

月刊

AMDA

国際協力

Journal

5

MAY

2004.5

(VOL.27 No.5)



カンボジアレポート

保健医療サービスと保健教育を通じたコミュニティ開発プロジェクト（コンボンスプー州）



AMDAカンボジアクリニック（ACC）プロジェクト（プノンベン特別市内）



アンロカ行政地区保健プロジェクト



AMDA 国際協力 Journal

2004
5月号

CONTENTS



カンボジア日本友好小学校
(チャンバック小学校)
支援プロジェクト



◇AMDA とカンボジア	2
◇カンボジアの保健医療事情	3
◇岡山市国際交流協会国際交流推進事業助成金 カンボジアプロジェクトレポート	5
◇アンロカ地区保健プロジェクトの舞台裏から	13
◇アンロカ地区の保健センターにおける分娩データの分析 ..	14
◇村の人々の声・インターン報告	16
◇寄付者名簿	19
◇カンボジアの生活	20



AMDA のカンボジアプロジェクト

東南アジアの中でも最貧国に分類されるカンボジアにおいて、AMDAは保健医療の分野で、1992年より支援活動を継続してきました。主に国内避難民や障害者等を対象とし、保健医療サービスの届きにくいコンボンスプー州において巡回診療や保健衛生教育をAMDAカンボジアクリニック（1997年プノンペンに開設）を拠点として行ってきました。1993年には国内避難民の子ども達のためのデイケアセンター運営を開始し、2001年にはチャンバック小学校敷地内にデイケアセンターを設け、子ども達への健康診断や保護者への保健衛生教育を行っています。

さらに1999年よりカンボジア政府の要請を受けてタケオ州アンロカ地区の保健行政を担い、地区病院や保健センターの管理運営、地域住民への保健医療サービス、保健医療従事者への技術移転を通して地区全体の保健医療システムを完成させました（2004年4月終了予定）。

表紙の写真はアンロカ地区の住民への保健衛生教育のようすです。できるだけ多くの住民に集まってもらうようスピーカーで呼びかけています（写真左）。

住民へのサービスとしては診療、予防接種、保健衛生教育をそれぞれ、集会所内を3つのコーナーに仕切って行っています。

2004年度のカンボジア事業としては

- *AMDA カンボジアクリニック（ACC）運営支援プロジェクト（プノンベン特別市内）
- *保健ボランティア育成・巡回診療プロジェクト（コンボンスプー州）
- *アンロカ地区保健行政運営支援プロジェクト（タケオ州）を行っていきます。

表紙の写真



AMDA とカンボジア

◇
AMDA代表 菅波 茂

私が初めてカンボジアの土を踏んだのは1969年だった。タイのバンコックからアンコール・ワットのあるシェムリアップに入った。満月のアンコール・ワットでの王室舞踊団の華麗な舞台が印象的だった。しかし、平和なカンボジアも隣国のベトナム戦争にまきこまれ歴史の歯車が狂っていった。そしてポル・ポト政権による大量虐殺の後、ベトナムに支援された新政府の樹立。1979年、この混乱の中で大量のカンボジア難民がタイに流出。日本のメディアは大キャンペーンをはり、『欧米の若者がカンボジア難民のためにタイまで来て活動している。日本の若者にボランティア精神は無いのか』と謳った。しかしながらボランティア活動に必要な情報「どんな支援をどのように実施すればよいか」は皆無でもあった。それでも日本の若者が熱い情熱と行動力を発揮した。大学生を中心とした若者がカンボジア難民キャンプに駆けつけた。てさぐりの支援活動が始まった。個々の若者の気持ちはうねりとなってさまざまなグループが誕生した。現在の日本を代表するNGOの原型が形作られた。純粋なボランティア精神が行動を通して形になった年であった。これらのNGOは1995年1月17日に発生した阪神大震災被災者救援の際に、全国から駆けつけたボランティアの受け皿として大活躍することになった。「情けは人のためならず」という格言を思い出さざるをえない。

「同じアジアの一員として、医師としてカンボジア難民を助けたい!」。この同じ年1979年、私と二人の医学生もまたカンボジア難民キャンプで医療救援活動をしよとタイに入国。しかし実際に全く活動することができなかった。バンコクで初めて国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) の許可なしに難民キャンプに入れられないことを知るなど、数々の国際社会の掟に阻まれて、あえなく帰国。情報と活動を受け入れてくれる受け皿がなければ、善意だけでは何もできない現実を突き付けられた苦い経験となった年である。

しかしこの経験を踏み台として、

1984年のAMDA (アジア医師連絡協会) 設立に至る、契機の年でもあった。

まずすべきことはネットワーク作りである。

将来アジアで医療支援活動が可能ないように、アジア各国の医師、医学生と交友関係を基き、情報収集や受け皿 (拠点) を作ろうと、1980年よりアジア国際会議を毎年開催し続け、10年が経過した1990年代には、本格的な医療支援活動が行えるようになった。

1992年。タイ国にいたカンボジア難民の母国への帰還が始まった。その帰還促進のためにAMDAも医療チーム



巡回診療 (1992年)

を派遣した。場所は首都プノンペンの南西にあるコンボンスプー州のプノム・スライ郡の郡立ヘルスセンターである。活動はヘルスセンターの設立および運営だった。同時に巡回診療や現地医療従事者への医療トレーニングも行なった。巡回診療中に強盗と化したポル・ポト残兵に襲われることもあったが、翌1993年には国内避難民の子ども達を対象にデイケアセンターの運営を開始し、子ども達への健康診断、栄養給食、さらには識字教育を開始した。うれしいことにこの年の5月、これらの活動に参加したカンボジアの青年医師が中心となってAMDAカンボジア支部が設立された。



プノム・スライ郡立ヘルスセンターオープニングセレモニーで挨拶する筆者

1997年にはAMDAカンボジア支部を中心として、プノンペンに貧しい人たちのためにAMDAカンボジアクリニック (ACC) を開設、クリニックでの診療と巡回診療を行うこととなった。さらに1999年にはカンボジア政府 (保健省) がタケオ州アンロカ地区の地域保健向上を目的とし、アジア開発銀行から資金提供を受け、AMDAに保健行政管理を委託したアンロカ行政区保健プロジェクトを実施している。

カンボジアの土を踏んでから早くも35年。カンボジアでの現在の活動は全く予想できなかったことであり、運命の不可思議に感謝するのみである。

将来、国際協力活動をするために必要な事をあえて提示させていただくとすれば3点である。

まず第一がコミュニケーションに必要な会話能力である。英語での活動が可能で、少なくとも「挨拶」と「有難う」は現地語で話したいものである。ポディーランゲージだけでは限界があることを知っていただきたい。

次に世界史である。相手の歴史を理解することは「あなたに関心をもっています」という最大のメッセージである。そしてローカルイニシアチブを尊重して欲しい。つまり活動は常に現地の価値判断を優先させなければならない。

最後に日本および日本人としてのアイデンティティーである。相手も私達に関心を持っているのである。自分のことが話せないのは最悪である。自分が何(専門)をしに、どうしてここに来たのか。活動の前にはきちんと説明しなければならぬ。声に出してメッセージを出さなければ、相手に受け入れられないのが国際協力活動の世界である。

カンボジア王国に於ける保健医療の現状

AMDA カンボジア支部代表 シエン・リティ (医師)

(翻訳 藤井倭文字)

I. はじめに

カンボジア王国 (以下「カ国」) は、東南アジアに位置する農業国である。西にタイ、北にラオスとタイ、南にタイ湾、そして東はベトナム国境に接している。国土総面積は181,035平方キロメートルで、東西にわたる最も広い所は約580km、南北では450kmである。

カ国の気候は熱帯性で、農村地帯の生活リズムの基盤となる、二つの全く異なる季節風によって分かれている。11月から2月は北東から冷たく乾燥した季節風が吹き、殆んど雨は降らない。しかし、夏は南東から吹く季節風が強風、高湿度、豪雨をもたらす。首都プノンペン特別市の年間平均気温は27℃で、4月が一番暑く、日々の最高気温は40℃以上にもなる。

カ国の人口は約1,340万人(2002年調べ)で、その内84%は農村地帯で、残りの16%が都会で生活している。この国の人口密度は、1平方キロメートルあたり64人である。最近の社会開発、特に産業開発の結果、仕事やビジネスの機会を求めて農村地帯から大都市へばく大な数の移住者が流入し、その結果、農村地帯では生産力や労働者の数が減少している。

II. 保健医療の現状

概要:

カ国の社会的生産基盤、人材資源、及び社会サービスは、20数年にわたる戦争や内戦、政治的不安定や経済的枯渇により破壊されたが、徐々に再構築されつつある。しかしながら、農村地帯に住む大部分の住民は今だ貧しく、最も基本的な保健医療サービスへのアクセスにさえ恵まれていない。住民の半数以上が18歳以下で、彼等の経済的・社会的な福祉問題が非常に懸念されている。また、子供や女性の立場を改善するための課題は、未だに多い。HIV/AIDSの流行は比較的遅れて始まったが、その後急速に進み、現在カ国は東南アジアで最もその影響を受けて



いる国の一つとなった。HIV/AIDS問題が個人や各家庭に与える経済的ダメージは、非常に大きい。国連児童基金 (UNICEF) による援助は、若者達がより良い生活をするための技能を得、自己を表現し、より安全で、より有意義な暮らし方を学び、学齢期の子供達を援助してその生活を安定させ、特に学校へ行けない子供達に留意し、学習環境において子供に優しい環境づくりを促進している。

1. 母子保健医療:

カ国で生まれる10人に約1人の新生児は、一歳の誕生日を迎えずして死亡している。乳児死亡率は1,000人あたり95人、5歳児以下の死亡率も同様に高く、1,000人あたり124人である。これは、アセアン諸国の中で最も高い数値である。また、約40%の子供達しか基本的な予防接種を受けておらず、12~23ヶ月未満幼児の予防接種率はまだまだ低い現状である。そして、5歳児未満の約45%に、体重不足のような発育不良が見られる。6~59ヶ月の子供達の内、57%だけがビタミンA栄養補強剤を支給されている。出生時における新生児低体重率は11%である。ヨ一素塩を使用している家庭はわずか14%である。妊産婦死亡率は10万人あたり437人で、妊産婦のための専門医療機関へのアクセスは相対的に低い。妊娠期間中に、研修を受けた医療従事者による検診を受けた女性は、わずか38%だけである。また、医療従事者による分娩介助を受けた女性は32%だけである。残りの68%の女性は、家庭

で伝統的産婆の介助を受け出産している。また、産後ケアを受ける女性は、特に農村地帯では、非常に稀である。危険を伴う妊娠中絶の率は、過去5年間、非常に高い。

2. 公衆衛生設備:

総人口のわずか30%が安全な飲料水にアクセスでき、17%だけが適切な衛生設備を利用している。

3. HIV/AIDS:

2001年から2002年の第一四半期にかけて、国連共同エイズ計画(UNAIDS)と世界保健機関(WHO)は、各国政府や研究機関と協力し、HIV/AIDSと共に生きる人々の推定値を再検討した。この再検討は、1997年と1999年に発表された推定値、及び最近の多くのHIV/AIDS調査の傾向に基づいている。国際的専門家グループの協力を得て開発された方法が、HIV感染率、AIDS発症率、死亡率、母子感染によりHIVに感染した子供の数を把握するために使用された。また、感染率の低い国、ある地域や層に感染が集中した国、国全体に感染が広がってしまった国で、HIV感染率を推定するために異なった方法が使われた。現在の推定結果が、感染者数を正確に反映しているとはいえないが、調査方法が改善し、多くの情報を収集できるようになるに従い、これらの推定値は常に修正されている。これらの報告書では、15歳から49歳の男女が対象となっている。この年齢層は、性的に最も活発な年代と考えられている。HIV感染のリスクは明らかに50歳を過ぎても続くわけだが、実質的にリスクを伴う行為を取りがちな大部分の人は50歳までに感染していると考えても過言ではない。成人のHIV感染率を計算する際、この15歳から49歳の人口は分母として使われている。

実際、カンボジア国民のうち17,000人(全人口の2.7%)がHIV/AIDSと共に生きている。その内、0~14歳の子

供数は約12,000人と推定されている。2001年の推定死亡者数は12,000人で、この病気により親を失った孤児は約55,000人とされている。

4. 結核及びマラリア：

カ国は、世界でも結核患者の多い国の一つである。あらゆる症状を含む結核罹患率は10万人あたり540人である。結核による死亡率は、10万人あたり90人で、結核患者203人のうちHIV感染率は11.8%である。マラリアによる発病率は1000人あたり8人である。この二つの病気により、毎年何千人と言う多くの人々が命を失っている。

5. 社会経済、教育、及び貧困：

国民一人あたりのGDPは約US\$297と推定され、年間成長率は約5%である。国民の約36%は貧困線以下の生活をしていると推定され(その収入は一日あたり\$1以下)、貧困格差は非常に大きい。大人の識字率は男性80%、女性57%で、大学又はそれ以上の教育機関へ通っている女性の率は男性と比べて非常に低い。

6. 地雷：

長引いた内戦は、多数の障害者を生み出し、その数はいまだに増え続けている。1997年の社会経済調査によると、25,805人のカンボジア人が紛争のために障害者となっている。さらに、それとは別に16,290人が地雷による障害者となった。これはカンボジア人の250人に一人がこの国の戦争の歴史に直接関係した障害を受けている証である。疾病(小児麻痺、先天性奇形)や事故(交通事故、家庭内及び職場での事故等)、その他の原因による数千人にのぼる多くの障害者についても付け加えたい。

地雷被害者のわずか10%だけが、適切な保健医療サービスを受けているとされている。未だカ国には、何千もの不発弾と何百万もの地雷が地下に眠っていると推測されている。そして、事故が原因で数千人の人々が障害を持って暮らしている。彼等にとって教育機会を得、仕事を見つけることは大変困難であり、健康問題が人材育成開発においても大きな障害となっている。

その上、重要な問題は人的資源と医療施設等の配置である。地方分権が進められているとはいえ、人的資源、特に専門家は首都と大都市に集中しており、僻地では公共/民間施設ともに医療従事者と医療施設が不足している。

7. AMDAの取り組み：

保健医療サービスの地方分権、財政・組織運営面の改善、人材開発を通じた保健医療システムの改善を促進するために、過去長い年月にわたりカ国政府は努力してきた。また二国間援助、国際機関、NGOs、及びその他機関からの援助も受けているが、保健医療状態は未だあまり改善されていない。特に、母子医療事情に関しては、過去5年間殆んど変化は見られない。オックスファムの調査によると、一家族が保健医療サービスに費やしている費用は年間\$29で、これはGDPの11%にあたり、世界でも医療負担が最も高い国の一つと言われている。医療費は、多くの家庭において、最も大きな出費に当たる。最近土地を失った人々の46%は、医療費に関連した借金が原因である(貧困ゆえの悪循環)。

20数年間に及ぶ内戦や紛争により破壊されたカ国保健医療システムの再建を支援するために、AMDAは1992年(パリ平和協定及び全ての反対勢力による全国的な和解後)、最初のプロジェクトを開始した。人材育成、医療施設の建設・修復、医薬品・医療消耗品の支給、マネージメント及び一次/二次保健医療に関連するその他の活動を通じ、地域医療システム再構築支援を実施した。カ国保健医療システムの再構築過程においてAMDAは、特に母子保健、医薬品の管理及び感染症蔓延防止等に重点をおき、地域医療従事者の研修を実施するとともに、技術的サポートや助言を行うという新しい役割を果たした。

近年AMDAは、新しい枠組みである「契約型」保健医療サービスパイロット事業において、保健医療サービスを提供するOD(Operational District:行政区、一次/二次医療を統括している保健行政区分)のマネージメント能力とその質の向上支援を通じ、重要な役割を果たしている。特に、人材/能力開発、ローカルスタッフへの責任分担、医薬品・医療消耗品・医療機器の

調達、保健医療施設の建設と改修、医療保険システムの構築など、将来的なモデルとなるカ国保健医療システムを発展させてきた。カ国でプロジェクトを開始して早や12年。AMDAは、保健医療システム再構築のためにカ国政府を支援し、懸命の努力を惜しまなかった。プロジェクト地における多くの成功が、それを証明している。

私達が懸念している事は、国際機関、NGOs、及び海外からの協力機関等全てのドナーに課せられた問題、「プロジェクトの持続性」である。そして、カ国全ての国民に、将来より良い保健医療サービスを提供するために、民と官のパートナーシップについてドナーの皆様に考えていただきたい。

III. 結び：

最後に、カ国が考えていかなければならない事項を4点にまとめ、結びとしたい。

1) 保健医療システムの再構築。(過去10年間、保健医療システムの再構築が実施されているが、より能率的で、国民に受け入れられ、且つ持続性のあるシステムにするために、新しい方法や仕組みを見いだす更なる努力が必要である)。

2) 貧困層や社会的弱者と呼ばれるグループの人々が、アクセスできる保健医療サービスの活性化。

3) HIV/AIDS、結核、マラリア、栄養、母子医療、男女平等、女性や少女への教育機会提供等の問題改善。

4) 社会経済状況の改善。(これは、私達が深刻に考えなければいけない最重要事項である。もし、貧困層の人々が少しでも収入を得る事ができれば、子供達を学校へ通わせることが、病気の時には病院に連れて行くことが、そして十分な食事を食べさせる事ができるようになるだろう)。

参考資料：

1. Cambodia 2000 Demographic & Health Survey
2. Health Sector Strategic Plan 2003-2007
3. UNICEF Website: www.unicef.org
4. その他国家保健プログラムに関連した会合、ワークショップなどの資料

カンボジア保健医療支援プロジェクトレポート

AMDA国内事業部広報室 広報担当 奥谷 充代

輝く朝陽とアンコール・ワットに憧れる日本人は多く、観光客が急増している。昨年1月、カンボジア現地紙が、タイの有名女優が「私をカンボジアに呼びたければアンコール遺跡をタイに差し出すべき」と発言した旨報道したことを受けて、カンボジア人学生がタイ大使館前で抗議運動を開始。この抗議活動が次第に過激化し、同日夕刻以降、暴徒化した群衆によりタイ大使館及びタイ系企業等が襲撃・放火された事件も記憶に新しい。両国間の歴史的背景や現在の経済的格差から、一挙にカンボジア国民の反タイ感情に火がついたのではないかとされている。

かつて、日本のNGO、国際貢献に大きな影響を与え注目されてきたカンボジアだが、現在は、世界遺産であるアンコール遺跡群以外はマスメディアになかなか登場しない。岡山市国際交流協議会より国際交流推進事業助成金を得て、AMDAが展開している保健医療支援プロジェクトのモニタリングを実施した。

カンボジアの“今”とともにレポートする。

プロローグ

日本において市民レベルの国際救援活動が国民的な規模でおきたのは、カンボジア難民救援からだと言われている。

1975年、ベトナム戦争が終結し、ポル・ポトを中心とする新政権は、王政を廃止して民主カンブチアを樹立し、旧政権関係者の大量粛清、生産手段の国有化、都市住民の農村への強制移住など急激な改革を進めた。78年12月、ベトナムの支援を受けた反政府勢力の大攻撃が開始され、翌年1月には、ヘン・サムリンが実権を握るカンブチア人民共和国の樹立が宣言された。民主カンブチア側はタイ国境や山岳地帯を根拠地としてゲリラ戦を展開したため、大量のカンボジア難民がタイ領内に流出した。この頃から日本のNGOがタイなど各地の難民キャンプで活動実績をあげ始めたのである。一方、日本政府は、79年4月、インドシナ難民（ベトナム・ラオス・カンボジア）の日本定住受入れを認めることとし、現在も定住を許可されたインドシナ難民と、日本で生まれた子どもなど難民の家族が日本で生活している。

時は流れ、1992～93年、国際平和協力法（日本PKO法案）が成立し、国連カンボジア暫定機構（UNTAC）（注1）に自衛隊と警察が派遣された。日本人の国連ボランティアや文民警察官の方が亡くなられるなど、日本の国際貢献問題と表裏一体のものとしてカンボジアの行方が非常に注目された。

日本政府はカンボジア問題を東南アジア最大の不安定要因と位置づけ、和平、復興及び

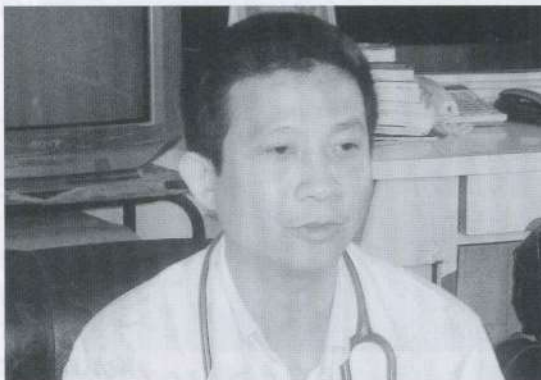
安定に向け積極的に協力してきた。日本の1992年から2001年までの対カンボジア支援累計額は約1,013億円（無償資金協力約762億円、技術協力約210億円、円借款約41億円）で、二国間援助ではトップドナーである。主要援助国は、日本88・アメリカ合衆国21・フランス18.6・オーストラリア18.4・ドイツ12.3（99年・単位百万ドル）で、日本が突出している。日本政府は、財政・森林管理・兵員削減・行政等の改革支援、インフラ整備及び保健・教育分野を中心に今後も支援を継続すると表明している。

大量に流通する米ドル

シェムリアップ空港に到着！ 曇り空のカンボジアは、思っていたよりムシムシしておらず、肌寒かった岡山に比べ心地良い。後でわかったことだが、カンボジアでは、曇りは「最も良い天気」（「悪い天気」は快晴）だそうで、幸先の良いスタートだった。

最初に驚いたのが、ビザの支払いが米ドルだったことである。カンボジア国内では、常に米ドルで支払って、おつりがカンボジアリエルだった。米ドルの流通比率は東南アジア諸国の中でも格段に高く、通貨流通量の96%が米ドルとの見方があるそうだ。極端な米ドル化は歴史的経緯による。UNTACによる暫定統治時期、約1万人の外国人が居住し、支払いは米ドルだった。その後も国際援助機関やNGO、外国資本による繊維縫製工場の建設など民間企業の進出が増加しているが、米ドルで給与が支払われている。自国通貨を持つ意義（政治的に国家威信の象徴であること、歳入源であること、マクロ経済管理の基礎となること）を弱め、特に中央銀行による貨幣供給量の管理を困難にしている。脱米ドル化に向けて、公共料金や税金の徴収を米ドルからカンボジアリエルに変更する取り組みが始められている。

「声を出す」ことが出来るようになった



AMDAカンボジア支部代表のリティ医師（Dr. SIENG Rithy, MD）

現地ならではの情報を入手しようと、AMDAカンボジア支部代表のリティ医師（Dr. SIENG Rithy, MD）にインタビュー！ 各地のフィールドを訪問し仕事をするのがうれしいと、ニコニコ笑顔で答えてくださった。

—カンボジアで今一番ホットな話題は？

「選挙。昨年7月に総選挙がありました。いまだ新政府が発足していない。国民は待ち望んでいます」

2003年7月27日に実施された総選挙は、パリ和平協定調印後3回目にあたり、下院（国民議会）の定数123議席が争われた。概ね自由・公平で平穩裡に行われたとされ、第1党の人民党が64から73に議席を増やし、第2党であった王党派のフンシンベック党が43から26に議席を大幅に失い、野党であったサムランシー党は躍進し15議席から24議席を増やした。選挙に勝てなかったフンシンベック党とサムランシー党の両党は、選挙に不正があったなどとして選挙結果を認めないと主張し、選挙後急遽「民主主義者同盟」を結んで、フン・セン首相を排除した他の人民党候補者による内閣樹立及び人民党、フンシンベック党、サムランシー党の3党連立内閣を要求している。人民党は、「フン・セン排除」の要求を拒否するとともに、民主主義の制度として野党の存在は必要との立場から2党の連立を主張しているため、政局は混乱し膠着状態を続けている。カンボジアの憲法の建前は第1党から首相候補者を出し、国民議会（123議席）の3分の2の投票で首相が決まることになっているが、人民党単独では取れていない。これまでの内閣（フン・セン首相）が取り敢えず機能している。

ようやくフン・セン首相とラナリット殿下（フンシンベック党）による会談が行われ、2党連立政府の樹立を合意した（2004年3月16日ラスメイカンボジア新聞日本語版より）

というニュースが飛び込んできた。

—多数のNGOがひしめく中で、AMDAの特徴や評価はどういったことでしょうか

「カンボジア国内に350以上あると言われているNGOの中で、政府と連携し協働しているのは4つのNGOだけで、AMDAはその一つです。5年間政府と協働してきた結果を、政府が評価してくださっているのだと思います。また、治療が困難とされる、内戦で傷ついた障害者や貧困層にスポットを当てています。システム開発に重点を置いているのも特徴でしょう」

「プノンペン市内にあるAMDAカンボジアクリニックには、最初は障害者支援をしている他のNGOを通じ患者が来るケースが多かったのですが、診察料が安くサービスも質も高いという口コミから来院数は増え続けています。薬の使い方が一部のクリニック（患者の薬への無知につけこんで効能の低い薬を高額で処方するクリニックもあるらしい）と異なり、決められた通りに処方しています。患者にお金が無ければ、AMDAが負担して総合病院や専門病院に搬送するケースもあります」

—これからの展望についてお聞かせください

「日本の国、人々からの多大な援助に大変感謝しています。

これまでケアされてこなかった人々に引き続き光を当て、例えば障害者の病気を減らし生活の安定に繋げていきたい。そして、AMDAの巡回診療を山の奥まで広げ、AMDAのクリニックを大きな病院にし、ケアだけでなく教育・研究もしていきたい。内戦で知識人の多くが虐殺されたので、日本人医師との技術交流の場としたいのです」

—非常に困難な時代を生き抜いていらっしゃるかと推察しますが、イラクやアフガニスタン、アフリカの国々など今混乱状態にある国の人々に伝えたいことは何でしょうか

「最も大切なことは、『民主化』『社会参加』だと思います。内戦中は出来なかった『声を出す』ことが出来るようになりました。例え汚職があっても、訴えたりデモをしたりすることが可能になったのです。マレーシアやシンガポールのように、国全体の底上げ、ミドルクラスの発展が不可欠です。政策は決定されたので（注2）、実行に移す時期です。相談しているだけは、人々の貧しい状況は変わらないのです。変わらなければなりません。それには新しい世代が必要です」

—知らせることの大切さ、難しさ

次のインタビューは、「アンロカ行政地区保健プロジェクト」で、テクニカルアドバイザーを務めるバージル・ホーキンスさん。システム開発に取り組む傍ら、マネージメントやリーダーシップなどについても地元スタッフを指導している。元々紛争が専門の彼は、ポル・ポト時代にインフラが全て破壊され、医療保健システムが崩壊したことから、10・20年と長期的な視点で取り組む必要があると言う。当プロジェクトは、1999年よりアンロカ地区の公共保健施設（9つの保健センターと1つの地区病院）の運営とその地域住民12万人に対して、公共保健システムの再構築と信頼回復を試みている。（なおこのプロジェクトは、2004年4月末日に事業終了。次期契約団体への引継ぎを予定している。）

—地区病院と保健センターにいらっしゃる患者の方々に、来院理由を調査されていると伺いましたが

「中間結果ですが、1. 安い 2. スタッフの質が良い 3. よく効く薬がいつもある等が主な理由です。また、いくら安価で、良いサービスを24時間提供していても、住民が知らなければ有効に利用されません。より多くの住民に私たちのサービスを知ってもらうためにはポスターや垂れ幕を使うなど、いろいろな工夫が必要なのです。垂れ幕の効果が予想以上に高く驚きました。垂れ幕のメッセージは、「一番クオリティが高い」とか「一番安い」とか、「24時間運営中」などストレートな内容です。貧困層になればなるほど村の中でも孤立しがちで情報も少なくなるのです。市場から遠ければ遠いほど情報が少なくなるが故に、高額だが質の低い治療を受けることになってしまうこともあります。こうして、貧しい人はより貧しい環境に陥ってしまう危険があるのです。人々にいかに地区病院と保健センターでのサービスを知ってもらうか、重要な課題の一つなのです」



写真のバックに写っているのが垂れ幕。前列：バージル・ホーキンステクニカルアドバイザー 後列：右から、来院した患者さん親子、西野共子産婦人科医、岡本美代子プロジェクトマネージャー、筆者

安全なお産への招待

次に同じく、アンロカ行政地区保健プロジェクトでプロジェクトマネージャーを担っている岡本美代子さん。彼女はプライマリーヘルスケアを専門とし、フィールド・ワークをこよなく愛し、村でもどこへでも出かけて行く。現在は、ローカルスタッフのマネジメント人材育成に取り組み、プロジェクトの仕上げに余念がない。国際支援活動には、国際スタッフ側の人材育成や支援に対する姿勢も同様に大切と考えているようだ。

—このプロジェクトは5年目になりますが、これまでの成果で注目していることはなんですか

「プロジェクトの成果で今、注目しているのが保健センターでのお産件数の急増です。数年前は村人達の1割以下が公共保健施設での出産、つまり9割以上は伝統的産婆による介助の下で出産し、閑古鳥が鳴いていた公共保健施設ですが、ここ2年間をかけて、保健センターでのお産件数が3割弱に急増しています。保健センターの助産師たちとワークショップを開き、どうしたら村の人々が保健施設を利用し、安全なお産に導けるのかを検討しました。助産師たちのトレーニングを続けると共に、ユーザーフレンドリーな施設となるように、女性である助産師たちの意見を取り入れ、分娩室内にピンクのカーテンを導入したり赤ちゃんのポスターを貼ったりなど様々なことに取り組みました。女性への優しい心配りや工夫も成果を上げていると思います。また、村の保健委員会と協力して、保健センターでの安全なお産を呼びかけてもらっています。カンボジアでは、現在、約10万人に対して約500人の妊産婦がお産時のトラブルで亡くなってしまいます(日本は8人程度)。道路の不整備や夜間の外出時に遭遇する強盗などの犯罪は、お産時の保健施設への移動をさらに困難にします。適切な施設での安全なお産は、ここではとても切実なのです」

今、必要なのは「もの」ではなく…

—現在、必要とされているものはなんですか

「現在、必要なのは、『システム開発』と『人材』です。『システム開発』は、より良い方法が持続していけるように、システムを確立すること。『人材』は、ローカルスタッフの人材育成のための、医療・マネジメント・システム開発等の技術をもった、国際スタッフの派遣の必要性があります。これらは、現地において、資源『もの』の有効利用を図り、人を育て、将来カンボジア人自らが運営していけるように支えていくものです。これらの仕事は、短期のみのボランティア・スタイルではなく、本腰を入れてカンボジアのシステム開発、人材育成に携わって頂ける専門家(プロフェッショナル)とその後方支援が必要なのです」

真摯な気持ちを忘れてはいけない

最後にお話を伺ったのは、コンボンスプー州で展開している「保健医療サービスと保健教育を通じたコミュニティ開発プロジェクト」の責任者である潮田裕美プロジェクトコーディネーター。すっかり村の生活にもなじみ、ヘルスボランティアの皆さんとも気さくにお話されている様子に心が動かされた。ヘルスボランティアは、自分が住む村でリーダーとして保健・衛生改善活動にボランティアで取り組む。ここまで信頼関係を築くのは並大抵ではない。他団体ではお金を支払って活動の参加を促すこともあるという。

—ヘルスボランティアの皆さんがボランティアで取り組み、成果を上げるためには、いかにしてモチベーションを保つかがキーポイントだと伺いました。もう少し詳しく教えてくださいいただけますか

「ボランティアさんのモチベーションを保つ秘訣は、ボランティアさん自身が村の人々から“感謝される”ことだと思います。自分が活動しているコミュニティの人々がボラ



ヘルスボランティアとのミーティング(手前左が潮田裕美プロジェクトコーディネーター、手前右がムスリム医師)

AMDA が実施するプロジェクトを視察して

AMDA 国内事業部広報室 広報担当 奥谷 充代

1. 保健医療サービスと保健教育を通じたコミュニティ開発プロジェクト

<プロジェクトサイト>

Kampong Speu (コンボンスプー) 州 Phnom Srouch (プノム・スルイ) 地区。首都プノンペンより国道4号線を西へ約60km、人口約81,000人(内女性41,000人) 2002年地区行政調査

<プロジェクト受益者>

巡回診療:対象地区住民の内身体障害者(約520人 2003年巡回診療調査)、その家族、及び60歳以上の人々
保健教育:上記対象者及びその周辺地域の住民
コミュニティ開発:対象地区において特に身体障害者が多い地域に住む人々

<活動内容>

巡回診療は、アクセスの悪い地域へ巡回診療車が赴き、地域住民、特に障害者の人々に直接保健医療サービスを無償で提供する活動。2003年度は5,178名の来診があった。コンボンスプー州は、1996年頃までクメール・ルージュが出没しており、地雷の数が多い地域である。また農業や工業資源が乏しいため、カンボジアの中でも貧しい地域の一つとされている。

AMDAがこの巡回診療をいつまでも続けていくことは不可能である。カンボジア王国保健省によって全国民に等しい医療保健サービスが提供されることが最善。そこで、この巡回診療を2005年3月に終了予定とし、それに代わるサービスを住民自身の手で獲得できるように促すプロジェクトがコミュニティ開発プロジェクトである。地域保健ボランティアを発掘・育成し、コミュニティによる保健医療活動が進められる支援をしている。

地区内にある、カンボジア全国より障害者が集まる村(ヴィール・トム村)を訪問し、AMDAスタッフとヘルス



ヘルスボランティアの自宅でインタビュー

ボランティアのミーティング(2月に行ったワークショップのフォローアップと2004年度の活動計画策定)を視察した。その後、ヘルスボランティアの一人の自宅を訪れ、感想や活動の成果をインタビューした。AMDAが撤退した後も活動が持続することを目指し、日当は支払っていない。「貧しいから援助してもらってあたりまえ」と考える村人がほとんどであるにも関わらず、90%以上は農民であるボランティアの村の衛生向上に対する思いは熱い。タテマエ社会で肩書きが好きな一面があるとのことなので、活動に携わることが誇りに繋がるようにするなどのインセンティブが重要であると思った。

2. カンボジア日本友好小学校支援プロジェクト(チャンバック小学校)

<プロジェクトサイト>

Kampong Speu (コンボンスプー) 州 Phnom Srouch (プノム・スルイ) 地区

<プロジェクト受益者>

コンボンスプー州トレントロン村近郊の児童約700名

<活動内容>

2001年3月にAMDA高校生会と日本の建築会社の支援により建設された。今年2月に新たに保健教室が増設され、



↑ 授業の様子 小運動会(袋跳び) ↓



計6つの教室の他職員室とトイレが併設されている。

上記小学校で、授業を見学し、小運動会に参加して子どもたちと交流した。午前のクラス(7~11時)では1年生の一部と2・3年生、午後のクラス(13~17時)では1年生の一部と4~6年生が学んでいる。AMDは児童に対し、毎月1回の巡回診療(健康診断と病気の予防を促す健康促進活動や処方も含む)を実施している。多い症状はインフルエンザ・咽頭炎・皮膚炎・下痢などである。昨年12月から「保健教育」の授業が開始した。

【カンボジア王国】

面積 18.1万km²(日本の約1/2弱)
人口 13,810,000人(2002年)
首都 プノンペン
民族 約9割がクメール人(カンボジア人)。
約1割が約20の少数民族
言語 クメール語(公用語)
宗教 仏教(上座部仏教)
政体 立憲君主制
元首 ノロドム・シハヌーク国王(1993.9.24即位)
通貨 カンボジアリエル(Riel)、米ドル
1米ドル=3,970リエル(2004年1月20日現在)
日本との時差 -2時間 サマータイムは実施していない
気候 熱帯モンスーン気候に属し、大きく乾季(11月上旬~5月中旬)と雨季(5月下旬~10月下旬)に分けられる。年間を通して高温多湿で、年間平均気温は27~28℃。
年間平均降水量 1300mm程度

歴史

1世紀頃 扶南国建国(カンボジア南部)
9世紀初 アンコール王朝創建
12世紀初 スールヤヴァルマン2世がアンコール・ワット建設
13世紀初 ジャヤヴァルマン7世がアンコール・トム建設
15世紀頃 アンコール王朝衰退
17世紀初 当時の首都の近くに位置するプニャー・ルーには、朱印船に乗ってはるばる海を渡ってきた多くの日本人が日本人街をつくっていたと言われている
1863年 フランス・カンボジア保護条約締結
1887年 仏領インドシナ連邦成立
1953年 フランスから独立
1955年 日本・カンボジア友好条約調印
1970年 ロン・ノル政権樹立(クメール共和国)
内戦が激化
1975年 ボル・ポト政権樹立(民主カンブチア)(*)
1979年 ベトナム軍がプノンペン制圧
ベトナム型社会主義のヘン・サムリン政権樹立(カンブチア人民共和国)
1982年 民主カンボジア連合政府結成(シハヌーク、ソン・サン、ボル・ポト)

3. デイケアセンター支援プロジェクト

<プロジェクトサイト>

Kampong Speu (コンボンズプー) 州 Phnom Srouch (プノム・スルイ) 地区

<プロジェクト受益者>

コンボンズプー州トレントロヨン村の幼児(3~6歳)約50名

1991年 パリ協定締結、カンボジア最高国民評議会(SNC)創設
1992年 国連カンボジア暫定機構(UNTAC)設立
国際平和協力法(日本PKO法案)成立、自衛隊・警察派遣
1993年 第1回総選挙、カンボジア王国誕生、新憲法施行
1997年 内戦勃発。フン・セン第二首相の武力行使により、ラナリット第一首相らを追放
1998年 第2回総選挙、フン・セン単独首相権発足
ボル・ポト死去。大量のクメール・ルージュ(ボル・ポト)兵士投降
1999年 ASEAN加盟
2002年 第1回地方選挙
2003年 第3回総選挙

(*) 毛沢東思想の影響を受けたとされる民主カンブチア政府(ボル・ポト政権)は、急進的な共産主義政策を進めた。都市の無人化、農村への強制移住を実施、旧支配者層、インテリ層(文化人・僧侶・教師など)や反抗者は虐殺の対象とされた。市場・通貨の廃止、宗教活動の禁止、サハコー(人民公社)の設置と集団生活化など、従来の伝統的価値観や社会体系を無視した政策が断行され、虐殺に加え農業計画の失敗による飢餓などによって100万人とも170万人ともいわれる国民が命を失ったと推測されている。

文化

インドの文化の影響を受けながら、土着文化と融合させて独自のクメール文化を作り上げ、発展させてきた。その代表が、宮廷舞踊や仮面劇、影絵芝居など。宮廷舞踊として有名な「アプサラ」は宮廷文化の中で生まれ、神への祈りとして捧げられてきた。庶民文化の象徴は影絵芝居(スバエク)。これは国内の混乱で途切れていたが、再び復活しつつある

(注)一般的に、民族・文化に関連する分野を表現する際には「クメール」を、政治的・国際的な問題などを表す場合は「カンボジア」を用いる。

貿易

日本からの輸入は41億4600万円、日本への輸出は55億7300万円(2000年)で、主要品目は、日本からの輸入がモーターサイクルや機械等、日本への輸出は履物や魚(冷凍)等である。日本からの直接投資は、製材工場、亜鉛鉄板工場、自動車サービス工場等である。

<活動内容>

1993年より開始し、現在は保健衛生教育、栄養補助食品の支給、定期健康検診などを行い、児童の健全な発育を支援している

4. AMDA カンボジアクリニック(ACC)プロジェクト

<プロジェクトサイト>

Phnom Penh (プノンベン) 特別市内

診療 (ACC)



社会指標 (出典: ユニセフ『世界子供白書2004』)

国名	総人口 (人) 2002	出生時の 平均寿命 (年) 2002	5歳未満児 死亡率 (%) 2002	乳児死亡率 (1歳未満) (%) 2002	1人あたりの GNI (米ドル) 2002
カンボジア	13,810,000	57	13.8	9.6	280
ラオス	5,529,000	54	10.0	8.7	310
ミャンマー	48,852,000	57	10.9	7.7	220(x)
ベトナム	80,278,000	69	3.9	3.0	430
タイ	62,193,000	69	2.8	2.4	1,980
日本	127,478,000	81	0.5	0.3	33,550

国名	改善された水源 を利用する人の 比率 (%) 2000	適切な衛生施設 を利用する人の 比率 (%) 2000	成人の識字率 (%) 2000		小学校の第1学年に 入学した生徒が第5 学年に在学する率 (%) 1995-99 政府データ
			男	女	
カンボジア	30	17	80	57	63
ラオス	37	30	76	53	59(y)
ミャンマー	72	64	89	81	65(y)
ベトナム	77	47	95	91	89(y)
タイ	84	96	97	94	97
日本	—	—	—	—	100(x)

1人あたりのGNI: GNI(国民総所得)とは、すべての居住生産者による付加価値の額に、生産評価額に含まれないすべての生産品税額(補助金は控除)および非居住者からの1次所得(被用者の報酬および所得税)の正味受取額を加えた総額である。1人あたりのGNIは、国民総所得を年次の人口で割って算出する。1人当たりのGNIの米ドル換算値は世界銀行アトラス計算法によるものである

(x) データが列の見出しで指定されている年次もしくは期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、または国内の一部地域のみに関するものであることを示す

(y) 標準的な定義によらないデータまたは国内の一部の地域のみに関するデータではあるが、地域別・世界全体の平均値の算出にあたっては計算に入れられたことを示す
—: データなし

カンボジアレポート参考文献: 『カンボジア経済入門—市場経済化と貧困削減』 廣畑伸雄著 日本評論社
『世界子供白書2004』 発行: (財)日本ユニセフ協会
外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/>
(財)アジア福祉教育財団 難民事業本部 ホームページ <http://www.rhq.gr.jp>
国際協力機構(JICA)ホームページ <http://www.jica.go.jp/Index-j.html>



小手術 (ACC)



巡回診療

<プロジェクト受益者>

プノンペン市内及びその近郊の住民、特に障害者と貧困層の人々

<活動内容>

当クリニックは、貧困層及び障害者を対象に、低価格で質の良い保健医療サービスを提供することを目的とした診療所である。1997年、日本からの支援を受けてAMDAカンボジア事務所と共に開院した。外来診察、エコーなどを利用した各種検査、小手術、保健教育を実施している。現在は仮入院設備もある。2003年度の来院者数は18,887名だった。

プノンペン市内の公立以外の病院では診察料が2~5ドル程度だが、当クリニックでは薬代を含めても半額以下の1ドル程度で、視察当日も多くの患者が来院していた。投薬指導がきちんと行われ(患者の無知につけこみ拝金主義による治療や投薬が行われているところもあるらしい)、地域の病院や他NGOとの連携による搬送システム(重症患者を総合病院や専門病院に搬送)が確立されていることが特筆される。

5. アンロカ行政地区保健プロジェクト

<プロジェクトサイト>

Takeo (タケオ) 州 Ang Roka (アンロカ) 地区

<プロジェクト受益者>

全地域住民 約12万人

<活動内容>

カンボジア政府がアジア開発銀行から国家事業の一つとして資金を借款して保健省とAMDAの契約のもと、試験事業として1999年から2002年の4年間、アンロカ地区(約12万人)地域保健向上のために、保健行政管理を委託されたプロジェクトである。政府の機関として、地区病院と保健センターの管理運営、地域住民対象の遠隔地医療サービス、保健教育、保健プロモーション活動を通じて、地区全体の保健システムの展開を实践、模索、提案している。現在は試験事業を終了し、本事業までの移行期として2004年

4月末までの継続事業にて機関の維持管理を行った。

地区内の村の集会所へ出かけ、予防接種とビタミンAの配付、保健プロモーション、巡回診療を視察した。

現在求められているのは『システム開発』と『人材』。国際スタッフ主導型ではなく、カンボジア人幹部スタッフ主導にて、日々の実践を通じ、マネージメントとは? リーダーシップとは? 責任とは? などを学び、著しく成長したそうである。外部の支援組織が撤退した後も継続可能とするには、ローカルスタッフのみならず、国際スタッフ自身の意識改革と能力向上が欠かせないと改めて実感した。



予防接種



保健プロモーション。カラオケやTVでまず関心を持ってもらう戦略だ

アンロカ行政地区保健プロジェクトの舞台裏から

—実践からの学び—

プロジェクトマネージャー 岡本 美代子

1999年から始まった、AMDAアンロカ地区保健プロジェクトは、カンボジア政府保健省とAMDAの契約により、タケオ州アンロカ地区での公共保健事業を展開して来ました。2002年に終了を迎える予定であった、当プロジェクトはその後、延長を依頼されて現在、終了に向けてのファイナル・タッチをしているところです。(2004年4月末日に事業終了予定、次期契約団体への引継ぎを予定)

2年前に私自身が赴任してから、いろいろな意味で実り多きプロジェクトだったのではと、今振り返りながら実感しています。赴任当初は、何もかもが壮大で目標達成不可能ではないかと心配していたことも、一つずつ達成し、プロジェクトが成長してきたことに気付かされます。実際は、プロジェクトの成長とともに自分自身が成長できたことには感謝の気持ちで一杯ですが・・・どのような仕事をしている方にも実感するところでしょうか？

さて、これまで2年あまりの実践を通して、プロジェクトの舞台裏で繰り上げられる日々の活動の中で再認識した、次の3つの重要なポイントについて述べたいと思います。

1つ目は、「システム開発」です。1999年から関わってきたスタッフが作り上げた数々のシステムは現在も改善が加えられ、受け継がれています。いろいろなリクエスト用紙の類から、組織全体の業務規則、モニタリング、包括的プロジェクト評価システム等は、プロジェクトの効率性を高め、その方向性を示唆してくれます。プロジェクトの大きさに関わらず、システム化することは、組織全体としてのまとめ、統率のとれた体制を作り上げ、プロジェクトの目標達成に大きく貢献するでしょう。また、国際スタッフとして関わる時、マイクロ・マネジメント(細かく丁寧に一つ一つに対して指示、問題を解決していく)なのか、マクロ・マ

ネジメント(大きな方向性を指示、各担当に責任を持たせ、系統立てて問題を解決していく)なのかを考え、場面によっては両者を上手く組み合わせるなど、マネジメント・システムの改善は、チームワークを最大限に生かし、プロジェクトの成果に大きく作用する要因となります。また、将来を担う、ローカル・スタッフがこのようなシステムの効率性を、実践を通して学び、良い例として継続すれば一つの技術移転の例となるでしょう。

2つ目は「ローカルスタッフの人材育成」です。当プロジェクト後期では、カンボジア人スタッフによるマネー



保健センターの様子

メント体制を主体に国際スタッフは後ろから見守り、アドバイスをする姿勢を徹底してきました。それから1年以上が経った現在、人というのは変わるものなんだなあ実感しつつ、毎日を嬉しい眼差しで見守りながら過ごしています。とくに、成長したのはリーダーとしての役割を担う、アンロカ保健地区の局長、Dr. ニア・シタンです。彼は以前、ほぼ全ての決定や責任において消極的であり、国際スタッフに任せきりでしたが、彼のリーダーとしての意志を確認し、責任範囲を大きく広げることにしたのです。「責任」とは？「リーダーシップ」とは？「マネジメント」とは？これらのことは、一緒に考え、実践してもらい、失敗の中から答えを見つけ出してきました。自発性を我慢強く待つこと、出来たことに一緒に喜ぶこと、失敗したことには、タ

イミングを外さず、なぜそうなったのか？どうすればよかったのか？を明確にして学び取る。こういうことにはマニュアルも教科書もありませんでしたが、あったとしても実践にはなかなか繋がらず、積読となることでしょう。実践から学ぶというのは、想像をこえるほど、お互いの成長にとって、プロジェクトの成長にとって意味がありました。自分達(国際スタッフ)がやった方が速い、簡単、正確という考えはこういう長期開発プロジェクトでは、かえって妨げる要因になるのかもしれない。

最後に、「国際スタッフの人材育成」です。スタディツアーを始め、日本国内外から沢山の皆様に見学に来て頂き、将来の国際開発事業参加への熱い思いのある方や、有望な人材にも沢山のめぐり合せ、今後の発展途上国への支援活動がさらに活発化する予感に期待が膨らんでいます。当プロジェクトを訪れて頂いた方には、ステレオタイプの「NGO=ボランティア団体」という概念を外したところで、今後の方向性が少し理解して頂いたような気がします。将来の国際スタッフとしての姿勢として、何でもしてあげるボランティア精神の姿勢から、何が、誰に、何時、何故、どのように必要なかを分析、評価した上でローカルの自立を目指したプロジェクトを進めるプロフェッショナルな姿勢を持つためには、自身の質を高めると同時に、経験を共有、改善し、有効に使えるような人材育成システム構築の必要性があるでしょう。

実際には、具体的なストーリーが数々あり、限られた紙面上でお伝えできないのが残念ですが、いつかこれらの経験を皆様と分かち合えることが出来れば幸いです。これまで、当プロジェクトへの数々のご支援本当にありがとうございました。心よりお礼を申し上げます。

アンロカ保健行政地区の保健センターにおける分娩データの分析

西野 共子・米塚 昌代・熊谷 知子

アンロカ地区保健プロジェクト終了間際の3月、2003年10月より断続的に産婦人科領域の超音波診断の指導にあっていた西野(産婦人科医)と、2003年12月に2週間滞在して母乳哺育セミナーを開催した米塚(助産師)、2004年2月からインターンとしてAMDAカンボジアの活動に参加していた熊谷(看護学部学生)の3人が一時的にアンロカ地区で同時に仕事をする事になり、施設分娩データを収集して現地で施設助産師を対象としたワークショップを設けることになった。ここでは、3月末に行ったワークショップの結果を紹介したい。

アンロカ保健行政地区には人口約12万人に対して、公共医療保健機関として、一次レベルの9箇所の保健センターと二次レベルとしてのアンロカ地区病院(60床)がある。ここでの保健センターとは、主に外来診療に携わり、24時間一般診療、妊産褥婦検診、分娩、予防接種、保健教育・啓蒙活動を担う。ここで検討した施設分娩と施設スタッフによる自宅分娩を合わせた分娩数は、プロジェクトの充実と共に、過去2年間で急増を見せ、地区全分娩数の約27パーセントを占めている(図1)。

で1時間程度の距離にあり、近隣では唯一帝王切開が可能な病院である。

今回、保健センターにおいて分娩台帳からのデータ収集と聞き取り調査からデータの補足をして、2003年1月から12月までの1年間の分娩データを検討した。2003年に9箇所の保健センターから報告のあった分娩数は保健センターでの分娩が763件、保健センタースタッフが自宅で分娩介助をしたもの219件で計982件であるが、アンロカ地区病院もしくはタケオ州立病院に搬送した症例も含めた記録の中で分娩台帳に記載のあるものについて、産婦の年齢、分娩時における経産回数、男女別の出生体重を分析した。

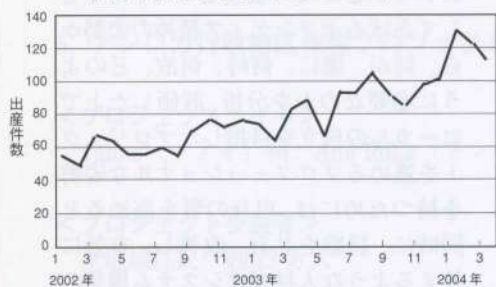


産科技術指導(左から2人目西野産婦人科医)

産婦の年齢は23歳前後にピークがあり、19歳から25歳までの年齢の産婦が全体の55%を占めている(図2)。経産回数では初産と1経産が60%を占めるが、すでに3回以上分娩している産婦も24%あり、最高で14経である(図3)。比較的若年で妊娠回数の少ない層が施設分娩を選ぶ傾向にある。

出生時体重は、2003年の記録が残さ

図1 アンロカ地区での施設・施設スタッフによる出産介助件数の推移(2002~2004)



ここでいう施設分娩は基本的に正常分娩を対象として保健センターで扱われ、医師以外のスタッフの介助で行われている。分娩中にトラブルが起きた場合や、ハイリスクとみなされた場合には、産婦は保健センターからアンロカ地区病院もしくは三次医療機関として存在する、隣行政地区のタケオ州立病院に救急車で搬送されている。タケオ州立病院はアンロカ地区病院から車

図2 産婦年齢の比較

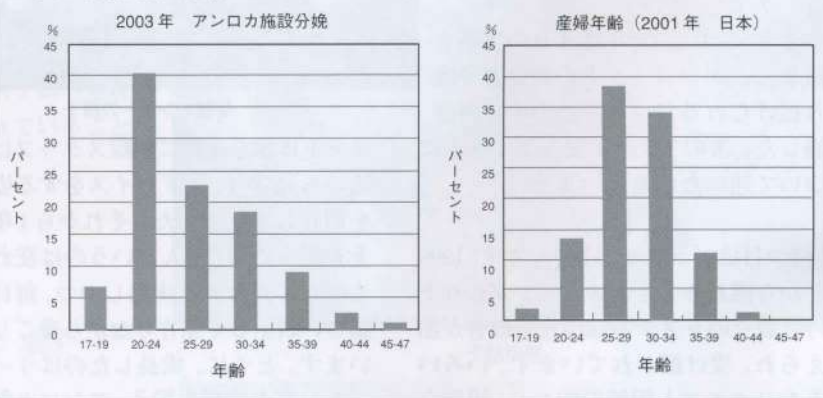
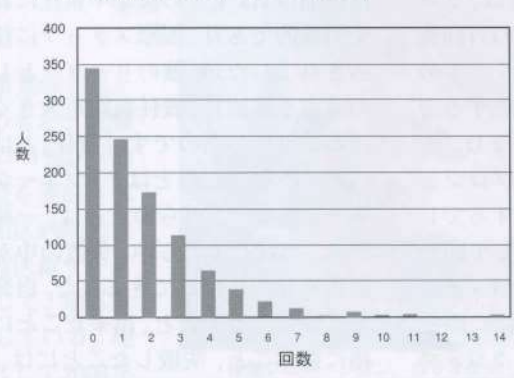


図3 妊娠歴(2003年 アンロカ地区)



れている男児478人、女児473人のデータを検討した。平均出生体重は男児3.0kg、女児2.9kgで、2.5kg未満の低出生体重児は男児の5.7%、女児の5.9%を占め、4kg以上の巨大児は男児で2.9%、女児で1.4%であった。アンロカ地区の施設分娩における新生児体重は先進国の平均体重と変わることはなく、低出生体重児の比率

図4 搬送例 (2003年 アンロカ地区)

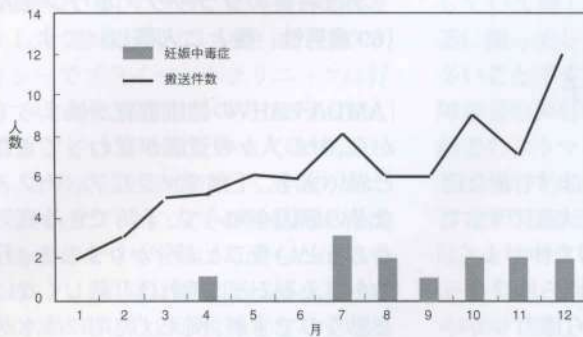
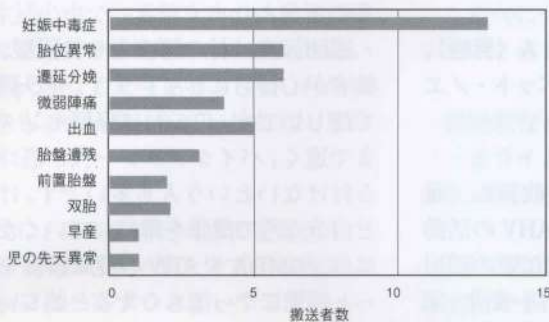


図5 搬送理由



も多くない。ただし、この検討では全サンプルは保健センターで生まれた新生児のみに限っており、また二次施設以降で行われた分娩や、早産、双胎の症例を除外している。

保健センターからアンロカ地区病院や帝王切開が可能なタケオ州立病院に搬送されるケースは2003年の後半になって増加傾向が見られる(図4)。保健センターから病院への搬送は2002年11月に救急車が導入されたことでスムーズに行われるようになった。搬送症例の増加は2003年後半の施設分娩率の急増が搬送症例の増加につながっている可能性や、搬送に対する保健センタースタッフの意識の変化が影響している可能性も考えられる。

搬送の原因となった病態の内訳をみると、妊娠中毒症が13例と最も多い(図5)。月別にみると、1年の後半、7月から12月に集中して妊娠中毒症による搬送が出現していることは興味深い(図4)。救急車による搬送が24時間可能である状況下で、保健センタースタッフが妊娠中毒症産婦を病院で扱うべきハイリスク症例として徐々に認識するようになったということも考えられるが、手作業で行なわれる田植えから稲刈りまでの農繁期に中毒症が多く発症しているという可能性も残されている。しかし、1年分のデータだけ

では結論には至らない。

今後、これらのデータに各施設助産師が興味を持つことにより、記録のさらなる充実が望めるであろう。そして、低出生体重児、搬送例やハイリスク例などの結果を検討する機会を多く持つことで、それぞれの経験を分かち合い、学習していくことで、地域の母子保健医療の問題を彼ら自身の力で解決していくための動力になることを期待して、今回のワークショップを終えた。

今回それぞれの保健センターを訪問して分娩台帳を元にデータを収集したが、保健センターの立地条件により分娩内容に特徴があったことは大変興味深かった。多くの保健センターは市場の近くに位置しているが、それらの保健センターでは周辺に住民が多く、保健センターでの分娩件数も多く、異常のケースや搬送例も多く見られた。これに対して、市場から離れている2箇所の保健センターでは、保健センタースタッフの介助による自宅分娩件数が多かった。もしくは連携している伝統的助産師の介助による自宅分娩後、健診のために訪れたケースが多かった。米塚は昨年12月に助産師を対象に母乳育児援助についてロールプレイを取



世界結核デーイベント (左: 西野産婦人科医、左から2人目: 米塚母乳哺育専門家、右から2人目: 熊谷インターン)



ワークショップの様子

り入れた合計4時間のワークショップを行った。今回、分娩データ収集のために保健センターを訪問した際に、保健センターで日常の診療に触れることが出来、前回のワークショップで作成した母乳哺育のポスターを使った、実際の指導が行われているのを確認することができた。

ワークショップ前のある夜に4箇所の保健センターとアンロカ病院を訪問した。3箇所の保健センターで夜間の分娩入院があり、病院も煌々とした明かりの中で多くの入院患者と数人の外来患者の処置を行っていた。日中は日陰で休んでいる姿を見かけることも多く、働かない印象のあったアンロカ地区病院の医療関係者であるが、夜間の少ない人員で多くの仕事をこなしている姿をみて、はっとさせられた。日本のように施設は多くの職員を抱えているわけではなかったのだ。少ない人員で24時間の医療を支えていることに初めて気づかされた。現在はまだまだ課題の多い医療状況ではあるが、彼らの努力がこの地域の医療を向上させていくことを心から祈りたい。

村の人々の声

2004年2・3月インタビュー 関 剛志・熊谷 知子

ここでは実際にコンボンスプーのプロジェクトにかかわるさまざまな人々の声を紹介します。

まずは村で活動しているAMDAヘルスボランティア（以下、AHV）と村の人々の声です。

タン・スロラヴ村

AHVのティム・ソパルさん（男性）とソウン・ペヴさん（女性）に聞きました。

「私たちはAMDAのボランティアとして、村の人たちに保健に関するさまざまな情報を提供できることをとてもうれしく思います。村では主に保健教育を実施したり家の清掃キャンペーンを行ったりして村の保健を向上させるための活動を行っています。村人の中には直接の援助に頼ることなく、自分たちの力で発展を実現していこうという私たちの目標に賛同してくれない人もいますので、今後はミーティングを開いたりして理解を広めていくことも課題のひとつです。この村の収入は未だ低いレベルにとどまっていますが、村長が公正な人柄なので村全体がとてもよくまとまっています。村を発展させるためにはまず私たち全員が正しい保健知識を身に付け、健康を維持できるようになることが必要です。来年度はさらに村の保健が向上するように活動していきたいと思っています。」

村人のヨウン・モウンさん (41歳女性、3人の子供がいます)

「AHVの行う健康教育には毎回参加しています。ここで初めて下痢やマラリアの予防法を知り、村でもそうした病気にかかる人が減りました。ぜひこれからも続けてもらいたいと思っています。

生活の中で困難なことは、水が足りないことです。村には2つ井戸がありますが、乾期には水が足りなくなるの

でマーケットで買っています。また乾期は農作物を育てるのも大変です。でも村の人々はとても親切で仲がよく、例えば誰かが病気になったら助け合って病院に運ぶなど、昔から協力しています。」

プレイ・チティール村

AHVのキエヴ・チャントさん（男性）、ケオ・ケムさん（女性）、ベット・ノエムさん（女性）からの声

「私たちは村の健康問題を改善し、貧困をなくしたいと思ってAHVの活動に参加しました。村では主に家の清掃キャンペーンや、病気の予防・衛生、栄



AMDAヘルスボランティアワークショップの様子

養などテーマ毎の保健教育活動、子供の体重を量り、栄養状態を確認する活動などを行っています。AHVはボランティアの活動なので収入を得ることは出来ませんが、村の問題を改善するために今後とも続けていきたいと考えています。村人全員がAHVの活動に協力的なので活動が滞ったりすることはありませんが、私たちの知識はそれほど多くはないので、思うように情報を伝えられないなどの難しさを感じることもあります。来年度はさらに村の保健問題を改善できるように保健教育を充実させたいと思います。また、水を確保するためのため池を作りたいのですが、自分たちでは資金を準備できないのでAMDAに支援してもらえると助かります。」

次は村長のブラック・ボウンさん（69歳男性、妻と二人暮らし）です。

「AMDAやAHVの健康教育が始まってから、村の人々の意識が変わってきたと思います。下痢やマラリア、チフスなどの原因を知って、予防できる病気もあるということが分かりました。行動を変えることはそれほど難しくないと思うのですが、例えば乾期には水が足りず水浴びが思うようにできないなど、村の環境がそれを難しくさせていることがあります。

巡回診療は村の障害者や貧困層、高齢者が心待ちにしています。ぜひ続けてほしいです。この村は保健センターまで遠く、バイクタクシー代が高いから行けないという人も多いです。けれど自分たちで健康を維持していくためには、AMDAやAHVの健康教育をもっと頻繁にやってもらえると嬉しいです。」

クラン・スレイ村

AHVのチア・ロムさん（女性）、ブラック・ペヴさん（女性）、ケオ・ラヨウさん（女性）からの声です。

「村の健康問題を改善することで村を発展させ、この国が貧困から抜け出せるようにしたいと考え、AHV活動に参加しました。村では貯金グループの運営をしたり、清掃キャンペーンを行っています。また、保健教育は毎月実施して村民の保健知識を向上させるように努めています。現在では他のNGOの支援も受けて簡易トイレを設置したり道路を整備する作業も行っています。活動を通じて村の病気を減らし、衛生状態を改善できることはとてもうれしいことだと感じます。来年度は5歳以下の子供にも教育を行えるように幼稚園を建設したり、全ての家にトイレを設置したいのですが、そのための資金援助を受けなければ実現することは難しいと思っています。」

村人のスス・ハイさんは妻と3人の子供もと両親との7人暮らしです。左手に萎縮がある障害者で巡回診療にいつも来ています。

「巡回診療は2001年に初めて行ってから毎回行っています。去年は3回行きました。診療が来ないときはバイクタクシーでプライベートクリニックに行っています。保健センターは行っても閉まっているので行かなくなりました。なので巡回診療はとてもありがたいです。だいたい左手の神経痛と胃炎があるのですが、私はお酒もたばこもしないし、巡回診療で言われるように水は沸かしているし栄養もとっているの、なぜ胃炎があるのかは分かりません。子どもは時々皮膚炎になります。」

生活の中で一番嬉しいのは家族が健康なことです。乾期には水が足りないなど大変なこともあります。村の活動をもっと活発にしていければと思います。」

次に、このプロジェクトを運営している **AMDA コンボンスプー事務所** スタッフに一言ずつお話ししました。

まずはAMDAカンボジアでの事業に10年以上かかわっていて、今年からアシスタントプロジェクトマネージャーを任された**クル・サルーン**さん。

「今年の2月にAHVへのワークショップを実施しましたが、前回に比べてAHVの人たちも積極的に参加することができるようになりました。最初のワークショップでは自分たちの村の問題点を発見することから始めなければいけませんでしたが、今回は保健教育や清掃活動など村で行ってきた活動を、模造紙に書いて発表したり、ロールプレイの形で振りかえったりして、1年間の成果を確認することが出来ました。今年度はAHVや村の人々とともに、さまざまな要望をどうやって実現するのか、その方法を考えていきたいと思っています。」

巡回診療を担当している医師の**Dr. ムスリム**。

「巡回診療の活動では村に行く前に、年間のスケジュールを作ってからコミュニケーションオフィスを通して村人に日程などを伝えることも重要な仕事です。どのような人が多く患者として来ているのか、どのような疾患が多いのかなどの情報からも、村での健康に関する問題を知り、取り組んでいけたらと思っ

ています。巡回診療をしていて難しいのは、薬に頼ってしまう人が多いことです。しかし障害者の神経疾患や高齢者のリウマチ性疾患など慢性的なものや、日常生活改善で予防、ケアできるものなども多く、巡回診療が今年度で終了することからも、自分たちで何が出来か考えてもらえる方向にサポートできればと考えています。」

保健教育を担当している看護師の**ソッカライ**さん。週末は**プノンペン**の大学で医学を学ぶ勉強熱心な青年です。

「日常の活動では主に村と小学校での保健教育を行っています。昨年1年の活動を通じて、人々が村での病気が減ったと話してくれることはとても励みになります。村ではしばしば健康に悪影響を及ぼす習慣や誤解があり、それをひとつひとつ説明して正しい情報を広げていくには時間がかかりますが、活動を続けていく中で少しずつ人々の意識や習慣も改善されつつあると思います。今年度は情報の届きにくい、国道から遠く離れた村や小学校でも保健教育を実施し、健康問題が改善されるように活動していきたいと思っています。」

11月からスタッフに加わった**アイ**さんは、以前からパートタイムで巡回診療に協力していました。

「地域開発に携わりたいと思ってAMDAのスタッフになりました。村の障害者とその家族を、AHVを中心にコミュニティでサポートしていけるよう「患者家族カルテ」を作っています。彼らのことをもっとよく知り、より多くの人をサポートしていきたいです。」

事務所にはさらにガードの**Mr. チョーン**と、彼の奥さんで清掃・料理担当の**ソックホーン**さんがいます。カンボジアでの活動には安全の確保がまず必要です。また、スタッフが事務所でスムーズに気持ちよく仕事を進めるために、清掃などの支えも大切な役割で



コンボンスプー事務所のスタッフ

最後に、フィールドコーディネーターの**潮田裕美**さんからの声をどうぞ。

「AHVの活動が始まって1年になりました。彼らもはじめは、言われて奨められて活動する、という部分があったと思うのですが、だんだんと自分たちでやろうとする気持ちが出てきたのを感じています。AHVさんが、こちらが何を言ったわけでもないのに「こんなことをしたよ」「こんなことを準備しているんだ」と言ってきてくれたときはとても嬉しいです。」

またAHVさんと同時に、スタッフの頑張りというの大きなやりがいを感じるそうです。他のNGOの活動と比べられることも多い中で、AMDAのポリシーをもってAHVの活動を推進し、結果として村での健康促進活動につながったときには、彼らスタッフがよく頑張ってくれたことを大変誇りに思います。

一方で、活動においては難しいと感じることもあります。例えば、支援の対象者は、よく「自分たちは貧しいから」と言います。その先には「だから支援されるのは当然」という考えがあるのかもしれませんが。そのような考えが少なからずある中で、彼らの持ちうる資源でも状況を変えていけることを伝え、方法を提案し、実行に移していくことは、なかなか大変なことなのです。

嬉しいことや大変なことがダイナミックな現地ですが、今後もAHVを通して、コミュニティの人々が健康に関心を持ち、自分たちでも健康を守っていけるんだ、ということを知っていただければと思います。」



ワークショップでプレゼンターを務めた 左：関 剛志さん

<将来への大きな経験になった一関 剛志>

私は大学で主に国際関係や地域開発援助について学んでいますが、人々の生活を改善するときに第一に大切なはその人々の健康状態を良好に保つことだと考え、その実践を学ぶために今回のインターンシップに応募しました。コンボンスプーでのインターン期間中には、主に保健教育という活動を中心に参加させていただきました。これは主に農村部において、例えば病気の予防法や対処法、地域の医療機関の使い方など、保健に関する基礎的な情報を人々に提供することで、健康問題の改善を図る活動です。ただ、私には現地の言葉は分からないので、活動の現場ではほとんど何も出来なかったのが実際だと思います。意思疎通のための言葉の大切さを改めて感じるとともに、今後の自分の役割を模索する上で大きな経験になりました。

オフィスでの仕事では、年度末の活動報告をまとめる作業を手伝いましたが、書類の形式や考察をめぐって、時には担当スタッフと衝突することもありました。それでも作業を通じてお互いを理解し、仕事を作り上げていく過程はとても楽しく感じられました。

カンボジアは人々も穏やかで親切な印象を受けましたが、国家規模での発展を実現するためには未だ多くの課題が山積していると思います。期間中知り合った人々の顔を思い浮かべつつ、彼らが少しでも明るい未来に進めるよう、これからも自分に出来ることを探していきたいと思います。ありがとうございました。

【海外参加研修（短期インターン）とは】

職業経験のない学生、もしくは新卒者が、国際協力や人道支援活動などの分野に関心を持ち、限られた期間内で海外の活動に参加したいということを主たる目的として応募した場合、事業側の受け入れ体制を最大限考慮し、体験学習（＝活動参加）者として派遣する。原則として1ヶ月以内の派遣又は3ヶ月を越えた派遣は考慮しない。一部経費を負担いただいている。

詳しくはAMDAホームページ参照

<http://www.amda.or.jp/recruitment/recruitment01.htm>

【関 剛志さん】

2004年2月中旬から3月下旬にかけ、AMDAカンボジアコンボンスプー事業インターンとして活躍。現地スタッフとともに、保健衛生状況分析の補佐、それをもとにした保健衛生教育の内容構成提案などを実施。中央大学4年生

【熊谷知子さん】

2004年2月上旬から3月末にかけ、AMDAカンボジアコンボンスプー事業インターンとして活躍。現地スタッフとともに、2003年度巡回診療患者の傾向分析補佐、それに基づいた村レベルでの活動提案などを実施。慶應義塾大学4年生

<活動に参加して学んだこと一熊谷知子>

活動を見て感じたのは、

・AMDAでは、アンロカ行政地区保健プロジェクトのように、保健行政区の運営全体から担うアプローチと、コンボンスプー州でのプロジェクトのように、末端の保健センターまで十分な資金が渡っていない地域において、AHVを通して、コミュニティの人々が自分自身で健康を守っていくようにするという草の根からのアプローチの、両方の活動を行っているのが興味深い。

・どんなアプローチにしても、最終的には、支援がなくなっても自分たちでやっていこうということを皆が目指して取り組むことが重要であり、同時に難しい部分であるということでした。

実際に活動に参加させて頂き、書物からだけでは分からなかった、プロジェクトの動き、状況、課題、そしてAHVや村の人々の暮らしなどを目の当たりにし、またカンボジアでの様々な国際支援についての話も聞く中で、「国際協力」だからといって全てが良いわけではなく、本当の意味で良い活動を行っていくには、何を目的に、どのような方法で、何を達成基準に、どのような活動をしていくのか、を常に頭に置くこと、またそれらを支援者も注意深く見ていくことが大切だと感じました。

2ヶ月間、本当に様々なことを学ばせて頂き、どうもありがとうございました。



巡回診療時に血圧を計る熊谷知子さん

カンボジアの生活

村の食堂で、テーブルの上にピンク色のトイレットペーパーが置かれていた。何で??

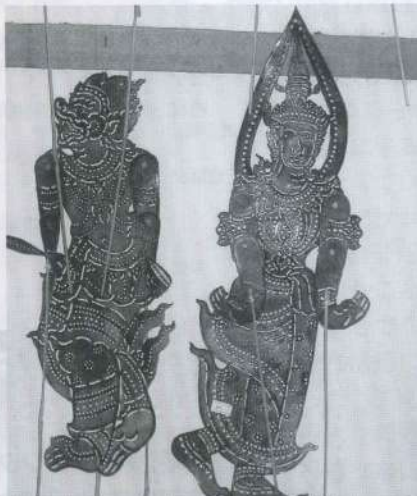
お客が食べる前に、自分が使う食器やお箸、スプーンを拭くためだった。「東南アジアではよくあることだよ」とAMDA職員に一蹴されたが、一口目はえいやっと口に放り込んだ。カンボジアの料理は、中国・ベトナム・タイの影響を受けているが、穏やかな味で日本人に抵抗は少ない。主食のお米をたっぷり、おらずに香辛料が効いた野菜や魚を少しと質素だ。

気をつけていたつもりだったが、帰国の前日に下痢になってしまった。幸い軽くて3日ほどで自然に治ったが、やはり旅行者は日射病や熱射病、生水や氷には注意し、ミネラルウォーターによる水分補給を充分に行うことが肝心。マラリアやデング熱、肝炎、破傷風、狂犬病などにも要注意だ。



活気あるオールド・マーケット（シェムリアップ）
トンレサップ湖名物の干し魚、魚醤をはじめ発酵調味料の臭いが強烈だ

アンコール・ワットでは、記念撮影に訪れていた新郎新婦と友人一行に出会った。赤色と金色の派手なリボンで飾られた自動車から降りてきたのを見て、日本語ガイドのチョダさんは「衣装はレンタルで、総予算は1,500ドル程度。男性は30歳前半、女性は20歳半ばでは？」と間髪



入れず推測。彼が住むシェムリアップでは、結婚にかかる費用は、婚約式や披露宴、アクセサリー（ネックレスやピアス、指輪 他）などを合わせて2,000～3,000ドルが普通で、朝に「結婚の式」昼に「披露宴」を行い、招待客は250～300人。700人以上も珍しくなく、ほとんどがお見合いとのことだ。



観光開発が進むシェムリアップ



牛の皮に細かい透かし模様を入れて作られる影絵芝居(スバエク)の人形

日本語ガイドのチョダさんによると、今シェムリアップで商売上のブームは、ワニを自宅で1～2年育てて中国人に高く売ることと土地取引だそう。そういえばトンレサップ湖で、ワニがうようよいる水槽とたくさんの卵を抱えた男たちを見かけた。教育システムは制定されてはいるものの、卒業する前にドロップ・アウトする生徒が多い。「勉強出来なかった、しなかった子どもたちが青年になってナイトクラブで遊んでいる。つい最近まで皆が貧しかったが、貪欲に勉強して、働いて豊かになることを求める青年との格差が大きくなる一方だ」と彼はため息をついた。

首都のプノンペン、アンコール遺跡群観光の拠点シェムリアップは活気があった。市民の表情も、かつて見た内戦当時の報道写真の表情とは違っていた。

AMDA 国内事業部広報室 広報担当 奥谷 充代



アモック。代表的な料理のひとつで、ココナツ殻の中味はココナツミルクでじっくり煮た白味魚と野菜



私設公衆電話ボックスが町のいたるところにある。個人の携帯電話が公衆電話に早変わり！CDやカセットテープの販売も（シェムリアップ）



朝夕ラッシュ時の交通渋滞は深刻。両親子ども3人の5人乗りバイクも見かけた。バイクは免許制度がないため誰でも簡単に利用でき、マナーも規則も知らない人が多く事故が多発している（プノンベン）



散乱するゴミ（プノンベン）
ゴミの収集が行われていない地域での不法投棄や最終処分場ではゴミの自然発火など、ゴミに関連した環境悪化が大きな社会問題になっている



新郎新婦と友人たち（アンコール・ワットで）



シェムリアップのレストランではアプサラ（天女）・ダンスショーが見られる



水上に浮かぶ家。スーパーマーケットやガソリンスタンド、病院、派出所や郵便局などもある。水質汚染が深刻だという（トンレサップ湖）



水上小学校。子どもたちは舟で通う（トンレサップ湖）



アンコール・ワット遺跡群



- ↑ アンコール・トム(大きな町)の中央に位置するバイヨン 悠久の刻を醸し出すたたずまいに圧倒される
- バイヨンのデバター(女神)は、アンコール・ワットのデバターよりも親しみを感じる
- ← アンコール・ワットのシルエットが朝陽に浮かぶ
- ↓ 修復作業が進む アンコール・ワット遺跡群

