THE REPORT

OF

THE FIRST MISSION TO PARAGUAY AND BRAZIL

KEIO UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

INTERNATIONAL MEDICAL ASSOCIATION

第一次パラグアイ・ブラジル派遣団

報　告　書

1978

THE REPORT

OF

THE FIRST MISSION TO PARAGUAY AND BRAZIL

慶應義塾大学医学部国際医学研究会

KEIO UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

INTERNATIONAL MEDICAL ASSOCIATION

目　　次

序にかえて（会長　浅見敬三）………… 3
団長謝辞ならびに総括報告（団長　細田泰弘）………… 7
英文抄録 ………… 11
今回の活動にあたって ………… 15
団員の構成 ………… 16
活動日程 ………… 18
活動報告 ………… 23
　I. パラグアイ・ブラジルにおける日系移住地の医療について ………… 23
　II. アスンシオンにおける医療の現況 ………… 41
　III. サンパウロ日系社会における医療と福祉活動 ………… 42
　IV. ベレンにおける医療・研究機関 ………… 44
　V. パラグアイ・ブラジルで我々が見た疾患 ………… 46
サンパウロに於ける研究活動（細田泰弘）………… 50
パラグアイ・ブラジル見聞録（団員の日記から）………… 51
活動を終えて ………… 66
協力していただいた諸機関・諸団体 ………… 69
会計報告 ………… 70
おわりに ………… 70

Index

Foreward ………… 3
Acknowledgments and Summary of the Report ………… 7
English Abstracts ………… 11
History of the International Medical Association of Keio University School of Medicine ………… 15
Profile of the student-members of the Mission ………… 16
Schedule of the Mission ………… 18
Report of activities in Paraguay and Brazil ………… 23
Extracts from diaries of the members of the Mission ………… 51
Impressions of the members through their activities ………… 66
List of organizations, societies, and firms supported the Mission, 1978 ………… 69
Statement of accounts ………… 70

序にかえて

会長　浅見　敬三

私どもの学校にかつて海外医事振興会という他校にはない学生の団体があった。第２次大戦以前のことであるから，その活動範囲は，主として満州あるいは北支那で，当時少なからぬ数の先輩が勤務していた南満州鉄道あるいは現地政府の医療機関を訪れ，夏期休暇などを見学や実習などで過したもののようである。この短い実習や見学が感受性に富む若い医学生の将来の方向づけに大きな影響を与えたであろうことは想像にかたくない。また学校当局も積極的に学生のこの活動を援け，当時の少壮気鋭の教授連が進んで学生と共に現地に赴き，研究指導や学生の教育を行っていた様子が記録されている。慶応医学部の海外志向はこのように，創学の頃から教員学生の中に定着していたと考えてよいであろう。

戦後はこの活動も方向を修正せざるをえなかったのであるが，ようやく世間の落着いた頃に熱帯医学研究会として再出発した。中近東あるいは東南アジアやアフリカへ数回の調査団を派遣していたが，数年後にはすっかり下火となってしまった。組織が余りに弱体であったし，教員側の指導や支援体制が欠けていたのも活動が不活発化した原因であろうが，当時，ようやく戦後から立直って先進国入りに夢中であった日本の社会全体が，まだ開発途上の熱帯諸国に眼をくばるだけの余裕がなかったことが最大の原因であったと私は考えている。

このような歴史，経過を経て，昨年慶応医学部内に国際医学研究会という名称に変った海外の開発途上の国の医療に関心を持つ学生のグループが再度誕生し，その第１回の海外調査地として，南米が選ばれた。私の専門は，熱帯病のうちの多くの部分を占める寄生虫病学であり，その関係で私は南米にはこの15年間のうち通算２カ年以上も滞在していたことになる程に縁が深い。請われて会長を引受けた理由はこれである。

いわゆる熱帯病という病気のうちで，本当に熱帯だけにしか存在しないものはむしろ数少ない。その大部分は本来地球上のどこにでも存在しうる病気なのであるが，それに熱帯環境という自然条件と貧困と低栄養という人の側の条件とが重なった形で表現されているのが熱帯病なのである。貧困のもたらす非衛生環境，微生物や寄生虫の生存に好適な気候風土条件，感染症の多発，さらにそれを助長する患者の低栄養など多くの因子がからみあって，輪廻を作り上げ，解決の途を容易には見出せぬほどになっているのが現在の多くの熱帯地方で見られる保健の相であり，またそれに過大な人口の問題が重なってさらに困難を増している所も数多い。

これらの疾病は人間の知恵の発達，文化の向上とともに消滅して行くものであることは，ヨーロッパや北アメリカのごく最近の歴史が示している。例えばマラリアという代表的な熱帯病は19世紀末から20世紀初頭にかけて，これらの大陸でまだ流行していた病気である。つまりこれらの病気は，人類の疾病の原型とも言うべき素朴な病気である。難病や奇病が重視されるこの頃，それでは素朴な病気の全てが解明されているかと言えばけっしてそうではない。細菌感染症より更に素朴と考えられがちな寄生虫病においても，病原機構はもちろんのこと，診断や治療さえも未開発なものも少

くはない。

そして多くの熱帯病の罹患には医学的な因子の外に社会的な色々な因子が関与するが，医学的な解決は相当程度に行われているとしても，社会的な解決には気の遠くなる程の年月を要するであろうと予想されている。

感受性に富み，行動力の豊かな若い医学生の諸君が，これら人類の疾病の原型とも言うべき，素朴な病を自分自身の眼でたしかめて，その医学を体験するとともに，背景にある社会の実態を考える機会を持つことは，彼等の将来に大変な影響を与えるものだと思う。将来熱帯地方で医療にたずさわる人の出現を期待して言っているのではない。医学あるいは医療についての基本的な考え方の問題であるといいたい。

今回の調査団の細田助教授と大上，小宮山，清水の3君はいずれも物事を深く見て，その本質を洞察する能力を十分にもった人々であると信じている。彼等に続いて毎年何人かの若い医学生が，開発途上国にある素朴な病気を見て，医学を考える機会を持つことを期待している。

本研究会の今年度の調査行は，いささかあわただしい計画であった。これの実行のために多くの団体，個人の方々に経済的な援助をお願いし，予想以上に多くの方面からの御協力がいただけた。この紙面を借りて，あらためて各位に深く御礼を申し上げたい。

Foreward

Keizo Asami, M. D.
Dean of Keio University School of Medicine
Professor of Parasitology

About forty years ago, an organization called as the "Association for Advancement of Medicine in Foreign Countries" was conducted by students of our school. No such organizations existed in other medical schools of Japan at the time. As it was before World War II, activities of the association was focused on China. For the mission, medical students spent their summer vacation. Although the period was too short, such visits and trainings undoubtedly had a great influence upon young, earnest students. The school authorities had also no hesitation to help the activities of this association. The record shows how professors and other faculty members those days were willing to visit foreign countries with students and guide their activities. Thus among professors and students of our school, there was much interest in activities in foreign countries since its foundation.

They were obliged to change the object after World War II. When the world became peaceful, the association was revived as "the Association for Medical Research in Tropical Regions". They sent delegations several times to the Middle East, Southeast Asia and Africa, but activities of the Association were interrupted after several years. One of the reasons for this interruption may be attributed to the fact that the organization itself was not so powerful and the insufficient guidance and support by the faculty members.

"International Medical Association" was re-established in Keio University. It is an organization composed of students who are much interested in medicine in foreign countries. And South America was chosen for the first project. Since I am specialized in parasitology and a lot of tropical diseases are caused by parasitic infection, I have spent two years in South America for study. This is a reason why I accepted to be the president of this student association by request. Students can have a nice opportunity to see tropical diseases and prototypes of human diseases, and at the same time to see the social conditions related to diseases through their own eyes. I think this will have a great influence on the future of these earnest, active, young medical students. I do not necessarily expect that some of the students will devote themselves to medical services in tropical regions. I want them to acquire fundamental knowledge of medicine and medical service in foreign countries. With such knowledge, they can acquire fundamentals of medicine. I believe that each member of this mission, Dr. Hosoda, Mr. Ogami, Mr. Komiyama and Mr. Shimizu, has enough ability to inquire things deeply and has insight into their true nature. I hope that some medical students will have a chance each year to see diseases in foreign countries with their own eyes and think about medicine.

In order to realize our plan to send mission, we asked for official and personal financial aids. We were so glad that more cooperation than expected was offered to us by many organizations and individuals.

Here I wish to express my deep appreciations to all organizations, firms and individuals in Paraguay, Brazil and Japan through whose generous supports the First Mission to Paraguay and Brazil was brought to a success.

パラグアイ・ブラジル派遣団　団長
謝辞　ならびに　総括報告

団　長　細田　泰弘

始めに派遣団全員を代表して，今回の派遣団の実現に至るまで多大の御支援を賜った各位ならびにパラグアイ・ブラジルの現地の方々に対して心よりの感謝を申し上げたい。

公・私にわたる関係各位の御指導と御援助がなければ，今回の派遣が実現をみなかったことは明らかである。またパラグアイ・ブラジルにおける実際の活動期間において，われわれが一応の成果を収めることが可能になったのも一重に現地パラグアイ・ブラジル・日本の方々のお力によるものであり，深く謝意を表する次第である。

今回のパラグアイ・ブラジル派遣団の目的は

1. パラグアイ・ブラジルの日系移住地における医療サービスの見学および今後の活動に関する予備調査
2. パラグアイおよびブラジルの医学生との意見交換とくに日本よりの医学・医療援助に関する現地医学生よりの意見の収集
3. ブラジルにおける疾患分布の特徴の把握と今後の活動に関する予備調査
4. サンパウロ大学との共同研究の開始に関する予備交渉
5. パラグアイおよびブラジルの医科大学スタッフとの意見交換
6. サンパウロ州立パウリスタ大学における講演
7. パラグアイおよびブラジルの日系人コロニアにおける医療活動の現地体験
8. 今後の本会の長期的・本格的活動に関する調査ならびに現地側との予備的交渉

などであった。これらの諸目標に関しては後の各項に述べてあるが，一応の成果を挙げることができたものと考えている。

勿論，準備期間に関して不充分さは免れず，また各地区における活動期間も極めて限られたものであったので，われわれの印象・判断に誤りが多いことも当然考えられる。

関係各位の御叱正を賜りたいと願っている。

今回われわれは，国土・国力・経済構造などラテンアメリカに於て最も対照的というべきパラグアイとブラジルを訪問したのであるが，これはラテンアメリカ国家としての共通性と両国のそれぞれ有する独自性を認識する上で極めて有意義であったと思う。

両国の医学教育・医療・日系人の立場などに関しても現地においてわれわれが学んだことは単なる机上の想像では得られない極めて価値高いものであった。

われわれはパラグアイに対する医療サービスを含めた医学交流のあり方と，ブラジルに対する文化交流とくに医学交流あるいは日系人に対する医療援助のあり方として，「その国の国益に一致す

る形の交流」を基本理念とし，それぞれの国の実状に応じたものが必要であることを実感した次第である。

急速に経済大国に成長したわが国の医療ならびに医学研究，さらに医学教育は現在大きな転換期に入ったと考えられる。

われわれは従来国内的な問題に余りに重点を置きすぎていた感があるし，実際，わが国において早急にまた抜本的な対策を迫られている問題は多い。

しかし，西欧重点主義のわが国の従来の対外政策は今日発展途上国からの大きな批判の対象となり，またわが国の経済面での発展は一種の国富収奪であるという非難さえ生まれている。

わが国が今日のような形での対外政策を続ける限り，工業原材料供給国などとの関係は悪化し続ける可能性が高い。その意味で対外援助政策の見直しが必要となっている。われわれは対外援助政策の基本として，その国の国民のためになる文化面あるいは知的活動面での援助を，従来の方式とは異なった形で強力に行なうべきであると考えている。

その中で，医療に関する援助は民衆レベルへの直接的効果も高く，大いに期待される所であると思う。

ただし，それは大型医療機器の一方的供与というようなものではなく，あくまでもその国の実状に適した足の地についたものであるべきである。

たとえば日本から送られた高価な医療機器が，部品補充の困難さなどから活用されないままに放置されていることも，現地で得た印象の一つであるが，このような形で機器が置かれていることは本来の援助目的とは逆に，一種のイメージダウンになりかねない危惧さえ覚えた。

このような問題点の改善は容易なこととは思われないが，長期的展望に立って，努力を重ねて一つ一つ解決すべきであろう。

その点で，国際的感覚を身につけた医師・コメディカルをできる限り育て，当事国の医療・医学への貢献が従来とは異なる形で推進されるべきであろう。

次にとくに学生団員に関して若干つけ加えたい。

今回の派遣団の学生団員は医学部専門課程4年生によって構成されたものであるが，彼らの得たものは現地における有意義な，また多種多様の体験ばかりではない。準備および募金の段階において国内の各界のトップクラスの方々，あるいは第一線で活躍されて居られる方々とお目にかかる機会が得られ，また現地においても，組織の責任者として，個人経営者として，あるいは現場の第一線で，種々の困難な状況の中で活躍されて居られる方々に親しく接することができたのは，若輩である私自身にとっても勿論であるが，学生団員にとっても人間形成の上で計り知れない体験であった。

われわれの同窓会（三四会）長でもあられる武見太郎医師会長からも，親しく御教示と御激励を賜ったが，御教示いただいた故細江静男先生の御著書は今回の活動に際して有益な指針であった。

慶大医学部国際医学研究会は今回の成果を踏まえて，さらに今後長期間にわたって後輩に有意義な体験を与え，国際的視野に立った国際的感覚を有する医師を育てたいと希っている。そのためにも，今年度きわめて不備な点が多い形で派遣団の準備を開始したのにかかわらず，物心両面において多大な御援助を賜った各位に今後も同様な御援助を賜るようお願い申し上げる次第である。

Acknowledgments and Summary of the Report

Yasuhiro Hosoda, M. D.
Leader of the First Mission to Paraguay and Brazil
Associate Professor of Pathology

First, we wish to express our sincere gratitudes to all those who have supported us in Paraguay, Brazil and Japan. This mission would not have been possible without supports which they made generously. Also, our activities would not be successful without the help by the people in Paraguay and Brazil who gave us unforgettable favors.

The purposes of this mission to Paraguay and Brazil were:

1. To fully understand systems of medical education and medical services conducted in Paraguay and Brazil.
2. To comprehend the medical care in Japanese-colonies in Paraguay and Brazil, making preliminary searches for the activities in the future.
3. To have contacts with doctors, medical students and co-medical staffs in Paraguay and Brazil, and to exchange opinions with them, especially about medical aids from Japan.
4. To grasp the characteristics of mode of diseases in Paraguay and Brazil, and to get informations of the endemic diseases in the colonies.
5. To start a joint study of Pathology with the Department of Pathology, School of Medicine, University of São Paulo.
6. To discuss with staff members of medical schools in Paraguay and Brazil about research activities.
7. To experience medical activities at the Japanese-colonies in Paraguay and Brazil.
8. To investigate long-term activities of this association in the future.

I think we were successful in accomplishing these purposes. As our preliminary arrangements in Japan were not completely sufficient and the period of our activities at all places were rather short, our impression and evaluation for all problems may be inaccurate. We would highly appreciate any comments or criticisms you may have.

As the First Mission, we visited Paraguay and Brazil. These two countries seem to be far different each other within Latin America, in the point in territory, national power or economic situation. The visits made us understand the commonness and the difference of these two countries. What we have learned there about medical education, medical services and status of the Japanese descendant was valuable and also hard to achieve in Japan.

We believe medical interchange, including medical service, between Paraguay and Japan, Brazil and Japan or the medical aids to the Japanese descendant should be based on the fundamental principle—"Foreign aids should be well correspond with the benefit of the country which receives them, and must be suited for the actual condition of each

country".

The rapid economic development of our country is now criticized by developing countries. There is a need to reconsider our foreign aid policy.

We would like to propose a completely different foreign aid policy from the present one. That is a cultural and financial aid beneficial directly to the people. In such sense, medical aids to the general public are much expected. But it should not be a one-way supply of large medical appliances. It should be a steady and suitable aids appropriate to the actual condition of the country. For example, some expensive medical appliances from Japan were left unused owing to the difficulty in maintenance services. This is far from the initial purpose of aid and gives undesirable impressions to the people.

It must not be easy to solve such problems, but we should do so one by one through continuing efforts. For this purpose, well-educated medical doctors and co-medicals with a sense of internationality are required as many as possible so that they could contribute to medical fields in foreign countries.

Concerning student-members in the Mission who are senior medical students in Keio University School of Medicine, they have gone through many valuable experiences in many aspects. During the preparatory period of our mission, they had opportunities to meet the top-class executives in various fields. In Paraguay and Brazil, they became acquainted with active, important people in various fields. I believe such experiences had much influence on the development of their personalities. Our Association is willing to bestow valuable experiences on students and young doctors with international views.

Although preparations were started belatedly this year, there were many supports and contributions for the mission.

We sincerely express here our deep thanks to Dr. Taro Takemi, President of the Japanese Medical Association, who is also President of our Alumni Association "Sanshikai", for his invaluable advices and encouragements for us.

Again, we would like to express our sincere gratitude for official and private supports given to us in Paraguay, Brazil and Japan. At the same time, we hope continuing and kind supports to our missions ahead.

Academic activity at São Paulo

Yasuhiro Hosoda, M. D.
Associate Professor of Pathology

1. Examination of autopsy cases of collagen diseases in the Department of Pathology of São Paulo University School of Medicine

Dr. K. Iriya, Assistant Professor of Pathology, São Paulo University, generously gave us opportunities to observe slides of autopsy cases of collagen diseases. We mainly examined systemic lupus erythematosus, rheumatic fever, scleroderma and polymyositis.

We found several autopsy cases of acute rheumatic fever. In Japan rheumatic fever is very important as a principal cause of cardiac valvular diseases. Most of valvular deformities are believed as one of the sequelae of rheumatic fever. But we can rarely observe the autopsy cases in its acute phase in Japan. We were also able to see a case of rheumatic fever which showed nonspecific interstitial myocarditis which is extremely rare in Japan. These cases of rheumatic fever were very valuable for us.

Other diseases had typical "classical" lesions. Most of cases of SLE showed advanced glomerulonephritis with typical wire-loop lesions. In Japan these typical changes are decreasing in number at present.

We do not know whether this difference is due to therapeutic measures or not, but before the introduction of intensive steroid therapy of SLE, wire-loop lesions were fairly common also in Japan.

We could observe one case of Takayasu arteritis, 10-year-old male who has localized arteritic lesion in abdominal aorta and renal arteries. According to Dr. Iriya, Takayasu arteritis is very rare in Brazil and he just had two cases of it.

Dr. Burihan, Professor of Vascular Surgery in Paulista Medical School, showed us an intersting case of 19-year-old male with Type-II Takayasu arteritis. This case had an aneurysmal dilatation of thoracic and abdominal aorta with occlusion of the left renal artery. Through discussion with Professor Burihan, we were impressed that Takayasu arteritis is rarer in Brazil than in Japan.

2. Special lecture in Paulista Medical School

In Paulista Medical School, Dr. Hosoda gave a lecture on "Vascular lesions in collagen diseases, Takayasu arteritis and Kawasaki disease".

Many pathologists, surgeons and medical students attended the lecture. They listened to the lecture with great interests.

The staff members of São Paulo University and Paulista Medical School were helpful, enable us to accomplish our subjects. The student-members were also able to visit classrooms, laboratories and hospitals where they got many valuable informations.

Report on Medical Services in Japanese-Colonies

1. Japanese-colonies in Brazil and Paraguay

It was just seventy years ago when immigrants on "Kasado-maru" arrived in Santos, Brazil. Thereafter the Japanese emigrated not only to Brazil but to Paraguay, Bolivia, Argentina and some other countries in South America. Almost all of them were agricultural immigrants. Today Japanese society in Brazil sees the birth of the fifth generation.

In the major cities such as São Paulo, many Brazilians of Japanese descent find their way to various fields such as commerce, industry, medicine and law. These days there is a splash advance to the political arena.

On the other hand Japanese descendants contributed very much to the Brazilian agriculture since their first immigration. On this basis stands the reliance of Japanese society of today. Even today many Japanese descendants are engaged in agriculture at Japanese-colonies in South America.

The main purpose of our mission this year was to grasp medical services in Japanese-colonies. We focused on the following points—"What Japanese society is" and "How the medical services work there".

We visited four Japanese-colonies and greatly impressed by the "Japaneseness" which was beyond our anticipation. Four colonies in Paraguay and Brazil where we visited have the history of twenty or fifty years. There are second and third generation Japanese who do not know Japan directly. From the economic point of view they are not isolated from surroundings but from the view of life, they seemed to us, like isolated Japanese islands. They are "Japan" itself because the major language is Japanese there, of course there is a little difference in diet. Above all human relationship is quite similar to the one found in rural communities in Japan. Under these circumstances, medical care is bound to change in a particular form.

2. The form of medical care in colonies

In large colonies where we visited, clinics are built by Japanese International Cooperative Agency (JICA). In a clinic there are one or two doctors, several nurses, ambulance driver, equipments for obstetrical examinations, a small operation room available for minor surgery, X-ray apparatus, ambulance and so forth. And drugs which can be prescribed at the clinic are fairly enough equipped. Thus the medical service at the level of primary care is almost covered.

Some of Japanese extract, especially the first generation, speak only Japanese because they are living in Japanese society. It is difficult for them to tell Brazilian or Para-

guayan doctors about their physical conditions correctly and to hear explanations and instructions from doctors without help of interpreters. For this reason, doctors from Japan or doctors of the Japanese descendants who can speak Japanese are required at clinics of Japanese-colonies.

In the colonies there are many native workers and their families. The clinics are of course open to them and half or more of the patients are the Paraguayans or Brazilians other than Japanese descendants.

In Paraguay, Japanese doctors with Japanese medical licence can practice medicine in colonies, in an agreement between Paraguay and Japan. Although clinics of colonies supported by JICA are covering the primary care, in cases of serious diseases and major surgery, patients are sent by car to the hospitals in distant cities. Even with the advanced transportation system these days, it takes at least five or six hours to the hospitals in the cities where the second or tertiary medical care can be given.

In Brazil, medical practice by doctors who do not have Brazilian medical licence is strictly prohibited.

Many smaller colonies in Brazil do not have clinics. There people received medical care at Brazilian clinics feeling in the inconvenience with the language or cannot receive any medical care in the colony. For them JICA requests the Beneficência Nipo-Brasileira for the travelling clinics several times a year. They cover mass health examinations. The main purpose is to advice them about health problems and it is not easy to give contineous medical care to them. But the travelling clinic is very much appreciated because peoples can ask doctors in Japanese about their own health once or twice a year which they are always anxious about.

3. Characterisitcs of the doctor who the Japanese-colonies really need.

Generally speaking, the medical care in the Japanese-colonies in Paraguay and Brazil resemble that of the remote place in Japan. The Japanese-colonies in South America preserve features of traditional agricultural community more than the modern farm villages in Japan. Therefore, doctors required by Japanese-colonies are those who can perform satisfactorily medical treatments in the remote places in Japan.

First of all, the doctor should be a primary care physician covering the wide medical fields, and not a specialist in just one field. Especially he must have capabilities for the obstetrics and the orthopedics, even though he is a specialist of internal medicine. In the colonies ability of the emergency treatment is required, injuries due to agricultural machines and traffic accidents are increasing.

The next important factor could be the doctors' personality. It is "the frank and open-hearted village doctor" that the Japanese-colonies are really looking for. As mentioned before, the Japanese-colonies are a particular society where human relationships, religion, places of birth, and education are intricately mixed.

4. Dissatisfactions in the doctor-side

First of all, the Japanese-colonies are apt to overestimate the level of medical care in Japan "their mother country". And they are also apt to underestimate the level of medical care and medical education in Paraguay and Brazil. Feeling of dissatisfaction can happen both in patients and in doctors, although doctors made their best efforts.

Secondly, although a primary care physician is needed in the colonies, peoples apt to look down upon doctors who consult patients every fields having no speciality as "a village doctor". Thus they come to the colony-doctor only in case of minor diseases such as a common cold, and if they are seriously ill, they tend to run their car for many hours to specialists or city hospitals neglecting the colony-doctors. This kind of dilemma is quite the same in the remote places in Japan. And it is a big problem for "the primary care" which have been much advocated in recent years.

The next point is that because the colony-doctor usually works alone, he cannot discuss with other doctors. And neither can he go to any medical meeting, nor can improve his speciality.

Lastly, as in the case of Paraguay, doctors sent from Japan by several years contract have a great problem concerning the education of their children.

5. Conclusion

The clinics in Japanese-colonies must give their services not only to Japanese emigrants and their descendands but to the natives in the country also. It must be managed always thinking the real profits of the country. We believe it is more valuable support to these countries than to give expensive medical instruments. Basic policy to manage the clinics must be established under this bi-directional medical care.

For peoples of Japanese-colonies, "assimilation" to the country where they belong now should be proceeded more effectively.

For administration of clinics of colonies, selection and thorough orientation of doctors are very important. Primary-care physicians are needed in colonies. To solve problems around medical care system in colonies, JICA is expected to establish a new and advanced principle.

今回の活動にあたって

国際医学研究会の沿革

慶応義塾大学医学部には，太平洋戦争前より，海外医事振興会があり，海外各地において活動をいたして居りました。その後，海外医事振興会は，熱帯医学研究会と改称し，熱帯地方の医学の研究を目的とし，1965年サウジアラビア，1969，1970年エチオピア，1971，1972年フィリピンへの派遣団を組織し，それぞれ成果を残してきましたが，今回アラブ・アフリカおよび東南アジアのみを対象国とし，熱帯医学研究を主目的とした従来の方針を転換し，より広く全世界の医学との連帯を求め，新たな視野から活動対象を選ぶべく，1978年1月名称を国際医学研究会と変更し，再出発いたしました。

国際医学研究会創設の趣旨

21世紀の我が国を展望すると，交通，情報手段の飛躍的進歩と国際的連帯性の増大とともに各方面における国際交流は質的にも量的にも変貌するものと思われます。又，現在，開発途上国と位置づけられている国々も21世紀においては20世紀の主要国家群を凌駕する発展を実現する可能性が考えられます。

とくに，南半球，アジア，アフリカの諸国家と北半球先進工業国との間には新しい国際関係が生まれるものと思われます。このような急展開を示しつつある国際関係の中でわが国も従来のままの西欧重点型の対応では，適応が困難になることは必定であります。

限られた国土，限られた資源，深刻化する人口問題，食糧問題を抱えたわが国が，21世紀の世界において，生き残り，発展するために，われわれはあらゆる面で努力しなければなりませんが，国際関係を考えるとき，とくに中南米，東南アジア，中近東，アフリカの諸国との関係は今後いっそう重要なものになってくるものと思われます。

医療，医学の面においても従来のややもすれば欧米傾倒型，研究優先型となりがちな傾向のある日本医学界において，中南米，東南アジア，中近東，アフリカ諸国の医学に精通し，その医療事情を充分に把握している医師を一人でも多くふやすことは，単にその個人のレベルではなくわが国の将来にとっても重要かつ緊急であると考えます。そのためには若い医学生に海外の医学，医療に接する機会を設け，広く国際的視野を身につける場を創ることが重要な意義を持つものと信じます。

第一次パラグアイ・ブラジル派遣団の目的

1. パラグアイ・ブラジルにおける医学教育・医学研究の現況の把握
2. パラグアイ・ブラジルにおける医師・医学研究者・学生・パラメディカルとの接触ならびに意見交換
3. パラグアイ・ブラジルにおける疾患分布の特徴をマクロ的に把握するために，南米における

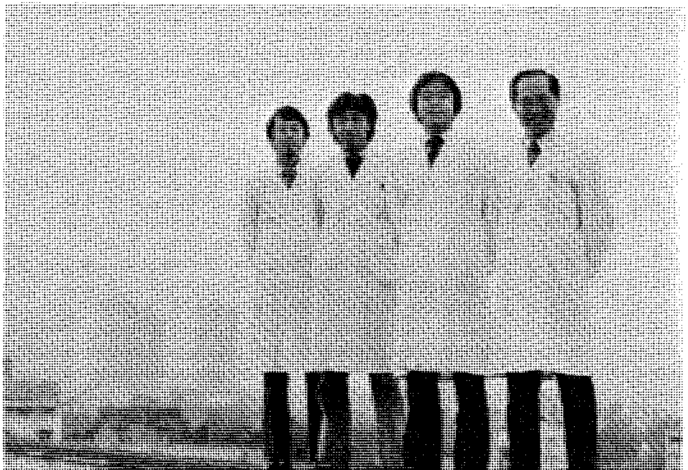
風土病的疾患を含めた各種疾患の広域的研究と，今後の研究活動の方向を決定するための実地調査

4. パラグアイ・ブラジルにおける日系移住地の医療形態を広く把握し，その問題点を探る

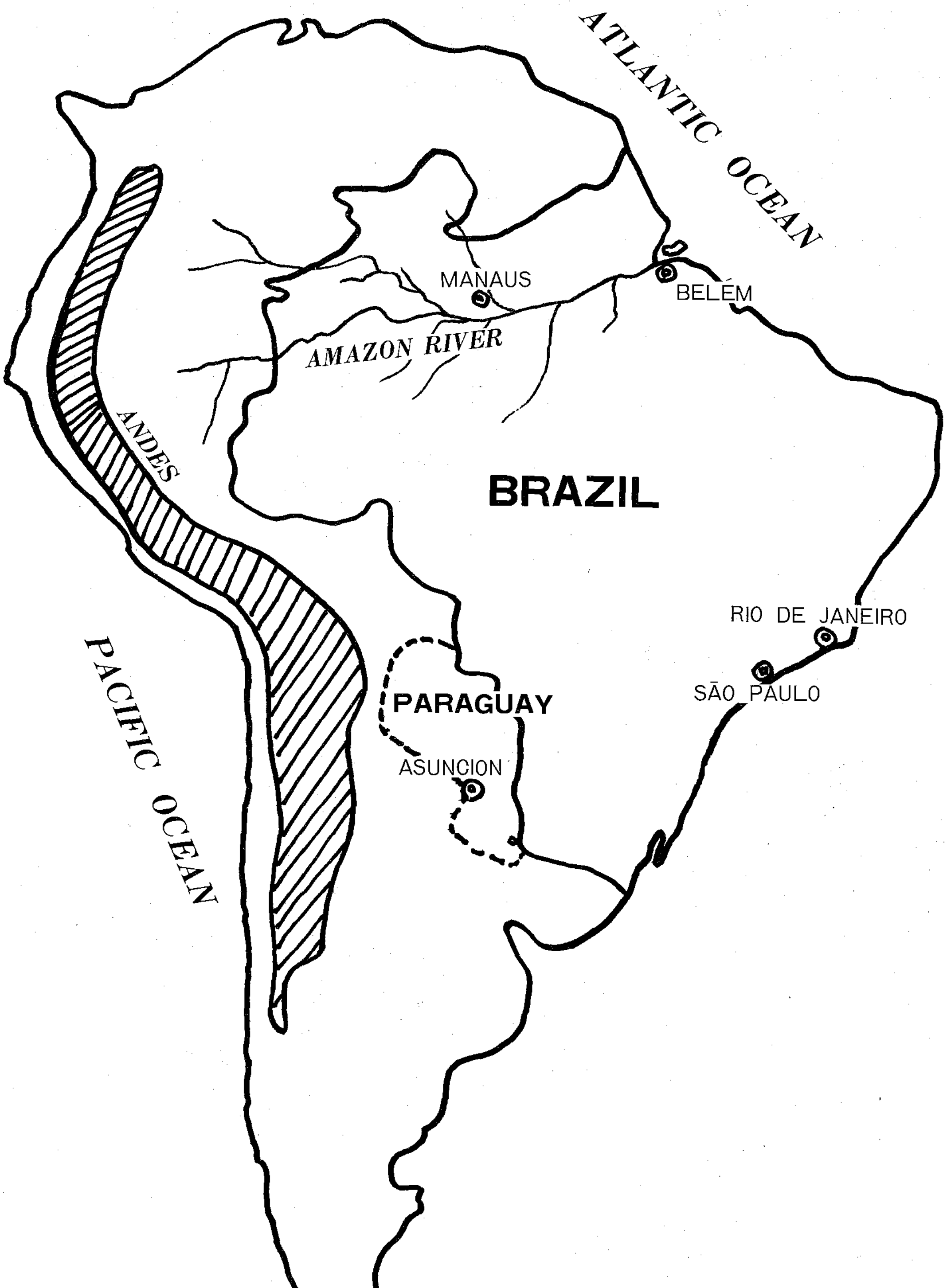
5. すでに予備的折衝の行なわれているサンパウロ州立大学医学部病理学教室と慶応義塾大学医学部病理学教室との間の高令者剖検例における主要病理所見の比較検討，膠原病剖検例に関する地理病理学的比較についての共同研究の実施段階の取り決め

団員の構成

団　　長	細田泰弘	医学部助教授（病理学）
学生責任者	大上正裕	医学部専門課程4年
渉外・広報	清水　宏	医学部専門課程4年
会　　計	小宮山雅樹	医学部専門課程4年



団員記念写真


ATLANTIC OCEAN
MANAUS
BELÉM
AMAZON RIVER
ANDES
BRAZIL
RIO DE JANEIRO
SÃO PAULO
PARAGUAY
ASUNCION
PACIFIC OCEAN

活　動　日　程

【7月17日】　4：30 p.m.　箱崎シティエアターミナル集合。多数の見送りを受けリムジンバスにて成田へ。大上，小宮山，清水の3人の隊員を乗せ，大韓航空002便はほぼ定刻に無事離陸。ともかく半年間の苦労が実り計画が実現したことに感無量。機上で全員しっかりと握手をし，今回の派遣を有意義なものにしようと誓う。

日付変更線通過のため，同日夜半ロスアンジェルス着。

【7月18日】　パラグアイ行のfleight待ちのためロスアンジェルス滞在。UCLAのmedical center見学。

【7月19日】　8：10p.m.　ブラニフ121便にてロスアンジェルスを出発，Lima, La Paz経由でわれわれの第1の目的地パラグアイの首都アスンシオンへ向う。

【7月20日】　2：00p.m.　アスンシオン着。国際協力事業団の三井さん，和田さん達が出迎えて下さる。しかしここで飛行機にあずけた小宮山隊員のボストンバッグが紛失。われわれの活動資材も一部はいっており，全員活動開始早々のでき事に先行の不安を押えようがなかった。

事業団アスンシオン支部へ中島支部長を訪ね挨拶をしたあと宿舎へ戻り，3人死んだように眠る。

【7月21日】　9：00a.m.　慶応義塾大学医学部小児外科，勝俣慶三助教授より紹介していただいたDr. Sarubbiと会う。Dr. Sarubbiに案内していただいてアスンシオン市内にあるSanatorio Migone Battilanaと，Sanatorio Adventistaの二つの個人病院，Cruz Roja（赤十字病院）などを見学。

その後Instituto National del Cancer（国立ガンセンター）見学。そこではパラグアイで最も有名な外科の教授Dr. Manuel Riverosの病棟回診が行なわれており，われわれもパラグアイの医学部5年生と共に病棟実習に参加する。Dr. Riverosが，日本からはるばるきた医学生ということで，特に日本に多く見られる胃癌について何か話をしてくれないかと言われるので，われわれ3人持っている知識をすべて出しつくして，50人程の医学生や若い医師の前で胃のファイバースコープや，集団検診などによる早期発見のためのシステムの話をする。以前アメリカに留学していた女子医学生がわれわれの英語をスペイン語に通訳してくれたのであるが，汗びっしょりの30分であった。

午後，ガンセンターでProf. Manuel Riverosの胃癌の手術を，手術着に着換えて見学。

夜，医学部5年生主催ダンスパーティに招待され，スペイン語の会話の本を片手にパラグアイの医学生達と夜遅くまで交歓。

【7月22日】　10：00p.m.　Dr. Sarubbiの友人Dr. Osvaldoに案内していただき病院見学に行く。初めに個人病院のCentro de Terapia Intensiva Unidad Coronaria，次にパラグアイで最も設備の整っている社会保険病院Hospital Centro de I.P.S.を見学。

午後Dr. Sarubbi宅でアサド（パラグアイ風バーベキュー）を御馳走になる。

夜，Dr. Osvaldoと，友人宅のパーティに招待され，多くの人々とパラグアイの国，パラグアイの人々などについて語り合う。

【7月23日】　9：00a.m.　アスンシオン大学医学部6年生のKoichi Akagi君ら，日系人二世医学生3人がわれわれを訪ねてくれる。彼らと食事

をしながら談笑。パラグアイと日本との医療事情，医学教育システムの違いなどについていろいろ話し合う。

1：00 p.m. 団長の細田先生が，日本から到着。事業団の三井さんと共にわれわれ全員で迎える。到着後休む間もなく5：00p.m.のバスで，エンカルナシオンへ出発。6時間バスに揺られ，夜半エンカルナシオン市到着。事業団エンカルナシオン支部長の小島さんが出迎えて下さる。日系人の方の経営する小田旅館泊。

【7月24日】 早朝エンカルナシオンを車で出発。2時間で目的地アルトパラナ移住地到着。

午後早速，移住地自治会公民館にて婦人会の方方70名に集まっていただいて，家庭の主婦を対象にした細田先生の衛生講話の会を開催。その後，われわれ学生も混じえて，いろいろな方々の健康相談を受ける。

夕刻アルトパラナ診療所に Dr. Kumagai，Dr. Shimanaka を訪ね，事業所所長西村さんも混じえて現地医療事情について懇談。大変参考になる話を聞かせていただく。

夜，移住地の家々へ電気を供給している事業所の自家発電機は10：00p.m. に止まってしまう。電気のない生活に慣れていないわれわれは早々に就寝。

【7月25日】 午前，アルトパラナ診療所見学。Dr. Kumagai 宅にて昼食を御馳走になった後，工藤家，荒川家などの移住地住民宅とピラポ農業試験所訪問。

夜，アルトパラナ事業所にて7人の職員の方々がわれわれのために“特製もつ煮込”パーティを開いて下さる。Dr. Kumagai も含めて談笑しながら移住当初の苦労話などを聞く。

【7月26日】 事業所の方々，教会などへの挨拶を済ませ，ドシャブリの雨の中を，事業所のジープでエンカルナシオンへ出る。さらにそこからバスでアスンシオンへ向かい，7：00p.m. アスンシオン到着。

夜，Dr. Sarubbi の家で送別会を開いて下さる。他の Doctor 夫妻も出席しなごやかに歓談。

【7月27日】 9：00 a.m. アスンシオン大学医学部と付属病院見学。4年生の病棟実習と合流して，Chagas disease，South American Blastomycosis などの患者を診察。

正午，バスにてアスンシオン発。6時間かかってブラジルとの国境付近にあるイグアス移住地到着。JICA（事業団）が日本からの全国高等学校海外教育研究協議会の一行8人とわれわれのために“アサドパーティ”を開いて下さる。われわれも大声で“若き血”を歌い大好評。宿舎にはJICAの通称“迎賓館？”を提供していただく。

【7月28日】 イグアス移住地診療所を見学。日本からの派遣で来ておられる鈴木先生から，イグアス移住地の医療問題についての話を伺う。

夜，鈴木先生夫妻から夕食の招待を受ける。

【7月29日】 9：00 a.m. イグアス移住地で年に一度の日系連合運動会が開かれ，われわれもしばらく見学させていただく。

11：00 a.m. 最近北海道からパラグアイに移住された佐藤さん宅を訪問。

午後イグアス農牧株式会社責任者の吉崎千秋さん宅を訪問。

夜，移住地内の長老で通称，“イグアスの総領事”と呼ばれている中山さん宅を訪れ，移住地の歩み，今後の展望，衛生事情，医療問題などについて話し合う。

【7月30日】 車でイグアス移住地出発。ブラジルとの国境線で通関を済ませ，いよいよブラジルへ入国。イグアス空港への途中，世界一と言われるイグアスの滝を見学。

5：00 p.m. QD 312便でイグアス発。

6：00 p.m. サンパウロ着。

Dr. Mori 夫妻，サンパウロ三田会幹事石井賢治さんを初め多数の出迎えを受ける。

大上隊員の知人，Dr. Tominaga 宅でサンパウロの友人など，多数集まって歓迎パーティを開いて下さる。

細田先生は富士パレスホテルを，学生隊員はサンパウロのモラロジー講堂を宿舎にする。

【7月31日】 われわれの計画を当初より面倒見て下さったボッカツ大学医学部眼科教授のDr. Milton Hida の案内で，サンパウロ州立大学医学部へ行き，病理学助教授のDr. Iriyaを紹介していただく。病理学教室内を案内していただいた後，今後のサンパウロにおける病理学共同研究活動の打合わせを行なう。

夜，サンパウロの慶応義塾の先輩達がわれわれのために特別に三田会を開いて下さり，日本レストランでしゃぶしゃぶを御馳走になる。サンパウロ三田会会長，サンパウロ市名誉市民であられる藤井素介氏，三田会幹事石井賢治氏，サンパウロ日伯援護協会会長竹中正氏ほか多数の諸先輩方が集って下さった。

【8月2日】 午前，サンパウロ日伯援護協会を訪問。援協診療所見学後，竹中会長から日伯援護協会活動についての説明をしていただく。

午後，サンパウロ州立大学病理学教室にて活動。

夜，Dr. Mori の御招待で5人の日系三世医学生と共に食事をしながら懇談。

【8月3日】 1：30 p.m. より Paulista大学医学部講堂にて，細田助教授の特別講演。多数のDoctor や医学生出席のもと

① Vascular changes in collagen diseases
② MCLS（Kawasaki disease）
③ Takayasu arteritis

について日本から持参した150枚のスライドを使用し，約1時間にわたり講演が行なわれた。

4：30 p.m. Butantan 毒ヘビ研究所見学。

【8月4日】 細田先生と今後の活動についての最後の打合わせを行なう。

【8月5日】 日本における学会の仕事のため8：00 a.m. 細田団長は学生隊員3人より一足先にサンパウロのコンゴニアス空港より，日本に向け出発。石井，本郷両先輩の見送りを受けられる。

【8月6日】 久しぶりの休日。ブラジルの医学生達と共に，サントスの近くのガルジャビーチへ。1日のんびりとブラジルの太陽を浴びる。

【8月7日】 10：00 a.m. サンパウロ三田会会長であるブラジル三菱銀行の藤井先輩に案内していただき，サンパウロから40kmのところにある福祉法人救済会の日系老人ホーム，“憩の園 Ikoino−sono”を訪問。第1回の笠戸丸による移民としてブラジルに渡られた93才の田中つたさんの元気なお顔を拝見した。

次に日系の精神神経科患者の社会復帰センター，“グアルリョやすらぎホーム”訪問。

午後，サンパウロから200km離れたカンポス・ド・ジョルドン市にある日伯援護協会運営の肺結核療養所“サン・フランシスコシャビエル肺療養所”訪問。中庭に建てられた慶応義塾大学医学部の大先輩である細江静男先生の銅像の前で，ありし日の細江先生のお話などを伺う。

9：00 p.m. サンパウロにもどり，藤井先輩夫妻から夕食の御招待を受ける。

【8月8日】 バスでモジダスクルーゼス市に行き Dr. Mori が経営されているイピランガ病院を見学。只今，屋上にヘリポートを建造中とのこと。

夜，Dr. Mori 夫妻がイピランガ病院の医師，日系医学生も招いてパーティを開いて下さる。ブラジルと日本の両国の医療についてや，ブラジルに多い熱帯疾患などについて夜遅くまで話がはずんだ。

【8月9日】 午前，大同コーポレーションの久社長，ならび本郷副社長とお会いする。

午後，国際協力事業団の永田サンパウロ支部長を訪ねて，現在までの活動経過報告と来年度以降

の派遣団の受け入れをお願いする。

3：00 p.m.　今年開設されたばかりの「ブラジル日本移民史料館」見学。

【8月10日】　サンパウロで御世話になった方方に最後の挨拶を済ませ，サンパウロを後に，午後リオ・デ・ジャネイロへと向かう。大同コーポレーションの村島さんが空港で出迎えて下さる。

【8月13日】　8：00 a.m.　リオ・デ・ジャネイロ発。

2：20 p.m.　アマゾン河河口の町ベレン到着。汎アマゾニア日伯協会会長山内さんや事業団の方方に出迎えていただき，その足でアマゾニア病院へ直行する。明日慶応病院で心臓手術を受けるために日本に出発する予定の，トメアス移住地の孫鷹君に面会。

【8月14日】　午前，アマゾニア病院の事務局長をしておられる山内さんの案内で，アマゾニア病院を見学。病院の日系各ドクター，医学生，山内さんと共に，われわれがベレン滞在中の活動予定について話し合う。

午後，ベレン領事館へ石川賢治総領事を訪問。パラ州立大学医学部，エバンドロ・シャーガス研究所などへの日本領事館からの公式紹介状を書いていただく。

【8月16日】　5：00 a.m.　眠い目をこすりながらベレン発，トメアス行のバスに乗り込む。

10：30 a.m.　第1トメアス移住地着。

事業団の高橋所長，大竹さん等が出迎えて下さる。

午後，移住地文化協会を訪問。

4：00 p.m.　移住地の加藤さん宅訪問。

夜，農業協同組合の角田さん，浅野さんがわれわれを訪ねて下さる。しかし自家発電機は6：00 p.m. に止まってしまい，電灯がつかないのでロウソクの炎の下での談笑となる。

【8月17日】　午前，第1トメアス移住地の州立病院見学。

午後，トメアス農業協同組合を訪問した後，最近まで移住地内医療に多大な貢献をなさってこられた菊地先生を訪問。

夜，事業団と組合の方々が，日本学生海外移住連盟派遣の3人とわれわれのためにシュラスコ（ブラジル風バーベキュー）を御馳走して下さる。

8：00 p.m. より，トメアス文化会館にて日本映画上映会が催された。日系移住者の方々や，現地ブラジル人を含め400人近く集まる大盛況。

【8月18日】　午前，第2トメアス移住地診療で，S.U.C.A.N. が住民に対して行なった黄熱病予防接種見学。

午後，第2トメアス移住地の4家族を訪問。

JAMIC アマゾニア熱帯農業総合試験場見学。

夕方，第2トメアス診療所見学。診療所の Dr. Ikuta 夫妻から夕食の招待を受ける。

【8月19日】　10：00 a.m.　バスにてトメアス発，6：30 p.m.　ベレン着。

【8月21日】　事業団の林さん，日系医学生 Muto 君らと，Hospital Barros Baretto 見学。

午後，Dr. Koyama の同伴で，ベレンから20 Km程の所にある癩病村見学。癩病村所長の Dr. Augusto Olivio Charles Rodrigues の案内で村の中の病棟，食堂，集会所などを見学。

【8月22日】　日本領事館からの公式紹介状をいただき，エバンドロシャーガス研究所を訪れる。微生物学部門，寄生虫学部門，ウイルス学部門を見学。とくにリーシュマニアの研究について詳しく説明を受ける。

夜，汎アマゾニア日伯協会会長の山内さん，アマゾニア病院の医師，医学生たちがわれわれの送別会を開いて下さる。

【8月23日】　4：50 p.m.　VP 140便でベレ

ン発。アマゾン河中流に位置する自由貿易都市マナウスへ向かう。空港で事業団の方々に出迎えていただく。

【8月24日】 国際協力事業団のマナウス支部を訪ね，今後の活動日程の打合わせを行なう。

11：00a.m.より，マナウス近郊の日系移住地見学。移住地内の農業協同組合ならび移住者宅訪問。

【8月25日】 I.N.P.A：熱帯研究所見学。同研究所のDr. Jorge R. Ariasが研究所内を案内して下さる。

午後，Hospital de Molestias tropicas（熱帯病院）を見学。日本では見られない多くの熱帯病疾患を見ることができた。

【8月26日】 事業団の小野さんが自分のボートでアマゾン河を案内して下さった。

【8月27日】 国際協力事業団マナウス支部を訪れ，最後の挨拶を済ませる。これですべての公式日程終了。ロスアンジェルス経由で日本へ向かう。

【9月2日】 11：50p.m. 中華航空にてロスアンジェルス発。

【9月4日】 7：00a.m. 東京着。

活　動　報　告

I　パラグアイ・ブラジルにおける日系移住地の医療について

今回のわれわれの活動の主目標である，「南米諸国の日系移住地における医療情況の把握，並びに問題点の提起」のため，われわれは，パラグアイのアルトパラナ，イグアス両移住地とブラジルのアマゾン流域部のトメアス，マナウス両移住地を訪問した。現地における衛生講話や，健康相談などの活動と共に，移住地における医療というものを，団員1人1人が実際にこの目で見，肌に感じてその実態を知るため，実際に日系の移住地で医療活動に従事している方々のみならず，その基幹組織である国際協力事業団の方々や，多くの移住者の方々に接触し，様々な角度から，移住地医療というものへのアプローチを試みたつもりである。

今回は第一次派遣団であり，来年，再来年と第二次，第三次派遣団を送り，現地の医師・諸機関・移住者の方々との協力の下で，大規模な健康診断や巡回診療等，さらに移住者の方々の医療・保健面への貢献ができるようにするべく，今後の活動方針の決定のための情況分析も目的の一つであった。そのため，今回の活動としては，直接的な保健衛生活動よりは，訪問・インタビューに重きを置いて展開した。

アルトパラナ移住地（ピラポ）の医療

①　アルトパラナ移住地（ピラポ）の概要

イタプア県エンカルナシオン市の東北約80−100kmに位置し，パラナ河沿いに幅約20km，長さ40km総面積84,217ヘクタール，平均標高220 m，1959年から1961年にかけて，移住振興株式会社が購入し，1960年8月から入植が開始された。

営農形態は雑作（大豆，小麦，マイス）を主力に，養蚕，油桐，その他若干の畜産，米作などであるが，将来は大型雑作営農を目標としており，目下急速に機械化が進められている（国際協力事業団アスンシオン支部事業概要，昭和53年4月1日現在より）。

パラグアイ国内における国際協力事業団支部概要は前頁の通りであり，これ以外の移住地にも多数の日本人移住者が住んでおり，現在パラグアイ国内に居住する日系人は戦前戦後を合わせて約1,300家族 7,000人である。そのうちアルトパラナは最大の日系人移住地であり，290家族，1,668人の日本人移住者が居住している。

アルトパラナ移住地総面積　84,217 ヘクタール

1戸当り土地利用面積（ヘクタール）

所有地計	141
耕　　地	45

②　アルトパラナ移住地の医療事情

移住地の医療事情を考えるために，まず住民が利用できる医療施設（病院）状況を地理的条件等をふまえて紹介してゆくと，アルトパラナ移住地の住民が利用する病院としては主に次の3個所があげられる。

I：アルトパラナ移住地診療所

II：Adventista 病院

III：エンカルナシオン市の病院

以上の各診療所，病院についての簡単な紹介を順にしていく。

I：アルトパラナ移住地診療所について

アルトパラナ移住地の中心にあり，移住地医療

の中心として非常に重要な病院である。重症な疾患でなければ多くの移住者はここの世話になる。この病院は国際協力事業団経営なので診療費は事業団からの援助があるので，比較的安い。医師はパラグアイの医学部を卒業した日系のDr.KumagaiとDr. Shimanakaの2人，看護婦は4人である。

この診療所はもともと日系移住者に対して事業団が援助して経営しているものではあるが，現実には日系人対現地人の外来患者数は1年平均で，日系人1,031人34.6％，現地パラグアイ人 1,948人65.4％と現地人の患者が多数を占めている。この病院は事業団からの援助があるため一応の設備は整っていて，薬品類も種類が多く有名ブランドがそろっているようである。

南米の国々では多くがそうなのであるが，ここでも感染症はいまだ死因のNo.1であり，感染症の患者数は非常に多い。それだけにここの病院では抗生物質は豊富に用意されているようだ。日本から送られた胃レントゲン透視もできる大型レントゲン器械も1台あり，移住地の診療所としては想像以上の設備であった。しかしその反面フィルム現像設備が不充分なため，折角のレントゲン写真もきれいなできあがりと言えない状態である。

また，日本から送られた器具類にも故障している物がいくつかあり，部品がないためにパラグアイでは修理不能のものも多いという。心電計も調子が悪く満足に使えないという医療機器の管理上のアンバランスの点もあるようだ。前述したように，現在では現地パラグアイ人の外来，入院患者が多く，彼らの中には診療費が払えない者も多いので，病院の経営は援助があるとはいえ，決して楽ではないということである。

Ⅱ：Adventista病院

アルトパラナ移住地から30㎞ほどのところにあり，セブンスディアドヴェンティストというキリスト教系宗教団体が経営する病院である。ここには日本語がしゃべれる日系のDr. Tanakaも働いている。臨床検査室があり，種々のレントゲン機械やそれに伴う検査技師，レントゲン技師もいる。建物自体も大きく，設備もよく整えられ，清潔な印象の病院である　アルトパラナの日系移住者の中にはこの病院を好んで利用する人々もいるようだ。とくに少し重症な疾患になると，ここを利用するという移住者は多いようである。この病院での診療費は一律でなく，宗教系病院らしく患者の所得に応じて高額所得者からは多く，低所得者層からは少額，あるいは無料という形態をとっている。

Ⅲ：エンカルナシオンの病院

エンカルナシオン市は人口45,000人，パラナ河に面したパラグアイ第2の都市である。移住地とは100㎞ほど離れているが，大手術や緊急の重症患者は移住地からここに運ばれる。またここで手に負えない時には，首都のアスンシオンあるいは河向こうのアルゼンチンのポサーダス市に送られることもある。

エンカルナシオンには眼科，皮膚科などの専門医もおり，こうした専門医にかかりたい時はアルトパラナの移住者も，エンカルナシオンの町まで出て来なくてはならない。またエンカルナシオン市には事業団と契約を結んだ特約医（歯科医1名，産婦人科1名）がおり，日系移住者に対する便宜をはかってくれる。

③　アルトパラナ診療所における医療統計

移住地医療事情を把握するための一つの目安として，アルトパラナ診療所の最近1年間の科別疾患別患者数の統計と入院患者数を表にして載せる。

1976年4月～1977年3月　外来患者数

順位	疾患名	患者数	順位	疾患名	患者数
1	感冒	170	13	気管支喘息	10
2	胃炎	129	14	リンパ腺炎	9
3	腸炎	113	15	急性熱症	9
4	寄生虫	96	16	頭痛	8
5	貧血	86	17	期外収縮	7
6	高血圧	62	18	肝不全	6
7	気管支炎	54	19	動脈硬化症	5
8	神経痛	37	20	肺炎	5
9	心不全	19	21	農薬中毒	4
10	結核	12	22	狭心症	4
11	D．M．	12	23	肝炎	3
12	R．F．	11		その他	数例

順位	疾患名	患者数	順位	疾患名	患者数
	＜外　科＞		1	妊娠検診	358
1	挫創	232	2	正常分娩	83
2	熱傷	37	3	子宮付属器炎	60
3	打撲	32	4	月経不順	54
4	骨折	29	5	分娩後検診	39
5	壊疽	27	6	膣炎	37
6	咬傷	21	7	乳腺炎	9
7	異物除去	18	8	死産	8
8	虫垂炎	15	9	性器出血	8
9	化膿創	12	10	更年期障害	7
10	銃創	9	11	切迫流産	5
11	下腿部潰瘍	8	12	早産	4
12	抜糸	7	13	胎盤遺残	4
13	関節炎	7	14	早期胎盤剥離	3
14	鼠径ヘルニア	6		その他	19
15	胆嚢炎	6		＜皮膚科＞	
16	椎間板ヘルニア	6	1	皮膚膿瘍	76
17	関節水腫	6	2	膿痂疹	33
18	刺創	5	3	湿疹	21
19	捻挫	4	4	白癬	15
20	脱臼	4	5	帯状疱疹	8
21	脱水症	4	6	じん麻疹	7
	その他	数例	7	疥癬	6
	＜産婦人科＞		8	風疹	6

順位	疾患名	患者数	順位	疾患名	患者数
9	水痘	5		＜神経科＞	
10	麻疹	3	1	神経症	12
	その他	3	2	心臓神経症	9
	＜眼　科＞		3	てんかん	4
1	結膜炎	27		＜泌尿器科＞	
2	角膜異物	2	1	膀胱炎	36
3	結膜外傷	2	2	腎炎	20
4	角膜外傷	1	3	腎結石	14
5	緑内障	1	4	淋病	7
	＜耳鼻咽喉科＞		5	腎盂炎	7
1	咽頭炎	29	6	梅毒	3
2	扁頭腺炎	20		その他	5
3	副鼻腔炎	15		＜歯・口腔科＞	
4	外耳炎	10	1	口内炎	30
5	中耳炎	8	2	歯根膜炎	5
6	耳垢塞栓	7	3	その他	2
7	喉頭炎	6		＜予防接種＞	
8	流行性耳下腺炎	3	1	三種混合	167
9	耳下腺炎	3	2	ポリオワクチン	89
10	鼻腔異物	3	3	破傷風予防	26
	その他	2			

上記外来患者は1年間で2,979人，1日平均12人来院。

順位	科別	人数	%	入院数	%
1	内科	953	32.0	145	19.8
2	産婦人科	734	26.0	378	51.6
3	外科	528	17.7	165	22.5
4	予防接種	284	9.5		
5	皮膚科	183	6.1		
6	耳鼻咽喉科	110	3.7	3	0.4
7	泌尿器科	92	3.1	33	4.5
8	歯・口腔科	37	1.2		
9	眼科	33	1.1		
10	神経科	25	0.8		
		2,979		724	

1年間の入院日数724日，よって1日平均2人の患者が入院。外来患者は内科が一番多いが入院

使用日数は産婦人科378日（51.6％）が多く，続き外科65日（22.5％），内科145日（19.8％）となっている。

日系人対現地人の比較は1年平均で，日系人1,031人（34.6％）で現地人1,948人（65.4％）であり現地人の方が多くなっていた。

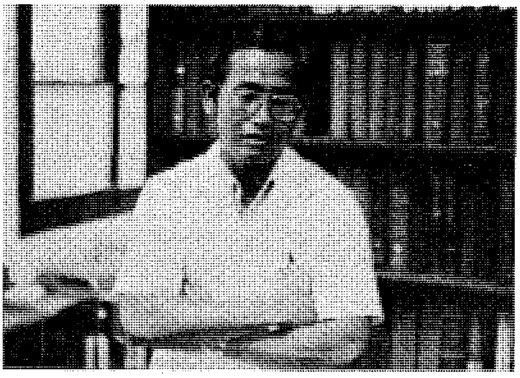
アルトパラナ診療所を訪れる患者の中で，アルトパラナ移住地内では1,894人（66.3％）であり，移住地外では954人（33.7％）であった。

④　医師サイドからみた移住地医療

アルトパラナ診療所の所長，Dr. Kumagai は10才頃に日本からパラグアイに移住。パラグアイ唯一のアスンシオン国立大学医学部を優秀な成績で卒業。1年間の研修後アルトパラナ診療所に赴任。現在卒業後1年目のDr. Shimanaka と移住地の診療に従事している。移住地医療を考える上で，その中心となる医師の率直な意見はとても参考となるであろう。現地医療の最前線にたずさわる医師としての意見を聞くために，いくつかの質問をDr. Kumagai にさせていただいた。

Question：パラグアイの医学部を卒業され，パラグアイで数少ない日系医師となられた先生からみて，今のパラグアイ全体の医療事情をどうお考えですか。

Answer：パラグアイは貧乏な国です。私が医学部を卒業した1968年当時，医学部1学年に40名の学生しかいませんでした。御存知のように，パラグアイには医学部は一つしかなく，医者の数は足りない状態でした。しかし現在は毎年120名の卒業生がおり，数の上では医師数も増えています。しかしほとんどの医師がアスンシオンなど都市部に集中し，移住地などの僻地部では医者不足はまだまだ続いています。



Dr. Kumagai

Q：パラグアイ国内において，日本からの医者による診療行為は認められているのですか。

A：パラグアイ厚生省から一時的に診療活動をするという許可書が出れば，移住地内の診療所でのみ医療活動ができることになっています。ブラジルでは移住地内診療所でさえ日本人医師が医療行為をすることが禁止されているので，その点ではパラグアイの方が規制が緩いようです。日本からの医師は原則として移住地内で日本人のみを診察するというのがたてまえですが，実際には患者のうち60％は移住地外の人，また全体の65％は日本人以外の患者なのです。

Q：現地医学部出身の日系医師としてここの移住地で医療に従事されるにあたり，一番困っておられることはどんなことでしょう。

A：日本人移住者の中には，日本の医療はパラグアイよりはるかに進んでいる，日本ではここよりずっとすぐれた高度な医療が行なわれていると信じている人が多いようです。勿論検査，種々の設備などは日本の方がずっと良いかも知れませんが，こちらで行なっているmedication や consultation は同じだと思います。同じ薬を処方しても日本からの先生が出してくれたというだけで何か全然ちがうというような先入観念が，まだ移住地の人の中には強くあるのではないでしょうか。日本に留学したというだけで，こちらの日系人の間でその医師に対する評価が上るということもあるほどです。

Q：われわれがここへやってきてできる一番の事は何だとお考えですか。

A：移住者の人々にとって，日本語をしゃべる日本からの先生がきて診療してくれるというのは，

確かに有難い事なのでしょうが，現実問題として短い滞在期間中に診療活動をやっても大きな効果は上らないと思います。それよりも今回細田先生がなさった，住民に対する衛生講話のように，移住者の衛生意識を高めるような討論会や集会を，村の婦人会などでやってもらえたら，非常に有意義だと思います。たとえば日本からフィルム，スライドなどを持ってきて子宮頸癌の早期発見の重要性をアピールしたり，食生活と健康に関する話とかをして下されば効果的だと思います。またもし可能ならば，移住地でシャーガス病の血清反応検査を行なって，実際にシャーガス病がどの位あるのか調査してみるのも興味深いと思います。シャーガス病に関してはまだ正確な統計は出ていないし，そのような公衆衛生学的な立場からの活動は，パラグアイ政府からも歓迎されると思います。

Q：日本からの医師が移住地の診療所に何年間かきますが，その場合どのようなタイプの医者が移住地医療に適しているとお考えですか。

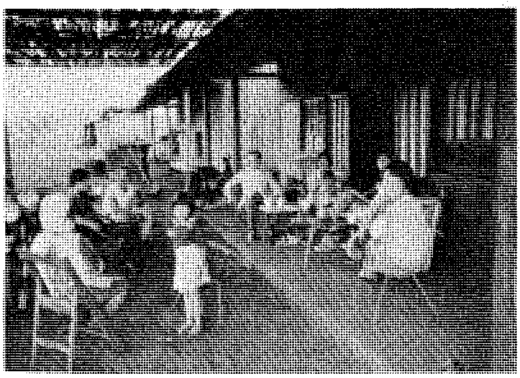
A：ここでは，1人で内科，外科，小児科，産婦人科はやらなくてはなりません。もちろん日本からの先生は優秀でしょうが，このような僻地の移住地診療所では，いくら内科をよく知っていても，お産ができない先生ではやはり困るのです。ですからそのような全科的要求に応えられる，いわゆるgeneral physicianでなければここではやっていけないのではないでしょうか。できればそういう医者を日本から送ってくれれば一番良いのではないかと思います。

Q：先生個人として，移住地医療のむずかしさについて，何か感じることはありませんか。

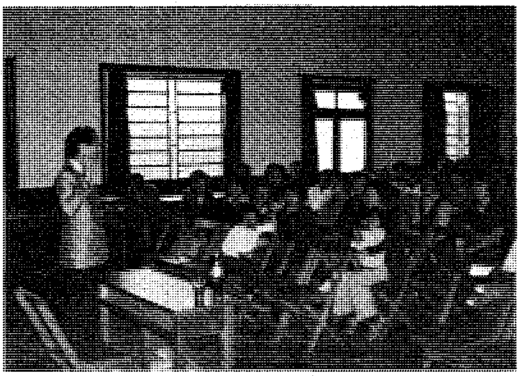
A：今はここには医者が2人いますが，それまでは1人のこともあったんです。患者さんにしてみれば医者なんだからどんな時でも病院にいて，診てくれるのが当然と考えるかも知れませんが，なにしろ1人では体力的にとても大変なんです。移住地の日本人1人が仮に3年に一度夜中の診察をたのんだとすると，それは患者さんにとってはたった3年に一度のことでも医者にとっては毎日2人の夜間診療になってしまうんです。これはあくまで一つの例ですが，患者さんの側でも医者の立場というものを理解してほしいと思います。

⑤　患者サイドからみた移住地医療

われわれの今回の活動のメインテーマの一つは，移住地医療というものを，医学的見地からだけではなく，移住者の生活，経済状態，衛生状態や移住地の地理的条件，交通手段など幅広い観点からとらえ，移住地という特殊な環境での医療事情，またその問題点，改善策を考えていくということであった。今回のアルトパラナの活動でも，病院見学や医療関係者との話し合いには長時間を費したが，それと同様に移住者や国際協力事業団の人人から現在の生活，とくに医療に対する考えや意見を伺うことにも時間を費した。すなわち患者サイドからの意見である。医療を考えるにあたりわ



ピラポ



ピラポ　衛生講話

われわれは，医師サイドと患者サイドの両方の意見を聞き，客観的に現状を把握した上で，その中からわれわれが学ぶべき点や，それと同時に問題点をとらえてゆくべきであろうと考える。医療施設の状況や医者サイドから見た医療に関してはすでに紹介したので，ここでは患者サイドから見た移住地医療というものを，移住者の方々との対話の中から紹介したいと思う。

Question：現在の生活，とくに医療に関して何か不安はありますか。

Answer：昔に比べたら随分良くなってきたと思います。でも大きな病気をした時，ここでは設備はないし大手術もできないし，アスンシオンの町へ行くには時間がかかるし，いざとなった時が心配です。それにパラグアイは日本と比べて医学が遅れていますから，もし大手術を受けることになったら日本へ帰って，できれば日本で手術を受けたいと考えている人も多いと思います。

Q：パラグアイでは医療費は安いんですか。

A：ここの移住地診療所には日本の国際協力事業団からの援助がでていますから，診療費は高くないですが，町の病院に行って手術をする時には大金がかかります。パラグアイには保険の効く，診療費が安い社会保険病院がいくつかありますが，いつもとても混んでいてそこで診療してもらうのはとても大変なんです。それにそこはインターンの先生が多いと言うし，そんな訳でほとんどの人が設備のそろっている個人病院に行くのですけれど，そういう所はどこへ行っても手術のときには大金が必要で，とっても大変なんです。本当に，家族がそんな病気にならないように願っていますよ。

Q：移住者の方の平均収入はパラグアイの中ではどのレベル位なんですか。

A：移住したばかりのころは貧しくて，お金にはいつも困っていました。最近やっと少し良くなってきて，ほとんどの家族が農場で現地の労働者を雇っています。今でも生活は決して楽ではないのですが，昔と比べれば随分楽になってきたのではないでしょうか。

Q：移住者の食生活や移住地内の衛生状態はどうでしょうか。

A：移住した当初はそりゃひどいもんでした。パラグアイ人は野菜を食べる習慣などあまりなかったらしく，野菜一つにしても自分達で持ってきて作らなければならなかったんです。当時は金もなかったし，金があったとしても野菜などはほとんど売っていなかった状態ですからね。栄養状態は決して良くなかったと思いますよ。こっちへきた人はまずみんな1回はマラリアにかかったことがあります。最近は食べ物も豊富になって栄養状態も良くなってきたし，パラグアイ人の労働者を雇えるようになりあまり過労をしなくても済むので，マラリアなどの病気も随分減ったみたいですね。

Q：日本からきたわれわれに対して特にこんな事をしてほしいというような御意見がありますか。

A：先日細田先生がお話しになった衛生講話はとてもためになりました。私達はそういう話を聞く機会が少ないし，せっかく日本からお医者さんの卵や先生達がきて下さるのでしたら，そういう話をもっとたくさんしてもらいたいですね。昔医学知識など全然なかったころは，農薬を素手で蒔いて農薬中毒で亡くなった人達も随分いたんですよ。みんな自分達の健康に対する関心は高いし，機会があればそういう話を是非聞きたいと思っているんです。

Q：移住地の診療所には今までにいろいろな先生がいらっしゃったと思いますが，移住者の人達からみた場合，どんな先生が望ましいのですか。

A：こういう僻地で暮らしている私達としては，やっぱりいざという時にいつでも病院にいて面倒をみてくれる先生がいいですね。私達は患者としてたまにしか診療所には行きませんが，そういういざというときに診てもらえなかったりすれば，やっぱり信頼感が薄れますからね。

以上アルトパラナの移住地医療について，この土地の紹介，病院の紹介や診療所における医療統計，また医師サイド，患者サイドからみた移住地

医療に対する考え方などを通して，紹介しました。

イグアス移住地（パラグアイ）

① イグアス移住地概況

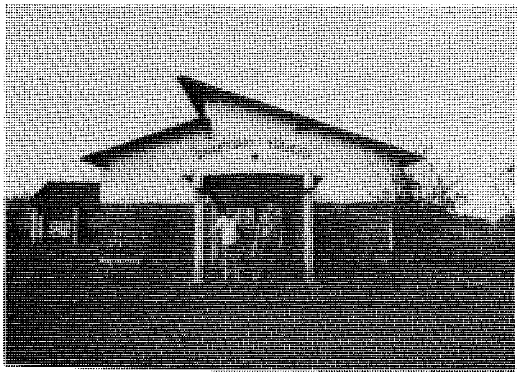
昭和36年に設定されたイグアスのコロニアはアスンシオン市の東方286kmに位置し，総面積は，87,763ヘクタール，平均標高230m，国際道路をはさんで南北にまたがる事業団直営では最大の移住地である。肉牛を主とした畜産に最終経営目標を置いており，1975年現在，約4,000頭が飼育されているが，多大の資本を要する畜産への移行は容易ではなく，雑作，そ菜，養鶏，養豚，養蚕等種々の営農形態を採り入れた多角的複合経営形態の農家が多い。

日系人，280戸，1,110人，現地パラグアイ人，147戸，990人，計2,100人が居住している。

② 移住地医療

われわれは7月27～30日まで4日間ここイグアスのコロニアに滞在した。イグアスの診療所は，派遣医1名，嘱託医1名（歯科），看護婦3名，運転手兼事務員1名の構成であるが，後述する交通事故で看護婦1名が亡くなり現在看護婦は2名である。入院設備として，病室が三つ，3＋2＋2で計7ベッドがある。

現在の鈴木ドクター（外科）が，5代目で歴代産婦人科3人，内科1人と産婦人科のドクターが多かったせいか，設備の面でも，分娩台，内診台など，産婦人科方面のものが多く見受けられた。日本からの派遣医では，自分の専門以外の分野までカバーすることは現実的にかなり困難であるような気がする。また専門のちがう医師が派遣された場合，先の医師の使っていた設備が充分に活用されないという惧れもある。



イグアス診療所

日本からの派遣医師が自分の専門分野外の，例えば産婦人科の診療を行なうためには，現地のneedを充分納得された上でそのために日本国内においてある一定期間，例えば産婦人科の教育を受ける必要があろう。

インターン制度が廃止され，専門細分化傾向のある日本の卒前・卒後医学教育制度の中で育った若い医師では，現地側のneedに即座に対応するのは困難であろう。

また，発注した設備が現地に到着するまで時間がかかりすぎ，2年の任期内に着かなかったり，着いてもすぐに次の分野のちがう医師にバトンタッチしなくてはならない可能性がある。さらに，日本製の立派な設備も，維持・補修が困難なために，宝の持ち腐れに一部なっている現状もある。たとえば，高級な麻酔器があっても，ゴムのチューブ1本がないために使用不可能になっていたり，心電計もインク式で，ペンが腐蝕して使用されることなく，そのままになっていたりする。

これからは，医療器械の購入，メインテナンスに関し，将来的見通しのもとに行なわれるべきであろう。たとえば，地方によっては電圧スタビライザーが必要な所もあるし，耐熱・耐腐蝕性部品，さらにこれらの真空パック予備品，英語と日本語の詳細な修理要項などの添付などである。

パラグアイでは半年ほどの教育期間で準看護婦の免許がとれるらしく，看護婦教育にも一つの問題があるようだ。日本国内でも同じであるが，医師の能力のみならず，パラメディカルスタッフの能力も大きく診療内容に影響してくるであろう。ピラポのコロニアでは看護婦教育で，サンパウロまで看護婦を派遣していたのが思い出される。

アスンシオンから東へ300km近くあるため，出産を含めて，できる限りすべての疾患をこのイグアスの診療所で診てもらいたいという住民の希望は，非常に強く感じられた。それは経済的な面からでもあり，言葉の面からでもあるが，日本語を話す医師が近くにいるのであるから，そう思う移住地の方々の気持は当然であろう。この点で専門化の方向が強い日本からの派遣医が，どこまでその希望に応え得るかは，不安の残る問題である。

現実として，近くに二次医療設備もないのであるから，そこで活躍しようという医師は，日本から派遣されるに先き立って，一般的診療科目，つまり内科，外科，産婦人科，小児科，整形外科については，ある程度の知識と経験は要求されよう。この点で困難があるが，国外に出る前にある期間教育を受けるようなシステムが，現地移住地の医療を考えると必要ではないかと考える。

また患者は，日本語を話す日系人だけでなく，現地パラグアイ人も多いので，パラグアイ人にとって，また日本語を話せない日系人の世代も出てくるであろうから，言葉のハンディキャップを日本からの医師がどう克服するかは，これから問題になってくるであろう。

またコロニアにおいて，公衆衛生面での教育がもっと必要であろう。食生活の指導一つをとってみても，医師でなくとも，あるいは医師以上に保健婦・助産婦に，充分にその効果は期待できると思う。高度な医療を誰もが望むのは当然であるが，現実を踏え，まず公衆衛生面でのキャンペーン，教育が必要ではないかという印象を持った。

日系人とパラグアイ人の患者数の比は，表の通りで6割が日系人である。経済的理由で診察も受けずに薬だけ持って帰る人も多いと聞いている。この点で鈴木ドクターは医薬分業をはっきりさせようと努力なさっているようであった。

52年度の患者数

52年 月	日本人	現地人	入院数
4	174	78	3
5	132	55	5
6	204	148	6
7	210	165	4
8	192	127	3
9	194	126	3
10	179	112	3
11	150	178	0
12	217	130	3
1	245	153	2
2	176	125	1
3	272	164	0
計	2,345	1,561	33

入院患者数は，7ベッドあるにもかかわらず1年間で33名というのは少ないように感じられた。

内科疾患の特徴

感冒及び急性胃腸炎が非常に多く，咽頭カタル，頭痛，関節痛，所謂肩こりなどの不定愁訴の患者が主体で，肝炎，胃十二指腸潰瘍，肺結核，マラリアなどが，極く少数例発生している。重篤な風土病はない。また成人病患者は少ない。

外科的疾患の特徴

骨折，挫傷，切創などの外傷がほとんどを占めている。鈴木ドクターによると設備面や麻酔医がいないなどの理由により，小外科手術のみ行なっているとのことであった。

1978年6月の受診者数科別一覧

〔内　科〕		〔外　科〕	
感　冒	51	処　置	23
急性胃腸炎	11	前額部挫傷	2
急性扁頭腺炎	5	腰痛症	2
急性咽頭炎	6	左手刺創傷	1
急性腸炎	4	関節リウマチ	1

〔内　科〕

急性大腸炎	7
低血圧	4
予防注射	3
急性腎盂炎	2
回虫症	2
全身倦怠感	2
偏頭痛症	2
急性膀胱炎	1
腹　痛	1
他　計	117

〔皮膚科〕

全身湿疹	6
左手背部潰瘍	1
癤	1
じん麻疹	1
他　計	11

〔産婦人科〕

子宮不正出血	1
流　産	1
妊　娠	2
計	4

〔外　科〕

右肩部打撲症	1
右足癤	1
左足底部刺傷	1
右下眼部皮下血腫	1
頭蓋底骨折	1
右第2中手骨骨折	1
頭部挫傷	1
左前胸部挫傷	1
左手切創	1
他　計	48

〔耳鼻科〕

耳　痛	1
左中耳炎	1
耳　垢	1
右中耳炎	1
計	4

〔歯　科〕

歯槽膿漏	1
歯齦炎	1
虫　歯	1
計	3

他に	薬品のみ	148
	注　射	14
	診断書	1
	計	350名

われわれがこのイグアスでとくに感じたことは，医療というものは，本質的に，医師だけ住民だけ，あるいは管理者だけというのではとても考えることはできず，関係者全員が最も大切であるということである。各々が，自分達にとって一番都合のいいように望むのは自然であるが，真にコロニアの医療を考えるとき，どこかで妥協点を見つけ，医師は親身にコロニアの人々の悩みに応え，コロニアの人々は，医師を温かく迎え支え，管理者は医療環境の整備に努力することによって，できる限り最良の医療を行なえる場をつくる必要があると思う。この点でイグアスのコロニアの医療の今後の改善が期待される。

③　交通事故について

7月15日午後2時ごろ，痛ましい交通事故が，国道7号線の92㎞地点で発生した。大型バスとト

(9)　サンデーパラグァイ　1978年7月16日

大惨事！

RYSAの衝突事故　19人が死亡　日本人女性6人も

大破したトラックの運転台と、荷台が真ッ二つ。

十五日午後二時頃、国道七号線の九十二キロメートルの地点で、ストロエスネル発十三時十五分の大型バス・ラピド・イグアスとブラジル国籍のトラックが正面衝突して、乗っていた乗客三十五人のうち十九人が即死、残りの乗客のほとんどが重軽傷を負うという大惨事が起きた。

この乗客の中には日本人女性六人がおり、いずれも即死。イグアス移住地ではこの突然の大惨事の知らせにおどろくと共に遺族らは悲しみにくれている。

事故はカンポ8附近で起きた。ラピド・イグアス（RYSA）のレオポルド・アキーノ・チェーナ運転士の話すところによれば、向こうから来るトラックの動きがおかしいとは思っていた。近ずくにつれ、トラックがバスの方によって来て、接触衝突してしまったという。このトラックはブラジル国フォス・ド・イグアスのナンバーをつけており、二十五トンの大豆を満載していた。トラック運転手は現在逃亡中であるが、居眠り運転が直接の事故の原因と見られている。

死亡した日本人の女性六人は、いずれも創価学会員で、この日、エンカルナシォン市で開かれるはずだった学会の集会に参加するため四十一キロメートルの白沢商店前から乗ったものであるという。

この衝突事故により、バスは大破、乗客は路上に死体となってバラまかれ、このため交通は一時マヒ状態となった。

重軽傷を負った乗客は、通りがかりの車輛に一人づつ乗せられて近くの病院に収容され、手当てを受けている。

「日本人死亡者氏名」

原　(姉)(父・万平氏)
原　(妹)　〃
前田　(姉)(父・　氏)
前田　(妹)　〃
久岡　(父・孝夫氏)
大西　(父・　氏)

路上に放り出された死体と、イスなど。このため交通は一時マヒ状態に落ち入る。

日系新聞

ラックが正面衝突し，乗客35人のうち19人が即死，残りの乗客もほとんどが重軽症を負った。19人のうち，日系人の女性6名が含まれていて，翌日のサンデーパラグアイという日系新聞にも，“大惨事！”と大きくとりあげられた。

われわれ自身の経験でも，国道の中にも狭く，路面状態の良くない道路が少なからずあり，その上100㎞／時近い猛スピードを出す車が多く，今後も道路整備が進まないまま，車の数がどんどん増すことがアスンシオンの現状をみても予想され，われわれの目にも，今後さらに交通事故が多発するように思った。これは，10年ほど前に日本で交通事故が大きな社会問題となったように，パラグアイの大きな社会問題となるであろう。

④　運動会について

7月23日はちょうど，イグアス連合学園運動会があり，イグアスの日系の方々は全員グラウンドに集合した。日本から遠く離れたここパラグアイでこれほど日本的な運動会が行なわれているのには驚いてしまった。行進曲はもちろん日本の運動会と同じである。プログラムを見ても，騎馬戦，下駄競走，棒倒し，玉入れなど，全く同じである。ただ異なることは，どちらを見ても，ビルも山もなく，パラグアイの国花であるラパチョの木が美しくピンクの花をつけていることであった。

最後にわれわれを歓迎していただいた，アサドパーティでパラグアイの星降る夜空に響いた，イグアス讃歌を是非，この紙面に載せたいと思います。

イグアス運動会風景

入植15周年記念当選作品

宇都徳顕　作詞

一　大いなる希望に燃えて
　我等きたれり　南米パラグアイ
共に築かんふるさと　イグアスを
　今ぞためさん　我らが力
おお　フロンティア
　おお　おお　フロンティア

二　みどりなる　沃野きり拓き
　我ら住みし　南十字星の下
ともに開かん　夜明けの　イグアスを
　今ぞかかげん　文化の光
おお　フロンティア
　おお　おお　フロンティア

トメアス移住地（ブラジル）

①　トメアス概説

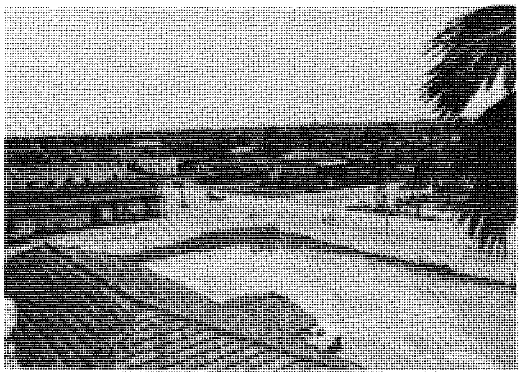
ブラジル・アマゾン河河口のベレンより，車で約6時間南に下った所に位置するトメアスには，アマゾニア地区最大の第1，第2トメアス移住地がある。年間を通じた高温多湿の熱帯多雨林型気候で，12～6月ごろが雨期，7～11月ごろが乾期である。ここに，邦人が第1歩を印したのは，49年前の1929年7月で，神戸港を出帆したモンテ・ビデオ丸で移住した43家族である。その後，トメアス産業組合の設立などと併行して，胡椒（ピメンタ）の栽培を始め，1952年ごろからの世界的な胡椒相場の高騰により，トメアスは世界的胡椒供給地として，その国際的名声を高めた。

こうして訪れたピメンタ景気に，戦後の新移民の入植が相ついだ。近年ピメンタの根ぐされ病と胴枯病の著しい進行と水害（1974年）などにより一時，壊滅的打撃を受け苦しい時期が続いたが，今日では，胡椒に替るマラクジャ，メロン，ハワイマモン，カカオなどの短期換金作物を導入し，多角化経営を目指して変革が行なわれている。現

在，第1，第2トメアスをあわせて382戸，1,914人の邦人を数える。

② トメアス移住地の医療形態

トメアスの医療施設としては，現在第2トメアスに国際協力事業団の運営する診療所がある，第1トメアスにはUnidade Mista de Tomeaçu（州立病院）がある。どちらも，入院設備を持ち，簡単な手術・分娩なども含めて全科的診療を行なっている。

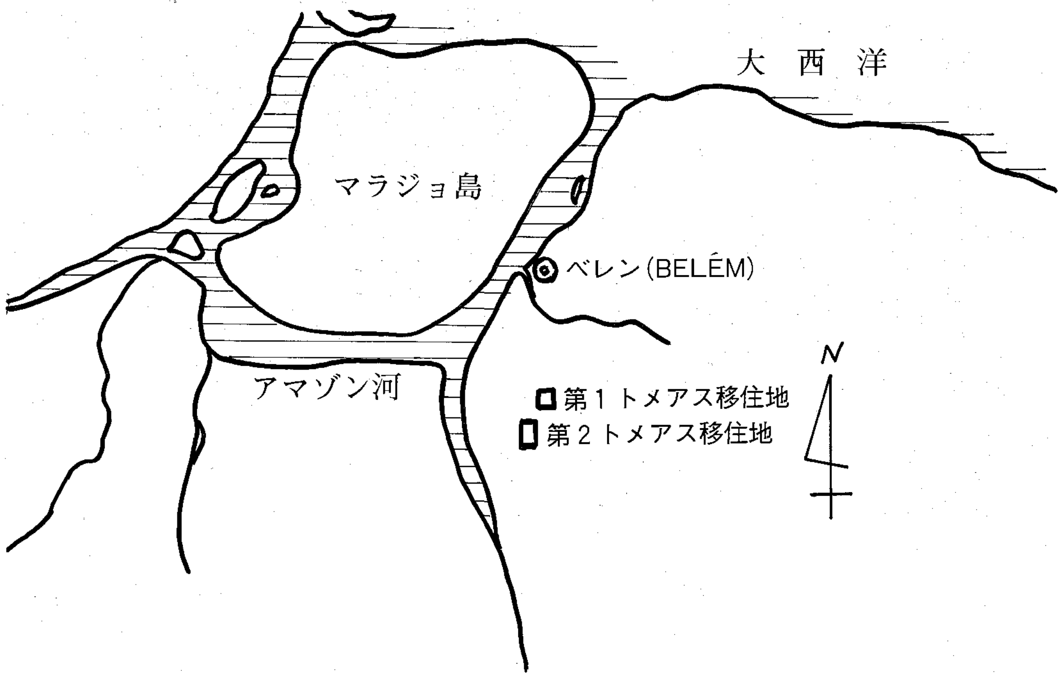


トメアス移住地風景

それ以外にも，産業組合の経営する小さな診療所がある。最近では，道路状態の整備が進み，また，移住者各戸で自家用車を持つようになり，ベレンの町まで6時間ほどで移送も可能になってきたため，これら三つの病院は，一次医療機関として利用され，手術を要する疾患や，集中治療を要する疾患では，皆ベレンのアマゾニア病院やHospital Belén を利用するようになってきている。

③ 第2トメアス診療所

国際協力事業団（JAMIC）の運営するこの診療所は，トメアスにおける日系移住者の医療サービスの中心を担うものである。現在，医師は二世の生田医師1人で（夫人も小児科医であるが，現在診療活動は行なっていない），看護婦3人，受付，事務1人，ベッド数3床の診療所である。この病



院は，いわゆる private hospital であり，社会保険は効かず有料である。ただし，移住者で医療費の支払いの困難な人は， JAMIC に行き，その旨証明書を書いてもらえば，無料で診察を受けられる。また，ブラジルの一般病院と異なり，病院内に備蓄されている薬品により，院内処方を行なっており，患者に便宜が計られている。

医療費は，おおむねベレンの病院の相場の7割程度であり，初診料200クルゼイロ（1クルゼイロは約10円），入院費は1日200クルゼイロであり，二度目からの診察には無料である。

1日の外来患者数は，平均15人程度であり，患者の内訳は，内科，小児科，産科から，整形外科，眼科，耳鼻科など全科に及ぶ。

1978年6月の診療件数

科目	患者数	科目	患者数
内科	66	耳鼻科	1
小児科	52	整形外科	4
外科	3	皮膚科	10
産婦人科	20	眼科	0
合計		156	

診療の受付は，7:00a.m.～11:00a.m.と，2:00p.m.～5:00p.m.の間である。この診療所は日系人以外に，ブラジル人に対しても，同様に診療の門を開いており，その比率も，ほぼ1：1である。

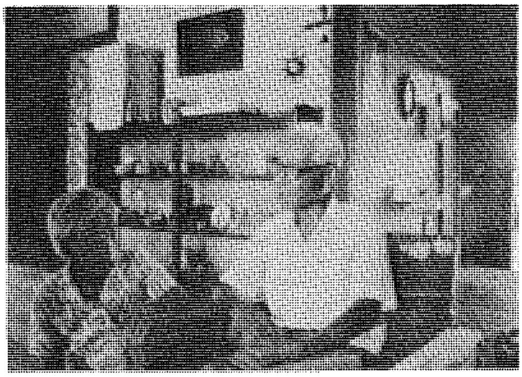
次に，ここで働く生田ドクターを簡単に紹介すると，彼は二世でパラ州立連邦大学医学部を1973年卒業，同大学卒のブラジル人と結婚，1975年より2年間，国費留学生として日本に渡り，大阪大学で6カ月，名古屋大学で1年6カ月整形外科を研修した。このとき，奥さんも，private の費用で同行し，小児科の研修を積んだ。帰国後，アマゾニア病院事務局長の山之内氏の勧めで，第2トメアスの診療所に赴任した。

④ Unidade Mista de Tomeaçu 州立病院

この病院は第1トメアスにあり，INPS と FUNRURAL の社会保険加入者を対象とし，州の援助もあり，医療費は完全に無料である。

医師は，ブラジル人の院長と，日系二世の若い医師の2名で，看護婦11名，ベッド数19床で，虫

インタビューする大上隊員



菊地先生夫妻

垂炎や帝王切開など救急疾患の手術はここで行なう。1日の患者数は，50～70人ほどで，そのほとんどはブラジル人で，日系人は4～5人程度である。日系人は無料ではあるが，ブラジル人の患者が多く長時間待つ上，診療時間が限られていて，言葉の不自由があるなどの理由から，そのほとんどが，第2トメアス診療所を利用するようである。

⑤　戦前からの医療の歴史

戦前のトメアス地区には，南米拓植病院という病院が，唯一の医療機関であった。その後，戦争を経て，産業組合病院へと姿を変え，後中央病院となってからも，40㎞四方の植民地全体をカバーする唯一の医療・保健衛生施設である時代が続いた。ようやく近年，パラ州の手でパラ州立病院が，そしてJAMICにより第2トメアス診療所が建設され，現在の医療体制になるに至った。

⑥　菊地文雄氏とトメアス医療の歴史

千葉県の農家の出身，現在69才になられる菊地先生の歴史は，またトメアスの医療の歩みとも言えるであろう。

昭和5年に，家族と共にブラジル・トメアスの地に農業移民として入植したが，わずか3カ月でアメーバ赤痢に罹患し，その後栄養障害より脚気を併発，重労働に耐えられない体となった。ちょうど，南米拓植病院で人手が足りず，薬剤師の手伝いをするようになった。このころ，薬剤師が病気で日本に帰国してしまったため，医師の指導を受けたり，医学書などで独学し，とうとうブラジルの薬剤師の検定試験を受け合格した。そのうちに，第二次世界大戦が始まり，ブラジルが日本との国交を断絶するに至ってトメアスは，日本，ドイツ，イタリアの移民が集まった補虜収容所のような形となり，さしずめ，陸の孤島のような存在となってしまった。

このような所の病院に医師が寄りつくはずもなく，医学知識を持つものは，菊地先生唯1人となってしまった。そのような事情で必然的に，患者を診察・投薬することとなり，またパラ州政府もそれで事足りているとの判断から，トメアスに医師を派遣してくれなかった。1951年より，ブラジル人の医師が週に2日だけ中央病院へくるようになったが，それ以外のときは，すべて菊地先生1人で40㎞四方の医療圏を診る時代が続いた。

朝は外来診療，午後は看護婦を連れて往診をし自転車で今の第2トメアスの村まで夜間片道10㎞ほどの道を往診することもあった。金を払えないブラジル人も診てやったという。自分が病気をした以外，休んだこともなく，おしりにでき物ができたときは，自転車に乗れず，朝4時から馬車に乗せてもらって往診にでかけたこともあるという。

6年前過労から，心筋梗塞で倒れたときも，自分で薬を処方し，注射して一晩もたせて次の日，他の医師の診察を受け，一命をとりとめた。5～6年前に，ようやく第2トメアス診療所，州立病院ができ，トメアス地区の医療が整備されるに至って，菊地先生も重かった肩の荷をおろし，1974年ようやく引退した。

その間，マラリア患者を中心に，菊地先生のお陰で，命を救われた者の数は，数え切れないという。菊地先生は，昔の1人でてんてこまいで頑張っているころを述懐して，今は，医者も移住者も恵まれていると言う。

⑦ 第2トメアス診療所医師，生田ドクターに聞く

現在，第2トメアス診療所で働いておられる生田ドクターに，移住地における医療について，お話を伺った。

○「まず，こういう僻地部で診療をするに当って，住民の間の評判というのは，極めて重要な問題です。しかし，これは赴任してきて，大体6カ月が勝負ですね。この間に何かミスでもやろうものなら，一発で患者はこなくなるでしょう。たとえ，医者側に全く落度のない，大学病院でさえ救えないような不可抗力のケースでも，死なせてしまったりしたら，悪い評判は1日で移住地を駆けめぐるでしょうね。こんな場合は運が悪かったとあきらめるよりしかたないね。逆に，初めの6カ月，何事もなく無事診療が行なえると，大体，その医師の力量が評価されるものですよ。一旦，腕がいいとなったら，今度は少々のミスでも，逆に“あの先生に限って”となるのですよ。だからこそ，僻地医療というのは難しいね」

○「日本の医者は，患者へ説明する場合，“あなたの病気は，今の所○○と○○○と○○の可能性があるけれど，はっきりさせるためには，後○○○と○○○の検査が必要ですね。その検査の結果を待って，もう数日様子を見ましょう”などという調子である。これをブラジル人の患者相手にやったら，次の日から誰もこなくなってしまいますよ。ブラジル人に対しては，少々疑問の点があっても，“○○○だから○○○しなさい”というふうに，断定的に言わなければ，信頼してくれないのですよ。日本に研修に行ったとき，教授が，患者を前に，“ウーン”と言って腕組みをして考え込んだのを見て驚いてしまったね」。

黄熱病予防接種

○「やはり，こういうところで働いていると，まず自分の専門の勉強もできないし，勿論，学会へなども行けない。それに，医者同志の discu-ssion もできないというふうに，どうしても自分の腕を磨けないというのが，大きな悩みになりますね」。

○「土曜，日曜でも飛び込みで患者がやってくるので，あまり外出もしないようにしているんですよ。自由な時間が，そんなに持てないというのは，僻地医療にたずさわる医師の宿命じゃないですかね」。

マナウス近郊移住地

① マナウス概況

アマゾナス州にあるマナウス市は人口31万人（1976年）で，1966年に創立された。南緯3°08′07″で，西経60°01′34″，海抜21 m，面積14,337 km²。ベレン市より河川路上1,713 km 上流にあり1万トン級の外洋船が入港できる自由貿易都市である。ベレンより船で3日間かかり，時差も1時間ある。

19世紀後半にはゴムの景気によって，一時大い

に繁栄し，その遺産として，マナウス劇場がある。しかしその後，衰頽したため，アマゾニア西部地域開発振興の一環として，昭和42年アマゾナス州，アクレ州，ロンドニア直轄州，ローライマ直轄州がフリーゾンとして創設され，それらの移出入港として，マナウス港が指定された。

② マナウス近郊移住地の医療

我々は今回の計画の最後の訪問地であるマナウスに，8月24日〜27日の4日間滞在した。マナウスが我々が訪れたパラグアイやトメアスの移住地と大きく違う点は，日本語を話す，日系のドクターのいる病院がまだない事である。国際協力事業団マナウス支所でお聞きしたところでは，日系ドクターの病院を，一日も早くマナウスに創りたいとのことであった。もちろん，この際，日系人のみならず，ブラジル人の患者も，看ることになる。このマナウス地区には2,200人の日系人がいて，そのうち1,500人がマナウス近郊に集中している。現在5人の日系ドクターがいて，そのうち産婦人科のドクター1人が，開業している。

ここマナウスには一種の生活保護制度で特約医制度というものがあり，無料の診察券を必要とする日系移住者に配り，それを特約医に持って行けば，診察料が無料になると聞いている。我々は，Efigenio de Salles のコロニアを訪ね，色々のお話を伺った。

マナウスの移住地においては，現在も，年に2回ほど，日系ドクターの努力によって，巡回診療が，行なわれている。しかしこの巡回診療の意味も，道路事情の変化とともに，大きく変化してきた。また将来も変化していくであろう。入植当時はコロニアで車を調達するだけでも苦労だったらしく，またマナウス市内まで，何時間もかかって出ていた。しかし今日では，道路も整備され1時間ほどで市内に出られるコロニアもある。

入植当初，5年間ほどの巡回診療と現在のそれでは，日系人の方々の受けとめ方も随分違うようだ。けれども年に2回来てくれる日本語の話せるドクターはコロニアの人たちにとって，特にお年寄には，本当に信頼して話ができるドクターに違いない。

現在でも言葉は大きな問題であり，いざ病気になった時，日系の病院のないマナウスでは，ポルトガル語を話すブラジル人のドクターのところへ行くしかなく，この点で非常に不安に思っている人が多いようである。

特に通訳をはさんで，病状を伝えることも多く患者の真の訴えが伝わらなかったり，女性の場合には，通訳には話しにくいことが多いことが，大いに推察できる。いざという時，事業団の方に，言葉とか手続きの点で，お世話になっている人も多いと聞いている。

反面，20年近く日系のドクターにかからず，ブラジル人のドクターにかかっている人の中には，特に日本語を話すドクターのいる病院の必要性について消極的で，今のようにブラジル人ドクターでいいと言う人もいる。

交通事情が大きく変化したと書いたが，日系コロニアの生活も，大きく変化してきたらしく，生活様式の向上と共に，医療サービスのニードも変化してるのは必至であり，教育問題と並んで，医療問題は，将来にわたりマナウス日系社会の課題になり続けると考えられる。我々が強く感じたのは，トメアスやパラグアイの移住地とマナウスは条件が，かなり違い，これから日系の病院ができる時にメリットは非常に大きいであろうが，その時には，現在各コロニア診療所の持つ問題が同じように浮び上ってくると思われる。

③ INPAとHospital Moléstias

マナウスでは，アマゾンの総合研究所であるINPA（Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia）とHospital de Moléstias tropicasを訪問した。

INPAは1954年に創立され，植物学，動物学，医学，生態学，社会科学など総合的にアマゾンを研究する機関で，Dr. Jorge R. Arias に所内を案内してもらった。

Hospital de Moléstias では，院長の Dr.

Donrade に病院内を案内してもらった後，スライドを使って種々の熱帯病の説明を受けた。

総　　括

①　移住地について

第1回ブラジル移民を乗せた笠戸丸がブラジル・サントスに着港したのが，ちょうど70年前である。その後，ブラジルのみならず，パラグアイ，ボリビア，アルゼンチン等南米の国々へ，日本人の移住が続いたが，そのほとんどが農業移住である。現在，五世の誕生を迎える時代となった日系社会は，サンパウロ等都市部においては，商工業の分野や，医師，弁護士の分野にも多数進出し，近年は，政界への進出も目立ってきている。

一方，特にブラジルに於いて移住初期の入植以来，日系人が農業に果してきた貢献は計り知れなく，その基盤の上に，現在の日系人社会に対する信用と評価が成り立っているのである。そして，現在も多くの日系人が，南米各地の日系移住地で農業に従事している。

今回の我々の活動の主目的でもある「日系移住地の医療の把握」というのは，"移住"という特殊な事業によって，地球のちょうど反対側の大陸に形成された日本人社会というものが，果してどのようなものであり，又，その中で医療というものがどのような形でなされているのか，ということに焦点を絞ったものである。

南米の日系移住地を回って，我々が共通に驚ろかされた特色というのは，我々の予想もはるかに越えた「日本らしさ」である。今回訪問したパラグアイ・ブラジルの4つの移住地は，それぞれ入植以来短かいもので20年，長いもので50年近い歴史を持ち，現在は直接日本を知らない二世，三世の時代へ移ろうとしている移住地であった。

ところが，日本とは地球のちょうど反対側にあたり，言葉もポルトガル語やスペイン語が母国語の国々にあって，それら移住地の存在は，陸の孤島のようにも思えた。

もちろん，農業組合制度を取り入れ，大規模な生産活動を展開している移住地も多くあり，経済面においては，けっして周囲と遊離しているわけではない。だが生活面においては，移住地の中では，日本語がまかり通り，食生活も多少の違いはあっても，やはりそれは「日本」である。何よりも，人間関係における民族性は，全くの日本の農村のそれである。もちろん，二世，三世の中にはポルトガル語やスペイン語を話すものも出てきてはいるものの，サンパウロ等の都市部における，ジェネレーションの変遷・ブラジルへの同化に比べると移住地におけるそれは，きわめてゆっくりであり，「日本」に対する傾斜は驚く程強いといっていいであろう。このような一種の特殊な形態の社会における医療は，又，特殊な形態を取らざるを得ない面があろう。

②　移住地医療の形態

我々が訪問したような大きな日系移住地には，ほとんど日本の国際協力事業団によって診療所が設けられている。規模としては，医師数1～2名，ベッド数3～5床，産科診察室や，簡単な手術が可能な手術室があり，レントゲンも配備されている。又，院内処方が可能なだけの薬も備蓄されている。手術といっても，虫垂炎やヘルニア程度のものであるが，これによって一次医療の領域は，カバーされている。

前項で述べたように，日系移住地の，特に一世の移住者たちは，日本人のみからなる一種の同族社会ゆえに，ポルトガル語やスペイン語の現地の言葉を話す必要性がなかったため，日本語しか話せない人がいまだに多い。農業において，現地人労働者を使う際に用いる言葉ぐらいは話せても，自分の体のことに関係する診療において，微妙なニュアンスを伝えたい時や，医師から詳しい説明や指導を聞きたい時に，通訳を通じてしか医師とコミニュケーションを持てないのでは，大きな不安となるであろう。又，疾患によっては，通訳を通しては話しにくいこともあるだろう。そのため移住地診療所に働く医師は，日本語の話せる，日本人の医師か，もしくは日系二世，三世の医師と

いうことになる。なお，パラグアイの場合は，国家間の協定により，移住地内での診療という条件付で，日本での医師免許の資格だけで，パラグアイ国内での診療活動が認められている。そのため，移住地診療所では，パラグアイの大学医学部を卒業した一世や二世の医師以外に，日本から国際協力事業団を通じて，数年契約で派遣されてくる医師が診療に当っている。

しかし，ブラジルにおいては，ブラジル国内の医師免許を持たないものの診療は厳に禁じられており，又，日本人がその資格を得るのは至難である。そのため，国際協力事業団が，日系人医学生に奨学金を出したり，日本の文部省等の援助も借りて，卒業後数年間日本において研修を積ませることにより，その後何年間かの移住地診療を担当してもらうようなシステムをとっていた。

移住地によっては，これらの診療所以外にも，近くに州立病院や，アドベンチスタ病院等，もう少し大きな規模の病院を持つ所もある。

又，マナウスの移住地のように，都市に非常に近い関係上，独自の診療所をもたず，そのかわりマナウス市内の日系人勤務医や開業医により，移住者の診療がなされている所もある。なお，マナウスの移住地も近いうちに診療所を建設する計画があるということであった。

このように，我々が訪問した大きな移住地での医療の中心は，日本の国際協力事業団が運営する診療所であり，近年のめざましい道路の拡充をもってしても，二次・三次医療をカバーできる都市病院までは，最低5～6時間はかかる状態である。

また移住地には，そこに働くパラグアイやブラジルの現地人労働者とその家族が，多数居住している。移住地診療所は，彼らにも門を開いているわけで，現実には来院患者の半数以上は，邦人以外のパラグアイ人もしくはブラジル人である。

ほとんどの移住地診療所では，一応内科，小児科から，産婦人科や，簡単な手術まで広く診療に当っているが，重症疾患や，大きな手術の場合は，車で，遠く都市病院まで送っている。薬剤の処方は院内処方を行ない，院外処方形式を取る南米の一般病院とは異なるようである。

次に，ブラジルにおいて各州に群散する，もっと小さな日系移住地においては，このような診療所などない所が多く，言葉の面において非常な不自由を感じながら，ブラジル人医師の診療所で医療を受けるか，多くは無医地区となっているのである。これらの移住地に対しては，国際協力事業団が，サンパウロやベレンの日伯援護協会に依頼して，毎年何回かの巡回診療を行っている。活動内容としては，血圧測定と聴診と，簡単な臨床検査であり，健康上のアドバイス的なものが主眼であり，長期的加療までは手が回らないようである。しかし，日本語しか話せない奥地の移住者の人々が，日頃心配している自分の健康状態について，1年に1度か2度でも，日本語で医師に話を聞いてもらうだけでも，大きな意義をもっているようである。

③　移住地に求められる医師像

一言でいって，パラグアイ・ブラジルの移住地医療というものは，日本の農村の僻地医療ときわめて似通っていると見てよいと思われる。移住地は，ある意味では，現在の日本の農村以上に，昔の農村社会の形態を残している社会である。したがって，ここに求められる医師像というものは，日本の僻地医療を満足にこなせる素養が必要であろう。

まず第一に，広く医療範囲をカバーできる，primary care physician であることが，必須の条件であろう。“狭く深く”の specialist では，初めからその機能を果せないであろう。特に，移住地において，たとえ内科系の医師であろうと産科と整形外科の素養は必須の条件である。他に回したくとも回す病院がなく，又，移住地内で起った全ての緊急事態に際して，少なくとも車で5～6時間かかる都市病院まで，命をもたせるための応急処置を施す能力は，最低限求められる。

第二番目に重要なことは，その医師の人柄ではないかと思われる。移住者が望んでいるのは，“気さくな村のお医者さん”なのである。移住地社

会は，独特な囲まれた社会であり，人間関係も，出身地，宗教，経歴などが絡みあった複雑なものである。そして，日本の農村（特に僻地部）形態の濃厚に残っている社会であるために，医者と移住者の関係は，単に診察を受けにきた時だけに限らないものとなる。気さくに移住者の中に溶けこんで行くことができないと，都市部における以上に，医師と患者の信頼関係を造ることがむずかしくなるように思われる。

④　医師サイドの悩み

移住地で医療にたずさわる医師の悩みも数多くある。

まず第一に，これは特にパラグアイ移住地において言えるようであるが，移住者がパラグアイの医療レベルや医学教育レベルに対して過少評価をするということである。そして遠くはなれた日本に対する心情も加わっていると思われるが，日本の医療というものへの過大とも言うべき評価がなされているようである。パラグアイやブラジルでは，たとえ，現地の大学医学部を優秀な成績で卒業しても，移住地の人々から直ちに高い評価を受けるのは難しく，日本に１年でも２年でも研修に行ったという経歴が，非常に信頼を生むということである。

第二には，移住地での医師として，全科をこなせるprimary care physicianが求められている反面，逆に，何でもこなす医師は，「村医者」として軽視されがちでもある。そのため，風邪等の軽い病気の時だけ，診察にきて，少し病気が重くなると，初めから，何時間もかかる都市の病院へ車を走らせたりして，すぐ専門医へ行く傾向がある。せっかく，primary care physician としてのトレーニングを大学で積んできても，何か特殊な専門をもったspecialist でないと“軽く”みられるという悩みがあるようである。このジレンマは，日本でも全く同じであり，最近盛んに呼ばれている primary care の打ち破らなければならない壁であろう。

次に，大体が１人の医師のみによる勤務であるため，医師同志の discussion ができない。そして，学会などへ行くこともできないし，自分の専攻している科があっても，その勉強も充分にできない等，自分の腕を磨けないことへの悩みは大きいようである。

最後に，パラグアイの場合のように，移住地診療所に，日本からの派遣医師が数年契約で送られてくる場合，その子弟の学校教育の問題が，派遣医師にとって大きな悩みとなっているようである。日本の教育のひずみは，このような所にまで大きく影響しているようである。

⑤　移住地住民の保健・衛生意識

今回パラグアイのアルトパラナ移住地にて，細田団長が行なった食生活や農薬問題などを中心とした衛生講話は，住民の方々に強い関心を持たれたようであったが，一般的に言って，各移住地とも保健・衛生意識は，まだまだ低調のようである。

診療所の医師も，日常の医療業務に忙しいであろうが，国際協力事業団などとも協力して，もっと積極的に住民の意識を高める企画を設けてはどうだろうか。

成人病に関して，特に食生活の注意事項や，家庭医療として知っておくべき，最低限の応急処置や，農薬を取り扱う上で守らなければいけない諸注意など必要なことはたくさんあるようである。

又，いまだ学童で高率に保虫者の存在をみる寄生虫疾患の予防・治療についてや，婦人検診による子宮癌の早期発見の重要性，そして最近増加してきているという性病に関しての正しい知識などを，いろいろな機会に住民に普及させていく努力が望まれよう。

我々も，今後の派遣計画では，一層この問題に寄与できるよう努力して行きたいと思う。

⑥　最後に

パラグアイには，これからも日本から国際協力事業団を通じて，日本人医師が日系移住地へ派遣されてくることと思う。その際，これまで述べてきたような日系移住地の特殊性についての説明を

国内の段階で充分に行ない，充分なオリエンテーションを行なった上で，移住地医療に適格な医師の派遣がなされることが必要であろう。

日系移住者だけに医療を施すというのではなく，パラグアイ・ブラジルの現地の人々すべてに同様に，診療の門戸を開くという，真にその国の国益を考えた医療でないといけないのではないか。

幸いにして，今回我々が訪問した移住地では，ほとんどが，等しく現地の人々にも診療の門戸を開け，中には，現地の人の診療が，全体の半数を越え，現地の人々の信頼も高い診療所もあった。

今後とも“移住”というものを，根の張った，永続的な事業として成功させてゆくためには，“日本”とか“日本人”というものへの固執を捨て，医療に限らず，さまざまな面で，同化を進めてゆく努力が必要なのではないだろうか。

II. アスンシオンにおける医療の現況

アスンシオンは，パラグアイの首都であり，人口は約45万人で，市を中心とする150㎞以内に，パラグアイの国の2分の1におよぶ約125万人が住んでいる。ここには，パラグアイ唯一の医学校であるアスンシオン大学医学部があり，附属病院とガンセンターに相当するものを持つ。又，アスンシオンにはパラグアイで最も設備の整った大病院である社会保険病院があり，その他，10ケ所近い私立病院がある。

アスンシオン国立大学医学部

パラグアイにおける唯一の医学校であり，毎年の卒業生は，約180人前後（男：女＝6：4）である。

この大学は，隣接した敷地に医学部附属病院を持つ。この国の大学病院と，欧米や我が国の大学病院とに，性格上大きな相違が見られることが注意される。日本や欧米においては，大学病院は，その国の医療水準の最高の設備とスタッフをともに揃えている診療・研究・教育の三位一体の最高機関としての3次医療機関である。それに対してパラグアイでは，大学病院は，全ての医療費が無料であるかわりに，建物にも，かなりの老朽化が目立ち，設備も，優れた私立病院に大きな差をつけられているのが現状である。大学など公共病院は，慈善病院なのである。

患者は，貧困者がほとんどであり，外来患者は長蛇の列を作り，入院患者は，10人，20人の大部屋へ収容されている。このようにして，パラグアイの大学附属病院は，学生の教育病院としての性格が前面に出ているようである。

なお，アスンシオン大学医学部のドクター，医学生の話によると，同医学部では，医学教育資材がいちじるしく不足して不自由しているとのことである。例えば，一学年180人近い学生がいるのに，医学部全体で，顕微鏡は，数十台しかないのである。ちょうど我々が見学した時，病棟では20人近い四年生の学生が，10人程の大部屋で臨床実習を行っていたが，患者を診察するのに，この20人の学生たちに打腱器が，わずか1本しかないために，順番を待っている状態であった。これでは優れた素質を有する医学生に満足すべき医学教育を行なうのにも，支障をきたす恐れがあるのではないかと心配された。

日本からの途上国への医療援助というと，すぐに，大型レントゲンだとか，高級精密機器の類のような大型の援助を考え，そういう高価な援助でないと，立派な援助でないかの如く考える風潮が，日本側にもあるように思われるが，事実，それらの高価な機械類が，送られてきた後，消耗部品の補充の不備や，故障修理などの技術指導の点で困難があるため，短期間の使用の後，壮大なスクラップとして，ほこりを被ってしまう例が各地にあると聞いている。

パラグアイなどでは，そのような援助よりも，むしろ，顕微鏡等の基礎的な医学教育資材の援助の方が，本当の意味で喜ばれ，有意義なのではあるまいか。しかも，アスンシオン大学医学部は，

唯一の医学部であり，ここの卒業生は，間違いなく明日のパラグアイの医療を背負って立つ人たちなのである。

今後の，途上国への医療援助の際，一考を要する問題である。

Instituto Nacional del Cancer

日本のガンセンターに相当するものであろうが，設備・施設ともに，大学附属病院とほぼ同じものであった。やはり，ここも医療費は無料である。

ちょうど，この病院では，南米でも屈指の癌の権威であるManuel Riveros 教授の進行性胃癌の手術を見学する機会を得た。

私立病院（private hospital）

アスンシオン市内には，ベットを持つ私立病院が10近くあり，これらは美しく，衛生的な病棟の中に，この国でももっとも優れた部類の，設備を備えている。我々は，この中で，Sanatorio Migone Batlilana, Sanatorio Adventista, Sanatorio Italiano の各病院を見学させてもらった。

これらの私立病院のドクターの中には，午前中大学で教鞭をとり，午後，これらの病院にきて，夜間は，自分の private clinic で診察するといったような，大学のスタッフたちも多数いるとのことだ。南米ではパラグアイに限らず，大学のスタッフが，職場を，大学だけに限らずに，私立病院や，private clinic などをかけもちすることは，日常見られることであるようだ。

金銭的に余裕のある患者は，大学病院や社会保険病院へはほとんど行かず，この私立病院で，あまり待たされることなく，この国でもっとも進んだ医療を受けるのである。

社会保険病院（Hospital Centro de I.N.P.S.）

パラグアイにも，「社会保険制度」はあり，一般賃金労働者は，賃金の6.5％を，そして雇用者側が16.5％を，計23％を国に収める義務がある。これによって，利用できるのが，Hospital Centro de I.N.P.S.（社会保険病院）である。

これは，パラグアイ最大の設備と施設を誇る大病院であるが，人員，施設に比較して受診希望者数が圧倒的に多く，長時間待たされることなど，サービス面で難点があるようである。

Ⅲ. サンパウロ日系社会における医療と福祉活動

1. 日本人移住者のあらまし

農業移民としてブラジルへ移住した日本移民の先駆者は，第1回笠戸丸で渡米した781名であり，1908年6月18日にサントス港に上陸した。その後本年，移民70周年を迎えるまで毎年ブラジル移住者が到来したが，その数は戦前18万人，戦後7万人に及んでいる。戦前の移住者は主としてコーヒー農園のコロノとして配耕されたが，一部は自営開拓農業者として，南部地域のサンパウロ及びパラナ両州また北部のパラー州移住地に入植した。

戦後の混乱が収まるとともに毎年続いた移住者も，近年は日本の高度成長の進展に伴い漸次減少し，現在では年間数百名を数えるにすぎない。

ブラジルの日系人口は約75万と称せられ，約70％がサンパウロ州に集中，他は各地域に分布している。日系人の最も大きな集団はサンパウロ市を中心とする大サンパウロ都市圏内であり，約30万人と推定されている。このような日系人の都市圏集中は都市近郊農業に従事する者が多いことや，日系人の都市産業への進出によるものである。また移住者の子弟には農村を出て都会の上級学校へ進学するものが多く，学業を終るとともに都市生活者となる傾向が強い。他方，近年は内陸の未開発地域をめざして日系農業者の移動する現象も多

くみられるようになった。

2. ブラジルの日系団体

ブラジルの日系社会には5つの社会福祉団体をはじめとして，多くの日系団体がある。その中で我々が訪問した主だったものをいくつか紹介する。

I. ブラジル日本文化協会

本会の組織は全日系コロニアの有力者及び団体並びに進出企業各社からなる会員組織で，ブラジル政府公認の社会公益団体である。本部はサンパウロ市にある。本会の活動は，「ブラジル日本移民史料館」の開設などの他に，他の専門文化団体との共催または後援という形で行なわれるものも多い。日系コロニアの中心団体として，本会の役割はきわめて大なるものであるといえよう。

II. サンパウロ日伯援護協会

日系社会が必要としている福祉・医療面の要求をみたすために活動している代表的福祉機関である。

福祉部では困窮者の医療並びに生活援護，法律，職業，家庭問題の相談と解決，老人福祉の向上に関する業務を行なっている。保健衛生事業としては設備のよい診療所が活動している。また国際協力事業団と協力して農村地帯への巡回診療も実施している。

経営施設として，援協診療所，カンポス，ド・ジョルダン肺結核療養所(70床)，老人病弱者保護施設サントス厚生ホーム(60床)，精神障害者の社会復帰センターやすらぎホーム(50床)などがある。

III. 救済会

戦時中，生活困難に陥った人達の救済を目的として組織されたものであるが，現在は貧困者，孤独な老人などの世話にあたっている。

老人ホーム「憩の園」を経営して138名を収容，年間3,000名近くの日系困窮者の面倒をみている。経費は会員5,100名の会費と篤志家の寄附によっている。

3. 我々が訪問，見学したいくつかの施設，病院，史料館等の紹介

I. 日伯援護協会診療所

サンパウロの日系社会の間では，医療費が高価であることや，医療機関が不便なこともあり，病気になると何かと不安がつきものであった。

こうした状況の下で，医療充実の要望にこたえて当診療所では，日本語に堪能な各科の専門医をそろえ，レントゲン室の設備も整え，臨床検査室も充実した活動がなされていた。来診者の多くは日本国籍をもつ一世の方か，あるいは二世，三世の日系の人達であるが，日系人以外でも来診可能であり，ブラジル人の来院患者も多数のようである。

II. やすらぎホーム

自立困難な精神障害者達の社会復帰センターである。サンパウロ市から25kmの所にある，田園風景の中に建てられた50床の施設である。園内では農耕，飼育，園芸，手芸，電気部品製作などによる作業療法が行なわれていた。日系人75万人の中には，当然のことながら，精神神経疾患に罹患するものもかなりの数にのぼり，このやすらぎホームには，ブラジル全土より入院希望者が集ってくるとのことである。

III. 憩の園

1958年に開園した日系移住者のための老人ホームである。現在平均年令77才の一世の高令者が140名生活して居られ，元気な方々は陶芸や手芸，園芸等もやっておられ，作られた作品はバザーで展示即売などもされている。我々もささやかながら1つずつ作品を買わせていただいた。1976年看護を必要とする寝たきりの者，目や手足の不自由な者のために50床の特別養護寮棟も増築された。我々が想像していた老人ホームとはかなり違い，移住

当初より苦労された一世の方々が，広大な庭園としょう洒な建物という，恵まれた環境の中で生活されている。

ここにはちょうど70年前に笠戸丸でブラジルに渡ってこられた第1回移民の数少ない生存者の1人である，田中つたさんも居られ，我々もこの夏日本にも衛星中継された田中さんのお元気な姿をみることができて大変嬉しかった。

Ⅳ. サンフランシスコ・シャビエル肺結核療養所

不幸にして結核にたおれた移住者の完全回復をはかるため，サンパウロ市より200㎞標高1,800ｍの高原の町カンポス・ド・ジョルドン市に建てられた肺結核療養所である。70床を有する建物は四方を山に囲まれた，絶好の環境のもとで周囲には桜の木も植えられ，春になると桜の花が満開になり桜祭が催される。

この病院の創設にあたって，慶応義塾大学医学部を卒業された後，ブラジルに渡り，一生をブラジル医療にささげられた細江先生のため，昨年療養所の中庭に銅像が建てられた。最近ブラジルでも結核患者が減ってきたとはいえ，まだまだ患者の多い現在この施設のもつ意義は大きいようである。

Ⅴ. ブラジル日本移民史料館

ブラジルの日系人移住者の真実の姿と足跡を，後世の人々に残すため，入植当初の様子を偲ぶさまざまな資料を展示し，スライドやテレビ装置を使って70年間の日系人移住者の歴史の流れを説明したものである。日本移民70周年記念の日，ガイゼル大統領ならびに皇太子御夫妻の臨席を得て，落成式が行なわれた，この史料館は，言葉や習慣，地理，天候条件の全く異るこの国に移住し，自らの手で生活の道を開き，そして地盤を築いていった日本人とその子孫の姿がよく描かれていた。

Ⅳ. ベレンにおける医療・研究機関

南緯1°28′，西緯48°29′で，アマゾン河の河口より138㎞に位置するベレン市は，パラ州の州都であり，年間平均気温26.0℃年間降水量2,765㎜の熱帯雨林気候に属する。ポルトガル文化の影響を根強く残すこの港町は，マナウスと並んで，広大なアマゾン河流域地帯の中心都市である。だが，サンパウロ，リオデジャネイロのような南部の経済・産業においていちじるしく進んだ諸都市と比べて，このベレンを含むアマゾン地区とブラジル東北部はいまだ発展途上に位置づけされる地域でもある。

ここには，国立パラ総合大学医学部など2つの医学部があり，又，アマゾン地域全域をカバーする細菌・ウイルス・寄生虫研究所である。Instituto Evandro Chagasがある。又，このベレンには多くの日系人医師を擁する日伯援護協会直営のアマゾニア病院もある。

1. アマゾニア病院

日系人医師10人，ブラジル人医師2人，ベット数30床を持つ中型病院である。

現在，建築中の新病棟が完成するとベッド数は70床になる予定だそうである。伊東澄男院長（産婦人科）以下，ほとんどのドクターが，ブラジルの大学を卒業後，日本でも研修を受けた方々で，ベレン，もしくはその近郊の日系移住地の方々の医療のセンター的役割を果している。

この病院の創設に当っては，汎アマゾニア日伯協会会長で，この病院の現事務局長の山内登氏の一方ならぬ努力があったとのことである。患者は日系人が全体の25％で，あとの75％はブラジル人である。

又，この病院には，パラ連邦総合大学医学部の日系人医学生が，実地研修にきており，山内事務局長のお話によると，ここで研修を積んだ日系人医学生が，将来，日系人とブラジル人とのかけ橋として活躍してくれる事を望んでいるとのことで

あった。

2. Hospital Barros Barreto

7階建のアマゾニア地区で最大の国立病院である。数年前までは，結核療養所であったが，現在では，ICU病棟まで備える総合病院である。全て医療費は無料であるが，社会保険（INPS）加盟者と，非加盟者とは待合室の所から分けている。

ここでは受付の所で，ドクターが一度全員を診察して入院の必要の有無や，何科を受診すればよいかを判定する方法を取り入れていた。この病院に入院する時には，どのような場合でも，新鮮血輸血に3人連れてこなくてはならない規則だそうである。ちなみに，1回の献血量は380mℓだそうだ。又，今年から，専門課程4年生の医学生の教育病院に指定されたそうである。

ここでは，我々は，熱帯疾患病棟で，South American Blastomycosisなどの，南米特有の疾患を見ることができた。

3. Instituto Evandro Chagas

職員数200人，内21人の医師（アメリカ人5人，イギリス人4人）をかかえる。アマゾン地域最大の，細菌，ウイルス，寄生虫研究所である。主な仕事は，アマゾン地区全域にわたる公衆衛生の監視にある。即ち，ブラジル保健省の下部機関として，アマゾン地区全体の伝染病の動態をいち早く察知して，それを同じ保健省に属する，機動機関であるSUCAM（Superintendência de Campanhas de Saude Pablica）に報告し，予防接種などの措置をとらせる。特に，コレラ，髄膜炎，黄熱病の予防に力を入れている。

具体的な仕事としては，特殊なウイルスや細菌の同定も含めて，アマゾン全域をカバーする臨床検査センター的な役割を果している。又，予算の50％をウイルスの研究に費やし，特に黄熱病，狂犬病，ポリオの研究が盛んである。アマゾニア地方でこれまでに約100近くのウイルスが発見されたが，うち80％がこの研究所で見つかったものである。

他にも細菌部門では，特にワイル氏病，寄生虫部門では，リーシュマニアの研究が盛んである。

アマゾン地区で，黄疸の患者を見たら，まず鑑別診断を行なうものが，

1） マラリヤ	2） 流行性肝炎
3） 黄熱病	4） ワイル氏病

なのだそうである。さすがにお国柄である。

次にパラ州で届出義務のある疾患を掲げておく。

1. 百日咳	2. コレラ
3. ジフテリア	4. 髄膜炎
5. 黄熱病	6. チフス
7. 癩	8. 流行性肝炎
9. リーシュマニア	10. ワイル氏病
11. シストゾシアーシス	12. マラリヤ
13. 髄膜炎球菌によらない髄膜炎	
14. ペスト	15. 小児麻痺
16. 麻　疹	17. 狂犬病
18. 破傷風	19. 結　核
20. 痘　瘡	

4. ベレン近郊にある癩病村

ベレン市街地から車で20分程行った国道から，小さな脇道を入ると，癩病患者約680人を収容する広大な癩病村に到着する。どこといって塀もなく，村の中も，一見普通の家々が建ち並び，教会もあり，小学校もあり，集会場，売店もある。

我々が来る前に想像していたものとは，だいぶ違うようであった。ここで我々を案内して下さったAugusto Olivio Chaves Rodrigues院長は，本当にすばらしい医師で，我々皆は深い感動を与えられた。彼は大学の医学部を卒業して，直ちにこの村に入り，以来40年（院長として24年間）癩病患者と共に，手で触れ，食事を共にして生活してきたそうである。彼は「これが，天から私が与えられた使命だと思っている」とさりげなく我々に話された。

彼以外にも医師が5人，そして歯科医が2人，教会にはイタリアから5人の尼僧もきており，生活必需品，医療品，医療費は全て無料である。軽

症の患者は，村の中の自分たちの家で普通に暮しており，重症の患者は，病棟に収容されており，治療を受けている。初めてみる重症の癩患者にはさすがに強い衝撃を感じた。

患者たちは，食事時になると，村の中央の大食堂に集まってきていっしょに食事をとるのである。又，患者の中には，村内の作業場で，癩病患者用の靴の製作にあたるものもみられた。

ブラジル全土には，このような癩病村は約40存在し，一般社会と隔絶された中で，癩患者は治療を受けている。

最近のWHOの方針は，癩菌のきわめて低い伝染能力と，一度癩病村に入村してしまうときわめて社会復帰が困難になるという点から，通院治療を奨励しており，大勢はそちらに動きつつあるとのことだが，Rodrigues院長は，通院治療には絶対反対だと話されていた。

5. ブラジルの医学部教育と過疎地医療対策

ブラジルの大学医学部は，日本と同様，6年間で，最初の2年間に基礎医学，後の4年間で臨床講義と実習をやる。そして国家試験はなく，卒業後インターンを1年間行ない，この間内科・一般外科の必須2科目以外に，2科目の選択科目を廻って研修する。医学部の高学年においては実習に重点が置かれ，6年生の学生では，みな，虫垂炎や帝王切開，ヘルニアなどの手術は行なっているようである。中の1人が，すでにお産を500人取り上げたと言うのを聞いて，我々は驚いたほどである。

ブラジルは，日本の23倍もの国土に，ほぼ日本と同じ1億の人口である所からも，過疎地医療対策には，以前より頭を悩ませている。一方近年，新設医科大学の乱立が社会問題化しており，現在ブラジル全土で80の医学部を数えるに至っている。この中には附属病院を持たない大学医学部も多く，そのようなわけで，近々医師国家試験が，この国でもスタートするのではないかと，うわさされている。

ここで，ブラジルのおもしろい所は，インターン終了後研修を積むべきResident system を持つ大学の数は，以前からほとんど増えていない点である。例えば，パラ州には，パラ連邦総合大学医学部とパラ州立医科大学の2つがあるが，どちらもResident を受け入れる資格のある病院をもたない。こうして数少ないResident system を持つ優秀な大学へは，希望者が殺到するわけで，自校の卒業生といえど必ずしも合格するとは限らないそうである。そして，現在，すでに都市部では，医師の飽和状態に近づきつつあるという状況が一方ではある。そのためResident としての研修を受けることのできなかった者は，翌年受け直すか地方へ，地方へと職を求めて都市をはなれてゆくしかなくなってくるのだ。このような形でブラジルでは過疎地医療対策が進められている面もあるとのことである。

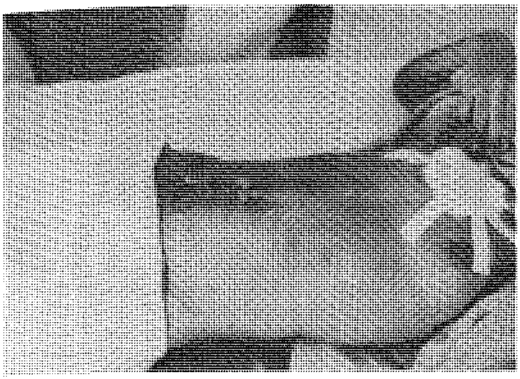
V. パラグアイ・ブラジルで我々が見た疾患

1. South American Blastomycosis

South American Blastomycosis はParacoccidioides braziliensis によって起こる慢性肉芽腫性の疾患で，所属リンパ節も侵し，口腔及び鼻粘膜に病変がおこる。放置すると死に至る中南米特有の真菌疾患である。菌はふつう口または鼻・呼吸器系を通って侵入するが，この写真の少女のようにトイレのあと，木葉を使ったため，肛門より侵入する例もある。初期には口腔，結膜，時に肛門の粘膜，皮膚移行部にすぐに潰瘍化する肉芽腫をつくる。

よく見られる症状は腫脹した出血性の潰瘍化肉芽腫と歯牙固定不良，口唇および咽頭の浮腫潰瘍であり，これは，粘膜－皮膚型のLeishmaniasisに似ている。治療はAmphotericin がもっとも有効である。

2. Leishmaniasis



South American Blastmycosis で腹部に難治性の潰瘍を認めた少女

Leishmaniasis は現在でもブラジルにとって，大きな問題である。森林労働者の職業病であり，未開の森林を農業・鉱業のために切り開き発展を急ぐブラジルにとって経済的にも重要な問題となっている。

Leishmaniasis は Leishmania という原虫が Phlebotomus サシチョウバエ（Sand fly）という媒介者によって，人間に接種されることにより起り，内臓型，粘膜－皮膚型，皮膚型の３つの型に臨床的に分類されている。このうち粘膜－皮膚型は L. braziliensis が病源体であり，粘膜及び皮膚に肉芽腫性潰瘍を形成する。

初感染はふつう皮膚が露出しているところであり，Sand fly に刺されてから10日から25日後に皮膚病変が現われる。またL. braziliensis の特徴として上気道，口腔，まれに生殖器の粘膜への転移がある。これは血行性またはリンパ行性であり，転移部位に結節性侵蝕性の潰瘍を作る。

我々はマナウスにある Evandro chagas Institute の Dr. Ralph Laison に詳しく Leishmaniasis の説明を受けた。博士の説明は以下の通りである。Leishmania 感染が人間に限られていたとしたら，臨床症状から分類するのも妥当であろう。しかし，実際は野生または飼育されている動物が感染するのである。

また一種類の Leishmania は一般的に一定の臨床症状を示すが，個々の患者によっては同一種の

TABLE 1A—Principal features distinguishing the *L. mexicana* complex from the *L. braziliensis* complex.

Identifying criteria	Parasites of the *L. mexicana* complex	Parasites of the *L. braziliensis* complex
Sandfly vectors; behavior in sandfly	Sandflies of the *intermedia* group; no development in the hindgut triangle	Sandflies of the *Psychodopygus* and *intermedia* groups; development in hindgut triangle
Behavior in hamster skin	Rapid formation of histiocytoma very rich in amastigotes; spread by metastases	Very slow formation of small nodule or ulcer with scanty amastigotes; no metastatic spread
Behavior in N.N.N. culture medium	Luxuriant growth	Poor to moderate growth
Comparative study of DNA (See reference 9—Chance, Peters, and Griffiths, 1973.)	Distinguishable from parasites of *L. braziliensis* complex by bouyant density of DNA	Distinguishable from parasites of *L. mexicana* complex by bouyant density of DNA

Leishmania にまったくちがう反応をする場合もある。例えば，diffuse cutaneous L. の患者では，アネルギー状態にあるので，非常に醜い，治癒不可能な形態になるし，同じ寄生虫が，免疫能のある人に感染した場合は簡単に治癒する潰瘍ができるだけである。以上のような理由で Leishmania を臨床症状より分類するのは不合理である。

そこで彼が提案したのが表に示す西半球の Leishmania の分類である。彼はこの表がこの奇妙でしかも重要な Leishmania の自然史を知る上で助けになることを望んでいる。

3. 癩

癩は，癩菌によって起る伝染病であり，癩菌を排出する人から人に感染する病気であるが，癩菌の試験管内培養はまだ成功していないが，動物実験は nine bands almadico で成功している。

癩の潜伏期は平均3～5年で，あらゆる年令に発病する。

1963年のデータであるが，日本で登録された患者数は 10,213名で全員が治療を受けているが推定の患者数は 14,500名である。また同じ時期のブラジルでは，患者数は登録されているのが 104,398名，推定では 182,000名で，登録された患者の50%しか治療を受けていない。これらの数字は現在もさほど変わっていないと思われる。

癩の病型分類を簡単にまとめると

(1) Lepromatous type （L型）

悪性に属する病型で，皮膚病巣としての癩性浸潤の程度の差はあっても，細菌学的検査では常に強陽性で lepromin 反応は常に陰性である。末梢神経幹の病変は進行度に従って認められるようになり，一般的には左右対称に侵され，しばしば神経病変の後遺症としての変形を残す。

(2) Tuberculoid type （T型）

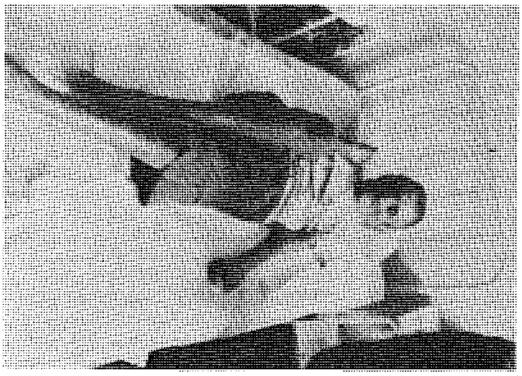
一般的に良性で，普通は細菌検査で陰性である。大部分の症例は，辺縁のもり上った拡がりの広い赤色斑紋の皮膚病巣をもち lepromin test は陽性である。末梢神経幹の病変による後遺症は多少の差はあれ存在するのが普通で，場合により重症な運動神経麻痺による機能不全変形を四肢に起すことがある。

(3) Indeterminate group （I群）

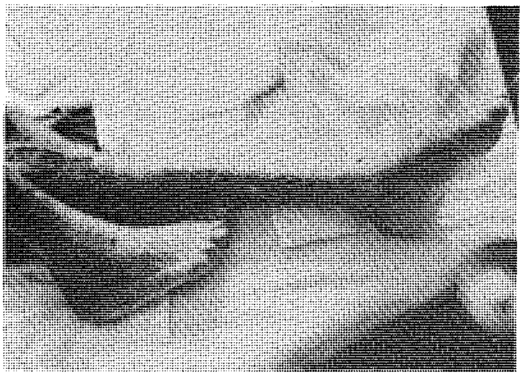
良性に属し，病型は比較的変化しやすく，不安定な群で，時に細菌学的に陽性となる。色素脱失斑や，赤色斑の扁平な皮膚病巣を有し，lepromin test は陰性あるいは陽性で一定せず，神経病変はさまざまである。一般的に将来はL型又はT型に発展する可能性がある。

(4) Borderline group （B群）

悪性に属し，非常に不安定な群で，常に細菌学的検査では菌陽性，lepromin 反応は一般的に陰性である。皮膚病巣は中央部からスロープ様に健康皮膚に移行して，けっして tuberculoid のよう



四肢の変性をきたした患者



四肢の変性をきたした患者

に鮮明な境界をもたない。

4. シャーガス病

シャーガス病はTrypanosoma cruzi によって起り，急性の感染症の形をとったり，心不全や消化管の部分的拡張をきたす慢性の形をとったりする。T. cruziは網内系や筋肉やグリア細胞に侵入し，Leishmania 型になって二分裂で増えていく。

中間宿主はサシガメ類で，南米ではTriatoma infestus Panstrongylus megistus が重要である。trypanosomaは中間宿主の消化管で crithidia 型になって数がふえ，10日間でcrithidiaは中間宿主の後腸においてmetacyclic trypanosoma に分化する。

感染はサシガメ類が，ホストの血液をすった部位に糞便をするため，噛まれた部位や粘膜よりおこる。また輸血や胎盤を介しての垂直感染もあるとされている。

南米独得の割れ目のある壁をもつ家屋の構造がこれらサシガメ属には理想的な棲息場所で日中そこに潜んでいて，夜に寝込んでいる人間をさしにくるのである。

写真は心筋中にT. cruzi が入ったもので，サンパウロ州立大学の病理学教室K. Iriya 助教授より標本をいただいてきたものである。

シャーガス病で心臓を侵す慢性型は，心不全とその後の急死の大きな原因となっている。心不全の徴候が出始め6～12ケ月以内に死亡するのが普通である。心不全の徴候はさまざまであるが，特に心拡大は著明で，不整脈も高頻度で出現する。また右心耳や左室心尖部に血栓もよくみられる。また約30％の症例に心筋線維中に虫体がみられる好中球反応が最初に見られるが，後に単核球が出現し，侵された心筋線維のまわりに，小肉芽腫を形成する。

サンパウロに於ける研究活動

細田　泰弘

1. サンパウロ大学医学部病理学教室との共同研究

今回，サンパウロ大学医学部との共同研究について，同大学医学部病理学教室主任教授，Dr. G. Böhm ならびに助教授 Dr. K. Iriya と話し合いを行なった。

その結果，われわれが現在日本において集計中の80歳以上の高令者の剖検例についての基礎疾患ならびに直接死因に関する検索を，同大学医学部病理学教室に於いても行ない，両者の地理病理学的比較を行なうこととなった。

ちなみに，同大学医学部病理学教室の年間剖検数は2,000例を越える。一方，われわれは日本病理剖検輯報より5,000例強の80歳以上の剖検例を抽出している。

この共同研究は両国の高令者の死亡原因に関して幾分なりとも寄与するものと考えている。

2. サンパウロ大学医学部病理学教室に於ける膠原病剖検例の検討

サンパウロ大学病理学教室において，K. Iriya 助教授の御好意により，膠原病剖検例の組織学的検討を行なった。

全身性エリテマトーデス・リウマチ熱・強皮症・多発性筋炎の剖検例に重点を置いて検討した。

ブラジルに於てはリウマチ熱急性期の死亡例が少なからず見られ，この点に於てわが国と甚しく異なるものと考えられた。

リウマチ熱に関してはわが国に於ては，心弁膜症の臨床的重要度が高く，リウマチ熱急性期の死亡例はほとんどないと云える。

その意味でリウマチ熱急性期死亡例を観察する機会が得られたのはまことに貴重であった。

とくにわが国に於てはAschoff結節を形成する例が多いが，リウマチ熱による慢性特異性間質性心筋炎を呈する例を観察する機会が得られたことは意義深かった。

さらに症例の中には特異な限局性心筋脱落巣の多発している例が認められたが，これらの例の冠状動脈に関しては未検索とのことであった。

他の疾患はいずれも典型的な症例が多かった。全身性エリテマトーデスでは高度の糸球体病変を呈するものが多く典型的な wire-loop 病変が多発していた。これは最近のわが国の剖検例とは明らかに趣きを異にするもので，これが治療による修飾を意味するものか否か注目すべき点と考えられた。

高安動脈炎は非日系人の10歳男子例で，腹部大動脈および腎動脈に病変の局在する症例をみることができた。組織学的には，那須　毅教授の瘢痕化線維症型であった。高安動脈炎は著しく少なく，そのほかには僅かに1例あるのみであるという。Paulista 大学血管外科 Burihan 教授より1例の高安動脈炎と思われる症例について説明を受けたが，その例は狭窄と同時に動脈瘤状の拡張があり興味ある例であった。

いずれにせよブラジルに於ては高安動脈炎はきわめて稀と云い得るものと思われる。

3. サンパウロ州立パウリスタ医科大学に於ける講演

サンパウロ州立 Paulista パウリスタ医科大学において"Vascular changes in collagen diseases, Takayasu arteritis, and Kawasaki disease" の題名で，病理医・心臓外科医・医学部学生を対象として講演その後質疑応答が行なわれた。

サンパウロ大学ならびにパウリスタ大学医学部のスタッフは極めて好意的で，学生団員も教室・研究室・附属病院を見学することができた。

パラグアイ・ブラジル見聞録

（団員の日記から）

"いざ。"　　7月17日

大上　正裕

いよいよ時はきた。1978年7月17日夕刻次々に隊員3名は，箱崎に集結した。

同学年の五味，平形，今井の三君と親戚の者，そして某隊員の彼女の見送りを受け，まずはレストランで出発前の乾杯をした。

いやー，実にうまいビールであった。

箱崎の大韓航空のカウンターで，先にチェックを済ませてしまい，いよいよリムジンバスへと。ゲートでは，熱い別れのシーンが繰り広げられ，否が応にも異国への旅立ちの実感が湧いてくるのであった。広く快適なリムジンバスが伝える心地良い振動に身を任せて，しばし思い思いの感慨にふけっているうちにバスは，成田闘争のため厳戒体制の成田国際空港へと到着した。

空港ビルは，思っていた以上に立派なもので，これなら世界の国際空港にひけはとらないなと感じたものの，あの異常な警戒は，何時まで続くのであろうか。まさか，永久に続けるわけにもいくまいだろうに……。

そして，いよいよ我々の搭乗機，大韓航空002便へと乗りこんだのである。成田空港での搭乗方法は，羽田の場合と異なり，floor to floor 接続式のため，昔風に，

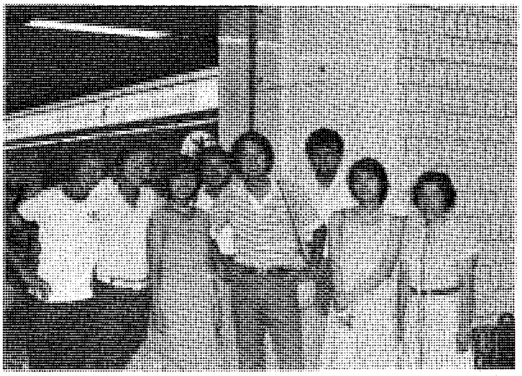
「タラップを，一歩一歩のぼりつめ，一度大きく振り返った後，機中の人となったのである。」

などと，書けないのが残念である。

002便は，定刻午後11時30分，離陸を開始した。機はぐんぐんと加速をつけ，滑走路のガイドランプを速やかに後方に飛ばして行く。地を跳る最後の小さな衝撃を残して，我々は舞い上った。これから50日間にわたる第一次パラグアイ・ブラジル派遣の開始である。我々3人機中でガッチリと握手を交わした。

思えば，昨年の暮，東中野の小さな喫茶店で，小宮山隊員と，海のものとも山のものともわからないこの計画の実現を誓いあってから後，いろいろなことがあったと思う。何度も何度も，もうだめかと本気で思ったものである。

病院の地下や，細田団長の部屋で，何回ミーティングを重ねたであろうか。学1の片井君もよく頑張ってくれたと思う。皆，6月，7月の暑いさなかも，ネクタイに背広姿で，丸の内周辺を駆け回っていたものだ。それにしても，今回の活動は，本当に多くの方々の御世話になった。会長，顧問の先生方は勿論のこと，数限りないたくさんの方方の御好意の上に成り立った活動だと思う。改めて，心から感謝すると同時に，隊員一同，皆様の期待に応えるように，頑張らなければならないと，奮起した次第である。



箱崎エアターミナルにて

南米到着　　7月20日

小宮山雅樹

外をのぞいても，さっきまで真暗だったのに，随分，明るくなってきた。そう，もう赤道を越え

南米に来たのだ。遙か眼下に見えていた雲海も飛行機が高度を，下げてきたせいかすぐそこに見える。

そろそろコンタクトレンズでも付けようかと思い，まず右眼へ，そして左眼へ入れようとした瞬間，ポロリと落ちてしまった。シートの下を手探りでさがしても発見できず，清水団員が消えかかった懐中電灯をスチュワーデスから借りてきてくれたが，それでも見付からず，「スペアーも持ってきたことだし，いいや」と思っている時，両眼とも視力2.0の大上団員が，床に四つん這いになってさがしだしてくれた。Lucky，Lucky！

そうこうしているうちLima着。予定より30分遅れ，午前7時着。8時出発の次の飛行機まで，1時間あるとばかりに，大上団員はチェックインが済むと，安い銀製品を買いに走った。ネックレスを何本か買ったらしく満足顔であった。ところが出発ゲートに入る時，ボーディングカードをなくしたのに気付き顔が一変して引きつっていた。あちこちさがしても，結局，みつからず，諦めてグラウンドホステスに頼み，やっと搭乗できることになり，万事丸く収まった。今日は，何かと物がなくなる日である。

Limaからボリビアの首都La pazへ。着陸の直前にはチチカガ湖が，美しく光っていた。ここLa pazは高度が4,000 m近くもあり，富士山の頂上より高い所にあるため，酸素が，平地の70％ぐらいしかないらしく，まさか，気分が悪くなるとは思っていなかった。ところが清水団員と僕は，タラップを降りると，心悸亢進，頭がフラフラして，スローペースでしか歩けなかった。ただ，大上団員だけが，元気に飛行場を走り回っていた。

ボリビアの首都 La Paz にて

ここまで来ると，南米という実感が湧いてくる，英語などもちろん通じない。3人ともまるで唖になったようである。2時過ぎAsuncion着。国際協力事業団の三井さん，和田さんが，わざわざ出迎えて下さって無事，第1目的地着かと，思いきや，僕のボストンバックが見当らない。冷汗，タラーリ，ショールダーバッグにパスポート，トラベラーズチェックなど貴重品を入れておいたので，よかったが，ここで，南米，着たきり雀旅行が決定してしまった。ブラニフ航空のオフィスに行き，色々と手続きをしたが，何と不親切なこと。こちらが頼んで，バッグをさがしていただくふうであった。スペイン語の全くだめな我々3人は事業団の方のおかげでとても助かった。いやはや，前途多難な旅である。明日は南米産のパンツを求めて，Asuncionの町をいったりきたりすることになりそうだ。

地球の反対側でも冷汗タラーッ

7月21日　大上　正裕

朝，国際協力事業団のofficeで，慶応小児科の勝俣助教授から紹介いただいた，Dr. Sarubbiと会う。親切にも，丸一日，我々の案内を務めて下さることになった。

まずは車で，さしずめ国立ガンセンターともいえるInstituto Nacional del Cancerに連れて行ってもらった。途中，このアスンシオン市内の交通には，実にびっくりした。パラグアイの首都というのに，市内に信号機はほとんど数えるぐらいである。車線も引いてなければ，標識もほとんどなし。車は曲がるにもウインカーを出す気配もない。それなのに不思議なことに，ぶつかることも

なく，見事に車が流れているのである。この何とも奇妙な“無秩序の中の秩序”に，さっそく南米を感じてしまった。

Instituto Nacional del Cancer は，国立病院であり，アスンシオン大学医学部の学生の教育病院の一つでもある。我々は丁度，パラグアイの外科で最も高名といわれるManuel Riveros教授が，5年生の医学生に，臨床実習を行っている所にぶつかり，我々もいっしょに回らしてもらった。歓迎してもらったのはよかったのであるが，乳癌の患者の前では

「乳癌のstagingに関しては，日本ではどうやっているのかね？」

Malignant Melanomaの患者の前では

「この疾患では，どのような細胞が増殖するのかね？」

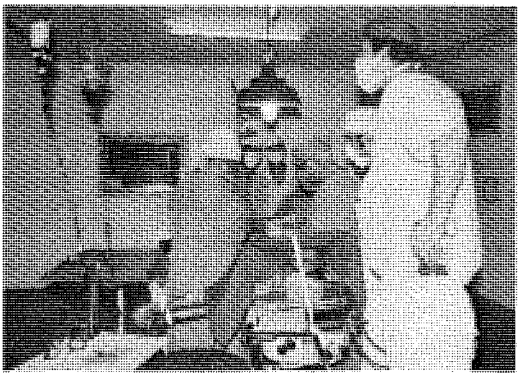
などと，次々に質問を浴びせられて，我々3人，冷汗タラーッ。まさか，地球の反対側のパラグアイでまで試問されようとは，日本を飛び立つ時は，思ってもみなかった。

実習が終ると，Riveros教授に今度は，なんと，

「日本では，胃癌が非常に多く，その研究が大変進んでいると聞いているが，一つ，学生たちにそれを講義してやってくれないか」

と言われ，我々一同啞然。一瞬ひるんだものの，よし，ここは国威発揚じゃとばかり，大いに張り切って引き受けてしまった。

何人かの教授と30人近い学生たちを前に，厚顔無恥な我々3人は，乏しい知識をふりしぼって，集団検診システムや，内視鏡・X線を使った早期発見のための努力について，生まれて初めて講義というものを行った。



胃癌の手術風景

「Ladies and gentlemen ……」

と，まず我々の自己紹介をしている時から，学生たちが，熱心にノートをとりだしたのには驚いた。

午後からは，Riveros教授の胃の進行癌の手術を見学した。我々も，パラグアイ製の手術着に身を包み，間近でみることを許された。それにしてもパラグアイNo.1の教授の手術室の割には，無影灯もなく，大きな電球の下で，心電図などのモニターも，一切なしで，点滴静注麻酔で手術が開始されたのには，いささか驚いた。

夜も，医学生たちの主催するパーティに招かれ，大変楽しいひと時を過した。

こうして，公式活動初日は，Dr. Sarubbi やRiveros教授を始めとする多勢の本当に親切な方方のお陰で，大満足のうちに暮れていった。

南十字星

7月24日

大上　正裕

ピラポの移住地では，電気が夜10時になると消えてしまうのである。日本にいて，電気など当り前の空気のようなものと感じている我々にとって，これは又，新鮮な驚きであった。

10時少し前になると，ポッポッポッと電気が点滅を始める。“早くおねんねしなさいよ”の合図である。これを見ると我々は，大急ぎで寝仕度を整えて，ロウソクに灯をともして，……とそのうちに，ポッと文明の灯が消えてなくなり，暗闇の中にロウソクのほのかな光が浮び上がる。これが，又，都会育ちの我々には感激なのである。

移住地の人たちは，こうして夜10時には床に就き，朝早くから起きて仕事に精を出すという健康的な生活を送っているのであろう。だが，我々“夜型人間”は，そんなに早くからまどろむわけもなく，やおらランプの灯の下でミーティングを始めたり，ロウソクを持って風呂に行ったりと，ゴソゴソやりだすのである。御気嫌で鼻歌など歌っ

あっ，南十字星だ

て湯舟につかっていると何か旅の疲れもとれる思いであった。

湯あがりに，ブラッと外に出てみると，何とこれが満天の星なのである。“降るような星空”とはよく言ったもので，隊員一同，星がこんなにあることをついぞ知らなかった。しし座・さそり座・乙女座・白鳥座etc. といろいろな星座の名前は聞き知っていたが，なるほど，よくよく眺めてみると，鳥の恰好をした星たちもいれば，四つ足動物みたいなものや，いろいろあるものである。

昔のように，夜は電灯の灯もなく，空気は澄みわたり，のん気に星でも眺められた時代では，人びとは，空を仰いで，

「あれは，蠍のしっぽだ。」

「いや，あれは豚の鼻だ。」

などと，言っておれたのかもしれない。

数えきれない星くずの中を，時折走る流れ星の線条に，一つ一つ別の願いをかける欲張りな隊員もいた。

我々が，もっとも喜びの声をあげたのは，かの有名な“南十字星”を，初めて目撃した時であった。だが，南天の空に際立って光る大きな十字架を想像していた我々にとって，案外と小さく，ひかえめに輝いている。斜めに倒れた南十字星は，小しばかり意外の感が，なきにしもあらずであった。が，やはり，小さい時から一度は見たいと憧れていたものに，初めて接した感激は，南米に正しくいるんだという実感を，一層強くした。

ある人の話によると，日本人は，比較的に寒い環境の中に生活しているため，昔から，暖かい所への潜在的な憧れを持っているのだそうだ。そして，又，欧米から入ってきた異宗教のキリスト教というものに，一種の神秘的な憧れを抱いているとも言う。だから，南国の夜空に十字を掛ける南十字星というものに，日本人は，潜在的なロマンを感じるのかもしれない。

しばらくの間，またたく星たちを，じっと見つめていると，

「南米で暮すのも悪くないな。」

と，誰ともなしに言った独り言であった。

井の中の蛙

7月25日
清水　宏

昨夜は久しぶりに充分な睡眠をとったので，みんな今朝は元気発剌である。早速ピラポ診療所（Sanatorio Alto Parana）へ Dr. Kumagai を訪ねた。

ここは日本の国際協力事業団経営の診療施設なので使っている薬は一流品で種類も多く，とくに抗生物質の多さにはびっくりした。日本から送られた胃透視もできる大型レントゲンも1台あり，想像以上に設備が整っているように思えた。しかしその反面，日本製心電図など故障してしまいパラグアイでは修理のきかないものもあり，日本からの援助の問題点を感じざるをえなかった。

Dr. Kumagai は10才の時に日本から移住しパラグアイで大変な苦労をされて，アスンシオンの医学部を１番で卒業された，学業，優秀，また数少ない日系医師として，コロニアの医療に熱心な方であった。

午後，ピラポ移住地の工藤さん，荒川さんと，２軒の移住者住宅を訪問した。日本人移住地の生活を通じての医療・衛生問題を考え，その中から問題点，改善しうるポイントをつかもうというの

が今回の我々の活動の大きな目標の１つであった。実際に移住者の人達を訪問し，個人的に生活や医療に対する意見を聞けたことは我々にとって大変有意義であった。

医療問題は医学面のみからの問題ではなく，現地居住者の食生活，経済状態，衛生状態，交通手段など幅広い面から考えていくべき問題であろうし，移住地の人々と直接話をしているとつくづく医療問題に対する広い視野からの考慮の重要性を痛感させられた。

今晩を最後に明日はアスンシオンに帰るので，ピラポ事業所（国際協力事業団に属する）で我々の送別パーティを設けて下さった。事業所の西村所長をはじめ Dr. Kumagai 他の多数の事業所のみなさんも集まって下さり，牛のモツ鍋，おにぎり，日本酒と本当に家庭的で心のこもったおもてなしをして下さった。お酒をいただきながら，事業所の方々から，ピラポ移住地開設当初の苦労話を伺ったが，それは本当に血のにじむ御苦労の連続であった。なにしろこのピラポ移住地だけでも東京山手線内の12倍の広さがあるのだから

南米，とくにパラグアイの日本人移住地に関しては読んだり聞いたりしたことしかなかったが，外国でしかも農業移住の最前線で毎日汗水流して頑張って居られる事業所の方達の事業に対する情熱，土地に対する愛情には本当に頭のさがる思いがした。

事業所の人達と我々との話がはずみ，時間が経つのも忘れて会は夜遅くまで続いた。送別会の最後，別れ際に事業所の西村所長がしんみりと我々にこう語ってくれた。私はこの言葉を聞いてなぜか胸が熱くなる程の感動をおぼえた。「所詮井の中の蛙かもしれませんがこういうことをやっている日本人が地球の真裏のパラグアイにいるということを君達は知っておいてほしい。」

帰り道，星降る夜道を歩きながら西村さんの言葉を想い出した。私は今初めてしみじみと痛感した。井の中の蛙は，我々なのだと。

Toilet　　7月26日

小宮山雅樹

正午エンカルナシオン発急行バスでアスンシオンに向け出発。

エンカルナシオンの市街を５分ほど走ったころ，生理現象を催してしまった。さあ大変。横にすわっている細田団長は涼しい顔をしているし…。「先生，大変なことになりました。」と説明すると，先生は，おもむろにスペイン語会話なる本を取り出し，「トイレに行きたい。」という文をさがしている。

事態は，もっと急を要するので，仕方なく，停留所に止ったバスの運転手に“toilet”とフランス語風の発音で言うと，向うの店に行けと言わんばかりに指さしている。走ってとびこんだのが，古本屋さん。

“toilet”“por favov（please）”と言っていると，まず，何かボロボロの本を出してきた。“non, non, toilet”と言うと，今度はお金を要求しているようす。言葉が通じないのは困ったことだと痛感したのだが，紙に750と書かれたので，1,000 ガラニー札を出すと，どうも今度は，両替をしそうになった。あわててお札を取り返し，再度“Toilet por fovor”と呼ぶと，態度（?）でわかったのか“toilet”に連れていってくれた。

最後に，その店を出る時“グラシャス”（thank you）と言って出てきた。ほんの10分弱のできごとだったが，とてもとても長い10分であった。

外国旅行で，トイレに行きたいという文は必ず知るべきである。“Oonde esta lavatorio？”これが言えれば，こんなに苦労は，しなくてすんだであろうに！

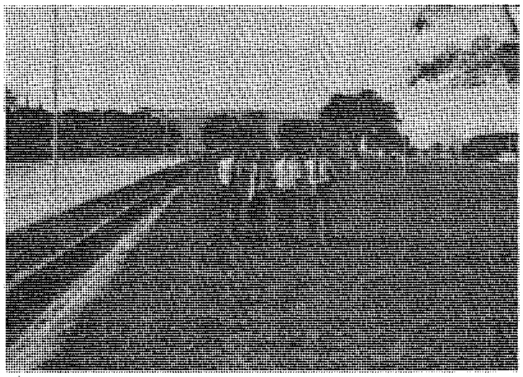
両国，医学生おおいに語る　　7月27日

大上　正裕

今回は，午前中，Dr. Sarubbiの案内で，パラグアイの唯一の医学部であるアスンシオン大学医学部の附属病院へ連れて行ってもらった。

行ってみると，パラグアイの大学病院というも

日系医学生との交歓風景



社会保険病院

のと，日本における大学附属病院というものの違いにいささか驚かされた。それまで見せてもらったprivate hospitalがなかなかの設備を持ち，社会保険病院などは，大きなビルの大病院だったことから，大学附属病院は，かなりな大規模で高度の病院を想像していったのだが，実際は，大部分，貧困者を対象とした慈善病院といった第一印象をもった。

これは国による医療形態の違いであろうが，パラグアイでは，金に余裕のある患者はみな，private hospitalへ行き，高度でかつ高価な医療を受けるそうである。

大学附属病院は，すべての医療費は無料であるが，外来患者は，長蛇の列を作り，入院患者は20人程も入ると思われる大部屋に収容されており，建物もかなりの老朽化が目立っている。

ここの病棟で，我々はドクターに，南米の特有的疾患であるChagas病やSouth American Blastomycosisなどの患者をみせてもらい，この日のために勉強しておいた知識と，初めてみる実物の患者とを照らし合わせて感激してしまった。

ちょうど，病棟では4年生の学生が病棟実習の最中で，彼らはめずらしい連中がやってきたとばかり，ぞろぞろ我々の周りに集ってきたので，早速，国際交流，国際交流と，手当り次第に話しかけてみた。

さすがにスペイン語圏の国だけあって，医学生の中にも英語を話せる者は2，3人しかいない。「郷に入れば，郷に従え」の教えどおり，英語ばかり使っていては失礼と，我々は慣れないスペイン語にも挑戦してみた。数少ないボキャブラリーを縦横無尽に駆使して，あとは大袈裟な身振り手振りをまじえて，日本，パラグアイ両国の医学生のコミュニケーションをはかったのである。

わからない単語は，英単語をローマ字読みして，語尾をスペイン語風に"オス"とか"エレ"とか"ナーレ"とか適当に味付すると，通じたりして，言葉とは実際不思議なものだと感心したりもした。こうやって，汗をかきかき両国の医学教育や医療システムの違いや，日本の医療援助の問題などについて，有意義な意見交換を行ったのである。

午後，町で少しばかり買物をした後，いよいよ首都アスンシオンを後にして，バスで，次の目的地イグアス日系移住地へと向った。夕刻，イグアスへ到着すると，さっそく国際協力事業団の方々が，盛大な屋外アサド（パラグアイ風バーベキュー）パーティを催して下さり，大食漢ぞろいの我我4名は，待ってましたとばかり，早速ベルトを開放状態にして，"臨戦態勢"に入った。次から次へと焼きあがる牛肉の塊りを，無心に味わいながら，夜更まで大いに飲み，そして，大いに歌ったのである。

我らが細田団長などは，御機嫌で，現地の事業団の人達にうながされて，とうとう箸で皿をたたきながら，歌を歌いだしたのである。団員3名は我らが恩師の"ある側面"を見て，そのかざらぬ

姿の中に，ほとばしる人間性を見る思いがし，深い感動を覚えたのである。

マンジオカ　　7月28日 清水　宏

東京を出発して10日以上を過ぎた。やっとスペイン語とパラグアイの雰囲気にも慣れてきたばかりなのに，明日はブラジルに発たなければならない。少し心残りな気もする。

パラグアイに来て私が一番気にいった食べ物はなんといっても，マンジオカ(mandioca)という，じゃがいもとさつまいもをミックスしたような南米特産のおいもである。これはただゆでるだけでなんとも言えない風味があり，パラグアイの乾いた固い牛肉と一しょに食べるマンジオカの味は，この世の極楽？を思わせる程だ。

またウイスキーのつまみに，これをフライドポテトのように揚げると，どこかの宣伝ではないけれど本当に，一度食べたらやめられないという感じである。

南米の女性が中年以降太るのは，このマンジオカのせいだという人もいるくらいで，もしこれが日本に輸入されたら，僕の愛する美しくスマートな日本女性も，ひどい中年太りになやむにちがいないと思う。幸か不幸か，このマンジオカは畑から採って2～3日以内に食べないと固くなり，まずくなってしまうので，日本への輸出はむずかしいということである。

しかし，このマンジオカにも悲しい話があり，入植当初の日本人移住者は，マンジオカ以外食べるものがなく，マンジオカばかり食べて飢えをしのいだこともあったらしい。

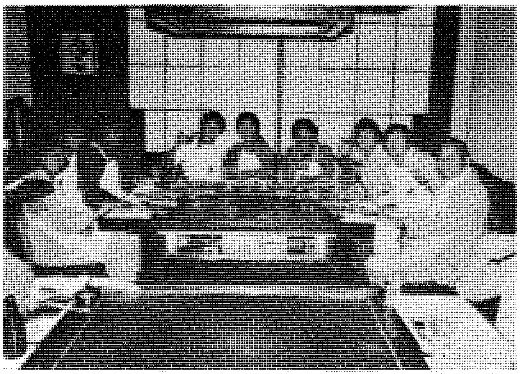
美しい女性のことをこちらではセニョリータ，ボニータというが，南米のセニョリータはみんなマンジオカが好きだ。そんなところから細田団長は南米のセニョリータから人気のある，色白やや太めの私をいつしか“セニョールマンジオカ”と呼ぶようになった。南米の友人の間でもこの名前は有名になってしまい，みんな私のことを発音しやすい“マンジオカ”と呼ぶようになってしまった。人気者は世界中どこへ行ってもひどい愛称がつくものである。

西暦2000年の誓い　　8月2日 大上　正裕

サンパウロでは，当地の日系の医学生たちに大変おせわさまになった。サンパウロ州立大や国立大の学生たちで，Shoji Mori（森），Ed Tominaga（富永），Leo Tominaga（富永），Gracy Tominaga（富永），Tetuo Misawa（三沢）には特にせわになってしまった。

彼らは皆，二世・三世で，中には日本語はほと

セニョール　マンジオカ



サンパウロの日系医学生とともに

んど話せないため，我々と英語を使って会話をする者もいた。

皆，顔立ちは全く我々と変らないのであるが，そのおおらかで陽気で開放的な性格は，正にラテン民族ブラジル人のそれである。我々と同じ顔をした彼らが，仲間うちでポルトガル語で早口に話すのを聞いていると，何とも奇妙な感じがしてしまうのである。

今回の南米の旅で，彼らも含め，日本人には見られない，おおらかで底抜けに明るい，南米の人たちと数多く知りあえたことは，自分を益々南米びいきにさせたようである。

現在，70周年を迎えた，ブラジルには70万人の日系人がおり，既に五世の誕生も見ており，ブラジル国内における，日系人に対する信頼と評価というものは，想像以上のものがある。

特に移民初期より，ブラジルの農業において日系移民のなした業績には，大きな称讃が送られている。そして今，教育に多大なエネルギーを注ぎこむ日本民族の特色から，その子孫の二世・三世たちは，医学界・司法界そして近年は政界へと，めざましい進出をしているのである。

永年の移民先覚者たちの努力の成果が実り，今日系人には，勤勉・実直・正直・器用等のイメージが固まりつつあるという。

日系人のprivate clinic や dental office などは，その評判を聞きつけて，遠く500㎞以上も彼方より飛行機で通ってくる患者もいるという話である。

人口1億のブラジルの中で，わずか70万人の日系人ではあるが，例えばブラジルで一番高度な大学とされている，サンパウロ大学の医学部の学生の約3割が日系人であり，その成績も上位を占めている。このような現象が大かれ少なかれ，他の大学でも同様にあることを聞くと，日本民族の優秀性をつくづく感じてしまう。しかも，70年前に始った移民の歴史が，頭脳移住ではなく，農業移住であったことを考えても，日本民族の“血”の優秀性をあらためて感じるのである。

これから，10年，20年先のブラジルの中の日系人の存在は，ますます今と違ったものに発展してゆくであろう。

Shoji森や，Ed富永など，サンパウロのたくさんの日系医学生と語らいながら，お互い両国の21世紀の医学界を担っていくものとして，これから先どのように変貌していくか，西暦2000年に，又，ブラジルの地で，皆で集まろうという誓いをたてたのである。

足の指から，虫の卵が……　8月4日

小宮山雅樹

正確には，昨日，起った事件であるが，当事者が僕なので1日遅れで書くこととなった。

2，3日前より，どうも足の爪が伸びたためか左足が少し痛かった。あまり無精にしていると足によくないと思い，朝，爪を切ろうとすると，爪はさほど伸びていないのに，左足の第2趾のようすが変だ。明らかに炎症を起している。発赤，腫脹，疼痛，熱感それに機能不全，全てそろっている。なぜここだけこうなっているかよく理解できないので，爪切でシュニットを入れると膿がでてきた。根治術を試みねばと思い，思いきり押してみると，なんと0.1㎜×0.3㎜の卵が10ケ出てきたではないか。一大事だ。自分の生きた足から卵が出てきたのには，まったく驚いてしまった。自分の貧しい寄生虫学の知識では，よく分らないので，できるかぎり卵を出して絆創膏をはっておいた。

手術台上の小宮山団員

さて舞台は，パウリスタ病院に移る。本日ここで，細田団長の講演が予定されている。講演前に今回の我々の計画当初よりお世話になっているボツカツ大学眼科学教授のDr. Milton 肥田に聞いてみると，田舎の子供たちが，よくはだしで歩いているとかかる病気だということで少し安心した。

団長の講演のあと，救急外来に行くことになり処置室に入るとレジデントがでてきて，どうも手術台に乗れといっているようだ。ポルトガル語がよく理解できないので不安はつのるばかり，団長をはじめ，他の団員はつめたいものである。いい経験だからといって手術台に乗った僕を取り囲み高見の見物。そうこうしているとレジデントは手術セットを出してきた。絶対絶命。異国にきて病気になるほどこわいことはないと身をもって体験した。オペと言ってもハサミで傷口を拡げて中身を出すという簡単なもの。救急外来を出る時，レジデントに"ムイト　オブリガード"（thank you very much）と言って握手をしてきた。

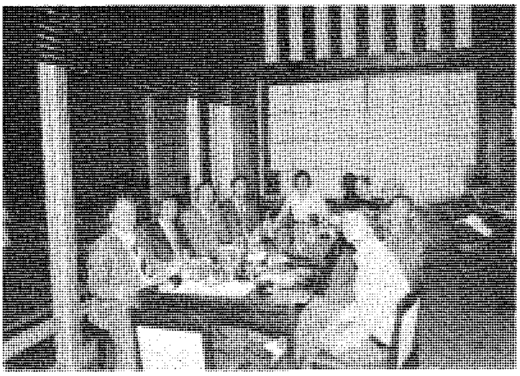
サンパウロの先輩方　　8月7日

清水　宏

日本の反対側サンパウロにも塾出身で活躍されている諸先輩が大勢いらっしゃる。

サンパウロには三田会もあり（三田会とは慶応同窓会の名称），会員は70名程だそうである。

今日は一日中，まさに朝から晩までサンパウロ三田会の会長，藤井泰介先輩の御世話になった。



サンパウロ三田会の歓迎会

藤井先輩は昭和7年経済学部卒業で，現在ブラジル三菱銀行の取締役・相談役をされている。その他にもサンパウロの数々の団体の役員として，御活躍中である。ブラジルに住んで17年になられるが，数々の御活躍に対して，1978年6月23日にサンパウロ名誉市民の称号をお受けになったほどである。

毎日の多忙なスケジュールにもかかわらず，藤井先輩は我々を日系人老人ホーム「憩の園」，精神神経科患者の社会復帰センターである「やすらぎホーム」をはじめ，カンポス・ド・ジョルドン市にある「サンフランシスコ・ジャビエル肺結核療養所」に案内して下さり，1日で450㎞の行程を付き合っていただいた。

なお，あの有名な慶応の応援歌「若き血」を作ろうと提案し，作詞作曲を先生方に頼みにいったのは，当時予科2年生の藤井先輩達だったということである。

その他にも慶応の生んだ大投手で，リーグ戦1シーズン全試合を1人で投げぬき慶応を優勝させた，現在のブラジルカネボーの岩中先輩をはじめ同カネボーの平島先輩，大同コーポレーションの本郷先輩，サンパウロ三田会幹事の石井先輩と，御世話になった先輩をあげればきりがないほどである。我々も将来自分達が御世話になったと同様後輩達の面倒をみてゆくことであろうし，またそうしてゆきたいと思う。

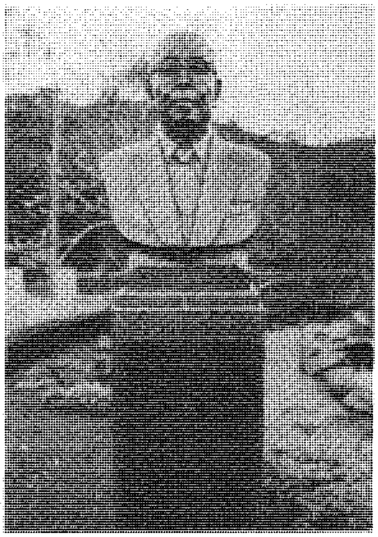
今日訪問したサンフランシスコ・シャビエル結核療養所は，現在日本医師会会長の武見太郎先生と同級の細江静男先生が奔走しておつくりとなったものである。細江先生は1975年におなくなりになったが，去年9月創始者としての細江先生を記念して，療養所の中庭に先生の像が完成した。

我々一同，医学部の大先輩の像の前で写真を撮らせていただいたことはいうまでもない。

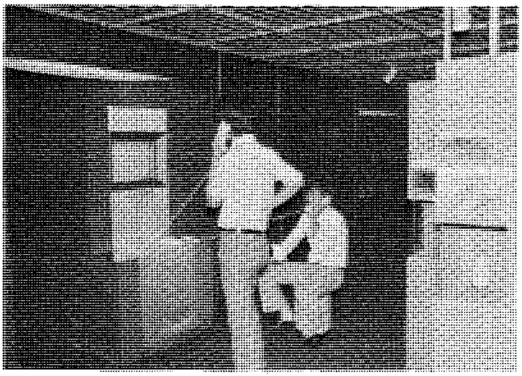
日系とは？　　8月9日

清水　宏

1908年6月18日第1回笠戸丸で農業移民としてブラジルへ移住した，日本移民の先駆者たち781



故　細江先輩の銅像



移民史料館の内部

名はサントス港に上陸した。

先日その生存者のうちの1人田中つたさんと我我は面会することができた。

その後今年移民70周年を迎えるまで，毎年ブラジル移民は続いている。その数は戦前約18万人，第二次大戦により中絶した10年間の空白をおいて戦後約7万人が移住した。

19世紀初期から現在まで約600万人という多数のブラジルへの外国移民の中で，日本移住者25万人という数字はさほど驚くほどのことではないし先に移住150年を迎えたドイツ移民，同じく100年を記念したイタリア移民にくらべると，日本移民の歴史は浅いともいえる。

しかし言語習慣も全く異なる日本の反対側の国に移住し，農業者として定着しこの国の産業開発に大きく貢献した外国移民としての特色は，ブラジルの農業史に大きな足跡を残すものであるといえよう。

移民70周年を前に，このほどサンパウロ市文協ビル内に“ブラジル日本移民史料館”が開設され我々は今日，この移民史料館を見学した。また真新しくなかなか立派な史料館であった。言語，習慣，気候条件など全く異なるこの国に移住して，自ら生きる道をひらき，固い地盤を築いてきた日本人とその子孫の実生活の足跡を実感する史料館であった。説明者は“それはとりもなおさず，日本人を受け入れたブラジルの或る一時代の姿である”といっている。

我々はサンパウロで日系人医学生の友人が何人もでき，彼等とは休日に海へ遊びに行ったりもした。彼等の多くは三世であり，その中でもショージは日本にも来たことがあり，日本語がとてもうまい。でもエイジ，レオ，グラシィー等は日本語より英語の方がうまく，我々も彼等とは英語で話すことが多い。

彼等は“自分達は日系だけれども完全なブラジル人ですよ。日本食は大好きだし，性格も他のブラジル人とくらべると，日本人的かもしれない”と言う。

家ではもちろんポルトガル語を使っている。

彼等日系三世のブラジル人にとって，また我々日本人にとって，“日系”ということばはいったいどんな意味をもっているのであろうか。

その意味は時代の流れと共にかわるものだし，またかわるべきものなのであろう。最近ブラジルでは日系人に対する評価・信用度が非常に高くなっているという。それはとりもなおさず先駆者達の地道な努力と，彼等のブラジルの発展に対する大きな貢献によるものであろう。

アマゾン河でフィーバー　　8月13日

小宮山雅樹

ベレンに2時着。この時間が一番暑い。けれども日本で想像していたほどでもないので，ひとまず安心。古い町でポルトガル文化の影響をうけたためだろう。町はなんとなく西洋的だ。道の両側に植えてあるマンゴはアーチをつくり，道行く人を直射日光から守っている。よく見ると高い所にマンゴの実がなっている。昔は，もっと実は多かったそうで，これも車公害のためだろうか。

サンパウロとちがい日系人らしき顔は全くない。聞くところではベレンには2,000人しか日系人はいないと言う。町を歩くと，日本人好みの（僕好みか）美人が多い。中学生，高校生ぐらいの年令だろう。「お嬢さん，振りむいて下さい。」と言って，8ミリを回したくなってしまう。

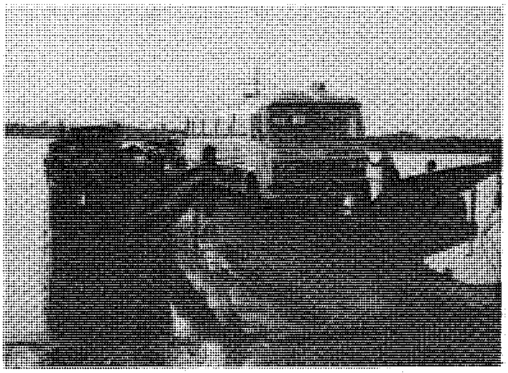
夜はアマゾン川の支流の近くで，ウイスキーグラスを傾ける。あたりはスコールとまではいかないが雨。雷がピカピカやっている。向うに見える島が雷光のたびにシルエットとなり浮び上がる。これがアマゾンだと感激する。あの島は九州と同じ大きさと聞き，日本では考えられらいスケールだ。“サタデー・ナイト・フィーバー”が流れている。何だか体が動き出しそうだ。時々，雨が風のため吹き込んでくる。そんなのは，どうでもいい。ここまで来て，こせこせしても仕方がない。

われわれが夢にまで見たアマゾンにやってきたのだ。

いざ，トメアスへ　　8月16日

小宮山雅樹

まだあたりは真暗，時刻は5時。ベレンのバスターミナルよりトメアスの移住地行きのバスに乗り込む。道路は途中まで，よく舗装されていたが急に横道に入ると，凸凹が多くなってきた。それでも，バスは猛スピードで飛ばす。眠気のため1時間も経たないうちにウトウト寝てしまった。どのくらい寝ていただろう。前の座席にいる2人もグッスリ寝ている。ふと目をさますとベレンを出



フェリーでアマゾン支流を渡る

た時とずいぶん景色が違って，道路の両側は，いかにもジャングルらしい。それに蒸し暑くなってきた。赤道に近いだけある。5時間以上，バスに揺られ10時半にやっとトメアス到着。十字路と呼ばれる地域のホテルに泊まることとなる。

バー（バーといっても，日本のバーではない）のお兄さんと歓談。言葉は全く通じないが，何となくわかるものだ。「エレクトリック，セイス（6），フィン，ネ」とは，6時に電気が止まるのかということだ。今日は6時にすべて電気が止まる覚悟をしなくては。4時過ぎより，おきまりの雨。もう外へ出る気はしない。雷も鳴りだした。6時に電気が消えるころは，熱帯にいるとは思えないほど涼しく，日本の方がずっと蒸し暑い。

3人ボケーッとバーの止り木で，時を過ごす。“マモン”というパパイアは1つ100円。3人で分けて食べる。ラランジャというジュースをもらおうとしたが，ジューサーが動かないので中止。こうしてトメアスでの第1夜は更けていった。

トメアスの日本語学校のすばらしい歌がある。今，日本にいらっしゃる新井亀吉元日本語学校長の作詩，作曲のものである。

「トメアス日語学校の歌」

一　緑の海を　下に見て
　　今日も白い　雲は飛ぶ
　　うねり流れる　アマゾンは
　　幾億年の　昔から
　　今も変らぬ　母の河

二　神のお恵み　限りない
　このアマゾンの　一点に
　斧を振るって　五十年
　日本人の　血と汗で
　築いた楽土　トメアス
三　優れた父母の　血を継いで
　生れ育った　わたしらは
　日本とブラジル　つなぐ橋
　知識を磨き　技を錬り
　あすのブラジルを　つくるのだ
四　共に希望を　湧し合い
　日語をまなぶ　ぼくたちは
　よく見　よく聞き　よく思い
　大アマゾンを　おし拓き
　世界の平和を　つくるのだ

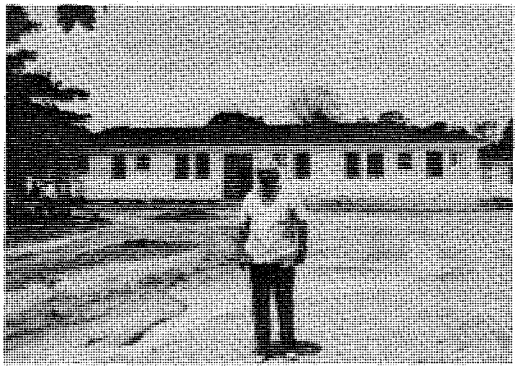
オンサ狩　　8月20日
大上　正裕

国際協力事業団ベレン支部長仁科さんの話はとてもおもしろかった。彼はブラジル勤務3回目で，しかもそれが全部アマゾン河口の町このベレンなのだそうである。昔は本部からの命令を受けて，何人かの職員と，原住民を雇って地図にも載っていないようなアマゾン河上流へカヌーで探検にいったこともあるという。根っからアマゾンが好きなのだそうである。

彼の話によると，ちょうどトメアスの移住地に移住者たちが入植する前，彼ら事業団の人たちが整地・開墾のためパイオニアとして乗りこんだそうだ。

ジャングルを切り開いて行くうちにオンサ（南米産ピューマのこと）が出たという。さっそく原地人はオンサ狩をやると言い出した。できるわけないさと，馬鹿にしていたら，ある日，外で原地人たちが大騒ぎしているので，行ってみると，見事大きなオンサを仕留めていたのだそうだ。

聞いてみると，彼らのやるオンサ狩というのはまことに原始的かつのんびりした方法らしい。ジャングルで，オンサの通りそうな所に羊を殺しておいておき，近くの大木に干肉と空カンと鉄砲を



Dr. Rodrigues　院長

持って登るのだそうだ。そうして，オンサが現れるまで何日も何日も辛抱強く待つのだという。タバコの灰も，大小便も下に落さず，みなカンの中に入れて，オンサに気づかれないようにするという。そして何日目かに現われた，オンサを旧式のオンボロ鉄砲でズドンと仕留めたのだそうだ。さすがの仁科さんも，こんな原始的なやり方で，あのどう猛ですばしっこいオンサが獲れるものかとあきれたそうだ。

狩猟といえば，アマゾン河に住む，大きな水亀を獲るのに，また，原住民は変った方法を使うという。堅い甲で身を包まれている上に，水の中にいる亀をつかまえるのに，普通に弓矢で狙っても水面で矢は反射してしまう，そのため，彼らは，距離・角度・風をすべて考慮に入れて，大陸間弾道弾のごとくに，空高く真上に弓矢を放つ。放たれた矢は彼らの緻密に計算した弾道を描いて，ほぼ垂直に落ちてきて，そして，見事水中の亀の甲を射抜くというのである。

何かとても信じられない話であるが，これは本当の話なのだそうである。彼らの子供たちは，弓矢を空に向けては，一生懸命，練習にはげんでいるそうである。我らが弓道部元キャプテン小宮山隊員も，一度弟子入りしてはいかがなものか。

ライ病村にて　　8月21日
清水　　宏

今日のこの強烈な印象をどういう風に文章にし

ようか，なかなか適当な言葉がみつからない。南米ではまだライ病患者の数は多く，ブラジルだけでも約50ヵ所のライ病村がある。

今日訪問した所もその1つで，ベレンの町から20km程離れた場所で，680名のライ病患者と医師等が生活をしている。所長のDr. Rodriguesの案内で初めに村の中央にある重症者だけを収容したライ病村の病院を見学した。

我々はもちろんまだ一度もライ病の患者をみた経験がなかった。それだけに初めてみるライ病末期の患者の姿は医学生である我々にとってさえ，一つの驚きであったし大きなショックでもあった。

手足がくずれ変形し，皮膚がボロボロになっている重症患者が7～8人で1室に入院し治療を受けていた。私が彼等にBon dia（ポルトガル語でおはようの意味）とあいさつをすると，ベッドの上でニッコリ笑って指の落ちてしまった手を一生懸命ふりながらBon diaと返事をしてくれた。ブラジルでは誰とでもあいさつの時は握手をするが，同行したブラジルの医学生もさすがに握手をしなかったし，もちろん私もできなかった。それでも彼等に撮影をたのむと，こころよくOKしてくれた。我々は失礼にあたらないように充分慎重に写真を撮らせてもらったが，それでも彼等にとってはけっして有難いことではないだろうと思う。だがいやな顔一つせずに，我々が帰る時には Ate logo（さようなら）といって手をふってくれた時には胸がつまる想いがした。

ここの所長Dr. Rodriguesはもうここで40年間，ライ病患者とくらしている。彼は今ではそれが自分の使命であると感じているという。40年前のブラジルでは現在と違って医者の数が足りず，医者はどこでも引っ張りダコであった時代である。その時に誰も望まなかったライ病村のDoctorに志願したという。

Dr. Rodriguesにライ菌の感染力について尋ねると彼は「私は40年間患者と共に生活し，食事をし患者にも触れているがなんともない」と語ってくれた。

我々が村の食堂を訪ねた時ちょうど昼食時で，村中の患者さんたちが杖をついたり，あるいは指の無い手でうまく自転車に乗りながら食堂に集ってきた。メニューはブラジル料理フェジアーダ（ブタ肉と大豆の煮込み）である。所長はニッコリと一緒に食べないかとさそってくれた。もちろん彼はいつもそこで食事をされているのである。一瞬私は小宮山・大上団員と顔を見合わせた。想いは皆同じである。もちろん断わる理由はない。食器などは消毒してあるのだろうし，感染の心配はない，と心に言い聞かせ患者さん達と同じテーブルに座ろうとした時，幸か不幸か同行の方が，次の予定までの時間がないので失礼しなくてはと所長に言ったため，結局我々はそこで食事をしなかった。帰りの車の中でブラジルの医学生に「君はあの時，あそこで抵抗なく食事ができたと思うかい?」と聞いたところ，彼は正直に「招待されたからには医学生としてもちろん食べなくてはいけないと思ったが，はっきり言って食べないで済んでよかった」と答えてくれた。私も人の事など言えない。患者さんと一緒に食事をしなくてはいけないと心に言い聞かせながらも，食べずに帰ることに決まった時の気持は御想像がつくと思う。

赤ひげ先生の“医者は人間である前に神でなければならない”という言葉を思い出す。Dr. Rodriguesは私にとってただの医者ではなく，聖人，いや神のようにも思えた。同時に今日程人間として，またまもなく医者になる自分としての未熟さ未完成さを言葉なくして思いしらされたことがあったであろうか。

事業団の運転手の人が私に，「立派な研究をやってノーベル賞をもらった人より，40年間もここで働いているDr. Rodriguesの方を，私はもっと尊敬するよ」と言っていた。私には彼の一言が，今日の私の気持ちのすべてを語ってくれているかのようであった。

猛暑にグロッキー

8月23日
大上　正裕

今日はベレンへきて最高の暑さ。これまで赤道直下のアマゾンと言ってもたいしたことないと言

っていたのが嘘のような猛暑であった。正に何もしたくなくなるような熱気である。精密人間の思考能力は否応なしにゼロ近くまで落ちこんでしまう。

ここベレンのパラ大学医学部卒の及川ドクターが，「昼の授業なんて，もう暑くってね，ましてや飯を食った後なんて眠くって眠くって，後の方で色メガネかけて寝てたよ。ガハハ」と言っていたのがうなずけた。この暑さで人間に勉強しろというのは残酷であると感じた次第である。しかも彼らの教室，講堂には冷房などの気のきいたものは全くないという。それから思うと，我々慶応の学生は，真夏でも冷房の効きすぎた臨床講堂で，カーディガンをはおって講義を受けるなど，全くぜいたく至極でバチが当たるのではないかとさえ思えてくる。

南米にはこの熱帯の暑さから体を守る知恵としてシェースタという午睡の習慣がある。特にパラグアイなどスペイン系諸国に多いのであるが，ブラジルでもアマゾニアや西部内陸ではこの習慣が守られている所が多い。

我々もトメアス移住地では，昼の最も暑い時間帯は，ホテルに帰って部屋に備えつけのハンモックに揺られながら，この結構な習慣にあやかった。何日かこれを続けていると，午後1時頃には，自然とねむくなり，体の方がシェースタを要求するようになるからおそろしいものである。

とにかく，この熱い地方へきたら万事のんびりペースで行くのに限る。間違って東京のペースなどで事を運ぼうとしたらとんでもない空回りになってしまうし，またそんなことをしていたら，この地で長生きできるわけもあるまい。正に，ドクトルマンボウの心境である。

いざ，アマゾンへ

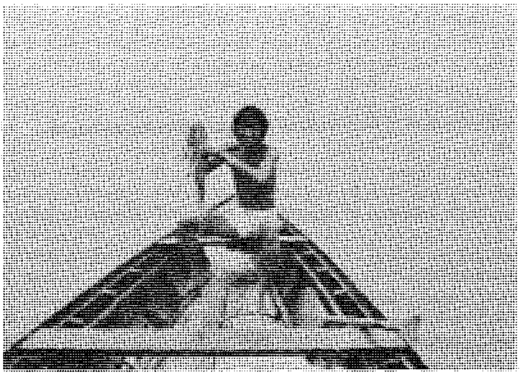
8 月 26 日
大上　正裕

今日は日曜日ということで，朝から国際協力事業団の小野さんのボートで，アマゾン河の釣に連れていっていただいた。朝日がキラキラと輝き，水面をけたてて我々を乗せたモーターボートは，アマゾン河へと出港した。ボートには，飲物やパン，野菜，鍋，食器等が積みこまれており，途中1 *m*程もある氷柱4本をさらに積みこんで，準備万端整った。

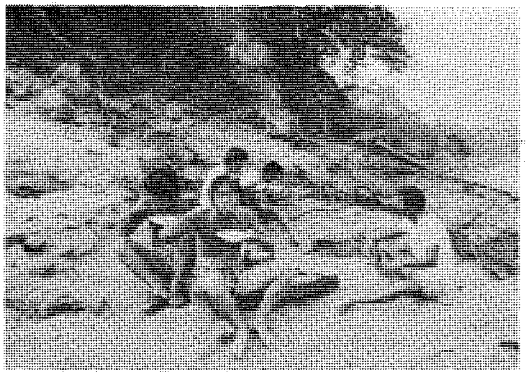
マナウス港を流れるアマゾン河は，正確には，Rio Negro（黒い河）といい，ほんとうに黒い色をしているのである。ちょうど，ブラックコーヒーのような色に濁っているのである。

これを何マイルか下って行くと，南からきた Rio Solimoes と合流してそこから Rio Amazonas（アマゾン河）となるのである。

この合流点では，実に奇怪な光景を見ることができる。というのは，Rio Negro は真黒な河であるが，Rio Solimoes は茶色の濁ったいわゆる泥水である。これがぶつかって合流する所では，所々に渦が巻き，しかも，数マイルにわたって，



アマゾン川の大なまず



アマゾン鍋の味も格別

この2つの水は混ざることなしに並行して流れてゆくのである。ボートでその上を走ると，それまで真黒だった水面が，突然茶色の泥水に変って行くのには驚かされた。こんな所にも秘境と言われるアマゾンの一面を見た思いである。この合流点付近で川幅が40㎞近くあるといい，大河の貫録十分である。

アマゾン河を見ていると何か底知れぬ雄大さに，自分の心が感化されていくような気がする。不思議なことに，ノーベル賞受賞者の数多くの者が20才代にこのアマゾン河を見ているという事実を知らされた時，我々の間から，誰ともなく，「よっしゃ，よっしゃ」と，大それた独り言が出たのも，この河の感化力のせいであろうか。

適当な岸にボートを横づけし，いよいよアマゾン釣の開始である。まずはプロ並と言われる小野さんの投網の腕を見せてもらった。餌にする小エビのたくさんいそうな所をねらってパッと投げられた網は，空中で気持よく広がったかと思うと，見事な円を水面に描いた。何回か投げこんでいくうちに，「今度はかかったぞ」の声に，皆上ってくる網に注目していると，何と網の中でピチャピチャ跳ねているのは，ピラニアではないか。さっそく，清水隊員が手につかんで，おちょくっていると，スルリと逃げられてしまった。

彼は，後でアマゾン河を泳ぎながら，彼の逃がしたピラニアが，仲間を連れて，大挙して復讐にくる恐怖におののいていた次第である。実際ピラニアという魚は，種類によってはどう猛なものもいるけれども，普通の人間や動物を襲ったりはまずしないそうである。ただ，傷口などから血が出ていたりすると，群をなして襲ってくるというからおそろしい。

実物のピラニアの歯をみてもそらおそろしいばかりの鋭さである。アマゾン河でピラニア以上にこわいのが，カンジルという魚で，これは血が出ていようがいまいが人間に食いついて，肉を食いちぎるそうである。オーコワ!

我々の釣の方は，いっこうに釣れる気配がなく，このままでは昼飯抜きかと心細くなっていると，同行の1人が「かかった，かかった」と大きな声。

釣りあげられた大なまずが岸辺で暴れている様子。さっそく，清水隊員が，ボートのかいを持って跳んでゆき，必死の形相でなまずの頭を数回たたいて，やっとおとなしくした。

3時過ぎ，濁ったアマゾンの水を鍋にくみ，それに，野菜やオリーブ油をぶちこみ，アマゾンのなまずのぶつ切を入れて，集めた木ぎれで火をおこして作った“アマゾン鍋”は格別の味であった。岸辺に迫るジャングルと雄大なアマゾンの流れを見ていると，我々も今日1日，“秘境アマゾン探検隊員”になったような気分であった。

アマゾン河

アマゾン河は南アメリカ西側のアンデス山脈より，赤道沿いに東に流れる世界最大の河であり，延長6,200㎞。流域705万km^2で，世界中の湖・川の総面積(淡水)の5分の1を占める。河口付近では河幅は約500㎞にも達し，その中に九州程の大きさのマラジョ島を持つ。

16世紀にスペインの探検隊が，アンデス山脈より，この河を下航する際，女人軍の襲撃に悩まされ，ギリシア神話に出てくる勇敢な女族アマゾン(これはもともと“乳なし”の意味で，彼女たちは弓をひきやすいように右の乳房を切りとっていたと伝えられ)より想起してこの名が付けられた。

以前，欧州よりきた船が河口の町ベレンより沖に向けて，数日間大西洋を航海した際，試しに海の水をすくって飲んでみたら，何と淡水であったという。この話からも，アマゾン河の壮大さが想像できよう。

活 動 を 終 え て

「もっと　大きく」

大上　正裕

昨年の暮，他のメンバーと共に，「よし，行こうや」とスタートした計画であった。途中，思いもよらぬ難問が次々に出てきては，「もう，だめか」と皆で頭をかかえてしまった事が何度も続いたように思う。それらを何とか乗り越えて，この夏50日間にも及ぶ南米での活動を無事完了できたのは，ひとえに，我々学生の情熱を，深く理解して下さり，長くそしてあたたかい目で見守り，支援して下さった各方面の多勢の方々のおかげだと我々一同心から感謝いたします。

今，この活動報告書にペンを走らせながら，この1年をふりかえってみて，自分自身の世界の大きな変化に，我ながら驚きを感じてしまう。地球の反対側で，自分たちが全く知らなかった民族に会い，全く知らなかった食事・習慣を体験し，そして自分たちが全く経験したことのない医療体系を知り，全く見たこともない疾患を，この目で見，肌に触れてみて，自分たちが知らなかった“別の世界”というものの存在を，確かな手応えとして感じた旅でもあった。世界は広い。当り前だと思っていることが，当り前でない世界，自分が思いもよらぬ世界が，限りなくあるというそんな実感だった。

21世紀へむかって，これから我々が生きてゆく時代は，ますます国際化が進み，欧米先進国のみならず，南米，東南アジア，アフリカ諸国等，開発途上国とも，みな手をとり合って国際社会を作ってゆく時代となって行くだろう。そんな中にあって，我々医学生も，狭い自分たちの殻の中に閉じこもっていないで，自分たちの世界を大きく拡げ，広く大きな視野でもって，物事をとらえ，考える能力を養ってゆく努力が望まれるのではないだろうか。

すべては，体験から始まる。今回の活動から得た自信を糧として，今後一人でも多くの医学生と手を取り合って，我々の“世界”を拡げて行きたいと思う。

雄然と流れを運ぶアマゾン河。そのでっかい，本当にでっかい姿を見ていて，「大きく，もっと大きく」と励まされるように感じたのは，僕だけではなかっただろう。昔から，僕は“ロマン”という言葉がとても好きだった。この国際医学研究会が，そうした大きなロマンを育む団体になってゆくことを心から願っている。

「……… これから ………」

清水　宏

今年1月に我々は国際医学研究会を創設し，まがりなりにも第一次パラグアイ・ブラジル派遣団を実現させることができた。私にとってはこの活動に参加したことは大きな意義があったと思うし，またここまでやって来られたことに対し，我々に御協力下さった方々に心から御礼を申し上げたいと思う。

さて，国際医学研究会の今後の展望，またこの活動が今後持つべき意義はどんな点にあるのだろうか。

誰もが認めるように現代は国際化の時代である。日本人は日本のことだけ知っていればよい，日本のことだけ考えていればよいという時代ではない。医療問題にしてもしかりである。WHOが行なっている天然痘・コレラ撲滅計画から公害問題に至るまで，幅広い範囲において，国際協力，それにともなう国際的感覚が要求される時代であろう。医療問題の一つの柱となるのは医師である。しかし一口に医療問題といっても大きな問題であり，医学的見地からの考慮はもちろんのこと，経済的，社会的にも，また国民性，民族性などの幅広い範囲からの総合的な施策が必要となってくる。我々医学生も医学知識のみではなく，住民の生活状態，衛生環境など広い視点から住民の医療問題，健康管理を考えて行く能力が必要となってくるであろう。

またそれと同時にこれから医師となる我々にとって国際的感覚，International sense が是非必要となってくる。しかしこれはけっして一朝一夕に身につくものではない。我々医学生にとって英語はもはや常識となり，ほとんどの学生がある程度の会話をこなせるようになってきている。国際的感覚を身につける上で，言葉を話せるのは最低条件であろうが，より大切な事は国際社会の中で他国の人と共に国際的立場から諸問題を考えて行ける能力，適応力ではないだろうか。

国際医学研究会の一つの大きな目的は，広く国際的感覚を身につけ，住民の生活に根ざし，しかも広い視野から医療問題にとりくむという場を，我々の中につくることである。もちろんこれはその最初の step である。しかしこういうことを希望する後輩たちに少なくともそれに参加することのできる窓口，チャンスを築くことができたことには，大きな意義があるのではないだろうか。

今回の派遣団は細田団長のほか，学生団員は私を含め６年生３人だけである。来年，さらにその後も経済的理由から４～５人が派遣団の限度であろう。しかし一学年100人足らずの医学部の中で，最終学年の生徒４～５人を毎年海外に派遣できるとすれば，これは大きな意義を持つと思う。長期的に見れば４～５％の医学部学生が派遣されることになるのである。10年後には40～50名の医師となった我々が，学生時代に海外医療派遣を体験したことになる。これはけっして単なる一部学生の体験にとどまらず，大きな一つの mass としての人的財産ともなりうるだろう。

我々の構想が引きつがれさらに大きなものになっていくか，あるいは構想のみで終わってしまうかは，今後の我々の努力と，我々の活動を引きついでくれるであろう多くの後輩達の活躍にかかっている。私も後輩達と共に国際医学研究会の今後の発展を見守り，できるかぎりの協力をして行く所存である。

「帰国後　1ヶ月　今」

小宮山雅樹

医学部という閉鎖社会で，ただ，漫然と６年間過すと，医師免許は手に入っても，10代の後半から20代の前半という，人間形成にとって重要な時期に，それだけでは非常に淋しいような気がする。

自分から進んで何かを求めなければ，新しい事が自然に創造されることはけっしてないのに気付くまでに，とても時間がかかった。

何かをはじめ，そして失敗し，その挫折感のため，しばらくは何も出来ず，ただ，時に流されるままの生活が続き，はたとこれでは，ダメだと思い立ち，また新しい目的に情熱をかたむける。これの連続が自分の大学生活であって欲しかったが現実は時間の浪費が多かったようだ。

大学に入学した頃より海外に特に興味があった。「海外に興味があった。」のであってその興味が具体的な形にはならず，下手の横好きで，英会話をやってみたり，街角で外人を見付けるとよく話しかけたりもした。ここで外人というのは，あくまでも foreigners で，今，自分で考えている

people from abroad とは少し異った，ニュアンスがある。

学生時代の最後の夏休みに50日間も海外生活を体験できたことは，とても幸運だった。百聞は一見に如かずとは，まさにこのことに違いない。日本で自分が考えていたイメージと，帰国してからのイメージは，全く予想もしていなかったほど違っている。違っているのは予想であって，地球上に住んでいる人間はどこに行っても，同じであったような気がしてならない。このような体験が自分一人ではなく多くの人ができるようになれば，これはすばらしいことだ。外国に対して，新聞やテレビからの情報だけでなく，多少，近視眼的であれ，自分の眼で実際に見た外国の方が，何倍も実際の姿を現わしているとも思う。

もう一つ，自分として今回，南米で何日か過してよかったと思うことは，観光旅行ではけっして得られないであろう，現地の人々との触れ合いだった。何人の人と話しをしたか数えきれないくらいだ。それだけ多くの方々に御迷惑をかけてきたことになるのは，百も承知で，その迷惑以上のものを我々は，自分たちのものにして帰りたいと常に思っていた。粋がっても我々がたいした御恩返しのようなものができるはずもなく，我々ができることは，我々自身の血となり肉となった体験にして，また仲間にそれを伝えることぐらいであろう。

医師となり社会に出ると時間に制約されるのは目に見えているが，だからといって狭い社会にこもることを肯定する理由にはけっしてならない。常に外に眼が向いているような態度は失いたくない。そして自分にとってそんなに異質のものであるはずのない外国のことを変なベールで覆うのではなく，すなおに自分のものとして受けいれられる許容力というものを養って行きたいと思っている。

帰国後，1ケ月ほど経ち，南米での数々の出来事が，思い出のようなものに変ろうとしている現在，強く自分として感じることは，今まで外へ外へと眼を向けることは大切にしてきたが，内へ内へと眼を向けることをないがしろにしてきたのではないかということだ。

自分の周辺，自分の住んでいる日本から外に眼を向け，情熱を何かにぶつけていくことは非常に楽しいことであり，リスポンスがあるような気がするが，一方自分に特に欠けていたように思うのは，自分への問いかけ，自分自身をブラシュ・アップすることではなかったかと，南米から帰ってきた今の率直な感想だ。

南米では多くの日系の方々，現地の方々にお話をうかがい，自分にはないすばらしい人間性をもった人が多かったことに気付く。少しぜいたくな話かもしれないが，現在の自分の気持は，外へ常に眼を向け，何でもおそれず受け入れる態度がほしい一方で，内面的にも，もっともっと築き上げていかなくてはならないところが多いと思っている。これに気付かせてくれた，今回のパラグアイ・ブラジル派遣は，自分にとって，これ以上の体験はなかったと言えるだろう。

協力していただいた諸機関・諸団体

（順不同・敬称略）

国際協力事業団
　アスンシオン支部
　エンカルナシオン支部
　アルトパラナ事業所
　イグアス支所
　ベレン支部
　マナウス支部
サンパウロ日伯援護協会
サンパウロ三田会
ブラジル・モラロジー協会
汎アマゾニア日伯協会
ベレン・アマゾニア病院
在ベレン日本国総領事館
トメアス文化協会
アスンシオン大学医学部
サンパウロ州立大学医学部
パウリスタ大学医学部

パラ州立大学医学部
Instituto Evandro Chagas
I. N. P. A.熱帯研究所

日本国際医療団
日本ラテンアメリカ医学協会
家族計画国際協力財団
経済団体連合会
日清製粉株式会社
株式会社ヤクルト本社
日栄証券
野村証券
藤永くるまえび研究所
東京芝浦電気
松下電器産業
日立製作所
三菱電機

三洋電機
三菱重工業
石川島播磨重工業
中外製薬
万有製薬
山之内製薬
藤沢薬品工業
エーザイ
日本ケミファ
日本商事
三菱商事
三井物産
伊藤忠商事
丸　紅
住友商事
日商岩井
東京放送

会　計　報　告

（昭和53年10月10日現在）

収入の部

寄付金	4,860,000円
収入総計	4,860,000円

支出の部

渡航費	2,202,521円
活動費	1,034,836円
資材費	311,106円
通信費	98,271円
報告書作製費	700,000円
雑　費	152,732円
次年度繰越金	360,534円
支出総計	4,860,000円

差引残高　0円

お　わ　り　に

正直，ホッとしたという感想である。今，何とか皆で書き綴った原稿の編集を終えて，それらに目を通しながら，一つの仕事を一冊の本にするということが，こんなにも大変なものなのかと身にしみて感じている所だ。

パラグアイで，ブラジルで真黒に陽焼けしながら，各地を飛び回っていたのはちょうどの夏の盛りの頃である。今はすでに，外は木枯しが吹きはじめ，残り少なくなった木々の葉っぱたちも，ふるえながら枝にしがみついている。思えば，昨年の暮，東中野の小さな喫茶店で，「よし，やろうや。」の一言で始ったこの活動であった。

学生生活の最後の年に，このようなやりがいのある活動に参加させてもらえたのは，本当に幸運だったと思う。とてもたくさんのすばらしい人たちを知ることもできた。それだけでも，かけがえのない我々の財産だと思う。「人間って，すばらしいな」と心の底から思った。この活動を通じて数え切れない方々からいただいた御厚意，御支援は，今回の計画が，曲りなりにも無事完了した，なによりの理由であろう。この紙面をお借りして心から感謝いたします。

国際医学研究会事務局

〒160　東京都新宿区信濃町35番地
慶応義塾大学医学部　学生部内
電話 03(353)1211　内線 2141