カンボジアの医療現場から

アジア医師連絡協議会(AMDA)、プノムスロイ郡病院勤務・医師　高橋　央氏

カンボジア復興に、各国の多くの団体が国際貢献の汗を流しているが、NGO(非政府組織)として現地の医療機関で診療活動を展開しているAMDA(アジア医師連絡協議会)もその一つ。同メンバーの一人として活動を続けている高橋央(ひろし)医師から、カンボジアの医療現場の現状報告が寄せられたので紹介する。

(写真は「党カンボジア視察団」が撮影)

AMDAの高橋医師

カンボジアのほとんどが無医村

AMDA(アジア医師連絡協議会)は九二年七月から、カンボジアのコンポンスプー州プノムスロイ郡で、NGO(非政府組織)として医療活動を行っている。

ここはプノンペンから車で一時間半ほど走ったところにあって、周囲を二百㍍余りの小高い丘に囲まれ、中央を首都からコンポート港へ向かう国道4号線が走っている。地元の農民が牛車を運転し道端を下る傍らを、自衛隊の白いコンボイがタケオ方面に向かって疾走していく。どこでも見られるのどかなインドシナの農村風景と、カンボジアが国際的に認められている現実を同時に感じさせる場所だろう。

この州は首都のあるカンダル州の西隣にあり、プノンペンから州庁所在地のコンポンスプー市まで三十㌔余りしか離れていない。日本でいえば、東京から埼玉県か神奈川県にでも当たる位置にある。だから、大きく発展していかるべき条件がたくさんある。ところが、州の人口は四十六万人と、その面積に比較して少なく、保健医療水準は全国で最下位にある。州民一人当たりの年間保健医療予算は日本円にして四十円足らずで、プノムスロイを含め、多くの郡が無医村であることがその劣悪さを示している。

入院患者の8割が脳性マラリア

コンポンスプー州がなぜ貧しいのか？　いろいろな理由が挙げられよう。前述したように、ここはカンボジアの神奈川県だから、以前は洒落な建物が国道沿いに並び、プノムスロイ(丘)にはプノンペンの金持ちの山荘がたくさんあった。それゆえ、七〇年代後半、ポル・ポト政権により激しい破壊を受けた。

コンポンスプーの農地の半分は砂地で、主要作物である米の生産に適さない。カンボジアの米どころはバッタンバン地方で、一㌶当たり一・五㌧の収穫があるが、ここでは一㌧に満たない。今年は雨期に雨が少なく、収量はさらに低かった。いつまでたっても農民は豊かにならない。破壊と貧困の悪循環で、多くの子供たちは初等教育すら完全に受けてこなかった。これも貧困の遠因だろう。

コンポンスプー州にはもう一つ、貧困を招いている問題がある。コントロール不能のマラリアの流行である。マラリアは蚊によって媒介される熱帯病で、ヒトに感染するタイプは四つある。そのうちの一つが悪性の熱帯熱マラリアだが、不幸なことにプノムスロイでは九五%のマラリアが、この人の命を奪う熱帯熱型である。

WHO(世界保健機構)が昨年七月に行った調査では、プノムスロイ郡の二〇%の住民がマラリアに感染していることが報告された。実際、プノムスロイ郡病院で、われわれが診ている毎月の外来患者八百人のうち、二百一二百五十人が血液検査でマラリア陽性なので、この地区がマラリアの流行地帯であることは間違いない。毎月五十人ほどの入院患者があるが、その八割は重症の脳性マラリアなどである。病院スタッフの懸命の治療にもかかわらず、そのうちの五一十人が死亡している。

病院で患者を治療し、部落を訪問して人々の話を聞いていると、このマラリアの流行は、プノムスロイの社会環境と少なからず関係していることが分かる。例えば、プノムスロイ郡病院のマラリア患者は十五歳以下が三〇%、十六一四十五歳が七〇%で、四十六歳以上はまず見かけない。

理由はこうである。プノムスロイでマラリアを媒介する蚊はアノフェレス・ダイラス、またはA・ミニムスという種類だが、これらは森林地帯に生息する蚊である。従って山奥で生活する人と、森の中に入る人がマラリアに感染する機会が高い。職業でいえば働き盛りの木こり、炭焼き、牛追い、兵士が危ない。このような背景からプノムスロイの若年層がマラリアでたくさん倒れる。彼らは病院から二十一三十㌔離れたところで仕事をしているので、発病した際、すぐ病院にかかれない者が多い。雨期の間は泥濘がぬかるんで、部落から国道へ抜ける道は牛車でしか通れないところもある。

郡内の死者は1年に1千人にも

この一年間に病院で治療を受けられずに、部落でひっそりと命を落とした者の数は、郡内で千人を下らないと推測される。残された家族には悲しみと苦悩の日々が続くことになる。では、十五歳以下の子供たちはどうしてマラリアにかかるのか？

その理由は多少複雑である。先に述べたように、媒介蚊は森の中に生息しているから、そこで生活している子供は常時、感染の危険にさらされている。しかし、われわれの病院を訪れるマラリアにかかった子供たちの約半分は、森林地区に生活していない。彼らは恐らく家事の手伝いをしている時に感染していると考えられる。男の子はパートタイムのカウボーイになって、登校前と放課後に牛を森の中に連れて行き、草を食べさせる。女の子は炊事用のマキを拾いにお母さんと森に入る。全くタイミングの悪いことに、早朝と夕暮時は蚊の吸血が活発になる時間帯である。この病気は、あたかも人々の貧しさに付け込んで伝播しているかのようである。

緑豊かなプノムスロイですら、環境問題もマラリアの流行に影響を与えている。七〇年代前半、コンポンスプー州の七二%は熱帯雨林に覆われていた。ところが主に燃料用のマキとして、国道沿いに両側に向かって樹木が瞬く間に伐採された。この二十年間に森林面積は三〇%近く減少している。森林の減少は、マラリアの流行にとって一見有益のように思われるかもしれない。実際、道路に近い部落では、蚊の数は以前より減っているはずである。けれども、臨床的には、この変化はやっかいな問題を引き起こしている。

国道沿い部落の人たちは、媒介蚊に刺される回数は減少したが、その分、マラリアに対する免疫力(生体防御)は低下した。だから森に入って媒介蚊に刺されれば、いったん発症すると重症化することが多い。さらに悲劇なのは、そういう子供はたいていは貧しい家庭の子で、栄養不良である。高熱で汗をかき、肩で息をしているカウボーイの男の子が、お母さんに抱かれて病院に駆け込んでくることがある。既に脳性マラリアで意識はなく、高度の貧血で顔面は蒼白である。ボサボサの髪は慢性的なタンパク質不足で茶褐色に脱色している。残念ながらこういう子供は、われわれの微力ではなかなか助けてやれないのである。

マラリア対策に日本の援助望む

マラリアの流行を考えるうえで、カンボジアではもう一つ大きな社会現象を考慮しなければならない。それは三十数万人にも及ぶタイ・カンボジア国境からの帰還難民のことである。彼らの多くは難民キャンプに数年から十数年居住して、タイのマラリア流行に対応した治療を受けてきた。彼らがキャンプにいる間、感染したマラリア株は、従来、治療に使われていたクロロキンやファンシダールばかりでなく、現在カンボジアで用いられているキニーネやメフロキンにも耐性のものが多い。従って、彼らが国連の本国帰還プロジェクトに従って、カンボジア全土に散っていくと、全国に多剤耐性マラリアを広めることになる。

現在カンボジアでは、キニーネとテトラサイクリンを七日間投与してマラリアを治療しているが、一番安いカンボジア製とベトナム製の薬を節約して使っても、七日間分で千五百リエル(約九千円)かかる。これをメフロキンに代えると、タイから特別価格で仕入れても三百五十円に費用が膨らむ。キニーネとテトラサイクリンさえ慢性的に配給が届かない、この国の置かれている経済事情を考慮すると、治療の選択にさえ制限が生じているのである。

マラリアの病態が解明され、有効な治療法が解明されて、おおよそ一世紀がたとうとしている。その間、日本をはじめ先進国のほとんどでは、この病気は撲滅された。しかし発展途上国では、いまだに年間百万人以上がマラリアで命を落としている。カンボジアでは最大の社会問題の一つといえるだろう。

マラリアのコントロールは、日本からの援助の大きな柱になるべきと考えている。

貧しさが誘引するマラリアの流行

プノムスロイ郡の20%の住民が感染

深刻な薬不足が治療の足かせに

囲っ立て小屋同然の病棟内で、高橋医師(中央)から医療の状況を聞く「党カンボジア視察団」のメンバー(92年12月25日)

地域住民の〝命綱〟となっているプノムスロイ郡病院