

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

新山智基^χ、福西和幸^δ、下村雄紀^α、藤倉哲哉^β、
圓純一郎^ε

はじめに

近年、顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases) として位置づけられているブルーリ潰瘍 (Buruli Ulcer) 問題への取り組みは、世界保健機関 (World Health Organization : WHO) をはじめ、(感染流行国) 政府、NGOが協同しながら、問題解決に向けた対策および研究が進められている。一連の活動が本格化したのは、1998年にグローバルブルーリ潰瘍イニシアティブ (Global Buruli Ulcer Initiative : GBUI) が設立されたことが契機となった。以降、1998年に採択されたヤムスコロ宣言や、2004年に世界保健総会 (World Health Assembly) で採択された研究と治療の確立を加速させるための決議 (WHA57.1)¹⁾、そして、2009年3月にベニン共和国 (以降、ベニンとする) で開催された国際会議で採択されたコトヌー宣言に至る10年間の成果が挙げられる。

この間、WHOのリーダーシップの下で、流行国現地での実際の支援活動はNGOなどの各国の支援団体が行い、重要な役割を果たしてきた。アネスヴァッド財団 (ANESVAD Foundation、スペイン) や日本財団をはじめとする、GBUI設立当初から国際会議の運営や、流行国政府のブルーリ潰瘍対策プログラム (National Buruli Ulcer Control Programm) 全体に関わるマクロ規模の支援に携わる団体から、罹患者の治療、治癒後の個別支援に携わるミクロ規模な支援団体が存在する。本論で考察する本学のブルーリ潰瘍支援団体である「神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト (以降、Project SCOBUとする)」²⁾ は、ミクロ規模の支援に携わる小規模NGOに位置づけることができる。1999年の発足以来、現在までに7カ国にわたる医療支援や教育支援を実施してきた。Project SCOBUを分析することで、ブルーリ潰瘍問題に取り組む小規模支援団体のパイロットケースを明示し、小規模NGOの重要・可能性について明らかにすることを目的とする。

^α 神戸国際大学経済学部教授、^β 神戸国際大学経済学部准教授、^χ 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) ^δ 神戸国際大学非常勤講師、^ε 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科人体がん病理学博士課程 (国立療養所星塚園作業療法士)

- 1) Resolution WHA57.1. Surveillance and control of Mycobacterium ulcerans disease (Buruli ulcer). In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17-22 May 2004. Resolutions and decisions, Annexes. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
- 2) 神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクトは、難病に苦しむアフリカの子供たちを支援するために、1999年にキャンパスNGOとして発足し、その後今日に至るまで小規模ながら活発な活動を続けている。本プロジェクトについては、<<http://www.kobe-kiu.ac.jp/~buruli/index.html>>を参照のこと。

本論では、まず第1章でブルーリ潰瘍問題を取り巻く現状として、治療面や研究の進捗状況を明らかにし、第2章では実際にProject SCOBUSが2009年3月に実施した西アフリカ地域のガーナ共和国（以降、ガーナとする）、トーゴ共和国（以降、トーゴとする）でのフィールドワークをもとに、実情を把握する。第3章では、近年のブルーリ潰瘍問題における重要な出来事であるコトヌー宣言採択の意義と課題について分析を試みる。そして、第4章・第5章で、Project SCOBUSの活動、団体の特徴ともいえる小規模NGO支援の可能性について考察する。

I ブルーリ潰瘍問題を取り巻く現状

1. ブルーリ潰瘍とは

ブルーリ潰瘍は、マイコバクテリウム・アルセランス (*Mycobacterium Ulcerans*) の感染によって発症する慢性皮膚抗酸菌症の一種である。発症するとマイコバクテリウム・アルセランスが産生する毒性脂質であるマイコラクトン (*Mycolacton*) が皮膚に深い潰瘍をつくり、病状の進行とともに潰瘍は深大化する。(写真1・2) WHOの統計によると下肢に潰瘍が出現する症例がおよそ60%を占めている³⁾。治療を施さない場合、身体のあらゆる部位に潰瘍が転移し、骨組織を侵す場合もある。潰瘍そのものは無痛であることが特徴である⁴⁾。

写真1 ブルーリ潰瘍症例
(ガーナ：下肢)



写真2 ブルーリ潰瘍症例
(ガーナ：下腕)



写真1・2共に新山智基撮影(2009年3月ガーナ・テバ医療センター)

これまで、西アフリカ諸国や東南アジア・オセアニアなどを中心とした32の国と地域からブルーリ潰瘍の症例が報告されている。(図1) 近年ではガーナやベニンで毎年1000人程度の新発患者が報告されている。しかし、ブルーリ潰瘍の症例が報告されている国々の多くでは治療システムが行政サイド・治療現場サイド共に確立していないために、「ブルーリ潰瘍の患者数が多い／増えている」ことは確認されているものの、正確な患者数をはじめとする基礎的データの蓄積は現在進行中である。日本においてはマイコバクテリウム・アルセランスと分子遺伝学的に近縁とされるマイコ

3) World Health Organization (2008), 'Buruli ulcer : progress report, 2004-2008' "Weekly epidemiological record" , Vol.83 No.17, p.147

4) Junichiro En, Masamichi Goto, Kazue Nakanaga, Michiyo Higashi, Norihisa Ishii, Hajime Saito, Suguru Yonezawa, Hirofumi Hamada, and Pamela L. C. Small (2008), 'Mycolactone is responsible for the painlessness of Mycobacterium ulcerans infection (Buruli ulcer) - a murine study' "Infection and Immunity" , doi:10.1128/IAI.01588-07.

バクテリウム・シンシュエンス (*Mycobacterium Shinshuense*)⁵⁾ によるブルーリ潰瘍の症例が5例報告されている⁶⁾。

図1 ブルーリ潰瘍症例報告のある国・地域



<典拠>2007年、WHO作成

現在のところ、病原菌であるマイコバクテリウム・アルセランスのヒトの体内への感染経路の全容解明には至っていない。マイコバクテリウム・アルセランスが、流れのゆるやかな川岸や池などで散見されるよどんだ水中での生物の体内や植物などで観察することができるため、これらの環境に何らかの形で関わることで菌に接触する、具体的には水生昆虫によるヒトへの刺咬を原因とする考えに基づく研究が続けられている。オーストラリアでは、蚊が菌を媒介していることが疑われるケースが報告されている。⁷⁾

2. ブルーリ潰瘍の治療

病原性抗酸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、ブルーリ潰瘍の治療に使用することができるワクチンの開発には至っていない。従ってブルーリ潰瘍の治療にあたっては、潰瘍の大小に関わらず病巣の切除手術と皮膚移植がかつては行われていた。しかし、外科手術による治療は高コストであるために、発展途上で経済的困難を抱える患者が多くを占めるブルーリ潰瘍の治療現場には向かない側面があった。そこでブルーリ潰瘍と同じ皮膚抗酸菌症であるハンセン病や皮膚結核の治療方法と同様の抗生物質 (*Antibiotics*) を使用した治療方法が模索された。後述するが臨床実験の結果、小さな潰瘍（皮膚表面における直径が5 cm以下）に対してはリファンピシン (*Rifampicin*) とステプトマイシン (*Streptomycin*) の抗生物質併剤療法で治療することが可能になった。大きな潰瘍に対しては抗生物質の使用と従来の手術による治療が併用されているが、外科的手術のみによる治療が行われていた時期と比較すると患者の体力的負担は相当軽減されたと

5) 石井則久 (2008) 『皮膚抗酸菌感染症テキスト 皮膚結核・ハンセン病・非結核性抗酸菌症』金原出版、109ページ。
 6) これまでに発表された論文・報告によれば4症例であるが、速報値として国立感染症研究所ハンセン病研究センター生体防御部（石井則久部長）は5症例を報告している。
<http://jglobal.jst.go.jp/public/20090422/200901010050665589>を参照のこと。
 7) Paul Johnson (2009), "Vector borne diseases, mosquitoes and Buruli Ulcer in Victoria, Australia", WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer, 30 March - 3 April 2009.

いえる。しかし、重篤なケースの治療のための手術によって身体運動機能が損なわれるケースが依然として存在し、そうした人々に対する理学療法を提供や社会復帰への支援といったフレームまでが、ブルーリ潰瘍の治療プロセスとして捉えられているのである。

3. ブルーリ潰瘍に対する取り組みの今後

ブルーリ潰瘍に対する取り組みは、マイコバクテリウム・アルセランスに関わる事象が未解明である部分が多いため、現状における最善の治療法に基づく臨床現場の効果的な運営方法の確立と病气そのものに対する研究の2つに大別される。ブルーリ潰瘍治療の現場においては、外科手術の技術向上や術後管理、毎日投与しなければならない抗生物質の管理と投与方法、早期発見のための啓発の在り方などが模索されている。

一方で、マイコバクテリウム・アルセランス感染症としてのブルーリ潰瘍研究においては、ワクチンの開発や病理学的解析、容易に診断可能なツールの開発や感染経路のさらなる解明、環境学的視点の導入やPCR法によるマイコバクテリウム・アルセランスの解析などが進められている。

II 感染流行地域・西アフリカの動向

1. ガーナ共和国におけるブルーリ潰瘍対策の現状と課題

WHOが、「世界ブルーリ潰瘍イニシアティブ会議」において長年にわたって、その有効性と危険性について賛否両論に分かれて激論されてきた問題に「抗生物質」がある。その使用が2年前に臨床実験でも投与効果の有効性が確認された。ガーナでは、この治療法が蔓延地域、特にかつてProject SCOBUが支援してきた地域でどのように実施され、効果を挙げているかをつぶさに見聞し、治療法の信憑性を現場で確認することが重要である。

WHOの指導要領に則って使用期間に6週間を目途に、最長で8週間投与することで、ブルーリ潰瘍の治療法に劇的な変化をもたらすとする報告がなされるようになった。

ガーナにおける蔓延地域は、首都アクラの北に位置するクマシ (Kumasi) 地域である。かつてProject SCOBUでは、アゴゴ (Agogo) 病院やセント・マーティンズ病院 (St. Martin's Catholic Hospital) を中心に支援活動を行った経験がある。2009年3月の調査では、ガーナ共和国国立 Kwame Nkrumah 科学工科大学医学部教授リチャード・フィリップス博士の招きで、同大学の大学病院や、デバ医療センター、NKAWIE・TOASE病院などの調査視察を実施した。そこでは、WHOの指導要領に従った抗生物質の投与による効果が現れているとの報告があった。表1で示しているように、ガーナ、ベニン、トーゴ、コートジボワールの西アフリカの国々では、抗生物質の治療を受けた認定患者の割合が、各国100%に達している⁸⁾。また、早期発見に関しても、カテゴリー1・2⁹⁾での症例がトーゴを除くと6割以上に達していることから、効果が現れているといえるだろう。

8) 潜在的な患者は含まれていない。

9) カテゴリー1とは、病巣部の直径が5cm以下のものを指す。カテゴリー2とは、病巣部が5cm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。

一方で、調査を通じて課題も見えてきた。財源の脆弱性は蔓延地域の共通した課題であろう。国や地区の予算も少なく、医療施設などの維持費を捻出することは容易ではない。デバ医療センターは、限られた予算のなかで、WHOなどの支援も受けながら施設を維持している状態であった。しかし、現在ではWHOの支援が打ち切れ、最低限の資源で治療を行っている。調査時も支援の延長交渉を半年もやっている状態であった。また、別の施設でもNGOの支援に依存しているケースは少なくない。

このように、WHOやNGOによる支援は、対象とする施設の重要な資源となり、重要度が増す一方で、支援が滞る事態が起これば、施設崩壊に繋がる可能性が高いことを考慮しなければならない。これは施設だけでなく、保健システム・制度などにもいえることであり、財源の確保は最優先事項である。

表1：西アフリカの国家コントロールの有効性を示す指標

指 標	ガーナ	ベニン	トーゴ	コートジボワール
人口 (100万)	20	8	5.5	20.6
症例数 (2007年)	668	1203	141	2191
10万人あたりの症例数	3.34	15.04	2.56	10.64
女性の症例 (%)	46	47	51	51
15歳以下の症例 (%)	38	43	57	55
カテゴリー 1・2の症例 (%)	59	70	7	73
PCR検査実施 (%)	28	61.5	67	10.4
抗生物質の治療を受けた患者 (%)	100	100	100	100
外科手術を受けていない患者 (%)	—	47	—	—
再発した患者 (%)	0	4	0	0
永久的な障害を持つ患者 (%)	—	—	—	—
年間予算 (ドル)	—	—	—	—

<典拠>World Health Organization (2009), "Buruli ulcer: first programme review meeting for west Africa-summary report" "Weekly epidemiological record", Vol.4 No.6, p.45.

2. トーゴ共和国におけるブルーリ潰瘍の支援活動

トーゴにおけるブルーリ潰瘍の支援活動は、西アフリカでも発展が遅れた国としての現状を反映したものである。ハンセン病、肺炎、HIV/AIDSなどの感染症と同様に、WHOやヨーロッパのNGO団体の支援なしにはブルーリ潰瘍対策に取り組めない現実がある。WHOが推奨しているプログラムを実施し、薬品や医療機器などの国際的支援を受けるためには国家プログラムが不可避であるが、その政府部内の統括部署の運営さえもNGO団体の支援なくしては、維持できないほど切迫した国家経済の疲弊が立ち塞がっているのである。このように「顧みられない熱帯病」に対する取り組みは、国家的問題としてのみ捉えることは不可能であり、その枠組みを超えた対策や支援が不可欠なのである。トーゴの場合、過去の歴史的経緯からドイツに本部を置くNGO団体であり、ハンセン病および肺炎に対して支援活動の経験をもつDAHW (Deutsche Lepra-und Tuberkulosehilfe e V、ドイツ)¹⁰⁾

10) DAHWは、Handicap Internationalやドイツ大使館とともに、資源・財源に乏しいトーゴにおけるブルーリ潰瘍対策を推進しているNGOであるが、その活動範囲は極めて広く国家レベル（厚生省）から患者が集中しがちである貧村レベルに至っている。

が中心となって、ハンディキャップ・インターナショナル（Handicap International: HI、フランス）などの団体とトーゴ政府や病院とが連携しながら、ブルーリ潰瘍対策を実施している。

では、具体的なトーゴでのDAHWとHIの実施している支援活動を見ていこう。トーゴでは、1999年からNBUGIを試みているが、不安定な国家情勢と財源から、他国と比べると十分に機能していない状態であった¹¹⁾。そこで、同国では、DAHWとHIの支援を得ることで、2007年から5ヵ年戦略計画（A 5-year strategic plan）が実施段階に入り、マリタイム（Maritime）地方をはじめとする南部の5～6地区の流行・蔓延地域を対象として、早期発見と処置活動および病気に関する知識を周知させるための啓発プログラムの強化に務めている。DAHWは抗生物質と外科的療法を提供し、HIは村単位のヘルス・ワーカーの育成や、障害予防とリハビリテーションのトレーニングなどの理学療法（physiotherapy）を中心に連携活動を展開している¹²⁾。

また、予算も関連支援ごとに分担し、例えば、理学療法に関するDAHWの予算は、HIへ渡される。HIからも治療関連予算がDAHWへと渡るように、それぞれ関連予算に応じて、予算交換を行いながら、団体の境界線を超えた連携も行われている。DAHWとHIがそれぞれ同分野の支援をするのではなく、一方が責任分野を担うことでより効果的な成果をあげている。

本計画の最終的な目標は、南部すべての地区に理学療法士を配置できるようにし、ブルーリ潰瘍やハンセン病など医療に関する情報を地域医療に関わる医療従事者でもある理学療法士が入手し易くすることで、病気の判断と早期診察を促す役割を担うことにある。現在、トーゴで、確実にブルーリ潰瘍の診断・治療のできる医師は10名以下であり、むやみに抗生物質を投与すると、他の病気を煩った場合に使用する抗生物質の効果が薄れる可能性がある。また、患者の体質や体型によっても、3種類の抗生物質の割合や分量を調整する必要もある。しかしながら、専門医の不足は現実であり、ブルーリ潰瘍に関して十分な医療知識を有し、適切な訓練を受けた理学療法士による医療補助体制の確立は、現実的な対応策の1つであり、急務でもある。

しかし、現実的であるとは言え、このシステムの確立には問題点もある。最も重要なことは、ブルーリ潰瘍であるという確実な診断ができるかどうかということである。トーゴでDAHW支部での聞き取り調査では、責任者であるフランツ・ワイデマン（Franz Wiedemann）氏は次のようにその課題について述べている。本プログラムは、あくまでもブルーリ潰瘍罹患者の早期発見が目的である。そのため、他の病気罹患であっても一度治療を開始すると治療を断ることができない。また、医者の中には、お金のない患者に他の病気であってもブルーリ潰瘍であると診断し、治療費を得ようとする者もいる。そのため、確実な診断が不可欠となるのである。さらに、医者がブルーリ潰瘍と診断し、治療・薬などを勧めると、その患者は次には来なくなる。それは、経済的な問題に加え、西洋医療に対して根強い文化的偏見が存在しているからである。初回診断時に罹患者に対して、必要な情報など（例えば、医療が無料であることなど）を提供できるようにし、患者が完治するまで通院できるような環境づくりが課題である。

11) World Health Organization(2009), 'Buruli ulcer: first programme review meeting for west Africa- summary report' "Weekly epidemiological record", Vol.84 No.6, p.46.

12) Ibid., pp.46-47.

Ⅲ 「コトヌー宣言」の意義と課題

2009年度WHO世界ブルーリ潰瘍イニシアティブ年次大会もまた極めて重要な意味を有している。この年次大会に先立って西アフリカ各国の首脳による前述の「アフリカサミット」が開催され、「コトヌー宣言」が採択されたことである。この宣言は、1998年にコートジボワールにおいて、WHOの当時の事務総長であった中島宏氏の呼び掛けで行われた西アフリカ各国の首脳による初めての「ブルーリ潰瘍に関する共同宣言（ヤムスクロ宣言）」以来となるものであり、今後のブルーリ潰瘍対策に極めて重要な意味をもつことになる。宣言文の中に各国政府や国際機関に加えて、NGO/NPOの明確な位置づけがなされたことは、ブルーリ潰瘍を取り巻く国際的な環境を如実に物語るものである。本プロジェクトも小規模ながらこの共同宣言の一角を担うことは、これまでの活動を総括し、今後の活動を維持・継続する上で新たな起点となるはずである。

ヤムスクロ宣言が意図したところは、流行が認知されながら対策が殆ど講じられてこなかったブルーリ潰瘍の諸問題を分野別に列挙し、流行国政府、WHO、研究者やNGOなどが共にこれらの問題と取り組むことを確認する点にあった。しかし、当時、ブルーリ潰瘍に関わっていた人々は、流行の最前線で細々と医療活動に従事していたり、他の皮膚抗酸菌感染症に対する取り組みを行いつつブルーリ潰瘍の症例を二次的に研究していた人々が中心であった。従って、ヤムスクロ宣言の内容もそうした人々の意見を反映したものである以上、まずは足元の問題と取り組むことが重視されていた。実際、この当時ブルーリ潰瘍の研究を進めていた専門家の数は少なく、世界保健機関のブルーリ潰瘍専門家会議を構成していたメンバーはわずか7名であった。

ヤムスクロ宣言以来10年が経過し、ブルーリ潰瘍に関わる知識の蓄積も進み、それに伴う諸問題に対する取り組みの手法が、かつてとは比較にならないほど広範な分野にわたる医療従事者やNGO/NPOを含む多様な組織によって確立されてきたことを前提として、コトヌー宣言では現在のブルーリ潰瘍がおかれている状況は劇的に改善されたことを確認している。また、宣言ではマイコバクテリウム感染症としてのブルーリ潰瘍研究のさらなる進展と、治療方法の改良、ブルーリ潰瘍に対する取り組みが先行的に行われてきたガーナやベニンで培われてきた経験に基づく治療システムの普及と改善が謳われ、これに基づいて具体的な目標年度を設定した行動指針が策定されたのである。Project SCOBUの活動も、コトヌー宣言の一翼を担ってきた団体のひとつなのである。

Ⅳ 神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト（Project SCOBU）の近年の活動

神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト（Project SCOBU）は、1999年の発足以来、国内では募金・啓発活動や、チャリティーコンサート、高等学校での講演、学会での活動報告などを、また国際的には、表2にあるような医療支援に加え、近年では教育支援に力を注ぎ、国際会議での報告も行っている¹³⁾。

13) 過去の詳しい活動実績は、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、Vol.5、251-260ページ および <http://www.kobe-kiu.ac.jp/~buruli/index.html> を参照のこと。

表2：主なProject SCOBUの国際活動実績

1999年	神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト設立 国際公開シンポジウム「難病への挑戦、ブルーリ潰瘍の子供たちを救え!」開催 [於:神戸市産業振興センター]
2000年	医療器具・洗濯機を寄付(ガーナ、Agogo Hospital) 病棟建設(コートジボワール、St Michael's Hospital) 国際公開シンポジウム「難病への挑戦、「再び」ブルーリ潰瘍の子供たちを救え!」開催 [於:神戸市産業振興センター]
2004年	啓発用Tシャツ提供(ガーナ、ベニン、コンゴ民主共和国、パプアニューギニア)
2006年	緊急支援基金提供(パプアニューギニア、Wewak Hospital) ブルーリ潰瘍こども教育基金設立(ベニン)
2007年	高等教育支援(カメルーン)
2009年	ブルーリ潰瘍こども教育基金設立(トーゴ)
2010年	フィールド・オペレーターへの支援予定(トーゴ)

※過去実施した支援活動を含む。2009年12月現在で実施されている支援活動は、「ブルーリ潰瘍こども教育基金(ベニン・トーゴ)」、「高等教育支援(カメルーン)」である。

2008年度を総括する活動は、プロジェクトとしては異例となる全行程が13日間に及ぶフィールドワークと国際会議への参加¹⁴⁾となった。前半のフィールドワークの対象となったのは、本プロジェクトの最初の支援国であり、同時に西アフリカでも最も早い時期からブルーリ潰瘍対策に取り組んできたガーナとプロジェクトSCOBU教育基金の2009年度新規対象団体となるドイツのNGO団体であるDAHWの支援活動の拠点であるトーゴである。これに対して、後半の5日間は、ベニンで開催されたWHO主催の「顧みられない熱帯病に関するアフリカサミット(African Summit on Neglected Tropical Diseases)」に参加し、「世界ブルーリ潰瘍イニシアティブ年次大会(Annual Meeting of the Global Buruli Ulcer Initiative)」にて活動報告¹⁵⁾を行うことが目的であった。

本年度フィールドワークの最大の関心は、難病のひとつとしてあらゆる角度から研究が進められてきたブルーリ潰瘍の治療法として、それまで支配的であった外科的治療に代わって、最近最も注目を集めている抗生物質使用による治療効果と国際機関および各国政府の医療対策全体に及ぼす社会教育的影響についての調査・分析を試み、本プロジェクトの今後の活動指針となる基礎資料の収集にあった。特に、ガーナにおけるブルーリ対策が3年前の第3回調査(福西和幸会員と新山智基会員)以来どのように変化したか、本年度から支援を開始するトーゴにおけるブルーリ潰瘍の対策と現状を調査すること、そしてベニンでの村レベルでの対策が2年前の調査(下村雄紀、藤倉哲哉、福西和幸、新山智基の各会員と松尾麻夜学生会員)以降、どのように進んでいるかなどが調査の焦点となった。

2009年度から新たにトーゴで実施している支援プロジェクトでは、DAHWと連携し、病院内教育(in-hospital education)のための支援を開始した。この支援に至る背景には、子どもが罹患し、入院してしまうと、その間の教育が受けられない状況にあるため、病院内でも教育を受けられるようにすることであり、治癒後のスムーズな就学復帰¹⁶⁾を支援することが目的である。また、2010年

14) 2009年3月22日から4月5日まで実施したフィールドワークと国際会議へは、執筆者5名をはじめ、本学の学生であるシュミット京子さんも参加。

15) 国際会議にて、“Project SCOBU and Annual Activity Report: Kobe International University”の報告を実施。

16) しかし、実際には治療費の高負担によって、家計を圧迫するケースが多く、退院後の修学復帰が困難となるケースも少なくない。

からは早期発見・早期治療を確立するために、フィールド・オペレーター¹⁷⁾への支援を実施する予定となっている。早期発見・早期治療の重要性は再三WHOをはじめ、多くの研究者が指摘している。しかし、実際にトーゴでの早期発見・早期治療に向けたプログラムは乏しく、資金難であった。そこで、移動手段としてバイクの購入、ガソリン代などを支援することで、フィールド・オペレーターの活動範囲を広げることを目的とした支援を実施する予定である。

さらに、今回の調査の特徴は、分野の相違から間接的な関係にとどまり、これまで独立して活動してきた国内の医学研究チームとの共同調査であろう。ハンセン病に関する研究の専門知識を活かして、ブルーリ潰瘍の神経に及ぼす影響と病理学的解析を試みている鹿児島大学大学院医歯学総合研究科の後藤正道教授の研究班との共同調査は、プロジェクト活動の今後の学際的发展を予感させるものとなった。鹿児島大学研究班との共同調査の根底には、他の「顧みられない熱帯病」と同様に、ブルーリ潰瘍に関わる医療システムの確立と維持が蔓延地域（endemic regions）の社会経済的環境の成否と密接な相互関係にあるとの認識を共有するところにある。西アフリカにおける工業先進国の非政府団体（NGO/NPO）の存在が、これまでの地域の医療制度の確立に不可欠であり、将来においても極めて重要な役割を果たすことになるとする共通認識が結びついたユニーク且つ集学的な試みである。

V 小規模NGO支援の可能性

Project SCOBUのような小規模な非政府任意団体の存在意義について言及しておく必要がある。UNESCOなどの団体と異なって非医療系でありながら、長年に渡ってWHOの専門家会議の正規参加会員である団体は稀である。しかしながら、本プロジェクトが第3回会議から主張し、認識されてきた存在意義は、熱帯病の蔓延地域での医療活動が深刻な社会経済的な要素（政治的要素を含まないとしても）と極めて密接な関係にあるからである。この章では、何故非医療系の小規模なNGOが10年もの間、医療支援活動が可能であったのか、分析を試みてみたい。

1. 小規模NGOの特徴

Project SCOBUのような小規模な団体の特徴のひとつとして、機動力に優れている点が挙げられる。問題となっている事象に関する正確な情報を得た上で、柔軟に対応策を検討し、かつ迅速に実行に移せることは、小規模な組織であることを有効に活かした特長であるといえるだろう。

また、小規模な団体であるために、その行動は把握されにくく、資金的側面から短期間のプロジェクトが多くなるため、一定地域に長期間とどまることが少なく、その影響力も短期間である。したがって、プロジェクトに対する政治的な介入や影響を受けにくいのである。

資金面においては、大規模NGOの多くは一点集中型の支援よりも幅広い支援を行えるだけの豊富な資金を有しているが、小規模NGOは資金力が小さいため、一定の分野に範囲を絞った一点集中型の支援を行う場合が多い。そのため、長期の計画に基づく大規模なプロジェクトとは異なり、

17) 遠隔地村を訪問して、患者の早期発見を行う現地職員。

取り組むべき問題の変容や現地のニーズに合わせて柔軟に対応できる短期・中期のプロジェクトの方が、少ない資金や機動力を活かした活動が行えるからである。このような比較的短期あるいは一点集中型のプロジェクトでは、機動力に優れる小規模NGOが活躍している例が多く見られる。小規模のNGOが巨額の資金を必要とする大規模プロジェクトに挑戦しようとしても、その活動も成果も分散して効率のよい支援にはなりにくいのである。

NGOはそれぞれの規模に関わらず、競って同じような支援に力を注ぐ必要はなく、それぞれの規模に相応しい活動に取り組む方が大局的な見地から効率のよい支援となるのである。言い換えれば、小規模NGOは、大規模NGOが関与していない、あるいは手が回らない分野においてその機動力を生かした支援を行うことに、存在意義があるといえるのである。

一方で、小規模な団体は、その活動や実績が周囲に認識されにくいという側面ももっている。先にも述べたように、このような団体は資金の規模が小さく、短期間のプロジェクトが多いことから、一定の地域に長期間とどまることが少なく、その活動が広範に知れ渡ることも少ない。ただ、このように団体の影響が大きくないこと、目立たないことはプロジェクトに対する政治的な介入などを受けにくいという点では長所と考えるべき側面である。

しかし、機動力だけを掲げて小規模なNGOが単独で活動しても、必ずしも有効な支援の成果が得られるとは限らない。有効な活動を実現するためには、小規模NGO・大規模NGOのそれぞれ活動の特徴を活かした連携の模索が必要である。

例えば、首藤もと子氏の「ASEAN 諸国のNGO－活動概況と国際関係」によると、大規模NGOと小規模NGOの連携には情報交換や資金援助、人材協力、技術協力、財政協力などが挙げられている。大規模NGO（または他国から支援を行っている大規模国際NGO）は国内に散在する小規模NGO（または他国から支援を行っている小規模国際NGO）の相互間の連携を推進する役割を担う。政策批判の一方で、同じネットワーク組織に属している小規模が、関連プロジェクトを地方政府と協同して行っている事例もある。また、大規模NGOは、「外圧」に対するゲートキーパー的な役割を有しており、しばしば見受けられる警察や軍当局の介入などに対応できない小規模NGOを支援するケースがそれである。小規模NGOが単独では対応できない場合に、政府との繋がりのある大規模NGOが乗り出すことで、小規模NGOの活動への介入を緩和することができる。このように政治的介入に対する小規模NGOの脆弱性は、大規模NGOとの連携によってこの活動が保障されるケースがあるとしている¹⁸⁾。

大規模NGOと小規模NGOに望まれる関係として、相互的に連携を深め、両者の持てる資源を相互に最大限活用することが挙げられる。残念ながら既存のケースでこのような連携が効果的に行われておらず、特に小規模のNGOでは単独での活動において限界に達している例が多くあると考えられる。

ブルーリ潰瘍問題に携わるNGO相互の連携は多くない。また、ブルーリ潰瘍支援を行っているなかで、Project SCOBUは最も小規模な団体である。しかし、SCOBUが一定の成果を収めているの

18) 首藤もと子(1997)「ASEAN 諸国のNGO－活動概況と国際関係」『駒澤大学政治学論集』駒澤大学、第45号、15-16ページ。

は、支援活動に関して他の機関や団体から有効なアドバイスが得られたり、資金も人材も豊かではなくとも効率のよい支援を共同で実行したりすることができる周囲との協力関係があるからである。

今後さらに感染拡大が懸念されるブルーリ潰瘍問題に取り組むためには、Project SCOBUのような小規模でも効果的な支援を行えるような多くの団体の参加が求められる。

2. 資源の効果的活用

国際支援を行う際には、国内（Project SCOBUの場合、日本）での資金獲得が必須の課題となる。特にブルーリ潰瘍のように人々に周知されていない対象に関して国際支援を行う場合、どのように自国内でこの問題について伝え、協力を得るのかということが重要となる。「顧みられない熱帯病」のように一般的に知られていない対象への支援を理解してもらい、募金などの拠出を求めることは容易ではない。Project SCOBUの活動は、任意団体ではあるものの大学の活動という信頼によって支えられている部分も大きい。一般的に継続してこのような活動をする場合、地域社会における理解と信頼を得て、連携・協力体制を確立した上で活動することが不可欠であろう。そのための活動として、Project SCOBUでは、シンポジウムやチャリティーバザール、チャリティーコンサートを開催したり、地域のイベントなどに積極的に参加したりしながら、活動に対する理解・協力を得られるように取り組んでいる。

また、活動の母体である大学においては、教育機関である点を活かした啓発活動も実施している。神戸国際大学では2000年度から2002年度にかけて、ブルーリ潰瘍に関する幅広い分野から構成された科目「総合科目Ⅵ」が開講された。これは国際協力と国際理解を進めるための講義としてオムニバス形式で展開され、国際支援の基本的理解、ブルーリ潰瘍に関する医学的問題、キリスト教的な支援の思想に加えて、ボランティア活動の企画と運営、実際の募金活動など実践を取り入れた教育が行われた。また、授業の一環として行われたボランティア活動実習で得た募金は、Project SCOBUを通じて、ガーナへの医療器具・洗濯機の寄付や、コートジボワールでの病棟建設などの国際支援に活用されている。

さらに、神戸国際大学で行われるイベントに関しても、常にProject SCOBUとの連携において開催されている。恒例の「クリスマスチャペルコンサート」では、神戸国際大学のキリスト教センターとProject SCOBUがチャリティー形式で共催し、周知活動の一環としてパネル展示が同時に開催され、大学生のみならず地域住民に対する啓発も行われている。2009年10月19日には、新設のリハビリテーション学部を対象とした「ブルーリ潰瘍と理学療法」というタイトルで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）であるキンスリィ・アシエドゥ（Kingsley Asiedu）博士を招き、講演会を開催した。リハビリテーションの学生に、より専門的な知識の啓発にも貢献している。

限られた資金のなかで活動しなければならない小規模NGOにとって、資源の効果的な活用は必須の課題であろう。Project SCOBUは、大学の機関というバックグラウンドを活かしながら、様々なイベント、啓発活動などを通じてブルーリ潰瘍という知られていない問題に関する支援を継続しているのである。

結 論

ブルーリ潰瘍は、発病の原因となる病原菌は判明しているものの、感染源・感染経路はいまだに断定されていない。このことは、感染を断つための公衆衛生的に有効な国家規模の対策の遅延を意味している。また、治療薬に関しても抗生物質の効果が確認されたが、外科的処置に変わる治療法として確立するまでには至っていない。さらに、流行国の多くは、経済・社会的に発展段階であり、保健・感染症に費やされる予算も十分ではない。これまでの国家による取り組みでは、十分な対策を実行できないとして、NGOの参加が不可欠なものとなっている。コトヌー宣言の採択は、医療や研究・リサーチなどで大きな成果があったことを明示しているとともに、宣言策定過程においてNGOの意見を求めるなど、NGOの存在の重要性を意味したものとなっている。

ブルーリ潰瘍問題に携わる多くの団体は、医療を中心とした支援を展開してきた。Project SCOBUも発足当初は、医療に関連した支援を行ってきたが、現在では、教育的支援に力を注いでいる。今年、2009年で10年目の節目の年を迎えるProject SCOBUの活動は、小規模ながら他のブルーリ潰瘍問題に取り組む支援団体にはない視点からの特徴的な支援を実施しているといえる。特徴の1つである教育的な視点からの支援は、ベニンでの支援に続き、トーゴでもDAHWとの共同プロジェクトが開始された。このプロジェクトは次の2点において重要な役割を果たしている。第1に、連携・ネットワークの確立である。このような連携とネットワークの確立は、多くの感染地域の社会・経済的現状を踏まえ、より効果的に医療問題に取り組むために、非医療問題にも目を向けることを可能にする。しかし、ブルーリ潰瘍問題に取り組む団体同士の連携は、現在までのところ報告も少なく、ネットワークの確立は今後の課題でもある。共同支援プロジェクトの実施は、支援の効率化、情報の共有など利点が多いことから、重要であると位置づけることができる。第2に教育的支援の意義である。患者や患者が所属するコミュニティ側にも、病気の本質や国民衛生上の政策意義を理解するだけの知力が必要である。継続した教育を受けることは、能力の向上や将来の職業選択の幅を広げるとともに、生活水準の向上、すなわち国家の発展を促すことに繋がる重要な支援であるといえるだろう。

このような支援活動を展開しているProject SCOBUに対して、キンスリィ・アシエドゥ博士は、Project SCOBUが果たしている役割を、「すべての大きなまた小さなパートナーは、病気に対する認識を高め、WHOやGBUIを支援する役割があり、ブルーリ潰瘍のコントロールや研究への取り組みを援助するための資源を提供しています。この意味で、私はSCOBUのような小規模の団体は、ブルーリ潰瘍に対する世界的な取り組みの中で、果たすべき役割がある」と述べている。

このように、キンスリィ・アシエドゥ博士もProject SCOBUの活動を評価し、必要な存在として捉えている。大規模な支援団体に比べ、人員面、財政面において脆弱な小規模団体が、国際支援を実施するには、効果的に資源を活用しなければならない。その点において、Project SCOBUが行っている活動は、そのパイロットケースといえ、小規模な団体であっても効果的な支援を行えることを示唆しているのである。このような小規模団体を含む支援組織を増やしていくために、「顧みられない熱帯病」や「ブルーリ潰瘍」の問題を多くの人々にどのように伝え、そこから支援団体発足、

そして支援に至るまでのプロセスをどのように確立させていくか、またネットワークの確立が急務である。

<参考文献>

- 石井則久（2008）『皮膚抗酸菌感染症テキスト 皮膚結核・ハンセン病・非結核性抗酸菌症』金原出版
- 下村雄紀・藤倉哲哉・福西和幸（2005）「ブルーリ潰瘍の子供たちを支援するボランティア活動について」『日本ハンセン病学会雑誌』日本ハンセン病学会、Vol.74 No.2
- 首藤もと子（1997）「ASEAN諸国のNGO－活動概況と国際関係」『駒澤大学政治学論集』駒澤大学、第45号
- 新山智基・福西征子（2009）「グローバリゼーションと顧みられない熱帯病－ブルーリ潰瘍の事例－」『セミナー医療と社会』セミナー医療と社会、第34号
- 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
- 福西征子（1999）「西アフリカ・ガーナにおけるブルーリ潰瘍の流行」『日本ハンセン病学会雑誌』日本ハンセン病学会、Vol.68 No.3
- 福西征子・Kingsley Asiedu（2001）「海外事情 西アフリカ・ガーナにおけるブルーリ潰瘍の流行」『公衆衛生』医学書院、Vol.65 No.7
- 福西征子（2002）「ブルーリ潰瘍の病理組織学所見：西アフリカ・ベナンの症例」『日本ハンセン病学会雑誌』日本ハンセン病学会、Vol.71 No.3
- Junichiro En, Masamichi Goto, Kazue Nakanaga, Michiyo Higashi, Norihisa Ishii, Hajime Saito, Suguru Yonezawa, Hirofumi Hamada, and Pamela L. C. Small（2008）, 'Mycolactone is responsible for the painlessness of Mycobacterium ulcerans infection（Buruli ulcer） - a murine study' "Infection and Immunity", doi:10.1128/IAI.01588-07
- Kingsley Asiedu and Samuel Etuafl（1998）, *Socioeconomic Implications of Buruli Ulcer in Ghana: A Three-Year Review, American Journal of Medicine and Hygiene*, Vol.56 No.6
- Paul Johnson（2009）, "Vector borne diseases, mosquitoes and Buruli Ulcer in Victoria, Australia", WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer, 30 March-3 April 2009
- Resolution WHA57.1. Surveillance and control of Mycobacterium ulcerans disease（Buruli ulcer）. In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17-22 May 2004. Resolutions and decisions, Annexes. Geneva, World Health Organization, 2004（WHA57/2004/REC/1）
- World Health Organization（2006）, Buruli Ulcer: Prevention of Disability
- World Health Organization（2007）, Fact Sheet : Buruli Ulcer Disease（Mycobacterium ulcerans infection）
- World Health Organization（2008）, 'Buruli ulcer disease' "Weekly epidemiological record"

Vol.83 No.9

World Health Organization (2008) , 'Buruli ulcer : progress report, 2004-2008' "Weekly epidemiological record" , Vol.83 No.17

World Health Organization (2009) , 'Buruli ulcer: first programme review meeting for west Africa-summary report' "Weekly epidemiological record" , Vol.84 No.6

World Health Organization (2007) , *WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer*

World Health Organization (2008) , *WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer*

World Health Organization (2009) , *WHO Annual Meeting on Buruli Ulcer*

Yuki Shimomura, Kazuyuki Fukunishi, "Annual Report: Regional Advocacy Activities in Kobe to Save the Children from Buruli Ulcer " WHO Annual Meeting on Buruli ulcer 14-17 March 2005,WHO Headquarters, Geneva, Switzerland

Yuki Shimomura, Tetsuya Fujikura, Kazuyuki Fukunishi, "A New Strategy for Furthering Volunteer Operations for BU Children" WHO Annual Meeting on Buruli ulcer 15-17 March 2006, International Conference Center Geneva (CICG) , Switzerland

Yuki Shimomura, Tetsuya Fujikura, Kazuyuki Fukunishi, Tomoki Niiyama, "Citizen' s Participation: An Integrated Movement for BU Advocacy" WHO Annual Meeting on Buruli ulcer 2-4 April 2007,WHO Headquarters, Geneva, Switzerland

Yuki Shimomura, Tetsuya Fujikura, Kazuyuki Fukunishi, Tomoki Niiyama, "Evaluating KIU Programs For BU Children" WHO Annual Meeting on Buruli ulcer 31 March to 2 April 2008, International Conference Center Geneva (CICG) , Switzerland

Yuki Shimomura, Tetsuya Fujikura, Kazuyuki Fukunishi, Tomoki Niiyama, "A report on volunteer actions for Buruli ulcer children by SCOBU" African Summit on neglected tropical diseases (Technical sessions on Buruli ulcer) , Palais des Congrès, Cotonou, Benin, 30 March-3 April 2009