AMDA Journal ー 国際協力 ー 2月号 □2002年2月1日発行（毎月1回1日発行） 1995年11月27日 第三種郵便物認可

月刊

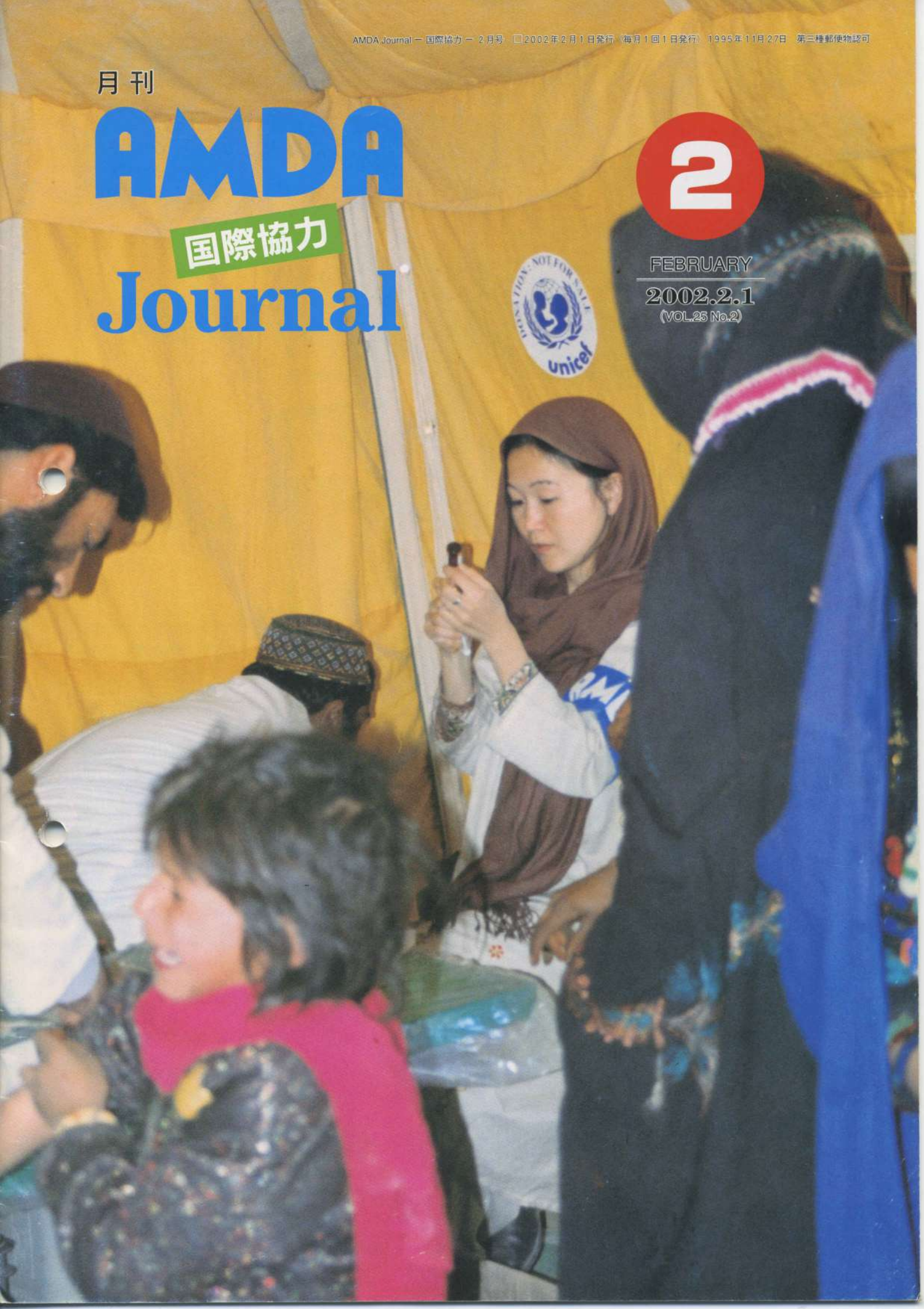
AMDA 国際協力 Journal

2

FEBRUARY

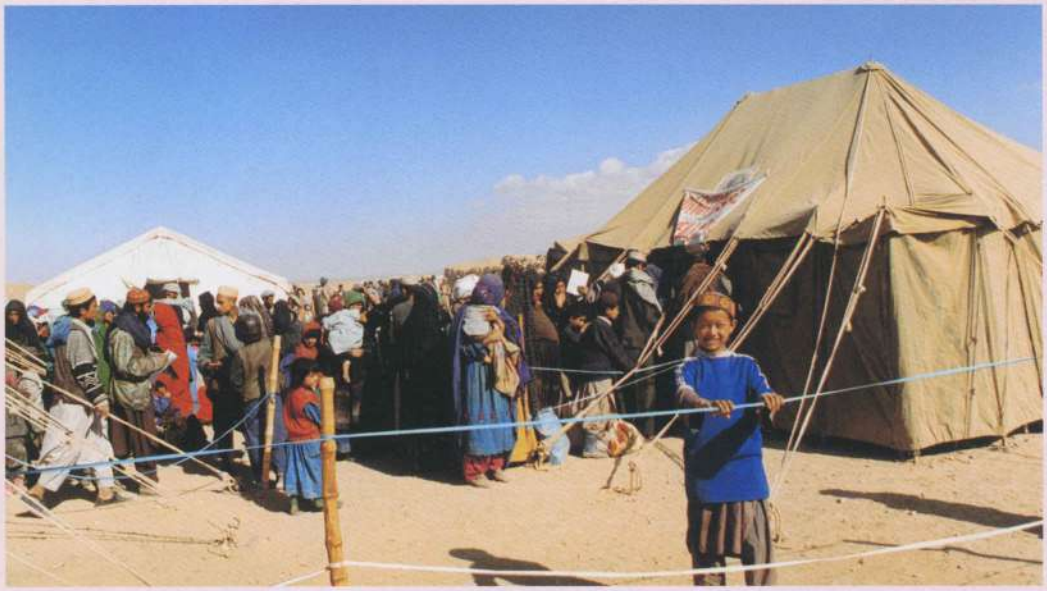
2002.2.1

(VOL.25 No.2)



アフガン難民第２次医療支援活動

詳しい報告は18ページをご覧ください。



パキスタンのアフガン難民キャンプ（ムハンマド・ケイルキャンプ）で保健医療支援を行う。

ムハンマド・ケイルキャンプ内難民の健康保健カード登録を行う。

パキスタン・クエッタ市近郊のアフガン難民キャンプ（ムサコロニー）での巡回診療。左はAMDAのナイラ医師（パキスタン人で日本留学経験がある）

AMDA
国際協力
Journal

2002
2月号

◇

CONTENTS

ホンジュラス：トロヘス
コミュニティの活動

◇中南米
ホンジュラス報告 …… 2
◇アフリカ
ケニア報告 …… 4
◇アジア
ネパール報告 …… 10
ミャンマー報告 …… 11
アフガン難民緊急救援報告 …… 18
◇ヨーロッパ
コソボ報告 …… 21
寄付者一覧 …… 22
国際協力ひろば …… 23
事務局便り …… 24

表紙の写真

アフガン難民への第二次医療支援活動

—ムハンマド・ケイルキャンプでの保健支援活動—
（難民の子どもたちに予防接種を投与する工藤看護婦）

AMDAはパキスタンのクエッタ市内のジャム　エ　シャーファ病院を支援するとともにクエッタ近郊のアフガン難民キャンプへの巡回診療を実施していた。

昨年末より新たにＵＮＨＣＲの要請を受けてムハンマド・ケイルキャンプにて保健支援活動を開始、キャンプ内難民への健康診断や、6ヵ月以上16歳未満対象にはしかの予防接種と免疫力向上のためのビタミンＡを投与、また5歳未満の乳幼児対象に栄養状態の診断を実施した。現在も継続中。

書き損じハガキを集めています

＊書き損じのハガキ、未使用の切手・ハガキ、各種プリペイドカード等がありましたらAMDAにお送り下さい。
＊使用済テレホンカードは収集しておりません。

【送り先】岡山市楢津310-1　AMDA事務局
お問い合せは、TEL　086-284-7730
FAX　086-284-8959

ご協力お願いします

AMDA会員ネットワーク
参加者募集

●<amda-jnet@amda.or.jp>
AMDA会員とのインターフェイス機能を目的とし、Eメールで AMDAの動きをリアルタイムでお知らせできます。
（AMDA速報・イベント案内・人材募集）

ご希望の方は＜ member@amda.or.jp ＞まで、住所、氏名、電話、FAXに併せお申込み下さい。　AMDA会員情報局

AMDAホンジュラス　活動報告

◇

AMDA　ホンジュラス事務所　渡辺　咲子

AMDAホンジュラスでは現在3つのプロジェクトを中心に活動をしています。

1. 保健衛生教育プロジェクト
2. エイズ予防教育プロジェクト
3. 校内救急箱活用プロジェクト

1. 保健衛生教育プロジェクト

保健衛生教育プロジェクトは2000年よりホンジュラス首都コマヤグエラ市(注)内のラモン　アマヤ　アマドール(以下RAA)とエル　パライソ県トロヘス市の2箇所で地域のヘルスボランティア育成に始まり、ボランティア、地域住民の要請でコミュニティー薬局の運営をボランティア達が始めました。ホンジュラスには「新規コニュミティー薬品ファンド」(以下FCM)という法律があり、今回この法律に法りボランティアがFCMを運営できるよう、ホンジュラス保健省と協力しセミナーを開催しました。

FCMは住民の健康サービスと医薬品使用の安全性、有効性、品質、低価格を保証するため法律化され、ホンジュラス保健省とNGO等の協力体制で運営されています。これはスポンサーとなるNGOがFCM設立時の医薬品を無料で提供、もしくは貸付け，運営監視等を行い、売上金を次回の医薬品購入費に充てるというものです。

トロヘスコミュニティー薬局は2000年6月に11コミュニティーに設置、その後2コミュニティーはボランティアの意欲低下により閉鎖され、9コミュニティーが運営を継続していました。今回新たに2コミュニティーを追加しFCMセミナー開催となりました。

セミナーは5日間、保健省薬局課FCM担当医師（マルガリータ医師）による集中講義で、FCM法の理解、一般的疾病の症状、予防法、助言方法を中心に行われ、最終日には口答、筆記テストにより、FCM運営、健康助言者として適任か判断されました。

ボランティア達はトロヘス市内に来るのに2～3時間またはそれ以上かかり、そのため参加者は1週間親戚、知人の家に泊まり込んでセミナーを受講しました。参加者の中には毎日の講義で体調を崩す者、マルガリータ医師が毎日出す宿題に頭を痛める者もいて、電気のない家にいたボランティアは毎晩公園の街灯の下でマニュアルを読んでいました。

今回セミナーには26名参加者があり、そのうち25名がFCMセミナー修了証明書を無事受け取りました。

最終テストに合格したセミナー参加者

私達はセミナー終了1ヶ月後、FCMで新たに追加した2コミュニティー（サマリア、サンルイス）へFCM運営開始時の医薬品を届けるため、コミュニティー訪問をしました。セミナーを受けたボランティア達はFCM運営委員会を結成し私達の訪問を待っていました。

村民とのミーティングではボランティアがFCMの目的，運営方法を説明し、チャベリータ（地元看護婦、ボランティアのリーダー的な存在）から、「無償で援助される時代は終わった、これからは自分達で健康を守り、FCMを守って行きましょう」と強い口調で話されました。

このコミュニティーは管轄ヘルスセンターまで徒歩3～4時間という距離にあり、病人の重症度の判定，的確なアドバイスができるヘルスボランティアの存在はとても重要になります。

今回のサマリア訪問では、3日前に指先を切り落とした少女に会いました。彼女の父親は不在で、母親はヘルスセンターに少女を連れて行くこともできず、毎日水で傷を洗い傷周辺は赤く腫れ上がり化膿寸前の状態でしたが、ボランティアは早速私達が手渡したFCM薬品で処置し、抗生剤の処方を行いました。

RAAでも12月17日から21日までトロヘス同様FCMセミナーを開催し、2002年1月にFCM設置を予定しています。

今後トロヘス、RAAで定期FCM運営管理ミーティング、ワークショップを開催していきます。

2. エイズ予防教育プロジェクト

エイズ患者は2001年4月までに12,350人、HIV陽性をあわせると15,870人になり、このデータは保健省に報告されたもので、実際にはその5～6倍のエイズ患者がいると言われ、近年の若年層感染者増加は深刻な社会問題として取り上げられています。

AMDAホンジュラスでは2000年より外務省NGO援助資金のもと、学校、コニュニティー単位でエイズ予防プロジェクトを施行。2001年10月よりプロジェクトサイトをサンミゲールヘルスセンターに移動し活動しています。

サンミゲールヘルスセンターではワークショップをヘルスボランティア、教師対象に行い、エイズ知識の向上と予防意識の向上をはかり、教授法伝授によりボランティアの活動意欲を強化し、ボランティアがコミュニティーで予防教育を実行する際の助言と教材を

上：エイズキャンペーン
下：ファーストエイドセミナー

提供しています。また活動範囲を広げるため、地元警察官、若年妊産婦を対象としたエイズ予防教育を行っています。

警察官達は外傷者と接する機会が多く、HIV感染リスクが高い職務にありながら、予防対策は今までなにも考えていなかったと言っていました。今回のワークショップ終了後上司やヘルスセンターに使い捨てゴム手袋等配給を申請していきたいと話していました。12月1日世界エイズデイには、サンミゲールヘルスセンターとエイズキャンペーンを施行しました。キャンペーンにはワークショップに参加したヘルスボランティア、ヘルスセンター職員、地元警察官がパンフレット、コンドーム配布し、キャンペーンテント前を通るバスやタクシーはその場に止まり、ボランティアの話に耳を傾け、パンフレットを受け取っていました。そのため、AMDAで提供したパンフレット1000枚、コンドーム1000個は開始後3時間ですべて配布してしまいました。

ヘルスセンターでは、HIV、梅毒検査、女性の性病検査が行われ、ここには各コミュニティの産婆が住民を誘い、検査のための長い列がみられました。

3. 校内救急箱活用プロジェクト

防災、救急処置プロジェクトの一環とし首都内公立小中学校（貧困地域）教師対象にファーストエイドワークショップを開催しています。

救急箱配布プロジェクト開始前アンケートでは、対象教師441人中76%の教師がファーストエイドに関する教育を受けておらず、30校中救急箱が機能しているのはわずか4校，その他備品が不足している18校、救急箱がない8校、過去2年以内の校内での児童死亡事故2件（誤飲による窒息死、転落死）と、校内で応急処置にあたる教師の知識不足、応急処置必要物品の不足が問題になっていることが明確になり、ホンジュラス赤十字研修センターより講師を招き、ワークショップ開催となりました。

ワークショップは火傷、外傷、骨折、誤飲時の応急処置を中心に実技講習を行い、普段校内で見られる外傷の処置や医師の診察が必要になる例など質問も多く、積極的に参加する教師の姿が見られます。ワークショップ終了後AMDAから救急箱の寄付と救急箱管理のアドバイスをしています。

AMDAホンジュラスではこれらのプロジェクトの継続とフォローアップを行っていきます。ご協力いただいた皆様に感謝を申し上げるとともに、今後もご支援いただけるようお願いいたします。

(注) ホンジュラスの首都は一般的にはテグシガルパ市ですが、正式にはテグシガルパ市とコマヤグエラ市を併せたものを言います。

ホンジュラス共和国

面積　112.442km^2
人口　598万人
首都　テグシガルパ
言葉　スペイン語
宗教　伝統的にカトリック
貨幣　レンピーラ
（1レンピーラ＝約8円）
主要貿易品目
輸出　1）コーヒー
　　2）えび
　　3）バナナ
ホンジュラスの人口の74.8%が貧困層。
その内72%は最貧困層。

AMDA ケニア事務所からの手紙

◇

AMDA ケニア事務所秘書　メアリ・キイル

AMDA ケニアではキベラの住民にさまざまなかたちで援助を行ってきた。キベラはアフリカ最大のスラムの一つで、AMDA ケニアはここでプロジェクトを実施している。

縫製訓練や木工訓練などの職業訓練プロジェクトが始まったのは、キベラスラムの路上にたむろする青年たちに動機づけをし育成をめざすものである。

スラムの住民にこの訓練をしたおかげで、青年達は将来の希望や辛いスラムの生活の中でもなにかを成しとげられるという達成感が得られた。

この訓練から自前の工作所を持ったり、洋服店を開いたり、家具店や衣料関係に就職することにもつながり、ひいては自立することが可能である。

秘書　メアリ

AMDA ケニア 事務所の秘書として、私は世界各地に展開するAMDAのプロジェクトをいろいろ学ぶ機会を得た。この中にはアジアや中南米のプロジェクトやケニア以外のアフリカの国々ザンビア、ルワンダ、ウガンダ、アンゴラ、ジブチなどがあった。

当地AMDA スタッフにかわり、私はAMDA 本部の努力と日本の支援者に感謝します。アフリカ諸国の取り残され恵まれない人びとに対する深い思いやりを高く評価します。　（翻訳：出口純子）

AMDA フレパルス診療所

◇

AMDA フレパルス診療所　看護主任　フリーダ・エナーネ
翻訳　出口純子

2001年6月AMDA ケニア事務所は、1995年11月15日に発足した地域組織（CBO）のフレパルス地域看護施設と協定を結び、ナイロビのキベラスラムにおいて、医療サービスの提供と保健医療の質の向上をはかることになった。

プロジェクトの対象となるのはナイロビで最大のキベラというスラムである。人口はおよそ百万人。キベラスラムはやたらに広がった地域で、小屋がけの粗末な住居が密集しておりその中には街路もない。以前道路であったらしき場所も露店などで埋まってしまい道路の体をなさない。

人目にたたない場所には簡単な便所がある。そこにはだれかが置いた水タンクがあるにしても、パイプはしょっちゅう壊れていて水が出るとは限らない。スラムには驚くほど多くの人間が寝起きしている。住人はナイロビで事務下級職として働くか、職人も多い。しかしほとんどは、野菜や食料品の行商や露店など小さな商売、ジュアカリ（肉体労働）で糊口を凌いでいる。

住民全体が貧しいため、個人、近隣地域、環境のレベルを問わず、人びとの衛生観念はきわめて低い。その結果路上にはごみが散乱し、道端の溝は水路というより、便所から溢れたらしい濁ったどろどろがたまっている。ごみの山は悪臭をはなち、ハエが群がっている。ハエの大群はスラム中をとびまわって感染症の原因、細菌をまき散らしている。

このような場所で女性たちはさまざまな商売に精を出している。各種のそうざい、生鮮食品、乾物そのほかありとあらゆるものを売っている。上述のような生活状態では、コレラ、赤痢、腸チフス、再発性下痢といった感染症がたびたび大発生するのもうなずける。

スラムでは日々の食事にも事欠く家族が多いので、ここでは常に犯罪発生率が高い。このように治安が悪いため、住民は恐怖から猜疑心と不信にとらわれやすい。夜遅くなってから出歩くことは非常に危険である。

ケニヤッタ国立病院とバンガティ郡立病院には、医療費軽減措置を受けられる公共保健組織があるが、多くの場合スラムの住民にはこの補助を受けてもまだまだ病院の費用は高すぎて、結局は治療を受けずじまいになっている。また特に伝染病の知識がないため感染の危険も非常に大きい。キベラ・マシモニ地区スラム（プロジェクトを実施する地区）はナイロビの中心部からおよそ10キロメートル西に位置する。このスラムの人口はゆうに7万人を超える。ここでは一部屋に一家族平均6人が住んでいるのが普通だ。このような劣悪な住環境では、衛生状態が悪く、伝染病の蔓延が避けられない。

結核はじめその他の伝染性の強い病気がスラムをおびやかしている。マラスマス、クワシオルコル(蛋白失調症)といった栄養不良による子どもの病気もきわめて多い。このほかにも、子どもがよくかかる病気は下痢、マラリア、腸チフス、急性呼吸器障害など。保健衛生の問題は住民の経済状態の改善と直結している。現状はスラム全体の経済的な将来の展望が厳しいことを反映している。

目標とする理念

プロジェクトの主な目標は、キベラ住民に一般的な保健衛生観念をつちかい、基本的医療保健サービスを提供することである。

a) 目的

1．今も根強く残っている健康に害のある因習、民間療法などを改めるよう地域住民全体を対象として意識改革をする

2．実効性があり安価な医療サービスを充実させる

b) 活動

1．保健衛生の向上、病気予防、治療のサービスを提供する

2．医療サービス全体の管理と拡充

3．保健省はじめその他の行政との横の連携をはかり、全レベルでの住民参加を進める

4．意思決定プロセスに地域のリーダーの意見を含める

5．地域全体の生活レベルの向上をめざす

6．キベラ地区とその近隣一帯で、性感染症、HIV/エイズに関する啓発、自発的カウンセリングおよび検査(VCT) によるケアを実施する

7．現在きわめて高いスラムの新生児死亡率と妊産婦死亡率を下げる

活動と実績

およそ6年前にプロジェクトが始まって以来、私たちの開設した外来診療所は十分にその機能を果たしている。診療所では週あたり以下のような診察を行なっている。

1．家族計画指導　約60～80人
2．妊婦検診　約50人
3．産後検診　約20人
4．予防接種（児童）約50人

その他さまざまな相談に来る人びとのために、個人健康相談、地域環境衛生指導などで対応している。栄養教育も行っている。さらにここで教えたことがどの程度実際に行われているか、指導した女性たちの家庭を職員が訪問するなどフォローにも抜かりない。このプロジェクトがきっかけとなって、女性たちの小さなグループがいくつもでき、その活動は小規模な起業をすすめて収入の道をはかり、生活レベルの改善につながっている。

AMDA フレパルス診療所

キベラスラム内の様子

スタッフ

1．ケニア正看護婦／助産婦　2名
2．ケニア正医療主任　1名
3．看護助手　1名
4．清掃係　1名
5．メッセンジャー　1名

財務

プロジェクト開始時からすべての財務状況は適切に記録され、会計士による年次報告がなされる。8人からなる理事会がプロジェクト運営にあたる。

課題と問題点

1．病院、看護施設用の建物が未完成
2．病院用マットレス、シーツ類の不足
3．手術室設備の不備
4．医療機器全般の不備
5．資金難のため看護スタッフや医師の不足
6．電力不足(保安用照明やラボの停電)
7．貧困、失業のため治療費負担金の未回収
8．貧困のため養育できないので生まれた子どもを遺棄する。治療費が払えない

ケニアにおける見捨てられた土地

◇
AMDAケニア事務所　横森　健治

はじめに

これまでAMDAケニア事務所の活動を何回か紹介してきましたが、今回はケニアの文化について、少し紹介したいと思います。

12月18日から23日まで、私はこれまでの人生で最も厳しい旅をしてきました。旅先は、中央政府から見放された、ケニアの北東部州と東部州です。日本大使館からの依頼で、プログラムマネージャーのジョン・デリトゥと共に、現地NGOである「WANDA(北ワジール開発協会)」の小学校建設プロジェクトをモニタリングしてきました。そのプロジェクトサイトは、ケニア中心部からかけ離れたエチオピア国境に近い乾燥地帯にあります。往復約1800キロメートルの、砂埃りの中を進みました。

往路

WANDAは、地元選出の国会議員Dr. アリが1998年に設立したNGOで、北東部州のワジール市に事務所があります。初日はそのワジールまで、737キロを15時間かけてDr. アリの車で駆け抜けました。中間地点であるガリッサ市までは舗装道路ですが、ガリッサ市を過ぎると雨期の雨でぬかるんだ泥道が、ひたすら続きます。ナイロビを朝7：00に出たのですが、50キロも行かないうちに2回もパンクし、ガリッサに着いたのは13：30。ここからの道は熟練の運転手を雇い、燃料をたっぷり入れて行かなければなりません。ワジールまでの道には大型トラックが何台もはまり、立ち往生していました。私たちを乗せたランドクルーザーも、ぬかるみの中をもがきながら進みます。それでも時速は30キロ。ワジールまでまだ150キロもある遊牧民の小集落で、日が暮れました。

ここで出された食事は、チャパティー（小麦粉の薄焼き）とチャイ（ミルク入り紅茶）、そしてその日二度目のヤギ肉です。ここでは野菜を注文するとジャガイモが出てくるほど、緑黄色野菜がありません。その代わり、ラクダの乳からビタミンを取るようです。そしてこれから先の道程では、くる日もくる日もこのメニューが続くことになります。北東部州に住む遊牧民は主にソマリ族で、彼らは1日に5～6杯もチャイを飲みます。チャイの熱さで汗をかき、体を冷やすのだそうです。ワジールは乾燥地の真ん中にあり、30度を越える暑さです。UNFPA（国連人口基金）が各世帯に援助食糧を供給するほど、旱魃に苦しめられている土地です。ここでは、先進工業国の事務官は駐在せず、暑さに強いインド人が取り仕切っていました。

牛が売られていく
このトラック隊列のフレームの上に腰かける

ナイロビでは北東部州に行くことを危険だからやめろという人もいますが、自分の目で確かめたいと思い、やって来ました。Dr. アリは「ナイロビの人が思っているほど危険な場所ではないが、みんなが銃を持っているから、自分も携行する」とピストルを持っていきました。夜の移動は危険な気もしますが、「お前が死ぬときは俺が死ぬときだ」と言って、真夜中の道を前進します。途中、私は疲れて寝てしまいましたが、車は夜中の12：00に、無事にワジールに到着しました。私たちは町で一番いいホテルである「ドバイホテル」(一泊約100円)で水のシャワーを浴び、すぐに眠りに落ちました。

翌朝はWANDA事務所で、設立の経緯や主な活動について聴き取り調査をしました。Dr. アリによると、広大な北東部州に舗装道路は11キロメートルしかなく、他はすべてガタガタ道。乾燥地帯のため、赤い色をした水溜りの水を飲んで、住民は育っていきます。小学校に通う子どもは少なく、親はラクダ・牛・やぎ・羊などの家畜の面倒をみさせるために、子どもたちを家に置きたいのです。彼らに教育の重要性を認識させ、小学校教育を普及させようという目的で、WANDAは設立されました。その他にも栄養調査やダム建設など、地元のニーズに応える活動を続けています。

昼過ぎにワジールから247キロメートル離れたブテ地区に向け、出発しました。「ここからブテまでは俺たちのテリトリーだから、もう大丈夫。すぐに着くさ」という言葉を信じて出たのですが、そこからもヒドイ道が続きます。それでも後から帰路とを比べると、往路はマシだったのですが。ここは国立公園ではありませんが、途中にイボイノシシやマントヒヒ、チーターなどの猛獣を目撃しました。まさにここは、ヒトと家畜と野生動物が共生する場所です。なんとチーターのすぐ横では、赤マントを羽織り手にステッキを持ったスリムなソマリ族の男性が、悠々と家畜を移動させています。野生動物は家畜を狙うのですが、人間には危害は及ぼさないそうです。

午後4：00頃、私のお腹が調子悪くなりました。途中で飲んだチャイが、キューキューとお腹を痛めます。「確かあのチャイは、赤茶色の水たまりの水でつくっていたな」運転手に頼み、砂漠の潅木の中でしゃがみました。しかし乾燥地帯のため、潅木の林は私の体を隠さず、容易に用便の姿を見られたはずです。車に戻ってからクラビットという下痢止めの抗生物質を飲みま

した。普段は薬嫌いで自然に治癒させるのですが、「どうしょうもなくなったらこれを飲め」という友人の言葉を信じ、ここで倒れては仕事にならないばかりかナイロビへもすぐには戻れないので、今回は飲むことにしました。

しばらく脂汗をかきながらじっと我慢していたのですが、この薬が効いてきて、何とか第一目的地のアダジジョーレまでもちました。ここでは一校目の小学校をモニタリングします。セメントを練って作ったブロックを使って、強固な小学校を建築しています。これまで父兄が作った泥壁製の小学校が、強風と雷により、次々に破壊されていたのです。水も何キロも先から汲んでこなければならないので、どの学校も大きなコンクリートの水がめを作り、雨水を貯めています。小学校の床が土間のままで、椅子も机もなく、ガランとした教室が印象に残りました。この日は最終目的地のブテに夕方6：30に着き、小学校に泊まりました。夜になると、周りから野生動物の鳴き声が聞こえます。WANDAで私たちの世話役をしているアリガブは、「ハイエナだ」と言います。その声はとても近く、学校のフェンスのすぐ外側から聞こえてきます。ワジールに比べて気温が低いブテに着き、夜の散歩を楽しもうと思っていた心が、とたんに萎えました。夜空を見上げると昴やカシオペヤなどの星座が、一面に輝いています。彼らも星に名前をつけているのか聞いたところ、無関心に「そんなものはない」との返事でした。雨期のナイロビでは見ることのできない星座を見ながら、その1000キロの距離を思いました。

遊牧民の荒地

翌日は、本格的なモニタリングです。ブテ周辺の三つの小学校を回りました。どの小学校も休暇に入り児童はいませんが、地元代表であるチーフやＰＴＡ雇いの教師、あるいは地元の建設業者が、小学校を案内してくれます。この地はエチオピアとの国境にあり、家畜を巡って部族間の対立が激化した時期がありました。集団で他の部族を襲い、家畜を奪うのです。このため、政府は住民の武器の所持を認めています。肩から自動小銃を下げて、牛やラクダを放牧している男たちの姿が見受けられます。女性は１４、５歳で結婚するため、学校からのドロップアウト率は80％とのことです。乾期の水不足は深刻で、７～13キロメートルも先から水を買ってきて使っています。20リットルあたり10シリング（15円）とのことでした。１家族1日あたり40～60リットルの水を使うそうなので、現金収入の少ない遊牧民にとっては、大きな出費です。どの小学校でも、日本政府の補助により、小学校が整備されて嬉しいという感謝の言葉がありました。

ある小学校で奇妙な看板をみました。アラビア語の下に、その訳として「Sky is the Limit」と記されています。これはどういう意味だろう？コーランの一節か。アリガブに答えを聞こうと思ったのですが、もう少し自分で考えてみることにしました。「空には限界がある」と考えたらいいのか、あるいは「空は限界である」と読むのか、色々考えているのですが、どうもよくわかりません。なんとなく神に関係するように思うのですが、どなたか知っていたら教えてください。

帰路

ブテでのモニタリングを終え、12月20日のうちに、モヤレというエチオピアとの国境の街に投宿しました。本当はワジールからバスでナイロビへ戻る予定でしたが、そのバスが3日も出ないという連絡が入ったため、別ルートで戻ることにしました。モヤレルートについてDr. アリに訊いたところ、「ケニアでNGO活動をするのであれば、いい経験になるからモヤレから帰ったらどうか」との答えです。私たちは単純に、「そうか。いい経験になるならそうしよう。それにケープタウン（南アフリカ共和国）とカイロ（エジプト）を結ぶグレートノースロードの一部をなす国際道路だし、大丈夫だろう」と考えていました。しかしケニア政府は、モヤレからイシオロまでの約600キロを舗装道路にするという国際約束を果たしていませんのでガタガタ道の上、公共の交通手段もありません。このためこの間の交通は、もっぱら物資または家畜の運送用トラックに頼っています。旅行者は、このどちらかに乗せてもらうより他にありません。

トラックの助手席に乗れるので大丈夫だという言葉を信じ、モヤレルートで帰ることにしました。モヤレの夜は快適でした。久しぶりに緑の野菜を食べることができたのです。しかも、スパゲティーと一緒に。エチオピア側に渡るとケニア側とは別世界で町が整備され、美しい女性がビールをお酌してくれると聞きましたが、クタクタの体をベッドに横たえるとすぐに眠りに落ちてしまい、国境を渡ってみる気力はありませんでした。

翌日は早朝5：00に起き、WANDAスタッフと共に検問所まで行き、トラックの隊列に合流します。ここからイシオロまではマシンガンを持つ兵士がエスコートとして同行しますので、みんな一緒に出発するのです。

WANDAスタッフが予約しておいたトラックには、モヤレ周辺からナイロビまで売られていく牛が、ギューギュー詰めです。その助手席に乗り込んで待っていると、女性が2人助手席に乗り込んできました。そして運転手が、私に「降りろ」と言うのです。彼は昨夜、私とデリトゥを助手席に乗せると約束したのですが、今になって女性2人を乗せると宣言しました。こちらがいくら約束が違うと抗議しても、モヤレの町では他の交通手段がないため、彼ら運転手が絶対的な力を持っています。いくら口論しても、私たちの空間はないのです。

私とデリトゥは、WANDAのスタッフから質問されました。「ワジールまで戻ってバスでナイロビへ帰るか、それともあのトラックの荷台の上を覆っているフレームに乗って行くか、どちらにする？」ここからワジールまで戻るよりは、荷台の上のフレームで1日我慢すればナイロビに着くのだから、このまま進もう！私たちは迷わずそう決めました。しかし、この決断を直後に後悔することになるのですが。

モヤレからナイロビまでは約800キロ。その４分の３が、大きな岩石の露出した悪路です。それを1日でナイロビまで帰りつけるはずがありません。ほとんど植物のない乾燥地帯を、灼熱の太陽に照らされて、牛飼いのトラックは進んでいきます。私たちは幌の外されたトラックのフレームにつかまり、その下の牛の詰め込まれた荷台に落ちないよう、そして何より３メートルの高さから路上に落ちないよう、両手でフレームにしがみつきます。特に橋にさしかかるときは、トラックが大きく横揺れするので、振り落とされ

建設中の小学校とWANDAの人々

ないよう腕に力を込めます。

トラックは時速40～50キロの速さで順調に走り出しましたが、パンクと牛の立て直しのために、途中で何度も止まりました。重い車体と鋭角な岩石のため、パンクが頻繁に起きます。しかも4台のトラックが集団で移動するので、自分の乗ったトラックが大丈夫でも、他のトラックがパンクすると止まらなければなりません。牛の立て直しとは、荷台にすし詰めになった牛が倒れたときに、牛飼いがその鼻と口をしばって、牛を立ち上がらせることをいいます。倒れたままでは、その上に他の牛が乗ってくるので、大切な商品が死んでしまうのです。そのため何度も車を止め、牛を立て直します。4台のトラックに、私たちのような乗客は約80人。誰もが黙って、力を込めます。牛と違って人間が落ちても、トラックは止まりません。盗賊が略奪のためにときたま現れるような土地に残されては、死が待つのみです。だからこそ、エスコートが同行しているのです。

モヤレからイシオロの中間地点であるマルサビットまで、8時間かかりました。この間、雲ひとつない空から太陽に照らされ、私の顔と手の甲は、真っ赤に焼けました。腕にはもう力が入らず、鉄のフレームに腰掛けたお尻は、ヒリヒリと痛みます。このような厳しい旅ですので、鉄のフレームに腰掛ける客のほとんどは、男です。女性客は1人しかいません。彼女には夫が付き添い、常に守られています。路上3メートルのフレームの上は、一つの小さな社会です。そこを仕切っているのは20代前半の若い男で、大声で怒鳴りながら威張っています。彼に逆らえば降ろされてしまうので、政府の役人であれ、警察官であれ、おとなしくしています。私もかなり頭にくることがありましたが、この日は我慢していました。

マルサビットまであと数キロの地点で、警察の検問となりました。横柄な太鼓腹をしたオフィサーが、私たちに路上に降りろと命じます。身分書を一人一人確認します。ケニアでは身分書を携帯していないと、罰せられるのです。しかし、若年者で身分書を持っていなかったり紛失した人は、警察から賄賂を要求されます。そのような人は陰に呼ばれて、いくらかの金を払わなければいけません。私もこのときに、提示を求められました。AMDAの身分書を手渡すと、彼は「パスポートを出せ」と言います。「パスポートはナイロビに置いてきた」と言うと、「その陰で待っていろ」と命じます。明らかに賄賂を取ろうという魂胆です。私は大きな声で、「何が問題なんだ」と訊きました。すると、「何が問題がわからないならわからせてやる」この言葉に私の中の何かが切れてしまい、彼の正面から目を見据え、「私たちはケニアの人々のために、NGOとして働いている。今回は地元NGOをモニタリングするために1000キロ以上旅をして、日本大使館の仕事をしているんだ。国会議員の招きで来ている者に対し、このような扱いをしていいと思っているのか！」と英語で怒鳴りました。ちょっとひるんだそのオフィサーは、「次からはパスポートを携帯するように」と私ではなくデリトゥに言って、去っていきました。そしてその腹いせに、トラックのドライバーから多額の金を巻き上げたようです。そのドライバーには気の毒なことをしましたが、路上3メートルの小社会では、ロジックは通用しません。その一件から私は、少し株を上げたようでした。威張っていたコーディネーターが、私を避けるようになりました。その夜はそのマルサビットという野生動物保護区内の町で、一泊せざるを得ませんでした。「次の日にはナイロビに辿りつける」と隣の乗客が言いますが、今度は信じません。

翌朝、再び5：00に起床し、昨日のトラックに這い上がります。私とデリトゥは昨夜のうちに購入しておいたサイザル麻の縄で、フレームとフレームの間に座席を編みました。合計10本の縄を使い、お尻と足を置く場所を作りました。これでフレームの上に、直接腰掛けなくてもすみます。昨日に比べ、かなり楽になりました。6：00に出発したトラックの一団は、昨日とは打って変わって緑の大地を走ります。マルサビットからイシオロまでの道は悪路ですが、降水量が多く、木々の茂る緑の中を進みます。そうすると、今度は木の枝が私たちの脅威となります。道端から突き出した大きな枝が私たちを襲ってくるのです。枝の張り出した木が近づくと、私たちは一斉に身を伏せます。そうしないと、トゲのいっぱい出た枝が頬や首、腕に、勢いをつけてあたってくるのです。私の頬は昨日の太陽で焼かれ、ヒリヒリしていました。これ以上焼けたくないので、日本手ぬぐいをすっぽり頭からかぶり、ムスリムの女性のように、顔をすっぽり覆いました。日本手ぬぐいに感謝したのは、その素材が薄いことでした。すっぽり被っても周りが見えるのです。

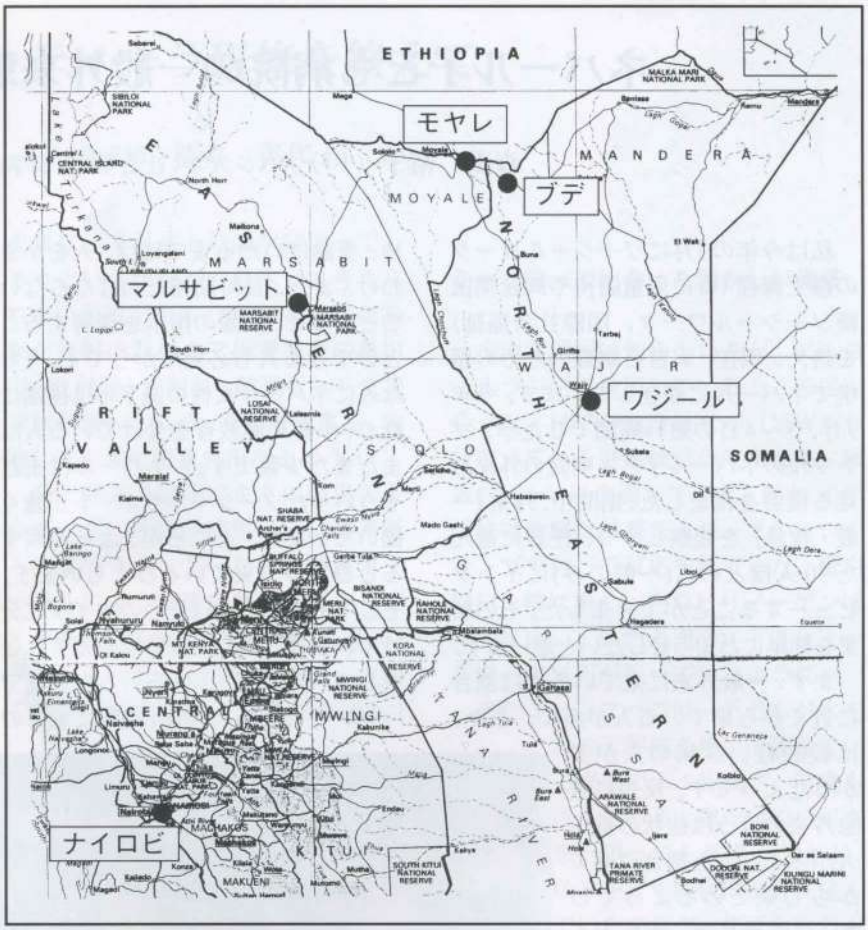
途中、ドライバーたちは自分たちの都合で小さな集落に寄ります。そのたびに私たちは、ドライバーの様子を見ながら用便をしたり、水を買ったりしなければなりません。すぐに出発をするようなら、私たちも小走りで用事を済ませます。ある集落で、遊牧民特有の民族衣装を着た少女が木の枝を売っていました。歯ブラシにするのだそうです。私は歯ブラシよりも、その衣装に興味が湧きましたので、「写真を撮らせてくれ」とスワヒリ語で頼みました。「お金をくれたら撮らせてあげる」と言うのでいくら欲しいのかと訊いたところ、200シリング（300円）と言います。これは大金です。周りの人は「お前にとっては安いだろう」と言いましたが、これでチャイが10杯飲めるので、やめました。この後、遠くから建物と遊牧民の姿をカメラに収めたところ、隣の乗客から注意を受けました。「写真を撮っているところを見つかると、彼らはそのカメラを壊してしまうぞ」。私は慌ててカメラを隠しました。

この日はパンクが5回続き、牛もか

なり消耗していたため立て直しを何回もして、イシオロに着いたのは夕方6:00になりました。イシオロに着く直前、例のコーディネーターとついに口論になりました。倒れた牛を立て直すのは別の牛飼いの仕事ですが、このコーディネーターも少しは手伝います。彼は私の近くに来て、「ムズング（白人）、お前も下に降りて牛を立ててみろ。」とつっかかってきます。私ははじめ無視しました。しかし、しつこく言うので「うるさい。下に降りると汚れるからイヤだ」となんとかスワヒリ語で答えました。彼は「俺の足を見ろ。下で牛の立て直しをするとこういうふうに汚くなるんだ。お前も裸足で降りてやってみろ。」「俺はやるつもりはない。お前はこの牛たちと同じじゃないか。汚いやつだ。」と私はスワヒリ語で言い返しました。これを聞いた乗客は、よくそんなことを言うもんだと驚きの声をあげました。私もこの車から降りろといわれては困るのでそれ以上は言いませんでしたが、このコーディネーターに対しては私の隣に座っていた警察官をはじめ、乗客のほとんどが腹を立てていました。乗客から勝手に水や果物を取り上げて飲んだり食べたり、乗客が座っている柔らかい素材に横入りしたり、したい放題で、みんなが嫌っていたのです。

しかし、強い者が威張り、弱い者から物を取り上げるという構図は、遊牧民の地ではあたり前のことなのかもしれません。飲料水が限られており、命を支える家畜も限りがあります。強い者がそれを取り、弱い者がそれに従う。生存競争が厳しい社会では、腕力がすべて。言葉の力は弱いのです。女は黙って男に従い、男は女を守る。そんな人間関係がこのような環境から生じるのは、自然なことだと感じました。ひょっとすると地球上の大半の地域では、こういう関係が一般的なのかもしれません。

イシオロに着くと、私とデリトゥはもうヘトヘトでした。「一番いいホテルに案内してくれ」そう言って連れて行ってもらったのは、クリスチャンの経営するホテルでした。それまでの遊牧民、乾燥地帯、イスラム教といった要素とはまるっきり反対の、農耕民、緑地、キリスト教。ホテルの構造も違うように思いました。ガイドブックなどではイシオロは辺境の地として紹介



されているのですが、「文明に帰ってきた」と、2人で思いっきりスプライトとコカコーラを飲み、野菜カレーと魚のフライを食べました。そしてなんとそのホテルでは、イギリスのプレミアリーグサッカーを、テレビでやっているのです。これが同じケニアとは思えませんでした。この夜はディスコミュージックが表で鳴り響く中、安らかな眠りに落ちました。

翌日、早朝のバスに乗り、今度は舗装道路を通って、昼過ぎにナイロビへ到着しました。高層ビルが聳える大都会、ナイロビ。ここの街中では、また違った怖さが潜んでいます。治安の悪さは日増しにひどく、バスから降りた後、しばらく変な2人組に後をつけられているような感じでしたが、デリトゥとうまくかわしました。そこから家までのマタツ（乗合バス）で、座席の南京虫にやられる、というおまけつきでしたが、12月23日昼過ぎに、無事にわが家に帰り着いたのでした。

おわりに

ケニアは、南の農耕民族と北方の遊牧民族に、はっきり分かれていることがわかりました。そして、遊牧民族は中央政府から見放され、開発の対象外に置かれています。初代のジョモ・ケニヤッタ大統領は、「北東部州はソマリアにあげてもいい」とまで言ったとか。それが本当かどうかはわかりませんが、北東部州と東部州の道路は未整備で、学校・病院にも十分な設備と人員が不足しています。最近は治安が悪いという理由で、国際援助機関やNGOのこの地域での活動さえ、政府が抑制しようとしています。しかし、今回の旅により、地元の人々との信頼関係を作りあげれば、そこでのNGO活動が可能であるということがわかりました。銃を持った人は多いのですが、むやみにそれを使ったりはしないからです。

この旅は私にとって、これまでで最も過酷な旅となりました。日本人でその土地までこのような旅をする人は少ないでしょうが、ケニア人のデリトゥでさえ、こんな経験は初めてだといいます。しかし、ケニアの別の面を自分の目で見て肌で感じることができたこと、そして少しではありますが自分の強さを実感できたことが、大きな収穫だったと思います。地球はおもしろい。私は冒険は好みませんが、今後も自分の足で動き回りながら、何かを肌で知る努力を続けていきたいと思います。

ネパール子ども病院の一般外来患者について

◇

森重　裕子（トリブバン大学 社会学 人類学部 研究生）

私は今年の3月にソーシャルワークの修士課程（特に児童虐待や周産期医療ソーシャルワーク、国際社会福祉）を終え、現在、実習と調査のための留学でネパールに滞在しています。今年9月、3～4日の短い期間でしたが、ブトワルのネパール子ども病院の外来を見る機会を得ました。期間中、外来（一般・救急）を観察しつつ、任意に選んだ30人ほどの人(一般のみ)にインタビューすることができました。その結果を簡単にお知らせしたいと思います。

まず、一般外来に来ている人は割合に近くから来ている人が多く、また、比較的軽い症状の人が多かったようです。反対に救急外来のほうは症状の重い人が多く、また割合に遠くからも来ているようでした。ここからは、病院近くに住む人は待ち時間中も家に帰れるために通いやすく、また、重くなる前に来ることができると考えられます。遠くから来ている人は、やはり待ち時間が長いことから家を長時間空けるのが難しく、従って、症状が重くなってから病院にかけこむのかもしれません。また、救急外来に来ている人の中には貧困層がみられましたが、一般のほうはそうでもないようでした。これも、支払いの面や知識の面からでしょう、貧困層は受診が遅れるということが考えられそうです。つまり、貧困の中にある人は、お金の工面の困難や恐らくは知識の不足から受診の決断が遅れ、結果的に遠くの病院まで行かなければならないほど重症となり、結局救急受診となるといえるでしょう。

次に「ひとりで来ている女性」についてです。ネパールでは一般的に言って、女性がひとりで病院に行くことはあまりありません。ほとんどの場合付き添う人がいます。夫や共にすむ家族、親戚、兄弟、姉妹、友人などです。なぜなら、ネパール子ども病院も含め、受診にいたるまでには、人をかきわけ、また、長時間待たねばならないことも多く、医師の指示を理解することのできる人も必要だからです。（ちなみにネパール女性の識字率は極端に低く、中等高等教育を受けている人はまだまだ少数です。）ネパールはまだそういったソーシャルサポートが強く働いています。ところが、よく観察するとひとりで来ているひともいます。そしてそういう人は2つのタイプに分けられます。ひとつは学校の先生などをしていたりして、いろいろな意味で「パワー」のある人です。病院に来るのに大きな助けを必要としない人ともいえるかもしれません。もう一方は、いろいろな意味でリスクの高い人です。一緒に来る人がいないということは、その人のソーシャルサポートが全くないかとても弱いということがいえます。もし、ネパールで医療ソーシャルワークがあるとすると、真っ先にコンタクトするべき人たちになるでしょう。

最後に、全員に共通であった意見が2つあります。ひとつは「待ち時間が長く、待つ場所も少なく、受診は大変である」という意見。これは、ネパールの大きな病院に共通していると思われますが、だからといってそれでよしとするのではなく、「人にやさしい病院」のネパールでのモデルを目指してもよいのではないでしょうか。子ども病院ではその辺りにも日本の感覚を撮り入れ、気を配ろうとしており、とても共感しました。各国の病院だけではなく、テーマパークやその他、大量の人をきちんと扱っているところからのシステムについての情報収集も必要かもしれません。もうひとつは「女性や子どもについて、大変良い病院と聞いたから受診した」というものでした。これは大変印象深いものでした。ネパールは口コミの威力が強いのですが、それでも、全員が口をそろえてそういうからには、地域にそういう評判が定着しているといえるでしょう。

これからは、遠隔地の住民や貧困層へのサポート（待ち時間緩和や居心地の良い待合作り、情報提供—病院料金やローン制度の周知などを含む）、そして、現存している地域医療との強力な連携・ネットワーク、母子医療に関するアドボカシー活動（医療政策や地域住民へのソーシャル・アウェアネス）などが求められているように思います。

短期間であまり準備もできていなかったため、かなり制限のある結果しか導くことができませんでした。しかしながら、「こういうことであろう」という漠然とした、または一見明らかに思える事柄について、調査によって実体をきちんと明らかにする必要はあると考えます。また、病院の地域における現在の位置付けや関係を調査によってはっきりさせ、病院のコンセプトとズレがみられるところは今のうちに何らかの対処を行うために、短中期目標に取り入れないといけないでしょう。そういった意味で、もし機会があるならば、周産期ソーシャルワークの観点からの詳しい調査を行ってみるのも、また違う視点が得られて新たな側面を発見できるかもしれません。

最後に、このような機会を与えていただいた関係者の皆様、どうもありがとうございました。

メッティーラ研修を終えて

◇

看護婦　橋本　美代子

8月21日～9月11日の間、メッティーラを訪れAMDAの様々なプロジェクトの研修を受けた。次々とあちこち行っているうちに実質12日という期間はあっと言う間に過ぎ去ってしまった。

ミャンマー子ども病院

ミャンマー子ども病院で、少しでもお手伝いできればと思って昨年のスタディツアーに引き続いてミャンマーに来たが、デング熱の流行もあり、病棟内は連日大勢の患者さんで溢れていて、ゆっくりと何かができるという雰囲気はなかった。実際には最初新生児の沐浴をさせて頂き、その後は数人の入浴というか、清拭というか、とにかく身体の清潔にかかわった。その他は発熱者が多いのでクーリング、ネブライザー吸入、点滴介助、点滴滴数調整、観察などで満足な仕事はできない状況であった。この後続けて滞在できれば、もっと何かできたかもしれないと思うが、実際に残ったとしても邪魔ばかりしていたかも知れない。

点滴が多いのに、シーネがない。ある午前中にシーネを作成したが、翌日には殆ど無くなっていた。材料も注射器を入れているボール箱で作るので、再利用しにくい。また点滴セットは小児用マイクロドリッパーは高価なので、殆ど入荷せず成人用の点滴セットを使用している。そのためかなりゆっくりと落とさないと一時に多量の水分が注入されてしまい危険である。その調整はかなり難しくゆっくり入れすぎると、点滴が詰まってしまう。そこで輸液ポンプなるものが活躍するのだが、セットの材質の関係でうまく機能しなかったり、うまく働いていても停電になると直後はバッテリーで動くが、暫くすると止まってしまう。そのままにしておくと点滴が詰まってしまうという状況で、日本では考えられない苦労がある。また、薬品は勿論だが注射の器材まで患者自身の負担で、注射器・注射針・輸液セットまで家族が買ってくる。そんな貴重品、失敗してもまた患者負担だという。

殆ど満床の病棟はまさに戦場のようだった。呼吸器疾患の児は酸素吸入を3～4人していたり、経鼻カテーテルによる経管栄養、ネブライザイー吸入、点滴をしている児も多く、9月6日の朝は入院35名の内、点滴をしている患者は13名、酸素吸入3名、光線療法を受けている赤ちゃんが1名という状況で、看護婦1名で対応できる範囲を越えている。とにかく観察を必要とする患児、処置が必要な患児が多く、看護婦1名では手に負えない状況であった。忙しいと言っていても患者が減るわけでもなく、ただひたすら出来る限り業務をこなすしかないのだろうが、キンタンシー医師をはじめ医師も看護婦も一生懸命に頑張っておられる姿に感動した。そんな中で、日本からの橋本直子・神田貴絵看護婦はミャンマー語を交えて状態を聞き、通訳のキンタンラさんを通して指導もし、活躍されているのには感心した。また子どもが亡くなった母親と市場で出会い、その母親の言葉つきから彼女たちが信頼されていたのが察知できた。

ミャンマーで出会った懐かしい光景

今の看護婦は知らないこと、アルコールランプで検尿しているところに出会った。村での助産婦さん（MW）が行なっている妊娠検診の時である。尿蛋白（＋）に白濁していた。昭和30年代には検尿は試薬を入れ、アルコールランプで熱して反応を観ていた。蛋白は白、糖は黒く、ウロビリノーゲンは赤く反応していたと思う。丁度今ミャンマーのMWが行っているように…

またミャンマーでは、子どもが水を汲み天秤棒を担いで運んでいる光景によく出会う。何度も運んでいると重たいのに可哀想と思ってしまう。しかし、私の子ども時代は田舎に住んでいたためか、井戸からの水汲みは子ども大人の区別無く行っていた。今考えると当時の井戸は今も銘水と言われているおいしい水だったのだが、夏は夕方表通りに打ち水をするため2～3軒隣とはいえ何度も水を汲みに行った。そのことを辛かったとか思ったことはない。それは我が家をはじめ当時の人々の普通の暮らしであったからである。

そのことから、水が不自由なこと、清潔でないこと、子どもを労働力として働かせていること等々ミャンマーの人々の普通の暮らしと我々の生活を比較することはできない。今の我々の生活はどこに行っても水道が普及し、栓を捻るだけで清潔な水が出るのが当たり前で、そのことに感謝するという感覚は持っていないし、子どもは大方過保護とも言える日常を送っていて、家庭内の仕事は親自身が手伝わせないことが多いと聞く。そのため成人しても、洗濯機を使用しての洗濯さえしたことがないという女性もいる。今のミャンマーでは考えられないことではないか？かっての日本では考えられなかったのと同じに。

右が筆者

FINDING PATIENT PROGRAM　衛生教育を行うキンソ医師

巡回診療・栄養給食

マジズ村、イーウェイ村での巡回診療・栄養給食に参加した。昨年初めてスタディツアーに参加した時は、子ども達がいかにも栄養失調のように見えた覚えがあるが、今回改めて参加してみるとそうは思わなかった。これは栄養給食の成果なのかあるいは単に見た目の違いなのかも知れない。両方の村で試食させていただいたが、ともにいい味付けであった。そんな食事を大人以上に沢山食べているのをみると、栄養状態が改善しない筈がないと思う。ここに来られる子どもたちは幸せだが、そんな眼の届かない地域も多いのだろう。おいしそうに食べている子ども達は本当に幸せそうである。

巡回診療では相変わらず非常にたくさんの患者さんが来られる。何人かに病院への紹介状を書かれていたが、すぐには行けないという老人もいて、それぞれどうなったのだろうかと思う。ハンセン病の患者さんがいたり、HIV の患者さんは極度に消耗していて、よく今まで我慢されていたものだと思った。村に医師が来てくれることが村人にとってどんなに有り難いか計り知れないことだろう。

昨年よりも保健指導も充実してきているようで、さまざまなポスターやテープを使って待ち時間を有効に使用されていた。また、マイクロクレジット（小規模融資）の場ではその機会を使って医師が肝炎の予防について話をし、しっかりと覚えさせていたが、それらの効果が上がって村人の健康が向上する日もそう遠くないかなと期待が持てる。

FINDING PATIENT PROGRAM（村民の受診率向上プログラム）はメッティーラ市民病院の地域医療スタッフの協力のもとで、看護婦が中心となり村のMWらと始められたが、今ではティンセン医師かキンソ医師が診察をされている。レイントウー村、イエジョー村への巡回診療ではそれぞれ156人・140人という村人が受診され薬を貰って帰る。準備した薬が無くなり終了したこともある。全科様々な疾患の人が受診されるので、医師はまさに何でも屋でその働きぶりは凄まじい。午後からはAMDAの診療所でまたたくさんの患者の診察があるのに、苦にしている様子もなく明るくやさしく親切である。日本の医師もその立場になれば同じような行動をされるのだろうが…

ともあれ、AMDAの活動は現地の人々に必要とされるものであり、また現地の人々が中心となって活動されていて、その活動が押し付けでないことが素晴らしいと思う。

ミャンマーの子ども達

ミャンマーの子ども達は、戸外で元気に遊び、屈託がなく大きな声ではしゃぎ走り回っている。このことも私の子ども時代を思い出す光景である。今の日本では限られた場所でしか見られなくなった。その子ども達のきらきらと輝く目を見ると将来に期待が持てる。

僧院学校で私達の周りに興味深々で集まってくる子ども達は、元気一杯で学校へ来るのが楽しくてという雰囲気が伝わってくる。この子ども達が成人になるころには、ミャンマーもずいぶん発展していることだろう。

ミャンマーは緑が多く、至るところで花々が咲き、女性は様々な花を髪に飾っておしゃれをしている。大地は稲や野菜類が豊富で広々としていて羨ましい。人々はとても親しみやすくバスに乗っても明るく声を掛けてくれ、ミャンマーがますます好きになった。生活が向上し文化的になっても尚、いつまでもその純朴さを失わないで欲しいと願う。

AMDAのスタッフの皆様は、お忙しい中、どなたも温かく迎えて指導してくださり、本当にお世話になりました。この場をおかりしてお礼申し上げます。有難うございました。

ミャンマー活動報告

◇

派遣看護婦　神田　貴絵

○活動期間

2001.4.24～2001.10.25(約6ヶ月)

○主な活動フィールド

メッティーラ総合病院小児病棟
(通称：ミャンマー子ども病院)

＜報告内容＞

○御縁

～AMDA、ミャンマーとの出会い～

私はいま、AMDA、そしてミャンマーとの御縁を深く感じ、真心より感謝している。

幼い頃、いまは亡き祖父がシワシワの顔で、葉巻きを口に加え、鉄のかたまりのような年期のはいった灰皿をゴチゴチの指でさしながら、自慢気に語っていた言葉が脳裏に浮かぶ。「これは大戦でビルマにいったとき、もって帰ってきた大砲の玉や。おまえのおじさんはおれの目の前で鉄砲に撃たれて死んでしもうたから、形見としてもって帰ってきたんや」。祖父は大砲の玉を半分に割ったと思われるものを灰皿として愛用していた。母の兄は現ミャンマーで戦死しており、度々「ビルマ」という言葉を耳にすることがあった。しかし、正直言って、AMDAの本部で担当の前 喜美さんより「ミャンマーへ行かれませんか？」という一言を聞くまで長い間、あまりミャンマーを意識したことがなかった。

学生時代より、故マザーテレサのインドでの活動に深く心を打たれ、いままでに4度、インドの地を踏み、この目で世界の現状を直視する機会を得、微力ながらお手伝いをさせていただいていた。そこでの活動は欧米・アジアなどから集まる多国籍のボランティアスタッフとともに、朝からひたすら、マットや着物の洗濯をし、それが終わったら掃除、お昼にはお食事の介助をするというだれでもできるお手伝いだった。お手伝いながら、これらはかなりの重労働だったが、毎日が楽しく、充実したものだった。

しかし、せっかくナースの資格をもって、わずかばかりの経験も積んだから、今度は日本の外に飛び出して、そとから日本社会と日本の医療を眺めてみるのもいいか、また祖父や叔父と同じ土地を踏み、お世話になっただろう人たちと会って、そして微力ながら、お手伝いができたらと考え、活動を希望し、数カ月後ミャンマーへと旅立った。

○子ども病院の現状

子ども病院のあるメッティーラは人口30万人のミャンマーでは中規模のまちである。市場に行くと、色とりどりの野菜やいかにもジューシーそうな果物が溢れている。また有名なシャンプーも手に入るくらい便利なところである。一見すると豊かそうなのである。

子ども病院の外来日。診察を待つ母子。

しかし、ミャンマーの5歳未満児死亡率は112（ちなみに日本は4）とアジアのなかでもかなり高い数値だ。

現在、子ども病院はもともとの34床に4床増床され、38床で稼動している。今年8月より、デング出血熱（ミャンマーでは4年毎に大流行があるのだが、今年はそのあたり年だったのだ）が大流行したせいもあり、メッティーラ市だけでなく、周辺の市や町からも大勢の患者さんたちがやってきたからだ。8月は病床稼働率が100%をこえる日がおおく、修羅場と化していることもあった。この数カ月間で、外来患者、入院患者が目に見えて増えた。私の着任の4月は月間のトータル患者数は202名だったのに対し、ウナギのぼりに上昇し、9月にはその2倍近い、385名の子供たちが来院してくださった。

デング出血熱はマラリアと同じように熱帯シマ蚊という蚊が媒介になって伝染する病気である。初期の段階でORT（経口補液療法）など脱水予防を始めておくと重症になることはないが、村などで適切な対処ができず、重症化するとショックに陥り、死に至ることもある。症状の観察には頻回な巡回が必要だが、1シフトナース1人という現状からすると、かなり難しく、私達派遣ナースもマンパワーとなって働かざるを得なかった。

現地ナースの配属はいままでと変わらず、3～4人が配置され、1シフト1人である。しかし、外来日などの比較的忙しい日にはリリーフのナース1人を出してくれることが多くなった。

また、総合病院は近々200床の増床が予定されており、それに伴い、子ども病院にもシスター（日本で言う婦長のようなもの）、ナースが新たに配属される予定である。スタッフ増員は待ちに待たれていることなのでうれしいニュースである。

○アンケート調査

7月に小林 哲也駐在代表の提案により行ったアンケート調査の結果は大変興味深いものだった. 子ども病院にきた理由として多かったものは「小児科の専門医がいるから」「設備が整っているから」「治療費がリーズナブルだから」というもの。また、知り合いからの口コミという人も多かった. 近隣のタウンシップから医師の紹介をうけ、来ている患児も多かった。中には、P.E.M.といって、タンパク、エネルギ

新しい立派なマットレスの上で微笑む子ども

一緒に働いた地域医療のスタッフたちと　カビュー村にて

ーの栄養失調の子供がここは栄養給食があるからといって紹介入院しており、栄養給食もミャンマー全国に広まる可能性があると感じた。私が患者さんの家族や町で聞く話しもあわせると、確実に子ども病院は地域に広まりはじめ、中核的小児専門病棟としての位置付けを確立しはじめている。

○子ども病院での活動

◇クリーン作戦

メッティーラは首都のヤンゴンからバスで１４時間くらい内陸にはいるのだが、とにかく乾燥地帯なのだ。日本にいると想像できないが、すぐに砂埃がはいってくる。こちらでは水と竹の箒を使って、洗い流すようにタイルを掃除していく。朝から、ヘルパーさんと一緒に、掃除をしても、夕方にはもう、床が埃だらけになるのだ。

着任当初の4～6月は、患者数も10～20名ほどで、あくせく働きまわる必要はなかった。

まず、何ができるか？と考えた時、看護の基本に戻った。衛生環境を整えること。それもまず、患者の近くから。ベッドのマットレスは異臭を放ち、変型し、カビのようなものが生えているものもあった。患者たちは使えないマットをベッドのスソのほうに巻きやり、自分たちで持参した薄い布を敷いていた。栄養失調の子供はその皮膚も弱いため、鉄板のうえに薄い布を敷いただけのベッドに１日寝かされただけで、容易に褥瘡（床擦れ）ができてしまうのだ。

そこで、現地の医師やナースたちと話しあい、マットレスの交換を行うことにした。ミャンマーのマットレスは通気性をよくするため、中身がココナツファイバーでできている。資源のリサイクルと予算をおさえるため、いままでのマットレスのココナツファイバーを洗浄し、再利用した。どのようなマットレスがいいのか、メッティーラ市内の布団仕立て屋を周り、「どうしたら長もちし、寝心地のよいマットレスがコストを押さえて作れるか」マットレス研究の日々だった。一瞬自分がナースなのか布団屋なのか分からなくなることもあった。

その後はベッドサイドにあるテーブルのペンキの塗り替えを行った。このときは以前こちらで働いていた野村由香看護婦が精力的に手伝って下さり、驚く程、見事な出来栄えだった。やっていると仲良くなった入院患者の親戚たちが手伝ってくれることもあった。いままでの前任ナースの方々の努力の甲斐あり、スタッフ皆が病棟の清潔に気を配るようになった。こちらが頼んだわけではないのに、病棟のゴミ箱がきれいに洗われ、太陽のもとに干されていた時はとても嬉しかった。また、スタッフが「一生懸命掃除をしているのに、どうしてこうも汚くなってしまうのか」と一緒に頭をかかえるてくれるようになった。以前はいくら汚くても「私の知ったことではない」という姿勢だったのに。

ナースエイドたちの院内清掃が定着しつつあったので、保清（子供たちの体をきれいに保つこと）などの看護ケアに重点を移すことにした。ミャンマーでは食事を手で食べる習慣があり、その子供の衛生状態が病気につながることもある。また、清潔を保つことは疥癬などの皮膚病の予防と治療になる。

そのとき、いきつけの雑貨店がタイミングよく、沐浴桶（子供の入浴用のタブ）を寄付してくださった。（日頃の私達の活動をきいてだそうだが、とても嬉しかった）そこまではよかったのだが、苦労もあった。ちょうどそれは洪水の後だったので、メッティーラ湖の水に土砂が混じり、茶色く濁ってしまった。水道はその湖から直結しているので、蛇口をひねると泥水がでてくる。しょうがなく両手に１つずつバケツをかかえ、浄水をもらいに歩く。また洪水の後は停電も続いたため、コイルヒーターは使えない、ガスは高価すぎるため使えない。炭をおこし、やっとお湯がわかせる。炭も一人前におこせるようになるには、訓練が必要だった。沸騰させたきれいな水は日本であれば、簡単に手に入るが、ミャンマーでは貴重なものだった。

また、ミャンマーでは新生児はあまり水浴びさせてはいけないという言い伝えものこっているらしく垢太郎のような子供も多い。そこで、沐浴を始めると、どこからともなく見物客が大勢来る。難治性の湿疹で入院していた子供は沐浴と軟膏処置によるケアを２日間行っただけで、きれいに完治した。何よりも口コミが強力なマスメディアであるこの国では、こういう情報はすぐに広まる。はじめはちょっと不安そうだった母親も自分から「沐浴をしたい」と言ってくるようになった。看護実習以来の沐浴で、上手とは言えない手つきの私だが、みんな凝視してくれる。そして、最後に垢太郎がこれ以上増えないために、「帰って村の人たちにも教えて下さいね」と伝える。また、日本で３ヶ月の研修を受けたソーシュエイ看護婦も忙しい業務のなか、沐浴などを一緒に行うようになっている。

◇学び多きミャンマー臨床

ここにはすばらしいスタッフたちとの出合いがあった。キンタンシー先生

からだをきれいにするズーズー君

サンピャ村での受診率向上プログラム

はその一人である。

五感をフルに使い、診療を行う。私は日本でモニターなどの機器や便利な道具に囲まれ、仕事をしていたので、知らず知らずのうちにそれらに頼ろうとする癖がついていたのである。ここにはそれらがない。その分、スタッフたちの五感は研ぎすまされており、あるものを最大限に使う。また、問診・打診・聴診・視診・触診・嗅診（？）と、とにかく丁寧に診察する。それも1日に3回も回診を行う。やはり、ここでも、患者に安心感を与えるのは治療のうえで大切であり、医療者としての義務であると感じた。また、医療者が患者の傍にとどまり、ゆっくり話しをするという行為が安心感を与えるということを再確認した。

○子ども病院、そしてミャンマーの問題～HIVについて～

いまはどこの国においても、重要な課題であり、問題となっているのだろうが、ミャンマーにおいても、HIVの問題は大きい。実際、子ども病院にもHIVに感染し、おそらくAIDSを発症しているだろう子供がほぼ絶えまなく入院していた。現地ではHIVのスクリーニング（1次検査のようなもの）のみを行い、CD4の数値などはカウントしない（できない？）ので、発症しているかどうかとははっきりわからないものの、彼らの症状（いかにもカンジダの白い舌、手足のるいそうと低タンパク血症による腹水、断続的・長期に渡る下痢、皮膚病変など）から、だいたいは分かる。現状として、ミャンマーで抗HIV薬は入手できるものの1ヶ月の薬代が50万チャット（約10万円）かかるという。ミャンマーの一般的な月収は政府の役人でも7000チャットほどなので、この薬代を払える人は皆無に等しい。

問題は母子感染だと考える。HIV陽性でおそらくAIDSを発症しているズーズーは子ども病棟の常連患児である。私をみるなりギャーギャーとわざとらしく泣きはじめる、もうすぐ、2歳を迎えようとしているお茶目な子だ。ズーズーの傍で世話をしているお母さんのお腹はおおきく、次の赤ちゃんがいるのだ。HIVの母子感染率は13～40%との報告がある。HIVは保健医療の問題を引き起こすだけでなく、その国の経済を大きく揺るがすものになる可能性がある。

感染の告知については、現段階では「あなたの子供さんは普通の病気ではなく、とても治りにくいもののようです。念のため、御両親も検査を受けられてみてはどうですか？」くらいに説明される。そして同意が得られれば、検査を行い、陽性がでて、家族が受け入れられるようであれば、その後の性生活などについての教育が行われる。日本で医療に携わっていると、患者に真実を伝えるのは当然だと考えるのは一般的だと思う。しかし、実際、現地で短期間ながら医療に携わって、その国なりのスピードとやり方があり、日本のやり方を押し付けると逆に大きな問題になると実感した。

例えば、日本は抗HIV薬を服用するために、申請し、認可されれば身体障害者として経済的援助が受けられる。しかし、もし現地でHIVに感染したことが分かっても、治療する手立てがなく、対症療法と栄養でもつけて免疫を高めておくしかない。また、医療者として「全力を尽くして、助けます」と言えないのだ。また、HIVに関する知識不足もあり、「HIV＝死、恥」と容易に結びついてしまう人々もまだまだ多いのだ。そんな状況の中ですべての人に告知したら、何が起こるだろうか？一家心中してしまうこともあるそうなのだ。

しかし、HIVは感染するのだ。知らないことにより、感染者を増やしてしまう可能性がある。まず広くHIVに関する知識を普及させる必要がある。そのときには差別意識や偏見を生じさせることのないよう配慮が必要である。ミャンマーにおいて、母子感染予防対策とHIVに対する知識の普及活動は不可欠だと考える。また、是非ミャンマーでもHIV感染者の母親と子供にまず、母子感染予防と治療のための抗HIV薬配付が急がれるところと考える。

○村での活動～FINDING PATIENT PROGRAM（村民の受診率向上プログラム）～

ミャンマーでは国民の70%は町から遠く離れた村に住んでいるといわれる。メッティーラ市の人口は約30万人だが、約20万人は町から離れた地域に住んでいる。それらのほとんどが無医村であり、彼らは病気になると、数十キロの道のりを徒歩、牛車、馬車、バスなどを駆使して、町まで出かけなければならない。政府の調査によれば、ミャンマーにおいて、5歳未満の乳幼児が死亡した事例の35%は両親が病院や医者に連れていかなかったケースである。また12%は正式な研修を受けていない未許可の医療従事者の治療を受けたケースであるとされている。

町から遠く離れた村はもちろん、市内でも貧困に苦しむ地域でも子ども病院、AMDA診療所を知らない人が大勢いることがわかった。病院までのアクセスが地理的・経済的に困難な人々

日本兵の慰霊碑のまわりにたたずむ子どもたち

テードリー村にて井戸掘りを体験

に対しても、広く診療のチャンスを開く必要がある。

そのような現状をふまえ、地域住民がためらわず初期診療が受けられるようにと行われているのがこのプログラムである。現地の巡回診療チームとは別に、週に1回のペースで、町から遠く離れた無医村のサブセンターもしくはヘルスポストに行き、村のL.H.V.(LADY HEALTH VISITOR)、P.H.S.(PRIMARY HEALTH SUPERVISER)などの地域保健の専門家やミッドワイフ(本来の英語の意味は助産婦をさしているのだが、ミャンマーでは助産の仕事だけでなく、衛生教育、地域保健にも深く関わっている)と協力し、診療を行う。基盤は初代子ども病院派遣の野村由香看護婦がはじめたものであるが、AMDAのサービスも次第に、地道に地域に浸透し、1回の診療に50人以上の患者が集まるようになった。また、患者の重症度もまし、医師なしでは活動が困難な状況になってきた。そのため、8月より医師も同行するようにし、いままで30種類ほどだった薬もは50種類に増やし、よりよい巡回医療活動が行えるようになった。より多くの住民が気軽に医療にアクセスできる機会として利用してくださることを願っている。私は実際、この村民の受診率向上プログラムで23の村を巡回した。AMDAは四輪駆動車を使用しているのだが、それでも途中でタイヤが土に埋まって立ち往生し、途中から牛車に乗ったり、歩いたりして、ときには3時間ちかくもかけて村に辿り着くこともあった。村にいってみて、劣悪な交通状態が痛いほど分かった。途中には川あり、谷あり。きっと私もここに住んでいたら、大病にかからないと病院は受診しないかもしれないと思った。また、子ども病院で働いている時に、すでにショックに陥った子供を毛布にくるみ、駆け込んでくる母親をみて、「どうして、もっと早く連れてこないんだ」と悔しい思いをしていたが、こんな悪路を何時間もかけてやってくるのだから、子供の容態が悪くなるのもすこし頷けた。

村では地域に特有な疾患(ガピ・魚醤のようなもの)を多く食する地域の高血圧や脳血管疾患、よい井戸が少ない地域の下痢症など)、季節に特有な疾患(デング出血熱、急性肝炎、インフルエンザなど)もあったが、全体的には栄養失調と不潔な飲み水のための下痢症、視力低下、皮膚病が多かった。ここで感じたのは、やはり医療援助も大切だけれど、受診という行為にアクセスできるだけの経済基盤を整えること、その交通をどうにかすることの重要性も感じた。その国の経済も持ち上がらないとどうにもならない部分があると感じた。(事実、インフレも想像以上のものがある。たった半年程でレート倍以上変動するのだから)知識と気づきがあってもその手段がないと知識を使うことができないのだ。その助けとなるものがEMERGENCY FUND(緊急基金)である。

○EMERGENCY FUND(緊急基金)の活用

AMDA巡回医療チームは平日の午前中に5つの村を巡回しているのだが、このとき、カルテ10チャットと30%の薬代を徴収している。また、平日の午後にメッティーラ事務所で行うAMDA診療所においてはカルテ代20チャットと薬代50%を負担可能な住民から徴収している。その徴収されたお金は緊急基金として積み立てられ、経済的な負担が不可能な患者の手術費や入院費、また緊急時の病院への患者輸送費などに用いられている。大体、月平均10名ほどの患者がこの基金を利用して医療サービスを受けている。私が村民の受診率向上プログラムで出会ったの3歳の男の子は巨大なソケイヘルニアがあり、内部でくさりかけていたのか痛みも伴っていた。手術適応になったが、とても貧しい家だったため、その手術代約5000チャット(約1000円)を払うことができないので受けられないという。そこで、この緊急基金を利用して手術を行った。今は足の付け根にあった巨大なコブもなくなり、元気に飛び舞われるようになった。

○水害～その後～

メッティーラ市内で一番被害の大きかったテードーリー村は見事に復興に向かっている。この村は洪水時、村ごと流されてしまったのだ。もとの村の場所は危険だということで、道路に近い所に政府によって土地と家屋が用意され、避難民となっていた住民全員がニューテードーリ村で生活を始めている。そこには9月にAMDAによって井戸が掘られ、立派な学校が建った。私がちょうど訪れた時井戸掘りの最中だったのだが、農繁期にもかかわらず、ボランティアで牛車を出す住民がいた。皆で力を合わせ、一生懸命頑張られていた。話しを聞くと「いまでもあの昔のテードーリー村がみたくなって、何にもなくなった所に行って、ぼーっとしているのよ」と。村を失ったひとの心の傷は癒えないようだった。

派遣1ヶ月目で、この洪水による水害に遭遇し、「どうしてこんな目に遭

うんだろう」とつらく思うこともあった。しかし、いまとなれば自分にとっては貴重な経験だった。メッティーラの人々とこの体験を共有したことにより、現地の人々と精神的により接近できたと思う。あとは「これをしていいのだろうか？ああ言っていいのだろうか？」と足を前に出したり、引っ込めたりしていた私を「なんでもやってみていいんだ」とちょっと前身させてくれた。

被災地で緊急援助を行うには、とにかく助けたいという気持ちと災害援助に関する技術（迅速評価などにより素早くニーズを見つけることなど）と経験も必要だと感じた。また、今回は一緒に援助にあたる被災者でもあるスタッフの気持ちも考えて行動する必要があった。

○現地の生活
～郷に入れば、郷に従え～

周囲の人々のお陰で、実は生活に大きな不自由は感じなかった。いつも、現地の人と近い生活することを心がけた。すすめられたものはなんでも食べた。オオガエルの煮込みやウズラの姿焼きはちょっと恐かったが（でも実はおいしかった）、ミャンマー料理は驚く程私の口にあった。また、幸い、お腹をこわすことは1度もなかった。また、現地のナースにすすめられ、彼女達と同じエンジー（ブラウス）を着て仕事をした。そして、ミャンマー語を勉強し、できないながらも話す努力をした。娯楽とも文化とも言える竪琴を習った。そのお陰で停電の夜でも月明かりさえあれば、退屈せず、十分楽しめた。

同じものを食べ、同じ言語を話し、同じものを着るということは自然に適応する上で大切なことと感じた。ミャンマー人の性格として、とても遠慮深く、謙虚、また非常に自尊心が高いところがある。そこを大事にして、ともに働く必要があった。

また、現地のスタッフ、とくにナースエイドたちと仲良くすることに努めた。私の顔だちがシャン州の人によく似ているというのでミャンマー語で直接話し掛けられることも多くなった。そして、ミャンマー名「マ・カタ」（ほのかなかおりを放つ白いゆりのような花の名前）を頂き、みんなが覚えてくれやすいので好んで使っていた。しかし、あまりに仲良くなると、「結婚相手を探してあげるから住み着きなさい」と本気になられることもあり、困ったりもした。

○仏教のこころ～ミャンマー式座禅～

メッティーラ滞在の最後の週末、1泊2日でロアンゼリーパゴダ（訳すと「思い出パゴダ」）というお寺で13名の尼僧とともに人生はじめての座禅を行った。ここには第二次大戦中の戦没者の慰霊碑があり、毎年慰霊祭があるという。

やぐらを組んで深い井戸を掘削

今まで半年間、敬虔な仏教徒の方々と付き合ってきて、最後にすこしだけ、彼らに近付きたかったのと、メッティーラの地で、一度も体調を崩すこともなく、危険な目に会うこともなく、本当に無事に生活することができた感謝の気持ちを込めて行うことにした。

「座禅」というと、静かなお寺で背筋を伸ばし正座し、少しでも姿勢をくずすと後ろから和尚様が竹刀で「パシッ」と喝をいれるものを想像していた。しかし、ミャンマーの座禅はすこし違う。姿勢はあまりうるさくない。女性は横座りが主流で、あぐらをかいてもいい（私はあぐらの方がおちつくのでそうしていた）。重要なのは呼吸だ。呼吸だけに精神を集中させる。鼻からゆっくり空気を吸い、そしてゆっくり出す。とにかく心を無にして、「スーハー、スーハー」だけを意識する。途中、余念が入りそうになるが、それが入らないようにするのが座禅の訓練らしい。朝の6時から始まり、一時間ごとの休憩をはさみ、1日6回の座禅を行った。本当はこの座禅の間なにも考えてはいけないのだが、走馬灯のようにいろいろな出来事が湧き出てきて押さえることができなかった。全く、「座禅」どころの話しではなかった。

○最後に

私達のカウンターパートともいえるメッティーラ総合病院地域保健課のセイントゥン氏はいつもやさしい笑みを浮かべ接してくれ、AMDAの活動を支えて下さっている。最後に挨拶にいったとき「AMDAの車をみるといつもあなたのことを思い出しているのですよ。洪水のときのことも決して忘れません。あなた方の活動は確実にメッティーラの村の人々のために役立っています」という言葉をきいた瞬間、いままで張り詰めていた糸がほどけたように涙が止まらなくなってしまった。お世話になったのは本当に私の方である。また、ミャンマーの雄大な自然にはいつも励まされ、癒された。停電の夜、広々とした天空に本当に降ってきそうなくらいの星と天の川が見え、螢が放つ優しい光りがこころを癒してくれた。ずっとこんなミャンマーであってほしいと願う。

私は、このミャンマーでの半年間、実に魅力的な人との出会いがあった。現地のスタッフ、インターンで一緒に滞在した人々、視察に訪れた方など。様々な人と語り、またミャンマーへの思いを感じながら過ごした。すべての人との出会いが私にとっての宝物となった。本当にこの御縁に感謝したい。またこれからも自分に与えられた役目を果たせるよう精進したい。最後になりましたが、AMDAのスタッフ、支援者の皆様に真心より感謝いたします。

アフガニスタン難民救援報告

調整員　谷合　正明

期間：2001年11月26日より現在
場所：パキスタン・イスラーム共和国クエッタ周辺
目的：現地政府、現地NGO、国際機関との連携を図りつつ、アフガン難民への医療支援を実施する。
チーム：日本人（下表）、パキスタン人、アフガニスタン人の多国籍チーム

第2次アフガン難民支援チーム（日本人メンバー）

氏名(年齢)	専門・所属	派遣期間
谷合 正明(28)	主任調整員・AMDA職員	2001年11月26日より2002年1月4日
小西 司(38)	ロジスティック担当調整員・AMDA緊急救援対策局長	2001年12月22日より現在
工藤 ちひろ(34)	看護婦・AMDA登録	2001年12月9日より現在
山上　正道（32）	主任調整員・AMDA登録	2002年1月13日より現在

活動内容

1）ジャム　エ　シャーファ病院との協力（12月3日より現在）

第1次派遣の際に調査を行ったクエッタ市内のジャム　エ　シャーファ(Jam-e-Shafa)病院の医療活動を支援することになった。同病院はアフガン難民対象の病院で、1992年より母子保健医療を中心に施療を続けている民間の病院であり、スタッフは全員アフガン人である。元来5～20年以上滞在しているクエッタ内外のアフガン難民への対応に加えて、米国テロ事件以降の難民の急増により、人材、物資の不足が深刻化していた。

この状況に配慮し、AMDAは医薬品3ヶ月分、検査用医療器具、産婦人科用器具、入院用ベッドの、ガスストーブを提供した。またUNICEFを通して、下痢患者のためのORSと栄養失調児のための栄養補助食品を支給した。

また、診察用ブースを新たに設け、パキスタンのナイラ・アフザール医師(クエッタ出身)と日本の工藤ちひろ看護婦が、小児外来またアフガン難民居住区への巡回診療にあたった。

ムハンマド・ケイル難民キャンプにて（右から2人目筆者）

一日あたりの外来患者数は平均して130 - 180人、巡回診療では一回につき70 - 120人が受診している。外来および巡回診療において、目立った疾病としては気管支炎など呼吸器系疾患、マラリア、チフス、赤痢、下痢、栄養障害、貧血、耳や眼の炎症などである。

2）難民キャンプでの保健医療活動（12月26日より現在）

国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)クエッタ事務所の要請を受け、12月26日からムハンマド・ケイル キャンプ(Muhammad Khail)での難民受入活動に協力することとなった。これに先だち、物資調達や通信、輸送、医療機材の整備などの分野で専門的な知識と経験の必要に迫られたため、12月22日、本部は小西 司(緊急救援対策局長)を派遣。同キャンプはクエッタから南西75km、アフガニスタンとの国境から15kmほどの地点にあり、すでに約2万人が生活している。(1月9日現在)

最終的に約3万人の難民が入る計画であり、AMDAチームは国連諸機関、

難民キャンプでのAMDAの取り組み

	項目	活動内容	対象	AMDAスタッフの数	
1	保健登録	・健康保健カード登録・配布 ・家族カード登録・配布 ・ワクチン予防接種カードの記入・配布	全世帯	3	医師と調整員が統括
2	栄養状態測定	・上腕部周囲測定・浮腫（ふしゅ）の検査 ・体重・身長測定	5歳未満児	5	
3	予防接種	・はしか予防接種 ・ビタミンAの投与	6ヶ月～16歳未満児 1歳未満児	5	

登録・予防接種数一覧

日付	受入人数(人／世帯数)	予防接種(人)	栄養状態測定（人）
12月26日	1,273 ／287	520	
12月27日	／約250	429	364
12月28日	／142	344	約200
12月29日	2,100／184	544	361
12月30日	2,160／187	527	380

注：キャンプ人口は2,600世帯／1,3000人（12/30時点）。
栄養不良と判断された人は約180人。

目立った疾病としては、気管支炎など呼吸器系疾患、マラリア、チフス、赤痢、下痢、栄養傷害、貧血、皮膚病、耳や眼の炎症などである。

州政府保健局、ジャム　エ　シャーファ病院、他NGOなどと協力し、受入の最初の段階である保健医療活動を担当している。

具体的には、UNHCRによって世帯毎に登録された難民に対し、保健登録、栄養状態の測定、予防接種をすることである。

今後の支援

ジャム　エ　シャーファ病院への支援の継続ムハンマド・ケイル難民キャンプでの保健医療活動の継続

ラティファバード難民キャンプでの保健医療活動の開始

春までにアフガニスタンへ帰りたい

AMDA主任調整員　谷合　正明

難民キャンプにて

難民キャンプに支援が足りていないとは思わなかった。2001年12月2日、ムハンマド・ケイルキャンプを訪問しての感想だ。そこには、10月の空爆開始以後、アフガニスタン北部マザーリ・シャリーフからクエッタに避難してきた難民50家族が暮らしていた。彼らの話が本当であれば、約2ヶ月かけて、800キロ以上の道のりを経ている計算だ。私は、ある家族の長であるベロール（38歳）にお願いして、キャンプでの生活の様子を見せてもらった。1家族は4人から8人ぐらい。土壁を利用して設置したテントの中には、毛布と暖炉用のストーブがあった。テントの前には、炊事用のコンロと水を汲むためのバケツとポリタンクが置いてある。キャンプには音がない。ラジオから流れる音楽もなければ、町の喧騒もない。あるのは、炊事場からたちこめる煙だけである。生気がないのは、キャンプの特徴的な光景だ。ベロールの家の周りには2家族が住んでいた。そのうちの1家族は、母親と幼児だけであった。父親はいない。母親は老婆に見えたが、アフガン人女性は結婚後繰り返し出産をすることが多く、少女から一気に老けるというから、彼女も30代か40代なのであろう。彼女は病気であるとベロールは言った。キャンプには、食糧や水、生活必需品は配給されていたが、仮設診療テントに働く医師がまだ見つかっていなかった。彼女に会釈したが、彼女はうめくように何かをつぶやくだけだ。躊躇したが彼女にお願いして1枚写真を撮らせてもらった。それは何かを懇願しているようだった。（ジャーナル1月号裏表紙）

12月19日、UNHCRとUNICEFと合同でムハンマド・ケイルキャンプの再調査を行った。国連側も医療NGOが不足する状況の中、女性医療スタッフを持つAMDAに活動を要請してきた。この時、このキャンプには1万人弱の難民が暮らしていた。救援物資は次から次へとトラックで運ばれていた。キャンプには、そこで商売を始める者も現れ、1つの町が形成されて行くかのようだった。私たちは、診療所の機能、難民受入れ・登録作業、難民の健康状態、キャンプの衛生状態などをチェックした。結論としては、難民受入れ・登録作業の効率化と診療所へ女性医師を派遣することが急務ということだった。初期難民キャンプ形成時は、難民が全員医療サービスを受けられる体制作り、また感染症の予防が重要になってくる。

ショックだったこと

この時、もう一度ベロールの家庭を訪問した。彼と再会できた喜びはひとしおである。ベロールも私の顔を覚えていた。「アッサラーム、アライコム」。イスラム式の軽く抱き会う挨拶をすませた。彼はすこぶる元気そうだった。が、あの母親が亡くなったことを告げ

ムハンマド・ケイル難民キャンプで事前調査するAMDAスタッフ

ムハンマド・ケイル難民キャンプで健康診断をするAMDAスタッフ

られた。では、「あの幼児は？」たまらず聞くと、クエッタ市内の病院に移送されたという。身寄りの無くなったあの子は、これから先どこでどのように暮らして行くのか、アフガニスタンに戻れるのか、私の想像も悲観的になってくる。この時、難民ができるだけ長生きして、最後は本人の望むところに帰ってもらいたい、そのために医療支援が必要だと思った。

休日返上で支援する

キャンプには、毎日難民が150家族、300家族と押し寄せた。AMDAチームとパキスタン州保健局のスタッフは、1家族ごとに保健登録、栄養状態の診断、予防接種を済ませて行くが、これは想像以上にタフな仕事であった。名前を聞く、年齢を聞くという単純作業であるが、名前を何度も聞きなおしたり、年齢がはっきりしないこともある。栄養状態の診断では腕の周囲の長さを測定するのだが、腕を出す格好から注射を打たれるのではないかと誤解して泣きじゃくる子どももいた。予防接種は、一番時間がかかる。嫌がる子どもを言い聞かせて、注射を打つ。ひっきりなしに難民が来るものだから、ほとんど朝から夕方まで休みなしである。加えてキャンプまで車で往復6時間の道のり。キャンプ周辺のでこぼこ道を通るとそれだけでげんなりとしてくる。日暮れ時になっても難民が外で登録を待っているときは、時間との戦いでもあった。日没後の車での移動は非常に危険だからである。スタッフの大半は女性であったため、夜遅く8～9時の帰宅になると、スタッフの家族も心配した。連日このような活動が続いて大丈夫かと心配したが、スタッフにはそれ以上の意気込みがあった。特に、ジャムエ　シャーファ病院から参加している看護婦たちはすごく献身的に働いてくれた。彼女たちも、5、6年前にクエッタに避難してきた難民である。皆一様に、春になったらカブールに帰りたいと言っていたのが印象的だった。パキスタン人男性スタッフも、タフな仕事だけど、すごいやりがいがあると語っていた。難民支援活動に参加できて大変嬉しいという。

難民は何も出来ない人たちではない

難民キャンプにも、ボランティアで働く難民がでてきた。ベロールもその一人だ。12月26日みたび会ったとき、彼はムハンマド・ケイルキャンプに避難してくる難民の誘導作業を担うスタッフとなって無給で働いていた。ボランティアで働く難民たち。その顔はどこか誇らしげである。ボランティア以外にも、キャンプで、肉を売る者、雑貨を売る者が現れ始め、キャンプに活気が出てきた。また医師としてAMDAに参加したいと言ってくる難民もいた。

難民支援は、何も出来ない、恵まれない、可哀想な人たちだけを支援することではないと思う。それは一面的であると思う。彼らは何か出来る人であり、その彼らが復興に向けて取り組むのを支援するのが私たちの役目ではないかと思った。復興のためには彼ら自身が必要とされているのだ。難民が精神的につらいのは、誰からも関心をもたれていない、必要とされていない、そして、忘れられていくことの3つだ、とAMDAは訴えている。私自身、これまでなぜ難民を必要とするのかを実感することがなかった。しかし、今回、キャンプで働く嬉々とした難民の姿をみて、はじめて彼ら無しでは、私たちの支援活動は成り立たないことがわかった。これは援助する側とされる側が向き合っている関係というよりも、同じ方向を向いている関係に近いかもしれない。私は彼らにチャンスを与える支援活動が必要だと感じた。

春にはアフガニスタンに帰りたい

政情が安定すれば、そして仕事があれば母国に戻りたいという難民は多い。そんな難民にとって今一番大切なものは、医療、教育、仕事の3つがそろっているかどうかだ。よく、難民はタリバンとか北部同盟についてどう思っているのかと質問を受ける。しかし、私が接してきた難民のほとんどは、今日の生活と明日がどうなるのかということで精一杯というのが印象である。ボランティアで働き始める難民も現れてきているが、テントの中にはうずくまって寒さをしのぐ女性がまだ多く見られる。私自身、帰還への希望は楽観的であるが、現状の認識は悲観的である。冬を迎え、アフガニスタンに戻れるかどうかのこの時期が、AMDAの人道支援の一番重要な時期ではないかと私は思う。

日本の皆さんへ

◇

AMDA医師　ナイラ・アフザール

この度、AMDAからアフガン難民のために一緒に働こうと誘っていただき、大変うれしく思います。日本のNGOと一緒に活動することで、日本で過ごした時のことを思い起こしました。（彼女は日本に1年間留学していたことがあります）　一方で、これまでAMDAのスタッフとジャム　エ　シャーファ病院や難民キャンプで活動することで、アフガン難民の抱える健康の問題、社会経済の問題がたくさんあることに気づきました。もちろんこのような状態下で支援活動をするのは、精神的にも肉体的にもヘトヘトになることもあります。しかしながら、現場の最前線にいながらも、世界規模のネットワークに自分が参加していることを実感するとき、大変充実した思いになります。AMDAのチームは大変すばらしく、一緒に活動するのが楽しいです。また、忘れかけていた日本語を上達させる機会にも恵まれました。パキスタン人として、AMDAの救援活動に大変感謝いたします。ありがとうございます。

ジャム　エ　シャーファ病院で診療するナイラ医師（右端）

募金のお願い

AMDAでは皆様のご支援をお願いしています。

郵便振替：口座番号01250-2-40709　口座名「AMDA」　＊通信欄に『アフガン難民』とご記入下さい。

銀行送金受付も開始！（アフガン難民支援専用口座）：中国銀行 一宮支店　口座番号 1347126

銀行振込みの場合、ご住所が分かりませんので、お振込みをもちまして領収に代えさせていただきます。領収書及び活動報告を郵送ご希望の方は、別途お申し出下さい。

また、寄付控除をご希望の場合も別途ご連絡下さい。

問い合わせ先：AMDA緊急救援対策担当　小西・佐伯　ご寄付に関する問い合わせは総務会計担当　成澤・土野

TEL 086-284-7730　FAX 086-284-8959　http://www.amda.or.jp/japan/index.html

コソボ報告

井下医師コソボ着任

コソボではホープ（HoRP：コソボ地域医療再建プロジェクト）が、11月に開始されました。現地の医療職の早期育成をめざすHoRPでは、日本人トレーナーの第一号として、井下　俊医師（徳島県出身・血液内科）が12月に赴任しました。

井下医師は、4月までの赴任予定で、コソボの降り積もる雪と凍てつく寒さにもめげず、現地医師へのトレーニングに参加しています。

今後は貧血に関する調査などをすすめ、コソボ住民の健康に対する意識を高めてゆきたいと意欲を燃やしています。

また、井下医師の趣味はなんと尺八演奏。いずれコソボの新しい友人たちや子どもたちに幽玄の音色を聴いてもらいたいと、コソボ事務所では機会をねらっています。

なお、HoRPでは引き続き派遣医師を募集中です。

「この泉の水を飲んだ客人は、コソボの人と結ばれて、コソボに骨を埋める」という伝説の水を飲んでしまった井下医師。乞うご期待！

詳細はAMDA本部　コソボ担当佐伯まで。

電話　086-284-7730

事務局便り

ネパール子ども病院3周年記念式典開催

ネパール子ども病院開院3周年の式典と新しく増築された篠原記念病棟の完成披露が2月9日（土）にネパール子ども病院内で開催されます。AMDAからは現地スタッフの他に菅波理事長が出席予定です。

AMDAジャーナル2002年1月号でも紹介させて頂きましたように、ネパール子ども病院がブトワール地域の住民の皆さんから信頼される病院へと成長してきましたのは支援者の皆様のお陰と感謝しております。

今後もさらに大きく充実した母と子の病院となりますよう一緒に育てて下さい。どうぞよろしくお願いいたします。

人・海外往来

2002年1月～2月

アジア	ネパール	小林　良太（医師） 辻井美由記（インターン） 岸田　典子（AMDAスタッフ） 菅波　　茂
	ミャンマー	小林　哲也（駐在代表） 橋本　直子（看護婦） 竹久　佳恵（インターン） 本田　絵美（看護婦）
	カンボジア	藤野　康之（調整員） 伴場　賢一（AMDAスタッフ） 岡山美代子（AMDAスタッフ） 潮田　裕美（インターン）
	バングラデシュ	伴場　賢一（AMDAスタッフ） ファビアン・サンチェス(インターン)
	ベトナム	川村　栄次（駐在代表）
	JICAフィリピン	九里　武晃（医師）
	パキスタン	工藤ちひろ（看護婦） 山上　正道（調整員） 小西　　司（AMDAスタッフ） 谷合　正明（AMDAスタッフ）
	アフガニスタン	小西　　司（AMDAスタッフ）
	中国	鈴木　俊介（AMDAスタッフ）
ヨーロッパ	コソボ	濱田　祐子（駐在代表） 松村　　豪（インターン） 井上　　俊（医師）
アフリカ	ケニア	横森　佳世（駐在代表） 横森　健治（調整員） 鈴木やよい（調整員）
	ジブチ	田中　一弘（AMDAスタッフ）
	アンゴラ	松本　明子（看護婦） 佐々木　諭（調整員）
	JICAザンビア	広田　眞美（公衆衛生） 岡安　利治（住民参加型環境衛生） 畑　久美子（保健教育）
中南米	ホンジュラス	渡辺　咲子（駐在代表）

コンゴ火山被災緊急救援開始！

1月17日に噴火したコンゴ民主共和国東部のニランゴ山からの溶岩流による被災者への救援のため、AMDAではルワンダ・ギセニ地域において緊急救援活動を開始しました。

23日よりケニア地域事務所2名、ルワンダ支部のメンバー4名、そして日本から派遣の2名（看護婦、通訳件医療補佐：ルワンダ国籍）によるAMDA多国籍医師団として国境を越えてルワンダに流入してきた難民への医療救援を実施しています。

＊募金のお願い＊綴じ込みの振替用紙をご使用下さい。通信欄に『コンゴ火山被災救援』とご記入下さい。

AMDA国際医療保健活動報告会

1月12日、30名の参加者を迎え、岡山県国際交流センターにて、ホンジュラスの保健活動とパキスタンにおけるアフガン難民医療救援活動の報告会を開催しました。

AMDAホンジュラスプロジェクトオフィスの渡辺咲子調整員（ホンジュラス在住で看護婦も兼ねる）からは3つのプロジェクト（1．コミュニティ薬品ファンド　2．エイズ予防教育　3．学校内救急箱活用）の進捗状況が報告されました。また昨年10月からアフガン難民救援活動に従事し1月7日に帰国した谷合正明調整員が、現在のアフガン難民キャンプの様子やAMDAの活動等を写真と一緒に紹介しました。

参加者からは各々の報告者に多くの質問がなされ、関心の深さが覗われました。AMDAは活動報告会の必要性を実感し、今後もできるだけ報告会を開催していきたいと考えております。その際にはホームページ等でお知らせしますので、どうぞふるってご参加下さい。

クリック募金◆オンライン寄付

＊NPOと市民をつなぐNPO応援ポータル
「GambaNPOネット」
http://www.GambaNPO.net

＊いつも一緒の携帯で、今すぐ出来る
ボランティア「チャンネルV」
i-mode　http://i.v-e-v.net
Ezweb　EZインターネット→ニュース·天気→全国ニュース→ボランティア·チャンネル
J-Sky　メインメニュー→ニュース・天気→ボランティアNEWS

＊ご入会、会費、ご寄付、その他ご購入のための振込は、本誌綴じ込みの郵便振替用紙をご使用下さい。連絡欄に振込目的を明記して下さい。

AMDAホームページ
http://www.amda.or.jp/japan

＊全日信販のAMDAカード
（クレジットカード）

ご利用額の一部がAMDAに寄付されます。

AMDAカードについてのお問い合せは、
全日信販株式会社　岡山支店
086-227-7161　です。

AMDA関係
刊行物のご案内

・お問い合せは、AMDA本部事務局まで。
TEL 086-284-7730　FAX 086-284-8959
・お申し込みは、郵送かFAXでお願いします。
・お支払いは、郵便振替でお願いします。送料別。
口座 AMDA出版　口座番号 01220-6-12076

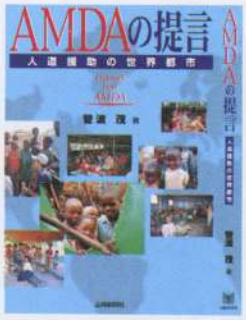
AMDAの提言

―人道援助の世界都市―

岡山から世界に飛び出し、国際的な医療NGOとして知られるAMDA。その代表の著者が問いかけ、提案する。「日本は経済大国から、人道援助大国をめざせ。岡山に世界へ向けての人道援助ネットワークの拠点を築こう」と。

256頁

・菅波　茂著
・出版元　山陽新聞社
・1996年11月25日発行



ISBN4-88197-607-9 C0036　P1600E

定価1,631円

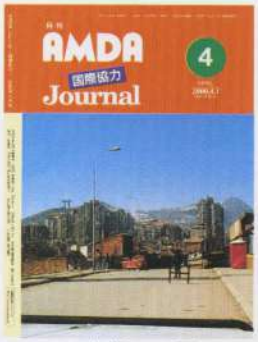
AMDA Journal

―国際協力―

毎月1回発行

アジア・アフリカ・南米でのAMDAの医療救援活動のレポートを中心にした月1回発行の情報誌。会員には会報として自動的に送られている。

初刊1992年12月より現在に至る。バックナンバーは一部を除いて揃っています。希望の方は、AMDA事務局まで。



定価600円

ルワンダからの証言

―難民救援医療活動レポート―

援助大国とはいえ、国際的なNGOに比べると組織は小さく財政的にも弱い日本のNGOが、劣悪な環境の中でルワンダ難民のために活動した記録。

200頁

・AMDA著
・出版元　中山書店
・1995年4月3日発行

ISBN 4-521-00541 C0030　P2000E

定価2,039円

遥なる夢

―国際医療貢献と地域おこし―

AMDA設立までの経過と活動記録。AMDAに関わった人々について紹介すると共にAMDAの展望と日本のNGO活動への提言。

316頁

・菅波　茂　著
・出版元　AMDA
・1993年9月20日発行

定価　500円

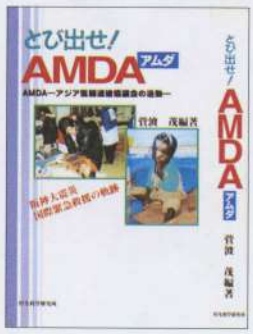
とびだせ！AMDA

―AMDA・アジア医師連絡協議会の活動―

第1部　阪神大震災におけるAMDA医療ボランティアの動き。緊急救援活動における後方支援体制。防災への提言。

第2部　国際緊急救援での活動記録。バングラデシュ、ネパール、カンボジアやルワンダ、ソマリアなどの紛争地区での難民救援活動の記録。270頁

・菅波　茂著
・出版元　厚生科学研究所
・1995年7月15日発行



ISBN 4-905690 21-8 P1800E

定価1,835円

はばたけ！NGO・NPO

―世界の笑顔にあいたくて―

自然災害・難民救済・環境破壊・高齢者福祉など様々なボランティア活動は国内だけでなく国際的な広がりが求められています。広島県と共同開催の第一回NGOカレッジの講義録で、国際ボランティアを志す人に必携の書。328頁

・ひろしま国際センター編
・出版元　中国新聞社
・1998年3月25日発行

ISBN4-88517-263-2 C1030　P1800E

定価1,850円

阪神大震災と市民ボランティア

―岡山からの証言と提言―

岡山は動いた！5千人を超す犠牲者を出した阪神大震災。岡山県内からは自治体、民間を問わず大勢の人が活動を続けてきた。その活動と今後への提言を記録した。

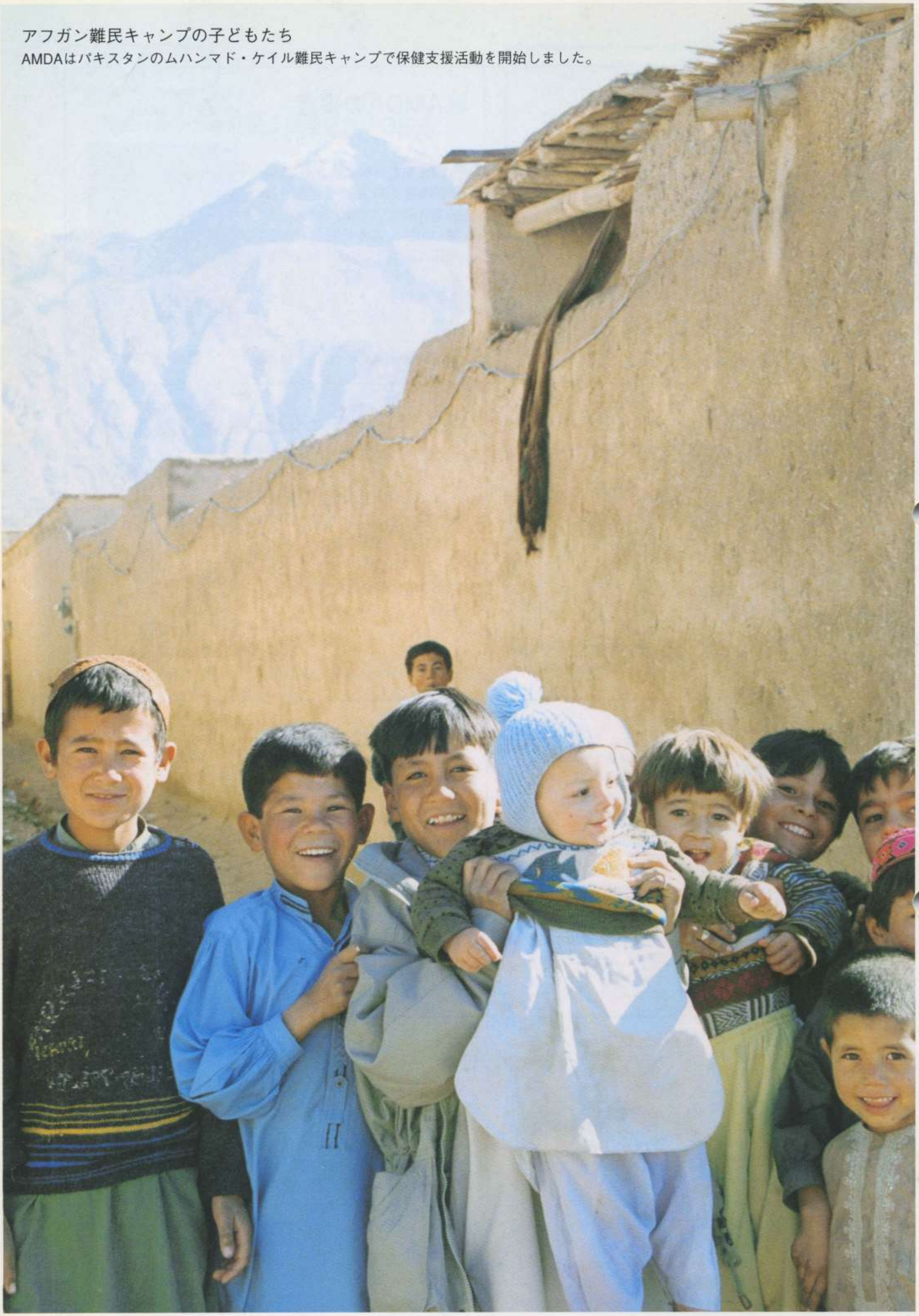
270頁

・小田兼三・田代菊雄編著
・出版元　山陽新聞社
・1995年9月1日発行

ISBN4-88197-607-9 C0036　P1500E

定価1,529円

アフガン難民キャンプの子どもたち
AMDAはパキスタンのムハンマド・ケイル難民キャンプで保健支援活動を開始しました。



AMDA Journal ― 国際協力 ― 2002年2月号

2002年2月1日発行（毎月1日発行）VOL.25 No.2　1995年11月27日　第三種郵便物認可　定価600円
発行／AMDA　〒701-1202　岡山市楢津310-1　TEL 086-284-7730　FAX 086-284-8959

AMDA ホームページ
http://www.amda.or.jp/japan

医薬品がたいへん不足しています。みなさんからのご支援をおまちしています。