

第 50 回総会特別講演

ネパールの結核，発展途上国における結核症の
動態とそのコントロールの 1 例

(日本キリスト教海外医療協会派遣)

岩 村 昇

United Mission to Nepal

受付 昭和 50 年 6 月 20 日

序

ネパールは、ヒマラヤの麓に横たわる面積 14 万平方
 軒、人口約 1 千万の農業国で、国民の 90% は農業に従事
 しているが、その 1 人当りの年間所得は、1969 年の統計
 でわずかに 60 米ドルという貧しさである。

その農民の 60% は起伏の激しい山波を、40% は盆地お
 よび南のタライ平野を耕して、とうもろこし、そば、ひ
 え、小麦、水稻を生産し、ひどい天候不順が起きない限
 り、食糧はどうか自給できて、1974 年に至っている。

ところが、最近の農業生産の伸び率が 1.75 しかない
 のに、人口の自然増加率は 2.25、このままでは 30 年後
 には人口は今の 2 倍、食糧は今の半分と恐慌を来す傾向
 にあることが憂えられている。

しかも、鉄も石油も産出せぬ無資源国であり、工業化
 の可能性はなく、文盲率もいまだに 87% というので、自
 力では近代化への離陸が至難で、積極的な国際協力を入
 れないと、やがて世界の歪（ひずみ）となる国として、
 国連は最近ネパールを、世界で 25 カ国しかない the
 Least Developed Countries 最低開発国 (LDC) の下か
 ら 2 番目に指定した。

放置すれば国力をますます衰微させる原因の 1 つとし
 て結核があげられ、近代化から取り残されがちな農村と
 都会のスラム街に結核がまん延しつつあるのは、ネパー
 ルに限らず、アジア、アフリカの発展途上国、特に LD
 C 25 カ国に顕著な現象であり、こうした国々に結核
 対策の国際協力を入れることは、資源およびマーケット
 獲得という経済外交の枠を越えた人道上の要請である。

そうした結核対策国際協力の進め方に、筆者のネパー
 ルにおける 13 年余の試行錯誤の跡が、いくらかでも参
 考となれば幸いである。

事前調査

筆者がネパールに赴任した 1962 年 1 月には、ネパー

ル人医師はネパール全土に 80 人、そのほとんどが首都
 カトマンズに、ごく一部が 2～3 の地方都市に集中して
 いたが、彼らの体験で、「結核が多い」というだけで、
 統計は皆無であり、ツベルクリン、BCG も誰も持つて
 おらず、レントゲン器械も直接撮影装置が首都の国立中
 央病院およびその分院に 3 台あるだけで、うち 2 台は故
 障中であつた。歴史をさかのぼれば、首都のカトマンズ
 で、1935 年 TOKA サナトリウムが、当時鎖国時代の
 中央権力を握っていたラナ將軍家の転地療養所として作
 られたのが、ネパールにおける結核対策の初めであつた。

1950 年、開国直前に Central Chest Clinic が開設さ
 れ、外来診療の型で、一般市民に対するネパール政府に
 よる結核対策の扉が開かれた。

1962 年に国王がパトロンとなつて民間団体として Ne-
 pal Anti TB Association が、日本政府供与のレント
 ゲン装置を据えつけることにより店開きをし、外来診療
 を始めた。その後、中国結核予防会からの寄贈で、TB
 Hostel が付設され、山村からカトマンズまで出て来た
 患者が 2～3 カ月間自炊をしながら泊り込んで、外来に
 通いながら治療を受けることが可能になつた。しかし、
 ここで統計の源となる記録の整備ができるには程遠い運
 営内容であつた。

この Nepal Anti TB Association に限らず、当時ア
 メリカ政府援助で、拡張されつつあつた国立中央病院
 Bir Hospital でも、ネパール人によつて運営される医療
 機関で、正確な情報を得る調査は、残念ながら不可能で
 あつた。

そして当時 recording system が機能しており、入院
 患者の診断名が記録されてあるのは、欧米の医療宣教師
 によつて運営されるキリスト教ミッション病院だけであ
 つた。

筆者は、日本キリスト教海外医療協会から派遣され
 United Mission to Nepal (UMN) 病院で、欧米の医師、
 看護婦達と働くこととなつたが、UMN の Base である

Shanta Bhawan Hospital の 1954 年開設以来の入院患者の記録を調べて、内科では 48%、小児科では 76%の患者が結核性であることを知った。

1962 年 3 月 UMN の理事会に出席すべくネパールを訪れた佐藤智医師を迎えてカトマンズ在住のネパール人および UMN 内外の外人医師 50 余人が参加して結核セミナーが Shanta Bhawan Hospital で催された。この席上、佐藤智医師によつて紹介された日本製の冷凍乾燥 BCG が、ネパールに持ち込まれた BCG の始まりであった。また日本における結核対策を推進する結核予防法の存在が、特にネパール人医師達に注目された。しかし、このセミナーだけでは、ネパール政府 His Majesty's Government of Nepal (HMG/N) による全国的な結核対策の必要性すら論ぜられるに至らず、ネパール人医師の間では個人的興味は喚起されるに留つた。そうして筆者はそのまま西ネパール山岳地帯交易中心地のタンセンに赴任し、以後中央とはかかわりなく、モデル計画としての結核対策を UMN Tansen Hospital を基地として実施することとなつた。

第 1 期：専門化

当時、UMN Tansen Hospital は西ネパール山岳地帯の人口約 200 万に対してただ 1 つの近代病院で、ベッド数わずかに 80 だつたが、一応開腹手術もできレントゲン器械もあるというので、周りの山村から患者が 1 日に 200 人、300 人と殺到していた。

その中で半数は結核性で、親に抱かれて来る乳幼児結核、抱かれて来る途中で死んでしまう結核性脳脊髄膜炎、辿り着いたその日に息を引きとつてしまう粟粒結核、幼少児の頸椎カリエス、少年少女の結核性頸部リンパ腺炎、それが破れて潰瘍、更に青壮年の肺結核、それもすべてが重症混合型であり、入院患者のうち 30%は、入院後 1 週間以内に死亡していた。また成人男子に股関節結核、女子に腸結核が多かつた¹⁾。

こうした外来、入院患者は、地元の Tansen 市出身者以外に、3 ~ 5 日、中には 10 ~ 20 日の山道を歩いて病院まで辿り着いた者が多く、彼らおよびその付添家族の訴えから、村々には更に多くの患者が放置されてあることは明らかであり、更に次第にまん延しつつあることも推測された。

そうした実態の調査、予防、早期発見早期治療対策推進のために、UMN Tansen Hospital の一般外来から公衆衛生部と結核クリニックを専門分化させ、欧米人医師、看護婦の協力を得つつ、現地の中学ないし高校卒業青年を養成訓練して、レントゲン技師、検査技師および公衆衛生助手をつくり、更に一般病棟から結核病棟を拡張分離させ、第 1 回のごときシステムをつくり上げるのに 10 年を費した。

図 1 第 1 期：専門化

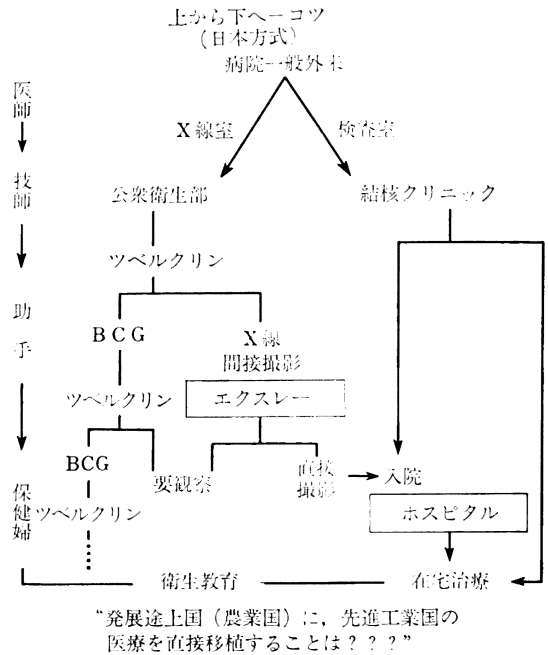
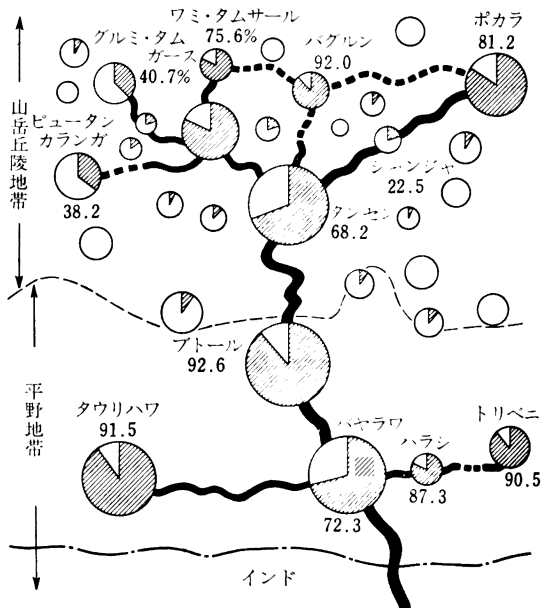


図 2 BCG 接種前のツベルクリン陽性率 (5~19 歳, 1962~1968 年)(岩村昇)



1) タンセン周辺を主としたツベルクリン調査

タンセン市内の小、中、高校およびタンセン市周辺の山村に散在する小学校、またその間を貫く交易ルートにつながる交易中継地(バザール)にある小、中、高校の児童生徒を対象に、ツベルクリン検査、陰性者に BCG 接種、陽性者にレントゲン検査という“日本方式”を実施した。

1962年より1968年までに行つたツベルクリン検査の結果の中から、BCG接種以前の初回検査の結果のみを拾いあげ、5歳から19歳のものをまとめると、図2のようになる。

このツベルクリン陽性率は、それぞれの地域の結核の侵淫度を代表する訳で、タンセン地方の結核は、交易ルート沿いにバザールからバザールへと飛び火し、更にその周辺の村々へ、経済の交流、人の行き来が繁くなるにつれて、次第に侵入しつつあること。交易ルート、バザールから歩いて4~5日以上も隔離した山村では結核ゼロの地域もあるが、まれに侵淫された部落は、そのほとんどがネパール国内では首都のカトマンズおよびインドとの国境地帯のタライ平野、インドではカルカッタ、ボムベイ等からの出稼ぎ帰りで、家族内感染によるものであつた^{1)~3)}。

2) その後、他の地方でも同様のツベルクリン調査を行う機会を得たが、いずれの地方においても、インドとの国境地帯と、交易ルート沿いのバザールおよびその近村、そして出稼ぎ部落にツベルクリン陽性率が高いこと

がわかつた。

3) 1963年には、首都のカトマンズ市内の小学校でツベルクリン調査が行われ、年齢別の陽性率が、タンセン市内の小学校児童よりも早い高まりをみせた⁴⁾。

その後、カトマンズ盆地、ポカラ盆地でも行われたツベルクリン調査の結果を総合すると、ネパールの結核疫学像は、まず人口の稠密な首都カトマンズおよびその周辺

表1 パルパ郡の年齢別ツベルクリン陽性率 (1962~1966, 岩村昇)

年 齢	被検者数	陽性者数	陽 性 率
0~4歳	470	91	19.3%
5~10	198	75	37.6
11~20	249	131	52.6
21~30	160	100	63.5
31~50	134	118	88.0
50歳~	101	64	63.4
計	1,272	579	45.5

表2 パルパ郡の疾病像 (1962~1966, 岩村昇)

()は%

	年							齢							合計
	男 性							女 性							
	0~4歳	5~10	11~20	21~30	31~50	51歳~	計	0~4歳	5~10	11~20	21~30	31~50	51歳~	計	
赤痢, 下痢, 腸炎 ^{a)}	22	8	8	4	4	2	48 (8.2)	24	10	10	10	3	3	60 (8.2)	108 (8.2)
皮膚疾患	18	3	1	1	1	1	25 (4.3)	15	4	3	1	0	0	23 (3.1)	48 (3.8)
結核 ^{b)}	2	2	8	6	6	2	26 (4.4)	3	3	14	21	10	1	52 (7.1)	78 (6.0)
栄養失調およびビタミン不足	11	3	0	1	0	0	15 (12.6)	16	4	0	3	0	0	23 (3.1)	38 (2.1)
鉤虫貧血症	2	0	2	0	3	1	8	0	0	6	9	3	0	18	26
膀胱および腎結石 ^{c)}	0	1	2	2	2	2	9	0	0	2	2	2	3	9	18
尿路感染症 ^{c)}	0	0	4	2	3	1	10	0	0	8	8	3	1	20	30
呼吸器疾患 ^{d)}	6	2	6	4	3	1	22 (3.6)	6	4	9	8	2	4	33 (4.5)	55 (4.2)
膿瘍	2	1	4	3	2	0	12	0	0	3	1	0	2	6	18
リウマチ性関節炎および神経痛	0	0	0	2	5	2	9 (1.5)	0	0	6	4	11	10	31 (4.2)	40 (3.0)
その他	2	1	2	2	3	2	12	4	2	2	1	2	4	15	27
全疾患	65 (28.1)	21 (22.1)	37 (32.9)	27 (46.6)	32 (66.7)	14 (53.7)	196 (33.6)	68 (28.2)	27 (25.0)	63 (43.5)	68 (62.9)	36 (43.9)	28 (62.2)	290 (38.2)	486 (36.2)
全被検者	232 (100)	95 (100)	112 (100)	58 (100)	60 (100)	26 (100)	583 (100)	241 (100)	108 (100)	145 (100)	108 (100)	82 (100)	45 (100)	729 (100)	1,312 (100)

a) アメーバ赤痢, 臨床診断による細菌性赤痢, 急性および慢性胃腸炎
 b) この内容は表3に記してある
 c) 臨床診断による
 d) 感冒, 気管支喘息, 気管支炎および肺炎

表3 パルパ郡の結核 (1962~1966, 岩村昇)

()は%

年齢	0~4歳	5~10	11~20	21~30	31~50	51歳~	計
被検者数	473	203	257	166	142	71	1,312
全結核 (%)	5 (1.1)	5 (2.5)	22 (18.6)	27 ^c (16.3)	16 (11.2)	3 (4.2)	78 (5.9)
肺結核 ^{a)}	0	0	5 (1.9)	9 (5.4)	7 (4.9)	2 (2.8)	23 (1.8)
リンパ腺	4	4	15	2	0	0	25
腸 ^{b)}	0	0	0	6	7	1	14 ^{d)}
骨 ^{b)}	0	0	0	6	1	0	7
脊椎カリエス	1	0	2	2	0	0	5
腎	0	0	0	2	1	0	3
脳脊髄膜炎	0	1	0	0	0	0	1

a) 顕微鏡下喀痰陽性, b) 臨床診断上, c) このうち男性が9例 (15.5%), 女性が18例 (16.7%), d) すべて女性

のカトマンズ盆地農村, 次いでインドとの国境地帯トライ平野にあるバザールおよびその近村, 続いて山地の交易中心地ポカラ, 更に中小の交易ルートに沿った小バザールおよびその近村, そして出稼ぎ部落へと, インドおよびカトマンズからの近代化が次第に山地へ広がるにつれて, その波に乗って結核も拡がりつつあることがうかがえるようになった。

4) タンセン周辺パルパ郡の住民検診

1962年から1966年にかけて UMN Tansen Hospital の公衆衛生部が行ったパルパ郡 (タンセン周辺の中中部ネパール山岳地帯の一部) 内での巡回診療調査の結果のうち統計学上偏りのない部分を, 表1および表2, 3に示す⁵⁾。すなわちパルパ郡は1市, 80村からなり人口約20万であるが, その中から192世帯1,312人を1市, 19村から抽出して健康診断したものである。

年齢別ツベルクリン陽性率の上昇カーブは, カトマンズ盆地のバクタプールとほぼ同型であり, 5~10歳のところに急な上昇がみられる²⁾。また, 他の発展途上国の0~4歳の陽性率と比較すると, このパルパ郡によつて代表されるネパールのそれは, マレーシアに次いで高い率にあり²⁾, ネパールでは幼弱年齢に対する結核対策が諸外国より以上に急がねばならない所以である。

また, 表2にみるごとく, 全年齢をあわせると, 住民のうち6%が何らかの型の結核にかかつており, 特に21~30歳の女性に最も有病率が高い。表3にその内容を見ると, 住民のうち1.8%が喀痰中の結核菌を顕微鏡で確認された開放性肺結核であり, 特に21~30歳の男性に多く, 同年齢の女性に多いのは腸結核であつた。

5) カトマンズ盆地内バクタプールの肺結核

1965年に日本政府派遣の医療団が, カトマンズ盆地に

表4 バクタプールの住民検診 (1965)

(宮本, 塩沢, 野村, 岩村ら)

年齢	胸X被検者	胸X陽性					喀痰顕微鏡検査	
		全 (%)	I型	II型	III型	H・P ⁺	被検者	陽性 (%)
0~4歳	271	2 (0.8)	—	—	1	1	1	1 (0.4)
5~10	1,470	7 (0.5)	—	2	2	3	6	2 (0.1)
11~20	2,070	18 (0.8)	5	2	10	1	15	4 (0.2)
21~30	895	35 (3.8)	4	8	22	1	33	18 (2.0)
31~50	1,455	70 (4.8)	10	21	35	4	52	35 (2.5)
51歳~	793	27 (3.4)	—	10	17	—	23	12 (1.5)
計	6,953	159 (2.3)	19	43	87	10	130	72 (1.0)

ある古都バクタプールで精密検査にまで至る住民検診を行い⁶⁾, 表4に示すごとく, 住民の2.3%にレントゲン像上活動性肺結核が発見された。そのうえ51%は空洞をもち, 特に12%は重症混合型であつた。

この医療団は, 顕微鏡による喀痰塗抹検査だけでなく, 培養更に感受性検査に至る綿密な調査を行い, その結果から, バクタプール市に限らず, 首都カトマンズを中心とした人口約60万のカトマンズ盆地では結核の主要感染経路が, 家族内感染に留らず, 既に社会感染に達しようとしており, また公立治療機関が未組織な中に群小な私的治療が, 不注意に一次抗結核剤を使つて行われているために, 既に耐性菌が出, 二次抗結核剤の必要な患者が増えはじめていることが警告された。

6) しかし, WHOはネパールのような発展途上国では, 発見はレントゲンでなく顕微鏡による喀痰検査で, 治療は入院ではなく在宅で, 予防はツベルクリン検査なしの若少年層に対する直接BCG接種でという基本方針を実施に移すようすすめてきた。

そしてWHOは, 1965年に首都のカトマンズを中心としたpilot projectを起し, 簡単な抽出調査によるツベルクリン陽性率の結果に基づいて, 0歳から15歳の年齢層に, ツベルクリン検査なしのBCG直接接種キャンペーンを, 1966年から開始した。

しかし筆者は, もし万一ツベルクリン陽性の子供に, その検査もせずに直接BCGをうつした場合の副作用を恐れ, またツベルクリン陽性者を対象とした早期発見, 早期治療がなされなくてはいけない。それもあくまでレントゲン集団検診によるというので, 間接撮影装置を分解して人夫に担せ, 山村を巡つて集団検診を押し通そうとしていた⁷⁾。

第2期: 簡素化

その頃, タンセン以外のUMN Hospitalでも結核対策を主体とした公衆衛生活動を始めようというので, 筆者はUMNの命令でカトマンズに転出した。そして

WHO, HMG/N 関係者との相談で、ラリトプール市、チャパガオン村、ブグマテイ村（以上はカトマンズ盆地内のラリトプール郡）、ダラジェリ村（中部山岳地帯パルパ郡）、アムピーパル村（中部山岳地帯ゴルカ郡）等いずれも UMN の Hospital ないし Dispensary の周辺に、地元民の協力による結核対策を拡げる計画を進めた。

まず各村 Community から Volunteers を選んでもらい、簡単な講習を行つて村の衛生係 Village Health Volunteers (VHV) に任命する。彼らが、自分の隣近所で肺結核らしき症状をもつた患者を連れて来る、できるだけ濃厚な喀痰を採る、朝起きぬけの痰が良い。抗酸性染色を行い、顕微鏡で検査するのは助手の役割である。菌がみえれば直ちに薬をもらつて帰宅し、VHV の監督の下に在宅治療を続ける。菌がみえずなお疑しい場合に初めてレントゲンを撮ると言う図3に示すような“WHO方式”をはじめた。

1) そうして、軌道に乗るのに数カ月を費したが、いったん馴れると、わずか1カ月の間に、153人の有症状者の中から喀痰中に菌陽性者109人を発見した。

この71.3%という発見率は、ツベルクリン陽性者をレントゲン検査するやり方での発見率を遙かに上まわるだけでなく、手間と時間と費用が少なくてすむことを体験した²⁾。

そして、VHV の体験から、「咳が続き、やせてきて、痰に血が混じり始めた」というのが、菌陽性に最も近い症状群であるということを知つた。

2) また治療も在宅で続けうるできるだけ簡単な方法を取り、その結果が表5に示されてある²⁾。

自宅からストマイの注射をしてもらいに最寄りのヘルス・ポストに行くのに3日以上歩かねばならぬのが、全人口中の2/3を占める山岳地帯では、当面経口投与だけですむ INH 300 mg + Tb 1 150 mg が最も評判良く、治療中断者も最も少なかったのは、VHV による所だけである。VHV は自分の Community で推選された人材で信用がある、在宅療養を管理する最適者であることがわかつた。

また入院治療で1人の患者を完治させる費用で、在宅なら数倍から十数倍の患者を治療でき、家族内感染は幼児には BCG、小児には予防内服で防ぎうることも実証された。

3) そして、村の中で BCG を幼少若年層に普及しようとするとき、小学校の就学率が32~33%という現状では、子供を集めてツベルクリン注射をできても、2日後の判定時に集まつてくるのは10%にも満たないのが普通であり、やはり0~15歳の年齢層にツベルクリン検査なしで直接 BCG を接種するほうが良いというもの、子供を集める世話、中には自分で BCG 接種もやるという熱心な VHV の体験談であつた。

図3 第2期: 簡素化

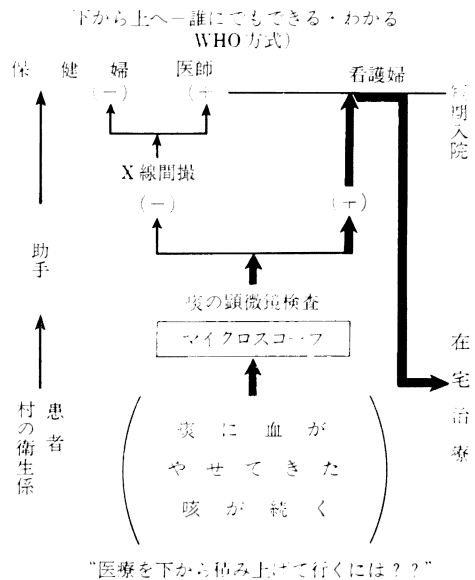


表5 在宅治療法の結果

12カ月間の治療	対象患者数	12カ月の治療完遂	12カ月後の菌陰性者 %	治療中断者 %
INH 300 mg 毎日 ストマイ 1 g 1週間 2回	98	75	72(90.6)	23(23.5)
INH 650 mg] 1週間 ストマイ 1 g] 2回	94	58	53(91.4)	36(36.6)
INH 300 mg } 毎日 Tb 1 150 mg }	110	97	86(88.7)	13(11.8)

問題は、熱心で村民の信頼を得る VHV を如何にして確保するか。若者より年輩者がよく、定期的に訪ねて行つて激励することが必要であつた。

第3期: 総合化

第1期にタンセンで行つた専門化、上から下、日本方式は、筆者の指導監督のもとでは、10年間手塩にかけてできたかのであつたが、筆者が転出した後は後継者の手だけでは継続不可能となり、タンセンでも他所と同じく、第2期には簡素化、下から上、WHO方式になつていつた。しかしいつたん簡素化されれば、あとはネパールの助手によつて普及できるはずだと思われた。

1) HMG/N は、Health post を basic health service unit とし、山地では人口15,000すなわち2~3カ村、歩いて1~2日の範囲ごとに1つずつの Health post をつくり、Health Assistant (HA) 1人、Auxiliary Health Workers (AHW) 2人、Assistant Nurse and Midwives (ANM) 2人を各 Health post に配置し、マラリヤ根

絶、天然痘根絶、家族計画、結核および癩対策の基本および簡単な一般治療も行わせようという計画である。Health postには顕微鏡もないが、大体10内外のHealth posts群に1つずつの小Hospitalが設けられ、そこには顕微鏡があり、医師もいて、レントゲンも据えつけられるという計画である。

したがって、このシステムでは、症状をもった疑わしい患者はまずHealth postで全く検査なしの臨床診断でわかればよし、ほとんどの場合特に結核については少なくとも喀痰を、Hospitalまで送らなければならない。そして診断が確定するとHMG/N支給の抗結核剤をもらって村に帰って来、患者は在宅治療を始めるという段取りになるのであるが。

2)ところが、結核対策の中で一番難しいのは、この在宅治療患者の管理である。どうしても治療中断者が絶えないのである。モデルHealth postでは、HA, AHW, ANMの下にHome Visitors (HV)が置かれる。このHVが在宅治療患者を定期的に訪ねて行って、治療中断しないよう監督指導しなければならないのだが。

HMG/Nは、全国75郡中2郡にモデルHealth posts nets-workをつくりあげた。モデル郡での経験で原案を修正しながら、他群へもHealth posts nets-workを広げて行く計画である。

3) 1976年から、HMG/Nは全国規模で結核対策に乗り出すべく準備中であるが、特に「Health postsのCommunity Health活動の中に組み込まれる」ことを強調している⁸⁾。具体的には、HVが受持ちの部落の中を家庭訪問して歩きながら、家族計画の相談にのり、マラリヤをチェックする中で、結核についても患者とHealth postの間をつなぐ訳で、ちょうどVHVと同じような

役割が期待されるのである。

4) 第2期に、全国3,812カ村中のわずか数カ村ではあつたが大きな役割を果たしたVHVの内容が、そのままHVに受け継がれるためには、VHは図4の“身内の人”でなければならない。

ネパールの人口の90%は農村に住んで農業に従事しており、その人達の中に結核はまん延しつつある。

農村共同社会Communityでは、誰かが病めば家族が病み、病む家族がふえればCommunityが健康(たつしや)でありえなくなる。健全な農村共同社会なれば、結核は大病なるがゆえに、Communityの問題として扱われることを、筆者は優れたVHVから学んだ。

図4 第3期: 総合化

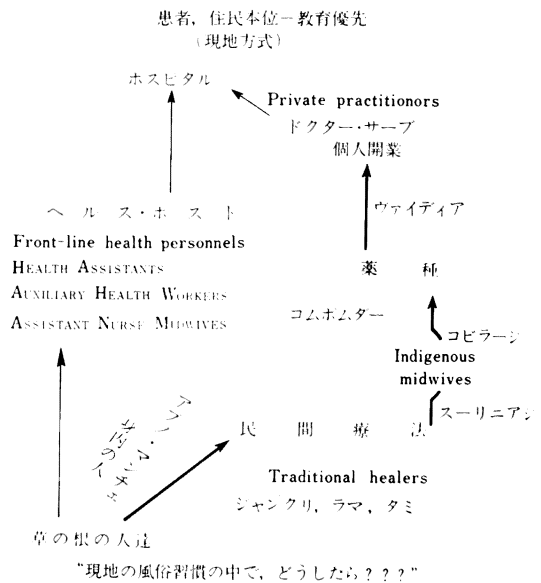
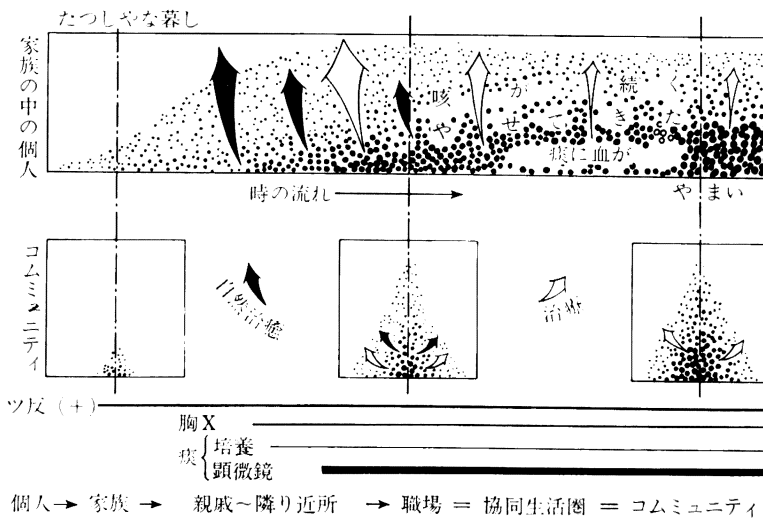


図5 仮 設



反省と展望

今も働いている VHV はわずかに 10 人である。その中で筆者にとって師にもひとしい 5 人はいずれも篤農家である。体力智力が優れているだけではない霊力も兼ね備え、部落の長老として、生活相談、身上相談の中で医療相談にのり、5 人のうち 2 人は手の中に呪いしかなければ呪いを行う呪い師だが、ヒマラヤの薬草石があれば使いこなして来ていた、伝統的民間医療師でもあつた。彼らはネパールに西欧医学が入ってくる以前から、

表 6

Go to the people,
live among them,
learn from them,
love them,
start with what they know,
build on what they have.

But of the best leaders
when their task is accomplished,
their work is done,
the people all remark,
we have done it ourselves.

一粒の麦、地に落ちて死なずば、唯一つに
て在らん、もし死なば、多くの実を結ぶべし

今日もなお草の根の人達の日常に生きている医療の主流に身を置いているのである。そして結核に関する基礎知識を身につけて、患者を自分の Community の中で発見し、治癒に導く Community physician の役割を果たし始めたのである。

彼らの Community も近代化の波に洗われて変わりつつある。彼ら自身も変わりつつある。彼らが草の根に生きる physician として近代化に対応するために必要な力をつける手伝いをする事、それがネパールの結核対策の基本であろう。

文 献

- 1) Iwamura, N.: Journal of Nepal Medical Association (J.N.M.A.), 3, 229, 1965.
- 2) Iwasaki, T.: Tuberculosis Problem in Asian Countries, 2 Reporting Series, 93~111, 1972, International Medical Foundation of Japan, Tokyo.
- 3) Menon, N.K.: Assignment Report on Tuberculosis Control Pilot Project, Nepal (WHO Project: Nepal 0016), Regional Office for South-East Asia, Annex 1~5, SEA/TB/122, 4 September 1972, WHO.
- 4) Das, G.S.L. and Giri, J.N.: J.N.M.A.
- 5) Iwamura, N.: Asian Medical Journal, 11, 543, 1968.
- 6) コロンボ・プラン医療団報告, 1966 OTCA.
- 7) 岩村昇: 日本医事新報, No.2420, 32, 1970.
- 8) The Rising Nepal, page 1, November 28, 1974.