

タイ 2007年10月～2008年9月（島川祐輔）

途上国の医療現場で医師として働くということ ～モン族難民キャンプでの経験から～

モン族難民キャンプ

皆さん Hmong(モン)族という人々をご存知だろうか？もともと中国にいた民族だが漢民族に圧迫されて南下、約200年前に現在のベトナム・ラオス近辺の山岳部に定住した。第一次インドシナ戦争では宗主国フランスの手先として利用され、フランスからの独立を目指すベトナムと戦う。続くベトナム戦争では、今度は米国CIAの下、ラオス・ベトナム共産党軍との戦闘の前線に立たされ果敢に戦った。しかし1975年に共産党軍がラオスを平定すると、米軍は撤退し残されたモン族は共産党軍からの迫害にあうことになる。そして30年以上たつ現在もラオスのジャングルでは共産党軍による掃討作戦が続いているとのことで、モン族の多くが命の安全を求めてタイに逃れてくる。

私はタイ北部・ペチャブン県の山の中にある約8000人のモン族難民キャンプで2007年10月より1年間、国境なき医師団(MSF)の医師として働いた。キャンプで活動するMSFチーム内には外国人スタッフの助産師、看護師、心理士、Logisticianがいるが、医師は私一人で、キャンプ内の外来を通訳1人と4人のMedics(難民の中で簡単な教育を受け診断・処方を行える医療スタッフ)で切り盛りした。入院が必要な患者は車で50分の地方病院に送るが、タイの医療レベルはそれなりに高く、日本の僻地診療所に勤務している感覚だった。熱帯地域ならではの結核、腸チフス、寄生虫疾患もみられたが、最も多いのは感冒、水溶性下痢などだ。



難民スタッフたちと。どれが私でしょう？

外来受診者の4割は5歳未満です



一見平和だった日々のキャンプ

実は、このキャンプはタイ政府には難民キャンプとして認知されていない。なぜなら、タイ政府はラオスとの経済的友好を優先したため、ラオス国内の事情には目をつむり、彼らを難民とは認識せず経済的理由で流入した不法移民だと捉えているからだ。キャンプは周囲に鉄条網が張り巡らされ、銃を持ったタイ軍の監視に常にさらされているが、私が赴任した当初は、それでも人々は一見穏やかな日々を過ごしているようだった。ところが2007年にタイ政府が2008年度中に全員をラオスに送り返すと発表し、実際に送還が始まってから状況は一変する。

2008年2月、12人がラオスに送還された。政府は彼らの帰国はあくまで「自主的」と発表したが、うち一人の女性は軍の車両に無理やり押し込まれ、更に5人の子供をキャンプ内に残す形での送還で、明らかに「強制的」だった。

5月に入りキャンプ内のリーダーが軍に連行されたことをきっかけに、人々はUNHCR(国連難民高等弁務官)の介入及び公正な処遇を求めて連日のデモを開始する。5月23日、別のリーダーが逮捕されたことで軍と人々との緊張は最高潮に

達する。キャンプ周囲のフェンスを突き破った人々が隣接する軍の敷地内になだれ込み、その数十分後にはキャンプ内より火の手が上がり、キャンプの約 2/3 が全焼するという事件が起こる。



キャンプの 2/3 を燃やした火災

家を失った人々は鉄条網の外にテントを張ることを許されるが、デモは更にエスカレートし公道を占拠してのハンガーストライキに発展。最終的には、事態が好転しないことにしびれを切らした鉄条網の外で暮らす 5000 人が、約 350km 離れた首都バンコクに向けてのデモ行進を開始、しかしキャンプより数 km の地点で軍に行く手を阻まれ、デモは失敗に終わる。大部分はキャンプの鉄条網の中に戻っていったものの、この混乱の中で 800 人がラオスに送還された。



公道を占拠してハンガーストライキをする人々

MSFは直ちにこの事実をマスコミに公表し、政府に難民送還の透明性を求めたが、結果的に軍とMSFとの緊張が高まり「MSFは医療や水・食糧の配給だけしていればいい」とMSFの活動は制限されることになった。

これら一連の出来事の間、キャンプ内の緊迫感は常に高い状態で、先が見えない不安から心因的な不定愁訴を訴える患者が殺到した。ラオスに送り返されれば殺される。患者として訪れる人々の言葉を聞いて、私は医師として現状に対し何ができるのか、日々悩んだ。どうすれば彼らが送り返されずに済むのだろうか？しかし答えは出ない。それでも患者はやってくる。日々の診療をしっかりと続けることで私自身も精一杯だった。

今後もMSFはこの問題に国際世論の目が向くよう主張していくとのことだ。もちろん物事には優先順序があり世界を見渡せばより規模の大きい問題が山ほどあるだろう。しかしだからと言って彼らのことを見捨てるわけにはいかない、なぜなら人の命に関わるからだ。日本でもモン族難民の事が取り上げられることを願っている。

途上国の医療現場で医師として働くということ

タイの医療レベルは決して低くはない。所得が低い人でも公的病院に簡単にアクセスできるよう、Universal coverageというシステムもある。そのような医療システムがそれなりに整っている国でなぜ日本の医師免許しか持っていない私が臨床医として患者に触れる事ができたのだろうか？

答えは簡単である。難民キャンプというタイの医師たちが働きたがらない特殊な場所であったからだ。

私は専門医でも何でも無い。初期臨床研修と、総合内科・救急での一年強のトレーニング、それに3ヶ月の長崎大学熱帯医学研修課程と3週間のフィリピン・サンラザロ病院での熱帯医学研修を受けただけである。しかし、一年間の難民キャンプでの外来診療、及び4人のMedics達の指導に関して自分の力を出し切る事ができたし、キャンプという特殊な枠組みの中で最良の医療ケアを提供できたと思っている。

具体的に日々の勤務で要求されることをまとめると、

1. キャンプ内の外来でマネージできる疾患に関しては、経口薬の処方・輸液の投与・創傷の管理・患者教育を含め出来る限り行う。
2. キャンプ内で扱うことの出来ない外科処置が必要な急性腹症や、診断にどうしても画像検査を要するものなどに関しては、タイの公的病院に患者を送る。この過程で重要なのは病診連携であり、タイ語しか話せないタイの医師に代わり、モン語しか話せない患者の病歴・身体所見を英語の病歴要約にまとめて情報提供する。
3. 特殊な疾患に関しては治療方針の決定も含め、患者とその家族、MSFのチーム、タイの専門医と、医学的適応・患者の意志・社会文化的なモン族コミュニティの病気の捉え方・難民キャンプとそこで活動するMSFというNGOの枠組み、これらを総合的に踏まえてディスカッションすることで患者にとっての最適な医療ケアを探る。
4. Medicsを含め、難民の中で簡単なトレーニングを受けて医療行為を行っている外来スタッフたちの教育・監督を行う。また必要に応じてGuidelineを新たに作成、あるいは内容を変更する。
5. キャンプ内の健康問題、感染症の流行に他職種と連携しながら対応する。
6. 医療以外の部分でも、MSFチームの活動方針の決定プロセスに参加する。

緊急援助の段階はすでに終わり中長期的な視野に立ってサポートを行っているこのキャンプでの1年間の経験を経て感じることは、Primary care physicianとしての問題解決能力が非常に重要だということだ。いわゆる“内科疾患”だけでなく、小児も高齢者も、目が見えない、耳が聞こえにくい、歯が痛い、などあらゆる主訴に対応しなくてはいけない。日本で経験したことのない疾患の診断もつけないといけない。しばしば、良い臨床研修というのは魚を与えるのではなく魚の取り方を学ぶという言葉が聞けるが、魚の取り方、つまり臨床的あるいは倫理的な問題の解決法・勉強法を身につけていた私にとって、様々な主訴で受診する患者(妊婦を除いて)をMedicsと共に対応することは臨床医としての醍醐味にあふれていた。

またこの1年間で3回感染症の大きな流行を経験したが(1-2月にロタウイルス、3-4月に水痘、6-7月に水溶性下痢と細菌性赤痢)、疫学的情報を集め、その上でLogisticianや看護師、Home visitorsたちと協力してコミュニティに介入するというプロセスは、素人ながら強くやりがいを感じた。

私は途上国でのEvidence-based medicineの実践ということに強い興味があり、今後勉強していきたいと思っている。現在、先進国での臨床医学はEBMを抜きにして語る事ができない。そして途上国であっても、高度な医療技術を先進国から一方的に供与するのみではなく、お金のかからないEBMという“ものの考え方”を普及させる方が、コミュニティーレベルで

も病院レベルでも医療ケア向上により効果的なのではないだろうか。タイでの一年間、患者一人一人の Case management に EBM を活用することで、より一層その思いを強くした。

しかし同時に、タイの中のモン族難民キャンプという特殊なコミュニティに生きる患者に欧米や日本で行われた Study の結果をあてはめることには多くの問題もある。人種の違いはもちろん、Endemic な感染症も異なる。更には呪術師や Herbalist が活躍する社会では病気概念や医療機関への受診動機も我々のそれとは異なる。

グローバルな EBM に興味がある一方そこに内在する矛盾を考えると、結局は Primary care physician としてそのコミュニティに骨をうずめるのが最もその地域に貢献できるのではないかと、とも思う。たかが一年ではあったが、疫学的な“勘”が身についていたことを、後任 Dr との申し送りをしている最中に気がついた。ある主訴で患者が受診した際に、どんな鑑別疾患をあげるべきで、中でもどの疾患がここでは Common なのかを理解しているということだ。例えば私が外来で診た急性の対麻痺は全例が低 K 性周期性四肢麻痺で、成人で 4 症例診断した。小児でも、2 歳の男児が先行する下痢の後、歩けなくなったという主訴で受診、ポリオやギラン・バレー症候群を疑いタイの病院に送ったところ低 K 血症が見つかった。そして後日両親との会話で 2 人とも低 K 性周期性四肢麻痺の既往があることがわかった。この児が家族性の一例であった可能性がある。

疫学的情報や文化人類学的な視点をもってコミュニティの健康に関われれば、質の高い医療が実践できるのではないかと。しかし外国人医師である以上、コミュニティを知るには時間がかかる。では実際に、私はモン族コミュニティに骨をうずめて地域医療を実践したいのだろうか？ 答えは No だ。私が花嫁でも見つけられれば話は別だが、残念ながら“縁”を感じなかった。では一体世界中のどこに“縁”があるのだろうか？ 色々と考えてみたが、やはり自分は日本人で日本の地域に貢献したいな、と思うようにもなった。

今後長崎大学で研鑽を積むことになるが、長崎では熱帯医学の研究に力を入れると同時に離島の地域医療にも貢献していると聞く。途上国で医師として働いた経験から、途上国での臨床研究の重要性を痛感すると同時に、Primary care physician として地域に根付いた医療を実践することの素晴らしさにも気付いた。まだまだモラトリアム研修医なのだろうか、これからも将来の進路を模索する日々が続くそう。

2008 年 10 月 30 日 島川祐輔