# 医療従事者として国際医療ボランティアに参加するにあたって

菅波　茂（AMDA・理事長）

## 説明なき親切は不安と警戒心を、時には危険をまねく

### 「なぜ日本から来たのか」と問われれば

自信をもって答えていただきたい。「日本は人間の安全保障の実現に成功した国であるから」と。人間の安全保障とは「殺されないこと、食べられること、健康であること、教育が受けられること、そして生きる喜びがあること」である。殺されないこととは夜道を一人歩きができること、食べられることとは低い失業率、健康であることとは世界最長の平均寿命、教育が受けられることとは高い大学進学率、生きる喜びとは文化である。さらに付記すれば、「武器の輸出を禁止する法律」をもっている世界でも稀なモラルの高い国民である。

発展途上国の人たちは、第二次世界大戦の焼け跡から経済大国になった日本に期待をもっている。日本人に答えを聞きたがっている。少なくとも世界一の平均寿命（国家が国民を保障）を達成した





説明ぐらいはマナーとして必要である。

### 「なぜ私たちを助けるのか」と問われれば

「困った時はお互いさま。相互扶助が私たちの親切の原則である」と。発展途上国の人たちは必ず問い返す。「貧しい私たちは日本から支援してもらうことがあっても、私たちが日本を支援することなど考えられない」と。阪神大震災の事例を説明していただきたい。「阪神大震災の時には世界の百カ国から救援を受けた。さまざまな救援内容だった」と。多くの日本人が感動した件を紹介する。ケニアにある日本人が経営している孤児院の子供たちはバナナを売ったお金を送ってくれた。理由は日頃お世話になっている日本の人たちへの恩返しだと。この善意は日本の新聞で紹介された。日本とケニアの心理的距離は近くなった。「支援とはお金だけではない。人間としての暖かい心に感謝するものだ」と。そして駄目押しをしていただきたい。「今は私たちがあなた方を支援しているが、将来日本が困った時には必ず支援してください」と。「わかりました」と彼らは気持ちよく支援を受け入れてくれる。根底に「援助を受ける側にもプライドがある」ことを認識していただきたい。プライドとは私も社会から必要とされたい、社会から認められたいというぎりぎりの人間の尊厳である。発展途上国はさまざまな共同体から成り立っている。相互扶助は共同体の論理である。共同体の最高価値は名誉である。名誉を支えているのがプライドである。ちなみに、日本は個人論理の国のようにみえるが国自体が共同体である。日本の常識＝世界の良識が相互扶助の世界である。

## NGOの役割は、貧困に対するプライマリ・ヘルスケアと無知に対するヘルスプロモーション

「プライマリ・ヘルスケア：PHC」という概念は、一九七八年のWHO（世界保健機関）、ユニセフなどが開催したアルマ・アタ宣言で発表された。「プライマリ・ヘルスケア」の適切な日本語訳がない。時として初期医療とか第一次医療と言われている。しかし、依然としてカタカナで表記されているのは、日本の状況に当てはまる訳が見つからないからである。理由は簡単である。日本は国民皆保険であり、国家が国民の健康を保障しているからである。ちなみに発展途上国ではほとんどの国に医療保険が整備されていない。お金がないからである。「お金で命が買える」とはこのことである。

「万国の労働者は団結せよ」とマルクスは言った。プライマリ・ヘルスケアの真髄は「発展途上国の貧しい人は団結せよ」である。共産主義では万国の労働者が団結して資本家に対して武力革命を起こす歴史的必然が問われた。プライマリ・ヘルスケアでは何が問われているのか。発展途上国の貧しい人が団結して病気に対して智慧革命を起こす能力である。資本論を著わしたマルクスもプライマリ・ヘルスケアをコンセプト化した人物もユダヤ人である。ユダヤ人とはユダヤ教を信仰する人である。ユダヤ教は集団救済の宗教である。共産主義が兄とすれば、プライマリ・ヘルスケアは弟か。遺伝子で言えば、両者に共通のDNAは〝団結〟であろうか。



## プライマリ・ヘルスケアの三原則

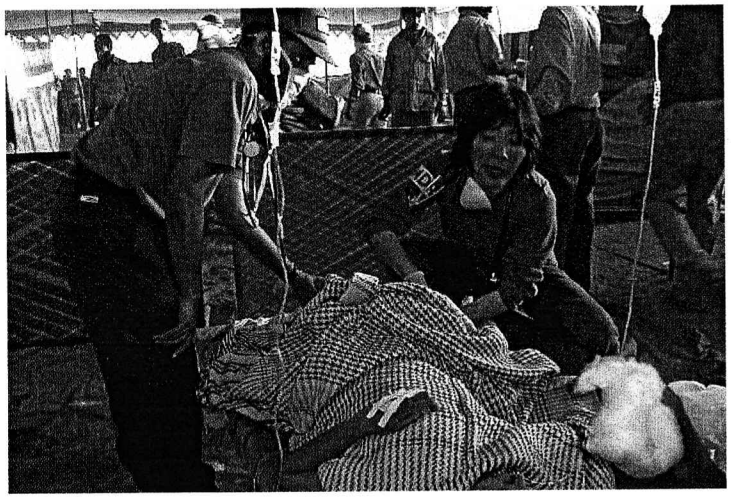
プライマリ・ヘルスケアの原則は、次の三点である。

**①住民参加**

**②知識**

**③経済・社会的要因**

一番大切なのは住民参加である。住民参加とは行動のための団結である。団結しないと特に公衆衛生領域の伝染性疾患、環境性疾患等々から個人の健康だけを護ることはできない。母子保健などは社会習慣の関与が高い。社会習慣は社会全体が改革をしないと個人では変えられない。集団で頑張れば救済される。まさにユダヤ教的発想である。住民参加の範囲は生活空間で、都市と農村では異なる。農村の生活空間は生活

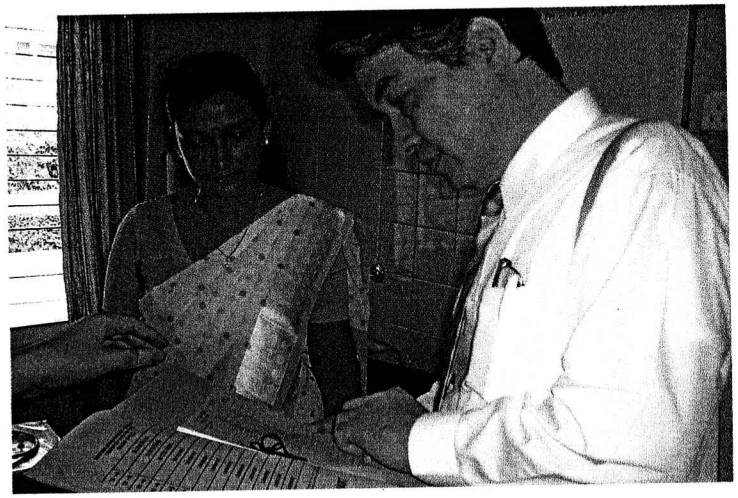


●インド西部大地震で負傷者を手当てする若山由紀子医師
インド西部大地震緊急救援（インド西部、2001年1月）

共同体であり、相互扶助が原則である。

病気の原因は貧困であることが多い。ならば、貧しい人はなぜ貧しいのか。貧しさは知識や能力がないことだけからくるのか。それではあまりにも貧しい人に責任を押しつけ過ぎである。意欲があって知識や能力があっても機会が与えられなければ意味がない。また、意欲があっても知識や能力不足に機会をもらっても意味がない。意欲そのものがなければもっと意味がない。経済・社会的要因に問題はないのか。貧しい人自らが積極的に参加できる要因はないのか。集団で参加すればもっと効果があげられる要因はあるのではないか。そういった要因を探ることが重要である。

「貧困に対する健康増進」がプライマリ・ヘルスケアなら、「無知に対する健康増進」がヘルスプロモーションである。ヘルスプロモーションはカナダの人が提唱している。結核検診に来た人より来なかった人が問題である。結核の恐ろしさを知っていないからである。結核に対して無知であるからである。いかにして結核に無知な人に結核の恐ろしさを理解させるか。すなわち、開発途上国では貧困と無知の双方に対する健康増進対策が必要である。先進国では無知に対する健康増進対策が必要である。



●現地病院を視察する著者
スリランカ医療和平プロジェクト（スリランカ・キリノッチ、2003年2月）



## 現地事情に対応するコミュニケーション能力育成が重要になる

近代国民国家の主権は医師法と税法に著明である。そこにいる人がどんなに貧しくても、どんなに困っていても、医師法と税法を無視して医療活動をすれば逮捕される可能性がある。紛争による難民や災害による被災民救援など緊急人道援助に関しても、である。憤慨することなかれ。あなたは緊急人道援助の活動を通して発見するだろう。医療活動する環境を整備してくれる人たちが不可欠なことを。医療プロジェクト成功のカギは彼らが握っているのである。彼らを調整員という。日本には優れた調整員の数が少ないのが課題である。養成する高等教育機関が少なすぎるため、彼らは欧米の大学院で国際開発学や国際関係論等々を学んで来る。国連、国際機関そして開発途上国の政府の役人との交渉も善意だけでは無理である。良き交渉をするためには良き専門的知識が必要とされる時代になってきている。コミュニケーション能力である。調整員の能力が医療従事者としてのあなたの活動の舞台を用意してくれる。医療従事者の使命感だけでなく彼らの使命感と経験の尊重なしにプロジェクトは成功しない。医療従事者と調整員との相互理解と相互信頼感の確立が大切

である。

なお、開発途上国の医療従事者はエリートである。彼らは欧米の元宗主国の価値判断を尊重し、元宗主国に留学する。専門志向で、修士号や博士号を取得しており、日本からの医療従事者の肩書きを知りたがる。よって肩書き無用論の実力主義者が彼らに認められるまでには時間がかかる。せめて修士号ぐらいは必要である。英会話も満足にできないようでは悲惨である。

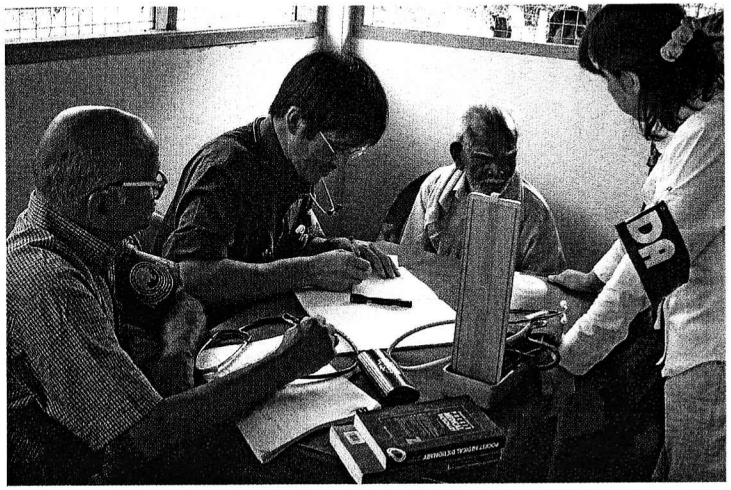
また善意だけの個人プレーでは受け入れられないことがある。心すべしである。参考のために、私の不愉快な経験を紹介しておきたい。一九七八年。大量のカンボジア難民がタイ王国に流入した。日本のメディアは大キャンペーンを張った。「欧米の若者がカンボジア難民のためにタイまで来て活動している。日本の若者にボランティア精神はないのか」と。ただしボランティア活動に必要な情報、つまり、どこで、どんな支援を、どのようにすれば等々は皆無であった。そのため医師の私は二名の岡山大学の医学生と共にカンボジア難民キャンプで活動すべくタイに向かったものの、国連難民高等弁務官の許可なしに難民キャンプに入れないことをバンコックで初めて知った。実績のない団体は難民キャンプで活動する許可すらもらえない、面食らうばかりの国際社会の掟であった。国際法とでもいうべきか。「あなたたちは要らない」と譲らない国連難民高等弁務官事務所のドイツ人医師を説得してカオイダン難民キャンプにやっと入り込んだ。ちょうど国際協力事業団から派遣された某医科大学の医療チームが病棟を建設していた。うれしかった。同じ日本人ではないか。「私たちは医学生の集団ですが血液・尿検査などでお役に立ちたいので一緒に活動をさせてください」とお願いした。返事は冷淡にも「あなたがたの活動に責任がもてませんから」の一言であった。



最後に一言。「専門家とは自分の方法論の限界を知り尽くしている人たち」である。そこに生ずるのは「謙虚さ」という言葉である。ローカルイニシアチブを尊重して欲しい。ローカルイニシアチブとは現地の価値判断を優先させることである。

以上のことを認識された読者の方が一流の国際医療ボランティアとして大いに支援を必要としている世界の弱者のために活躍されることをお祈り申し上げたい。

最後に、日本から「人間の安全保障」のメッセージを世界に伝える「国民参加型人道援助外交」の主たるプレーヤーとしての医療ＮＧＯの役割もあわせて主張しておきたい。



**●巡回診療で患者を診察する津曲兼司医師**
スリランカ医療和平プロジェクト（スリランカ・キリノッチ、2003年３月）

◆プロフィール◆

**菅波　茂（SUGANAMI Shigeru）**

一九四六年広島県生まれ。医学博士。現在、医療法人アスカ会および社会福祉法人遊々会理事長、内科医。一九八四年にＡＭＤＡを設立後、開発途上国における貧困対策、地域保健医療活動をはじめ、阪神大震災、ルワンダ難民、アフガン難民などの緊急救援医療活動を行っている。今後は、ＡＭＤＡの活動理念であり、目標でもある「多様性の共存」を実現するために、コンセプトとメッセージを託したプロジェクトモデル形成に尽力していく。



# 第2章

# 国際医療ボランティアの現場から

# 疾風のように現れて、疾風のように去って行く、緊急医療は何でしょう？

三宅和久（AMDA：医師）

活動地域・活動期間：
一九九一年クルド難民救援、九三年インド・マハラシュトラ州地震、九四年ルワンダ難民、九五年チェチェン難民、サハリン地震、スマトラ島地震、九六年麗江地震、ベトナム南部洪水、九八年張家口地震、アフガン北東部地震、九九年コソボ難民、台湾中部地震、二〇〇一年インド・グジャラート州地震での活動に参加
派遣団体・現所属：AMDA

はじめに断っておきたい。緊急医療援助は団体の規模やその対象でかなり様子が異なる。ここで私が書くのは、予算が少ない民間医療ボランティア団体が緊急医療援助に出かける時の様子である。

## 出動せよ！ 目標七十二時間！

緊急医療援助も戦争による難民発生や災害による被災民発生など対象はさまざまだが、最も急を要するのは地震が起きた時であろう。現地で医療を開始するまでの目標時間は七十二時間以内！ これを過ぎると、助かる人の数が急に減少すると言





われているからだ。

ところが、光陰矢の如し！ 時間が経つのは実に早いのである。まず、地震が起こって、被害状況がはっきりするのに半日から一日かかることが多い。この時点ですぐに医療チームの派遣を決定しなければならない。ボランティア登録しているメンバーに早速電話がかかってくるのだが、スピード最優先のため、行かれる確率が高い者にまず連絡が入る。一次隊の場合、派遣要請を受けたら二、三時間のうちにすべての用意を済ませ、駅か空港へ向かう。夜中に飛行機は飛んでいないし、入国のためのビザを取るのに少し時間がかかるので、実際に出国できるのは半日か一日後である。さらに相手国までの飛行時間がかかる。したがって、被災国の空港に到着した時点ですでに二日は経過しており、空港から被災地に移動して医療を開始するのに残された時間はわずか一日のみである。

時間を惜しんで、夜も車を走らせ、ついに被災地へ到着。ぎりぎり七十二時間に間に合った！ さあ医療を始めよう！ 困った人が待っている！

実はここまで順調に行くのはほとんどファミコンゲームの世界に近く、私も過去十回の一次隊参加のうち、七十二時間以内に医療を始められたのは台湾での一回のみである。ファミコンのヒーローが、敵キャラに時間や体力を取られていくように、緊急医療援助でもさまざまなことで時間と体力を消耗していくのである。

## 空港を通過せよ！

まず日本を出る前に、相手国のビザがすぐに下りないことがある。いろいろなルートを使って急ぐよう働きかけるのだが、最悪の場合はビザなしで出発することもある。この場合、強制送還覚悟で、到着時にビザ取得の交渉をするしかない。

一九九五年のサハリン州大地震に出動した時のこと、日本を飛び立った時点でまだビザは取れて

いなかった。飛行機で移動中に、AMDA本部からビザ取得の交渉が続けられたがうまくいかず、ビザなしのままサハリンの空港に着陸。銃を持ったロシア人職員がバラバラと駆け寄って来た時は一瞬ヒヤッとしたものの、その後サハリン日本協会の協力を得ながら交渉し、何とか入国許可を得ることができた。

税関も厄介である。医療器具や医薬品が多いと引っかかり、時間を取られる。人助けのための物品なのだが、時間が限られた中ではそれを証明する公式の書類を取得することができないので、税関職員も解ってはいても仕事上通すわけにはいかない。そこで、一次隊の場合、荷物を必要最低限に絞り、ほとんどの薬品は相手国の被災地以外の場所で購入することが多い。地震と言っても国全部が潰れているのではなく、被災地以外では商品が流通しているからである。

## 現地を目指せ！

空港を出ても油断は禁物！ 受け入れ団体が決まっている場合はあまり問題ないのだが、そうでない場合、さまざまな問題を自分たちのみで切り抜けて現地入りを目指さなければならない。

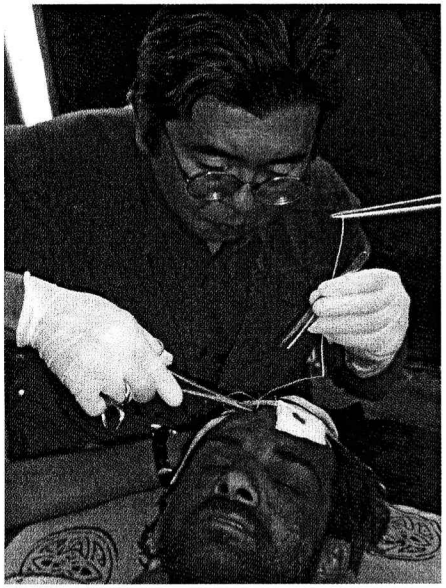
まずは、現地までの安全な移動である。これは道路の状態よりは、治安の問題の方が大きい。人助けに来てはいても、悪意ある者から見れば、われわれ外国人は金を持っていて、しかも少々危険に疎い、まさに鴨がネギしょって歩いているようなものなのだ。

一九九九年、コソボ難民救援のためアルバニアに入った時のことである。首都のティラナで国境まで行く車をチャーターしようと探し回ったが、マフィアがタクシー業界を牛耳っており、どの車も同じ値段で非常に高かった。仕方なく、一台の車と交渉すると、何と二人のマフィアも一緒に乗





り込んできた。すぐに騒ぐとまた車を探さなければならないので、知らんふりしてそのまま乗せ、ホテルの前に着いて他の仲間がいないところで、強い口調で攻め立て追い返した。後で聞いた話では、少し前に来た日本のテレビスタッフが、マフィアに荷物をすべて奪われたそうである。



●2001年1月、インド・グジャラート州大地震にて
アンジャール市の野外病院にて頭部挫滅創を縫合する筆者

通訳の確保も苦労の種だ。先に現地に入ったマスコミが法外な値段で通訳を雇うので、国連や民間援助団体が雇おうとしても、まともな値段では応じてくれないのである。人の不幸は自分のチャンスとばかりに、とんでもない値段を吹っかけてくる。九八年のアフガン北東部地震の時は十倍と言われた。とても払えないと、地元の長老に仲介してもらってようやく落ち着いた額が五倍である。九九年のコソボ難民の時は何と三十倍！ 無茶苦茶だと思っても、時間との競争の中、条件を呑むしかないことが多い。世界ではまだまだ、火事場泥棒的な人間が多いのである。

実際に被災地に入るためには、国や地方政府の役人と交渉して現地入りの許可証を出してもらうことも必要だ。こちらは危険こそないものの、やたら

ねちっこく捕らえ所がない感じは、まさしくファミコンのスライムそのものである。まあ、稀にいい人もいるのだが。

## 現地に飛び込め！

数々の難関を乗り越え、ようやく被災地に到着すると、人々の感謝と熱烈歓迎…ではなく、すさまじい混乱と、外国人が何をしにという困惑に出迎えられるのが現実である。

予想とのギャップの大きさに、幻滅し、怒り出し、その矛先を医療援助団体本部やベテランのメンバーに向けてしまう者もいる。初めての参加で、使命感に燃え過ぎており、物事がきっちりしていないと気が済まない真面目な人に多い。私は今までトラブルになったことはないが、その理由は推して知るべし、真面目の反対、しかも大雑把な性格だからであろう。

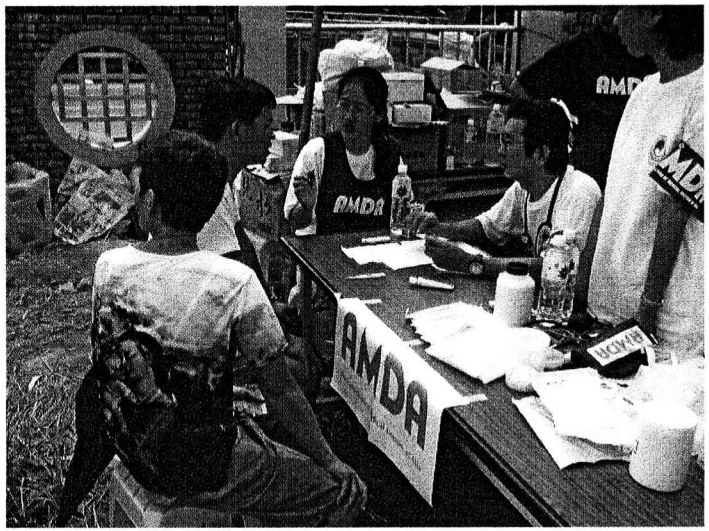
街で起きた地震の場合、われわれが到着した頃には物資と医療チームが溢れ、働く場所の確保さえままならない場合も多い。が、しかし、実は医療チームは必要とされているのである。ただ、皆が一箇所に集まるので、溢れて見えるだけなのだ。そこから数キロ行けば、医者も物資も来ないと嘆く人が大勢いる。つまり、緊急時には人、物、情報が偏り、大きな地域差ができるのである。

九五年のスマトラ島地震の時、われわれが活動したところへはスハルト大統領自ら視察に訪れ、患者たちも感謝していたが、わずか数キロ離れた二箇所の村では、支援物資が届かないと不満が高まって暴動が起き、死者まで出る始末だった。

## 医療を開始せよ！

生死を分ける七十二時間以内に現地へ到着してやるべきことはただ一つ、医療である。ただ、その時々の状況でどのような医療をやるかは異なってくる。病院に医者が足りない場合は、病院で本格的な治療を行う。病院の人手が足りている時は、学校や避難所などで診療を行い、重症者は大病院へ回す。学校や避難所にも他の医療チームが来ている場合は、病院や救護所に来るのが困難な地域へこちらから出かけて診療する。とにかく医療チームが多くて全く外国の医療チームが必要ない場合は、医薬品などの消耗物品の補充など後方支援に回る。それすら必要ない場合はまずあり得ないが、もしそうなら、それは被災者の人々にとっては大変喜ばしい恵まれた状況であり、われわれは安心して帰国すればよいのである。

九九年の台湾中部大地震の時、はじめ震源地では医療チームがひしめき合っており、災害対策本部からの活動場所の割り当てすらままならない状況だった。初めて参加した台湾人調整員は、われわれが必要ないのではないかと不安がっていたが、対策本部に頼らず自分たちで活動場所を探し




●1999年9月、台湾中部大地震にて
震源地から少し離れた竹山鎮で診療するＡＭＤＡのメンバー

て回ったら、医療チームが来ていない避難所がいくつもあった。対策本部も情報処理能力の限界を超えた状況で働いていたのである。やがて日にちが経つと、対策本部から確実に活動場所の割り当てがなされ、車を出してくれるボランティアと共に、かなり離れた被災地まで診療に出かけるようになった。再び大きな地震が起こって多量の死傷者が出た時は、われわれも軍病院やヘリポートで救急蘇生に参加して働き、その後軍のヘリコプターで山奥の村まで入ったりした。必要なのは臨機応変に対応するということである。あくまで主役は現地の医療スタッフ。われわれはそのサポートに来ているのだから。

## 業務の継続、完了、引き上げ！

一次隊は未知との遭遇、時間との競争であるため、情報収集や兵站、診療、広報を同時に行う何でも屋の必要がある。ただでさえ睡眠時間が短いので、眠れる時には走る車の中でも眠っておく。普通の道なら十分に眠れる。未舗装の道でもまず大丈夫。ただ、九八年にアフガンで川底を四駆でひたすら走った時は、眠っている最中に何度も窓や天井に頭をぶつけ、気がつくとコブでボコボコになっていた。

仕事の後も、しっかり休んで鋭気を養うため、意味の無い話し合いをダラダラ続けたりはしない。阪神大震災の時、やたら夜に話し合いをして眠らない人たちがいたが、これは時間と体力の無駄である。

一週間くらいで疲労がピークに達した頃、二次隊に業務を引き継ぐ。二次隊からは時間に余裕ができてくるので、分業がはっきりしており、医療も腰を据えてじっくりできることが多い。

疾風のように現場へ向かう緊急医療援助隊であるが、いつまで現地で診療を行うかは、現場のニーズと団体の予算との兼ね合いで決まる。民間団体の場合は、予算が集まらなかったという情けない理由で、疾風のように（?）引き上げねばならないことも多い。もちろん、やりっぱなしにならないように、他の団体に引き継ぎをするのだが。

## 参加してこそ意味があり、楽しい！

医療従事者は誰でも、他人の役に立ちたい、患者を直したいという気持ちがある。同じ国の人間であろうが、外国人であろうが関係ない。もともと損得だけでやって、割があう仕事ではないのだ。

緊急医療援助は急性疾患の治療と同じく、短期間の一時的なものである。勝負が早い。だからこそ、自分と家族の生活を懸ける心配なく、一般の医療従事者が有給休暇を使って出かけることも可能な、多くの人が参加しやすい活動である。そういう点では、剣に例えるなら千葉道場と言ったところであろうか？ では剣聖・宮本武蔵はと言えば、これはじっくり現地に腰を据えて医療を行い、道なき道を開かれたペシャワール会の中村 哲先生であろう。（余談になるが中村 哲先生は私の中学と高校の先輩に当たり、後輩にとって大きな誇りである）

案ずるより産むが易し！ 緊急医療援助に興味のある方には、まず参加してみることをお勧めしたい。

**◆プロフィール◆**

三宅和久（MIYAKE Kazuhisa）

内科、小児科、漢方医。一九八九年より救急病院にて研修後、九一年クルド難民救援に参加。九三年岡山の菅波内科へ転勤。以後九三年インド・マハラシュトラ州地震、九四年ルワンダ難民、九五年チェチェン難民、サハリン地震、スマトラ島地震、九六年麗江地震、ベトナム南部洪水、九八年張家口地震、アフガン北東部地震、九九年コソボ難民、台湾中部地震、二〇〇一年インド・グジャラート州地震での活動に参加。〇三年三月、岡山のアスカ国際クリニックを退職。七月より鍼灸指導のためミャンマーへ一年以上赴任予定。著書に「AMDA緊急救援出動せよ！」（吉備人出版）