



ブルーリ潰瘍の子供たちを救え！ ありがとう 25 年_④

神戸国際大学非常勤講師 新山智基

日本ではほとんど知られていないブルーリ潰瘍という病についてや、本学での取り組みについては、これまで「キリスト教センター通信（7 月 30 日、8 月 20 日および 12 月 3 日）」を通じて紹介されています。

今回は「貧困と医療」という側面から紹介したいと思います。ブルーリ潰瘍が多く発生しているサブサハラ・アフリカ地域では、10 億人を超える人々が生活しており、そのうち 1 日 1.9 ドル未満（※現在は 2.15 ドルで算出）で生活している割合は約 40%にのぼります。このような状況では、病気に罹った際に病院に行くことができないことは容易に想像することができると思います。

ブルーリ潰瘍の治療には効果的なワクチンや特効薬などがないため、もっとも有効的な治療は病巣の切除もしくは手や足の切断です。手術になると、初期症状（早期発見による患部の切除）の治療に 76.20 ドルかかるのに対して、切断に至った患者では 428 ドルにまでその負担は増加します（2001 年から 2003 年にかけてのガーナ事例）。切断の場合、年収の 89%に相当することから、退院後の生活は困窮することになります。

【生きていくために、生活費のなかでも大きな影響を受けるものとして、子どもの教育費が対象となる場合も少なくありません。神戸国際大学ブルーリ潰瘍問題支援プロジェクト（SCOBUS）では、そうした子どもたちを支援する取り組みも実施してきました。】

また、受け入れる側の医療体制も脆弱な部分が多く、例えば人口 10,000 人あたりの医師の数を見てみると、日本の 26.141 人（2020）に対して、ブルーリ潰瘍の症例が多く報告されているガーナでは 1.642 人（2020）となっています。加えて、依然として伝統的医療（薬草や呪術、精霊信仰）に頼る地域も残っており、宗教や精霊信仰などの理由で医療を受けることを拒む者もいます。そうしたことが実際にどのくらいの罹患者がいるのかを把握することを難しくしているのです。

アフリカの現地を訪れると、日本とは異なる病院内の様子を垣間見ることができました。例えば、入院患者の食事は病院が提供するのではなく、家族（主に母親）が付き添って自炊する形が取られていることもありました。そのため、病院内には自炊のできるスペースが設けられています。公共交通機関もなく、道も整備・舗装されておらず、自動車やバイク、自転車などもない環境で、片道 3~4 時間も歩いて家族のために食事を作りにいく光景を日本では目にすることはないでしょう。

こうして実際に現地を訪れてみないとわからないことはたくさんあります。限られた家計の収入や、限られた病院の予算・資源のなかで病と闘うことにも限界があります。現地調査や現地のニーズをくみ取ることで、より求められる支援を行うことができるのではないのでしょうか。



病院内の炊事場



未舗装の道路



患者子供に文具を寄贈



ベナン保健相を訪問

* * * * *

ひとくちメモ SDGs

現在、世界各国で様々な課題解決のために、「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals : SDGs）」が推進されています。17 のゴール（目標）が設定され、医療に関連したものは「目標 3：すべての人に健康と福祉を」で取り上げられています。そのなかで、ブルーリ潰瘍も「2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。」という具体的なターゲット内に含まれ、取り組まれてきました。

（ここで挙げられている顧みられない熱帯病とは 20 を超える病気の総称であり、そのなかにもブルーリ潰瘍が含まれています。）

