

PDF 公開版

九州大学医学部熱帯医学研究会

第 42 期 活動報告書

2007

Academic Society of Tropical Medicine

Kyushu University

## 目次

|           |     |
|-----------|-----|
| 会長あいさつ    | 3   |
| 総務あいさつ    | 4   |
| 国外研修班活動報告 |     |
| キューバ班     | 6   |
| インド班      | 20  |
| 中国班       | 29  |
| フィリピン班    | 55  |
| ミャンマー班    | 102 |
| ご支援者      | 132 |

## 会長あいさつ

昨年度につづく、しかし一層挑戦的な課題選択、そして想定外の地域選択をし、調査活動をやり遂げてきた。インド班は腸管感染症研究・医療の最前線に飛び込んで、中国班は東洋医学の教育・医療の現場に張り付いて、フィリピン班は広義の人身売買の現状を現地で把握し、医療のできる事、してはいけない事を考え込み始め帰国した。一方キューバ班とミャンマー班とは学生部員独自の感性と知的好奇心から社会正義と医療との関係の検証に挑戦して来た。いずれも熱研 OB でも閃かないようなテーマを取り上げ且つ見てきたことに深い感銘をまず受けられるであろう。

さらに各班からの活動報告会では、参加者との真摯な誠実な論議を聴く事もできた。生きるとは？あるいは医療とは？と言う原点に遡っての本質的な論議が知識に頼ることなく行われていた。それらの論議を踏まえ、活動報告が論文形式で整理され本報告書となって結実した。

この報告書を読まれた方々は今の若者に対し、必ずや敬意を払いたくなり又頼もしさを憶えられると確信しております。この若者達の未来を、また後輩の学生部員の夢を暖かく見守っていただきたい。

九州大学医学研究院医療情報システム学 教授  
信友 浩一

## 総務あいさつ

総務になって一年と半年が過ぎました。今回の報告書は次代の熱研を支える2年生、3年生が中心となって書いたものです。

第42期熱帯医学研究会総会のテーマは「フロンティア 10年後の日本を探して」としました。

これから熱研を支えていく後輩たちの姿は未知なる世界を切り拓く冒険者に重なりました。彼らがこれからの熱研を引き継ぎ、未来を開拓していくのでしょうか。そんな思いをこめ、フロンティアとつけました。

また、10年後に日本はどうなっているだろうかの視点を持つことから活動を、自分を見直そう。そんな気持ちがこのテーマの副題を決定しました。

私たちは常に何かを知りたいと思っていました。その思いがフットワークの軽さを生み出していました。しかしながら他方では継続性がないという欠点を内包していました。

一時の興味でしかないのかと誰かに指摘されるまでもなく、各班員が自らに問いかけていたことだと思います。だからこそ、活動からえられた学びをみなそれぞれ具体的なものにしようと必死だったのではないのでしょうか？

この報告書はそんな班員たちが現状をまとめ、問題点を把握した上で、自ら見て、経験したことに基づき、「考えた」結論を述べています。もちろん、この結論は将来、変わっていくこともあります。

一方で、「結論を出すことが全てではない」そう気付いた班もあります。

何かを決めるには今の私たちでは経験も知識も足りない。判断が出来るようになる、そのときまで、「考える」ことに終始しよう。

両者は方向性こそ違え、考えることを行っています。今回考えたことはきっと将来何らかの糧になるでしょう。

いわば、この報告書を通じて、私たちは将来への種を植えたのではないのでしょうか。

10年後私たちは何らかの方向性を持って自分の人生を歩き始める頃です。このころに、今この時期に植えた種がきっと芽吹くのでしょうか。

願はくは実り多い木にならんことを。

ぜひともこの色々な種が詰まった報告書を楽しんでください。そして私たちが将来どのような木になるのか、またこれからの熱研がたくましい後輩を送り出していくのを見守っていただきたいと思います。

最後になりましたが、ミャンマー、キューバと社会情勢の不安定な国に行ったことでご心配をおかけした信友会長、活動をお世話していただいた多くの関係者の皆様方、私たちの活動をご支援してくださる熱研 OB の先生方、また各国でであった名前も知らない人々の御厚意によって今回も無事活動を終えることが出来ました。あらためて御礼申し上げます。

平成 20 年 3 月 10 日 九州大学医学部基礎研究 B 棟一階・新部室にて

船田 大輔

## キューバ班

活動場所：キューバ

活動期間：8月中旬から8月末日

班員：宮原 敏（九州大学医学部医学科2年）班長

花村 文康（九州大学医学部医学科2年）

末安 巧人（九州大学医学部医学科1年）

活動目的：現地体験を通じて、キューバ独特の医療を学び取る。

### 序文：

日本の医療事情は行き詰まりを見せている。もちろん完璧な医療体制が敷かれた時代などないし、人が生き、生活している限り医療というものは常に問題を抱えそれを打開していかなければならない。しかし今、様々な側面で日本の医療が転換期にいたっているのは紛れもない事実であろう。新世紀に入り、それまでは顕在化していなかった問題、少子高齢化や成人病など高度経済期のツケとも言うべきものが浮き彫りになってきた。この新たな時代に対応するためにはやはり今一度日本の医療というものを根本から見つめなおす必要があるのではないか。そのために外の世界にも目をむけグローバルな視点で考えを深めていきたいと思う。

### なぜ今キューバか：

そもそもなぜキューバに着眼したのかと思われるかもしれない。キューバという国は地理的にも日本から見れば地球の裏側に位置し、わが国とさほど深い国交があるわけでもない。よって、たいていの日本人にとってキューバとはせいぜい映画やテレビで得る程度のイメージ、歴史の授業で知りえる程度の知識しか持ちあわせていない国である。このようにわれわれ日本人にはなじみの薄いキューバであるが、今、このキューバの医療制度が世界的に非常に注目を集めている。ためしに「キューバの医療」をキーワードとしてインターネットなどで検索していただきたい。そこには目を見張るような様々なトピックが並んでいるはずである。まず目を引かれるのはキューバ国民は国内において完全無料で医療を享受できるということである。さらに国内の医師数が充実しており、中南米、アフリカを

中心に続々と医師を派遣して現地で医療従事させている。また、われわれ学生にとっては羨ましい限りだが医学部の入学金、学費までもが全額無料だという。中南米から貧しいが医師を目指す若者を集め、キューバの大学で医学を学ばせ、母国に帰すということまでやっている。このようなキューバの活動を知っていただければ、われわれキューバ班がキューバに興味を持ち、さらに考察を深め、本国に訪れたいと思いついたことも十分ご理解いただけたらと思う。

## キューバとは：

ここでキューバという国についてなじみの薄い方々のためにもう少し詳しくこのカリブの島国の紹介をしたい。キューバ共和国、通称キューバはスペイン語を公用語とし、首都にして最大の都市はハバナ。フィデル・カストロ・ルス国家評議会議長が治める人口 1,124 万人、面積 110,922k m<sup>2</sup>の国である。日本の本州の半分ほどの面積を持つ。主要産業は観光業、医療サービス、農業（砂糖、煙草、柑橘類）、鉱業（ニッケル）、水産業などで、一人当たり GDP は 44,064 百万ペソ（2006 年国家統計局）。この島国は地理的には北アメリカに含まれ、「アメリカの裏庭」と俗に呼ばれたりする。アメリカ州最初の社会主義共和国として独自の道を歩んでいるため、「カリブに浮かぶ赤い島」と形容されることもある

元々スペインの植民地としてスタートしたキューバはアメリカの援助により独立を成すもそれは形だけのものに過ぎず宗主国がスペインからアメリカへと替わっただけであった。キューバが真の独立を果たすのは 1959 年のことでありこれが世に言う「キューバ革命」である。これを指示したのが彼のフィデル・カストロとエルネスト・チェ・ゲバラであった。キューバはようやく念願の独立を果たすわけであるが決して順風満帆の船出ではなかった。まず精糖業などでアメリカ資本に握られていた土地と産業を国有化し、農業の集団化を実施するなど社会主義国家の建設を推進したが、この過程で、医者をはじめとする中・上流階級の多数の人々がアメリカなどへ亡命した。パティスタ政権という傀儡政権を失ったアメリカは、革命政権とは別の政権樹立に向けた動きを見せていたが、59 年 5 月から革命政権が実施した徹底的な農地改革に直面したことで、革命政権を敵視するにいたった。おりからの冷戦による米ソ対立の影響を受け、アメリカに敵視された革命政権はソヴィエト連邦に接近し、1960 年にソ連と正式な外交関係を結んだ。アメリカ政府との対立が決定的になると、キューバ政府は国内からのアメリカ企業の排除に努め、アメリカ資本の石油精製会社、製糖会社、電話会社、銀行・商業・工業の大企業を国有化した。1961 年、アメリカ政府はキューバとの外交関係を断絶し、少量ながら続けていたキューバ産砂糖の輸入も全面禁止した。1962 年 2 月 3 日にアメリカのケネディ大統領はキューバとの輸出入を全面禁止し、キューバの経済封鎖を行うと発表した。同年、キューバにおけるソ連のミサイル基地の建設とミサイルの搬入が明らかとなり、核戦争の危機となったが米ソの妥協で危機を回避する事態が起きた（キューバ危機）。これにより、アメリカとキューバの関係は一挙に

悪化したが、1965年にアメリカとキューバは、反体制派キューバ人のアメリカ亡命を認めることで合意し、1973年までに26万人以上がキューバを去った。

これらの歴史的背景は現在のキューバの実情を知る上で非常に重要である。旧宗主国アメリカからは様々な面での圧力を受けており、唯一の後ろ盾であったソ連も91年に崩壊してしまっている。経済的にも貧しく、工業資源も少ないこの国は自分の力だけで自分の国を守っていかなければならなかったのである。これは産業についてだけではない。国家にとってもっとも重要なファクターである「国民」を守るためには当然のことながら医療の充実が必然となってくる。しかし他国との国交がほぼ断ち切られたキューバは国内の技術と制度だけで国民の健康を守らねばならなかった。では、いったい具体的にどのような手法をとっていったのであろうか。

## キューバ医療：

キューバのGDPは169億ドル(97年)、一人当たり1540ドルでありこれは世界85位にあたる。経済指標から見れば紛れもなく発展途上国と呼ぶことができるだろう。しかしキューバの健康指標はどのようなかという平均寿命は男75.0歳、女79.3歳、乳幼児死亡率は6.4%である。

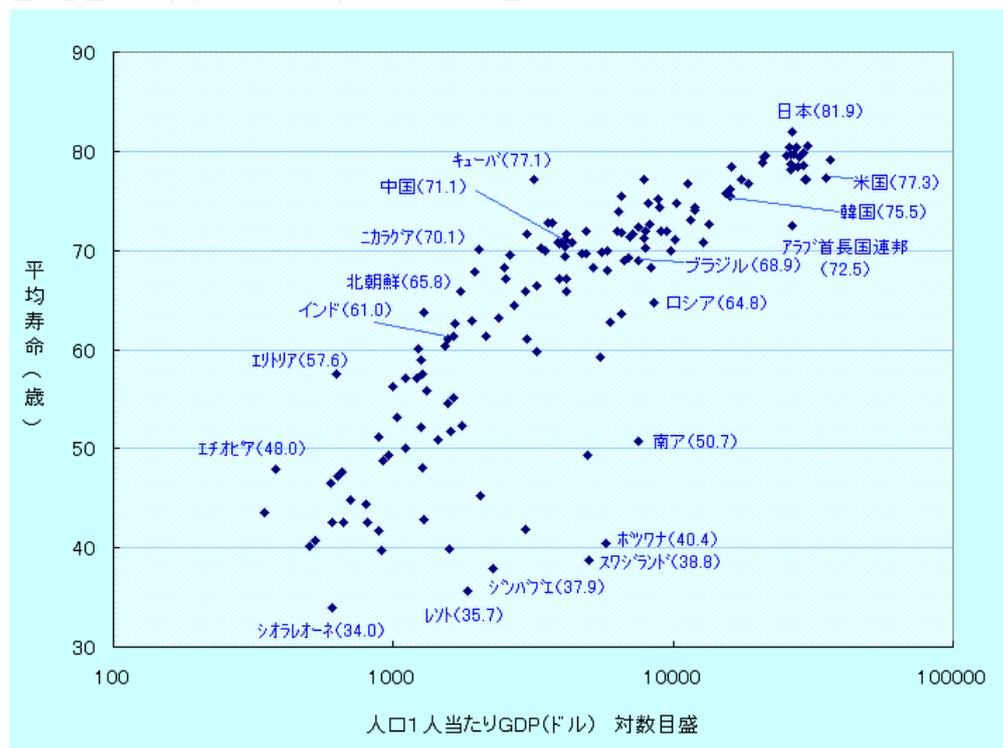
グラフ(資料1)を参照していただければ分かると思うが通常GDP、つまり国の豊かさと平均寿命とはかなり高い相関関係がある。考えてみれば当然かもしれないが裕福な国は医療設備も整っているし国民の教育程度も高い。一方発展途上国ではまだまだ平均寿命も低く乳幼児死亡率も高い。そんな中キューバのGDPは中国よりも低い平均寿命は世界で最も富める国である米国と遜色ない。つまりキューバは「発展途上国なのに医療先進国」であるという不可思議な特徴を持つ。

59年当時キューバ国内には6000人ほどの医者がいたのだが、革命後その大半が多くの上流階級層とともにアメリカへと亡命し革命直後のキューバ国内の医師数はわずかに3000人しかいなかった。なによりも医師の確保が急務だったと言える。そんな中、キューバが力を置いたのは「教育」であった。国家としての生産力も乏しく工業資源もさほど無いキューバにとって最大の財産は人そのものであったのだ。教育によって優秀な人材の育成を目指し、また医療の充実によって国民が安心して暮らせる国家を作ろうとしたのだ。そのためにキューバでは大学を出るまでの教育費は一切が無料である。能力がある者は望みさえすれば大学まではお金の心配をしなくてもよい。日本では一般的に大変お金がかかると言われている医学部の授業料さえ完全に無料である。この独立後すぐ行われたキューバの政策が実を結び、2002年の時点でキューバ国内には総勢6万6千人、国民10万人当たり約600人の医師がいることになる。日本では国民10万人当たり192人の医師ということを考えればいかに医師数が充実しているかがわかるだろう。

キューバの教育熱は国内だけにとどまらず南米・アフリカ諸国から学生の受け入れも行

## 資料 1 世界におけるキューバの健康指標

世界各国の平均寿命(人口100万人以上の149カ国)



(注) 平均寿命は男女計(2002年)、所得水準(人口1人当たりGDP)はPPPベースのドル(2001年)。

(資料) WHO Core Health Indicators

(参考) 平均寿命とその世界ランキング

|          | 平均寿命(02年) |    |      |    |      |    | 健康寿命(02年) |    | 人口1人当たりGDP(01年) |    |
|----------|-----------|----|------|----|------|----|-----------|----|-----------------|----|
|          | 男女計       |    | 男    |    | 女    |    | 男女計       |    | PPPドル           | 順位 |
|          | 歳         | 順位 | 歳    | 順位 | 歳    | 順位 | 歳         | 順位 |                 |    |
| 日本       | 81.9      | 1  | 78.4 | 1  | 85.3 | 1  | 75.0      | 1  | 26,652          | 12 |
| スイス      | 80.6      | 2  | 77.7 | 4  | 83.3 | 3  | 73.2      | 3  | 30,139          | 3  |
| オーストラリア  | 80.4      | 3  | 77.9 | 3  | 83.0 | 4  | 72.6      | 5  | 27,614          | 10 |
| スウェーデン   | 80.4      | 3  | 78.0 | 2  | 82.6 | 6  | 73.3      | 2  | 25,981          | 18 |
| カナダ      | 79.8      | 5  | 77.2 | 7  | 82.3 | 8  | 72.0      | 7  | 29,235          | 6  |
| フランス     | 79.7      | 6  | 75.9 | 14 | 83.5 | 2  | 72.0      | 7  | 26,809          | 11 |
| イタリア     | 79.7      | 6  | 76.8 | 8  | 82.5 | 7  | 72.7      | 4  | 26,169          | 17 |
| シンガポール   | 79.6      | 8  | 77.4 | 5  | 81.7 | 10 | 70.1      | 19 | 25,394          | 19 |
| スペイン     | 79.6      | 8  | 76.1 | 12 | 83.0 | 4  | 72.6      | 5  | 21,351          | 20 |
| オーストリア   | 79.4      | 10 | 76.4 | 10 | 82.2 | 9  | 71.4      | 11 | 28,233          | 8  |
| イスラエル    | 79.4      | 10 | 77.3 | 6  | 81.4 | 15 | 71.4      | 11 | 21,223          | 21 |
| ノルウェー    | 79.1      | 12 | 76.4 | 10 | 81.7 | 10 | 72.0      | 7  | 36,460          | 1  |
| ニュージーランド | 78.9      | 13 | 76.6 | 9  | 81.2 | 16 | 70.8      | 17 | 20,764          | 22 |
| ドイツ      | 78.7      | 14 | 75.6 | 18 | 81.6 | 12 | 71.8      | 10 | 26,205          | 16 |
| オランダ     | 78.6      | 15 | 76.0 | 13 | 81.1 | 17 | 71.2      | 13 | 29,231          | 7  |
| ベルギー     | 78.4      | 16 | 75.2 | 19 | 81.5 | 13 | 71.1      | 14 | 27,932          | 9  |
| ギリシャ     | 78.4      | 16 | 75.8 | 15 | 81.1 | 17 | 71.0      | 16 | 16,247          | 25 |
| フィンランド   | 78.2      | 18 | 74.8 | 21 | 81.5 | 13 | 71.1      | 14 | 26,349          | 14 |
| 英国       | 78.2      | 18 | 75.8 | 15 | 80.5 | 19 | 70.6      | 18 | 26,273          | 15 |
| 米国       | 77.3      | 20 | 74.6 | 24 | 79.8 | 23 | 69.3      | 23 | 35,182          | 2  |
| デンマーク    | 77.2      | 21 | 74.8 | 21 | 79.5 | 25 | 69.8      | 20 | 29,655          | 5  |
| コスタリカ    | 77.1      | 22 | 74.8 | 21 | 79.5 | 25 | 67.2      | 29 | 7,838           | 49 |
| キューバ     | 77.1      | 22 | 75.0 | 20 | 79.3 | 28 | 68.3      | 26 | 3,168           | 90 |
| アイルランド   | 77.1      | 22 | 74.4 | 25 | 79.8 | 23 | 69.8      | 20 | 30,004          | 4  |
| ポルトガル    | 77.1      | 22 | 73.6 | 26 | 80.5 | 19 | 69.2      | 24 | 17,573          | 24 |
| 韓国       | 75.5      | 30 | 71.8 | 31 | 79.4 | 27 | 67.8      | 27 | 15,905          | 26 |
| 中国       | 71.1      | 57 | 69.6 | 44 | 72.7 | 70 | 64.1      | 44 | 4,095           | 79 |

(注) 順位は人口100万人以上149カ国中。男女計の高い順に25カ国を掲載し韓国、中国を加えた。

健康寿命は病気にかからずいられる寿命のこと。

(資料) WHO Core Health Indicators

っている。キューバにあるラテンアメリカ医科大学にはラテンアメリカおよびアフリカ諸国の60以上もの異なるエスニックグループから学生が入学している。卒業後、祖国に戻り、医療サービスが大きく欠落しているコミュニティで奉仕することが、条件となるが、その要請にかかる経費はキューバ社会主義政権によってまかなわれている。またこれに関連してキューバはラテンアメリカ、アフリカ諸国に自国内の医師を派遣し、無償で医療奉仕をおこなっている。未だ経済的困窮から抜け出せない国が多く、医療面でも未発達なラテンアメリカ諸国においてキューバはリーダーシップを遺憾なく発揮している。

ここでキューバ医療を支える重要な2つのシステムを紹介したい。

#### ～ファミリードクター制度～

キューバ医療を支える重要な要素のひとつが「ファミリードクター制度」である。ファミリードクターたちは「コンサルトリオ」と呼ばれる自宅兼地区医院で、看護師と組んで、約120家族、700～800人をケアしている。このファミリードクターたちはキューバのプライマリケアの要であり、一歳にならない子供のころから患者の暮らしぶり、健康状態を管理する。顔が見える範囲で各家族の健康状態をチェックし、増進するわけである。また1人のドクターが全てを管理するわけではなく、同じコミュニティ内の他のファミリードクターや内科医、小児科医、眼科医、心理学者、統計専門家、ソーシャル・ワーカーたちがベーシック・ワーク・グループを作って支援している。緊急を要する場合は患者が直接病院の緊急治療室に行く場合もあるが、大概はファミリードクターから適切な病院へと紹介状が送られる。そして、ファミリードクターは、入院中の患者の回復状況をチェックし、退院したあともケアを行う。このファミリードクターは最低年2回は患者と会い、同じ医師が同じ患者にかかわり続けるので、生まれたときからの臨床記録が残っている。よって長期のフォローも万全である。イメージとしては日本でいうところの「かかりつけ医」に近いかもしれないが、実際は日本のかかりつけ医よりもはるかに身近な存在であり、もう一人の家族のようなものである。そのため患者は医者に対して臆することなくなんでも相談することが出来るのである。以上のようにファミリードクター制度は医療福祉の分野においてプライマリケアの重要な柱となっている。

#### ～ポリクリニック制度～

ファミリードクター制度とは決して一本柱の制度ではなく「ポリクリニック制度」というもうひとつのファクターが組み合わさることで成立する。キューバ国民は身体に以上を感じたときは先ほどのファミリードクターのところに行き相談をするかもしくは「ポリク

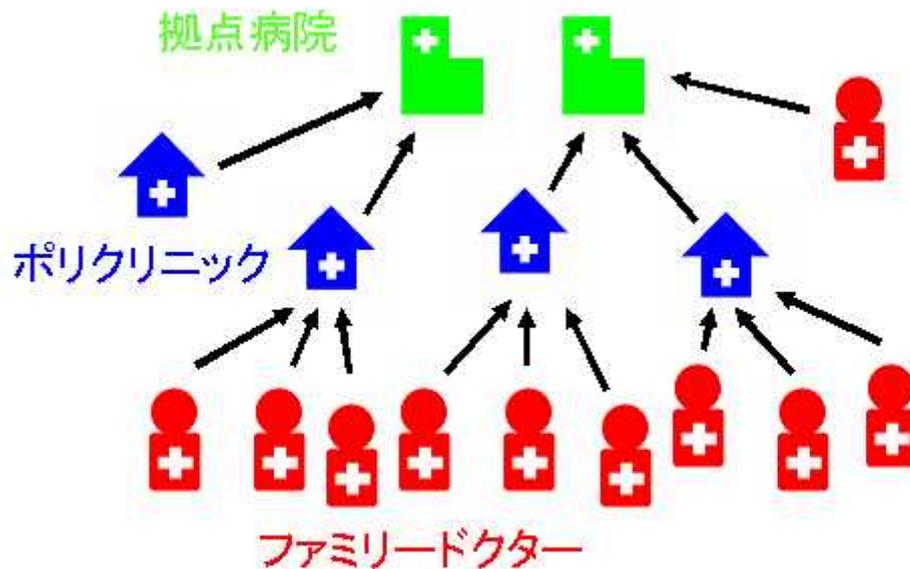
リニック」と呼ばれるより専門的な治療を行うための地区診療所に自分で赴く。仮に簡単な風邪などの場合はそのポリクリニックでの治療が可能であるがより専門的な治療や検査が必要な場合はポリクリニックのドクターやかかりつけのファミリードクターが更に上の度な治療が行える専門病院を紹介してくれる。



ハバナ市内にあるポリクリニック

簡単にまとめると、キューバ国内にはまず一次医療を行うファミリードクターのいる診療所や市町村地区診療所、市町村病院などがある。更にその上に二次医療を行う州病院があり各州の衛生センターや血液銀行の役目を担い、社会福祉サービスの提供を行う。更にその上に三次医療を行う全国病院があり大学病院や研究センター、バイオ医療産業と密接に関連している。そしてこれら全ての医院を統べるのがキューバ厚生省であり、いわゆるピラミッド構造をなしている（資料 2）。ファミリードクターやポリクリニックといった小規模医院で国民全体をカバーしつつ高度専門医療もしっかり受けられるというわけである。しかし、ピラミッド構造をなしているといっても必ずポリクリニックからの手順を踏まなければならないというわけではなく、望むのであればいきなり州病院や全国病院に行って治療を受けることも可能なのだ。

## キューバ医療の組織図



資料2 キューバの医療ピラミッド

これらのピラミッド体系の他にも老人介護施設や妊婦のための産科病院も存在している。そして忘れてならないのがこれらの病院で受ける治療は全てが完全無料だということである。薬品代だけはわずかながら支払わなければならないのだが、X線やMRIなどの検査や長期入院から臓器移植にいたるまで全て無料なのである。

「ファミリードクター制度」と「ポリクリニック制度」の2つを主軸としてキューバは社会主義国の特色を十分に生かした医療体系を作り上げている。

### 現地にて学んだこと：

日本で得られるキューバの情報は限られている。せいぜい本やインターネットくらいしか情報ソースはないが、如何せん情報統制の行われている国なのでその信憑性には疑問符のつくところも多い。在日キューバ人を探すのすら一苦勞である。そこでわれわれキューバ班は現地キューバへと赴くことに相成った。

キューバとはいったいどのような国なのか。まったくイメージもわかぬまま訪れた異国の地、最初の印象はなんといいても人々の陽気さであった。キューバ入国に際してビザ取得などに相当手こずっていたため、なんとなく恐怖心めいたものがかかえたままのキューバ訪問であったが、そんなものを吹き飛ばすほどキューバの人々はあっけらかんとしていた。キューバでは東洋人を見かけることが殆どないのであろう、我々日本人を見かけると道行く人はたいてい”chino”(中国人かい?)と興味津々に声をかけてくる。その中にはもちろん商業目的の者もいるが純粋な好奇心から近づいてくる人々が大半であった。



物の乏しいショーウィンドウ

ハバナの市街地を散策してみると予想以上に多くの人と商店が存在しており結構な賑わいを見せていた。観光産業に重点を置いているだけあって外国人向けの露店やデパートがかなり見受けられた。しかし一方でキューバの現地人むけの商店に目を向けてみると、店舗の広さに反して商品数は非常に少なかったりとやはり物資不足の感は否めなかった。生活必需品は配給によってまかなえるのでキューバ人たちにとっては特に問題ではないらしい。

今回のキューバ訪問で我々を受け入れてくれたのはキューバの保健省 (Ministerio de Salud Publica de Cuba、通称 MINSAP) に勤めている医師の Eduardo Zacca 氏であった。そのため今回の活動は Zacca 氏へのインタビューが主軸となった。

インタビュー時にはキューバが作成した国内の保健統計データと WHO が作成したキューバの保健統計データを手渡された。これを見る限りでは事前に日本に収集していたデータと大きな違いはなかったが、Zacca 氏から渡されたデータの方が革命前後から現在に至るまでの統計データが事細かに掲載されていた。

実際キューバで働く医師自身から聞く話は大変興味深かった。キューバでは医師は公務員になるため給料はさほど高くないが、医師だからといって裕福な生活を送るわけではない。もちろん給料が全てではないが、そんな中でどうやって医師としてのモチベーションを保っているのか聞くと、「医師は国民から非常に敬われている存在」なのだそうだ。例えばタクシーに乗る場合、運転手は乗客が医者だとわかると善意から運賃をまけてくれたりするそうだ。

インタビューの最後に一番気になっていた「キューバ医療のかかえる問題」について Zacca 氏に聞いてみた。後述するがキューバの医療費は雪だるま式に増えており今後も現体制のままで国民の医療費を国がまかなうのは難しいように思われる。そのことについて質問してみたが Zacca 氏は「心配ない」と力強く言っていた。具体的な政策等については語られなかったが、無料で医療を受けるのは国民の当然の権利であり今後もその姿勢は変わらないという。

現地病院での見学も画策していたのであるがどうしてもキューバ側の許可が下りなかったため今回は断念せざるを得なかった。

しかしハバナ市内でもっとも大きな病院の外観とそのロビーだけは見る事が出来た。この病院はマイケル・ムーア監督のドキュメンタリー映画「シッコ」の中でも紹介された病院なのだが、かつてホテルだったものを改装したらしく外観や内装はかなり立派であった。ロビーで座って待っている患者達もどこかのんびりとしていてホテルのロビーだといわれても納得してしまいそうな雰囲気であった。病院の表には救急車が停まっていたのだがかなり立派な救急車で日本のそれと比べても遜色は無かった。キューバ国内を走る車は外国産車がおおく、中には日本製のものも見受けられたが、どれも使い古されてボロボロのものばかりだった。ピカピカの救急車をみると如何にキューバが医療に資金を割いているのかがわかる。

キューバでの活動が終わってみると、はじめ抱いていたキューバという国とその国民に対する私のイメージは大きく変わっていた。社会主義国であり GDP だけから言えば明らかな発展途上国、そしてアメリカからテロ支援国家として経済制裁を受けているキューバ。そんな情報だけから連想されるキューバ国民の生活はとても苦勞に満ちたものであろうと思っていた。しかし実際に私が出会い話したキューバ人たちはとても充実した生活を送っていた。確かに我々日本人の基準からすれば決して豊かな生活とは言えない。食料は主に



病院内のロビー

配給物であるし物品も国内で生産されたものに限られる。しかし彼らは今ある生活を精一杯楽しもうとしていた。物の乏しい環境の中でも明るく振る舞っていた。このように彼らが安心して暮らしていけるのは福祉が充実しているからではないだろうか。確かに大金持ちになることはできないが、食いつぶれることもないし、お金がないからといって病院にかかれないこともなく、ベッドが足りないからと病院をたらい回しにされることもない。老人ホームや出産施設も充実している。「社会主義国だから」と言ってしまうまでもしれないが、他の社会主義国を見回してみてもこれほど社会福祉の充実している国はそうないはずだ。現行の政治体制に手放しで満足しているわけではないが、特別な不満を抱いているわけでもない、といったのが現実のようである。第一線を退いたとはいえ今だカストロの支持率が高い。現地で知り合ったキューバ人は「医療費が無料なのは当たり前だ。そうじゃなければ貧乏人は死んでしまうじゃないか。」と言っていた。彼らは自国の医療体制に誇りを持っている。

現在でも外国に亡命をするキューバ人は数多くいるが、それ以上にキューバでの生活に満足し、自国が一番という人たちがいる。厳しい現実と向き合いながらもその中で楽しく明るく暮らしていく彼らから学ぶことは非常に多かった。

## キューバ医療の抱える問題：

無料で誰でも高水準の医療を受けられる、まるで夢のようなキューバ医療であるがもちろん欠点がないはずはない。まずは何といても医療費の問題である。国民が医療費をまったく負担しないということは当然国がその分を負担することになる。国家予算のほとんどは医療費に回されているわけだが何度もいうようにキューバは決して豊かな国ではない。主要な収入源はいまだサトウキビなどのプランテーション時代の農作物に頼っている。今後も倍加していくと思われる医療費をまかなっていくためには何かしらの対策を講じなければならぬ。

さらに医師のモチベーションの問題もある。キューバにおいて医師は公務員であるため日本のように高給取りの職業ではない。チップがある分タクシーの運転手やバーのボーイの方が高所得だという話もある。そんな医師のモチベーションをさせているのは高潔な志だという。確かにいくら医療費が無料であるとはいえ給料もさほど高くなく多大な責任を伴う職業を選択する時点で十分志の高い人間だといえるが現実やはり厳しいもののようなのだ。医師の資格をとっても違う職業に就いたり、海外派遣先の方が豊かな生活を送れるからということでキューバに中々帰ってこないケースもあるそうである。

社会主義国家特有の問題もある。例えばキューバ国民が海外へと渡航するのは簡単なことではないし、国民は一部の職業や特権階級を除いてはインターネット及びPCアドレスの使用を認められていない。いわゆる情報統制というものである。これにより一般市民は海外で受けられる医療行為や自国以外で手に入る薬などの情報を知ることができない。他の国の国民とくらべて医療を受ける機会に差が出てしまう。

このようにキューバ国内の医療も決して完全なものではない。

## 日本の抱える現状：

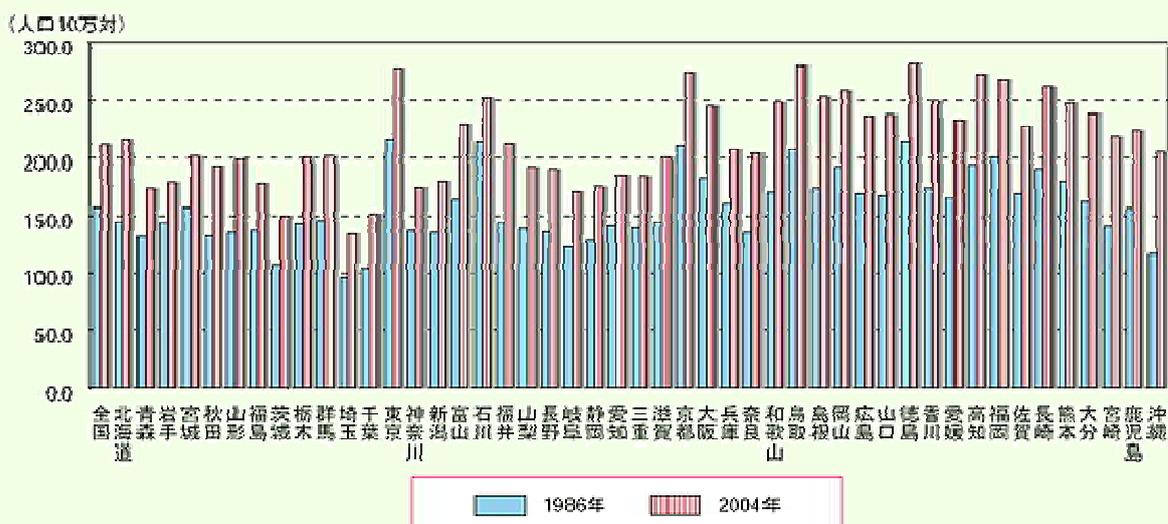
さてこれまではキューバ特有の医療システムを見てきたわけだがここで一旦国内に眼を転じてみよう。我が国の医療評価は世界一であることを示すデータがある。2005年度のOECDの調査結果によると健康寿命は世界一、健康達成度の総合評価も世界一。さらにWHOの2002年調査結果では平均寿命は男78.4歳、女85.3歳で世界一の長寿であるという。この結果から日本の世界有数の医療先進国であることがわかる。なぜ戦後60年でここまでの発展を見せたのか、理由は様々であるがやはり国民皆保険制度の存在は大きい。しかし日本の医療体系はもちろん完璧なシステムではない。ここで今日本が抱えている主な医療問題について触れてみよう。まずは絶対的な医師不足である。現状のわが国の医師数は少ない。国際比較では人口1000人あたり医師数が用いられるが、OECDのデータ(2000年)によると、わが国は1.9人とOECD平均(2.8人)を下回っている。人口1000人あたり医師数が何人程度であれば医師不足が解消されたかということは、医療制度が国により異

なるため明確なラインが引きがたい。しかし、日本の絶対医師数が決して満たされているとはいえないだろう。さらにただでさえ少ない医師数ではあるが加えて地域偏在と診療科偏在の問題もある。

従業地による都道府県別の医師数を示したのが、下のグラフ（資料3）である。いずれの都道府県においても、1986（昭和61）年に比べ医師数は増加しているが、徳島県、鳥取県など人口10万人当たり280人を超えている県がある一方で、180人を下回っている県もあり、都道府県間の医師数のばらつきが生じている。さらに、都道府県内において、都市部と郡部との間で医師数のばらつきがあるところもある。

資料3 従業地による都道府県別に見た医師数（人口10万対）

図表2-3-1-8 従業地による都道府県別に見た医師数（人口10万対）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

地域間のばらつきに加えて、病院への休日・夜間の患者の集中、頻回な当直を含む厳しい勤務状況や医療紛争の増加による安全確保に向けた配慮、これまで大学医局が果たしてきた地域への医師派遣調整機能の低下等を背景として、小児救急医療、産科医療など特定の診療科領域において、病院勤務医師を中心に医師の不足感が生じている。産婦人科医については、1994年からの10年間で900人程度減少しているものの、出生1,000人当たりでは概ね横ばいである。いずれも、病院勤務医に関しては、その不足感や厳しい労働がさらに深刻な状況であるとの指摘がある。

これらの日本の抱える医療の大きな特徴の1つは何だろうか。それは「格差医療」ではないだろうか。地域格差があり機会の格差がある。ある意味では資本主義国として世界第2位の富める国である日本の弊害ではなからうか。そんな医療格差を解消する上でキューバ医療は打開への道を探るよい道しるべになるはずである。

## 2つの医療先進国：

さて日本とキューバ、これらの国はどちらも医療先進国と定義されるわけだがその内情はひどく違っていた。この2つの国の違いとはいったいどこから生じてくるのであろうか。まず日本は資本主義国家でありキューバは共産主義国家である。これは1つ大きな違いを産む原因といえよう。キューバは「乏しきを分かち合う」という理念の下に大金持ちにはなれないが最低限の生活水準を享受しながら絶対的な福祉社会を形成している。情報統制や外国資本が乏しいという面もあるが貧しくとも生活の心配はしなくてもよいのだ。この資本主義と社会主義の構造的違いが日本とキューバを異なる医療体制にしているのは間違いない。しかし、ここであえて私はそれとは違う観点からの議論を展開したい。キューバ医療と日本医療の違いは何か。それは「医療と国民の距離」なのではないか。先ほどのポリクリニック制度、ファミリードクター制度を思い出してほしい。これら2つのシステムは確かに非常に優れた制度である。全国に偏りなく病院と医師を配置し、国民全員の健康状態を管理し、ピラミッド構造で医療を実践するのは社会主義国ならではの手法かもしれない。しかし、この2つの制度の最も注目すべき点はそこではない。キューバ国民にとって病院や医者とは決して異世界の存在ではなく非常に身近なパートナーなのだ。ファミリードクターはその家族にとって古くからの顔見知りのような存在である。定期的に往診しては世間話もするし家族ぐるみの付き合いもできる。またポリクリニックでの診察は完全無料のため何の気兼ねもなく訪れることができる。一方で我々日本人の場合を考えていただきたい。病院や医者は一般市民にとってどのような存在だろうか。近年インフォームドコンセントやセカンドオピニオンといった考え方が広く普及し始め日本でも患者の権利というものが強く認識されるようになってきた。しかし、今だ日本人にとって病院や医者は近寄りがたい存在である。医者に診てもらうときには常に何をされるのだろうかという不安感が付きまとうし、金がかかるからという理由で病院へ行くのをためらう一人暮らしの学生や老人も多い。

つまり、病気の時だけでなく健康管理のために医療を受けるキューバ人にとって病院や医者は「日常」であり、病気の時だけに医療を受ける日本人にとって病院や医者は「非日常」なのである。今現在日本ではメタボリックシンドロームなどの生活習慣病が取りざたされたり、高齢化に伴う社会医療福祉の充実が執拗に叫ばれている。医療はもう非常時にだけ必要であればよいというものではなくなっている。今までよりも一層「医療と国民との距離」を縮めていく必要があるのではなからうか。

## キューバの医療理念とこれからの日本：

経済指標だけから見れば紛れもない発展途上国であるキューバ、しかし医療水準は先進各国のそれにひけをとらない。キューバの医療、そしてキューバという国を現すのにふさわ

しい言葉がある。

「人の命は金銭よりも価値があり、やさしさと思いやりさえあれば命は救える」

なんとも青臭い理想論だと思われるかもしれない。理想でやっていけるほど現実には厳しくない。しかし医療とは人である。病床に伏す人がいる。それを助ける人がいる。制度や設備ももちろん必要であるがそれは人が人を診る上でのサポート器具にしか過ぎない。青臭い学生の理想にしか聞こえないかもしれないが結局人が変われば医療は変わる、人が変わらなければ世界は変わらないのである。日本医療の根本を見つめたいという思いから立ち上げたこのキューバ班であるがこの活動を通して、医療というものの根っこに触れられた気がする。

### 謝辞：

今回全くキューバとのコネクションがなかった私たちにキューバの友人を紹介して下さった九州大学大学院医学研究院 予防医学分野の古野純典教授、そして初めてのキューバで右も左もわからない僕らを手厚く迎えてくれたキューバ保健省の Eduardo Zacca 氏、その他キューバ班の活動を支えてくれた多くの方々にこの場を借りて感謝の意を表したいと思います。

(文責：花村)

### 参考文献：

吉田太郎著「世界がキューバ医療を手本にするわけ」  
後藤政子 樋口聡著「キューバを知るための52章」

## インド班

活動場所：インド

活動期間：8～9月

班員：渡邊 智子（九州大学医学部保健学科3年）班長  
山口 もも（九州大学医学部保健学科3年）  
鬼塚 千明（九州大学医学部保健学科1年）

活動目的：日本からの支援内容と現地の保健・医療対策の実態の見学  
ボランティアを通して様々な角度から発展途上国の医療の現状を学ぶ

キーワード：保健師・看護師不足，カースト制度，格差社会

### はじめに：

感染症大国インドでは依然として下痢症が蔓延しており、特にコルカタ地域（旧カルカッタ）は、下痢を主症状とする腸管感染症が世界で最も頻発している地域である。NICED（国立コレラ・腸管感染症研究所）および附属病院を訪れ、日本ではあまり目にする機会のないコレラ・破傷風・ジフテリア、下痢症、および HIV の病棟を訪れた。また、マザーハウスでのボランティアや、スラム街ヘフィールド調査に行き、様々な角度から発展途上国の医療の現状を学ぶことができたので、報告したい。

### 私が思う今のインドとこれから：

インド、約 11 億もの方が生活している国。実際にインドに行き、その人の多さを自分の肌で実感した。私達が一番長く滞在した街・コルカタには人があふれていた。大声で客引きをする元気な商売人、細い足で人や物を運びリキシャワラー……。彼らの 1 日 1 日を必死に生きる姿に、私達は圧倒された。

しかし、街にはそのような人達ばかりではなかった。赤ちゃんを抱いて食料を求める少女や、食料をねだって来る毎日同じ服を着た少年。また、外国人が頻回に行き交う露店街では、片腕がなく仰向けになって人々からお金を恵んでもらっている人もいた。

現地の方の話によると、食料やお金を求めて来る女性が抱いている赤ちゃんは、その女性の子供ではないことがあり、本当の母親は他に存在し、その赤ちゃんを貸してお金をもらっているのである。赤ちゃんがいる方が恵んでもらい易いので、赤ちゃんを借りる方も利益があり、貸す方も収入があるので、この商売が成立するということだ。また、マザーハウスで初日に注意されたことは、街にいる身よりのなさそうな子供に、むやみに物を与えたり、なでてあげたり、抱いてあげたりしてはいけない、ということであった。極端に言うとこれらの行為は性的虐待になる。子供はお金をもらえろと思ひ、この行為を繰り返してしまう。彼らの発育に悪い影響を及ぼすことになる。



スラム街の子供たち

しかし、私がインドで一番驚いたことは、初等教育が予想以上に普及していたことである。

私達はイスラム教徒が住むムスリムスラム（スラム街）に行った。そこは私のイメージの中のスラム街と違って明るく、3～6歳くらいの子供達が午前と午後の部に分かれて学校に通っていた。インドは初等教育を義務教育としており、2000年末には小学校が児童の家から1キロ以内にある比率が84%になり、また、現在は指定カーストや指定部族、そして女子の小学校への進学が劇的に改善しているのである。

しかしながら、まだ問題点があると私達は考えた。それは、お金と文化的背景の問題である。近年、インドの経済成長は著しい。しかし、先に述べたような人達に会う度に、経済成長の波が行き届いてないと感じた。インドの法律では初等教育を義務教育としているが、実際の教育制度の運用は州政府にゆだねられているため、ケーララ州以外はまだ困難な状況にあるのである。貧困地域では子どもは貴重な労働力なので、学校に通うよりも稼ぎ手になることを期待されるのである。また、女性の地位が低い地域では、女性には教育は必要ないという考えもあり、義務教育の途中でドロップアウトする生徒が多数存在するのである。

この状況を改善するためには、父母の意識改革と経済的支援などが必要だと考えた。現在、これらの政策はインドで行われている。しかし、さらなる努力が必要であると私は思う。父母の意識が変化すれば、教育に対する関心が高まり、教育を受ける子どもが増える。さらに、子供の職業の選択肢は増え、そのことが本人だけでなくその家族のためにもなるのである。これらのことを理解してもらうことで、子供は学校に通うことができる。また、奨学金などの経済的支援を行うことで、通学を妨げる原因である経済的負担を少しでも小さくできる。

インドにはまだ古い階級制度が残っている。しかし、それを乗り越えて今までは無理だ

った職業に就いている人もいる。この活動にさらに力を入れれば、インドはより成長できると思う。

(文責：鬼塚)

## ボランティア活動：

カーリガートでのボランティア活動を通して

私達はマザーテレサのボランティア施設の一つである「カーリガート(死を待つ人の家)」で約1週間ボランティア活動を行った。

カーリガートという町には、ヒンドゥー教の女神カーリーを祀った有名な「カーリー寺院」があるので、熱心なヒンドゥー教の巡礼者でにぎわっていた。カーリガート(死を待つ人の家)という施設はかつてその巡礼者のための簡易宿泊所だった場所だ。そのためか、他のマザーハウスの施設に比べ造りが異なっていた。入り口から中に入るとすぐ、男性の部屋と女性の部屋に分けられていて、その部屋の間、薬やマスクなどを保管する場所と、洗い物をする部屋、そしてその奥に慰安室があった。



カーリガート

私達ボランティアをする人達に対して、患者さんの反応は様々だった。元気に話しかてくる人もいれば、嫌そうな表情をする人もいた。マッサージを頼む人もいれば、「あの人がトイレに行きたそうだから手伝って。」と他の患者さんのことを教えてくれる人もいた。

ある時ベッドに寝ていた患者さんが、手をのばしてきたことがあった。彼女はヒンドゥー語で話をしていたため、私は彼女が言っていたことが分からなかった。しかし、彼女の気持ちを理解しようと努力した。だから伸ばしてきた手をマッサージした後、細い手を優しく握った。すると彼女は微笑んで、何も言わなくなった。マザーテレサのように他人に深い愛情をかけることは未熟な私には無理だけれども、私はこの女性に元気になってもらいたいと願った。もし回復困難な状態や難病であるのならこの場所で安らかに最期を迎えてほしいと心から思った。そして、私が手を握ることでこの女性が微笑んでくれるのなら、さらに愛情を持って接したいと思った。

このカーリガートでの体験は、私の今までの考えを変えた。私は今までボランティアというものは、物質的にどれだけのことを人にしてあげられるかが大切だと思っていた。しかし「してあげる」立場ではなく「同じ」立場に立って、相手の気持ちを考え、自分の気持ちを込めて接することが、物質的な面と同じくらい、いやそれ以上に大切であると思った。この経験を、これからの勉強や仕事で活かしていきたい。

(文責：鬼塚)

### コルカタ地域における看護師不足について

私が3週間滞在していたのはインドのコルカタである。インドの中でも特に人が多く、世界各国からの旅行者でひしめきあっている。この地は、安宿街とマザーテレサ・マザーハウスが有名なところである。

私はここで、3週間、マザーテレサの施設のひとつであるカーリガート”死を待つ人の家”でボランティアをさせてもらった。ここには大変多くの国からボランティアスタッフが集まっていた。ドクターやナース、シスター、ブラザーが医療処置を行い、その他のスタッフは洗濯、食事の用意、食事介助、医療処置の手伝いなどをして朝から昼間での時間を過ごす。

カーリガートにいる療養者とは、スラム街などで瀕死の状態で倒れていたような人々である。定期的にボランティアの人々がタクシーでスラム街を周り、そのような人々を発見してくるのだという。蛆虫がわいているところは施設の奥のシャワー室で洗い流し、服を着せてベッドを確保し、食事と薬を与える。何の病気を持っているのかはもちろん、年齢や名前さえ分からない人も多かった。

現在、夏休みなどの期間を利用してインドに医学生を招き、インドの医療を体感してもらおうという取り組みがあるらしい。インドにももちろん最先端医療を掲げる施設はあるが、そういったところではなく、最低限の物資と資金、ベッドもスタッフも足りておらず、ただ同然で医療を提供している施設やスラム街、私たちが今回ボランティアをしたような施設に足を運び、あえて現在の日本とは程遠い医療を体感し、医療の根源を見つめなおそうというものである。インドをそのように一種の観光地というか、そういった視点で見ると良いのか悪いのかは別として、インドには良くも悪くも恵まれているところとそうでないところの差が大きいというのは間違いない。まさに、「格差が大きい」という表現が当てはまる。

インドは貧しい国ではなく、貧しい人が多く住む国である。これはインドを表現するときにはしばしば用いられる言葉である。それを象徴するものが、ITと並んで今、世界で注目されているインドの産業としての医療だ。インドはその技術力や優秀な人材が多いということ、安価な医療費と英語が通じる環境があることから現在医療の発展が著しく、諸外国からの注目度も高い。そしてその反面、公的医療と民間医療の医療費、提供される医療の質に格差が生じている。公的医療機関は、その資金不足から十分な医師、技術、設備を提供できない。民間医療は充実している反面、高額な医療費を負担しなくてはならない。公的医療機関は貧困層、民間医療は富裕層とその差別化が拡大している。そしてさらに外国人向けの医療と、現在インドで提供される医療は、富裕層・貧困層・そしてそれ以外の層の三層構造にその格差を拡大させながら分化されつつある。またその待遇の違いから、医師の公的医療機関から民間医療機関への流出も問題視されている。

特に深刻な問題が、インドにおける看護師の不足である。

看護師不足という共通の問題を抱えている国として、アフリカが挙げられる。インドとアフリカを比較してみると、現在、アフリカではエイズが大きな問題となっている。この問題の解決において大きな障害となっていることが医師・看護師・薬剤師など保健ワーカーの人材不足である。

なぜ、不足するのであろうか。それは、アフリカの保健ワーカーの仕事は限界に達しているからである。特にエイズや結核患者を扱う看護師の仕事はきつい。器具も薬も十分でない状態で、給料の支払いも何ヶ月も滞っている。感染の危険性は高い。物資不足により、手袋さえもない状況もある。

これは、インドにおいても同様の理由が挙げられる。感染症の宝庫といわれ、結核患者数、HIV/AIDS 感染者、狂犬病の死亡者等は世界最大となっているインドでも、アフリカと同様に看護師の仕事はきつく、医療設備は整っておらず、感染のリスクが極めて高い。インドとアフリカに共通する要因として、安い賃金、社会的な不安定性、医療システムの賃金不足、感染の危険、危険な労働環境、雇用機会の不足が挙げられる。

さらに、インド特有の問題として、カースト制度がある。カースト制度とはヒンズー教にまつわる身分制度である。1950年に制定されたインド憲法で廃止が宣言された。教育と公的雇用と議会議席の三分野で、留保システムの実施が宣明され、国家が定めた委員会により、次々に新政策が実施されてきている。都市部ではカーストの影響はそれほどないとされているが、農村部では現在でもなお色濃く残っているのが実情である。カーストは上位のものから「ブラミン」「クシャトリア」「バイシャ」「シュードラ」となる。また、シュードラより低位とされる位が、不可触民（アチュート：現在はダリットとも呼ばれる）の存在であり、アチュートはカースト内の地位さえ与えられていない。また、それぞれについて職業が規定されており、バラモンがヒンドゥー教司祭、クシャトリアが王侯・武士、バイシャが上層の地主や商人、シュードラが上位カーストに奉仕する奴隷属民、アチュートがケガレに関わる仕事に従事する賤民となる。ヒンドゥー教では<死><産><血>そして<体からの分泌物> この四つがケガレの源泉とされている。しかも、そのケガレは次々に伝染するとされているため、ケガレの発源体へ近づいてはいけないとされている。そして、このケガレに関わる仕事に従事する人々がアチュートであり、そしてケガレに関わる仕事は極めて看護色が強い。「ボランティアをするためにカーリガートに行く」とインド人に言うと、「なぜあんなところにわざわざボランティアをしに行くのだ」といぶかしげな顔をされることが多い。そして、「帰ってきたら必ず手を洗ってシャワーを浴び、着替えるように」と言われる。インド人の感情として、カーリガートのような施設でのボランティアを進んで行うというのは不思議なことのような。こういったことも看護師不足の一因であろう。

現在、英語圏の国々からは、英国、米国、カナダ、オーストラリアにむけて、医師、看護師、薬剤師が移住している。医師の移住問題は新しい現象ではないが、特に近年目立っているものは、看護師の移住の急増である。特に先進国で看護師不足が深刻化しているた

めに起こっている現象である。米国の病院では、米国人看護師を雇う代わりに、カリブ海諸国、フィリピン、インド、アフリカ人看護師を雇っている。英国においても同様であった。ヨーロッパ以外の国から移住してきた看護師の数は1994年には2000人であったのが、2001年には15000人に増えている。

世界保健機構は、人口10万人に対して最低でも100人の看護師が必要であると勧告しているが、貧困国の多くはその基準に遠く及ばない。この人口10万人に対する看護師の比率は、一部の富裕国（フィンランド、ノルウェー）では2000人以上になっているが、貧困国（中央アフリカ、リベリア、ウガンダ）では人口10万人に対して看護師10人未満と非常に格差が大きくなっている（UNFPA 2006）。また、インドでは、人口10万人当たりの看護師の数は45人である（Aiken et al. 2004）。この比率について、ヨーロッパの平均は、アフリカや東南アジアの平均の10倍となっている。

このような途上国と先進国における看護師を取り巻く環境の違いから、途上国から先進国への看護師の移動が生まれている。また、こうした途上国のデータはしばしば不正確であり、多くの場合は過大評価されているので、実際には格差はデータにあらわれているよりも大きいと考えられる。こうしたことから、先進国の看護師採用が途上国における看護師不足を助長し、その結果、途上国の保健医療対策に重大な問題を引き起こしている。この問題の解決は容易ではない。最も悪い解決法は、彼らの移住を制限、あるいは禁止するということである。これは差別を増加するだけで、非生産的であり、自国で看護師になる人が減るだけである。一方、先進国で自分たちの国の看護師を養成する予算を増やすことなど期待できない。そして、非合法な方法での途上国からのリクルートが増えるだろう。

最も良い方法は、インドやアフリカ人の保健ワーカーが十分に良い条件でもって自分たちの国で働けるようにすることである。それには先進国がこれまで受けてきた恩恵を理解して、十分な医療援助を行うことが必要である。

（文責：山口）

## **NICED (The National Institute of Cholera and Enteric Diseases ; 国立コレラ・腸管感染症研究所) :**

### NICED について

インドには雨期と乾期がある。私達がインドにいたのはちょうど雨期だったのだが、滞在中とにかく思ったのが、暑いうえに湿度が高いこと。また一度雨が降ると、上下水道の設備が不十分なため、道路が膝まで冠水した。この高温多湿なうえに設備の整っていない環境により、インドでは依然として下痢症を始めとする感染症患者が蔓延している。特に西ベンガル州（コルカタが含まれている）では、毎年報告されているだけでも100万人の下痢症患者がおり、年間1000人は死亡されているといわれている。また、インド全体では依然として乳児死亡率が高く（67人/1000人）、年間1千万人以上の5歳未満乳

幼児が急性下痢疾患により死亡しているのが現状だ。

私たちは今回、コルカタにある国立コレラ・腸管感染症研究所( The National Institute of Cholera and Enteric Diseases 略して NICODE ) と、それに併設する病院の見学をさせてもらった。インドは「下痢症を始めとする感染症の死亡率を半数に減少させること」を保健政策として掲げており、NICED はインドにおける下痢症の同定診断・管理の中核的役割を担っている唯一の機関なのである。研究所では、日本人の方から研究内容や設備の説明を受けさせてもらった。ここでは現地のインド人だけではなく、日本人の方も多く働いていた。これは、日本が NICED に技術協力をしているからであり、研究所の設備のいたる所にそれを示すマークを見ることができた。



病院は研究所と同じ敷地内に建てられていた。病院内の設備は日本ほど整ってはいなかったけれども、街の喧騒はなく、どこことなく落ち着いた雰囲気が漂っていた。病室は性別、年齢、そして病気によって分けられていて、見舞いの人は病室に入れないようになっていた。そのためお見舞いに来た人達は廊下で患者と話しているようだった。

私達が見学をさせていただいていたのは、ちょうど昼食の片付けが行われていた時だったのだが、病院食はやはりカレーとライスだった。また、その片付けをしているのは看護婦ではなく、片付け担当の男性だった。設備だけでなく制度も異なる病院見学は、大変興味深いものとなった。

(文責：鬼塚)

#### コルカタ地域における保健分野支援の必要性

コルカタ地域は、下痢を主症状とする腸管感染症が世界で最も頻発している地域である。コルカタを含む西ベンガル州では毎年報告されているだけでも 100 万人を超える下痢症患者がおり、年間 1000 人が死亡している。

最初に訪問した『国立コレラ・腸管感染症研究所 (NICED)』は、インド政府の中核的な医学研究所の一つであり、平成 10 年から JICA と共に「新興下痢対策プロジェクト」を実施している。このプロジェクトではコルカタのスラム地域において、感染性下痢の発症を予防するための試みがなされている。研究所には日本から送られた豊富な薬品や DNA 解析装置および様々な OA 機器があった。主として腸管感染症やコレラに対する研究と治療および研究者の育成に成果をあげている。ここだけを見ていると、研究面も充実し治療体制

も整っているような印象を受けた。

しかし、次に訪れた西ベンガル州立感染症病院では、これが病院なのであろうかと信じられず驚いた。病室内には猫や犬がうろつき、ベッドの骨組みは錆びておりシーツやマットレスもなく、清潔感は感じられなかった。病院食も全ての患者がカレーであり、食事への配慮も見受けられない。看護師は机を囲み談話しているのに、痙攣している患者は放置されているといった状況だった。ある患者が「安楽の保てるベッドが欲しい」といっていたことを私が看護師に伝えたのだが、「環境を良くしてしまうと患者が出て行かなくなる。早く退院させるためです。」と取り合ってもらえなかった。貧困がこのような状況を作り、貧困に対する諦めが看護の不足を引き起こしていることを感じた。

また、イスラム教徒が住むスラム街でのフィールド調査に同行したが、診療所はごった返しており、看護師がいないこともあり医師の指示が患者にうまく伝わらず、スムーズな診療ができていなかった。

路上を見ると、手足の無い物乞いの人々があちこちで見受けられた。滞在中、テレビではデング熱の危険性について警告をしていたが、社会的弱者であるこれらの人々は情報を得ることもできず、感染症の被害者となる危険性が高いである。ひとたび雨が降ると膝まで冠水し、水害により命を落とす危険性にさらされるのもこういった人々である。

#### コルカタ地方における保健・医療対策の課題

公衆衛生における疾病の管理と対策における指摘として、McKinlay, J.1)は、水難事故と比較しながら以下の2つのポイントをあげている。

1. 現在の医療は下流で努力している。
2. 本当の課題は上流にある。

現在、医療の自立を目指すインドでは、医療技術者の育成のために1%の知識層の人々を対象に教育や資金の投資が行われている。例えるならば、川の上流の改革を進めている状況である。根本を解決し医療の自立を目指すというインドの方針は、正しいのだろう。しかし、1%の知識層を対象とした育成が効果を上げ、インドの人々が必要とする医療を提供できるような看護師や保健師が誕生するまでには長い期間がかかる。その間は、残りの99%の人々は切り捨てられ、十分な医療を受けることもなく感染症の危険にさらされている現状に苦しまなければならないのである。コルカタでは保健資源の不足や保健システムの機能不全から、有効で入手可能な保健サービスが提供されていない。インド全体を見ても5歳未満の乳幼児死亡人数は世界の約1/5(2003年)を占めている。さらには、新たな感染症が発生する危険も考えられる。

今回、NICEDとその附属病院、スラム街での診療、物乞いの人々や街の公衆衛生など様々な角度からインドの保健・医療を見てきた。その中で痛感したことは、インドには貧困のために十分な栄養や衛生管理を得ることができない人々が多く存在し、感染症の被害を受けるほとんどの人は社会的弱者であるという悲しい現実である。インドでは、保健所の設

立をはじめ可動ボランティア施設の拡大など様々な援助が必要であり、上下水道の整備も早急に行わなくてはならない支援事業だと思ふ。感染症の発症を食い止めるためにも、ワクチン開発や予防接種は急務を要することだ。

このような現状を考えると、今現在苦しんでおり危険にさらされている 99%の人々を救うために、海外からの援助が必要となってくるのではないだろうか。

これらのことは、インドに限らず貧困に苦しむ他の国々に対しても言えることである。多くの国々で医療・保健システムの恩恵を受けられない人々が、必要とする医療を受けられるような社会となることを望む。

(文責：渡邊)

## 最後に：

国際社会において私達が仕事をするには技能と知識はもちろんのこと、様々なことに対する関心を持つことが大切です。時間に余裕のある学生だからこそ、時間をかけて日本からの支援内容と現地の保健・医療対策の実態を見てくることができました。そこで得た知識や情報を多くの人に周知してもらおうことが、学生としての国際協力の一步ではないかと考えます。

今回このような機会を作っていただきました方々に深く感謝いたします。

(文責：渡邊)

## 参考文献：

変貌するインドのカースト制度 沖浦 和光(桃山学院大学名誉教授)：

[http://blhrri.org/kokusai/un/un\\_0020.htm](http://blhrri.org/kokusai/un/un_0020.htm)

社団法人 部落解放・人権研究所創立 35 周年シンポジウム『国際的な視点から部落問題を考える』：<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/india.html>

外務省ホームページ 世界の医療情報 インド：

<http://www.ikss.net/digest/digest150-03.html>

海外における外国人看護師受入れ事情 三井情報株式会社総合研究所 副主任研究員 丸山智規：[http://www.isfj.net/ronbun/report2006/kokusai\\_boueki/hukagawa.pdf](http://www.isfj.net/ronbun/report2006/kokusai_boueki/hukagawa.pdf)

インド看護師数 外国人看護師の受け入れ 高齢化看護サービスのために 早稲田大学 深川由紀子：<http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>

International Council of Nurses(2004), "The Global Shortage of Registered Nurses : An Overview of Issues and Actions"

McKinlay, J. (1979). A case for refocusing upstream: the political economy of illness. In *Patients, physicians and illness* (ed. E. Jaco). pp. 9-25. Basingstoke, Macmillan.

## 中国班

活動場所：中国（北京、南京、大連）

活動期間：8月上旬

班員：前園 明寛（九州大学医学部医学科2年）班長

西村 直矢（九州大学医学部医学科2年）

斉藤 友子（九州大学医学部保健学科3年）

江川 知康（九州大学医学部医学科1年）

大村 洋文（九州大学医学部医学科1年）

萩尾 緑（九州大学医学部保健学科1年）

活動目的：現地の大学や病院をまわり、長い歴史のある東洋医学を視察する。そして、東洋医学を西洋医学に生かす将来性を考える。

### 1章 統合医療とは？：

今日、私たちは“統合医療”という言葉を目にする機会が多くなってきている。ここでは、統合医療とはそもそもどういうものを指すのか、またなぜその必要性が求められているのか、ということについて記すことにする。

#### 統合医療の定義

統合医療とは、西洋医学による医療と補完・代替医療（Complementary&Alternative Medicine、以下CAM）をあわせ患者を治療することである。またここでいうCAMとは、“通常医療の代わりに用いられる医療”を指す。日本補完代替医療学会によると、代替医療は「現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」（日本補完代替医療学会HPより引用）と定義されている。言い換えると、日本の通常の医学部では講義されていない医学分野で、通常の病院では実践していない医学・医療のことである。つまり、統合医療＝西洋医学＋CAMということになる。具体的にいえば、統合医療とは「病気の診断確定や、救急医療には、大いに現代西洋医学の医療と技術を活用し、一方で、対症療法的なアプローチでは解決できない、生活習慣病や慢性疾患、免疫性疾患などには、大いに、東洋医学も含めた、適切なCAMを活用していくこと」となるだろう。

CAMの範囲は広く、世界の伝統医学・民間療法はもちろん、保険適用外の新治療法をも含んでいる。これら伝統的医療が西洋社会において用いられた場合は代替医療の範疇に含まれることになる。CAMとは具体的には、中国医学（漢方薬、鍼灸、指圧、気功など）、インド医学、免疫療法（リンパ球療法など）、薬効食品・健康食品（抗酸化食品群、免疫賦活食品、各種予防・補助食品など）、ハーブ療法、アロマセラピー、ビタミン療法、食事療法、精神・心理療法、温泉療法、酸素療法、等々すべてがCAMに包含されている。例えば、  
型糖尿病を患っている患者に対して行う食事療法や運動療法もこの広い意味においてはCAMとみなすことが出来るだろう。

CAMの枠組みは実際私たちが予想していた以上に広いものであり、CAMが日本ではまだあまり浸透していないと思われがちである。しかし現状としては、私たちは無意識のうちに広く用いているのではないか、という印象を受けた。また、日本では古来より中国薬用植物療法を取り入れ“漢方薬”として使用してきた歴史があり、世界的に見ても漢方薬を保険薬と認めている数少ない国の一つである。また、鍼灸、柔道整復などの東洋医学の一部も保険適用となっており、多くの人々が日常的に利用している。

その中で今回我々は中国医学の中薬・鍼灸に視点を置いて活動を進めてきた。その活動の詳細に関しては後述する。

## 補完・代替医療の分類

| 分類と名称  | 内容                                       |
|--|--|
| 代替医療体系<br>Alternative Medical System                 | 伝統医学系統、民間療法(東洋伝統医学、アーユルベータ、ユナニ医学etc)     |
| 精神・身体インターベンション<br>Mind-Body interventions            | 瞑想、祈り、心理・精神療法、芸術療法、音楽療法、ダンス療法、アロマセラピーetc |
| 生物学に基づく療法<br>Biologically Based Therapies            | ハーブ、食品、ビタミン、ミネラル、生理活性分子etc               |
| 整体や身体を基礎とした方法<br>Manipulative and Body-based Methods | 脊椎指圧療法、整骨療法、マッサージetc                     |
| エネルギー療法<br>Energy Therapies                          | 気孔、レイキ、セラピューティックタッチ、電磁療法etc              |

(米国NCCAMによる)

統合医療はなぜ求められているのか？

では、ここではなぜ統合医療が必要なのか、そのことについて述べることにする。

日本補完代替医療学会は、

「代替医療は、概して毒性が少なく、また患者に対して侵襲の少ない治療法であり、これまで諦めていた難病の患者さんにも朗報をもたらすものです。また、薬品による副作用

用、環境汚染、経済問題、医師に対する不信感など今後 21 世紀の諸種の医学の問題点を解決し、かつ医療の質の向上に大いに貢献するものと期待されます。このように、患者にとっては、すばらしい選択肢が与えられることにはなりますが、逆に現代西洋医学を完全に否定し、超自然主義を唱えて科学的根拠のない治療法を押し付け、原始時代へ逆行する愚かなことは当然避けるべきことと考えます。」(日本補完代替医療学会 HP より引用)

と、統合医療の必要性を訴えている。

そもそも CAM には、基本的に薬品投与や外科手術に頼らず、自然治癒力の促進を目指すような治療法が多く含まれる。つまり、CAM を用いることにより、健康な状態を目指す。病気を治したり、早期発見することができるだけでなく、病気に対する予防。このことが統合医療における最大の利点ではないかと私は考えている。

また、個人を取り巻く環境がさまざまなように、健康状態や症状も、急性疾患や慢性疾患、風邪や糖尿病といったように、人それぞれであり、さまざまな角度から多面的に個人を診て原因を考え、その人に合った医療を提供することが必要である。統合医療を導入することにより、患者の選択肢が増えることで、一人ひとりの患者さんにとってよりよい医療を受けられる可能性が増えるのではないだろうか？ 10 人の患者さんに対して、10 通りの医療を提供できる、統合医療とはまさしくこのような医療ではないかと思う。

“融合”医療ではなく、あくまでも“統合”医療であり、代替医療の西洋医学の位置づけをはっきりとさせ、互いに足りない部分を補い合うことでより医療の質が向上するのではないだろうか？ 医療の質の向上はすなわち患者さんの生活の質の向上であり、病気本位ではなく、患者本位の医療を提供するためにも、統合医療は必要であると思う。

(文責：西村)

## 2 章 日本における CAM の現状：

日本では 2000 年に日本統合医療学会が組織され、CAM の学術活動が行われている。しかしわが国における CAM に対する認識は非科学的医療とする捕らえ方が多く、一部の研究者を除いてはその医療に正面から取り組もうとする人がいないようだ。では、本当に CAM は日本において一部の人にしか利用されないものなのだろうか？

### 医療現場の CAM

まずは次の表 1 を見ていただきたい。これは厚生労働省の研究者が行った「がん患者の CAM 利用率」調査のアンケートの結果であり、特定の 16 のがん・成人病センター協議会に加盟している施設から統計を取ったものである。がん患者の方の 44.6% が CAM を利用しており全体の約半数の人が利用していることから、これは少ない値ではないといえる。また、ホスピスや緩和ケアの 61.8% という高い割合から、CAM は主に末期がんの苦痛を和らげることに使われていると考えられる。統合医療すなわち CAM は実際の医療の場におい

**表 がん患者の代替療法利用率 (兵頭一之介、2002より引用)**

|          | 全がん協* | ホスピス・緩和ケア** | 合計    |
|----------|-------|-------------|-------|
| がん患者数(人) | 2,809 | 288         | 3,097 |
| 利用者数(人)  | 1,203 | 178         | 1,381 |
| 利用率(%)   | 42.8  | 61.8        | 44.6  |

\* 全国がん・成人病センター協議会加盟 29 施設中同意の  
得られた 16 施設

\*\* 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会加盟 A 会員 88  
施設中同意の得られた 40 施設

上記計 56 施設にアンケートを送付し、無記名で記入後返送  
を依頼した。

調査期間は 2001 年 10 月～2002 年 3 月までとした。

て一役買っているといえよう。医療の面だけでなくわれわれの日常生活にも目を向けてみよう。コンビニに行くと、よくサプリメントが目につく。サプリメントは普段十分な栄養素を摂ることのできない人がそれを補う形で利用される。生活習慣病を未然に防ぐという観点からして、サプリメントは CAM の一種と考え

ることができる。

表 2 は日本における CAM の内訳を示しており、健康食品が 90%弱と群を抜いている。食品だと手軽に摂ることができ、時間を奪われることがないためにほかの CAM に比べ割合がずば抜けて高いのだろう「CAM」と名前からして堅苦しいように思えて意外とわれわれの生活に近い存在なのである。

#### 問題点

実際の医療現場でも日常の健康増進にも一役買っている CAM。しかしエビデンス(証拠)の観点からすれば難しいところがある。CAM に関する情報は「これを服用したことで治りました」、「×先生も薦めております」とインターネットや本でとりあげられているが、根拠のない情報だったり専門用語をただ羅列しただけのものがある。人から一番信用を得る点で大切なことは、証拠を残すことである。実際に統計や生理学的なデータを集め、論文などの正式な形で、それがその CAM を利用する、またはこれから利用していこうとする人たちの目に触れるようにしなければならない。研究室の先生から聞いた話であるのだが、一番大切なことは正しいデータを残すことだという。論文を書くときは自分の考えをどんな風に述べてもいいが、実験で出た数値だけはそれが意味あるものにせよ、無いにせよそのまま載せなければならない。にしても CAM についてのエビデンスを得ようとしても科学的に CAM についての研究をしていこうとする人がそもそも日本には少ない。米国では消費者としての患者の需要に応えるため CAM に目をつけたことから始まり、多額の資金をその研究等に費やしている一方で、日本では 2000 年にやっと日本統合医療学会、そして 2001

**表 代替療法の種類と割合 (兵頭一之介、2002より引用)**

| (代替療法利用者 1381 人) |         |
|------------------|---------|
| 健康食品             | 89.1(%) |
| 漢方               | 7.1     |
| 気功               | 3.8     |
| 灸                | 3.7     |
| 鍼                | 3.6     |

年に厚生労働省の班研究がスタートし、CAM のたとえば表 1 などに見られるような実態調査が始まったばかりである。7 年しか経ってないわけであり、まだ立派に機能しているとはいえない。また、医療の現場においては健康保険制度による制約も考えられる。例えば鍼灸治療において、国が治療費を負担する症状は以下、腰痛・神経痛・五十肩・頸腕症候群・頸椎捻挫後遺症・リウマチの 6 つに限られており、しかも医師の診断が必要である。鍼灸院において保険治療を受けようにも、病院にて医師に治療の手続きを申請するというプロセスを経る必要があり面倒である。日常の健康増進という目的で使用するにも保険が利かない・保険治療を行うにも面倒、そんな治療を日常的に取り入れますかと言われるばたいの人はノーと答えるだろう。これは表 2 の鍼灸の割合にあらわれている通りである。このエビデンス・社会制度の壁により、今後日本において健康食品という日常的な形で取り入れることはあっても、実際の医療の場における CAM が発展していくことは難しいと思われる。

#### これからの日本における CAM

から分かるように、研究の対象にはあまり採用されずとも、CAM を我々は知らず知らずのうちに利用している。ところで、これからの日本では生活習慣の乱れにより生活習慣病が増えてくるといわれている。これを病気として現れてから治療を行っていくのは患者の身体の負担になることはもちろん医療費、そして治療を行う医療者側の負担にもなるであろう。そこで、まだ完全に信用を得られていない CAM を無理に医療の場に取り入れるのではなく、日常生活をただして病気を未然に防いでいくという目的で利用していくのであればそれは有効ではないだろうかと私は考える。西洋医学ではカバーしきれない日々の健康を CAM で補っていくというのは悪くないことだと思う。民間の人たちが CAM を信用して日々利用していけるためにもエビデンス、また健康保険適用の枠を拡げることが重要となってくるわけである。エビデンスを得るには研究が、適用の枠を拡げるためには国民の意思による法律の改定が必要となる。今後の日本における CAM は研究所に国からどれだけ支援がまわってくるか、そして国民の CAM に対する意識にかかっているだろう。

(文責：大村)

### 3 章 現地報告：

これまでは、統合医療、CAM に関する説明を行ってきたが、ここからは実際に我々の中国においての見学内容を紹介し、現地報告を行いたい。

我々は、北京・南京・大連を訪問した。最初に訪れた北京はメンバー 6 名全員で見学したが、その後各 3 名に別れ、それぞれ南京・大連を見学してきた。

これから、北京・南京・大連の順で紹介していく。

## 北京

8月12日、私たちは中国での最初の地である北京へ降り立った。中国は、人も車も自転車も、とにかく多い。そして人々は活気とエネルギーに溢れていた。3週間ほどの中国滞在中いろいろなところへ行ったが、どこにおいてもそう感じた。特に北京に関しては、近代化が進んでいる。

しかも、道路の一方の側は普通の家が並んでいるが、その反対側は高いビルがそびえ立っている、という不思議な街だった。まだまだ発展の途中だと分かる。来年は北京オリンピックも開催される。中国の勢いはますます増していくことに違いない。

### 1. 中国中医科学院広安門医院での見学

8月13日、この日は、中医学が実際に行われているのを見学するため、中国中医科学院広安門医院を訪れた。広安門医院にはさまざまな診療科があり、外科・消化器科・放射線科などの科はもちろん、針灸科・気功科といった中国特有のものがみられた。広安門医院の外観は中国風ホテルのようで、豪勢な建物だったのであまり病院という印象を持たなかった。病院の建物の中に入ると、受付や薬を渡す窓口があるので、やっと病院にいる実感が湧いてきた。



午前、心療内科の趙志付先生の診察を見学させていただいた。診察の内容だが、趙先生の助手の女性の方が英語を話すことができたので、先生のおっしゃることや患者さんの症状などは、その助手の方が丁寧に教えてくれた。心療内科では、

ストレスなどが原因で心身に何らかの症状を示す患者を診察する。だから、患者は、ストレスを感じている、不安な気持ちが続く、不眠症であるといった方がほとんどだった。

### 2. 診察風景

診察の始めに、先生は患者の手首に触れて脈診を行うのだが、そのまま患者と会話を始め、話を続けていた。そのため、脈診の時間が長い印象が強く残った。触れることで患者さんをリラックスさせているのかもしれない。

私たちの見学中、心療内科に訪れた患者は12名で、性別・年齢は様々だった。

まず、2年間不眠症に悩まされているという40代の男性。原因は仕事のストレスだ。この男性はたまたま英語を話すことができたので、私たちが日本から来た学生だと知ると、色々話を聞かせてくれた。そして、その話には私たちはショックを受けた。なぜなら、この男性の話によると、中国人の40%は不眠症に悩まされているというのだ。これが事実

なら大変なことだ。不眠の原因は、競争原理の導入・社会機構の急激な変化や、それによる失業だという。また、政府側からの直接の支えが無く仕事が見つからないため、不安になり、うつ病になりやすいのだ。社会の急速な変化は、ときに人々の心身に大きな負担をかけることになるのかもしれない。この患者には、脳波の検査を受けるように指示が出されており、意外に思った。しかし、脳波検査のような西洋医学的な検査を受けるように指示



を受ける患者は、ほかにも多く見られた。

次に、目まいに悩まされている52歳女性。原因は更年期障害ではないかと思われるが、先生は、性格がきついのもっとおおらかにするよというアドバイス。趙先生は、熱心に患者の話を聞かれており、患者も言いたいことを言えているようだった。

診察中にもかかわらず、ほかの患者が診察室に入ってくるのが度々あって、びっくりした。助手の方が、ちょっと待っていてくださいと制していたり、ドアには、「名前が呼ばれたら入ってください」という張り紙が出ているのだが、患者はお構いなしのようだった。細かいことはあまり気にしないような大胆さが、改めて“ここって中国なんだ”と感じさせた。

### 3. 漢方薬

最も興味を引かれたのは、処方箋に関することだ。趙先生が処方する漢方をその場で判断し、助手の方が漢方の名前を専用の紙に書いて処方箋ができる。1人あたりだいたい10～20種類ほどの漢方が出されているようだった。処方される漢方は患者によって違うので、患者一人ひとりに合ったものが出されるのだ。患者はその処方箋を1階の薬の受け渡し窓口へ持って行く。この窓口も特徴的で、中成薬（漢方）窓口と西薬（日本で一般的に処方されているような薬）窓口に分かれていた。ガラス張りになった窓口の向こうには、漢方が入っているであろう小



さな引出しが壁一面にいくつもあり、マスクと手袋をした数人の女性が忙しそうに漢方をより分けていた。カメラを向けると、笑顔でこちらを向き、手を振ってくれた。

#### 4．見学後

心療内科をあとにした私たちは、マッサージ科を少し見学させてもらい、病院の食堂で油っこい昼食をとった。その後、午後は、広安門医院の先生や学生さんたちとのシンポジウムの機会をいただいた。パワーポイントを用い、お互いに中国の医学教育制度と日本の医学教育制度について紹介し合った。両者を比べてみての大きな違いは、日本の医学教育では西洋医学を主にしているが、それに対し、中国の医学教育では中医学と西洋医学の両方が取り入れられていることだった。

(文責：萩尾)

### 南京

#### 1．南京について

我々は、8月15日から18日にかけて南京を訪れた。

南京の空港に到着した際の第一印象是北京とはうって変わり、「人気の少ない田舎の空港」という感じであった。それはどこか薄暗い印象で、私の頭の中で過去の歴史的背景から受ける「反日感情」と結びついて、不気味さをも覚えた。空港の正式名称は、南京禄口国際空港（禄口国際機場）といい、市街までは29kmほど離れており、中心地まで高速道路で直結されていた。

ところが、そのマイナスの印象はすぐに崩れた。南京の町は、大都会である北京とはまた違った、独特の時間が流れている感じであった。町を歩きかう人々はみな朗らかで、話し掛けると笑顔で親切に答えてくれた。この人々の気質は、歴史的な建造物が未だ数多く残る町の概観とあいまって、独特な雰囲気を作り出していた。人口でいうと、およそ700万人を越える都会ではあるが、それでいて昔から今もなお受け継がれている中国人民固有の気風を尊重しているような印象を受けた。想像していた反日感情は全く見られず、大変過ごしやすい町で、行ったその日に南京という町が好きになった。

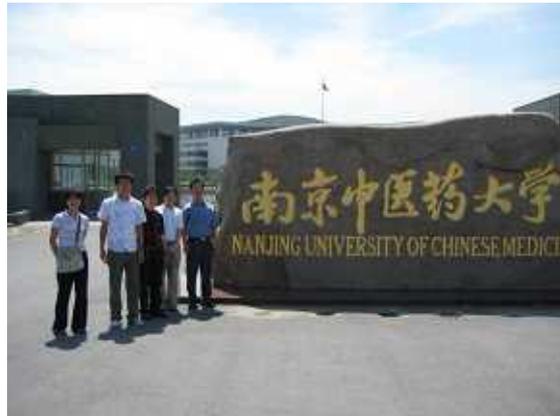
#### 2．南京中医薬大学見学

我々は8月16、17日の2日間、南京中医薬大学、及び付属病院を見学させてもらった。南京中医薬大学は、旧キャンパスと新キャンパスの2つに分かれて存在していた。旧キャンパスは、南京の中心部に存在し、近くには付属病院も充実しており伝統を物語る施設であった。南京中医薬大学旧キャンパス張仲景像



以前はこのキャンパスで講義等が行われていたが、現在は留学生や研究生が利用する施設となっており、市内でクリニック教育を受けたり、病院で臨床を行う絶好の環境を整えていた。

新キャンパスは、旧キャンパスの 17 倍に及ぶ敷地面積 100ha を有し、2002 年度に 10 億円をかけて建設された大変立派な施設であった。キャンパスは中心部から離れた、自然豊かな大学施設の集中する地域に存在し、食堂、図書館、体育館、寮などが充実していた。医学教育等は、この新キャンパスで行われているとのことであった。



外事省劉さんと通訳の方と正門前で

我々は当初、南京中医薬大学では中医学の教育のみが行われているものだと考えていたが、実際は想像をはるかに超えており、22種類の専門に分かれていた。また中医学教育に加えて、マッサージ、鍼、灸、看護師、漢方薬の専門など多岐にわたる教育が行われており、一学年あたり 3000 人の生徒が在籍していた。

また、大学は 13 の学院に分かれており、管理学院、コンピューター専門、漢方薬の貿易専門、外国語学院（日本語、英語、スペイン語 etc）などが設置されており、医学教育のみならず外国との漢方薬の取引や、中医学の研究といった幅広い範囲で、運営がなされていた。



(南京中医薬大学パンフレットより抜粋)

### 3 . 中医学教育

現地では、南京中医薬大学外事省副所長劉さんから大学での中医学教育について様々な

情報を教えていただいた。ここで、その内容を紹介する。

中国での医師の資格は、中医師と西洋医師の二つに分かれており、中医師となるには各中医薬大学に通うこととなる。入学試験は国の行う統一のテストを実施するのみであり、日本でいう二次試験に当たるものはない。また、推薦入試の制度もある。中医薬という名前は付いているものの、中医学のほかにも国際経済などを学ぶ学部を設けている大学もある。中医師になる課程もさまざまであるが、基本的に基礎、臨床共に中医学だけではなく西洋医学も学び、両者の比率は半々となっている。その他教養として法律や政治、英語ももちろん学ぶ他、中医学の理論を学び伝統中国医学についての古典を読むために必要となる、儒教や仏教の思想、老荘思想などの伝統的な中国の哲学や、古代漢語についても学ぶという。5年制の課程の場合は最後の一年間インターンとして病院にて臨床実習を行い、7年制の場合は合計して3年間の実習を行う。同じ中医学科の中に5年制や7年制などの課程があることを除けば西洋医学を学ぶ場合とそれほど変わらず、大学院に行けば研究室、あるいは病院で研究を行い、卒後は臨床医となって病院に勤めたり、教員になったり、保健行政に関わったりすることになる。学生はクラブ、サークル活動など積極的に行っているようで、鍼灸、太極拳、マッサージなどのクラブもある。休み時間にはグラウンドで気功やヨガ、テコンドーなどもしているらしい。外国からの留学生も多数いるようで、そのうち半分は韓国からの留学生だということである。

#### 4. 鍼・瀉血見学

我々は、大学見学の翌日に南京中医薬大学付属病院を見学させてもらった。この病院は南京中心部の、旧キャンパス内に存在した。

我々はここで、鍼治療・拔罐（ばっかん）・瀉血の治療風景を見学することができた。その中で印象に残ったことを紹介したいと思う。

鍼治療に利用される針は、日本とは違ってディスポーザブル（使い捨て）ではなかった。中国では殆ど、一度利用した針は、消毒してまた再利用するそうである。また、針の太さも日本で用いられているものよりも太かった。針の打ち方に関しても、日本では針の頭をとんとんと叩いて治療を行うが、現地ではゆっくりと、ぶすりと刺すような感じで治療が行われていた。

医師は、中医学の理論と自らの経験とでもって、ツボに針を刺していた。患者によっては、体の胴体部に限らず顔面にも施していた。患者の症状にあわせて、その先生オリジナルで鍼治療を行うのは経験がなせる業だと感じた。

また、我々が見学していると、鍼を勉強している学生も一緒であった。彼らはツボが記載してある本を片手に、治療風景を見学していた。鍼というのは、ただツボに刺せばいい様な単純なものではなく、微妙な力加減や抜き差し、針の深さなど経験が左右するものである。彼らは、そういったことを熟練した医師から学ぼうとしているのだと感じた。

この大学の鍼灸科には、鍼治療では中国でも数本の指に入ると言われる有名な王玲玲先生がいらっしゃるそうであるが、我々が訪れたときは学会で出張されており、王先生の鍼は見学することはできなかった。



また、瀉血療法も見学することができた。ここでは、最初に瀉血したい部分に鍼を施し、その鍼の後に拔罐（ばっかん）を用いて、瀉血を行っていた。瀉血で体内から抜く血液の量は、思っ

た以上に多く、患者の下に置いてあるバケツに1センチ近くはたまっていた。本来であれば治療風景を示したいのだが、ここでは撮影の許可はおりなかった。

この瀉血は、日本では殆ど行われていないので、なかなか見る機会はない。これは、体内に流れている気を調節し、病気を治す効果があるそうである。

ここで用いられていた拔罐の写真を示しておく。



## 5. 感想

当初は、中医学見学を目的に南京を訪れたのだが、先方との連絡の行き違いなどで、中医学の見学は十分に行うことはできなかった。また、ちょうど訪問した時期が夏休みということもあり、学生・職員は帰省しており、大学での研究も見学することができなかったことは残念であった。

しかし、南京中医薬大学外事省副所長の劉さんを通して、中医学教育システム、現在の中医学の状況など、現地の医療関係者の生の意見を聞くことができたことは非常に有意義であったと思う。

また、この南京での見聞を通して、日本の「漢方」も中医学から学ぶことは大きいのではないかと感じた。

そもそも日本漢方と中医学の違いというのは次の表の様にまとめることができる。

|        | 日本漢方                    | 中医学                                   |
|--------|-------------------------|---------------------------------------|
| 基礎理論   | 傷寒論、金匱要略を基本<br>経験を重視    | 中医基礎理論、陰陽五行説、臟腑<br>弁証、中薬学等の教科書あり      |
| 陰陽     | 絶対的で不変                  | 有機的、相互的である<br>常に変化している                |
| 虚実     | 体格の充実度で決める              | 正気と邪気の相互関係で決める                        |
| 診断     | 四診<br>特に腹診を重視           | 弁証論治を用いた独特の方法                         |
| 薬の種類   | 200種類<br>(日本東洋医学会編1979) | 5765種類<br>(中医大辞典、1976)                |
| 処方薬の種類 | 約90処方<br>(同上)           | 約490処方<br>(中医方剂臨床手冊、1981)             |
| 鍼灸     | 理論体系が異なる                | 中医学に鍼灸、整体、あんま、気功、<br>看護学含まれる。理論体系は同じ。 |

中医学が「臟腑弁証」「気・血・津液弁証」「八綱弁証」「病因弁証」など様々な「ものさし」で、患者から集めた情報を分析し、「証」を求め、治療法を決めるのに対して、日本漢方ではひとつのものさしである「方証相對」を用いるとされている。その結果、中医学が様々な角度から患者の体を分析し、病気に迫るのに対し、日本漢方は、「この症状ならこの薬」というように、たった一つの答えしか持ち合わせていないということになる。

中医学の方が理論体系が充実しているという点からすれば、日本漢方が中医学から学ぶべきことというのはたくさんあるように思う。しかしそれはあくまで理想論であって、現実問題として漢方で効果があるのであれば、それはそれで立派な医療が成り立っているわけで、患者の立場からすれば中医学であれ漢方であれ効果があればそれでいいのだと思う。

私は、ここで中医学と漢方がどちらが優れているのだということを議論するつもりはない。それぞれが、いい面を持ち合わせていると思う。ただ、漢方になく中医学にある様な利点は積極的に取り入れていくべきではないだろうか。

そういう意味で、日本もこういった中医学をリードする大学と積極的に友好を結び、お互いがいい所を吸収しあえればいいと感じた。

(文責：江川・前園)

大連

## 1. 大連について

北京から寝台列車に乗ることおよそ半日、私たちは朝の5時ようやく目的地である大連へ足を踏み入れた。

大連は日露戦争の舞台になったことで有名であり、街のところどころに日本人街、ロシア人街など日本・ロシア占領時代の面影を残している。港湾都市である大連は戦前から造船業などが盛んであったが現在は重工業も盛んであり、中国の経済都市として中国を支えている。ところで大連と聞いて私たちが抱くイメージとしては、歴史を残す「うつくしい街」といったものであろう。しかし実際大連へ来てみると人通りが激しく北京とはあまりかわらない雰囲気であった。車がひっきりなしに通るため、道路を横断するのも油断ならず一苦労した。裏通りを歩くと、ごみが散らかっていたり露店があったりと中国独特の「たくましさ」を感じさせてくれるような光景にも出会えた。



## 2. 大連医科大学付属医院を見学



私たち大連班は、大連医科大学付属医院にて中医学の実際の治療を見学させてもらった。大連医科大学付属医院には第一医院と第二医院があるのだが、私たちが行ったのは第二医院の方である。外観はさることながら病院の中は清潔感があり、おまけに大きな電光掲示板、エスカレーターまで設置されていた。ただただ内装に驚かされるばかりである。早速病院内の写真を撮ろうとしたのだが、案内してくれた人に「病院内で写真は撮らないで」と釘を刺されてしまった。

目的の中医学科は病院の 8 階、隣には腫瘍学科がある。同じ階に中医学科と西洋医学というべき科が並んでいるのは中国の両方を受け入れているという姿勢をほのめかしているような感じがした。

午前と午後に分けて中医学の治療、鍼・拔罐の様子を見学させてもらった。午前と午後で違う先生が分担することになっているのだが、二人とも日本語が通じるので気軽に質問することができた。中医学科の様子だが、患者が入れかわり立ちかわり入って来るので非

常に忙しそうである。先生は手際よく鍼や拔罐を施すのだが、それでも部屋にある 7 つのベッドがずっと埋まっている状態だった。それほどまで中国の人は日常的に鍼・拔罐を利用しているのだろうか。また部屋の様子が和やかで、医者と患者が仲良さそうに談笑していた。医学生は普段着の上に白衣と、日本では「だらしない」と注意を受けそうな服装をしていたのだが、違う観点から捉えれば、「堅苦しくない」といえる。そういう患者にとって居やすい環境も中医学科の混みよりの理由の一つになっているのかもしれない。

鍼治療だが、鍼を打ったら一定時間刺したままにするらしく、一人ひとりタイマーで管理されていた。鍼用の針は日本とは違い使い捨てではなく、高温高圧で滅菌した後再利用されるという。鍼治療を見ていてふと鍼は痛いのだろうかと思なったので、先生に「鍼は痛いですか」と尋ねたところ、「やってみますか？」とのありがたい御言葉が返ってきた。そこで班員の齋藤さんが本場の鍼治療を体験することに。齋藤さんは日頃から肩の凝りに悩まされ、日本でも鍼を利用しているという。感想は「日本の鍼よりも太く深く刺さり、少し痛い」だそうだ。想像していたほどは痛くないみたいだった。余談ではあるが、昔の中国鍼は今のものと比べてはるかに太かったらしい。おそらくその鍼を使っていれば「少し痛い」ところではなかつたろう。

鍼治療で印象に残ったことは、ビタミン B12 をつばに注射していたことである。これを「穴位注射」というそうだ。ビタミン B12 は神経の機能維持に関与し、肩こり・腰痛の緩和に役立つ（タケダ薬品 <http://takeda-kenko.jp/vitamin/encyclo/b12.html> 参照）。これを肩こり・腰痛に効くつばに打つことによって、効果の継続が長くなるという。西洋医学が補完・代替医療として東洋医学を取り入れるということはよく知られたことだが、東洋医学が西洋医学を取り入れているというケースは予想外だった。中医学の立場における補完・代替医療のようなものであろうか。

拔罐はいわゆる「吸い玉」で、皮膚を強く吸い刺激することによって効果が得られる。一方で強く吸うためにはっきりとしたあざが残り、しかも 1 ヶ月近くはそれが消えないという。拔罐をやりに来ていた人の背中や太ももに以前やった拔罐のあとが色濃く残っているのを目にした。そのような治療を顔など人目に付く場所にされると外出するとき困るだろう。そこで顔には少し違った治療を施す。実際目にしたのだが、一般の「拔罐をつけて暫く放置」という治療とは異なり、拔罐を短時間に顔に当てることを繰り返す。そうすることによってあざが残るのを防いでいるようだ。

最近では、美容（痩せ）のために鍼や拔罐を利用する女性が増えているようで、見学中に何人か見受けられた。日本と同様、そういった本来の治療目的以外の利用には保険は適用されないようだ。それにしても、病気の治療のために来た人と、美容のために来た人が隣り合ったベッドの上に寝ている光景は見ていて不思議な気分になった。QOL を高める点から見れば、治療と美容は同じものとしてみなされているのだろうか。

### 3 . 病院見学をとおして

治療の傍ら病院の先生が教えてくれたのだが、「中国では中医学で完治せずとも半分は治るといわれている」そうだ。これは中国の人達の伝統医療に対する信頼を表したものだろう。たいがいの病気は鍼や拔罐で治せる。もし仮に完治できなかつたとしても、病気が半分は癒えた状態にあるということだ。現状より少しでも良くなるのならそれにすがりたいと願うのが患者の心境だろう。今まで私は病気というものは治ったか治ってないかという言葉は1か0のデジタル的な見方しかしていなかったのでこういう「半分の状態」という言葉は新鮮味を持って聞くことができた。

今回の見学を通して、日本で今行われている医療とはまたちがった考えをもつものに触れることができ、これからの日本の医療のありかたを考える材料を得ることができたと思う。

(文責：大村)

## 5章 見学を終えて：

最初に訪れた北京で、中医学では歴史が深く、実績においても有名な広安門病院を見学することができたことは、実に幸運なことであった。広安門病院の中には様々な科があり、その中で見学させていただいたのは「心療内科」に限ったが、それでも日本とは違った心療内科の診察方法や、中医伝統医学療法の中に既に取り入れられている脳波検査など、統合医療の側面も垣間見ることができた。

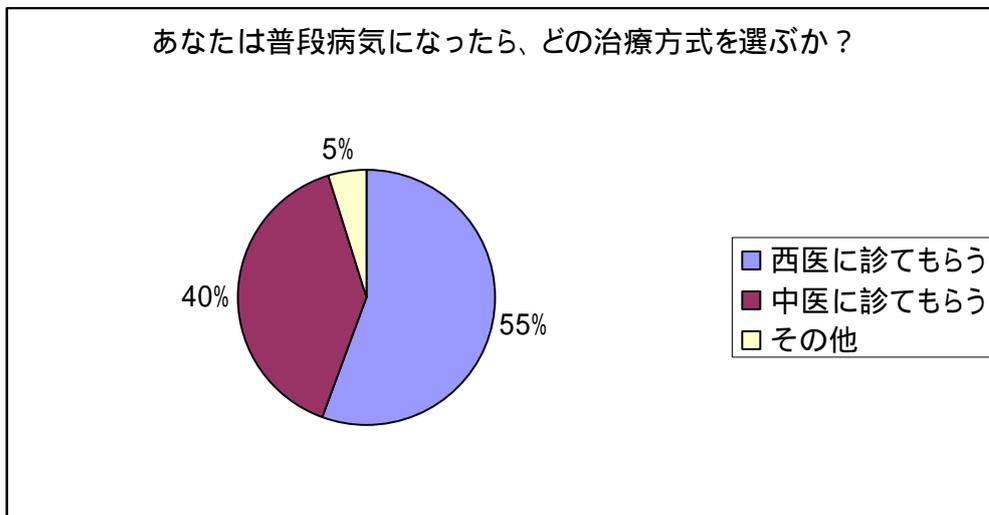
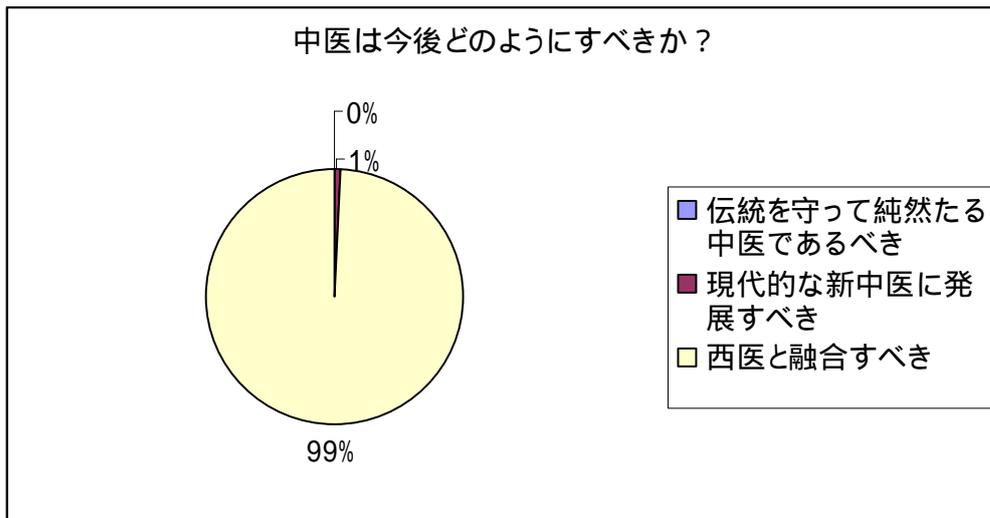
また、大連においても鍼治療において肩こりや腰痛の緩和に効くビタミン B12 を用いた、「穴位療法」というまさに東洋医学と西洋医学の融合を実際に見学することができた。それでは、中国国民は現在の「中医学」に対して、一体どういった認識を抱いているのだろうか？

この疑問に答えてくれる調査をここで紹介する。これは、2004年1月に「新浪網」において、中国人 1160 人に行ったアンケート調査の結果である。

最初の調査結果では、図に示されている通り、ほとんどの中国人が中医学は西洋医学と融合すべきだと考えていることがわかる。更に、次の調査結果からは中国人は病気になった場合、若干西医が上回ってはいるものの、ほぼ半分の割合で西医に診てもらう人と、中医に見てもらう人にわかれるということがわかる。

私たちが見学してきたように現実的には、既に中医学において西洋医学的要素を含んだ医療が行われており、中国国民の間では中医学は西洋医学的要素も含むものだという認識があるようである。

また、広安門病院において、漢方薬を個人個人の体質や症状に合わせてカスタマイズし、調合している光景にも感動を覚えた。日本では、漢方薬局など一部ではそういったことも行われているが、大きな病院で専門的には行われてはいない。あくまで、症状にあった既成の漢方薬を処方する程度である。

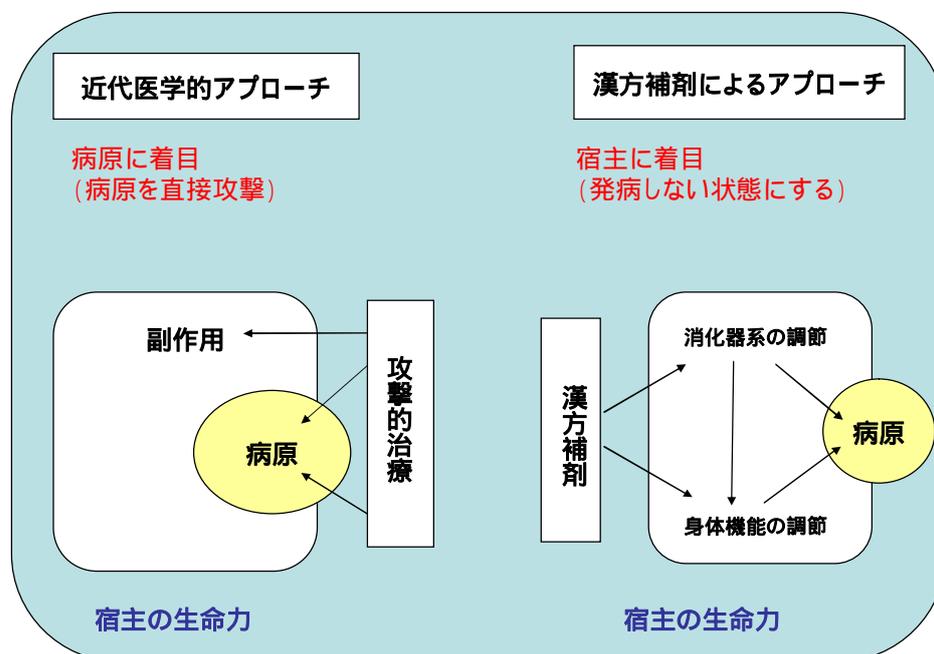


中国では、街中を歩いていても到る所に漢方薬の専門店が軒を並べていた。それは、中国国民は病院に行かなくとも、日常的に漢方薬専門店に足を運び、漢方薬を利用していることを意味しているということだと思う。実際、中国人 1021 人に対して中医薬を飲んだことがあるかどうかの調査が行われた結果を見てみると、95.59%の人が利用したことがあるという回答を示したという結果もある。

我々は日本に帰り、改めて中国で見学してきたことや、現地で聞いた話などを班員と振り返り、話し合いを行った。その中で、「中医学では完治せずとも半分は治る」という大連で現地の医師から聞いたフレーズが、何度も話題にあがった。この言葉はまさに中医学の特質を端的に物語っているのではないだろうか。

中医学の治療法は、基本的に西洋医学的療法とは対照的に、疾患部分を直接治療するわけではなく、あくまで自己免疫を高めることで、間接的に疾患部分の回復をもたらそうと

する。つまり、直接的に病変部分を治療するわけではないので、時には即効性に乏しいことともあり得るし、完全に完治するとも断定はできない。これは、先程紹介した調査結果において病気にかかった場合、中医に診てもらう人よりも西医に診てもらうの方が若干多かったこととも関係している。しかし、その分中医学では副作用が軽減できるといったような利点もある。



患者側からすれば、完治せずとも少しでも現在の苦痛が和らげば、それで1つの医療が成立する。すなわち、治ったか治ってないかといった二元論的な見方をするのではなく、現在の状況から一歩でも回復に近づければ、十分に患者側にとっても価値があるということである。

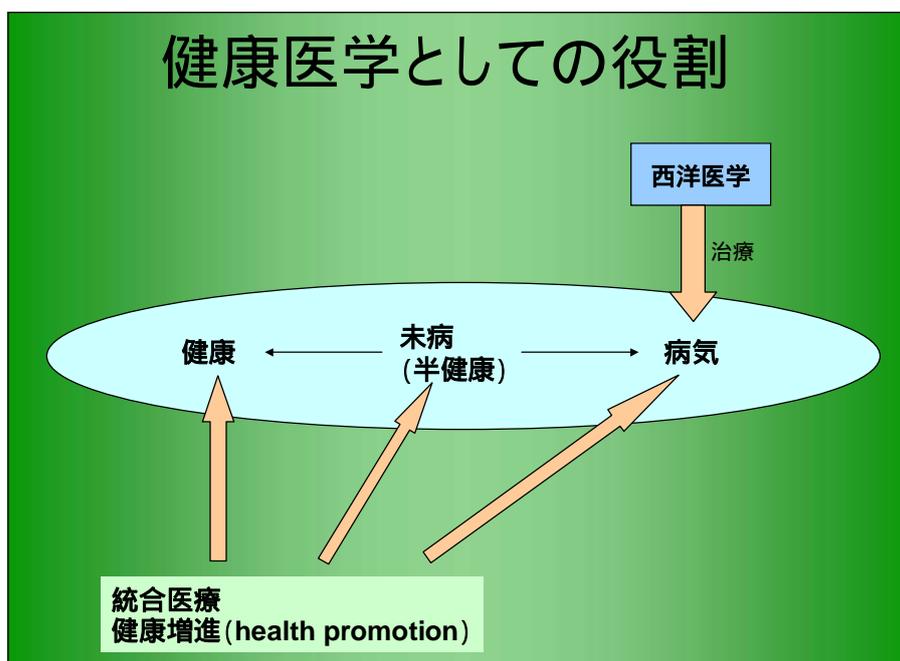
また、この考え方は「未病」といった概念とも深く通じる考え方だと感じた。西洋医学には、一般に「未病」に対する考え方は存在しない。症状が発症して初めて「病気」とみなされるのであって、それ以前に病院にいったも「健康」といって相手にされないことだっている。

それに対して中医学では、先程の中国人医師の言葉にもあった様に、病気に対して「半分」という考え方がある。これは、まさに「未病」に対する考え方である。

私たちが見学する中で出会った患者さんは必ずしも重症の方だけではなく。例えば、症状が軽い段階で、それ以降の悪化を予防する為に鍼治療を利用している患者さんや、大連においては美容のために鍼や拔罐などを利用している患者さんが見受けられた。中医学という医療概念において、この「未病」といった考え方が大きな割合を占めていることを、見学を通して強く感じた。

北京・南京・大連と中国でも主要な地域において核をなす中医学施設を見学する中で、こ

ここで紹介している以外にも多くの考え方や新たな発見に遭遇した。また、単に病院で見学させていただいた中医学に限らず、現地の人々と接していく中で、また歴史的な施設を訪問する中で、自らの肌で直に感じたものは、中国の歴史、中国独特の思想、現地の人々が織り成す雰囲気など挙げ始めればきりが無い。そういったものに触れていく中で、私たちの中で中医学がより身近な存在となっていくのを、まるで魔法にでもかけられたかのように身をもって体験することができた。



理論を学び教科書等を使って知識を吸収すれば、大概のことは習得することが可能である。だが、実際に現地を訪問し、生の医療を見学・体験することは、教科書や本だけでは学ぶことのできない領域に私たちを導いてくれたのだと、改めて考えさせられた。そういった意味でも、実際に私達の五感をフルに活用して、中国の文化・思想に触れ、その中で中医学を体験することができたことは、非常に価値のある経験であったと感じている。

(文責：前園)

## 6章 海外での統合医療をめぐる状況：

ここまで、実際に中国で見学してきた中医学を紹介してきたが、この章では現在世界で統合医療がどの程度浸透しており、利用されているのかを中心に紹介していきたい。

利用状況

米国で CAM に対する関心が大きくなったのは、1980 年代からである。公的医療保険制度のない米国では、医療費を安く抑えられることは大きな魅力であり、さらに西洋医学では治らない多くの疾病の存在や、患者一人に平均 6 分しかかけない近代医療への不満、患者を全人的に見てほしいといった希望から注目されるようになった。また、近年の日本食ブームに見られるような、健康志向の高まりといったものも背景にある。1993 年にはハーバード大学のアイゼンバーグ教授らによる調査で、米国の成人の 34% が CAM を利用したことがあるということが分かり衝撃を与えた。現在では国民の半分以上が CAM を経験していることが分かっている。米国で主に行われている CAM はカイロプラクティックと鍼灸治療で、この二つに関しては各州にライセンスの制度があり、多くの民間の保険が適用されるようになった。また、もともとヨーロッパで盛んだった薬草学(ハーブ)の研究も広まっている。

一方、国民の CAM への関心が高まると同時に、医療費の増大に頭を悩ませていた米国政府も CAM の研究に予算を割くようになった。米国では医療費が年々 6% ずつ増加し、GNP の 14% を占め、総額は 1 兆ドルを超えている。この流れの中で 1991 年、世界的な生理学、臨床医学研究所である米国国立衛生研究所(NIH)の中に「代替・相補医療研究室(OAM : Office of Alternative and Complementary Medicine)を設置し、国費で CAM の科学的研究と報告を援助する活動をはじめた。当初米国政府はわずか 200 万ドルの予算を出していたが、98 年にはこれが 2000 万ドルとなり、1999 年には OAM は相補・代替医療研究センター(NCCAM : National Center of Complementary and Alternative Medicine)に昇格し、権限が強化された。2007 年度は 1 億 2140 万ドルの予算を得ている。

ところで、欧州にも独自のさまざまな伝統医療があり、ドイツでは植物療法から派生したアロマセラピーやホメオパシーが広く普及しているようである。92 年の調査ではドイツ国民の 20% が西洋医療以外の医療を利用しており、その内訳の上位はホメオパシーが 27%、鍼治療が 15% であったが、現在では国民の 70% 以上が CAM を利用している。また、CAM の認定医制度もあり、たとえば鍼治療に関しては 200 時間のカリキュラムがあり、ドイツの約 30 万人いる医師のうちの 4~5 万人が認定医となっている。

同様に英国でも 70% 以上の方が CAM を利用している。近年英国の公的保険制度である国民医療サービス(NHS : National Health Service)が行き詰まり、その見直しと共に医療費を抑える目的で統合医療が検討されている。2000 年にはチャールズ皇太子自らがザ・タイムスに記事を書き CAM を NHS に組み込むよう主張した。皇太子自身、自分の腰痛が近代医療で治らず、整骨によって症状が治ったため CAM に興味をもったという。彼は、「代替医療が人気があるということは、市民が近代医療に不満があるか、代替医療で実際に救われているためだろう」と述べている。この他、英国では様々な伝統医療に資格制度が整っている。

その他の先進国における CAM の利用率は、カナダ 70%、オーストラリア 48%、フランス 38% となっている。

### 浮上してきた問題

1990年代、米国で利用者の増えたCAMの一つにハーブや栄養補助食品(サプリメント)を用いた栄養療法がある。しかしそれに伴い、西洋医療の従事者の間である問題が浮上してきた。CAMを利用している患者は、西洋医療を併用していることが多く、医者ので与える医薬品とサプリメントとの併用で何か弊害(相互作用)が生じないかということである。ある種のハーブ、サプリメントの中には、医薬品と併用すると薬剤の効き目を阻害するものがあり、また妊娠中の服用についての安全性が未検証のものもあつたりするので、ハーブ、サプリメントの安易な使用を疑問視する声が米国医師会からも挙がっている。

そういった事情を受けて、今後の統合医療の構築において先述のアイゼンバーグ教授はCAMに対し以下のような問題点を指摘している。

- ・ハーブや栄養補助食品を含むCAM療法の基準の欠如
- ・CAM提供者の訓練のライセンスおよび資格認定の不統一性
- ・不当治療者に対する処罰の不明確化
- ・個々のCAM療法に関する専門的アドバイスのガイドラインの不備
- ・各疾患に対する統合医療の研究の不足
- ・各CAM療法の基礎的研究の不足
- ・各CAM療法の経済的モデルの不足、など

特に求められているのはCAMに対する科学研究であろう。しかしそもそも伝統医療やCAMは科学的根拠ではなく経験的な根拠をもとに進歩してきた体系であり、それを科学的に評価するというのは容易なことではない。NCCAMも、効果をどのように実証するのか、またそもそも、さまざまな療法を比較する基準があるのかどうか、ということも現在検討中である。ただ、科学的だろうがなかろうが、現実にCAMを利用したいと願う患者は多い。さらに、ある調査によると、「話すとはかにされる」という理由でかかりつけの西洋医に対して77%の患者がCAMを利用していることを隠していたという。しかし、医薬品と栄養補助食品の弊害について危惧されているため、医師は患者がCAMを使っているかどうかという情報を得なければならなくなっている。したがって立証されていないからと言ってこれを無視することは許されず、医療者にはCAMに対してある程度関心を持っておくことが求められている。

### まとめ

ここまで米国を中心として紹介したが、各国で統合医療に向けたCAMへの取り組みが始まっている。我が国においては、漢方や鍼灸などのCAMの利用率、歴史ともに他国に引けを取らないであろうが、“統合医療に向けて”ということに関しては未だ不十分であるように思われる。米国においては、消費者のCAM利用の増大とともに、CAMの科学研究、医療への組み込み、統合医療の構築という流れがあつた。しかし、わが国ではもともと伝

統合医療の利用者が多かったために、そういった世界の流れに気付かず、統合医療に向けた研究予算や制度的な面で乗り遅れた、という感がある。とはいえ、増加の一途をたどる医療費の抑制、保険制度の見直し、QOLの向上といった問題は我が国にとっても重大な社会保障、医療に関する課題であり、これらに対してよい効果をもたらすであろう統合医療へ向けて、わが国もよりいっそう努力せねばならないだろう。

(文責：江川)

## 7章 終わりに：

改めて統合医療とは？

ここで改めて「統合医療」の正確な意味について考えてみたい。 章では、統合医療は西洋医学とCAMが合わさったものだという見解を示し、その流れで話を展開してきた。しかし実際は、それだけでは我々が理想とする本当の意味での「統合医療」とはならない。

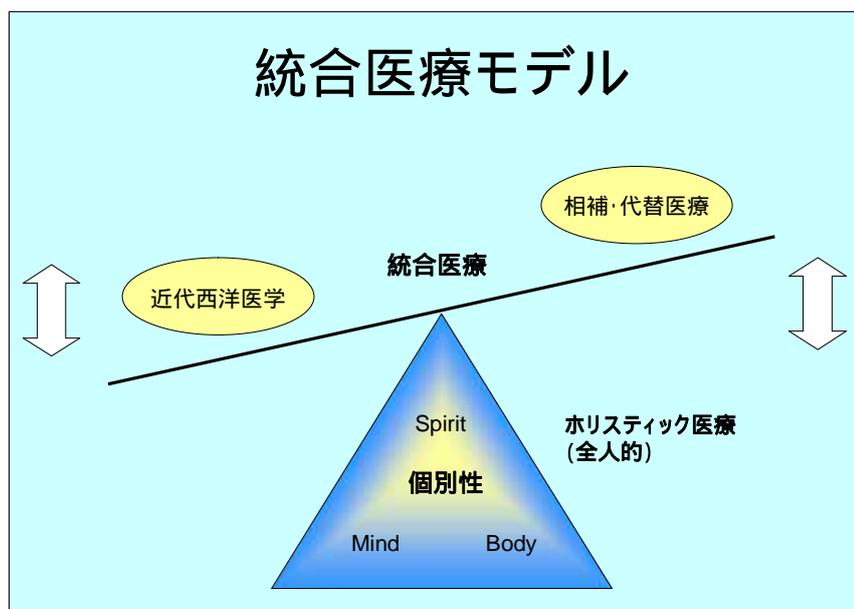
それでは、一体何が必要なのだろうか？

その答えは次に示すように、統合医療を支える土台となる「ホリスティック医療」といった考え方である。この言葉は、よく「統合医療」と同義に使われることがある。ホリスティックとはギリシャ神話のホロスが語源で、英語では"全体"を意味している。つまり、病気を単なる部分としてとらえるのではなく、心と体で一体ととらえ、その全体から根治しようという考え方がホリスティック医療の概念なのである。

したがって、統合医療とは単に西洋医学とCAMの長所を上手く組み合わせて利用するだけではなく、そういった技術を用いて、患者さんを全人的に治療する行為のことであり、ホリスティック医療が行われることで、統合医療の良さが更に引き出されることになる。

今回、我々が北京広安門病院で見学してきたのは「心身医学」であった。そこで出会った多くの患者さん

は精神的な疾患をもち、その影響から身体に何らかの症状が現れているような方が殆どであった。まさに、心身医学分野での統合医療においては、特にこのホリスティック医療



という概念が大事になってくるのだと痛感した。

#### 今後の課題

ここまで統合医療にまつわる様々な話題を展開してきたが、問題点といったのも数多く存在した。その中でも、日本の統合医療を発展させる上で、最も重要になると感じた課題点を3つに絞って述べておきたい。

#### 1. エビデンスの追求

伝統医学も含めてCAMは経験に基づくものであり、いわゆる非科学的なものが多いとされている。その為、CAMを行うことに躊躇する医師も多く存在する。ここに統合医療への1つの大きな壁が存在する。

現実問題として、西洋医学の医薬品はランダム化比較試験(RCT)において安全性をとるが、代替医療においてその適用には限界がある。つまり、代替医療のエビデンスの追求には色々なケースにより有効性や安全性が異なる場合が多いということである。それ故、CAMにおいて科学的な裏づけを取ることは困難を要することとなる。

しかし、統合医療を広めるにあたってCAMの有効性・安全性を研究することは責務である。実際、日本においてもそうした働きかけが見られないわけではない。しかし、前章でも言及したが米国などは数年前より13の大学にCAMに関する研究施設を設立し、国家的援助の下に研究が進められている。そういった諸外国と比べれば、日本は遅れをとっているとわざるを得ない。

したがって、より確実に医師・国民に受け入れられるように、しっかりと科学的論証の基準を設け、エビデンスを追及していく必要があるのではないだろうか。

#### 2. 医療制度の見直し

日本の医療制度は国民皆保険で、しかも保険で認められている治療法の100%近くが西洋医学である。代替医療が現在の保険で利用される余地はほとんどない。

一方、日本において混合診療(保険診療と自由診療の併用)における保険の適用は禁止されている。それは、日本の制度が西洋医学と東洋医学を全く別のものとして捉えているとも受け取ることができる。

現在の日本の医療体制や医療費の問題を考えると、自由診療が存在せざるを得ないことはわかるが、混合診療の保険適用を禁止する理由はないように感じる。保険診療の範囲は保険診療で済ませ、その診断のなかに自由診療が入り込んでもおかしくはないのではないだろうか。

統合医療を普及させるにあたって、この混合診療の問題は大きいと感じる。

#### 3. 医療教育

日本の大学医学部における6年間のカリキュラムの中で、「漢方」の講座を設ける大学は

数多く存在する。そして、医学生は医師国家資格取得と同時に、鍼灸の資格も与えられることとなる。

しかし、現実問題としてほんの数回の講義で漢方を学習することは困難なことである。我々が訪れた中国では西洋医学科とは別に、中医学科といった専門の学部が存在し、6年間のカリキュラムの中で西洋医学とともに中医学を深く学んでいた。徹底的に中医学に精通しようと思えば6年間かけても足りない位奥の深い分野である。また、中医師の医師国家試験では、問題のおよそ半分が西洋医学に関する問題を占めるという事実にも驚いた。

そういった海外の事情を踏まえると、日本の医学教育において、ほんの数回の講義で終わってしまう「漢方」の講座は明らかに不足しているように感じる。

社会を変える為には、まず人の考え方が変わらなければならない。人の考え方を変えるためには、教育を改善しなければならない。よって、今後日本に統合医療の新風を吹き起こす上で、最も根本的な課題は医療教育にあるのではないだろうか。

#### まとめ

これまで色々と言及してきたが、ここで皆さんにまっさらな状態で、「理想の医療」とは一体何なのかを考えて頂きたい。

それは、ガンを完全に撲滅することであろうか。はたまた、ゲノムや再生医療、あるいはナノテクノロジーや情報技術といった最先端の分野を益々発展させていくことであろうか。その答えは、人間が千差万別であるように多種多様な考え方ができると思う。

私たちは今回の活動を通して、日本での普段の生活では経験することのないような治療法や医療に対する考え方に出会った。そして、「理想の医療」について考えさせられる機会に数多く遭遇した。そこで切に感じたこと、それは医療の最も根幹にあるのは「患者のためだ」の一言に尽きるということである。これは、理想の医療とは何かといった質問の答え全てに共通する考え方ではないだろうか。

西洋科学文明の医療は、二元論に根ざし、物質中心で展開されてきた。それは言ってしまうえば、科学的な統計学的処理に基づいた平均の医療であった。そして西洋医学はこれまで多大な恩恵を我々人類に与えてくれた。盲腸になったら、手術すれば直るし、早期の癌であれば手術で摘出することにより、回復することができるようになった。

しかし、西洋医学一辺倒の医療が進むあまり、様々な弊害が生じたことも事実である。「病を見て患者をみず」という言葉にあるように、疾患部分を治すことに終始するあまり、肝心の患者を診ようとしないといったことがよくマスメディアなどで取り上げられ、社会問題となる。

21世紀の医療、それは「患者中心の医療」につきて思う。患者側からすれば、CAM（東洋医学を含む）も西洋医学も同じ医学でしかなく、治りさえすればそれでいいのである。最も許せないことは、本当は今よりもっと効果的な治療法があるのに、それを知らないために苦痛を強いられるということではないだろうか。つまり、西洋医療一辺倒ではな

く、あらゆる療法を利用して、それぞれの患者に最も適切な治療法を選択することが重要となってくるわけである。

10年後の日本の医療は、保険診療の枠が狭まり、医療費の自己負担額も3割から5割になる可能性が示唆されている。そうすれば、医療のあり方は変わらざるを得ない。これまでの様に、診断と治療のみに重点をおいた医療体制では、医療費の面から考えても国民の生活は成り立っていかなくなる。

ここで登場してくるのが「予防医学」という考え方である。すなわち「未病」も治療対象とする統合医療の役割が益々重要視されるわけである。

確かにCAMは科学的な裏づけがないことなど、未だ不十分な点が数多く存在するのは事実である。そういった短所は、今後改善していくべき課題である。

今回の活動を通して、統合医療という視点から諸外国の医療体制、過去及びこれからの日本の医療のあり方、そして医療の最も根本にある考え方にまで思いを巡らせる機会に恵まれたことは非常に有意義であった。

最後に

結局、この学習を通して我々学生にできることとは一体何なのだろうか。私たちに現在の日本の医療体制を変える力など到底ない。ただ、考えて意見を述べて終わりというのでは、あまりに寂しい。

そこで、最後に一学生である我々の視点で、今後学生として何ができるのかということを考えて、行動に移していこうと考えた。

ある人の紹介で九州に「九鼎会」という組織が存在することを知った。その組織には、熊本大学・鹿児島大学・宮崎大学・佐賀大学などの東洋医学に興味がある学生が在籍しており、各大学で「東洋医学研究会」に所属している。年に2回、春と秋に集まって、症例検討会や勉強会を開催している。また毎週、各大学において学生同士で「漢方」の勉強会を開いている。私も「九鼎会」の合宿に一度参加させて貰ったが、お互い切磋琢磨しあいながら、非常に熱心に漢方の勉強を行っていた。

このように一人で勉強するのが難しいのであれば、同じ志をもつメンバーを募って「漢方」を勉強していくというのは非常に有効な手段だと思う。現在のところ、残念ながら九州大学医学部には「東洋医学研究会」なる組織は存在しない。そこでこれを機に、統合医療やCAMに興味がある学生を募って勉強会を行っていきたいと考えている。自学自習には限界があるが、みんなで意見を出し合い、情報交換を行っていけばきっと有意義なものになると思う。興味がある学生は、声をかけて欲しい。

(文責：前園)

謝辞：

最後に、今回北京中医薬大学と広安門病院を紹介して下さった九州大学心療内科久保千春教授、北京広安門病院でお世話になった趙士付教授、忙しい中に私たちの中国滞在のお世話をしてくださった趙鵬先生、南京中医薬大学を紹介して下さったみゆきの里富島博会長、南京中医薬大学元客員教授王晓東先生には心から感謝の意を表します。

また大連において、診察を見学させていただいた大連医科大学の貳群先生、受け入れのお世話をさせていただいた李繁氏、大連医科大を紹介していただき、大連市内の案内までしていただいた大連市政府の楊さんにこの場をお借りして、厚く御礼申し上げます。

今回の中国班の活動は、多くの方の協力のもと行うことができました。この貴重な体験を活かし、今後の活動の糧としていきたいと思えます。

#### 参考文献：

厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/index.html>

日本統合医療学会：<http://www.jim-net.jp/>

日本補完代替医療学会：<http://www.jcam-net.jp/>

米国国立衛生研究所：<http://nccam.nih.gov/>

金沢大学臨床研究開発補完代替医療学講座：

<http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med67/index.html>

統合医療普及協会：<http://www.tougo-fukyu.jp/>

Health Net Media：<http://www.health-station.com/index.htm>

表 1、表 2 がんに対する補完・代替医療の現状とその評価 奈良林至

緩和医療学 5 巻 3 号 Page220-224

「統合医療」の現状と課題 蒲原聖可 日本医事新報 No.4278 Page80-83

中医在線網刊 - 新浪網ネット

癌治療における十全大補湯の役割 - 星野恵津夫

医学書院 / 週刊医学界新聞【〔対談〕第 3 の医学『統合医療』をめざして（渥美和彦，帯津良一）】第 2 3 1 9 号 1998 年 12 月 21 日）：

[http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n1998dir/n2319dir/n2319\\_01.htm](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n1998dir/n2319dir/n2319_01.htm)

東北大学大学院医学系研究科・医学部 先進漢方治療医学(ツムラ)寄附講座：

<http://www.med.tohoku.ac.jp/room/312/japanese.html>

Health Media：代替医療から統合医療へ 世界の医療統合化への動き加速：

<http://www.health-station.com/topic125.html>

遺伝子組換え情報室 WHO 伝統医学への世界戦略( ISIS レポート 2002 年 8 月 18 日)：

<http://www2.odn.ne.jp/~cdu37690/whodentouigakusekaisenryaku.htm>

雑誌 LIFENCE オンライン版 第 2 回ライフエンス学会シンポジウム アメリカにおける統合医療への道：<http://www.lifence.ac.jp/goto/weblifence/gakkai/gakkai10.html>

ホリスティック医療とは？：<http://prema-anc.hp.infoseek.co.jp/holistic.htm>

代替医療から統合医療へ 世界の統合医療への動き加速：

<http://www.health-station.com/topic125.html>

「相補・代替医療の現状と展望」 新田和男

「現代漢方の適応とその方向」 丁宗鐵

## フィリピン班

活動目的：人身売買が起こる社会背景や被害者に起こる健康問題、加害者の訴追方法などを幅広く調査し、謎に包まれた人身売買の実態を探る。その中で特に、この問題の解決のために医療従事者としてできることを導き出す。その目的を遂げるため、被害者の送り出し国であるフィリピンとベトナム、受入国である台湾と日本に焦点をしばって活動を行った。

活動方法：

- ・ 国際機関や NGO、公的機関の専門家に人身売買に関するインタビューを行う。
- ・ 被害者保護のためのシェルターの見学。
- ・ 子どもの被害者と遊びを通してふれ合う。
- ・ 貧困層が多い地域や、外国人ペドファイル（小児性愛者）が多く集まるとされる観光地の見学。

活動期間（具体的な活動場所は、各章の最初に記載している）：

- ・ 2007 年 5 月 ：日本
- ・ 2007 年 6 月 ：ベトナム
- ・ 2007 年 8 月 ：台湾、フィリピン（河野、國村はフィリピンのみ活動した）

班員：三隅 達也（九州大学医学部保健学科 4 年）班長

河野 雄樹（九州大学医学部医学科 2 年）

國村 和史（九州大学医学部医学科 1 年）

はじめに：

### 報告書をお読みになるに当たって

私たちが各機関を訪問して得た情報は、主に職員とのインタビューの際に収集されたものである。そうした情報は、あくまでも我々学生がインタビューを要約したり、解釈したものであり、各機関の公式な意見や立場を示すものではないことをお断りしておく。

### 用語の説明

【人身売買（人身取引）】

国連の「国際的な組織犯罪の防止に関する国際連合条約を補足する人、特に女性及び児童の取引を防止し、抑止し及び処罰するための議定書（略称：人身取引議定書）」<sup>1)</sup>では、人身売買を次のように定義している。

(a)「搾取の目的で、暴力若しくはその他の形態の強制力による脅迫若しくはこれの行使、誘拐、詐欺、欺もう、権力の濫用若しくは弱い立場の悪用、又は他人を支配下に置く者の同意を得る目的で行う金銭若しくは利益の授受の手段を用いて、人を採用し、運搬し、移送し、蔵匿し又は収受することをいう。搾取には、少なくとも、他人を売春させて搾取すること若しくはその他の形態の性的搾取、強制的な労働若しくは役務の提供、奴隷若しくはこれに類する行為、隷属又は臓器摘出を含める。」

(b) (a)に規定する手段が用いられた場合には、人身取引の被害者が(a)に規定する搾取について同意しているか否かを問わない。

(c) 搾取の目的で児童を獲得し、輸送し、引き渡し、蔵匿し、又は収受することは、(a)に規定するいずれの手段が用いられない場合であっても、人身取引とみなされる。

(d)「児童」とは18歳未満のすべての者をいう。

単に「トラフィッキング」とも表現される。英語では「human trafficking」や「trafficking in person」という。

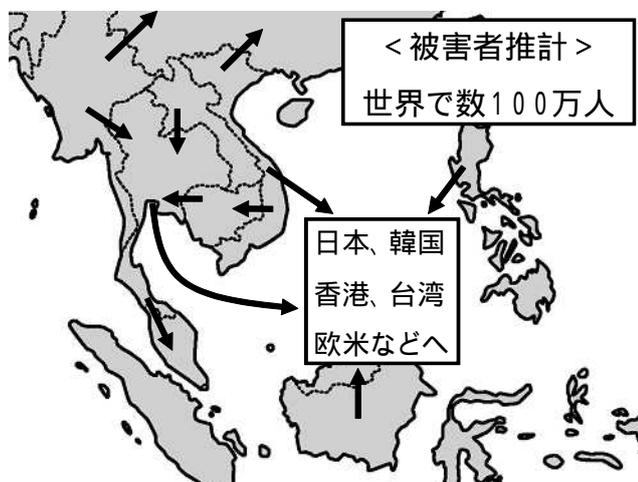
### 【搾取】

「階級社会において、生産手段の所有者が、直接生産者からその労働の成果を取得すること。」(広辞苑)。わかりやすく言えば、誰かがある人の利益などを不当に取得すること。ただし「搾取」を厳密に定義することは難しく、あくまで抽象的な概念として捉えなければいけない。ここでは、人身取引議定書第3条(b)を参考にして、仮に人身売買の被害者が搾取されることに同意していた、また仮に加害者から十分な報酬をもらっていたとしても、人身売買の被害者であるという時点でその人は搾取されていた者とみなす。

## 1章 人身売買の概要：

### 信じがたい実態

この報告書を読んでいただくにあたって、しっかりと認識してもらいたいことがある。それは、「奴隷は現代においても世界中に大勢存在する」ということである。信じがたい話であるが、日本も決して無関係ではない。ILO(国際労働機関)はそのレポートの中で、「人身取引に結びついた、新しい、受



(Trafficking in persons A Gender & Rights Perspective <sup>3)</sup>より)

け入れることができない形態の強制労働や性的搾取と無縁の国はほとんどありません。」と述べている<sup>2)</sup>。

では実際の人身売買の規模が気になる所であるが、被害者の確かな統計をとることは、そのアンダーグラウンドな性質から不可能である。しかし各機関から大まかな統計は出されている。ILOによれば、現在世界で少なくとも245万人が搾取的状況で働いており、年間120万人が新たに国境を越えて、もしくは国内間で売買されている、と見積もられている<sup>4)</sup>。アメリカ国務省は、年間60～80万人の人が国境を越えて取引されており、その主な目的は性的搾取であると報告している<sup>5)</sup>。

人身売買の目的は、大きく分けて以下の4つに分類される。

| 目的    | 具体例                          | 主な被害者         |
|-------|------------------------------|---------------|
| 性的搾取  | 売春宿などで強制的に売春をさせられる           | 若い女性(18歳未満含む) |
| 労働力搾取 | 被服工場やレンガ工場などで監禁され強制的に働かされる   | 男性、女性、子ども     |
| 臓器摘出  | 途上国の貧しい人の腎臓が先進国の金持ちの患者に移植される | 比較的若い男女       |
| 養子    | 誘拐され、他人に売られる                 | 赤ちゃん          |

#### 人身売買の目的

「養子」についての記載は人身取引議定書に無いが、これはまぎれもない人身売買の一形態であるので、加えさせてもらった。その根拠の一つとして、右の新聞記事を参照されたい。

ところで、人身売買の加害者は必ずしも犯罪組織だけでなく、一般人や元被害者も関わっていることが少なくない。

元被害者が関わっている理由は特徴的である。彼女達は以前売春婦であったことが原因で、地元に戻った後も人々から偏見や差別を受け、まともな職業に就けないことがある。

**■中国 人身売買 赤ちゃん40人を保護**

南京の地元紙「揚子晩報」によると、南京鉄道警察は6日、売買目的で親元から離された40人の赤ちゃんを保護し、人身売買グループ47人を拘束した、と発表した。中国では赤ちゃんの人身売買が問題になっているが、一度に40人が保護されたのは極めて異例という。

調べでは、5月下旬、雲南省昆明市から南京に向かう列車を巡回していた鉄道警察官が、それぞれ赤ちゃんを抱いた中年女性4人が、全員母乳ではなく粉ミルクを与えている様子をみて不審に思った。南京駅に到着後に取り調べたところ、雲南省で人身売買グループから赤ちゃん4人を買っていたことが判明。

同事件をきっかけに、同省など各地で7月までに赤ちゃん計40人を保護した。容疑者らは金に困った親たちから、生まれたばかりの子を200～500元(1元=15.3円)で買い取り、2千～3千円で転売していた。赤ちゃんはさらに転売され、最終的に1万元以上で売買されていたという。(上海=西村大輔)

#### 養子目的の人身売買

(2007年9月8日 朝日新聞朝刊より)

そして結局、収入を得るために自分自身が人身売買の加害者として生きることを余儀なくされているのである。

加害者は主に、1．送り出し国で被害者を調達する者、2．被害者を目的国まで輸送する者、3．目的国で被害者を直接的に搾取する者、に分けられる。

人身売買による人の移動は、国内に留まるものと国境を越えるものがある。一般的に、被害者の出身国（送り出し国）は貧しい発展途上国が多く、目的国は欧米、日本、韓国、台湾、中東などが多い。

人身売買撲滅と被害者保護のために活動している国際機関は多い。国連機関では ILO、UNICEF（国連児童基金）、UNODC（国連薬物犯罪事務所）などがある。中心的役割を果たしている国際機関として IOM（国際移住機関）がある。IOM は国連機関ではないが、国連機関と同等の機能を果たしている。その他にも各国の政府や警察、多くの NGO が活発に活動している。

### 具体例紹介

ここでは、人身売買に多く見られる性的搾取のケースを紹介する。

貧しい途上国の女性たちは、貧困から抜け出すため、家族を養うため、年下の兄弟を学校に通わせるためなどの理由で、海外で高収入が得られるウェイトレスやメイドなどの求人に応募することがある。その斡旋業者は裏では犯罪組織と繋がっており、仕事を求めてきた女性たちを巧みに騙し海外の売春宿に売る役割を担っている。パスポートや航空券などの手配は全て業者が行う。パスポートは偽造であることも少なくない。これらの手続きの代行料金は、彼女たちへの借金として扱われるのだが、この段階ではまだ真実を知らされていない。

目的国に着いた段階で、女性たちは自分が置かれた真の状況を目の当たりにすることになる。多くの場合、目的国で待ち受けているのは犯罪組織の者であり、渡航手数料などで数百万円の借金があることを知らされる。その借金の返済のため、彼女たちは売春婦として身を粉にして働くことを余儀なくされる。

当然であるが、借金とは架空のものであり、彼女たちを拘束しておくための口実でしかない。その借金のために、彼女たちは「とにかく返済しなければならない」という引け目を感じている。借金は架空のものであるから、犯罪組織の気分次第でどうにでもなる。1日仕事を休めば3万円、体重が1kg 増えたら2万円などのペナルティが課され、借金は増えることがある。仮に返済が達成に近づいたとしても、別の売春宿に売り渡され、再度多額の借金を背負う形になる。

また加害者から、逃げ出したら母国の家族に危害を加えるぞ、という脅しも受けている。

目的国と送り出し国の犯罪組織は繋がっていることが少なくないのだ。さらに警察に駆け込んだとしても、不法入国や不法就労などの罪で逆に犯罪者として扱われるということ、加害者から教え込まれている。

このような様々な奇策で彼女たちはがんにがらめに追い込まれ、劣悪な環境でその性を搾取され続けるのである。そこで稼ぎ出された多額の金は、犯罪組織の莫大な資金源になるのである。

### 国際保健との意外な関わり

ここが熱研の活動としての根拠となる所である。

まず、国際保健の目的の中には、一般の患者だけでなく潜在的な患者のケアもあげられると思われる。当然のことだが、医療の対象者は病院に来る人々だけではない。特に国際保健の分野では、我々自らが潜在的な患者を探し出し、そこに積極的に介入していく姿勢が求められる。

私が考える潜在的な患者とは、何らかの健康上の問題があるにも関わらず、様々な理由により医療を適切に受けることができない人々のことである。その理由とは以下に示す3つである。

1. 医療費を払えないという「経済的要因」
2. 医療施設が居住地の近くにないなどの「地理的要因」
3. 医療を受ける自由がないという「機会的要因」

人身売買の場合、特に3が大きく関与する。被害者の多くは監禁・軟禁された状態であり、自由に外出することが困難である。仮に外出できたとしても、治療費を払えるだけの十分なお金を持ち合わせていることは少ないと思われる。

次に、人身売買によって起こる健康問題を紹介する。一見、人身売買という言葉自体からは健康問題はすぐに思いつかないかもしれないが、深く掘り下げていくと非常に深刻であることがわかる。以下に具体的な健康問題を人身売買の目的別に分けて記載した。

上記の健康問題の一部を解説する。

まず、スティグマとは日本に普及しつつある外来語であるが、日本語訳をすると「汚名」や「不名誉」などと訳される。被害者が売春をしていたことが地域に知れ渡った場合、その人は周囲から偏見や差別などのスティグマを受ける可能性が高いので社会的に不健康な状態になると言える。余談だが、フィリピンでは女性が日本に出稼ぎに行ったというだけで、売春をしていたと見なされスティグマを受けることが少なくない。

次に、感染症の原因は主に、狭い不衛生なところに長期間にわたり閉じ込められることに起因する。もし一人でも結核などに感染している者がいれば、容易に周囲の人も感染することが考えられる。また、疥癬などにも罹患しやすい。

体調不良は、移植手術後、ドナーである被害者にアフターケアが十分に行われなかったため

に起こることがある。

養子によって起こる直接的な健康問題は不明である。被害者である赤ちゃんよりも、その親の精神的ショックが大きいと思われる。

最後に新興感染症の拡大についてであるが、仮に鳥インフルエンザや SARS などの流行地域から、それらの病気に感染した人が密入国してきた場合、その感染が拡大することはもちろんのこと、感染経路の特定や感染拡大防止は困難になるなどの問題が起こる。

| 目的                          | 健康問題（社会的なものも含む）   |                  |
|-----------------------------|-------------------|------------------|
| 性的搾取                        | STD (HIV、B 型肝炎など) | 精神疾患 (PTSD、うつなど) |
|                             | 望まない妊娠、中絶、出産      | 感染症 (麻疹、結核、疥癬など) |
|                             | スティグマ             | 外傷・打撲            |
|                             | 自己嫌悪感             | アルコール・薬物中毒       |
| 労働力搾取                       | 職業病 (難聴、白蟻病など)    | 低栄養              |
|                             |                   | 自殺・他殺            |
| 臓器摘出                        | 体調不良              |                  |
|                             | 術後の創部感染           |                  |
| 養子                          |                   |                  |
| <b>【その他】</b>                |                   |                  |
| ・鳥インフルエンザや SARS などの新興感染症の拡大 |                   |                  |
| ・医療を受ける機会がない 持病の悪化          |                   |                  |
| ・教育を受ける機会がない 病気の予防知識が少ない    |                   |                  |

人身売買による健康問題

以上のように健康上の問題が存在する限り、人身売買という問題は我々医療従事者の介入すべき分野であると考えます。

次章からは、我々が海外と国内で実際に体験したことを具体的に紹介していく。

（文責：三隅）

## 2章 フィリピン【送り出し国その1】:

### 【訪問先】

・Child Protection Unit (CPU 子供保護局) : 子供の虐待問題に取り組んでいる NGO

- ・ PREDA Foundation : 子供の権利保護に取り組んでいる NGO
- ・ International Organization for Migration (IOM-国際移住機関) : 世界的な人の移住を扱う国際機関
- ・ Asia ACTs : 人身売買問題に取り組んでいる NGO
- ・ Visayan Forum : 同上
- ・ ECPAT Philippine : 児童買春・ポルノ・搾取の撲滅、子どもの権利のために活動している NGO

### 包括的なケアを目指すCPU

CPU (Child Protection Unit: 子供保護局) は国立フィリピン大学医学部付属病院の中に入っている NGO である。施設内の壁には一面可愛らしい動物や子供達の絵が大きく描かれており、まるで幼稚園か小児科の診療所のような感じだ。またここは別に、フィリピン大学から徒歩5分ほどのところに立っている綺麗なホテル内に、



部屋の壁に描かれた絵

NGO としては豪華とも言える立派なオフィスを構えており、非常に設備が充実しているという印象を持った。

ここで私達を迎えてくれた小児科医の Dr.マドリードは、「大家族のお母さん」という表現がぴったりくるような笑顔がとても似合う女性で、彼女を前にして

「日本語が通じない状況でちゃんと会話ができるのだろうか・・・」といった不安や緊張がすぐに消えたのを覚えている。

### 多角的アプローチ

CPU は子どもの虐待(虐待の中でも性的虐待のケースが圧倒的多数を占めている。)を専門にしており、「虐待を受けた子どもとその家族に対して、包括的な医療や心理的・社会的なサービスを、多角的なアプローチやネットワーキングによって提供する」ことを理念としている。

ここで注目すべきことは、CPU の活動が被害者の治療や保護だけに留まらないということである。それはこの機関が医師、ソーシャルワーカー、看護師、警察官、臨床心理士(以上常駐)、弁護士(非常勤)で構成されていることから分かる。CPU には被害者を全人的に支援するために必要な職種のほぼ全てがそろっている。ところで、先に CPU は NGO だと述べたが、金銭面ではフィリピン政府からのバックアップがあることや、公務員(政府職員)である警察官が常勤していることを考慮すると、純粋な NGO(非政府組織)とは言

えないという考え方もできる。

医師の仕事は主に被害者の診察に限られるが、診察中に虐待の証拠を握ることも大事な役割である。証拠とは、性的虐待された場合などは性器の所見、家庭内暴力の場合は外傷・打撲などの身体的所見である。その他に、医師と被害者の面接の際にソーシャルワーカーと警察官も同席し、その模様をビデオで録画・録音をしている。そのため立派な AV 機器が、カウンセリングルームの隣の小さな部屋に配線されていた。きちんと録画・録音することは、貴重な証拠資料を得るための重要な取り組みである。

このようにして得た虐待の証拠は後の裁判の際に有力な証拠となる。実際の例として、あるオーストラリア人のペドファイル（小児性愛者）はフィリピンから帰国した後、CPU から送られてきた証拠により有罪となりオーストラリアの刑務所に入れられている。

しかし、虐待のケースで加害者が起訴されるものは全体の 15% のみというのが現状であるらしい。虐待をする人の多くは父親や親戚であるため、家族は近所の目を気にしたり、あるいは稼ぎ手である父親が刑務所に入れられた場合に収入が減ることなどを危惧して、通報や訴訟をためらうためだ。こうした状況は一刻も早く変えるべきだが、解決には改革の核となるフィリピン政府が、父親がいなくなった家族の財源を確保してあげられるだけ



録画や録音の機材（左はマジックミラー）



立派な検査器機

た機関でさえも困難なのだろうと感じた。

の体力 = 経済力を持ち合わせていなければならないため、この問題の解決は一朝一夕にはできない難しいところがある。

ところで、CPU では人身売買で被害を受けた子供がやってくるのは極めて稀なケースらしい。そして Dr. マドリードは「医療従事者が人身売買の研究をしていることは聞いたことがない」とも言っていた。どうやら人身売買にダイレクトに関連した情報を得るのは、こういっ

CPU のこれから

CPU の展望として、Dr.マドリードは現在フィリピン全土に 25 ある支部を将来的に 81 (1 県に 1 つ) にしたいと言っていた。そうなれば、農村部の子供達の CPU 利用も可能になり、虐待のケアはもちろんのこと CPU の理念である「包括的な医療や心理的・社会的なサービス」がよりきめ細かい形で提供できることだろう。私達に対してとても親切な対応をして下さった Dr.マドリードの想いが、早期に実現されることを私達は願って止まない。

(文責：國村)

## カトリックの想い、PREDA

子どもの“輝き”を見る

首都マニラから北西へ約 150km 行った所に、かつて海外最大の米海軍基地があったスービックという街がある。そのすぐ隣のオロンガポ市に、私達が訪れた NGO、PREDA はあ



施設の元気な子供たち

る。この施設は小高い山の中腹部に位置し、5~14 歳くらいの男女合わせて約 60 人が生活している比較的規模の大きい NGO である。

職員はフィリピン人が 76 人(うち 2 人はボランティア)、アイルランド人が 1 人(この施設の長であるファーザーこと Shay Cullen 氏)の計 77 人で運営されていることからその規模の大きさを推し量ることができるだろう。しかし、77 人も職員を私達は見なかったため、全員が同時に

この施設にいるわけではなかったと思われる。施設内は非常に広くいくつもの事務所と、ミサが行われる広間、工芸品などを作る部屋、台所、訪問客用の部屋(約 20 人宿泊可能)、パソコン室(約 12 台のパソコンがある)、そして子供部屋などがある。

ここで世話している子供達は、薬物乱用、性的搾取、ストリートチルドレン、刑務所のいずれかを経験した子供達である。その一つ一つを想像すると胸がチクチクして、どう接したらいいのか会う前から戸惑っていた。しかし実際に子供達を目の前にすると、彼らはそのような“影”を微塵も感じさせないほどの無邪気な笑顔をもっていた。皆、底抜けに明るいのだ。決して誇張ではない。また、PREDA の施設の周りには柵がないのに、彼らは外の世界に逃げ出そうとはしない。一体どうしてなのか? その答えは「ファーザー」に見いだせるような気がした。

ファーザーは、カトリックの宣教師であり、貧困を減らす使命の基、1974 年にフィリピンに渡った。「どうしてファーザーは子供達を助けるために働こうと決心したのですか?」

と尋ねると、“It’s Duty!”(それは義務なのだよ!)と言い放った。この時、私は彼に大きな衝撃を覚えた。そのような強い信念のもと行動し子供達と日々暮らしているなら、子供達が生き生きした目の輝きを放ち、PREDAに留まろうとするのも無理はないと感じた。



女の子の部屋

### 子どもの刑務所問題

ファーザーが今一番注目している

ことは、刑務所の問題である。フィリピンでは空腹や貧しさからくる些細な罪(お菓子の万引きなど)を子供達がすると、法的な手続きがほとんどないまま長期間刑務所に入れられる。入所期間は1週間から、長い場合は1年にもなるという。そのような粗雑さであるから、多くの無罪の子供も閉じ込められているそうだ。また、2006年8月には「15歳以下の子供はどのような罪を犯しても無罪になる」という新法律が制定され、この法律は少しずつ機能してきてはいるが、いまだに多くの15歳以下の子供が刑務所暮らしを余儀なくされているという矛盾が起こっている。

さらにひどいことに、刑務所内の環境は劣悪である。一時収容所に70人もの子供が1つの部屋に押し込められている。ベッド、家具はなく、トイレは部屋の隅にある小さな穴(ただの排水溝のようなもの)で、もちろんきちんとした医療も受けられない。そのため「虫歯になった子供は下手な歯科医に歯を抜かれ、そこにできた窪みに菌が感染する」という事例が多い。そのような子供にはPREDAが刑務所に行き、抗生物質を与えている。歯科的な問題の他にも、気管支炎、疥癬などの皮膚病、結核の危険に常にさらされている。食に関して、すべての子供達が食事にありつけるわけではない。そんな状況であるから、子供達の家族が食べるものを刑務所まで持っていく時もある。

PREDA訪問3日目、私達はPREDAの職員が刑務所にお菓子やジュースを持っていくのに同伴させてもらえることになった。私達にとって貴重な体験になる予感がしていた。しかし、いままでは刑務所内に入れたいのだが、今回に限ってPREDAの職員までもが「あること」により入ることを許可されなかった。その「あること」とは、刑務所の劣悪な環境について言及したファーザーの記事が新聞に掲載されたことである。このことによりフィリピン政府から刑務所へ、「ファーザーが運営するPREDAの者をこれ以上刑務所には入れるな」というお達しがあったのだろう。PREDAの職員はどうにかして入れてもらえないか交渉し、数時間ほど粘ったが、結局最後まで許可は下りなかった。

現在ファーザーは子供達を刑務所から解放させるため、刑務所問題専門のオフィスを PREDA 内に置いており、弁護士や裁判官、そして政府職員の中でも PREDA の活動に理解のある人達と協力体制を敷き、公的な手続きを踏んでの解決を図っている。



つかまった子供たちが暮らす刑務所

### ファーザーと PREDA

今回私達が PREDA に滞在したのは3日間だったが、この短期間のうちにアイルランド人3人とスペイン人6人に会った。なんでも、ファーザーによると「PREDA は外国でも有名らしく、訪問客がひっきりなしにやってくる」という。PREDA を訪れる人が多いのは、ひとえにこの機関の行動力とそれを率いるファーザーのカリスマ性ゆえであろうと、老年の猫のような特徴あるファーザーの声を聞きながら感じていた。

(文責：國村)

### 広い視野を持つ国際組織、IOM

#### きれいな都市のきれいなオフィス

IOM は世界的な人の移住の問題を専門に扱う国際機関で、本部はスイスのジュネーブにあり、現在加盟国 120 カ国、世界各地に事務所を約 340 有する。このことから公的機関という色が非常に強い機関であるといえる。

私たちが訪れたのはマカティ市のビル内にあるフィリピン事務所である。マカティ市はマニラ中心部など他の地域と比べ清潔感にあふれ非常に整っている印象を受けた。もしかすると東京よりもきれいなのではないかと思うほどだった。IOM フィリピン事務所もまた、その都市の印象そのままのきれいな事務所を構えており、その人身売買担当者



crying room にて、ファーザー(左)から説明を受ける  
(泣いて感情表出をすることで、心の回復を促すための部屋)

Bruce Reed 氏が私たちを迎えてくれた。IOM は国際的な人の移住のこと全般を扱っている。人身取引となるとそのうちの小さな問題の一つという認識で、スタッフの数も少ないということだった。

#### フィリピンの特徴と国際的視野

フィリピンは海に囲まれた島国という点では日本と似通っているが、マレーシアなどの他国と船で行き来できる分だけ（日本は主に飛行機でなければ難しい）国をまたいだ人身取引が行なわれやすいという特徴を持っている。個人の船でも可能なので、パスポートやその他個人を特定するためのものを持たずに出入国する“undocumented”の人々のことが非常に問題になっている。



Bruce Reed 氏(左から二番目)と。IOM の事務所内にて

まず個人の特定ができないため、搾取されていた人を保護し故郷へ戻しても、また名前や年齢を変えて再びフィリピンで搾取されていた、というケースが発生する。こういうことは人身売買被害者に対する社会復帰活動への妨げとなってしまふ。undocumented の人々は人身売買加害者には利用されやすいのに、その保護はしにくいという、人身売買においては注目しておかなければならない存在なのである。

また undocumented であると年齢や出身地が確かめられず、また既往歴なども調べるのは不可能である。これは医療に関係していて、例えば人身売買の被害者が鳥インフルエンザにかかっていたりすると、どこでそれにかかり誰にそれをうつした可能性があるのかなどが全くわからないということになる。そうするとそのような感染症に対しての対応が遅れて大流行を起こす可能性があるのだ。特に人身売買の被害を受けていれば、劣悪な環境に多くの人と一緒に詰め込まれた可能性が高いため、感染症は容易に広がる。その点で国をまたぐ人身売買というのは、パンデミックを引き起こす可能性のある犯罪であるということもできるのである。IOM は国内のことのみでなく、東アジア全体としての視野で人身売買という問題を見ているので、国際的医療問題に対する広い視野は勉強になった。

#### 臓器売買とこれから

また Reed 氏は「臓器売買は extreme form of human trafficking だ」「フィリピンは（臓器売買を）合法化すべきでなかった」などと臓器売買に対しては否定的な見解を示した。しかし一方で、移植臓器の需要の多さ、そして undocumented の人の多さから、その流れを完全にとめることは難しいだろうということも語ってくれた。

今から更にグローバル化が進むであろうから、国と国との間が更に近くなり、undocumented の人の数そして人身売買の件数が増える恐れがある。移住する人々を手助けするためにも人身売買の被害を減らし、“undocumented people”の人数を減らす努力をせねばならないということだった。

(文責：河野)

### コラム その1. フィリピンの謎 ~低い HIV 感染率~

フィリピンにおいて 15~49 歳の HIV 感染率は男女とも 0.1%以下というデータがある。これは東南アジアの中で一番低く、各先進国と比較してもその数値は目を見張るものがある。(以下の表参照)

< 15 ~ 49 歳の HIV 感染率データ(世界人口白書 2007 から抜粋)<sup>6)</sup>>

| 国名(東南アジア)    | 男性(%)          | 女性(%)          | 国名(先進国) | 男性(%) | 女性(%) |
|--------------|----------------|----------------|---------|-------|-------|
| カンボジア        | 1.8            | 1.5            | アメリカ    | 1.2   | 0.4   |
| タイ           | 1.7            | 1.1            | イギリス    | 0.3   | 0.1   |
| <u>フィリピン</u> | <u>&lt;0.1</u> | <u>&lt;0.1</u> | 日本      | <0.1  | <0.1  |

なぜフィリピンはこれほどまでに HIV 感染率が低いのか？その答えを知るヒントは CPU での Dr.マドリードとのインタビュー時に得ることができた。

「HIV 感染率が低いのは、フィリピン人が注射を怖がるからじゃないかしら？(笑)」

「あとは、割礼という習慣が原因かもしれないわね~。」(割礼とは男子の陰茎包皮を環状に切り取る風習。女子の場合は小陰唇や陰核の一部を切除することを指す。)

一見冗談とも思えた彼女のこの回答の真意は、帰国後の情報収集で明らかになる。その情報とは以下の2つだ。

『フィリピン内における感染者数が比較的少なく、またその増加が緩やかである理由は定かではないが、一つの理由として、HIV 感染者が爆発的に増加する契機となりやすい IDU(血管内薬物使用者)がセブ市以外のフィリピン内では比較的少なく、多くの薬物濫用者は通常、吸飲により薬物を使用していることが考えられている。』<sup>7)</sup>

これは、フィリピンにおいてドラッグをしている人の、注射による HIV 感染という経路の可能性が比較的低いということを意味している。

『研究グループは、割礼の習慣のあるアフリカのケニアとウガンダで計約 7800 人の成人男性を 2つのグループに分け、一方の割礼を 2年間遅らせてもらい、追跡調査した。その結果、割礼を受けた男性の方が、感染率が 51~60%低かった。極端な差が出たため、倫理的に問題があるとして研究は中止したという。感染が減った要因としては、性交で傷つきやすく、ウイルスが取り付きやすい免疫関連細胞が多く含まれる包皮が除去されることで、HIV の侵入、感染が抑えられることが挙げられている。(2007 年 2 月、米国立衛生研究所が英医学誌ランセット(電子版)に発表したものである。)]<sup>8)</sup>

フィリピンではほぼ全ての男性が割礼をする。( ちなみに世界では 15%の男性が割礼をしている。)ここでやっと、Dr.マドリードはこういった情報を耳にしていたので私たちにあのよう  
に教えてくれたのだ、と理解するに至る。そのほかにも、フィリピン政府が積極的に性病対策を  
しているためとも考えられているが、HIV 感染率が低いのは主に「注射」と「割礼」の2つの理由  
によるものであると考えるのは、妥当な解釈であるのかもしれない。

(文責: 國村)

## 二つの地盤と啓発

人身売買の被害者が加害者側に拘束されるひとつの理由として、外国などの故郷から遠  
い場所に移送されるということが挙げられる。第一章の具体例にもあるように、それは交  
通費という名目で借金を作らせるよい口実となるし、帰るためにはまとまったお金が要る  
ため精神的にも逃亡をためらわせる効果がある。その点では海外へ働きに行くというこ  
とは人身売買につながる危険性を常に含んでいる。

しかしインタビューをしていて、フィリピン人、特に女性は日本へ出て行きたがるとい  
う話をしばしば聞いた。もちろん観光などのためではなく、生活のために行くのである。

ひとつはお金のため、すなわち日本で働いてお金を稼ぐ目的である。日本での職は主に  
パブなどで働くエンターテイナーが多いらしい。そう言われてみると日本にはフィリピン  
パブなるものが多い。これも日本で働くのを希望するフィリピン人が多いので、パブの側  
も雇用がしやすいためと考えると納得がいく。

もうひとつの目的は結婚である。お見合いのみを目的とした来日もあるのだが、それよ  
りも上に述べたような形で日本で働いているうちに相手を見つけて結婚するという形が多  
く聞かれた。おそらくそれが、日本で働くのを希望するひとつの理由となっているのだら  
う。日本人と結婚できれば、それこそ日本人レベルの豊かな生活が一生保証される。日本  
で働く時の「理想的な」ルートのひとつなのかもしれない。

とにかく外国で働くフィリピン人のことについて話が出ると、お金のためと結婚のため  
というこの二つはほぼセットのようにして話された。そして多くのフィリピン人が日本行  
きを希望しているひとつの証拠のようなものとして「じゃぱゆき(japayuki)」という単語  
を聞かされた。日本へ働きに行く人の意だが、これは古い言葉かと思えばそうでもなく、  
フィリピンでは最近でも使われているらしい。そしてその日本へ働きに行く人についてフ  
ィリピンの一般の人々は、中には好ましくないと思う人もいるが、基本的には受け入れて  
いるのだという。

このように、フィリピンには外国である日本へ働きに出ることに対してあまり抵抗が感  
じない精神的な地盤ができているといえる。しかし日本へ働きに行くのは、普通は個人とし  
てではなく、日本側と労働者を仲介する業者を通してという形である。この業者が悪質な  
ものであれば、上に述べたような人身売買につながる可能性は十分にある。また現在、就  
労ビザの期限が切れたにもかかわらず日本に不法滞在して働くフィリピン人が多く存在す

る。このような人はIOMで聞いた”undocumented people”となり、人身売買加害者には都合がよく、被害者保護はしにくいという注意しなければならない存在である。外国へ働きに行くことは個人の自由であり、それに真っ向から反対するつもりはない。しかしそれには少なからず人身売買の可能性が付きまとうという事実は認知せねばならないだろう。

またフィリピンの地理的特徴として、日本と同じく周りを海に囲まれた島国で、多くの島を持つという点がある。しかし近隣諸国、フィリピンで言えばマレーシアなどとの交流で船が多く使われている点は日本と大きく異なる。日本では外国へ行き来するときには主に飛行機を使うためにその窓口は空港のみであり、管理は比較的容易である。それに対して船を使つての交流ではその窓口はいわば海岸全体となるため、違法に出入国しやすく、これもまた”undocumented people”を生み出す要因となる。

このようにフィリピンには人身売買が起こる要素が、精神的・地理的地盤として存在している。そのためフィリピンの人々には、自国がどのような背景にあるのかということを含めた、人身売買についての啓発活動を行っていく必要があるだろう。特に外国に働きに出ることはどのような危険性を伴うか、また人身売買の被害とはどれほど悲惨なものなのだという事を伝え広めて、注意を呼びかけていくことが重要となるだろう。

(文責：河野)

## コラム その2. 医師、アフリカへ行く！？

フィリピンの雨に降り込められて雨宿りをしている中、一人のおばさんと話した。私たちが医学生だというと、自分の甥も医者なのよと言ってきた。そしてその甥が今度医者としてアフリカへ行くのだという。それも少し驚きだが、もっと驚いたのはその理由で、給料のためなのだ！フィリピン国内では給料が安すぎるからアフリカへ働きに行くらしい。正直耳を疑った。

調べてみると確かにフィリピン国内での医者の待遇はあまりよくないらしく、フィリピン国内での月給は 450 ドルほどに対して、海外で看護師として働くとそれが 3000~4000 ドルにはね上がる<sup>9)</sup>という。フィリピン国内で働きたくなくなる気持ちはわからなくもない。と言ってもフィリピンの平均月収が約 2 万円というから、それに比べれば高いようだ。

しかし今度はフィリピン国内の看護師の平均月給を見ると約 120 ドル。資格が必要な職業なのに明らかに平均月収より低い。フィリピンでは看護師と医師とで扱いが全く違うのかも知れないが、普通に考えると、同じ病院で看護師が医師と比べてそこまで給料が低いとは考えにくい。もしかすると医師の中で格差が大きくて、金持ちの医師がいるために平均値に出ないだけで、現場は看護師と同様フィリピンの平均月収より低いという状態なのかもしれない。

(文責：河野)

### 3章 ベトナム【送り出し国その2】:

#### 【訪問先】

- ・ UNICEF (国連児童基金)
- ・ International Organization for Migration (IOM-国際移住機関)
- ・ ブルードラゴン: ストリートチルドレンなどを保護し、教育を受けさせているNGO

#### 送り出し国、その深層

首都ハノイにて、UNICEF、IOMの事務所を訪問した。以下にそこで聞いた話を紹介する。

まず、ベトナム人被害者の行き先について聞いた。主に性的搾取が目的で連れて行かれる国は、カンボジアなどの途上国である。中国へ被害者が連れて行かれる場合は、性的搾取の他に、結婚という目的がある。中国では「一人っ子政策」の弊害によって女兒の出生率が極端に減り、特に農村は年頃の女性が少ない状況である。日本などの先進国へ連れて来られる場合も同様に、結婚と性的搾取が目的として売られていく。被害者は基本的にすべて女性である。

通常、被害者は貧しい国から豊かな国へ送り込まれるのだが、ベトナムより貧しいカンボジアにも被害者が送られていることは意外だった。ただし、その内の何割かはカンボジアを経由して、より豊かなタイに行くということが予想されるので、最終的に豊かな国にたどり着く場合も含まれる。

次に国境警備について尋ねたところ、「それは非常に難しい」という答えが返ってきた。ベトナムは北は中国、西はラオス、南はカンボジアと陸の国境を接しており、その距離は全長2000kmを上回る。国境地帯はほとんどが深い山岳地帯であり、その隅々まで警備することは事実上不可能である。

私も中国との国境付近の山岳地帯を実際に訪れてみて、違法に人が通過することが充分可能であることを実感した。日本は海に囲まれているため、日本に密入国することは容易ではない。しかし、陸の国境の場合はそれが容易である。アメリカのような先進国でさえ、メキシコなどからの大勢の密入国者を防ぐことができていない。これら陸の国境の隙を突いて、人身売買の加害者はほぼ自由に被害者を移動させることが可能であると思った。

また、加害者の訴追についても質問した。人身売買の被害者が加害者を裁判に訴えたケースは、私が訪問した機関の職員は全員「知らない」と答えた。また、仮に裁判になった時、お金の少ない被害者側の弁護は誰がするのか、という問いにも「知らない」という返事が返ってきた。

どうやら現状では、被害者は泣き寝入りをするしかないようだ。その理由はいくつかある。まず、被害者は裁判を起こすだけの十分は費用を捻出できない。仮に捻出できたとし

でも、裁判で勝つことはまれである。なぜなら人身売買の被害者は社会のボトムにいる人間であるのに対し、加害者や弁護士、裁判官は社会のトップの人間が多い。そうなると加害者を裁く法律は存在しても、賄賂や権力等の関係でその法律が実際はあまり機能しなくなるのだ。



国境周辺の深い山々

### 汚職のはびこる世界

ベトナム政府はアメリカなど外国からの批判を受けて、数年前よりも厳しい取締りを行っている。国連機関も警察省と共同で人身売買に対処しているようである。しかし、「肝心の警察に汚職が蔓延している」と私が訪問した全ての機関の職員が眉間にしわを寄せて訴えた。

売春宿のオーナーが警察に賄賂を渡すことは日常茶飯事であり、あろうことか取り締まる側の警察や政府の役人達自身が顧客であることもよくあるそうだ。また最近では携帯電話の普及により、店を構えずとも、いわゆる出張という形で自宅やホテルを利用するケースが増えているので、ますます実態の把握や摘発が困難になっている。

私の印象として、ベトナムは他の東南アジア諸国と比べて治安が非常に良かった。警察の仕事ぶりが良いためだろうと感心していたが、警察や政府の汚職が少なくないことや、その他にも街の景観を損なうなどという理由で都市の乞食を強制的に田舎に連れて行っていることを知り、幻滅せずにはいられなかった。

フィリピンの諸機関を訪れた時も、職員は「警察や政府はどこも汚職だらけだよ」と、それがごく当たり前であるかのような軽い口調で答えてくれた。

この汚職の背景には、まず公務員の給料が非常に低いという理由があがる。警察などは、袖の下を要求しないと生活できないくらいの安い給料しかもらっていないことが少なくない。IOMの職員曰く、フィリピンのアロヨ大統領でさえ月給はたったの約2000USドル(約24万円)だそうだ。

これらの人身売買の原因の一つである汚職の蔓延について、「どうすればなくすことができるのか？」という私の問いに対して、どの機関の職員もはっきりと答えが出せなかった。日本に帰国してから、九大の法学部の先生にも同じ質問をしたが、「社会の体質的なものなので、解決は非常に難しい」としか返ってこなかった。日本でも、数十年前から政治家とゼネコンの癒着が批判されているが、現在に至っても全然なくなる理由がなんとなく分かった。

ところで、アジア汚職の少ないクリーンな国はシンガポールである。この国は「疑わしき、罰す」の原則のもと大変に厳しい汚職防止法を設け、一方で公務員への高い給与の保証と絶えざる意識啓発など総合的に汚職対策を行っている。

シンガポールの対策は非常に参考になるが、十分な資金のない途上国では公務員に高給を払うことは不可能であると思う。資金のない途上国でも実行可能な対策を作っていく必要がある。

### 途上国のジレンマ

2006年、ベトナムでオーストラリア人男性が買春行為をし、警察に見つかり裁判にかけられたケースがある。しかし刑はベトナム人より軽い懲役2年であり、これについてUNICEFの職員は「ベトナム当局は外国人には甘い!」と批判していた。以前、韓国人男性が逮捕されたケースもあるが、外国人の買春行為が摘発されることはまれなようである。

この背景には、観光で貴重な外貨を獲得している途上国のジレンマが見え隠れてしている。もし、売春の取り締まりを強化し先進国の観光客に厳重な刑罰を課せば、確実に観光客は減ってしまう。その結果、経済発展のための貴重な外貨を獲得することが困難になってしまう。

途上国政府は、とにかく何としてでも発展したいという思いが強い。この大目標を達成するためには、たとえ多少の社会悪があったとしても見過ごさざるを得ないのが、途上国の本音であると思う。

年間の外国人観光客人数のデータは見つからなかったが、ベトナムには非常に多くの外国人が観光に訪れている。私がハノイに滞在した時、特に欧米系や韓国人の観光客が目立った。私は数回韓国人と間違われ、ベトナム人の売り子から「アニョハセヨー」と声をかけられることがあった。

また、ホアンキエム湖という有名な池の周りには散歩コースが整備されているのだが、そこにいる人の約1/3は白人で、ざっと見積もっても200人はいるのである。その池の周囲には高級なレストランも建っており、市内にはツアーの看板も数多く見かけた。それらのビジネスを支える外国人観光客は、まぎれもなくベトナム経済の発展に大きく寄与していると感じた。

### 恐怖のスウェットショップ

ここでは、ストリートチルドレンや人身売買された子ども等を保護しているNGO、ブルードラゴンを訪れた時に聞いた話を中心に紹介する。

ブルードラゴンはハノイ市内に5つの施設を持ち、人身売買で労働力搾取をされていた子供や、ストリートチルドレンを保護し、学校に通わせたり独自の教育を行う支援をしている。ベトナムの他の地域にもいくつかの施設を持ち、国境を越える人身売買ではなくベトナム国内に留まる人身売買の防止・被害者の保護に取り組んでいる。設置母体はオース

トラリアであり、ドナーは世界中にいる。

ブルードラゴンは、UNICEF の職員から現地で紹介して頂いた。ブルードラゴンは一般に住所を公表していない。なぜなら、保護している子供たちを追ってくる加害者たちを避けるためだ。

UNICEF の職員に渡された住所が書いてある紙を片手に、観光地から離れた生活の匂いが漂う下町風の住宅地をさまようこと数十分。人に尋ねながら、看板も何も出ていない家の前にたどり着いた。「本当にここか？」と思いながら中をのぞくと数人の子供が元気に遊んでいた。

私はこの事務所で法律に関する助言を行っている T 氏から話を伺った。彼は当時私より 1 歳若い 25 歳であり、法学部を卒業後ブルードラゴンで働きつつ、夜間に法律の勉強を行いながら将来弁護士の資格を取ろうと熱心に活動している若者である。一緒に話しているとモチベーションの高さがぐんぐん伝わって来て、非常に啓発された。彼から、子どもの労働力搾取について詳しく聞いた。

貧しい家庭の親は生活苦のために、自分の子供を 1 年あたり 100～180 ドルで人身売買の加害者に貸す。子供達は被服工場に連れて行かれ、朝 7 時から夜中の 24 時まで一日中働かされる。一日の休憩時間は食事などの時間を含めて合計 1.5 時間のみで、休みの日は存在しない。起きている時間は食事、入浴、排泄以外の時間は全て働いていることになる。子供達は親と連絡が取れないか、仮に取れたとしても加害者の携帯電話を通して、限られた内容のみ通話できる。助けを求めることなどはできないし、労働条件が劣悪であることも話せない。

このような搾取工場は通称「スウェットショップ」と呼ばれている。一時期、有名アパレルメーカーのナイキも、自社製品をこのような途上国のスウェットショップで製造しているということが問題になった。我々先進国の人間が着ている服も、奴隷のように酷使された途上国の人々が作ったものがある可能性は否定できない。

次はベトナム中部の都市フエでの、花売りの子供の話を聞いた。子供は、夕方 18 時から明け方の 4 時まで、街で花を売る仕事をする。彼らは一日に約 20～30 ドルほど稼ぎ、その儲けのほとんどは人身売買の加害者の懐に入る。花を買う客のほとんどは観光に来た外国人である。ベトナム人よりはるかに金持ちの外国人相手なら花を一束 1～2 ドルで売ることができ、一日に約 20～30 ドルもの大金を稼ぐことが可能なのである。この金額は、ベトナム人が稼ぐ一日の平均収入の数倍にも達する。先進国の観光客は子供を哀れんで花を買うかもしれないが、それは子供の助けにはなっていない。売り上げのほとんどは、人身売買の加害者に持って行かれてしまうのだ。観光客の子供への好意は加害者の私腹を肥やすことに繋がりがねないということを、もっと我々は意識するべきである。

以上紹介した2例の労働形態は、強制的であったり、自主的であったりまちまちである。ただ確かに言えることは、これらは国連の定義に当てはめれば、まぎれもない人身売買であるということだ。

ベトナム政府や警察はこの現状を認識しているが、ほとんど対策を取っていない。なぜなら、人身売買の加害者から賄賂をもらっているからだ。また、他国に対する自国の面子を保つためか、この状況を公式に認めようとしていない。



観光地のレストランで、夜中に働く少年たち

人身売買と言うと、どうしても性的搾取に目がいってしまいがちであるが、T氏は子供の労働力搾取の深刻さについて詳しく教えてくれた。

私はベトナム滞在中、昼間なのに学校に行かず店番をしている女の子や、夜中のレストランで働く男の子をよく見かけた。たまたまレストランに居合わせた世界銀行の職員によれば、その子供たちの中には田舎から出稼ぎに来ているケースが少なくないそうだ。

年端もいかない子供を出稼ぎに出さなければならない経済状況とは一体どの程度ものなのか、先進国で育った私には想像できなかった。児童労働は本来するべきではないと思うのだが、子供を働かせなければ食べていけない家族にとっては仕方が無いことではないのか、とも思った。だからといって仕方が無いでは済ませられる問題ではない。働いている子供は十分な教育を受けることができず、大人になっても低賃金の仕事にしか就けない場合が多い。その結果、彼らの子供も働かなければならないようになり、悪循環に陥ってしまうのだ。

子供の出稼ぎが全て人身売買の形式をとっているとは限らないが、極めて安い賃金で子供を酷使している場合は、それは人身売買と同様であるとブルードラゴンのT氏は言っていた。

児童労働に関する考察は今回は十分できなかったが、ベトナムでの調査は児童労働を考える良いきっかけとなった。

(文責：三隅)

### コラム その3.こんな所に医療廃棄物が？

中国との国境にすぐ近いモンカイという街を訪れた時のこと。河に架かっている橋に隣接する階段を歩いていると、そこに無数の注射器と針が落ちていたのを見つけた。「何でこんな所に医療廃棄物が??」と思い、よく周囲を見渡してみると、不思議なことに注射器と針しか見当たらない。その3秒後、すぐに覚せい剤を使用したものだと判断し、とっさに身構えて危険人物がいないか周囲を警戒した。だが、早朝だったためか人気はなく、ほっと胸を撫で下ろした。インドでは平然と通りで大麻を売りつけてくる輩に出会ったが、このような所でドラッグに出会うとは思ってもよらなかった。



日本で、ある医師から、暴力団関係者から注射器を売ってくれと持ちかけられたことがある、と聞いたことがある。ベトナムで発見したこれらの注射器が、製造業者か医療関係者かどこから外部の人の手に渡ったかは不明であるが、我々は決してこのようなものを横流ししてはならないと思った。

(文責：三隅)

## 4章 台湾【受入国その1】:

### 【訪問先】

・ECPAT台湾： 児童買春・ポルノ・搾取の撲滅、子どもの権利のために活動しているNGO

### 日本と類似する台湾

台湾の知り合いの大学生の助けを借り、台北市にあるECPAT台湾というNGOを訪問した。

私の急な要望にも関わらず、スタッフのRさんは快く受け入れて下さった。職員は常勤10名、パート1名、パソコン関係のボランティアが1名で、職員全員が社会学や福祉が専門のソーシャルワーカーである。政府と民間からの寄付で経営が成り立っている。政府からの金銭的援助は、何らかのプロジェクトを行う時のみ行われる。

台湾はほとんど先進国と言ってよいほど経済が発展しており、一般的に、台湾は人身売買の被害者の受入れ国と見なされている。しかし数は少ないが、日本などへの被害者の送り出し国でもある。新聞の広

供吃住 片倉 21706234  
面試地點: 台北市林森北路410號3樓  
日本 美國 服務小姐 代辦簽證 日語可借支 供膳宿 免經驗 0938684950  
香水 日本 酒店 服務小姐 附機票 可借支 0952144411  
0953038191

日本での仕事を募る新聞の広告

告欄には、日本のスナックなどの求人がいくつか見られる R さん曰く、この求人のいくつかには女性を性的搾取する目的のものも含まれているそうである。

台湾へ来る被害者の出身国は中国や東南アジア諸国がほとんどである。中国やベトナムからは結婚目的、フィリピンやインドネシアからは労働力搾取が目的で被害者が連れて来られるケースが多いそうだ。

台湾の法整備の状況は日本とよく似ている。現在台湾には人身売買を取り締まる法律が存在しないが、アメリカなどからその対策が甘いと批判を受けて、法整備を進めている。2年前までは台湾政府は人身売買の問題を重要課題として捉えていなかったが、現在は対策が必要だと認識している。ちなみに法律がないということは、被害者を保護する系統立ったシステムが少なく、また法的根拠がないので加害者を裁くことが難しいということである。仮に裁けたとしても非常に小さな罪で終わってしまう。台湾では、数年前までは不法在留外国人を発見すると誰でも拘留所に入れていたのだが、これはまさに日本と同じである。

台湾政府は去年 2006 年、人身売買に対する活動計画書を作った。それは被害者保護の制度や、法曹界、警察、ソーシャルワーカーらへの教育を含んでいる。被害者らしい人物が発見されると、まず警察に通報される。警察はソーシャルワーカーらと協力し、被害者をシェルターに移す。現在使用しているシェルターは、国内のDVの被害者用のものである。台湾政府は 2008 年に、人身売買の被害者のためのシェルターを全国に 18 ヶ所新たに設置する計画を立てている。ところが R さんは、「本当にできるかわからない」と懐疑的に見ていた。

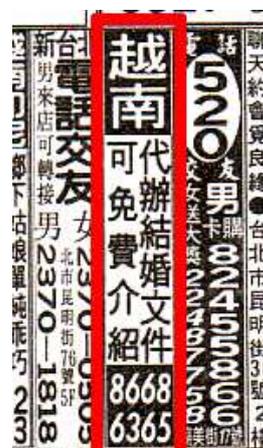
被害者のケアはソーシャルワーカーが主に行っているようだが、詳しいことは分からなかった。

### 嫁不足が引き起こす人身売買

台湾でも日本や韓国と同様に農漁村部は嫁不足に悩んでおり、海外からの嫁に依存する傾向がある。新聞でベトナム人女性との結婚紹介を持ちかける広告を見かけた(右)。「越南」とはベトナムの意味である。

最も嫁不足にあるとされる国は中国である。中国では一人っ子政策の影響で人々は男児を選好するようになり、男児に対する女児の出生数が世界で最も少ない。14 歳以下の性比(女児 100 人に対する男児の数)は、114 である<sup>10)</sup>。

中国の次に女児の出生率が低い国は、意外なことに韓国である。韓国ではもともと、儒教思想から跡つぎとして男子の出産が優先される傾向があり、女子の出生率が低く、性比は 112 である<sup>10)</sup>。



ベトナムの女性を紹介する広告(2007年8月3日 中国時報より)

また日本と同様に女性の社会進出で晩婚化も進んでいる。

以上の女性不足の影響を凝縮して受けているのが農漁村部であり、深刻な嫁不足に陥っている。

嫁不足が原因で行われる国際結婚は一般的に、豊かな国の農漁村の中老年男性と、貧しい途上国の10代後半から20代の若い女性との間で行われる。その多くは結婚斡旋業者を通して知り合う形をとる。女性を商品のように扱う、俗に言う「メールオーダー花嫁」という手法がとられているものも少なくない。

男性側の結婚理由としては、跡つぎを残すためというものや、単純に独身では寂しいからというもの、独身では体裁が悪いからというものなどがある。途上国の女性側の理由は、豊かな国の男性と結婚すればお金がもらえ、家族や自分自身の生活が豊かになるというのが主流である。

嫁不足が原因で行われる国際結婚が他の国際結婚と大きく違うことは、そこには恋愛感情が少なく、お互いの利害関係に基づいて結婚していることである。そして最大の問題が言葉・文化の壁である。コミュニケーションが円滑に行われないと、それが原因で特に精神的な問題が生じたり、DV（家庭内暴力）に発展する場合がある。被害者のほぼ全てが女性の方である。

そしてこの種の国際結婚の一部は、人身売買の形式をとっていることが報告されている。結婚斡旋業者に騙されて、外国に渡る女性は少なくない。近年、韓国では特にベトナム人女性と結婚する件数が急増している。

また中国においては、結婚していない男性が単に子供を作る目的で女性を一時的に保有するという形の人身売買が行われている。子供が乳児期を脱すれば、女性はまた別の男性に所有権が移り、次はまた新たにその男との子供を作ることを余儀なくされる。どこかの大臣が発言したような、まさに「産む機械」として売買されるのである。

「国際結婚が増加する中で、人身売買の件数も増えていることが予想される」と、台湾以外で訪問したいくつかの機関の職員は答えてくれた。国際結婚が合法的な方法で行われ、かつ当事者の同意の基で、また欲を言えば「愛」があれば問題ないのだが、全てのケースがそうはいかないようだ。

この種の人身売買を起こす最大の原因は、貧困と経済格差である。途上国では都会と農村、金持ちと貧しい人の格差は非常に大きい。貧しい人は借金の負担にあえいでいるケースが少なくない。貧しい家庭の親は娘に、外国人と結婚するように提案することがある。なぜなら、自国より豊かな外国人と娘が結婚すれば、嫁ぎ先からいくらかのお金が手に入り、借金の返済ができ少しでも生活が楽になるからだ。ただし、生活苦のために娘を完全に他人に売り渡すというケースは、今日では極めてまれであるようだ。

### 台湾の複雑な国際的立場

台湾では、人身売買の被害者含む違法在留者の帰国費用を全て台湾政府が負担している。ちなみに日本では違法在留者については原則自己負担である。なぜか？それは台湾という地域(国)の微妙な立場に理由がある。

台湾は国際的には正式な国として認められておらず、外国との正式な国交が少ない。日本とでさえ国交は存在しないので、お互いの国にそれぞれの国の大使館は正式には存在しない。国交がないということは、相互の政治的協力を行うことが大変難しいということである。したがって、台湾政府は被害者の出身国政府や警察との交渉が立场上難しいので、被害者を穏便に送り返すことにしている。

国連は台湾を中国の一部と見なしているので、台湾単体としては国連に加盟していないことになっている。ECPAT 台湾の R さんは、国連加盟のために日本政府の助けが欲しいと洩らしていた。

この台湾の現状では、国境を越えた被害者の保護および加害者の訴訟がほぼ不可能であると思う。弁護士の大谷美喜子氏も、著書の中で、「国境を越えて行われる犯罪については、往々にして国家の領域主権の原則が壁となり、国際社会が協力しなければ効果的な対処ができない」<sup>11)</sup>と述べている。私は、この台湾の抜け穴を突いて犯罪組織がはびこる可能性が十分あると考えている。

人身売買の多くは国境を越えて行われるので、各国間の協力が欠かせない。フィリピンでは相手国によっては、フィリピンで外国人が犯した罪をその外国人が出身国に帰った後でも、フィリピンから送った証拠さえあれば、出身国の法廷で犯人を裁けるというシステムがある。近年、中国とベトナムも、両国の国境地帯で人身売買防止のキャンペーンなどを行い協力体制を整えている。台湾にも、是非このような各国と協力できる体制が必要である。

### 警戒すべき 2008 年度北京オリンピック

「北京五輪が人身売買を引き起こす」と言えば突飛に聞こえるだろうか。実はこの可能性は十分あり得るのだ。フィリピンの IOM の職員もこの問題を憂慮していた。その理由は 4 つある。



台湾の現状を聴く

まず1つ目は、基本的に人が多く集まるところに性産業は発達する傾向があるというものである。日本でも東京、大阪などの都市には必ずと言っていいほど性風俗街が存在するし、これは海外でも同様である。フィリピンではエルミタ、タイではパッポン通りなどの有名な歓楽街が存在する。これらの国に行った事がある男性なら一度は耳にしたことがある人も多いはずだ。

これらの大都市で世界規模のイベントが開催されると、人口密度の増加にさらに拍車がかかることになる。となると性産業の需要が増し、供給も必ず増えてしまう。これまでも五輪やサッカーワールドカップのような巨大規模のイベントがある時は、性差産業の需要増加と人身売買の問題が危惧されてきた<sup>12)</sup>。

2つ目の理由は、男性が海外に行く目的の一つに買春行為があることが挙げられる。外国では他人の目があまり気にならないし、途上国の場合は安く女性を買うことができるという二重のメリットがある。自国において普段から性風俗店を利用する男性が、海外では利用しないとは考えにくい。また、日本で普段利用しなくても、海外ではついつい気が弾んで買春に走ることは十分考えられる。

3つ目の理由として、中国という国の性質がある。ご存知のように中国は一党独裁国家であり、法律は一応あるが政治家の一声で違法が合法になりうる「人治国家」である。中国が最も遅れているものの一つに司法制度がある。裁判の際、弁護士は裁判官に賄賂を渡さないと勝つことが困難なのが現状だ。さらに、裁判官は法律の専門家ではない共産党幹部がやっていることが少なくない。このような状況では公正公平に法が機能していない可能性が高いのだ。

最後の4つ目の理由は、中国は人権弾圧を行っている国というもの。チベット人を始め多くの民族や反政府集団、宗教団体などの人権弾圧を行っている国が、人身売買という人権弾圧行為の撲滅にどれだけ本腰を入れて取り組むだろうか。私は甚だ疑問に思っている。

以上のような理由から、北京五輪は人身売買の発生を促進させる多くの要因を持っていると言える。北京五輪の開催に合わせて、世界中から人身売買された女性達が多く集められることが予測されるのだ。

これを防ぐ対策はいくつか考えられる。

まずは買う側の数、つまり需要を減少させること。人々に啓発活動を行い、売買春は違法で重い刑罰が課されることや、買春行為が人身売買を助長することを周知徹底させる。この啓発活動は中国国内だけではなく、海外の空港などで数ヶ国語表記のパンフレットを配布したり、機内放送を利用することでも可能である。

人身売買ではないが、香港のキャセイパシフィック航空では機内で UNICEF の募金を案内する映像が流れている。この映像には人々の注意を喚起するように、映画俳優のジャッキー・チェンなどが登場して語りかけている。このような有名人が呼びかけることは啓発活動に非常に有効であると思う。

あとは中国国内での対策の強化になるが、これは国家主権が絡んでくるので外部からの指摘や圧力で改善を促すことは非常に難しい。特に中国は基本的に内政不干渉の立場を取っており、様々な国内問題に対する外部からの指摘を「余計なお世話だ」と突っぱねていることが少なくない。

人身売買の問題に特に目を光らせている国はアメリカである。日本もアメリカに対策の不備を指摘されて、対策を強化したと言っても過言ではない。アメリカが毎年発行する人身売買調査報告書には、各国の取り組みが3段階で評価されており、これが対策が不十分な国には相当なプレッシャーを与えているものと思われる。このような特定の一つの国が行う報告は、ある程度政治的な操作はあるものの一定の効果はある。

したがって、中国の対策を強化していくには同様に外部からの指摘が欠かせないと思うので、国際社会が毅然として継続的に訴えかけて行く必要があると思う。

(文責：三隅)

#### コラム その4 . 病院内に仏の間

台湾大学医学院附設医院(台湾大学病院)の病棟を散歩していると、「佛堂」と書かれた部屋を発見した。廊下の壁には仏の絵が掲げられており、絵の裏から蛍光灯で光が当てられ神々しく輝いていた。あいにく鍵がかかっていて部屋の中をのぞくことはできなかったが、病院内にこのような宗教施設が存在することは驚きであった。

この施設が具体的にどのような使われ方をしているかは不明であったが、まぎれもなく患者のためであることは察しがついた。これも患者のQOLを高めるための対策なのだろうと感じるとともに、仏教という宗教が台湾人に深く根付いていることがわかった。

(文責：三隅)



### 5章 日本【受入国その2】:

#### 【訪問先】

- ・福岡入国管理局
- ・福岡県警本部
- ・福岡県庁

## ナンバー 2 の経済大国と第 2 ランクの対策不十分国

最後にわが国の現状と対策を報告する。

日本政府の人身売買対策の国際的評価は低い。アメリカ国務省は毎年「Human Trafficking Report：人身売買調査報告書」を発行し、その中で人身売買問題への各国政府の取り組み度合いを審査し、3つのランクに分類している。日本は、「最低基準を完全には満たしていないが、改善に努めている」第2ランクに分類されている<sup>13)</sup>。先進国でわが国以外に第2ランクに入っている国は、ギリシャ、ポルトガルのみある。その他の先進国は、対策が比較的良いと判断される第1ランクに入っている。途上国で第1ランクに入っている国は、コロンビア、モロッコなどである。このアメリカの基準はあくまで1つの目安であるが、その他に信頼のおける国際比較の基準がなく、この基準が最も引用されているので紹介させて頂いた。

日本政府は海外からの批判を受け、平成16年12月に人身取引対策行動計画を立て、外務省、法務省、警察庁などの連携の下で早急に対策強化を図っている。そこで私は現場で具体的にどのような対策が行われているかを知るため、福岡県警本部、福岡入国管理局を訪れ職員に質問を行った。

警察の仕事は、基本的に取り締まりと引渡し（加害者の逮捕や被害者を発見し、関係機関に身柄を送ること）である。警察は定期的に風俗店やスナックなどを巡回し、外国人が働いている店では彼らのパスポートの確認を行っている。雇用主は、雇用している外国人のパスポートを店に置くことが義務付けられている。そこで不法滞在者を発見した場合は、入国管理局に身柄を引き渡す。巡回の頻度や具体的な取締り方法などの詳しいことは、捜査に影響するという理由から教えてもらえなかった。

会話の中で、警察は、「中洲（福岡市一の歓楽街）では、外国人は働いていないことになっている」と言った。「いないことになっている」とはどういうことだろう。この言葉の裏には「実際には外国人労働者はいるけど、公式にはいないこととして扱っている」という意味があるのではないだろうか。

そこで、外国人労働者に詳しい九大の先生に真実を聞いてみると、あっさりと「いるに決まっているじゃないか」という答えが返ってきた。またインターネットで検索すると、すぐにフィリピン人やロシア人が働いているパブがヒットした。

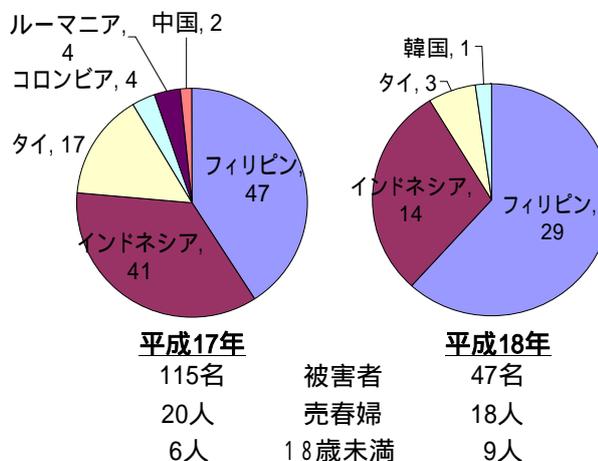
次に行った福岡入国管理局ではあいまいな返答を多く受け、対策の実際がはっきり言ってほとんどわからなかった。保護された外国人が人身売買の被害者かどうかの判断は入管が行うことになっているのだが、その方法についても「わからない」と言われた。私はその職員は人身売買という問題の重大性をあまり理解しておらず、危機意識が全く無いという印象を受けた。この日は憤慨しながら入管を後にしたのを覚えている。

以上2つの機関を訪れて感じたことは、このような不十分な体制では加害者の取り締ま

りや、被害者の救済は適切に行われぬのではないかと、という大きな不安である。アメリカが日本を第2ランクに分類している理由がよくわかった。

### これぞまさに氷山の一角

下の円グラフは平成17、18年度の日本の入国管理局が把握した人身売買の被害者の数である。この値は数千人以上いるとされる実際の被害者のほんの氷山の一角にすぎない。米国国務省は「この被害者数は、日本が直面していると思われる人身売買問題の規模から考えるとあまりにも少なすぎる。実際の規模は、政府の統計をはるかに上回ると推定されている。」<sup>13)</sup>との報告を出している。また日本の研究者のレポートにも、南米だけで年間推計1700人もの方が日本へ人身売買されて連れて来られているとある<sup>14)</sup>。



日本における人身売買の被害者数と出身国  
(法務省入国管理局 広報資料より<sup>15,16)</sup>)

以上のことから、いかに多くの被害者が地下に隠れているかがお分かり頂けるだろう。また、被害者に占める売春婦のパーセンテージは約23%であるが、被害者のほとんどは体を売っていたことが予想される。

被害者のほとんどは東南アジア出身者であるが、南米や東欧出身者も含まれる。

### 欠陥だらけの被害者保護の現状

現在日本政府は、被害者の保護のために全国にあるDV被害にあった女性用の公的シェルターを活用するという方針をとっている。しかし、公的シェルターはあくまでDV被害にあった日本人女性のためのものであり、外国人の人身売買の被害者が適切に保護できる体制は整っていない、というのが専門家の意見である<sup>17)</sup>。その理由として、職員が必ずしも人身売買という問題を熟知しているわけではないことや、外国語を話せる職員は通常いないことなどが挙げられる。

被害者を受け入れる体制ができている民間のシェルターは、私の知る限り全国に3つしか存在しない。東京都の「女性の家HELP」、神奈川県「女性の家サーラー」、福岡県の「アジア・女性センター」である。HELPとサーラーはこれまで大勢の被害者を受け入れた実績があり、日本では中心的な役割を担っている。アジア・女性センターは被害者の受け入れ態勢は整えているが、今のところ被害者を保護した経験はない。

公的シェルターも含めこれらの施設の場所は公表されておらず、基本的に男性の立ち入

りはできない。入口は厳重に鍵がかけられており、誰が来たかがすぐに分かるように監視カメラも付いている所もある。私はいくつかのシェルターに電話をかけてみたが、男性であるがゆえにもものすごく警戒されて、ほとんど話を聞いてもらえなかった所もあった。それもそのはず、DVの加害者である夫などが日常的に妻を捜しに厳しく問い合わせてくるからだ。

日本政府は被害者が医療を必要とする場合、全国に約 240 施設ある「**無料低額診療事業**」を行う医療施設の活用を勧めている<sup>18)</sup>。無料低額診療事業とは元々、医療費の支払いが困難な人を対象に、治療費の減額や免除をするという主旨で行われている第二種社会福祉事業である。福岡県内には約 10 施設あるが、佐賀県など施設の無い県も平成 17 年現在で 11 県存在する。無料低額診療施設は、一定割合の患者の医療費を減免することで、施設側は固定資産税などの税の優遇措置が受けられる。このような税の優遇措置はあるものの、施設が自腹で出費する減免額のほうが上回る傾向が強いので、施設は赤字を覚悟でこの事業を行わなくてはならない。この事業を行っている所は、博愛精神の強い民医連系列の病院や、キリスト教母体の病院が多い。

では実際に、この無料低額診療施設が人身売買の被害者の医療支援に有効活用されているのかと言えば、「NO」である。厚生省は平成 17 年 3 月に各都道府県や全国社会福祉協議会宛に、被害者の医療支援を無料低額診療施設で行うよう通知を出しているが、この通知を知らない施設が少なくない。

NGO 職員の話の中にも、無料低額診療施設に人身売買の被害者の診療を断られた、という記述がある<sup>19)</sup>。この原因は決して病院側にあるのではない。受け入れる病院側としては、このようなリスクの高い患者を受け入れるメリットは何も無いのだ。日本人の患者より数倍の時間をかけて診察してもその努力に見合う報酬が無いどころか、普通の治療費の支払いでさえ保障が無いのだ。さらに暴力団関係者が被害者を病院に探しにくるかもしれない状況で、被害者をただ受け入れるという国の対応はあまりにも杜撰である。

被害者を受け入れることで起こりうる様々なリスクに対する保障を医療施設に十分行わなければ、この制度は決して有効活用されない。

福岡県庁を訪問した際、被害者の保護について詳しく聞くことができた。被害者は、ふつう警察や入管職員からの紹介で DV 被害者用のシェルターに連れて来られる。現在まで、福岡県のシェルターは 6 名の人身売買の被害にあった外国人女性を保護した経験がある。その中には 18 歳以下の子どももいたそうだ。福岡県には、国際線がある福岡空港や入国管理局もあるため、他県で保護された被害者が連れて来られるケースがある。

医療支援については、その 6 名の被害者は特に医療の必要が認められなかったので医療機関には連れて行っていない、とのことだった。仮に医療が必要になった時は、その費用は全額生活保護費でまかなわれるそうだ。

しかし、人身売買の被害者の医療費について記述している政府の書類は、私が知る限り存在しない。そもそも生活保護を受けるには、永住外国人等（在日韓国朝鮮人、日本人の配偶者など）でないといけない。また、居住地の市町村役場で外国人登録をしておく必要がある。人身売買の被害者は、通常これらを満たしていない。したがって、いかなる場合でも、全国のいかなる婦人相談所においてでも直ちに医療費が出されるものだろうか、と私は非常に危惧している。

また入院せざるを得なくなった場合、ほとんどの病院で保証人が必要になる。通常、保証人は団体名は不可なので個人の名前を書く必要がある。そこで誰の名前を書くかなどで手間取ることと予測される。さらに入院した場合、暴力団関係者などから被害者の身の安全の確保も考慮しないといけない。

被害者の多くは売春の強要などの性的被害に会っている可能性が高いため、HIV を含んだ性病検査等が必要になる。しかし政府の対応は、「多くの被害者が早期の帰国を待っている状況にあり、日本で HIV 治療を継続的に受けるわけではないため、早急に日本国内で HIV 検査を実施する必要はありません。」というものである<sup>20)</sup>。現在の支援は HIV の情報提供と、帰国後の検査の必要性を説明するに留まっている。

確かに日本で継続的な治療はできないかもしれないが、せめて人身売買の被害によって起きた病気は目的国である日本政府が責任を持って治療するべきだ、というのが私の意見である。被害者が帰国した後病気が治るまで、現地で必要な医療費を日本政府が負担するような制度を作る必要があると思う。無駄な公共工事を行ったり、月までロケットを飛ばす金があれば、その程度の出費はたやすいはずだ。

以上のように、十分な対策が行われていないのが日本の現状である。被害の予防、被害者の救済、加害者の訴追、それぞれについて対策をさらに強化し、とにかく法律で明文化して活動の根拠を確立していく必要がある。

（文責：三隅）

## 6章 臓器移植と人身売買：

### はじめに

「搾取には（中略）臓器摘出を含める」。人身売買の定義<sup>1)</sup>に述べられたこの文章が、私が人身売買と臓器移植との関係を調べ始めたきっかけだった。

この文脈からまず思いつくのは、人を買ってその臓器を摘出し、臓器移植のためにそれを利用するという形の「臓器目的の人身売買」である。搾取が、いわゆる「労働」ではなく「臓器摘出」によってなされる理解しやすい構図である。しかしこのことについての資料を集めていくと、私はもうひとつの人身売買の形態の可能性に考えがいった。**臓器売買**

である。

臓器売買は一応双方の合意の下でなされる。ドナー側が臓器を提供する代わりにレシピエント側が対価お金を渡す。両方とも少なくとも損はしないし、一見その臓器摘出が「搾取」なのかどうかについては判断が難しい。まずはこの臓器売買がなぜ人身売買と関係してくるのかについて説明したい。

人身売買の定義をもう一度見ていただきたい。そこには「弱い立場の悪用（中略）を用いて」という記述があり、また同（b）には「同意しているか否かを問わない」とも書かれている。したがって弱い立場＝貧しい状況と考えれば、貧しい人が金を得る目的で自らの臓器を売り、金持ちがそれを買うというシステムは、どんなに双方の同意に基づいていても定義上は人身売買とみなせるのである。

もちろんこれはあくまで定義解釈の問題である。この見解に確証が得られたのは、フィリピンのIOM（International Organization for Migration）のReed氏に臓器売買について尋ねたときであった。その問いに対して彼ははっきりと「臓器売買は”extreme form of human trafficking”だ」と断じた。IOMのような国際的機関の人身売買担当者の認識として「臓器売買は人身売買である」とされていることから、私はその見解は少なくとも間違っていないと判断した。

以上のことから私は今回、人身売買と臓器移植との関係、特に「臓器目的の人身売買」と「臓器売買と人身売買との関係」の二つのテーマに着目して調べることにした。

### 臓器目的の人身売買

臓器目的の人身売買については、特にインターネット上で種々の国での事例が紹介されている。その中でも、子どもを養子縁組という形で人身売買し、臓器を取り、その後殺してしまうという非情なケースが多く見られる。養子という形であれば怪しまれにくいし、子どもは力がない分大人より扱いやすい、などと考えるとリアリティーのある話である。しかしこれらの多くは、「こういうケースもある」と個々に事例を紹介したものばかりで、信頼性が高いとは言えなかった。もしかすると、臓器を取ってしまったあとに証拠隠滅＝殺害することが容易なので、発見された数が少なくても全容が解明されていないのかもしれない。

（a）「搾取の目的で、暴力若しくはその他の形態の強制力による脅迫若しくはこれの行使、誘拐、詐欺、欺もう、権力の濫用若しくは弱い立場の悪用、又は他人を支配下に置く者の同意を得る目的で行う金銭若しくは利益の授受の手段を用いて、人を採用し、運搬し、移送し、蔵匿し又は收受することをいう。搾取には、少なくとも、他人を売春させて搾取すること若しくはその他の形態の性的搾取、強制的な労働若しくは役務の提供、奴隷若しくはこれに類する行為、隷属又は臓器摘出を含める。」

（b）(a)に規定する手段が用いられた場合には、人身取引の被害者が(a)に規定する搾取について同意しているか否かを問わない。

人身売買の定義<sup>1)</sup>

ない。

フィリピンに赴くことでその実態に近づこうと考えていたが、残念なことにフィリピンにおいてもその状況はあまり変わらなかった。訪れた機関で「臓器目的の人身売買」について尋ねても、ほとんどの回答は「そういうことがあるのは聞くのだが、はっきりした詳しいことはわからない」というようなものであった。ニュースで聞いたことがある、保護された子どもがそのような話をしていた、という程度のもので、どうしてもはっきりした記録やデータ、証言などは見出せなかった。話が多く聞かれることから臓器目的の人身売買はおそらくフィリピンにも存在すると思われるが、今回の活動ではそれ以上の進展は見られないと考えて調査を断念し、臓器売買のことを中心に活動していくことにした。

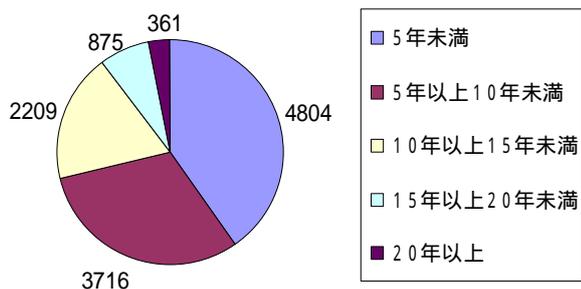
## 臓器売買と人身売買

### ・臓器売買 プラスとマイナス

臓器売買について述べるにあたって、まずは「臓器売買はなぜ行われるのか」という根本的なところから考えてみたい。といってもその答えは単純で、臓器売買によって売る側・買う側両方が利益を得るから、である。

売る側の利益というのはもちろん、臓器を売ることによってお金が得られるということだ。フィリピンのスラムに住む人の一日の収入は約600円以下だという。対して、例えば腎臓は相場としてひとつ約16～27万円で売れる<sup>21)</sup>。単純計算するとこの額は年収に匹敵し、かなりの大金といえる。現に腎臓を売ったお金を元手に雑貨店を開き、スラムを抜け出して生活を安定させた人もいるという。一つ言えることは、非常に貧しい人々は臓器を売ることによって、少なくとも死を遠ざけることができるのである。しかも場合によっては安定的な豊かささえ手に入るのだ。

腎臓移植希望登録者 待機期間  
(n=11,965 2007.11.30現在)



(日本臓器移植ネットワーク<sup>23)</sup>より)

一方買う側の利益だが、これも単純に移植臓器が手に入る、ということだ。現在、多くの人が移植臓器を待っているのに、そのための臓器は足りていないという状態である。腎臓に関して言えば、平成19年11月30日現在日本には11,965人の移植希望の登録者がいる。一方で、移植件数は年間150件前後、多いときでも200件に届かない<sup>22)</sup>。そして必然的に、かなりの長期間移植臓器を待たされることが多い(上図)。日本は臓器移植に関して整備が遅れているという側面もあるかもしれないが、この状況は世界を見ても大きくは変わらず、世界的にも移植臓器の需要は高いといえる。そのような状況で、お金さえ払えば

欲しい臓器が手早く手に入れられる臓器売買というシステムは、切迫している患者・長期間待たされている患者にとっては実にありがたいものなのである。

以上述べたように臓器売買は売る側にも買う側にもとても大きな利益を生み出すため、それに対する需要も供給もしっかりとそろっている、というのが現状である。

では今度は反対に、臓器売買をすることのマイナス面について考えてみる。しかしマイナス要素というのは実は買う側にはないことが多く、売る側のみ不利・負担が見られる場合がほとんどである。買う側と売る側とを比べれば、圧倒的に買う側の方が裕福でありマネーパワーを持っているためだろう。

まずマイナス面のひとつとして、臓器は基本的に再生不可能だということが挙げられる。例えば腎臓を考えると、片方摘出されればそれは人体にとってなんらかの負担になるだろうし、その負担は一生継続とも言える。摘出による悪影響が回復することがないというのが売血などとの違いである。一方は金の力で健康を得、一方は貧しさのため健康を失う。言ってみれば売る側の健康そのものを切り売りしているに等しいのである。どんなに本人の自由意志からの行動だとしても、この「金持ちがカネで健康を買い取る」という行為は明らかに人権侵害といえるだろう。

また売る側、すなわちドナーに対するアフターケアの問題がある。もし臓器を売り買いの対象＝「商品」とするならば、買う側にとってドナーというのは「商品の所有者」ではない。単純な売買においては、対価の交換さえ終われば、あとは基本的に買う側と所有者とは関係なくなる。したがってレシピエント側は「商品」と対価との交換さえ終わらせてしまえば、あとは基本的に「所有者」のことを考える必要はない、というのがリクツである。つまり極端な話、ドナーのアフターケアを責任もって行う義務はないと言える。これはあくまで極論ではあるが、売買契約という形をとることが、ドナーの健康に対するレシピエントの意識をひどく薄くしてしまう恐れは十分にある。

特に自らの臓器を売って金を得ようとする人は、十分な栄養状態にはないことが多いし医学的知識も乏しいだろう。そのため移植手術後のアフターケアは一層整えておかなければ命の危険もある。それなのに逆にそれを軽んじる結果となるのは非常に問題がある。

それならばその分のお金を余分にもらえばいいという意見もあるだろう。しかし上に述べたように売る側は買う側に比べて弱い立場にあり、知識も乏しい。したがって買う側、もしくは仲介するブローカーに不正に安く買い

## 臓器売買のマイナス面

### 売る側のみ不利・負担

- 「金持ちがカネで健康を買い取る」
- アフターケアが不十分  
ただでさえ栄養状態のよくない人々
- 代金が正しく支払われない

叩かれる可能性はかなり高い。アフターケア云々の前に、臓器の対価についてさえも油断できないのである。

マイナス面には他にも「倫理的問題」と「非合法組織の拡大の可能性」というものもあるのだが、論点が拡散してしまうので今回は触れないことにする。

以上プラス面とマイナス面を述べたが、これを見る限りではマイナス面に重きが置かれるべきだと思われる。売る側に対する配慮が失われ、その人権が明らかに侵害される結果を生んでいるためだ。人権問題に比べれば、プラス面として挙げられた事項というのは説得力が弱いように聞こえるだろう。

### ・ 正論、それはエゴ？

フィリピンのいくつかの機関で聞かされた、人身売買一般に関する話で興味深いものがある。人身売買の被害者というのは人身売買の危険性を全く知らなくてだまされる人もいるが、そうした人ばかりでは決してない。すなわち「もしかするとだまされるかも」と危険性をわかっている、それでも結局だまされて被害を受けてしまう人も少なくないという話だ。

例えば日本でのエンターテイナーの募集が来たとする。人身売買について少しでも知っている人なら「本当の募集であれば日本で大金を稼げる」と思う一方、「だまされて搾取されるかも」とも考えるだろう。募集の全てが搾取にむかうわけではなく、大金というリターンを得られる可能性は大いにある。確率的にはむしろそちらの方が大きいだろう。しかしそれでも人身売買の対象とされるというリスクは確実に負わなければならない。人身売買の知識がありながらその募集に参加する人たちは、そのリスクとリターンを踏まえた「人生を賭けたギャンブル」をしているのである。

さて、この「ギャンブル」という見方は臓器売買の場合にも適用できる。

・ で述べたように臓器売買はスラムの人に大きなリターン、すなわち少なくとも死を遠ざけ、場合によっては安定した豊かな生活へと大転換させられるチャンスをもたらす。食うや食わずの状態、何もしなければもしかすると明日、1週間後、1ヵ月後に病気や怪我、栄養失調などで死ぬかもしれない。しかし臓器を売ればまともな金が手に入るし、少なくとも命を落としてしまうことはまずない。もちろん全くない

### 臓器売買のリスクとリターン

- ・ アフターケアの不備による健康被害 確率 中
  - ・ 医療ミスなどによる死 確率 低
  - ・ 代金が正しく支払われない 確率 中
- ↓
- ・ 大金を得て、死から逃れる 確率 高

とは言わないが、アフターケアの不十分さや医療ミスなど挙げられるリスクというのは、例えば上に述べた「日本行き」のリスクと比べてみると全くもって小さいものではないだろうか。

臓器売買を「ギャンブル」という見方で見れば、確かに自らの身体を賭けるとは言え、ローリスク・ハイリターンの楽な勝負といえるのだ。

貧しさから抜け出し生活の安定が図れる「確実な」方策としての臓器売買を妨げることは、それこそ貧しい人たちの命や安定した生活への可能性を奪う「人権侵害」といわれても文句は言えないのではないだろうか。

レシピエント側の状況も考えよう。例えば腎不全で透析治療を余儀なくされれば、その透析治療に多くの時間を取られ、その人の生活には様々な負担がかかる。しかし臓器売買により腎臓を手早く手に入れられれば、その分だけ早く負担をなくすることができる。QOLの面から判断すれば、いつ来るかわからない腎臓を待つて苦しい生活をずっと続けるより、そちらの方がずっと望ましい。

医学の発達により多くの場合臓器を移植しなくてもすぐに生死に関わることはないかもしれない。しかし . のグラフでわかるように待つ期間というのは年単位。移植臓器を待っていればレシピエントの QOL は何年間も低いままなのである。臓器売買に反対するということは、その QOL を高める方策があるのにあえてそれを妨げるという行為なのだ。

端的に言えば、一件の臓器売買を容認すればドナー側とレシピエント側の最低二人の命と生活を確実に「救う」ことができる。どちらの側にも家族などがいるだろうから、その人数は更に増える。逆に臓器売買を絶対に許さないということは、その救えるはずの命と生活を「見捨てる」ことなのだ。人の命と生活を見捨てながら、「正論」という理想を主張し強いることは自分勝手なエゴなのではないだろうか。

### ・そして反対へ・・・

臓器売買を認めてよいのか否か、もし個々の事例に焦点を合わせていけば「認めるしかない」という結論に近づく。それはなぜかというと、事例が具体的になればなるほど当事者の切迫した状況が浮き彫りになるためだ。切迫した状況を見せられれば、所詮他人である私たちはその強い説得力に屈しざるを得ない。反対して「正論」を主張するということは、 . で述べたように「自らのエゴを貫く」ということなのだから。

しかし私は、このような理由から臓器売買を支持する立場を取ることに強い違和感をおぼえる。なぜならそれは「意見」とは言えず「盲従」でしかないからだ。強い説得力を前に、何も見えなくなり服従するしかなくなった「盲従」である。臓器売買を支持するというその判断自体は問題ないが、自ら考えることができなくなった「盲従」は議論の進展

を無為に妨げるだけである。

臓器売買では人間の臓器がモノとして扱われて売買され、またドナーも患者としてではなく、「商品の所有者」というモノに近い存在として扱われる。一方人身売買においては人間がモノとして扱われ売り買いされ、文字通り非人間的な扱いを受ける。

これら二つの共通点、それはどちらも、モノとみなすべきでない存在をモノとして扱う行為だということである。はじめににおいては定義の面と一般的見解の面から**臓器売買は人身売買である**と言った。それに加えて「行為の意味」の面からもそう断ずることができるのである。そしてまた両方とも、その過程には金の力が大きく作用しているのである。

モノとみなすべきではない存在を金の力でモノとして扱うことがどのような非人間的な結果を生むかという事実は、人身売買について述べてきた章を見ていただければ理解できると思う。

臓器売買でも基本的には同じことが言えるはずなのだが、一般的な人身売買との違いは、目先で生まれる利益が非常に大きいということだ。「目先」という語を悪い意味で使っているわけではなく、確かに臓器売買は「一人一人の命と生活を救える」という大きな利益を持つのである。

この大きな利益ゆえに、真っ向から反対するのはためられるし、「盲従」という結果も生む。しかしずっと述べてきたように臓器売買は人身売買なのである。そしてその理解の下に時間的・空間的に広く視野を持つてみるとどうだろう。人間やその臓器をモノとみなしてしまう行為は決してよい結果をもたらさない、そう断言できるのではないだろうか。それはおそらく反対すべき行為だろう。

「**臓器売買は人身売買である**。したがってそれは支持すべきではない。」今回臓器売買を人身売買と結び付けて考えたが、これを結論として一つのまとめとしたい。

### 合法化という選択肢

今回の活動地フィリピンでは臓器売買を公認し合法化する動きがあり、物議をかもしている。そのことはフィリピンでのインタビュー中、臓器売買に関して尋ねると必ずと言ってよいほど話題に出てきて、臓器売買の問題点と深く結びついている。

臓器売買のマイナス面で大きく取り上げられるのが、売る側つまりドナー側の保護が不十分である点だということは前述したとおりである。買う側は売る側と比べて圧倒的に「金

### 臓器売買が人身売買である理由

- 定義解釈:「弱い立場の悪用」、  
「同意しているか否かを問わない」
- 一般的見解: IOMの担当者の認識
- 行為の意味: モノとみなすべきでない存在をモノとみなす

銭的強者」であることから、市場原理に任せていると、例えば臓器を安く買い叩かれてしまったり、ドナー側のアフターケアを怠る結果となる可能性が高い。しかも現状としては、両者の間にブローカーが入って仲介することから、悪質なブローカーの場合中間マージンなどの関係でさらにドナー側にとって不利な条件を強いられることも多い。

フィリピン政府はこのドナー側不利の状況を変え、最低限の生命と健康を守ることを目的として合法化に向けて動いたのである。アロヨ大統領は07年2月に違法な臓器の取引を食い止めるよう厚生大臣に指示し、その指示を受けて臓器売買を仲介する公的な機関の設立が計画された<sup>24)</sup>。現在進められているのは腎臓の売買であり、臓器売買をするときに公的機関を通すことでブローカー優位・ドナー劣位の関係を是正してドナーを保護しようとしている。適正な値段を決めてしまえば安く買い叩かれることもないし、ガイドラインや法律をつくれればレシピエント側にドナーのアフターケアを責任もって請け負わせることができる。厳格な管理の下で臓器の売買を認めることで、ドナー側の保護を徹底しようということだ。

本報告書の第7章で述べるが、人身売買の根本的解決のためには貧困や賄賂など多くの問題を完全に解決しなければならないが、現実的にはそれはかなり難しい。臓器売買も同様で、さらにそれに加えて、需要が単純な人身売買よりもはるかに高いという特徴を持つ。この現状では臓器売買を違法として取り締まっていくことは難しく、特に財政的にあまり余裕のないフィリピン政府にとって臓器売買の根本的解決というのは理想論であって現実にそぐわないのだろう。理想を追求するよりは、臓器売買のシステムを整えることで健康被害を最小限に抑える暫定的解決を図るという選択をしたのだと思われる。無法状態を回避するための苦渋の決断と言えるが、臓器売買問題の解決策のひとつのあり方を提示したという点において、その前向きな姿勢は一応の評価に値するだろう。

ただしフィリピン政府は、臓器売買に対してこのような処置を行なったために海外などから多くのバッシングを受けることとなっている。問題は、フィリピンが国の見解として「臓器売買をやってもよい」と認めたことだ。臓器売買と人身売買で述べたような問題点に加え、「倫理性」の面からも完全には受け入れられてはいない臓器売買を、国として公的に認めた行為が非難されるのはフィリピン政府も想像はついでいただろう。

しかし角度を変えて世界を見れば、実は同じことが多く行われているのかもしれない。



オランダのコーヒーショップ＝大麻の吸える店  
(厳密にはオランダでは大麻は「黙認」状態)  
(<http://ayufugu.exblog.jp/i22/>より)

例えば大麻の使用、例えば売春である。一般的見解としてあまりよくないとされる両者だが、ヨーロッパなどのいくつかの国で合法化されているし、合法化の理由としてはフィリピンのそれと大きくは変わらない。大麻や売春と臓器売買はどのように異なるのか。どのような条件を満たしていれば合法化しても非難を免れるのか。まだまだ議論の余地はあるようだ。

売春の合法化について、オーストラリアのキャンベラで「モラルの押し付けは金持ちのエゴではないか」という批判が出て合法化の方向へ動いたとされる。正論とエゴについては臓器売買と人身売買でも述べたが、この手の問題にずっと付きまってくるようだ。

今回の私たちの活動において、臓器売買の合法化についてどう思うか、という問いに対して、はっきりと批判的な態度をとったのはIOMとPREDAの担当者たちであった。その他の機関の人はそう大きなリアクションをとらなかつたり、「この時世ではしかたないのではないか」とみえる態度をとったりした。前者と後者との違い、それは担当者の国籍である。前者はどちらも欧米出身者、後者はみなフィリピン人である。帰国後メモの整理をしていてこのことに気づいたときには、当事者と外国人ではやはり臓器売買に対する反応の温度差があるのだろうと考えさせられた。臓器売買とその合法化について、大小の差はあるが「富者のエゴ」という側面もあるのかもしれない。

「木を見て森を見ず」という諺がある。臓器売買と人身売買においては、木を「一人の命と生活」、森を「人身売買全体」と考えて話を進めてきた。しかしこの「木」と「森」の置き方はこれだけではない。どこに焦点を合わせるかでその置き方は変わってくる。合法化にあたってはその置き方の違いはその是非に大きく関わってくる。それを含めてフィリピン臓器売買の問題を初めとした「必要悪（と書くと語弊があるかもしれないが）と合法化」については、更なる議論が必要だろうと思われる。

### 意見と感情の臓器売買

最後に私の「人身売買と臓器売買」についての考えを述べて結びとしたい。

臓器売買反対ということを主張すれば、ほぼ確実に次のことに対して反論しなければならない状況にぶつかるだろう。すなわち、「あなたの親しい人、例えば親兄弟や友人などが、臓器売買さえすれば助かるという状況になったとき、それでもあなたは臓器売買を許さないのか？」と。

答えは、否である。

といっても、「絶対に臓器売買反対を貫き通すとは言えない」という意味での否であって、どちらになるかはその状況になってみなければわからないというのが本音だ。

大切なのは、臓器売買反対という主張は、現在自分が臓器売買と関係ないからこそできるものなのだということだ。臓器売買について考えるとき、そのことは必ず常に頭の中に入れておかなければならない。自分が臓器売買とは直接的に縁のないところにいるからこ

そ、ある意味冷静に、それに反対できるのである。

私が述べてきたことは結局のところ「論理的にそう言える」のに過ぎず、「常に当てはまる真理」だとは限らない。臓器売買が、巨視的に見れば悪影響を及ぼす要因となりうる、容認すべきでないものであることは確かだろう。しかし見方によっては容認しなければならないものとなるかもしれないし、上の状況のように人が常にその意見を持ち続けられるかはわからない。

「臓器売買反対」という意見と、「自分の親しい人が臓器売買が必要になったら」という議論とは本来別問題、別次元の話なのだが、「真理とは限らない」ということを言うためにはわかりやすい例である。

なぜこのようなことを長々と述べているかというと、上の文章を読んで、「それでは何かなんでも臓器売買には反対せねば」と単純に結論付けるべきではないからだ。それはおそらく臓器売買賛成派の盲従の裏返しでしかない。

人身売買と臓器移植の関係、特に臓器売買について述べるときに必要なのは、法律の知識でも、倫理学でも、医学でもない。それらがあるに越したことはないが、重要なのは、考えること・考える姿勢なのである。

臓器売買は強い需要と供給がそろっているからこそ成り立っていること。臓器売買に反対することで「見捨てられる」命と生活というのは確実に存在すること。自らの状況が変われば臓器売買に反対することができなくなるかもしれないこと。しかしそれでも、広い視野で見れば臓器売買は容認しない方がよいだろうこと……。考慮に入れなければならないことはたくさんある。しかし臓器売買に直接関係していて切迫している人々がいる以上、できる限りのことを考えて意見を構成しなければそれらの人々に対して失礼である。そればかりか、それこそ命を安易に奪ってしまう結果になるかもしれない。

臓器売買とは非常にデリケートな問題である。合法化の話だけでもとても難しい。状況によっては意見が変わるかもしれないという点を考えれば私は「8割の反対」くらいとしか言えないのかもしれない。「8割の反対」と言うのは卑怯に聞こえるかもしれないが、考えれば必然的に出てくる「2割の感情」だと理解してもらいたい。

賛成、反対を中途半端にするということはあまりよくないということは分かっている。しかし考慮に入れるべきことが増えれば増えるほど、それに対して完全な賛成、完全な反対というのは難しくなる。したがってやはり常に考える姿勢を持っておかなければならないのではないだろうか。

「考える」。これを人身売買と臓器売買、そして臓器移植についての最後の結論として、このまとめを終わる。

(文責：河野)

## 7章 “対症療法”を超えて：

## 医療従事者には何が出来るか？

これまでの報告内容を読み進めるうちに、人身売買という問題がいかに深刻なものであるかが伝わってきたことと思う。そして同時に、この問題の解決には並々ならぬ努力が必要であることもお分かり頂けたらう。では、世界レベルでの対策が必須であるこの難題に対して、具体的にはどういった取り組みができるのであろうか？以下に考えられる取り組み内容と、それによって期待される結果を列挙する。

- |                      |                                 |              |
|----------------------|---------------------------------|--------------|
| 1 . 実態把握のための社会調査     | 実態に即した適切な対策の立案                  |              |
| 2 . 政治家の自覚           | 法整備                             |              |
| 3 . 警察や法曹界での汚職撲滅     | 法の確実な施行                         | 犯罪者に対する確実な処罰 |
| 4 . 外国からの批判・圧力       | 政府の取り締まりの強化                     |              |
| 5 . 各国間での協力          | 国境を越えて行われる組織犯罪の摘発、被害者のアフターケアの充実 |              |
| 6 . 貧困削減             | 経済格差の是正                         | 経済的搾取構造の緩和   |
| 7 . 教師、宗教指導者などによる教育  | 自己防衛                            |              |
| 8 . 観光客に対する毅然とした法の適応 | } 買春客の減少                        |              |
| 9 . 観光客、旅行会社への教育     |                                 |              |
| 10 . 子供ポルノの取り締まりの強化  |                                 |              |
| 11 . ストリートチルドレンの保護   | 被害の予防                           |              |
| 12 . 被害者の保護システムの確立   | 被害者の社会復帰                        |              |

医療従事者ができることもあるが、これらの中にはあえて入れていない。それでは、医療従事者に限って言うならば、人身売買に対して一体何が出来るというのか・・・。

誤解を恐れずに言うと、医療従事者は人身売買を直接的、そして根本的に解決する方法は持っていないと言わざるを得ない。しかしながら、それはつまり「医療従事者には何もできない」ということを意味してはいない。「もし人身売買についてほとんど無知な医療従事者しかいなかったら・・・」と仮定して思考を巡らしてみること、「人身売買について詳しい医療従事者だからできること」が見えてくる。

## 原因療法と対症療法

まず、人身売買は社会構造上の犯罪であるということを思い出してほしい。「ヒト」は個人のみならず、犯罪組織によっても「お金を稼ぐため」に取引される。そのため法曹界や警察、国を統括する立場である政府が中心となってこの問題に積極的に取り組むべきなのはまず間違いない。また、「ヒト」の取引は時に複数の国をまたぐためこの問題はより複

雑なものになっている。ゆえに IOM などの国際機関や海外の NGO が各国間の連携の潤滑油として働くことも重要なことである。こういった法律・政策による人身売買の解決を図るやり方は、世界に蔓延する「人身売買病」に対する“原因療法”であると考えられることができる。

それとは対照的に、医療従事者の取り組みは、人身売買の被害に遭った人 = 患者を中心にした“対症療法”であるといえる。その実質的な被害を最小限に留めるため、医療従事者は主に以下の3つの役割をする。

1. 実際に被害に遭った人が発する「人身売買のサイン」を発見すること
2. 人身売買の被害に遭ったという医学的な証拠をとること
3. 被害者の身体と精神を救い、健康を取り戻すこと = 「社会復帰のための治療」

これらについて順に述べていく。

## 1. サインの発見

3つの役割の中で、医療従事者による「人身売買のサイン」の発見に関しては、ともすれば水面下に潜りがちな人身売買事件の発覚の明暗を分ける大切な役割であるといえる。人身売買被害者が発する具体的なサインについては、以下のようなものが挙げられる。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>a. 栄養失調・脱水症状・不衛生</li><li>b. 性感染症の多重感染(HIV、B型肝炎など)</li><li>c. 糖尿病・癌・心臓病などの重病</li><li>d. 性的暴行の痕跡</li><li>e. あざ、骨折など治療されずに放置されている疾病</li><li>f. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)・抑うつなどの精神異常</li><li>g. 身分証明書(パスポート・免許証など)を持っていない</li><li>h. 付き添いの者(加害者など)の顔色を伺うようなしぐさ</li></ol> |
|--|

これらはいずれも人身売買の被害に遭った場合にだけ見られるものではないが、上記のうちいくつかの項目が患者に当てはまれば人身売買を疑うべきである。医療従事者には、患者を診療する時にこうしたサインを見逃さまいとする姿勢が求められる。

## 2. 証拠とり

「証拠とり」についてはフィリピンのCPUで初めて知ったことである。医療

事者は被害者の診察時に外傷・打撲などの身体的所見や、性的虐待を受けた場合は性器の所見をとる。その診察結果は、裁判の際に有力な証拠となるのだ。この「証拠とり」によって医療従事者にしかできない医学的視点から裁判に介入することができる。こうした裁判の結果、加害者が有罪判決を言い渡されれば悪の芽を摘んだことになるだけでなく、被害者の不安といった精神的な負担も軽減されるため、極めて重要な役割といえる。

### 3．社会復帰のための治療

治療が一番医療従事者らしい役割だろう。しかしここでは、「完全なる社会復帰」のための治療であることがポイントである。患者が社会に復帰できることが、最終目標なのである。そのため、常に社会復帰を見据えた治療、教育が医療従事者には求められる。一通りの治療を終えて患者を故郷に帰した後も、現地の医療従事者にしっかり引き継ぎを行い、必要であれば出張医師や出張看護師として被害者のアフターケアを継続する。さらに、保健学的視点で地域住民に人身売買撲滅のための啓発活動や、人身売買で起こる病気の情報提供なども行う。そこまでして初めて患者中心の治療を施したと言えるだろう。

#### 原因療法への橋渡し

以上の3つのことは医療従事者として最低するべき役割だ。しかし、あくまでも目標が「人身売買問題の解決」であるならば、このノルマだけをクリアすればいいわけではない。警察や法曹界、政府が根本的な解決に大きく寄与することは当然のことだが、医療従事者の「ノルマ+」の行動も解決の“肝”になり得る。それは、医療従事者が「対症療法」から「原因療法」へバトンを渡す中間走者であるからだ。うまく他職種からバトンを受け、次につなげることができれば、確実に問題解決へと大きく前進する。

その前進のためには、もっと自分の「パートナー」のことも積極的に知っておくべきである。被害者が保護され社会復帰に至る経過を経時的に見ると“被害の訴え 警察による保護・事情聴取 医療従事者による診察 病気やケガの治療・心のケア（裁判） 社会復帰のための訓練・教育 完全な社会復帰”という流れで進んでいくが、医療従事者が関われるのは診察と治療、そして社会復帰のための訓練ぐらいである。その他のところでは、警察、法律家、ソーシャルワーカーや役人が様々な側面から被害者の社会復帰を支える。こういった自分のパートナーとも言うべき「co-worker」の活動をより分かるようになれば、自分が被害者の全体像の中で他職種から求められていることが分かる。そしてそれを踏まえた行動をとることで、自分の前と後との連携がスムーズになるだけでなく、自分が求められている範囲の中で自分がやるべきことを積極的に集中して取り組めるようになるだろう。そのためにも、今回私達が各国で訪れたような機関に訪問し、連絡をいつでも取り合えるネットワークを広げておくことも、「人身売買病」を完治させるための重要なアプローチの1つであると言えるだろう。

（文責：國村）

## おわりに 活動を振り返って：

### 困難は最大のチャンス！

この一連の活動は、思った以上に多くの機関を訪問でき、海外初経験の河野、國村はもちろんのこと私にとっても非常に有意義な学習となった。

実はフィリピン出発日までに、2つの機関しかアポが取れていない状況だったのだが、現地で四苦八苦してなんとか他の機関の訪問も実現させた。中にはアポ取りが困難を極め、その機関の訪問は一時あきらめようかと思ったこともあった。しかしここで妥協しては、将来の自分への投資および後輩への見本にならないと思い、不安を抱えつつも根気強く連絡を行い、最終的に10の機関を海外で訪問することができた。

誰でも、新しいことやリスクの高いことをするには、それなりの度胸がいる。そこにはかつて経験したことがない気味の悪い不安や、結果が出ないもどかしさ、惨めな失敗をするリスクもあるだろう。しかし何も行動せず、失敗せずに成長というものはありえるだろう



NGOでインタビュー中の1コマ

か。いつも群れの中で周りを気にして、人の意見に流されるばかりで、柔軟な思考力や独自の問題解決能力を身につけることは可能だろうか。答えは言うまでもないだろう。結果はどうであれ、何か新たなことに全力で挑戦してこそ、そこには他では味わえない斬新な喜びが存在する。時には周囲が全く関心を持ってくれず、孤独を感じることもあるだろう。だが人があまり知らない事、注目しない事こそ、そこに介入の余地や、やりがいがあるものと私は信じている。

私はいつも何かリスクの高い事をやる時、次の2つの座右の銘を自分に言い聞かせている。

- ・困難こそ、自分の能力を高める「最大のチャンス」である。
- ・きっと失敗すると思い、何もしないことこそが「最大の失敗」である。

今ではこのスリルを楽しめるまでになった。特に後輩には是非この2つの言葉を参考にして、これからの活動に役立ててもらいたい。そして若い学生のうちに、興味を持った事に躊躇せず挑戦する良き癖を身に付けておいてもらいたい。

最後に、いつも御支援頂いている OB の先生方、国内・海外の受け入れ機関の方々に、このような学習の機会を与えてくださったことを、心より感謝申し上げます。

この報告書を読んで、ご質問やご意見がございましたら以下までご遠慮なくお問い合わせ下さい。

e-mail: icream11@yahoo.co.jp

(文責：三隅)

### 考えて考えること

私は今回の活動で、主に臓器売買と人身売買の関係について調べた。

そして報告会の発表においてもこの報告書においても、最後のまとめを「深く考えなければならぬ」としている。正直なところ、活動のまとめとしてそのようなことを書いていいのか、もっと論理的な結論にしなければならないのではないかと非常に迷った。しかし臓器売買について考えれば考えるほど、安易に臓器売買について賛成・反対を決めることこそが最も怖いと思い、その怖さを伝えるために「考える」というまとめで一貫した。

おそらく臓器売買の賛否には正解はない。私が述べたことも間違っていないはずだし、しかし臓器売買を肯定する人の意見もまた間違っていないと思う。だから考えて考えて少しでも解決の方向へ進むようにしなければならないのではないだろうか。



夕焼けに一人たたずんで考える河野

と言っても建設的な議論をするためにはどうしても賛成と反対のどちらかを示さなければならぬ。そうしないと議論として成り立たない。今回私は臓器売買反対の立場をとることで、賛成派の強力な説得力に対抗するため深く、密に考えることができ、「臓器売買は人身売買だから反対すべきだ」という対抗意見をなんとか見出した。その意味では臓器売買に反対という立場のほうが、賛成という立場よりもより深く考えられる、というよりは考えさせられるという気がする。

今回私の活動は座学の割合が大きくなってしまい、発表・報告においてその考えの過程まで出したという点ではベストな方法ではなかったのかもしれない。しかし考え方と結論の根幹をなしたのはいよいよフィリピンでの活動と、人身売買という主テーマであった。軸がぶれなかったという点では今回は有意義な活動ができたと思う。

(文責：河野)

フィリピンの「いま」に触れた18日間

初めての外国だと期待に胸を躍らせて行ったフィリピンは、どこもかしこもジョリビー（Jollibee）だらけであった。この一言に尽きる。可愛らしいあの赤いハチの笑顔は一生忘れないだろう・・・。

ジョリビーとはフィリピン国内で多くの店舗を持つファーストフード店の名称であり、そのマスコットキャラクターの名前でもある。謎のソース付きのフライドチキンがメインメニューであるが、まずいとは言えないその味と、ほどよい位置に店を構えているがゆえの利便性から、18日間の旅で3回以上は赴いた。驚いたことに、どの支店でも店内は多くのフィリピン人で混雑していた。ジョリビーは愛されていた・・・。

実は、このジョリビーからフィリピンという国の「いま」が垣間見えてくる。日本とフィリピンは似ているところがある。日本は日本独自の文化をもっていたはずだが、今ではすっかり欧米化してしまっている。食文化に限って言えば、マクドナルドの店舗数の多さがその最たる例だ。フィリピンも同様に独自の食文化が外国のファーストフードに取って代われつつある。フィリピンの場合は中国系の企業であるジョリビーがそうだ。値段は決して安いものではないのに多くの人々がレジに向かう。ジョリビーの味が人々に行きわたっている。フィリピンにはマクドナルドもあるが、ジョリビーの人気はマクドナルドよりも高い。そして外国企業の参入は資本主義経済を国内に浸透させ、日本と同様に富裕層と貧困層の格差を押し広げている。だが、ストリートチルドレンの多さから考えてフィリピンの方がその格差はひどいだろう。大きなデパートの中と小さな路地裏の光景の違いは格差について考えさせられる。

この旅の最中、フィリピン人の優しさを感じる機会が多くあった。出会った人々はみな初対面なのにとっても親切な対応をしてくれた。彼らのほとんどがカトリックであるということも関係しているのだろうか。初の海外経験がフィリピンで本当に良かった。こう断言できるのも、先輩達がいたおかげで、自分一人なら確実にしていただろう数々の失敗を1つもしなかったからであろう。果たして自分に一人旅は可能なのだろうか。この疑問は「その時」まで取っておくことにする。

（文責：國村）



これが大人気のジョリビーだ！

**参考文献：**

- 1) 外務省 国際的な組織犯罪の防止に関する国際連合条約を補足する人（特に女性及び児童）の取引を防止し、抑止し及び処罰するための議定書：  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty162\\_1.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty162_1.html)
- 2) ILO 駐日事務所．日本における性的搾取を目的とした人身取引 2005：  
[http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/downloads/trafficking\\_report.pdf](http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/downloads/trafficking_report.pdf)
- 3) UNIFEM：<http://www.unifem-eseasia.org/resources/others/traffkit.pdf>
- 4) UNFPA：State of world population 2006．2006．
- 5) 駐日米国大使館：<http://japan.usembassy.gov/jp/tpj-j20041019-50.html>
- 6) 国連人口基金（UNFPA）．世界人口白書 2007：<http://www.unfpa.or.jp/4-1.html>
- 7) Personal Health Center：  
<http://www.mars.dti.ne.jp/~frhikaru/philippine/hygiene.html>
- 8) PubMed：  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17321311?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17321311?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)
- 9) 世界日報社．父と娘の時事問答：  
<http://www.worldtimes.co.jp/wtop/tititokoqa/tititoko060205.htm>
- 10) 総務省統計局．世界の統計 2007：<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0206.xls>
- 11) (財) アジア・太平洋人権情報センター[ヒューライツ大阪]．アジア・太平洋人権レビュー2006 人身売買の撤廃と被害者支援に向けた取り組み 現代人文社 2006．
- 12) IOM：<http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/pid/1674?entryId=13994>
- 13) U.S. Department of State Trafficking in Persons Report 2007：  
<http://www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2007/>
- 14) K. Tsutsumi, et al . OAS Research Preliminary Report: Trafficking in Persons from Latin America and the Caribbean (LAC) to Japan 2005：  
<http://www.vitalvoices.org/files/docs/Japan%20English%204-7-05.pdf>
- 15) 法務省入国管理局 広報資料 平成 17 年における人身取引の被害者について 2006
- 16) 法務省入国管理局 広報資料 平成 18 年に保護又は帰国支援した人身取引の被害者数について 2007
- 17) 吉田容子 監修，JNATIP 編 人身売買をなくすために 明石書店 2004
- 18) 神戸公務員ボランティア 社会福祉法第 2 条第 3 項に規定する生計困難者のための無料または低額な料金で診療を行う事業における人身取引被害者等の取扱いについて：  
<http://homepage3.nifty.com/kobekoubora/muryouteigakujinnsintorihikituuti050308.pdf>
- 19) 独立行政法人 国立女性教育会館．人身取引問題に関する国際シンポジウム 人身取

- 引の根絶に向けて 報告書 2005 .
- 20) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課・婦人相談所における人身取引被害者支援の手引き 2006 .
- 21) Asian Human Rights Commission :  
<http://www.ahrchk.net/statements/mainfile.php/2007statements/929/>
- 22) 日本臓器移植ネットワーク : <http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer01.html#18>
- 23) 日本臓器移植ネットワーク : <http://www.jotnw.or.jp/datafile/index.html>
- 24) The Manila Times Internet Edition :  
<http://202.124.128.10/national/2007/feb/08/yehey/metro/20070208met2.html>
- 25) ケビン・ベールズ著, 大和田英子訳 グローバル経済と現代の奴隷制 凱風社 2002
- 26) アジア・ウォッチ, 女性の権利プロジェクト, ヒューマンライツウォッチ 現代の奴隷制 明石書店 2006
- 27) 財団法人 女性のためのアジア平和国民基金 「国際人身売買」禁止法は必要か 2003
- 28) ロン・オグレディ アジアの子供買春 明石書店 1993
- 29) ロン・オグレディ . アジアの子供とセックスツアーリスト 明石書店 1995
- 30) マリア・ロザリオ・ピケロ・バレスカス フィリピンの子どもたちはなぜ働くのか 明石書店 1991
- 31) トランスペアレンシー・ジャパン : <http://www.ti-j.org/>
- 32) Yi Wang. Anti-Human Trafficking Program in Vietnam 2005 :  
<http://www.tipinasia.info/files/doc/2/0/202/Anti-trafficking%20program%20in%20Vietnam.pdf>
- 33) エクパット・ジャパン・関西 . 子どもの回復力を支えるために - フィリピンの子ども虐待・搾取に取り組むNGOから学んだこと - 2005
- 34) 独立行政法人 国立女性教育会館 . 人身取引とその防止・教育・啓発に関する調査研究 (資料編1) 2007



つきの鋭い軍人もまた見当たらなかった。

厳重な入国審査を想像していた私たちには拍子抜けであった。入国手続きはまだ20代と思われる若い女性が行っていた。彼女らは私たちには何も話しかけない。パスポート番号と名前を機械的にコンピュータに打ち込む作業を淡々に行っては、スタンプを出入国カードに押し、観光客を流していた。

屋外へでた私たちの体を湿気が包み込む。一番初めに空港に降り立った時に、気にならなかった湿気は、エアコンが効いていた建物から屋外にでるとはっきりと感じられる。カメラのレンズが微細な水滴で埋まる。この湿気は私たちに束の間の不快感をあたえるが、ものの5分もすれば私たちは湿気が気にならなくなっていた。

軍事政権はこの湿気のように私たちの身の回りについて来ることになる。慣れてしまえば気にならず、気になっても目にとらえることは難しい。湿気はまるでこれからのミャンマーでの活動を暗示しているようだった。そしてここから私たちの報告書は始まる。

「軍事政権は目に見えない。」そんな当たり前のことを私たちは理解していたのだろうか？

空港を出た私たちを迎えたのはタクシーに乗せようと話しかけてくるミャンマー人であった。途上国旅行に定番の物売りが積極的に押し掛けてくる状況は、ヤンゴン市内においてこのタクシー乗り場が最初で最後であった。

空港からタクシーに乗ること30分。旧首都であるヤンゴン市内ではいつもの光景が広がっている。路傍でゲームに興じる男たち、市場で日々の食材を購入する女たち、喫茶店ではのんびりとお茶とタバコを楽しむ人々の笑顔が目に入る。

どこの国でも見られる日常の風景、いやむしろ他の国に比べゆったりとした時間の流れさえ感じていた。その光景に戸惑う私たちはこの国に何を期待していたのだろうか。日々の生活を暮らして行くことと極限状況下にあるということは決して矛盾しない。例え戦争や内乱下にある国でも、戦う兵士以外の多くの人々は毎日を普段通りに生活しているのだから。

穏やかな生活が軍事政権による困窮を否定することにはならない。だからこそ私たちに必要となるのはそうした普段の光景に対しての注意深い観察と問いかけである。何気ない事象に一瞬だが軍事政権の影が見えることがある。思い違いかもしれないと思うこともあった。だが、やはり「軍事政権」は近くにいたのだった。

結局、真実は容易に姿を現さない国であった。今も思う。私たちはミャンマーの人々の本当の姿を見ていたのだろうか？

今回の活動は明確な目標（エンドポイント）もない私たちにとって、どこで切り上げるかが非常に大きな問題であった。活動で出会う人々の階層は限られていた。活動したい施設も政府の許可がなければ自由に訪問はできなかった。

もっと準備ができていればと思うことも多かった。班員間の問題意識のずれ、情報の共

有不足が、感情となって表れることもあった。毎日の反省会が苦痛でしかない時もあった。内容のない活動、無意味な話し合い、なれ合いといらだちの日々が繰り返された。そのようにして書かれた報告書に果たして意味があるのかという議論すらあった。

それでも私たちは書かなければならない。ミャンマー政府のプロパガンダのためではない。あの時見てきたもの、あの場所で出会った人たちの言葉を伝える窓となれるように。

そのために、まずは私たちの感じたミャンマーという国から述べていきたい。

注)ヒューズ・ダダ・カインは fusu・dada・kaine は funadadaisuke のアナグラム

## 2 . ミャンマーの生活

(文責・藤田)

私たちが他にもなくミャンマーを活動地に決めた理由はたった1つである。それは、ミャンマーの軍事政権という特殊な状況下でどのような医療が提供されているのかを見たいというものだった。また、できれば、この未知なる国の現状や人々に一步でも近づき、足を運んでこそ見られる現実を見たいとも思った。

### ミャンマーの表と裏

僧侶によるデモ行進がおこったのは私たちが帰国して1ヶ月後のことであったが、頭の中にあるミャンマーの町並みとブラウン管を通して見たそれとの違いに強いショックを受けたことは今でもはっきりと覚えている。ここから感じるミャンマーの印象、つまり軍事政権が圧倒的な力で国民を抑圧しているという印象は、私たちが日本を発つ前に抱いていたイメージそのものであった。

しかし、実際にこの騒動の約1ヶ月前に現地を訪れたとき、そこは道路沿いに隙間無く店が立ち並び、行き交う人々で前が見えないほど混雑したにぎやかな街だった。店の人も、私たちが1週間ほど滞在した宿の経営者家族も、訪問した病院の先生方も、誰も彼もが親切だった。

一見しただけでは、彼らが軍事政権により抑圧されているということを感じ取るのは難しかった。笑顔の奥に隠されている真実を知るには、あまりに短い滞在だったのだ。そんな表面のミャンマーの明るさに、私たちの警戒心がいつのまにかゆるんでいたのは確かだ。

滞在も終盤になったころ、ちょうど目の前でデモ行進が行なわれていた。しかし、そこで本来感じなければならなかった危険を、私たちは素通りしてしまった。それだけ、普段のミャンマーは平穏を感じさせる国なのだ。皮肉にもこの平穏は軍事政権による必死の治安維持の結果である。

私たちは現地で軍事政権の支配というミャンマーの隠れた一面を見ようとしながらも、むしろ帰国後、その恐ろしさを知ることになった。ミャンマーのもつ表と裏を同時に見るということはメディアを通して、実際に現地を訪ねてみても難しいのである。

## ミャンマーでの私たちの生活

### 停電

今回のデモが国民のかねてよりの不満を表したものであることは明らかだ。ミャンマーに滞在したほんの10日間で市場で手に入るガソリンの価格は3回値上がりしたし、半日もしくは丸1日停電していることも珍しくなかった。宿の主人が発電機を所有していたおかげで、最低限の電気は確保されていたが、それでも日中は気休め程度に回る扇風機で暑さをしのぎ、夜は冷たいシャワーに震えた。そんな毎日に、日本での快適な暮らしが何度か頭をよぎった。私たちは滞在中、軍事政権よりも何よりも停電に対する不満や心配をよく口にしたものだった。

この停電によるものか、ミャンマーの1日が終わるのは早い。だいたい夜9時にはほとんどの店のシャッターが下ろされ足元が見えないほど辺りは真っ暗になる。もちろん、日本人にとって身近な24時間営業のコンビニは存在しない。

さらに、付け加えると、軍の制限により鎖国的なミャンマーでは、国境の外の世界と接する機会が極めて少なく、外資系のファーストフード店は一軒も見当たらない。

しかし、余談ではあるが、ミスタードーナツやケンタッキーフライドチキンなどの名前を模倣したお店は存在するのだ。興味津々でドーナツ店に入ってみたがメニューも味も全く異なり、なぜわざわざ模倣したのかという疑問だけが残った。もちろん、店内で撮影を試みたところ、険しい顔をした店員が猛スピードで止めに来た。

### 交通

ミャンマー到着初日、空港から市内へはタクシーに乗った。この国において私たちが用いた交通手段は常にタクシーだった。バスもあったが、バス停の場所も、ビルマ語で書かれた行き先も分からなかった。タクシーとはいっても、ほとんどが日本の中古車で、内装がなかったり、信号で停車するたびに点検したりと、その状態は考えられないほどひどかった。日本なら間違いなく廃車になるはずの車ばかりが超特急で道を走っていた。

そもそも、車は中古車であれ相当高価なものらしく、庶民が自家用車を持つことは難しいという話を耳にした。

そんな車内から窓越しに見るミャンマーの景色は印象的だった。「地球の歩き方」というガイドブックに書いてあった通り、本当に誰もがロンジーを着用していたし、僧侶が道のあちら側にもこちら側にも歩いていた。そんな日常の光景が、私たちにとっては新鮮で、気分は高揚した。



ロンジー姿の人々とタクシー

### 最初にして最大の挫折

しかし、1時間後、そんな気分を一瞬にして吹き飛ばす料理が私たちの前に並んだ。その料理モヒンガーはナマズなどの淡水魚のスープに米の粉から作られた麺を加えたもので、ミャンマーでは家庭でも、市場でもよく目にする麺類のスナックである。

ミャンマーに来たからには、この代表的料理を食べないわけにはいかないと自ら注文したのだが、期待とは裏腹にモヒンガーは気が遠くなるほどまずかった。たまたま入った店が悪かったのかもしれないが、食卓に5つ並んだモヒンガーは泥交じりの黄色く濁ったスープに、なまずのひげの断片が浮かび、生ごみのような臭いがした。明らかに味が期待できない見た目にひるみながらも、勇気を出して口にしたらさっきまでの食欲はみるみるうちに消えていった。しかし、船田・座光寺は難なくこれを食べ終え、さらに「モヒンガーは美味しい」と主張していたことから、ミャンマーの人々のなかでもモヒンガーは美味しい料理として位置づけられているのかもしれないと思った。

それでも、またいつかミャンマーを訪れる機会があったとき、私がモヒンガーを口にすることはない。

### 貧富の差

どこの国にも存在する貧富の差。さらに、発展途上国に特有の貧しさから抜け出せない

システム。これは、例外なくミャンマーにも存在していた。そもそも、この貧富の差が気になったきっかけはある医師からの思いがけない言葉であった。「ミャンマーには、中流階級はほとんど存在しない。」そのことを実際に図で示してくれた。その割合を読み取ると、中流階級は10%にも満たず、残りは富裕層と貧困層が半々というものだった。

この二分化はそれぞれの階級から抜け出せない事態を助長し、国民の無気力化、同時に富裕層による権力の乱用、貧困層による治安の悪化など様々な問題を生じやすい。彼の目にもこれは良くないことと映っているらしく、日本のように中流階級の割合が増えることが望ましいと言っていた。

そんな彼ら富裕層の人々の暮らしぶりは発展途上国ミャンマーという先入観を軽々と吹き飛ばすほどリッチなものであった。市内を一望できるさくらタワー20階で20人分の軽食を気前良く支払う教授、ブランド携帯を持ち、夜はクラブに足を運ぶその息子、イギリスで医学を学んでいるという自己主張の強いお嬢様、日本円で一皿一万円もする料理をご馳走してくれた女医さん、私たちが出会ったのはそんな人々だった。

そして、私たちが停電に苦しんでいるという話をしたとき、不思議そうな顔をして笑った。ミャンマーでの電気の供給は場所により大きく差がある。私たちが滞在していた場所のように停電している時間が1日の半分ほどの地域もあれば、全く停電しない地域もあるし、未だ電気の設備すら手付かずの地域もあるのだ。

私たちはミャンマーの最大都市ヤンゴンに終始留まり、一般的に富裕層の割合が高い医療関係者とはしか接していないため、そのような地域に住む貧困層の人々の暮らしに関しては表面的に見ることしかできなかった。

街中で立ち止まっていると、どこから現れるのか子供たちが1人2人と増えて囲まれてしまう。か細い声で、お腹が空いているのと言う子もいれば、絵葉書を買うように強く要求してくる子もいる。ちょっと見ただけでは、それぞれが生きるのに必死のように見える。

しかし、経済的にはここよりずっと豊かな隣国タイの方が物乞いをしている人を見かけることは比べものにならないほど多かったし、ミャンマーでは日本のホームレスのような人を見かけることもなかった。というよりも、ヤンゴンの街を隈なく歩き見たわけではないが、外国人相手に金銭などを恵んでもらおうとする大人を見かけた記憶がない。

私たちはこのことから、ミャンマーは決して生活に困っていないというわけではないが、大多数の人が衣食住のそろわない最低限の生活レベルにはないと判断した。もちろん、気づくことのできない軍事政権による影響が彼らを覆っていることを考えれば、実際にどうであるのかは数日間ミャンマーに立ち寄っただけの私たちに分かるはずはない。

私たちはこの旅を通じて、富裕層と貧困層との間に解消し難い大きな経済力の差があると感じた。そして、どちらの階級に属するかはミャンマーの場合、ほとんどが生まれた瞬

間に決まっている。

軍事政権が思いのままに国の政策を取り決める現状ではこの差は埋まりそうにも、その立場が逆転しそうにもない。固定された現状を打破するために、貧富の差よりもその根元にある機会の不平等さについて早急な対策が必要であると思われた。

## 宗教

そんな貧富の差も年齢も性別も関係なく、ミャンマー国民の心の中にいつも存在しているのが仏教への信仰心である。同じ仏教でも、日本で一般的に知られている全ての人が救われるという大乘仏教とは異なり、ミャンマーの上座部仏教は修行を積んだ人のみが救われるというものである。そのためか、上座部仏教の戒律は厳しいにも関わらず、街を歩くと1分間に2, 3人の割合で僧侶に出会う。さらに、ミャンマー最大の聖地シュエダゴオンパゴダに行けば、国民が昔からどれほど仏教を心の支えにしていたかが一目で分かる。食べるのには困らないが、さほど豊かではなかったこの国で、仏陀の遺髪を祀るパゴダというこの塔は天にも届きそうなほどの高さで、眩しいほどの黄金で、見る者を圧倒する。また、地上から望遠鏡を覗けば、頂上には70カラットのダイヤモンドを中心に、何千ものルビーやヒスイが散りばめられている。

その荘厳な塔や、百体をゆうに超える仏陀像の前で、人々は地面が濡れていることも気にせず跪き、時間を忘れて祈りを捧げている。流暢な日本語を話すガイドは、ここの造りや歴史を細かなところまで知り尽くしていて、日に二度は祈りに来ていると自慢げに話していた。そんな彼の身なりは緑色のロンジーに着古した白のシャツ、雨漏りのしそうな重たい傘と、裕福とも祈りの効果があるとも思えない格好だった。けれども、説明をするときの彼の顔はいきいきとしていて、笑顔は輝いて見えた。きっと、ミャンマーの人々の心の中には、私たちには理解できない何かが存在しているのだと思わずにはいられなかった。

軍事政権といい上座部仏教といい、ミャンマーを象徴する重要なキーワードは、目に映らないものが多すぎる。氾濫した情報に流され、時間に追われながら、狭い視界の中で生きている私たちが、見えないミャンマーの文化をどれほど感じ取れたかは分からない。それでも、私たちは彼らが祈りを捧げる空間を共有できてよかったと思う。



ヤンゴン市内で珍しく出会った尼僧

### 3 . ミャンマーの医療制度と現場の実際

(文責・吉川)

#### ミャンマーの公衆衛生

ミャンマーではいまだ乳児死亡率が75%と高く、193カ国中ワースト42位という位置にある。

国民全体としての疾患では感染症が多い。最多を占めるのはマラリアであり、これは1978年に始まった人民保健計画、国家保健計画において重大疾患の一位、二位をずっと占めている。特に、タイ北部と国境を接するカレン州でマラリア患者は多く、農作業やタイへ陸路移動することが遠因であると考えられる。以下重大疾患は結核、エイズ、下痢症疾患、タンパク質欠乏症と続く。エイズ患者は公立病院の一つに収容され診察されている。

慢性非感染症疾患(糖尿病等)が近年増えてきているが、まだ人口に占める割合は少なく、重大疾患としては挙げられていない。

以下、医療に関わる数字を載せる。

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 平均余命      | 男 57.4 歳、女 62.9 歳                    |
| 合計特殊出生率   | 2.46                                 |
| 乳児死亡率     | 75.0/1000 人 1 歳未満児                   |
| 5 歳未満児死亡率 | 112/1000 人 5 歳未満児 [ 以上(1) ]          |
| 医師数       | 36/10 万人                             |
| 看護師       | 20/10 万人                             |
| 助産師       | 79/10 万人                             |
| 歯科医師数     | 3/10 万人 [ 以上(2) ]                    |
| 医療支出      | 2.1% ( GDP に占める割合 ) 2001             |
| 公的医療支出    | 17.8% ( 全保健支出に占める割合 ) 2001 [ 以上(3) ] |

しかし、ミャンマーで行われた最後の国勢調査が1984年ということを見ると、これらの数字は全くの無意味なのかもしれない。

私たちがミャンマーの真の姿を知るのは、まだ先のことのようにだ。

#### ミャンマーの医療制度

上記のようなデータに反映されるミャンマーの医療事情はどのようなものだろうか。

まず、ミャンマー人が病気になった場合どのような対処法があるのか。(4)(5)(6)

ミャンマーの医療施設は公立病院が主体である。それらは保健省の下、以下のように体系化されている。

1. General Hospital:GH

7つの管区・7つの州の中心都市に1つずつ配置されている。高度な医療設備、スタッフを有し、各地域の基幹病院としての役割を担う。

2. District Hospital:DH

各タウンシップに配置されている総合病院。専門科を備える。

3. Station Hospital:SH

DHに次ぐ規模の診療施設。一般に医師1名と看護師が常在する。

4. Rural Health Centre:RHC

Health Assistant や Lady Health Visitor(5年以上の助産婦経験がある)と呼ばれる保健師のような役割を持つスタッフが常在し、管轄区内の保健衛生知識の普及や緊急患者の搬送等に対応する。農村地域等では医療機関へのアクセスが限られているため、このようなセンターを利用することが多い。

5. Sub Centre:SC

Midwife(助産師、保健師、看護師の仕事をカバーする)1名が常在する。安全な出産、育児を指導し、管轄区内の母子保健の向上を図る。およそ5つの村を管轄する。

DH・SHは各地域の人口規模に応じて設置されている。1から5の順に施設数が増え、管轄する地域は狭くなる。

公立病院において基本的に無料だった医療費に、1994年から薬剤費用の自己負担制度が導入され、治療に必要な薬品は病院に併設された薬局や街中のスーパー等で、患者自身が購入することになった。その後、検査、手術などの高額医療費の一部自己負担制度も加わり、診察料、室料なども徐々に有料化が進行しつつある。また、衛生面においてははまだ多くの病院が信用するに足らず、安全を期する患者は自分で医療器具を購入して来院する。ミャンマーに着いた日に、市場で膿盆や注射器等が山積みになっている露店を見かけて不思議で仕方なかったのだが、その疑問はここで解決された。

大都市にはこれらの公立病院を補完する形で私立病院がある。こちらは一般に設備も充実しており、旅行者用のガイドブックに載っている病院も私立であることが多い。しかし初診料、検査費等がかかるためどうしても割高になり、診療を受けることができるのはおのずと裕福な人々に限られてしまう。

患者の受けられる治療は支払い能力に大きく依存する。費用が払える者は先進国に劣らない医療処置を受けることができるが、貧しいとそれは非常に限られたものになってしまうのだ。

Saw 教授によると、ミャンマーでは「政治的な不平等」のために、本来一番多くなければならない中流階級層が極端に少なく、国民のほとんどは上流階級と貧困層の両極端に分かれてしまっている。このことが医療格差を更に助長しているのは確かだ。また、近年の通貨価値の下落により、多くを輸入に依存する医療機器や薬品、医療材料の不足や老朽化は深刻であり、公立病院の医療環境整備は妨げられている。実際、現場で働く放射線科医師の一人は「CT、MR は本の中でしか見たことがない」と言っており、分厚い教科書を大事そうにいつも持ち歩いていた。「医療制度のパフォーマンス」190 カ国中 189 位 (WHO(2000) World Health Report 2000) という結果からも、これらの医療の欠陥がうかがい知れる。

## 病院見学

今回私たちが見学できたのは、上述した医療機関のうち GH といわゆる「私立病院・歯科医院」、そして特殊な私立病院、障害児施設だった。なお、繰り返しになるが、取材に協力いただいた関係者の安全のため、施設や人物はすべて仮名をあてている。

### 1. 政府により運営される病院 Shwedagon Hospital

ダウンタウンから徒歩 10 分、マーケットと駅からほど近い場所に位置する Shwedagon 病院は、1500 床規模の公立病院である。

対象に特に制限はなく、救急外来も備わっており 24 時間 365 日診療を行っている。診察料は無料であるが、やはり薬や注射器等の器具は実費を支払わないといけない。かつては入院患者の給食制度があったが今はなくなっており、食事は売店で買ってくるか家族が作るかのいずれかである。売店にはスナックや冷蔵庫でよく冷やされた飲み物が置いてあった。病棟はかなり年季が入った建物だった。窓には格子があるのみで、中から患者たちが物珍しそうに外国人の私たちを見ていた。



民族衣装のタメインで回診する女性医師。

薄暗い石造りの階段を上ると、非常に簡素な病室が並んでいた。医師は白衣は着ておらず

私服と変わらない装いで、首にかけた聴診器を見ないと一般の人と区別がつかなかったが、看護師は皆白いシャツに赤のロンジーを着ていた。そんな病棟の奥に、今回お世話になった Aye 先生とその上司の Saw 教授の個室があった。ドアを開けると寒いくらいにエアコンが効いていて、弱々しくファンが回っているだけの病室との温度差に驚いた。ちなみにこのエアコン工事代・電気代は全て教授のポケットマネーから出しているらしい。患者が具体的にどのような治療を受けているのかは分からなかったが、「ベッドに寝ているだけ」という印象を受ける患者が多かった。

## 2. 貧しい人々にも開かれた医療 - Karaweik Hospital

ダウンタウンの中心に位置するスーレー・パヤーからほど近く、軒を連ねる電器屋やホテルに紛れてその病院はあった。狭い入り口からの階段、道路にまでも患者が溢れ、その奥には診察を待つ患者達が垣間見えた。患者用入り口の横にある別の門をくぐり、今にも崩れそうな旧式エレベーターで3階の Lek 先生の部屋へ向かった。

1999年に大学を退官し、時間を持て余したことを機に Lek 先生はこの病院に来た。彼は非常に強い信念を持っており、「患者を治すことが私の使命だ」と言って、今でも白内障や霰粒腫等の手術を年に1000件こなしている。医師は50人ほどが交代で来ており、20~30代の若い医師が多かった。診療科は産婦人科、眼科、外科、一般内科があり、各々40床弱のベッドを持っている。外来の待合室は順番を待つ患者たちでごった返しており、そのものすごい熱気と湿気で、たった数分のうちにTシャツに汗がしみ出した。



待合室からあふれる人々をかきわけ進む

タビュウをして決めているようだった。貧しい人は食事（昼と夜）や薬も含め、全てが無料である。ちなみに2006年の眼科患者の支払い区分は557人/100人/262人となっていた。このような支払い体制で診療は満足に行われているのだろうかという疑問に思ったが、寄付が充分にあるそうで問題はないとのことだ。病院の中には寄付金箱が置いてあり、

ここの最も大きな特徴は、医師たちが報酬を一切受け取っておらず、また患者によっては全くの無料で治療を受けられるということだ。患者の支払額は、全額/一部負担/無料

(CASH/ZAKAT = 「喜捨」/FREE) の3つに分かれており、これは外来チームが収入等について患者にイン

Karaweik 病院の趣旨に賛同する人たちの善意が日々集まる。海外からの寄付としては、2000年に日本の Grassroots Grant Assistance(GGA、草の根無償援助)から520万円の援助があり、眼科の手術室の機材が新たに購入されている。今一番必要なものは何かと尋ねると「特に不足しているものはないが、アルゴン凝固レーザーがあれば」と言われた。



眼科の手術室にて、ODAのステッカーを発見

しかし、そのような高額な機械以前にもっと必要なものがあるのではないかと思われた。手術室の外には使用済みと思われる使い捨て手袋が洗って干してあり、「掃除の時や医療廃棄物を触る時に使う」と職員は言っていたがすんなりと信用し難く、衛生面に不安は残る。検査機器はX線と超音波しかなく、血液生化学検査もできない。しかし、宗教や人種による差別もされず、お金がなくても何かしらの治療を受けられる場所があるというのは住民にとって大きな心の支えであろう。年間10万人という患者数にも、それが現れていると言える。「私たちでも治療してもらえますか?」と尋ねると、Lek先生は笑顔で「もちろんだよ」と答えてくれた。



手術室の外に置かれていた大量の使用済み手袋

### 3. 地域と連携した障害児のケアを目指す - INDRA CENTRE

ダウンタウンからタクシーで40~50分、車の数もやや減ってきた大通りを右折すると、そこは別世界だった。道路はアスファルトからでこぼこの細い土道に変わり、市街地とは違い人通りも少なく、一気に田舎に来た感じがした。その横丁にこぢんまりと Indra Centre はあった。案内板などもなく民家に紛れるように建っているのが、あまり気づかれなさそうだ。実際タクシーの運転手は途中何度も道を尋ねていた。しかし、職員は「みんな知っているはずだ」と言う。

ここは、ミャンマーで初めて設立された、身体的・知的障害児のための NGO である。2000 年の発足以来、それまでなかなか目を向けられてこなかった「障害児のケア」という分野の開拓者として、指導者の立場で活動している。

40m 四方ほどの施設の中を歩いてみると、以下のようなものがあった。

- ・ OT ルーム（作業療法）
- ・ PT ルーム（理学療法：階段昇降、自転車こぎ、寝返り、坂道登り等）
- ・ Teaching ルーム（2 部屋）
- ・ 食堂
- ・ プール（温めて温水プールにすることができる）



さりげなく好意をアピールする藤田（Teaching ルームにて）



カメラなどを使い、だんだんコミュニケーションを楽しめるようになってきた班員

各部屋では職員が子どもの心身のリハビリを行っていた。Indra Centerに通うには、一

人あたり月に 25000K かかる (K=チャット、2007 年 8 月現在 1\$=120 円=1200K で取引されていたので、ゼロをひとつ取ればおよその日本円に換算できる)。しかし、子どもたちのうち 60%は貧しい地域から受け入れており、全体の 1/3 は費用が払えていない状況である。これをどう解決しているのか、ここの創立者である Khwayさんと Zinさんに聞いたところ、「リーフレットとウェブサイトで広報活動を行い寄付を募っている」とのことだった。政府や国内の企業からの援助はなく、海外からの寄付の方が多い。

確かに、センターの上に掲げてある看板や送迎用トラックには ODA のステッカーが張ってあり、プールの壁にはオーストラリアやドイツの国旗が載った金属プレートが打ち付けてあった。PT ルームの器具には一つ一つに寄付した人の名前がペンキで描かれていたし、JICA のポスターも施設内で見かけた。職員によると、センターの建物自体も GGA の援助で建てられたそうだ。また、子どもたちを月謝 25000K の支払いにより支援している里親プログラムもあり、現在 50 人の子どもに里親がついている。

ここで行われている活動には、主に以下の 3 つがある。

#### 1. Day Care

週に 2、3 回。公共の交通機関がないので、交通手段を提供しないと子どもが通えないため、改造したトラックで教師が送迎する。

#### 2. CBR Program— Community Based Rehabilitation

送迎トラックを出しているとはいえ、障害児の中には歩いてしか行けないような場所に住む者もいる。そのような子どもたちが Indra Centre に来るのは不可能なので、センターの職員が直接親に訪問指導をする。PT3 人で 20 軒を、週に 2 度くらいの頻度で訪ねて、筋拘縮を防ぐ運動等のリハビリテーション教育を行い、さらにその成果をモニターしている。また逆に、その子どもたちの親がセンターに来て教育を受けた後地元に戻り、さらに他の親へそれを伝授していくということも行われている。

#### 3. Outreach Program

市内の学校や社会福祉施設を毎週巡回して、子どもたちのケアを指導している。

将来的には、子どもたちは 18 歳をこえるとこのセンターを出て、国や AAR JAPAN( 難民を助ける会 ) が運営する学校で散髪や洋服の仕立て等の職業訓練を開始する。それ以下の年齢でも、プログラムを経て症状が改善してきたら一般の学校に戻す努力をしている。

このように書くと、インフラ面でもサービス面でも充実した非常に恵まれた施設のように思えるが、もちろん問題がない訳ではない。先に述べた寄付であるが、「直接子どもたちの役に立ててほしい」「器具や機材や建物のような、名前が入るものに使ってほしい」という希望が多いため、職員の給料のような維持費、管理費まで財源を回すことができず、職員 26 名の賃金が十分に払えていないのだ。“ No staffs, no care. ” と話す Zin さんは、もっと働き手の数を増やしたい想いと日々葛藤しているようであった。

しかし、子どもたちはそのような大人の事情などつゆ知らず、無垢な笑顔を振りまき、時に泣き声を上げ、スタッフに身を委ねる。

Khwayさんは、以前シンガポールで理学療法士として働いていた。しかし、母国であるミャンマーの人々のために働いてこそ意味があると思い、10年前にミャンマーに戻って来た。ミャンマーの200倍にもなる給料を捨てて帰国したKhwayさんを、両親は「馬鹿な息子だ」と嘆いたそうだ。それでも、楽しそうに過ごしている子どもたちを見るとこちらまでふっと顔がほころぶ。このような場を創り上げたことは決して無駄ではない。

別れ際に、「外国からボランティアをしに来るPTやOTは少ないが、以前オーストラリアやシンガポールからのボランティアが数ヶ月ここで働いていた。短期間であれば容易に受け入れが可能なので、ぜひ来てほしい。学生も大歓迎です。」という言葉で私たちは見送られた。

#### 4. 私立病院

##### ・ Clinic A

Saw教授の兄が経営しているクリニック。ダウンタウンの中心にありアクセスも良い。綺麗な白タイルの床で、雨上がりの道を歩いて汚れた靴で入るのがはばかられた。院内は明るく清潔で、診察室など日本の大学病院よりも数段立派だった。ここに来る患者はかなり裕福な者であろうと思われた。

“World Class Diagnostics & Health-Care”と看板に掲げている通り、ここは立派な臨床検査部門を備えていた。Aye先生の研究室もここにあり、血液生化学検査はもちろんのこと、ヤンゴンに、そしておそらくはミャンマーに2台しかない肝炎ウイルス定量ができる機械も置いてあった。また、会議室の隅にはなんとマンモグラフィーが鎮座していた。このクリニックで初診をした後、さらに設備の整った私立病院に紹介もしている。



見学後、Saw教授から「毎週金曜の夕方に抄読会をやっているのだが、その時間に日本の医学生の生活についてプレゼンテーションしないか？」という誘いを受け、唐突な事態に戸惑いながらも是非にと引き受けてしまった。しかし、その金曜というのは翌日のことであり、準備の時間は24時間を切っていた。

ここでは使い捨てのゴム手袋を使用していた

このような機会があるとは思ってもいなかったため、ちょうどよい写真を持ってきておらず、苦肉の策でネット上に数枚アップしていたものを落としにネット屋に走った。さらに運が悪いことに、この日は一日中停電しており、プレゼンテーション用のパワーポイン

トを作成しようにもノートパソコンの電源が確保できず、いつ充電がなくなるかと冷や冷やだった。深夜までかけてなんとか仕上げたもののやはりお粗末なもので、20名近くの医師の前でプレゼンテーションすると思うと反応が非常に怖かった。しかし、意外にも皆熱心に耳を傾けてくれ、たくさんコメントを頂けた。今回の活動の中で最も頭を活性化した時間であった。

#### ・ Clinic B

中心街から少し離れた場所にある、全部で7階からなる24時間体制の総合クリニック。歯科も入っていた。最上階には手術室があり、私たちが訪問した日は扁桃腺切除、甲状腺疾患の手術が行われていた。



手術を終え搬出される患者

5階には入院患者用の個室があったが、9500K/日と現地の人にとってはかなり高額な値段であった。しかし Clinic A と比べ、院内の雰囲気や患者層は少し大衆的な印象を受けた。いずれにせよ、公立病院よりは設備も整ったクリニックであった。

## 5. 高級感あふれる歯科医院

「ここが僕の病院だよ」と私たちが連れて行かれた先は、なんと高級ホテルだった。Naing 先生が働くクリニックはそのホテルの2階にあった。

院内は非常に綺麗で、設備も充実していた。そして何かと日本とゆかりのあることに驚いた。というのも、ここは Ohn 先生の奥さん（日本人歯科医）が生前使っていた日本製の機械・器材を買い取って使っており、勤務している11名の歯科医は日本で働いたり勉強したりしていた者が多いからである。彼らが日本で勤めていた歯科医院が発行した、日本語能力を認める証明書が受付の壁に何枚も掲示してあった。はっきり言って、ここならば私自身も安心して治療を受けられると思えたクリニックだった。ちなみに、外国人でも虫歯の治療費は20US\$と格安である。それに対しここで販売していた歯ブラシは1本2~3US\$と、日本と変わらない値段であった。

全国で1500人いる歯科医の多くは市内に集中している。郊外では歯科医院は少なく、治療の内容も歯を削ったり詰め物をしたりということのみで、田舎に住んでいる人はなかなか十分な歯の治療を受けることができていないのが現状である。

### コラム ミャンマー人医師の生活

軍立も入れるとミャンマーには医学校が5つあり、定員は各300～600人。

大学の授業料は5K/月（5年前）と非常に安く、誰でも入ることができる。

英国植民地時代の名残で今でも教育は英国式であり、5.5年の学部教育終了時の卒業試験が医師国家試験と同等の扱いとなっている。

卒業後、インターンを1年間経た後正規の医師免許を取得する。ところで、今までの話の中に出てきた医療従事者たちが「海外で働いていたことがある」と言う割合が高いのにお気づきだろうか。医師は3年間公立病院で働く義務があるが、その後は海外に行こうと本人の自由なのだそうだ。閉鎖的な国というイメージがあっただけに、これには驚いた。

公立病院医師の給料は非常に少なく、一週間分のガソリン代にも満たないほどだという。

そのため、公立病院の多くの医師は、いくつかの医療機関で掛け持ち診療をしている。今回話を聞いたSaw教授自身も、9～16時の勤務時間が終わると6つの私立病院に赴き、日付が変わる頃まで仕事をしているとのことだった。

### 活動を振り返って - 偶然から広がる現地でのつながり

以上、現地の医師から聞いた話を交えてミャンマーの医療現場について記述した。

このような特殊な事情を持つ国で、医療施設を見学したり現地医療人の話を聞いたりということはそう簡単にはいかないだろうと予想はしていた。いくつかの施設に見学を申し込んでいたがなかなか話は進まず、結局尻切れとんぼのまま日本を発ってしまった。バンコクにいる間にメールや国際電話で数度に渡り問い合わせたが、最終的にもらった返事は「今回は受け入れが難しい」

ということだった。こうして、私たちが当てるにできるのは、友人から紹介された Shwedagon 病院で働く Aye 先生と、Indra Centre だけになってしまった。果たしてこれだけで班としての活動が成り立つのだろうかという不安に私たちは苛まれており、これから先どうしようかと焦りも感じ始めていた。



木賃宿の前の茶屋で途方にくれる班員一同

そんな心持ちのままミャンマーに入国し、ひとまずガイドブックの「全室ホットシャワー、エアコン付き」という条件だけで目星をつけていた宿に向かった。この選択が、ミャンマー班の明暗を分けることになるうとは思いません。

幸いにも私たち以外に客は一組しかおらず、そのこぎれいな宿に難なくチェックインすることができた。オーナーは普段物静かで、私たちの存在自体にも興味はなさそうな様子だったが、ひとたび話しかけるとこちらが聞いていて冷や冷やするようなことまで何でも話してくれた。その流れで私たちが医学生だと言ったら、「妻は昔医師だったよ」という驚くべき言葉が返って来た。奥さんの弟も現役の医師で、宿の近くの Karaweik 病院でボランティアとして働いているということだった。彼女は私たちが医学生だということを非常に喜び、Karaweik 病院を見学できるよう弟に取り次いでくれた。

まさかこのようなところで医療関係者に遭遇するとは思ってもおらず、暗い気持ちだった私たちの視界は一気に開けた。

翌日、Shwedagon 病院を訪ねたところ、Aye 先生は所属する科の Saw 教授を紹介してくれた。彼はミャンマーの医療事情や専門分野について事細かに説明してくれただけでなく、自身が運営する私立病院の見学まで快く申し出てくれた。さらに、部活の先輩から「たまたま親戚にミャンマー班の話をしたところ、現地の歯科医師 Ohn 先生と友人であることが分かった」というメールが届いた。ぜひお会いしたいと取り次ぎをお願いしたところ、Ohn 先生の対応は非常に迅速で、その翌日私たちの宿まで出向いて下さった。また先生の友人方も、自分たちのクリニックを私たちに快く見学させて下さった。

一つのつてが、現地でここまで広がるとは予想だにしていなかった。相手と実際に顔を合わせることで見えてくる、人と人との有機的なつながり、そしてその中に私たちからのベクトルも加わっていく。「フットワークがネットワークを生む」ということを実感した瞬間であった。

## 参考文献

- (1) Population, Resources, Environment and Development: The 2005 Revision, United Nations, 2006.
- (2) Core Health Indicators 1997-2004, WHO, 2007.12
- (3) World Health Report 2003, WHO, 2003.
- (4) 「平成 14 年度地球環境市民大学校 海外派遣研修報告書」  
<http://www.erca.go.jp/jfge/report/39/pdf/12.pdf>
- (5) 「ミャンマー連邦国の保健医療事情と国際協力」大森絹子, 長沼理恵, 城戸照彦.
- (6) 「海外医療事情レポート 21 ミャンマー」

#### 4. 情報と軍事政権

(文責・座光寺)

##### 「らしさ」の恐怖

とにかく、思いどおりにならない国だった。一挙手一投足に気配りが欠かせない。宿の主人は好々爺だったし、体制側に対してあけっぴろげな批判を口にしたり、禁じられたラジオ番組を私たちの前で聴いて見せたりしたが、だからといって私たちは手放しに心を解くわけにもいかなかった。

受付の机の上にある宿台帳には私たちの名前がそれぞれ身分証明書の番号とともに記されていたし、その台帳が毎日当局に提出され、確認の印が重々しくつかれているらしいことを知っていたからだ。誰が政府の協力者かは分からないし、昨日までそうでなかった人が、いつ密告者に変貌するかも分からない。「本当に宿泊者台帳は毎日当局に提出されているのだろうか」という問いかけは本質的には無意味である。提出されているらしいという、その漠然とした恐怖が大きな抑止力を生み出していたのだ。ミャンマーでは外国人も緻密な管理統制の配下にあることに違いはなかった。

もちろん、単に旅行をするだけならこうした緊張感には不要だし、街角の人たちはたぐいまれなほど親切で、何一つ不自由や苦勞を感じる国ではない。外国人料金でいくらか理不尽な思いをすることはあっても、外国人なりの出費を覚悟する良識さえわきまえていれば、ミャンマーはアジアで最も旅行者に優しい国の一つだとすら思われる。

##### 班員の顔に浮かぶ疲労感

ところが、私たちの旅路はだいぶ異なっていた。社会の枠組みや人々の心情に、できるかぎり肉薄したいというのが活動を立案した当初からの私たちのスタンスだった。ツアー客のように、当局に許された観光地を足早に駆け抜けて、ありきたりの賛辞や驚嘆を並べることに終始するわけにはいかない。もちろん、ミャンマーの人々がぜひ外国人に見てほしいと誇りにしている寺院に足を運ぶことを軽んじるわけではない。そもそも、見知らぬ国を初めて訪れて、のっけからその国のあら探しするような態度は不健全だ。

しかし、黄金のパゴダを前にして、宝石がきれいですばらしいですね、豪華絢爛ですね、と述べて終わるのではあまりに不毛である。どういう人が寄進するのですか、寺院と軍政の関係はうまくいっているのですか、街中が停電なのにパゴダの電飾だけが煌々と輝いているのは不思議ですね、というアプローチが重要なのだ。これは、予定調和の観光旅行からどうにかドロップアウトするための糸口を探す試みだった。

そのような思惑を持って何か感想や疑問を口にするとき、それが現地の住民感情との間で軋轢を生まないかどうか、政治的に不適切でないかどうか、たえず心を砕く必要があっ

た。そして、どこまでなら尋ねられるのかという線引きをするために、すこし踏み込んだ質問を投げかけるときには、とくに緊張を強いられる場面が続き、私たちはその緊張感に日に日に消耗されていくのがよくわかった。宿に戻って一日の振り返りをする班員の顔には、毎日、疲労感が上塗りされていくようだった。これが、**情報統制の破壊力**だ。

## 情報から覗く軍政

こうした背景から、ミャンマーという国の社会の仕組みを理解するためには、この国の情報のあり方について概観することは意味深いと思われる。独裁色の強い軍政下のミャンマーにおいては、情報の取り扱いがいわゆる民主国家とは異なっていることを私たちは肌で感じてきた。

情報を媒介するメディアには、新聞、テレビ、ラジオ、書籍などの**マスメディア**と、郵便、電話、電子メールなどの**個人のメディア**とがあるが、程度の差こそあれ、すべての情報のやりとりは軍部の統制下に置かれており、様々な制限を受けている。また、国境では望ましくない情報の出入りを阻むための荷物検査が実施されており、特に外国人である私たちよりも、ミャンマー人に対する検査のほうが慎重になされている印象を受けた。そうした中で、変化の兆しを感じさせるのはインターネットと電子メールに代表される**個人メディアの自由化**であったが、9月のデモをきっかけに統制が大幅に強化され、情報を巡る環境は大幅な退行を余儀なくされた。

それぞれのメディアのおかれた状況について、現地で見聞した事実を中心にまとめた。

## マスメディア

**国境なき記者団**（Reporters sans frontières）による2007年の報道の自由度指数（worldwide press freedom index）によると、ミャンマーは169カ国中164位、下から6番目に位置している。最下位から順に列挙すると、エリトリア、北朝鮮、トルクメニスタン、イラン、キューバ、ビルマ（ミャンマー）、中国、ベトナム、ラオス、ウズベキスタンである（表4-1）。ここ数年のミャンマーの順位は、下から数えた場合、3位、3位、5位、5位、6位と推移しており、依然として世界有数の重い足かせがかけられていると言わなければならない。順位だけを見るといくらか改善傾向を示しているようであるが、実際には順位の変動はあくまでも相対的であり、他国の流動的な情勢を加味して評価するため、必ずしもミャンマーの報道の自由が増したことを意味するとは限らないことに注意したい。

また、こうしてみると**2007年に熱帯医学研究会が活動地とした5カ国のうち、実に3カ国がワースト10に含まれている**ことが分かる（下線を付した）。報道が制限された国へ部員の関心が集まるのは自然なことだが、こうした地域での活動をより効率的に進めるために、情報の収集や発信について活動年度を超えてノウハウを蓄積していく必要がある。ま



た、各種メディアがおかれた状況を網羅的に取材するためには、熱研独自に情報統制チェックリストのようなものを作成しておくことも意味深いだろう。

#### 世界の報道の自由度指数

| ワースト順位 | 2007         | 2006         | 2005         | 2004         | 2003         |
|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1      | Eritrea      | North Korea  | North Korea  | North Korea  | North Korea  |
| 2      | North Korea  | Turkmenistan | Eritrea      | Cuba         | Cuba         |
| 3      | Turkmenistan | Eritrea      | Turkmenistan | <b>Burma</b> | <b>Burma</b> |
| 4      | Iran         | Cuba         | Iran         | Turkmenistan | Laos         |
| 5      | <u>Cuba</u>  | <b>Burma</b> | <b>Burma</b> | Eritrea      | Eritrea      |
| 6      | <b>Burma</b> | China        | Libya        | China        | China        |
| 7      | <u>China</u> | Iran         | Cuba         | Vietnam      | Iran         |
| 8      | Vietnam      | Saudi Arabia | Nepal        | Nepal        | Vietnam      |
| 9      | Laos         | Ethiopia     | China        | Saudi Arabia | Turkmenistan |
| 10     | Uzbekistan   | Nepal        | Vietnam      | Iran         | Bhutan       |

( 出典：国境なき記者団 [http://www.rsf.org/article.php3?id\\_article=24025](http://www.rsf.org/article.php3?id_article=24025) )

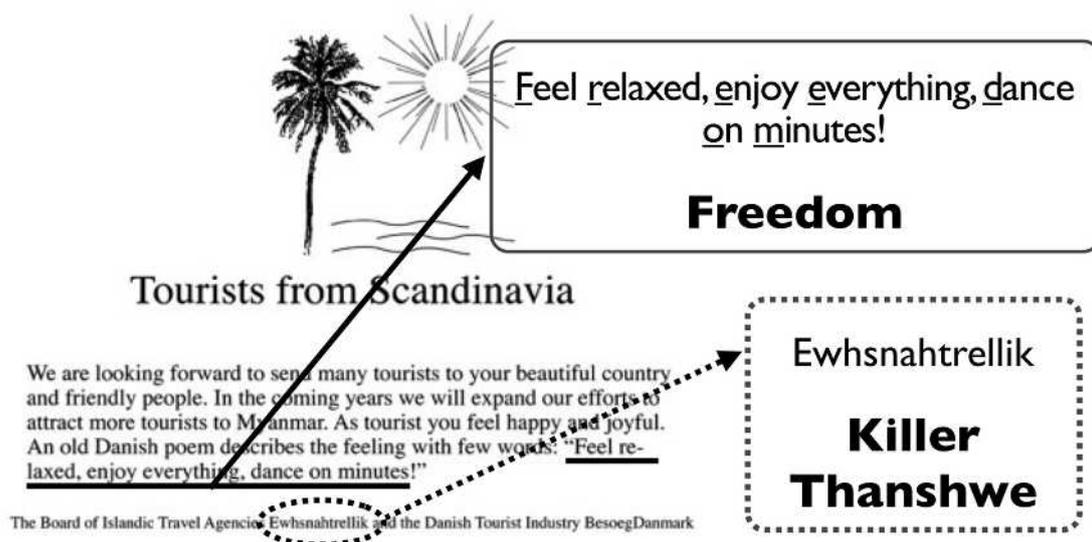
#### 新聞

数紙あるが、どれも政府の厳しい監視のもとにあるか、あるいは政府自体が発行している。検閲は大変厳しく、軍部に不利な情報はほとんど報道されないとされている。ミャンマーで大切なニュースを探す時には、何が新しく書かれているかではなく、紙面から何が消えたかを通して、検閲され、削除された記事を間接的に探す姿勢が求められる、と言われるほどだ。しかし、私たちにはビルマ文字を読むことができなかったため、実際どういった基準で情報の取捨選択が行われているかは闇の中だった。せめて英字紙くらいには目を通すべきだったが、毎日の活動に忙殺され、その余裕をもてなかったことが悔やまれる。

#### 代表的な新聞

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| Kyehmon                           | 日刊。政府（国家平和発展評議会）が発行。 |
| Myanmar Alin                      | 政府発行。                |
| New Light of Myanmar （ミャンマーの新しい灯） | 日刊英字紙。政府発行。          |
| Myanmar Times （ミャンマータイムズ）         | 週刊英字紙。政府発行。          |

ところで、2007年7月23日の英語版ミャンマータイムズに掲載された広告が物議をかもしたことがあった。ヤシの木や太陽をあしらい、一見すると北欧の人たちにミャンマー旅行を呼びかける広告のようだったが、広告主名の Ewhsnahtrellik を逆順に読むと、KillerThanShwe (殺人者タンシュエ) となり、軍政トップを殺人者と罵り、批判するものだった。また、デンマークの古詩として掲載された一節の頭文字をつなげると、Freedom と読めることも判明した。



ミャンマータイムズに掲載された広告(2007/7/23)

広告を掲載した芸術家の団体は、かつてイランでも同様の方法で政権批判をしたことがあり、「最悪の体制のもとでも、検閲をくぐり抜けて独裁者に打撃を与えられることを示したかった」と述べているという。実際にはこの事件を契機に、軍部は検閲をさらに強化し、故意にせよ過失にせよ一度でもこうした広告を掲載した新聞社には、発行禁止などの厳しい措置をとると通告するに至った。デンマークの団体の広告掲載によって打撃を受けたのは、彼らが言う独裁者ではなく、むしろマスメディアとそれを受取る市民たちという皮肉な結果に終わった。

## ラジオ

ラジオの強みは、遠隔地から検閲を受けずに情報を送り届けることが容易なことである。実際、ミャンマー軍部が管理するラジオのほかにも、反体制側のラジオが多くの市民に聴かれており、公然の秘密となっている。具体的には、イギリス BBC やアメリカの VOA、日本の NHK、またノルウェーに本部をおく **ビルマ民主の声** (DVB: Democratic Voice of Burma) などが、英語とビルマ語で毎日数回ずつ放送を行っており、中波(日本で言う AM

ラジオの周波数帯に相当する)や短波(日本では一般には聞かれていないが、広域放送が容易)で聴取することができる。

宿の主人も朝は6時ころから、夜も10時すぎまで、ロビーの奥まったところで目立たないようにしながら、立て続けに流れる短波放送のニュースに聞き入っていた。民主化を願う市民の多くにとって、今なおラジオは、**速報性と情報量**とを兼ね備えた、貴重なメディアとして機能していると考えられた。

#### 代表的なラジオ放送

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Radio Myanmar | 政府による国営放送。               |
| City FM       | ヤンゴン市開発委員会による公営の娯楽チャンネル。 |
| ビルマ民主の声(DVB)  | 反政府放送。本部をノルウェーにおく。       |
| BBC           | イギリスBBCによる。英語とビルマ語。      |
| VOA           | アメリカ政府による。               |
| Radio Japan   | NHKワールドによる短波放送。英語とビルマ語。  |

#### テレビ

街中で空を見上げると、直径2メートルほどの巨大なパラボラアンテナが同じ方向を向いて無数に並んでいた。200ドルあれば一通りの受信器材が揃ったし、政府へ支払う免許料は年間わずか6000チャット(実勢レートで600円)で、BBCもCNNもNHKもDVB(反政府放送)も制限無く視聴することが出来た。一説には旧首都のヤンゴンを中心に60000世帯が加入していたという。番組について視聴制限はとくに設けられておらず、情報管理という観点から言えば、ほとんど野放しとも言える状況だった。一方で地上波のテレビ放送は基本的に政府が直接あるいは間接に運営する組織によって放送されており、その内容は厳しく検閲されているという。

2008年の1月になって、**衛星放送の視聴免許料が16000%値上げされた**との報に接した。毎年の免許の更新料が、現行の6000チャット(600円)から100万チャット(10万円)へ160倍も引き上げられたのである。さらに、新規の免許申請には、年間200万チャット(20万円)の免許料が課されることになり、**事実上、一般の市民**



**民が衛星放送を視聴することは不可能になった。**デモの発端になった2007年8月の燃料費

値上げ（最大5倍）のインパクトも今は昔である。

## 個人のメディア

### 固定電話

国際電気通信連合（ITU: International Telecommunication Union）の報告によると、2006年のミャンマーの固定電話は全土で50万回線であり、およそ100人に1回線と限られている（表4-4）。したがって農村部はおろか都市部ですら個人の家庭には電話がないことも多く、ふつうは街角にある個人経営の電話屋から利用する。街中の交差点には家庭用の電話機が無造作に並べられていて、脇に立つ女性がキャッシャーと不意の雨に備える役をしている。青空の下にひょろりと伸びる電話線は見るからに心許なかった。

国内通話は現地の物価を考え合わせても安価だが、国際通話の発信は一分あたり破格の4ドルであり、非現実的な価格設定である。これは軍政にとって貴重な外貨獲得源となると同時に、国際電話を介した情報の流出入を抑制する役割をも担っている。なお Skype などのインターネット上で提供される IP 通話サービスに対しては、厳しい制限がかけられている。

私たちがヤンゴン市内から北部の地方都市に電話をしようとした際は、なかなか回線が安定せず、つながるまでにずいぶん待たされたが、ヤンゴン市内の通話には困難はなかった。ミャンマーからの国際電話に挑戦する機会はいずれなかったが、逆にタイからミャンマーに電話を試みた際には、呼び出し音が鳴るだけで相手先にはつながらないにもかかわらず、通話残高が瞬く間に減る理不尽な経験をし、班長の田川を悲しませた。

### 携帯電話

回線数は21万、人口100人あたり0.42回線（ITU2006）。中国などが中心となって積極的に GSM 網を整備しているが、依然、一般の人が利用できる状況には至っていない。携帯電話の機種自体は比較的容易に入手でき、価格も他国で購入した場合と大差ない。しかし、電話番号の入った **SIM カードは入手がきわめて困難**で、市場価格は20万円から40万円程度であり、携帯電話を所持することは高所得者に限られている。これは中継や交換を行う通信インフラの整備が需要に見合ったペースで整備されていないことに起因するものと考えられる。また、海外から持ち込んだ携帯電話のローミングは、タイの AIS 社が対応しているとの事前情報があったが、実際に私たちが現地で試した範囲では利用できなかった。

表 4-4 近隣諸国の電話の普及率(ITU2006)

| 国     | 固定<br>(%) | 携帯<br>(%) | 合計<br>(%) |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| ミャンマー | 0.93      | 0.42      | 1.35      |
| カンボジア | 0.23      | 7.94      | 8.17      |
| タイ    | 10.92     | 63.02     | 73.94     |
| ラオス   | 1.27      | 10.77     | 12.04     |
| 中国    | 27.79     | 34.83     | 62.62     |
| 日本    | 43.02     | 79.32     | 122.34    |

## インターネット

2006年時点のミャンマーのインターネット利用人口は約94000人で、人口100人あたり0.18人とされている。周辺諸国や日本と比較すると、ラオス(0.42)、カンボジア(0.31)、タイ(13.07)、日本(68.27)であり、ミャンマーにおけるインターネット環境は整備が始まったばかり、というべきである。したがって、個人の家庭でインターネットに接続する環境はまだ一般的ではないが、一方でヤンゴン市内には多数のネットカフェが散在し、比較的高速な接続環境が安価に利用可能である。また、特定のサイトには接続することができないが、利用者の大半は迂回方法を知っており、**事実上のフリーアクセス**が実現している。

ヤンゴンについてすぐ、とりあえず連絡手段が確保できるかどうか、近くのネットカフェに駆け込んだ。まずはじめの通過儀礼は、パスポートで身分を証明し利用登録をすることだった。そしておそろおそろブラウザを開き、順に接続を試みた。果たして、Gmail、Hotmail、Yahoo mailのいずれにも、接続できなかった。やはり、旅行ガイドブックの記述は単なる脅し文句ではなかったのだと肝を冷やした。

携えていた最新版の旅行ガイドブックを開くと、インターネットの項目にはこう記されていた。「ヤンゴン市内ではインターネットカフェが増えつつあるものの、閲覧できないサイトが多く、ウェブメールも使用できない。メールを送信したいときは郵便局へ行って、手書きの原稿を郵便局員に渡してタイプして送信してもらうことになる。(2005年9月取材)」つまり、**郵便局員を検閲官として機能させる仕組み**である。

ミャンマーのネット環境は、**検閲され、接続先が制限**されている。インターネットサービスプロバイダ(インターネットへの接続を仲介する通信業者)が国営の一社しか無い時代は終わったものの、新たに参入したほかの民間業者も軍高官のファミリー企業で、政府の息がかかっているというもっぱらの噂だし、たとえ純然たる民間企業が参入したとしても、**情報省の意向に反した接続サービスの提供は不可能**である。

ミャンマーという国とインターネット世界をつなぐ出入口はたったひとつのゲートウェイサーバであり、その手前には長大なフィルタリングリストを備えたプロキシサーバが控えており、好ましくないサイトへの接続を例外なく拒否している。プロキシサーバの外側にいるのはほんのわずかなエリート階層の人々だけで、それ以外の大多数のコンピュータは、あたかも国のネットワーク連なる大きなLANにつながっているのと変わらない。いわばインターネットならぬイントラネットと呼ぶべき代物である。

情報統制に本気の国は、インターネット上の情報の流れすら掌握できると信じている。例えば、わずか数年前の中国で cnn.com に繋がらない経験をしたし、去年 google.cn が立ち上がった時に、天安門事件とか democracy とか法輪功だとかいった特定の単語が検索結果から取り除かれていることで物議を醸した。その際は、検索結果の間引きを指示した中国政府よりも、その圧力に屈した Google 社が叩かれるという不思議な結末だった。

Access has been denied

You have tried to access a web page which is in violation of your internet usage policy.

URL: support.skype.com/index.php  
Category: Internet Telephony

To have the rating of this web page re-evaluated please contact your administrator.

### skype.com への接続は拒否された

さて、ネットカフェでメールのやりとりをする場面に戻ろう。Gmail サーバには接続すらできず、ブラウザには「アクセスは制限されています」と赤く警告的に表示された。これには困った。一説には、ネットカフェの端末の画面はすべて数分おきに自動的に記録され、軍政による検閲の対象になっているらしい。事実がどうあれ、監視されているらしいというだけで十分な抑止力を持つことは宿泊者台帳の件と同じ状況である。ところが事態は意外な展開を見せた。私の困った顔に気づいた店員が笑顔で近づいてきて、デスクトップの隅にあったアイコンをこっそりとダブルクリックしてくれたのだ。その名も **YourFreedom**。http プロトコルでプロキシを回避するトンネルを作成してくれるサービスであった。まさに、**あなたの自由**である。

java ベースのアプリケーションが立ち上がるまで、カップ麺が出来上がるくらい待たされたあと、おもむろにブラウザをリロードすると、懐かしい Gmail や Hotmail のトップページが画面いっぱいに広がった。驚いて右隣のブースの中年男性のデスクトップを覗いてみると、タスクトレイの中で案の定 YourFreedom が活躍中だった。左隣の若い女性については、もはやいわずもがなだろう。Gmail でメールを書いている最中だった。こうした接続形態は法的には認められていないけれども、もはやそれが常態化していた。そして驚くのは、検閲を免れていることだけではない。

とにかく安いのだ。ネットカフェ時間の利用料金が 300 チャット (30 円)。屋台の麺一杯とおなじくらいだから、これは破格に安い。食うに困らない人なら、誰でも使える価格設定である。そもそも一般にインターネットが解禁されたのは 2003 年の夏からで、当時は一時間数千チャットしていたという。年間 20% のインフレ国にもかかわらず、すでに 300 チャットまで値下がりしたというのは、驚くべきことだ。あきらかに、インターネットへのアクセス環境が急速に整備され、改善してきているというべきである。反政府系のニュースサイトなどはもちろんフィルタリング対象になっており、正規の方法では接続できないが、YourFreedom を利用すれば制限は無いも同然であった。

情報統制にやっきになっていたはずのミャンマー政府は、どうして手綱をゆるめたのだろうかと疑問に思っていたが、あくまで、これは嵐の前の静けさにすぎなかったと後になって思い知らされることになる。

結局、2007 年 9 月 27 日に接した報では、ミャンマー国内のインターネット接続はすべて遮断されたとのことである。国内で広がるデモの写真や映像が海外メディアに流出するのを防ぐには、まずは**個人メディアを遮る**のが有効だと考えたからだろう。

## 電子メール

2005 年ころまでは、郵便局などに出向いて、窓口で宛先のアドレスと本文を記した用紙を手渡して送信してもらう手順だった。しかし現在では、インターネットカフェの爆発的な普及に伴って、ウェブメールの利用が一般的になっている。**公式には、ウェブメールの利用は一切認められておらず**、Gmail や Hotmail に接続しようと試みると、接続が拒否された旨の赤い警告が表示されるのはすでに述べたとおりである。そして、ネットカフェの利用者のほぼ全てが YourFreedom によって接続制限を回避して、Gmail をはじめとするウェブメールサービスを利用しているのが実態である。

また、メール本文などの通信内容が検閲を受けるとされていたが、近年ではウェブメールが利用されており、事実上、メールの検閲は行っていないものと想像される。したがって PGP などのメール暗号化技術は一般には利用されている様子はない。

## 情報からの疎外

以上、ミャンマーにおける公私のメディアのおかれた状況を概観してきた。軍事政権が情報に注ぐ厳しい視線が、ミャンマー社会の端々に見え隠れする独特の雰囲気伝わっただろうか。意外だったのは、軍政の情報政策は必ずしも徹底的ではなく、所々に隙があったことだ。(1) 欧米のメディアの情報が直接に流入する衛星放送の受信が、法律的にも経済的にも一般市民に許されていること、(2) 北欧から放送されている反体制ラジオ放送に対する妨害電波の発信を取りやめたいこと、(3) 多数のインターネットカフェが安価な接続環境を提供していることなどは、それまで書籍やガイドブックから思い描いていたミャン

マー像と比べて遙かに柔軟なものだった。「軍事政権による情報管理」という単純なレベルでは、ミャンマーにおいて情報がおかれている曖昧な状況を見誤るおそれがあるというのがミャンマー空港から飛び立つ際の印象だった。

そして、私たちが帰国してすぐに、2007年9月の大規模なデモが起こった。これを契機に、ここ数年手綱が緩んだ様子だった情報統制が急激に厳しさを増し、ミャンマーの情報政策は大幅に後退し、硬直化した。すなわち、各種メディアの検閲は徹底し、インターネットからは遮断され、衛星放送の免許料が160倍に値上げされた。

今回の経験から学ぶことは、インターネットは、強権の発動に対してきわめて脆弱なメディアであるということだ。出入り口が一つしかないミャンマーのインターネットにおいて、そこを流れる情報をふるいにかけるには膨大なコストが必要であり平時には多くの隙があったが、ひとたび根本から遮断することになれば、それは赤子の手を捻るよりも容易であった。普通に考えれば対外的な接続を冗長化することで、通信の確実性を向上させたいところだが、それが許される素地は今のところ見えていない。

また、衛星放送も2008年1月から免許料が160倍に引き上げられ、事実上、一般市民が視聴することは出来なくなった。結局のところ、政府による干渉を受けないメディアで最後まで残ったのは、最も古典的な短波ラジオ放送である。枯れた技術、受信機の普及、妨害の難しさ、いずれの観点からいっても現状では唯一の存在と言えるだろう。

再び、ミャンマーの人々は深い無力感に打ちひしがれることになった。使い古した短波ラジオ受信機を抱きかかえるようにして、はるか遠くの地から国境をまたいで飛んでくるニュースに耳をそばだてる、そんな日々を引き戻されたのだ。

ヤンゴンのダウンタウンで報酬なしに働くミャンマー人医師に、政治について話題をふったところ、それまで饒舌だった彼が途端に口をつぐんでしまった。そして、澄んだ目に諦めの色を浮かべて、彼は静かにこう続けた。

"I'm not interested in politics, and my job is to cure people. It's this simple and good enough, huh?"

彼をしてこう言わしめたのは、他でもない、情報からの疎外だった。

## 参考文献

Information and Communication Technology Statistics, 国際電気通信連合, 2007

<http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/index.html>

Internet Filtering in Burma in 2005, OpenNet Initiative

[http://www.opennetinitiative.net/burma/ONI\\_Burma\\_Country\\_Study.pdf](http://www.opennetinitiative.net/burma/ONI_Burma_Country_Study.pdf)

## 5.まとめ

(文責・藤田)

今回のミャンマー班の活動は、当初の予定とは随分違うものになった。メインの施設との訪問の約束が取れず挫折したり、思いがけない出会いから活動の場が広がったりした。ミャンマーにおいてひとつのキーワードであった軍事政権は、見ようと意識しても見えない代わりに、いつの間にか内面に忍び込み、私たちを精神的な疲弊と言動の自粛へと導いた。

その結果が、街を歩く一般市民と私たちとの間に個人的な関わりを持たせなかったことは明白である。帰国してから、偏ったインタビューの仕方しかできなかったことが反省点として重くのしかかった。しかし、振り返ってみると、この思い通りに活動できなかったことや、知らないうちに軍事政権に翻弄されていたことが、そのままミャンマーという国の現状を反映していたのだという結論にも至った。

最後に、そんな不安定で危険な状況下にも関わらず、私たちの訪問を快く承諾し、質問に答えて下さった先生方や、活動の場を提供し、暖かく見守ってくださった宿の経営者一家の惜しみない協力に感謝の意を述べたい。それから、今回の旅行中、報告書作成においても常に力を貸して下さった先輩方に心から感謝したい。今回の反省と経験を糧に、来年度以降も積極的な活動を行ないたいと思う。

## 協賛諸機関

九州大学医学部同窓会  
九州大学学生後援会  
ベネッセコーポレーション

### ご支援して下さった先生方（敬称略・五十音順）

阿部 一朗  
石川 陽  
白元 洋介  
宇都宮 尚  
梶畑 俊雄  
香月真理子  
漢那 朝雄  
木本 泰孝  
倉田 浩昭  
黒木 俊秀  
桑内慎太郎  
古野 純典

下村 学  
田中 耕司  
谷口 秀将  
塚本 伸章  
豊福 千賀  
西田 有毅  
野田 龍也  
信友 浩一  
馬場 啓徳  
原田 昇  
松井 敏幸

松田 和久  
村上 剛史  
森山 耕成  
諸富 康生  
矢野篤次郎  
山野 龍文  
山本 一博  
横溝 晃  
吉原 一文  
吉村 健清  
渡辺喜一郎