

教育・リハビリテーション支援の複合的アプローチ： 西アフリカにおける国際NGO活動のための事例研究

下村雄紀^α、新山智基^β、小枝英輝^χ、藤倉哲哉^δ、
成瀬 進^ε、福西和幸^ζ

はじめに

感染症に対する支援には、医療分野のみならず、それを取り巻く包括的な分野からのアプローチが必要とされている。これは、どの分野の支援においても共通していることである。世界規模の問題に取り組むために、2000年9月に国連ミレニアム宣言が採択され、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）が掲げられた。MDGsには、貧困や飢餓、教育、ジェンダー、保健（乳幼児死亡率、妊産婦、疾病）、環境（飲料水・公衆衛生）などの多岐にわたる8つの分野への目標が挙げられている。MDGsの中心課題は、目標の第1に取り上げられている「貧困・飢餓」の問題である。貧困の改善、つまり生活水準の向上は、医療施設や公衆衛生などの環境面の充実、栄養不足の解決、教育の普及など様々な改善へと繋がるからである。

このような医療分野以外の支援から（本論では）感染症分野へのアプローチを実施することは有効的な国際支援として標準化されつつある。本論では、感染症に対する他分野からのアプローチとして、教育分野・リハビリテーション分野を取り上げながら、それぞれがもたらす役割を明らかにすることが目的である。

罹患しているにも関わらず、経済や社会的（宗教的）な理由で病院にかかれぬ場合や、早期発見できず治療が遅れる場合、また、適切な治療が施されても、その後のリハビリテーションを怠ることで、障害が残るケースは少なくない。障害を負ってしまうことで、偏見や差別を招き、就学復帰や就労復帰など、社会復帰が困難となることも多い。それらの状況になる前に改善することは重要である。（無論、経済や社会的な要因へは、政府の政策やアフリカの経済状況を考えると、国際的な支援やNGO支援が必須ではあるが、）そのためにも、治療計画のなかでリハビリテーションの十分な検討が必要であり、リハビリテーションの占める役割は大きいといえるだろう。

^α 神戸国際大学経済学部教授、^β 日本学術振興会特別研究員DC（立命館大学大学院先端総合学術研究科博士課程）、^χ 神戸国際大学リハビリテーション学部准教授、^δ 神戸国際大学経済学部准教授、^ε 神戸国際大学リハビリテーション学部准教授、^ζ 神戸国際大学非常勤講師

障害学からのアプローチのなかでは、医学モデルや社会モデルの議論が用いられている。ここでも明らかになっているように、障害を「個人に起こった悲劇、障害者個人の問題(医学モデル)」「社会的差別や抑制、不平等、社会の問題(社会モデル)」という視点から捉えている¹⁾。罹患者の機能回復とその後障壁のない生活を過ごすためには、個人の問題だけでなく、社会環境の整備という両面から考えることが必要とされているのである。

このようなりハビリテーション分野からのアプローチは、支援の幅を広げることになり、治療を終えた次の段階として、社会復帰へと繋がっていくのである。さらに、医療分野だけでなく、それを取り巻く他分野への支援(包括的なアプローチ)も有効的なものとして捉えることができる。それで本論では感染症に対する支援アプローチの事例として、ブルリー潰瘍問題に対する教育分野及びリハビリテーション分野の支援の貢献に焦点を当てて、考察を試みる。

本論では、第1章で西アフリカ地域の現状と、支援を行ううえで考慮しなければならない要因(支援を阻害する要因)を考察し、具体的な事例として第2章で、トーゴ共和国とベナン共和国(以降、トーゴ、ベナンとする)で2010年3月に神戸国際大学ブルリー潰瘍問題支援プロジェクト(以降、Project SCOBUとする)が実施した、ブルリー潰瘍問題に対するフィールド調査で得られた結果を明らかにする。また、第3章ではリハビリテーションからの視点に注目し、フィールド調査及び国際会議(WHO Annual Meeting on Buruli ulcer)²⁾での報告をもとに、リハビリテーション分野における現状と課題についての分析を試みることにする。そして、第4章で、これまでに得られた結果・分析をもとに、教育とリハビリテーションの貢献・役割・可能性などについての考察を加える。

西アフリカ地域の概観と支援に対する阻害要因

本章では、まず本稿の調査対象となった西アフリカ、なかでもトーゴ・ベナンの国家情勢を概観する³⁾。次頁参照。加えて、これらのアフリカ地域の国々で起こりうる支援に対する阻害要因を明らかにすることで、支援に対する視点の整理を行うことにする。

1) 久野研二・中西由起子(2004)『リハビリテーション国際協力入門』三輪書店、74ページ。

医学モデルが個人の機能回復を目指しているのに対して、社会モデルは、障害を社会の問題として捉え、平等な社会を目標としている。医学モデルを批判する形で、社会モデルが登場した。

2) 2010年3月22 - 24日に開催された本会議では、Project SCOBUもポスター発表を行った。Yuki Shimomura, Tomoki Niiyama "Project SCOBU, Kobe International University" WHO Annual Meeting on Buruli ulcer, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland, 22 to 24 March 2010.

1. 西アフリカ地域の概観

西アフリカ地域に属するトーゴ・ベナンは、サハラ砂漠の以南に位置し、沿岸部にはギニア湾が広がっている（図1参照）。トーゴは、首都はロメ（Lome）、国土面積56,785km²（日本の約1/6）、人口は約660万人である。公用語はフランス語で、エヴェ族（約20%）をはじめ37の部族からなり、宗教は伝統的宗教67%、カトリック18%、イスラム教10%、プロテスタント5%を占めている。一人当たりGNIは410ドル（2008）、主要産業は農業（綿花、カカオ、コーヒー）や鉱業（リン鉱石）である。国際貧困ライン1日1.25米ドル未満で暮らす人の割合は47%（1992 - 2007）、政府予算に占める保健分野の割合は5%で、教育分野の割合は20%（1998 - 2007）で、適切な衛生施設を利用する人の割合は全国12%〔都市部24%、農村部3%〕（2006）、15 - 24歳の識字率は男性84%、女性64%（2003 - 2007）、初等教育純就学/出席率77%（2003 - 2008）となっている。

ベナンは、首都はポルトノボ（Porte Novo）、国土面積112,622km²（日本の約1/3）、人口は約890万人である。公用語はフランス語で、フォン族、ヨルバ族（南部）等46部族からなり、宗教は伝統的宗教65%、キリスト教20%、イスラム教15%を占めている。一人当たりGNIは690ドル（2008）、主要産業は農業（綿花、パームオイル）やサービス業（港湾業）である。国際貧困ライン1日1.25米ドル未満で暮らす人の割合は39%（1992 - 2007）、政府予算に占める保健分野の割合は6%で、教育分野の割合は31%（1998 - 2007）で、適切な衛生施設を利用する人の割合は全国30%〔都市部59%、農村部11%〕（2006）、15 - 24歳の識字率は男性63%、女性41%（2003 - 2007）、初等教育純就学/出席率67%（2003 - 2008）となっている。

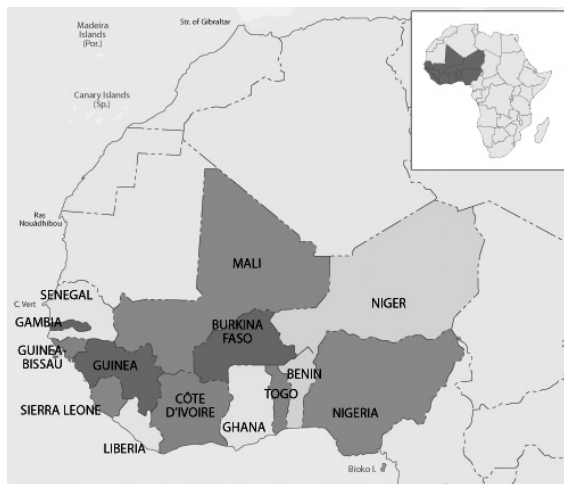


図1：西アフリカ地図

< 典拠 > 'African Development Bank'
<http://www.afdb.org/en/countries/west-africa/>
2010年8月22日閲覧・取得

3) 本項は、「外務省（トーゴ共和国）」<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/togo/data.html>、「外務省（ベナン共和国）」<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/benin/data.htm>（ともに、2010年8月22日 閲覧・取得）及びUnited Nations Children's Fund (2009) *The State of the World's Children Special Edition: Celebrating 20 Years of the Convention on the Rights of the Child (Statistical Tables)*, United Nations Plaza.をもとに作成。
標準的な定義によらないものや、国内の一部地域のみに関するものを含む。（国によって、データの信憑性に欠くものもある。実際にデータ上だけではベナンに比べ、トーゴの方が高い数値を打ち出している。しかし、聞き取り調査などではトーゴの状況の方がより緊迫していると言わざるを得ない。）

2. 支援に対する阻害要因

本項では、国家、地域によって異なる様々な環境が、国際的な支援を阻害しうる要因となるケースがあることを考察する。佐藤寛は、「援助プロジェクトを受け入れる社会によってそれぞれ異なる社会・文化・政治・経済的な状況」を「固有要因」と位置づけている⁴⁾。

表1：援助に影響を与える固有要因

配慮すべき固有要因	影響を与える / 関連する事項
1. 開発援助をとりまく概念 (1) 発展観 (2) 開発観 (3) 被援助観	世界観 / 宗教観 / 死生観 これまでの近代化の歴史 / 人間と自然環境の対抗・共生関係 / 周辺社会の開発の経験 歴史・宗教 / 植民地経験 / 異文化観 / 欧米社会に対する考え方 / これまでの援助の歴史
2. コミュニティー内部状況 (0) 資源配分状況 (1) リーダーシップのありかた (2) 知識と技術の独占状況 (3) 固有要因としてのジェンダー (4) コミュニティーの不均一性 (5) 相互扶助のシステム (6) 価値と規範の源泉	権力の配分状況 / 威信の配分状況 / 富の配分状況 / 社会的役割分担状況 / 役割分担を支える人々の意識 指導者の選出過程 (任命、世襲、合議) / 指導者の正統性の根拠 (血筋、能力、年齢) / 指導者に必要とされる資質 / リーダーの権威の強さ / 長老の機能 識字能力の独占状況 / 教育システム (教育機会へのアクセスの多寡) / 教育の歴史 / 教師の社会的ステータス 性別分業形態 / 生業に果たす女性の役割 / 教育・しつけ過程の「男らしさ / 女らしさ」 / 家庭内の事柄への発言権 / 望ましい花婿 / 花嫁像 社会階層 / 社会階級のありかた / 少数者集団の生業 伝統的な相互扶助に関する倫理観 / 社会的弱者の救済構造 改善指向 / 上昇指向 / 社会的流動性 / 欧米文化の影響 / 市場経済の浸透状況 / 科学的教育の浸透度 / 伝統的・宗教的・呪術的知識に対する信頼 / 人物評価の基準
3. コミュニティーをとりまく状況 (1) 権力と行政のありかた (2) 外部社会へのアクセス (3) 周辺社会との利害対立	国家指導者層への親近観 / 行政機構の効率性 / 汚職の蔓延状況 / 中央集権国家・植民地の経験 / 行政官の位置づけ / 権力中枢と地域社会との関係 / 権威に関する国民性 都市・外国へのアクセス / 農村における雇用機会 / 貨幣経済の浸透具合 / 自給的経済の維持状況 / 物流メカニズム / 農村における雇用機会 国内における相対的な位置づけ / 他の地域・集団との拮抗関係
4. 文化にかかわる諸要因	言語へのアイデンティティー / 生活様式 (衣食住) へのアイデンティティー / 宗教へのアイデンティティー / 地域の文化遺産への畏怖・尊重状況 / よそ者の来訪 (観光) に対する受容性

< 典拠 > 佐藤寛 (1995) 「援助にあたって考慮すべき固有要因」 佐藤寛編 『援助と社会の固有要因』 アジア経済研究所、38 - 39ページ。

4) 佐藤寛 (1995) 「社会の固有要因」とはどのようなものか」 佐藤寛編 『援助と社会の固有要因』 アジア経済研究所、3ページ。

表1は、援助に影響を与えられとされる固有要因である。この固有要因に適した方法で支援を行わなければ、受け入れ側から拒否され、十分な効果が現れないといえるだろう。アフリカ社会では、この固有要因が国家だけではなく、地域、村々によって異なるため、普遍的な援助モデルでは対応が困難である。ここでは、異なる環境のなかでも、医療に関連する事柄として、伝統的な医療との関係、法・制度の関係、社会・経済的な要因の3つを取り上げる。

まず第1に、伝統的な医療との関係であるが、アフリカでは、今でも伝統的な慣習によって生活している地域が多く残っている。医療でいえば、呪術・精霊信仰などの独特な伝統的医療があり、近代的な医療（現代医療とする）と混在しているケースがある。南アフリカの農村部では60%が、病院にかかる前に伝統医療師に相談しているというデータもある⁵⁾。一方で、キリスト教は、アフリカでの宗教布教において伝統的な宗教を悪と位置づけ、伝統医療を黒魔術などと呼んでいる。伝統的な医療は医療行為とみなしていないといえる⁶⁾。しかし実際に、伝統的医療への依存を否定することはできない。このような状況である以上、伝統医療師への疾病に関する情報提供、現代医療への理解を促していかなければならない。そうすることで、適切な治療にかかることができ、伝統医療と現代医療の相互関係を補完することが、今日のアフリカ医療において必要とされているといえるだろう。

また、都市部においては、現代医療が普及しつつあるものの、未だに農村や集落単位での民族文化が根強い地域では、伝統的医療が日常生活に不可欠な独自の生活観や生活環境から生まれた自然観を反映したものとして重要視されるケースが多数存在している。「医療的多元論」つまり複数の医療（システム）が社会のなかで共存していることは、支援組織のみならず、医療従事者や住民にとって大きな弊害⁷⁾となっていると考えられる。たとえば、絶対的な拘束力を持つ農村（集落）の掟・しきたり・慣習＜宗教的なものを含む＞を無視することができないため、科学的実証を背景とした近代医療の恩恵を甘受できない現状などである。このような問題を解決するためには、被支援国・地域の文化・慣習を把握したうえでの医療を確立していくことが理想である⁸⁾。

現代医療を普及させるために、ガーナ共和国では現地のヘルス・ワーカー育成に力を注いできた。そのなかには、一般地域住民への啓蒙活動のみならず、伝統的な治療者（呪術者）への参加をも求め、病気や治療などの正しい情報を伝える場となっている。伝統的医療に頼らざるを得ない状況下にある住民にとって、伝統的医療者からの助言は、現代医療へのアクセスに繋がって

5) 国際開発高教育機構(2009)「アフリカ開発の新しいアプローチ：社会起業」国際開発高教育機構、38ページ。

6) 同上、58ページ。

7) 宗教や地域の伝統を重視し、医療の機会を奪われていることもある。

8) このような考え方は、文化人類学・医療人類学において提唱されている。

るのである。このヘルス・ワーカー育成プロジェクトには、国際NGOの果たした役割が大きい⁹⁾。

また、国際協力機構（JICA）の報告書「民主的な国づくりへの支援に向けて - ガバナンス強化を中心に - 」によれば、異なる社会の存在するアフリカでは以下のような利害調整メカニズムの整備が必要不可欠であると記している。

アフリカにおいて民主化を機能させるためには、地方から中央にいたる様々なレベルにおいて、フォーマルあるいはインフォーマルな利害調整メカニズムを整備・強化する必要がある。今もアフリカには、裁判所のような仲介・調停・仲裁機能をもったフォーマルな機関のほか、伝統的首長、秘密結社の指導者、宗教的指導者、政治家、地元有力者、実業家、いわゆる「ビッグマン」らによるインフォーマルな利害調整メカニズムが広く存在している。しかし、民主化は、これまで権威主義体制の下で抑制されてきた様々な期待、権利要求、不満、異議申し立てを必然的に顕在化させるばかりか、ときには社会的に疎外されてきた若年層や少数民族集団などの不満感を必要以上に増大させることにもなりかねないため、そうした高まる利害関係を深刻な対立へと発展させないための適切な調整メカニズムを補強しておく必要がある。¹⁰⁾

このように、アフリカの多くの地域では、民主化を達成したとしても、伝統的な首長制が残るため、様々な分野で弊害となっているといえるだろう。医療分野においても、伝統的な治療法（呪術など）によって病状が改善するものと信じられているため、早期治療が困難なケースが多い。

第2は、法・制度の関係である。援助・支援が、対象となる国や地域へもたらす影響は大きい。被支援国の要望通りのケースもあれば、そうでないケースもある。また、要望した支援であっても、その国に実現可能な能力がない限り、改善・目標達成することが限りなく不可能に近い。支援組織は、被支援国の制度、法律にも考慮しなければならない。これを無視した支援は、たとえ効果的なものであったとしても、一方的な押し付けになってしまう。必要であれば、制度・法改正も視野に入れなければならない。

安田信之は、現在の制度理解は市場主義的なものであって、社会開発資本に関わる概念とは対立する存在であるとしている。そして、3つの法類型とそれを支える3つの法理（原理）を提起している。

9) 詳しくは、新山智基（2010）「顧みられない熱帯病・ブルーリ潰瘍問題における医療NGOの展開 - 市民社会を手掛かりとして - 」立命館大学生存学研究センター編『生存学』生活書院、Vol.2、240 - 242ページ参照。

10) 落合雄彦（2002）「アフリカにおける民主主義の特徴と課題」『民主的な国づくりへの支援に向けて - ガバナンス強化を中心に - 』国際協力事業団・国際協力総合研修所、59ページ。

- ・「固有法」(植民地化もしくは近代化以前から人々の生活を規律してきた法で、慣習規範からなる)
- ・「移入法」(植民地化・近代化の課程で、固有法に変わり、西洋の近代法をもとに、国家機構 [立法府、行政府、司法府] やイデオロギーを含む法が確立)
- ・「開発法」(植民地からの独立に際し、新たな国家形成のために制定された法規)¹¹⁾

移入法によって持ち込まれた西洋の法により、アフリカの法体系は大変革を迎えた。そして、開発法によって、アフリカ古来の慣習とは懸け離れるものが出来上がったのである。しかし、実際にアフリカの局地で、法・制度が行き届いているかは疑問であり、固有法（集落や宗教による決まりごと）が、最も身近な規範となっている。

フランスの比較法学者Legrandは、単に法が他国から導入されるだけでは現地化は難しく、文化的要素も法の普及・確立のために重要であると述べている¹²⁾。このような視点から安田は、図2のように、規範・制度・文化の3つのレベルでの理解が必要であるとしている。規範（憲法や制定法、政令などの指令法理）と制度（立法機関、裁判機関などの法機関）を公式の法体制とし、文化（歴史、伝統や文化を基礎とした）を非公式な法と位置づけている。¹³⁾

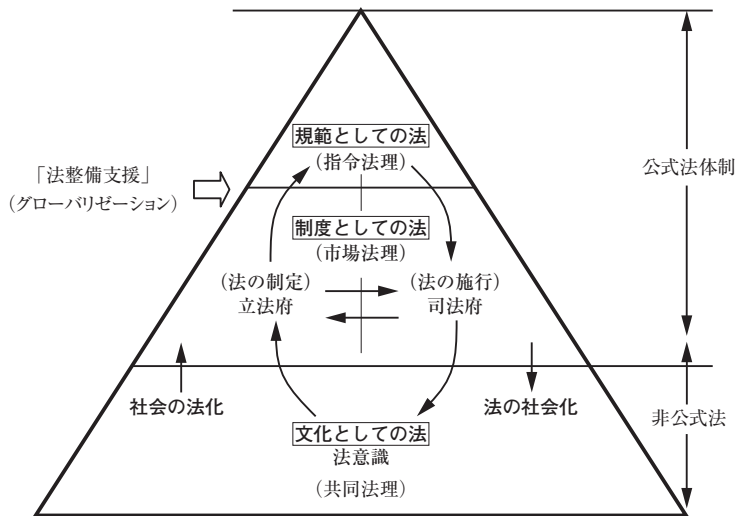


図2：法の三層構造

< 典拠 > 安田信之 (2006) 「法制度の国際的均質化と途上国・移行国」西川潤・高橋基樹 他編『国際開発とグローバル化』日本評論社、190ページ。

11) 安田信之 (2006) 「法制度の国際的均質化と途上国・移行国」西川潤・高橋基樹 他編『国際開発とグローバル化 (シリーズ国際開発第5巻)』日本評論社、178 - 180ページ。

12) Pierre Legrand, (2001) "What Legal Transplants?" in Nelken/Fees (ed.)

13) 安田信之 前掲書 186 - 189ページ。

第3に、社会・経済的な要因である。H.E. シゲリストは、「医学の目標は病気を治療することだけではない。むしろ社会の有用な一員としてその環境に人を適合させておくことであり、あるいは病気に襲われた時彼等をもう一度それに適合できるようにすることである。この仕事はただ身体の復旧によって果されるのではなく、社会におけるその職、できれば自分の以前の職、必要であれば新しい職を当人が再び見出すまで続けられなければならない。医学が根本的には社会科学であるという理由である」¹⁴⁾と述べている。シゲリストが指摘している点は、罹患者にとって社会・経済的な面での支援の必要性であり、差別や完治後の就学や職業へのスムーズな復帰を唱えている。

ここでは、ブルーリ潰瘍をもとに考察を行う。ブルーリ潰瘍に関して、地域が抱える社会・経済的な問題にも目を向けなければならない。しかし、医学的な知見からの研究は多数存在するものの、社会・経済的な視点からの研究は未だに進んでいるとはいえず、そういった点でProject SCOBUが行っているパイロットケースの支援は興味深いものとなっている。フランソワ・ポータール (Françoise Portaels)¹⁵⁾も「ブルーリ潰瘍の罹病率および農村への社会経済的な影響を減少させるために、学際的なアプローチは、この疾病の最適な管理に必要である」と指摘している。実際に、WHOのキンスリィ・アシエドゥ (Kingsley Asiedu)¹⁶⁾が、セント・マーティンズ病院¹⁷⁾で行った調査によれば、治療費だけで罹患者家族の収入の1/4を占め、入院などのその他の経費を加えると年間収入を大きく超えている¹⁸⁾。そのため、医療費の負担は家計を圧迫し、子どもの教育費などを削らなければならなくなり、医療制度や特定の疾病対策に必要な知識の普及に不可欠な識字などの能力向上、職業の幅・選択を広げるための機会を失うなどの悪循環をもたらしている。また、病気に対する偏見・差別も、病院へのアクセスを妨げる要因であると言える。

しかし、ブルーリ潰瘍問題に関する医学的な知見からの研究は多数存在するものの、社会・経済的な視点からの研究は未だに進んでいるとはいえず、この点から見てもProject SCOBUの活動は注目に値する。次章では、これまで概観した3つの要素を2010年現地調査に基づいて実証的に考察を加えてみたい。

14) H.E. シゲリスト著、松藤元訳 (1973) 『文明と病気 (上)』岩波書店、99ページ。

15) ベルギーのアントワープ熱帯医学研究所 (Institute of Tropical Medicine Antwerp) のマイコバクテリウム部門主任教授。

16) WHOの感染症部門ブルーリ潰瘍問題主任 (Coordinator, the Global Buruli ulcer Initiative, Communicable Diseases)。

17) ガーナ共和国のアマンシ西区にある政府支援の地域診療を統括している病院。

18) 詳しくは、Kingsley Asiedu and Samuel Etuafli (1998) 『Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in Ghana: A Three-Year Review』, American Journal of Medicine and Hygiene, Vol 56 No 6, p.1019 及び新山智基 (2010) 「感染地域の社会経済的現状とWHO、医療中心型援助の限界 - ブルーリ潰瘍の事例 - 」 『コア・エシックス』立命館大学大学院先端総合学術研究科、Vol. 6、290 - 291ページ参照。

トーゴ共和国・ベナン共和国におけるブルーリ潰瘍問題の実態

本章では、トーゴ・ベナン両国のブルーリ潰瘍問題の実態に迫る。ブルーリ潰瘍問題の実態に関しては、昨年度神戸国際大学紀要（第77号）に掲載されている「ブルーリ潰瘍問題に対する小規模NGO支援の可能性：Project SCOBUの事例」のなかでも明らかにしている。ここでは、2010年3月にトーゴ・ベナンで実施したフィールド調査¹⁹⁾をもとに最新の動向について明らかにしていく。調査は、現地施設や村落などの実態調査や政府関係者、NGO団体などへのインタビュー調査を主とし、トーゴでは「神戸国際大学ブルーリ潰瘍子ども教育基金(KIU Educational Fund for BU Children)」²⁰⁾による病院内教育(in-hospital education)の対象病院であるTsevie(テヴェ)地域中央病院²¹⁾やTchekpo-Dove(チェポデベ)村、Anagali(アナガリ)村、DAHW(Deutsche Lepra-und Tuberkulosehilfe e V、ドイツ)本部、Handicap International(ハンディキャップ・インターナショナル、フランス)本部、トーゴ共和国保健省表敬訪問・保健担当大臣面会、国立感染症センター、ベナンではAllada(アラダ)医療センター、Zagnanado(ザグナナドゥ)医療センター、Lalo(ラロ)医療センターで実施した。

国家経済が脆弱な西アフリカにおけるブルーリ潰瘍対策は、国際的NPO/NGOの積極的な支援なくして成立しえないが、その支援の条件として、ハンセン病や肺炎対策と同様に、各国政府による独自の国家厚生プログラム(National Health Program)が存在しなければならない。そのために各国政府の予算案には、ブルーリ潰瘍対策費が計上されているのであるが、現実には予算は紙面上のものに過ぎず、ヨーロッパを中心としたNPO/NGOが独自に得た資金でプログラムを推進している場合も多い。

トーゴの場合、ブルーリ潰瘍罹患者は、首都ロメを含む大西洋岸地域で、政治・経済の中心地であるマリタイム地域に集中している。中心地といっても、都市部から1~2時間以内の移動で農地が広がり、国道沿いの限られた地域以外には電気も通っていない。罹患者は水辺に近い村々か、村の中でも水辺に近い場所に住んでいる。村々は、その規模(数百人から数千人)に拘らず、

19) 2010年3月12日から3月26日まで実施したフィールドワークと国際会議へは、本学の学生である坂本知世子さん、岡田真衣さんも参加。新山智基に関しては、2009年度科研費(09J08622)「グローバルな感染症対策ネットワークの構築可能性について ブルーリ潰瘍を事例として」によって実施されたものである。

20) 2005年にベナン共和国の国家厚生プログラム(Dr. Rock Christian Johnsonを責任者として発足)の一環として、医療プログラムとしてはユニークな患者の院内教育制度を試験的なプログラムとして発足した。2005年~2006年には、延べ人数で年間120人の子どもたちに教育関連の支援を実施した。詳しくは、新山智基(2009)「ブルーリ潰瘍問題をめぐる国際NGOの動向 - 神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクトの果たしてきた役割を中心に - 」『コア・エシックス』立命館大学大学院先端総合学術研究科、Vol 5、256 - 257ページ参照。

21) DAHWとHandicap Internationalによる共同支援病院。

chiefと呼ばれる一族の族長による伝統的な支配構造を有している。そのために、フィールド・オペレーター（field operator）と呼ばれる移動医療監視員の活動には族長との良好な関係が不可欠である。村々には霊媒師による原始的医療を崇拝する伝統が色濃く残っているために、近代医療を受け入れる素地創り（信頼）が罹患患者（多くの場合は、15歳以下の子どもであるために親も対象となる）を救う鍵となる。

トーゴ南部に位置するマリタイム州では、Tsevie病院を地域の中央病院として6つの監視地区に分け、それぞれの地区にフィールド・オペレーターを配置して、地区内の村々と密接な信頼関係を維持・構築しながら、ブルーリ潰瘍の罹患患者の早期発見と啓蒙活動に従事している。このプログラムは、早期発見・早期治療を実現するために重要であったが、予算も乏しく資金難であった。そのため、対象地区の移動に必要なバイクや燃料費などへの支援を、Project SCOBUMも2010年度より開始した。

トーゴでは、ブルーリ潰瘍支援に携わる主要な団体として、DAHWとHandicap Internationalが挙げられる。DAHWは、Handicap Internationalと連携してそれぞれの得意分野を分担することで、費用を軽減して最大の効果を引き出す努力を重ねている。例えば、医療に関してはDAHWが東欧、西アジア、中近東に加えて、アフリカ各国を含む44カ国での活動を通して、蓄積してきた豊かな経験を活かしているのに対して、Handicap Internationalは、理学療法（physical therapy）の分野で世界をリードしてきた支援活動を支援当事国で有効に反映させ、限られた予算を分散させることなく活かしていく方法を採用している。

Tchekpo-Dove村では、独自の診療所があり、政府の助成なしでMedical Assistantを雇用し、地区のフィールド・オペレーターと連絡を密にしながら、罹患患者の早期発見と地域の中央病院であるTsevie病院での治療および退院後の治療の継続を含めて、村民の健康維持に務めている。族長の理解がこのような特異な対応を可能にしていることから、フィールド・オペレーターと村（特に族長）との関係のレベルがブルーリ潰瘍対策には欠かせないものとなっている。さらには、このTchekpo-Deve村では、隣接するYoto川に近い場所にブルーリ潰瘍発生が集中しているが、道路を挟んだ川から遠い場所では発生していない。このことを危惧する族長からは、病原究明の要求もDAHWに出されており、サンプル採集を村に依頼し、分析を進めることにもなっている。

近隣の村には、Tchekpo-Deve村ほど経済的にも恵まれていない状況もある。Anagali村は、人

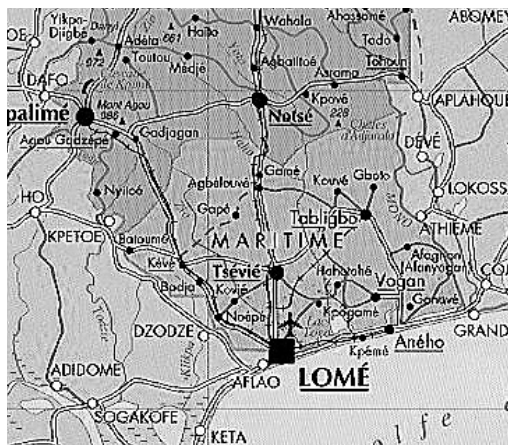


図3：トーゴ共和国南部

<典拠> 'Media Status Report : Togo'
<http://www.gret.org/parma/uk2/ressource/edm/image/cartetogo.jpg> 2010年9月8日閲覧・取得

口400人程度の小さな村で、小規模農業による自給自足的な経済に依存しており、診療所や医療スタッフを独自に持つことのできない状況にある。ここでもフィールド・オペレーターが密な連絡と監視にあたっているが、村全体の意識に変化の兆しが見え始めたのは最近のことであり、DAHWの代表が自ら出向いたり、村人の要求を実現（無料での診察や治療）したりすることで、確固たる信頼関係を築くにはまだ時間が掛かるように思われる。

Tsvie病院は、Maritime Districtで唯一の地域中央総合病院であることから、今日でも感染症の代表であるハンセン病（leprosy）や結核（tuberculosis）の患者も受け入れているが、トーゴ政府（厚生省）の理解の下で、DAHWとHandicap Internationalが共同で支援しているブルーリ潰瘍対策が整った唯一のモデル地域病院である。さらに、この病院は2009年度神戸国際大学ブルーリ潰瘍子ども教育基金による病院内教育プログラムの対象病院でもある（写真1）。もちろん、治療中であるために入院患者が院外に出ることができない場合でも基礎教育を中断しないためのプログラムであるが、歩行可能になった子どもたちは、近隣の小学校に通学できて、他の子どもたちと交流することも可能にするものである。入院期間によって通学期間は、一定ではないが、多くの場合が1ヶ月から3ヶ月が平均的である。しかし、なかには入院期間が1年に及ぶ場合もあり、それらの子どもたちのなかには高いレベルの成績を治めている者もいる。

トーゴの場合の最大の問題は、国家厚生プログラムは存在し、予算を計上されてはいるものの、対策費は皆無であることである。そのために政府が実施プログラムを策定することは困難で、実質的には支援団体がプログラムを提案し、資金を投入して対策を実施しているのが現状である。本来ならば、医療施設（建物）費や人件費は、国家が負担し、医療機器や薬品など直接医療に拘る部分を支援団体が提供することになっているが、「箱物」も支援団体の寄附で建て



写真1：Tsvie地域中央病院視察内の教育施設

筆者撮影

Project SCOBUとDAHWが共同で支援を実施している病院内の教育施設。

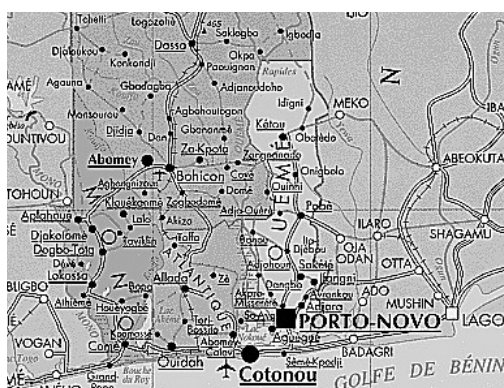


図4：ベナン共和国南部

< 典拠 > ' IZF.net '

http://www.izf.net/affiche_oscar.php?num_page=3483

2010年9月8日閲覧・取得

られている場合も多い。このようにトーゴにおける啓蒙活動は、政府の積極的な取り組みや海外支援団体による効果的な（一時的な支援ではなく、将来を見据えた医療制度創り）支援が必要であり、西アフリカ各国が抱えた事情も一様でないなかでの活動の難しさも露呈しているのである。

本年度の調査の対象になったもうひとつの国は、隣国のベナンである。ブルーリ潰瘍対策で最も効果を挙げているとされる同国を調査・視察することは、今後の支援活動に大きな意義を持つからであった。医療関係の支援が中心であるWHO関連の欧米NGO/NPO団体とは異なり、Project SCOBUの神戸国際大学ブルーリ潰瘍子ども教育基金では、4年前から罹患率の高い子どもたちを対象に試験的実験プログラム(pilot program)である病院内教育を支援・推進してきた。ブルーリ潰瘍の患者には、1～6ヶ月の入院を余儀なくされる。少なくとも、ベナンにおいて、ハンセン病に効果的とされてきた抗生物質であるストレプトマイシン(*Streptomycin*)とリファンピン(*Rifampin*)を併用して投与することがブルーリ潰瘍に安価で効果的な治療法であることが確認される(2005～2007年²²⁾までは、外科的処置のみに依存せざるを得なかった。このことは、労働集約的な農業依存型の地方経済地域からの患者にとって入院期間の長さが日常生活や学校教育の妨げとなっていた。特に、国家厚生プログラムの不在、資金不足による啓蒙活動の遅滞、伝統的原始信仰の存在は、治療を遅らせ、いたずらに病症を悪化させる結果、外科手術のみしか治療方法が残されていない場合は、入院期間が長期化し、教育の中断を余儀なくされてきたのである。

リハビリテーションの重要性は、かなり以前から注目されており、事実各支援団体の資本投入の対象ともなってきた。今日では、西アフリカ各国の行政区域の中心病院にリハビリテーション施設が小規模ながらも併設している場合が多い。10年前のProject SCOBUによる第1回現地調査では、このような施設どころか手術室さえも不十分な状態であった。したがって、施設面のみを概観すると、徐々にではあるが拡充しつつあると言える。しかし、2010年度の調査でも分かるように、施設を有効利用できる技術専門家が少ない点は、西アフリカに共通する問題点である。ここにリハビリテーションを中心とする支援の意義が存在するのである。

治癒後の就学・就労復帰を含む「社会復帰」支援を目指してきたProject SCOBUが、2010年度からの教育支援の追加目標としてリハビリテーションの分野での教育支援を掲げている理由は、先にも述べたように、蔓延地域の社会では未だに罹患そのものが社会生活の障害となってい

22) 2003年頃までに抗生物質の効果については、WHOブルーリ潰瘍対策会議で報告されていたが、2005年にベナン共和国は、その治療法に関して懐疑的な意見もあったなかで、国家厚生プログラムの中に、抗生物質によるブルーリ潰瘍の治療法を採用し、2007年までには他の研究グループによる研究成果にも支えられてスター・ケースとして2009年のブルーリ潰瘍年次大会をWHOジュネーブ本部以外ではじめて主催し、10年前に採択されたヤムスクロ宣言に代わって、これまでの研究成果を踏まえたコトヌー宣言の採択に漕ぎ着けている。

るからである。

そこで次章では、ブルーリ潰瘍問題に対するリハビリテーションからの視点に注目し、第2章に引き続きフィールド調査及び国際会議（WHO Annual Meeting on Buruli ulcer）でのリハビリテーションに関する報告をもとに、リハビリテーション分野における現状と課題についての分析を試みることにする。

リハビリテーション分野の視点から

リハビリテーション（rehabilitation）という言葉の意味には、良好な健康や仕事ができるような状態を取り戻すこと、破産した事業などが、よい経営管理状態を取り戻すこと、ある人の評判や信望を回復すること、公式の資格、身分、地位、権利、基本的人権などを回復すること、という意味が掲げられている。現在では、身体的あるいは精神的な機能障害のため、通常の世界生活を営むことが困難な人々に対して、医学的治療と訓練、教育、経済的あるいは社会的援助を通して、生活に必要な機能の回復を図るという見方が定着している。一般的にリハビリテーションは、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーションに分類されているが、これらが相互に重なり合いかつ包括的に行われることによって、良好なリハビリテーション効果をもたらすことになる。

医学的リハビリテーションにおいてリハビリテーション医学という言葉が1950年代前半に現れ、1960年代後半になって急速に広まった。ラスク博士（アメリカ²³⁾は1964年に、「慢性の疾患や障害のリハビリテーションは、単に一連の回復のための技術で成り立っているわけではなく、それは医学的責任であるという哲学である。この責任を引き受けることの失敗が意味するのは、多くの軽度の障害の者が、ついには重度の障害となり、まったく依存した者になることである。早い段階における障害を無視することで、早期リハビリテーションプログラムよりも、多くの費用を要することになる。早期リハビリテーションプログラムは、個人の自立機能を回復させるだろう」と述べている。

医学的リハビリテーションには、生体力学的アプローチと発達のアプローチ、リハビリテーション的アプローチがある。生体力学的アプローチについて説明すると、運動学と運動力学によって身体運動を分析し、機能的状態との関連を検討する。関節可動域、筋力、運動協調性などの障害に対して、薬物療法や手術、義肢や装具の利用、理学療法、作業療法を行う。目標は、機能回

23) Howard A. Rusk (1901 - 89)。戦後まもなくニューヨーク大学リハビリテーション医学研究所を創設し、教授・所長となっており、リハビリテーション医学の基礎づくりと発展に大きな功績を残した。

復や機能の代償をもって改善とする点にある。リハビリテーションの手段の一つである理学療法とは、物理医学の領域において発展し、その諸手段は自然界にある物理的刺激を生体に与えて、生理的反応を引き出し病的反応を抑制する治療、手段である。

理学療法は、運動療法、温熱、寒冷、水、マッサージ、電気刺激などを用いる身体的治療の科学および技術であり、その治療目的は鎮痛、循環促進、能力低下の予防と矯正、筋力や柔軟性、運動協調性などの回復である。

運動療法は、運動麻痺や異常運動などの原疾患に直接起因する機能障害の治療と、過度の安静や誤った用い方によって起こる廃用症候群や誤用症候群と呼ばれる二次的障害を予防するため、良肢位、姿勢の保持とともに早期から行われる。運動療法の基本は他動運動、自動介助運動、自動運動、抵抗運動に分けられる。運動療法は、運動障害に直接アプローチできる方法と考えられる。障害と運動療法との関係を考えて、第1はBody Functions and Structures (心身機能・身体構造) に対するアプローチである。その方法としては、関節可動域運動、筋力増強運動、伸張運動などがある。第2はActivity (活動) に対するアプローチであり、日常生活動作 (activities of daily living: ADL) そのものを改善する方法、補装具や福祉用具などの使用に伴う運動療法、基本動作に対するアプローチなどがある。第3のParticipation (参加) に対しては、発達の促進や地域・職場復帰後の機能及び能力低下の予防ならびに維持などがある。

本論での報告や考察は、リハビリテーションの一部である理学療法について行うものとする。

1. 西アフリカ地域のリハビリテーションの実態

トーゴのTsevie地域中央病院、ベナンのAllada医療センター、Zagnanado医療センター、Lalo医療センターのリハビリ施設を見学した状況では、機能訓練室が設置されており、大きさは施設により多少の差はあるが70~80㎡と思われる。訓練機器や器具については、見学した施設すべてに同じものではないが、ガスリースミス、平行棒、治療ベッド、プラットホーム訓練台、姿勢矯正用鏡、練習用階段、肋木、エルゴメーター等の訓練機器、バルーン、鉄アレイ、セラバンド、セラプラスト、血圧計、赤外線治療器、低周波治療器、足部マッサージ器などもあり、訓練環境は問題ないといえるだろう。トーゴのTsevie地域中央病院での訓練場面を見学した状況では、訓練用階段を使ってセルフで歩行練習を行っている患者、療法士とマンツーマンで治療を行っている場面を見学することができた(写真2)。療法士とマンツーマンで治療を行っていた小児ブルリー潰瘍患者は、4週間の抗生物質投与治療を行ったが左側胸部に傷が残ってしまったため、外科手術を施工し包帯を巻いて傷の治療を行いながら理学療法を行っている状況であった。体幹は軽度左に側屈し肩関節屈曲、肘関節伸展に拘縮²⁴⁾...次頁参照を認めていた。これに対して理学療法は、患者に両手を組ませて療法士が介助しながらゆっくりと手を前方に誘導し、痛みを和らげ

ながら肩関節の屈曲、肘関節の伸展運動を行い（いわゆる自動運動を主とした関節可動域訓練）、理学療法はおおよそ一人に20分程度行われていた。ベナンのAllada医療センターでは、3人の理学療法士が他動的な関節可動域訓練や筋力強化訓練を行い、その後ガスリースミス訓練台でスリングや滑車、ロープ、砂袋を用いて持続ストレッチを行っていた（写真3）。理学療法士が外へ出ていて不在のときは、看護師がそれぞれの患者の自主訓練ができているか見て回っている。Zagnanado医療センターでは、理学療法士はおらず、看護師がイタリア人の技術者から指導を受けて、関節可動域訓練を徒手で行い、その他にも拘縮関節に砂袋を用いて持続伸張を行っていた。Lalo医療センターでも理学療法士はおらず、地元の技術者がイタリア人の技術者から指導を受けて訓練用のスプリントを塩化ビニールの水道管を加工して作成し、拘縮関節の持続伸張訓練に使用していた。また、ゴムチューブを用いて関節筋の筋力強化運動も行っていた。このように徒手による関節可動域訓練、筋力増強訓練が中心であるが、拘縮に対して滑車や重錘等を用いた器具による持続伸張訓練が多く行われている現状である。トーゴ共和国、ベナン共和国においては、理学療法士の数は少なく、看護師や機械技師などが外国からのボランティアの理学療法士の指導を受けて訓練を実施している状況であった。



写真2：Tsevie地域中央病院のリハビリの様子
筆者撮影

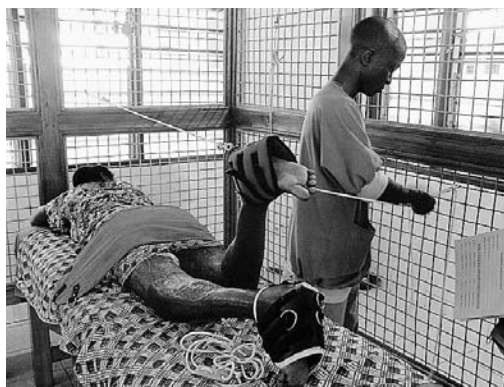


写真3：Allada医療センター内のリハビリの様子
筆者撮影

Tchekpo-Dove村の診療所では、19症例について機能障害の状況について評価することができ

24) 拘縮 (contracture) と強直 (ankylosis)

皮膚、筋などの関節構成体外の軟部組織に変化が起こって関節が一定の肢位に固定し、または一定の方向に運動を制限された状態を関節拘縮という。これに対して、関節強直とは、関節軟骨、関節端、関節包、靭帯などの関節構成体そのものの変化により関節が持続的に強制肢位をとる状態をさす。拘縮は関節運動制限の原因所在により皮膚性、筋性、結合織性、神経性などに分類される。強直は、滑膜、関節包靭帯などの関節周囲組織に原因する関節包性のもと、全関節面が結合織性あるいは骨性に癒着して生ずる結合織性あるいは骨性強直とがある。

た。男性7例、女性12例、平均年齢10.13歳(不明3例は除外)、治療中の傷を認める者7例(上肢4例、下肢3例)、浮腫を認める者5例(上肢3例、下肢2例)、皮膚の瘢痕形成を認める者15例(下肢8例、上肢5例、体幹2例)、関節の運動制限を認める者7例(上肢4例、下肢3例)、切断者は0であった。関節の運動制限を認める7例の内強直は2例である。強直部位は、足関節、肘関節、手関節でありいずれも広範な皮膚移植の瘢痕があり、術後の安静と皮膚の瘢痕形成によるものが原因と考えられる(写真4)。拘縮を呈していた5例の関節最終域感では、弾力性を示すものであり、機能訓練の対象になりえると考えられる。また、治療中の傷を認める者の内傷が小さい者は、関節運動制限は認められず、早期発見・早期治療が重要であることが考えられる。



写真4：外科手術を行ったが、障がいが残った症例
筆者撮影
その他の施設やリハビリの様子などについては、「顧みられない熱帯病・ブルーリ潰瘍問題調査報告」<http://www.arsvi.com/2010/1006nt.htm>参照。

2. 世界ブルーリ潰瘍イニシアティブ会議報告

2010年3月22日から24日の3日間、スイスのジュネーブのWHO本部においてWHO Annual Meeting on Buruli Ulcerが開催された。発見、治療、そして生活機能障害予防の3つのメインテーマに、アフリカ諸国、ヨーロッパ、北米、オーストラリア、そして日本などから多数が参加して活発な意見交換が行われた。

現在のところ、ブルーリ潰瘍の病原菌であるマイコバクテリウム・アルセランスの培養は難しく、ワクチンの開発には至っていない。しかし、近年、中心的治療法であった病巣切除術と皮膚移植に加え、抗生物質治療が多く行われるようになり、患者の身体的負担はかなり軽減されるようになっている。しかし、あくまでも適応は皮膚表面の潰瘍が直径5 cm以下のカテゴリー1に限られており、手術による治療がなくなったわけではない²⁵⁾。手術では、病巣の大小にかかわらず、切除し、移植するという過程をたどるため、皮膚、筋、腱といった軟部組織の弾力性は損なわれ、結果、四肢の運動性が低下し、様々な活動が低下することになる。

今回のWHO Annual Meetingにおいても、セッションの一つとして「Prevention of Disability

25) カテゴリー1とは、病巣部の直径が5 cm以下のものを指す。カテゴリー2とは、病巣部が5 cm以上のものである。カテゴリー1・2が複数存在するものをカテゴリー3と位置づけている。

（POD）」があり、各国での取り組みについて報告があった。

軟部組織の損傷によって生じる拘縮が機能的障害の原因となることは周知の事実であるが、Fisherは臨床的観察から機能的障害による不動が組織の変性を生じさせ、変形につながり、外観上問題を引き起こすという負の連鎖を問題として挙げている。彼は、その最初の原因となる拘縮について肘、膝関節の屈曲、手関節の掌屈、足関節の底屈が臨床的に多いことに注目し、拘縮の要素を直接的な短縮、間接的な短縮、主動筋 - 拮抗筋バランスの障害、骨の障害による変形、軟部組織の障害による間接的な変形の5つに分類している。手術法の進歩とともに拘縮に対する手術も行われるようになってきているが、患者に対して身体的負担・苦痛を与えることには変わりはない。よって、いかに拘縮を生じないように、または機能障害が生じない程度に抑えるかが課題である。

PODがブルーリ潰瘍患者の治療の要素として欠くことができないというのは共通認識であるが、今回の報告で多くに共通して見られたことは、病院と各地域の保健センターといった場所のみでの活動では実際的ではないということである。Fisherも述べているように、退院後、家庭に戻ってからの不動が機能障害を悪化させ、変形進行につながり、日常生活に問題が生じている実態から、各村レベルでのフォローアップが重要な要素であるとの報告が多かった。そのためには、医師、看護師などのPODの意識の向上、啓蒙活動、理学療法士の技術レベルの向上が必要な3要素であるとImposらは述べている。また、Simonetらは、各村と保健センターの連携を担っている保健師やフィールド・オペレーターなどの役割が重要であると述べている。彼女らは、2006年にブルーリ潰瘍の発見と鑑別、ならびに活動が機能障害の予防につながることを1日の講習会によって指導した。結果、ブルーリ潰瘍の発見率は向上したが、機能障害の予防にはほとんど寄与していなかったとしている。それをもとに、今後の課題として家族基盤型のケースマネジメント、フィールド・オペレーターに対するPOD教育、そして各施設、職種間の連携フローチャート作成の必要性の3つを挙げている。

Lehmanらは3日間のPOD訓練プログラムを医師、看護師、地域の保健師、患者、家族混合で実施した。彼女は、これまでの評価が理学療法士、作業療法士などの専門化を対象とした複雑な内容が多く、トレーニングをしても22%の結果は不適切であり、その内容も拘縮の評価が中心であったことを指摘し、それがPODが地域で拡張しない一つの原因と考えた。そこで、誰でも評価できることを基本に訓練プログラムを考え²⁶⁾、4ヵ月後にその効果をプログラム非実施地域との比較で検討し、簡単な評価方法がPODに有効であったと報告している。すなわち、LOMの早期発見が重要であるということである。また、彼女はこれまでのマニュアルやガイドラインが難

26) 例えば、LOM (Loss of Movement) を発見する方法として、非手術側との比較。

しく、患者や家族を含めた誰もが理解しやすいマニュアルがPODに必要であるとし、1ページのシェーマも作成している。

Chinaは、ブルーリ潰瘍に対する様々な組織が設立し、疾患そのものに対する理解も進み、その結果治療も受けやすくなりつつあると述べているが、反面、地域のスタッフのPODに対する理解度には差があり、今後の課題として教育システムの確立を挙げている。

Tchokouagolは、PODにはハイレベルの理学療法が必要であるとしている。彼は、新規患者に対する理学療法士の基本的評価と早期のマネジメント、患者、特に子どもに対する訓練意欲を向上させる取り組み、理学療法士の継続的な理学療法の必要性を挙げている。

発見、治療、機能障害予防の3本柱で行われたMeetingであったが、今後、Project SCOBUの取り組みのなかでもPODに対する取り組みをどう取り入れるかが、一つの課題であるとする。第2章・第3章で述べたように、現地の状況を垣間見たとき、治療に加え、幅広い分野(包括的)での支援は必要不可欠である。次章では、教育とリハビリテーションの分野が、どのような貢献・役割を果たしているのか考えていきたい。

教育・リハビリテーション分野の役割

本章では、「子ども」「教育」「就学・就労」「リハビリテーション」という視点から、ブルーリ潰瘍に対する教育・リハビリテーション分野の貢献・役割について考察する。

ブルーリ潰瘍の罹患者の多くは子どもであり、約7割を占めるともいわれている。罹患した子どもたちが、完治後すぐに就学復帰できるとは限らない。その原因には、治療費による家計の圧迫から経済的な理由で教育機会を失うことや、病気についての適切な情報の欠如や治療の過程で残る後遺症などから偏見・差別や活動障害によって復帰できないケースなどがある。経済的な理由については、政府やNGOなどの支援や、圧迫した家計改善によって解決できる可能性が高いが、後遺症は治療後のリハビリテーションによる機能改善に向けた指導が重要である。

「人間の安全保障」に対する取り組みのなかで、基礎教育の重要性についてアマルティア・セン(Amartya Sen)²⁷⁾は、基礎教育を受けていないがために、以下のような項目が問題として浮き上がってくると指摘している。

27) インドの経済学者。1998年にノーベル経済学賞を受賞。貧困と飢餓の研究をはじめとし、潜在能力や人間開発指標など数多くの研究の基盤となる功績を残している。2001年1月には、緒方貞子氏と共に「人間の安全保障委員会」の共同議長を務める。

- ・読み書きや計算などができなければそれだけで生活が著しく損なわれる。
- ・グローバルに展開される取引において、利益を損なう可能性が高い。
- ・法的権利に対する理解が無知になり、権利の主張を行うことができない。
- ・政治的な発言力、意思決定の機会を奪われる。
- ・専門の保健教育より、一般の学校教育の方が、健康問題に対して有効的である。そのため、学校教育を受けることができなければ、一般的な健康に関する知識を得ることができない。²⁸⁾

アマルティア・センが考えるように「基礎教育」は、最も根本的・根源的な問題を解決するのに必要なことである。「基礎教育」は生活の向上、人生の選択肢を増やし、貧困解決の有力な手法となる可能性を秘めているといえるだろう。

前述したように、Project SCOBUは教育分野への支援アプローチを、ベナン・トーゴで近年積極的に実施してきた。教育分野へのアプローチは、能力向上など、国の将来を担う子どもたちを育てるためにも重要な支援なのである。さらに、人々が生きていく上で、選択する上で重要となってくる情報（社会・経済、法律・権利など）への理解を高めるためにも必要となるだろう。医療問題においていえば、その疾病がどのようなものであるのか、予防するにはどのようにする必要があるのであるのか、どのような処置・治療が必要となるのか、治療費はどのくらいかかるのかなど、適切な情報提供・理解が選択の幅を広げる結果をもたらす。国によっては、対策が必要不可欠とされる疾病は治療費が無料となるケースや、それまではいかなくても、特定の病院、地域ではNGO支援によって、治療にかかる費用が軽減（または無料）されることもありうるのである。こういった情報を選択できるためにも、教育分野へのアプローチは重要であるといえるだろう。

また、教育分野への支援は、上述したような「子どもへの教育」のみならず、「医療スタッフへの教育」も挙げることができる。リハビリテーションにおいては、医療スタッフのトレーニング・育成は急務であり、どのようにしてリハビリテーションの必要性を周知させていくのか、現地にある器具で何ができるのかなど、その地域の状況に応じた対応も必要である。リハビリテーション分野への支援の拡充は、単に機能不全に陥った患部を正常な機能に回復させるだけでなく、就学・就労復帰をどのようにして成し遂げていくのかという社会全体を見据えた役割を担うのである。そのためにも、病院内での初等教育や職業訓練・作業訓練といったアプローチは重要なのである。

28) アマルティア・セン著 東郷えりか訳 (2006)『人間の安全保障』集英社、14 - 15、28ページ。

結論

国際的な支援は、国際機関や政府だけの政策（援助）だけでなく、NGOによる活動も重要視される。感染症分野においても、機動力や情報面などの多岐にわたり、NGOの活動が重要となっている。しかし、感染症分野への多くの援助は、どうしても医療的なものに集中してしまう傾向が強い。それは医療で病気を完治させることが最重要とされているからである。しかし実際には、治療が終わってからもアフリカなどの貧困国では、社会的・経済的などの援助が必要となる。アフリカなどでは、治療費が支払えず、たとえ支払えたとしても、その後の生活に支障をきたすケースが多数である。こういった医療後の社会的・経済的な分野に対しては、国際機関や政府、多くのNGOは対策を講じることができていないのが現状である。

多岐にわたる国際的な問題に対する支援は、単にその分野だけの支援を行えば問題が解決・改善されるものではない。「固有要因」が示すように、社会や経済、宗教、習慣、制度、政策など多様な要因への理解・対応は、どの分野の支援を実施する場合も考慮しなければならない。対象の地域となる固有要因の調査、その情報を活かした支援プログラムの作成が重要となるだろう。

本論では、トーゴ・ベナン両国のフィールド調査をもとに、感染症分野の教育・リハビリテーション支援の現状について、ブルーリ潰瘍を事例として考察してきた。このような両国の実情・支援実態をもとに、今後さらにProject SCOBUがどのような支援を行える可能性があるのか模索してみると、トーゴの場合は、DAHWとの教育支援に加えて、Handicap Internationalとの理学療法の分野における支援が可能である。ベナンの場合は、理学療法に必要な施設や機器が揃っている病院もあるが、Lalo医療センターのように理学療法助手と技師の手作りの機器で治療を行っている場合もある。

具体的にはどのようなことが可能なのだろうか。例えば、リハビリテーション学部による理学療法の支援の可能性が考えられる。現地スタッフとの1ヶ月間の共同作業を通して、実質的な技術移行を行うことや、現地の理学療法士を日本に招き、身体の機能や構造の障害、活動の制限に対する理学療法の教育、日本における社会参加までのプログラムをみてもらい、現地へ戻って現地の社会・医療情勢にあったプログラムの構築とセラピストの指導的立場となる人材を育成するためのプログラムの展開も考えられる。将来的にはインターンシップ形式による実習をトーゴで行うことも可能だろう。また、治療法の指導のみならず、機器の寄贈も視野に入れて、活動の拡大を図ることは、機器の整っていない病院には効果的だろう。これらのことを可能にするためにも、Project SCOBUによるトーゴ、ベナンの固有要因調査、政府や現地ボランティア団体からの情報収集を行うことが重要である。

近年のリハビリテーション医学はQOL（quality of life）すなわち生活の質の向上に向けられ

てきた。QOLに立脚した自立生活を送ることを望んでいる。理学療法の究極の目的は、障害者の毎日繰り返される基本的動作能力の回復に置かれている。しかし、機能障害だけに向けられていたリハビリテーション医療から障害者の生活の自立に向けた全人間的復権の理念に基づいた考えが主流を成してきている。トーゴ、ベナンの社会背景や社会構造、また一般市民の考えや生活様式・ニーズ等が十分理解できていない状況でこれらの国のリハビリテーションについて本論で論ずることには無理があると考ええる。しかし今回の視察から言えることは、現地の療法士に関節拘縮の予防及び拘縮改善等の運動機能障害に対する理学療法技術の移転を行うことが必要と思われる。また、すでに整備されている機能訓練室や機械器具を有効に活用する手段や方法を指導することでADLに支障をきたす関節運動制限を防止することが必要ではないだろうか。現地でのさらなるフィールド調査が切要であるが、医療施設退院後の障害予防プログラムの策定に対する支援は、教育とリハビリテーションを基調とした国際支援の今後の重要な課題でもある。

我国の理学療法の発展においても、欧米の理学療法士の指導の影響を受け、当初は模倣することからはじめ、現在では技術の根拠を追求するまでに至っている。西アフリカ諸国に対するリハビリテーションの技術支援には、「技術供与」は短期的な解決策として重要である。しかし、同時に技術開発を可能にする人材の育成にこそ自立の道があることも認識しておくべきである。

参考文献

- アマルティア・セン著、東郷えりか訳（2006）『人間の安全保障』集英社
- 落合雄彦（2002）「アフリカにおける民主主義の特徴と課題」『民主的な国づくりへの支援に向けて ガバナンス強化を中心に』国際協力事業団・国際協力総合研修所
- 国際開発高等教育機構（2009）「アフリカ開発の新しいアプローチ：社会起業」国際開発高等教育機構
- 久野研二・中西由起子（2004）『リハビリテーション国際協力入門』三輪書店
- 佐藤寛（1995）「「社会の固有要因」とはどのようなものか」佐藤寛編『援助と社会の固有要因』アジア経済研究所
- 下村雄紀、藤倉哲哉、新山智基、福西和幸、圓純一郎（2009）「ブルーリ潰瘍問題に対する小規模NGO支援の可能性：Project SCOBUの事例」『神戸国際大学紀要』神戸国際大学、第77号
- 武富由雄（1997）『理学療法のルーツ その継承と新たな創造のために』メディカルプレス
- 中村隆一編（2006）『入門リハビリテーション概論 第6版』医歯薬出版
- 奈良勲編（2007）『理学療法概論 第5版』医歯薬出版
- 新山智基（2009）「ブルーリ潰瘍問題をめぐる国際NGOの動向 神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクトの果たしてきた役割を中心に」『コア・エシックス』立命館大学大学院先

端総合学術研究科、Vol .5

新山智基 (2010) 「顧みられない熱帯病・ブルーリ潰瘍問題における医療NGOの展開 市民社会を
手掛かりとして」立命館大学生存学研究センター編『生存学』生活書院、Vol .2

新山智基 (2010) 「感染地域の社会経済的現状とWHO、医療中心型援助の限界 ブルーリ潰瘍の
事例」『コア・エシックス』立命館大学大学院先端総合学術研究科、Vol .6

安田信之 (2006) 「法制度の国際的均質化と途上国・移行国」西川潤・高橋基樹 他編『国際開
発とグローバリゼーション』日本評論社

吉尾雅春編 (2006) 『運動療法学 総論 (標準理学療法学 専門分野) 第2版』医学書院

H.E. シゲリスト著、松藤元訳 (1973) 『文明と病気 (上)』岩波書店

Kingsley Asiedu and Samuel Etuafi (1998) *Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in
Ghana: A Three-Year Review*, American Journal of Medicine and Hygiene, Vol 56 No 6

L. Lehman, V. Simonet, P. Saunderson, P. Agbenorku (2006) *Buruli Ulcer: Prevention of
Disability (Pod)*, World Health Organization

Pierre Legrand, (2001) “What Legal Transplants?” in Nelken/Feest (ed.)

Simonet, Valérie (2008) *Prevention of disability in Buruli ulcer: basic rehabilitation-Practical
field guide*, World Health Organization

Stienstra Y, Dijkstra PU *et al.* (2004) *Development of a questionnaire assessing Buruli ulcer–
induced functional limitation*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Vol 70
No 3

Stienstra Y, van Roest MH *et al.* (2005) *Factors associated with functional limitations and
subsequent employment or schooling in Buruli ulcer patients*, Tropical Medicine and Interna-
tional Health, Vol .10 No .12

United Nations Children's Fund (2009) *The State of the World's Children Special Edition :
Celebrating 20 Years of the Convention on the Rights of the Child (Statistical Tables)*, United
Nations Plaza.

World Health Organization (2010) *WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer*

Yuki Shimomura, Tomoki Niiyama “Project SCOBUR, Kobe International University” WHO
Annual Meeting on Buruli ulcer, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland, 22 to 24
March 2010

参考Webサイト

「外務省（トーゴ共和国）」<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/togo/data.html>

「外務省（ベナン共和国）」<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/benin/data.html>

「顧みられない熱帯病・ブルーリ潰瘍問題調査報告」<http://www.arsvi.com/2010/1006nt.htm>

‘ African Development Bank ’ <http://www.afdb.org/en/countries/west-africa/>