

開発の現場から

医療のアウトサイダーが齎す「癒やし」とは？

佐伯風土

小児外科支援事業

プロジェクト・マネージャー

国際開発救援財団（FIDR）カンボジア事務所

1. はじめに

私は、大学でカンボジア語（クメール語）を学んだ後、JICA 職員として青年海外協力隊事業や農村開発案件等の ODA 実務に携わりましたが、転身、静岡の県立劇団にて演劇プロデューサーとして芸術の世界で生きておりました。ですが昨年、これまで果たせずにいたカンボジアへの恩返しのため、再転職を決意し、NGO 職員として国際協力の現場に舞い戻り、クラチェ州という地方の公立病院で活動しております。当病院は地方都市と比べて遥かに規模の小さい州都の街にある Provincial Hospital で、公立病院は全て General Hospital です（州内に私立の総合病院はなし）。

2. 右肩上がりの経済力

カンボジア在住は 2001 年に王立プノンペン大学へ留学して以来、実に 15 年ぶりでした。赴任にあたり、最近のカンボジア事情を知っていそうな友人達へ持っていきべき荷物のアドバイスを求めると、異口同音に「何も要らないよ」、と。その意味は赴任と同時に理解しました。私のイメージしていた土埃舞うようなプノンペンは太古の昔であり、今や巨大なイオンモールや街中に溢れる和食レストランやお洒落カフェが象徴するように、ありとあらゆるモノやサービスが利用可能で、特定の所得層に限らず人々の生活様式や食文化に変化が生じ、生きる上での選択肢（持ち物やレジャーといった消費から教育や職業選択まで）が格段に広がっていると感じました。



首都プノンペン

2016 年、世銀がカンボジアを低所得国から低・中所得国へ格上げしたことで、遂に ASEAN10 カ国で最後となる低所得国脱却を成し得ました（国連による LDC 分類は変わらず）。国民一人当たり GNI は 2000 年の 300 ドルから 2015 年には 1,070 ドル（186 位）と伸びており、2011 年以降の経済成長率は毎年約 7% の高水準を維持。小学生時代にバブル期があったことしか知らない私にとって、文字通りの右肩上がり経済が持つその勢いと「危うさ」を今になって体感しています。わかりやすいところでは、巨大な商用・居住用ビルの開発が次々と進行する一方、そのために広大な沼地を埋め立てた報いで、行く当てを失くした雨水が首都に洪水を齎し、交通麻痺や衛生悪化を招く、という

悪循環があります。

カンボジアは低賃金で経済特区の開発が進み、外資規制も緩く、日米欧には特惠関税適用もあるため「チャイナ・プラス・ワン」から今後は「タイ・プラス・ワン」としても伸びるだろうと言われていますが、子や孫の世代を見据えて今の社会を見直さねばならない危機感をどれだけの人々が持っているのか。プラスチックゴミが街の一部と化した中で子どもが育つ社会に、不安を覚えます。



ある日の病院内

3. 都市と農村とキツネ

現在、首都から北東へ約 300 kmにある、クラチェという地方州にて 5 カ年プロジェクトの初年度を実施中です。車で片道 6 時間程かけてプノンペンから毎週通っています。上述の現代版カンボジアは主にプノンペンやシェムリアップなど都市部の話です。クラチェの町や道中の田園地帯は昔の風景そのままに、喧騒の首都を離れた心身を癒やしてくれます。ところで、高度経済成長は都市部には大きな変化を齎し、地方における変化はそうでもない・・・とは言い切れないと思います。変化が小さく見える田舎でも、変わりゆく要素とこの先も変わらない要素が混在しています。カンボジアの発展を論じる際、どうしても都市と農村（または地方）という二分法が用いられます。しかし、開発の文脈において「農村」という言葉で地方社会を捨象すると、見落としてしまうことが多々あると思います。

「都市」と「農村」。この二つの世界観で実社会を読み解くことに対し、学生時代から違和感を持っておりました。即ち、—「農村」とは何を指すのだろうか？—。



(左：クラチェ州都) 州を縦断するメコン川。カワイルカの生息地として知られる
(右：クラチェ州郊外) 夕飯時、痩せ細った牛たちが火に集まる

毎週の往復 600 km通勤がルーティーンとなり、「都市」から「農村」への移動を繰り返しながら観察すると、両者の間に幾層ものレイヤーが浮かび上がってきます。地元の人にとってはどこまでが都市であるのか、田園地帯は果たして全てが農村なのか、道中の

小さな集落は立派な都市部ではないか、農村という名の均一的な見方をしているのは勿体無い……。 「都市⇄農村」間はグラデーションではなく、その地で生きる人々が彩る、その地ならではのドラマが随所に見られます。雨季の水没エリアが乾季には緑の牧草地に変わる自然の循環、新築住宅の輪郭が露わになる月日の経過、今まで当たり前存在したものが突如消え去る喪失感。それらを愛おしく思えるとき、最早その地は「農村」という名ではない、自分だけが知り得る風景になっているのでしょうか。『星の王子さま』のキツネが語る、「絆」の論理ですね。

地方の道路網は未整備のエリアも多いです。クラチェ州の農村地域の更に奥の僻地にある保健センターを訪れた際には、この写真のように、村と国道を繋ぐ唯一の橋が雨による増水で流されてしまい、危うく帰れないところでした。我々同様、為す術なく立ちすくむ地元住民。もし急患が搬送されていたら命に関わる事態です。板でできた簡素な橋でさえ、有無が人の生死を左右する重要なインフラとなっています。



増水前の往路

増水時の復路

4. 救える命を必ず救う仕組み作り

FIDR では、州内最大の総合病院であるクラチェ州病院を「カンボジア北東部地域における小児外科のコア病院」とすることをプロジェクト目標に掲げ、病院職員をカウンターパートとした小児外科支援事業を実施しています。プロジェクトチームは私以外カンボジア人スタッフで、私含め皆が非医療者です。高度な専門性を必要とする医療分野です。日本の小児外科医が専門家として支えてくださっています。

病院を拠点とする他の医療系ドナーも多く活動しています。医療者が直接治療や手術を行う、医療機材や薬品等を供与する、病棟を建設するなど形態はそれぞれです。FIDR では、カンボジアに小児外科という専門分野がまだ確立していなかった 1996 年から、将来的に小児外科をリードすべき存在となる「国立小児病院」(プノンペン) に対し、病棟建設から医療技術支援まで多面的な能力強化を行いました。20 年の協力を経て、彼らが国の指導的立場を担えるまでに成長したことから、我々はフェーズアウトし、今年度からは地方における小児外科の拠点形成に着手しています。

今後、地方医師を育成していくのは日本人専門家ではなく、国立小児病院の外科医・麻酔科医・看護師たちです。カンボジア人医療者がカンボジア人医療者に技術を伝え、育てるという時代に来たのです。

小児患者は症状を的確かつ適時に大人に伝えることが難しいです。また、周りの大人や診療所レベルの保健センター職員も、外科手術が必要な症状であることが判らず、搬送の遅れが症状の悪化を招くケースもあります。特に先天性疾患の新生児の場合は生まれてすぐに手術が必要となることがあります。しかし、一次医療である保健センターに家族が子どもを連れてこないことには、治療も始まりません。金銭的な事情だけでなく、保健センターや病院までのアクセスが絶望的な場合や、伝統医療者（近代医学に基づかない伝統療法を施す術者）を頼る場合もあり、早期の患者発見と搬送は喫緊の課題です。

小児外科とは、小児特有で、手術を必要とする疾患を治療する分野であり、「子どもは大人のミニチュアではない」という基本概念があるそうです。外科医であっても、小児の手術には小児の特異性を理解することが必要です。しかしカンボジアには小児外科医という専門医制度がまだ十分に確立しておらず、一般外科医が子どもから大人まで診ています。

《小児外科手術で治癒する病気・怪我は多岐に渡ります》

最も一般的なのは虫垂炎（盲腸）でしょう。鼠径部（足の付根）ヘルニア、停留精巣、包茎、火傷、蛇咬症（毒蛇に噛まれた中毒症）などは地方病院でも手術可能な場合が多く、患者も多いです。ほかにも、口唇口蓋裂、直腸肛門奇形、腹壁破裂、食道閉鎖症、、など名称だけでも大変な手術であることが想像できる病気もあります。手術の緊急性の有無、体表から見える／見えない、といった違いがあるそうです。

首都まで6時間の道を搬送することを考えると、小児患者の体力は限られており、地元病院で手術を受けられるのに越したことはありません。また、首都への搬送とは即ち、見ず知らずの大都会へ行く不安だけでなく、国立病院での治療・入院費の他に救急車による搬送費用、患者と家族¹の食事代、薬代などお金の不安²も伴うのです。患者家族の中には治療が必要であっても首都で高次医療を受けることを拒んだり、いつの間にか病室から姿を消していることさえあります。

¹ カンボジアでは患者の家族が四六時中ベッドに付き添い、看護師の代わりに患者の身の回りの世話をするのが一般的。

² 貧困層には国の補助制度として貧困者救済基金があり、認定されれば医療費・搬送費・食費等が補助されるが、認定カードを持っていない等で該当者でも受給できないケースが散見される。

貧困者への医療、これはホット・イシューです。巨大な資金源をバックに、治療、手術、薬、食事、交通費、あらゆる病院サービスが完全無料という某小児病院があるのですが、国民の期待を一手に引き受ける形で長年支持されており、国民の健康改善に一定の効果を発揮しています。長年の援助の歴史により貰い慣れしてしまったカンボジアで、医療まで無料という考え方が定着してしまうと、本来のあるべき医療体制を歪めてしまうかもしれません。FIDR では、公立病院が高度な医療技術を有し、患者一人一人と真摯に向き合う医療者が育つことで、地域住民に信頼される病院となり、患者が増すことで病院収入が強化され、サービス向上に還元されるようなスパイラルが生まれることをカウンターパートと目的共有し、州病院におけるプロジェクトをスタートさせました。

5. 医療のアウトサイダーとして

私はこれまで JICA→劇団→NGO と流れつつ、ミッションや職務内容こそ異なれど、一人の「プロ」として一貫して努めてきたことは、《目の前の人々を幸せにする》です。そのためには自分自身が幸せを感じられなければ、偽りとなるでしょう。

常日頃、「非医療者です」と何気なく口にしていますが、《医療者》が命を救う現場を目の当たりにすると、その対極に自らを置くことさえ自惚れで、おこがましいとさえ感じます。しかし、門外漢の人間だからこそ目につくことや、当たり前とされる光景や習慣がなぜ当たり前なのか疑問を持つこともあります。暑い部屋で患者が直射日光を浴びて苦しんでいるのに、医療者だけがエアコンの効いた部屋で談笑や昼寝をされているのはなぜか。付き添う家族もいない患者に一言、具合はどうかと声を掛けるだけでも不安が和らぐのではないか。私には、体表に見えない患部を推測したり、処置の適不適を助言することはできません。しかし、病室に漂う満たされない思念—医療者からも患者からも滲み出る何か—を感じ取ることはできるのです。それを受け止めるのが、どちらにも属さない我々アウトサイダーの役割ではないでしょうか。

では、ひとり外国人として医療者でもない自分が病院に常駐することで、果たして誰が救われるのか。なぜ、ここにいるのか？

『ODA や芸術の世界で培った知見を草の根レベルで活かし・・・非医療者ならではの独自の観点から・・・クメール語を織り交ぜて現地社会を深く考察し・・・抽出された課題をプロジェクト・マネジメントのサイクルに・・・』云々と、よくあるフレーズを修辭しながら「NGO 職員かくあるべき」論を捏ねくり回すことしかできなかったある日、ある団体の先輩 NGO 職員の姿が、そんなものを全て吹き飛ばしました。

とある病院の救急救命室。

ストレッチャーに横たわり、昏睡状態に陥った夫。

今にも泣き出しそうな顔で見守る、カンボジア人女性。

その日本人職員は彼女に近寄り、ただ黙って、優しく抱きしめたのでした。