

模索と行動

カンボディア難民
救援医療1095日の記録

109

91.7

1408

LIBRARY

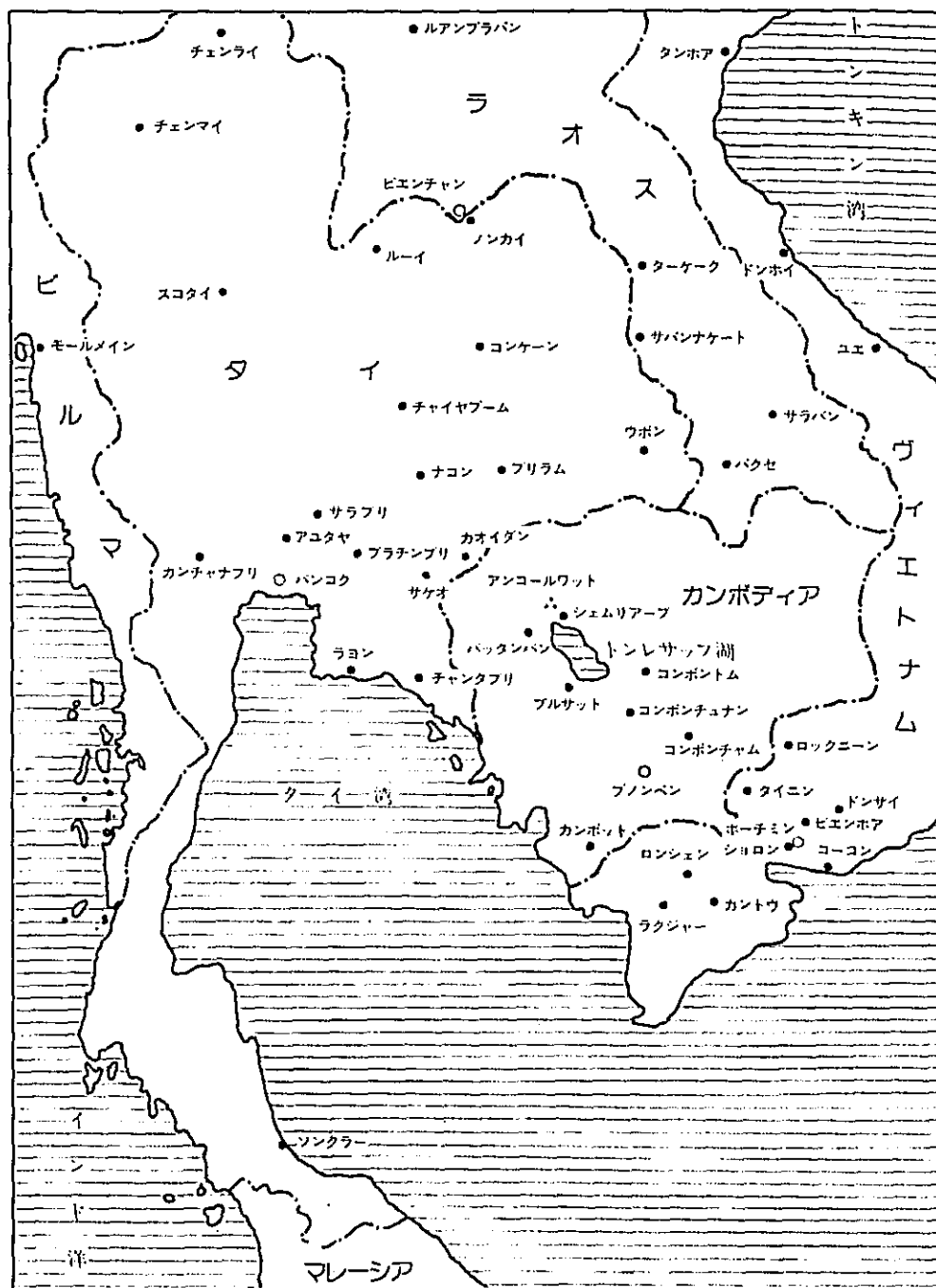
四



模索と行動

カンボディア難民救援医療1095日の記録

国際協力事業団	
受入 月日 84. 5. 19	109
登録No. 05821	90.7
	MCS





1979年10月、サケオ。皿に残った食事の最後の一滴までする難民の子供。



1979年10月。妹を抱きしめる幼い難民。



1979年11月。全財産を頭に乘せて、仮収容所へ向かう。



牛車で国境を超える。



1980年、カンボディア国内バットアンにて。WFPから食糧、UNHCRから衣料品などが供給された。



1979年11月。マラリヤに罹った母親の横で微笑む赤ん坊。子供の病状を気づかう父親。アランヤブラテートにて。



1980年1月。アランヤブラテートのホールディングセンターに落ち着いた難民たち。



1979年9月。数千人の難民が国境付近でタイの商人から物を買っている。



1979年11月。32,000人の難民がサケオに集まってきた。

模索と行動——カンボディア難民救援医療——095日の記録・目次

序——カンボディア難民と日本の対応 緒方貞子 7

1——カンボディア難民の発生と各国の対応 15

1——祖国を脱出する人々 17

インドシナ難民の発生／新カンボディア難民の発生

2——タイ政府の対応 22

タイの苦悩

3——各国の救援活動開始 25

各国医療ボランティアの迅速な動き／救援活動の定着／日本の資金援助、六〇〇〇万ドルを超える

2——救援活動への日本の参加 35

1——高まる日本への期待 37

日本の事情／視察団派遣／井戸掘削隊を現地へ派遣

2——難民救援医療チーム（JMT）の結成 42

チーム編成の苦心／初めての経験

3——JMTの医療活動 47

1——JMTの活動地域 49

メディカルセンターと二つのホールディングセンター／メディカルセンターの役割／

ホールディングセンターの管理／サケオ・ホールディングセンター／カオイダン・ホールディングセンター
2―JMTの難民医療活動 61

第一次

まだ死亡率は高かった――サケオ／JMTの任務拡大――サケオ／日本病棟の一時閉鎖――カオイダン

第二次

メディカルセンター、オープン／JMTの役割急増――サケオ／カオイダン日本病棟の再開

第三次

血液生化学的検査開始――メディカルセンター／サケオ・ホールディングセンター、バンケンへ移転／

結膜炎大流行――サケオ No.2／二度と撤退するものか――カオイダン

第四次

結核検診の開始／整形外科医の活躍

第五次

ニグループの協力／カオイダンの病棟焼失

第六次

火災をのりこえて／高価な犠牲――二人の死

第七次

日本病棟の再開――カオイダン／JMTの新しい試み

第八次

ローテーション制の定着／撤収を決める他国ボランティア

第九次

団員相互の研修会／ヘルパーへの講義

第二〇次

忘れられがちな難民医療の基本

第一次

麻酔科医からみた難民医療

第二次

それでもなお戦傷者はいる

第三次

ソムオク・クメールの友達よ

3―座談会① 平和日本の医者が見たこと 97

4―目で見える難民・救援活動 113

5―医療活動の周辺 129

1―様々な活動 131

ヘルパー教育／クラウンプリンス病院への協力／農村巡回診療

2―JMTメンバーの生活 138

宿舍／食事／通勤／健康と余暇／安全対策／調整員

3―座談会② 同じアジアに住みながら 149

4―手記 162

難民医療に従事した三か月を振り返って／当直のつれづれに

6――初めての体験と明日への展望 203

1――JMTの引き揚げとメディカルセンターの閉鎖 205

JMTの引き揚げ／サケオ・ホールディングセンターの閉鎖とイタリアチームの引き揚げ／
メディカルセンターの閉鎖、引き渡し

2――JMT派遣の成果と今後の展望 堀内伸介 211

3――遠くけわしい道程 星野昌子 217

4――座談会③ 国際救急医療への道 221

7――参考資料 233

あとがき 260

装幀 安達史人
カバー写真 加藤明彦 (JVC)

△本書で使用頻度の高い略語▽

- ・ UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees 国連難民高等弁務官事務所
- ・ ICRC International Committee of the Red Cross 赤十字国際委員会
- ・ UNICEF United Nations Children's Fund 国際連合児童基金
- ・ WFP World Food Programme 世界食糧計画
- ・ JMT Japan Medical Team 日本医療チーム
- ・ JMDR Japan Medical Team for Disaster Relief 国際救急医療チーム
- 連絡先 外務省経済協力局技術協力第二課 東京都千代田区霞ヶ関二二一 203(580)3311
国際協力事業団医療協力特別業務室 東京都新宿区西新宿二丁目一番地 新宿三井ビル内私書箱二六号
203(340)5616・2619

序

カンボディア難民と日本の対応——緒方貞子（上智大学国際関係研究所教授・日本政府
カンボディア難民救済実情視察団団長）

一九七九年の大晦日、「行く年来る年」を報ずるテレビ放送は、タイの難民収容所の年の瀬を伝えた。その年、カンボディア難民の危機的状况が明らかになるにつれ、難民問題は日本人の重大関心事となったが、国際的な難民の窮状に対して、日本人が早くから敏感に対応してきたとは、とうていいえなかった。

一九七五年にサイゴンが陥落し、一八万五〇〇〇人のヴィエトナム人が故国を離れたが、その後も難民の流出は続いた。とくに、海路ヴィエトナムを離れるいわゆるボート・ピープルは、しげに会い、海賊におそわれ、行き着く先では上陸が認められず、死者の数も分らないといった悲惨なありさまであった。一九七九年になると、ボート・ピープルの数は激増し、五月、六月には毎月五万人を超え、近隣のアジア諸国に危機をもたらし、七月、ジュネーヴにおいて国連事務総長のもとにインドシナ難民会議が開かれると、各国はヴィエトナムに対し、大量で無秩序な難民の流出を自主的に規制するように訴えるとともに、難民救済のためUNHCR（国連難民高等弁務官事務所）に対し続々と拠出を申し出た。

この時、わが国も、UNHCRのインドシナ難民計画に要する費用の総額の半分を分担する、という思い切った拠出表明を行ない、またはじめてインドシナ難民の定住受け入れを決定した。この一連の措置は、難民救済を求める国民的な要望に応えたというよりは、「アジアの唯一の先進国として、アジアで発生した大量難民に対しもっと積極的に対応してほしい」という、国際的な期待と圧力に押された日本政府の、むしろ苦肉の策であったといえよう。単一民族、単一言語、単一文化を前提とした日本人にとって、難民救済は従来馴染みのうすい事業であった。大量難民を受け入れたり、保護したり、救済したりすることが、国際的な責任を分担することであるとは考えられていなかったのである。

ヴェトナム難民の流出が小休止を見せたのもつかの間、一〇月になると、今度はカンボディアから五〇万を超える難民がタイへ流入し始めた。カンボディア国内の戦闘と、食糧危機から逃れようと、やせおとろえた身体で国境へ辿りついた人々である。欧米諸国からは、医療や食糧援助ばかりでなく、多くのボランティアが救済活動のため続々と現地赶赴した。一一月中旬、わが国もカンボディア難民救済視察団を現地へ派遣することとなり、私も团长としてこれに参加した。カンボディア難民の実情を視察して、国内に広く伝えるとともに、すでに行なっている資金援助に加え、どのような具体的な救済に協力できるかを見きわめるためであった。視察団の一行は、クリアンサック首相以下タイの政府関係者、国際援助機関関係者と協議し、難民救済活動の実体を把握することにつとめた。また、タイ政府の仕立てた

軍用機でアラシヤプラテートに赴き、サケオのホールディングセンター、ならびにタイ・カンボディア国境ぞいのノンサメットの難民集結地帯を訪れた。サケオ・ホールディングセンターでは、約三万人の難民が生活していたが、四隅の竹柱にビニールのテントを張った程度の住居、栄養失調や疾病にかかった生気のない顔色、かやぶきの即席病棟はあふれる病人、とまことに悲惨な様相であった。また、国境のノンサメットの難民集結地帯には、見渡す限りかやぶきの小屋が立ち並び、まるで沢山の村が急に一か所に集められたようで、大変な雑踏を呈していた。食糧や水の不足は深刻で、国境付近の難民は五〇万を超えるといわれた。

視察団の報告を受けて、政府は緊急に医療チームの派遣、飲料水の確保のための技術者の派遣、食糧援助の増加拡大を決定した。とくに、従来技術協力的一端としてすすめて来た医療協力を難民救済にあてることは、まったく新しい試みであったため、行政上の問題も少なくなかった模様である。だがそれにもまして、医療チームを編成するために必要な医者、看護婦等の人員を、長期間確保し続けられるかが最大の課題であったことはいうまでもない。

幸いなことに、「カンボディア難民を救え」という声は、視察団と同行した記者の切々たる報道に支えられて、広く国内に伝えられた。好意の問い合わせや申し出が続く中で、早い段階で日本大学、全国社会福祉協議会等がチームとして参加する意向を表明したため、医療チームの編成は予想以上の早さで実現した。その年の暮、年末年始の休暇を返上した第一陣、三グループ約二〇名がホールディングセンター入りした。他方、難民救済活動も全国的に広がり、多くの義援金、義援物資が集められた。医療関係の専門家ばかりでなく、学生や一般



1979年11月20日、サケオを訪れた緒方団長

人が、ボランティアとして現地へ出掛けた。また、すでに結成されていたインドシナ難民を助ける会に加え、JVC（日本奉仕センター）、幼い難民を考える会、レフ・ユジー・インターナショナル等、難民援助を目的とした民間団体も次々と誕生し、資金援助から現地におけるボランティア活動まで、多様な広がりを見せていった。

わが国において、難民救済事業がこのように敏速に進められたのは、マスコミの集中的な報道もあって、カンボディア難民の救済が差し迫った問題であると広く認識されたからに他ならない。他方、救済への立ち上りが急速であっただけに、試行錯誤も多く、カンボ

ディア難民問題は、わが国が今後難民救済に本格的に取り組む上で貴重な教訓を残したといえよう。

この点でまず問題となるのは、今後救援を必要とする事態が起った時に、どのようにして即座に対応できる緊急援助体制を組織するかということであろう。医療についていえば、国際的な救援が求められる時に、ただちに現地入りできるような機動性を持った医療団を、どのように平時から編成しておくかということである。

カンボディア難民視察団がサケオやノンサメットを視察した時、目についたのは、救援活動に従事している多くの若い欧米人の男女の姿であった。医師、看護婦、キャンプ管理官、食糧配布係。彼らは気どらず、飾らず、キビキビと自信をもって仕事にあたっていた。彼らの中には、たまたま東南アジアを旅行していたというようなボランティアもないわけではなかったろうが、中心は、国際赤十字、メデサン・サン・フロンティエ等の民間医療団から派遣された医師団や、ケアー、カトリック・レリーフ・サービス等の民間緊急援助団から派遣された奉仕活動家であった。民間団体がこのような機動力を持つためには、常時ボランティアを確保できる組織の存在が必要である。資金的な後援者、ボランティア、専従職員——この三者が相俟ってはじめて効果的な救援活動が可能になるのである。欧米諸国には、このような民間団体が、古くから数多く存在しているが、わが国においても、民間ボランティアの組織化が急がなければならない。政府も、民間における難民を含む援助活動のための組織

の強化育成に尽力すべきであろう。

緊急援助体制を組織して行くのにあたってさらに必要なことは、難民対策に持続的な支持と支援が得られるような啓蒙活動をすすめることである。タイ・カンボディア国境地帯で砲撃が交わされてこそマスコミはカンボディア難民の近況を報じるが、最近では難民問題が取り上げられるのはきわめて稀になってしまった。しかしながら、実際には、ヴェトナムからのボート・ピーブルの流出は今も続き、インドシナ難民問題は基本的には何ら解決されていないのである。長期慢性化している難民問題であるだけに、マスコミにも引き続き掘り下げた報道が期待されると同時に、学校教育や社会教育の中で、日本が対処していかねなければならぬ国際的な責任の一端として難民問題がとらえられるような認識を育てていくことが必要であろうかと思われる。十分な社会的理解の裏づけなしには、救援活動に赴く医師は忙しい職場から短期間なりとも離れ難いであろう。また、終身雇用制のもとでは、ボランティア活動に従事しようとする青年も、初志を貫くことが容易ではあるまい。

とはいえ、一九七九年以降、わが国は難民問題に馴染みのうすい国から、難民救済にかかわりの深い国へと急転換をとげた。この過程で、カンボディア難民が大きな刺激となったことはいままでもない。わが国の難民救済に従事する国際機関に対する拠出も、ここ数年の間に大幅な増加を示した。UNHCRに対しては、アメリカに次ぐ拠出国となったばかりでなく、UNICEF(国連児童基金)、WFP(世界食糧計画)、ICRC(国際赤十字)等に対しても相当な拠出を行なっている。医療については、一九七九年末から三年間に、政府は一

三チーム、延べ四六九名を派遣し、カンボディア難民ならびにタイ被災民に対する救援医療を実施した。民間団体の活動も広がり、今では国際機関と直結して医療、教育、職業訓練等、多方面にわたる現地での活躍を示している。

他方、第三国への定住を求めて流出したヴィエトナム人、ラオス人、カンボディア人については、すでに二〇〇人以上がわが国に定住した。また六六〇人以上のボート・ピープルが一時滞在のためわが国に上陸し、その中約二一〇〇人が現在も滞留している。難民の大多数は民間の収容施設にあるが、最近では、アメリカ等第三国による定住受け入れが鈍化してきていることから、滞留数の増大も予想され、政府は新たな難民施設「国際救援センター」を開設した。施設にあっては、難民は日本語教育や職業訓練を受けている。これらの事実は、徐々にではあるが、日本の社会が難民を受け入れはじめたことを物語るものである。

最後に、一九八二年一月一日をもって、わが国が「難民の地位に関する条約」および「難民の地位に関する議定書」の加入国となったことも見逃してはなるまい。資金協力、救済活動、定住受け入れに加え、難民の人権の保障とその地位の安定を確保することを目的とする国際条約に加入したことは、わが国が国際的な責務として難民問題に取り組む姿勢を明らかにしたものであるとして評価されよう。

アフガニスタン、レバノン、そしてアフリカの各地で難民が続出している。インドシナ難民の大量発生を契機として難民問題にかかわりを深めたわが国が、援助体制をますます拡充し、今後の協力に備えることを願ってやまない。

1 カンボディア難民の発生と各国の対応

1 祖国を脱出する人々

一九七九年二月から八二年二月まで、三年余りの長期にわたって、日本政府は、カンボディア難民救援のための医療チームをタイ国へ送り続けた。これは、延べ四六九人にも及ぶ医療関係者派遣という、日本が体験した初めての大規模な救援活動であった。

しかし、日本の医療救援活動が一応の終止符をうった現在でも、難民はいなくなったわけではない。八三年四月現在、タイ国内にはおよそ一六万人、また、タイとカンボディアの国境付近には二〇万〜三〇万人のカンボディア難民が、タイ国および各国の救援活動によって生きのびながら、祖国に平和が戻る時を待っているのである。

いったいなぜ、彼らは祖国を脱出しなければならなかったのか、そして、どのような悲惨な境遇を体験したのか。それを知るには、ヴィエトナム戦争終結後のインドシナの動きに注目しなければならない。

●インドシナ難民の発生

一九七五年四月三〇日、南ヴィエトナムの首都サイゴン市（現在のホーチミン市）が陥落し、翌一九七六年七月に南北統一がなされ、南北ヴィエトナムは統一国家ヴィエトナム社会主義共和国となった。また、一九七五年二月には、ラオスにおいても、ラオス人民革命党が王制を廃して、人民共和国が実現。さら

難民の流入数および滞留数

	流入数	流入数内訳		年末、月末 滞 留 数
		陸路(注1)	海路(注2)	
		クオース カンボディア ヴィエトナム	ヴィエトナム	
1975年計	74,751	74,377	377	61,911
76年計	42,910	37,668	5,242	77,503
77年計	45,437	29,780	15,657	101,049
78年計	151,551	62,839	88,712	203,075
79年計	393,562	188,114	205,448	416,948
80年計	168,151	92,318	75,833	310,288
81年計	99,636	24,882	74,754	233,166
82年計	49,010	5,185	43,825	204,589
83年1月	2,622	1,279	1,343	198,261
2月	3,633	1,496	2,137	196,696
3月	2,033	377	1,661	193,599
4月	4,166	829	3,337	194,591
計	12,459	3,981	8,478	
合 計	1,037,470	519,114	518,356	

(注1)陸路クオース、カンボディアおよびヴィエトナムからタイに流入した難民数。

(注2)海路ヴィエトナムを脱出し、近隣諸国に流入しないいわゆるポート・ビープルの数。

(UNHCR資料による)

に、カンボディアでも、サイゴン陥落よりわずか前の一九七五年四月一七日、ロン・ノル政権が崩壊した。その後、一九七六年一月に国名が民主カンボディアと改名され、クメール・ルーージュ色のポル・ポットが主導権をとるようになった。この、インドシナ三国の社会主義化は、いうまでもないが武力によるものであった。

この動乱の狭間で戦乱に巻きこまれた一般の人々、また、新政権下では生きられないとする人々が大量に現れた。彼らは、難を逃れるために、自国からの脱出を始めたのである。

一九七五年のサイゴン陥落後、海路ヴィエトナムから脱出しようとした人々は、七八年まででおよそ一万人といわれる。彼らは海路で脱出したことからポート・ビープルと呼ばれているが、その数の多さで世界の耳目を引いた。また、これとは別に、ヴィエトナム、ラオス、カンボディアから、陸路で近隣諸国へ流出した、ランド・ビープルと呼ばれた人々も多数いた。三国合わせた脱出者は、七八年まででおよそ二〇万五〇〇〇人にのぼる。このポート・ビープルおよびランド・ビープルが、いわゆる「インドシナ難民」「旧難民」と呼ばれる人たちである。

●新カンボディア難民の発生

ところで、大量の難民発生という新たな事態が起きたにせよ、新生インドシナ三国の誕生は、アジアに

としては画期的なことであった。それまでのめまぐるしい政治の変転から、ようやく、平和への気運が高まるかに見えたのである。事実、ASEAN五か国（タイ、インドネシア、マレーシア、シンガポール、フィリピン）は、ウイエトナムとの友好協調を打ち出していた。

しかし、その平和への願いはもうくも崩れ去ることになる。カンボディアの波尔・ポット政権下における急激な社会主義路線は、支援するウイエトナムの社会主義政策と対立するものであった。

七八年一二月末、ついに、ウイエトナムはカンボディアへ武力介入し、翌年一月七日には首都プノンペンが陥落した。

七五年に波尔・ポットが政権をとってからわずか三年数か月後、カンボディアは、全面的にウイエトナムに支援されたヘン・サムリン政権の誕生を告げたのである。しかし、その後も、ヘン・サムリン政権を支援するウイエトナム軍と波尔・ポット軍との戦闘が繰り返され、波尔・ポット軍は次第に、タイとの国境付近へ迫いつめられていった。

この政権の急変後、戦禍を被って逃げまどう農民たちの数は一挙に増え、これに迫いつめられた波尔・ポットの兵士やその家族も加わって、カンボディアから国外へ脱出する人々は列をなすようになっていた。そして、この人々のほとんどがタイ国へ流入したのであった。いわゆる新カンボディア難民の発生である。タイ東部のアランヤプラテートやタブラヤに逃れた人々、あるいは国境付近をさまよっていた人々は群をなし、飢えと戦傷病に患い、死を待つ人々はあとを絶たず、明日の行方もわからぬ日々を送らざるを得ない状態であった。その実情は後日、次のように報告されている。

「着のみ着のまま国境を越えた難民は飢え、病み、疲れはてていた。特に七九年の雨期のころ、タイ政府は入国を認めず、栄養失調とマラリアにかかった難民たちは毎日のように死んでいった……」

（一九八二年五月二九日付 毎日新聞）

次いで、雨季明けを控えての七九年一〇月、ヴィエトナム軍とヘン・サムリン政権はカンボディア平定作戦を再開、ここで再び、大量のカンボディア難民が発生、最高時には一五〇万人がタイ国へ流れこんだという。この時が惨状のピークともいえる時であった。

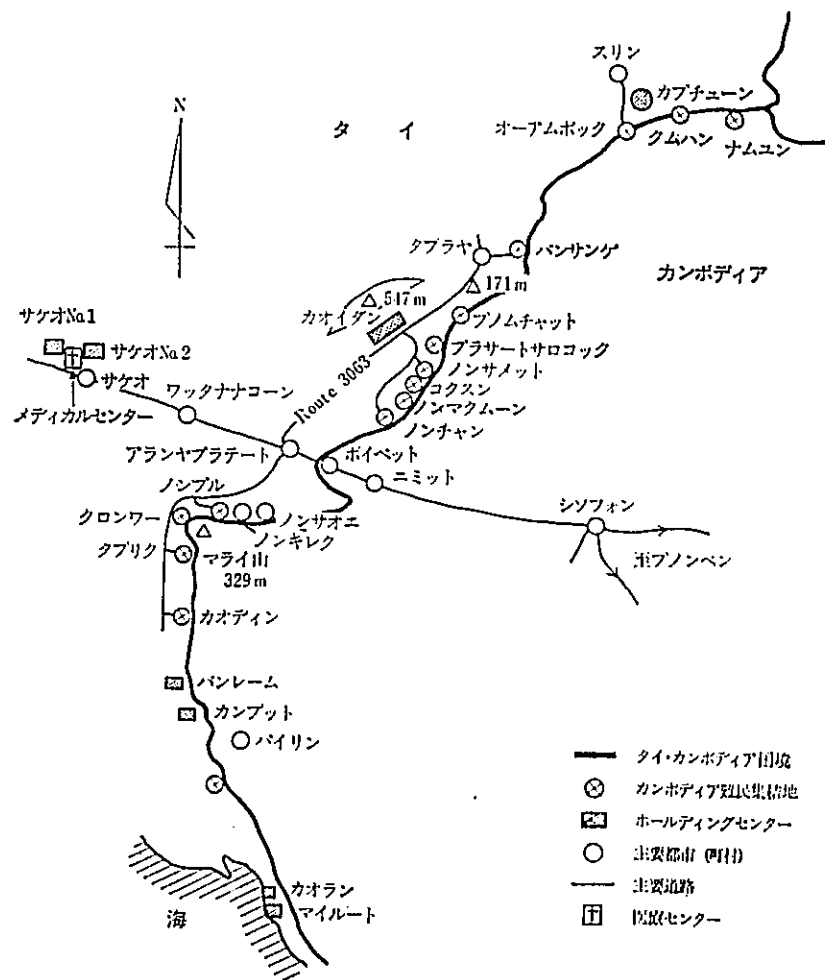
この状況をつぶさにみていたある記者の報告を紹介しよう。

10月12日、クロンワー地区（アランヤプラテートの南四十キロ）の難民数はさらに八千増えて計二万三千。キャンプ地に指定された草原は難民が五列縦隊で長さ一キロにわたって並び、米の配給を待っている。この日配られた米は四トン。一人当り百ないし二百グラム。タイ軍兵士が列を乱すものを棍棒で殴りつける。栄養失調で歩けない若い男がわきからはい寄ってきて、でこぼこのアルミニウムの容器を差し出し米をもらおうとする。見かねてかわりにもらってやると、男は生米をそのまま口に放りこんだ。米は唾液と一緒に口の外に流れ出てきた。木陰に救護所が開かれた。国際赤十字の医者一人が通訳をはさんで二言三言、脇の看護婦に薬の処方をお願いつける。診察時間一人三十秒。薬を飲みこめない者が多い。干からびたように痩せこけた二歳ぐらいの女の子が木の枝に吊るされた容器から点滴注射を受けている。点滴の終わらないうちに息をひきとった。救護所に集まった患者は数百人。炎天下で毛布にくるまり震えているマラリヤ患者。みな痩せこけ、顔がむくみ、黒い肌が病的に黄色みを帯びている（岡田矢著『インドシナからの報告』）。

戦後、平和と繁栄の中で暮らしている日本人には想像もつかないような惨劇が、同じアジアで起きていたのである。このカンボディアの動乱によって犠牲を強いられたのは、カンボディア民衆だけではなかった。大量の難民が流入したタイ国が非常事態に陥ったのは言うまでもない。

1 カンボディア難民の発生と各国の対応

タイ・カンボディア国境地図 (1980年6月末)



2 タイ政府の対応

●タイの苦悩

ところで、大量のカンボディア人の流入に対し、タイ政府はどのように対処したのであるうか。

一九七九年一月七日のブノンペン陥落後、タイ政府はただちに、八〇〇キロに及ぶカンボディアとの国境線に警戒体制を敷いた。これによって、タイ領内に流入する外国軍を武装解除させる方針を立てたのである。しかし、一時に大量に入ってくるボル・ポット軍を方針どおりに扱うことは困難であり、彼らはタイ軍監視の下でタイ領内をさまようという状況であった。しかも、領内に流入してくるのは、兵士ばかりではない。タイ政府は、七九年六月、領内の経済、社会に大きな打撃を受けるとして、初めの頃は難民受け入れに難色を示し、受け入れを認めない方針をとった。この政策は、タイだけではなく、ASEAN各国も同じであった（当時、ASEAN諸国の抱える難民は二六万にもほっていったという）。

タイをはじめとするこれらの諸国は「極めて貧しい国々」であり、この政策は、先進国からの援助なしには、大量の難民を受け入れることが不可能であるためにとられたものである。実際、この後、人道的見地からの難民救援への国際世論が強まり、国際的援助供与の申し入れが始まると、タイ政府はじめ各国政府も政策を変更し、受け入れるようになり、第三国定住認可の道も開くに至っている。しかし、たとえ先進諸国や国際機関からの援助が開始されたとはいえ、タイの経済的負担が莫大なものになることは目に見

1 カンボディア難民の発生と各国の対応

えている。そういう状況にもかかわらずタイ政府が受け入れ方針を打ち出したことは、高く評価されるべきものである。

ここで、タイ政府は、新カンボディア難民に関して、その取り扱い上二つの方法をとった。一つは、明らかにタイの領土内に入りこんだ者に対して、不法入国者とし、タイ軍の監視下で、ホールディングセンター（難民収容所）に居住することを定めた。このホールディングセンターというのは、インドシナ難民がタイ国内に流入しはじめた頃から、タイ国内の各地に作られていたものだが、新カンボディア難民の大量流入によって、新たに数か所建設せねばならなかった。

一方、国境地区に逃れてきて、難民キャンプと呼ばれる、自然発生的

国連の「難民条約」解説

① 難民とは

「定義上、人種、宗教、国籍、特定社会集団への所属、あるいは政治的信条のいずれが原因で『明らかに迫害を受ける恐れ』があるため国外に逃れて、自国の保護を受けられないか、または迫害を恐れて自国の保護を望まない人々をいう。」しかし、この定義にあった「難民」であるか、難民のような人々を戦禍等を避けて流浪する人々「流民」であるかの判断は難しい。現在一般的にはこの両者を合わせて「難民」と呼んでいる。

② UNHCRの基本的任務

一、難民の国際的保護

自国の保護を受けられない人々が、恒久的解決がなされるまでの期間、一時保護国において保護され、有利な法的地位が与えられるように尽力する。この法的地位の一つの重要な要素は「難民を強制送還しない」という原則による。

二、恒久的解決方法

① 一時庇護国での定住

② 第三国定住

③ 自発的本国帰還

まず、難民がたどりついた国の協力をとりつけ、つぎに定住受け入れを行なう第三国の協力を得る。その上で広く多数の国々からの救援資金の協力を得て難民保護対策の任務を遂行する。この対象者は「難民」定義にみあう人に限らず「流民」まで広範囲に及んでいる。

な村落に住む人々に関しては、UNICEF、WFP、ICRCなどの国際機関にその処遇をゆだねることにした。

タイ政府にしてみれば、武装ゲリラか難民かの区別もつかない者を自国に滞在させることは容認できるものではなく、また、難民条約による救済を、全ての難民に与えるには貧しすぎたのである。

UNHCRはじめ、世界の諸国は、ここで難民救援と同時に、大量の難民を抱えこんで苦しむタイ政府への援助を同時進行させることになった。殊に日本は、ICRCやWFPに拠出金を出すことを決定した時、同時にタイ政府に対してもその難民援助活動のため三億円の拠出を決定し、援助を惜しまない意志を表明していた。また、医療チーム派遣についても、タイ政府との二国間協力により独自の活動を展開することになるのである。



点滴を受け、生きながらえる難民の子供



牛車で国境を越える難民

3 各国の救援活動開始

●各国医療ボランティアの迅速な動き

一九七九年一〇月末、タイ領内に流入したカンボディア難民の数は頂点に達した。これらの難民たちが最悪の状態におかれたのは、七九年一二月末から一三月初旬にかけてである。極度の食糧不足の中で、マラリアに罹ったり、国境を越えて逃げてくる途中で負傷したりする人々が続出し、彼らは死を待つばかりという悲惨な事態であった。一〇月に設立したばかりのサケオ・ホールディングセンターでは、一日平均五七人が死んでいったという。

こういった惨状が伝えられるや国際機関はただちに救援活動に向けて動き始めた。まず、七九年一月、ニューヨークで「カンボディア民衆救済拠出誓約会議」が開催され、UNHCR、UNICEF、ICRCの諸機関が共同して救済に当たることを決定した。救済の対象は、タイ領内および国境線上の難民はもとより、幅広くタイの被災民にまでわたるものとされた。

この会議において日本政府は、UNHCRの難民救済計画に、約三〇〇万ドルの追加拠出を検討中であると表明、さらに医療チームの派遣をはじめ、種々の救援活動を考慮中であることも明らかにしていた。しかし、このような緊迫した事態に対して各国からのボランティアの行動は迅速であり、すでにこの時期、続々と救援部隊がタイに押し寄せてきていた。地元のタイ赤十字はもとより、スイス、デンマーク、

フィンランド、ノルウェー、オーストラリアなどから、医師、看護婦、パラメディカルスタッフ（検査技師・X線技師・薬剤師など）らが、大挙して集まってきて、一時は各国からの医師が五〇〇名にものぼり、タイ側の受け入れ体制が整わなくてバンコクに足止めされるほどだったという。

一〇月頃、国境地帯はまだ戦局が緊迫しており、UNICEF、WFP、ICRCなどの国際機関だけで、食糧、医療救援に当たっていた。しかし、最も過酷な状態を脱するとすぐに救援活動を縮小し、代わって民間ボランティア団体にその活動を委ねることとした。十一月二日の時点で、各国から集まった赤十字、民間団体の医療ボランティアは、国境地帯だけで一八七名（医師四〇名、看護婦一一六名、その他三一名）になっていた。

この頃、マラリア、赤痢、寄生虫による患者が最も多く、加えて外科的疾患、それに眼科や歯科の患者までいて、広範な医療救援活動が展開されていた。そして、特に重症の外傷や病気の者は、カオイダンなど国境に近いホールディングセンターの病院へ移送して治療することになっていた。

七九年に入って新難民が増え始めると、タイ政府はUNHCRと協議したうえで、旧難民用だったホールディングセンターを新難民用に代えたり、新たに数か所設置したりしていたが、この頃、ホールディングセンター内には、病院設備も整いつつあったのである。

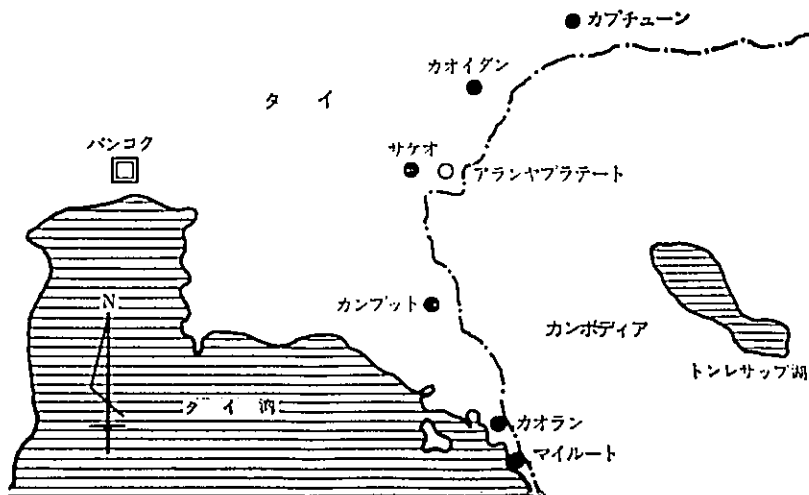
日本医療チームが活動することになるのは、このうちのサケオとカオイダンであるが、両ホールディングセンターのこの頃の様子を述べておこう。

○サケオ（前出『インドシナからの報告』より）

「10月28日 クロンワー、クロンカイトゥエンからの移動がほぼ終了。サケオの難民数三万二千。結局五万近くがカンボディアにもどっていったことになる。サケオ・キャンプの病人は二千六百七十、そのうち重症者千四百二十七。孤児一。国際赤十字の医師、ボランティア二百人がわらぶきの小屋の病院で患者

1 カンボディア難民の発生と各国の対応

新カンボディア難民用ホールディングセンターの位置



新カンボディア難民用の
ホールディングセンター

- ①カオイグン
収容人員一万人。主に、ヴェトナムの攻撃を受けて流入すると予想されたノンサメット村の難民を収容。七九年一月開設。
- ②サケオ
三万二〇〇〇人収容。プラチンブリ県へ流入した難民を収容。七九年一〇月開設。八〇年七月バンケンに移転。
- ③カンブット
三五〇〇人収容。チャンタブリ、トラート県に流入した難民を収容。
- ④マイルート
七〇〇〇人収容。八〇年六月、旧カンボディア難民キャンプから改変。
- ⑤カオラン
二〇〇〇人収容。孤児収容所。七九年六月開設。
- ⑥カプチュン
スリン県に位置し、一万人の収容能力をもつ。七九年二月時点でナショナルセンターにする予定があった。

六百人の治療に当る。この日の死者三十五人」。

○カオイダン

一月一九日に完成したが、その二日後にはUNHCR、ICRCの仕立てたバスで、アランヤプラテートや国境付近のキャンプから難民が到着。以後、一日二〇〇〇〜三〇〇〇人がひっきりなしに運ばれてきて、二月一日になると、およそ三万人が収容されていた。ここに収容された難民は、サケオに比べて、極度の栄養失調やマラリア罹患者は少なかった。しかし、国境に近いことから、重症の戦傷者が続々と運び込まれてきていた。

●救援活動の定着

このように緊急を要する事態であったが、世界各国からの赤十字やボランティアの迅速な活動によって、医療体制は急速に定着しはじめた。七九年二月末には日本の医療チームも参加し、八〇年一月には活動も軌道にのりはじめる。最も悲惨な状態だった時からわずか二か月後には、死亡者数も入院患者数も減る傾向をたどり始めたのであった。そして、八〇年六月末には、救援活動に参加した医師、看護婦数はピーク時の四分の一に減少、逆に、医療体制・設備等は完備されていた。この医療体制・設備の完備に関しては、日本医療チームの活躍と、メディカルセンターの建設が、大いに貢献するものであった。

救援活動は、医療以外の面でも同様に進行していた。八〇年五月には、国連事務総長の呼びかけで、「カンボディア民衆に対する人道援助救済会議」が開催され、五九か国が参加、この会議において、人道的立場から、カンボディア国内における援助物資、タイに対する支援の強化、資金の援助が表明され、一応の緊急事態を脱した後も、救援活動を強化していく方向性が確認されたのである。

●日本の資金援助、六〇〇〇万ドルを超える

ところで、難民救援には、各国から各種のボランティアチームが参加してくる。この活動が迅速かつ適正に行なわれるよう配慮するのがUNHCRの役割である。UNHCRは、一九五一年に難民の国際的保護と難民問題の恒久的解決促進を目的として設立された国連機関で、カンボディア難民救援に関しては、タイ政府と協力しながら総合的な対策に当たっていた。

現在、ジュネーブの本部のほか、各国事務所および地域事務所は世界各地八〇カ国に設けられている。この運営資金は、各国政府および民間からの寄金で賄われているが、現在、世界的な不況が各国からの寄金を阻んでいて、資金不足気味である。このような情勢の中で、日本政府は、一九七九年のUNHCRのインドシナ難民救済計画年間所要経費の五〇％を負担した。これは当初三一五〇万ドル、七九年一月の「カンボディア民衆救済拠出誓約会議」の後、三〇〇〇万ドルという形で拠出され、それまでのUNHCRに対する拠出額を大幅に上まわるものであった。

このほか、UNHCRの活動は、国連内の諸機関をはじめ、ICRCなどの民間機関、さらには民間ボランティアの協力を得てはじめて可能となるのである。

「過去数十年にわたって、最も地道で献身的な難民救済活動を行なってきたのは、たぶん民間の任意援助機関であろう。しばしばこのような民間団体の活動範囲や援助資金の合計額は、UNHCRのそれを上回っている。」(UNHCRの活動と役割より)

カンボディア難民救援活動に関しても、民間ボランティア団体の働きは大きなものであった。特にタイにおいては、各ボランティアの連合体CCSDPT(The Committee for Co-ordination of Services to Displaced Persons in Thailand)が結成されて、活動の円滑化を図っていた。七九年の惨状時には五〇、六〇の団体が加入し、医療をはじめとして、教育や生活全般にわたる救援活動を展開している。

インドシナ難民に対する我が国の救済援助の一部(昭和54年度)

援助先	援助内容	援助額		備考	対象
		億円	万ドル		
UNHCR	インドシナ難民救済計画 ガランR.P.C.	(約61.9)	3,150		「ウ」、「ラ」、「カ」の各難民
		(約7.2)	350		"
	カンボディア難民救済計画 バターンR.P.C.	※(約56.25)	2,500	54年度修正予算	「カ」難民
		※(約11.3)	500	"	「ウ」、「ラ」、「カ」の各難民
小計		約139.65	6,500		
ICRC	カンボディア難民救済計画	5	(約240)		「カ」被災民、難民
小計		5	約 240		
タイ政府	カンボディア難民救済計画	3	(約150)		「カ」難民
	カンボディア難民に対する医療協力	1.9	(約92)	医薬品、医療センター	"
	医療チーム派遣	2.7	(約131)		"
	カンボディア難民キャンプの水資源調査	0.9	(約40)	2チーム派遣 延べ50名	"
	カンボディア難民キャンプの公衆衛生調査	0.05	(約2)		"
小計		8.55	約 415		
計		約191.65	約 8,985		

(注) 1米ドル=206円で換算。但し、※は225円で換算。(「インドシナ難民問題」外務省アジア局難民対策室)

UNHCRに対する各国拠出状況

(「主要国際機関の概要」外務省国連局専門機関課)

			1980年(8月31日現在)(USドル)
1	米	国	99,252,109
2	日	本	64,193,715
3	英	国	17,409,402
4	スウェーデン		15,703,215
5	オランダ		11,689,751
6	ノルウェー		9,569,049
7	西	独	8,991,911
8	オーストラリア		8,895,619
9	デンマーク		7,281,133
10	カナダ		5,702,751
計			265,231,491

「国境に於ける救援活動を体験して」

京都第一赤十字病院 助産婦 三宅多磨子

私は日赤を通してのICRCの連絡事項と、テレビ・新聞で知る現地の状況以外何もわからないまま、病におかれ、戦傷に苦しむ人達の苦痛を少しでもとり除けたらという思いにかられて、一九七九年一月三〇日、タイに向かった。

私達はICRCの指示のもと、各国赤十字社から派遣された医療スタッフと共に、一二月、一月の二カ月間をサケオの難民キャンプで過ごした。外科棟での日々は、マラリア、結核、栄養失調等を併発する戦傷患者の看護に費された。弾丸・破片摘出後の感染創、戦禍から逃れる途中にうけた火傷、骨折、二次的に発生した巨大な瘻瘡は、戦争のもたらす恐ろしさと悲惨さを如実にあらわしていた。国境に放置されていたという十歳の兵士、センが搬送されてきた時は、正視に耐えない状態であった。異様に見開いた眼、枯木のような四肢と異常に膨隆した腹部、うじ虫の動く瘻瘡を前に言葉もなかったが、彼も次第に回復に向かい、私達と一緒に外で遊べる程になった。

一月も下旬になると、難民の一部移動と医療需要の減少に伴ない、ICRCはその方針とする緊急医療の必要性から、医療班のほとんど全てを、国境へと移していった。ちょうどその頃、国境では、ヴィエトナム兵八万による乾季攻勢がすすめられており、国境周辺の緊迫は異常に高まっていた。このような状況の中で私達四名も、二月からは、国境へと活動の場を移した。

私達が入ったところは、フランヤプラテートから北方へ車で四〇分、タイ・カンボディア国境線上につくられた「ノンマクムーン」とよばれる難民村であった。ここでは、七万五千人のカンボディア難民が、国際救援物資の配給を受けながら地区指導者の統率のもとに生活していた。彼等は、ビニール、布、毛布等で急造のテントをつくり、家族、親類と共に、身を横たえるすき間もない程狭い空間にいた。

医療施設としては、一般病院と小児科、点在する四つのOPD（外来診療所）がつくられていた。病院とは名ばかりで、周囲を竹で囲い、屋根を葺いただけの粗末なものである。内部には、砂利を敷いた上に今にも壊れそうなベッドが並んでおり、その奥に、外科処置用と妊産婦用のコーナーを設けていた。腐いたのは、建物の内外

に防空壕がつくられていたことである。土を掘って、横穴をもうけただけのものであるが、入口はスロープ状になっており、いざという時、そこへ滑りこめるようになっていた。

砲撃戦が激しくなるという理由から、私達の活動時間は限定されており、朝九時すぎに業務開始、午後四時には業務を終えなければならなかった。そこで、私達はICRCの指示に従い、八時三〇分にアランヤブラテートの薬局に集合し、村へ入るか否かの確認を得た後、現地へ出発、そして、四時には村を出ることを厳守した。また、緊急避難の方法については、毎日行われるミーティングで確認しあっていた。従って、私達医療班が帰った後の傷病者の手当は、カンボディア人の看護婦（夫）にまかせるしかなく、その為、翌朝行ってみると、地雷を踏んだり狙撃された患者や、異常分娩後の海婦が応急処置をうけただけの状態で、私達を待っていたことも幾度あった。

ここで、私が担当したのは、妊産婦コーナーである。他に、アメリカ人看護婦一名がおり、フランス人医師とカンボディア人看護婦タットの二人が助けてくれた。訪れる妊産婦の数は日によって異なり、数名から十数名であった。前日に戦闘があれば、患者数は減少するが、これは夫が戦っている間、妻はその安否を気づかって、外に出ないためである。

妊産婦のほとんどは栄養状態が悪く、私達は全員に鉄剤・ビタミン剤の投与を行い、追加食が得られるよう配慮した。戸惑ったのは、出産の予定日を知らない人が多いことであった。タットの説明では、妊娠九カ月が日本の十カ月に相当するらしく、私も、カンボディア流の計算のしかたを用いて妊娠月数を求めたが、推定の域を出ず、ただただ月満ちて生まれてくることを願うだけであった。

分娩は何の設備もない所で行われ、新生児の気管内吸引は注射器を利用した。より安全に、より清潔にと心を配りながら、まわりにあるものを活用する以外、方法はないのである。それでも、私のいた一カ月間、一例の胎内死亡例を除いて、全て、元気な産声を聞くことができた。初体重は五〜六名しか測定していないが、ほぼ二三〇〇〜二七〇〇gの範囲内にはいるようであった。

私達は出来るだけ早く、初回哺乳を試みた。又、母親へは水分と一缶のミルクを与えた。何故なら、朝分娩すると夕方には家族のもとへ帰すといった状態の中で、母乳が飲めるかどうかは、赤ん坊の生死を左右する大切な問題であると考えたからである。

気になったのは、夜間分娩でひどい軟産道の損傷をおこしたり、出血多量の患者、マラリヤ等の疾患を合併

している患者のフォローができないことであった。

ICRCは医療班の限界、継続性の問題から、既に、カンボディア人看護婦への医療教育をはじめており、私達もタットに、分娩介助ができるよう指導したり、妊産婦のケアが学べるよう配慮していった。

ICRCは雨季に備えて、乳幼児を伝染病から守る為の予防接種―麻疹とジフテリア・百日咳・破傷風の三種混合もはじめたので、私もこのグループに属して、各地区をまわった。地区の事務所やOPD、Supplemental Feeding Center（補助給食センター）の一角で、生後九カ月から六歳未満の子供達を対象に、予防接種をすすめていった。それらの地区は、サケオにくらべ乳幼児の栄養状態、健康状態は一段と悪く、二歳というのに五、六カ月にしかみえない子、高熱に喘ぐ子、また、腕のない子も来た。訪れる子供達の数が少ない為、私達は地区の指導者をお願いして、接種をよびかけて貰ったりしたが、一週間に亘って行われた結果は五七六人で、接種率は著しく低く、これは予防接種に対する住民の考え方が原因のように思われた。タイ国内に於ても普及率は極めて低いことであり、ましてや、この戦国下では仕方ないこともかもしれない。私達は、この行為が後日、乳幼児を病から救ってくれることを願うのみである。

雨季到来を前にした或る日、激しいスコールにみまわれた翌朝のこと、村へ出かけてみると、あちこちに小さな池が出来、黒い塊となって無数に点在していた排泄物も、難民達が掘っていた小さな井戸も、その中に消えてしまっていた。この様子では、これから本格的な雨季に向い、いつ果てるともしれないこの戦国下において、彼等の生活が一段と厳しさを増すことは必至である。

私達が帰国した後、この村は砲撃戦場となって崩壊し、難民達は他の土地へ逃げ去ったと聞く。「早く、カンボディアへ帰りたい」といつていたタットの願いは、いつになったら実現するのだろうか。

2 救援活動への日本の参加

1、高まる日本への期待

●日本の事情

タイ国におけるカンボディア難民の救援について、一九七九年九月の国連総会で、園田外相(当時)は、次のように述べた。

「あらゆる政治体制、イデオロギーを超えて、日本も人道的に対応しなければならない」

(一九七九年二月二八日付 朝日新聞)

日本政府はこの発言を、UNHCRの年間所要経費(インドシナ難民救済計画)の五〇%負担をはじめ、ICRC、タイ政府、WFPへの多額の拠出金といった形で具体化していた。しかし、難民の惨状がビクだった一九七九年一〇月から十一月頃は、医療救援その他で人を派遣することについて、様々な角度から検討していた時期であり、現実的な活動には踏みきっていなかった。これに対して、「ヨーロッパ人とアメリカ人があれだけたくさん救援に行っているのに、日本人は誰も来ない、いったい何をしているんだ」とか、新聞報道関係からは、「金や物は出すが人を出さない」とか「立ち遅れた日本」などと非難の声がきかれた。

しかし、世界各地から、いち早く救援にかけつけたのが、ほとんどボランティア(政府派遣はイタリアだけ)だったことを考えれば、そういった活動が日本人の間に定着していないことが、日本が立ち遅れた

一つの理由ともいえる。つまり、日本人の多くの人に難民救援の意識はあるが、それを組織化できないのである。また、日本人は、こういった問題を純粹に人道上の問題と捉える習慣がなく、どうしても政治との関わりを考えがちで行動が遅れる。さらに、東南アジアの、しかも戦闘の余波を受けるかもしれない国境地帯へ出向くのを不安に感じる人が多い。このように、たとえ政府が援助計画を煮詰めていっても、最も肝心な「人」が集まりにくいという事情があった。これに加えて、西欧や北欧のように、緊急医療体制というものを持っていないことも出遅れる原因の一つであった。

しかし、
「きょうも子ども三、四人が口いっぱいハニにたかられながら死んでいった。政府も国際機関も手続きとか安全性とかいうが、この子を救うことがすべてではないのか」（アメリカ人医師、国境ノンサメットの野営キャンプ在。朝日新聞）。

「ニーズがあるから。それ以外の何ものでもない」（ある外国人ボランティア。朝日新聞）。
といった言葉を受け止め、行動を起こすことによって、このような日本国内の事情を乗り越えていかなければならないのであった。

●視察団派遣

難民の窮状が深刻化してくると、各国からは非難の声と同時に、日本の救援活動に対する期待と要望が強くなってきた。

政府はこういった世界の声にこたえるべく、七九年一月中旬、現地へ視察団を派遣することにした。この「タイ国カンボディア難民救済実情視察団」は、緒方大使を団長とし、外務省からの三宅アジア局参事官、坂本政策課長、中村南東アジア第一課長、国際協力事業団からの山本医療協力部長、黒河内青年海外

△視察団の報告▽

①タイ国政府は困難な状況下にあるにもかかわらず、カンボディア難民の無制限受け入れを決定し、官民あげてその救済に努力していることは高く評価されるべきであり、日本政府としても、このようなタイの努力をできるだけ支援していくべきだ。

②日本国としては、従来からのUNCHCRのカンボディア難民救済計画に対する資金協力は今後とも継続していく必要があるが、今後さらに、医療分野における協力（医師・看護婦等の派遣、医療機材・医薬品の供与、医療基地の建設、飲料水供給面における協力（井戸の掘削、そのための専門家派遣、給水車の供与）、食糧供給面における協力（魚の缶詰、乳製品の供与、トラック、ジープ等の供与）、より長期的協力（難民の基礎教育、資材・施設の供与、職業訓練）の各分野につき検討のうえ、タイ国政府と協議していく必要がある。

③民間の協力についても、政府としては、各種報道機関を通じ、カンボディア難民の救済、資金面・物質面での寄付、民間医療団の派遣等を広く呼びかける。また、民間ベースの協力を調整するため、適当な形の官民連絡協議会を設立する。

協力隊事務局長ほかで構成され、以下の事柄を目的とするものであった。①カンボディア難民への救援物資の供給と医療協力の現状、サケオ・ホールディングセンターにおける物資供給、医療援助の現状を視察すること、②タイ政府関係当局およびICRC等の国際機関とも調整のうえ、日本政府レベルでの医療協力を含む救援活動の具体的な進め方を策定すること。

日本政府は視察団の派遣によって難民救済へ一歩踏み出したわけだが、これに関しても「日本は今ごろ政府ミッションを派遣して、何しに來られたんだか」「これだけの窮状が何か月も続いたのに……」と、冷やかな目で見られがちであったという。

しかし、視察団はタイに滞在中、クリアンサック首相、シタイ総理府大臣、UNCHCR、ICRCなど各機関の代表者と会談、また、サケオ・ホールディングセンターと、アラシヤプラテート北方の難民キャンプを視察して、難民救援に対する協力方針を明らかにした。

これによって、政府として何ができるかが明確化すると同時に、カンボディア難民救援に向けて国民運動を盛り上げる必要性も明らかになったのである。そして、こ

の報告をもとに、政府部内で救援を具体化するための検討が開始されると、広く民間からの寄付・ボランティア活動の申し入れが政府に寄せられた。

●井戸掘削隊を現地へ派遣

現地で緊急に必要とされているのは、生活救援のうちでも特に飲料水であった。日本政府は、視察団の報告を踏まえ、井戸掘削のための専門家派遣についてタイ政府に打診した。その結果、八〇年一月一〇日から三か月間、カオイダン・ホールディングセンターへ試掘ボーリングの技術者を派遣することになった。この本では以後、医療チームについてのみ述べることになるので、水に関する救援については、ここで説明しておく。

カオイダン・ホールディングセンターへは毎日、タンク車で水を運んできていた。そしてセンター内のタンクに貯めておくのだが、このタンクはほとんどいつも空の状態だった。また、この運搬費が高く、難民救済の経費のうちで、最も大きな比率を占めていたのである（一日の運搬経費が約三〇万バーツ＝三〇〇万円）。

年平均気温が三〇度に近いタイで、難民たちへの給水

民間からの反響

（七九年二月二十九日現在）

●個人ボランティア

男性二名

女性一五名

（医療関係者 医師一名、看護婦六名）

（井戸掘り、自動車整備、トラック運転、農業関係 二〇名）

●日本大学

鳥取大学

鹿児島大学

神戸大学

（以下全社協と記す）

全国社会福祉協議会

（以下全社協と記す）

日本シルバー・ボランティアズ

天理教——医療用具の提供

いすゞ自動車——治療車・連絡車各一台

難民を助ける会——ジープ一台

住友建設——トラック一台

国際ロータリークラブ——ジープ一台（予定）

曹洞宗——ビタミン剤

医師・看護婦の推せん



冷たい水に喜ぶ子どもたち

は、一日一人約一〇〇、多い時で一五〇ほどしかなかった。しかも、運搬車で運んでくる間に、まるでぬるま湯のようになってしまっていた。

国際協力事業団から派遣された井戸掘削員は二名で、ボーリング機械を扱う専門家であった。カオイダンではそれまで、いろいろな国のボランティアチームなどが井戸掘りを試みていたが、掘りあてることができなかった。ところが、日本チームは四か所掘り当てたのである。実に高い命中率であった。

「ふつう水脈を掘りあてるには専門的な事前調査をするんですが、あそこではそんなことをする時間もなく、カンで掘り当てたんです。最初に水がでた時、子供たちがワッと寄ってきて、われ先にと水浴びを始めてね。役に立ってよかったとしみじみ思いましたよ。」（利根ボーリング肥田氏談）

掘りあてた水は水中ポンプで吸い上げ、給水塔に貯めて、下で栓をひねれば出るしくみにした。したがって、バケツを持って並びさえすれば、一日何回でも給水を受けることができるようになったのである。

この作業には難民の青年五名が助手として参加していた。彼らには、機械の使い方や掘り方を指導したので、日本の作業員が引き揚げたあとも自分たちで井戸を掘れるようになったという。飲料水の供給に関して日本政府はこのほかに、給水車の供与や小さな貯水池を造るなど幅広い協力を実践した。UNHCRが「カンボディア難民救援活動で最も深刻な問題は飲料水の不足」と指摘していた状況であったから、この協力は、難民に喜ばれたのはもとより、タイ政府からも高く評価されるものであった。

2 難民救援医療チーム(JMT)の結成

●チーム編成の苦心

世界各国が日本の動向の一つ一つを見つめるなかで、政府は視察団の報告を参考に、また「民間からの反響」を踏まえて、救援医療チーム派遣について検討をすすめる、基本方針を固めていった。

まず、この活動は、タイ国との二国間協力として実施されるものであること、つまり難民に対する医療救援活動を中心としながらタイ国民にも医療援助をするといった内容であることが確認された。次に、外務省を中心に活動をすすめるものであり、派遣に関する実務は国際協力事業団(JICA)が担当することになった。こうして、日本政府派遣のカンボディア難民救援医療チーム(JMT)が結成されることになったのである。

派遣に先がけて、次のような事柄が確認されていた。

まず、派遣はできるだけ早く実施すること、活動場所はサケオとカオイダンの両ホールディングセンターであること(これは、タイ政府やUNHCRと協議のうえ、最も有効な活動場所として選択されていた)。また、サケオに、医療チームの宿泊施設と病院施設(診療室と手術室)からなる医療基地IIメディカルセンターを建設し、ここを医療活動の中心とすることも決定した(この建設用地としては、タイ政府が二〇〇坪の土地を用意することが内定していた)。また、活動をよりスムーズに行なうため、ここに診療車・

2 救援活動への日本の参加

国際協力事業団派遣医療チーム一覧

	派遣期間	医療団人数			
		医師	看護婦	技士	合計
第1次	'79/12~'80/3	10	18	1	29
第2次	'80/3~'80/6	7	14	0	21
第3次	'80/6~'80/9	9	16	3	28
第4次	'80/9~'80/12	11	23	2	36
第5次	'80/12~'81/3	9	17	2	28
第6次	'81/2~'81/5	10	19	2	31
第7次	'81/5~'81/8	10	23	2	35
第8次	'81/8~'81/11	11	23	3	37
第9次	'81/10~'82/1	8	21	2	31
第10次	'82/1~'82/4	10	22	2	34
第11次	'82/4~'82/7	8	18	2	28
第12次	'82/6~'82/9	11	19	3	33
第13次	'82/9~'82/12	10	23	3	36
小計		124	256	27	407
調整員	17名				

給水車・連絡車を配置することも検討された。

次に、医療チームの任務としては単に医療活動に従事するだけでなく、難民にできる限りの訓練を施して、看護婦（夫）として働けるように育成することも加えられた。これはUNHCRの、難民救援医療活動の最終目標である「クメール（カンボディア）人ヘルパーの育成ならびにその活用」に対応する活動であると同時に、クメール人の自立を図ることを目標にしたものである。このために、日本で研修を受けたことのあるタイ人看護婦に協力を要請するといった準備もすすめていた。

さて、先にも述べたように、こういった活動に「人」が集まりにくい。「日本の事情」のなかで、外務省および国際協力事業団が最も苦労したのはチーム編成であった。

外務省および国際協力事業団はまず、日本赤十字社の協力を得ることとし、さらに、文部省、厚生省、全社協、後に全国農業協同組合厚生連合会（厚生連）などに、この活動の趣旨に賛同し、救援に参加しようという病院及び個人を募集する業務を依頼した。厚生省からは国立病院関係へ、文部省からは国立大学関係へ、全社協からは全国の済生会病院などへ、また厚生連からも各地の厚生病院などへ、参加を呼びかけてもらったのである。各病院にしても個人にしても、それぞれの事情があって、チーム編成は一朝一夕にはいかなかった。例えば、病院の事情としては、現状で決して余分な人を抱えているわけではなく、一人抜けても

日常の業務に差し支えるというような時に、数名希望され、しかも三か月という期間は、頭の痛い問題であった。これは医師よりも看護婦の方がさらに深刻な問題であった。結局、厚生省や文部省に呼びかけてもらっただけでは人員不足で、看護婦の一部については、国際協力事業団が一般公募をしなければならなかった。しかし、「行きたいと考えていたけれど、どういう形で参加したらよいのか分らなかった、国際協力事業団から声をかけてもらえてよかった」といって、積極的に参加してきた人も多かったのである。これは、担当者にとっては新しい発見であり、喜びであった。また、このほかに、私立大学協会や個人ボランティアの協力も得ることができ、チーム編成は軌道に乗り始めた。

こうして、いよいよ一九七九年二月四日、第一陣（先発隊）として日赤医療奉仕団の四名が出発、続いて二月二日には第一次医療チームが派遣されることとなったのである。

第一次JMTが現地に到着した頃、サケオ・ホールディングセンターでは、すでに一二チームが医療活動に従事しており、各病棟には担当チームが割り当てられていて、日本チームは入り込む余地がなく、「患者を分けてもらえない」（一九八〇年一月九日付 朝日新聞）という状況だったという。たしかに、惨状のピーク時を脱していたという意味からは、JMTの参加は遅すぎたかもしれない。しかし国境付近では断続的に戦闘が繰り返されているし、栄養失調や生活環境の悪さから病人は後を絶たない情勢であり、医療救援へのニーズは決して減少してはいなかった。日本はこのニーズに応えるため、以後、各次三か月ずつの任期をもって、第一三次チームまで、連続して派遣を続行、八二年一二月に活動を中止するまで、総勢四六九名に及ぶ医療関係者をタイへ送り続けたのである。

人材の面ではほかに、JMTの活動を円滑に遂行するために様々な活動をするコーディネーター（調整業務担当専門家）を募集しなければならなかった。当初国際協力事業団は、現地周辺での生活経験を有する青年海外協力隊のメンバーを派遣することを検討したが、これだけでは人数が足りず、一般公募も行な

った。最終的には（三年間通して）一七名が参加することになった。

●初めての経験

派遣にあたっての具体的事項について述べておこう。

まず、一回に派遣されるのは、二、三グループ、任期は三か月とした。各グループというのは、病院別あるいは派遣機関別（例えば全社協や厚生連）で、一グループにつき、原則として医師三名、看護婦三名、コーディネーター一名の計七名が構成員となることとされた。この人員はチームによって変動がみられ、また技師が参加するケースもあった。

派遣された医師の専門分野は、一般内科、一般外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科と多様であったが、現地で最も必要とされたのは整形外科だったようだ。

また、参加者は以下のことを義務づけられていた。

①日本国内でのオリエンテーションを受ける ②熱帯医学を受講する ③医療業務活動の実施

④活動報告書の提出 ⑤次期チームへの引きつぎ業務 ⑥難民センターの諸規則に従う

参加者のほとんどが難民救援医療は初めての経験であることを考慮して、国際協力事業団はオリエンテーションによって数々の注意事項を示したが、その中で、最も徹底しなければならないのは、医療指針であった。これは、UNHCRとICRCが共同で、適切な医療活動を実施するために提示したものである。

また、タイ政府よりJMTメンバーも従うように指示された難民センターの諸規則とは、

- ホールディングセンターへの出入りには入門証を呈示すること。
- 外国語教育の禁止。
- 持込品の制限と禁止（医療機材と医薬品は特に持込許可が必要）。

●写真撮影禁止。

●難民に物品を与えたり、あるいは物品購入の依頼を受けることの禁止。

などであった。

医療指針については、日本の高度な医療水準をそのまま持ち込めないということで、関係者が最も苦心した点である。また、難民に物品を与えないというような規則も、人情家が多い日本人には守りにくいことであつた。こういった事情にも増して、日本とはまるで違うタイの風土の中で生活も大変だつたし、クメール人、タイ人、それに各国からの医療関係者が集まつた所での言葉のハンディも大きかつた。このように、JMTが直面した問題は数多かつたが、各メンバーの努力によって、一つ一つ克服されていったのである。

一九八〇年一月に入ると、JMTの活動は軌道に入り、その後、JMTは実力(特に外科手術における力)を高く評価されることになる。また、一九八〇年三月にメディカルセンターが完成してからは、JMTは難民医療救援に欠かせない存在となつたのである。

「タイ国カンボディア難民医療一般指針」

○基本的公衆衛生、衛生設備、栄養および衛生を優先する。

○難民間に既存する医療基盤を助成すること。

○できる限り広い医療分野において、難民の人材を活用して、彼らの自立を図る。

○通常タイ人へ与えられている医療便宜と同じレベルの医療援助を行なう。

○高度な西洋医療に依存することはさける。

○難民の精神面に留意する。

○難民の文化(クメール文化)、伝統医療およびそのシステムならびに水準を尊重する。

○過剰医療をさける。

○職業上の威厳を維持せよ(アマチュアイズムは不可)。

○援助団体の善意に頼りすぎる難民をつくらないこと。

○調整の円滑化を図るため、医療スタッフ間の情報交換を行なうこと。

○医療プログラムの柔軟性を保つとともに円滑な調整を促進すること。

(国際協力事業団「オリエンテーション資料」より)

3

J M T の医療活動

1 JMTの活動地域

●メディカルセンターと二つのホールディングセンター

タイ国での、JMTの活動の中心となった場所は、プラチンプリ県サケオ郡に日本政府が建てたメディカルセンターであった。ここは一九八〇年三月に完成、以後、一九八三年一月にJMTが活動を中止するまでの三年間、医療基地として、また、JMTメンバーの宿舎として活用された。

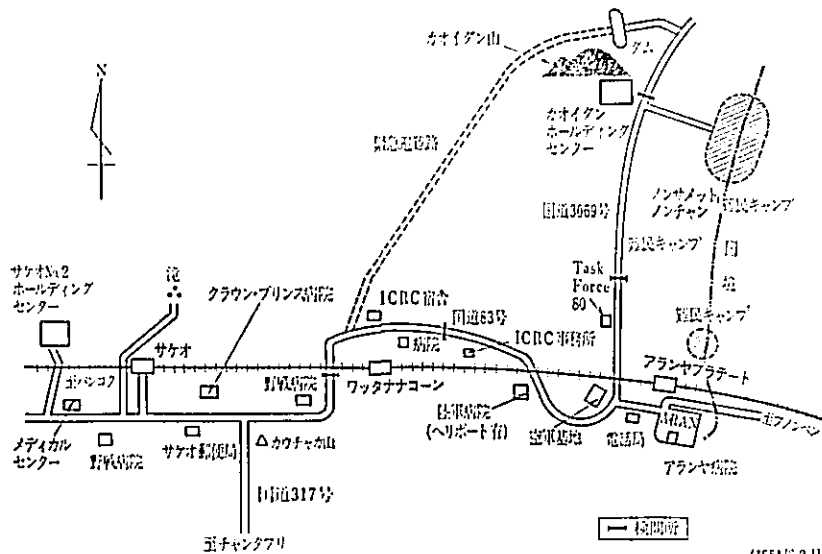
メディカルセンターは、バンコクから東へ約二〇〇キロ、ヤシの木が茂るのどかな田園風景の中をまっすぐに伸びる道を車でおよそ三時間半で着く所にある。また、タイ・カンボディア国境からは約五〇キロ離れていた。メディカルセンターの周辺には何もなく、原野の中に孤立したその様子を、あるJMTのメンバーは「日本人収容所」のようだと語っている。

JMTの活動場所は、ほかに、サケオとカオイダンの両ホールディングセンターであった。

サケオ・ホールディングセンターは、メディカルセンターから約三キロの所にあり、ここは一九八〇年七月に、バンケンに移転してサケオNo.2・ホールディングセンターとなる（以後No.2のこともサケオと称する）。

サケオに比べて、カオイダンは国境に近く、砲声とか銃声が聞こえてくとも珍しくない所であった。メディカルセンターからは、約九〇キロ離れており、途中、ワッタナやアランヤプラテートの街を通り過

メディカルセンターおよびホールディングセンター周辺図



(1991年2月)

さて、一時間半から二時間の道のりである。

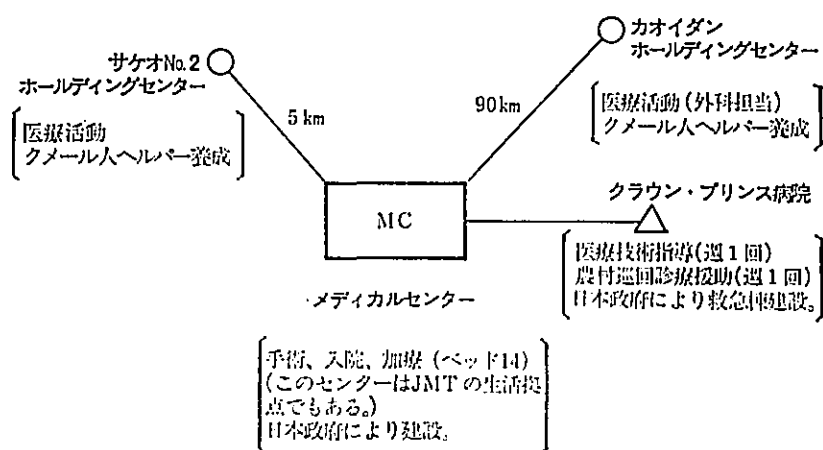
●メディカルセンターの役割

メディカルセンターは、難民医療のために建設された近代的な施設であり、重症の難民患者の最終的な受け入れ場所としての役割を担う。つまり、サケオやカオイダンのホールディングセンターでは手術困難な患者、あるいは特別な検査や治療が必要とされる患者を引き受けて治療するのである。特に、本格的な外科病棟を持たないサケオに代わって、外科手術に当たる役割は大きかった。

メディカルセンターには、病院施設として入院用ベッド八床、手術室、患者用トイレ、滅菌室、外来診療室、検査室、看護婦詰所が設置されており、ここで可能な処置は、手術（全身麻酔、開腹、開胸、開頭）、整形外科手術（高度な無菌操作を必要とするもの）、集中治療（集中治療を必要とする重症患者の管理）、救急医療（周辺タイ人の救急医療）な

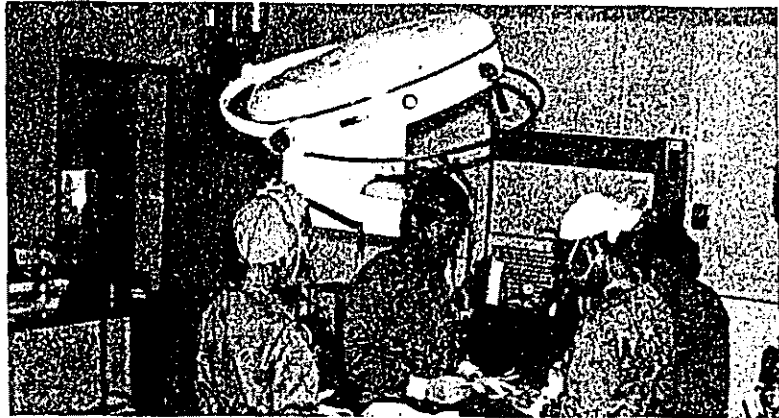
3 JMTの医療活動

JMTの派遣地域と活動



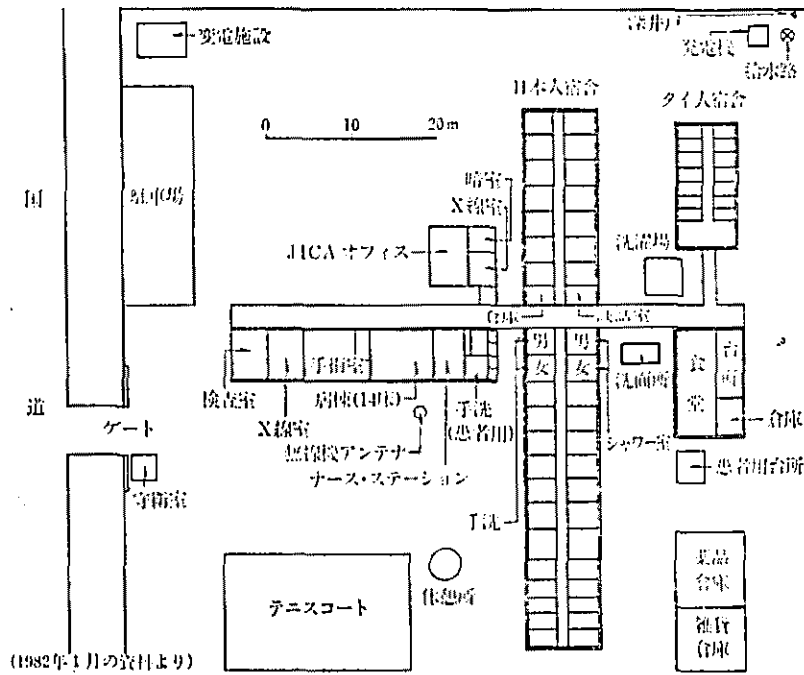
どであった。ここでは常時医師二名と看護婦二名がスタンバイして、緊急医療に備えていた。

設備・器具については、日本から供与したものが備えられ、タイの病院や、ホールディングセンターに比べれば、近代的で整っていたが、例えばX線装置などは組立式のポータブル機器で、取り扱いが大変面倒なものであった。その上、暗室もなく、男性シャワー室の一角で現像したりしたのである(のちに、JICA事務所と合わせ、X線室、暗室が別棟として建てられた)。また、メディカルセンターで、全身麻酔を要する大手術は、布片、術衣などの洗濯や消毒、手術器具の消毒が間に合わないため一日に四件しかできなかった。このように、日本の医療施設に比べれば不備な点は数々あった。しかし、タイ政府およびUNHCRのメディカルセンターへの期待は大きく、JMTも、三年間の難民医療を通してその期待に応えてきた。



メディカルセンターの手術室

メディカルセンター施設概略図



このほか、メディカルセンターでは、クラウンプリンス病院（タイの王立病院の一つ、プラチンブリ県サケオ郡在）と協力して周辺タイ人への医療サービスも行ない、さらに、タイの農村地区への巡回診療も実施した（これらについては5章で詳述する）。

タイ政府からの期待は、実際の医療面だけでなく、タイ人医療関係者の指導という面へも寄せられており、JMTは、できる限りこの期待に応えてきたのである。

● ホールディングセンターの管理

サケオおよびカオイダンの施設は、国境付近の難民キャンプと違って、難民ホールディングセンター（収容所）であった。したがって、センターの維持および医療活動の全てを、タイ軍が直接に統括・管理していた。もちろん、実際の医療活動は、UNHCRの指示に基づいて行なわれたのであるが、病院への入、退院に限っては、タイ軍司令官の許可が必要で患者は厳重な身元チェックを受けた。

ホールディングセンターの管理

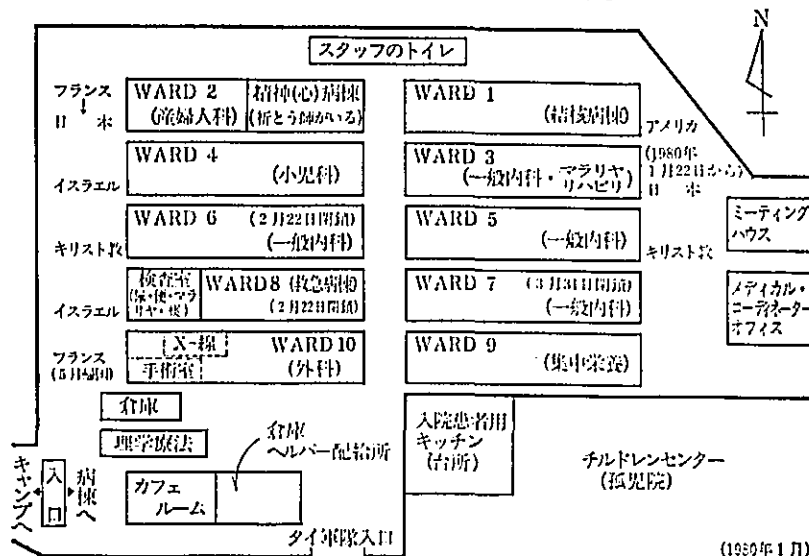
最高責任者にはタイ軍のシェーブリームコマンドー（バソク在）が任せられ、各ホールディングセンター内には、大佐クラスのキャンプコマンドーが配属されていた。さらに、カオイダンなど国境に近いホールディングセンターには、特別に「Task Force 80」（一九八〇年に設立された機動部隊）という軍機関が配属されていた。したがって、カオイダンとサケオでは、出入門許可証などの実際上の手続きの仕方が異なっていた。

カオイダン——Task Force 80で、出入門証を一月ごとに更新する。また、国境前線司令部が三か月ごとに発行する通行証があり、これは国道上のいくつかの検問所を通過する際、呈示しなければならなかった。

サケオ——キャンプコマンドー事務所では出入門証のみを六か月ごとに更新。

また、ホールディングセンター内ではタイ軍の管理、UNHCRその他の国際組織の監督下で、難民の行政組織が構成されていた。それは居住区単位ごとに長を決めて自治活動を行なうもので、キャンプ・コミッティーと称されていた。この内規には、全難民がこの仕組みに参加し、選挙手続きなどを行なうとされており、サケオでは実行に移されていたようだが、カオイダンでは実践されなかった。

サケオNo.1・ホールディングセンターの病棟配置



(1980年1月)

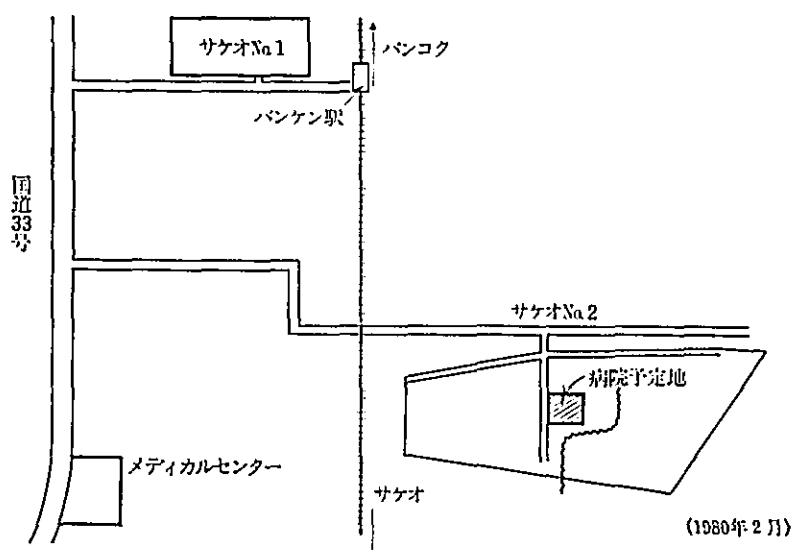
また、難民以外の者でも、全てホールディングセンターへ出入りする者は、出入門許可証が必要であった。

メディカルセンターでは、サケオやカオイダンのホールディングセンターから運ばれてくる患者の診療に当たったわけだが、この時も、移送許可証が必要とされた。これは、ホールディングセンターから患者を運び出す時も、メディカルセンターでの処置後、戻す時にも必要なもので、規定書式に担当医師が必要事項を記載したうえで、タイ赤十字、キャンブコマンダー、メディカル・コーディネーター、JMT団長の、四人のサインが必要とされた。この移送に関する実務は、JMTがサビスしており、手術後の患者は早朝に、それぞれ元のホールディングセンターの病棟に戻すシステムとなっていた。

●サケオ・ホールディングセンター
サケオ・ホールディングセンター(サケオ

3 JMTの医療活動

サケオNo.2・ホールディングセンター概略図



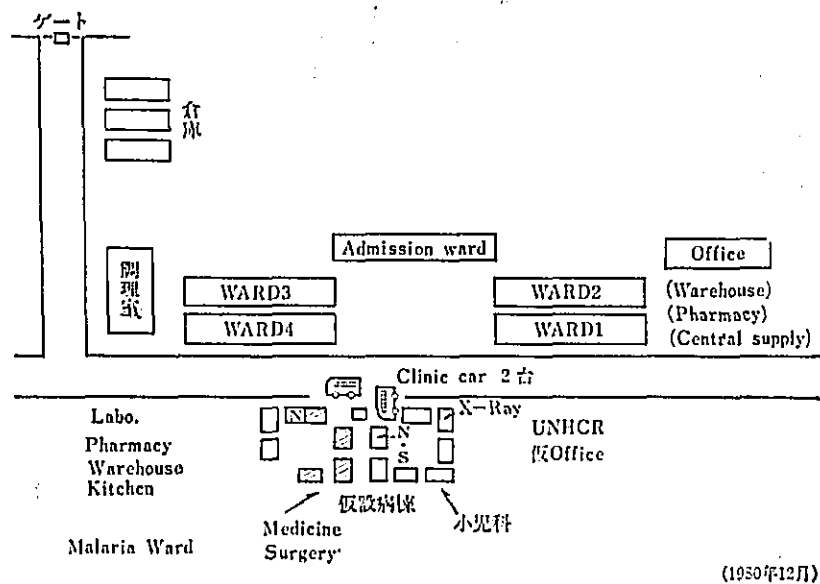
No.1)は、国境から遠く離れている、といっても一九七九年の一〇月末頃は、毎日二〇名近くが死亡していき、死体処理が追いつかず、病棟の一隅に野積みになっていたという。バンケン(サケオNo.2)に移動した一九八〇年七月頃からは、マラリア患者も減り、新たな戦傷者が運び込まれることもなくなった。

それでも、難民たちの間には栄養失調症、結核、帝王切開を要する妊産婦など患者は後を絶たず、JMTはメディカルセンターを活用しつつ治療に当たっていた。

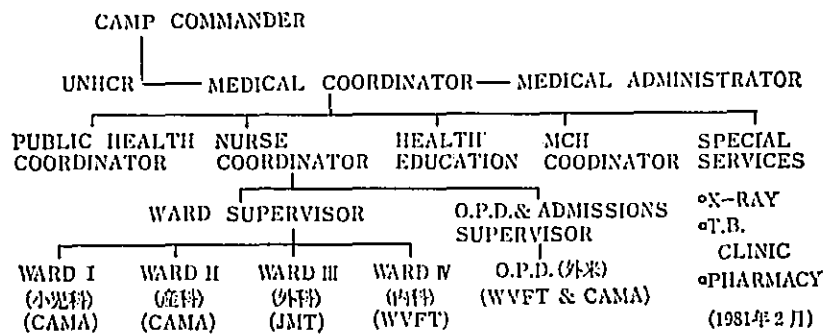
サケオNo.1・ホールディングセンターの病棟は、竹とニッパヤシで作られた簡素なもので、JMTが担当した第三病棟は幅約一〇メートル、長さ二五メートルの平屋建て、患者五〇人くらいを収容できる広さであった。

サケオNo.2は、敷地が縦一キロ、横二・五キロの広さであったが、これはカオイダン・ホールディングセンターの約半分に当たる。収容された難民は当初二万人ほどだったが、

サケオNo.2・ホールディングセンター病棟配置図



サケオNo.2・ホールディングセンター機構図



八一年五月頃には三万五〇〇〇人にもものぼり、難民の家屋が所狭しと建てられ、居住区は人で溢れていた。病棟は敷地のほぼ中央に第一から第四病棟まで建てられ、ほかに、外来診療棟も設置された。

サケオ・ホールディングセンターでは、No. 1、No. 2とも、初期の頃は病棟担当の入れ替わりが激しかったが、一九八一年頃からはあまり移動することがなくなった。

●カオイダン・ホールディングセンター

一九七九年一月に設置されて以来、最も多い時で一三万人、少ない時で四万人を収容してきたホールディングセンターで、現在も存続している。

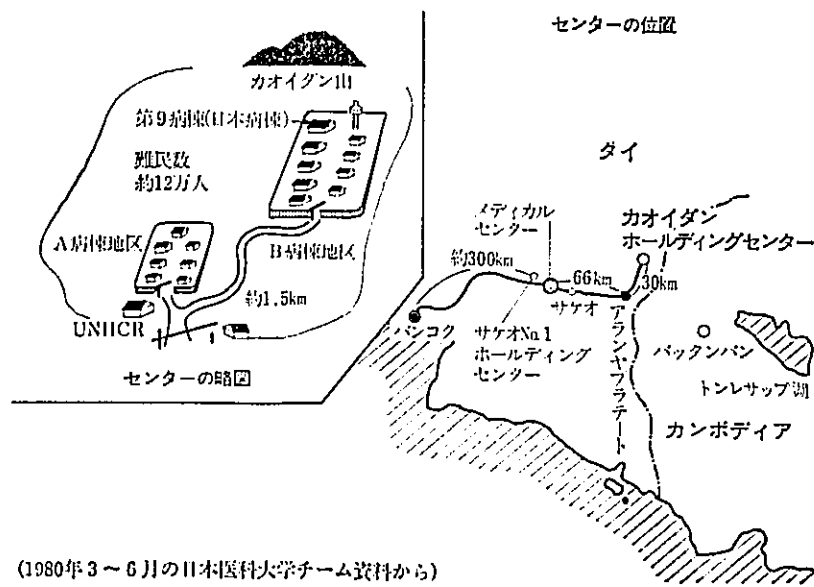
タイ・カンボディアの国境付近一帯は、各所に地雷が埋設されているため、さまよう難民たちはその犠牲者となった。傷ついた難民は、現場に最も近い簡易病院で治療を受けるのだが、重傷の者はICRCの救急車でカオイダン・ホールディングセンターに運び込まれる。したがって、センターの外科病棟で扱う患者の八〇～九〇％が国境周辺から移送されてきた患者で、銃創や地雷創のため上下肢切断を要する者が多かった。

このホールディングセンターから一キロ離れると、生命の保証もないという所であったから、タイ軍は、国境をめぐる情勢や事件に関して流言飛語やそれによるパニック状態が引き起こされないよう厳重に警戒し、緊急事態に備えて、各国のボランティアたちが避難する時の順序まで決めていた。それによると、最初が医療担当者以外の者、二番目が外科医以外の医療担当者、三番目が外科医ということになっていた。

センターへの出入りには、出入門許可証、メディカルセンターとの往復には通行許可証が必要とされたのはもとより、センターへの持込品すべてにも許可が必要だった。

このような厳戒体制のもとで、各国からのボランティアとともに、JMTは医療活動に従事したのであ

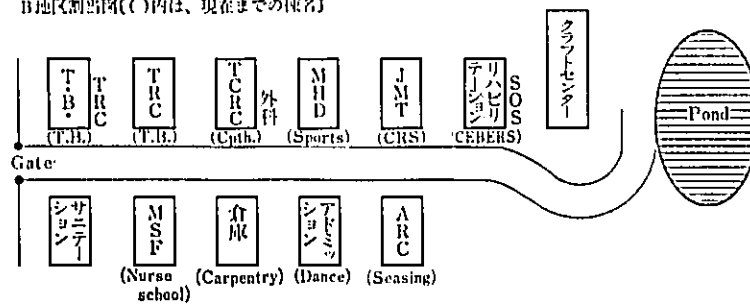
カオイダン・ホールディングセンター



(1980年3～6月の日本医科大学チーム資料から)

カオイダン・ホールディングセンターB病院地区割当

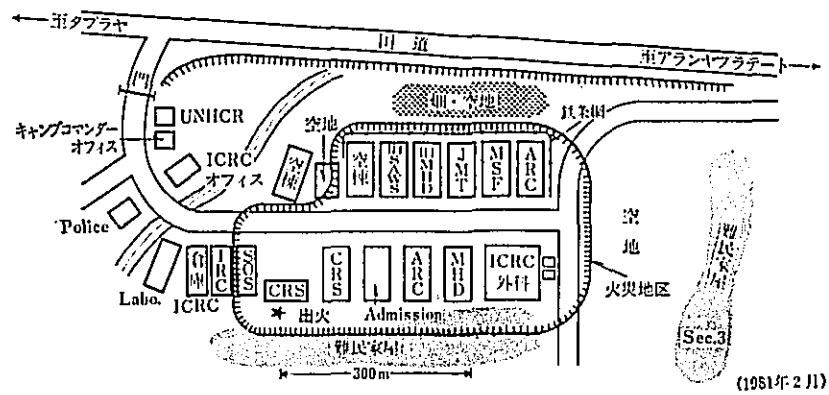
B地区割当図()内は、現在までの棟名



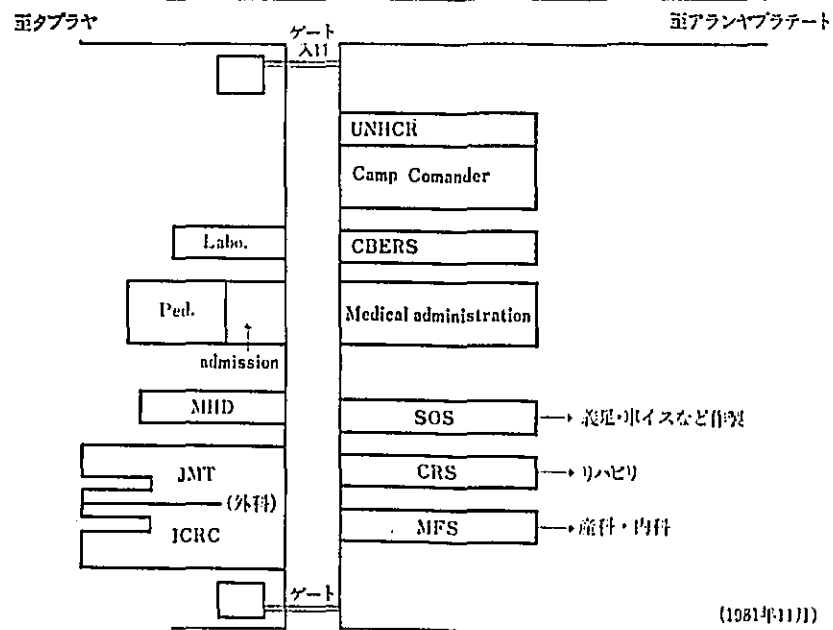
(1981年2月)

9 JMT の医療活動

カオイダン・ホールディングセンター火災地区(A病院地区)



カオイダン・ホールディングセンター病棟担当チームの配置図



った。

カオイダン・ホールディングセンターは、二〇万人収容可能といわれるくらいの広さを有するので、病棟地区もA地区・B地区に分かれていた。JMTは、当初B地区の第九病棟を担当、一九八〇年九月にA地区に移転、八一年二月にA地区の全病棟が焼失したため、再びB地区に移って仮病棟で勤務、七月に入って、ICRCと共同の新病棟を作るなど、変転を重ねながらの活動であった。しかし、サケオの日本病棟に比べれば、手術設備も整っていたし、また、メディカルセンターまでは、車で二時間近くを要するので、よほどの重症患者以外は、ここで手術を施行した。特に後半は、A・B両地区で唯一の外科病棟として、重要な役割を担うこととなったのである。

2 JMTの難民医療活動

第一次 一九七九年二月～一九八〇年三月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
全社協南台病院	早野 嘉夫 (内科)	医 師 二名 技 師 一名	79. 1. 12 80. 1. 20	サケオ
日本大学	小林 茂三郎 (内科)	医 師 三名 看護婦 七名	79. 3. 12 80. 3. 26	カオイ メデイカル センター
ボランティア	田村 久弥 (産婦人科・内科)	医 師 三名 看護婦 四名	79. 2. 12 80. 2. 10	サケオ
全社協聖隷浜松病院	今川 八東 (感染症科)	医 師 二名 看護婦 四名	80. 1. 12 80. 1. 13	サケオ

調整員 四名

●まだ死亡率は高かった——サケオ

JMTの第一次派遣のうちでも最も早く日本を発ったのが全社協南台病院グループであり、七九年二月二日にサケオ入りした。当時「日本人は遅い」との非難の声が高まったというのは、現地がまだ緊急を要する事態だったからである。サケオ・ホールディングセンターでは、すでに一二のチームが各病棟を担当していて、日本人は入り込む余地がなかったが、とりあえずという形で第八病棟を担当。

追って二七日、ボランティアグループが到着してから、正式に第一病棟を日本病棟として担当することになった。ここは、アメリカ人のチームが担当していたのだが、引き揚げることになり、これを引き継いでリハビリテーションに当たることになったのである。この日本病棟開設（二月二八日）からの四日間に、サケオでの死者は五七人にのぼっている。

「皆体力が衰えているうえ、あらゆる病原菌がウヨウヨしているので、すぐ化膿する恐れがある」（目赤、勝又医師談、毎日新聞）という状態だった。

日本病棟が扱った疾患例をみると、五七名の入院患者のうち、戦傷者が四二％、マラリアが二四％、ついで難民特有ともいえる栄養失調、精神疾患者が多く、肺炎、骨髄炎、神経麻痺がそれに続いていた。戦傷者には受傷直後の者が多く、骨折部から膿汁が流出したままの者、また砲弾によって両眼失明した二十代の若者、貫通銃創によって脱臼部・大腿骨骨折を引き起こしているわずか九歳の少女など、戦闘の残酷さを物語る傷例が多くみられた。

ここでの様子を、ボランティアグループに参加した宗季子さんは次のように語っている。



サケオの日本病棟の待合室

「大腿骨骨折で入院してきた少女ラニーは表情が固かった。母と姉をカンボディアで亡くし、父と二人で生活していたらしい。小さな身体を動かすたびに傷口が痛いと言った。入院二日目、今日は気分が良さそうなのでベッドに寝たまま洗髪をすすめるが、痛みが心配なのか拒否する。私が先に隣の女性の髪を洗うことにすると、不安げにチラッと見ているラニー。しばらくして再び尋ねると、かすかに首をたてに振る。バケツに水、頭の下にビニールを敷き、ベッドを少し傾斜させて洗髪を始める。真っ黒く肩まで伸びた髪に櫛を入れた時、彼女の顔に微笑みが見られた。そして洗髪を終えると彼女は、両手を顔の前に合わせて「オクン（ありがとう）」と照れながら笑っていた。」

● JMT の任務拡大——サケオ

一九八〇年一月に入ると、帰国したり、他のホールディングセンターや国境のキャンプへ移動する外国医療チームが相次ぐようになり、JMT はタイ赤十字が引き揚げたあとの第三病棟（内科）を担当することになった。この頃になると、難民医療の要領も会得して、メンバーの気持ちにもゆとりがみられるようになった。

患者は、初期の頃のような戦傷患者は徐々に減少してきたが、逆にマラリア患者が全体の六〇%を占めるようになってきた。難民たちは食糧不足で栄養失調になっており、抵抗力がなかったため、多発することになったのである。また、治療を受けている患者でも、自覚症状がなくなると病棟を抜け出して自宅に帰る者がいたりして、これもマラリアを広める原因となっていた。JMT のメンバーはマラリアの症状を見るのは初めてという者がほとんどで、ICRC の指導のもと他のチームと協力しながら治療に当たった。こうして、日本病棟開設後、一か月を過ぎる頃から、JMT の医療活動は次第に拡張され責任も大きくなってきた。というのは、一月二十九日から、メディカル・コーディネーターの依頼で、夜間救急外来当直

(医師一名)と病棟当直(医師一名、看護婦一名)を割り当てられたからである。当時、夜間救急外来で扱う患者数は二〇〇四名にものぼり、夜間当直者は仮眠する時間もなかったという。また、必ずといってよいほどヒステリー症状を起こした患者も運び込まれてきたという。戦乱により肉親を失った後遺症や将来の生活への不安から精神障害に陥る難民が現れても不思議はない。しかし、言葉が通じず、通訳を介しての心理療法は、さほど効果を上げることができなかった。

このように、二四時間体制を敷いての勤務に加え、慣れないタイの風土での生活、特に気温が朝二〇〜二二度、日中は二七度と日本の夏に匹敵する中での労働は過酷であった。そのような中で、ボランティアグループに参加の平方義信医師が一過性脳虚血で倒れ、帰国せざるを得なくなるといふ出来事があり、活動開始早々のJMTにとっても、関係各方面にとってもショックを与えるものであった。

●日本病棟の一時閉鎖——カオイダン

一九八〇年一月から、カオイダンに入った日本大学グループは、B地区の第九病棟で一般外科と外来の診療を受け持って活動を開始した。こちらもサケオ同様、一月末に引き揚げるチームが出てきて、二月に入ると、JMTは外科担当として重要な位置を占め始める。

ところがこの頃、ヴェトナム軍の攻勢が激化し、国境情勢は悪化する一方であった。カオイダンは国境に近いため、日本政府は、JMTのメンバーに危険が及ぶことを心配し、一時引き揚げることに決定し、一九八〇年二月一七日、日本病棟は閉鎖された。しかし、同じ状況下に置かれたながら、他に引き揚げるチームはなく、「JMTは一番遅く来て一番早く逃げ帰った」と、またしてもマスコミの非難の的となったのである。これについて、この時のメンバーの一人だった小野寿氏(日本大学)は次のように記している。

「二月一七日、開院より一か月で病棟閉鎖の命令が発せられ、我々はカオイダンを去った。新聞は逃

3 JMT の医療活動

カオイダン診療状況 (1980.1.21)
●1月第1週(1月14日(月)~19日(土))

	(男)	(女)	(計)
入院総数	21	20	41
現在入院者数	17	20	37
退院者数	4	0	4
死亡者数	0	0	0

○疾患別患者数(初診時)

肺炎	10	脳梗塞症	1
マラリア	7	麻疹	1
貧血	3	放線菌症	1
多発性神経炎	3	上気道炎	2
刺創	1	ビールス感染症	1
水痘症	2	周期性四肢マヒ	1
耳下腺炎	1	原因不明発熱	1
甲状腺機能低下症	1	栄養失調	1
虫垂炎	1	気管支炎	1
外傷	1	中耳炎	1
肺結核	1	高血圧	1
腰痛症	1	膀胱炎	1
皮下膿瘍	2	脱水症	1
骨髓炎	1	原因不明腹痛	1

○疾患別患者数(退院時)

刺傷	1	肺結核症	1
水痘症	1	腰痛症	1
多発性神経炎	1		

(日本大学医学部発行「医学部ニュース」)

カオイダンの日本病棟が再開されたのは、四月一二日のことであった。それゆえにもうすこし慎重に、かつ有効に使ってほしかった。」

げ帰ったと非難し、我々としても、まともな顔をして日本に帰れるだろうかと心配したものである。しかし、私はいまだに、この政府命令は当然であったと確信している。確かに具体的な戦闘行為が及んでくることはなかったが、政府側としては、当然の措置である。私が政府の決定機関にいたなら、やはり同じことをしたのであろう。私は医師であるから、患者の生命に関する限り、責任はとらなければならない。しかし彼らは我々の生命に責任をとることはできない。マスコミは、結果論として、政府決定を非難するが、万一の場合の責任をマスコミがとれるのか。否。ペンの力は剣よりも強い。それゆえにもうすこし慎重に、かつ有効に使ってほしかった。」

第二次 一九八〇年三月～六月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
日本医科大学	三 樹 (外科)	医 師 三 名 看護婦 七 名	80 . 3 . 21 80 . 6 . 20	カオイダン メディカルセンター
ボランティア	鶴 鯛 (外科、麻酔科)	医 師 二 名 看護婦 四 名		サケオ
救世軍	浅 香 (小児科)	医 師 二 名 看護婦 三 名	80 . 4 . 8 80 . 7 . 7	サケオ

調整員 三名

●メディカルセンター、オープン

三月三〇日、メディカルセンターの開所式が、タイ国外務大臣、保健大臣、日本政府代表として小本曾大使、そして北野国際協力事業団バンコク所長などが出席し、行なわれた。メディカルセンターは、日本政府によってサケオに設立され、タイ政府に無償供与された医療施設で難民医療のうち、特に重症の患者の処置に当たることを目的としていた。

メディカルセンターは、タイの行政の中でサケオのクラウンプリンス病院の分院として位置づけられ、同病院のパナハン院長が最高責任者とされた。管理・運営はJMTに任せられることになっていたのである。

また、ここは難民医療の基地であると同時に、JMTの宿舎でもあり、JMTはこのセンターを中心に活動を展開することになった。そして当初より二四時間体制をとって、緊急の医療に備えていた。

開所式後、さっそく難民の受け入れを開始、四月一日には、サケオ・ホールディングセンターより患者五名が転送されてきた。また、一四日には、同じくサケオから、植皮術と切断肢再手術を要する患者が送られてきた。文字どおり、メディカルセンターとしての機能が作動し始めたのである。

●JMTの役割急増——サケオ

サケオでは病棟における勤務のほかに、夜間当直にも従事し、てんてこまいの毎日であった。これに加えて三月二四日、外来診療所の仕事の援助も始め、三〇日になると、四か所ある外来診療所のうちの一か所を担当することになったのである。

ここでの勤務は朝八時三〇分から一七時までで、日本人の医師一名、看護婦一名に、ボランティアチームのワイルド・ビジョンからの看護婦二名が加わって診察に当たり、クメール人ヘルパーが投薬を担当していた。ここは三つの診察室からなっていたが、一日およそ一〇〇人の新患と二〇〇〜三〇〇人近い再来患者があり、特に混雑する時には、医師一名で、午前中だけで三〇〇余名の患者を診ることもあった。これだけで十分過重労働となるのだが、加えて、この外来診療所の建物は温度の上昇が激しく、まるでサウナ風呂のように蒸し暑かった。また、電灯もないので、雨の日などは暗闇同然。そのうえ、他国のチームとの協同作業で、言葉もうまく通じず、看護婦たちの苦勞も大きかった。

このように外来勤務は、病棟勤務よりはるかに過酷であったため、午前・午後の二交代制を導入することになったのである。

四月に入ると、各国の医師・看護婦の数はさらに減少していくが、JMTは医師四名、看護婦六〜八名

を保って、活動を拡大、五月に入って、フランスのボランティアチームが帰国すると、本格的な外科病棟としての役割が大きくなった。しかし、フランスチームは、帰国に際して、医療器具もすべて引き揚げてしまったので、手術は不便を極めた。大手術を要するものはメデイカルセンターへ移送するとしても、小手術は病棟で処理しなければならない。そのために、ぜひともレントゲン装置と自動現像液が必要であるとして、急遽それらを設置したのである。

医療設備の不備と同様に、JMTのメンバーを悩ませたのが熱気である。クーラーが故障したままで使用できず、扇風機を回しながら、汗だくになって手術を施行せねばならなかった。こういった悪条件に迫り、うちをかけるように、六月に入って雨季が到来すると、病棟の雨漏りがひどくなった。手術は晴天の日まで順延しなければならなかった。

●カオイダン日本病棟の再開

二月に閉鎖されたカオイダンの日本病棟が再開されたのは、五五日ぶりの四月一二日であった。

「再開たちまち満床」カンボジア難民キャンプ役割増す日本病棟——四月一二日、日本政府派遣の日本医大チーム（医師三人、看護婦七人）によって再開された。五月六日までに入院した患者は八十三人。このうち手術したのは三十三人で、四十九人がすでに退院。入院患者はなお三十六人いる」

（一九八〇年五月八日、朝日新聞）

五月末になると、カオイダン・ホールディングセンターの医療活動を統括していたICRCは「非常事態を脱した」として、医師団の大部分を引き揚げ、活動の重点を国境付近に移すことを決定した。それに伴ってドイツ人のチームも四〇人のうち二〇人が帰国、ドイツ人は主に外科を担当していたので、そのあとを引き受けて、JMTのカオイダンでの役割はさらに重要なものとなった。

3 JMT の医療活動



再開されたカオイダンの病棟

第三次 一九八〇年六月～九月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
東京大学	垣花 昌明 (内科)	医師 四名 看護師 一名	80・9・6 ～ 80・9・10	メディカルセンター
全社協済生会宇都宮病院	岡田 能文 (産婦人科)	医師 二名 看護師 五名	80・9・6 ～ 80・9・23	サケオ
獨協医科大学	五十嵐 裕 (整形外科)	医師 三名 看護師 四名	80・9・6 ～ 80・9・27	カオイダン

調整員 五名

●血液生化学的検査開始——メディカルセンター

いよいよメディカルセンターでの活動が軌道に乗り始める、カオイダンやサケオでは不可能な手術前の検査や、本格的な臨床検査と循環器の検診を開始したのである。また、九月からは、血液生化学的検査を開始した。この時までメディカルセンター内の入院患者については、血清、ビリルビン値、BUNの簡易検査は行なっていたが、専門の検査技師が派遣されたのは今回が初めてであった。検査は一日に一～二名、日中に検査して、翌朝までに結果を出す方法となっていた。このように、タイとしては入手困難な器具を備えたりしていたので、タイ政府ならびにICRCの、メディカルセンターへの期待は、目増しに強くなっている。



飯館号

●サケオ・ホールディングセンター、バンケンへ移転
平坦で低地に設けられたサケオ・ホールディングセンター（サケオNo.1）は、雨季に入ってドロ沼化し始めた。JMTの活動場所であった第三病棟も、雨漏りに悩まされ始め、医療活動がスムーズに進まないということと改修工事に取り組むことになった。工事には三日を費し、同時に処置コーナーとヘルパー教育室を設置した。しかし、雨漏りを防いだところで、熱気はどうにもならない。暑気あたりで倒れる看護婦も出るほどであった。

タイ政府とUNHCRは、早くから、サケオNo.1・ホールディングセンターの移転を考慮しており、メディカルセンターから四キロほどの距離にあるバンケンに、新センター（サケオNo.2）を建設中であった。この頃、まだ、未完成ではあったが、サケオは水没する恐れがあるとして、移動を開始したのである。移動開始は七月末で、とりあえず一万五〇〇〇人の難民がサケオNo.2へ移った。サケオNo.1の旧病棟の方も九月まで使用することとし、サケオNo.2には外来診療棟だけが設置された。JMTはこの外来診療所の運営にも当たることになったのである。サケオNo.1の病棟での業務に加えて、サケオNo.2の外来、さらにこれの当直も必要とされ、JMTはスタッフ不足に悩んだ。この時期に活躍したのが、メディカルセンターの移動診療車「飯館号」である。これは、福島県飯館村から寄贈されたものであった。

「一人でも二人でも始めるべ、コメさ出し合って、カンボジア難民を救おう」と、飯館村で始められた運動が全国各地の共感

を呼び、コメは現金に換えられ、移動診療車「飯館号」となって実を結んだ。(一九八〇年六月一日、朝日新聞)

●結膜炎大流行——サケオNo. 2

この頃、サケオNo. 2における疾病者は、数も疾患例も平常時と大差ないくらい落ち着いてきていた。戦傷後遺症としての慢性骨髄炎の患者が数名入院しているくらいであった。マラリア患者も九月に入ると減少し始めていた。JMTが担当したサケオNo. 2の外來診療所に来る新患は九〇〜二〇〇人、再患(投薬のみ)が二五〇〜四〇〇人、眼科(七月四日開設)七〇〜一二〇人であった。

眼科といえば、サケオNo. 2において、八月末から九月中旬にかけて、はやり目(結膜炎)が爆発的に蔓延したことがある。そのため薬は払底し、入手も困難になってしまった。試みに難民二〇〇人を診察したところ、罹患者が二〇%も発見されたという。しかも難民たちは、眼痛や頭痛がひどくて耐えられなくなった時しか病棟を訪れないから、病因を根絶しがたい状況であった。これとは逆にかぜが流行した時など、薬を用いずに寝ることが早く治るコッだと、いくら説明しても納得せず、受診に通り続ける。衛生観念の違いや医療レベルの違いを思い知らされて当惑する思いであった。

もう一つ、この時期増加したものに分娩の数がある。それまで月間七〜八人だったのが八月には一挙に五三人に増えた。妊娠した時期が七年の十一月か十二月の混乱期であり、当時は栄養失調やマラリアで死亡者が後を絶たない状態だったことを考えれば、生命力の強さに驚かされるばかりであった。

●二度と撤退するものか——カオイダン

六月二三、二四日、ヴィエトナム軍の侵攻を受けたタイ軍は臨戦体制に入り、陸軍機甲部隊の活動が活

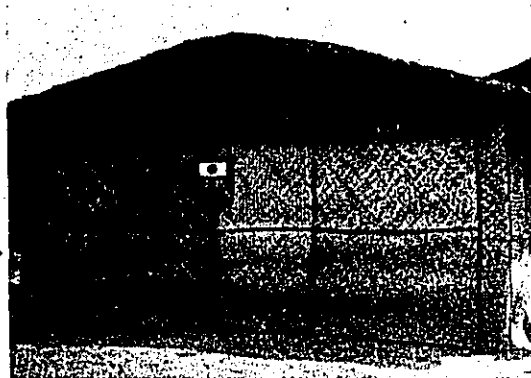
発になった。日本の外務省ならびに大使館は、危険を避けるために、カオイダンでの当直をできるだけ中止したい意向であると伝えてきた。しかし、JMTのメンバーは、再び「腰抜け逃亡」というそしりを受けたくないとして活動を続行した。

ヴィエトナム軍とボル・ポット軍の交戦も相変わらず続いており、七月初旬の頃、ICRCは国境から多数の銃創患者を日本病棟に運び込んできた。JMTは万全を期して、加療、応急手当てを施したあと、銃砲弾の摘出手術も行なった。こうして、JMTの活動は、その仕事の内容からICRCにとっても不可欠のものとなってきていた。

その後も国境は依然として緊迫状態が続いていた。そこで一九八〇年七月、JMTは、カオイダン——メデイカルセンター——バンコクの大使館で同時に連絡がとりあえるよう、緊急連絡用無線装置を設置した。しかし、ホールディングセンターが侵攻された場合の緊急避難路は有名無実という状態だったし、この無線交信も定時以外ではできるだけ使用を避けるといった条件もあった。そこで、有事に備えて、JMTは独自で食糧と水の確保もしていた。

こういった緊迫した情勢の中でも、JMTの活動は次第に充実していき、手術件数も増加して業務に追われる日々となっていた。

サケオ
No.1
の日本病棟



日本病棟の入院患者における科別の推移

月 日	7月28日	8月15日	8月25日	9月10日
入院総数	62例	65例	55例	49例
整形外科	29	30	29	24
一般外科	31	26	21	23
眼 科	3	3	3	0
内 科	0	3	2	1
口腔外科	1	1	1	1
泌尿科	0	1	1	0
耳鼻科	0	1	0	0

カオイタンの中にもかわらず病棟内の半数以上が他のキャンプ地よりきたものだった。これはカオイタンの中の調整員が我々の編制にこたえて患者をまわしてくれたことと、患者自身がうわさを聞いてとびこんできたものと思われる。

チーム編制どおりに整形外科・一般外科系患者が多くなっている。内科系病棟(甲状腺機能亢進症、過呼吸発作等)は近くの内科系病棟に転送されたこともある。泌尿器系では、2例に尿道結石嵌頓を認めたとNordic TeamのUrologに送った。

サケオNO.1の病名別患者数(総数1,913名)

病 名	患 者 数			対全患者数比 %
	男	女	計	
流行性角膜炎	850	727	1,577	82.4
翼状贅皮	83	40	123	6.4
白内障	28	20	48	2.5
霰粒腫	20	19	39	2.0
眼精液分泌	14	13	27	1.4
トラコーマ	15	9	24	1.3
角膜白斑	9	9	18	0.9
角膜潰瘍	10	6	16	0.8
睫毛乱生	6	10	16	0.8
フリクテン	4	11	15	0.8
角膜片雲	6	9	15	0.8
眼瞼瘻管	9	6	15	0.8
霰粒腫	11	3	14	0.7
外傷(眼球・角膜)	9	1	10	0.5
異位角膜(角膜)	8	0	8	0.4
結 内 障	3	3	6	0.3
虹彩後退症	2	4	6	0.3
視 神 経 炎	3	1	4	0.2
強 膜 炎	2	2	4	0.2
角膜硝子体出血	3	1	4	0.2
近 視	6	1	7	*0.4
遠 視	4	5	9	*0.5
乱 視	8	4	12	*0.6

*特に主訴となった者

(「カンボジア難民医療対策協同医科大学チーム報告書」)

3 JMT の医療活動

第四次 一九八〇年九月～十二月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
昭和大学	岡 松 孝男 (外科)	医 師 三名 技 師 二名	80. 8. 31 12. 10	メデイカルセンター
全社協済生会川口総合病院	酒 井 和雄 (外科)	医 師 五名 看護婦 六名	80. 9. 17 12. 16	サケオ
国立病院医療センター	久 保 田 実 (外科)	医 師 三名 看護婦 四名	80. 9. 17 12. 16	カオイダン
ボランティア		看護婦 六名		

調整員 五名

●結核検診の開始

一九八〇年一〇月に入って、メデイカルセンターは、その業務の一環として、サケオNo.2の難民の結核検診を開始した。JMTのレントゲン検診車がサケオNo.2まで出勤していき、結核疑診者の間接撮影をし、サケオNo.2の結核病棟の医師とともに治療方針を立てた。検診車の出勤は毎週金曜と土曜の二回で、撮影には、JMTのX線技師が当たった。この検診と平行して、メデイカルセンターでは、四名の結核患者の治療にも当たっていた。

本格的な外科病棟のないサケオNo.2・ホールディングセンターに代わってメデイカルセンターはその役

割を積極的に担うと同時に、このような協力も実行したのであった。

特にこの時期は、他国チームの医師にも広く開放し、協力しながら、帝王切開や卵巣嚢腫の手術を行ない、手術後数日間はその患者の管理も引き受けるなどしていた。

また、さらにメディカルセンターの機能を有効に活用するためには、患者の回転率を高める必要があるという方針を出し、患者の入院日数を三分の一に縮小した。これによって手術件数も、一日平均七件ぐらいいから、二〇件ほどまでに増加することができた。このように手術件数が増えたことの一つの理由は、難民医療の最終収容機関としてのメディカルセンターの存在が、ようやく各国の医療関係者の間に知れわたったことにもよる。

● 整形外科医の活躍

JMTは初期の頃、カオイダンでB地区の第九病棟を受け持っていたが、八〇年九月以降、A地区に建てられた新病棟の担当となった。この新病棟の造りは、B地区第九病棟と同様にヤシの葉と竹でできていたが、新たに、小外科手術室と外科室が設けられていた。

ここでの勤務には平常時は医師二名と看護婦三名、それにクメール人ヘルパーが当たっており、整形外科手術や当直の時は人員を増加することになっていた。JMTは、現地のニーズに応じて、整形外科専門の医師を派遣していたので、整形外科医療の担当を希望していたが、ようやく、この新病棟において、実現されたのであった。カオイダン・ホールディングセンターにおいて、整形外科の処置ができる唯一のものであった。

一九八〇年九月～十二月
五日の間に行われた手術は七
四例。傷に関するものが一〇
例。弾抜き、損傷臓器修復、
から、複雑な損傷を受け、高
度に専門的医療を要するもの
(頭蓋内弾丸残留、地雷によ
る会陰部挫滅創等)が含まれ
た。次に多かったのは帝王切
開を含む婦人科的手術で九
例。その他、急性虫垂炎八
例、巨大甲状腺腫五例、鎖肛
五例、消化管穿孔性汎血性腹
膜炎、腸梗五例、その他鼠径
ヘルニア、腫瘍性疾患等。
(昭和大学『東洋薬事報』)

3 JMT の医療活動

●ニグループの協力

サケオNo.2に新病棟が完成した。ここは、No.1の竹とニッパヤシでできた病棟に比べ、トタン板を用いてあり、格段の差がある造りとなっていた。また、処置室、消毒室、ヘルパーの詰所も設置されていた。しかし、収容人員の定数は一五〇一八人と縮小されていた。患者の中には、食事の時だけ病棟にいて、あとは自宅に帰っている者も多く、難民医療がほとんど落ち着いたことを物語っていた。

UNHCRも、緊急事態は脱したと判断し、医療団の引き揚げを考え始めた。そして、重点を、難民の民生教育と職業訓練に置くという新方針を打ち出してきた。そこで、医療に関する管理はボランティア団体のワールド・ビジョンが引き受けることになって、JMTもこれに協力することとなった。

第五次 一九八〇年二月～一九八一年三月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
全社協済生会岡山病院	大和 人士 (内科)	医師 四名 看護師 六名	81・3・6 ～ 80・12・7	サケオ
東京医科歯科大学	中 島 康雄 (内科)	医師 五名 看護師 四名 技師 一名		カオイダ メデイカル センター
ボランティア		看護師 七名 技師 一名		

調整員 四名

新病棟では、第一病棟が小児科、第二病棟が産科、第三病棟が外科、第四病棟が内科担当で、JMTはこのうちの外科担当であった。

JMTはこれまで、各グループ別に活動地が決まっていたのだが、第四次チームあたりから、相互協力を試みるようになっていた。第五次チームも二グループが次のような協力体制を敷いて業務を遂行した。

- ① 済生会病院の金谷医師が耳鼻咽喉科を開設。カオイダンへは水曜日に出席して診療。
- ② 農村巡回診療には、内科医が隔週水曜日に参加。
- ③ 済生会病院よりメデイカルセンターに、毎週水曜日、医師一名が参加。
- ④ 東京医科歯科大の整形外科医を、火曜と金曜にサケオNo.2へ派遣。

●カオイダンの病棟焼失

一九八一年一月頃よりカオイダンの外科診療では、長期的な入院患者が増加していたうえに、処置後の化膿による症状の悪化で再入院する者も増えてきていた。そこで、UNHCRおよびICRCは、JMTに一日おきに二四時間勤務で外科手術に携わるようにと要請してきた。しかし、JMTは、メデイカルセンター、サケオNo.2、カオイダンの三か所を二グループで担当しており、とても要請に応じられる余裕はなかった。受諾を断念せざるを得なかった。

このようにJMTが多忙であった頃、八一年二月一〇日、カオイダンのA病棟地区で火災が発生、全一三棟が焼失した。午後二時一五分、CRS（ボランティアチーム）病棟の調理場から出火、火の回りは意外に速く、延焼を続けて、日本病棟も二時三〇分頃には灰燼に帰した。

しかし、日頃から防火訓練を受けていた各病棟のスタッフ、タイ軍、および消防隊のめざましい活躍によって、避難救助作業は非常にすみやかに行なわれた。四名の火傷者を出しただけで死者は一人もなかった。

たのである。日本病棟にはJMTメンバー六名のほか、ヘルパー一〇名、そして二四名の入院患者がいたが全員脱出することができた。

この火災によって、メディカルセンターとの無線通信が不通となったため、JMTの一人がメディカルセンターまで援助を求めに出発し、七時三〇分頃に医師と看護婦が援助にかけつけるといった一幕もあった。

鎮火後は、とるものもとりにあえず、重症患者たちをタブラヤのイタリア病院へ運び込んだ。またその他の患者は、B地区の仮設病棟に移したが、そこは電気も、上水道設備もない建物であった。JMTは、さっそく、建物の一部を病室にしつらえ、整形外科を中心とした診療をいつでも始められるように準備した。とはいえ、医療機具、病棟設備品などすべて焼失してしまっていたので、患者用のベッドや毛布、飲料水など緊急物資を、ICRCから支給してもらわねばならなかった。

翌一日からは、火災の後始末や医療器具の購入準備のために費やされた。仮病棟の電気配線や配水工事のほか、焼跡から使用できそうな器具類はすべて、外科用の鉗子に至るまで、拾い集めたりした。一応、病棟の形を整えることはできたのだが、手術室としては使えないため、手術はメディカルセンターの診療車を用いて行なっていた。四月二四日からはICRC病棟に移り、本格的な活動を再開した。

手術適用患者疾病分類(1980.12.10~1981.2.28) 入院患者疾病分類(1980.12.10~1981.2.28)

疾 患 名	例 数	疾 患 名	例 数
虫 垂 切 除	11	外 傷・骨 折	14
粉 瘤	8	骨 髄 炎	9
甲 狀 腺 腫	6	軟 部 組 織 化 膿	8
皮 下 膿 腫	6	虫 垂 炎	8
皮 様 囊 腫	5	甲 狀 腺 腫	7
乳 腺 腫 瘍	4	胃 潰 瘍・胃 痛	6
リンパ節腫瘍切	4	腹 痛	6
胃 切 除	3	咽 炎	5
帝 王 切 開	3	ソケイヘルニア・睾丸炎	5
異 物 摘 出	3	性 器 出 血	5
包 茎	3	腎・尿 道 疾 患	4
ソケイヘルニア根治術	2	関 節 炎	3
骨 髄 炎 手 術	2	卵 巢 囊 腫	2
外 傷	2	腔 部 癌	2
静 脈 瘤	1	耳 下 腺 炎	2
膀 胱 結 石	1	皮 下 腫 瘍	2
痔 核	1	そ の 他	12
転移性頭部腫瘍	1		
卵 巢 囊 腫	1		
耳 下 腺 腫 瘍	1		
皮 膚 試 切	1		
そ の 他	2		
合 計	71	合 計	100

カオイゲンおよびメディカルセンター (KAMPUCHEA)

3 JMT の医療活動

第六次 一九八一年二月～五月

グループ名		団 長		参加人数	派遣期間	勤務地
全社協済生会北九州		宮 宗 正明 (外科)		医師 四名 看護婦 八名	81・2・24 ～ 81・5・23	サケオ
国立病院		森 正樹 (小児科)		医師 六名 看護婦 八名 技師 二名		カオイダ ン メデイカル センター
ボランティア				看護婦 三名		

調整員 四名

● 火災をのりこえて

火災後、十分な手術ができる状態ではなかったにもかかわらず、UNHCRとICRCは、JMTに対して再三大手術を依頼してきた。そこでJMTは、B地区の仮日本病院棟から、A地区にあるICRCの仮設病棟の一角に移転、ICRCの器物を使用したり、術前の準備や術後の後片付けはICRCにまかせるりして手術を行っていた。

また、四月二七日からは、週二回二四時間勤務に当たることも引き受けた。緊急時には、JMT、ICRC、MHD（ドイツのボランティアチーム）の三者が協力して外科手術に当たる手筈も整い、火災後の不自由さを、協力して克服する方針が出されたのである。

●高価な犠牲——二人の死

この時期、ショッキングな事件が起きている。一つは、JVC(日本奉仕センター)のボランティアとして国境地域で活躍していた西崎憲司氏が、四月一五日夜、アランヤプラテートの郊外で強盗に銃撃され、メディカルセンターに運び込まれたが、四月一七日死亡した事件、もう一つはその翌日(四月一八日)、全社協福岡済生会病院の宮宗正明団長が心筋梗塞のためメディカルセンターで倒れ、死去されたことである。

宮宗氏は、今回の派遣に際して六一歳という高齢にもかかわらず、進んで多忙な団長の職を引き受け、また、日本国内でのチーム編成にも尽力されていた。現地に着いてからは、医療活動のほか、団長会議やホールディングセンター内での他チームとの会議に出席することが多く、またこの会議のための下準備にもかなりの時間を費やされていた。さらにこの時期、カオイダン・ホールディングセンターの方では二四時間勤務の問題が持ち上がっていたため、国立病院グループからは、メディカルセンターを済生会グループで担当するよう依頼され、苦慮しておられたという。こういった問題に対してサケオのヘルパーを毎日二名ずつメディカルセンターへ派遣することを決定、また、メディカルセンター勤務の看護婦の多忙さを見かねて、阿グループを一つにして、メディカルセンター、サケオ、カオイダンを交代制で勤務することを要望していた。四月に入ってから、タイでは気温が異常に高くなり、日陰でも三九度に達する日が続くといった環境の中で、チームの統率をし、さらに他チームとの協調を図るなど、神経をすり減らす仕事に追われていたのである。

メンバーの一人は、「宮宗先生は責任感が強すぎるくらいの方でした。一三日に狭心症発作が生じたのですが、その二日後に開かれた団長会議にも出席されていました」と、氏の死を悼んでいる。ショックは大きなものだったが、「氏を失ったあとも任務を全うすることについては些かの疑問もない、むしろこの不慮の死を教訓として、健康管理その他に細心の注意を払っていく」と語っていた。

第七次 一九八一年五月～八月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
京都府立医科大学 全社協静岡済生会病院 ボランティア	岡 本 晃 樹 (胸部外科)	医師 一〇名 看護婦 二三名 技師 二名	81. 8. 14 ~ 81. 5. 15	サケオ カオイダン メディカルセンター

調整員 四名

●日本病棟の再建——カオイダン

ICRCの仮設病棟で医療活動に当たりながら、JMTは、日本病棟の再建について協議を重ねていた。再建について

①完全に独立した病棟にする

②ICRCと共同の病棟にする

③病棟は共同だが、手術室はそれぞれ独立して各専門とする

と、三つの案が出され、いずれにするか検討されていたが、①はメディカルセンターとカオイダンの両者を受け持っているJMTとしては、維持していくための人員が不足、②は緊急時には協力体制がとりやすいが、協調するのが困難である、などの意見が出され、結局③と決定した。

こうして七月二十八日、ICRCとJMTの混合・統一外科病棟は完成された。新病棟はスペースも広く、床もコンクリート造りで堅固、しかも衛生的になった。上水道、水洗便所も完備されたのである。手術室のほうも、本格的なものとなり、これ以後、JMTはICRCとともに、国境から移送されてくる大手術

の必要な患者に、本格的な外科手術が執行できるようになったのである。

●JMTの新しい試み

前回のチームまでは、同じメンバーが同じ場所で三か月間活動していた。しかし、今回からは、各グループを一体として、サケオNo.2、カオイダンの両ホールディングセンター、それにメディカルセンターの三か所を、一定期間ずつローテーションを組んで担当することになったのである。これは、勤務内容の不平等で不満が出たことにもよるが、それ以上に、病院別グループで活動することがいたずらにセクショナリズムを増長させるとして、以前から考慮されていたことでもあった。

この新しい試みに対して、第七次チームのメンバーは、「山道もさることながら、慣れてくれば楽しいドライブ」と、片道二時間近くかかるカオイダンへの「出勤」を楽しみに待ったりしている。たとえ三か月とはいえ、外出を初めとして制約の多い難民医療活動の中で、えてして拘禁されていると感じやすい状態に変化をつけるという効果があった。

しかし、問題もなかったわけではない。たとえば、

・ヘルパー教育をどうするか

・手術室勤務と病棟勤務について、看護婦をどう配分するか

などは、チームワークづくりのうえでも大切な点であった。さらに、このローテーションを組む仕事を担当する看護婦長の労力と神経の使い方は並大抵のものではなかった。

第八次 一九八一年八月～十一月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
国立病院 厚生連 ボランティア	野 田 (辰男 外科)	医師 二名 看護師 三名 技師 一名	81・8・5 ～ 81・11・4	サケオ カオイ メデイカル センター

調整員 四名

●ローテーション制の定着

第八次チームでも、ローテーション制は導入されたが、機械的にグループ編成することは避け、次のような修正が加えられた。

・メデイカルセンターにおいては主治医制をとる。

・全身麻酔、開腹以上の大きな手術には手術室勤務経験者が機械どりをこなす。

このチームの最終報告書には「一チーム・ローテーション制は好結果を得た」とある。以後、この制度は、最終一三次まで引き継がれていくことになる。

●撤収を決める他国ボランティア

JMTの派遣が開始されてから、すでに一年半以上が経過した一九八一年八月、他国から参加している医療救援チームは、大幅に減少していた。この時期活動していたのは主に次のようなチームである。

・国際赤十字委員会 (ICRC)

カオイダンで、JMTとともに外科を受け持っていた。この時期派遣されていたのはカナダ赤十字であった。このほか、国境付近で戦傷者の治療を行ない、また、手術の必要な患者をホールディングセンター、JMTのメディカルセンターへ搬送する業務を担当していた。彼らは、難民の状況が比較的落ち着いてきたことに加え、アフリカで新たに難民問題が発生したことなどから縮小し、主力をタイから引き上げたい意向を示していた。

・キリスト教系民間ボランティア

サケオ、カオイダン両ホールディングセンターで、外科以外の医療業務担当。

・イタリアチーム

カオイダンの北方、約二〇キロのタブラヤに病院を設置し、難民への医療業務を担当するとともに、周辺地域のタイ住民の診察医療。このチームはJMTと同様、政府レベルで派遣されていたが、八一年一二月をもって撤収の意向で、病院はタイ国へ委譲する予定としていた。

・JMT

メディカルセンターを維持・運営するとともに、カオイダン、サケオNo.2で外科担当。

以上のように、一九七九年の末に比べると、医療救援のチームは大半が撤収し、しかもこの時点で活動中のチームも撤収を明らかにしている。JMTの難民医療活動に占める役割は、ますます大きなものになってきていた。

第九次 一九八一年一〇月～一九八二年一月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
鳥取大学 新潟大学 ポランティア	青 野 (麻酔科) 允	医師 八名 看護師 二名 技 師 二名	82・1・20 81・10・27	サケオ カオダイ メデイカル センター

調整員 六名

● 団員相互の研修会

JMTは、各次チームともそれぞれ、様々な形で、医療活動の円滑化を図ってきているが、第九次チームでは、現地で団員相互のための研修会を開催していた。

団員相互のための研修

(月 日	テーマ	講師)
11・4	下腿切断について	関
11・15	帝王切開術(とその麻酔法)	吉沢・青野
11・22	骨折に対する初期治療	関
12・5	新しい救急蘇生法	青野
12・8	放射線被ばくと防護対策等について	国岡
1・17	人工血液について	青野

●ヘルパーへの講義

また、看護婦の業務報告書に、必ず現れるのが、ヘルパー教育をいかにやっというかという苦心談である。その障害になる最たるものが言葉の違い。さらに、文化・慣習・風習の違いといったものも、予想外の困難を生む。ヘルパーの教育は技術的なことを教えると同時に、なぜそうしなければならないのかを説明しなければならない。「ドゥワッテカレラニソレヨッタニルカ」と常に頭の中に置きながら、次のような講義を実践した。

クメールヘルパーのための講義

(月 日	テーマ	講師)
12・22	麻酔器の構造と機能	青野
12・24	酸素について	青野
12・28	呼吸の生理・解剖と肺疾患	飯塚
1・17	後天性心疾患について	浅野
1・18	泌尿生殖器系の解剖	山口

第一〇次 一九八二年一月～四月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
国立病院 厚生連 ボランティア	竹内 藤吉 (外科)	医師 一〇名 看護婦 二三名 技師 二名	82・4・10 ～ 82・1・17	サケオ カオイダン メデイカルセンター

調整員 六名

●忘れられがちな難民医療の基本

医療活動が開始されてから、二年以上経過した。JMTのタイにおける難民医療活動もほぼ定着し、特別な出来事も起こらなくなっていた。業務を遂行していくうえで、専門家間の人間関係による影響がクロ一ズアップされてきたようだ。

三か月でチームの交代が成されて、前任者からの記録が残っていなかったりすると、同じような失敗を重ねることになったという看護上の苦情も多くみられるようになった。

また、「難民医療」といっても、平常医療とほとんど変わらない状態のなかで、「タイ並み医療」という言葉の意味も忘れられがちで、さらに、「痛みを訴えても注射を控える」などということは非人道的だと強調する医師も現れている。

このような時期、第一〇次チームの団長だった竹内氏は、三か月の任期を次のように分析している。

- ①第一期（最初の一か月）……神経過緊張期
②第二期……順風満帆期

③第三期……元禄ムード期

また、医師九人、看護婦二人に対して、次のようなアンケートも行なっている。

・任期三か月は短いかな

イエス——医師 四人

看護婦 一六人

・仕事はハードだったかな

イエス——看護婦 一人

この結果は、だいたいどのチームにも当てはまるだろう。任期三か月については、短いという意見と、ちょうどいいという意見がほぼ半々、仕事の状態もそれほどきつくはなかったといえるのではないだろうか。

3 JMT の医療活動

第一次 一九八二年四月～七月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
関西医科大学 日本赤十字社 ボランティア	前期 内田盛夫 (麻酔科) 後期 田中孝也 (外科)	医師 八名 看護師 二名	82・4・6 ～ 82・7・6	サケオ カオイダン メデイカルセンター

調整員 五名

●麻酔科医からみた難民医療

関西医科大学グループの麻酔科の医師の報告書から、「麻酔」を通してみた難民医療の一端をのぞいてみよう。

まず、麻酔の器具は各国によって規格が違いため互換性がきかない。現在、規格統一について国際的に検討されているが、一日も早くそれが実現することで、緊急医療や難民医療への貢献度は大幅に上まわるだろう。

実際の活動の面では、緊急手術時、特にカオイダンでは、術前の検査が不十分なままで麻酔を施行しなければならぬのが、最も苦心した点である。患者をよく観察し、容体を推測して麻酔をかける。大変な危険が伴う作業だが、他に方法がないのでは仕方がない。

また、患者の状態としては低蛋白血症と貧血が多かった。これを短時間で改善する方法として、全血輸血があるが、このために、夜中に調整員をたたき起こして血液を集めるよう依頼したこともあった。また、

麻酔をかけたあとは、覚醒するまで見守らねばならない。カオイタンで手術があった時など、覚醒に時間がかかってメデイカルセンターに帰れないこともあった。しかもその翌日がサケオ勤務になっていたりと、午前中の診察が不可能になるのである。

そういった諸々の条件をすべて配慮しながら、麻酔を施さなくてはならなかったのである。

3 JMT の医療活動

手術患者疾患別頻度

病 名	患 者 数	メ デ イ カ ル セン ター	カ オ イ ダ ン	サ ケ オ
Mine外傷 (四肢切断)	49 (24)	17 (8)	32 (16)	
G.S.W*	24	8	16	
急性腹症	24	7	17	
交通外傷	15	5	10	
Hemo.	7	6	0	1
甲状腺腫	7	5	2	
骨折	6	5	1	
帝王切開	6	2	4	
植皮	5	2	3	
ヘルニア	5	2	3	
悪性腫瘍	4	3	1	
尿路結石	2	2	0	
副別	2	2	0	
その他	54	21	30	3
合 計	210	87	119	4

* 銃創
(カンボジア難民医療に参加して、徳永信三)

● それでもなお戦傷者はいる
このチームが扱った戦傷患者のうち、最も多かった四肢切断の患者について、受傷の地理的条件、受傷時の状況、受傷より入院手術までの所要時間、受患者の症状、手術記録、術後経過、合併症等に関する調査をまとめたものがあるので、掲げておこう(次ページ)。

調整員 六名

第二次 一九八二年六月～九月		グループ名		国		参加人数		派遣期間		勤務地	
国立病院 日本赤十字社 ボランティア		徳永信三 (形成外科)		長		医 護 師 一 名 技 術 師 二 名		82.9.24 ~ 82.6.25		サケオ カオイダン メデイカルセンター	

3 JMT の医療活動

第一三次 一九八二年九月～十二月

グループ名	団 長	参加人数	派遣期間	勤務地
日本医科大学 久留米医科大学 ボランティア	前期 三樹 (外科) 勝 後期 古賀 (外科) 道弘	医師 一〇名 看護師 二三名 技師 三名	82・9・14 82・12・13	サケオ カオイダン メデイカルセンター

調整員 六名

●ソムオックン、クメールの友達よ

いよいよ、この一三次チームをもって、約三年にわたって実施してきたカンボディア難民救援医療活動も終止符を打つことになった。

JMTは、メデイカルセンターの撤収作業をはじめとして、カオイダン、サケオNo.2の病棟を、他チームへ引きつぐ作業を完了した。JMTの引き揚げに当たって、各活動場所で大変なお別れパーティが開催され、大いにそれまでの労をねぎらわれた。

また、日本大使館および国際協力事業団の計らいにより、難民救援関係者、軍関係、ブラチンブリ県の医療関係者および地方官吏ら約四〇〇名が参加しての大掛りなパーティが、メデイカルセンターで開催された。テニスコートには舞台装置が作られ、生演奏に合わせて、クメールダンス、タイダンス、日本舞踊が次々と繰り広げられた。

カオイダンでヘルパー達が開催してくれたパーティについて、その様子を団長の三樹氏はこう報告して

いる。

「ヘルバー達は恥ずかしがりやで、なかなか一緒に踊ろうとしない。最後に、ヘルバーに、我々から感謝の気持ちをこめてプレゼントをした。Tシャツ、ズボン、ノートなどをくじ引きで贈ると、キヤーキヤーワーワーの大騒ぎとなった。

思えば、第二次チームに参加してきた時は、外国人に対して警戒心を抱いていたヘルバー達の顔に、笑みは見られなかった。いま別れる時、彼らの目には涙があふれている。我々が去ることについて、不安が漲っているようだ。それにしてももっと言葉が通じたら、どんなに楽しいだろう。

ソムオックン（どうも有難う）、

クメールの友達よ 本当に有難う」



カオイダンで別れを惜しむJMTのメンバー

座談会①——カンボディア難民救援医療に参加して

平和日本の医者が見たこと

●出席者（派遣順）

田村 久弥（元牛久中央病院長）

今川 八束（東京都立墨田病院部長）

三樹 勝（日本医科大学助教）

垣花 昌明（筑波大学講師）

五十嵐 裕（福岡県立大学教授）

田村 久弥
産婦人科・外科
第1次



今川 八束
感染症科
第1次



三樹 勝
外科
第2次・第13次



垣花 昌明
内科
第3次



五十嵐 裕
整形外科
第3次



● JMT 参加のいきさつは人様々だった

——日本として初めての経験でもあり、先生方にも様々なご苦勞があったと思います。現地での医療活動や生活について、生の声をお聞かせください。まず、参加のいきさつから。

田村 八〇年の一月初めから三月末まで、一次チームにボランティアとして参加しました。私はちょうど一〇年前にも、カンボディアのモンコルボレにあった日本政府の診療所にいたのですが、ロン・ノルのクーデターが起こって危険になったため、一年で帰国しました。最近の政変で、あそこの人たちが逃げてきていると聞くと、もう黙ってられない。外務省に行き、何とか向こうに行きたいと希望したら、ボランティアと全社協を一緒にしたチームを派遣するということで、そこに参加したわけです。

今川 私は伝染病が専門ですが、初め、全社協から、伝染病の危険があるからぜひ行って欲しいという相談があったんです。そこで、八〇年一月の

末から四月の末まで、一次の全社協チームに参加しました。

三樹 私は第二次チームで八〇年の三月から六月まで、第一三次で昨年の九月から十二月までの二回、合計で六か月間滞在しました。

第二次の頃は、カオイダンが砲撃されるという噂があつて、日大チームが日本病棟を一時的に閉鎖し、国境地帯ではまだ戦傷者が出ている状態なのに、日本のチームだけが引き揚げたと、日本のマスコミから非常にたたかれている時期でした。私たちの最初の仕事はサケオのメディカルセンターの開所、それから、カオイダンの日本病棟の再開だったわけです。これが軌道に乗ったところで、次の東大チームに引き継ぎました。

垣花 私は八〇年の六月から三か月、所属していた東京大学のチームで行きました。国立大学の参加は私たちが最初だったんです。とくに国公立大学にはいろいろな事情があるし、行ってもいいという人を探すのも大変です。今回、他の候補者もいましたが、年齢など考えると、自分のほうが向

くのではないかという程度の、かなり消極的な参加でした。

ただ、難民医療だからといって、あまり気負いなさんな、少し醒めた目でものを見なければいけない、そういう態度に徹したつもりです。

五十嵐 当初、八〇年九月に獨協医大チームを派遣の予定だったのですが、文部省から六月に繰り上げて欲しいという話があり、急遽チームの編成に入ったんです。

私は二〇年前、タイに二年ほどいたことがあって、気候、風土、タイ語などに慣れているから、いちばん適任だろうといわれ、団長に選ばれました。

私たちが現地に着いたのが六月三〇日でしたが、六月二三、二四日に、ヴィエトナム軍が国境を越えてボーダーキャンプになだれ込み、被弾者がかなり出ている状況でした。ですから、九月の二六日に引き揚げるまで、だいたい外科、整形の病棟を担当し、弾抜きとか骨折の治療とか、非常にやりがいのある仕事をしたと思っています。

④ 緊急医療は最初の二週間が勝負

——「日本は遅い」という批判を内外から受けたわけですが、その辺の実情を。

田村 私たちが行った時には、すでに病棟ができており、各病棟の担当チームが決まっていましたから、ICRCは歓迎していなかったのに日本チームが割り込んでいったという感じがありました。今川 私の方も見込み違いで伝染病が蔓延しているというので行ったわけですが、本当の混乱状態はもう終わっていたんです。ホールディングセンター内の死亡率は、七九年末には、周辺のタイの死亡率とまったく一緒になっていた。サケオのセンターに難民がなだれ込んだのが一〇月二四日。それから四日間で、野営病院を設置してしまっただけです。当初、一日に人口千人当たり一人死んでいたのを、最初の一週間で三分の一に減らし、次の一週間でさらに三分の一に減らした。日本チームが最初に行った七九年一二月末には、すでに混乱期は終わっていた。「おまえさん方、もう落ち着い

たんだから、来なくてよかったんだよ」ですよ。むりやり頼み込んでのリハビリ（回復期患者）担当でした。

田村 サケオでは、いちばん初めに来たのはフランスのボランティアです。「国境のない医療隊」というのがワッと来て小児科、産科と外科手術は全部押さえていたんです。

三樹 それはカオイダンでも同じですよ。私たちが行った時は、もう西ドイツの医者が手術患者を全部押さえていました。

五十嵐 我々のいた第九病棟には電話がなかった。そういうものだと思っていたんですが、第六病棟から「ドクター、電話だよ」と呼びに来るんですね。「あれっ？」と思って行くと、あちらにはちゃんと配線がしてある。A地区もB地区も病棟には全部、有線の電話があったんです。日本の病棟だけいちばん最後に行ったせいかな、あるいは英語をあまり話せないせいかな分かりませんが、なかった。

三樹 日本チームが遅く行ったことは、最後まで

ずっと尾を引いていますね。

今川 ただ、日本を非難云々といっても、あからさまな言葉で非難されているわけではなく、感謝はされている。全般的に他国と比較したり、我々の反省も含めると、そう考えざるを得なくなるんです。日本は確かに発展途上国に対して金銭的援助はしているけれど、民衆にビツとくるようなことをしていない。医療の面でも、立派な病院を造ったりするけれど、そういう施設をどういう人間が利用できるんだろうかといった疑問もありますし。それよりも、天変地異の際の緊急医療や今回のような難民医療、日本にとっては初めての経験だけれど、世界各国は日常茶飯事でやっているわけですよ。日本だって医者が少ないわけではないから、応分の人と金を出さなくてはならない。ところが、人集めに苦労する。宗教的基盤の違いもあるし、医療機関側にもいろいろ都合があるから。といっても一〇年も二〇年も待つわけにはいかないんです。

五十嵐 人集めに関しては、今後の大きな課題の

ひとつですね。

●伝染病予防の厳重な規制が敷かれていた

——ホールディングセンターの衛生状態はどうだったんでしょう。

今川 死亡率の高かったのが、栄養失調、下痢、肺炎、気管支炎、マラリアでしたね。

田村 そうですね。それに、一次の時は、まだ難民がドサドサと国境を越えて入って来ていましたから、飢餓線上の人たちもいっぱいいましたよ。

今川 私たちがいちばん心配した伝染病の患者はいませんでしたね。日本のいわゆる伝染病であるコレラ、赤痢のたぐいはサケオのセンター内にはいなかった。下痢も、赤痢などの怖いものではなく、栄養失調に伴う下痢でした。意外ですが、考えてみれば当たり前。とにかく食物は全部火を通してなければ給食しない。衛生に関してはICRCがきっちり管理する。センターは完全に鉄条網で隔絶、軍隊が保安に当たる。衣食住はUNHCRがコーディネートする。こういう見事なシステム

でやっていたので、伝染病がはやるとしたら、センター外から持ち込む以外ない。実に厳重な規制をしていたわけです。

ただ、風疹がはりましたね。空気伝染の病気や、昆虫が媒介する伝染病は何とも防ぎようがないんだけど、消化器系の伝染病は見事にコントロールされていました。

三樹 ボーダーはマラリアが多かったですね。一三次チームで参加した時は、ノンチャンの病院に行く機会もあったんですが、あそこでは患者のいたい八〇パーセントが脳性のマラリア。毎日一人ぐらゐが死んでいくんです。

今川 サケオのあたりではマラリアはあまり発生しないんですが、難民は多くかかっていて、私が行って二か月くらいの間、ひどい時は日本病棟の三分の二、少ない時で半分占められました。カオイダンに比べて、新しい負傷者が直接運び込まれるということは、ほとんどなかったんですが。

田村 私たちの時は、サケオでも、ツイエトナム軍に撃たれた一般市民が運び込まれてくるものが

ありました。足を撃たれて、まだウミがだくだく傷口から出ているような五つ六つの女の子がいたり……生々しい患者も扱いましたね。

●平和だから、戦陣医学の体験などない

今川 梅毒^{じよくろう}のひどい患者がいたんです。ある看護婦がみて、これは緑膿菌だとあわてだしたことがありました。

三樹 緑膿菌は、整形ではいちばん気を遣いますからね。

今川 だいたい緑膿菌というのは文明上のばい菌で、とても繁殖力が弱いから、抗生物質の使い過ぎでもない限り大丈夫なんです。センターは開放病棟で、通風が非常にいいので、日本の閉鎖病棟よりきれいなくらいですね。だから、いま私たちが日本の病院で苦しんでいる日和見細菌は、現地ではまず無関係と置いていいでしょう。

三樹 私の担当では、切断手術で化膿する例が多かった。地雷で大ケガをした患者の切断手術の後、すぐ縫合してしまって、細菌感染し、化膿すると

いうのが多かったなあ。

五十嵐 指を大ケガした患者がボーダーから運ばれてきたことがあるんです。アメリカの医者が私のところに相談にきた。見ると、患部全体が化膿して、うじがわいている。うじに食わせれば治ると教えました。それは私の恩師から教わったんですが、支那事変の頃、もちろん抗生物質なんてありませんから、中国の奥地ではケガをした兵隊の膿をうじに食わせて治したそうなんです。この患者も、三、四日うじに食わせたら、肉が上がってきて、きれいに治りました。こんな原始的な治療を行なっても、人道に反しているわけではないんです。

三樹 日本の常識で考えてはいけませんね。スウェーデンの医者で、戦陣外傷の専門家がいたんですが、彼らは「日本の若い外科医たちは、戦陣医学をまったく知らない。初めからきれいに縫おうとするから化膿する。開いたままにして、自然によくなるのを待つ。縫合はそれからやればいい」というんです。

垣花 日本の医者は、いま、幸いにも戦陣医学などにはお目にかからないし、過去の経験を受け継ぐこともありませんでしたからね。

五十嵐 実際の体験はさておき、知識としては受け継いでおくべきことですね、弾丸摘出など、我々はまったく初めてのことでしたから。

三樹 地雷など、あんなに体中に破片が散らばっているとは思わなかった。取れないんですね。

今川 取ろうとしても、無理なんだそうですね。

三樹 タイの医者は、ほうっておけばいいという。今川 国内で行なうような医療が適応する地域は非常に少ないということですね。医療機械のないところでの医療、その辺を見直す必要がありますのだと思います。

●極限状態でも笑顔を見せる精神的強さ

垣花 精神面でいえば、難民の人たちは大砲の音に敏感でしたね。カオイダンでは、威嚇の意味で、戦闘でなくても大砲の音が聞こえるんです。我々には打上げ花火みたいに聞こえるんですが、表情

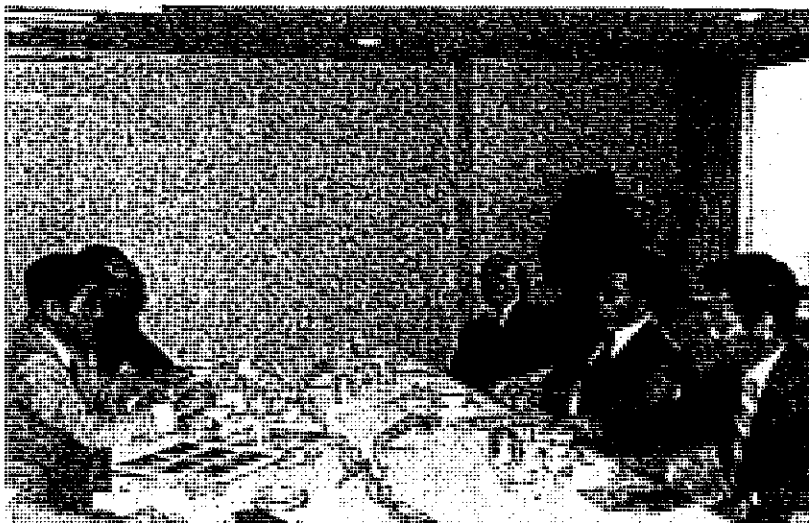
がサツと厳しくなる人たちもいる。まさかここまでは入って来ない、大丈夫だと思いますが、彼らにとってはそうでない。

三樹 子供たちに絵を描かせると、ボル・ボットの虐殺とか、すごい絵ばかりだったでしょう。

五十嵐 人を逆さまに吊ったり、首を切っているところとか。

三樹 最初は本当かなと疑うぐらいすごい絵を描いたけれど、二度目に行った時は、もうそういう絵は描かなくなっていましたね。

今川 一次のボランティアの中に、精神科を卒業したての若い医師がひとりいたんですが、彼が人氣者になりましたね。戦争精神病の大変な患者が七、八人いたんですが、全員、日本病棟に来てしまった。皆困っていたので、非常に好評を博しました。精神分裂症みたいな錯乱状態になるんで、精神安定剤を上手に投与し鎮静させるわけです。ところが、それでもどうしてもダメだった女の子が、ボーダーに帰ったとたんに元気を回復したという話を聞きました。



田村 結婚したという人ですね。

今川 回復して退院した人もいるしね。

五十嵐 隔離されると、やはり拘禁病みたいになっちゃいますね。それから、明日手術するというと、朝には逃げていたり、ドイツの医者もそれはしょっちゅうだといっていました。ですから、手術当日まで教えないこともありましたよ。

三樹 一般には、どんな状態でもニコニコしている人が多かったでしょう。実際には、みんな肉親を失ったりしているわけだけれど、生命力というか、生活力が実に旺盛ですね。日本では考えられないぐらいの極限状態でも、ああいう精神的な強さを持ち続けているのはたいしたものだと思いますね。

●緊急医療コードの認識を高めていく

——医薬品などの実情はどうでしたか。

三樹 日本チームは、ICRCから供給されるものと、日本から独自に持っていたものと両方使っていました。医薬品も備品もすべて両方だった

ので、わりあい不自由しませんでしたね。日本以外はみんなICRCの供給だけでやっていましたから、事情は全然違うと思いますけれど。

垣花 確かに、私たちはいろいろな種類の抗生物質を持っていましたね。カオイダンでは、ICRCからのものは一種類か二種類しかなかった。

三樹 私たちはみんな、持っていた抗生物質を大量に使ってしまったでしょう。ああいう方針はどうなんだろう。

今川 実は、タイだけでなく、発展途上国で使うべき抗生物質のコードは、WHOで決められているんですよ。そのコードによると、まずいちばん初めに、日本では最近使わなくなったST合剤やテトラサイクリン。その次が、腸チフスやつつが虫病などだけに使う特殊なクロラムフェニコール、それから、比較的日本でも使われる合成ペニシリンのアンピシリンや水溶性のペニシリンG。安くて、自由に使えるのはここまでなんです。

三樹 ああいう特殊な緊急医療の場合、どの国もそのコードを使うわけですか。

今川 それが基本ですね。

三樹 ちゃんと基本があるのに、日本チームはみんなそれを破っていたんですね。

垣花 何せ、初めての経験ですから、日本にはそういうコードの概念すらなかった。

今川 私たちは、最初にメデイカル・コーデイナーターから、あまり高価な薬は使わないでくれ、といわれまして、カオイダンへはICRCの供給する薬とセボランしか持っていきませんでした。それ以上は持ち込まなかったはずですよ。

三樹 ところが、最後には「第三世代」と呼ばれる最新の抗生物質まで持っていってしまったでしょう。

今川 だから、WHOが「薬剤耐性菌が個人の体の中の菌交替現象ですまずに、Rプラスミド（耐性伝達遺伝子）によってどんどん増え、その耐性菌がパースン・トウ・パースンでうつる」といっているんです。院内感染の原因になるし、さらにまったく関係のない人にまで、その耐性菌が移ってしまう危険がある。そのため、発展途上国は非

常に迷惑している現実があるんです。

三樹 日本の医師団として、反省すべき点ですね。やはり、今川先生が最初に行った時に、日本側でもICRCと協議して、厳重にコードを守るという国際的な取り決めが必要だったのではないですか。

今川 必要ですし、その精神は、少なくともサケオにいたる人たちにはある程度受け継がれたと思います。

三樹 いや、それがそうはいかなくて、皆、いい薬を使っていましたよ。最後の方ではもうアンピシリンしかありませんでしたから。

今川 はっきりいって、別に新しい薬を使わなかったって大丈夫だったでしょう。死亡率では変わりがありません。

五十嵐 外科サイドは、コードだけというのは非常に難しかったですね。菌がひとりひとりみんな違うんですから。極端に言えば、アンピシリンだけでもいいかと思えばいいかでしょうけれど。

今川 とにかく、医薬品は発展途上国では規制コ

ードにしたがって慎重に使わなければならない、WHOでもいろいろ検討しているはずですよ。ステップを踏んで使って欲しいと思いますね。

我々は、手術の腕を競い合いに行っているわけでもないし、単なる医療出張でもないわけです。そのへんのところを、きちんと自覚していることが大切でしたね。

●まず必要とされる医師はGP

——現地ではどういう医者が必要だったのでしょうか。

今川 結局、何でもできるジェネラル・プラクティショナー（GP）が必要なんです。たとえば、私は胃の専門家であるから、レントゲンの写真が欲しい、内視鏡が欲しい、そういう状態ではないわけです。高度の専門医より、優れた一般医、何でもある程度できる人がいちばん適当だと思います。

垣花 日本人は経験がなかったから、そういう医者を選ぶ時の重要な基準が、最初はつかめていな

かったのではないですか。

五十嵐 加えて、現地情報も足りなかったですね。

三樹 現地からのレポートを次回にもっと生かしていかなければ。

垣花 現地の組織のことも知らなすぎましたね。

組織図すら日本では見ていない。向こうへ行つて初めて、ああ、こういう組織でやっているのかと。

三樹 日本チームは、難民医療という特殊な状況での自分たちの役割をはっきり認識せずに行つて、現地で混乱してしまう。

今川 政府派遣というのは特殊なんです。外国は、ほとんどがボランティアの集まりで、政府はかんでいないんです。私は、日本も日赤の傘下に入つて行けばいいという意見なんです。日赤だけではできなかった。どこかがやらなくてはならないから、政府ベースで行かざるを得なかったんですね。

三樹 それで、日本は、政府派遣、日赤、ボランティアと三本化したわけです。全体では、ばく大な金と人を使っているのに、実績としては評価

が充分でない。かなり、損をしていると思いますね。

今川 現地では、外国の医者ともうまくやってきたし、非常に評価されていますよ。

五十嵐 個人対個人のレベルではうまくいくんですが、組織になると問題がでてる。

三樹 ところで、時期によつて、日本チームの分担もずいぶん変わっていききましたね。最初は、眼科も内科もと、ごちゃ混ぜだったのが、最後には、カオイダンは外科、サケオも外科と整形だけと、専門的な分担に決まった。日本チームが、ICRCの中でどういう分担をするのか、はっきり決まっていればやりやすいですね。

今川 二つの面があるわけです。最初の混乱期はGPが必要とされる。ある程度落ち着いてきたら別な面が出てくる。ICRCはGPとしては優れているし、機械を持ち込んだりするのは日本が得意なわけです。それに、ICRCが緊急医療の必要がないと判断して、放っておいた患者を診るなど、いちばん手薄な部分をフォローする仕事もある。

3 JMT の医療活動

る。

三樹 初期と後半では違いますね。現地の状況と時期に応じて、どういう医師を派遣するかという大局的な判断が必要になってくると思います。そういう仕事をするのがメディカル・コーディネーターですね。

日本人でメディカル・コーディネーターになった人は、三年間ひとりもいませんね。英語のできる人だっていたのに。

五十嵐 ひとつには、我々が参加できる期間が短かったからでしょう。メディカル・コーディネーターは長期ですよ。

今川 サケオでは、最後は一月交替でしたよ。

垣花 一時期、カオイダンではICRCの女性がやっていましたね。看護婦さんで、外交官の奥さんで、日本にはいない感じの人でした。息が長い活動をしているから、ものごとを広く見ることが出来るわけです。メディカル・コーディネーターは何も医師がやる必要はない。日本チームにも、最初からの事情を知っている人がずっといたら、

もつとうまくいったと思います。

● 難民医療と周辺の巡回診療の両面から

垣花 我々はカンボディア難民の医療にたずさわったわけだけれど、難民の発生する事情は一国だけの問題ではないですね。難民が逃げ込む隣の国にも事情があるし、巻き込まれるわけだし、カンボディア難民の医療と、垣根の外のタイ人の問題と、我々は二つの使命を負うわけです。

五十嵐 日本はまさにそれをやったんですね。

三樹 日本政府の両面作戦。これは非常にいいと思う。

垣花 私は、しょうがないという意味でいいと思いますけれど、反対の人もけっこういましたね。

三樹 行った人でも、なぜタイの難民を診るのかわからない人がいましたね。看護婦さんにも反対する人もいましたね。何しろ忙しかったし、カンボディア難民のために来たのであって、タイの人たちの治療をやる必要はないという。

垣花 ところが、タイの人たちの状況もさまざま

い。例えばサケオとかカオイダン周辺の農民の格好を見れば分かります。

五十嵐 非常に貧しいようですね。

三樹 サケオでは、難民が食料を盗みに外へ抜け出すわけです。タイの畑へ行くので、タイの農民は鉄砲をもって追いかける。ある時、撃ったのが、たまたまタイの子供の腹に当たってしまった。

どてっ腹と背中に穴があいて、すさまじい状態でした。何回も手術して、やせこけてしまっていたので、栄養をつけなければと、看護婦さんたちが卵や牛乳をやったり、自分の食物を持っていったりしたら、二週間くらいできれいに治ってしまっただ。いかに栄養状態が悪かったかですね。

垣花 タイの人たちは非常に誇り高いから、そうはいわないけれど、本当に貧困はすさまじい。農村の巡回診療に行つて、明日、センターにいらっしやいといつても、来られないと返事する。五〇円のバス代がないから、治療費がただでも行けないというんです。

今川 ホールディングセンターの食事はシチュー

と米ですが、シチューには卵や肉、魚の缶詰が一日に一回は必ず入るんです。缶詰など、周辺のタイの人は年に何回しか食べられない。軍隊に、何で難民だけいいものを食わせるのかと苦情がくる。田村 タイの人たちは難民に対して、とても腹を立てているんですよ。私たちが引き揚げる一日前にも、センターの鉄条網の外から手投げ弾が投げ込まれたことがある。幸い大事には至りませんでしたけれど、それぐらい怒っている。私も身をもって、周辺の人たちへの配慮が必要だとわかったんです。

今川 ICRCも国際協力事業団も、周辺のタイの医療水準を上回った医療行為は難民に対してしないでくれと、会合のたびに言ってましたね。

● 延べ四六九名参加の経験を明日に活かす

——日本チームの宿舎や食事はいかがでしたか。

三樹 非常にぜいたくだったと思います。

今川 ほかと比べるとぜいたくでしたね。

五十嵐 シャワーがあつたのは日本だけでしたね。

3 JMT の医療活動

今川 確かにぜいたくだけれど、いまの日本の若い人は、個室とあれぐらいの設備がないと、長期間耐えられないのではないだろうか。

三樹 それでは困る。医療にしても、生活、食事にしても、日本にいたときの状態をそのまま持っていくとするけど、それは根本的に違うと思いますね。

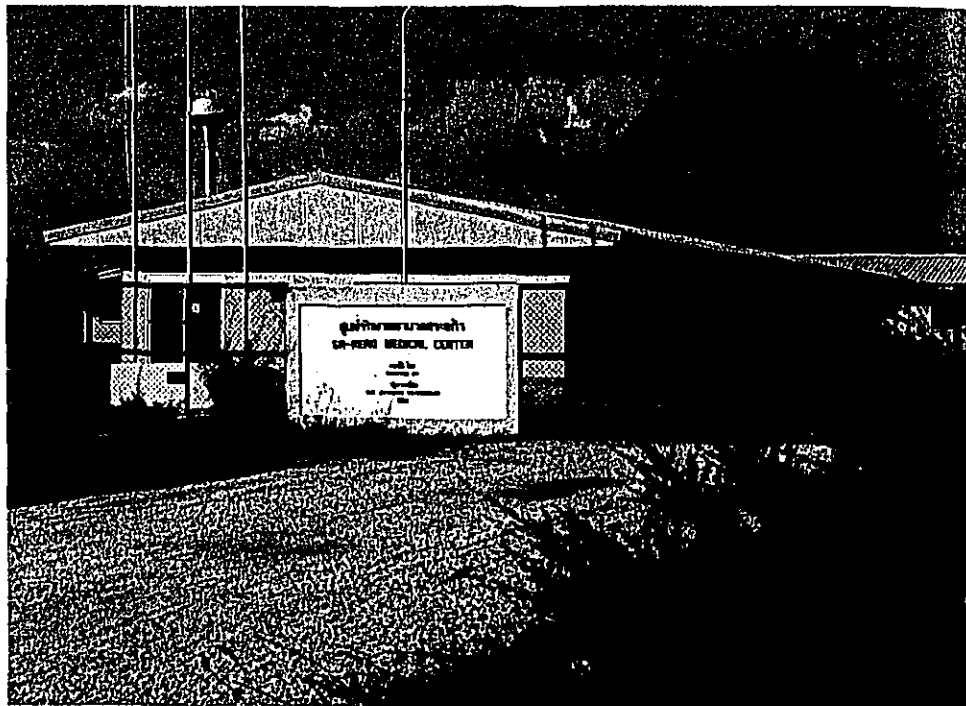
今川 最初は拝み倒して、ようやく人が集まったわけでしょう。やはりしやうがなかったですよ。

三樹 いろいろ反省点も問題もあるけど、日本として初めての経験だったわけで、こういう経験を何度も積んでいくしかないですね。四五〇名近くの医者と看護婦が参加した、その大きな経験を活かし、芽を伸ばしていく、だんだん良くなるのではないでしょうか。

垣花 ただ、将来もあることですからね。難民の場合だけでなく、天変地異が起こっても、人道的立場から誰かが行かなければならない。日本人は自発的に行く人が少ないから、そういうことを常に考えているセクション、大局的な見方をするセ

クションが必ずあるということが必要でしょうね。
三樹 日本はこれだけハイレベルの医療技術を持っているのだから、もっとそれを活かしていきたいですね。

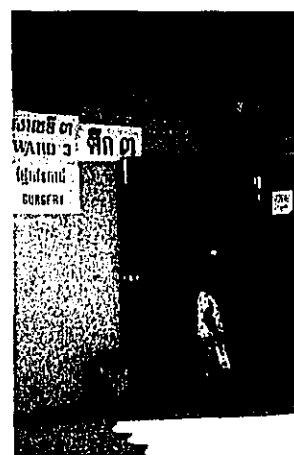
4 目で見える難民・救援活動



メディカルセンター(MC)。



カオイダン・ホールディングセンター。



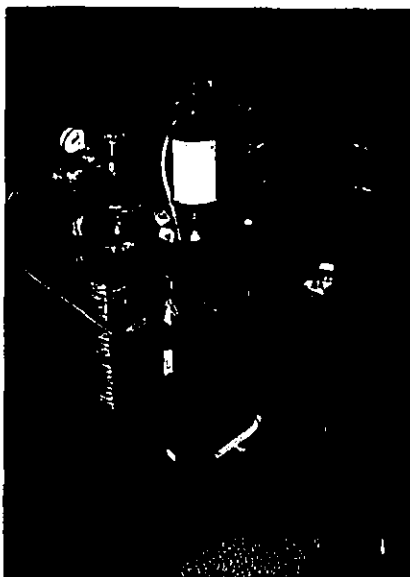
サケオNo.1 の日本病棟入口。



MC、病棟内手術室。



MC、ナース・ステーション内薬品棚。



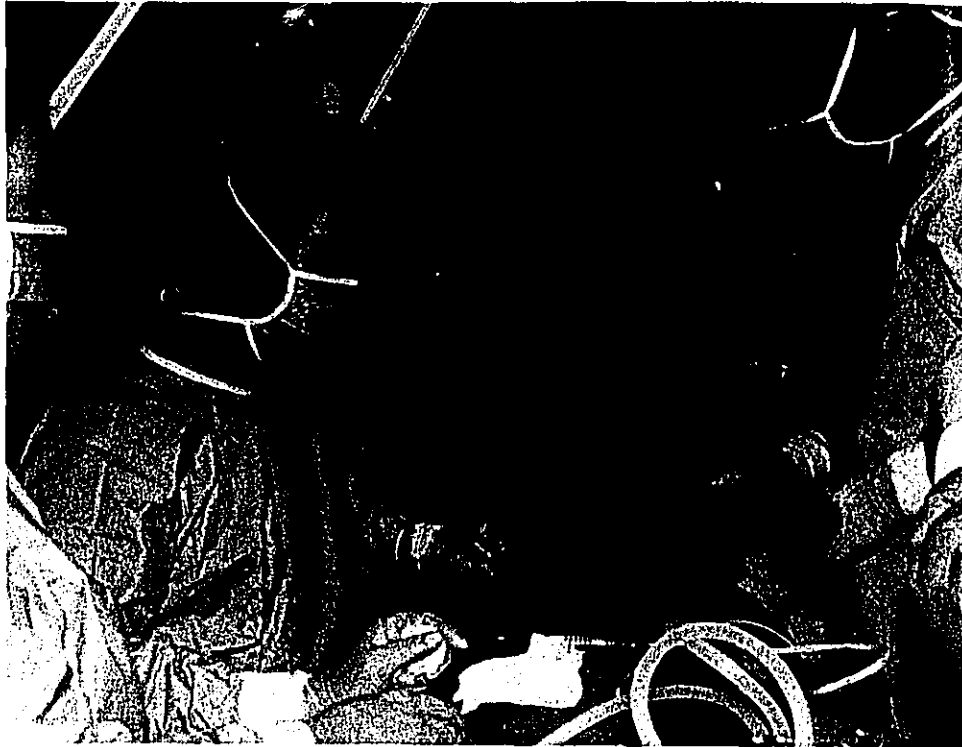
MC、手術室内麻酔器。



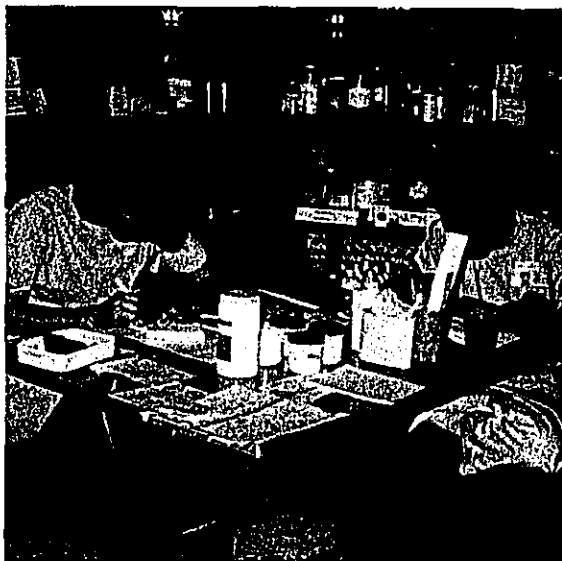
MCの実験室内測定器。



MCで、各国の医師たちとミーティング。



カオイダンでの手術風景。



サケオの日本病棟勤務室。



地雷で負傷した患者。



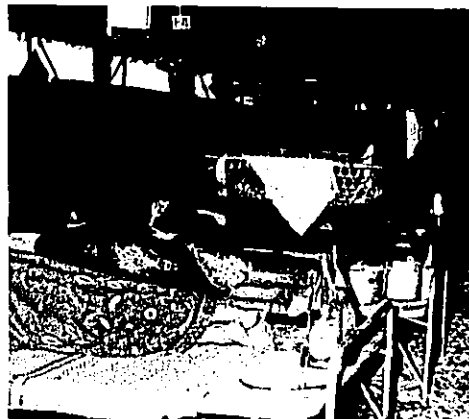
農村巡回診療。



カオイダンの日本病棟 (B地区第9病棟)。



サケオで、勤務の引きつぎ。



カオイダンの日本病棟内部 (B9)。



サケオ。建物はニッパヤシと竹でできている。



カオイダンの日本病棟内部(A地区新病棟)。



サケオ。手作りの担架で病人を運ぶ。



サケオの医療事務所と薬局。



ホールドイングセンター内の小学校。



カオイダンで機械修理を学ぶ難民(JVC)。



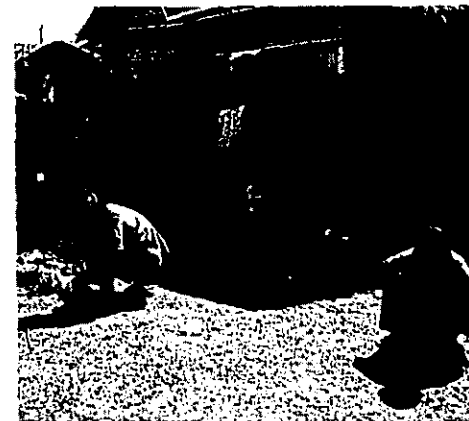
穀類をビンでたたいて粉にする。



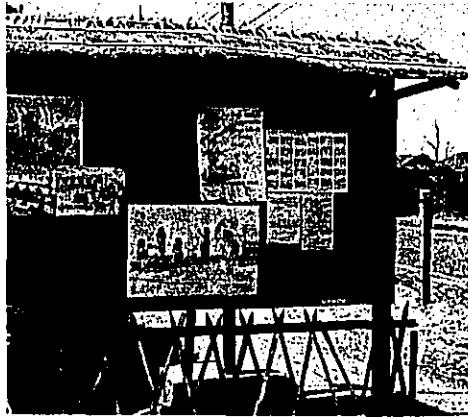
離ればなれになった家族の行方を探す難民たち。



洗濯物がいっぱい。



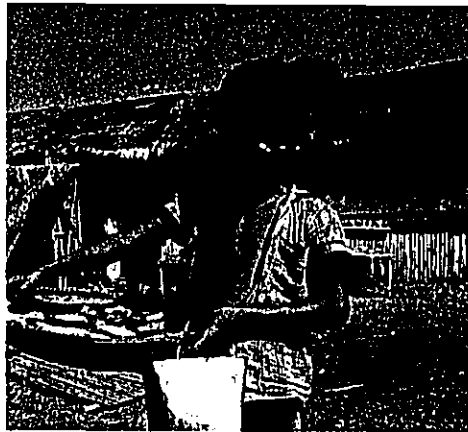
カオイダン。配給された野菜を分ける。



難民の子供たちが描いた絵が掲示板に。



ホールディングセンター内で、クメールダンスを楽しむ。



パンをたくさん持ってごきげん。



タイの年平均気温は28℃を超える。



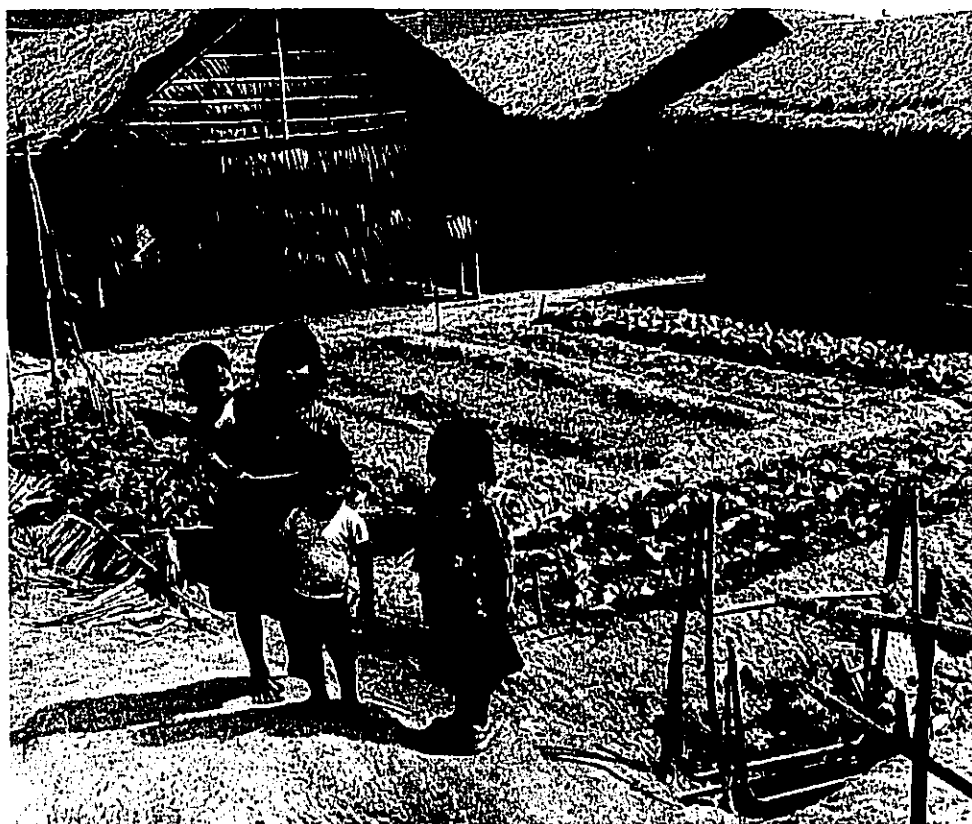
スクールで水浴びをする難民。サケオで。



石けんを使って水浴び。



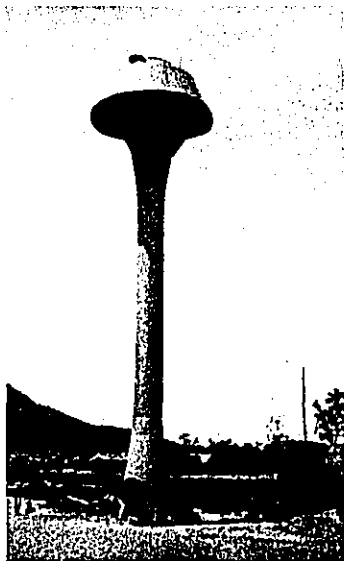
水を運ぶ少年。カオイダンで。



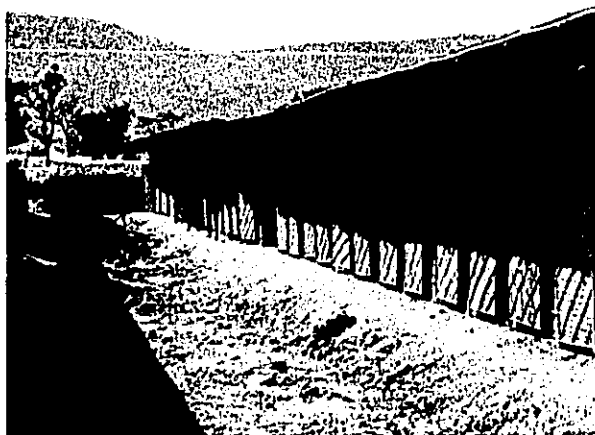
家庭菜園程度は許可されている。カオイダンで。



サケオNo.2 の外来病棟。



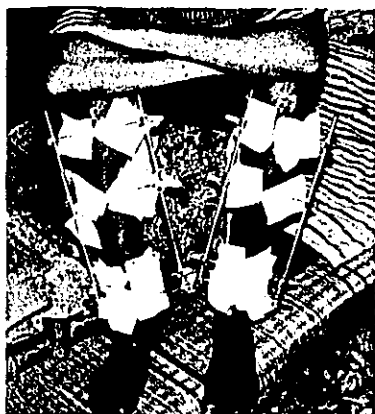
カオイダンの給水塔。



カオイダン、難民用のトイレ。



一日の勤務の後、MCでミーティング。



骨折した患者の治療。



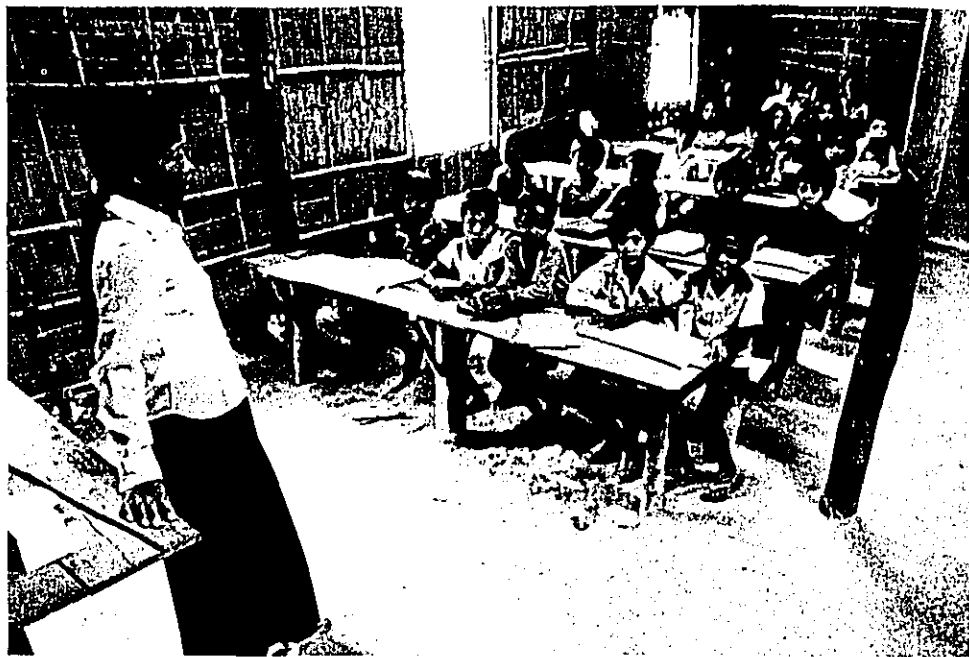
病人の食事。おかゆとスープ。



蒸し暑いので上半身裸で診察。



ホールディングセンターでの医療活動。



3000人以上の難民の子供たちがいるノンサメットで、1982年9月、学校が開かれた。



数千人の子供が国境を越える途中で家族を失ったが、カオイグンに来て友達ができた。



民族楽器を奏でる老人。



すべり台やブランコで遊ぶ子供たち。カオイダンで。



手づくりの衣装で、祖国の劇を演じるカオイダンの難民。



水浴。ノンマクムーンで。



井戸の近くで遊ぶ小供たち。



タバコを吸う少年。



仕事の合間に子供と遊ぶ。MCで。



炎天下で並んでもらったミルク。



磨飾った子供たち。ノンチャンで。



マラリヤの薬やビタミン剤などを分配する医師。



1979年11月。難民医療に駆けつけた米国の医師。



サケオの難民たち。



ノンマクムーンの難民キャンプ村。



国境付近の難民。牛車で移動する。



WFPの食糧配給所に集まる難民。ノンチャン。



食糧配給所へは国境のあちこちから牛車で集まる。



国境付近で。水槽から漏れる水で遊ぶ子供たち。



カオイダンのA病棟地区。



タイは雨が降ると道路が川のようになる。

5 医療活動の周辺

1 様々な活動

●ヘルパー教育

JMTカンボディア難民救済医療活動における一つの大きな任務は、クメール人ヘルパーの育成であった。クメール人自身の手で医療活動が行なえるように教育・指導し、彼らの自立を図ろうとするものであった。これはUNHCRの目標でもあったので、JMTが活動を開始する以前から、ICRCはじめ各国ボランティアチームの手で実践されていた。JMTが活動を開始した一九八〇年の初め頃は、緊急医療から平常医療への過渡期であり、ヘルパー教育をさらに強化しようとする時期であった。

ヘルパーは、難民の中から選ばれ、各医療チームに、必要に応じた人数が割り当てられる。一応、労働という形をとるので、各チームから、日当五〇バーツ前後（一バーツ＝一〇円）に見合う物品が支給されていた。

JMTも第一次チームから早速、ヘルパーの教育を開始するが、それには様々な困難が伴った。まず第一に、彼らは自国で十分な基礎教育を受けていない者が多かった。たとえば、サケオの第一次チームが調査したところによると、ヘルパーの学歴は、日本の小学校に当たる程度の者が最も多く、しかも、小学校一年～三年程度の教育しか受けていない者が半数以上なのである。したがって、自国語の読み書きさえできず、ましてや英語やフランス語の分る者はほとんどいなかった。

「ある看護婦は、ヘルバーに、患者の食事摂取量を調査させるに当たって、次のような工夫をした。まず、ノートに、月日と朝昼夕、患者番号を記入しておき全量摂取には○印、半量摂取は△印、摂取しないものは▽印を記入させた。ところが係のヘルバーが▽印を書けないのである。＼と／に分けて記入していることを知り、彼女は▽を一筆で書ける一に変えた。」（第一次、サケオ勤務、熊谷テツ子）

また、外来の診療に当たったヘルバーが患者の数を数えられないということもあり、ある医師は、「正」の字で数えることを教えたという。

ヘルバー教育は、サケオでもカオイゲンでも行なわれたが、実践を通しての教育はもとより、看護技術習得のためのカリキュラムを組んで、毎日午前と午後各三〇分ずつの講義と実地指導を実施した。その内容は、検温、注射、与薬、記録、予診、病歴聴取、ガーゼ交換、小切開、縫合処置などの指導、さらにABCからの英語教育、簡単な日本語の会話、簡単な人体の解剖と生理についての説明、主な疾病とその治療、医療のモラルにいたるまで、できる限りの教育であった。

ことに苦心したのは、彼らの衛生観念が日本人のそれと大幅に違っていることで、例えば患者の傷口にハエが群がっている、言われなければ、追ひ払おうともしないといった点であった。こういったことについては、第一次から一三次まで、どのチームが行った時も同様の感想を抱いている。また、ヘルバーの仕事内容は、投薬係、手術補助、入院患者の看護、病棟の清掃といったように細分化されていたが、自分の仕事以外には一切手を貸さないといった態度もみられ、文化・習慣の違いによるとはいえ日本人看護婦を、大いにイラ立たせるものであった。

しかし、三ヶ月の任期の間に、どのチームも、こういった点を改善するために相当の努力を払って、任期中に大変良い方向へ向くのである。ところが、次期チームが赴任した時はまた同様の指導を繰り返さなければならぬというのは、やはり民族性の違いとしか言いようがないのだろうか。



ヘルパーに講義をする JMT の医師

これには、しかし、別の理由もあった。

一九八〇年、一月三十一日、約三万五〇〇〇人いたサケオ・ホールディングセンターの難民のうち、中国系の難民三三三三人に、突然、移動命令が出されたのである。

これは、難民同士の政治的衝突を避けるために、タイ軍が指令したものであったが、これに伴って、日本病棟で働いていたヘルパーが、三分の一に減ってしまったのである。通訳のできる者がいなくなって、JMTのメンバーは大いに困惑し、同時に新しいヘルパーを一から教育しなければならなくなったのである。

こういったことは、カオイダンでも行なわれており、一九八〇年七月末から八月にかけて、カオイダンからマイルート・ホールディングセンターへ六〇〇〇人、カンブットへ二万四〇〇〇人が大移動した。これは、UNHCRの難民相互の政治的・人種的問題への配慮によるものだが、せっかく教育したヘルパーがいなくなるという問題を抱えていた。

さらに、クメール人の医療はクメール人の手で、というUNHCRや国際協力事業団の意志とは裏腹に、こういった技術を習得した者は、第三国へ定住する際の有利

な条件になるという事実が存在し、仕事を覚えるとタイから出国していくヘルパーも多かった。

このように、様々な問題を抱えたヘルパー教育ではあったが、彼らの存在は、難民医療を遂行する上で、大きな意味をもつものであった。

一九八〇年八月五日の毎日新聞では、「「はだしの医師」活躍」という見出しで、クメール人ヘルパーのことを取り上げている。

「彼らは英語を話せるため、第一キャンプ（サケオNo.1）にいたころから医師の通訳をしていたが、日本チームの鶴飼卓さん（四二）「関西労災病院」から診療方法の手ほどきを受けて、今では呼吸音の異常が聞き分けられるまでに成長、医師のアドバイスを受けながら問診やカルテの記入、投薬や注射などの日常診療活動を行なっている。

彼らはカンボジアにいたころは農業をしていた若者たちで、医学の知識はほとんどなかった。九人の一人、サムロット・チュさん（二五）は「いづれカンボジアに帰る日が来れば、故郷の農村で診療できるようトレーニングしたい」と語っている。」

●クラウンプリンス病院への協力

メディカルセンターは、日本政府がカンボディア難民への医療活動に役立てる目的で設立し、タイ政府に供与されたものだが、同時に、タイのクラウンプリンス病院の分院として位置付けられていた。

クラウンプリンス病院は、メディカルセンターから約一二キロ離れた所にある。当センターが完成するまでは、カンボディア難民を受け入れる最も充実した医療施設であった。病床数は六〇で、医師六名、看護婦九名がこのスタッフであるが、歯科医以外の医師は内科、外科、小児科といった専門に分化していない一般医であった。

分院としての役割は、難民に対する医療活動への協力とともに、クラウンプリンス病院のスタッフに対し技術指導を行なうことで果たされていた。方法としては、JMTの外科医がクラウンプリンス病院へ出向、あるいはクラウンプリンス病院の医師がメディカルセンターでの手術に助勢にくるといった形で、技術指導がなされた。

主な活動としては、八〇年四月からクラウンプリンス病院で消化器X線検査を実施、もちろん定期的診療活動、必要に応じて緊急の医療活動も行なっている。ことに、第三次の東大グループが始めた循環器の外來診療は後任の各チームも続行している。また、この活動においては、クラウンプリンス病院のスタッフに、次のような技術指導も行なっている。

① 准看護婦に対する心電図記録の処理方法。
② 心電計電極の装着方法。

③ 記録の整理方法（ハサミで切り台紙に貼る）。

④ 心雑音疾患の雑音の種類、聴き取り法。

⑤ 心疾患の理学的所見の取り方、薬物治療の実際と、その必要性。

こういった医療協力は、もちろん、タイ人のためになされたことである。したがって、クラウンプリンス病院からメディカルセンターへ、タイ人の患者が送られてきて、カンボディア難民とベッドを並べて入院するといったこともあったのである。

一九八一年以降、難民の医療事情が好転してくると、クラウンプリンス病院においては予防医学的な面から、乳幼児の身体測定を実施したこともあった。

●農村巡回診療

クラウンプリンス病院への協力の一環として、JMTはタイの農村部への巡回診療に参加した。これは、初期の頃は週一回、一九八一年以降は週二回ずつ実施された。

クラウンプリンス病院のスタッフに、JMTの医師・看護婦が各々一、二名ずつ加わっての診療である。巡回した地域はその都度異なっていたが、月に一回ずつ必ず行なったのは、クラウンプリンス病院から約二〇キロ北方のクロンボンという所であった。ここは人口約六〇〇〇、タイ軍の予備兵が滞留している地である。

診療の場所としては、小学校、寺院、地方の保健センターなどが利用され、ベッド代わりに学校の机を並べたり、寺院の床がそのまま診療台に変わったりした。

どこへ行っても、汗と泥にまみれたはだしのままの農民たちが集まってくる。人数は四、五〇人の時から二〇〇人近くにのぼることもあった。これらの人たちを、四時間ぐらいで診察するのであるが、日本の医師が一人で六〇人ぐらい診る間に、タイの医師はその三、四倍の人数をこなしてしまうのが普通だったという。

この場における治療としては、制酸剤、鎮痛剤、鎮痛解熱剤、抗生物質などを、二日分投与する程度で、その後の経過など知る術もなかった。

第四次チームの塩原保彦氏（昭和大学）はこの農村巡回診療についての感想を次のように述べている。ちなみにこのチームの時、クラウンプリンス病院との協力で巡回に出かけたり、あるいはクラウンプリンス病院からの指示を受け、日本チーム単独の巡回がそれぞれ、八回ずつあったという。

「ある時、大雨のあとで橋が流失していたので道を変えたところ、今度は診療トラックが泥沼に入り込んでしまい、その日の巡回を中止せざるを得なかったり、ちょうど村祭の真っ最中で空振りしたり、

ということもあった。

総じて疾患は、日本の農村と大差ないが、マラリアが時々みられ、貧血、腹痛の患者の中には寄生虫が原因と思われる者もあったが、一回のみの診察だけでは、その証明は困難であった。心臓病、腎臓病、黄疸、精神病等もあり、結核を疑わせる者も何人かいた。クラウンプリンス病院で特殊外来を行っていた関係もあり、心臓病が発見されると、私の外来を受診するように説得、そのときは本人も了解するものの、誰一人として来院した者はなかった。その他の疾患に関しても同じで、検査、入院を要する患者もいたが、その後実際に病院を訪れたという話は聞いていない。まったく一回だけの診察で終ってしまい、よほど悪くならない限り、病院へは行かないのである。タイ農民は食糧にも乏しく、病院に行く費用を捻出するのは大変なのである。またわれわれでさえ、トラックやランドクルーザーで片道一時間から二時間、荒れた道を揺られて目的地に着くまでに、かなり疲労してしまふ。そのような道を乗合バスを利用して、病院に行くこと自体、病人にとっては無理なのかもしれない。カンボディア難民を受け入れているタイ国の負担、難民キャンプ周辺農民の犠牲も大きい。タイ国への経済援助、農村医療援助も重要なことであるが、継続診療のできない現状での医療援助は極端な言い方をすれば、薬のバラマキ医療にしかない。真剣に医療援助を考えるならば、やはり長期的な計画のもとに行なわれなければならない意味がなくなってしまう。」

当時のタイ国の医療レベルを考えると、巡回診療を受けに来る者たちはまだよいほうであった。貧困で衛生思想も持ちようのない農民たちには、診察して投薬するより、まず十分な給水施設を整えることと、栄養および衛生観念を浸透させることが第一義であることを、JMTメンバーは痛感していた。

2 JMTメンバーの生活

● 宿舎

メデイカルセンターの敷地内には、日本医療チームの宿舎も建てられた。一九八〇年三月、センターが完成すると、それまでの民家を借りた宿舎からいち早く移り住み、以後ここは派遣終了時まで、一貫して日本チームの生活拠点でもあった。

辺境の地、加えて気候風土の異なる国での医療活動と生活を少しでも快適にしたいとは、派遣する者、される者の共通した願いであった。

宿舎の完成した頃は、医師は個室、看護婦は一室に二人ずつ住むことになった。室内にはベッド、机、椅子、ロッカー、それにルームクローザーが備えつけられていた。

「JMTと同じように政府派遣でタイ入りしていたイタリアチームと比べてみても、比較にならないくらい日本チームの住居条件はいい。悪条件のなかで暮らしているのは何もイタリアチームだけではない。ICCRCをはじめ、ボランティアグループ（民間ベース）も、決していい条件とはいえない。住居条件に限ってみても、難民医療に対する日本政府の意気込みが感じられるようだ」という団員の感想もあった。

宿舎は完成の翌年、一九八一年七月には増築された。個室も三八室へと拡張し、医師、看護婦ともに一人一室が割り当てられるようになった。JMTメンバーの感想は、「広さ、備えつけの家具、遊び道具な

ど、まずまずこれぐらいでいい。いちばん困るのは、停電の多いこと（自家発電装置はあるが許容量いっぱい）「全く快適。唯一の難点は全員が集まって利用できる娯楽室がないことだ」といったところ。居住施設はだいたい次のように整っていた。

個室……ベッド、机、椅子、ロッカー、ルームクーラー

食堂……冷蔵庫二台（共用、個人用）、トースター、ポット、ラジカセ、テレビ（ビデオ付き）、応接セット、クーラー、扇風機など

浴室……温水シャワー（四人用だが、一度に使用すると水になることがある。二四時間使用可能）

洗濯室……洗濯機（二台）、洗濯用ボリたらい

物干場……洗濯室の隣に囲いで区分され、ビニール紐が張ってある

談話室……応接セット、冷蔵庫、図書（漫画本もある）、週刊誌、新聞（三紙）

トイレ……洋式

テニスコート一面、休憩室

ところで、メディカルセンターに宿舎が完成したのは、一九八〇年三月一〇日であった。そのため、第一次チームはほとんどの宿舎を利用していない。それまでの宿舎事情について、ボランティアグループ（第一次）の団長田村久弥氏は、「先発の竹森調整員がサケオの街に借り上げてくれた倉庫の二階にとりあえず入った。コンクリート造りのため昼間の余熱で、夜間寝るのに暑苦しくて困った」と述べている。

JMTは当時、サケオ市内に三軒の民家を借りていた。二軒は木造二階建て、もう一軒はコンクリートの三階建てで、田村団長の談話にある建物である。さらにこのコンクリート建ての一階は薬品などを収納する倉庫、二階は半分を事務所として使用していた。メディカルセンターの整備された宿舎にはほど遠いものであった。

その後田村団長のグループは、完成間もないメディカルセンターの宿舎に移り住み、わずかの期間ながら、その恩恵に浴した。

●食事

バンコク市内には、酒類やチョコレートなどの飲食物をはじめとして、数多くの日本製品を売っているデパートがあった。任地に赴く前、JMTのスタッフたちはここで生活用品などを調達していた。しかし、バンコク市内を歩けるのは三か月の任期のうち、せいぜい一日ぐらいであったから、日用品の調達はあらかじめサケオ市内で行なわれた。メディカルセンターからいけば近い街であるサケオ市内には衣料品、自転車、電気製品、生活用品などを売る店もあって、それほど不自由はしなかった。日本食の入手は、サケオ市でも豆腐程度なら可能であったが、それ以外はバンコクまで行かないと不可能であった。バンコクにはホテルやレストランなどもあって、タイ料理以外に中華料理も食べられた。ただ、これらを利用するのは、各国チームとの打ち合わせやパーティなど、特別の場合に限られていた。

団員たちの中には日本から梅干し、漬物、パック入りのお茶などを持参した例もあったが、もっぱらサケオ市内で好みのものを調達していたようだ。そのためにメディカルセンターには個人用の冷蔵庫が備えつけてあった。

しかし治安上、外出にいろいろな制限があったので、食事はメディカルセンター内の食堂に頼らざるを得なかった。メディカルセンターではタイ人のコックを雇い、タイ料理はもちろんのこと、日本食なども取り入れて、変化のある食事が供された。インスタントだが、味噌汁も飲めたとし、食後にはバナナ、パイナップルなどの果物も出されていた。

これらの食費は一月で二〇〇〇ないし二五〇〇バーツであった。ちなみにタイの農民の一月分の収



メディカルセンターでの食事風景

入はせいぜい七〇〇〜八〇〇バーツで、都市に住むサラリーマンの給与でさえ、一八〇〇〜二〇〇〇バーツぐらいがふつうであった。

食事は朝が五時半、昼が一二時、夕食が一八時頃から用意されていた。また、カオイダン勤務者には昼食の弁当が作られた。

このような食事情について、

「ほぼ満足。ただ脂っこいものが多い」

「偏食が多いので、鳥肉料理の多いことは参った。しかし、味覚に関しては文句なし！ また、これほど日本食が食べられるとは——」

「余りに日本食にこだわりすぎる。高い食費の割には栄養価は劣悪である。特に朝食（三か月間卵とパンのみ）、昼食（ソーメン、インスタントラーメン、焼飯の繰り返し）と劣悪そのものである。これらはタイ料理人に日本食を強調しすぎたためではないか。タイ料理をうまくアレンジすれば、うまくて安く栄養の面でも十分な食事が可能」

など、なかなか手厳しい意見も聞かれた。だが、おいしかったという声や、タイ国で日本食が食べられたことへ

の感謝の声もかなりあった。それに、ときにはバーベキューパーティなど、メディカルセンターで催して生活全体にも色彩が添えられた。また、あるチームの時には団員のバスディナーを開いたりしたが、そんなときにはまた特別の料理が作られることもあった。

熱帯地方の国であったから、メディカルセンターには、コーヒー、紅茶、ジュース、コーラなどが備えられ自由に飲むことができ、飲料水としてミネラルウォーターが用意され、ビール（大ビン三〇バツ、小ビン一七バツ）も売られていた。

●通勤

JMTの宿舎はメディカルセンターに併設されたものが唯一であったので、メンバーはここから、サケオとカオイダンのホールディングセンター、およびクラウンプリンス病院へ「通勤」していた。

サケオ・ホールディングセンターやクラウンプリンス病院は、近距離にあったので、通勤にそれほど時間を要さなかった。それでもサケオへ行く場合、医師と看護婦各一〜三人が、朝七時四五分には車でメディカルセンターを出発、一五分後には到着して、朝の回診と外来診療の受け付けをすませる。そして、昼食はメディカルセンターに戻って摂り、午後一時五〇分に再びホールディングセンターに向かい、五時三〇分頃、メディカルセンターに帰ってくる。これが日中の勤務で、夜間には看護婦一名が常駐し、医師の場合、月三〜四回の病棟全体の宿直があった。

大変だったのは、片道九〇キロ、一時間半から二時間を要したカオイダンへの通勤であった。この途中には、四か所の検問所があったが、JMTの車はスムーズに通してくれた。

通勤にはマイクロバスを用いていたが、長時間の乗車は肉体的に大変な疲労であった。幹線道路は簡易舗装であったため、かなりの振動があったのである。

また、道路の往来は、早朝は比較的すいているが、それ以外はかなり交通量がある。物資を輸送する車や、バス代わりに人を運ぶトラックが多かった。一般的にタイ人のドライバーは日本人に比べてマナーが悪い。この往来の激しいところを、時速八〇〜一〇〇キロの猛烈な勢いで突っ走る。メディカルセンターに、交通事故患者が頻繁に運び込まれてきたのも無理からぬ話であった。

この点、メディカルセンター勤務のドライバー（タイ人）は、調整員から徹底した安全教育を施され、制限時速は最高八〇キロを守れることを義務づけられていたので、安全運転に徹していた。助手席に坐った医師からニラまれてもいたのである。

スタッフは朝七時二〇分にメディカルセンターを出発し、九時頃カオイダンに着く。九時から一六時までの日勤を終えると、夜勤の者に引き継ぎをし、メディカルセンターに帰り着くのは一八時過ぎであった。夜勤の者はメディカルセンターを午後二時に出発し、一六時から翌朝九時まで一七時間の勤務をこなす。メディカルセンターには、午前一一時頃に戻ってきていた。

ときには、一部の医師はカオイダンの専任にならざるを得ない場合もあり、ホールディングセンター内の学校の教室を借りて仮宿していたこともあった。

この通勤について、メンバーは次のように語っている。

「途中の交通事故の危険性もさることながら、決していいとはいえない舗装道路面からの振動は、かなりの疲労原因だ」

「非常に遠い。しかし、ドライブを楽しんでいると思えば、気分転換になる。勤務を終えての帰りに車窓から眺める夕陽は、また格別だ」

「通勤時間が長い。しかし、昼寝をしたり、考えごとをしたり、通勤による疲労は少なく、楽しみでさえあった」

また、次のような声も聞かれた。

「カオイダンに近い場所、たとえばアランヤプラテートに、カオイダン通勤者のための宿舎を設ける（あるいは、他の外国チームと同様に民家を借りる）」

「ICRCのワッタナコーンにある宿舎を借用する」

「メディカルセンターからよいが、車を寝台バスにする」

なかなかの妙案ではあるが、過保護すぎるとか、国境に近いところに宿舎を設けることは安全面から不可能ということで、これらの意見は実現されなかった。

●健康と余暇

気候風土の違うタイの生活では、誰でもがマラリアなど熱帯特有の病気に注意を払っていた。ところが、ホールディングセンターでは時々、コレラ、ペスト、赤痢の患者が見られたものの、スタッフへの感染はなかった。ただ、サケオ周辺は肝炎の汚染地区に指定されていて、スタッフも六名罹患したが、幸いそれほど大事にはいたらなかった。その他、日常的なものとしては下痢、風邪などがあったが、食中毒の例は少なかった。過酷な条件の割には、肉体面での健康は問題が少なかったといえよう。しかし、精神面の健康については、簡単な解決策もなく、多くのスタッフが抑鬱気分などを体験している。

第四次チームの連江郁夫医師（精神神経科）は、JMTの精神面での健康について、次のように分析をしている。

「多くの人が着任後一か月ぐらいで抑鬱気分に見われている。原因は①職場の環境（暑さ、不潔さなど）の問題、②異文化の人を相手にすることからくる難民に対する心理的な陰性の反応、③言葉が自由にならず、他チームなどとの接触がうまく行かずに仕事場面でのストレスの蓄積、④センター内の閉鎖性、などが考

えられる。そして多くの人が精神的に不安定になり、人間関係で緊張してしまった時期を経験している。」
 実際、どのチームでも、三か月の任期のうち、着任後から一か月の間に、精神の緊張期を迎え、それを境に好転しているようだった。

一つには環境への順応も考えられるが、この精神面の健康は調整員たちが頭を悩ませた問題でもあり、いろいろな催しなどを計画し、仕事以外の精神的な充足に尽した。たとえばバタビーチ（タイでは海水浴場として有名）への旅行、ICRCの人々も招いた大運動会やテニスコートでのひとときなど、各種のレクリエーションの実施が緊張緩和に功を奏したといえよう。なかには、派遣の目的は難民医療なのだから余暇など不必要、不謹慎という声もあった。

しかし、このようなレクリエーションが、スタッフの精神状態の好転に力を貸していたのも事実である。

●安全対策

戦乱の国境に近いサケオは治安のよくないところ——JMTメンバーは出発前のオリエンテーションで、そう聞かされていた。また、現地で調整員にも念を押されていた。

そして、JVCボランティアの西崎氏が国境の街で強盗に殺された事件を通して、JMTメンバーの安全対策の重要性を痛感させられた。

「本事件がJVCはもちろんのこと、われわれ日本チームを含む現地の難民対策関係者に一大ショックを与えたことは言うまでもないが、このような環境の下での邦人活動の安全に関して再検討する必要があることを痛感させられる事件であった。」（第六次チームの森正樹団長）

かねてよりタイ国での生活のただならぬことを説いていた森団長の頃の中には、さまざまな思いが去来していた。事件からおよそ一カ月後、「業務報告書」の中で、森団長はこの件に言及している。

危険を避けるためには最大限の対策を講じる必要があるとして、

○夜間の外出禁止（とくに徒歩は危険）

○大金は決して持ち歩かない（人前で札びらを切ったり、また金を持っているところを見られない）

○カメラなど高価なものを買ったり、見せびらかしたりしない

○物品を取られそうになったら、絶対に抵抗しない（犯人の顔は見ないようにする）

いずれも実施不可能なことではない。日本にいるときには考えられないことだが、カンボディアの戦乱の余波を受けているサケオなどでは心しなければならぬことだ。

「以上のルールを守っているかぎり、いちおう安全だが、守らなかったら極めて危険だと思え」と森田長は言っている。

危険を避けるためには、まず自らが可能な対策を行なうことが大切なのである。

ジス・イズ・タイ——JMTの間に流行した言葉であるが、タイの風習やタイ人の考え方、行動についても十分な認識を持って、悪い場面に彼らを誘導しないことである。

ところでメディカルセンターは、JMTの活動の拠点であるばかりでなく、宿舎も併設されていたので、その安全、治安については、日本政府もタイ政府もかなりの気配りをしていた。

メディカルセンターを取り巻くフェンスには「しのび返し」がつけられて、外部からの不法侵入を防ぐように作られていた。入口には、日中はガードマンが一人、夜間はタイ政府の派遣するタイ軍の兵士が二人いて、メディカルセンターを守った。また、三頭の犬が放たれて、侵入者を防ぐように仕込まれていた。それに、初期の頃に備え付けが望まれていた無線装置も完備し、在バンコクの日本大使館——メディカルセンター——カオイダ間の交信を可能にしていた。通勤用のマイクロバス（四台）やランドクルーザー（四台）にも、新たに短距離無線器が装着され、万一の場合に備えていた。

また、夜間は七時ないし七時半以降は外出を禁止し、サケオ市内への買物にも、買物バスと称して、毎日午後、一定の時間に行なっていた。状況が時々刻々と変化するなかでの勤務・生活であったので、安全の確保はなんとしても欠かせなかったのである。

●調整員

JMTのスタッフは各次、だいたい三〇人前後で構成されていた。その内訳は、医師、看護婦、技師、それに調整員たちである。

調整員は、メディカルセンターの運営、チームの活動の調整などを主な業務とし、通常は主任を含む、四、五名の構成だった。

仕事の詳細は、JMTの生活全般にわたる世話、業務の調整、環境づくり、娯楽や外国語講座の企画、日常使う物資の調達、メディカルセンター内外の治安、安全管理、患者の受け付け、訪問客や視察チームなどの接待や出迎え、事務所の管理、バンコク市内への出張など、と多岐にわたる。さらに、医療スタッフ間の意見調整、悩みごとの相談、タイ軍、UNHCRなどとの交渉なども彼らの仕事である。

これらを四、五名の調整員が分担して遂行するのであるから、ひと口に調整業務とはいっても、苦勞の多い職務である。しかし、医師や看護婦などが医療業務を円滑にすすめるためには、調整員は必要不可欠の存在であった。

一九八一年二月当時の調整員の具体的業務は、次のとおりである。調整員がメディカルセンターの運営とチーム活動の遂行に、深く関わっている様子が理解できるだろう。

〔主任調整員〕

一般会計の運営と帳簿管理、国際協力事業団バンコク事務所との連絡、メディカルセンター全体の統括、

それに調整員業務の全体を統括。

〔A調整員〕

スタッフ用の食事管理とその会計、コックやメイドの労務管理、メディカルセンターの施設・機材・無線などの補修、保全。

〔B調整員〕

配車、車輛管理とドライバーの労務管理、バンコク市内からの資機材を購入するための事務、スタッフの旅行案内とその事務手続き。

〔C調整員〕

サケオ・ホールディングセンターでの問題を全般的に統括および事務折衝、通訳の労務管理。

〔D調整員〕

国境方面地区とカオイダン・ホールディングセンターでの問題を全般的に統括および事務折衝、タスクフォース80との交渉、事務書類と資料の整理。

わが国には、これまで難民医療の経験がなかっただけに、他の医療メンバー同様、調整員たちも、手探りで、彼らの業務を遂行せざるを得なかった。

問題点としては、医療調整員（メディカル・コーディネーター）の派遣がなかったことがあげられよう。難民医療活動のような場合、刻々と変化していく状況のなかで、現場に長期滞在し、医療面の情報や実績を的確に把握できるメディカル・コーディネーターの存在は大きい。医療活動をいつそうスムーズにするために、今後メディカル・コーディネーターを育成し、時機に応じて派遣できるような体制をとることが課題であろう。

座談会②——カンボディア難民救援医療に参加して

同じアジアに住みながら

●出席者（派遣順）

島田 淳子（元ホパール合同ミッション病院看護婦）

榎本美代子（済生会八幡病院看護婦長）

小坂美智代（小幡厚生病院看護婦長）

内田 静子（関西医科大学付属明山病院看護婦長）

杉山 淳子（国立病院医療センター助産婦）

島田 淳子
第2次



榎本美代子
第6次



小坂美智代
第8次



内田 静子
第11次



杉山 淳子
第12次



●「どうして母さんが行くの」

——まず、参加されたきっかけとか動機などから話していただきたいと思います。

島田 私はまるっきり三食昼寝つきの主婦だったので、新聞でカオイダンから日本の第一次チームが引き揚げたというニュースを見て、私なら引き揚げない、ぜひ行きたいと思ひまして。

榎本 私の勤めている病院の院長が団長として参加することになったからです。暑いところへ行くというので、たいへんだと思ったのですが、まあ、若い人たちのまとめ役ということで参加しました。小坂 私は横浜や東京の空襲を経験してまして、逃げまわったりしたものですから、ぜひ行きたいと考えていました。当時中学生だった子どもが、どうして母さんが行くのって、ごねたのですが、自分なりの意見を話すと、ようやく納得してくれました。

内田 大学から依頼されて参加しました。私はまえにやはり医療協力で、ネパールに二年おりました。

たから、どこでも生活できる、という自信がありました。こんなチャンスでもないと思ひませんし。杉山 私は榎本さんと同じように病院からの依頼で。二次チームでしたから、八二年六月から九月まで滞在しました。行くと同時に三人が肝炎にかかり、私もそのひとりです。

——それでは、現地の状況とか、あるいはどんな苦心をされたかなどのお話を。

島田 私たちのばあいは、サケオにメディカルセンターができたばかりの頃ですから、まわりは物騒で外出できず、メディカルセンターとホールディングセンターを往復するのみでした。サケオでは、私たちのすぐまえが、イギリス人のチームで内科や産婦人科をやり、隣が宗教関係の病棟、少し離れてフランス人のチームといった具合でした。私たちの病棟には冷蔵庫があり、血清などを預かっていたりしましたから、そこで話をしましたが、やはり言葉がうまく通じないということが一番の問題でしたね。

サケオでの担当は最初は内科系統だったのです

が、フランスチームが引き揚げてからは、外科を引き受け、切ったはったのというドンチャン騒ぎになりました。ドンチャン騒ぎという言葉は悪いのですが、機材が足りなくて苦労しながらやったということです。同時に私たちは、メディカルセンターがオープンしたばかりでしたから、荷物の整理も主な仕事だったんです。

榎本 私は第六次チームで、八一年の三月～五月まで参加したんですが、三か月の間に少し外国の人たちとも交流は生まれてましたね。クラウンプリンスの人たちと一緒に、週一回農村の巡回診療にも交代で参加しました。

小坂 私は第八次で、八一年の八月～一〇月まで参加したんですが、サケオとカオイダンと、メディカルセンターと巡回診療の四つにグループを分けて、それぞれ順番で担当したんです。サケオNo.2では、アメリカ人のチームが産婦人科をやっていて、手が足りない時など応援にゆき、コーヒーをごちそうになりながら、単語をならべて片ことの会話なんか交しました。

内田 必要なことは、何とか通じるものですね。

●病気との闘い、時間との闘い

——ここは日本ではないという印象をどんなことから受けましたか。

内田 見慣れない病気といえば、マラリアはやはり、すごかったですね。

島田 日本ではまず見かけられないですね。そういう病気ではデング熱ですが、これを見たことがないという先生がいました。上智大から来られたボランティアの人がデング熱にかかりました。典型的な脳性マラリアと診断された患者が、ビタミンB不足の日射病だったってこともありました。ビタミンBを投薬したらたちまちなおりましたね。小坂 あまり見かけない病気が多いものですから、診断の時気負ってしまうんでしょうか。日本でも都市の医師は、農村地帯で見られるつつが虫病なんか、見たことがないですよ。

杉山 一番ひどいと思ったのは、医療を受けにくるまでの時間があまりに長すぎる、ということ

でした。単なる化膿だったものが広範囲にわたってしまおうか。たとえば銃で撃たれたり、地雷をふんづけたといった患者も、日本ではゴールデンタイムというんですが、傷を受けてから何時間後までに手当てすれば感染に対処できるんです。ところがそれが遅いうえに、ホールディングセンターの病棟に収容するのに許可がいるから、時間がかかるんです。

島田 まずホールディングセンターに入れ、許可はあとで、とすればよかったのですね。

杉山 それがだめだったんです。許可をとるあいだに患部はどんどん悪化してしまうんです。

島田 なにしろ緊急の事態というのに、メディカル・コーディネーターと、日本側の代表、それにタイのクラウンプリンス病院およびタイ軍の四者のサインが必要だったんですから。

杉山 またホールディングセンターは夕方五時に門を閉じると明朝まであきませんから、夜中は待たなければならぬ。あれがもっと簡単にできたら、もっと多くの人が助かったんじゃないで

しょうか。ああ、難民医療に来ているんだな、と実感がありましたけど。

榎本 私たちの時は、お産する人と家族は夜間でも出入りはできましたね。メディカルセンターから無線で救急車で迎えに来てもらって連れていきました。産婦人科の先生がいらっしやらないので、外科の先生が診られたりしました。主に帝王切開の手術の時です。

島田 やはりあいったところでは、よろず屋でなければだめですね。看護婦にしても、手術室勤務しかできないなどというのはだめで、緊急の際は何でも要求されますからね。

●緊急時には献血をしながら

——機材や薬品は十分でしたか。

榎本 やはり不足がちで、自分たちで工夫しました。注射液の入ったプラスチックのボトル、あれはとても重宝しましたね。あのなかに砂をつめて、骨折の牽引に使ったり。

小坂 水枕にしたり、切って尿器に使ったり、万

能でしたね。

榎本 ああいうのは日本での日常的な医療の世界では思いもつかないものですね。

内田 脳外科の手術後、患者が暴れるでしょう。調整員の人に布を買ってきてもらって抑制帯を作ってなんとかしのぎました。ヘルパーが、頭の手術をして助かったのは初めてだと言っていました。

島田 ともかく暑かったでしょう。先生がたは上半身裸でしたね。そのうえ水がなくて困りました。だから手術の時の手洗い用の蒸留水造りはたいへんな仕事でしたよ。

内田 調整員は血液の手配もたいへんでしたね。輸血用の血液を集めるのが。メデイカルセンターで手術するばあい、サケオ・ホールディングセンターのクメール人のなかから採血するんですが。

島田 だから私たちの時は、ヘルパーや私たち全員の血液型を書き出しておきました。緊急の時のために。

献血者には砂糖一キロ、缶詰三個とか出しましたでしょう。

内田・榎本 私たちはしなかったと思います。

島田 そうですか。一般人よりヘルパーの血液を頼りにしていたんですが、採血をいやがりましたね。調整員の人が私たちに、あなたがたは献血しないでください。大切なからだですから、よく言っていましたけど、どたん場になるとやはり献血せざるを得なかったんです。

杉山 タイ人にはタイ人から、カンボディア人にはカンボディア人から献血するという決まりでしたね。それでタイ人に対しては軍隊の人たちが協力的でした。

●タイの医療かカンボディアの医療か

内田 メデイカルセンターの入院患者は半分以上がタイ人でしたね。

小坂 最初、タイ人の医療に來たのか、難民医療に來たのか分からないという気もしました。

島田 もともとタイ農民の土地にホールディングセンターを作ったわけですから。

小坂 それにタイの農村部をまわると、ホールデ



インクセンターのほうがまだまし、というくらい悲惨なところも見受けられましたね。こんなにたいへんな国タイが、難民を引き受けているということはたいへんなことなんだな、と思いました。杉山 隣のクラウンプリンス病院では有料でしたが、メディカルセンターでは緊急といえれば無料でしたからね、タイ人では身なりのしつかりした人なども来てましたね。最初は来た人すべて診ていたので、たいへんな数になってしまっ、その後、調整員の人、あなたはクラウンプリンスへ、という具合にふりわけていました。

榎本 そうですか、私たちの時はメディカルセンターは難民中心で、クラウンプリンスからどうしても、といわれた患者だけ診ていたんですよ。

内田 私たちもタイ人の交通事故のエマージェンシーというばあいだけを受け入れてましたね。

●信頼関係がなければ、手術ができない

——日本人を看護するのと違うな、という感じはありましたか。

小坂 メディカルセンターで見ていると、カンボディア人たちはタイ人を怖がるんです。ヘルバーもタイ人の患者のところへは行きたがらないんです。でもそれ以上に、元ボル・ポット派の人間が来ていると、ヘルバーは行くのをいやがりますね。そういうのを見ると、戦争の犠牲者だという実感がわきましたね。

島田 でも、メディカルセンターで治療を受けて、ホールディングセンターに帰ってきた患者たちは、ホールディングセンターの食事が良くない、布団が悪い、看護婦さんが不親切だとか、いろいろわがまを言うようになるんですね。

小坂 ふだんの生活と違ったような文化的なところをかじってしまうと、ホールディングセンターに帰った時不満が出てしまうんですね。でも、メディカルセンターにはクーラーがありましたけど、暑いところで暮してる患者さんとかえって寒がりますね。自然の風がいいと言って。

島田 そうね。自分で顔を洗ったり歯をみがいていたのを、やってくれと言うようになったり、ヘ

ルバーの言うこと聞かなくなるんですよ。

それからカンボディア人の患者たちは、いわゆるカンボディア独特の伝統的で素朴な医療行為に頼っていますから、手術をいやがりますね。ベニスクレブス（癌）の人がいて、これを手術された先生のお話なんです。患者と医者のおいだに信頼関係が成立しないと手術ができないらしいのです。私たちは短い滞在ですから、患者を納得させるまでにはゆきません。

内田 そうですね。おなかが痛くても、素朴な医療行為に頼ってますから、実際に診察する時には腹膜炎でどうしようもなくなっていたりもします。ヘルバーの人でもそうです。地雷削で時間がたちすぎた傷にはウジがいっぱい湧いていましたね。

島田 いまだに祈禱が中心なんですね。

小坂 痛みでしたら、レンガを熱くしてそれを布で巻いて、患部に押しつけたたり。皮膚に傷をつける習慣もあったようです。傷をつける役の人を決まっけていて、コインなんかで背中とか胸につけるんです。

内田 痛みをがまんするために、ほかのところを傷つけているんじゃないか。

榎本 ホールディングセンターのなかに、そういった土俗的な医療をする場所が、竹で作ってありましたね。薬草なども使うようです。

内田 病院が閑散としていても、そこは黒山の人だかりだったりするんですね。

島田 ネバールのばあいなど、病院とは死ににくところなんです。それまでの何日かは、山羊とか鶏を犠牲に捧げて、祈禱をあげるのです。どうしても治らないので病院につれてくる。そうすると死んでしまいますから、病院は怖いところだって信じられています。

榎本 私たちの頃は病院にもよく来るようになってましたね。

杉山 逆にちょっとした傷でもね。でも何でも薬で治すというクセをつけてよかったのでしょうか。島田 カオイダンのばあいは、難民に元都会生活者が多くて、病院というものが浸透していたんじゃないでしょうか。それに対してサケオNo.2のば

あいは農民が多かったから、その差もあると思いますね。

榎本 私たちの頃は、手術をしないと治らないと言われれば、逃げ出してしまような人はあまりいなかったようです。

杉山 クメール語で書かれた医療の本もあり、衛生教育が行なわれてるって感じでしたよ。

島田 でも、私が行った頃は地雷でやられてぶらになったようなからだの人が逃げ出したりしたんですよ。そういった人はどうなるんでしょう。なんて話していました。家族の結びつきもすごく強くて、家族と一緒にいられないと逃げ出してしまう人もいましたね。腎炎か何かでからだがむくんで安静にしてなきゃいけない人がね。

●医療の一端を担うクメール人ヘルパー

——UNHCRも、日本チームの派遣元である国際協力事業団も、カンボディア難民の医療はできるだけカンボディア人の手で、という考えかたをしています。クメール人のヘルパーの存在は大き

かったですか。

小坂 おおいに助かりました。向こうの言葉を教わったり、あるいは日本語を教えたりしました。

内田 でもヘルバーとしていろいろ教えても、難民の第三国定住が決まると、出ていってしまうわけです。そうすると最初からまた別の人に教えねばなりません。

島田 ヘルバーに向いているかどうか見つけるのが大変なんです。結局英語とか仏語などを知っているカンボディア難民のかたを探してお願いしましたね。役割をいろいろ教えて、ばんそうこうをはるとか、投薬の係とか、手術係、掃除係などを分担して貰いました。これはヘルバーのチーフが決めてましたね。

榎本 私たちの時は、誰かがやめるとチーフの人が、難民の中から何人が捜してきて、院長とか皆でいろいろ訊いたりして、採用試験みたいなことをやりましたね。

基礎知識が全然ない人たちですから、先生がかなりの時間をとって、解剖図や位置図を見せたり

して教えていました。ヘルバーに選ばれたカンボディア人は、キャンプのなかでは優位にたてゐるですね。働いてる、ということ、いろいろ優遇されていたようです。あまり怠けたり、態度が悪いとやめさせられるという危機があつて、私たちの時は皆よく働いてましたね。

でも日本人みたいに、手がすいたから隣の人を手伝うというようなことはなく、決められた自分の仕事しかしないですね。

内田 それは文化の違いなんだから、しかたないでしょうね。

小坂 サケオのヘルバーで、あるスタッフから英語で強くしかられた人がいるんです。その時彼が言うには、言葉がわからなくても目を見ていれば怒られていることはわかる。だからそんなに強い言葉で怒らないでくれば、泣き出してしまったんです。

しかしまた、ヘルバーと親しくなったと思う頃、三か月の任期が終り、別れ別れになるわけですね。ヘルバーたちは、あなたたちは帰れるとこ

ろがあつていい、という気持ちもあり、出発の時は私たちもヘルパーも、抱きあつて泣くことになりました。

お別れパーティをやった時など、みんな泣いてしまいますね。彼らがパーティを開いてくれて、ひとりひとりと語りあい、ダンスをしたりするんですが。

内田 ヘルパー教育は、その時その時は役に立っていますが、UNHCRや国際協力事業団が意図したような効果があるかどうか、まだ判断がつかないところですね。

——巡回診療には参加されましたか。

小坂 参加しましたが、たいへんでした。クラウンプリンス病院の車の先導で行くんだけど、一度など先導車と離れてしまつて迷つてしまいました。やっと現地に着いたんですが、クラウンプリンス病院の人にもう終りましたなんて言われてしまつたり。

榎本 私たちの時など、巡回診療に行った人が時間までに帰って来ないのです。

小坂 帰りに川に寄つて水浴びでもしていた？
(笑)

榎本 いえいえ、道が悪いので車がはまり込んで動けなくなつていたんですよ。スクールに見舞われたグループもあつて、帰ってくるまでは心配でした。楽しみな反面、怖いこともあつてたいへんでした。

島田 雨期になると病院中が水びたしになるんです。雨が降ってくると、患者さんのほうから移動しはじめます。患者さんもぬれねずみですね。

榎本 日本みたい、雨が降つて大地に吸い込まれるということはないんですね。

●各国の人々の交流を通して

——三か月間、同じメンバーと同じ宿舎で生活したわけですが、気分転換にはどのようなことを？
小坂 当番で町へ買い物に行く際、郵便局へ行くのが愉しみでしたね。手紙が来てるかどうかね。希望者は夕食後、クメール(カンボディア)語を習うこともできました。英語、タイ語の講座もあ

り、私は、クメールダンスの講習を受けましたよ。
夜九時頃は、大抵みんな手紙を書いてました。
それがすむと食堂に集って話をしたり……。

島田 グーツやビンポンをしたり、ビールもよく
飲みましたね。

杉山 余暇を利用できるよう調整員の人も考えて
くださったですね。パーティも開けましたし。

島田 今から思えば短かすぎたような気がします
ね。当直の時などヘルパーの人が夜食を作ってく
れたりして、これはなかなかおいしかったですね。
おじやのようなものでした。

小坂 私たちはそういう交流はしませんでしたね。
「難民の子どもを守る会」とかボランティアの人
たちもいたんですが、そういった日本人同士の交
流もあまりなかったですよ。むしろ外国人とのほ
うがありました。

島田 夜、暑くて外に出て星空を眺めていると、
イギリス人とかアメリカ人とかフランス人とかが
出てきて、皆でいすを並べて、いろんな話をしま
したね。

榎本 交流がないというのは、私たちに時間の余
裕がありませんからでもあるんですよ。

あるヘルパーの妹さんが結婚した時、ドクター
と私が結婚式に呼ばれました。ヘルパーの作った
料理を食べるんですが、見ると器は汚ないし、ハ
エもたかっている。それでも食べなくてはいけな
いので、あの時はまいりましたね。(笑)

小坂 一度外国チームをいれて、メディカルセン
ターの庭で運動会をやったこともありました。騎
馬戦とか、ルールを全然知らない人にも教えて。

——今後についてはどうでしょうか。

榎本 私自身また行くとすれば、英語をしっかり
話せる人といっしょに行きたいですね。だからこ
れからの若い人はやはり語学を勉強し、看護婦さ
んも海外に目を向けて、気軽にいけるようになっ
て欲しいですね。

内田 今の豊かな世界が逆転すれば、援助するほ
うがされる側にまわることもありうる。そう考え
たら、援助するといっても絶対平等なんだという
立場をつらぬきたいですね。何をするのが、本

当に、後々の彼らのためになるのか、私たちがいなくなっても彼らが困らないように、常に考えていなければならないと思います。むやみに親切にすることが救援活動ではありませんから。

杉山 私はむこうに行くまで、東南アジアのなかの日本での位置がどういうものか、まったくわからなかったのです。でもこんどの機会で、見たり聞いたりして関心が深まりました。だから多くの人が参加してくれたら、と思います。

小坂 若い人が積極的に出ていくことが大切だと思います。それと、政府として、常時、こういう事態に対処できる組織を作っておくことも必要ではないかと思います。

4 手記

(五十音順)

● 難民医療に従事した三か月を振り返って

“進歩”が忘れたもの

浅香 融



私どもが三か月の任期を終えてサケオを引き揚げるとき、幾人かのクメール人へルバーや患者達と別れを惜しんだ。看護婦達は彼らと抱き合い、手をとり合って泣いた。共産主義のテロ、強制労働、戦禍と飢餓と病の中に、国家と家族を失った彼らに対する同情、憐みの情が、我々と彼らの心を結んだのである。医療も教育も奉仕も、心と心のふれあいから始まることを実証して、感動を覚えた。それは単なるセンチメンタルではない。近代日本の社会に欠けている最も大切なことなのだ。

(第二次 医師)



心なごむひとときをあげたい

栗生^{あらい} よみ

難民救援医療チームに参加できたことは、私に貴重な思い出を残してくれた。かつてフィリピン戦線に従事した日赤看護班員の私と、戦禍の中を逃げまどい地獄を見たであろうカンボディア難民の苦難とが重なり合い、我が身をふるいたたせた。

ただひとつ違うのは、私には迎えてくれる祖国日本！があった。あの日本病棟の入口に示された「日の丸」が眼に写った瞬間、すなわち外国で出会う「日の丸」にも、心にしみるような感銘が全身を走り、フツと涙ぐんでしまう。

それに比べて、カンボディア難民の、祖国を失い明日への希望を断たれた虚無的な心情は、こちらにもひしひしと伝わり、辛かった。ふたたび極限状況のしかかることもあろうが、一瞬でもいい、「ああ、自分達にも日本から来た看護婦に優しくされて心なごむひとときがあった」と脳裡をかすめる、そのような心の寄り所のようなものを、治療とともに与えてあげられたら！心の通う友達になれたらと、看護しつつ考えつづけていた。

難民の一人一人は語りつくせぬ物語を背負っていた。九坊主頭で気のふれた若い女性がいた。何を聞いてもただ泣くばかりだったが、私たちが任期を終えて引き揚げる当日、その気配が分ってか、私のジーパンをすっかり掴んで離そうとしない。あふれる涙で何かを訴えるような悲しい眼が、ジーッと私をみつめていた。後髪を引かれる思いで、サケオのセンターを去った。

(第一次 看護婦)

すべてが非日常の中で学んだこと

池上 協子



戦争の不幸が生んだ惨劇のまっただ中に入り込んだわけだが、難民たちが思いのほか明るい表情だったことで救われる心地がした。しかし、武器を持つ警備兵が日常的に存在するのを見ながら、また砲弾の煙を見、音を聞きながら、国境近くから移送されてくる重傷者の治療に当たる時、「なんと無駄な争いを」「なんと取り返しのつかぬことを」という思いばかりであった。

仕事の面では、初めての海外生活であったうえに、「難民医療」「国際協力」と、その言葉の意味する重大さに、途惑いの多い三か月だった。このような特殊医療であれば、例えば医療の上限も日本の場合とは自ずから異なると思うのだが、緊急医療について過去に習得する機会もなかった。そのうえ、任期も短かったため、頭を切り換えて現場に臨むという段階にも至らず、終始中途半端な思いを抱いての看護活動であった。

現場において痛感させられたことは、対象とする人達の生活習慣を知ることの大切さであった。例えば、日本では手術後の患者は入浴できないことが常識となっているが、一日に何度も水浴をするお国柄では、手術後でも平然とシャワーを浴びている。そのために傷が化膿して苦勞したこともあった。小さなことかもしれないが、こういったことを知っていないと、せっかくの治療も押しつけに終わって、其の効果をあげえないと感じたのである。しかし、こういったことを通して、日本と異なる



つきない悔み

石崎 百合子

る風土の中に身を置き、肌を触れあつての医療活動だったことが実感できたのである。生涯忘れ得ぬ多くのことを学んだ。
(第九次 看護婦)

眼科医としてカンボディア難民医療活動に参加したが、三年後の今日省りみても悔いが多い。まず、医療設備はとやかくいえぬとしても、点眼薬さえ十分でなかったし、眼鏡が入手不可とは気付きもしなかった。

また、私のいたサケオ・ホールディングセンターは文盲率三〇パーセント以上といわれるなかで、英語が少しできるくらいの全く医学的素人のヘルパーに眼科用語、検査、診断、治療などを教示し、診察時にはこれらのヘルパーに病状を説明し、それを彼等がクメール語で患者に伝えるので、患者とのコミュニケーションの不十分さなど数えあげればきりが無い。

医療により、多くの人の悲訴は少なくできるであろうが、精神的抑圧に依るものも見逃すことはできぬと考える。

難民に対しての国際的救援活動の結果、彼らの栄養状態、医療はタイおよび他の東南アジア諸国と同じ程度、またはそれ以上であると思われたので、かえってホールディングセンター周辺のタイ農民に手をさしのべたいと日々願っていた。

(第三次 医師)



私がタイへ行った頃は、マスコミで報道されていたような、あの悲惨な状態は一応収まって落ち着きをみせていた。しかし、日本から飛行機でたった数時間の所で、このような状態が起こっているというとは想像もつかない現実があったのは確かである。特に忘れられないことといえば、父も母もない四歳ぐらいの女の子が、妹を連れて受診にきたことである。妹は手の関節が骨折していたのだが、治療中、妹の泣き叫ぶ声や姿に、幼い姉は泣くまいと歯を食いしばって必死にこらえていた。治療が終わったの後ろ姿を、私は何ともいえない気持ちで見つめていたのだが、妹の流す涙を、姉が自分のサルーンで拭いてやりながら、とぼとぼと歩く姿に、思わず涙があふれる思いであった。

あれからすでに三年が経過しようとしている。あの姉妹が病棟に來たのは、帰国間際であったから治ったかどうか、今どうしているのかと、未だに気がかりになっている。

日本で医療活動に従事していると忘れがちになってしまう「博愛の精神」を呼びさまされた思いであった。

(第五次 看護婦)

故郷を想う難民たち

内田 盛夫



連日運び込まれてくる負傷した無表情な難民を治療しつつ、悪いのは戦争でなく政治だと肌で感じる毎日であった。

思想の相違であれ、国家利益のためであれ、個人の欲望のためであれ、戦争は政治の衝突の結果であり、犠牲者はいつも弱い人々である。古今東西絶え間のない戦争、これを無くするのは、もしかしたら深い救済ではないのではないか、とヤモリが鳴く天井を見つめて思った。

サケオ・ホールディングセンターの舞台で、少年少女がクメールダンスを踊っていた。背景の幕に、山形にわびしく配列された豆電球を指さして、「アンコールワットを表現しているのです」と難民の一人が説明してくれ、遠く故郷を想う表情をした。

ダンスで表わす物語は日本の竹取物語の話に似ていた。文化とは、このような絶望的な環境で生きる人々の間でさえ、亡びずに伝えられてゆくのだと、民族というものの根深さを見た思いであった。

(第一次 医師)



「先生、先生」という囁くような日本語の呼び声に、私はまどろみから引き戻されたようだった。夜間の外来を担当しているヘルパーが医師に診療を依頼する声だったが、どうも日本チームを手伝っているヘルパーのようだった。今日の当直医はオランダの医師だから、彼の「先生」という呼びかけではオランダの医師に通じないことに、まだ気がつかない。ノックしたらいいのに！ それでは隣室にいる私たちナースが迷惑すると思うのだろう。この劣悪な生活のホールディングセンターで、そのやさしい心がなんともものがなく、やるせないような……。そっと起き、ヘルパーと一緒に外来へ急いだ。

中年婦人が髪振りみだして、わめいている。出口のないこの生活では無理もないと思う。脈に触れながら、とりあえず注射で眠らせようかと、ヘルパーに日本病棟からソセゴン（鎮痛催眠剤）を持ってくるように頼み、その間、私のできることはただ「アッタイテ（大丈夫）」と繰り返すのみである。しかしこの婦人はわめきながら、チラチラと私の顔をみていた。結局、彼女は注射を必要としなかった。

大勢の人が物理的要因（？）で祖国を離れ、難民という無政府状態におかれたとき、薬にでもすがりたいという彼らの思いを癒してくれる何かがなくてはならないだろう。ここに来て、アメリカ、フランス、ドイツなどのボランティアを知って、このようなところには他国の人間が存在することが、必要だと感じた。そして出来



経験豊富な人の派遣を

大泉 綾子

ることなら、医学的知識と技術を身につけている者であれば、なお良いのだと痛感した。
(第四次 看護婦)

赤茶けた風景の中に竹で作られた沢山の難民の家が並び、周囲の緑とは対象的な雰囲気のカオイダン・ホールディングセンター。鉄条網の中で生活している難民の表情には、意外と明るさが見られたが、カンボディアを追われてからの月日が彼らの表情を明るくしたのかもしれない。

最初の頃、地雷を踏んで破片が突きささった状態で運び込まれてくる患者や、戦傷で手足がちぎれた患者、銃弾が貫通した患者などを見たとき、正直に言って何をどうしてよいか判らなかつた。ただただショックを受けているばかりだったが、二、三週間たつてようやく手際がわかってきた。こういう活動の場合、経験豊富な人が参加することの大切さを感じた。

しかし、日本では、ボランティア活動を通して経験を積んでいる人は少ない。

日本人は一般的に、ボランティア活動に対する理解が少ない。特に、看護婦がボランティアで海外へ出かけたりますと、帰ってからの職場の問題がある。このあたりを改善しなければ、たとえ、今回私がそうであったように、行ってからボランティア精神に徹したとしても、長続きしないだろう。

(第七次 看護婦)



一日半の熱帯病に関する即席講習を受けた私たちが、メディカルセンターに着任したのは一九八一年九月二日の夕刻だった。その前、二日ほどはサケオの町なかにあるヤモリだらけの宿からの通勤だったので、メディカルセンターに移った時は、まさに天国に來た思いがした。以後ここを中心に、サケオとカオイダンの二つのホールディングセンター、クラウンプリンス病院、農村巡回診療と飛び回る毎日が続いた。日本の別のグループ、また諸外国のチームと協力して、診療活動は次第に軌道にのり、一か月ほどたつと、「日本のメディカルセンター」は、まさに「難民と周辺のタイ住民のためのメディカルセンター」になってきた。

ここで過ごした三か月半は、私に医療の原点、すなわち、国籍、人種、宗教、政治などを一切問うことなく、何人にも平等に医療を施すことの大切さを教えてくれた貴重な日々であった。これは特に外国人ボランティアから学んだことであり、逆に、日本人が欧米人に対して劣等感を抱き、クメール人に対して優越感（憐れみの情だけで医療に当たることは優越感だと思ふ）を抱いている姿がよく見えた。

一か所で各国の医療関係者に会い、広範囲につきあえたことも貴重な経験である。ここで私が見、聞き、感じたことは、すべて複雑に私の心に入り組み、その後の私自身の感情の一部、あるいは思考の一部を形成しているように感じられる。

（第四次 医師）

東南アジア諸国の責任国として

岡本 晃愷



三か月間のタイ国におけるカンボディア難民医療を無事終了してすでに二年有余になる。振り返って感じることを列記してみよう。

①我々の前任チームが、団長の宮宗先生の急死、西崎ボランティアの変死等、治安と環境の異常のうちに三か月間をすごしながら、万難に打ち克って任務を全うしたことに深甚の感謝を捧げたい。

②日本は、医療面はいうまでもなく、教育、産業、経済など各方面にわたり、東南アジアの責任国たるべく先進・発展している。東南アジアの人々が日本に対して信頼と期待の念を持ち、指導者としての援助を切望していることを痛感した。

③難民救援医療活動については、欧米のボランティアが驚くべき奉仕精神を発揮するのを見て、日本医療人に足らぬところであると反省させられた。

④カンボディア難民救援医療は一九八二年末を以って終止符が打たれたが、タイのクラウンプリンス病院に対する協力は続行されており、発展途上国の期待に応えるべき活動として、誠に喜ばしい。

カンボディア難民医療援助の輪が、将来、東南アジアの発展途上国に対する大きな協力、援助態勢に発展・拡大されることを期待してやまない。
(第七次 医師)

では、どうしたらいいの？

小川 真佐子



カオイダン・ホールディングセンターは国境に近い。そのため、一度に一四、五人の負傷者が運ばれて来た日があった。ほとんど手術適応者ばかりで、とくに銃創による場合は数か所の傷を見なければならぬので、時間もかかった。病棟内の通路は担架に乗せられた手術待ちの患者、患者、である。このような場面を見るのは戦後生まれの私は初めてで、驚くばかりであった。

これらの患者は若者達がほとんどで、女の子の切斷手術などには、胸が痛む思いであった。平和な国、日本での生活からは想像もできない。

あるときヘルパー達（手術室とともに働いた人達）と雑談していたとき、母国が平和になったら早く帰りたいと思っているけれど、平和でない今は帰れないという。「では、どうしたらいいの？」と私が尋ねると、一時、どこかよその国へ行きたいと話してくれた。

あれから二年。一緒に仕事をしたヘルパー達数人が、日本に来了。彼らは半年の日本語教育を受け、今年の五月より就職して、一人立ちしようと努力している。日本の皆様もどうか、彼らに協力して下さい。

それから、この難民達も早く自分の国が平和になってほしい、平和になったら母国へ帰りたいと、せつない願いを持っているのはもちろんです。（第七次 升護姉）

ヘルパーに「オッカサン」と呼ばれて

熊谷 テツエ



サケオで私が当直をしていたある朝、突然ホールディングセンター内に大型バスが七台も来て、難民三〇〇人以上がマイルートへ移動した。その中には私たちと一緒に働いていたヘルパーが六、七人含まれていて、残されたのはたった二名。彼らは私たちとも、患者ともようやく慣れたところだったのに……。

ヘルパー教育をすすめるに当たり、私たちはまず、看護婦とヘルパーの業務内容について検討し、次に何をヘルパーにまかせるかが決定したら、全員がそれを守ることを確認した。午前・午後各三〇分ずつ講義をし、あとは実際にやってみせながらの教育となったが、マネさせる方法が最も早い。彼らは私たちがするとおりのことをするので、例えば、包帯の巻き方ひとつ見ても、どの看護婦に教わったかわかる。

数字を教え、清潔の観念を教えることから始めて、外科処置、包帯交換、点滴清法、薬品の確認、温度表記入などなど、いろいろなことを全て実践の場で教えた。

こうして、二か月あまり、ヘルパーのためにと考えて行なった様々な教育は、看護婦間の意志疎通をはかるうえでもずいぶん役立った。さらに、看護婦の業務をヘルパーにまかせた時、看護婦に何が残るかを考えさせられた。彼らのやる仕事、やった仕事に責任をもたなければならないのである。自分でやったほうが早くて上手いくいのを、見て指導する立場はなかなか困難なものであった。

私のことを「オッカサン」と呼んだヘルバー達一人一人の顔が、今も思い出される。
(第一次看護婦)

カンボディア難民医療に従事して

古賀 道弘



我々の一三次チームは、久留米大学と日本医科大学を主軸とし、医師一〇人、看護婦二三人、技師二人の計三五名で編成され、一九八二年九月一四日より三か月間、難民医療の外、メディカルセンター、周辺の住民の治療及び巡回診療に従事した。この間、難民数も五、六万と減少し、国境での大きな戦闘もなく、比較的平穏な状況下での医療であった。

我々のチームの医師は全て外科医で、戦傷の外、外国病棟や、タイ医師からの紹介患者も少なくなく、手術は大小合わせて三六〇例行なっている。その内、外傷九三、地雷創五四、銃創一九で、他は一般外科疾患であった。言葉のハンディはあったが、積極的にクメール人に解けこみ、十分な医療ができたことを満足している。大規模な医療チームは我々の一三次チームで終止符をうつことが決定し、一九八二年一二月七日でメディカルセンターの患者はカオイダンへ移され、カオイダンの日本病棟の患者は隣りのICRCのイギリスチームに引渡された。これには色々の事情があるが、引継ぐチームがないのは、我々にとっては如何にも淋しい限りであった。



カンボディア難民救済医療団

小林 茂三郎

今後、同じ様な難民問題が発生するかもしれないが、我々も欧米に劣らず、積極的に医療チームを派遣することが必要であると思われる。
(第一三回 医師)

一九七九年一月二日。外務省経済協力局三宅次長より電話があり「カンボディア難民の救済のため医療団を送りたいと考え、日本医師会会長武見太郎先生のところへお願いに伺ったところ、日本医師会では引き受けられない、日大医学部の小林医学部長のところへ頼みに行けと言われましたので……」とのこと。

一月二日。午後四時、私が外務省へ行き、医療派遣の趣旨、編成、期日などを聞く。私がドイツへ出張中の一月二八日の教授会に外務省から説明に来られ、教授会は医療団派遣を決定した。

一月三日。現地の医療事情が全く不明のため、私たち（小林茂三郎、坂部孝、林裕人）は難民キャンプ視察に出張。

一月一四日。早朝より、主としてサケオ、カオイダンの二つのホールディングセンターを詳しく視察し一五日帰国。

一月一七日。私どもの現地視察報告を兼ね、医療団の募集・選考を行ない、第一次派遣隊として七名を決定した。

一月二七日。渡航手続き、医療器具・薬品の整備などを終えて成田を立つ。翌

残された課題

酒井 和雄



二八日バンコク着。その翌日、難民キャンプ視察。
一二月三〇日～一月三日。マヒドール大学にて主として熱帯医学の講習を受ける。
一月四日。サケオへ移動。五日よりカオイダン・ホールディングセンターにて病棟建設に参加した。

なお、病棟開設後、患者急増のため、三名の看護婦を一九八〇年一月に追加派遣した。

(第一次 医師)

三年間にわたるカンボディア難民の救援医療で、日本の医療団があげた成果は高く評価されている。しかしその参加者の中から、そのあり方に批判が出たのも事実である。電気、水道も不十分な熱帯に高度な医療技術のみを持ち込む愚かさ、医療団が短期間で交代し、一貫した方針で診療が行なわれなかったために多数の器具、薬品、資材が浪費された点、現地タイ人の生活水準と感情を充分には考慮せずに行なわれた救援医療の実態、各グループ間の相克等々、問題はさまざまに出てきたのであった。日本の正常な環境下で、過去を批判することは容易である。

これらの批判の原因として、参加者自身の医の倫理、出発前の情報不足、熱帯の炎暑、社会と隔絶したホールディングセンターや宿舎での生活等の環境の急激な変化が考えられるが、何よりも、日本の医療チームには、救援医療の専門家が不在で



習慣の違いに驚きながら

鈴木 十九枝

あったことが最大の原因である。救援医療を統轄するメディカル・コーディネーターの育成こそが、今後に残された大切な課題であろう。

(第四次 医師)

難民のいるホールディングセンターに一步足を踏み入れたとたんに、赤飯の豆のような黒点が、一挙に舞い上がった。それがハエの大量であつたとわかった時、気が遠くなるほどのショックを受けたものだ。床上で手摺みで食事することを常としている彼らは、不潔なことに何の関心も示さない。ヘルパー教育でもこれが最も大変なことで、どれほど清掃のあり方を指導したことか。しかし、長い間の習慣だから、一朝一夕に改善される問題ではないようだ。

在任期間の最後に、カオイダンの病棟の引っ越しをしたが、新しい病棟は以前より明るく広々として、床もコンクリート作りになり、医療活動もやりやすくなったことが、せめてもの救いとなった。

野戦病院さながらの難民医療を体験して、文明の利器を駆使できる日本人であることに改めて幸せを感じた。これは、難民との出会いがなければ感じられないものだったに違いない。一日も早く彼らに安穏の日々が来ることを願う。

(第七次 看護婦)

現地の医療水準に合った救援が必要

隅田[†] 能文



日本はこれまで、第二次大戦中に軍の管理下で、日本軍占領地域の難民救援医療を行なっているが、国際協力という形で難民医療に当たるのは、初めての経験だと思う。

したがって、日本の各々の医療グループが日本の現在の医療水準で救援医療を考え、各々医療機材を調達して現地に向かったようだ。メデイカルセンターの倉庫には、各医療グループが持ってきた医療機器や薬品が、整理されことなく山積みになっていた。この莫大な浪費は驚くべきものである。

国際的な難民救援医療を実施する場合は、単に医療チームを編成して送り出すだけでなく、難民の故国の医療水準と、難民を受け入れている国の医療水準を基準にした救援計画を立てて、実施する必要があることを痛感した。

(第三次 医師)

実感のともなわない難民医療

千葉 トシ子



私が参加した頃には、医療体制や生活環境も整備され、仕事も生活も日本にいたのと同じ感覚で行ない得た。特に私の勤務地が、ほとんどメディカルセンターだったせいもあるだろうが、設備はもとより、手術内容も難民医療の特色があったわけではない。時として緊急を要する手術があったとしても、それがタイ人の交通事故や傷害による負傷であると、いったい何のために派遣されたのかと、憤りを覚えることさえあった。

こうした中で最大の悩みは、三か月間、仕事も生活も同じ人と一緒、つまり四六時中額をつきあわせている者同士の人間関係ではなかったかと思う。日本人だけが孤立した環境で、しかも種々の束縛があったせいだろう。私の場合は、メディカルセンターで、毎日毎日、緊急に備えていなければと気負っていたため、肉体的よりむしろ精神的なストレスが大きくなった。

こういう経験を通して、看護学校の中に、語学や救護法などを踏まえたコースを設置し、緊急医療に対応できる体制と認識を日常から養っておく必要があるのではないかと思った。

(第五次 看護婦)

「愛」を実践する外国ボランティアチーム

徳永 信三



三〇万もの人々が最悪の条件の中で悲惨な生活を強いられていると聞き、これらの人々に少しでも役立てばという気持ちで出かけた。

現地についてみると、ことはそう単純ではなく、国際間のかけひき、面子、思惑、利害関係等、どろどろした問題があり、他国医療チームとの協調に複雑な要因がからみあっていることに気づいた。加えて、現地の人との間には言葉の障壁があった。

こういった問題を解消しつつ、次第に仕事にも慣れた頃には任期満了で、あわただしく引き揚げなければならなかった。

医療援助の仕事というのは、外国では、長い経験とキリスト教という強力なバックボーンがある。タイに来ていた人たちも一部の人を除いては熱心なクリスチャンであった。彼らは、愛の実践という感じで仕事に取り組んでおり、我々政府派遣のチームとは、ちょっと趣がちがう。しかし、我が「官僚チーム」でも、若い看護婦や医師は本気で難民医療に取り組んでくれた。特に女性は環境順応性があり、現地の人々にも男性よりよく溶けこんでいたようである。

(第二回 医師)

孤独に死んでいった人々

中島 樊雪



難民医療から帰国して、はや一年以上。夏とはいえ朝夕は肌寒い札幌で、タイに着いて一か月間、暑さに苦しみ、先々どうなることかと心細い毎日を送っていたことを、なつかしく思い出している。しかし、流れる汗もこちよく感じられるようになり、無我夢中に働いて何とかやれそうだと前が見えてきた時は、もう帰国の日だった。「まだたくさんのことをやり残しているのに」と達成感を得られぬまま、帰途についたのである。

今、いちばん強く思い出すのは、家族にも友人にも、最期を看とられぬまま、他国の言葉も通じない、見たこともない人に身をまかせて死んでいった、数々の人たちの顔である。平和な日本で生活していると、そのことが尚のこと強く感じられる。つらかったろうに……。

カンボディアの境遇は、ちょうど三〇年前の日本と同じだと聞く。三〇年後といわず、一日も早く平和な日々が訪れることを祈らずにはいられない。

(第二回 看護婦)



最も印象に残っていることは、カオイダンの病棟が焼失したことである。一九八一年二月一〇日の午後、CRSの調理室から出火したのだが、勤務中の吉山医師らの指示で、無事に、患者も、クメール人ヘルパー達も脱出した。しかし、延焼が速くて、機器、薬品類はほとんど搬出できなかった。診療録なども焼失してしまった。そこで、B地区のスポーツセンターに仮病棟を設置して、不自由な思いをしながら診療に当たっていた。

私たちの第五次チームから、JMTの派遣は二グループに減り、岡山済生会がサケオ、医科歯科大プラスボランティアがメディカルセンターを担当していた。

人員が減って多忙になったうえに火災で混乱している時、メディカル・コーディネーターからは火災後一か月以内に手術室付き五〇床の病棟を再建することを求められた。そのほかにも、カオイダンの日本病棟から「JMT」の看板を降ろすことを要求されたり、どうも、JMTがカオイダンの専従でないことへのイヤガラセかと思えるようなことがあった。

病棟の再建もすぐできないし、看板を降ろすことも不可能だ。そこで、週に一夜、ホールディングセンター全体の外科当直を引き受けることで妥協した。

(第五次 医師)

忘れられない数々の思い出

西村 美世子



地雷や銃で片足を失った人々。六、七歳にしか見えない蒼白い顔をしたマリアの少年。「チューラー」「チュー」「カンゴフサン」と、あちらこちらからのうめき声。「昨日ここにいた人どこに行ったの」「あの人よ」「イヤこの人よ」と喧嘩を極めて働いていると、雲をつくような隣のICRCの彼女、「廊下のドアはopenにしとけ」と怒鳴りこみ……。

ゴザがない、ボールがない、毛布がない、蚊帳がないと叫んでいるオフィサーの声を背に、「どうしてこんなにワードが汚ないんだろう」「きつと民族性のちがいのよ」日本人は世界でも有数のキレイ好きだもの仕方ないか、と思いつながら、左隣のドイツのワードにこっそり偵察に行けば、あまりのキレイさに驚き、「あーあ、人を使うということは難しいことなんだ」と思ったカオイダン。

五バーツがなくて（バスにも乗れず）野菜車で運ばれて三〇分で亡くなった熱帯マリアのタイの出稼ぎの若い女の人。

仮眠室から寝呆けまなこで起きてくると、一緒に食べようと、オカユのボールを差し出す子、唄や言葉を一生けん命教えようとする子、顔を刺ってあげるといって、古いなつかしのメスで顔を刺ってくれた母親。

カオイダンでは、「ボーダー」「地雷」「兵士」という言葉が飛びかい、サケオでは子ども達の声にホッと、メディカルセンターではタイの貧しさを知り……。

戦争とは、国とは、平和とは、民族のちがいは……と種々考えさせられ、世界はきつと一つになれるんだ、イヤ難しいよと、肯定、否定を繰り返しながら。

医療を与える側、受ける側という立場のちがいが全くなく他民族と接したら、もつとちがう何かが私の中に生まれたはずと思いました。

(第八次 看護婦)

いつになったら平和が来るのか

新田 加代美



私が参加したのは、最後の一三次チームであった。三年前に比べると難民全体の数も少なくなっていたし、患者も、時折、国境付近から戦傷者が運ばれてくることはあったが、ほとんどが、腸閉塞、がん、胃潰瘍、切傷、刺傷などの一般外科であった。しかし、日本では考えられないほど、切ったあとの傷のつき具合が遅かった。考えてみれば、これは蛋白質不足の食事のせいだということになり、医師の指示のもと、私たちは牛乳や卵を与えてみた。すると、みるみるうちに傷が治っていくのである。

こういった経験を通して痛感したことは、いま必要なのは、食事改善、あるいは、足の怪我をして化膿・切開という事態にならないために、靴を供与するなどの予防医学であろうということである。

帰国間近になって国境付近のキャンプを見学に行った。医療設備は乏しく、また、医療スタッフも、一〇〇人以上の患者に数名といった状態に驚くばかりであった。



「赤ちゃんあげます」と言われて

野口 洋子

さらに、患者の八〇パーセント以上がマラリアで死亡率も高いと聞くと、メデイカルセンターの倉庫に眠っているマラリアの薬が思い出された。

キャンプからの帰り道に気づいたことがある。それは、国境線からタイ国側に、難民キャンプ、戦車溝、タイの軍隊の順に並んでいたことである。戦闘状態になれば、キャンプの人々が真っ先に被害に合うのであろう。

(第一三次 看護婦)

三か月の難民医療の中で、私の脳裏に焼きついて離れないことがある。手術のため入院してきた難民の赤ちゃんを「可愛い」といって抱きあげたら、突然真剣な顔で「あげます」といった若い母親がいたことである。子供の将来のことを考えて日本に連れて行ってほしいと思ったのだろうか。私は一瞬「私に育てることができるかしら」と考えてしまったほどであった。

また、語学の苦手な私に、あったけの表現方法で悲惨な戦争体験を訴えていたヘルバーの顔も忘れられない。家族がバラバラになって未だに生死もわからないとか、帰りたくても今は帰る所がないので、第三国に出ていくしかないとか、切々と語るのである。彼らの話を聞きながら、帰る国があり、家族が一緒に暮らせる所があり、働ける場所があるということが、どんなに幸福であるか、初めてわかった。

現地に行って一か月後ぐらいに、私ははからずも「でんぐ熱」にかかって、三日

間殺込んでしまったのだが、その時、日本に帰りたいとは一度も思わなかったのである。

日本で平凡な看護婦生活をしていた私が、この医療活動を通して、インドシナ問題に興味を持つようになり、人の運命を左右する悲惨な戦争の実態を垣間見たことは、貴重な経験以外のなにものでもないと思う。

(第六次 看護婦)

難民医療は火事とは違う

早野 嘉夫



我々が、JMTの第一陣としてタイに赴き、サケオ・ホールディングセンターに入ったのは一九七九年二月二一日である。

ここでの医療活動は本質的には戦時体制医療、応急医療であり、平時医療、都市型医療、本格的医療にはほど遠い。例えば、緊急手術を要する患者だから、センターの外の病院に移したいという願いはついにかなえられず、患者は死亡した。また、死亡後の解剖も頭として承認されなかった。「何故手術をするのか」「治すためである」「治ったら逃亡するのではないか」——当局と交わした一問一答が、複雑な難民問題を思わせた。

日本は難民医療に立ち遅れたという話を、行く前あちこちで聞いた。しかし、そういう人は自分で現地に行き、直接外国人と話してみるがいい。難民医療は火事と



看護は言葉を超えるもの

孕石 恵子

は違うのである。ホールディングセンターで、黙々と医療に従事している世界の人人の中には、遅い早いを議論する人はいなかった。議論していたのは、ホールディングセンターの外の野次馬だろう。我々は、中で働く人々の一員として、むしろ、謙虚さを忘れないよう努力した。

難民などに対する医療は、日本人にとって、これから息の長い仕事になるだろう。熱しやすく冷めやすい国民性といわれぬためにも、また医療の向上のためにも、そして何よりもアジアの責任ある国の責務としても、日本の活動は今後も続けられなければならない。面子の問題とはきちがえては困る。優秀な若手の出動を願ってやまない。

(第一次 医師)

マンネリ化した仕事の中で、常に、何かしなければと思っていたので、自分を試すつもりで出かけたのだが、過去一〇年の経験を総合しても追いつかないほど、実に貴重な経験をすることができた。様々な人々との出会いを通して、看護のあり方について考え直す良い機会でもあった。

語学力不足の私に、十分なヘルパー教育はできなかったが、看護は言葉を超えるものであることを知った。自らが誠意をもって看護を実践すれば、言葉は通じなくても理解してもらえる。



私は非力ながら、三か月間精いっぱい看護したつもりである。
こうしたボランティア活動の場合、チームの和と同時に、個々の活動に対する積極性が必要であることを痛感した。

三か月間の活動の中で知り得た人々は、今どうしているだろうか。傷つきながらも見せていた彼らの笑顔や合掌する姿を思い出すたび、一日も早くカンボディアに平和がもどることを願い、また、どんなことがあっても、戦争をしてはならないという思いが強まる。

(第二〇次 看護婦)

私達日本大学グループは第一次チームとして、一九七九年一二月に派遣された。最初なので、もちろんカオイダン・ホールディングセンターの病棟造りは、行なわねばならなかったが、その後メデイカルセンターの開設備も行なうこととなった。カオイダンでは約一週間開設備に明け暮れ、一九八〇年一月一五日に一応診療ができるようになったが、薬品その他の物品の不足が多く、満足な診療ができる状態ではなかった。しかし全員協力して治療と看護に当たっていたが、約一か月で後方に撤退するようにとの政府命令があり、理由がわからずとまどいの中で病棟を閉鎖することになった。

当時の新聞には私たちに対する非難の声もあり、私たちとしては現地ではどうす



難民医療に必要なもの

三谷 利子

することもできないのに、その事情もわからずに日本のマスコミが書いたことへの不満、憤りでいっぱい、今でもあの撤退したことについてはくやしく、残念に思っている。

再び訪れる機会があればと思っている。

(第一次 看護婦)

私は第二次と第一三次の二回、難民救済活動に参加した。異国での医療活動や、戦病者に携わることも初めてであった。この貴重な経験で感じたことを述べてみたい。

メディカルセンターはまるで、日本の病院がそのままタイ国に移動した感じであった。自動血圧計、自動体温計、顕微鏡、立派な往診靴等の高価な器具が、はたして緊急の難民医療に必要なものであるのか。第一回目の参加の時、これらの器具を、倉庫に整理してきたが、あれから三年の月日が経過したにもかかわらず、これらの器具は使用されないまま放置されていた。医薬品についても同様である。すでに有効期限の過ぎたものもあり、燐国前に使用不可能なものを焼却処分した。このような浪費に憤りを感じた。

国境周辺には大勢の難民が飢えや病に苦しみ、救援物資を待ちこがれていること

を考えると、高価な器具より、難民全員に衣類の一枚でも、マラリアの薬一箱でも行き渡るような、その場に適した医療方法が必要ではないかと強く感じた。

次に日本は、今回のような大規模で、長期間の難民救援活動は初めてであるが、この事業に個人で参加を希望した場合、現在の職場を退職あるいは休職しなければならぬ。第二回目は私は休職して参加したが、職場に出張扱いを申し出るには、個人の力では無理である。是非とも退職・休職をしないで参加できる方法を考えてほしい。

(第二次・第三次 看護婦)

忘れられない難民の目

無着 とき



仕事がどんなに忙しくても、つらいと思ったことはありませんでした。なによりもつらかったことは、緊急事態が発生し、私たちの活動が最も必要と思われたときに、私たちの意志でそこにとどまって活動を続けることができなかったことです。

難民の生命の重さも、私たちの生命の重さも、全く同じだと考えて医療チームに参加した私には「生命の安全を保証できないから、難民キャンプから撤退せよ」という一九八〇年六月二三日のICRCの指令に、さからうことができなかったことが、いつまでもいつまでも私の心に重く残ります。独協医科大学チームが来るまでカオイダンにも勤務していた私たちJMTが、一人も残らずキャンプを立ち去るとき、注がれた難民の目を忘れることができません。



人集めが最大の問題

森 正樹

私の立場と難民の立場を置き変えてみると、とても悲しい気持ちになります。どんな場合でも、医療に携わる者にとって、立場によって生命の重さに差をつけることは許されることではないと考えます。国際条約のもとで、私たちは安全を信じて活動することこそが大切であると考えます。

国が派遣する医療団でも、個人の判断で活動できるように選択権というか個人の意志を尊重してもらいたいと願います。

(第三次 看護婦)

難民救援医療活動を行なうにあたっての最大の問題は人集めである。金や物は人に比べればさしたる苦労はない。現に日本は対難民用にずいぶん多くの金や物を提供してきた。しかし、人の問題は、今回の難民医療全般を通じて、関係者が最も苦感した点であろう。そして、これはほとんど日本特有の現象であるように思う。

日本において人集めが容易でない理由は幾つかある。その第一は、わが国が難民問題に未経験で、国民全体に理解や認識が乏しい。第二に、個人の自由意志で自発的に活動しようというボランティア精神の持ち主が少ない。第三には、たとえ自発的に参加しようという人がいても、そのような活動はその人の属する職場からは歓迎されない。いわば身勝手な行動として排斥され、参加即退職となって帰国後の生計に大きな支障を来す。

私はなかでも、この三番目の問題が、人集めを困難にする最たる原因であると思う。とくに、看護婦や技師の場合に、これは深刻な問題となるようだ。

こういった問題点が解決されないかぎり、難民医療はじめ、その他の緊急医療に、日本人が積極的に参加することは難しい。

（第六次 医師）

甘やかすことが救援だろうか

山本 千代美



全体を通して、日本人は気負いすぎという感じがした。「難民医療に來ているんだ」と気張らなくても、医療活動はできる。特に私が参加したのが、第一三次、最後のチームであり、ほぼ平常医療の時期だったからかもしれないが、外国の医師や看護婦は、実にサラッと活動していたように見えた。

日本人の気負いは、難民そのものへの同情や憐れみといった形で現れがちになる。ヘルパー達に物をあげたり、無制限に親密になったりすることが、本当に彼らのためになるのだろうか。ヘルパー達は、私たちに物をねだるのを当たり前と思ってしまうようにみえた。その習慣をつけたのは誰なのか、自分で働いて物を創り出したり、購入したりする習慣を失った場合、今後最も困るのは彼ら自身なのである。

難民の女性の一人が、ボロボロの布切れをはぎ合わせて作ったブラジャーをつけていた。いたましいとは思いますが、これでいいのである。

積極性が大事

吉村 行生



私は、彼らに対して憐れみは必要、これから生きていくうえで必要なことを教えるのが、本当の難民救援だと思っている。
(第二三次 看護婦)

当時、サケオ・ホールディングセンターには、三万五〇〇〇人ほどの難民がいたがそのうちの一〇〇〇人近くも妊産婦がいたと思う。そして、栄養不良のせいから、帝王切開を要する妊婦が多かった。

私は滞在期間中に、一八例もの帝王切開手術を行なったが、もちろん日本では未経験の手術であった。ああいう状況下では「あれはできない」、「これならできる」などと言ってはられないのである。今回は、メデイカルセンターで日本人だけで暮らしたし、医療についても日本チームとして固まってやれたから、多少のわがままは通じたし、助け合いもできた。

しかし、もしあれが、全くの個人で、しかも緊急を要する時期だったら、日本の医師や看護婦はどれだけ役に立てただろうか。

私は試みに、ある簡単な手術を看護婦にやってみようすすめてみた。私が全部指示するから、後ろで見えていて指導するから、といくら言っても「怖い」と言ってもやろうとしない。もちろん、看護婦が手術してよいわけではないのは承知しているが、私が言いたいのは積極性の問題である。

日本で日常行なっていることの、以上も以下もしたくないという態度は通じないのである。

(第六次 医師)

当直の夜の想い出

渡辺 暎子



私達の任期中、カオイダンは世界一の人口密度とかいわれていた。狭い土地に約一二万人もの人々が、あちこちにたむろしていたのが強く目に焼き付いている。

その環境内で私達、独協医科大学グループの看護婦は、高田主任は病棟全体、小牧看護婦は手術室、黒田看護婦は病棟と手術、私は全体と医師、パラメディカルの調整を分担し、それぞれ助け合って仕事をすすめた。日本であれば医師法にふれかねない面もあったが、救急と救済の医療の中であると各自が自覚して、安全第一、医療事故皆無で終わることができた。

当直の夜の想い出もある。強がってひとりで頑張ったが、みんなが帰ったあとの寂しさ、しかしそのあとは患者、ヘルパーとゆっくり話をしたり、遊んだりできる時間であった。

患者達は八時をすぎると、ベッドに上手にカヤをつる。当直室のベッドにも、ヘルパーがきちんとカヤをつってくれる。

ある当直の夜、アメリカの病棟のベビーが急変したからと呼び出された。その夜はアメリカ病棟でもナースだけの当直で、すでに挿管され人工呼吸がなされていた。

心マッサージやできるかぎりの処置を施したが、医師が駆けつけたときにはベビーの死を宣告するだけであった。母親のワーツと泣き出す姿。

翌日アメリカのナースがお礼を言いに見われた。他国の人々と助け合いつつ仕事のできたことは、忘れたくない思い出になった。

(第三次 看護婦)

●当直のつれづれに

一九八〇年四月二五日

【医師】三樹、山本【看護婦】三谷、尾美、宝泉

入院五名、退院三名、

現在入院患者数三〇名

手術 大手術一例

ヘルパー講義 消化と
吸収

一九八〇年四月二六日

【医師】福生、三樹【看護婦】渡辺、宝泉、木村

入院六名、退院五名、

現在入院患者数三一

手術 ナシ

ヘルパー講義 免疫と

は

○今日はカオイダンで第二例目の開腹術、それもかなり難しいと推定された尿道閉塞、尿嚢形成の患者であったが、高度の緊急性狭窄部を貫通してカテーテルを挿入できてホッとする。

○手術後の器械をきちんと始末するように助手を訓練しないと、全部そのうち錆びてしまう。また、薬品や材料の整理がきわめて悪いので、もう一度レイアウトを考えるべきではなからうか。埃への対策を考えてやらないと駄目だ。東京の勤務室のつもりで注射用具や薬品を並べても全く役に立たない。

○A、B例の患者の血清を凍結した。まったくサラサラした感じで氷のようだ。低蛋白血症はかなりのものである。東京での検査が必要となってくる。

○夜七時三〇分頃B地区第六病棟より、三樹先生泣いて喜ぶ胆嚢炎がオペの目的で緊急転送されてきた。

○八時、やっと飯にありついたかと思うと、今度はB地区の第四病棟より、七か月の妊婦でコレラを患っている患者（三日前より強い腰痛があるという）をひきとってこないかと来た。往診してみれば、腹膜炎はまだ生じていない。外科的適応ではないだろうということで、このコレラ患者は辞退した。梅干しを全部食べておくことにする。

ここで一句。コレラみて弁当うましカオイゲン

一九八〇年四月二七日
【医師】山本、福生【看護婦】三谷、木村、藤尾

入院三名、退院四名、
現在入院患者数三〇名
手術 大手術一例、小手術一例
ヘルパー講義 注射の仕方と注射の部位

一九八〇年四月二八日
【医師】三樹、山本【看護婦】三谷、尾美、平山、藤尾
入院二名、退院二名、

○ノンチャンで牛にひかれた女の子三九度の発熱。回診時にみると、大腿部まで腫れあがり真っ赤。ただちに瘡部を手術した。ケタールの静脈麻酔後に切開したところ、膿汁が膿盆に一杯排出した。まったくたまげた。

○二時よりチャンレンからの左大腿部の骨髓炎切断にチャレンジする。手術は成功するも、出血約六百ミリリットル。輸血三バックを施行す。

○夜七時頃、雨がやんだと思ったら、羽アリの大群が侵入してきた。呼吸ができないほどで、皆、電気を消して外に逃げ出した。

○一昨日の尿閉オベ患、朝までギヤーギヤーさわいで、皆、寝不足。

○木村看護婦が入院中の坊さんと結婚について話したそうで、この坊さんはかわいそうだという。

○私もDr福生にまけずに一句。

この子らの幸せ祈るか夏の空

○講義は三谷講師。お姉様の初講義は包帯学。

○入院は第四病棟より転送の左大腿部の膿瘍お坊さんのS・C君三〇歳、偏頭痛で小便が出ないというが、黄痘はない。マラリアをもっている。

○手術①Dr福生ではないが、胆嚢炎の患者を手術して泣いて喜んだのは山本であった。何と痛みの原因は総胆管に迷入した回虫殿であった。日本ではもう、

現在入院患者数三〇名

手術 大手術二例、小

手術一例

とんとお目にかかれないう代物だから無理もない。写真をとったり大騒ぎしていた。

○手術②電唇の子供も形成手術に成功した。小児用の気管内チューブがないので、吸引用チューブを切って使った。結構、何か工夫すれば間に合うものだ。

○手術③大腿膿瘍の切開。まったく日本では考えられないほど小気味よく大量の膿が出て、切開しがいがあるなあー。

○どうも評判がよすぎて、入院でもないのに診察に来るのが多すぎる。少しお人好しすぎると思うし、これでは忙しくてやりきれない。Gさん（通訳）に今後こういう患者は皆、OPD（外来診療）に行くように話しなさいと厳重に指示した。また、誰でも彼でも親戚だといって連れてこられるのも困ったことだ。

このへん、やはりきちんとけじめをつけた方が良いと思う。

○俺も負けずに一句返礼と行くか。

カオイダン下手な俳句も様になる

アッハッハ

一九八〇年四月二十九日

（天皇誕生日）

【医師】福生、三樹【看護婦】尾美、渡辺、平

山

○今頃、朝の講義はカオイダンにおける日本病棟の名物の一つになりつつある。今朝は尾美女史の講義とあってかなりの聴衆が集まり、特別モデルに通訳のG氏が熱演するといった盛況ぶりであった。

○Dr三樹より、原因不明の腹水の女性のプレゼントあり、昨日の胆嚢炎、実は回虫の胆道迷入のこともあり、これを他山の石として、予測診断名に肝吸虫症

入院四名、退院三名、
現在入院患者数三一
手術 小手術一例
ヘルパー講義 講師尾
美女史 包帯の巻き方
学

一九八〇年四月三〇日
【医師】山本、福生【看護婦】平山、渡辺、木村
入院五名、退院二名、
現在入院患者数三四名
手術 大手術一例、小手術一例
ヘルパー講義？

を加えることとした。

便検査血液像の検査結果が楽しみである。

○第六病棟より心電図を借りに来る。二名、僧帽弁狭窄、大動脈弁閉鎖不全の疑いなそうな。

○病棟、オペ患達も変わりなし、静かな夜がふける。

再び一句。

カオイダン迷医が喜ぶ寄生虫

○Dr福生、縫合術三戦三敗目の患者が来てしまった。四月二七日に竹で切った男子が来たので診ると傷は付いておらず、膿汁多量。抜糸して生食水（生理的食塩水）五百ミリリットルにてデブリドマン（挫滅組織を切りとること）施行して再縫合。

Dr福生言う「俺はもう糸結びはマスターした。明日は胆石の手術をやらせて下さい」（欄外コメント これはジョークなのだ）胆石はもう一週間ほど練習してからにして下さい。

○女の坊さんの昏睡、原因は解明できた。皆落第。というのは夜一〇時頃、再び昏睡状態となる。このときまで私も気がつかなかったのだから、馬鹿なもの。ふと低血糖症を考え、デキストロースを点滴したところ、目がぱっちりした。福生も落第、私も落第、皆ダメ。

（欄外コメント まあまあ、そう急ぎなさんな。カオイダンの条件であたれ

ば、教授はおろか、易者になれる！)

○本日は見学に来ていた米国の有名医学部(ペンシルバニア大学)三年生の女子学生とDr三人で、一・五×七(センチメートル)、深さ二センチメートルの感染したケロイドを除去する手術を行なった。皮膚が不足し、皮膚移植を行なり。女子学生、まったく満足して、フアンタスティックの連続。我々も満足。

○夜、疲れたのでカオイダン内の市場に再び行き、焼きソバを食べビールを飲む。何とシンガービールの値段が九〇バーツ(およそ九百円)。今夜は疲れたので句ができない。

しかし深夜目覚めて一句。

ザーメンののどまでも来る苦しきよ

一九八〇年五月一日

【医師】三樹、山本【看護婦】宝泉、尾美、渡辺、藤尾

入院三名、退院三名、

現在入院患者数、三四

名

手術 小手術三例

○ヘルパー講義 講師

○入院 糖尿病一名、腰痛一名、心臓炎一名。

○今日は午後、大変な招待をうけた。番外の特設ベッドに入院中のお坊様が、よくしていただいた御礼にと、お寺さんに特別の招待をしてくれた。この日というお坊さまはカオイダン寺院では二番目に偉いんだそうだ。

お寺中の坊さま、尼さま、それに多数の信徒が迎える中を特設のテーブルに坐らされ、信徒総代らしい人から、ちゃんと紙に書いたお礼の挨拶状を読みあげられ、次いで一言挨拶してくれと頼まれた。Gさんが通訳、病氣や怪我のときはいつでも日本病棟に来てくれと言ったときには大拍手が湧いた。

それからが大変。テーブルに並べられた御馳走を喰べろとすすめられる。ハ

宝泉女史。注射についてらしい。大変熱心に長いこと講義が続いた。逆にクメール語を教わっているみたいな時もあった。どうもこの講義、通訳のGさんが一番身につけてしまうようだ。

エがワンワンしているが何しろ何百人もの坊さまや見物人がいる前だから、皆おそろおそろ手を出したが、驚いたことにドンクのそれにも味の劣らぬフランパン、マキシムでもかなわぬと思われる鶏料理。ハエもくそもあるものか。次から次に手が出て食べてしまった。ナース連中も結構意に介せず食欲旺盛なところを披露していたが、何と一番手をつけなかったのは、強者のはずのDr山本であったことを付する。

(これは国際協力事業団への正式の報告書ではありません。チームワークの向上を目指して、独自にしたためたものです)

6

初めての体験と明日への展望

1 JMTの引き揚げとメディカルセンターの閉鎖

●JMTの引き揚げ

一九七九年に、カンボディア難民に対する各国の救援活動が開始されて以来、三年の歳月が経過しようとしていた。

その間に、大部分の外国の医療救援チームは引き揚げていき、一九八二年の年央ともなると、JMTと同様政府派遣チームとしてタブラヤ病院で活動していたイタリアチームも、一二月には引き揚げる方針を出した。つづいてICRCもまた、アフリカでの難民問題の発生などのために、タイでの活動を縮小する方針を打ち出していた。

この頃、そのような情勢を考慮した上で、外務省ではJMTの引き揚げを検討し、外務省および国際協力事業団は調査団をタイに派遣した。

タイでの調査、タイ政府やICRC事務所などとの協議、ホールディングセンターの視察、JMTメンバーなど関係者からの意見聴取などをとりまとめた調査団は、つぎのような現状報告を寄せた。

①カンボディア難民への平常的な医療活動は当然必要であるが、国境での戦闘状況も鎮静化しており、全体として緊急医療の域は脱している。

②国境地域やホールディングセンター周辺に住む、タイ被災民や農民などの医療とのアンバランスの問題



カオイダンの日本病棟

が表面化してきている。

③カンボディア情勢は流動的であるが、今後短期間で好転することは考えられず、カンボディア内で対立する陣営間の膠着状態はつづくであろう。

④ICRCは、医療チームを縮小するといっても、難民などに対する医療救援は本来任務であり、完全撤退など考えていない。また、必要であれば増強し、JMTが引き揚げれば、JMTの穴埋めはできると言明している。

⑤タイ政府は、三年間に及ぶJMTの活動に感謝こそすれ、引き揚げるからといってクレームをつける立場にないが、引き揚げについては、難民救援全体に及ぼす影響が大きいため慎重に考えてもらいたい、との要請をしている。

⑥JMT自体の問題として、現在の大規模な人的編成では、限界にきている。

このような報告を受けて、関係機関とも協議しつつ更に検討をつづけた外務省、国際協力事業団は、一九八二年十二月、すなわちJMT第一三回は、

チームの帰国をもって、JMTを引き揚げることを決定した。この決定に際しては、日本政府派遣チームに全面撤退されるとタイにおけるカンボディア問題が片付いたとの印象を国際社会に与え、カンボディア難民救助全般について各国の対応が消極化するのではないかと危惧するタイ政府の立場も考えなければならなかった。

そこで、タイ政府とも協議し、一九八二年二月以降は、従来のJMTの大規模な構成を縮小し、少数の医療専門家を派遣して、タイ政府により難民医療対策のセカンド・ラインの病院として位置付けられているサケオのクラウンプリンス病院における技術協力を一年ほど実施して、合わせて難民に対する緊急医療の必要が生じた場合に備えることとなった（同病院への協力は、八四年一月までの予定で実施中）。

この決定に基づき、一九八二年九月に派遣されたJMT第一三次チームは、帰国に先立ち、メディカルセンターやホールディングセンターの日本病棟の患者をICRCのチームに引き継ぎ、一九八二年二月一三日帰国した。

このICRCへの患者引き継ぎにより、JMTの活動場所であったカオイダンおよびサケオの両ホールディングセンター内の日本病棟も閉鎖されることとなったのであった。

●サケオ・ホールディングセンターの閉鎖とイタリアチームの引き揚げ

一方、このJMTの引き揚げに符節を合わせるかのように、二月一三日サケオ・ホールディングセンターに収容されている約一万七〇〇〇人の難民のカオイダン・ホールディングセンターへの五日間にわたる大型バスによる移送が開始された。

この移送は、二月一七日朝完了したが、その時JMTの引き揚げに付随する業務監理のため訪タイしていた国際協力事業団職員は、移送完了直後の一七日午後には視察した同センターの模様を次のように報告

している。

「サケオ・ホールディングセンター全体が、その日の午前中まで生活していたとはとても思えない雰囲気であった。日本病棟内に残されたガラクタを物色した跡や、道端の微風にヒラヒラしている紙くずなどが眼につくが、生活の匂いが感じられない無人の村と化している。難民が居住していた時より、難民の置かれた立場の厳しさ、淋しさを漂わせるたたずまいであった」

このように、三年近くにわたりJMTの活動場所の一つであったサケオ・ホールディングセンターは、一月一七日閉鎖され、カンボディア難民を収容するホールディングセンターはカオイダンの一か所のみとなった。

また、サケオ・ホールディングセンターの閉鎖と同じ一月一七日、日本と同様政府派遣チームであったイタリアチームの活動場所のタブラヤ病院がタイ政府に引き渡され、イタリアチームも引き揚げていったのである。

●メディカルセンターの閉鎖、引き渡し

さて、このような状況の中で、JMTの活動の基地であったメディカルセンターに残った日本人がいた。一九八二年一月一三日のJMT第一三次チームの帰国をサケオの地で見送った、JMTの医療活動を裏から支えていた成瀬主任などの調整員六人とX線技師のメンバー計七人であった。

彼ら七人は、主にメディカルセンターの資機材の整理、メディカルセンター施設そのもののタイ政府への引き渡し、そしてクラウンプリンス病院での向う一年間に実施される予定の技術協力のための準備を進める任務を与えられていた。

JMT第一三次チームの聞いたサヨナラ・パーティの余韻もさめやらぬ一月八日から調整員たち七

人の作業は開始された。一二月までの気苦勞の多い業務の疲れをいやす間もなく作業はつづけられ、一月一七日に突然センターを訪問されたタイ国保健大臣のねぎらいのことばも受け、精力的につづけられた。そして、一月二二日には、メディカルセンターにあった医療資機材はすべてタイ政府に引き渡され、クラウンプリンス病院など所定の場所に搬出された。

その日の夕方のセンター内の空になった病室や手術室——国境、サケオおよびカオイダン両ホールディングセンターから移送されてきた負傷した難民や、周辺のタイ人負傷者たちの、運び込まれたばかりの血に染まった青黒い顔、術後の現世の苦しみを一時忘れたかのように寝入る顔、回復したての喜びを一杯に表わした顔、苦しみを必死でこらえる顔などが、三年間錯綜していた病室や手術室は、乾季の少しひんやりした空気が充滿しているだけであった。

ついに、メディカルセンターに残った七人も、一月三〇日にはサケオ市内に移り、一九八三年一月一日、センターにおいて成瀬主任調整員からセンターの責任者でもあるクラウンプリンス病院長バナハン医師に、センターの鍵のすべてを手渡す形で、およそ三年間の長きにわたりJMTの基地であったメディカルセンターがタイ側に引き渡されて、JMTのカンボディア難民救援医療活動は幕を閉じたのであった（メディカルセンターの施設は、タイ保健省により、保健医療研修所として使用される予定となっている）。

このタイにおけるカンボディア難民に対する医療活動は、ある意味では国内外の世論に押されてスタートした事業ではあったが、結果として、外国における一つの事業に延べ四六九名の医師、看護婦など日本人医療要員が参加する大事業を成し遂げたといえる。

しかしながら、このような難民救援医療活動に参加したのは初めてのことであり、医療水準をどこに置くかなど、多くの反省点や教訓を残したことも事実である。

これらの事実をふまえ、またJMT派遣事業の反省から、外務省および国際協力事業団は、文部省、厚生省、日本医師会、日本赤十字社、そして各種医学会の協力を得て、国際救急医療チーム(JMTR)派遣事業を発足させ、外国での大きな災害発生時の医療救援要請に備える態勢を整えている。

また、民間でもカンボディア難民援助のためのボランティア活動を通じて、JVC(日本奉仕センター)の民間緊急医療団の結成への努力など、様々な困難にもめげず、多くのボランティア団体が自らの力量を高め、拡大する努力をつづけている。

2 JMT派遣の成果と今後の展望

堀内伸介

一九七九年一二月から八二年一二月まで、日本政府はカンボディア難民救済医療のために、三か月交替で、医療要員延べ四六九名を送り出した。このような大規模な外国への医療救援活動は、わが国にとって初めての経験と言えるであろう。

派遣の実務は、主管の外務省をはじめ、関係各省、各組織の支援を得て、国際協力事業団（JICA）が行なった。国際協力事業団は毎年二〇〇人余りの専門家と、二五〇を超える各種の調査団を海外へ送り出している。医療面での技術協力も長年続けており、その活動を通じて、医師会、医学会、病院、大学との接触もある。したがって、専門家をリクルートし、海外に送り出すノウハウは持っているものの、これほどの規模の医療要員の派遣を組織化するのとは大仕事であった。

カンボディア難民医療救援は、日本とイタリアを除いて、組織化され、訓練と経験を積んだ国際赤十字社をはじめ各国のボランティア団体などの民間団体によって行なわれた。残念ながら、わが国のボランティア・グループ、民間団体には長期間の難民救援活動を続ける組織力と資力が不足していた。また、難民救済、外国への緊急時の医療援助という考え方も一般的に幅広い支援を受けていたとは言えない。多くの人

にとってそれは遠い外国での「気の毒なお話」としか受けとられていなかった。このため、計画の最初の段階から医療要員のリクルートで厚い壁にぶつかった。

個人の開業医が、医療チームへの参加を強く希望されても、ご自分の医院を三か月も放っておくわけにはいかない。吹米のボランティアの医師には個人の開業医も見られたが、近隣の医師同士で留守の間、患者を診てもらう仕組みが出来ているとのことであった。このようなシステムは、わが国では未だ一般的ではない。吹米の場合でも必ずしもボランティア活動のためのみでなく、長期の休暇とか、研修の間の助け合いシステムのようなものはあるが、これが難民救援活動に派生するあたり、吹米にはボランティア活動が根付いていることをうかがわせる。

日本の場合は、病院勤務の医師も、三か月も職務を離れることは、他の医師の労働強化につながるという理由で反対されたり、公立の病院でも、難民救済は地域住民の健康を守る公立病院の責任ではないとして参加を反対され、結局、退職して参加された看護婦の方もいた。

そこで、文部省、厚生省を通じてリクルートした医療専門家の他、外務省経済協力局、国際協力事業団医療協力部の担当者が、医学会とか、各種の病院長会議に難民医療への参加をお願いして歩いたものである。済生会、厚生連をはじめとして他に有形無形の支援をして下さった組織も多かった。

吹米のボランティアの活動、組織を見て、わが国では国の外への関心の薄いことを批判する声もある。わが国のボランティア活動が大きな組織となっていないことは確かであるが、外国との単純な比較は間違いであると考える。今回の経験からも特に日本人が外に対して関心が薄いとは思わない。延べ四六九人余の人々が参加してくださったこと、一人を外に出すためには数人が難民医療を理解し、外へ出る人の仕事を分担し国内で支援して下さったこと、また、タイ・カンボディア国境の難民キャンプで働いていた小規模ではあるが多数のボランティアの人々、善意と奉仕の精神を持つ人々はわが国にも数多くいることを

知った。ただ、その善意、熱意、関心が、資金の調達、人のリクルート、送り出し、後方支援などの面で、組織化されていないことは確かであり、これは今後、われわれ一人一人に課せられた宿題であると受けとめている。

●JMTDRの発足

今回の難民医療を通じて、いくつかの事を学んだ。第一には、今後カンボディア難民のような事態はしばしば起こることもなからうが、外国、特に近隣国に大規模な災害の生じた場合の救急医療援助も含めた緊急救助体制の必要性である。外務省は関係省庁、医療機関の協力を受けて国際救急医療体制（JMTDR）の確立を進め、昨年三月の閣議において外務大臣は「開発途上国等に対する援助の一環として、大規模な緊急災害の発生に対し、登録済の者による医療チームを速やかに派遣する国際救急医療体制を発足させることとした」「今後外務省及び国際協力事業団が関係機関の協力を得つつこの制度を円滑に運営して行くこと」の報告を行ない、制度が発足した。事務局は外務省（技術協力第二課）に置き、関係省庁その他の機関、団体、個人の協力を得て、国際救急医療チーム（JMTDR）に参加する意志のある医師、看護婦、薬剤師、X線技師、検査技師等を登録し（大規模の災害により大量の被災者が生じ、人道的見地から緊急に医療援助を必要とする場合）被災国政府よりの要請を受けて、あらかじめ用意をしてある医療資機材、生活資材と共に四八時間以内にチームを派遣する計画となっている。国際協力事業団は緊急時における医療チームの派遣、機材の購送を実施する他、国際救急援助活動の研究、調査を常時行なうことになっている。

現在登録数も増加しているが、さらに多くの医療要員の参加が強く望まれる。

医療チームの体制は一通り整ったものの、国際救急医療のあり方、治療のレベル等々試行錯誤の過程を

経て学んで行かなければならない。この体制は医療チームの派遣を目的とするが、災害時の救済は食住にも及ぶ必要があり、国内の緊急救済体制に類似したわが国としての外国への総合的緊急救済体制の整備が望まれる。

また、自然災害に限らず、再び大規模な難民問題が生じた場合の救済についての基本的な考え方、体制の整備も今後の問題である。

● 思いやりの心からボランティア活動へ

今後の第二の課題は、民間の善意を組織することであろう。カンボディア難民救援を契機として日本人の中からも多数のボランティア・グループが結成され、国内と現地で活躍した。しかし、われわれの心の隅に、「政府の責任、政府がやるべきだ」と安易に問題を政府に押しつける「甘え」がありはしないだろうか。日本の社会には伝統的に助け合う人情と仕組みがあった筈であるが、豊かになった今日、近代化、核家族化、大都市文化の流れの内に「思いやり」の心と仕組みを失いかけていないであろうか。とにかくボランティア・グループの出現は誠に心強いものである。

次の課題は、これらの善意を結集し、具体的な作業のできる能力を付けることであろう。長期間仕事を続けるには「おかわいそう」という、熱し易くさめ易い感情論のみでは不充分であり、合理性に裏打ちされた組織と事業計画、実施基準などが準備される必要があるだろう。

カンボディア難民医療の現場で学んだことであるが、われわれの善意が、現地では必ずしも善意として受け取られないこともある。難民医療レベルが地域住民の得ている医療よりはるか高いレベルとなり、かえって地域の反撥に合うこともある。また、一、三の重傷者だけを助けるために、限りある資金を使いはたしてしまうことは出来ない。難民医療のレベルをどこに設定すべきか、誰を助け、誰を見捨てざるを得

ないか。難民を目の前にしての決定は容易でないが、安易な自己満足に陥ることなく、相手のニーズ、相手の生きている社会を考慮した合理的なボランティア活動を盛り上げる必要がある。

そのためには政府の間接的な支援も大切であろう。民間のイニシャティブと弾力的に対応し得る能力を充分に生かす仕組みを民と官がただちに検討すべきである。

●今後の展望——平和と豊かさを途上国へ

最後に難民問題と今後の対応について触れたい。国連統計によると、一九八三年四月現在、インドシナ難民の第三国定住数は八五万人である。そのうち米国は五〇万人を受け入れている。わが国は二三〇〇人である。インドシナ難民救済のための費用については、わが国は国際機関、タイ政府、自国のプログラムに毎年多額の財政負担（八一年一七・一億円、八二年一五六億円）をひき受けている。難民の定住引き受け数の国際比較のみで、わが国の国民性について判断を下すのも飛躍に過ぎるが、難民の問題、さらにはその根底にある開発途上国の貧困、開発問題をどのように受け止めて、何をなすべきかをわれわれ自身に問う必要があるであろう。

インドシナ、アフガニスタン、アフリカの難民は、七〇〇万人とも一〇〇〇万人とも言われている。さらに、エチオピアなどアフリカ諸国の旱魃による不定住者を入れると、この数字ははるかに大きなものになる。難民発生は天災によるものも確かにあるが、多くは政治的紛争など「人災」によるものと言えよう。天災と言われるものでも、対応の不足による「人災」の場合も多くあるように見受けられる。

現在の難民に対する人道的援助の必要性は言うまでもないが、根本的には貧困であるが故に貧困から抜け出せない途上国の「貧困の悪循環」に取り組まざるを得ない。経済的、政治的にも相互依存関係の拡大、深化している時に、わが国のみが「平和で豊かな生活」を楽しむことは出来ない。わが国の周辺もまた平

和で豊かになった時こそ、われわれは永続的な平和と豊かさをわが物とすることが出来る訳である。

途上国に対する協力は、政府ベースの経済協力、技術協力、民間ベースの貿易、投資、金融と多様化した協力関係がある。特に政府ベースの経済協力は難民援助など人道的援助も含み、直ちにわが国の利益となる性格のものでは必ずしもないが、途上国の経済発展、社会開発の一助となり、廻り廻ってわが国の利益ともなるものである。

一九八三年度の政府開発援助の予算は約一兆円（税金より約半分、他の半分は国債、財投である）と巨額に達するが、国民一人当たりの負担（特に税金としての負担）は、他の先進国に比較すると非常に低い。日本は世界の国民所得の一割を占める経済大国として、世界の繁栄のため、国力にふさわしい負担をすることを先進国、途上国から求められている。八一年度より政府開発援助の五年間倍増以上を世界に公約したが、現在の世界的不況のもとで八一年、八二年と援助額は僅かではあるが減少している。マイナス予算を組む今日この頃ではあるが、貧困の極にある何百万、何千万の人々を救済する一助であり、長期的にはわが国の繁栄を保障するであろう開発援助は増加させたいものである。

日々の豊かさの中に、インドシナの、アフリカの難民を忘れることなく、また、貧困の悪循環から抜け出す途上国の自助努力を援助することを、われわれ一人一人の課題として受け止め、それぞれの立場で努力することが、カンボディア難民救援より学んだことと言えないであろうか。

（国際協力事業団企画部長・前外務省経済協力局技術協力第二課長）

3 遠くけわしい道程

星野 昌子

一九七九年の暮と明けて八〇年の正月を、私はサケオ、カオイダンの難民収容所で過ごした。「金を出すが人は出さない」の批判をはじめ返すかのように、大規模な活動を開始して間もない日本政府派遣の医療チームの通訳としてだった。カオイダンの入口近くにしつらえられた国連難民高等弁務官の現場担当官事務所の前で日本病院建設用の竹を要請するため職員を待っていると、大型トラックの背から運び出される担架の数々が、嫌でも目に入る。おおわれたほろ布の微動だにしない静けさが、その下の生命がもう失なわれてしまったことを告げていた。

難民達は勿論のこと、救援側の人々も誰もゆとりのない張りつめた顔付きをしているのは当然ながら、国際赤十字や、当時六十数団体出揃っていた諸先進国の民間団体関係者が私には殊更邪険に当たるように思われた。そして、それが私の単なる思い過ぎではないことは、間もなくはっきりした。或る日、国際赤十字職員から言われた。

「JMTは日・タイ二国間援助の一環として救援活動に加わった。タイにとって一大援助国である日本の要求なら何でもかなえたいと思うのも当然だ。しかし、だからと言って民間救援団体間で話し合い、取り

決めた病棟建設用背写真を完全に無視して、後からやって来たものが入口に近い使い良い場所に、勝手に杭を打ち込んでよいという理屈はどこにもないはずだ。日本の身勝手は戦争や商売だけではなかった！」

このスイス人の訛のある英語は私の胸に深く突き刺さって今も抜けない。聞けば打ち込まれたその杭を、怒った民間団体の人が引き抜いた場面もあったという。

収容所では、毎夕医療関係者による会議が開かれていた。私は参加当初の二日程通訳として若い日本人医師に付き添い出席した。マラリア患者のあふれる収容所でそろそろ蚊が出始める夕刻の、それも竹と草で作られた一室での英・仏語の会議にはその医師たちは、「通訳が出席して後で報告して下さい。我がチームは民間団体とは別枠なので参考程度で結構です」ということになった。

「外来病棟が不十分なので、明日からもう一つOPDを設ける。外科医二名を何々チームから入れていただきたい」「どここの病棟でこの薬剤が底をついた。船が着くまで余裕のあるチームから都合して欲しい」会議ではあらゆる事柄が団体同士の緊密な連繋のもとで語られる。この程度の内容なら私にもよく理解出来る。しかし次のようなケースになるとお手上げだ。「今日何々病棟の重症者がかくかくしかじかの症状を示しているが、担当チームでは診断出来ず苦しんでいる。先生方のご意見を伺いたい」医療関係者ではない私には目をそらせて沈黙をきめ込むしか手がなかった。前述の薬剤の融通の件にしても、日本政府の援助物品をみだりに外国チームに譲れるはずはないという先生方の指示で、余る程あっても我関せずと沈黙を守った。

又、主だった民間団体がタイ・カンボディア国境線沿いに点在する難民村でも医療活動を行なうのに対し、JMTが二、三步後方の病院や収容所から先へは出ないことも、医師の安全保障問題を含めて、個人としてボランティア医師の自主的参加により構成される民間団体と、政府事業の差を補らざるを得なかった。

もう一歩突き進めて、日本国と外交のない国等に難民が流入した場合は、二国間援助では手をこまねいているより他はない。

以上国際救援を二国間援助で行なった場合のマイナス面の実例を挙げて来たが、このことによって私はJMTの功績——特に高度な技術と潤沢な財政援助でタイ国や難民達は勿論のこと、国際機関や諸民間団体に三年に亘って信頼され、今もタイ被災民の為に働いておられること——を疑うものではない。経験豊かな外国の団体もこれだけのことを行なうのは不可能であつたらう。しかしJMTのような政府事業では満たすことの出来ない部分が数々として在ることを知り、それ故にこそ諸先進国では過去二、三〇年に民間救援団体が急速に発達し、世界中フリー・パスで活動している事実を知った。

私に貴重な経験を与えてくれたJMT通訳の仕事を終えた約二か月後、一九八〇年二月二七日に、在タイ日本人主婦ボランティアと日本から駆けつけたボランティア達の手によって、JVC (Japanese Volunteer Center) がバンコクで設立された。ボランティア達が持ち合わせていた技術と日本の諸団体や個人から寄せられるお金で、出来る範囲の仕事を種々拡張させる中、公衆衛生・土木・職能訓練・日本語教育等の分野がJVCのレバートリーとして評価を得始めた。一九八一年になって自己資金のみならず国際機関から資金を預って仕事をするようになると、やはり救援に欠くことの出来ない医療チームをJVCも是非編成したいと願うようになった。

一九八二年六月 日本青年会議所関東地区協議会・会長永岡一公氏を団長とする祝祭団の訪タイを緒に準備を進め、願い適って八二年一月にノンチャン、ノンサメット、バーン・サンデー等の難民村とタイ被災村に、茨城県結城市城西病院院長・多田正毅氏を中心とするレントゲン巡回診療チームを派遣することが出来た。以来九か月を経ようとしている。

このプロジェクトは本来の意味においては技師と調整員の二名で出来るものだが、将来的に恒常的な民

間緊急医療団の結成を目標とした計画の一環として見た場合、その時に具体的成員になりうる医師のトレーニングの場を確保する必要があった。そうすることによって初めて、このような民間による救援活動から全く無縁であった多くの日本の医師に対して、ひとつの糸口を提供することができ、既に救援活動に興味があり、その関わり方を模索している医療従事者に具体的参加の機会を開くことにより、より広く運動の輪が広がることを希望した。そして全体を通して日本の医学界がこのような活動に理解を示し、積極的な姿勢を示すことに期待をかけている。

九か月の活動は一種の苗床に似て、今いくつかの新たな芽をふき始めている。少数の経験者を含む若き医師達の勉強会、リクルート網の充実に必要な財源の確保に動く医師達、X線から進んで専門分野への病院をあげて関わる姿勢が整いつつある地方病院等々である。しかし国際救援のノウ・ハウを蓄積した医療コーディネーター及び緊急医療に必要なジュネラリストの育成、言語を含む異文化に対する心理的壁を取り除くことなど、私達が学んで行かなければならないことは余りにも多い。世界の難民や被災民に対応出来るような民間による恒常的な緊急医療団結成への道は遠くけわしい。

(JVC本部代表)

座談会③——カンボディア難民救援医療に参加して

国際救急医療への道

●出席者（派遣順）

鶴飼 卓（宇里牧命救急センター副所長）

野田 辰男（国立栃木病院第二外科部長）

青野 允（金沢医科大学教授）

竹内 藤吉（松阪中央総合病院長）

鶴岡 卓
外科／麻醉科
第2次・第3次



野田 辰男
外科
第8次



冢野 允
麻醉科
第9次



竹内 藤吉
外科
第10次



●「助かる人から診てください」

——難民医療において、いちばんの問題点はどのようなところにあったのでしょうか。

竹内 カオイダンでこういうことがありました。大きな砲撃があつて、何十人もの負傷者がホールディングセンターに運ばれてきた。夜の九時ごろICRCからメディカルセンターにいる日本チームに、協力要請の電話が入った。我々に行く用意はあるけれど、夜、カオイダンに入る道路は封鎖されているから突破するには危険がある。ICRCは、今からタイ軍と交渉して道路の安全は確保するから、ぜひ日本はチームを組んで来てくれという。我々は数人で出発しました。タスクフォース80の地点で待っていたICRCの車が先導してくれて、無事にカオイダンに入ることができました。それから手術をすることになったのですが、輸血用の血液が足りない！ 結局、治療のいいな一人は出血死してしまったんです。オランダの医者にこのことを話したら、あっさり、「傷の軽

い患者から診てください、死にそうな患者はもうしょうがない」と言う。言われてみれば、そのとおりなんです。我々日本人の考え方は全然逆だったんです。いちばん重傷の患者から診ようとす。これは、緊急医療の場合、間違っているわけです。一晩中手術をして、結局、その命を助けることはできなかった。判断の基準が違っていたのですね。

鶴飼 我々はトリアージ（緊急患者の選別）の経験なんてありませんでしたからね。

青野 トリアージは、経験のあるICRCの人に任せていました。昔の軍隊ではあったのでしょが、僕らには経験がない。

竹内 我々が駆けつけた時は、腸が飛び出したり、出血がひどくてもうとても助かる見込みのない患者ばかりだったんです。「死ぬ者に輸血するのは血がもったいない」とオランダ人が言うのは、理屈として合理的です。一人二人じゃないわけで、何百人、何千人の負傷者がいた場合、軽い患者から診たほうが、たくさんの人命を救える。そのた

めに、どうしてもトリアージということが必要になってくるんです。トリアージというのは死ぬ者は死んでくれという意味にもなる。

——反対に、もう助かりそうもない患者を手当てる日本人医師の姿に感動したという話も聞きました。

鶴飼 日本人は経験もないし、感覚的にもできにくいけれど、緊急医療の場合、そういうことを言っているわけではない。最近の研修会でも、トリアージがテーマになっています。最後まで目をそらしてはいけない問題だと思います。

● 本当の緊急医療とは

——医療の線引きと言えば、カンボディア難民とタイ住民との間の線引き問題もありますね。

鶴飼 タイの被災民のほうが医療レベルが低いという話は、タイの宣伝だと思っていたんです。ところが、実際にクラウンプリンス病院に行ったり、農村巡回診療に行って、それが本当だと知らされました。

私はカンボディア難民医療は一九八〇年の六月ぐらいで終わるべきだったという意見なんです。竹内 一年ぐらいで撤収したほうがよかったということですか。

鶴飼 本当の意味での緊急医療は、その時点で終っていたと思います。私がいた時点ですでに、メディカルセンターは「世界で唯一の二四時間無料で救急医療サービスを受けられるところ」となっていたわけで、医療関係者の間では話題になっていたのです。周辺のタイの人たちは、年に一回、診療を受けられるかどうかかわからない程度ですから、それに比べると雲泥の差なんです。

野田 私もあくまで緊急を要する人だけを対象にしたほうがよかったと思います。私はカンボディア難民の医療に行ったつもりだったのに、タイ人も診なければならなかった。余力があったから、巡回診療もやりました。しかし、タイ国内では、診療権の問題もあるし、長くいれば現地の医者との摩擦も当然起こってくる。これからは、緊急時だけに限ったほうがいい。私自身は、火災や地震

0 初めての体験と明日への展望



なども含めて、純粋に緊急ということであれば、これからも海外に医療協力に行きたいと思っています。

鶴飼 カンボディアでの経験を踏まえて、今後JMDR（国際救急医療チーム）の派遣期間は二週間を基準としている。もし、それ以上必要になったら、二週間単位でチームを交替して行かせる。そして、一応沈静したら、なるべく早く帰ってくる。どうして二週間かというと、先日のイエメンの地震の例でも、四日間で新しい患者の発生は収まり、二週間ではほぼ医療活動を終えている。後は公衆衛生などですから、別に考えるべき問題だと思います。もう一つには、二週間という短期間なら、休暇をとる形でも行けるし、職場を離れるのもそう難しくはないという日本側の事情もあります。

竹内 私は巡回診療に行かなかったのですが、難民とタイ住民との格差は、痛で感じたわけではありません。けれど、タイ全体は貧しく、私たちが行った地方では、半径一〇〇キロの中に整形医は一人し

かないという。そういう状況のところですから、日本人が一〇人も行ったら、難民の医療はとても密度が濃いものになり、ギャップが大きくなる。

野田 確かにタイ被災民は可哀そうな状態ですけど、それはタイの医者が診ればいいのではないかと考えるんです。低医療地区への協力も必要でしょうが、それは一年とか二年とか長い目で見ることなので、緊急医療とは別の問題だと思います。

●医療協力を通じて学ぶもの

——緊急医療の場合は、何でもこなせるGPが必要になってくるのでは。

青野 大学の現場から言うと、現在の医学はあまりにも細分化されすぎており、確かにGPの教育が必要になってきています。最近、厚生省からもGPの育成を図るよう大学に要望がありました。アメリカでは一〇年前からGP育成を行っており、日本がその後を追った感がありますね。

竹内 大学教育では、相当地に細分化された専門医に価値があり、GPは価値がないという現状です。

ね。

青野 GPを教えることのできる先生も非常に少ないですし。

鶴飼 日本の病院の中にGPを置くというのは、日本の医療の体質から言って、非常にそぐわないことだろうと思いますね。

竹内 例えば、外科の先生が帝王切開や腎臓結石の手術を習ったりしていると、一段低く見られがちなんですよ。

鶴飼 私は現地に六か月いたので、たくさんの先生方とつきあえて面白かったのですが、教育の問題で言えば、どうも大学で勉強した最先端をそのまま提供したいという姿勢から脱却できない人が多かった。例えば、超音波装置がなければ診療できないとか、電気ショックを与える除細動器がなければ蘇生ができないなどと各種の機材を要求する。私たちが、「知らない、持ってこさせるんじゃない」と言っても、国際協力事業団にしてみれば、専門家の要求だからと、機材を出さざるを得なくなってしまうんです。

野田 現地にもっていく機材のチェックのできる人が必要です。現地に適した機械をもっていけないと意味がない。

竹内 確かに日本はチームごとに使用する機材が異なり、チームが代わると、十分活用されない機材もあったようですね。

青野 医者というのは因果なもので、患者がいれば、考えるより先に手が出る。これが商売ですから、そこにある機材の範囲で、最高のことをするものなのです。だから医者の独走をコントロールするためには、機材を必要最小限度のものに規定することが大事だと思います。実際、僕は三か月電気メスなしで手術をしましたし、それで十分にできました。

鶴飼 よく議論になるんですが、ああいう状況では自ずから医療の限界線をひかなければならない。我々はその教育を受けていませんから、非常に難しくて悩みましたね。

青野 外務省や国際協力事業団に、医療問題のコンサルタントが必要じゃないですか。

竹内 自分の技術を誇示したいというような医者は行かなくていいと、言わなくてはいけない。

鶴飼 そうなんですが、人が集まらなければ、そう言いたくても言えない。とにかく、何とか行かせなければいけないという事情がありました。

竹内 一つの提案ですが、三五歳くらいまでの人を選んで派遣したらいいと思うんです。三五を過ぎて、ある程度仕事に慣れてしまうと、医療技術の誇示というか、コンクールの気持が出てくる。日本の激しい知識競争の中で育っているから、仕方がない面もあるんですが。

野田 私のグループは若い医者が多かったのですが、とくに東京の医療センターの若手などは、ああいう場で勉強できるのを喜んでいましたね。せっかくあれだけの施設をつくったのですから、残った施設を利用して、大学などが常時人を送ることができればいいと思うんです。メディカルセンターも、熱帯病を勉強したいという若い内科系の医師がいれば十分使えますから。

青野 僕は今度の経験を通して、タイに医療協力

をしたのではなくて、逆に僕らが非常に多くのものの、非常に大切なものを学んできたという感じを強くもっています。一人でも多くの人にその経験を伝えたいので、大学でも機会あるごとに、学生たちに難民医療の実情をスライドで見せているんです。僕らの大学は私立で金持ちの子弟が多いから、自分たちより恵まれない人がたくさんいるということを認識してもらうだけでもいい。人を選ぶときも、技術中心ではなく人間中心に選んで、良識ある人間を派遣するべきでしょう。

●メディカル・コーディネーターの条件とは

——実際に現地の医療活動では、メディカル・コーディネーターの果たす役割が大きいわけですが……。

青野 本当にそうなんです。僕は現地へ行ってメディカル・コーディネーターの重要性を認識しました。現地の事情をよく知り、現地の言葉と英語を話せること、この条件を満たす人でないと努まりません。

鶴飼 現地語は必ずしも必要ではないと思います。が、少なくとも英語で、ある程度の意思疎通ができることは条件ですね。

青野 若い人は英語も早く上手になりますよ。初めは僕が通訳していたんですが、そのうちに出版は全然なくなりました。

竹内 四〇過ぎたら頭が堅くなるから(笑)。

青野 先日、JMTDRの研修会で、民族学博物館の助教授に叱られたんです。ある程度英語がしゃべれる人は英語で通そうとする。そうすると現地の言葉を覚ええない、覚えたがらない。これは悪いことである。年を取っていても外国語は覚えられないから、現地の言葉をもっと勉強しなさいと言われました。

竹内 メディカル・コーディネーターというのは、例えば、全般を統率する部長みたいなものですよね。各グループが何をやるべきかということから統率していく。

鶴飼 メディカル・コーディネーターは必ずしも一生懸命に医療をする必要はない。むしろ、医療

をしないで、いろいろな人と会って話をしたり、メンバーの仕事の分担を決定、指令する。また、医療について一定の歯止め、基準を設けるとか、チームの引揚げ、交替時期、さらに機材の選定など、こうしたことを考えていれればいいわけです。

竹内 それがメデイカル・コーディネーターですね。日本のするべき医療水準が決められれば、機材の程度も自ずから決まるわけだし、胃の手術をするのに何々方式の機材がなければできないというのは、一切許されなくなる。

野田 日本チームにも、大学別、病院別といったグループの長ではなく、全体を統括する人間が必要でしたね。

鶴飼 日本チームが派遣の際のグループ別ではなく、一つの日本チームとして活動するようになったのはいつからですか。

野田 七次の京都府立グループあたりから、一本化が軌道に乗りました。

鶴飼 四次までは三グループ立てだったので、これには全く苦労しました。三グループ立てでは、

各病院から派遣されたグループが、それぞれ自分の病院の仕事という意識が強くなって、仕事の範囲を規定してしまう。非常に融通がきかないんです。派閥争いというんでしょうか、この患者は私たちのテリトリーだから荒らしてほしくない、などという発言も出てくる。では、一つのグループだけですべてまかなえるかというと、やはり無理なのに無理をしてしまう。私は行っすぐ、一本化を言い続けてきたけれど、結局、一本化までに約一年もかかってしまいました。

青野 僕らの時期は、鳥取大と新潟大が一つのグループとして行ったんですが、出発前の集まりで、くれぐれもけんかだけはしないでくれとお願いしました。我々は国際協力に行くので、派閥争いに行くのではない。派閥争いをする人は国際協力の資格はないと言ったんです。

鶴飼 本場にそうですね。行く医者的人数も限られているわけですから、当然、日本人の医者同士、協力が必要だし、外国の医者とも職務の分担をして協力しあうべきなんです。その辺は、私も含め

て日本人の医者は、皆さんあまり上手ではなかったと思いますね。

青野 日本の企業は世界中すみずみまで行っていますから、現地の企業の人いろいろな助けてもらったかどうか。日本の医療チームが行く。現地にたまたまいる企業の人も一緒に活躍する。日本の評判は上がるし、その企業にもプラスになるんじゃないかなあ。

鶴飼 実際、タイでも日本の企業にずいぶんお世話になっているんですよ。

●国際救急医療チームを結成して

——チーム編成にはご苦労も多かったようですが。鶴飼 ボランティアが社会的に評価されていないという、日本の社会の問題がありますからね。これは終身雇用制とも大きな関係があるでしょうが、職場なり病院を三か月間離れるというのは、いまの日本では大変なことなんです。多くの看護婦が病院に戻れませんでし、医者でも辞めた人がずいぶんいます。世論づくりが重要になってくる

んですよ。ボランティアで来ていた外国人の研修医に聞くと、ボランティア活動中のキャリアも完全に実習期間に入るといって、日本とは大違いです。

竹内 これから、日本でもGP育成に大学が力を入れて、たとえばGP科などができれば、人材づくりや確保という問題は一挙に解決するでしょう。青野 僕は学生に、まず自分の経験を話します。

それから、第二次大戦後、日本や他の国々に様々な恩恵を与えたアメリカと同じ立場を、いま日本は世界の発展途上国に対してとらねばならない、と啓蒙しています。我々の麻酔科は二十何人かいますが、事情のある者以外、全員JMTDR（国際救急医療チーム）に加入しています。これは半強制的なんです（笑）。

竹内 JMTDRについては、私も名前だけは聞いていましたが、病院の中で知っている人は少ないんじゃないか。看護婦さんだって全然知らない。私がちょっと難民医療のことなんかを口に出すと病院の雰囲気としては、「あ、また、……」私は

変わり者というふうになっている。それが現状のようですね。

——JMTDRについて、少し説明していただきたいのですが。

鶴飼 私は委員をしていますので、私から説明しましょう。JMTDRは Japan Medical Team for Disaster Relief のことで、世界のどこかに緊急事態が発生した時、四八時間以内に現地へ行って医療活動しようとするものです。発足の発端は、難民医療チームの反省会なんです。私は第二次、第三次のボランティアチームに参加したんですが、帰ってすぐ、日本医科大学の三樹先生たちと外務省で反省会を開きました。その席上、どこかで緊急事態が起こった時、我々がすぐ救援に駆けつけられるような組織をつくらうという話が出され、外務省も積極的に進めることになったのです。

——組織はどのようになっているのでしょうか。

鶴飼 外務省は、直接全部のコントロールはできないので、現場の医師にイニシアチブを取ってほしいという意向でした。そこで、長年ガーナで医

療協力をつづけられ、難民医療、救援医療といったことに取り組んでこられた本多憲児先生に相談したんです。そうしましたら、本多先生は元日本救急医学会の会長をしていらしたので、日本救急医学会の中にJMTDRの受け皿を考えていく方向になり、動き始めたわけです。いろいろ細かなことは日本医科大学の山本保博先生と私とで詰め、外務省及び国際協力事業団の指導の下に態勢ができました。また、初めは組織の中に入っていなかった文部省や厚生省、さらに日本赤十字も同じテーブルにつきましたし、日本医師会からも委員が派遣されて、八一年の暮には組織としての形が整ったのです。

——最近の活動は。

鶴飼 現在、運営委員会の下に、総務委員会、機材委員会、研修委員会を設置して活動しています。今年の六月四、五日には筑波にある国際協力事業団の研修センターで、第一回の研修会を行い、六七名が参加しました。

青野 何名ぐらいがJMTDRに入っているんで

すか。

鶴飼 いま、医者、看護婦、検査技師、薬剤師で七〇名を超えました。ただ、問題は医者の登録に比べて看護婦が非常に少ない。これは一つはPR不足のせいです。PRが非常に下手で、全く行きわたっていません。現段階では、委員などの個人的ツテに頼っているのが実情なんです。もう一つ、裏方をつとめる調整員の加入が絶対必要ですね。

竹内 私は、基本的に若い人は誰でもこうした救援活動に挑戦する気持があると思います。ところが、いろいろなしがらみからできない。上に立つ人の理解も必要です。

青野 私の大学の院長は理解があります。学生の大部分が開業医の子弟ですから、将来は父親の後を継いで開業医になる。その前に、できるだけ、世界を見るチャンスを与えようとしている。

野田 そういう病院が全国のあちこちにできればGPとして立派な医者ができてきますね。

竹内 JMTDRの二週間という派遣期間はいいいですね。広く人材を求めるチャンスになるでしょ。

う。三か月は行っていられないけれど、二週間なら行きたいという人はたくさんいるんじゃないでしょうか。

鶴飼 やっぱり、現地に合うように、その場で判断できる人に行ってもらいたいですね。自分の受けてきた日本の教育ですべて押し通す人は具合が悪い。

竹内 情熱も必要ですよ。

鶴飼 まあ、いろいろ問題もあるでしょうけれどJMTDRは政治や思想、宗教に左右されず、行動上の制約も受けず、純粹に人道的立場から行動することを目的としていますから、一人でも多くの人に参加してもらいたいですね。

青野 カンボディアの難民の一部は第三国に定住しつつあるわけですが、彼らが日本のしたことを覚えていてくれて、何年か後に日本の評価が高まれば、それで十分だと思えます。僕らは彼らからとってたくさんのかんことを学んできたのですから。

7 参考資料

●参考資料・目次

インドシナ難民に対する我が国の救済援助	235
本邦定住難民の推移	237
定住促進センター、入所・退所状況	237
日本国内の難民収容施設と一時滞在難民数	238
各国別流入数および滞留数	239
赤十字医療活動の規程と箇所	239
国連難民高等弁務官	240
世界の難民地図	242
タイ国カンボディア難民医療対策専門家氏名リスト	244
(医師・看護婦・技士は派遣次第、調整員は派遣期間が数次にわたるので別項にまとめた。したがって各次の総数は調整員を除いた数である)	
病院名及び人数一覧	252
(病院名は専門家所属病院である)	
カンボディア難民救済医療関係年表	254
タイ国でカンボディア難民救済活動に従事したボランティア団体	258

7 参考資料

インドシナ難民に対する我が国の救済援助

(1)54年度

援助先	援助内容	援助額		備考	対象
		(億 円)	(万 ドル)		
UNHCR	インドシナ難民救済計画 ダラン R.P.C.	(約61.9)	3,150	54年度補正予算 "	「ウ」、「ラ」、「カ」の各難民 "
	カンボディア難民救済計画	(7.2)	350		「カ」難民
	バターン R.P.C.	※(約56.25)	2,500		「ウ」、「ラ」、「カ」の各難民
小 計		約119.65	6,500		
UNICEF	カンボディア難民救済計画	0.65	(約30)	水田 54年度補正予算	「カ」被災民、難民
	"	1.5	(約70)		"
	"	※ (約9)	400		"
小 計		約11.15	約 500		
WFP	カンボディア難民救済計画	8	(約390)	魚油品、乳製品 米 (2万トン)	「カ」難民
	"	18.3	(約890)		"
	タイ被災民救済計画	(約1)	50		タイ被災民
小 計		約27.3	約 1,330		
ICRC	カンボディア難民救済計画	5	(約240)		「カ」被災民、難民
小 計		5	約 240		
タイ政府	カンボディア難民救済計画 カンボディア難民に対する 医療協力 医療チーム派遣 カンボディア難民キャンプ の水資源調査 カンボディア難民キャンプ の公衆衛生調査	3 1.9 2.7 0.9 0.05	(約150) (約 92) (約131) (約 40) (約 2)	医療品、医療センター 2チーム派遣延べ50名	「カ」難民 " " " "
小 計		8.55	約 415		
計		約191.65	約 8,985		

(注) 1米ドル=206円で換算、但し、※は225円で換算。

(2)55年度

援助先	援助内容	援助額		備考	対象
		(億 円)	(万 ドル)		
UNHCR	インドシナ難民救済計画 ダラン R.P.C.	(約107.1)	4,700		「ウ」、「ラ」、「カ」の各難民
	カンボディア難民救済計画	(約 6.8)	300		"
	カンボディア難民救済計画	(約 22.8)	1,000		カンボディア難民
小 計		(約136.7)	6,000		
UNICEF	カンボディア難民救済計画	(約 5)	230.4		カンボディア難民・被災民
WFP	カンボディア難民救済計画	50	(約2,066.1)	米(日本米 約3万t) タイ米 約2.5万t 魚油品	タイ「カ」国境「カ」難民・「カ」 国内被災民
	カンボディア難民救済計画	10	(約 460.8)		カンボディア難民・被災民
小 計		60	(約2,526.9)		
ICRC	カンボディア難民救済計画	(約 3)	138.2		カンボディア難民・被災民
タイ政府	サケオ医療基地の拡充計画 「カ」難民キャンプの小規模 取水ダム建設 カオラン・ダム建設 「カ」国境周辺地帯における 新村建設 マクリア医療計画 小規模ダム建設計画 医療基地(クラウンプリ ンス病院)の拡充計画 医療チーム派遣	0.3 2 0.5 10 7 10 22 4.85	(約 13.2) (約 88.9) (約 22.2) (約 460.8) (約 322.6) (約 460.8) (約 96.9) (約 215.6)	カンボディア難民及びタイ被災民 " " タイ被災民 カンボディア難民及びタイ被災民 " " " 5チーム派遣延べ143名	カンボディア難民及びタイ被災民 " " タイ被災民 カンボディア難民及びタイ被災民 " " " "
小 計		36.85	(約1,681)		
計		約 241.55	約10,576.5		

(注) 換算額は実施時の支出官レートによる。

(3)56年度

援助先	援助内容	援助額		備考	対象
		億円	万ドル		
UNHCR	インドシナ難民救済計画	(約63)	3,000		ウィエトナム、ラオス各難民 タイ領内ホールディングセンター収容「カ」難民
	カンボディア難民救済計画	(約21)	1,000		
	海陸脚車計画	(約1.26)	60		
	合法出国計画	(約0.63)	30		
小計		(約85.89)	4,090		
UNICEF	カンボディア難民救済計画	(約7.35)	350		カンボディア難民
WFP	カンボディア難民救済計画	42.0	(約1,935)	6/19 交換公文署名 日本33(連同1.7万ト) タイ43(連同1.7万ト)	タイ「カ」国境カンボディア難民 「カ」国内被災民
	カンボディア難民救済計画	6.0	(約266)	10/30 日土青交換 魚所誌	カンボディア、ラオス各難民、 タイ被災民
小計		48.0	(約2,221)		
ICRC	カンボディア難民救済計画	(約3.15)	150		カンボディア難民、被災民
タイ政府	パナトニコム給水施設建設計画	3.5	(約167)	7/14 日土青交換	カンボディア難民、タイ被災民
	職業訓練センター建設	5.8	(約276)		タイ被災民
	ラオス難民生活改善計画	2.0	(約95)	7/14 日土青交換	ラオス難民
	医療チーム派遣	5.0	(約240)	5チーム 延べ160名	カンボディア難民
	ダ・カオ、ノ・カダム建設	10.5	(約500)	11/4 日土青交換	カンボディア難民、タイ被災民
小計		26.8	(約1,278)		
計		171.19	約8,089		

(注) 換算は、WFP及タイ政府については交換公文署名等の時点の支出官レート(56.1/1-6/30…1ドル=217円、7/1以降…1ドル=210円)、その他については7月1日以後の支出官レート(1ドル=210円)による。

(4)57年度

援助先	援助内容	援助額		備考	対象
		億円	万ドル		
UNHCR	インドシナ難民救済計画 (カンボディア難民を含む)	(約92.03)	3,950	(うち、3,800万ドルは) 日土青交換	ウィエトナム、ラオス各難民 タイ領内ホールディングセンター収容「カ」難民
	合法出国計画	(約1.17)	50		
		(約93.20)	4,000		
小計		(約93.20)	4,000		
WFP	カンボディア難民救済計画	36	(約1,545)	8/20 交換公文署名 日本33(連同1.5万ト) タイ43(連同3万ト)	タイ「カ」国境カンボディア難民 「カ」国内被災民
	カンボディア難民救済計画	5.5	(約236)	9/10 開議了解 魚所誌	カンボディア、ラオス各難民、 タイ被災民
小計		41.5	(約1,781)		
ICRC	カンボディア難民救済計画	(約2.33)	100	日土青交換	カンボディア難民、被災民
フィリピン	パターンR.P.C.	10.30	442	58.3.9 交換公文署名	「ウ」「ラ」「カ」の各難民
タイ政府	医療チーム派遣	3.70	(約159)	※4チーム 延べ102名	カンボディア難民、タイ被災民
	ファイ・ラエン・サイ貯水施設建設	4.95	(約212)	58.5.3 交換公文署名	
小計		8.65	約371		
計		約155.98	約6,694		

(注) 換算は、7月1日以後の支出官レート(1ドル=233円)による。

7 参考資料

本邦定住難民の推移

昭和58.5.31現在

	定 住 数	(内 訳)				定 住 数 累 計
		元留学生・ 研修生等	ウエトナム からの合法 出国者	海外のキャン プから定住し た者	国内一時滞在 施設から定住 した者	
昭和53年 計	3	0	0	0	3	3
54年 計	97	0	0	95	2	100
55年 計	593	0	0	343	50	493
56年 計	1,203	742	20	393	48	1,696
57年 計	456	0	23	217	216	2,152
58年1月	27	0	0	22	5	2,179
2月	52	0	8	27	17	2,231
3月	59	0	0	11	48	2,290
4月	65	0	0	0	65	2,355
5月	52	0	0	43	9	2,407
(計)	255	0	8	103	144	()
合 計	2,407	742	51	1,151	463	—

◎定住者の国籍別内訳

ウエトナム	1,431名(元留学生・研修生 625名)
ラオス	563名(" 73名)
カンボディア	413名(" 44名)

※昭和50年(1975年)4月以前に、留学生や研
修生の資格で来日し、54年4月に難民と同
様に定住を認められることとなった者で、
56年(1981年)4月の国試了済により定住特
に組み入れられた。

定住促進センター、入所・退所状況

()は出生数内数 昭和58.5.31現在

	姫 路			大 和			計		
	入 所	退 所	年月末 在所数	入 所	退 所	年月末 在所数	入 所	退 所	年月末 在所数
昭和54年 計	35	0	35	0	0	0	35	0	35
55年 計	211(4)	170	76	241(2)	114	127	452(6)	284	203
56年 計	219(2)	214	81	244(3)	257	114	463(5)	471	195
57年 計	225(6)	211	95	210(3)	228	96	435(9)	439	191
58年1月	0	11	84	22	16	102	22	27	186
2月	26(1)	20	90	27	14	115	53(1)	34	205
3月	17	7	100	1(1)	6	110	18(1)	13	210
4月	15	23	92	0	32	78	15	55	170
5月	30(1)	24	98	30	33	75	60(1)	57	173
(計)	88(2)	85	—	80	101	—	168(3)	186	—
合 計	778(14)	680	—	775(9)	700	—	1,553(23)	1,380	—

◎両センター5月末現在の難民国籍別内訳

	姫路定住促進センター(98)	大和定住促進センター(75)	合計(173)
ウエトナム	98名	11名	109名
ラオス	0名	29名	29名
カンボディア	0名	35名	35名

日本国内の難民収容施設と一時滞在難民数

施設名	所在地	人数
○アジア福祉教育財団(本部)	東京都千代田区六番町六番地 六番町マンション4F	
〃 (難民事業本部)	〃 港区赤坂2-10-9 ランディック第二本坂ビル	
大和定住促進センター	神奈川県大和市南林間9-8-22	0
姫路定住促進センター	兵庫県姫路市仁豊野900	107
大村難民一時レセプションセンター	長崎県大村市古賀島町644-3	65
○日本赤十字社(本部)	東京都港区芝大門1-1-3 社会部ベトナム難民対策室	
社会福祉法人愛弘会「愛弘学園」	埼玉県大宮市片柳大字山手稲荷267-1	50
社会福祉法人聖隷福祉事業団「愛光会」	静岡県浜松市三方原町3453	50
日赤愛知県支部所管「赤十字希望の家」	愛知県瀬戸市南山口町538	49
日赤広島県 〃 「みろくの里救護センター」	広島県沼隈郡沼隈町中山南21-2	139
日赤徳島県 〃 「ベトナムの家などさき」	徳島県鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂5	8
日赤福岡県 〃 「大法門」	福岡県山田町大字下山田344-1	79
日赤長崎県 〃 「大黒戸寮」	長崎県西彼杵郡大瀬戸町吉浦河通4342-26	81
日赤熊本県 〃 「益城古城園」	熊本県上益城郡上益城町大字寺迫964	51
日赤新潟県 〃 「友愛社ベトナムの家」	富山県西礪波郡茶臼原5248	47
日赤鹿児島県 〃 「赤十字聖水園」	鹿児島県垂水市本城字上の比良3950	46
日赤沖縄県 〃 「本部国際友好センター」	沖縄県国頭郡本部町字豊原211	270
○カリタス・ジャパン(本部)	東京都新宿区陽明町20-5 RM飯田橋ビル5F	
鳥山カトリック教会	栃木県那須郡那須町南1-8-20	25
沼田カトリック教会	群馬県沼田市城治町967	12
前橋地の村	群馬県前橋市西大塚町1907-2	24
館林カトリック教会	群馬県館林市大手町11-21	12
熊谷カトリック教会	埼玉県行田市旭町16-2(奥住上閉鎖)	1
柏崎カトリック教会カトリック海の家	新潟県柏崎市大字宮川字市道4367-7	76
コングレガシオン・ド・ノートルダム調布修道院	東京都調布市下石原3-55-1	8
聖心の布教姉妹会藤沢修道院	神奈川県藤沢市藤沢5294	51
聖母訪問会大船修道院	神奈川県鎌倉市玉縄4-2	7
カリタス・湯河原学園	神奈川県足柄下郡湯河原町城山411	7
御所教会ベトナム難民センター	奈良県御所市戸毛60	77
星形町カトリック教会	和歌山県和歌山市星形町3-7	19
聖ヴィンセンシオ愛徳姉妹会修道会	和歌山県和歌山市今福3-5-21	15
和泉カトリック教会	大阪府和泉市伯太町2-2-41	6
姫路浮心会(スクート会)	兵庫県姫路市仁豊野900 仁豊野教会	93
聖母被昇天修道会岡山修道院	兵庫県洲本市物部1-11-10	8
太陽の町	広島県賀茂郡黒瀬町美久367	21
汚れなき聖母の騎士聖フランシスコ修道女会	長崎県北高来郡小長井町遠竹若2747-6	81
玖珠カトリック教会	大分県玖珠郡玖珠町塚原豆田425	4
汚れなき聖母の騎士聖フランシスコ修道女会	大分県大野郡野田町都原	67
西都カトリック教会	宮崎県西都郡小野崎通り827	45
浦添カトリック教会	沖縄県浦添市経塚1-2	27
○立正佼成会(国際室)	東京都港区田町2-11-1	
立正佼成会小湊教会	千葉県安房郡天田小湊町内浦378	52
○天理教(本部)	奈良県天理市三島町271	
天理教日野大教会	滋賀県蒲生郡日野町大字別所1093-1	68

(昭和58年2月28日現在 計1,848人)

7 参考資料

各国別流入数および滞留数

UNHCR資料による 58.4.30現在

一時受入国	流入数累計(1975年以降)	滞 留 数
ク イ (海路) (陸路)	592,454 (73,310) (519,144)	161,029 (9,479) (151,550)
マ レ イ シ ア	184,442	9,907
香 港	110,594	12,296
イ ン ド ネ シ ア	77,885	5,987
フ イ リ ビ ン	28,960	2,906
シ ン ガ ポ ー ル	25,227	119
日 本	6,362	(注1)1,757
そ の 他	11,546	992
合 計	1,037,470	(注2)194,991

(注1) UNHCR発表の数字、我が方調査による4月30日現在の滞留数は1,758である。

(注2) 本数字は一時受入国での出生数、約8,000を含んでいる。

(以上、外務省アジア局難民対策室編「インドシナ難民問題」より)

赤十字医療活動の基準と範囲

●各国の社会構造と医療の伝統を理解し、尊重することが重要である。

●緊急医療活動の計画と開発に当たっては、現行の地域医療体制や奉仕団体の利用の可能性も考慮しなければならない。

●提供するヘルス・ケアの基準は緊急時に適当なもので、過度な高水準のものへの依存をつくりだすようなものであってはならない。

●災害犠牲者に与えられるヘルス・ケアは周辺の地域住民にも利用できるものでなければならぬ。

●治癒を目指すヘルス・ケアよりも、予防や改善を目指すものが優先されなければならない。公衆衛生、栄養、衛生設備や保健教育は、赤十字の医療活動に不可欠なものである。

●国際赤十字医療活動は保護・安否調査及びその他の福祉サービスを含む統合された赤十字活動の一部と見なされなければならない。

●フィールドでの体験について記述的または専門的な記事を書くことを希望する赤十字医療要員は、まず、赤十字国際委員会／赤十字社連盟に許可を得るためその記事を提示しなければならない。赤十字国際委員会／赤十字社連盟はその申し出を好意的に検討すべきである。

●医療調査は赤十字の活動範囲ではない。現在または将来の緊急活動の質の改善に関係ある措置及び療法の研究はも

ちろん認められるが、それは赤十字国際委員会／赤十字社連盟が中心になって実施するもので、個人的保健従事者によつてなされるものではない。このような研究のために正常な活動を中断したり、患者に提供する治療の質をいかなる意味でも損つてはならない。

(「赤十字国際救援ハンドブック」より)

国連難民高等弁務官(UNHCR)

事務所 (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees)

所在地：ジュネーブ

事務局の組織

(1) 事務所の長たる国連難民高等弁務官(以下UNHCRという)は、総会の監督の下に事務所所管の事項を執行するが、UNHCR計画執行委員会(後出)の意見を求めなければならぬ。UNHCRは国連事務総長の指名に基づいて総会で選出される。なお、UNHCRを補佐するため、弁務官代理1名がおかれている。

(2) 事務所の本部はジュネーブにあり、次の任務を行う四部門に分れている。

① 援助部 (Assistance Division)

② 物質的援助計画の策定及び実施。

③ 執行委員会のためかかる計画の提案を準備し、その実施につき報告すること。

7 参考資料

委員は次のとおりである（計四〇カ国）。

アルジェリア、オーストラリア、オーストリア、ベルギー、ブラジル、カナダ、中国、コロンビア、デンマーク、西独、フランス、ギリシャ、ウチカカン、イラン、イスラエル、イタリヤ、レバノン、マダガスカル、オランダ、ナイジェリア、ノールウェー、スウェーデン、スイス、テニジア、トルコ、ウガンダ、英、米、タンザニア、ヴェネズエラ、ユーゴスラヴィア、日本、ニカラグア、フィンランド、ザイール、タイ、アルゼンティン、モロッコ、レソト、スーダン、（日本以下九カ国は、七九年七月の経社理第二会期において、拡大メンバーとして選出された）。

他機関等との協力

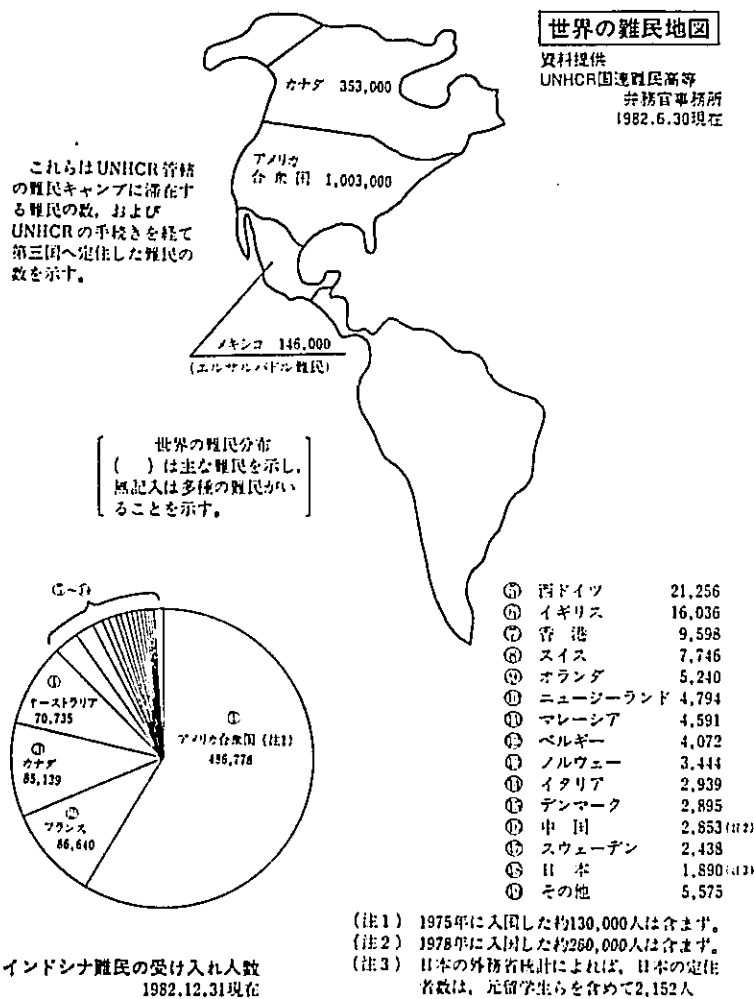
UNHCRはその活動を遂行するにあたり、難民問題につき第一次的責任を負う関係国政府を始め、国連の専門機関、国際的諸団体と密接に連絡し協力する。UNHCRは、とくに難民の存在する地域の開発計画の実施については、ILOやFAOと緊密に協力し、また、難民に対する衛生、教育面での援助実施に当っては、UNICEF、WHOおよびUNESCOと協力している。地域的協力機関では、ヨーロッパ移住政府間委員会（ICEM）（元米欧州地域の失業者問題を移住により解決することを主たる目標とした機関）との間で難民の再定住（とくに移送）につき共同作戦を実施してきた。またアフリカ難民問題解決のために

OAUと協定を結んでいる。赤十字との協力関係も密接であり、特に赤十字連盟はアフリカ新情勢に取り組むUNHCRの活動の一翼を担っている。民間団体としては、世界各地の約一二〇の難民救済のための団体がUNHCRの活動に参加してきたが、これらは「自発的機関国際協議会」（ICVA）を組織して難民救済援助計画および協力のため積極的な役割を担っている。

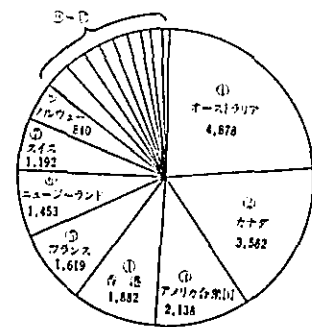
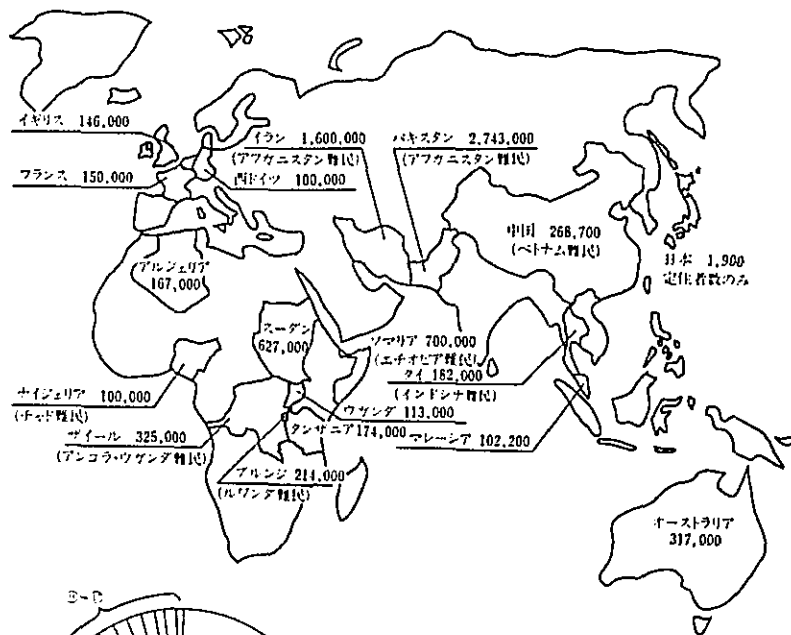
わが国との関係

地理的歴史的條件のためにわが国自身が、難民に対する重大問題の解決を迫られることは従来なかったが、一九七五年春のインドシナにおける政変以後は、南シナ海を航行中の船に救助されてわが国に一時上陸許可を求めてくるインドシナ難民が相次ぎ、一九八〇年十月末までに約四、〇〇〇名のインドシナ難民がわが国に一時入国を許可された。このような緊急事態に対処するため、わが国では一九七九年四月三日に設定した五〇〇人の難民定住枠を一九八〇年六月一七日に一、〇〇〇人に拡大、九月三〇日現在、本邦定住許可数は九九九人、うち四二〇人が定住済みである。こうした情勢を背景にわが国とUNHCRとの関係は急速に深まり、UNHCRに対する提出額も急増した。特に一九七九年にはUNHCRのインドシナ難民援助計画の全体所要経費の約半分、約六、〇〇〇万ドルを負担し、同計画については世界で第一位の大口提出国となった。

（外務省国連局専門機関課「主要国際機関の概要」より）



7 参考資料



受け入れ比 (自国民100万人に対する
インドシナ難民の受け入れ人数)1982.12.31現在

①	デンマーク	568
②	ベルギー	416
③	オランダ	372
④	西ドイツ	349
⑤	マレーシア	330
⑥	スウェーデン	294
⑦	イギリス	287
⑧	オーストラリア	219
⑨	その他	
	イタリア	52
	アルゼンチン	46
	スペイン	25
	日本	16
	中国	3

(注) 各国の国民数は1980年のもの。

◆タイ国カンボディア難民医療対策専門家氏名リスト（ボランティア＝国際協力事業団の一
般公募に応募した人）

第一次チーム 総計29名（医師10名・看護婦18名・技士1名）			
医師	看護婦	看護士 技士	
早野嘉夫 釘宮誠司	久米枝美子 比嘉純子 鳥越初江	鶴目武人	南台病院
今川八束 西田 茂	熊谷テツエ 平木美枝子 浦木あさみ	木村忠雄	聖隷浜松病院
小林茂三郎 岩淵 定 川野 尋 広瀬英子 吉沢桂子 片山紀子 天野美佐子 今福孝子 田中洋子 望月奈緒子			日本大学
田村久弥 星野邦夫 平方義信 栗生よみ 大畠喜代 宗 秀子			ボランティア
第二次チーム 総計21名（医師7名・看護婦14名）			
医師	看護婦		
浅香 融 榎原政裕	小寺テル子 内山道子 高島榮子		全社協 救世軍
三樹 勝 福生吉裕 山本保博 三谷利子 木村孝子 平山紀子 尾美いね 藤尾厚美 渡辺ミサ子 宝泉周子			大 学 日本医科大学
鶴岡 卓 上田 潤	島田淳子 小川早苗 加藤奈津子 太田恵子		ボランティア

第三次チーム 統計28名(医師9名・看護婦16名・臨床検査技士1名・放射線技士2名)		
醫師	宇都宮病院	東京大学
看護婦	隅田能文 渡辺太郎 吉住恵子 石塚明美 賀川まさの 伊藤史子 佐藤富士子	獨協医科大学
臨床検査技士 放射線技士	垣花昌明 三村芳和 伊関丈治 谷 莊吉 無着とき 遠藤まゆみ 佐藤安子 久野照子 平井優美 久留島福美 松本千枝 吉野伸一	石崎百合子 横田勝正 渡辺咲子 小牧里子 高田充子 黒田静枝 松本富夫 佐藤和久
第四次チーム 統計36名(医師11名・看護婦23名・臨床検査技士1名・放射線技士1名)		
醫師	済生会川口総合病院	昭和大学
看護婦	酒井和雄 西村文朗 柿田紀男 村瀬 忠 蓮江郁夫 齊田倫子 大井幸子 中村咲枝 大内照子 松村理恵 小林経子	久保田 実 酒瀬川 裕 田中嶺太郎 香沢恭子 栗田和子 小笠原京子 児玉桃重 上甲美鈴 小西七重 新海幸子 鈴木富子 鎌倉光子 高木泰子 大崎寿美子 黒田孝子 成田久夫
臨床検査技士 放射線技士	国立病院 国立病院医療センター 吉野伸一	ポランティア

第七次チーム 総計35名(医師10名・看護婦23名・臨床検査技士1名・放射線技士1名)		第八次チーム 総計37名(医師11名・看護婦23名・臨床検査技士1名・放射線技士1名・薬剤士1名)	
医師	看護婦	医師	看護婦
全社協	済生会静岡病院	国立病院	放射線技士
大学	京都府立医科大学	厚生連	放射線技士
ボランティア		ボランティア	放射線技士
			薬剤士
大賀興一 嶋田秀逸 相川一郎 内藤和世 依田建吾 中山義介 大泉綾子 富永ひとみ 濱村千代子 山本二三恵	岡本晃愷 市原 薫 滝沢克彦 井尾昭典 鈴木十九枝 小川真佐子 菅沼紀子 鴻巣みち子 高橋みさ代 九岡和子 伊藤山紀子 酒井町子 森下正弘	野田辰男 篠原 史 小林元雅 大西英胤 小宮山雅樹 松原 了 加来隆一 蜂須賀彬夫 仲佐 保 西村美世子 新川栄子 古里山紀子 井上ふさ子	西村料美 吉田直子 曾我部るみ子 平尾田鶴子 富沢孝子 菊池順子 加藤節子 小原真理子 大野早苗 北村徳子 小林繁郎(看護士) 片岡敬男
		小宮正治 雷田哲夫 小坂美智子 青山景子 黒岩志ま子 堀まさみ	矢沢敬子 富沢孝子 大野ゆり子

看護婦	星川伸子 小林陽子 道場文子 西澤美智子 松本久子	黒岩 操	曽我部るみ子 吉田真子 小林繁郎(看護士) 土屋千恵子(薬剤士)
放射線技士	小林 豊		
第九次チーム	総計31名(医師8名・看護婦21名・臨床検査技士1名・放射線技士1名)		
大 学	鳥取大学	新潟大学	ポ ラ ン テ イ ア
医師	菅野 元 山口隆正 池上協子 山根久子	関 利明 吉川恵次 諸橋幸子 安孫子美知子 黒田久美子	矢沢敬子 曾我部るみ子 小林繁郎(看護士)
看護婦	青野 元 浅野孝治 吉本みどり 小笠原秀美	飯塚 亮 吉沢清志 中沢典子	村山政子 森本悦子 前田好子 林田 薫 宮崎澄江 野瀬多恵
放射線技士	北垣良憲 岡岡孝志		
第一〇次チーム	総計34名(医師10名・看護婦22名・臨床検査技士1名・放射線技士1名)		
国立病院	久保田賢 岡田雅彦 香川和徳 加陽直美	越川 亮 楠谷昭一 石井祐信	厚 生 連
医師	竹内藤吉 中瀬一郎	五藤卓雄	ポ ラ ン テ イ ア

7 參考資料

看護婦	田中富子 戸谷益子 山口克子	益子 幹 鹿毛指見子 桶川宏美	孕石恵子 松前初生 野瀬多恵	加藤節子 坂本八千代	須齊昌子 林田 薫 宮崎澄江 武末真由美 石井弘代 小林けい子	曾我部るみ子 荒木麗子 長田妙子 渡辺初美 小笠原(看護士)
放射線技士	坂井順子 大島治泰					
第一一次チーム	総計28名(医師8名・看護婦18名・臨床検査技士1名・放射線技士1名)					
大学	関西医科大学	日本赤十字社	ボランテイア			
医師	内田盛夫 田中孝也 北澤康秀 内田静子 古田泰穂子 抱 一美 (看護婦)	浅尾寧延 岡 信行 今西敬博 國 惠美子	島本正人 井 清司		日高美鈴 須田京子 伏見正江 川村幸子 大久保正美 高橋利幸 葛西義弘	杉村美代子 坂本八千代 松前初生 渡辺初美 武末真由美
看護婦						

第一二次チーム 総計33名(医師11名・看護婦19名・臨床検査技士1名・放射線技士2名)		
国立病院	日本赤十字社	ボランティア
医師	看護婦	放射線技士
徳永信三 波辺純一 武田浩一 鈴木勝 仲佐保 木村節子 田澤明恵 林文子 杉山淳子 柴田洋子 森山正巳	石戸谷淳一 村岡亮 安藤亨 山口登 安藤邑恵 関屋貴美子 井村セイ子 河上幸子	楠沼俊助 杉井吉彦 中村圭子 金田信子 本村都 松浦育子 赤名鶴美 中島美雪 浅川陽子 藤浪伸江 大久保正美 岡かつ代 村井俊郎 葛西義弘
第三チーム 総計36名(医師10名・看護婦23名・臨床検査技士1名・放射線技士2名)	大	学
久留米大学	日本医科大学	ボランティア
医師	看護婦	放射線技士
古賀道弘 加来信雄 高松徹 新田加代美 野嶋道代 清藤久美子	名嘉真透 大庭聡 野口哲彦 齊本多賀子 立山恵美子 三樹勝 山本保博 山本千代美 岡本頼子	相澤ともえ 三谷利子 川上幸代 尾美いね 玉城房枝 今井水子

7 参考資料

看護婦 松野操技士 松野操技士	石原宏朗 吉野伸一		村井俊郎(看護士) 大澤洋子 藤原ふみ子 山口静子 鳴尾美智子 葛西義弘
調整員(ボランティア参加 並はJICA職員) 金山昌功(調) 中川隆志 三津雄一 竹森英治 伊藤 勲(調) 浦上秀勝 鳥飼孝則 本多健一 広瀬敏通 中島衛平 高山一義 羽賀友信 副島将男 那須明彦	一九八〇年一月七日～一九八〇年四月一五日 一九七九年二月二日～一九八〇年四月二〇日 一九七九年二月二七日～一九八〇年六月六日 一九七九年二月九日～一九八〇年三月八日 一九八〇年四月九日～一九八〇年一〇月一八日 一九八〇年三月二六日～一九八〇年六月五日 一九八〇年三月二六日～一九八〇年九月五日 一九八〇年三月二六日～一九八〇年九月五日 一九八〇年七月一日～一九八〇年一二月八日 一九八〇年七月一日～一九八〇年一二月九日 一九八〇年九月二五日～一九八一年二月二四日 一九八〇年一〇月二八日～一九八一年一月二七日 一九八〇年十一月五日～一九八一年五月三日 一九八〇年十一月五日～一九八一年八月四日 一九八〇年十一月五日～一九八三年一月一五日	岩柳信也 小室清貴 碓 賢治 成瀬 章 柴田久史	一九八一年九月一五日～一九八四年二月三日 一九八二年一〇月二七日～一九八三年一月二五日 一九八二年二月一日～一九八四年二月三日 一九八二年二月三日～一九八四年二月三日 一九八二年六月八日～一九八三年一月一五日

252

[illegible]

7 参考文献

東京医科大学看護専門学校	1	愛知医科大学付属病院	1
各病院(ポランティア)	34名		
牛久中央病院	1	医療法人同愛会西濃病院	1
日生病院	1	聖友会四谷クリニック	1
三浦市立病院	1	札幌厚生病院	1
関西労災病院	1	名古屋市立東市民病院	1
日本連結乾燥研究所	1	積善会付属	1
大和中央病院	1	十全総合病院	1
茅ヶ崎徳洲会病院	2	岩瀬胃腸科内科	1
復光会総武病院	1	財団法人心臓血管研究所	1
松本病院	2	付属病院	1
三鷹病院	1	厚生農業協同組合連合会	1
岡田病院	1	重症身心障害児施設	1
平野病院	1	小さき花の園	1
都南病院	1	おおぞらの家	1
岡山病院	1	広島市翠町中学校	1
川崎病院	1	中央健康管理協会	1
医療法人社団湖仁会	1	黒船橋診療所	1
あびこ中央病院	1	朝日本材株式会社	1
医療法人松和会	1		
四谷クリニック	1		
医療法人敬和会	1		
持田病院	1		
医療法人内山会	1		
内山病院	1		

●カンボディア難民救援医療関係年表

年 月	タイ国におけるJMT関連活動	わが国の動向	国際情勢
一九九一年二月	二日・政府現地実情視察団（稲方貞子団長）タイへ派遣。 三日・日本赤十字、医療団を派遣。 （日本医療チーム（略称JMT）のチーム編成及びオリエンテーション始まる。）	二日・「カンボディア難民人道援助」（閣議了解）ICRC、タイ政府等に付し、九億六五〇〇万円供与。	上旬・カンボディア難民のタイ領内への大量流入始まる。 元日・①対カンボディア援助調整会議（於バンコク）。タイのクリアンサック首相、難民の強制送還をやめ、三つのホールディングセンター及びナショナルセンター建設構想を表明。 ②ICRC・ユニセフ、緊急援助計画を発表。 五日・カンボディア民衆救済提言書約会議（於ニューヨーク）。わが国①援助担当の追加提出及びUNHCRに対し約三〇〇万ドルの追加提出の意向表明。 八日・カーター米大統領夫人、タイのカンボディア難民キャンプ訪問。 四日・ASEAN諸国提案のカンボディア決議案同地総会で可決。
三月	三日・政府、タイへ本質調査団を派遣（一五日）。 三日・JMTの第一陣派遣。 五日・サケオ島で日本病院（第二病院・リハビリ）開設。 サケオ島第三病院（内科）、カオイケン第三病院（外科）と外港をJMT担当。	四日・政府、カンボディア難民救済のため世界食糧計画等に九億五〇〇〇万円供与決定。 二日・越路難民定住促進センター開設。	二日・ASEAN緊急外相会議（於クアラルンプール）。共同声明発表。
一九九一年二月	一日・クノール人（ヘルパー育成のため、難民よりヘルパー採用）。	二日・民間ボランティア団体による「インドシナ民間救援連絡会」発足。	六日・タイ、ノンカイのラオス難民キャンプで大火事。約二万人被災。

7 参考資料

二月	三月	四月	五月	六月	七月
一日・国境情勢の悪化で、カオイタンの日本病院閉鎖。 三日・サケオNo.1第1病棟閉鎖（外国チームの補給のため）。 中旬・ヘルパー教育開始。 三日・外来の診療担当、メディカルセンター（略称MC）開設。 二日・クラウンプリンス病院への協力開始。 四日・ウォーキー・トーカーで、MCとの交信可能に。 六日・サケオNo.1第三病棟で小児外科器具準備完了。 三日・カオイタンの日本病院再開。 三日・サケオNo.1に皮膚科クリニック開設。 フランスチームの帰国によりサケオNo.1第二病棟（外科）閉鎖、X線撮影実施不能に。第二病棟（産婦人科）フランスより、JMT担当に。 五日・国境騒動激化で、カオイタンに患者搬入増大。 四日・カオイタン・MC・バンコク同時の緊急連絡用無線装置を設置。 五日・三日・国境騒動で負傷者増大。下旬・サケオのホールディングセンター、バンケンに移転（サケオNo.2、難民の移送始まる）。 八日・No.1の旧病院は九月まで使用。No.2は外来診療所を仮設置。	五日・政府、カンボディア難民救済のため官民合同調査団を派遣。 三日・バンコクにJVC開設。 五日・大和定住促進センター開設。 五日・在タイ日本大使館、本資源調査チームのカオイタンへの再派遣を決定。	九日・国会議員、学者等により「カンボディア救済センター」（事務局長田英夫）を設立。 六日・政府、タイ政府に対し、MC拡充建設及び小規模取水ダムのための計四億五〇〇〇万円供与決定。	五日・「インドシナ難民の定住対策について」（閣議了解）定住枠一〇〇〇人に拡大。 六日・タイ新村建設計画調査団派遣（一八月七日）。	二日・UNHCR、サケオ及びカオイタンに於ける個人ボランティア活動の中止を決定。 五日・国連対カンボディア援助国会議を開催し、二億五〇〇〇万ドル（四一二月）の援助決定。 六日・プレム、タイ首相ASEAN歴訪。 五日・国連、カンボディア難民救済国際会議開催。わが国は八〇年度インドシナ難民国連援助に純額一億ドルを支出する旨表明。	

二月八年八月	下旬、九月七旬・サケオNo.2、結核 炎大流行。	
九月	二日・MCで依頼検査（血液生化学 的検査）開始。 四日・農務局同診療への協力開始。 同日・MC、サケオNo.2結核病棟と 共同で、難民の結核検査開始。 同日・農務局同診療の同改小室。 二日・JMT全スタッフの肝機能検 査実施。 二日・サケオNo.2病棟完成、JMT は第三病棟（外科）担当。	
二月	二日・カオイゲンで火事、日本病棟 などA地区病棟焼失。 二日・サケオNo.2に新しい処置室設置 （冷房装置設置）、JMTの活動軌道に。 下旬・クラウンプリンス病院の増築、 日本政府の無償資金協力で完成。	
三月	二日・JVCの西崎憲司氏遭難。 二日・福岡済生会病院の宮本正明団 長、心筋梗塞で死去。 同日・カオイゲンのJMT、ICR C病棟に移り、本格的活動を再開。 （難民キャンプの人口調査実施）	
四月	二日・カンボディア救世センター一 行（団長、水野清孝議員議員）サケ オ、カオイゲンホールディングセン ター視察。 二日・大田省視察団、ホールディング センターを視察。 末、わが国の一時滞在難民一八九八 名に達する。 同日・インドシナ難民のわが国定住 者数五〇〇人に達する。	同日、九月四日・伊東外相、アジア 諸国訪問。二日、タイのホールデイ ングセンター、MC、新村を視察。 タイは難民に対し、総額三〇億円の 援助を行なう旨意向表明。
二六二年一月	八日、二日・鈴木首相ASEAN諸 国訪問。二日、タイで難民ボランテ ィアと懇談。（タイは難民救済のた めの援助二七億円に達す） 一日・タイで軍事クーデター発生、 三日に鎮圧さる。	

7 参考資料

五月	六月	七月	八月	九月	二月	三月	一九五二年九月	一九五二年一月
五日・JMT、チーム別活動から、ローテーション制を検討、採用へ。		二日・国境で祝賀。 六日・カオイトン日本病院再建、I CRCとJMTの混合の外科病院。 五日・ヘルバー教育の実施で、はだしの医師（クノール人）誕生。 （この頃、他国から参加の医療技師、チームは大半撤収。JMTの役割増す。また、ローテーション制定着）		クラウンプリンス病院に協力、循環器系診療担当。		元日・クラウンプリンス病院開設四周年記念式典。 三日・JMT引き揚げ。サケオNo2に収容の難民一万七〇〇〇人カオイトンへ移送。 元日・サケオNo2閉鎖。ホールディングセンターはカオイトンのみとなる。 三日・MCの資材材、タイ政府へ引き渡し、クラウンプリンス病院に収納さる。 一日・MC施設をタイ政府へ引き渡す。	元日・政府調査団（团长坂本重太郎、外務省経済協力局参事官以下八名）タイへ派遣。 四日・ブレム、タイ首相来日。政府来年度以降のインドシナ難民援助の継続を公式に表明。	一日・カンボディアのヘンサムリン政権総選挙実施。 三日・国連カンボディア問題国際会議開催。ウイエットナム軍撤退とカンボディア問題の平和的解決を求めるカンボディア宣言を採決。 四日・シアヌーク殿下（元国家元首）、ソンサン・カンボディア人民解放戦線議長、キュー・サムファン民主カンボディア首相の三首脳がシンガポールで会談。

●タイ国でカンボディア難民救援活動に従事したボランティア団体

- ・ I C C S D P T に加入している主なボランティア団体
救援活動の円滑化を図るため、各ボランティア団体、U N H C R およびタイ政府が共同して I C C S D P T (The Committee for Co-ordination of Services to Displaced Persons in Thailand) という組織を作った。(J V C を日本のボランティア団体も加入している)
- ・ A R C C American Refugee Committee (アメリカ)
インドシナ難民のアメリカへの移住と定住に力を注ぐ。このほか、国境をはじめ、カオイゲンその他のホールディングセンターで医療救援も行っている。
- ・ C A R E Cooperative for American Relief Everywhere Inc. (アメリカ)

世界各地で救援活動を行なっているが、カンボディア難民に対してはそのピーク時の一九七九年一〇月から、栄養、衛生、水資源、教育等の救援活動をはじめた。ボランティア団体としては世界一の組織をもつ。

- ・ C R S Catholic Relief Services (アメリカ)
一九七八年一〇月、バンコクに現地事務所を開設、カンボディア難民救済のほか、ラオス、ウイエトナムからの難民にも手を差し延べている。その活動内容は、食糧、衣料の供給から医療救援、難民の宿舍建設など、広範囲。

- ・ I R C International Rescue Committee (アメリカ)
一九七六年から難民救済のためタイで活動。医療活動が主であったが、その後、緊急時の食糧、衣料、衛生などに救援内容を拡張。また、難民のアメリカ移住にも従事。
- ・ M I D Maleser-Jitsalai Auslandsdienst E.V. (西ドイツ)
カトリック系のボランティア団体。タイではチェンコン、チェンカン、カオイゲン等のホールディングセンター、および国

境付近で医療救援に当たってきた。とくにカオイゲンでは一九八一年まで外科を担当。そのほか、マイルート、ホールディングセンターでは歯科のサービスも手掛けた。

- ・ M S I Médecins Sans Frontières (フランス)
一九七一年、医療専門家たちがパリで創設したボランティア団体。難民をはじめ、地震、洪水などの被災民への医療救済を行なうことが目的で、世界のあらゆるところへ赴くことをモットーとする。
- ・ S W S Seventh-Day Adventist World Service Inc. (アメリカ)
タイでは一九七九年からインドシナ難民救済のために、食糧、衣料、医療活動を行なってきた。
- ・ S O S / E S S A SOS Enfants Sans Frontières (フランス)
「国境のない子供たち」というこのボランティア団体は、一九八〇年五月からタイのホールディングセンター、および国境でとくにカンボディア難民を中心に難民救援に当たった。また一九八一年、アランヤプラブートに職業訓練校を開設。

- ・ W V F T World Vision Foundation of Thailand (アメリカ)
医療チーム派遣のほか、U N H C R 等と協力して職業訓練センターの建設と運営にも従事。
- ・ A C E P T Ambassador College Educational Project in Thailand
- ・ A F S C American Friends Service Committee
- ・ A M G Advancing the Ministries of the Gospel
- ・ A O G Assemblies of God Foundation
- ・ C A L Center for Applied Linguistics
- ・ C M V Christian and Missionary Alliance
- ・ C C N Concern
- ・ C C L The Church of Christ in Thailand
- ・ C C N Church of Christ - Ndorn
- ・ C E A R Comité Européen D'Aide Aux Réfugiés
- ・ C O E R R Catholic Office for Emergency Relief and Refugees

- ・COB Christian Outreach
 - ・ESL Ecles Sans Frontiers
 - ・FARM Finnish Free Foreign Mission
 - ・FII Food for the Hungry International
 - ・ICF International Christian Aid
 - ・ICM International Catholic Migration Commission
 - ・IRA International Relief Friendship Foundation
 - ・MCC Mennonite Central Committee
 - ・NRU Norwegian Refugee Council
 - ・ORA Overseas Missionary Fellowship
 - ・RRI Red Barn—Thailand
 - ・SVO Southeast Asian Outreach
 - ・SCA The Save the Children Fund
 - ・SCN Save the Children Federation
 - ・TBM Thailand Baptist Mission
 - ・TBM Thailand Baptist Missionary Fellowship
 - ・TDM Tom Dooley Heritage Inc.
 - ・TERR The Evangelical Alliance Relief Fund
 - ・TOS The Ockendon Venture
 - ・TSC The Salvation Army
 - ・WCC World Council
 - ・WCC World Relief Corporation
 - ・WCS World Welfare Services Unit for Refugees in Thailand
 - ・YMCA Young Men's Christian Association
 - ・YWCA Youth With a Mission Relief Services
 - ・YWCA Young Women's Christian Association
- ("THE CCSDFP HANDBOOK 1992" 45)

2 その他のボランティア団体 (一般財団法人等)

- ・CERS Community Based Emergency Relief Services
 - ・TCR Thai Committee for Refugees
 - ・SDR Swiss Disaster Relief
 - ・OSB Overseas Service Bureau
 - ・TRC Thai Red Cross Society
 - ・STRC Swiss Thai Red Cross
- (国際協力事業団「ボランティア・ボランティア 昭和五十七年一月」より)

3 日本の主なボランティア団体の連絡先

- 日本奉仕センター (JVC)
 - 住所 東京都杉並区阿佐谷南一―五
 - 三笠ビル三階
 - 電話 (〇三) 三三六―三三三
- 曹洞宗難民救済会 (JSRC)
 - 住所 東京都品川区東五反田二―三―一〇
 - レジデント五反田五〇五
 - 電話 (〇三) 四四四―四六一五
- 若い難民を支援する会
 - 住所 東京都渋谷区広尾四―三―一
 - 電話 (〇三) 四九九―二二三六

あとがき

これは一九七九年末から一九八二年末までの一〇九五日間（三か年間）にわたり、タイ政府に協力する形で、タイ国でのカンボディア難民救援医療のため国際協力事業団が派遣した日本医療チーム（JMT）の活動を中心にとめた記録である。

このJMTの三か月交代の派遣というカンボディア難民救援医療事業は、延べ四六九名の専門家（医療要員）の派遣という量的な面のみでなく、「難民救援医療」という質的な面からも、国際協力事業団が従来から実施している保健医療分野の技術協力事業とは異質なものであり、次のような特徴があげられる。

①「難民」に係る初めての協力事業であり、関係者一同初めての体験で摸索と行動の一〇九五日間であった。
②JMTは技術移転・指導を目的とする専門家チームのかたちで派遣されたが、実際上は「実働部隊」であった。

③延べ四六九名という多数の医療要員が参加した。

④看護婦、調整員などの専門家の一部を一般公務を行なうことによって派遣した。

⑤タイにおけるJMTメンバーの「安全」・「生活環境の整備」について、特に重きが置かれ、そのための措置がとられた。

これらの特徴については本書の中に記述されているが、多数の医療要員が参加したことは特筆すべきことで、JMTのメンバーの中には、帰国後再びJMTに参加した人、民間のボランティアとしてタイ、マレーシアやソマリアなどの難民救援に携わっている人、そして国際協力事業団派遣の医療協力専門家や青年海外協力隊員として海外で活躍している人、また国内でもカンボディア難民の日本定住に尽力している人など、JMTへの参加をきっかけとして、難民救済や開発途上国の人々への技術協力を続けている人たちもみられる。また、この難民救援医療活動への参加を契機に発足した国際救急医療チーム（JMTDR）派遣事業の推進役として、また登録者として、海外での緊急医療活動に備えている人たちもいる。

一方、難民よりひどいタイ被災民、農民の保健医療事情について本書の中にも述べられているように、多くの開発途上国には医療施設もない地に住み、全くといってよいほど医療を受けられないたくさんの人たちがいる。さらに、インドシナ難民だけでなく、アフガン難民やアフリカ各地の難民など援助を待つ難民もまだ多く存在している。このような人々に対し、JMTより条件の悪い地域で、保健医療の向上のため、地道に黙々と努力している政府派遣のみならず各種民間団体派遣の多くの人たちがいる。こういったことは、特殊な事態を除いてはマスコミにより報道されることもなく、日々の豊かさの中にとかく忘れられがちである。

このような観点から、本書はJMTの活動の単なる報告にとどめず、JMTの活動を一つのきっかけとして、世界各地で援助を待つ難民を、また貧困の悪循環から抜け出そうという開発途上国の人々の自助努力を援助する政府ベースでの協力の、また民間ベースでの協力の輪を広げる一助になればという希望と期待をこめて刊行したものである。本書が広く読まれ、官民を問わず、今後の海外での協力——特に保健医療分野での協力の、いささかなりとも有益な役割を果たすことを願ってやまない。

このカンボディア難民救援医療事業、特にJMTの派遣の実施にあたっては、JMTに参加して下さった方々はいうに及ばず、外務省、文部省、厚生省などの関係官庁、多くの国公立の大学や病院、また済生会、厚生連、日赤、JVCなどの諸団体や個人の方々など、多数の方々のご協力を国の内外で得ることができた。ここに改めてお礼を申しあげると共に、深い感謝の意を表したい。

なお、この記録をとりまとめるに際し、座談会への出席、取材への協力、手記の執筆など、ご多忙にもかかわらずご協力いただいた元JMTメンバーの方々に、またこの記録の制作について全面的に引き受けて下さった高橋満利子氏はじめ「アルカディア社」のスタッフの方々のご尽力に、お礼申しあげる。

一九八三年九月一日

国際協力事業団医療協力部長 中澤 幸一

●写真提供(五十音順・敬称略)

朝日新聞社

栗生 よみ

五十嵐 裕

今川 八束

岡松 孝男

小坂美智代

JVC(日本奉仕センター)

田辺 耕治

田村 久弥

肥田 義美

堀内 伸介

三樹 勝

UNHCR (P. Jamhor, J. Danois, K. Gaugler)

Wide World Photos

模索と行動

カンボディア難民救援医療—0955日の記録

●発行日

一九八三年一〇月一日

●発行人

中澤幸一

●発行所

国際協力事業団医療協力部

東京都新宿区西新宿二丁目一番地 新宿三井ビル内私書箱二一六号 (〒一六〇)

電話 〇三—三四六—五三一—五三一五 (受付台)

●編集・制作

アルカディア社

東京都新宿区市谷富久町31 四谷コーエイマンション二〇八号室 (〒一六二)

電話 〇三—三四一—三三九 〇三—三五三—二六六八

●印刷・製本

株式会社光村原色版印刷所



●事業の目的

JICA（ジャイカ）は国際協力事業団：Japan International Cooperation Agency の略称です。当事業団は開発途上国の経済、社会の発展に寄与し、国際協力の促進を図るために、国と国との約束に基づく技術協力（政府ベースの技術協力）を中心とした業務を行なう機関です。

●技術協力の意義

「技術協力」とは、開発途上国の国づくりを担う、途上国自身の優秀な人材の育成に力をかすことで、「人」を通して技術を有効に移転し、途上国の人々の手による国の開発を支援することです。

こうした「人」を通しての協力は、単に技術の移転にとどまらず、技術協力に伴う交流により、人と人との相互理解、ひいては国家間の相互理解を生み出す原動力ともなります。

●事業の内容

ジャイカの事業内容は

1 技術協力

- ①専門家の派遣
- ②研修員の受け入れ
- ③機材の供与
- ④プロジェクト協力(①②③の組み合わせ)
- ⑤開発調査

2 青年海外協力隊員の派遣

3 技術協力のための人材の養成および確保

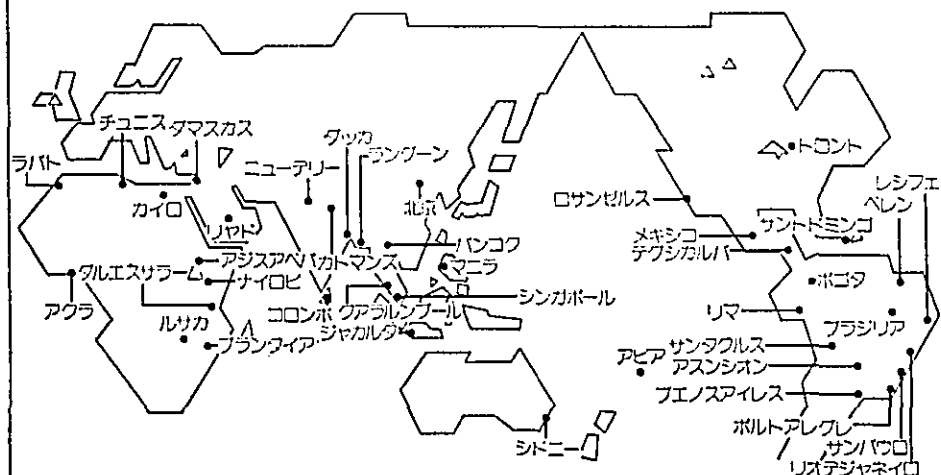
4 無償資金協力促進事業

5 投融資等の開発協力事業

6 日本人の海外移住

など広範囲にわたっています。この事業の実施のため、現在1,000人あまりの職員が、国の内外で働いています。

在外機関所在地



医業
JR
83-34