

会長講演 I

住民主体の健康づくり：熱帯医学の知のモラル バングラデシュにおける医療協力 20 年の経験より

石川 信克（第 40 回日本熱帯医学会大会 会長）

はじめに

私は熱帯医学の出会いは、32 年前、大学紛争の最中、立正大学仏跡発掘団の付添医としてネパールで働いた時に始まる。その後バングラデシュで結核の仕事を続けて 20 年になる。最初の 8 年は、JOCS（日本キリスト教海外医療協力会）派遣医として現地に滞在し、その後は結核研究所より年 2 回の訪問を継続してきた。多くのことを試み、失敗と不達成の連続であったが、宝石のように光る体験もあった。本合同大会を期に、若い人達を対象に自分の歩みのまとめと反省を試みたい。

4 つのキーワード

バングラデシュ 20 年の関わりから学んだ主なことを 4 つのキーワードでまとめてみる。即ち、

- ①Go to the People (フィールドを持ち続けること),
- ②Health by the People (現地の人が主役ということ),
- ③DOTS (国家結核対策パッケージとそのための政策研究の必要),
- ④Institutional Capacity (日本における基地の重要性).

Go to the People そして learn from them

フィールドと接点を持ち続け、そこから学ぶことの重要性である。もちろんフィールドに出かけて行くと言っても様々な危険もあるし、人々と交わるためにには、まず泥とまじわらねばならない経験もある。人々から学べということは、例えば、日本で用意した「問診票」を使って、自分が知りたいことを聞くだけでは限界があるということである。白紙になって人々の問題を知ろうとし、解決の可能性を共に共有・発見する姿勢である。外部の人（自分）が作った Program を持っていくのではなく、人々の Problem に根ざした仕事や研究がなされねばならない。

バングラデシュは南のポリシャル県で健康問題に関する意識調査をした。「あなたの村の健康問題は何ですか？」というセミオープンの質問に対して、答えをそのまま書き記した。「安全な飲み水がない」とか、「便所がない」とか、「予防接種が無い」などの答えは「予防的な意識」としてまとめ、「医者がいない」とか、「病院がない」とか「薬が買えない」などを治療的意識としてまとめた。それをグループ活動や保健ボランティアの有無で分けてみると、するとグループ活動をしている人の方が、予防意識が高く、保健ボランティアがいると更に意識が高くなる。住民の健康意識とは、健康に関するメッセージをただ伝えれば上がるのではなく、主体的な「生活づくり」の活動の中で育つことを学んだ。

マニクガンジにおける結核実態調査（1984）

ある時、文部省バングラデシュ研究班の K 博士の要請で、結核菌検査による実態調査のお手伝いをした。対象地域として人口 15 万人ダッカ近郊で平均的農村地域のマニクガンジ亜郡が選ばれた。そこから 50 村を無作為抽出し、更に 14 歳以上の 7000 人を抽出、呼吸器症状調査と喀痰採取をした。ここまで私がやり、K 博士は 850 人の喀痰検査をした。その結果、結核菌塗抹陽性有病率は、0.3%～0.5%，培養陽性は 0.4%～0.6% という著しく高い実態が明らかになった。何らかの薬剤に耐性の患者は 3 割もいて、彼らはみな以前に結核薬を服用したことがあった。菌検査では、非定型抗酸菌の検出が高率であったが、原因の一部は、汚染による。現地検査技師の「容器はすべて滅菌されている」という言葉を信じたために起こった。しかし、他の所見やその後の状況から、沼の水を生活用水にし、土との接触の高い住民の痰の実態を反映している点もある。この種の調査は他に存在せず、15 年後の現在でも、価値があると思われる。しかし、普段実験室にのみ居て途上国のフィールド調査に慣れていない K 博士は、一部の汚染に気を落としてしまった。また地域に調査結果を還元する関心も低かった。私自身もこのような調査研究そのものに関心が低かったなどから、この結果は日本の国

内誌での報告にとどまり、国際誌に発表されずに終わった。現地の人のOwnershipは殆ど無かったことも問題であった。研究成果は誰のものか、それに関わる私達の責任や知のモラルが問われる。私は、大きな誤りを犯したと反省している。

Health by the People

二番目のキーワードは、Health by the People即ち、健康づくりの主役は現地の人々という視点である。マニクガンジでの結核実態調査後、地域の人々から「見つかった24人の結核患者の治療はどうするのか。この地域の結核対策に力を貸して欲しい」と言わされた。私は、地域の人々から要求されたこともあるが、かねがねCommunity based TB Program（住民参加型結核プログラム）を実践したいと狙っていたので、早速お手伝いすることになった。この地域は、実質的な医療機関は乏しく、殆どの人は無資格医を利用している。そこではNGOのBRAC（バングラデシュ農村復興委員会）が地域開発として貧農グループを組織し、200人の保健ボランティアが活動していた。彼らに「咳が3週間以上出ている人がいれば検痰センターに痰を送り、結核菌が見つかれば結核薬を1年間飲ます」という結核対策の簡単な方法を教えると200の村にすぐ広まった。

この地域参加型結核プログラムの展開は、私が帰国してからもマニクガンジ亜郡で続けられた（Phase I）。全患者数は280人であった。私は年2回の訪問だけで、あとはJOCS現地スタッフのアクラム君が月1回訪問する程度であった。当時これがその後、他の地域まで広がるとは予測しなかった。しかし、その後BRACは、これを10のタナ（亜郡）に拡大し18万人の人口を対象に、3500人の患者が治療された（Phase II）。現在は、60のタナ、150万人の人口をカバーし、1万三千人の患者が治療を受けるほど拡大した（Phase IIIII）。この方式はWHOに認められ、BRACの現地人研究者によりその成果がLancetに2回も投稿・掲載された。このプログラムのOwnershipは名実共に現地にある。

DOTS（国家結核対策パッケージ）

三番目のキーワードはDOTS（国家結核対策パッケージ）で、それを生み出した保健政策研究の必要について述べる。現在結核の世界戦略としてWHOが推進しているDOTS（Directly Observed Treatment, Short course）は各地の成功例の分析から生まれた。その特色は、まず政府のやる気、を最重要と

していること、現在ある技術の対費用効果の高いものを採用したこと、診断には最も単純な痰の顕微鏡検査を用いるが、治療には高価でも最も効力が高い薬を使う、治癒率などの指標を単純化し、定期的評価モニタリングをプログラムの一部に組み入れたこと、など政策科学として優れている。

私が帰国して年2回バングラデシュを訪問するようになったある時、結核対策課長になったDr. アッサン・アリに会いに行った。彼は結核研究所で研修を受けた帰国研修員で、親しくしてきた。その彼が「私は何か研究がしたい。アドバイスをしてくれ」。そこで私は言った。「今世界銀行とWHOが大プロジェクトを開始し、DOTSの導入をしようとしている。あなた達は自分でその準備をしたらどうか。どこかでモデル地域をやってみよう」「2つのタナ保健センターを選び、そこで試しに結核対策をやってみればいい」。私は参加型アクションリサーチという方法を使ってみたいと思い提案した。これは現場の試行錯誤の中から良いやり方を発見するというオペレーション・リサーチである。これをやると現場の人が生き生きして来る。期間は2年間、ダッカ近郊のサバール、ダムライの2つのタナで行った。偶々いた青年協力隊の保健婦さん達が実際上の推進役になってくれた。2年間の過程と結果には予想を超えた収穫があった。このアクションリサーチを通して、新しい結核対策に向けて具体的ないくつかの新しい方法が開拓された。次に保健省の中央結核対策責任者達が末端を指導監督する経験を通して、現場の問題を自ら体験して理解できるようになった。この経験がその後の世界銀行プロジェクトの全国展開の基礎となった。Demonstration Areaの意義はモデル結果を示すとともに、関わった人々の教育効果が大きく、その後の展開に役に立つ。

ヘルスリサーチの意義

健康づくりは、政府によるトップダウンの保健サービスシステムづくりと、住民によるボトムアップの健康づくりがある。私はその両方に関わってきたが、究極的には研究（ヘルスリサーチ）を通して関係者のempowerment（問題発見解決能力の向上）に関わってきたと言える。

日本における基地の重要性

最後のキーワードは、Institutional Capacity（基地能力）について述べる。国際協力において日本における基地能力の向上、特に研究面でのサポートが、非

常に重要である。私自身、この20年間、結核研究所が基地として私の歩みや仕事を支えてくれた。

熱帯医学の知のモラル

知のモラルとは、他者を基準として自らの行為を考えようすること、他者との対話の姿勢と言われる。結核という分野で、バングラデシュと向き合いながらやってきた経験をもとに、僭越ながら知のモラルの視点から熱帯医学とは何かを考えてみた。

①我々の仕事場はどこか。実験室・研究室ばかりにいたのでは熱帯医学は成り立たない。フィールドで実験し、フィールドから学ぶ必要がある。一方、フィールドを走り回ってばかりいたのでは、これも片手落ちである。実験室での裏付け、研究室での分析、沈思黙考が絶対に必要である。

②熱帯医学の実践主体は誰か。現地の人々は単なる研究対象ではない。現地の人々も、あるいは現地の人々こそが主体であるべきである。

③現地の人々といつても様々なグループがある。まず現地の研究者、現地の行政責任者・指導者。次に、学者である國立大の教員や、農業試験場の研究員等は現地研究者と見做す者であるが、現地の研究者では、研究室の主任や課長等の頭領的役割を担う者である。また、研究室の下級研究員等は、頭領的役割を担う者である。現地の行政責任者は、現地の行政機関の頭領的役割を担う者である。現地の指導者は、現地の指導機関の頭領的役割を担う者である。現地の指導機関の頭領的役割を担う者は、現地の指導機関の頭領的役割を担う者である。

地域や末端のワーカーあるいはその責任者、そして住民達、このどこのグループに研究成果を還元しようとしているのか、地球的な視野で、自分の目指しているところを見極める必要がある。

④熱帯医学のあり方とは、従来の実証科学としての熱帯医学は、もちろんその重要な特性を維持しつつも限界を意識する必要がある。それはその知の所有が研究者の Authorship にとどまる危険性である。それを克服する方法は、新しい学問の取込とともに、現地の人々の主体性を意識し、その知の Ownership が人々にあるという徹底した意識変換にあるのではないか。

熱帯医学の究極の目的：私達が熱帯医学の名のもとでやるべきことは、熱帯地域の人々と共に健康づくりや研究活動をすること、熱帯地域の人々と成果を分かち合うこと、熱帯地域の人々が主体的に研究し、健康づくりができるよう支援すること、日本における基地を向上すること、そして熱帯地域の健康課題を全地球的課題とすること、にあると思われる。この試みの中にこそ熱帯地域の人々の健康向上が実質的に生まれてくると思われる。