

紀 行

インド国サンジャイガンジー医科学研究所との技術協力に 参加して思う

石垣 武男

「インドへ行かれたそうですが、暑かったでしょう。食事はカレーばかりですか？病気にはなりませんでしたが」。インドについてはアジアの大国であるが行かれたことのある人は少なく、こんなことをよく聞かれる。昨年11月に1ヵ月間であるが4回目の滞在をした。4回とも同じ場所しか行っていないし観光は嫌いなので広いインドの特定の場所での経験しかないがそれでも強烈な印象をその度に受ける。帰国する時にはこれでやっと日本へ帰れると思うのだが帰って2週間もするとまた行ってみたいかなと思えてくるから不思議な国である。今回の訪印は平成2年10月から名古屋大学医学部とインド国のサンジャイガンジー医科学研究所（SGPGI）との技術協力が始まったため第1陣として参加したものである。国際協力事業団（JICA）の医療協力プロジェクトとしてもこれまでにない大掛かりなものである。この発端は昭和60年11月にラジブガンジー首相が訪日した際に当時の中曽根首相に対して無償援助の要請をおこなったのに応じて33億円の医療機器の無償供与を約束したことから始まる。医療機器の供与に際して名古屋大学医学部がその任にあたることを当時の学部長である佐久間教授が引受けた。佐久間教授等が初めに訪印されそのあとの医療機器選定等の各論については、放射線の機器が高額であることもあり私が3度調査団としてインドへ行き無償供与を終了した。しかし発展途上国（と外務省はいう）に対する無償供与はその後のフォローが十分でないと機器が有効に利用されないことが多いため無償供与に引き続いて技術協力を5年間行うことになったのである。したがってこれから5年間名古屋大学からの専門家派遣、インドからの研修受入が行われることになる。このSGPGIはインド最大の州であるウタールプラディシュ州の州都ラックナウ市郊外の220ヘクタールという広大な敷地に建設され医師、医療従事者の卒後研修と高度医療サービスの提供に主眼がおかれている。実際日本から供与したハイテク機器が完備したスタッフも優

秀な人材が集まっている。さてインドはこのウタールプラディシュ州だけで日本の総人口に相当する1億2千万の人口を抱えており、インド全体では7億8千万人を越えると言われている。増大する人口に対しての疾患率も高く、年齢別人口のピラミッドでは幼弱型を呈し小児の死亡率が高い。また年齢とともに人口の自然淘汰が生じている。疾病の状況を死因別にみると感染症および寄生虫病が最も多く24%、次いで循環系疾患の16%、診断名不明が11%、周産期に関係したもの10%など栄養不足、衛生状態の悪さに起因するものが多い。わが国の第1位である癌はわずか4%である。また人口動態の調査の対象にすらならず知らない間に生まれて、知らない間に死んでいく階層も存在するという。インドにおける保健医療体制をみると低所得階層（低社会階層）を主たる対象として無料で行われている公立機関と、富裕階層を対象とする私的医療機関とに大別される。実際最新のハイテクを駆使した医療機器は後者でないとほとんどその恩恵をこうむることができない。また低所得階層に対する無料の制度にしても継続して薬を服用する場合などの薬の代金は有料であるため満足な治療が施されることはほとんど無いようである。薬を無償でもらうと売ってしまうことも多いという。医療体制の最底辺には医師を有しない診療所や伝統医療（インド医学、同種療法）を行う施設がありいわゆるプライマリーケアをカバーしている。人口一人当りの病床数は7.1であり日本の1/10以下である。医療従事者数では人口10万人対でみると医師が39人（日本135人）、歯科医師1人（日本48人）、看護婦24人（日本235人）といずれも極めて不足している。私の専門の放射線関係についてSGPGI以外の2、3の施設をみたがラックナウにある医科大学では20年以上の古いレントゲン装置を大事に使っており撮影室もX線防護が不十分で撮影しているすぐ側に順番を待つ患者さんがたむろしてもろにX線を被曝している状態であった。患者側は勿論病院側にも放射線防護という観念がないようである。最近のコンピューターを用いた機器（X線CTとか磁石で画像を撮る磁気共鳴映像法）は高額なため設置されている機関は私的医療機関を除けば数えるほどしかない。癌に治療については放射線治療装置を有する病院は全インドでわずか90施設、ウタールプラディシュ州ではわずか5施設のみである。このような現状において医療レベルの向上を計る場合どこに目標を定めるべきかが議論されるであろう。底辺のレベルの向上がまず行われるべきとする意見はもっとも基本的な発想である。公衆衛生面の充実、国民に対する教育など一応行われているが実際結核の撲滅を目指してわが国からBCG

接種の指導を以前行ったものの厳しい気候条件のもとで BCG 自体を保管する冷蔵庫がなく失敗に終わったという経緯もある。知り合った多くのインド側の医師の間では結核の撲滅は永久に不可能であると悲観的な意見を述べる方が多い。今回のプロジェクトは高度医療の移植というこれまでにはないものである。実際インド全体では熟練した脳神経外科医は 110 人程度しかおらずしかも設備が貧弱なため進んだ治療が行えないという。脳動脈瘤の手術ができるのは数人という現状である。ちなみにわが国では研修後 5 年位でそのレベルに達する。また人工透析を必要とする患者数は多いものの設備がないため世界の技術的進歩についていく医師を養成すらできない。したがって高度なレベルからの作戦もおおいに必要となるわけである。しかしこういったプロジェクトも果たして効果がどこまであるか疑問な点も多いのも事実である。実際に短期間ながら 1 ヶ月間滞在してみると技術の移植の以前に色々問題があることを改めて痛感した。まず疾患の違いである。インドでは結核をはじめ各種感染症、寄生虫疾患、熱帯病、遺伝疾患等日本では過去のものとなった病気や見たこともない疾患が多くまたその対策が癌よりは先行している。日本が世界のリーダーである消化管二重造影に関しても技師、看護婦の協力体制が出来ていないし、さらにその下にまだ介助人がいてゾンデの準備や抜去時の手伝をゆっくりとするので日本のようにスムーズに行うことが出来ず、1 例行うのに 40 分から 50 分かかってしまいこれではとても粘膜面の微細診断をするような画像は得られない。もっともインドの現状を考えて場合、この領域では早期癌を発見するというのではなく主に結核や寄生虫疾患による消化管病変を見つけるのが目的であるのだからそれに見合った技術の移植が要求されるのであろう。また経済的な面でも事情が異なる。日本であればレントゲンフィルムを 1 回の検査で 10-15 枚撮るのが、インドではフィルムが高価なため通常の検査では 4-5 枚程度しか撮らない。これを日本式にもっと沢山フィルムを撮るようにするのは実際的ではないし意味の無いことだろう。インドの実情にあった方式を考えて行くのがよいと思われる。今の日本のようになんでもかんでも検査するという姿勢はないので必要かつ最低限の検査で効率よく済ませるといった姿勢は次元が多少異なるにしても見習うべき点でもある。患者側の経済的事情も問題である。脳腫瘍の手術の患者でも術後 4-5 日で退院させられてしまいあとの経過を診ることはほとんどされない。遠方からやって来て手術を受けても退院してから通院だけの経済的余裕がないのである。医者の方もとにかく今は新しい技術そのものに

関心が向いているのであり後の結果まで考える余裕はないようである。さてインドの生活は今の日本では考えられないほど「きたない、ひどい、不便」というような言葉で説明できる。実際インドへ観光旅行したことのある人々からあまりよい話を聞かない。アメリカやヨーロッパ旅行と同じレベルで考えていたからと思う。滞在してラックナウは観光地ではないのでなおさら素朴である。町を少しはなれた村での人々の様子は50~100年前を題材にした映画に出てくると全く同じである。しかし少し滞在すると、油断大敵、自分自信で身を守るといような楽ではないことも含めて生きているという実感が感じられ楽しくなる。病院の雰囲気はのんびりとしたものでインドでは待つということが生活の中で当然のことなのかいらいらしたり、大声で怒ったりという風景はみられない。そういえばインドの人はよくしゃべるが大声でどなったり、笑ったりしない。時間に対する考え方がまるで違うのでむしろインドにいる方が人間らしい暮らしが出来るのかも知れない。国際電話や市外電話はもとより病院内の電話連絡すら満足にいかないのととても不便だけどういものだと割り切ればそれなりの対応の仕方があるわけだし面白いものである。我々が滞在中に市内の電話交換手が4日間ストライキを行い電話が一切使えなくなったが周りの人はまったく意に介していない様子であった。飛行機や汽車、バスが時間どおりに来るなどということはめったにない。この時間ということについてみると日本のように電車が数十秒の誤差で運行されていることなどよくよく考えると気持ちの悪いことである。これがしかし当然と思うようになると電車が遅れると「仕事に支障が生じる」と本気に信じこんで怒り駅員につめよったり時に暴力を振ったりする(勿論私もこういう場面になれば当然怒り狂うが)。しかしインド式に考えると電車が時間どおりに来るかどうかは他人まかせのことなのでそれが当然の権利のように思わないで時間どおりに目的地に行きたければ少し早目に出ればよいということになる。これも自己防衛のひとつである。これと遅刻した生徒を入れないため校門をしめて生徒を圧死させた教師との間には本質を見失っているという点で共通する点もあるのであろう。ラックナウは州都といっても道路に信号等なく、もちろん中央分離帯などなくそこを車、人力車、人、牛、たまに象が出鱈目に歩いている。歩いている人はいるが走る人はいない。道路を横断する時も日本のように素早く走るのではなくゆっくりと歩く。見ていると奇異な感じがするが自分で横断してみるとゆっくり歩く方が周囲を見渡せるし走ってくる車の方もその人を避けることができるのである。町中が車の警

笛でうるさい。車を追い抜く時は警笛を鳴らすのが礼儀でそうすると遅い前方の車はいじわるなどすることなく素直に道をあける。お国の違いだと言ってしまえばそれきりであるが…。多くの人々はひどい病気になれば死ぬのは仕方ないと思っているようだし、あまり長生きする人もないので「健康文化」とか「長寿科学」などと言っても理解する人はいないし生きていくのがせいっぱいで興味をしめそうともしないといった感じである。国の伝統（よくてもわるくても）を捨て去り、自分のための時間とお金は何よりも大切に、人に対する思いやりや自分を捨てて社会に貢献しようという姿勢を失い、湾岸戦争反対とお題目だけ唱えていれば許されると思ってしまい、基本的な哲学なしに美辞麗句だけをならべたてる福祉政策を声高にさけぶだけといった「マスコミ性似非文化国家」に陥ってしまったわが国とは異なりインド国は物質的先進国にはならないにしてもこの国の文化は決して滅びないという感じがする（文化とは何かという議論はここで避けるが）。何しろ学ぶ（勿論インドの真似をするという意味ではない）ことが多い不思議な国である。もちろん部外者がちょっとみただけでありインドの人達は日本を素晴らしいと思いついて追いかこうと思っているのも事実であるが。しかし北米やヨーロッパを訪問した感激より数段内容の濃い印象が得られる。無いものねだりでなく失ったものねだりだろうか。是非皆様も一度訪れてみてください。ただし一人旅には相当の覚悟が必要です。

（名古屋大学助教授医学部放射線医学教室）