

敬一郎 K. L. T. Y. H. 氏.
Koiichiro

著書主 209

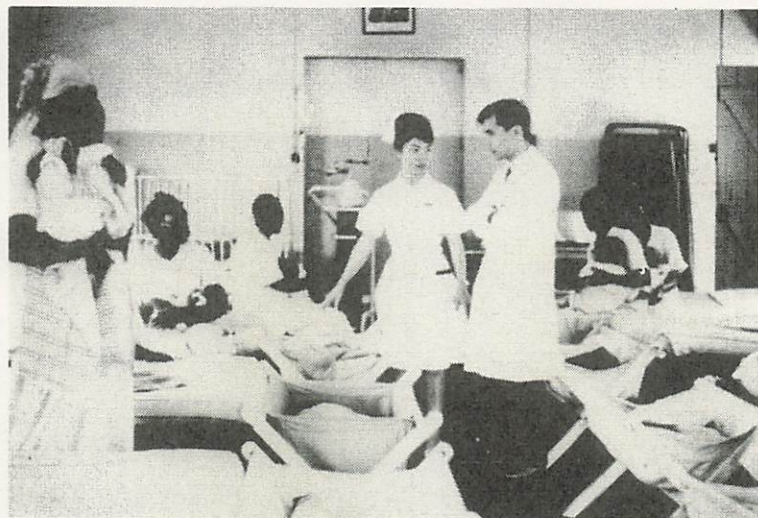
東輔 裕 祐
哲 晃

ケニア・チクール病院派遣専門家

総 合 報 告 書

土屋

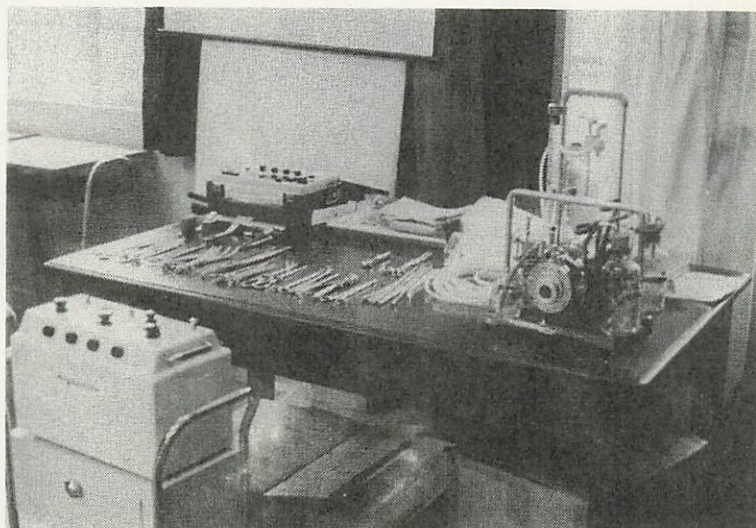
海外技術協力事業団



① 乳児病棟の廻診 原専門家と大田専門家



② 蛔虫百数十匹を一度に排出した満1才の幼児



③ 日本からナクール病院へ寄贈された医療機具類



④ 安藤ケニア全権大使 医療機具引渡し（ナクール病院
看護学生講義室にて） 1968年



⑤ 向って右松武専門家、そのとなり大田専門家



⑥ 外来待合室



⑦ インターンと共に回診中の石崎専門家

は し が き

ケニアに対する医療協力は、昭和41年3月、長崎大学から内科、外科各1名、看護婦2名、あわせて4名の専門家をナクール州立病院に派遣したことに始まる。本報告書は、上記4名の他、後任の内科、外科、x線技師各1名、計7名の帰国された各専門家による現地の指導状況の所感を取りまとめたものである。

この機会をかりて、報告者並びに派遣にご協力いただいた関係機関の方々に対し、心から謝意を表する次第である。

昭和45年4月

海外技術協力事業団

目 次

は し が き	
金 子 満 雄	1
原 耕 平	12
石 崎 駱	20
馬 場 尚 道	28
松 武 滋 子	32
大 田 絹 枝	39
高 橋 彬	58

アフリカの魔法医者を 手術した話

長崎大学医学部第二外科

金 子 満 雄

任期 昭和41年3月～43年3月

1966年3月から2年間、私は中近東・アフリカ計画の名の下に東アフリカ、ケニアに派遣され、ここで一般外科診療に従事した。これはその時の珍妙な話である。

アフリカのどの部族にも、昔からウィッチ・ドクターと呼ばれる魔法医者がいないし祈禱師が居たことは、子供のマンガにもある通りでよく知られている。彼等は、祈禱や魔術や一種のオキユウなどで病気を治すと云う。この秘術は今も受けつがれて、裏では秘かに、しかもかなり広汎に行なわれているらしい。

その証拠に、もうどうにもならず病院にかつぎこまれて来る、進行した癌などの慢性疾患の患者では、まず最初にそのような魔法医者の手にかかっているのが通例である。彼等は肝臓疾患であればその痛みのある右季肋部に、又、胃疾患であれば心窩部の皮膚に何らかの痕跡を残している。それは普通、鈍刀でかすり切ったような瘻痕であつたり、丸いオキユウの後のようなケロイドであつたり、又、腹部全体にわたる意味ありげな模様であつたりする。又、時には肝臓の寄生虫嚢腫で実際に腹壁を開いて嚢腫を穿破させていることもあり、話によれば頭蓋内疾患で頭蓋骨に穿孔していることすらあると云う。その中には、彼等在来の治療に医学のあけぼのを見るような気もする。

だが、ケニアは今や西欧諸国に肩を並べる独立国なのである。1963年独立以来、西欧医学のシステムと医療法を全面的にとり入れ、州立病院、地方病院、ヘルスセンターの系列を作り、国のいかなる辺境ででも近代医学の恩恵を受けられるような組織を作り上げたのである。ただし、まだシステムとその意図だけであるが。

更に、交通の不便な原野でライオンにおそわれるなどの不慮の事故に際し

ては、連絡次第 首都ナイロビからフライング・ドクターがヘリコプターでかけつけて救助するなど堂々とした近代科学の粋も持ち合わせているのである。国中を縦横に貫通する立派な高速道路をスマートな高級車が次々と走り廻る反面、道路沿いの原野を裸ではだしのやせたアフリカンが牛の群の後を追って遊牧しているコントラスト。この国ではこれが医学の分野に限らず、どこにも見られる不思議な釣り合いなのである。

理学療法師の勉強にアメリカに行ったことのある中年のアフリカン、ミスター・ムンガイは教えてくれた。

「近頃でも、病気に罹ってまず病院に行こうとする者は、全体の半分も居ないだろう。大部分の者は、ただ寝て苦しみに耐えている。時には、瀕死の重病でもこれが運命だと本人もあきらめている。どうしても我慢が出来なくなれば、彼等はまず民間の魔法医者 of the 所へ出かける」と。

医学の進んだ日本ですら、病気に罹って祈禱師の所へ出かけたり、いわゆる新興宗教に頼ろうとしたりする者が少なくないことを考えれば、全く当然の話なのである。が、まさかその魔法医者が私の目の前に現れようとは想像だにできなかったことである。しかも、向うから病気の相談にやって来たのである。

私は州立病院で診療するかにわら、週一度ずつ、各地方の地方病院に廻診に出かけた。

地方病院と云うのは州内に15、6もあり、大抵入院ベッド数20ないし30の総合病院だが、医師不足のためアフリカンの補助医師が1～2名でまわしていることが多い。そこで、彼等に診断のつかない疾患や手に負えない例を診て廻り、ときにはそこですまされる小手術をやったりする。

最も未開部族と云われるマサイ族の住んでいる地方にあるナロック地方病院へ廻診に行った時のことだった。ここは、半砂漠のまっただ中にある泉の周囲に出来た集落で、最初廻診に行った時、バッファローに腹をつかれた若者と、サイの角に大腿部をつき通された女をみせられて驚かされた所だ。

その日、外来病棟で診察している私の所へ1人の背の高いマサイがやって来た。通訳をしていた青年が、げげんな顔でそっと耳うらしてくれた。「ドクター、彼はナロック1番の魔法医者ですよ」と。「ジャンボー（こんにち

は)」と私が振りむきざまよく見ると、黒々としたあごひげを豊かにたくわえに偉丈夫である。まだ30代半ばか。両眼が大きく、眼光が鋭い。手にはトゲアカシヤで作った杖をつき、膝から下のむき出しの毛づねがたくましい。周囲のマサイの若者達が、物珍らしげに窓からのぞくので、一寸ためらっているらしい。窓を閉めさせて、「さて、どうしたんだ」とたずねると、通訳を通じて、「痛いので一寸診てもらいたい」と云う。肩にかけた毛布の様なりすよこれに肩かけを下ろさせ、腰巻のような布をあけさせてみると、左の陰囊が大きく腫大している。ダチョウの卵位はある。見事な鼠蹊ヘルニアだ。ちなみに、ケニアでの病気の頻度は日本のそれとはかなり違う。急性虫垂炎は非常に稀であり、胃や胆道の疾患も比較的少ないが、ヘルニアは非常に多い。

おさえて、「痛いかな」とたずねると、「痛い、痛い」と云う。そして、「ドクターはどうして治すのか」と質問して来た。「これは押えても戻らないから、手術しなければ駄目だ」と説明すると、「切られるのなら、いやだ」と云う。そこで私はきっぱりと云った。「いいかね。私は一月に一回しか、ここへは来ないんだよ。君が手術をイヤなら帰って良い。だが何日かの中に、そこが腐れて死んでしまうだろうよ。君がたのむなら、今日昼から手術してやろう。よく考えたまえ」と。診察室の前のベンチに坐りこむと、彼は通訳の青年に色々たずねている。そして、しばらくして又ヌッと診察室に入ってくると、今度は懇願するように、「ドクター、切ったら確かに治るか」と改めてたずねた。「これは簡単な手術だ。たしかに治してみせるよ」と答えると、「それなら、やってくれ」と遂に陥落した。

その午後、麻酔師も居ないので1人で腰椎麻酔をかけ、非還納性鼠蹊ヘルニアの手術をやった。麻酔は望み通り、臍下部までの左半身によく効いた。手術もうまく行った。手術台に横たわったこの大男は、緊張した面持で天井をみつめたままおとなしかった。「すんだよ」と云っても、ただキョトンとしたままだった。

後で聞くと、彼は気はしっかりしていたのに切られる痛みがなかったのも、非常に不思議がったと云う。「ドクターは魔法を使う」と思ったにらがない。

その日の夕方、私はランドローバーを運転してナクルに戻った。マサイの魔法医者はその後経過も良く、5日目に退院させた、と電話連絡があった。彼は非常に感謝し、現代医学の信者(?)になったと云う。可愛げもある魔法医者ではあった。

淋 病 の 話

「如露の症状 (Water-Can Syndrome)」を知って居られる方が、日本のお医者様の中にはたして何人居られるだろうか。ナクルの州立病院で勤務を始めに当初、インド出身の外科医長の質問に、パキスタン出身のインターンがてきばきと答えるのを聞いて面喰らった。もちろん私は知らなかったが、彼等には、これは常識だったのである。

ここに、私がこの話をすすめるにあたって気がかりなことが一つある。地球は狭くなった。私がここに書いたことが、仮にも私の親愛なる友人達のいるケニアの人々に伝わって、彼等の恥部を悪意で暴露したと誤解されたら。

だが、私は「病気を診るには、その社会生活を見よ。」と云う教訓の正しさに感嘆しているのである。

この国では、淋病は「はしか」のようなものかもしれない。しかも、それが治療されるのではなく、何十年もの間、大事にはぐくまれて慢性化していることが多い。

冒頭の「如露の症状」は、慢性淋病のため、尿が会陰部の各所からあたかも如露の如く流れ出るので、この名が附されたのである。

主に男性に於いてだが、淋菌が尿路からあらゆる方向に組織を食い破って、肛門の周囲と云わず、陰茎、陰囊と云わず、小さなトンネルを作り、そこから尿と膿が流れ出る。一度にいくつもの穴からドッと尿が出るわけである。

同時に外尿道は狭窄を起こして、まともな方へは全く尿が出ない。こんなのがこの国では最も典型的な淋病であって、いつも十数人の患者がこの為に入院している。

ある原始的な部族では特にこれが多く、酋長以下枕を並べて、ずらり入院したことがある。この原因について、あるアフリカンの若い医師は説明した。「彼等は、今でも悪い習慣を続けているのだ。お客が来ると接待の為に夜、

妻を供する。これが最大の歓待なのだ。このため性病が止まる所なく拡がり、女のほとんどはまもなく不妊となり、子供の数も2、3人がやっとだ」、と。

このことは、たまたまある日本人の一人、若いA君によって経験された。技術協力に派遣された独身の彼は、身軽にどの部族の部落にも入って行って、得意のスワヒリ語で彼等と話し合い、時には日本の歌も教えた云う。

その彼が、ある時、これも原始的な某部族の部落長の所へ食事に招かれた。どうもろこしのだんごと肉と、どうもろこしの酒。彼は前にも経験があったので、彼等と一緒に車座になって、手づかみで食い、大いに飲んだ。

さて酒宴もすみ、寝る段になった。月のさえ渡った夜だったと云う。部落の若者の一人に案内されて、みすぼらしい草ぶきの小屋に入った。そこには、驚いたことに外観にも似合わぬ、古ぼけてはいたが、大きなベッドが用意してあった。

トウモロコシ酒にもうろうとなった彼がベッドに近づいて、更に驚いたことには、そのベッドの片側に、すでに人が横たわっている。アフリカンに特有な、腋臭のような体臭が匂ってくる。月明りに透かしてみると、まらがいなく若い部落の女であった……。

と、ここまでは醇朴な彼の話しぶりからして、全くの事実らしい。

それから……仰天した若い彼は、そのままその小屋から逃げ出してしまった……と彼は云う。黄色く澄んだアフリカの月だけが唯一の証人だが。

話を初めに戻そう。男子の場合、まず急性期の排膿、疼痛、頻尿の時期がすぎると慢性化し、その中に尿道の狭窄が起こってくる。

「如露の症状」が出るのは、もっともっと後のことで、大体アフリカで云う40才以上の老人に見られる。

治療はどうするのか。尿道狭窄に対しては抗生物質で菌を死滅せしめた後、尿道の拡張術を2週間おきぐらいいくり返す。ブジー（拡張用金属棒）を小さい方から大きい方へと、順々に尿道へ挿入する。最大のもは万年筆の大きさぐらいいもあろうか。云ってみれば、エントツ掃除のようなものだ。

患者にも色々あるが、ある時、某部族の酋長がやはり、この「如露の症状」で入院した。彼は人口の多い、その部族統合の酋長だと云うことで、50すぎののでっぷりとしたその短軀には、どこことなく威厳が感じられた。髪もあど

ひげも白く、眼光は鋭かった。

彼は個室を注文し、部屋の入口には2人の番卒を侍らせた。酋長はスワヒリ語が話せぬので一人は通訳のために、もう一人はヤリを持った逞ましい兵士だった。

ただ、兵士と云う言葉にふさわしくないことには、耳に大きな金属の耳輪をはめ、土色に染めた布を簡単に肩からはすにかけ、牛皮のゾウリをはいていた。私が廻診に訪れると、その番卒がさっと道をあけた。

酋長はゆとりのある態度でニコリし、唯一つ知っているスワヒリ語で「ジャンボー（こんにちわ）」と挨拶した。

約2カ月して病状軽快し、退院する時、彼はお礼にと、生きた羊を1頭持ってきてくれた。

病院の医師とシスター達14、5人は一夜、その羊でバーベキューのパーティーを催し、皆で彼の淋病に対して乾盃したものである。

ムチ打ちの刑の話

ナクルの病院勤務を初めて1カ月も経っていたらうか。その日も、日本の真夏より強い日差しが剥き出しの赤土に照りつけていた。

病棟を廻診している私の所へイギリス人の病院事務長がやって来て、「ドクター・カネコ、今日昼からケイニングの監督に刑務所まで出かけてもらえないだろうか」と云う。さあ困った。ケイニングの意味が分らない。「ケイニング？ 何をすれば良いんです？」と問い返す私に、ボンボンとますます難解な法律用語らしいものがはね返って来た。

おまけに巻舌で、聞きとり難いこと甚だしい。後で考えると、被告、訴訟、罪人、窃盗、検事、刑執行などと云う単語であつたらしい。その時はとっさに判断した。「えーまあ、どうせ健康診断の類だろう。行ってみれば分るさ」と。で、「行きましょう」と気軽に返事をした。



唯一人ワーゲンで走って行くと、何か心細い。ナクル刑務所は、町を出はずれた岡の上のどうもろこし畑の中にあつた。岡の上り口にある第一の関所でサインをして通過すると、いよいよ高い鉄条網に囲まれた刑務所の正門に

到
か
ク
し
あ
平
に
ろ
—
こ
ひ
は
4
通
頭
位
る
者

刑
つ
だ。
か
「ホ
り返
「ド
がた
取り
庫に
盗
固お
は出
異常

到着した。ここで車を下りて、正面の鉄格子へ進む。この番卒に、「病院から来たんだが」と云うと、「ジャンボ・サーナ・ダキターリ（今日は、ドクター）」と、丁重に大きな二重扉を鍵をガチャガチャいわせて開け、案内してくれた。「ジャンボ・サーナ」の「サーナ」は、目上の人に使う敬語である。

事務室の掲示板に「本日の収容人員 953 人」と書いてある。中に入ると平屋建コンクリートの建物が 10 以上も並んでいて、広々とした中庭の芝生には、黒い囚人達が胸に番号のついた白い制服を着せられてゴロゴロと寝ころんでいる。

一般のアフリカンに云えることだが、彼等は直射日光の下での日なたぼっこが大好きで、暇さえあれば、一日中でも横になっている。

ひょいと顔を上げて囚人の目つきは、どれもギラギラと鋭い。庭のすみでは 4、5 人ずつが一かたまりになって、何かゲームらしいものをやっている。通りがかりにそとのぞくと、地面に 4 つ位の穴を掘って、その中に小指の頭位の小石を入れたり、移したりしている。熱中しているらしく、頭を上げる者も居ない。



刑務所内の保健室付助手がまず私を案内してくれた所は、暗い診察室であった。粗末な木の棚の上には、簡単な数種類の水薬の大壺が並べてあるだけだ。窓口から顔をのぞかせた囚人が、「腹が痛い」と云えば、その中のどれかをコップに少し移して、直接、口の中に入れてやるのだ。次が「咳が出る」「ホイきた」と云った調子で、一人 10 秒で片づける。これは助手が毎日繰り返していることらしいのである。

「ドクター、はじめて良いでしょうか」とスワヒリ語なまりの英語で助手がたずねる。「うん、始めよう」カードを持った若い囚人が私の前に立った。取り上げてみると、本人の写真が正面に張っており、罪状の項には「食物倉庫に盗みに入り逮捕された」旨記入してある。判決の項には、「2 年間の禁固およびケイニング、12」とある。「ははあ、何か刑の一種だな」と想像は出来た。助手のさし出す聴診器をとって、とにかく簡単な検診をして、「異常なし」と書きこんだ。どれも元気そのものらしいアフリカンの若者達で

ある。その日の6、7人はいずれも、「異常なし」ですませた。



さて次に案内された所は……竹囲いの中に一步入って、「ははん」とや
っと合点がいった。一段低くなった黒土の庭の真中には、処刑のはりつけに
使うような木製の台があり、その傍には2つのバケツに14、5本の竹の鞭
が無造作に突込んであった。どれもおや指の太さ位で、節くれだっている。

刑務所長が15、6人の輩下の者を引連れて現われた。恰幅のよい、まだ
若そうなアフリカンだったが、軍隊のそのような制服を着ても何処か垢抜
けている。こんなアフリカンは大抵イギリスで教育を受けた者だ。彼は私の
所へ来て丁重に挨拶をして「これから始めようと思います」と云った。輩下
の役人がそれぞれの配置につき、いよいよ囚人の一人が引き出された。私が
さっき診察したばかりの若者だ。短いシャツだけを残しパンツはぬがされた。
囚人は5、6人の役人に手取り足取りされて中央の台に鎖で縛りつけられた。
うつ伏せ気味に、両手は高い金属の環に、足は両方の台木に金具で、そして
腰の所にあたる横木に下腹部をびったりおしつける形に帯で止められた。む
き出しの臀部には、塩水をひたした白い布片が一枚あてられた。これで準備
完了だ。囚人はなされるままに無表情に宙をみつめている。

所長の力強い声がひびいた。「クミナビリ」スワヒリ語で12と云うこと
だ。すっと立ち上った者を見ると、これは又屈強な、背も一際高いアフリ
カンで、半袖と半ずぼんの腕、大腿の筋肉も隆々としている。

これが刑執行人なのだ。傍のバケツから手頃なムチを一つ、さっと引き抜
くと、縛りつけられた囚人の背後へ、おもむろに歩み寄った。何年間もこの
為に鍛えられたらしい落付きが、その一步一步にも読みとれた。

足場をとんとんと決めると、彼は手にしたムチを右上高くさし上げた。そ
して、「ビュッ」と横なぐりに一閃素振りをくれるや、間もおかず次の一振
りをその囚人の臀部に「ビシリッ」と喰いこませた。「モジャ（一つ）」。
立会いの役人が大声に数えた。瞬間、囚人の四肢の筋肉はブルブルと波打ら、
大腿の筋肉はつづけて小刻みにふるえた。「ビリ（二つ）」、「タトゥ（三
つ）」。短い間合いでムチは続けざまにたたきつけられた。臀部から大腿の
方へしずくが一つ又一つ流れおちた。冷汗と布にしませた塩水が混じったも

のであろう。

6つ目にムチは2つに折れ、布片も裂けて血がにじんだ。今や囚人は観念したように、ビクリとも動かない。新しいムチととり代えて続けられたが、12回のムチが終った時、臀部の皮膚は裂け、皮下脂肪が赤黄色くのぞいてへた。

鎖を解かれた時、囚人は放心したようにフラフラと自分のパンツに歩み寄り、拾い上げると、右手で一寸、私達の方へ敬礼をして小走りに立ち去った。

一人又一人刑は執行された。囚人は声一つ立てず、それに耐えていた。



後で判ったことだが、初めの検診は「囚人が、ムチ打ちの刑に耐え得る体調かどうか」の判定であつたと云うし、刑執行の立会いは万一の突発事故に備えてのものと云う。後で冷汗を流したものである。

その後、毎週一回この刑執行に立合うことになった。どの判決にもムチの刑がいくつか入っている。殺人罪などで無期懲役になった場合で最高25と云うことだったが、普通は12、3回のことが多い。

ただ今でも残念なのは、この場景を8ミリに撮して持って帰ろうと云う、私の計画が、所長の反対でもう一步の所で失敗したことである。

恐い寄生虫・奇抜な手術

4才の子供の腹からバケツ一杯の回虫が出て来た時にも驚いたが、肝臓に人頭大の嚢腫を作った寄生虫を見た時は、「さすがにアフリカの寄生虫はスケールが大きいわい」と感心した。しかもその治療にや、生体内に濃いホルマリンを注入して、この虫を殺すのである。野蛮な国だけでの治療法だろうと輕蔑してはいけない。ほかに有効な駆虫薬もないこの寄生虫に対しては、現在、これが最も有効にして合理的な療法として、その方面の専門教科書にも記載されているのである。



手足はやせ衰え、腹だけがバカに大きい患者が外来へやってくる。腹部を触診してみると、腹全体を占める巨大な腫瘤に触れる。日本でこんな患者を診たら、まず、どこか腹腔内臓器の癌の末期症状と考えるのが常識である。

ところが現地の医師はらがう。まず、どの部族かをにずねただけで触診すらしないで、「ああ、Hydatid Cyst だ。」と診断を下す。それ程、この病気は部族に特有でザラにある。

正式には *Echinococcus* と呼ばれる犬属の寄生虫で、これが犬などを介して人間にも寄生する。したがってケニアでは遊牧生活をし、犬と生活を共にする原始的部族、Masai, Turkana, Tugen, Suku 族などに限って見られる。彼等は犬と一緒に寝起きし、同じ器で食事すると云われる。犬の糞を介しての経口感染の機会はいくらかもあるわけだ。

寄生する臓器は肝臓が主だが、その他、肺臓、腹腔内、脳、脊髄など広汎に及んでいる。寄生した部位がどこであれ、そこに嚢腫を作り、これが次第に大きくなって周囲を圧迫してくる。なお、やっかいなことには、その嚢腫の中には無数の子虫（娘細胞とも呼ばれる）が入っていて、たまにま嚢が破れると、黄色の液と共に、とびりり、それぞれが又、嚢腫を形成してくる。

そんなわけで、誤って肝穿刺針で嚢腫を穿破させた内科医が血相変えて、「何とかしてくれ！」と外科医の所へとんできることにもなるわけである。以前に民間の魔法医者から穿破されたいらしい、あるマサイ青年の例では、開腹手術した時、すでにテニスボール大からビンボン球大の無数の嚢腫が腹腔内に充満していた。勿論、手の施しようもない。

これまで経験した中、一個で一番大きかったのは内容液 3 リットルの肝内嚢腫であったが、1 才にもならぬ乳児に、すでに夏ミカン大の嚢腫をみたのには驚いた。先天性の寄生を疑わせるような例すらもある。

治療の点で困ったことに、現在内服で効果のある薬は発見されていない。唯一の治療法は、手術的にその嚢腫を取り除けることである。この際にも手術中、うっかり嚢を傷つけようものなら、子虫を含んだ液体が噴出してくる。この子虫を殺すのに有効とされているのがホルマリン液なのだ。

かくて奇抜な、全く風変りな手術法が登場するのである。手術の順序通り少し説明してみよう。開腹すると、肝臓実質内の嚢腫は大抵、臍下部まで膨隆して居り、その表面に近い部分のみが白色に線維化している。この部分のみをのこして周囲を嚴重にガーゼなどで被覆する。そして、この部分から、カテラン針などの太目の針で穿刺する。

黄色の透明液を大部分吸引排除して後、同じ針から、20パーセントのホルマリンを注入する。嚢腫の大きさにもよるが2、300ccを使用することが多い。私が最初この手術を見せられた時、「そんな無茶な／＼」と思った。御存じのように、死体解剖の標本を固定保存するのに使うのでも10パーセントのホルマリンである。その刺激性の蒸気は目があけられない位にしみる。もし誤って血管内に注入しようものなら、まらがいなく即死である。

ホルマリンを注入して後、5分か10分か待つ。その間に虫体はホルマリンにやられて肝臓実質から剝がれ落ちるのである。やおらホルマリンを排除し、生理食塩水で内容を洗浄した後、肝の一部を切開すると、ペロペロになった虫体が一塊となって摘出される。膜は結構厚く、3〜4ミリはある。肝実質側は圧迫され線維化されているらしく、ほとんど出血しない。

この手術は、生命力のたくましい彼等には、全く劇的で、数週の中に、やせ細っていた四肢も体軀も、むくむくと盛り上ってくる。勿論、牛乳とどうもろこしと、ジャガイモと肉と豆の病院食を片っぱしからモリモリと平げながら。

嚢腫は肺にも現れる。胸部レントゲン写真では肺癌とまぎらわしいが、肺癌に比してHydatid Cystが圧倒的に多いこの国では、現地の医師は躊躇せず診断を下す。肺の嚢腫の場合も手術法は、肝の場合とほとんど同じで予後も悪くない。

ただ、手術をする毎に私にとって気がかりなことが一つある。手術中に飛んだ一滴の飛沫が知らぬ間に私の体の中で育ち、日本に帰って何年かの後、大きな肝臓の嚢腫を作ってきたら、……一体誰が手術をしてくれるだろう、と云うことである。

1. はじめに

政府の中近東・アフリカ計画の一環として、東アフリカのケニア国へ医療団を派遣することが決定したのは、昭和41年1月であった。編成は長崎大学から、内科1名、外科1名の医師と、看護婦2名の計4名から成るチームである。私たちが、このケニア国の首都ナイロビから約250キロ離れたナクルの州立病院、正式にはRift Valley Provincial General Hospital Nakuru に赴任したので、雨期の最中の3月15日であった。

私はおもに内科を担当することになっていたので、現地に着任した当初すぐ内科の女子病棟を受け持つことになった。当初には、そう理屈どおりにはいかない多くの難点があった。しかし、私の帰国前にはその事情も種々改善され、最近では全く愉快に毎日の診療が行なわれているように聞く。ケニアにもどうやら日本人医師の働きやすい礎ができたような気がする。現地の内科方面でみた病気などを加えながら、ケニアでの医療の現状を述べてみることにする。

2. ケニアの医療状況

ケニアとは、かつてオバQで知られた動物の国である。東アフリカのインド洋に面した一小国で、北はエチオピア、西はウガンダ、南はタンザニアに境しているが、この国を南北にRift valley と称する大きな溪谷が走り、その周辺は海拔2000～2500メートルの高原地帯となっている。東西には赤道が走り、地図の上では首都ナイロビや私たちが在住したナクルもともに赤道直下にあたるが、高度が高いため18℃～21℃の湿気の少ない適温下に1年有余を過ごすことができた。

未開発国の共通した現象かもしれないが、医療および衛生思想はきわめて低く、日本で言えば、手をつくせばまだまだ救える多くの疾患で多くの人々の命が失われている。少し専門的になるが、私が滞在中に扱った内科方面での入院患者1195名の集計を図1にまとめてみた。この中には、私が診療

に直
ポリ
で言
から
で消
熱帯
じみ
虫性
した
化膿性
ス性疾

教授
 平
 年5月

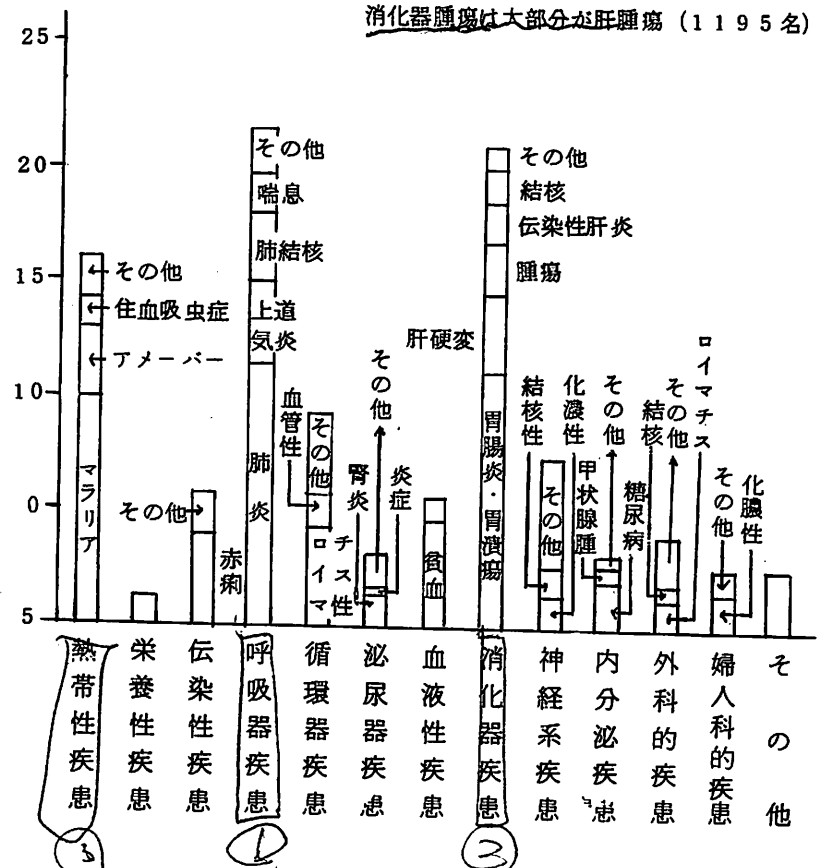
 国へ医療
 は長崎大
 るチーム
 離れたナ
 l Hospi-
 。
 に当初す
 ありには
 種々改善
 。ケニア
 現地の内
 べてみるこ

 リカのイン
 ンザニアに
 谷が走り、
 いる。東西
 ナクルもど
 の少ない適

 是はきわめて
 多くの人々
 内科方面で
 は、私が診療

図1 各系統別疾患頻度

消化器腫瘍は大部分が肝腫瘍 (1195名)



に直接あたらなかった小児病棟、伝染病棟（ただしこの伝染病棟には、麻疹、ポリオなどのウイルス性疾患しか入院しておらず、赤痢、チフスなどの日本
 で言われる伝染病は一般内科病棟に入院する。）の集計は診断の不確実な点
 から除かれている。これを見ると呼吸器疾患、とくに肺炎が最も多く、つい
 で消化器疾患が多いが、ケニアでも比較的気候のよいナクル周辺であるのに、
 熱帯性疾患は第3位にはいつている。この熱帯性疾患は、通常素人にもおな
 じみのマラリヤとか、アメーバが最も多く、そのほか栄養失調、種々の寄生
 虫性疾患、伝染病がこれについている。

しにがって、立場を変えて病因別にこれら疾患を整理し直してみると、(1)
 化膿性疾患、(2)熱帯性疾患、(3)胃腸炎、(4)結核性疾患、(5)ロイマチ
 ス性疾患、(6)伝染性疾患、(7)貧血、などとなっていて、ウイルス、腫瘍、

血管性病変などが大きく取り上げられている日本に比べ、いまだ細菌、原虫を相手としての疾患がだんぜん多く、これらの頻度から推定しても、まあ日本なみの病気の分布になるのには、約20年以上はかかるということになるかもしれない。

私たちが働いた病院は全部で約300ベッドの病床を有し、病棟に約10のベッドを並べているが、緊急を要する患者は、このベッドの間の土間に遠慮なく寝かされ、いわばこの倍の人数だけはいる仕組みになっている。それに病棟関係の医師は5名、内科系では約180のベッドを3名で受け持っているから全く野戦病院なみで、日本では考えられない医師不足である。

以上は私が滞在した病院の現状なのであるが、ケニア全体での医療状況をもても全く同様で、1958年（独立後の厚生省での詳しい統計は得られなかったが）の厚生省集計の死因は、第1位が上気道感染症および肺炎、第2位が消化器疾患、第3位が栄養失調、第4位が寄生虫性疾患となっているから、おおよそその医療の水準は推し測れよう。

日本も結核は決して少ない方ではないが、現在では幸いながら結核の予防法も施行されて結核に対する予防、治療の対策が体系化し、保健所でも小学生時代からの結核に対する対策がとられて、どうやら減少のきざしをみせている。しかし、ケニアでは、これら結核、癩、破傷風、赤痢などの疾患が、これからさかんになろうとしている時代のような感がある。厚生省もかなり手厚くこれらの対策をとりつつあるものの、首都ナイロビとか、モンバサ、ナクル、ケリチョーなどの都会だけにしか手が届いていない感じで、系統だった予防策はとられていないようである。幸いなことに、田舎ではきわめて人口密度は低く、これらの伝染病が拡がるにも平原、草原、砂漠がこの蔓延を自然に防いでいる感があるが、それだけに地方には、動物、獣肉、鳥類、魚類、昆虫などが媒介・伝播の役目を果たす。熱帯病、寄生虫症が小部落単位にきわめて多い。たとえば、Lake Baringo 付近の住血吸虫、カラアザール等の総合した罹病率は、イギリス領時代のデータをみても80%前後かと考えられている。とても日本などのようにコセコセした感じのない広大な自然の環境にあるだけに、病気も真新しい感じのものが多いいということだろう。

3
本
度
そ
に
si
ン
ニ
1に
テム
に。
い知
療方
然な
第
生虫
病で
チブ
られ、
寄生虫
第3
そして
器具し
回りだ
また
け、私
方とか、
なけれ
私にと

3. 指導科目の進捗状況

以上のような医療状況の国で、しかも私たちの勤務した病院は、いわば日本での市民病院系統の病院（実際には設備その他の点からいえば町立病院程度であろうか）であったから、設備はきわめて不完全、薬剤も不十分であり、それに医師の不足がこれに拍車をかけた。しかし医師の数が少なかつただけに、私としては問題のある患者の診断、処置には、極力お互いに Discussion をして、それに対する合意を得ることによって、そこにいるインターンや補助医の医療教育にも努めたつもりである。

当初はしかしそう理屈どおりいかないうちの多くの難点があった。その難点の第1は、彼らはすっかりイギリス・システムの医療教育を受け、またそのシステムが病院全体にでき上っていたから、しいてこの風習を破ろうとしなかった。日本の医学はどちらかといえば、ドイツ式からはじまって現在での新しい知識はアメリカ式の教育で育てられている。この両極端に異なる診断、治療方式が当初の短時間で一致点を見い出すのは、考えてみてもかえって不自然なことであつたろう。

第2の難点は、教育をしようとした私が、当初見聞きもしない熱帯病、寄生虫病の数多くを毎日毎日見せられてめんくらってしまった点もある。伝染病でも日本に比較的多い結核、赤痢などならよかったが、数多くの破傷風、チブス、マラリヤ、カラアザール、アメーバ症などの伝染病、熱帯病をみせられ、また住血吸虫、エヒノコックスなどの日本で全く経験しない数多くの寄生虫症に遭遇して、その治療法にいささか困った点もあった。

第3の難点は、なんら様子もわからなかつた私が、当初どれほどの規模の、そしてどのような病院かもわからなかつたため、きわめて手回りだけの医療器具しか携えなかつた点である。当初私が海外技術協力事業団に申請し、手回りだけを携帯した医療品が手元に届くまでには、なつぷり半年かかった。

また、現地での医療の水準はきわめて低い。私の見慣れた病気をみるにつけ、私がわずかながら携えた英文医書で、現地の医者にも心臓疾患の診断の仕方とか、結核の進展の仕方など教えてもそれを熱心に覚えようという意欲もなければ、本を読もうともしない。日本の大学で学生を相手に過ごしてきた私にとって、これに比較して何ともその元気のなさに少々落胆もし、これが

独立後自国を背負おうとする青年医師の考えだろうかとも思った。

イギリス方式のでき上がった病院で、何とかその効をあげるためには、まず日本方式の診断、治療を少しずつでもそこに浸透させねばならないと考えた私は、そこにある器具を利用し、できうる最少の方法からまず診断のための検査を行なった。たとえば、肺の陰影のあるものはほとんど漫然と肺結核と診断され治療されていたから、ゾンデと注射器だけを用いて多くの人々に気管支造影を行なって気管支拡張症のあることを確かめ、結核の治療を抗生物質に変え、軽快退院させた。一見してわかる転移性肺癌の陰影も、これまでに肺結核として治療されているものが多かったから、必ず原発巣を見つけることに努め、なんとかギムザを使ってでも略痰中から癌細胞を見い出させることに努力した。何とはなしに持参した胃腸透視用バリウムが役だって、胃腸の透視フィルムで、胃癌や胃潰瘍の診断をつけることもできた。胃液の酸度が高く、潜血反応が出れば胃潰瘍と診断するような診断技術であったから、この目で見える診断法は、いささか日本医学のアピールにはなったようである。各種の脳炎、髄膜炎などの場合でも、せっかく髄液検査を行なっても、細胞数、外観など簡単な細菌検査しか行なわなかったことが多かったから、細胞の種類とか、髄圧の検査の意義を教え、詳細な細菌、真菌、結核菌などの検査を行なわしめた。

このように第1に検査に重きをおいて、確実な診断をつけることに指導の主眼を向けて少しは効果があるかに思われた。しかし簡単な肝機能検査や、電解質の検査、あるいはリウマチの検査でさえ、試薬や材料がないために行なえず、これらデータの読み方を教えられなかったのは残念である。

次に心掛けたのは、死亡患者の解剖を行なうことである。私たちが行くまでは、医長のつける診断には、ただなんの理由もなしに正しいと信じ込んでいて、どうしてそのような診断がなされたのか追求しようと思えなかった。赴任後4カ月目から帰国時まで、少なくとも私の関係の死亡者の76%は解剖を行なった。詳しい人体の解剖さえわからぬものが多かったから、これを利用して解剖を教えるとともに、死亡前の診断が正しかったか、誤っていたかについて十分討議を加えながら解剖を行なうことに努めた。これは、いささか現地医の刺激となったようで、厳密な意味において診断の誤りの多かつ

にことを指摘され反省をともに行なったものである。

当初、これらの私たちの行動には、いささか医長連が暗に反対もし、非難を浴びせたようにも思われた。私たちには毛頭そのような考えがなかったのだが、医長連にはそれらのシステムの変化、検査法の進歩が、暗に自分たちの権威を傷つけるものと勘違いしたようにも思われた。

赴任後8～10カ月経った頃から、私たちのやり方を理解し、かえって種々の検査法を取り入れて協力してくれるようになり、ことはスムーズに運ばれるようになった。

現在の段階では、肝穿刺針、胃カメラ、心電図、心音図、エコーグラムなど持ちこまれ、私の目的とした目で見る診断で彼らの指導が行なわれている。そしてそれが水準の低い彼らの知識に加える最も効果的な指導法であろう。

私たちの考え方が正しかったことが、今になってどうやら実つきつつある感じがする。とくに最近どしどし行なっている胃カメラの診断は、はっきり目に見えて診断が確実になされるので好評のようである。しかしそれでも、日本に比べて少なくとも20年は違うと思われる医学の水準、それに病気の種類が何年かかったら少しでも縮まるものか。どっしり腰を落沉着けて、彼らがslow-slowの性格であるだけに、適当にテンポを合わせて今後の指導を進めていくことが最も大切なことであろう。

4. 今後の問題点

それでは、今後、日本はこの国にどのような形で援助していけばよいのであろうか。私が実際に行なってきた経験をもとにして、私なりの考えを述べさせていだこう。

まず、日本はケニアへ医療協力をしてやるのだ、という考えを捨ててかかるねばなるまい。おかしい言い方だが、ケニアへ日本も医療協力をさせていなくのである。今、アフリカへは莫大な経費をかけて各国が医療の援助を行なっている。これは単に物質のみの援助の国もあり、人的のみの援助の国もある。しかし、多くの国はこの両方を携えて、協力に参加している。私の知るところでもイギリスはもちろん、ソ連、オランダ、アメリカ、韓国、中共などが大きな建物を立てつつ物的・人的の両面で援助を加えつつある。ケニアにとっては、たとえ日本の協力を得られなくても、どこの国からでも援

助をうけられるのだということを常に頭にもっている。低開発国の共通した考えかもしれないが、恵めるものは恵まれぬものに与えるのは当然だという考えは浸み込んでいるから、私が先にいった医療協力をさせていただくという考えも少しは理解していただけるだろうか。私は、日本も他国の真似をしるというのでは決してないが、少なくとも援助をするなら、派遣された人たちが最も働きやすい立場におくよう考えるべきであろう。それには、少なくともケニアであれば1~2カ所の病院に配置を定め、ここに十分に働きやすい人数を送り込むことを強調したい。

ボレボレ（スワヒリ語で英語のslowに相当する語）の国には、短期でセッカチに体系を変えることはむずかしからうし、それだけ無理もかかるというものである。ナクルの周辺でさえ、十分な病気の種類分布が定まっていないから、もし本当に援助をする気であれば、この研究も進めねばなるまい。

ケニアに対する日本の医療援助も、すでに3年有余にならんとしており、少なくとも日本の医療の水準は理解してもらっているだろう。

一方、日本の医師は、最近かなり専門化された教育を受け、内科方面でも、呼吸器、消化器、循環器、その他なんとか……系医と、かなり専門化した教育を受けた医師が育らつつある。事実私の大学でもそのような医師が多くなっている。そのような医師がケニアへ行って、日本での内科、小児科領域はもらろん、皮膚科、泌尿器科、はては精神科方面の患者まで指導せよというのは、ちょっと酷のような気がする。私のいた病院の院長さえ、日本システムにかなり感化を受けて私の帰国前には、この病院も少し専門化せねば、と漏らしていた。

私は、少なくとも幾人かの内科医が、ある程度専門化して、一つの病院にがっさり集まり、それに必要なかなりの器具を漸次加えつつ、ある程度の日本化したシステムの病院を作り上げることが、日本の医師連の最も働きやすい理想像であると考えている。ある程度の研究を加えながら、長期を覚悟して有力なメンバーを送り込むことである。

低開発国だからこそ、素朴な性質の患者が苦しみ、死んでいく姿をみるにつけ、まだまだ日本であれば助けられる器具があり、手段があり、医薬があるのにとくやしがつた私の経験を、今後の派遣医師には少なくさせていた

きたいものである。これらの患者の苦しみを、見て見ないふりをすることはできないのが日本人の特性でもあるはずである。これらアフリカ人への誠意ある扱い方は、西洋人には、そして東洋人でさえ現地で多く働いているインド人たちにはできないところである。アフリカの政府は、どこの国からでも医療の援助をうけてもよいと考えているかもしれない。しかし患者にとっては、誠意をもって治療してくれる医師にらを望んでいる。

アフリカに行くならアフリカ人になりきって、真心一つで治療できる医師を人選派遣することを要望するとともに、それらの医師の集まりで、アフリカに本当の意味での日本の医療援助の理想郷ができることを期待してやまない。

1. はじめに

私が、長大よりの医療協力チームの一員として、ケニアに赴任したのは、昭和42年4月であった。以来、約2年、曲りなりにも大過なく任を果し得たのは、一重に先輩の諸先生方、O.T.C.A.の担当員の方々、現地大使館の方々、及び、ケニアの人々の、暖かい御援助によるものと、感謝している。私にとっては、この2年間は、非常に意義のある2年間であったと思うが、そういう個人的なことはぬきにして、医療協力というものを、現地より見たものゝ一人として、いささかの私見を述べさせて戴きたいと思う。

2) ナクル病院の現状

ナクル病院は、ほゞ、リフトバレー州の南北の中央に位置し、配下に18の病院をもつ基幹病院であり、300のベッド数がある。

内科、外科、小児科、婦人科、眼科、歯科のそれぞれ医師があり、その他、伝染病棟、結核病棟及び精神科病棟があり、内科、小児科が仕事を分担している。又、外来は24時間、営業のため、外来のみを見る医師が2名配置されているのも、面白いと思う。

私達日本人は、病棟勤務で、この外来より送られてきた入院患者、又は、配下の地方病院より送られて来た、重症患者の治療にあたったのであるが、仕事の内容は多岐にわたりなかなか、多忙であった。室床は、男36、女24、であるが、常時、定数を越えて入院していたため、男40、女30位が、入院していることになる。入院は、乾期に少く、雨期に多いが、1ヶ月約60～70人、毎日、1名乃至2名の入院がある訳である。

病棟勤務において、第一の障害となるものは、言語である。英語が必要なことは勿論であるが、その他、簡単なスワヒリ語、時にはキクユ語、などを必要とする。患者の中には、自分の種族語しか解さないものもあるので、そういう場合は、その部族語の出来る看護婦を求めて、まわらねばならない。

次に看護婦の質の問題。アフリカ人でも、病棟主任看護婦クラスとなると、日本のように信頼がおけるが、一般の看護婦、看護学生などは、全然信頼がおけず、指示をカルテに書いても、見過ごされ、患者の容態についても、要領を得ず、医者は余分な苦勞を味わされる。

内科医は、当直を行うわけであるが、これが、一週間ずつ、隔週という形であった。従って、自由な日曜日は、月2日という事になる。しかし、これも宅直であるし、インターンが同時に当直をするので、かなり楽である。しかし、公式には、ナクル病院はインターン指定研修病院ではないので、インターンの、配置がない場合があるので、その時は、大変である。又、従来までは、メディコリーガルと称される、警察関係の仕事が、当直に含まれていた為、（飲酒運転の判定、強姦犯罪の判定、認定、交通事故、殺人、自殺死体の検案、解剖、及びそれに伴う法廷事務等）非常に多忙であったが、これは、政府が、警察医をやどうのが本筋であると抗義し、現地日本大使館の御骨折りで、日本人医師は除外され、以后、かなり楽になった。しかし、それだけ、他の医師の仕事が増したわけで、そういう不満も現地の人々の間に残ったのも事実である。

3) 現地受入態勢

ケニアの医師不足は、深刻、且つ、慢性であるため、その多くを、外国の援助に頼っている。そのためかどうか、援助に来て貰ったというより、援助に来させてやる、といった態度が、政府高官の間に時々、見られ、一番大事な住宅の確保の問題にしても、誠意がない。住宅は提供するというが、これは、住宅があれば、の話であって、ないものは、やれない、ということである。住宅の確保など、政府にその気があれば、文句なく出来ることであり、そういう点の確たる、保証が望ましい。

4) 器材供与について

日本からの器材、薬品等の供与は、それらが優秀であるところから、非常に歓迎され、日本のイメージアップに、役立っている。しかし、これについても問題がないわけではない。

一つは、これらの器材が、高級すぎて、現地の実状に合わない場合がある。例えば、心音計。これはオッシログラフを使用したものであり、正確

なものではあるが、これは、暗室、現像を必要とするため、非常に忙しい、X線技師の世話になり、その為、現像が遅れ、めまぐるしく変る患者に、追付けない場合が多い。こういう場合は、直記式心音計が、現地の実状に合うようである。又、機械が高級な為、日本人以外は、取扱いが出来ないという問題がある。その為、日本人医師が、機械の操作に追われ、仕事が過重になる場合がある。心電計は、内科側では、毎日使用するが、かなりの負担になる為、インターンに、使用取扱の説明（現地インターンは心電計さえも取扱えない／＼）をし、簡単な心電図の読み方の講義を行ったところ、興味をもってやり出し、私も楽になった、といった事があった。

一番活躍したのは、G. T. F で、これはケニアで唯一、1台であったので、かなり有用であった。又、ケニアでは、"アフリカン・トウンボ"（註＝トウンボとは、スワヒリで"腹"の意味）なる、腹痛を訴えて来る患者が、非常に多かったが、これの解明に役立っている。

又、今回、ケニアに寄贈された、X線テレビも同様、大いに役立つであろう事を信じて疑わない。

しかし、器材供与で、一番問題になるのはアフター・サービスであろう。特にケニアのようなところでは、日本医療機械を取扱っていないので、故障などが起きた時に非常に困る。又、心電図、胃カメラのフィルムなどを購入、現像するのに、困難を感じるので、大阪大学の I. C. U (Intensive Care Unit) も出来ることではあるし、この点を、検討して欲しいと思うのである。

5) 今後の医療協力のあり方についての私見

私は、現地で働いた医師として、医療協力のもつ、高度な政治的な意義などは知らない。だから、こゝでは、あくまでも、医療協力をその末端から見るものゝ立場として見て行きたいと思う。

医療協力には、3つの要素があると思う。

1. 現地側の要望、又は要請、 2. 日本側の要望、又は供給体制、 3. 医師、又は人的問題。 医療協力は、この3者が、うまく合致した時、はじめて実を結ぶものと思う。では、ケニア現地側の要望とはどんなものであるか。私はこれには、2つの面があると思う。1つは、現在の医師不足を

一刻でも早く解消するため、一人でも多くの医師を送って欲しい、というものの、もう一つは、近代国家のもつ高度な、医療技術、又は設備をケニアにも欲しいというものである。前者は、あくまでも、労働力であり、本当の意味の手助けである。後者は癌研とか、I.C.Uとか、のようなものとして要請されるのである。では、日本側としてはこれにどう対処するか、又は出来るであろうか。日本各地にも、無医村問題を抱えている現在、日本は、とても、他国の医師不足を補ってやる立場にはない。とすれば、日本側に出来ることは、後者しかない。又、医師としても、国外に出る場合、何らかの研究、業績があげられるところではなくては出ないのが、実状ではないだろうか。とすれば、研究所クラスの援助は、第3に述べた人的要因も、合致するのである。

援助は与えるのみでなく、ギブ・アンド・テイクでなくてはならない。以上が、一般論であるが、ナクル病院の場合はどうか。日本政府は、ナクル病院に過去3ケ年にわたり莫大な金額の援助をして来た。

ナクル病院は、この援助によって、かなりレベル・アップされて来たことは、確実であり、厚生次官 Dr. LIKIMINI も述べていたように、「ナクル病院を充実し、インターン研修指定病院にしたい」という希望を、もたれるまでになった。近くのウォーメモリアル・ホスピタルの病理検査室も借り上げの方向に向っているようである。

又、長崎大学の熱研の諸先生方、中央検査室の方々も、非常な熱意を示しておられるので、ナクル病院の内容を充実、拡大する方向に今後の援助を向けられたら、私共の苦労も、報われるのではないかと思うのである。

又、医療協力に際しては、現地の医師、技術者、看護婦の、研修、招待などは、必ず行って欲しい。

以上、まどまらないますに、現地よりみた医療協力の実体と、今後のあり方についての私見を述べさせて戴いた。

資料 1

NUMBER OF NEW CASES AND REATENDANTS TO OUT PATI ENT DEPARTMENT (MARCH 1966 - Dec. 1966)

	MARCH	APRIL	MAY	JUNE	JULY	AUGUST	SEPTEMBER	OCTOBER	NOVEMBER	DECEMBER
Adults	4004	3239	3141	3157	3235	3139	2826	2905	3308	3320
Children	1660	1582	1394	1503	1586	1641	1532	1505	1564	1641
Total	5664	4822	4535	4660	4821	4780	4358	4410	4872	4961

Re-Attendants

Adults	2584	2124	1969	2140	2554	2304	2271	2170	2308	2206
Children	1380	1548	1416	1380	1606	1591	1516	1489	1589	1659
Total	3964	3672	2385	3520	4160	3895	3787	3659	3897	3865

(January 1967 - Dec. 1977)

	JAN.	FEB.	MAR.	APR.	MAY	JUNE	JULY	AUG.	SEP.	OCT.	NOV.	DEC.
Adults	3876	3869	4020	3221	3287	3615	3552	3473	2928	3915	3156	3347
Children	1802	1798	1940	3220	1861	1731	2054	3516	2546	3388	3498	3679
Total	5678	5667	5962	5421	5148	5352	6606	6989	5474	7303	6654	6426

Re-Attendants

Adults	2466	2333	1604	1209	1093	2150	1282	1601	2221	2455	2340	2132
Children	1773	1786	1006	599	987	1356	1736	1723	2416	2156	2396	2028
Total	4239	4119	2610	1808	2080	3506	3018	3324	4637	4611	4736	4160

資料 2

Nakuru Provincial General Hospital

WARD 6 (MALE)								NO. of Bed 36					
1967	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Admissions	51	62	55	71	67	61	73	53	68	49	73	71	754
Death	2	7	4	11	8	10	7	7	8	3	4	3	74
Death Rate	3.9	11.2	7.2	15.4	11.9	16.3	9.5	13.2	11.7	6.1	5.4	4.2	9.8 (%)

WARD 3 (FEMALE)													
1967	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Admissions	44	43	46	43	69	68	49	61	30	69	69	67	658
Death	5	1	4	3	4	6	4	2	4	6	4	8	51
Death Rate	11.3	2.3	8.7	6.9	5.8	8.8	8.1	3.2	13.3	8.6	5.8	11.9	7.7

Nakuru Provincial Ceen.								In-Patients Admissions				
1966	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	(March 1966 - Dec. 1966)	
Admissions	574	484	535	533	508	493	496	443	447	466		
Discharges	570	491	556	512	543	484	446	486	445	465		
1967	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.
Admissions	537	513	575	510	659	646	600	638	617	656	710	664
Discharges	495	529	568	515	648	613	570	606	550	565	565	617

資料 3

ISOLATION WARD

NO. of Bed - 10

Cot - 9

1967	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Measles	28	15	26	31	36	28	17	33	36	44	38	36	368
W/Cough	3	8	4	8	9	11	8	9	8	8	10	15	101
CH/Pox	6	3	1	0	0	4	6	6	0	1	6	2	35
S/Pox	1											1	2
Polyo				1	0	1	0	1	3	0	2	2	10
Tetanus			2	1									3

1967	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Admissions	33	24	28	39	43	47	35	50	57	61	41	57	515
Death	6	3	7	6	3	5	1	7	13	11	2	7	71
Death Rate	18.1	12.5	25.0	15.1	6.9	10.6	2.8	14.0	22.7	18.0	4.8	12.2	13.7

WARD 2

Children Ward

NO. of Bed - 12

Cot - 14

1966	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Admissions	74	56	73	69	56	69	58	47	47	37	36	39	661
Death	16	15	14	16	16	10	12	7	4	4	5	9	128
Death Rate			19.1	23.1	28.5	14.3	20.6	14.8	8.5	10.8	13.8	23.0	19.3

1966	Jan.	Feb.	March	Apr.	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Admissions	61	66	85	70	87	91	81	86	71	69	76	79	922
Death	9	8	19	18	19	19	9	11	14	16	9	8	159
Death Rate	14.7	12.1	22.3	25.7	21.8	20.8	11.1	12.7	19.7	23.1	11.8	10.1	17.2

資料 4

Ward 1 (Medical Infant)		June 1967 - May 1968		
MONTH		ADMISSIONS	DEATHS	MERTALITY
1967	June	97	29	29.9 %
"	July	95	25	26.3 %
"	August	110	27	24.5 %
"	September	98	21	20.1 %
"	October	87	20	22.9 %
"	November	85	17	20.0 %
"	December	84	15	17.8 %
1968	January	133	26	19.5 %
"	February	111	16	14.4 %
"	March	106	18	16.9 %
"	April	121	20	16.5 %
"	May	121	24	19.8 %
Total		1248	258	
AVERAGE / month		104	215	20.6 %

CAUSES OF ADMISSION		CONT (June 1967 - May 1968)		
Disease	No. of Admissions	No. of Death	Mortality	
1. Respiratory tract infection	535	92 (1)	17.2 %	
2. Gastro-intestinal disease	489	92 (1)	18.8 %	
3. Malaria	46	8 (4)	17.4 %	
4. Meningitis	35	14 (3)	40.0 %	
5. Protein-calorie malnutrition	27	6 (6)	22.2 %	
6. Anaemia	21	5 (7)	23.8 %	
7. Premature	15	5 (7)	33.3 %	
8. Tetanus neonatorum	10	8 (4)	80.0 %	
9. Liver pathology	10	5 (7)	50.0 %	
10. Intestinal obstruction	7	4 (10)	57.1 %	
11. Congenital heart disease	5	2	40.0 %	
12. P.U.O.	4			
13. Renal pathology	2	2	100.0 %	

私は政府の中近東・アフリカ計画の一端としてケニア国のナクール州立病院に1968年3月中旬より1968年6月中旬迄1年3カ月 general surgeon として従事してきた。当地の医療情勢はなにぶんにも未だ開発の途上にありデータの集計には困難を極めたが、一般外科の入院患者並びに手術症例を中心に統計的な面から報告する。

1. 入院患者について

1968年4月より1969年3月迄の1年間（以後1968年度と表現する）の外科系入院患者数は1,169名で、その系統別内訳は表1に示した。尚、百分率は各系統別疾患の全患者に対するものである。

整形外科系が423例、37%と最も多く、次いで腹部（消化器）系206例、18%、脳脊髄系142例、12%と続いている。しかし、これを純外科系（脳脊髄、内分泌、胸部、腹部、その他に含まれている外科系）、整形外科系、泌尿器系、耳鼻咽喉系に大別すると各々47%、37%、5%、34%となり、純外科系の患者が約半数近くを占め、次いで整形外科系が1/3強を占めている。

次に病因別に分類した百分率を図1に示した。骨折が25%を占め最も多く、次いで頭部外傷が15%と続いている。これらの原因としては交通事故によるものが主となっており、一見、未開発国にしては奇異な感じを受けるが、ケニアの交通機関が殆んどバス、タクシー、マイカーによって占められていること、バス、ドライバーの運転未熟が多いこと、平均100 km/hour以上のスピードが日常の習慣となっていること等の要因が重なってこのような結果を生んだものと思われた。

火傷が8%、第3位を占めている原因として、原始的な住居環境が考えられる。即ち、電気・ガス等が一般住民には全く普及しておらず、日本のイロリに似た設備で火を使用し、夜は地面に両親と多くの子供達がごろ寝している生活が普通の状態であり、従って火傷患者の多くは乳幼児によって占めら

れていた。

挫・切創、膿瘍が各々6%、5%と占められていることは、原住民の本来有している力と力の対決が依然として理性を上まっており、パンカーという特有の刃物で負傷してくる患者を多く経験した。又、公衆衛生の不良な環境下に於いて必然的に炎症性疾患（膿瘍）も上位を占めるものと思われた。

胃疾患では胃潰瘍が主であり、胃癌症例は日本のように多くはみられなかった。

これに反して前立腺肥大が胃疾患と変らぬ位の頻度を占めているのが注目された。地域性を示すものかどうかは私の専門外なので明らかなでないが、ナクール周辺には淋病性疾患が非常に多いのも関連しているものと思われる。

又、地域性を示すものとしては頻度は1.8%と少いが、巨大なヨード欠乏性甲状腺腫を多数例経験した。州の一部に1年中雨期で、太陽にめぐまれない Kericho 地方にこの種の患者が集中しているといわれている。

2. 手術患者（緊急手術例も含む）について

次に1968年度の系統別手術症例を緊急手術例も含めて表2に示した。

産婦人科が359例、28%と最も多く、次いで整形外科289例、24%、腹部（消化器）系145例、12%となっている。

緊急症例の場合は外科医といえども、産婦人科系患者を取扱わなければならない点が、本邦と非常に異なった事情といえる。

産婦人科系は流早産例、帝王切開例が過半数以上を占めており、帝王切開3～4回の既往歴を有した患者では殆んど子宮破裂症例で占められていた。帝王切開が多い理由としては色々いわれているが、母体の栄養状態が悪いこと、従って胎児の抵抗力が弱いため自然分娩では死亡率が高いこと等も理由の1つにされている。

次に手術例数の $\frac{1}{4}$ 近くを占める整形外科系では骨折が主となっており、部位としては大腿骨が最も多く、次いで前腕部、脛骨、骨盤の順となっている。又、火傷に対する皮膚科^造症例も多くみられ、Patch 法を主として用いていた。

腹部（消化器）系では、胃潰瘍、腸閉塞手術例が多く、次いでヘルニア根治術となっている。ヘルニアの部位として、ソケイ部が最も多く、次いで腹

壁部となっている。手術法等は本邦と大差がなかったので省略する。

胸部系疾患について、胸部外傷手術例が多く外傷性気胸が最も多く肺損傷を合併した例も少くなかった。心手術としてP. D. A. 1例を経験した。州立病院開設以来、心手術を経験したスタッフがいなくて術後管理に困難を極めたが、幸い成功しこの例は現在も生存している。

3. 今後の要望について

外科系に従事する日本人医師は私の経験上少なくとも2人は必要と考えられた。肉体的な条件もさることながら、胸部疾患系の手術症例をさらに伸展させるためには是非必要であり、最少限の人数と考えられる。

機材についても、現地の病院には特殊疾患（胸・血管系）に関するものが欠乏しており手術用機材、さらに術後管理用の器具にしても予算のわくを拡大して充実させるべきだと考える。私の経験では1つの低圧持続吸引器を胸部手術にフルに使用した結果、帰国前には使用不能となっていた。

輸液剤に関しては、現地では種類も少く、量的にも不足しており適切な治療は不可能であった。少なくともアミノ酸剤、電解質剤は常備したいものだと痛感した。

抗生物質に関しては、Kanamycin と静注用の抗生物質が不足していた。通常の抗生物質は常在しているので、重点的に特殊抗生物質を現地病院に補助すべきだと考えている。

最後に一般の原住知識人は日本の医療援助を感謝していると共に更に一層の拡充を切望していることをお伝えして結びとする。

表 1

(入院患者)

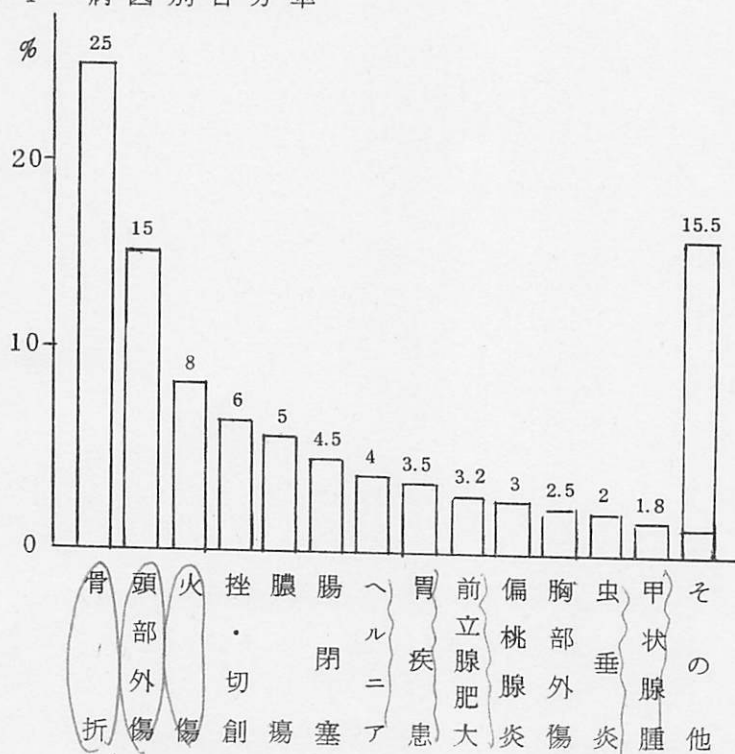
系 統 別	No	百分率 (%)
脳・脊髄系	142	12
内 分 泌 系	32	2.8
胸 部 系	38	3.2
腹 部 系	206	18
整 形 外 科 系	423	5
泌 尿 器 系	61	3.7
耳 鼻 咽 喉 系	40	3.4
そ の 他	227	18.6
計	1,169	

表 2

(手術患者)

系 統 別	No	百分率 (%)
脳・脊髄系	31	3
内 分 泌 系	28	2
胸 部 系	19	2
腹 部 系	145	12
泌 尿 器 系	78	6
整 形 外 科 系	289	24
耳 鼻 咽 喉 系	69	6
産 婦 人 科 系	359	28
そ の 他	219	17
計	1,237	

図 1 病因別百分率



長崎大学附属病院第二外科勤務

松 武 滋 子

任期 昭和41年3月～43年9月

19 67 68 69 70
1966年3月11日、中近東アフリカ計画の一環として医師2人、看護婦2人、東アフリカでは初めて、ケニア国ナイロビ空港に足を踏み入れた。

同4月12日迄の1ヶ月間、首都ナイロビのKenyatta National Hospital でオリエンテーションを受け、後100マイル離れたナクルへおもむく。Rift Valley Provincial General Hospital-Nursing Sisterとして、1968年9月11日迄勤務について。内容は下記の通りである。

1966年4月～1966年8月 - 外科病棟 (Kland 4・Kland 5)

1966年9月～1967年4月 - 特別病棟 (Amenity Kland)

1967年5月～1968年9月 - 乳児病棟 (Kland 1)及び特別外来



ケニアについて

ケニア国 (Republic of Kenya) は、1963年12月12日英国から独立し、現在まで初代のケニアッタ大統領の下で共和国として新しい道を歩んでいる。

地理的には、赤道を中心に南北に広がり、北方はソマリア、エチオピア、スーダン、西方ウガンダとビクトリア湖、南方タンガニヤ、そして、インド洋に囲まれた面積約35万Km²を有し、エチオピアと同様高地が大部分を占める。中心近くにケニア山をいただき、人口約10,000,000(内、白人、インド人等の外来人は5%内)を容する。いわゆるKenyan (アフリカ人)でも、40以上の種族に分かれ、今だに各部族の言葉が彼等の生活に根強く残っている。3つの大きなグループに分けると①キクユ系(農耕)②マサイ系(牧畜)③ルオ系(漁業)と、生活様式も言葉と同様大きな差が見られる。気候的には、高地のために恵まれ、年中20℃前後の気温で湿度も低い。四季がない代りに年間、大小の乾季、雨季がある。ここが赤道直下とは想像困難なくらいだろう。又、ケニアは自然動物園でも名を知られ、ツァボ、ケニア山、アンボ

ラセリー等、動物のパラダイス、観光資源も同国の重要な収入源となる。

首都ナイロビ（海拔5,500フィート、マサイ語でCold Water を意味する言葉だそうだ。）は、人口30～40万人の近代的な都市で整った建物、整備された道路、公園、花等、西欧の一都市を思わせる。

原地人の食生活をみると、トウモロコシ、麦、バナナ、イモ類が主で、その他、湖、海岸線で漁類を取っているが、全体的に動物性蛋白質が乏しい。未だに栄養失調症が数多く見られる。衣生活面では、気候的に恵まれている為、大きな問題はない。日本からの綿、ナイロン製品が広く普及している。住生活をみると、各種族により独自の家屋を持ち、家族制度が強くかたまり、丸く又、四角の極めて非衛生的な家に住む。内部は土間だけで、中心に火をもやす場所があり、そのために幼児の火傷が多い。これは又、母親の不注意とも関係する。

これら衣・食・住も、上下の差が著しいため、上層ではヨーロッパ並みの文化生活を営む一方、下層になると、人間的な生活とは言い難い。

又、勤労意欲にも乏しく一日中、木の下、太陽の下に寝ころんでボンヤリ無意にすごしている者を多く見うけるのは残念だ。

言語は公用語として、英語とスワヒリ語（東アフリカ共通語）があるが、児童の就学率は低く50%前後でスワヒリ語さえも理解できないのが多い。"国造りの基本はまず児童教育から"であるのに独立后5年目の今日を見ると、前途程遠しの感が強い。

医療方面では

1967年は、国家予算の7%が医療につぎ込まれた。ケニア国内で総ベット数12,500、ヘルスセンター170、医師数（政府病院に勤務している者）230人、高看護及び助産婦（政府病院に勤務している者）357人、保健婦120で未だに絶対数の不足にあえいでいる。これらの医師にしても白人、インド医師が大半を占め、アフリカン（黒人）は極少である。

次いで、政府病院への入院率を見ると、①一般感染症と寄生虫疾患 ②呼吸器疾患 ③妊娠及び産褥の疾患 ④食餌性（栄養失調） ⑤血液疾患 ⑥新生物となって表われる。又、死因別に見ると、①気管支炎、肺炎 ②胃腸炎 ③呼吸器結核 ④テタヌス ⑤ワウシオールコール（栄養不足） ⑥マラ

リヤが挙げられる。以上は1967年8月、3日間ナイロビで開かれた看護、助産婦、保健婦の総合カンファレンス時に発表されたものである。

病院のシステムは、医療、看護、事務は完全に分立していて、看護部門では、一病院（主として、州立病院を対象とする。）に1～2名の総及び副総婦長（Matron, Assistant Matron）の下に、各病棟の責任者Nursing Sister及びStaff Nurse（正規看護で経験年数の比較的浅い者）で占められ、病棟の実際の看護はEnrolled Nurse（日本でいう準看護婦）と、Pupil Nurseと補助婦によってなされる。これらの階級は厳格で、ユニホームによって、はっきり区別される。昇級するとその日からユニホームも変わる事になる。

州立病院にはEnrolled Nurseの養成所があり、ナクールでは40人程度の生徒を教育している。中学卒業程度の希望者を入学させ、試験の後、実習、講義（週に3時間のみ）で3ケ年間、度々のテストを通過し、最後に国家試験を通してEnrolled Nurseが誕生する。

一方、高校卒業後3ケ年間修学し、Staff Nurseになるコースもあり、ナイロビのKenyatta National Hospitalのみで養成している。

Kenyatta National Hospitalについて

最初の一ヶ月間、この病院でオリエンテーションを受けた。

（※ナクールで、我々日本からの医療チームの家屋が準備されていなかったためにナイロビで1ヶ月間も、ホテル住いをする事になった。）総ベッド数1,000台以上のケニア第一の病院で医療設備、又、医師、看護婦も、他の州立病院と比較すると多く、ここ一点に集ったように、その不足はあまり見られない。

2週間外科病棟、1週間小児科・内科病棟、1週間手術室・産科病棟を見学し、ここでNursing Sisterの業務内容の指導を受ける。

Provincial General Hospital Nakuruについて

ナクールは海拔6,000フィートの高地で、人口3～4万人、湖のフラミンゴで有名である。ここのProvincial General Hospitalは、ベッド数（乳、小児用のコットも合わせて）300台の総合病院で、完全看護、完全給食、完全寝具が取られている。院長は当初1ケ年は黒人ドクター（Dr.

Tuku で現在中央厚生省で、指導的役割をしている。) 次いで、インド人ドクター。事務長は2 交代りどちらも黒人、総婦長、副総婦長が幹部を占める。Doctor, Nursing Sister も度々交代があり、Sister の数は、最初4 人であったのが、現在10 人位となり、年々増加している。又、前にも述べた様に、看護学校があり、(白人の教師、2 回の交代があり現在英国人男子が教べんをとっている。) 約40 人の生徒を養成している。全寮制で、学期毎のテストもきびしく、又、実習評価、個人素行の点からも、どしどし退学させられたり、落伍する者も多く、3 年になるとその数を減じる。結果的にはそれで、良い看護婦が生れる事になるが。

外来は、一日約500～800 人の患者を受けつけ、入院件数は、月平均600～700 人(一日約20 人程度) で外来、入院ともに66 年、67 年、68 年と、増加の傾向にある。これは一般人の疾病又、病院治療に対する知識が普及したわけで喜ばしい。くわしく入院の状況を調べると、過去3 ケ年の当病院の統計では、1966 年、入院月平均560 人(死亡率12%)、1967 年、入院月平均630 人(死亡率11.4%)、1968 年、入院月平均720 人(死亡率10.1%) のようになり、年々増加によって、ベッド数不足(常時満床) が深刻になりつつある。このために如何に患者の流通を早めるかに重点が置かれ、十分に回復しないまま退院させなければならないのは問題だ。一方、死亡率では、殆んど差は見られないが、極くわずかに減少の傾向がある。

病院のシステムはイギリスの独立前そのまゝの制度で、看護部は一つの部門として、完全に独立している。

完全看護、完全給食、完全寝具が実施され、入院治療等の諸費用は無料で、医療サービスを受けられる。(入院時に15 シル = 750 円) を支払うのみ。しかし、未だ医療の水準は低く、一般黒人でも、上層階級になると、より設備のよい有料病院へ行く事が多い。

業務内容は、Nursing Sister としては、各病棟の管理をする。当初は、Sister の不足により、2～3 の病棟を受け持ち、そのために十分に目がとどかない事もしばしばであったが、現在では10 人あまりとなり、又、2 人の Night Sister の制度もとられるようになった。

1. 病棟での業務について

- a) 病棟の管理（入・退院の手続き、物品の点検・請求、薬品の点検・請求及び麻薬の管理、回診の介助、看護、治療、処置、検査の徹底、勤務表の作成、看護日誌の点検及び日・月報の作成）
- b) 看護婦及び生徒の臨床指導と評価表の作成、提出。
- c) 患者の健康指導

2. 病院全体として

- a) Laundry のチェック（全病棟からの汚染されたリネン類のチェック及び分配、保管）
- b) 昼食の分配（主に特別食を中心とし、全病棟への分配）
- c) Sister's Office の麻薬又抗生物質の保管・管理。
- d) Evening Duty （17時より19時30分迄、全病棟の責任的役割りとなる。各病棟の巡視、看護、処置等の点検、指示、医師への連絡、急救患者の受けつけ、及び Evening Report = 主に重症患者及び入院患者の記録の作成。
- e) 土曜日午後、夕と日曜日勤務。
- f) 夜勤（19時30分より翌朝7時30分迄の12時間、原則として一週間連続勤務、その次の一週間は休みで、交互に2人の夜勤専用の Sister で6ヶ月間受け持たれる。この夜勤制は1967年5月から実施され、私の場合、しないまゝ任期を終了した。

3. 実際の業務内容について

- a) 前半、外科病棟（Ward 4+5） 1966年4月～1966年8月
外科、男子・女子及び婦人科ベッドを少々持つ。

入院患者は一般外科よりも、骨折（整形外科的）、淋疾性尿道障害（泌尿器科的）、火傷（皮膚科的）が目立って多く、一般外科は、ヨード不足による甲状腺腫が最も多く、その他腸閉塞、稀れに胃潰瘍、腫瘍、虫垂炎、又、動物や、交通事故、部族、家族間の争いによる外傷及び奇形が見られる。

まだ慣れない頃で、病院の汚なさ、ベッドの貧弱さ、個人の看護日誌の不在、看護、医療の不徹底、それに、正常及び異常な独特の体臭と、食欲

も減じがらであった。完全に病棟のシステムを把握できないまゝ、又、スタッフ、患者の名前の憶えにくさの中で、まず、物品及び薬品を点検し、その今までのズサンさに驚く。例えば、ピンセット、注射器にしても1964年に支給してあるきりで、その後紛失したまゝ現在に至っている。事務と交渉したが、これは、全病棟に通じるらしく、又、機械・器具の不足で、これらの不足分を補充できなかった。体の清潔、体位交換、食餌、排便、尿介助等、患者の看護は、比較的良くなされるようになった。しかし、治療、処置、検査については、消毒、無菌操作の不徹底がまず目につく。これらを徹底させるには、ずいぶんの時間と指導を要した。

b) 中期、特別病棟 (Amenity Ward) 1966年9月～1967年4月

有料病棟 (入院料一日1,500円、殆んどが個室) で主に政府の高級役人、インド人、白人 (稀れ) を対象とする。ここでは、一般病棟よりも設備が良く、内科、外科、産婦人科全方面の患者が入院し、管理も徹底されている。各医長の度々の回診あり、実際の患者の治療に当るのも、Assistant doctorではなく、正規のDoctorである。業務内容は他病棟と変りないが、その多様性、煩雑さに特色がある。知識層を対象とするため、殆んど英語が通用する。又、患者の自意識が強く、我儘が多い事、食餌の多様性 (黒人・インド人・白人・それぞれ異なる) が上げられる。疾病別に見ると、内科系では、呼吸器系、消化器系の炎症が最も多く、又、胃炎、糖尿病、高血圧、肝障害、神経性のノイローゼ、ヒステリー、小児の麻疹、百日咳の伝染性疾患、マラリア等。外科系では外傷 (自動車事故が極めて多い。) 胃潰瘍、虫垂炎、腸閉塞等。産婦人科では、単なる分娩、又、帝王切開、避妊術等が上げられる。

c) 後期・乳児病棟 (Ward I) 及び特別外来

1967年5月～1968年9月

哺乳のため母親を同時に入院させる。急救病棟の色彩が濃く、外来のクリニックを通してよりも、昼・夜間の急救入院が多い。乳児は容態の経過が早く、一刻をあらそう、このために、常時急救処置の設備及び薬品は、用意されていなければならない。疾病別では、胃腸炎、気管支炎、肺炎が最も多く、次いで、栄養失調、マラリア、髄膜炎、貧血、未熟児、新生児

テタヌス等、過去3ケ年を調べると、1966年月平均70~80人、1967年月平均90~100人、1968年月平均110~150人で、年々増加している。反面死亡率を見ると、1966年25%~30%であったものが、1968年になると、15%~20%に減じている。死亡率の高さでは、新生児テタヌスが第一で、90%、次いで、心疾患60%、マラリア44%、乳児結核42%、髄膜炎39%となっている。

一方、病棟を受け持つ他に、午前中、政府高級役人の専門外来で、Doctorの介助、治療、処置を担当した。

◇自己評価及び反省◇

一後進国での、それもアフリカという生活様式、慣習も全く異り、又、感覚的には理解しがたい所で、二年半勤務して、自分の持つてゐるものを十二分に発揮できたかどうか、自信がない。日本的な、医療思想教育をふき込んでも、まだまだ彼等には理解されず、反撥の目でみられがらである。当初は、この点で、抗抗があつたが、第一陣としては、彼等の中にはいり（日本的な考えを捨て）まず「友達」にならなければならない。又、このようにして、生活していると自分が支えるよりも、いっそう支えられた面が多いようだ。他の世界を知り得た事のみでも、私個人の人間形成上、ずいぶんのプラスとなった。反面、看護の面では、日本の水準にともすると遅れがらである。

医師、看護婦、検査及びレントゲン技師、それに、医療機械、薬品の不足は、我々日本人の感覚からすると絶望的で、今後とも、援助を続けなければと、切実に感じる。

はじめに

私が、医師2名（内科・外科）と看護婦2名から成る医療協力派遣団の1メンバーとして日本を出発しケニアへ向ったのは昭和41年3月12日であった。

この医療協力派遣は我が国の中近東アフリカ計画事業にもとづく医療協力の一環としてスタートしたものである。

私はおよそ2年9ヶ月間 東アフリカ、ケニア国に滞在し後任の堀、川良の両姉に10日間の事務引継ぎをしたのち（昭和43年12月3日をもって任期終了し）ヨーロッパ経由にて、44年1月3日に帰国した。

ケニアの医療制度や医療看護の状況等も併せて、ナクル病院に於ける2年9ヶ月間の勤務報告の要約を病院の実状と私見を混じえながらまとめてみたい。

1. ナイロビ国立病院にてオリエンテーション4週間

Nursing Sister（日本式に言えば婦長）としての待遇で迎えられた私は、ケニア厚生大臣及び厚生省の看護課長等と、挨拶をかわした後、到着翌日より先ずケニアの医療事情、病院のシステム、その他を一通りのみこむ為に、ケニア唯一の国立病院である、Kenyatta National Hospitalに留りオリエンテーションを受ける事になった。

ケニヤッタ国立病院は、BED数約1,300台、WARD（病棟）も26棟余りあって、一般外来、専門外来、産科外来等含めると30以上の科に分れていて、スタッフの数も、質も大体揃っていて、かなり高度の看護がなされていた。

私は就任先のナクル病院では、小児科病棟へ配置される予定になっており、主として、乳児病棟、小児病棟でオリエンテーションを受け、他の数日間を内科系の男子病棟、女子病棟へ、又、余った1週間を外科、産科、婦人科の各病棟へ廻った。

病院のシステムは1963年のケニア国独立前、もと、イギリスの植民地時代より引継がれたまゝの英国流の体制がとられており、看護部門に於いても上層の管理者、教育指導者等は、1966年の当時（約50人のうち）大半は英国人により占められていた。（1968年はその70%はアフリカ人が占めるようになった。）

Nursing Sister 及びその配下の Staff 達の勤務は3交代制がとられ、看護職の各階級は想像以上にはっきり区別されていて、封建的であり、業務内容も異り、それぞれの立場より看護がなされていた。

病院長はアフリカ人であるが Matron 即ち総婦長は当時は（現在も）英国人で ナイチンゲールの精神に徹した威厳のある年輩の Miss であった。

病棟に於いては全くイギリス式の看護がなされ、度量衡もポンド、インチ、オンス等が用いられ熱型も摂氏法でなく華氏法が使われていた。病棟は、いわゆる大部屋形式で、部屋の中央に粗末な机椅子が置いてあり、全患者の一般状態も常時観察出来る様になっている。勿論、処置室、リネン室、1～2個の個室のある病棟もあるが、日本式のナース・ステーションは特別設けられていない。患者のカルテも熱型表も患者の Bed 上の壁に吊してある。日本では到底考えられない事であるが、患者の大半は文盲であるし、かりに読める（英語）者がいたとしても1度注意を与えれば決して自分のカルテを読む者はいない。

入院はテドミツションセンターへ外来より廻わされ、全入院患者は此処で病院のリネンと全部着換えシャワーが出来る者はすませて、各病棟へ入院してくる。寝具もすべて病院の物を使用する。

入院患者は普通皆黒人である。支払いは大人では入院時15シル（750円）を納めれば治療する迄一さいの治療が施され、15才以下の子供の入院治療費は無料である。

病院食は日本の様に特殊治療食、栄養カロリーや成分を計算して献立表を作って指示してくれる栄養士もなくて専門知識も無いコック達によって大体のものが作られている。患者は種族により常食も全く異なるものが多く、米飯主食、豆類主食、イモ類主食等と種類もいくつか用意されるが一般に大変片寄った食物を摂る者が多い。

ケニアに於ける病院のシステム、看護の体制、Nursing sisterとしての業務内容を大よそ把握した（4週間の後）私ども一行は就任先ナクール市へ向った。

2. ナクール州立病院へ 就任昭和41年4月14日

此の病院は正式にはRift Valley Provincial General Hospital（リフトバレー州立病院と云う。

○ナクール市の一般事情

ナクール市は、ケニアの主都ナイロビ市より北西へ160kmの地点に在り、海拔2,000から2,500の高地で緯度は赤道直下に位置するが、乾期と雨期の2シーズンを通して18℃より20℃前後の適温で快適な気候条件であった。Rift Valley州の人口は約140万程度の人口と云われ、ナクール市は約4～5万人と推定されているが、ナクール市は、丁度、種族の交流地とされ、交通の中心地としても利用されているので、正確な数は定かではない。

○病院（NAKURU）

病院は市の東南に在り21のDistrict Hospitalと、44のHealth Centerをかゝえ、大リフトバレー州を総括する州立病院でもある。

院長はナクール病院の院長であり、又、Provincial Medical Officerでもあり、これら地方の病院とヘルスセンターを管轄している。

Matron（総婦長）も同様、Provincial Matron,として21の地方病院の看護関係の長としての権限も持っている。

各District Hospitalからは地方で検査治療の施せない重症患者、特殊な疾患、特殊検査及び手術の必要性のある患者、大手術の適応患者、等々沢山紹介されて来る。検査の結果、治療方針がはっきり決った患者や、治療の結果快復に向った患者は再び地方の病院へ送り帰されるが、内科系患者の多くは死亡する現状でもある。

又、地方郡部に於ける交通事情は極めて悪く、多くの日時を費してナクール市まで診察に来る患者も増加の傾向にあるが、道路条件の悪い雨期のシーズンには病院への道をよぎなく断たれ受診も治療も出来ず死亡する例も少なく

ナクール病院		各病棟	(総ベッド数 (COT数)	244) 35)
WARD	1	乳児病棟	BED	12
"	2	小児病棟	BED	12
			COT	14
"	3	女子病棟	BED	24
		(内科系)		
"	4	女子病棟	BED	30
		(外科系)	COT	6
"	5	男子病棟	BED	36
		(外科系)		
"	6	男子病棟	BED	36
		(内科系)		
"	7	結核病棟	BED	30
		(男子・女子)	COT	4
"	8	精神科	BED	15
AMENITY			BED	15
			COT	3
ISOLATION			BED	10
			COT	8
MATERNITY			BED	
			COT	24

その他一般外来、外科、内科専門外来、手術場（中央材料室も含む）等入れて13科があり、看護関係の Staff 達は、1ヶ月置きの勤務交代で各科へ配置換えをされる。

○Nursing Sister の勤務時間

三交代制

日	勤	7:30	から	16:00
準	夜	7:30	から	12:00
	勤	17:30	から	19:30
深	夜	19:30	から	翌朝7:30

日勤の場合、各自の受持病棟にて管理を行なうが、準夜勤、深夜勤は各々1人のSisterによって全病棟が管理され、責任をとらなければならず全病棟の巡視、重症者、新入院患者、手術患者、特殊治療患者、その他入院退院等の数を記録にとり準夜勤は深夜勤へ深夜勤はMatron及び日勤の各Sister達へ夜間の患者の状態報告及び日誌提出を行なう様義務づけられている。

勤務場所

昭和41年4月14日から12月30日迄

1. 乳児病棟 (Ward 1) (満1才未満母親付)
2. 小児病棟 (Ward 2) (満1才から10才迄)
3. 伝染病棟 (Isolation)
4. 特殊外来患者の処置

Senior Servant (公務員) の為の外来診察で午前中毎日行われている。

着任当時はわずかにイギリス人のSisterが3人と、日本人2人、計5人で13科を分担し、私の場合3科兼任した上に特殊外来患者の処置迄行い、相当な負担であった。

昭和42年1月より乳児病棟、小児病棟、特殊外来の3つを兼任し、Staff Nurseが新しく卒業し着任して来たために、かけ持ち負担の伝染病棟を手離すことが出来、乳児、小児病棟へ集中指導管理することが出来る様になった。

昭和42年3月より小児病棟 (Ward 2)

新しく卒業したNursing Sisterの着任でMatronの方針で各Wardに1人のSisterが配属され各々集中看護管理指導することになった。

Nursing Sisterの業務内容

- 病棟一切の管理

患者 配属スタッフ（学生も含む）、薬品

物品 備品、医療器具

- 医師の診察、検査、処置の介助
- 学生指導
- Laundry勤務（洗濯場）
- Kitchen 勤務（調理場）
- Sister Office の物品、麻薬、抗生物質、消耗品一切の管理

◎ 学生指導について

看護学生は年に2回、K.P.E. 即ち「Kenya Preliminary Examination」（7年制普通小学校教育）卒業資格試験の合格獲得者のみ、しかもその希望者の中から選ばれた者が入学許可される。新入生はその当日から病棟実習が始まる。最初2ケ年間は、予備期間でこの時期にNurse としての適性、不適性が教師（Sister tutor）によって試され無事通過したもののみが幟帽式にのぞみ正式のTraing Nurse となる。此様にして3年6ヶ月間の教育コースをたどる訳であるが、彼等が受ける講義は週3時間のみで唯1人の学校教師によって3学年全部約60名の講義時間が受持たれ、教室に於ける看護の基礎教育の指導もいき届かない現状である。その為、臨床は彼等の重要な教育場で看護の実際の知識吸収の場所である。1週間の約44時間を病棟で実習し看護の實際を学び経験を積み重ねて行く。その実際の指導者であるNursin Sisterは決していゝ加減な理論ものべられないし、実技の指導もケアの方針に沿ったものでなければならない。

Trainingコースは、入学希望者にとって大変狭き門で入学後も諸々の悪条件のもとに医学基礎、看護の基礎及び実技を身につけねばならず心身共に疲労度が大で3年6ヶ月後の卒業時は学生の数は入学時の $\frac{1}{3}$ ないし $\frac{1}{5}$ の数に減り、他は途中で落伍していく現状である。学生は卒業と時期を同じくして国家試験に臨み、合格するとEnrolled Nurse（登録看護婦）となる。

○ Laundry 勤務

洗濯場勤務は1週間に1～2回当番に当り、各自受持病棟を留守にして午後から洗濯場へ出かける。1～2人のSisterで洗濯されたりネン類の数の点検に当り、紛失の有無を確める。又此処へは全病棟から汚染されたりネン

類が雑役夫によって運搬されてくる。これら汚物リネンは5～6人の洗濯夫達によって手で洗われた後、大型の釜で煮沸消毒される。全く原始的な方法でしかも雨天干場も乾燥器も無く、病院内庭の草の上に干すと云う天気まかせの状態が毎日くり返されている。雨期で毎日雨に見舞われる時期は何日も乾燥出来ず病棟への毎日の配達も遅延する。天気が続き洗濯物が乾燥する日は全病棟から運ばれて来たリネン類の数だけ、洗濯されたリネンを全病棟へ持帰らせる。

Laundry の改良も病院に於ける大きな問題点の1つであるが、いまだ何らの対策もなてられていない現状である。

汚物リネンの煮沸消毒が完全でなく、疥癬、天然痘等の院内感汚が時々みられる。

勤務の状況

昭和41年の着任当時は、我々日本人も入れて5人のNursing Sisterが2～3の病棟を兼任して受持ち、私の場合3つの病棟（小児、乳児、伝染病棟）を兼ね、毎日毎日患者の一般状態を観察してまわり、スタッフに種々の指示を与え、注意して歩くのみで精一杯の日が続き患者達の顔も覚えられない、多忙な日々であった。看護の規則や体制も毎年、改正され、42年の3月に入って新卒のStaff Nurse 2名が新しく配属され、彼等もSisterの代役をする事が出来る様になり各Sisterはそれぞれ1つの病棟を受持つて内容の充実をはかる様になった。引続き私は小児病棟を受持った。その後更にSisterの数も増え、42年5月より深夜勤制が実施された（深夜勤務は国立病院のみで州立病院では補助医者がその代役をつとめていた）深夜勤務は最初希望者があって6ヶ月置きに交代していたため我々はチャンスが廻って来ないまま任期終了となった。現在は白人、日本人、インド人、アフリカ人、ドイツ人あわせて9人のNursing Sisterと2人の（インド人、アフリカ人）Staff Nurse計11人で交代に準夜勤、深夜勤、日曜当直、Laundry 勤務等も行っている。

ケアでは病院で使う血液入手のルートがはっきり確立されておらず、血液銀行の活動も徹底していないため、最近ますます患者に使う輸血の不足状

態が続き、外科病棟及び手術場では処置及び手術に支障を来し、内科の貧血患者、産科の出血多量の患者の死亡にも影響を及ぼしている為病院自らが献血運動に乗り出さざるを得なくなり、必然とその役目が各病棟の責任者である Sister にまわって来た。私の病棟でも貧血患児がかなり多く、月に3回多い時は毎週院外へ出て、各種の団体（高等学校、警察学校）へ呼びかけ、血液を採取して廻った。又、病院の外来でも常時献血者も受付けてはいるが献血に対する認識者が少なくなかなか協力者を得る事が困難である。外来に来る献血者には1パイント（540cc）献血に対してビール1本又はジュース（250cc）1本の謝礼が国費から出されるが、献血者の大半は週末にビール欲しさに訪れる男子の若者達である。

○ Nursing Sister 同士の相互関係

現在（1968年12月）Sisterのメンバーはイギリス人3人、インド人1人、ドイツ人1人、アフリカ人2人、日本人2人、計9人の国際色豊かなメンバーで、これにSisterの代役をしているStaff Nurse黒人1人、インド人1人の2人が加えられ、11人が実働数である。それぞれ風俗、習慣、その背景の全く異なるものの集りであるが、基礎一般教育及び専門教育と知識の程度は大差無く、勤務上に於いては、お互いに協力し合い、相互間のまじわりはスムーズである。日本で勤務する場合と大いに異り、ヨーロッパ的でYes, No, がはっきりしていて、すべてに於いて合理的な雰囲気を持っている。

○ Sister と Doctor の関係

Doctor と Nursing Sister とはお互いによき協力者である両者間の上下関係を思わせるものは通常みあたらない。これもイギリスの植民地時代の名残りであろう。Nursing Sister にはそれだけの内容を持つ事を要求される。Doctor は常に病棟内には不在であり、患者の管理は明らかに Sister の責任であって、Doctor を呼ぶ時期の的確な判断が要求される（特に夜間はそれが必要で、当直医は自宅で待期し Sister の呼び出しを待つ状態に在り呼び出しを受けた時は車で病院へかけつけて来る体制がとられている）患者との接触は Doctor より密接で常に全患者の一般状態の把握が必要である。

○ 病棟に於ける毎日の看護

ケニアの看護は大部分、政府立の州立病院では看護学生、他の一級下の地方病院では現地の無資格な看護助手によって支えられていて現在約60~70%の直接看護が無資格者によって行われていると推定されている。好むと好まざるとに係わらず、これらの人達を利用しなければならぬ以上、医学的知識の浅い無資格者及び未熟な看護学生に出来得るかぎり必要な訓練を与え少なくとも患者に危険が無きように、より安全な看護がなされる様監督し臨床指導することがNursing Sister に要求されに重要な任務である。

○ 小児病棟に勤務して

将来に於いて小児病棟には小児科専門資格のSisterを置く様、教育計画が立てられていて、現在、それを実行する為の段階中であるが、2年9ヶ月を通して私は、小児病棟を受任された。

ケニアに於ける小児の死亡率は、入院時の16~17%と云われ新生児の約 $\frac{1}{3}$ は、青年期に達する以前に死亡している。5才迄の乳幼児の死亡数は、ケニアの全死亡者の60~70%に達すると云われ、小児の病気は、ケニア国にとって最も大きい問題点の一つとされ、重要視されている。通常一般外来は24時間開放で、病室の空床の有無に関係無く、又昼夜を問わず、連夜小児病棟へは重症患者が入院して来る。外科病棟と並んで最も入院、退院のはげしい病室である。

患者(児)は満1才から満10才迄の小児とされ、政府立病院の規則により、付添は一さい認められない事になっている。年令的に最も看護の手を要する患児達をベッドが足りず、1つのベッドに上下から2~3人収容する状態が続く事もざらでベッド数より入院患者の数が多い日が常である。軽快退院の患者の大半は後、数日は、ベッドで看護の必要があると思われる患児達である。

看護、世話はすべてStaff達(登録看護婦2人、学生6人、看護助手2人)によってなされる。一般にStaff(アフリカ人)達は動作が鈍く、責任感が薄い(日本人に比し)。小児病棟では一般に患児の症状が急変しやすい為、特に患児の観察、洞察力及び機敏な動作が要求され、学生及び看護助手への臨床指導はそれらを重点的に行之、救急処置の要領、その必要性を理解させる様につとめた。

小児病棟は、他の一般病棟と同様、一般看護、検査、処置の他にオムツ交換、ミルクの調乳、食餌の介助等、患児一人一人に対する特殊な看護の仕事が加わり、大変煩雑な病棟である。深夜勤は学生2名のみが置かれ、Sisterの監督のもとに働いているが30～35名の患児の世話をしなければならない現状である。

Ward 2 の入院患児の死亡率は1966年は19%、1967年は17%、1968年には16%と入院数の増加に比し、減少の傾向をたどっている。死亡率の高い疾患としては、肺炎及び気管支炎、胃腸疾患、栄養失調症（Kwashi orkor）結核、マラリア、貧血等の順となっている。

一般に患児の親達は育児に無頓着で小児の病気に対しても無知な親が多い。栄養障害の低蛋白症児には病院食そのものが治療法となり快復する患児もある。退院時も必ずオリエンテーションを行い、母親又は父親に育児のアドバイスを行っているが、特に栄養障害児には再入院のケースが目立っている。これは経済的事情も関係していて大変難かしい問題である。なかには全治しているのになかなか引取りに来ない両親もいる。

患児の快復力は一般に非常に早く、野性的である。入院患者の中で患児の死亡率が高い原因は、手遅れ状態で入院して来る患児の例が多いためである。ひどいになると外来診療室から小児の病棟へ運ばれて来る路上で死亡する患児もある。現在保健婦によって、部落又は家庭訪問が試みられ成人及び子供の健康指導や食生活改善のアドバイスがなされているが、僻地への普及の程度はまだまだ低い状態である。

病院に於いても大気安静栄養薬物療法が旧態依然として続けられている。小児病棟専用の看護用具、必要物品も皆無に等しい。例えば、野生の食用植物を誤食したり、きのこの食中毒で急患としてよくかつぎこまれて来る。その場合小児用の胃洗浄のゴムカテーテルが無く大変困った。一度に28名の学童がきのこ食中毒で入院して来た時の混雑ぶりは相当なもので、臨機応変の処置で食塩水の大量飲用で（胃洗浄の代り嘔吐をさせ）急場をしのいだ時があった。

毎日患者達とともに過して、切実に感じた事は一日も早く、近代的医療設置の対策がたてられ、努力されるべきである。と云うことである。

入院患者の疾患について

ナクール周辺は海拔が高く高原地帯なので疾患も熱帯性のものは、他の地方と比べて少ない。

- 内科系 気管支炎、肺炎、結核、胃腸炎、肝及び腎臓疾患、心疾患（先天的も含む）、マラリア、貧血、腎炎、肝及び肺膿瘍、カラ・ア・ザール、赤痢、破傷風
- 外科系 骨髓炎、外傷、骨折、交通事故（高速道路で）、脊椎カリエス、甲状腺腫、時に悪性腫瘍
- 小児科系 栄養失調症、肺炎、気管支炎、結核、赤痢及び胃腸炎、蛔虫症、貧血、ポリオ、流行性脳脊髓膜炎、腎炎、麻疹、百日咳
- 産科系 狭骨盤妊娠、未熟児、流産

外来患者及び入院患者の頻度の高い疾患である。その他日本でもみられる疾患も一通りケニア国でもみる事が出来る。

ナクール病院の臨床検査室

中央検査方式である。

- 検便、検尿、一般及び結核菌目的検痰
- 血液検査
- 細菌学的検査
- 病理学的検査（1968年10月、アメリカ人の病理学者が来る迄、ケニヤッタ国立病院へ送っていた）

手術場及び材料室

中央方式で独立している。

解剖室

助手が1人いて、各自の医師が出向いて行う。

放射線センター

中央方式で各科より紹介して、レントゲン技士が撮影し、特殊撮影は各自の医師が出向いて行う。

ケアの医療事情

ケアの医療保健は、治療、予防、促進、社会の各医療保健事業からなり、これらの担当（事業の）は厚生省、地方自治体、篤志団体、民間等で、これら機関によって組織化され、実施されている。

私ども医療協力者は、医療事業に属する治療、医療即ち厚生省が運営する政府立病院に勤務すると云う協力の型をとった訳であるが、この政府立病院は、一般病院と特別病院の2種に大別される。

病院のタイプとベッド 1967年

タイプ	病院数	ベッド数
国立	1	
州立	6	正確な数は
区及農村立	48	統計に出さ
特別	5	れていない
その他	9	
合計	65	12,500

「その他」には刑務所と陸軍病院が含まれる。

特別病院

タイプ	ベッド数
精神病院	1,182
胸部病院	231
癩病院	32
伝染病病院	284
合計	1,729

ケニアの Population 1967年

1. Estimated Pop	1 千万人
" Children 15才以下	5 万人
" " 5 " "	2.5 万人
2. Births	5 %
3. Deaths	2 %
4. Pop Increase	3 %
5. Pop % Living in Rural Areas	94 %

政府立病院の病床とケニアの人口比率は、約1,000人に1台で、医師と人口比率は、都会では3,000人に1人、北西州では1万3千人に1人の比率である。現在の医療教育現状から割出してみると、医師の不足は当分解決される可能性はうすい。

1966年の政府スタッフの概数

医		師	2 3 0
看	護	婦	3 5 7
助	産	婦	不 明
衛 生 監 視 員			1 2 0

非政府（民間、篤志団体、その他）スタッフの統計は不明である。その他の教育された医療、保健着任スタッフの人口比率は実数不明である。唯教育された人員が絶対的に不足しており、その分布も不均等であることは確かである。

○ ケニアの一般医療関係者の教育

ケニアの医療教育コースは独立後毎年の様に手直しが加えられており、まだはっきりした形式のものは決定されていない。1969年にはナイロビ大学に医学コース、看護大学コースが設置される予定であった。

一般教育は、日本式に云えば小学校7年、中学校4年、高校2年のシステムになっているが、義務教育として徹底されてはいない。そこで都心地と僻地

に住む子供の差、貧富からくる環境の差等々で教育の開発発展は困難を極めている。

[A] Doctor コース

Primary School	(小 学) 7 年
↓	
Secondary School	(中 学) 4 年
↓	
Senior Secondary School	(高 校) 2 年
↓	
Medical Faculty of School	(医 学) 5 年
↓	
Internship	1 年
↓	
Doctor	

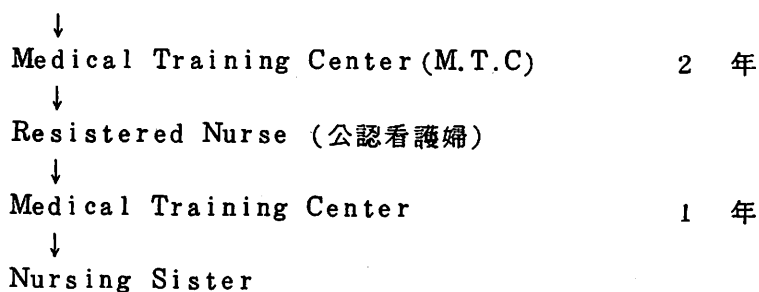
[B] Nursing Sister (婦長) コース

Primary School	7 年
↓	
Secondary School	4 年
↓	
Medical Training School	3,6 年
↓	
Registered Nurse	
↓	
Medical Training Center	1 年
↓	
Nursing Sister	

このコースはいわゆる高級レベルで日本式に云うと高等看護婦である。現在数的には非常に少数である。

補助レベルコース

Primary School	7 年
↓	
Medical Training Center	3,6 年
↓	
Enrolled Nurse (登録看護婦)	



この補助レベルコースは準看護婦（夫）から Nursing Sister へ進むことが出来るコースであるが、実際には非常にまれである。又、従来は Enrolled Nurse に看護婦と看護夫があつたが 1967 年より男性を採用しなくなった。すでに資格を持っている男性の Enrolled Nurse には補助コースを研修する事により、Medical Assistant への昇進コースがひらけているが、せまき門である。医師と同様に従来、Nursing Sister（婦長）は、英国留学が条件となっていたが 1966 年からは規則が改正されてケニア国内の教育機関でも、教育を受けると、婦長の資格がとれる様になった。

○ Nurse の昇進するための研修学校として公認された病院には次の各病院があり、それぞれの教育を行っている。

① Kenya Registered Nurse (ケニア公認看護婦)

- Nairobi Agakahn 病院
- Nairobi 病院
- Kenyatta 国立病院

② Kenya Registered Midwives (公認助産婦)

- Kenyatta 国立病院

③ Enrolled Nurse (登録看護婦)

- Kenyatta 国立病院
- 政府立病院 - Fort Hall
- Kakamega ○ Kisii
- Kisumu ○ Machakos
- Nakuru ○ Nyeri
- ミッション立病院 13 病院

- 個人病院 Kericho 病院
- ④ Enrolled Psychiatric Nurse (登録精神病看護婦)
 - ナイロビ国立病院
- ⑤ Enrolled Midwives (登録助産婦)
 - 政 府 立
 - Fort-Hall 病院
 - Kisumu 病院
 - 地方行政府産院
 - Ladygriggmombasa
 - Pumwani Nairobi
- ⑥ 登録保健婦訪問指導者
 - Embu
 - Kisumu 政府立病院

ケニアの看護関係のユニフォームは、一目見て解る様に各階級別に、各々色により地位が区別されている。Matron (青)長袖、Sister (白)、Staff Nurse (青の半袖のユニフォームに白のエプロン)、Enrolled Nurse は (女性はピンクの半袖のユニフォームに白のエプロンに緑の腰ベルト、又は男性の場合、白のユニフォームに緑のベルトを肩につけている)、看護学生は (ピンクの半袖ユニフォームに白のエプロン)。

有給者は自弁でユニフォーム作成、学生のみ政府から支給される。(年に1回)

公衆衛生に関する事情

公衆衛生に関する諸々の問題としては、一般大衆の無知、貧困、指導的人材の不足、経済困難、人口増加(年に3%)、等々多くの問題を抱えている。交通の不便さも重なって、衛生思想の普及はなかなか困難を極めている現状である。

死亡率の高い一般的疾患 (1964年)

- ①肺炎 ②胃腸病 ③結核 ④破傷風 ⑤低蛋白と低カロリー (蛋白、カロ

リー不足) (Kwashiorkor) ⑥マラリア ⑦貧血

外来患者の一般的疾患

- マラリア ○原因不明熱病 ○骨と関節の疾病 ○胃腸病 ○皮膚疾患
- 眼疾患 ○胸部疾患 ○歯の病気 ○栄養失調症 (Kwashiorkor)

一般的な伝染性又は感染性疾患

- マラリア
- 胃腸病 (Salmonellosis) (Shirosis) (Amoebiasis)
- 結核 ○カラ・ア・ザール ○ビニハズリア病 ○トリパノゾーマ病 ○蛔虫
- 破傷風 ○天然痘 ○脊髓灰白質炎 ○セレブロスビナル熱 ○癩病
- 流行性熱病 ○小児麻痺 ○赤痢及腸炎

法定伝染病

- 天然痘 ○黄熱病 ○ペスト ○コレラ ○チフス ○再帰熱

届出伝染病 感染性疾患

- 急性脊髓灰白質炎 ○眠り病 ○腸チフス ○バラチフス ○結核
- ジフテリア ○百日咳 ○狂犬病 ○ビルハルジア病 ○インド痘
- 産褥熱 ○脳脊髓炎 ○炭熱 ○癩病 ○破傷風

ケニアの寄生虫性疾患

- マラリア ○アフリカ睡眠病 ○カラ・ア・ザール ○住血吸虫症
- フィラリア ○無鉤条虫 ○旋毛虫症

ケニアの細菌及ウイルス性疾患 (重要な)

- 結核 ○梅毒及び淋病 ○癩 ○脾脱疽 ○流行性脳脊髓膜炎 ○腸炎
- 回帰熱 ○フランベジア ○発疹チフス ○天然痘 ○小児麻痺 ○麻疹

これら一般的、伝染性、感染性疾患の予防衛生対策に関しては、保健開発計画の主要な項目の1つにとりあげられ全国的に強化される予定である (マラリア防止、結核対策、癩病対策、衛生と栄養教育、飲料水供給対策 (改善)、排物の衛生的な処理方法等)

医療協力に関する今後の問題点 (看護面)

ケニアの看護関係の諸々の改正も、毎年の様に手を加えられ、又、新しい指導者の誕生で看護婦不足の問題も年々わずかながら解決されている。しかし絶対的不足が充されるのは、まだまだ先の事となろう。又、指導的人材の

不足も当分解決され得ない事だろう。諸先進国からの協力援助者の要請も当分続けられる予定であると聞く。

看護部門で臨床指導するに当たっての私どもの問題点として、日本の医療器具を使用して日本人だけの医療施設の中で、全て日本式の指導で行うと云うのではなくて、もうすでに完成され、曲りなりにも軌道に乗って活動がなされているイギリス式のシステムの枠の中に自分をはめこんで、ケニアの看護規準に従いケニア方法で指導に臨み、病棟管理をしなければならなかった事、指導に必要な看護用具、必要物品器具等、殆んど不足していて満足なものは何一つ無い条件のもとに勤務して臨床指導の効果の障害となった事、医学看護の基礎教本の不足等々があげられる。

日本から送られ寄贈された未熟児室の保育器（1個）はナクル病院に於ける看護用具の唯一の近代的なもので利用度も最高である。他の政府病院に1～2個あるがナクルの保育器がケニアに於ける最新型の機械である。ケニアの看護界が直面している問題としては看護法規教程の改訂、養成制度の改善、看護婦専門教育の拡充、ナイロビ大学の設置、学生の実習待遇改善、看護学校の増設、看護婦の労働時間の改善、等々があげられるが、今後、日本が医療協力にのぞむならば、これら多くの医療事情をのみこみ、これらが持つ多くの諸問題を念頭に入れ、長期的に一貫性のある方法で援助にのぞむ事が理想的ではないだろうか。又、人的援助と平行して物的援助も勿論必要であるが、或る程度、その国の文化水準にふさわしい物的援助をなすのも一方法であると思う。若し最高の医療設備や機械を援助する場合、それをマスターするだけの基礎教育を受けた実力者が現在少い事。若し、機械が故障した場合、それを取扱える機械専門家がいないうちも、考慮しなければならない、専門指導者が引上げた後は、その後継者が出来ない事も大いに考えられる。

おわりに

長い様で短かった2年と9ヶ月間を振り返って見て、はたして、私自身専門家として充分務めを果たして来たかどうか、尺度的には表現出来ないが、今思えば、やろうと思っていた事をやり残して来た点も、自分では良しと思って彼等に指導したことが結果的には期待出来なかつたりした点も（今思え

ば)、沢山ある様な気がする。

Nursing Sister は、ケアに於ける社会的地位が高く、その点仕事やりやすかった事は幸いであつた。

一般に日本人の専門家は技術に於いては、他の先進国専門家に勝るとも劣らないだけの実力を充分そなえていることは確かである。しかし技術協力に於いては物的協力と異り、言葉は不得手だが、実力では他に負けなと言つてはすまされない問題がある。身振りで示し手をとって実技指導する丈ならまだしも、医療協力の場合、勿論看護の部門に於いても、その専門的指導には理論を必要とし、言葉の媒介なくしては、それは行えない。

私の場合、指導用語は英語であつた。国語と自由にこなす英国人や、他の英語を自国語とする外国協力専門家に混つての勤務だったので最初の数ヶ月間は、慣れる為に相当の努力を要した。それがかえって日常生活に於けるバイタリティになった事は、あらゆる意味で有意義であつた。

長い間植民地として支配され続けて来た、現地人の白人に対する畏敬の念とそのコンプレックスは、いまだ頑固に彼等の心底に残っていることは、自他共に認めていて、我々日本人に対しては、白人と比し親近感が大である。配下の Staff も大変良く従い、我々の病院に於ける臨床指導に於いても、いつの場合も、従順で協力的で、良きチームワークのもとに勤務する事が出来、指導効果を大いに助けた。医療協力は、他の技術専門例えば家屋の建築とかダム工事の建設等の様に技術者が引き上げた後もそれが破壊しない限り半永久的にその国の人々に役立ち感謝される種類の援助と多少性質を異にする。我々の場合、日本人 Nursing Sister として、その協力にのぞみ、2年9ヶ月間のさゝやかな足跡と、その存在を明らかにし、次期援助者への足がかりとなったことゝ確信したい。又、我々の医療協力が、この様に無事終わる事が出来たのは、OTCAの関係諸氏は勿論、ケア日本大使館医療担当山本氏の大なる陰の支援があり、私どもの日頃の活動をスムーズに手助け下さったからこそと、関係者の皆様に感謝の意を表し、今後、ますます、我が国の海外医療協力事業の発展を願つてやまない。

昭和44年8月、日本国よりケニア国に贈られた、X線TV装置は州立ナクール病院に設置され直らに実動に入った。同病院にはすでに日本人医師及び看護婦ら4名が医療協力のため勤務していた。私はこのX線装置の操作技術の指導及び保守のために9月25日、当該病院に派遣され、12月23日までの90日間、この業務に従事した。

当病院はケニア国保健省の管理の下に、リフトバレー州により運営されている、総合病院で病床数は約300床、外来患者数は1日当り約200人程の中程度のものである。この病院の放射線室はどの科にも属さず、従って放射線専門医は常駐していなかった。放射線技師は3名、暗室技師2名、その他2名の構成である。装置はオデルカ製100%間接撮影装置1台、日本政府から贈られた、日立TV透視組合せ一般撮影装置の1台、計2台をもって日常の診療を行っている。各装置は各一室に設置され別個に運用できるが、日立製X線装置の設置されている室は、広さが十分でなく操作にやゝ不便なところがある。又このためにより広い活用がさまたげられることがある。これは患者数の増加とともに正常な作業を困難なものにしている。

援助機器の状態はほぼ満足すべきものであるが、2,3の点について、ケニア側から苦情がのべられた。透視台の配置方により散乱X線の一般室への洩れについては検討の結果、許容量以下であることが判ったが、この扉について防護処置がなされることが要望された。

X線高圧トランスフォーマーの設置場所を変更することについてもケニア側から要望があったが、これも高圧ケーブルの延長が必要であり、このために受ける機器の悪影響をさけるため現在位置がやむを得ないものであることが了解された。

この他、ブッキータブルの長さ、タイマー等についても種々クレームがあったが、これらはすべて製造仕様の変更を要することであるのでこの際は取り上げないこととした。TV系については問題となる点はなかった。ただ、

イメージインテンシファイヤー (I・I) の動作が10月中旬よりやや不安定になり始めたので、この対策を検討したところウォーミングアップの不足と認め、これを度々行うことで順次解消できた。これについては、ケニア側職員にもよく説明し、今後も十分注意するようにした。その他、数々の小さい故障が起ったが、これらは直ちにケニア側職員とともに修復した。

技術指導については、日常の業務の間において指導することとし、実際に起った事例について説明することで指導して行つたが、日常の業務が極めて多忙であり、一般の診療作業が優先することと、ケニア国技師 (ラヂオグラファー) の業務内容が、これら機械内容にまで立入らないことの二点から、余り深く指導出来なかつたが、機器の操作面における操作法、ウェルディング、テスターの使用法について指導した。ブラウン管オッシログラム装置の到着が遅れたため、これによるTV波型の表示説明など行う機会がなかつた。なおこのブラウン管オッシロ装置には極めて詳しい英文説明書が付けられているので今後これにより使用したいとのケニア国技師の意向であつた。X線室に対する我国の援助は現状でも十分な効果を發揮していると考えられるが、更に資材と医師の援助を望む意向が強かつた。

資材については、大型のものでは多目的型のX線装置を一台、この際には建築物も一室の増築が併せて希望された。その他には、自動現像装置の導入によって、患者の待時間の短縮、X線写真の均一化、診療能率の向上をはかりたい旨希望していた。小型のものとしては、放射線測定器、カセット、リソルム氏ブレンデ (特に四切版、六切版) 等がある。

医師については放射線専門医によるインターン生への教育と、特殊脈管造影検査の実施をしたいとのことである。しかし現状では一般患者の診療に暇なく、一室一X線装置では特殊な検査は能率よく行えるものとは考えられないのでこの改善が望まれる。隣接して更に一室を建設しX線装置が増設されることが望ましい。

対ケニア国人についての人間関係では問題となる事例はなかつた。しかし彼らは被援助国の意識はうすく、富国である日本国が他国を援助するのは当然のような態度に会うことがしばしばあつた。この点、関係機関により一般的なPRを行うことも必要かと考える。

出張時間は少くとも6ヶ月以上を要するものと思われる。任期の初めの2ヶ月程はその地の事情、勤務の仕方等になれる時間として費された。

しかし、短期間でも、ケニア側職員はよく協力的に勤務し、我業務に支障になる事例はなかった。使用言語は英語を大半使用したが、患者については、スワヒリ語が必要となることが多いし、ケニア職員についてもスワヒリ語の方が円滑に勤務が運ぶようである。

ケニア国における現在の医療協力について私見をのべるならば、今の診療援助に加えて衛生知識教育に援助をすることがより根本的な方策であると考ええる。

以 上