体重1,100gから2,000gまで育って無事退院していった未熟児など、報われる思いをした場合もあるが、通算すると私は10人の新生児を「人口哺育箱」に入れて、3人生きたまま取り出せたかどうか自信がない。去年4、5人のベビーがたて続けに死んだ折、あ

る看護夫が哺育器を指して“Ça c'est un véritable porte-malheur /”（こいつはまったくの厄病箱だ！）と評したのには、頭を隠す穴でも探したい思いだった。たかが哺育器1台でも、それを機能させるだけのベースがない医療施設にもってければ、英語の諺に言う、「白い象」になってしまうのだ。いわんや、心臓外科の複雑な設備、機材などを途上国に提供して、何年かの後、日本人の医療チームが引きあげた後を想像すると、心細くなるのは当たり前だろう。

医療協力といったことが国際的にやかましくいわれ出して、まだ15年くらいのもなのだろうが、膨大な金をつぎ込んだ割には見るべき成果はあげていない。ことにマラリア、住血吸虫症、フィラリア症など、第三世界の住民を億の単位でおびやかす病気に対する戦いでは、人類の闘いが、この10年でますます劣勢に立たされている。ル・モンド78年9月6～8日号に掲載されたLe désert médical du tiers-monde, -La léthargie de l'occident（第三世界の医療砂漠、西欧【医学】の麻痺）に、この状況は詳しく述べられている。

こうした風土病、流行病に対するキャンペーンも含め、今、第三世界の諸国が医療の面で突き当たっている一番本質的な問題は、栄養、衛生状態の改善ということに尽きるのだろう。ただし、衛生の概念には文盲克服、衛生教育といった、幅広いテーマも入ってくる。栄養といい、衛生といい、発展途上諸国におけるそれらの憂うべき現状は、もっと一般的には貧困のもたらす問題だ。貧困が一掃されるまでは、栄養や衛生は、今のまま、なおざりにされて置いてよいか。そうではあるまい。ごく限られた保健関係の予算でも、衛生教育や栄養指導について、やれることは沢山あるはずだ。

西欧をモデルにした産業国家を一日も早く築こうといった志向は、第三世界の政治的指導者たちの頭をまだ強く支配している。「ショー・ウィンドー」的な医療施設をもちたいという彼らの考え方の基礎にあるのも、これと同じ志向だろう。けれども、そのゆき方が全体としては失敗であったことを既にみた。

中国の経験は、二つの意味で途上国医療の改善に取りくむ者に教訓的だろう。一つには、「はだしの医者」で象徴される地域医療の自主的な充足の試みが、第三世界の国々やWHOなどの国際機関に大きなインスピレーションを与えたこと。二つには中国自身が途上国で展開している医療協力が相当の実りをあげていることである。

「はだしの医者ですべての第三世界に」(Des médecins aux pieds nus pour tout le tiers-monde)は、WHOの新しいスローガンとなりつつあるようだ。それは具体的には、短期間に少ない経費で養成できる看護士(婦)、ケース・ワーカーや農村に伝統的に存在する施療者グループを基礎的な医療の充実に活用すること。この問題は西欧医学のアプローチとの比較で既に触れた。

第二点の中国の医療協力についていうと、私は、人の話をまた聞きにしている程度で、詳しい援助の実体は知らない。チュニジアでは、ジャンドゥーバ(Jandouba)、ケイロワン(Kairouan)などの町に中国人の医療団が入って活動している。

今、北イェメンのタイズ(Taiz)で、国連のボランティアとして働いている友人の栗田君も、急性肝炎に罹った折、中国人の経営する病院で入院治療を受けたそうである。このように何気なしに耳にした情報にもとづいていうと、彼らのやり方は、

- 1) 医師、パラメディカルスタッフを含め、10~20人の大きな単位で送ること。
- 2) 従って、一つの地域の医療を包括的に担う姿勢であること。
- 3) 2年ぐらいの任期でスタッフを交代させ、長期にわたる援助をめざしていること。
- 4) 寄宿舎的な施設に集団で暮していること。

などに要約される。

これもまた伝聞でいっているだけだが、中国人医療団の活動は全体として非常に高く評価されているようである。鍼治療など含め彼らは西欧医学ばかりでなく、中国の伝統的な医学の遺産も使えるものはどんどん使っているらしい。彼ら自身「はだしの医者」で、第三世界に先鞭をつけたくらいだから、農村医療の組織化ということについては、独自の方法論ももっているに違いない。

医師の国家管理が可能な中国のような国と、日本とでは、同日の比較はむずかしいが、底辺の、最も医療を必要としている人々に対する貢献ということでは、より少ない金しか費やしていない中国の方が、私たち日本人よりも遙かに上手なのである。

国内の無医村対策もまだ完全というにはほど遠い日本で、医師の組織的な途上国への派遣というのは夢物語だろう。けれども最近の新聞や医学雑誌を

読んでいると、フランスや英国では、この先10年くらいのうちには、医師の失業問題が現実化してくる恐れのあることなどが報道されている。日本でも医科大学の急造で、将来は同じような悩みを抱えることになるだろう。少なくとも、医師だけが甘い汁を吸えた時代は、そろそろ終わりつつある。余った医者や第三世界に追っ払うという聞こえが悪いが、日本の国際医療協力の大きなヴィジョンとの重ね合わせの中で、医療労働者が海外で働ける機会や条件を、もう少し広げていってもよいのではないか。

医学そのものについていうと、植民地経営の体験が短く、地域的にも限られていた日本では、西欧諸国に比べて熱帯医学、発展途上国の医療といったものに対して関心が低い。これが英、仏などの旧宗主国の場合だと、植民地独立後も経済的、文化的に強い影響力をとどめているだけあって、第三世界の医療の問題に対する関わりも深い。そこには利己的な目的も働いているのだろうが、熱帯医学という、自国の旅行者が熱帯病をもらって帰国したときだけ大騒ぎする日本の医学界や一般世論とは、対応の仕方がまるで違うように思う。

たとえばフランスの小児科学の教科書では「途上国の小児医学」といった一章が特別に設けられている。熱帯医学の本を極くと、第三世界特有の社会・経済的な諸条件が国連の資料などを駆使して詳説されている。病気や保健衛生上の問題の背後にある因子を読者に理解させようとする姿勢がはっきりしている。7年間医学部にいて私は、Tropical medicine というものについて、1時間の講義もうけることなく過ごした。公衆衛生学の教科書にも、こうした地域に対する言及が1ページでもなされていた記憶はない。小児科関係の医学雑誌も、アメリカ医学の焼直しと、日本の小児に固有の問題にきゅうきゅうとしている感じである。こうした傾向は、長期的には改めていかなければならないだろう。

新しい途上国医学の方向といったテーマで長々と考えているうちに、私は焦点を失ってしまったようだ。それほど簡単に、いい解決策が浮かぶものなら、今までこの領域でがんばってきた人々は、もっと大きな成果をあげていたはずだ。経験から離れて、よい知恵が生まれるわけがない。私の2年間の浅い途上国体験では、ここまで筆をすすめてくるのがやっとな。従って、「途上国の医療を考える」と題するこの章は、ひとまず、ここで打ち切ることにする。

VI おわりに

半分は野次馬根性、残り半分は地につかないヒューマニズムに促されて、北アフリカの小さな国テニジアに2年間暮らすこととなった。とにかく元気なうちにこの仕事を終えることが出来たことを幸いに思っている。小児科医としては様々な障害にぶつかり、へまをしながらも、地域の人々に一応は納得してもらえる活動をしたといえるだろう。病院の仲間たちとも実に気持ちよくつきあえた。「衛生学的にはオレはこういうことには反対なのだがね」と断わりをしつつも、彼らと共に一つ皿から手づかみでシャクショークを食い、一つの杯でテニジア茶をまわしのみした。「日本人の医者」という彼らにとっては、パンダとも火星から降ってきた珍生物ともいえる私が、いつかテニジア人よりテニジア人らしいという世辞を呈されるまでになった。これは一つには私の人格がふにゃふにゃで、言葉の悪い意味で融通無碍なためか。今、日本ではやっているモラトリアム人間というのは、私のような者を指すのかもしれない。それでも大和魂だけで洗練されて、最後は腹を切って死ぬなどという生き方よりは、まだしも思っている。

医者として私は、日本では既に不可能といえるような見聞もしたが、そうした個々の体験は、さほど重要とは、今のところみえない。こういう発展途上国の一つの地域で小児科医として働くことの本質的なメリットは、医療や衛生に関する政策実行の「末端の責任者」(cadres locaux)として振舞えるということである。日本ならば、小児科医は小児科の患者だけをみて、他に多くの問題をおもむかせることはない。この土地では、むろん病児をなおすことは私たちに与えられた一番大切な役目だが、それにとどまらずジェルバという比較的独立した行政単位における医療・衛生のレベルを向上させるという全体の仕事に自分が参画しているということを生々しく感じるのだ。テニジアの小児科医、保健省関係者をまじえた全国会議に招かれれば、ジェルバにおける小児医療の責任者として、そこでつき当たっている問題について紹介すること、改善策を述べることを求められる。ジェルバ市庁が昨年主催した、「島民の健康を考える懇談会」でも、責任の一端をもつ者として意見を徴される。私の貧弱なフランス語の表現力でも、参加者はそれなりに耳を傾け、よいアイデアはとりあげようという姿勢を常にもってくれる。こういう点で、私が受けた刺戟というのは、容易に消しがたい跡を残すだろう。

さて、日本に帰って、どんなふうに住生活をはじめていくのか。2、3年は

頭の中味をつめかえることにいそしんだ方がよいのかもしれない。その後、また外へ出たいという気が起きるだろうか。私の隣人にドイツ人の家族がいる。旦那はホテル学校の校長をしている。3、4度話しただけの浅い付き合いだったが、この家族は見ていて実に感じがよい。ヨーロッパの技術協力者（cooperant）は一体に、チュニジアの普通の人たちと交わることを好まないところが、このドイツ人は、少なくとも子供の教育に関しては完全な放任主義だ。3人の子供のうち一番下の4、5歳の男の子は1日中裸足でアラブのガキどもと遊びまわっている。私などを見かけると、石は投げる、「アスマ（おい！）」とアラビア語で呼びかけざま唾をひっかけるといった、とんでもない小僧だ。右隣の薬局店主ジラド氏は、フランス人の奥さんとの間に、やはり3児をもうけているが、この子たちは近所の汚ないガキどもとは遊ばせてもらえない。いつも門の鉄格子越しに、通りの子供たちの喧噪や立ちまわりをおどおどと眺めている。こういう二つの対象的な光景を眼のあたりにすると、子供の健全な発達を促すのは、きれいなオベベで着飾ることでなく、同輩にもまれることなのだ、ということがよくわかる。

このドイツ人氏は、アフガニスタン、セイロンなどで足かけ10年くらいホテル学校の教師として働いていたのだそうだ。チュニジアにも既に3年近くの滞在となり、この夏、任期を終えて帰国の予定だという。ある日私が、ドイツに戻って、それからどうされるのですか、と尋ねると、「2、3カ月休んで、また海外へ出ます。今度はまちがいなくブラック・アフリカの国でしょうね」とすずしい眼で答えた。これだけの長い外地生活をしていると、日本人なら、へんな祖国コンプレックスが身についてしまうところだろうが、この人には、そういう気負いや堅苦しさが全くない。何かサラリと自分の人生上の境遇を受け入れている感じである。それが本当に素晴らしいと思った。

「人間至る所に背山あり」という禪の言葉は、私の理想とする境地だが、このドイツ人氏は、それに近い心持ちで生きているようにみえる。国際協力も、こういう人がやるなら本物といえるだろう。私もいつか、彼のレベルまで到達したいものだ。

このレポートもそろそろおしまいにすべき時がきたようだ。2年間は短かったが、何事かを学ぶのに足りないほどの時間ではなかった。貧乏は貧乏なりに、日々の生活を明るくしていく工夫を怠らないチュニジア人。私は、まず、彼らに大きな感謝と友愛の念を捧げる。次にジュルバで2年間苦楽を共にした西村さんと山口さんの親切にも、ありがとうをいいたい。

協力隊の仲間たち、駐在員・調整員、日本大使館の方々からも、いろいろなお蔭を蒙った。本当にありがとうございました。それでは御気遣よう。皆様の一層の御活躍を祈って。

〔付〕 ジェンドゥーバ病院訪問記

4月10日、田村チュニジア駐在大使のお口添えで、ジェンドゥーバ地方病院 (Hôpital Régional de Jendouba) に中国人医療団を訪れる機会を得た。

ジェンドゥーバは、チュニジア北部に展開する穀倉地帯が、アルジェリア国境と接する部分に位置している。人口15,000の県庁所在地 (chef-lieu de gouvernement) で、県全体の人口は30万を数える。県民の8,9割は、農業とその関連部門によって暮らしを立てている。ジェンドゥーバ自体も、この地域の穀物集散地として名高い。

ジェンドゥーバ県の医療のヒエラルキーは、以下の通りである。

名 称	数
地方病院 (Hôpital Régional)	1
地域病院 (Hôpital de circonscription) (Bou Salem, Aïn Draham など)	4
無料診療所 (Dispensaires)	28
母子保健センター (Centre de PMI)	5

ジェンドゥーバ地方病院は総ベッド数162、医師数15名。エジプト人の歯科医、ブルガリア人の結核専門医 (phtisiologue) の各1名ずつを除く13名は、すべて中国人医師である。内訳は、外科4、一般内科2、小児科1、産婦人科1、眼科1、耳鼻科1、鍼1、放射線1、麻酔1。これに生化学検査技師1、機械担当看護夫 (infirmier instrumentiste) 1も加え、中国人医療団は計15名となる。その他通訳1、調理師1の存在も忘れてはならない。

中国のジェンドゥーバ病院への医療協力は1973年にスタートを切った。2年毎にスタッフを総入れ替えするので、現在働いている人たちは3代目とい

うことになる。

彼らの生活の条件はというと、全員が単身扶任、宿舍は病院が提供する。同一の建物内に8つのapartmentを取っているというから二人ずつが共同で暮していることになるのだろう。チュニジア側の負担はこれだけで、その他の一切の費用は中国側がもつという。ただし、機材類に関しては、鍼治療具など特殊なものを除き、中国から入れているものはないとのことである。

以上のように、この病院は医師補充の面では、中国側に完全に依存していることになる。

病院長ベシール・ナフリイ (Béchir Nakhli) 氏との会見や、見学中に付き添ってくれた監督長 (Serveillant général) の話からも明らかだが、この医療協力に対してチュニジア側は外交辞令ぬきで感謝している。

ジャンドゥーバ市内には歯科医一人を除き、チュニジア人の開業医は全然いないという事実からも、中国人医療団がこの地域でどれほど重きをなしているかわかるだろう。内科の外来は毎日200名、小児科のそれは80名前後というから、両科の医師総数3からみて、ほとんど限界に近い仕事を強いられていることになる。

院長から病院の概略について説明を受けた後、私は通訳の湯健 (Tang Tsieu) 氏の案内で病院内を見てまわった。「もと兵舎 (caserne) だった建物で、病棟として使うには不便が多いのですが……」と、彼は断わっていた。しかし内部は非常に清潔で、看護夫(婦)や助手たちがきびきびと立ち働いている。スタッフの面でも、ジュルバの病院よりはずっと思われている印象を受けた。各科をまわって中国人の医師たちと挨拶を交わす。事前に日本人医師の訪問がある旨伝えられてあったらしく、皆が私を暖かく迎えてくれた。外科の医長が50代にみえた他は、30から40代のはじめにかけた人が多い。驚いたことには、湯健氏を除き、彼らのほとんどすべてが、アラビア語もフランス語も片言程度以上には喋れないのである。医学上の話も交わしたかったが、そういう事情で断念せざるをえない。

ただし彼らの医療内容は相当高度のようである。例を外科にとると、体外術環を用いないですむ心臓手術、即ち僧帽弁の交連切開術まで彼らは手がけている。腹腔鏡による卵管結紮 (不妊手術) も盛んに行われている。

病院の建物からは少し離れた場所に置かれている鍼治療所、一般内科診療所、母子保健センターにも連れていかれたが、どこも大変な数の患者である。アラビア語もフランス語もほとんど理解しない医者が、どうやって、これだ

けの患者をこなすのか。診察の場にゆっくり立ち会っている暇はなかったが、介助につく看護夫（婦）と中国人医師は簡単なやりとりをフランス語でしているようである。私の経験からいっても、病気に関係する 50～100 程度の単語を覚えれば、日常の診療活動には大きな支障をきたさない。

その代わり、医師を煩わさなくてもすむことは、チュニジア人のスタッフがどんどんやってしまうようである（小児科の場合、体重・身長・頭囲の計測、栄養指導、ワクチンの接種時期に関する説明など）。

中国側の援助の姿勢に比べるという意味も相当あつたことだろうが、チュニジア側は現在、5 階建て、ベッド数 400 の総合病院を町のはずれに建設中である。この工事は、サウジアラビアの資金援助によつてのことである。骨格はほとんど出来上がり、1 年先には病院の施設はこちらに移転する予定だという。旧兵舎を利用してつくられた現在の病院でさえ、私の働いたジェルバ病院に比べればずっとましなのである。チュニジア＝中国間の医療協力の実績といったものを見せつけられる思いである。

新しい母子保健センターの工事もほとんど完成し、この 1 カ月くらいのうちに引っ越すらしい。正面の大きなロビーに待合室が設けられ、それをとり囲んで職員の控室も含む 20 余りの部屋が機能的に割りふりされている。内部の設備もすこぶるよい。わずかに 3 部署の PMI で、妊産婦検診、小児科外来、家族計画、予防接種などをこなしているジェルバの現状が、うそのようだ。

見学の後、湯健氏に昼食に招待され、中国人医師の住むアパートへ赴く。彼の apartment は 3 D K。フィリップスの小さな蓄音機があるくらいで、生活はごく質素である。湯健さんは上海の出身。故国には奥さんと二人の幼児を残してきている。机の上には家族の小さな白黒写真が飾つてある。

「ずいぶん会いたいですしょう？（Votre famille vous manque beaucoup, n'est ce pas?）」と尋ねると、

「それはね。でも、もう半年で終わりですから」と淡々と答える。

昼食は本格的な中国料理。6 品くらい出されたか。もちろん味の点も申し分ない。材料の多く（支那竹、茸、海藻など）は中国から直接送ってもらうのだそうである。

食事中、経済顧問といった人も湯健氏のアパートを訪れ、4 人くらいでなごやかに話をする。中国人と日本人が北アフリカの地で同文同種としての仲を確かめあうというのは、奇遇というよりは、時代の流れというべきか。旧

字体はこう、新字体はこう、といった説明も、少ししてくれた。私が自分の名前を漢字で書くと、彼らがホウと感に堪えたような顔をするのも可笑しい。

わずか3時間ほどの訪問。それに医師たちと突っこんだ話が出来たわけでもない。それでも私はこういう機会に恵まれたことを感謝している。事前に予想していたように、ジェンドゥーバでの中国人医療団の活動は立派なものである。仕事熱心なこと、与えられた条件下でよく適応し、最大限の効果を引き出そうとする姿勢などは、短時間の観察でも強く印象づけられた。どちらかという仕事組織化能力とか、奉仕的な精神に欠けるうらみのあるチュニジア人にとって、中国人から学ぶことは多いだろう。

彼らについて、もし私が何か疑問めいたものを覚えるとすれば、それは中国式の医療協力の中味に対してではない。資本主義の国にはとうてい真似のできない活躍を彼らはしている。そのことは素晴らしいと思うし、諷刺を惜しまない。中国の協力専門家たちの日常生活についてとなると、私にはよくわからなくなる。仕事場以外では、彼らは現地の人々と私的に交流することがほとんどないらしい。交流を禁じられているのか、それとも自主的に控えているのか。

せっかく2年間チュニジアで働いても、フランス語もアラビア語も身につかない。友人もつくれない。料理から着物、言葉に至るまでセットになった「ミニ中国人社会」を、故国からそのまま途上国に運んできて、その境内での生活をかたくなまで守ろうとする。それがいい、悪い、といった価値判断を私は避けたい。中国社会主義のイデオロギーを守ろうとすることだけが、彼らのいくらか自閉的な生活を規定していると言い切ることはできないだろう。

赤い中国以前に、たとえば華僑たちは、過去何百年もの間、同じような *modus vivendi* (生活態度) を維持してきたのではないか。だから、ことは漢民族が2~3,000年かかってつくりあげた内面的な価値の体系に、より深く根づいているのだろう。

それにしても、私には、湯健さんのようなおだやかで親切的な中国人の背後に隠されている、本当の希求といったものが見抜けない。チュニジアならば、チュニジアという国に協力に来て何年か働いたのち、彼らは個人の精神のレベルでは、どんな収穫を得て帰国の途につくのか。

医者の場合、多くの患者を治療することで相応の感謝をされるだろう。

テニジア1……テニジアをめぐる内外情勢と医療協力

その喜びが小さくないことは同業者としてよく理解できる。ただ、それだけの付き合いで終わらせてしまうには惜しいほど、豊富で異質な文化をテニジアの社会は内包している。そういうものに接していくルートが彼らにも、もう少し開けていたらなあ、といった、幾分おせっかいな願望を私は抱いてしまう。

とまれ私は、彼ら中国人たちの献身的な努力に脱帽して、この印象記を終わりたい。

日本に帰って考えること

本 田 徹

前出の報告書は、私が任地のジェルバ島を離れる直前の79年3月から4月にかけて書きました。私は小児科医としてこの地を踏んだのですが、2年というわずかな時の間にも、医療はもちろんのこと、「チュニジア的な生」の多面的な姿に触れる幸運を得ました。現代チュニジア人の生活を一言で括れば混濁主義（syncretism）ということになるのですが、それはイスラムという背骨が一本通ったシンクレティズムなのでした。

彼の地の若い友人たちとブドウ酒やチュニジア茶をくみかわしながら話したこと、フランス語の訓練のつもりで読みはじめたル・モンド、「若いアフリカ」（Jeune Afrique）、ル・タン（Le Temps）などの新聞・雑誌類が、現代チュニジア社会をめぐる様々な問題に対して私の眼を開いてくれました。そんな体験は私に、チュニジア人を単なる異邦人というより「現代史の中でめぐりあった同時代人」といった、共感的（sympathetic）な視点で捉えるようにさせました。彼らの弱点も、彼らの民族的な誇りも、等しく私には他人事と思われなくなったのです。

この報告書をまとめた時点からすでに1年近くがたち、現実の世界はチュニジアも巻き込んで大きく揺れ動いています。エジプトをボイコットした後アラブ連盟の本部はチュニスに移され、その事務局長にチュニジアを代表する文化人シエドリイ・クリイビ氏が就いたこと、去年11月の国民議会選挙においてチュニジア独立後はじめて複数候補が認められ、国民の政治的選択の幅が多少は広げられたこと、イラン革命の影響を受けたイスラム正統主義の運動が、大衆的な支持を集めて反政府の一大勢力に育とうとしていること、最近のカフサへのゲリラ襲撃事件によって、隣国リビアとの関係が一層険悪になったことなど、枚挙すればきりがありません。こうしたいろいろな社会変動を陽気で波突なチュニジアの友人たちはどんなふうを受けとめているのか、私は無関心ではられないのです。

そんなわけで、本報告書中、とくに第2章「チュニジアと国際社会」、第3

章「国内問題」などについては補足、追記が必要なのですが、それはまた別の機会に譲ることにします。1年前における判断は、それなりに現在の事実関係を照し出す働きもあると信じるからです。

医療に関して言いますと、たとえば私が「基本的な健康の保護」と訳していた *Soins de santé primaires* が、日本においてもプライマリー・ケア、第一線医療といった言葉で定着しはじめていることを、帰国後に知りました。現在私が勤務している佐久病院の若月俊一先生の話などを伺うと、プライマリー・ケアの確立は、途上国・先進国を問わず全世界の医療にとって「明日の必然」となったようです。プライマリー・ケアの理論的な定義は、78年のWHO主催アルマ・アータ会議における宣言によってもある程度明らかですが、それをどう実践し、肉づけしてゆくかは、今後の私たち医療従事者の課題なのです。

最後に、私はキリスト者ではありませんが、チュニジアが私に教えてくれた最大のもをそっくり、そして誰よりも雄弁に語ってくれている内村鑑三の次の一節を引いて、この文章を終りたいと思います。

「余はある真理は知ることができるといふ余自身への信仰と、余はすべての真理を知ることができないといふ余自身への不信仰とが、真の基督教的寛大の基礎であり、あらゆる善意とすべての人間に対する平和的關係との源泉である」。

本田隊員の報告書を読んで

小 原 博

本田医師の報告文はこれから協力隊員として海外で医療活動に従事しようとする人たちにはもちろん、ボランティア活動に関心のある者すべてに一読してもらいたいくらい優れた内容である。チュニジア共和国の紹介から入り、国際的観点からみた今日のチュニジアの立場、国内問題、若者たちの姿へと文章をすすめている。正しい現状把握と鋭い批判は読む者にチュニジアの真の姿を伝え、興味をもたせ、今後真剣に考えていかなければならない様々な問題を提起する。この文章から彼の2年間の生活がいかに充実したものであり、協力隊活動の精神を貫き通したものであるかがうかがわれる。

チュニジアはアフリカの一部ではあるが、日本人がもつ一般のアフリカのイメージとはかなり異なる。気候は温暖で、ヨーロッパから多くの観光客が訪れる美しい国である。古代ローマ時代からカルタゴを中心に文明が栄え、現在でも各地にその遺跡を残している。白壁とブルーの窓枠、アラブ人の文化、アラブ人の国だ。近年アラブ諸国に対する日本人の関心は石油を通じて少しずつ高まってはいるが、やはり認識の乏しい国の一つと言ってもよいだろう。チュニジアを紹介する本は日本でも幾つか手に入れることはできるが、チュニジアでの2年間のボランティア活動を通してとらえた医師の立場からみたチュニジアの姿は、本量では買うことのできない貴重な内容を数多く含んでおり、しかも政治、経済、文化にわたるまで内容が及んでいるので、単なる報告文ではなく、チュニジアを紹介する文章としても優れたものであろう。

チュニジアの医療は他のアフリカ諸国に比べれば恵まれた状態にあると言えるだろう。他の分野でもそうだが、医療に関しては決して後進国ではなく、中進国あるいはそれ以上というのが適当かもしれない。けれどもチュニジアに対する医療援助にも様々な問題がある。本田医師はチュニジアでの経験をもとに途上国一般の医療援助について鋭い批判を述べている。後半の医療の項の中で強く指摘しているように西欧医学のアプローチが発展途上国の医療にどれだけ効果的に貢献しているか考え直してみる必要がある。今日の西欧医学は高度な

医療技術、高価な医療器具へと向かっている。それはたいへんすばらしいことである。しかし、それは裏を返せば金がかかるということになるだろう。多くの発展途上国では栄養不良、伝染病、風土病に悩んでいる。ひじょうに貧しい。このような国々に対して最も効果的な医療援助は最新の西欧医学をそのままその国へ持って行くことではない。同じだけ金を使うにしてももっと有効な援助の方法があるであろう。これから発展途上国に対する医療援助はどんどん進められていかなければならない。しかし、結局一番大切なものは、金でも高価な設備を与えることでもなく、人を送ることにあると思う。熱意と意欲に燃えた人が途上国へ行って医療に従事する。これほどすばらしく有効な援助の仕方があるだろうか。熱意、意欲、ボランティア精神という最もふさわしいのは協力隊員かもしれない。多くの隊員が医療協力の先頭に立って第一線で活躍してもらいたい。

私は今年の1月の中旬、4日間程チュニジアに滞在して各地を見てまわった。ジェルバ島にも2日間滞在し、各所を見学した。背い海と空、一面ヤシの木で被われた平坦な平和な島である。本田医師が仕事をしていたという病院も見学した。小じんまりした清潔な感じのする病院である。院長をはじめ医師の方々が暖く迎えてくれた。本田医師がジェルバを去ってから1年経ったそうだが、ジェルバの病院の人たちは本田医師の話をもちだすと皆とても懐しがっているようだった。本田医師の現地での評判はひじょうによいようだった。2年間チュニジアの医療のために尽くした日本人ということで尊敬の気持ちさえ抱いているように思えた。「日本人の医者は優秀だ。」"M'edecin Japonais est excellent." 「日本の医療器具はすばらしい。」"Les appareils Japonais sont très bons." という声がかかれた。「ジェルバにもう一度日本人の医師が来てほしい。」"Nous voulons le médecin Japonais qui va venir à Djerba." と願っていた。このような言葉を耳にすることは外国を訪れた日本人にとって実に嬉しいものであるが、こういう言葉をきくことができたのも本田医師の熱意、ひたむきなボランティア精神が、2年間の診療活動を通じて土地の人にわかってもらえたためだろう。協力隊員志願者の中で医師はきわめて少い。しかし、医療協力はボランティア活動の中でも最も要請の強いものと言ってよいだろう。第二、第三の本田医師が出現してくれることを願いたい。(青年海外協力隊顧問医師)

ジェルバ地方病院の産科業務と分娩統計

最終報告書(54年1月～54年3月)

54年3月21日記

派遣国 テュニジア 51年2次前期組

職 種 助産婦

氏 名 西村 勝美

配属先 Hopital Régional de Jerba

西村隊員の略歴

氏 名：西村勝美

生年月日：昭和17年12月30日

出身 県：大阪府

職 種：助産婦

派遣期間：52年2月～54年2月

1 マタニティーにおける活動

1. はじめに

ジェルバの公立地方病院 (Hôpital Régional de Jerba) のマタニティー (Service de la Maternité = 産科) は、チュニジアの私の 2 年間の任地であった。常に多くの問題があるといわれる、このマタニティーに、外人の 1 助産婦 (私) がボランティアとして入ったということは、はたして問題解決の上で、多少でも有益であったか、または無かったか。それらはどのような点においてか。次に、マタニティーの分娩の状況を数値で見ると、どういう結果が出るか等について、任期を終えた今、ひとまとめしてみる。

2. 派遣の背景及び任務の内容

ジェルバ島の気候及び人々の生活については、初回で報告したので、省略する。

人口：7～8 万人。

産業：ジェルバは、観光と避暑用の島で、工場などはない。外人観光客を相手に、サービス業 (ホテル、みやげ物店などを経営) を行っている人や、タッピー (じゅうたん) を織って売っている人、オリーブ畑を持っている人などは、大収益をあげているが、それはきわめて少数で、大部分の家は子供が 5、6 人いて、全般に貧しく、男達はリビアやフランスなどに出稼ぎに行っている。

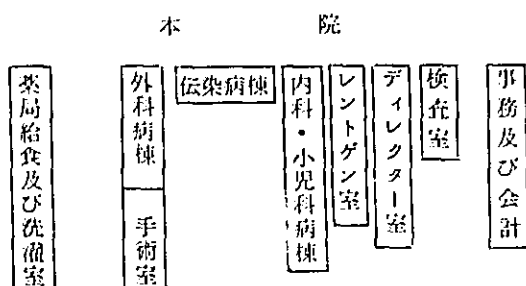
宗教：イスラム教。

ジェルバには他に、ユダヤ人が約 7,000 人ほど住んでおり、その人達はユダヤ教である。

病院：種々のクリニックはあるが、公立病院は、このジェルバ地方病院が一つだけである。

1) 医療機関の配置

A



B P. M. I. マタニティー …… A (本院) から約 500 m 離れている。

C 眼 科 …… A から約 1 km 離れている。

D 無 料 診 療 所 …… 各町村に点在している。

E 保 健 所 …… A から 600 m 離れている。

2) ジェルバ地方病院のベッド数と診療科目

ベッド数 110床

{
 内科 40床 (小児科と混合)
 外科 42床 (産婦人科手術用ベッド含む)
 産科 12床 (実際は10床)
 眼科 6床
 伝染病棟 10床

診療科目 {
 内 科
 外 科
 小 児 科
 産婦人科
 眼 科

小児科は、同期の本田隊員(小児科医)が来てから独立した。
それまでは、内科医と一緒に診察を受け持っていた。

3) マタニティー (Service de la Maternité) の設備と内容

分娩件数：平均110件/月

設備：病室 2室(ベッド数10床)

看護婦室兼夜勤室 1室

分娩室 1室

トイレ 2

洗面所 2

医療器具：分娩台 2台

分娩用トレイ 2組(コッヘル2本, ハサミ1本)

縫合用トレイ 1組(持針器1本, ハサミ1本,
短ピンセット1本, 針1本)

O₂ボンベ 5,000ℓ1本(アンビュー-新生児用マスク付)

人工妊娠中絶セット 3組

鉗子分娩用鉗子 2組

手動式吸引分娩用吸引器 1台(現在故障中)

超音波ドブラー胎児心音聴診器 1台(携行機材)

聴診器及びトラウマ棒状聴診器 各1本

産婦人科医及び看護要員：

産婦人科医 1名(チュコスロバキア人)

助産婦 3名(私を含めて)

看護婦 3名

看護助手 4名(2名は夜勤者)

勤務時間帯：

助産婦 - 1名ずつ, 8時~翌朝8時までの24時間
勤務をする。

看護婦 - 朝勤務 2名→ 7時~13時
午後勤務 1名→ 11時30分~18時

看護助手 - 昼勤務 2名→ 7時~12時
15時~18時

夜勤 2名→ 18時~翌朝7時までを2
名が一晩ずつ交代で勤務す
る。

看護婦は、夜勤をしないので、夜間(18時~翌朝7時)は、助産

婦 1 名と、看護助手 1 名の勤務となる。

日 課：

- 6時30分 検温及び体温をカルテに記入。
検査用の検体採取（血液，尿など）。
- 7時 朝勤務看護婦及び看護助手来院。
シーツ交換（シーツが無い時はやらない）。
朝食（カフェオーレのみ）。
- 8時 助産婦交代（申し送り）。
産婦診察（分娩進行中の産婦）。
薬品の点検。
- 8時30分 ドクターの回診。
- 9時 退院の手続き（処方箋書きと指示）。
薬品及び衛生材料の請求（薬局へ）。
- 11時 昼食。
- 11時30分 午後勤務看護婦来院→（時間どおりにくる看護婦
はいない。12時頃にくる）。
- 12時 職員昼食。
- 13時30分 }
 } 面会時間。
- 15時 }
 }
16時 } 検温及び体温をカルテに記入。
 }
16時30分 }
- 17時 夕食。
- 18時 夜勤看護助手来院。

業務内容：

助産婦 — 妊娠婦の診察と処置（定期検診は、週1回、P.M.I.
= Protection Maternelle et Infantile
の助産婦が行うので、それ以外の異常者及び分娩進
行者のみ行う）、分娩介助、陣痛誘発及び促進を含
む分娩前の看護、分娩介助時の局部麻酔、会陰切開
術及び縫合、薬品の管理。

看護婦 — ベッドメイキング、定期注射、悪露交換（傷がある

人だけ)、医療器具の洗浄と消毒、薬品請求と管理、新生児及び産婦の看護(名目上といえよう)、衛生材料づくり(ガーゼたたみ、分娩用バットづくり)。

看護助手 — 病室、看護婦室及びトイレの清掃、医療器具の洗浄と消毒(看護婦と共に)、夜勤者は検査用の検体採取。

助産婦は、分娩介助が主である。1カ月に平均110件の分娩があるが、助産婦は1日に一人しか勤務出来ないので(24時間勤務)、分娩までの看護と分娩介助に追われている。ベッド数は10床だけだから、産婦は分娩後24時間以内に退院することになり、産後の指導といったものは、ほとんど出来ない。

3. マタニティーにおける問題点

マタニティーがかかえている問題の中で、大きなものをあげると、次のようになる。

- 1) 助産婦がジェルバに定着せず、マタニティーは常に助産婦不足の状態である。
- 2) 社会的に見て病院の権力(特に、病院長であるディレクターの権力)が強い地方には、助産婦も看護婦も配属されやすいが、ジェルバはその牽引力が弱い。
- 3) 病院の中ではマタニティーは、内科や外科に比べると弱い立場に置かれている。
- 4) 新しい治療法や看護法等に対して、看護要員の中に抵抗がある。
- 5) 職員が公私の区別をせずに薬品や衛生材料を使うので、それらの不足が度々おきる(これは、マタニティーに限ったことではない)。
- 6) 清潔、不潔の観念に乏しい看護要員が多い。

1)については、第二回目の報告書で、病院側やテニジア人の助産婦の考え方、家族構成に対する考え方等について書いたので重複をさけるが、助産婦も看護婦も、都市部や、ある限られた地方では充足したり人員が余っている所もあるようだ(ここでは、日本のように2、3交代勤務で複数夜勤をして、それでも看護要員が余っているという意味ではない。テニジアの多くの病院で行われている勤務体制をとっていて人が余っている、という意味である)。反対に、ある地方では助産婦一人と看護婦が数人だけしかない病院もあつたりで、人員配置のアンバランスがはなはだしい。保健省が助産婦の配属先を決定するから、その前に必要助産婦を要求し、

余っている病院から転勤させてもらえば問題は解決しそうだが、現実には、2)にあげたような権力がからむので、難しいようだ。多くの人員が獲得出来る病院ということは、そのまま病院の権力の大きさをあらわすことになる。もっとも、助産婦の意志や家族との関係から、転勤の辞令が出ても拒否し、1年ほども無給無薪欠勤を続ける助産婦がいるので(保健省からの辞令を拒否すると、1年間くらいは働きたくても働けないことが多い)、人を動かすのも時間がかかる。

3)についてみると、マタニティーは内科や外科とは明らかに違う弱い立場に置かれている。例を出せば、マタニティーの場所が頻繁に変わる(引越しばかりしている)、必要物品の購入がスムーズにいかない等がある。私が知っているだけのマタニティーの引越し回数を並べてみても、以下のようなになる。

- ① 眼科と一緒の病棟
- ② 外科と一緒の病棟
- ③ P.M.I.と一緒(1977年4月に私が着任～8月末)
- ④ 外科と一緒の病棟(1977年8月～1978年4月)
- ⑤ 元伝染病棟であった病棟に引越し(1978年4月～9月中旬)
- ⑥ P.M.I.と一緒(1978年9月～現在)

現在の場所は、1978年9月に病室を増築したが、11月に1カ月近く降った雨で雨もりがして一部壁は漏電し、病室の天井には一面に黒カビ・茶カビがはえ、トイレは排水不良で使用出来ず、またまた引越さなければならぬが、場所がないのだそうだ。修理しても3日ともたない。

マタニティーの立場が弱い第一の理由は、産婦人科医がチュニジア人ではないからである。内科も外科も、それぞれディレクターでさえ頭が上がらないほどの権力を持った医者が医長であるが、マタニティーには外国人の医者が一人しかいない。現在チュニジア人の産婦人科医が一人、病院に籍を置いているが、午前中2時間ほどの勤務契約だそうで、いないに等しい。チュニジア人の産婦人科医は(一般的に)病院で働くよりも、自分でクリニックを持ち分娩や人工妊娠中絶等を扱えば、おもしろいほどの大金が入るので、病院のマタニティーなどに力を入れようとする入をさがすのは、まず難しいだろう。ちなみに分娩料を一例にすると、マタニティーで分娩すれば20ディナールぐらいですむのが、クリニックでは50～60ディナールも払わなければならないので金持ちや外人の患者が対象になる

(1ディナールは約500円。看護婦の給料は60～80ディナール)。

また異常があったり高い分娩料が払えない人達は、紹介状を持たせて病院のマタニティーに送ってくるので、甘い汁だけがクリニックに残ることになる。

今の、外人の産婦人科医は非常によく働き、腕もたち、信頼もされているが、それでも医療器械の請求や修理の依頼などでは、これがチュニジア人の医者だったら、即刻解決するだろうと思われるようなことにも、ずいぶん時間がかかる。医者が足りないから大切にしなければならないというのではないが、明らかな差別を見た時には、やはり良い気がしない。

しかし、現地人の気持ちもわかるようだ。この人達は、病院でチュニジア人の医者に働いてもらいたいと思うのに(たぶん)、いつも2、3年契約の外人ばかりが入って来て、やっと慣れたところで別の人が変わるといった状態のくり返しでは、無理もなからう。外人の医者はいらぬ、と言える立場でもなく、仮に言ったことが通ったとしてもチュニジア人の医者をひっぱってこられるのでもない人々の、やり場のない反動のような気がする。

4)と6)については、未熟児の看護という点で、争いが絶えなかった。「どのように取り扱うか」ではなく、「どこが担当するか」が問題になるのだ。

今までマタニティーでは、未熟児が生まれると、ベビーの顔だけ出して全身を綿でくるみ、その上を布でくるんで保温をし、ミルクを与えて、生死はアラーの神様まかせ(天命)にしていた。ところが、本田隊員(小児科医)が来てからは、病院に放置されていた1台の旧式の保育器を使い、点滴注射による栄養補給などが行われるようになったので、看護が複雑になった。注射の管理、オムツ交換、授乳、保育器の管理等が、時間で決められてくると、手のかかる未熟児はじゃま者扱いにされて、「これは、小児科医がいる内科病棟でみるべきだ」、「いや、マタニティーで生まれたのだから、そっちでみるべきだ」と、双方で争いが絶えなかった。

また授乳前後にオムツを見ること、哺乳量を記入すること等、種々の指示事項があっても、しょっちゅう抜けていたり、チェックだけしてミルクを飲ませていなかったり(偶然にわかったことだが)で、どこまで信用出来るのかわからないので、私が勤務に当たった日は、つい自分でやってしまうと、今度は私がいると他の看護婦は全然手を出さなくなった。そのため

に私が勤務していなくてもベビーをみないというようなことが出てきて、2日後の朝、勤務に出てみると、ベビーがクベース（保育器）の中で便や尿にまみれて泣いているといったことが度々あった。誰が手を抜いたかを追求し、授乳時間を改めて指示し（小児科医の指示を再度言う）、出来るだけ看護婦にやってもらうようにしなければならぬ。皆は、要するに楽をしたいから、クベースを使うことで変化をさせて、仕事の量をふやしたくないのだ。現在未熟児は、夜間二人勤務になっているマタニティーでみることになったが、小児科医が任期を終えると、どうなることだろうかと思う。未熟児はアラーの神様にまかせるのが一番よいと思っている人達が、自発的にクベースを使用することはほとんどない、と言えるような気がする。産婦人科医が力を入れてやってくれれば別だが。

5)の薬品や衛生材料の不足については、中間報告書で少しふれた。職員が病院の物品を私用に使うのはジュルバのマタニティーだけではなく、恐らくチュニジア全体の病院で、それも管理者から掃除夫（婦）に至るまでやっていることはほぼ間違いない。私が「病院の物は患者用だから、自分で使いたいのなら、自分で買わなければならない」と言ったら、「なぜ患者だけの物なのか？病院の物は患者の物だが、働いている職員の物でもある」と答えた。この考え方がほとんどの人達にあるようなので、私はそれ以来、不足時のために患者用に物品や薬品をストックするようになった。薬品や衛生材料や酸素などでも、無い時は「無い」で通用する世界であるが、私はそのために妊産婦が一命を落とすということは絶対にさけたいと思った。職員の中には、私が職員を皆と同じように優遇しない、と言って腹を立てたり「考え方がおかしい、バカだ」などと言う人もいたが、職員の公私混同を助けるつもりは、私にはなかった。

4. ボランティアは問題解決上、多少でも役立ったか。または設立しなかったか。

前の報告書にも書いたが、チュニジアが日本に、助産婦や看護婦を要請するのは、看護要員の不足を補うためであり、J O C Vで聞いた「隊員は、現地人の中に入って、技術指導を云々……」といったようなことが、当てはまらないケースだろう。人々が欲しがっているのは指導者ではなく、労働力としての人材だからである。ボランティアの受け止め方にしても、最初、多くの人達は私を“安い給料で働いてくれる外人”と思っていたようだ。チュニジア人の医者は助産婦以上に地方へは出たがらないので、そ

れを穴埋めするために、個人で労働契約を結んだ多くの外国人の医者が地方に配属されている（フランス人、ドイツ人、ブルガリア人、パレスチナ人、エジプト人、ポーランド人、チェコスロバキア人などが働いている）。そして彼らは、チュニジア人の医師以上の高給をもらっている。助産婦とはいえ外人である私も、チュニジア政府と契約を交わし、チュニジア政府から給料をもらっているとみられたらしい。

もっとも私達が受け取る住宅手当を、チュニジア政府は給料とみなしているとの噂を聞いたことがあるが。チュニジア人の私の友人達がボランティアの意味をどのように受け止めているか知らないけれど、日本においても「ボランティアとは？」がいろいろな解釈になり、曖昧な表現が多いので、いたしかたがないと思う。彼女達が納得したのは、日本政府がジェルバ病院によこした医者と助産婦と看護婦は、月々もらう金額（海外手当）が同じで（医者も同額ということは、驚異に値いするらしかった）、3人共、他の外国人のように金持ちではないが、自分達とも少し違う、ということだろうか。

では、ボランティアの意味するものが何であれ、外人の助産婦が一人配属された結果はどうであろう。「3.マタニティーにおける問題点」の1) に関して、マタニティーの助産婦不足を補うためになされたことで、事務レベルにおいては助産婦数が定数になり空白欄が埋まったのだから、一時的にせよ問題が解決したことになる。

助産婦の側からみても同様、人数がそろえば、今まで負担していた一人分の助産婦業務が返上出来て、正規の勤務時間にもどれる。従って、私が来たことは病院にとっては有益で、問題は一件落ち着いたかに見えるが、実際は急場をしりだけである。根本問題は、ジェルバ病院にいかにして助産婦を定着させるかであり、それが出来ない場合、助産婦不足をどうして補うかの具体策が立てられない限り、解決にはならない。

私は、ボランティアが入ったばかりに、チュニジア人の助産婦が配属になるスペースをいたずらに横取りしているのではないかと考えたことがある。彼女達が地方へ出たがらないことは、何度も書いた。しかし保健省から辞令が出れば、本人の意志とは関係なく任地に行かなければならない。極端な言い方をすれば、放置すれば最低限度のチュニジア人助産婦を得られる状態だから、ジェルバにはボランティアが入らない方が、現地の妊産婦にとってはよいのではないかと思ったのである。不本意ながらも、ジェ

ルバにやって来たチュニジア人助産婦は、1、2年すると転勤してしまう。次の交代助産婦がくるまでの間、マタニティーは助産婦不足にままわれる。ボランティアにしても同様。私の後続隊員がジェルバに配属される保証はない。保健省のサジ加減一つである。とすると、同じ入れかわるにしても、外人のボランティアが切れ切れにやってくるよりも（くるかどうかは知らない）、最初からチュニジア人ばかりで交代した方がより能率的で、有益だと思う。

もし仮に、ジェルバのマタニティーに定期的に助産婦隊員を送れるのであれば、助産婦を定着させるという面で話は変わってくる。マタニティーの問題解決の一端を担うのであるから。この場合、保健省を動かさなければ確かなルートはつukれない。「問題点2）」であげたように、ディレクターの権力によって看護要員の配属状態が違って来るからである。

現状において、ジェルバ病院のマタニティーに1助産婦がボランティアとして入ったことは、当座の問題解決には役立っているけれど、将来性を考えると、日本からの隊員の継続派遣が出来ない場合は、チュニジア人助産婦に任せておく方がよいと思う。それが可能な国だ、と私はみた。

5. おわりに

ジェルバでの最後の勤務は、嬉しいような淋しいような気持ちが入り乱れ、感無量のうちに終えた。今、こうして書いてみると、日本に帰ってしばらくすると、そのうちにまた、今度はもっと未開発の国に行き助産婦業をやりたいのではなからうか、という気がする。いろいろな物がありあまっている日本から、何もかも節約しながら使用しなければならない仕事場に移って教えられたことは多かった。距離を置いて日本をみられるようになる、と、誰かが言っていたが、チュニジアは私にもそれを与えてくれたような気がする。

II ジェルバ地方病院 (Hôpital Régional de Jerba) のマタニティー (Service de la Maternité) の分娩に関する統計

1. はじめに

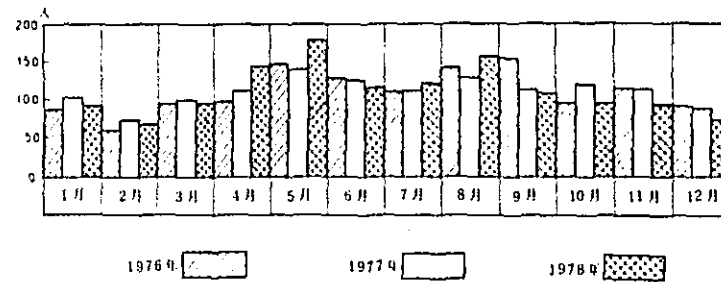
アフリカでは、全般に人口再生産率が非常に高いと聞いていたが、実際、チュニジアのジェルバ地方病院で分娩にたずさわってみると、5、6回目の分娩をする人がかなりいるように思われた。中には十数回目という人も

チュニジアII……ジェルバ地方病院の産科業務と分娩統計

いた。日本で3人以上の子供を持つと珍しがられるのとは反対に、チュニジアでは「一人っ子」は両親に何か欠陥があるための結果ではないかと思われるくらいである。ジェルバはチュニスやスファックスなどの都市部に比較して「子たくさん」の家が多いので、単純にどれくらいまで分娩回数がのびるのかを知りたいと思ったのがきっかけで、この統計にかかった。また、その他の項目については、2年間の任期を終えるにあたり、ジェルバのマタニティーの分娩の状況を数値にしてまとめておく意味でとったものである。

1976年～1977年3月までは、私の着任以前の件数であるが、分娩状況を知る上では件数が多い方が有効であると思い、3年分として一緒に含めた。

2. 月別分娩件数



(表1a)

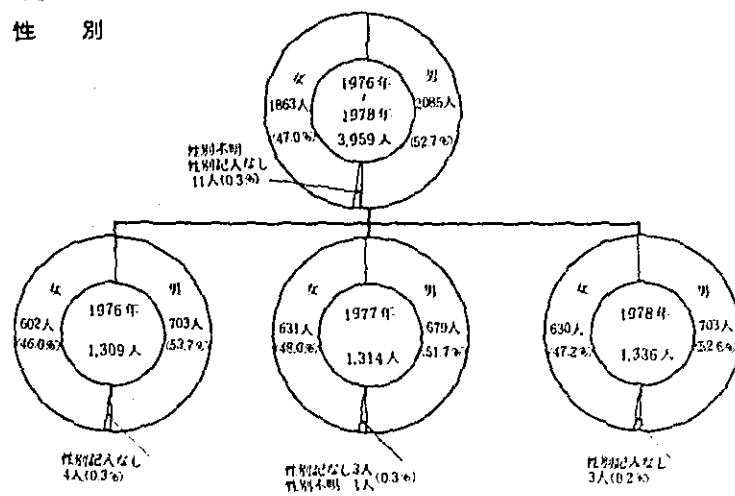
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	月平均
1976	84	63	99	98	145	128	108	139	155	91	111	88	1309	109.0
1977	101	74	96	113	138	126	109	128	117	120	112	80	1314	109.5
1978	78	70	96	143	176	117	120	158	110	97	97	74	1336	111.3

(表1b)

表1a, 表1b, でわかるように、分娩件数が月によって極端に異なるのは、ジェルバにも日本のように結婚シーズンがあるため、出産時期にもかたよりが出てきたのだらうと考えられる。ただし、ジェルバの結婚式は3日～1週間も続き、毎夜歌ったり踊ったりするので、寒い冬の間はさけて、

ほとんどの人が夏に挙式をし、翌年の夏にはたいていの人々が第一子を分娩する。

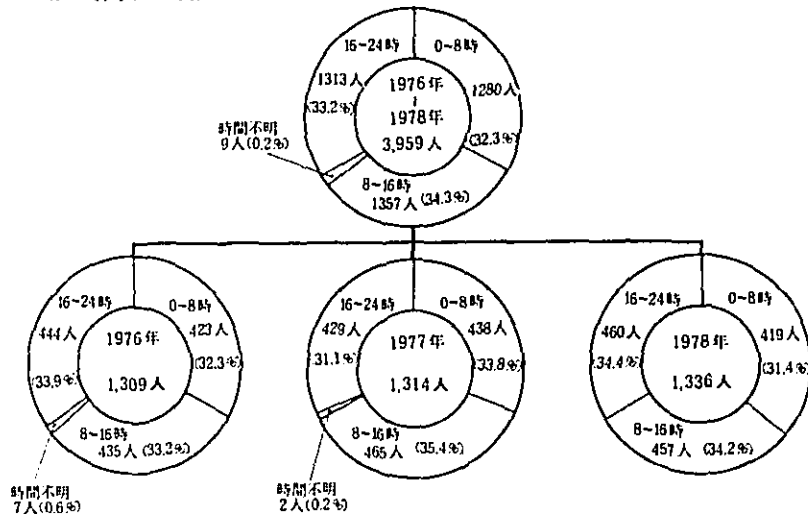
3. 性別



(図1)

各年次共に、男児の出生率がわずかに女児を上回っているのは日本の統計と同様である。「性別記入無し」の理由は、帝王切開術の場合、マタニティーから500mばかり離れた本院の手術室に行くので(同じ敷地内ではない)、他に産婦がいると、助産婦は手術に立ち合えない(1日に一人しか勤務しないから)。手術後はカルテも患者もベビーも外科病棟の管理になり、マタニティーとは連絡がないので、その時こちらで聞き返さない限り、分娩台帳の方は空白になる。また聞き返してもカルテがその場がない時もある。もう一つは死産の場合で、死産児は日本のように郑重には扱われず、一つの物体として布にくるんで分娩室の隅に置いたり、トイレの横に置く。保存用の冷蔵庫などはない。分娩台帳も、生下時体重や性別が記入されていないことがある(カルテには記入されているが、事務員は、3年ほど前のカルテなど、熱心にさがしてくれない)。性別不明一人は、「疑半陰陽」で、ジュルパでは精密検査が出来ないために、後日デュニスの国立病院で検査をすることになり、家人は一応「女」として出生届を出した。

4. 時間帯別分娩件数



(図 2)

助産婦は毎日一人しか勤務していないので、よほどのことがない限り、点滴注射などによる陣痛の誘発はしない。管理が十分に出来ないからである。従って、自然にまかせた分娩がほとんどである。また3～5回経産の人が多く、入院してすぐ分娩をしたというケースもかなりあった。が、こうしてみると、昼間と夜間にはほぼ均等に分娩があることになる。

5. 分娩回数

ジュルパのマタニティーで仕事を始めて、まず最初に調べてみたいと思ったのが、この「分娩回数」についてであった。人々がゴロゴロと子供を産むのを見てびっくりしたからである。1家庭に5、6人はいるように思えた。

表2が示すとおり、総分娩数の約半を初産婦が占めているが、第二位は3、4回経産で23.4%と、全体の約半近くにもなる。また5、6回経産も14.5%と非常に高い割合になっている。この3、4回目と5、6回目を合わせると、37.8%と初産婦の占める30.7%を上回ってしまい、ジュルパの人達の出産数に対する重心がこのあたりに置かれることがわかる。7回目以上の占める割合も高く、14.1%にもなる。

11回経産以上の中ではマタニティーでの最高分娩回数は18回目(1名)であったが、自宅分娩直後に入院した経産婦は23回目であった。11回

		0	50	100%
1976年 1978年 3959人	初産	1214(19)		30.7%
	2回目	673(10)		17.0
	3~4	925(19)		23.4
	5~6	573(13)		14.5
	7~8	346(5)		8.7
	9~10	160(4)		4.0
	11回以上	51		1.3
	不明	17		0.4

()内は双胎数

(表2)

経産以上のうちわけは、以下のとおりであった。

11回目 → 28人 12回目 → 12人
 13回目 → 7人 14回目 → 1人
 15回目 → 1人 16回目 → 1人
 18回目 → 1人

テュニジアでは、家族計画の普及に力を入れており(人口抑制政策)、避妊器具が無料で配布され、子供が4人以上いる人には人工妊娠中絶や避妊手術などがほぼ無条件で行われている。都市部では次第に分娩回数が減少していく傾向だというが、それでも1家庭に3、4人の子供がいる。避妊薬のピルも無料で配布されるが、しかし女児ばかり続けて産んでいる人の中には、男児を出産するまで産み続けるというような人もいて、こればかりは政府の計画どおりにはいかない。「分娩回数不明」というのは、もちろん多産者であるが、生産、死産、乳幼児期に死亡した子供等の数が計算出来なくて、自分が今までに何回分娩したかがわからない、という人である。

6. 生下時体重

		0	50	100%
1976年	~ 990	13		0.3%
	1000~1490	42		1.1
	1500~1990	64		1.6
1978年	2000~2490	212		5.3
	2500~2990	620		15.7
3959人	3000~3490	1499		37.9
	3500~3990	1032		26.1
	4000~4490	298		7.5
	4500~4990	45		1.1
	5000~	17		0.4
	記入なし	117		3.0

〔表3〕

チュニジアは多産国だから、生下時体重が日本よりも少ないベビーが多く、未熟児の頻度が高いのではないかと推測していたのがはずれた。彼女達は、平均してりっぱなベビーを出産し、未熟児の頻度も8.4%と日本の文献と変わりはない。ただし、栄養のバランスのとれた母胎から出生したベビーであるかどうかは疑わしい。人々は一般に、穀類や砂糖を多くとり、蛋白質系の食品はあまり摂取しないようなので（経済的理由が大きい）、必然的に太って、ベビーも日本と同じくらいの生下時体重で出生する。もっともジェルバの理想的な女性像（体型）は、太っているほどよいとされ、体重が80~90kgがよいなどと言われたりするから、これも多少は関係しているのかも知れない。次に、巨大児についてみると、4,000g以上が9.1%（360人）ある。巨大児の中でも、5,000g以上が、毎年7、8人あり、1978年には6,000g以上のベビーが二人もいた（6,050g→一人、6,400g→一人）。

4,500g以上のベビーを分娩した母親は、血糖値（空腹時のみ）を測定するが、過去のはほとんどが正常範囲内であった。ジェルバ病院の検査室では、血糖の負荷試験が出来ないので、血糖値が正常といっても潜在的な

糖尿病までは把握出来ないのだから、問題は残る。

7. その他について

表4は3年間の総分娩中で、妊産婦とベビーに関して、いわゆる「普通のお産」と呼ばれる「前方後頭位分娩（出生）」以外のものをひろいあげたものである（ただし、妊娠中毒症、弛緩出血、遷延分娩は除く）。

分娩をとりまいて出現する症状や疾患、または処置などは、世界中どこでも似かよっていると思われる。問題は、その中には妊産婦にほんの少しの分娩に関する知識と注意力があれば、当然母子共に順調な経過をたどったと考えられるケースが少なくない割合で含まれていることである。

帝王切開術の適応は、前回帝王切開術を受けた人、前置胎盤、子癇、子宮破裂、額位、臍帯脱出、高年初産婦などであるが、適応の記録が無い場合も比較的多かったので、数値は出せなかった。

E.V.R. (Enfant Vivant Reanimé = 蘇生児) から D.C.D. (Enfant Décédé = 死亡児) になったベビーについても、記入されていないことが多く、従って E.V.R. の中には生後1時間以内くらいに死亡したベビーも含まれている。

新生児死亡については、母子共に産後24時間以内はほとんど退院してしまうので、統計的数値として有効な新生児死亡率は出せなかった。単にマタニティーでの死産児と、胎児娩出後数十分以内に蘇生出来なかったベビーを、死産として出ただけである（たとえば、ベビーが生後3日目に家で死亡していても把握は出来ない）。産婦が入院した時点で予診をとってみると、多産婦で死亡児がいないという人は全くわずかで、多い人になると分娩回数半数が死亡児であったりする（原因は、下痢や肺炎などが多かった）。従って、新生児及び乳児死亡率は30～40%になるのではないかと推測している。

子宮破裂、胎位異常（顔面位、額位、横位等）も比較的高い数値を占めている。子宮破裂は0.1%と、日本の文献の約2倍はあるが、一番多い原因は前回帝王切開術を受けた後、1年余りで再度出産になるというケースである。産婦が来院時に、すでに破裂していたり、陣痛が増強したとたんに破裂したというケースが多かった。帝王切開後の人には、ドクターが避妊の必要性を説明し、指導を受けに来院するように言うが、ベビーが死産児であったり、乳児期に死亡した場合は、子供欲しさで避妊など考えず、すぐにまた妊娠するから、最悪の事態が生じる。

臍帯脱出は0.6%で、日本の文献よりもやや少ないが、臍帯脱出後の生産と死産の比率は現在のところ5:5(50%ずつ)くらいである。

以上の他に、重要視される妊娠中毒症、弛緩出血、遅延分娩について数値を出したかったが、資料不足で出来なかった。

8. おわりに

ジェルバのマタニティーでの2年間の任期中に、私は約600人のベビーを取りあげた(分娩介助をした)。帝王切開術や鉗子分娩などの間接分娩介助も合わせると約700人になる。日本で分娩にたずさわる数の3倍くらいにあたるが、多くの分娩に接したということは、それだけ多くの異常にも対処してきたということであって、私自身非常によい勉強になった。

肺炎で長い間クベース(保育器)に入れていたベビーが、私が帰国する頃には、鼻水をたらした普通の子供に育っており、抱こうとしても人見知りをして、母親にしがみつくのを見ると、ほんとによかった、という気持ちでいっぱいになった。

項 目	1976年	1977年	1978年	計	比率
Prematuré (早産)	11人	36人	44人	91人	2.3%
Gumeaux (双胎)	22	25	20	67	1.7
O.S. (後方後頭位)	10	9	20	39	1.0
P. du siège (臀位)	36	45	62	143	3.6
P. du front (額位)	4	4	5	13	0.3 → 032系
P. de la face (顔面位)	2	5	3	10	0.3 → 025
P. transversale (横位)	3	7	1	11	0.3 → 027
Césarienne (帝王切開術)	61	55	42	158	4.0
Forceps (鉗子分娩)	43	56	52	156	3.9
Ventouse (吸引分娩)		15	33	48	1.2
E.V.R. (蘇生児)	55	57	84	196	5.0
Mort-né(e) (死産児)	93	84	74	251	6.3
D.C.D. (死亡児)	7	1	11	19	0.5
D.A. + R.U. (胎盤用手剥離)	33	16	20	69	1.7
Ancienne courlée (前向帝王切開)	9	4	1	14	0.4
B.G.R. (狹骨盆)	4	4	0	8	0.2
P. proevia (前置胎盤)	6	10	7	23	0.6 → 058
P. du cordon (臍帶脱出)	9	7	6	22	0.6 → 055
Retro-placentaire (高位胎盤)	?	?	3	3	0.07
Rupture utérine (子宮破裂)	1	1	2	4	0.1
Eclampsie (子癇)	1	2	2	5	0.1

(R4)

帰国して思うこと

西村勝美

私が、青年海外協力隊員としてチュニジアで2年間を終えた話をする時、必ずといってよいほど受ける質問がある。それは「協力隊に入った動機は何か」と、「隊員として行ってきてよかったか」の二つである。後の質問には「よかった」と即座に返答しているが、最初の問いかけには、どう答えたものかとちょっと言葉を選んでしまう。質問者があまりにも明快な答を要求する時、自分の中で、動機づけとしては不明確であっても重要であった部分（私はそれを、ボランティアのモラルのようなものだと思っている）とずれてしまうからである。従って、私は必然的に第三者に対する返答を準備しなければならなくなり一瞬のとまどいが生じているようだ。しかし、まるっきり本心とかけ離れた答はしたくないので、自分が協力隊を志願し参加した動機について、隊員の任期を終えてから、改めて分析をするはめになったのはおもしろいことだ。

報告書では、任務上の問題点としてジェルバ病院のマタニティー（産科）について書いたが（「マタニティーにおける問題点」）では、個人的な問題にはどんなことがあり、自分の動機づけと情報と現実の違いはどうであったかについて、少しふれてみたいと思う。

まず、1. 言葉が十分に話せない、2. 助産婦業務が日本の場合と違う、3. 環境の変化が体調の変化につながる、などが問題であるが、これらはすべて、日本を出発する前に予測していたことばかりで、問題が私個人に限られたものではない。いわば、全隊員が大なり小なり持っていたに違いないことばかりである。それにもかかわらず、なぜ問題にするかといえば、私が以上のことを納得して赴任したはずなのに、失敗したからである。

チュニジアに赴任して、最初の約6カ月間で、何が一番つらかったかといえば、言葉が話せないことだった。現地人の同僚は、私がフランス語がペラペラの状態でやって来たと思っていたし、アラビア語しか話せない多くの妊産婦と直接にコミュニケーションを持つには、アラビア語を覚えなければならない。その他、助産婦業務では、日本の医者範囲になるような医療行為が含まれて

いること（妊娠中毒症患者への投薬や注射の指示、局所麻酔や縫合等）。また、環境と食物の変化に慣れるまでは、下痢をしたり生理不順になったりで、私はひどいスランプに陥った。いま考えると、異常と思えるような状態であったが、その時、ふと気がついたのは、自分が、マタニティーの問題や個人的な問題を<たし算>にして受け取っていたことである。さまざまな問題が一度におしよせてきた時、相乗作用を及ぼし、予想以上のストレスに変わることが計算に入っていなかったからである。

私がスランプ状態の時に、協力隊を志望した動機が、どんな部分で役立ったかといえば正直なところわからない。現実と結びつけて考えてみるゆとりがなかったような気がする。

ただ、その時に私は、2年間は絶対に日本に帰らないぞと決心して出てきたことだけが、よりどころになっていたように思う。チャンスが二度と訪れることはないと考えていたのかも知れない。

協力隊に入った動機が何かという質問が向けられるたびに、私は、自分が不明確なままで出て行った部分について考えてしまう。後悔してもはじまらないが、取り逃した魚があるような気がするのである。



ジェルバ病院のマタニティー。左の入口がP.M.I.、右の入口が産科



ジェルバ病院，マタニティーの分娩室

西村隊員の報告書を読んで

山 崎 ト ヨ

率直に申して隊員の方々の実践レポートを拝読するたびに、筆舌に表現しかねているだろう彼女達の苦悶が伺われ、ぐったりと疲労感を感じるのが実感である。隊員の方々の昼夜を問わずの努力は並たいていものではないと思う。若い彼女達は日本においては科学的予測にもとづいた分娩現象を学び、大勢の先輩や同僚の中でチームの一員としてお互いに助け合っていたことと思う。そして数年間の体験を頼りに、風俗、習慣、言語等の異なる発展途上国へ向い、その地に入り自己の助産業務に挑戦することに私は恐れを抱いてしまう。

生命が対象である助産婦の業務は、体験すればする程後ずさりしたくなる程の不安感を抱くものである。時々就寝中も赤ちゃんの泣き声が開えてくるような錯覚で飛び起きてしまうという体験は、この仕事に就いている者は誰でも味わうことではないだろうか。しかし、母親を助ましながら、あの生命誕生の神秘的瞬間を援助できることは戦慄を感じる程の感動でもある。

西村隊員は着任後現地の風土や生活様式、また産科の位置づけや分娩数、助産婦の受け入れ体制や社会的地位、および業務内容や隊員の受け入れ体制など現地の国民性からみた報告書を書いていた。そして今回2年間の任務の中から帰国にあたり産科的データや、現地の産科や助産婦の位置づけの問題点を提示し客観的に自己分析も含めて整理していた。「マタニティーにおける問題点」は問題を6項目に整理している。この問題点は日本人の私達の感覚からすると到底理解しかねる問題であるし、生命対象の業務に携わる者として立腹を禁じ得ない。私達が理解しかねる現地人の思考過程はその国の国民性に由来するものであろうし、その根底をなすものは社会的環境や宗教的要素や、長い歴史のなかから培われた生活の知恵であるかも知れない。いずれにせよその国独自の倫理性は保たれていると思う。チュニジアの人達は日本女性西村隊員に対して不可解さを抱いていただろう。どこまでも平行線を辿るお互いの思考過程は歯ざしりする程不可解なものであったと思われる。その場に臨んだ西村隊員は多くの問題点に真正面から対処しても解決できずに終えた点が沢山あったと思う。

「ジェルバ地方病院のマタニティーの分娩に関する統計」の中で、月別分娩件数、性別、時間帯別分娩件数、分娩回数、生下時体重等について記録されていた。現地において十分なカルテや記録の整理もなされていないなかで統計処理をし、日本の周産期の統計と対比し適切に分析されていたと思う。この統計からみて日本の現状とあまり変化のないことに興味を覚える。ただし、分娩回数や新生児、乳幼児の死亡率は高く、今後改善されなければならない。

また西村隊員は「ボランティアは問題解決上、多少でも役立ったか または役立たなかったか」と厳しく自問自答しておられるが、任期を終えた今どのような解答が出たであろうか。私は躊躇することなく十分その役割を果たした、と信じている。ボランティアの意味の解釈は様々あるが、西村隊員がチュニジアの母親にとり、また家族、社会にとり、一人の尊い子供の出産に貢献したことは事実である。2年間で700人の出産に携わった人として、チュニジアの母親達にとり、いつまでも忘れられない人となっていることであろう。またチュニジアの助産婦達は彼女達の社会的地位を自覚し、より高い地位の向上に邁進していくものと信じている。

今後チュニジアの地にも世界の波が押し寄せてくるものと思う。そして「教育」の影響により人々の思考に多様性をもたらし、社会構造に様々な変化をもたらすことと思う。そしてチュニジアの国民の健康意識の向上により広い意味での母子保健の推進がうたわれ、実現されていくと思う。西村隊員が着任当初トラウベだけで児心音を聴取していたが、今ではドブラーが備えられ、未熟児にはクーベの環境が整備されつつある昨今である。日本は今でこそ先進文明国といわれているが、明治時代までの母親達は妊娠、分娩に対しての予備知識もなく、出産に臨んでいたのである。そして今のチュニジアの母親達のように多産多死の苦しみや悲しみを味わっていたのである。今後チュニジア国民の要求する生産人口にたいし母親達は積極的に家族計画をたてていくと思う。

今後西村隊員にチュニジアの女性史をふまえた分娩の変遷や、風俗習慣からみた妊娠、分娩、産後の摂生など分析していただきたい。きっと世界中の母親達に共通する母性愛が潜んでいるのではないであろうか。

西村隊員には、何ものにも替え難い2年間の貴重な体験をもとに、今後日本の母子保健の発展により一層努力していただきたいと思う。(青年海外協力隊技術専門委員=助産婦)

エンカルナシオン市診療センター
での活動

第2, 3, 6号報告書
派遣国 パラグァイ
職 種 看護婦
氏 名 伊藤 整子
配属先 Presidencia de la República Secretaria Tecnica de Planificación

伊藤隊員の略歴

氏 名	伊藤 整子
生年月日	昭和29年5月18日
出身地	福岡県
職 種	看護婦
派遣期間	54年10月～56年10月

1. はじめに

私にとっての2年間は短い様で長く感じた2年間であった。誰でも任期が終わってしまうと「短かった」と言う。しかし、任期中は誰でも長く感じたことと思う。

最初の私の任地は、首都アスンシオンより国道1号線と6号線を約390km、さらにテラ・ロッシュと呼ばれる赤土の道を約30km行った所に位置する日本人移住地、フラム移住地にあるフラム診療所であった。この診療所には1979年12月より、1980年4月までの約5ヵ月間（実際には約3ヵ月間のみ勤務）。その後は、Ⅲa Región Sanitaria Centro de Salud Regional Encarnaciónと呼ばれる、パラグアイの公立病院へ移り、任期終了までの約1年半の間、この病院で活動を続けた。

このことにより、私は全く異なる状態、状況にある二つの病院で活動ができた。地理的には辺境ではあるが、医療施設、設備等に恵まれている移住地の診療所、それに対して Centro de Salud は田舎の都市、エンカルナシオン（パラグアイでは、2番目に大きい町）にあるにもかかわらず、医療設備不足、医師不足（医師不足となることが多い）の病院、と二つの病院はずい分と異なる。このような点を見てみると、移住地の診療所は Centro de Salud に比べて、何と恵まれた病院なのだろうか……と覚えてしかたがなかった。

それぞれの病院は、病院なりの問題を持っていると、わかってはいるのだが……。

2. エンカルナシオン市の Centro de Salud（診療センター）

エンカルナシオン市はパラグアイ第2の町で、首都アスンシオンから国道1号線で東南東へ約370 km、パラグアイ最南端のアルゼンティンとの国境の町である。人口約4～5万人。郊外には日本人をはじめ、ドイツ人、ロシア人、ポーランド人、チェコ人等の移住地 Colonia が多数ある。日本人移住地も、エンカルナシオン市から約30～100 km位のところに3ヵ所（チャベス移住地、フラム移住地、アルトパラナ移住地）あり、市内に住んでいる日本人も多い。市内に住む日本人は、主に八百屋、商店等を営んでいる。町内を歩

けば必ず日本人に出会う。

現在、エンカルナシオン市には活気がある。その理由としては、次のような点があげられる。

1. パラグアイとアルゼンティンとの国境を流れるパラナ河に、ダムが建設中 (Yacyretá のダム工事)。

2. パラグアイとアルゼンティンとを結ぶ橋が計画中。

3. アルゼンティンの物価高による人口の流入及び、買物客の流入。

アルゼンティンとの間に橋がかかれば、一層の経済的発展が期待される。

私が任期の後半の1年半勤務したのは、このエンカルナシオン市内にある、Centro de Salud と呼ばれる一般病院だった。パラグアイには、Centro de Salud と I. P. S (Instituto de Previsión Social) と呼ばれる社会保健病院の、2種類の病院が全国的に組織されている。

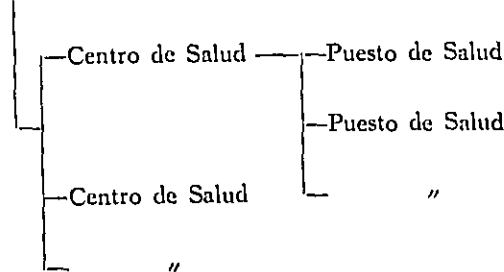
a) Centro de Salud の組織について

厚生省 (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) に属する。

パラグアイ全国を9つの保健区にわけ、その保健区を中心に Region Sanitaria Centro de Salud と呼ばれる地区中央病院を配置し、その地区中央病院が管理する Centro de Salud をそれぞれの保健区内に数ヶ所設置してある。さらに、各 Centro de Salud は数ヶ所の Puesto de Salud を管理している。

これらを図に示すと、次のようになる。

Región Sanitaria Centro de Salud (地区中央病院)



Centro de Salud と Puesto de Salud との相異点は、前者には医師が1名以上、看護婦及び助産婦が複数名いて入院設備、手術設備を有しているのに対し、後者には医師は不在で、入院設備、手術設備は全くなく、看護婦

パラグアイ……エンカルナシオン市診療センターでの活動

(あるいは助産婦)が1名いるだけである。入院、手術等が必要な時は、Centro de Salud へ行かなければならない。

エンカルナシオン市のあるイタプア県は、第3保健区に属し、県内には9つのCentro de Salud と22の Puesto de Salud が配置されている。第3保健区のコエンカルナシオン市の IIIa Región Sanitaria Centro de Salud Regional Encarnación である。

(※イタプア県の広さは16,527km²、人口約20万人)

b) IIIa Region Sanitaria Centro de Salud Regional Encarnación について

①診療科	1. Pre natal	妊婦検診
	2. Ginecología	婦人科
	3. Cirugía	外科
	4. Traumatología	整形外科
	5. Pediatría	小児科
	6. Clínica en general	一般内科
	7. T. B. C	結核
	8. Protección Familiar	
	9. Odontología	歯科

②病棟

Cirugía 外科 (Traumatología を含む)	31床
Maternidad 産科 (Ginecología を含む)	31床
Pediatría 小児科	12床
Clínica Médica 内科	31床
癩 (現在2名入院中)	

計 105床

③総ベッド数

95床 (105名入院可能であるが、ベッド数は全病院内に95床しかないの
で、実質的には95名しか入院できない)。

④。外来患者数 約 200人/日

。入院患者数 約 60人/日

⑤。医師数 13名 (Director を含む)

しかし、常に病院にいるのは女医2名のみで、他の医師は週に数回病

院に来るだけである。

- 歯科医 2名
- 看護婦数 33名（有資格者は2名）

Centro de Salud Regional Encarnación は、最初アメリカ合衆国の援助により組織され、医療器械等の援助もかなり行なわれたようである。しかし、現在は何らの援助も行なわれていない。すべてパラグアイ人の手により運営されている様である。医療器械の老朽化がめだつ。また、臨床検査等のうち簡単な検査は行なわれているが、技術者不足、不在で検査は思う様に行なわれていない。

この病院における1年半の活動は、次のように分けることができる。

①前半の1年間（1980年5月～1981年4月）

Centro de Salud において病棟勤務をする。さらにこの期間は、次の3期に分けられる。

- Cirugía, Traumatología（外科、整形外科混合病棟）約4ヵ月。
- Primeros Auxilios（応急救護室）約半年間。
- Pediatría（小児科）約1ヵ月半。

この期間は私が病院内の組織、人、仕事等を知る為、また病院の人達に私を知ってもらう為に使った様に思える。この後、外来に行ってからこの病棟経験が役に立った。患者指導や、患者へ病院のこと等について説明する時など、思う様にできたからである。

②後半の約6ヵ月間（1981年4月～1981年10月）

この期間は外来（Salud Pública）の Inyectable 注射部門に籍をおき、院内予防注射運動、院外予防注射運動（Campaña de Vacunación）に参加。一方、病院内で看護婦再教育の為に行なわれた講習会 Curso に協力。

以下、順を追って報告していく。

3. 1980年5月～1981年4月

a) 外科病棟について

この病院の外科病棟は、一般外科、整形外科、手術場、Primeros Auxilios（外来処置、急患受け入れ）の4ヵ所より成っている。医師は全部で6名（外科が4名、整形外科1名、Primeros Auxilios 2名）であり、看護婦は

8名（午前中のみ勤務の婦長が1名、手術場が午後のみ勤務の者及び、7時より15時まで勤務の2名、外科が4名、整形外科1名、そして Primeros Auxilios が1名）いる。

勤務体制は手術場、外科、整形外科、Primeros Auxilios に昼間は各1名、夜は外科病棟全体で1名勤務となる。

{ 昼勤 7:00~18:00, 外科のみ19:00まで
夜勤 19:00~翌日の7:00

4ヶ月間の外科病棟勤務を通じて感じたこととして次の様なことがあげられる。

① 貧困

貧困が故に十分な治療が受けられない。薬物は、ここパラグアイには不足していないと思う。薬局には充分すぎるほど薬が並んでいる。しかし、それを買う為のお金を患者が持っていないのである。医薬分業が発達しているが故に、病院には何一つとして薬がないのだ。高価な薬が買えない、入院費が払えないと言っては仕方なく退院して行く患者が多い。

また、患者の貧困にまして病院側の貧困もあげられる。というのは、消毒薬さえ病院は持っていないのだ。仕方なく、消毒された水道の水とマーキュロで傷部処置をするしかない。

② 看護婦及び患者の衛生観念の不足

私が日本人的感觉で、清潔、不潔を見るせいもあると思うが、何が清潔で何が不潔なのか認識不足の点が多いのだ。滅菌消毒されたものを素手で平気で取り扱うし、充分な時間、消毒されていない注射器を使うし（この点に関しては器具不足の問題もあるが）、基本的な点がぬけていることが多い。患者の衛生観念の不足は、看護婦による患者教育が全く行なわれていないに等しい状態なので、仕方ない事ではあるが……。

③ 医療器具（備品）の不足

充分とは言えないが、X線設備等は旧式ながらある。病棟勤務をして感じたのだが、注射器、針、処置用の鉗子、体温計等、毎日使う備品の不足を強く感じた。たとえば、注射器4本、針6本、体温計3本で病棟全体の処置を行なうのである。しかし、これらが不足していて不便だと思うのは私一人だけらしくて、いっしょに働いている人にとっては不便さを感じないらし

く、一向に増やそうではないかという気はおこらない様だ。

④ ドクター、医師の不在

病院内常勤の医師は2名のみ(80年11月からは1名)。彼女達は現在インターンである。

他のすべての医師は、エンカルナシオン市内で開業していて、週に3~4回の割合で病院にやってくるのは診察をする為、医師不在の状態になる事が多い。その上、午後0時より3時迄は昼寝の習慣がある為、その間の急患の処置が遅れる事もある。

b) Primeros Auxilios について

外科病棟の一室にある Primeros Auxilios は看護婦1名で勤務している。医師等が必要と思われる時のみ、医師の援助を受ける。私は80年9月より81年2月までの半年間、ここの看護を受け持った。(2月の1ヶ月間は、午前中は小児科、午後は Primeros Auxilios という落ちつかない勤務であった)

私の日本での勤務は、すべて病棟勤務、整形外科病棟勤務であった為、診療所あるいは外来での看護等の経験は全くなかった。この Primeros Auxilios という所は、まるでドクター不在の診療所といった所のように感じる。

常勤者(午前7時より12時、午後3時より6時)は私一人、それに2~3週間交代で見習いの看護婦がやってくる。Primeros Auxilios 専門のドクターはいない。看護婦の判断でドクターに診察、あるいは処置をしてもらう。入院等を必要とする患者は、各病棟に運びこむが、この判断もある程度要求された。だが、ドクターが行なうべき事と看護婦の仕事とが別れていない為、すべての事がまかされてしまって、なかなかドクターが患者の診療をやってくれないという問題がある。

このように、Primeros Auxilios は日本の救急窓口といったところで、どんな患者さんがやってくるかわからない。外来の診療を受けた後に医師の処方箋を持ってくる人、直接やってくる人、救急車で送られてくる人とさまざまである。看護婦とはいえ、傷部縫合も、また処方箋も書かなければならない。『看護婦だからこれは出来ない』と言ってはおれない。具体的な処置について記すと次のようになる。

①手術後の傷部つけ換え、及び抜糸

②切傷の縫合処置

予防接種の有無を問い、未接種の患者に対しては、Tefagan 1 amp (血

滑)及び Tefanol 1 amp (予防接種)を接種, 抗生物質の処方

③犬の咬傷

①の処置に同じ。届出(病院に届出をする)

④化膿傷の切開処置

⑤一般急患々者の受け入れ

以上の他にも下痢の赤ちゃん。マチューテ(山刀)で手を切った青年, 頭に10cmもの大きなおできができた子供, 全身に浮腫をきたした老人, 交通事故, 骨折と, 内科, 外科, 小児科を問わずやってくる。

Primeros Auxilios の受け付け時間は私の勤務時間と同じで, お昼休みの12時から15時の3時間, 及び18時以降は外科が一応すべての患者を受けつける。日本と違って一日中急救患者を受け入れる状態には, まだなっていない。人手不足, 人材不足, 予算不足で Primeros Auxilios の運営はまだ思う様に行なわれていない。

c) Primeros Auxilios における問題点

特に Primeros Auxilios の備品においては, 品物不足というよりも無いのである。備品をあげてみると, 次のようになる。

- ガーゼ交換車, 処置セット(小鋏子1, 中鋏子1, セーレ小1, コッヘル2, 縫合用鉗子1)
- 消毒液(マーキュロ, 消毒用アルコール, ヨード, 蒸留水)
- 処置台
- 煮沸消毒器
- バケツ1, 洗面器1
- 枕1, 椅子1

血圧計も, 聴診器, 体温計, 注射器といった基本的なものさえ備品として準備されていないのである。必要な時にはすべて外科, あるいは産科病棟に走らなければならない。幸いにして血圧計, 聴診器は協力隊に準備してもらって, 現在はどうか走る回数を減らすことができた。

煮沸消毒器は私が Primeros Auxilios に来てまず準備したもので, 廃品の中から見つけ出して修理してもらって使用しているうちに, 3ヵ月ほどで姿が見えなくなってしまった。2月初め(81年) Primeros Auxilios にもどってきたものの, こわれて使用不能になっていた。

処置台は, 現在使用できているが安定が悪く, 常に患者の体位を注意して

いなければならない。

消耗品であるガーゼ、綿、絆創膏、注射器等については病院内の薬局に請求すれば、一応配布してくれる。しかし薬局にもあまりたくさんなく、すぐに品切れとなる為、病棟間で品物の見つけあいとなり Primeros Auxilios がいつもその的となっている。ガーゼ、ゴム手袋、消毒液といったものが、許可なく持ち去られるのである。病棟間、看護婦間での物品の取りっこは毎日の日常茶飯事で、看護婦にも悪いといった観念はない操だ。間い正しても、顔色一つ変える訳でもない。

この様に看護婦が病棟から病棟へ物を持ち去るのが日常の事であっても、患者さんが処置室の品物を持ち去ったという事は、この Primeros Auxilios にいた6ヶ月の間に聞いたこともなければ、見た事もなかった。というのは、ほとんどの場合、物品が私の部屋からなくなっても、他の病棟を探すと見つけることができたからだ。その一方では私も他の病棟、外科、産科、小児科等から注射器、消毒液をかりるという事は毎日のことだったので、他の病棟の看護婦に、品物を持ち去った事について強い姿勢がとれなかった。

Centro de Salud の一番の問題点だと思う事に、病院内の医師の不在の時間がある事があげられる。確かに病院には女医さんが1人常にいる。それに3ヶ月単位で来るレジデンスと呼ばれる学校卒業すぐの医師がいる。しかしレジデンスはいつもいる訳ではなく、不在の期間がある。急患が入ってもまず女医はやってこない。レジデンス（インターン）にまず診療をたのまねばならない。Centro de Salud の他の医師はほとんど近くで開業しており、週に2~3日、数時間、あるいは毎日数時間、診療にやってくる。（中には午前、午後ずっと病院で診療をやっているドクターも2名いる）

彼等にしても、また前の女医さんにしても Primeros Auxilios の、ちょっとした患者さんを見るのをいやがる。外科的な、ちょっとした患者さんに対しては私の判断で処置するが、小児、内科の患者さん、入院を必要とする患者さん等においては、特に医師の処方箋あるいは指示箋なしには何もすることができない。内科、小児科、外科、外来と、いつも医師探しに病院内を走りまわるのが現状だった。専門分野以外の患者を医師は見たがらないし、特に昼休み寸前とかになると医師の気嫌も悪く、困ったものだった。

この医師に関する問題は、Primeros Auxilios だけの問題ではなく、他の病棟でも患者の急変等で、いつもいずれかの専門のドクターを探しまわって

いるのが現状だ。この問題は改善の方向へ持っていかなければならない事だが、看護婦一人の力の及ぶところではない事は言うまでもない。国内の病院すべてが持つ同じ問題の様だ。国内の Centro de Salud すべてが、この制度で運営されているのだから。だから、私の願いである Primeros Auxilios に専門のドクターを置いてほしいというのは、贅沢という前に実現不可能の様だ。

以上の様に、Primeros Auxilios は医師不在、医師の診察拒否にあい、医師の仕事であるべき事もほとんど看護婦の判断のもとに行なわねばならない。傷部縫合、血清、予防注射の処方箋、ちょっとした抗生物質の処方箋、指示箋、化膿傷の切開処置、簡単なギブス固定等である。大人の場合は特に問題とはならないが、小児の場合は必ずドクターに処方箋を書いてもらう事になっている。ドクター不在の場合は、必ずドクターを待ってもらっている。

処置等を必要とする患者はすべて Primeros Auxilios にやって来る。外来で診察を受け、ドクターの指示箋を持って来る者、直接 Primeros Auxilios にやってくる者と二通りあるが、いずれも処置が必要な患者、あるいは急を要する患者が対象となる。というのは、Primeros Auxilios の建前で、実際には外来で待つのがいやで直接やってくる者、急を要するわけではないが、お金がなく外来診察を受けられない患者等も来る。お金の無い患者さんに対しては、無料で Primeros Auxilios は受け付けているが、急を要しない患者、軽症者に対しては医師もなかなか診察に来てくれないし、お金がないので外来も受け付けてくれない。こういう時が Primeros Auxilios に勤務する看護婦の悩むところの様だ。

特に統計を取った訳ではないが、この半年間に私が Primeros Auxilios で受け付けた患者の疾病を、多かったと思われる順にあげてみると次のようなものがあげられる。

1. 切傷（縫合を必要とする）
2. 化膿切開（消毒不十分による注射器による化膿、ピチョと呼ばれる虫の幼虫による頭部の化膿 etc）
3. 乳児、小児の激性下痢

毎回処置を行なった場合、名前と処置名を記録する様にしているのだが、なかなか手がまわらず、詳しい事の記録ができなかった。今になって後悔している。

Primeros Auxilios の運営を現地看護婦といっしょに行なったとはいえ、看護婦が見習いである上、2～3週間おきに交代する為、何をどうおしえて良いのか迷っていたのが事実である。病院内で行なわれる3ヵ月半の講習を受けた看護婦、全く何も知らないでやってくる見習い、他病院で働きながら勉強の為にやってくる者とさまざまだが、なかなか熱心に働いてくれる。私がやっている事を一つでも覚えてくれれば良いのだが……。そう思いつつも、品物不足等をごまかし、ごまかしやっているのです、良い事と悪い事の判断を下して覚えてほしいと願っている。

d) パラグアイの患者さん達

Primeros Auxilios での6ヵ月間は、私にとって、とても楽しい期間だった。何よりも多くのパラグアイ人と接する事ができたのが、一番の収穫だった。パラグアイ人も私が接する事ができたのは、極めて貧困な生活をしている人が多く、病院から50km、あるいは100kmも離れた奥地から泥んこになってやってきた人がほとんどで、パラグアイの東南部のテラ・ロッシャと呼ばれる赤土の道を、ガタガタのマイクロ（バス）に揺られてやってきた人達ばかり。雨の日は赤土の泥まみれ、晴れの日だと赤土ほこりにまみれてやって来る。最初は何ときたない人達ばかり来るのだらうと嫌気さえしていた。が、今としてみると、慣れたのだらうか、平気でしたしみさえわいている。

また、たまに町を歩いていると声をかけられる。あいさつ程度で特に話がかわず訳でもないのだが、町で“Hola, Seiko Cómo anda?”（セイコ、元気かい？）と声をかけられるとうれしくなる。

しかし、このうれしさも場所により異なる。こういう事もあった。日本人移住地にいる隊員を訪ねて行った時の事だ。

私が外科病棟で勤務していた頃、大腿骨折で10歳位の女の子が入院していた。彼女はスペイン語が全く話せず、すべてグアラニー語、そして父親がわずかながらスペイン語が話せた。私もまだまだスペイン語が話せず苦勞していた。私が移住地に行った時には、女の子が退院してすでに2ヵ月たった。偶然にもこの親子に移住地の店先でバッタリ出あった。女の子がすでに歩いていてうれしくなり、私の方から親子に声をかけた。すると周囲にいた日本人が、いっせいに私を憂な目で見だした。それもそのはず、この親子は日本人に雇われているピオン（人夫）だったのだ。私にはピオンをやっている人であろうが、何をしている人であろうが、同じ患者さんだったわけで、

皆同じパラグアイ人なのだが、移住地ではそうではなかった様だ。日本人移住者とパラグアイ人、特にピオンとの間には何とも言えない冷たい壁があるのを感じた。

12月から2月にかけて、Centro de Salud Regional Encarnación は夏季休暇がとられた。他の公的機関は1月と2月の2ヵ月の間に Vacaciones (夏季休暇)となるのであるが、病院においては2ヵ月の期間に30日間という長期の休暇を職員に与えると、病院の運営に支障をきたす。実際、3ヵ月間でとるようにしても各所に無理がきたのが現状であった様だ。

Vacaciones は1年以上勤務した者に与えられ、約30日間の連続した休暇である。1年以上の勤務者全員、看護婦、ドクター、管理職すべての分野で職員が常に3分の2となる。看護部門においては、日常が各病棟4名の勤務なので、動かし様がない。その為、何も知らない者が病棟で一人で勤務しているといった現象も出てくる。とにかく人手をいかにして見つけるかが問題となる。実際、私もこの期間(12月と1月、2月に休暇をもらった)には Primeros Auxilios と外科、手術場とかねて勤務した事も何度かある。どうにかこの期間も終わり、3月は小児科だけの勤務ができそうである。

4. 1981年4月～1981年10月

この期間は外来 (Salud Pública) の Inyectable 注射部門に籍をおき、院内予防注射運動、院外予防注射運動 (Campaña de Vacunación) に参加。一方病院内で看護婦再教育の為に行なわれた講習会 Curso に協力。

a) 院内予防注射運動

院内予防注射は Sra. Onilda と2人で組を作り、午前7時から12時、午後は2時から5時(夏季は午後3時から6時)毎日行なった。予防接種の種類は三種混合 Triple, ポリオ Sabin, 破傷風 Antitefánica, B. C. G. 麻疹 Antisarampión, それにツベルクリン反応 P. P. D である。予防注射の為には一部屋あたえられてはいるが、設備がなく針、注射器等の消毒すら満足に行なえない。原因としては、消毒の為の看護婦達の技術もおそまつではあるが、注射針、注射器の物品不足で、完全に煮沸消毒ができるまで待てないのが現状であった。設備については、今の段階では予算不足で変えることはできない。だから方法を変えるしかない。

まず、基本である消毒時間を徹底させなければならない。以前には沸騰していれば2～3分しかたっていないでも患者さんが来ると平気で使われていた。この点については、まず私が注射部門すべてを受け持ち Sra. Onilda が記録を担当することとし（書くことにおいては、私よりも堪能）、患者が予防注射にやってきても、器具の消毒不十分の時は待ってもらうことを習慣づけた。その後、注射、記録を交互に交代してやったが、消毒時間については守られている。

以前、病棟勤務の頃より病院婦長 Sra. Gladys にオートクレーブ（病院に1台ある）使用による中央材料室のシステム化を少しずつ作っていったりどうかと提案していた。しかしその時は、人手不足、場所がない等の理由ではねのけられてしまっていた。その後8ヵ月間ほどそのままの状態で放置していた。

1981年4月、看護婦資格を持つ Licenciada Benita が病院で働く様になり、病院にも変革がおこされる様になった。中央材料室のシステム化も6月中旬頃開始。8月下旬、すでに注射部門 Inyeccionable でも煮沸消毒時間が守れる様になっていた。しかし、消毒効果をよりよくするには、中央材料室を利用した方がよい様に思えた。同僚の Sra. Onilda と外来婦長にこのことを呼びかけたが、同僚からはいい返事がもらえなかった。外来婦長からは賛成してもらえた上に、容器（注射器、針を入れておく為の容器）、10本程の注射器を準備してくれた。同僚の反対にも理由がある。

「自分達の目の届かない所に消毒をたのむと、消毒されて帰ってくる時には物品がなくなっている」というのである。

病棟勤務の時にも経験した物品不足、物が無いために必要とあれば他の所から借りてきて、使っているうちにその病棟の物品と化し、もとの場所にかえさないのである。けっして悪気がある行為ではないのだが、持っていた方にとっては迷惑な話である。

「まずは試してみようではないか。紛失するか否かはやってみなければわからないでしょう」と Sra. を説得するしかない。同僚は不気嫌ながらも、私のやりたい様にやってみてよいという返事をくれたが、何一つ手伝ってはもらえなかった。

お昼と夕方の2回消毒、その他必要時に応じて煮沸消毒を行なうという、2本立ての方法をとった。すべての消毒をオートクレーブにたよる訳には行

かない。まだまだ注射器具類が足りないのだ。物品の紛失予防の為に、物品管理を手術場の看護婦に責任を持ってもらった。私の任期中において物品が紛失するという事は幸いにもなかった。

このシステムを利用する様になってからは、朝早く来る患者さん達も待たせることもなくなって、スムーズに受け付けることができる様になった。しかし、昼近く、あるいは夕方近くになると仕方がない。患者さんに少し待ってもらうこともあった。

b) 院外予防注射運動

病院外における予防注射は、エンカルナシオン市内の小学校に B, C, G, 破傷風を全学童に接種した。1981年4月から6月にかけて、各学校への連絡、及び最初の2校へ行く。

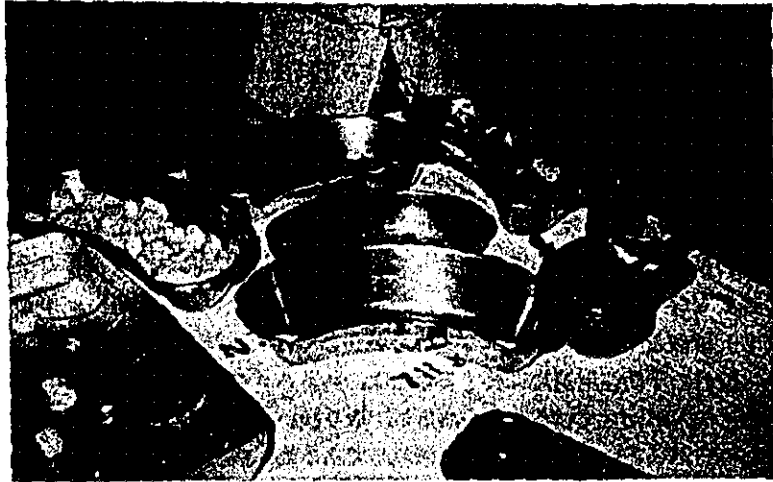
全小学校の予防接種終了後、Centro de Salud の管轄である第3保健区の全地区への予防接種を開始。私は Centro de Salud から約150 km 離れた Edelira 8, Edelira 21, Campamiento ACH の3地区へ参加した。

道はテラ・ロッシヤの赤土道、山道である。山道とは言っても軽い丘陵地帯ではぼぼ真っすぐの道である。どこに家があるのだろうか。皆、どこに住んでいるのだろうか。ほとんど道中、家が見えなかった。2ヶ所の Edelira では小学校で近所に住む人を対象に、そして Campamiento ACH では皆が集まる食堂、それに ACH の保健室の2ヶ所で実施。対象は全住民。それに ACH の労働者達だ。Campamiento ACH とは、入植まもない開拓地で、日本人移住地の形とは異なって会社経営的な性格を持った開拓地であった。予防接種は院内と同じく、三種混合、破傷風、ポリオ、B, C, G だったが、家が見当たらないのにこの日一日で1,000人強の予防接種を行なった。どこに住んでいるのだろうか。

院外の予防注射運動の果たす役割は、交通の便がまだ遅れているパラグアイにおいては随分と大きいと思う。まだまだ実施方法については改良の必要性もあるし、設備においては不足がめだつ。院外の予防接種に準備する物品については写真を見てほしい。写真に写っていないものに、小型ポンペ、アルコールがある。

私は院外の予防接種にいつも参加していた訳ではない。場所、時間等を考慮に入れて数回参加しただけであるが、問題として次の様な点をあげたい。

(1) 予防接種後の記録が不十分。



院外での予防接種の必要物品（この他に小型ガスポンペとアルコールを持って行く）



予防注射に集って来た人々（この建物は食堂である。ここで行なった）

病院内においては、実施された予防接種はすべて個人の外来カルテに記録されており、次に何を受けたら良いかが一見してわかる様になっている。しかし、病院外、特に田舎における予防注射運動では、予防注射の種類ごとに人数のみが記録点検され、個人の名前は全く記録されない。そして個人に対しても何らの証拠物、証明書は与えられない。場合によっては、個人に何の予防注射を受けたのか知らせないことさえある。人間、時間がたてば、いつ、どの注射を受けたのか忘れてしまうものである。時間がたち再度予防注射を受けるにあたって、何回目の注射なのか、またどの予防接種を今までに受けているのか、わからない事が多いのである。

(2) 清潔と不潔物品との取り扱い方がうまく行なわれていない。

院外の予防注射運動に要する物品は、ユネスコの援助で準備されている。年月がたっているせいもあるが、取り扱い方、管理の仕方が悪く、いたみ方がひどい。注射器、針は消耗品である為、病院側からの準備である。注射器各種2本ごと（B. C. G用2本、3cc2本、5cc2本の計6本）注射針は各60本ごと。この様に設備が少なく、特に注射器は開始すると終了まで一度消毒したきりである。消毒針を入れる為にせっかく消毒された股盆、鍬子等にいたっては、一度消毒された物は素手で触れても清潔物品として取り扱う為、せっかくの消毒針まで不潔にしてしまうのだ。未消毒物品を清潔鍬子であたりたりする。これでは、何度消毒しても同じだ。また、消毒を何度もするだけの準備もないのだが……。そして、田舎に行つての問題は、煮沸消毒用の水がなかなか手に入らない事だ。特に晴天が続くと、いつも赤土ぼこりで水も赤く汚れている。この赤土は粒子が小さい為、水の底に沈まず、常に水はにごった状態なのだ。

(3) Vacunadora (予防接種を行なう人) への教育不足。

(2)の問題も結局は Vacunadora に対する教育不足によるものであるが、人員不足の為、またこの仕事になる希望者もない為、しかたなく病院側は今の Vacunadora に予防接種をやらせてもらっているとの事で、全く教育を受けていない人達である。以前、1年位前までは有資格の看護婦が常に1名配置されていて、計画、実施されていたとの事。その後はどういふ訳か看護婦がいなくなり、現在は無資格者、教育を全く受けていない2名の Vacunadora のみである。そのため、誰が彼女達に方法を教えたのか、とにかく量をこなせばいい様な方法で実施されていた。病院管理者に

としては、数多くの接種が行なわれれば方法などかえり見ようとしな
たとえ注射がどの様な部位にされようと……。

院内、そして院外の予防接種に参加してみて、この部門に必要なのはまず人、しかも予防注射について学んだ人がほしい。次に物資、十分な注射器、針、それにそれらを管理するモノ等である。私はよくばりだったと今、反省している。院内だけ、あるいは院外だけにしぼって改善につとめれば、もう少し何らかの力になれたのではないだろうか。もう少し時間があれば院外の予防注射を何とか……と思いつつ後続隊員をお願いしたかったのだが、彼女は病棟内で活動したいとの事。

院外での予防接種運動のもう一つの活動は1981年5月より出張診療所が開始されたンポイカエ Mboycaé で、6月下旬より週1回、木曜日の午後1時から3時までの約2時間、小児科医の診療日に予防接種を行なった。

(Mboycaé はエンカルナシオン市より7～8 km 離れた村落で、現在なおシャーガス病が多い地区である)

対象は小児、産婦である。毎回平均20名ほどの接種を行なった。あいにく私が活動した6、7、8、9月はパラグアイの冬期にあたり、寒い月が多い。特に9月は雨が多い月で、患者の集まりがあまりよくなかった。パラグアイの田舎では、雨が降ると交通がストップする地区が多い。このMboycaé においても同じである。一概に患者の集まりが悪かったのは天候のせいだとは言えない。宣伝もあまりしていなかった為もある。また、エンカルナシオン市へ行くにも1時間30分位で行ける為でもあった。この地区での予防接種は、病院婦長のたのみで開始。パラグアイの田舎の生活を知るには大いに役に立った。パラグアイに限ったことではないが、都会と田舎の生活は全く異なる。田舎には田舎のよさがある。しかし、きびしさも多い。

○) 看護婦再教育講習会

1981年5月より病院内で現在働いている看護婦全員を対象に、再教育のための看護婦講習会 (Curso) が開かれた。計画者は Srta. Beuita。私にも協力を求められた。私の役目は、授業、デモンストレーション、実技指導及び実習観察である。週2回授業とデモンストレーションがある。対象が現在働いている看護婦であるため、個人個人が自分のやり方を持っているだけに、

教える側にも難しくなってくる。

私は病棟に1年間いた。その時には何の教育も受けていない彼女達を見て、『看護の基本を知らない、ただ医師の指示をこなしているだけではないか』とよく感じたものだった。しかし、この私の考えはまちがっていた。たしかに彼女達は看護の教育はほとんど受けていない人達だが、基本は体でおぼえていた。授業のあいまに質問すると、素朴な答が返ってきた。では、何故彼女達は病棟で、職場で実施されないのだろうか。忙がしいでは答にならない。朝早くからマテ茶のまわし飲みをする時間があれば、看護を実施してほしいと思うのだが……。しかし、パラグアイの習慣には勝てない様だった。

この講習会は5月から8月までの予定であった。しかし実際には10月中旬になっても一向に終了する気配はなかった。不自由な言葉ではあったが、皆のうちの一々でも、また私が言った事、教えた事の一つでも実践してくれたら、彼女達の頭の中に残っていたらと願うだけである。

5. エンカルナシオン市とパラグアイ

私は1年半の間、パラグアイで2番目に大きい都市、エンカルナシオン市に住んだ。最初、エンカルナシオン市が大嫌いで、どうにかして抜け出したい気持でいた。日本人の多い町、活気のない町、経済的にアルゼンティンの影響をもちに受ける町である。いつも日本人の目が気になる所だった。しかし6ヵ月も過ごしているうちに、パラグアイ人社会での生活に慣れて来て、日本人の目も気にならなくなった。

あんなに嫌いだった町も、住んでみると興味がわいてくるから不思議である。特にエンカルナシオン市の経済変動には興味があった。というのは、町を歩いていて最近アルゼンティンからの買物客が少なくなってきたなあと考えると、アルゼンティンのペソが安くなり、グアラニーが高くなる。こうなるとエンカルナシオン市は不景気になる。品物が動かず、安売りをしたり店じまいをするのである。エンカルナシオン市はアルゼンティンからの買物客に経済をたよっているのである。アルゼンティンの河向こうの町ポサーダス Posadas まで、ランチャと呼ばれる小舟で10分、国境を感じさせない。しかし、ポサーダスはアスンシオンにもおとらぬ大都市である。私がいたこの1年半の間に2度、アルゼンティン・ペソが安くなった。私がエンカルナ

ンシオンに出て間もない頃と、1981年6月頃から現在(81年10月)までの2回である。

そして忘れられない、ニカラグアのソモサ元大統領がアスンシオンで暗殺された後の2週間程である。1980年9月だったと思う。この2週間位はパラグアイの国境がすべて閉鎖。その為、アルゼンティンからは全く買物客も来られず、結局エンカルナシオン市の港に近い所の店は軒並み閉店。港の近くで働く人の収入がなくなれば、他の店へも買物へ行けない。結局、エンカルナシオン市の経済はストップに近い状態にまで行った。

ついでだが、ソモサ元大統領が暗殺された後、エンカルナシオンに限らず国内が緊張状態に陥った。国内に戒厳令が午後7時からしかれ、各家各部屋を軍人による検査が行なわれた。私の部屋にもやってきた。ベッドの下まで検査された。銃を片手に検査にくるのである。何もおそれる必要のない私ではあるが、銃片手なのでこわかった。そして身分証明書の提出である。持っていない人、特に外国人の場合、強制送還である。パラグアイでは皆、どこへ行くにしても身分証明書は手離せない。常に検査される。たとえば、エンカルナシオンから首都アスンシオンへ行くとする。何も無い時でも、必ず一度検査がある。ソモサ暗殺後など、7回あった。これにはびっくりである。いつになったらアスンシオンに着くのかと思った。幸いな事にこの時は、パラグアイ人といっしょだったので、何の問題もなかった。

エンカルナシオン市の人種構成をみてみると、パラグアイの町とはいえ国際色豊かである。割合をみれば、もちろんパラグアイ人(スペイン人とパラグアイのインディオ・グアラニー族との混血)が多いのだが、近くに日本人、ロシア人、ドイツ人、ポーランド人等がたくさん住んでいる。また、人数的には少ないが、上記の国の移住地の中にいっしょに、フランス系、オーストリア系、イタリア系の人も住んでおり、人種のるつぼといったところ。とてもおもしろい所である。しかし不思議と黒人はいない。そのためなのかどうか理由は知らないが、パラグアイ人は黒人をものすごく嫌う。ほとんどのパラグアイ人は、「Negro feo.」(黒人はみにくい)と言う。パラグアイ人、純粋なパラグアイ人は決して白人ではない。有色人種である。しかし、根底には根強い白人としての優越感がある。私達黄色人種、特に日本人に向かってはもるには表わさないが、その雰囲気はうかがえる。

韓国人の人達は現在は主にパラグアイの商業に力を持っており、パラグアイ

イ人よりも力的には強くなってきている。その反動なきにしもあらずであるが、東洋人に向かってすぐ「Coreano」（韓国人）と少々軽蔑の意味をこめて言う。私としても特に韓国人と日本人を区別できる訳でもないが、「Coreano」と言われてムカッとくるのは何故だろうか。多分私の心の中にも、差別の意識があるのだろう。不思議ですネ。自分でも区別をつけられないくせに、間違えられるとおこってしまうとは……。

エンカルナシオンの町にも、少しずつ韓国人が店を出す様になってきている。それでもエンカルナシオン市では、日本人が30年近くもの間、近郊で農業に従事しその業績が皆にみとめられている為、東洋人だと見られても「Coreano」と言われることは、まずない。むしろアスンシオンの方が言われることが多い。ひどい時はオレンジの皮がとんできた時もあったと、アスンシオン近くで活動する隊員から聞いた。

エンカルナシオン市はパラグアイ第2の都市だが、もうすぐブラジルとの国境の町、ストロエスネル市に人口的にもまた町の発達状態からみても、追い越されることは目に見えている。町内の道も、主な通りすべてが敷石で、少し入るとまだテラ・ロッシャの赤土道である。雨が降っても晴れの日が続いても、汚ない町である。しかし、どこかに落ちついた所のあるしずかな町である。

6. パラグアイ市生活の楽しみ方

パラグアイに住む人々は、全体的にみて生活の楽しみ方、時の過ごし方を知っている国民だと私は思う。夕方に仕事が終われば、よほど寒い冬の日でない限り外でのんびりと夕涼みをしながら、テレレをまわしのみして過ごす。夜はかなり遅くまでこの様に過ごすこともある。エンカルナシオンというのんびりした中都市では、かなり夜遅くまで外で過ごす。田舎の奥に入るとこの時間も短くなる。というのは、ちょっとした町以外は電気がないため、日が暮れると眠るのである。私の下宿を例に取ってみると、夜11時、12時ごろまでぶどうだなの下でテレレをまわしながら、話がはずむ。パラグアイにも、もちろんテレビはある。しかし、テレビッ子というものはあまりいない様である。下宿では時々、夕涼みをしながらテレビを外に出してみることもある。

土曜日、日曜日となると、町から脱出。町から20km程離れた所にある、ア

ロージョ Arroyo と呼ばれる小さな川が流れている涼しい所へ、家族総出、時には近所の親せき等といっしょに出かける。私も夏場は毎週の様に出来た。この時ばかりは女性が一番楽をさせてもらえる時、セニョールがセニョーラ（奥さん）にサービスをする日である。男性がすべて準備してくれる。河の近くの林を切り開き、アサード（焼肉）の準備、とにかく遊ぶこととなるとよく働いてくれる。朝早く出かけ、陽が沈むころまでのんびりと河に足をピチャピチャさせながら過ごす。昼寝する者、野草、粟草（ジュージョ）をさがす者、泳ぐ者、皆かっけてきまな事を行なう。主に女性は食べておしゃべりに花を咲かせる。これがまた、何とも言えず楽しいのである。

パラグアイの若者達は、土曜、日曜となるとバイレ Baile と呼ばれる集まりに出かける。踊りに出かけるのである。これは夜中の2時、3時頃まで行なわれる。年末になると、夜が明けるまでやっている。会場の近所の人達は、その日は寝つけない。とにかく騒がしいのである。しかし誰一人として、うるさいとどなり込む人はいない。夜眠れなければ昼寝をすればよいのだから……。暑い日は昼寝を楽しめばよいのである。

パラグアイ人の生活の楽しみ方はもう一つある。宗教上の行事を通してである。パラグアイ人の大多数はカトリック教徒で、小さい子供から若者、老人までが楽しめるからうるやましい限りである。Semana Santa（聖週間）、Día de San Juan（サン・ファンの日）、Corpus Cristo（キリスト聖体の日）、Virgen de Caacupé（カアクペの聖処女の日）と、数えあげるとたくさんある。

特に Virgen de Caacupé の日には、アスンシオンから約50kmの所にあるカアクペの町まで歩く人で道がいっぱいになる。カアクペにある大寺院の聖処女をお参りに行くのである。カアクペの聖処女は、パラグアイのバトローナ（守護神）である。エンカルナシオンの場合、アスンシオン、あるいはカアクペの町の近くまで行くのが大変である。信心深い人でも、アスンシオンへ出る費用がない人がごまんという。という訳でもあるまいが、エンカルナシオンにも聖処女がまつられている所がある。Virgen de Itacúa と呼ばれ、Virgen de Caacupé と同じ日に参られる。12月8日がその日である。エンカルナシオン市から12～13kmのパラナ河々畔にある。

夜明け前、午前4時頃より各教会よりマリア様を先頭に Itacúa へ行進を行なう。讃美歌を道々唄いながらである。私はカトリックではないけれど

も、参加してみた。皆、なかなか熱心である。目的地に着くと、ミサが数回行なわれる。ミサ以外の時間は家族、あるいは親族単位で集まり、食事をしたり泳いだり、楽しくやる。この日の為に、前日からごちそうが作られる。この日は私の下宿の家族と Itacúa へ行きかけたのだが、残念ながら私の下宿の家族はカトリックではなく、アドベンティスタ。私が行進に参加したことで、下宿ではしばらく異端者あつかいされてしまったが……。この時は、病院の看護婦さん達の家族のお世話になった。

私はパラグアイでこの様にカトリックの宗教を通しての生活の楽しみ方を見る一方、下宿の家族がアドベンティスタだったこともあって、アドベンティスタの人達とも生活を楽しんだ。アドベンティスタの人達の場合、あまり宗教的な事をやかましく言わない。熱心な人は守るし、私の様な無宗教者には強制もしない。いろいろ楽しい行事がある時など、家族の人達以上に声をかけてくれた。

私はこれといった宗教を持っていない。しかしカトリック、アドベンティスタなどを通してたくさんの友達を得たと思う。

7. 最後に一言

私がこの2年間に行なったことが、パラグアイの、エンカルナシオンの Centro de Salud の看護婦さん達にひとつでも役に立ってくれたならばうれしい。私も手さぐりの状態で何からやって良いのかわからず、その為何でも試みようと思ひ手をのばし、広げすぎたことは反省している。彼女達に私が教えた事はとても少ない。あるいは皆無かもしれない。その一方、私は彼女達と仕事する中から多くの事を学んだ。日本の恵まれた病院では、想像もつかない医療設備の病院である。物が無い、人がいないという中で、物の応用、人の利用を学んだ。職場の仲間を通して、また家族、親戚の人達との生活を通してパラグアイでの生活習慣、言葉その他たくさんの事をおしえてもらった。

最初の1年間というものは、とてもつらいものであった。特に、フラム診療所でののがい経験。それ故に後半の1年間というものは、前半の1年間に比べ楽しかったと言ってよい。少々の困難は、困難と思えなかった。物事がうまく行く様にいつも感じられた。それは生活に慣れた為もあろう……。

日本に帰って考えること

伊藤 整子

幸いにして勤める病院の皆様のおかげで、協力隊活動に休職参加させてもらいました。帰国、そして復職、配属されたのは、新設されて間もない脳卒中病棟。病院内が2年間の間に大幅に改築された上に、SCU（脳疾患集中看護室）等の見なれない機器類を前にして、2年余りのブランクを大きく感じたものです。その職場にも慣れ、パラグアイでの生活が少しずつ思い出されるこの頃です。忙がしい仕事に流される毎日が、あっという間に過ぎていく様です。

途上国とはいえ、私が生活したパラグアイでは、日常生活に必要な物は、ぜいたくさえしなければ割合安く手に入り、不自由さは感じませんでした。が、医療品となると高価で、貧しい人々の手にはなかなか渡りませんでした。私がいたセントロ・デ・サルー（公立病院）は、皆から「慈善病院」と呼ばれており、患者さんは、ほとんどが貧しい人々でした。病院では物品不足、人材不足の毎日、手術処置に必要なドレーンまで、廃品を利用して使っていました。使い捨ての日本の現状から見ると別世界の事の様ですが、これが現実でした。職場復帰して、これらのディスポの物品を使う度に「もったいない」と言う私を見て、看護婦仲間から「ホラ、ホラ、また言っている」と、よく笑われたものです。

医療ミス、医療事故、医療保障と騒がれることの多い日本ですが、どんな辺地にいても、少なからず医療の恩恵を何らかの保険のもとに受けることができますが、途上国となると一握りの金持ちを除いては、十分な医療も受けられずに苦しんでいる人達がたくさんいます。私達日本人は、この恵まれた状況を知るとともに、世界にも目を広げるべきであると思います。より進んだ先進国へ目を向けるのも大事だと思いますが、それ以上に、苦しんでいる人々に目を向けてほしいのです。

セントロ・デ・サルーでは、理解ある病院婦長グラディスと、その協力者ベニータのはからいで、講習会での講義やデモンストレーションの機会を、そして出張診療所では、予防接種の協力者の役を与えてくれました。私の場

合、途中で任地変更を行ない、こちらがわかからの要望で協力隊員を受け入れてもらった病院だっただけに、このようなチャンスを与えていただき幸運だったと思います。

協力隊活動を通して、さまざまな職種の隊員仲間を得、多くの人達と知りあいになり、いろんな経験ができました。

今頃は、あのセントロ・デ・サルーにも新しい産科病棟が完成し、また J, I, C, A からの援助で、レントゲン装置や大型乾燥機等の機器が導入されていることと思います。エンカルナシオン市は、日系の移住者が多い所なので、今まで以上に J, I, C, A からの援助が行なわれると思うのですが、それらの援助が、パラグアイに住む人々の為になるものであってほしいと願うとともに、大事に、また有意義に機器が使われることを強く願うのです。

伊藤隊員の報告書を読んで

森 まさ子

伊藤隊員の報告書は、パラグアイ第2の都市（Encarnación市）を中心に、現地の事情について、保健医療活動を軸に、地理、経済、宗教行事、生活様式にわたりその概要が述べられている。

ことばや生活習慣、環境条件の違いなかで懸命にとり組む隊員の素直な性格と、具体的な活動状況から、読者に臨場感を与えてくれる。看護隊員として、資材、器具の極端な不足と、人材、人手不足のもと、医療人としての問題意識と倫理感覚のジレンマに悩み、状況を見つめ、適応しつつ改善の方向を模索して行く、伊藤隊員の優しさともくもりが感じられる。

パラグアイの保健区と地区中央病院、ならびにその管理下にある機関（Centro de Salud）との関係、規模、組織の概要から、第3保健区中央病院については、診療科別の種類と病棟構成、ベッド数、1日の診療患者数、医師と看護婦数、業務内容までがのべられていて理解しやすく参考になる。伊藤隊員は、日本での総合病院における一般病棟勤務の経験から、医療事情も異なる現地で、医師不足のもと、4ヵ月の病棟（外科、整形外科）勤務から、応急処置室（Primeros Auxilios）へ、そして小児科から外来の注射部門での予防注射に参加し、院内での看護婦再教育の分担まで、実に多様な分野で活躍が期待され、よく対応しているところは、実に見事である。

それぞれの場で、必要とされた業務の殆どは、医療行為であり、日本では医師の責任においておこなう、治療処置に属するものが、看護婦の判断により自らおこなう事態に大変な戸惑いがあったものと思われる。実情を知れば日本の看護婦はこのような医療行為を自らの判断でおこなうことはできないと言って、苦しむ患者を目前に放置する訳にもいかないジレンマが感じられる。医療事情の特殊性もあり、限られた人材による、運営上の問題点を見つめ、改善するために幾つかの私見をのべようと思う。

その前に疑問となるのは、医師と看護婦の業務分担区分がこの国ではどのようになっているのか、看護婦33名（IIIa Región Sanitaria Centro de Salud Regional Encarnación）の内、有資格者2名とあるが、この人達と他の

看護婦の教育背景の違い、業務内容の差がどのようになっているかという点である。見習い看護婦とはどういう教育を受けているのかについても、背景がつかめない。小児、内科、入院を必要とする患者には処方箋、指示箋なしには何もすることができないと言うことは、この国の業務区分でそのようになっているのか……などについてである。

1. 物品管理について……器材不足のため、他からの借用は止むを得ないとしても、借用カードを設けて、日時、物品、借用先、責任者を記入し、返却時に回収する方法を病院全体で統一する。病棟なり、外来における処置で統計をとって、1日平均の使用頻度から、各施設毎の員数を再検討する。などにより、資材管理には備品とするもの、中央材料室で準備して借し出すものなど、外来と病棟全体で総点検し直し、配分する。

2. 医療、処置に関して……医師と相談して約束をとり決め（カルテ等への記載に關することから、処置適用の範囲、処方箋の責任など）日常業務の責任分担を相互の納得にもとづいて明確にしておくこと。救急処置に關しても医師不在時等を考慮して基本的な内容を検討し、文章化しておくこと（このことは、3ヵ月毎にインターンが交替したり、開業医が担当することもあるため）が重要であり、院内教育の資料としても役立つられる。有資格者が不在となるような長期休暇においても、処置手順などに従って安全に運営するための工夫が望まれる。予防接種について、病院内での注射、その後の管理は、外来カルテに記録され、本人にも知らされているが、院外での予防接種の Vacunadora の教育を行ない、計画、実施については地域住民の協力を求め、普及と指導、運営面での検討が望まれる。

3. 院内の再教育について……このコースが3ヵ月半のレギュラーの教育プログラムなのか、再教育なのかはレポートでは、わかりにくいだが、伊藤隊員に教育の分担を依頼されたことは、これまでの実績が評価されたものである。再教育は、彼女達のこれまでの教育背景と勤務状況の実態から、内容、方法が検討されるものであり、その成果を直接日常業務の改善に結びつける工夫が欲しい。一案として、技術手順を作成し、院内で公的に認められたものとして、誰もが活用できるようにしておくことも考えられる。

最後に、2年間の隊員のボランティア活動における柔軟な対応力と、豊かな吸収力に敬意を表し、後続隊員の活躍を願いつつこの稿をおわる。

（協力隊技術専門委員）

あ と が き

青年海外協力隊員の報告書集を昭和54年度に発刊して以来、すでに国別編として23ヵ国分を刊行し、多くの帰国隊員の皆様方から現地の体験に基づく貴重な生の声を寄せていただきました。このように国別編もほぼ出そろいましたので、異なった角度から報告書集を見なおすべく、本年度から業種別編の報告書集刊行に着手しました。これは、国別編として刊行したものを、業種別に再編成したもので、今後も年に数業種ずつについて刊行していく予定であります。

今後共ご活用下さる皆様方の忌憚のないご意見ご提言をいただき、一層の充実をはかりたいと思っています。

末筆ながら、この報告書集のためにご多忙中にもかかわらず積極的にご協力をいただき、報告書集に対するコメントをご執筆下さった技術専門委員の先生方ならびに報告書の収録を快諾され、追記の原稿を寄せられた帰国隊員の皆様に厚くお礼申し上げます。

なお、本報告書集のご活用にあたり、他への転載等を企画される場合は、青年海外協力隊事務局(啓発課)に必ずご相談下さるようお願い申し上げます。

昭和58年3月

啓発課長 小野 陸 一

海外協力の現場から——青年海外協力隊員の記録〈保健衛生編〉

昭和55年12月発行

編 者 国際協力事業団青年海外協力隊事務局

発行所 国際協力事業団青年海外協力隊事務局

〒150 東京都渋谷区広尾4-2-24

電話(03)400-7261(代)

印刷所 日青工業株式会社

〔非売品〕

