



月刊

AMDA

国際協力

Journal

4

APRIL

2002.4.1

(VOL.25 No.4)



完成したAMDA研修センター
：ACT全景



ACTオープニングセレモニー
前列左から

- 1人目 ミャンマー保健省
 チョウミン保健副大臣
- 2人目 ミャンマー保健省
 ケッセン保健大臣
- 3人目 日本大使館
 津守 滋大使
- 4人目 AMDA医療顧問
 菅波知子氏
- 5人目 AMDA海外事業本部長
 鈴木俊介氏



ACTオープニングセレモニー
テープカット

AMDA
国際協力
Journal

2002
4月号

◇
CONTENTS



コソボ：地域医療再建プロジェクト
プリズレン市近郊のアルバナ村の診療所
中央 濱田調整員、右端 インターンの
松村 豪さん



◇コソボ特集

AMDA コソボプロジェクトの歩み	2
コソボでの家庭医育成に携わって	5
コソボ住民における肥満に関する調査報告	6
何かひとつでも	8
インターン報告	11
コソボスタッフ紹介	12
◇バングラデシュ報告	14
◇ミャンマー報告	16
◇アフガン難民救援報告	18
寄付者一覧	19
事務局便り	20
◇インドネシア洪水緊急救援報告	21



表紙の写真

ミャンマー

AMDA 研修センター完成記念式典
(AMDA Center for Training : ACT)

ミャンマーの地方にも医療サービスが行き渡るように、医療従事者とマイクロクレジット（小規模融資）管理者の育成を目的として首都ヤンゴンに設立しました。

2002年2月12日のACT完成記念式には、ミャンマー政府のケツセン保健大臣閣下、日本大使館の津守大使閣下にご参列いただき、盛大な式典になりました。

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】岡山市榑津 310-1 AMDA 事務局
お問い合わせは、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 コソボプロジェクトの歩み

コソボプロジェクト事務所駐在代表 濱田 祐子

1999年からこれまで

コソボ自治州の正式な名前は、「コソボ・メトヒヤ自治州」といいます。東欧のユーゴスラヴィア連邦の南端に位置し、ほぼひし形の1万km²の土地に200万人以上の人々が住んでいます。AMDAが本部をおく岡山県は、面積約7千km²に約192万人の人口を抱えています。

1999年、NATOによる空爆が激しさを増し、コソボからは多数の人々が難民となって近隣諸国に逃れました。現在コソボ事務所で働くスタッフのほとんども、このころおなじように難民となっていました。

AMDAはこうした状況の深刻化を憂慮し、コソボ難民救援チームを派遣しました。活動は、この後約1年間に及びました。

活動初期のチームはイタリアから高速船で渡り、アルバニア共和国に拠点をおき、巡回診療などを実施していました。99年6月、NATOが空爆の停止を決定すると、閉鎖されていた州境が再び開き、AMDAチームもコソボに入りました。コソボの復興や州内に帰還する人々の生活の支援を行うためです。

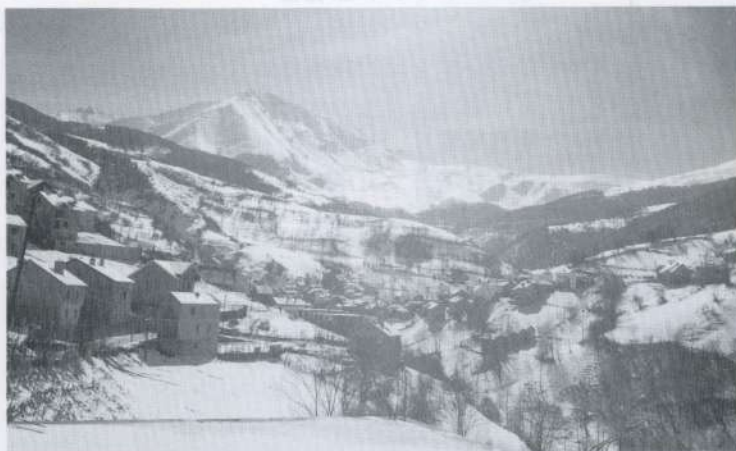
AMDAはプリズレン市に移りました。プリズレンは州の南西部にあり、コソボ第二の都市です。ここを足がかりとしてプロジェクトを展開していくことになりましたが、当初は終戦直後の社会の中で、物資の調達から困難が多くあり、運営が軌道にのるまでにはやや時間がかかりました。コソボの人々は、コソボに帰還したばかりで明日の食事にも困るようなこの時期の、AMDAの活動をよく覚えてくれています。

その後、2001年の11月、満を持して新規プロジェクトが開始されました。それが、現在のホープ(HoRP)で

す。入念な準備のおかげで、今まで順調に進んでいます。

ホープは正式には「コソボ地域医療再建プロジェクト」と称し、ふたつの軸を中心にして進められます。軸となる活動のひとつは医療職の育成、もう一つは医療施設の再建です。

コソボの厳しい冬のため、建築は春を待って開始しましたので、これまでは医師へのトレーニングが活発に進行していました。現況を軸に沿ってご説明します。



南部国境地帯の村 雪を頂く山の向こうはマケドニア

家庭医育成プログラム

このプログラムは、故小渕首相(当時)が国連に設けた「人間の安全保障基金(HSF)」を活用し、世界保健機構(WHO)の提唱する「家庭医学 Family Medicine」に基づき、コソボ州内のプライマリーヘルスの向上と普及に重きをおいて計画されています。

家庭医学は、個人の加齢や世帯の構成、またその家族をとりまく文化や気候など諸条件を考慮して「健康」を捉え直そうとする考え方です。

AMDAはWHOコソボ事務所と共同で実施しており、州最北にあるミトロヴィツァと、州東部のフェリザイの2カ所で行われています。ミトロヴィツァは、深谷医師の報告(本誌P8)にも触れられているとおり、対立と紛争によって分断されている都市です。また、フェリザイはプリズレンの

次に大きな町であり、いずれもとくに若者のあいだで最近、喫煙、麻薬、HIV/AIDSといった問題が増加しています。

プログラムの最も重要な点は、医師のあり方が変わるということをどのように考えてもらうかです。コソボは長く社会主義体制下でありましたので、医師は威厳をもって患者の上位に位置付けられ、患者はただ医者のことを聞くように義務づけられていました。

そのような医療から脱却し、医師は患者がくるのを待っているのではなく、地域の生活に入りこみ、患者と対等な立場で相手を尊重し、状態と方針について十二分に説明して治療する、そのような医師のあり方、ひいては医療のあり方をめざしています。

これは日本でもまだ充分に実現されているとは言いがたい状況で

す。日本からメンターMentorといわれる指導医師が派遣されても、やはり教えてやるという上下関係からではなく、現地の医師を同じく医療に携わる友として関わりあうことが求められています。そして、これまでのところ、たいへん素晴らしい医師たちに出会えました。

AMDAはトレーニングの指導・助言をする医師を派遣していますが、プログラムが開始されて後、高橋徳、井下俊、深谷幸雄の3名の医師が現地に入りました。

高橋医師はAMDAの緊急救援に参加され、今でもコソボのことを気にかけてくださり、今回もいち早く参加してくださいました。

深谷医師も以前にボスニアでのAMDAの緊急救援に参加して下さったことがあります。今回はミトロヴィツァへの赴任でした。気さくで快活なお人柄でスタッフやトレーニン



コソボ自治州 5つの国
旗は行政と治安を預かる
5カ国(米・英・独・伊・仏)
を示す

グを受講している医師たちをひきつけ、家庭医学にも刺激となる救急救命の経験と知識を分かち合ってくださいました。

最初に厳しい冬を過ごした井下医師は血液内科の専門であり、フェリザイへの赴任です。尺八演奏がご趣味で寡黙な方ですが、赴任直後からコソボでの本格的な肥満に関する調査を提案、実施していただき、概要はコソボの大手新聞にも紹介されました。

冬の始まりと共に育成プログラムが開始されたため、当初受講生も訓練担当の現地医師も、また指導医師もマイナス24℃の部屋で凍えていましたが、その後ストーブを入れて、講義も安心して受けられるようにしました。みんな少し過ごしやすくなった部屋で講義を受けたり、議論したりすることができるようになりました。

海外から熟練の知識と技術を携えてくる指導医師に対する現地の期待はさらに高まり、役割は重要性を増しています。指導医師の発言が今後のコソボの医療体制を方向づけてしまう可能性もあり、その重責を担える高潔な人格と豊かな知識を兼ね備えた医師に長く指導にあたってほしい、とある指導医

師が話していました。

医療施設の建築

ホープで計画されているのはファミリーヘルスセンター(FHC)といわれる施設の建築です。FHCはプライマリーヘルスケアを中心とした診療施設です。ここでは、受診者の日常生活を見守りつつ治療を実施するとともに、衣食住の環境や生活習慣の改善をすすめていくことができます。

AMDAはコソボ州内に、4カ所のFHCを建設することを計画しています。アルバナ、バニヤ、ペア、イストックです。

公開入札によって、建設会社も決定されました。なかには贈り物などでスタッフの歓心をかおうとするような業者もありましたが、入札はひじょうに

厳正に行われ、州内でも高く評価されたと思います。

地域との交流

私たちコソボ事務所が常に気にしていることは、地域とのお付き合いです。地域とのコミュニケーションがとれていなければ、建築には着手できません。土地の管理、下水道設備、そして安全確保など、いずれもまず地域の人々との話し合いが必要です。また、準備から地域住民の参加が得られれば、「自分たちのセンター」という意識が高まり、プロジェクトがより円滑になります。プリズレン市近郊のアルバナ村を例にとってみましょう。

アルバナ村住民は計画段階から話し合いを重ねてきました。村のどこにつくるのか、どのようなセンターにした



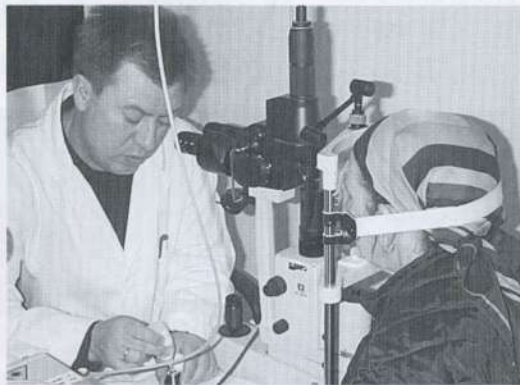
アルバナ村の小学校にて子どもたちにFHC建築について説明する筆者



高橋 徳医師によるセミナー



↑ コソボ難民緊急救援活動中の相原雅治医師。アルバニア・クケス市民病院にて。(1999年)



ブリシュティナ大学病院眼科病棟のレーザー治療室で治療中のガズメント医師 →



↑ ブリシュティナ医科大学眼科病棟でレーザー治療を受けた患者さんたちと筆者



ネジール君の家族と一緒に →

いのか…、さまざまな問題を少数民族の代表者、女性の代表者が加わった会議で討議してきたのです。

この村の診療所は戦争によってほとんど壊されていたため、AMDAが緊急救援活動で修築しました。しかし、8千人の人口を抱える村には、今まで充分保健衛生を管理する施設も乏しく、診療所の建物は雪がつもれば屋根の崩落が危ぶまれるほど老朽化していました。そのため、住民はちょっとした病気やケガでもプリズレン市の病院に診てもらいにくくはならなかったのです。

FHCを建てるのが受け入れられた後、村では住民による「保健委員会」が組織されました。委員会では建築の進捗状況をチェックしたり、また近々予定されている起工式や数ヶ月後の落成式の計画にも参加するなどしています。私たちは地域のこうした積極的な参加によって、住民自身が健康について意識するようになり、また医療保健施設と住民の繋がりをより強めることを期待しています。

その他の活動

1999年、緊急救援活動に参加していた上田明彦医師が、難病に侵されている一人の男児を発見しました。当時3歳だった男の子ネジールくんでした。かれの左目は「網膜芽細胞腫」といわれる、いわば眼にガンのできる病気でした。

バルカンではこれを根治できる医療機器も、医師の存在も絶望的であったため、日本に招いて手術をし、主治医であったガズメント医師（現コソボ支部長）にも日本で研修を受けられるようにし、術後の手当ても万全ように手配しました。

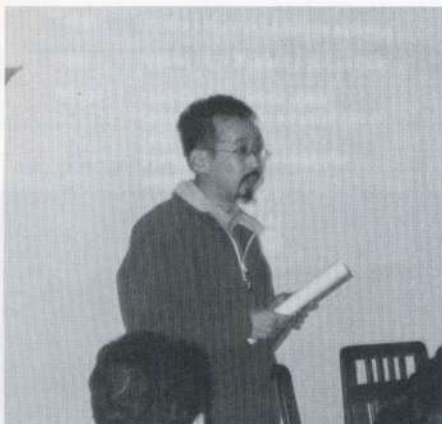
その甲斐あってか、現在ネジールくんは小学校にはいり、この春には7歳になります。やんちゃなかれはときおり学校を抜け出してしまおうと、お母さんが笑っていました。

主治医であるガズメント医師は、昨年ブリシュティナ大学病院眼科病棟長に就任し、診療だけでなく学生の指導で多忙な毎日を送っています。

コソボは1999年にAMDAがお付き合いを始めたばかりの、まだ新しい活動地です。けれども、AMDAとコソボの友情とパートナーシップ、それに日ごろの奮闘はこれまでも続いてきましたし、これからも変わることはないでしょう。今後ともよろしくお願ひします。

コソボでの家庭医育成に携わって

◇
井下 俊



WHO主催のワークショップにて

12月中旬より、コソボにおける家庭医育成プログラムに参加し2ヶ月余りが経過した。周知の如く、日本には家庭医システムは存在せず、また日本の医者はそれぞれが専門化されている。私自身、他科にも首を突っ込み幅広く経験してきたつもりではあるが、一内科医でしかない。そんな専門外ともいえる私が、幅広い知識と技術の要求される家庭医の教育にどう貢献できるのか、短期の滞在であり、日本に帰れば彼らの医療に何ら責任など持たずに過ごすであろう私が、より効果的に彼らに何を与えられるのか、実行しながら考えねばならない2ヶ月であった。

まずは、育成プログラムを受ける医者(トレーニー)各人の技量、教師役を勤めている医者(トレーナー)の知識やかたちの置かれている医療環境・育成プログラムで使用されているテキスト、そういったものから把握せねばならなかった。

結論として、私自身の技量も考慮し、患者を診るだけでなくコミュニティー全体に責任をもたねばならない「家庭医としての基本姿勢」を彼らに身をもって示すのがより効果的であろう、と考えた。

そこで2月下旬に住民の肥満度調査を企画し、私の補佐として働いているアプリム医師や受講医師や訓練担当医師たちの協力を得て、先ごろようやくやり遂げることができた。

肥満はより深刻な病気を引き起こすおそれがあり、肥満によってもたらされるであろうダメージに対する危機意識を高めてもらうため、今回の調査となったものである。

幸いなことに、この調査結果は、3月1日WHOコソボ事務所の主催の研修会で発表の場をもつことができた。



フェリザイの町並み。右のドームはマスジッド(イスラム礼拝所)、左はセルビア正教会

その会合は、いわばコソボにおける「家庭医学会」の立ち上げのようなものであり、育成プログラムを行っている州内8ヶ所のファミリーヘルスセンター(FHC)の訓練担当医師たちが集まり、このホープに関わる国連諸機関、国連開発計画(UNDP)、国連コソボ暫定行政機構(UNMIK)などの担当者も招待して、今後の家庭医医療のあり方を充実させるための方策を訓練担当医師自身が中心になって討論するというものであった。その会合の家庭医の将来像を討議する時間に、ひとつの例として私たちの行った調査を発表できたのである。

家庭医は自身の診療所に座っているだけでなく、積極的に地域社会に出て行き、疾患の予防・健康についての啓蒙などを行う役割が重視されている。そういった家庭医にとって、今回のような調査活動は、有意義なものと思われる。その一例として、最先端技術を用いた医療機器をなんら使わず、「肥満」という家庭医が扱うべき病態の実態調査を、実際に彼らの働いているFHCで実施し、それを医学的に解析し提示できたことは彼らにとって大きな収穫であったろうと満足している。

「満足」と書いたが、これは私の独善的な意見であり「自己満足」とも置き換えられるものかもしれない。医療支援において緊急・物品支援はいざ知らず、長期の再興支援においては、こういった活動が有意義なものかは判断の

難しいものである。それゆえ誰が満足すれば有意義な活動といえるのかも判断しがたい。今回の我々の調査・発表は、それを生かすも殺すもそれを実際に目の当たりにしたコソボの家庭医の意識のモチようにかかっている。今回の活動が私の自己満足に終わらないよう、今後積極的な医療調査活動が彼ら自身の手でされるようになることを切に願っている。

終わりにひとつ。2月の上旬ベオグラードを訪れ、在ユーゴスラビア大使館の案内のもと、ユーゴスラビアの医療事情を視察した。かの国の最先端の医療を担っている医療機関を2ヶ所視察させていただいたのだが、建物・医療機材などどうい最先端の医療を施行するには不十分なものであった。そんな困難な状況の中で、新しい医療技術の導入と自身の医療レベルの向上に意欲をもやす医師たちにも多数会った。

彼らの求めているものは、最低限の医療サービスの充実に主眼を置いている医療NGO活動の範疇ではないかもしれない。しかしながら、専門化されている日本の医者の特性と彼らの持っている向上心を考慮すると、医療機器とともに各分野の専門家を短期でも派遣できれば、効果的かつ有益な援助が可能であろうと感じた。

※2002年2月号のAMDA Journal 人・海外往来にコソボ派遣者 井上俊(医師)と掲載しましたが、井下俊(医師)の誤りでした。お詫びして訂正いたします。

コソボ住民における肥満に関する調査報告 (抄訳)

井下 俊

2001年12月、着任直後の筆者 (右)

はじめに

戦前のユーゴスラヴィア連邦時代のほぼ十年間、一部を除いてアルバニア系など大半のコソボ住民は、公的な保健医療システムから締め出されるかたちになっていた。医療は自動的に組織されている医療施設にたよるしかなかったが、それらの施設も設備や知識が不足しており、十分なサービスを受けるには至らない状態であった。

戦後、ことごとく破壊された医療システムのかわりに、コソボはWHOの提唱する「家庭医学 Family Medicine」を受け入れ、2001年9月、WHOはコソボ内8箇所のトレーニングセンターで人材育成プログラムを始動させた。

州の南東部に位置するフェリザイでも、訓練担当医師4名、受講医師18名がトレーニングセンターでのプログラムに参加している。最初の半年は基本的な講義と実習の組み合わせによってプログラムは進められ、この3月からは議論と実習を中心とするセミナーと調査実習のクラスに進んだ。

調査活動は、保健衛生の改善に重要な役割を果たし、地域における問題点を把握することが望まれる家庭医の基本的な活動である。とくに、地域の生活習慣を把握し、糖尿病や高血圧などひろくみられる生活習慣病にとりくもうとする場合、地域社会での調査活動は欠かせないものとなる。

AMDAとWHOはすでにこの地域での肥満の問題に警鐘を鳴らしているが、今回の調査結果によってさらに問題意識が高まることと、調査の重要性の認識がひろまることを期待する。

調査はコソボ州内フェリザイ市(人口約20万人)周辺に在住の満17歳から75歳の住民を対象として行われた。調査は、BMI(後述)に基づき、血圧と血糖値と生活習慣を分析してアルバニア系住民の肥満傾向との相関関係を求めるという方法で行われた。

調査対象者の身長、体重、BMIを計測、性別、年齢、血圧、血糖値を記録し、加えて各自に食生活、運動量、病歴などについての問診票に回答を求めた。体重は着衣をとった状態で計り、身長

は裸足で壁際に直立する体位で測定。

BMI (Body Mass Index) は肥満度を測る国際的な指標であり、【体重kg÷身長mの2乗m】によって求められる。肥満度分類はBMI 30kg/m²以上が「肥満」、BMI 18.5kg/m²未満は「低体重」、BMI 18.5~24.9 kg/m²が「普通体重」、25~29.9kg/m²が「やや肥りすぎ」とされている。

調査結果

被験者の特徴

被験者のほとんどはコソボ在住アルバニア系住民であり、文化的経済的背景は様々だが、トルコ的な生活様式を受けついでいることが特徴といえる。ほぼ半数はなんらかの健康上の問題を訴えて、ヘルスセンターで受診した人々であり、3分の1は高血圧や糖尿病、心臓病などの持病に長年悩まされている人であった。また健康人69名の多くは、家庭医育成プログラムを受講した医師であったり、その友人や親族の人々であった。

このことによって、被験者は大きく二つのグループに分類することができる。ひとつは健康問題を抱えている人たちであり、もう一方は比較的豊かで社会的地位も高い人たちであるが、後者は一般的なアルバニア系コソボ住民とは捉えられていない。

平均BMI

アルバニア系住民のBMI平均は、女性が25.4kg/m²、男性は25.5 kg/m²となった。

これを他地域と比較すると、アルバニア系のBMI平均は、すでに肥満が深刻な社会問題に発展しているヨーロッパまたは合衆国の値にほぼ近い(表2)。

アルバニア系住民の体格はヨーロッパのそれとひじょうに似通っているが、平均BMIがアジア地域のいずれとも異なることから明らかである。

肥満傾向

アルバニア系住民全体の20%は肥満傾向を示しており、女性では27.3%、男性では11.1%が肥満と考えられる。総じて人口の半分が「やや肥って



いる」(BMI 25~29.9 kg/m²) または肥満 (BMI 30 kg/m²) と判断される。しかし、肥満度は男性の方が目立たないが、半数以上の男性は肥りすぎからくる問題に悩まされている。

一方、アルバニア系の女性には肥満傾向が著しく、「低体重」(BMI > 18.5 kg/m²) も多い (7.6%)。このことから、女性は肥満に起因する疾患をもつ人がひじょうに多いことが分かる。「普通体重」を保持しているアルバニア系住民は、男女いずれも半数に満たない。

他地域と比較すると、アルバニア系女性の肥満傾向はアラブ系女性と近似値を示すが、アルバニア系男性はむしろ西欧諸国の男性とほぼ同じか、より低い。

男女の肥満傾向は顕著な差を示しているが、この差がどのような要素に起因するかを確定するには、社会的視点を加えてより綿密な調査が必要となる。

加齢によるBMIの変化

BMIは男女ともに加齢に影響されると思われる(表2,3)。とくに、30歳未満と31歳以上の差は明白である。若年者は「普通体重」に偏っているが、31歳以上の世代では「低体重」と「肥満」の間でばらつきが認められる。

肥満と診断される人は1名の若年女性を除いて全員が30歳より上、とくに女性が半数以上を占めた。また、「低体重」と判断されたほとんどが若い女性である。

つまり、アルバニア系住民は、とくに女性は、30歳以降に加速度的に重量を増すといえる。アルバニア系住民が成年に達して体重が著しく増加するという傾向は、中高年の健康問題に影響する。体重を管理することは、各人の健康にとって重要な問題となるであろう。

表1 被験者の特徴

	人数	年齢(歳)			健康人	高血圧症	糖尿病	その他
		平均	標準偏差	範囲				
女	66	41.2	15.2	18-75	36	17	7	9
男	54	42.5	14.8	17-72	33	9	6	6
計	120	41.8	15.0	17-75	69	26	13	15

BMIと糖負荷直後の血糖値の相関性

AMDA 調査チームは糖負荷直後の被験者を選び、また糖尿病患者を除いて再度検討した結果、BMIの値があがると、糖負荷直後の血糖値もあがることが見られた。残念ながら、血清中インシュリンや耐糖能の検査にかけることはできなかったが、肥満によって耐糖能異常が誘引されること、体脂肪の蓄積が耐糖能に影響し、高インシュリン血症を引き起こすと考えられる。体重制限をきちんとしておかなければ、糖尿病の発生率はいっこうに低くならないだろう。

なお、BMIと高血圧、糖尿病、変形性関節症や腰椎症とのあいだにも関連が見られる。

小結

WHOがすでに指摘したように、肥満は健康を害するということに問題がある。肥満はさまざまな非伝染性疾患の決定因子となり、糖尿病、冠状動脈疾患を誘発する。また数種のガンが発症する危険性を高め、変形性関節症や腰椎症、呼吸器系疾患の発症の恐れすらある。しかしながら、とくにアラブや東欧では、肥満の問題はながらく等閑視されてきた。これらの地域での肥満についてまとめられたデータは、本調査がほぼ初めてと思われる。本調査は、現状では精度の高いものではないため、雑駁な結論ではあるが、以上のことから、表4のようにまとめることができると思われる。

なお、本調査には、井下が勤めるフェリザイのトレーニングセンターで育成プログラムに参加している訓練担当医師や受講医師が参加した。育成プログラム参加者は自ら被験者となり、また調査者となって医学調査の方法や特色、また肥満の問題を各自が理解したことが大きな成果であったともいえる。

家庭医は地域社会に積極的に入りこむ者であるから、我々AMDA調査チームは、育成プログラムに参加した医師が将来コソボで、このような保健衛生的問題にはもっと耳を傾け、注意し

表2 他地域との比較

	男/女	平均年齢(歳)	平均BMI(kg/m ²)
アルバニア系コソボ住民	66/54	41.8	25.4
欧米白人	2516/1976	44.1	24.1
アフリカ系アメリカ人	1109/849	43.0	25.7
エチオピア	20/24	34.0	21.3
中国	926/684	51.1	22.2
タイ	838/2703	43.3	23.0
インドネシア	74/77	31.3	22.4
ポリネシア	80/48	38.3	29.7
パレスティナ人	71/44	44.7	29.0

表3 年齢による偏差

年齢	数	BMI		BMI 30<= n (%)
		平均	標準偏差	
<30	29	22.1	3.8	1 (3.5)
30<=	91	26.5	4.8	23 (25.1)

表4 調査から得られる結果

- ・ 平均BMI：欧米人に近い (25.4kg/m²)
- ・ 肥満傾向
 - 男 (27.3%) 欧米と比べてやや良い
 - 女 (11.1%) 欧米より悪い
- ・ 肥満と診断されるのは、30歳以上が多い。 (作成協力：鈴木 美保)

ていただきたいと願っている。

家庭医はFHCにやってくる個人の健康のためだけではなく、その属する地域社会の健康にも注意をはらわなくてはならない。本調査は、地域の保健衛生の管理を行うための最初の一步であったといえる。

- 1) アルバニア系女性は肥満の傾向が強く、30歳以後にその傾向が強まるとの調査結果が得られた。
- 2) しかし、これらの調査はまだ精度の高いものとはいえない
- 3) 家庭医にとって、調査活動は地域

参考文献

- HCIC, UNHCR and UNOCHA "KOSOVO Atlas 2000"
 - Deurenberg P, et al "Body mass index and percent fat : a meta analysis among different ethnic groups" Int J Obes 1998 22:1164-1171
 - Inoshita T, et al, "Research on body fatness of Palestinians" Unpublished 2000
 - International Obesity Task Force ; About Obesity <http://www.obesity.chaire.ulaval.ca/iotf.html>
 - Per Bjorntorp Seminar "Obesity" Lancet; 1997 350:423-426
 - WHO 'Obesity; Preventing and managing the global epidemic' "Report on a WHO Consultation on Obesity" Geneva 1997 3-5 June WHO/NUT/NCD/98.1, WHO; Geneva,1998

住民の健康問題を把握するために有用な方法である。

今後に向けて

今後、家庭医が実行可能な、また実施すべきと思われる調査活動は、以下のとおりである。

- 喫煙の実態
- 乳幼児の身体的成長過程
- 妊婦の健康
- 季節的な疾病
- 非伝染性の疾病の罹患率
- 幼児の寄生虫による病気の発生率 (和訳 佐伯美苗)

何かひとつでも

◇
深谷 幸雄

(長野県厚生連篠ノ井総合病院心臓血管外科・救急科医長)

コソボの状況

州内では紛争前に稼働していた大きな工場の多くがまだ閉鎖され、稼働できない状況である。仕事を持っている人は少なく、仕事のない若者が昼間から町にあふれている感がある。パスポートを持ったものはヨーロッパに出稼ぎに行き金を稼いでいるようだ。(コソボではパスポートの発給が非常に困難。運良くもっていれば外国で働く者が多い。)

着任したころは、降った雪は道路端に積み上げられ、徐々に融けた水が道路の土とともにどろどろとなり、町一面が泥といった感じである。またその景色に不釣り合いなベンツやアウディが走り回っている。ヨーロッパの盗難車が入ってきているとか言われている。

エネルギー供給も不安定で大体一日四時間電気が供給されると、二時間は停電といった状況である。従って、まだ交通用の信号機は動いていない。水の供給も不安定で、一日の半分ないし三分の一は断水といった地域も珍しくない。食生活に関しては、食べ物不足不足といった状況は見られていない。肉も野菜も穀類も充分供給されている。むしろ肥満の人が多いぐらいで、油でギトギトのハンバーガーの小

さな店がいたるところにあり、味は濃く、塩分が多く摂取されている。カフェにもぎわっており、コーヒーやチャイで時間をつぶす若者や年寄りであふれている。

紛争からの復興

2001年6月をもって、コソボにおける緊急事態は終了し、現在は復興段階という位置付けが UNMIK (United Nation Mission InterIm Kosovo 国連コソボ暫定行政機構) でなされている。産業の育成や、医療、教育など社会的な整備を進めるとともに、精神的な戦争の傷跡や、住民間の和解に向けての様々なプロジェクトが進行している。しかし、州内にわずかに残ったセルビア人が KFOR (コソボ平和維持軍) に守られて細々と生活していたり、後述するようにミトロヴィツァ市 Mitrovica のような状況は、解決する見とおしが無いようにも思える。

ちょうど私の滞在期間に、もとのセルビア共和国大統領ミロシェヴィッチのハーグでの裁判が行われた。コソボでは完全実況中継で放映されていた。その日はさすがに講義どころではなく、センターにやってきた訓練担当医師も受講医師もサイトマネージャー (トレーニングセンターの管理者) も、みんなテレビに食い入るように見いっ

ていた。ミロシェヴィッチが発言すれば大ブーイングで、ののしりの声がある。

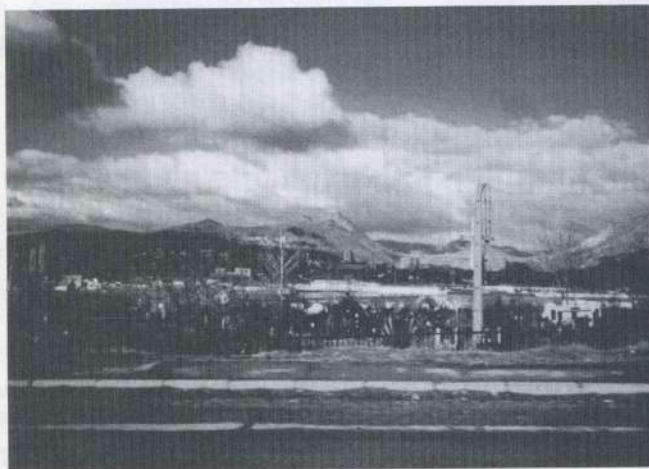
ここコソボでは、アルバニア人が差別され、迫害された歴史があり、やっとそこから解放された現在がある。その状況でセルビア人との和解を説くことがほんとに可能なんだろうか。少なくとも付け焼刃のような僅かの時間では、到底それな無理なことだと思わされた。

しかし、一方で急速に流入している車、携帯電話、ファッション、プラスチック製品に対して、道路は整備されず渋滞が日常的で、電話はかかりにくく、着飾った若者は仕事もなく町にあふれ、ごみは道に散らばったままである。出稼ぎや仕事に成功したものと、他の人との貧富の差は広がりつつある。

コソボ全体が将来を見据えてコントロールされているとはお世辞にも言えない。この状況をできるだけ早く解決し、整備していかないと復興支援が不平等を生み、単に次の紛争の準備になってしまうのではないかと不安は拭えない。

ミトロヴィツァ市の状況

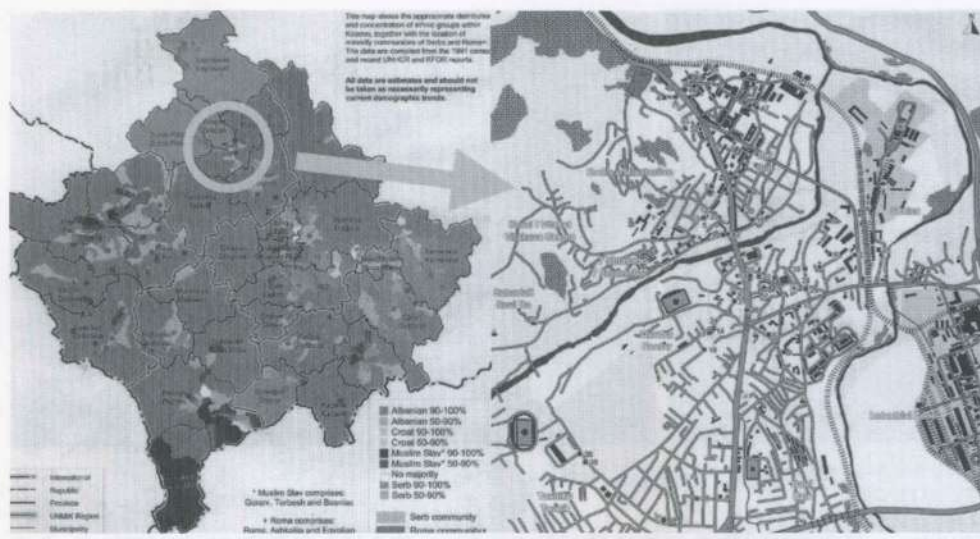
私が赴任したのは州北部のミトロヴィツァである。人口はおよそ十万人。町の中央を東西に川が流れ、北側



閉鎖されたままの工場と市街地の遠景



プリズレン市の中心街
マスジッド (イスラム礼拝所) の尖塔とバザール (市場)



Kosovo全体地図とミトロヴィツァ

にセルビア系、南側にアルバニア系が住んでいる。

その川に唯一かかっている橋は、KFORが装甲車を配備し、身分証明書がなければ通行できない。北側のアルバニア系住民も身の危険を感じる事が日常的で、南側に移ってきている。先ほど述べた人口も南側の推定で、全体を正確に把握しているところはない。市内5地区に1カ所ずつ設置される病院は北側に、州にひとつ設置される家庭医育成センターは南側に立てられている。南側の住民は入院が必要となると、他の県にある病院に行かねばならないし、北側の家庭医はトレーニングを受ける機会を持たない。しかもこの状況を解決するための糸口すら見つかっていないというのが実状である。

南側にいる家庭医は全部で19人、内訳は前年優秀な成績をおさめた訓練担当医師5人と、受講医師14人である。住民の健康に対する意識は低く、

ほとんどすべての男性が喫煙し、脂肪と塩分の多い食事をとり、高血圧、高脂血症、肥満、糖尿病が多く、したがって脳血管障害、心臓血管系の疾患が多い。しかも南側全体で心電計はたったの二台しか存在しない。

人材育成プログラムについて

人材育成のトレーニングは概ね選ばれた訓練担当医師が行う。月曜と火曜はアンビューランタといわれる診療所(外来診療を行う医療機関で50人ほどのスタッフが勤める)の4階のトレーニング・ルームで受講医師14人を対象として、午前9時から午後2時ぐらいまで行われる。

水曜と木曜は少し離れたところのアンビューランタで行われ、午前9時から12時までが前半グループ7人、12時から午後3時までは後半七人のグループが講義を受ける。

一週ごとにおおよそのテーマが決まっており、私の第一週は肥満、糖尿病関係、二週が心臓血管関係、第三週が呼吸器と定められていた。しかし教材は不足しており、たとえば心電図の講義をするとしても、もちろん実際に心電図の器械はなく、正常、異常ともに実際のサンプルは不完全である。ましてや受講者で心電図の器械を持つものではなく、必要とされている状況なのに、器械もない、知識もない、講義を受けても実感がなく、したがって危機感もない。

訓練担当医師も受講医師も共に学習意欲はあり、活発な議論が交わされ、教材やテキストがそろっていれば、もっとすばらしい訓練が可能なのに、それがなければに不完全になってしまう。非常に口惜しい。

もうひとつ足りないのが経験である。たとえば心肺停止に対する心肺蘇生であるが、訓練医師も受講医師も経験に乏しく、技術は不完全である。もちろんヘルスセンターにはアンビューバッグ(緊急蘇生用器具)すらないため、これを使用した経験もないのである。これはこの育成システムの持っている弱点でもあるといえる。

つまり、日常的に多い疾患群に対しては、毎年経験も積み重ね、その経験が訓練医師を介して蓄積し皆に伝えられる。しかし逆に、日常的にはあまり経験されることのない内容については、いつまでも教科書の上だけのものとな



ミトロヴィツァでの育成プログラムの講義の様相



育成プログラムの受講医師らと。前列右から2人目が筆者



筆者による救急救命の特別訓練

り、きちんとした、実践的な訓練にならない。その典型的なのが心肺蘇生に関する技術といえる。だから、このような特殊な技術やあまり日常的に経験できない疾患や病態に対する教育や訓練に関しては、その専門の医師が定期的に巡回し、訓練を施すことが必要なのではないだろうかと思われた。

赴任期間中は、日々のトレーニングに出席し、質疑応答やコメントに応じ、必要に応じて日本における状況、世界の最先端技術などを紹介した。離任直前には、プリシュティナで開かれた、指導医師の全体会議にも出席した。

自身の専門分野から見ると、特に循環器系の診断や治療は著しく遅れており、心臓カテーテル検査はコソボでは行うことができない。クロアチアやベオグラードに行かなければできないのである。

また救急診療に関して器具も経験もないことが気になり、訓練担当医師に対して、講習を実施した。

従来の口対口の人工呼吸は、実質的



公開入札に監視委員として出席した筆者

に非常に困難で、これから口対マスク人工呼吸の方法が普及すると思われる。幸いポケットマスクを持参したので、この使い方を紹介し、AMDA コソボ事務所でアンビューバッグを入手し、使用方法の訓練を行った。

また、赴任中、プリシュティナでヘルスセンター建築のための公開入札が行われ、その監視委員として出席した。これはもちろん日本で見られないほど公正なもので、国際的な入札はこんなに公正なのかと感心させられた。

今後に向けて

コソボでは、日常診療に必要な医療機器の不足は明らかであるが、これは現時点でAMDAが担う部分ではないのかもしれない。しかし教育、訓練というレベルでは必要な教材として様々な医療機器や、教材図書が提供される必要があることを痛感した。

現在コソボでは、まだしっかりとした機構をもつ政府が十分な行政を始めている状況ではない。まして、保健行政に当たってはまさに手つかずと言っている状態である。この状態は今後しばらく改善するとは言い難い。しかし食生活や喫煙などから来る肥満、肺疾患、循環器系疾患、糖尿病などの予防に関しては早急に手を打っていかねばならないといえる。

貧困地域ゆえに予防を中心とした活動が今求められているのであるが、そのことに関して危機意識関心も薄く、指導していくべき行政機構が働いていない。

しかし幸いこの人材育成プログラムがすでに稼動しており、州内に散らばる指導医師やサイトマネージャーの全

体会議も定期的に行われている。この育成プログラムを利用して保健予防活動を押し進めていくことは可能ではないだろうか。たとえば半年から一年をめどに塩分摂取量、高血圧の実態調査を行い、この実態を宣伝することで危機感を持ってもらい、予防法を指導する。このような活動をテーマ毎にこの教育システムを介して行っていくことは非常に有効ではないかと思うし、今始めねばならないことだと考える。

最後に

赴任中、指導医（メンター）とは知識や技術の高度さだけではなく、「家庭医とはかくあるもの」と精神的にも手本を示せる医師だとつくづく思った。

指導医師に求められるのは非常に高度で、繊細なものである。必要なのは日常レベルのコミュニケーションであり、困難を分かち合う気持ちである。これは一定以上の期間滞在して初めて始まるものなのだった。終末期の患者に対する彼らの討論がいつまでも果てないときに、何か一つでも医師としての自分の経験を語り、アドバイスできる医師がコソボに求められている。

また、同時に循環器系の疾患やその予防に対する危機感や関心は薄い。食生活、喫煙の状態は日本の寒村の何十年も前の状況を思い起こさせる。若月俊一が長野にやってきて「村で病氣と闘う」農村医療の運動を始めた頃の状況に近いのかもしれない。じっくり根を下ろして、医師自身の「禁煙」の活動から始めるような、ねばり強い地道な活動がいまコソボでも求められているのであろう。

コソボでのインターン

◇
インターン 松村 豪 (育成プログラム補佐)

AMDAの活動に参加してみようと思ったのは、大学の必修課程で「サンドウィッチ・イヤー」(注:一年間休学し、他所で研修を受ける制度。英国の大学でも正式な制度として活用している大学はまだ稀。)が設定されていたためだった。

2001年9月7日、コソボのプリシュティナ国際空港に着いたが、来たばかりの頃は、コソボ中なんにもないことにひたすら驚いていた。戦争の傷に今も苦しめられているのだと感じた。様々な国がこの地域の戦後の暮らしに援助の手を差し伸べてきたが、実際にここで暮らすことで初めて知ることがあると、僕は痛感している。

食べ物や電気に乏しく、飲料水の不足といった不便さにひどく苦勞させられるが、アフリカの国々で育ち、いろ

いろなところを見てきた僕も、率直に言ってここになじむまでは骨折りであった。ここに初めて来たたいていの人が初めはなじめない思いをするのではないだろうか。

それは、コソボはヨーロッパにあり、高い生活水準をもつ国々に囲まれていることのために、同様の生活ができるという思いこみがあるのではないだろうか。

AMDAのコソボプロジェクト事務所では、世界保健機構(WHO)と協力して、現地の医師に家庭医育成のプログラムを実施しており、僕はそのトレーニングの進行を補佐している。

トレーニングは、受講する医師たち



筆者とポストセリの育成プログラムチーム。右手のワイン瓶にはローソクが立ててあり、停電対策。電気の供給が充分でなく今も頻繁に停電がおこる。

の知識欲と熱意のためにたいへん順調に進んでいる。僕も、参加している医師たちと同じくらい、このプロジェクトの成功を強く願っている。

※松村さんは濱田駐在代表を補佐し、育成プログラムの講義の準備、WHOとの打ち合わせや報告、派遣医師の受け入れなどで毎日奔走しています。

こんど僕が来るときには

◇
ボランティア 田辺 亮 (関西外語大学2年生)

今冬、ボランティアワーカーとしてコソボプロジェクトに参加。岡山市「あじさいの会」様よりご寄贈のぬいぐるみの配布に協力。

「コソボって…どこですか？」

恥ずかしながら、これが、僕が初めてAMDAスタッフに聞いた質問でした。コソボで紛争があったというのは知っていましたが、当時あまり世界情勢に興味がなかったせいもあって、実際何も知りませんでした。コソボに行くことが決まってから、本を読んだりして一応ある程度の知識は得てから行ったのですが、やはり、「百聞は一見にしかず」というように、実際に戦争で破壊された建物を目にしたり、現地のアルバニア系住民から聞いた話は、本からはとうてい得られないものでした。

NATOの空爆も、日本人が書いた本では否定的に書かれていましたが、アルバニア系の人々はNATOが(敵対していた)セルビア人を追い払ってくれたと肯定的でした。このように当事者の考えを聞いたことは、これから

色々な問題を考えるときに、現地の人の立場にたつということを教えてくれたと思います。

それにしても、コソボの人はみんなやさしく親切で、しかも戦争なんかなかったかのように明るかったです。また、戦時中の出来事をすこしも嫌がらずに詳しく話してくれました。ホームステイをさせてもらった家族も、とても親切で感動しました。

そして、景色が本当に素晴らしかったです。いつかそのうち、ここは人気のある観光地になるでしょう。街を徘徊する軍隊(KFOR:コソボ平和維持軍)と銃弾の跡が残る建物を除けば、コソヴォは本当にきれいで、平和の象徴のようなところでした。

しかし現在は、産業というものがほとんどないために、多くの人が外国に



ネジール君を訪ね、「あじさいの会」様より寄贈されたぬいぐるみをプレゼント

出稼ぎに出ている、電気が一日に2、3回停まったり、道路には所々に大きな穴があるといった状況で、まだまだやらなければならないことがたくさんあります。今は復興の真っ最中といった感じです。

AMDAコソボ事務所のスタッフに、「今度僕が来るときは、国連もNGOも必要なくなったらいいねえ」と言ったら、「ああ、きっとそうなる」とうれしそうに言っていました。その目はとても希望に満ちていました。僕もそうなったコソボに絶対また来ようと思いました。

コソボ事務所 スタッフ紹介



「好きなことばは、平和！」

ブヤール・セイダイ (Bujar Sejday)

調整員

Konichiwa dokusha no minasan, Bujar desu.

私は AMDA で働き始めて 2 年になりますが、月日が経つにつれて、日本のことばと文化に対する関心も強くなっています。

私が生まれたのは、プリズレンから約 70km 北に離れたペア村です。村で過ごした子どものころ、生きていくことは難しいことではありませんでした。けれども、その後コソボとここをとりまく国々は苦難の時期を迎えました。そのため私は 7 年間他国で暮らし、いろんな仕事をし、いろんな言葉話すようになりましたが、やはり生まれたところに戻ることを決めました。しかし、想像以上のことが戻った私を待ちうけていました。戦争が始まったのです。このため、またもや私はコソボを出て、アルバニア共和国に身を寄せることになってしまいました。数ヶ月後コソボに戻り、AMDA と出会ったのです。

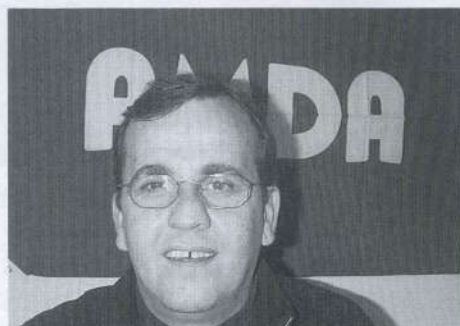
今は、生まれたコソボで、遠く離れた日本の皆さんとコソボの経験を分かち合うことができます。

私は、将来、すべてのコソボの人々の自由と独立が実現

されることを望んでいます。これまで見守ってくださった、日本の皆さんにお礼を申し上げます。これまでわたしが出会った日本の方すべてに感謝しています。

AMDA は、コソボでとても重要な働きをしていると思います。ですから、いつかはコソボが日本にながしかお返しできればと願っています。

MINASAN ARIGATOGOZAIMASU.



「再び戻った故郷で」

ファトス・リカ (Fatos Lika)

会計担当

1976年に学校を了えたあと、技術系の学校に進学し、その後ペア村にある公社で働いていました。1981年まではなにもかもがうまくいっていました。

1981年から1999年までは、われわれアルバニア人にとっては、とても困難な時期でした。私の家族とわたしは、常に暴力と迫害に怯えていました。1990年、わたしはアルバニア人であるため職場を追われ、いつも警察の目を盗んで過ごすような生活を送りました。

1999年、家族とわたしは、ペア村の8割の住民と同様、戦いのために村を追われました。わたしたちは再び戻る望みもなくモンテネグロに逃れました。誰もが生きてコソボに戻れるとは思っていませんでした。わたしはいま、自分の予想がはずれたことを神さまに感謝しています。

再び村に戻りはしましたが、ペア村はコソボで最も著しく破壊された町であり、たくさんの友人が殺されてしまいました。多くの国際人道機関がコソボに来、ペアにもやって来ました。いくつかの日本の NGO もペアで活動を開始しました。わたしは JEN など働いたあと AMDA に参加



プリズレンの市場にて。野菜も果物も豊富になったが、今も輸入に頼っている。

コソボの食事

はじっことはいえ欧州に入るのだからと思いきや、オスマン=トルコ統治時代の影響を色濃く残すコソボ。とくに南部は人の名もトルコ風、トルコ語を話す人がおおぜいいます。

コソボの人々が愛するのも、お砂糖を山盛り四、五杯入れたチャイ。お砂糖がカップの底に沈殿するほどにさせていただきます。フィルター式でないコーヒーはとても濃く、香ばしいものです。また、ラキとよばれる蒸留酒やワインの質のよさはコソボの人々の自慢のタネですが、最近では若い人たちを中心に、ノンアルコール・ビールやコーラが普及しているようです。

しましたが、その中で日本と日本人についていろいろなことを知ることができました。

現在 AMDA のプロジェクトに参加できることをとても幸せに思います。また、AMDA に参加するわたしが、コソボの人々によりよい未来を運ぶことができるであろうことを幸せに思います。



「医学生だったころとは違った夢」

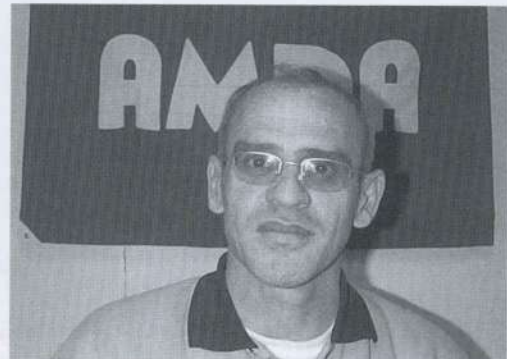
エロール・ポストセリ (Eroll Postseli)

育成プログラム担当

以前から、わたしはコソボの医療状況の改善にめざましい貢献をなしている団体があると聞いていました。プリシュティナ大学病院の眼科病棟に、AMDA がレーザー治療機器を設置したことを知ったのです。それ以前、コソボでは難しい眼病の人が治る見込みはほとんどなかったのです (2000年に「ネジールプロジェクト」として行われた、レーザー治療機器の設置と治療実施のプロジェクト)。

AMDA に参加したいちばんの理由は、こうした医療改善プロジェクトに参加したいと思ったからです。わたしは歯学部生でしたが、経済的政治状況のために、勉強をまっとうすることは出来ませんでした。戦時中はコソボに留まっていたのですが、そのときのことはできるだけ早く忘れたいと思っています。

1998年から様々な国際機関で働いてきましたが、現在は AMDA で、育成プログラムの補佐をしています。医学生だった頃とは違った夢ができました。現在トレーニングを受けている医師たちが、トレーニングの内容を十分に吸収することです。



「病院や診療所を建てること」

レフキ・ムズベグ (Refki Muzubegu)

建築担当

昨年の11月から AMDA に参加しました。それから、日本のことばや文化に興味をもつようになりました。

わたしはプリズレンに生まれて、育ちました。ペオグラードの学校を出た後、プリシュティナに戻りました。コソボへの出入りが制限される今では、考えられないことです。

戦争が始まるまでは建築会社で働いていました。結婚し、戦時中に娘が生まれました。

戦後はコソボで活動する国際機関で働くようになり、AMDA を知りました。

現在、専門を生かした仕事ができるので、とても幸せです。戦後、わたしは人々の必要とする建物、たくさんの住宅とたくさんの学校を建ててきましたが、AMDA ではわたしたちの生活にとっても重要な医療施設の建設に参加することができ、とてもうれしく思っています。

急募

コソボ派遣医師

AMDA では、ホープ (HoRP) の医師育成プログラムにおいて、医療技術指導などに従事する医師を募集しています。目下医療機関の改善をすすめるコソボでは、医療技術の指導者が求められているからです。

- 医師免許を有し、心身ともに健康であること。国籍・性別・年齢は不問。
- 任務期間：2002年4月より3ヶ月以上 (期間はご相談下さい)
- 赴任地：コソボ内医療機関
- 職務内容：育成プログラムのトレーニングにて指導、講義、または臨床
- 使用言語：英語

派遣医師には、AMDA の理念や方針を理解し、プロジェクト事務所スタッフだけでなく現地国連機関などと協力し、異文化に適応力のあることが望まれます。

プライマリーヘルスに関わるため、とくに内科医師が求められますが、他分野でも内科系の経験があれば考慮されます。下記までお問い合わせ下さい。

ホームページもご覧下さい。http://www.amda.or.jp

お問い合わせは
AMDA 本部
担当 佐伯 または 小西 まで

Bangladesh Activity Report

指山 浩志

2002年2月5日から28日の日程で、 Bangladesh のダッカ、及び農村地域であるガザリア地区で活動した。主な仕事は、ダッカのスラムにおけるフリークリニックの支援と、ガザリア地区で AMDA が行っている ABC プロジェクトにかかわる、マイクロクレジット事業、職業訓練センター、ヘルスセンターのための関係機関とのディスカッション、および現地での医療ニーズの調査であった。

1、マイクロクレジット

現地について、初めの一週間はダッカに滞在し、すでにマイクロクレジットとそれをベースにしたヘルスサービスを行っている NGO の責任者とのディスカッションや、病院などの関係施設を見学したりして過ごした。これは、プロジェクト全体のイメージが分かった点では収穫があった。

基本的にローカルエリアでのヘルスサービスは利潤を上げることは不可能なので、基盤をつくり継続的な活動をするためには、マイクロクレジットでの成功により、Selfsustainability (自己持続性) を持たねばならないということが、各 NGO とともに共通の認識であった。また、コストフルなヘルスセンターのマネジメントは、より効率的になされる必要があることも、強調された。

2、フリーフライデークリニック

フリーフライデークリニックは、ダッカ旧市街のスラム地区で週一回、行っている無料の診療所である。地元のロータリークラブの援助も得て活動しているが、財政的に facility (施設) に限界があることと、薬も足りないと言う状態から、残念ながら現在は十分に機能していない。ここは、以前洪水の緊急支援で来た際に始めた活動で、当

初は一日 100 人ほどの患者がきていたそうだが、現在では近くに政府のクリニックが出来たために、患者数が減り、毎回平均 10 人程度しかきていない。現状では、この状況が変わる見込みは無く、マネジメントを見直す必要があると思われた。

3、現地の医療体制の現状

Bangladesh では、行政単位は大きいほうから district, thana, union と分かれており、政府の医療機関は union レベルまで設置されている。

500 床を超えるような、大きな病院は、ダッカに集中し、そういった施設では、比較的レベルの高い医療も行わ

層には、完全なプライベート診療が政府の病院内でおこなわれていて、医師が直接診察料を取ったりしているという状況が横行している。

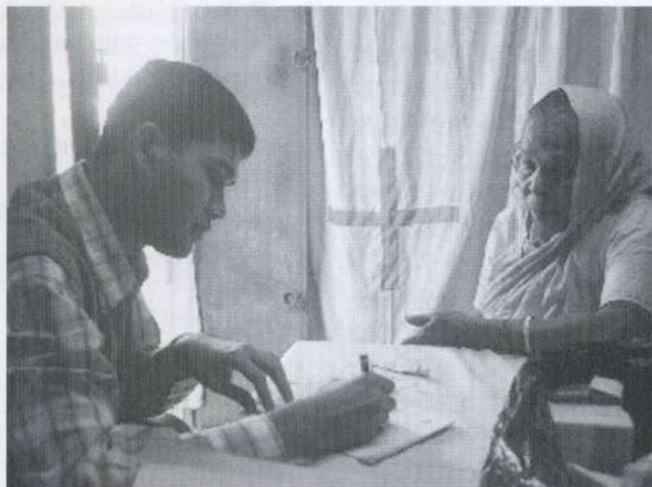
政府の病院内にはレントゲンや血液検査はあるものの、フィルムや試薬が無いため検査が出来ないということも頻繁にあるようだ。従って、一般的に政府の病院の評判はよくない。

4、ガザリア地区での活動

ガザリア地区は川に囲まれた地域で、アクセスが悪く、そのため、今まで、他の NGO から顧みられなかった地域である。ここで、AMDA は 1998 年にマイクロクレジット事業を開始し、現在 1500 人ほどの borrower (融資受益者) を有する。

この地域の医療ニーズを把握するために、この地域の政府病院であるタナヘルスコンプレックスでの診療活動と、各ビレッジのマイクロクレジットセンターを回って、特に砒素中毒を含めた健康調査をすることとした。

タナヘルスコンプレックスは、ガザリア地区の唯一の医療機関であり、実働医師は 3 人、男女 13 床ずつの



フリーフライデークリニックの診療風景

一般病棟と 5 床の下病専門ベッドがあり、分娩室と手術室、レントゲン、各種血液性化学検査室も存在する。そして実際、各種保健衛生の啓蒙活動についてある程度の実績はあげている。

この 2002 年 1 月の外来患者の総数は 6933 人であり、入院患者は延べ 170 人であった。外来患者は胃腸疾患、潰瘍、小児の呼吸器疾患、皮膚疾患が主なものであった。

入院患者は、この時期、季節的にとくに乳幼児の ARI が多かったが、よくコントロールされており、病棟の衛生状態は良くないものの、現地医師の力量はプライマリーケアレベルについては、おおむね問題ない。

しかし、問題点も多く、まず、外来患者が殺到するため、一人当たり外来診療にかける時間がとれず、ほとんど薬を機械的に出すだけになる場合が多い。患者の待ち時間も長い。また、各種検査は、院内で行われている形跡が無く、ほとんど外注になるので、コストがかかる。

全身麻酔を要する外科手術は出来ないため、帝王切開から虫垂炎に至るまで、すべてダッカの医科大病院に送られることになる。ちなみに救急車の料金は莫大であり、自前でトランスポートをアレンジすることとなる。

また、コンサルタントがいないので、ちょっと専門的な病気の場合は、これまたダッカに行くことになる。よって、人々は面倒な病気の場合は、初めからダッカや他の地域のプライベート病院に行く。

この地域の幹線道路では、交通事故が多い。ヘルスコンプレックスに運ばれてきても、ちょっと重症の場合、救急蘇生は全く何も出来ないもので、すぐ、ダッカに送る。よって、軽度の打撲以上の患者を見ることは出来ない。従って、コンサルタントレベルの医師、外科手術可能な施設、救急体制の整備が、この地域での課題であると言うことが判明した。

ヘルスコンプレックスの仕事が終わった後、近くの村で、簡単な健康調査を行った。もちろん、医師が来たと言うので、そのまま具合の悪い人が連れてこられ、結局実際は巡回診療のようにもなった。

調査は、3つのユニオンの計7つの村、男性22名、女性95名の計117名におこなった。

頻繁な全身倦怠感、体重減少は約80%に見られ、90%の人が何らかの痛みを訴えていた。しかし、これらが慢性砒素中毒の症状と考えるのは早計であり、今後都市部の貧困層で同様の調査をして、検討すべきと考える。というのは、これらの症状が、劣悪な生活環境や栄養状態、家庭での日々の過剰労働のためとも考えられるからである。

持病は疥癬、潰瘍、不明熱などが主であり、特に子供の疥癬の頻度は極めて高く、巡回して疥癬ローションを配ったりもしたが、これは根本的な衛生環境を変えないと解決にはならないと思われ、対策が求められた。



▲ ガザリア地区の村落での健康調査

▼ 巡回の際の簡単な診察



砒素中毒については、よく啓蒙されており、ほとんどの人は砒素汚染した水を飲んでいないが、老人や子供のなかには現在でも汚染した水を飲んでいるケースも見られた。

5、今後のプロジェクトについて

AMDAヘルスセンターの現在の準備状況では、3-4床のベッドを有し、小外科、正常分娩と簡単な血液、尿検査を出来る施設を備えた、一般クリニックとして開院する見込みである。よって、当初はプライマリーケアに重点が置かれることとなる。

将来的には現地の需要を考えると、より高次のサービスを提供する必要があり、これを、医療保険とのコンビネーションで提供することは、マイクロクレジットのプロモートをする意味でも、機能すると思われた。しか

し、それが、安価な医療であらねばならないところがジレンマである。また、救急体制や安価な患者転送のシステムを確立することは急務であり、ダッカのJBFH（日本バングラデシュ友好病院）やDSH（ローカルNGO）と連携することを視野において、ヘルスセンターに関連した課題として、取り組むべきと考える。

今回、住民の健康調査では、特に小児に極めて疥癬の感染率が高いことが分かった。これは、住環境や同一世帯居住者のすべてを対象として、コントロールする必要があり、そういった意味での、衛生教育を含めた形の巡回診療は、新たなプロジェクトとして進めるのに適しており、後任の神田看護婦に、試験的な実施を依頼した。効果があるようなら、今後マイクロクレジットセンターを対象として、広く進めていくべきと考える。

ミャンマーにACT (AMDA研修センター) が完成!

◇
AMDA ミャンマープロジェクト駐在代表
小林 哲也

現在、国際協力の世界で活動するNGOに要求されている最も重要なテーマの一つが、「人材の育成」です。支援活動の、そしてその効果の持続性を確保するためには、支援される側のHuman Resource(人的資源)の充実が不可欠だからです。AMDA ミャンマープロジェクトでは、これまで人材育成プログラムとして、保健医療分野ではミャンマー人の小児科医師や看護婦を招き、日本の病院で研修を行うプログラムを、また環境衛生分野ではMIS国際協力の会と協力し、ミャンマー人のエンジニアを招いて浄水機作成の技術研修を行うプログラムを実施してきました。

特に保健医療分野において、ミャンマーでのこうした人材育成を更に支援するために、ミャンマー保健省と協力して2001年度から新たに始めたプロジェクトが、このACT(AMDA Center for Training : AMDA 研修センター)です。本誌2001年3月号で詳しくご紹介したように、基礎的な医療サービスの機会を得ることが困難な地方エリアにも医療サービスが行き渡るように、様々なレベルでの医療従事者の育成を行い、優秀な人材をミャンマー全土に送り出すことがACTの目的と役割です。

このACTは、外務省草の根無償資金の提供を受けて昨年3月から建設が開始されました。途中、長引く雨季で工事が遅れたり、水不足のため急遽井戸を掘ったりと様々な苦労がありましたが、建設をお願いした株式会社 間組ミャンマー事務所の多大なるご協力により、同年12月に無事完成しました。

そして去る2月12日(火)、ミャンマ

ーの祝日「Union Day」にACTの完成を祝う完成記念式典を行いました。活動パートナーである保健省からはケッセン保健大臣やチョウミン副大臣、資金提供を頂いた日本大使館からは津守滋大使にご出席頂き、AMDA本部からは菅波知子医療顧問、鈴木俊介CSD局長(現海外事業本部長)が出席し、ACTの完成を共に祝いました。

日本と同じように、ミャンマーでは祝い事は午前中が良いとされているた



正面玄関にて

め、式典は朝8時(!)に始まりました。ACTの脇に特設された式典会場には政府関係者やプロジェクトの関係者、それにAMDAの支援者など約100人が出席。祝日の早朝にもかかわらず、青木利通JICAミャンマー所長やUNICEFミャンマーのハイノネン保健栄養課長も参列されるなど、ACTに対する関心の高さが伺えました。

式典では、まず始めに日本政府を代表して津守大使が壇上に上がり、途上国への支援で重要なのは現地の人材のエンパワメントであり、このACTが数多くのミャンマー人医療関係者の育成、技術向上のために寄与することを期待するという趣旨のスピーチをされました。次に保健省を代表してケッセン大臣が挨拶。ミャンマーでのAMDAの長年の取り組みと、そのサポートしている日本政府に対するお礼

の言葉と共に、保健分野での人材育成のためにこのACTが積極的に活用されることへの希望が述べられました。

そして最後にAMDAを代表し、菅波知子医療顧問が参加者にお礼を述べると共に、21世紀に向けたAMDAの活動理念に触れながら、ACTの目的と役割、そして今後の利用計画について説明をしました。

式典の終了後にはACTの玄関前でテープカット、そして記念の植樹が行

われ、その後、建物内の見学が行われました。保健大臣はこのプロジェクトに大変関心が高く、建設中から何回も現場に足を運ばれており(土曜日の朝8時に来られたことも!)、今回は最終的な建物の仕上がり具合を確認。前回の視察時にチェックした、コンクリートのうちっばなしのままだった床にきれいなシートが敷かれ

ているのを見て満足そうに頷いていました(これは急な提案だったのでスタッフが総がかりで休日を返上して行いました。大変な作業でしたが、確かに見ためが非常に良くなり、清潔感もグッと増しました)。その後は軽食を囲んでの歓談。

ケッセン保健大臣は97年に来日した際、岡山のAMDA本部を訪問されたことがあり、その時はAMDA理事長の私宅にホームステイもしています。大臣は今回、菅波理事長に会えなかったことを非常に残念がっておりましたが、知子夫人と訪岡時の思い出話に花が咲きました。そして午前10時、全てのプログラムを終了し、式典は無事に幕を閉じました。

初年度のACTでは、マイクロ・ファイナンスと保健教育を組み合わせ

◆コラム◆

ACT誌上見学

ACTはヤンゴンの中心部から東へ車で約15分ほど行った、サウスタゴン地区の保健省研修センターの敷地内にあります。この地域はヤンゴン市の郊外にあたるため、ACTの周囲は主に住宅地であり、その静かな環境は研修にとっても適していると言えるでしょう。

センターの建物は鉄筋コンクリート2階建て。その外観は白い壁に赤い屋根というシンプルなものですが、古くからの住宅が多く建ち並ぶ周辺では、ひとときわ目を引きま

では建物内部のご紹介です。内部の壁の色は白で統一されており、また外の光が十分に入るように設計されているため、室内は非常に明るく、清潔感漂う雰囲気です。ACTではミャンマー全土から研修生を募集する予定なので、建物内には教室、図書室といった教育のため

の設備だけではなく、遠方から来る研修生が滞在するための宿泊設備や食堂もあります。

一階には事務所、食堂、実習室、図書室、トイレ、シャワー室、講師の宿泊施設などがあります。実習室には、今年度の研修プログラムに備えて、日本と同じような鍼灸の治療設備と共に、人体模型や解剖図などがおかれる予定です。また図書室には、1年目の研修プログラムに用いる鍼灸とマイクロファイナンスに関する資料



だけでなく、保健医療や環境衛生、社会開発全般に関わる書籍を置く予定です。

二階は一般の教室と会議室、そして研修生の宿泊施設からなっています。宿泊施設は4部屋あり、1部屋に5名分のベッドが蚊帳付で準備されています。従って常時20人の研修生が滞在することができます。

一日も早くこの研修センターが各プログラムの講師や研修生達の熱気で満ちるよう、AMDAミャンマーのスタッフ一同、全力で頑張ります。

(内藤 武司)



ABCプロジェクト(AMDA Bank Complex)を促進するための専門家育成プログラムを4月から実施する予定であり、今はその最終的な準備に追われています。そして本年度の後半からは、ミャンマーの伝統医療士の方を対象として、その技術の幅を広げるために鍼灸技術の研修を行うと共に、日本とミャンマーとの間で、伝統医療士の技術交流を実施していく予定です。ミャンマーでは西洋医学と共に伝統医学が活用されており、安価で副作用の無い伝統薬が数多く使用されています。こうした地域固有の気候や風土に根差した専門知識は、それ自体が貴重な文化であり、次世代に残すべきだけでなく、広く海外に向けて発信すべき情報です。日本にも同じように伝統医薬品がありますが、その成り立ちや使用する原料、調合方法などは、恐らく両国でも色々な違いがあることでしょう。こうした文化としての医療技術を相互に交換することも、AMDAが理念として掲げている「多様性が共存する社会」を構築するための重要な要素だと思っています。このようにACTでは、医師や看護婦、助産婦などだけを対象とするのではなく、より幅の広い医療

関係者を対象としたユニークな研修を行っていきたくと考えています。

このACTを活用することで、保健医療分野を中心に、21世紀のミャンマーを担う様々な人材の育成に取り組

んでいきたいと思ひます。最後になりましたが、この事業にご支援を頂いた、日本大使館を始めとする内外の関係者に心から御礼を申し上げ、完成記念式典の報告とさせていただきます。

「ミャンマーの伝統薬って？」

ミャンマーにはいわゆる西洋医学で利用されている薬の他、ミャンマー独自の伝統薬(「緬方薬」。漢方薬のミャンマー版)があります。主に、葉・花・種子・根・鉱物などから作られており、多くがパウダー状もしくは液体状です。安価で強い副作用がないため、ミャンマーでは広く利用されています。

写真

ミャンマーの伝統薬(左より)

- ・胃腸薬(パウダー状)
- ・腹痛薬(主に下痢。パウダー状。パウダーを指につけ、少しずつなめる。)
- ・筋肉・関節痛薬(液体)
- ・胃腸器系疾患(パウダー)

(→吐き気・食欲不振の際は、レモン汁とお湯で溶かして服用)
(→咳・熱・のどの痛みの際は、ゆがしたコオンの葉に包んで服用)

(竹下 佳恵)



アフガン難民キャンプ

— 近況報告 —

◇
小西 司 (緊急救援対策局長)

AMDAは昨年12月以来、アフガン難民キャンプへ医療チームを派遣し、ラティファバド難民キャンプとムハンマド・ケイル難民キャンプで医療活動を実施してきた。3月10日、両キャンプの難民人口はあわせて8万人に達しようとしている。国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) によると、3月中旬からさらに1万5千人のアフガン難民が国境を越え、これらの人々はAMDAの活動する両キャンプへ避難する予定であり、AMDAの仮設診療所 (BHU) をさらに拡大し、急増する難民への医療救援を展開していく。現地の上山正道主任調整員の報告では、難民の間では麻疹の感染者が増加しつつあり、対策を急いでいる。同じく現地のAMDA医師チームからは「次第に気温は上昇しており、これからは衛生的な飲料水の確保と、経口感染症の流行を予防することが急務」とのこと

である。

キャンプ内に張られたAMDAのBHUには、1日約400人の患者が訪れてくる。キャンプ内の連日の産声は日常の光景になった。

しかし広大な難民キャンプで、「ここへ来られる患者はまだ元気がある。来られない患者をケアするのが大切」と、AMDA母子保健チームと栄養管理チームは毎日キャンプ内を巡回し、子どもたち、患者たちの訪問診療を続けている。両チームはおおぜいいる妊産婦のそれぞれの出産予定やどのテントにどのような栄養不良児童がいるかまですっかり把握しており、きめ細かく手当てしている。

BHUでは対処できない重症患者の救急移送体制も整い、AMDA救急チームは救急車でクエッタ市内の病院を



工藤看護師と新生児を抱く家族

往復し、クエッタ市で待機するAMDAスタッフが入院などの手配とケアを手助けしている。

3月初めに帰国した工藤 ちひろ看護師の後任として、3月11日に原口 珠代看護師が着任、今後は原口看護師を中心に医療保健活動をすすめていく。また、3月13日には再び谷合 正明主任調整員が現地入りした。

春、4月からは難民帰還作業も始まろうとしている。平和な国造りのため、せめて難民たちが健康で帰国できるよう、AMDAも協力を続けていく。

急募

アフガン難民支援活動での医師・看護師募集

AMDAでは、今後難民の帰還を視野に入れ、中長期での活動に移行しつつあります。ついては、現地での活動に参加して下さる医師及び看護師を下記の要領で募集します。

派遣時期：2002年4月以降 2ヶ月以上。

赴任国：パキスタン・イスラーム共和国・クエッタ周辺。
また、アフガニスタン南部も活動地に入る可能性あり。

募集人員：医師・看護師 各若干名。

- 条件：
- ・国籍、性別、年齢不問。心身ともに健康であること。
 - ・日本国内で特に医師・正看護師として5年以上の臨床経験を有すること。特に産婦人科・小児科での臨床経験を有すること。
 - ・海外での関連業務経験があればなお可。
 - ・日常業務が英語でこなせること。医療機材、医薬品の名称を英語で理解できればなお可。
 - ・周囲と協調して業務にとりくみ、現地の文化慣習を理解できること。

待遇：AMDA規定に準ずる。なお、渡航に関わる経費はAMDAが負担する。

※問い合わせ・応募先：〒701-1202 岡山市栢津310-1

AMDAアフガン難民支援事業担当まで 電話 086-284-7730 ファクス 086-284-8959

*ご応募の際は、履歴書・職務経歴書・志望動機作文(書式自由) 日英各1通をお送りください。





AMDA を支えてくださる AMDA 会員を募集しています

AMDA は 1984 年設立以来、約 1,500 名の AMDA 会員・賛助会員の皆様に支えられて、世界 50ヶ国で活動を実施してきました。会員の皆様とは、AMDA から活動報告 (AMDA ジャーナル・AMDA ダイジェストを送付) をさせて頂き、皆様からもご意見、ご指導を頂くなかで、一緒に AMDA の活動を充実させていくことができました。

今後もさらに多くの会員の皆様からの声を頂きながら、共に活動の継続と充実を図りたく、AMDA 会員になってくださる方を募集しています。現在 AMDA 会員の皆様もお知り合いに AMDA に興味を持たれている方がいらっしゃいましたらご紹介ください。

どうぞ皆様で AMDA を支えてください。よろしく願いいたします。

特定非営利活動法人 AMDA のホームページ がわかり易くなります!

AMDA の活動や人材募集、イベントのご案内など最新の情報がご覧になれます。

<http://www.amda.or.jp>

また「お問い合わせ」のページより、AMDA の活動やホームページへのご意見、ご質問等をお寄せ頂けますのでご利用ください。皆様からのお便りをお待ちしております。

国際協力イベントとボランティア 情報ステーション:i-koko

携帯電話から AMDA の人材募集の情報も得られます。アフガン難民キャンプで活動する医師・看護師の募集をはじめ募集事項を掲載していきますので、大阪国際交流センターの i-koko のサイトをご利用ください。

(クリック募金等ではありません)

菅波理事長著書「医療和平」出版!

国連医療 NGO AMDA の人道援助活動を綴った、「医療和平」—多国籍医師団 AMDA の人道援助— が、集英社より 5 月上旬に出版される予定です。

AMDA 高校生会メンバー募集

AMDA 高校生会では、新 1・2 年生のメンバー募集をしています。

今年度の活動は、昨年度に引き続き AMDA がミャンマー子ども病院で実施している、栄養コーナーの支援です。栄養コーナーでは子ども病院にやってくる栄養不足の子ども達への食事の提供をしています。

メンバーの中には夏休みにミャンマーを訪れる予定を立てている人もいます。AMDA がミャンマーで様々なプロジェクトを実施しているのはご案内のとおりですが、給食コーナープロジェクト以外のプロジェクトを覗いてみるのも良い経験になるのではないのでしょうか。

* お問い合わせ先: AMDA 電話 086-284-7730

AMDA 高校生会ホームページ

<http://www.amda.or.jp/highschool/>

■お知らせ

アフリカンフェスタ

5月18・19日 日比谷公園

AMDA はパネル展示等による参加予定

* 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>

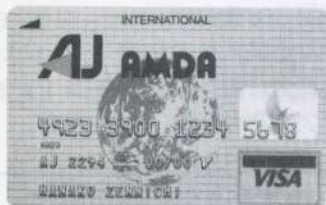
* AMDA ボランティア定期預金



税引き後、利息の 20% を AMDA にご寄付いただきます。

中国銀行からも預け入れの口数に応じて、寄付をいただきます。

※お問い合わせは TEL086223-3111



* 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わせは、

全日信販株式会社 岡山支店

086-227-7161 です。



インドネシア洪水緊急救援 (2002.2)

インドネシアでは1月下旬からジャカルタなどで豪雨が続き、洪水被害が深刻化しています。冠水は長期化し、飲料水の汚濁と感染症の流行が懸念され、AMDAではAMDAインドネシア支部を中心に医療支援を実施しました。



2002年2月22日、日本より派遣された小池彰和調整員とAMDAインドネシアのDr. Datuによる現地調査（ジャカルタ市内西部Ciwang地区）



AMDAインドネシアを中心とするインドネシア大学病院ERセンターの医師達による循環診療



ジャワ島西部 Bekasi 地区への水上巡回診療：依然水没中の村々は医療支援の手が届いておらず、歓迎された。





アフガン難民キャンプ
子どもたちは仮設の学校で読み書きを学んでいる

みなさんのちからを
必要とされる人たちがいます



AMDA募金箱を置いていただける方はご連絡下さい（TEL 086-284-7730）