



Title	国際医療保健と地域医療
Author(s)	吉田, 修
Citation	目で見るWHO. 2012, 50, p. 21-24
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/86738">https://doi.org/10.18910/86738</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

## ●Jaih-sとの共同企画フォーラムⅡ



# 国際医療保健と地域医療

TICO (Tokushima International Cooperation) 代表理事 吉田 修



Osamu YOSHIDA

1983年 宮崎医科大学卒業、  
徳島大学医学部第2外科入局  
1999年 さくら診療所開所  
2004年 特定非営利活動法人 TICO の  
代表に就任  
(TICO のホームページ  
<http://www.tico.or.jp/>)

### 青年海外協力隊員としてマラウイへ

1983年に宮崎大学を卒業して医師となり、徳島大学の第二外科に入局して、徳島・高知の病院で勤務しました。そして、青年海外協力隊の1988年の医師の募集に応募して、翌年アフリカのマラウイ共和国に派遣されました。これが私の国際協力の一歩目でした。そして、国際医療保健にライフワークとしてかかわっていこうと思いました。

マラウイのゾンバ市にあるジェネラルホスピタルで外科医として働きました。軽い気持ちで参加したのですが、日本では思いもよらない世界がそこにありました。この病院はマラウイで3番目に大きな病院で、キャッチメントエリアは100万人規模なのに、ベッドは300しかなく、医師の数も5人だけで外科医は私一人でした。夜になると病室は一つのベッドに二人が横になり、あふれた患者さんは床にマットを敷いて寝ていました。子どもの入院患者は床に座った母親に抱かれています。点滴が不足し、点滴をすれば回復が見込める脱水症状の子どもたちに何の処置もできないこともしばしばありました。

開腹手術するときでも、クリニカルオフィサーという麻酔だけができる准医師と前立ちに看護師一人だけでした。滅菌水や消毒薬がなくオープンマーケットで入手した石鹼だけで消毒していました。子どもの手術をしたとき、病院にガーゼがなく傷口を覆うことができないで、蠅がたからないように家族にうちわであおがせたこともあります。

ほとんどの病人は、まず祈祷師のところに連れて行か

れるのが現実です。移動手段がないなどの問題で国立病院にはなかなかつれて来られないのです。発症後何日も経っている腸重積の子どもの手術後に、排便を確認したので安心したのですが、経験のない看護学生の点滴のミスで死んでしまった時には愕然としました。このような状態で約束の2年間を過ごし、心残りだったので後任の外科医が来ないまま日本に戻りました。

### AMDAで紛争地や被災地に

2年国内で医師として働いた後、やり残した仕事があるとの思いから、1993年からアジア医師連絡協議会(AMDA)の専属医師となり、理事長の菅波先生の指示で、インド・ネパール・レバノン・ルワンダ・モザンビークの地震や水害の被災地や紛争地の難民キャンプなどに赴きました。

内戦のルワンダでの活動は隣国ザイール(コンゴ民主共和国)にある1万人規模の難民キャンプでした。やがてルワンダ国内が平定されてからは、国内の地方の病院に入って行き、そこでは内戦で傷ついた子どもたちを目の当たりにしました。目の前で家族を殺され、かろうじて生き延びた子どもたちに、体におった傷の手当てはされていたのですが、メンタルなサポートは何もされていなかったようです。

モザンビークでは戦争が終結した後に160万人の帰還難民の援助を中期的な視点で実施し、半年間関わりました。アフリカの貧困、食糧不足、安全な水が入手困難なことなど医療以外の問題も見えました。緊急支援ではなく長い視点の支援も必要だと感じました。ザンビアでもいまだに浅井戸を多くの人が使っているのが現状です。そのため、季節的にコレラが流行していました。WHOなどの報告ではサブサハラ(サハラ砂漠より南のアフリカ)では安全な水にアクセスできる人は60%だけで、早急に対応しなければならない問題です。

モザンビークでは破壊された診療所の再建とそこで働くスタッフのトレーニングを主な業務としていました

## ●Jaih-s との共同企画フォーラムⅡ

が、医療だけでは地域がよくなないと判断して、井戸掘りをしたり種の配給を行ったりしました。

### JICAのプロジェクトでザンビアへ

1995年からAMDAとJICAのジョイントで、ザンビアの首都ルサカでPHC(プライマリー・ヘルス・ケア)プロジェクトの計画が持ち上がりプランニングのため派遣されました。そして、TICOとしてザンビアで活動を開始し、現地にNPO団体SCDPを設立しました。そして首都のルサカにあるコンパウンドと呼ばれる貧困地区で活動を開始しました。

2002年の大干ばつで、サブサハラアフリカで1200万人が、ザンビアだけで200万が飢えていると国連が発表しました。8月に村々を回った時、農家には一本のトウモロコシもなかったのです。こんな状況のところで、医療活動だけでは不十分だと気づき、干ばつに強い村づくりに取り組まねばと思いました。

この時の子ども達の飢餓の状態はすさまじかったです。食べられる草を探し、野鳥を追いかけていました。クワシオコール(Kwashiorkor:たんぱく質の摂取不足)やマラスマス(Marasmus:エネルギー摂取不足)という栄養失調の子らは手足が細くて、おなかが少し膨らんで、髪の毛も薄くなっていました。このような状態で感染症にかかり、命を落としてしまうのです。この飢饉で何人が犠牲になったというデーターはないのですが、いまでも国連は70億の人口のうち10%が飢餓の状態だと発表しています。

HIV/AIDSに関してはここ数年前から、ヘルスセンターと呼ばれる医療施設まで行くと治療が可能になったのですが、以前は治療はなされていませんでした。せっかくセンターに来た患者の検査と診断はできても、薬がないため何もせずに帰らせることもしばしばありました。農村に限らず都会でも、HIV/AIDS関連の孤児が大勢いて、大問題となっています。余裕のある親戚の人に引き取られたり、農村部では人々が共同体として周りの大人们たちが孤児たちの面倒をみたりしているところもありました。

公立の学校に行けない子どもの多くは、地域住民が立ち上げたコミュニティスクールに通っています。そこで子どもたちは一生懸命勉強しています。TICOの資金

でコミュニティスクールを建てたところ、いい学校を作ると大勢の子どもが来るようになり、今では教室が足りず青空教室が展開されています。増設をのぞめますが、すぐには対応できないのが現実です。

JICAの資金を得てヘルスポートという医療施設を建設しました。これはザンビアではスタンダードな末端の医療施設で、ナースが一人だけ派遣されています。ここでは、診断・治療・母子保健・お産までナース一人でやっているので、大変です。そのため、コミュニティのボランティアを養成しています。その無給のボランティアが誇り高く活躍しており、受診率が増えたり、蚊帳の使用率が上がったりという数字であらわれる成果が出ています。

プライマリー・ヘルスケアの3年が経過して次のステップとして周産期の安全を確保することに取り掛かっています。現地政府もWHOも病院で出産するように指導しています。現実的に、陣痛が来てから10キロ歩いてこのヘルスポートまで来るのは不可能なので、お産を待つ家をつくってそこで待機できるようにしています。お産についても、SMAG(Safe Motherhood Action Group)と名付けられたボランティアを養成して安全なお産のための活動をしています。郡の医療局に要請して、その人のための宿舎を建てて待っている助産師の増員はかなわないのが現状です。救急車は管理等が難しいので、ここでは自転車で村からヘルスポートへの救急搬送を行っています。

農業に関しては、化学肥料をなるべく使用せず、少なくて主に緑肥を使ったデモンストレーション農場を作り、勉強会を開いたりしました。かんがい設備を持たない農民は、乾期に農業ができません。井戸1本、ソーラー発電、ポンプで小規模かんがい事業を実験的に行い、一時的には成果が上がりましたが、井戸が壊れたりパイプが詰まったり、維持管理がませんでした。

### 日本において思うこと

日本において地域医療をみると、地方の医師不足が顕著であり、総合病院の内科医が「循環器専門だから他の疾患は見ない」というような専門医志向が強いので、もどかしく思うことがあります。

家族というシステムが崩壊しており、その結果、老老介護が目につきます。片方が元気ならまだしも、二人とも認知症のお年寄りだけの夫婦、一人だけの老人など

## ●Jaih-sとの共同企画フォーラムⅡ

は、田舎だけでなく都会でも問題になっています。アフリカでは飢餓が問題になっているのと対照的に日本ではメタボとかの生活習慣病が問題になっています。さくら診療所には3人の栄養士がいて、医師の指導ではなくなかなか行動が変わらない患者さんも彼女たちの話には耳を傾けるようです。家族の崩壊とともに、特に育ち盛りの子ども達の偏食や、野外での遊びをしなくなって、テレビゲームを屋内で一人だけでしている子どもが増えていることは懸念されることです。

### 今後の展望活動

TICOとして、現在ザンビアではJICAの草の根技術協力事業の委託を受けて母子保健事業を実施中で、カンボジアとは医療者的人事交流をしています。国内で、地球規模で考え行動するきっかけや場づくりとして、毎月1回実施される公開セミナー「地球人カレッジ」や合宿の受け入れを行なっています。

医者とTICOの活動以外にも、「兼業農家の吉田です」と自己紹介する通り、農薬を使用しないでトラクターもできるだけ使わない農業に取り組んでいます。農園の余剰作物は販売し、得た収益をTICOの活動資金のために寄付しています。

「市民が作るエネルギー」という市民団体をたちあげ、市民ファンドで自然エネルギーによる発電も進めています。ひとつめのメガソーラー発電設備を着工しました。菅前総理の置き土産の法律のおかげで、売電することで結構いい配当が出せそうです。

国際総合研修制度も構想中です。研修期間を過ぎた医師が3年間徳島県と契約して働くときは、1年間有給で海外研修することが可能なのですが、これを後期研修の時期に行かせてやれないか、交渉しています。先ごろザンビアに赴き、適当な土地と建物を入手できたので、整備の打合せをしてきました。この研修所では臨床や研究、あるいはエイズ対策やマラリア対策などの活動をしている他のNGOに参加するなど、さまざまなオプションがあると思います。

また、有機農業を普及するために8ヘクタールの土地

を入手しました。是非近くの農民と学びあえる場としています。持続可能な開発を目指すエコビレッジすなわち環境を大事にしながら少ないエネルギーで暮らしていく地域を国内でも海外でも作っていきたいと思い活動しています。

### 国際医療に参加すること

国とか国際機関がいう国際医療とは国のシステムとか公衆衛生学的な行政のシステムを構築することが多いように思います。NGOにとっての国際医療は国内の地域医療と重なります。対象とする地域のニーズをくみ上げて対応して、その地域の人の人的資源、物的資源をうまく活用して効率よく、成果を上げていくことです。

国際医療に参加することのハードルはそんなに高くない感じています。案外気軽にかけるものです。アジアであれ、アフリカであれ、そこには人が暮らしているのだから、我々日本人もちゃんと生活できます。国際医療の場で活躍しようと思いついたら、まず現場に行ってみてください。2、3年たたら行ってみようと考えないで、行ける時に行かないと結局タイミングを失ってしまうことになります。自分に足りないことが見つかれば、また勉強すればいいのです。みなさんが行き易いシステムをTICOとしても作っていきます。思ひ立ったら吉日です。やらなかつたと後悔するよりも、失敗を恐れずに積極的に行動されたらいかがでしょう。



## 吉田 修先生のプロフィール

吉田修先生は、徳島県吉野川市でさくら診療所を運営する傍ら、その近くに事務局を置く非特定非営利活動法人TICOの代表理事をされています。TICOは開発途上国での国際協力を通じて得た経験を、日本の皆さんと分かち合い、日本人の生活を改めて振り返る機会を提供し、共に持続可能な社会を構築することをめざしています。TICOは主にザンビアとカンボジアで活動を実施していますが、国内でも様々な活動を展開しています。そのひとつに、国際協力に興味を持つ学生などを対象に、地球規模の課題や国際協力について勉強する合宿があります。この合宿ではTICOの活動紹介、無農薬畑での農業体験、国際協力の経験が豊富なスタッフの講義、ワークショップ等が実施されています。

吉田先生は国内で臨床を経験されたのち、1989年青年海外協力隊(JOCV)でアフリカのマラウイ共和国に派遣され、ゾンバ市にあるジェネラルホスピタル(総合病院)の外科医として2年間活動されました。

日本に戻り3年ほどして、1993年にAMDA(旧アジア医師連絡協議会)の専属医師となり、理事長の菅波先生の指示で地震や水害の被災地や紛争地域の難民キャンプ等に赴かれました。

1995年からは国際協力事業団(JICA:独立行政法人国際協力機構の旧称)の医療協力部ザンビア国PHCプロジェクト長期調査員としてザンビアを訪問されました。その後、ザンビアで現地の国際協力団体SCDP(Sustainable Community Development Programme:持続可能な地域開発計画)を設立されました。

それまでの経験から、途上国での支援は医療に限定せず、幅広い活動が必要であると感じられ、継続性のある仕事をNGOの組織として行いたいと思うようになりました。1993年の設立当初は勉強会からスタートしたTICOの活動が、1997年ザンビアで

事業を展開するようになりました。2002年に南部アフリカをおそった大干ばつの時、TICOは飢餓対策の緊急援助を実施したのですが、飢餓の要因は単一ではないことを実感しました。そこから、WAHE(水:water、農業:Agriculture、健康・医療:Health、教育:Education)の4つの分野を中心に干ばつに強い村を作り、農村の暮らしを総合的によくしていくというコンセプトのもと、WAHEプロジェクトを立ち上げられたそうです。

一方日本国内では、国際協力を志す医療者を経済的・精神的に支える場として、1999年にさくら診療所を開所されました。この診療所は、以前に吉田先生が勤務された菅波内科の継続的に国際協力のできるシステムを手本にされたそうです。さくら診療所には、国際保健に身を置く医師3名と協力隊のOB・OGを含む約50名のスタッフが、24時間365日断らない診療体制で頑張られています。19床の入院ベッドを備え、呼吸器や透析器の設備も整え、在宅医療、介護サービスの他に、今の医療・介護の制度では面倒を見切れない狭間ケアの必要な高齢者を受け入れられる住宅を建設中のことです。周辺には、病児保育施設・さくら農園(農薬を使用しないで、トラクターもできるだけ使わない農園)・TICOサポートクラブ(さくら農園の余剰作物を販売して国際協力の活動資金に)があり、コミュニティの集まる場としてさくらcafeを建設中だそうです。「市民が作るエネルギー」という市民ファンドを立ち上げ、メガソーラー発電設備にも取り組んでおられます。

(「目で見るWHO」編集部)