

海外緊急医療援助の問題点—NGO の立場から— — AMDA による海外災害支援医療活動 —

早川 達也

AMDA 日本支部, 市立札幌病院救命救急センター

はじめに

AMDA (Association of Medical Doctors of Asia, アジア医師連絡協議会) は, "Better Quality of Life for Better Future" を理念とする, 医療分野専門の非政府組織 (NGO) である。岡山市に本部を置き, アジアを中心に 18 カ国に支部をもつ (表 1)。

AMDA は, 1984 年の設立以来, アジア, アフリカ, そしてヨーロッパを中心に自然災害被災者のみならず内戦・紛争による難民に対する緊急救援医療活動, 地域保健医療活動を独自にまたは他の NGO, 国連機関, 国際協力事業団等関係機関と連携して実施してきた。国内では, 1991 年に AMDA 国際医療情報センターを設立し, 在日外国人のために医療相談, 医療機関の紹介を行っている。また, 1996 年には, 日本医師会, 全日本病院協会と連携して, 国内での災害時の緊急医療体制における活動拠点としての民間病院の役割を評価し, その支援を行うための組織として, 地域防災民間緊急医療ネットワークを設立した。なお, AMDA は, 1995 年に国連 NGO カテゴリー-II に指定されている。

設立以来, 1996 年 10 月現在までに実施したプロジェクト総数は, 112 に上る。緊急救援医療活動のうち, 海外災害支援医療活動としては, 1992 年のフィリピン・ピナツポ火山噴火被災民救援医療プロジェクトを最初に, 視察のみを行ったものも含め 19 のプロジェクトを実施した (表 2)。

AMDA による緊急救援医療活動

緊急救援医療活動は, 現地あるいは被災国に信頼できるカウンターパートの存在があってはじめて迅速で効果的な活動が可能となる。

AMDA による海外災害支援医療活動を含む緊急救援医療活動は, 当初 AMDA 現地支部と AMDA 日本支部との連携のもとに実施されてきた。バングラデシュにお

けるロヒンギャ難民救援医療活動 (1992 年), ネパールにおけるブータン難民救援医療活動 (1992 年), ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療活動 (1993 年), そしてインド西部地震被災民緊急救援医療活動 (1994 年, 後述) などがそれにあたる。これらは AMDA 現地支部と

表 1 AMDA 支部一覧

香港, インド, インドネシア, 日本, 韓国, 台湾, マレーシア, ネパール, フィリピン, シンガポール, タイ, バングラデシュ, カンボジア, パキスタン, スリランカ, スーダン, ブラジル, カナダ

表 2 AMDA による海外災害支援医療活動一覧 (1996 年 10 月現在)

1992 年
フィリピン・ピナツポ火山噴火被災民救援医療プロジェクト
インドネシア・フローレス島津波被災民救援医療プロジェクト

1993 年
バングラデシュ・サイクロン被災民救援医療プロジェクト
ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療プロジェクト
インド西部地震被災民救援リハビリテーションプロジェクト

1994 年
インドネシア・スマトラ島南部地震救援医療プロジェクト
カンボジア・洪水被災民巡回診療プロジェクト

1995 年
インド・オメルガ震災復興リハビリテーションプロジェクト
ロシア・サハリン北部地震緊急救援プロジェクト
北朝鮮大洪水緊急救援プロジェクト
カンボジア・ベトナム・ラオス・メコン川洪水緊急救援プロジェクト
インドネシア・スマトラ島大震災緊急援助プロジェクト
メキシコ大地震緊急救援プロジェクト

1996 年
インドネシア・中央スラウェシ島地震救援プロジェクト
中国四川省雪害緊急救援プロジェクト
インドネシア・ビアク島大震災緊急救援プロジェクト
バングラデシュ・竜巻災害緊急救援プロジェクト
中国貴州省大洪水緊急救援プロジェクト

AMDA 日本支部の間に、共同緊急救援医療活動が展開される前に、人的交流や地域保健医療プロジェクトにより、相互理解と相互信頼感がすでに得られていた。このため、緊急救援医療活動を実施するにあたって、お互いに知り合っているもの同士は助け合うのは当然、という相互扶助の考え方をもとに、現地での受け入れが極めて円滑であった。

しかし、AMDA の活動規模が地理的に拡大することに伴い、カウンターパートを AMDA 支部に求めるだけでは対処できない事例が生じてきた。そこで相互扶助の考え方をもとに、AMDA 支部の存在する地域以外での緊急救援医療活動の実施にあたって必要となってきたのは、現地(地域)NGO との連携である。このために、1994 年には国際貢献 NGO サミットを主催し、参加 NGO による、緊急救援と開発のための国際 NGO ネットワーク(International Network of NGOs for Emergency and Development, 以下 INNED)を組織し、次いで 1995 年にはアジア太平洋緊急救援フォーラムを主催し、アジア太平洋緊急救援機構(Asian Pacific Relief Organization, 以下 APRO)を組織した。国際貢献 NGO サミットには 32 カ国から主として地域 NGO 46 団体の参加を得、アジア太平洋緊急救援フォーラムには 14 カ国から地域 NGO 16 団体の参加を得た。AMDA 日本支部および AMDA 各国支部は、これらの指導的役割を担うことになる。

INNED は、参加 NGO による相互理解と相互支援のためのネットワークである。それぞれの地域における保健・医療・教育・環境など様々な問題解決へ向けたプロジェクトを実施することによってこれを実現させようというものである。日常的には開発を主とするプロジェクトを実施し、有事の際には緊急救援活動を展開することになる。すでに緊急事態対応体制整備のために、1996 年からインドネシア、フィリピン、ボリビア、タンザニア等でプロジェクトを開始している。

APRO は、アジア・環太平洋地域の紛争・自然災害に対応することを目的とする緊急医療ネットワークである。奇しくもアジア太平洋緊急救援フォーラムの開催中にインドネシアのスマトラ島で地震が発生、その 2 日後にはメキシコで地震が発生した。また数日前からバングラデシュでは乾期には珍しい洪水が発生した。AMDA 日本支部は、APRO として直ちにこれらの地域に緊急救援医療チームを派遣することを決定した。スマトラ島の地震に対しては APRO 参加者のインドネシア赤十字と AMDA インドネシア支部、AMDA 日本支部が連携し、メキシコ地震に対しては同じくアメリカの Direct International Relief と AMDA カナダ支部、AMDA 日本支部が連携、

バングラデシュの洪水に対しては、AMDA バングラデシュ支部と AMDA 日本支部が連携した。

INNED と APRO は、今後 AMDA の関わる緊急救援医療活動の中心となっていくことが期待される。

海外災害支援医療活動の実際

海外災害支援医療活動は、まず迅速な被害状況、現地の対応能力の評価に始まる。そして支援活動を行うか否かを決定する。次いでカウンターパートを決定し、活動拠点の確保、輸送・通信体制の確保等現地での受入体制を整えなければならない。一方で、派遣チームの編成を行い、救援物資・活動資金の調達、日本政府・被災国政府・現地関係機関との連絡調整を同時に開始することになる。そして、派遣チームが、現地に入った時点で、具体的な支援方法を決定すると同時に、実際に支援活動を開始しなければならない。

ここで重要な役割を担うにはカウンターパートである。日常的に情報交換を行い、信頼関係が構築されていれば、特に現地の情報の把握、その評価、受入体制の整備、活動の運営が円滑に進めやすいことは想像に難くない。

プロジェクト運営にあたっての組織図は図1に示すとおりである。本部すなわち AMDA 日本支部には総括責任者である Project Leader と本部における事務関係責任者として Project Manager を設置する。現地にはカウンターパートによる Field Director を設置する。被災国の医師が緊急救援医療活動のリーダーシップを担うのが原則である。そして AMDA 日本支部派遣チームの統括者として、Field Team Director を設置する。Field Team Director も実際の活動には、Field Director の指揮下に Member として従事することになる。Field Coordinator は調整員として、連絡調整を担当し、Field Director を補佐することとする。Member は、Field Director の指揮下に実際の活動に従事することになる。派遣チームの構成は、プロジェクトの目的、規模によって変わってくる。

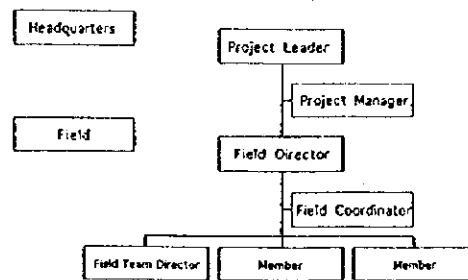


図1 プロジェクトにおける AMDA 組織図

海外災害支援医療活動にあたっての問題点

具体的な支援方法としては、急性期には、被災者に対する直接診療、医療機関に対する後方支援、重症患者の日本への搬送が挙げられる。慢性期の支援方法としては、リハビリテーションプログラムが挙げられる。緊急救援医療活動といっても、海外災害支援医療活動の場合、派遣に伴う避けられない時間的損失が存在するため、急性期でもいわゆる救出・救助期に効果的な医療活動が開始できる機会は少ない。

また、医療には言語、宗教、文化の違いによる国境が厳然として存在することにも留意しなければならない。大規模災害時の保健医療上の問題点は、多数の傷病者が発生し、また医療機関の受ける損害によって、通常の保健医療活動が停止ないし機能低下に陥ることであるが⁹⁾、現地の医療従事者が不足している場合を除き、外国人医師による被災者に対する直接診療は、避けた方が被災者にとって望ましいこともある。

また、いずれの支援方法をとるにせよ、現地の社会情勢、医療環境への配慮が重要となる。例えば、挫滅症候群は、地震に特徴的な病態であるが、治療には血液透析を含む血液浄化法が有効なことは周知の事実である。しかし、高価な透析器を日本から送り込むことだけでは、実際の治療の現場で、高価な機械が有効に生かされないばかりか、かえって混乱を招くことがある。

AMDAによる実際の海外災害支援医療活動から

1. インド西部地震被災民救援リハビリテーションプロジェクト

1993年9月30日インド連邦マハラシュトラ州を中心にM8.5の地震が発生、死者30,000名以上、負傷者約18,000名の被害をもたらした。

10月1日AMDAインド支部からAMDA日本支部に対し、支援要請が入った。これに対し、AMDA本部は5カ国からなる合同医療チームの派遣を決定、10月6日より現地調査を開始した。しかし緊急救援の医療ニーズは存在せず、医療チームの派遣は中止となった。しかし骨折など身体障害を残す外傷が多いという事実から、緊急救援医療活動が収束した後のリハビリテーションの必要性は明らかであった。そこで、AMDAインド支部の決定により、マハラシュトラ州政府、ソラール赤十字と連携して、12月21日よりリハビリテーションプロジェクトを開始することとした。

インド国内では現地NGOも含め、緊急医療体制が確立しており、緊急救援医療活動は果たせなかった。しかし

AMDAインド支部の存在により、医療ニーズの変化をきめ細かに捉えることが可能であった。リハビリテーションプロジェクトはこれに柔軟に対応した結果といえる⁹⁾。

2. サハリン北部地震緊急救援プロジェクト

1995年5月28日ロシア共和国サハリン州北部のネフチェゴルスク近郊でM7.6の地震が発生した。被害状況は、人口3,178人のうち、死者は2,028名、負傷者は413名であった。

AMDA日本支部は、5月28日、医療チームの派遣を決定。翌29日、医療チーム第一陣3名を派遣、さらに6月2日に医療チーム第二陣8名を派遣し、6月12日まで、被災地ネフチェゴルスク、オハにおけるニーズ・アセスメントおよび医薬品・一般救援物資搬入、ユジノサハリンスク州立中央病院支援等を行った(図2)。

AMDA日本支部は、カウンターパートも決まらないうちに迅速に活動を開始した。現地の対応は、被災者の救助体制こそ遅延していたが、医療従事者は充足しており、負傷者の後方医療機関への搬送体制も含め、緊急医療体制は確立していた。しかし、地理的条件、社会情勢から後方医療機関の支援が必要であった。サハリン州政府、ユジノサハリンスク州立中央病院と信頼関係を構築することによって、後方医療機関支援を中心とする円滑な緊急救援医療活動が可能となった⁹⁾。

3. バングラデシュ竜巻災害緊急救援プロジェクト

1996年5月13日、バングラデシュの首都ダッカの北西タンガイル近郊で巨大な竜巻が発生し、死者525名、行方不明者300名以上、負傷者約40,000名の被害をもたらした。

AMDA日本支部は、AMDAバングラデシュ支部と協議し、5月15日に調査を兼ねた支援活動を開始、ダッカのバングラデシュ日本友好病院を拠点に、AMDA日本支部の医療チーム5名とAMDAバングラデシュ支部の医療チーム6名からなる合同チームで、17日から本格的な緊急救援医療活動を開始した。バングラデシュ日本友好病院は、日本に留学した3人のAMDAバングラデシュ支部会員の医師が創設した病院であり、AMDAバングラデシュ支部の活動拠点である。なお、現地ではランブル村の野営応急処置所で24日まで診療活動を行った。合同医療チームの派遣の時期から、当初は外傷への対応より感染症などへの対応を想定していたが、実際には竜巻災害の特徴および現地の対応能力の限界から、外傷への対応が必要とされていた⁹⁾。また、AMDA日本支部派遣チームが帰国した後も、AMDAバングラデシュ支部、AMDAネパール支部、AMDAインドネシア支部により活動が継続されたことも付け加えたい。



図2 ユジノサハリンスク州立中央病院支援

今回の特徴は、厚生省を通して WHO から迅速な医薬品の支援を得、充実した緊急救援医療活動が可能となったことである。災害支援医療活動ではないが、今年4月のレバノン紛争による被災民緊急救援プロジェクトでも、厚生省を通して WHO から緊急医薬品セットの支援を、また外務省からは、資金の助成と現地大使館を通じた全面的な活動支援を得ることができた。

緊急救援医療活動は、迅速さが要求されるが、これには官民の協力体制が効果的であることが示されたといえる⁷⁾。

NGO による海外災害支援医療活動の問題点

NGO による緊急救援医療活動の特徴はネットワークの活用である。そして、現地の政府機関の要請を待たずに独自の判断で、迅速な活動開始が可能であることである。また、政治的背景に左右されず、医療ニーズに合わせた柔軟な活動が可能であることである。

しかし緊急救援医療活動の実践にあたっては、医療行為の責任の所在の問題から、信頼できるカウンターパートを得ることが必要不可欠である。逆にカウンターパートが得られない場合、政府機関の十分な保護がなければ効果的な活動が実施できないだけでなく、派遣者の生命に危機が及ぶ可能性もある。また、撤収時期、つまり活動の終了目標をどこに置くかを、自らの判断で決定しなければならない。多くの発展途上国の場合、日常的に構造

的な保健医療上の問題点を抱えている。そうした地域では、発災後、急性期のみの活動で撤収することが困難な事例がありうる。

また医薬品など救援物資の迅速な調達が必要である。それも現地での使用を考えると、キット化されたものが望まれる。そして国内では資金的支援が必要不可欠である。いずれも、平常時から備蓄されていれば最善であるが、現在の NGO を取り巻く環境ではこれは充分ではない。資金については、災害支援医療活動の場合は主として日本財団から、その他外務省 NGO 補助金、外務省草の根無償援助、郵政省ボランティア貯金といった政府からの助成を適宜受けている。また派遣者に対する社会的支援も必要である。派遣者の所属医療機関または組織の活動に対する理解および身分保証は最重要課題である。

そして、活動終了後には、その検証を行うことで、支援者に対して責任を果たさなければならない。様々なフォーラム等を活用しながら活動報告は行ってきたが、充分とは言えないのが現状である。

おわりに

AMDA は、現在、地域 NGO との自然災害情報の共有と救援活動を迅速かつ効果的に実施することを目的として、AMDA INTERNET STATION をサーバーにした、インターネット情報共有システムの整備を計画中有である。AMDA ホームページ(URL:<http://www.amda.or>)

jp)を一度参照していただきたい。

キーワード：海外災害支援医療活動, AMDA, NGO, カウンターパート, ネットワーク

引用文献

- 1) AMDA(アジア医師連絡協議会):緊急 NGO ほどこへ向かう—ルワンダからの証言. 東京, 中山書店, 1995, pp 166-174
- 2) 菅波 茂:国際貢献 NGO サミットの開催—とびだせ! AMDA 東京, 厚生科学研究所, 1995, pp 215-225
- 3) 高橋有二:災害処理の原則と防災計画. 救急医学 15: 1745~1752, 1991
- 4) 菅波 茂:インド・マハラシュトラ州地震被災民救援活動. 国際医療協力(AMDA 機関誌)18(1):68-71, 1995
- 5) 早川達也:AMDA サハリン北部地震緊急救援プロジェクト. 国際医療協力 18(6):8-12, 1995
- 6) 岩本 淳:奄美被災地救援のためバングラデシュへ急派. 国際医療協力 19(7):30-31, 1996
- 7) 近藤祐次:緊急救援の新しい民官協力モデル. 国際医療協力 19(8):68-69, 1996

ABSTRACT

Disaster relief activities of AMDA, an international non-governmental organization(NGO).

Tatsuya Hayakawa^{1,2}

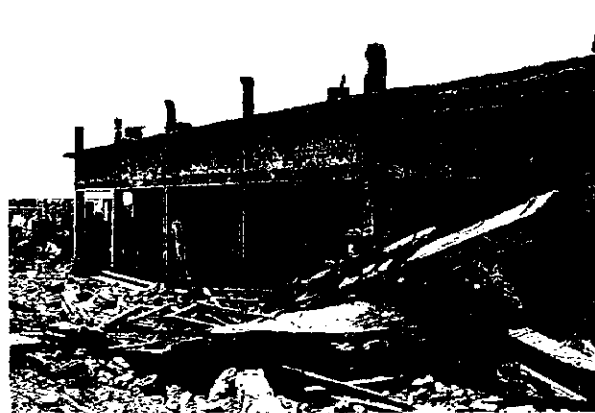
AMDA Japan¹, Sapporo City General Hospital, Department of Emergency and Critical Care Medicine²

AMDA, the Association of Medical Doctors of Asia, based in Okayama city, has 18 country chapters. It is an international medical non-governmental organization (NGO), founded in 1984, working for an improvement in health and related area in Asian and other local communities. The AMDA projects include humanitarian assistance to victims of natural disasters and war refugees through medical care, as well as giving medical advices to foreign residents in Japan. It has as its motto "Better Quality of Life for Better Future" a goal to be realized by means of "mutual understanding, mutual assistance." When an emergency occurs, a group is formed consisting of doctors and coordinators from AMDA country chapters and is sent to the site. NGOs are able to make a quick and flexible response to disaster. In order to do this, NGOs should strengthen partnership to activate mutual assistance.



医療の国際協力 —— 21世紀に向けて ——

国際緊急援助隊医療チーム



鉄筋の小学校も竜巻の猛威によってただの瓦礫となった

1996年6月
バングラデシュ竜巻災害

発展途上国への医療協力を大別すれば二つの面になる。一つは病院建設や機材供与、技術移転など長期的なプロジェクトのかたちをとるもの、そしてもう一つが今回取り上げる災害や大事故発生時の緊急援助である。

一九九五年一月十七日の未明に阪神・淡路地方を襲った大震災から三年が過ぎたが、発生当時、日本中から被災地へのさまざまな救援活動があったことは記憶に新しい。しかし、国内からの救援活動だけではなく、海外の多くの国と地域から援助があったことを心に刻んでいる人は意外に少ないのではないだろうか。

日本の国際緊急援助隊（JDR）も、海外で災害が発生したときには、要請があれば派遣される。メディアへの露出度も活動の当初こそ高くなるが、活躍の場・期間が限られているせいか、そのシステムやレベルはどうか、あまり広くは知られていないのが本当のところだろう。JDRは、もとをたどれば一九七〇年代後半に発生した大量のカンボジア難民救援のために結成された医療チームに行きつく。その後、緊急医療援助隊（JMTR）を経て、現在はJDRに組み込まれた医療チームだが、その活躍が日常の積み重ねに支えられていることが、取材を通じて深刻印象に残った。

派遣—バンングラデシユ竜巻災害

派遣の実際はどうか。一九九六年五月のバンングラデシユ竜巻災害に、医療チームの一員として加わった福家伸夫先生にお話をうかがうため、帝京大学医学部附属市原病院を訪ねてみた。

「援助隊の話聞いて、いいなと思ったので。緊急援助活動としての医療は、日本の現代的な病院でやっているような医療ではなくて、その人の生身の実力が問われる場面でもあります。日本国内にはなかなか得られない経験ですから、登録した理由にはそういう要素もあります。でも、必要があることと



福家伸夫(ふけのぶお) 帝京大学医学部教授・同附属市原病院集中治療センター長。1951年生、香川県出身。77年東京大学医学部卒、同学麻酔学教室入局。83年自治医科大学講師、ICU・CCU部。85年ハーバード大学マサチューセッツ総合病院研究員。86年帝京大学助教授、市原病院麻酔科。89年同病院集中治療センター長、97年同教授。

いうのは誰かがしなくてはいけないことですから。そこに医療の需要がある以上、行ける人が行くのは当たり前のことです」

JDR医療チームに登録したいきざつを得ると、福家先生はこう答えた。

福家先生がチームに登録したのは一九八九年のことだ。これまでに二度の海外派遣を経験している。最初は九〇年七月のフィリピン地震災害。登録の翌年だ。そして次が九六年のバンングラデシユ。このときは医療チームのリーダーとしての役目もあった。

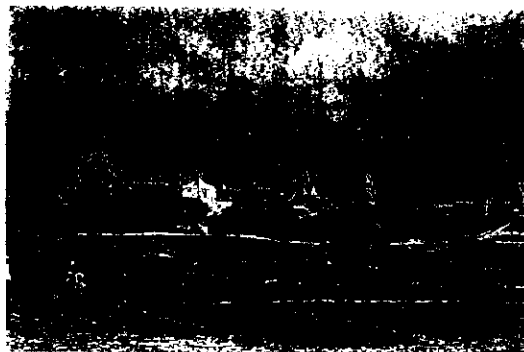
五月十三日夜、バンングラデシユのタンガイル県・ジャマルプール県を竜巻が襲う。十六日、国際協力事業団(JICA)は外務省職員を含む三名を緊急事態調査団として現地に派遣、日本への緊急援助要請を確認したので同日付けで医療チームの派遣が決まった。構成は団長、医師四名、看護婦(士)七名、調整員四名の計十六名。チームは二陣に分かれ、それぞれ十七日、十八日に成田を出発。十八日よりタンガイル総合病院を拠点に活動を開始した。

「タンガイル総合病院は県の頂点の病院だと理解されますが、設備などは日本の標準とくらべると寒い状況でした。手術室は二つありましたが、麻酔器はない。ということは局所麻酔しかできないということです。レントゲンはありましたが、非常に映りが悪く、骨折の有無がわかる程度でした」

あらかじめ収集した現地の情報や他国の事

例、前例などに基づいて、チームの編成、必要な物資や薬品、機材・装備などが決められている。すばやい対応はそうした準備によるが、完璧な対応は難しい。

「バンングラデシユの竜巻災害についてはデータはないに等しい状況でした。というのは、これまでの竜巻災害に関する情報はほとんど



木も家も根こそぎにされた

アメリカのものだったからです。カンザス市はトルネードシテイという別名があるくらい、アメリカ中部の平原は竜巻が多いのですが、アメリカみたいに高度化した国とバンングラデシユみたいな途上国では全然被害が違います。実際バンングラデシユでケガをした人は、家の建築資材であるトタンが飛んできてあちこち



切ったというケースが多いわけで、これはアメリカでは考えられないことですよ。アメリカでは家が遠く、人口密度も違う。パングラアシユの人口密度は日本の倍ですから」

実際JDRの竜巻災害への出勤はこれが初めてだ。もしそういうデータがあったとしても、緊急の場面では難しいことが多くある。予測しない事態もあるからだ。

負傷者の多くはトタンによる創傷で、深い傷が多かった。チームが到着したのは竜巻発生から五日後のことであり、ほとんどの創傷は縫合処置を受けていたが、消毒薬や抗生物質の不足のせいで感染を起こしていた。衛生状態は悪く、傷口から蛆が発生していた患者もいた。このためはじめの一週間は感染の制御が重点的になされる。加えて十九日には近くで起きたバスの事故で急患が約五十人運ばれてきた。消毒薬、ガーゼ、局所麻酔薬などがあつというまになくなつてしまった。

「ケガ人が多いだろうということはだいたい予測されていたのですが、あれほど徹底してケガ人ばかりだとは思わなかった。ですから消毒薬や局所麻酔薬があつというまになくなつたのは、ちよつとした見込みがちだったということも言えるかもしれません。現地に行く前は、むしろ井戸が壊されて感染症が蔓延しているのではないかと、というイメージも多少あつたのです」

日本では考えられない状況において、文字どおり「生身」の実力が問われる。そんなな

かチームは十日間で手術一八五名を含むべ九五五名を診療した。単純に考えても一日に一〇〇名近い患者をみている。相当にハードなスケジュールではなかつたらうか。

「気温が高く、三十七、八度、テントの中では四十度あるいはそれ以上になります。このような状態では、原則として日中はあまり働かないようにしていました。朝は比較的早く、だいたい八時半ぐらいから正午まで診療、昼休みを二時間程度とって午後は三時間ぐらい活動します」

患者は次から次へと来る。時間どおりには終わらない。

「それはそうですが、つとめて持ち越さないようにしていましたね。つまり慣れない環境、しかも快適でない環境で無理をすると、必ずこちらがつかれてしまいます」

助けに行つたほうが助けられるようなことになつては、もともともない。無理をして倒れば、本来の目的を遂行できなくなる。チームは四班に分かれ、病院の庭に仮設したテントでの外来、手術室、巡回診療の業務と、休息（といつても報告書作成、物資調達などをローテーションした。チームリーダーとしての仕事を質問すると、「これといつてありませんが、チームのみんなが体をこわさないように気をつけることぐらいでしょう」と簡単に言つていたが、大切な意味がある。非日常のなかで派遣による効果を最大限にあげるには、一日のスケジュールや仕事の流れをさら



タンガイル総合病院の手術室で負傷者を手術中

んとすること、そして自己管理が基本的な事柄なのだという。

JDRの被災地での生活と聞くと、テントでの寝起きをつい想像してしまいがちだが、一応寝る場所は確保されていたようだ。

「宿舎はタンガイル市内のホテルを借りました。ただ、田舎の町ですからエアコンの入つていないようなホテルはないわけで、天井でファンが空気をかき混ぜているだけです。たまに暑い部屋に当たると室内にシャワーがあるので、そうでないこともある。ですから風通しの悪い部屋に当たると相当つらいですね。あと大きなコロオギが部屋の中で鳴いていました」

特集 医療の国際協力—21世紀に向けて

それではたぶん眠れないはず。体調を崩さなかつたのだろうか。

「現実には暑くて眠れなかつたですね。ですから昼間とついていた二時間の昼休みが貴重な睡眠時間でした。食事のあと、日陰にイスを並べて寝たりしていました。さいわい体はこわさなかつた。私はダツカに戻つてからおなかをこわしたぐらいです。ダツカではホテルにエアコンがありますから、むしろこれは冷房のせいかなと思いましたがね」

けつして快適ではない環境とハードな仕事、派遣を終えて、どんな感想をもつたのだろうか。たとえば充実感とか、あるいは二度と行きたくないとか……

「二度と行きたくないという人は、一人もいないと思います」

こちらの言葉を述べるように言う。

「みんなそれぞれに充実して帰っていく。やり足りないこととか、もう少し何かできたのではないかと、ちよつと満たされないう部分があるとは思いますが……。ただ、日本とは明らかに社会環境がちがいますから、日本でだつたらできることを、現地でもできるわけではない。たとえば足を折つた人を見て「入院しなさい」といっても、そう簡単にできることではないのです。その人が入院するためには、何をしなければならぬか。病院に行くにしても車はない、誰かの荷車に乗せてもらつて行くのか、あるいは足を引きずりな

がら十キロ二十キロの道を歩いて行くのか。そしてまつたく家族と隔離して、入院したとしても、治療費を払つていくことができるのか。そういうことを考えると、日本でわれわれが当然だと思つていても現地では当然でなくなつてしまふわけです。そういうギャップで悩むことはあるんです」

うつむき加減で少し複雑そうな表情が浮かんだ。だが、すぐに顔を上げる。

「カルテを渡して引き継ぎをしてみました。

これは現地の青年海外協力隊の看護婦さんから助言をいただいたのですが、記載がすべてだ、ということです。お互い医師なのだから患者をみればわかるだろうというような理屈は



病院前の仮設テントでの診療風景

通用しないと書いていました。ですからきちんと英文でカルテを記録して、引き渡しました」

こうして、十日間にわたる活動は終わる。

ところで、診療した患者の数で単純に援助の評価をするわけにはいかないが、九五五名は災害援助として過去最高の実績となった。日頃はどんな訓練や研修をしているのだろうか。

「チームに登録すると、まず導入研修が行われます。その後ある程度年数を経ると中級研修がありますけれど、登録者が何年か一度集まつて一斉に訓練をするというようなことはありません。基本的にはメンバーそれぞれが自分たちの職場でやっていることがそのまま反映されるわけです。限られた資材を、特殊な環境のなかで、最大限にどう利用するかが大事ですが、それはむしろその場で考えて決断することです。日頃から決断力と、チームで仕事をするための協調性を養っていることが大切なのです」

被災地ではニーズに合う適切な医療活動を行わなければならない。与えられた環境のなかで最も効果をあげるためにその場その場での対応、決断が必要になる。手術などは、回教国という被災地の宗教的な感情への配慮が難しい問題となったケースもあった。診療時間にしても時間とおりにはいかないが、弾力性をもたせて有効かつ無理のない活動をしているし、カルテなど診療上の工夫は随時行わ



ミラクプール村への巡回診療

れていた。被災地のニーズに応えるための努力が常に続けられていたことが、二〇〇ページにも及ぶ報告書の中に記されている。

チームの活動は、「公平・迅速・丁寧」として地元の人々の信頼を得、感謝を伝える記事が現地の新聞にも大きく扱われた。撤収するに際して、タンガイル総合病院でチームに対する感謝式が行われる。院長は「何もなければ」と言いながら、花をチームの一人ひとりに手渡した。ビスケットとバナナとコーラの温かいもてなし。人と人との心のつながり、それをもたない国際協力であってはならないのだろう。

一つの単位としての地球

二十一世紀に向けて

これからも医療チームが派遣され活躍する場面があるだろう。JDRの派遣システムはもう完成されているように見える。

「そうですね。でも、現実的にはこういうかたちで戦場を不意に離れることに対する世の中の理解というのは、必ずしも万全ではないと思います。私の場合はそんなことはありませんから、この病院のおおらかさにはほんとうに感謝しています。」

一般的には、とくに看護職の方がたいへんですね。勤務予定がひと月以上前からさっすり決まっています。しかも夜勤の回数などいろんな制約がある。それに人手の余裕というのはそうあるわけではない。そこで一人ずつとまるまる二週間抜けることになる、これは管理職にとってみれば「なんでまた！」ということになる」

登録の際には、派遣について所属先の了解が得られることが条件になっている。

「登録しようとする段階で拒絶にあうこともありますし、その時点ではOKを出しておきながら、実際に行こうとすると翻意を促されるということもないわけではないです。JDRに限りませんが、日常の仕事を離れた、たとえば人道的な別の仕事をしようとするこ

とに対する抑制というか、許容性のなさ。日本にはわりと異なったことに対するおおらかさがなくて、許容度が低いですよね。毎日同じほうがいいと考える人、とくに管理する側には多いでしょう。でもなるべく快く受け入れてほしいと思います」

NPO法案が整備されれば、NGOの活動ももっとさかんになるだろう。だがそのとき、参加する当人たちは、社会のしくみが問題だということだろうか。

「それはあります。医療援助だけではなく、海外青年協力隊のようにほかの国際協力で海外に行った人たちが、帰ってきてても必ずしも歓迎されない。仕事を探すがたいへんだとてもらえないというような、社会全体の度量のなさともいえますか……かなり問題だと思えますね」

平成十年一月末現在で、医師・看護婦(士)・医療調整員から成る医療チームの登録者数は五三六名。数の上では満たされているように思えなくもない。質的にはどうなのだろうか。

「いろんな職能の人がいて、それぞれの役割を果たしてくれたほうが確かに有用なわけです。バン格拉デシュの場合は薬剤師の方が行ったので、消耗品のチェック、物品管理や機材の管理が非常にすみやかにいった。それが非常に良かった点です。語学に堪能な人がいてもいいし、コンピュータが得意な人でもいい、

特集 医療の国際協力—21世紀に向けて

あるいは水質検査が得意、通信業務が得意で
もいい。どんなかたちで参加しても働く場所
はあります」

「医師の登録はどうなっているのだろう。」

「災害に限らず、日本の救急医療は交通事故
を発端とした外科サイドの人たちがこれまで
リードしてきましたけれども、交通事故とい
うのはコントロールして減らすことのほうが
大切なのであって、むしろ脳血管障害とか心
臓病、あるいは呼吸器疾患といったものが急
性変化を起こしてやってくるというケースが
数字的にははるかに多いはずですし、そうい
うことにきちんと対応できる救急医療であっ
たほうがいいと思います。ですから登録して
いる医師にしても、災害医療ということで圧
倒的に外科医が多いのですが、感染症対策や
防疫の面から考えらるともっと内科の医師に登
録してほしいですね。いろいろな専門の人が
いることで、体制としては強力になりますか
ら」

現実には派遣されるかどうかはわからなくても、
登録者の数は多いほうがいい。

「あらゆるジャンルで、地球がほぼ一つの単
位、一つの有機体として動きだしている時代
です。明治以前であれば○藩や×藩が世
界であったものが、突然日本という国ができ
た。司馬遼太郎さんも言っています、「日本と
いう国を日本人が意識するようになったのは
明治に入ってからで、日本人は日本の中に閉
じこもっていたら、実は世界というものが外

にあった」と。今は一つの国で起こったこと
がその国だけの問題にとどまらず、この地球
上の世界全体にいる人たち、あるいは生き物
すべてになんらかの影響を及ぼすようになっ
た、そういう時代なんです。国により多少古
い国家管理だとか政治体制の違いはあるけれ
ども、それはいざれ解消されるべき問題だろ
うと思います。この地球上に起きた異常事態
に対しては、やはり国境を越えてなんらかの
対策をたてるということが必要になってくる。
実際神戸の地震の際、世界中の何十か国から
援助が来ているのです。スリランカとかモン
ゴルとかインドネシアとか、それまでであれ
ばこちらが援助を出していたような国々が、



タンガイル総合病院での感謝式。院長から花束贈呈

あの災害に対してそれぞれ、国の大小によっ
て当然できることは違いますが、なんらかの
かたちで支援を送ってきた。それが非常に印
象的でしたし、世界というのは、そうあるべ
きだと思っています」

世界は一つの単位となる。そのために国際協
力は欠かせない。

「古い社会の体制、日本でしか通用しないも
のの考え方、それを早く脱却して世界のレベ
ルでものを考えるようになっていただきたい
と、とくに若い方々にはお願いしたい。年を
とると体力的なことあつてできないことも
ありますけれど、年をとつたら少なくとも新
しい動きを止めないようにしたいですね」

「尋ね忘れたが、最初の派遣から帰ってきた
とき、医師としての自分のなかで何か変わっ
たのだろうか。」

「うーん……、あまり変わらないですね(笑)。
当たり前のことをしただけです。でも、
行つてよかったです。これからも要請があれ
ば、もちろん行きます」

「そう言つて笑うと、福家先生は集中治療セン
ターの日常へ戻つていった。」



緊急援助システムの現状

国際緊急援助隊

医療チームのいま

沿革

一九七〇年代後半、内戦の激化により生まれた大量のカンボジア難民が隣国タイに流れ込む。当時日本はこうした事態に対応できる体制をもたず、七九年十二月によく医療チームを派遣した。八二年十二月まで三年間、十四チーム、四二四人が派遣された。

この対応の遅れをきっかけに八二年三月に国際緊急医療チーム (Japan Medical Team for Disaster Relief: JMDR) が設立されることになる。JMDRは、最初の派遣となる八四年十二月のエチオピア干魃災害で大きな成果を上げ、その後の活動が勢いづくことになる。

JMDRは八五年九月のメキシコ地震災害にも派遣されたが、このとき他国は救助チームを含む総合的なチームを送り込んで成果を上げていた。このことが日本にも総合的な緊急援助体制が必要であることを認識させ、その整備を望む声が大きくなる。

そして八六年四月、JMDRに救助チーム、専門家チームを加えて国際緊急援助隊

(Japan Disaster Relief Team: JDR) が発足し、八七年九月には「国際緊急援助隊の派遣に関する法律」の施行をみて法的根拠を獲得、確固とした体制となる。その後八八年にはJICA医療協力部に国際緊急援助室(九二年に国際緊急援助隊事務局として発展)が設置されるなど整備が進められて現在に至っている。

医療チームの現在

活動 派遣は原則二週間、被災者に対する診療と診療についての技術的助言など(防疫活動を含む)、そしてこれらの活動に関連する必要な活動をする。「いちばん必要とされる期間に援助します。だいたい二週間ぐらい経ちますと被災地の行政も立ち直りますから、現地の医師に引き継ぎますが、その際に助言などとしておけば現地の方々にあとは任せられます」と、JICA国際緊急援助隊事務局・山本愛一郎業務課長が話してくれる。

編成 医師三名に対し看護婦(士)六名、医療調整員三名の十二名が一チームの標準。

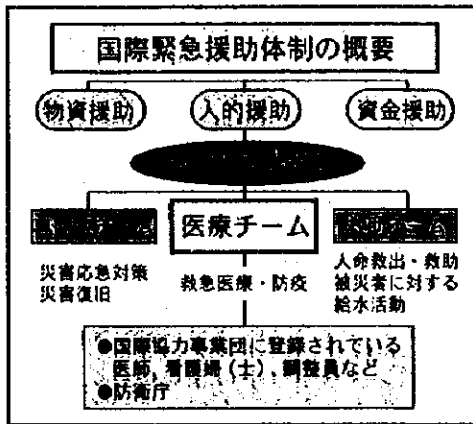
それをさらに三組に分ける。「体力には限界がありますし、馴れない環境で毎日朝から晩まで仕事では体がもちませんから、ローテーションで診療と休息をします。働きつめより効果が上がります」とのこと。もちろんケースにより若干の調整をして柔軟に編成する。

登録者数 医療チームの九八年一月現在の登録者数は、医師一八四名、看護婦(士)二三名、医療調整員二二名で、計五三六名。山本課長いわく「意外に知られていないことですが、医療チームの登録者は全員ボランティアなのです。要請があれば二十四時間以内に成田を発つてもいいという、強い意志と情熱をもっている人たちはばかりです。五三六名が全員ボランティアであることに驚いた。

研修制度 登録するとまず導入研修がある。知識と実技(シミュレーション形式)で、実際にテントを立てたり、模擬診療(トリアージや搬送、治療)などがメニューになっている。何年かすると中級研修があり、これは派遣経験者を対象に、チームリーダー養成のために行われる。危機管理などマネージメントもその内容になってくる。

所属先補填制度 ボランティアだから当然報酬はないわけで、交通費などの実費以外はJICAからは一銭も出ない。「派遣に応じた人は勤務先の通常の業務に穴をあけることになりませんし、国の仕事とはいえボランティアですから、本人が好きでやっていることに對して、勤務先にしてみれば本来その間の給料

特集 医療の国際協力—21世紀に向けて



を払う義務はないわけですが。しかし資金カッ
トでは現実的には無理があります。ですから、
私たちは所属先補填制度と呼んでいるのです
が、勤務先にJICAから派遣期間の賃金を
補填します。そうすれば間接的に本人に給料
が支払われて経済的な負担をかけないで済み
ますし、勤務先も快く派遣に応じてくれます
から」と、山本氏は説明する。これで経済的
な心配はしなくてすむ。制度としての支援だ
が、これはまさに配慮というべきだろう。

事務局 派遣は要請から二十四時間以内を
基本にしているのですが、メンバーが身のまわり
のものだけを持ってすぐ出られるように、必
要な機材や医薬品、テントでの自炊生活も想
定した生活資材、食糧などはすべて事務局で
手配する。備蓄倉庫も成田、シンガポールな
ど世界に五箇所ある。チームのために後方支

援をするが、事務局の仕事はそれだけではな
い。常日頃から災害や援助システムの調査・
分析・研究、さまざまな情報の収集なども怠
りなく続けられ、いつもアンテナを張り巡ら
して備えている。たとえばJDRは専用機を
持たない。「テレビなんか見せて、これは派遣
がありそうだと思うと、すぐに電話して飛行
機の席を押さえてしまいます。で、行かなか
つたらごめんさいです。怒られますけど」

(笑)と山本課長は笑うが、座席が確保でき
なくて派遣ができないのは困るし、派遣が
決定してから手配するのでは遅いので「フラ
イング気味がちょうどいい」とのこと。実際
は航空会社も協力的だそう。

派遣要請は山本課長が電話をかける。出
国の手続きなども事務局がしなければなら
ないので、出発を考えるとメンバー確保の勝
負は二、三時間。「五三六人と聞くと多いよ
うな気がしますが、そのなかで現実になるとき
派遣に応じられる人というのは、ほんの一握
りなんです。もっと大勢いてほしいですね」
というのは、実感があふるだけに切実だ。

* * *

以前にくらべると医療チーム派遣の要請は
減少傾向にある。しかし物資援助の回数は増
えているので、災害が少なくなっているとい
うことではない。途上国も災害医療に自前で
対応できるようになってきたといううれしい
事情もあるだろうが、今後の要請はその分

ままでより多様で高度な医療が求められる可
能性もある。実際医療ニーズは多様化してい
て、たとえば昨年のマレーシアの煙害では呼
吸器をやられた人が大勢いたが、登録者のな
かに呼吸器専門の医師はたった一人しかい
なかった。山本課長はさすがの思いで電話をし
たという。多様な専門の医師の登録が望まれ
るところだ。

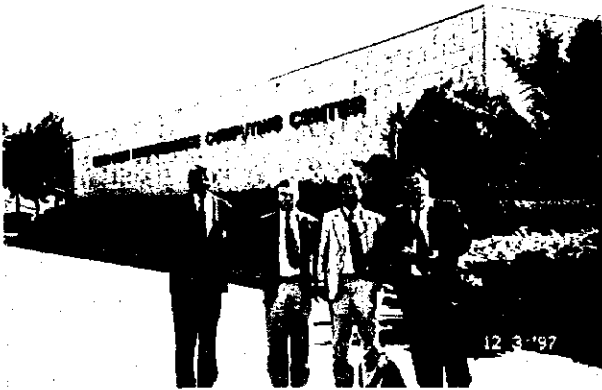
「先日も中国で大地震がありました。災
害が報道されると、派遣要請も何も決まらな
いうちから私の自宅や事務局に電話をくれる
方がいるんですよ、「山本課長、私予定が空い
てるから、行きますよ」って。うれしいです
よ、やっぱり」と、感動的な話も聞いた。確
実な意識の高まりがあることが知られる。緊
急援助システムは、派遣されるチームだけで
成り立っているのではなく、日常のさまざ
まな場面でさまざまな人がかかわっている。
そこに人と人とのつながりがあるからこそ、
これからの強固で有効なシステムとして機能
していくにちがいない。

国際緊急援助隊事務局は登録・問合せを随時
受け付けている。連絡先は左記のとおり。

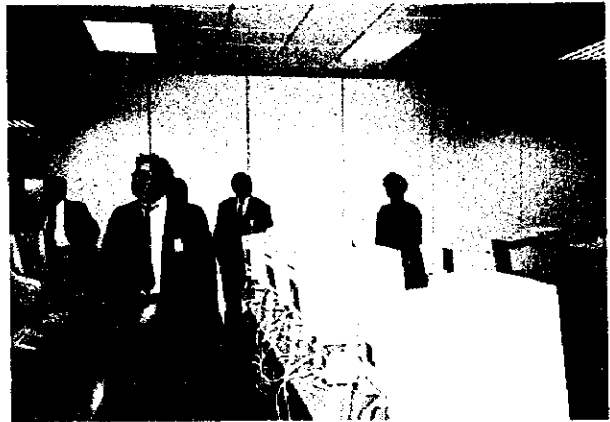
国際協力事業団 国際緊急援助隊事務局
東京都渋谷区代々木二—1—1 新宿マイ
ンスタワー11F 〒151-8558

☎03(5355)5457

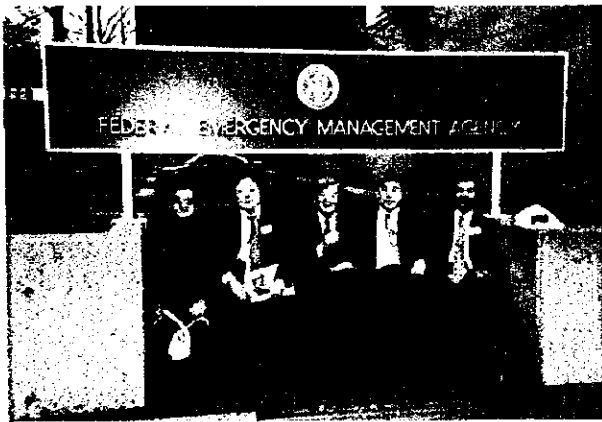
附属資料5. 写真



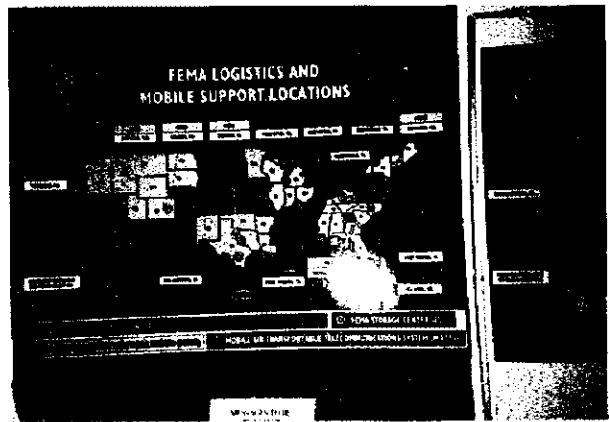
Maui High Performance Computing



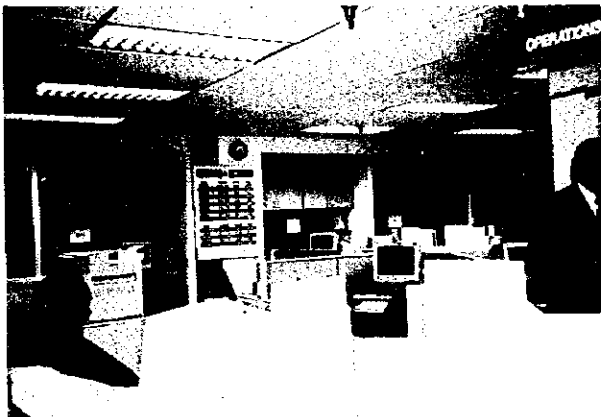
Maui High Performance Computing
(コンピュータールーム)



FEMA



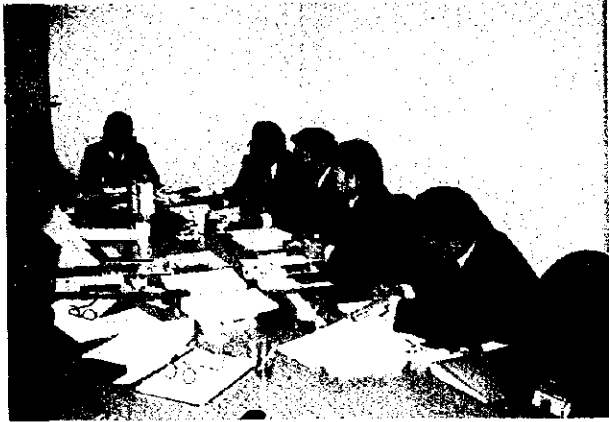
FEMA (ロケーションチャート)



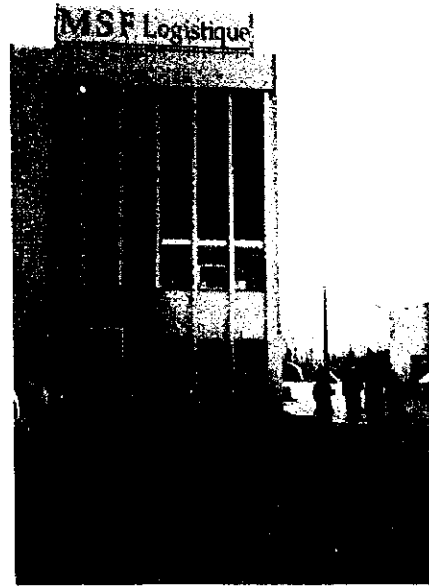
FEMA 執務室



Canadian International Peacekeeping Training Center



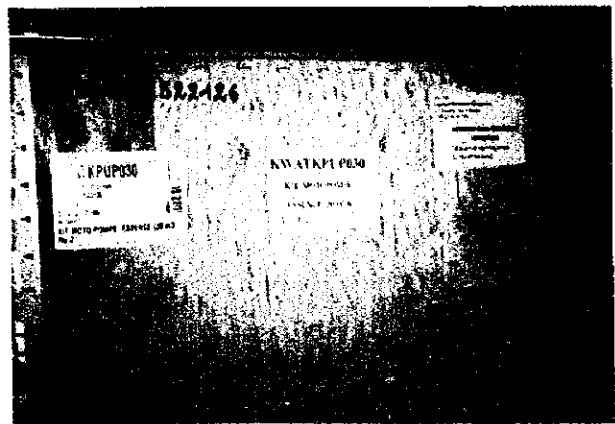
Medecins du Monde



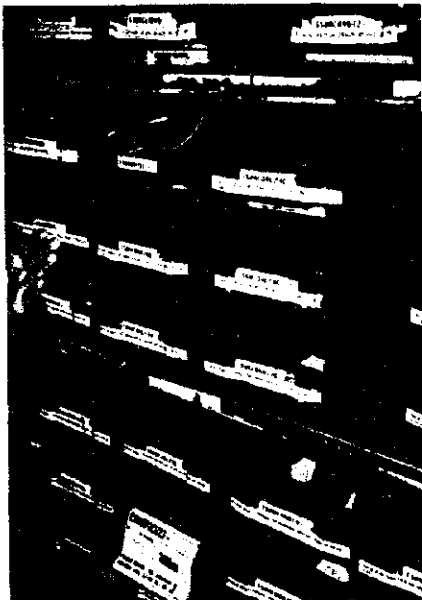
MSF Logistique



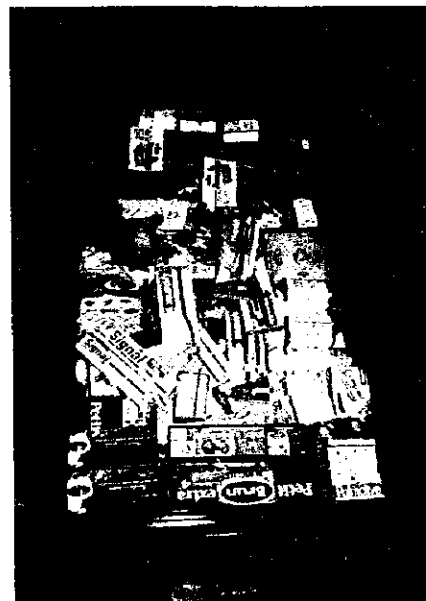
MSF Logistique 倉庫



MSF Logistique 倉庫



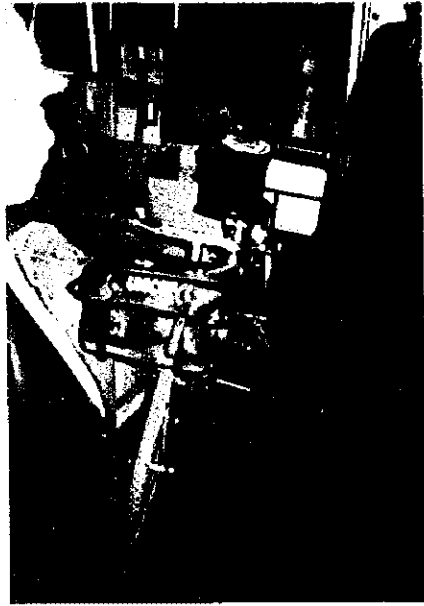
MSF Logistique 倉庫
機材分類棚



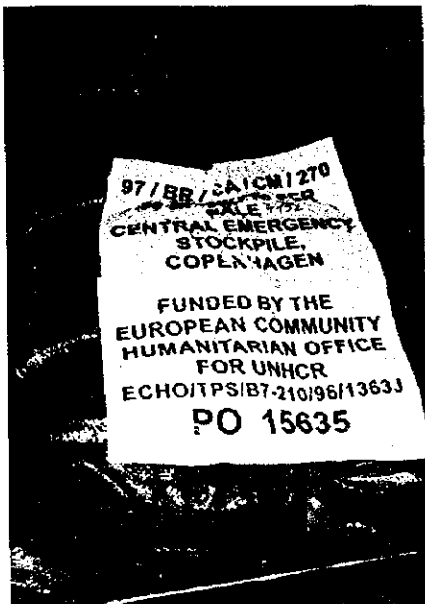
MSF Logistique 倉庫
機材分類棚



UNICEF



UNICEF (自転車)



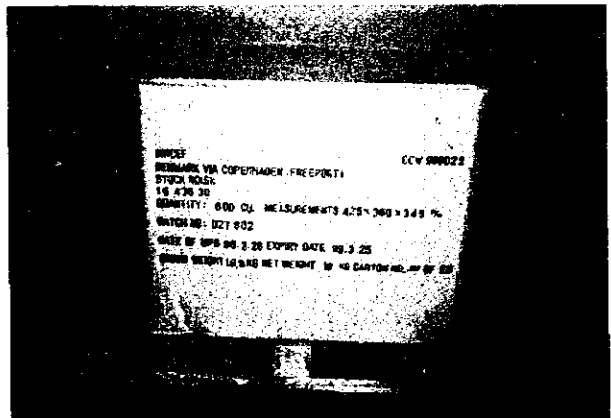
UNICEF (毛布)



UNICEF (毛布)



UNICEF



UNICEF

JICA