

早川達也

(AMDA・市立札幌病院医師)

災害と戦争の 国際医療援助

アジア各地、さらには旧ユーゴやルワンダなどの難民・被災民医療に豊富な海外派遣の経験をもつAMDA（アジア医師連絡協議会）。阪神大震災の被災者救援には、AMDAのようなNGO（民間援助団体）や全国からかけつけたボランティアが活躍した

のむら まさいち
聞き手・野村 雅一
(本誌編集長・第3研究部)



避難所の被災者を巡回して診察するAMDA（アジア医師連絡協議会）の医療チーム。神戸市長田区で<写真提供・毎日新聞社>

—— 一月一七日に地震がおこったときは、どこにいらっしやったんですか。
早川 札幌の病院で当直していたんです。それでいそがしくて、じつは地震のことを朝九時すぎまで知りませんでした。出勤してきた同僚に、「なんかないだ地震だぞ」といわれて、「なんだ、なんだ」といったのをおぼえています。

神戸はたいへんやなとおもっていたんですけど、こつちも仕事がありますから、それに忙殺されて、その一日はおわったという感じですね。

—— 神戸にいかれたのはいつですか。

早川 札幌市が医療救護班を派遣して、神戸で医療活動をはじめたのは、地震から二日後の一月一九日からですが、

はく自身が参加したのは第三次医療救護班で、時期としてはかなりおそい一月三〇日から二月五日までです。チームは医師二名、看護婦二名、連絡調整一名という体制でした。

—— 場所は。

早川 神戸市東灘区の渦が森地区というところですよ。かなり山の手のほうになりますので、神戸全体のなかでみれば、被害そのものは比較的軽微だったとおもうんですけれども、それでも地震直後はひとつの小学校に一五〇人ぐらい避難している状態でした。

—— 今回のチームは、札幌市の人たちだけでつくられたわけですか。

早川 そうです。もちろん神戸市内にはいれば、保健所の指導、指揮のもとでほかの団体と連携しながら活動するということで……。

—— そのコーディネートは保健所がするわけですか。

早川 というか、そういう体制をつくるうとはしていました。しかし、最初の二四時間ないし四八時間以内はもうグシャグシャだったみたいです。保健所の最初の二日間の仕事はなにかといったら、遗体管理だった。それに忙殺されて、生きている人のケアなんて、ぜんぜん手がまわらなかつたというのが正直なところですよ。ほかがはいったところは、そんなことはなかつたのですが、それでも必要な情報を保健所がじゅうぶん把握できている状況で

はありませんでした。

—— 一月三〇日の時点では、患者さんはどういう人がおおかっただのですか
早川 常設救護所のある避難所が、東灘区にたしか三カ所あったとおもうんですが、渦が森小学校はそのひとつでした。そこで診療をし、近隣地区を巡回する。そのころになると、もともとあった医療機関も、だいたい七割ないし八割は稼働してしましたので、それこそ風邪とか、ちよつとしたけがの処置といったことでおわかりました。

—— 早川さんが所属しておられる医療救援NGO（民間援助団体）のAMDA（アジア医師連絡協議会）もいちはやく派遣しておられましたね。

早川 AMDAは長田区の方ですね。こういう災害時の医療のニーズは、だいたい一二時間から二四時間の超急性期が最初のポイントとなるんです。それをすぎた急性期は、対応もまっただちがってくる。そして、つぎに慢性期にはいる。だいたいこの三段階に大まかにわけられるとおもいますが、ほとんどの場合は急性期から、慢性期に移行しはじめる時期にはいったわけです。

ところが、AMDAの場合は、いままでの海外派遣の経験から、とにかく急がないと話にならないこと、たとえば当日、一七日の午後十一時には長田区にはいっていった。本部のある岡山から車でいったわけですが、着くと長田保健所ですぐに医療活動を開始し

た。それも巡回診療が主体です。ということはどういうことかというところ、神戸の震災のいちばんの特徴は、どこでなにがおこったか、だれもわからなかったということでした。そういうところで活動するには、自分たちでニーズをひろいあつめ、自分たちでできることをやるという自己完結性が必要で、そういうフットワークの軽い、自立した組織がいちばん求められるんです。

—— こういった災害時における緊急医療で、まず必要とされるのはどういうことなんでしょうか。
早川 トリアージといわれる患者の選別。それからファースト・エイドという応急処置。それからトランスポート、搬送ですね。この三つが緊急救命活動ないし災害時医療の原則といえるとおもいます。

日本の医療機関の場合、患者を選別することはまずしません。患者さんが運ばれてきたら、その患者さんにたいていできるかぎりの治療をするというのが常識です。ところがそれだと災害時はぜんぜんまにあわない。だからこの人は可能性が高いから治療を最優先しよう。この人はやってもむだだから治療はしない。軽傷はがまんしてもらおう。そういうトリアージがひじょうにだいじだとおもいます。それを経たうえでの応急処置ということになりますから。そして重要なことは、患者さんを被災地外に搬送することです。

アジアに援助のネットワークを

—— ところで、AMDAというのはどういう組織なんでしょうか。医療のNGO組織には、国境なき医師団とかほかにもあるわけですが、そのなかでAMDAはどういう性格をもっているんでしょうか。

早川 AMDAの代表は菅波茂さんという岡山の開業医ですが、彼が一九七九年のカンボジア難民の大量発生とともに、医学生二名となにかできることがないかとタイにいったんですね。ところがいったのはいいけど、なにもできなくて帰ってきた。なにをしようかともわからないというのを経験して、それを機にアジア医学生連絡協議会、AMSAという組織をつくったんです。

AMDAは、そのOBを中心に、一九八四年に発足したんです。最初の理念としては、たんにアジアと日本との疾病のちがいでなく、その背景にある風土、民族、文化、経済、社会機構のちがいを理解し、信じあえる友人をもつことこそ援助の前に必要であるという観点に立つて、アジア各国の医療をささえる人材を養成する。さらに、

各国の医療事情に精通した医師および医療機関の相互協力のためのネットワークづくりと、アジアの保健医療向上のためのプロジェクトを実施する団体です。いちおう教科書的にいうと、(笑)—— そうすると、アジア各国の医師

が参加しているということですね。それで、おたがいに緊急時に助けあう。

早川 そういうことですね。アジア一五カ国に支部があつて、ネットワークをつくっている。相互に助けあうという発想は日本のほかの団体、あるいは国境なき医師団にしてもないとおもいます。だからAMDAのいちばんの特徴は相互扶助です。おたがいに補充しあいながら問題にたちむかっています。そういう発想で動いています。

—— 海外の支部から日本にきたこともあつたのですか。
早川 北海道南西沖地震のとき、AMDAバンングラデシユから「医師の派遣の必要はないか」という打診があつた。ただこちらの医療事情を考慮すると、



早川 達也
はやかわ たつや

京都市生まれ。勤務先は救急医療部にて救急医療部に所属し、交通事故や慢性疾患の増悪（ぞうあく）による重症患者の治療にあたる。AMDAでは昨年の旧ユーゴのほか、ネパールのブータン難民救援やインドネシアのスマトラ島南部地震の緊急救援活動に参加した



神戸市東灘区湊が森小学校の保健室に設置された常設救護所（以下の写真は提供・早川達也）

それは必要ないということで、実現にはいたらなかったんですけれども。

— A M D A という組織へは個人としておはいりになるわけですか。

早川 もちろんそうです。

いま会員はどれくらいいらっし

旧ユーゴ紛争地域での医薬品供与

— 被災者のなかには、今回の震災は戦災よりもこわいという人がいますが、どっちがこわいかという話はべつにして、早川さんは昨年（一九九四年）、旧ユーゴスラビアのクロアチアへいかれたわけですね。いまも現地ではかなり悲惨な戦闘状態がつづいているわけですが、クロアチアへは A M D A の派遣でいかれたんですか。

早川 旧ユーゴでプロジェクトをおこなっているのは J E N（日本緊急救援 N G O グループ）という組織なんです。A M D A、アフリカ教育基金の会、国境なき奉仕団、日本国際救援行動委員

やるんですか。

早川 日本に約七〇〇名、アジア各国に約二〇〇名です。日本の場合は医師看護婦のほかいろいろなかたがはいっています。

— 財政的には寄付金なんかを募っておられるわけですか。

早川 そうです。もうひとつ日本の N G O のひとつの特徴というか、おもしろいところなんです。しょうけれども、外務省の援助金や郵政省の国際ボランティア貯金といった政府からであるお金が大きな割合を占める。これは欧米の組織からみたら、ひじょうにわかりにくいことかもしれないですね。N G O でありながら政府からお金をもらっているへんな団体だと。（笑）

会、ケアジャパン、立正佼成会という日本の N G O 六団体（現在は、カンボジアに学校をつくる会をふくむ七団体）がそのメンバーで、国連難民高等弁務官事務所と協力して、いろんなプロジェクトを共同でおこなっているんです。— いかれたのはいつですか。

早川 去年（一九九四年）の九月から一月までです。

— どういうプロジェクトだったんですか。

早川 クロアチアのいわゆる難民には、戦闘状態にあるボスニアからの難民と、クロアチア国内のセルビア占領地域か

ら逃げてくるクロアチア被災民があるわけです。その人たちのキャンプのひとつがクロアチアのリエカというところにあるんです。

— リエカというと、アドリア海に面した大きな港町ですね。

早川 ええ。そこに最初、難民および被災民のための診療所をつくるということで、その予備調査の目的ではいっただけです。しかし、クロアチア政府の対応ができていたため、けつきよく一週間ほどそこにいて、そのあとクロアチア国内のいまはセルビア人の占領下にある国連保護地域で、医薬品の供与に従事しました。

— 国連保護地域というのは国連が管理しているわけですか。

早川 管理はできていません。いちおう国連保護地域という名前がついているんですが、実際にはセルビア人の支配地域で、セルビア人側は一方的にセルビア・クライナ共和国と称しています。国際的にはクロアチア領内ではあるけれど、そこでは少数民族のクロアチア人をセルビア人が追いつけています。ところがセルビア人が統治しているとはいうものの、政治的には空白の地です。社会基盤がない。そこで生活しているいわゆる社会的弱者層、あるいは老人といった人たちのために、無料で医薬品を供与しようというのが、われわれのプロジェクトだったんです。

場所はどのあたりですか。

早川 クロアチア独立戦争というのでしようか、一九九一年の戦争の最大の激戦地だったプロバルという町に薬局をひとつつくりまして、そこを拠点にして薬を配りました。

— 対象は。

早川 セルビア人が対象です。セルビア人といいますが、逆にクロアチアから追いだされてきた、ほとんど難民のようなセルビア人もいますし、もともと住んでいたセルビア人もいますし、いろんな人が相手です。

— プロバルの町はほとんど破壊されたような状態でしょう。

早川 震災後、三年間なんの援助もなしにほっとかれた神戸に人が暮らしている、そういう状況とかがえてもらったらわかりやすいんじゃないかとおもいます。

— ほかがひじょうにおどろいたのは、ウィーンから飛行機でわずか一、二時間のところ、社会機構が崩壊したゆえに明日をも知れぬ生活を送っている。そして戦闘という派手な状況がないゆえに国際社会からも忘れられている地域が存在するという事です。ヨーロッパのど真ん中でしょう。こんなところでこういう生活をしている人間がいたのか。ほんとうに陽のあたらない人たちっているんだとおもいました。

— 三年は長いですね。

早川 もともとこのあたりはひじょうに肥沃な土地なんです。プロバルのま

わりはゆたかな農村地帯なんですね。だから、それほどの餓死者もださずにこれまでもったんだとおもうんです。

—— 診察をして、薬をだすのですか。

早川 いえ、今回の場合はそういう方がたちじゃありません。むしろは医薬分業というのがしっかりしています。地元の医者が診察して、処方箋をだす。一次医療というのは基本的に無料なんです。処方箋をもらったけど薬を買えない人は、国連文民警察のほうにそれをもつていって、たしかに金がなくて、薬を買えないんだとわかれば、処方箋

社会的行為としての医療

—— 戦争のような状況で救援活動する場合、どちらかに味方するというわけじゃないんでしょうけど、結果的には一方の病人を担当せざるをえないわけですか。

早川 そうなります。ですからわれわれの場合、ひじょうに困ったのは、薬をどうやって調達するかだったんです。いちおう新ユーゴ（セルビア）のベオグラードのほうから薬を補充していたんですが、それでもセルビアとクライナのあいだにチェックポイントがあつて、薬を押収されたこともありました。

また、われわれは国連の保護下のものと、クロアチア側との行き来も従来からあつて、そちらから薬をこっそり入れたこともあるんです。そのときはクロアチアの製薬会社にどこでつかう

をおまわりさんがあつてもつてくる。われわれはそれに薬をだして、またおまわりさんに配ってもらう。ひじょうにめんどくさい方法で対応していました。

ひとつの特徴として、これは神戸でもいえるとおもうんですけれども、もともと旧ユーゴはかなりの医療水準を保つていたところなんです。ですから医療にたいする要求の度合いがひじょうに高い。こんなもの飲まなくても死なないというような薬でも、ないといやだと、そういうたことがよくありました。

社会的行為としての医療

—— とここでA M D Aのプロジェクトには、急を要する緊急医療と、コミュニティに根ざしたプロジェクトと、ふたつの種類があるようですね。

早川 もともとはコミュニティに密着したプロジェクトが主体でした。さきほどいいました相互扶助の思想で、A M D Aの現地支部の要請にもとづいてわれわれができることをサポートしていく。ところが、だんだんと組織が大きくなるにしたがつて、やはり災害時であるとか、戦争のときもいくべきではないかということになってきました。どちらかというところ欧米的な発想になる

んですけれど、A M D Aは欧米に遜色のないNGOということもひとつの目標に掲げてきましたから。

それももともとは、アジア各国に支部がありますから、そのネットワークをいかして、いろんな活動ができるんじゃないかということだったんですが、とくにここ二、三年、支部のないルワンダであるとか、クルド難民であるとか、旧ユーゴなどにも派遣するようになってきたんです。

—— 旧ユーゴには、日本人以外のA M D Aのお医者さんもいっていますか。

早川 A M D Aネパールから参加しています。ここはひじょうにアクティブな支部で、ルワンダへもいっています。—— A M D Aの副代表の高橋央さんというかたが新聞でいっておられましたが、医学の知識そのものは普遍的でどこでもつかえる。しかし、医療行為となると社会的なものだから、一定の条件が整わないとなんの役にもたたない。外国からいちどにこられても通訳の用意とか、実際上なかなかむづかしいところがあると。そのあたりはどうなんでしょうか。

早川 いま、A M D Aでもひじょうにクロアチアアップされている問題です。—— たしかにうけいれる組織が現地であれば、話はスムーズにいきますよね。

早川 一九九三年のインド西部の地震のとき、緊急救援にいこうとしたことがあつたんです。ところが、国境なき



国連保護地域、ブコバル市内の教会、市内の主要な建物は、ほとんどがこのようでありました

医師団も一週間いて、やることがないから帰ったというくらい現地のNGOがしっかりしていた。災害というのはひじょうに長く尾をひきますから、けつきよくわれわれは、そちらにたいするリハビリテーション・プログラムというかたちで活動したんです。こうした、いつてもほんとうにニーズがあるかわからない、そういうり

スクも覚悟しなきや活動はできません。—— 今回日本にきた外国の医療チームのなかには、あまり活動できないで帰った人たちもいるみたいですが、うめずらしいことでもないということなんでしょね。

早川 ええ。だから新聞の報道をみていますと、つかい方がもつたいないとか、もうしわけなかつたとかずいぶんへりくだっていますけれども、あたりまえといえばあたりまえだとおもうんです。

患者さんの立場にたつてかんがえらると、自分のことはわかつて、自分の生まれそだつた環境のわかっている医者にかかりたいとおもうでしょう。だから、どんな海外にでかけていって診療行為をするというのどうかなど、

行政の隙間を埋めるボランティア

—— 日本ではこの震災を契機に、防災体制をあらゆる分野でかんがえなさなきやいけないということをいわれているんですけども、医療の面でもそういう動きがあるわけですか。

早川 今回まずかんがえないといけな

いのは、この震災をどうとらえるか。これは医療の面でもまだせんぜんできていないとおもいますね。はつきりい

つてしまえば、今回の地震は、とにかくかんがえたこともないことがおこつたということですから、緊急

—— AMDAの場合だったら、緊急

最近おもっています。あくまで多くの個人的なかんがえですけれども、むしろそれよりも、現地の医療機関を後方から支援するかたちのほうが、おたがいにとつていいんじゃないでしょうか。

—— それから、外国から医療チームがきても、医師免許が日本で認められないという話が今回ありましたが、外国へいかれるときはどうなるんですか

早川 ユーゴでは、基本的には直接、診療行為はできません。ネパールではAMDAの支部がちゃんと手続きをしてくれて、免許が交付されました。免許というか許可ですね。一年間有効の。—— ということは、やっぱり許可がある、いくら緊急事態といつても。

早川 それはやはり政府の特権といひましようか、証のひとつでしょうから。

出勤するための車は、常時スタンバイしているんですか。

早川 いえ、そんなことはないです。あくまでも日本国内においての災害時というのは想定していませんでしたし、海外派遣においても国境なき医師団の

ように、常時スタンバイしているというわけじゃありません。

—— 日本の、たとえば大阪とか兵庫などの医療施設で、そういうスタンバイをしているところは。

早川 日本にはそんな発想はないです。われわれの医療というのは基本的にぜ



1993年10月、ネパール東部のダマックに設置したAMDAの難民医療センターで、ブータン難民の治療にあたる。病気は脚気(かっけ)がおこった

んぶ「待ち」なんです。待っていて、きたものについてできるかぎりのことをするわけですから。

—— ある、ひじょうにひろい地域の病院ぜんぶがだめになるというふうなことは、予想されてなかつたんですか。

早川 そういうことですね。災害時におけるいちばんの問題は、移動と通信手段の確保です。そのへんは医療だけの問題じゃなくて、社会全体でかんがえていく必要があるとおもいますね。だいたいどこの国でも災害時には非常事態宣言のようなものをだして、軍隊が主導権をにぎって救援活動にいけますね。日本では軍隊にかわる組織として自衛隊があるわけですけども、自衛隊なんか今回ほかの車といっしょ

に渋滞に巻きこまれながら到着した。そういう国ですから、その対応のほう

が先決になるのではないのでしょうか。それが被災地側の問題。あと外から救援する側はどうするかということになつてくるんですけども、これも移動と通信の手段は独自に確保して、情報

報を自分であつめて、それを自分なりに評価して動ける組織でないといけません。それが、自治体主導の組織かあるいはNGO主体の組織かで、ひじょうに差があります。

自治体主導ですと、やはりきめられた枠からはみだせません。その点NGOは、ひじょうに軽快なフットワークを生かして、自分たちで動いてニーズを求めていくことができる。逆

に長期的に活動する場合は、自治体主導のほうがいい。身分の保障の問題もありますから。それをうまくつかいかわける、そういう発想があつてもいいんじゃないかなとおもいます。

—— 今回、何万人というボランティアが活動したわけですが、医療はひとりでもなかなか役にたつたないのでしょうか。

早川 ただ、ああいうむちゃくちゃな状況では、いけばなにかできるんですよ。そこが医療のひじょうにおもしろいところで、たつたひとりの医者の活

人権主義か、相互扶助か

—— 先進国と発展途上国の差はいろいろありますけれども、なかでも医療というのは大きな差がある分野でしょう。日本はいま人口六〇〇人にひとりぐらゐの医者がいますが、たとえばエチオピアですと五万人にひとりぐらゐです。そういう差というのはますますひろがっていくような気がするんですけど。早川 これまた評価がむづかしいとおもうんです。いわゆる西欧的な価値観からみたときに、たしかに医者がすくないからおくれているという見方も、もちろんあるわけです。しかし、その場合の医者というのは、近代西洋医学の医者をさしているわけですね。

ネパールで経験したことなんですけれども、体調がおかしくなつたらまず村の祈禱師おかしのところ连接到いてく。

動でもその医者にかつた人たちにすれば、ひじょうに大きな存在になりうるんです。

—— 市とか県の行政の組織だった活動からは、いっぱいもれてくる場所がありますよね。そういった隙間は、ひとりの活動でもじゅうぶん埋められるということでしょうか。

早川 それをどういうふうにならねか、あるいはその人たちを束ねる人材がいるかどうかにかつています。

相互扶助か

れがだめなら、医者のまねごとをしている人のところに行く。それでもだめなときに、やつとわれわれのところに行く。そういったところで、最初から西洋型の医療を押しつけて、患者さんがほんとうに満足するのかがどうか。

たしかに西洋近代医学の価値観からみれば、平均寿命とか罹患率かんかといったさまざまなファクターで評価できるとおもふんですけれども、それだけではちよつとわりきれない気がしますね。

—— 日本でも、お医者さんの数はおいし、りつばな病院があつて、患者さんがそれで満足しているかというところ……。

早川 してないですね。どういう医療に日本人は満足するか、そういう視点でかんがえていかないと。これは脳死の議論にもつながつてくるとおもいま

す。アメリカ人なんかは、わりと数字で割り切つて満足する典型なんです。うが、日本人はそこまでいっていない。

—— 医療、あるいはお医者さんになにを期待するかが、社会によつてちがいますからね。

ところで欧米の NGO の活動もいろいろご存じだとおもいますが、日本の NGO とくらべて、どういうところがいちばんちがいますか。

早川 発想だともうんですね。欧米の場合、どうしても人権思想。ようするに援助する側とされる側がはっきりわかれてしまう。援助する側の論理で押しつけていく。そういうとちよつとわるく聞こえるんですけれども、それが徹底しているとおもふんです。おま

えたちはここがだめなんだから、これをあたえるんだと。逆にいえば、それだけのパワーがあるんですね。

日本の場合、NGO の活動は、どうしても欧米を見習いながらきていますから、いちおうこうなんだけどちよつとちがうかなと、ギクシヤクシヤながらやつていく。そういったイメージがあります。

—— 欧米の場合は、自分たちがやつていることは絶対ただしんだという確信がひじょうにつよいわけですね。

早川 ええ。だから国境なき医師団の活動はひじょうに評価されているといわれまふけれども、それはいったいだれの評価であるか。視点をかえれば、

評価というのは一八〇度かわるわけですが、そういった意味での検証はなされようがないんですね。

—— 欧米の基本は人権思想ですね。

早川 そうですね。日本の NGO は逆にいえば、そのアイデンティティがひじょうに希薄といましようか、なんとなく人のためになればなあと、そのくらい曖昧あまいな思想でもつてでかけていって、なかなか通用しなくて、こまっ

たなといつて帰つてくる。

A M D A の場合は、日本とかアジアはとにかく相互扶助の思想なんだと。これは人権思想と相對する概念としてとらえていこうと提唱している。これはばくばくの解釈ですけれども。

—— 神戸では、かなり相互扶助的な活動が自然におこつたみたいですね。お医者さんや看護婦さんのなかにも、ボランティア活動をやるうという気運が、今後かなりでてくるんじゃないですか。

早川 そうおもいます。神戸がひとつの突破口になつて、それが世界にひろがるかどうか。ちよつと見守つていきたい気がしますね。

—— 今回の震災で、日本でも難民や被災民にたいするシンパシーが……。

早川 でてくるかもしれないですね。

—— きょうはおいそがしいところ、ありがとうございます。

次号では、日本顕学会会長の香原志勢かほらさんに聞きます。