

9

SEPTEMBER
2004.9
(VOL.27 No.9)

月刊

AMDA

国際協力

Journal

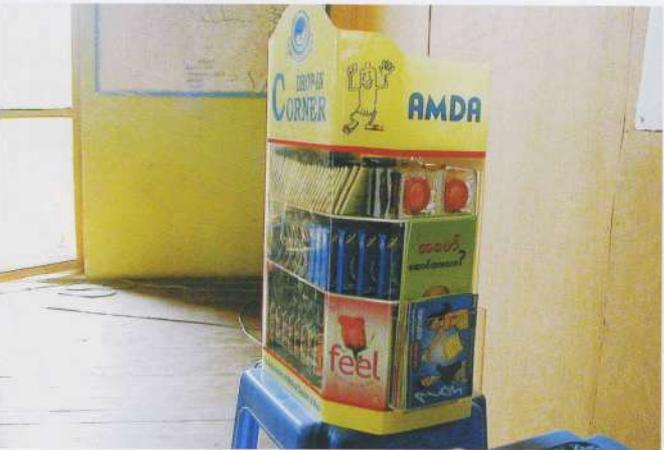
ミャンマープロジェクト：HIV/エイズ予防コミュニケーション促進プロジェクト



ヘルスプロモーター（健康推進員）とともに、コンドーム普及と予防教育方針を話し合う



若者を対象にした予防教育。「感染する」「感染しない」行為をゲームカードを利用して遊び学ぶ。



販売しているコンドーム。男性用、女性用、ジェル入りなど、いろいろな種類がある



町の小売店に併設されているAMDAドロップインコーナー

AIDS ရောဂါသည်ယနေ့အထိပျောက်ကင်းအောင် ကုသနိုင်သောဆေးမရှိပါ။ **ကြိုတင်ကာကွယ်ခြင်းသည်** တစ်ခုတည်းသောနည်းလမ်းဖြစ်သည်။

AMDA

Behavior Change Communication PROJECT

ခုခံအားကျဆင်းမှုကူးစက်ရောဂါ (AIDS)သည် HIV ခိုင်းရပ်ပိုးကြောင့်ဖြစ်ပွားသည်။

ရောဂါပိုးရှိသော သွေးသွင်းမိခြင်း။

ရောဂါပိုးရှိသော ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်မှ သန္ဓေသားသို့ ကူးစက်ခြင်း။

ရောဂါပိုးရှိသူ အသုံးပြုပြီးသော မသန့်ရှင်းသည့်

- ဆေးထိုးမြွန်/အပ်များအသုံးပြုခြင်း။
- အပ်များဖြင့် ဆေးမင်ကြောင်ထိုးခြင်း။
- အပ်များဖြင့် နားဖောက်ခြင်း။
- ပါးများဖြင့် ခေါင်းရိုတ်ခြင်း၊ မုတ်ထိတ်ရိုတ်ခြင်း။
- အပ်စိုက်ကုသခြင်း။

လူတိုင်းသိသင့်တဲ့ **အေအိုင်ဒီအက်စ်(အိ)**

စုပေါင်းတိုက်ဖျက်ကာကွယ်ကြပါစို့။ **AMDA**

(HIV/AIDS) အိမ်(၍)အိုင်မြို့ အေအိုင်ဒီအက်စ်(အိ)က

HIVဆိုတာလူလူချင်းကူးစက်တဲ့ခိုင်းရပ်ပိုးဖြစ်ပြီးAIDSရောဂါကိုဖြစ်စေပါတယ်။ ခန္ဓာကိုယ်ထဲကို HIVပိုးဝင်ရောက်ပြီးနစ်ပေါင်းများစွာကြာအောင်ရောဂါလက္ခဏာမပြသောမန်လူကောင်းမကတိကိုသို့နေထိုင်နိုင်ပါတယ်။ HIVပိုးဝင်ပြီး အနည်းဆုံး ၅နှစ်မှ ၁၀နှစ်ကြားပြီးမှ AIDS ရောဂါဖြစ်ပွားနိုင်ပါတယ်။

HIV/エイズプロジェクトで配布しているAMDA作成のパンフレット。エイズという病気について、主な感染原因や予防方法について、ミャンマー文化に即した絵を交えて説明している。

AMDA

国際協力
Journal

2004

9月号

◇
CONTENTS

◇ミャンマープロジェクト特集	
“Managing Changes”	2
母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト	
ミャンマー中部乾燥地帯総合開発事業	4
第二幕の序章	5
人々のチカラ	6
ミャンマー出産物語	8
スタッフ紹介	10
HIV/エイズ予防コミュニケーション促進プロジェクト	
ミャンマーのハート、パコクという街では	12
HIV/エイズ事業紹介	13
ヘルスボランティアさんへのインタビュー	15
◇第2回沖繩平和賞を受賞	17
◇寄付者名簿	18
◇バングラデシュ洪水緊急救援活動	19

表紙の写真

母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト
 中部乾燥地帯3市で保健医療支援活動を実施。3市に1箇所ずつ構えたAMDA診療所件事務所を拠点として、15の無医村での巡回診療、保健衛生教育、栄養給食を提供。小児病棟支援として医療機材供与や医療スタッフのトレーニングも行う。医療サービスが届きにくい地域の不便を補うため医療ボランティアの育成や緊急時や重症患者の搬送のためのトラックターの供与、貧しい患者のための手術費用や医薬品費用のためのコミュニティー保健基金を設置している。

エイズ予防コミュニケーション促進プロジェクト
 中部乾燥地域で深刻化するHIV/エイズ予防教育を実施。AMDA診療所ではカウンセリングや診療を行うとともに、予防教育を行うためのスタッフへのトレーニングを行っている。スタッフにはHIV/エイズに対する意識改革・予防教育に留まらず自発的カウンセリングとテスト(VCT)をプロジェクトに導入できるように指導していく。

ミャンマーでのプロジェクトは他に、伝統(東洋)医療促進支援プロジェクト(貧困者に廉価で効果的な医療サービスを提供する目的で、ミャンマーに伝わり、正規に認定されている伝統医療法に日本でされる東洋医学的治療法を取り入れた針灸や指圧を実施。)、マイククロレジットプロジェクト(メイティラ市の37箇所の村で女性を中心とした所得向上と基礎保健教育を結びつけた小規模融資:マイククロレジット事業を実施。)、子ども病院運営支援プロジェクト(メイティラ県立総合病院に小児病棟:ミャンマー子ども病院を併設し、医療スタッフのトレーニングを実施。電力を供給する発電機の燃料費負担や医療機器等を支援。小児病棟裏の栄養給食コーナーではAMDAの栄養士が小児病等患者の食事を提供。)
 2004年4月からはコーカン特別地域における食糧支援や基礎保健を軸とする総合促進プロジェクト(麻薬の温床となっていた黄金三角地帯の一角である北シャン州地区にて、住民への医療・栄養改善および保健衛生教育等のプログラム実施。)を開始しました。これらのプロジェクトにつきましては、AMDAジャーナル12月号にて特集いたします。

HIV/エイズ AMDA 実践報告セミナー
—学校でHIV/エイズをどう伝えるか—

参加者
募集

深刻化するHIV/エイズの現状と対策について一緒に考えてみませんか?
 AMDAは各国で「予防教育プロジェクト」を実施しています。国際協力の現場で培われた経験や知識等を日常生活で活かしていただけたらと考え、今回のセミナーを企画しました。このセミナーでは、以下の3点を重視しています。
 1. HIV/エイズ問題を通じ、国際協力への理解を深める
 2. 岡山県におけるHIV/エイズ情報を入手する(現状・関係団体・診療や検査機関 他)
 3. ワークショップへの参加により、海外のHIV/エイズ予防教育を体験する

日時:2004年10月11日(月・祝日) 13:00~16:45
 場所:岡山国際交流センター 国際会議場(岡山市奉還町2-21岡山駅西口より徒歩約3分)
 内容:第1部:HIV/エイズと国際協力

- AMDAのHIV/エイズプロジェクト AMDA職員
- JICAのHIV/エイズ対策
独立行政法人国際協力機構(JICA)人間開発部第4グループ
感染症 対策チーム 遊佐 敢氏
- 第2部:岡山のHIV/エイズ状況
岡山県内の現状と診療やケアに係わる団体等の紹介
岡山市保健所所長 中瀬克己氏
- 第3部:HIV/エイズ予防教育ワークショップ
ホンジュラスで実施しているHIV/エイズ予防教育を体験
AMDA ホンジュラス渡辺咲子

参加費:300円(資料代) *AMDA会員は無料
 受講対象者:教育関係者、HIV/エイズに関心のある方などなたでもご参加いただけます
 募集人員:100名(定員になり次第締め切りますので、お早めにお申し込みください)
 助成:財団法人福武文化振興財団
 主催:AMDA
 協賛:岡山県(依頼中)
 後援:岡山県教育委員会
 岡山市・岡山市教育委員会・
 独立行政法人国際協力機構中国国際センター

【お問い合わせ・お申し込み】
 特定非営利活動法人
 AMDA 広報室
 〒701-1202 岡山市橋津310-1
 TEL 086-284-7730 FAX 086-284-8959
 member@amda.or.jp
 URL http://www.amda.or.jp

公開講座◆受講者募集

岡山発国際貢献—国際的な広域防災と官民協力
災害対策セミナー—災害対策のあり方と可能性について—

官庁・市民・各種専門家や組織等を緊急時に連携する複合的な防災協力体制はどうあるべきか。個々の地域や立場からの災害論を越えた、総合的な視点からの災害対策のあり方と可能性について検証します。

このセミナーは、岡山県立大学大学院の公開講座として実施され、AMDA緊急救援医療事業シニアアドバイザーである津曲兼司医師も『NGOと国際災害援助活動』と題した講義を行います。

日時:2004年9月11日(土) 13:00~17:00
 場所:岡山国際交流センター 国際会議場
 受講者:一般社会人 学生
 定員:80名(定員になり次第締切) 受講料:無料

“Managing Changes” —変化をマネージするということ—

AMDA 海外事業本部 鈴木 俊介

「改革なくして成長なし」…平成13年度版以降の経済財政年次報告に副題として必ず掲げられており、2003年度の小泉改革宣言（自民党の政権公約）の中にも掲げられ、かつ今回の参議院議員選挙でも叫ばれたスローガンでもある。仏教教義の一つであり、平家物語で詠われた「諸行無常」を引合いに出さずとも、様々な要因によって世の中は変化し、時に栄え時に衰えていくものであることは理解できる。従って、その中で生き延び成長していくためには、自らがその変化にうまく対応し、日々改革に努めなければならない。しかし「改革をもたらすこと」はいつの時代でも非常に困難な作業である。最近の道路公団や郵政事業の民営化、不良債権処理、年金制度改革に鑑みてもご理解頂けると思う。

「改革」は、(当初は外部の影響を強く受けたとしても)最終的には、既存もしくは現行の組織、制度、構造などの内側で萌芽、成長し、開花していくポジティブな変化であり、その変化をもたらす側、影響を受け入れ、変化していく側の双方が一丸となって取り組まなければならない。「抵抗勢力」がいたのでは、成功はおぼつかない。反対に、成功例として、昨年よく引合いに出されたのが、日産を復活させた「カルロス・ゴーン氏の改革」である。トヨタやホンダ、あるいは外資メーカーという競合他社が「双方」の共通の敵として存在したこと、重大な経営危機を迎えていたこと等により、「一丸性」が醸成されたことに加え、いくつかの経営上の秘訣があったと聞いている。また、最近では老舗「福助」の再生に挑む藤巻幸夫社長の活躍が、「変化＝改革をマネージする好例」として広く紹介されている。もちろん、メディアなどで紹介されていない、実に様々な改革ドラマが、数多くの組織や事業で展開されていると考える。しかしそうした大きな物語の詳細はテレビ番組や書物に譲るとして、ここではミャンマーの片田舎で起きた小さな物語を紹介し

たいと思う。

AMDAがミャンマー中部乾燥地帯の3郡で運営しているプライマリーヘルスケア事業は、開始当初、政府医療職員への研修(=医療の専門性が問われる活動)、補助保健センターや給食センターなどの建設(=建築技術の専門性が問われる活動)など、ある意味において村民自身の参加が困難な活動が主をなしていた。(事業期間は3年であるが、予算執行は単年度制になっているため) 建築や研修など、時間的制約、予算消化の都合などに縛られながら、事業側が活動を「引っ張っていく」アプローチの影響を受けたまま、その後も、事業側から住民側への医療保健



サービスや給食サービスの提供が行なわれていったのである。したがって、裨益者側の組織作りや自発的・能動的マネージメント能力の向上などに関わる十分な活動を行なう余裕がないまま、活動は続けられていったのである。

しかしどうであろう。AMDAがこのままサービス提供型の(色が濃い)活動を続けた場合、2年後、3年後の村に残るものは、極端に述べてしまうと「過去の一時期、3年間にわたりAMDAが医療保健活動を実施していた」という事実(=思い出)だけである。もちろん、スタッフなどにより保健衛生教育なども実施されているのであるから、目に見えない知識が住民の記憶の中に残ることも事実である。

読者の多くは、「プライマリーヘルスケア」という言葉を何度も耳にされているのではないかと思う。1978年の旧ソ連アルマタの国際会議で採択された「アルマタ宣言」を契機に広まった用語であるが、その理念は「健全な身体と精神を社会的に満足させることは人類の権利であり、特に途上国において健康を守り促進していくことを国際社会の優先課題とし、保健分野のみならず、多方面の努力を巻き込んだ緊急行動の実践に関する広い認識と確固たる合意」である。この宣言の中に、その方法論を示唆する以下のような条文がある。「自己の健康を維持向上させるため、人々は個人の立場で、また他と協調して、その計画と実践に参加する権利と義務がある。」さらに、「プライマリーヘルスケアの実践にあたっては、企画立案・組織強化・実施体制の構築・維持管理などの分野において、自助努力を伴う地域や個人の積極的な参加が必要となるが、国や地方の行政機関等から提供される情報、人材、資金といった資源を十分に活用していかなければならない。同時に、そうした分野における地域住民の能力が適切な教育を通じて開発され、彼等が関与していくための機会や環境が整備されなければならない。(以上意識。尚、原文は世界保健機関(WHO)のウェブページ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf 等を参照)」

国際決議からすでに四半世紀以上も経過したが、この宣言の理念と、住民参加を奨励するプライマリーヘルスケアの本質を念頭において事業を実施していくことは非常に重要である。AMDAは、事業終了後も、適正レベルの医療保健サービスが住民の手によって提供され続けられるよう、事業運営に参加型手法を取り入れ、住民の自助努力と参加を促進することを目標に、活動の実施戦略を変更することにした。その枠組の変更に伴い、これまでAMDAが提供してきた医療保健サービスは、活動目的から「目的を達成す



母親たちが自ら子どもの健康管理をはじめた

るための手段」へとその役割を変えた。そしてこの変革は、実質的にこの3月から始まったが、決して簡単なものではなかった。

事業効果を持続可能ならしめ、そのプロセスにおいて参加型手法を取り入れる農村開発に携わる者は、外部からの金銭的・物質的投入は、少なれば少ないほど良い、という一般的な見解を持っている。むしろ村落に潜在する「管理運営能力」や「自己投資（投入）能力」を開発支援することが外部者の役割である。しかしながら、ミャンマーでこうした事業を展開する上で、いくつもの社会心理学的制約がある。



うにみえる。自ら情報を集め、分析し、判断を下さなければならない状況に陥ったとき、あるいは新しいことに挑戦するとき、とても不安そうである。実はその不安に耐えかね、辞表を提出した現地スタッフもいた。

AMDAは3月～7月までを本事業の改革に費やし、そうしたスタッフの不安を取り除きながら、社会的障害の隙を縫って、参加型手法を取り入れた事業内容の構築に努めた。時間的制約もあったが、改革初期の段階は、ほぼ順調に推移したと考えている。「医療保健活動」というと、日本国内における、健康保険制度と世界最高レベルの医療システムに守られた医療サービスを思い浮かべられる方が多いと思う。しかし、途上国の農村におけるそれは、経済的、社会的、政治的側面を包含した総合的な医療保健活動である。本文中で、「(AMDAが提供する)医療保健サービスは、活動目的から「目的を達成するための手段」へとその役割を変えた。」と述べたが、それは「住民の住民の手による住民のための医療保健サービス」を築いていくために必要な枠組の転換である。



住民主導によるワークショップを見守る筆者（中央）

まず事業に従事する現地職員の多くが、仏教徒（南方上座部仏教、いわゆる小乗仏教）であるということがあげられる。お布施や供物を捧げることは現世において徳を積む行為であり、来世への救済を意味するが、事業活動の中にもその影響が現われることがある。経済的、社会的弱者に対する支援は、ある意味「徳を積む行為」であり、支援を提供する側と教授する側の両者の関係において、そうした性質を伴った活動の実施は「慈善」的側面を助長し、逆に「開発」事業を推進していく上では障害となる場合が多い。

されない。小さな社会ではあるものの、村の中にはこうした風土が根強く残っており、普段は日陰にいる貧困層、特に女性の参加を奨励することは並大抵の努力ではできないことである。

一方、同国には1962年以降の政治体制の下、強固な縦社会が確立している。（一昔前の、現在の??）日本と同様（日本のタテ社会については「中根千枝」氏の著作を参照して頂きたい）、上からの統制力が強く、重要な決議に関する下々の参加は、政治文化的に歓迎

現地事業スタッフも同様である。多くのスタッフの心の中には、自らが判断を下し動くよりも、組織の上位にある人間の指示を待って行動した方が心地よいという心理が常に働いているよ

最近特に「自立発展性」という評価項目が重要視されている。英語でサステイナビリティと呼ばれている。事業実施期間中にもたらされた効果や達成された成果が、事業終了後にどれだけ長く、またどの程度の規模・範囲で持続するか、ということが問われるのである。この分野に携わる者として、大変な時代を迎えたものだと思う。出来るだけ早いODA行政の抜本的改革を望むのは私だけではないはずである。

ミャンマー連邦中部乾燥地帯総合開発事業

AMDА ミャンマー 山上 正道

中部乾燥地帯総合開発概要

中部乾燥地帯とは、その名のとおりにミャンマー中央部に位置し、その中にはミャンマー最大の大河イワラジ川が流れている。この地域で2002年よりAMDАは独立行政法人国際協力機構(JICA)との提携で「母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」を行っている。それは、母子の健康を維持促進するため、太平洋戦争の激戦地の1つだったメイティラ県、イワラジ川東岸に位置するアジア最大規模の仏教遺跡群(古都バガン)に隣接するニャンウー県、ニャンウーからイワラジ川(エーヤワディ川)を2~3時間船で漕ったところに位置するパコク県の3地域で行っており、保健施設の拡充、地域住民を対象とした巡回診療、母親や巡回診療の患者を対象とした保健衛生教育、そして5歳以下の幼児を対象とした栄養給食プログラムの実施を通して当該地域における妊産婦及び乳幼児の死亡率と罹患率の減少に寄与することを目的としている。そして、医療サービスを提供すると同時に地域住民の参加を促し、住民組織の機能を高め、自己能力開発を後押しする役割も担っている。

持つ先入観を1枚1枚はがすことにより、その地域を理解していくということは、当然のことだと思っている。物事を考えるときも机に向かって考えるよりも、現場に行つてそこで考えようと心がけている。農村に行き、ぼーっとしているのもいいかなと思うが、たいていの場合にはポツリポツリと人が集まってくる。特に事業に関するミーティングというわけではなく、地域の話、農作物の話、日本の話、子供のころの話、失敗談、成功談などなど、茶飲み話になってしまう。この茶飲み話の中から学ぶことが多い。いろいろなアイデアが出てくる場合が多い。思いつきに近いアイデアでもその場で話してみると、村人がさらに付け足し



パコクにて(最後列右筆者)

参加型開発

地域住民の参加には住民側とAMDА側との間に相互理解とお互いの信頼が必要で、さらに村の中の階層間での相互理解と信頼も必要になる。そういった関係を築き上げるには、当然その地域に足を運ぶこと、文化、風習を理解し、その地域に住む人から多くのことを学ぶ必要がある。その為に私は先入観を取り外すことを自分の中の優先課題としている。私の日本的発想や未熟な経験、本などで勉強した知識やTVなどから得た情報、人から聞いた話などから自分の中での住民像、地域のイメージが出来上がっており、それを基準に物事を考えてしまう。いわば、先入観によって間違った理解をしている上、事業そのものも本来のニーズから外れていくこととなる。地域や人々について学び、自分の

たり、修正したりと話が具体化していく。時には完全に却下されることもある。それは各一人一人が事業に参加し、各々が持つ現状や問題点を理解し、それを共有し分析することが可能となり、ニーズに合った事業を見出し、優先順位をも考えていくことができるからではないだろうか。現状、問題、原因、事業の目的や目標などを共有することが、地域住民の参加に不可欠で、最も重要なのではないと思う。これらの事業の裨益者は貧困層に当たる人々であり、当然ながら少しでも生活水準が上がることを望んでいる。しかし事業に参加することにより当然のことながらそこに時間を割くことになる。貧困層の人々は多様な方法をもって生活に必要なものを取得しており、就業しているわけではないが、何もしていないわけではない。地域に適



巡回診療

した方法で、様々な場所、様々な時期に、食料、燃料、現金を得る手段を見つけだし、生計を立てている。現金を得る方法の一部を挙げてみる。加工、行商、漂着物拾い、運送(村から村への荷物運びや荷車やトラックなどへの荷物の積み下ろしなど)、契約による内職、臨時雇い(農作物の種まきや収穫など)、家政婦、専門職(大工や左官、自転車の修理など技術を持っている者)、多種の工芸(かご、壺、装飾品など)出稼ぎ労働などなど。これらはあくまでも事例のごく一部で、低所得者層の人々にはできることは何でも行い収入につなげている。よって事業に参加をするということは、少ない収入がなお少なくなることも考えられる。事業に参加することは彼らにとってはリスクであるといえる。そのリスクを持った上での事業への参加をする人々に敬意と感謝の意を忘れてはならないと思う。

最後に

私にとってミャンマーは4年ぶり2度目の滞在となる。20代後半から30歳までの3年6ヶ月をこの国で過ごした。当時の私は、地域住民やその地域に対し誤った認識を持っており、多くのことを見過ごす典型的なタイプであった。この期間、農村開発を通じ、地域住民と信頼関係を築き相互理解を得ることが最も重要であることを学び、このような農村の貧しい地域住民の持つ価値観や好みは、裕福な人や外部者、NGOや国連機関の専門家とは大きく異なることを目の当たりにされた。そして敬意を払い、彼らから学ぶことを教わった。これらのことを学ぶ課程で多大なる迷惑もかけてきた。今、私がこのような活動を行うための基礎を築いていただいたこのミャンマーで、この国で教わったことを活用し、この事業に少しでも役立てることができればと思っている。

第二幕の序章

AMDA 海外事業本部 鈴木 俊介

ミャンマーの片田舎にある小さな劇場でいよいよ第二幕が開くことになった。その第二部のお題は「ひまわりお母さん」である。プロデューサーJICA、脚本AMDA、監督、照明、音声などはプロジェクトスタッフが担当、演出は村の保健委員会、そして題名の通り、主役は村のお母さん達である。彼女達はこれまで舞台の裾にいて、子供達に脚光が当たるのを見守っていた、しかし、子ども達が演じるパフォーマンスの出来、不出来は、実はお母さんの影響によるものであることが判った。そこでまずお母さん達が、子どもと家族の健康促進に積極的に好影響を与えることができるよう、ひまわりのように自らを輝かせる、ということになった。そのように理解して頂けたら良いのではないかと思う。従って今回母親達が演じる役柄は、これまで控え目で、かつての主役であった子ども達の傍らにただの、もしくは生活を支えるために忙しく小劇場の舞台さえも訪れることがなかった、コミュニティの日陰にいた彼女達が、ある日「太陽」と出会って輝き出す、そんなヒロイン役である。舞台装置の名は「栄養給食プログラム」。JICAの支援を得、AMDAが用意した舞台である。プログラムは、生後7ヶ月から5歳までの乳幼児を対象に、たんぱく質やビタミンが豊富な食事を一定期間継続して提供することにより、健全な心身の育成を支えるとともに、免疫力を高めて健康を促進することが目的である。

「栄養給食」と言っても、提供された給食を食べるだけでは効果が薄く、又コスト負担があるので長続きしない。栄養摂取や栄養素と子供の成長、脳の発達、疾病、学習（勤労）意欲などとの関連性、疾病予防や一般的な疾患に対する対処法に関する勉強を通じて理解を深め、生活習慣の変革を伴う行

動を実践していくことが必要となる。もちろん、より栄養価の高い食事を摂るための経済的な裏付けについても、しっかり考えていかなければならない。このように、コミュニティの発展を担う次の世代をどのように育てていくか、という重要なテーマを取り上げる舞台設定の主役を母親達が演じることになったのである。

栄養失調、栄養不良・・・栄養バランスや栄養過多の問題が取り沙汰され

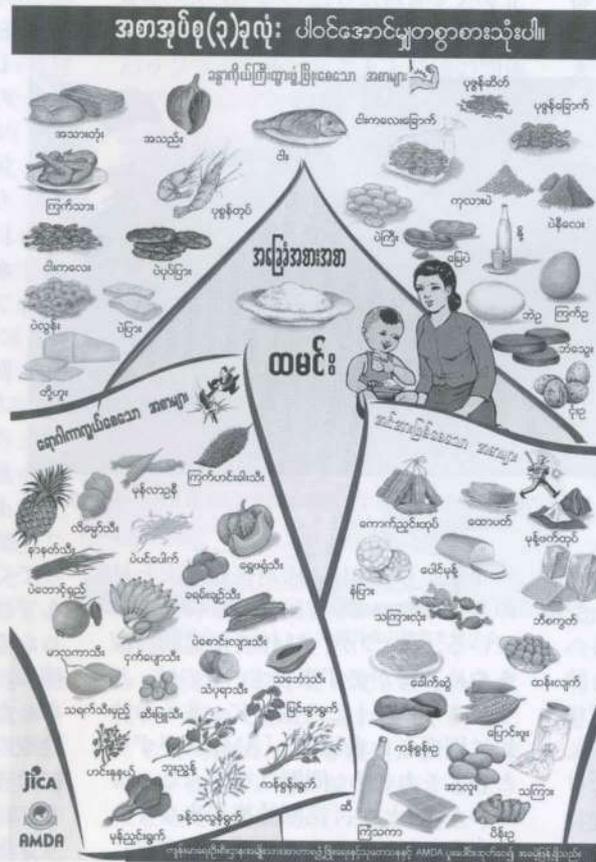
ての肉類も、住民の5割を占める貧困層には高価な食材であり、月に二度三度食卓に乗れば良い方である。

話は変わるが、昔「ひまわり娘」という歌謡曲が一世を風靡したが、ひまわり娘を導く恋人は太陽に例えられた。今回の舞台における太陽は「参加型手法」という農村開発の手引きである。「参加型手法」に関する詳細な解説については割愛させて頂くが、主となる裨益者や集団が、覚醒・理解・参加・

参画・実施・評価といった能力開発のプロセスを経て、自己の運営管理、問題解決能力を高め、生活環境を改善していくための精神（=心構え）、戦略、そして方法論としてのツールの集大成である。ある意味で、参加型手法というのは、参加型事業の流れの中に、中心となる裨益者を上手にとり込む手法と言っても過言ではない。しかしその過程で、非常に繊細な立ち回りが要求される。自主的な、能動的参加であれば良いが、一歩間違えば「強制的参加」を強要することになりかねない。

そのために、AMDAは半年近くの時間を費やし、プロジェクトスタッフの研修を続けてきた。この第二幕ではプロジェクトスタッフが監督である。その第二幕の序章については藤田真紀子氏が本ジャーナル内で綴ってくれている。開演して間もないが、成功して欲しい。尚、舞台は第二幕で

終了することはない。第三幕は、プロデューサー、配役、演出、実際の演技、すべて村の中で完結するようになる。ロングランになって欲しい。先程の「ひまわり娘」の歌詞を勝手に替えてみた。「誰のための活動なの、それはわたし達のためよ。AMDAのスタッフに励まされ、こんなにがんばれる。家族の健康を求めて、ここに参加したわたし達。そしていつかわたし達の手で活動を続けていきたい。」



プロジェクトで作成、利用している栄養素表

る今日の日本では殆ど聞かれることがなくなった言葉である。が、当事業が行なわれている農村地帯では、(ビジネス機会へのアクセスが均等でないため)緩やかな経済発展の裏で貧富の差が拡大しているようだ。農業と言っても、乾燥地帯であるため煙草、胡麻、綿花、落花生、豆類など換金作物の栽培が主で、主食の米や緑黄野菜などは域外からの「輸入」であり、食料に関する安全保障は脆弱である。蛋白源とし

人々のチカラ

AMDА ミャンマー 藤田 真紀子

ミャンマーは、東南アジアで乳幼児死亡率が最も高い国の一つである。ユニセフの統計によると、2002年の乳幼児死亡率は世界で42番目、東南アジアにおける近隣諸国ではカンボジアに次いで高くなっている¹。特に、村落部での乳幼児死亡率は都市部に比べてさらに高く²、村落部における医療保健サービスの欠如や栄養状態の悪さが、その理由の一部となっていると考えられる。2002年7月から開始された「母と子のプライマリーヘルスケア」プロジェクトでは、こういった状況を打開するため、事業対象地域の住民の、特に母親と子どもの健康を維持促進することを目的として、活動を行っている。このプロジェクトでは、医療保健サービスを受ける機会の拡大、母子の栄養状態と保健衛生環境の改善、そして、母子保健従事者の技術向上を柱として、様々な活動を実施しているが、今回はその中でも、巡回診療と栄養給食について紹介したい。

1. 人々の健康を維持する

もし、あなたの子どもが病気になったら、どうしますか？

おそらくほとんどの読者の方々は、「病院に連れて行く」と答えるだろう。でも、それは、十分な治療を受けることができる病院があり、そこへ行くための交通手段があり、患者を診てくれる医師や看護師がいて、治療に必要な薬があるからである。そして、私達には診察を受けるのに必要なだけの収入があるのだ。しかし、そういったほとんどのものが、ここミャンマーでは欠けている。病院までは遠く、悪路を何時間もかけて牛車で行かなければならず、その交通費も馬鹿にならない。病院で必要な薬も僅かながら政府から供給されているが、決して十分とは言えないため、せっかく病院まで辿り着いたとしても、薬をもらえとは限らない。この様な医療事情の中で、これまでAMDАでは、現地の医師、看護師、補助スタッフから構成される医療チームが村を訪れ、巡回診療を行なうという活動を実施してきた。巡回診療には毎日100人から200人の患者が

訪れており、診療所は順番を待つ患者でいつもごった返している。薬は50種類程度揃えており、ほとんどの疾病に対応できるようになっている。さらに、妊産婦検診や家族計画のためのカウンセリングも行なっているため、巡回診療を訪れる人の半数以上は女性だ。この、AMDАの巡回診療によって、たくさんの人々の健康が守られていることは確かである。しかし、もしAMDАがこの村を去ってしまったら、彼らは一体どうになってしまうのだろうか？もし、明日からAMDАがこの村に来ることを止めてしまったら、どうなるのだろうか…？



子どもの健康診断をする母親たち。写真では子どもの目を見て、貧血気味ではないか、感染症はないか、などをチェックする

昨年から、AMDА撤退後の状況と村の今後について、住民と話し合いをしている。「いつか、AMDАが巡回診療をやめる時が必ず来ます。その時、どうしますか？」この問いに、多くの住民は困惑した表情で、「AMDАがずっといてくれたら、問題はないんじゃないのか？」とか、「巡回診療が来なくなったら、また前のように遠くの病院に行くことになると思うわ。」と言った。しかし、その中で、「自分達で医者呼んできて、巡回診療と同じようなことができるんじゃないだろうか？」と言った人達もいた。これが、村の人々と協力して行なう「協働型巡回診療」のきっかけとなった。

さて、この協働型巡回診療。一体どういうものなのかを、ここで説明したい。まず、巡回診療での診察は、今までAMDАの医師が行なってきたが、この協働型では公務員である補助医師が行なう。補助医師は自分の管轄の村を

訪れることが義務づけられているため、巡回診療の村を管轄している補助医師が、協働型巡回診療に参加することになる。次に、看護師。この役割は、村に駐在している助産師や補助助産師が担うことになる。そして、投薬や服薬方法などを説明する補助スタッフは村の住民ボランティアたちが担当をする。さらに、薬をいつでも手に入れることができるように、「コミュニティドラッグポスト」を設置する。このドラッグポストでは20種類程度の基礎医薬品があり、補助医師や助産師に書いてもらった処方箋に基づいて、販売される予定だ。この協働型巡回診療とコミュニティドラッグポストの構想が実現すれば、地域住民による、地域住民のための診療活動が可能となるのだ。

2004年7月。ブルーのAMDАのTシャツを着た住民ボランティアたちが忙しく歩き回る診療所は、いつものようにたくさんの患者が訪れていた。ボランティアは村の全体会議で住民に推薦された人たちで、これまでのボランティアに比べて、女性の割合が多いのが特徴だ。彼らはAMDАスタッフが実施した約1ヶ月のトレーニングを受けたものの、やはり実践となると緊張するらしく、処方箋に書かれた薬がどこにあるのか分からなかったり、記入が遅かったりと、まだまだ練習が必要だが、一生懸命に活動を支えようとしている気持ちが伝わってくる。補助医師もAMDА医師と並んで診察をしており、こちらは堂々としたものだ。地域助産師は看護師と一緒に、注射を打ったり妊産婦検診を行ったりしているが、これまでも巡回診療の際に手伝っていたためか、非常にテキパキと仕事をこなしている。さらに、診療所の敷地内ではAMDАスタッフとボランティアが、病気の予防についての保健教育を行っており、順番を待つ患者が熱心に耳を傾けている。これから12月までは、AMDАスタッフと共に協働型巡回診療を行っていくが、来年の1月からは彼らだけで実施していくことになる。

病気になった時に、医師に診てもらえる。体調が悪い時には、薬が買える。私達にとっては当たり前とも思えることが、ミャンマーの村落部ではできないことが多い。しかし、それらが可能になる日は、もうすぐそこまで来ている。



協働型巡回診療で診察をする補助医師（左）とAMDA医師（右）



協働型巡回診療での薬局。住民ボランティアたちが服薬方法を説明する

2. 健康な母親と子どものからだをつくる

子どものからだって、日本とミャンマーでは同じ大きさなのでしょうか？ミャンマーの子もたちは、小さい。木製のピノキオのような、小さくて細いミャンマーの子も達を見慣れている私は、ミャンマーに在住している日本人夫婦の子もを見たとき、そのむちむちとしたボンレスハムのような腕を見て、驚いた。子どもって、こんなに太っているものなの！？と。

AMDAが現在事業を実施している村の人々は、決して楽な生活をしているとは言えない。一日働いて、40円程度の収入しか得ることができず、食事はご飯とふりかけ、もしくは菜っ葉の炒め物だけ…という家が多い。これでは、健康な子どものからだをつくることはできない。エネルギーになる炭水化物、肉になるたんぱく質、そして病気を防ぐビタミン類、これらをバランスよく食べることで、丈夫なからだをつくることのできるのだ。そして、健康な、病気に負けない丈夫なからだを持った子どもを産む為には、母親も栄養たっぷりの食事を取らなければならない。そこで、AMDAでは、こういった栄養不足の母親や子ども達に、栄養給食と栄養指導セミナーを実施している。栄養給食と言っても、ただ栄養価の高い食事を提供するだけではなく、栄養と健康の関係や、今の生活の中で何をすれば健康で丈夫なからだをつくることのできるのか、自分達に何ができるのか、などについて考え、話し合い、そして実践をしていくと言うのがこの給食の目的だ。

まず、母親達は自分で自分の子どもの健康をチェックする。髪の毛が汚かったり、耳の掃除がされていなかったり、目が赤かったりする子どもはチェックを入れる。そして、子どもの身長

と体重を測る。この結果、痩せていたり、健康チェックにひっかかった子どもは、栄養給食に参加することを勧められる。さて、栄養給食に参加することが決まったら、母親達は栄養指導セミナーとミーティングに参加しなくてはならない。ここでは、三大栄養素やバランスよく食べることと健康の関係などについての勉強会と、どのように給食を行なっていくかについて話し合う。給食準備の担当者割り当てに加え、給食で出すメニューも母親達によ



野菜のたっぷり入った栄養満点の給食を食べる

って決定される。ここで、彼女たちに変化が現れてきた。これまで、何をしていても受身的だった母親達が、少しずつ、少しずつ、皆の前で発表するようになってきたのだ。「うちでは、こういった料理をしているわ。栄養もあるし、子どももよく食べるのよ。」「この野菜は、もう少したくさん入れた方が、おいしくなるのよ。」「この食材はこの時期には高いから、こっちの方がいいわね。そうすれば、他の食材も買うことができ、たくさん栄養を取ることができんじゃないかしら。」

7月半ば、母親グループによる栄養給食が始まった。彼女達が作った給食メニューは、どの家庭でも真似する事ができるような、簡単だけれども栄養価の高いメニューになっている。給食の後には、栄養指導セミナーとミーテ

ィングが続けられ、母親達の意見交換の場ともなっている。この給食を通じて、母親達ももっとも自分と子どもの健康について考え、病気にならない丈夫なからだをつくることできると、期待している。

3. 村を去る日

村の人々に、できることはあるのでしょうか？

「母と子のプライマリーヘルスケア」プロジェクトは、事業終了まで残り1年となった。この、残り一年で、村の人たちが自らの力で健康を維持し、母親と子どもの丈夫なからだをつくることのできる、彼らだけで自立していけるような、体制作りをしていかなければならない。最初は、AMDAが事業を実施している村の人たちは自分の意見を言わず、AMDAスタッフの言うことだけを聞いている、とても受身的な人たちだった。ところが、どうだろう。彼らの話に耳を傾け、持っている力を引き出そうとし、目的に向かって一緒に歩んでみると、私達以上に彼らはアイデアを持っているし、それを実現させる力も持っていた。私は、協働型巡回診療に参加する住民ボランティアと、栄養給食に参加する母親達から、そのことを学ばせてもらった。そして、彼らにはそれができないと、心の奥では思っていたかもしれない自分が、とても恥ずかしかった。

村を去る日まで、あと1年。彼らのチカラを信じ、彼らと共に、村の未来を築いてゆきたいと、考えている。

- 1 The State of the World's Children 2004, The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2003
- 2 Health in Myanmar 2004, ミャンマー保健省発行による

ミャンマー出産物語

—助産婦キットで出産した女性たち—

◇
AMDA ミャンマー 派遣助産婦 小黒 道子

1. マ・イー・イー・ウインの場合

マ・イー・イー・ウインと言います。年は21歳。今年で結婚して3年になります。市場で野菜を売る仕事をしながら、夫、両親や兄弟を含む11人とシャンテ村で暮らしています。15歳の時3歳年上のコ・ラ・オーと出会いました。2人はそれまでも同じ村に住んでいましたが、彼と同じ学校に通い始め、お互いに好きになりました。3年間の交際を経て18歳の時に結婚。双方の両親、親戚全員から祝福を受け、自宅で結婚式を行いました。

さて、結婚して3年経ったある日の



マ・イー・イー・ウインとその赤ちゃん

こと、何となくお腹が出てきたなーと感じ、すぐに村の助産婦さんに会いに行きました。初めての待ちに待った赤ちゃんを授かったとわかり、本当にうれしくて、夫や家族と一緒に喜びました。妊娠中は少し食欲がなくなった時もあったけど、大きなトラブルもなく順調に過ごし、男の子が産まれるといいなあ、と、夫と話したりもしました。

夫はメロンやスイカを作っており、毎日朝7時から夕方5時まで畑仕事があります。もともと優しかったのですが、私の妊娠が分かってから、毎朝4時半に起きて私の代わりに朝ご飯の準備をしてくれるようになりました。助産婦さんには、体も小さくあまり体力がないので大事をとって病院で出産したほうが良い、といわれましたが、お金もないし、どうしたものかと考えている間に臨月を迎えたのです。

そして2004年4月16日の夜半、いつもと違うお腹の痛みを感じ始めまし

た。その夜は、だんだんとお腹の痛みが強くなりましたが、みんな寝ているので誰も起こさずに一人で陣痛の波を乗り越えつつ過ごしました。空が明るくなり始め、起きてきた母親に産が始まったことを告げると、母親は夫に補助助産婦さんと呼びに行くようさっそく言いました。朝6時に補助助産婦さんが到着した後、陣痛の波がさらに頻繁に訪れるようになりました。痛みも強くなったけど、一番つらかったのは赤ちゃんの頭が出る時でした。それまでは耐えることができたけど、その時ばかりは大きな声が出ました。夫は外で出産を待つ間、薪や水、子どもの服などを用意し、無事の出産を祈り、お経を唱えて待っていたようです。補助助産婦さんとお母さんがずっと付き添ってくれ、お昼の12時に自宅で無事女の子を出産。産まれて5日目に赤ちゃんのおじいちゃんが名付け親となり、名前もティン ティン ウインに決まりました。産後の肥立ちも順調だし、赤ちゃんも母乳をたくさん飲んでくれ、丸々と太っています。そのせいか赤ちゃんを名前前で呼ばずに、ウインセイン（「丸いダイヤモンド」の意）と呼ぶ人が多いのです。

出産後も夫は毎朝4時半に起き、授乳で夜中も起きる私の代わりに家族のご飯を作ってくれています。本当はいつも赤ちゃんも見たいけれど、仕事があるので夕方帰ってきて、毎日赤ちゃんを見るのが楽しみのようです。

初めての育児は大変だけど、お母さんや助産婦さんのおっぱいの上げ方や世話の仕方を教えてくれたので、今は楽しく赤ちゃんと一緒に毎日を過ごしています。

2. マ・チョー・マー・ウインの場合

私の名前はマ・チョー・マー・ウイン、年は23歳です。夫のアウン・トゥン・レイは24歳で軍の兵站部に所属しています。二人は同じ村に住んで幼なじみでしたが、私が19歳のとき、突然彼がラブレターを書いてきました。はじめ彼のことは何とも思っていなかったのですが、その後猛烈なア



マ・チョー・マー・ウインの自宅出産に使われた部屋



マ・チョー・マー・ウイン（中央）と出産を介助した補助助産婦（右）と筆者（左）

タックが始まり少しずつ彼のことをいいなあ、と思い始め、少しして恋人になりました。付き合い始めて1年半位経った頃、家族全員の祝福を受けて結婚の日を迎えました。

結婚後半年経ったある日のこと、最近食欲がないし生理もこないなあ、と思いました。そのことを知り合いに話すと、妊娠したのではと言われて、赤ちゃんを授かったかもしれないと始めて気づいたのです。さっそく村の助産婦さんに会いに行き診察してもらいました。妊娠したとわかった時はとにかくびっくりしたけどうれしくて、夫もとても喜んでくれました。その後夫の関係で軍病院でも診察を受け、順調に過ごすことができました。妊娠中どちらかというと食べすぎで太たくらいです。

さて、臨月を迎えた2004年3月31日の夜半、寝ていたらお腹が痛くて目が覚めました。始めのうちは痛みが治まるとどうとうとして、また痛みが来ると目が覚めて、を繰り返していました。しかし、徐々にお腹の痛みは強くなり、陣痛の間隔も短くなってきます。そばに寝ていた夫が、いつもと違う様子に気づいて目を覚ましました。寝ているのがつらく、真夜中でしたが月明かりを頼りに夫と共に散歩に出ました。歩いている途中陣痛が来ると立ち止まって夫につかまり、また歩いてを繰り返しているうちに少し楽になったので、家に戻って休むことにしました。日が昇り始めて少し陣痛が弱くなりましたが、お昼の12時ごろに、また

夜中のような強い痛みが訪れました。午後一時にはさらに痛みも強くなったので、お母さんが補助助産婦さんと呼びに行きました。本当は軍の病院で出産しようと考えていましたが、その時にはもう痛みが強くて動きたくなかったので、自宅で産むことになりました。その補助助産婦さんのことは前から知っていたし、助産婦キットを持って家に来てくれた時、ほんとに安心したのを覚えています。でも痛みが強くなるにつれて大きな声が出るようになってきました。赤ちゃんが出てくるまでは、とにかく恥骨の右側の方が痛くて痛くてつらかったです。その後補助助産婦さんとお母さんとおばあちゃんが付き添い、手を握ったり、汗を拭いたり、うちわで扇いだり、励ましてくれました。夫はその間部屋の外で無事の出産を祈りながら待っていたようです。そして午後5時40分、ついに男の子を出産。赤ちゃんが出てきた時にはそれまでの疲れも一気に吹き飛び、ほんとうにうれしかったです。

今はまだ次の子どものことは考えられないけれど、4年くらい経ったら次の子どもが欲しい。できれば4年ごとに3人くらい産みたい。赤ちゃんの名前は私がシン・タン（「純粹」の意）と名づけました。お父さん似の元気な男の子でおっぱいもたくさん飲んでくれます。夫も赤ちゃんのお風呂を手伝ってくれるし、始めはわからないことだらけで大変だった育児にも慣れて、夫と子どもとの3人の生活を楽しんでます。

3. マ・ティン・ティン・オウーの場合

私の名前はマ・ティン・ティン・オウーと言います。今年22歳。現在ミャンマー第2の都市、マンダレーに住んで、市場でお菓子を売る仕事をしています。仏像を彫る彫刻師の夫とは2歳違い。7年前に家が近所だった縁で知り合いました。出会ってお互いを好きになりましたが、お母さんは2人の相性が合わないと考え、ずっと交際に対峙していました。お母さんに隠れてデートを重ねていましたが、ある日結婚を決意します。何とかお母さんに認めてもらおうと、夫のお母さんの助けもあって、駆け落ちを決行しました。結婚に賛成してくれている親戚を頼って家を出てから10日後、2人の結婚を認めるとついに家族が呼びにきました。その後実家に戻り無事結婚式を挙げた



マ・ティン・ティン・オウーとその出産を手伝った家族と近所の人、そして筆者（右端）

のです。

今回、食欲がなくなり、初めての妊娠が判明、本当にうれしかったです。出産は里帰りをしようと思い、妊娠7ヶ月にはバスで4時間離れた実家に戻ってきました。出産の直前まで実家の小売店を手伝い、トラブルもなく妊娠期間を過ごしました。ただお母さんは親戚が病気になったため、出産直前に他の町へ看病に行くことになり、お母さんを頼ることはできなくなりました。

おばあちゃんとおじいちゃんと共に迎えた臨月の2004年4月12日の夜、鈍いお腹の痛みを感じるようになり、ついに出産が始まったのです。おばあさんが私のいつもと違う様子に目覚め、そばについて励ましてくれました。痛かったけど、歩くと出産が早く進むから、と無理に歩かされました。日が昇り始めた頃、「痛い～痛い～」と言う私を心配したおばあちゃんは、補助助産婦さんと呼んでくるようおじいさんに頼みました。ちょうどミャンマーのお正月に重なり、お産をお願いしようと思っていた助産婦さんには頼めなかったけど、近くの村に住む補助助産婦さんの腕が良いと評判を聞き、急遽出産の介助をお願いすることになりました。出産はとにかく痛くてつらくて大変だったけど、補助助産婦さんが助産婦キットを持ってきてくれ、その後赤ちゃんが産まれるまでいてくれたので、本当に心強かったです。補助助産婦さんはまだ出産まで時間がかかると思ったそうですが、痛がる私にずっと付き添いおばあちゃんと近所の人2人に何か食べさせたり歩かせたりするようアドバイスをしたり、お腹の痛いところをマッサージしてくれたりしました。ゆっくりゆっくりとお産は進み、14日の夜11時21分、女の子が元気な産声をあげました。

赤ちゃんの名前はマー・イン・イン・オウー。おじいちゃんが名づけてくれました。夫は仕事が忙しく、生まれた赤ちゃんをまだ見ていないけど、はやく夫に見てもらいたいです。

◇ ◇ ◇
ミャンマーの妊産婦死亡率は、対妊産婦10万人で540と言われています（1999年UNICEFの統計による）。これは、10万人の妊産婦がいた場合、そのうち540人が妊娠や出産に関連した原因で死亡する、ということの意味します。ちなみに日本は8です。540という数値をさらに言い換えれば、ミャンマー国内で妊娠や出産が原因で1日あたり21人の女性が亡くなっている、あるいはほぼ1時間に1人の女性が亡くなっていると考えることができます。

安全な出産のためには、まず出産に必要な道具を揃え正しく使用することが必須条件です。現在、ミャンマーでは「母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」を展開していますが、その地域での主な出産介助者は、助産婦と補助助産婦です。彼女たちは政府からの慢性的な必要物品の供給不足にもかかわらず、少しでも安全な出産のために、時には自腹を切りながらも日々妊産婦さんのために働いています。このような助産婦らのためにと、2004年の3月から4月にかけて、神戸甲南ライオンズクラブの皆様から出産に必要な道具を揃えた助産婦キットを配布する機会をいただきました。コミュニティで出産を介助する50人の医療従事者に、道具の正しい使用法とより安全な出産のために必要なことを学ぶワークショップやトレーニングを開催した後、ミャンマー保健省の協力の下にそのキットを50人一人一人に手渡しました。配布後3ヶ月でおおよそ200人近い産婦さんの出産に使われ、赤ちゃんも全員無事に生まれています。前出の3人は、3月にこのキットを配布した補助助産婦の介助で出産した女性たちです。

「10万人の妊産婦のうち540人が死亡する」という文面から、その一人一人の人生に思いを馳せるのは難しいことかもしれません。しかし、今回のキットボックスの配布が、少なくともミャンマーにおいて女性の安全な出産に寄与したということが、上記の出産物語から感じていただければ幸いです。

そして、現在ミャンマー保健省およびJICAの協力の下、第2期50人への助産婦キット配布の真最中です。予算に限りがあり、50人の選定が最も頭を悩ますところです。しかし、確かなことは、新たな安全で幸せな出産物語が生まれる過程がもう始まっているということではないでしょうか。

「母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」スタッフ紹介

History and Activities of AMDA Meiktila Office

AMDA implemented health care project in Meiktila from 1988 to 2000 in cooperation with JICA. In this project, AMDA provided mobile clinic services, supplementary feeding services and nutrition / health education especially for mothers and children. It also supported construction of Child Ward of the District Hospital in Meiktila, which was financed by the Embassy of Japan, Sankei Newspaper and Meiktila Child Care Ward Supporting Committee in 1999. AMDA also conducted exchange-training program together with JICA, the Embassy of Japan and Meiktila Child Ward Supporting Committee, to improve the quality of hospital staff.

In order to extend the services to the people in rural areas, the project "Primary Health Care for Mothers and Children" started in July 2002. This project is executed by Japan International Cooperation Agency (JICA), and implemented by the Association of Medical Doctors of Asia (AMDA).

It is Development Partnership Project, working in cooperation with the Ministry of Health in Myanmar, seeks to improve and enhance the health conditions of mothers and children in the target area through the following outputs

- ・ Widening the opportunity for the quality health services ;
- ・ Improving the nutritional status of mothers and children and the environmental sanitation ; and
- ・ Enhancing knowledge and skills of health personnel engaged in MCH services.

When the above conditions are met and the community members become able to maintain such improved conditions with their own capacity as result of project activities, it is likely the maternal and child mortality is reduced in the target villages. AMDA Meiktila had been implementing the following activities to achieve above three outputs.

- ・ Rehabilitate medical and health facilities in the remote communities
- ・ Rehabilitate / reform pediatric facilities of district and rural hospitals
- ・ Supply medical tools, equipment and consumable items to existing medical facilities
- ・ Operate, in a participatory manner, mobile clinic services jointly with health personnel and community members
- ・ Operate a health clinic to each project office and carry out consultation services
- ・ Help establish community health fund and support its management
- ・ Provide small tractors for emergency referral and facilitate their effective use
- ・ Facilitate "a participatory feeding program" for undernourished children
- ・ Conduct "a series of nutrition seminars" for mothers whose children are participated in the feeding program
- ・ Carry out health education for community people especially women and patients
- ・ Identify, develop, and help maintain / rehabilitate new/existing water sources for safe drinking water
- ・ Help establish self-help groups among mothers for better health management
- ・ Organize training courses and seminars for medical and health personnel



メイティラ事務所

Activities of AMDA Yangon Office

To run all projects and programs smoothly, AMDA Yangon office has to support for logistics and finance, and also manage and supervise all projects. In addition, to collect and analyze monthly activity and financial report from field offices, negotiate and coordinate between organization and government authority, recruit for new projects and manage staff welfare, and so on Yangon Office staff are working happily and attentively for community development program implemented by AMDA Myanmar Project Office.



ヤンゴン事務所スタッフ

Images and Echo from AMDA Nyaung-U Team

AMDA Nyaung-U Team have fifteen staff members working together. The DPP project covers five main villages in Nyaung-U, to improve and enhance the health conditions of mothers and children in that target area. First, we ran the activities through one way done by the project. But now AMDA, communities and the government health staff implement the Participatory Feeding Program and Cooperative Mobile Clinic in three pilot villages.

AMDA has been trying to make the effective health education (role play, puppet show, drama, video show) in the community. Some role plays and drama were acted by committee members, volunteers and school children. And AMDA Nyaung-U Team have trained volunteers, AMW, committee members and Community Drug Post Group members. It is supposed to understand prevention against and basic treatment of common diseases by community.

Nyaung-U Team, especially Community Development Facilitators work hard in the community to stay in the village for rapport building and awareness raising. Now, The Nyaung-U Team has so friendly with the community and to use "Community to Community Methods". In Participatory Feeding Program, mothers improve their knowledge to conduct health check of the children by themselves and cook nutritious food for their malnourished children through learning by doing and doing by learning experiences.

The Nyaung-U Team, heard echo from the community, that some mothers had said that they would like to get new baby because they can participate in the program.



ニャンウー事務所スタッフ

New Participatory Approach in Pakokku

Providing services to the community seems much more easier than applying the participatory approach to the community. In Pakokku Township, AMDA has been implementing Primary Health Care for mothers and children since July 2002.

AMDA Medical Team gave medical service to community people in 5 pilot villages where there were a large number of patients collected from nearby villages. Selected malnourished children from these villages were given nutrition program for three batches. We gave health education about common diseases, water and sanitation and nutrition knowledge to mothers and villagers. We also provided small tractors for carrying patients and children on clinic and nutrition program days. We provided

medical equipments to Child Ward, Station Hospitals and gave training to basic health staff and volunteer community members. Local authority persons and community members liked AMDA's activities and programs.

But for the community to have sustained activities after the AMDA project, they are to participate actively in a new participatory approach. AMDA starts a Collaborative Mobile Clinic (CMC) and Community Drug Post (CDP) in Kin Mon Khar pilot village and Participatory Feeding Program (PFP) in Kan Taw and Htan Ta Pin Pilot villages.

In the new strategy, CDP members are organized, trained and work together with AMDA staff in the CMC. Government basic staff (Health Assistant and Midwife) are invited for their technical support to run the CMC by the community in the future. In the PFP, mothers of malnourished children are the main decision maker for cooking schedule; menu and they will take care of their children health and nutrition status.

AMDA will just support the capacity building of the community volunteers and mothers through their active participation and initiatives for their own community development.

In this new participatory approach, all of the community volunteers in Kin Mon Khar are so happy and willing to participate in a health education drama program. They joyfully wear the AMDA DPP T-shirts same as AMDA staff and take a group photo in front of Kin Mon Khar sub-center.

On the starting week of PFP, the mothers of Kan Taw and Htan Ta Pin actively participate in the procuring, cooking, recording, account reporting activity showing their interest in new participatory approach.

※以上4つの事務所紹介は、現地のスタッフからの紹介文をそのまま掲載しています。



パコク事務所スタッフ

ミャンマーのハート、パコクという街では…

AMDA ミャンマー 木下 真絹子

エイズ事業がこの中央乾燥地域で始まってはや1年近くが経とうとしている。AMDAの活動地は3県にまたがり、メイティラ、ニャンウー、そしてパコク県で現在展開している。

<パコクという地域>

HIV/エイズ事業活動地の1つパコクは国の中心に位置し、ミャンマーのハートといわれている。ビルマ族が大半を占め、たくさんの特産物がある。ピーナッツ、綿、タナカ(ミャンマー人が顔や肌にもぬる木の粉)、ゴマ、豆類などなど。しかし、乾燥地であり、短い雨季を除いてほとんどの月はやせ地で作物もできない。このような状況のなか多くの家族は出稼ぎに出る。働き盛りの20～30代の若者が出稼ぎに出て、残されたパコクの家族のために仕送りをする場合もあれば、家族全員出稼ぎに出るケースもある。ある村では、村全体が出稼ぎに出て、ゴースタウンになることもあるらしい。村人が一緒になって国中を回るのである、まあ行商みたいなものも考えてもいいかもしれない。ミャンマー国内だけでなく、インド、タイ、中国の国境線や、実際にこれらの国に行く者も多い。よくあちらこちらでパコク出身者がどこそで働いているという話をよく耳にする。あるUN関連が去年行った調査ではパコクの出稼ぎ労働率は45%という数字がでた。言い換えれば、パコクの半分近い家庭が現在少なくとも家族の1人はどこかに出稼ぎに出ていることになる。そう、パコクといえばタナカが思い浮かぶように“出稼ぎ労働者”もキーワードにできるくらいなのである。

<出稼ぎ労働とエイズ>

そこで、出稼ぎ労働とエイズの関係である。

出稼ぎ労働者が、いろいろな意味において社会の中で弱い立場にあるのは言うまでもない。病気にかかりやすいこともそれに当てはまる。家族を離れてサポートのない環境の中で暮らし、



パコク事務所 AMDA BCC チーム

適切な医療サービスを受ける機会も少なく、なんせ見慣れない地域ではどこに何があって、どのようなサポートが受けられるのかという情報もあまり入ってこない。生まれ育った環境、習慣も違う中でさまざまな困難に出会うことがある。寂しさもその1つである。

そんな中で、ミャンマーでも出稼ぎ労働者とエイズの問題は切っても切れない。出稼ぎ労働者で有名なパコクも、現在エイズがますます深刻になりその問題から避けることができなくなっている。

< HIVテストと食料支援 >

現在ミャンマーでは、政府をはじめ各機関が HIV テストの普及に力を入れている。しかしながら、陽性結果が出た人に対して社会面、精神面また医療面のきっちりとしたサポートが多く地域でまだ確立しておらず、テストをするメリットがかなりぼやけてしまっている。パコクもミャンマーの他の地域と同じで、HIVテストの普及はなかなか進んでいない状況であった。しかし、今年はじめからWFP(世界食料計画)がパコクの慢性患者、特にエイズ患者や結核患者を中心に食料を支援する活動を開始。それによって、村で潜んでいた患者のいる貧しい家庭が浮き上がってきたのである。つまり食糧支援を通して、エイズ患者とその家族が確認されるようになってきた。これまでに400世帯が食糧支援を受けており、その中で100人以上がエイズ患

者である。食糧支援を受けるためにはHIVテストを受け、陽性結果を出さなくてはいけない(いかにもエイズ末期患者だと分かる人はテスト結果がなくても支援を受けることができるようだが)。この数字は、情報の少ない国ミャンマーではかなり驚きの思い切った数字が出た、という感じだ。

そこで、AMDAとWFPとの間にHIVテストのリファラルが確立した。WFPの食料支援の基準の1つとして、エイズ患者・HIV感染者にはHIVテストの結果が必要なのである。WFPは疑いのあるケースを個人の同意を得た上で、AMDAにHIVテストを受けるために送るのである。テスト前カウンセリングをAMDAのスタッフがいき、県病院で採血、検査をし、そのテスト結果はAMDAに送られてきて、AMDAスタッフが患者に直接テスト後カウンセリングも兼ねて結果を報告するのである。

その際にその個人はさまざまな問題に立ち向かう。多くは、自殺未遂を考えがちである。さまざまな面でオプションがまだ少ないミャンマー人にとって、テストの陽性結果は将来の希望を曇らせてしまう。

しかしながら、WFPのお米65キロ(1ヶ月の家族5人分食料として配給)は患者のみならず家族にとって、今の生活をしのいでいくためには欠かせないサポートである。ここエイズの流行が目に見えてきているここパコクにとって、この食糧支援はある意味で今後のエイズ対策(特にケア・サポート)の1つの大きな出発点になっている。

<今後のパコクにおけるエイズケア・サポート>

これまで予防を中心に活動を行ってきたAMDAであるが、現在WFPと契約を結び、今後ケア・サポート、特に地域でのホームベースケアの活動の強化に協力していく予定である。まずWFPから供給された食糧(お米、塩、

HIV/エイズ事業紹介

◇
 メイティラ事務所・ニャンウー事務所スタッフ
 (翻訳 菊井伸也)



メイティラ事務所 HIV/エイズ事業スタッフ

メイティラ事務所

2003年9月、私たちHIV/エイズ事業新規スタッフは、ヤンゴンでのBehavior Change Communication (行動変容コミュニケーション、以下BCC) トレーニングに参加した後、ここメイティラにて事業を開始しました。メイティラのBCCチームは、コーディネーター、サブコーディネーター、フィールド・オフィサーおよび会計係によって構成され、さらに5人のコミュニティ健康増進担当官もこのチームに

加わっています。

これまでに、12カ所にドロップイン・コーナー (コンドーム購入が出来、HIV/エイズに関する情報を得られる場所) を設けました。また、コンドームの販売、コンドーム利用デモンストレーション、IEC配布などを担当する12人のヘルスプロモーター (健康推進員) に対し、2日間のHIV/エイズ基礎トレーニングを実施しました。

これまで、メイティラ地区において、6,219のコンドームを配布しました (2003年11月から2004年6月まで)。また、2004年2月から6月までの間に、帽子、Tシャツ、キーホルダーなどの啓蒙活動グッズ3,274個を配布しました。

HIV/エイズ啓蒙活動も盛んに実施しています。これまでも、「バゴダ祭りでのHIV/エイズ質疑応答カラオケショーと展示会を開催 (3日間)」「Seado村でのHIV/エイズ質疑応答カラオケショー開催 (1晩)」「Suckkinpauk村でのHIV/エイズのビデオショー開催 (1晩)」など、多くの活動を実施してきました。

HIV/エイズ教育活動も盛んに実施しており、様々な分野からの参加を得ています。保健教育の話題は、参加者に応じて異なります。主には、「HIV/エイズ+コンドーム利用デモンストレーション」「HIV/エイズ+STD (Sexually Transmitted Disease、性感染症)」「HIV/エイズ+母子保健」「HIV/エイズ+VCCT (Voluntary and Confidential Counseling and Testing、自発的かつ秘密の守られたカウンセリング・検査) の基礎」「HIV/エイズ+PMTCT (Prevention of Mother to Child Transmission: 母子感染予防) の基礎」などです。

メイティラ地区における保健教育参加者数

	男性	女性
高リスクグループの人々 (長距離トラック運転手、CSW (Commercial Sex Workers、売春婦)、警察官、馬車の御者など) 青年	245	14
合計	818	2179
	1620	3278

油など) を直接受益者とその家族に配達する活動をはじめ、ボランティアの養成、ホームベースケアチームの強化

で活動の質を上げることを目標にすえるだけでなく、地域の啓蒙・啓発活動 (ワークショップなど) を通じて住民

の理解と協力を得ることも念頭においていきたいと考えている。



母子感染予防について焦点をおいたセッション



女性に対して少しでもコンドームにふれてもらおうと、コンドームを風船にしたゲームを行う

このような活動に、地域で信頼されている保健ボランティアの養成は欠かすことができない。すでに、今回のインタビューで登場しているカインさん (本誌P15参照) のような存在は重要である。やはり、持続を持って本当に患者とその家族を力強くサポートできるのは、そこに住む同じ村人なのである。



ニャンウー事務所 HIV/エイズ事業スタッフ

ニャンウー事務所

私たちニャンウー事務所のHIV/エイズ事業スタッフは、ミャンマーの中部乾燥地帯、ニャンウー県で、HIV/エイズや性感染症の予防と感染拡大を防ぐために、人々の行動を変えようと様々な活動を実践しています。ニャンウーのバガンはミャンマーの有名な古都で、観光が主要な産業です。私たちは、トライショー（三輪タクシー）の運転手、馬車の御者、観光自動車の運転手、ハイウェイバスの運転手、トラックの運転手に加え、空港拡張工事の建設現場、Nan Myint塔建設現場、バガン宮殿発掘現場などのような建設現場で働いている若者や季節労働者などをターゲット・グループとしています¹。

啓発活動

HIV/エイズや性感染症についての保健情報を提供したり、コンドームの適切な使い方、偏見と差別、VCCT（自発的かつ秘密の守られたカウンセリング・検査）のサービスなどの情報を、ヘルストークやピア・エデュケーション²を通じて提供したりしています。また観光地としても有名なシュエジーゴンパゴダおよびアーナダー寺院でのパゴダ祭で展覧会を開き、実話に基づいた、偏見についての人形劇の上演、ビデオショーの上映、パンフレットの配布、ポスター展示、インタビューで質問に答えてもらい、景品として保健教材を渡すなどの活動を行いました。さらに、性感染症チームやMMCWA(現地NGO)と協同して世界エイズデーを記念して、ニャンウーの高等学校でのエッセイコンテスト、討論会、ビデオショーなどを行いました。

その他の活動

コンドームが簡単に手に入り、情報が得やすく、照会が容易にできるようにするために、自動車工場、香辛料店、レストランなどのようなさまざまな場所に、ドロップイン・コーナーやコンドーム販売所を作り、訓練を受けたヘルスプロモーター（健康推進員）を配置しました。ターゲ



雑貨店に設置しているドロップインコーナー



床屋に設置しているドロップインコーナー

ット・グループ以外にも、バガン市内はすべて、それに加えてニャンウー県内全域のホテルや宿泊施設のスタッフ、また漆器工房のような家内工業の従業員や、家庭の主婦に、女性のエンパワーメントを目的とした保健情報を提供しています。

私たちは、住民の注意を喚起し、行動を変え、HIV/エイズを予防し、感染の拡大を防ぎ、偏見を減らすための努力を続けています。

¹ 一般に、家族から離れて働く職業に従事する人たちに、HIV/STI感染の危険が高いと言われている。

² 同年代、あるいは同じセクシュアリティに属する人など、同じ環境にある人同士（ピア）が話しをすると、より話しを受け入れやすいという考え方による。

ミャンマー事業へのご支援をお願いいたします
郵便振替：口座番号 01250-2-40709
口座名 「AMDA」
※通信欄に「ミャンマー」とご記入下さい

HIV/エイズ事業 ヘルスボランティア テン・テン・カインさんへのインタビュー

(翻訳 小林美保)

ボランティアのテン・テン・カインさん (右)

テン・テン・カインさんは、パコク生まれの52歳の女性。政府職員だったお父様は転勤が多く、子供の頃からミャンマー各地、首都ヤンゴン、メイティラ、マンダレーなどを転々としてきたそうです。今までも、UNDP (国連開発計画) やWFP (世界食料計画) といった機関でボランティアをしてきた彼女は、今二人の娘さんとともに AMDA の活動を支えています。

<いつボランティア活動を始めたのですか?>

「高校生のときミャンマー赤十字から受けたトレーニングが、初めての経験でした。ずっと貧しい人々を助けるボランティア活動に興味を持っていました。1995年に、UNDP主催のHIV/エイズに関わる5日間のトレーニングを受けました。それ以来、地域社会における予防活動だけでなく、特にHIV感染者・エイズ患者のケアと支援に力を注いでいます。」

<現在のボランティア活動は何ですか?>

「現在は、食料配給およびケアと支援が必要なHIV感染者・エイズ患者の在宅ケアを行っています。これまでに、慢性的に体調のすぐれない患者さん (HIV感染者、エイズ患者、結核患者を含む) は、約400人にもなります。今現在は、70人の患者さんを世話しています。3区9村 (4,000世帯以上) にわたって担当しています。」

<具体的な活動内容は?>

「患者さんを毎日訪問します。患者さんの気持ちを察し、思いやりと根気をもって支援しようと心がけています。患者さんには心理的かつ精神的な支援が必要です。もし、患者さんとその家族の間に問題があれば、問題を明らかにし、問題解決に向けたサポートをします。加えて、感染拡大を防ぐため、基本的な保健衛生教育を行っています。地域社会における予防目的のため、コンドームの利用を推進し、また販売もしています。その他には、WFPから患者に届けられた米の配給も担当しています。」

<ボランティア活動で直面する困難をおしえてください>

「非難と差別 (自分自身によるものと外部からのもの両方) のため、HIV感染者を見つけることは非常に困難です。そこで、守秘義務とHIV検査を受ける利点を丁寧に説明するよう心がけています。初めての患者さんの家へ行くと、患者さんやその家族の中には受け入れられず、私を信用してくれないこともあります。けれども、私は模範となるべく、彼らと本当の信頼関係を築けるよう努力しています。」

<ボランティア活動における信念はなんですか?>

「患者さんは、基本的なケアだけでなく、心理的かつ精神



的な支援を必要としています。仏陀の生涯や輪廻転生の話をすることもあります。よく、『エイズを発症したのは、これまでの人生で徳をつむことなく、不品行だったからだ』と言う患者さんや家族がいます。そんな時、私はこう説明するのです。『病気になるのは現世とは関係なく、たぶんあなたの前世と関係があるのよ。これはあなたの力の及ぶ範囲ではないわ。だから自分を責めるのはおやめなさい。事実を受け止めて、もっと積極的に生きましょよ』とね。患者さんは皆『生きたい』のです。みんな死にたくないのです。基本的治療、十分な栄養の摂れる食品、その他の支援を必要としています。患者さんを訪ねるときはいつも、患者さんを励まし、患者さんの体にふれ、抱きしめることで愛情を注ぎ、患者さんを支援しない患者の家族の前で模範ともなります。『だれでも愛情が必要』なのです。

さらに、精神力が鍵です。患者さんの家族自身が、家族の一員がHIVに感染したこと、エイズを発症したことを受け入れられないケースが、よく見受けられます。このようなケースでは、患者さんは孤立し、孤独に耐えられなくなり、急速に健康状態が悪化します。ケアと支援に家族が加わることで、非難や差別を避けることの重要性をとて強く感じています。患者さんが、差別に対して断固として立ち向かうために、こうやって勇気づけているのです。『くよくよしないで。あなたが考えるべき一番大切なことは、あなた自身の健康はなのよ』と。

多くの患者さんは落ち込んでいて、孤立感に苛まれて、人と交際するのをやめてしまうのです (もしくはだれとも交際できないのです)。そんな時私は、患者さんが何を必要として、何をしてほしいか、何を感じているのか、患者さんの目を見るのです。目の奥にある真実、問題や感情、患者さんの目が私に何を語ろうとしているのか? を、一生懸命読み取ろうとするのです。

それでも時々、薬剤不足などのために、自分の手に負えないと感じることがあります。そんな時には、患者さんにさらに進んだ治療や検査、検査前後のカウンセリングを受けさせるために、AMDAクリニックや政府病院を紹介します。私はAMDAのような関係機関と、よい連携があることをとても嬉しくおもっているのですよ。」

<エピソードを聞かせてください>

「18歳の少女のことです。彼女は貧しい家庭の長女でした。

家族を助けるために、日夜、建設現場で肉体労働をしていました。一年後、彼女は夜だけ働くようになりました。夕方になると派手な服を着て仕事に出かけ、翌朝疲れ切った様子で帰宅するのです。地域の人たちだれもが、彼女の仕事内容の察しがつきました。

2～3年後、少女は皮膚病や長引く下痢などに苦しみ始めたのです。私は少女を訪ねて励ましました。少女の両親は、この奇妙な病気のことで彼女を責め、彼女の世話を全くしていませんでした。少女はもう立ち上がれず、ずっと床について、体は全く衛生的ではありませんでした。

私は少女の両親にこう言ったのです。『彼女はいいお嬢さんです。彼女は自分の人生を犠牲にして、あなた方家族を養うために売春婦として働いたのです。過去数年間、あなた方は彼女の収入に頼ってきたのですよ。だから彼女を見捨てないで。愛情をもって彼女の世話をしてあげてください』と。そして私は、両親に安全に優しく娘を世話する方法を教えたのです。少女はとても喜んでくれました。今では、少女と両親はとても和やかに暮らしているんですよ。』

「HIVに感染している若い男子学生を訪ねた時のことです。少年の両親に会ったとき、こう言われたのです。『この子はあなたの患者でしょ！世話してよ！』と。両親からこんな言葉が発せられるなんて信じられません。とても不快に感じました。少年の目を見ると、彼がどう感じているかすぐわかりました。両親の態度を目の当たりにして、落ち込み、そしてとても悲しそうでした。実は私、ちょっと動転してしまいました。ご両親が、息子さんの状態はもはや自分たちには関係なく、患者の面倒をみる責任はないと思っているからです。自分たちの子どもなのに…。代わりに、それはボランティアである私の責任だということです。私は、ご両親と長い間話をし、少年の気持ちと状態が理解されるよう、今も努力しています。少年に対しても精神的、心理的支援を行っています。」

「こんな悲しい出来事もありました。」

「ある若い大学院生のカップルの話です。長い間つきあい、互いに愛し、婚約し、結婚式一ヶ月前という時でした。男性が、HIVに感染していることが判明したのです。この衝撃的な知らせに、女性側のご両親は動揺せずにはいらませんでした。女性側のご両親は、娘がこの男性と結婚するのを許しませんでした。けれども、彼女は当初の予定通り、この男性と結婚することに決めたのです。

私は、彼女にHIV/エイズとその影響について説明しな

がら何度もカウンセリングをし、彼女に選択肢を与えました。けれども、結局彼女は彼と結婚しました。結婚披露宴のとき、彼にはすでに皮膚病があり、とても弱々しく見えました。残念ながら一ヶ月後、彼は亡くなりました。さらに悲しいことに、彼女も夫の死後、引き続いて亡くなりました。

カウンセリング中この女性は、『結婚の一ヶ月前でも、一日前であっても、自分は婚約者に対して『忠実』でいたい。夫が、HIV感染者であろうとなかろうと、自分は心の底から彼を愛しているから気にしないのだ』と、話していました。彼女は、『忠実である』ことの意味を間違っていると覚えてしまったようです。その結果、夫の命どころか彼女自身の命まで失ってしまったのです。』

プロジェクトマネージャー（木下真絹子）からのコメント

私がカインさんに初めてお会いしたのは、数ヶ月前、AMDA事務所でした。彼女は小柄で、顔にタナカ（注：ミャンマーの伝統的なおしろい）を塗った典型的なミャンマー人女性でした。驚くことに、私は彼女が漂わせている特別な雰囲気、オーラを感じたのです。彼女は、私も含め多くの人に、明るく、前向きになれる雰囲気をもたらしてくれるのです。彼女と話すたびに、私はいつもとても幸せな気分になれるのです。

彼女はただ話すだけでなく、むしろ行動に移す、例えば、愛情を与えたり、抱きしめたり、ふれあったり、患者の世話をしたり、家族や地域住民に患者の世話の仕方を見せたりすることによって、模範を示すことができる人です。

彼女はいつも周りの人たちみんなに高い敬意を表します。非常に礼儀正しく謙虚です。他の多くのミャンマーの人々と同じように仏陀を崇め、ボランティア活動の中で道徳的に仏教を実践しています。その献身と情熱によって、地域住民の間でも信頼されています。彼女の活動は、AMDAのプロジェクト実施に欠かせないものです。

AMDAはもうすぐ400人の患者さんのためのWFPによる食料・物資（米、油、豆類、ヨウ素塩など）支援を担当する予定です。患者さんたちは慢性的に体調のすぐれない人々で、その多くはHIV/エイズもしくは結核の患者です。食料援助と平行して、地域における在宅ケア活動も支援していく予定です。カインさんのような多くのボランティアさんが、私たちの活動における重要な役割を担ってくれることを期待しています。

AMDA 神奈川支部より

『横浜国際協力まつりへのご協力のお願い』

今年も横浜国際協力まつりが10月16日・17日に開催されます。

そこでAMDA神奈川支部では、例年通りバザーを行います。品物のご提供と当日のお手伝いをご協力下さる方は以下の所に郵送、又は電話連絡下さい。

〒242-0056 大和市西鶴間3-5-6-110

医療法人社団 小林国際クリニック

電話 046-263-1380

AMDA が第 2 回 沖繩平和賞受賞

この度、特定非営利活動法人アムダは、沖繩県より第2回沖繩平和賞をいただきました。

沖繩平和賞は、沖繩県が2000年の九州・沖繩サミットを通して発信された平和を希求する「沖繩の心」を引き続き発信するとともに、広く世界に目を向けた恒久平和の創造に貢献するものとして、2001年12月、創設されました。

沖繩平和賞選考委員会より、「医療技術集団としての特定非営利活動法人アムダのこれまでの世界的な活動は、専門知識と技術に特化し、AMDAが確固たる人道支援のあり方を確立してきたことを高く評価する。また、AMDA沖繩県支部が1995年に設立され、その活動から今後も医療支援を必要としている世界の人々のために、沖繩から多くの人材が参加し、沖繩発の高い知識と技術に裏付けされた活動を通じ、地域の安定と人間の安全の確保に寄与するものである。」とのコメントをいただきました。

菅波茂理事長は、第一報を聞き、以下のような感想を述べました。

AMDAの理念でもある「多様性の共存」の成功モデルといえる沖繩の移民の方々の現地での共栄共存の歴史は、多文化、多宗教、多民族の壁を越えた平和の証といえるでしょう。AMDAの中南米での社会開発活動や緊急救援活動は

こうした沖繩出身の日系人が中心となって活動しています。また、AMDA沖繩県支部からは、中南米での緊急救援の度に人材を派遣してもらっています。この受賞を、中南米でのAMDAの活動に寄与してくれている沖繩出身の日系人スタッフとAMDA沖繩県支部の皆さんと共に喜びを分かち合いたいと思います。

また第二次世界大戦における沖繩戦での戦死者への敵味方を問わぬ慰霊として摩文仁の丘を築かれ、恒久平和を願っておられる沖繩県同様、AMDAも世界平和構築のために活動しています。AMDAは平和を「今日の家族の生活と明日の家族の希望が実現する状況」と定義しています。この平和を阻害する要因として戦争、災害そして貧困があります。これらの被害者を対象に、災害発生時や難民発生時の緊急救援活動や、世界14カ国において社会開発（保健医療支援活動）を行うことで、平和実現に日々努力しています。

特にAMDAでは、「医療和平プロジェクト」として、アフガニスタン、旧ユーゴスラビア（現セルビア・モンテネグロ）、そして昨年からは20年間におよぶ内紛に停戦合意をしたばかりのスリランカに入り、敵対する双方に公平に医療支援を行う和平プロジェクトを行ってきました。

世界中の人々が平和の掛け橋である「沖繩」を知っています。沖繩平和賞の理念に近づけるよう、国連NGOでもあるAMDAは、益々精進を重ねたいと考えます。

<贈賞理由>

日本で最初の国連医療NGOである特定非営利活動法人アムダ（以下AMDAという。）はアジア、アフリカ、中南米において戦争、自然災害、貧困等により社会的・経済的に恵まれず社会から取り残されている人々への医療救援と生活状態改善のための支援活動を積極的に展開しています。

1984年に創設されたAMDAの出発点は、実行を旨にアジア各国の医学生達とのネットワークを作ったことをきっかけにして、岡山という地方からの始動でした。現在は世界28カ国、国内3県に支部を置き、14カ国で事業を実施しており、過去20年間では約50カ国にも及ぶ国々で日本の国際貢献の顔として印象付けました。

AMDAの活動は、「誰でも他人の役に立ちたい気持ちがある」、「この気持ちの前には国境、民族、宗教、文化等の壁はない」、「援助を受ける側にもプライドがある」という人道援助の三原則に基づいており、このことは内発的多様性を基礎とした平和実現の促進に貢献しています。

また、AMDAが提唱している「医療和平」とは、紛争当事者の双方に中立人道

の立場から、国際医療協力をもって紛争の緩衝を図り、和平プロセスに寄与する試みであり、医療による人道援助活動を通じて平和と人間の安全保障に貢献するものです。

AMDAの緊急救援活動は、1991年の湾岸戦争で被災民となったクルド難民の救援活動を契機に、「必要とされればどこへでも行く」の信条を行動力で示し、実績とともに諸外国との信頼関係を揺るぎないものにしました。

国際的なネットワークに基づく「AMDA多国籍医師団」は、自然災害をはじめ、突然の不幸な出来事に見舞われた人々の所へ、一刻も早く飛んで行き、迅速かつ的確な救援を行うことにより多くの被災者の不安を取り除き、尊い命を救い、復興への希望を与えてきました。

活動のもうひとつの特徴としては、保健医療・教育・生活環境向上等の支援活動を世界的に展開しています。例えばHIV/AIDS等の深刻な問題に立ち向かい、地域住民のニーズを優先し、人々が自立できる目途が立つまで継続的に実施しています。

日本国内では、1995年の阪神淡路大震災において、多数のボランティアによる活動を円滑に実施させるために先導的

役割を果たしました。その他、次世代を担う若者達を対象にスタディツアーを行うなど人材育成にも尽力しています。

当初、医療を中心に始まった活動も、今日では多岐にわたる分野に広がりを見せています。このことは、誰かの役に立ちたいと思う人々の気持ちを受け入れる寛容の精神がAMDAには根付いているからであり、ボランティアをする人、される人、人間一人ひとりを大切にすることが、一つひとつの命、人間の尊厳を大切にするAMDAの姿に結びついています。

沖繩平和賞選考委員会は、アジア太平洋地域はもとより、世界規模で平和・非暴力実現の促進や人間の安全保障の促進に貢献しているAMDAを第2回沖繩平和賞に最も相応しいものと評価しました。

AMDAの活動の根底にある「相互扶助」の精神と「多様性の共存」という目標は、沖繩県の持つ歴史的、文化的特性を反映して、恒久平和の創造に貢献するものとして創設された沖繩平和賞の趣旨に通ずるものであります。

よって、戦前戦後の困難な時代を経て発展してきた沖繩県から、今後の活動を支援していくために、第2回沖繩平和賞をAMDAに贈る決定をしました。

沖繩平和賞選考委員会

洪水とともに生きる

—バン格拉デシュ洪水状況と AMDA 緊急救援活動—

AMDA バングラデシュ 大野 伸子

私がバングラデシュに初めて赴任したのは2002年の8月2日であった。それからちょうど2年が経過したが、この間に2度洪水を経験することになった。昨年の今頃も、我々の活動地域であるムンシゴンジ県ガザリア郡では、メグナ川の水位上昇により、各村で家屋の浸水や作物への大きな被害が報告された。AMDAバングラデシュ支部は7月末から8月中旬まで、郡政府と協力し、食糧支援や薬品配布などの被災者支援を行った。

しかし、今年の洪水被害の規模は昨年を遥かに超え、全国64県のうち41県が浸水するという大規模なものとなった。ダッカ市内も40%が浸水し、我々の事務所があるグルシャン地区でも車や徒歩では移動困難なほどであった。家屋が浸水したために避難してきた大勢の人々が路上生活者となり、8月2日現在も救援物資を待ちながら暮らしている。

7月末時点で、既に3千万人が被害を受け、10万人が避難者となり、死者の数は500名以上と公式に発表された。しかし、実際の被災者や死者数はそれ以上であると言われている。連日のように、「洪水被害の急拡大」、「被災者の急増」、「政府や援助機関の支援が追いついていない」などと新聞やテレビなどで報じられ、大規模な自然災害の前では人間がいかに無力かということを見せ付けられた。

バングラデシュ洪水被害拡大の経緯

バングラデシュは、パドマ（ガンジス川下流）、ブラマプトラ、メグナ、ジャムナという4つの大きな川をその国土に有し、1971年の独立以来、頻繁に洪水被害に見舞われている。雨季（6月以降）はヒマラヤ山脈の雪が溶けてこれらの川に流れ込み、7月から8月にかけて川の水量は最大になる。

今年の洪水は、7月の初旬より北部地域での水位上昇に継承が鳴らされた

のを皮切りに、ジョムナ、パドマ、メグナ側沿いに南部へと拡大していった。7月第2週より、シレット、ディナジプール、ガイバンダなどの県で数名の溺死者が報告されるようになった。その後の水位上昇は急速で、ダッカ首都圏や南部での来る洪水被害に警報を鳴らす報道が行われていた。

7月20日前後から、北部被災地域での食糧不足が深刻になった。その時点で避難者の数は5万人以上となっていた。政府の救援物資配布はまだ開始されていなかったが、赤十字社（Bangladesh Red Crescent Society）などの団体が食糧など救援物資の配給に



動き始めた。また、シレットの空港が浸水し、死者の数も100名に届こうとしていた。22日には、全国64県のうち41県ですでに被害が出たと報じられた。今年の洪水が1998年の洪水被害に匹敵するほど大規模なものに達することが、この時点で予測されていた。24日には、死者数が200名を超え、ダッカなど中心部や南部での水位上昇による被害も目立ち始めた。各県での食糧や薬品などの深刻な不足が伝えられ、北部では下痢症患者の増加も伝えられるようになった。

25日頃より、ダッカ中心部から南部地域での水位上昇は急速で、その頃にはダッカの40%が浸水した。また、ダッカ周辺のマニクゴンジ県、ノルシンディ県、我々の活動地域であるムンシゴンジ県などでは今後も水位が上昇するとの警告があった。

26日には死者数は300名近くに達し、被災者も2,500万人となった。しかし、この時点においても尚政府は「非常事態」という認識をしておらず、災害対策省（Ministry of Disaster Management）の閣僚も被害状況はそれほど深刻ではないという趣旨の発言を行っている。27日には、バングラデシュ政府の非常事態宣言を待たずして、国連機関や各国ドナーは洪水被害に対する多額の資金援助を行うことを決定した。28日には、死者の数は400名を超え、29日にはついにバングラデシュのカレダ・ジーア首相が国際的に支援を呼びかけた。

7月末日までに、死者総数は500名を超え、被災者の総数も3万人以上にのぼると確認された。北部では既に洪水が引き、同時に下痢症患者の爆発的増加が伝えられている。8月1日までに全国の下痢症患者の総数は2,960万人になった。下痢症の蔓延は今後南部にも拡大していく。

バングラデシュ洪水の被害は、3段階に渡ってやってくる。水位が上がり始める初期には、家屋の浸水や作物の被害により、人々は食料や安全な居住地の不足に苦しむ。水位の上昇が収まり水が引き始める第二期には伝染病が蔓延する。腸チフス、赤痢、コレラなど重篤な下痢症を引き起こす伝染病はあっという間に蔓延し、洪水死者の殆どが実際は溺死者ではなく下痢患者である。第三期は水が完全に引く頃で、水の引きが家の土台を持っていったまゝ、家屋が破壊されてしまう。このように、2ヶ月から3ヶ月近くの間、様々な形で被害を受け、人々は苦しむ続けるのだ。

新聞等による報道では、最終的な作物などへの全国的な被害は229億1千万タカ（約460億円）にのぼり、家屋の破壊や産業へのダメージなどによる損害は4,000億タカ（約8,000億円）と推定されている。

ガザリア洪水状況と AMDA の救援活動

ムンシゴンジ県ガザリア郡において、7月第3週以降水位の上昇が著しく、殆どの道路が浸水し家屋の被害も目立つようになったため、通常の活動を休止することを決定した。7月22日を最後にマイクロクレジットや職業訓練、住民を集めての保健衛生教育などの活動が完全に停止した。23日以降は、現場スタッフ約15名が、世帯訪問を行い、各村の被害状況の確認、下痢疾患予防のための保健衛生教育、患者のAMDAヘルスセンター¹への搬送などを行っている。

7月26日に最初の避難家族を受け入れた後、続々と避難者がAMDA職業訓練所²に訪れ、30日にはほぼ満員の100名近くとなった。避難者は、なけなしの現金と家財道具とともに船でやって来た。避難者に聞いてみると、彼らの家屋は胸のあたりから首のあたりまで浸水してしまい、とても生活が続けられる状態ではないので避難してきたとのことであった。今後水が引くまで職業訓練所での避難生活を続けるが、2週間になるか、3週間になるか、1ヶ月以上になるのかは予想できない。

避難家族の殆どは、AMDA職業訓練所近くのババニプールという村に住む、漁業を営むヒンディー教徒であり、イスラム教徒が85%以上のバングラデシュではマイノリティーに属す。平均月収は1,500タカ(約3,000円)から2,000タカ(約4,000円)とかなり低く、加えて、洪水の影響により魚が取れなくなったため、本来ならば漁業が盛んな季節であるにもかかわらず、今は現金収入がまったくないようである。郡政府との連携により、彼ら1家族につき10kgの米が配給されたが、1家族平均5人が1ヶ月食べていくには十分な量ではない。しかし、彼らはまだ良い方で、政府の食糧配給の恩恵に与かれず、避難所にも滞在できない路上生活者が全国に何万人と存在する。7月31日、救援物資の第1弾をAMDA職業訓練所の避難者や他の避難所に届けた。救援物資には、水の消毒用塩素48リットル、乾燥した米など100kg、ビスケット200Kg、その他非常食100Kg、経口補水液(ORS)約2600パックなどが含まれる。それら救援物資を近くの避難所となっているホッシンディ高校に届けた時に目にしたものは、政府の食糧配布に群がる1000人を

超える人々であった。食糧配布の受益者は地元の政治家やリーダー達によって選定されるが、「政治的意図が反映され本当に必要な人に届いていない」との批判もよく耳にする。しかし、配給される食糧の量に比して被災者の数が多すぎ、すべての被災者に公平に行き渡ることなど、とても無理であろうと思われた。

一方で、AMDAヘルスセンターに訪れる患者や妊産婦も増加している。7月31日には、3名の妊産婦が分娩室を占領していた。そのうちの1人であるサリナは、2日前に産気づいてAMDAヘルスセンターに船で運ばれてきた。テンガルチャー村の彼女の家は膝まで浸水してしまい、自宅で分娩を行うことは危険と判断したそうである。29日のうちに無事に男の子が生まれ、31日には退院していった。また、31日にヘルスセンターにやってきたモリオンの家もテンガルチャー村にあり、同様に膝まで浸水しているとのことであった。彼女は血圧が低く貧血気味で、妊娠中毒症の危険性もあるため、もし設備もなく訓練された助産師もいない自宅などの場所出産していたらと思うとゾッとす。

8月1日、AMDAヘルスセンターに常勤する医師に加え、地元の医師がもう1人加わり、ポートによる巡回診療が開始された。巡回診療はガザリア郡に数箇所ある避難所を訪れ、患者の無料診療、下痢症患者に対する薬品やORSの無料配布を行う。初日は、ホッシンディ高校における診療を行ったが、150名近くの患者が訪れた。また、31日にORSや塩素タブレットなどの物資が届けられたことで、現場職員による巡回チームが結成され、ORSと消毒用塩素の配布や応急処置サービスの提供が同じく8月1日に開始され、各村を巡回することとなった。彼らの下には、200名近くの患者が訪れ、予想通り殆どが下痢症患者であった。今後、下痢症患者の増加は数週間続くと予想されている。

人材や救援物資はまだ不足していると判断されたため、現在、AMDA本部では、医師など新たな緊急医療救援チームの派遣を検討中である。バングラデシュの全国的な被害規模を考えると、我々の支援が与えるイン

パクトなど微々たるものなのだろう。それでも救える命がある以上はできる限りの支援を今後も行い続けるより他ない。

今回の洪水は過去最悪の被害をもたらした88年や98年の洪水に匹敵すると言われており、ガザリア郡での被災者数も数千人に達すると目されている。世界的な気候の変動もあり、今後バングラデシュにおけるこのような洪水災害の頻度が増えることはあっても減ることはないだろうと予測されている。洪水多発地域であるガザリア郡の人々の暮らしはまさに洪水とともにあり、今後も頻繁に起こるであろう洪水被害に対し、より抜本的な対策を講じる時期に来ている。AMDAがこの地域で活動を続けることの究極的な目的は、洪水被害者の救済ではなく、地域の人々の自活および自立を促すことである。具体的には、頑丈な家屋の再建や環境衛生の改善指導、様々な形での生活向上支援などを検討しているが、これらを効果的に行うには、住民間の協力や信頼関係の構築などが欠かせない要素となってくる。また、人々が自らの力で洪水被害を最小限に抑えていけるように、保健衛生に関する知識を向上させ、洪水に備えて食糧の備蓄を行うなどの行動変容を促していく必要がある。

大規模な自然災害の前には人間は無力であることを見せ付けられたと初めに申し上げたが、それでも、人間の英知や努力、思いやりにより何かができること信じている。

¹2001年度、ガザリア地域住民に一次レベルの治療・診療を提供する目的で、外務省の資金援助により建設された。今年の洪水により、一時ヘルスセンターは浸水してしまったため、その間は隣接のAMDA職業訓練所において治療・診療サービスが続けられた。

²2000年度、在バングラデシュ日本国大使館の資金援助により建設された。洪水時の避難シェルターを兼ねている。通常は木工、電気・溶接、コンピューターなどの訓練が実施されている。

ご支援をお願いいたします

郵便振替：口座番号 01250-2-40709

口座名 「AMDA」

※通信欄に「バングラデシュ洪水」とご記入下さい

Bangladesh Flood



洪水の状況



AMDAの被災者への救援活動





Bangladesh 洪水緊急救援活動
AMDA職業訓練所に避難する子どもたち

みなさんのちからを
必要とする人たちがいます



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