

ライフワークとしての国際協力と 地域医療の実践

——認め合い、残ったものがカバーする、働き方に融通が利く職場



● さくら診療所理事長

吉田 修 よしだ おさむ

1989年より青年海外協力隊に参加、アフリカ・マラウイで2年間外科医として働く。その後、災害や紛争発生時に多国籍医師団を結成して医療・保健衛生分野を中心に緊急人道支援活動を行うNPO法人「AMDA」に参加し、世界を飛び回る。国際協力と地域医療を仲間と継続的に行うため、診療所を運営しながらNPO法人「TICO」の代表も務める。市民がつくるエネルギー代表。

- さくら診療所では、国際協力を継続して実施するために、志を同じくする医師3人が集まりワークシェアリングをしながら、地域医療にも責任を持って貢献している。国際協力に関わる医師は、狭義の医療のみならず、さらに広い視野で地域も見て行動する資質を持っていると思っている。他の職員も出産・育児に対応できるよう余裕を持った勤務ができるよう配慮している。心に余裕を持った人材が良い医療介護サービスを提供できる。おかげで出産ラッシュである。

はじめに

さくら診療所は、吉野川の中流域、徳島県吉野川市にあり、19床の有床診療所である。吉野川市の人口は4万4千人、高齢化率は約29%、日本の地方の問題を網羅しているような地域である。デイケアと病児保育を併設し、現在、重症者も入居可能な高齢者住宅10床とデイサービス、コミュニティーレストランを建設中である。医師3人、スタッフは総勢50人で、365日24時間断らない診療、在宅医療を行っている。

青年海外協力隊でアフリカへ

自己紹介をかねて、さくら診療所開設までの経緯を説明したい。私は、元々は外科医であり、研修時代の後半は心臓外科医を目指していた。医師6年目の秋に、ふとしたきっかけから青年海外協力隊（JOCV）に参加し、3カ月の訓練を経て外科医としてアフリカの小国マラウイに赴任した。当時は医師の募集があったのである。1989年4月から2年間、Zomba General Hospitalというマラウイで3番目に大きな国立病院で唯一人の外科医として働いた。

いかにもアフリカの地方の病院で、入院患

者は800～900人、ベッドは300しかないの
で各ベッドには2人ずつ寝て、その間の床に
マットレスを敷いて患者が寝ている。赴任当
初、手術室にはモニターも電気メスもなく、
専門学校出のクリニカルオフィサー(準医師)
という職種の麻酔担当者が、血圧計も巻か
ずに全身麻酔をするのである。国際協力機構
(JICA)にお願いして自動血圧計、心電図モ
ニター、電気メスを買ってもらい、数カ月後
にはかなり安全に手術ができるようになった。
一人でも多くの患者を助けたいと日々手術に
明け暮れた。さまざまな症例があった。腸チ
フスと思われる小腸穿孔、HIV関連の腹膜炎、
脾臓破裂、前立腺肥大の尿閉、S状結腸捻
転、鼠径ヘルニア嵌頓、膿胸、化膿性筋炎、
足壊疽、熱傷、慢性皮膚潰瘍、鎖肛の新生児、
カバに噛まれた症例などなど、若い外科医に
とって貴重な経験をさせてもらった。

我ながら2年間よくやったと思うが、残念
なことに後任が見つからなかった。家族を日
本に置いての赴任であったため延長するわけ
にもいかず、これだけの仕事量があるにもか
かわらず、それを見捨てて帰国せざるを得な
かった。

AMDA 専属医師に

帰国後、しばらく徳島大学病院と徳島県立
中央病院で働いたが、「アフリカの水を飲ん
だものは必ずアフリカに帰ってくる」と言わ
れている通り、まだまだアフリカでやるべき
ことがあるとの思いから、岡山に本部がある
NGO、AMDA 専属医師となり国際緊急救援
に飛び回ることとなった。イランの地震、レ
バノン空爆、パプアニューギニアの津波、ル
ワンダ内戦、モザンビーク帰還難民支援など



まもなく開業のコミュニティーレストラン

である。緊急救援から帰ると AMDA 本部の
菅波内科で働いた。私のような本部所属の医
師が3人おり、地域医療と国際緊急支援を
ワークシェアリングしながら行っていた。非
常に緊張感のあるエキサイティングな日々で
あった。代表の菅波先生が「吉田先生、明日
ウガンダに飛んでルワンダ国境まで行ってく
れる? ルワンダに入れるかどうか分からん
けど…」などと急に指令が降りてくるのであ
る。しかし、緊急救援の難しさも痛感した。
今ではたくさんの AMDA 支部が世界中にあ
るが、そこでは日本から派遣される前に活動
が始まっているので、ことはスムーズに進む。
しかし、私が派遣されたのは支部のない所ば
かりであった。正確な情報を集めようとする
と時間が経ってしまう。入国手続き、航空券
の確保、移動、物資と資金の調達など行っ
ていると、日々そのようなことを行っている組
織でも数日は経過してしまう。自然災害の場
合は、人命救助が可能な時間は終わっている。
現場では中～長期の被災した人々の生活支援、
復興支援に移行していくのであるが、2～3
カ月すると資金が尽きてしまう。残念ながら

ニュースにならなくなると資金が集まらなくなるのである。あまり効果的な支援ができないうまま帰国することが多かった。

モザンビークでの活動は復興支援の要素が強かった。十数年間続いた内戦で破壊された診療所の再建、医療スタッフのトレーニング、何もない村々への巡回診療などを行った。160万人もの難民が周辺の国々から半強制的に荒廃しきった祖国に帰還させられた。その上にその年は大干ばつに見舞われた。人々は流れが止まった川の溜まり水や浅井戸の泥水を飲み、河原に自生する固い固い芋を食べていた。多くの子どもが栄養失調に陥り、免疫が低下し、様々な感染症に罹患した。どれだけの命が失われたことか。医療以前の安全な飲み水や食糧の問題が大き過ぎて、医療だけ少々改善しても命を助けられないと痛感する日々であった。村々を回り十数本の井戸を掘った。トウモロコシや野菜の種の配給も行った。

ある日、首都マプトで調整員とともに乗用車を購入するため、中古車販売店にいた時のことである。急に胸部圧迫感を覚え、座り込んでしまった。心電図をとる必要があると思ったほどである。しょうがないのでゆっくり歩いてホテルまで帰り、横になった途端、ホテルフロントから電話だと呼ばれた。長年患っていた母が亡くなったとの知らせであった。急遽一時帰国することとなった。後にも先にもこのような胸部不快感を感じたのはこの時だけである。「虫の知らせ」という言葉があるが、本当に不思議な体験であった。余談であるが私の父は開業医であったが、私が医師になって2年目の土佐市民病院で研修中に急死した。両親の死に目に会えなかったの



今年9月ザンビアのボランティア達

である。6カ月はあっという間に過ぎ、後任に引き継いで帰国した。

1995年、AMDAとJICAが組んでザンビアの首都ルサカで医療プロジェクトを実施することとなり、計画づくりに私が1年間派遣された。ルサカは200万都市でコンパウンドと呼ばれる貧困地区が沢山あり、上水道・電気・トイレ・排水などが整備されていない地域がほとんどであった。約2000床の大学病院と23の公立診療所があり、どこも大変であるが、特に大学病院に患者が集中し、収拾がつかない状況であった。いくつかの診療所の機能強化、病診連携の強化と、保健教育、地域住民による衛生状態の改善や栄養改善、収入向上（いわゆるエンパワーメント）、女性の地位向上などNGOらしい包括的な計画を作った。この時はJICA専門家という立場で派遣されたため、家族を連れて行くことができた。

私が代表を務めるTICO（Tokushima International Cooperation）は、当初は「徳島で国際協力を考える会」という学習会であったが、われわれも本格的にアフリカで活

動しようと決断し、縁ができたザンビア、ルサカでの TICO が始動した。ンゴンベという貧困地区でコミュニティーセンターを開設し、栄養改善・女性の職業訓練・小規模ローンの実施・孤児支援・保育所／小学校の開設などである。これと同時に地域住民が参加するコミュニティー救急隊 (Emergency Rescue Team, ERT) も創設した。この2つの事業は今では TICO のサポートなく自立して活動を続けている。

2002 年にはまた南部アフリカを深刻な干ばつが襲った。国連の発表で 1200 万人が飢えていた。これを機会に TICO も農村での「干ばつに強い村づくり」を目指して活動している。安全な飲み水と農業用水の確保 (Water)、干ばつに強い農業 (Agriculture)、地域住民が守る健康 (Health)、それらを支える教育 (Education) の頭文字を取って WAHE プロジェクトと呼んでいる。

人類全体の問題として

これまでアフリカでの2度の大干ばつを目の当たりにして、気候変動／地球温暖化の恐ろしさを痛感した。アフリカは人類と地球環境のせめぎ合いの最前線のように思われる。原因が多く、研究者が指摘するように主に二酸化炭素などの温暖化ガスの排出によるとすると、それは先進国の責任である。化石燃料に頼った我々の大量消費社会がアフリカの子供達の命を奪っている可能性が大きい。先進国こそが効果的な温暖化対策をしっかりと実施して、持続可能な循環型社会を率先して構築しなければならないという思いが強くなった。温暖化を否定する、あるいは二酸化炭素

が原因ではないとする意見もあるようだが、いずれにしてもアフリカがこのまま砂漠化していけば、地球のすべての生命にとって取り返しのつかない損失である。人類全体の問題として対策を講じるべきであろう。

国際協力の現場では「持続可能な開発」という言葉がよく使われる。狭義には、ドナーが引いても、あるいはプロジェクト期間が終了しても継続されるかという意味であるが、広義には環境を守り資源枯渇を招かない開発という視点である。これは、先進国にもそのまま適用されるべき条件である。

国際協力を継続する上での課題

1) 自立見据え継続が必要

国際協力を行っていく上でさまざまな悩みがあった。

まず、援助のやり方である。継続性があるもの、あるいは自立発展につながるものではないといけないと思う。青年海外協力隊の時も後任が見つからず、2年間がんばったものの後はゼロに戻ってしまった。緊急支援も確かに重要であるが、さほど効果的なことができず、尚かつ復興につながる活動はほとんどできなかった。モザンビークやザンビアでの経験から、1つのエリアで最低10年単位の自立を見据えた活動が必要ではないだろうか。でなければ援助側の気まぐれといわれても仕方がない。

2) 自分の人生設計ができない

次に、自分の人生設計ができないことである。国際協力の仕事で長期の契約はない。数カ月からせいぜい2年までである。一仕事終わったならまた次の契約と、この業界を渡り歩

くしかない。幸い医師の場合、選ばなければ国内の仕事に就くことは難しくはない。しかし、長期に仕事を休んで国際協力をさせてもらえるほど寛容な職場はない。従って、国際協力の仕事に出かけるたびに退職せざるを得ない。

3) キャリアへの不安

また、キャリアを積んで専門医、指導医の資格を取ること、あるいは研究をして博士号を取ることにも難しく、将来どこかの病院でいいポストに就けるのかと不安になるものである。私も、外科認定医の資格は取ったが、その後延長の手続きをしていない。心臓外科医を目指していたが諦めた。未練があるわけではないが、国際協力に長期的に関わることと、日本の医療の最先端の現場でやっていくことを両立させるのは非常に難しい。

4) 家族のこと

家族のことも大変である。独身時代はいいが家族ができると身軽には飛び出せない。連れて行くのか単身で行くのか。一緒に行くとすると現地での生活、子どもの教育、交通費と莫大な費用が必要である。アフリカも都市部では生活にはさほど困らなくなった。ただしお金があればである。物価は決して安くない。家賃は東京並み、自動車は税金を払う場合は非常に高い。ガソリンやレストランは日本並み、あるいはそれ以上である。インターナショナルスクールの学費も高額である。待遇のいい大きな組織から派遣されればある程度の経費を出してもらえる場合もあるが、我々のような小さな NGO だとそうもいかない。親にも心配をかけるし、その親も次第に年老いていく。私の場合は赴任中に親を亡く

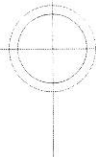
してしまった。

国際保健医療活動と地域医療

継続的に国際協力を実施していくために、どうすればいいのか？ AMDA の菅波内科医院のシステムが一つの答えである。志を同じくした医師が集まってワークシェアリングしている。そこで、私もさくら診療所を開設して仲間を集め、地域医療と国際協力の拠点としようと考えた。国際保健医療活動と地域医療。どちらも地域の人々のニーズを知り、そこにある資源を最大限活用し、何らかの活動をし、地域の人々の健康に貢献することである。それは狭い意味の医療に限ったことでなくていい。

環境問題とのかかわり

ちょうどその頃、徳島では吉野川巨大可動堰建設に対する反対運動が起り、特に私の妻は積極的に関わった。やっとのことで徳島市の住民投票に持ち込み 90%が反対という大成功の結果を政治家と国交省に突きつけた。これだけではない。ジャンボ機が発着できるようにと空港の拡張埋め立て工事、もちろん徳島には今後一切ジャンボ機が発着する予定はないが、これは止められなかった。わが町、合併以前の山川町では家々が分散しており合併浄化槽の方がはるかに安上がりなのに、巨大な配管を巡らす公共下水工事が行われた。維持管理するだけで永久に税金を投入しなければならないお荷物である。これも町長選で争点にして闘ったが負けてしまった。また、日本政府は温暖化対策にも消極的でまだまだ本気では取り組んでいないように思われる。



TICO とさくら診療所で地域医療と国際協力を行いつつ、地域での持続可能な循環型社会の実現を目指していこうと考えるようになった。LOHAS (Lifestyle of Healthy and Sustainable) という言葉があるが、自然と調和し環境に配慮した暮らし方は、今日、日本で最も問題となっている生活習慣病・メタボ対策に通じるものである。衰退しつつある農林業をオーガニックなやり方で復活し、自然エネルギーを地方から都市に販売すれば、地方の復興にもつながる。

さくら診療所の仕組み

現在、さくら診療所は3人の医師が勤務している。私はザンビア担当、年に2回2週間程度のザンビア出張と合宿に来る学生の研修や小学校から大学、時には企業の臨時講師などを行っている。それに、カンボジア、プノンペンの救急医療改善のプロジェクトを担当する渡部豪医師、JIM-NET（日本イラク医療支援ネットワーク）で鎌田實医師と活動している井下俊医師は月のうち1週間は福島で働いている。お互いカバーしながら診療所の機能を維持している。来年度からはザンビア JOCV 理数科教師を終えてから医学部に行き直し、外科の研修を終える若手医師が合流する予定である。

3人いる栄養士のうち1人はザンビアの栄養改善プログラムを1年間実施し、その後 JOCV に参加、ニジェールで活動し、これからはコミュニティーレストラン担当となる。臨床検査技師も JOCV 経験者で、さくら診療所からザンビアでのコレラ対策で簡易検査キットの導入事業に雨期の間の3カ月を2回

にわたって派遣された。

医療には心の余裕が必要

他の職員も比較的余裕を持って働いていると思っている。医療介護サービスは、人間しか提供できない。特に多くの高齢者と関わる場合、心の余裕を持った人材が必要である。職場をギリギリの人材で回すのはよくないと思っている。最近の3年で職員5人が出産し、産休と育児休暇を取っている。ここだけは少子化は感じられず、お産ラッシュである。病児保育も好評で、地域の子どもはもちろん、職員も大いに利用している。幸い家庭の事情以外で退職した職員はいない。給料は月並みであるが、ある意味ワークシェアリングと言えるかもしれない。出産、子育てという大事業を行うために、お互いがカバーし合える職場環境を、と心がけている。しかしこれは、産休・育児休暇という法令を遵守するために一企業として当然のこととも言える。

ライフワークとして3つのテーマ

もうすぐ54歳になる。ちょうど父が亡くなった年齢である。運良く大病をしなければ、残りの人生、アフリカに行ったり来たりとバリバリ活動できるのは15年ぐらいであろうか。ライフワークとして3つのテーマを持っている。

- 1) ザンビアでの医療も含めた干ばつに強い持続可能な村づくり
- 2) 徳島での地域の多様なニーズに対応する地域医療の実践
- 3) 日本の持続可能な循環型社会の構築

これからも、共通の価値観を持った仲間達と補い合いながら活動を継続していきたい。