

では、ウイルスとは何でしょう。ウイルスという言葉は聞かれたことがおありだと思います。さっき申しましたバイ菌、バクテリアというのは、いいのも悪いのもいて、いいのも結構たくさんいるんですが、ウイルスというのはラテン語で「毒」という意味を示す言葉から起こっていますが、ウイルスというのは、厄介な方がほとんどです。恐らく、悪さをすることによって見つかるからだだと思います。

それからこのウイルスの性質を調べているときに、素焼きの焼物をウイルスが通ることがわかったので、「濾過性病原体」と呼ばれたこともあります。中国語では「病(気)の毒」と書きます。いずれにしても人間にとって悪さをするのがほとんどです。それはどういうものかといいますと、蛋白質の袋といえますか、入れ物の中に、核酸、これも蛋白質のカケラみたいなものですが、遺伝を司るもので、それが中に入っています。そういう非常にシンプルな形です。そして厄介なことにこのウイルスは、自分だけ、つまりウイルスだけでは生き延びられない。ここにウイルスを持ってきて置いても、それは生き延びられない。乾燥には強いですが、ずっと置いておいたら、いずれ死にます。

しかし、それがだれかの体の中に入る。だれかというのは、人間とは限りません、生きているものの体に入って、他の生物の細胞の中に入ると、いつまでも生きています。自分だけでは生きられないのに、だれかの体を借りて生きる、そして、そのだれかの細胞の中で複製して増えていくという厄介な性質を持っています。そのものだけでは独立して存在し続けられないので、生物がいなければウイルスは広がっていくことはないわけです。

もう1つこのウイルスの厄介な面は、非常に小さい、大きさは20~970ナノメートルです。ナノメートルというのは、1ミリメートルの100万分の1です。バイ菌というのは、1ないし5マイクロメートル、マイクロメートルというのは、1ミリの1000分の1です。1ミリの1000分の1も見えないけれども、1ミリの100万分の1は絶対見えない。普通、病院にある顕微鏡でもバイ菌は見えますが、ウイルスは見えません。ウイルスを見るためには、あるものを100万倍の桁で大きくする電子顕微鏡がないと、見えません。つまりウイルス

の検査は、ちょっと簡単に見て……というわけにはいかないという点が検査を遅らせた1つの原因です。

もう1つ、ウイルスと細菌・バクテリアとはどういうものかというのをちょっと申しますと、今言ったように、バイ菌は小さい、ウイルスの方がもっと小さい。ウイルスはほかの生物に寄生、感染して増殖する。ほかの生物の細胞がなければウイルスは、生きていけないのに対して、バイ菌・細菌は適当な温度・湿度・栄養・蛋白質があれば、細菌だけで生きて増えることができる。ですから、例えば牛乳が腐るというのは、牛乳の中に腐敗させる細菌が入っているからですが、牛乳の中にウイルスを入れても、何も変化は起こりません。

一方、ウイルスは人の細胞の中で増えるのですが、抗生物質——バイ菌に感染したときには抗生物質を使いますが——ウイルスには抗生物質は効きません。ですから、AIDSや肝炎というウイルス性感染症の場合は、抗生物質は効かないということがわかりだと思えます。インフルエンザもウイルスですから、抗生物質は効かない。

それからちょっと難しいのですが、細菌・バクテリアの方は増えていく遺伝子としてDNAとRNAと、遺伝を司る2つのものを持っているから勝手に増えるんですが、ウイルスはどっちか片方しか持ってないから、ヒトの細胞のそういう必要なものを使わないと増えていけないという違いがあります。治療する側から言いますと、やはりウイルスの感染症の方が扱いにくい。

しかしながら、皆さんはもう罹ることがないかもしれませんが、「はしか」という病気があります。「はしか」というのは1回罹ると、2度と罹らないですが、そのウイルス感染の場合は、うまくいくと、1回罹ると体の中で免疫・抵抗力ができる。細菌の場合は、それができないから、何回でも同じ病気に罹る。

では、AIDSの場合、HIVに罹ったら抵抗力ができて二度と罹らなくて、治れば良いと思うのですが、その抵抗力をつくる細胞CD4+を潰すから厄介なのです。そういうところがAIDSのややこしく、難しいところです。

AIDSというのは「Acquired Immuno Deficiency Syndrome」の頭文字を取っています。Acquiredというのは後天性、生まれてから得たという意味で

す。Immuno は免疫です。Deficiency というのは、機能が悪い、不全です。Syndrome というのは、医学的に言う症候群です。症候群というのは、キチンと病気の原因や症状が決まっていなくても、同じ病気の人を集めると、同じような症状・兆候を持っているものを症候群と呼びます。AIDS は、初めははっきりわからなかったから、Syndrome と呼ばれたのですが、今では本名になっているわけです。

今、申しましたように、AIDS というのは、後天性、生まれてからというお話ですが、後天性に対して、先天性「Congenital」という言葉があります。遺伝性というのとはまた違います。先天性と遺伝性は、よく混同されますが、遺伝性というのは、遺伝子に問題があって起こっている病気です。

Congenital というのは先天性で、原因が生まれる前にあるだけで遺伝性とは限りません。ですから、ご存じの方もいるかも知れませんが、妊娠中の女性が「風疹」という病気に罹ると、耳が聞こえないとか、心臓に問題のある赤ちゃんが生まれることがあります。これは先天性、原因が生まれる前に、お母さんが感染し、生まれる前にあるという意味で先天性ですが、同時におなかの中の赤ちゃんも感染したために生じる障害であり遺伝性ではありません。感染症です。

AIDS の場合は、後で起こったから Acquired だという名前を付けたのですが、実はだんだん AIDS が増えてくると、お母さんのお腹の中で、生まれる前に感染する子供ができてきました。そうすると、それは先天性なんです。そのような方は Congenital (先天性) という言葉が付くわけです。先天性の AIDS, でも、それをちゃんと言えば「Congenital Acquired Immuno Deficiency Syndrome」, 日本語で言うと「先天性の後天性免疫不全症候群」で、言葉としては非常におかしいでしょう。けれども、「AIDS」というのを1つの病気の名前として考えれば、それを生まれる前から持っていたのを「先天性 AIDS」, 「Congenital AIDS」と呼ぶわけです。そして、4～5歳ぐらいまでに亡くなるのがほとんどなのです。

では、AIDS というのはどういうふうな経過をとる病気かを説明します。ま

ずウイルスに感染する、どこから感染するかは、この次に言いますが、とりあえずウイルスに感染する。感染しても何も起こりません。1週間ぐらいしたら風邪引きのような症状が起こります。熱が出たり、ちょっと体がだるかったり、手足が痛かったり、これはインフルエンザの症状によく似ていますが、1～2週間続きます。そして、その状態で体の中にHIVというウイルスが増えています。

一方、先ほど言いましたCD4+のリンパ球というのは本来私たちの体の中に一定数があるのですが、ウイルスが増えてくると、力が弱って落ちていきます。1カ月ぐらいの間にウイルスが増えて、CD4が落ちる時期があります。この期間は、検査でいう「ウインドウ期（窓期）」にあたります。窓期は検査をしても、引っかかりません。しかし、体の中では病気は動いているわけです。一旦ウイルスが増えてCD4+という抵抗力をつくる細胞が減ってしまうと、そこでちょっと体の中で、もう1回頑張りましょうという応援団が動いてCD4+が増え、ウイルスは減ります。この期間は相当長い。人によって何年間も続くことがあります。しかし、応援団の力がついて、一旦回復したCD4+リンパ球数が徐々に減って、遂にはウイルスの方が力を持ってしまう。そうなると、AIDSという病気が発症するわけです。この時期は、時々熱が出たり、リンパ腺——リンパ腺というのは喉の下とか脇とか鼠径とかにグリグリがありますが、それが腫れたりすることがありますが、概ね大した症状がなくさらに何年間か続く。そういう経過が典型的なHIV感染からAIDSに至る経過です。

まとめますと、ウイルスに感染した直後は風邪症状、ウインドウ期（窓期）は無症状で、検査も陰性、しかし、ウイルスは体の中で増えています。AIDSという病気を発症して病人になるまでに数年あるいは十数年を要する。そして、最終的には下痢・発熱・痩せ、これは典型的な症状ですが、AIDS特有ではありません。下痢をしたり、発熱をしたり、痩せたりしたから、AIDSというわけではありません。けれども、そういう症状が出て、自分の体の中にいるバイ菌が病気を起こして亡くなってしまうというのが経過です。

重要なことは、このウインドウ期、大体1カ月前後ですけれども、最大2カ月、検査に引っかからない時期がある。だから、きょう危ないことを経験して、明日検査しても陰性です。「ああ、よかった」と思うのは単に愚かなだけで、危ないと思うことがあったら検査は2カ月後にやる。それが鉄則です。その間に危ないか、危なくないかを調べるために、献血に行くということは、絶対にしてはいけません。私の所属している赤十字が血液を扱っていますけれども、万一そういうややこしい時期に提供された血液がないかを検査をするために、途方もない経費がかかっています。こんなことが続けば日本全体の輸血事業が破綻するかもしれません。それは僅かにしか存在しないウイルスを何回も何回もある特殊な操作をして増やして、それでも「やっぱり陰性です」ということを証明しなければ、血液は使えないわけです。それでもすり抜ける危険性はありますが、ウインドウ期間に、ちょっと試しのために献血に行ってみるといのは最悪、知識のある人がすることではありません。

次にもう1つ重要なことは、一旦こういう初期の症状がなくなった後、無症状の期間が数カ月から数年間、時には十数年も続きます。つまり治療しなくても、数年間何もありません。しかしその期間、症状がないから大丈夫ではありません。体の中では、ウイルスは絶えず生きていて増えようとしているわけです。この期間は、症状がなくても、ヒトに感染させます。ですから、症状がないから大丈夫ということで、血液を提供したり、不用意なセックスをしたりするということは、絶対にしてはいけません。

もう1つ、治療について申しますと、今、AIDSに関しては、先進国では3つの薬を組み合わせることで、CD4+リンパ球が減るのを防ぐことができます。つまり適切な治療、薬を飲んだり、栄養を付けることにおいて、AIDSという病気の発病を防ぐ手段はあり、先進国ではそれが可能です。ですから、かつてはHIVに感染したら、数年間でAIDSが発病して死ぬとされていたことが、今はそうでないと申し上げてもいいと思います。

問題は、では、貧しい国ではそれが可能なのかです。薬は非常に高価であり、すべての人に平等に行き渡っていないという問題があります。

次に、HIV というウイルスの感染経路について申します。血液・母乳・精液（男性）、これが HIV ウイルスを感染させるほとんどの原因です。血液によって感染するのを「血液感染」、母乳によって感染するのを「母子感染」、精液によって感染するのは「性行為」です。一部、女性の膣の分泌液からも感染しないわけではありません。しかし、男性の精液に比べると、かなり感染の頻度は低いのです。なぜかは、ちょっと考えていただいたら、おわかりかと思えますけれども、女性の生殖器というのは、粘膜の部分が非常に広いのですが、男性の場合は、粘膜部分が外と接する範囲が狭い。ですから、女性が男性の精液で感染する頻度の方がはるかに高く、女性から男性が感染するというのは非常に低いと考えていいと思います。

では、1回で必ず感染するのかというと、必ずしもそうではない、その頻度はそんなに高くないと言われています。同じ組み合わせの100回では3人の感染が生じるという数字がありますが、初めてが、その3回の1回に当たる可能性は否定できません。つまり1回でも十分感染すると理解してください。

血液感染は、何で起こるかといいますと、注射器の共用です。これは幸い日本では一般的ではありませんが、血管に入れる静脈用麻薬を使っているグループは、これがほとんどです。それから最初に申しました血友病のような、あるいは何か病気で輸血が必要なときに使った血液が HIV に汚染されていたという輸血です。それからこれも一般的ではありませんが、医療施設で働いている者の中には、患者さんの血液を採った針を誤って自分の手に刺す「針刺し事故」がないわけではありません。

母子感染の場合は、妊娠・出産・授乳があります。妊娠と出産は、妊娠中のお母さんとお腹の中の赤ちゃんとの血液の循環、それから出産のときは、もろに血液にさらされますので、これはある意味では血液感染です。それとお母さんの母乳を通じての感染。先進国ではお母さんが HIV プラスであれば、薬を飲んで抑える、あるいは母乳を諦めて人工栄養にするという方法が可能ですが、貧しい国では薬はもちろんのことミルクすら買えない。そのためにやむを得ず、お母さんの母乳を飲んでいる。感染することはわかっているけれども、

母乳を続けざるをえない場合もあります。母乳をやめるか、続けるかの判断は、とてもとても厳しいものがあります。母乳を飲まなければ赤ちゃんは栄養失調になる、あるいは母乳を飲めば、お母さんからHIVをもらいAIDSになる、そのどちらかの選択を決めなければならないというのは、とても難しい状況です。

性行為の場合では、精液だけが問題ではありません。肛門あるいは口、どここの粘膜からでも感染は起こります。粘膜ですが、唇が赤く見えるのは、粘膜が表に出ているからです。粘膜の上に表皮が付いていると、「面の皮が厚くなる」のですが、表皮がないところは非常に傷つきやすい。傷つきやすいところにHIVが来ると、非常に感染しやすいと思ってください。

しかし、粘膜だったら、どこでも感染するわけではありません。HIVというウイルスがあって、それが傷つきやすい粘膜面で血液と触れる、つまり粘膜あるいは表皮のところでも傷がある状況がなければ、ウイルス感染はありません。今、私が手の上にHIVの塊を置いたとしても、それだけでは感染は起こりません。

しかし、私がHIVの塊を口の中に入れば、ひょっとしたら、歯の横に傷があるかもわからない、あるいは虫歯があるかもわからない、血液と接するチャンスがあれば感染する。つまりウイルスが私の体の中の血液と接するチャンスがあれば、私は感染します。誤解をしないように覚えておいてほしいのは、ウイルスを含んだ血液や精液が、体内、つまり血管内に入らない限り感染は起こりません。握手をしたり、同じコップで水を飲んだりということでは、絶対に感染しません。あるいは隣で咳をしたり、くしゃみをしたから、洋服を貸してもらったからということで感染はしない。血液の中にウイルスが入るチャンスをつくらないということが重要です。

4. 経済的問題

もう一度開発と関係してアフリカに戻ります。アフリカでどんなことが起こっているかといいますと、平均寿命——ある年に生まれた集団が平均どのぐ

らい生きるかを平均寿命と言いますが——は、大体1990年頃までは伸びていました。日本の平均寿命は女性は85歳ですね、男性で78歳ぐらいですが、アフリカの多くの国は短いながら、それでも50歳近くまで伸びていました。ところが、90年代に入って、平均寿命がとても短くなったのですが、その理由はAIDSの感染です。

AIDSは、さっき言いましたように、1980年代初頭にわかった病気です。アフリカの真ん中にあるコンゴ民主共和国あたりから発生したと言われていますが、アメリカ大陸へ広がり、その後アフリカにも広がっています。まず男性がHIVに感染し、男性がAIDSになって亡くなりだした。その5年ぐらい遅れて、そのパートナーである女性がAIDSを発症してやはり亡くなってゆきます。そして同時に両親をAIDSで亡くしたAIDS孤児や、先天性のAIDSが増えてきています。今、アフリカの平均寿命が短くなっている大きな原因はAIDSと考えられています。

これはちょっと古いデータですが、アフリカだけのAIDSの数字です。2001年の新たなHIV感染者が340万人、2005年は280万で、それより多かったです。AIDSで亡くなる方が230万人、感染者総数が2,800万、この数字が増えているのは、感染者が増えてきているからです。そして、アフリカのジンバブエという国の2001年ですが、平均寿命が47歳でした。しかし、もし、AIDSがなければ60何歳、つまりAIDSがなければ、もっと伸びていくのに、AIDSのために平均寿命が短くなっているということを実感しました。

それからボツワナという国は、南アフリカのすぐ上にある国ですが、そこでは都市部の妊婦——都市部というのは、途上国でも知的レベルが高い地域で、その妊婦さんは一番健康が守られている人々だと考えられていますが、その実に44%、妊婦さんの2人に1人はHIVに感染しているという状況でした。

また、その隣のザンビアでは、毎日学校の先生が1人ずつAIDSで亡くなっており、教育が成り立たないという状況をうかがいました。

その後、2003年にジンバブエに行きましたが、病院が空っぽでした。なぜかという、医師や看護師の感染発病で、働く人がいないという理由でした。

そのようなアフリカにおける AIDS の影響について、割合と早くに、ILO（国際労働機関）——労働問題を扱っている国連組織——が、HIV/AIDS の蔓延のためにきちんとした生産的な仕事ができなくなっていると指摘しています。そして同時に、AIDS は人権問題であり、社会問題であり、経済問題であり、開発問題だとも指摘しています。なぜ経済問題であり、社会問題であり、開発問題かと申しますと、短期間にたくさんの人が亡くなりますと、ある専門性を持った人が急激に減少する。そして、さらに発病者が増える一方ですから、医療費が高騰するという問題も起こり、次第に家庭・地域社会が崩壊して、社会や文化的な問題が起こってくるということです。

もう1つ、現在、地球上の人口は60億を超えています。（人口が55億の時代で古いデータですが）地球上の人口を見ると、お金持ちの国には23%がいます。しかし、HIV 感染人口は、お金持ちの国に8%しかなくて、人口が77%の貧しい国に92%の HIV 陽性者が存在しています。

そして、HIV/AIDS 対策に使っているお金をみますと、治療、研究、予防、どれを見ても金持ちの国がほとんどで、貧しい国は、感染者や発病者は非常に多いのに、お金はほとんど使えていないという不公平さがあります。アフリカのようなところで、AIDS の問題がどんどん大きくなってきている理由と言っても良いかと思います。AIDS の経済的な問題をおわかりいただけたかと思います。

これも古い資料ですが、興味深いデータを示します。CDC はアメリカの国際的な病気の対策センターですが、その資料で、「AIDS を防ぐためにはコンドームを使いなさい。それもラテックス・コンドームをちゃんと使いなさい」という説明があります。

余談ですが、日本のコンドームは、世界で一番質がよいとされていますが、この10年ぐらい前、不良品の頻度はアメリカ製品が日本の100倍ぐらい悪かったという数字がありました。いずれにせよ熱や日光にさらされた古いものはだめ。また高齢化社会になりますと、高齢者の HIV/AIDS の問題もありますが、潤滑剤にコールドクリームやハンドローションなどの脂性剤はだめという

説明もあります。CDCの研究の入口ですが、まずコンドームの使い方の説明、Sex時には膣であれ、肛門であれ、オーラル(口)であれ初めから終わりまで、エレクト後ちゃんと装着し、終わったらおもらししないようにすぐ外し、そして捨てなさいと非常に丁寧に書いてあります。

それで研究ですが何をやったかといいますと、ディスコダントカップルと言って、男性か女性か、どちらか片一方がHIVに感染している組み合わせで、一群はいつも必ず正しくコンドームを使い、他群は時々しか使わない組で比較してみると、2年後正しく使ってた群は、HIV陽性でないパートナーには全然感染していおらず、いい加減に使ったグループでは10%がパートナーにも感染している。つまりコンドームを正しく使えば、セックスにおけるHIV感染は防げるということを数字として示しています。

では、予防にどのように取り組んだらいいのかですが、私は結論的に言いますと、個人の責任が大きいと思います。例えばマラリアという病気は蚊が媒介します。蚊に「刺さないでちょうだい」とは言えません。AIDSは人間から人間へ感染します。人間だからパートナーに「私にHIVを感染させないで」と言えばいい話なのですがうまくいかない。やっていることは、人間だれでもがやることで、個人が気をつければいいにもかかわらず、対策ができないというのは、本当に人間はどうなっているのかという気がします。

とは言いながら、色々なところが色々な取り組みをやってきました。国連に関して言いますと、一番最初に申しましたUNAIDS(国連エイズ合同機関)があります。これは最初、国連が連帯してHIV/AIDS対策を行うためにユニセフ、UNDP(国連開発計画)、UNFPA(国連人口基金)、WHO(世界保健機関)、世界銀行などが1995年に共同体として設立したものです。その他さらに多くの国連が加わりました。現在ではたくさんの国連組織が色々なことをやっています。

しかし、基本的に言えば「お互いに感染さないように気をつけましょう」と言うことに尽きると思います。しかし、色々な方法も、色々な人々が、色々な機関が、色々なところで、色々とやっていますが、それでもAIDSはなく

なっていないどころか増えているという現状だけを申し上げておきたいと思います。

その他、研究機関や大学も色々なことをしています。さっきコンドームの話に出てきた、アメリカの Centers for Disease Control and Prevention (CDC), あるいはフランスの有名なパストゥール研究所, それからアメリカの National Institute of Health (衛生研究所), USAID-アメリカの JICA のような ODA 機関, DFID-イギリスの JICA, 赤十字, そして各地域の開発銀行。しかしどれが一番いいという方法はありません。要は他人に感染させないという教育につきるといふ気がします。

まとめますと、HIV/AIDS は、本質はウイルス感染症です。ただし、根本的な治療やワクチンがないので、対応困難な医学的問題です。また、長期にわたる闘病や偏見, 家族への負担, あるいは HIV/AIDS を持った人に対して、どう対応するかが規定できないことに関しては、就業の機会を脅かされていることにおいて「人間の安全保障」の1つともいえます。

社会的に、個人あるいは家庭、地域、国というレベルで発展、開発について、大きな問題を抱えていると思います。

医学的、文化的、社会的、個人的、色々な問題、局面がありますが、重要なことは「自分に関係がない」と思わないことです。世界的に言いますと、先進国では今はなくなりましたが、ウイルスに汚染された血液や血液製剤を治療に使ったことによって感染を広げてしまったこと、現在は途上国では母子感染という、言い古された表現ですが何の罪もない子供に生まれる前や生まれるときにウイルスを押しつけるという問題があります。

本来はウイルス感染症なのに、HIV/AIDS に関しては、病気ではなく、それを持っている人が問題視されがちところが本当の問題ではないかと思えます。

最後に日本の AIDS です。最近でも、HIV/AIDS 感染者数は1,000人ちょっとと少ないのですが、確実に増えていること、そして日本は先進国の中で唯一若年層、特に20代の AIDS が増えている国です。先進国なのに、大変

恥ずかしい、そして情けないことだと思います。とても美しい国とは言えないと思います。

ついでに申しますと、隣の中国でも、すごく増えています。近い国なので、お互いに接触する機会も多いところだと思いますので、お互いに気をつけていく必要があると思います。

HIV/AIDS はあなた個人の決心でどうにでもなる十分防げる問題だと思います。急いでお話しましたので、おわかりにくいところがあるかと思いますが、これで終わらせていただきます。

◆ ◆ ◆ 質問箱から

問 HIVの感染者が多い地域はアフリカや南東アジアとありましたが、HIVの感染予防方法を理解するには、ある程度の教養が必要で、困難であるように思うんですが、効果的な対策はとれているのでしょうか。実際の感染予防対策を発展途上国でやる上での困難とか現状とかをお聞きしたいと思います。

答 それは結論的に言って、罹らないようにすることが最大の目的で、それは80年代から相当熱心にやられていますが、世界全体で「うまくいったか」と言われると、「うまくいってないところも多い」と思います。

例えばアフリカでは、ウガンダという国、アジアではタイ、これらの国では、割合うまくいっている。何故かと申しますと HIVが広がりやすいのは性的アクティビティーの高い集団、麻薬を使うグループは別として、性的アクティビティーの高いグループというのは若い男性、若い男性の集団というと、軍隊とかおまわりさんですが、そういう集団に集中的に教育をしたのが効果的だったのです。ウガンダでもタイでも、新しい兵隊やおまわりさんに、コンドームを無料で配布するようなことが1つのサクセス・ファクターになっています。

もう1つは、そういう若い性的アクティビティーの高い人は、どこに行くのかというと、やはりセックス・ワーカーのところですね。セックス・ワーカーへも教育と、ビジネスに使うコンドームを無料配布する、この両方がうまくいって HIV/AIDSが減ってきたのが、ウガンダとタイですね。ですから、そういう意味では部分的に成功しているところはあると言ってもいいと思います。

問 ここにいる経済学部の学生の場合、医療に関わらない者として、どのような対策活動が考えられますか、自分たちとしては、どんなことができるでしょうか。

答 私は、人間の健康に関わるのは、医師や看護師だけではないと思っています。病院には、病気に罹らない限り行かないでしょう。私は今日、福岡から飛行機に乗って、JRに乗り、モノレールに乗ってここに来ました。例えば飛行機が落ちたら、ジェット機の500人は死ぬわけですね。私の健康・命というのは、パイロットに委ねてあるわけです。モノレールが落ちても、多分死ぬでしょう。

健康というものを医師や看護師だけが100%担っているというのは嘘です。そういう意味では、保健分野外の人が、健康に関わっていないという考え方をまずやめていただきたい。みんな健康に関わっているんだということをご理解頂きたい。

しかしながら、人の健康まで口出しする前に、まず自分の健康を守りなさい、危ないことはするなと申し上げます。セックスするなと言っているわけではありません。安全なセックスをしなさい。危ないセックスはやめなさい。これは不特定多数

とやるのはだめ、少数だったらいいということを行っているのではないのです。安全なセックスというのは、コンドームを使えばいいのですから、まずそれを徹底することです。そして、周りの人に対して、あなたが理解しているところを正しく伝えてください。それが次にすることです。そして、自分も人々の健康に関与しているという意識を持っていただきたいと思います。

問 先生は、医師という職務からグローバルな医療活動という方向へ転身なさっておられるわけですが、そのような転身というか、お仕事が拡大したことの理由をお伺いしたいのですが。

答 医学部に行った動機は、古い話ですが、高校生のころにアメリカの海軍軍医で、1950年代の東南アジアで働いた人の経験談（翻訳本ですが）を読みました。それで、自分も何となくこういう仕事がしたいと思って医学部へ行きました。

医学部を卒業した時、すぐに東南アジアへ行きたいと思いましたが、今と違っていて、東京オリンピックのころですが、日本人が途上国へ出ていくことはなかなか難しかった。それで日本で病院勤務したり、アメリカで研究したりしましたが、ご縁があって、JICAの仕事で中国に行きました。そのことがきっかけになって、国際協力の分野に入り、当時の厚生省の国立国際医療センターに移りました。

そして、最初に大きな仕事として「アフガン難民援助」にたずさわりました。今のアフガンではなくて、1970年代末に侵攻したソビエト軍が1980年代の終わりに撤退する時です。紛争地の傍で働き、後には東南アジアやアフリカの仕事にもかかわり、最後にWHOで働きました。そういう経験から申しますと、1人の病人を治すことは、日本人の医者としては難しくありません。少し大げさに言えば、知識と薬と道具があれば、大抵の流行りの病気は治せます。

しかし、実際には1人の病人に使えるお金は限られています。ならば、もし大きなお金があったら何に使うかを考えると、病人をつくらぬことです。それはどういうことかと申しますと、1人の病人を「診る」のではなくて、途上国では先進国なら病気と診断される状態、病気に近い状態でも、人々は生活していかざるをえないわけですから、そのような人々の健康を高めるにはどうしたらいいのか、集団の健康をどう考えたらいいのか、自分の仕事の中で大きくなって、全体を「観る」仕事が必要だと思いました。

でも、1人の人間ができることは限られています。実際には、1人が何人かを診ているのですが、考え方としては、この地域全体をよくするためには、1人の病人を治すだけではだめだと、そのような場所で働くとかやがて気付きます。開発協力の中に「魚をくれなくてもいいから、魚の取り方を教えてほしい」という言葉があります。もう1つの例ですが、川で溺れて流れてくる子供がいる。助けると、また次の子供が流れてくる、また助ける。上流で子供を川に投げ入れているに違いないなら、その原因を解決する方が、1人の溺れている子供を救うよりも大事だという説

もあります。それが1じゃなくて、10じゃなくて、100を「観る」ところへ繋がったように思います。

私は元々医者ですけれども、今、看護大学で働いています。私は地方公務員、国家公務員、それから国際交流、国連でも働きましたが、1つ残っているのがNGOです。日本赤十字社はNGOですね。別にそれを狙っていたわけではないのですが、赤十字から声をかけていただき最後にNGOとしての看護大学で国際的な仕事にめぐりあいました。学長は、予測外の仕事でしたが、地方公務員、国家公務員、国際公務員、NGOで「満願上がり」という状態だと思っております。

ムーブ叢書

ジェンダー白書 6

✻ 女性と健康

gender

北九州市立男女共同参画センター“ムーブ”編

明石書店

グローバル化のなかの女性の健康

喜多 悦子

1 ミクロの人間研究とロザリンド・E・フランクリン

私たちが、生物として生きているのは、それぞれきわめて精密な機能を担っている身体各部が、絶妙のレベルで統合されているからである。

では、「身体カウダの仕組み」は、どうなっているのだろうか。解剖学的には、ヒトの身体は、循環系、呼吸器系、消化器系、泌尿器系、骨格系、筋肉系、神経系、内分泌系、リンパ系、外皮系そして生殖器系の主要一器官系に分けられる。男性と女性が大きく異なるのは生殖系のみであるが、これらを形成する個々の器官は、ヒトを含み、生物では、上皮、結合、筋、神経の四基本組織からなる。組織や、さらに組織を構成する細胞の段階、さらに分子レベルにまで分解すると、そこには男性も女性もない。

ある人の容貌や仕草が母親にそっくりであったり、気質が父親譲りであったり、時には祖父母を思い出させ

キーワード

格差、グローバル化、5歳未満児死亡率、識字率、妊産婦死亡、平均寿命

るのは、カタチや形質が親世代から受け継がれるからである。ある性質が、親から子に伝えられる「遺伝」というメカニズムについては、よく知られているように、メンデルのエンドウ豆の研究によって解明された。

(私はエンドウ豆ではない!!が)、ヒトがヒトであるという形質も親から子に、子から孫に伝わるからこそ、ヒトの子どもがヒトとして生まれてくるのである。このように、さまざまな形質を伝えるものとして想定された遺伝物質は、やがて染色体と命名された物質に担われていることが判明し、さらに染色体の本態、つまり形質を伝える遺伝子とは核酸/DNA (Deoxyribonucleic Acid、デオキシリボ核酸)であることも明らかになった。しかも、高級なヒトであれ、下等な生物であれ、ごく一部のウイルスを除き、あらゆる生物の遺伝子は同じものから成っていることも判明した。

今では、DNAがデオキシリボースと呼ばれる糖とリン酸および塩基からなり、塩基は、アデニン (Adenine: A)、グアニン (Guanine: G)、シトシン (Cytosine: C)、チミン (Thymine: T) という、たった四種類だけであること、そしてDNAは、互いに逆方向を向いた対構造を成す二本のリボンから成っており、その間を連結するのは、常にA—T、G—Cであること、人間の生殖などの際には、その二本のリボンが解けて、互いに対を複製することで、同じ形質が伝わってゆくことを、私たちは知っている。

このDNAの二重らせん構造は、一九五三年、ワトソンとクリックが『Nature』誌上に発表した、わずか一〇〇〇字ほどの短い論文によって世界に知られることとなった。彼らの功績は、一九六二年に与えられたノーベル生理学・医学賞に値するものではあるが、この画期的な大発見がロザリンド・E・フランクリンという女性科学者の研究成果をきっかけにしていたことは、長く知られなかった。X線回析という方法を用いて、ウイルスなどの構造を研究していたフランクリンの撮ったDNAのX線回析写真を、彼女の了解のないままとも言われるが、ワトソンたちに見せたのは、彼女と同じ研究所にいて対立関係にあったとされる生物物理学者ウイ

ルキンスだが、この人も、一九六二年のノーベル賞受賞者である。

フランクリンは、一九五八年、三七歳で、研究の際に浴びていたX線が原因ともされるが、卵巣がんで亡くなった。彼女の貢献は、ノーベル賞はおろか世間にも知られず、ワトソンが自ら記した『二重らせん』では否定的に記述されたまま、長く覆い隠されていた。三人の男性ノーベル賞受賞者の輩出とその後の分子生物学研究の発展の陰には、死後二〇年たって、ようやく、その存在が明らかになった一人の女性科学者がいたことを忘れてはならない。「ジェンダー」について考えるとき、ふとこの歴史に想いが及ぶことがある。

一八世紀までの基礎的な解剖学や生理学、一九世紀の新しい医学や細菌学、薬理学から、二〇世紀には近代医学に加えて、分子生物学というミクロの分野が加わった。さらに二一世紀には遺伝子を自由に操る分野が開けるであろうが、その恩恵が地球上の人口の二つの性に等しく裨益ひえきするには、まだまだ時間がかかるであろう。

2 グローバリゼーションと保健の開発理念

現在使われている「グローバリゼーション」という言葉の意味は、それが使い出された一九七〇年代とまったく同じではないが、国連や各国の保健医療分野の開発協力へのかかわりは、グローバリゼーションの波と並行している。

現在につながる保健関連国際協力は、一九五〇年代に始まる世界保健機関(WHO)のアフリカ地域でのマラリア対策、一九六〇年代に活発だった西欧系NGOによるアフリカ諸地域の飢餓救援、さらに赤十字の人道救援などにさかのぼることができる。この時期に出された世界の健康に関する文書には、ローマクラブの「人口爆発と成長の限界への警告」(一九七二)と「ベーシック・ヒューマン・ニーズ(Basic Human Needs)」(米国際開

表1 グローバリゼーション以前の世界

		1950	1960	1980	50-80 変動
国の富 GNP / 人 1980 US\$	先進国	4,130	5,580	10,660	2.58 倍
	中進国	640	820	1,580	2.45 倍
	途上国	170	180	250	1.47 倍
健康 出生時平均余命 歳	先進国	67	70	74	7 歳増
	中進国	48	53	61	13 歳増
	途上国	37	42	52	14 歳増
教育 成人識字率 %	先進国	95	97	99	≒
	中進国	48	53	72	1.5 倍
	途上国	22	28	39	1.8 倍

出所：UNICEF: *The State of the World's Children 1981-82*, p. 5 より、筆者作成。

発行 1973, ILO 1976) があるが、まだ、国際的合意による開発理念にまで高められていたとは言えない。

表1は、グローバリゼーションが始まる頃までの世界経済、健康、教育の状態をまとめたものである。国の富で言えば、各一〇年ごとに先進国、中進国、途上国のそれぞれにおいて改善されているとはいえず、一九五〇年代の先進国と途上国の格差二四・三倍に対し、先進国と中進国のそれは六・五倍、一九八〇年代には、先進国と中進国の格差が六・七倍と前一〇年と大差ないのに対し、途上国の対先進国格差は四二・六倍と拡大している。教育では、中進国、途上国とも、一九五〇年代に比し、八〇年代には改善が認められ、健康では、経済の格差に比し、ギャップは小さくなっている。上限なく拡大し得る経済と、最大限が一〇〇%である識字率や、これもある種の制限を持つ平均余命を同列に議論することには問題もあろうが、これらに対して、グローバリゼーションは何をもたらしたであろうか。

グローバリゼーションの初期に提唱された健康にかかわる開発理念を列挙すると以下のとおりである。第一回国連都市サミット(二九七六)、「ヘルス・フォー・オール——二〇〇〇年までにすべての人に健康を(Health for All: HFA)」[WHO 1977]、「プライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care: PHC)」[WHO, UNICEF 1978]、「南と北——生存のための戦略プラント報告」(プラント元西ドイツ首相を委員長とするプラント委員会、一九八〇)、「ヘルス・プロモ-