

特 集

地域医療

ミャンマーにおける地域医療支援

特定非営利活動法人 ミャンマー ファミリー・クリニックと菜園の会 代表

名知 仁子

1. はじめに

ミャンマー連邦共和国（ビルマ）といわれて皆さんは何を思い浮かべるのだろうか？ 映画の“ビルマの豎琴”或いはノーベル平和賞受賞者の“アウンサンスーチー女史”を連想するのだろうか。

以前の軍事政権から2011年3月に民政化になり、日本企業が進出を狙っている国として連日のようにテレビや新聞で報道されている。それだけミャンマーが注目を集めている。そのミャンマーで筆者は人口の70%が住んでいる農村部での医療活動を行っている。今後は医療と食（菜園）、この2つを柱にしてミャンマー人が自立可能になるような支援活動を行ないたいと考えている。

筆者は人に平等に与えられているものは4つあると思う。

1. 生まれること
 2. 生きること
 3. 死ぬこと
- そして
4. 時間

ミャンマーでは子どもが1歳までに亡くなってしまう乳児死亡率は40（対出生1000人、WHO、2011）であり、日本は3である。また5歳までに生きられない子どもは53（対1000人、WHO、2011）であり、日本は4である。この高い死亡率は主としてマラリアと栄養不良に起因する。マラリアは適切に治療薬を内服すれば確実に救命できる疾患なのに、失われていく命…。

ミャンマーに住む人々が1歳まで生きられ、5歳まで生き延びることができ、20歳まで生き抜き、自分たちで自分たちの村の生活を創り、地域社会を構築することができる。それを日本にいる人達が一緒に支援する。これが筆者の主宰しているNPO法人『ミャンマー ファミリー・クリニックと菜園の会』の大きな目標の1つである。もう1つは日本からの医師の派遣である。日本の医療レベルは世界的に見て高水準であるが、筆者が働いていた難民キャンプや現在一緒に活動に参加しているミ

ャンマー人医師は聴診器1つで患者さんの診断、治療、経過観察までこなし、実に見事で惚れ惚れする。これは彼らが1つ1つの命をどう診ているか、だと感じる。輝く命は力であり、本来のたくましさやどう活かすかを自然に感じとって治療に導いている。これを日本の医療でも活かしたいと思っている。

2. ミャンマーの医療事情

まず、ミャンマーについて、医療事情を中心に述べたい。以前の軍事政権では、政府の規制が厳しく、人々の生活もメディアの活動も抑制され、中々真実の姿が世界に伝わりがたかった。2011年の民政化以降民主化の波が一気に進んでいる

国土は日本の1.86倍で、人口は約50%である。14の管区と州に分割され（図1）、多民族国家で、公用語はビルマ語であるが約134の民族が各々の種族の言語を有している。お互いに言葉の壁がある時もある。大部分が仏教徒であり、イスラム教徒、キリスト教徒もいる。大変親日的な国として知られ、そのことはここで生活していると本当のことだと感じる。イギリスの植民地であった頃、アウンサンスーチー女史の御尊父で建国の父と言われているアウンサン将軍が日本の軍隊に知恵を借りてきた経緯もある。

ミャンマーの医学部は4校のみで、人口に対しての医師の数はまだまだ十分ではない。しかし彼らはとても優秀で、日本でいう大学受験資格試験の“10 Standard”の得点により進学できる学部が決定されていた時代もある。医学部は7年制で英国の植民地であった影響で医学部の教科書は全て英国圏のものである。指導する教授も英国や米国に留学経験があり、帰国後は教鞭を執っている。筆者はミャンマーの現場で12人のミャンマー人医師と仕事をしたが本当に優秀であると感じた。大学が少ないから当然大学病院も少ない。各州にTownship Hospitalと呼ばれる州立病院が存在する。しかし、農村部奥地まで医療は行き渡らず、人々は歩いて3時間、あるいは3日掛けて受診したりする。日本のような医療保険



図 1

制度は無く、全て自己負担のため殆ど病院に行けない状態である。そこで州立病院の下に、さまざまな制度を作っている。例えば、Rural Health Center (RHC) という日本でいう診療所に相当するものを最低5つ設置し、Health Assistant, Lady Health Visitor, そして Public Health Supervisor を各1名常駐させているが、これでも圧倒的に人数が足りていない。このRHCの下に5つのSub-rural Health Centerがあり、助産師 (Midwife) がいる。この1人のMidwifeが6から10の村々を担当し、約1,000人の村人達の健康管理をおこなっているのが現状だ。彼女達は自動車などではなく徒歩で家々を訪問する (図2)。

このような中で病気になるって実際に医療施設に行くことができるのはほんの一部の人にすぎない。彼らは医療について正しい知識を持っていないので間違った対処をしたりする。例えば乳児死亡率の高い原因のひとつにマラリアがある。マラリアになって熱が出ても適切な時期に診断されて抗マラリア剤の投与をすれば助かる。しかし知識もない村の人たちはこの内服薬をすぐに効果があると勘違いして、熱が出る度に飲む。その結果、中毒量に達してしまい死亡する。これは現実に筆者が経験した8歳の女の子の例である。

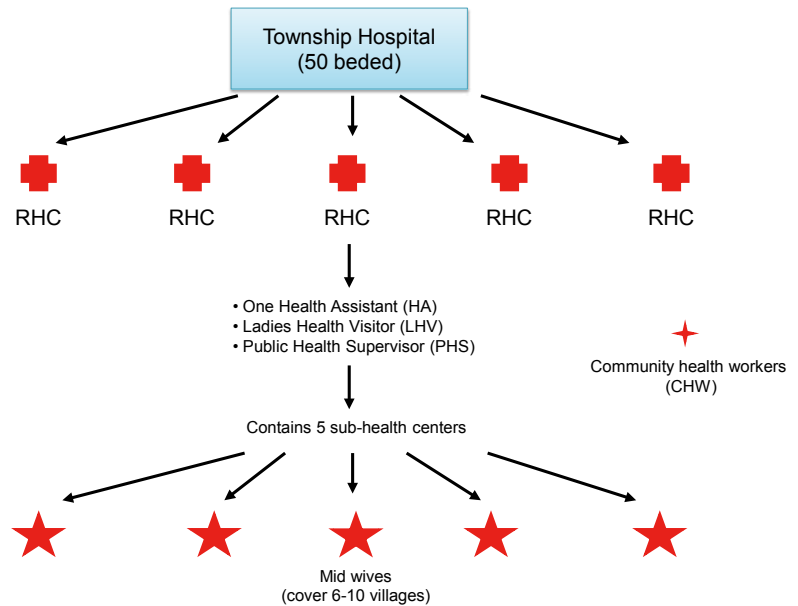


図 2

3. ミャンマーとの関わり

ここで、筆者がミャンマーと関わりを持った経緯を少し述べたいと思う。1999年にノーベル平和賞を受賞した国際医療団体・国境なき医師団のボランティア医師の一員として月額実費弁済のボランティア手当60,000円でタイのミャンマー国境沿いの難民キャンプに赴任した。ここで35,000人 (現在は100,000人)の難民診療に従事したことが筆者の医師として初めての国際医療活動への一歩であった。そこで医師としての自信はガラガラと崩れた。竹で囲まれた難民キャンプ内は外にも出られず、中に入るには政府の許可が必要で、ここで生まれた人達は一生ここで生活をする。医療と呼べるものは何もなく、血液検査もレントゲン、エコー等の医療機器が何もない状態であった。ここでは聴診器1つで人を診て診断して治療にまでもっていく。患者を受け入れ、人として診るというのはどういうものかを学んだ。患者と向き合う、体の声を聴く、ということを学ばせていただいた。ここには学校がないので学校にも行っていないメデックと呼ばれる医療ボランティアさんたちの指導を受けながら、診察に携わった。彼らはとても真摯に患者に対応し診断し、薬を処方する。“凄”の一語に尽きる経験であった。

この経験から人間は想いさえあればなんでも出来る可能性をもっているのだと強く感じた。制限をつけているのは人間本人なのだ、ということを教えられた。同時に人間は遅く、そして命は輝いているということも体感した。

その後、2004年から2005年にかけてミャンマーの



図3 一般的な村の生活風景 (2013年)



図4 教会での診療所の設置風景

バングラデッシュとの国境沿いのラッカイン州での船による医療活動、2008年のミャンマーのサイクロン災害の緊急医療援助を経て、2010年から2013年は毎年、横浜YMCAと共同で医療活動に携わっている。その活動の殆どは移動クリニックと呼ばれるもので、医師を初めとして医療従事者が編成隊を結成して村々を廻って医療行為を行なうものである。多くは日本人医師1名とミャンマー人医師1名、処方薬を患者さんに渡すことを我々が教育したスタッフ、及びロジステックと称する現地の物資調達員で編成されている。ロジステックの人たちは村長や役人との交渉も行なう大変重要な役割を担う。日本人医師の場合、ミャンマー国内での医療行為や薬の処方には認められておらずミャンマー人医師との協働が必要となる。(2014年には外国人医師がミャンマーで医師免許取得可能になる予定)また、現地の情報収集や実際に村人たちとの交流(コミュニケーション)を担うのは現地スタッフの大きな任務であり、例えばマラリアの説明や日常の手洗い・歯磨き指導などをするのも大きな任務である(図3)。

これら保健医療活動における筆者のスタンスは至ってシンプルである。

1. 現場の人と同じ目線になる。
 2. 現地のニーズと、それが本当に必要なのかを検証する。
 3. 村人たちが自分達で改善していこうとする気持ちになり、如何に継続して意欲を持ち続けるようにする。
- 一番大切なのは、やはり 現地の人達の自立支援だと強く感じている。

4. 日本の医療支援活動

筆者が2012年6月に立ち上げたNPO法人「ミャンマー ファミリー・クリニックと菜園の会」(以下MFCG)は残念ながらミャンマー国内で独自で活動を行なうため

のミャンマー政府との契約をまだ締結し終えていないため、MFCG単独での活動は出来ていない。現在保健省との交渉を進めているところである。早く自分達で活動出来る状態にしたいと切に願っている。

そのため、筆者は毎年年末に横浜YMCAが行なっているミャンマー国内での医療活動にMFCGの代表として参加させていただいている。この活動について少し説明すると、その移動クリニックはお金もなく、薬代もない人達のために村々を巡回している。固定のクリニックを設置しないのは診療所に来られない人達が大量いるからである。例えば、固定クリニックに行くためには、村人は船で来るとすると船賃代が片道200円で往復400円必要になる。彼らの日給はおよそ200円なので400円は約2日分の日当に当たる。これでは彼らは診療所に来られない。従って我々が彼らの所へ出向くのである。大量の人達が受診できるように交通の便が良い村を選定するのもポイントになる。そして村の実力者や村長などの家の軒先、お寺、教会で青空診療所を開設する。

移動クリニックには1日200~250人くらいの患者さんが訪れる。字が読めない人も多いので告知は全て口頭で行なう。人々は小学校に行っても4年生くらいで学校に行けなくなってしまう。その理由は2つあり、家計を助けるためと制服が買えないためである。1着300円の制服は日本ではペットボトル2本分であるが、日給200円の彼らには高価なために学校に行けなくなる。しかし、その代わりに寺子屋のような場所があり、そこで学ぶことが出来る。ミャンマーの識字率が80%以上と高い理由はこのためである。移動クリニックへの移動は途中まではバスで、そこからは徒歩で診療所とする場所まで行く。デルタ地域なので雨季には足がドロドロになる。あるいは船で到達する。診療所はあるときは教会だったりあるときは村長さんの家の庭だったり様々である(図4)。そこでミャンマー人医師と共に医療コンサルタ



図5 診察の順番を待つ村人



図6 実際の診察風景

ントのように診察をおこなう。村人の中には初めて外国人を見る人も多く、病気ではないのに、ただ外国人や医師を見てみたいというかわいらしい村の人もやって来る(図5)。その反面、重症の感染症、HIV/AIDSや結核疑いの人達も来る。時には教科書でしか学んだことのない病気を疑うこともある(図6)。この時に一番の相談役は一緒に活動に参加しているミャンマー人医師である。風土病に関してもしかり、患者さんが混乱しないように地元のクリニックで処方している処方マニュアルを使わせていただく。医療を異なった国で学んでいるので、その弊害が患者さんに及ばないように配慮するのである。お互いに相手を尊重しているので我々の関係はすこぶる良いと自負している。

一番気を付けないといけないことは身長・体重測定である。それは栄養状態ともに生活の調査を行う。身長・体重は薬を処方するために不可欠で、栄養状態が悪い彼らに日本と同様に1回1錠、1日3回などと薬を出してしまうと中毒量になってしまう。我々の行為が患者さんの命を奪ってしまう可能性があるため重要である。

そして最後に必ず青空薬局で薬を手渡すときに我々の目の前で一番初めの薬を内服してもらうのである(図7, 図8)。薬は無料。薬を直接飲んでもらう理由は、医者にかかったことがないので薬の飲み方を知らない人達が多く、内服することを怖がらないようにしてもらうためである。薬は朝、昼、夜と別々の袋に分けられている。朝飲む薬の袋には山から太陽が昇ってくる絵が描かれ、昼の袋には太陽が中心に存在している絵で、夜用は月の絵である。時計など持たない彼らが間違わないようにするための工夫である。しっかり何日間飲まないといけないと伝えることも忘れないようにする。1回飲んだだけで治ってしまうと勘違いして途中で止めてしまうことを予防するためである。もう1つの理由は、彼らが生活のために薬を売らないようにするためである。生活のため

に彼らは自分の体調が悪くても薬を売ってお金を得ようとする。悲しいがそれが現実なのだ!

診療活動時には言葉の問題も出てくる。ミャンマー人医師のほとんどは公用語のビルマ語を話す。しかし、農村部ではその部族特有の言葉だけでビルマ語が話せない人達も多く、診察の時の会話が成り立たないこともある。でもそこは、同じ人間だ! 丁寧に、丁寧に対応することにより空気は和む。また通訳の人も同行する。また電気がないから太陽のほうへ向けて診察室を作らなければ黄疸や貧血を見つけれられない。日本では考えられない状況での診察でストレスもかかるが、新しいことへの挑戦でもあり毎日が真剣勝負で楽しみでもある。我々のこのような活動により、人々の何が変わるのか疑問をもち、村人に尋ねたことがある。その時の彼らの返事は次の様な衝撃的なものであった。「来てくれると自分達村人のことが忘れられていないと思えるので大変嬉しい」。「知らない人が来ることにより、世界が広がる」。我々のほうが逆に感謝しているのに…彼らから学ばせていただくことは本当に多い。ただ、時には無念さだけを感じてしまう出来事もある。ある時、我々の移動クリニックにドサッと置かれた“物体”があり、よく見ると11歳くらいの子供で、御両親が抱えるように連れてきた。よく聞くと1年前から物が食べられなくなり、徐々に動けなくなった。両親は親戚中から借金してミャンマーには7台しかないCTを撮りに旧首都のヤンゴンに子どもを連れて行った。診断結果は脳腫瘍だったが、彼らにはもう子供を手術させるだけの資金はなかった。今回我々のことを知り、薬にも縋る思いで連れてきたのだ。ぐったりしている子供に点滴を行いながら、彼らが持参したCT画像を診たら明らかに腫瘍が頭の中に存在した。手術費は200万円必要と言われたそうだ。日本の親だったらどうにかして出せる金額だが、日給200円の彼らには到底無理な法外な金額だった。色々検討してミャンマー人脳



図7 教会での青空薬局

外科医に手術を依頼して入院費もコチラで賄うということで話は纏まったが、そのことを知らせるためにその家族の村に伝令を飛ばした。「治せるよ!」と。しかし、悲しいかな…子供はその知らせを知ることなく、亡くなっていた。その期間わずか2週間たらずである。自分の子どもがどんどん衰弱していくのを、ただただ見ていることしか出来ない両親はどんな気持ちだったろうか。やるせなさが残った。日本では有り得ない状況がここでは普通に起こっている。ミャンマー政府も頑張っているがそれだけでは追いつかない。そんな現状を改善させていきたいと切に願う。

筆者は国の社会を創るのはその国の人達だと思っている。日本では日本人が、ミャンマーではミャンマー人が、自分達の村の生活を改善させ、地域社会を築いていく。そのためにお互いのできる事を時には手を差し伸べれば良いのだ。

5. ミャンマーの医療に関する問題点

民政移管後の現在でも人口の70%は変わらず貧しく、最低限の医療や食べものが得られないのが状況である。ミャンマーでは5歳まで生きられない子どもの数が53(対1,000人, 2011年, WHO)である。日本のそれは3であり、その原因の多くは、不慮の事故である。ミャンマーの場合は、マラリアが死因の第1位(47%)であり、その次は栄養不良である(22%) (図9)。

マラリアに罹患しても早期に診断して適切な治療を適切な時に行なえば助かる病気だ。1錠100円の薬を子どもは3錠300円、大人は10錠1,000円で治療できる。しかし、医者に行けず治療代が出せずに途中で中断せざるを得ないことも少なくない。その結果、亡くなるか、薬剤耐性マラリアを生じてしまい薬が効かなくなる。日本だったらランチ代に消えてしまう1,000円だが、彼ら



図8 目の前で内服させる

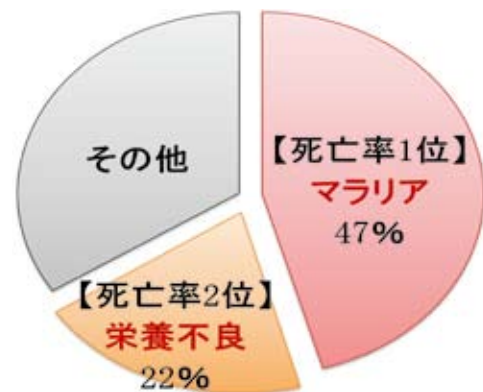


図9 ミャンマーにおける5歳未満乳幼児の死亡原因

の5日分の日当に相当する。横浜YMCAの活動では全ての治療費は無料である。また、今までの経験から栄養不良の患者は、栄養状態を2-3ヶ月かけて改善させ、彼らの村に帰しても村に食べものがないから再度栄養不良になって我々のところに戻ってくる(図10)。

かつては有数の穀倉地帯であっても、土地の所有権は国にあり、自分達でなかなか自由にできなかった。また長い間米作が推奨され、野菜を栽培することは考えられなかった。あるいは野菜は売るためであり、自家消費のためではなかった。

これまでも医療支援は行われてきたが、医療支援のみでは健康を維持するための生活基盤は整わず、再び病気になってしまうという繰り返しだった。医療の限界を感じる。このまま永遠に医療支援を続けることは不可能だし、なんの根本的な問題解決になっていないことに気がついた。

また、手洗いや歯みがきなどの保健衛生活動を定着さ

現状: Bad Cycle

目指すべき形: Good Cycle

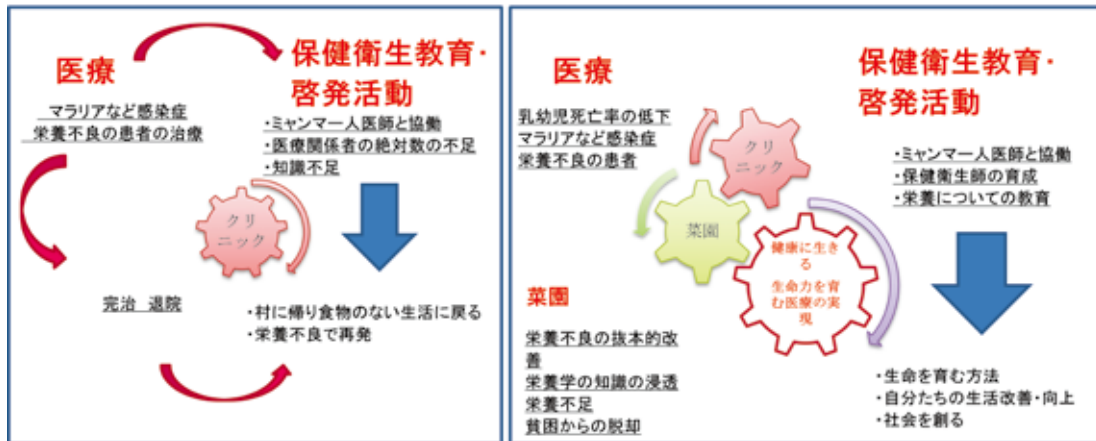


図 10 現状と目指すべき形

せることの大切さも身をもって知った。ミャンマーの農村部では母親は赤ちゃんのオムツを替えたときに10%の人しか手を洗わない。100人いたら90人が手を洗わないことになる。そして洗っていない手で家族の食事を作り、家族はそれを食べるのだ。ミャンマーでは食事は手で食べるのが一般的である。だから、不潔な手で食べものを口に入れて下痢を起こす、下痢になるともともと栄養状態が悪いので脱水にすぐなり、亡くなってしまふ。

6. MFCCG 設立へ

MFCCG は農村部の人々のために、医療と食の2本立てで彼らの自立支援をおこないたいと考えている。巡回診療での手洗い等の保健衛生指導をベースとして、併せて感染症治療と栄養状態の改善を目的とした菜園併設型の栄養補給センターの建設をおこなう予定だ。また地元孤児院のこどもたちと彼らの土地を活用して自家消費できる菜園造営・運営の支援を行いたいと考えている。

農村地域に適した複合型の医療ケアを提供することで、貧困下にある農村地域の人々に自立循環型の援助を提供していきたい。農村地域の人々の健康状態を改善し、自立を促すため、MFCCG では、以下の事業を行いたいと思っている(図11, 図12)。

巡回クリニック

- ・保健衛生指導(歯磨き, 手洗い, トイレの使用法など)の普及
- ・たんぱく質の積極的摂取などの栄養指導
- ・感染症の予防知識の普及
- ・生きるために必要な栄養指導
- ・家庭菜園技術指導
- ・家庭菜園に必要な種, 肥料, 農具の支援

■ミャンマーの自立を促進するパイロットモデルの実施



図 11 プロジェクト概要—目的—

MFCCG の事業により、以下の成果が期待できると考えている。

- ・死亡率の減少
- ・下痢症などの疾病罹患率の低下
- ・マラリアなどの感染症の予防
- ・乳幼児の死亡率の低下
- ・栄養状態の改善
- ・貧困からの脱却及び生活改善と向上
- ・日本との交流とミャンマー人からの学び

一番大切な対策は Primary health care と呼ばれる、手洗いなどの保健衛生概念の理解と普及そして、定着化だと確信している。それを先ず第一に行いたいと思っている。先に述べたように MFCCG 単独の活動はまだ政府との契約書の締結がされていないため出来ない状態である。早く活動が開始できるようにミャンマー政府と交渉を行っている段階である。2013 年中には全ての書類提出を終了させ、調印に望みたいと考えている。活動予定地は決定しており、前進あるのみ! の状態にある。

■プロジェクト対象地域

Ayeyarwady Division

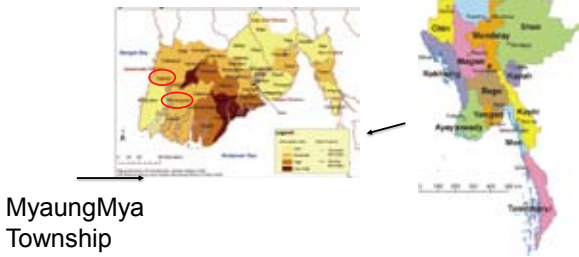


図 12 プロジェクト対象地域

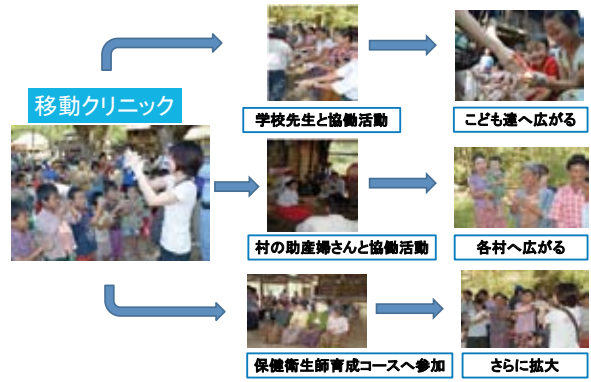


図 14 プロジェクト概要—移動クリニック—

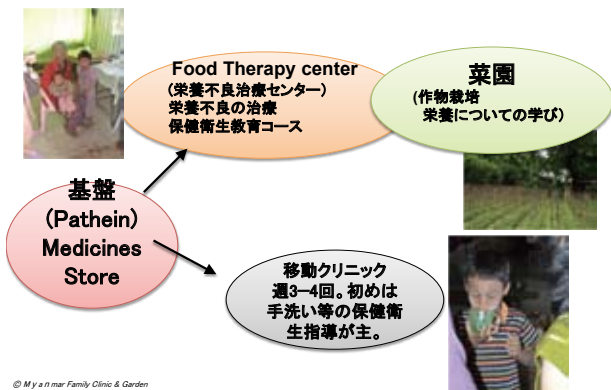


図 13 プロジェクト概要—医療—

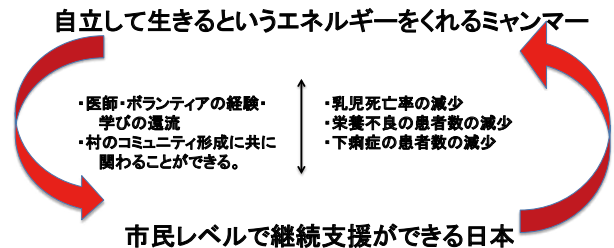


図 15 「人とのつながり・環」でめざすもの

7. 今後の MFCG の活動予定 :

2008年にサイクロンの災害があった Ayeyarwad という地域で先ず活動を開始する予定である。現在、ここには既に NGO が 1 団体活動しているが、まだ支援が十分にゆきわたらない状況である。

パテインという場所に薬などの倉庫を借り、そこを拠点に保健衛生活動と感染症の治療などを行なう移動クリニックを出勤させる (図 13, 図 14)。ミャンマーの村人達が 1 歳になり、5 歳まで生きられれば、20 歳まで成長することは可能になる。そうすれば彼らが自分達で彼ら自身の村の生活を改善したいと考え、地域社会を創造し、最終的に自立する。それを我々日本人と一緒に手助けし、彼らの成長を見届けることは素晴らしいと思う。同じ人間として、そして アジア人として彼らに関わって喜びを分かち合えることができればこんなに嬉しいことはない。

8. おわりに

近い将来、母校である獨協医科大学の学生や医師がこのミャンマーの地で医療活動に携わり学ぶ機会を得るこ

とができれば、卒業生の一人としてこんなに嬉しいことはない。母校への貢献である。そうなるつもりだし、そうなりたい、と願っている。

MFCG は 2012 年 6 月の設立からまだ 1 年、活動資金も潤沢ではないのが現状である。出来るだけみなさまのお力添えをいただければ大変嬉しい限りである。

NPO 法人)

ミャンマー ファミリー・クリニックと菜園の会

代表 名知 仁子

(〒116-0012 東京都荒川区東尾久 8-41-23)

E-mail : myanmarfcg.info@gmail.com

HP : http://myanmar-clinic.com/

FB : https://www.facebook.com/myanmarclinic

謝 辞 最後になりましたが今回このような貴重な機会を賜りました、獨協医学会雑誌 (DJMS) の編集委員長の石光俊彦先生、企画正・副委員長の西山緑先生と千種雄一先生および校正に御尽力戴いた方々、そして辛抱強く原稿の書上げを待っていただきました、獨協医学会の鯉沼行子様へ感謝の念と厚く御礼を申し上げます。