

救える命があればどこへでも

国際医療ボランティア AMDAのとりくみ

第5回



災害 —ローカルイニシアチブ—

菅波 茂 [AMDA 代表]

国によって異なる「災害弱者」の定義

災害は典型的な不条理の世界を出現させる。誰を最優先して助けるべきか。「災害弱者」である。弱者とは他人の支援を必要とする人たちである。発展途上国における災害弱者は日本や米国などの先進国とは決定的に異なっている。先進国に比較すれば被災者全員が災害弱者である。更に、追い討ちをかける要因が加わるから悲惨である。

紛争地域の救援活動 —軍の監視の下で—

2004年12月26日に発生したスマトラ島沖地震・津波が襲ったインドネシア、スリランカ、インドなどは貧しい地域だった。災害弱者となった被災者には地域により特徴があった。インドネシアのバンダアチェとスリランカ東北部の紛争地域。インド東部チェンナイの

漁村地域。前者の2つの紛争地域では軍の監視下に緊急救援活動が許可される。紛争地域ほど監視が厳しくなり活動が制限される。インドの漁村地域は、カースト制度では低カーストの人たちが住む地域と聞いている。政府のサポート体制に不備が発生しやすい。いずれにしても外部からの救援活動が実施しにくい地域である。外部からの救援者にとって「生兵法は大けがのもと」になりやすい。災害弱者に対して迅速にして有効な救援活動は現地のカウンターパートによって決まる。カウンターの社会的人脈と影響力がすべてである。インドネシアのバンダアチェでは AMDA インドネシア支部と現地のインドネシア国軍との人間関係が浮上し急場を救ってくれた。スリランカでは、2年半にわたる医療和平活動(医療支援を通して紛争の当事者双方に停戦への信頼醸成をする)により、対立する政府軍と反政府の「タミル・イーラム解放の虎(LTTE)」の双方からの信頼が効を奏した。これらの紛争地で十分な医療活動ができたのは AMDA だけだった。インドでは AMDA インド支部の



スリランカ「医療和平プロジェクト」

2003年2月～現在(全ページ)

南北交流活動(スリランカ南部ハンバントタ県)
AMDA健康新聞を子どもたちに配る看護師(左二人)

人間関係で地元の大手の環境 NGO が動いてくれた。

巡回診療と健康教育 —伝染病の二次災害を防ぐために—

スリランカ北部の紛争地、キリノッチ・ムラティプの状況を説明する。この地域の人口は約23万人。その内の約10万人は、80年代から続いた約20年間の内戦による国内避難民だといわれている。避難民は、ジャフナやバブニアなどより激しい紛争地域から親戚や知り合いを頼りにこの地域に移住してきた。親戚の住居として恵まれたものではない。土壁にヤシの葉で葺いた屋根で、小さなキッチンその他には2部屋程度がある。窓はなく、部屋は昼間でも暗く、暑い。電気、水道は当然普及していない。電気の代わりにランプ、水は井戸からである。この家に家族六人が住み、さらに避難民も加わる。02年の停戦合意後も、避難民は元々の居住地に帰還しない。帰還したところで、政府軍が占拠して土地がない、土地があっても地雷が埋まっている、仕事が

ないなど理由は様々である。内戦により家族が離散・集合を繰り返して家庭の智恵が消失している。食事前に手を洗う、トイレの後に手を洗うなどの衛生習慣が身につけていない。津波による飲料水汚染が原因となる二次災害は赤痢、腸チフスやコレラなどの消化器系伝染性疾患である。避難所には、仮設トイレが設置されたが、それまでトイレを使う習慣のなかった漁生活者が多く滞在する。津波直後の北東部トリンコマリ県単位での、政府側、国際機関、反政府(LTTE)側を含む総合対策会議において、感染の大量発生を防ぐ衛生教育についてはAMDAに全ての避難所と小学校での実施を任せるという決議がなされた。またLTTEが本拠地を置く北部反政府側完全支配地域であるキリノッチでは、それまでの2年近くに及ぶ巡回診療と健康教育の実施による信頼関係から、AMDAは津波当日から緊急医療支援のために何処の避難所にでも赴くことができたが、信頼関係の確立していないNGOには、軍事機密を守るために、活動実施の許可は容易には出されなかった。

インドのチェンナイでは津波後に死体の腐



巡回 X 線撮影活動 (スリランカ北部キリノッチ県)
医師とともに X 線写真を見る診療放射線技師 (左端)



歯科教育・人材育成活動 (スリランカ南部カルタラ県)
地元保健職員の人材育成を行う医療調整員 (左端)

敗による第二次災害を防ぐために大きな穴を掘り、多数の遺体を埋めた後にコンクリートで蓋をした。普通は火葬にして丁重に弔うのがヒンズー教徒の風習であるにもかかわらずだ。AMDAの巡回診療にも多数の被災者となった住民が何回も繰り返して受診してきた。日常生活で医療を受ける機会がなかったためである。

日本における災害弱者

日本で災害弱者のコンセプトが初めて登場したのは1995年1月17日に発生した阪神大震災だった。3種類ある。1つは災害対応に必要な情報が入手できない人たちである。日本語を理解できないベトナム人など在外日本人だった。彼らは公園の片隅に固まっていた。おにぎりなどの生活救援物資も受け取っていない。2つは災害情報が入手できても判断力に乏しくて活用できない人たちである。子どもや心身障害者だった。保護者が必要である。3つが、災害情報が入手できても判断力も体力もない人たちである。老人だった。他人の手を煩わすトイレに行く回数を減らすために、飲食物を制限しており脱水症になった人

たちもいた。2004年10月23日に発生した新潟県中越地震では災害弱者は施設に入っている介護を必要としている老人だった。避難所にいる老人は究極の災害弱者ではない。心労や体力消耗により避難所から介護施設へと移送される老人のお世話が問題である。介護施設の専門家の数は定員制で決まっているが、避難所からの新たな介護老人を引き受けざるをえない。介護は看護師や介護福祉士など専門家でなければ無理である。安直な食事介護で誤嚥による窒息死や肺炎を起こすこともある。強引なオシメ交換により硬直した下肢の骨折を起こすこともある。介護経験のない善意のボランティアでは難しい。ただし、介護の専門家の支援活動は可能である。

米国の救援活動の第一義 「敗者復活」

2005年8月に発生した米国でのハリケーン「カトリーナ」での救援活動の体験は特異だった。災害弱者はお金の有無と移民の歴史によって決まった。ベトナム戦争によるベトナム移民コミュニティを支援した。日本と米国の災害弱



巡回診療 (スリランカ北部キリノッチ県)
血圧を測る保健師



健康教育 (スリランカ北部キリノッチ県)
学校で健康教育を行う看護師と保健師

者に対する精神風土と国の政策が決定的に異なっていることだった。日本では「弱者救済」であるが、米国では「敗者復活」である。敗者復活の第一義は社会復帰のために職を見つけることである。避難所では数々のプログラムが当初から用意されていた。小児の集団感染症として怖い麻疹(はしか)や流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)などに対するワクチンプログラムの存在は日本の保健行政システムとの違いを感じた。極めつけは起業をするために政府が提供するローン。職を見つけるために移動するのに必要な政府提供の無料の飛行機チケット等々。被災者は日中には避難所にはいない。職探しに外出しているのだ。日時の経過とともに避難者の数はどんどん減少していった。弱者救済か敗者復活か。日本と米国の社会風土の違いである。

「ローカルイニシアチブ」の定義とは —支援活動は先進国の専売特許なのか—

災害という不条理に「救える命があればどこへでも」と対応できたのは多国籍ネットワークがあればこそだった。AMDAの基本コンセ

プトに「ローカルイニシアチブ」がある。その定義は「地元の問題に一番精通している人が、一番良い回答を持っている」である。災害の被災者に対する先進国からの支援は先進国の政策に基づいて実施されてきたのが現実である。先進国イニシアチブである。誤解の原因は「人道援助精神は先進国の専売特許である」という思い上がりがある。「人道援助精神は先進国の専売特許にあらず」はAMDAの歴史が証明している。スマトラ島沖地震・津波被災者救援活動におけるインドネシア、スリランカそしてインドAMD各支部の人脈がすべてを語っている。彼らの人脈は平時には隠れている。外部者に見えない。緊急救援活動で必要になった時には浮上してくる。この時に初めて実体として把握できる。状況に応じた問題解決能力を発揮してくれる。見えない財産である。「どのような人でも25人の友人がいる」を信じることからローカルイニシアチブが実力を発揮する。多国籍ネットワークは1日にしてならず。信頼なくして動かず。1984年のAMDA設立から22年。緊急人道支援46カ国90件の累積効果である。