

〔国際緊急援助活動〕

インドネシア国際緊急医療援助隊活動報告

— バンダアチェ市ラマラ地区診療所の診療記録の分析 —

宮本 寛知¹, 小野健一郎², 田村 泰治², 小林 恵輔³, 横部 旬哉⁴,
木村 暁史⁵, 森田 充浩⁶, 加來 浩器⁷

(自衛隊札幌病院¹, 自衛隊中央病院², 第7 後方支援連隊衛生隊³,
北部方面衛生隊⁴, 東部方面衛生隊⁵, 第7 師団司令部⁶, 衛生学校⁷)

キーワード：国際緊急医療援助隊, スマトラ沖大地震, インド洋津波災害, バンダアチェ市, 診療記録

Activities of the Medical Team of Japan Self-Defense Force as Japan Disaster Relief Team for Indonesia

— Analysis of medical records of the clinic in Lam Ara, Banda Aceh City —

Hiroto MIYAMOTO¹, Ken-ichiro ONO², Taiji TAMURA², Keisuke KOBAYASHI³, Jun-ya YOKOBE⁴,
Akifumi KIMURA⁵, Mitsuhiro MORITA⁶, Kohki KAKU⁷

(Self-Defense Force (SDF) Sapporo Hospital¹, SDF Central Hospital², 7th Logistical Support Regiment Medical Unit³,
Northern Army Medical Unit⁴, Eastern Army Medical Unit⁵, 7th Division Headquarters⁶, SDF Medical School⁷)

Key words : Japan Disaster Relief Medical Team, Sumatra-Andaman earthquake, Indian Ocean tsunami disaster, Banda Aceh City, medical records

緒 言

2004年12月26日に発生したスマトラ沖大地震およびインド洋津波は、インド洋沿岸13カ国に総数が23万人を超える死者・行方不明者を生み、建造物、道路、インフラの破壊を生じるなど甚大な被害を引き起こした。被災国からの要請を受けた日本政府は、国際緊急援助隊派遣に関する法律に基づき、陸上自衛隊第7 後方支援連隊を基幹とする228名からなるインドネシア国際緊急医療・航空援助隊を、最大の被災地であるインドネシア共和国ナンガラサラム州へ派遣した。本隊に先立ち、20名からなる応急医療チームが先遣部隊として派遣され、1月19日から当初イスカ

ンダルムダ空港地区で応急診療を行った。

医療援助隊本隊は医療援助隊長以下58名で編成され、これに本部付隊の1名を加えた59名で運用された。医療援助活動の3本柱は診療、予防接種、防疫で、医療援助隊本部の4名のほか、27名が診療と予防接種を、また28名が防疫を担当した。診療と予防接種を担当した27名の構成は、医師6名、看護師4名、准看護師7名（うち4名は救急救命士）、薬剤師2名、臨床検査技師1名、診療放射線技師1名、通訳1名、その他5名であった。医師6名の専門科目はそれぞれ眼科、脳神経外科、放射線科、呼吸器内科、整形外科、消化器外科であった。

診療活動は、独立行政法人日本国際協力機構 (Ja-

pan International Cooperation Agency: JICA) の国際緊急援助隊 (Japan Disaster Relief Team: JDR) 医療チームが1月2日から活動してきたバンダアチェ市バンダラヤ郡ラマラ地区の施設を応急医療チームが1月23日から引き継ぎ、そこへ合流した医療援助隊本隊が自衛隊施設を開設して拡充し1月29日から本格的に開始した。日々の診療スタッフは、自衛官は、医師3名、看護師3名、准看護師4名(うち2, 3名は救急救命士)、薬剤師2名、臨床検査技師1名、診療放射線技師1名、通訳1名、その他3名の計18名を基本とし、これに JICA と現地採用(インドネシア人)の通訳など併せて6~9名が加わり担当した。診療時間は、午前8時30分から午後1時までを基本とした。同地区での診療活動を終了するにあたっては、バンダラヤ郡ミボー保健所でインドネシア人スタッフにより災害以前から行われている診療活動への移譲が円滑に行われるように、2月11日から同保健所への診療支援を開始し、その3日後からはラマラ地区での診療を外科系患者のみに限定して内科系患者を同保健所へ誘導した。2月26日を最後にラマラ地区診療所を閉鎖して以後は診療支援に専念し、3月8日には診療支援も終了した。ミボー保健所では延べ2113名を診療した。

予防接種活動では、国連児童基金(United Nations International Children's Fund: UNICEF) とインドネシア保健省が企画・推進していた6ヶ月児から15歳児に対するワクチンキャンペーンに積極的に取り組み、バンダアチェ市内およびナングロアチェダルサラーム州西岸地区(テノム、パンガ)で総計2277名に麻疹ワクチンの予防接種を行った。

防疫活動では、インドネシア保健省およびナングロアチェダルサラーム州保健局の要請を受け、バンダアチェ市保健局との調整のもと、蚊媒介性疾患(マラリアおよびデング熱)の発生対策としてぼうふら駆除の薬剤散布を防疫斑(編成上は第1および第2防疫隊)が延べ133,800㎡で施行した。

本稿では、医療援助活動の3本柱の1つの診療活動のうち、その中心となったラマラ地区診療所での診療活動について、診療記録の分析に基づいて述べる。

対象および方法

対象は、バンダアチェ市バンダラヤ郡ラマラ地区に開設した診療所において、2005年1月23日から2月26

日までの間に、インドネシア国際緊急医療援助隊の自衛隊医官が診療した現地患者のうち診療記録で確認できた延べ3855名である。

検討項目は以下のごとくである。すなわち、日々の受診患者数、受診患者それぞれの年齢、性別、初診再診の別、受診回数、津波被害の有無、居住スタイル、症状・疾患の内訳である。また2月1日以降の初診患者には居住地域、当診療所を選択した動機についても検討項目として加えた。

ところで、一人の患者の抱える症状・疾患は多岐にわたるので、それらをなるべく正確に把握できるように細かい分類を用いて複数の症状・疾患をすべてカウントし、受診患者のうちどれだけの患者がそのような症状・疾患を有するのかを“有病率”と表現した。さらに、一人の患者に一つの主たる症状・疾患を認定して、傾向を把握しやすいように統合した分類を用いてカウントし、“主疾患の内訳”と表現した。

方法は、受入分類班で行った問診の内容や体温・血圧・脈拍・体重などのデータは紙カルテに記載すると共にその場で電子カルテ(データベースソフトウェアを用いて作成したオリジナルのもの)にも入力し、また診察室で紙カルテに記入した医師の診療内容は診療終了後に電子カルテに入力し直す方法を取り、それらを集計して分析した。

なお、同地区で2005年1月2日から1月22日までの間に JICA の JDR 医療チームが診療した延べ2776名(うち初診2086名)の患者の診療記録もさかのぼって電子カルテに入力し同様の方法で集計して分析したが、今回はその詳細については述べない。ただし、同地区での診療の主体が JICA の JDR 医療チームから自衛隊の医療援助隊に交代しても紙カルテを引き継いで継続性を保持して診療を行ったため、初診再診の別は、JICA の JDR 医療チームの診療期間を含めた1月2日から2月26日までを同一の診療所と考えて記録し、また、受診回数は、その全55日間に受診した4965名(延べ6631名)を対象に累積してカウントした。

結 果

受診患者数は延べ3855名でそのうち初診患者数は2879名にのぼった。1日ごとの推移を図1に示す。外科系患者のみに限定する以前の2月13日まででみると、1日あたり平均165名(うち初診126名)で、その

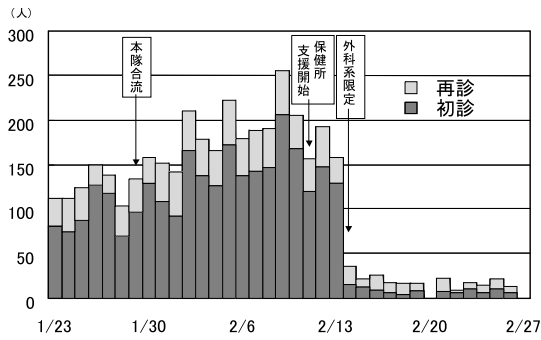


図1 受診患者数の推移

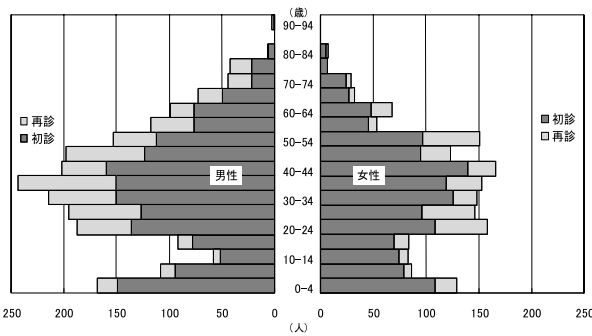


図2 性別年齢階級別分布

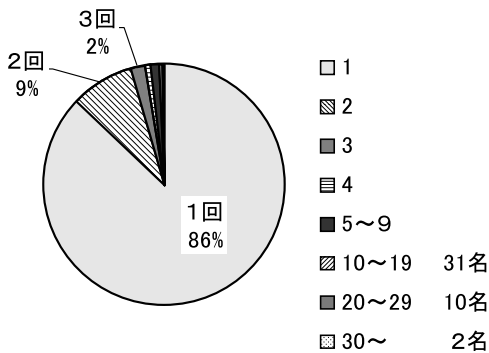


図3 受診回数 (1月2日～2月26日)

うち応急医療チーム (1月23日から1月28日までの6日間) では平均123名 (うち初診93名), 本隊合流後 (1月29日から2月13日までの16日間) では平均180名 (うち初診139名) であった。1日あたり患者数の最多は255名 (うち初診206名) であった。

性別年齢階級別分布を図2に示す。性別では男性58%, 女性が42%の割合であった。平均年齢は34.6歳で最年少は1ヶ月, 最高齢は90歳であった。世代別内訳は, 15歳未満 (年少人口) が17%, 15歳以上65歳未満 (生産年齢人口) が77%, 65歳以上 (老年人口) が6%を占めた。

受診回数は, 平均1.3回で, 1回と2回で受診患者全体の95%を占めた。一方, 10回以上は43名, そのうち20回以上は12名, さらに30回以上は2名を数え, 最

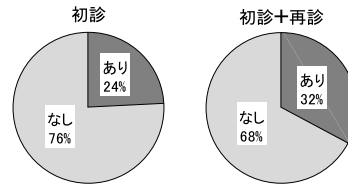


図4 津波被害の有無

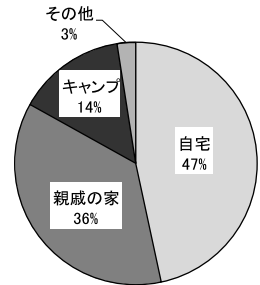


図5 居住スタイル (初診+再診)

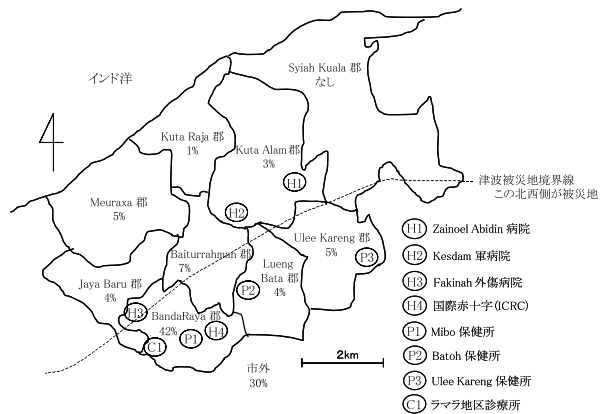


図6 居住地域分布 (2月1日以降の初診患者)

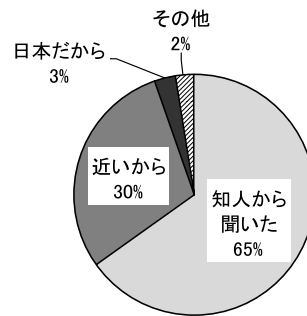


図7 診療所選択の動機 (2月1日以降の初診患者)

多回数は32回であった (図3)。

津波被害を直接受けた人は, 初診患者では24%, 再診を含む延べ患者では32%を占めた (図4)。

居住スタイルは, 自宅が47%, 親戚の家が36%, キャンプが14%の割合であった (図5)。

受診患者の居住地域の分布は, ラマラ地区の属するバンダラヤ郡が42%, 市外が30%を占め, その他の郡はそれぞれ7%以下であった (図6)。

表1 有病率(%) (丸数字は頻度順位)

疾患・症状の細分類	初診	初診+再診
呼吸器系	① 41.6	① 37.0
消化器系	④ 17.8	⑤ 15.6
循環器系	2.6	2.7
内分泌系	1.1	0.8
皮膚科(外傷以外)	② 22.4	② 21.6
皮膚科(外傷)	⑦ 7.3	④ 18.2
整形外科(障害)	③ 20.7	③ 18.7
整形外科(外傷)	3.4	3.4
脳神経系	⑤ 10.7	⑥ 9.5
眼科	⑥ 10.2	⑦ 7.8
耳鼻科	⑧ 6.8	⑧ 6.0
精神科(災害と無関係)	⑨ 4.7	⑨ 4.3
精神科(災害で発症)	⑩ 4.5	⑩ 3.8
腎・泌尿器系	2.4	2.1
歯科口腔外科	1.2	1.0
婦人科	0.6	0.5
特殊感染症	0.0	0.0

診療所選択の動機は、“知人から聞いた”が65%，“近いから”が30%を占め、その他は少数であった(図7)。

有病率が多い順に、初診患者では、呼吸器系42%、皮膚科(外傷以外)22%、整形外科(障害)21%、消化器系18%、脳神経系11%、眼科10%、皮膚科(外傷)7%、耳鼻科7%、精神科(災害と無関係)5%、精神科(災害で発症)5%、循環器系3%、腎・泌尿器系3%、歯科口腔外科1%、内分泌系1%、婦人科1%で、再診を含む延べ患者では、呼吸器系37%、皮膚科(外傷以外)22%、整形外科(障害)19%、皮膚科(外傷)18%、消化器系16%、脳神経系10%、眼科8%、耳鼻科6%、精神科(災害と無関係)5%、精神科(災害で発症)4%、循環器系3%、腎・泌尿器系2%、歯科口腔外科1%、内分泌系1%、婦人科1%であった(表1)。

主疾患の内訳は、初診患者では、呼吸器系31%、皮膚科(外傷以外)17%、整形外科(障害)13%、消化器系11%、外傷(皮膚科・整形外科)8%、精神科5%、脳神経系5%、その他10%であり、再診を含む延べ患者では、呼吸器系29%、外傷(皮膚科・整形外科)20%、皮膚科(外傷以外)15%、整形外科(障害)11%、消化器系9%、精神科4%、脳神経系4%、その他8%であった(図8)。

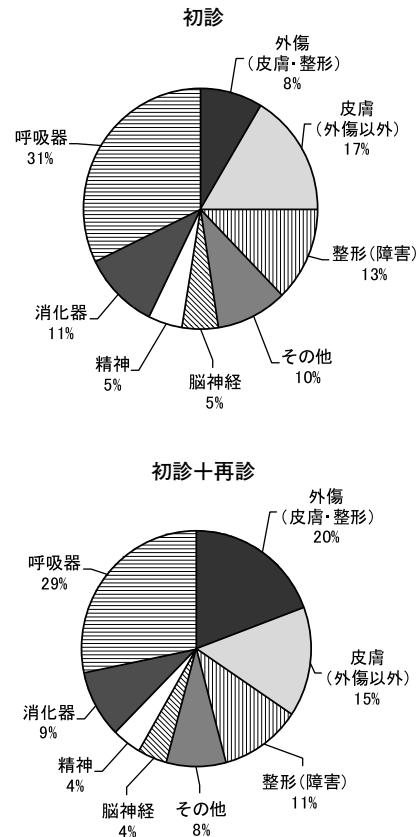


図8 主疾患の内訳

考 按

1日あたりの受診患者数は当初120名前後であったが、日を追うごとに増加し続け200名を超えるようになった。受診患者全体に占める初診患者の割合は、常に75%前後で変動はなかった。受診を希望する患者はできる限り診療するように努めたが、気温35℃以上、湿度80%程度と高温多湿な現場で、空調設備のない屋外テント内での診療活動という苛酷な環境のためスタッフの熱中症発生や疲労蓄積の予防に留意する必要がある。また、海上基地として活動拠点を置いていたバンダアチェ沖に停泊する海上自衛隊輸送艦“くにさき”に輸送ヘリコプターCH-47JAで帰艦する時間的制約があった。このため診療開始は午前8時30分の定時としたものの、できる限り午後1時頃までには診療が終了するように、受付人数の制限や受付締切時間の調整を日々刻々の状況を見ながら行わざるを得なかった。ただし、受付終了後であっても緊急治療を要する患者には常に柔軟に対応した。

受診患者の性別は男性6に対し女性4の比率を示し、女性が明らかに少なかった。また、年齢分布は、男性では30代半ばと幼児との明瞭な2峰性を示して10

代が顕著に少なく、女性では男性よりも緩やかではあるが同様な傾向がみられた。世代別内訳は、65歳以上の老年人口が6%しか占めず高齢者が明らかに少なかった。これらの原因として、10代や高齢者、女性にそれぞれ特有な条件があったのか、たとえば、災害死亡者が多かったのか、傷病者が少なく受診する必要がなかったのか、受診しづらい環境があったのか、あるいは元々の人口が少なかったのか、などいろいろと考えられた。しかしながら、災害直後のため保健所などの行政サイドが災害死傷者の内訳を詳細には把握しておらず、また、平時の人口分布、出生率、平均余命などの人口統計をそもそも把握していないため、これらを特定することは不可能であった。

受診回数は平均が1.3回で、1回と2回の患者が全体の95%を占めた。少数回の診療、投薬で軽快した軽症患者が多く、また、稀に重症患者がいても高度な医療が可能な病院を紹介してしまうので受診回数が多くならなかったことを示している。10回以上を数えた43名は、全員が皮膚外傷疾患の頻回処置患者であった。

津波および洪水の被害は海岸線から場所により3～5 kmに及んだが、バンダアチェ市中心部からははずれた位置にありもともとやや寂れていたラマラ地区は数百メートルの差で津波被害を免れたため、被災した生存者がこの地区やこの地区に近接する市外の幹線道路沿いにある親戚・知人の家やテント・シェルターに避難して人口が増加し賑わいをみせていた。受診患者の居住地域分布は大多数がバンダラヤ郡と市外が占めたのは、通院手段は徒歩が殆どであることから当然であろう。受診患者の居住スタイルは親戚の家やキャンプなどの避難先と自宅が半々であり、また、受診患者のうち津波被害を直接受けた人は約3分の1とそれほど多数ではなかった。これは我々の活動時期が災害の4週間経過以後の慢性期、復興期であったためと思われる。災害で多くの医療施設が破壊され多くの医療関係者が死亡したことにより、この時期でもなお現地の医療機能は十分に復旧していなかったため、我々は、災害が直接の原因である傷病だけでなく、災害による環境の悪化から罹患し易くなった傷病も、さらには災害以前からあった慢性の傷病ももちろん診療の対象とした。“知人から聞いた”と“近いから”が診療所選択の動機の殆どを占めたことから我々の診療が、避難民の期待にも自宅居住者の期待にも応え、口コミで評

判を呼び、徒歩で受診する患者が増え続けたと言えよう。

有病率と主疾患の内訳をみると、いずれも呼吸器系、皮膚科（外傷以外）、整形外科（障害）、消化器系が多かった。最も多かった訴えは「咳が出る」「身体が痒い」「腰や膝が痛い」「胃腸の調子が悪い」といったもので、これらを併せて訴える場合が少なくなかった。これらは災害による環境の悪化から初めて発症したのもあるが、災害以前から軽度だが慢性にあったものが劣悪な環境で増悪したものも少なくなかったと思われる。このような傾向は、活動時期が急性期や亜急性期ではなかったため、外傷による皮膚・整形疾患が多数を占めなかったのも同様の理由からである。

呼吸器系疾患は最多数を占めたものの肺炎などの重症例が殆どみられなかったのは現地の気候が温暖なことによると思われた。また、消化器系疾患がそれほど多くなかったのは、同地区では井戸水の汚染が少なかったためと推定された。「津波に巻き込まれて津波の水を飲んでしまったが大丈夫か？」という質問も多かったが、誤嚥性肺炎はみられず、また、重い下痢症も比較的稀であった。

外傷による皮膚疾患では、受傷部位は体幹よりも四肢末梢側、上肢よりも下肢に重症なものが多く、下腿と足部が過半数を占めたが、これは津波に巻き込まれて鈍的外力を受けたという受傷機転から説明され、津波災害による創傷の特徴と言えよう。創の性状としては、鈍的外力による挫創、挫滅創、裂創、擦過創が殆どであったが、比較的鋭的な外力によると思われる割創もみられた。創傷被覆剤は携行していなかったため、創の消毒や乾燥による傷害をなるべく避けて創傷治癒を促進させるように、消毒は創周囲のみにとどめ、創処置は生食洗浄、(必要なら)壊死組織・不良肉芽除去、軟膏超大量塗布、ガーゼ貼付とした。このような場合は極めて頻繁な通院処置が必要であったため、有病率や主疾患の内訳の統計での皮膚外傷疾患の数値は、初診患者だけを分母とした場合の値に比較して再診を含めた延べ患者を分母とした場合の値が跳ね上がることになった。創の状態としては創面が広くて深いものが多く、また既に感染を合併している場合も少なくなかった。ただでさえ下腿・足部は汚染されやすい部位である上に、創部を濡らさない、汚さないといった基本的な衛生知識に乏しい患者が多く、感染の

抑制に苦勞した。創傷治癒が遅々として進まず皮膚移植を要すると思われる重症な患者には高度な医療が可能な病院の受診を勧めたが、我々に対する信頼、期待は過剰なまでのものがあり、当診療所が閉鎖直前になってやっと紹介状を持たせることができた例も少なからずあった。

一方、外傷による整形疾患では、骨折や脱臼は既に急性期に処置されていたため我々が診療したのは打撲や捻挫であった。災害による直接の外傷だけでなく復旧作業中の外傷患者の受診も少なくなかった。

また、眼科疾患や耳鼻科疾患は主疾患の内訳ではその他の分類の中に埋もれているが、有病率（ここで言う有病率とは前述したように住民全体ではなくあくまでも受診患者を分母とした有病率である）で見ると1割弱はいて少なくないことがわかった。眼科では急性疾患として結膜炎、結膜異物、角膜異物、慢性疾患として翼状片、白内障(手術の相談を含む)が多かった。耳鼻科では外耳道炎、鼻炎が目立った。

ところで、災害により発症したと思われる精神症状・疾患は有病率で見ても5%以下と少なかった。これは、第1に、精神症状としてではなく頭痛、めまいや上肢・手指のしびれなどの身体症状としてのみ表出されている患者を含めずにカウントしているため実際の精神疾患患者数よりも少なくカウントされていることによると思われた。第2に、被災者の多くが示したであろう急性ストレス反応の発症時期を過ぎた時期に我々が診療活動を行ったことによると思われた。第3に、心的外傷後ストレス障害(Post-traumatic Stress Disorder:PTSD)の定義を満たす患者の受診数が実際に少なかったためとも考えられた。PTSDの受診患者が少なかった理由としては、PTSD患者は少なからず発生してはいたがそのうち診療所を受診するという能動的な行動をとれない社会的引き込み状況に陥っている患者が多かったためか、あるいは、PTSDを発症してはいたものの重い外傷を負ったり厳しい避難所生活を強いられたりしている環境がいつのまにか適度なストレスとして自然と曝露療法、認知療法、ストレス接種訓練となって脱感作や馴化の過程を生じPTSDが重症化、遷延化することなく改善していった場合もあったためと考えられた¹⁾。受診者の大部分の訴えは不眠、不安であり、少量の抗不安薬が有効であった。繰り返し起こる余震が夜間にあった翌日

にはそのような症状を訴える患者が明らかに増加した。もっと多数のより重症な患者が潜在する可能性もあると思われ、専門家による積極的な介入を含めた長期のフォローアップが必要と考えられた。

特殊な感染症は、アメーバ赤痢と思われた45歳男性患者1例のみであった。重症な粘血下痢患者で顕著な発熱はなくメトロニダゾール500mg分2を10日分処方したものの再診はなく予後は不明であった。マラリアやデング熱、コレラを診ることはなかった。

過去の津波災害における緊急医療活動報告²⁾³⁾での疾病構造の分析によると津波災害では集中治療を必要とする重症患者は少ないとされている。これは、津波の規模が大きいと単に津波に巻き込まれただけで溺死してしまうほどなので、津波自体や津波のデブリスの直撃で生じる頭部・胸腹部外傷が重症であると仮に即死しなくても結果的には溺死に至ってしまうため、重傷患者は生存者たり得ないからと考えられる。災害の急性期から亜急性期の活動においてさえこのような傾向にあるので、我々の慢性期の活動では重症患者の発生が稀であったのは自然な結果であろう。緊急医療援助活動での医療ニーズの経時的变化としては、当初は外傷が多く次いで呼吸器や消化器の感染症が増加しその後は慢性疾患が中心となると言われているが、我々の診療対象とした疾患は外傷皮膚疾患の他は軽度の急性呼吸器感染症と災害以前からの慢性疾患やその急性増悪が主となった。救急医療というよりは現地医療機関の通常機能を代替したことになるが、今回は災害の程度が凄まじく、多くの医療機関が壊滅的に破壊され、また多くの医師や看護師を含む医療関係者が死亡してしまった状況であったためそのような活動内容であっても十分に意義があったと思われる。

国際緊急援助隊のチームの中で自衛隊チームの派遣は、災害が大規模な場合か或いは自給自足の自己完結的な援助活動が求められる場合に行われるとされている。災害派遣では迅速性が重要視されるべきで、JICA医療チームは災害発生後いかに早く被災国政府や国際機関からの派遣要請をとりつけて派遣決定の48時間以内に出発し、活動サイトを選定していかに早く傷病者を治療するかに腐心している⁴⁾⁵⁾。しかし、我々自衛隊チームは比較的長期間しかも自給自足で活動する以上ある程度の事前調査を省略する訳にはいかない。特に今回の派遣先はインドネシア共和国ナングロアチェ

ダルサラーム州という自由アチェ運動 (Gerakan Aceh Merdeka: GAM) の独立運動により政府が非常民政事態を宣言した地域であったためなおさら時間を要したとも言える。しかし、安全や自己完結性を追及し過ぎると迅速性が損なわれて救急医療の時機を逸してしまうというジレンマに陥ってしまうので両者のバランスをいかに保つかが肝要である。今後さらに機会が増加するであろう海外派遣活動を専門にする部隊が新たに創設されればこの迅速性の問題点はある程度は改善されると思われる。

今回の診療活動は、JICA 医療チームを引き継ぐ形で災害 4 週後に開始し、地域の保健所に移譲して災害後 11 週目に終了した。JICA の JDR 医療チームは、活動期間は原則 2 週間で状況により 2 次隊を派遣して活動を延長する方式をとり、これまでの災害では長くても 2 次隊までで撤収することが通例であった⁴⁾が、今回の災害は被害が甚大で医療ニーズは減少せず、それに対する被災国医療機関・スタッフでの対応が未だ不可能な状態が続いていたため 3 次隊まで派遣し、今回はその途中でこの地区での診療活動を我々自衛隊チームが引き継ぐこととなった。引き継ぎにあたっては JICA スタッフから直接申し送りを受け、JICA の診療記録 (1 月 2 日から 22 日までの紙カルテ) と資器材 (小型ドームテント、簡易寝台など) を引き継いだ。活動を終了するには被災国医療機関・スタッフの態勢がある程度復興することが不可欠である。現地では市内に 6 ヶ所ある保健所がプライマリーヘルスケアの役割を担っていたが、被災により海岸に近い 3 ヶ所はスタッフを含めて建物が木端微塵に破壊されてしまった。バンダラヤ郡のミボー保健所はラマラ診療所の東方約 1 km に位置し、一部スタッフの喪失はあったものの幸い建物は損壊を免れていたため、医療機器や医薬品を供与し 1 ヶ月近くにわたって診療支援および診療技術指導を行って地域医療機関としての役割を十分果たせるように誘導して我々の活動を終了することができた。

今回の医療活動を通して強く認識されたことは、現地の被災後の医療環境、衛生環境、医療ニーズを (可能であれば被災前の元々の医療環境なども) 自ら調査するとともに世界保健機構 (World Health Organization: WHO) や国際連合 (United Nations: UN) などの国際機関や現地保健当局、軍、国際 NGO (Non

Governmental Organization) などと連携して情報入手、分析して進むべき方向性を見出すことの重要性である。今回は援助隊本部の衛生連絡官と医務官が医師 2 名の体制でこれに携わり、留学や海外勤務の経験を活かして coordination に努めた。これにより地元保健所への診療活動の移譲を円滑に行うことができ、また、ヘリコプターを用いた州西岸地区への麻疹ワクチン予防接種の実施、重症患者後送病院の確保、感染症発生状況の把握などが可能となった。勿論、現地での診療を通して得た我々の疫学的情報を WHO に提供してより広域の疫学解析に貢献することもできた。

今後の課題の 1 つとして、JICA の JDR 医療チームとの役割分担や協力体制を好ましい形で構築、維持していくことがあげられる。JICA と平時からコミュニケーションを持ち、お互いの貴重な経験を共有していくことが両者の進化につながるであろう。たとえば、国際緊急医療援助隊での派遣にあたっては自衛隊チームの活動においても医薬品は JICA の定めた医薬品を使用するため、そのセット内容の意義は何か、災害の種類によりセットを変える必要はないのか、などを考える必要があると思われる。自衛隊衛生部隊は日本国内の災害派遣活動には経験を積んでいるが、国際緊急医療援助隊での活動は過去には 1998 年の、ハリケーンで被災したホンジュラス共和国への派遣しかなく経験に乏しい。その点 1988 年以降今回までに 29 件の派遣を数え経験豊富な JICA の JDR 医療チームから学ぶべきことは多々あると思われる。お互いの役割分担や協力体制を構築、維持していくことにより、国際緊急医療援助活動がより有効に機能するようになり、それがひいては日本が国際社会の一員としての役割を十分に果たすことができるようになることにつながると思われる。

最後に、医療援助活動に対する被災者の感謝の言葉と笑顔により我々が逆に活動する力の源をいただき、過酷な気象条件の中、未曾有の大災害であったにもかかわらず全般的に非常に円滑に活動を行うことができたということを付け加えておきたい。被災国・地域の 1 日も早い復興・発展を祈って稿を終えることとする。

謝 辞

今回の任務を無事全うすることができましたのは派

遣期間中を通して多大なご支援を賜りました多くの皆様のお蔭と心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 飛鳥井望：PTSD の診断と治療および早期介入の有効性，臨床精神医学29：35-40, 2000
- 2) 泉里允勇：奥尻島地震についての報告と考察，北海道医報796：4-7, 1993
- 3) 小井土雄一，浅利靖，中村建，他：パプア・ニューギニア国津波災害における医療活動の自己評価，日本集団災害医学会誌 4：133-138, 2000
- 4) 浅井康文，山本保博，太田宗夫：災害救助体制，JMTDR の立場から，救急医学26：163-170, 2002
- 5) 小井土雄一，近藤久禎，多田章美，他：国際災害救援医療への取り組みと問題点，台湾地震災害における国際緊急援助隊の医療活動を通して，日本職業・災害医学会会誌49：130-135, 2001