
ランチョンセミナー

開発途上国における感染症の現状

佐藤 喜一

黒部温泉病院

はじめに

耳鼻咽喉科領域の感染症に関する研究や業績を発表する研究会で、表題のような話題を提供することは異質な印象を与えるかも知れない。しかしながら最近では、我々の医療現場に途上国の人々が容易に往来することが多くなってきているし、また逆に目的は何であれ、我々が途上国を訪問する機会が多くなってきた。このような時に、途上国の感染症の現況を「知識」として承知しておく方が有益であるかも知れない。その一部を補填する目的で拙文を綴ってみた。

開発途上国 *Developing country* とは？

この言葉の定義は必ずしも明確でない。国民総生産（GNP）が\$1,000以下としたこともあったが、次第に曖昧になってきている。例えば国連の分類によると、東南アジア諸国の中で我国以外は総て開発途上国になっている。第2次大戦の敗戦国である我国が、戦勝国である近隣の国々を無償ないしは有償資金協力を担う国になっていると云う皮肉な国際関係である。しかしながら、我国の資金協力を受けたことで韓国や中国、あるいはタイ、マレーシア、シンガポールなどは既に中進国と呼ばれるまでに発展してきた。従って表題に掲げた「開発途上国」の「国政」に大きな差があることを知っておく必要がある。本文では、これらの途上国の中でもタイとタイ周辺国に限って感染症の現状を紹介したい。

常在感染症

途上国の感染症を纏めるには「常在感染症」のことを述べる必要がある。すなわち、マラリア、デング熱など昆虫媒介感染症や赤痢、コレラ、蛔虫症など消化管経路感染症が、彼らの日常生活環の中で非常に身近なところに存在していることである。多くの国民は、これら常在感染症の罹患歴を持っている。従って彼の国の人々が何らかの病気に感染した場合には、先ず常在感染症の除外診断を行う必要がある。

途上国感染症の特徴

感染症の特徴を簡略に述べると、国の開発が遅れているほど、呼吸器感染症と消化器系感染症が最も多く見られる。次いで母子感染症である。このような傾向は生活環境が悪いためであり、また医療環境が十分でないためであろう。無防備な生活環境が続けば、前述したような常在感染症が増悪してくる。当然のように生活環境では「水」の管理と「排泄物」の処理が問題になってくる。この二つの問題が改善されない国ほど悲惨な感染症が多いと云っても過言ではない。

その例がカンボジアの現状である。人口、約1,200万人（98年）のうち保健省へ報告された感染症患者は120万人であり、人口の1/10を占めている。うち40万人はインフルエンザを含む呼吸器感染症で、次いで30万人が原因不明の下痢症と20万人の赤痢であり、合わせて50万人が消化器感染症に感染している。他に約20万人がマラリアに侵されていた。残る10万人は産褥熱、性病、結核や脳炎などに罹患し

ている。HIV (+) / エイズ患者は別に集計されているが、HIV (+) 者は 20 万人と云われ、既に 5 万人がエイズで死亡している。HIV 感染はラオスやヴェトナムに波及し、また軍事国家であるミャンマーに 5 万人の HIV (+) 患者が生存している。

次に中進国に成長したタイを見ると、未だに下痢症が半数以上を占めているが肺炎や結核は減少傾向にある。しかしこの国では HIV (+) 患者の結核感染が大きな問題となって再燃している。

医療分野の貧困

途上国の医療関係者のうち医師数と医療機関の病床数を人口比から比較すると、前者では我国の 1/6 から 1/10 で、後者では 1/5 から 1/10 となる。しかしながら“数”の絶対的な不足を認めながらも、国民の医療が外見的には順調に歩んでいるのは どのような理由があるのだろうか。それには我国に見られない医療体制が出来ているからである。

例えばタイを含む周辺国には住民サービス型のヘルスセンターが各村落に存在し地域住民の保健・医療サービスを行っている。このセンターを底辺として、郡・町・市・県そして国立病院まで上向型で病人をケアする制度が出来上がっている。しかし、医療関係者がこれらの総てを担っているのではない。医療行為は医師とナースの仕事であるが、患者を介護する（漠然としたケア）は薬剤師や臨床検査技師や地元有識者でも許されている。また多くのボランティアを容易に受け入れるようになっている。このような体制が医師や病床不足を補ってきているのであろう。

東南アジア諸国の耳鼻咽喉科医師と感染症

話題を変えて上記の点について触れてみたい。タイにおける耳鼻科医は、筆者がこの国を知った 1981 年当時は約 160 名程度であった。その

Table 1 Number of ENT Doctors in the South-East Asian Countries (2000-01)

	医師数 (登録済)	総医師数	耳鼻科外来 併設病・医院
タイ	527	24,764 (99%)	75
カンボジア	20+	3,329 (99%)	2
ベトナム	500+	19,861 (86%)	3+
ラオス	20+	?	1+
ミャンマー	50+	10,031 (85%)	1+
マレーシア	50+	4,938 (86%)	1+

[参照：日本耳鼻咽喉科学会登録会員数：10,310名(+在外会員：117名)
専門医数：7,742名(2000-01-21現在)]

[参照：日本耳鼻咽喉科学会登録会員数；10,310名 (+在外会員：117名) 専門医数；7,742名 (2000-01-21 現在)]

後徐々に増え、99 年末で 527 名の医師が耳鼻科学会に登録している。この数は総医師数 24,764 名の 2.13% に当たる。また耳鼻科外来と病室を持つ病院は、以前は 7 大学と国立病院だけであったが、現在では各県立病院や私立病院を含めて 75 まで増加した。しかしながら、タイ周辺国ではヴェトナムを除いてタイの 1/10 以下の医師数である。結果として耳鼻科医師が圧倒的に少ないことが事実である (Table 1)。この現状を認め、タイ耳鼻科医は周辺国から医師を招いて耳鼻科の技術指導と技術移転を行っている。これに要する資金は我国の三国間医学・医療協力プロジェクト (94 年宮沢元総理のシンガポール宣言) に基づいて継続されているものである。

耳鼻科領域で、どのような疾患を取り扱っているかの統計的資料は見当たらない。大学を含め各大病院にはそれぞれに疾患分類した資料は存在しているが入手できなかった。そこで筆者は私立バンコック総合病院 (病床数：800 床) の耳鼻科医師の協力を得て、2000 年 1 月から 6 月までに外来受診患者の疾患名を多い順に列記してもらった。この病院の耳鼻科では月平均 1,500 名前後の患者を診ていると云う。その結果を Table 2 に示した。ただし感染症患者と悪性腫瘍の比率は、前者が約 95% で後者は 4% 程度であると云う。残る 1% に外傷や異物症例

Table 2 Disease Distribution of the Department of
Otolaryngology in BKK Hospital
(Jan. 2000-Jun. 2000.: Dr. PEERA)

A. 感染症	B. 悪性腫瘍
① Sinusitis (incl.allergy)	① Larynx
② Otitis media*	② Nasopharynx
③ Tonsillitis	③ Pyriform sinus
④ Laryngitis	④ Thyroid
⑤ Otitis externa	
⑥ Rhinitis	
⑦ Pharyngitis	

連絡先：佐藤喜一

〒938-0047 富山県黒部市窪野 929

黒部温泉病院

TEL 0765-52-4655 FAX 0765-52-4714

(註) * : 急性・慢性・滲出性中耳炎を含む。高頻度順。

などが入るとのことであった。我国の統計資料と較べると大雑把なデータであるが、この中から耳鼻科領域での感染症の罹患傾向を推察できると思われる。タイではアレルギー性鼻炎を副鼻腔炎として取り扱っている。すなわちアレルギー性炎症は固有鼻腔の粘膜だけに限られたものでなく、副鼻腔粘膜にも同じ病変があると云う考えから副鼻腔炎の範疇に入れている。

結びに代えて

開発途上国の感染症という課題で拙文を綴ってきた。実に纏まりのない文に終わったことを反省している。短く纏めてみると、現在、途上国と呼ばれている国相互間に「国政」の面で大きな「差」が生じていること、そしてこの「差」が医療環境に「差」を作っていることである。国政の「差」は国民に貧富の「差」を作り、平等で的確な医療を受けられない国民が取り残されている。従ってこの環境で生活している人々にとって感染症に罹患することは大変な脅威になっている。我国では既に古典的な感染症と位置づけられている常在感染症が、未だに存在している現状を認知する必要があることを結びの言葉にしたい。

最後に第30回日本耳鼻咽喉科感染症研究会で発表の機会を与えて下さいました会長小田 恂教授へ厚い謝辞を申し上げます。また、司会の労をお取り頂きました荒牧 元教授へ感謝致します。