

九州大学医学部熱帯医学研究会
第 4 1 期 活動報告書

2006

ACADEMIC SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE

KYUSHU UNIVERSITY

熱帯医学研究会 第41期活動報告書

目次

会長あいさつ	i
総務あいさつ	ii
沖縄班	2
小児プライマリケア班	11
インド班	18
タイ班	29
中国班	64
会計報告	78
協賛諸機関・ご支援者	79



1

沖縄班

西表島について	2
西表島西部診療所について	3
急患のヘリ搬送	4
検査	4
診療のようす	4
島民との関係	6
僻地医療に携わって	6
検査技師の役割	7
見学を終えて	9



2

小児プライマリケア班

はじめに	11
小児科医院のクリニック実習	11
ミニ・レクチャー	12
横浜でのワークショップ	13
まとめ	15
終わりに	15
謝辞	16



3

インド班

人口爆発を防ぐことの重要性	18
インドの人口の推移と予測	19
インドの人口抑制策の実際	20
各国との比較	23
中国の政策との比較	24
私の考え	25
まとめ	26
あとがき	26



4

タイ班

第1章	30
ババナブ寺—HIV 難民の駆け込み寺	30
ババナブ寺での1日のおしごと	32
患者の生活	32
ボランティア活動を通じて	33
クロノロジカル オーダー	36
第2章	39
在日タイ人 HIV 陽性者の追跡調査	39
在日外国人の HIV	40
なぜ、帰国支援か	45
帰国支援の枠組み	48
帰国支援の課題	56
実効的な帰国支援に向けて	57



5

中国班

日本の臓器移植の現状と問題点	64
中国へ 北京大学病院での見学	69
中国の臓器移植について	72
今後どう考え、どう行動すべきか	75
最後に・・・	77
謝辞	77

会長あいさつ

天晴れと言う外ない今年の活動・報告書である。

何よりも、先ず、ひとりひとりの部員が夢を自由に描いたことである。正しくは、気になるテーマを誠実に追いかけてみたい、そのころのみが原動力となって具体的な活動計画を考え始めたのである。総務の船田さんは「ちょっとした思いつきからはじまります」とそのきっかけを記していますが、人生の過ごし方でもっとも大事にすべき見識がそこには見られます。その見識とは、知的な計算・推測からは創造的な新たな価値を見つけ難い、というものです。この見識に基づいてもたらされた新たな価値が、ひとを元気付け、挑戦させ、あるいは抵抗させる、という生きる力をもたらすと私は考えています。医療人の使命は、ひとを死なせないだけでなく、もっと重要な、生きる力・死ぬ力に寄与することが期待されているのですから。今年の部員は、この意味で、得難い経験をできたのだと自負し、一生瑞々しい医療人であり続けるだろうと将来を楽しみにしています。

今年の成果をひとことで記すに相応しい格言はローマの哲人セネカの言「夢なきところ、民は滅ぶ」。生老病死に関わる諸君は、是非、この格言も肝に銘じておいていただきたい。GOOD LUCK!

九州大学医学部熱帯医学研究会会長
九州大学医学研究院医療システム学教授

信友 浩一

総務あいさつ

今年度の活動が無事終わったことにほっとしています。

今年度は新しい面々が集い、新鮮な報告書に仕上がったのではないのでしょうか。しかし、活動報告に至るまでの道のりは、私たちにとって易しいものではありませんでした。

企画はちょっとした思いつきから始まります。目標までたどり着けるのか分からないままの、目的地さえも見えない心細い企画です。道は自分たちで切り拓くといきたいのですが、私たちの力ではどうしようもない壁が立ちふさがります。

そんなときに多くの人たちに助けていただきました。道を作ってもらいました。迷いそうになったら道を教えてもらいました。

班員たちも自分たちがどこにいるのかを確認していました。毎晩一日を振り返っては喜んだり、失望したり、そんな日々を通じて班の一体感を高めていきました。

そうして、やっとの思いでたどりついた目的地でした。苦しいときが一番勉強になったのだという事を、今だから言えます。

そんな班員たちが現場を見て、そこで実際に働く人々から聞き、その中から感じたことを、良い部分も悪い部分も、自分に正直に書いた一つのまとめがこの報告書にはあると思います。

責任ある人の勇気ある決断によってここまでたどり着いたと断言できます。多くの人のちょっとした親切が、私たちにとって大きな助けとなりました。私たちの達成感はその決断、親切に支えられて、もたらされた些細な成果によるものです。

この場を借りて、この活動を支援していただいた先輩方、直接、間接と関わらず活動をお世話していただいた関係者の方々、活動を通じて知り合ったすべての方々に感謝したいと思います。本当にありがとうございました。

来期以降もぜひ熱帯医学研究会をよろしくお願いいたします。

九州大学医学部熱帯医学研究会

医学科4年 総務

船田 大輔

1

沖繩班

OKINAWA



1 沖縄班 離島医療から学んだこと

活動目的

沖縄の離島における医療を見学し、現地での離島医療を体験する。

班員構成

藤山 啓美（九州大学医学部医学部保健学科3年 班長）

栗山由貴子（九州大学医学部医学部保健学科3年）

研修期間および研修地

2006年 9月21日～9月27日

活動概略

全国的に、離島では過疎化・高齢化が進み、離島における医療の重要性は大きくなっている。しかし、離島では地理的・経済的に不利な条件にあり、医療も本土との間に格差が生じているのが現状のようである。離島の暮らしを見たり感じたりしながら、島で生きる人々や島で医療を支える人たちの姿を見て、その格差をどのように改善しているのかを学んできた。

1. 西表島について

石垣島まで福岡から飛行機で2時間、さらに高速船に40分ほど乗ると、西表島に到着する。沖縄本島よりも台湾のほうが近く、台湾の東海岸からは200kmほどしか離れていない。



BIGLOBE 地図より引用

島の面積は290平方キロメートル、周囲75.5kmで沖縄本島の約1/3の面積をもち、沖縄県の中では沖縄本島に次ぐ大きさである。「離島」としてはかなりの大きさの島だが、島の面積の7割が山地であり、ジャングルに覆われている。そのため9割は未開発地域で、現在人間が生活している場所は海岸沿いなどのわずかな場所に限られる。また南西部の船浮地区は道路が通っておらず、船でしか行くことができない。

気候区分では亜熱帯気候に属し、年平均気温は 23.4℃、月平均気温が 25 度以上の月が 5 月から 9 月までの 5 か月間あり、長い夏が続く。毎年夏には頻繁に台風が来襲し、風害や水害をもたらす。



西表島の西表島のマングローブ

2005 年 8 月現在で、人口 2,330 人であるが、決して過疎の進む島ではない。移住する人も増え、人口は僅かながら増加している。島にある診療所は、東部の大原にある大原診療所、西部の祖納にある西部診療所の 2 箇所である。

2. 西表島西部診療所について

私たちが見学させていただいた西表島西部診療所は、西表島の西部にある、島内で最も古い集落、祖納地区にある。スタッフは、医師 1 名、看護師 1 名、事務員 1 名で、医師の岡田先生以外の 2 人はともに地元出身の方であった。

診療所内には、診察室、処置室、レントゲン室、経過観察室、事務室、待合室がある。処置室と待合室の間のドアは通常開けたままになっており、患者が横たわるベッドだけがついたで目隠しされている。そのため、病院特有の重い雰囲気がなく、開放的な印象を受ける。スタッフの方々が患者を呼ぶときに、「〇〇おじい」「〇〇おばあ」と呼ぶことも少なくなく、島の診療所ならではの光景であると感じた。

しかしながら、患者の数はそれほど少なくない。1 日に平均 30 名ほどの患者が訪れる。通常月曜日と金曜日に患者が多く、私たちが見学したときは、診療開始時間である AM8:30 の時点で、すでに 4~5 名の患者が待合室で待っている状態であった。また全体的に午前中に受診する人が多い。

慢性疾患で定期的に通院する患者(約 300 人)の処方箋のデータはパソコンに入っており、患者番号を打ち込むとデータが出てくる。初診や急性疾患の患者は、先生の手書きで処方箋が出されていた。

3 日間の見学で得た印象から判断すると、患者の内訳は、6 割が高血圧などの慢性疾患、2 割が風邪・突発性発疹などの急性疾患、残りがケガなどの外科的治療を必要とするものであったように思う。

また、診療所以外での岡田先生のお仕事として、月 1 回、鳩間島と船浮地区へ、週 1 回、特養老人ホームへの巡回診療がある。1 日の診療が終わった後、車で 15 分ほど離れた上原地区にある老人ホームを訪れ、毎週 10 人ほどの患者を診察している。また、診療所まで来ることのできない患者へは、空いた時間に往診も行っていた。保育園や小学校の予防接種、集団検診もすべて先生が行っているそうである。

1

沖縄

2

フライング
マリ
ケア

3

インド

4

タイ

5

中国

3. 急患のヘリ搬送.....

ヘリ搬送が決定した場合の手順は以下のとおりである。

八重山病院のドクターに電話。受け入れ、医師添乗の調整
八重山支庁、夜間は防災機器管理課に連絡
海上保安庁石垣航空基地へ、急患要請書を FAX
上原駐在、白浜駐在に車の先導を要請
海上保安庁よりヘリ到着時刻の連絡を受け、診療所を出発

実際、私たちの見学初日にも、1 件搬送が行われた。
AM7:30 頃西部診療所に運ばれてきて、AM8:35 にヘリが西表島へ到着、八重山病院に搬送された。



救急車代わりのワゴン車

4. 検査.....

診療所にあった検査機器は、パルスオキシメータ、心電計、血球計数装置、生化学検査機器、超音波検査機器、内視鏡である。そのほか、滅菌装置、遠心分離機、除細動機もあった。

このうち、比較的によく使用するの、心電計、超音波検査機器で、パルスオキシメータも喘息の患者に時々使用していた。生化学検査機器を使用するのは緊急の場合のみで、通常血液検査を実施するときは、午前中に採血した検体を船で八重山病院に送り、夕方には FAX で結果が送られてくる、というようになっている。

ただし、あくまで FAX は仮の報告書であり、原本は週に 1 度、1 週間分をまとめて八重山病院から郵送されているようだ。除細動器はめったに使われないそうだが、私たちが訪れたとき、3 年ぶりに使用された。

5. 診療のようす.....

まず、私たちが見学したときに訪れた患者さんの中で、何人か例をあげる。

9 月 21 日

見学 1 日目の朝 8:20 頃、診療所に到着すると、急患の患者が処置室にベッドに横たわっていた。ヘリ搬送の項で少し触れた患者だが、60 代と思われる男性で、AM7:30 頃、心肺停止状態で運ばれてきたようだ。慢性胃炎・高血圧などの基礎疾患のある方で、前日の PM11:00 頃嘔吐、その後就寝したが、目覚めて AM7:00 頃、自宅で咳をするとともに呼吸が停止した。

前述の船浮地区の方であったため、近くの住民の協力で、船を使って診療所まで運ばれてきた。除細動を行い、心臓は動き出した。はっきりした原因は分からないままであったが、AM8:35 にヘリ到着予定の連絡が入り、八重山病院に搬送された。

この患者が船で運ばれてくるまでの間、住民による心肺蘇生術が行われていたという。こういった、船で急患を搬送しなければならない地区では、普段から救急救命の講習会などが行われている

そうだ。岡田先生も講師を頼まれることがあるとおっしゃっていた。

今回のように、1分でも無駄にできない患者が出たときには、搬送、救命救急処置の点で、住民の協力が欠かせない。

9月22日

PM1:00 すぎ、隣の鳩間島からの患者であった。若い男性で、作業中にトタンの角が足に落ちたということで、麻酔をして5針縫い、痛み止めの薬を処方して診療は終わった。幸い、ぎりぎりのところで腱は切れていなかったようだ。

この島の住民は、ほとんどの方が、Tシャツにハーフパンツ、島ぞうりといわれるビーチサンダルという服装である。靴を履いている人は観光客以外で見なかったように思う。1度、ハブに噛まれたと思われる男性が受診していたが、その男性も、山に入るときに長いズボンや靴は着用していなかったようだ。

9月25日

30～40代の男性。胸痛を訴えていたが、内臓痛ではなく、骨の痛みらしいということで、胸部X線撮影を行った。画像から判断すると、骨折はしていないようであった。肋軟骨が捻挫している可能性が高いということで、少しでも痛みを感じにくくするためバンドを巻き、痛み止めの薬を処方した。

診療の様子を見学して印象的だったのは、診察を受けにきた地元の住民のほとんどの、岡田先生が台風の被害について尋ねていたことである。

私たちが西表島を訪れる約1週間前の9月15日から16日にかけて、台風13号が八重山地方を直撃した。雨、風ともに非常に激しく、水道や電気などのライフラインがストップし、石垣島と離島を結ぶ船ももちろん全便欠航した。私たちは20日の午後に西表島に到着したが、その時点でまだ、停電・断水している地区があったという。携帯電話も、通常ならば島内のほとんどの地域で使えるそうだが、21日の午後まではほぼ圏外だった。

この周辺の島々は台風の通り道で、毎年多くの台風がやってくるが、今回のような強さは数百年ぶりであったそうだ。患者さんの中には、家の屋根が壊れたと話す人が何人かいらっしやった。岡田先生が台風の直後に被害の様子を撮った写真を見せていただいたが、プレハブ小屋が横倒しになっていたり、道沿いに並ぶ電柱が全て傾いていたり想像を超える被害であった。近くに屋根がなくなった家もあり、折れたり根こそぎ倒されたりした木はかなり頻繁に見られた。

これだけ多くの被害をもたらした台風だが、島民の健康状態にも大きな影響を及ぼしていた。台風の時、恐怖で血圧が上昇したという方や、後片付けで疲労ストレスがたまったという方が何人



診察室のようす

もいらっしやった。

さらに驚いたことがあった。ある女性が、「耳が飛行機に乗ったときのようになったままで、耳抜きをしたり唾液を飲み込んだりしても治らない」と訴えた。これも、台風13号の影響だと考えられるようだ。西表島に上陸したときの気圧は、920～925hPaくらいで、通常より極端に気圧が下がったため、こういった症状を訴えてくる患者が何人かいたそうである。

6. 島民との関係

診察室には、祭りで伝統的な衣装を着て踊る先生の写真が飾ってある。西表島には行事ごとが大変多く、私たちが見学に訪れたときは、ちょうど敬老会の行事があり、同行させていただいた。敬老会とはいっても、通常であればその地域の住民はほぼ全員参加し、お酒や料理が出され、何種類もの踊りが披露されるなど、かなり充実した内容であった。

残念ながらこのときは、まだ台風の後処理で忙しい住民が多く、例年の半分くらいの方々しか来られていなかった。先生もステージ上で踊りを披露されていた。以前、別の祭りで踊るために覚えたもので、毎晩仕事のあとに住民に教えてもらい、練習したそうだ。

これらの祭りは、子供から老人まで、住民が揃って作り上げていくものであるらしく、基本的にはその地域の住民全員が参加している。岡田先生ご家族も同じように、全ての行事に参加されている。

また、前述のように、先生の仕事は診療所での勤務に加えて、保育所・小学校の定期健診、予防接種などもある。先生自身にもお子さんがいらっしやるので、子どもたちととても馴染んでいる。依頼を受けて、島特有の有害生物（ハブくらげ、ハブ、毒をもつサンゴなど）についてや、熱中症について、応急処置についてなどの講演を行うこともあるということで、ほんとうに住民の方々との関わりが深く、信頼関係が築かれていると感じた。

7. 僻地医療に携わって

大学病院での勤務はルーチンワークにすぎず、患者を診るのではなく病気を診る、という体制に違和感があった、と先生は話してくださった。島の診療所では、できる検査や治療は限られており、重症の患者になると八重山病院へ搬送しなければならない。しかし、患者を人間として診る、人と人とのつながりが見えるという点に惹かれ、僻地の診療所にやってきたという。

改善したい点はまだいくつかあるが、最も願うことはもう一人医師が欲しい、ということだそう。西表島西部で医師が一人である。診療時間内に診療所で診るだけならば問題ない。しかし、実際にはそれだけではなく、月に1度ずつ、無医師地区である鳩間島と船浮地区への巡回診療がある。週に1回、特養老人ホームへの巡回診療もあり、夕方の診療時間終了後、1度同行させていただいた。

そのほかにも、保育園や学校、地域の予防接種や健康診断などが定期的にある。往診の依頼があれば診療の合間に訪問し、急患が来れば夜でも診察をする。私たちの訪問初日には、夜間の急患続きで先生は2日間徹夜の状態であった。それでも、月曜日から金曜日まで診療所は開けなければ

いけない。これでは、精神的・肉体的な負担は計り知れない。また、治療の面でもすべてひとりで判断しなければならない。

見学何日目かに、肝臓癌のおじいさんが来院した。以前に石垣島で手術を受けたが完治せず、本人の希望で西表島に戻ってきたのだという。本人は治ったものと思っているが、このときすでにかなり進行していた。八重山病院に入院すれば、おそらく二度と故郷の土を踏むことはない。島で在宅看護・介護をしながら看取ってあげられればいいが、身寄りのない方で、そういったことが難しい状況だった。

このような複雑な事例でも、治療に関することは先生がひとりで決めなければならない。在宅看護・介護の仕組みがまだ整っていないことも問題のひとつである。

これはあとで知ったのだが、西表島には数年前まで医師がおらず、島出身の看護師がすべての治療を見ておられた。この制度は数年前廃止され、今ではほとんど見られない。ずっと島から離れることのないが治療範囲に限られる看護師と、より高度な治療ができるがいつか島を去ってしまう医師。どちらが島の住民にとって必要なかは、島の人1人1人によっても意見は違うだろう。

岡田先生の前の西表島西部診療所の医師は住民との関係があまりうまくやれなかったそうだが、写真でも真ん中に写っている看護師さんや事務の方、また特養老人ホームの看護師、島の住民は岡田先生とコミュニケーションがうまく取れていて、大変よい関係だと感じ取れた。しかし岡田先生もいつかは島を去ってしまう。そのときもし来られる医師がいなくても、今の看護師さんが長年見てきた医師の処置をまねて、軽い処置を行うことができる。医師や看護師という専門性にこだわる必要はなく、その時々うまくいくやり方でやっていくのがよいのではないか。だから島の人々が望むなら、看護師がいろいろな処置を行っていた制度を廃止しなくてよいと思う。

ひとつ気にかかることは、看護師だけで診療所を運営するとなると今度は看護師の肉体的、精神的負担が大きくなることである。高齢化が進み、複雑な病気が増えているのでなおさらである。

医師がいることで看護師の精神的負担が減り、看護師がいることで医師の精神的負担が軽減する、という関係が理想的だと思う。新しい医師が島外から来たら、島の看護師が島の人々と医師が早くよい関係が築けるようにサポートする。また医師も看護師や島の人々とたくさんコミュニケーションをとるよう努力する。こうした努力で住民との信頼関係が生まれ、住民が安心して医療を受けられるようになるのではないかな。

このような観点からいくと、特に医師も看護師も検査技師も、専門性にとらわれず、島の人々のことを考えることができる医療従事者が協力して島の人々の生活を、健康面から支えていったらよいのではないかなと思う。

8. 検査技師の役割

私たちは今、2人とも臨床検査技師になるための勉強をしている。臨床検査技師とは、文字通り臨床の場において必要となる、様々な検査を行う職種である。

もちろん、西部診療所に検査技師はいない。ここに限らず、ほとんどの診療所が検査技師を雇っ

ていない。率直に言うと、診療所を見学して、こういった場所に検査技師は必要ない、と感じた。

そもそも、医療機関で働く検査技師の役割は、

- ① **分業**…医師、看護師、PT、OT など他の医療職者とそれぞれの役割を担うことで、医療の効率化を図る。
- ② **専門性**…臨床検査の中には、免許をもっていない人でも検査できるものがある。しかし、検査技師としての専門的な知識を持っていることで、例外のあるような複雑な疾患でも発見することができる。

という2点に集約されると思う。

この2点について、僻地の医療と検査技師の関わり方について考えてみる。

まず、①の**分業**についてだが、僻地の医療で、検査技師との分業が必要なほど多くの検査が行われるとは考えにくい。というのも、僻地に限らず小さな診療所では、検査のための設備が備わっていないところが多いからである。

その理由には、経済的な面で問題が大きいだろう。設備そのものを整えるための費用と、メンテナンスなどのための維持費が必要となる。小さな診療所の場合、検査件数が少なく、維持費のほが高くなる、ということが無きにしもあらずである。

次に②の**専門性**である。前述のように、診療所を見学したときよくみられたのは、慢性疾患や風邪、けがなどの患者であった。ハブに囃まれたりサンゴでの怪我があったりと、西表島の風土に特有なものはあったが、稀な疾患などはなかった。

このような観点から、検査技師は僻地医療に必要なという結論に達したが、もちろん、僻地には難病を抱える患者さんがいないわけではないだろう。そのために、定期的に検査を受けなければならない人もいられるかもしれない。検査のたびに都市部の病院に通わなければならないとしたら、経済的にも体力的にも、また精神的にも負担がかかるだろう。

このような場合、エコー検査など、機器を船や自動車で運ぶことのできる検査であれば、医師や検査技師が僻地に出向いて検査を行うことが可能であると思う。

ここで忘れてはならないのが、西部診療所でいえば石垣島の八重山病院にあたる、離島中核病院との連携である。西部診療所でも検体搬送システムがあったが、そのほかにも、超音波検査やX線検査での画像をインターネット回線でリアルタイムに中核病院に送り、検査技師や専門の医師が診断や検査の補助を行う、などといったシステムを充実させることが重要なのではないだろうか。

もちろん、CTやMRIなど、僻地の診療所にはない機器での検査は、患者自身が実際に中核病院に足を運ぶことになってしまう。しかし、このようなシステムを離島中核病院で整えることは、他にも利点がある。それは、僻地の医師の負担の軽減である。分からないことや迷うときはすぐ専門の人に相談できるので、安心感が生まれる。

また、普通はある程度経験があり、一人で判断することのできる医師が僻地に勤務することになることが多いのだろうが、このようなシステムがあれば、経験の乏しい医師でも、そういった補助があると僻地に勤務することが可能となる。

9. 見学を終えて

訪問する前は、小さな島の診療所ということで、簡単な応急処置程度の治療を想像していた。しかし実際には、内科、外科、小児科、皮膚科から眼科まで幅広い治療が行われており、意外に感じた。

西表島には、西部と東部で医者はひとりずつしかない。よって、さまざまな分野・部位の病気を持った患者が診療所に訪れ、すべて診なければならない。しかし、やはりできる治療や検査は限られているので、重症の患者は八重山病院へ搬送することとなる。僻地に勤務する医師は、いわば総合医という名の専門医であり、プライマリ・ケアのスペシャリストなのである。

僻地医療についてはまだまだ問題があり、そのあり方について様々な議論もある。前述のように、僻地勤務を希望する医師は決して多くなく、赴任した医師へかかる負担は大きい。またある程度重症の患者が基幹病院へ搬送されるとなると、患者側の経済的負担も大きくなる。

しかし、私たちは今回、あえてそれとは逆の発想で考えた。たしかにこの西表島では、高度医療という面では都市部に比べて劣っている。しかし、僻地では患者と医師との距離が近く、信頼関係が強い。これは都市部ではなかなか感じられないことではないだろうか。数年前に、「3時間待つて3分間診療」という言葉が言われた。これも、僻地の診療所やではほとんどない。

このような僻地医療の良い点に着目し、都市部のそれぞれの地域の医療に生かしていく姿勢も大切であると思う。ある程度幅広い部位・種類の疾患を診ることのできるプライマリ・ケアの専門医という分野を確立し、町の医院・診療所に配属する。患者は病気になると、まずそのプライマリ・ケア専門医の診察を受け、そこでできない治療をすることになったときに初めて、大きな総合病院を受診する。医院・診療所と総合病院の役割分担を行うわけである。このような体制を取ることで、必要な医療を、必要な時間で必要なときに受けることができるようになるのではないだろうか。

最後に、今回の研修でお世話になった、岡田医師をはじめとする西表島西部診療所の皆様、また急な申し出にもかかわらず訪問を許可してくださった県立八重山病院の検査室の皆様、本当にありがとうございました。

2

小児プライマリケア班

PRIMARY CARE



2 小児プライマリケア班 一年生からみた小児科医療

活動目的

まだ医学についての専門的知識を持たない1年生の立場で、小児プライマリ・ケアの現場の見学やそれについてのワークショップへの参加を行ない、小児プライマリ・ケアについての考えを深める。

班員構成

河野 雄紀（九州大学医学部医学科1年）

研修期間

2006年8月23日

2006年9月2日

はじめに

私は医学部生ではあるが、まだ一年生であって医学についての知識は一般の人と変わらない。その意味では医師というよりは、むしろまだ患者に近い立場にいるといえる。おそらく時を経るごとに私の目線は医師のものに近いものとなっていくだろうから、今小児プライマリ・ケアという医療を考えておくことは自分にとって非常に意味のあることだろうと思い、活動を行なった。

この夏私が行なった活動は、小児科医院のクリニック実習、小児プライマリ・ケアについてのミニ・レクチャー参加、そして横浜での外来小児科学会年次集会において行なわれたワークショップへの参加の3つである。これらはそれぞれ異なった側面から小児プライマリ・ケアにアプローチしていたので、非常に考えを深めることができた。

小児科医院のクリニック実習



8月23日私はクリニック実習のため、久留米市諏訪野町のたけや小児科医院を訪れた。

その日は午前中のみ診察で、私は武谷茂先生の隣で約20人の患者の診察を見学させてもらった。先生は患者一人ひとりの診察が終わるたびにいろいろな説明をしてくれ、また途中何度も簡単な触診、聴診をさせてくれた。触診は患者のおなかや赤ちゃんの大泉門を中心に、聴診は風邪や喘息の患者の音を聞かせてもらった。

印象的だったのは患者の個人差の大きさである。ひとつはその年齢層、もうひとつは医師に対する

反応である。今回見学していた中でも患者の年齢は下は0歳児、上は中学生までおり、体格や言語能力などがかなり幅広かった。また先生に対して楽しげに話して、聴診や喉の診察にもすんなりと応じてくれる患者もいるかと思えば、先生と全く目も合わせず頑としてのどを見せてくれないような医者嫌いの子どももいた。



また途中途中で先生の説明を聞いていると、先生は診察に当たって「視野を広くしている」という印象を受けた。先生が診察の際まず注目しているのは、顔色、肌の色、唇、目、泣き方などの初期印象だった。そしてそこから、たとえば日焼けをあまりしていないという様子から、その子は最近あまり外で遊んでいない、具合が悪いのが長期にわたっているのかもしれない、などというような情報を読み取っていた。初期印象にはかなり濃密な情報が含まれていることもあり、またその情報を申告されなくてもある程度読み取れるということとは医師として非常に強みになると思った。

そして最後にコミュニケーションという要素も大きかった。まず先生は非常に表情豊かに子どもと話していた。「表情豊か」というのは常時笑顔でいるということではない。もちろん随所で笑顔も出すが、例えば聴診をするときには怪訝そうな顔、子どもの話を聞くときには納得した顔、というように状況に合わせて表情をかえて（もちろんそれをいちいち意識的にしているわけではないだろうが）子どもと話しながら診察をしていた。それはコミュニケーションをスムーズにすることと同時に、子どもを安心させるはたらきもしていたように思われる。またそれだけでなく、客観的な情報を提供してくれる患者の親や、チーム医療をするうえで欠かせないスタッフとのコミュニケーションもスムーズだった。

実は今回のクリニック実習先たけや小児科医院は私が小さい頃に行っていた病院で、武谷先生は私のかかりつけ医だった。そのため私は、自分が小さい頃の記憶、つまり待合室で待っている時、診察を受けている時のことなど、いわば実際の患者の目線というものを思い出しながら実習することができた。それによって、武谷先生が行なっている診察を患者、医師両方の立場から見ることができ、この後のミニ・レクチャーとあわせて考えることで、先生のテクニックが至極理論的に行なわれていくことにも気づいた。

ミニ・レクチャー

8月23日私は久留米大学医学部生向けのミニ・レクチャー「小児プライマリ・ケア講座」に参加させてもらった。

このレクチャーでは小児プライマリ・ケアについての概念や特徴から始まり、最終的に医師としてはどのようなことが必要なのかということが話された。講師がクリニック実習と同じ武谷茂先生であったため、私は診察室で武谷先生が行なっていたこと、例えば診察の際の着目点やコミュニケーションなどについての理論的な根拠・目的の説明としてその講義を聞くことができた。

最も強調されていた点は「聴診器一本で診られる医師」という医師像だ。「聴診器一本で診られる」というのはつまり、検査データが少ない中でも様々なところから情報を得て、正しい診断を行なえ



る技術を持つということだ。その情報を得られるところ（人）として、五感、そして親（保護者）が挙げられた。

まず五感について、これは「視野を広くする」ということにも関わっているのだが、道具が聴診器しかなくても、患者は色々な情報を発しているし、医師はそれを読み取ることができる、ということである。その情報は顔色や行動、泣き声などをはじめとして、聴診器を介さない息・咳の音、聴診器で聞いた息の音など様々な形で出てくる。しかしその多

くは五感でとらえられるもので、だからこそ視診、聴診、打診、触診、臭診といった五感を使った技術を磨くことが重要になってくる、ということだった。

次に親（保護者）についてだが、これは言うまでもなく、親は患者を最も近くで見ている観察者だから、患者に関する客観的情報をたくさん持っている。後はそれをうまく引き出していけばよいのだ（そこにコミュニケーション能力が必要となってくるが）。

しかしこのような診察で正しく診断するには十分な経験をつむ必要があるし、どんなに経験をつんだとしてもたいていの場合は科学的検査データの方が正確性は高い。ではなぜ「聴診器一本で診られる医師」が必要かという、やはり患者の負担という点がある。小児プライマリ・ケアでは冬のインフルエンザ流行時のように、多くの患者を診なければならないときがある。そのときに一人ひとり検査して診ていけば時間がかかりすぎて待ち時間も増えるし、何より検査を待つ子どもの患者の負担が大きい。検査データなしである程度見当をつけることができれば（そしてその見当が正しければ）少なくとも全てを検査から導き出そうとする診察よりも患者の負担を軽減することができる。その意味ではやはり、子どもを相手にする小児プライマリ・ケア医として「聴診器一本で診られる医師」を目指してほしい、ということだった。

横浜でのワークショップ

9月2日私は横浜市パシフィコ横浜で開かれた第16回外来小児科学会年次集会の中の、医学生・研修医ネットワーク（通称こどもどこ）によるワークショップ『上手にこどもを診るための5つのコツ』に参加した。

このワークショップでは6～7人ずつのグループに分かれ、その中でのディスカッションを通じて「子どもを上手に見るためのコツ」を考えていった。そのための材料として、スタッフ自身がクリニック実習などでベテラン小児科医から学んだ「コツ」が劇（デモンストレーション）の形で披露され、その劇の中から自分たちで「コツ」を見つけてほしい、ということだった。

このワークショップの特徴は、まず参加者の中に実習を経験した5、6年生多くいたこと、そして全体を通してディスカッションを中心に進んでいったことだ。このため「医師として」ということに非常に重点がおかれて話が進んで行ったし、また「コツ」について各人それぞれの意見を聞き、そして自分で考えることができた。

1

沖縄

2

プライマリ・ケア

3

インド

4

タイ

5

中国

ただ単に「コツ」というと非常にたくさんある。そこでまずいくつかの具体的な「コツ」を挙げて、そこからそれらの中で基本としてあるものを考えていくことになった。

具体的な「コツ」として、まず子どもに診察・治療法を選択させるというやり方がある。子どもが聴診を嫌がっているときに「それじゃあ黄色と赤と青の聴診器があるんだけど、どれがいい？」と子どもに尋ねる。子どもがどれかを選んだ



らそれを使って聴診すればすんなり受け入れるというものである。子どもなりに、自分で選んだのだから、という理屈がわかっているのかもしれないし、聴診嫌い「食わず嫌い」的なものできっかけさえあれば受け入れられただけなのかもしれない。どちらにしても子どもに選択権を与えることで、無理やり診察・治療を強要されるのではなく、それらに対して前向きになるという点で非常に有効だった。これはたけや小児科医院でのクリニック実習のときにも同様のことを武谷先生もしていて、私の中で最も印象的な「コツ」である。

また別の「コツ」としては、呼吸音を聞くために風車を吹いてまわしてもらって楽しく診察するというのもあった。これはスタッフによる劇の中で出てきたもので、上の写真にはそのときの様子が写っている。

また聴診器やペンライトなどにアニメのキャラクターなどをつけることで、子どもに親しみを持たせるというのもあった。

これらの具体的な「コツ」を見ながら、ここからは私のグループで話し合われたことを書いていきたいと思う。

まず「子どもを上手に診るコツ」を考える前に、上手に診られていないというのはどういうことかを話し合った。診察がうまく進まないとき、子どもは下のように思っているのではないかと考えた。

つまり

医師に何か怖いことをされるのではないかと

→不安・怖い →診察を嫌がる →診察が進まない

→時間がかかってさらに子どもに不安感を与える

このように一種の悪循環に陥って、子どもが泣きどおしになったりするのではないかということだ。特に子どもにとって病院とは基本的に「病気を治すところ」ではなくて「注射を打たれたり苦い薬を飲まされたりするところ」という負のイメージが強いだろうと思われる。はじめから不安を抱えているわけだから、上のような循環に陥りやすいということだ。

そのことを踏まえて私たちがまとめた「コツ」は

- ①あいさつ
- ②いたくないよ！
- ③うまくやる気に！
- ④えがおで笑顔に
- ⑤おもちゃで楽しく

である。

①は診察の始まりと終わりに子どもとその親に挨拶をすること、②は「これから〇〇をするんだけどいいかな？」とこれからすることを子どもに説明し許可を得た上で行なうこと、③は前述したような「選択」などによって診察・治療に前向きになってもらうこと、④は表情をこわばらせないで子どもの笑顔を引き出すこと、⑤はこれも前述したように診察器具をおもちゃのようにして楽しみながら診察をすること、としてまとめた。そしてこれらは、①②④が子どもを不安にさせないため、③⑤が診察と治療をスムーズに進めるため、と大きく二つの目的に分けられる。子どもの診察が大人の診察とはかなり異なったものになるということが実感できるまとめだった。

まとめ

今回の活動において、クリニック実習では小児プライマリ・ケアの現場を直に体験し、ミニ・レクチャーでは現場で行なわれていることの理論の説明を受け、横浜のワークショップでは医師の側から見たテクニックについて考えた。

そこから私はまとめとして、小児プライマリ・ケアに必要なものを「懐の深さ」という一言で表したい。子どもとはもちろん、親ともスタッフともスムーズなコミュニケーションが取れる「懐の深さ」、患者の幅広さ（年齢や病状など）に余裕を持って対応できる「懐の深さ」、視野を広くして、印象診断から多くの情報を収集できる「懐の深さ」、そして時に言葉にならない子どもの訴えも受け止められる「懐の深さ」。小児プライマリ・ケアでは一種特別な存在である子どもを相手にするために、様々な事柄に対応する必要がある。そのときに懐の深い医師であれば上手に、そして最善の方法で対処できる、ということを私の結論としたい。

終わりに

以上小児プライマリ・ケアの医師として必要なことを中心に述べてきたが、最後に小児プライマリ・ケアの魅力を述べたいと思う。

小児プライマリ・ケアの魅力として、まず成長の過程を見守ることができるということが挙げられる。子どもが徐々に大きくなっていく様子をいろいろな子どもについて見守ることができる、その成長を親とともに喜ぶことができるのである。またプライマリ・ケアの特徴ともいえるが、入院して長期間の治療を要する専門医療とは異なり、回復や治療効果が数日、時には数時間単位で現れるということも魅力となる。医師としては治ってくれるということはやはりうれしいことで、その喜



びを多く味わえるというのはプライマリ・ケアだからこそといえるだろう。そしてやはり最大の魅力は子供の明るさを間近で実感できるということだろう。子どもはそこにいて、笑うだけで、時には泣いていてさえも周りを明るくする力を持っている。その明るさをいつも間近で実感できることは色々な小児科医が魅力として挙げており、「やりがい」を感じることなのだろう。

最近の小児科、特に小児プライマリ・ケアの厳しさが広く論じられている。もちろん制度的な問題もあるだろうが、今まで述べてきたことを考えると、一診療科としてほかの科と比べてもやはり苦勞を伴う科であるのかもしれない。しかし子どもと接し、子どもを助ける小児プライマリ・ケアの中で見出される「魅力」という面も含めて、もう一度考えてみたいと思う。



謝辞

今回武谷茂先生には、私の小さいころのかかりつけ医であったということで、私をさまざまな活動に誘っていただき、またご多忙の中多くの面で手助けしていただきました。最後になりましたが、武谷茂先生、本当にありがとうございました。

またこどもどこの皆さんにも協力していただきました。ありがとうございました。

こどもどこのHPは <http://park.geocities.jp/kodomodoko2006/> です。

インド班 3 INDIA



聖地バラナシにて、ヘビ使いのオヤジと（右が筆者）

3 インド班 人口爆発を調査せよ！

● 活動目的

現在、地球の人口は約 65 億人であり、2050 年には 91 億人に達すると予測されている。その増加する人口のほぼ全てが途上国においてであり、将来、食糧やエネルギー不足、さらなる環境悪化を引き起こすことが危惧されている。また医療を提供する側として見た場合、貧困層が生まれることを食い止めなければ、いくら医療を提供しても次から次に貧困層が増えてしまうので根本的な解決とはならない。

インドは 2040 年には中国を抜いて世界一の人口大国になると予測されている。私はインドでどのような人口抑制策がとられているかに、非常に大きな興味を持った。そこでこの度、実際にインドに行き現地の専門家に会って話を聞くことができたのでここに紹介する。

● 班員構成

三隅 達也（九州大学医学部保健学科 3 年）

● 活動場所

全て首都デリー

- ・インド人口開発議員連盟
- ・国際家族計画連盟
- ・国連人口基金

● 活動期間

2006 年 9 月

● キーワード

人口爆発、合計特殊出生率、置き換え水準

1 人口爆発を防ぐことの重要性

人口の増加は社会のあらゆる部分に大きな影響を及ぼす。現在、各地で叫ばれている地球温暖化や水質汚濁、アラル海の劇的な縮小に代表される砂漠化などの環境問題も、人口の増加が原因である。

近年、食糧の需要と供給の不均衡も指摘されている。世界の人口は年間約 8000 万人ずつ増えていくにも関わらず、食糧生産は将来的に追いつかなくなる恐れがある。なぜなら、未開拓可耕地は地球上にはほとんど残っておらず（インドに至ってはすでに消滅）、食糧不足が心配されている。

石油などの化石燃料の不足については、近年の原油価格の高騰からわかるように言うまでもない。

中国やインドの急速な経済発展により、世界的な原油の需要はさらに勢いを増し、いずれ原油が枯渇することは容易に想像できる。

途上国の医療について言うと、その対象である人間が次から次に増えれば、いくら医療を提供しても切りが無い。船底に開いた穴から入ってくる水を、バケツで汲み出しているようなものである。穴をふさがなければ根本的な解決にはならない。医療援助を行う側の先進国の人口は、現在から2050年にかけて約12億人とほぼ不変であるのに対し、援助を受ける側の途上国の人口は現在の約53億人から、2050年には78億人とほぼ1.5倍に増えると予測される。例えば、現在病棟に50人の患者が入院しているとすると、将来は75人もの患者を診なければならないということになる。実際は、今後の経済発展などにより豊かになる途上国の増加や、現在の先進国のさらなる少子化により、単純に判断できないところがあるが、途上国対先進国の人口比はさらに開くことが予測される。

私は、医療の対象である「人」の世界的な動態を把握し人口減少につながる対策を講じなければ、地球と人間との持続的な共生ができなくなるのは時間の問題であると考えている。今回の活動は、マクロな視点を持ち、空から森全体を見るような活動を行ってきた。

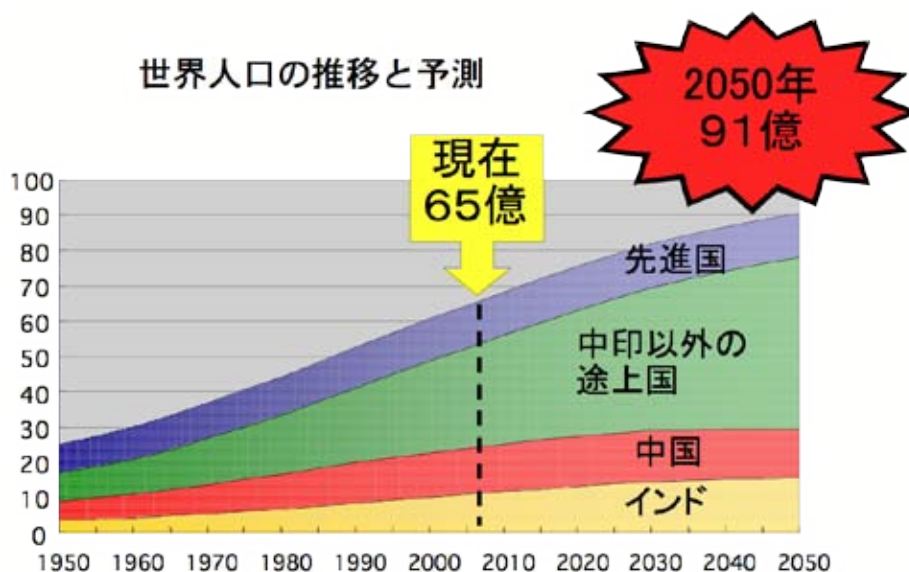


図1. 世界人口の推移と予測

2. インドの人口の推移と予測

現在、インドの人口は世界人口の約1/6の約11億人と推計されており、2050年には16億人に達し世界一になる予測されている¹⁾。人口変動の大きな要因である合計特殊出生率は2.92である¹⁾。毎年2000万人弱の人口が増加しており、これは九州と四国の人口を合わせた数に匹敵する多さである²⁾。

2001年人口調査によれば、少しずつ人口増加率は下がってきている。しかし、14歳以下の年少従属人口は35.5%を占め、さらに20歳未満で言えば46.4%とほぼ半分を占めている³⁾。この年

少人口の高さは、今後合計特殊出生率がさら低下したとしても全体では大規模な人口増加が引き続くことを示している。

1 農家あたりの平均経営面積は 1970 年の 2.30ha から、1995 年には 1.41ha と確実に縮小している²⁾。人口増加は、未開拓可耕地の消滅しているインドでは農家経営規模を縮小させることになり、将来的に食糧の供給が需要に間に合わなくなることが予測される。

注目すべきところは性比である。普通、自然状態では男児のほうが女児より少し多く誕生し、男児の乳幼児期の死亡率からその多さが相殺され、学童期にはほぼ 1 対 1 の男女比になる。ところがインドの場合、全人口の性比（男子 1000 人に対する女子の人数）は 933 となっている。後で詳しく述べるが、この値からわかることは女児の置かれている状況が男児よりも悪いということである。ところが、最も保健政策が整っているといわれている南部のケララ州では 1058 と先進国とほぼ変わらない値であり、各州により大きな差が生じている³⁾。

インドの文化に**ダウリー**という制度（結婚時、花嫁の家庭から花婿の家庭に多額の結納金が支払われる制度）があり、これが女性の数が少ないことに一部関係していると思われる。また、イスラム文化圏やその他の途上国でも女性の数は男性に比べて少ない傾向にある。この背景には、男児のほうが将来、親に対してより大きな利益をもたらしてくれるので男児を選好するという考えがある。途上国の多くは年金などの社会保障制度が充分整っていないので、親は老後のために、収入が女児に比べて多い男児を求めるのである。男児選好は人口転換（人口の減少）の阻害要因であり、周囲の圧力によって男児が生まれるまで出産を強いられるケースがある。

3. インドの人口抑制策の実際

ここでは、私が人口問題対策機関の職員にインタビューした質問と、彼らからの回答を Q & A 方式で記述する。

Q 1. インドの北部と南部で合計特殊出生率に大きな差があるのはなぜですか？

A. 北部は貧しい地域が多く、保健政策があまりよくありません。逆に南部は北部に比べて優れており、教育政策も良く情報も行き届いています。

Q 2. なぜ女児の乳児死亡率は男児より高いのですか？

A. 女児の乳児死亡率が高いのは主に北部の貧しい地域です。インド全体がそうであるわけではありません。貧しい地域は働き手として男児を好む傾向にあります。したがって、女児に対して食事を十分に与えなかったり、一部では育児放棄などが見られます。その結果、女児の死亡率が高くなっているのです。

[補足説明]

インドは北部と南部であらゆる面で大きな差がある。合計特殊出生率は、南部のケララ州では 1.8 と人口置き換え水準（将来的に人口が減少する値）の 2.1 を下回っているのに対し、北部のビハール州では 3.9 と高値を示している（図 2）³⁾。識字率については南部はおおむね 80% 以上あるのに対し、北部のガンジス川沿いの貧しい地域は 50% 台のところがいくつか見られる³⁾。この原因はインドは公衆衛生、保健、教育などに関する権限は州政府に存在するので、各州により政策に差



図2. インドの合計特殊出生率



国連人口基金の事務所にて職員と議論する筆者（左）

が生じているからである。また、北部は歴史的に古くからヒンドゥ文化や仏教が栄えた地域であり、もともと人口の多い地域であったことも原因である。

Q3. インドは近年経済発展が著しいですが、これに伴って合計特殊出生率は下がっていますか？

A. 一般的には経済発展に伴って合計特殊出生率は低下していく傾向にあります。インドではその関係はまだ明らかになっていません。タイムラグがあるため、20年後くらいに明らかになるでしょう。

Q4. ダウリーの制度は現在も存在するのですか？

A. ダウリーは現在でも存在し、約90%の人がそれを求めます。ダウリーは表面的には法律で禁止されていますが、人々は電気製品や車などの高価な物を、結婚時に花婿の家庭に贈っています。人々の習慣までは法律でそう簡単に変えられないということです。

ダウリーは裕福な家庭の人々にも大きな負担です。なぜなら、裕福ならばその収入に応じて高額のダウリーを贈らなければならないからです。

しかし、最も負担が大きい人々は貧しい人々です。彼らはこの負担のために女兒を持ちたがらない傾向にあります。

Q5. どのような方法で人々に出生数を減らすことや避妊の大切さを教えていますか？

A. 現在、ICE (Information Communication Education) システムという方法を取り入れ、主に資料を人々に渡すことをしています。そのほかにテレビ、ラジオ、広告などによる情報提供を行っています。

公立病院ではコンドーム、ピル、IUD (子宮内避妊具) が全ての人々に無料で提供されています。しかし公立病院の数は少なく、地方にはありません。政府もコストに見合わないので地方に病院を作りにくいのです。

また、医師は地方にはあまり行きたがりません。なぜなら、彼らは自分達の子供に良い教育が与えられないと思っているからです。その他いろいろな理由により、地方の高い出生率による人口増加、そして高い乳児死亡率や妊産婦死亡率を引き起こしています。

Q 6. 人口を少なくするには、どの方法が最も効果的だと思いますか？

A. それは教育です。人々は教育によって小さな家族の大切さに気付くことができます。現に、南部の諸州はその高い識字率や教育により出生率を大きく下げること成功しています。

しかし、人口増加の著しい地方や砂漠・山岳地域などは情報提供が困難です。少数のNGOのみが何らかの援助を行っているのが現状です。

[補足説明]

私がインドで訪れた旅行会社の職員の1人は、デリー大学出身で日本語が堪能なインテリだった。彼の子供は男の子1人でまだ7歳というのに、家から遠く離れた私立の小学校で寮生活を送っているという。彼曰く、高い教育を受けさせるには多額の費用がかかるので子供は1人でいいそうだ。

このことからわかるように、ある程度の学歴がある人は教育の重要性を認識しているので、子供に高い教育を受けさせるために、教育費の関係から持つ子供の数を少なくする傾向がある。彼の場合は人口爆発を抑えなければいけないという認識というより、教育にかかる費用を考慮して少ない子供を持つようにしていると考えることができる。

表1に教育と婚姻・出生率の関係を示す。この表から明らかなことは、教育年数が長いほど結婚時期や妊娠・出産の経験を遅くできるということだ。このグジャラート州の場合、8年以上の教育歴で合計特殊出生率が人口の置き換え水準の2.1を下回っている。教育は人口を減少させる大きな鍵であることがわかる。

表1. インド西部グジャラート州における教育と婚姻・出生率の関係
(2005-2006 National Family Health Survey, Fact Sheet Gujarat⁵⁾より作成)

	教育歴なし	8年未満	8-9年	10年以上
18歳までに結婚する 20-24歳の女性の割合(%)	60.4	40.4	25.8	10.1
15-19歳の女性で出産・妊娠経験のある者の割合(%)	37.9	14.7	5.7	4.1
合計特殊出生率	3.46	2.52	1.97	1.66

Q 7. もしあなたが産む子供の数を、周りからの圧力や法律などによって強制的に制限されたらどうしますか？

A. 当然反対します。子供の数を決めるのは、その人たちの自由であり権利です。インドは人口減少のために国民が少ない子供を持つことを、彼らの自主性に任せています。これは決して他から強制されるべきものではありません。

Q 8. 年金などの社会保障はどうなっているのですか？

A. 年金は公務員のみを支払われます。したがって、ほとんどの国民は老後の生活を貯蓄や子供からの仕送りに頼らざるを得ません。

Q 9. 売春婦へは何らかの対策をしているのですか？

A. 彼女達には主に情報提供を行っています。都会の売春婦は情報を多く手に入れているので、性感染症や妊娠を防ぐために客にコンドームを使うように言います。もし客がコンドームの不使用

を求めて他の売春婦のところに行っても、売春婦の組合が強固なため、コンドームなしで性行為を行うことは難しくなっています。

ところが、地方は情報が少なく売春婦の組合も強くないため、コンドームの使用率は都会より低いことがわかります。その結果、望まない妊娠や性感染症の数は地方のほうが多いと予測されます。

Q10. 小中学校では、人口爆発の授業は行われていますか？

A. いくつかの小中学校でのみ、NGOが教えています。

4. 各国との比較

ここではインドと各国を比較しやすいように、2006年度の活動班の国別のデータを示して説明する。

表2. 国別指標の比較

(2005年世界人口白書¹⁾より作成 ※日本の値に若干誤差があるがそのまま載せている)

	出生・死亡				人口	
	平均寿命 男 / 女 (歳)	合計特殊 出生率	乳児死亡率 (出生千対)	妊産婦死亡率 (出生10万対)	人口 (百万人)	年平均人口 増加率 (%)
インド	62.4/65.7	2.92	90/95	540	1,103	1.5
日本	78.7/85.8	1.35	5/4	10	128	0.1
中国	70.3/73.9	1.72	33/44	56	1,315	0.6
タイ	67.3/74.3	1.90	28/18	44	64	0.8

	教育		リプロダクティブヘルス		その他	
	初等教育5 年目まで留 まる割合 男 / 女 (%)	15歳以上 の識字率 男 / 女 (%)	15-19歳の 少女1000 人当たりの 出生数(人)	避妊実行率(%)	公的保 健支出 (%)(GDP に占める 割合)	1人当たり エネルギー 消費量
インド	60/64	73/48	72	48	1.3	513
日本	100/100	—	4	56	6.5	4,058
中国	100/98	95/86	5	84	2.0	960
タイ	92/96	95/90	48	72	3.1	1,358

合計特殊出生率はインドは2.92と高い数値を示している。この値はあくまで平均値であり、先に説明したように北部と南部、また都会と地方や学歴により大きな差がある。

タイの合計特殊出生率は、1.90とすでに置き換え水準に達しているので将来的に人口は減少していくことが予測される。1970年代のタイの合計特殊出生率は、6前後であった。タイ政府は30年以内に人口のゼロ成長を目指し、人口の専門家からはそれは不可能だと言われつつも、全国に産児制限を普及させ、女子の教育を男児と対等になるようにした。そしてわずか20年あまりで合計特殊出生率を2に劇的に減少させている。途上国の中でもタイは比較的保健政策の進んでいる国

1

沖縄

2

フライ
マリ
ケア

3

インド

4

タイ

5

中国

の1つであり、GDPに占める公的保健支出の割合が3.1%と東南アジアの中で最高値である。そのため、乳児死亡率や妊産婦死亡率も低くなっている。

中国は一人っ子政策を1979年からとってきているが、実際の合計特殊出生率は1.72とそれほど低い値を示していない。これは少数民族や農村部の住民などに対しては、様々な制約はあるものの、2人以上子供を持つことが許されているためである。また、闇っ子と呼ばれる戸籍に登録されていない子供が多く存在するので、実際の値は1.72より高いと思われる。注目すべきは避妊実行率である。この値の84%は世界一高い数値である。この背景には、もし2人目以上の子供を出産すると高額な罰金が科されるというペナルティが存在するので、人々は避妊に真剣に取り組んでいることが伺える。

教育面に目を当ててみると、インドの初等教育5年目まで留まる割合は男60%女64%、識字率は男73%女48%と非常に低い数値を示している。先の表1でも指摘したように、教育年数が低いと早婚・早期出産や高い出生率を導き、人口減少の阻害要因となる。インドは15～19歳の少女1000人当たりの出生数が72人と高値を示している。中国のこの値が5人と先進国並みの極めて低い値を示している理由は、中国の結婚年齢条件が男22歳・女20歳と高いからである。

1人当たりのエネルギー消費については、日本がインドの約8倍も多く消費している。ちなみにアメリカやカナダは共に約8000と、日本の約2倍である。ここからわかることは、先進国のほうが地球温暖化などの環境悪化に加担しているということである。環境面から考えると先進国の人間こそ減少したほうが望ましいことがわかる。

5. 中国の政策との比較

中国の一人っ子政策をどう思うかの問いに対し、訪問した3つの全ての機関の職員とも「非人道的だ!」と痛烈に批判していた。その理由はこうである。

人々は子供を一人しか持てないなら当然男児を欲しがらる。すると女児の中絶や、出生後のいわゆる間引きと言われる意図的な赤ん坊殺しが行われる。その結果男児の数が女児を大幅に上回り、性比のアンバランスが生じる。彼らが結婚年齢に達すると当然のことながら嫁の数が足りなくなる。一説によると中国ではおよそ1000万人の男性が結婚難に直面しているという。ではどこから嫁をつれてくるか。それはベトナムなどのさらに貧しい国からである(図3)。するとベトナムなどでも同様な嫁不足の問題が起きてしまう。結局、貧しい国にしわ寄せが来るのである。

さらに一人っ子政策の下では、子供の数が少ないので年老いた親の面倒をみる子供の負担が大きくなる。また闇っ子と呼ばれる戸籍に登録されていない子供の問題も深刻である。中国では戸籍がなければ、学校へも入れず就職も困難だからだ。

ではインドの理想の子供の数はいくつか、の問いに対し、「それは2人だ。」という答えが返ってきた。理由は将来の人口増加を防ぎ、また親を養う子供の負担

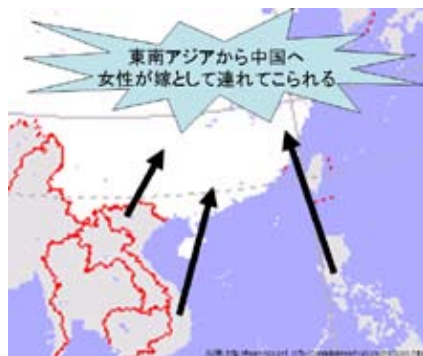


図3. 中国の一人っ子政策の弊害

も大きくないからだそうだ。私は、しかしそれは現実的には不可能なので、インドも中国のように子供の数を法律で規制したりしないのかとの私の問いに対し、きっぱりと「NO!」と返事が返ってきた。付け加えて、これまた3つの全ての機関の職員から「India is a democratic country!」(インドは民主主義の国です!)と強い発言があった。まるで自国が民主主義国家であることを誇りであるかのように、また中国とは一線を画すかのような主張の仕方であった。子供の数を決める自由は人間の基本的権利であり、決して他から強制されるべきものではない、というのが彼らインドの人口政策の専門家の共通認識であった。かつて、インドのマンモハン・シン首相も国家人口委員会の会議の中で同様なことを述べている。

しかし、1979年から一人っ子政策をとっている中国に対し、世界からは批判の声ばかりではない。世界一の人口を抱える中国は将来起こると予測される国内の飢餓や貧困のみならず、世界の食糧事情も考慮し、非人道的と言われようともこの苦肉の策をとらざるをえなかったというのだ。アメリカのワールドウォッチ研究所の環境問題専門家レスター・ブラウン氏も「他に選択支はなかった。この政策で中国は短期間で多数の人々を貧困から救い出す功績をあげた。」⁴⁾と述べている。中国は将来の危機をはっきりと認識し、それへの対策を確実にに行っている現実的な国だと言える。人権をある程度ないがしろにしても、将来の食糧危機を防ぎ貧困を減らすという「肉を切らせて骨を断つ」的な発想は共感できる部分がある。

インド、中国のどちらの政策も一長一短があり、どちらが正しいとは一概には言えない。人口問題は人権が複雑に絡み合っており、現状は認識できているが具体的な解決が非常に困難であることがわかった。

6...私の考え

私の考えはやや中国寄りである。なぜなら多少の政策上の問題はあるにせよ、中国は人口増加を見事に抑え将来の危機を予防したからである。よく基本的人権の大切さをことさらに主張し、それが何よりも最優先されるべきだと言う人がいるが、それはいつもよい方向に向かうとは限らない。そもそも権利とは単独で存在するものではない。必ず「権利と義務」の形で存在してこそ社会の調和が保てる。税金を払う義務を果たしてこそ公共設備を利用する権利が生まれるし、年金を払ってこそ老後にその受給資格が与えられる。

自由には責任が伴い、権利には義務が伴うとは、よく言われる言葉である。ところが出産や女性の地位向上などをうたっているリプロダクティブヘルス／ライツの概念の中には、人々が希望する数の子供を持つ自由や権利が、子供を持つことに対する責任と義務よりも強調されて表現されている。リプロダクティブライツという言葉が示している通り、rights(権利)のみの言葉が存在し、duty(義務)やresponsibility(責任)という言葉はその概念の中にほとんど無いのである。私は、現在世界で起きている環境破壊や、将来起きると予測されている食糧不足やエネルギー不足などの問題を解決するため、出生率をより低くし、世界人口を減少させていく認識と実践こそがリプロダクティブデューティー／レスポンシビリティではないかと思う。もしこれが達成されないならば、中国がとったような法律による強制的な子供の数の規制も、選択肢の中に入れていかなければならないと思う。

7...まとめ

- ・インドは南北で合計特殊出生率に大きな差がある。南部は比較的保健政策が整っており、北部はその逆で貧しい州が多い。
- ・教育の普及は、合計特殊出生率を減少に導くための大きな鍵である。
- ・現政策で高い効果が望めないのなら、法律による出産制限も視野に入れるべきである。

8...あとがき

デリーで人口問題対策機関を訪問した後、インドの各都市を回って気付いたことは、この国は巨大で本当に人が多く、多種多様な民族が1つの国にひしめき合って暮らしているということだ。また、インドは秩序があまりとれていないというか、外国人の私から見れば「カオス」という言葉が最も似合う国であると思った。このような国で、果たして人口抑制などできるのだろうか、まさに「のれんに腕押し」ということわざが頭をよぎった。1日3度の食事にもまともにありつけない人に対して、人口爆発がどうのこうのなどと説明したところで「そんなもの知るか!」と言い返されるのが落ちである。

現在の65億人という世界人口は、もう後戻りできないところまで増加しているのかもしれない。人口増加のスピードは近年やや鈍化してきており、一部の専門家の中には将来は100億人前後で人口は静止すると予測する人もいる。ならば放っておいてもいいじゃないか、と言う人もいると思うが、人口は現在よりもずっと減らなければ地球との持続的な共存は不可能なのである。

これまで私は数々のデータを示しながら人口爆発について説明してきたが、このような机上の論理だけではただの研究者の自己満足である。一般的に研究者や国の指導者たちは数字好きであるが、私も今回のインド訪問が、非人間的な単なる数字あそびで終わらないようにしなければならない。現に貧困に喘いでいる人は何億人といえるのだから。将来、必ず途上国の人々が少しでも生活が改善したと感ずることかできるような支援を行っていきたいと思う。

【参考文献】

- 1) 国連人口基金. 2005年世界人口白書. 2005.
- 2) 人口問題を基礎とした農業・農村開発調査—インド国一. 財団法人 アジア人口・開発協会. 2005.
- 3) Census of India 2001. <http://www.censusindia.net/>
- 4) レスター・ブラウン. 食糧破局. ダイアモンド社. 1996.
- 5) 2005-2006 National Family Health Survey, Fact Sheet Gujarat, International Institute for Population Science Deonar, Mumbai 400 088
- 6) レスター・ブラウン. 飢餓の世紀. ダイアモンド社. 1995.
- 7) ドムモラエス. 迫りくる人口爆発. 草思社. 1974.
- 8) 田雪原. 大国の難. 新曜社. 2000.

- 9) 河野稠果, 世界の人口, 東京大学出版会, 2000.
- 10) 楠本 修, 人口と開発 秋季号, 財団法人 アジア人口・開発協会, 2005.
- 11) 楠本 修, 人口と開発 春季号, 財団法人 アジア人口・開発協会, 2006.
- 12) 環境省, 環境白書(平成 18 年度版), ぎょうせい, 2006.
- 13) 是永清彦, 国際食糧需給と食糧安全保障, 財団法人 農林統計協会, 2001.

タイ班 4 THAI



追跡調査のフィールドで、道案内を買って出てくれた警官と宮原（1年）

4 タイ班 HIV 難民 ホスピス寺と帰国支援

活動目的

エイズ対策先進国タイにおいて、患者たちがどのような環境の中で療養し、社会とどう関わり合っているかを、パバナブ寺でのボランティア活動を通して学ぶ。

日本で AIDS を発症し、HAART 導入のためにタイへの帰国を支援した患者が、今現在どこでどのような治療を受けているかを追跡調査し、帰国支援の有効性について検討する。

活動場所

タイ・ロップリー パバナブ寺
タイ・ノンタブリ 保健省
タイ・コーンケン 帰国支援患者 P 氏の自宅

活動期間

2006 年 8 月 10 日から 2006 年 8 月 31 日

班員構成

船田 大輔（九州大学医学部医学科 4 年・班長）
座光寺 正裕（九州大学医学部医学科 4 年）
香月 真理子（佐賀大学医学部保健学科 4 年）
宮原 敏（九州大学医学部医学科 1 年）

キーワード

エイズホスピス、無資格滞在者、帰国支援、30 パーツ医療、HIV 難民

HIV 難民という視座

HIV に感染した結果、職と家庭とを失い、社会の片隅にあるホスピス寺でひっそりと暮らすタイの人々がいる。ある日突然それまでの生活の場から切り離され、山間の寺に追いやられる人々の生き様は、政治や宗教を理由に迫害され、住みかを失った難民を思い起こさせる。

日本にも同じような境遇におかれるタイの人々がいる。建設現場で安価な労働力を提供するタイの男性や、夜のネオン街で渦巻く欲望に応える女性は、日本で HIV に感染しても治療の機会を得られないことが多い。滞在資格を持たず、日本の社会保障の編み目からこぼれ落ちてしまった彼らは、そもそもパスポートすら持ち合わせず、帰国さえかなわないこともある。

タイ国内、国外を問わず、両者に共通するのは、HIV 感染が原因となり、それまでと同様の生活が送れなくなってしまった、という点である。単に HIV に感染した難民という意味合いではなく、より広い（そして大雑把な）括りとして、ここで新たに **HIV 難民**を試みに定義したい。「HIV 難民とは、HIV 感染を理由として、それまでと同様の生活を送れなくなった社会的弱者をいう。」

こうした HIV 難民がおかれる苦境を看過してよいのかという問いかけが私たちの問題意識であり、本稿に通底するまなざしである。

第1章ではタイのホスピス寺で行ったボランティア活動を通して見知ったタイ国内の HIV 難民の境遇について紹介し、第2章では日本におけるタイ人 HIV 難民への支援の実際と課題とを、帰国支援した患者の追跡調査を通じてまとめた。

第1章...パバナブ寺—HIV 難民の駆け込み寺

(文責・宮原)

活動目的

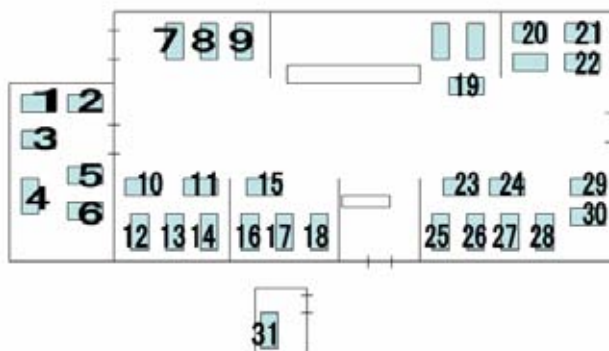
昨年、先輩方が訪れたパバナブ寺に再び向かいボランティア活動を行う。タイにおけるエイズホスピスの現状を自らの目で確かめるとともに、ボランティア活動を通じてタイ人患者との対話を試み、実践することを目的とした。

パバナブ寺の地理

平地の端、斜面に面している。周りの平地は農地として利用され、大通りからは農地で隔されている。(14° 50'15.00"N 100° 40'55.00"E)



パバナブ寺の門構え



病棟の模式図

注：図中の番号は作者がつけたものであり実際のベッド番号とは異なる。）

パバナブ寺の施設

今回主に活動した病棟は、パバナブ寺が持つ数あるホスピス病棟のうち重病患者病棟として位置づけられている。

長細い建物の中に 33 床のベッドが配置されている。室内は明るく、窓が開放されて風が通り快適な空間だと感じた。主な出入り口は 2 つあり、団体客が一方のドアから入り、中央の通路をまっすぐあるいはもう一方のドアから出て行くという、人の流れを生んでいる。

図左側の部分（番号 1～6）は結核病棟で、大部屋と壁 1 枚で隔されている。しかしながら 2 つをつなげる扉はほぼ常に開放されており、ボランティア、ワーカーが自由に行き来するため、それほど『隔離』という印象はなかった。一方で上図 31 番のひとつだけ離れた空間は『隔離』そのものであった。裏口を出てすぐの物置の隣に位置しベッドひとつしか入らないその空間は他の患者

に迷惑をかける患者を収容するためのものだという。

入り口には英語で『これはいじめではない』と書いてある。実際私たちの滞在中にも一人の患者が収容されていた。その患者は、普段は静かな病棟内で苦しみからくる泣き声を一日中あげており、うるさいという理由のためであった。隔離病棟に入ると確かに病棟内には泣き声は響いてこない。しかし、同時に普段病棟内にいるワーカー等職員の耳にもその声は届かないのではないか。私には見捨てられているようにも見えた。

この病棟以外にも、パバナブ内には多くの施設が存在する。病棟としては、この重病患者病棟以外にもいくつか存在している。どれも規模は重病患者のそれよりも大きい。私たちが見てきたのは、パバナブ寺の抱える患者のほんの1部であった。

寺の敷地内を歩いていくと、Museum とかかれた建物が多く目に付く。展示されているのは亡くなった HIV 患者の骨であり、臓器の標本であり、ミイラ化した患者の肉体そのものであった。その1つ Life Museum について紹介したい。

特別室？

初日 病棟にて

「ここって特別室があるらしいよ」
～ふーん。そうなんだ。
「テレビがあるんだって」
さすが発展途上国。テレビがあると特別室なのか。差額ベッドだったりするんだろうなあ。

初日 反省会にて

～テレビあった？
「ない。なんで特別室なんだろう？一般病棟と全然変わらないのだけど？」
一同「うーん…」

次の日 病棟にて

職員「TB 病棟だよ。」

！

まさか…TB (tuberculosis：結核の略語) を TV と間違えたのでは…

～ティービー病棟だって言ってたよ。

「ほら、テレビがあるって言ってたでしょう？」

これは本気だ。早く他の人に伝えねば、面白すぎる！

この日の反省会で大いに盛り上がったこの会話。きっと当人は一生「TB」の単語は忘れないことでしょう。(ふ)

Life Museum

ミイラ館。10 体ほどのミイラが展示。ほとんどが乾燥したものであるが、1 体は水槽に入っていた。耳、鼻に綿が詰めてあり、髪の毛、歯が残っている。いくつかのものにはカバーが無く、その体にはハエがたかっている。すべてのミイラのそばには説明書きがはられていた。そこには名前、生年月日、死亡日、職業、HIV 感染理由がタイ語と英語で書かれている。一部のものには生前の写真も貼られていた。ミイラの内訳は、こどもが2体ぐらいで、あとは成人である。男女は半々。奥に一体だけ特別扱いなのであろうか両側に花がそえてあるものがあつた。

この施設は一般に開放されていて、私たちが見学している間にも何組ものタイ人の観光客が見学をし、撮影をしていた。患者の中にもここに亡くなった夫のミイラが展示されており、彼に会うため通っているという女性もいた。

Museumに加えて、様々な写真や説明にあふれた資料館や毎週患者たちの手によってショーが開かれるホールなど見学者向けの施設が多く存在していた。

もちろん寺院であるため、仏像があつて線香やろうそくを立ててお祈りするスペースや、お坊さんがあつまってお勤めをする建物、納骨堂などの施設も見られた。



静けさの中にかつての入所者が眠る

パバナブ寺での1日のおしごと

私たちは5日間に渡ってボランティア活動を行った。一日の大まかな流れは以下の通りである。ボランティアの仕事は9時に始まる。マスク、手袋、エプロンの身支度を終え、世話を求める患者を探す。多くの場合すぐにいずれかの患者に手招きでよばれる。行くとマッサージ、オムツの取替え、飲み物（氷水、もしくはシロップの飲み物）、髭剃りなどを頼まれる。ある患者の世話が終わると、またすぐに別の患者に呼ばれる。途切れることはほとんどない。

11時頃になると患者の食事が始まる。食事は病棟内に運ばれ、各自自分のベッドで食べる。ボランティアは、歩けない人のベッドに食事を運んだり、食事の介助をしたりする。食事のかたづけを終えたら、ボランティアは昼食を含む1時間ほどの休憩をとる。支給される食事は患者のものと同じである。休憩後は午前中と同様に、患者の求めに応じて、マッサージ等をおこなった。この時間は、昼寝をする患者がいる分、午前中よりもゆっくりできる。15時を目安にボランティアは仕事を終え、帰宅する。

今回の旅行中最も健康的な5日間

と言うのも9時にパバナブに到着するため起床時間は7時前と早起きになる。そして昼間はパバナブでしっかりと体を動かす。すると早起きと疲労感から夜は10時ごろからぐっすりと眠ってしまう。このように生活リズムだけは非常に健康的であった。しかしながらこの5日間で2人も病人が出てしまったのではあるが。

患者の生活

- 05:00 起床
- 06:00 朝食
- 11:00 昼食（食後くすり）
- 15:30 夕食
- 16:00 風呂
- 20:00 就寝

2,3人ひとりで散歩に行く患者も見られたが、その他大部分は1日中ベッドの上で過ごす。それぞれ思い思いの生活を営んでいた。新聞、本、雑誌を読む人。ラジオを聴く人。隣の人としゃべったり、ふざけあつたりしている人。お菓子、フルーツを食べる人。あるいは1日中横になってぼんやり宙を見つめている人と様々であった。

患者の健康状態

もっとも元気な人は自由に歩き回り、表情豊かでよくしゃべり、よく食べ（1 プレーットの食事を3杯ほどおかわり）、病人とは思えないほどであった。しかしながら一方で、寝たきりで、体重が28kgまでやせ細り、食事はまったく摂れない患者も同じ病棟にいた。

私には健康そのものの患者と、瀕死の患者がベッドを並べているのは、最初奇妙な光景に写った。しかし、瀕死の状態だからといって特別な治療があるわけでもなく、また昨日まで元気に動き回っていた患者が翌日行ってみると急変し高熱でうなされている姿などを見るにつれて、HIV のホスピスにおいてはこの方が合理的なのかもと思うようになっていった。

見学者

1日に3,4グループの見学が来ていた。主にタイ人の団体客であったので、タイ国内における関心の高さを感じた。団体はコンダクターに連れられてやってくる。ぞろぞろと病棟内に入りコンダクターがいくつかの患者のベッドの前にとまって説明を始めると、その周りを取り囲むように集まる。説明が終わりコンダクターに従って病棟を出て行く。あまり患者の生の声を聞いたり、患者とふれあったりといったことは見られなかった。

見学者にしてみれば、かつてタイ政府が行ったキャンペーンにより植えつけられた HIV という病気に対する偏見が残っているかもしれないし、パバナブ施設内に遍在する Museum も患者に対するある種の嫌悪感みたいなものを助長しているのかも知れない。見学の目的がこれらの誤解を拭い去るためのものであるなら、その目的は実際には果たされていないように感じた。

小学生くらいの生徒の団体も訪れていた。社会科学だろっ先生に連れられきちんと整列して見学している。かれらもまた、ただ見て通り過ぎていくだけであった。見学によって学んだものが HIV と HIV 患者に対する嫌悪感であってはならないはずである。

ボランティアとワーカー

ボランティアの登録は受付で登録書に記入し、パスポートを提示すれば完了した。我々が登録した時、ボランティアは男性2人、女性3人であり、そのうち日本人が2人と聞かされた。この病棟内には、ボランティアのほかに、5、6名の女性ワーカーがいた。ボランティアがいる日中、彼女たちは、施設内の掃除を行うほか患者たちの身の回りの世話を行っていた。ボランティアの仕事と重なる部分が多く、ボランティアだけで間に合うときは、座って雑談していることが多かった。



陽気なワーカーらに囲まれる船田と香月

ボランティア活動を通じて

今回私たちはこの活動を始めるに当たって、ひとつの目標を立てた。それは、5日間という連続した時間の中で、タイ人患者と複数回の対話および観察を通じて、その患者一人ひとりの持つ背景

を浮き彫りにすることである。これには、このパバナプでの活動の後、追跡調査でタイ人患者にインタビューをすることが予定されていたため、それに向けてのシミュレーションのねらいもあった。

もちろんそこには言語の問題が生じる。こちらは、タイ語を知らない状態であったし、相手が英語を解するとは限らないからである。そこで、今回は「旅の指差し会話帳タイ第二版（情報センター出版局）」、「イラスト会話ブックタイ（JTB パブリッシング）」など指差し式の会話帳を用いてコミュニケーションを図ることにした。

患者との対話はマッサージを要求した患者に対し、マッサージ後、自己紹介をすることから始まる。こちらの名前を言った後、今度は拙いタイ語で相手の名前を聞いてみる。ここでの反応は、すぐに答えてくれる人、そっぽをむいて追い払おうとする人、耳が聞こえないという身振りをする人、なにも答えずただこちらを見つめる人と様々であった。答えてくれる人には、さらに踏み込んだ会話をしてみる。

会話帳の効果は絶大であった。患者のほうも興味を持って本と一緒に眺め、楽しそうに答えてくれる。実に役立つ本である。実際多くの日本人にとって強い味方であるようだ。パバナプ寺には、以前ボランティアとして働いていた日本人が、自分のように訪れるだろう日本人のために残した1冊の会話帳が置いてあった。最初はそっぽを向いた患者の中にも、マッサージをするたびに話しかけていると、だんだん答えてくれるようになる人はいた。

以下は、活動中に班員がそれぞれ患者の情報を持ち寄り、ベッドの配置を模した図に書き込んでいったものをまとめたものである。番号は上の模式図の番号と対応している。

	名前	性別	年齢	歩行	備考
1	S	女	?	○	マッサージが好き。ハイテンション。
2	?	女	?	○	おどり、一人で歌う。生花ピアス。
3	C	男	37	○	奥さんいない。
4	W	男	?	×	アイスが大好きだがしゃべれない。右手拘縮。オムツ。
5	D	男	35	○	コカコーラ販売員。結核結節らしきものが肩甲下にある。右ふくらはぎにも結節？
6	S	女	49	×	おむつ。
7	T	男	48	△	歩行器使用。仕事はウェアゴーン？6年前 AIDS 発覚し、パバナプ入院。民族音楽が好き。左足が悪い。
8					8/17 入院
9	?	女	32	×	脳性マヒか。13 年前にパバナプ入院。夫も AIDS で死去。遺体は現在も Life Museum に展示されており、彼女は毎日その夫に会いに行く。
10	?	男	?	×	8/15 移動。高熱。吐き気（食事なし）。顔にぶつぶつ。足には斑点状のかさぶた。褥瘡。妻子はいないが、死亡かどうかは不明。バンコク出身。刺青多数（ドラゴン、虎、蜘蛛、蝶、神、その他判別不能）。8/14 血圧 96/64 体重 28kg。
11	P	男	52	×	酸素吸引。コカイン注射で感染。右腕に注射痕。バンコク出身。パイタクドライパー。
12	R	男	42	×	ロップリー出身。仕事はトムソン？。お参りとコーラが好き。ピンクのミルクが嫌い。コカイン注射？見舞い一度もなし。高頻度でマッサージを頼む。食欲旺盛。4 日前に入院。電気技師。アユタヤ出身。奥さんたちはチェンマイ。微熱が続き咳が目立つ。8/17 軽症病棟へ移動。
13	S	男	48	×	子供。8/14 うめき声。8/15 移動（閉鎖病棟：上図 31 番）。食事は液体のみ。泣き声のために隔離された。
14	P	男	23	○	全身乾癬。
15	?	女	?	×	農業。バレーボール好き。4 年前 AIDS 発覚。2 年前パバナプ入院。
16	?	男	?	×	何を言っても頷くだけ。オムツ使用。
17	N	女	37	○	バンコク出身。3 年間日本にいた。カラオケ屋のボーイ。肺炎。7/26 パバナプ入院。8/15 昼 39℃熱。
18	?	女	?	○	
19	A	男	35	○	
20					

	名前	性別	年齢	歩行	備考
21	F	女	45	○	農家の嫁。アユタヤから。7ヶ月前にHIV。5ヶ月前にババナブ。
22	S	男	50	△	車工場労働者(トヨタ?)。HIV感染は10年前、妻から。4年前ババナブ。ライチが好き。ハイキングがすき。右足マヒ。8/16歩行器を使用して、一人で歩いた。
23	?	男	?	×	歯軋り。ワーカーにいじめられる。
24	D	男	34	×	竜の刺青。左半身不随でおむつ。1ヶ月前入院。アイスクリームの会社員。家族にAIDSなし。
25	?	女	20代?	○	耳が聞こえにくい。目もかすかにしか見えない。外を歩き、お祈りができる。炭酸飲料が飲めない。いつも笑顔。8/14に28kg。
26	?	男	?	○	
27	?	男	?	○	おせっかいを焼くのが好きなおじさん。場合によりトラブルメーカー。他の患者とけんかも。耳が聞こえない。
28	?	男	?	○	元気いっぱい。よく食べ、よく寝て、そしてよく働く。
29	S	女	29	×	8/16 13:10 亡くなる。
30	K	男	?	×	8/17 17:00 亡くなる。
※	W	女		○	DVにより障害? 4年前にババナブ。

タイ語の会話帳

外国での班活動に欠かせないものと言えば会話帳である。現地の人たちとの交流に現地の言葉は欠かせない。



バンコクにて 班員も集合し、活動開始前日

～(会話帳を見せながら) みんな会話帳もってきた?

A「おれはこれにした。」

よしよし。ちゃんと買うときに同じものを買わないようにと電話で打ち合わせしたもんな。

B「え、地球の歩き方の付録でいいかなと思っただけど…」

はい、戦力外通告。

～とりあえず4人のうち2つもあるし、使い回せばいいか。

翌日、列車での移動日

長距離、長時間の移動は眠くなり…

向かいのタイ人のおじさん「次だぞ! (タイ語)」
～次らしい! みんな起きろー! 降りる用意しろよ!

到着

～よしっ! 降りろっ!

～いやあー、無事着いたなあ。これからいよいよ活動開始だな!

「あ、列車に荷物忘れた!」

～中には何が?

「資料と、『日本沈没』、会話帳が…」

～…しょうがない。コピーすればいいか。

宿にて

C「あの…、実は私も会話帳持ってます…」

他一同「なんだってー! ?」

C「いや、何かなかなか言い出せなくて…すいません」

～謝らなくていい! お手柄だ! よくやった!

翌日

C「あの、どうも会話帳落としたみたいです。昨晩屋台で食べたときは持っていたんですが…」

他一同「なんだってー! ?」

結局1冊の会話帳をコピーしたり使い回したりして何とか間に合わせました。

次から会話帳は多めに持って行こうと、決意したり、しなかったり。(ふ)

8/12 午後

私たちは観光局観光局のオフィスで行き方を確認しバス、バイクを乗り継いでパバナブ寺へ向かった。バスでは行き先を『ワットパバナブ』といえぱ一応通じる。15分ほど乗って、新市街を走る大通りの途中でバスを降りる。一緒に降りる客は5日を通じてほとんどいなかった。大通りから細い道に入るところにバイクが常時3-5名駐在していた（パバナブに行くためのもの？）。

そこからパバナブまでは5分程度。大通り沿いには民家が見られるがしばらく走ると景色は一面農地（トウモロコシ畑など、牛、イヌなどが見られる）になる。バイクは片道2人で25B。運転手は気さくに話しかけてくる。日本人をたびたび乗せるのであろうか「イヌ、イヌ」と日本語で話しかけてくることもあった。彼らは携帯をもっており、帰りの迎えは携帯で呼ぶことができ便利であった。バイクはゲートのところまでで止まる。ゲートには覆面をつけた守衛がおり鉄製のバーを上げ下げしている。

パバナブ寺の中に足を踏み入れ、私たちはまずは受付をさがした。が、敷地内には多くの建物がありませんなかつからなない。途中でLife Museumなる建物へ。しばらく見学した後ふたたび、受付を探すために人だかりのあるところへ向かった。着いた先は病棟のようなところで、タイ人の団体客が集まって患者をみている。そのそばで一人の人が患者について説明している。ふと入り口を見ると「ボランティアを断っている」を意味するとおもわれる英語の張り紙がはってあった。予想外の展開に動揺する。

とりあえず交渉はしてみようと、病棟内のワーカーにボランティアをしたいという旨を伝える。すると受付へ通され、意外にもあっさり承諾された。登録はパスポートのコピーと登録用紙の記入であった。翌日から5日間働くことを伝えその日は寺を後にした。その後ロッブリーでは、働く準備としてエプロンを用意することにした。服屋、スーパーを一通り探しても見つからず諦めかけるも、結局屋台のひとに店をきいて何とか購入した。夕食のときには屋台街で指差し帳を1冊紛失してしまった。これで最初3冊あったものが1冊にまで減ったことになる。これは今回の活動の大きな反省点のひとつであろう。

8/13

ボランティア初日。パバナブに9時に着くためには、朝はゆつくりしてられない。屋台はまだほとんどでていないため、朝食は毎日セブンイレブンの食パンとヨーグルト、ホテルのサービスでのめるコーヒーやココアを食べた。8時半にはホテルを出発する。パバナブにつき、いざ身支度を終え、どの人からすればいいか見回していると、ある男性患者が手を振ってよびかけてきた。

彼は40、50代くらいで痩せてはいるが周りの患者に比べ、健康そうにみえた。その患者はやる側の自分の緊張に対し、見知らぬボランティアにマッサージされることに慣れているようだった。彼はそばによるとすぐに身振りで何をしてほしいかを明確に示してきた。『腕をこんな風にもんでくれ』、『もっと強く』、『痛い、強すぎる』、『そう、そこがきもちいい。もっとやってくれ』、『次はこっちをやってくれ』、『腰にこのクリームを塗ってくれ』。すべて豊かな表情とみぶりでコミュニケーションである。

言葉が通じない相手に対してマッサージを行うというのは初めての体験であったが、このようにずっと相手の求めていることが不思議と伝わってきた。これは患者の側が異国のボランティアに気

持ちを伝えるすべを身につけているためかもしれない。また患者からは（この患者に限らないが）ボランティアを気遣う心も感じた。立ってマッサージを行おうとすると、ベッドのうえにスペースを作って座ってするように言ってくる。また、マッサージが終わると頭をさげて感謝をしてくれる。

さらに次はあの患者をしてやれと世話してくれさえもする。さらに彼はマッサージをしていると本当にリラックスした、気持ちのよさそうな表情をし、時には満面の笑みを浮かべていた。初めてのことで不安でいっぱいだった自分はこの患者のおかげでいづらかやれるかもという希望をもてたのだと思う。

次は紹介された患者にマッサージを行った。その患者は坊主頭であったが、顔立ちがきれいで20歳前後の女性のように見えた。いざベッドに近づいてみると私は彼女が先ほどの患者と大きく異なることに気づいた。まずさっきの患者に比べ彼女は、痩せて（体重は28kg）元気がなく、表情は暗かった。またマッサージを行っても反応がほとんどなく、やりづらさを感じずにはいられなかった。重い雰囲気を変えようと拙いタイ語で名前を尋ねてみると、彼女は耳が悪いらしく身振りでそれを伝えてきた。先ほどとは大違いのやりづらさに仕方なくとりあえず思いつく一通りのマッサージを行なって、その場を離れることにした。そんな気持ちでマッサージを行っていたにもかかわらず、終えたときには合掌して礼を言われたときには申し訳ないような複雑な気持ちになった。

この患者も終わるとまた別の患者から手招きされる。初日にもかかわらず頻繁にお呼びがかかる。ボランティアは当班4人に加えタイ人女性1人の5人であり結構忙しかった。続けていくうちにやはり身振りでうまく伝えてくれる患者ばかりでないことがわかってくる。そのような患者には取りあえず一通りマッサージを行ってその場を離れることしかできなかった。この日会話帳がなかったので、患者のほうに何かタイ語で話しかけてきても、笑顔で返すことしかできない。会話帳の必要性を強く感じた瞬間であった。マッサージは、手への負担が意外と大きく、午後を過ぎるころには皆両手が痛くなっていった。ホテルに帰ったあとと香月先輩が風邪のような症状でダウン。夜には残りの3人でマッサージの特訓を行なった。

8/14

香月先輩休み。朝行くと大体初日にやった人にまた手招きされる。彼らが顔を憶えてくれてまたよんでくれることは、自分の働きが認められたようでうれしかった。サーシャがオフから復帰し、午後からは日本人女性2人ボランティアに参加した。人数が多くなると圧倒的に楽になる。余裕ができた分呼ばれたことの無い患者にも積極的に近づきマッサージは必要ないか、飲み物はいらなかなど聞いてまわることができるようになった。この日は日本人の見学が2組あった。順天堂熱研の10人弱の団体と、教師とパバナプOBの青年二人組であった。この日にはオムツ換えをおぼえて、今までワーカーをよんでいたのを自分でやるようになる。仕事が減ったためか、このころからワーカーがモップ片手に雑談をする姿がよく見られた。

さいごに

私が今回パバナプ寺での活動を通じてもっとも心に残っているのは、患者とのコミュニケーションの体験である。患者の側からしてみれば、病気の苦しみの中、言葉もろくにしゃべれない外国人が突然やってきてマッサージをし、オムツまで換えられ、そしてやたらと話しかけられるのは決して喜ばしいことではないだろう。それにもかかわらず、患者達が私にむけた笑顔は、とてもあたたかで印象的だった。パバナプ寺が外国人のボランティアをひきつける理由はこんなところにあるの

かもしれない。これからパバナブ寺に行かれる方は是非思い切って患者に笑いかけ、ふれあい、話しかけてほしい。国籍も世代も境遇も超えて笑顔で向き合えるのは本当にいいことだと私は思う。

さいごに、今回このような貴重な体験をする機会を与えてくださり、また旅行中に様々な面で支えてくださったタイ班の船田先輩、座光寺先輩、香月先輩に感謝の意を述べたい。加えて、パバナブ寺のマイケル、サーシャをはじめとする現地でお世話になった多くの方々、本当にありがとうございました。

第2章 在日タイ人 HIV 陽性者の追跡調査

(文責・座光寺)

はじめに

無資格滞在のタイ人 HIV 陽性者が国内の病院を受診した際、現在の日本の保健行政の枠組みの中では、タイ本国へ送り返すほかないという。では、帰国した患者は期待通りにきちんと治療をうけ、安らかな療養生活を送れているのだろうか。

1. 活動の概略

2005 年 11 月、長野県の佐久総合病院を受診したタイ人が、多発性脳結核腫を伴う AIDS と診断された。患者はビザを持たない無資格滞在者であり、また健康保険にも未加入だったため、国内での HAART^(a) (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) 導入は現実的ではなく、結核予防法^(b) に基づいて日和見感染のコントロールをつけた後、2006 年 4 月、タイ大使館・NGO と連携して祖国への帰国支援を行った。

タイでは通称 **30 パーツ医療制度** という低所得者層向けの健康保険制度があり、一回 30 パーツの支払いで基本的な医療が保証されている。HAART も特例的にこの適応に含まれており、紹介元の佐久総合病院の HIV 診療チームとしては、帰国後 P 氏が積極的な治療を受けられるだろうという期待があった。

2006 年 8 月、私たち熱帯医学研究会のタイ班は、佐久総合病院の HIV 診療チームからの依頼を受け、チームの代理として、P 氏の住まいを訪ねてその後の病状や治療経過を聞き取り調査した。その結果、P 氏は帰国後 HAART 導入はなされておらず、それどころか、自己判断で抗結核治療も中止しており、一切通院せずに自宅静養していることがわかった。

この一連の追跡調査に関しては、過日長崎市で開催された第 47 回日本熱帯医学会・第 21 回国際保健医療学会合同大会^(c)において、佐久総合病院のエイズ診療チームからポスター発表がなされた。(演題番号 P3-15,16^(d)) 小沢、高山両医師からの許可を得た上で、この報告書にも資料として転載した。

(a) 3 剤以上の抗 HIV 薬 (ARV) 併用による治療法。この確立により、HIV 感染症は死に至る病ではなくなり、感染者・患者の長期生存が望めるようになった。日本をはじめとする先進諸国では 1996 年ごろより導入され、タイにおいても 2003 年に試験的な ARV 無料配布が始まり、2005 年から 30 パーツ医療制度の枠組みで幅広く提供されている。

(b) 結核予防法第 34～36 条。結核療養に影響を及ぼしうる全ての合併症に対する医療費も公費負担となる (35 条)。したがって排菌をしている結核で発症した AIDS 患者については、制度上は HAART も公費負担となり得るが、実際には、抗結核薬と抗 HIV 薬の併用は患者に大きな負担になり、優先する結核の治療が落ち着いた後でなければ HAART は開始できない。したがって、外国人 AIDS 患者に対して結核予防法を根拠に HAART 導入するのは医学的に困難である。なお、他者に感染させる状況となっていない非開放性の結核に関しては、結核医療と結核の動静を判断するために最低限必要な検査についての 100 分の 95 の費用が公費にて負担される (34 条)。

(c) <http://nile.tm.nagasaki-u.ac.jp/jstm-jaih/>

(d) <http://nile.tm.nagasaki-u.ac.jp/jstm-jaih/image/program.pdf> から抄録が入手可能である。

2. 在日外国人の HIV をめぐる状況

具体的な帰国支援の追跡調査について言及する前に、日本で暮らす外国人の間でどの程度 HIV が発生しているのかを概観しておきたい。外国人だけをリスクグループとして見なすのは、時代錯誤だと批判を受けるだろうか？

外国人というリスクグループ

たしかに、HIV は特定の集団や地域に限定したリスクではない。誰も多かれ少なかれ感染の危険にさらされているという当事者意識なしに、感染拡大を阻止することはできない。またリスクグループというレッテルは、あたかも特定の人々が社会の HIV 感染源であるかのような差別を助長する危険がある。これも、もっともな指摘である。2007 年 2 月に長野県の村井知事が HIV は「特別な仕事に多い」と発言し、物議を醸したのは記憶に新しい^(e)。

こうした議論の末、HIV のリスクはその人がなんであるか（**リスクグループ**）ではなく、なにをするか（**リスク行動**）で決まるのだという見地から、リスクグループという用語が影を潜め、リスク行動がこれに取って代わった時期があった^(f)。

しかし実際には、すべての人々が等しく HIV のリスクに曝されているわけではなく、特にリスクが高い集団や地域があるという事実は揺らがない。行政が資源を効率よく分配し、効果的に感染拡大対策を講じるために、どのような人々が HIV 感染に対して脆弱な立場におかれているかを把握することは必須であろう。

現在、日本における HIV 陽性者の大半は日本人男性が占めており、若年者の男性同性愛者が最大のリスクグループと見なされているのは衆知のことだが、本稿の焦点とはずれるのでここでは割愛する。

4 人に 1 人は外国籍

2005 年 12 月現在、日本国内で報告された HIV 陽性者^(f)の累積総数は 11036 人であり、依然

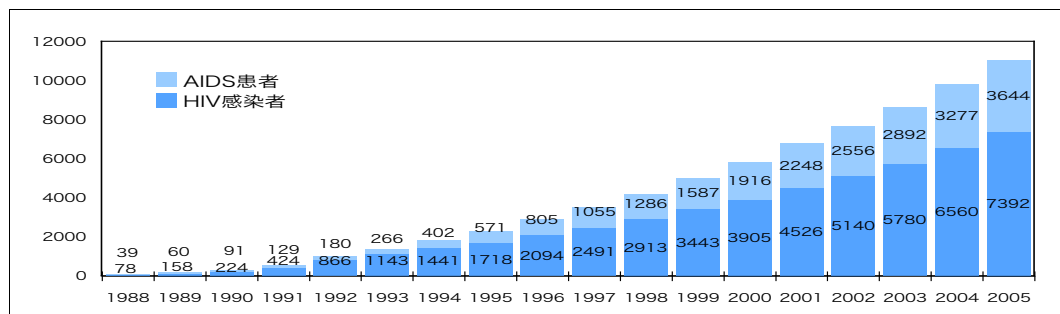


図 1 累積 HIV 陽性者数（2005 年末）
平成 17 年エイズ発生動向年報⁽³⁾より作成

- (e) 2006 年、長野県の新規 HIV 感染者は 15 人、AIDS 患者は 12 人の計 27 人。このうち 21 人（77.8%）が日本人で、男性 18 人、女性 3 人だった。知事は、県のエイズ対策についての記者質問中、かつては外国人女性の比率が高かったが、現在は日本人の比率が高いとの指摘に対し、「私の理解では長野県もまだ今おっしゃった前段の状況だ」と述べた。一般市民に感染は広がっているとの認識ではないのかとの質問には、「そうは理解していない」とした。
- (f) HIV 感染者（無症候性キャリア）と AIDS 患者（発症者）をあわせて、HIV 陽性者と呼ぶ。HIV 感染者は AIDS 患者に比べて補足率が低いため（潜在的な HIV 感染者）、両者を足し合わせることに意味は無いとする立場もある。

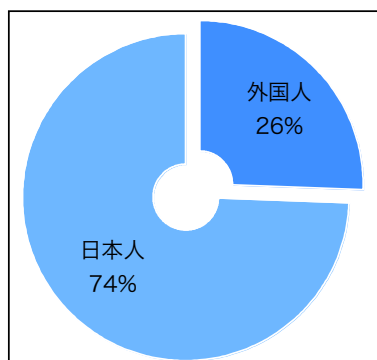


図2 HIV陽性者に占める外国人の割合とその出身国の構成 (2005年末)
平成17年エイズ発生動向年報^(g)より作成

出身地	HIV 陽性者	割合 (%)
東南アジア	1371	57.9
ラテンアメリカ	407	17.2
南アフリカ	251	10.6
東アジア	112	4.7
南アジア	105	4.4
その他・不明	588	5.1
合計	2834	100

増加に歯止めがかかる気配はない。このうち25%の2834人が外国人で占められている^(g)。日本の全人口のわずか1.7%^{(h)(2)}に過ぎない外国人が、日本で報告されたHIV陽性者の四分の一を占める現状は、外国人の一部が特に高いHIVリスクに曝されていることを示唆している。なかでも特に多いのは東南アジアの出身者であり、外国人HIV陽性者の6割を占めている。(図1および図2)

地域	人数	CD4 中央値
北米・豪・欧州	12	473
東アジア	16	225
中南米	27	241
アフリカ	18	118
東南・南アジア	55	84

表1 出身地域別初診時CD4細胞数(n=128)
医療相談員のための外国籍HIV陽性者療養支援ハンドブック⁽⁴⁾より引用

また、東南アジアのHIV陽性者は初診時にすでにAIDSを発症している、いわゆる**いきなりAIDS**の比率が高いのが特徴的である。(表1)これは、東南アジア出身者が健康保険に加入しておらず、医療機関への受診が遅れる傾向を反映したものと考えられる。

3. 長野県の東信地区における状況

今回紹介元となった佐久総合病院がある長野県の状況について、県単位で注目したい。単年度では統計にばらつきが出るため、最近の傾向を評価する場合には、直近3年間の平均を用いることにする⁽ⁱ⁾。

いきなりAIDS最前線、長野県

長野県の特徴は、診断時に既にAIDSを発症している**いきなりAIDS**患者の割合が高いことだ。2003年から2005年の3年間における感染者・患者の割合は、全国平均では全体の7割がHIV感染者で、3割がAIDS患者だった。長野県の場合はこの比率が逆転し、AIDS患者が全体の6割を

(g) 血液製剤による感染者1435人は、感染動態が他の感染経路と大きく異なるため、この集計には含めない。

(h) 平成17年末現在の外国人登録者は201万人、不法残留者数は19万人で、合計220万人である。日本の総人口は平成17年10月の推計で1億2777万人である。なお、数万人といわれる不法入国者数については、算入していない。

(i) 厚生省健康局疾病対策課が2005年に「(HIV/AIDS対策について)重点的に連絡調整すべき都道府県等の選定」を行った際にも、同様の集計方法がとられた。人口10万人あたりのHIV/AIDS報告数(日本人と外国人を問わない)が多かったのは、東京都3.02、長野県1.26、大阪府1.22、茨城県1.04、山梨県0.90などで、その結果をうけて10の都府県と6の政令指定都市が重点地域に選ばれた。およそ2割の自治体でHIV/AIDS報告数全体の77%を占める結果となった。(10の都府県の合計人口は日本全体の45%であり、HIV感染が一部の地域に偏在していることがわかる。)

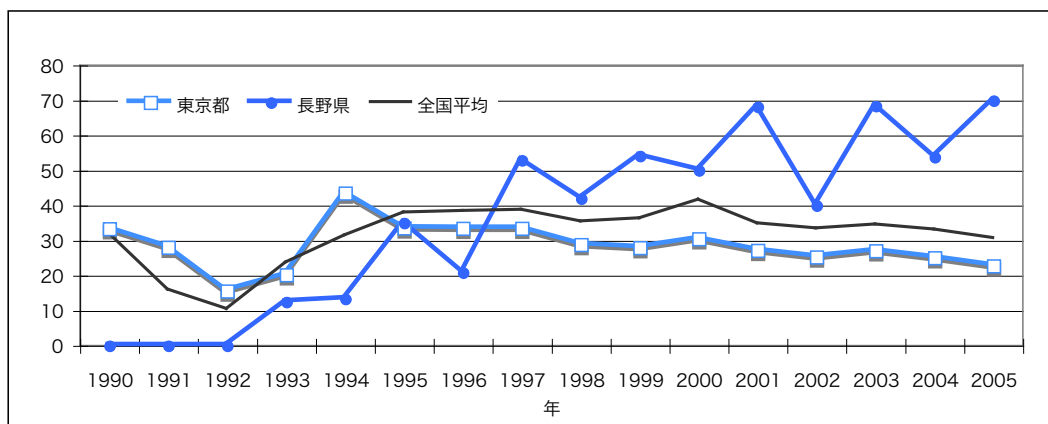


図3 全 HIV 陽性者の中で AIDS 患者が占める比率 (1990-2005)

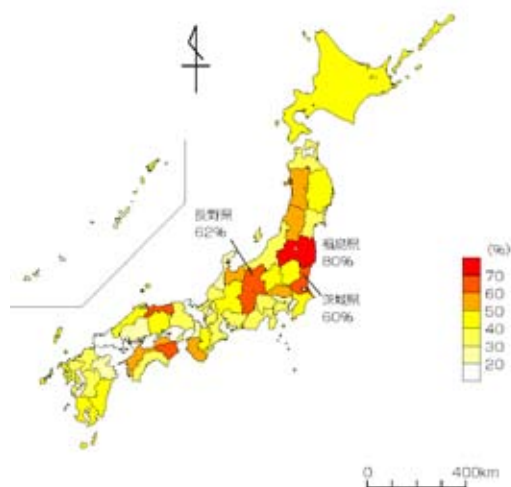


図4 AIDS 比率 (2003-2005)

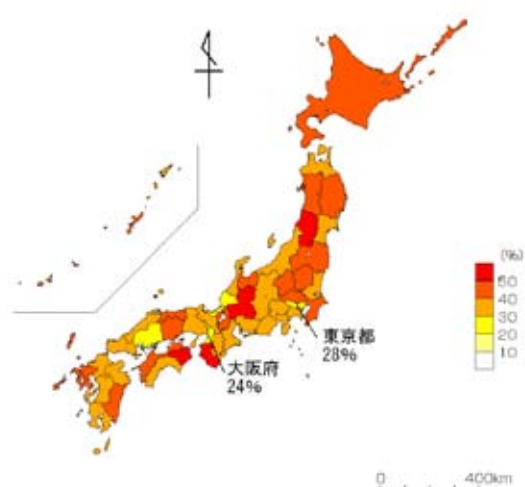


図5 AIDS 比率 (累積)

占める。

1990 年からの経時変化を見ると (図3)、東京都では AIDS 患者の占める割合は漸減傾向にあり、長野県の AIDS 患者比率が高止まりしているのとは、対照的である。ここ 3 年の AIDS 比率と、これまでの累積の AIDS 比率をそれぞれ日本地図に塗り分けたものが図4、図5である。図4の最近の傾向では関東甲信越地域がドーナツ状の高率を示すこと、逆に、図5の累積でみると東京都と大阪府が低率を示すことに注目したい。

発症するまで感染に気づかない人が多い長野県の現状は、水面下で無自覚の HIV 感染者が潜んでいる可能性を示唆しており、憂慮すべき事態である。感染に気づかなければ、いずれはある日突然病院で AIDS 発症を告げられることになるからだ。なぜ長野県にはいきなり AIDS が多いのだろうか？

もちろん、一般論として、長野県では (東京や大阪に比べて) HIV 感染症の早期発見の重要性が十分に啓蒙されておらず、抗体検査の受検が思うように広がりを見せない、という指摘には一定の真実があるだろう。事実、長野県は抗体検査の実施率をあげるのに躍起になっている。しかし、要因は受検率の低さだけだろうか？

鋭い読者であればすでにお気づきだろうが、大きな要因の一つは、多数の無資格滞在者の存在である。長野では1998年に冬季オリンピックが開催され、それにあわせて高速道路、バイパス、新幹線と次々と交通インフラが整備され、また大掛かりな競技場がいくつも建設されるなど、空前の建設ラッシュの様相を呈した。当時、長野県に住んでいた筆者としても、急速に姿を変える故郷の姿は強く印象に残っている。

オリンピック開催に伴う建設ラッシュで、東南アジアを初めとする諸外国から、多数の建設作業員が来日し、滞在期限が過ぎた後も日本にとどまる無資格滞在者を生み出した。新幹線と高速道路と多数の施設とを、短期間でかつ人件費を抑えて仕上げるために、外国人建設作業員の力が是非とも必要だった。そして同時に、夜の世界で彼らを顧客とする外国人女性も増加したと想像するのは難しくない。そして彼らは、オリンピックが終わって滞在資格が失効してなお日本に残り、出稼ぎを続けたのである。

こうした無資格滞在者の多くは、祖国への仕送りの必要と、自身の生活との板挟みになっており、経済的に困窮していることが少なくない。また、当然のことながら、不法に日本に滞在しているため、健康保険などに加入することはかなわず、受診行動を抑制していると考えられる。次に示す表2は2005年末の時点で、日本国内の各都道府県の外国人 HIV 陽性者の累積人数を集計したものである。さらに、図6には、全 HIV 陽性者に占める外国人の比率を日本地図に塗り分けた。外国人陽性者が関東周辺に偏在していることが見て取れるだろう。

人数		人口10万人あたりの人数		外国人の比率 (%)	
東京都	750	茨城県	11.5	山梨県	66.7
茨城県	345	長野県	8.9	長野県	56.0
千葉県	238	山梨県	8.1	茨城県	55.3
神奈川県	234	東京都	6.1	三重県	48.8
長野県	197	栃木県	4.5	群馬県	41.1

表2 外国人 HIV 陽性者の局在（上位5都道府県・2005年末までの累積）

平成17年エイズ発生動向年報⁽³⁾より作成

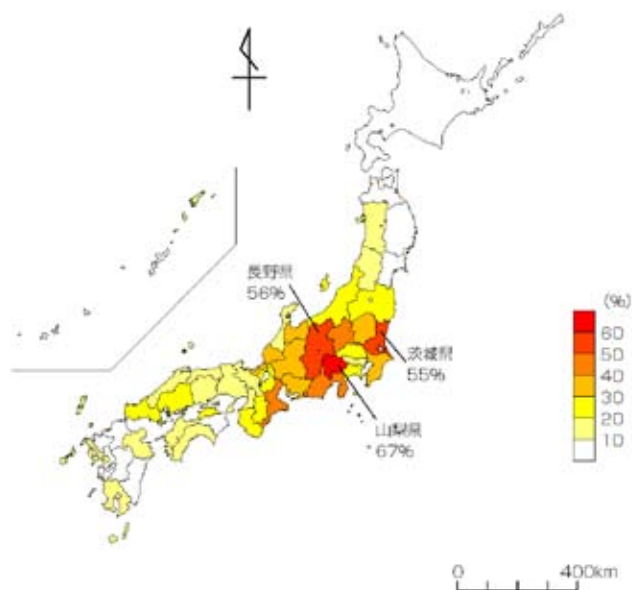


図6 HIV 陽性者に占める外国人の比率

HIV 感染者の増加は、 必ずしも感染拡大を意味しない

エイズの感染動向を知るために欠かせない統計がエイズ年報である。単年度の感染者数が1000人を超えたなどとさかんにニュースにも登場するが、その数字の読み方はいくつか気をつけなくてはならない点がある。

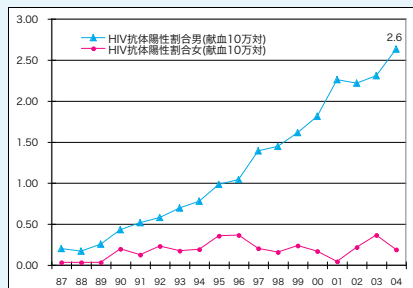
99年の新感染症法で病変報告が任意になったため、現在のエイズ年報では、**初診時にすでに発症している人数だけをAIDS患者として数えている**。したがって、単年度のAIDS患者数は、その年に新たに見つかったいきなりAIDSの患者数である。症状があつて医療機関を受診するため、AIDS患者の人数は確度の高い情報で、その増減は感染動態を把握する上で有用である。

分かりにくいのは、このAIDS患者数にはそれ以前にHIV感染者として報告されていた人がその後AIDSを発症したとしても（**転症例**）、AIDS患者として数えないことである。

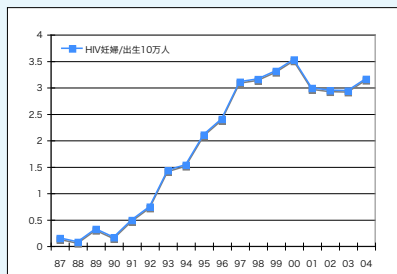
一方、HIV感染者数については、統計上感染者の数が増えているからといって、ただちに、日本国内でHIV感染が拡大していることを示すわけではない。たとえば、抗体検査の受検が一般に広がった可能性もあり、ほかの

変数と照らし合わせて多角的に動向を評価するか、母集団が変動しにくいもので定点観測する必要がある。

たとえば、献血者のHIV陽性率は増加傾向である。



妊婦でもHIV陽性率は漸増している。



こうしてみると、結局、感染拡大傾向に間違いはない。

長野県の中でも特に外国人労働者が多い東信地区において、拠点病院としてHIV診療の中核を担っているのは、佐久総合病院^(j)である。地域医療の草分け的存在として名高く、医学生の間でも卒後の臨床研修病院として人気が高い。約600床のベッドを持ち、年間3000件の救急車搬送と30000件の救急外来患者を受け入れ、また独自のドクターヘリにより半径100km程度の広範囲地域を対象に救急医療を提供している。

佐久総合病院の患者構成

さらに範囲をしばらくこんで、一つの病院に注目しよう。2006年9月までに佐久総合病院を受診した外国人HIV陽性者の総数は41名であり、そのうち実に39名をタイ人が占めている。39名のタイ人HIV陽性者の転帰は、およそ半数が帰国支援、通院中と行方不明が25%ずつであった。したがって、本稿では焦点を無資格滞在のタイ人に絞ってその実際を紹介したい。

(j) JA 長野厚生連佐久総合病院 <http://www.valley.ne.jp/~sakuchp/>

福岡の HIV

九州大学病院総合診療部の林純教授によると、九大病院を受診する HIV 陽性者はほとんどが日本人であるという。福岡市の統計⁽⁵⁾によると、外国籍の HIV 陽性者は政令指定都市としては驚くほど少なく、2005 年 12 月末の時点で、HIV 陽性者の累計は 102 名だが、このうち外国人はわずか 4 名にすぎず、比率にして 4%である。

これは東京都の 19%や、長野県の 56%^(a)と比べると際だって低率であることが見て取れる。基本的には、福岡においては（一般に HIV に対して脆弱な立場におかれている）東南アジアやラテンアメリカ出身者が少ないことが背景にあると思われる。

(a) エイズ動向委員会報告の表 10-1,2,4,5 から算出。それぞれ累積の（外国籍の HIV 陽性者 + AIDS 患者）と（全体の HIV 感染者 + AIDS 患者）の比を求めた。

4. なぜ、帰国支援か

無資格で日本に滞在している HIV 陽性者に、適切な医療サービスを提供するのは大変難しい。この節では、無資格滞在外国人の診療を行う上でなにが障害になり、どのような対策があるかを概観し、結局のところ帰国支援が最適解である理由について考察する。

無資格滞在外国人の診療の難しさ

文化的障壁

外国籍患者のなかには、日本語で十分な意思疎通がとれない人も多く、また食生活や宗教など、長期的な治療を行う上では様々な困難がある。医療通訳の確保や、出身国にあわせた病院食など、各医療機関が独自の工夫や努力をしているが、個々の施設の対応には限界があり、行政からのバックアップを受けながら医療通訳派遣を専門とする NGO などと緊密に連絡を取り合っていく必要がある。

法的障壁

そもそも不法に日本に滞在している患者を診療することは、法的に問題があるのではないかという指摘がなされることがある。

公務員の通報義務 < 医師の診療義務

多くの誤解がはびこる公務員の通報義務について、とくに記しておきたい。公務員法 62 条や刑事訴訟法の 239 条 2 項より、一般に公務員は不法行為を知った場合にはその事実を担当当局に通報する義務がある、とされている。とすると、公的な医療機関で働く医療関係者は、不法滞在者が担ぎ込まれたときには、その事実を入国管理局に通報しなくてはならないということになってしまい、診療を行うことは難しくなる。ところが、この規定には例外があるのだ。この議論については 1989 年の法務委員会の答弁が引き合いに出されることが多い^(k)。

(k) 【国会法務委員会答弁（1989 年 11 月 10 日）】高橋政府委員：私どももこの（筆者註 本来業務の執行が通報義務に優先するという）考えが妥当であるという前提に立ちまして、入国管理局とも協議いたしました結果、相談者が相談の過程でいわゆる不法残留あるいは不法就労であることがわかりましてそのことを入管局には通報しませんということについて、入管局のご了解も得まして、その旨の宣伝を大いにやっているとでございます。

すなわち、公務員の通報義務よりも、本来の業務の遂行が優先される、というものである。たとえば、各地の法務局が在日外国人向けの人権相談所⁽⁶⁾を設けているが、当然そこには多数の無資格滞在者も相談に訪れる。しかし、相談所の本来の業務は、あくまでも在日外国人の立場に立って、彼らの人権を守ることにあるから、相談所の職員は無資格滞在者の情報を入国管理局に通報する義務を免れるのである⁽¹⁾。

これを公立病院の職員に置き換えて考えてみれば、事情は明白である。外国人 HIV 陽性者の診療が本来の業務である病院職員は、たとえ患者が無資格滞在であると判明したとしても、治療行為を優先することができ、したがって、無資格滞在の事実を入国管理局に通報する義務は無いのである。

公務員の通報義務を盾にして、外国人の診療を避けて通ることはできない。今後、臨床の場で無資格滞在の外国人を診療する機会があれば、ぜひこの点は心にとどめていただきたいと願う。

経済的障壁

無資格滞在外国人の場合、健康保険に加入することができないことはすでに述べた^(m)。収入の大半は母国への仕送りと、自分自身の生活費とに消えるため、医療費を全額負担する余裕を持つ人はごく少数にとどまる。したがって、無資格滞在外人は医療機関の受診を躊躇し、病状が深刻になるまで治療の機会を得られず、病状がさらに悪化し治療費がかさむという悪循環に陥る傾向がある。表3を見れば、健康保険の加入状況が初診時の病状の進行具合に大きく影響を与えることがわかる。

健康保険	人数	中央値	平均値
あり	68	254	262±221
なし	68	99	175±217

表3 健康保険の有無と初診時 CD4 細胞数(1999-2002)
在日外国人 HIV 診療についての研究⁽⁷⁾より引用

無保険の外国人患者が受診した場合、医師には診療を行う義務がある⁽ⁿ⁾。特段の事情がない限り、治療の求めにこたえるのが法律上の義務であるし、医療者の良心であろう。しかし、医療費が未払いになることがはじめてから明らかなケースでは、患者の受け入れが医療機関の持ち出しとなり、診療を躊躇させる原因になる。現場の医師は(法的・倫理的)義務感と病院経営の現実との間で板挟みになり、診療すべきか否か判断に窮することになる。

外国人診療における未払い問題は裾野の広い課題で、今までも様々な対策が試みられてきた。それぞれについて詳細にふれるのは避け、ここでは簡単に紹介するにとどめたい。詳しくは、臨床の場に立つ前に一度「外国籍 HIV 陽性者療養支援ハンドブック⁽⁴⁾」などをぜひ一読いただきたい。

(1) 【衆議院厚生労働委員会(2002年11月15日)】増田政府参考人：入管法六十二条二項は、国または地方公共団体の職員は、その職務を遂行するに当たって退去強制事由に該当する外国人を知ったときは、その旨を通報しなければならないと規定しておりまして、医療、保健、福祉等に携わる公務員につきましても、法律上は通報義務はあるものと考えております。しかしながら、その通報義務を履行すると当該行政機関に課せられている行政目的が達成できないような例外的な場合には、当該行政機関において通報義務により守られるべき利益と各官署の職務の遂行という法益を比較考量して、通報するかどうかを個別に判断して、通報義務を履行しないで済ませるといようなことも運用していると承知しております。

http://www.shugiin.go.jp/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009715520021115007.htm

(m) 1年以上正規に滞する外国人には、健康保険への加入資格がある。しかし、彼らは一般に経済的に安定しており、HIV 難民化する恐れもない。本稿で焦点を当てているのは、あくまでも、日本の社会保障の編み目をすり抜けて難民化する社会的弱者である。

(n) 医師法19条1項(診療義務・応召義務)「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」一般には、医療報酬の未払いや、診療時間外は正当な理由には該当しないと解釈されている。なお、罰則規定はない。

行旅病人法の拡大解釈、救急医療費未払い金補填事業などは、外国人の急患に必要な医療を提供するために一定の成果を上げてきた。ただし、前者は関東を中心とした少数の都道府県でしか適用されておらず、後者も導入している都道府県は10前後にとどまる。たとえば長野県の未払い金補填事業^(o)では上限を患者一人あたり150万円に定め、救急医療に限定した適用である^(p)。他の自治体でも多くの場合、外来で3日以内、入院で14日以内などの制限があり、慢性期の管理には役不足である。

全国的に運営されている制度としては、救命救急センターに対する補助金制度があるが、これも3次医療機関における救急医療に限定したもので、きわめて狭い適用にとどまっている。こうした様々な制度に共通するのは、あくまでも急性期の対応に主眼をおいていることである。したがってAIDSを発症し、HAART導入が必要な患者に対する経済的なすべりとはなりえない。

もしAIDSの合併症として結核があれば、結核予防法を適用することができ、患者の国籍や滞在資格にかかわらず、治療費用の全額が国庫から拠出される。治療費用は結核に限らず、すべての医療行為に対して補助されるため、HAART導入にかかわる費用も対象となる。ところが、結核が落ち着き排菌が終了すると同時に、結核以外の治療費用は補助されなくなるからくりがある。

あるHAART処方例^(q)で試算してみると、薬価のみで月に20万円前後になり、これを支払える無資格滞在者は皆無に等しい。結局、一旦始めたHAARTを途中で中止せざるをえなくなり、耐性ウイルスの出現やその後の治療法の選択肢を狭めてしまうだけで、現実的な選択ではない。

最適解は帰国支援

無資格滞在者のHIV診療の難しさを、大まかに三つにわけて述べてきた。文化的障壁や法的障壁は相応の努力によって解決の糸口を探ることができるが、依然、経済的な障壁は高いままであることがわかるだろう。結果的に、現時点では国内におけるHAART導入はきわめて非現実的と言わざるを得ない。

したがって、本国への帰国を支援することが、外国人HIV陽性者への対応の第一選択となる。もちろん、本国においてHAARTを初めとする医療サービスへのアクセスが保証されていることが大前提である。タイやブラジルといったHIV対策先進国では、少なくとも制度の上ではすべての国民に治療機会が保障されているし、こうした傾向は他の途上国にも広がりつつあるものの、依然、祖国での治療機会が不透明な場合には、日本の医療機関としては手詰まりとなってしまうのが現状である。

すでに述べたように、タイではすべての国民がHAARTを受けることができる制度が整っている。それにもかかわらず、現地のタイ人コミュニティからの情報によると、日本から帰国した患者の多くが適切な治療を受けられず、死亡の転帰をとっているとのことである。

祖国に戻れば、食べつけた食事や住み慣れた家で家族に囲まれ心安らかに静養し、また30パーツ医療制度の庇護の下、積極的な治療が受けられるだろうという日本の病院の希望的な観測は、残念ながら裏切られた格好である。つぎに、帰国支援の実際の流れを紹介しながら、いったい帰国支援のどの部分が機能不全に陥っているのか検討する。

(o) 外国籍県民救急医療確保対策事業として平成15年から運用されている。

(p) 平成17年度の補助件数は8件(174万円)にとどまっている。なお、同年の外国籍県民による未収金は483件報告されている。

(q) NNRTIを温存したATVr/ABC/3TCの組み合わせで、全額自己負担の場合の薬価。

5 帰国支援の枠組み

帰国後の治療環境

30 パーツ制度

すでに概略で述べたとおり、タイには 30 パーツ医療制度があり、これは帰国を促す日本の病院関係者にとっても、帰国する AIDS 患者本人にとっても頼みの綱といえる重要な制度である。2006 年 9 月のクーデターを受けて、新政権では 30 パーツの**一部負担金を完全無料化**する方針⁽⁸⁾が打ち出され、保健相が 2006 年 11 月 1 日より完全無料化を宣言したとの報に接した⁽⁹⁾。ただし、内閣や財務省との折衝はまだなされていないようで、流動的な要素を含んでいるため、今後の動きを注視していく必要がある。

従来からタイでは富裕者層や公務員、軍人が恵まれた社会保障の恩恵をうける一方で、地方の農民など低所得者層に対しては社会保障が不十分だという指摘がなされてきた。過日クーデターで倒れたタクシン政権は、こうした社会階層を厚遇することで、ひろく国民の信頼を集めようとした。現に、新政権になってなお、農村部を中心にタクシン旧政権に対する支持の声は少なくないようだ。

この制度では、一般的な疾患の治療であれば、一回 30 パーツ(およそ 100 円)を支払うことにより、診察と薬の処方など一連の治療行為を受けることを保証するものである。臓器移植や透析、美容整形などの高額医療は適応とならないが^{(10) (11) (12)}、抗 HIV 治療はタイ政府の対エイズ対策への熱意から、特例的にこの 30 パーツ制度の対象疾患に組み込まれることになった。この 30 パーツ制度がなかったなら、日本からの帰国支援をよとすることはかなわなかっただろう。

30 パーツ制度から 0 パーツ制度へ

そもそも 30 パーツ制度 (30-baht healthcare scheme) は、タイの低所得者層向けの医療保険制度の通称である。本来 30 パーツ制度は国民皆保険を目指す **UC 政策 (Universal Coverage)** の具体的施策の一つとして位置づけられ、従来からある公務員医療保障制度 (CSMBS)、被用者社会保障制度 (SSS) に加えて、第三の公的医療保障制度として 2002 年から運用されてきた。30 パーツの徴収が取りやめられた後は、universal healthcare scheme / project と呼ばれることになると思像されるが、混乱を避けるために本稿では 30 パーツ制度の表記のままにする。

この 30 パーツ制度の特長は、Universal Coverage という名の通り、門戸がとても広いことである。基本的には CSMBS、SSS、民間医療保険に加入していない全てのタイ国民に加入資格が認められており、2006 年現在 4750 万人、タイ国民全体の 75%が加入している。特筆すべきは、そもそも医療保険に加入する必要すらない超富裕者層にも加入が認められている点である。

ただし、この中で、12 歳以下、60 歳以上、貧困層(独身の場合、月収 2000 パーツ以下を基準とする)、地域や宗教のリーダーなどは、特別に 30 パーツの一部負担も免除される。先の 4750 万人の加入者のうち、半数を超える 2500 万人がこの免除の対象になっており、さらに独自に 30 パーツの徴収を取りやめていた病院もあったことから、利用者の間には不公平感が募っていた。こうした背景からクーデター後の新政権は制度の無料化を実施し、利用者や医療機関などからはおおむね好評を博している様子である⁽¹³⁾。

従来から逼迫した財政状況が制度の存続自体を危うくしているとの危惧があった中で、完全無料

化がさらなる財政的負担になるのではないかと批判に対しては、一部負担金として徴収されたのは単年度予算の2%程度(10.7億パーツ)に過ぎず、また、その埋め合わせとして一人あたりの予算を従来の1659パーツから2089パーツに引き上げる方向で検討している、との反論がなされている。過去の例から類推するところの水準の予算が確保できると思われませんが、単純に減収を取り戻すだけであれば一人あたり22パーツの引き上げで見合うことになるし、また、30パーツ徴収に伴う事務処理コストが削減できることから、医療費が横ばいと前提すれば、無料化は合理的といえるだろう。

もちろん、無料化は(いままで30パーツが支払えずに受診できなかった低所得者層の)医療需要を増やすのは必至なため、事態はさほど単純ではないものの、30パーツ徴収の無駄なコストと、低所得者の受診に対する抑止力を取り除くという点において価値のある取り組みと思われる。財政面での不安がたびたび取りざたされているが、こういった形であれ、UC政策を安定的に運用し、今の医療サービス水準を維持してほしいと願う。

ARV へのアクセス

WHOの推計によると、80万人のHIV陽性者のうち、投薬治療を必要とする段階にある人は13万5千人ほどであり、さらにその6割にあたる81000人が投薬治療を受けているとされており、途上国の中では群を抜いた投薬治療の広がりを見せている。タイ政府は限られた予算のなかでどのように抗HIV薬を確保しているのだろうか。

タイで標準的な第一選択薬はd4T/3TC/NVPであり、日本国内でこれと同様の処方をした場合の薬価は、月あたり約20万円となる。81000人に年間この組み合わせの薬剤を提供する費用は1950億円にもなる。これはタイ保健省の単年度予算に匹敵する金額であり^(r)、保健省はHIVの薬剤費だけで首が回らなくなってしまう。

そこで威力を発揮しているのが、政府製薬機構GPO^(s)が製造する**GPO-Vir**である。GPO-Virはタイでは特許がない三種類のジェネリック薬d4T/3TC/NVPの合剤で、その価格は、月1000パーツ(約3000円)を切っており、タイにおけるHAARTの拡大を強力に支えてきた。次の表4は、パバナブ寺の重傷病棟で実際に処方されていたレジメンの例である。

処方例	NRTI	NNRTI	PI	商品名
1	d4T 3TC	NVP		GPO-Vir
2	d4T 3TC AZT	NVP		GPO-Vir Antivir
3	3TC	EFV	IDV	Lamivir Stocrin Crixivan

表4：パバナブ寺におけるHAARTレジメンの例



(r) 2004年度の保健省の予算は777億パーツ(2300億円)である。

(s) Government Pharmaceutical Organization
<http://inter.gpo.or.th/>

しかし一方では、薬剤耐性や副作用により GPO-Vir が適用できない患者が増えてきており、セカンドラインの薬剤が高額であることが問題として急浮上してきている。こうした事態を受けてタイ政府はかねてから、NRTI の Tenofovir、NNRTI の Efavirenz、PI の Ritonavir や Lopinavir などについても、TRIPS 協定^(t)31 条の**強制実施権**^(u)の行使を示唆しながら、製薬会社に対して大幅な価格引き下げを求める交渉を進めてきた。

2006 年 12 月には、Efavirenz の特許を持つ Merk 社との交渉が決裂し、ついにタイ政府は強制実施権を発動して Efavirenz の独自生産や輸入ができるようになったという^(v)。今後はより多くのセカンドラインの治療薬が安価に入手できるようになり、選択肢が広がっていくものと期待される。

帰国支援の流れ

日本からタイに帰国する HIV 陽性者の情報は、どのような経路でタイに伝わるのだろうか。

図 7 に簡単にまとめた。

はじめに日本の病院から在日日本タイ大使館の邦人保護課に、帰国支援を要する患者が入院しているという一報が入る。タイ大使館は日本の外務省領事局と協同し、タイ本国の保健省疾病管理局の AIDS 課との間で帰国支援の準備を整える。患者が帰国すると、タイでは保健省から各県の医療保健事務所 (Provincial Health Office) に連絡が行き、このオフィスの管轄下にある地方病院で患者が治療を受けることになる。

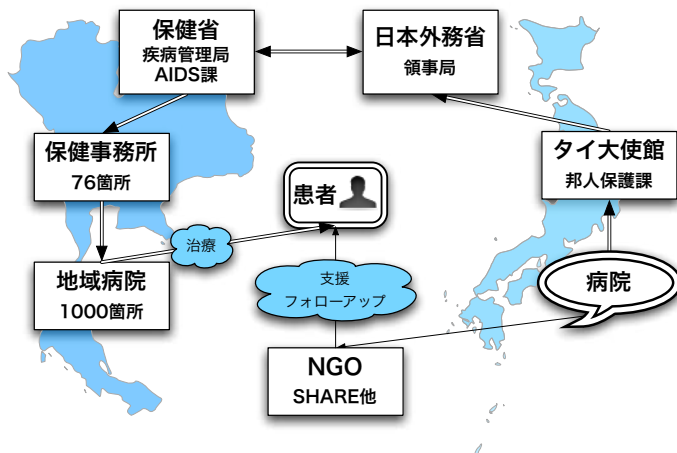


図 7 帰国支援の流れ（関係者へのインタビューをもとに構成）

日本の病院にはタイ大使館から外交官ナンバーをつけたバンが迎えにきて、空港のタイ国際航空機^(w)のタラップに直接横付けされる。機内では 6 座席を占有してベッド状にして、患者を横にしたまま移送する。

バンコクのドンムアン空港には、保健省の担当者や家族が迎えにきており、その後病院へと移送される。今回の例では、当初の入院先病院は Bamrangsaradura 病院であった。この病院は保健省直轄のナショナルセンターであり、タイ最大の HIV 治療拠点病院として位置づけられ、帰国した患者はここから各地の地方病院へと（あるいは残念ながら自宅へと）移っていくことになる。

(t) Trade-related aspects of intellectual property rights 世界貿易機関（WTO）設立協定の付属書で、知的所有権の保護を目的とした協定である。

(u) Compulsory licensing 特許権者の許諾を得ないで、国が特許権者以外の第三者に当該特許を実施する権利を強制的に付与することをいう。本来特許発明の使用には特許権者のライセンス許諾が必要だが、例えば国家的緊急事態など一定の条件下においては、特許権者の許諾を得なくても特許発明（例えば医薬品）を使用する権利を第三者に認めることができる場合がある。

(v) 保健省では「5 年間の特例措置」としており、この間に支払うロイヤルティは販売額の 0.5%。販売価格はメルク製の半分程度となりそうで、5 年間に 40 億バーツ（130 億円弱）の財政負担軽減が可能という。

(w) タイ国際航空は 35000 円程度でこうした輸送を引き受けているという。

6 帰国支援の例

P 氏の例

43 才、タイ人男性 P 氏。

主訴：発熱、意識障害

生活歴：約 10 年前に来日し、肉体労働に従事している無資格滞在者。タイの両親は死亡しており、兄はいるが連絡が途絶えている。

現病歴：平成 17 年 10 月中旬より、倦怠感と咳を自覚。近医を受診したところ抗生剤などを処方された。しかし、その後も軽快せず、言動がおかしいと友人らより気づかれていた。11 月中旬より発熱。11 月 21 日、別の近医を受診したところ、肺に結節影を指摘され、結核を疑われると同時に HIV 抗体検査を施行された。同陽性のため、翌 22 日、佐久総合病院へ紹介受診となった。

入院時現症：るいそう著明、皮膚乾燥。体温：38.6℃、脈拍：90/min、血圧：96/74mmHg、貧血・黄疸の所見無し、胸部：心音異常なし、左下肺野にて呼吸音低下、腹部：異常なし、体表リンパ節の腫大なし、四肢に浮腫を認めず。

検査所見：HIV-RNA：17000 copies/ml、CD4：43/μl

実のところ、P 氏の所在はなかなかつかめなかった。佐久総合病院としては、タイ大使館に依頼して実兄を捜し当て、またタイの HIV 治療拠点病院に紹介するところまでで帰国支援の一区切りとし、その後の療養先の把握やフォローアップにまでは手が及んでいなかった。

そもそも治療費の支払い能力もなく、受け入れに当たってはおそろしいほどの手間がかかる外国人 HIV 患者への対応は、日本の病院の日常業務の中でどれほどの優先度に位置づけられているかは、想像するに難くない。そしてまた、その位置づけについて病院は非難されるべきではないだろう。そもそも、受け入れ自体を拒む医療機関の方が大多数なのではないだろうかと思像する。

P 氏の追跡調査のために佐久総合病院の高山医師が紹介先病院のソーシャルワーカーに電子メールで問い合わせたものの、なかなか返信が届かず、平行してタイ大使館への所在照会を行ったとのことである。後日、日本のタイ大使館より、P 氏の住所が判明したとの連絡が高山医師のもとに届き、その報告を受け私たちはすぐにバンコクを離れ一路東北部へと向かった。

バンコクに滞在していた私たち一行も、タイ保健省の AIDS 課^(x)の Surasak 氏を訪ね、P 氏の所在の照会を依頼していた。日本から帰国支援を行った患者は基本的にこの Surasak 氏の所属する AIDS 課を経由してタイに帰国することになっているため、公的な支援を受けながら帰国した患者の情報は一元的にこの部局に集まっているといえる。私たちが佐久総合病院の代理として追跡調査にきている旨を相談すると、特段身構える様子もなく、帰国者リストを閲覧させてくださった^(y)。

ところが、そのファイルは 2005 年の分までしかまとまっておらず、最新の 2006 年の分について

(x) Bureau of AIDS TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

(y) 2005 年の帰国支援リストには 29 人分の氏名や所在、紹介元病院名などが一覧となっていた。

ては資料が無いとの返答で、2006 年の 4 月に帰国した P 氏の所在をつかむには至らなかった。情報が日本で止まっているのか、タイの AIDS 課以外の場所で止まっているか、あるいは AIDS 課にはきていても情報としてまとめられていないのか、いずれなのかは不明であった。

タイ HIV 陽性者データベース

帰国支援を受けた患者は絶対数が少ないため、こうした手作業での管理の方がむしろ効率的だろうが、タイ全土に推定 60 万から 100 万人弱いるとされる全 HIV 陽性者の動向を把握するには、情報の電子化が必須である。

この点について保健省の Surasak 氏に問うたところ、以下のような回答を得たので、簡単にまとめておく。

病院で新規に HIV 感染が判明した場合、506/1 質問用紙により患者の氏名や所在、病状

など詳細な情報が保健省に報告される。再来患者についても、同様の 507/1 質問用紙により月に一度のペースで情報が更新され、中央のデータベースで HIV の動向が一括管理されている。現在登録されている患者数は 40 万人強のことであり、すべての患者について追跡できているわけではないと推察される。

日本からの帰国支援を行った HIV 陽性者も、少なくとも保健省からは、これと同じスキームで取り扱われることになる。したがって、帰国後、通院をして HIV 陽性者として新規の報告をさせられないかぎり、帰国支援した患者がどこでどのような病状でいるのかを知る由はないのである。

P 氏を訪ねるまで

佐久総合病院総合診療科の高山義浩医師からの連絡をうけ、バンコクで待機していた宮原と座光寺の二人は翌朝のバスで一路コーンケン県へと向かった。バンコクの北バスターミナルからおおよそ 7 時間、300B の道のりである。

コーンケン市に投宿した翌日、市内のバスターミナルから N 郡ゆきの路線バスに乗り込んだ。手元には P 氏の住まいの住所があるが、いかんせん村の通りの名前や番地が記されているような地図が市内の書店のどこをさがしても見あたらないため、おおよその場所だけ確認し、とにもかくにもバスに乗ってみようという具合だった。

バスは見渡す限りの緑の平地を駆け抜け、30 分ほどで B 村に着いた。手当たり次第に尋ねるのもためらわれたため、バスを降りた道の反対側に見えた警察の派出所で道を尋ねた。

派出所の壁には黄ばんだ村の地図が大きく引き延ばされて貼られていたが、おそらく B 村に関しては世界中で最も詳細であろうその地図にすら、通りの名前や番地は書き込まれておらず、親切的な警察官指し示すあたりを、漠然と眺めてうなずくしかなかった。

私たちの頼りない姿を心配したのだろう、警察官はメモ帳に簡単な地図を書いてくれた。その線だけの質素な地図を頼りに、P 氏の家を目指して歩き出した。幹線道路をそれて雑然とした商店街を 200 メートルほど歩いたのだろうか、そろそろ曲がり角だろうと思われるところで、角にある簡易食堂の女性に住所のメモをみせながら、片言のタイ語で「ここに行きたいのだ」と告げた。

その女性は少し待ってという仕草をしてから、自転車にまたがり角をおれた先に消え、しばらくしてから、別の女性を連れて戻ってきた。紹介されたこの女性こそ、P 氏の実姉 A 姉さんであった。

このA姉さんに追跡調査の事情を説明したところ、笑顔で私たちを促すと、自転車をひいて歩き出した。

食堂のある角をおれてから100メートルほどゆくと、左手に立派な平屋の一軒家が見えてきた。P氏の家である。その門構えは、周囲の家々より一回り立派で、P氏の仕送りがあったからこそたてられたのだと一目でわかった。

P氏との対面

家の正面にある階段を数段上ると、上がり端が玄関になっていて、とくに仕切るものもなく、そのすぐ内側が居間になっていた。八畳ほどの正方形の居間にはパナソニックの大きなテレビが鎮座し、その向かい側には、布でできた安楽いすに線の細い男性が寝そべっていた。男性の肌の色つやはよく、一見してかつてCD4が50を割ったAIDS患者のようにみえなかったが、まぎれもなくP氏と出会った瞬間であった。

バンコクで住所が判明したとの連絡を受けてから、患者さん本人にお会いするまで、実に丸二日がたった。言葉の通じない異国の地では、単に人を訪ねるだけのことが、いかに見通しが不透明なことであるかを痛感した。

居間に通された私たちは、いくらか興奮気味にすぐさまファイルから高山医師のポートレートを取り出し、P氏に今回の訪問の目的を日本語で伝えた。高山医師の写真に目を細め、懐かしそうになさるものの、はじめのうちはどうやら私たちの訪問の意図が今ひとつ飲み込めない様子だった。

日本に10年以上滞在していたためある程度は日本語で意思疎通ができるとの事前情報を得ていたため、タイ語で話を切り出す用意をしていなかったのだが、まさにその怠慢を呪った瞬間であった。改めてゆっくりと訪問の意図を繰り返し、P氏は徐々に私たちの言葉を飲み込んだようで、笑顔でうなずいた。

汗だくの私たち二人をみたA姉さんは、グラスとお水を用意してくださり、食堂の仕事へ戻っていった。玄関先で私たちとP氏のやりとりの様子を窺っていた警察官も、気づいた時には姿を消しており、どうやら仕事に戻ったようだった。真四角の居間は静けさを取り戻し、P氏を宮原と座光寺とが囲んで座り、3人でインタビューが始まった。

インタビューの質問事項などはバンコク滞在中にマヒドン大学の医学部生の手を借りてタイ語に翻訳してあった。調査の方法がアンケート記入ではなくインタビューであることの強みをいかすために、なるべく話の流れに対応して臨機応変にopen-endedな質問を心がけ、内容の広がりや深まりを意識したが、日本語の質問の意図が十分に伝わっていないかどうかかわからないとき、このタイ語の質問文を補助的に示すとその効果は絶大であった。

印象深かったのはインタビューを初めて30分ほどたつと、はじめはとぎれとぎれだった日本語の数字がすらすらと出るようになり、語彙が花開くように多彩になり、持参したタイ語の指さし会話帳は、幸運なことに、役目を失ったことだ。つまり、指さし会話帳よりも、P氏の日本語能力の方が勝っていたのだ。



P氏の仕送りで建てられた「日本御殿」

インタビューを始める前に

インタビューを始めるにあたって、まず初めに確認したのは、P氏がHIV陽性であることをいった誰が知っており、誰が知らないのかという点だった。「エース」という強烈なスティグマに縁取られた単語が、私たちの訪問を契機として、P氏本人がまだ事実を伝えていない家族や知人の耳に不用意に入ってしまうことがあってはならない、という高山医師の懸念に基づいたものである。

タイ政府が90年代後半に展開した強烈なエイズ対策キャンペーンでは、HIV感染の拡大を食い止めるための原動力として、その病に対する恐怖を用いるものだった。悪魔の病気エイズに対するタイ国民の拒絶反応は、いまだ根強い。

P氏によると、HIV感染について知っているのはA姉さんと近所の数人だという。同居する甥っ子にはまだ話していないとのことだったので、工業高校に通う甥っ子が留守にしている日中に訪問したのは幸いだった。

現在の生活

この仕送りでたてられた「日本御殿」にすんでいるのは、P氏と姉のA姉さん、それから16才の甥っ子の三人である。P氏の兄弟は男が3人、女が6人で、同居しているA姉さんは長女（56才）、P氏本人は三男（43才）である。A姉さんは、その年齢を感じさせない清冽な笑顔が印象的で、明るく朗らかな雰囲気私達にも優しいきもちにさせられた。事実上P氏の世話を一手に引き受け、

エイズを取り巻くスティグマ

バンコクにいる間、私たちはいつもサイアムスクエアの近くの木賃宿に投宿していたが、その従業員との雑談の中で「身近な人にHIV陽性者がいるか」とHIVの話題を持ちかけてみたことがあった。すると彼女はしかめ面をして、そんな恐ろしい病気にかかった人は私の周りにいるはずない、そう流ちょうな英語でまくし立てた。

進んだ教育を受けた若い世代の間でも、こうした認識が一般的であるようだ。いや、進んだ教育を受けられる人だからこそ、と考えるべきなのかもしれない。国民の1%以上がHIVに感染しているタイ社会ではあるが、感染者の多くは農村部の低所得層出身なのだ。

こうした「私の身近な人に直接関わるわけではない」という認識は、一般市民に限ったものではない。バンコク市内で出会ったある看護師とのやりとりを思い起こす。皆で連れだって夕食に出かけたレストランの

トイレの壁に、HIVに関わると思われる張り紙があったので、彼女に頼んでその内容を教えてもらった。タイで3本の指に入る有名大学を主席で卒業して、女王からじきじきに表彰された彼女は、本当に説明しなくちゃならないの、とでも言いたげに恥じらいながら、その掲示の意味をおしえてくれた。“Thank you for not spreading HIV.”

結局、HIV陽性者が今なお厳しい社会的偏見の視線に耐えねばならないというのが実情のようである。もちろん、タイ政府はキャンペーンの方向性をずいぶん以前から転換しているが、一度根付いた恐怖感や嫌悪感は簡単に払拭できるものではなく、対応に苦慮している様子である。一方でこうしたスティグマの軽減を図りつつも、他方で社会的偏見から自由に生活を送りたいというHIV陽性者の需要に応える形で、HIV陽性者が自己完結的に生活できるような独自のコミュニティ形成にも取り組んでいるという。（Surasak氏の話）

食堂の仕事で生計も負って立つ、強くしなやかな女性のようにであった。P氏にとって、A姉さんが身近にいてくれたことは、大きな幸運だったように思われる。

P氏の血色はよく、歩き回るのにも苦勞していない様子だった。佐久総合病院に担ぎ込まれたときと比べれば、劇的な回復である。抗結核療法が奏功した結果だろう。本人はできることなら働きたいというが、なかなか仕事の口が見つからず、いまのところは家で静養しているという。食事もおいしくとれており、天気の良い日は散歩に出かけるくらい体調はいいという。居間の大きなテレビを見ながら昼寝をし、あるいは学校から戻った甥っ子と談笑するのが楽しみという毎日だそうだ。

来歴

P氏のおおよその来歴は以下の通りである。

18才まで 学生

22才ころ 地元で溶接の仕事を始めた。

27才ころ バンコクに出て、ホテル関係に就職。その後も様々な仕事を転々とした。

29才ころ 来日。初めての職場はY建設(茨城県)で、3ヶ月働いてからより高い賃金に惹かれて、I建設(長野県)に移った。

日本での生活

P氏が来日したのは29才のころであり、1993年ころのことである。どういった経路で来日したのかの詳細についてはわからなかったが、出稼ぎを目的としていたことは確かである。はじめは茨城県のY建設で建設作業員として働いていたが、まもなく、より待遇がよい長野県のI建設に職場を移した。その後、職場は何度か変わったものの、生活の拠点は長野県の小諸市にあったという。

給与は月に20万円ほどで、このうち5万円を毎月タイの家族に送金していた。小諸市内に家賃6万円ほどのアパートを仲間数人と借り、共同生活していた。楽しみは、仕事帰りに仲間たちと行きつけのタイ料理店でお酒を飲むことと、パチンコやスナックに通うことだったという。風俗店にも何度か通ったことがあると言いにくそうに教えてくれたが、実際には料金が高いため、頻繁に訪れることはなかったという。

仲間はしばしば不法滞在で摘発され、強制送還されていたため、その後音信不通になることも多かった。パスポートもVISAも持っておらず、無資格の滞在だったため、当然健康保険にも加入できず、医療機関への受診はためらわれたという。

2005年の10月ころから咳と倦怠感を自覚するようになり、日本人と結婚したタイ人の女性の名義を借りて、近医を受診した。(その際には抗生剤の処方のみで体調は改善せず、その後11月になって別の近医から佐久総合病院に結核疑いで紹介となったのはすでに述べたとおりである。)

佐久総合病院では高山医師をはじめとする職員はみなとても親切でやさしく、安心していられたが、治療費支払いの目処がたたないこと、重湯ばかりの食事が不満だったことなどから、高山医師と相談の上、祖国へ戻ることを決めた。

現在の治療

一切の治療を受けていないという。もしやという心配はしていたが、悪い予感が的中してしまった。申請さえすれば30パーツ医療制度の対象になることは知っているが、手続きが面倒であること、今のところ特に体調不良を感じていないことから、病院を受診していないという。したがって、

HAART 導入もなされていないし、抗結核療法も中断しており、もちろん、病院に受診していないことから、現在の CD4 値などはわからない。

後ろ髪を引かれる思いの暇乞い

二日目はタイ南部から夜を徹して駆けつけた班長の船田も合流し、いま一度 P 氏を訪ねた。前日よりもいづらか疲れた様子で、本人も体調不良を訴えたため、インタビューは短めに切り上げ、暇乞いをした。病院を受診せず、一切の治療を受けていない P 氏に対して、なにも役に立てなかったことを不甲斐なく感じつつ、コーンケン市へと戻った。

帰国してよかったですか？

「タイに戻ってきてよかったですか？」

「マア、ヨカッタ。」

「どういうところがよかったですか？」

「オカネ、カカラナイ。デモ、ニホンモヨカッタ」

「日本は何がよかったですか？」

「オカネヲカセゲル。ソレニ、ビョウイン
ノヒトハミンナヤサシイネ。アンシン。」

「じゃあ、どうしてタイに戻りたかったん

ですか？」

「ビョウキニナツタラ、シゴトデキナイ。

ソレニ、ビョウイン、オカネカカル。タク
サン、カカル。ゴジュウマン、ハラエナイ。」

「HIV にかかっていることは、家族の人に
話しましたか？」

「オネエサン、シッテル。デモ、[甥っ子]
ハシラナイ。」

「どうして話さないんですか？」

「マダ、ハヤイネ。」

Q 氏の例：帰国支援のち人工透析

佐久総合病院から、もう一人追跡調査を依頼されていた。P 氏の住まいのすぐ近くに、腎不全で帰国支援となった Q 氏が住んでいるはずだから、その後の様子を見てきてほしいとのことだった。人工透析は 30 パーツ医療の適用範囲外であるため、経済的に治療を継続できているかどうか、非常に不透明であった。

Q 氏の名前を耳にした途端、A 姉さんは手元の携帯電話で電話をかけてくれ、その後 30 分ほどすると Q 氏が自分でバイクを運転して P 氏の家まで顔を見せにくてくれた。13 万パーツ（およそ 40 万円。）をかけて試みた腎移植は生着せず失敗に終わったものの、移植費用の自己負担は 3 万パーツでそれ以外は病院が負担し、また人工透析の費用の半額も病院が負担してくれることになったため、月に 1000 パーツの負担で週に二回の透析を受けているという。大変元氣そうで胸をなで下ろす出会いだった。

7. 帰国支援の課題

帰国支援を取り巻く最大の課題は、帰国後の HIV 陽性者が、さまざまな理由により、通院や治療に結びついていないということである。特に問題なのは、現地において有効な医療サービスが提供される下地があるにもかかわらず、帰国支援した患者がそうした医療サービスにきちんと引き継

がれず、日本とタイとの狭間にこぼれ落ちてしまっている現実である。

帰国後の治療が保証されることを担保として、日本からの帰国支援を正当化してきた日本の医療機関が、こうした実情と向き合わないまま、漫然と帰国支援を続けることは、もともと患者にとっての最善の方策を探していたはずが、結局のところ単にやっかいな患者をたらい回しにしていたにすぎない、ということになってしまう危険がある。

もちろん、治療を受けない選択をするのは、患者と家族の裁量である。とはいえ、それは AIDS という病気と、その治療を取り巻く医療環境について、十分な情報を得た上でなされる決断でなくてはならない。治療を望む方には、きちんと治療に結びつく手はずを整えなくては、帰国支援は名折れになってしまう。

帰国支援が有効に機能するようなフォローアップ体制を整えるか、それができないのならば、日本国内で最期まで（たとえ消極的にでも）治療にあたるのが道義的な責任ではないだろうか。無資格滞在タイ人 HIV 陽性者の問題は、タイの問題であると同時に、それ以上の鋭さを持って、私たち日本に突きつけられている。

8. 実効的な帰国支援に向けて

国内の個々の医療機関や医師個人が外国人診療を背負い込み、過重な負担にあえぐのは理不尽であり、また非効率な痛みだろう。こうした患者の多くが、かつて求められて日本にやってきた労働力であったことを鑑みて、日本は国として、こうした人々の救済にあたるべきだ、と思う。

国家レベルの財政的・政策的支援を基盤として、医療機関は大使館や NGO などの関係機関と緊密に連携し、帰国支援が名折れにならないように注意深く運用していく必要がある。本来であればそのための具体的な提案を列挙すべきところだが、外国人診療を取りまく分野はあまりにも裾野が広く、今回のタイ班の活動では、その複雑な制度を理解し、価値判断をするバランス感覚を汲むには至らなかった。これから実際の医療現場で経験を積む中で、絶えずどうすれば HIV 難民の発生を防げるかと問いかけてゆくことを今後の課題としたい。

日本国内でジェネリック薬を

治療環境が比較的整っているタイですら、帰国支援には困難が伴っている。ともすれば、当初の目的がむなしくなり、結局やっかい払いに終わってしまう危険と隣り合わせだ。では、そもそも帰国後の治療環境が全く整っていない国の出身者に対して、医療機関はどう対応したらいいのだろうか。

こうした手詰まりに対して、日本国内で、途上国出身者に限定して、ジェネリックの抗 HIV 薬を提供する枠組みは作れないだろうか。祖国の治療環境が整うまで数年間の間だけ、途上国出身者たちにこうしたジェネリック薬を届けることができれば、多くの防ぎ得る死を減らせるはずだ。

たとえば国境なき医師団は中国などで、ジェネリック薬の輸入をひとまとめに行い、配布を行っている。こうした NGO などが、日本においても一括して輸入業務をとりしぎってくれたなら、日本の医療現場の医師たちが今よりはるかに容易に、そして効果的に、無資格滞在者らの治療にあたれるだろう。

ただ、**強制実施権**がそもそも公衆衛生上の緊急事態に際して途上国の政府が直接薬剤を作る場合に適用される⁽²⁾ 制度である以上、こうした例外的な運用が認められる公算は小さい。製薬会社の立場に立って考えれば、日本国内の患者ならば日本政府が正規の費用を負担すればいいではないか、という結論に至るのは至極当然のことだ。結局のところ、無資格滞在者の HIV 治療をきちんと行うためには、日本政府の経済的な援助が欠かせないということになってしまう。

日本に不法に滞在している外国人に対して、どうして血税を注ぎ込んでまで最先端の治療を施さなくてはならないのか、という国民の不満は簡単に予測できるし、政府もあらたな医療費の増大を喜ばないだろう。それでもなお、日本政府には是非、無資格滞在者の HIV 治療を無料で行ってほしいと思っている。理由は以下の3つだ。

第一に、AIDS 発症者を放置することは、感染拡大のおそれなど、公衆衛生上の脅威になること。日本の HIV 陽性者の四分の一が外国人であるなか、そのリスクグループへの対策が欠落することは大きな不利益である。

第二に、無資格滞在者はかつて日本の市場に求められて、私たちの国や経済を形作る上でおおきな貢献を果たしてきており、実質的には日本国民と同様に社会保障を受ける権利を有すると考えられること。

第三に、たとえばフランスでは超過滞在外国人に対しても、無料で HIV 治療を提供していること。1998年に制定された“CHEVENEMENT”という法律により、無資格滞在の HIV 感染者は、母国の医療環境が整っていない場合はフランスに留まる一時許可を得られ、フランスで HIV 治療を受け、また就労することもできる⁽¹⁴⁾。

タイ国内問題としての HIV

タイは東南アジア地域におけるエイズ先進国である。徹底した啓蒙で感染の拡大を抑制し、手厚い制度で ART の普及に尽力してきた。東南アジアのなかで、依然、最大の感染率を示すが、新規の HIV 感染者、AIDS 発症者の発生率は非常に良好にコントロールされている。

このように HIV 対策に尽力してきたタイ政府が頭を痛めている問題がある。それは、タイに滞在している近隣諸国からの労働者の間で、HIV 感染が爆発的に拡大しつつあるらしい、ということだ。ラオス、カンボジア、ミャンマーなどから、多くの場合不法に滞在している「外国人」が、タイ国内で無保険のまま AIDS 発症している、

というのである。少なくとも、保健省が確認しているだけで、1000 例以上の報告があるという。

こうした「外国人」はたいてい無保険であり、経済的にも困窮しており、当然、タイ政府が提供する 30 パーツ医療の対象にもならないため、有効な抗 HIV 治療を受けることができていない。

日本でタイ人の HIV 感染が問題化する中で、入れ子式に、タイにおいてラオスやカンボジア人の HIV 感染が取りざたされている。こうした問題の**周辺化**を看過してはいけな。先手の対策を講じなくては、第二の HIV 難民が大量に生まれることになってしまうだろう。

(2) 自国における製造技術がない場合には輸入も認められる。

単回調査の限界

私たちの調査は、現地に事務所がある組織が行うものではないため、基本的には一度きりのものである。P氏の現状は放置できないものだったので、できることなら私たちもP氏と共に連れだって郡役場まで出向き、住民登録申請をし、病院で30パーツ制度に申請して受診するところまで手伝いたいという考えが浮かんた。交通費くらいならば私たちの身銭を切っても、さして懐が痛むものではない。

しかし、現地の制度に対して十分な理解があるわけでもなく、もちろん言葉の壁は高く、しかも継続的な支援ができる立場にもない無責任な調査者である私たちには、実際の所、「30パーツ制度に申請しましょう、病院を受診しましょう」とP氏に頼み込むのが精一杯だった。

継続的なフォローアップが必要なゆえんはここにある。単発の調査では、患者本人に直接支援の手をさしのべることは難しい。帰国支援の一部として、帰国後の治療サービスへのアクセスをきちんと支援する仕組みを作らなくてはならない、そう切実に思った。

その後11月になって、とある全国紙の記者がP氏の元を訪ね、そのときの様子をメールで知らせてくれた。P氏は未だなお治療を始めておらず、私たちが訪れたときとは別人のようにやつれ、見当識も怪しく、病状の進行を伺わせたという。自体は急速に悪い方向へ向かっているようだった。

筆者は2007年2月に再度タイを訪れる機会があった。かねてから気にかかっていたP氏を訪ねて、半年ぶりに再び懐かしい道をたどった。高速道路沿いの商店も、P氏宅へ続く脇道の角にある食堂も、半年前となに一つかわらぬ佇まいで、私の不安は薄められる思いだった。

しかし、現実には生やさしいノスタルジーで揺らぐものではない。予想していないわけではなかったものの、笑顔のP氏の遺影が壁に掛けられているのを目の当たりにするのは、大変つらい経験だった。彼は結局、治療を受けない選択をしたか、受けようにも受けられなかったのか、いずれにしても未加療のまま2007年1月3日に他界したのだった。44歳の若さだった。

P氏の日本滞在中のアルバムをめくりながら、A姉さんとふたり泣いた。アルバムの中の彼は、凍てつく信州の冬、慣れない雪かきをした後、仲間たちと鍋を囲んでキリンラガーを片手にご機嫌な笑顔を向けているのだった。

謝辞

まず、帰国支援の問題を提起し、私たちがこの活動班を立ち上げる動機付けをしてくださった、佐久総合病院総合診療科の高山義浩医師に感謝申し上げます。高山医師とあわせ、私たちと逐一連携を取り合い、追跡調査を応援してくださった小沢幸子医師、住所照会の労をいただいた在日本タイ大使館、突然の訪問にも快く対応してくださったタイ保健省のSurasak博士、質問フォームの翻訳をお願いしたマヒドン大学医学部のPim、Wee、Big、パバナブ寺のMichael牧師とJoshuaをはじめとする多くの方々のご協力がなければ、今回の活動は成り立ち得ませんでした。改めて、お礼申し上げます。

P氏の冥福を祈ると同時に、彼の死が無駄に終わらず、今後の帰国支援の充実に活かされるよう強く願います。

タイ・ラオスとの国境の町ノンカイにて

平成 19 年 2 月

座光寺正裕 (zakoji-kyu@umin.ac.jp)

【参考文献】

- (1) エイズ・パンデミック、1998、Jonathan Mann 編・山崎修道 監訳、日本学会事務センター
- (2) 法務省入国管理局：平成 17 年外国人登録者統計、平成 18 年 5 月
<http://www.immi-moj.go.jp/toukei/index.html>
- (3) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成 17 年エイズ発生動向年報、平成 18 年 4 月発行
http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm
- (4) 樽井正義、沢田貴志：医療相談員のための外国籍 HIV 陽性者療養支援ハンドブック、平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 NGO による個別施策層の支援とその評価に関する研究、平成 18 年 3 月発行
http://api-net.jfap.or.jp/siryou/jititai_manual/h18_sawada.pdf
- (5) 福岡市保健福祉局保健医療部保健予防課：福岡市 HIV 感染者等情報、平成 18 年 6 月
<http://www.city.fukuoka.jp/download/1591053107606.xls>
- (6) 法務省人権擁護局：外国人のための人権相談所
<http://www.moj.go.jp/JINKEN/jinken21.html>
- (7) 若井晋：在日外国人 HIV 診療についての研究、平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症の医療体制に関する研究、
- (8) NHSO backs plan to ditch Bt30 fee, The Nation, 31 October 2006
- (9) Big reform of healthcare has started, The Nation, 1 Nov 2006
- (10) 国際協力事業団：タイ王国における医療保険制度運用システムに関する調査報告書、平成 14 年 9 月
- (11) 国際協力銀行：タイ王国における社会保障制度に関する調査報告書、平成 14 年 3 月
- (12) Thailand Health Profile 2001-2004, Ministry of Public Health
- (13) Scrapping of Bt30 fee welcomed, The Nation, 2 Nov 2006
- (14) 中石朋見：H I V 感染外国人への医療提供体制の改善に関する研究、平成 15 年 2 月

エイズ発症した無資格滞在タイ人の一例【臨床経過】

A case of Thai overstayer who developed AIDS - Clinical course -

小澤幸子、高山義浩

佐久総合病院総合診療科

JA長野厚生連佐久総合病院
〒384-0301
長野県佐久市白田197



九州大学医学部
熱帯医学研究部
第41期活動報告書

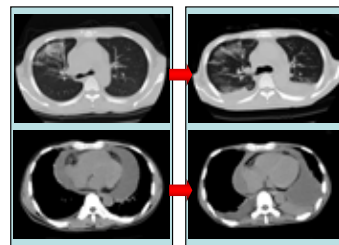
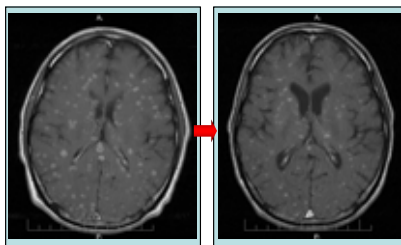
緒言

長野県農村地域に位置する当院(図1)では、平成18年9月までに84名の新規HIV感染者の受診があった。そのうち41名が外国人であり、当院においてエイズ診療は外国人診療の模様も呈している。平成17年に当院を受診した新規HIV感染者は11名で、その内訳は表1のようである。その特徴として、いわゆる「いきなりエイズ」が多く(73%)、タイ人の比率が高いこと(36%)が挙げられる。とくに近年は、なかなか受診行動につながらないタイ人において播種性結核発症例が散見されるようになった。ここでは、多発性脳結核腫にてエイズ発症したタイ人男性について、その臨床経過を報告し、いまま緊急に求められている課題について提言したい。

症例

症 例: 42歳、タイ人男性
主 訴: 発熱、意識障害
生活歴: 約10年前に来日し、肉体労働に従事している無資格滞在者。タイの両親は死亡しており、兄はいるが連絡は途絶えている。
現病歴: 平成17年10月中旬より、倦怠感と咳を自覚。近医を受診したところ抗生剤など処方された。しかし、その後も軽快せず、言動がおかしいと友人より気付かれていた。11月中旬より発熱。11月21日、別の近医を受診したところ、肺に結節影を指摘され、結核を疑われると同時にHIV抗体検査を施行された。同陽性のため、翌22日、当院紹介受診となる。
入院時現症: いろいろ著明。皮膚乾燥。体温: 38.6℃。脈拍: 90/min。血圧: 96/74 mmHg。貧血・黄疸の所見なし。胸部: 心音異常なし。左下肺野にて呼吸音低下。腹部: 異常なし。体表リンパ節の腫大なし。四肢に浮腫を認めず。

臨床経過



画像所見(図2、4)より播種性結核を疑い、速やかに4剤による抗結核療法を開始した。しかし、意識障害が徐々に進行したため、他の細菌性髄膜炎の可能性と抗結核療法への逆説反応を疑い、第6病日よりメロペネムとメチルプレドニゾロンを導入した。その後は著明に改善し、意識も緩徐ではあったが回復基調となった。第10病日より整合性のある会話が可能となり、第21病日にメロペネム終了したが、増悪することなく良好な経過であった。ただし、入院時より認めた心嚢水がさらに増加し、頻脈明らとなり、心タンポナーデの危機と考えられたので、第29-30病日に心嚢水のドレナージを施行した。結果、2000ccと大量の褐色膿性の液がひかれた。心嚢水のADAが67.8 IU/Lと異常高値であり、逆説反応の経過と合わせて結核感染を示唆するものでもあった。その後の経過は良好であり、第33病日より経口摂取を開始し、第44病日には輸液をすべて切ることが可能となった。第50病日の頭部MR(図3)では、多発した結節影が縮小し、かつ減少していることが確認された。しかし、その後も寝たきりが継続し、リハビリへの協力も得られにくいまま長期に経過した。第128日に6000ccの心嚢水ドレナージを再度施行したが、その他、日和見感染などの出現は認めなかった。抗結核療法を継続したまま、第132病日に帰国支援となるが、その経緯は第2報にゆずる。

図2 頭部造影MR(第3病日)
※ 一部リング状造影効果のある小結節を無数に認める。結節はいずれも10mm以下であり、大脳、小脳、脳幹を問わず散在するが、皮髄境と脳室周囲に多い。

図3 頭部造影MR(第50病日)
※ 結節影が縮小し、かつ減少している。

図4 胸部CT(第1病日)
※ 右肺上葉S3に浸潤影を認め、末梢には10mm大の結節を認める。また、著明な心嚢液貯留を認める。

図5 胸部CT(第30病日)
※ 2000ccのドレナージ直後に撮影したものであるが、多量の心嚢水が残存している。S3の肺炎像は縮小したが、胃腸に新たな陰影の出現を認める。

考 察

本症例では、HIV感染と播種性病変より結核感染を強く疑って治療を開始した。とくに脳病変については稀な病像であり、診断に苦慮したが、逆説反応ののちに軽快したことから、臨床的に多発性脳結核腫と診断した。また、心嚢水のADA高値も診断の手がかりとなった。抗結核療法は奏効したが、寝たきり状態で長期化し、身寄りもないため、132日間の入院加療が余儀なくされた。

当院診療圏では、長野オリンピックをきっかけとした出稼ぎ目的の流入で、無資格滞在の無保険外国人が多く、最近では親族不明の経済困窮者が目立つようになっている。こうした人々のなかには、HIV感染者もいるが、エイズ発症ぎりぎりまで受診行動につながらない者が多い。本症例のように、当院では医学的・社会的に困難なエイズ発症例が多発しており、無資格滞在外国人に対する、早期受診と治療導入を可能とするシステムが早急に求められている。とくに、無保険の問題が外国人の受診を遅らせている原因とも考えられ、受診後の未払いは医療機関の経営を圧迫する結果となっている(当院の外国籍患者による未払い金は年間500万円前後)。こうした課題に対する、国もしくは自治体行政による包括的対応が期待される。

参考文献

- 1) エイズ動向委員会ホームページ: http://api-net.jp/or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm
- 2) Jose E. Vidal, et al: Cerebral tuberculomas in AIDS patients. Arq Neuropsiquiatr 62(3-B): 793-796, 2004.
- 3) 大竹弘哲ほか: 結核性髄膜炎の早期診断における髄液ADA値測定の有用性の検討. 神経内科 54(4): 359-362, 2001.
- 4) Tuberculous brain abscess in a patient with AIDS: Case report and literature review. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo 45(2): 111-114, 2003.

Sachiko Ozawa, M.D. (e-mail: sachi-o@wa2.so-net.ne.jp)

1

沖縄

2

フライマリアケア

3

インド

4

タイ

5

中国

エイズ発症した無資格滞在タイ人の一例【帰国支援】

A case of Thai overstayer who developed AIDS - Support for return home -

高山義浩¹⁾、座光寺正裕²⁾、小澤幸子¹⁾

1) 佐久総合病院総合診療科、2) 九州大学医学部熱帯医学研究会

JA長野厚生連佐久総合病院
〒384-0301
長野県佐久市臼田197

結言

多発性脳結核によりエイズ発症した無資格滞在タイ人について、132日間の入院治療を実施した。経済面での限界もあったが、言語を含む文化面でも入院治療には多くの困難が伴った。そこで、我々は全身状態が安定するのを待って、タイ王国大使館(以下、大使館)と連携し、本人を帰国させる方針とした。

当院では、2006年9月までに41名の外国人HIV感染者を診療してきたが、そのうち39名がタイ人である。多くが無資格滞在の無保険者であったため、これまでも帰国支援が最大の選択肢となってきた(図1)。ところが、当院診療圏のタイ人コミュニティからの情報によると、当院より帰国支援された患者たちの多くが死亡しているとのことである。ここでは、本症例を通じて、我々が経験している外国人診療の障壁と帰国支援へと至る経緯を紹介する。そして、帰国支援のものが内包している課題について検討した。

帰国支援の経過

入院経過

抗結核療法が奏功し、徐々に全身状態は改善した。しかし、言語の障壁により医療行為への納得同意が得られず、拒否的態度がしばしばみられた。また、食や整容など生活習慣の違いから、入院生活への適応も困難な様子であった。長期の療養状態のため歩行不能となり、排泄はオムツ管理となっていたが、リハビリへの協力も得られなかった。時折、失言を繰り返すこともあり、エイズ脳症の合併も疑われたが、やはり言語の障壁から評価は困難であった。

病名告知をしても、患者が正確に理解できない可能性があり、また告知後にサポートできる体制がなかったため、告知を見送ったまま長期に経過していた。しかし、第86病日、本人より初めて病名について問いかけがあり、主治医(筆頭筆者)の判断で告知をおこなった。すると、本人は帰国を強く希望し、「死ぬにしても故郷で死にたい」と訴えた。

寝たきり状態の結核およびエイズ患者の帰国支援が可能であるかは、その時点では不明であったが、生存を可能にするのはHAART導入であることから考えても、急性期を脱した現在は帰国が唯一の治療と考えられた。そこで、大使館およびNGO(シエア=国際保健協力市民の会)の協力を仰いで、帰国支援を開始する方針とした。

帰国支援

我々の予測に反して、大使館は「帰国は可能である」と極めて前向きであった。NGOが大使館および現地医療機関との間に仲介し仲介してくださり、約1ヶ月後を目処に帰国すること合意した。我々が準備したのは、現地医療機関への紹介状、航空機搬送のための診断書、入国管理局への出頭不能事由を示す診断書であった。航空会社は医師同行を条件としたが、これは主治医が同行することとし、その往復航空運賃は大使館が患者に貸与(実質的には供与)することとなった。紹介先医療機関は国立Bamrasnaradura病院とした。

第132病日、大使館より当院に迎えのワゴン車が到着し、そのまま成田国際空港に搬送(図2)。トラブルなくドムアン空港へ到着した(図3)。大使館が探し出して実兄が空港内診療所に待ち構えており、その再会は感動的であった(図4)。空港より国立Bamrasnaradura病院(図5)へ救急搬送され、我々の帰国支援活動は終了した。なお、当院診療圏のタイ人コミュニティにてカンパがおこなわれ、この帰国支援に対して¥34,500の寄付があったことは記しておくたい。

フォローアップ

帰国支援の5ヵ月後に九州大学熱帯医学研究会の協力を得て、同意のもとにバヤオ(タイ東北部)にある患者の自宅を訪問した。それは亡くなった両親への仕送りにより立てられた家であり、その地域においては豊かなものであった(図6)。患者はもっぱらソファに座っていたが、歩行も可能なまでに回復しているようであった。しかし、患者はIDカードがないからという理由で受診しておらず、家族も「死ぬ病気だから」という理由で受診を促していないようであった。また、抗結核療法も自己判断で中断していたことが判明した。

課題の整理

1. 保険のない外国人患者の医療費未払いが医療機関に過大な負担となりつつある。
2. 外国人患者への言語サポートが必要である。それは病名告知にも担当するため高い専門性が要求される。
3. 外国人人口の増大にあわせて、病院食を含めた入院医療サービスの多文化対応が求められている。
4. 帰国支援は、現地の医療サービスに継続的に患者が乗って終了する。それまで患者を支えてゆくシステムが必要である。
5. 医療機関が外国人診療を抱え込むのではなく、大使館、NGOとの連携のなかで外国人患者を支えてゆくシステムを定着させなければならない。

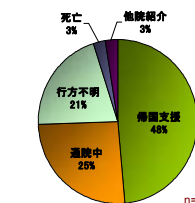


図1 当院におけるタイ人HIV感染者の転帰

各職域での課題点

【医師】

御本人への病名告知が、周囲のサポートが期待できないため困難であり、伝えないままに治療を続けていたことが非常に辛かった。また、医療費支払いへの限界が予測され、選択できる治療および検査が限られてしまった。そして、周囲から「この患者をどうするつもりなのか?」という視線は確かにあり、自分自身も「どうすればゴールなのか」に混乱していた時期が長かったように思います。

【看護士】

言葉が通じないために納得いただけず、その確認すらもとれない状態でした。とくに、点滴ルートをとるときなどは、御本人は常に拒否的で、ときに暴れたりされたので抑えつける必要がありました。そうすると不信感が強くなるようで、噛み付かれたりすることもありました。感染者であることから、私たちが自身を危険を感じることも多くなり、抑制(四肢もしくは体幹)している時間が長くなってしまいました。また、食生活や整容など生活習慣の違いも明らかで、病院食が美味しくないと感じていたり、入浴の湯温が高いと立腹されたりということもありました。

【看護士・ソーシャルワーカー】

身寄りのない方であり、友人をキーパーソンとしましたが、金銭的あるいは人的協力が期待できないので調整が困難でした。とくに、急変時に誰に連絡し、どう対応するのか不明確なままでした。また、帰国支援に向けた大使館との交渉において、どこまで対応してもらえるのか、期待してよいのか分からずに困りました。誰も責任をどうしようもない、法的にも守られていない患者であることを実感しました。

【理学療法士】

長期臥床のため、廃用性に萎縮が認められました。維持リハのために四肢を動かそうとすると、大変に痛がりましたが、その意義を説明することが言葉の障壁により困難でした。また、おそろく疾患に関連した意欲低下、気分が落ち込み、リハの導入は全般的にうまくいきませんでした。そして、どこまで回復させたらよいのか、ゴールが不明確だったため、リハ計画を立てるのも困難でした。

【栄養士】

提供する食事と提供していただけていませんでしたが、それが嗜好性による食欲低下なのか、治療等による食欲低下なのか、言語の障壁もあり区別できませんでした。ただ、御本人としては同じメニュー(和食)の繰り返しであることを不満に思っておられるようで、私たちがなりにタイ料理に近いものを提供しようと努力しましたが、やはり郷土料理についての知識不足があり、御本人には納得していただけて残念でした。

考察

HAARTが開発されたことにより、HIV感染症は長期生存が可能となっている。タイ国においても、30バツ政策の普及により抗HIV薬が農村地域でも手に入るようになってきた。当院診療圏で多発している無資格滞在タイ人のエイズ発症例についても、急性期については当院で療養し、その後は帰国支援により現地の医療に繋げることで命を救う道筋がみえてきた。本症例はこうした道筋を再確認するものであった。しかし、帰国支援を実施しても、現地の医療機関を受診しなかったり、受診しても適切な医療サービスを受けられなかったり、あるいは経済的な理由で継続できなかったりしているケースが少なくなく、これが「帰国支援のほとんどが死亡している」という、タイ人コミュニティからの指摘の根拠にあるようだ。こうした印象は、早期に感染者が安心して受診するうえで弊害になっており、責任をもって当院が払拭すべき課題と考える。よって、今後、さらに現地の医療事情を把握し、現地の適切な医療機関、また経験豊富なNGOと密に連携してゆくことが求められている。



図2 成田国際空港

※ タイ国大使館のワゴン車(手前)が搭乗機に横付けされ、機内へ医師とともに入る。



図3 航空機内

※ 航空機後部に6座席分を使用して簡易ベッドを設置。患者は寝たままで搬送。



図4 ドムアン国際空港

※ タイに到着後すぐに患者の実兄と再会。



図5 国立Bamrasnaradura病院

※ 紹介先となった病院。空港より救急車にて速やかに搬送された。



図6 患者の実家

※ 仕送りで建てられた、いわゆる「日本邸」。

参考文献

- 1) NGOによる個別施策の支援とその評価に関する研究班: 医療相談員のための外国籍HIV陽性者療養支援ハンドブック. 2006.
- 2) 沢田貴志: 外国人HIV感染者の治療環境と支援. Progress in Medicine 23(9): 2313-2316, 2003.

Yoshihiro Takayama, M.D. (e-mail: ihf-adm@umin.ac.jp)

中国班

5 CHINA



5 中国班 臓器移植の明暗

活動目的

昨今の医療界の最大の関心事のひとつは臓器移植である。最初の臓器移植が行われてからこの分野の発展は目覚しく、世界的にも成功例が増えてきている。と、同時に臓器移植が内包する問題は数限りない。日本においてもこれらの問題とどう折り合いをつけるのか日々議論が絶えない。

我々はこの局面に際しどう考え、どう動くべきなのか。臓器移植に関して日本よりも積極的な方針をとっている国々の実態を探ることで、我々のとるべき進路へのヒントがみえてくるはずである。そこで私たち中国班はこのたび隣国、中華人民共和国へと赴くことになった。

活動場所及び期間

2006年8月9日～24日

中華人民共和国 北京 北京大学病院

班員構成

松木 孝之（九州大学医学部医学科5年）
坂本 宗八（九州大学医学部保健学科3年）
田川 直樹（九州大学医学部医学科1年）
西村 直矢（九州大学医学部医学科1年）
花村 文康（九州大学医学部医学科1年）

1. 日本の臓器移植の現状と問題点

（文責・西村）

日本の臓器移植の歴史

1956年 初の腎臓移植実施（新潟大学）

1964年 初の肝臓移植実施（千葉大学）

1968年 札幌医科大学の和田寿郎教授によって、世界で30例目の心臓移植が行われた。移植患者は83日間生存した。いわゆる和田心臓移植である。移植患者の生存中は賞賛されたが、死後に、提供者の救命治療が十分に行われたかどうか、脳死判定が適切に行われたかどうか、レシピエントは本当に移植が必要だったかどうかなど、厳密な脳死判定基準のなかった当時の脳死移植は多くの議論を呼んだ。和田教授に対しては殺人罪の刑事告発もされたが、立件には至らなかった。和田

心臓移植の失敗によって、日本には移植医療や医療への不信が高まりを見せ、移植医療の発展を遅らせた直接の原因とされている。

1979年 「角膜及び腎臓の移植に関する法律」が成立し(80年に施行)、心臓死移植に関する法律が整備された。この法律によって、家族の承諾により、死後の腎臓および角膜の提供が認められるようになった。しかしながら、日本では脳死をヒトの死と認めない傾向が強かったため、その後はもっぱら心臓死移植のみが行われ、脳死移植は長期に渡り行われることがなかった。

1997年10月 「臓器の移植に関する法律」が施行。本人が脳死判定に従い臓器を提供する意思を書面により表示しており、かつ家族が脳死判定並びに臓器提供に同意する場合に限り、法的に脳死がヒトの死と認められ、脳死移植が可能となった。

一方で、脳死をヒトの死とすることに疑問を投げかける人々からは強い批判があり、臓器移植自体を医療として認めない人々も多く、この法律には様々な立場からの反対運動が継続している。

1999年2月 この法律に基づく脳死移植が初めて行われた。高知県内の高知赤十字病院に入院中の脳死の患者より、本人の意思表示並びに家族の承諾に基づいて、心臓、肝臓、腎臓、角膜が移植された。

生体移植における歴史については以下の通りである。

1964年に初の生体腎移植

1989年に初の生体部分肝移植

1992年には骨髄バンク設立

1999年には臍帯血バンク設立

現在では骨髄移植、造血幹細胞移植の仕組みが整備されている。

日本における臓器移植の現状

脳死移植の件数

(平成18年10月30日現在)

	心臓	肺	肝臓	脾臓	脾腎同時	腎臓	小腸	合計
移植数	38	29	34	4	25	56	1	187
生存数	36	20	26	4	25	48	0	159

脳死が法的に認められて10年以上の歳月が経過しているのにわずかこれだけの件数しか脳死移植が行われていない。それはいったいどうしてだろうか？

脳死について

法的な脳死の定義については「臓器の移植に関する法律」第6条の規定による。以下その第6条を抜粋した。

第六条 医師は、死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であつて、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないときは、この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を、死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から摘出することができる。

2 前項に規定する「脳死した者の身体」とは、その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であつて脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至つたと判定されたものの身体をいう。

3 臓器の摘出に係る前項の判定は、当該者が第一項に規定する意思の表示に併せて前項による判定に従う意思を書面により表示している場合であって、その旨の告知を受けたその者の家族が当該判定を拒まないとき又は家族がないときに限り、行うことができる。

4 臓器の摘出に係る第二項の判定は、これを的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師（当該判定がなされた場合に当該脳死した者の身体から臓器を摘出し、又は当該臓器を使用した移植術を行うこととなる医師を除く。）の一般に認められている医学的知見に基づき厚生省令で定めるところにより行う判断の一致によって、行なわれるものとする。

5 前項の規定により第二項の判定を行った医師は、厚生省令で定めるところにより、直ちに、当該判定が的確に行なわれたことを証する書面を作成しなければならない。

6 臓器の摘出に係る第二項の判定に基づいて脳死した者の身体から臓器を摘出しようとする医師は、あらかじめ、当該脳死した者の身体に係る前項の書面の交付を受けなければならない。

厚生労働省脳死判定基準

1. 前提条件

- (1) 器質的脳障害により深昏睡および無呼吸をきたしている症例
- (2) 原疾患が確実に診断されており、それに対し現在行いうる全ての適切な治療をもってしても、回復の可能性が全くないと判断される症例

2. 除外例

患者が深昏睡、無呼吸であっても、脳死判定に際しては次のような症例を除外しなければならない。

- (1) 小児（6歳未満）
- (2) 脳死と類似した状態になりうる症例
 1. 急性薬物中毒
 2. 低体温
 3. 代謝・内分泌障害

3. 判定基準

- (1) 深昏睡
- (2) 自発呼吸の消失
- (3) 瞳孔（瞳孔固定し、瞳孔径は左右とも4 mm以上）
- (4) 脳幹反射の消失
- (5) 平坦脳波
- (6) 時間的経過

上記(1)～(5)の条件が満たされた後、6時間経過をみて変化がないことを確認する。二次性脳障害、6歳以上の小児では、6時間以上の観察期間をおく。

このように、法的・医学的に脳死が定義されている。特に、「臓器の移植に関する法律」にある「脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至った」という理由によってその判定基準が、厳しいものになっているのではないかと。100％元に戻らない不可逆的な状態を見極めるには、かなり厳しい何重もの判定基準が必要になるのではないかと思う。この厳しさが脳死移植件数の少なさに影響を与えている1つの要因である。

意思表示について

臓器提供意思表示カードとは、日本の臓器の移植に関する法律に則って、自らの臓器提供に関して意思を表示するためのカードである。いわゆるドナーカードである。脳死判定に従い脳死後に臓器を提供する意思、心臓死後に臓器を提供する意思、あるいは臓器を提供しない意思を表示することができる。健康保険証や運転免許証に貼り付けることができる意思表示シールもある。



「該当する1,2,3.の番号を○で囲んだ上で提供したい臓器を○で囲んで下さい」

1. 私は、**脳死の判定に従い、脳死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。**（×をつけた臓器は提供しません）
心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球・その他（ ）

2. 私は、**心臓が停止した死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。**（×をつけた臓器は提供しません）
腎臓・脾臓・眼球・その他（ ）

3. 私は、**臓器を提供しません。**

署名年月日： 年 月 日

本人署名（自筆）： _____

家族署名（自筆）： _____

（印鑑であれば、この意思表示カードをもっていることを知っている家族が、そのことの確認のために署名して下さい）

日本全国の郵便局、都道府県庁、警察署、運転免許試験場、市町村役場、保健所、コンビニエンスストアなどで手に入れることができる。自分で意思表示カードに記載し、財布、運転免許証、健康保険証などとともに持ち歩けばよく、特にどこかに届け出をしたり、登録をする必要はない。また同様の文面であれば自作でも効力があるが、形式や文章を変えると場合によっては無効となるケースもあるので注意が必要。

15歳以上であれば、記入し所持することにより意思表示が有効であると認められる。遺言の一種であるという解釈から、民法上の遺言可能年齢に準じて15歳以上となっている。年齢の上限はない。このことより、日本では15歳未満の小児からの脳死臓器提供が不可能となり、小児の心臓移植患者は、心臓の大きさの問題から移植を受けることがほとんど不可能となる。故に、日本国外へ渡航し、心臓移植を受ける患者が後を絶たない。

この意思表示カードは臓器を提供する・提供しないという意思だけでなくカードを持たない意思も表示することができる。この「カードを持たない意思」をどう扱うかをもっときちんと定義する必要があると感じた。

日本の臓器移植の問題点

(1) ドナーの数が少ない

平成18年10月31日現在までに行われた脳死臓器移植は187件である。次に示すのは日本臓器移植ネットワークに登録している患者数の表である。

	心臓	肺	肝臓	腎臓	脾臓	小腸
現登録者数	93	127	130	11,732	146	2
うち心肺同時	4	4	—	—	—	—
うち肝腎同時	—	—	0	0	—	—
うち脾腎同時	—	—	—	121	121	—

移植を希望する人の数に比べて、今まで行われてきた脳死移植の件数は圧倒的に少ない。この理由の一つには意思表示カードまたはシールを所持している人が少ないことが挙げられる。臓器移植法施行後、亡くなった人が臓器提供意思表示カード（シール）を持っていたことがわかった件数は合計でわずか1,154件しかない。（平成18年9月現在）。そのうち脳死判定されたのは47件である。

これは、極めて少ない数字であるといえる。

(2) 金銭の授受

宇和島徳洲会病院（貞島博通院長）において 2006 年 9 月に行われた生体腎移植手術で金銭の授受が発覚した。臓器の売買は臓器の移植に関する法律第 11 条で禁止されており、臓器移植法施行後初の逮捕者が出る騒ぎとなった。日本移植学会の倫理指針では、生体臓器移植は親族に限定されている。第三者から提供される場合は、当該病院の倫理委員会で承認を得なければならない、有償提供の回避に十分留意するよう定めている。

海外では臓器と金銭のやり取りに関して肯定的に考えられている例もある。一部の意見ではあるが簡単に触れておく。

アメリカの例

脳死移植の「先進国」である米国でも提供される腎臓の不足は深刻だ。その解決策として、米エール大の移植医、エミー・フリードマン准教授は腎臓提供者に金銭が支払われる仕組みを立法化すべきだとする論文を、10 月 7 日付の英医学会誌に発表した。

准教授によれば、米国では 05 年に 6562 件の生体腎移植が行われた。日本同様、腎臓提供者への金銭支払いは禁じられているが、隠れての売買があるとされる。

「移植関係者のうち、臓器提供者だけが利益を得ることができない。髪や血液、卵子は合法的に売買され、代理出産、臨床研究参加者も金銭を受け取ることが認められている。臓器提供者も利益を受け取っていいはず」と主張した。

危険性の面でも、生体腎移植に伴う提供者の死亡は 10 万人に 30 人、代理母の死亡は 10 万人に 5 人で、極端に危険性が高いわけではないと指摘。その上で「政府の管理下で提供者への報酬を決め、適切な移植がなされれば、違法な売買はなくなり、公平さが増し、安全性も増す」とした。

フィリピンの例

フィリピン保健省は 11 月 20 日までに、ドナー（臓器提供者）への金銭面での支援や、別のフィリピン人患者の腎臓移植費負担などを条件に、外国人に移植用腎臓を提供する制度の検討を始めた。公聴会を経て来年にも始めるというがデルムンド保健省次官によると、腎臓移植を受けた外国人患者はドナーのフィリピン人に、手術による休職手当や健康診断費用として計 30 万ペソ（約 70 万円）と 10 年分以上の健康保険料を「贈り物」として負担。さらにフィリピン人患者 1 人の移植手術代を払い、そのドナーにも同様の「贈り物」を提供する。

自身とフィリピン人患者の手術費や入院費、「贈り物」代金、航空券代、手術後の観光費も含め、総費用は 400 万ペソから 500 万ペソになるという。

保健省はまた、移植を受けられる外国人患者の上限を全体の移植の 10%とする現行の行政命令を 20%に改訂する予定である。

同国では「闇」の移植手術が横行している。貧しい人たちが金目当てにドナーとなるが、仲介者が外国人の支払う代金の多くを取ってしまうケースも多い。次官は、同制度はこうした問題も解決するとし「外国人とフィリピン人の患者、ドナーの誰にとっても良いものになる」と強調している。

(3) 海外への渡航

ドナーが日本国内より多い海外へ渡航して手術を受ける。主にアメリカなどである。最近では、アメリカに比べ移植費用が安く、地理的にも近い中国やフィリピンなどのアジア諸国へ渡航する例が増えている。

フィリピンでは上記のように臓器売買を合法化する動きさえある。

特に15歳未満の子供の臓器移植については、日本では法的に不可能なために海外へ渡航せざるを得ず、数千万円に及ぶ高額な移植費用を工面するための募金活動が行われているのをテレビニュース等で目にする機会が多い。

臓器を求めて海外へ行くことで、経済的に豊かな国が金によって貧しい国から臓器を搾取している構図になってしまっている。やはり自国の問題は自国で解決すべきなのではないかと思う。

また、臓器売買自体に関しては、売る側に売る権利があるかないかはとても微妙な問題である。実際に臓器売買により救われる命もあり、貧困が背景にあるドナー側の事情を考えると一概に臓器売買が悪いとは断言しにくい。ただ、臓器売買を認めるという前提なら、法整備が必要である。

2. 中国へ

(文責・田川)

私たちは中国における臓器移植が実際どのように行われているかを見学するため、北京大学病院を訪れた。北京大学医学部の前身は1903年に清朝政府によって設立され、我が九州大学と同じくらの歴史がある。この北京大学病院では中国最先端の医療が行われている。今回見学させていたいたのは北京大学病院泌尿器外科で、なんと中国最大の泌尿器科だという。

北京大学病院での見学

病院の見学にあたって

病院内の見学に際し、2名の先生方にお世話になった。まず一人目は周利群教授である。北京大学第一医院泌尿外科副主任、第2泌尿外科教授(第1から第3までである)で、腹腔鏡手術の技術は中国トップクラスだ。まだ42歳と若く、エネルギーにあふれていて、“できる男”といった感じだ。

もう1人は蔡林先生。Ph.D. コースの大学院2年生で2日間私たちの案内役をして下さった。とても親切で、かなり優秀なドクターだった。

中国の医療事情

院内の見学をさせていただく前に、蔡林先生に中国の医療事情について質問することができた。

中国の大学では男性が外科医、女性が内科医を志望することが多いらしい。やっぱり外科は体力勝負なのか、と思った。

医者の給料は約200ドル/月。これは日本と比較するとかなり安い。いくら中国の物価が安い

といっても、中国では医者は高収入ではないようだ。

医者の数は大都市では足りているが、田舎では足りていないだろうということだ。確かに中国の田舎は道路が舗装されていないところも多くあり、医療を行える施設すらなさそうなおとろがであった。

保険は病気が重いとより多くの保険料が支払われる。また病院については、私立の大病院は少なく、規模の大きい病院はすべて国立である。十数年前よりも交通網がかなり整備されて昔よりも遠くの病院に来られるようになっていて、ということがわかった。

本題である移植についても質問した。「脳死」といった単語を口にすると先生の表情がやや曇った。中国ではまだ脳死という概念は普及しておらず、したがって脳死判定の医学的・法的な基準などは存在していないそうである。中国においてもドナー数は不足しており、今後移植に関する法整備をしなければならぬ、とおっしゃっていた。先生との話の雰囲気から、私たちは外国人の臓器移植といったグレーゾーンに関する議論は2日間の見学を円滑に進めるためにも最後にやろうという結論にいたった。

病棟の見学

受付…入院受付と外来受付に分かれていた。受付を含めた入り口のホールでは、電気の半分が消えていた。節電のためか？

病棟…病棟の様子は日本とほとんど変わらない。ナースステーションにはカルテがあった。病室の様子も、日本と同じだったが、“特別室”には冷蔵庫、電子レンジ、ソファなどがあり、かなり広かった。

教授の回診も日本と同じように行われており、回診の時には教授のいる病室に人があふれかえっていた。回診が終わった後に各患者さんの担当の先生はカルテと処方箋をつくる。カルテは中国語で書かれていた。

カンファレンスルーム…カンファレンスは毎週木曜行われる。先生方は主にカンファレンスルームにいるが、土日は2, 3人しかいない。



臓器移植手術の実際

北京大学病院には手術室が全部で17室あり、それぞれの手術室で、誰の、どのような手術がどの先生によって行われるのかが表示される電光掲示板があった。全部中国語で表示されているが、漢字なのである程度理解できる。生体腎臓移植に加えていくつかの泌尿器科的手術を見学することができた。

設備はかなり整っていたが、驚いたことに医者が更衣室でタバコを吸っていた。中国では多くの男性がタバコを吸っていたが、まさかこんなところでも…。

1. 生体腎移植

ちょうど手術日が見学の日程と重なり、今回のメインテーマである移植の手術を幸運にも見学することができた。当初、移植はなくビデオで解説をしてもらう予定だったが、見学の直前になって移植の手術が入ったとの連絡があった。今回の移植は生体腎移植でレシピエントとドナーは親戚関係であった。

まずはドナー側から。患者さんの体を消毒することからはじまり、執刀医が手術室に入ってきたのは消毒、麻酔などの準備が全て終わってしまってからである。手術はかなりすばやく行われ、取り出された腎臓は水水に浸しながら、血管を縛るなどの処理をしていた。ドナーから腎臓が取り出されるとすぐにレシピエント側の手術がはじまった。なるべく患者さんへの負担を軽減するために、腎臓が取り出される時間を逆算してレシピエント側の手術を開始するらしい。レシピエント側の手術は、多くの血管をつながないといけないためかなり時間がかかっていたが、無事に終了した。

はじめての手術見学だったが、先生の集中力にびっくりした。消毒、縫合は助手にやらせるにしても、長時間細かい作業を続けなければならない。かなりの重労働だ。



2. 腹腔鏡下副腎摘出術（副腎腫瘍）

副腎腫瘍を腹腔鏡下で摘出していた。担当は周利群 教授で、まるで直接術野を見ているかのような素早さで手術を行っていた。腹腔鏡手術のような技術はやはり若い先生のほうが上手なようだ。

3. 腹腔鏡下腎臓摘出術（腎細胞癌）

この腎細胞癌は中国では少額で2年に1回受けられる人間ドッグのようなもの（費用は約100円＝約1500円）で見つけられることが多いという。この手術の担当も周利群 教授だった。この手術は、二つの段階に分けられていた。第一段階では腹腔鏡を使って腎臓を動かせるようにし、第

二段階では実際に患者さんの体にメスを入れて、腎臓を取り出していた。手術を二段階にわけて患者さんの負担を減らすという考え方が印象的だった。

4. 陰茎切除術（陰茎癌）

患者さんは北京から離れた田舎に住んでいる老人で、病院に行くのが遅れたため、切除以外の方法がなくなっていた。陰茎を切除した後はきちんと排尿などが行えるように工夫して傷口を縫い合わせていた。

患部を切り離す瞬間、男の先生方が痛そうな声をあげていた。確かにものすごく痛そうだ。

その他の施設の見学

1. アニマルセンターの見学

アニマルセンターでは、動物（主に犬や豚）を使って学生や医者が手術の練習をしたり、教授が手術の手本をしめしたりする。手術台や麻酔器などの設備が整っており、本格的な手術のトレーニングを行っているようだ。

腹腔鏡の練習機もあり、豆のようなものを腹腔鏡の装置でつかんで練習を行うものだった。皆一回ずつやらせてもらったが、中身が見えているのであまり練習にはならなかった。付属しているカメラも動かず、ほんとうに使っているのか？と思った。

2. 研究所の見学

病棟から離れたところにある泌尿器外科研究所には泌尿器科の病理部門があり、つい先ほど見学した手術で採取された標本の分析などを行っていた。研究所の中はごちゃごちゃしていて、これでもよく標本などがなくならないと思った。

病理の教授は埼玉大学に留学していた経験をお持ちの先生で、私たちに日本語で説明をしてくださった。

見学の最後に

見学のプログラムでは最後に周教授とのディスカッションの時間が設けられていたが、教授は他の病院で執刀する手術があるということで、慌ただしく病院を出ていかれた。最後にいろいろと尋ねたいことがあったがそれはかなわなかった。手術の様子など技術的な部分を見ることができたが、死刑囚ドナーや臓器売買の問題などの核心に迫ることができなかったことが反省点である。見学期間が短いこともあり、また非常に複雑な問題をはらんでいるので、思い通りに活動できない難しさを痛感されられた。来年度以降の活動に今回の経験をつなげていきたいと思う。

3. 中国の臓器移植について

（文責・花村）

中国臓器移植の実態

中国では2001年度統計によると国立病院を始め29省(市、区)で腎臓移植だけでも403,939件、1年間で5,561件以上行われている。1年間に100例を超える移植手術ができる病院は18病院あ

り、現在ではアメリカに次ぐ世界第2位の地位となっている。医療設備や看護の体制など先進国に比して問題がないとは言えないが、中国で行われている臓器移植の術式等は世界的に標準化されているものであり、中国がその点で遅れているということはない。日本で余命半年以内と宣告された患者が移植の機会を求めて毎年数十名ほど中国へ渡航している。

中国臓器移植臨時法の施行

これまで数々のずさんな臓器移植体制を諸外国から批判され続けてきた中国政府は、中国器官移植技術と臨床応用の管理を強化し、医療品質の改善と医療安全を確保するために、「人体器官移植技術臨床応用管理臨時法」を2006年7月1日に施行した。

当該暫定施行規定は、5章47条からなり、総則、診療科目登記、臨床応用管理、監督管理及び付則を含む。主な内容は次の6点である。

1. 三級甲等病院のみが移植を行うことができ、器官移植を行う場合には申請をしなければならない。
2. 人体器官は売買をしてはならず、病院は論証制度を確立しなければならない。
3. 移植器官提供者の書面による同意がなければならない。
4. 病院は倫理委員会を設置しなければならない。
5. 業務を執行する医師は、みだりに異なる医療機構において器官移植を行ってはならない。
6. 患者の生存率が標準に満たない場合には従業資格を取り消す。

ちなみに、三級甲等病院とは中国の病院のランク付けの一つであり、三級甲等は最もレベルの高い病院を指し、市衛生局や国衛生部直轄で、一定の医療環境基準を満たすものを言う。

ドナーの決定に関して

中国では本国人はもちろんのこと外国人の臓器移植手術件数も大変多い。そこで外国人が中国で臓器移植手術を受けるための一連の流れを示しておこう。レシピエントは必要なデータをメールかファックスで中国国際臓器移植ネットワークに送るか、渡航して諸検査を受けるかしてドナーを決定する。決定には肝臓移植であれば早ければ1、2週間以内遅くとも1ヶ月ぐらいである。腎臓移植ではHLAの適合という点で早くて1～2週間、遅くとも1ヶ月以内、心臓移植、肺移植でも1ヶ月以内にドナーが決定する。また、ドナーは諸検査を経て適合・不適合が決定されるが、臓器摘出時において脂肪肝等が発見された場合、レシピエントは開腹以前に手術を取りやめる。このような場合優先的に次のドナーを探してくれる為遅くとも1週間以内に再手術を受けることになる。また、仮に主治医が日本人医師であっても、臓器移植の経験が豊富であれば、中国において大学病院側から共同研究者ということで中国医師免許を出してもらい、執刀することも可能である。

ドナー厳選の基準

ドナー決定基準の一例（肝臓移植）を挙げる。

1. 以下の疾患または状態を伴わないこと
 - ①全身性、活動性感染症
 - ② HIV 抗体、HTLV-1 抗体、HBs 抗原、HCV 抗体陽性
 - ③悪性腫瘍（原発性脳腫瘍および治癒したと考えられるものを除く）
2. 血液化学、尿所見などから器質的腎疾患が存在しない。
3. 年齢：45 歳以下

中国の抱える問題

移植件数の多さのために中国においてもドナー不足が深刻化している。現在、中国には外国のような臓器移植をコーディネートする機関も臓器を配分するネットワークシステムがない。つまり、申請の順番、病状の軽重、距離の遠近などに基づく原則に従い、全国で統一的に手術を認可し、臓器を配分する制度がない。中国ではさまざまなコネを利用し、「割り込み」で臓器の提供を受けている者もあり、緊急に移植が必要な患者が待つしかない状態になっている。臓器の提供が不足し、また関係の法律、法規がないために、臓器売買の傾向がみられ、臓器の取引や形を変えた売買という犯罪にすぎを与えている。こうした行為は医学の純潔性および人類社会の道德観、倫理観を重大に損なっている。

なかでも特筆すべきは死刑囚の臓器を使用している点である。衛生省の統計によると、2004年、中国で実施された肝移植は約2700件、腎移植は6000件で、提供された臓器の95%が死刑囚のものだと認めている。

そもそも中国では死刑の執行数自体が非常に多く、国際人権擁護団体アムネスティ・インターナショナルによると2004年に世界で処刑された人は3797人、このうち中国での処刑は少なくとも3400人、全体のおよそ90%に達するという。これは各国自己申告の数字であるため実際はさらに多いことが予想される。ちなみに2位はイランの159人。次いでベトナム（64人）、米国（59人）の順になっている。

死刑囚の臓器の移植利用については、中国の医学界や法曹界でも論争がある一方で、倫理的な問題もおきている。裁判所の関係者が死刑囚の臓器を病院に売って問題となったり、刑務所の看守が事前に死刑囚の同意を得ないで臓器を提供したりして、遺族に損害賠償の支払いを裁判所が命じるなど、他人の臓器の勝手なやりとりが横行している。

中国政府の対応

このような問題を解決すべく中国政府は、死体の売買や、死体を利用したビジネスの禁止などを盛り込んだ「死体処理管理規定」を2006年8月1日に施行した。

規定では「死体」には人間の臓器や骨格も含むと定義し、医療機関などを除き、いかなる組織・個人も死体の提供を受けたり、使用したりしてはいけないと定めたほか、一部の例外を除いて、死体の国内外への運搬も禁止した。

中国政府は、死刑囚の臓器を使用する場合には死刑囚本人や家族の「同意」を義務付けている。移植関係者によると、同意を得た家族は2万元（約29万円）前後の謝礼を得るなどの仕組みが確立している地域が多いが、同意なしで遺体や臓器が病院側に渡っているとの指摘も多い。

中国ではドナー（臓器提供者）の大半を死刑囚が占める中、司法当局と癒着して臓器を病院側に優先的に提供するブローカーが介在するなど、不透明な実態が存在する。規定には、死体の管理を強化することで、臓器売買を根絶する狙いがある。

4. 今後どう考え、どう行動すべきか

これまで見てきたように臓器移植医療というのは解決すべき問題というものがあまりにも多すぎる。おそらくはこれらに対する明確な答えや解決策を編み出すことは不可能であろう。しかし、不可能であることを踏まえたうえで我々中国班は今回の活動で思ったこと、感じたこと、考えたことなどを重ね合わせ、自分たちなりの結論と言うものを導き出してみた。

移植医療は行うべきか

解決すべき問題点が山積みの中で、果たしてこのまま臓器移植という医療を推し進めていってもよいものだろうか。また、先送りにしてもいいというようなレベルの課題ではない。我々日本人は他の国がやっているからといって、臓器移植推進の流れにのってしまっているのだろうか。本来臓器移植というものは一時しのぎの医療でしかない。機能不全の臓器を他人のものと取り替えたからと言って、その後患者は以前のように健康な生活が必ずしも送れるわけではない。臓器移植にかわる医療が、例えば人工臓器やES細胞などの研究が進み実用化できればそれに越したことは無い。

移植医療に替わる医療

(1) 人工臓器

心臓、肺、肝臓、腎臓などの機能が損なわれると種々の病気になり、重い場合には生命の危機にさらされる。人工臓器は、このように病んだ臓器の代行を目的として開発されたもので、さまざまな治療を通じて機能補助に用いられている。近年は、機能補助から機能置換を可能にすることを目指して、再生臓器や代用臓器となる人工臓器の研究開発が進められている。人工臓器を大別すると、3種類に分類できる。

- ・工学技術を用いた字義通りの人工臓器
- ・再生医学(Tissue Engineering)から生み出される、再生臓器
- ・あらゆる臓器をひとつの細胞から構築する胚由来幹細胞による人工臓器。

(Wikipedia より引用)

3種類の人工臓器は微妙に重なりながらも、およそ順に過去から現在、未来へと段階的に研究開発及び実用化が進行している。それぞれは完全に独立しているわけではなく、互いに情報を共有したり、相互の研究成果を活用しお互いの進捗を確認したりしながら同じゴールを目指している。だが、その中でも現実として臨床応用の段階に入っているのが培養皮膚や顎関節の再生技術に見られる、組織生体工学から生まれた再生臓器である。

まだ、基礎研究の段階ではあるが、今後の発展が期待できる分野としてES細胞を用いた人工臓器開発技術である。

(2) 胚性幹細胞 (ES 細胞)

胚性幹細胞 (Embryonic stem cell: ES 細胞) とは動物の発生初期段階である胚盤胞の一部に属する内部細胞塊より作られる幹細胞株のことである。生体外にて、理論上すべての組織に分化する全能性を保ちつつ、ほぼ無限に増殖させる事ができるため再生医療への応用に注目されている。

(Wikipedia より引用)

ヒトにおいても技術的には動物と同様にこの技術を用いてクローン ES 細胞を得る事は可能であると思われる。だが、成功率が低いため多量の卵子を必要とすること、更にその中途段階にて得られるクローン胚を母体の子宮に戻せばクローン人間を作製する事が可能であるために、先進国各国の大多数において現段階ではヒトクローン ES 細胞の作製は禁止されてきた。(現在ではクローン個体を作製しないという限定条件下にて、難病治療目的でのクローン ES 細胞の作製は認められる方向である。) なお、この倫理的問題を解決するために、既に樹立された ES 細胞と体細胞を融合させ、多分化能を持つ細胞を作製する手法が開発されつつある。この場合には、体細胞の核が多分化能を持つようにリプログラミングさせる必要がある。

もし、ES 細胞の分化による移植が実現すれば、脳死移植をする必要がなくなり、上に挙げたような移植に関する問題は解決するだろう。

また、自分の細胞由来であるため、拒絶反応が起きないので、免疫抑制剤を飲む必要もなくなるため、レシピエントの負担も軽減できると考えられる。現在ある技術的・倫理的な問題さえ解決できれば、近い将来 ES 細胞による移植が実現するであろう。

しかし、このような移植医療に取って代わると期待されている医療技術はどれも研究段階でありどれも実用されるのは何年も先になるだろう。だが、今現在も多くの患者が臓器移植を必要とし、また、実際に臓器移植によって助かる命もたくさんある。確かに臓器移植は不完全で問題の多い医療ではあるが現状としては必要不可欠な技術であると言える。それでは、我々にできることは何か。それはこの不完全な医療を少しでもよりよく、多くの人が平等に享受できるよう体制を工夫することではないだろうか。

よりよい臓器移植医療を目指すために

(1) ドナーの数を増やす

臓器移植医療が抱える問題の多くは、臓器移植希望者に比べてドナーの数が少ないことから生じている。つまり、ドナーの数を増やすことで解決策につながるのではないのだろうか？ また、どのようにしてドナーの数を増やせばよいのだろうか？

・意思表示方法を変える

日本では、臓器提供の際に「本人の提供意思を記した意思表示カードがあり」、さらに「家族が承諾する」という二重の条件が法律で決められている。これは、世界的にみて厳しい条件である。

海外では、本人の意思が不明の場合は家族が提供を承諾すれば可能とするのが一般的である（アメリカ、カナダ、オーストラリアなど）。WHO の臓器移植に関する指導指針（1991 年 5 月）でも、本人の意思がない場合に遺族の意思があれば移植可能とされている。また、ヨーロッパを中心に「本人が臓器提供を拒否する意思表示をしていなければ、臓器提供が可能」という法律を制定している国もある（「推定同意」という。スペイン、ベルギー、オーストリアなど）。

(2) レシピエントの数を減らす

ドナーの数を増やすのと同時にレシピエントの数を減らす、つまり臓器の需要を減らし供給を増やせば現在の臓器移植医療の物質的、機会的不均衡を是正できるのではなかろうか。

・移植医療の正しい知識を広める

世間では、例えば臓器不全に陥っても臓器移植を受ければ健康を取り戻せると考えている人が多い。しかし、移植医療とは例え行ったとしても以前の健康状態を取り戻せるものではない。術後の生着率も長くても20～30年であり、拒絶反応に苦しむ人も多くいる。このように、移植医療が不完全であること知ってもらった上で、臓器不全に陥らないための予防医療を一般の人々に心がけてもらうことにより患者の数を減らすことができる。

5. 最後に……

今回中国に渡り、現地の医療を見学し、また独自に自分たちで調査を進めていった。そのなかで大変気にかかったことは多くの日本人が海外で、とりわけ中国で、臓器移植を受けているという現実である。これは言い換えると、臓器移植を必要としている日本人が、国内では手に入らないからといって外国の臓器を金で買っているということになる。これは現地の国民たちの臓器移植医療を受ける機会を奪っていることにもなる。

臓器とは人体の一部であり「物」ではない。本国ではまかなえないからと言って金で外国から輸入すればいいというものではない。日本国内での臓器不足を外国にまで持ち出してよいものか。慢性的な臓器不足は諸外国でも同様である。日本国民の命の問題は日本国内で解決するのが理想であり、またそれが我々国民の義務でもある。安易に諸外国に頼ってはいけない。

今一度、国民一人ひとりが真剣に考えてみるべきではないのか。脳死や臓器移植とは決して遠い他人事ではなく、いつ自分の身内に関わってくるかわからない問題である。この報告書が、皆さんにこれらの諸問題について考えるきっかけを与えるものとなることを切に望んでいる。

謝辞

我々中国班の受け入れ先探しに尽力してくださった九州大学医学部泌尿器科の内藤誠二 教授、北京大学病院で我々を快くお世話してくださった周利群 教授と蔡林 先生、そして多くの美味な料理を振舞ってくれて電車の手配までしてくださった内蒙古の超さん、これらの方々はこの場を借りて深くお礼を申し上げたいと思います。謝謝。

【参考文献】

- ・「脳死と臓器移植法」/ 中島みち 文藝新書
- ・「臓器移植」/ 野本亀久雄 ダイアモンド社
- ・(社) 日本臓器移植ネットワーク・ホームページ <http://www.jotnw.or.jp/>
- ・厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>
- ・日本移植学会ホームページ <http://www.asas.or.jp/jst/>
- ・Wikipedia <http://ja.wikipedia.org/wiki/>
- ・トランスプラントコミュニケーション <http://www.medi-net.or.jp/tcnet/index.html>

1

沖縄

2

フライング
マリア
ケア

3

インド

4

タイ

5

中国

ご支援者

協賛諸機関

九州大学医学部同窓会

九州大学学生後援会

ご支援して下さった先生方（敬称略・五十音順）

朝隈真一郎

安藤 文英

稲葉 頌一

岩城 篤

白元 洋介

宇都宮 尚

江頭 啓介

梶畑 俊雄

門脇 賢典

木戸 靖彦

木本 泰孝

倉田 浩昭

黒木 俊秀

桑内慎太郎

澤江 義郎

下村 学

角南 隆史

多田 功

田中 耕司

棚橋 信介

玉田隆一郎

塚本 伸章

富永 光裕

永田 高志

信友 浩一

長谷川 学

樋口 香苗

福重淳一郎

松井 俊幸

松尾 圭介

松尾 龍

松田 和久

宮房 成一

森 桂

森山 耕成

山野 龍文

山本 一博

山本 宙

吉原 一文

吉村 健清

渡辺喜一郎

九州大学医学部熱帯医学研究会
第 41 期活動報告書

2007 年 3 月 20 日 第 1 刷発行

著者 九州大学医学部熱帯医学研究会

印刷製本 株式会社 東筑印刷
デザイン 座光寺 正裕
