

第15回アジア医療勉強会

「ミャンマーの医療保健課題 民主化・経済開放に伴って」

林 健太郎 氏

司会 それでは2番目ということで、林先生にご講演をお願いします。

林先生は保健医療科学院の林元院長のご子息です。林元院長先生はアジアに詳しいので、「こういった形でどなたか」と聞いたら、「私の息子がミャンマーに出たり入ったりしている」という話を聞きまして、「では紹介してください」とお会いしました。

ここに書いてありますように、今、ミャンマー医師会のタイ国境プライマリ・ヘルス・ケア振興プロジェクトの顧問ですとか、もともと琉球大学医学部を出られまして、その後、オランダに留学されたり、いろいろされてきました。

今日は「ミャンマーの医療保健課題 民主化・経済開放に伴って」ということで、50分程度でお話をしていただきたいということでお願いしています。どうぞよろしく申し上げます。

林 ご紹介ありがとうございます。林健太郎と申します。

ご紹介にありましたようにさまざまなことをさせていただいているわけですが、私は琉球大学を卒業しまして、麻酔科を履修していました。9.11をきっかけに災害や、世界で働けるようになりたいなと思い、東京に渡ってきて日本医科大学の救命救急に所属しております。その後、今ご講義なさった入江先生はフランスに行っていたということですが、国境なき医師団のフランス支部に所属し、世界のほうでいろいろ活動をしましたという次第です。

今日お話しさせていただこうと思うのは、私が国境なき医師団に所属してから付き合いだすようになった私とミャンマーの今までの活動のかかわり、ミャンマーの概論、ミャンマーの今の健康課題、ミャンマーのヘルス・システムについて、そして現在私が行っている、またかかわっているプロジェクトから見える健康問題をご説明させていただければと思っております。

私はこの5カ所に、国境なき医師団（MSF）で派遣されておりました。左の上のほう、ヨーロッパのほうに旗を立てていますが、国境なき医師団の活動に参加しながらオランダ王立熱帯政策研究所を中心にコペンハーゲン大学やハイデルベルク大学、向こうだと単位互換がきくので、そういったところで単位を履修しながら、また研究データを獲得するためにイラクに行ったり、スリランカに行ったり、ナイジェリアに行ったりという活動を繰り返しておりました。

こちらはミャンマーの写真になるのですが、この柱が見えますが、これは何だか想像つく方はいらっしゃいますか。

これは実はクワイリバー・マーチの、有名な映画で出ている『戦場にかける橋』のミャンマー側です。ちょうどミャンマー側の終点、このクワイ川鉄道の終点が、『ビルマの豎琴』の舞台となったムドン及び？タンボザという町です。ここで私は一番最初の国境なき師団のミッションで活動することになりました。

これがまず、『ビルマの豎琴』のモン州です。活動地域は黄色いところで、天然ゴムが一つの主要な産業となっています。そして、もう一つがタイ国境にあるカレン州ですが、こちらは長年の民族自治闘争が続いておりまして、大量の難民をタイ側に出していたという地域です。こういったジャングル地帯を車で通り、ときには川を渡り、地元のリーダーと話し合いながらヘルスケアを提供していくというのが私の仕事です。

こう見ますと、先ほどの写真も顕微鏡が見えたと思うのですが、この顕微鏡ですね。実際、カレン、モンというのはマラリア、それもアルテミス耐性マラリアの有名なところで、こちらのほうできっちりラピッド・ダイアグノーシスとトリートメントをするシステムをつくっていくのが一番メインの仕事です。それ以外に救急患者がいたり、これは、まだ Rabies (狂犬病) ではないのですが、犬にかまれてやってきた患者さんです。こういったまれな疾患がある、ちなみにポリオも私、初めて見ました。そういった地域での医療活動を 2004 年に始めました。

ただ、実際始めるといっても全く情報がなかったもので、その上、紛争地帯だったもので、村が消えていたり、村がなくなっていたり、もしくは村が移動していたり、それから地雷が仕掛けられている、仕掛けられていないということで、どっちの道がいいのか、陸路がいいのか、それとも川を通っていくのがいいのか、こういった地図をつくることから始めました。

先ほど、交渉している写真がありましたが、この交渉は村人との交渉だけではなく、各武装勢力との交渉です。例えば緑はフェニックス、これはモン州、モン族の武装ゲリラグループです。フラッグ・アンド・ドラムはカレン州、KNU と呼ばれる武装ゲリラたちです。シッダルダは、カレン族であっても、DKBA といって仏教側です。このカレン族はキリスト教がメインの民族ですが、仏教のカレン族のグループなどなど。ちなみにこのフェニックスはミャンマー正規軍ですが、こういったグループたちと交渉しながらの仕事となります。

これらのデータ、政治的なデータだったり、実際得ていく地理的なデータ、そしてヘルスデータを組み合わせて、既存のガバメント・ホスピタル、ガバメント・ヘルスシステム

に欠けているところを NGO ベースのクリニックをつくっていく。基本的にはマラリアの治療とダイアグノーシス化をできるように村人をトレーニングして、それに付随する治療行為を、どんどんキャパシティを増やしていくという活動を行っておりました。

ただ、この活動も 2004 年 11 月、その当時はキンニュイという政権だったのですが、クーデターが起きまして、ハト派だったのがタカ派に変わりました。そして、この『ランボー 最後の戦場』、シルベスター・スタローンの最後の映画の部隊になったように、戦闘が激化し、そこでの活動が不可能となりました。そこからどんどん難民は流出していったということで、残念ながら 2005 年 9 月には私は撤退、日本に戻って参りまして、初めてのミャンマーでのこうした国際保健での活動を終えることになりました。

これはミャンマー中部のインレー湖というところにそびえ立つ美しいパゴダですが、ミャンマーの医療保健は水というものが欠かせません。

2 回目にミャンマーと付き合うことになったのが、2008 年のことです。この当時、私はオランダに留学してしまっていて、さまざまところから、サイクロンでミャンマーがやられていると、「おまえ、一度行ってるんだから早く行かなきゃいけないんじゃないか」ということを聞いており、たまたまこのときもビザが入ったので、すぐ駆け付けることができました。この際は HuMA という日本の災害医療 NGO からの派遣ということで、いち早く現地入りすることができました。

これはナルギスというサイクロンがヒットした後のエーヤワディー地方です。ここがエーヤワディーで、ここがヤンゴンです。ここが一番の被害地域だったのですが、ご覧になればわかりますように、土地の形が変わっています。これは津波ではなく、実際はサイクロンだったのですが、高潮で水にのまれた。地元の人たちはこれを津波と呼んでいました。そしてまた、この一帯がミャンマーでも一番の穀倉地帯だったということから、ミャンマーは主要産業の一つで米があるのですが、その田んぼが塩害で大きな被害を受けた。こういった災害にかかわることになりました。

結局、その当時は海外の支援が入れなかったために、ユニセフに外務省からしていた國井先生を頼って、ある向こうの五大財閥の一つを紹介していただきました。向こうのレスキューチームは、軍はもちろん思いきり動いてはいたのですが、それ以外に 5 つの財閥に地域を分けて、おまえのところはここをやれ、あんたはここをやれという形で、そのレスキューとリカバリーも含めてやらせていました。

私はそのうちの一つのサージ・パングループというところに入り込みまして、そこでサ

ージ・パンググループが持っていたパン・ライン病院、これは本当はメディカルツーリズムでタイやマレーシアに行ってしまう患者さんたちをミャンマー国内で引き止めようと、ミャンマーの富裕層をターゲットにした病院だったのですが、この病院の医療チームに、まず災害のクイックなトレーニング、そして自分たちのスタッフだけでは足りなかったので、全国から研修医だったりヘルス・アシスタントと呼ばれる人たちを集め、クイックなトレーニングをして被災地に派遣しました。

また、こちらは地元のお医者様でカレン族のお医者様でした。エーヤワディーというのはなかなか地形が入り組んでいたために、モンとかカレンと一緒に、ここも一時期ゲリラ闘争をしていた場であり、カレン族は大変多いところです。そして、ここで働いていて地元で自分で病院を持っており、また KNU と政府軍の平和大使を務めていたサイモン医師を起点に支援活動を広げていきました。

こちらは HuMA の仕事になるわけですが、HuMA では一つの村をターゲットにして、消し飛んだヘルスセンターを立ち上げ、その周囲に一番必要であった井戸掘りもやっていました。

こちらは私個人で付き合いのあった YMCA のチームです。クリスチャンということで、マイノリティにつながりがある。そして、ここのチームと一緒にサイクロンで親を亡くしてしまった孤児の支援を行っていました。

そして、この恐ろしい被害をもたらしたサイクロンは、ここに塩害をもたらしたために、今、東北でも同じような問題がありますが、雇用が大きな問題となりました。死者・行方不明者は 15 万人ですが、避難しなければいけなかった数は、その約 10~20 倍、150~200 万人。この人たちが職を失って、ミャンマー全土に散っていくわけですが、そのうちの大きな一部はこのモン州にやってまいりました。

先ほども申しましたが、モン州の主要産業の一つが天然ゴム。ちょうど中国、インドの自動車生産により、天然ゴムの需要は拡大しており、ゴムが必要となったわけですが、これが天然ゴムの最終過程です。夜にライトをつけながら、ゴムの木に傷をつけ、垂れてくる樹液をカップにとり、それを豆腐みたいに容器に置きます。そうすると、コンニャクみたいに固まってくる。それをのし機で伸ばすと、こういった形のものが出来上がります。これを製品として売ることが天然ゴム産業です。

この天然ゴム産業、特にこのミャンマーの地域でのゴムの生産は、熱帯雨林特有の気候のために、日の出前と日の入り前後にゴム樹液を採取しなければならない。そして、この

地域のマラリアを媒介する *Anophylaxis Species* は夜行性で、低空飛行による吸血行動。そうすると、WHO や MoH（保健省）の蚊帳による対策は無効となり、このサイクロンの被災地より移住したゴム園労働者をバンバン刺しまくったという形になりまして、こういった対策ではなくて新たな対策を講じる必要性がありました。

これに対して、私の以前働いていた国境なき医師団のスタッフが現地にとどまり、IOM（国際移住機関）のスタッフとなっておりましたので、さまざまなつてはある。そういった形で、国立国際医療センターと共同して、DEET（蚊よけクリーム）によって、深夜天然ゴム樹液採取労働者へのマラリア予防等を行うこと、そして、もし可能であれば、植物由来の Mosquito Repellent を開発して地産地消の産業をつくるというプロジェクトを始めようとしておりました。

しばらくこのスライドは省かせていただきますが、マラリア対策のトレンドとして、蚊帳、ワクチン。最近ワクチンがきかないのではないかとというようなことも文献で読みましたが、それから、早期診断と早期治療というのがメインとなっていますが、比較的無視されているマラリア対策として、この直接やってくる蚊を prevent する方法がまだまだ残されているのではないかと。

また、既存のミャンマーの保健システムを強化した上でのマラリア対策を行っていかねばならない。これは地方のヘルスシステムになるわけですが、MoH の下のステイツ・レベルのヘルス、そして、Township Hospital があり、ここまでは医者がいるのですが、この RHC と呼ばれる Rural Health Center からは医者ではなく、Health Assistant と呼ばれる医療行為が可能なトレーニングを受けた方々。そして Sub Center には Midwife（助産師）がいます。そして、Village Health Worker（村のヘルスワーカー）です。このヒエラルキーを利用して、今まで早期診断だったり、ACT（Artemisinin-based Combination Therapy）、特効薬と合剤による治療を行っていたわけですが、他の戦略や他のコミュニティを動員する必要性がありました。

そこでこのモンの地域で目をつけたのが Local Business Sector。特に、Rubber Plantation Worker と Employer と Immigrant Worker、この 3 者をどうにかこのマラリア対策に組み込もうというところで、先ほどのような DEET を普及するとか、DEET の販売促進によるものだったり、これはパキスタンで行っていたものですが、DEET 石鹼を使う。あとは、独自の植物由来の蚊よけ成分を研究するというをやろうかなと思っていたら、ちょうど 2011 年 1 月、私はここでチフスにかかってしまいました。そして 2 月

に日本に強制送還というか、日本に帰ってきました。ただ、その場所ではわからなかったのですが、チフスという病気は排便から出るのではなくて、リンパ節に潜んでいて、それから血液の中に入る。そして 40 度以上の熱を繰り返しておりまして、何だろうと思ったら、日本に帰ってきて、血培からチフスが出たということで、2 月中入院して、3 月にちょうど退院したばかりでした。

こちらの写真は、これもインレー湖というところです。ここは場所違うのですが、実はミャンマーで食べた魚が悪かったのではないかなと思って、この写真を入れさせていただきました。

そして、日本に帰ってきて 3 月 11 日を迎え、私は病み上がりの体をむち打って、日本プライマリ・ケア連合学会の東日本大震災プロジェクトを立ち上げまして、コーディネーションをさせていただいた次第です。

少しでもこの活動を紹介いたしますと、基本的に宮城県北を最初、支援の対象としていました。K-Wave、気仙沼中学校です。急性期から慢性期にかけては気仙沼で一番大きかった避難所を支援する。それから、在宅診療の支援です。当学会からコーディネーターを送り、支援要員を送り、行っていた経緯があります。

また、石巻では、たぶん今回の被災地で一番大きな福祉避難所であったと思います。ターゲット・ポピュレーションがどうしても高齢の方だったり、**vulnerable population** となりますと、日本の場合だと高齢者です。そこで、こういった在宅診療であったり、福祉避難所の経営をやっていました。150 人規模のスタッフで、要介護者、障害者等、常時支援が必要な方を避難所で見ると、多職種によるさまざまな職種と連携しての活動となりました。

避難所が閉じた後は、気仙沼市の本吉病院に医者がいなくなったということで、こちらに研修医を派遣しました。総合診療医、総合医の研修の単位を与えるということで、研修の一環として被災地を支援してくれと、これを今システム化しております。今度、4 月からまた新しいシステムが石巻市立病院及び気仙沼本吉病院でもつくられることとなります。

こういった発想も、実はミャンマーでの経験があったからできているということです。また、学会の大きなバックアップもあることもたしかです。

そして、こういった他の多職種を巻き込んでの支援を続けながら、また海外支援を受け入れていたのも事実です。日本の開業医の先生ですと、3 日とか 4 日しか休みがとれない。外国、在米日本人医師の方ですと、向こうは休みをとれる期間が長いんですね。その上、周りのサポートもあるので、1 カ月いいよとか、2 カ月いいよとか。先ほどマネジメント

させていただいた遊学館、大きな福祉避難所や、在宅診療のコーディネーターなどは、実は長期にいられる外国人医師がいたからこそできた支援です。また、臨床心理士だったり、心のケアをするチームも、日本からだとリクルートが大変難しかった。これを日本語のしゃべれる、世界に散らばっている臨床心理士を導入して、心のグリーフケア、心のケアを行っていました。

現在、こういった PFA (Psychological First Aid) として、被災地支援にかかわる全ての人に必要な心のスキルを研修化したり、学術的な記録をしています。

また、この一環で現在、国立保健医療科学院の健康危機管理部の客員研究員として、今回、震災対応として保健行政の弱かった部分と私が考えている、保健所長、保健師の再トレーニングを、D-PAT (Disaster Public health Assistant Team) という構想がありまして、災害があったときには、DMAT、JMAT のような医療者ではなくて、パブリックヘルス・パーソンが、主体となって被災地を支援するチームのことで、この D-PAT のトレーニングを国立保健医療科学院で開始したところです。

ところ戻りまして、こちら、ミャンマーになります。これはそれこそ 11 月なのですが、私は、PCAT (プライマリ・ケア学会) での活動が終わると同時に、また同じようなことをミャンマーでも始めなければならなくなりました。これが日本財団からサポートしていただいたミャンマー医師会との共同での、カレン州、国境沿いでのプライマリ・ヘルスケア・プロジェクトです。

今、平和にだんだんなってきましたが、これから 50 万人いるタイ側に出ている難民が戻ってくることとなります。これらの方々のためのベーシックインフラを、ヘルスインフラも含めてつくっていかねばいけません。そのために、まず村々をやっつけていかなければならないということで、現在始めている事業です。

自己紹介が大変長くなりました。

ミャンマーの気候・地理・自然をご説明したいと思います。周りをバングラデシュ、インド、中国、ラオス、タイに囲まれ、気候としては、海岸側が熱帯モンスーン、中原地帯はサバンナ気候で結構乾燥しています。こちらのほう、シャン州とか上のほうになると、比較的温暖ではありますが涼しい感じで、雨はそんなに多くありません。何となく群馬の雪解けがないような感じですかね。群馬、栃木の雪水がないような感じのところですよ。

ミャンマーの行政管区としていくつかあるわけですが、公用語はビルマ語、首都はネピドー、最大の都市はヤンゴンです。面積としては日本の約 2 倍です。先ほど水、川のこと

を申し上げましたが、水面積率としては3.06%、エーヤワディー川、サルディン川。サルディン川というのはモン州からこう出ていって、中国までやっている川です。メコン川とともに生物多様性で有名ですが、ちょうど中国側がここにダムをつくらうとしていて、さまざまな問題を起こしているのがこのサルディン川の上流です。

人口総計としては、2008年で5000万人です。日本の約2分の1から3分の1。人口密度としては、面積が広くて人が少ない分、低くなっています。

通貨はチャットといいまして、「億チャット」といわれてもわからないですが、ゼロを1つとっていただくと、ちょうど円と同じです。

イギリスより独立したのが1948年です。

さまざまな行政管区があるのですが、やはりミャンマーを特徴付けているのが民族の多様性です。ビルマ族、シャン族、カレン族、ラカイン族、モン族、カチン族、カヤ族。それ以外に華僑、印僑が加わって大きく多民族国家をつくっています。このシャン、ラカイン、カレン、モン、カチン、こういった行政管区の名前が、そのまま大きな族の名前ともなっています。

宗教は基本的には仏教ですが、キリスト教、イスラム教もあります。

公用語はビルマ語となっていますが、それぞれの民族にそれぞれの言語があります。ビルマ語の字というのは、実はモン語から来ています。ミャンマーの歴史とも関係しています。

太古よりは、モン族が海上より渡り住み、都市国家を形成して海上交易をしておりました。10世紀になりまして、シャン族。シャン族というのはシャム、北部のタイと関係があります。北部から来たシャン族と南部のモン族が激突。15世紀になりまして、中部を拠点として、この間隙をついてビルマ族が出てきてバガン朝を立てた。これが有名なバガンです。こちらが、それこそモン族がつくった海上寺院です。ちょうど江の島のような感じです。

そして17世紀に入ると、モンゴル族と中国系がどんどん入ってきまして、バガン朝を滅ぼしました。

19世紀には英国により植民地化されました。この際、ムスリム、華僑、印僑、タミル人が大量に流入して、多民族化に拍車をかけました。また、英国が植民地化する際に、モンゴル系の山岳少数民族、といってもミャンマーで第2のポピュレーションを持つ少数民族ですが、カレン族をキリスト教に改宗し警察や軍の幹部に据え、問題を複雑化させていっ

た。よくある植民地支配のパターンがここでも行われていました。

1940年代に入り第二次大戦があり、独立運動が起こりました。その際にアウンサン将軍です。この日本軍に訓練されたアウンサン将軍が活躍しましたが、彼も暗殺されました。

1950年代に入ると、中国共産党軍と中国国民党による代理戦争という体をミャンマー国内では呈していき、その混乱に乗じて麻薬のメッカ、ゴールドトライアングルが形成されてまいりました。

1970年代に入ると社会主義政策と麻薬戦争、こういったカラーが濃くなりまして、麻薬戦争のために軍事政権の母体ができたと形があります。

これがゴールドトライアングルです。ミャンマー、タイ、ラオス、この国境に麻薬が大きく生えています。

1980年代に入ると経済的にだんだんつらくなってきました。そして民主主義運動を制圧し、自治を求める少数民族、武装勢力との戦闘が激化しました。

1990年代もその状態が続き、2000年代、一時期キンニュイ政権により開放政策がとられたと思いましたが、クーデターにより元に戻り、ようやく2010年代になって総選挙が行われ民主化路線になっていったという次第です。

先日、オバマ大統領がミャンマーに参りましたが、国民もテイン・セイン首相も皆ウエルカムという形で、今後同じような形のクーデターが起こるのはなかなか考えにくいかなと思っています。

こちらはスーレーパゴダ。長井さんというジャーナリストが2007年に亡くなったと思われていますが、長井さんは、このスーレーパゴダで亡くなりました。長い歴史、長い戦いだったと思えます。

次はヘルス・インフォメーションのほうに入ります。

これはポピュレーションのストラクチャーです。若年人口が減っている、高齢者が増えているというところだけ見ていただければと思います。

そして、実際、出生率も減少して、新生児死亡率、乳幼児死亡率は低下して、いい向きにあるわけですが、粗死亡率自体も低下しています。今まで内戦、貧困が大きな要素だったのですが、この要素がなくなり死亡率が低下しています。そして平均年齢が延長していく。これが急速に起こっているところです。

1975年がピラミッド型だったのが、もう2010年で既に釣鐘型です。2050年にはスカイレーパー型になると予想されています。

一つ大きなミャンマーの課題として、この急速すぎる高齢化、これはミャンマーだけに限らずアジア全体の問題だと思いますが、医療インフラ整備がこの速度に追いつけるかどうか大きな課題だと思います。

そして、**Mortality** から説明します。これは 2008 年のものですが、マラリア、結核、HIV、よく発展途上国で問題になっているもの、これが内戦、貧困の影響というのは間違いありません。そして、周産期関連疾患もやはり発展途上国型というところですよ。そして、2 に頭部外傷が増えています、これは交通事故、交通戦争によるものです。そして、脳心血管系疾患の増加は慢性疾患の増加に起因しているのですが、これも新興国によく見られるパターンではないでしょうか。

Morbidity です。ここに入ると少しまたトピックが変わってまいります。デング熱が増えている。これは一つは、地方の都会化と温暖化が原因ではないかといわれています。今までデングを、そういった地方で見たことがない、きれいな水のある場所だったのに、何でデングがうちの町に来ているんだというふうなことが多々報告されています。

周産期関連疾患は予定帝王切開の増加、これもよく見られるパターンではないでしょうか。少し国が発展してくると、リスクを負って産院でやるより、うちの病院に来て切っ飛ばえという形がよくよく見られるし、聞かれます。

それから、呼吸器疾患。これは車がどんどん増えていく、工業化が進んでいくことに付随してのもの。がん疾患も、高齢化の象徴ともいえるのではないのでしょうか。

先ほどからの情報は、**MoH** からの情報を使わせていただいておりますが、コピーライト、リファレンスがついていなくて申し訳ありません。ちなみにこちらの **Priority Ranking of Disease** も同じものから出典しています。これはミャンマー**MoH** が使っているか発言しているもので、毎年のアニュアル・レポートみたいなものです。

そこでいくつか挙げられてくるのですが、少し注目したいのが、この **Avian Influenza**、鳥インフルです。やはりミャンマーでも鳥インフルで鳥がたくさん亡くなったのと同時に、人も何人か死んでおります。

それから、**Drug Abuse**、**Leprosy** もまだ存在しています。そして **Snake bites**、コブラがメインです。まだコブラが多い。

精神疾患ということも考えられる。これも急速な都会化だったり、急速な社会変化に伴うものが大きいと考えています。

それから、**Plague**、**Rabies**、**Leptospirosis**、ネズミだったり犬ですね、こういった動物

系に関連する疾患もまだまだ多い。下水道等の整備でどんどん改善していくものだとは思われます。

これがシュエダゴン・パゴダ、ヤンゴンで一番大きなパゴダです。

ヘルス・システムの話に移ります。こちらはミャンマーの政府のヘルスシステムですが、もちろん公的サービスがまだまだ主です。ただ、都会の富裕層はプライベート・クリニックにも通っています。その他にこのシステム外に書いてあるのが、軍の病院施設群だったり、軍の教育施設です。これは実は最新設備が整っていたり、教育もしっかりしています。

もう一つ特徴的なのが、伝統医療局（Department of Traditional Medicine）があるということですね。これを積極的に導入して、慢性疾患予防及び介護の分野、例えば脳梗塞だったり、さまざまな疾患でパラリシスに陥った患者さんをこの伝統医療局でマネジメントしていこうというような考えがあるようです。

そして、ヘルス・ヒューマンリソース。医師はここにありますが、実は潜在的な医師はもっと多いです。大変給料が安く、他の職業をやっています。車を売ったり、商売をしていますね。英語の教育を受けているので、国が開放されればどんどん商売の機会はありますので、そのために医者となる者はいません。ブレイン・ドレインという形ですね。やはり地域医療は医療過疎という状態です。こういった医師の足りない状況で、地域医療にやはり従事したくない。実際は、ヘルス・アシスタントと Midwife で成り立つような医療人材による構造となっています。

ヘルス・ファシリティーに関しては、大きな病院としては大学病院、軍病院、それから私立の大病院、これは海外資本です。先ほど私がサイクロンのときに支援させていただいた病院がマレーシア系の病院です。マレーシアの華僑です。それから、タイ系の病院です。タイ系の病院が今、2~3 個ぐらいです。マレーシア系の病院が 2 個。ムスリム病院が最近多く増えているということ、ぼちぼちお話を聞きます。この結構大きな病院が、海外資本で今どんどん流入しています。

公立病院としては州立病院と町立病院、そして下に Rural Health Center があるという構造です。それ以外に、産院及び伝統医療病院だったり、伝統診療所をつくる。ここの部分が、たぶん高齢化社会に対応するキーとなってくるのではないかなと思っています。リハビリのものとかも置いてあるので、たぶんここを中心としてやっていくような話を聞いています。

バジェットとして、ぐっと上がっているわけですが、このぐっと上がっているのはその

ままうのみにはできなくて、実はハイパーインフレが2000年代から起こっていますので、実際 GDP に対する医療費は変わっていないはずですが。ヘルスサービスは変わっていません。そして、公的医療保険はありません。診察、施術、入院は基本的に無料です。以前、社会主義政策をとっていたので、それが続いています。ただ、薬代、機材代は自己購入しなければなりません。

Health HR のエデュケーションとして、4 つの医科大学がミャンマーにはありますが、毎年1大学600人、それがこの2~3年で、4つで2400人つくっている。その後どうすればいいのだろうということをお聞きしたいところなのですが、2400人、毎年医師をつくっています。制度としてはイギリスです。さすがにこのやり方はやめるということで、たぶんこのやり方をやっても地方に行く医師は確保できないということを聞いています。そのために、今後は軍の教育施設で医者育てるといようなことを政府の高官から聞きました。

そして、専門ナース制度がありまして、それでさまざまな医療サービスを提供しているという考えです。また、国家資格としては理学療法士だったり作業療法士はいません。救命救急士もいません。

最貧困層は、やはり海外の援助に頼っているのが現状です。ターゲットとしては女性、周産期医療。それから乳児・低栄養・小児、こういったものです。注目すべきはこの PLHIV ですが、国境なき医師団がミャンマー国内の ART の約3分の2をディストリビューションしています。

先日、ラカイン州という場所である騒乱が起き、その騒乱に国境なき医師団のスタッフが、テロではないのですが、騒乱をほう助したということで大きな問題となり、国境なき医師団自体が国外退去せざるを得ないような政治的状況であったのですが、ただ、このミャンマー国内の ART の3分の2を処方しているというところで、ここを追い出すともうどうしようもなくなるということで、調整しながら活動は続けているようです。

資格問題ということで、こういった INGO がさまざまな医療者をトレーニングして活動させるのですが、これらは政府の医療資格を持っていない場合がある。こういったものを今後どうやって政府のシステムに組み込んでいくかが大きな課題となっています。

ローカルな NGO も活発です。ただ、目標とするものが少し高すぎるというのが若干印象的で、サービスレベルは高いところから低いところまでまちまちです。システムとノウハウを伝授すれば、やる気はあるのでどんどん進んでいくような気がしています。

ここの写真に戻ります。これはミャンマー医師会と組んでのプロジェクトですが、今後、モバイルチーム、移動診療チームをつくって、先ほどと同じように調査をしていく、国境地帯の村々のヘルス調査、ロジスティックの調査をしていくのが彼らの目的で、12月からこのチームが始動しています。

そして現在私がかかわっているのが、今申し上げましたタイ国境のプライマリ・ヘルスケアの事業です。これ自体がまず、ロジスティックのアセスメントからヘルス・ステークホルダーの評価、そしてそこを起点としての医療保健活動の展開ということを考えています。

将来的には結局、同じようなものをつくっていくのだなと思ってはいるのですが、政治的、軍事的なネゴシエーションがないので、その分、少し楽だとは思いますが、やはりこの時間が勝負かなという気がしてしまっていて、あさってまたミャンマーにたち、年末・正月までいる予定です。

他に進行中のやっているプロジェクトとして、PLHIVの通院支援事業があります。これもモン州ですが、この海の家を経営して生活をどうにかやっているのがHIVの方々です。

この方もそうですが、ちょうど軍事政権中に景気が悪くて、こちらはやはり経済難民として、タイでやはり出稼ぎをしてくる。そうすると、帰ってきてHIVにかかっていた。HIVをディールするシステムはミャンマー国内にはなく、困っているというのが現状です。両親は自分たちがHIVと知った後に、タイ側に戻ってしまえばどうにかNGOのサポートを受けられるのですが、子供たちだけ残された、もしくは親たちが亡くなってしまったという孤児たちが残されています。

そういった子供たちがいるという現状なのですが、ここで2008年以降、リーマンショックでINGOなど人道援助業界に対する寄付金がだいぶ減りまして、ART、要するに薬だけはどうにかディストリビュートするのだけれども、その他の生活や医療サポートは減らしていこう、減らさないとやっていけないということで、どんどん減らされてしまっていて、それが問題となっています。これを会議して、しょうがないということで、私が持っている団体で、ハンセン氏病の病院といろいろ協働して、こちらの病院でこのHIVの人たちの医療搬送業を始めています。

医療搬送、通院支援をするだけではなくて、サステナビリティ、自分たちで稼いでくれということで、医療搬送、医療タクシー、それから葬式業も検討してくれということは今話し合っています。

なぜかという、今までお金がないところだと葬式も挙げられなかったんですね。これが、お金が少し入ってくると、「やっぱり弔いたかった」というような気持ちがありまして、そうすると、そういうところにお金を出す人たちがいる。今までは焼いてそのまま灰に流していました。ただ、経済が潤ってくると、少しずつ葬式をやりたいという人が出てきているので、これも PLHIV の連中とともにできればと考えています。

もう一つは乳がんのスクリーニングシステムを導入しようとしています。これは富裕層を対象に、通産省の計画で、メディヴァという医療系コンサルタント、及び亀田総合病院のシステムを導入し、岡山大学の先生たちと一緒にやろうとしているところです。これもサステナビリティを必要とされているので、富裕層を対象としていかないと、公的保険がないところでは続かないだろう。ただ、根本的に放射線治療施設だったり、乳がんそのものを治せるヘルス・ファシリティが少ないということで、ただスクリーニングしてディテクトしても結局、治療する方法がないと困るなというふうに提言しています。

もう一つが、この帰還難民による医薬農業事業です。今の東北でも同じように、災害に遭った人、避難して逃げてきた人だったり移民の人たちというのは健康そのものの問題より、やはり雇用の問題が問題になってくるということです。

カレンのほうから逃げてくる難民たちがすぐできて、また単位収穫面積の高い、要するに現金収入が得られる事業をすると、やはり医薬品ではないかということで、たまたま私はこちらの厚生副大臣及び元農業大臣と少し知り合いになる機会がありまして、こういうことをできないかという相談を受けているところで、幾つか提言させていただいているのがコンニャクです。慢性疾患が増えて、肥満も大変問題になっています。そこで、コンニャクを使ったヘルス・プロモーションはどうだということを提案させていただいています。

それから、やはり Drug Abuse もそうですが、アルコール依存。ウコンそのものがアルコール依存に効くわけではありませんが、こういったものもどうでしょうかと。

あと、もう一つは漢方薬ですね。伝統医療局が厚生省の中にある、及びこれを実際に用いてさまざまな慢性疾患を管理していこうという意図がありますので、やはり漢方薬はいいのではないかと。

もう一つ、実は欄外で提案させていただいているのがハッカクで、先ほど Avian Influenza のことを述べましたが、タミフルが 2016 年にロシュの patents 切れになります。タミフルの原料がハッカクです。このハッカクの 9 割近くは今、中国で栽培されており、

タミフル自体の原薬までの工場は中国国内にあるという形です。これを 2016 年にパテント切れになったときに、ジェネリックという形でミャンマー、タイなど、中国以外の国で生産するという事はアジアの平和だったり、こういった健康を考えるとときにいかなもののでしょうかということを提案したところ、大変興味を持っていただいています。

長々とした話になって、とりとめもなくなりましたが、ご清聴ありがとうございました。(拍手)

司会 ありがとうございました。多くの貴重な経験を、私どもが 1 時間でしゃべってくれと言ったものですから、かなり急がれたと思います。

時間も押していますので、お一人ぐらいのご質問で、あとは懇親の場でいろいろとお話を交換していただきたいと思いますが、どなたかおられますか。

ミャンマーの場合、医薬品、一般的なドラッグというのは輸入されますよね。

林 はい。

司会 それは、一般的に考えればいいのでしょうか。欧米から、あるいは日本からの輸入ということと、ご自分のところでジェネリック、先ほどタミフルのお話が出ましたが、そこでの製造は可能なのでしょうか。

林 私もそういった知識がありませんので、ぜひこの場にいるスペシャリティーの方々に、どうやって会社をつくっていくのか。たしか基準というのがあるはずで、WHO のエッセンシャル・ドラッグで、供給している製薬会社の基準というのがあるって、ジェネリックでも、例えばマレーシアのある会社はその基準を持っているので、結構そういった形でマレーシアの薬がミャンマーに入ってきたりしています。インドのほうの会社も、さまざまな大きなジェネリック会社がそういった形でマーケットを広げているわけです。

今後一つ伸びるといえるか、可能性のある産業という形で私も皆様のお知恵を拝借したいということで、ぜひよろしくお願いします。

司会 どうも今日はありがとうございました。(拍手)

第 15 回の勉強会を終わらせていただきます。長丁場でお疲れだと思いますが、お時間のある方はいつものとおり、このビルの 5 階に場所を用意していますので、ご参加いただきたいと思います。