●グローバル化時代の医療・検査事情

元・大使館付医務官の独り言
第四話「フィリピンで肺炎に倒れる」の巻

吉田定信（よしだ さだのぶ）
Sadanobu YOSHIDA

「医務官は病気をしてはならぬ」と先輩医務官は言った。ナイジェリアに3年、続くブルガリアにも3年在勤した後、1998年9月、3カ所目の任地となるフィリピンへ転勤した。初めての（そして最後となった）アジア勤務だ。日本にも近い。日本食材も安い。恵まれたポストだと思っていた。しかし、首都マニラの空港に降り立つや否や、なんだこの喉の違和感は。マニラでは大気汚染[1]との闘いだった。すべてが順調だと思っていた医務官生活であったが、好事魔多し。筆者自身が肺炎にかかり入院するという事態になってしまったというのが今回の話である。

前の任地で筆者が体調を崩し、他国に駐在している先輩医務官の世話になったことがある。冒頭の格言はその先輩の言葉である。発言の意図はこうだったのだろう。医務官が病気になって休んだら、患者を診る日本人医師は誰もいなくなる。だから医務官は病気をしてはならないのだ。多くの途上国では、医務官が唯一の日本人医師なのである。悪しき習慣として槍玉に挙げられる“ドクターショッピング”もできない環境なのである。だから医務官は誠心誠意患者の診療に尽くすべきであり、病気で休むようなことはあってはならぬ、という教えだと受け止めた。

精神論はこのくらいしにして、とにかくマニラの大気汚染はひどかった。マニラ首都圏には“ビレッジ”と呼ばれる高級住宅街が点在し、それぞれのビレッジはフェンスで囲まれ、一般車両の進入を阻止している。通り抜けるためには有料の通行証が必要だ。このためマニラ首都圏では常に車の大渋滞が起こる。大雨が降ればさらに渋滞は深刻化し、夕方定時に退庁しても家にたどり着くのが深夜になることもあった。事態をさらに悪くしているのが燃料だ。フィリピンでは安価なディーゼル燃料が普及しているのだが、ガソリン車両もその当時は有鉛ガソリン車が主流だった。喉に悪いはずだ。筆者宅の窓から外を見ると、スモッグの暗雲が空低く垂れ込め、高層ビルを覆っている（**写真1**）。ああ、今日もこの空気の悪い中を出勤しなければならないのかと思うと、憂鬱な気分になった。

ある日のこと、朝からひどい咳が出る。また風邪をひいてしまったかと思い、手元の風邪薬を服用してみた。だが、今回はいつもと違う。咳が止まらない。あっという間に熱が出て息が苦しくなった。マラリアかもしれない、と熱帯で忘れてはならない鑑別疾患も頭に浮かべながら、筆者はフィリピン随一の私立総合病院であるマカティ・メディカル・セン

写真1　スモッグが空低く覆うマニラ首都圏の朝（2000年）

熊本県宇城保健所長

ター[2,3]に向かった。この病院の救急外来には何度も日本人の患者に付き添ってきたことがあるので、勝手知ったるところだが、自分自身が病に倒れると気持ちに余裕がない。救急外来のストレッチャーに横たわって開口一番、「T先生を呼んで」と、日頃から交流している現地の開業医を主治医に付けてくれるように頼んだ。この病院はいわゆるオープンシステムを取っており、外部の開業医が出向いて主治医となることが可能だ。実はフィリピンに駐在している各国大使館の医務官が、米国大使館の医務官を中心として非公式なランチョン・ミーティングを定期的に持ち、現地の主要な医療関係者もメンバーに入れて情報交換していたのだ（**写真2**）。そのメンバーに加わっていたT先生夫妻は日本に留学した経験があり、気心も知れている。それにしてもなぜ救急外来に着いた時点で早々と主治医を指名したかというと、この救急外来から入院までに時間がかかることといったら、過去に日本人の患者を紹介したときの経験で懲りていたからである。悪いときは数時間待たされることもあるので、あらかじめこちらで主治医を決めてしまおうと考えたのだ。

救急外来の中央には長机が置かれ、いかにも研修医と思われる若手の医師が4、5名並んで座っている。彼らは、受付票を見て何事か看護師に指示し、ある時は検査結果に目を通し、また何かを指示する。“ページング…”と言って、場内放送で職員を呼んでいる。以前、見かねた筆者は彼らに近寄り、「君たちは研修医だろう。なぜ患者のところに行かないのだ。日本では研修医は汗だくになって走り回っているぞ」と諭したことがあるのだが、「それは僕らの仕事ではない」と馬耳東風。縦割りというか階級社会の縮図を目の当たりにしたのである。

写真2 外交団医務官ランチョン・ミーティングのメンバーとカナダ海軍の艦船を見学
前列中央に筆者（1999年）

さて話を戻そう。救急外来での検査の後、主治医のT先生曰く「マラリアじゃない。肺炎だ」とレントゲン写真を見せてくれた。両側の肺野に陰影が写っている。自分の肺が混濁している写真を見せられると気弱になり、思い出したのが冒頭の先輩医務官の格言である。即座に入院となり、セフェム系とマクロライド系抗生物質の投与が開始されたのだが、抗生物質の選択については異論もあるだろう。日本人の患者が現地の医療機関を受診する場合、その治療内容をチェックするとともに、適切な治療となるように現地の医師と協議するのも医務官の重要な役目だが、自分が患者となってしまえば“まな板の鯉”である。レスピラトリーキノロンという手もあるが、と思いつつも、まずは現地流に任せてみたら、T先生の治療法はよく効いた。喀痰検査では結核菌は陰性と判定され、安堵した。それというのもフィリピンはアジアでも有数の結核高蔓延国だからだ。

2週間の入院生活では、主治医は日に一度しか顔を見せない。それに比べて看護師の優しさといえば、患者から見たひいき目もあるかもしれないが、大いに心安らいだ。自覚症状の聴き取りやバイタルサインのチェックはもちろんのことだが、世間話や笑い話もしてくれる。「日本大使館で看護師として働くにはどうしたらいいの」という冗談半分の求職相談まで聴かされたが、そこは答えをはぐらかした。帰国して保健所に勤めるようになると看護学校の入学式で祝辞を述べたり、看護実習で講義をしたりする機会があるのだが、「患者の心安らぐような看護師になってください」と、いつもこの時の入院体験を話している。（つづく）

文　献

1）吉田定信．マニラにおける大気汚染の現況．日本医事新報．2000；**3984**：60-61
2）吉田定信．フィリピン共和国の疾病医療事情．モダンメディア．1999；**45**(5)：150-157
3）吉田定信．海外医療事情レポート．25フィリピンの医療事情．海外医療（海外邦人医療基金）．2000；**26**：24-29

本稿は個人の見解に基づくものです。