

フィールドワークを はじめよう

国際保健の12ヶ月

高山義浩



要するに、諸君、
街に出て行って諸君のズボンの尻を「実際の」そして「本当の」調査で汚してみなさい。
(ロバート・パーク)

フィールドワークを はじめよう

はじめに

近年における「国際化」の趨勢に対応するかのように、日本の学生の「国際化」が急速に進んでいる。格安航空券を利用すれば、15万円程度の予算で東南アジア諸国の旅行は可能となり、多くの学生が気軽に海外旅行を楽しむようになってきている。

途上国の訪問が珍しくなくなってくると、意欲的な学生たちの一部はその旅行に学習目標を設定して、現地の病院を見学したり、農村の保健医療事情を調査しようと試みは始めている。いわゆる研修旅行（スタディーツアー）のはじまりである。

しかし、学生が独自に研修旅行を企画しても、その計画立案段階から指導が受けられるのは幸運なケースといえる。したがって、文献検索ができなかったり、報告書や論文の作成を試みながらも挫折したりしている学生が少なくない。また、ときにマナーを無視した調査を強行している例も散見される。

今回の『国際保健の12ヶ月』では、テーマを「フィールドワーク」とした。これは、研修旅行を企画しようとする学生たちへのひとつの提案である。

これまで筆者は、こうした学生たちから少なからぬ相談を受けてきた。そうするうちに気がついたのは、学生たちの途上国研修のイメージがあまりに偏っていることだ。まず「NGOの見学」、次に「アンケート調査」。これですべてである。

NGOのプロジェクト地に行って、ちょっとその活動を体験してみれば国際保健の姿が浮かび上がってくるわけではない。そもそも、NGOがプロジェクトを推進している村など、その国にとって極めて特殊な“点”にしか過ぎないではないか。せつかくひとつの国を訪れるのに、その“点”だけを見学して、理解したつもりになって帰るのはあまりにもったいない。もっと広い視野で、研修旅行が企画できないものだろうか？

また、研修旅行の結果を出したいと思う学生たちは、きわめて安易にアンケート調査へと走ってゆくようだ。報告書にグラフを載せることは、内

容はともあれ、研究らしさがにじみ出すと信じているのだろう。

しかしながら、アンケート調査をする前には、まず仮説が必要である。仮説なくして漠然と調査して、「なんか問題が浮かび上がったらいいなー」というのは厳禁だ。仮説から方法へ、そして実証して、理論を形成する。これが科学の本質であることを忘れてはいないだろうか？

実は、今回のテーマ「フィールドワーク」とは、この仮説を得るための方法でもある。対象とする地域にいかに入っていくか。そこでどのように体験し、それを記述していくか。これがフィールドワークの技術である。個人の体験にすぎないので、合理性も、再現性もなく、その意味で「科学的」ではないと考える学生もいるかもしれない。しかし、科学の目的とは何だったかを思い出してほしい。それは、「未知なるものへの探求」ではなかったか。とすれば、個人的体験の記述と解釈こそが、実は科学の出発点であることに気がつくはずだ。

ここまで読んで興味を抱いていただけた方は、ぜひとも本文へと進んでほしい。この先にあるのは、筆者なりの「フィールドワーク」のフィールドワークである。この個人的な知の集成から、あなたなりのフィールドワークがはじめていただければ、筆者の目的がひとつ達せられたことになる。

2001年1月 快晴の日高山中にて

目 次

1. 下痢の話	1
2. 研修旅行の準備	6
3. 研修旅行の技法	12
4. 研修旅行の完成	22
5. 途上国旅行の健康対策	34

1. 下痢の話

自業自得

下痢になった。う～ん、う～ん。

1時間おきにトイレに行っているような気がする。ORSを飲んでいるが、飲んだ量以上に便（ただの水）が出て行っている。

何が悪かったのだろうか？

一昨日、カルカッタからバラナシに移動する直前、ハウラ駅前で生水を飲んだ。たしか、腹痛はあのとときからのような気がする。夜行列車の寝台でトイレに行きたかったが、荷物が心配で我慢しているうちにおさまってしまった。

そして昨日、ガンジス河でボートをレンタルし、裸で日光浴を1時間した。同乗してきた男がいて、何者だろうと思っていたら、おもむろに懐から骨の入った袋を取り出してガンジスに散らしはじめた。聞くと母親の遺骨なのだそうだ。ガンジスの流れは天界へと通じている。母親の遺骨をガンジスに返しに、はるばる地方農村から男は来たのであった。一方、僕はそれを横目に相変わらず裸で寝転がっていた。これで脱水したか、さもなくばバチがあたった可能性がある。

宿に帰ると、親父が「ビールあるよ」と言う。ターリー（カレー定食）を肴に、久しぶりにビールをたらふく飲んだ。そして、扇風機にあたりながら裸で寝た。

そして今朝4時、腹痛で目が覚めた。腹が痛くて眠れそうもなかったの
で、ガンジス河に腹を押さえながら向かった。月明かりのガンジス河はまだ人も少なく、静かな光芒を放っていた。巡礼者の数が増すにつれ、祈りの声が高まりをみせてゆく。それを岸边に感じつつ、30分ほど泳いだ。ガンジスにはあらゆるものが流れている。捧げられた赤い花びらに混じって、河藻が流れ、火葬用の木片が流れ、半焼け屍体が流れ、牛が流



ガンジスで沐浴をする母子

され、嬰兒が流され、糞が流れ、尿が流れる。その聖なる流れに身を浸すために、インド各地から巡礼者がここを訪れている。たしかに僕たちは糞と尿のあいだから生まれ、糞尿のガンジスに帰ることになる。でも、生きているうちに泳ぐと下痢になるかもしれない。

案の定、猛烈な下痢に襲われ、バラナシの安宿でのたうちまわっている。夜中じゅうトイレに行っているのだが、同じように両隣の部屋の日本人もトイレに通っているようだ。3人がかち合わせることもあり、うめき声で話しをする。

隣の男の子の場合

「どうすか？」

「やっぱ、インドはダメだわ」

「どっからきたの」

「イスタン。パキまでは調子良かったんだけどね」

「ここはインドでも最悪の部類じゃん？ カルカッタまで逃げりゃ治るよ」

「いや、もうバンコクに帰りたい」

「天国だよ」

「酒と女」

「ガンジャ」

「バンコクで体調整えたら、今度は中国に行くのさ」

「で、カキ油で下痢すんの？」

「あっちの下痢はうまいもん食ってだから、割に合ってるよ」

隣の女の子の場合

「君の下痢はどう？」

「どす黒いの。それで粘り気があって・・・」

「それって、やばそうだねえ」

「もう1週間近く続いているのよ」

「いつインド入りしたの？」

「10日前。初めての海外旅行なんです」
「ほー。何しにインドに来たの？」
「下痢かな・・・」

アジアを目指す若者たち

若者たちがアジアを目指しはじめている。ひと昔前であれば、卒業旅行はヨーロッパが当たり前であった。もちろん金があればの話だったが。しかし、いまどきの学生たちは、安上がりなアジアになるべく長期に滞在しようとしている。インド1ヵ月、アルバイトで15万円なんとか貯めれば実現する。東南アジア1ヵ月なら、切り詰めれば10万円ですのぐことが出来る。欧米旅行に見切りをつけた若者にとって、海外はどんどん身近になってきているのだ。

ただし、欧米旅行ではあまり深刻ではなかった「旅先での病気」という洗礼が、一方で待ち受けている。WHOは「先進国の人間が1ヶ月間途上国を旅すると、30～80%の確率で下痢を経験する」と報告している。

一泊400円前後の安宿に泊まり、そこらの屋台で食事をして、たまには生水を飲んで、川で水浴びなどする。これが、いまどきの若者の海外旅行である。スタイルはきまっているつもりだが、残念ながら肉体がついてこれていない。つまり、温室育ちの日本人が下痢にならないわけがない。

そういうわけで、僕たちは下痢をしている。

途上国における下痢の治療法

僕が下痢で苦しんでいるのを知った宿の主人は、翌朝、ORSを買ってきてくれた。ORS (Oral Rehydration Salts) とは日本語で「経口補水塩」と言い、そのパッケージを水に溶かして飲むことで、下痢によって失われる水分と塩分を補うことができるようになっている。このORSパッケージは、途上国の薬局ならどこにでも売っており、また薬局で買い求めなくとも、家庭でも「ひとつまみの塩とひとにぎりの砂糖を水に溶かす」という簡単な方法で作成することができるものである。

何だか単純な飲み物で有難味が無いようだが、最も権威ある医学雑誌のひとつである『ランセット』が、「今世紀におけるもっとも重要な医学の

進歩」と認めている治療法なのである。実際、このORSの登場により、「1993年以来、世界の子供の死因のなかで、下痢疾患が肺炎に次いで2位に下がった」とユニセフが報告しているほどだ。

ところが、ほとんどの日本人旅行者は、このORSのことをまったく知らない。また、種々様々な旅行ガイドブックが書店には溢れているが、寡聞にしてか僕はORSの使用法を紹介しているガイドブックを手にしたことがない。

その代わり、下痢止め薬を持ってきている日本人があきれるほど多い。いったいどうやって手に入れたのか知らないが、残念ながらその薬を途上国で服用しても症状を悪化させる可能性が強いのである。

下痢止め薬には、腸を麻痺させる作用がある。だから、腸の痙攣による腹痛が和らぎ、そして運動が抑制されるので便が出なくなる。長い時間、便が腸に留まるため水分がとれ、一見して正常な便が出る。日本では自律神経性の下痢がほとんどなので、これで問題はない(ただし1970年頃、日本で多発した神経障害を引き起こす疾患スモンは、当時の下痢止め薬の副作用であったことを忘れてはならない)。

ところが、途上国旅行中に経験する下痢は細菌性のものが少なくない。たとえば、生水を飲んで下痢をしたとすれば、それは細菌性の下痢だと考えてよい。もし、ここで下痢止め薬を服用し腸を眠らせてしまったとすれば何が起こるだろうか。答えは簡単である。これ幸いに細菌が増殖し、それによる炎症は腸管のみならず腹膜までも広がってしまうかもしれない。

途上国で下痢をしたのなら、身体の生理作用にまかせて、細菌を便と一緒にどんどん出してしまったほうがよい。ただし、大量に水分が失われるので脱水症状を引き起こす可能性がある。だから、ORSを利用して水分と塩分、そして栄養を補うのだ。

急増する薬品売り上げの影に

実は、この下痢止め薬の誤用は、途上国の人々のあいだにも根強く存在しており、ORSに関する正しい教育はまだまだ普及できていない。いや、そもそも、医学の教科書にすらORSについての十分な記述はなされていないのである。

確かに、下痢による子供の死亡は急激に減少した。しかし、いまでも毎年

300万人の子供たちが下痢で死亡し、その多くが脱水を死因としているという事実の影には、薬を信奉する医師、それを励ます製薬産業のたくらみがある。

世界の薬品売り上げは、1980年の220億ドルから1991年には1950億ドルへ、そして1994年には推定で2590億ドルへと急激に伸びている。そして、この製薬産業の収益を支えるパートナーが医師である。両者にとって薬の普及は魅力的だが、家庭で作れるORSの普及にあまり関心が無いのは、彼らが商売人であると理解すれば納得のゆくところではある。

1990年、WHOは『子供の急性下痢症の治療における合理的な薬品の使用』というガイドラインを発表し、下痢止め薬について「実際の効果が証明されていないだけでなく、いくつかは危険でさえある」と警告した。しかし、患者を家庭ではなく、自分のさじ加減で采配したい多くの医師らは、これに応じようとはしていないようだ。結果として、貧しい第三世界の患者たちは、貴重なお金を不必要な薬に浪費し、より生活を困窮させてしまっている。

医療産業は、病に苦しむ第三世界を豊かな市場としながら莫大な収益を確保してきた。そして、その収益は先進国の患者が利用できる高度な医薬品開発へと充てられている。市場経済が生み出した南から北への搾取の構図は、人々の健康にまで及んでいると言えるだろう。

さて、これ以上の下痢に耐えられなくなった僕は、バックパックの奥に忍ばせていた最新の化学療法剤に手を伸ばすことにした。その1錠には、いくつもの子供たちの死が刻まれているのかもしれない。

2. 研修旅行の準備

予習をすること

予習をすること。これは、研修旅行に限らず、すべての旅の前に奨励したい。海外旅行の前に多くの人が次のことに悩む。ガイドブックをよく読んでから旅行すべきか、はたまた、とらわれることなく自由にぶらりと放浪すべきか。そして、多くの人は後者にあこがれるものの、結局は時間の制約もあって効率的な前者を選んでいるようだ。

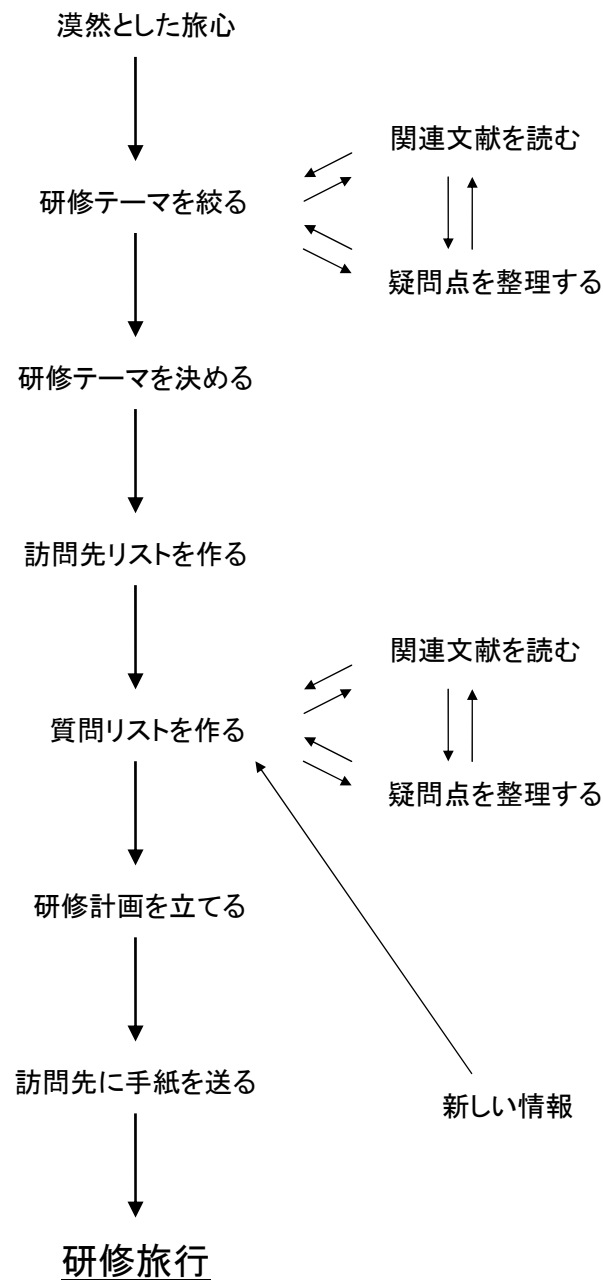
実際、あてどもない放浪は魅力的だし、その旅行記は放浪ゆえのロマンに満ちている。しかし、彼らが前提としていかに膨大な知識と経験を有しているか忘れてはいないだろうか。たとえば、放浪記として有名なものに沢木耕太郎の『深夜特急(1)～(6)』(新潮文庫)がある。ユーラシアをひたすらバスで放浪する26才のヒッピーに多くの人があこがれるが、旅の中で垣間みせる彼の深い洞察力の根底には、ノンフィクション作家としてすでに成功していた彼の幅広い知識があったことを忘れてはならない。

実際、驚くためにはある程度の知識と経験が要求される。物心がつくまで子供が手品に驚くことが出来ないように、世界に目が開かれていない人間に、旅先での驚きは難しい。

ひとつの例をあげよう。タイには開発僧といわれる農村開発を指導している僧侶がいる。この僧を見て驚くためには次の知識が必要である。

- 1) タイは上座部仏教の国である。
- 2) 上座部仏教は僧侶の労働を厳しく戒めている。

これは極めて単純な例にすぎない。複雑に絡み合った異文化を放浪している本当の旅人とは、その中から、その地の魅力を引き出し説明することができる人なのである。しかし、日本社会の仕組みすらまだ把握できない、あるいは剥き出しの人間模様とほとんど無縁で過ごしてきた大学生が、いきなり途上国の混沌に入って行っても、直感的な感動はさておき、そこに偏見のない正しい理解が得られるかどうか極めて怪しいと言わざるをえない。



では、具体的にどのような予習が考えられるだろうか？

☑ 初級編

本当に時間がないのなら、せめて一冊、訪問予定の国についての本を買って、飛行機の中で読もう。それだけでも、何も知らずに行くより大きな差が生れる。さらに一冊、『地球の歩き方』〈ダイヤモンド社〉シリーズを持ってゆきたい。「ガイドブックを持ち歩くのはみっともない」という偏見があるならば棄ててしまおう。筆者自身、東南アジアは十数回旅をきているが、今でも『地球の歩き方』には随分お世話になっている。地図、バス路線図、ゲストハウス情報などなど、最新の貴重な情報が詰まっている。ガイドブックを鵜呑みにしてはいけませんが、活用できるものは効果的に活用したいものだ。

☑ 中級編

時間があるなら、関連書をさらにどんどん読んでゆこう。そして、研修旅行なら、旅先での目的も絞られているはず。たとえば、保健・医療なら、そうした論文の検索を行ない収集する。また、新聞検索も忘れないように。インターネットを駆使しながら、自分自身の検索能力を高めてゆく必要がある。

書籍や論文をあたっていれば、やがて興味のわく人物や共感する人物が見つかるだろう。そうしたら、その人に手紙を書いてみるという。興味や共感があるということは、自分なりの意見が生れつつあるということだ。手紙を書くことで、それを明確にしてゆくことが出来るし、その人との交流が生れれば、それはかけがえのない財産になる。できれば、時間を割いて会ってもらうのがよい。会って話をすると、本や新聞では得られない、生の情報が手に入る。それらのほとんどが、まだ活字にされるほどではない、個人的な、不確かな、練れてない情報である。しかし、これこそが最も貴重な最前線の情報なのだ。そこではじめて、解っていることばかり書き連ねられた活字の世界から、まだ解っていないことの世界へと入ることができる。解っていることと、解っていないことの境目、これが研修旅行で一步踏み込み観察をする場合のターゲットになるのだ。

ところで、本を読む以上に人と会って話をするよう筆者は奨励しているが、ただし、会って相談する相手は慎重に選んだ方がよい。たとえば、学

生は、何でも手っ取り早く大学の教官に相談しがちである。しかし、大学の先生の中には、学生時代は黒板の前に座っていただけ、教官時代は黒板の前に立っているだけ、という方々が少なからずいる。こうした先生に、「こんどケニアに研修旅行へ行くんですけど、何から観察をはじめたらいいんでしょうか？」なんて聞くのは、植木屋に牛丼を注文するようなもので、まったくの見当はずれと言わざるをえない。黒板のスペシャリストには、黒板に書かれる類のことを聞くべきであって、研修旅行に関する相談は、必ずしも大学の教官にすれば良いものでもないだろう。

自分の世界になるべく多様性を与えておこう。国際保健には時間と空間を超えたネットワークが期待されている。大学内でなんでも処理するくせをつけてしまうと、自分まで一緒に、黒板の前で半回転するだけの人生を送ってしまいかねない。

☑ 上級編

旅のエキスパートは、キリスト教、イスラム教、仏教、そしてヒンズー教にある程度理解をもっている。

日本で生活していても、これらの知識に意味を見出せないかもしれないが、海外で出会う友人たちのほとんどが、いずれかの信者だ。海外で宗教嫌いを丸出しにするのではなく、基本的前提としての彼らの価値観を理解しておくべきだ。

キリスト教なら、『旧約聖書』、『新約聖書』を読むことになるが、日本人としては遠藤周作の著作を一つづつあたってゆくのも良いかもしれない。

イスラム教は、『旧約聖書』、『コーラン』である。だが、理解のためには、大野盛雄の『イスラムの世界』〈講談社現代新書〉がよい。もっと気軽に読みたければ『イスラム教』〈現代書館〉がお勧め。さらに、医療系の学生なら前嶋信次の『アラビアの医術』〈中公新書〉で、いまでも息づくイスラム医術を堪能できる。

仏教の経典は大量にあるし、宗派の違いも非常に大きい。また、理解に個人差があるので、膨大な著作の中でどれが良いとは説明しにくい。ただ、個人的な体験から言うと、松原泰道『般若心経入門』〈祥伝社〉で、筆者自身は仏教への理解が広がったように思う。

もし、南アジアを旅するならヒンズー教もおさえておきたい、筆者がネ

パールに行く前には『インド・東南アジア紀行』〈中公文庫〉がわかり易かったので読んだ。さらに、東アジア人として儒教を学ぶなら井上靖『孔子』〈新潮社〉がある。どうせなら、世界中の宗教をまとめて学習したいという貪欲な学生は、村上重良『世界宗教事典』〈講談社〉で異世界を放浪できる。

宗教の次に、おさえるべきは神話である。特にギリシア・ローマ神話は、欧米人なら小学校で勉強しており、彼らの常識となっている。そして、君に知識があれば、欧米の文学、芸術などその文化の隅々にまでその影響を見出すことになるだろう。高津春繁『ギリシア神話』〈岩波新書〉があるが、その醍醐味はホメロス『オデュッセイア』〈集英社〉にある。世界の創造からカエサルの上昇まで、広大な叙事詩の世界を放浪したければ、オウィディウス『転身物語』〈人文書院〉を是非読んでほしい。

もちろんギリシア・ローマ神話にかぎらず、日本にも『古事記』があるように世界津々浦々に神話は存在する。こうした神話を少しずつひも解くのに便利なのが、大林太良らの『世界神話事典』〈角川書店〉である。旅先の国々の神話を知ると、興味は深まるだろう。

神話の次は、その国の歴史、そして文化、政治、経済へと、網羅するべきテーマは、とどまることを知らず、実のところ、知れば知るほど膨らんでゆく。そして、君は結局のところ、その国について本当に知ることは不可能なのだとは茫然とするかもしれない。しかし、筆者は次のように考えている。

もし、ある国のすべてを総覧することが一瞬でも出来たにせよ、次の一瞬には新しい何かが、その国でははじまっている。結局のところ、君にすべてを知ることにはできない。しかし、だからこそ、その国を君は訪れようとしているわけではなかったか。意識を集中させ、君は旅をする。そうすれば、君はその国の印象について確かな手応えを感じるだろう。そして、その時、君ははじめて満足することができる。なぜなら、それが、君にとっての、本当のその国の姿であり、全てであることを知るからだ。

このような予習を経て、研修計画を立ててゆくことにつながってゆく。この研修計画だが、これはできる限り具体的であることが望ましい。つまり、文書化しておくことが期待される。頭の中のイメージできていても、それは抽象的なままである。文書化することで、問題点が整理されてゆく

はずだからだ。

では、具体的な研修計画には、どのようなことが記述されているべきか？本節の最後に、文書化しておきたい項目を列挙しておこう。

☑ 研修の目的

これは絶対に文章化しておく必要がある。これがないと、何のための研修かが不明なままで、研修が手当たり次第になって、結局拡散してしまうかもしれない。何年かけても、すべてを知ることは不可能なのだから、目的はきちんと設定しておくべきだ。

☑ メンバーの構成

複数で研修をするなら、それぞれの関心事項、得意分野、そしておおまかな役割分担について列挙しておく。

☑ 簡単な日程表

スケジュールは余裕をもって、かつ綿密に立てよう。もっぱら筆者は日程を3分割して、第1期は「何もせずぶらぶらする」、第2期は「アポイント済みの見学・訪問」、第3期で「目的にそった調査・観察」というようにしている。つまり、30日間、ある地域を訪れるなら、最初の10日間には予定を入れず、その地域に慣れることに専念する。そして、次の10日間に日本であらかじめお願いしておいた見学などを集中させ、最後の10日間で、生まれた目的意識をもって探求活動を行うのだ。

筆者は、ある地域を訪れてすぐにNGOなどを訪問するのは勧めない。まずは、その地域の雰囲気を知っておくこと。つまり予習があつてこそ、その地域に対して活動しているNGOの意義や問題点が浮き彫りにできるはずだからだ。

☑ 訪問・面会予定者リスト

訪問先について日本で予習できることは予習しておいた方がいい。このことは、あとで詳述する。

☑ 参考文献

読んだ本、参照したホームページなどは整理しておこう。帰国後、報告書を作成する場合に貴重な資料となる。

3. 研修旅行の技法

フィールドノーツ

フィールドノーツというとなんだか特別な調査記録のようにイメージするかもしれないが、単なる旅日記と考えてもらって構わない。フィールドノーツのつけ方は、人それぞれあると思うのでマニュアルなどはないが、参考までに次の方法論には耳を傾けてほしい。

☑ その日の出来事を網羅的に記述する努力をすること

これは、自分の関心のある事だけを記述してしまう傾向を避けるためである。しばしば、「あの時のあの出来事が重要な意味をもっていたんだ」と気がつくことがある。網羅的にしておけば、その時を振り返ることが容易になる。また、自分の知見にとって不都合な事実をも記録するよう心がければ、これは思い込みを防止し、柔軟な姿勢を研修旅行に持ち込むことが出来るだろう。

☑ 自分や出会った人々を美化することなく正直に記録すること

日記と同様、フィールドノーツは人に見せる類のものではない。それでも、人は自分ですら認めたくない本当の印象や感情を詳細に記録することに逃避しがちである。たとえば、あるNGOを傲慢な自己中心者の集まりだと思ったこと、現地の村人に抱いた生理的嫌悪感、尊敬する人に批判され恥じ入っていること、実際、これらを記録する正直さには相当の精神力が要求される。しかし、自己点検と心理の記録のためにも、そして何より、そのように感じた原因を明確にしていくためにも、これらの記録は不可欠である。

訪問の心得

訪問はフィールドワークの中心となる部分である。ここでは、効果的で、礼を失さない訪問について説明する。たとえ引率者がいるスタディーツアーでも、以下のルールは忘れないでおきたい。

☑ 相手の都合にあわせるということ

見学や話を聞かせてもらう場合には、いきなり訪問することは極力避けるべきだ。理想は、あらかじめ日本から手紙で依頼しておくことだが、実際には、現地で相手の存在を知るようなことが多い。こうした場合、電話もしくは二度手間でもまず訪問してから、都合の良い日時を確認した方がよい。

もし、「忙しい」、「会いたくない」などと言われたら、あっさり引き下がるのが作法である。『知る権利』とは、「情報収集活動が公権力に妨害されない権利」であって、個人やNGOに振りかざすことはできない。

さて、話を聞かせてもらえることになったら、いつ訪問し、どれくらい時間をさいてもらえるのか約束をし、その約束を守ること。時間に遅れるのはもっての外だが、相手の同意なしに訪問時間を延長するのルール違反である。

☑ あらかじめ予習をしておくこと

訪問する前に、相手が何をしていた、どのような組織に属しているのか、また、どのような経緯でいまに至っているのか、訪問前に入手できる情報は頭に叩き込んでおくべきである。

訪問する目的は、本や雑誌では入手できない情報や体験にある。予習ですむ話は、予習ですませておけば時間の節約になる。また、訪問される側に立ってみれば、初歩的な話からいちいち説明せねばならないのは、相当にうんざりさせられる事でもある。親切な人なら、本を一冊わたしてくれて、「これを読んでからまたいらっしゃい」と言ってくれるかもしれないが、多くの場合、適当に案内されて終わりになるだろう。いずれにせよ、予習なしでは、訪問からほとんど何も得られないに等しい。

☑ 疑問を持って訪問すること

訪問の質は、よい疑問をいかに練っておくかにかかっているといっても過言ではない。もちろん、これは予習いかんで決まるものである。疑問点は、見学における着眼点になり、話を聞く場合の質問の軸になる。フィールドノートに箇条書きの質問表を準備しておくのがよい。

そして、話を待つのではなく、自分の方から口を開くべきだ。大学の授業ではないので、座っていれば、いずれ話をはじめってくれるというわけではない。第一声は、必ず自分から、何の目的で訪問したのか説明すること。

最悪なのは、——しばしば見られる光景だが——「なにしに来たの？」と問われて、答えられず、しどろもどろしてしまうことだ。

大雑把に、「将来の糧としたい」とか、「よく知らないので勉強しに来たのです」と説明するのはいただけない。これは、予習不足を露呈させ、相手を失望させる。第一、どのレベルで、何を説明したらよいのかわからない。たとえば、NGOを訪問するのなら、なぜ他のNGOではなくここを訪問したのか、どこに注目しているのかを明確にした上で疑問を投げかけたいものである。

話を聞かせてもらうとはいえ、実際には自分の意見もはっきり言えなければ話は続かない。聞き上手になりたければ、話し上手になることだ。結局のところ、訪問してのインタビューは対談になる。未発達であれ自分の考えが、相手の考えとぶつかり合うよう努力すべきだ。究極のインタビュー記録を二つ紹介しておくので暇をみつけて読んでおきたい。『論語』は、孔子とその弟子たちとの対談集である。弟子は、自らの未熟な疑問を恥じることなく孔子にぶつけ成長を遂げている。『新約聖書』は、使徒らが、イエスに教えを乞うかたちですすめられている。

☑ 学ぶ謙虚な姿勢を忘れないということ

訪問すると、多くの場合、遠路はるばる来たことで丁重に扱われ、そして歓迎されることだろう。しかし、ここで勘違いしてはいけない。いかに相手が、訪問について感謝の意をあらわしたとしても、こちらが「来てあげた」わけではない。いわんや、こちらの方がえらいわけでは決してない。相手が無教養の貧しい農夫であれ、薬屋の女将であれ、「ひとに話を聞く」ということは、「ひとに教わる」ということであることを忘れないように。訪問した相手は教師なのだ。しばしば、歓迎されることで、錯覚に陥りやすいので気をつけること。

学ぶ姿勢を忘れなければ、教わったことで感謝の念が生じて当然である。お礼のお土産を準備しておくことも考えておくべきだが、可能な相手なら、当然、礼状を葉書一枚でもこころを込めて書く習慣をつけておこう。

フィールドワークの技術

ここでは、現実のフィールドワークの現場で、情報を収集する技術を紹

介する。こうして集められた情報は、後々の報告書で生かされるだろう。

☑ 人物に会ったとき

人に話をうかがったりした後は、その後、誰の話だったのかを正確に紹介するためにも、その人物の基本的な情報は聞いておこう。つまり、1) ニックネームではない正確な名前を英語のスペルで、2) 年齢、3) 国籍、4) 肩書きぐらいは尋ねておこう。

ここで、すこし息抜き。煙草の話をしてみたい。

筆者にとって、煙草は村落調査における重要なアイテムだった。民家の軒先に座り、煙草を勧め、勧められる。一服してほっと息をつくときの、あの一体感は何なのだろう。とにかく、相手がお婆さんであれ、少年であれ、その後の話がスムーズになるのは不思議である。今の時代、別に愛煙家になるよう勧めるつもりはないが、もし、煙草を吸うのなら、これは試してみる価値がある。難しい顔をして質問をはじめてしまうよりも、まずは一服。違った展開が期待できるだろう。

筆者は、もっぱら〈マイルドセブン〉なのだが、カンボジアでは〈峰〉を持ち歩く。理由は次の3つ。まず、〈峰〉がJT特有の上品さに加え、〈マルボロ〉並みの強さを備えている点。村人には〈マイセン〉は物足りないらしいが、〈峰〉の評判は良かった。次に、その金ぴかパッケージ。金色のボックスに『峰』と毛筆で書かれたパッケージは、ちょっと有難味がある。最後に、タイの免税店で買う〈峰〉には、『MINE』と大きく書かれているが、これはカンボジアでは有名な英単語。村人は、「ニッポンの地雷煙草」と大いに笑ってくれる。

もちろん、会話のきっかけを、そうそうマニュアル化することもないだろう。そういえば、筆者のポケットにはハーモニカも眠っていた。君たちの個性がフィールドワークをきっと面白くするに違いない。

☑ 写真を撮る

写真は有効な記録の手段である。風景や人物のほか、書き写すには面倒な記録をコピーするためなど、様々な活



バンコクのスラムにて
(被写体の側から写真を撮るのも技術)

用法がある。ただし、どこかのオフィスや病院などで写真を撮るときは、必ず一言ことわってから撮影すること。もちろん人物写真も同様であるが、実際には、たとえば子供の写真など言葉での了解を得にくい場合が多い。こうした場合は、その場の雰囲気を読む能力にかかっている。まあ、アジア諸国では、写真を撮影したことがトラブルに発展することはないと考えてよいだろう。

筆者は、どちらかというと遠慮会釈なく写真を撮るタイプで、あまりマナーが良い方ではない。ただし、筆者は滞在しているうちに現像し、その人、もしくはその子の親を探して手渡すようにしている。これが、筆者が自分に科しているひとつのマナーである。

☑ 歩測をする

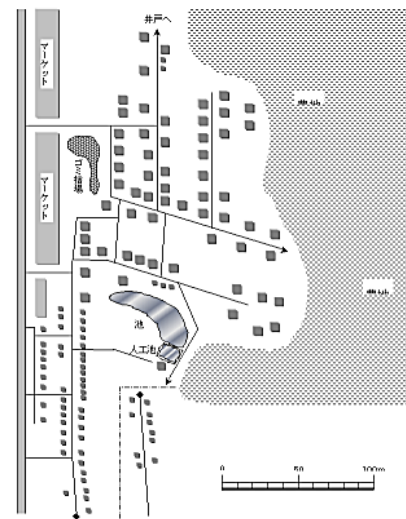
歩測は、敷地の広さ、部屋の広さ、などなど、手軽な測定の武器である。報告書には、しばしば、広さ、長さのイメージが伝わってこないものが多く、これが著者と読者を隔ててしまいがちである。単に、「小さな病室」と記述するのではなく、「10m×6mほどの病室」と表現した方がわかりやすい場合もある。

筆者の場合は、複歩（片方の足が蹴ってから、また蹴るまでを1歩とする）3歩で5mである。

☑ コンパスの使い方

フィールドワークにコンパスは欠かせない。地図を読むのはもちろんだが、車のメーターや歩測と組み合わせ、三角測量を繰り返せば、かなり正確な地図が作成できる。

右の地図は、1994年に、筆者が作成したカンボジア農村の地図。半日かければ、歩測とコンパスだけで作成できる。



ティンスララウ村 地図

国際保健通信の三原則

これまで紹介してきたように、フィールドワークに「テクニク」というものはある。しかし、「マニュアル」というものはない。結局のところ、フィールドワークは各自の独創性が活かされるべきだし、個性が光ってなければ面白くない。だから、ここで筆者は「ああしろ、こうしろ」のように、とやかく言うつもりはない。とにかく学生のフィールドワークというものは、迷惑さえかけなければ楽しんでいけばいいわけで、いわんや学生が役に立つかどうかなんて二の次だろう。

ただし、何事にも「ルール」はあってしかるべきだ。というのも、こうしたフィールドワークでは、必ずお世話になる方々がいるわけで、マナーについては何らかのガイドラインが求められているはずだ。

ここでは、国際保健通信が、メンバーに対してガイドラインとして掲げている「フィールドワークの三原則」を紹介しておきたい。これは、学生たちの活動を拘束するものではないが、ひとつの目安としてメンバーに問いかけているものである。

☑ 原則1 アンケート調査をしないこと

理系学生が、サーベイツ的手法にあこがれるのはよくわかる。ただ、「調査と言えばアンケート」というあまりに短絡的な発想に縛られてはいないだろうか。表に示したように、研究法にもいろいろなスタイルがあり、自分の『腕』に見合った研究設計をするということが求められているはずだ。『腕』というのは、技術もあるが、予算、マンパワー、対象との親和性なども含まれる。背伸びしすぎれば、学生のあまりに無節操な調査で相手に迷惑をかけることになり、あいまいな理解を無理やり記述することで報告書には嘘が登場してしまうことになってしまう。

多様な研究スタイル

フィールドワーク	観察者が対象に交わり体験を通して理解する
サーベイ	アンケートによるデータ収集で傾向をみる
実験	理想化されたシミュレーションで因果関係を明確にする
非干渉的技法	統計資料や文献資料を収集し分析する

学生が国際保健分野で研究するとき、本人にとってはじめて接触する世界へ出かけていくことが多いだろう。そうした時、いきなりデータ（二次資料）というのは感心できない。やはり、研究者が自分の目で見、耳で聞き、肌で感じた体験をもとにした資料（一次資料）こそ価値をもつのではないだろうか。

さらに、学生の研修は長くても2、3週間である。このように限られた研究期間でアンケート調査を強行しても、いわゆる「ワンショットサーベイ」（一発屋）という陰口をたたかれがちである。短期間での研究をするのなら、やはり、カルチャーショックを通して、異文化を説明する作業が良いのではないだろうか。つまり、自分自身のまごつき、不安、ヘマなどを題材に説明するわけだ。ただし、これにも、それなりの経験とトレーニングが必要となることを忘れてはならない。しばしば報告書には、「僕とはとにかくこの目で見えてきたんだ。本当のことはね、結局のところ見たものにしかわからないよ」という傲慢が透けてみえることがある。こうなってしまうのは、報告書から議論を呼び、互いに理解を深め合うせっかくの機会を失ってしまうことになる。

しばしば、海外研修を控えた学生に「フィードバックを意識して調査しろ」とアドバイスしている教官がおり、こうしたアドバイスが、学生をインスタント調査員に仕立てあげている可能性がある。しかし、学生は学生であり、研修旅行で期待されるのは、第一に体験学習であり、これがフィードバックにつながる可能性はほとんどないと断言できる。だから、「誰かのために研修しよう」という欲張りはやめて、「せめて自分自身の身にしっかりつくような研修を目指そう」と考えるべきではないだろうか。そして、だからこそ村人の前でメモを書きつけるような、対象に負担をかける研究者になることは極力避けるべきだと思う。何かの研究者になるのではなく、旅人の視点を大切に、感じられる世界に心を研ぎ澄ましてほしい。つまり、量より質を大切に、ある村で何人の子供が下痢なのかを知ろうとするのではなく、その村のある子供がどのように下痢なのかを、その子供と関わりながら学んでゆくべきではないだろうか。

☑ 原則2 通訳を雇わないこと

その理由を説明する前に、筆者自身が通訳を雇った経験を紹介したい。カンボジアでは友人のプノンペン大学外国語学部英文科の学生を、ネパー

ルでは経営の専門学校に通う学生を紹介されて、それぞれ通訳を依頼したことがある。それぞれ、語学力でも、協調性でも優秀な通訳であったことは間違いなかったのだが、それでも大変苦労した。実際、あれはかけひきだったと思う。常にではないのかもしれないが、通訳の「見栄をはる」、「手を抜く」、「過剰に努力する」という傾向には頭をかかえた。

「見栄をはる」というのは、たとえば売春婦にインタビューするときに、本人がカンボジア人だと言っているのに、通訳が「こいつはベトナム人なんだよ」と主張したりするような点である。もっとも、これは筆者の無頓着が原因でもあった。たとえば、私生児についての質問が例にあげられる。「カンボジアには私生児なんかいない」という彼らの信念が、実は聞きもせずに答えを言ったりさせてしまうのだ。その他、あまりにも愚かな答えは、ニュアンスを変えて通訳したり、答えを誘導しようとしたりする。結局、私自身が言葉を習得してゆくしかないと思い、私は家庭教師を雇ってカンボジア語を毎晩教えてもらうようになったのである。

「手を抜く」というのは、通訳が雇主によって意欲が変わってしまうことによる。こちらがあんまり下手でも、横柄でもやられてしまう。カンボジアの村で、調査を分担していた女子学生が通訳に完全になめられて、母親がいろいろと話をしてくれているのに、質問の答え、つまりイエス・ノーしか通訳が言わなくなってしまっていた。もっとも、「女のために働くのはいやだ」という文化的背景と、彼女の英語力の無さが通訳に「説明しても無駄だ」と思わせてしまったこともあったのかもしれない。

最後の「過剰に努力する」というのは、通訳が勝手にこっちの期待する結果を類推して、情報を改ざんすることである。「ほら、こんなにこの村は困ってんだよ」と演出しようとするわけだ。ここでも、やはりある程度言葉を勉強して、自分でもなんとなく回答の意味がつかめるようになっておく必要があった。

このように、通訳という媒体を対象との間に置くことは、せつかく現場にいながら、自分の目を曇りがちにしてしまう恐れがある。また、ついで探したような通訳は有力者と懇意であったりして、村の利害関係にからんでいるようなこともしばしばである。これでは正確な調査ができないばかりか、村人に威圧感を与えてしまう可能性すらある。よって、自分の語学力の範囲内で観察してほしい。というよりも、自分の語学力をカバーするような、研修計画が求められる。つまり、自分の五感を最優先させ、さら

に少しずつ現地の言葉を覚えてゆくのが、学生らしい研修スタイルなのではないだろうか。

☑ 原則3 研修報告をすること

国際保健通信は、しばしば研修旅行を企画しているが、参加者には研修報告書の作成を義務としている。国際保健通信の研修旅行は、体験を通じた個々の学習が第一の目的だが、研究テーマを設定し、その学習成果を以前の研修参加者や今後の参加予定者と分け合ってゆくことも期待されている。

本来、ある地域を研究しようとする場合、長期にわたる観察が不可欠だろう。しかし、学生には長くても1ヶ月という限界がある。また、経験不足から、どうしても視野が狭くなってしまふ。そこで、様々な学生が様々な時期に同じ地域を訪問することで、理解に幅をもたせようというのが国際保健研究会のアイデアである。

研修報告の意義は、さらにふたつ挙げられる。ひとつは、周囲の人へ自分の体験してきた世界を紹介することで二つの世界の橋渡しをするということ。これは、ささやかだが重要な貢献となる。そしてふたつ目は、聴衆の反応、特に質疑応答から、自分ひとりでは得られない印象や疑問点を得ることにある。ときに経験豊かな聴衆は、報告書を読んだり、報告会の後、重要なアドバイスをくれることもあり、それは大きな収穫である。いずれの目的にせよ、根底にある原理とは、「行動しなければ何も生れない」ということである。研修旅行の後、友人と話す程度では、それ以上の貢献も理解も得られないということだ。

最初の原則の説明でも述べたが、研修報告書は必ずしも論文である必要はなく、またフィードバックも求められてはいない。経験そのものに重点を置き洞察する体験記、経験をもとにした感想に重点を置くエッセイ、特定の論点を手短かに議論した小論文、さらに合理的な議論を注意深くすすめる学術論文などなど、自由なスタイルでかまわないと考えている。

4. 研修旅行の完成

礼状を書く

帰国後、何はともあれしなければならないのは、礼状を書くことだ。お世話になっていながら、意外に礼状を出さないままにしている学生が多いのは悲しいことである。

そもそも、お世話になった自覚がない人は研修旅行に参加する資格がなかった人である。自分ひとりでは研修旅行が終えられなかったであろうことを、じっくり考えなおしてほしい。具体的にお世話になっていなくとも、何かトラブルが起きたとき助けてくれたであろう人(具体的には緊急連絡先となってくれたNGOスタッフなど)にも感謝の気持ちがあってしかるべきだ。

実は、礼状を書くという作業は、自分自身にとっても大きな意味を持っている。

当然のように、礼状は「ありがとう」の一言ではすまされない。後で述べるような「レポート」ほど充実した議論の必要はないものの、率直な感想が、礼状の中に盛り込まれている必要があるだろう。つまり、礼状とは、漠然とした印象を、早めに言語化してゆくきっかけでもあるのだ。ここでまず表現された理解が、やがて報告会を経て、レポートへと引き継がれてゆくことになるだろう。



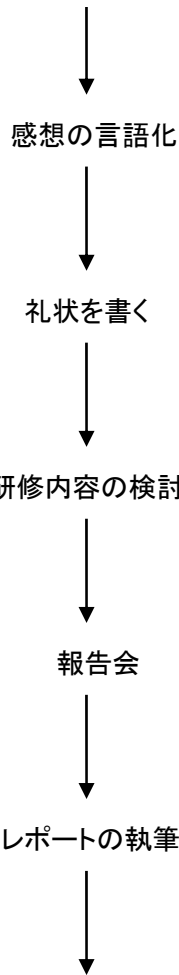
バンコクで開催されたワークショップ
(国際保健通信は年に数回、このような報告会を各地で開催している)

報告会の準備

研修旅行の目的を、自らの体験だけに絞っているのなら、ここから先の「報告会」、「レポート」は必ずしも要求されるわけではない。ただし、これらの作業は、自分自身の、そして周囲の理解を深めてゆくためには絶好の機会である。研修旅行を充実させるため、ぜひ挑戦してほしい。

報告会の目的はふたつある。ひとつは、周囲の人へ自分の体験してきた世界を紹介することで二つの世界の橋渡しをするということ。これは、ささやかだが重要な貢献となる。そしてふたつ目は、聴衆の反応、特に質疑

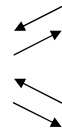
研修旅行



収集した資料
フィールドノーツの整理
↑ ↓
関連文献を読む



収集した資料
フィールドノーツの整理
↑ ↓
関連文献を読む



収集した資料
フィールドノーツの整理
↑ ↓
関連文献を読む



完成されたレポートを発表して終了

応答から、自分ひとりでは得られない印象や疑問点を得ることにある。ときに経験豊かな聴衆は、報告会の後、重要なアドバイスをくれる事もあり、それは大きな収穫である。いずれの目的にせよ、根底にある原理とは、「行動しなければ何も生れない」ということである。研修旅行の後、友人と話をする程度では、それ以上の貢献も理解も得られないということだ。

報告会の準備は次のようになる。

☑ レジュメの作成

レジュメとは、報告会の聴衆に配る発表内容の要約、資料のことである。レジュメは、自分の発表内容の骨子を明確にし、強調したい点をあらかじめ指摘しておくことができる。また、頻繁に登場する地図や表などは、スライドにするより配ってしまって手元を参照してもらった方が良いでしょう。

☑ 発表原稿を作る

作ったレジュメを膨らまし、制限時間にあわせたサイズに仕上げてゆく。1分間に200字程度のつもりで推敲を重ね発表原稿を作る。これは、かなりゆっくり話す分量だが、ちょっとした脱線や図の説明が本番で加われば、ちょうど良いサイズで収まるはずだ。

発表に自信がないのなら、少し脱線する話や、聴衆との応答をも盛り込んだ、完全な発表原稿を作っておく。ただし、これは棒読みするための原稿ではなく、リハーサルの道具とする。繰り返しリハーサルをするうちに、その原稿なしでも発表が出来るようになるだろう。

☑ リハーサルをする

リハーサルは必ず一度はすること。「なんとかなるだろう」は、多くの場合、失敗に終わる。いいかげんな発表は、わざわざ来てくれた聴衆に失礼である。最低、リハーサルで時間と内容の点検をしておこう。

リハーサルは、本番と全く同じように、声をだし、黒板を使い、スライドを用いて行なう。身振りも交え、聴衆とのコミュニケーションも模擬的に行なう。できれば、友人に聞いてもらって、改善すべき点を助言してもらった方が良いでしょう。

レポートの書き方

研修旅行はレポートの作成で完成する。レポートは、学生の新鮮な視点で得た感想や情報をわかりやすく表現するものだが、これには、次のような目的がある。

1. レポート作成の作業そのものにより、合理的な思考を維持し、理解を深める。
2. 一般の方々へ情報を発信し、理解を深めてもらう。
3. お世話になった団体の方々に読んでもらい、今後の活動の参考にしてもらう。
4. お世話になった団体の活動をなるべく広く紹介することで、広報の一助となる。
5. 関係のある団体などに紹介することで情報の共有をすすめる。
6. 議論に参加することで、その議論に幅をもたせ、共に深める作業を担う。
7. 自分の考えを発信することで、他者からの情報を受信しやすくする。

さて、このような目的のもと作成されるレポートには、経験そのものに重点を置き洞察する体験記、経験をもとにした感想に重点を置くエッセイ、特定の論点を手短かに議論した小論文、さらに合理的な議論を注意深くすすめる学術論文などなど、様々なスタイルがある。ここでは、いずれのレポートであれ要求される約束事について紹介する。

☑ 独自の視点、主張があること

これは文章を書く上での原則である。ただ事実だけを列挙したようなもの、他人の文章の引用を繰り返しただけのものは、無意味だし、第一面白くない。最低限、「どういう視点からどのように思ったのか」ぐらいは表現するべきである。

☑ 合理的な議論であること

視点の確立→事実の取得→問題の推論→解決の主張。
レポートの多くがこの流れをたどるだろうが、矢印の部分が途切れていたり、ねじ曲がっているのは合理的な議論にはならない。「途切れている」

とは、なぜそう言えるのかの説明が欠落しているということで、「ねじ曲がっている」とは、たとえば、

親が文盲の家庭は病気がちである

→ Aさんの家庭は病気がちである

→ よって、Aさんは文盲である

という議論のように論理の規則に違反している場合で、これらは合意的な議論に失敗している。

また、しばしば犯される誤りに、「観察した事実」と「自分の推察」の混同があり、これらは自分自身はつきりと区別しておく必要がある。

☑ 明解な文章を心がけるべきこと

レポートは議論の文章であるから、明解に議論の推移を読者に示さなければならぬ。明解な文章とは、簡潔であり、主語と述語が一致しており、なるべく能動態で、過剰に修飾語を使っていない文章である。こうしたルールは、美しい文章や、面白い文章を目指す以前の規則である。

また、レポートでは、安易に略称を使わないようにしたい。たとえば、いきなり「特養」と書かれても、保健医療に無縁の人には解らない。「特別養護老人ホーム(以下、特養)」と説明しておきたい。「マスコミ」という表現も賛成できない。「メディア」と表記しよう。さらに、略称ではないが、「サラリーマン」も、「ビジネスマン」の方がいいだろう。

☑ 適切な引用をすること

書籍や報告書、論文などから引用をする場合は、必ず引用であることを明示しなければならない。

引用するときは、本文中に

ある地域開発の専門家が、結局のところオルタナティブな開発に必要とされる最も基本的な条件は、参画型民主主義と、それにまつわる各種の組織・制度であると言及している⁴⁾ように、我々は政治の確認をおろそかにして、目先の進歩に没頭してはならない。

と註の記号をつけ、脚註か本文末に、

ジョン・フリードマン『市民・政府・NGO』（新評論、1995年）200 ページ

のように引用の典拠を示す。あるいは、本文中に [] を用いて示してもかまわない。

人から聞いた話でも、

「先生は、ココナッツオイルをぼろぼろになった夫の足に塗り付け、そして引っ張りました。すると、ブロップロップという音がして、ええ、わたしは確かに聞いたのよ。碎けていた小さな骨がブロップロップロップという音とともにつながっていったんです。ブロップロップね。そして、州立病院の医者が切り落とすと言っていた夫の足は助かりました。しかも、半月後には、夫は立って歩き出したんですよ。」(1995年8月、テインスララウ村のセレンさんの話)

のように誰から聞いた話であるかをはっきりさせる。もちろん、名前を明かさないうほうが適切な場合もあるので、そのときはイニシャルに置き換える配慮が必要だ。

さて、引用の仕方にはもう一つルールがある。それは、自分が見聞きしたわけではないその情報を根拠とするとき、適切な検証がなされていることである。

NGOのスタッフであれ、伝統治療師であれ、それぞれの視点から情報を発信している。たとえ、その情報が活字になっていたにせよ、その情報が持つ視点には、必ず死角があり、偏りがあると考えべきだ。開発を推進しようとする政府の情報と、環境問題に敏感な活動家の調査結果を、それぞれが事実と受取ってレポートを書こうとすれば、言うまでもなく君は挫折する。

それでは、具体的なレポートの表現について指摘してゆこう。これから紹介するのは、ある学生がカンボジアの病院を見学したと仮定して、レポートを模擬的に作成したものである。

私が病室に入ると、まず変な臭いがしました。狭い部屋ですが、たくさんの子供の患者さんがベッドに寝ています。この患者さんの多くはデング出血熱に感染しているようで、子供たちは土気色の顔をして、ベッドに横たわっていました。

これが、まず一般的に見られるレポートだろう。しかし、この文章では、「変な臭い」とは、どんな臭いなのか、「狭い部屋」とは、どれくらいの狭さなのか、読者に疑問を抱かせる。そこで、これに、さらに具体性をもたせてゆく。

私が病室に入ると、まず鼻を突く消毒薬のような臭いがしました。あとで看護婦さんに聞いたのですが、それは床を掃除するときに使う薬剤の臭いだったそうです。小学校の教室ぐらいの広さの病室にベッドが12、窮屈に並べられ、それぞれに子供の患者さんが横たわっていました。この患者さんの多くはデング出血熱に感染しているようで、子供たちは土気色の顔をして、ベッドに横たわっていました。

かなりイメージが伝わる様になった。もちろん、前提として、フィールドノートにこれらの情報が記載されている必要がある。つまり、訪問した時から、具体的な情報収集を心がけておくべきであった。

もう少し、周辺に気を配ってゆくと、

私が病室に入ると、まず鼻を突く消毒薬のような臭いがしました。あとで看護婦さんに聞いたのですが、それは床を掃除するときに使う薬剤の臭いだったそうです。小学校の教室ぐらいの広さの病室にベッドが12、窮屈に並べられ、それぞれに子供の患者さんが横たわっていました。そして、かたわらには両親が言葉もなく座っています。この患者さんの多くはデング出血熱に感染しているようで、子供たちは土気色の顔をして、ベッドに横たわっていました。ナースルームから看護婦さんたちの笑い声が時々聞こえてくる他には、病室には音もなく、ここには無気味な静けさが漂っていました。

さらに、人の案内で見学したのなら、そのことも記述し、情報の入手元も明示しておくべきだろう。

3年前からこの病院長を勤めていらっしゃるケット・ソフィアアップ先生(41)の案内で、私は病室に入ることが出来ました。

病室に入るとすぐに、鼻を突く消毒薬のような臭いがしました。あとで看護婦さんに聞いたのですが、それは床を掃除するときに使う薬剤の臭いだったそうです。そこは小学校の教室ぐらいの広さで、ベッドが12、窮屈に並べられ、それぞれに子供の患者さんが横たわっていました。そして、かたわらには両親が言葉もなく座っています。ソフィアアップ先生は、ここにいる患者さんの多くがデング熱に感染しているのだと教えてくれました。見ると、子供たちは土気色の顔をして、ベッドに横たわっています。そして、ナースルームから看護婦さんたちの笑い声が時々聞こえてくる他には、病室には音もなく、ここには無気味な静けさが漂っていました。

筆者が、もっと病院長に積極的に話を引き出していれば、レポートはより充実する。

3年前からこの病院長を勤めていらっしゃるケット・ソフィアアップ先生(41)の案内で、私は病室に入ることが出来ました。

病室に入るとすぐに、鼻を突く消毒薬のような臭いがしました。あとで看護婦さんに聞いたのですが、それは床を掃除するときに使う薬剤の臭いだったそうです。そこは小学校の教室ぐらいの広さで、ベッドが12、窮屈に並べられ、それぞれに子供の患者さんが横たわっていました。そして、かたわらには両親が言葉もなく座っています。

ソフィアアップ先生は、ここにいる患者さんの多くがデング出血熱に感染しているのだと教えてくれました。デング出血熱の診断法を尋ねると、「患者さんの上腕をちょっと強めに握ってごらん。赤く充血したようになって、戻らないから」と教えてくれました。両親の許しを得て、ひとりの子供に試してみると、果たしてその通りに、その子の腕には赤い跡が残ってしまいました。ふと見上げると、その子が虚ろな目をこちらに向けているのに気が付きました。その土気

色の顔は何も語りませんが、私はとても申し訳ない気持ちになり、涙がこぼれそうになったのです。ナースルームから看護婦さんたちの笑い声が時々聞こえてくる他には、病室には音もなく、ここには無気味な静けさが漂っていました。

次に、資料などで情報収集をすると、レポートの情報発信としての質は格段に向上する。

3年前からこの病院長を勤めていらっしゃるケット・ソフィアアップ先生(41)の案内で、私は病室に入ることが出来ました。

病室に入るとすぐに、鼻を突く消毒薬のような臭いがしました。あとで看護婦さんに聞いたのですが、それは床を掃除するときに使う薬剤の臭いだったそうです。見せてもらった薬剤のボトルはタイ製のもので、ラベルには「DDT 2%含有」と示されていました。おそらく、病室内にまぎれ込んだ蚊を撃退したり、蛆の発生を予防するためのものでしょう。しかし、DDTとは、その残留性の高さゆえ国際的には廃絶の方向にあるはずの強力な殺虫剤です。しかし、ここカンボジアには、どうもタイ製品が出まわっているようでした。病室は小学校の教室ぐらいの広さで、ベッドが12、窮屈に並べられ、それぞれに子供の患者さんが横たわっていました。そして、かたわらには両親が言葉もなく座っています。

ソフィアアップ先生は、ここにいる患者さんの多くがデング出血熱に感染しているのだと教えてくれました。デング出血熱とは、東南アジアでとくに多くみられ、彼の媒介により伝播する病気です。また、この病気は小児に多く、致命率は5~10%であると言われていています。しかし、ソフィアアップ先生にこの病院での致命率を尋ねると、実に3割近いということした。

デング出血熱の診断法を尋ねると、「患者さんの上腕をちょっと強めに握ってごらん。赤く充血したようになって、戻らないから」と教えてくれました。

両親の許しを得て、ひとりの子供に試してみると、果たしてその通りに、その子の腕には赤い跡が残ってしまいました。ふと見上げると、その子が虚ろな目をこちらに向けているのに気が付きました。その土気色の顔は何も語りませんでした。私はとても申し訳ない気持ちになり、涙がこぼれそうになったのです。ナースルームから看護婦さんたちの笑い声が時々聞こえてくる他には、病室には音もなく、ここには無気味な静けさが漂っていました。

このような観察が出来たのは、事前の予習があったからこそである。DDTの知識が無ければ、薬剤のラベルはただの文字の羅列であつたらうし、デング出血熱がカンボジアで流行していることを知り、下調べしておかなければ、病院長に質問は出来なかつたらう。

さて、これに、自分自身の感想や意見を盛り込むことができれば、読み応えのあるレポートが完成する。

3年前からこの病院長を勤めていらっしゃるケット・ソフィアアップ先生(41)の案内で、私は病室に入ることが出来ました。

病室に入るとすぐに、鼻を突く消毒薬のような臭いがしました。あとで看護婦さんに聞いたのですが、それは床を掃除するときに使う薬剤の臭いだったそうです。見せてもらった薬剤のボトルはタイ製のようで、ラベルには「DDT2%含有」と示されていました。おそらく、病室内にまぎれ込んだ蚊を撃退したり、蛆の発生を予防するためのものでしょう。しかし、DDTとは、その残留性の高さゆえ国際的には廃絶の方向にあるはずの強力な殺虫剤です。しかし、ここカンボジアには、どうもタイ製品が出まわっているようでした。このDDTが病室内で撒かれ、やがて市内に拡散し、そしてメコンに流れ込んでいるのだと想像すると不安な気持ちになります。たしかに、病室内の清潔を保つのは重要なことです、より安全な殺虫剤を検討し、入手できるよう支援する必要がありますように思いました。薬品や医療機器の不足に限らず、こうした細かな問題がカンボジアには散乱しているのでしょうか。

さて、案内された病室は小学校の教室ぐらいの広さで、ベッドが12、窮屈に並べられ、それぞれに子供の患者さんが横たわっていました。そして、かた

わらには両親が言葉もなく座っています。付き添いの人が多い点は日本の病室と大きく異なっています。また、意外に父親の姿が多く見られ、これも日本ではほとんど考えられないことでしょう。もっとも、カンボジア医療は慢性的に人手不足で、両親の付き添いが不可欠であるということがあります。

ソフィアアップ先生は、ここにいる患者さんの多くがデング出血熱に感染しているのだと教えてくれました。デング出血熱とは、東南アジアでとくに多くみられ、彼の媒介により伝播する病気です。また、この病気は小児に多く、致命率は5~10%であると言われていました。しかし、ソフィアアップ先生にこの病院での致命率を尋ねると、実に3割近いということでした。デング出血熱の致命率は、ショック時の治療により大きく左右されるとされており、この病院の体制がまだまだ不完全であることが推察されました。

デング出血熱の診断法を尋ねると、「患者さんの上腕をちょっと強めに握ってごらん。赤く充血したようになって、戻らないから」と教えてくれました。両親の許しを得て、ひとりの子供に試してみると、果たしてその通りに、その子の腕には赤い跡が残ってしまいました。ふと見上げると、その子が虚ろな目をこちらに向けているのに気が付きました。その土気色の顔は何も語りませんでした。私は胸がしめつけられる思いで、涙がこぼれそうになったのです。ナースルームからは看護婦さんたちの笑い声が時々こぼれ、病室の無気味な静けさをきわだたせていました。

(1161 文字)

これで、まあ模範的なレポートの完成といえる。ただし、筆者自身の趣味から言うと、これはお行儀が良すぎる。学術論文でないのなら、ありきたりの文章を書き連ねるよりは、ちょっと他とは違った文章を書いた方が良く、筆者は考えている。とくに、スタディーツアー報告書や交換留学体験記ともなると、もともと目新しくもない話が、ただならぬ十数人も並んでいるわけで、読者のことを考えると出来るだけ新鮮な印象を与えたいものだ。

実際には、体験のたびにレポートを書く癖をつけて、独自色を作り上げてゆくことになるだろう。何はともあれ書くことで表現力が身についてく

る、研修旅行を是非、興味深いレポートで締めくくってほしい。

本章の最後に、筆者が勧めるフィールドワークの傑作を紹介しておきたい。フィールドワークをはじめようという、意欲的な学生たちすべてにとって、ひとつの目標になればと思う。

1. 沢木耕太郎『人の砂漠』（新潮文庫）
2. ターケル『仕事！』（晶文社）
3. マリノフスキー『南太平洋の遠洋航海者』（中央公論社）
4. 佐藤郁哉『暴走族のエスノグラフィー』（新曜社）
5. エンブリー『日本の村ー須江村ー』（日本評論社）
6. 本多勝一『極限の民族』（朝日新聞社）
7. 山根一真『変態少女文字の研究』（講談社）
8. ハルバースタム『ベトナムの泥沼から』（みすず書房）

5. 途上国旅行の健康対策

はじめに

近年、とみに途上国旅行の人気は高まっているようだ。大学生にとってはとくに、安く、長期に続けられる途上国は魅力的だろう。

ところが、TV番組の影響だろうか、あまりに安易に、というより無謀に途上国を放浪する大学生が急増しているようだ。初めての海外旅行が「タイ山岳地域のトレッキング」なんて話も珍しくない。そして平気で生水を飲み、川で水浴びをしている。ブラウン管に映し出された虚像と、途上国の現実との見分けがつかなくなっているのかもしれない。あるいは欧米人旅行者の物真似なのだろうか。たしかに、そんな逞しい欧米人旅行者を東南アジアで見かけることはある。しかし、そんな彼らの多くは、インドを經由して東南アジアにたどり着いた者たちである。彼らが時折見せるワイルドさは、それまでの放浪経験がうちかつたもので、これを駆け出しの日本人旅行者が真似してもルーズなだけである。ワイルドとルーズの相違点は、リスクとの関係にある。ワイルドにはハイリスクをも凌駕する強さがある。しかし、ルーズとはリスクに無知無頓着で、リスクに直面したとき簡単に危機に陥りそうな状態のことである。

加えて、最近の日本人旅行者にヒッチハイクが流行しはじめている問題をしてきしておきたい。貧乏旅行ならヒッチハイクと当然のような顔をしているが、極めて危険な行為である。第一、旅慣れた欧米人の真似のつもりかもしれないが、筆者の知る限り、自立心の強い欧米人の貧乏旅行者は自転車旅行をする傾向が高い。ヒッチハイクは、単に、依存心の強い日本人にぴったりだっただけではないだろうか。

これからも、大学生の途上国旅行者は増え続けることだろう。そこで、ここでは、途上国旅行における最大のリスク、病気に焦点を当て、旅を健康に終えるための予防法や発症したときの心得について取り上げてみる。

旅行前の病気予防

病気の予防のため、出国前にすべきことは次の2点である。ひとつは、十分な情報収集、そして予防接種である。

前者については、渡航先、旅のスタイルにより十人十色なのでコメントが難しい。ただ、渡航予定地には、どのような病気があり、最近の流行はどうかについて調べておくべきだ。これらはインターネットを活用すれば迅速かつ多様な情報を手に入れられる。

旅行前の予防接種について話をする前に、まず子供の頃に受けてきているはずの予防接種について列挙しておこう。

ジフテリア・百日咳・破傷風は、いわゆる三種混合ワクチンで接種を受けているはずだ。ポリオ経口生ワクチンも受けている。BCGという言葉は、聞いたことはあるはずだが、これは結核の予防接種だった。その他、日本脳炎、麻疹、風疹、おたふくかぜも受けている。よって、これらの感染症については、免疫を持っている可能性がある。しかし、これらは可能性にすぎないので、抗体検査を受けて確認しておいた方が良さだろう。実際、破傷風10年おき、日本脳炎4年おきというように、追加接種が必要と考えられているものもある。

以下、これ以外の感染症の予防接種について解説する。

アフリカと中南米の熱帯地方を旅行する場合は、黄熱の予防接種が国際保健規則にて義務づけられている。ペストの予防接種の効果は疑問視されている。接種を受けたとしても、次号で説明する予定のネズミ対策が重要だ。コレラについては、さらに予防接種の効果は低いといわれている。以上3つの感染症の予防接種は、全国の主な検疫所で受けられる。

狂犬病は、犬に限らず、猫やネズミに咬まれたり、引っ搔かれたり、舐められたりして感染する。地域によってワクチンの種類が異なるため、日本で接種したワクチンで必ずしも効果が得られるとは限らない。ワクチンは疑いのある動物によって怪我をした後の発病予防にも効果があるので、被害後に現地で医師を探す方が簡単ではある¹。

¹ただし、狂犬病ワクチンの受傷後接種は潜伏期においてのみ有効であり、できるだけ早く接種した方がいい。また、日本の地方都市ではワクチンが入手困難なことがあるので、のんびり構えず、すぐに現地で接種すべきである。なお、咬傷により破傷風感

A型肝炎のワクチンは開発はされているが、まだ日本では認可されていない。ただし、予防注射としてのヒト免疫グロブリンがある。これは、4ヶ月程度の予防効果が得られる。

B型肝炎は、血液の接触により感染するので、途上国で病院のお手伝いをするような場合、感染の危険度は大きい。免疫を有していない人は、必ず予防接種

を受けておくか、危険のない程度のお手伝いしておくべきだろう。

以上、予防接種について、手短かに説明してみた。くわしくは各地の検疫所に相談するのがよいだろう。なお、東京検疫所の電話番号は03-3599-1515である。

検疫所で可能な予防接種

	回数	有効期間	料金(1回)
黄熱病	1回	10年間	1600円
A型肝炎	3回	10年間	8000円
破傷風	3回	5年間	3500円
狂犬病	3回	2年間	6400円
日本脳炎	3回	4年間	4300円
麻疹	1回	永久的	5900円
コレラ	2回	6ヶ月	330円
ペスト			8800円

※ その他、証明書発行料として830円

現地での病気予防

さて、次に、現地での病気の予防について解説しよう。

WHOが1998年にまとめている“International Travel and Health”によると、「先進国から途上国へ旅行した場合、30～80%の確率で旅行者下痢症に罹る」としている。もちろん、これは予測される旅行中の病気のトップとなっていた。この旅行者下痢症はストレスを除けば、結局、手洗いの励行と飲食物への注意で回避できるはずである。

飲食物への注意とは、まずは生水を口にしないことであろう。もちろん途上国では、水道水であれ安心できないことを知っておくべきだ。途上国でも都市部では水道施設が普及しているが、古くなった水道管が腐食していることがある。ここで日本のように管内の水圧が高ければ水漏れですむ

染の恐れもあるので、加えて破傷風ワクチンの接種もしておいた方がいい。

途上国旅行者が感染する病気
～月当たりの推定発生率～

旅行者下痢症	30～80%
マラリア	2～3%
A型肝炎	0.3%
淋病	0.2%
腸チフス(インド)	0.03%
HIV感染	0.01%
腸チフス(東南アジア)	0.003%
コレラ	0.0003%

途上国旅行者が体験する健康問題
～月当たりの推定発生率～

薬の服用	50～60%
体調が悪くなる	20～30%
医師の診察を受ける	8%
ベッドに寝こむ	6%
入院	0.4%
航空機による緊急輸送	0.06%
死亡	0.001%

※ WHO, “International Travel and Health (1998)”より筆者が作表

のだが、途上国では水圧が低かったり、逆に陰圧になっていたりして²、管外部の汚水が管内に流入していることが多いのだ。よって、水は市販されたものを買ひ、ペットボトル、もしくはビンから直接飲むようにしたい。細かいことを言えば、店に出される氷も怪しいので注意が必要だ。

実は、こういった話をしてしまうといつもジレンマに陥る。というのも、確かに生水は飲むべきではないし、生野菜や果物など生ものも危険だといえる。かと言って、良く火を通したものを口にしながらかつ旅を続けることが可能かという、それは非現実的だし、せっかくの旅でありながら行動半径を狭くして、自分の殻に閉じこもることに成りかねない。たとえば、「屋台では食事をしてはならない」とか、「コーヒー、紅茶にミルクは入れてはならない」とか、「歯磨き、シャワーも危険かも知れない」とか、本当にきりがないのだ。実際、最も安全なのは、夏休み、実家に帰って高校野球をテレビで見ていることだ。つまり、途上国へ行く決心をした以上、危険を知りつつ下痢は覚悟で、どこまでが自分の許容範囲か試して知ってゆくしかないともいえる。

参考までに、東南アジアを旅行する学生に相談された場合は、次のように筆者はアドバイスしている。まず、生水は飲まないこと。ただし、熱いお茶、少量のミルクは構わないだろう。また、大衆食堂では、何でも食べ、果物も遠慮することはない。ただし、氷についてはちょっとした見分けるコツがある。

東南アジアの氷には2種類ある。ひとつは、円柱形をしていて中空構造のもの。そして、かち割り状の不規則な破片のもの。保証はできないが、一般に前者は安全で、後者は必ずしも安全ではないと考えてよい。理由はその製法にある。

中空の円柱形の氷は、水を煮沸させた蒸気を冷やした鉄パイプの中に吹き込んで作る。そして、その鉄パイプを軽く暖め、氷を引きずり出しながら、叩き割ったものがその氷である。つまり、煮沸による滅菌済みなのだ。大きなレストランになると、この製氷機を持っているので、まず安全と考えてよい³。

²水道管から水をモーターで吸い上げている利用者がいるため。

³ 汚れた手や器で給仕されたら元も子もないのだが、まあ、そういう店では氷に限らず全てが危険なわけで仕方がない。

一方、かち割り氷の安全性は、製氷業者の心がけ次第といえる。煮沸はするように指導されているし、努力はしているようだが、それでも急いでいるときなど、いいかげんな煮沸（つまり暖めただけ）で製氷をはじめめるケースもありえる。また、各商店への運搬方法にも問題がある。東南アジアの地方都市を歩いていると、バイクの荷台に大きな氷をむしろで軽く包んで運んでいるのを見かけることがある。これは、土埃などで氷が汚染されてしまう可能性が極めて高い運搬方法である。小さな飲食店では、これを少しずつ砕きながら使用していることが多いようだ。こうした氷は避けた方が賢明なのかもしれない。極めて個人的な印象だが、この氷を日本人の大学生が口にした場合、男性の2人に1人、女性の3人に1人が下痢に罹患しているようだ。ところが、数回途上国旅行を繰り返していると、この氷で下痢をすることはなくなっているような気がする。

途上国の農村などで、市販のミネラルウォーターが入手できないとき、うがい薬として有名なイソジンが力を発揮することを紹介しておこう。池の水であれ、コップ一杯にイソジン原液を一滴たらし、攪拌して30分待てば殺菌されて、飲めるようになる。旅行用品店にある塩素剤より、下痢をひきおこす細菌への効果は高い。ただし、長期旅行でこれを繰り返していると、ヨードの摂取過剰で甲状腺機能亢進状態となり、体重減少、食欲不振、下痢などの症状をひきおこす可能性がある。それでも一週間ぐらいの期間であれば問題ないだろう、イソジンは怪我した直後の消毒にも利用できるもので、携行してゆきたい一品である。

さて、途上国旅行で病気になる可能性は、「マラリア」で2～3%、第2位であった。つまり、次にあげられるリスクは、「動物との接触による感染」と考えられる。

WHOの推定では、マラリアに年間3～5億人が感染し、そのうち150～270万人が死亡しているという。日本でも、途上国旅行者を中心として、年間約120人が感染している。

このマラリアを予防するにはどうしたらいいのだろうか？ ファンシダールをマラリアの予防薬として使用していた時代があり、いまでもマラリアのある地域に旅行すると言って医師から処方してもらっている人が少なくない。しかし、ファンシダールには皮膚がただれたり、溶けたりする副作用があり、米国では死亡例も報告されており、現在、WHOは予防薬としては使わないように警告している。マラリアに詳しい専門家たちは「ど

の薬も、多かれ少なかれ毒性がある。予防内服は極力避けた方がいい」と話している。

はっきり言って、マラリアの予防はそれを媒介する蚊に刺されないようにすることが先決だと言える。実は、これはマラリアに限らず、ほとんどの「動物との接触による感染」による疾患に通じた予防法なのだ。薬よりも効果的なのは、各種動物への対処法を理解し、それを習慣として身につけることだと言えよう。

☑ 蚊

ハマダラ蚊はマラリア⁴、ネッタイシマ蚊はデング熱⁵を媒介する。これらの予防は、長袖、長ズボン、靴下と靴が効果的である。さらに、防虫剤を露出した部分に塗っておく。また、ネッタイシマ蚊以外の伝染病を媒介する多くの蚊は、夕方から夜明けにかけて人を刺すので、農村地帯では日暮れ以降あまり出歩かない方がよい。そして、しっかりと編戸のある部屋で寝るか、さもなければ蚊帳をつるして寝ること。さらに蚊取り線香を焚けば、かなりの予防効果が得られると考えてよい。

☑ ダニ

ダニには、ツツガムシ病、発疹熱などを媒介するものがある。また、カイセンは熱帯地方に多く、メスのヒゼンダニが皮膚にもぐり込み、卵を産み付けられることによる。卵から出た幼いダニが皮膚内を移動し新しい穴をつくるため、かゆみがあるのだ。ダニを回避するには、まず地面に直接座ったり、素足で歩き回らないこと。どうしても野宿しなければならない場合には、寝る場所の上を布で引きずりまわし、それを湯に浸して浮きあがってくるダニがいないか観察してみる。そして、敷物を十分にしておくといい。

☑ ノミ

ノミの中には、ネズミから人へ、ペストや発疹熱を伝染させるものがある

⁴ 正確には、ハマダラ蚊が、三日熱マラリア原虫、熱帯熱マラリア原虫、四日熱マラリア原虫、卵型マラリア原虫などを媒介する。悪寒1～2時間と熱感4～5時間を繰り返す特有の熱発作、貧血および脾腫が特徴。

⁵ こちらはウィルス感染症。ネッタイシマ蚊は、汲み置きの水や家の周りの溜まり水など比較的透明度の高い水に卵を産んで繁殖する。2～15日の潜伏期のあとに、突然の高熱で発症する。

る。その対策には、ネズミ自体を遠ざけるため、ドアや窓を完全に閉め、食べ物を放置しない、ということがある。そして、ノミから防御するため粉末殺虫剤を用いる方法もある。その他、特に注意すべきことに、飢えたノミが寄生するのを避けるため、動物の死体に不用意に近づかないということがある。

☑ イヌ・ネコ

イヌ、ネコなどの小動物に触れた場合は、あとで必ず手を洗うこと。もし、噛まれたてしまったときは、ただちに石鹼水で傷口を10分くらい洗い、傷口の奥までイソジンを十分に入れる。そして、必ず医師の診断を受ける。日本人学生に人気が高いタイやインドは、狂犬病の多発地帯であることを知っておくべきだ⁶。

☑ ヘビ・クモ・サソリ

これらの小動物の予防は、ブーツや厚手のズボンが効果的である。消火用の砂場などは彼らの巣になっていることがあるので気を付けること。生息している地域で靴を脱いだ場合、次に履くとき中を確認しよう。もし被害を受けてしまった場合には、傷口をぬぐう程度に拭き、噛まれた部分から心臓に近い部分全体を包帯を巻くようにしっかりと縛る。できれば、噛んだ動物を殺して病院に持ってゆくこと。

☑ ハチ

刺されたところをよく見て、黒い針のようなものが見えたら毛抜きで引き抜く。もし、白い袋状のものが見えたら、これを潰さないよう注意する。

最後に「高山病」について記しておきたい。WHOのリストには登場しなかったが、ネパール、チベットなどを旅する場合は、必ず高山病についての理解を深めておいた方がよい。個人差はあるが、標高2500メートルを越えるあたりから発症する可能性がある。個人的な体験で言うと、以前、5人のグループでチベットを旅行したとき、3000メートルを越えたあたりで1人が発症、4000メートルを越えてさらに2人、5000メートルを超えて全員が発症した。症状は激しい頭痛にはじまり、吐き気、呼吸困難など。応急処置として酸素吸入があるが、酸素ボンベを背負って

⁶ タイでは年間200～300人が、インドでは1万5千～2万5千人が狂犬病により死亡している。

旅をすることもできない。よって、なるべく低地に降りることが最善と言える⁷。

現地で病気になったとき

現地で病気になったとき、携行薬で対応できるか否かについての判断は難しい。理想は、すぐに医師の診察を受けることだが、途上国でなくとも海外旅行中に微熱や下痢を体験することは当たり前のことであり、その度に医師を訪ねて行くのは現実的ではない。そこで、どのような症状が危険信号であるのか、医師のもとを訪れるべきタイミングであるかを説明してみる。

なお、本章の目的はサバイバルであるので、診断をつけるような解説はしていない。診断がついても、治療できなければ生き残れないからだ。とくに一番怖いのは、素人診断で勝手に薬を服用して、体調を急激に悪化させてしまうことである。幸運にも医師のいない国はない。自分の体が発症する危険信号を察知して、すぐに医師を探すこと。これが現実的なサバイバルであるはずだ。

では、危険信号とは何か。以下の15項目を頭に焼き付けてほしい。これら、いずれかひとつでも見られるときは、医師の診察を受けよう。

1. 38℃以上の熱がある
2. 痙攣がある
3. 意識が鈍い
4. 吐血、血便がある
5. 大量の水様便が2時間に1回以上ある
6. 水や食物がよく飲み込めなくなった
7. 物が二重に見える

⁷ その他、利尿剤ダイアモックスの服用が有用とされている。250mg錠を1日2～3回内服するが、利尿剤であるため、ミカンを食べるなどしてK⁺イオンの減少を防ぐ配慮が必要だ。また、バス旅行にこの方法は勧められない。頻繁に尿意をもよおすため、バスを止めてもらうことになり、周囲の乗客は大迷惑となるからだ。あと、南米ならココ茶が特効薬となる。ただし、これは日本には持ち帰れないので注意！

- 8. リンパ節が腫れている
- 9. 皮膚に発疹や黄疸などの異常がある
- 10. 白目に黄疸がある
- 11. 胸部や腹部にしぼるような痛みがある
- 12. 身体の一部の運動が不自由になった
- 13. 首が前によく曲がらない
- 14. 歯ぐきからの出血がある
- 15. 白目が充血している

さて、不運にも上のような症状がみられたとき、医師を探さなければならない。といっても、途上国で医師を見つけることは、ときに困難であり、場合によっては危険にさらされる可能性もある。途上国で、よりよい医師にめぐり合えるのは、次の三ヶ所である。

キリスト教系の病院 … 先進国で医学教育を受けた医師が勤務している場合が多い。十字架、もしくは”Christ”のスペルが目印。

医学部付属の病院 … ホテルの受付で尋ねてみる。

医療NGOの診療所 … 先進国の医師、または指導下にある医師がいる。ただし、彼らは、旅行者を治すために活動しているわけでないことを、常に頭に入れておくべきだ。彼らは診療費を請求しないかもしれないが、相応以上の寄付をすべきである。

もし、辺鄙なところを旅していて、医師が見つからず、薬局だけを発見したとき、アドバイスは難しい。ただ、筆者の場合、カンボジア農村で倒れたとき伝統的治療師を頼った。それは、調査の過程で、マーケットの薬局の主が、マラリア患者に結核の薬を処方するような知識しか持ち合わせていないことをつかんでいたからでもある。誤った現代薬なら、気安めでも伝統薬がよいと考えた。ただし、身体に傷をつけるような治療法は必ず断ること。もちろん、こうした場合、医師のいる都市へ移動するのが最善であることは言うまでもない。

さて、医師を決め、診察を受けはじめて以降、よほどの異常なことがないかぎり、腹を据えて彼を信頼すべきである。医療にも風土ごとの診察がある。日本との違いに、いちいち疑心暗鬼になるのは旅行者の態度ではない。処方された薬が、日本では見たことのないような毒々しい色をしてい

て、異様に大きくても、信頼して飲むしかないのである。

問診では、少なくとも、朝晩の体温、脈拍、呼吸数、気付いた症状、服用した薬について説明しなければならない。ただし、外国では体温を華氏で示す場合もあるので、次の方程式を覚えておくこと。

$$\frac{9}{5} \times ^\circ\text{C} + 32 = \text{F}$$

診察が終われば、医師から処方箋を貰えるだろう。途上国でも医薬分業は進んでおり、医師が紙に殴り書きしたメモを手で薬局に行くことになる。このとき、注意しておくべきことがある。医師が親切にも、処方箋を外国人のために英語で書いてくれることがある。ところが、独特のその筆記体が読めないことがあるのだ。また、薬局のおばちゃんも英語が読めないかもしれない。このトラブルを避けるため、「活字体をお願いします」と必ず医師に頼むべきである。また、処方箋が現地の言葉で書かれていた場合でも、活字体英語を併記してもらおう。帰国後、診察を受けるうえでの貴重な資料である。もちろん、注射された場合も、何を注射したのか書いてもらっておくべきだ。

もし、医師に「重症である」とか、「手術が必要」などと宣告されたときは、即刻、先進国への航空券を手配すること。海外旅行保険に入っていれば、保険会社が代行してくれる。また、日本大使館への連絡もしておいたほうがいい。

最後に、帰国後の注意点を説明しておこう。

旅先で病気になっていたのなら、現状がどうあれ、できるだけ早く健康診断を受けた方がいい。一般の検査に加え、寄生虫検査も受けよう。また、空港で、入国前、検疫官に申請する窓口を通過するが、このとき正直に申告したほうがいい。別室で、伝染病に詳しい医師の診察が無料で受けられる。通常、そこで検査を受けてから、解放してくれる。20分程度の手間だ。そして、検査結果に異常があれば、1週間以内に連絡が来て、適切な指示が受けられる。

次に、旅先で病気になっていない場合でも、しばらくは病気になったとき、君は途上国旅行との関連を疑うべきである。ペスト、コレラ、黄熱病などは、1週間以下の潜伏期間だが、デング熱、流行性発疹チフスは2週間。ラッサ熱、エボラ出血熱は3週間。アメーバ赤痢で1ヶ月。狂犬病や

熱帯マラリアに至っては1年もの潜伏がありうる。つまり、1年間は疑う姿勢を持っておいた方がよいということだ。

参考文献

- A.マッケロイ・P.タウンゼント著, 丸井英二監訳:医療人類学, 大修館書店, 1995
- Bencha Yoddumnern-Attig・Geoge A.Attig・Wathinee Boonchalaksi, A Field Manual on Selected Qualitative Research Methods, Institute for Population and Social Research Mahidol University
- G.L.ウォルトボット著・鈴木庄亮・横橋五郎訳:環境汚染病,医歯薬出版株式会社,1974
- G.M.フォスター・B.G.アンダーソン著, 中川米造監訳:医療人類学, リプロポート, 1997
- George M. Foster: Relationships Between Theoretical and Applied Anthoropology. HUMAN ORGANIZATION Fall: 5-16, 1952
- JVC, 『JVC Cambodia 1994 年度年次報告書』
- K.N.Panicke, “Community participation in the control of filariasis”. World Health Forum 13, 177-181, 1992
- Richard N. Adams: On the Effective Use of Anthrropology in Public Health Programs. HUMAN ORGANIZATION Winter: 5-14, 1955
- WHO (橋本正己, 前田信雄, 福富和夫編) : 保健活動研究と経営学的方法の定式化. 日本公衆衛生協会, 1975
- WHO (津谷喜一郎訳) : 世界伝統医療大全. 平凡社, 1995
- デレイドットワットワース (パックスン美登利編訳) : 国際ボランティア活動. ジャパンタイムズ, 1995
- 安村健介: 医学生レベルの国際交流システム. 医学教育 25(2) : 105-107, 1994
- 加藤尚武: 応用倫理学のすすめ, 丸善株式会社, 1994
- 加藤尚武: 現代倫理学入門, 講談社学術文庫, 1997
- 華表宏有: 国際保健教育に関する現状調査. 日本公衛誌 38(11) : 868-873, 1991
- 華表宏有: 卒前医学教育における公衆衛生学教育の課題. 日本公衛誌 37(4) : 241-246, 1990
- 華表宏有・児玉泰: 学生による衛生学と公衆衛生学の授業分担の評価. 日本公衛誌 43(1) : 62-75, 1996
- 丸井英二: 現場指向の国際保健医療教育. 医学教育 26(2) : 119-120, 1995

宮城島一明, 中原俊隆, 近藤健文: 日本の人的国際貢献の在り方. 日本公衛誌 42(1): 3-7, 1995

橋本正己, 丸地信弘, 川口雄次, 松田朗, 西岡和男: 世界の公衆衛生各国の公衆衛生と国際保健の動向. 日本公衆衛生協会, 1981

金子郁容: ボランティアもう一つの情報社会. 岩波書店, 1992

郡司篤晃編: テキストブック国際保健. 日本評論社, 1995

古市圭治, 上畑鉄之丞: 日本の公衆衛生専門教育の現状と将来. 公衆衛生 62(3): 180-184, 1998

高原亮治: 地域保健と医療介入の妥当性を基礎づけるもの. 公衆衛生 61, 652-657, 1997年

高島毛敏雄: 21世紀に向けての地域保健. 公衆衛生 63(1): 2-3, 1999

国際協力事業団: 模索と行動. 国際協力事業団, 1983

今村恭子, 水島春朔: イギリスの公衆衛生専門教育. 公衆衛生 62(3): 195-200, 1998

佐藤郁哉: フィールドワーク. 新曜社, 1992

佐藤元: 米国における公衆衛生学教育・ハーバード大学大学院課程について. 公衆衛生 62(3): 185-190, 1998

斎藤次郎, 石井米雄編著: アジアをめぐる知の冒険. 読売新聞社, 1996

坂井スオミ: 米国における公衆衛生学教育・ジョンズホプキンス大学大学院. 公衆衛生 62(3): 191-194, 1998

司馬遼太郎: 甲州街道・長州路ほか. 朝日新聞社, 1978

勝沼晴雄, 田中恒夫: プライマリ・ケアのための疫学. 杏林書院, 1984

小早川隆敏: 国際保健医療協力入門. 国際協力出版会, 1998

小田実: 歴史の転換のなかで. 岩波新書, 1980

松井壽一: 薬の文化史. 丸善, 1995

星野一正: 医療の倫理. 岩波書店, 1991

西園昌久: 諸外国における医学教育制度の最近の動向. 医学教育 29(3): 149-151, 1996

青山英康: 今日の疫学. 医学書院, 1996

大井玄: 国際保健学教育. 医学教育 25(3): 166-168, 1994

竹内正, 大井玄, 他: 医療原論. 弘文堂, 1996

中川米造: 医学の不確実性. 日本評論社, 1996

中村健一: 地域指向の医学教育を. 日本公衛誌 41(12): 1117-1121, 1994

猪俣津南雄: 踏査報告 窮乏の農村. 岩波書店, 1982

的場恒孝, 石竹達也: 卒前教育と研修医教育の8年間統合カリキュラム. 医学教育 29(3): 177-179, 1998

田村昇, 井上有希子, 荷見よう子: 卒前カリキュラムの一貫としての海外臨床実習. 医学教育 25(2): 84-87, 1994

東京大学医学部保健社会学教室: 保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京大学出版会, 1992

藤崎和彦, 中村千賀子: 大綱化に伴う一般教育の変化. 医学教育 29(3): 159-164, 1998

波平恵美子: 病気と治療の文化人類学, 海鳴社, 1984

波平恵美子: 医療人類学入門. 朝日新聞社, 1994

波平恵美子編: 系統看護学講座 基礎9 文化人類学, 医学書院, 1993

梅内拓生: 「国際保健学」の展開. 学校保健研究 35: 50-55, 1991

保阪正康: 大学医学部. 講談社, 1987

鮑戸弘: 社会調査ハンドブック. 日本経済新聞社, 1987

牧野俊郎, 山本保博: 課外に学生を東南アジア諸国へ. 医学教育 25(2): 98-100, 1994

堀田善衛: インドで考えたこと, 岩波書店, 1957

林正男, 川上剛: タイ国プライマリー・ヘルス・ケア国際研修. 日本公衛誌 38(1): 37-43, 1991

鈴木継美・大塚柳太郎・柏崎浩: 人類生態学, 東京大学出版会

鈴木淳一: 課外に学生を国外研修へ. 医学教育 25(2): 94-97, 1994

和辻哲郎: 風土. 岩波書店, 1979

高山義浩（たかやまよしひろ）



1970年 福岡県生まれ。
1995年 東京大学医学部保健学科 卒業
現 在 山口大学医学部医学科 在学中

1992年に内戦直後のカンボジアを訪れて以来、ノンフィクションの執筆活動を展開。著書に『アジアスケッチ』（白馬社）がある。現在、インターネットマガジン『国際保健通信』を自ら編集している。

フィールドワークをはじめよう

国際保健の12ヶ月 ⑫

2001年2月1日 第1刷発行

筆者 高山義浩
〒755 山口県宇部市寿町3-4-27 サバービア紀村103
e-mail ihf-ygc@umin.ac.jp

発行所 国際協力ワークショップ

印刷所 有限会社 三共印刷

© Yoshihiro Takayama

Printed in Japan

IHF

国際協力ワークショップ

発行価 200円