

月刊

AMDA

国際協力

Journal

7

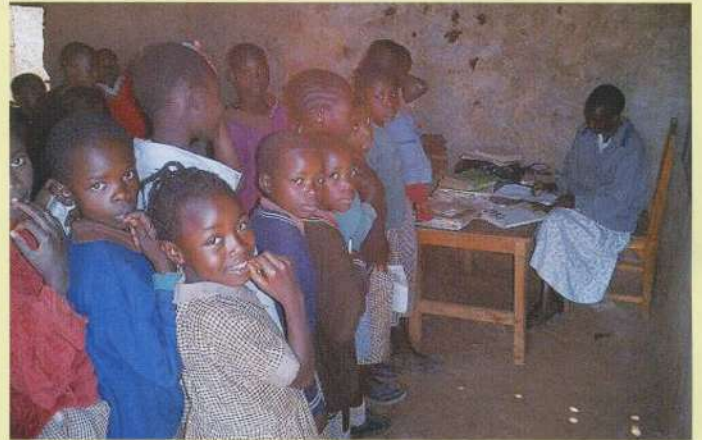
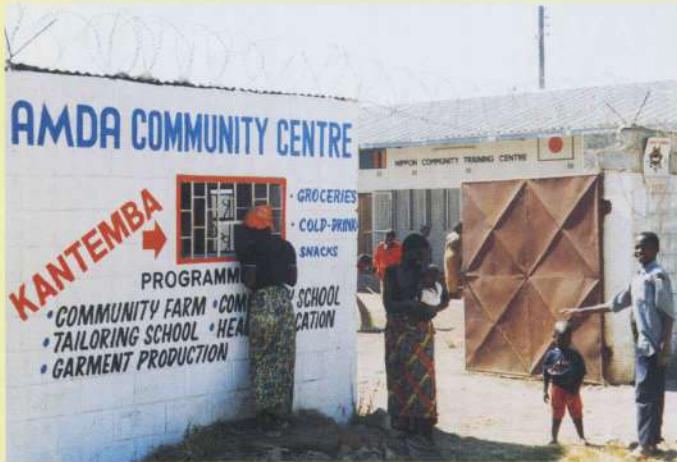
JULY

2005.7

(VOL.28 No.7)



AMDAアフリカプロジェクト



ケニア：初等教育・衛生環境改善プログラム



ジブチ：ソマリア・エチオピア難民支援プロジェクト



ザンビア：コミュニティスクール及び職業訓練プロジェクト



スーダン：国内避難民の子ども達



ザンビア：コミュニティ農園プロジェクト



スーダン：南ダルフール医療システム再建プロジェクト

AMDA

国際協力
Journal

2005
7月号

CONTENTS



インドネシア・スマトラ沖
地震・津波復興支援プロジェクト



◇アフリカ特集

ケニアプロジェクト	2
ザンビアプロジェクト	6
ジブチプロジェクト	16
スーダンプロジェクト	18
◇インドネシア・スマトラ沖地震・津波復興支援プロジェクト	20
◇寄付者一覧	21
◇AMDA 神奈川便り	22
◇スタディツアーご案内	24

【表紙の写真】 ケニア：キベラスラムのマシモニ小学校

今月号では、AMDAのアフリカにおける中長期の社会開発プロジェクトを特集しています。ケニア、ザンビア、ジブチ、スーダン4カ国でのプロジェクトについて簡単に紹介します。

ケニア

■保健医療改善プログラム (HIV/エイズ対策)

首都ナイロビのキベラスラムで蔓延するHIV/エイズ対策として、2003年1月からVCT(自発的カウンセリングとHIV検査)センターを運営。同センターでは国家資格を持つカウンセラーによるHIV検査と検査前後のカウンセリングサービスを無料で提供している。HIV感染者・エイズ患者に対する精神的・身体的なケア・サポート提供にも力を入れている。

■初等教育・衛生環境改善プログラム (2005年2月～現在)

政府の手が届き難いキベラスラムでは、60～70%にあたる子どもが、一般初等教育の全過程を終了する機会に恵まれていない。老朽化した学校内外の劣悪な衛生環境を改善し、できるだけ多くの児童が快適で安全な教育機会を享受できるよう2005年2月からプロジェクトを開始。

ザンビア

■コミュニティ農園プロジェクト

首都ルサカ市のジョージ地区において、ルサカ市当局から土地の提供を受け、2.8haの農園を運営している。栄養価の高い大豆を栽培し、収穫された作物は地区内のヘルスセンターなどを通じ、栄養不良児や結核患者などに供給されている。一部利益はコミュニティ・スクールや結核対策事業の活動資金としても活用。

■コミュニティ・スクール及び職業訓練プロジェクト

貧困削減の一環として行っているコミュニティ・スクールでは子ども達を対象に1日2つのクラスに分けて語学(英語・ニャンジャ語)・算数・理科などの授業を実施。職業

訓練はミシンを使った裁縫教室を実施。卒業後の自立支援のため、ビジネス運営、会計などの授業も実施。

■ヘルスポスト建設及び結核対策プロジェクト

2004年度ジョージ地区において2つのヘルスポストを建設し、住民の保健サービスへのアクセスを改善。同ポストは、結核患者を対象とした治療プログラム(DOTS = Directly Observed Treatment Short Course)を展開する上で戦略拠点となるよう期待されている。

ジブチ

■ソマリア・エチオピア難民支援プロジェクト

アリアデ、ホルホル両難民キャンプに加え、2003年8月よりアラウサ難民キャンプでもソマリア・エチオピア難民を対象とした保健医療分野の支援活動を実施。3つのキャンプの診療所での診察、母子保健、予防接種、栄養改善プログラム、保健衛生教育、環境衛生事業等を、2万人を越す難民を対象に実施。

■難民帰還プログラム

ソマリアの政情や治安が安定してきたことに伴い、難民帰還プログラムが実施されている。AMDAはトランジット・キャンプに医師や看護師を派遣し、帰還難民の健康診断を実施。

スーダン

■南ダルフル医療システム再建プロジェクト

2003年2月スーダン政府と反対勢力との間で発生した衝突により、ダルフル地方全体で約160万人が家を追われ、過酷な環境下での生活を強いられている。2005年1月からニャラ市の南ダルフル州立病院における緊急支援事業として人材育成プロジェクトを開始し。困窮する外来診療部門の特に外来検査室を支援し、ニャラ市人口約20万人及び周辺国内避難民25万人を網羅できる体制構築をめざす。

スラムの子どもたちの教育環境改善事業

AMDA ケニア 徳岡 有佳

キベラにおける初等教育事情

ケニアの首都ナイロビにあるキベラスラムは600エーカーの広さの土地に、約70万人が生活しているといわれる世界最大規模のスラムです。かつては、南アフリカのソウェトスラムが世界一といわれていましたが、経済的な生活レベルが高くなり、既に低所得者層が集団で生活している「スラム」ではないともいわれています。

70万人も生活しているなかで、もちろん子どもたちも沢山生活しています。しかし、キベラスラムには公立小学校(2003年より無料化)が5校しかなく、私立小学校は授業料が支払えないという理由で、キベラの子どもの60%以上は、初等教育さえ受ける機会が与えられていません。また、公立小学校が無料化された影響から、相当数の子どもが公立小学校に押し寄せ、最近では公立での教育の質は落ちたとされています。例を挙げると、キベラにあるオリンピック小学校はかつてケニアで成績がトップレベルだったのですが、無料化後は生徒が集まりすぎて、今では1人の先生に対し120人の生徒という割合になってしまっています。通常であれば1教室に40人が収容できるところを、120人ということになってしまったのですから、どれだけ窮屈かご想像いただけると思います。1mの長さの机に5人の生徒が



プロジェクトスタッフとのミーティングをする筆者(左から2人目)

座れば、ノートも満足には取れません。そのような状態はキベラだけでなく、ケニア国中の問題となっています。

一方、私立学校は政府からの援助は一切受けず、大抵は生徒から徴収する授業料で賄われています。そうはいうもののキベラなどのスラムで毎月授業料を支払う能力のある家庭は少なく、兄弟姉妹の全員分を支払うとなるとなおさら困難です。そこで学校運営側は、簡単なことではありませんが、欧米のNGOや国連などの国際機関からの資金援助に頼るか、あるいは経営母体が教会であれば、その教会の資金が充てられたりします。キベラにも何十もの私立小学校がありますが、生徒の数の割合に比べて教室数が少なすぎるとか、教室の状態が悪いとか、トイレなどの衛生施設が不十分であるなどの多くの問題をかかえています。

キベラのマシモニ小学校の現状

キベラのマシモニ小学校もその一つです。マシモニ小学校は1980年代に有志の牧師たちが集まって、最初は小規模

なストリート・チルドレン救済事業活動から始まり、現在ではマシモニ地区に約900名の生徒を抱える小学校を建設するまでに成長しました。しかし、1993年に現在の場所で開校してから一度も改築は行われておらず、土で塗られた壁や床には大きな穴が開いています。傾斜した土地の下のほうに校舎は建てられており、雨季には壁が雨水などで削られ、教室内が水浸しになってしまいます。また、乾季には穴から入り込んでくる土埃で授業に集中できないという状況にあります。実際、乾季には半日キベラに居れば、顔は土埃で茶色になり、また床に開いた穴に足を踏み外して怪我をする生徒もいます。そのように常に安心して授業が受けられないような状況の中に生徒は置かれているのです。

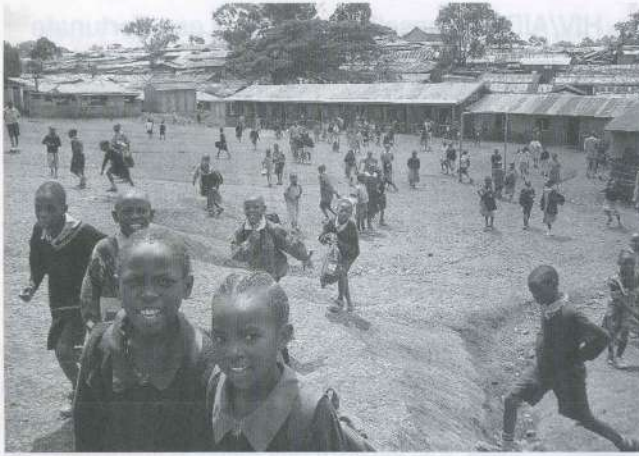
また、900名の生徒に対して溜め置き式のトイレが5つあるだけです。泥塗りの壁は老朽化していつ崩れて来るかもしれないような危険な状態にあります。また便所内には蛆虫が湧いていることもあり、トイレの状況は劣悪です。またそこは教室に隣接しているのです。授業中も悪臭が漂います。

生徒は用を足した後、手を洗わずにそのまま教室へ戻る、またそのままの手で給食(2004年末より国連食料計画の支援で、昼食時にとうもろこしの粉の粥が支給されている)を食べています。生徒の何人かに、「トイレに行った後は手を洗っているの?」と聞く

と、「給食室には水があるから、そこへ行って洗うよ」、という答えが返ってはくるのですが、実際洗いに行っている姿を見たことは一度もありません。当然寄生虫の問題も深刻ですし、下痢に悩まされている生徒たちも少なくはありません。

水に関して言えば、故障したままの給水タンクが運動場内に寂しく放置されているだけで、外部から購入しているのが現状です。50mほど離れた場所にある市役所が20リットルを5ケニアシリングで販売している水を購入し、生徒たちが学校まで運んできて利用しています。この水は主に給食用あるいは、校舎清掃用で使用されているだけです。

トイレや給水施設などが未整備であることに加え、校舎の裏や溝などはごみ捨て場と化しています。生徒だけでなく周辺住民も平気で学校内にごみを廃棄しているからです。また学校の敷地に限らず、スラム全体の衛生環境は極度に劣悪です。ごみや糞尿が散乱し、マラリアを始めとする感染症などの主要原因となっています。



キベラスラムのマシモニ小学校と子ども達

日本 NGO 支援無償資金協力

このたび AMDA は上述のような状況を改善すべく、外務省の日本 NGO 支援無償資金協力事業として、

- 1) マシモニ小学校の増築
- 2) 先生・生徒を対象とした保健衛生環境教育およびクリーンアップキャンペーンの実施
- 3) トイレや給水施設の整備

という3つの活動を実施することになりました。

具体的な活動内容としては、1) 今までより広い教室を4教室増築することにより、キベラのより多くの子どもたちに教育機会が与えられます。2) AMDA が教師と一緒に、手を洗うなどの基本的なことから、HIV/エイズに係る問題まで、学校内外における保健・衛生・環境に関する問題について話し合いトピックを選定していきます。そして、

AMDA スタッフが教師を研修に招き、その後、教師が生徒に保健衛生環境教育を実施します。その一環として衛生状態と健康との関連性などについての授業も実施し、清掃活動の大切さを頭でも理解した上でクリーンアップキャンペーンを実施します。清掃の重要性を理解すれば実際の清掃活動が自然と身につき、家に持ち帰りコミュニティにも徐々に広げてほしいというのが狙いです。キャンペーンについては、生徒のモチベーションを高めるためにスローガンを考えるコンテストなども開催する予定です。また、3) 10個の大使用トイレ、2個の男子トイレを新たに建設し、6,000リットルの給水タンクを設置し、生徒たちがいつでも自由に水を使用することが可能となります。

これらの3つの活動を実施していくことにより、生徒がより良い環境の中で教育を受けられるよう活動していく予定です。今後ともご支援のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

プロジェクトスタッフから

伝統のこだわり

レイチェル・カルク (プロジェクト・コーディネーター)

伝統文化とは、我々の成長につれて習得させられていくもので、人生のどんな場面でも大きな影響を及ぼしてくるのである。冠婚葬祭などの人生の重大な節目には、ある特別な儀式が決まりごととされている。女性性器切除は連綿と行われているそういう風習の一つであり、子どもが大人になるための通過儀礼として必要不可欠なものとして必要とされている地域もあれば、女性が将来の夫となる男性に対する貞節の証明とする場合もある。弊害の大きい(特に健康には多大な害を及ぼす)この風習は、キリスト教の影響からケニアの多くの地域では撲滅されつつあるのだが、旧態依然とこの習わしを続けている部族も多いままである。伝統という強い縛りを乗り越えて、この負の因習を絶つには、より大きな力が必要なのだろう。



Voice from AMDA Kenya

The Strength of Culture

Rachel Karuku Project Coordinator

Culture is what we are made to believe in our growth process and will have a great affect on every step of our lives. Culture determines the specific customs used to mark milestones in our lives, including reaching adulthood, marriage and death. Female genital mutilation is one custom traditionally practiced, among other things, as a required rite of passage from childhood to adulthood in parts of Kenya, and to demonstrate that females are chaste and will be faithful to their future husbands. While this harmful (not least in terms of health) custom has been eradicated in many parts of Kenya, largely through the influence of Christianity, it is still widely practiced among some ethnic groups in Kenya. Greater strength is required to allow these people to overcome the bonds of culture and put an end to this negative traditional practice.

貧困層に対する HIV/エイズカウンセリング

ジェームス・ムイルリ・ドゥング (VCTセンターカウンセラー)

ケニアにおいて HIV/エイズはもはや物珍しいものではない。それは、我々の生活のあらゆる場面で、一職場でも、家庭でも、そして恋人同士の関係においても一明らかである。国際機関、援助団体、NGO はもちろんケニア政府は率先してこの問題に取り組んでおり、現在ケニア国内で登録されている VCT (自発的カウンセリングと HIV 検査) センターの数は 555 箇所にもなっている。VCT センターでは HIV 検査を実施するだけでなく、HIV/エイズに関する重要な情報源であり、人々の意識を高めることにも一役買っている。AMDA は病院や他のセンターや保健機関と協力して VCT センターを運営している。たいいていの人々は HIV の感染経路を知っているのだが、特に貧困に苦しむ人々は生活に追われるが故に、危険な行為に走ってしまうことも多い。過去に HIV 検査を受けたことがある人の支援のために、AMDA はコミュニティにポストテストクラブと呼ぶグループを立ち上げ、感染の有無にこだわらず自分たちの経験を分かち合い、お互いにサポートし合う支援活動を行っている。



HIV/AIDS Counselling with the Less-Fortunate

James Muiruri Ndungu

Voluntary Counselling and Testing Counsellor

HIV/AIDS is no stranger to Kenya. It now manifests itself in every aspect of our lives: at work, at home, and in our most intimate relationships. The Kenyan government, as well as international organisations, aid agencies and NGOs are taking many initiatives, and there are now 555 voluntary counselling and testing (VCT) centres registered in Kenya. These centres not only test, but are a vital source of information and help raise awareness. AMDA maintains one such centre, and coordinates its work with other hospitals, VCT centres, and health organisations. Although most know the mode of transmission of HIV, many, particularly the less-fortunate, engage in risky behaviour, often to support their families. For those who have been tested, AMDA has established a post-test club and a youth club, to help community members to share their experiences and support each other, regardless of their status.

カウンセリングのむずかしさ

ジュディス・オシノ (VCTセンターカウンセラー)

カウンセラーとして働き始めてから 2 年以上が過ぎた。しかし感情を持つ一人の人間として、カウンセリングは本当にむずかしいと感じることがある。若者が HIV に感染していくのをそばで見ながら、私は自問自答する。「私たちは何ができるのだろうか。」「どうしたら行動変容を促せるのだろうか。」「陽性の結果が出て、希望を持たせるにはどうしたらいいのか。」「HIV/エイズに対する意識を高めてもらうにはどうしたらいいのか。」「また同じ女性としてみると、結婚を待ちわびている年頃の女性を相手にする場合も非常にむずかしい。さまざまな難問が降りかかり、1 人の相談者を前にしているのに、まるで一度に 10 人と接しているようにさえ感じてしまうようなときもある。



The Challenges of Counselling

Judith Osino

Voluntary Counselling and Testing Counsellor

I have been a counsellor for more than two years, but looking at what I do as a person with feelings, it can sometimes be difficult. Seeing young people turning HIV positive leads me to ask myself many questions: what can we do? How can we bring about behavioural change? How can we maintain hope in those who are positive? How can awareness be raised? It is also difficult from my perspective as a lady looking forward to marriage. Having to see and deal with these issues and difficulties while counselling, at times make me feel as though I have seen ten clients, when in fact I have only seen one.

ケニアのおまじない

ジャシント・カシンバ (アシスタント)

願いごとをかなえようとするときの昔ながらのおまじないや風習が、いまだにケニアの一部の部族では厳然と残っている。まじない師は薬草や動物 (人間だったりすることもあるらしいのだが) の身体の一部や鏡やナイフなどの道具を使って、健康や金運や仕事や恋愛などの差し迫った問題を占うのだ。そのお告げで夢がかなったと信じられたまじない師は、名を高め、崇められる。しかしその一方でとても危険なまじない師も多い。また信じなければ良い結果は得られないという人も多い。



Witchcraft

Jacinta Kasimba Administrative Assistant

Witchcraft, or the use of traditional magic to make certain things happen, is still practiced among certain tribes in Kenya. Witchdoctors may use herbs, animal (or even human) body parts, mirrors, knives, and other instruments to help people facing troubles with their health, finances, employment, or love life. Some witchdoctors who are considered to have brought about positive results become famous and attract large numbers of people seeking treatment or advice. The practices of some witchdoctors, however, can be dangerous. People say that effective results require faith.

若者に突きつけられた課題

ローズ・レモール (VCTセンター受付)

HIV/エイズ、薬物乱用、若年出産など若者が直面する課題は山積している。周囲の甘い誘いや氾濫する情報やその一方で手をこまねくだけの両親。HIVに感染してしまった未成年者やたった12歳で出産する少女を見ると本当に辛い。その少女はもうこれ以上は教育を受けられないということを意味しているのだし、父親である相手が支えにならない場合の方が多いのだ。こういう現実が少女を売春の世界へ引きずって行ってしまふ。若者は将来について深く考えた上で、慎重に行動し選択する必要があるのだ。



Youth Challenges

Rose Remour

Receptionist, Voluntary Counselling and Testing Centre

As a youth, there are many challenges that we face in this era of HIV/AIDS, drug abuse, immorality, and childbirth by minors. Peer pressure, media and lack of parental guidance often contribute to these problems. It is sad to see a youth of less than 20 years who is HIV-positive. It is also sad to see girls as young as 12 giving birth. This often spells the end of their education, and often in such cases the father will not be there to support the children. This situation can often force such young girls into prostitution. As youth we need to think carefully about our futures in our actions and choices.

ナイロビ市内での駐車状況

メジャ・ケラム・アトニャ (運転手)

300万人もの人口を抱える首都ナイロビでは、車を置く場所を見つけることは簡単ではない。首尾よく駐車場所を見つけても、自分の車の安全は自分の責任で守らなければならない。どの駐車場でも駐車料金を支払わなければいけないのは当然だが、それに加えて、車が盗難に遭わないように、そのあたりでうろろうしているストリートボーイと呼ばれる青年に「見張り料」を支払うことをお勧めする。街中で駐車していて、サイドミラーやライトなどの部品と一緒に車内に置いた荷物が盗まれることも決して珍しくない。また駐車禁止場所にとめていたり二重駐車したりすると、たちまち駆けつけた交通巡査に捕まったり、車が持っていかれたりする。「見張りをしてくれるストリートボーイと仲良くなって、ちゃんとチップを支払いなさい。また二重駐車はしないで安全な場所が見つかるまで停まらずずっと運転を続けなさい。」これが私のアドバイスだ。

Parking in Nairobi

Meja Kellam Atonya Driver

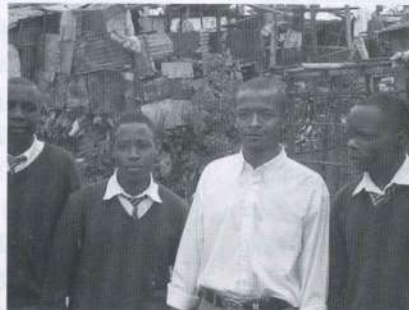


As the capital city of Kenya, and with a crowded population of 3 million, Nairobi is not an easy place to park your car. Even if you are able to find a space, you park at your own risk. You must pay a fee for parking, but it is also advisable that you also pay the parking attendant a 'protection' fee in order to make sure that your car is not broken into. It is not uncommon for everything inside, together with side mirrors and lights to be stolen while parked. Traffic police are also very quick to catch you and/or tow your car if you park in the wrong place or double-park. My advice is: befriend parking attendants, pay all fees, don't double-park, and keep driving until you find a safe place.

ケニアの現実

クロムウェル・ムトゥク (インターン)

ケニアの人口は急激な増加傾向にあるが、その一方で死亡率も高い。とりわけHIV/エイズの蔓延はその大きな要因となっている。結果として人口構造は不均衡となり、自分では独立した生計を営むことのできない扶養される人の比率が高くなっている。職に就けずにふらふらしている若者は社会問題化している。売春の増加という事態もそのような現実の結果である。政府は売春の一斉検挙を行うが、そのたびに雇用機会を拡大してくれという悲鳴のような抗議にあふ。売春を合法化して課税せよとまでいう過激な意見も飛び出す。明らかに解決が求められる問題なのである。



Prostitution in Kenya

Cromwel Mutuku Intern

Kenya is experiencing a large population increase, but at the same time, the mortality rate is high, not least due to the spread of HIV/AIDS. The result is a skewed population, with a large proportion of dependents, which includes a large number of jobless youths that present a danger to the public. An increase in prostitution has been one of the results. Crackdowns on prostitution by the government were met with public outcries on the issues of job creation and some voices calling for the legalisation of prostitution to allow regulation and taxation. This is a clearly a problem requiring a solution.

AMDA MAKES A MARK IN LUSAKA DISTRICT, ZAMBIA

AMDA がルサカ地区に記した功績

Clara Mbwili-Muleya (Dr)

Manager for Health Planning & Development

Lusaka District Health Management Board (LDHMB)

(ルサカ市保健局) March, 2005

翻訳 藤本 梯志

Introduction

For the last 10 years, the Zambian economy has generally been declining in almost all sectors. Poverty continues to affect the majority of households in Lusaka with an estimated 70% of the population classified as the poorest of the poor (Katundu and Situmbeko, Ministry of Finance PRSP, 2002). Employment opportunities in formal sector are limited. It is hoped that with the enhanced privatization program by government and with the help of international investors/business institutions and cooperating partner's job opportunities will be created for the massively unemployed Lusaka residents.

はじめに

この10年でザンビアの経済はほぼ全ての分野で下降線をたどってきました。貧困はルサカ市に住む住民の大部分に影響を及ぼし、今では人口の70%が最貧困層に分類されている程です。(Katundu and Situmbeko, Ministry of Finance PRSP, 2002) 市内で定職に就く機会は限られており、多くの人は日雇いの仕事や小さなビジネスを自分で行って日々の収入を得ている状況です。現在、政府による民営化の高まりと海外からの企業や援助組織の協力がこの巨大な数の失業者を救うことが望まれています。



後列左から5人目が筆者、同じく2人目が藤本 (翻訳)

bian economy in almost all sectors. The majority of households continue to be affected by immense poverty especially in urban areas such as Lusaka where an estimated 70% of the population can be classified as poor (MoF PRSP, 2002). Employment opportunities in the formal sector are limited resulting in most of the people being involved in informal self-employment like carpentry, catering, trading in consumables and other semi-skilled works.

The status of the poor in Lusaka district is made worse by the fact that they also have the poorest access to water and sanitation facilities. For example, 40% of Lusaka residents do

not have access to clean and safe drinking water and even less have access to adequate excreta waste disposal (LDHMT, 2005). Furthermore the burden of disease from communicable or infectious diseases such as malaria, tuberculosis and HIV/AIDS has also continued to rise resulting in those in the lower socio-economic levels being even more vulnerable and susceptible. Of particular concern is the welfare of children many

of whom are orphaned or easily acquire other conditions such as malnutrition.

地域の概要

ザンビアには9つの州があり、それらはさらに73の地区に分かれています。ルサカ市はその地区の一つでザンビアの首都にあたります。人口は約162万人で、全国の人口密度が1km平方あたり13人なのに対し、ルサカ市では65人となっています (LDHMT Action Plan, 2005)。ザンビアの全人口が約1020万人なので、その内の約16%の人がルサカ市に住んでいることとなります。全人口のうち約20%が5歳以下の子供であり、65歳以上の人口は2%のみです。

最近10年のザンビア経済の急速な落ち込みにより、特にルサカ市のような都市部の人々は貧困という問題に直面しました。ルサカ市の貧困層の人々の生活は水と公衆衛生の問題に直面しています。例えばルサカ市の40%の人々は、清潔な水を得ることができないですし、きちんとしたトイレ

Demographics in Brief

Zambia has 9 provinces and Lusaka District in one of 73 districts in Zambia and is also the capital city of Zambia. Lusaka district has a population of 1,617,843 people and a population density of about 65 persons per sq km (LDHMT Action Plan, 2005). This population translates to about 16% of the total Zambian population of 10.2 million with a density of 13 persons per sq km.

The age distribution for Zambia is such that 20% of the population is under the age of 5yrs whilst those above 65yrs make up only about 2% of the total population.

The last 10-15 years have seen a steady decline of the Zam-

レを使える人はさらに少数です。マラリア、結核、HIV/エイズなどの感染症によって社会経済的にも打撃を受けています。福祉の面では孤児の増加、また多くの子供たちが栄養失調に直面していることが問題となっています。

Lusaka District Health Services

The Lusaka District Health Management Board (LDHMB) is responsible for providing primary (basic) health care services to the residents of Lusaka through the public health system. These health services are provided in partnership with NGOs, the private sector and with the participation of the local communities through Neighbourhood Health Committees. The Central Board of Health (CBoH) supervises LDHMB, which is the implementing body under the Ministry of Health.

The LDHMB administers 27 health facilities (called health centres or clinics) that offer curative, preventive and promotive services to their catchment area population which ranges from about 3,000 to over 150,000 people for the largest health centre.

However the district has no district hospital and therefore refers its patients to the University Teaching Hospital which is Zambia's biggest tertiary hospital. Attendance at a public health institution is through a token cost sharing scheme with an exemption mechanism to which all persons between the age of 6-65 yrs should contribute, (chronic illnesses such as hypertension, diabetes, TB, HIV/AIDS etc are exempt), but many cannot afford even the minimal payment at present due to the high poverty levels. There are several private hospitals, which charge their own fees.

LDHMT has prioritized the prevention and promotive activities at the community level especially in the poorer high density residential areas in the western half of the city.

ルサカ市の保健対策

ルサカ市保健局 (Lusaka District Health Management Board: LDHMB) には、市の医療施設を活用し、住民に対して基礎的な医療を提供する責任があります。これらの医療サービスはNGOとの連携や、民間団体などと協力し合って導入したもの、地域保健組合に参加することで得られるものがあります。ルサカ市保健局は保健省の実質的な実行機関である中央保健委員会によって監督されています。

ルサカ市保健局は27のクリニックを管轄しており、それぞれのクリニックが対象地域を持って、医療、予防、健康促進の観点から活動を行っています。クリニックの対象人口は3,000人から150,000人と様々です。しかし重症患者の場合は、市立病院がないため、ザンビア大学教育病院へ送らざるを得ないという状況です。公共医療機関においては6-65歳の人が高血圧や糖尿病、結核、HIV/エイズのよ

うな長期にわたる治療が必要な場合、治療費を控除するシステムがあるのですが、すべてが控除されるわけではないため少額の治療費を払うことができない患者が多いです。市内にはいくつかの私立病院もありますが、彼らは全て自分のお金で治療を受けなければなりません。

ルサカ市保健局では病気の予防を最重要と考え、ルサカ市の西半分に多く点在している貧困層居住区においてコミュニティレベルの活動を促進しています。

Partnership with AMDA

With the poor state of the economy and the limited resources available for health service provision, the LDHMT has been working with cooperating partners and several NGOs in promoting these community programmes. The Japanese Government through the Japan International Cooperation Agency (JICA) has been a major supporter for LDHMT community based programmes aimed at improving the water and sanitation conditions; child health & family nutrition; TB cure rates; and improving household security. The strategy is to promote community participation and initiatives that also build the capacity of communities to sustain the activities and contribute directly to improving their own health conditions.

The Asian Medical Doctors Association (AMDA) is one of the NGOs LDHMT is collaborating with on the community based TB programme and in improving food security & nutrition at household level through the establishment of income generating activities (IGAs). The AMDA projects are based in George Compound with a catchment area population of 122,302 (CBoH, 2005) and with one of the lowest socioeconomic status and highest disease burdens in Lusaka district.

One of the LDHMT objectives for the TB programme, is to increase the TB cure rate from 73% to 85% by end of 2007 through the DOT Strategy (directly observed therapy) that is recommended by World Health Organisation (WHO). Some of the activities identified to achieve this objective include:

- IEC campaigns to sensitize communities on prevention & signs of TB & the importance of DOT
- Implementing DOT for all cases either through relatives or trained treatment supporters
- Training for CBOs & community care givers in DOTs for TB management and stigma reduction.
- Training of trainers in community DOTs.
- Provision of adequate stocks of TB drugs, sputum containers, slides and laboratory supplies at all times.
- Provision of logistics such as treatment cards & IEC materials for CBOs.
- Support supervision to CHWs/Care Givers through spot checks and feedback meetings at least monthly.
- Training of laboratory staff, TB corner staff & clinicians in

DOTS for improved TB case diagnosis & management. In response to LDHMT's request for support in the above activities AMDA has been training volunteers from the George community as TB treatment supporters since 2003. The treatment supporters work closely with George Health Centre staff involved in the TB programme in the area and who are also responsible for their direct supervision. AMDA has also continued to support the volunteers by providing various forms of incentives, which helps to reduce the drop out rate and sustain the programme.

The partnership between LDHMB and AMDA has been further enhanced with the construction and handing over of two health posts in the George area in 2004. This is in line with the Zambian health reform vision of bringing health services as close to the family & households as possible. The hand over ceremony was officiated by the then Japanese Ambassador to Zambia and the Deputy Minister of Health and witnessed by the DHMT staff and local community.

Health posts are part of the health delivery system but are smaller than health centres and are expected to offer almost 80% preventive and promotive services and very basic curative care. Health posts are therefore expected to provide a focal point for community based activities whilst reducing distances that families need to travel for basic health care services. AMDA has provided basic furniture and medical equipment to the two health posts as well as providing the initial stock of essential drugs. The TB treatment supporters together with other community health volunteers are now using the health posts as their base for meetings and planning their outreach activities. The health post has also reduced the distance that TB patients need to travel to get their drugs daily. This will encourage patients to complete their treatment course and eventually contribute to an increase in the district TB cure rate.

LDHMB has greatly appreciated the support and efforts of AMDA in improving health services in Lusaka district and in George Compound in particular. LDHMB hopes this collaboration will grow from strength to strength and hopes that AMDA will extend its support to other areas in health such as HIV & AIDS especially considering the close association the disease has with TB.

AMDA との協力

歳入、予算が不足しているため、保健局はいくつかの協力機関やコミュニティ活動を促進してくれる NGO と活動を共にしています。JICA は重要な協力者であり、これまでにルサカ市内で水や子供の健康、栄養、HIV/エイズと結核などのプロジェクトを行ってきました。それらは住民参加とコミュニティの人材育成を重要視することで継続的に住民の健康状況を改善していくように計画されました。

AMDA も、ルサカ市保健局の重要なパートナーでコミュニティの結核プロジェクトとインカムジェネレーション（収入創出）事業を通して家庭レベルでの栄養改善事業を行ってくれています。AMDA が主に活動しているジョージコンパウンドは12万人の人口を抱え、社会経済状況が最も厳しく、疾患が非常に多く発生している地域です。

結核事業におけるルサカ市保健局の目標の一つに、WHO の勧める DOTS（直接監視下短期化学療法、Directly Observed Treatment Short-course）を利用し、結核の治癒率を2007年の終わりまでに73%から85%まで上げることがあります。その目的を達成するためにキャンペーン、DOTS サポーターの養成、住民組織の養成、薬や検査用品の確保、検査技師や結核コーナースタッフの養成などを行う必要性を見出し、できる限り行ってきました。

これらの活動をサポートしてほしいというルサカ市保健局の要請により、AMDA は2004年よりジョージコンパウンド内でボランティアを養成しました。ボランティアはジョージクリニックとの距離も近く、クリニックと協力して結核プロジェクトを行いました。AMDA はボランティアの組織づくりとその運営を通して、継続的なプロジェクト運営を試みてくれています。

保健局と AMDA の関係が大きく深まったのは2004年に AMDA が日本外務省の資金でジョージコンパウンド内に二つのヘルス・ポストを建設してくれたときでした。この事業はできる限り人々の家庭の近くに医療機関を設置するというザンビアのヘルス・リフォーム計画に沿ったものでした。ヘルス・ポストの譲渡のセレモニーでは日本大使とザンビアの副保健大臣が参列し、地域の住民も多数参加しました。

ヘルス・ポストはクリニックよりも規模は小さいもので、地域の病気の予防と健康促進、基礎的な病気の治療を期待されています。AMDA はそのヘルス・ポストに建築だけではなく家具や薬、医療機材なども準備してくれました。また、ヘルス・ポストは住民組織の活動拠点として機能するという事も期待されています。結核ボランティアをはじめ、多くの住民組織がヘルス・ポストを活動の拠点として使っています。結核の薬をヘルス・ポストで配ることによって結核患者にとっては薬を受け取りに行く距離が短くなり負担が減りました。それが治癒率の向上にも繋がると考えられます。

ルサカ市保健局はジョージコンパウンドでの AMDA の協力を心から感謝しています。今後、両者の関係をもっと強めていき、AMDA が結核対策に加え、他の分野（特に関連性も高いので、HIV/エイズの分野）でも保健事業を開始してくれることを願っています。

※誌面の都合上、抄訳として記載しています。



AMDA ザンビアから見たコミュニティ・ビジネス・開発

開発ユニットの自立に向けて

AMDA ザンビア Virgil Hawkins

はじめに3つのクイズ

世界のとある発展途上国の貧しいスラムのなかで、ある病気が広がって住民を苦しめています。そして、遠く離れた外国から来たある NGO が自分の資金を使って、その病気の蔓延をくい止めるために一緒に働き始めました。しかし、何年たっても、やはりその問題の規模が大きすぎて、これからも何年もかけて活動を続けないとその病気を止められません。しかも、何年も頑張ったその NGO の資金がそろそろ底がつかましたし、いつまでも遠く離れた外国で活動をするわけにはいきません。さて、そこで問題です。あなたならどうしますか？

- (A) 精一杯やってきたが、我々ができることはここまでと仕方なく帰る
- (B) そもそも病気の蔓延を止めないといけないのはその国の保健省だから任せて帰る
- (C) そこの住民たちが自分で自分の健康を守れるようにして帰る

(A)と答えた人、そんなに簡単にあきらめてもよいのでしょうか？まだできることがあるかもしれませんね。

(B)と答えた人、確かにその通りですが、その国は貧しくて、その保健省が与えられている保健サービスへの予算もスタッフの数も非常に少ないのです。だから、ある程度の治療ができて、予防活動などが難しく、その国の力だけではこの病気を止められません。

(C)と答えた人、なかなかいい線いっていますね。その住民は病気になるにたくないはずだし、みんなで力を合わせれば、自分のコミュニティから病気になる人を減らすことができるでしょう。その国の保健政策に沿った健康的な社会になるように、国の保健サービスだけではなく、住民達も力を合わせて双方で活動を推進していくことが効果的でしょう。

具体的な活動としては、住民たちが協力し合って、病気の村人がきちんと薬を飲んでいるかどうかを確認すること、蔓延を防ぐためにコミュニティで保健教育などを行ってその病気に対する住民の予防意識を高めることなどができるでしょう。

そこで、2つ目のクイズです。しかし、住民たちが力を合わせるといっても、誰がリードしてその「力」を集めて、

そして誰が実際コミュニティのなかでその地道な活動を続けていくのでしょうか？

- (A) 病気になりたくないという気持ちが働いているからボランティアが自然に団結してくるでしょう
- (B) 教会や地元の NGO など、既存する住民団体を通して活動を続けてもらう
- (C) そのための新しい住民組織を団結させ、自立するまでサポートする

(A)と答えた人、残念ながらそんなに簡単に人は集まりません。自分または自分の家族が今病気でなければ、いくら同じコミュニティだといっても、隣人の苦しみは他人事になってしまいます。

(B)と答えた人、もうすでに住民ネットワークをもってコミュニティのなかで活動が豊富な団体を通すというのはいいアイデアですね。ただ、その新しい活動はその団体にとって負担になり、その団体の本来の目的からずれる恐れがあります。

(C)と答えた人、最初に団結させるのは大変かもしれませんが、この病気を防ぐことを目的につくられた住民組織だから効果的でしょう。

いずれにしても、この問題においてはその地域の住民が中心になるわけだから、「ボランティア活動」という形になるでしょう。しかし本来、ボランティアは無給で働くわけだから、ある程度の時間、金銭的な余裕のある人でないと長続きはしないものでしょう。スラムに住み、

ただでさえ貧しくて、家族を支えるために一生懸命働かないといけない人たちがボランティアとして毎日他人の病気と闘うのでしょうか？

やはりどこかで、なんらかの形の報酬がなければその活動が成り立たないでしょう。また、ボランティアといっても、誰でもができるわけではなく、定期的な研修が必要となります。それから、ボランティアが無給で自分の時間を提供するとしても、活動をするのに文房具、身分証明書の発行など、様々なところで費用がかかります。

さて、そこで3つ目のクイズです。その NGO が現地のボランティア団体と交代して、国に帰るとしても、活動を続けてもらうのになんらかの金銭的なサポートが必要となります。この資金はどこから調達しますか？

- (A) 受益者などから使用料をとる
- (B) 事業の申請書を作成して他のドナーから調達する



中央が筆者

(C) やはりこれは現地政府の責任だから活動費を負担してもらおう

(D) その地域で別のビジネスをはじめ、その利益を事業に流す

この長引く病気に関しては、世界保健機関（WHO）からも治療を無料にするようにということになっており、またその予防にしても、保健教育などの受講者から使用料をとるわけにはいきません。他のドナーに事業計画を作成して資金を調達することは可能かもしれませんが、どの基金でもだいたい1～2年で終わってしまい、長期的な解決策にはなりません。確かにできるところでは現地政府は自分の住民の健康に関する責任をとらなければいけません、その保健省が研修をボランティアに提供できても、予算の面から活動費やボランティアに対する報酬を出すこととはとても難しいでしょう。

そこでひとつのちょっと変わった選択肢が残ります。実施しようとしている保健活動と関係のないビジネスをはじめ、そのビジネスから得た利益を保健活動に転用することです。どのビジネスにしても目的は利益を出すことですが、その利益を株主や一部の社員にではなく、保健活動を行っている住民組織の委員会にいくようにと、本来なら関係のない二つの組織をリンクすれば現地レベルで自立できる開発システムは成り立つと考えられます。うまくいけば、恵まれていない住民のための自立発展性の高い福祉システムが残るだけではなく、少しでもそのコミュニティの経済成長にも貢献できるでしょう。

AMDA ザンビアの保健と農業開発のユニット

ザンビアという発展途上国のジョージ地区という貧しいスラムの住民のなかで結核という病気が広がって住民を苦しめています。そこで遠く離れた日本から来たAMDAが結核の蔓延をくい止めるために一緒に働き始めました。その住民が自分で自分の健康を守れるようにと、結核治療サポーターというボランティア住民組織を団結させました（具体的な活動は藤本悌志氏の活動報告を参照）。

AMDAは1997年からザンビアで活動していますが、一つの中心的な事業は栄養推進の事業です。保健省から農園用の約3ヘクタールの土地を借り、雨季にはボランティアの力を借りてたんばく質の豊富な大豆を栽培し、食生活と栄養の改善を提案してきました。AMDAが栽培した大豆をJICAとルサカ保健局が組織した栄養推進の住民組織に提供し、その住民組織がコミュニティをまわり大豆料理を教えながら安く大豆を提供してきました。

これらの活動の将来を考えたとき、農業の収入を保健活動にリンクさせて自立運営ができないだろうかというアイデアが出てきました。せっかくの広い農園は、栄養推進事業のための土地とはいえ、農業の収益を上げなければなりません。自立運営を目指すために、2004年の年末から給水システムを改善し、乾季の栽培をより効果的なものにすることができました。大豆だけでなく、トマト、キャベツ、玉ねぎ、茄子、オクラ、かぼちゃなど商品価値の高い多様な農作物の栽培を始めました。さらに養鶏場を二つ

建て、全体的に利益が出せるビジネスに進化させるという狙いで少しずつ農園の開発を進めています。収益事業として成り立てば、この農園は栄養推進事業のための大豆をつくりながら結核事業をこれからもずっと支えていけることができるはずで。

しかし、金銭的な自立だけで自立にはなりません。組織的な自立も重要な要素です。特に本来関係のない二つの活動（結核治療サポーターのボランティア活動と農業のビジネス）を頑丈な絆で結びつけようとしているため、外部の組織の力、あるいは数少ない個人の力に頼らないシステムを確立することが必要不可欠です。

現在、AMDAは農園を運営していますが、AMDAが帰った後には、農園長や会計担当のスタッフなどがすべての活動、計画、予算づくり、会計を管理できるように能力を身に付ける必要があります。そして、一つの自立した組織として農園管理が行われるという形に持っていく必要があります。また、公正に利益を保健活動に転用するために、利益の扱いかたや会計監査などに関する措置を決め、保健センターや結核治療サポーターの代表と契約を結ぶことが必要になります。結核治療サポーターに関しても様々なシステムを確定する必要があります。

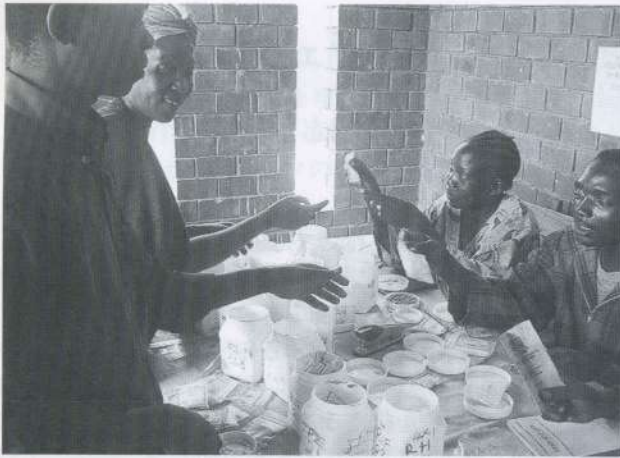
このように、AMDAはザンビアのジョージ地区での保健活動を経済活動とリンクさせました。このことで、保健活動を一つの開発ユニットに組み込んで金銭的にも組織的にも完全に自立運営できるような形を目指そうとしています。現在取り組んでいることは、農園の収益性を高め持続性を保証できるようにすることと同時に、保健活動と農園の組織運営能力を強化することの二つです。

包括的な開発ユニットへの発展の可能性

AMDAは、同じ農園の敷地内でその他のいくつかの活動を行っています。二つのトレーニングセンターがあり、一つは裁縫教室でもう一つはコミュニティ・スクール（以前は識字教室）です。裁縫教室では、地区の住民が技術を学び経済的に自立した生活ができるように職業訓練を行っています。コミュニティ・スクールでは、何らかの理由で学校に通えない子どもたちが公立の小学校と同じカリキュラムで学んでいます。

教室の生徒からはわずかな授業料をとっていますが、これは先生の給料、教科書、ミシンのメンテナンスなどの活動費を支えるほどの収益にはなっていません。そうすると、同じ敷地内で行われているこれらの活動も農園の傘の下に入り、足りない活動費も農園の利益でカバーするという形になります。しかし、すべての開発活動が農園の利益に頼るのも危険で、より多様な収入源を確保したほうが安定するでしょう。

そこで、裁縫教室の卒業生を中心に裁縫ビジネスを始めことにしました。卒業生がトレーニングセンターのミシンで制服、作業服、私服などを作って販売することです。これはもちろん教室を支えるための収入源の意味もあるが、卒業生の進路サポートという意味もあり、効果的だと考えます。AMDAのトレーニングセンターで年間40～50人の裁縫卒業生を出していますが、ミシンがないため、あ



るいは経験がないため卒業から就職までの一歩が困難な場合が少なくありません。裁縫ビジネスがあれば何人かに一時的な就職と貴重な経験を与えることができます。

しかしながら、やはり将来的なことを考えて、収入源は多様なものとして考えていかなければならないとすると、スタッフの柔軟な発想も取り入れるべきでしょう。そこでもう一つの小さな収入源として、同じ農園・トレーニングセンターで小さな雑貨屋を始めました。農園の野菜や鶏を販売すると同時に冷たい飲み物、つまみ、日常雑貨なども販売しています。

すべての活動をつなげてみると、そして長期的に考えると、外部の資金・組織に頼らない現地レベルで完全に自立した、栄養推進、結核治療サポート、保健教育、コミュニティ・スクール、職業訓練など包括的な地区開発活動ができる組織になります。これを目指して、AMDAザンビアでは住民参加型の開発事業、ビジネス、そして全体的な組織におけるシステムづくりに力を入れています。

今後の結核治療サポーター事業拡大に向けて

計算上、現在の結核治療サポーター活動の規模だと、将来的な農園からの収入で十分支えられると考えています。

しかし、2005年の7月から結核治療サポーター事業の規模が約10倍拡大する予定です。JICAの草の根開発パートナー事業が採択され、ジョージ地区ともう一つのカニヤマ地区(総人口30万人以上を抱える地域)で活動を実施する予定です。これらの地区に対して効果的な結核治療サポートを実施するためには結核治療サポーター200人を動員する必要がありますと考えられます。この事業の実施期間中(2年半)、活動費は事業が負担することになっていますが、事業が終了するまでに現地レベルの収入源も拡大し、結核が問題となくなるまで自立した住民組織がルサカ保健局と一緒に活動を続けられるようにしたいと思っています。

もうすでに、カニヤマ地区の近くでより大きい規模の養鶏事業を計画しています。これからもその他の様々なビジネスの可能性を探るつもりです。また、これからもルサカ保健局に対し交渉を続け、とりあえずサポーターの研修の費用だけでも、保健局が負担するようにしたいと思っています。これらのことで、事業が始まる前から事業が終わったことを想定して、事業で達成したことを何年後も持続していくことが出来る事業を実施したいと思っています。

最後に一言

開発の分野でよく引用されることわざで「人に魚を与えれば一日食べられるが、つり方を教えれば一生食べていける」というのがあります。開発を進めようとしているNGOはやはりこれを常に意識して活動をしなければいけないと思います。どの事業でも活動におけるもっとも大きな目標は、事業としての存在意義すらなくなることです。つまり、外国の援助団体が存在する必要がなくなることです。そういう意味で、開発事業の「成功」とは、事業終了してから5年後、あるいは10年後に何が残っているかが勝負ではないかと思っています。AMDAザンビアも自立を目指すだけではなく、その後も発展が持続するといった長い時間を見据えて頑張らなくてはならないと思っています。

AMDA Zambia's View of Community, Business and Development

Towards an Independent Development Unit

Virgil Hawkins

Country Representative, AMDA Zambia

Mobilising community members to tackle health issues is a method often used to bring about development in developing countries. Voluntarism has its limits, however, in such situations, particularly when the volunteers themselves are struggling to support their families. In any case, even volunteer-based projects have their costs, and foreign NGOs cannot and should not be responsible for maintaining these projects long-term. To address this problem, AMDA Zambia is attempting to develop and link two separate entities: one for generating funds, and the other for implementing development activities. It is in the process of setting up a local business (a three-hectare farm) and linking it to its TB treatment support project, allowing the profits gained from the business to be used to maintain the community development project (and other projects) for as long as necessary without AMDA's support. If successful, a locally-sustainable development unit will be created that will allow development to continue long after AMDA has left, and will hopefully serve as a model for freedom from dependency on foreign aid at a grassroots level.

結核DOTSプロジェクト及びそれを取り巻くインカムジェネレーション (収入創出)

青年海外協力隊15年度1次隊・村落開発普及員 藤本 悌志

結核という病気は日本では過去の病気というイメージがありますが、途上国ではとても深刻なもので、結核DOTS（直接監視下短期化学療法、Directly Observed Treatment Short-course）の導入によって一時的にその勢いが弱まったものの、HIV/エイズの出現によってアフリカ諸国を中心に爆発的に広まっています。

結核の治療には（ザンビアでは）8ヶ月という長期間の間、毎日薬を飲み続ける必要があります、その服薬を途中で停止してしまうと薬剤耐性結核が発生して、地域の結核の状況はとても深刻なものになってしまいます。ザンビアでは途中で治療を止めてしまう患者が40%にもものぼり、結核対策を進めていく上で大きな問題となっていました。DOTSプログラムというのは、サポーターといわれるボランティアが結核患者の服薬を8ヶ月間監視し、確実に結核患者を治療するというを主とした活動です。

AMDA ザンビアでは2004年2月から結核DOTSをジョージコンパウンド内で開始しました。ジョージコンパウンドは人口が12万人もいるルサカ市内でも最大のコンパウンドの一つで、コンパウンド内は27の小さなゾーンに分かれています。このプロジェクトでは対象地域をその内の6つのゾーンに絞り、2月に各ゾーンから4名ずつとジョージクリニックから6名の合計30名に対してトレーニングを行い、サポーターを養成しました。実際の活動は2004年4月から始まり、以降患者の服薬の監視、患者の家族に対する健康教育、地域内の人が多く集まる場所での健康教育、クリニックの結核コーナーの補助、新規結核患者の発見などの活動を行っています。サポーター達は地域の人々を助けたいという意思を持ってこのプロジェクトに参加しているのですが、今後は彼らにもっとプロジェクト全体を見る



視野を持ってもらいたいということで、地域の結核患者のデータ収集と分析に焦点を当てたトレーニングも行っていきます。これまでに250名を超える結核患者がこのプロジェクトに登録され、80名以上が治療を終えることができました。また、2004年に登録された患者のうち、途中で治療を止めてしまった患者は9%まで下げることができました。

また、AMDAザンビアではこのDOTSプロジェクトを完全に自立発展させるためにいくつかの試みをしています。その試みの最終的な目標はプロジェクトに使わ

れる費用を全て現地で得た収入で賄うというもので、そのために以前は主に栄養改善用の大豆を栽培していた農園でトマトやキャベツなどの他の作物の栽培を始めたり、養鶏を導入したりしています。養鶏は青年海外協力隊の隊員支援経費という予算を活用し、2004年12月に鶏舎を建設しました。養鶏開始時は250羽ずつ成長をずらして3段階750羽の鶏を飼育していましたが、売り上げが好調であるために、現在は規模を拡張し、合計1500羽を超える鶏を飼育しています。販売は順調に進んでおり、地域住民を中心に毎月500羽を超える鶏を販売しています。これらの試みはまだ始まったばかりで、結果が出るのはこれからのことではありますが、現在スタッフは丸一となって自立したプロジェクト作りに取り組んでいます。

私は2003年7月より青年海外協力隊としてザンビアに赴任し、1年10ヶ月を迎えようとしています。これまでに結核DOTSや農園事業などで、本当に貴重な経験をさせていただきました。これからの任期は長くはありませんが、私にできることを精一杯やり、日本では得ることのできない経験をできるだけして帰りたいと考えています。

現地の声

Voice From George

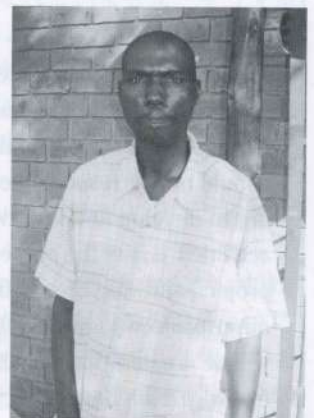
コミュニティDOTSサポーター Community DOTS Supporters

Francis Kapapilo

DOTSサポーターとして活動を始めて1年と1ヶ月になります。私がこのボランティア活動をはじめた理由は私が活動することや活動で得た知識を住民と分かち合うことで、地域の人々を助けることができると思ったからです。ボランティア活動は利益がほとんど無いために苦しい面もありますが、活動を通して得た知識などを実践することで少なくとも私の家族は健康的に生活できるようになったと

思います。結核対策が必要とされている今の現状の中で、私たちの活動は大切なものだと思います。

I became a supporter to share my knowledge and experiences with my community, and hope that I can at the very least help to protect the health of my family through participating in these activities.



Brighton Mutena

コミュニティの助けになりたいと思い、DOTSサポーターに参加しました。ボランティアの仕事を楽しんで行っています。ジョージコンパウンドが良い方向に変わっていくまでにはもう少し時間がかかるかもしれませんが、それまで諦めずにやっています。



I became a supporter to help my community. I know it will take time to improve the situation of George Compound, but I enjoy what I am doing I want to keep trying to use what I have learned to help.

結核コーナー看護婦 / TB Corner Nurses

Patricia Noyi

これまで結核治療は患者が薬をきちんと服用してくれないということが最も問題でした。しかし、DOTSサポーターが患者のフォローアップや薬を飲むのを止めてしまった患者への説得などをしてくれたために、少しずつ良くなってきていると思います。クリニックのスタッフとコミュニティの住民が手を取りあい、患者がしっかりクリニックの方針に従うことができたなら、結核はジョージコンパウンドからなくなっていきます。



Our greatest difficulty has been getting patients to take their medicine everyday. The TB DOTS supporters have helped improve this situation with their follow-ups. Working together, I hope we can turn things around.

Mercy Mwale Zimba

結核治療を阻害する要因として病院での検査に時間がかかること、薬の副作用が強いため患者が薬を飲みにくいことなどがあります。DOTSサポーターは病院へ来れない患者の家に薬と届けてくれたり、結核患者のフォローアップ、一般住民に対しての健康教育などで力を発揮してくれてい



ます。この結核の状況を変えていくためには小さいことからでも、環境を変えていくことが大切だと思います。

The long time needed in testing for TB can discourage those infected from accessing treatment. Painful side effects also present an obstacle to our work. Working with community supporters is helping us to improve the situation step by step.

結核患者 / TB Patients

Gladys Nsundwe (34歳)

2004年9月から結核にかかり、治療開始から現在8ヶ月目です。毎日しっかり薬を飲んだので、今では治療も終わりに近づいています。治療を始めたときは薬の副作用でとても苦しい思いをしましたが、今では体調もよくなり、神に感謝する毎日です。今後は仕事を見つけて働くことと、結核患者を励ますようななにかができればいいと思っています。



I've been on TB treatment for 8 months now, and am almost finished. Although I experienced painful side effects, I am much better now, and want to help support other sufferers.

Steven Daka (28歳)

2005年の2月に発病し、現在治療を始めてから3ヶ月です。今では酒とタバコをやめ、その代わりに毎日薬を飲んでます。今のところ仕事は病休を取っていますが、今後体調が良くなれば少しずつ復帰していきたいと考えています。結核にかかって一番辛かったことは、友達から差別を受けたことで、そんな人たちに結核とはどんな病気なのかを知ってもらいたいです。



Since starting TB treatment, I have stopped smoking and drinking alcohol. Having to stop work and being discriminated against even by my friends has been hard. I hope more people will learn about TB.

都市部における参加型開発

AMDA ザンビア アンソニー・カサンドウエ (プロジェクトコーディネーター)

翻訳 藤本 悌志

人々の生活に関する問題に対する解決策をその地域の住民と一緒に考えて行くことに、多くの人は賛成すると思います。マネジメント側の目的はその土地に住み、その土地で働く住民にとってよりよいコミュニティを作ることです。そのためには住民に積極的に参加してもらう必要があります。社会・経済・文化的なことを考えるときに、彼らの意見はとても貴重なものです。そのため、何かが決定され実行される時に、地域の住民が参加することは非常に大切なことなのです。

コミュニティの住民の参加を促進し、住民が主体となってコミュニティの問題を解決することは、住民自身の自信にも繋がっていくことです。私は、問題とその解決策の発見、企画、実行、モニタリングと評価に住民が関わっていくことは、より継続的な開発の実現にも繋がっていくと考えています。貧しい人々が持つ勇気や元気、彼らの問題を発見し解決する能力は、より良い生活への希望に繋がっていくと思います。現地のパートナーやコミュニティを主体として行われることによって、活動の効果がより大きくなります。

コミュニティ参加型開発は都市部よりも農村においてより効果があるように見えます。これは、農村部の住民は強い人間関係を持っているために、彼らがどのような問題を抱えていて、どのようにしていきたいのかということを通じた認識として持っていること、価値観、伝統、文化などに共通項を持ち合わせていることなどが要因です。

上記のように「距離」に近い生活をしている彼らは、開発や進歩を必要としている自分達の生活を認識しやすい環境にいるということがいえます。彼らは今でも伝統的な人々のつながりを持っています。そこにはまだ、彼らの先祖から続く相互扶助の意識が存在しており、人々はその社会の中における自分の役割、義務、権利を知っています。そのため、生活を脅かす脅威や障害は人々の連帯で乗り越えることが可能でした。彼らは協力して彼ら自身の生活のために、どのように生きるか、どのようにして生活を守るか、どのようにしたらより幸せになれるかを決定してきたのです。

農村に住む人々は、開発は一人で成し遂げられるものではないということを知っています。人類はグループの連携を通し、長い年月をかけて資産や道徳、文化を形成してきました。これらの社会機能は人々に非常に大きな影響力を持っています。なぜなら、彼らはそこで生まれ育ち、また彼らの子孫もそこで育っていくつもりだからです。

しかし、全ての農村地域の開発事業が成功しているとい

っているわけではありません。農村地域には、農村地域特有のいくつかの問題があるからです。例えば、事業への参加を呼びかけても、交通とコミュニケーション手段が乏しいことなどの原因により、人々の参加率が悪いということなどが挙げられます。

一方、都市部(特に貧困層)の状況は大きく違っていません。非常に多くの人口が密集して生活しており、その大部分が仕事を探すために都市部へ出てきた人々です。彼らの多くは農村にいる家族・親戚の幸せを非常に重要視しています。また、各家庭の社会的・経済的な状況が少しでも変化をすると家を引っ越すなど、人々の出入りが激しいものです。隣の住人を知らないという状況も珍しいことではありません。ここでは地域の連帯よりも個人としての意識が強くなります。そのため、都市部において、コミュニティの遠い未来まで考慮に入れた事業を行っても、直接彼らに利益が無い限りは、その事業に興味を示して積極的に参加しようとする人々は少なくなってしまう。



AMDA ザンビアは数年前からルサカ市の貧困層居住区で活動しています。AMDAはこれまでに、コミュニティの人々が多くの問題を克服できるように、栄養改善、職業訓練、マイクロクレジットや様々なヘルス・プロジェクトなどを行ってきました。近々拡大される予定の結核DOTS事業は約30万人の人口を対象としたもので、その事業が成功するためには継続的な住民の参加が必要不可欠です。この事業

が拡大することで、私達がいかに住民たちの参加を得ることができるか、いかに都市部での住民参加が持っている問題点を克服できるかを改めて考える良いチャンスだと思っています。

前述した困難を克服するために、AMDAはこのたび新しく結核DOTS事業を始めるにあたって、より効果的に住民の参加を得るために、以下の3点を重要視していく予定です。

1. 彼らがボランティア活動に参加することによって、彼ら自分たちで利益を得られることに注目する

彼らは頻繁にコミュニティの内外へ移動しているため、地域への連帯感や濃くありません。しかし、結核のような病気の問題は彼ら自身の問題であり、どこの地域に行っても関係する問題だといえます。彼らはボランティア活動に参加しトレーニングなどを受けることによって、病気に対抗する知識を得ることができ、その知識を活用することによって、彼らの自身の家族を病気から守ることができるようになります。この側面を重視した住民参加への呼びかけ

をするつもりです。

2. ボランティアの期間を短く設定する

都市部の住民は長期の住民参加事業に参加することが難しく、また、参加することにしても長続きすることなく興味を失ってしまう場合が多く見受けられます。もし一年契約という限られた期間を最初から明言されていたら、人々はその活動に参加しやすいと思われます。さらにボランティアの期間を短く設定する利点として、長期的にボランティアの経験者の人数が増えるので、より多くの人々に知識を得る機会を与えることができるという面もあります。知識は地域に広まり、逆に病気は地域に広まらないということが理想です。

3. ボランティアをするのは、ある程度安定した収入源を持っている人に限定する

現在コミュニティで活動しているボランティアの多くが、職を見つけることができないがためにボランティアをしており、頑張ればいつかその活動を運営している団体に雇われるという希望をもっている人も少なくありません。しかし、安定した仕事に就く代わりにボランティア活動で

長い時間を費やすことは、社会経済的にも、健康的にも家族を危険な状況にしているといえます。また、その団体が雇ってくれないことがわかった途端に興味を失うことも考えられます。人は何よりもまず家族の安全を考慮すべきであり、コミュニティ活動への参加のみで家族の安全を考慮するのは不可能です。すでにある程度の安定した収入を確保しており、さらにいくらかの時間の余裕がある人材がコミュニティ活動に参加した場合、成功する確率は大きく向上すると考えられます。いずれにしても、一人一人のボランティアがコミュニティ活動に費やす時間を最小限に抑え彼ら自身の生活を保つのに障害が無いように考慮する必要があります。

都市部における長期的なコミュニティの開発事業に継続性を持たせながら進めていくのは容易なことではありません。しかし、そこにある落とし穴を知っていた場合、少しずつ正しい方向へ前進していくことは可能です。この度、AMDA ザンビアが結核DOTS事業を拡大するに当たり、より一層住民参加のシステムを強化し、私たちの事業に継続性を持たせ、効率的にして行きたいと考えています。

Community Participation for Development in an Urban Setting

Anthony Kasandwe

Project Coordinator, AMDA Zambia

The involvement of local community members in decision-making related to their own development is considered one of the keys to the success of development activities. Such community participation seems to be more successful in rural than in urban areas. In rural areas, people tend to have a closer bond with their communities, and a shared awareness of the problems they face, as well as a greater personal interest in solving them. In areas of urban poverty, on the other hand, a large proportion of people consider themselves temporary residents, and who may be escaping from unfavourable circumstances in the rural areas, or may be on their way to or from more affluent areas. Thus there is less interest in getting involved in the development of their current communities. With its activities largely based in areas of urban poverty, and with the upcoming expansion of its TB treatment support program, AMDA Zambia is considering several strategies to improve the effectiveness of its urban community participation programs. These include: (1) encouraging voluntarism focusing on people learning to protect themselves; (2) keeping the period of voluntarism short; and (3) restricting volunteers to those who have some form of stable income.

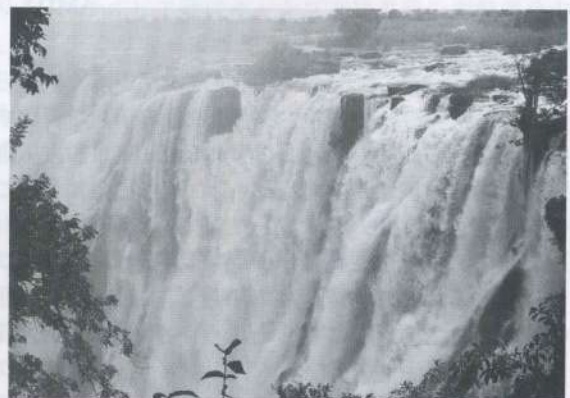
ザンビア —口メモ (1)

—ヴィクトリアの滝—

ザンビアで最も有名な観光名所はなんといってもヴィクトリアの滝です。日本でも名前を聞いたことがある人がいるのではないのでしょうか。ヴィクトリアの滝はザンビア南部のジンバブエとの国境にあり、北米のナイアガラの滝と南米のイグアスの滝と並び、世界三大瀑布の一つに数えられています。

流れ落ちる水の落差は100m以上、滝の横幅は1.7kmにもなる巨大な滝です。中でも滝から流れ落ちる水量は世界一であり、4、5月の水量が多い時期には「ルナレインボー」という満月の月明かりで滝つぼに虹が架かるという幻想的な風景を見ることが出来ます。

この滝は現地語で「モシ・オ・トゥーニャ」と呼ばれています。意味は「煙と雷鳴」という意味で、轟音をあげなが



ら流れ落ちる滝つぼからは上空500mを超える高さまで水煙が立ち上ります。

このヴィクトリアの滝は現在、世界遺産に登録されています。

アフリカへ毛布をおくる運動

AMDA 本部 新井 理映子

1984年のアフリカ大旱魃は、未曾有の被害をもたらした。エチオピアだけでも100万人を超える死者が出たとの報告もある。この危機状況に、当時のUNICEFグラント事務局長が全世界に対して救援物資「毛布」の緊急アピールを行い、それを受けた日本政府は、100万枚の毛布援助を行うことを表明し、官民合同の「アフリカへ毛布をおくる運動」プロジェクトが発足した。初年度は、森繁久彌氏を会長とした「アフリカへ毛布をおくる会」が発足し、171万枚もの毛布をアフリカ8ヶ国へ送り、翌年解散した。



床の敷物にも早変わりする。その用途は多岐にわたり、人々は送られた毛布を大切に長く使っている。

その継続プロジェクト「アフリカへ毛布をおくる運動」は以来20年間を経て、2004年までに24ヶ国へ337万枚の毛布を送ってきた。

この運動の推進委員会は、アフリカ協会、立正佼成会、JHP・学校をつくる会、日本国際ボランティアセンター（JVC）とAMDAを構成団体とし、外務省、国連広報センター（UNIC）、WFP日本事務所、UNHCR駐日地域事務所からのご後援をいただき、また実際の輸送業務を行っているただく日本通運株式会社を協力団体として運営されている。

日本から送られる毛布は品質もよく、現地では非常に喜ばれている。高地では日中40℃もの気温が、朝晩は3℃にも下がるなど寒暖の差が激しく、1枚の毛布が日除けにも防寒にも役に立つ。雨が降れば傘にも、乳児のお包みにも、

AMDAは1994年から構成団体のひとつとしてこの運動に参加し、実際にジブチにおける配布にも携わっている。運輸サービス以外の産業に乏しいこの国は輸入に依存しているため物価が高く、日々の生活に困窮する人々が毛布を購入することはとてもむずかしい現状にある。2004年度までに延べ108,000枚の毛布をソマリア・エチオピア難民やジブチ市内の病院や孤児院に配布してきた。また我々は、できるだけ女性に手渡すようにも心がけている。これは、残念なことだが男性に渡すとそのまま売ってしまったり、ひとり占めしてしまったりすることも少なくないからである。近年は、北部山岳地帯の貧困地域へ出向き配布を行っている。

これまでのみなさまのご理解とご好意そして関係諸団体のご尽力に心からの感謝を申し上げるとともに、今後も変わらぬご支援をいただけたら幸いである。

アフリカの果てで世界の広さを思い知る

AMDA ジブチ 大野 伸子

「ジブチ」と聞いて、具体的なイメージが沸く人がどのくらいいるだろうか。現在、私は3ヶ月の予定でジブチに出張にきている。3月中旬に出発する前に東京の友人何名かと食事をする機会があったが、ジブチに出張に行くことを伝えると、友人達から決まって帰ってきた言葉は、「ジブチ？それってどこにあるの？」。ジブチは、東部アフリカに位置する人口70万人程度の小さな国である。国が小規模であることも影響していると思うが、特筆すべき産業もなく、世界的に注目を浴びる人物もおらず、他所の国で報道されるような事件も特に起きない。誰にとっても認識が薄いのは当然だろう。ちなみに、世田谷区よりも人口が少なく、「国」と呼ぶのに相応しいのか少々疑問である。何故このような国が誕生したのか若干興味を持ち、ジブチの歴史を調べてみた。

ジブチ誕生の歴史

ジブチはかつてのフランス最後の植民地「アッファール・イッサ地区」として知られる。フランスがこの地を植民地化しはじめたのは19世紀半ばである。当時東アフリカの植民地化を進めていたイギリスに対抗するため、オボックヤタジュール（ジブチの地方都市）に住むスルタン人は、フランス人がこの地に移り住むことに合意し、このころからフランス領として成立しはじめた。しかし、民族、言語、産業形態、民族の放牧地の権利などを全く無視して国境が引かれたため、現在でもこれらは国の政治を揺るがす問題となっている。つまり、国という単位でくくってしまうのはあまりにも不都合の多い形態なのではないだろうか。

1977年には独立し国として成立したが、独立したのがここ30年以内のことなので、未だに宗主国フランスの影響を

色濃く受けている。法律から経済まで国のシステムにはフランス人のコントロールがまだ幅を聞かせているように感じる。もっとも、最近ではアメリカ軍が入ってきていることで、アメリカ寄りになりつつある気もするが。



民族の多様性

ジブチの主要民族は、ソマリア系イッサ族、アッファール族であるが、ソマリア、エチオピア、エリトリア、イエメンなどの近隣諸国に囲まれ、ジブチには実に多彩な人種や民族が移り住んでいる。一応、公用語はフランス語とアラビア語らしいが、教育を受けていない人はソマリア語やアッファール語など民族の言葉しか殆ど通じない。エチオピアから移り住んでいるような人は、フランス語よりもむしろ英語の方が通じることもある。また、イエメンなどアラブ系出身の人々は日常的にアラビア語で会話している。生活する分にはまだ何とかできるが、国家の発展のためには国としての共通言語がないことは極めて不利だろうと思う。都市と地方の間での意志の疎通ですら難しい。

遊牧民気質

気温が異様に高く乾燥しているこの地域では、殆ど作物が育たず農業に適していない。ジブチの土着の人々がラクダやヤギを放牧しながら移動を繰り返し生活してきたのは非常に合理的なことであったと思う。ただ、一旦国として成立し、人々が国民として登録され、住所を限定されるようになると、この遊牧民気質のマイナス面が浮き彫りになる。例えば、決められた場所にゴミを捨てる、皆で使う場所はきれいに保つなどの公共心がない(これは特にジブチ人に限ったことでもないのだが)。何か一つの目標に対して、計画を立てて行動を行うなどということができない。例えば、ある地方の結核センターにおいては、センター内の患者だけでなく、外来患者の家庭訪問などによりDOTS (Directly Observed Treatment, Short-course = 直接監視下短期化学療法)を試みているが、患者の中には僻地で遊牧民的生活を続けているものも多く、それらの人々に対してはとてもじゃないがケアが行き届かないらしい。

難民キャンプ内でも、遊牧民気質のソマリア人、農民気質のエチオピア人が二つのセクションに分けられているが、彼らの生活ぶりもかなり違う。エチオピア人セクションでは、家庭菜園を行ったり、鶏など世話の必要な家畜を育てたり、多少なりとも生活向上計画を立てていそうな気配だが、ソマリア人セクションではそのような気配はない。あまり世話の必要なさそうなヤギを飼っている人は見受けられるが。また、難民キャンプ内で住民参加型トイレ建設などの活動を行う際にも、エチオピア人の方がはるかに協力的で組織的な行動をとるらしい。

余所者に対する態度

ジブチに着いた当初から、ジブチ人の余所者に対する非友好的な態度について聞かされていた。現在、青年海外協力隊員の方々を含め、ジブチには13名ほどの日本人が住ん

でいる。数ヶ月以上住んでいる人は、ジブチ市内で子供や若者に石を投げられたり、「アリババ(泥棒の意らしい)」とからかわれるなどという経験をすでに何度かしている。今まで、出張や駐在でいろんな国に滞在したが、外国人ということで珍しがられ歓迎されることはあれど、そのような侮蔑的な対応をされたことはなく、話を聞いた時は

多少面食らった。幸いなことに私はまだそのような経験をしていないが、確かにバングラデシュ、ザンビア、フィリピンやカンボジアなどで経験した人々の外国人に対する好奇心の混じった友好的な対応とは若干違う態度をしばしば垣間見る。これも、遊牧民の気質に基づいたものなのかどうかはよく分からないが、いずれにしても同族優遇で他者に対しては排他的であることを伺わせる。

地理的な特異性

前述したように、耕作に適した土地ではないことから農業が発展していない。また、他の産業も発展しておらず、国民の約80%はサービス業についているという統計結果がある。国の経済は何で成り立っているのかということ、ジブチには港湾があり他国から来た貨物の輸送を行うことで利益を得ている。アラブ首長国連邦などは、ジブチ政府に莫大なお金を支払い、港湾の一部を20年契約で借り上げたと聞いた。また、紅海に面し、アフリカの角と呼ばれるこの地域においては比較的治安が安定しているため、アメリカなどにとっても重要な軍事拠点と認識されているらしく、アメリカ軍やフランス軍が基地を置いている。彼らが落ちていく外貨も相当なものだろう。結果的にこの国は特に他の産業を発展させる努力をしなくても、何とか成り立っているようだ。しかし、この状況が国としての底力を奪い、外国に依存的な体質を作ってしまったことは否めない。

最後に

今回の私のジブチ滞在は、現在AMDAが行っているソマリア・エチオピア難民キャンプ支援事業の調整業務の他に、ジブチでのニーズ調査という目的も含まれていた。新しいプロジェクト形成の可能性を模索する中で、上記のような特徴以外にもジブチの様々な特殊性がプロジェクトの成否に大きな影響を及ぼす可能性があることにも気付いた。「コミュニケーションの難しさ」、「人々の閉鎖的態度」、「外国の影響を受けやすい」、「人口が少なく海外援助も集中しやすい」、「大学など高等教育機関がなく、高度な技術を持つ人材は国では育てられない」などなど、プロジェクトを実施するには十分に考慮に入れなければならない内容である。

いろんな意味で特殊な国であった。世界にはこのように自分の想像の枠では収まらない国もまだまだあるのだなあと、世界の広さを改めて感じられる良い経験となった。

ダルフール緊急医療支援事業 「臨床検査システム改善プロジェクト」

AMDA本部 柳田 展秀

はじめに：

みなさんはスーダン共和国という国をご存知でしょうか？アフリカ大陸の北東部に位置し、日本の約7倍もの面積、約250万Km²の国土に約3,361万人（2003年）が暮らしており、周囲の国境線を9カ国と接しています。

たいへん多様な民族構成をもつ国のひとつで、4割がアラブ系ムスリムといわれますが、南部にはキリスト教を信仰するアフリカ系の人々も多くいます。

これまで、また今も、スーダンは国際政治に翻弄され、資源をめぐる争いが絶えず、20年以上にわたって紛争が絶えない国家でした。AMDAでも1995年からマラリア対策や洪水緊急支援などで協力してきました。

日本からの直行便は就航しておらず、渡航には一般的に中東諸国からの乗り継ぎ便を利用します。家電製品や車などで日本の名前はよく知られていますが、現在現地法人を置いている日本企業はないため、AMDAジャーナルの読者・会員の皆さんにも、あまり馴染みのない国のひとつだと思います。

1. 事業地の背景：

スーダンといえば、20年以上にわたる南北間の紛争がとりあげられますが、これ以外にも国内紛争、国家間の争いが絶えません。

ダルフールではもともと水をめぐる争いや政治的抗争が繰り返されてきましたが、2003年にスーダン政府と反政府勢力との間で最悪の衝突が勃発、これが現在世界の注目を集めている「ダルフール危機」のはじまりとなりました。この紛争により約180万人もの国内避難民を出したダルフール地方の争いは、一方で南北和平合意が締結された今なお続いており、解決の糸口すら見つかっていません。紛争原因には様々な憶測がありますが、1990年代からは水や土地をめぐる住民間の争いが断続的に発生しており、今日の紛争の拡大した原因の一つとされています。

2. 事業地の現状と課題：

首都カルツームから空路で約2時間、距離にして約1,300km南西に位置する南ダルフール州の州都ニャラ市は、人口約20万人が暮らすダルフール地方の中核都市の一つです。市内中心部には大きな市場もあり、午前9時～午後6時頃まで多くの人で賑わいます。生鮮食品や日用品が所狭

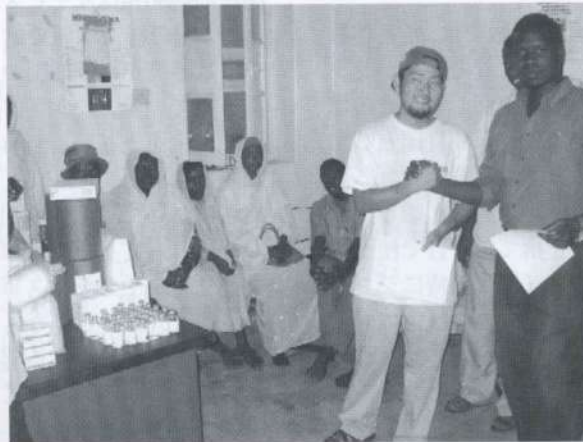
しと並べられ、紛争下である事を一瞬忘れてしまうほどですが、並べられている商品価格を聞いてふと我に返ります。カルツームで通常50SDD（約20円）で販売されているミネラルウォーター/500mlもここニャラ市では3倍の150SDD（約60円）に跳ね上がり、その他の商品も概ね2倍～3倍の金額で取引されています。

市内の治安維持はアフリカ連合軍やスーダン政府軍・警察などにより保たれていますが、市内から30km～40kmも離れれば、物資輸送車両や村落に対する襲撃や略奪などが日常的に見聞きされます。このような中、陸路での物資・食糧などの輸送も容易ではありません。その為、物資輸送の大半は空路に頼らざるを得ない状況にあり、物価の高騰にも拍車をかけています。

【ニャラ市・州立病院】

AMDAでは、前述したダルフール危機への緊急対応として、昨年10月に本部職員1名をスーダンに派遣、南ダルフール州での調査を開始、AMDAスーダン支部と連携し同州ニャラ市にある「ニャラ州立病院」に対し医薬品、医療消耗品などを提供しました（AMDA Journal 2005年2月号「放置された大地で」P10を参照）。

その後、本年1月には日本国外務省NGO支援無償資金協力からの助成を受け、同州立病院とその周辺地域にひろく影響する臨床検査システム向上のための支援事業を開始しました。これ



ニャラ市・州立病院にて（右から3人目筆者）
小手術室での支援物資引き渡し

は、患者個人の症状を正確な検査でつきとめるというだけではなく、同州立病院が本来州内の医療の中核を担う位置づけにあることから、地域の感染症の流行を水際で止めることのできる、臨床検査機能の充実をめざすものです。

院内には内科、外科、眼科、歯科、産婦人科、小児科など一通りの科目が設けられていますが、長引く紛争や増えつつける患者数に対し、医療職として働く人材、また老朽化の進む医療機材では対応が困難になりつつあります。

また、全体で400名近いスタッフを抱える病院ですが、ここは教育病院であるため、実際には臨床経験の少ない医師やインターン、看護師、さらに検査技師アシスタントもスタッフの多くを占めており、逆に指導者となるべき人材の層が戦争のために薄くなっています。

設備面では昨年8月から開始された病院の改修工事により、建物の更新は期待できます。しかし国内避難民の増加による病院への負担は予想をはるかに超える影響を及ぼしています。現在1日300人～400人の外来患者が訪れ、早

朝から深夜まで列をなしています。それに加え周辺キャンプからは週約40名の重症患者が運び込まれます。またそれとは別に、キャンプや周辺地域での争いにより負傷した人々が運び込まれる事もあり、病院機能を圧迫しています。

さらにこれから雨季を迎える同地域では、マラリアなど感染症の流行も考えられ、E型肝炎や髄膜炎などの患者が増加すると国連機関からの報告も出されているため、病院機能の一層の強化が求められています。

外来部門には外来検査室のほか、外来診療室、小外科室が含まれますが、機材の不足が目立ちます。また外来診療は基本的に24時間行われていますが、夜間には人材不足なども影響して、患者や症例に関する正確な統計データは取られていません。

また、外来外科患者の手術を行う小手術室では、消耗品の不足から本来使い捨てのはずの手袋を洗濯して再利用していたり、血液の吸引チューブを使いまわしているケースも見られます。このためAMDAでは、手術室で利用されるメス刃、手術用手袋など、利用頻度が高い医療消耗品を、事業開始直後の本年3月、同州立病院に提供しました。

3. 事業計画：

【ニャラ市・州立病院の臨床検査機能の向上】

院内には、入院患者を対象とした臨床検査室と外来用の検査室の2ヶ所が設置されています。他の援助機関の計画と調整した結果、AMDAでは外来患者全ての検査を担う外来検査室への支援を決定、本年2月より本格的に事業に着手しました。

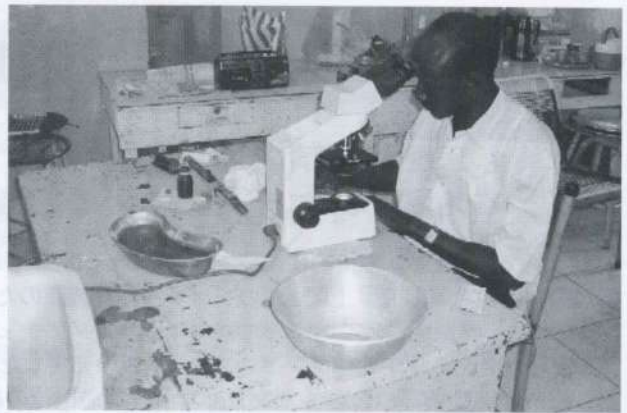
院内と外来、この2つの検査室の機能が向上する事により、雨季に増えるマラリアなどの感染症患者への対策、また感染症への危険情報の発信などにより、ニャラ市民と周辺キャンプの避難民への感染拡大を防ぐ事に繋がります。

特に外来検査室には、1日150件以上もの検査依頼があげられるため、院内各セクションの中でも機能の向上が求められる重要な位置にあります。

こうした状況を鑑み、AMDAでは、とくに検査室のデータ管理および技術の向上に重点を置くこととなりました。診察によって検査が必要と判断された患者は、外来検査室に医師が記した検査依頼用紙をもってやってきます。しかし、検査室での受付がこれまで厳密には行われていなかったため、現在、患者の名前や性別といった基本データとともに、どのような検査を依頼したかといった患者ごとのデータを正確にとり、記録を保管するというデータ管理のトレーニングが開始されています。

また、技術面では、外来検査室では、マラリア、ヘモグロビン、血球計数カウントなどの検査が常時4-5名程度の検査技師アシスタントによって行われています。アシスタントは経験も浅く、またこれまで紛争の影響から定期的なトレーニングも行われていなかった事もあり、技術・能力にも個人差が大きく残ります。

本来、臨床検査は個人によって偏差の残るものでは信頼できる検査データとはなりません。そこで、AMDAの検査指導員を病院に動員して、基本的な技術指導、さらに新たに導入される検査機材の訓練などを行い、経験の少ないア



AMDA 現地検査指導員による技術指導を実施

シスタントでも信頼できる検査結果がだせるよう訓練プログラムを導入します。

本年4月には日本から医療分野の専門家も合流、これまで院内の人材だけでは対処しきれなかったデータ管理や基礎的な受付システムなどを改善すべく現在も指導にあたっています。AMDAではこれまで通り現地主義（ローカルイニシアティブ）を貫き事業運営を行いたいと考えています。プロジェクトを実施する上で現地の文化、政治、経済社会的背景を考慮し、現地住民の選択を重んじることは重要です。これまでもAMDAスーダン支部の協力により、円滑に事業開始にこぎつけるとが出来ました。現地で出来る部分は現地に任せ、不足している部分を私達が補完する事により、お互いが成長し、最終的には事業成果につながるものと信じています。

最後に：

今なお続くダルフルでの紛争、和平に向かいながらも緊張の残る南北間の問題、近隣諸国との関係、スーダンには数多くの課題が残されていますが、AMDAでは今回のダルフル事業開始にともない、他地域での事業も計画していきたいと考えています。

今年から開始されたスーダン共和国の事業ですが、20年以上に及ぶ争いの影響を克服するには長期的な支援が必要とされます。特に宗教や部族間の問題は簡単に取り除けるものではありません。

現地のAMDAスタッフにこんな質問をした事があります。「スーダンをどんな国にしたい?」、彼は笑顔で「いろんな民族・宗教が共存できる国にしたい」と答えました。彼のような考えを持つ人間が今後のスーダンを担っていくなら、何時か多様性が共存できる国家が実現するのではないかと、私も希望を持つ事が出来ました。

私達日本人には物理的にも心理的にも遠いアフリカですが、AMDAでは、スーダンのほか、長らくケニア、ザンビア、ジブチで事業を実施しています。飢餓や戦争のイメージが強く残るアフリカですが、日本とはまったくちがった魅力と豊かな可能性をもつ地域として、日本の皆さんにもっと身近に感じていただけるよう、私達も努力していきたいと思えます。

※上記報告に含まれる医療・病院関連情報は、本年2月に実施した院内調査に基づきます。

インドネシア・スマトラ沖地震・津波復興支援プロジェクト

- * 医療従事者育成プログラム
- * 地域コミュニティ災害時対応能力強化プログラム

AMDAでは6月より本格的に復興支援活動を開始しました。上記2つのプログラムを、震源地に近くもっとも被害を受けたスマトラ島北部ナングロアチェ州バンダアチェにおいて、AMDAインドネシア支部、ナングロアチェ州バンダアチェ(同州保健省、ザイナルアビディン病院、シャー・クアラ大学)、南スラウェシ州マカッサル(同州保健省、ワヒディン病院、ハサヌディン大学)等の協力を得て、中長期的に実施していきます。具体的には…

1. 緊急医療に従事する医師と看護師の専門知識と臨床経験を強化する

最大の被害を受けたバンダアチェでは、医師・看護師等医療の技術職の死者行方不明者が、691名にものぼり、バンダアチェ全体で麻酔科医が1名しかいないという状況に陥っている。また、病院関係者や行政機関の間からは、緊急時に機能的に対応すべき医師と看護師のための専門的な訓練が必要であること、また緊急時には病院と保健省等行政機関とのコーディネーションが不可欠であり、これまでそのような視点が欠けていたという見解が示されている。(5月17日 Emergency Response Training Program Launching Workshop)。一方インドネシア国内では、南スラウェシ州マカッサルのワヒディン病院内に、国内発の緊急災害センターと緊急災害チームが設置されており、その分野では国内最先端のノウハウを持つ教育機関である。津波直後からこれまで、マカッサルは行政単位でも、ナングロアチェ州ザイナルアビディン病院を支援してきた。AMDAは、このインドネシア最高レベルのワヒディン病院、同じくマカッサルにあるハサヌディン大学、同州保健行政機関との連携のもとに、緊急災害対応人材育成プログラムを行う。

(1) 麻酔科専門医の育成

マカッサルから経験豊富な麻酔科医師をバンダアチェに招聘し、バンダアチェ在勤の医師を麻酔科医として養成していく。1回2名の麻酔科医が2ヶ月間バンダアチェに滞在しての現地研修

を、5回実施する。

(2) 看護師のための、救急医療訓練
バンダアチェの看護師12名を、救急医療の充実したワヒディン病院に派遣し、救急医療の組織的な対応についてトレーニングを実施する。1回2名2ヶ月間の研修を6回実施の予定。

(3) 緊急事態準備としての医療・保健行政機関合同研修

緊急時には、医療機関と州政府保健省との連携が不可欠なことから、各組織の最高医師決定者一州政府保健行政機関に勤務する行政官トップ(医師)2名、ザイナルアビディン病院から院長等2名、シャー・クアラ大学医学部から学部長等2名、及び医学部自治会長等2名、計8名を対象に、ワヒディン病院、ハサヌディン大学、南スラウェシ州政府保健省にて、4泊5日の予定で、緊急対応についてトレーニングを行う。

また、様々なケースの災害への備えのあり方について、Hospital Preparedness of Emergency トレーニング(Indonesia Disaster Medical Relief Committee 主催)を受講することで、医療施設緊急事態対応の強化を図る。25名を対象とする。

(4) 公衆衛生(Public Health) 専門家の緊急事態管理研修

地域の医師、保健婦、助産師等、パブリックヘルスの現場を管理する立場にある人材を対象に、緊急事態が起きた際、どのように各分野での意思決定がなされるか等のシステムについて、実際のジャカルタの中央所轄官庁担当官2名をアチェに招聘して、研修を実施する。

(5) 医師のための緊急対応訓練

ザイナルアビディン病院の医師32名に、救急医療の国際資格(ATLS)が



AMDA 復興支援事業会議

取得できるトレーニング(Indonesia Disaster Medical Relief Committee 主催)を受講させることで、医師の緊急対応能力を向上させ、各病院のレベルアップにつなげる。

2. 医学生を中心とする地域コミュニティの災害時対応能力を強化する

「災害の原因や対応策について、一般住民が十分な知識を持っていないことが災害の被害を大きくする。」という報告を地元保健行政機関から受け、救急医療に加え災害後の感染症の予防に必要な公衆衛生教育を含めた医学部生対象のトレーニングを実施する。トレーニングを受けた医学生は、コミュニティに入り、トレーナーとして避難訓練や災害時に必要な保健衛生の知識の普及活動を行うことで、地域(草の根レベル)への緊急トレーニングの浸透を目指すものである。また、被災地の子どもの心のケアの一環として、移動図書館活動実施し、その中に健康教育の時間も盛り込む。

(1) 人工呼吸蘇生法、救急処置等、一般住民に必要とされる知識を伝播していく役割を担う、地元シアクアラ大学医学部生50名を対象に、専門家をバンダアチェに招聘してトレーニングを実施する。

(2) 災害後の感染症予防対策などの観点から、医学生50名を対象に、専門家による公衆衛生に関する研修を行う。シャー・クアラ大学には、公衆衛生の専門家がいなかったためマカッサルから招聘する予定。

(3) 各被災地の住民及び中・高校生を対象とする巡回公衆衛生教育活動・人工蘇生法等救急処置教育、避難訓練等の実施。また公衆衛生の教材作成。

(4) 移動図書館活動及び巡回健康教育活動。(写真左)



平成 17 年度 AMDA 神奈川定期総会

AMDA 神奈川支部副代表 松本 哲雄

日時：平成 17 年 5 月 28 日（土）14 時
 場所：神奈川県大和市・小林国際クリニック
 議題（討議内容）

これらの活動は今後 NGO として、相手国に受け入れられやすい環境作りに役立つと共に、ボランティア活動を通して様々な体験や情報が得られると思います。

1. 平成 16 年度事業報告

○ネパール・ダマック AMDA 病院支援〔提案：小林〕
 過去 3 回に分けて森ヒロ様より 260 万円の寄付がありました。そこでご本人の意志に沿って、原則として毎年 2 名の女子学生に奨学金贈呈してきました。
 医療従事者を志す低カーストの女性に入学を勧め、看護師・保健師・検査技師コースの合格者には修業年限（1 年 4 ヶ月～1 年 8 ヶ月）の学費に相当する奨学金を贈呈。16 年度も 2 名に贈りました。

○神奈川県海外技術研修員〔提案：小林・松本〕
 （ジャーナル 5 月号に掲載）
 今回から国の助成金がなくなり、これに合わせて神奈川県は一旦制度を廃止す方向で検討しましたが、その結果期間を短縮して実施することになりました。

当初神奈川県は『研修員は日本語習得済み』を前提にしていたので、このプログラムをカットして、ほぼ例年通りの研修期間を確保する予定でしたが、語学と共に日本の文化・習慣の理解を平均化するためにも日本語を学習してもらう必要性があったのだと思います。

平成 12 年度～14 年度はタイ人看護師、16 年度は同医師が神奈川県内の医療機関で研修しましたが、推薦を一国に絞った訳ではなく、周辺国も視野に入れて検討してきました。しかし、人選と手続きに時間がかかり、実現しませんでした。日本から帰国した研修員の問題点として神奈川県が危惧することは『日本語が生かせる、より高給な職種に転職すること』ですが、支部が推薦した研修員にはそのような事がなく、日本語が堪能で他医にスカウトされる事はありました。

○横浜国際協力まつり・2004 年 10 月 16 日～17 日
 〔提案：松本〕（同 12 月号掲載）

打ち合わせ会で実行委員から『フリーマーケット禁止』が提案されましたが、複数の団体から反対を唱える発言があり、提案は後日撤回されました。しかし、実際にフリーマーケットを実施したのは、例年通り AMDA 神奈川だけでした。

○カンボジア王国大使館の検診〔提案：小林・松本〕

6 月 11 日、検査業者に手伝って戴いて集団検診を実施。さらに希望者にはマッサージを実施しましたが、経済的な理由で検診を受けることが出来ない発展途上国が多数あります。さらにもう一国の話も進んでいたのですが、先方の事情により中止になりました。マッサージはその後も続き、年明けの頃には五十肩・膝関節症のトリートメント・リハビリが中心になり、延べ 40 余名に実施しました。

2. 平成 16 年度会計報告〔提案：岩淵〕

平成 17 年 3 月 31 日
 AMDA 神奈川支部

平成 16 年度会計報告 （単位：円）
 [収入の部]

項目	金額
前期よりの繰越金	2,831,543
横浜国際祭り売上金	37,830
利子	100
合計	2,869,482

[支出の部]

項目	金額
横浜国際祭り出展料	4,000
ネパール奨学金本年度分	63,200
振込手数料	630
合計	67,830

次年度繰越金 2,801,652

上記の報告について内容に間違いありません。

2005 年 5 月 1 日 下山圭子 (印)

【活動に要した交通費・通信費等は原則として、各自の負担になっていますので、会計報告に記載されません】

3. 平成 17 年度役員選出（昨年度改選、任期 2 年）

代表：小林米幸
 副代表：伊藤恵子・篠原真理子・松本哲雄
 会計：岩淵満江 会計監査：下山圭子

4. 平成 17 年度事業計画

○ネパール・ダマック AMDA 病院支援〔提案：小林〕
 今年度の奨学金対象者は男女各 1 名ありますが、モリヒロ奨学金の趣旨に沿って女子学生にこれを贈る予定。男子学生は AMDA 本部で対応することになりますが、何れも申請の窓口は、ネパール駐在の本部職員になります。

ので、近々連絡が入る予定になっています。
現在、奨学金は日本国内で預金し、年度ごとに必要額を送金することになっています。

○神奈川県技術研修員〔提案：小林〕

3月に研修が終了しましたが、その後研修の受け皿になって戴いた済生会神奈川県長から小林代表に手紙が届きました。その中には「受け入れるにあたって戸惑いもあったが、結果的には学ぶことが多く、今後も是非受けたい」と書かれていました。今まではこのような手紙を戴いたことがないので、直ぐ神奈川県国際課に連絡しましたが、このことは県と研修員の橋渡し役になった神奈川支部にとって大変嬉しい出来事であり、今後に繋がる明るいニュースになりました。

今年度の推薦活動がスタートしましたが、最終的な結論が出るのは7月末頃になる予定。

○“横浜国際協力まつり”改め、横浜国際フェスタ

〔提案：松本〕

今年度は10月29日・30日に開催予定ですが、その説明会が5月21日にありましたが、神奈川支部として参加するにあたって討議・確認事項は次の通り。

- ①昨年通りのブース(3.3平方)を確保するには、最低7千円(昨年4千円)必要。今までスタッフの交通費・駐車料・昼食代・等は一切出していませんが、これを1万円と仮定すると支出総額が2万円近くになってしまい、この収益を活動の原資としている我が支部にとって大きな痛手になります。
- ②会場(パシフィコ横浜の展示ホール:40メートル×80メートル)への搬入には各自が台車を調達しなければなりません。私達にはこれを手配・運搬する手段がなく、支出が増加するとさらに収益が低下する。
- ③今年度は参加見込み250団体(昨年82団体)、一般来場

者見込み数25,000名(同14,000名)と大きく膨らむが、これが確実に可能なのか。また今回の説明会には45団体が参加しましたが、昨年より少なかったのは「参加団体の負担が増大して、メリットが小さくなった」と見込んだ結果なのかも知れません。

※結論：特に①②の理由により、“今年度は参加を見合わせ”て、来年の検討課題とする。

○カンボジア王国大使館の検診〔提案：小林〕

今年度はこちらの事情で予定を立てていませんが、見通しつき次第実施。

また、同国以外にもこのような機会を設けたいと考えています。

5. 予算概要〔提案：小林〕

毎年2名分をヒロモリ奨学金(女子学生)として送金して来ましたが、今年は予定者男女1名のうちの女子学生(約3万円)について話が進んでいます。

また男子学生についてはAMDA本部が対応することになっています。なお、既に(予定総額の3分の1にあたる)40万円で教材・教具を購入し、これを現地の『神奈川ライブラリー(2000年3月開設)』が管理して学生に貸与している件については、要請があり次第追加支出を考える。

6. その他(含む、情報交換)

- 新しいプロジェクトの提案を受け付めます。
- 奨学金の用途を確認するために、ネパールへ行って戴ける人を募ります。
- 忘年会の開催について。AMDAの海外緊急医療活動について議論する。

AMDA 夏のスタディツアー

『ベトナムスタディツアー』

実施時期 9月下旬

経済成長著しいハノイ。飛行機を降りてみなさんは考えるかもしれません。「いったいこの国に援助が必要なのだろうか？」その答えはみなさんが探してみてください。現地滞在の間に、少数民族の村を訪れ、住民と話し、ヘルスポランティアと話し、もちろんAMDAスタッフとも話し合ってください。山道を歩きます。体力に自信のある方、どうぞふるってご参加ください。



AMDA 夏のスタディツアー実施決定!

今年の夏、AMDAでは、アフリカ、中米、アジアでそれぞれスタディツアーを実施することを決定いたしました。会員みなさまに、現地でのAMDAの活動を直接ご覧いただきたいと思っております。詳しい内容、お申し込み方法等は、はさみ込みのチラシをご覧ください。

『ザンビア スタディツアー』

実施時期：2005年9月中旬～下旬

アフリカ支援が今年のG8サミットの主要議題となり、各国が支援の拡大を表明するなど、今まさに世界の視線がアフリカに注がれています。そしてその視線の先の一つに現在AMDAが活動を行っているザンビアがあります。同国で、AMDAはコミュニティ農園プロジェクト、コミュニティ・スクール及び職業訓練プロジェクト、そしてヘルス

ポスト建設及び結核対策プロジェクトを通じて同国が抱える貧困や感染症などの問題を少しでも軽減することができるよう、日々活動を行っています。スタディツアーではこのようなプロジェクトの見学や現地の人々との交流を通じ、参加者の方々にもっとアフリカを身近に感じて頂くことができるよう趣向を凝らしています。また、ザンビアの自然も堪能して頂けるよう、世界三大瀑布の一つであるヴィクトリアの滝の見学やサファリツアーなどのアクティビティもツアーに盛り込んであります。皆さんもザンビアの魅力をご存分に味わってみませんか?

『ホンジュラススタディツアー』

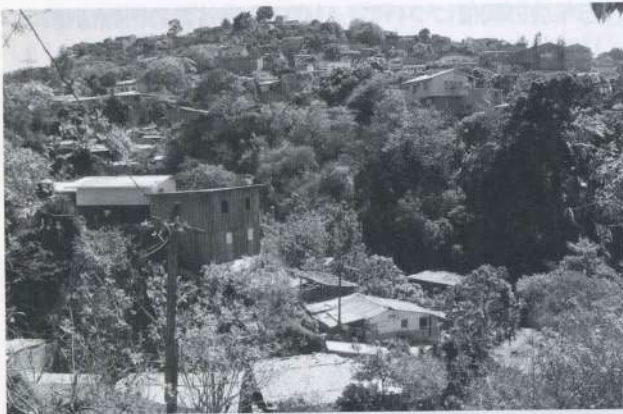
実施時期：2005年9月中旬～下旬

AMDAのホンジュラスでの活動も間もなく8年目を迎えるようとしています。今回のスタディツアーでは、首都テグシガルパ市で行っている青少年育成・エイズ予防教育、ニカラグア国境近くの農村・トロヘス市のコミュニティ薬局、地域農林業振興プロジェクト、それに始まったばかりの、妊娠適齢期の女性と伝統的産婆育成プロジェクトなどさまざまな活動をご覧いただき、国際協力について考える機会にさせていただきたいと思っております。AMDAの活動の中でもユニークなプロジェクトを行っているホンジュラスで、現地のヘルスボランティアや住民、青少年がどのように活動に取り組んでいるかを、ぜひご自身の目でご覧ください。

『ミャンマースタディツアー』

実施時期：2005年9月中旬～下旬

中部乾燥地帯のメイティラ、ニャンウー、パコクの3市で実施した母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト終了後ほぼ3ヶ月が経過(ツアー実施時点で)しています。その後プロジェクトの成果はどうなっているのでしょうか? みなさんの目で確かめてみませんか? 他にもマイクロクレジットプロジェクト、県立総合病院小児病棟運営支援プロジェクトの視察に加え、アジア三大仏教遺跡群のパガン、首都ヤンゴンの見学もコースに含まれています。



ザンビアー口メモ (2)

ーザンビアの気候ー

アフリカはとても暑いところというイメージを持っていませんか？たしかに赤道付近の地域は年間を通じてとても暑いのですが、ザンビアの気候と言うのは皆さんが持っているアフリカのイメージとは少し違うものかもしれません。というのも、ザンビアは赤道からわりと離れた位置にあることと、標高が高い大地であるために、毎年6、7月は結構冷え込みます。その時期には、みなコートやジャンパーに身を包み、マフラーまでしている人も見られます。また、ザンビアの気候は大きく雨季と乾季に分けることができます。雨季は11月から4月で、それ以外は乾季です。雨季といっても一日雨が降るのは稀で、ほとんどはスコールというとても激しい雨が1時間ほど降るだけです。

乾季には全く雨が降りません。その乾季の終わりの10月が一年で最も暑い季節です。しかし、乾燥しているためにほとんど汗をかくことも無く、とても過ごしやすいです。ザンビアに住んでいる日本人に聞くと、「沖縄の日差し、軽井沢の風」と表現されるほど過ごしやすい気候です。



ーザンビアの食べ物ー

ザンビアの主食はメイズというとうもろこしの一種で、これを粉にしたものをお湯で練ってシマというものを作ります。シマは粘りの無いダンゴのようなもので、食べる時は、はしやフォークを使わずに、右手で固まりから少しつまみ取り、そのまま右手で捏ねてからおかずと一緒に食べます。おかずには鶏肉や牛肉、野菜をトマトとたまねぎで煮込んだものが一般的です。ザンビアの人々はこのシマが大好きで、「シマを食べないと力が出ない」と言ってはよく笑っています。ザンビアではシマのほかにお酒やちょっとした飲み物もメイズから作ってしまうほどメイズが食文化の中心になっています。

余談ですが、日本の主食である米は、牛乳と砂糖で煮込まれておやつのような形で子供に出されたりするそうです。

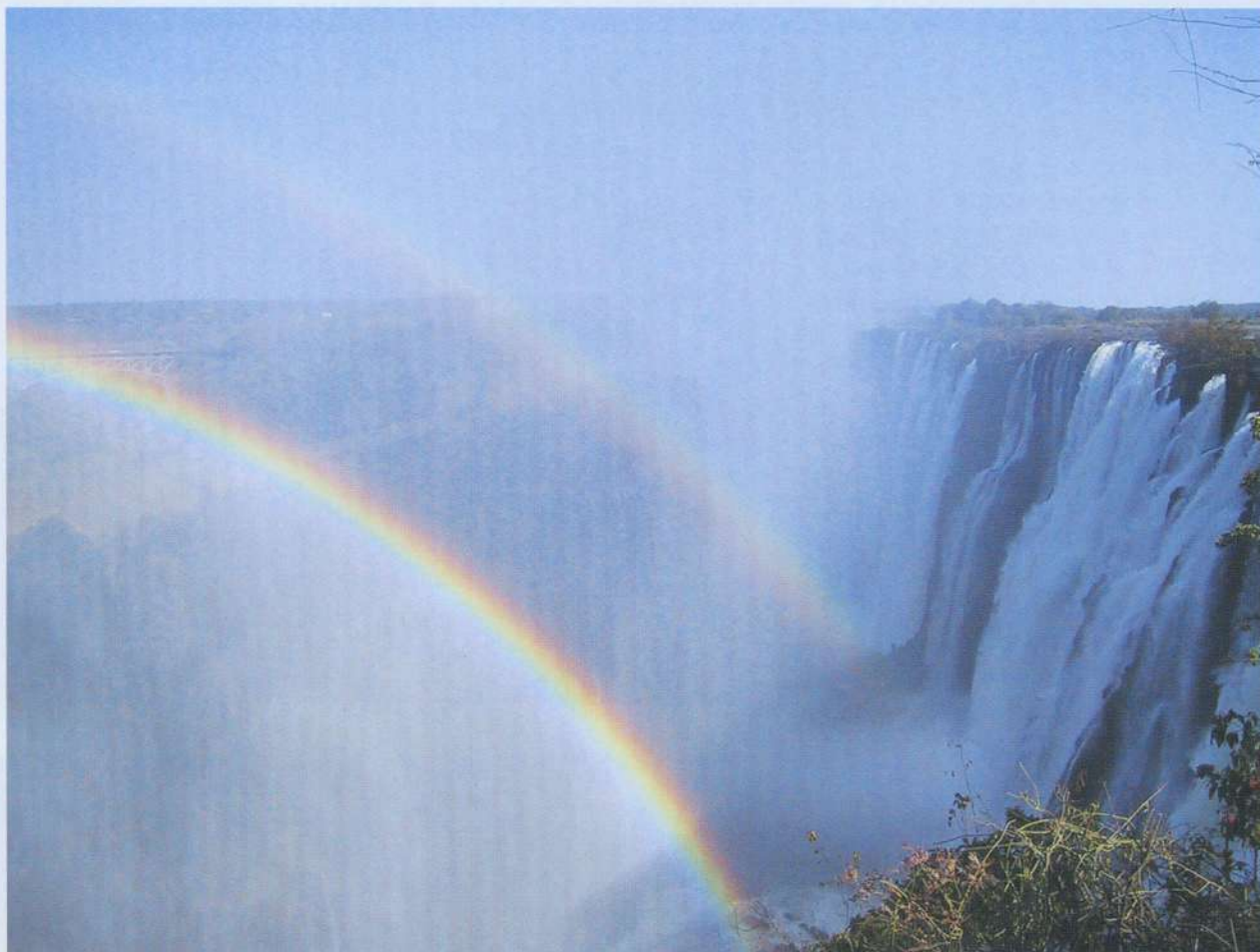


ーザンビアの民族・言葉ー

ザンビアは多民族国家で一つの国の中に70以上もの民族が共存しています。その民族それぞれが独自の言葉を持っているのですが、言葉により大きく9つの大きな言語グループに分けることができます。

首都のルサカ市では、人々が全国から集まってくるために、人々はいろいろな言葉を使い分けていて大変そうです。ほとんどの人が自分の言葉以外にもいくつかの現地語を話すことができますが、あまりにいろいろな言葉があるため、国の公用語として英語が用いられています。英語は小学校教育から取り入れられているため、教育を受けた人なら大体英語を話すことができます。そのため、ザンビアの人々は自分の民族の言葉と公用語の英語、その他の民族の言葉を話すことができるということになり、彼らの言語能力には驚かされます。





ザンビア：虹がかかるヴィクトリア滝



みなさんのちからを
必要とする人たちがいます