

AMD A ダイジェスト

発行：1996年12月

発行元：〒700岡山市楠津310-1

AMD A (アジア医師連絡協議会)

TEL086-284-7730 FAX086-284-6758

InterNet：http://www.amda.or.jp

編集者：田代邦子、大谷直美、飯島恵美



“Better Quality of Life for a Better Future”をめざして

AMD A インターナショナル事務局長
フランススコ P. フローレス

私は、AMD A と AMSA (全日本医学生アジア連絡会議) でもう10年以上も活動している。第1回 AMSC (アジア医

学生会議) が1983年マレーシアであり、私も出席したが、そこで私は近隣諸国から来た医学生たちが、多くの共通事項を分かち合っていること、誰もががすばらしい医師になりたいと考えていることを知った。更に宗教・民族や国籍を越えて共に手を取り合いたいとも考えていた。その後、第2回 AMSC に出席し、医師となってそのまま私が AMD A の一員になったことは、ごく自然なことと思える。私はただ、アジアの友人との友情の絆を大事にしつづけたいと願い、数年活動を支援してきた。その後フィリピンの健康局に入り、AMD A の活動にあまり参加できなくなりました。というのも、私はまず地域の村落で健康局局长となり、計り知れないほどの責任を負う仕事に就いていたからだ。だが、依然友人との情報交換は途絶えず、AMD A フィリピンの活動にも参加していた。そして、見えない糸が私を AMD A International に連れ戻すことになった。2年に渡る日本での大学院の研究も、終わりを迎える頃、私には必ずなされるべき大きな責任があるということを実感し始めていた。菅波医師と AMSA と AMD A の影響を受け、私の感じていた責任が、自国の人々のみならず、他に援助を求めている国々の人をも援助するチャレンジであると気づき、目からうろこが落ちる思いだった。代表の哲学『相互扶助』は、私にとっても1985年 Smokey Mountain で の活動に従事し始めたとき以来の、私を導く哲学である。地元との協力で “Better Quality of Life for a Better Future” を達成しようと試みる AMD A の展望も私の考えと共通するものである。こうして私は AMD A により積極的に参加しようと決心したのである。

現在 AMD A が取り組んでいる国際人道援助の実施には次の3つの立場の人々が関わっている。資金提供者、実施団体、そして援助対象者。この三者である。資金提供者には、政府関係機関や国連機関、民間団体、個人で寄付して下さる方などがあり、近年はそのうちのいくつかが協力して一つの活動を支援することが多い。また第2の実施団体については、すぐに要請に応えられるように準備をすること、それに加えて、援助の形式も単なる経済援助ではなく、お金では評価しにくい地域開発型の支援が求められている。そしてその最終目的は外部からの支援なしでも継続可能な地域住民主体の活動に移行させることなのである。支援の第3の援助を受ける人々には、紛争中の国々、紛争下でない発展途上国や先進国(伝染病や都市型の災害等)がある。

受益社会のタイプに関わらず、困難な社会状況においての人道援助活動にはその根底を支える多くの方の支援が必要不可欠である。私自身もはじめに述べた信念のもとにこれらの活動を続けていきたい。

今なぜ NGO なのか「貧困と健康」

(国際医療協力 vol.19No.8 より)

AMD A 代表 菅波 茂

現在発展途上国に対する支援活動は教育、医療、環境、識字、女性問題等々について個別のプログラムが実施されているケースが多い。医療についても同様のケースが多い。衛生教育、健康教育、初歩的治療技術等の支援および技術提供は明確で自己完結的なプログラムほど評価が簡単であるし、次の目標設定へと進めやすい。何よりもわかりやすいのが特徴である。しかし誰にとってわかりやすいのかがポイントである。これは支援する側にとってわかりやすいということである。支援される側にとってのわかりやすさは疾病率や死亡率の減少である。しかし、衛生教育、健康教育、初歩的治療技術等の支援および技術提供等の自己完結的なプログラムの組み合わせだけでは簡単に疾病率や死亡率の減少は期待できないのが現実である。何故か。貧困が疾病率や死亡率の増加の最大の要因であるからである。即ち、貧困対策なき健康対策は支援する側にとってわかりやすいが、支援される側にとってはわかりにくい。何故、貧困対策なき健康対策プログラムが優先的に実施されてきたのか。その理由は次の通りである。

- 1) 「計画—実施—評価」の基準が絶対的であるため効率的な切り売りプログラムの魅力。
- 2) 健康対策プログラムは知識教育と医療技術の移転だけで構成可能。
- 3) 貧困対策に関する方法論開発の困難さ。
- 4) コミュニティ経済開発に必要な学問の複合性。
- 5) コミュニティ経済開発と国レベル経済開発との非連続性。

コミュニティ経済開発は NGO/NPO の独壇場である。コミュニティ経済の目的は少ない資金で利益をあげて生活水準の向上をはかることである。発展途上国の経済活動で重要なことは国レベルの経済開発および発展が必ずしもコミュニティ経済発展に結び付かないことである。なぜなら「富の社会的分配システム」が存在しないからである。日本には立派に存在する。それは税制であり、所得税と相続税である。日本が世界で最も成功した共産主義国家と比喻される税制である。

貧困は栄養不良状態をもたらす。栄養不良状態は疾病罹患率をあげる。疾病罹患率は死亡率をあげる。貧困に由来する疾病は知識教育と医療技術の移転だけで治療不可能である。例えば、貧困による慢性栄養失調児をかかえた母親に栄養教育をしても意味がない。「知識でなく食物」をあげるべきなのだ。あるいは食物を手に入れる方法を教えるべきである。発展途上国における栄養プログラムとは知識教育ではなく食物提供プログラムである。理想は「右手に知識を、左手に食物」である。

発展途上国における健康対策は貧困対策を同時進行させる必要があ



る。即ち、保健医療関係者と貧困対策関係者との連携なしには考えられない。更に大切なことはコミュニティ経済開発におけるコミュニティの意味である。社会学の出番である。人間の集団には必ずコミュニティ存在と運営の原理原則がある。この原理原則を教えてくれるのが社会学である。「住民参加」とは時代の神話である。緩やかな「住民参加」と密な「住民参加」がある。「住民参加」の存在しない人間のコミュニティは在りえない。いわゆるスラム地区にも「住民参加」は存在する。日本人にとっての「町内会」は参考にすべきモデルである。比較モデルなき社会分析は困難である。ただし、「町内会」は経済活動を主目的にしていない。経済活動の観点からは「生協」や「農協」が参考になる。以前の日本での「頼母子構」などは興味深い。

「住民参加」による貧困対策で大切なことは「協力すれば生活が向上できる」ことを理解してもらうことである。発展途上国の常識は血縁共同体社会である。血縁共同体内での相互協力は常識であるが、非血縁者との協力は未知との遭遇である。非血縁者との相互協力がコミュニティにおける真の「住民参加」を可能にする。非血縁者との相互協力には「意識改革」が必要である。そして「意識改革」には持続性が求められる。持続性の求心力は何か。これこそ「住民参加」推進の秘訣であり、「貧困対策」の決定打であり、健康対策の原点である。

世界保健機構 (WHO)、世界銀行 (World Bank) と非営利組織 (NGO/NPO) の三者ネットワークこそ発展途上国における「貧困と健康」を解決する強力トリオとなる可能性がある。

AMDAは緊急人道援助に加えて地域保健医療プロジェクトをアジア、アフリカおよび中南米で実施している。時間はかかるがその成果が期待される。

AMDAの世界にある支部、INNEDおよびAPROに所属するNGO/NPOのAMDAプロジェクト「貧困と健康」に果たす役割は大きい。AMDAは「貧困と健康」に対して積極果敢に取り組んでいきたい。

バングラディッシュ緊急救援活動の報告

(国際医療協力 vol.19No.6 より抜粋)

【期間】5月16日～5月24日

【協組織】AMDAバングラディッシュ、APROネットワーク

【活動報告】

AMDAネパール Dr. Saroj Prasad Ojha

AMDAネパールを代表いたしまして、1996年5月13日竜巻によって破壊されましたダッカ北のバングラディッシュ平野に赴きましたことをとても光栄なことと思っております。竜巻の被害以来、AMDAバングラディッシュは被害を受けた地域で医療救済活動を行っております。この救済プログラムはAMDAジャパンの援助と支援を受けております。この大きな被害をもたらした竜巻の発生直後即座にAMDAジャパンは医療救済活動支援のためメンバー5人の医療チームを派遣しております。

この竜巻で被害を受けた地域はダッカから130～150km北に位置します。最も被害の大きかった地域はカリハテとゴパルプルで、ここでAMDAバングラディッシュは医療サービスを行っております。AMDA以外にもバングラディッシュ軍、赤十字、そして地域のNGOなどの機関が援助活動を行っております。

現在、AMDAバングラディッシュは医療救済チームを送ってさまざまな村で負傷された人々のお世話をしております。この医療救済チームには少なくとも6名の医師、看護婦、医療補助員がいます。毎日約50～60人の患者が診てもらいにやってきます。多いのは切り傷、中には前腕の骨折や重い怪我の人もあります。今の

ところ上の機関へ破傷風の報告はほとんど出されておられません。今日では状況は落ち着き、村人達も壊れた家の改築で一生命です。

AMDAバングラディッシュは、被害にあわれた人達に人道的救援を行うなどの大きな貢献をしております。AMDAジャパン及びAMDAバングラディッシュからAMDAネパールの私にこのような機会を与えてくださったことに対し大変感謝しております。今回のような破壊力をもつ竜巻はバングラディッシュだけでなく世界のどこでも起こる可能性があります。そしてAMDAは世界のどの地にも赴きこの種の災害に取り組んでいます。このような災害に対し一致協力しさまざまな国で活動を行っているAMMM (Asia Multi-National Medical Mission) の努力は将来非常に重要になってくることでしょう。



ボスニア避難民救援医療活動報告

(国際医療協力 vol.19No.7 より抜粋)

医師 神谷 保彦

バニャルカにて、医師交換研修プログラム、医学ジャーナル供与、医療機器修理供与などのプロジェクト遂行に関する情報収集、ニーズアセスメント、交渉などを行った。

個人的には、クリニカルセンターの小児科において、技術交流を行った。とくに小児循環器科で、心エコー検査を行ったが、手技の違いはあるものの、レベルは日本と差はなかった。むしろ少ない機材、情報の中で良い医療を維持している。任期最後の週に、小児科医のミーティングで日本の戦後の母子保健の発展について、健康保険制度や母子手帳、乳児健診を例に取って、講演した。また、PHCレベルでの小児医療のあり方についても、専門分化が日本同様に強い小児科医とともに議論した。

総括として、現在、戦後の復興期であるが、まだ、救援援助が一部の地域に集中し、辺境地やマイノリティに完全に行き届いていない。インフラストラクチャーの再建は進んでいるが、社会サービスの回復はまだ遅れている。ニーズアセスメントに関しては、人口の移動、民族間の差、援助団体の複雑な活動範囲などがあって、もっとも援助を必要としている人たち、そのニーズを同定するのは容易でなかった。また、地元の人からの情報もエリートバイアスなどがかりやすかった。戦争後の状況評価をするときには、戦争前の状況をしっかり把握して、今の状態がどれぐらい戦争の影響によるものかも判断することが望まれる。医療レベルは基本的には高いが、機材、最新情報がなく、また給料が低い。戦争中は、medical evacuation (欧米の病院への重症患者の移送治療) も行われていたが、これからは、現地での重症患者診療機能の回復も必要で、専門医の再教育を目的とする交換プログラムの意義は大きい。ただ、PHCとのバランスが考慮されるべきである。

アフリカにおける多国籍医師団設立報告

(国際医療協力 vol.19No.8 より抜粋)

翻訳者 諏原日出夫

UGANDA医学会のメンバーは、1996年7月4日以下の決議を行った。

記

UGANDA医学会は、世界の平安と、アフリカ、特にUGANDAにおける災害に対する緊急救援のための多国籍医師団の組織を創設する。

認証者

Dr.FRANK MWESIGYE 名誉会長

Dr.FRANCIS ORIOKOT 名誉事務局長

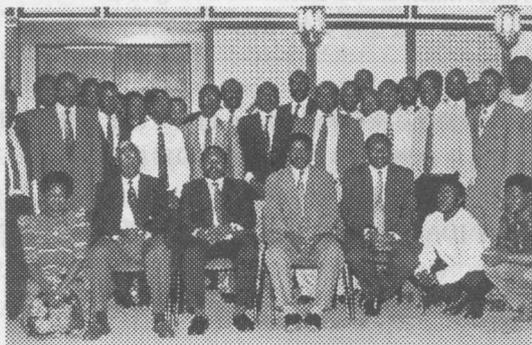
(以下UGANDAのTHE PEOPLE新聞より抜粋)

＜アフリカにおける救急医療の不足＞

AMDAのメンバーであるウガンダのVikandy Silusawa Mambo氏は大陸における災害の被災者に対する人道的支援の団体をアフリカ医師により組織することに努力してきた。

Kampalaにある、ウガンダ医師会の研究部会は現在『緊急救援のためのアフリカ多国籍医師団の設立を目指して』をテーマとしている。Mambo氏は「大陸で発生する大規模災害の対策のための国際的努力に対し、アフリカは重要な貢献をしていない」と語った。このために彼はアフリカにおける医師をそれぞれの国を支部とする団体に組織しようとしている。彼はそのような仕事は、非政治的で非宗教的であるべきであり、国連難民高等弁務官 (UNHCR) との協力のもと、アフリカのいかなる場所における災害にも、自由に移動でき、任務が遂行できる権限を与えられるべきであろうと語った。ザイル人であるMambo氏は、アフリカにおける地域協力の欠如を指摘しており、これが簡単なことを複雑にし、障害を明確にし、解決手段を捜すことを医師に強いることになっていると語る。AMDAは自然災害、人災に対する救援のために1984年設立された、日本を基地とするNGOである。AMDAは基本的には地震、洪水、火山噴火がよく発生するアジアで活動している。最近ではAMDAの活動は東ヨーロッパ(ボスニア)、中米(メキシコ)、アフリカに広がっている。AMDAのアフリカにおける最初の参画は1993年ジブチにおけるソマリア難民に対するものであった。最近のAMDAは人道的活動をしており、ルワンダ、ザイルにおける難民支援、モザンビーク、アンゴラにおける帰国難民や国内難民の支援をしている。この時以来、AMDAはジブチ、ウガンダ、アンゴラに事務所を開設し、隣国での活動を調整している。

Mukono地区のNgogwe診療所は、1996年1月、ウガンダにおけるAMDAが支援する地域健康プロジェクトの第一番目として選定された。最初のプロジェクトは、診療所にHealthunitを供給し、装備させるものである。診療所の拡張主要工事は近々完成する予定である。



メコン川流域大洪水緊急救援プロジェクト

(国際医療協力 vol.19No.11 より抜粋)

＜ベトナム大洪水緊急救援報告＞ 医師 三宅和久

1. 概要

ベトナムは降水量が多く、特に南部のメコン川流域はデルタ地帯である為、もともと洪水が起こりやすい国である。今年は洪水の被害が全国的に広がっており、北部で8県、中部で4県、南部で8県と国土の半分以上が水没する状態になってしまった。この度AMDAの緊急救援チームとして、2名の第1陣が中国から、3名の第2陣が日本からほぼ同時にベトナム入りし、ホーチミン及びTien Giang県の赤十字と共に、現地を調査、洪水地域への薬品供給を主体とする救護活動を開始した。

4. 被害状況

1) ベトナム北部の洪水は台風によるもので死者154名、被災世帯20万戸、8県に及ぶ。

2) ベトナム中部の洪水はCua Tung川をはさんで南北4県に及ぶ。

3) ベトナム南部の洪水は死者84名、うち子供71名、行方不明8名、被災者約360万人、被災世帯71万戸、8県に及ぶ。疾患としては、結膜炎、腸炎、デング熱が多い。また洪水時には乳児の低栄養がいつも発生する。

5. AMDAの救援活動の内容

抗生物質のニーズが最も高いと考え、活動予算のうち60%を抗生剤に、20%をコンデンスミルクに、残り20%を米と輸送費にまわし、物質はホーチミン市にて購入。ベトナム赤十字の協力を受けて現地へ搬入し、各ヘルスセンターへ分配する予定である。またベトナムの医師法上問題が無ければ現地の医師や役所の職員と協力しながら直接患者を診ていくことも考えている。

＜カンボジア緊急救援報告＞

医師 松原裕二、看護婦 松原朋子

9月より断続的にカンボジア、ベトナム等インドシナ半島一帯に大洪水が発生し、カンボジアに関しては家屋の倒壊・浸水が多発し、住民が簡易住居での生活を余儀なくされている。生活環境の変化により疾病の憎悪が懸念され、今回医療援助のため派遣となった。

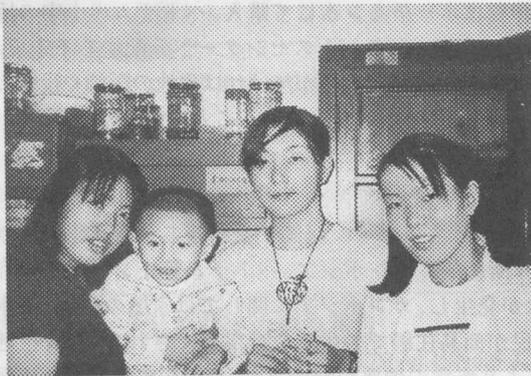
状況は以下の通り、プノンペン市街東部に流れるトンレサップ河が氾濫し、河川付近にスラム化した無許可居住者、特に避難民の健康状態の悪化が考えられ、カンボジア医師数名により簡易診療所にて診療が続けられており、今回その応援として差し向けられた。月曜～金曜計5日間にわたり、河沿い3ヶ所の簡易診療所において診療を行った。カンボジア医師含め3～4医師による診療で1日200～300患者が来院した。プノンペン市内でここ数年マラリアの発症がないものの、郊外での発生や今後の蚊の大発生によるデング熱の流行が懸念された。スラムの生活状況は、やはりお世辞にも衛生的で豊かとはいえないが、店先には思いのほか物資に溢れ、子供たちは生き生きとしているのが印象的であった。考査として、限られた薬剤に通訳者を介しての問診や触診のみの診断方法、加えて自分自身の特に熱帯医学の知識の乏しさもあり、中途半端な診断治療となったところも否めず、大変悔やまれる。カンボジア医師らは、活動を縮小する方向であるとの話であったが、咳を訴える患者が多く、診察のみでは結核の診断を下すのは大変難しく、喀痰検査や寄生虫に対する便検査など、ターゲットを絞った集団検査を行っていくことで、より効果的に活動効果が得られるのではないかと考えられた。

1996年AMDA中国スタディーツアー報告

(国際医療協力 vol.19No.9より抜粋)

AMDA事務局 林信秀

2月3日に中国南部を襲ったマグニチュード7の大地震への緊急救援プロジェクトに引き続き、現在中国では3つの災害復興プロジェクトが行われている。今回のAMDA中国スタディーツアーは、その内の2つにあたる「雲南省麗江学校再建プロジェクト」における学校視察及び、「趙君支援プロジェクト」における災害孤児の趙君のお見舞いという2つの目的のもと実施された。7月26日出発、8月2日帰国のA日程参加者6名、8月2日出発、9日帰国のB日程12名の参加者が雲南省現地を訪れた。今回のスタディーツアーではB日程にAMDA高校生会のメンバー7人も参加し、出発前に自ら募金活動を行うなど自発的に準備が進められた。また岡山市内の小中学校からご寄付頂いた文房具やタオル、石鹸等を、やはりボランティアの方に作っていただいた布袋(通称 AMDAお袋)に詰め、現地の子供達に渡す計画も進められた。最後になりますが、このツアーに向けて文房具等のご寄付をいただいた岡山市内の小中学校の皆さま、「AMDAおふくろ」を縫製して下さったボランティアの皆さま、そしてこのツアーを実施するために多大なご尽力を頂き、このツアーの間、同行して下さるなど、お世話して頂いたAMDAの広州事務所の皆さま、AMDA昆明クラブのみなさんに衷心より御礼申し上げます。



中国雲南省衛生庁庁長AMDA事務局訪問報告

(国際医療協力 vol.19No.10より)

AMDA事務局 林 信秀

平成8年9月8日(日)から9月9日(月)の二日間にわたり、AMDAが中国で実施している雲南省大地震救援プロジェクトの中国側受入責任者である雲南省衛生庁庁長 楊 慈生 教授と同衛生庁外事弁公室主任 解 宇 秘書が岡山を訪問した。9月8日にはAMDA事務局と医療法人すこやか苑の視察を行った。これに先立ち、すこやか苑4階多目的ホールにて 楊 慈生 教授による、現地報告会及びプロジェクト支援者との交流会が催された。楊 教授からは震災時の様子とその後のAMDAの迅速かつ継続的な活動への謝辞が述べられた。参加者は、岡山華僑総会の皆さん、学校再建プロジェクトに協力いただいている小中学校の皆さん、地域ボランティアの皆さん他、約100名にのぼり、菅波代表による尺八や、ボランティアの方によるお琴の演奏などが行われる中、和やかに交流が行われた。また、すこやか苑の視察時には、デイケアサービスについての関心が高さが伺われ、幾つもの質問が出されていた。

翌9月9日には、楊 教授と解 主任両氏による県庁環境衛生部長および岡山市市長への表敬を行われ、緊急災害時における対応などについて情報交換が行われた。

ルワンダ難民プロジェクト支援葉書、カードのご案内

AMDA ルワンダ難民プロジェクトの難民キャンプに暮らす24歳のグラフィックアーティストの手で描かれた絵を葉書及びカードにしました。戦火を逃れザイルのルワンダキャンプに暮らす難民達の様子がありありと描かれています。葉書、カードの購入を希望される方はAMDA事務局で受け付けております。

葉書20枚1セット 1000円(送料別)

カード10枚1セット 1000円(送料別)

送料は、1セット200円、2セット400円、3~5セット600円、6セット以上は無料です。



AMDA近況

- '96.6: ボスニア難民・被災民救援プロジェクト開始
- '96.7: 中国貴州省大洪水緊急救援プロジェクト開始
- '96.7: INNEPハキスタンターゲット医科大学地域保健医療プロジェクト開始
- '96.7: UNV サハ共和国医療協力プロジェクト開始
- '96.8: 中国銀行AMDA定期預金開始
- '96.8: 第1回AMDA国際フォーラム「貧困と健康」開催/岡山
- '96.8: 地域防災民間緊急医療ネットワークとして第17回七都府市合同防災訓練参加(東京都足立区会場/埼玉会場)
- '96.9: AMDA南アフリカ共和国プレトリア事務所開設
- '96.9: AMDA国際医療協力研究会開始(以後月1回)/東京
- '96.10: 岡山県国際医療貢献協議会発足
- '96.10: 社団法人ソフト化経済センター『ソフト化特別賞』受賞
- '96.10: 阪神大震災の活動に対し厚生大臣からの感謝状を受ける
- '96.10: 湄川流域大洪水被災者緊急救援プロジェクト開始
- '96.11: ルワンダ難民救援プロジェクト開始(キガリ)
- '96.11: ケニア赤痢緊急救援プロジェクト開始
- '96.11: インドサイクロン緊急救援プロジェクト開始
- '96.11: ボスニア医師専門技術研究プロジェクト開始
- '96.11: サハ共和国医師専門技術研究プロジェクト開始
- '96.11: AMDA International Business Meeting 開催/バンガロール
- '96.11: 「'96おかやま国際貢献NGOサミット」開催

編集後記

- ・AMDAの活動は従来の枠を大きく超えて、教育や地域開発等のプロジェクトが増えています。皆様の参加をお待ちしています。(田代)
- ・この度「AMDAの提言」が出版されましたのでご一読下さい。(大谷)
- ・半年ぶりにスキヤナの埃を払いながら編集しています。(飯島)