

月刊

AMDA

国際協力

Journal

4

APRIL

2003 4.1

(VOL.26 No.4)



AMDA母子保健プロジェクト

子ども達が元気に生まれ、育っていくのを応援しています



5000人目の赤ちゃん誕生

ネパール子ども病院プロジェクト



ポリオデー：無料でポリオの投与を実施



予防接種日には多くの乳幼児が集まる

ベトナム 母子保健トレーニング



トレーニング期間中に誕生した赤ちゃん



AMDA診療所での初めての赤ちゃん誕生

バングラデシュ保健衛生事業



保健衛生教育を聞きにやってきた親子

(関連記事P20)

AMDA
国際協力
Journal

2003
4月号

◇
CONTENTS



ネパール
子ども病院



◇ベトナム報告	2
◇ネパール報告	7
◇バングラデシュ報告	9
◇アフガン支援報告	18
◇JICA研修報告	21
◇スリランカ医療和平事業報告	22
◇寄付者一覧	23
◇事務局便り	24



表紙写真 (ソンラー省フモン族の女性たち)

ベトナム北部山岳地帯 貧困削減プロジェクト

ベトナム北部山岳地帯では地理的悪条件のため、インフラの未整備、情報の不足などにより様々な問題を抱えています。保健分野においても基礎保健医療サービス施設へのアクセスが困難であったり、河川の水が主な生活用水であるために感染症が蔓延するという問題が挙げられます。そこでAMDAでは2002年度事業

ご協力お願いします

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】岡山市楯津310-1 AMDA事務局

※お問い合わせは、TEL 086-284-7730
FAX 086-284-8959

として、ベトナム北部の6つのコミュニティで保健衛生教育や母子保健教育を行ってきました。村の医療従事者を対象に妊婦検診や分娩介助、産後ケア等のトレーニング、学校教師を対象にファーストエイド講習などを実施しました。

今後はベトナム保健省によって企画された村レベルでの医療サービスが提供できるヘルスポストの建設とその機能の充実、また清潔な飲料・生活用水が供給できるような水供給システムの建設や、トイレ建設を行なっていく予定です。

ベトナム活動報告

AMDA ベトナム 紺谷 志保 (助産師)

2002年8月から6ヶ月間ベトナムに滞在し、ベトナム北部山岳地帯保健教育プログラムにおける母子保健教育を担当し、ベトナム北部の6ヶ所のパイロット・コミュニティを巡りCHS(コミュニティヘルスセンタースタッフ)、VHW(保健ボランティア)を対象に母子保健トレーニングを行ないました。

トレーニング

海外での医療活動は私にとって初めての経験で、自分に何ができるのか不安なままの出発でした。ベトナムに到着後、現地医師のアドバイスを受けながら、とりあえず何かしなくてはと、チャートを描き、リーフレットを準備し、布を買ってきて胎児・胎盤・臍帯モデルを作り、俄仕立てに教材を準備しての始まりとなりました。

最初の村で実際に自分の目でCHC(コミュニティヘルスセンター)を見て、そこに勤務する準医師や助産婦やVHWと話をし、やっと何をしにやってきたのかおぼろげながら感じつつも想像以上の厳しい現状に自分に何が出来るのだろうか途方に迷ってしまいました。特に困惑したのは、トレーニングの対象となるVHWの母子保健に関する知識、経験、地域における役割や期待度、本人のやる気等に非常にばらつきがあること、アクセスや施設の不十分さのため救命処置に限界があるということ、継続的なトレーニングでないため経験の積み重ねによる技術の習得が期待できないことの三つでした。今にして思えばこの短期間でそんな広範囲の事を自分一人でするはずもなく、ましてや期待されてもいなかったのでしょうか、結果を残せるような内容にしなくてはと気ばかり焦っていました。

しかし、トレーニングをしていくうちに、ここで聞いたことがひとつでも心に残って何かのきっかけになればそれで十分かもしれないと感じ、このトレーニングの目標を「お産を知る」ということにしました。妊娠中の母体の変化、胎児の発育の様子、生まれる時の様子、出生後の母体の変化、新生児の生理、母乳分泌のしくみや利点を参

加者の知識や経験をふまえながら説明し、写真やビデオを用いたりリーフレットやチャートを改良し、より具体的にわかりやすくなるように努めました。また、母子保健に関する情報を書き込んだ村の地図をつくることで村の細かな問題点が浮かび上がってきたり、トレーニングの終りにお産ドラマの製作・実演をしてもらって役にたきって感極まる場面があったりと、こ



トレーニング中の筆者(左)と現地AMDAスタッフ

ちらの予想を越えた効果が現れる事も度々ありました。

結局、トレーニング内容は全ての村で違うものとなりました。はたして、どれだけのの人に何か残るものがあったのだろうか、何かのきっかけになりえたのだろうか。こうしかできなかったという思いと、見当はずれのことをしてしまったのではないかとという危惧が残りました。どの分野の保健活動でも同じでしょうが、お産に関する事も母と子の安全を守るためにすべき事は膨大な範囲に及びます。さらに、母子の生活や健康、病気、妊娠、出産はその社会の習慣や信仰、伝統など文化的な背景に大きく影響を受けます。短期間の関わりしか持てないトレーニング条件の中で適当と思われる内容を選び、村の実状を把握しながら進めていきま

したが、なにか目にみえる成果を残せるような的を絞ったトレーニング方法の工夫も必要だったのではないかと反省しています。また、トレーニングの目標を「お産を知る」とし、妊娠や出産の成り立ちや妊娠中の胎児の状態を知ることによって「生命の尊さ」を感じてもらおうとしたのですが、今ふりかえると、人それぞれでその感じ方は違うでしょうし、何が正しいというものでもありません。私自身がねらいに到達する事にこだわりすぎていたように思います。

TBAの存在

AMDAのアフガニスタンやネパール支援活動の中でTBA(伝統的出産介助者)の方にトレーニングを行い現在活躍されていると聞いています。ベトナムでもたくさんのTBAと呼ばれる方々がいました。ベトナムは国の方針として施設分娩を奨励しているものの、緊急時にかぎりTBAによる自宅出産介助を認めています。彼女らに医療トレーニングを受けさせるシステムはありませんが、VHWとして保健教育を行い地域のお産の担い手として活用しているところもありました。一度、ふたりのTBA兼VHWと一緒にCHCでの出産に立ち会う機会がありました。彼女らは早速トレーニングで話したことを実践してみせ、その効果を深く理解している様子でした。彼女らのお産に関する真剣さと感の鋭さを強く感じました。お産は経験がものをいいます。地域でお産に関わり長く活躍してきたTBAの技術と知識を検証し再教育することで、ベトナムでもTBAを母子保健の担い手として役立てていけるのではないかと思います。

と同時に、緊急時に対応しうる搬送システムの充実の必要性をつよく感じました。今回訪問したなかにも、通信手段も無く交通手段は徒歩のみという険しい山岳部やダム湖で分断された山中といった厳しい地理的条件下の村がありました。ベトナムにはそのような場所がまだまだたくさんあります。政府の奨励するCHCでも出産時の急変に対応できる医療設備はありません。緊急

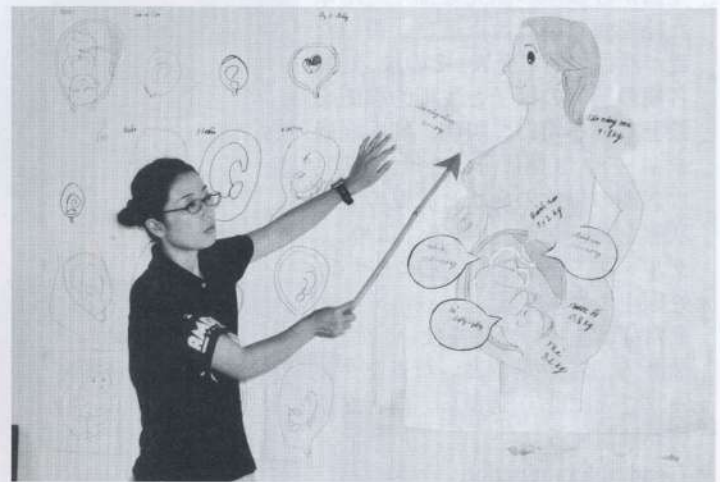
処置の可能な県レベルの病院まで送るという選択肢を確保出来るよう、通信や交通といったインフラの改善が求められています。また、それはCHSやTBAの重要な役割のひとつである異常を見極めて搬送する正常と異常の判断能力が、現実に搬送という手段の無いところでは育たないということからも必要とされています。

最後に

今お産の世界では、先進国の従来の病院分娩の在り方が見直されてきています。分娩台の上での仰向けの姿勢、慣例的な会陰切開、母子別室等々といった事が科学的に正しくないと立証されてきています。それなのに途上国でこのような方法を近代的な出産法として広める事は無意味だと批判もされています。近代医療の流れが変化してきている今、途上国への一方的な医療の導入ではなく伝統的医療の価値を認めることは、近代医療のさらなる進歩に貢献するだろうと言われています。私もベトナムでの様々な体験の中でそれを実感する場面に何度も遭遇しました。今後、私は助産所で働き日本の助産婦が培ってきた医療機器の無い場所での安全で人間らしいお産の援助を学びたいと考えています。それはきっとベトナムをはじめ途上国で必要とされていることに最も近いのではないかと思います。この6ヶ月間、自分の不十分な知識や技術、弱点をあらさまに実感させられ、自分をふりかえるかけがえのない体験となりました。未熟な私をいつも励まし助けてくれ、ひとつの布団で眠り、ともに川で水浴びをし、断りきれない振舞い酒を代わりに飲んで飲みほしてくれた竹久調整員に心から感謝申し上げます。



胎児の発育の様子について説明



妊婦のからだについて説明

母子保健トレーニング マニュアル

1. 問題認識

目的：母子保健に関する地域の状況や問題を認識、共有する。

方法：

- ①参加者を6名程度の近隣居住地別にグループわけし、居住地域の地図を書く。それに妊産婦、新生児、TBA、自宅出産例、妊産婦死亡、死産、新生児死亡、栄養失調児、患児（全て総数とともに）、井戸、トイレ、商店等を記号化したものを書き入れる。
- ②出来上がったものを各グループの代表が説明。質疑応答する。
- ③地図上に現れた情報から推測される問題点に関する質問を投げかけ、地域の母子保健状況や問題点を明らかにする。

2. トレーニング内容の選択

目的：地域の母子保健状況に関して自分達が出来た事、すべき事を考え参加者がトレーニング内容を選択する。それによっ

て、より必要性に応じた実現可能な内容になるとともに、トレーニングに対する参加者のモチベーションを高める。

方法：

- ①妊娠、分娩、産後、新生児ケアの各カテゴリーごとに5～6種類のトピックを書いたカードを用意する
- ②その中から、トレーニング内容として優先度の高い順番にカードを並べてもらう。
- ③トレーニングの日程にあわせてプログラムを組み、参加者に了承を得る。

<カテゴリー別トピック>

妊娠	分娩	産後
妊娠の成立	分娩経過及びケア	正常産後経過
分娩予定日換算法	異常分娩	産後の異常
正常妊娠経過	分娩介助技術	新生児ケア(生後1W)
妊娠中の異常症状	自宅分娩介助	乳房ケア
General examination	出生後新生児ケア	母乳育児
Abdominal examination	新生児救急処置	新生児の疾患

<各トピックの指導内容>

●妊娠

* 妊娠の成立

男性器、女性器の図に各器官の名称を書き入れてもらい、各器官の働きと精子、卵子の大きさ、数、及び性交、受精、着床までの妊娠成立の流れを図を用いて説明。その後、参加者によるプレゼンテーション。

* 分娩予定換算法

妊娠の徴候について問い、説明する。その後で予定日換算法について質問。最終月経、子宮底長、胎動自覚による計算法を確認。例題を何例かあげ計算演習をする。参加者の理解度をみて正確に出来るまで何題か行う。

* 正常妊娠経過

全員が妊娠中の胎児を描く。出来た絵を張り出し数点選び、書いた者が絵について発表。その後、妊娠各期の胎児の様子と生理的機能を絵と写真を用いて説明。妊娠経過チャート(3期に分けた母体の図)に各期の母体の症状と胎児の発育状態を書いたカードをあてはめ、グループごとに発表し完成させる。

* 妊娠中の異常症状

異常症状を描いた絵を使い、症状、診断方法、対処を書いた表をグループごとに作り発表し、内容が適切か検討する。

* General Examination

血圧、体温、脈拍の正常値と測定方法を説明、お互いに実地。子宮底長、浮腫、貧血の観察方法をチャートを用いて説明。On the job trainingで実施。

* Abdominal Examination

マギーエプロンに胎児モデルを入れて触診法と聴診法を実施指導。正常と異常胎位、胎児心音の正常と異常値及び対処について説明。On the job trainingで実施。

●分娩

* 分娩経過及びケア

分娩経過を描いたチャートと、胎児・臍帯・胎盤モデルを使って分娩第一期からの分娩機転を説明。その後各期の子宮口、胎位、母体の症状、ケアを書き込むチャートを分娩経過チャートに付け足し、トレーナーが内容を補足、訂正しながら書き込んでいく。

* 異常分娩

回旋異常、子癇、多量出血、胎盤遺残、羊水混濁、胎児切迫仮死について各項目をあげたチャートを用意し、症状、対処を説明しながら完成させていく。

* 分娩介助技術

段ボールを使って骨盤モデル(ファントーマ)を参加者と共に作り胎児モデルを使って、CHS、VHW(お産介助経験者)に分娩介助のデモンストレーションをしてもら

う。その後トレーナーが別の方法の紹介や補足をする。質疑応答の後、参加者全員による実地。

* 自宅分娩介助

自宅分娩介助の経験者に、その時の状況、使用した物、工夫した事、困難だった事、臍帯切断の方法(切断時期、使用物品、切断面消毒方法)胎盤娩出の状況等について話してもらい意見交換する。その後、安全と清潔の重要性を説明し、分娩キットを用いた自宅分娩介助方法を紹介し参加者全員により実地。

* 出生後新生児ケア

出生直後の新生児の観察項目、バイタルチェック、保温、清潔、安全についてチャート(正常児と異常児を描いたもの)を示しながら説明。参加者の経験談を聞き、正しいケアについて話し合う。

* 出生時救急処置

出生直後の異常症状について項目を挙げ説明。救急処置の方法をベビーモデルを用いて説明、実地する。

●産後

* 正常産後経過

産後の正常な経過を参加者に質問しあげていく。観察項目、チェック方法をまとめ、産後ケアの必要性についておさえる。

* 産後の異常

産後の異常症状を参加者に質問しながらあげていき、チャートに各症状の診断と対処方法をまとめる。

* 新生児(生後1週間)ケア

新生児の生後1週間の正常経過を説明し、観察項目(バイタル、全身状態、栄養、排泄、反射、活気、先天性奇形の有無等)を参加者に質問しながらあげていく。また、この期間に現れやすい疾患の初期症状及び対処に

についておさえる。

* 乳房ケア

母乳分泌を促進させる為の方法(授乳方法、食事、母乳マッサージ、トラブル時の対処等)を書いたチャートと乳房モデルを使い説明。授乳中のじょく婦の了承を得たうえで乳房マッサージを実演指導する。また、その地域特有の方法や伝承を参加者にあげてもらい内容を検証する。

* 母乳育児

母乳育児の必要性や利点についてグループごとに話し合い、それらを書いたフィリップチャートを作製する。代表者による発表後、必要あれば訂正・補足しまとめたものを作製する。さらにベビーモデルを使って正しい授乳の方法(授乳時の姿勢、乳首の含ませ方、授乳時間等)を説明する。

* 新生児の疾患

新生児期に見られる主な疾患について、原因・症状・対処をフィリップチャートを用いて説明。参加者からこれらの疾患にまつわる経験談があれば話してもらい情報を共有。特に早期発見の重要性について押さえる。



ムオン族の親子

ベトナムの隙間へ

AMDA ベトナム 竹久 佳恵

ベトナムは多くの日本人、特に若い女性にとっては人気の観光地。アオザイ・春巻き・ベトナムコーヒーに、刺繍・藤家具・陶器…。「ベトナム」と聞いて皆様が思いつく物も多い事でしょう。実際に、ホーチミン、ハノイ、フエといった大都市を訪問された方も少なくないと思います。

現在、ベトナムでは各国ODA（政府開発援助）や様々な国際機関からの援助の下、政府主導の大規模な開発が急速に進められています。道路・橋の建設、学校・病院の整備、電気・電話といった基幹整備などにより、町・村の様子、住民の日常生活は日々刻々と変化していると言っても過言ではありません。実際、私が派遣されていた7ヶ月間の間でさえ、まったく以前の影すら見られないほど開発された村もありました。先日お会いした60歳代の日本人男性が、「現在のベトナムは昭和30～40年代の日本と同じだ」とおっしゃられていたのも頷けます。

1986年のドイモイ以降の経済成長、政治的安定、観光産業の発展。多くの方にとって、「ベトナム」にはもはや発展途上国というイメージはないかもしれませんが、実際、様々な統計によると、AMDAが活動しているバングラデシュ・ミャンマー・カンボジアといった他のアジア諸国は「後開発途上国」とされているのに対し、ベトナムは「先進工業国」と「後開発途上国」の間の「開発途上国」とされています。さて、この様な大規模な開発が急速に進められているベトナムでAMDAが活動するのはなぜか？ジグソーパズルに例えてみたいと思います。

ベトナムジグソーパズルの完成を国の理想とすれば、その完成に向かい、政府が住民が国際協力機関が、それぞれのパズルピースを手にとりそれぞれの活動を実施します。しかし、パズル完成後の絵柄（国策）を考えずして、パズル全体（開発）の進行状況を見ずして、また他のパズルパーツ（様々な機関）

との相性（協力・連携・整合性）を考えずして、パズル全体を組み立てる事は容易ではありません。パズルパーツそれぞれには、独特の形（各分野・各地域ごとの問題）があることも忘れてはなりません。現在のベトナムジグソーパズルは、折り返し地点を過ぎ、完成に向けラストスパートがかかっている時点だと思えます。しかし、私には小さなパズルピースが漏れているように思えてなりません。ベトナムジグソーパズルの大きなパズルピースは揃いつつあるのに、その大きなパズルピースの横に小さな隙間が見えるのです。

その小さな隙間を埋め、ベトナムジグソーパズルをより完成に近づけて行くのが、私たちNGO、そしてAMDA



Tan Dan Communeにて（中央左：紺谷助産婦、右：筆者）

の役目だと考えます。

2つ例を挙げたいと思います。

1つ目の事例は2002年から今年にかけてAMDAが活動したベトナム北部山岳地帯の1つ、バクザン省のあるコミューンでの事です。このコミューンは世界銀行が進める「北部山岳地帯貧困削減プロジェクト」対象地の1つです。道が舗装・拡張され、学校が建設され、電気・電話整備が進められています。そして、ベトナム保健省の新しい政策である「ヘルスポスト」（コミューン全体の保健医療をコミューンヘルスセンターが担当するのに対し、ヘルスポストは村落レベルの保健医療を担当する）も、1つ建設されました。2つの小部屋がある、レンガ・コンクリート作りの小さいながら立派な建物で

す。このヘルスポストを担当する村の保健担当者は30歳の若さですが、非常にやる気のある勉強熱心な青年です。彼は私たちが村に滞在中1通の手紙をくれました。手紙にはこう示されていました。「ヘルスポストが出来、村民の健康の為に働ける事を非常に誇りに思っている。だけど、ヘルスポストには薬もなく、基礎的な医療器具もなく、どう運営して行くか連絡もトレーニングもなく（注：当時AMDAは公衆衛生・母子保健トレーニングを実施していた）、僕は不安でしょうがない」と。本来、このような意見はヘルスポストを監視する役目のコミューンヘルススタッフへ言うべき事ですが、厳しい縦社会のベトナムに生きる彼にとって、そ

れは難しい事だったのかもしれない。また、ヘルスポスト自体が新しい政策であったため、上位機関からの政策・意思伝達が上手く進んでいなかったのかもしれない。しかし、ヘルスポストを建設しただけでは、住民の健康が促進されないのは周知の通りです。

この事例では、ヘルスポスト建設を大きなパズルピースに例えることが出来ます。そしてその横にある小さな隙間は、ヘル

スポスト運営管理能力向上、ヘルスポスト担当者の医療技術向上、上位医療機関（コミューンヘルスセンター）との連携強化などに例えることが出来るでしょう。

2つ目の事例は、同じく北部山岳地帯のソンラー省のあるコミューンでの事です。このコミューンは中心部が国道に面しており、他のコミューンに比べ物資は豊かで、交通の便も発達しています。メイズなどの主用作物がハノイなどの大都市へ大量に出荷されおり、中心部住民の生活は他の地方に比べ、比較的裕福に思われます。中心部に住む多くの住民がホンダ・ヤマハ社のバイクを所有しており、立派な木材で建設された家に住んでいます。さて、このコミューンにはキン族（いわ



(上) 母子保健トレーニング
(下) 基礎医療品についてトレーニングを受けるVHW



ゆるベトナム人)の他、フモン族・シンムン族といった少数民族が住んでいます。彼ら少数民族の多くがコミュニケーション中心部から離れた(車で20分+徒歩1時間から2時間)村落に住んでいます。彼らの村落の状況はどうだったか?それはコミュニケーション中心部とは想像を絶するほどかけ離れたものでした。バイクも自転車もなく、もちろん電気・電話もありません。村落には水資源がなく、たった1つの小さな井戸を村落に住む全村民(約180人)が飲料水・生活用水として共有していました。年に数回の水浴び、煮沸処理をしない飲料水…。現地医師によるとこれらの様々な要因により、この村落に住む全小児は寄生虫病を患っており、全女性がSTDに感染している様でした。また、眼の痛み・ウイルス性腸炎を患っている住民も多い様子でした。

この事例では、コミュニケーション中心部の経済発展を大きなパズルピースとすれば、その為に生じた地域間所得格差を小さな隙間に例える事が出来ると考えます。

大きなパズルピース(経済成長・インフラ整備など)をはめる事が出来れば、パズルの完成にいち早くたどり着く事が出来ます。しかし大きなパズルピースばかりが出来ても、小さな隙間(地域間格差・少数民族問題・人造り・環境対策など)を埋めない限り、パズルはいつまでもたっても完成しません。小さな隙間を埋める事が出来た時、大きなパズルピースはお互いにつながり合う、つま

り、様々な開発状況・要因がうまく連動し合い、より相乗効果が生まれると考えます。この小さな隙間を埋めるために、NGOそしてAMDAだからこそ出来るきめ細やかなプロジェクトを、今後も現地住民と共に進めて行きたいと願っています。

さて、隙間に関わるベトナムならではのエピソードを1つ。ベトナムにいられた事がある方はご存知のように、特に都市部では住民の主な交通機関はバイク(110cc程度)です。市場での買い物もバイク、子供の送り迎えもバイク、「ちょっとそこまで」もバイクで。彼らの両足はまるで、バイクにくっついている様です。日本と違うのは、ヘルメットを着用しない事、ほとんどの人がバックミラーをつけていない事、そして渋滞時にすれ違う時、対向車を待たないことです。目の前にタイヤが入り込める隙間がある限り、彼らは直進しつづけます。そしてそれが交通渋滞の大きな原因となっています。あるベトナム人の友人にバイクに乗せてもらった時、尋ねた事があります。「なぜ、待たないの?どうしてちょっとした隙間なのに進むの?」と。彼は次のように言いました。「ベトナム人は待てないんだ。隙間があれば前に進むだけなんだ。バックミラーをつけないのもそのせい。僕は後ろ(ベトナム戦争)は見ないんだ。ほとんどのベトナム人は後ろから少々ぶつけられたって、すぐ許すだろう?でも安心して。僕たちはバックミラーをつけていないけど、後ろは気にしているから。(僕たちはベトナム戦争を起こした人々を許す。しかし忘れない)」と。

最後になりましたが、ベトナム派遣中、私をサポートしてくださった現地関係機関の方々、現地住民の方々、現地スタッフ、紺谷医療専門家、そしてAMDAを支援して下さいている全ての方に心よりお礼申し上げます。



5,000人目の赤ちゃんが誕生！

—ネパール子ども病院—

AMDAネパール 藤野 康之

ブトワールの今年の冬は、それはそれは厳寒でした。くる日もくる日も、どこまでも厚い霧に覆われて、一日中太陽の光を浴びることさえできない日が続くこともありました。

この冬、パングラデシュやインドを襲った大寒波は、ネパールの平野部タライ地方をも襲い、多くの無辜の庶民の尊いいのちを奪いました。真っ先に犠牲になるのは、貧しい家庭の女性や老人、そして、からだの抵抗力が弱い赤ちゃんたちでした。

その厳冬の寒さに耐え、ようやく暖かさが戻ってきた2月。身も心も暖かい春の陽光のぬくもりに感謝しつつ、日向ぼっこを楽しむ市民のすがたがみられるようになりました。

2月19日。それまでの陽気とはうってかわって、小雨交じりの暴風が吹き荒れるお天気。風の轟音が響き渡る中、否、風の轟音に負けんとするかのように、ネパール子ども病院で「5,000人目」となる赤ちゃんが元気な産声を上げたのです。5,000人目は、おんなの子でした。ひとは生まれたときの氣候環境には強くなるといわれます。このような日に生まれた赤ちゃんは、きっと厳しい環境を耐えぬく強さを持った赤ちゃんであることでしょう。

2003年2月19日午前10時14分。体重約2,500g。奇しくも3年前のその日、母親のレクナ・デムレさん(22歳)と父親のラジュ・デムレさん(25歳)が結婚した日でした。これからは、2月19日は3人にとって、また、ネパール子ども病院にとって、意味のある日となることでしょう。

「ネパール子ども病院」の開院は、1998年11月2日。ネパールの地方、ルパンデヒ郡ブトワール市郊外の緑豊かな丘の麓に悠然とかまえています。タライ平野を東西に貫く東西ハイウェイとカトマンズからインドへ抜ける幹

線道路の交差する街。交通の要衝です。市街には、長距離トラックや長距離バスの発着所があり、連日連夜、昼夜ともに賑わっています。

ネパールでは、唯一の周産期センター(小児科、小児外科(現在サービス中断)、産婦人科)として、また首都カトマンズ以外では、唯一の小児専門病院として、開院以来四星霜、地域の住民のみならず、近隣郡のひとびとも、「村の〇〇〇から聞いたのですが…」、

いたしました。勿論、出産件数という「数」を、「統計」を、もてあそんでいるわけではありません。ともすると病院運営のうえで、こういった病院統計のみが独り歩きし、効率偏重・収益至上の運営となり、人間の顔の見えないサービスへと墮してしまいます。しかし、5,000の出産があれば、そこにはかけがえのない5,000のいのちの誕生があり、喜びあり、感涙あり。また、一方では、あまりにもつらい悲嘆あり。

いのちの誕生の5,000のドラマがあるのです。

このネパール子ども病院。今年の11月2日には、開院5周年を迎えるのです。5,000人目の赤ちゃんの誕生が、この意義深き年を真っ先に祝福してくれました。



「ここではやさしいサービスを受けられるという評判なので…」と、遠くバスや徒歩で半日以上もかけて来院する方もいます。季節的に変動はありますが、1日に約200名の外来患者が訪れます。地域の女性と子どもたちにしっかりと根付いた医療機関として定着してきた証左といえましょう。

これまでの1日の総出産件数の記録は「14」。1月08日に記録更新いたしました。また、1ヶ月の総出産件数の記録は「250」。これも、今年1月に更新

世界でも珍しく(国連開発計画の2001年年次報告書では162か国中6カ国)、女性の平均寿命が男性のそれと比較して短い国、ネパール。また、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の高さも著しく高い国、ネパール。

生まれてくる赤ちゃんにとっては1回きりの出産ですが、女性は妊娠、出産のたびにその大きな大きないのちのリスクに直面しているのです。

女性と子どもたちの健康にとって、あまりにも厳しい環境のネパールにおいて。首都のカトマンズには各種医療施設は利用できますが、しっかりとした医療サービスを提供することができ

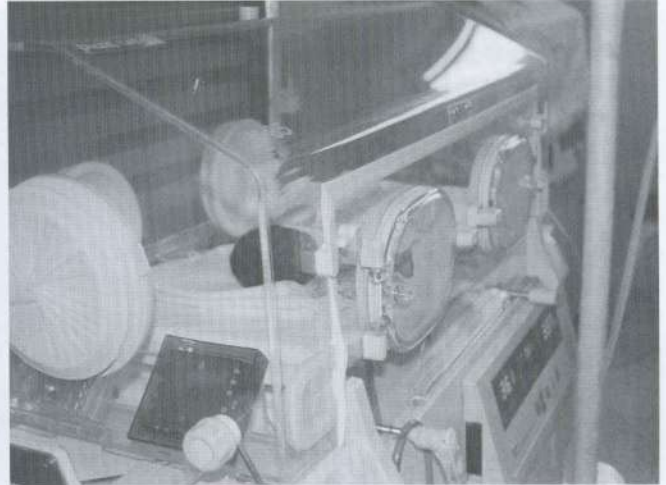
日本とネパールの女性と子どもたちの健康の比較

	日本	ネパール
乳幼児死亡率(1,000人中)	4人	75人
5歳未満児死亡率(1,000人中)	4人	104人
妊産婦死亡率(100,000人中)	8人	540人
平均寿命(女)	84.1歳	57.8歳
平均寿命(男)	77.3歳	58.3歳

(出典：国連開発計画2001年年次報告書「人間開発報告書」より)



入院病棟



乳幼児集中治療室

る診療所や病院がかぎられているネパールの地方において。そして更に、貧しい人々でも利用できる料金設定をしている病院は、数少ないネパールにおいて。このような状況の中で、ネパール子ども病院が果たす役割は大きく、地域住民やネパール政府からの期待も高まっています。重大な責任を背負っていると認識しています。

これからも、日本の支援者の方々とネパールの女性と子どもたちとの心と心の交流の「掛け橋」、「パイプ」、「絆」となるように、ネパール子ども病院の発展を通して、ネパールの女性の健康と子どもたちの明るい未来のために全力を尽くしてまいります。

こうしている今も、ネパール子ども病院では、新しいのちが誕生しているかもしれません。



検査室

さらなる医療サービス向上に努めたい

ネパール子ども病院院長

ビーマル・クマール・タパ (産婦人科医)

今年11月にネパール子ども病院は5周年目を迎えます。この喜ばしい年の年頭の2月19日に5,000人目の赤ちゃんの誕生を迎えることができました。ネパール子ども病院での分娩は、1周年目を迎えた1999年11月から始まりましたが、3年と3ヶ月の間に5,000人もの新しいのちが当病院で生まれたということは大変嬉しいことです。分娩サービスを始めた当初は1週間に1~2件程度しか分娩件数がありませんでした。しかし、2年後の2001年には1日あたり平均4人の分娩件数に増え、2002年には1日平均5人半に増えました。そして、2003年1月及び2月の1日あたり平均分娩件数は7人に達しております。

ネパールでは90%以上の女性たち

は自宅で出産をおこなっております。プトワール市内には産婦人科医が3名いて、設備もネパール子ども病院より整っている政府のルパンデヒ郡病院があります。それにも関わらず、ネパール子ども病院をお産をする場所として選ぶ女性たちが増えているということは大変嬉しいことです。今後とも、女性たちが安心して出産を迎えられるよう、女性に優しい出産を心掛け、最善の努力を尽くしていきたいと思っています。そのためには、出産前そして出産後のこころのサポートやケア、そして、手術が必要だと判断された際に早急に手術ができるような環境整備をおこなっていきたく考えています。さらに、妊産婦に対する教育も院内で始める予定です。妊婦及び産褥婦に対して、妊娠・出産・乳幼児のケア等に関

する母子教育を行うことにより、母子の健康の向上を目指していきたいと思っています。

また、ネパール子ども病院は将来的にはネパールにおける模範的病院となることを目指しています。しかし、そのためにはまだまだ改善すべき点が多岐にわたっているため、今年には開院5周年を迎えますが、次の5年間にうまく結びつくよう、今年中に「土台」をしっかりと固めたいと考えています。

今のネパール子ども病院は、お産前の母親と同じかもしれません。お産の前には大変な痛みと苦しみがありますが、お産後には我が子の誕生という大きな幸せが待っています。従って、今年にはネパール子ども病院にとってあらゆる次元で大変な苦痛を伴う1年となるかもしれませんが、苦痛に耐えぬき、良い結果を生み出せるよう、医療サービスの質のさらなる改善と向上に努めたいと思います。

総合開発プロジェクトの理想と現実

AMDA Bangladesh 大野 伸子

ムンシゴンジ県ガザリア郡は Bangladesh の首都ダッカより南に30Kmほど下った場所に位置している。ダッカへのアクセスは比較的良いものの、メグナ川という大きな川に囲まれたこの土地は洪水の被害を受けやすく、発展への大きな阻害要因を抱えている。

ガザリア郡におけるプロジェクトは、1998年に起きた洪水の被害者に対する緊急援助と言う形で始まった。在 Bangladesh 日本国大使館の資金的援助を受け、洪水の被災地域に緊急シェルター、居住用の建物、簡易トイレなどを建設した。その後、1999年1月にマイクロクレジットを中心とした活動を開始し、長期総合開発プロジェクトへと徐々に成長を遂げた。現在は、マイクロクレジット、職業訓練、ヘルスセンター(小診療所)における医療サービス、保健衛生教育などが展開されている。

マイクロクレジットとは、Bangladesh 全土で様々なNGOや銀行により展開されている小額融資(日本円にして1万円から5万円程)を貸し出すプロジェクトのことである。中でもグラミン銀行やBRACなど世界的に有名な組織では、5、6人程度の女性からなる小グループがいくつか集まって20人から50人ほどの人数で毎週のように住民集会を開き、そこでお金を回収する方法を開発した。現在では Bangladesh の多くのNGOがその方法を模倣している。AMDA Bangladesh でも同様な手法を取り入れ、マイクロクレジットを展開してきた。また、このような住民集会において、スタッフにより定期的に保健衛生に関する基本的な知識の伝達や生活衛生改善指導などが行われている。2002年からは、さらに職業訓練及びヘルスセンターにおける医療サービスなどが加わった。現在は、木工、電気・溶接、縫製、手工芸、コンピューターなどの職業訓練と、医者による診断サービス、薬剤の処方、助産婦による分娩介助、入院治療、血

液検査や尿検査などの医療サービスが行われている。

ここに至るまでにAMDA Bangladesh やそのスタッフがどのような紆余曲折を経て来たのかについては、現地ディレクターのラザック氏に説明を譲るが、私が着任した2002年8月時点では、拙いながらもAMDA Bangladesh は複数のプロジェクトを同時運営している状態であった。

これらの幅広い活動を行う発端となったのは、1997年にダッカにおいて開催された第12回AMDA国際会議で提

るものではなく、技術力、組織力など総合的な視点で判断されなければならない。

私の着任時のAMDA Bangladesh は、複雑なプロジェクトを日々の活動の中で何とかこなしてはいたが、技術力、組織力もまだまだ強化されなければならない、また保健衛生教育や医療サービスなどは資金的・人材的制約もあって質の改善まで行き届かないような状態であった。資金の目途をつけるためにマイクロクレジットの運営を軌道に乗せれば済むことであろうと、着

任前に若干楽観的に構えていた私にとっては、Bangladesh でのミッションは予想以上の大仕事となった。資金力強化の前に、まず組織力と技術力を強化することが先決であろうと判断したわけである。

組織力、技術力といっても所詮は個々のスタッフの働きにかかってくる。組織力や技術力を高め、質の高いプロジェクトを実現しようと思ったら、優秀で信頼できるスタッフを雇うことが必須であ

るが、残念ながらAMDA Bangladesh には高い給料を提示して新しいスタッフを雇う余裕があまりなかった。また、現地ディレクターのラザック氏も現在のスタッフと共に苦労してここまでプロジェクトを育ててきたという自負があり、大々的に人材を入れ替えるという考えには難色を示していた。

そこで、当時20名程度であったスタッフのキャパシティー・ビルディング(能力開発)を開始することとなった。始めの3か月は毎日ほとんど休み無く、フィールド訪問に加え職員のトレーニングやら面接やらを行い、時には他のNGOから講師を呼んでかなり専門的な分野のトレーニングも行った。トレーニングの内容は、PRAやロジカルフレームワークなどのリサーチ及びプランニング手法、保健衛生教育、マイクロクレジット経営診断、零細企業育成(microenterprise development)



いつもの村への訪問風景(左から添川さん・筆者・女性スタッフ)

言されたABC(AMDA Bank Complex)コンセプトである。ABCコンセプトとは、マイクロクレジットによる収入向上、教育、保健と三つの側面から住民の生活を向上させることを目指したものである。カギとなるのはマイクロクレジットであり、受益者となる住民に小規模融資を比較的低利子で貸し出すことによって彼らの収入向上を促進するというメリットとともに、利子回収の利益によるプロジェクト運営組織の資金力強化というメリットが期待されている。

Bangladesh 赴任にあたって私が本部より言い渡されたミッションは、「ガザリアプロジェクトの持続性(Sustainability)の確立に目途をつけること」であった。私自身はこの総合的プログラムの「資金的自立」を達成することと短絡的に解釈してしまったが、「持続性」とは資金力でのみ測られ



スタッフキャパシティービルディングの様子
マイクロクレジットを題材に問題分析をするスタッフ



スタッフキャパシティービルディングの様子
働く女性と村の女性を題材に行われたワークショップ

指導要領、ジェンダー教育、レポート作成能力向上などなど、多岐に渡った。PRAや保健衛生教育についてはAMDA本部の岡安氏派遣により8月に集中的なトレーニングが行われた。

毎日のプロジェクト活動と同時並行でスタッフのキャパシティー・ビルディングを行うのは非常に骨の折れる作業であり、また、スタッフにとっても勤務時間外の拘束にうんざりしているかと思いきや、意外に皆熱心であった。トレーニングの一環として様々な宿題を出したが、一部のメンバーについては夜中の2時3時までかけて仕上げている様子も見受けられた。もちろん、スタッフ全員が最後まで付き合ってくれたわけではなく、途中やる気をなくすものもでてきた。私としても特に参加を強要はしなかったし、やる気のある者だけが残れば良いと思いつつ、最後には全員脱落するのでは？という不安も抱えていた。しかし、3か月経過したころには、4名ほどのメンバーが著しく変化してきたのが見て取れ、私にとっては十分満足のいく結果となった。

キャパシティー・ビルディングに続

いて、組織の再編成に取り組んだ。着任時に問題点の一つと感じていたことは、マイクロクレジットや職業訓練など各プロジェクト間の連携がうまくとれていないことであった。各プロジェクトの日々の活動を個別に観察した場合にはそれなりにうまく回っているものの、それぞれが独立して運営されているという観があった。ABCコンセプトとは言うものの、事業の融合がみられなかったわけである。プロジェクト同士の連携のあり方を改善するために、組織の再編成を行うことが必要であった。

よく Bangladesh 在住の JICA (国際協力事業団) や他の NGO の友人、知人と集まると、Bangladesh 人の悪口が話題にのぼる。Bangladesh 人は指示されたことしかしない(もしくは指示されたことすらしない)責任感が無く全体観から仕事をとらえられない人が多いとなげく。Bangladesh はイギリスによる植民地統治時代の名残からか、かなり階層的な社会であると感じる。職場においてもディレクターから掃除夫まで各スタッフの役割は細分化されている。組織上層部の人間

は、自分の机の掃除やコピー取りなど、細かい仕事はまず自分ではやることがない。一方で下の人間については、自分が上から指示されたこと意外はやらなくても良いと感じているのか、1人が組織全体、プロジェクト全体のために働いているという意識があまりにも薄い。

そのような Bangladesh の悪しき習慣も災いしてか、20名程度と中小レベルの AMDA Bangladesh のリーダー達もどこかトップダウン的な所があり、下から上への連携及び横の連携が弱いように感じられた。そのため、組織の再編成作業として、各プロジェクトのコーディネーション、組織図の組みなおし、適材適所な人材配置、各部署ごとのチームビルディング、マネージャーレベルのスタッフの意識変革、やる気のある者には年功序列関係なくより責任の重い仕事を与えてみるなど、様々なことを試みることになり、現在もこの改革は進行中である。

現在はスタッフの数も30名以上に増え、プロジェクト間の連携、規模の拡大、質の向上なども徐々に進んでいる。また、12月から派遣看護師で保健衛生専門家の添川さんが加わってくれたことで、保健分野のプロジェクトも急ピッチの改善を進めている。4月からは、妊産婦や子供を対象としたプロジェクト、ボート巡回診療などが始まる予定である。

とここまで聞けば、プロジェクト改革は順調に進み、持続性確立の目途もついたかのように思われるかもしれない。しかし、現実の組織改革やプロジェクト改革は一進一退である。様々なトレーニングの機会を与えたスタッフが急に辞めたり、医療関係のスタッフのリクルートがなかなか進まなかったり、パフォーマンスが改善するどころ



AMDA 職業訓練所とヘルスセンターの外観



住民ミーティングで村のマイクロクレジットメンバー及びスタッフと話す鈴木本部長

か逆に落ちるスタッフも出始めるなど、頭の痛い局面に何度か直面した。忙しさからスタッフの不満がかなり高まっていた時期もあった。何人かのスタッフに不平不満を言われたが、「文句があるなら辞める」とケンカ腰になってしまうこともあった。今になってみると大人気なかったとも思うが、それほど彼らに期待もしていたのかもしれない。

多くのNGOが競合するバングラデシュというフィールドでは、質の高いプロジェクトを行っているかどうか、受益者である住民により厳しい目にさらされる。質の高いプロジェクトを提供しようと思えば、質の高いスタッフが必要となる。質の高いスタッフを雇おうと思えばそれなりの資金力がある。資金力がなければ現在のスタッフを育成していくか、プロジェクトを魅力あるものにして人材を引き付けるしかない。結局のところ、時間はかかるが一人一人が成長し、プロジェクト地域の発展や人々の生活向上に貢献できる人材になっていくことが、一番確実な道なのだと感じる。スタッフの成長、組織の成長、プロジェクトの成長は一体であり、すべては人で決まる。

バングラデシュは1971年の独立以来、多くのドナー機関、国連機関、NGOが農村開発、保健、教育などに関わるプロジェクト活動を展開し、開発援助の一大実験場と化してきた。この国に毎年注がれる開発援助の額は実に国家予算の5割程である。その甲斐あってか、過去30年間に飢餓などにさらされる人々は急速に減少し、乳幼児死亡率などの数字も徐々に低下してきている。しかし、相変わらず一部の富裕層を除いては、多くの人々がその日そ

の日を何とか生き延びているような状態にも見える。また、援助慣れしてしまったバングラデシュ政府機関や役人には援助機関へのたかり癖が垣間見られ、この国を自分達の力で良くして行こうという気概はあまり感じられない。

一体いつになったらこの国の何千万人もの貧しい人々が貧困から脱却できるのか、ガザリア郡というバングラデシュに600以上もある郡のうちの一つで活動しているにすぎない我々でさえ途方にくれる。バングラデシュで国際協力に携わる多くの人々が、この国の人々の生活向上に何とか貢献したいという志を抱きながらも、こうした理想と現実のギャップにジレンマを感じているのではないだろうか。

一方で、地域の発展や貧しい人々の生活改善に貢献したいと願ってNGOの仕事に関わっているバングラデシュ人もちゃんと存在する。そのような人々の情熱や成長を信じて、外国人としてできるだけサポートをしていくしか我々には術はない。また、AMDAバングラデシュにもそのような人材がもっとやってきてくれることを願っている。

幸いなことに、ここ半年近くの間にはスタッフも大きく成長してきた。ディレクターのラザック氏の指示が無ければ、毎日の単調作業をこなしているだけであったスタッフ達も、プロジェクト全体の運営や、コミュニティーの人々にどうしたらもっと質の高いサービスを提供できるようになるのか等、より真剣に考えるようになってきていると感じる。AMDAバングラデシュには毎日夜中の12時、1時まで残業するような若手メンバーもいる。彼らは仕事が楽しいと言う。自分が成長していくことも、自分の組織やコミュニティー

が変わっていくのを見ることも楽しみで仕方がないと言う。私がスタッフに無理強いしながらも、ここまで集中的に活動が行えたのは、何よりこのようなスタッフの存在による所が大きいと感謝している。

AMDAバングラデシュはようやくこれから「コミュニティーや社会を改善する」ための本格的なプロジェクトを開始していこうとしている。プロジェクトを成功させるためには、まずスタッフや我々自身が変わらなければならないし、また、「バングラデシュ社会やバングラデシュ人は所詮変わらない」という無力感と戦い続けることを覚悟しなければならない。多くの問題を抱えたバングラデシュという国の深刻な状況を憂いつつも、一人一人のスタッフの成長ぶりは、「この国がいつか援助に頼らなくなる日が来るかもしれない」という希望を私に与えてくれている。

ちなみに、現地ディレクターであるラザック氏の次男坊は、私が着任してから半年の間に、1人で立ち上がり、よちよち歩きを始め、歯が生え、最近ではカタコトを話すようになるなど、著しい変化を見せた。プロジェクトの成長、一人のスタッフの成長を見る喜びは、子供が毎日成長していくのを見る喜びにも似ているかもしれない、などと思いつつ過度な期待でスタッフをつぶさないようにしなければならないとも自重している。

最後に、これまで様々な形でご協力くださった在バングラデシュ日本国大使館、新潟国際交流協会、庭野平和財団、AMDA名誉顧問岩本淳氏、筑波大学有志の皆様、子供NGO「懐」の高森医師及びメンバーの皆様にご感謝申し上げます。

AMDA Bangladesh 保健衛生事業

保健衛生専門家 添川 詠子

AMDAヘルスセンターは首都ダッカからわずか30kmほどのムンシゴンジ県・ガザリア郡・ホッシンディ村に位置する。首都からわずか30kmとは思えないほどの田園風景が広がる農村地域である。ここ、ガザリア郡の人口は約14万人、それに対して政府から提供されている医療施設は、30床ほどの病院が1つとサブセンターと呼ばれる診療所が4つだけである。政府の診療所には、医師・薬剤師・医療助手が各1名ずつ勤務していることになっているが、実際に毎日出勤しているものは少なく、出勤時間もばらばらで、ほとんど機能していない。郡病院や診療所では無料で診療が提供されていることになっているが、医師や検査技師の多くは個人的に袖の下を要求し、払えない患者の診察を拒むということも日常茶飯事である。薬も無料で配られることになっているが、多くの場合病院に在庫はなく、また、あっても多少の金銭を要求されることが多い。患者の多くは必要な薬を外部の薬局で手に入れなければならないが、高額で購入できないと嘆くものは多い。医師に50タカ(約110円)ほどの袖の下を払い、病院までの交通費、薬代などをあわせると100タカ~200タカ(約220円~440円)もしくはそれ以上になってしまう。平均収入3000タカ(約6600円)で家族5人(またはそれ以上)が暮らす生活ではこれらの出費は軽視できない負担である。

この地域に住む女性は初等教育(5年)、もしくはそれ以下の教育しか受けていないものが8割を超える。識字率は低く、自分の名前を書くことができる程度の女性がほとんどである。健康教育や衛生教育にもほとんど携わったことがない。牛の糞を触った手でそのまま食事する(ここではスプーン等は使わず手で食事する)、といった光景もしばしばみられる。下痢疾患や感染症はいまだ主流であり、村人の多くは子どもの病気が母親が何か悪いことをしたのが原因、という迷信的な考えを持っている。病院よりも祈祷師を訪れる人もいまだ多い。

そんな中、地域に根ざした医療を提供するために、外務省の援助により立てられたAMDAヘルスセンターが活動を開始した。20タカ(約40円)ほどの診療費で、検査や薬は必要経費ぎりぎりまでの値引きをし、サービスを提供している。

AMDAヘルスセンターの規模はさほど大きいものではない。3床の入院ベッド、200種ほどの内服薬と数種の点滴類、血液検査などの機材、そして正常分娩が取り扱える機材がそろっているのみである。しかし、これだけのものでも、地域に貢献できることはたくさんある。地域保健活動と初期医療施設、両側からの働きかけで、住民の健康への意識が高まり、疾病の予防・



早期発見・早期治療ができるようになるれば、ヘルスセンターの規模は小さくともその役割を十分に果たすことができるのである。

活動の鍵は地域保健活動である。効果的な地域保健活動により、多くの人を疾病から守り、より健康な生活へと導いていくことができる。わたしたちの地域保健活動は、健康教育を通して適切な医療・予防の知識を伝達すると共に、住民が自分たちで考え、工夫・提案していく力を持つようになることを目標としている。

「現代医療」との関わりはうすくても、住民たちにはその土地にあったそれぞれの生活習慣と適正な医療がある。しかし、昔からの固定観念や誤った言い伝えに縛られていることもまた事実である。

Bangladeshのこの地域では出産



時、切断した臍帯(臍の緒)に牛の糞をつける習慣がある。こうすると出血が止まるといわれているのである。この習慣により破傷風(破傷風菌からの毒素が全身に回って神経が冒され、全身の筋肉の痙攣(けいれん)を起こして、病人の約半数が死亡する病気)を引き起こすのである。

「よいこと」とされている習慣を変えることはとても難しい。平穏な村に突然「よそ者」がやってきて住民たちの行動を否定し、変化を求めたとしても、反発が起こるのは明白である。彼ら/彼女らの行動の謂れを知り、理解を示し、その地域に適切だと思われる方法を考え、行動変容を促していくべきである。地域保健活動は一方通行では低い効果しか得られない。相互作用を引き出すことにより、その最大の効果を得ることができるのである。

わたしたちの活動はまず、地域を「知る」ことを最優先課題とした。マイクロクレジットで築いた住民組織を皮切りに、活動地域をまわり、どんな疾病が多いのか、どんな治療をしている

のか、どんなことで困っているのか、などを質問して歩いた。AMDAヘルスセンターとこれから始まる地域保健活動についても説明を行い、それらに対する住民からの要望を聞いてまわった。

最近、AMDAヘルスセンターを訪れる患者の数は徐々に増え始めた。2月からは経験豊富な助産婦も活動に加わり、出産を控えた妊婦とその親が診療所の様子を伺いにくるようになった。村々をまわった地道な活動の効果が出てきたようである。

2月27日、初めてAMDAヘルスセンターで新生児が取り上げられた。妊婦は17時間苦しみぬいた末、男児を出産した。女性職員は全員出産の介助に入り、男性職員は皆部屋の外で産声を待っていた。AMDAヘルスセンター職員は皆、患者の家族と一体になって赤ん坊の無事を祈っていた。そして赤ん坊が産声をあげたとき、部屋の外では

歓声が上がっていた。

とても小さな第一歩ではあるが、職員は確実に地域住民と心を通わせる喜びを得たのではないかと思う。こんな気持ちの積み重ねが、地域を思う心、よりよい地域にしていきたいと感じる心につながるのではないだろうか。

AMDAヘルスセンターの職員は皆、意欲的に働いている。「日本の人たちからの援助を無駄にはしたくない」、そんな職員からの言葉に自分自身も気が引き締まる。わたしたちの活動はまだ始まったばかりだ。下痢疾患・感染症・栄養失調・砒素混入井戸水・妊産婦死亡・乳幼児死亡…地域の中の健康問題

は山済みである。ひとつひとつ確実に、そして住民と共に、取り組んでいかなければならない。AMDAヘルスセンターの職員が地域住民に溶けこめる日も遠くはないだろう。3年後そして5年後のこの村々が今とは違った様相を呈していることを期待し、一步一步確実に活動を進めていきたい。

Bangladesh活動に参加して

派遣看護師 神田 貴絵

2002年2月21日から3月13日まで、Bangladesh人民共和国の首都ダッカ及び農村地域のガザリア地区で活動を行った。Bangladeshはインドの東に位置する国で、昨年の半年間、私が滞在していたミャンマーとも国境を接している。毎年のようにサイクロンによる災害があり、その上、最貧国というレッテルを貼られているので、出発前は周囲のひとびとに心配されたが、お腹をこわすこともなく、トルカリ(魚のカレー)は本当に美味だった。また、滞在した村では、キュウリとニガウリがたわわに実っており、土産によく頂いた。村では生活していくこと自体に苦しんでいる人はあまり存在せず、のびのびと暮らしているという印象を受けた。しかし、妊産婦死亡率(850/10万対)、5歳未満死亡率(89/1000対)が非常に高いという現実も忘れてはならない。

AMDA Bangladeshは1992年にコックスバザールにおけるミャンマー難民への人道援助からその活動を開始しているが、現在では2000名のマイクロクレジットメンバーを持ち、職業トレーニングセンター、ヘルスセンターを始動させようとしており、まさにステップアップの時期を迎えようとしている。現地では、アフリカで活動していたラザック氏と元教師のサノワール氏が中心となって、盛り上げていた。

今回の主な活動内容は、ガザリア地区でのAMDAヘルスセンター立ち上げに際し、保健衛生状態を調査し、医療ニーズを把握することだった。短期間ではあったが、ミディエーターとして、できるだけ多くの人々の声を的確に伝えられるように努めた。

○保健衛生調査

前述のことを目的として、ガザリア

地区でマイクロクレジットのメンバーを中心とした女性133名にアンケートをもとにした聞き取り調査を現地スタッフとともに行った。調査中は朝からスタッフと一緒にボートのり、川を渡り、ひたすら集落を歩いて回るといった生活を送った。

国民の約9割がイスラム教を信仰し、黒いブルカを着けている女性がほとんどである。そのせいか、初めは、非常に遠慮がちな女性たちと思い込んでいたが、調査で村に入って、「アッサラームアライクム」と挨拶し、お互いのことを話しているとそうでもないことがわかる。私にみじんの遠慮もなく「年はいくつか?なぜハズバンドがいないのか?何かトラブルがあるのか?」など女性たちの逆質問攻めに幾度となくあった。

対象者の平均年齢は33.9歳であり、全体の42.9%が初等教育機関を終了しており、読み書きができるのは44.4%であった。ちなみに、国全体の識字率は男性70.7%、女性48.3%(1998)であり、国全体から見ると、平均的と言える。

「健康維持に一番大切なことは?」と尋ねたところ、一番多かったのは「体の清潔を保つこと」で84名、次に「よく食べること」68名、また、「祈り」と答えたものが33名いた。2名以外は毎日、水浴びをして身体の清潔を保っていた。「こんにちは」という挨拶は「アッサラームアライクム」(あなたの身の上にアッラーの御加護がありますように)と言うのだが、やはり、宗教は健康と切り離せない関係であること



を再確認した。

○水の大切さ—想像以上だった砒素の問題の深刻さ—

飲み水の水源を訪ねたところ、「砒素が検出されない井戸」は71.4%、「砒素が検出された井戸」は14.3%、「砒素のチェックがされていない井戸」1.5%、「川」12.8%であった。世界の人類の約7割の人々は安全な水を飲めないとされているが、ガザリアでは約9割の井戸から砒素が検出されている。このBangladeshの砒素問題について、出発前に聞いてはいたが、それほど深刻であるという認識はなかった。コミュニティの人々と協力して、行っていく必要のあるひとつのポイントだと考える。住民たちが主体となって、井戸堀りの積み立てや管理をしたり、団結していくことが大切だろう。

○医療ニーズ

「病気になったとき、第一選択でいくところは?」と尋ねたところ、薬局82.7%、Thana Health Complex(この地域で唯一のプライマリーヘルスケアを担う政府系病院)12.0%、首都またはプライベートの病院5.3%であり、伝統的医療であるコピラージと答えた人はいなかった。

求める医療サービスについて、複数回答で尋ねたところ、専門のコンサル



タンシー 111名、レントゲン・超音波などの検査 93名、小手術 32名、プライマリーケア 25名、分娩 10名であった。すでに、プライマリーヘルスケアを担っている病院が近くにあることから、それにプラスアルファされた高い機能を併せ持つ施設を望んでいた。

○妊娠と出産について

初産時の平均年齢は 18.8歳、最低 14歳、最高 26歳であった。出産場所については、「自宅で医療者の介助なしで」は 93.5%、「自宅で医療者の介助のもとで」は 2.4%、「病院またはクリニックで」は 4.1%であった。妊産婦検診受診率は 19.5%であり、破傷風予防接種は 59.3%が受けていた。つまり、10人中、8人の妊婦は出産までに一度もチェックを受けずに自宅で出産を迎える。国を挙げての教育の浸透か、家族計画はすべてのものが知っていた。

また、村ではモヒラダイと呼ばれる伝統的産婆の 2人に会って、お話を聞かせて頂いた。独特の温かみのある年輩の女性であった。自分自身、妊娠・出産はごく自然なものだと考えているので、出産前にチェックが行われ、分娩時急変した場合に、搬送する手段と場所などの連携システムが整っているという条件のもとでは、自宅での出産はよい方法と考える。日本の医療者が聞くと驚くかもしれないが、彼女たちの持ち物は、糸・ブレード・ココナツオイルのみである。モヒラダイと呼ばれるのは陣痛が始まってからであり、産婦の家に到着すると、まず、アッラーへの念入りなお祈りをしたあと、コーランの一説を読み、その後、手洗いと爪切りをする。彼女たちは、妊娠・出産に関するトレーニングを受けた経

験はないが、正常分娩の介助はおおむね問題なくできる。また、感染に関する知識は少しあり、臍帯を切るブレードを沸騰させた湯のなかに入れるなどの工夫はしていたが、グローブを使ったことはなかった。不足する母子保健の人材をどのように補っていくかは重要な問題だが、彼らを巻き込んでいくのもひとつの方法と考えられる。

ミャンマーでもそうだったが、自分や子供の年が分からない人々が多い。ある女性ははじめ「25歳」と答えたが、後に「一番上の子供さんの年齢は？」と尋ねると、「20歳」と帰ってくるのだ。思わず、日本語で「いくらなんでも、さば読みすぎ！」と叫んでしまう。そうすると、意味は分からないと思うのだが、「ウフフ」と、含み笑いを浮かべる。健康手帳や母子手帳などの配布が有効かと思われたが、識字率が低いという現状があるため、文字が読めなくても、分かるような視覚に訴えるも

のを作るか、同時に地道に識字教育を提供していく必要がある。職業トレーニングセンターの中に、女性に対する識字教育なども同時に行われると、マイクロクレジットの効果も期待できると感じた。

○保健衛生教育

指山医師からの引継ぎで村における疥癬の問題が提起された。調査の途中でも疥癬の子供に頻繁に出会ったため、その都度、近くにいる兄弟を連れてきて、母親と一緒に衛生教育を行った。

疥癬はダニの一種が皮膚の角質内に寄生することによって生じる疾患である。主に、指間、肘関節の内側、わきの下などにデキモノができ、ひどいかゆみを伴う。掻きまわることによって悪化する。村では、みんなが川の字になって、同じ床で寝るので、家族のひとりが伝染すると、みんなに広まってしまう。

衛生教育が病気の予防に大事なのは言うまでもないが、これは 1 回行ったからといって、すぐに効果が現れるものではない。人々の行動変容に至るには、繰り返し行っていくこととそれを実行できる条件を整える必要がある。

○終わりに

AMDAヘルスセンターでの医療サービスはマイクロクレジットと組み合わせ、メンバーに提供されると計画されていた。健康を害すると働くことができなくなるので、メンバーは長く医療サービスを望んでいた。また同時に健康に関する知識・技術が提供されることが大切であると考えている。

ガザリア AMDA 職業訓練所 (兼洪水避難シェルター) の開所式

Ajker Kagoj ムンシゴンジ県特派員

2月20日木曜日、AMDA職業訓練所で開所式が行われた。この職業訓練所は、日本政府の援助により建てられた物であり、当日は小林二郎在 Bangladesh 日本国大使が主賓として出席した。

式典において、小林大使は、この職業訓練所から多くの訓練性が卒業し、技能のある人材が輩出されること、またそれにより、Bangladesh の経済状況が改善されていくことを望んでいるとの期待を述べられた。

式典ではその他、AMDA Bangladesh のナイーム理事、大野伸子プログラムマネージャー、ジョナイド・ショフィーク事務局長により謝辞が述べられ、フィロズ・アフメッド氏により祝辞が述べられた。職業訓練所では、コンピューター、電気・溶接、裁縫、手工芸、漁業などの訓練が行われており、本年 4 月より公式に訓練生の登録が開始される。

AMDA 職業訓練所 (AMDA Vocational Training Center) 開所式報告

AMDA バングラデシュ 大野 伸子



2003年2月20日、ガザリアAMDA職業訓練所の完成を記念して、開所式が行われた。AMDA職業訓練所は、在バングラデシュ日本国大使館より草の根支援無償援助を頂き、ガザリア及び周辺地域の貧困層に対する職業訓練の機会の提供を目的として、また洪水時の避難シェルターの役割を果たすことを期待されて、2002年度に建設されたものである。

当初開所式は1月16日に予定されていたが、ダッカ市内でのストライキにより延期となるハプニングに見舞われ、日本より出席予定であった何名かのゲストの欠席が余儀なくされた。しかし、2月20日当日は、主賓の小林大使始め、多くの来賓の方々や主催者の我々に加え、ガザリア地域の近隣の人々やマイクロクレジットの女性リーダーなども出席し、晴天の中1000人以上が集まる大変盛大な開所式となった。この開所式はまた、昨年建設されたヘルスセンターを公式にお披露目する好機ともなった。

開所式に出席していただいたご来賓の方々、また主催者のメンバーは以下の通りである。

- 主 賓：小林二朗在バングラデシュ日本国大使、
ゲスト：中村温氏（日本国大使館一等書記官）
 ジョフィーク・ラーマン氏（日本国大使館）
 フィローズ・アフメッド氏
 （ホッシンディ高校運営委員会会長）
 ローフ・ブイヤン氏
 （CDFエグゼクティブ・ディレクター）
 カエール・ザマン氏（BRACシニアトレーナー）

- 主催者：サーダ・A・ナイーム氏（日本バングラデシュ
 友好病院医師、AMDAバングラデシュ代表）
 ジョナイド・ジョフィーク氏（日本バングラデシュ
 友好病院医師、AMDAバングラデシュ事務局長）
 ファイサル・A・ムアザム氏
 （日本バングラデシュ友好病院医師、AMDAバ
 ングラデシュ会計局）
 S・A・ラザック氏
 （AMDAバングラデシュ・ディレクター）
 添川詠子氏（AMDA保健衛生派遣専門家）
 ガザリアスタッフ一同
 大野伸子（AMDAプロジェクトマネージャー、
 バングラデシュ事業統括）

2、3日前より会場のセッティングや招待客に振舞う食事など準備におおわらわであったが、何とか滞りなく、また無事に当日を迎えた。

準備やスタッフの配置が着々と進行し、午前11時頃、主賓の小林二朗在バングラデシュ駐日大使が到着された。その後、続々と他の来賓も会場に着席され、11時10分頃に開所式はスタートした。

コーランの斉唱に続き、AMDAバングラデシュ事務局長のジョナイド医師よりプロジェクトの紹介、日本国大使館への謝辞が述べられた。ゲストのフィローズ・アフメッド氏の祝辞に引き続き、小林二朗大使より祝辞を頂いた。最後に、AMDAバングラデシュのナイーム代表により謝辞が述べられた後、小林大使及びゲストの方々に記念の盾が贈られた。

なお当日の開所式の様子は、バングラデシュのケーブル放送チャンネル・アイのニュース番組や、新聞Ajker Kagojなどで報道された。

開所式後に、近隣の住民にビーフ・ピリヤニ（牛肉入りの炊き込みご飯）などが振舞われ、ゲストの方々との会食会が設けられた。その後、小林大使やゲストの方々と共に職業訓練所やヘルスセンターの活動を視察し、小林大使からはプロジェクトに対する温かい励ましやご助言なども頂き、職員や訓練生にとっても緊張と喜びの一日となった。

形式を重んじるバングラデシュらしく、開所式も派手で華やかなものとなり、またテレビ番組やニュースで報道されるなど予想以上の注目を浴びることとなった。大勢の住民やAMDAメンバーが一同に集まり、改めてコミュニティーとの結びつきを深めることもできたのではないかと思います。また、私にとってははめったに着る機会のないサリーを着る良い機会であった。

次の日からはまた黙々と仕事をする我々の毎日であるが、この職業訓練所の開所式は「これからも頑張ろう」という大きな活力となった。



AMDA バンングラデシュ支部活動報告

AMDA バンングラデシュ S・A・ラザック

(翻訳 藤井倭文子)

AMDA バンングラデシュはAMDAの30カ国の海外支部の一つである。1989年に大阪で開催されたAMDAインターナショナルのビジネスミーティングで正式に設立され、バンングラデシュの政府には1992年10月20日に外国からの寄贈(任意活動)規制条例に基づき登録され、認可番号は657である。1992年4月にバンングラデシュ・コックスバザールにてミャンマー難民のために緊急救援活動を実施し、これがバンングラデシュにおける初めてのAMDAプロジェクトとなった。

1992年活動開始当初からAMDAバンングラデシュは、難民や自然災害の被災者を対象にした緊急医療支援及びその後の復興支援活動を主に実施している。その内容は下記の通りである。

1. 1992年から1年半にわたりコックスバザールにてミャンマー難民を対象に医療ケアサービス(寄生虫駆除キャンペーン)及び保健衛生教育を実施。
2. 1996年5月から3ヶ月タンガイル県とジャマルプル県にて竜巻被災者のために緊急医療支援を実施。
3. 1996年から2年間オーストグラム県とキショルゴンジ県にてボートを利用した巡回診療を実施。
4. 1996年チッタゴン県にてサイクロン被災者のために管井戸建設プロジェクトを実施。
5. 1997年首都ダッカの10ヶ所のスラム街にて毎週金曜日にフリーフライドークリニックと呼ばれる無料クリニックを実施。
6. 1998年ムンシゴンジ県及びキショルゴンジ県にて洪水による被災者のために緊急救援活動及び医療サービスを

実施。

7. 1999年1月から半年にわたりムンシゴンジ県ガザリア郡にて洪水被災者のために緊急救援後の復興活動に従事。

初期2～3年間、AMDAバンングラデシュはプロジェクト支援の縮小及び中止を迫られる事があり、緊急救援活動を継続する事の難しさに気づいた。それと同時に緊急救援のために受け取る寄付だけでは組織体制を維持し、プロ



竜巻被災者への緊急救援活動

ジェクトを継続する事は容易ではないという事も分かった。

その結果、AMDAの中で開発されたAMDAバンク・コンプレックス(ABC)と言う新しいコンセプトのもとに、包括的な社会経済的開発プログラムを推進し、長期的な自立支援を目標としたプロジェクトへの方向転換が計られた。(特に女性、子供、土地を所有しない人々等、恵まれない地域の住民を対象として、社会経済状態を包括的に改善するために、収入の向上、保健衛生教育など複数の活動を実施するプログラム。)

ABCプログラムの目的達成に関連し、優先順位の第一番目として、身分の低い十分なリーダーシップをとる資質に欠けている貧困層に、小規模な融資を行ってきた。その融資を利用して

女性たちが自分で出来る小さな事業を始める事により収入の向上を計ることを助け、女性の地位向上を目指した。

特定地域において緊急支援から開発段階へと長期的な自立支援プログラムに移行する事は容易ではなかった。AMDAが緊急支援を実施していたプロジェクト地域内に、長期プロジェクトに適切な場所を選ぶ事は非常に難しかった。竜巻、サイクロン、洪水等の被害を受けた地域では、住民の最大のニーズは、食料、衣服、住宅など生活必需なものとなってくる。被災地でのこれら必需品へのニーズは高く、緊急・復興型援助ではいかに迅速に必要な物品を供給できるかが鍵となる。一方、長期開発援助は、複雑で多様なニーズを分析し、問題の根本を探りながら、住民の自立性を促しつつ進めていかなければならない。緊急救援によって、無料で支援物資を受けたことのある住民からのNGOへの要求は高く、住民自身の自助努力や参加を促す長期開発プロジェクトへの移行のさまたげとなる

場合がある。

このような情況に挑戦するために、1998年に発生した洪水被災地域の中からムンシゴンジ県ガザリア郡を選び、1999年より長期開発プロジェクトの実施を開始した。AMDAはこの地域において洪水発生時に緊急医療支援を、また洪水後は復興支援活動(主に住宅、管井戸、掘込み便所等)を行った。AMDAの活動はその地域の住民から好評を得たが、その後も住宅、安全な飲水、衛生面で住民の要求は非常に高かった。

社会的にも経済的にも住民生活環境の向上を推進する事は非常に困難な時期であった。地域住民に外部からの支援を待つだけでなく、彼等自身も必要な事は自分でする大切さを理解させるためにAMDAは絶え間なく努力してき

た。

その解決策の一つとして、AMDA Bangladesh は女性を対象とした収入向上を目的とする開発プログラムを企画した。自立促進支援として裁縫訓練を実施し、小額の融資をもとに最大限の結果が得られるよう環境改善を計ろうというものであった。出来あがった製品の市場開拓や女性の小規模事業への進出等諸問題の検討が必要となった。

AMDA Bangladesh はABCのような包括的な社会開発支援についてのコンセプトを企画して以来、緊急復興支援だけではなく、上記の様な自立支援活動を行っている。その結果、ムンシゴンジ県ガザリア郡における職業訓練所が設立され、女性のための『自立支援プロジェクト』として職業訓練、市場開拓、小規模融資による小規模事業の促進へとつながり、恵まれない女性達のための雇用への道が開けている。

特に男性が生計を立て女性を過小評価していると考えられる農村では、男性・女性に関する問題（ジェンダー問題）はきわめて重要である。AMDA Bangladesh では恵まれない女性が切実に仕事を必要とし、家族の意思決定に参加できるように引き続き支援活動を行っていく。

AMDA Bangladesh の『自立支援プロジェクト』は男性・女性に関する問題について話す根本的な手段の一つであると考えている。

このプロジェクトを開始した時、ほとんどの女性メンバーはAMDAから融資を受けても、自分で事業を始めるより、其々の夫の仕事を援助することにお金を使った。直接自分で仕事を経験した事が無かったために何をしてもよいか分からず、家庭内で決定権を持っていなかったメンバーが多かったためである。

我々が気づいた大きな問題点の一つは何を、どの様にしているかわからない、何の特技も持たない女性が多い事である。コミュニティーでの数年間に及ぶ調査と話し合いを通じて、AMDAはジェンダー問題に関して話す事は女性の雇用を推進するうえで必要不可欠であるという事に気付いた。

その上で、AMDA 職業訓練所における職業訓練が初めて実を結ぶのである。そこで対象とされる女性達が技術や知識を取得し、その技術を基に自分で小規模な事業を始められるよう支援する事に結び付けていくと考えている。職業教育（訓練）を通じて技術を取得し、自営への道を推進する事は恵まれない女性達、土地も持たず、特技もない貧困層への根本的なアプローチかもしれない。

ABCプログラムは包括的な側面から地域住民の生活改善を目指すために、保健衛生教育等その他の活動に取り掛かる努力も続けている。また地域住民に対して予防及び初期治療サービスを中心とした基礎的な医療施設を提供している。



ボートによる巡回診療活動



フリーフライデークリニック



ABC プログラム

アフガン難民支援プロジェクト

ところ変われば

◇
AMDA登録看護師 原口 珠代

倒れてしまった母親

ラティファバード難民キャンプの夏は、暑い。砂漠のど真ん中にあるこの難民キャンプでは、日中は40度を越える灼熱地獄となる。難民テントの中は、45度にもものぼってしまう。6月から7月にかけて、暑さ・水不足や不衛生による、下痢・高熱と脱水症状でやってくる子供達が増えてきた。

ある日、下痢と暑さでかなり重度の脱水症状を起こした乳幼児を抱えた母親が、父親といっしょ

にやってきた。母親は、緊張と不安かられていたのだろうか、テントの中で処置をする私達を前にし、いきなり床に倒れてしまった。さあたいへんだ。隣のベッドに移さなければ…と周りを見ると、屈強の男性医師・男性看護師が、全然動こうともせず、立ちすくんでいる。〈何をしているんだ一手伝え〉と心の中で叫んだ瞬間、その私の気持ちを察したように、男性医師

がつぶやいた。「タマ、ぼく達男だから、女性（特に、結婚しており、夫もそばにいる）を触ることはできないんだ」

その言葉に、ふと父親の方を見る。この母親の夫とは思えないほど年寄りだ。とても彼女を抱えられる力はあるそうもなく、頭の方だけを抱えおろしている。〈ええい、今は緊急だぞ。緊急医療に女性・男性のへったくれもあるか〉と思いつつ、火事場の馬鹿力発揮で、私は一人で気絶した女性を抱えあげベッドの上に持ち上げるという偉業を成し遂げた。やればできるもんだなあと関心しつつ、文化の重さを痛感した日でもあった。

新BHUに引越し

「いいですか、この日程は他の誰にも伝えないように。AMDAの現地スタッフにもです」

まるで機密事項か何かについて話しているような感じであるが、実はAMDAがテントのBHU (Basic Health Unit: 診療所) から、コンクリートの新しいBHUに移る引越し日程打ち合わせでの会話である。

今日は、BHUの引越しの打ち合わせ



ラティファバードキャンプでの健康診断

せ。ラティファバードキャンプで働く4つの援助団体が、それぞれ集まった。

普通、難民キャンプでは、いろんな援助団体が国連などとパートナーシップをとり、役割分担しながらプロジェクトを行っている。例えば、AMDAは保健衛生部門担当。あるNGOは水整備・公衆衛生（トイレ等）部門、警備部門、食糧部門というように。そしてUNHCRがいわゆる総務部門となる。こうすることによって、難民支援がスムーズに行くように図っているわけである。

今回、AMDA新BHUへの引越しに関しても、他の援助団体が協力してくれることになった。

しかし、たかが引越しの日程をなぜに秘密にしなければならないのだろうと、不思議に思っている方もいるだろう。

というのもAMDAが使っている診療テントは貸与されているものであり、新BHUに引越したら提供者に返さなくてはならないものである。ところがどこをどう間違えたらそう思うのか、難民キャンプ地域の地主が、AMDAが引越したら、テント類は自分達のものだと主張し騒いでいるのだ。厳戒体制の引かれる中、AMDA新BHUへの引越しは行われ、その後

事なきを得た。たかが引越しごときに…これもまた、考え方の相違を感じるものであった。

ラマダンと薬

なぜだか知らないが、彼等（難民）は薬が大好きだ。飲み薬もさることながら、注射（特に、点滴）は拝みこんででも欲しいものの一つらしい。

ラティファバードの人口は、今も約6,000人近く。1日にAMDA BHUにやってくる患者は、平均130人に上る。1ヶ月当たり2人に

1人は、BHUを訪れている計算になる。しかし、その内薬欲しさにやってくる患者が多いのも事実である。すべての検査は、異常なしにもかかわらず、頭痛・全身倦怠感・全身の痛み等を主に訴えてくる。つまり、薬よりも気分転換が必要な人達である。いくら薬は病気も治すが、必要でない者にとっては害となることを説いても、なかなかわかってもらえない。診療所の薬局でも白い薬ではなくピンクの薬を指差して「これがいい」とごねたり、しまいには、医師を脅して「注射をうて」と要求してくる始末である。

そんな中、パキスタンにラマダンがやってきた。イスラムの世界ではラマ



現地スタッフへのトレーニング (妊婦役の筆者)



重症患者をキャンプからクエッタの病院へ搬送

ダンというものがある。夜明けから日没までの間のみ、食事はおろか水1滴もとらずに1ヶ月間過ごす(いわゆる断食)というものである。

このラマダン、薬(注射)も許されない。それで私は内心、きっとラマダン中は薬欲しさの患者がいなくなり、落ち着いたBHUとなるであろうと、楽しみにしていたのだが、患者数はあまり変わらなかった。ラマダンなのに、なぜ? ラマダン中は不思議な病人が現れる。昼間に腰の激痛を訴える患者がやってくる。医師が痛み止めの注射を処方した。しかしおかしいことに、その患者は日没になってから痛み止めの注射を受けにやってきた。一体昼間の激痛というのは何なのだ?

高熱でやってくる者、血圧が200/120という値の者。しかし昼間に薬を処方しても、日没まで飲まずして具合が悪いと夜になってからまたやってくる。何のためのBHUだ、それなら何故昼間にここに来る、と言いたくなってくる。一回、しっかりと説いて、難民を泣かせてしまったことがある(重々、反省しております…)。もちろん、ラマダンが彼等にとって、宗教上この上もなく重要であるというのはわかるのだが、自分の体あってのものではないか。やはりここにも不可解な現実があった。

手術するにも許可がいる

アフガンの社会では原則として、女性は男性の付き添いの下に家の外に出ることができる。ある日、出産間近の妊婦がやってきた。どうも難産が予想される。もうすぐ夕方、医師はクエッタ市内に帰り、このBHUは夜勤体制(看護師2人のみ)になってしまう。女

性医師はこの女性をここから1時間半離れたクエッタ市内の病院に移送することを希望した。だがこの妊婦は難色を示した。今、夫が出かけており、彼に聞いてみなければ無理だと言うのだ。おじが許可したということで、おじ夫婦が付き添いクエッタに運ぶこととなった。

その後だんなが来て、夫の許可なしに送ったことに対し、暴言等を吐く。(付き添って行ったおじの妻も殴る)結局、赤ちゃんは亡くなり、母親は大丈夫だったものの苦い経験となってしまった。

手術の必要な女性患者がやってきた。これも、クエッタ市内の病院に運ぶしかない。しかしここでも夫の許可が必要になるのだが、夫が1週間後でないと戻ってこないという。それまでは動けない。幸い緊急に必要な手術ではなかったので1週間後に移送し、無事手術を受けることができたのだが、

原口珠代さんは医療調整員兼看護師として、アフガン難民支援活動をほぼ一年にわたって支えてこられました。これまでも、旧ユーゴ、カンボジア、ザンビア、インドなどで活躍されてこられた、ベテランの看護師さんです。

クエッタに赴任されたのは2002年の3月初め、まだ緊急救援活動の慌しい雰囲気を残しているころでした。

原口さんはキャンプのBHUの活動全般について医療専門家として指導し、またリファラル・システム(救急・重症患者の高次医療機関への移送と入院生活のケアを行う)の立ち上げにも尽力してこられました。夏は40℃をこえる暑熱にスタッフの体調を気遣い、冬の寒さに患者さんたちの病状が悪化

しないう配慮し、ご自身はAMDA医療チームの先頭に立って、よりよい医療サービスの提供をするべく奔走されました。

一体女性を守るための規則なのか、ただの男性のエゴなのか、時には緊急を要する医療の現場で、ジレンマにおちいりつつ今日もBHUは動いている。

ところ変われば、いろんな文化・考え方があつた。プロジェクトを遂行していくなかで、自分には想像し得ないユニークな反応や戸惑う場面と直面する。それらは時にプロジェクトを困難にさせることもあるのだが、これがまた、私を現場から離れさせないゆえんであるともいえる。

UNHCRによると、3月から本格的な難民帰還が再開される予定である。いまだアフガン国内では、復興に大きな課題が山積みとなっている。その中で私は帰還していく難民達の未来に期待と不安を抱きつつ、パキスタンの地を離れることとなった。せめて、彼等が健康で笑顔を絶えることのない将来を祈りたい。

赴任直後からスタッフにとけこみ、スタッフだけではなくキャンプの患者さんたちからも厚い信望を集め、惜しまれながら今年2月に離任されました。

ご本人はご自分の来た道を振り返って感想を述べるなどは大の苦手なようで、上記のように印象的だったこと、とくに異質な文化との出会いについて報告してくださいました。

さまざまな出来事のあつた一年のうちいくつかのエピソードですが、アフガン難民に対する原口さんのまなざしを感じていただけたことでしょう。

二つの命に光りを

◇
AMDA 本部職員 鈴木 俊介

本誌今月号は、期せずして「出産」特集となった。新生児の誕生は、妊婦が約10ヶ月にわたり胎内で育ててきた命を新たに世に送り出す過程である。私の理解に間違いがなければ、途上国の農村社会では、8割から9割の母親が自宅で、顔見知りのお産婆さんの手を借りて出産を行なう。自宅分娩の衛生環境は、必ずしも良いとは言えない。しかし、交通の便が悪い農村では、病院や診療所は、陣痛に苦しむ産婦にとってあまりに遠いのである。衛生環境が悪いとはいえ、自宅分娩のほとんどの場合において、赤ちゃんが無事誕生し、母親も元気である。(もちろん、その後敗血症などを患う可能性を否定するつもりはない。)

AMDAの保健医療事業に携わりはじめて、すでに100件近い出産に関わった。車椅子やストレッチャー(車輪付き担架)に産婦を乗せ、分娩室まで送り届けただけのケースもあれば、そのまま分娩室の中で妊婦の手を握り締めたまま、出産を見届けたケースもある。病院に到着したものの、陣痛が弱く、夜を明かす産婦と一緒に足踏みをしたこともある。又、妊娠中毒に起因する痙攣が起り、夜間ジブヤ担架で運ばれてきた産婦の命を救うため、帝王切開に及んだ現場に立ち会ったこともあった。こうした活動の中で、出産の背後にある母子の様々なリスク(危険)についても学ぶことができた。日本では、定期的な妊婦検診が行われ、超音波をはじめとする各種診断や検査が行われているので、胎児や妊婦の状態が、分娩に臨む時までにはしっかり把握されている。例えば、母親の心臓機能に若干の問題がある場合でも、特別な医療環境を準備することにより、安全な出産が可能となる。又胎児に何らかの異常がある場合、例えば、骨盤位など胎位に何らかの問題がある場合も、その正確な位置は普通の超音波診断装置で映し出される。あるいは臍帯が胎児の首に巻きついているようなケースでも(日本の医療レベルでは問題ないが、途上国では分娩にかかわるスタッフの技術が未熟な場合も多く)予め判っていれば、分娩介助の際対処が容易である。途上国の病院には、一度も検診を受けていない妊婦

が、自宅分娩の最中、お産婆さんの手に負えなくなった難産のケースとして担ぎこまれてくることがある。コントラクション(陣痛)が開始されてから出産までの時間が長引くと、母体の体力の低下、胎盤の剥離、出血といった様々な異常がおこる可能性が高くなる。同時に、母体からの十分な酸素や栄養が胎児に送られなくなる。子宮内で低酸素状態となった胎児が子宮の中で便をしてしまうケースの中には、出生直後に口や鼻の中に溜まった便を吸い込み、呼吸困難や肺炎に陥ることが原因で命を落とす新生児も少なくない。紫色のチアノーゼ(酸欠)状態に出てきた赤ちゃんを何人も見てきた。産声が弱い、手足の動きが鈍い、脈拍が遅い等…それら新生児の状態をアプガースコアという指標で判断するのであるが、難産の場合、その数字は概して低いようだ。ちょっとした刺激を与えることで産声を上げ始めることもあるが、吸引器を使って自便を吸い出したり、背中を叩いたりしなければならぬことも多い。もちろん深刻な場合には、そのまま人口呼吸や心臓マッサージを始めなければならないこともある。あのように小さな赤ちゃんが極度の酸欠に陥った場合、脳になんらかの障害を引き起こすのではないかと心配になる。

さて、危険と隣り合わせなのは赤ちゃんだけではない。先程妊娠中毒に関して少し触れたが、途上国においては、産婦が死と向かい合せになることが頻繁に起きる。その一番の原因がポスト・パートム・ヘモレージ、いわゆる分娩後の(大量)出血である。そもそも女性は、生理の度に20mgの鉄分を失っていると言われている。毎日の食事、もしくは鉄剤の服用などにより鉄分の供給が行なわれず不足状態が続けば、血中に十分かつ正常なヘモグロビンを含んだ赤血球が生成されない。すると脳に十分な酸素が供給されず、常に心臓に負担がかかると同時に、倦怠感を伴う不健康な状態が続く。慢性的な貧血、栄養不良を抱えた女性(母親)が、毎年のように周産期を迎えることが何を意味するか。途上国の女性は、お腹に赤ちゃんを抱えながら農作業、薪拾い、水汲みなどの重労働をこなす。出産を迎えた時、すでに体力的

には限界に達している妊婦も多いのではないかと思う。そのような状態で出産を迎え、分娩後に流す大量の血液が何を意味するかについて理解することはそれほど困難ではないはずである。実は日本も二世世代前までは同じような状況であったと聞く。

出産は奇跡である。赤ちゃんが無事取り上げられ最初の産声を上げたとき、その喜びは家族だけでなく、回りにいるすべての者によって共有される。だからこそ、外界の輝きを初めて浴びた赤ちゃんには無事でいてもらいたい。そして自分にしか分からない痛みと格闘した母親にも元気でいてもらいたい。出産を終えた母親が、枕元でタオルケットにくるまれて寝息を立てる我が子を見つめるまなざし以上に、優しさと慈しみを感じさせる表情はない。その優しく美しい表情との出会いが幸せを感じさせてくれる。

私の限られた経験の中で述べさせて頂くと、途上国の典型的な農村では、約20件に1件の割合で分娩に特別な介助が必要となる。農村人口(仮に2,000人)の4%が妊婦だとすると、村内には80人の妊婦がいることになり、年間延べにして100件くらいの出産があると予想される。そしてその内の少なくとも4~5件は、十分な知識と経験を持った医療従事者の介助、又は掻爬処置や手術が必要なケースであると計算される。ただ、そのような医療サービスを受けることができないために、(統計上)2名くらいの妊婦が命を落とすというのが現状である。

AMDAの活動の原点は「命の普遍性」である。新しい命が妊婦の胎内で生まれ、やがて出産を迎えることによって生を受ける、その2つの命に光りをあてたい。途上国における文化や習慣の違いを学びながら、普段の生活の中で母親や妊産婦への尊敬といたわりの気持ちを、今後とも活動の中で伝えていきたいと考える。具体的には、保健衛生教育、妊婦検診、予防接種、お産婆さんや村の助産婦補などの研修、女性の自立促進、そして事業地域における産婦人科診療サービスの充実を図っていくことにより、少しずつ問題が解決されていく一助になるのではないかと考える。子どもの命を守る活動に加え、地元政府(特に保健局)や住民グループなどと協力しながら、今後とも妊産婦を応援していきたい。

JICA 研修報告



岩永医師による日本の保健行政についての講義



岡山県赤十字血液センターで説明を受けるカバリ医師

2003年2月24日から3月7日まで2人の研修生がAMDAにやってきました。一人はマクング・カバソ医師。ザンビアのルサカ市の保健局で働く医師です。ザンビアでは、JICA-PHCやAMDAの地域保健活動の中心的役割を担うひとりです。今回は、JICAの要請により地域保健活動支援のための保健行政政策を学ぶことを目的にAMDAにやってきました。本人は、盛りだくさんの研修内容で吸収するのが大変だったが、すべてが印象深く勉強になったと振り返っていました。とりわけ山間部での医師による往診、小学校やふれあいセンターにおける検診活動は、お金もかからずまた効果も高いということで、ザンビアに帰ってから早速取り組みたいと、目を輝かせていました。蛇足ですが、カバソ医師は割烹料理屋で出された料理の品数の多さに圧倒されていました。日本人は毎日こんなに食べるのかと目を丸くしていましたが、それは大変な誤解であるとその場で訂正いたしました。

もう一人の研修生は、この春沖縄の大学を卒業する藤本悌志さん。今年の7月から2年間、青年海外協力隊村落開発普及員として、ザンビアのAMDAの事業に従事します。今回は、JICAの技術補完研修としてAMDA本部にきました。大学では闘牛の歴史を学び、沖縄民謡をたしなんだ彼は、国際協力の分野はこれからで、研修ではザンビアで行っている大豆を使った栄養改善事業やコミュニティ農園事業、開発一般の知識について一からみっちり勉強しました。何よりカバソ医師という生きた教科書と一緒にいたおかげで、ザンビアのことを深く理解できたようです。赴任までに英語や村落開発についてももっともっと知識をつけなければと抱負を語っていました。2年後、ザンビアでひょっとしたら沖縄民謡までもが普及しているかもしれませんね。



↑ AMDAの地域保健活動の紹介
 〳 消防局中署で救急車の見学
 〵 消防局中署でレスキュー車の見学
 ↓ コースの説明を受ける藤本さん。



AMDAでの研修を終えて

◇ JOCV 藤本 悌志

青年海外協力隊の村落開発普及員としてAMDAがザンビアで行っているプロジェクトへの派遣が決まり、その前の技術補完研修として2月24日から3月6日までの11日間、岡山のAMDA本部で研修をさせていただきました。

私は今までに国際協力に関わったことがなく、今回が初めての経験であるため、多くの不安を持っていました。研修前は、ザンビアでどのようなプロジェクトが行われているのか、実際に現地へ行ってどのような仕事をするのかも理解していない状況でした。

この研修では、AMDAが世界中で行っている事業の説明やザンビアプロジェク

トの内容、また、開発とはどんなものなのかを詳しく教えていただくことができました。研修の内容は、初めて聞く言葉や、考え方が多くで大変でしたが、丁寧に教えていただいたので、とてもよく理解することができました。また、ザンビアという国の現状や、私がどのようにプロジェクトに関わっていくかを教えていただいたおかげで、それまでもっていた不安をかなり解消することができました。

これからJICAでの研修を終え、私が実際にザンビアへ赴任するのは7月ごろになると思いますが、それまでにこの研修で勉強した内容をさらに深め、プロジェクトの中で役に立てるように頑張りたいと思います。

この研修では、以下の機関にお世話になりました。関係者皆様を含めて、この場を借りて御礼申し上げます。

公設国際貢献大学校、岡山県健康の森学園、哲多診療所、岡山市桃丘地区愛育委員会、岡山ふれあいセンター

(桑野)、岡山市立中山小学校、岡山市保健所、岡山市中消防署、岡山県赤十字血液センター、赤十字岡山支部、岡山県保健福祉部医薬安全課、JICA中国国際センター（順不同）

担当：谷合 正明

スリランカ医療和平プロジェクト 南部地区視察報告

(2003年2月23日)

AMD A スリランカ医療和平チーム 石沢睦夫・濱田祐子

1. 全般

2月20日木曜日夕刻から22日夕刻にかけて南部 HAMBANTOTA 地区の視察を行った。実施者は当本部2名(濱田・石沢)、AMD A スリランカ支部2名(DR.SAMARAGE, MR. KARU)で事前調整と案内はDR. SAMARAGEによるものであった。主として南部プロビンス保健センター、地域婦人開発センター、HAMBANTOTA 公立病院及び診療所を訪問した。事前調整がよく、地域の医療・生活状況が把握できた。

2. 細部の成果

(ア) 南部プロビンス保健センター

21日午前：保健センター所長表敬。保健センターの下部組織として、パブリックヘルスセンターがある。看護師が少なく HAMBANTOTA 地区で4名程度。従ってヘルスセンターには助産師が所属している。疾病面では、水不足のため、マラリアが増加し、昨年の公式記録は97名であるが、実質は1000名にも上るとのことである。

(イ) 地域婦人開発センター

地域共済活動を婦人のボランティア活動として大規模に実施している。HAMBANTOTA を中心に南部地区に63支部、460の下部組織で構成、全員数約3000名である。事業主体はバンガラデシュのグラミンバンクを例とした共済銀行であり、返済率は95%以上であるということだ。衛生教育等の保健関係の事業もあり国政にも一部リンクしている。資料が準備されており、OHP説明がシンハラ語でなされた。専属職員200名の実力組織であるため、今後の連携に期待できる。事務所での説明後、地区の事務所、メンバーの家、出資した資金で起こした事業を見学した。視察団が訪問したある女性の家庭では、共済銀行から70000ルピー借り、レンガを庭で作り、夫にそれを積み重ねさせ、2部屋の家を建てた。同



3月より南部地域で巡回診療を開始。乳幼児への予防接種や、学校での児童、生徒への健康診断も実施している

敷地内には別に借りた資金から小さな店舗、野菜畑と井戸を作っている。地域共済活動は生計を立てるための大きな助けとなっているという。

(ウ) HAMBANTOTA 公立病院

院長不在につき、婦長の案内説明を受けた。病院は240床、4科(内、小、産、外)別棟に眼科、また後方に地区ヘルスセンターがあった。病棟の入院患者は産婦人科のみが満床に近く、その他は閑散としていた。地区ヘルスセンターは1回10名前後の保健教育を担当するほか、5歳児以下に配給する栄養食品が備蓄されていた。

(エ) 診療所

50床の病院で、約25床に入院患者は2名しか認められなかった。ほとんどがマラリアによる入院との説明があったが、婦人専用棟は産婦の需要が多いとのことであった。

(オ) HAMBANTOTA の印象

落ち着いた感じの田舎町という印象を持った。コロomboでは治安確保のため、家の回りの壁を高くする傾向があるが、HAMBANTOTA では壁が低く、壁なしの民家も多い。治安は良好の感あり。舗装道路から外れると電気や電話はなく、水道もホースによる時間給

水である。地域婦人連合の活動は普及しており、地域の経済、保健をはじめとし影響力は大きい。公立病院や診療所等の医療設備は医療スタッフの不足のため有効に活用されていないと感じた。

3. 結論

HAMBANTOTA は貧しい地域も多く、各医療施設も十分に機能しておらず、活動の余地がある。視察中にあった人々が口をそろえていう南部の問題点は「水不足」である。水不足のため、主要産業である農業の収穫に被害が及び、貧困、食糧不足、多種の疾病等様々な問題が存在している。また、大都市への医療スタッフの流入のため、地域の医療スタッフが不足しているという深刻な状況を抱えている。保健省の責任者からは地域の医療設備の充実化、人材面での援助の要望を受けた。HAMBANTOTA はコロomboから240kmで6時間以上所要時間がかかるため、駐在を置くことは必須である。

AMD A スリランカ支部は HAMBANTOTA をはじめとする南部に面識が深い。DR.SAMARAGE と MR. KARU 両者とも過去に南部勤務をしていたこともある。ゆえに支部のネットワークを十分に活用することが望まれる。また、地域婦人開発センターの効率性と普及性を生かし、地域に根付いた保健衛生教育を行うことが効果的だと考えられる。

菅波 茂 理事長

第37回 吉川英治文化賞受賞

アジアの人々のために「AMDA」を設立。以来、開発途上国においてボランティア活動を継続していることに対して、財団法人 吉川英治国民文化振興会より賞を頂きました。

尚、贈呈式は、4月11日（金）帝国ホテルにて行われます。

＝緊急救援速報＝

中国西部における地震に対する
緊急救援活動

2003年2月24日、中国西部シンチャン・ウイグル自治区西部、カシュガル市近郊のカシ県を襲った地震はマグニチュード6.3、死者・行方不明者260人を超す災害になりました。現地からの連絡では、およそ40,000家屋が損壊し、2,000人以上の負傷者が出ているとのことでした。

現地AMDA支部であるAMDA上海からの報告では、被災地は高地で寒冷地であり降雪もあり、救援は十分には届いておらず、特に診療施設の機能不全と、医薬品などの支援が足りないとのことでした。

AMDAでは緊急救援活動開始を決定、2月28日、岡山本部から佐伯美苗先遣調整員（本部職員）を現地へ派遣し、AMDA上海と協力して医療救援チームを編成、現在はシンチャン・ウイグル自治区に入り、自治区政府内におかれた対策本部と支援協議に入り、自治区政府に対して約150kgの医薬品を提供しました。今後もAMDA上海を通じて協力を進めたいと考えています。



写真上：自治区政府への提供医薬品
写真下：感謝状が自治区政府職員（右）から河村康之（AMDA上海メンバー）に贈られる

— 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「中国地震」とご記入下さい

書き損じはがき・未使用はがきや切手、各種未使用プリペイドカードのご寄付を
常時お願いしています

問い合わせ先： 特定非営利活動法人AMDA 担当 新井、小西

TEL 086-284-7730 FAX 086-284-8959 URL <http://www.amda.or.jp>

イラク攻撃が開始された場合に備え、AMDAではイラク国境に近いイランの南西部アフズでのイラク難民医療支援に向けて、現地調査や関係機関との協議を行なっています。

攻撃が避けられることを望みつつも、攻撃が本格化した場合には、首都のあるイラン北部に比べ、南西部では支援の手が及びにくいと予想されるため、南西部アフズにAMDA多国籍医師団を派遣し、イラクから逃れてくる難民への支援を行なおうとしています。

AMDA 関係 刊行物のご案内

- ・お問い合わせは、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

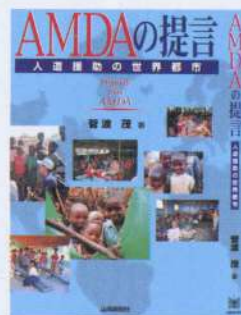
AMDAの提言

—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
ISBN4-88197-607-9 C0036 P1600E

- ・菅波 茂著
- ・出版元 山陽新聞社
- ・1996年11月25日発行



定価 1,680円

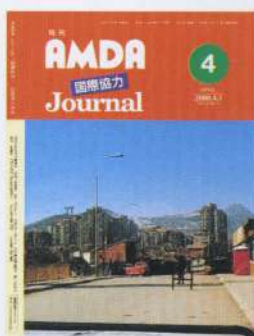
AMDA Journal

—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

ISBN 4-521-00541 C0030 P2000E

- ・AMDA 著
- ・出版元 山中書店
- ・1995年4月3日発行



定価 2,100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

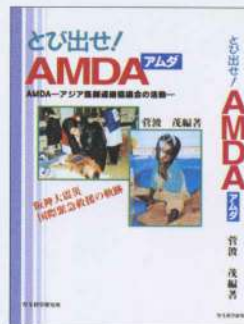
—AMDA・アジア医師
連絡協議会の活動—

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

ISBN 4-905690 21-8 P1800E

- ・菅波 茂著
- ・出版元 厚生科学研究所
- ・1995年7月15日発行



定価 1,890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見られています。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

ISBN4-88517-263-2 C1030 P1800E

- ・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



定価 1,890円

医療和平

—多国籍医師団アムダの人道支援—

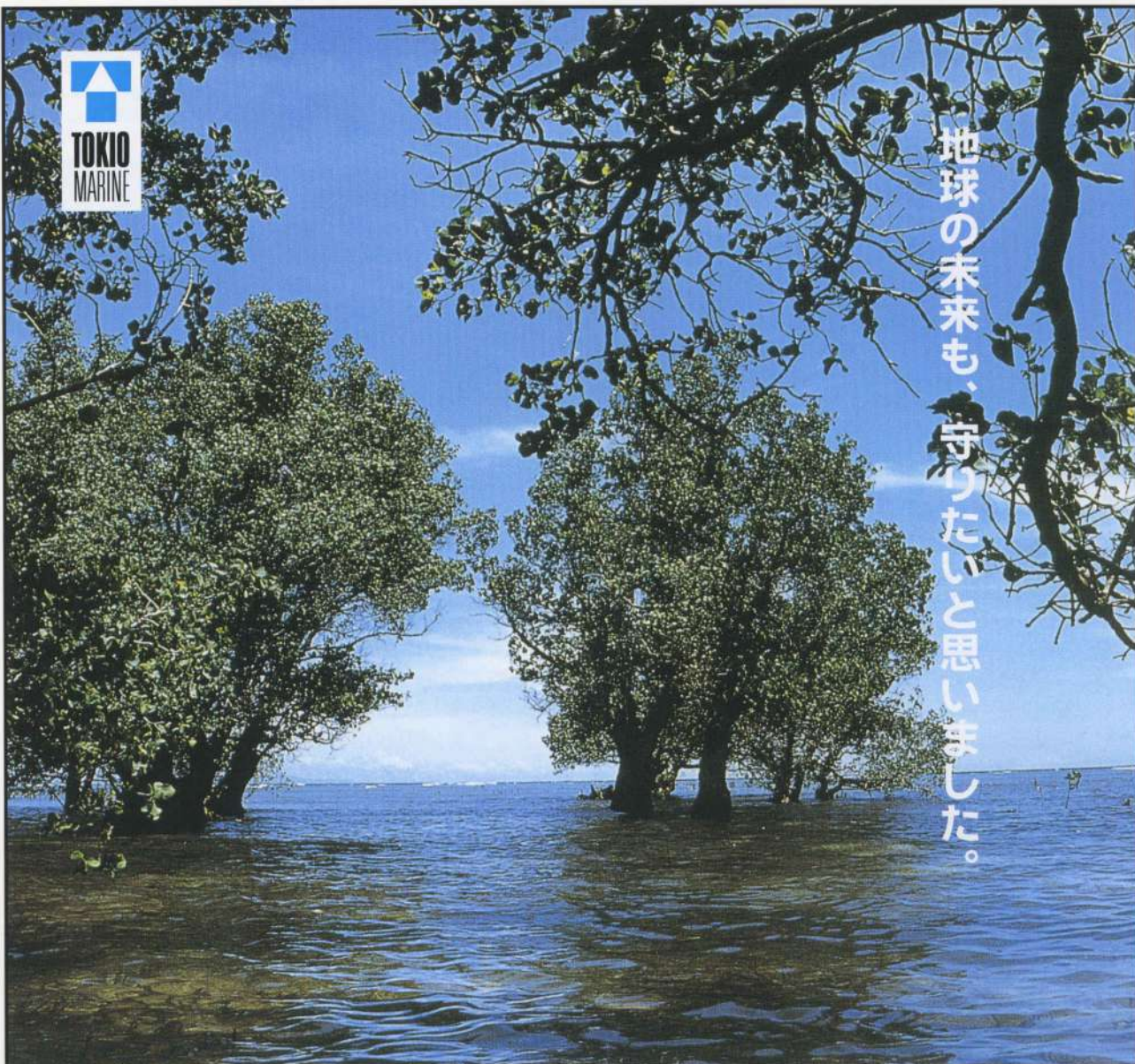
21世紀を生きる子ども達の命を救いたい！AMDAは北部同盟とタリバンの保健担当者を岡山に招聘。AMDAのアフガニスタン国内医療和平構想に両者は快諾し協力を約束してくれたが…救える命があればどこへでも行くAMDAの緊急救援活動と危機管理。225頁

ISBN4-08-78 1262-6 P1500E

- ・菅波 茂 著
- ・出版元 集英社
- ・2002年5月2日発行



定価 1,575円



地球の未来も、守りたいと思いました。

そこで、私たち東京海上は、
海の森づくりに
取り組んでいます。

毎日の生活には保険をかけることができます。
けれども、地球の将来には保険をかける
ことができません。

そこで私たちは、「海の森」をつくらうと
考えました。それは、熱帯・亜熱帯の沿岸
地帯を覆い、CO₂の吸収に優れたマン
グローブ林を、かつての規模まで再生しよ
うということ。

一度失われた自然を取り戻すことは簡単で
はないけれど、私たち東京海上は、この星
に暮らす一企業市民として、地球の豊かな
未来を、見守り続けていきたいと思えます。

私たち東京海上は、日本のNGO「マン
グローブ植林行動計画」と「財団法人オイスカ」を
パートナーに、東南アジア5カ国において、
マングローブ林の再生（海の森づくり）に取り
組んでいます。

NO.1の約束、
東京海上。

高原企業保険事務所 岡山市今村 650-103-301 〒700-0974
TEL/FAX (086) 224-8250

安心、ひろげます。
東京海上

東京海上火災保険株式会社 東京都千代田区丸の内1-2-1〒100-8050
お問い合わせ先:お客様相談センター TEL (03) 3212-6211 (代表) ホームページアドレス <http://www.tokiomarine.co.jp/>