

月刊

AMDA

国際協力

Journal



2

FEBRUARY

2004.2

(VOL.27 No.2)

イラン南東部大地震緊急救援活動

被災地の様子



AMDAの巡回診療



AMDA

国際協力

Journal

2004

2月号



CONTENTS



イラン南東部大地震緊急救援

岡山県より救援物資提供

左：石井岡山県知事

右：菅波 AMDA 代表



◇イラン南東部大地震緊急救援速報	2
◇ネパールプロジェクト特集 II	
AMDA ネパール子ども病院	4
支援者報告・派遣者活動報告・見学者報告	
AMDA 病院	20
支援者報告・派遣者活動報告	
ネパールスタディツアー報告	22
◇スリランカ報告	26
◇寄付者名簿	30
◇事務局便り	32



表紙の写真

イラン南東部大地震
緊急救援活動
被災地での巡回診療

イラン南東部において、昨年12月26日現地時間午前5時半頃発生した地震の被災者に対し、AMDAは多国籍医師団を派遣し、イラン南東部の都市バムを中心に巡回診療を行ってきました。

被災後2週間が過ぎ、現地の状況が落ち着きを取り戻しつつあることから、日

本から派遣した医療救援チームは救援活動を終了することとしました(2003年12月28日～2004年1月15日)。今回のイラン南東部地震緊急救援活動に対し、多くの皆様からのご寄付、ご支援、ボランティアのお申し出をいただきました。ありがとうございました。

なお、AMDAインドネシアからの医療救援チームは、引き続き被災地にて活動を継続しています。

【募金のお願い】

AMDAでは引き続き皆様のご支援をお願いしております。
郵便振替：口座番号 01250-2-40709 口座：AMDA
通信欄に「イラン大地震」とご記入下さい。



イーバンク銀行からご寄付
いただけるようになりました

この度 AMDA はイーバンク銀行 (<http://www.ebank.co.jp>) に口座を開設しました。イーバンク銀行に口座をお持ちの方は、手数料無料で AMDA にご寄付いただけます。詳しくは AMDA ホームページ (<http://www.amda.or.jp>) をご覧ください。

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】岡山市榑津 310-1 AMDA 事務局

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

イラン南東部大地震緊急救援速報

イラン南東部ケルマン州バム付近で、2003年12月26日（金）午前5時半頃（日本時間同日午前11時頃）発生した地震により、死者は住民の3分の1にあたる4万人を超えたとされている。AMDA（岡山市）医療救援チームは、28日エミレーツ航空（EK）317便にて、関西空港からイランの首都テヘランへ向け出発。テヘランには29日午前9時35分（現地時間）に到着。

派遣者3名は、テヘランにて、イラン現地関係者およびイラン政府等と協議し、イラン南東部バムへ向かい、AMDAパキスタンクエッタ事務所へ出張中の小西司緊急救援事業部長と合流した後、医療救援活動を開始した。

日本からの派遣者

佐伯美苗（さえき みな）	
緊急救援事業部（調整員）	34歳 岡山市在住
細村幹夫（ほそむら みきお）	
AMDA登録医師	38歳 埼玉県在住
古村由香（こむら ゆか）	
AMDA登録看護師	40歳 神奈川県在住

AMDAパキスタン・クエッタ事務所より現地合流

小西 司（こにし つかさ）	
緊急救援事業部長（調整員）	40歳 パキスタン出張中

被災地での活動

AMDA医療救援チームは、在イラン日本大使館、イラン国内務省など各関係省庁および関係機関を訪問し、地震後の状況調査、今後の活動内容等を協議した。地震発生後4日が過ぎても、イラン国内は騒然としており、首都テヘランにおいても情報は錯綜しているため、活動については慎重に検討していく必要があった。また、パキスタン・クエッタ事務所から被災地に向け出発した小西 司緊急救援事業部長も、28日ケルマン州に到着、被災地バムの周辺地域での被害状況の調査を開始した。被災地で必要とされる支援を慎重に検討し、最も被害の大きかったケルマン州バム市周辺での支援の可能性を探り、活動を開始することを決定。

テヘランにて各関係機関との調整を進めてきたAMDA医療救援チームは現地女性麻酔科医：ザーラ・シャヒーデー（Zahra SHAHEEDI）医師とテヘランで合流し、31日（水）現地時間10時（日本時間15時半）IR472便にてケルマンに向け出発。ケルマン空港到着後、州保健科学局との協議に入り直接の医療活動実施に向け調整を進めた。一方、小西 司緊急救援事業部長は、現地スタッフと共に医療物資（粉ミルク10箱、ビタミンC剤200錠、飲料水10本）を被災地で活動している赤新月社の仮設診療テントへ寄贈した。

被害の大半がバムの町で、多くの家屋が、日干しレンガ

造りの建物に鉄骨の梁（はり）を利用しており、壁が分厚いうえ屋根がアーチ型で重く、さらに各家屋の周りが高い塀で囲まれているために、倒壊時にそれらが重層した事が多くの犠牲者を出した原因となっていた。またバム市内にある市立イマムホメイニ病院は倒壊こそ免れたものの、塀は倒れ、瓦礫に囲まれ、入り口には崩れたベッドや治療台が通りまで積み出されていた。このような状況でも同病院では、手当てを受ける患者やその家族でごった返していた。同市立病院のスタッフは「骨折の応急処置ができる医師が足りない。また女性医師も不足している」と訴えていた。

30日夜、AMDAインドネシア支部よりインドネシア国籍医師1名（Dr. Idrus Paturusi：整形外科医）が、さらに31日、AMDAインドネシア支部の医師2名（Dr. Alamsyah：麻酔科医、Dr. Nuralim：胸部外科医）がイランへ向け出発し、医療支援を開始した。

31日午後、ケルマン州保健科学局からケルマン州立総合病院での活動協力を依頼された。同病院に到着後、直ちにICU病棟にて医療支援を実施した。同病院には被災地から多くの重症患者が搬送されているが、ほとんどは倒壊物によって胸部を強打していた。麻酔科医のシャヒーデー医師と呼吸器科の細村医師の来訪は、病院職員に大歓迎された。例えば、バム市内で発見され、空港からヘリコプターで搬送された45歳の女性は、一刻の猶予もならない差し迫った状態にあったが、細村・シャヒーデー両医師、古村看護師の気管内挿管などの処置により、迅速に呼吸を改善した。更に、一般病棟でも、細村医師の診察と古村看護師の処置により、重症患者に対し適切な治療を行うことができた。

2004年1月1日より、AMDA医療救援チームは被災地バムを訪れて、地震発生から1週間を経た医療状況の調査後、本格的に被災者に必要な治療を実施した。

ケルマンからバムへ通じる幹線道路はほとんど被害が及んでおらず、救援物資などの輸送は順調に進んでいるように思える。また周辺の集落にほとんど被害は見受けられず、今回の地震がいかに局地的な大被害をもたらしたかを物語っていた。

AMDA医療救援チームはバム到着直後から、バスを使った車輦内での診療を実施した。受診に集まった患者や付添い家族、周辺地区の生活状況から推測すると、地震による外傷的被災者に加え、被災後の衛生・生活環境の悪化から健康状態に影響が出はじめていること、また比較的軽度な外傷にもかかわらず、数日間放置されていたために傷口が悪化している症例が目立っていた。引き続きバム周辺での巡回診療とケルマン州立総合病院での重症・救急患者への医療活動を継続。

AMDAチームはバム市北部、さらにパラヴァド南部の住

宅街でも拠点を設け診療を実施。診察していると、車やバイクを停めて診察を受けに来る人々、付近のテントに患者がいることを知らせに来る人々が詰め掛けた。受診者の中には、被災時の負傷だけでなく慢性的な疾患をかかえ、テントでの生活によって症状を悪化させていたり、ほこりや乾燥による咳、のどの痛み、扁桃腺の腫れ、発熱、下痢、気管支炎といった症例なども見られた。これらの患者は、病院が遠いなどの理由でケガを放置、あるいは病院が混雑していて十分な手当を受けられず悪化したものと思われた。また、家族や近所の人たちの救助活動のために、自身の打撲や脱臼を放置していた人も数人いた。被災直後に頭皮や足などの縫合手術を受けていた患者は、その後放置されていたため化膿が進行していた。被災後1週間を経て救急救命の時期を過ぎたとはいえ、厳しい寒さの中長引くテント生活から生じる困難やストレスが健康に影響し始めている。

6日、バムの旧市街では病院施設も復旧しはじめているようだが、病院での応急処置のあとに継続して治療を受けられなかった被災者、ほこりや乾燥のために呼吸器をいためたり、疲れなどから風邪をひいた被災者などが目立った。

町の中心部に近く、もとは住宅街であったこの地区は、市の北辺部と比べるとがれきが多く、その密集度が高いため、かなり埃っぽいと思われた。被災者用テントの密集度も高いため、助け合って暮らすことができ、配給を受けやすい利点はあるが、他方、このように怪我や疾病を放置している被災者の多いことが懸念される。

7日、ほぼバム市内をひととおり巡回した。地域により、日により受診者の特徴はやや差異がみられるが、共通していえるのは、やはり厳しいテント生活の疲れ、震災後の怪我や病気の悪化である。地元病院の機能回復は進んでいる模様だが、病院で手当を受けないまま、または受けられないままの住民はまだ多い。

11日、これまで継続してきた巡回診療活動は、病院での手当が受けられなかった被災者に対する医療サービスの提供として一応の成果をあげることができ、地元医療機関の機能復旧、赤新月社などイラン国内の諸機関のサービスが徐々に復旧し始めていることなどから引きあげを決定した。開始当初、呆然としていた被災者の表情は、この2、3日間でわずかに変化を見せ始めている。家財道具を積んで他の町に移る家族、再度がれきの片付けにかかる人たちといった光景が見られるようになり、被災者たちの復興への意思が窺えるようになってきた。

最終日となった11日は、これまで診察した患者の状態確認を中心に診療を行った。

なお、AMDAインドネシア支部の3名の医師は引き続き活動を行う。

バム市内外での巡回診療を11日に終え、イラン政府内務省に、また翌12日にイラン政府保健科学省ケルマン事務所に活動報告を行なうとともに、バムでの医療活動のために



左から、巡回診療する細村医師と古村看護師

汎用性の高い医薬品、医療器材などを現地医療機関などに寄贈した。

日本からの派遣の3名はケルマンを13日深夜に出発、同日午前3時ごろテヘランに到着した。テヘランにて、在イラン日本大使館ほか関係機関に活動報告と協力御礼を兼ねた訪問を行ない、今後のイラン国内での協力体制のあり方について協議を行なった後、14日午前11時5分にEK972便にてテヘランを出発し、翌15日、関西国際空港に到着した。

岡山県救援物資備蓄センターの救援物資を イランの被災地バムへ

AMDAはイランイスラム共和国大使館(東京渋谷区広尾)を訪問し、12月30日午前10時より、アボルガセメ アルデカニ公使と今後の救援オペレーションなどについて協議した。AMDAは岡山県の石井正弘知事が、イラン地震被災者のために救援活動を始めたAMDAと連携して、岡山県救援物資備蓄センターの救援物資を提供する意向をもっていることを伝えた。これを受けて、アルデカニ公使は、「ハタミ大統領も申し上げた通り、被災地の被害は極めて甚大であり、特にバムは古都であり、ひとたまりもなかった。国連、各国、国際機関、NGO各方面からも救援を頂いているが、まだまだ援助が必要である。」と強調し、このたびの申し出に対する謝意を述べられた。岡山県救援物資備蓄センターに保管されている救援物資については、イラン大使館との連携協力のもと、一刻も早く現地の被災者の方々に確実に届くように図ってゆくことを確認した。また、大使館からは、バム周辺での救援活動に必要とされる現地の地勢、行政等の情報提供等を受けることとなった。

AMDAでは直ちに、この協議の結果を岡山県国際課に報告、早急に援助物資の提供を県に申し出た。12月31日午前10時半より岡山空港内救援物資備蓄センターにて、岡山県石井知事より救援物資の目録をいただき、救援物資を積み込む作業を行った。こうして岡山空港の救援物資備蓄センターより救援物資をイランへ輸送するため、救援物資が陸路、岡山空港から成田空港へ向け出発した。

岡山県の救援物資備蓄センターへ物資を送っていただいた皆様ありがとうございました。

AMDA ネパール子ども病院概要

- 1998年 11月 開院、外来・急患・検査サービスの開始
- 1999年 10月 病棟が整備され、入院サービスの開始
- 1999年 11月 分娩室の稼働
- 2000年 9月 小児・新生児特別ケア室の稼働
- 2001年 12月 新小児病棟の完成に伴い、病床数を倍増
新生児・小児集中治療室の稼働



新建築 写真部撮影

現在、約100名のスタッフを擁し、1日平均180名近くの外来患者と、1ヶ月平均約450名の入院患者に対する質の高い医療サービスを診療費を抑えて提供している。分娩件数も1ヶ月150件を超え、地元住民の高い信頼を得ている。

AMDA ネパール子ども病院5周年記念式典報告

毎日新聞大阪社会事業団事務局長 藤井 英一

「神々の国」ネパールをこのほど訪問した。南西部のプトワル市に日本からの基金で病棟が造られ、医療スタッフが派遣されている「ネパール子ども病院」。その創立5周年記念式典に参加するためだ。産婦人科と小児科からなるこの民間病院が誕生してからこれまでに、外来患者数が延べ20万人、入院患者数は1万4000人、誕生した赤ちゃんは6000人を超えた。儀式を大切にこの国で、秋晴れの11月2日に催された祝典の表情を報告する。

◎希望のホスピタル

ネパールの医療事情は実に厳しい状況にあった。医者の9割が首都カトマンズに集中しているうえ、経済的に貧しい家庭の子どもたちや妊産婦は病院にかかりたくても、困難なケースが見られた。5年前のネパールの5歳未満児の死亡率は日本のなんと約20倍だった。

毎日新聞社と毎日新聞社会事業団、AMDAが連携して病院建設キャンペーンを展開。1万人を超す読者や団体から浄財が寄せられた。建築家の安藤忠雄さんが趣旨に賛同して病院の設計

図をプレゼント。ネパールの医師たちによってAMDAネパール子ども病院建設委員会が結成された。プトワル市郊外の雑木林内に、レンガ造り2階建ての「希望のホスピタル」が誕生した。

それから5年。記念式典には、奮闘の歴史を振り返り、新たな出発へ向けた静かな闘志が満ちていた。



5周年記念式典で「ふるさと」を合唱する日本側参加者

◎“患者平等主義”を貫く

院長のビーマル・タバさんに式典前夜、インタビューした。カースト制度や社会的地位、経済力などで決して差別しない“患者平等主義”を貫いてきた、物静かな産婦人科医だ。

「この病院に関して、世界はお互いに助け合いながら生きているのだということを実感した」と、語ってくれた。5周年式典冒頭のあいさつでも、院長は同趣旨のことを語っていた。米国俳優のジョージ・チャキリスさんに似た、やさしい物腰の院長の強い信念だ。病院ができたからといって、誰でも治療を受けているわけではない。貧しいが故にはなから病院にかかるうとしなかったり、病院の前までわが子を抱いてきたものの、結局引き返していくケースもあるという。

院長のサポートをしているAMDA派遣の藤野康之さんと川崎美保さんは、「だから、診療を先に受けて、後からローンで返す制度を創っている」と、子ども病院が弱者治療に心を砕いていることを教えてくれた。

◎3時間半のロングラン

病棟横にテントを張った会場に300人が参列。日本とネパール双方の関係者が次々と立ち、病院の5年間の成長を披露したり、その努力に敬意を表す

3度目のネパールベッド支援を通して

国際ロータリー第2780地区 ガバナー 中西 功

国際ロータリーは、20世紀初頭社会経済の発展の陰で、商業道徳の欠如が目につくようになった頃、お互いに信頼のできる公正な取引をし、仕事上のつきあいがそのまま親友関係にまで発展するような仲間を増やしたいという趣旨で青年弁護士ポール・ハリスが仲間3人と各自の事務所持ち回りで会合を開くことを考えたのが始まりで、100年近くの間はその志を同じくするクラブが国境を越えて、166カ国、クラブ数31,561、会員数1,227,545人という世界的な規模にまで達しました。

職業倫理を重んずる実業人、専門職業人の集まりで、地域の社会奉仕は勿論、ポリオ撲滅をはじめとして、人道的な国際奉仕事業にも大変力を入れています。横浜市、川崎市を除く神奈川全地域のクラブをまとめているのが、国際ロータリー第2780地区、私の地区であります。

当地区がネパール子ども病院へ支援をするようになったのは、2001年1月に当地区で開催した国際奉仕セミナーで、「真の国際奉仕とは?」「役立つ支援とは?」について、当地区からロータリー財団奨学金で留学されたAMDAの鈴木俊介さんに講演を依頼したことがきっかけでした。支援を受

ける人たちの気持ちを大切にすること、彼らが自分たちの力で自主的に進めようとするプロジェクトに手助けをすること、彼らの誇りを大切にすること、できれば引き続き彼らの手でその事業を進めていけること、といった国



寄贈いただいたベビーウォーマー

際奉仕に対する重要なポイントを伺いました。そのセミナーに参加していた一人から、「AMDAでは今、そういうポイントで私たちが力を貸せるプロジェクトはありますか?」という質問に、この子ども病院への支援の話が紹介されました。

当地区の多くのロータリークラブが

その内容に共感して、各クラブの自主的な意志で参加してもらっています。毎年100万円を超す支援となっております。2001年の地区大会の記念事業では、子ども病院へベビーウォーマーをお送りし、大変役立っていると報告頂きました。このように、その都度、実績報告を頂いていることも5年間続いて各クラブの理解を得る大切な要素でありますし、私たちもAMDA職員の人たちの献身的な活動に大変感動しております。ネパールとの関わりとして、当地区では、AMDAを通じてこの支援をする以前から、多くのクラブがそれぞれ、学校を建てたり、文房具を贈ったり、消防車や救急車を送ったり、現地まで出かけて行って支援をしています。そこには、ロータリーの米山奨学金を受けたネパールの学生がネパールの現状を教えてくれたり、通訳として協力してくれたり、間に入ってくれる手助けがあります。

私たちがネパールの人たちに真の支援ができていることを願うと同時に、そういう報告を支援する地区内のクラブの人たちにきちんと伝えることが、地区ガバナーとして今後の国際奉仕への理解のために大切なことだと感じています。

るあいさつが続いた。日本からは鈴木一泉・在ネパール日本大使館臨時代理大使▽三苦英太郎・国際協力機構ネパール事務所長▽菅波茂・AMDA代表▽病院構想に情熱を傾け病に倒れた故篠原明医師の母浪枝さんらが出席し、祝った。

地元児童の歓迎の歌や病院スタッフの踊りが披露された。日本からの参加者も「ふるさと」を歌い拍手を浴びた。3時間半を超すロングラン式典となったが、現職の市長、前市長、元市長も参列。地元自治体がこの病院の存在を重要視していることを、うかがわせた。

◎ウーマン道路

式典では日本側への感謝状が渡され、篠原さんには記念の肩掛けが贈ら

れた。地元の人たちの表彰もあった。婦人グループの代表に感謝状が贈られ、ひととき大きな拍手が起きた。

AMDAの藤野さんが、「でこぼこだった子ども病院への進入道路を、舗装化した婦人グループの代表です」と、耳打ちしてくれた。「患者にさわらないようにと、ボランティアでやりとげた。夫連中がとやかくいおうものなら、『(夫人同伴の)公式行事に私は出ないわよ。あなた勝手にやりなさい』とたしなめ、やりとげた」とも。

男尊女卑の名残があるネパールでできたウーマン道路の意義は大きい。

◎月光のダンス

式典の夜、雑木林内にある、建設途中の建物で病院主催のダンスパーティ

ーがあった。歌や踊りがとても好きな国民で、ダンスパーティーが一番のもてなしなのだ。

といっても堅苦しい社交ダンスではなく、日本の盆踊り大会のイメージ。クルタヤサリーをまとったナースらが、日本からの訪問団と手を取り合うなどして踊った。日本人には、踊りや歌詞の意味は分からないが、ナースたちの笑顔に吸い込まれるように3時間近く、踊りの輪に加わった。

8000m級のヒマラヤ山脈を照らす月光は、この夜、ネパール子ども病院の庭先もやさしく照らしていた。女性と子らの命を救う試みに全力を尽くしてきた病院スタッフを、表彰してくれているように思った。

ゴールドマンサックス証券
「チャリティー・クリスマス・ボール」

AMDА職員 鈴木 俊介

それは昨年12月6日の夜の出来事…渋谷東急セルリアンタワーの大きな一室で、美しいパーティードレスを身に纏った女性と、シックなスーツに身を包んだ男性がバンドのリズムに合わせしなやかなステップを踏む。煌びやかな照明の下、両者の体は時に接近し、時に離れていく。グラスを片手に会話を楽しむ人々も、時にパートナーを替え、また料理を求めてカウンターやテーブルへ移動する。そのダイナミズムの繰り返しが織りなす光景は、かつて夢の中で見たもの…。

東京連絡所の山上氏と待ち合わせ、パーティー会場に向かった時、どのような状況が目の前に現われるのか、全く予想がつかなかった。ゴールドマンサックス証券にお勤めの有志数名の方が「チャリティー・クリスマス・ボール（ダンスパーティー）」を開催するにあたり、AMDАがネパールで運営する子ども病院支援を目的に開催したい」と、パーティーを企画されていること、その準備のために前述の山上氏が数度打合せを行なったことなどを知るのみ、それ以外は思考の外側にあった。

会場入りすると、華やかな飾りつけと受付の準備が終わろうとしていた。どのくらいの方が参加されるのだろうか…一方でパーティーの成行きを気にしながら、会場の片隅に活動紹介用の写真パネルを展示し、パンフレットを揃えたりするうちに開場までの時が流

れた。8時を回ると、受付を済ませた参加者が途切れなく入場してきた。証券業界だけでなく、様々な職業に就いている方が集まっていたようである。やがてステージに主催者の女性3名（白崎さん、武藤さん、杉浦さん）が上がり、このパーティーの趣旨などを説明された。その一環として私もお挨拶する機会を頂戴した。鮮やかな衣装の影響もあるが、壇上から見渡すと女性が圧倒的多数を占めていたように見えたので、パーティーの開催とご寄付（すでにパーティー参加費の中に「チャリティー」が含まれ、かつ会場でも募金箱を設置して頂いた）に対するお礼と共に、ネパールにおける女性、特に妊産婦が直面するリスクについてお話しさせて頂いた。そしてネパール子ども病院が、そうしたリスクを軽減するために建てられたことも併せてお伝えした。

その後クリスマスの彩りを加えたパーティーは、乗りの良い音楽とともに進行し、23時を回る頃まで夢の中の光景は輝き続けた。しかし夢の舞台から、山上氏と私が陣取る会場の片隅を多くの方々が訪れ、話を聞いて下さっ



た。ご寄付の合計金額が100万円を超えたことを知り体が震えた。これは夢ではないかと。

「幸せのお裾分け」がチャリティーである。確かに「幸福（又は貧困）」は相対的概念であるが、教育を受けられず、治療を受けられず、又安心して、安全に生活できない人々の存在は、AMDАを含めた国際協力団体の存在意義を確固たるものにする。今回のご寄付は、ネパールの過疎地で、より健康に、より豊かに、より幸せになりたいと切に願う人々への「招待状」と捉えている。人が幸せかどうかは、その人が「その幸福の一部をお裾分けできるかどうか」によって量ることができると考える。「お裾分け」を「善意」や「愛」、あるいは「慈しみの心」と置き換えることもできる。



3度目のネパール訪問は…

元AMDA兵庫 古村 由香

今回はちょっと冷や汗が出た始まりでした。予約していたタクシーが時間どおりに到着せず、別のタクシーに乗りこんだのは関空快速が京橋駅を発車する10分前、なんとか間に合いました。カトマンズに到着してからはスーツケースのかぎが壊れて開かなくなり、宿の人に修理屋さんを2軒回ってもらい、やっと直してもらいました。その次は、歯を磨いていたら、かぶせてある物が取れてしまい、嘔みあわせが悪くなりました。昔から2度あることは3度あるというので、この先は無事にネパール子ども病院5周年記念式典を迎えられると思いました。

式典前夜には日本・ネパール両国のゲストの方々も到着してプレパーティーが楽しく行われました。3年ぶりにお会いした故篠原先生のお母様は、とてもお元気にされているご様子でうれしかったです。パーティーの間のいろいろな話の中で、記念式典にはできるだけフォーマルに近い格好で参加するということがわかりました。そういえばあるスタッフの人は衣装を新調したとか言ってたし…。私は記念式典の意味も深く考えず、バックパッカーのような格好でネパールに来ていました。困ったなと一瞬思いましたが、もう夜も遅く仕方がありませんでした。しかし、そこはネパールです。ちゃんと朝7時過ぎからでも開いている衣料品店があり、そこそこの衣装(?)は手に入り、無事に式典に参加することができました。

今回の記念式典については多くの方々が詳しくレポートして下さると思うので、私は故篠原明先生について書きたいと思います。

篠原先生との出会いは94年12月でした。以前からAMDAで活動をしていることは知っていましたが、まさか私が勤務する病棟に入院するとは思いませんでした。私はその頃はまだAMDAの会員ではなかったのですが、国際協力について興味があったのでAMDAの事を教えてもらいいいチャンスだと思いました。彼は国際協力についていつも熱く語り、ダマックでの活動経験や熱帯医学を学ぶため退院したらスーダンに行きたいとも言っていました。なかでも「ネパールに子ども病院をつくるのが実現しそうだ」とすごくうれしそうに話していたことに影響され、私もその後すぐにAMDAの会員になりました。私たちが働いていた関西医科大学にも国際交流委員会というものがあったので、「募金箱を設置したり、病院で国際協力体制が取れるように頑張ろうよ」といつも彼は話していました。ネパール子ども病院の完成も見ないまま、彼はその後96年11月に亡くなりました。私にとっては死生観や人生観にすごく影響を与えてくれた人だったと思います。

あれから7年たった昨年、子ども病院は5周年を迎え、その式典に篠原先生のお母様と一緒に参加できたことを大変うれしく思います。私の今回のネパールへの訪問は数ヶ月前の夢がき



故篠原明医師のお母様
篠原波枝さんと筆者(左)

かけになりました。夢の内容は覚えていませんが篠原先生が出てきたのです。「新しい病棟ができたのにまだ行ってないのか!」とけしかけられたような気がしました。篠原先生のお母様も同じように夢を見たそうです。夢の中で篠原先生は同級生達と自宅の玄関の前で遊んでいて、「明、あんた死んだんと違うの?」という、「山に修行に行っていただけ」とこたえたそうです。お母様とは「きっと明もここにも来てるわよ」「次の機会にはダマックへ行きましょう」とネパールで久しぶりに篠原先生の話で盛り上がりました。『篠原記念病棟』や廊下に掲げられた写真を見て、改めてここには彼の遺志が引き継がれているのだと実感することができました。私もこの先、細く長くお手伝いをさせていただきたいと思います。

最後に、この式典を準備して下さったスタッフの方々とはネパールでご一緒した方々にお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

すでに読者の中には、冒頭の部分でお気付きになられた方もいらっしゃると思うが、私は今、井上陽水氏の『夢の中へ』という曲を頭に思い浮かべながらこれを書いている。その中に「僕と踊りませんか?夢の中へ行ってみたいと思いませんか?」という歌詞がある。その部分は比較的軽いノリなので、軽率に思われるかもしれないが、「僕」を教育や子ども病院に、「夢」を幸福に置き換えて、「教育を受けませんか?子ども病院で診療してみませんか?(より)幸せな生活を享受したいと思いませんか?」と換言することができるのではないかと思う。AMDA

は、平和を「今日の家族の生活(が保障されること)、明日の希望の実現(実現する環境が整備されること)」と定義している。

「探しものは何ですか?」という問いに対して(実際の歌の中では「愛」が正解なのであろう…)常に「絶対的貧困」と対峙しているネパール過疎地域の住民はやはり、健康、教育機会、そして(より)豊かな生活と回答するのではないだろうか。先程「招待状」という言葉を用いたが、これはあくまで比喩であり、「機会」もしくは「アクセス」という言葉が真の意味である。つ

まり、教育や診療を受ける機会であり、そうした分野で提供されている適切なサービスへのアクセスである。そうした機会が提供され、アクセスが確保されなければ、「明日の希望」を叶えることはできない。今回のチャリティーボールにおいて、子ども病院をご支援頂いたことにより、より多くの住民に、安価で質の高い(女性が安心して出産に臨め、母親が信頼して子どもを託すことのできる)医療・保健サービスを提供することが可能となる。この場をお借りして、改めて、パーティー参加者の方々に深くお礼を申し上げます。

AMDA ネパール子ども病院での活動報告

看護師 足立 典子

はじめに

病院が1998年に設立され、5年が経った。病院職員は地域住民や遠くから訪れてくる人々のニーズに応えようと日々努力をかさねているが、病院の組織・管理体制が不十分な状況であり、整備、強化すべき事項が多い。

こういった背景のもと看護管理を行うために派遣されたが、VISA取得が困難であり、4.5ヶ月間という短い期間の活動に終わった。私は看護職が病院の役割を認識し、看護職としての責任のもとに活動するよう働きかけた。病院職員の人々とは楽しく活動ができ、もっと活動したかったのが、短期間で終了したことが、残念でならない。活動内容と今後の展望について報告する。

I 病院の現状

1. ベッド数

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1) 小児科 (個室2、4人部屋3を含む) | 計 38床 |
| 2) NICU/PICU | 各 4床
計 8床 |
| 3) 産婦人科 2F:11床 1F:6床
陣痛室:6床 | 計 23床 |
| 4) 救急外来 | 計 12床
合計 81床 |

2. 入院患者の推移

看護マニュアル参照

3. 外来患者 多い日は 約200名
少ない日は約120名

4. 小児科における主要疾患

- | | | |
|-------------|----------|--------|
| 1) 入院 1位:肺炎 | 2位:急性胃腸炎 | 3位:敗血症 |
| 4位:腸チフス | 5位:下痢 | |
| 2) 外来 1位:肺炎 | 2位:発熱 | 3位:下痢 |
| 4位:急性呼吸器感染症 | 5位:風邪 | |

5. NICU/PICU

入室理由と平均入室期間

1) NICUは低出生体重児や未熟児であり、入室する新生児の体重は平均1000~1200g。母乳が吸えるようになると、1500gに満たなくても退院することが多い。入室料は1日200~300Rs:ネパールルピー (350円~500円) であり、そのほか薬剤代や酸素代がかかる。カトマンズにある国立小児病院のNICUより安い、経済的理由で退院していくケースも月平均1~2件ある。

2) PICUには肺炎、敗血症、髄膜炎の児が多く、呼吸管理、全身隔離の目的で入室する。平均入室期間は3~10日であり、経済的理由で退院するケースは月平均2~3件、PICU内で死亡するケースは月4~6名である。

6. 分娩

分娩は月によって差がある (年に7回の結婚シーズンがあり、その影響を受ける)。多い時は1日11~13件、少ない時は1日3件位である。正常分娩の中で会陰切開 (看護職が行う) は半数の人に行われており、帝王切開は全ケースの9~14%を占めている。貧困層や若年層に子癩、子癩前症が多い。定期的受診している妊婦の割合は不明だが、近い将来看護職による妊婦外来を行う計画を立案する (注:2003年6月に開設)。自然分娩は500Rs、会陰切開は700Rs、帝王切開は3500Rsである。

II 活動内容・成果・課題

1. 病院組織の再編成、ラインの徹底

組織図は以前作成されていたが、活用されておらず、苦情や不満があれば直接事務長や院長に訴えるという状況であった。ラインとしての行動が全くとれていなかった。IMC (院内運営委員会) で話し合い、組織図の再編成、及びユニットインチャージまでのJob descriptionを作成。委員会を開催し、通達する。All Staff Meetingを開き、組織図とその意味、ラインとしての行動について説明する。インチャージは任命制とし、7月中旬~翌年7月中旬 (ネパールの年度期間) を1年とする。

組織図の作成、Job descriptionの作成、スタッフへの伝達に至るまで3ヶ月を要した。長期間を要したのは、①会議を計画してもすぐ中止になる、②期間までに作成して来ない、等が原因として考えられる。4月から開始して3週間しか通過していないが、DivisionのリーダーがUnitのインチャージを集め、会議を開催している。少しずつであるが、各部門がラインを考えてきており、直接院長に訴えていくことも少なくなってきている。

今後の課題としては、①リーダーである其々の立場のインチャージを評価、指導すること、②Unitリーダーのもとで働くスタッフのJob descriptionを作成し、指導していくこと、③会議は定期的に行うこと、等がある。そのためには院長のリーダーシップが要求されてくる。なお看護部については看護師とANM (准看護助産師)、CMA (村落のヘルスワーカー)、のJob descriptionは作成し、事務長に提出している。

2. 看護部内の組織の整備、ラインの徹底

着任後、病院の組織の整備に先駆けて看護部の組織図およびmission、Job descriptionを作成、各病棟の看護師のリーダーとしての自覚と行動を促進した (彼女らは後にインチャージとして承認される)。インチャージ会議 (日本でいう看護師長会) を12月、1月は毎週1回、2月からは2週に1回の割合で開催した。業務内容の確認、整備、人事、看護マニュアル作成などを話し合った。また各病棟の問題を出し合い、協力体制をとるよう働きかけた。

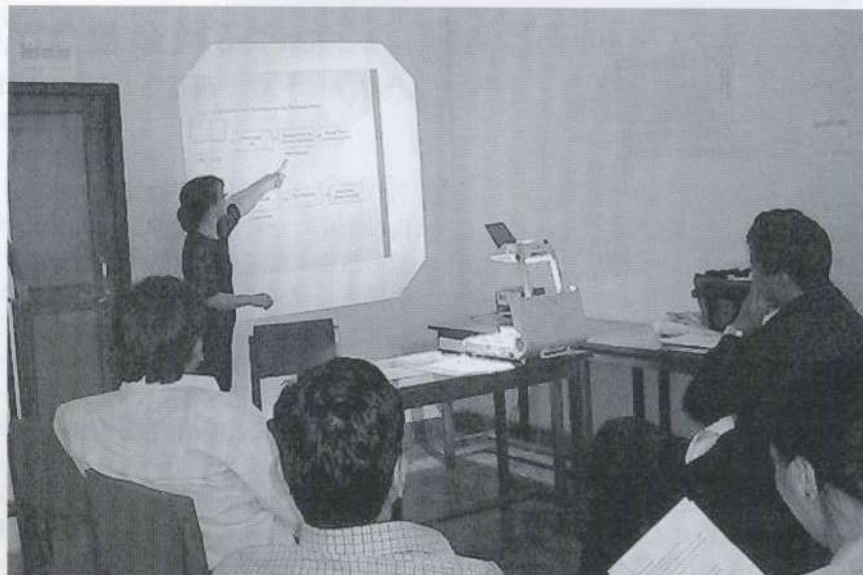
3. 看護職員の看護に対する意識を高め、看護の質の向上を図る

1) 看護マニュアルの作成

各看護職の力量によって看護が実施されていた。そこで看護の目標・意義を再確認したうえで、最適な観察を行い、自信を持ってケアができるためにマニュアル作成に取り組んだ。1月のインチャージ会議で説明、各病棟において主な病状、疾病を取り上げ、全員

参加する形式で開始した。2ヶ月半を要した。田窪さん（注：2002年8月～2003年3月までネパール子ども病院で活動した看護師）と協力し、原稿の添削、再度書き直しを要請することもあった。4月中旬に完成し、全員に配布する。

今後の課題として、各々のインチャージがリーダーシップを取り、①一つ一つの項目における看護について再学習すること、②具体的にどのような行為をとるか、例えば記録の仕方、ケアの仕方など話し合うことである。このことが出来るようになれば第二段階として①看護記録の見直し、②そのほかの症状や疾病についての看護マニュアルの作成へと進むことができると考える。



退院システムおよび救急外来からの入院システムについて説明する筆者

2) 業務整理を行い、看護ケアを行う時間を多くする

体温、脈拍測定、内服薬の購入方法、服薬方法の説明と服用の確認、点滴のための静脈針挿入、医師の回診に同行、指示を記録したり、入退院時の書類上の手続きが主な業務であった。医師の書くべき退院時要約も看護職が書いている病棟もあった。

日課表（日勤、夜勤）を作成したり、入退院システムを変更することで看護ケアを行う時間を設けた。看護職については看護の独自の機能であるケアや患者、家族への教育、指導の重要性を伝える。小児科では清潔に関する行為を通して母親への教育も行った。産科では当面産後の患者指導を行うように働きかけた。4月中旬頃よりビデオによる教育活動も開始する。

小児科では清拭は定着し、輸液の管理に取り組んでいる段階である。定着していくことが課題である。産後の教育の必要性は全員が認識しているが、具体的な実施内容は人により差があり、統一していくことが課題である。

3) 勉強会の開催

看護マニュアル作成と同時期に週1～2回の割合で（1回1時間）勉強会を開催した。医師も積極的に協力してくれ、看護職も意欲的に参加、質問も多く常に時間オーバーの状況であった。小児科病棟、NICUでは計画的に実施できた。しかし産科病棟は緊急分娩のためキャンセルすることが多かった。機会教育の方が妥当ともいえる。

AMDA本部の協力も得て、小児科看護の文献購入、各病棟と救急外来に医

学辞典と村落での診療についての図書配布した。文献が少ない病院では学習意欲の向上につながったと思える。

4. 診療体制の整備

退院システムの変更と救急外来からの入院システムの整備（小児科）

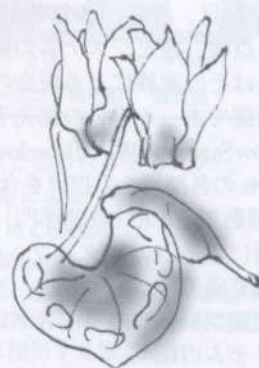
医師の診察時退院決定、その後医師が退院時サマリーを書き、それに基づいて退院時の処方説明、会計をして退院の運びとなっていた。夕方になることが多く、その後救急外来や外来にいる患者の入院となる。当直医師しかおらず、必要な診察を受けられず、家族からの不満が多かった。救急外来は医師が介入することが少なく、CMAが診察、治療、入院決定を行っていた。そこでシステムの家を作成し、IMCで検討、その後小児科医師や救急外来と話し合い、新しいシステムで開始する。

今後の課題としては、救急外来でのプロトコルの作成やトリアージ法の導入を行い、産科医師も安心して小児患者を診察できる体制をとる。また救急外来で働くCMAの観察技術、診断技術を高めつつ、自己の役割と責任範囲を自覚するように促すことである。

5. 医療廃棄物処理法、分別ごみ法

医療廃棄物を適切に処理することによって、院内感染を防止し、より快適な療養環境を提供することができる。しかしネパールでは医療廃棄物を適切に処理している病院は数少ない。子

も病院においても、注射針は別容器に処理しているが、他の廃棄物は空き地に集積している状態であり、ネズミの発生を助長する環境であった。そこで当病院スタッフ2名にカトマンズにある大学病院で研修を受けさせる。2月に検討、2月末に説明会を開催、医療廃棄物や一般ごみを分別し、ごみ用のバケツを色分けしたり、ポスター作成、処理法の手順を明文化したりして、3月からスタートする。協力体制が十分でなく、担当側として各ユニットのインチャージにアンケートを取り、個別指導した。患者や訪問者など外部の人々に対しては放送や掲示により協力を求めたい。開始してまもなく任期終了となった。ごみ処理はカーストの低い人の仕事であるため、徹底させることはかなり難しいことである。病院スタッフが根気強く頑張りたいと期待している。



ネパール子ども病院における救命救急医療の向上に努めて

看護師 江田 久美子

6月中旬より約2ヶ月間に渡り、ルパンデヒ郡に位置する「ネパール子ども病院(以下、「子ども病院」)」にて救命救急医療の向上を目的としたトレーニングの実施、環境の整備を行った。日本とイギリスで救命医療に関わってきた立場からネパールの救命救急医療体制を視た場合、専門性が低く、又、母子の死亡率の高さからも分かるように、救命処置を要する場面に直面する頻度はより高いにもかかわらず、医療スタッフのそれに費やす労力ははるかに少ない。国内に統一された心肺蘇生トレーニングは存在せず、また、子ども病院でも、トレーニング開始前はBasic Life Supportが正しく施行出来た医療スタッフは、医師を含めてほぼ皆無に近い状態であった。高い死亡率、低い救命率に慣れる事による救命救急意欲の低下、自信の欠如、設備の不備、収集可能な情報の限界、労働時間の延長化による疲労を起因とする学習意欲の低下等、その原因は多々考えられる。これらの原因を追求し、解決する事が、子ども病院の救命救急医療環境の向上に繋がるのではないかと考え、以下の活動を行った。

<活動内容の概要>

1. 医師、看護師、CMA(保健師補)、ANM(看護師補/助産師補)、PHASE(保健衛生教育事業)スタッフ、救急車運転手を対象にFirst Aid、Basic Life Support(BLS)、Advanced Life Support(ALS)、Basic Paediatric Life Support(BPLS)、Advanced Paediatric Life Support(APLS)研修の実施、蘇生法臨床指導
2. 蘇生器具、設備、救急薬剤の整備
3. 2の点検、補充システムの確立(患者またはその家族による現金の支払いが不可能であった場合の補充手順等)、Broselow Systemの導入(Broselow Tapes/Bookletsの各部署への提供を含む)
4. 除細動器をER(救急部門)にて使用可能にする為のスタッフへの教育、また諸整備等
5. 喉頭鏡ブレードのオートクレーブ処理システムの確立
6. Resuscitation Development Facilitators(責任者を医師より1名、補佐の医師1

名、看護部の責任者を1名、Liaison Facilitatorsを各部署より1名)の選出、救命救急医療向上の為の継続的活動の引継ぎ、提案

7. 救急車運転手による救命救急処置ガイドラインの設置
8. 救命救急に関する書籍類のオーダー
 - ・Advanced Paediatric Life Support (BMJ Books 出版)
 - ・Oxford Handbook of Accident & Emergency (Oxford Medical Publications 出版)
9. 心肺蘇生トレーニング用人形を含めた諸器具、書籍類の寄付
 - ・Advanced Paediatric Life Support (出版社同上)
 - ・気管内挿管セット
 - ・酸素マスク(フェイスマスク、リザーバーマスク、ポケットマスク)
 - ・グウェデルエアウェイ(各サイズ)
 - ・アンビューバッグ(250ml, 500ml, 1500ml)
 - ・ポスター類(BLS、ALS アルゴリズム、諸救急処置手順等)
10. ERの全般的改善
 - ・処置室を蘇生室としてリフォーム
 - ・HDU ベッドの設置
 - ・トリアージシステムの導入(Manchester Triage System 使用)
 - ・蘇生処置におけるガイドラインの設置(心肺機能停止時の医師の緊急呼び出し等)
 - ・ER担当医師の勤務表作成
 - ・院内ベッド操作(特にERを介した救命蘇生処置後の患者の入院に関して)

上記の中で特に成果があり、印象に残っている項目1と項目2の蘇生器具の整備について述べる。

1. 救命蘇生法トレーニング

イギリスで実施されているBLS、ALS、BPLS、APLS Provider Courseは、European Resuscitation Council(ERC)により認可されたインストラクターにより、統一されたガイドラインに沿って、指定された器具や設備を使用して行われ、ヨーロッパ各国はもちろん、オーストラリア、ニュージーランド、カナダ、南アフリカで同一のコースが開催されている。よって、これらの国

内ではいつ、どこで蘇生現場に居合わせたとしても、修了証明書を習得した者同士がチームを組み、混乱を招くことなく、スムーズに適切な救命行為が行える仕組みになっている。また、医療従事者である限り、日々、より良い方法へと改良されていく救命法を、定期的にトレーニングを再受講することにより更新していくよう求められる。ネパールではこのような統一されたトレーニングは存在しない為、医療スタッフの蘇生処置を観察していても全く十人十色であり、各処置にはリサーチに裏付けられた科学的根拠が無く、秩序に欠け、思いつくままに動いているという感があった。当初は、救命出来ない救命処置と言っても過言ではないような蘇生場面に何度も出くわした。例えば、一人残らず全ての看護スタッフが、心肺蘇生処置時に僅か24%以下の濃度の酸素を投与すると答え、単に呼吸困難に効きそうだからという安直な考えで、重炭酸ナトリウムやステロイドを闇雲に投与し、また、呼吸停止した小児に対して心臓マッサージのみを必死で行っている場面を何度も目撃した。逆に、殆ど心停止しているのにも気づかず、気管内挿管後の新生児のアンビューバッグをひたすら揉み続けていたケースもあった。これでは助かる者も助からないと、上記のERCに認可されたものをベースにし、特に基礎を充実させた内容の上に、受講者の必要性に応じてその内容の濃度や難易度を柔軟に変化させ、理論と実技のバランスに配慮した内容のトレーニングを施行した。

<トレーニングの概要>

看護師、CMA、ANM 対象

1. BLS
 - ・BLS I (CPR)、BLS II (Choking)
2. ALS
 - ・Advanced Airway Management
 - ・Advanced Ventilatory Management
 - ・The Management of Cardiac Arrest、Electrocardiogram (ECG)、Defibrillation
 - ・Emergency Drugs
 - ・The Management of the Adult/Child with a Decreased Conscious Level and Convulsions

3. Test

- ・ ECG Paper & Scenario Tests

気管内挿管の経験のある NICU、
産婦人科看護師対象

- ・ Orotracheal Intubation (上記に加えて)

医師対象

1. ALS

- ・ Orotracheal Intubation
- ・ Advanced Airway Management
- ・ Advanced Ventilatory Management
- ・ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)、Resuscitation at Birth、ECG、Defibrillation
- ・ Emergency Drugs

2. Test

- ・ ECG & Scenario Test

救急車運転手対象

- ・ First Aid

PHASE スタッフ対象

- ・ BLS I

トレーニング開始後、スタッフの蘇生処置に対する姿勢の変化が徐々に現れ、1ヶ月半後にシナリオテストを実施する頃には、正しいBLSを継続しつつ、適切なタイミングで適切な薬剤を適量投与でき、規定の手順に沿って系統的な処置を行えるようになった。そして何となくではなく、諸医療処置の根底にある明確な根拠が言えるようになった。また、各々の役割が明確化し、蘇生に関わったスタッフがチームとして機能するようになった。当初はトレーニング受講を拒否し、看護スタッフからの緊急呼び出しにも応じる事の無かった医師が、進んでトレーニングに参加するようになり、蘇生現場にも顔を出すようになった。その上、ECGなど習った事も無かったCMAがECGモニターを観察し、医師と議論するまでになった。活動終了後に行ったアンケート調査では、全てのスタッフが蘇生処置をもっと自信を持って行えるようになったと答えたのに加え、更なる学習意欲を示す回答を得た。思いがけず、彼らが渴望していた内容の学習のニーズと、自らの専門が一致し、想像して

いた以上の効果を感じる事が出来た(下図トレーニング評価参照)。

救急車運転手に対しては St. John Ambulance から認可を受けている First Aid をベースにトレーニングを行った。ネパールでは救急車といっても外見のみがそれで、何の医療器具も装備しておらず、そのドライバーは運転手としての役割しか担わない場合が多い。患者の呼吸が停止した場合、僅か3-4分で脳障害を来し死に到る事を考えると、彼らの現場での迅速かつ的確な救命処置が救命率を左右すると言ってもいい。よって心肺機能の停止したケースへの対処として、迅速に病院へ搬送する事を前提に、1分間のみの蘇生処置後、可能ならば家族に搬送中も処置を継続するようガイドラインを設置し、指導した。加えて、呼吸困難、火傷、出血、てんかん、子癇、出産、意識レベルの低下、頸骨骨折の可能性のある対象等への応急処置等についてトレーニングを実施し、これらの処置に要する医療用具の整備を行った。その中で産婦人科患者に対する応急処置や搬送中の配慮などについては、同時期に派遣されていた紺谷助産婦に助言を仰いだ。残念ながら、これは時間的にその結果を分析するまでには到らなかった。

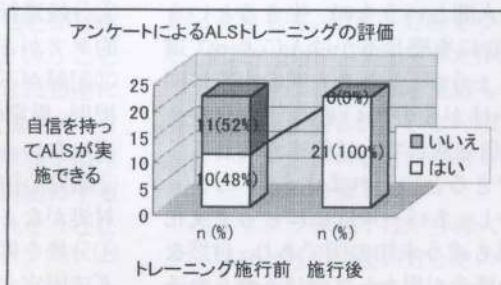
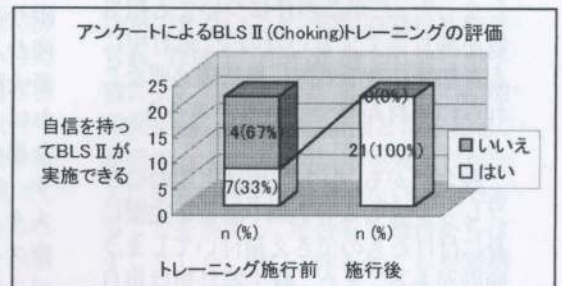
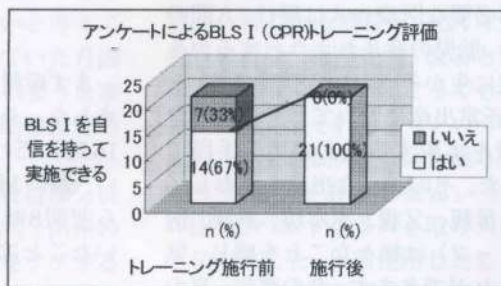


現地医療スタッフに救急救命技術を指導する筆者(右)

2. 蘇生器具の整備

蘇生処置に用いる設備に関して、特にERは荒れたまま放置された状態であった。ERのみでなく、子ども病院で使用されていた蘇生器具は、その種類、数、性能において、有効な蘇生処置を施すには限界があった。例えば、院内で使用されていた殆ど全てのアンビューバッグは、リザーバーバッグが装着されていないかなり旧式のものであった。リザーバーバッグなしでは、たとえ酸素ポンペを全開にしたとしても、空気中の21%濃度の酸素と混合してしまい、最終的に患者が吸入する酸素は40%足らずの濃度となってしまう。このアンビューバッグを生産した某会社へ問い合わせしてみたのだが、現在、当製品の生産が中止となっている事もあり、満足のいく回答は得られなかった。リザーバーバッグ装

＜アンケート調査によるトレーニングの評価(医師、看護師、CMA、ANM対象)＞



特に有効であったと思われるトピック
(アンケート調査による)

- The Management of Choking
- Orotracheal Intubation Procedure
- ECG (全ての不整脈、または特に SVT Management)
- 各致死的不整脈に対する体重別除細動器使用法
- 心肺機能停止時に使用する緊急薬剤
- 年齢別、体重別蘇生処置または薬剤分量
- 系統的アプローチ

着的科学的根拠は明白であるため、結局、カトマンズより取り寄せることにした。

母子を対象とする当院では、小児と成人全てのサイズの機材を整備しておく必要があるため、全部署における蘇生器具全般の整備にあたった。その中で、購入を提案した最も高価な機材が、持続的血中酸素飽和度計測器である。子どもにおける心肺機能停止をきたす2大原因は酸素と水分の不足であり、またネパールにおける小児の4大死因の2つが呼吸器疾患である。たとえば原因となった疾患は異なるとしても、来院時には既に意識不明、または心肺機能停止状態に陥っているケースが毎日のように見受けられた。このような状況を考慮すれば、心肺蘇生の最も重要な処置の1つ、酸素投与に必要な器具の整備が最優先されるべきである。その際、血中酸素飽和度計測器の存在は、循環不全により末梢血管が収縮した状態では正確性に欠けるという欠点を差し引いたとしても、特に血中ガス測定器を備えない当院では、対象の呼吸状態の把握、また気管内挿管後の管理に大きな助けとなる。しかし、ERには小型バッテリーを備えた簡易計測器があるのみで、長時間持続してモニタリングができるタイプのものはなかった。気管内挿管となる重篤なケースが後を絶たない当ERにおいてその購入は必須と思われた為、現地駐在員に対してその提案を行った。

その他、現地滞在中に各サイズの気管内挿管セット、各種酸素マスク、エアウェイ等をカトマンズより購入するようオーダーを出したが、それらの機材の到着を待たずしての帰国となってしまった。だがこの件についても担当者を割り当てておいたので、近日中にも全部署に救命処置に最低限必要なこれらの機材が整備されるであろう。

残念ながら、蘇生技術は定期的にリフレッシュしなければ、たとえ完璧に身に付けたものでさえ錆付いてしまう傾向がある。また、蘇生器具類は毎日整備点検を行い、常時全ての機材を完全な状態にしておくことが求められるが、子ども病院の過去を振り返ると、そのプロセスはどの部署もことごとく失敗している。今後は、選出したResuscitation Development Facilitatorsを筆頭に定期的にトレーニングの機会が提供され、機材の管理が途切れることなく行われることにより、子ども病院

の救命救急医療が継続的に向上していくことを期待する。

終わりに

活動終了後、ロンドンのAccident & Emergency(救命救急部)の勤務に戻ったが、ストリートクライムの増加、社会、家庭環境の悪化が人々を暴力的にし、毎日のように強盗や、喧嘩による刺傷、銃傷等の重度外傷で命を落とす患者や、集中治療室入院となる患者、麻薬中毒、自殺者が後を絶たない。今や病院は最もセキュリティシステムの整備された要塞と化し、その中を精神的、身体的暴力から身を守る術を習得した医療スタッフが行き来する。暴言を吐き、暴れる患者に強制的に麻酔をかけ、最新鋭の設備をもって治療し、1対1で看護師が手厚い看護にあたる。これが“発展”の行く末なのか。ネパールで何の不満も漏らさず、不安そうな眼差しで黙って死んでいった子供達の事を思い出すにつけ、考えを巡らせずにはいられない。

最後に、今回のブトワールでの活動の為、心肺蘇生トレーニング用人形その他、蘇生器具、資料等を提供して下さいましたKing's College Hospital 所属、Senior Resuscitation OfficerのRoy Ellington氏をはじめ、4月に1週間の事業見学の際に遭遇した交通事故の際に迅速に対応して頂いたAMDAネパール支部の皆様、共に生き延びたピーマル・タパ子ども病院院長、現地駐在員の川崎氏、突然の申請にもかかわらず活動の機会を与えて下さったAMDA本部の担当者の皆様、ブトワールで共に汗をかき、笑い、時に日本食の差し入れまでして頂いた紺谷助産婦、水谷看護師(同時期派遣)、ネパール滞在後半に大変お世話になった現地駐在員の藤野氏、得た知識を他人と共有することを余り望まないネパール社会にあって、進んで気管内挿管テクニックの講義を担当して下さいましたゴヴィンダ・ゴータム医師、そして突然の短期間の活動にもかかわらず深い理解を示し、協力して頂いた愛すべき子ども病院スタッフ全員に、この場を借りて厚くお礼を申し上げます。

産科病棟活動報告

自然な正常出産の援助のための知識と技術の普及のために

◇
助産婦 紺谷 志保

はじめに

私の考える自然な正常出産ケアとは、陣痛、分娩が正常に経過している限り不必要な医療介入は避け、人間の産む力、胎児の産まれようとする力を最大限に生かそうという援助です。それは、正常出産において母子共に安全な出産を実現する最も適切な手段です。また、そのような出産をとおして人々(母親、父親、赤ん坊、家族、医療スタッフ)は様々なことを感じ、気づくことができます。命の尊厳、真の愛情、人間というもの、生きるということ、なにを感じるかは人によって違うでしょうが、どれも人間の本質に関わるかけがえのないものです。ゆえに、出産を通じて人は生まれ変わることができるといわれます。

しかし、ネパールは私にとって文化も習慣も違う未知の国であり、自然な出産の概念が果たして受け入れられる

のか、また分娩が月200件を超え、正常と異常が混在する病棟で実現可能なのか、自問自答しながら過ごした毎日でした。

産科の現状

まず産科病棟に入り現状把握を行いました。モーニングシフト(8時から16時)だけでは実情は判らないと思いい、週に1回はナイトシフト(16時から翌朝8時)をしました。そこで気づいたことは以下の通りです。

- ①分娩進行中の産婦への身体的、精神的ケアがされていない
- ②記録が不十分な為、分娩進行状況の把握、異常の予測と適切な診断ができていない
- ③胎児心拍の聴取による異常の診断と対処がなされていない
- ④分娩を仰向けになり両足をあげ、ひざで固定する姿勢で行っており、いき

分娩状況 2003年1月～7月

	分娩数	正常分娩	うし会陰切開例	異常分娩	帝王切開	胎児死亡	妊産婦死亡
1月	249	189	108	60	23	1	1
2月	173	129	72	44	25	9	0
3月	208	160	80	48	19	6	1
4月	157	115	58	42	25	3	0
5月	184	142	74	42	24	6	0
6月	208	151	72	57	23	6	0
7月	276	210	92	66	35	1	2

*これのみ7月16日までの総数

みの為の有効な姿勢や胎児の進行のしやすさ、胎児循環への影響など考慮されていない

⑤十分なアプローチのないまま、初産婦にルーティーンとして会陰切開を行っている

⑥出生直後の新生児の観察、処置が医療者によってなされていない

⑦異常出生時の対処、救急蘇生の方法が正しく行われていない

⑧出生後から退院までの母親と新生児の身体観察が不十分である

⑨退院前に産後指導がなされていない

⑩産科と小児科の連携が整っておらず、周産期医療が機能していない

活動の実際

陣痛中の妊婦に対するケアについて

産科スタッフによる出産のケアは分娩進行状況の観察が主で、妊婦の腰をさすったり、分娩進行状況を妊婦に伝え励まし勇気づけたり、安心できるような声をかけたりすることは殆ど見られませんでした。それらは家族がすることで、医療者の役目ではないと考えているようでした。実習に来ていた看護学生に尋ねても学校ではこのような事は全く教わらないそうで、助産教育の不十分さを感じました。

そこで、出産の介助者の役目は分娩を介助することだけではなく、出産のすべての過程に於いて妊婦をケアすること、妊婦が落ち着いてよいコンディションで陣痛期を過ごせることが母体と胎児の安全につながるということを、スタッフのひとりひとりにお産につく度に話し実行してみせました。また、持参したビデオを観て陣痛や出産の間、産婦の姿勢と動きを自由にするお産を紹介し、取り入れられそうなことから試していきました。

その効果を実際に身を持って体験す

ることで理解し自ら実行していく者もいれば、私達の役目ではないと受け入れられない者もいました。それは、個々人が出産というもの、産婦、赤ちゃんをどのように捉えているのか、人に対する尊厳や倫理観といったことに関わってくるのだと思います。私の力では今回の滞在中にそこまで深めて伝えることができませんでした。今後これをきっかけにして、日本での研修(注:2004年1月から2月にかけて、日本助産学会がネパール子ども病院・ピーマル院長と看護師2名を招聘して実施する自然分娩に関する研修)を通して彼女らの代表がそれらを感じ、学び、スタッフに伝えてゆけるように、研修受け入れ側としてサポートしていくつもりです。

記録について

従来のは記載項目が不十分で、分娩記録の目的である分娩進行状態のアセスメントができていませんでした。さらに記録の必要がないことから充分な観察が行えていなかったり、記載から得られる情報が少ないため、分娩後の検証、原因究明、改善といった道のりがなく、何か起こっても過ぎ去ってしまえばそれっきりという状況でした。それでは同じミスを繰り返すばかりで進歩がありません。そこで、WHOのバルトグラムを取り入れることにしました。以前使用したことがあったのですが利便性に欠け定着しなかったらしく、使えるものをつくろうと、何度か試作し改良のすえ作成しました。同時に記録全体を見直し、不必要な記載や使用されていない項目を整理しバルトグラムを含めた新しい産科チャートを作りました。

バルトグラムは7月から導入し、スタッフひとりずつ使い方とその意義を説明し随時記録状況をチェックし指導

しました。使いやすいと好評で定着しそうな様子でした。新しい産科チャートは間に合わずインチャージに申し送りました。導入期間が短く、バルトグラムのアセスメント機能はまだ十分に発揮されていませんでしたが、基本的な観察は網羅されるようになりました。今後、彼女らなりに活用してくれることを期待しています。

胎児心音聴取について

派遣当初、病棟にドブラーが1台ありましたが使用されていませんでした。聴診器やFetoscopeで聴いているのですが、聴こえにくい場合もそのまま心音聴取の必要性についての認識が乏しいようでした。そこでドブラーの有効な使用方法と、胎児心音から判断できる胎児の異常の予測と対処について指導しました。特に分娩台に移ってからの心音聴取ができていなかったため、分娩直前の胎児の状態を把握し急逐分娩の適応を診断することの重要性を実例のなかで指導していきました。分娩直前や胎位異常、胎児仮死が起きて心音が微弱になっている場合はドブラーでなければ胎児の心音ははっきりと聞き取れません。また、外来での妊娠週数の浅い時期の心音聴取もドブラーでないと難しく、使用が定着してきた今、ドブラーの補充が望まれます。

分娩体位について

分娩は分娩台の上に仰向けに寝て足をあげ膝を固定する体位(碎石位)で行っていました。これでは有効なきみができないこと、胎児の進行も妨げられ、母体が胎児へ供給する血管が子宮によって圧迫されるため胎児の循環障害を起こし仮死の原因となること、産婦の心地よさや羞恥心を無視したうえになんの科学的根拠もない体位であることを説明し、足台を分娩台からはずしました。更に、体を起こした姿勢になるよう枕を背中に挟むようにしました。これは後に専用のクッションを作りました。初めは私がいなくて足台を取り付けていましたが、その都度はずし碎石位でない分娩のよさをスタッフ全員に実感してもらうようにしました。そうすると1ヶ月後くらいから、私がいなくても足台を使わないようになりました。

また、正常分娩で陣痛室の状況が許

せば、本人の希望を聞いて無理に分娩台に移らず、ベッドのままで出産することも提案しました。数人のスタッフが賛同し何度かベッドでの出産も行いました。現状では、プライバシーを考えると適当とは思えませんが、出産直前にベッドを移動しなくていいと産婦にとってどんなに楽であるか、また、スタッフにとっても介助しやすく仕事量も減るといことが体験できたと思います。

出産は分娩台で仰向けになってするものと思込んでいたスタッフ達が、産婦がいちばん産みやすい方法を選びたいということにすこしは気がついてくれたのではないかと思います。

会陰切開について

会陰切開の適応を質問すると皆正しい答えが帰ってくるのですが、実際には会陰の伸展が不十分なまま早期に切開を入れていたり、初産婦においては状態を観察することもなくルーティーンとして切開しているものもありました。これも、毎回お産につく度に、その事例に必要なかどうか判断する基準や、会陰の伸展を促す方法を教えていきました。その成果か、5月までは正常出産中の会陰切開の割合が50～57%でしたが、6月47%、7月は43%に減少しました。今後もそれが持続していけばほんとうに理解されたということになるでしょう。

出生直後の新生児の観察と処置について

ヘルパーが出生直後の新生児を受けて臍帯の処置、体重測定を行い、何かあればスタッフに声をかけるという状況でした。出生直後の新生児の呼吸、循環状態の観察は全くされていませんでした。そこで、見学者として来ていた助産婦の松川さんとともに、出生直後の新生児のケアについてのワークショップを開き、必ずスタッフが新生児を診ることを徹底させました。これも、分娩につく度に言い続けました。3ヶ月経ち9割はスタッフによってされるようになっていました。

救急蘇生について

呼吸停止や心停止の重篤な状態で生まれてくる新生児も多くありますが、適切な救急蘇生ができていませんでした。丁度、救急蘇生のトレーニングを

開催していた江田さんから提案があり、産科の現状を話し産科スタッフ対象の救急蘇生トレーニングを行って頂きました。その後、教わったことが実際にできているか適宜チェックし、指導していきました。

また、医師、看護婦とも重症児に対する保温の重要性の認識が乏しく、救急蘇生時の適切な低体温予防が行えていませんでしたが、救急蘇生トレーニングによって保温の重要性が理解されてきています。簡易なインフアントウォーマーの設置が早急に望まれます。

出産後の母体と新生児の観察

出産後の観察は全員が一定の時間に行われ、個人個人の分娩後2時間、8時間といったチェックすべき時期に観察されていませんでした。必要性を説明しても、患者が多くてできない、今のままで充分異常を見極められていると受け入れられませんでした。そこで新しく作った産科カルテに分娩2時間後、8時間後の時間を書き込み、項目ごとに記入する観察表を母体、新生児別に加えしました。これを使用して、個人別の時間ごとの観察をスタッフに指導するようインチャージに申し送りしました。

退院前の母親への指導

一時期、PHASE(地域保健衛生教育事業)スタッフが作成した退院後の生活に関する冊子と授乳に関するチャートを退院前に母親に配っていたようですが、赴任時にはやめてしまっていました。再度それを使用するよう働きかけました。個別に指導するのが好ましいのですが、病棟の現状では難しくスタッフのやる気も乏しく実現不可能のようでした。そこで、せめて退院が決まったらなるべく早い時間に配って母親に読んでもらい、出てきた質問に答えるようスタッフに促しました。スタッフからは字が読めない患者が多く、配っても捨てられてしまうとも言われていたのですが、私の見る限りでは、本人や家族が1ページずつ丁寧に読み、その辺りのスタッフを捕まえては質問していました。今回は、それだけしか出来ませんでした。低出生体重児や双児といったハイリスク児も多く、やはりどこかで時間をとって個別の退院指導をする必要があると思います。

おわりに

私はこの3ヶ月間産科スタッフとともに病棟に勤務し、その実情を文字どおり肌で感じる事が出来ました。気づいたことには出来ていないことばかりあげましたが、実は、ものすごく良くやっていると思えることがその何倍もありました。それは、適度な異常の判断であったり、何人もの分娩同時進行の産婦を抱えながらにしての冷静な仕事運び、女の子ばかり生まれて悲嘆に暮れる母親や家族へのあたたかい励まし、難しい逆子や双胎の熟練の介助技術など、私にとって勉強になることばかりでした。何よりも感じたのは、この超多忙な勤務状況の中でみんな一生懸命働いているということでした。

自然な正常出産の援助をはじめその他の活動内容の指針は、WHOから出されている「Care in Normal Birth : a practical guide」や「Managing Complications in Pregnancy and Childbirth:

a guide for midwives and doctors」に沿ったものです。これらは正常で健康な妊産婦のケアがどうあるべきか、科学的根拠に基づいた有効で良質な医療とは何なのか書かれてあります。先進国の産科技術の濫用、出産から人間性を奪い、女性がモノ扱いされることへの警告でもあります。しかし、発展途上国ではそれ以前に妊産婦ケアに関する社会事情の問題が山積みという現実があります。ネパール子ども病院でも様々な問題に遭遇しましたが、なかでも子癇発作が驚くほど多く、胎児や母親が死亡する重篤なケースも多々あります。子癇発作を起こす大半は10代の初産婦です。その原因は、若年結婚によって妊娠出産に順応できる体に成長していないまま妊娠することにあります。もっとその根本の原因は、16歳の女性が自分の意図に反して結婚し子供を産まなくてはいけないという社会にあります。気をつけなければならないのは、何か異常が起こった場合に、医療にかかりさえすれば助かったのにと単純に現象だけ見て判断してしまうことです。それは、生理現象としてのお産を無視した産科技術の濫用の第一歩になりかねません。問題の根源にある原因を見極め、それに対する援助を実現していくことで、もっとたくさんの母と子の命を救うことができるのではないかと思います。

AMDA 病院見学報告書

鈴木あかり・佐々木僚子

訪問期間：2003年4月5日～4月8日

見学場所：産科病棟

実施事項：

4月5日 現地駐在員川崎さんによる
オリエンテーション

4月6・7日 病院見学 実習

鈴木あかり

1. オリエンテーション

現地駐在員川崎さんよりネパール子ども病院の概要やAMDAネパール事業の説明をしていただきました。中でもネパール人女性の置かれている状況についての話が一番考えさせられました。

妊産婦死亡率が非常に高い原因には、妊娠出産期に十分な医療を受けられないこともあります。そこには保健医療以前の問題が複雑に絡み合っていると思いました。女性の地位が低いこと、検診を受けるなどの妊娠中の管理が十分でないこと、妊婦の栄養不良、若年妊娠、多産、すべてのことが貧困という社会的背景に繋がってきます。例えば、妊婦検診をどうして受けられないかという、まず交通手段が日本のように発達していないという環境要因があります。そうすると女性一人では病院に来ることは困難になります。夫や家族の誰かがついてこなければいけません。夫は日雇いなどの労働者が多く、病院へ行くために仕事を休まなければならない、その結果その日の収入はゼロになってしまいます。1日でも収入が減ってしまうということの、ネパール人家族への影響は私たちの生活尺度で想像するのは難しいでしょう。それなら病院などには行かない、とになってしまうのです。

ここで気づいたことは、環境要因はさておき、それよりも女性が一人として自分の体を自分で管理することができないことが一番問題であるということでした。日本では女性が一人として検診にやってくることができます。女性は自らの体を自分で管理しています。自分でも日本と比べるとナンセンスかと思いましたが、それでは、どうして日本は今のようになったのだろうという疑問が湧いてきました。日本も少なくとも昔は女性が男性に管理されていた社会が存在していたはず。しかも、それはそう遠くない昔なはず。どのようにして女性

の地位が今の社会のようになったのか、どのようにして女性が自分の体を自ら管理できるようになったのでしょうか。ウーマンリブやフェミニズム運動、法律での女性の権利保障など、決して平坦ではない経緯を経てやっと今の状態になったのでしょうか。その過程で今のネパールに生かせることがあるのでしょうか。しかし、簡単に日本と比較できないのは、ネパールの場合には単に社会的な地位が低いというだけでなく、そこにヒンズー教という宗教要因が深く関わっているからだと思いません。

このように、医療以前の問題のこと



ネパール子ども病院スタッフとともに
(左：鈴木、右：佐々木)

を考えていくと背景自体にアプローチしていくことは非常に困難です。しかし、医療の使命はそのような状況であっても、一人でも多くの女性の命を守り、生活の質が可能な限り上がるようなケアを提供することだと思います。そこが、臨床の視点であり大切さだと思います。

2. ネパール子ども病院での実習

訪問期間中、正常分娩2件、帝王切開後1件に立ち会うことができました。また、陣痛室での産婦さんへのケアや産褥室での母子相互作用のケアなど、できる範囲で積極的に実習させていただきました。

日本の病院と比べていたら、あれもダメ、これもダメで終わってしまうのではないかと思います。今あるこの現状でどのような点が優れていてどこまで可能性を秘めているのかを常に頭に置きました。そういう視点で見えていくと、今まで途上国医療を見てきた時には見ら

れなかった素晴らしい点にいくつも気づくことができました。以下に感心した点を箇条書きにしたいと思います。

○陣痛室・分娩室で履物を履き替えていたこと。

○家族ぐるみで産婦さんを囲み、待合室はいつも家族で溢れていたこと。分娩直前まで家族が背中をさすったり、出産直後から夫が妻の世話をしていた。中でも驚いたのが、帝王切開での出産後、尿器での排尿を夫が助けていたことである。医療者まかせではなく、出来る事は自分達で、という姿勢が見て取れた。

○このように家族が常に側にいて、色々世話をするということは、産後24時間で退院していく産婦に対して、医療者→家族へとケアの橋渡しが上手くなされていると思った。

殆どの産婦が出産直前にやってきて、産後24時間で帰っていきます。医療者が関わる時間がある時間は本当に限られています。その限られた時間の中で、母乳教育をはじめ、産後の健康教育をしなければなりません。このときの産後教育がその後の赤ちゃんの成長・発達、そして命にまで関わってくると思いました。

そのあたりで、もう少し積極的に関わればよりよいケアになると思いました。しかし、ここで私はジレンマに陥りました。このように、少しでも時間があれば何かをしよう！という意気込みは「日本的」なものではないのかと感じたからです。現地の看護師たちは基本的なケアはしても、日本のように、例えば「母乳保育のために教育をしなければ！！」と意気込んで積極的に教育をしようというモチベーションはそれほど強くないように見えました。それはまず彼らの目標、そしてネパール医療のニーズが「安全な分娩の確保」だからでしょう。しかし、「安全な分娩確保」と「その後の保健教育」を同時に行なう事ができれば乳幼児死亡率と共に、5歳未満児死亡率も下げられるのではないのでしょうか。そしてそ



した。

非常にたくさんのごとを学ばせていただきましたが、やはり一番印象的だったのは、無事出産してわが子を胸に抱いて退院していくお母さんの笑顔でした。とても素敵でした。この笑顔、微笑ましい母子の姿を一つでも多く増やす

ために、今日もネパール子ども病院ではスタッフが忙しく働いているでしょう。学生という身分ではなく、将来私もプロとしてもう一度ネパール子ども病院に戻って来よう、そう思いながらブトワルを後にしました。

佐々木僚子

1) ネパール子ども病院の看護体制

昼と夜の二交代制である。昼は3～4人の看護師で12時間、夜間は2～3人で16時間(4pm～8am)勤務である。我々が訪問した前日の分娩数は特に多く、11人であり、この数字は日本の分娩状況に比べ、極端に多い。よって、看護師1人の負担がとても大きいように思われる。しかし実際は、医師、看護師のほかに、看護助手のヘルパーが勤務しており、業務の分担化で効率よくケアが行われていた。ヘルパーの仕事は、分娩後の褥婦の清拭や更衣などのケアと、分娩後の後片付け、衣服の洗濯などが中心である。そこで気になったこととして、感染のリスクが高い分娩の介助を行うにあたり、感染に対する知識と予防がどれほど徹底されているのか、ということであった。

2) 感染に対して

病院で行われている感染の検査には別途、費用がかかる。よって、全妊婦の2割である、病院にて分娩をする予定妊婦のうち、4割が検査を行い、6割の妊婦は経済的理由により検査を行わない。また、自宅分娩にて異常分娩となり、急遽病院で分娩を行う産婦に関しては、もちろんのこと検査をする時間はない。ネパール子ども病院では感染に対するマニュアルをスタッフ全員に見てもらっている。また、HIVなどのリスク推定となる職業や住居区域などの情報も考慮しているとのことであるが、検査をしていない以上、全ての関わりをもつ医療従事者が、感染に対

して100%の予防対策を行うことが必要となってくる。感染に対する知識と予防教育を理解し、感染予防に対し徹底したマニュアルを行わなければ、医療従事者自身が感染に脅かされることとなる。

3) 看護師の意識について

時間帯や日によって看護師の手がとても空いていることがあった。その際、陣痛で苦しんでいる妊婦に付き添い、呼吸法やマッサージ法などで陣痛を軽減したり、また体位変換をおこなったりなどのケアが積極的になされていた。また妊婦の衛生管理が不十分であったり、早期母乳や母子スキンシップなどのケアもされていないように思われた。通常、母子に異常がなければ1～2日で退院していく褥婦や家族にとって、医療従事者が行う大切なことは、帰宅後の育児のため、その短い病院滞在期間で、何が正常範囲内で何が禁忌なのかをしっかりと見極め、いかに効率的に知識や技術を身に付けるかということではないであろうか？なぜなら、以前にも述べたように子供の死亡の70%は保健衛生の知識があれば予防できるものである。また、5歳未満の死亡率が高い理由の一つとして、新生児管理が不十分なため、奇形異常が見つけれず、その後のフォローアップが何もされないことがある。

それらのケアが有益、有用であり、母子にとってあるに越した事がないのには言うまでもない。しかしそれらは日本のケアと比較した場合に言えることである。それでは、ネパールの看護師の意識はどのような因子によって作られているのか？考えられるものとして、ネパール人の国民性や気質(気楽で穏やかな気質)、看護師の人手不足、教育レベル、カーストなどの文化的背景や価値観・必要性にそぐわない(「清拭や清掃は低いカーストがおこなうべきことである」という考え)などがあげられる。よって、日本で教育を受けた私たちの価値観によってのみ、推し進めることはせず、本当に彼らが必要としていることは何かと照らし合わせて考え、また彼らの大切な思いは尊重されるべきである。

4) 婦長さんが取り組まれていること

(注：日本から派遣された足立典子看護部長 8ページに同氏の活動報告を掲載)

●マネージメント

※ポストデリバリーにNursing Manual

れが、助産師、看護師の大きな役割なのではないでしょうか。しかし、そこでこちら側の価値観を一方向的に押し付けるのではなく、現地の看護師と一緒に考えてモチベーションを上げていかなければならないと思いました。また、看護師の意識化と共に患者の意識化も大切だと思いました。

また、ネパール子ども病院が地元の人々の信頼を確実に得ていることを強く感じました。同病院のブトワルでの知名度は非常に高く、自宅分娩が90%というネパールにおいて、これだけ毎日たくさんの女性たちが同病院で出産していくのには驚きました。そしてその信頼によって同病院は、単に「適切な医療の提供」というだけでなく社会的な役割を果たしていました。

外来見学をさせていただいているとき、妊娠でもなく体の不調を訴えてやってきた女性がいました。医師が異常を感じ、処置室に案内しました。そこで彼女のプライベートな空間が出来ると途端に彼女は泣き出しました。彼女は夫からひどいDV(ドメスティック・バイオレンス)を受けていたのです。首を絞められ殺されそうになったと泣きながら訴えました。やっと安心できる空間に落ち着いて安堵と共に抑えていた苦しみが一気に溢れ出たようでした。医師はそっと彼女をなだめ、訴えを聞いていました。彼女にとって病院が駆け込み寺の役割を果たしたのでしょう。しかし、ネパールには日本のようにDV被害者を公的に保護したりするシステムは確立されているはずがありません。不幸なことに、彼女は結局夫のもとに帰ることになるのでしょう。また、医師の話によると多くの女性が駆け込む場所もなくDVを受け続けていて、彼女のように自分でやってくるのは珍しいということでした。ここでもまた、ネパールの現状を、女性の地位の低さをまざまざと目撃することになり、胸がしめつけられる思いで

1人(マネージメントを行う看護師)対3人(看護師:うち1人はNursing Manualの指導を行う);ポストデリバリーを促進してもらう予定アプローチとして現在取り込もうとしていること

- ①帝王切開 看護師の意識向上を図る→ミーティングの必要性
- ②子癩スケジュール作成
- ③会陰切開 妊婦の意識向上を図る→ポスター、ビデオなどによる
- ④母乳保育教育
- ⑤その他のケア

5) 命がけの妊娠、出産

病院分娩をする女性達も妊娠期に十分な妊婦検診を受けている人は非常に少ない。また若年妊婦、頻回経産婦が比較的多いこと、そのため妊娠中毒症や妊娠合併症の管理や、胎児の体位の把握などが不十分になりやすく、ハイリスクである。

そのため、病院には自宅分娩から何らかの異常サインにより、急遽病院での分娩や処置が行われ、入院している褥婦も多い。彼らは皆低カーストの人々であり、病院到着時に胎児は既に死亡していることが多いが、病院に来なければ妊婦さえもが死亡していたケー

スばかりである。このように経済的問題や、文化的問題、また病院が遠いなどの地理的、行政的問題によって、妊婦の命が脅かされている。

6) 男尊女卑

酒飲みの夫から首を絞められ、体中のあちこちが痛い、語るうちに涙を流す女性に外来で出会った。その女性は一旦、実姉の家に行くこととなったが、何のフォローアップ体制もないため保護する事ができず、帰宅していった。DV(ドメスティック・バイオレンス)を受けながらも誰に相談することもなく、また、たとえ相談したとしても、何のフォローアップ体制がないため、ただひたすら耐えるそのような女性がたくさんいるであろうと予測する。

その他、羊水過多による遷延分娩で緊急帝王切開になった妊婦が帝王切開を受け入れることが出来ずに、混乱し、麻酔を拒んだ際に、妊婦を思うばかり感情的になった医師(この医師は本来とても優しい)が手をあげ、余計に妊婦が混乱するという場面があった。死んでもかまわないから麻酔を拒んだ、その妊婦の混乱状態に対し、感情的になったあまり、容易に手をあげてしまった医師、そしてそれがますます

悪循環へと進んでいった。また、周りにいるスタッフたちが、その状況を当たり前のごと、しょうがないこと、のように受け入れているその場面に、私はショックを受け、とても心が痛んだ。

この国では男性が女性に容易に手を上げ、その根底にあるその人の思いを汲み取ろうとせず、力づくで従服させる、そんな男尊女卑の社会でもあることを痛感させられた。

7) まとめ

文化的、経済的、地理的、行政的問題などにより低い水準である医療の向上や貢献を、ネパール人の価値観、大切な思いを尊重し、同じ視点にたつことの重要性を考慮しながら、進めて行くことはとても大切である。それはとても難しいことであると思う。しかしネパール人は穏やかで、とてもフレンドリーで気さくな気性の人々が多い。彼らと触れ合うことで、そのことを深く感じ、心から感謝したい気持ちでいっぱいである。少しずつでも医療が向上し、彼らが今よりも幸せに生きていけるように、今そして将来、私たちに出来ることを、考えていく必要性を深く感じた。

二回の訪問

◇
助産師 松川 恭子

私が初めてネパール子ども病院を訪問したのは、5年前の平成11年8月末のことだった。きっかけは、知り合いの小児科医がボランティアをしていたからだった。見学に行こうと決めた理由は、産婦人科でこれから分娩部を立ち上げるところだという点。海外で医療ボランティアをしたくて助産師になったので、せめてネパール女性の分娩のお手伝いが出来たらという思いだった。本部から頼まれた分娩用器具を持って初めての地・ネパールへ。残念ながらまだ分娩は開始されていなくて、何も私は力になれなかった。しかし、3日間という短い見学だったが、産婦人科医ピーマル医師が超音波もなしに腹腔穿刺を行い腹膜炎と診断し直ちに手術を行ったことは印象に残っている。途中で分かったことであるが、この20歳位の未婚の女性は妊娠したのでインドへ闇中絶に行き、不適切な処置を行

われたらしかった。その背景にも驚いたが、医療機器に頼らないで正確に診断する技術に大変感動した。

そして約半年前の平成15年5月に2度目の訪問の機会を得た。分娩は既に私の初めての訪問の後に開始をされていて、月100~150例くらい(多ければ200例)の分娩があると聞いていた。また、日本から派遣された助産婦(注:紺谷志保助産婦。12ページに同氏の活動報告を掲載)が自然分娩の指導をしていると聞いて、是非分娩業務が始まったネパール子ども病院を見てみたいと思った。日本人スタッフとカトマンズで合流して四駆で約7時間。懐かしいブトワールに到着した。以前のネパールスタッフも沢山残っていてうれしい。今回は2週間、妊産褥婦の看護もさせてもらえた。外国で分娩に立ち会ったのは初めてだが、もちろん分娩の経過は万国共通。覚えてたのネパー



ル語と英語を駆使しながら腰をさすったり経過を説明したりした。分娩監視装置もない。産婦と胎児の状態から進行を五感で判断するしかない。しかし、これが分娩、いえ医療の原点だと思った。私は今まで医療機器に頼り過ぎていたのではないかと反省をした。今回は PHASE (地域保健衛生教育事業)の地域での女性への教育や保健衛生教育等にも同行させてもらい、施設を中心とした地域医療についても学べて充実した内容であった。

医師になった私に出来ること

筑波大学医学専門学群2年 佐々木 奈緒

7月22日～28日までの7日間、ブトワールにあるAMDAネパール子ども病院に見学に行きました。以前から将来は発展途上で働きたいと思っており、実際に現場を見たくてお願いしました。短い期間でしたが、日本から派遣されていた助産婦の紺谷さん、看護師の江田さんをはじめ、病院の方々に温かく迎えていただきました。道を歩いていたらネパール語でナンパされるくらい日本人はネパール人に似ています。よって、親しみを感じてくれたのでしょう。病院は日本のと比べればギャップはあるものの、想像以上に整っておりびっくりしました。

病院では自分の見たい所を自由に見学させていただきました。小児科・産婦人科の外来、分娩、検査、PHASE (地域保健衛生教育事業)、障害者の学校など、幅広く見学することができました。その中で特に心に残ったことをお伝えします。

○小児科に来ていた子どもは風邪や血便の人が多かった。そのような子どもに対して医師は、「沸騰させた水を飲み、手を洗え」などという、基本的な衛生面での指導をしていた。

○日本の医療器具が多かったが、使い方の指導をする人がおらず、ただ放置されているものもあった。日本からの援助の仕方を考える必要がある。

○子どもが感染症に強く、我慢強かった。今の日本人は軽い感染症にもかかることが少なく、今までなら免疫力があった細菌にもやられているが…

○PHASEの活動は本物の草の根運動。田舎の人の生活、文化を大切にしつつ読み書きや衛生面での教育をしている。

発展途上国に行けば何か出来る、というものではなく、支援のしかたが重要かつ難しいということが身にしみてわかりました。現地に行って患者を診るだけではその国の言語がわからない私たちではたいした戦力になりません。日本人医師として発展途上国に行って力になれる方法として①技術の移転。医療は地域性が強いので、新しい技術を押し付けるのではなく、治療法を選択肢を広げてあげる。江田さんが医師・看護師に対して救急救命の講義をしているのを見て、これだ！と思った。自分が去った後にも残せるものでなければ自分が帰ればそれで終わりである。何よりもしっかりした専門知識と英語のコミュニケーション能力が不可欠である。

②正しい知識を広め、予防を推進すること。感染症や食中毒など、衛生面での知識があれば防げることを事前に防ぐ。まさにPHASEの活動である。

という結論に至りました。押し付けの援助をするのではなく、相手の文化や生活を大切にしながら自分の持っている知識を共有すること—それが本当の支援なんですね。一人前の医師になるまでに、いかに求められている支援ができるか、ゆっくりと考えていきたいです。本当にいい経験をさせていただき、ありがとうございました。



PHASE スタッフと筆者 (左から2人目)



PHASE 風景



ネパール子ども病院玄関



ネパール子ども病院待合室

ネパールへの想い

◇
教諭 竹谷 和子

昨年8月一週間ほど、とても短期間であったがネパールを訪問することができました。今回は2回目、単独一人(前回は6年前にAMDAのスタディツアーへの参加)でしたが、是非ネパールへという思いが実現し、充実した日々を過ごすことができました。

教師という仕事の中で、ボランティアや国際理解・協力等について、生徒達に関心を持たせ理解させていくことも大切な教育の一つだと思います。ただ単に教師の知識を伝えることだけでなく、生徒達にいきいきと、しかも今後につながる確かな手がかりを育ませることが大事ではないかといつも考えています。私はそんな中でAMDAとの出会いがあり、またあるきっかけでネパールへのつながりを持つことができました。そのことにより、教育のためということだけでなく、私自身今後ずっと関わっていきたく強く思うよ

うになり、この6年間ボランティア活動や国際協力についての活動を本当に微力ですが取り組んできました。

ネパールのポカラに友人がいますが、彼女の積極的な生き方、また我々日本人が忘れかけている、人として大切な多くのことを、彼女から、また彼女の家族、多くのネパールの人々から学んでいます。昨年8月、その彼女の元へホームステイをし、ネパールについてより理解を深めようと思いました。プトワールのAMDAネパール子ども病院を訪問し、ネパール国内において進んだ医療活動の現場の中から、多くの母子達が救われていることに大変感動し、しかも医療スタッフも院長をはじめ、ネパールの人たちがほとんどだと聞かされ、すばらしいと思いました。その国の発展は、自国の人々の自立自立がなければならぬと思ってい



ますが、AMDAの活動はまさしくそうだと思います。

今回もう一つ大きな成果がありました。ポカラにある公立の学校を訪問し友好を深めたことです。私の勤務している中学校の生徒達が集めてくれた文具を手渡し、今後お互いの国や学校について理解を深め、より一層の友好につなげようとして約束しました。私にとっては大きな仕事ですががんばろうと思っています。AMDAの活動の中で医療その他何もできない私ですが、今の日本の子供達とは全然違った目をしているネパールの子供達を支援しながら、今の自分に何ができるかを考え、それを少しでも行動に移すことができたらいいなと思っています。

医師としての視点から

◇
医師 石下 晃子

途上国での医療活動の現場を実際に見、参加したく、2003年10月下旬より2週間ずつカンボジア・ネパールを、そして4つのプロジェクト①カンボジア・タケオ州アンロカ地区②カンボジア・コンボンスプー州巡回診療③ネパール・プトワール子ども病院④ネパール・ダマックAMDA病院を訪れました5年目医師です。

どのプロジェクトも年月をかけ、多くのスタッフの努力によって現在があり、依然問題も抱えながら迷い考え進んでいるものです。これをただか1週間ずつ訪れた自分が誌面で以下のような感想を述べるのは心苦しいのですが、大変お世話になりました現地駐在員・藤野氏より“玄人うけする辛口のコメントを”との依頼を受けましたので、少しこれを意識し書いていくことをお許しください。

子ども病院は、連日溢れんばかりの外來患者があり、そして妊産婦検診がまだまだ遅れている現状を容易に認識できますが、毎月数件ずつ子癩・子宮

破裂による緊急帝王切開があり、それらを着々とこなしていく大変重要な一病院です。

この病院があるレベルに達しているから出てきた感想ですが、子ども病院で確実にやっていくべきこと、ここでは現実さが低くできないこと、やらない方がいいこと、の選択が必要な時期にきているのかな、と感じました。例えば(1)超重症患者に対する治療・処置;心肺蘇生に関しては緊急気管挿管の不確かさ、医学的清潔不潔の理解の不十分さ、人工呼吸器およびマンパワーがない中での呼吸・循環管理(2)低出生体重児のNICU管理およびその後、などです。ここネパールではやり始めても様々な理由から中断しなければならないことも多く、特に家庭の経済的問題は大きく、そんな中で中途半端な(結果的に中途半端になってしまう)医療行為—これによる合併症をも生じうる—を今後どのように改善していくのか…非常に難しい問題です。

ネパールもカンボジアも、慣習と言

っていいのでしょうか。ここは敷地内、ここは外というのが、私には見えないのですが!彼らにはあるようです。例えば家の周囲のゴミ捨て状況、すばらしい感性です。そんな中で医療廃棄物はどうなっているのか。子ども病院では院内の分別がなされているのに、その先がまだ徹底されていない状況でした。近い将来必ず降りかかってくる問題ですので、早期改善をお願いいたします。

ネパール事業のようにプロジェクト自体で採算が取れるようになったもの、またアンロカ地区のように途上国の財源によるもの(大本をたどれば日本国からの寄付であれ)と比べ、資金源の多くが日本の寄付によるプロジェクトではやはり見る目が厳しくなります。AMDAが医療活動を基盤にしている以上、そういう事業へ現場でしっかり意見を述べられる日本人医療関係者を派遣できたら、と思いました。

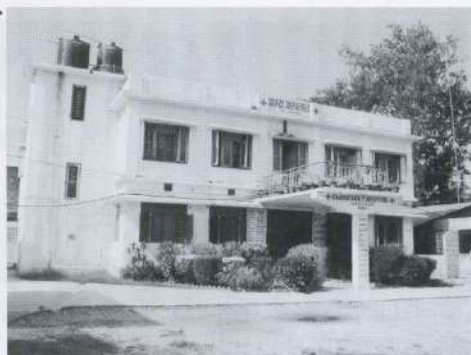
最後になりましたが、国内外でご活躍の多くのAMDAスタッフの方々、大変貴重な4週間となりました。どうもありがとうございました。また、今回4週間という異例な時間を許して下さった麻酔科医局の先生方に、御礼申し上げます。

ダマック AMDA 病院概要

ブータン難民支援のための二次医療センターとして、1992年にネパール東部ジャバ郡ダマック市に開設。

1995年より国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) からの委託業務として、難民に対する医療サービスを提供。

1996年4月、ネパール政府から一般総合病院の認可を受けて以降、地元住民に対する診療も行っている。スタッフは約80名。年間の外来患者数は2万人以上、救急患者を含めると3万人を超える。



AMDA 病院

ネパール・ダマック市 AMDA 病院付属看護師・検査技師学校
(保健人材育成センター) に対するヒロ・モリ奨学基金について

AMDA 神奈川支部代表 小林 米幸

数年前、神奈川支部にて医療通訳養成講座を開催していたころ、新聞でその記事をご覧になった北関東在住の森ヒロ様より発展途上国の女性の地位向上のために使っていただきたいからお金をお預けしたいとの連絡をいただいた。森ヒロ様は長く教壇に立ち、常に女性の地位向上のための実践活動をなさってきたそう言葉の一つ一つに熱意を感じることができた。森ヒロ様のお気持ちに沿うようなプロジェクトをたてるべく頭をめぐらせた結果、ネパール・ダマック市の AMDA 病院に付設された看護・検査技師学校の生徒に対する奨学金制度を設立することとした。

ダマック市の AMDA 病院はブータン難民キャンプの外側に所在し、ブータン難民と地域のネパール住民の両方を受け入れる医療機関としてスタートし、現在は同地域の二次医療機関として地域医療の中心を担うまでに育っている。ネパールで宗教的に多数を占めるのはヒンズー教徒であるが、ヒンズー教にはカースト制度という厳しい階級制度があり、底辺の身分に生まれた者はよほどの幸運に恵まれることがなければ日々親と同じ職業と貧困を引き継がなければならない。私たちは努力して貧困を脱したいという明確な目的意識を持ち、看護師・検査技師学校への入学を望む底辺の身分の子弟に対して奨学金を全額付与するという「ヒロ・モリ奨学金」を設立することと

して森ヒロ様の了解をいただいた。

具体的な運営には現地オフィスと岡山の本部に介入してもらった。まずダマック周辺の中学校に同奨学金の存在



↑ 保健人材育成センターの生徒たち
AMDA 神奈川ライブラリー ↓



をアピールし、底辺の身分にあってなお成績優秀で将来は看護師・検査技師になりたいという人物を推薦してもらい、看護師・検査技師学校の試験を受けてもらう。ネパールの看護師・検査技師学校の入学試験の合格点数は国によって決められる統一試験である。だから合格しても受験した学校の定員人

数の中に成績が入っていなければ入学はできない。定員に入った底辺の身分出身者の中から現地の意見で2名を選んでこの奨学金を付与し、これを授業料として充てるのである。個人の負担はない。2人分の授業料はおよそ年間7万円近くとなっている。既に今年で3年目となり、無事看護師となって巣立っていった学生もあり、奨学生からは毎年、感謝の手紙が現地オフィス、岡山本部、神奈川支部を通じて森ヒロ様の手元に届けられている。(次頁に手紙の一部紹介)

本来、この奨学金は全てネパールに利率の高いドル建て貯金の形で移しその利子を毎年付与する当初の予定であったが、現地でのドル建て預金のための銀行口座開設に規制があるため、いまだ実現していない。ゆえにモリヒロ奨学金が目減りしないように横浜国際協力まつりなどに参加してバザーで奨学金に補充をしているのが現状である。

私の個人的な考えであるが、このように看護師あるいは検査技師の資格を取った底辺身分出身者の子弟が現地の医療に貢献することなく、さまざまな理由で別の地域、たとえば首都カトマンズに出て行ったとしてもそれはそれでいいのではないかと思う。なによりもそれは彼女たちが生きて生まれたときに全てが運命づけられた彼女たちの両親、祖父母とはちがった道を歩むことができるようになった証拠だからである。

ダマック AMDA 病院

AMDA 派遣医師 岩永 淳

ネパールに派遣医師として赴任して、約半年が過ぎた（2003年10月）。4月中旬にネパール入りしたのであるが、最初の頃は結構悲惨な状態であったと思う。毎日下痢続きだったのだ。食事（＝カレー）もしょっぱくて油っこくてみんな同じ味に思えて食欲が消失してしまった。時々自炊したのだが、ジャがいもやキャベツなどを煮て、塩味だけでうまいまいと食べていたのだから相当なものだったのではないかと。しかし、人間とはなんと素晴らしくできているのだろうか。半年経った現時点では、全てがうまく感じるのだ。もちろん、消化器系も絶好調、毎日快便である。

赴任地のダマックは、ネパールの南東部に位置する小さな町だ。インドとの国境に近く、周囲には平地が広がり、人々は、サリーを着、頻繁にインドと行き来している。ネパール＝ヒマラヤとのイメージしかなかったのだが、なんと、ここは平地なのだ。夏は死ぬかと思うぐらい暑かった。暑いため、二期作ができる。水牛で水田を耕し、家族総出で田植えをし、3、4ヶ月後にはもう刈り入れができる。水田には、アヒルやメダカが泳ぎ、蜚が舞っている。のどかな、のんびりとした田園風景が広が

っている。そして、人々ものんびり、ゆったりとしている。そんな景色の中にAMDA病院はある。この病院の開業時間は、なんと、朝10時から夕方5時までなのだ。ちなみに、10時は開始時間ではなく、集合時間である。もっと、働けよなー、と思うが、仕事のみならず生活全てがこんな調子なので、文化

人なのだ。患者を転送できないときは、これこれに手に入らないときは、などと親切設計である。この書籍のなかで、先進国では見られなくなった疾患だが、というフレーズがよく登場する。

そう、ここで目にしている疾患は、経済の発展に伴って次第に減少していくものなのだ。山から2日ばかりで歩いて来た患者も、交通網の発達で、数時間で来られるようになるだろう。保険制度ができれば、金がなくて治療が受けられないような事もなくなるかもしれない。多額の金を落とせば、全て一気に解決して気がしないでもないが、きっとそれは間違っている。開発、改善、援助…。何を指してこれらを行っていくか、と考えるとき、人間のあり方について問われているような気がする。



手術に立ち合う筆者（左）

の違ひということに納得している。のんびりとした風景とは裏腹に、病院で目にする光景は結構悲惨だ。肺炎、結核、マラリア…。感染症が非常に多い。根本的な原因は、衛生状態と栄養状態にあるのだと思う。

この手術室に面白い医学書が転がっている。途上国で医療を行う医師向けに書かれたもので、挿し絵が全て黒

しかし、ここはネパール。僕が何を考えようと、全てがゆっくり、のんびり流れていく。外来での患者は、ここが痛い、あそこが痛い、べらべら早口でまくし立てる。手術のため何も食べずに来い、って伝えたのに、しっかり食ってくる。水が止まる、停電する。電話がとぎれる。まさに、神の御心のままに、である。

奨学生からの手紙

森ひろ様

奨学金をいただき、私はとても幸せです。勉強するためのお金がない私に森様は機会を与えてくださいました。

森様、あなたの奨学金は、人生に光をもたらしてくれました。卒業後は、村に入り、貧しい人々のために働くことを誓います。

お元気でいらしてください。あらためて、厚くお礼申し上げます。

Amira Siwa

森ひろ様

温かいご支援に厚く感謝申し上げます。

私はGita Chaharと申します。入学して勉強を始めたばかりなのですが、奨学生に選ばれるという名誉をいただきました。私は貧しく、低いカーストの出身なのですが、このたび、奨学金をいただくことになり、うれしく思います。

あらためて、お礼申し上げます、皆様のますますのご清祥をお祈りいたします。一生懸命、勉強し、誇りをもって生きていきます。森様と、いただきましたご厚意は決して忘れません。

Gita Chahar

AMDA ネパールスタディツアーに参加して

AMDA ネパールスタディツアー

—ネパール伝統文化にふれ、海外援助について学ぶ旅—

2003年8月31日～9月8日（8泊9日）

- 8月31日 関西国際空港発 カトマンズ着 伝統寺院視察・ネパール伝統民族舞踊鑑賞
- 9月 1日 ダマック着 AMDA病院・保健人材育成センター見学
- 9月 2日 ブータン難民保健センター・ブータン難民キャンプ見学
- 9月 3日 ブトワール着
- 9月 4日 ネパール子ども病院・障害児学校見学
- 9月 5日 保健衛生教育事業・識字教育事業見学
- 9月 6日 カトマンズ着 カトマンズ市内観光
- 9月 7日 カトマンズ発（帰国）
- 9月 8日 関西国際空港着

高橋 由美

きっかけ

私がAMDAの活動を知るきっかけとなったのは何気につけていたテレビの画面からだった。看護婦としてボランティア活動をしていた頃を思い出したのと同時に映し出されている映像から、AMDAスタッフの方、また地域住民の表情の良さに魅力的なものを感じた。現在の仕事を進めていく上でも、私自身の広い視野をもてる良い経験になると思い、スタディツアーに参加することを決めた。

AMDA病院、子ども病院、ブータン難民、保健人材育成センター

首都カトマンズに高度の医療サービスを提供する機関が集中し、人材も同様に流れるため、国内では首都と地方の医療レベルの差が激しいということであった。ネパール西部、東部にある二次医療機関では、多くの患者とその患者の家族で込み合っており、地域の人たちにとってはなくてはならない病院であることは、一目瞭然であった。

AMDA病院では思いがけず出産シーンに立ち会うことができた。はじめは、啼泣しない児にはらはらしたが、助産師が児を逆さにし軽く刺激を加えた後啼泣し始め、その姿にほっとした。きれいとは言えない環境下で、最



低限の器材を使用しての出産であったが、母子共にトラブル無くとても恵まれた出産であったと思う。この国では90%が自宅分娩であるという。分娩する場所が良いとか、悪いとかではなく、分娩までのフォローアップの体制と環境づくり、また異常の発見が早期になされ、対応できるような環境、人材の育成（伝統産婆においても）が常に必要とされていると感じた。子ども病院では重症化しないうちに患者の搬送ができるシステムの構築の必要性を病院の方が話されていた。適切なタイミングで医療サービスを受けることのできる人は、そうでない人の何%位になるのだろうか。症状が重篤化してからでは対処ができない環境である。患者の異常に気づくことができないことによる決断の遅れ、交通手段がないこ

とによる搬送の遅れ、お金・医師・薬が不足していることによる治療の遅れが人命の予後を大きく左右すると思われる社会的背景に、問題が山積しているように感じられた。

また、AIDS事業、ブータン難民キャンプでの保健医療サービス、保健医療スタッフの養成など行われており、地方の病院は診療だけがメインではなく、診療と同時に予防保健を推進する役割を持つことの意味に重要性を実感した。

保健衛生教育事業

保健衛生教育事業として、学校では下痢予防、農村においては結核予防の啓蒙活動がなされていた。クラス、農村において代表をピックアップ、教育

を受けた人が自分のクラスまたは、農村にもちかえり啓蒙するというシステムであった。視覚的なアプローチ(劇、ビデオ、絵)から、啓蒙する側、される側が楽しく、積極的に参加できており、一人一人が現状の問題を受けとめていることの表れだと思う。同じ地域に住み、同じ価値観と組織を共有している人々が受け身ではなく、能動的であり、自らの意志で参加できる選択権の存在があり、その結果何らかの利益が期待されるという「住民参加」の視点において、地域の人々の信頼を得ながら自助努力を促す AMDA の活動は根付いていると感じた。

全体を通して

日本は、少し昔は今のネパールと同じ状況であったと思われる。なぜ日本が先進国に成長できたのだろうか。そう考えた時に、ネパールはこれから多くの分野で発展できる多くの可能性を秘めている国だと思う。社会的背景、経済的背景には多くの問題があると思われるが、このような活動を通して保健衛生分野で少しずつ、しかし着実に功績を残すことは、重要な意味を含むと考えられる。違った視点から、保健医療に関わる自分の職業を見つめなおす機会となった。最後に、このスタディツアー参加にあたり、お世話して頂いた AMDA スタッフの皆さん、ネパールで出会った皆さんに深く感謝いたします。

島原 隆司

私がこのツアーに参加したのは、海外で日本の NGO が実際にどのような事業を行い、現地でもどのように受け入れられているのかを自分の目で確かめてみたいと思ったことがきっかけでした。私自身、AMDA を含め、日本の NGO について、興味はあったものの、恥ずかしながら、深く考えたことはありませんでした。いろいろな偶然に恵まれてこのツアーに出会い、「今しかない」という思いで参加しました。

私は医療従事者ではありません。ですので、非医療従事者の私が見たネパール・AMDA プロジェクトに関する感想を率直に書かせていただきます。

この度のツアーではダマック、プトワールでの AMDA 活動状況を見学しました。

ダマックでは、AMDA 病院、ブータ

ン難民キャンプ、保健人材育成センターを見学しました。まず驚いたのは、住民の AMDA の認知度でした。街中を歩いている私たちを見るや否や、「アムダ」という言葉が何処からとも無く聞こえてきます。大人だけでなく、子供たちも同様でした。医療支援を通じて、いかに AMDA が住民に定着しているかを強く感じました。

AMDA 病院では、現地駐在の日本人医師、岩永先生にお話を聞くことができました。

日本人たった一人で駐在されているとのことでしたが、とても気さくな先生で、ネパール語会話も十分、現地に溶け込んでおられました。まさに、テレビで見ると「外国で活躍する日本人医師」のイメージにぴったりでした。いろいろな苦勞があるとのことでしたが、岩永先生をはじめとする医師や AMDA の皆さんのこれまでの努力の結果が住民からの信頼につながっているのだと、強く感じました。

また逆に、ブータン難民キャンプでは、私が持っていた「難民キャンプ」というもののネガティブなイメージが少なからず払拭されました。子供たちは元気で走り回り、制服を着た若い学生が学校から帰ってくる姿もありました。テレビで見た他国難民キャンプの状況とはまったくかけ離れていました。もちろん、各国それぞれの事情や歴史がありますし、このキャンプについても、難民は就労できないなど様々な問題が山積していることも事実でした。

プトワールでは、子ども病院、知的障害児学校、保健衛生事業を見学しました。AMDA ネパールの藤野さんにお話を伺いながらの見学でした。プトワールでも AMDA、そして子ども病院の認知度は大きいと感じました。実際、近くに政府系病院があるにもかかわらず、あえて子ども病院に来ているというお母さんもいました。

また、学校や農村での PHASE (地域保健衛生教育事業) による衛生教育はとてもよい方法で進められていました。上から押し付ける教育ではなく生徒から生徒へ寸劇などを通じての教育は、伝える側も聞く側も双方が真剣な様子でした。

知的障害児学校では、AMDA 高校生会の寄付による設立の経緯等についてお聞きしました。現在も全国各地に支援が続けられているとのこと、すばらしいことだと感じました。知的障

害児の方と一緒にダンスを踊ったり、楽しい時間を送ることができました。

私にとって初めての海外渡航で訪問したネパールは、衛生状態、医療事情ともに日本に比べかなり低いレベルでした。さらにすべてがカトマンズに集中し、地方、特に農村部との格差が極端にあるとのことでした。国連をはじめ、各国機関・NGO など多数機関が各地に支援に入っているとのことであり、それらの支援により十分でないまでも何とか現状を保っているという印象が強かったです。ただ同時に、ネパールの医療・衛生・保健事業に対する予算措置などの政策の現状を聞くと、ネパール政府は国家として、これら外からの支援に依存しすぎていけないのではないか、ということも感じました。

私のこれまでの考えは、国際貢献は一方的な支援であるという思い込みがありました。しかし、今回見学した各地の AMDA のプロジェクトは、現地で、現地の人でできることはできるだけ任せようという理念の下、効率的に進められていました。もちろん、そこまでは多くの方の苦勞があり、積み上げられてこられた信頼があったからこそだと思います。

いろいろなことに気付かされ、また、実際に現地の方のお話も聞くことができ、大変有意義なツアーでした。「自分の目で確かめる」という目的は達成することができました。

「国際貢献」というものの中で、自分に何ができるのか、ツアー中からずっと考えていました。今はまだ明確な答えは出ていません。ただ、ツアー中にお聞きした「いろいろなしがらみがある中で、私たちにできることを精一杯やるしかない」と言われていた藤野さんの言葉のとおり、今回見たもの、感じたことを生かし、私の立場で、私にできることを見つけ、精一杯やっています。

最後に、引率して下さった川崎さんをはじめとする、AMDA 本部、AMDA ネパールの皆さんにお礼を申し上げますとともに、今後ともより一層のご活躍を祈っております。ありがとうございました。



後藤 幸子

8月31日～9月8日の9日間、スタディツアーに参加してネパールを訪れた。以前から関心のあったスタディツアーに今回思い切って参加することにしたのは、翌年から国際協力に関わる仕事をするのが決まり、その前にNGOによる途上国支援の「現場」をこの目で見ておきたい、と考えたからである。

8月31日午後、空路バンコクを経て首都カトマンズに到着。初めて目にする「生ネパール」にまず思ったのは(失礼な言い方かもしれないが)「これで『首都』かあ…」ということ。途上国を訪れるのが初めてだったわけではないし、ネパールが「世界最貧国」の一つであることも十分承知していたのだが、それでもこれが、実際現地に降り立ち、空港からホテルに向かう車の中で街並みを眺めつつ抱いた、正直な感想だった。

翌1日、南東部の町ダマックに移動。愈々本格的な「スタディ」ツアーの始まりである。初めに訪れたのはAMDA病院。私たちが訪れた時、ちょうどタイミングよく(?)分娩が行われており、思いがけずネパールにてお産に立ち会う機会に恵まれた。私のような医療従事者でもない者が、しかも飛び入りで「見学」させてもらっているのだろうか、と思う反面、初めて見る生命誕生の瞬間に感動せずにはいられなかった。

検査室や病棟を一通り見学したあと、エイズ予防プロジェクトについて担当の方からお話をうかがう。ここで特に興味深かったのは、HIV感染予防のための啓発活動を行う際、まずその対象となる人々のうちリーダー的存在の人達に教育を行い、そうして知識を得たプロジェクト対象者自身が同じ立場の「仲間」にそれを伝えていく、という方法をとっているということ。後でも触れるが、今回のツアー全体を通して印象的だったことの一つに、こうした「現地の人たちの主体性を重視する」やり方が各事業に徹底している、ということがある。

ツアー3日目の9月2日、午前中に訪れたブータン難民キャンプでは、色々と考えさせられることが多かった。「難民キャンプ」とはいつても、一般に日本でイメージされるそれとはずいぶん異なり、「秩序だった小綺麗な場所」

といった印象のところである。食糧にしても保健・医療サービスにしても最低限の保障はされており、「キャンプ外の世界」に比べてむしろ「整っている」という感じさえ受けた。

しかし、こうしたどこか牧歌的な「難民キャンプ」の光景に、私はかえって問題の難しさを感じずにはいられなかった。私たちの姿を見かけ興味津々で集まってきた子供たちは、皆このキャンプで生まれた子供たちである。本来の故郷は目にしたことすらなく、難民キャンプが“ふるさと”である子供は年々増えていく。彼らはキャンプで最低限の教育を受けることができるけれども、そうして学び、大人になった先に待っているものは何だろうか。

キャンプで暮らす難民たちには、“外の世界”で仕事をするとは基本的に認められていないという。UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)や各国NGOの支援を受けたこのキャンプで生活するという事は、「くいつぱぐれる」心配がないのと同時に自ら生み出すものも何もなく、管理された空間で他人の上に寄りかかって生きるということでもある。「将来」が見えない状況で毎日を送ることの大変さ。子供たちの無邪気な笑顔を見つつ、そんなことを考えた。

そして、ここでのAMDAの活動(保健・医療サービスの提供等)が人々に必要とされ、役に立っていることは診療所のにぎわい(?)からも十分わかったが、問題の本当の解決は難民たちが皆故郷に帰ってそこでの生活を再開することであり、“外からできる支援”の限界についても考えさせられた。

翌日、ツアー4日目のこの日は夜明け前にダマックを出発し、車で12時間かけて西部の街・プトワールに向かう。途中、マオイストによる反政府活動が活発化しているためか、しばしば軍による検問があった。「日本人」だということで詳しいチェックも受けず車に乗ったまま通り過ぎる私たちの横で、現地の人たちは検査のため全ての荷物と共にバスから降ろされ、長蛇の列に並ばされていた。またプトワールでは、夜11時以降の外出禁止令がでていた。こうした治安の悪化はネパールの今後を考える上で大きな不安材料である。一日も早く事態が落ち着くことを願う。

9月4日は午前中にネパール子ども病院、午後に知的障害児学校を見学。子ども病院は以前から一度訪れてみた

かと思っていた場所だったが、受付も廊下も人であふれ(患者さんだけでなく、その付き添いの人もかなりいたらしいが)、この病院が地域の周産期医療の拠点として重要な存在になっていることがうかがえた。廊下の壁に、阪神大震災のとき倒れた高速道路の写真やネパールの医療・保健向上のため尽力された故篠原明医師の写真が飾ってあったのが印象的だった。

翌5日、この日はプトワール市周辺地域で行われている保健衛生教育事業の見学に行く。まず訪れたのは学校で、寸劇や紙芝居を通して下痢の予防と対処法を学ぶ授業を見学。寸劇は生徒の代表が彼ら自身でストーリー作りから全てを行うそうで、その堂々とした名演技(?)に感心させられつつ、現地の人々の主体性がいかに大切か改めて認識させられた。また、「子どもを対象に」行うことによる家族や地域社会への効果も少なくないだろうと感じた。

次に見学したのは農村地域で女性グループを対象に行っている保健衛生教育事業。この日、私たちが訪れた集落で行われた教育のテーマは「結核」だった。ドラマ仕立ての教育ビデオや寸劇を通し、結核についての正確な知識を伝えようというもので、特にビデオを見る村の人たちはみな興味津々で画面に見入っており、その様子を見ているこちらもおもしろかった。

ここでもやはり住民自身の主体的な参加を中心に据えたやり方がとられていて、まず各グループからリーダーを選び、彼女らに一定期間トレーニングをしたあと、そのリーダーが自分のグループに教育を行うということだった。ただ、何か「見返り」がないと皆なかなかリーダーにはなりたがらないそうで、現地の人々の主体性を引き出すことの難しさも感じた。

ツアーも終盤の9月6日。「釈迦生誕の地」ルンビニを訪れたのち空路にて再びカトマンズへ。6日ぶりに降り立った首都カトマンズは、第一印象と全く違ってやたらと「都会」に感じられ、ダマックやプトワールで現地スタッフの方々がしばしば口にしてきた「ネパールでは全てがカトマンズに集中してしまっている」ということの意味がとてもよくわかった。こうした一部都市への集中や地域間の格差は途上国に広く見られる問題だろうが、ネパールでもこの問題が地方の深刻な医療従事者不足などにつながっているということ

である。

今回のツアーはおよそ一週間という非常に限られた時間の中で、しかも私たちは本当に「見学」するだけだったため、ネパールにおけるAMDAの活動を十分に「理解した」とまではまだ言えないかもしれない。しかしそれでも、このスタディツアーに参加したことが私にとって非常に貴重な体験であったことは確かである。今までは文章や写真から知るだけだったAMDAの活動について、たとえほんの一部分でも実際にこの目で“現場”を見たことの意義は決して小さくない。

自分の体力のなさを痛感し、同時に現地の人たちのたくましさ、国際協力の現場で働く人たちのタフさに圧倒されたこの9日間。特に私にとっては、途上国支援のまさに“現場”で働いている（&働いたことのある）方々から色々なお話をうかがうことができたことが、何よりも大きな収穫だった。

今後私も国際協力の仕事に携わることになるが、今回のスタディツアーで見聞き、経験したすべてのことを糧に、そしてそれを通して考えたこと、問題意識を忘れずに、頑張っていきたいと思う。

最後になりましたが、今回のツアーでお世話になった全てのAMDAスタッフの方々に心より御礼申し上げます。

坂川 敦紀

僕が、AMDAスタディツアーに参加しようと思ったきっかけは、知り合いの医師の方からの勧めでした。僕は今まで、ボランティアというものに全く興味がなく、貧しい人を助けてあげることくらいに思っていました。実際ネパールに行ってみると、日本と比べれば貧しいですが、そんなに貧しいとは思いませんでした。

しかし、この国には緑がたくさんあり、人々の笑顔がたくさんあったような気がします。なかでも、子どもたちの笑顔は素晴らしかったです。それは、今、日本にはない、日本が忘れていた一番大切なものではないかと思いました。僕はこのツアーでも、ボランティアとは何なのか、未だにわかりませんが、何か自分の心に刻まれたと思います。

これからこの体験を何かの役に立てられればと思いました。最後にこのツアーでお世話になった皆さん、ありがとうございました。

本紹介

「なぜ医師たちは行くのか？」

—国際医療ボランティアガイド—

発行 羊土社 定価 2200 円＋税

人の命に国境はない！
医師として、
看護師として、
また友として、
世界各地で医療協力に尽力する
医療従事者たちの体験談を中心に、
国際医療ボランティアの
魅力と実態を紹介。

なぜ医師たちは 行くのか？

国際医療ボランティアガイド



AMDA 菅波茂代表、三宅和久派遣医師も執筆。
国際医療ボランティアを志す人必見の実践的ガイドブックです。

「医療和平」

—多国籍医師団アムダの人道支援—

菅波 茂 著 定価 1,575 円

出版元 集英社

2002 年 5 月 2 日発行

ISBN4-08-78 1262-6 P1500E

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



「AMDA 緊急救援出動せよ！」

—緊急救援 10 年の軌跡—

三宅和久 著 定価 1,470 円

出版元 吉備人出版

2003 年 2 月 14 日発行

ISBN4-86069-027-3 C0095

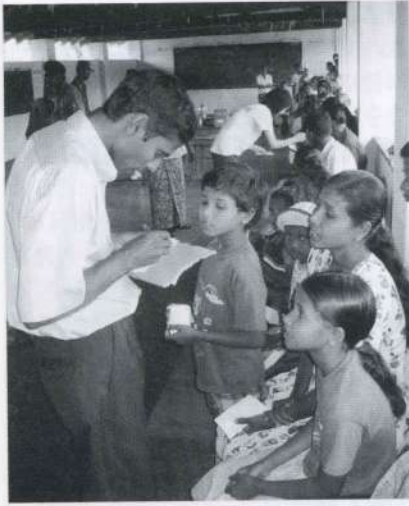
国境を越えた緊急医療活動で世界的に知られるまでになった国連 NGO・AMDA。10 年間に 15 回以上の緊急救援活動に参加した三宅和久医師が、現場で直面し、感じた人道援助の実際。1 冊購入につき 100 円が AMDA に寄付されます。

235 頁



スリランカ東部トリンコマリーで医療サービス開始

調整員（現地統括） 山根 達郎



12月15日、スリランカ東部の海岸部における港町トリンコマリー市外から車両で2時間ほど離れた

Bumbrugawewaにおいて、AMDAスリランカ医療和平チームはヘルス・キャンプを行い、東部での医療サービスを開始した。その結果、127名の患者を診察し、また今後の東部地区での定期的な巡回診療の展開に向けた調査のための有益な機会ともなった。スリランカ医療和平チームは、3月に開催された箱根会議にて明石政府代表（スリランカ平和構築・開発復興）からの要請を受け、スリランカ北部、東部、南部におけるバランスのとれた医療サービスの提供を目指してきた。主に北部キリノッチ、バブニア（8月に活動終了）、および南部ハンバントタの各県において活動を展開してきた同チームは、東部トリンコマリー県での活動をこの度開始し、2003年中に明石氏との約束を果たすとともに、北部、南部、そして東部での活動を同時に行うという機会を得た。

すでに9月、12月と事前調査を同県の担当行政と協調して行ってきたいいくつかのサイト先のうち、今回のヘルスキャンプにはBumbrugawewaを選定した。

Bumbrugawewaは、Gomarangadawela 地方病院（医師2名、Midwife2名、マタニティ施設あり、1日平均150名の患者）より車両で30分ほど離れたところであるが、公共バスが通じていないため、医療サービスの提供が困難な場所である。2004年か

ら定期的な巡回診療を予定している同サイトでは、サイト内にある仏教寺院内の施設を貸していただく予定であるが、今回のヘルスキャンプは同寺院に近い小学校が休暇中であることからその小学校施設を利用することができた。

裨益人口は500名であるが、実際にヘルスキャンプに訪れた住民のほか、同サイトを担当するスリランカ陸軍の隊員や仏教寺院の僧侶も受診するなど、多様であった。他方、サービスの提供側には、同地方病院に勤務する医療スタッフ（ドクター・ラジャパクサの他、ミッドワイフ2名、ヘルスポランティア1名）によるAMDAとのパートナーシップに基づいた参加のほか、AMDAスタッフからは、筆者（山根現地統括）の他、二ティ調整員、長谷川医療調整員（看護師）に加え、ド

ライバーのニハール氏が参加した。また、AMDA P B Pのコロボ事務所に対しセキュリティー会社から配属されているシバランジャン氏（トリンコマリー県出身）も、自身の休暇をとらえて同ヘルスキャンプにボランティアとして参加してくれた。

同サイトはシンハラ系住民を中心としており、シンハラ語が通じる地域であった。ニハール職員はシンハラ系であり、ヘルスキャンプでの受付で患者から聴取した患者情報をカルテに記載していった。また、ボランティアで参加してくれたシバランジャンはタミル系であり、タミル語が母語であるが、シンハラ語も得意であり、身長・体重測定を担当してくれた。

AMDA P B Pは、2004年より、東部での定期的な巡回診療を開始し、同県に属するシンハラ系、タミル系、そしてムスリム系住民地区での活動をすすめていく。

医療調整員・看護師 長谷川あすか

「先生はもうすぐ今日の診察が終わりますから、少々お待ちください。」時計の針は、朝の8時半を少し回ったところ。今日の診察が終わる？ まだ始まっていないのに…と首をかしげていると、Rajapaksa医師が姿を現した。

「巡回診療へ行く前に、病院で担当している患者さんの診察を終わらせてきました。150人はいたでしょうか。」

今回、巡回診療という表舞台で大活躍を遂げることとなる医療スタッフは、Gomaragadawelaにある地元病院で働く現役医師・助産婦・ボランティアの方々である。Gomaragadawelaは26の村を有する人口約6100人程の地域。

Bumbrugawewaはそれら村の一つであり、そこから車で約30分ほどのところに位置する。

150人の患者を終えた疲れなどつゆとも感じさせないRajapaksa先生、病院からの医療器具をぎゅっと胸に抱え込んだ

Chandra 助産婦と、Bumbrugawewa出身の医療ボランティアを乗せ、私たちAMDAスタッフは、いざ、Bumbrugawewaへと向かった。

車を10分ほど走らせたころ、2人の孫娘に支えられながら、一步一步足を引くように巡回診療所へ向かうおばあちゃんに出会った。そのおばあちゃんを横目に通り過ぎようとした運転手に、いち早く車を止めるように指示を出したのは、Rajapaksa医師であった。扉を開けた途端、車から飛び降りた2人の助産婦は、両脇からしっかり



筆者によるスクリーニング



地元助産婦による手際の良い指示

と支えておばあちゃんを車に乗せた。おばあちゃんを心配そうに眺めていた2人の子供たちの顔に笑みがこぼれたのも、この瞬間であった。Chandra助産婦は右手を差し出し、2人の子供たちをも車に乗せた。「おばあちゃんはまだ大丈夫。そんな顔しないの。さあ行くよ。」というChandra助産婦の言葉に、子供たちは恥ずかしそうに笑っていた。そして、このおばあちゃんが、何を隠そう、今回の巡回診療患者さん第一号になったのだった。

Panbullugawellaへ到着し、巡回診療の会場となる小学校で準備をしていると、あちらこちらからもなく、地元の人々が集まってきた。会場設置が完了する頃には、総勢120人もの人々がずらりと学校の敷地を埋め尽くした。これらの地元住民を前に、村唯一のお寺の僧侶より祈祷のお言葉をいただくとともに、Rajapaksa医師から巡回診療開催のあいさつをもしていただいた後、地元医療スタッフ、地元住民、そしてAMDAスタッフ一同が、首を長くして待ち望んだ巡回診療が、堂々と幕を開けた。

普段から同じ病院で一緒に医療活動を行っているということもあり、地元医療スタッフのチームワークのよさが巡回診療の運びをスムーズにした。AMDAドライバーに身長・体重を計ってもらった患者は、受付担当の医療ボランティア・Chandraさんのところに行き、そこで改めて名前・性別などをカルテに記入される。そして、患者は待合室にて列を作り自分の番を待つことになる。待合室での患者の整理、対応、そして医師の診察のアシスタントにあたるのは、Chandra助産婦。病院での経験をフルに活用し、巧みに患者と対応する姿はとても力強い。

Chandra助産婦の指示で、患者が一人一人、Rajapaksa医師の前に座る。100人以上もの患者を目の前に、疲れた表情をいっさい見せないRajapaksa医師。患者の訴えにじっくり耳を傾け、問診、聴診、触診により診断する。もちろん、適切なアドバイスもかかさず。そして、診察が終わった患者は薬局へ足

を運び、Siyawaine助産婦より薬を受け取る。Siyawaine助産婦による薬の説明を聞く患者の表情は真剣そのもの。患者が薬の用途を理解したのを確認し、Siyawaine助産婦は薬の処方量を表へ記録する。このような診療手順が、自然と成立した。また、順番待ちの患者を相手に、発熱の有無を確認するため、AMDAスタッフにより体温チェックが行われた。体温計を使用したことのない人々が多く、「私も計っ

て」、「この子も計って」と、あちらこちらから声が上がった。

疾患の傾向としては、ウィルス性発熱、喘息、筋肉痛・関節痛、そして胸焼けが上位を占めた。北部キリノッチ巡回診療との大きな違いは、創傷処置がほとんどないということと、巡回診療を訪れる人々の靴・サンダル使用率が100%に近いということ。子供の手足に損傷がなく、一見きれいに見える皮膚だが、その反面、アレルギー性の湿疹、汗疹が目立った。

午後2時を回った頃、巡回診療は無事終了した。最後の患者を薬局で見送った時、地元の女性クラブの代表がスタッフ全員をお昼の食事へ招待してくれた。テーブルいっぱいには並べられた民族料理。地元住民の方々からの感謝の気持ちが、口にすればするほど、体中に行き渡る思いだった。

Gomaragadawelaへ戻る途中、Rajapaksa医師からは、すでに来年の巡回診療について問合せを受けた。Trincomaleeにおける巡回診療が、地元住民・医療スタッフの要望により近い形の活動となるよう、来年度へ向けて調整を行っていきたい。

AMDA スリランカ医療和平プロジェクトに参加して

保健師 成田 和未

平成15年11月17日、スリランカでの半年間の任務を終えて帰国しました。これまでもスリランカPBPの活動はAMDAジャーナルで紹介されていることと思います。私にとっては、キリノッチ地域での活動が一番長いものでした。そこで、私はこの場をお借りして、特に厳しかったキリノッチ地域活動当初の私たちの生活の様子をまとめさせて頂きます。

キリノッチ地域では20年もの激しい内戦の結果、周辺の建物が全壊か、よくても半壊のものばかりとなっていま

す。そこで、キリノッチ地域での活動を始めるに当たり、半壊状態の建物を修復し、そこをスタッフの住居とすることになりました。そして、そこでの生活も独特のものでした。8畳サイズの部屋に3ベッド、男性1人と女性2人



ローカルスタッフと共に（左から3人目筆者）

での共同生活です。行動にもスペースにも制限のある生活でした。私のシャワー入浴中を、現地人に覗かれたこともありました。

6月中旬に住居が完成しました。しかし、やはり生活は悲惨なものでした。窓にネットが無いので夜には灯りに惹かれて大量の昆虫が住居に入ってきました、これは外で生活するのよりひどいです。机や椅子が無いので巡回診療活動から住居に帰ってくると、診療で使っていた机を食事・仕事用に組み立てます。翌朝には再びそれを分解することを繰り返しました。扇風機はありません、暑かったです。冷蔵庫はありません、暑くても常温水です。発電機はあったので、日暮れより就寝までの間、灯りにだけは不自由しませんでした。キノッチ地域で生活していると特に時間の経過が遅く感じるようになります。「すでに1年くらいここで生活している気がする。」といった会話をほかの看護師さんと話したりしました。この生活を通して、生卵なら常温で何日保存できるとか、残った食べ物を蟻から守る方法など熱帯での生活を学びました。個人的にももし自分が熱帯暮らしとはどんなことを言うのかと質問されたならば、私はこう答えるでしょう。それは体にハエが留まっても払いのけるのが面倒に感じる事、そしてハエに留まられたまま気にせずに実行中の作業を続行できること、と。

このように、現地での生活は辛いことばかりでした。しかし、ではなぜ、それでも私たちは活動を行なったのでしょうか。それは、内戦の影響を受けたキノッチ地域の人々は、私たちよりも粗末な住居に暮らし、電気も全く無い生活を送っていたからです。そんな生活の中で、病院がそばに無く、人が病気になったらどう考えることでしょう。私が伝えたいのは、だからAMDA・PBPは動いた、ということです。そこに明日への希望を失くしている人たちがいる限り、AMDAはAMDAの厳しい生活を顧みずPBPを進めるわけです。そして、日本にいる皆様のご支援にAMDAは背中を押されて、私たちはこんな状況でも胸を張って前に進めるのです。キノッチでの活動を、今も頑張っているスタッフがいます。今後もAMDAの活動にご理解とご協力をお願いいたします。

※ PBP : Peace Building Project

2003年2月からスリランカで開始されたスリランカ医療和平プロジェクト:PBP。6月より活動に参加し、9月より北部で本格的に学校保健を開始しました。それまでは、巡回診療においても子供の患者が利用していましたが、実際に学校を訪問して活動するにあたって、手探りの状態からの開始となりました。

地域のヘルスワーカーや、教育関係者に会い、実際どのように学校保健が行われているのかを把握することから始めたものの、戦争により病院や学校でもマンパワー不足が深刻となっている状態で、日本での養護教諭と名のつく先生ももちろんおらず、学校保健を行う状況ではない様子でした。

対象学校は、巡回診療地域の近くの3学校とし、連絡手段もないために、突如の訪問により活動をさせていただきたいことを伝えました。自分の感覚では、授業も中断させ迷惑かな、という思いがありましたが、すべての学校において、校長をはじめ私達の活動に大変協力的であり、「子供たちにいいことをしに来ているのだから、感謝している」の言葉には、活動への不安が払拭されました。

子供の健康問題では、菌科疾患、低栄養、マラリア、と地域の保健省の指摘がありましたが、実際に学校を訪問して感じたことは、学校保健が行われていない状況で、「病気を予防する」ことが学べていないことにあると思います。

巡回診療でも、多くの子供が利用していますが、少しの咳や創で学校を休んでいる状況です。病気になり、薬を内服して治癒させることだけが重要ではなく、毎日の行動で病気を予防することができることを、私達の活動を通して学んでくれればと、感じました。

PBPの活動は2年を予定していますが、AMDAが撤退した後は彼ら自身が中心となって地域の健康問題を解決していかなければならなくなります。

学校保健においても、常に1割から2割の生徒が欠席しており、雨季においては通学路のコンディションが悪くなるためにさらに登校する生徒が減るという問題もあります。しかし、活動を通して伝えたメッセージを子供達を中心となって地域に伝えていき、戦後の復興を支える大きな原動力となっていけばと願います。



プロジェクトスタッフと共に誕生日を迎えて
(前列左から3人目 筆者)

事務局便り

イラク復興支援 チャリティーコンサート

岡山県倉敷市のバイオリン奏者入江洋文氏とピアノ奏者西牧尚子氏ご夫妻によるイラク復興支援チャリティーコンサートが昨年12月に開催され、コンサートの収益金をお二人がAMDAに届けて下さいました。『音楽で国際協力を続けていきたい』『音楽で平和へのメッセージを送り、聞いていただいた方々にも平和と一緒に考えていただきたい』と語られたお二人は、2001年にもアフガン難民支援のためのチャリティーコンサートを開催して下さいました。

AMDAを訪れたお客様

2003年9月25日、岡山大学大学院保健学科長の川田先生とともにスリランカ政府保健福祉省の局長をされているデシルバ御夫妻がAMDA本部を訪問しました。デシルバ御夫妻からスリランカの保健分野に関する政府の対応や組織の役割の説明をして頂き、またAMDAの近年の活動、及び現在スリランカで実施している活動について紹介いたしました。



前列右二人目より
DR. HIRAWATHI DE SILVA (Ministry of Health Nutrition and Welfare)
DR. STANLEY DE SILVA (Ministry of Health Nutrition and Welfare)
川田智恵子 岡山大学大学院保健学研究科長



(右) : Dr. S.D. De Silva (Director) National Institute of Health Sciences
(左) : Dr. U.K.D. Piyaseeli (Deputy Director) National Institute of Health Sciences

2003年12月5日、スリランカ南部カルタラにある国立健康科学研究所の所長、副所長が岡山大学区医学部保健学科の長宗助手とAMDA本部を訪問しました。一行は岡山大学医学部とともにスリランカにおける糖尿病とライフスタイルについての共同研究を実施しており、研究分析会議のために来岡されておりました。同研究所のあるカルタラ地区は本年5月に襲った大洪水の現場でありAMDAが緊急救援活動を実施したところでした。両先生方から救援活動に対し御礼の言葉を頂き、スリランカでのAMDAの活動紹介をさせて頂きました。



特産品で国際貢献

AMDAの途上国医療関係者への研修受け入れ等でご協力いただいている岡山県新庄村より、新庄村特産の「ひめのもち」をいただきました。特産品を国際貢献に役立てて欲しいと贈られたお餅300袋はスリランカに送ります。『スリランカプロジェクトに従事している日本からの派遣スタッフ、現地スタッフそして巡回診療にやってくる子ども達と一緒に食べて欲しい』と、小倉新庄村村長が届けて下さいました。

講座参加者募集のお知らせ

香川県下において、アムダ国際福祉事業団が「国際協力講座」を開催します。環境分野での国際協力活動について、関心をお持ちの方はぜひご参加ください。

[講座名] 平成15年度 地球環境市民大学校「国際協力講座」in 香川

[日時] 平成16年2月21日(土)～2月22日(日) 1泊2日

<集合> 2月21日(土) 9:30 JR高松駅前または10:00KKR高松さぬき荘

<解散> 2月22日(日) 16:30KKR高松さぬき荘または16:40JR高松駅前

[会場] KKR高松さぬき荘 (香川県高松市番町4-13-25、TEL087-831-5226)

財団法人オイスカ四国研修センター

(香川県綾歌郡綾南町陶5179-1、TEL087-876-3333)

[宿泊先] KKR高松さぬき荘

[参加費] 3,500円(受講初日に受付にてお納めください)

*宿泊費を含みます。集合までと解散後の交通費は自己負担となります。

*別途食費(4食で4,000円)を徴収いたします。

[対象] 環境保全、国際協力に関心のある18歳以上の方。

[人数] 25名 *定員を超えて申込みがあった場合は抽選となります。

[主催] 環境事業団 地球環境基金 **[後援]** 香川県

[協力] アムダ国際福祉事業団、公設国際貢献大学校

[研修プログラム]

講演「地球温暖化と地域からの取り組み」

松下和夫 京都大学大学院教授

講演「福祉政策支援とNGOの役割ーカンボジアでの体験から」

林 民夫 前カンボジア王国社会省大臣顧問

講義「中国黄土高原での緑化協力について」

東川貴子 特定非営利活動法人緑の地球ネットワーク

講義「オイスカの国際協力及び「子供の森」計画について」

池田敦史 財団法人オイスカ

講義「国際協力における組織マネジメント」

鈴木剛史 公設国際貢献大学校

グループ討議「異文化理解とNGOの現場」

池田敦史 財団法人オイスカ

グループ討議「君ならどうする？国際協力の現場から」

鈴木剛史 公設国際貢献大学校

体験学習「外国人研修生との交流」財団法人オイスカ四国研修センター

*各講義内容などは、都合により一部変更することもあります。

*詳細なスケジュールは、下記までお問合せください。

[お問合せ及び参加申込先]

公設国際貢献大学校 担当 森分(もりわけ)、恩田

〒718-0392 岡山県阿哲郡哲多町田淵70番地

TEL: 0867-96-2062 FAX: 0867-96-3562

E-mail: school-affairs@miic.ac.jp

公設国際貢献大学校のホームページ <http://www.miic.ac.jp>

[申込締切] 平成16年2月9日(月)

独立行政法人 国際協力機構：JICA

第24回国際協力フォトコンテスト

国際協力機構理事長賞受賞

AMDA職員の山上正道調整員がパキスタンでアフガン難民支援プロジェクトに従事していた際に活動記録として撮影した写真「21世紀を担う子ども達を応援します！」が、国際協力機構理事長賞を受賞しました。2003年12月18日に授賞式が執り行われましたので授賞式の様子をご報告します。

(以下、受賞者山上による報告)

授賞式は理事長である緒方貞子氏の挨拶から始まり、賞状授与、賞金(目録)授与、協賛者挨拶、副賞授与、そして、審査委員長からの講評、最後に受賞者代表である私のスピーチで終わりました。

講評では各受賞者1人ずつに審査委員長からコメントがあり、私の写真に関しては、審査委員満場一致で理事長賞に決まったこと、そのポイントとして、まさにポリオを与える瞬間だったこと、弱々しい子どもを母親が心配そうな表情をして見守っている、バックの背景から難民キャンプの様子が垣間見える、民族衣装を着ているなどだったそうです。



国際協力機構理事長賞受賞写真と

←AMDAの説明、撮影した状況や当時の難民の様子、キャンプでのAMDAの活動内容を説明

岡山県救援物資備蓄センターの救援物資を イランの被災地バムへ



AMDAのイラン南東部大地震緊急救援活動開始を受けて、岡山県より救援物資が提供された
左：菅波 茂 AMDA代表 右：石井正弘 岡山県知事



救援物資積み込み作業をするAMDA職員



岡山県救援物資備蓄センターを
出発する救援物資