

月刊

4

APRIL

2001.4.1

(VOL.24 No.4)

AMDA

国際協力

Journal

インド西部
大地震
緊急救援活動



仮設診療所で小手術をする
AMDA多国籍医師団
第1次チーム



救援物資を届けた
ラムナガール村
他2カ所にも現地NGO
によって届けられた



救援物資を配布する
AMDA多国籍医師団
第2次チーム

AMDA
国際協力
Journal

2001
4月号

◇
CONTENTS



インド西部へ救援機飛ぶ



緊急救援特集

エルサルバドル大地震

| | |
|-------------------|---|
| 震災緊急救援に参加して | 2 |
| がれきの下から | 5 |

インド西部大地震

| | |
|-----------------------|----|
| 緊急医療救援活動概要 | 6 |
| 天災の影に | 7 |
| AMDA 多国籍医師団の活動 | 10 |
| 皆様お世話になりました | 11 |
| 時間がない! | 12 |
| コミュニケーション | 13 |
| 救援物資とみんなの心 | 14 |
| ミャンマー給食センター | 15 |
| AMDA 報告会 | 16 |
| ザンビア コミュニティ農園事業 | 18 |
| 人 | 19 |
| AMDA 支部便り | 20 |
| 寄付者一覧 | 22 |



表紙の写真

インド西部大地震緊急救援活動
救援物資搬送

インドでの緊急医療救援を行っていた AMDA 多国籍医師団第1次チームより水やテントが非常に不足しているとの情報を得て、AMDA 本部では救援物資を搬送することに決定。多くのボランティアの皆さんのお力をいただき、2月1日、岡山空港より、約30トンの救援物資を搭載した救援機がインドへ向って飛び立ち、無事、救援物資を現地の被災者の方々に届けることができました。

ご支援、ご協力下さいましたすべての皆様に御礼申し上げます。ありがとうございます。今後、復興支援活動(巡回診療)を準備しています。引き続きご支援よろしく申し上げます。

書き損じハガキを集めています

- *書き損じのハガキ、未使用の切手・ハガキ、各種プリペイドカード等がありましたら AMDA にお送り下さい。
- *使用済テレホンカードは収集しておりません。

【送り先】岡山市榑津310-1 AMDA 事務局
お問い合わせは、TEL 086-284-7730
FAX 086-284-8959

ご協力お願いします

AMDA 会員ネットワーク
参加者募集

- <amda-jnet@amda.or.jp>
AMDA 会員とのインターフェイス機能を目的とし、AMDAの動きをリアルタイムでお知らせできます。
(AMDA 速報・イベント案内・人材募集)

ご希望の方は <member@amda.or.jp> まで、住所、氏名、電話、FAX に併せお申込み下さい。
AMDA 会員情報局

エルサルバドル震災緊急救援に参加して

◇
ホンジュラス事務所駐在代表 前田あゆみ



死者704名、負傷者405名、崩壊家屋69,714戸（1月22日付けUNOCHA国連人道問題調整部リポート）。エルサルバドルで新世紀早々、大惨事が起こった。1回目の大地震から丁度1ヶ月後の2月13日にはまたもやM6.6を超える大地震。死者は約274名、負傷者2,432名以上。5月に始まる雨期の前に手を打たないと土砂崩れによる二次災害の可能性も高まる。またテント張りのキャンプでは雨期は到底しのげない。例え簡易であれ避難民のために住居を確保するのは急務である。度重なる余震に恐怖心を抱いてかなりの数のサルバドル人がホンジュラスへ避難している。

●地震発生

1月13日土曜日午後12時半、1時から始まる日本大使館での新年会に出かける準備中、家まで迎えに来てくれた友人が“揺れてない？”と言った。確かに窓がかたかた鳴っている。飛行機か風のせいじゃないかと思ったら、急にめまいを感じた。地震だ。20ヶ月目のホンジュラス滞在中、揺れを感じたのは初めてであった。同日夜、JICA事務所では隊員の安全確認作業をしていること、隣国エルサルバドルでは大量の死傷者が出ていることを知った。翌日曜日にはAMDA本部からすぐにエルサルバドル入りできるかどうかの打診があった。ホンジュラス事務所での仕事は山ほどあるが、緊急を要するのはもちろんエルサルバドルである。月

曜日にローカルスタッフに仕事の引き継ぎをして、火曜日には現地入りした。

●現地到着

テグシガルバからサンサルバドルまで飛行機で30分。一旦は封鎖された空港も、既に月曜日から普通に機能している。タクシーのおじさんが道路脇の崖崩れを教えてくれる。おまけに観光名所まで色々紹介してくれる。早速気さくな国民性が感じられた。

空港から市内までタクシーで40分程度。市内は地震などなかったかのように、平然としていた。予約を入れてあったホテルに直行したら、空室がないとのこと。各国からの救援隊でごったがえしており、スペインの医療チームは会議室で寝泊まりしていた。パウ

チャーを見せても全く埒があかず、結局近くの別のホテルに行く。

●情報収集

翌日午前中に、COEN (Comité de Emergencia Nacional 国家非常事態委員会) と、AMDA ベルー支部がコンタクトをとったカウンターパート CEPRODE (Centro de Protección para Desastres) を訪問。AMDA 緊急救援チームがどこで医療活動すべきか情報収集を行った。COEN 内で医療関係の調整を行っている保健省のドクターに、既に医療活動を開始している他の救援グループと重ならないように、Usulután 県の Santa Elena 市、Ozatlán 市に行くように指示を受ける。Usulután は震源地に近く、最も被害の大きかった県である。COEN が調整組織であるので COEN の指示に従えばいいと思っていたが、政治力が全てを大きく左右するエルサルバドルのような国では、有力な政治家がいるところが優先されて、政敵の出身地は後回しにされるということがあられるらしく、CEPRODE には別の場所を紹介された。が、こんな状況で判断もできず、結局 COEN の指示に従うことにする。

●被災地訪問

午後にはベルーチーム (Dr. Yoshi, Dr. Milagros) 到着、CEPRODE のスタッフと共に Santa Tecla 市 Cafetalon 避難所を訪問した。土砂崩れのために



聞き取り調査を行う筆者



テント生活をする人々



AMDA 配給車には人々の行列が絶えない

数 100 もの家屋が埋没し、500 名以上が死亡した La Colina のすぐ近くである。そこでは地区の一角のサッカー場で 7,000 名がテント生活を営んでおり、クリニック用のテントでは赤十字、国境なき医師団等が既に活動していた。暑いのでテントは常に開放しておりプライバシーもなく、簡易トイレの数も少なく、大変な生活をしているなというのが率直な感想。被災者の一人がスピーカーをもって神の教えを説いていた。

●家の外で寝る人々

私が到着したのは地震発生後 4 日。その間になんと 2,000 回もの余震があったそうである。特に被害の大きかった地域では落ちていて家の中で寝ていられず、家の外にベッドを出して寝ている人が多い。Santa Tecla で訪れた学校の宿直の先生は芝生にテントを張って寝泊まりしていた。

●AMMM (AMDA 多国籍医師団) メンバー到着

Monique (アメリカ人医学生・カナダ) と Kyra (看護婦・カナダ) が水曜夜 10 時半頃到着。木曜早朝には Kevin (医師・カナダ)、日本チーム (比屋根医師、俣崎看護婦、加川調整員)、少し遅れてボリビアチーム (Walter 医師、Marlene 看護婦) が到着。ホンジュラスから AMDA カーを運転して陸路でエルサルバドル入りするホンジュラス事務所の Emerson を除いて全員揃ったところで、今後の予定についてミーティングを行った。AMDA カー到着後に活動予定地 Usulután に向かうことに。

ホンジュラスからの車両を待つが到着予定の 12 時を 2 時間過ぎても現れ

ない (後で聞いたら国境での検問の際、医薬品の箱を一つ一つチェックされ 3 時間かかったとのこと)。結局第一陣が Usulután に向け出発、第二陣 (日本、ボリビア) は AMDA カーを待つことになった。

●Usulután へ移動

私は第一陣として Usulután へ向かい、まずは電話で連絡をしてあった県レベルで医療関連支援の調整を行っている San Pedro 病院 (県病院) の院長 (ドクター Lacayo) を訪問した。この病院も地震による被害を受けており、入り口近くの芝生にテントの診療所と入院施設を設けていた。夕方には Usulután 市内のホテルで第 2 陣と合流する予定であったが、「AMMM の 12 人を 2 チームに分け、1 チームには Santa Elena 市、もう 1 チームには Ozatlan 市に行ってもらおう。今すぐに。マットレスが足りなかったらここから運ぶ。」といわれる。既に夕方 5 時近く。「泊まる場所は?」「ヘルスユニット (HU) があるから。」ドクター Lacayo の熱意にこたえなければと思い、Usulután 市内宿泊・合流計画をあきらめ、とりあえず Santa Elena の HU に向かった。到着後早速ユニット長のドクター Laiva に周囲を案内してもらおう。

●Santa Elena

日干し煉瓦の家の崩壊が激しく、例え隣同士であっても地震に耐えたコンクリートブロックと煉瓦の家とは全く対照的であった。全壊した家もある。プラスチックシートの屋根の下、昼夜を過ごす一家、ベッドを道路に持ち出し寝泊まりする老婦人等、集団避難所こそなかったものの多くの人が避難生

活を強いられていた。ドクター Laiva 自身もベッドを中庭に出して寝ていると、半壊した自宅に案内してくれた。一部残った家屋も屋根がなく、結局取り壊すことになるのであろう。

もう今日中の合流は無理かなと思ったところで第 2 陣が HU に到着。その晩は野線病院のような雰囲気 (加川さん曰く) で、ご飯とイワシの缶詰の夕食。その後、翌日の診療チーム分け、薬の分類を行う。そして狭い待合室にマットレスを敷き詰めて缶詰のイワシ状態で寝る。早朝に着いたメンバーには非常にハードな一日であったと思う。

●巡回開始

さて翌朝は Santa Elena 組 (ペルー、Kyra と加川さん) と Ozatlan 組に分かれて巡回診療。私は Ozatlan 組に参加した。Ozatlan 組の中でさらに二つに分かれ、1 つ (日本、ボリビア) は Ozatlan 市内、もう 1 つ (アメリカ、カナダ) は田舎、La Joya に行く。私は農村の被災状況も見てみたいと思い後者に加わった。Ozatlan HU から車で約 20 分。砂埃舞う農道を通りトウモロコシ畑、サトウキビ畑をぬけ、家の点在する村に到着。崩壊こそしてはなかったが、屋根瓦の全て落ちている家が目立った。教会の前の広場で診療を開始した。我々は緊急用の医薬品しか持参しなかったため、ビタミン剤、鉄分、咳止めといった薬が全くないが、こういった薬が必要な人もいる。結局 HU スタッフがユニットに引き返し薬品を揃えた。予震が長く続いた後、本震が来たため、家屋から逃げ出す余裕があり、地震により負傷した人は少数であったとのことである。地震後、瓦礫の清掃作業中に腰を痛め診療にやってきた人はいた。HU からのド



村人たちの演奏会は被災者の心を和らげた



AMDA 多国籍医師団による巡回診療

クターとKevinの二人で診療をしたのだが、なぜかKevinの方の列が長くなる傾向。みな外国人に診察されたいようだ。

翌日からはペルー、Kyraのチームに加わり、英語しか解らないKyraと組んで薬局を受け持つようにした。土曜はSanta Elena市内、日曜、月曜には農村へ。日曜に行った村では村の人たちが飛び入りで楽器演奏。内戦を経験したエルサルバドルだから農民・労働者の歌が多いかと思ったら、ラブソングばかりだった。和やかな雰囲気の中、突然脱水症状のぐったりとした子供が二人運び込まれ、一瞬で緊張した空気変わった。結局二人ともSanta ElenaHUに搬送され、そのうち一人はSan Pedro病院まで緊急搬送されたそうである。

金曜日から月曜日まで4日間巡回診療を実施した。合計2,000名以上を診察。ただ医療チームの到着は既に緊急治療を要する期間を過ぎており、慢性疾患、もしくは地震と全く関係のない病気の患者が多数であった。それでも余震が恐くて夜なかなか寝つけない人など、地震後の精神的ショックから立ち直れていない人の数もかなりのもので、そういった方たちには少しは貢献できたかなと思う。火曜日にはHU、病院への挨拶回りの後首都に移動、水

曜日にはそれぞれが帰国の途についていた。12人の大所帯であったが一緒に働きやすいチームであった。同じAMDAファミリーだからだろうか。

●支援の難しさ

Santa Teclaの被災者キャンプには援助物資が方々から集まっていた。友人のホンジュラス人は、ハリケーンミッチの際、かなりの物資が被災者に届く手前で消えた教訓を踏まえ援助物資がきちんと受益者の手に渡るように、教会を通じて寄付を行っていた。田舎を訪問して感じていた懸念の一つに、食糧援助は援助依存体質を生んでしまうのではないだろうかということがある。さほど被害が大きなく(家の壁に少しひびが入った程度)、一見食糧問題のなさそうな村落にも食糧援助が届いていた。実際に震災後、食糧流通が滞っていたのであろうか。家の修復に消費するので、その穴埋めに食糧を援助するのはいいのだろうか。色々考えさせられた。物資援助もいくつものルートがあり、果たして最も必要とされているものが届いているかどうか非常に疑問を感じた。

もう一点。私たちが滞在している期間、国をあげての最優先課題は家屋の再建、食糧確保であった(2回目の大地震後の現在も)。その中で治療活動

(それも地震とは直接関係のない疾患が大部分)にしか専念できない事にはもどかしさを感じた。確かに緊急医療チームではあるが現地の状況に対してもう少しフレキシブルであっていいかと思った。

●ボランティア組織

緊急救援チームは災害発生後いかに早く派遣するかが重要であるという教訓を今回学んだので、現在ホンジュラスでボランティアを組織することを試みている。他のAMDA支部のメンバーとの交流でも色々参考になることがあった。何かあった時に敏速に行動がとれるよう、今後徐々にボランティア(医師、医学生等)のための緊急救命ワークショップを開いていこうとおぼろげながら構想している。将来のAMDAホンジュラスを担ってくれる人材が育ってくれば本望である。

◆こぼれ話

5日ぶりにチワワ犬救出

巡回からホテルに戻ると、消防士たちが犬とたわむれていた。少しおびえた様子のチワワ。聞いてみるとホンジュラス消防隊が、がれきの中から救出したとのこと。

名前は“Rescate”(Rescue)。ホンジュラスに連れて帰り今後隊のマスコットとしてかわいがるそうです

募金のお願い

AMDAでは被災者への緊急救援を行うため、皆様のご支援をお願いしています。

郵便振替 口座番号 01250-2-40709 口座名 AMDA

*通信欄に「エルサルバドル」、「インド」あるいは「緊急救援」とお書きください。

「がれきの下から」

◇
コミュニティーサービス局 伴場 賢一

2001年2月22日報告より

先月インドで大地震があり、日本の報道ではあまり注目を浴びていなかったのですが、ここエルサルバドルでは、1月13日マグニチュード7.6の地震が起きて大きな影響を被り、引き続き2月13日にまたマグニチュード6.6の地震が起こり、2月末現在、この2回の地震で死者、行方不明者併せて約11,000人、家屋も35,000戸倒壊し、かなり深刻な被害となっています。

今回2回目の地震災害に対する救援活動と今後の復興対策のため、AMDA本部から2月16日、急遽私が現地に派遣されました。また隣国ホンジュラスから前田あゆみ駐在代表が再び派遣され、合流して19日より救援活動に携わっています。

首都サンサルバドルでは、それほど大きな被害は見うけられないのですが、特に今回被害が著しいのは、貧しい農村です。土を水に溶かし型にはめて作る日干しレンガを使用し、ただ単にそのレンガを積みたてて作った家は、マグニチュード6.6の地震には耐えることなどできなかつたようです。何処の世界でも、結局最も深刻な被害者となるのは、力なき貧困層である事に思い悩みます。

今回の緊急救援を含め、今後災害復興対策を行うための調査で、いくつかの街や村落を見て廻ったのですが、無残に崩れ落ちた土砂・家・学校、少しずつ手作業で解体や崩れたレンガを取り除く作業が行われているものの、未だにがれきの下敷きになっている人がいるという話に思わず顔を背けてくなくなってしまいます。

昨日と一昨日は、米・豆・砂糖・水などをピックアップトラックに積み、被災地に赴き、物資を手渡してきました。救援物資を手渡す時に、子ども達の笑顔や、グラシャス(ありがとう)と言った一言に、心が和みます。

そう言えば、言葉と言ふものは本当に不思議です。私自身、わずかなスペイン語しか分からないまま作業をしているのですが、ほんの少しのやり取り

の中で、「わざわざ日本からありがとう」、「これで何日は食べる事が出来るよ」、「米は要らないから、豆をもう少しちょうだい」などと言われているのが分かるのです。私の理解が正しいのか知る由もありませんが、一人一人と何か会話が出来たような気がします。

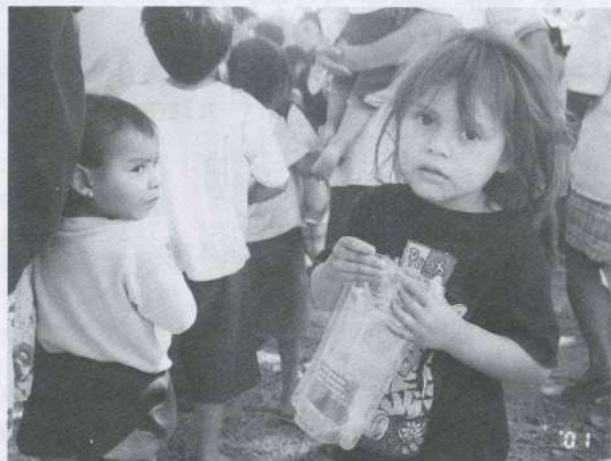
ただ、ここは中米。被害のあった村落に行くまでの国道には、ヒッチハイクのようなプラカードを掲げ、実際には大して大きな被害も受けていないのに援助を求めるようなメッセージを書き入れ、子どもから大人までが道行く車にそのプラカードを大げさに見せている事もあるそうです。通常現地の間は英語など解るはずもないのに、そんな時には英語のメッセージを書き入れるのですからその執念たるや凄いのがあります。悪びれずさも楽しそうに事を行っている姿は憎めないものを感じてしまいますが。

現在の状況としては、震源が首都サンサルバドルに移りながら、未だにマグニチュード5.0~6.0程度の余震が続いています。

今後、まだ余震が続くであろうと予想が出ており予断を許さないという状況です。医療面では現地政府内務省の管轄であるCOEN(El Comité de Emergencia Nacional: 国家非常事態委員会)や軍部、NGO団体などが建てられている仮設診療所が多く見られます。



救援物資を配布する筆者



救援物資を受け取り喜ぶ子ども達

すでに外科的な症例は少なく、ストレスからくる下痢、至る所で土木作業を行っているため砂塵・粉塵がひどく気管支系の障害などが多く見られました。

また、心理面では大きな2回の地震がトラウマとなり、不眠症や食欲不振、ホンの少しの地震でも過剰反応を起こすなどの影響が見られます。

季節的に5月頃から雨季に入るため、骨組みにビニールをかぶせるだけの一時避難所や、崩れかけた住宅でそのまま生活している住民に対しての住宅の援助が早急に必要になりそうです。

今後AMDAでもこの国の復興のために、何らかのかたちで力を尽くしたいと検討しています。ご理解とご協力を得られれば幸いです。

インド西部地震災害への緊急医療救援活動概要

緊急救援対策担当局長 小西 司

概況

インド共和国グジャラート州において、現地時間1月26日8時50分(日本時間同日午ごろ)M7.9規模の地震が発生。翌日のグジャラート州政府による被害状況の発表によると、震源地のKutch地方では死者数17,030人、アーメダバード市では750人。インドでは過去40年間で最悪の被害といわれ、死者は18,602人、負傷者165,529人以上、倒壊家屋数およそ33万戸に達するといわれている(国連人道問題調整部UNOCHA 2月9日付発表)。

アムダの活動①緊急救援医療

アムダは、AMDAインド支部およびネパール支部との合同でAMMM (AMDA 多国籍医師団 = AMDA Multi-national Medical Mission) チームの派遣を決定した。

●AMMM第1次チーム(10名)

[派遣期間:1月28日~2月5日]

《本部からの派遣》

鈴木 俊介 調整員 アムダイインターナショナル職員
ネパール駐在

三宅 和久 内科医 岡山市在住(1月28日~2月12日)

若山由紀子 泌尿器科医 ネパール駐在

《AMDAネパール支部からの派遣》

Rajendra Prasad Niraula 内科医

《AMDAインド支部からの派遣》

Attique Vasdev 整形外科医

Ashwini Kumar 内科医

Ramachandra Kamath 内科医

Satish Bekal 看護師

K. Gokuldas 看護師

V.S.Chauhan 内科医 (1月28日~31日)

本部派遣の三宅は28日13時AI301便にて成田より出発。鈴木・若山とNiraulaは同日朝カトマンドゥ出発。29日には全チームがムンバイ市で合流し、被災地ブジ市に入った。早速ブジ市の診療所にて一部の診察を開始した。30日、ブジ市の行政機関で提案を受け、およそ45キロ離れたアンジャール市に移動。ここの病院用テント(およそ2,500m²)の一角を割り当てられて仮設診療所を開設した。ここには500人以上の患者とその家族が保護されており、また5,6団体の医療チームが入っていた。

インド西部大地震・緊急医療救援活動 患者プロフィール (症例別集計)

| | 1月29日 | 1月30日 | 1月31日 | 2月1日 | 2月2日 | 合計 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|------|------|----|
| ギブス固定、手術、及び転送を必要とする患者の処置 | 2 | 4 | 6 | 6 | 2 | 20 |
| 縫合を必要とする頭部及び顔面部の挫創、裂創及び化膿創の処置 | — | 7 | 12 | 6 | — | 25 |
| 頭部及び顔面の軽度の創傷及び縫合部の消毒処置 | — | 3 | 6 | 16 | 18 | 43 |
| 縫合を必要とする手足の挫創、裂創、及び化膿創の処置 | — | 5 | 15 | 9 | 4 | 33 |
| 手足の軽度の創傷及び縫合部の消毒処置 | 1 | 2 | 13 | 22 | 28 | 66 |
| 体幹部の挫創、裂創及び化膿創の処置 | — | 3 | 6 | 5 | 4 | 18 |
| 擦過傷の消毒処置 | — | 4 | 21 | 16 | 8 | 49 |
| 打撲その他に起因する疼痛 | 1 | 10 | 11 | 6 | 9 | 37 |
| 内科系及びその他の疾患 | — | 2 | 8 | 8 | 11 | 29 |

※患者1名に対して、仮に2つの症状が観察された場合、それぞれ2例として算出した。(鈴木調整員の報告より)

ここでの診療活動は2月2日で切り上げられた。その理由としては、国内各地の医療団体が派遣したチームが多数集まっており、早くからその活動が軌道にのったことなどが挙げられる。

引き揚げるにあたっては協議の結果、アムダの活動サイトと医薬品は、Vijayanagar Institute of Medical Science (ヴィジャヤナガル医学研究所)に引き継がれ、第1次チームは任務完了、三宅は第2次チームへ合流した。

アムダの活動②救援物資の搬送

一方、1月29日救援物資を航空機で搬送することを決定、発表。当日からTVニュースなどで寄付を呼びかけ、1月31日午後に締め切った。最終的な貨物量は医薬品約1.5t、毛布2,000枚以上、飲料水3t、シーツ・タオルおよそ1,500枚、テント500キロ以上、携行食糧150キロ、そしてショベルカー2台、総計30t程度となった。この救援機XF1750便に同乗した第2次チームは以下の通り。

●AMMM第2次チーム(5名)

[派遣期間:2月1日~2月12日]

小平 雄一 主任調整員 アムダイインターナショナル職員

藤田真紀子 調整員・通訳 アムダイインターナショナル職員

原口 珠代 看護婦

H.S. Sharma 内科医

大野 耕四郎 土木機械担当 両備バススカイサービス
サブライズ社員

救援機は2月1日18時36分、岡山空港を出発、翌2日17時にシベリア、中央アジア経由でアーメダバード空港に到着。物資の一部とショベルカー2台についてはアーメダバード市にある緊急救援局との共同管理の下、緊急救援に供した。2月5日までに並行して行っていた予備調査の結果、モルビーMorbi市(アーメダバードより西南)の病院、ラムナガール Ramnagar 村(モルビー市の西方人口5千人程度)、ジャムナガール市などで救援物資配布を実施。モルビー市およびその周辺村落では国際援助団体が未だ活動していない模様で、困窮の度合いが大きい。ラムナガール村は建造物の損傷がはげしく、住民はテント暮らしを余儀なくされている。

2月11日20時40分、小平主任調整員、藤田通訳・調整員、原口看護婦、大野技術担当はNH956便にてムンバイを出発、12日に帰国した。H.S.Sharma 医師は、24日までジャムナガール市にて災害状況をフォローアップし、2月25日帰国。

アムダでは、引き続きAMDAインド支部を中心としたフォローアップと、今後の復興における協力態勢を検討している。

天災の影に

—インド・グジャラート州地震災害緊急医療救援活動—

◇
AMMM 第1次チーム 調整員 鈴木 俊介



崩壊したブジ市民病院



崩壊したアンジャール市場周辺

1月26日、独立以来52回目の「共和国デー (Republic Day)」を迎えた午前8時46分、インド西部グジャラート州 (Gujarat State)、カチ地区 (Kutch Region)・ブジ郡 (Bhuj District) を震源地としたマグニチュード7.9 (6.9という説もある) の大地震は、10万人近い死者 (その数は今尚定かではない) を出し、インドの産業地帯を半ば壊滅状態に追いやった。グジャラートにおける一人当たりの国民総生産は、インド全体のそれを約50%ほど凌いでおり、古くからの繊維産業に加え、最近ではその他の様々な産業も興り、インド国内外からの投資が盛んな地域と伝えられている。人口9億を抱えた大国と言えども、こうした産業地帯の破壊は、国家経済全体にとって大きなダメージであろうと考えられる。

そもそも日本を世界有数の地震国とならしめている原因は、環太平洋プレートにある。そして今回の地震は、アルプスからヒマラヤを通りミャンマーへ抜けるプレートの一部であるインド亜大陸プレートの移動によるものである。なぜヒマラヤ山脈が世界の屋根と呼ばれるほど高くそびえているのか、その答えがインド亜大陸プレートである。毎年少しずつ、そのプレートはインド大陸を北側へ押し上げているのである。そして不幸にも、カチ地区は、その断層線のほぼ真上に位置しており、インド気象局の話によると今回の大地震は、1819年に同地区を襲ったマグニチュード8.0の地震以来、やや小規模の地震を何度か経て、その再発は確実視されていたと言うのである。これ

はまさに関東大震災の再発が予測されている状況と同じである。

数万人の人々が崩れた建物の下で息絶えた。被害が大きかったのは、高層の比較的新しいビルであった、とグジャラート州第一の商業都市アムダバード (Ahmedabad) では伝えられた。また実際に足を運んだブジやアンジャール (Anjar) では、市場、病院、そして警察署や庁舎等、政府の関連施設に被害が多く見られた。本来遵守されるべき建築基準や許可制度は、汚職によって反故にされたのではないかと、メディアはここぞとばかりに建設・土木行政を批判した。しかしメディアが批判する前に、地元の人々は「気づいていた」もしくは「知っていた」と、少なくともそれが現地で聞かれた声であった。これらのことは、今回の地震が「天災」でありながら、実は「人災」であったことを物語っている。

ブジでは250床の市民病院の2階部分がすべて崩れ、200名近い入院患者とその家族、そして医師や看護婦などの職員が死亡した、と伝え聞いた。不幸中の幸いではないが、祝日・休院であったために、地震の発生時刻、病院にいた人々は普段の数分の一であったらしい。多くの医療従事者は非番であった。反対にアンジャールでは、20の学校が参加した共和国デーの記念式典の最中に、会場となった市場の建物が崩壊し、400名の生徒と50名の教職員が、僅か数秒の間に生死のラインを超えてしまった。しかしこうした悲劇をすべて「人災」と決めつけてしまうにはあまりに酷な大地震であった。

被災4日目、我々が現地入りした日、すでにインド地方紙は、被災による死亡者は2万人に及ぶのではないかと報じていた。2月に入ると瓦礫の除去作業も本格的に開始され、崩れた家屋の下から死体が次々に発見されたようである。人々の噂や裏話を知る関係筋によると、その時グジャラート全域における死亡者数は10万に達するかのようであった。被災地域は広大であった。震源地に最も近いブジからアムダバードまでは直線距離で250キロ (道のりで360キロ) にも及ぶ。大阪—広島間とほぼ同じ距離である。阪神淡路大震災の際に岡山、広島、鳥取、松江さらには岐阜、そして名古屋といった震源地からかなり離れた都市においても相当な被害がでていたとしたら…それを考えると今回の地震のインパクトを理解できるかも知れない。

こうした中、AMDAの緊急救援医療チームは28日夜、インドから6名、ネパールから3名、そして日本から1名、合計10名の派遣者がボンベイで合流し、翌日被災地であるブジに入った。そして30日からアンジャールで診療を開始した。

AMDAの医療チームがブジ到着後、アンジャールに入った理由はいくつか挙げられる。

1. ボンベイからは陸路、もしくは空路の選択肢があったが、陸路は車道が長蛇の列による交通渋滞をきたしており、また鉄道も予約が困難な状況にあった。共にいつ目的地に到着できるかわからない状況であった。その点、空路はインド航空がブジまで直接乗り入れており、一番短時間で被災地入りが可能であると判断した。ボンベイからは、同じグジャラート州内の他の都市、ジャムナガールやアムダバードへも飛んでいたが、カチ地区の被害が桁外れに大きいという情報を基に、乗入れ地としてブジを選択した。
2. 我々が被災地入りした1月29日、ブジの郡庁舎に緊急対策本部が設置されていたが、そこで医療担当者から「ブジでは必要ないが、アンジャールではまだ足りないようだ」と助言を受けた。震源地に一番近く、またマスコ

ミの報道が集中していたブジには、すでに多くの医療従事者がインド国内から駆けつけており、我々の「手」が必要とされる状況は薄いと判断した。

3. アンジャールはブジから車で1時間(45キロ)のところの位置しているため、仮に大きな余震が発生し、道路が遮断されたような場合でも徒歩で戻れる距離であると判断した。

4. 災害発生当初、カチ地区はロジスティクス面で半ば孤立しており、車の数、燃料の補給も限られていた。また武装した盗賊団も至る所に現れ、金品を運び出しているという噂も耳にした。また半壊した建物、もしくは外見上ほぼ完全な形で残っていたとしても、余震でいつ崩れるか分からない状況にあった。このように、正確な現地の状態が把握できない状況下、「片道切符」だけを手に入れ被災地の奥へ入っていくことは避けるべきであると判断した。

5. 緊急医療救援の役割は、できるだけ早く被災地に入り、現場で施し得る医療を最も必要とする患者に対して、そのサービスを提供することである。そしてその数は多ければ多いほど良い。正確な情報が手に入り難いとはいえ、活動場所の決定に必要な以上の時間を費やすべきではない、という考慮も当然のことながら働いた。

ところで、被災地入りするにあたり必ずしもことが順調に運んだ訳ではない。インド航空の子会社であるアライアンス航空は、ボンベイ―ブジ間を一日2便飛ばしているが、29日はすでに満席だと伝えられた。小型の飛行機であるうえに、親族の安否を気遣う人々、あるいはインド各地からの医療関係者の予約で一杯であった。しかしインドのフライト予約状況は、「キャンセルはチェックイン時間になっても許される」という話を聞いていたので希望は捨てなかった。離陸直前の交渉の末、その日は5席確保し、翌日分としてさらに5席確保することに成功した。また、ブジからアンジャール入りするにあたっては、ブジの緊急対策本部の医療班から、10人が座れる大型の救急車を借りることができた。

こうしたロジスティクスの調整は、本当に神頼みである。昨年同時期、私はベネズエラ大洪水の緊急救援に合計5人の医療チームの調整員として参加したが、その際は運良く軍のヘリに便乗することができた。今回は、医療チ

ームの人数が倍の10人と多い上に、公共輸送手段に頼らざるを得ない状況下、航空会社担当者との粘り強い交渉が、チームを被災地へ運ぶ鍵となった。



巨大テント下のアンジャール医療キャンプ
医療キャンプ内の AMDA 仮設診療所



アンジャールの医療キャンプは、カラフルな布を使用した巨大なテントが張り出されており、我々の到着時、すでに3~4の医療チームがそのテントの周辺部分に診療所を設置し医療サービスを提供していた。テントの総面積はおそらく2,500平方メートル以上はあり、500人の患者のみならず、その家族もすべて収容できていたと思われる。地面にはシートや毛布を敷き、思い思いの避難生活・看病生活を営んでいた。ある意味で巨大な簡易(野戦)病院の様相であったが、本来数組のカップルが結婚式を挙げるために準備されていたテントだったそうである。我々 AMDA の医療チームもその一角に診療所を設け、アンジャール到着後2時間後には最初の患者を迎え入れることができた。そしてその時から目の回るような忙しい4日が始まった。

AMDA の診療所は簡易小手術室となった。今回の緊急医療救援の特徴は外科処置を必要とする患者が多かったことである。ギプス固定、縫合、指の切断など、本格的な外科活動が中心となった。日本から運ばれた小手術用外科キットが大いに役立った。地元インド支部・マニパールの大学病院から派遣されたアディク医師は整形外科の専門家、大きな体を休ませる暇も借し

んで患者の処置に汗を流した。同じ病院から派遣された他の医師及び看護師も各々の技術と役割を理解し、適材適所、精を出して活躍してくれた。また、日本から駆けつけた三宅医師は、緊急救援のベテラン、百戦錬磨の強者であり頼りになる。ネパールから派遣された若山医師、ニロウラ医師の2名も、野戦病院の風貌を持つダマックの AMDA 病院でこうした外科処置を日々こなしており、コンビを組んで活躍してくれた。合計236人を受診した。患者の診療内容は表に記す。(P6参照)

ところで、活動場所のテント内は、強い風が吹き込む度に砂が舞うような非衛生的な場所であったが、余震警報が消えない状況の中、建物の中に入ることはできなかった。また、仮設テントであったために、トイレなどの設備もなく、患者とその家族は寒空の下で夜間人目を忍びながら用を足さなければならぬ厳しい環境であった。困ったことに我々の仮設診療所の裏手がその「格好」の場所であったため、毎朝放し飼いの豚が掃除をしてくれるまで若干不快な思いをしなければならなかった。さらに、カチ地区一帯は乾燥地帯に属し、昼間は25度まで気温が上昇するものの、明方近くになると5度以下に冷えるため、寒暖の大きな差が、毛布1枚の我々から睡眠を通じた体力回復の機会を奪っていった。何度も目が覚め、そして何度も寝返りを打ち、ガタガタ震える体に毛布を巻きつけた。

話を前に戻すが、アンジャールにおいては初日を除き毎日60名以上の患者が我々の診療所を訪れたが、患者の多くが肉親を失っていた。小さな子どもが両親を失い、あるいは母親が夫と子どもを失っているといった状況であった。治療行為のアシストに忙しく、患者とふれあう時間を持つことはほとんどできなかったが、中には患者を連れてくる付き添いの人達が、患者の家族や親族の悲劇について語ってくれた。被災者の方達は皆気丈であると感じた。12歳の男の子が何気なく私の名を呼び話をしたが。最初は、彼の相手をしていたら仕事ができないと、適当に対応していたが、後に彼が姉一人を残し、両親を含むすべての家族を失ったことを知った。彼に限らず多くの患者とその家族が「アムダ、スズキ」と声を掛けてきた。ご存知のように「スズキ」は、インドでお馴染みの車輻



頭部の小手術を行うアティック医師と三宅医師
縫合を行うニロウラ医師と若山医師



段ボール数箱にも及ぶ医薬品を整理するカマス医師とゴクルダス看護師
宿泊施設となったキャンプ用テント内



製造メーカーである。テレビコマーシャルと同様、「スズキ、サムライ、ノープロブレム」が、診療所に来る彼らの合言葉だった。彼（女）らの多くが、AMDA チームの献身的なサービスを聞きつけ我々の診療所を訪れた。

「AMDAの旗」をたたみ、診療所を撤退する際、まさに後ろ髪を引かれる思いがした。手当てを受けた患者の中には、我々が去っていくことを知り、わざわざ御礼の言葉をかけに戻ってきた人達もいた。我々の存在が不可欠であればそのまま留まるという選択をしたが、被災後一週間も経過すると、インド各地、あるいは海外から駆けつけた様々な医療団体が、自らの仕事場を探していたのである。多くの場合、彼らはインドの医科大学付属病院や各国政府が送り出した医療チームである。又その頃になると、ギプス固定や縫合を必要とする患者数は減り、後はいわゆる「ドレッシング（傷口の消毒）」と、消化器系及び呼吸器系疾患に対する手当てが必要であり、それらについては後続のチームにお任せすべく手はずが整った。逆に大きな手術が必要な患者は、次々とエアリフト（空輸）され、ボンベイやジャムナガルなどの大病院へ搬送されていた。2月2日午

後7時半、AMDAは、診療所とそこにあるすべての医薬品や医療消耗品を、ヴィジャナガル医科大の助教授が率いる30名の医療チームに引渡すと同時に、フォローアップが必要な患者に関するブリーフィングも終了し、アンジャールにおける医療救援活動を終えた。

今回の活動を振り返ると、期間は短かったが、診療活動の中身は濃く、我々AMDAチームが全体として現地の医療ニーズに応えることができたと感じている。又2月1日の段階で、人口8万人にも満たないアンジャールの町に約200名の医療従事者がインド各

地から駆けつけていた。その中に30名近い整形外科医がいたと聞く。ネパールの派遣医師曰く、「僕の国には全体でみても20名を超える整形外科医はいない」と。そして（分類作業に多くの時間を割いたが）溢れんばかりの寄贈医薬品、千人を超える避難家族や我々のような支援団体のメンバーに毎日食事を提供すべく炊き出しに係わる市民団体、被災状況や救援活動状況を詳細に伝えるメディア等、どれもインドが大国であり、かつ医療先進国であることを物語っている。被災地のできるだけ早い復興と、被災者の方々が一日も早く心身の健康を取り戻されることを心より祈念する。



ヴィジャナガル医科大チームに医薬品などの引継を行うAMDAチーム



引継を終え、ヴィジャナガル医科大チームと一緒に

インド グジャラート州大地震における AMDA 多国籍医師団の活動について

◇
第1次チーム医師 三宅 和久

グジャラート州はインド西北部にあり、パキスタンとの国境に位置する。2001年1月26日(金)午前8:46、ブジ市の北を震源とするM7.9の地震が起こった。

その日の内に、AMDAは緊急医療チームの派遣を決定。私は夜行列車で岡山を出発し、翌日の朝、降りしきる雪の中をインド大使館へ向かったが、この時はまだビザの発給が受けられず、一旦は岡山に引き返しかけたが、移動中に発給される旨伝えられた為、岡山に着いて二時間後に再び夜行列車に乗り、東京へ向かう羽目となる。翌1月28日(日)成田発、29日(月)0時半ボンベイ着。AMDAインドのチャウハン宅にて睡眠を取った後、同日朝、ネパールから来たチーム、インドのマニパルから来たチームと合流し、私とチャウハンを含めたAMDA多国籍医師団10人で空港へ向かった。何とか10人分のチケットを買えたものの、オーバーブッキングで5人しか乗れない。仕方なく、鈴木調整員と私を含めた5人のみが先発し、残り5人は翌日朝一番の便でブジ市へ向かうこととなった。

29日14:30、ブジ空港着。しかし、ここは軍用空港でターミナルなどは無く、荷物を待つこと1時間半、ようやくブジ市内へ入れたのは夕方になってからだった。完全に破壊されて瓦礫の山と化した総合病院跡に荷物を置き、整形外科のバスデブは他のチームの場所と道具を借りて4人の患者を治療。他のメンバーはブジ市内の状況を見て回った。ここブジ市は地震後3日の時点で電気は無く、店は全く開いておらず、水も給水車により行われている状態で、荷物の制限の為ペットボトルすら持っていなかった我々は、砂漠気候の乾燥したこの地で、ほぼ6時間にわたって水を飲む事ができず、渴きに苦しめられた。(私は他のインドのメンバーが止めるのも聞かず、地元の人が飲んでいる水を同じように飲んだのだが、私以外は誰も飲もうとしなかった。少し変な味の水だったが、結局何事も無かった。あるインド人医師から私の前世はインド人だったのだと言われたことがあるが…)全てのメンバーが水と食料の供給を受けられたのは20:30になってからである。その夜

は余震を避ける為、吹きさらしの広場で星を見ながら寝たが、昼間の25度から一転5度くらいに冷え込んだ中でインドの薄い毛布は防寒効果が薄く、寒さでほとんど眠れない中朝を迎えた。

1月30日(火)9:15、後発の5人と合流。ボランティアの車でブジ市の東45キロにあるアンジャール市へ向かう。12:10アンジャール市着。野外病院として張られたテントの一角にAMDAも診療所を開設し、早速治療を開始した。

この日は地震発生後4日目になるが、大抵の緊急救援では、日数が経つほど患者は外科系から内科、小児科、心療内科系へと移って来るものである。しかし、今回はこの日を含めて5日間、ほぼ全て外科と整形外科の患者であった。止血のみで初期治療が受けられず、我々の診療所で初めてきちんとした治療を受ける患者ばかりだった。インドの医療チームも相当数入っていたのだが、患者の数が多すぎる為、初期段階では治療の手が届かなかった人たちがかなりいたと考えられる。なお、この野外病院では外国からの医療チームは我々以外見かけなかった。外傷患者の多くは、前頭部から頭頂部にかけて挫創を受けており、地震発生時、瓦礫の頭部への落下によると推察された。中には頭蓋骨が剥き出しになっている患者もあり、デブリッドメント(一旦傷の周囲を切り取って、傷を新鮮な状態にした後、縫うやり方。この方が傷の癒合が早い。)を中心に、我々はひたすら外科処置を続けた。この日は31人を治療。陸軍が張ったテントで寝ることができたが、やはり寒く、熟睡は難しかった。

ここでは電気は発電機によるもののみだったが、食料と飲み水は十分に供給されていた。ただ、問題はトイレだった。簡易トイレすら無い。女性は小便すらできないのである。男性も大便の時は夜中に起き出して、その辺の空き地であるのであるが、朝になると診療用のテントの横ですら小便と大便の跡が至る所に残っており、蠅が寄って来て不潔になるので困った。また、もともと埃っぽい上に、瓦礫により更に埃が増しており、外科処置の際傷口が



不潔になるのが心配だった。飲み水はあるものの、生活用水はほとんど無いので、顔を洗うのは手の平1杯の水だけにした。歯を磨く水は手の平2杯分である。埃で日に日にゴワゴワに固まっていく頭髪を撫でながら、髪を洗いたいわあ、と若山由紀子医師が言った。

実際ここで一番大変だったのは、女性である若山医師だったと思う。現地の女性は二人一組で用を足しに出かけるのであるが、外国人である若山医師はそうはいかない。二日目の夕方によく簡易トイレができたものの、やはり昼間は外から見えてしまい、しかもしゃがむと後ろの穴へ転がり落ちそうになるお粗末かつ危険な(?)代物で、若山医師の見えざる苦難、いや、見えては困る苦難は最後まで続くのであった。

結局第1次チームは1月29日から2月2日まで計236人を治療し、診療所と医薬品のあるインドの医療チームに引き継いで撤収した。私はAMDA本部からの指示で2月1日(木)アンジャール市から東へ300キロ離れたアメダバード市へバスで移動。2日夕刻日本から輸送機で来た第2次チーム5人と合流し、更に1週間救援活動を続けた。

最後に、特にハードだった今回の緊急救援におけるAMDA多国籍医師団のなかでもとりわけ苦勞を強いられたのは、役所に翻弄され続けた第2次チームの小平調整員、疲れてプーイングが出始めたメンバーを何とかまとめてボンベイに連れ帰った鈴木調整員、そして心身共に疲れながらも不平を言わず最後までがんばった若山医師だろうと思う。彼女を見て、ボランティアの原点とトイレの重要性を再認識できたのは、今回の大きな成果だったと言ってよいだろう。いや、本当に冗談抜きで、水、食料そしてトイレの供給は常にセットで考えるべきなのである。人間は食べて飲んで出してこそ健康でいられるのだから。

皆様お世話になりました！

空港ボランティア作業受付担当 龍門 玲子

地元新聞の特集記事に航空機救援活動は「かけ」と載ったが、それは象徴的なくらいに緊張と激動と感動の3日間だった。1月30日に救援物資寄付を呼びかけ、31日、救援物資がどれくらい集まるのだろうかという思いで空港にかけた。実質2日間での収集、梱包、積込作業であった。

急なお願いにもかかわらず、気持ち良く参加して下さった作業ボランティアの方、あるいは遠く県北から空港まで毛布を車で届けて下さった方、岡山市や各団体からの物資提供。ほんとうに多くの方の善意をいただいたの活動となった。新聞やテレビを見てと本部に電話を下さった方の中には、「毛布を寄付したいが、どうしたら良いか」と問われ「空港で受付ます」と応えると、高齢で車もないのでとあきらめられた方も何人かおられた。また、物資受付場所の空港では仕事の都合をつけて作業の手伝いに来て下さった数人にも出会え、力強い作業となった。

阪神大震災の時にお世話になったボランティアの方々の参加も心強かった（参加ボランティア人数、2日間で延べ55名）

まさに、ボランティアはアムダの財産であり、「困った時はお互い様」という理念を目のあたりにした思いである。

2月1日、小雪のちらつく夕暮れ時、輸送機の飛び立つ空港は寒かったけれど、私達の心の中は熱かった。岡山からの善意が無事に被災地の人々の所に届きますよう様に願ひながら。



救援物資梱包作業



救援物資積み込み作業



時間がない！

第2次チーム 両備バススカイサービスサブライズ 大野耕四郎

1月31日夜9時30分過ぎ、仕事帰りの私の携帯に見慣れない番号から電話が入る。「大野か？明日からインドに行ってくれ！」聞き慣れた部長の声。「私で良ければ」と返事をしたのはいいが、部長は私の携帯番号を知っている筈がない。そう言えば明日 AMDA がインドに救援機を飛ばすといっていたなあ。インドはどんなところだろう。AMDA と言えば以前中国やサハラにも救援機を飛ばしたことがあったが、どちらの時も医薬品を積み込む担当だったが、まさか自分がそれに乗って行くことになるなど夢にも思わなかった。色々な事が頭をよぎって行く。聞くと AMDA が救援物資にショベルカーを2台入れるにあたって、それを操作できる者が要するため私が選ばれたらしい。明日一応パスポートと着替えを準備して入社する事になる。その後もパスポートのコピーをFAXしろ、ビザ用の写真を撮って来てくれ等、何度も電話が入る。

自宅に帰るとすぐ母親に「もしかすると明日からインドに行くかもしれない、明日帰らなかつたら行っていると思ってくれ」と伝え、すぐに着替えを準備し始めた。私は私でビザ用の写真を撮りに走り、パスポートのコピーをFAX、さらにインターネットでインド大使館の住所や地図、インドの気候、注意点を検索、メールの返事も書かなければ…。

時間がものすごいスピードで進んで行く！時計の針はもう2時を指そうとしている、明日は6時40分出社なのに…。熟睡できる筈も無く、4時半頃目覚める。ご飯が喉を通らない。無理矢理詰め込み入社する。仕事の準備だけ済ませて、ショベルカーも各機で操作方法が多少異なる為一応点検する。

東京のインド大使館でビザを取得しなければならぬ為、朝7時50分発のF652で上京、午後13時10分羽田発のF655で岡山に帰らなければならぬので、時間は約4時間しかない。モノレール車中で関係者と合流、地下鉄を乗り継ぎ、人込みの中インド大使館を目指す。大使館に到着するが問題発生！大学生の卒業旅行シーズンの為、ビザの申請に来ている人がとても多い。AMDAの紹介状を持っているからと大使に面会を求めるが不在だと言われる。間に合うのだろうか？待つ事30分、大使が帰って来た。普通なら1週間掛かるビザを30分程で発行してく

れる。さすがAMDA、連絡がスムーズに行なわれている。

ビザを受け取り、すぐ羽田空港に戻りチェックイン、出発までに食事を済ませるが、岡山からの電話で到着する筈の貨物機がまだ到着していない事を知る。大丈夫なのだろうか？

14時半頃岡山空港に帰って来た。遅れていた貨物機も到着していて、ボランティアの方々が救援物資を積み込む準備をしていた。私もすぐに着替えて医療品の搭載を手伝いながら、暇を見ては出国手続きや、自分の手荷物の準備を進めた。目の回る忙しさだったが18時過ぎに出発準備が終了した。休む暇なくミーティング、ここで初めて派遣されるAMDAのメンバーと顔を合わせる。医師、看護婦、調整員2名と私を含め5名が搭乗すると聞かされる。

当初私にはショベルカー操作の技術指導の要請であったが、せっかくインドまで救援物資を持って行くのだから被災地に同行したいと小平調整員に申し出ると、快く許可を頂き、AMDAのメンバーと救援物資配給の行動を共にする事になる。

皆さんに見送られながら3時間遅れの18時40分、薄暗くなった岡山空港をロシア機独特のフワッとした感覚でテイクオフ。貨物機のため窓もなく、外も見えないまま上昇を続ける。もう後戻りは出来なくなった。

2時間半程飛んだらうか、エンジンの出力を絞って高度が下がり始めてるのが判る。間も無くランディング。「確かバンコク経由と聞いていたのだが…」、ドアが開くとそこは一面の雪、しかも気温はマイナス20度、「ここはどこ？」「ハバロフスクだ」。意外な返事が返ってくる。中国国内の飛行許可が下りない為ロシア回りでの飛行になったと言う。「全然聞いてない！」

2時間程で給油を終え、雪の中をテイクオフ。次はノボシビルスクへ向かう。ノボシビルスクでは真夜中であっても誘導、給油、除雪などきちんとサポートしてくれる。昔のロシアでは考えられなかったことだ。次の給油地はトルクメニスタンだ。スムーズなサポートのおかげで順調なフライトが続いている。この国はカスピ海の近くでインドより西になるそう。朝5時頃トルクメニスタンのア



シハバードが近づいて来た、コックピット下の航法士の窓からランディングを見せてもらう。真っ暗な中滑走路のライトだけが浮かび上がる、初めて見るランディング。キャプテンはいつもこの様な景色を見ながら操縦しているのだろうか。

1時間程経つとだんだん夜が明けてきた。正面に雪を被った山脈が横たわり、朝日が光ってとても綺麗な。しかし2時間経っても、3時間経っても給油が出来ないらしい。キャプテンと支社長が問い合わせをしているが埒が明かない。結局、給油が終わりアシハバード空港を離陸したのはお昼前になっていた。これからインドまではデイトライト。ゆっくり航法士の窓から景色を眺めながら快適なフライト、そう言えば貨物室でも毛布に包まり、足を伸ばして寝る事が出来、旅客機より快適だった様な気がする。

夕方インドのアメダバードの街並みが眼下に広がり始める。上空から見る限りでは倒壊した建物などなく、平和な街に見える。エンジン出力を絞り、最後の右旋回、目の前に滑走路が見えて来てフワッとした独特のランディング。日本から27時間の長い長いフライトだったが、目標に一步近づいた安堵感と心地良い疲れで充実感が込み上げて来る。救援物資は翌朝降ろすことになり、先に入国審査を済ませ初めてのインドの街に一步を踏み出した。明日からどんなに大変なことになるかも知らずに…。

最後に、思いがけず初めてボランティア活動(しかも海外での)に参加させていただき、現地の惨状を実際に見て、生の声を聞く事になり、海外での緊急救援活動の大変さ、現地の受け皿の問題など抱えたままで実行することの大変さ、また数人のスタッフを派遣するだけでも何百人という人たちの協力があって初めて出来る事などを知りました。ご協力頂いた方々に心からお礼を言いたいと思います。ありがとうございました。

「コミュニケーション」

第2次チーム AMDA インターナショナル 藤田真紀子

土ぼこりが舞う通りには人、牛、山羊がのんびりと時を過ごしていた。ここでは、人と動物とがお互いに干渉しあわず、共存している、という感じがした。救援機が降り立ったアーメダバードから西南に位置するモルビーという町に、私たちはトラックで7時間かけて移動した。町の市場や通りでは意外にも、物が不足しているという感じはなかった。しかし、ふと目をやると建物が崩れていたり、橋の両端が崩れてなくなっていたりして、さすがにその橋を渡るときには途中で橋が割れて落ちてしまうのでは、と不安に思ったが、住民たちは皆そんなことは気にしていない様子だった。

モルビーから更に車で1時間の所にあるラムナガールという村では、事態は全く違っていた。辺りにはかたつての形を残している建物はなかった。トラックを降りると、村人が集まってきた。カメラを持ってあたりを見回す私に、「写真をとるなら、僕がこの村を案内してあげるよ。」と、少年たちが案内してくれた。30分ほど歩けば一周できるくらい小さな村だったが、その家々はほぼ全壊、村人たちはシーツやブランケットを木の棒にかけただけのテントで生活をしているようだった。インドの気候は、昼間は暑い夜になると信じられないくらい冷え込み、壁もない家では寒すぎて眠られないだろうと思った。思いのほか作業が進まず、救援物資を配布する時には既に日が暮れていた。街灯代わりの電球の明かりの中で、私たちが運んだ、一人一人の善意が詰まった毛布が、少しでも彼らの体と心を暖めてくれれば、と思いながら毛布を手渡した。笑顔で握手を求めてくる人や、なかなか立ち去ろうとしない老人。村人たちの表情は明るく、言葉は交わさなかったが、その笑顔にほっとした。

トラックは土ぼこりの中をガタガタと音を立てながら走っていく。そこに現れたのはブルーシートで作られたテントが並ぶ、避難所だった。この村でもやはり村全体がほぼ全壊、村人たちは余震からくる二次災害を恐れ、広い



現地 NGO と救援物資の配布先の打ち合わせをする AMMM 第2次チーム



空き地にテントを並べていた。村人たちは地元の NGO と今後の復興について真剣なまなざしで話し合いをしていた。ふと見ると、避難所の脇に点々とした白いものが見えた。都市で育った私は、綿花を見るのは初めてだった。珍しくて、近寄ろうとすると、村の子供たちが一緒に来てくれた。「綿花だ、ふわふわしてるー。」感動している私を見て、今度は子供たちが「こっちにも来て！」と、さらに奥へ連れて行ってくれた。そこには小麦畑があった。「これを搗って、粉にして、チャパティを作るのよ。」と教えてくれた。今度は、手にいっぱい何かを持ってやってきた。さくらんぼ大の、何かの実のようだ。「食べてみて、おいしいの。」口にしてみると、りんごを少し渋くしたような味で、意外においしかった。「日本から来たのね、名前はなんていうの？」私はヒンズー語を全く話すことはできなかったが、不思議と、なんとなく彼女たちが言っていることが分かった。彼女たちの表情もまた明るく、雲一つない青空によく似合う笑顔

だった。

大規模な地震災害が起こったインドでは、未だ多くの人々が厳しい生活を強いられている。海外からの大規模な支援物資は一定の場所に集まってしまう、特に郊外の村ではそういった物資が配布されることはほとんどない。現に、私たちが行った村でも海外からの物資を受け取ったのは初めてだったという。しかも、今回の地震災害による被害だけでなく、インドには貧困という問題がこの国の根底にあるように思えた。町へ行っても、車が行き交う大通りの脇には、布を壁代わりに掛けただけの家に住む貧しい人々が暮らしている。人々は未だに廃止されたはずのカースト制度に縛られ、自由を奪われているのだ。途上国の貧困を無くすためには物を提供するだけではなく、その根底にあるものを改善しなくてはならない。でも、一体何を、どうやって？この答えが見つかり、それを実行に移すことが出来た時、私たちの活動は終結を迎えるのかもしれない。

時間が 救援物資とみんなの心

◇
第2次チーム 看護婦 原口珠代

初の緊急救援参加

医療を受けたくても受けられない、そんな状況に強いられた人達に、自分の技術が役に立てられたら…これが、私がこの国際協力の世界に入ったきっかけだ。

それから、私は、主に途上国の開発系に関わってきた。しかし、紛争・災害に突然襲われた人々、まさに何よりもすぐ自分の技術が求められる現場、医療の緊急救援で働いてみたいという気持ちが次第に募っていた。そんなある日、看護婦登録していたアムダから、1月29日の午後5時（出発の2日前）、「インドへ行こう」という一本の電話をもらったのだ。

緊急支援に参加できる、初めてだけでできるだろうか、そんな不安に武者震いを感じながら、次の日、インドのビザを取るべく東京行きへの飛行機に乗っていた。

救援物資とみんなの心

岡山のアムダの本部に到着した。本部内は、2日後の出発を控え、あわただしくスタッフやボランティアの方々が動き回っていた。緊急救援といっても、単に集まった物資を乗せて運ぶだけというわけにはいかない。

救援物資一つをとっても、必要物資の選択、空港の許可、倉庫のアレンジ、仕分け、荷作り、物資計量、税関書類…山のような手続きがある。それを、たった2日間で、すべてをやらなければならないのだ。

実は、到着直後は不謹慎にも、本当にたった2日間で、準備が整うのかとても疑問だった。救援物資も集まり始めたばかりだったのだから…すべてが、途方もないことのように見えた。しかし、医薬品の確認のため、倉庫に向かった私の目の前に、寒波が襲う寒空の下、なんとたくさんのボランティアの方が物資整理のために働いていたことだろう。岡山空港の暖かい協力、ほぼ徹夜で調整を行うアムダスタッフ。

地震に対する日本人の関心の高さは強いと聞いてはいたが、みんなの心に圧倒され、自分もみんなのこの思いをきちんと届けなければ申し訳ないと新

たに決心したのだった。

公平な物資配布の難しさ

インドに到着して、驚いたのは、各国からの大量の救援物資に翻弄されている政府の対応であった。物資は、ほとんど地震の発生源に近いブジという都市に集中し、目立たない他の地域には、国際援助団体もほとんど入っていないという現実がそこにあった。メディアの偏りと、援助の不公平さをまざまざと見せつけられた。

幸いにも、私達第2次チームは、地震直後から先発していた第1次チームからの情報を得ることができ、物資が集中しているブジを避け、ほとんど忘れ去られている被災地へと向かうこと



配布した外科キットを用いて治療を介助する筆者

になった。医薬品などの物資を受け取り、そこから206km離れたモルビーという町に着いたのは、2月4日午前5時だった。モルビーの病院では、病院の敷地内に仮設テントをはり、診療を行っていた。働いていた医師も、飛行機で1時間離れている都市から、今回の災害援助のため急遽こちらに来たのだそうだ。毎日200人以上の外来患者が訪れ、ほとんどが地震被害者であった。中でも、骨折などの整形外科患者が大半を占めているという。5歳くらいだろうか、小さな女の子が後頭部にけがを負い治療を受けていた。傷自体は小さいのだが、感染症を起こしかけている。第一次チームからの報告も、このような患者が多いとのことだった。私達が運んできた外科用キット（ガーゼ類）、消毒薬、抗生物質などを早速使っていた。

緊急事態で、情報等混乱している中で、よりニーズのある場所に赴けたことは、何よりも被災者に喜ばれる結果となった。

現地NGOの活動

そんな援助の不公平さを感じながらも、私を驚かせたのは、インド人による現地NGOの多さと被災者に対する彼らの献身的な活動の実態である。

みなさんは、インドの人々に対し、どんなイメージを持っているだろうか？偏見と言われたらそれまでなのだが、私にあるインドの人々というのは、カーストによる階級差別、物乞いなど…あまりいいイメージは持っていなかった。ところがどんな小さな被災地でも、現地のNGOがそこにはいた。彼らは政府の援助がないにもかかわらず、自分達で物資を集め、被害に遭った人達に労力を惜しまず救済を続けているのだ。レストランではそんな活動を行っている人達に無料で食事を配給している。この人達を通して、人間の暖かさ、強さ…あらためて、実感させられた。

今後の問題

でも、被災の現実が現れるのはこれからだ。ある家族と話す機会があった。6歳の女の子を持つその母親がこう訴えた。「この子達は、地震があった日から、絶対家の中で寝ようとしません。この子達にとっては初めての地震の経験でした。かなりショックが強かったようで、家の中では眠れないというの」これから徐々に地震のトラウマは大きくなっていく。子供達は特にその影響が強い。本当なら今シーズンは、現金収入源である農作物の手入れをしなければいけないはずが、復興作業でまったく手が回らない。そうすると、この先の現金収入をも脅かすことになる。彼らにはさらに精神的にも経済的にも訓練が待っている。私たちに今後何ができるか。

緊急救援に行きながら、さらに大きな問題を抱えて帰ってくることとなった。あの子供達が暖かい屋根の下で安心して眠れる日が一日でも早く来ることを祈りたい。

「いっぱい食べて、早く元気になろう！」 —ミャンマー子ども病院に給食センターがオープン—

AMDA ミャンマープロジェクト駐在代表 小林 哲也

前号のミャンマー特集でもお伝えした通り、ミャンマー子ども病院に併設して建設された給食センターが無事、去る2月9日(金)にオープンしました。今回はその記念式典の様子をお届けします。

この時期は天気の良いメッティエラですが、9日はまた特別に良く晴れ、記念式典に相応しい天気となりました。この日のために、先月から準備を進めてきたAMDAメッティエラ事務所のスタッフも皆大喜び。幸先のよいスタートです。式典は豪華に3部構成。まず10時から市民ホールで記念式典を行い、続いて11時から給食センターでテーブルカット。そして12時から祝賀レセプションという段取りになっています。急用のため、ケッセン保健大臣の出席が取り止めになってしまったのはとても残念ですが、それでもメッティエラ市やマンダレー管区から大勢の来賓の方々に出席して頂き、嬉しい限りです。

9時過ぎに式典会場に着くと、既に600近くある席の殆どが埋まっていた。こんなに盛大な式典になるとは予想していなかったのでびっくりし、赴任以来初めてとなるスピーチについて、不安が脳裏をかすめます。午前10時5分前、予定より少し早く式典が始まり、最初にミャンマー保健省を代表してマンダレー管区保健局のウティントン局長からご挨拶を頂きました。続いて外務省草の根無償資金をご提供頂いた日本政府の代表として、在ミャンマー日本大使館の加茂公使がご挨拶。給食センター、そしてAMDAの今後の活動に対する大きな期待を述べられました。

そして最後がAMDAの番です。駐在代表の私は給食センター設置の意義と果たす役割について、「アジアのある国には、こんな諺があると聞いています。『10年先を考えるなら木を育てなさい。そして100年先を考えるなら、人を育てなさい』21世紀を担うの

はまさに今、生まれたばかりの子ども達であり、彼らこそが世界全体にとっての最大の財産だと考えます。そうした子ども達の健やかな成長を少しでも支援出来るなら、これ以上の喜びはありません。このプロジェクトに携わっていることを心から光栄に、そして誇りに思います」と述べ、ご協力頂いた関係者の方々に心からのお礼を述べました。また式典にはマンダレー管区警察のウフラニョ司令官も出席。センターのオープンを一緒に祝いました。

その後、センターの目録をウティントン局長に、来賓の方々には記念品



をお渡しし、式典は約30分程で予定通り終了。終わってみればあっという間で、スピーチも何とか無事にまとめることが出来ました。しかし座っている間は、緊張してとても長く感じた30分でした。

式典終了後、直ちに車で第2の会場となる給食センターに向かいます。来賓の方々が大勢いらっしゃるため、市民ホールからセンターまで一般の交通は全てストップされ、式典参加者が優先通行。ヤンゴン市内では、よくこれで足止めを食ってイライラしていましたが、自分が優先されるのは初めてです。しかし、いざこうして優先されてみると、何か市民の方々に申し訳ない気分になりました。といってもメッティエラ市内の交通量は、そこまで多くないので、あまりご迷惑はお掛けしなかったでしょう。

メッティエラ総合病院は、敷地内に

色とりどりの旗が飾られていて、普段とは全く違う装いです。広場ではブラズバンドの演奏や女子学生のダンスも披露され、それはもうにぎやかなお祭り状態。大勢の看護婦さんや市の保健局関係者に迎えられ、給食センターに向かいました。

テーブルカットの舞台はセンターの調理室への入口に設置されていました。そして司会者の紹介の後、大勢の出席者や見学者の熱気に包まれる中、ウティントン局長と加茂公使、そして来賓のキンマウンウィン大佐がリボン

をカットして風船を飛ばし、無事センターはオープンしました。その後、来賓の方々が施設を見学する中、早速初日の給食サービスが始まり、子ども達におかゆが出されました。病気には見えない、着飾った子ども達も一緒に座って給食を食べていたのは、お祭りのご愛嬌といったところでしょうか。どうやらミャンマーではこうした式典はとにかく派手にやるのが通例のようです。

見学が終わった後、今度は会場をレストランに移し、簡単なレセプションを開催。給食センターの建設やオープニングに関わった方々を招き、これまでの苦勞をねぎらいました。

こうして記念式典は無事に全て終了し、給食センターは晴れてメッティエラ総合病院施設の仲間入りを果たしました。式典の様については、2つの国営TV局の両方でニュースとして報道され、新聞にも載るなど、ミャンマー政府も大きな関心と期待を寄せていることが伺えます。

今後は入院している子ども達だけでなく、外来で診察に来た子ども達にも、栄養のある給食を提供していくことを目指しています。合言葉は「いっぱい食べて、早く元気になろう！」子どもは何といても、元気に外を走り回っている姿が一番。そのためにAMDAミャンマーは、母子保健の向上に今後も力を尽くしていきます。

＜(財)国際協力推進協会・AMDA (アムダ) 共催＞

国際ネットワークセミナー in 岡山

AMDA では今年から国際協力情報の提供と途上国理解の推進に努めてこられた外務省外郭団体である財団法人国際協力推進協会と共に「国際協力を学び、考える会」：国際ネットワークセミナー in 岡山を開催していくはこびとなりました。

＜第1回＞

去る1月13日(土)、(財)国際協力推進協会 (APIC) とAMDA の共催による国際協力ネットワークセミナーが岡山県国際交流センターで開催されました。当日は70名を越える参加者と報道陣で賑わったセミナーとなりました。

APIC 専務理事の小澤大二氏には国際貢献についての講演をしていただき、また国際協力事業団中国国際セン

ターの伊禮英全氏からもご挨拶をいただきました。

続いて、カンボジアに約3週間派遣されていた濱田一壽医師よりAMDAカンボジア支部での活動やカンボジアの医療事情について説明がありました。最後に、コソボで調整員として活躍している濱田裕子氏よりコソボ自治州の現状とAMDAの活動についての報告がなされました。(濱田調整員によるコソボ報告は



ジャーナル2月号に詳しく掲載されています。)

今後、これを第1回としてAPIC・AMDA共催のセミナーを継続実施していきます。その都度、皆様に呼び掛けてまいりますので、どうぞご参加下さいますようお願い致します。

＜第2回＞

緊急救援活動と社会開発支援活動

2月24日(土)、13:30より岡山市立オリエント美術館地下ホールにて第2回APIC(財団法人国際協力推進協会)・AMDA共催の国際協力ネットワークセミナーを開催しました。インド大使、エルサルバドル大使、及び岡山市長からのメッセージが紹介された後、APIC事務局長、熊谷晃氏から、「世界貧困の撲滅、感染症の撲滅等、援助課題は多いが、国際ボランティア年でもある今年は、日本の援助活動の広報を通じさらに途上国を知ってもらい、皆様に援助活動を理解→支援→参加して頂く事を目標としたい」とのご挨拶がありました。また、今回の緊急救援に関しAMDA理事長、菅波茂より「今後もAMDAは世界の人と連携をとりどこへでも飛んで行くつもりだが、これも皆様の御支援あっての事である」と謝辞を述べました。

報告会前半は、インドへの医師団派遣で72回目となるAMDAの緊急救援活動の紹介がアムダイナターナショナルのザマン事務局長よりされました。続いて、インドへ派遣された三宅和久医師、小平雄一調整員が報告を行いました。今回の緊急救援活動も、多くの方の後方支援があって実現できたのですが、支援頂いた一部団体の方にもご報告頂きました。ご報告頂いたのは岡山市高田武子収入役をはじめ、人道援助宗教者委員会、両備バス株式会社、NPO法人BLL、岡山R.B(レス

キューサポートバイクネットワーク)、岡山県航空協会、国際貢献トピア岡山を推進する会、の行政と6組織の方々と、各団体、毛布等の寄付・空輸のサポート・募金の呼びかけ等色々な面での後方支援活動の様相を報告していただきました。

報告会後半は地域開発支援活動報告として1997年11月よりAMDAケニア事務所代表としてナイロビに派遣され2001年2月、3年余の任期を終え帰国した林信秀駐在代表が、アフリカ有数の大都市であるケニアの首都ナイロビにおける医療、教育、インフラなど様々な問題点と、それに対するAMDAの活動を報告しました。

当日はあいにくの雨でしたが、3時間半と長時間にわたる会に80名余の参加を頂き、無事終える事が出来ました。今後もAMDA活動の3本柱である①緊急救援、②長期的開発支援、③ネットワークキングを実施・継続することで“better quality of life for better future”を実現できるよう日夜努力して参りますので、どうぞよろしく願いいたします。(以下、活動報告内容)

インド緊急救援活動

医療活動はブジ市、アンジャール市で行なわれた。テントを利用して診療をしたが、埃が多く完全に清潔な場所を探すのは困難で、スピーディーな手術が要求された。これまでの緊急救援

の場合、災害発生後3日程経過すると外科治療から内科治療に中心が移るが、今回は4日目でも、外科整形が中心だった。(三宅医師)

第2次チームはブジ市には援助が多く入っていたため、アムダバードから200kmほど離れたラムナガール村へ入った。毛布等の援助物資を村人に直接渡した。朝晩の寒暖の差が激しい現地では日本製の毛布が最も喜ばれた。持っていった30トンあまりの物資はモルビー市、ジャムナガール市中心に配布した。重機は現地政府に。

(小平調整員)

ケニア地域開発支援活動

ナイロビのキベラスラムでは基礎インフラの不足、医療施設の不足、治安の悪化により、教育を受ける事のできない子どもが多い。スラムの中では全てが足りないように見え、AMDAは“better quality of life for better future”を実現するため縫製トレーニング、衛生教育、マイクロクレジットを複合的にとり入れたABCプロジェクトを行なっている。マイクロクレジットでは1人当たり15,000円程度を貸し付け、受益者が小さな商売を出来るよう支援している。例えば最後に行なった貸し付けの返済率は高く、9割以上の人がきちんと返済している。これにより、受益者とその家族が自立する事ができると期待できる。

(林前ケニア駐在代表)



国際ネットワーク in 岡山やAMDAのプロジェクト派遣者帰国報告会は、今後も続けて開催いたします。AMDAホームページをはじめ新聞などでお知らせいたしますので、どうぞ参加ください。AMDA Journalでの報告とはひと味違うエピソードや報告者の生の声を聞くことができます。

問い合わせ先：AMDA 会員情報局 086-284-7730

アジア女性基金による

—ジブチ共和国における産婦人科医の医療活動報告会—

去る1月11日(木)、14:00より岡山国際交流センターにて、アフリカのジブチ共和国へ昨年4月より12月まで派遣されていた伊藤まり子医師の報告会をアジア女性基金の後援で開きました。医療関係者、学生、マスコミなど45人が参加しました。報告の中で伊藤医師は、病院内で猫も出産していたなど、日本では想像しがたい非衛生的な環境でのエピソードをまじえながら、ダル・エル・ハナン病院への管理面での支援や医師の長期派遣の必要性を訴えました。以下、報告内容です。

現地の状況

ダル・エル・ハナン病院の常勤の医師はジブチ人1名の他は伊藤医師のみで、毎日の回診、外来の診療の他に、難民キャンプでの診療とペルティエ病院での夜勤を行なった。当初は通訳が固定せず、不

在だったために診療ができないなどの問題があった。

ジブチでは、妊娠中に医師の診察を受けない例が多いので、胎児の子宮内死亡例でも原因がわからないことが多かった。助産婦が取り上げて縫合まで行なっている、経過表の書き方も統一されていないなどの問題があった。

診療の有料化による改善

2000年3月の病院再建の第1フェーズ終了後しばらくすると、ドアの破損などが起こり、病院内の汚れが目立つようになった。これは、清掃要員がいないためであり、医療スタッフの衛生に関する意識も低かった。なお、この状態は、有料診療による収益で清掃要員を雇うなどした結果、現在は改善され



ている。有料診療化で患者数は減少していないうえ、無料診療時に看護婦や助産婦が知人を連れてきたといった例はなくなった。また、保健省から派遣された管理責任者が経過表の書き方なども統一し、病院内の衛生状態、設備も改善されつつある。

AMDA ジブチスタッフ及び本部アフリカ担当一同、9ヶ月間ダル・エル・ハナン病院を中心に活躍頂いた伊藤まり子医師に深く感謝しております。ご家族と離れ、日本とは医療環境も気候も大きく異なるジブチ共和国での1,500名以上に対するの診療活動、誠にありがとうございました。

AMDA「魂と医療」のプログラム

(AMDA Soul and Medicine Program:ASMP)

インドネシア・カンボジア・フィリピン・ベトナム・ミャンマー 合同慰霊祭の報告

2001年2月16日(金)午後2時より 茶山亭 1Fホール

AMDAは世界の開発途上国において保健医療を中心とする社会開発、貧困対策活動を実施してきた。この活動の基礎となるAMDAの理念は世界中の人々の「多様性の共存」であり、世界平和の構築である。また平和とは食に満ち足りて健康であり、実りある教育が受けられて初めて得られるものである。貧困、戦争、災害はこの平和を脅かす主要な要因であり、AMDAはこれらの阻害要因を未然に防ぎ、取り除くべく活動している。

この理念に基づき新しく開始したのがAMDA「魂と医療」のプログラム：ASMPである。

ASMPは第二次世界大戦中に直接間接的に苦しんだ全ての人々に敬意と弔慰を表すものであり、こうした戦争の犠牲者が眠る地域での合同慰霊祭とヘルス・ポスト(診療所)建設、運営を行なう事業であり、宗教者の皆様とAMDAの合同事業である。AMDAが緊急救援活動や地域医療活動を実施している地域はまさに第二次世界大戦の戦地となった場所であり、現在、インドネシア・カンボジア・フィリピン・ベトナム・ミャンマーにおいてその活動を開始し、2000年11月25日、5カ国で同時に第一合同慰霊祭を実施した。この合同慰霊祭を行な



っていただいた日本からの宗教者の皆さんに各地での慰霊祭の様子を報告していただいた。

インドネシア 寺田光寂師
カンボジア 左藤滋光師
フィリピン 西 亮天師
ミャンマー 中島妙江師、大瀬戸泰康師
ベトナム (平野恭介氏ご欠席のため、コミュニティサービス局鈴木剛史が報告)

よりそれぞれご自身の戦争体験を交した慰霊祭への思いが語られた。

(AMDA Journal.2001.2 ASMP 特集参照)

コミュニティ農園事業【一部抜粋】

◇
看護婦 畑 久美子

1. はじめに

ANDA International Zambia Office (以下 AMDA.Z) は1998年より、ザンビア共和国の首都ルサカ市内に位置する貧困居住区の一つであるジョージ地区において、経済社会開発事業を展開している。

その主要な目的は、居住者、特に子供達への健康状態の改善と、居住者の健康状態の悪化を作り出す主な原因の一つである貧困の改善の2つであり、実際の活動として主に①洋裁教室、②識字教育教室、③コミュニティ農園事業、④小規模融資事業の4つの活動が実施されている。(現在小規模融資事業はパワレニ地区でのみ実施している。)

当地域においては事業開始当初より JICA・NGO 連携強化プロジェクトのコンセプトのもと、JICA/PHC プロジェクトと連携を取りながら、事業が展開されている。

JICA/PHC プロジェクトは、地域住民主体の PHC の推進、ヘルスセンター機能の向上とリフェラル体制の確立、および学校保健モデルの構築の分野で活動を展開している。

その中でも、地域主体の PHC の推進に関しては、社会開発事業を地域主体で活動している AMDA と協力しながら活動が展開されている。

しかし、JICA/PHC プロジェクトは2002年3月に終了予定であり、プロジェクト終了後は、地域主体の活動については AMDA が引き続き支援を行う事が検討されている。

現在 AMDA が展開している事業の中でも、農園事業は地域住民を巻き込んだ事業であり地域住民組織 (Community Based Organizations: CBOs) の自立発展に大きく寄与できるのではないかと思慮されている。

今般、コミュニティ農園事業に焦点を当て、JICA/PHC プロジェクト終了後の AMDA への活動委譲の可能性も含めて、農園事業の進捗状況の把握と自立継続性、及び、農園事業が CBOs の自立発展に寄与できるかどうかの検討を試みたのでここに報告する。

2. 背景

コミュニティ農園事業は、1998年より事業実施対象地域であるジョージ地区において、低所得者層、特に栄養不良児及びその母親、妊婦を対象にした栄養価改善の目的で開始された。土地の確保には時間を要したが、JICA の協力のもと、ルサカ市よりルサカ保健局 (LDHMB) を通してジョージ地区を管轄しているジョージ診療所の責任のもと、ジョージ地区の CBOs (6つの住民組織 (Community Based Organizations = CBOs) から農園担当者を選出し、6名からなる農園委員会がコミュニティ側の責任者となり、AMDA.Z からは資金の提供と農業技術者の派遣による技術支援と農園管理支援の提供が行われている。) が譲り受けるという形で無償で提供されている。従って、AMDA は農園の管理者ではなくあくまでもコミュニティを支援するという位置付けになる。農園の場所はジョージ診療所より北へ約2kmに位置しており、面積は約3ヘクタールである。

3. 進捗状況及び問題点

3-1 第1期 (1999年11月から2000年10月)

AMDA は各 CBOs の代表者とジョージ診

療所のスタッフを交えた会議の上で、3ヘクタールの土地を6つの CBOs に分配することを決議し、それぞれの責任のもと農作業を行うこととした。

開始当初、農作業に対する CBOs メンバーの参加状況は思わしくなく、農作業をする CBO メンバー個人に一日につき牛乳1パック (500ml = 約1200クワッチャ) をインセンティブとして配布する事によって、農作業への参加を促した。それでも各 CBOs によって参加の程度には大きく差があり、それは農園の状況を見ても一目瞭然であった。

さらに、防犯対策が不十分であった事と、農業技術者の的確な指導が無かった為、盗難及び不作により当初予定した収穫量が確保できなかった。しかしながら、少量の収穫物はジョージ診療所で栄養失調児の母親に対して調理され給食として消費され、残りをインセンティブとして各 CBOs に分配した。2000年5月には30人の栄養不良児を対象に給食を行った。栄養不良児に対するプログラムについては、ジョージ診療所の栄養士が指揮を取り、Nutrition Promoter と CHWs と連携を取り展開された。AMDA 農業技術者は調理実習の講師として関わった。

3-2 第2期 (2000年11月から2001年2月現在)
的確な農業技術指導と CBOs との連携をも含めた農園管理技術の向上のため、AMDA ザンビアは新たな農業技術者を2名配置した。2名の技術者はそれぞれ専門的なバックグラウンドをもち、経験も豊富である。1名は農業技術と調査研究の専門家であるのに対し、もう1名は農園の管理を専門としており、地域での組織運営管理指導の経験を持っている。2名がそれぞれの専門性を分担するという形態でお互いに共同作業を行っておりチームワークが取れている。

・Farm Management Officer (Ms. Thresa Mwiya)
・Agriculturist (Mr. Ferdinand Mushingi)

この2名の農業技術専門家は2000年10月から雇われており、昨年のプロジェクトを経験していないのも関わらず、第1期の問題点を改善すべく対策を講じ、事業の発展に貢献している。

第1期における課題とその対策

1) 問題点: 農園の水はけが悪く作物の育成に影響を及ぼす

解決策:

①排水溝の設置: 雨季の多量な雨に農園の中に水溜りが出来、作物が腐食し生育しなかったという経験より、排水溝を設置した。この作業は CBOs メンバーの手作業によって行われた。
②土の掘り起こし: 植え付けの前にトラクターを使用して土地を掘り起こすことによって、水を適度に保ちさらに水はけが良くなるという状態が長期に確保されることを期待した。その結果、雨季の大量の雨が降った後でも水溜りは出来なくなり、作物の成長を効果的に促進する事が出来ている。

2) 問題点: 防犯対策が設置十分に講じられておらず盗難にあう

解決策: 大豆のみの植え付け (仮対策として)
盗難予防のフェンスが無いと作物の盗難にあってしまうが、フェンスを配置する為の予算が計上できなかった為、作物の中でも盗難にあいにくい大豆のみを栽培する事とした。

盗難にあいにくい理由として大豆の住民への知名度がいまだ低く、収穫にも手間がかかることが挙げられる。現在土地の状態を見て、3ヘクタールのうち2ヘクタールを大豆栽培用とし、残りの1ヘクタールは、農園委員会の管理のもと、個人的に耕作を希望する CBOs メンバーに割り当てて各自で耕作を行っている。

3) 問題点: 農園の回転資金が計上できない
解決策:

①土地を分配しない: 農園事業の中で回転資金を発生させる為、土地を各 CBOs に分配せず、AMDA ザンビアと農園委員会が全体の土地を管理することで回転資金が生まれやすい体制を作った。

②市場調査: 大豆の市場調査を行い、買取が高価な業者との契約を結ぶ。現在、大豆の収穫後に出る葉や茎なども買い取ってくれる業者との交渉を継続中である。また、その他の効率の良い換金作物の市場調査も行われている (トマト、パブリカ等)。

その結果、農業事業の回転資金が計上できると予測されている。もちろん、栄養改善の為のプログラムに使用する分も確保することを優先的に計画されている。予想されている収穫量は60bags/50kgであり、そのうちの40%を栄養改善に使用する計画である。

4. おわりに

今般は一ヶ月という短期間の派遣であり CBOs の活動を熟知する事は困難であった。しかしながら、調査を通じ理解できたことは各組織とも特異性があり、それらを適宜生かしたかたちで活動が継続できるよう支援するためには、さらなる調査を通じ各 CBOs の活動を詳細に理解する必要がある。

プロジェクト運営などの権限委譲については、本農園事業がまだ開始されたばかりであることから、AMDA 側と現地 CBOs 側の双方が適宜検討を重ね、慎重に進める必要があると思慮される。しかし、本農園事業は規模も都市部における土地確保の困難さを配慮した場合、適当な面積を有しているとともに、優秀な農園技術者と CBOs コーディネーターが AMDA ザンビアによって配置されていることから、回転資金を確保する上で大きな可能性を秘めていることには間違いはない。

今後、CBOs の組織運営における懸案事項を整理し、特に会計責任能力や市場の継続的確保に関わる調整能力などにおいて、研修活動を付加していく必要がある。

ユニセフザンビア事務所が刊行した当国における PHC 事業やコミュニティ活動の記録 (『Primary Health Care in Zambia』1992) においても論述されているように、基本的に住民参加を中心とした活動の成功例が少ないことから、AMDA ザンビアにおいても実質的な計画をもってステップを踏みつつ進めていく必要がある。実施が困難となるような過大な計画を避け、プロジェクトを通じ成功した部分とそうでなかった部分を随時検証し、成功に結びついた案件の拡充等を次のステップに導入するような視点も必要と思われる。

最後に、短期間ではあったがコミュニティの発展を担う CBOs のメンバーと農作業を共にし、コミュニケーションを図る努力の結果、さまざまな状況を理解することができたと思う。しかし、本報告書に記載した提言等はあくまでも一考察の結果であり、AMDA ザンビアが実施するプロジェクトの一助になれば幸いである。

人

13

AMDA インターナショナル名誉顧問紹介

Dr. Khan M. Zaman

AMDA インターナショナル事務局長

AMDA インターナショナルはAMDAの名誉顧問をお願いしている方々をシリーズで紹介している。今回はその第13回目として駐日南アフリカ大使 H. E. Dr. Karamchund Mackerdhuj と駐日スーダン大使 H. E. Mr. Khidir Haroun Ahmed の二人の大使を紹介する。



H. E. Dr. Karamchund Mackerdhuj
駐日南アフリカ大使

H. E. Dr. Karamchund Mackerdhuj は1998年5月に駐日南アフリカ大使に就任。1939年生まれ。

略歴は下記の通り：

学歴

- 1962年 ローズ大学から化学と動物学で学士号を取得
- 1963年 南アフリカ大学から学士号取得
- 1967～71年 ダーバン・ウェストビル大学修士過程で学ぶ
- 1972年 フォート・ヘア大学から教育免許を取得
- 1975年 データメトリックスで卒業証書取得
- 1998年 フォート・ヘア大学から教育学博士号取得

職歴

- 1964～65年 ガンディ・デサイ中学校で教鞭をとる
- 1966～67年 ヒンド・ブラザーズ社にて食物技術の化学者として調査研究
そのかたわら ML スルタン・テクニコン校で有機化学を教える
- 1967～95年 シェル/BPの南アフリカ石油精製所に勤務
分析化学者、技術監査者、技術者、上級技術者、雇用関係顧問、
特殊プロジェクト・マネージャー、産業関係マネージャーとして働く。
- 1995年8月 28年間の勤務ののち、シェル/BPの南アフリカ石油精製所を早期退職
- 1997年9月 南アフリカ大統領より駐日大使に任命される
- 1998年5月 駐日南アフリカ大使に就任

賞罰

H. E. Dr. Mackerdhuj は子供のころからスポーツに親しんでおり、サッカー、クリケット、卓球等をしてきた。スポーツに関連したものも含め、数々の賞を受賞している。また、南アフリカ・クリケット協会などの代表を務めた経験を持つ。



H. E. Mr. Khidir Haroun Ahmed
駐日スーダン大使

H. E. Mr. Khidir Haroun Ahmed は1999年7月に駐日スーダン大使に就任。1951年生まれ。略歴は下記の通り：

学歴

- 1975年 カイロ大学ハルツーム校より学士号取得
- 1987年 米国ヒューストン大学より文化人類学修士号取得

職歴

- 広報官、翻訳家、文化アドバイザーを経て外交官となる。
- 在アルジェリア・スーダン大使館にて参事官を務める。
- 1992年 駐アルジェリア・スーダン大使館全権公使
- 1992～96年 駐アルジェリア・スーダン大使館大使代理
- 1996年5月 駐アルジェリア・スーダン大使館大使に就任
- 1996年9月～1999年6月
アメリカ情勢局長
- 1999年7月 駐日スーダン大使に就任

研究・著作

- 「ヒューストン在住スーダン人の適応プロセスにおける宗教の役割」
 - 「グローバリゼーションの概念」
 - 「アラブ文化に対するグローバリゼーションの影響」
 - 「バーバリー人の影響—アルジェリア文化への問いかけ」
 - 「宗教過激派—社会学的アプローチ」
- といった研究書がある。その他、新聞等への記事の掲載もあり、多くのショートストーリーも執筆している。

AMDA 兵庫、3周年を迎えて

AMDA 兵庫代表 連 利 博

私たち AMDA 兵庫はこの2月で活動を始めて3周年を迎えることができました。当初、菅波代表から兵庫支部を立ち上げないかとのご意向を伺ったときには、躊躇もしたし、ここまで来れるとも確信はしておりませんでした。私は小児外科の臨床医で、NGOの右も左も分かっていなかった人間ですが、周囲の人達に支えられてここまで来ることができました。この誌面をお借りして、その御礼を申し上げますとともに、その足跡と現状をお伝えいたします。

AMDA ネパール子ども病院の支援が私たちの最大プロジェクトですが、本部と協調しつつ人的交流や医療レベルの向上に貢献しようと努力しております。当初様々な困難がありました。昨年より鈴木俊介さんが現地に入り運営も軌道に乗り、支援が形となりつつあります。私個人的には、この支援活動を通じて、発展途上国にもなんとか医療保険のようなものができてこそ、初めて自立への道が期待できるものだと思うようになり、これが今後の課題と考えております。

県在住の外国人、特にニューカマー(外国人新規定住者)のための医療支援がわれわれの二つ目のプロジェクトです。AMDA 兵庫設立当初、県の助成金をいただき兵庫県下の各施設から

開業医にいたるまで、アンケートを行い、県在住医師の外国人患者の診察経験や考えを調査しました。外国人を診察治療しなければならない機会は増えている一方で、とまどいもあることがわかりました。この方面での医療提供側とニューカマーとの間の調整が必要です。また、医療通訳は特殊で難しいとのことですので、兵庫県国際交流課のインフォメーション・センターやAMDA 国際医療情報センター、あるいは多文化共生センターなどの他団体との連携のなかで何ができるかを模索中です。

日本の医療そのものの抱える問題を考えることが必要だと思ひ、これが第三のプロジェクトとなりました。外国人に対する医療問題を検討していたところ、実はその抱えている問題は、日本の日本人に対する医療問題そのものであることに気づいたのです。現在は、インフォームド・コンセントをテーマにし、その概念が医療者側にも患者側にも正しく理解され実践されるよう、問題点を浮き彫りにするところから始めたいと思っています。

もうすぐホームページも立ち上がりますので、皆様アクセスしてください。準備ができましたらこのジャーナルでお知らせいたします。今後とも皆様のご声援を期待しております。

AMDA 兵庫 ボーリング大会

AMDA 兵庫 松本有香子

去る3月5日、明石のバームボウルにおいて、第2回AMDA 兵庫杯が開催されました。

第1回は大層盛況だったときいていましたが、今回もまた然り。86名もの方が参加してくださいました。会場のレーンのど真中にはどどーんと「AMDA 兵庫杯」と銘打っており、あふれる会場の熱気に、おおお、と感激しました。

ボーリング大会に併せ、民芸品などネパールグッズの販売も行いました。飛ぶように商品が売れたわけではないですが、ボーリング大会に参加された方たちにネパールの人たちの笑顔が素敵なネパール子ども病院のパネルと病院の説明を見ていただけるコーナーになっていたのではないかと思います。

今回多大なるご協力を頂きましたバームボウル(マイカルクリエイト)様、明石奇兵隊のメンバー、金谷さん、寺嶋さん、榎本さん、田中さん、馬田さん、ありがとうございました。

次回は6月第1週の日曜日、午前10時30分開始の予定です。皆様の参加をお待ちしております

■ AMDA 兵庫支部活動報告

ネパール子ども病院で感じたこと

医師 小倉健一郎

昨年に引き続き、今年もネパール子ども病院で支援活動を行ないましたのでご報告いたします。

昨年3ヶ月、そして今年が1ヶ月、通算4ヶ月間、現地で活動を行ったこととなります。私の今回の派遣目的は、主に麻酔の指導が中心でしたが、私自身は開院時よりAMDA 兵庫の一員として医療面での支援と、日本における後方支援態勢の確立を目指しており、今回も現地事情を把握することとともに、子ども病院が今後地域保健にも寄与できるよう、母子保健プロジェクトなどの企画も提案してまいりました。

AMDA 兵庫のメンバーには医療関

係者が多く、医療面での支援を活動の柱にしています。特に子ども病院に関しては、本部の活動と平行して、AMDA 兵庫内に支援室を設け、メーリングリストやニュースレター等を通じて、支援者のネットワーク作りと情報発信を行っています。

さて、子ども病院は開院後、2年3ヶ月が経過しましたが、驚くほどの勢いで発展しつつあります。特に外来や入院の患者、出産数が急増し、医師や看護婦をはじめスタッフ達は、大変忙しくなっています。忙しさは、一方において病院の認知度が上がってき

ていることの証で、喜ぶべきことに違いありません。しかしながら、もう一方において、様々な問題も起きています。それは時にスタッフ間の不満となって現れます。日本サイドには、この子ども病院に対して思い入れの強い人が沢山います。ネパールの乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の改善を目指して、多くの日本人の支援と献身的な働きによって設立された病院ですから当然なのですが、ネパールの病院スタッフが必ずしも同じ思いでいてくれるとは限りません。

彼らが望む給料を払いたいのはやまやます。もちろん、公立病院に比べて給与が安い訳ではありませんが、安い診療費での運営ですから、忙しさに比べると決して待遇がいいとは言えません。医師の中には、田舎であることや、職場環境が整っていない点を不満として上げています。環境とは、例え



手術室風景 麻酔の小倉とマノーズ医師



千人目の赤ちゃんと母親

ば勉強する為の図書館が無いとか、難しい症例にコメントしてくれるベテラン医師（指導医）がいないとか、忙しさを勉強や研究に費やす時間が無い等の点です。また病院内に医局や看護婦の休憩室といった施設もありません。

患者からの不満も聞かれます。看護婦はわずか11名ほどで、3病棟を2交替制で運営しています。各病棟には1人しか配置できません。こうした状況下では、我々が日本のナースに望むような手厚い看護を望むべくもなく、ミスが無いよう祈るしかありません。最近では、患者に対して、例えばお金の払えない人に対するローンシステムを作ったり、説明をきちんと行ったり、最善の医療を行う努力をして、病院の評判はいいように思いますが、忙しさから患者を待たせることも多く、患者の不平を聞くことがあります。患者を待たせることに対する意識は、日本人とはかなり違いを感じます。

ところで、現地で麻酔をかけることにはストレスを感じます。特に最初はそうでした。日本では、日帰り手術にしても、事前に患者を十分診察し予定を決めて行いますが、ここでは外来にきた患者（例えばすけいヘルニア）が食事さえ取ってなければ、その場で検査して、すぐに手術を行おうとします。手術日などを決めても意味がありません。理由は「患者が遠くから来て

いるとか」「予約しても来ないことが多いから」という訳です。麻酔医との連絡や、手術場との連絡もシステムティックにはできていません。手術になっても、患者を真っ黒な足のまま手術台に乗せたり、経皮酸素飽和度や心拍数を計測する機器の端子をつけようと思ったらマニキュアをしていたりと、日本では考えられないことが続出します。それらを乗り越えて、ケタミンやハロセンを駆使して麻酔をかけたら、今度は停電が起こって、真っ暗闇の中で懐中電灯を使って手術を続けた事もしばしばありました。もちろん今では、小型発電機が設置され、問題は解決されましたが。

こうした事象を乗り越えて、ネパールで医療活動を行うには、それなりの「太い」神経が必要です。まず日本のようにきっちりとした医療を望まないこと。ほどほどにルーズに考えること。物が無くても、代用品を考える応用力を身に付ける。自分のプロフェッションにこだわらないこと。つまりは何でもやってみること。そうやって多少はネパール流に馴染んでいかないと、ストレスが溜まって嫌になっていくでしょう。ネパールにはネパールのやり方、つまりネパール流があることを身を持って理解しなければなりません。命の重さもまた日本とは違います。ネパールの医師は、あるところで治療を諦めます。「あるところ」というのは微妙なラインですが、例えばある家族に

はすでに何人もの子どもがいて、そのうちの一人が病気を患い、手術が必要になったり、高価な薬や輸血を投与しなければならなくなったりすると、お金の無い家族は無理に治療を求めません。医療スタッフも敢えてその決断に逆らった医療行為を続けません。状況を神に任すというか、諦め方が実に上手というか、はっきりしています。

私自身はネパールにおいて、どのへんで諦めるべきなのか、その答えをまだ出していない。昨年のことですが、私自身も駄目な患者は駄目だ、と感じるようになっていた頃、強度の貧血の乳児を診ました。家族には輸血を準備する余裕も無く、既に努力様呼吸になっていた子の命は、時間の問題に思われました。他の医師もなんとなく無関心で、私も「もうこの子供は駄目だな」と感じて、その子から離れようと思いました。その時、ふと自分は一体何の為にこの病院へ来ているのか、ここで諦めていいのだろうか、という思いにとらわれ、その子の所に引き返しました。運良く、その子と私の血液型が一致したので、私の血液を輸血しましたが、輸血の効果でしばらくは大変元気にしていました。

ネパール流と日本流、ネ和折衷を目指しつつ、医師としては「諦めない」ことをなるべく肝に銘じて、今後も支援を続けていきたいと思っています。

AMDA国際医療情報センターのご案内

在日外国人が日本人と変わらぬ医療を受けられるよう、電話で医療情報提供を行っています。

センター東京 TEL: 03-5285-8088

【対応言語・時間】

英語・中国語・スペイン語・韓国語・タイ語:

月曜日～金曜日 9:00～17:00

ポルトガル語: 月、水、金曜日 9:00～17:00

フィリピン語: 水曜日 9:00～13:00

ペルシャ語: 月曜日 9:00～13:00

センター関西 TEL: 06-6636-2333

【対応言語・時間】

英語・スペイン語:

月曜日～金曜日 9:00～17:00

ポルトガル語/中国語:

曜日により対応可。事前にお問い合わせください。

ホームページ <http://www.osk.3web.ne.jp/~amdack/>

AMDA 関係 刊行物のご案内

- ・お問い合わせは、AMDA 本部事務局まで。
TEL 086-284-7730 FAX 086-284-8959
- ・お申し込みは、郵送か FAX でお願いします。
- ・お支払いは、郵便振替でお願いします。送料別。
口座 AMDA 出版 口座番号 01220-6-12076

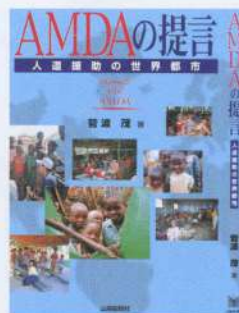
AMDAの提言

—人道援助の世界都市—

岡山から世界に飛び出し、国際的な医療NGOとして知られるAMDA。その代表の著者が問いかけ、提案する。「日本は経済大国から、人道援助大国をめざせ。岡山に世界へ向けての人道援助ネットワークの拠点を築こう」と。

256頁
ISBN4-88197-607-9 C0036 P1600E

- ・菅波 茂著
- ・出版元 山陽新聞社
- ・1996年11月25日発行



定価 1,631円

AMDA Journal

—国際協力—

毎月1回発行

アジア・アフリカ・南米でのAMDAの医療救援活動のレポートを中心にした月1回発行の情報誌。会員には会報として自動的に送られている。

初刊1992年12月より現在に至る。バックナンバーは一部を除いて揃っています。希望の方は、AMDA事務局まで。



定価 600円

ルワンダからの証言

—難民救援医療活動レポート—

援助大国とはいえ、国際的なNGOに比べると組織は小さく財政的にも弱い日本のNGOが、劣悪な環境の中でルワンダ難民のために活動した記録。

200頁

ISBN 4-521-00541 C0030 P2000E

- ・AMDA 著
- ・出版元 中山書店
- ・1995年4月3日発行



定価 2,039円

遥なる夢

—国際医療貢献と
地域おこし—

AMDA設立までの経過と活動記録。AMDAに関わった人々について紹介すると共にAMDAの展望と日本のNGO活動への提言。

316頁

- ・菅波 茂 著
- ・出版元 AMDA
- ・1993年9月20日発行



定価 2,500円

とびだせ！AMDA

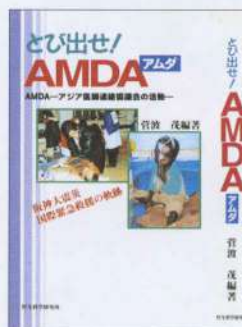
—AMDA・アジア医師
連絡協議会の活動—

第1部 阪神大震災におけるAMDA医療ボランティアの動き。緊急救援活動における後方支援体制。防災への提言。

第2部 国際緊急救援での活動記録。バングラデシュ、ネパール、カンボジアやルワンダ、ソマリアなどの紛争地区での難民救援活動の記録。270頁

ISBN 4-905690 21-8 P1800E

- ・菅波 茂 著
- ・出版元 厚生科学研究所
- ・1995年7月15日発行



定価 1,835円

はばたけ！ NGO・NPO

—世界の笑顔にあいたくて—

自然災害・難民救済・環境破壊・高齢者福祉など様々なボランティア活動は国内だけでなく国際的な広がりが見られています。広島県と共同開催の第一回NGOカレッジの講義録で、国際ボランティアを志す人に必携の書。328頁

ISBN4-88517-263-2 C1030 P1800E

- ・ひろしま国際センター編
- ・出版元 中国新聞社
- ・1998年3月25日発行



定価 1,850円

阪神大震災と 市民ボランティア

—岡山からの証言と提言—

岡山は動いた！5千人を超える犠牲者を出した阪神大震災。岡山県内からは自治体、民間を問わず大勢の人が活動が続けてきた。その活動と今後への提言を記録した。

270頁

ISBN4-88197-607-9 C0036 P1500E

- ・小田兼三・田代菊雄編著
- ・出版元 山陽新聞社
- ・1995年9月1日発行



定価 1,529円



エルサルバドル大地震緊急救援活動（救援物資配布）

みなさんのちからを
必要とする人たちがいます



AMDA募金箱を置いていただける方はご連絡下さい（TEL 086-284-7730）