

開業医にとっての地域・在宅医療

「アジア多国籍医師団」へご招待

医療法人アスカ会 菅波内科医院院長 菅波 茂

開業医が「国境を越えた医療」を通して、国際社会に貢献していく可能性はあるのでしょうか。

医学部教育のカリキュラムには、開業医に必要な地域医療研修プログラムさえありません。また、開業医にとって「国境を越えた医療」に参加できるプログラムも、現在の日本には存在しません。

シュバイツァー博士の、アフリカのジャングルにおける医療活動は、ヒューマニズムの原点として、また、キリスト教信仰の証（あかし）として語り継がれています。開発途上国

の医療向上に貢献したくて医学部を受験する人も、たくさんいると思います。

残念ながら、結果的には「国境を越えた医療」に関係することなく、勤務医や開業医として、人生を過ごさざるを得ない人も多いと思いますが……。



国境を越えた活動には、政治、経済、芸術、旅行など、例を挙げればきりがありません。しかし、国境を越えるのが難しい分野が2つあります。それは、税金と医療です。

納税は、国民の義務です。したがって、国家という枠組みがある以上、税金を支払う義務があります。いちばん合法的な節税方法は、税率の低い国家へ収入を移すことです。この方法で節税をやっている企業もあるように聞いています。

「国境を越えた節税」を推進することで、国家としての魅力を訴えている国もたくさんあります。例えば、香港の法人税は17パーセントで、シンガポールの法人税は30パーセントです。民主主義の本場といわれているイギリスでは、アメリカ合衆国独立のきっかけとなった茶税があり、最近では、サッチャー首相退陣の原因となった人頭税が有名です。

医療には国家の認める医師免許の問題があります。つまり外国では医師の医療行為は基本的にできません。しかし、例外もあります。それは、イギリスやフランスで医師免許を取得した医師が、おのおのの旧植民地で医療行為をする場合です。そのほかには、自然災害時や難民キャンプなど、一時的に限られた場所での医療行為に与えられる場合です。

税金と医療の共通点は、国家と国民の生存に関わるということです。したがって、脱税行為とニセ医療行為には、最大限の社会的非難が浴びせられます。

もう一つの共通事項は、税金と医療には、その国民の価値判断が非常に反映するということです。



AMDAネパールの巡回診療風景

集団としての価値判断のことを「文化」といいます。国境を越えることは、異なった文化圏に入ることを意味します。その価値判断の落差を「カルチャーショック」といいますが、カルチャーショックを感じない国境は、極めて人為的な国境だといえます。アフリカや中近東の国境がそうです。つまり、同一民族が国境線によって分断されています。そうでない場

合は、国境を越えて異なった文化圏で医療行為を行なうことの難しさを考えなければなりません。

医師として「国境を越えた医療」に従事できるかどうかの最大の難関は、ここにあります。すなわち、「医療は文化なり」という命題が理解できるかどうかなのです。勤務医より開業医のほうが、この命題を理解できる可能性が高いと、私は期

待しています。

病院内の医療行為は医療技術が主体ですが、地域医療は、地域コミュニティの価値判断を理解できない限り、納得のいく医療行為はできません。したがって、開業医のほうが勤務医より、文化という「集団の価値判断」に対する適応力があると思われれます。

現在、日本と外国との間で行なわれている「国境を越えた医療」には2種類あります。その一つは、日本で外国の患者さんを治療する場合で、もう一つは、日本から医師が外国に行って、その国の患者さんを治療する場合です。この違いは、カルチャーショックを受けるのが、患者さんか医師のどちらかということです。

日本の国際化が進むにつれて、大きな問題になっているのは、「在日外国人の医療問題」です。この問題に積極的に取り組んでいる医師の団体があります。アジア医師連絡協議会 (AMDA: Association of Medical Doctors for Asia) がそれです。

AMDAは、1979年、タイ国にあるカオイダンのカンボジア難民キャンプに駆けつけた、1名の医師と2名の医学生との活動がもとになって、1980年にアジア医学生国際会議が開催されました。そして、医学生のおかげから相互理解と相互交流を深めて医師になったとき、一緒にアジアの保健医療の向上に努めていこうとの決議がなされました。この会議は、それ以降毎年開催されています。

1985年にインドにあるウドビーで、アジア医学生連絡協議会のOBを中心に、第1回のアジア医師国際会議が開催されました。現在、アジアの参加国は13カ国。会員は、日本が140名で、ほかのアジア各国の会員の総数は100名です。

フィリピンではスラム地区の医療、ネパールでは農村の地域医療、インドでは無医地区巡回医療、インドネシアでは農村の地域医療、日本では在日外国人の医療問題など、各国別の医療プロジェクトを実施しています。国際的には、国際会議、研修、News Letter発行、Joint Project実施などを行っています。本部は日本、事務局はフィリピンにあります。

日本政府の海外協力資金の内容や、その方法論について、

AMDAの日本支部が取り組んでいる「在日外国人の医療問題」の活動について述べます。

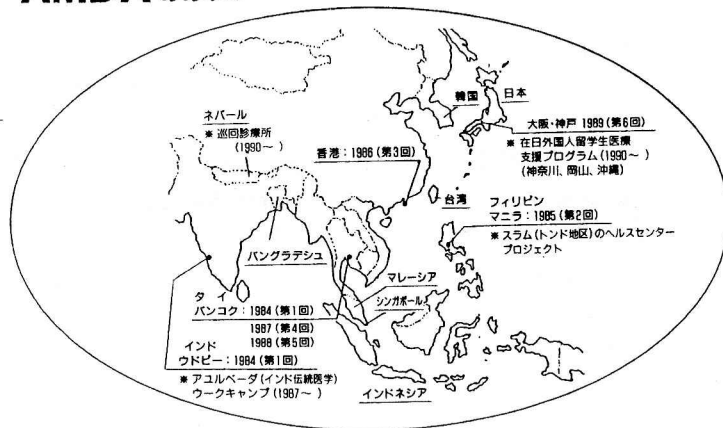
「AMDA在日外国人医療ネットワーク」は、現時点では、国内8つの医療機関で構成されています。プロジェクトリーダーは、大和市内で開業している、小林国際クリニック院長

の小林米幸先生です。

大和市立病院外科医長時代に、6年間、大和インドシナ難民定住促進センターと関わりを持たれた結論が、彼らにとっ



AMDA のあゆみ



国内で大きな議論がわき起こっています。その問題解決の一環として、協力資金の一部を国際協力に関与している民間団体にまわす制度ができました。

AMDAはまさにその条件に適した団体です。アジアの現状を知り尽くしているアジアの若い医師たちが、日本の貴重な税金を使って、アジアの健康水準向上という理想に向かって協力しあっていくのも、新しいやり方だと思います。

て医療上必要なことは、言葉や習慣の違いをいかに解決してあげるかということでした。単なる医療技術だけでは、あまり役に立たないということでした。

8つの医療機関は、医院と病院ですが、参加者は全員が経営者です。このネットワークはパイオニアの要素があります。敏速な対応と決定、関連した人脈、見えざる経費、総合的な判断などがそうです。経営者でなければ実施上無理な面があります。このネットワークを紹介しましょう。

「AMDA在日外国人医療ネットワーク」は、在日外国人が医療を受診するとき問題になる医療費、言葉、習慣を解決しつつ、症例をデータベース化していこうというものです。

言葉については、各医療機関が外国語通訳を準備していますが、通訳不可能な外国語の場合は、ほかの医療機関に電話で通訳を依頼します。現在、英語、スペイン語、北京語、広東語、潮州語、タイ語、ベトナム語、ラオス語、カンボジア語、ヒンズー語、ベンガル語、ウルドー語などが可能です。ちなみに私のところでは、英語、ヒンズー語、ウルドー語、北京語、広東語が可能です。

平成2年11月11日に、AMDA主催で、「在日外国人の医療問題を考える」シンポジウムを東京で開催しました。

平成2年4月から約6カ月間の実施経験を踏まえて開催したのですが、関係諸団体および個人に呼びかけました。実に多くの方が、それぞれの分野から、在日外国人の問題に本気で取り組んでおられることが分かりました。

とくに、医療の問題は切実なトピックでした。なぜなら、これだけは医療の専門家が関与しないことには解決がつかないからです。

このシンポジウムで分かったことは、適切な情報提供の重要さでした。

在日外国人医療問題解決のためにいちばん重要なことは、医療を受ける外国人と、医療を提供する人たち双方に必要な

次に、医師が日本から外国に行って、その国の患者さんを治療する場合について述べます。

これにも2種類があります。日本政府が主体となる場合と、民間団体が主体となる場合です。前者をGO:Government Organization, 後者をNGO:Non Government Organization といいます。GOの代表として、国際救急医療隊(JMTDR: Japan Medical Team for Disaster Relief)があります。簡単に紹介します。

(目的) 開発途上国における大災害発生時被災者の救急医療実施、政府に所属するボランティア活動



神奈川県大和市 小林国際クリニックにて
通訳の職員を交えたカンボジア人の小児診察風景

習慣については、その国の人でないと分からないことがあります。たとえば、イスラム圏のご婦人は、女医さんにしか受診してもらいませぬので、私たちの医療ネットワークには、女医さんに参加していただく必要があります。

このように複雑な習慣の解決には、医療関係留学生参加が不可欠だと思います。医療費については、日本の医療制度自体を理解して貰うところから始める必要があります。

情報を提供する機関の設置です。アジア医師連絡協議会は、参加国の国際情報ネットワークを生かした「AMDA国際医療情報センター」の開設を、平成3年4月に向けて準備しています。

私たちのこのプロジェクトは、在日外国人の生活支援だけではなく、21世紀に向けて、日本社会の国際化を民間レベルで積極的に作っていくという、内なる社会運動でもあるのです。

在日外国人医療に関わっておられる方、あるいは積極的にやっていきたいと考えておられる開業医の諸先生方の参加をお待ちしています。

(出勤期間) 原則として2週間

(登録人数) 264人——医師(40人)、看護婦、調整員

(活動回数) 41回——自然災害: 37件(90%)

赤痢大流行、ガス爆発、難民救済: 4件(10%)

(活動上の問題点) 輸送(診療車、医薬品、食料、衣料、人員)のため専用輸送機が必要

要約しますと、1979年のカンボジア難民に対する対応の遅さが原因となった国際的非難を反省して作られたものです。

登録医師は勤務医です。活動期間も2週間以内なので、純粋に医療技術で対応でき、文化の異なる人間の接触によるトラブルもあまり起こりません。

NGOでは、複数の団体が「国境を越えた医療」に活躍しています。歴史が古いところでは1960年設立の「日本キリスト教海外医療協力会」があります。キリスト教の布教を目的に、医療従事者をアジアの開発途上国に派遣しています。

1971年に設立された「アジア眼科医療協力会」は、白内障などの眼病に苦しむ人のために、野外眼科診療隊をアジア諸国へ派遣しています。

私たちの「アジア医師連絡協議会」(AMDA)は、1980年以来、Better Medicine for Better Future in Asiaを目的に、アジアの医学生と医師の相互理解を促進してきました。今や時きたる。参加国の若手医師も、各国において中堅として実力を発揮しています。「アジア多国籍医師団」構想を提示し、その実現をめざしたいと思います。

平成4年4月に、アジア医師連絡協議会の活動の一環として、「アジア多国籍医師団」を結成する方向で動いています。アジアのAMDA参加国に協力医療期間網を整備して、自然災害、難民などの緊急時には、その協力医療機関をベースキャンプとして出動しようとする試みです。医師はアジアのそれぞれの文化を背景にした複数国から、構成される予定です。時代の流れはボーダーレスですが、各国の民族、文化のアイデンティティーは逆に、尊重されている時代です。非緊急時は、「医療は文化なり」の相互文化理解促進プログラムを、アジアの協力医療機関同士で実施します。このプログラムは医療や文化だけでなく、日常生活を理解してもらう内容も必要です。

日本人医師とアジア人の医師が一緒に、アジアのために汗を流す「アジア多国籍医師団」構想に直接参加されなくても、その基本となる相互文化理解促進プログラムに参加されてはいかがでしょうか。協力医療機関として参加することです。アジアの医師を迎えられてもよし、アジアの協力医療機関実施のプログラムに参加されて、アジアを理解されるのもまたよいと思います。

アジア医師連絡協議会では、「AMDA国際医療情報センター」を中心とした「在日外国人医療ネットワーク」と、相互文化理解促進プログラムを基本とした「アジア多国籍医師団」を、2大プロジェクトとして推進しています。これらのプロジェクトの基本理念は、「医療は文化なり」です。

地域コミュニティで貢献している開業医には、親しみやすく共通した理念だと思えます。

1978年に設立された「ベジャワル会」は、パキスタン北西部で働く日本人医師を支援しています。

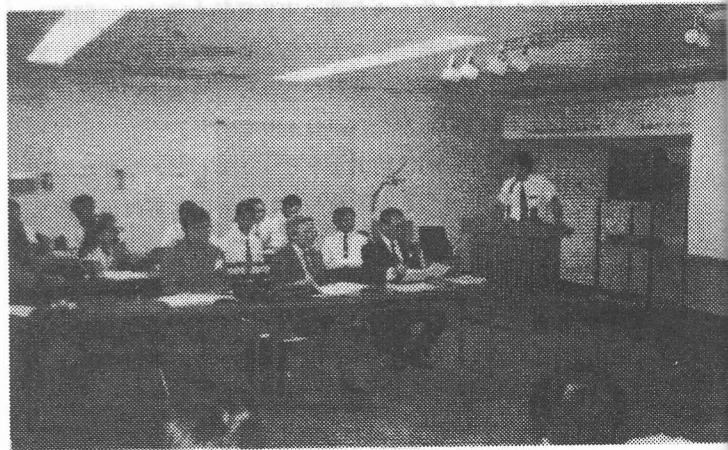
1983年設立の「国際保健協力市民の会」は、エチオピアやソマリアの干ばつ被災民に対する、緊急医療救援活動を行っています。

1984年に設立された「バヌアツに医療を送る会」は、バヌアツ共和国で眼科、歯科検診と治療および医療教育を行っています。

人生を「文化の香り」でもっと味付けしたい方は、遠慮なく、アジア医師連絡協議会のドアをノックしてください。

◀アジア医師連絡協議会：〒701-12

岡山市檜津310の1 Tel(0862)84-7676▶



アジア医師連絡協議会の国際会議

菅波 茂 (すがなみ・しげる) 氏

1972年、岡山大学医学部卒業。1977年、同大医学部公衆衛生学大学院修了。同年、榊原病院勤務。1981年5月、現在地に開業。医療法人アス力会理事長。著書に「アジアの伝統医学PART I」がある。

◀菅波医院：〒701-12 岡山市檜津310の1▶