

アチェの慟哭と哀惜、あれから10年。 ひとつの政策提言

—アチェにおける母子健康の現状と課題—

満田久義
佛教大学社会学部

Darma Satria
School of Medicine, Syiah Kuala University

〔抄録〕

本稿は、2004年12月26日、インドネシア・スマトラ島アチェ州を襲った未曾有のスマトラ沖大地震とインド洋大津波によって壊滅的被害を受けたバンダアチェ市の被災10年を経た現状を、とくに、アチェ被災地の母子健康問題の現状と課題に焦点を当て、現地調査に基づいて明らかにすることを目的とする。そして、ひとつの政策提言として国際共同研究プロジェクト『バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクト』を示す。

この大津波が襲った直後、現地アチェを訪問した当時のアナン国連事務総長は、「国連創設60年で最悪の自然災害」と驚愕し、世界に向かって国際的な支援と協力を訴えた。そして、アチェ大津波は、国連、国際機関、各国政府、国際NGO/NPO、そして一人ひとりの地球市民が立ち向かう、最初で最大のグローバルな自然災害となった。

われわれは、被災直後の2005年からアチェへの国際支援活動を開始し、同年8月には現地調査に入り、被災住民一人一人から『アチェの慟哭と哀惜』を聞き取った。震災から5年を経た2009年には、被災地バンダアチェ市で、前回と同じ被災者と地域診療所を訪問し、彼らの抱える問題と国際支援の課題を聞き取りした。そして再度、被災から10年目の2014年の今夏、同じ被災者と地域診療所を訪問し、彼らの抱える問題に即した国際支援活動の可能性について調査した。本稿は、3回にわたるアチェ被災者調査報告の一部である。

キーワード スマトラ沖大地震、インド洋大津波、バンダアチェ市、シアクアラ大学、被災者追跡調査、母子健康問題、ミルク支援プロジェクト

1. アチェの健康問題の歴史的背景

アチェにおける母子健康に関する健康医療制度は、29 年間にわたるアチェ紛争（アチェ独立運動）のために、インドネシアの他地域、特にジャワ島やバリ島と比較して、著しく劣悪で遅れていた。健康医療関連施設は設置絶対数が少なく、そのアクセスは極めて限定的（隔絶的）であった。多くの住民、特に乳幼児の栄養状態は悪く、栄養失調症が蔓延していた。感染症に対する予防接種率は低く、乳幼児や母親の死亡率は他に類を見ないほどの高さであった。

さらに、アチェにおける母子健康状況を悪化させたのが、2004 年 12 月 26 日のスマトラ沖大地震・インド洋大津波（以下、アチェ大津波と略す）であった。被災地となったバンダアチェ市は完全に壊滅し、同市内だけで 16 万人以上の死者と 5 万人以上の行方不明者を出したと推定されている。さらに、50 万人以上の市民が家族や友人を喪失し、家屋や仕事場も瓦解した。当然、健康医療施設や医療従事者の人的被害も破壊的であった。

2004 年のアチェ大津波によって、例えば、アチェ州にあった 240 の健康医療関連施設のうち 30 施設以上が全壊、77 施設が深刻な被害、そして 40 施設が半壊の被害を受けた。また、もともとその絶対数が少なかった医療従事者の損失は、復旧不可能なほど甚大であった。具体的には、医者、看護婦、助産婦を含めて約 9,800 人の従事者のうち、約 700 人（7.1%）もが死亡あるいは行方不明となった。医療従事者を含めた健康医療体制そのものが、自律的には回復不可能なほど壊滅的ダメージを受けた。同地域における助産婦の約 30% が死亡（または行方不明）という事実は、母親や新生児の健康医療ケアの体制も機能不全に陥ったことを如実に示している。

2. 中央政府のミレニアム開発目標とアチェ州での適用

インドネシア中央政府は、2015 年までに国連の **The Millennium Development Goals (MDG's)** の 8 つの目標を掲げて、その達成をめざしている。すなわち、①絶対貧困と飢餓の撲滅 ②初等教育普及の徹底 ③男女間の格差是正と女性の地位向上 ④子供の死亡数の減少 ⑤妊婦の健康向上 ⑥エイズ、マラリア、その他の疫病の撲滅 ⑦自然環境の持続可能な発展 ⑧さらなる発展のための国際的パートナーシップの促進である。

インドネシア政府は、とくに上記④、⑤、⑥の 3 つの健康医療項目について、次の具体的な行動指標を打ち出している。

④子供の死亡数の減少

行動指標⇒2015 年までに現在の 3 分の 2 の死亡減少を目指す。具体的には、5 歳未満の子供と乳幼児（12 か月）の死亡率減少、1 歳児のはしか予防接種普及率の向上

⑤妊婦の健康向上

行動指標⇒2015年までに現在の4分の3の死亡減少を目指す。具体的には、妊婦の死亡率低下。医療訓練を受けた助産婦・ヘルスワーカー立ち会いによる出産率向上。出産可能年齢層（15-49歳）の避妊率向上（家族計画の奨励）

⑥エイズ、マラリア、その他の疫病の撲滅

行動指標⇒2015年までにエイズの拡散防止および発症率の低下を目指す。具体的には、15-24歳までの妊婦のエイズ感染拡大の防止。エイズ・ハイ・リスクケースにおけるコンドーム使用による感染予防。コンドーム使用率向上。15-24歳におけるエイズへの理解普及。10-14歳のエイズ孤児院・学校の普及率向上。

行動指標⇒2015年までにマラリアやその他の疫病の感染拡大の防止および発症率低下を目指す。具体的には、マラリア死亡数の減少。5歳未満の子供用の蚊帳の使用率向上。子供のマラリア治療率の向上。結核の感染拡大の防止と同死亡率の低下。新規の結核発症の早期発見と治療開発。結核治癒数の向上。

インドネシア中央政府は、アチェ州でも国連のMDG 8つの目標を達成しようとしているが、アチェ州政府は、独自の政策として全アチェ住民に健康皆保険制度を適用し、この保険費用は全額、アチェ州政府が支払っている（2010年6月から実施）。独立意識の強いアチェでは、被災復興のさまざまな側面でジャワ（中央）との対立が顕在化している。

“ジャワ中央政府は、アチェの資源開発の見返りとして復興支援を装っているに過ぎない”とのアチェ住民からの批判も聞かれる。医療震災復興においても、アチェ独立戦争の影響か、中央政府とアチェ地方政府との対立を示す事例は数多くある。たとえば、ムラクサ地域診療所の新設事案がある。地元住民の意向を十分に配慮しなかった中央政府に対して、地域住民が新設された同診療所を閉鎖に追い込み、現在では、当初の施設とは別の場所で仮設診療所が開設されており、解決の糸口は見えていない。このようにアチェ（地方政府・アチェ人）とジャワ（中央政府・ジャワ人）の根深い対立は、震災により甚大な被害を受けたアチェの医療復興にとって、困難な問題となっている。

3. アチェにおける健康医療の現状と問題点

3.1 アチェの健康医療施設

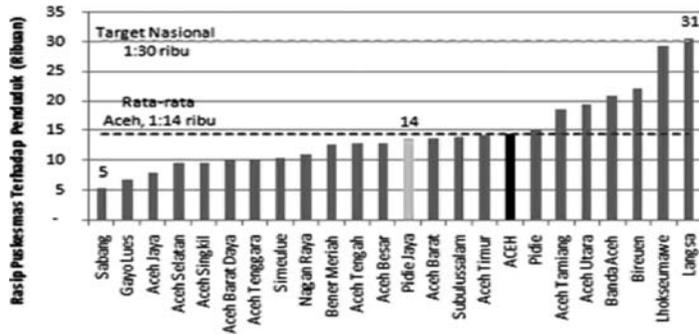


図1 アチェ州での住民と地域診療所（Puskesmas）の比率

バンダアチェ市内における健康関連施設の数、インドネシア全体の平均と比べると、中位である。各地域の罹患者が最初に訪れる地域診療所（Puskesmas）での Primary Health Care 率は 14,000 分の 1 で、全国平均の 30,000 分の 1 よりも上回る。一方、アチェ州が属するスマトラ島の他の地区では、10,000 分の 1 にも満たない。

バンダアチェ市での喫緊の医療課題は、重篤な患者を搬送する総合病院を増やすことである。バンダアチェ市内では、唯一 Zainoel Abidin 病院のみが、総合的に医療設備が整った施設であり、500 万もの住民を対象としている。アチェ州政府は、バンダアチェ市中心部と東部、西部に Zainoel Abidin 病院と同様な総合病院の建設を計画し、アチェ大津波以後、ドイツの銀行から融資を受けてすでに建設中である。

3.2 アチェの健康医療にかかわる人的資源

アチェ州では、住民数に対して十分な医療を提供できるだけの医師の絶対数が不足している。特に、専門医は極めて少なく、バンダアチェ市内中心部に集中しているのが現状である。中央政府の行動指標は 2,500 分の 1（医師 1 名あたり対象住民数 2,500 名）であるが、これを達成しているのはバンダアチェ市とサバング市（Weh 島）のみであり、アチェ州全体の平均は、医師 1 名あたり対象住民数は約 4,000 人となっている。

アチェの慟哭と哀惜、あれから 10 年。ひとつの政策提言（満田久義）

インドネシア健康データによると、アチェの子供の 38.9% が発育不全状態であり、知的発育や運動障害などの健康被害をきたしている。栄養不足のほとんどの子供は低所得者層出身で、アチェ州の貧困率が 17.6% と高いことに大きく関連している。なお、インドネシアの子どもの平均栄養失調率は約 11% で、そのおよそ半数の子供が死亡の危険性があるといわれている。

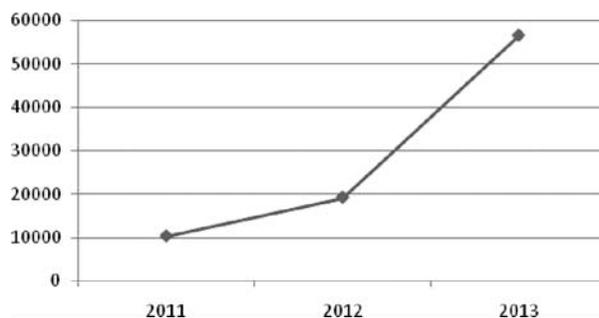


図 4 アチェにおける中程度の栄養失調状態の子供の数

3.4 妊婦の高い死亡率

2010 年の基本健康調査のデータによると、アチェ州 13 地区と 3 市（South East Aceh, South West Aceh, Simeulue Island, Pidie, Bener, Meriah, East Aceh, Nagan Raya, Gayo Lues, North Aceh, West Aceh, Aceh Jaya and South Aceh 地区。Lhokseumawe, Langsa, Subulussalam 市）において、母親や乳幼児の高い死亡率に見られるように、母子健康問題は深刻な状況に直面していることが明らかとなった。妊婦や出産児の高い死亡率は、医師や助産婦による妊婦の健康管理体制の不足や、出産が医療関係者ではない者（伝統的な祈祷師など）の立ち会いによって、しかも医療関連施設（病院やクリニック）以外の場所で行われていること、そして予防接種率が低いことなどが主な原因と考えられる。

アチェでの助産婦は、数的には問題ないにも関わらず、妊婦の死亡率が依然として高いままである。インドネシア健康人口データ（*Indonesian Health and Demography*, 2012 年）によると、アチェの助産婦とヘルスワーカーによる助産率は 90% で 8 位であり、インドネシア全国平均を上回る。

妊婦の死亡原因の約 8 割が出産後の出血多量である（多くの場合、医療施設以外での出産による）。妊娠中毒症や出産後避妊などに対する妊婦へのケアをはじめ、助産婦やヘルスワーカーによるさまざまな助産プログラムが、医療関係者以外による出産数の減少を促すために推進されている。

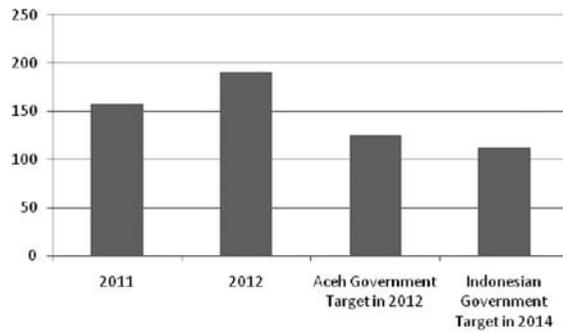


図 5 アチェにおける妊婦死亡率と政府行動指標

3.5 乳幼児死亡の増加傾向

乳幼児の死亡数は毎年増加している。図 6 はアチェにおける幼児死亡数の推移を示している。

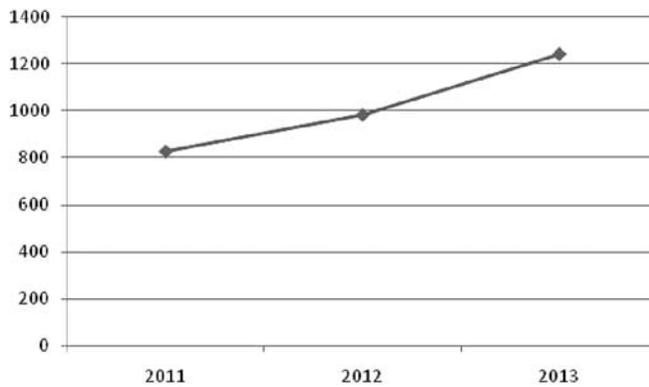


図 6 アチェにおける幼児 (0-1 歳) の死亡数

アチェ健康局 (Aceh Health Department) のデータ (2013 年) によると、アチェでの母親の出産による死亡数は 151 事例で、乳幼児の死亡数は 1,240 である。表 1 は、アチェにおける母親と乳幼児の死亡の上位 6 地区および市を示している。

表 1 アチェ州の上位 6 地区・市の母親と乳幼児の死亡数 (2013 年)

No.	アチェ州での地区名	母親の死亡数	乳幼児の死亡数
1.	North Aceh	9	32
2.	Aceh Tamiang	4	26
3.	Singkil	3	8
4.	Bireuen	2	36
5.	Big Aceh	2	29
6.	West Aceh	2	17

アチェの慟哭と哀惜、あれから10年。ひとつの政策提言（満田久義）

2014年1月から4月までの乳幼児死亡数は348名に達し、出産医療施設がないために月間平均およそ100名もが犠牲になったことになる。死亡原因については、出産時の窒息が約30%、未熟児が約25%、先天性障害が約10%の順となる。これら原因は妊娠時の栄養状態が強く影響しているといわれており、その対策が喫緊の課題となっている。

3.6 悪化するエイズおよびその他の感染症

エイズの発症例は年々増加しており、2005年に1例、2005年に2例、2006年に7例、2008年に11例、2009年に46例、2010年に11例となっている。アチェにおけるエイズ患者総数は5,700名を超えると推測される。

アチェにおけるその他の感染症には、マラリア、デング熱、下痢、コレラ、はしか、結核、インフルエンザ（呼吸器系疾患）などがある。マラリアは、2009年、アチェ州23地区および市の罹患患者総数は29,655名で、東部アチェがもっとも多く（4,632事例）、ついでバンダアチェ（3,105）、ビッグアチェ（2,542）の順である。しかし、アチェでのマラリア発症数は年々減少している。なお、原因は特定できていないが、近年のCalang地区においてのみ、顕著な発症数の増加が見られる。

デング熱をみると、2003年の同発症率は、アチェ住民100,000人に対して2.76人であったが、2011年には56.4人と急増している。この56.4人という高い罹患率は、2011年のMDG行動目標の54人を上回っている。ただし、デング熱の場合、2003年から2011年の発症率と死亡率の動向には大きな差異がある。

たとえば、2003年のデング熱死亡率は3.10人（100,000人あたり）だったのが、2004年は4.37人と1.27人も急増した例外もあるが、近年の同死亡率は、基本的には減少傾向にある。

4. アチェ市の地域診療所における母子健康の現状と課題（1）

—ダラサーラム地域診療所の事例—

4.1 ダラサーラム診療所（Kopelma Darussalam Puskesmas）とは

ダラサーラム地域診療所は、バンダアチェ市の中心から東へ8キロメートルのDarussalam副地区に位置する。同地区の5村に住民約19,000人が暮らしており、その多くが、インドネシア国立シアクアラ（Syiah Kuala）大学あるいはイスラム宗教系のイスラム国（Islamic State）大学の学生か、その関係者である。

同診療所の所属する担当医師は総合医が2名。歯科医師が1名。看護婦、助産婦、実習技師、運営スタッフなどの医療スタッフ42名で運営されている。2004年のアチェ大津波以後、5年目から旧施設の左に2階建ての施設が新築された。現在も使用されている旧施設は、改修



写真1 グラサーラム地域診療所



写真2 グラサーラム地域診療所代表のアマリア医師

が行き届いておらず、壁にヒビが入ったままの病室もある。

次に、グラサーラム地域診療所代表のアマリア医師による同地域診療所における母子健康の現状と課題に関するインタビュー報告をする。

アマリア医師は2006年からグラサーラム診療所に勤務し、2012年から前代表のリタ医師に代わって代表に就任した。なお、5年前に同診療所でインタビューをしたリタ医師は、現在はスマトラ島中央のメダン市の病院に移り、内科専門医として活躍しているとのことである。

まず、当該地域でのマラリアの現状であるが、アチェ大津波以後、グラサーラム地区でのマラリア罹患者はわずか5名のみであった(2006-2014年)。そして、ここ2年間は皆無である。これはアチェ大津波によって、マラリアを媒介するハマダラ蚊の生息環境が一変したことによる。とくに、塩分濃度の濃い海水によって、すべての土地や水たまりが洗い流されてしまい、かつ、塩水がハマダラ蚊の生息環境に滞留したことによって、その幼虫を皆滅させたことが大きいといわれている。今後もしばらくは、マラリア問題は起こらないとの楽観的な見解が示された。

一方、デング熱を媒介する蚊はきれいな真水に生息するため、降雨などによる水の循環によって、より早くに回復してきている。アチェの大津波以後、デング熱患者数は増加した。そこで、同診療所が中心となって、以下のようなデング熱撲滅のためのプログラムが施行された。具体的には、①蚊の幼虫の繁殖地に殺虫剤散布。とくに池、井戸、排水路などでの噴霧。②デング熱罹患者の早期発見と予防教育、とくに感染者が確認された場合は、患者の自宅周辺20軒を徹底的に捜査し、蚊の幼虫の繁殖地を突き止め、駆除する。③アウトブレイクなど伝染リスクが高い場合は、蚊の成虫を殺すための殺虫剤を広域散布(健康被害を最小限に配慮しながら)④地域住民と協力して、蚊の幼虫の繁殖地として可能性のある場所を日常的に捜査し除去。これらの地域レベルでのデング熱対策は、住民参加型の媒介生物である蚊の駆除を基本としている。

4.2 安全な飲料水の供給

アチェ大津波以前には、グラサーラム周辺の村での飲料水は衛生面での問題があった。現在

では、飲料水供給はすべて州政府より行われている。各村で井戸を使用する者はほとんどなく、川水を飲料する者は皆無である。川水利用はあっても洗濯用だけである。当診療所では、飲料水に関する広報活動や水質検査も行っている。

4.3 妊婦および子供のための保健サービス

2013年の妊婦の死亡例は、重度の子癩前症によるものが1件あった。2014年1月から9月までの期間、早産が2件、未熟児が1件あっただけで、妊婦および新生児の死亡はない。本診療所では、以下のような妊婦および子供のための保健サービス・プログラムを組んでいる。①出産前の健康診断：出産まで毎月、助産婦による妊婦の定期診断 ②医学的に深刻な状態あるいはリスクの高い妊娠事例が確認された場合、早急に患者は総合病院に搬送 ③ヘモグロビンレベル診断（貧血症発見のため）と破傷風予防接種 ④定期的な妊婦健診を行っていない場合は、助産婦がその村の自宅訪問等。

新生児および乳幼児の死亡例は、2014年に5件あり、うち3件は妊娠中および分娩中、残りは出産後数日してからの事例であった。5件とも、本診療所から総合病院に搬送されてのちの死亡であった。グラサーラム診療所では、子供の保健サービス・プログラムを組んでいる。すなわち、①小規模な診療所（Posyandu）での2歳児未満の基本的な予防接種のためのプログラム（BCG, DPT, B型肝炎, ポリオ, はしか）。また、定期的な体重測定（栄養失調発見のため）と毎年2月と8月に失明予防用のビタミンAの栄養補助剤 ②幼児の死亡確認。定期的な体重未測定な乳幼児や予防接種の漏れの捜査のための村での巡回訪問。

4.4 本診療所でのその他の病気について

グラサーラム診療所でよく見られる上位10大疾患とは、①インフルエンザ（上部呼吸器系感染症）②高血圧 ③糖尿病 ④胃炎（消化不良）⑤下痢 ⑥虫歯および口腔疾患 ⑦皮膚疾患 ⑧デング熱 ⑨はしか ⑩筋肉および関節疾患である。

インドネシア政府が注視しているその他の病気には、結核（5件）、ハンセン病（2件）がある。本診療所にはこれまでひとりもエイズ患者はいない。おそらく、エイズの疑いのある患者や高リスク行為をした患者は、総合病院に搬送され、検査およびカウンセリングを受診していることによると考えられる。

4.5 必要な海外支援について

グラサーラム診療所で特に必要とされているサポートは以下の通りである。

1. 救急車の故障。現在、4台あるうち、2台が故障している。本診療所の運営経理およびアチェ健康局の政策上の制約から、本診療所が独自に故障車を修理する費用を捻出できない。言い換えると、これまであらゆるメンテナンス予算が組まれていない。もし、国

際的な支援があれば、アチェ州政府とアチェ健康局と交渉して、このメンテナンス問題を解決することができる。しかも救急車の修理コストはわずか500ドル(5万円)以下である。(バッテリー故障と思われる)

2. 血液検査機器の故障。2007年より使用しているものが1台あるが故障している。修理できない理由は救急車の場合と同様。血液検査機器の修理費用もおおよそ500ドルで、新規購入の場合は8,000ドル以上もかかる。(血液検査機器は品番 Mindray BC-2800。中国製 (Shenzhen manufacture))。
3. 医療スタッフの不足
 - a. 医師の数は極端に不足。住民19,000に対して医師は2名しかおらず、アマリア医師は診療所管理代表と総合医を兼任している。
 - b. 能力向上のための助産婦の訓練制度の創設
 - c. 救急車のドライバー欠員。専任ドライバーがいないため、毎日、看護婦が救急車を運転。そして、看護婦の慢性的不足を招いている。
4. 診療施設の増改築。震災によるヒビが入っている病室がある。震災対策上の問題がある。また、現在、病床数が不足し、さらに広い病室が必要である。現在の本診療所の予算は限られており、政府融資を受けるためには、長時間の事務労働が必要である。

5. アチェ市の地域診療所における母子健康の現状と課題 (2)

—ムラクサ地域診療所の事例—

5.1 ムラクサ地域診療所 (Meuraxa Banda Aceh) とは

ムラクサ地域診療所は、バンダアチェ市の中心から西へ2キロメートルのムラクサ副地区に位置する。同地区の16村に19,000人以上が暮らしている。海と海水湖に囲まれており、村のいくつかは漁村である。

本診療所に所属する医師は総合医3名。歯科医師1名、看護婦4名、助産婦25名、その他



写真3 震災直後に新設されたムラクサ診療所 (2005)



写真4 仮設のムラクサ診療所 (2014)

アチェの慟哭と哀惜、あれから 10 年。ひとつの政策提言（満田久義）

運営管理スタッフが数名である。ムラクサ診療所施設は、アチェ大津波直後に日本政府の寄贈によって新設されたが、ムラクサ住民とアチェ州政府と中央政府との対立のため、100メートルほど移動した場所に、新たにサウジアラビア赤十字社の寄付によって仮設された。

次に、ムラクサ地域診療所代表のリア歯科医師による同地域診療所における母子健康の現状と課題に関するインタビュー報告をする。

リア歯科医師は、2014年9月4日に本診療所代表に就任した。5年前にインタビューした前代表の Yulidar 医師を引き継いだことになる。Yulidar 医師は、現在は Kuta Alam 診療所に勤務しているとのことである。

5.2 マラリアとデング熱の現状

まず、当該地域でのマラリアの現状であるが、2014年におけるマラリア疾患例は一切報告されていない。次に、デング熱であるが、月によって疾患数は0-2件と変動している。いずれもアチェの震災後、激減している。

5.3 妊婦および子供のための保健サービス

2014年9月までに、分娩後の出血多量による妊婦の死亡が1件報告されている（病院に搬送後手術）。妊婦の主な疾患例は、貧血症、子癇前症、帝王切開など、いずれも病院への搬送が必要な重篤なことが多い。

本診療所では、妊婦の健康を定期健診するためにプログラムを組んでいる。具体的には、①村に助産婦が常駐（Polindes、母親と子供の健康管理専門の診療所）②村への毎月の巡回訪問

③妊婦へのカウンセリング ④妊婦学級と妊婦体操 ⑤母親や新生児の死亡が確認された場合、ただちにアチェ健康局に公式報告などがある。

本診療所での新生児の死亡例は、2014年が4件報告されており、うち3件は先天性障害、1件は母親の誤認による窒息が原因である。

5.4 基本設備（インフラ）の整備について

ムラクサ診療所では、月曜日から土曜日まで（夜間診療なし）地域の総合診療所として、毎日およそ80-100の患者を診察している。さらに、コミュニティ巡回訪問として、専門スタッフが少なくとも月に一度の割合で村の各戸を訪問し、カウンセリングを行っている。必要に応じて、医師やその他の専門スタッフが参加することもある。しかし、この公共サービスを継続するには、人的、経済的資源が足りない。

ムラクサ診療所の喫緊の課題は救急車である。現在ある2台のうち1台は、2005年に国際的 NGO であるワールドビジョンから寄贈されたトヨタの中古車（1995年式）でよく故障し、コンディションがよくない。専任ドライバーがいないため、患者の病院搬送は医師や看護

婦が行っている。もう一台の大型救急車は、2013年にUSAIDから寄付された韓国車（Kia 2013年式）で、問題なく使用できる。

5.5 本診療所の主な病気について

ムラクサ周辺の主な疾患は、①インフルエンザ ②高血圧 ③糖尿病 ④虫歯および口腔疾患である。結核は1件のみで、DOTS（directly observed treatment-short course）治療が適用された。

5.6 海外支援の緊急性について

- ① 新規医療施設。現在の仮設施設は極めて狭く、廊下で患者とスタッフが離合できないほど快適性に欠ける。アチェ州政府は2016年までに、現在の仮設施設の後方に2階建ての診療所を新設するために、500,000ドルの予算を提示している。
- ② 新規の救急車購入。使用可能な救急車が1台しかなく、患者の病院への搬送やコミュニティ訪問などに1台以上不可欠である。新車購入費用は30,000ドル、現在のものを修理すると、1台あたり最低でも年間100ドルの予算が必要となる。
- ③ 血液検査機器の購入。コレステロール値、血糖値などの計測のため機器が故障。何度も修理をしているため、時々誤動作がある。機器購入予算は30,000ドル程度で、年間の修理費は500ドルである。
- ④ 産科と婦人科の設備購入と修繕。超音波診断器（USG）の導入、産科・婦人科用のベッド買い替え（現在のベッドは10年以上使用。脚部の破損やマットレス劣化もひどく使用に耐えない）。それぞれ購入費は、USGが10,000ドル。婦人科用ベッドが500ドルである。いずれもアチェ州政府の予算的なめどが立たず、海外からの支援を期待しているとのことである。

5.7 妊婦の栄養補給プログラム（Maternal Nutritious Supplement Program）

本診療所では2014年、妊婦の栄養失調状態（上腕部測定値による）が8件、子宮内胎児死亡が8件確認された。助産婦は、ミルクおよび鉄分、葉酸の栄養補給プログラムを推奨している。ミルク補給は、栄養失調状態が確認された妊婦あるいは必要とされるその他のケースのみ行い、葉酸および鉄分補給については、妊娠1-3ヶ月のすべての妊婦に対して行われる。年間の妊婦予測数は700名となっている（2014年8月現在、445名）。栄養補給に関連する概算は表2のとおりである。

妊婦の栄養補給プログラムは、2015年1月から施行を予定しており、順調に行け3-5年間の継続的なプログラムを目標としている。

アチェの慟哭と哀惜、あれから 10 年。ひとつの政策提言（満田久義）

表 2 妊婦の栄養補給プログラムに関する予算案

No.	Programs	Description	Number of Pregnant Mother	Budget
1.	Milk Supplementation	\$3/month/mother for a year	700 per year	\$25.200
2.	Iron Supplementation	\$3/month for 3 months	700 per year	\$6.300
3.	Folic acid Supplementation	\$3 for 1 month	700 per year	\$2.100
	Total Budget per years			\$33.600

5.8 ムラクサ診療所との国際共同プロジェクトと国際協力体制

アチェ震災直後と異なり、現在では、アチェで行う国際支援活動は、アチェ州政府とインドネシア中央政府の承認と協力が必要となっている。ムラクサ診療所との国際共同プロジェクトを実施するために、バンダアチェ健康局(Banda Aceh Health Department, 担当者：Quaratul Aini, MD)と交渉を行った。認可プロセスのためには、①覚書（memorandum of understanding, MOU）②基金・組織団体のプロフィールを作成し、③国際プロジェクトの成果を年間評価し、継続するかないかを当局が決定するとの回答があった。認可および手続きのために、アチェ保健局とのさらなる議論の必要性を感じた。

6. 政策提言『バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクト』 (Milk for Pregnant Woman Project : MPPW project)

6.1 バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクトの背景と意義

アチェにおける母親および乳幼児の死亡率は高く、2013年現在、妊婦の死亡率は出産数 100,000 に対して 151 人、乳幼児の死亡率は出産数 100,000 に対して 1,240 人となっている。なお、MDG の 2015 年行動目標は、妊婦の死亡率は出産数 100,000 に対して 102 人、乳幼児の死亡率は出産数 100,000 に対して 22 人である。

妊婦死亡の主な原因は、分娩後の出血多量によるもので、これは妊娠中の貧血やヘルスワーカー（医師や助産婦）以外の助産が関連している。乳幼児の死亡の主な原因は、子宮内での初期発育段階の栄養失調が主因である。一般に、母乳の滋養有効性に関する知識が欠如していることに加え、ベビーミルクの広告普及が、母乳離れの状況をさらに悪化させている。

アチェの大津波直後の貧困率は、2004 年の 28.4% から 2005 年には 32.6% と急増したが、2006 年には 26.5% と減少した。各政府の健康保健に関わる予算は医学治療に集中投入され、特に母親や子供の健康に関する予防やカウンセリングへの予算配分は著しく少なかった。このことがアチェの母子健康問題に悪影響をおよぼしている。

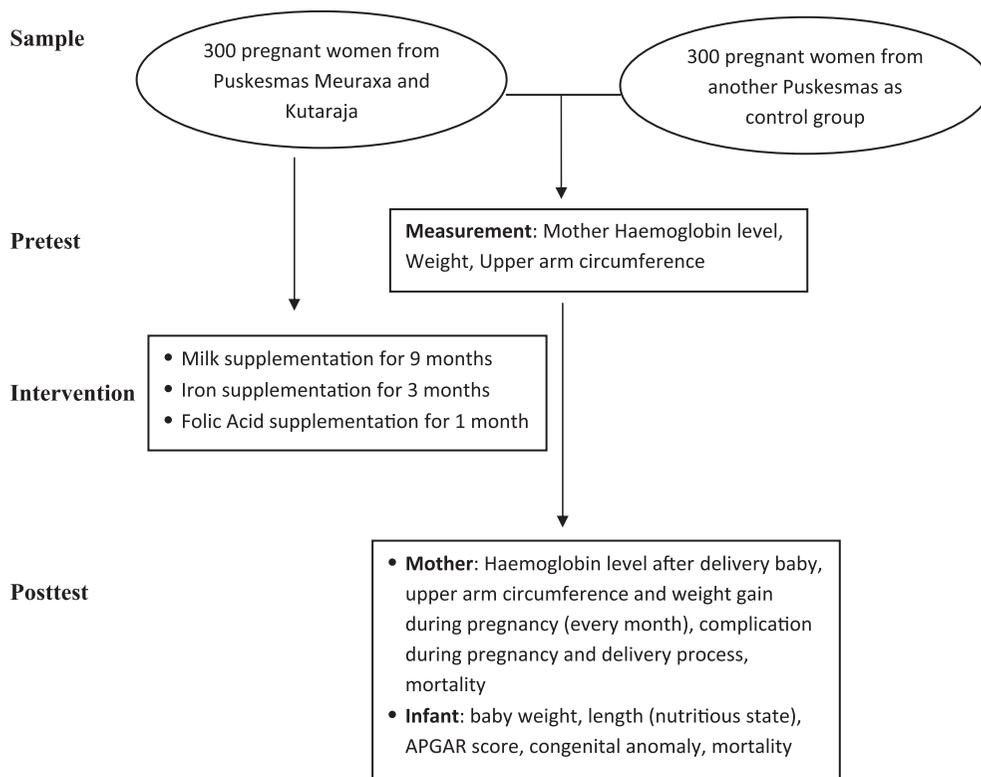
妊婦と乳幼児の死亡については、妊娠中の栄養状態を改善し妊婦の理想体重を維持すること

で未然に予防できるものである。貧血を防ぎ、先天的障害のリスクや未熟児を最小限に抑えることができる。佛教大学満田研究室とシアクアラ大学医学部とが国際共同研究チームを立ち上げて、「バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクト (Milk for Pregnant Woman Project: MPPW project)」を成功に導けば、アチェにおけるすべての妊婦に広く適用することが可能なプロジェクトとなりうる。それこそが、“アチェの慟哭と哀惜、あれから 10 年。ひとつの政策提言” となると確信している。

6.2 「バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクト (Milk for Pregnant Woman Project: MPPW project)」の概要

- プロジェクトの対象：バンダアチェにおける妊婦
- サンプル：ムラクサとクタラジャ診療所の妊婦
- サンプルング法：2 段階抽出法
- 調査デザイン：コーホート調査法

6.3 「バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクト」のスキーム



7. あとがき

2004 年 12 月 26 日、歴史的なスマトラ沖大地震とインド洋大津波が、スマトラ島のバンダアチェ市を襲った。16 万人もの犠牲者と数万人の行方不明者を出し、バンダアチェ市内全域の建物が瓦解し、そこに暮らしていた数十万もの生活も消失した。

震災直後の 2005 年 5 月、満田は「アチェの子供たちを救う会」を京都市に創設し、海外医療支援活動を開始した。特にロンボク島で現地生産した『マラリア速断キット』を、インドネシア健康省を通じて被災地アチェに送り届けた。同年 8 月には、アチェ被災地現場を訪問し、被災者の窮状と支援活動の在り方を現地調査した。

2009 年には被災から 5 年を経た現地アチェ周辺を再訪し、2004 年にインタビューした同じ施設、同じ被災者を探し出し、5 年間の被災地の変化と支援活動への要望を直接聞き取りした。

2014 年の今夏、スマトラ沖地震の被災から 10 年を経たバンダアチェの現場に再度足を踏み入れた。5 年前にインタビューした同じ被災者を探し回った。10 年間の彼らの思い、肉声が聞きたかった。そして、彼らとの再会の約束を果たしたかった。

我が子を目の前で大津波に奪い取られた無念を、嗚咽とともに胸を搔き筆りながら、その瞬間の悲劇を発露していた母親の夜叉のような様相を、この 10 年間ひと時も忘れたことはない。

「いちばんの恐怖は大津波ではない。誰からも見捨てられることだ！」彼女はその理由を付け加えた。「被災から 1 か月経つと、軍隊や政府機関が撤退した。半年すると、国連機関や国際的 NGO が撤収し始めた。1 年を契機に、インドネシア関係機関や国内支援団体も徐々に減り始めた。復興庁等の公的機関が設立され、目に見えて復興が軌道に乗り始めると、被災者一人一人は置き去りにされていった。」

「満田先生のように、アチェの大津波から 5 年経ても、日本から被災地を訪ね、わざわざ一人一人の被災者を探し出し、一つ一つの地域診療所を訪ね歩き、被災地に直接に支援物資を届ける人は他にはいない」と言われた。私は彼女に即答した。「震災後 10 年、必ず会いに来ますと確約した。」

そして 2014 年の今夏、約束を果たすべく現地バンダアチェを再訪し、これから 10 年先の国際共同研究プロジェクト『バンダアチェ・妊婦へのミルク支援プロジェクト』を、『アチェの慟哭と哀惜、あれから 10 年』のひとつの政策提言として、スタートする。

本稿を草するにあたり、インドネシア国立シアクアラ大学医学部（スマラ島バンダアチェ市）の内科学部長 Fauzi yusuf 教授と Kurnia F. Jamil 教授（熱帯感染症学）からご協力を頂いた。同教授らのご配慮で、同大医学部で特別講義 “Sociological Perspectives of Malaria



写真 5 インドネシア国立 Syiah Kuala 大学医学部教授とスタッフ
(Zainoel Abidin 病院, 2014 年 9 月 3 日)

Control Program” を行い、医学部スタッフ・学生の皆様と討論をする貴重な機会を得た。

同大学医学部 Darma Satria 医師には、アチェの地域診療所でのインタビューに際し、通訳と医学用語の解説をしていただいた。また、同地域の病院や地域診療所の関係者、特にガラサーラム地域診療所代表のアマリア医師とムラクサ地域診療所代表のリア歯科医師にも多くの貴重な情報を提供していただいた。関係各位に対して、深甚なる感謝の意を表したい。

最後になるが、アチェ大津波の被災者支援を 10 年間も継続できたのは、旧知の友人で、かつ最良の共同研究者であるマタラム大学医学部長ムリヤント先生のお蔭である。心からの謝意を表したい。

〔注〕

本稿で使用したすべてのデータは、現地調査で提供されたものである。

(みつだ ひさよし 公共政策学科)
2014 年 10 月 31 日受理