

月刊

AMDA

國際協力

Journal



6

JUNE

2006.6

(VOL.29 No.6)

ミャンマー・プライマリーヘルスケアプロジェクト



JICA草の根技術協力事業（草の根パートナー型）：コーカン特別地区の農村で保健・衛生教育を行うAMDAスタッフ



JICA開発パートナー事業：中央乾燥地帯の3市で母子の健康促進活動の一環として
幼児身体発育曲線の説明を受ける母親達と栄養給食後の歯磨きをする子ども達

スリランカ・ワウニア県保健システム復興支援プロジェクト



JICA草の根技術協力事業：ブーバラサンクラム産科病棟での栄養教室
（草の根パートナー型） 助産師指導のもと妊婦達が調理演習で料理した栄養食品を子ども達が試食する

ザンビア・結核DOTSプロジェクト



JICA草の根技術協力事業：カニャマのコンパウンド（マーケット）や保健センターやヘルスポストを拠点に
結核の予防と防止啓発のための保健教育を実施。

表紙の写真：
ミャンマー・コーカン特別地区
プライマリーヘルスケアプロジェクト

スーダン・ダルフル
緊急医療支援プロジェクト：
AMDAが投入したエコーで診察を
行うニャラ市民病院の医師達



◇JICAとの連携	1
スリランカ	3
「ワウニア県保健システム復興支援プロジェクト」	
ザンビア	6
「結核DOTSプロジェクト」	
ミャンマー	9
「プライマリーヘルスケアプロジェクト」	
◇寄付者一覧	11
◇スーダン ダルフル緊急医療支援プロジェクト	12
◇フィリピン レイテ島地滑り緊急救援活動	13
◇ネパール抗議デモ負傷者緊急医療支援活動	16

JICAとNGOの連携

会員の方はすでにご存知のように、AMDAは海外において3つの異なるタイプの事業に携わっている。

まず一つ目は、自然災害や突発的な紛争など、目の前に予期せぬできごとが発生したことによって堪え難い苦痛と困難、また生命の危機に直面している人々に対して支援の手を差しのべる緊急救援事業である。

二つ目に、被災し大きな損失を被りながらも、元の生活環境を取り戻そうと努力する地域の人々に支援の手を差しのべる復旧・復興支援事業である。そして最後に、主に様々な外的・内的・連鎖的要因から、家族なり地域社会が、人が生きていく上で最も基本的な要件（ベーシック・ヒューマン・ニーズ＝BHN）を満たすことができない環境に置かれ、（純粋な自助努力だけ

では）そこからの脱出（離陸）が困難な場合、上記要因を改善し、生計の向上と平和で健康な生活を望み努力する人々に対して協力の手を差しのべる社会開発（協力）事業である。

今月号では、この最後の活動について、特に国際協力機構（JICA）との事業実施協力という分野について、スリランカ、ザンビア、ミャンマーを例にご紹介させて頂きたい。ただ、活動の内容自体については何度かお伝えしているので、今回は若干異なった切り口から、連携の意義、効用、必要に応じて問題点などに焦点を合わせご報告したい。

ところで、JICAとの連携は海外における事業実施協力という分野に止まらない。過去に弊誌上で何度か掲載させて頂いたが、JICAとの連携により、海外からの研修生（主に途上国の政府やNGOの職員）を岡山にお迎えし、母国の現場における問題解決の一助となるよう、日本社会、地方行政システムなどに関する理解を深めて頂いている。今年度も9月に、ザンビアから2名の研修生が来日、JICA/AMDAで研修機会を提供することになっている。もちろん、この種の活動については岡山県との連携についても言及しなければならない。県には「岡山県国際貢献先進県条例」があり、他のどの都道府県にも増してこうした活動を実施するための環境が整っていると考える。後述するが、BHNが



結核患者への正しい薬の飲み方を指導する看護師（ザンビア）



ドブラーの使用方法を医師、助産師らに指導（スリランカ）

満たされる環境を整備するのは行政である。政府の機能や役割を限定した（小さな政府の）場合でさえ、民間団体や個人が公共性を伴うサービスを提供し得る環境作りをするのは行政である。また経済活動に関して、創造力を高め努力をした人なり会社が報われる市場環境を整えるのも行政の役目である。従って、行政サービスを受けている民間人の我々が、市民（第三者）の目線で自らの行政システムのエッセンスを、JICAとともに研修生に対してお伝えできるのは、岡山県人として誇りに思っていると思う。

一方、JICA組織の一部で昨年発足40周年を迎えたJOCV（青年海外協力隊）との連携も、現場レベルで構築されつつある。本誌上でもザンビアの例を紹介させて頂いた。一定の社会経験を積み、それぞれの分野において知識や技術を持つ若者が、彼（女）らの受け入れに協力してくれている途上国のコミュニティや組織のために半分、自分のために半分、貴重な二年間を費やすプログラムである。しかしながら、何ものにも代え難い経験を得られる隊員がいる反面、期待とは裏腹の結果に終わるケースも少なくない。ボランティアとは言っても、隊員一人当たりのプログラムコストは、直接費、間接費併せて年間500万円～600万円であり、決して小さくない。隊員活動がネガティブに振れるケースは、彼らが派遣先の組織や事業の一員であるという認識を持っていない場合に顕著になるようだ。フィールドにおける明確な役割とガイダンスが提供されるNGOとの連携は、協力隊の活動に付加価値を付与するものと信じている。費用対効果の点からも、こうした連携が今後増えることを望む。

さて話は変わるが、近年JICAは「人間の安全保障」という概念をその基本政策に取り込もうとしている。その概念は理事長が緒方貞子氏に代わってからより頻繁に提唱されてきた（と感じている）。元を辿れば、90年代前以降、特に国連開発計画（UNDP）や世界銀行



県立総合病院への患者の搬送（ミャンマー中央乾燥地）

などが使用してきた「人間開発」という概念に近いものがあると考えている。人間が開発された状況イコール安全が保障された状態と言っても良いであろう。そしてJICAは、その概念の具現化に関して「人を中心に据え、確実に届く援助」を通じて行うと言っている。すると、これまでの技術移転は「あまり人を見ず、それほど届かない」援助であったのだろうか、と穿った見方をしてしまう人もいるのではないかと思う。

ご存知のようにJICAは2003年に独立行政法人になったが、国家予算の一部が活動資金になっている。従って、独法化したあとも、政府機関として相手国の要請に基づき事業を実施するという官・官協力の枠組みが崩れることはない。住民参加を伴った「人間の安全保障」がJICA事業の中に採り入れられつつあるのは、JICA事業の中に、もう少し国民（納税者の方々）に分かりやすい活動があってよいのではないかと、という観点があるのではないかと考える。もちろん、国際社会の中における援助協調の波がJICAをそういう方向に押し流していることも否定できない。しかしながら、前述したように、人間の安全保障の枠組みを現場で組み立て、そのための環境整備をするのは支援先の行政である。JICAは、時に政治的なテコを用い、行政の自立と能力向上を第一義に据え、そのための技術移転を行うより効果的なスキームを開発すべきではないか。分かりやすいからといって、コストパフォーマンスの低い草の根事業を行うことが得策であるとは思えない。その意味では、JICAスリランカ事務所長の植嶋氏が述べた、相乗効果を持つJICAとNGOとの協力関係を強化すべきであるという考え方には大いに賛同できる。

NGOとJICAの関係、もう少し大きな枠で捉えると、国際協力における民と官の連携は、過去10年で大きな変化が見られたように、今後10年間で大きく変化すると考える。その兆候を、読者の方には（本号記事の中から）少しでも感じとって頂ければ幸甚である。

「JICA と NGO の連携」

JICA スリランカ事務所 所長 植嶋 卓巳

JICA草の根技術協力事業として、アムダに実施を委託した「ワウニア地区基礎保健サービス復興支援事業」は、スリランカの紛争影響地域（ワウニア県）における母子保健サービスの向上を目的としています。長年に亘る内戦で崩壊した保健医療システムの回復を目指し、地域産科病棟の建設、医師・助産師・保健ボランティアの人材育成を行ってきました。紛争影響地域では、保健分野で様々な援助機関が人道援助を行っていますが、本事業は、現に困っている人々に対する直接的な支援だけでなく、中長期的視点に立った地域保健行政の再構築も協力の視野に入れており、中央政府（保健省）からも高い評価を得ています。

アムダと連携した今回の事業は、JICAにとって様々なメリットがありました。最も評価しているのはその機動性です。アムダは、2002年の停戦協定締結直後からスリランカでの復興支援活動を開始していました。紛争影響地域での住民の生活改善には保健分野の協力が不可欠と考えていたJICAにとって、現場の経験と知見を有するアムダは大変貴重な存在でした。JICAが官の人材を頼りに直営でプロジェクトを立ち上げようとしていたら今回のような機動的な対応は困難であったでしょう。

専門性の高さもJICAにとって大きなメリットでした。ここで言う専門性は公衆衛生分野の専門性に限りませ

ん。紛争の火種が残る地域では、「平和の定着の支援」の見地から、住民と行政が信頼関係を築きながら共通の目標に向かって協力する仕組みを作り上げていくことが課題でしたが、アムダはこの点でも優れた専門性を発揮してくれました。本事業をアムダに委託した結果、紛争後の復興支援として費用対効果の高い事業を実施することができたと感じています。アムダ側にとっても、中央政府と強固なパイプを有するJICAとの連携は、プロジェクト立ち上げの時の折衝やトラブル発生時の処理に際して、力になったものと信じています。

今回の事業はJICA・NGO双方にとってメリットのある理想的な連携事業であったといえるでしょう。では、何故今回のケースが成功したのか。

第一に挙げられるのは、紛争後の復興支援という分野での連携事業であったことです。JICAは平和構築や復興支援に積極的に取り組むことをコミットしていますが、安全管理や人材養成の実状を考えると、これらの事業を全て直営で展開できる力を持っていません。紛争後の混乱した地域でも自己完結的に動けるアムダのようなNGOはJICAにとって必要不可欠なリソースであったわけです。

第二の成功の要因は、政府との適度な距離感の維持です。JICAの技術協力事業は政府間の約束が根拠となっており、良い意味でも、悪い意味でも、政府と正面から向き合っ

て、相手国の事業として仕事を進めねばなりません。草の根技術協力事業は、基本的にNGOの活動と観念されるため、政府と一定の距離を取りながら住民の利益を第一に考慮した事業展開が



産科病棟開所式。地域住民に囲まれ、開会宣言のランプに火をともし筆者(伝統行事)

可能です。アムダは、地域の保健行政と密接な連携を取りながら住民と正面から向き合った事業をしており、草の根技術協力事業の制度面でのメリットを最大限活用していたと思います。これらのことから明らかなように、JICAにとってのNGOとの連携のメリットを一般的に言えば「相互補完」に尽きると思います。お互いの特徴や得意な分野を十分把握し、足りない部分を補い合うという精神があれば、JICAとNGOの連携は常に有意義なものとなるでしょう。

草の根技術協力事業は新しい制度です。この事業は、援助事業に対する国民参加の促進を目的として法定された経緯があります。しかし、スリランカでの経験を踏まえると、NGOとの連携を国民参加の促進という文脈だけで捉えるのは無理があると感じています。特に、アムダのような専門性の高いNGOは、JICA事業を戦略的に進める上での貴重なパートナーであり、如何に目標を共有して協同作業を促進するかという見地から連携のあり方を考える必要があると強く感じています。この意味で何よりも重要なのは、日常ベースでの密接な情報交換であり、議論でしょう。草の根技術協力はNGOとの連携を行う上で貴重な制度ですが、より意義のあるNGOとの連携は、草の根技術協力を越えた世界にあるような気がしてなりません。



プーバラサンクラムMH（産科病棟）

スリランカ・ワウニア県保健システム復興支援

AMDA スリランカ 添川 詠子

AMDAではJICA草の根技術協力事業(草の根パートナー型)：「ワウニア地区基礎保健サービス復興支援事業」を実施しています。この事業は、20年間の内戦で壊滅的な被害を受けたワウニア県の保健医療システムの復興を支援する事業です。特に地域母子保健に注目し、安心な妊娠出産、確実な予防接種、母親や子どもの栄養改善などを目標とし、それらが確保される仕組みを行政のシステムに根付かせる、という事業です。AMDAはJICAとの連携により、地域産科病棟の建設、また、県の母子保健に関わる医師・助産師・保健ボランティアの人材育成を行い、県の保健医療システムの立て直しに貢献しています。

本号では、この事業を「JICAとの連携」をテーマにご報告したいと思います。

JICA 草の根技術協力事業(草の根パートナー型)とは？

この事業は、NGO等の団体がこれまでに培ってきた経験や技術を活かして企画した途上国への協力活動をJICAが支援し、共同で実施する事業です。政府開発援助(ODA)を草の根のレベルで有効に使うにはどうしたらいいのか、という視点から考案された新しいタイプの事業ですこれはNGO側の現地ニーズの反映および問題解決とJICA側の制度をうまく統合した事業であると言えます。

社会開発に関わるNGOの多くは主に地域・草の根のレベルで貧困層の生活改善・健康状態改善のための活動をしています。住民一人一人に力をつけてもらい、困難を克服し、生活や健康状態を改善する、という活動が多いのですが、この活動を続けていく中で鍵となるのが行政のシステムです。「世

の中が変わらなければ生活なんて変わるものか」という声がいろんなところから聞こえてきます。また、私たちNGOもそれを肌で感じます。

個々の住民レベルでは変化が見られる、しかし、行政がもう少し変わってくれなければ、この住民の変化を有効活用していけない…というジレンマに悩まされます。しかし、多くの場合において、NGOはその資金力、影響力の面から、相当な時間をかけなければ行政やシステム改善までに至りません。



PHM(助産師)とのワークショップ
保健専門家がファシリテーターとなりワークショップを実施

行政やシステムを短期間で動かすには、大きな影響力を持つ団体や政府の介入が必須となります。

一方JICAは基本的には相手国中央政府をカウンターパートとして開発援助を行っています。具体的には、道路や鉄道などのインフラの立て直しを行ったり、国の政策を作る上での助言を行ったり、ということです。これは全体を考えると国に大きく貢献するものですが、たとえば地方の農村でその日食べることがやっとなり、栄養失調の子供を抱えた家族には、なかなか伝わりづらいものです。「道路も鉄道もいいけど、そんな金があるならまず私たちの生活を改善してくれ」というこ

とです。JICAはその声は聞こえているけれども、実際に草の根レベルできめ細やかな事業を展開することは難しい、という立場にいるのだと思います。

JICA草の根技術協力事業(草の根パートナー型)は、このお互いに足りない部分をうまく補い、お互いの利点を最大限に有効活用した形の事業と言えると思います。

単なる財政支援ではない

この事業は助成金や補助金とは異なり、JICAとの「業務委託契約」で行われます。JICAがその基準に沿って審査を行い、政府開発援助(ODA)による実施が妥当であると認められた場合にのみ承認されます。要するに、この委託を受けたということは、ODAの一環として実施するに値する国際協力・途上国支援である、と認められたということになります。この点が、NGOが独自に行う活動と異なる点です。

JICAとの連携：その利点

JICAとの連携でそのもっとも大きな利点とは、JICAが中央政府との間を持つ強いつながりと、相手国政府、行政機関からの信用度の高さにあります。そして特にこれらは事業立ち上げ時や、何か問題が起こった場合に大きな利点をもたらします。

発展途上国には様々なNGOが存在します。社会開発に熱心で他の機関との連携を重視しながら活動するNGOもあれば、政府や行政のことなどお構いなしに自分たちがやりたいことだけやって去っていくNGOも存在します。物や施設を住民の要求のままに寄付し、そのNGOが去ったあと、誰も

その管理ができず、住民たちは物をもらうことに慣れてしまう、そんなことが時折起こります。故に、途上国の人々、特に政府、行政機関は多くの場合、NGOに対して期待と共に、疑いの目も持っています。

スリランカでの活動開始当時、AMDAのことを知る人はほとんどいませんでした。ワウニアでの事業開始時も、多くの壁にぶつかりました。新参加者が活動を開始するときは誰もが最初は疑い半分で、なかなか十分な協力を得ることができないというケースが多々あります。しかし、そんな中、JICAとの連携が事業の円滑な開始を促してくれることとなりました。スリランカにおいてJICAに対する信頼はとて大きく、そのJICAとの連携は、事業の信頼を高めることにつながったと思います。また、事業を実施する過程においても、相手に信用を与え、問題の解決などに大きな助けとなりました。

JICA との連携：その有益性

また、このJICAとの連携事業は、「AMDA」のキャパシティビルディングとしても有益なものであったと言えます。NGO独自の活動では、人件費などの問題で、なかなか系統的なモニタリングや評価活動が行うことが困難な場合もあります。こういったモニタリングや評価活動は、その事業や事業に関わる人材を育成していくことができると共に、それが団体の経験として培われ、その事業だけでなく、今後のAMDAの事業に活かしていくことができます。JICAはその重要性を理解し、その部分への人材配置、予算配分にも協力的です。これは目立たないことではありますが、有益性の高いものです。

また、この事業は、計画立案、モニタリング、評価と、すべての段階において、JICAの積極的な関与があります。NGO活動としての自主性は十分に尊重していただきつつ、その活動内容の検証において、妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性のすべての点から、一つ一つその効果について話し合われます。これはNGO側に対して「説明責任」の重さを自覚させるものであり、また、よりよい効果を発現するために努力しようという自発



PHM トレーニング修了証書授与式



地域保健教室。栄養補助食品として政府から配布されているコーンツヤブレンド（とうもろこしと大豆の粉末を混ぜたもの）の調理方法を地域で実演

性、積極性を高めるものでもあります。

真のパートナーシップに向けて

このようにJICA草の根技術協力事業（草の根パートナー型）は、NGOとJICAのお互いの補完により、高い効果を上げることが可能な事業だと思えます。その中で、連携について一つ提言したいことがあります。それは、現場で働くNGOの情報収集能力、判断力に対する「パートナーシップ」です。私が担当している事業は、停戦中の紛争地で実施されており、未だ政府側と反政府側の間で衝突が続いています。そんな中、私たちはJICAの安全対策に従うことが原則とされています。一方

で、NGOも、より現場に近い情報を収集し、他機関との協力を通し常に的確な判断ができるように努力しています。今後、安全対策についても、さらなる情報共有や協議を通じて互いの良い点を活かすことができれば、真の「パートナーシップ」へ向けてさらに前進できると思います。

当事業は現在2年の事業期間を終え、終了時評価を実施しているところです。このジャーナルが皆さんの手に届く頃には2年間の結果が報告書として準備されている頃だと思えます。当事業の有効性を示し、今後もより発展した形でのJICAとの協力事業を進めることができれば、と考えています。

JICA との協働作業— AMDA ザンビアの場合—

AMDA ザンビア 結核対策プロジェクト・コーディネーター 大谷 聡



ジョージ保健センターで薬を配っている

5月に入って最初の日曜日、雨季が終わり、雲一つなくきれいに晴れ渡るルサカの青空を横目に、今この原稿を書いています。外はカラッとしている上に暖かく、まさに日本の春の陽気。雨季にたくさん降った雨のお陰ですくすくと成長した木々や花々が、今度は太陽からの栄養をいっぱい受けて、あちらこちらでオレンジや黄色など色とりどりの花を咲かせています。「アフリカの軽井沢」と呼ばれ、年間を通じた快適な気候で有名なルサカですが、その中でも最も良い季節の一つかもしれません。そして綺麗な花を咲かせている木々に負けじと、我々AMDAザンビアも「ルサカの人々を結核から守る」という大輪を咲かせるべく、結核対策プロジェクトにて日々奮闘しています。さて、既にお気づきの方もいるかもしれませんが、今回のお話はAMDA ジャーナル4月号に私が寄稿した記事の続編です。今回は主にAMDA ザンビアがこのプロジェクトで何をやっているのかに関して紹介させて頂きました。今回はこのプロジェクトのパートナーであり、我々を縁の下から力強く支えてくれている国際協力機構(JICA)との連携についてご紹介できればと思っています。

では具体的にJICAとの連携にはどのようなものがあるのでしょうか？これまであった重要なものとしては四つほど挙げられます。

まず始めに（そして恐らく最も重要な事）は、JICAからのこのプロジェクトに対する資金的バックアップです。どんなに素晴らしいプロジェクト計画があっても、それを可能にする資金的裏付けがなければ実行する事はできません。我々のプロジェクトでは3年間で5,000万円の資金を頂いていますが、このお金はJICAとの間で合意したプロジェクトの活動計画に基づいて効率的かつ効果的に使用するよう日々努力しています。

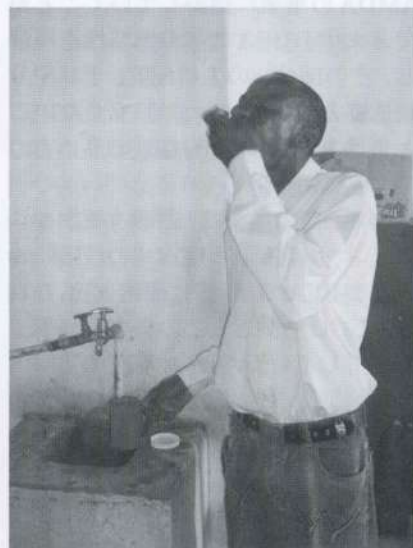
二つ目は、JICAと定期的にミーティングを行うことにより、プロジェクトを進めていく上で直面する様々な問題をシェアし、共に解決策を検討していることです。途上国で仕事をしているとAMDAの力だけではどうにもならない問題が発生する事があります。実際に現在も活動計画を立案した時には全く予想する事ができなかった異常な現地通貨高による活動資金の大幅な目減りに苦しんでいます。故に、JICAのサポートがとても貴重なるのです。

そして三つ目は、JICAがAMDAの様なNGOでは十分に力を発揮しきれない分野において補完的な役割を果たしてくれている事です。例えばプロジェクトで何か問題が起きた場合、我々は結核治療サポーターや保健センタースタッフ、ルサカ市保健局スタッフと共に問題を解決しようと努力しますが、我々が言っている事の正否に関わらず、この様な努力はしばしば保健センタースタッフやルサカ市保健局スタッフに受け入れられない事があります。恐らく、「草の根レベルの活動を行っている団体は保健センターやルサカ市保健局の下位に位置する」という間違った固定観念が彼らの中にある事が大きな原因の一つだと思われます（実際にルサカ市だけで数百もの団体が草

の根レベルの活動を行っており、その活動のクオリティーも千差万別である事を考えると、ある意味しようがないのかもしれませんが）。それ故に、いざと言う時に彼らと同じ土俵にいる（公的機関である）JICAに我々の声を代弁して貰うことが非常に大きな意味を持つてくるのです。

最後に四つ目はJICAから青年海外協力隊員の派遣を受けている事です。現在の隊員で既に3代目（夫々の任期は約2年）となりますが、これまでの経験から、隊員の派遣は彼等自身の経験の蓄積という意味において有益である事は勿論のこと、比較的年齢が若く、情熱溢れる隊員達の存在は我々の活動にも我々だけでは気付かなかった新たな視点をもたらしてくれています。現在の隊員も赴任してちょうど半年となりますが、結核対策プロジェクトや他のAMDA ザンビアのプロジェクトで大変活躍しています。

プロジェクトの方もそろそろ中盤に差し掛かってきました。未だに一進一退の状況が続いていますが、「ルサカの人々を結核から守る」という大きな目標を達成することができるよう、今後共にJICAと協働してプロジェクトに取り組んでいく事ができればと考えています。



DOTS コーナーでナースより薬をもらい、飲む患者

「2つの理念の狭間で」

— AMDA ザンビア事務所 JICA 青年海外協力隊員として派遣されて—

17年度2次隊 青年海外協力隊 吉田 友美

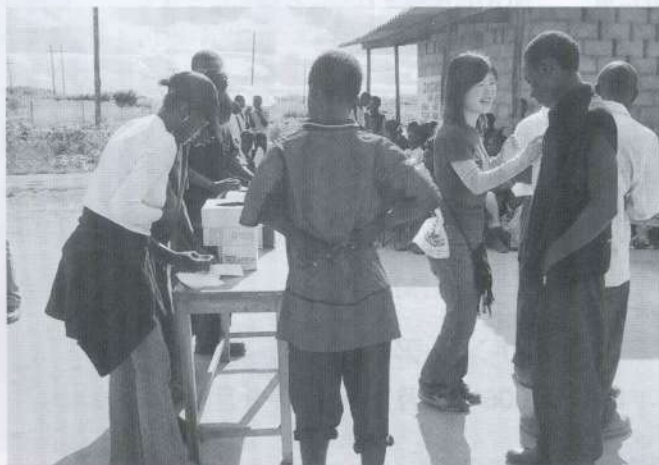
私は2006年1月より、青年海外協力隊員村落開発普及員としてAMDA ザンビア事務所にとって3代目の隊員として派遣されています。通常、協力隊は途上国の様々な機関に配属されますが、国の公的機関や学校、現地のNGOなどが最も派遣先として多く、私のように「日本のNGOの現地事務所に青年海外協力隊が派遣される」というケースは非常に稀なようです。

AMDAは現在、JICAの「草の根技術協力事業(草の根パートナー型)」というスキームでJICAからの資金面・政策面双方からのサポートのもと、低所得者居住地区を対象とした結核対策プロジェクトを行っています。この事業は私にとって前任者である2代目隊員が後任要請の主目的として挙げていた主要プロジェクトでした。

当初この派遣要請に選抜されたものの、結核の専門知識のない私は二本松青年海外協力隊員訓練所にいた頃より意識して勉強に努めていました。そうする中で、いつか現地コミュニティに馴染み、自ら結核患者の家に訪問に行き、そこでの住民のニーズを引き出し、人々を励まし、薬による集中治療を終了させる一翼を担うのだと意気込んでいたのです。その姿はいかにも「青年海外協力隊」のイメージそのものであり、そのことに私は何も疑問を感じてはいませんでした。

しかしながら「開発プロジェクトの現場」でそのイメージは変更を迫られることになりました。なぜならAMDA ザンビア事務所の途上国援助に対する姿勢が「現場の最前線には「外国人」は極力顔を見せない」ということであったのです。現在、他のアフリカ諸国同様、ザンビアでは数多くの援助機関がひしめき合っています。そんな状況の中で「裨益者」と位置付けられる対象

コミュニティの人々には既に依存体質がしみこんでいる様子がありありと伺えるのです。例えば彼らはことあるごとに援助実施機関に“報酬”を要求します。それはペン、クリアケース、長靴といった「もの」であったり、何かの講座を開催するときの昼食、またお金といった「手当て」であったりとその時々によって形を変えていきます。おそらく今までの援助機関が「ものと引き換えに」自己のプロジェクトに現地の人々を「動員」してきた“後遺症”が根強く残ってしまったのでしょう。彼らはそれらが与えられて初めて言わ



クイズで楽しみながら健康教育(エイズ・結核等について)を行う筆者(右から3人目)

れたとおりに(時にしぶしぶ)行動する、という体質が染み付いてしまっているのです。

そういった環境にさらにAMDAを通し、私という日本人(=先進国からの外国人)が頻繁に出入りすれば、彼らは一層の援助資金が入ることを期待してしまい、「自分たちで自分たちのために生活をよりよいものにする。」という意識が希薄になってしまうことを私は教えられたのでした。AMDA ザンビア事務所がいかにも「真に現地に根ざす開発事業」を目指しているかという心意気の表れだと感じました。私はそうしたAMDA ザンビア事務所の援助に関する考え方に全面的に同意しています。現地の人々の援助依存体質を助長することを極力避け、いつか

AMDAがザンビアを去る日が来ても、AMDAが作り上げた開発のシステムは永遠に現地の人々によって引き継がれていく、それがAMDA ザンビア事務所としての究極の目標なのです。

しかし、私にも協力隊員としての葛藤があることは否めませんでした。それは「現地に根ざし、現地の人々とともに働く」ことを理想としている青年海外協力隊として「いかにコミュニティに近づくか」という課題です。しかし、協力隊員はあくまでもJICAの下ではなく、配属先の理念の下で活動することが基本でもあるのです。私は、

このふたつの一見矛盾する「理念」の間で今後2年常に葛藤するのかもしれないとしばらく悩んだ時期がありました。確かに私は青年海外協力隊、特に村落開発普及員としてはある種特異な配属先に配属されました。AMDA ザンビア事務所とは「個人プレー」より「チームプレー」が求められる配属先であり“自由にフィールドを掛けめぐり、自由な発想で活動を進める”他の村落開発普及隊員とはかなり勝手が違います。そんな中でも、事業に

関して意見やアイデアが求められることにはどの隊員も変わりません。しかしながら現場を知らずして問題はなかなか見えては来ないものです。何より、事務所にもりっきりの身では協力隊員としてアフリカに来た意味が分からなくなってしまうのも事実です。

赴任して数ヵ月後、とうとう「やはり現場に行きたい」と申し出ると、そんな私の葛藤を理解していただいていたのでしょうか、AMDA ザンビア駐在代表には意外にも簡単に受け入れられました。そこで私がアドバイスされたのは、現場に出る“外国人”として「常に学ぶ姿勢で人々と関わる」ということでした。これは私がアフリカに来る前にも開発に関わる者として幾度とな



AMDAのユースリレーションセンター「健やかに育ってね！」



結核サポーターに配られた長靴 (GHC:George Health Center)

く耳にしてきたことでもあります。その点さえ踏まえれば、私がザンビアに赴任して以来葛藤してきたことも克服できると感じました。現在は主に若者を対象とした健康教育に関わるコミュニティー活動の方に重点を置きながら、積極的に途上国の

人々のリアリティーがある「現場」に足を運び、人々から学ぶ毎日です。

他の隊員よりも各段に活動しやすいと思われるAMDAという日本のNGOに配属されたことは私にとっても幸せなことのように思えます。

何物にも代え難い貴重な経験をここザンビアで日々積み重ねていただきながら、今後一箇所でも多くの日本NGO現地事務所が青年海外協力隊員を受け入れ、私のような貴重な経験を得る方が徐々に増えればと願わずにはられません。

2006年夏季スタディツアー申し込み受付開始！

今年度AMDA夏のスタディツアーの申し込み受付を開始しました。AMDAの現地活動を直接ご覧いただく絶好の機会です。皆様、ふるってご参加下さい。

『ザンビア スタディツアー』

日程：2006年8月4日(金)～8月11日(金)8日間

なお、今回は既存の会員の方を対象とした割引価格を設定しましたのでどうぞご利用ください。

旅行代金：既存会員割引価格 355,000円 ※

出発地：関西空港/成田空港

見学地：リビングストーン国立公園、ルサカ近郊農村部、ザンビア国立病院、AMDA事業（結核治療・農園・職業訓練・ユースセンター）など

締め切り：2006年6月20日（火）必着

お問い合わせ：TEL 086-284-7730 AMDA 富岡/浦上

※今回ツアーに参加するために初めてAMDA会員のお申し込みをされる方は、一般価格の360,000円のほか、会費が必要です。また、既存会員の方も、2006年8月時点で会員である必要がありますのでご注意ください。

旅行企画・実施：株式会社道祖神 研修企画：AMDA

詳しい内容、お申し込み方法などはホームページをご覧ください。

<http://www.amda.or.jp/cgi-bin/users/browse.cgi?&check=1&mode=brs#2>

現在アフリカ支援の拡大を各国が表明しています。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。

AMDAが実施しているプロジェクトの見学や現地の人々との交流を通じ、参加者の方々にアフリカをさらに身近に感じていただくよう趣向を凝らしています。

国際保健医療協力・社会開発に関心のある方、アフリカの農村の暮らしや風土に関心のある方のご参加をお待ちしております。

ミャンマーにおける JICA との協働事業について

AMDA ミャンマー 岡崎 裕之

ミャンマーでは中央乾燥地帯とコーカン特別地区において母子保健、マイクロクレジット、医療機材供与、貧困農村復興支援、等々多岐にわたる活動を展開している。今回はその内でも JICA との協働事業に焦点を当てることにしたい。

<中央乾燥地帯>

中央乾燥地帯では、2002年7月から2005年6月までの3年間、JICA 及びミャンマー連邦保健省と協力し、地域住民、特に母と乳幼児を対象に、基

礎保健環境の改善に資するべく、メイティラ、ニャンウー、パコクの3県において、JICA 開発パートナー事業「母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト」を実施した。

中部乾燥地帯は、その名が示すとおり、年間降水量が首都であるヤンゴン管区の約3000mmと比べ、600～800mmと極めて少なく厳しい自然環境にある。事業対象地域は医療保健施設へのアクセスが悪く、村に地域保健センター (Rural Health Center) や補助保健センター (Sub rural Health Center) などの診療所がある

場合でも、医療従事者が常駐していない、基礎的な医薬品や医療消耗品の不備、診療所の建物の老朽化、など保健サービスが十分行き届いていないことが多い。

同事業では「草の根レベルにおいて母子の健康が維持促進されるための環境整備」を主眼に、一年次には主に医療・保健施設の基盤整備や医療機材の供与、二年次には村落ベースの補助保健施設を基点にした一次診療、栄養給食、保健教育などの活動、三年次には、事業終了後の自立発展性を確保するため、住民(当事者)の自助努力、住民と保健行政の連携を促進する参加型アプローチの実践に取り組んだ。その結果、住民の保健、衛生、栄養などの分野における知識の向上や行動変容の改善が散見され、また良質な公共サービスに対する需要が高まる、などの成果が見られた。

事業終了後も保健・医療サービスの機会が提供され、住民組織による健康維持・改善活動が継続されていくためには、それらを支える環境の整備と、「参加・協働」を機軸としたコミュニティ活動が必要だと考え、保健ボランティアや健康促進委員会メンバーを含めた事業対象村側と保健行政側の人材を中心にキャパシティー・ビルディング、組織形成、システム構築支援を行った。

しかしながら、これらの活動が活性化し、公共医療サービスを補完する形として機能するまでには尚一層の時間がかかるものと予想される。そこで、上記事業完了後も一定期間の協力と対象地域住民の「自立発展性」発現の支援が必要であると判断した。事業完了から現在まではモニタリングや村人への各種トレーニングを実施しており、2006年初夏より「フォローアップ」事業を1年間実施予定である。

<コーカン特別地区>

かつて「黄金の三角地帯」の一角を担っていたコーカン地区では、2002年末にケシ栽培の禁止という英断が下された。しかしながら、現金収入が激減したことにより、食糧難、栄養・健康状態の悪化、など様々な悪影響が出ている。また、山岳・丘陵地帯が多く、公共医療サービスへのアクセスは非常に悪い。

コーカン特別地区では、JICA や WFP (世界食糧計画) を筆頭として、様々な団体が活動を展開している。一見すると、約16万人という裨益者に対する支援活動としては規模が大きすぎるようにも見受けられる。しかし、これまでケシ栽培が周辺地域・諸国に及ぼしてきた悪影響、仮に生活が立ち行かなくなると住民がケシ栽培を再開するケースなどを想定すると、これまで活動に携わってきた者として、同地区での継続的・長期的な支援がいかに必要であるか、ということがまざまざと実感できる。



↑ 保健衛生のトレーニングを受ける村人
講師は AMDA スタッフの看護師
↓ 診療所の受付を行う村人と患者





コーカン地区に住む子ども達

右端が筆者→

現在、2004年10月から約2年間、JICA草の根技術協力事業(草の根パートナー型):「プライマリーヘルスケアプロジェクト」を実施している。同地区内にある国境地域診療所計7箇所のうち5箇所と周辺の計10村で活動を展開している。国境診療所には医療機材、モーターバイクなどを供与し、診療所の機能強化とアウトリーチ活動を促進している。また、各対象村で保健ボランティアを選出し、基礎保健教育や応急処置に関するトレーニングを実施した。村ではAMDAの巡回診療の際に保健教育を実施し、ミャンマー政府の予防接種巡回プログラムの際に拒否反応を示す住民に必要性を説明するなど、保健衛生知識の伝播と公共医療サービスの間接的なサポートなど重要な役割を担っている。また、水施設の整備や衛生知識に関する講習なども実施している。

活動全般において、中国文化圏であるため言語・習慣の違いによる意思疎通が難しく、「特別地域」の名が示すとおり、外国人の渡航に制限が課せられているため現地視察も思うようにいかない、などミャンマーの他活動地域とは異なる様々な困難がある。しかし、100年以上も続いたケシ栽培が停止になってからまだ3年余りが経過しただけであり、「ケシ栽培が再開されないような安定した環境が醸成される」にはまだかなりの期間が必要であり、当会としても今後もしばらくコーカン地区での活動を継続する方針である。



< JICA との連携 >

コーカン地区ではJICAが道路の修復や学校建設、農業指導や保健衛生教育など多岐に渡る活動を長期計画で実践しているが、全支援活動における日本関連の支援の占める割合が比較的高い地域であることから、「日本の支援が中心となっている地域」というイメージが強いように見受けられる。日本大使館もNGO支援無償資金協力事業で当会を通じてラオカイ市立病院に医療機材を供与しており、日本の支援に対してミャンマー政府・コーカン自治政府は好印象を抱いているように思える。当会の活動にしても、JICAと比べると規模は小さいものの、同じ日本の組織ということによるものなのか、現地での関係者との交渉その他が思った

よりもスムーズに進むケースも多い。しかし、「日本の支援」という括りで認識されるということは、当会の活動の成否や姿勢も「日本の支援の成否・姿勢」として普遍的に認識される可能性が高いということである。カウンターパートとの交渉その他において、JICAや大使館のお力をお借りするケースは多い。昨年9月にはJICAミャンマー事務所のお力添えにより、普段あまり会う機会が得られないカウンターパートである国境省のDG (Director General) との会合の場をセッティングしていただき、そのおかげで活動がスムーズに進むようになったこともあった。もしAMDAがなんらかの問題を起こした場合は、JICAにも多大なご迷惑

をかけることになり、現地での活動に支障をきたすことも考えられる。

そのような事情もあって、コーカン地区での活動においては、他地域での活動に増してJICAへの報告・連絡・相談を密に取るように心がけている。政治的に複雑な地域であり、不用意な発言回避や関係機関との関わり方について細心の注意を払うべきなのはもちろんのこと、活動内容や方針についても相談することが多い。時には厳しいご指摘を受けつつ、AMDAでは対処の難しい問題に直面したときにアドバイスや助力をいただくことも多い。継続的な支援が必要とされている地域であり、現地住民の期待やコーカン自治政府の日本の支援に対する注目度も高く、AMDAとしては今後もJICAのアドバイスをいただきつつ、活動を継続していきたいと思う。

ダルフール雑感 2

AMDA スーダン 館野 和之

スーダンの国内避難民は推定500万人以上と言われている。この国の人口は3600万人だから、およそ7人に1人が家を追われていることになる。しかし、そもそもこの国の国内避難民はキャンプにいない場合も多く、人数を確定できない。国内避難民の数だけでこの国が抱える問題を想像することは至難の業だ。数字は数字以上の意味を持たず、個人の事情を何も説明しない。かけがえのない家族の死や離散も単なる「1」に還元されてしまう。紛争や災害を数字だけで語ることは危険を伴うと思っている。

しかし、あえて数字を挙げると、ダルフールでの国内避難民はおよそ180万人。紛争地だが、反政府勢力に特定の支配地域があるわけではない。軍事境界線や前線がなく、政府軍、反政府武装組織、民兵によるゲリラ的な戦いが繰り返されている。こうした地域では、どこに行っても紛争に巻き込まれる可能性がある。ニャラ市内の治安は保たれているが、ニャラ以外の地の情勢は不穏だった。残念ながら、「ちょっと旅行へ」といった気晴らしは願うべくもなかった。

2005年初頭から、AMDAはニャラ市民病院への支援を開始した。外来診療部門(OPD)を中心に機材を投入し、OPD検査室のスタッフへトレーニングを行ってきた。

11月、ニャラに赴任した直後、心電計(ECG)マシンの技術指導が開始された。参加した医学生は、技術指導のみならずAMDAの活動に強い興味を持ったようだ。年が明けても、彼とは病院内でよく顔を合わせた。そのたびに、「次はどんなトレーニングをするのか」と訊かれ、恐縮したものである。せっかく関心を寄せてくれても、事業は完了間近なので新たなトレーニングは予定されていなかったからだ。

エコー(超音波検査器)を病院に投入し、医師たちへの技術指導を開始したのは12月17日である。参加した医師は産婦人科、内科、外科、小児科と多様である。講師からエコーでスキニングをするルールを学んだ後、医師たちは自分たちが抱える患者を喜んで診察し始めた。子どもや妊婦、腹部疾患を抱えた患者が日に15人ぐらい続々と送り込まれる。時たま迷彩服を着

た軍人が同僚と思われる男性を連れてくる。紛争地であるからには当然の光景だが、やはり病院に軍服はミスマッチの気がした。

病院内にエコーは3台存在する。AMDAが寄贈した機器はその中で最新鋭である。現在、技術指導に参加した医師たちを中心に、このエコーを使った診察が週2回実施されている。検査技術向上への貢献度は大きい。それ以外の日では既存の小さなエコーを使った診察を常時実施している。

3月のある日、この小さなエコー診察室の外で50人以上の男性がごった返していた。暑い最中むさ苦し過ぎて同席に耐えなかったが、何かと目を丸くしていると、彼らの奥さんが診察中とのこと。何らかの理由で診察が集中したと思われる。彼らが心優しいのか、付き添わなかったらその後が恐ろしいのか、その辺の事情はよく分からない。しかし、どこの国でも家族サービスは男性諸氏にとって重労働だと同情したものである。

ニャラ市民病院は周辺地の重症患者が搬送されてくる中核病院である。広い土地の中に部門が点在し、2階建ての建物はほとんどない。建築技術がないわけではなからう。土地が余っているのだから建物を垂直に伸ばすという発想をしないだけかもしれない。

病院の敷地内に足を踏み入れると、患者以外の方がやたら多いことに気づかされる。彼らは患者の付き添いである。病院の医師によると、これはこの地の伝統なのだそうだ。家族親戚、果ては同じ村の人までが付き添いに来る。入院ということになると、付き添いに来た人たちは村に帰らず病院に居つき、そこで生活を始めることになる。

朝、木炭の炊煙がそこかしこで上がり、水場やトイレは大混雑する。仮に1人の患者に4人の付き添いがあると仮定しよう。病院のベッドはおよそ400床あり、すべて埋まるとおよそ2000人の患者関係者が病院に溢れ返ることになる。これはこの収容能力をやすやすと超えてしまう。

当然問題視した病院は、苦肉の策を講じた。入り口で100ディナール(50円)の徴収を開始したのである。もちろん患者や病院関係者は別だ。この策



南ダルフール保健省にて。AMDAの支援活動に対して保健大臣から謝辞を受ける筆者(左端)

で病院に流入する人口をどの程度コントロールできたか不明である。病院内外を何度も往復する場合、支払いが馬鹿にならない。医療費の一部と簡単に割り切れない気もする。

困難な状況では一族で助け合うのが彼らの流儀らしい。部族主義の弊害を指摘することはたやすいが、考えさせられることも多かった。付き添いとは少し異なるが、ふとした日常に彼らの助け合いと洗練されたマナーを感じることもある。

たとえば、カルツームの路線バスは安全ではないように伝わっているが、自分はそう思わない。むしろ快適だと感じている。バスの席は必ず詰めて座る。走り出すと車掌が指を鳴らし、乗客はおもむろに小銭を出す。席が後方だと車掌まで届かない。すると、後ろからバケツリレーよろしくお金が前に陣取る車掌に送られていくのである。おつりを渡すときは逆の手伝いで車掌から後方に送られる。一連の流れは見事なもので、いつも感心させられた。

払う方でも、払われる方でも、勘定の誤魔化しをついぞ見たことがない。また、イスラムの伝統だろうか、女性には必ず席を譲る。バスを降りるときも指を鳴らし、新たに乗り込む人のために丁寧に空いた席を詰める。こうしたマナーはどんな場合でも崩れることはなかった。もっとも酔っ払ってもいいのに飛行機の中で大合唱していた輩も目の当たりにしているので、彼らがいつも乗り物で他人の迷惑を顧みるとは思わない。しかし、それを割り引いても市民生活の中にはささやかであろうが助け合いの文化が色濃いのではないかと思う。

事業を完了して帰国した現在、たまさかこうした光景を思い出すことがある。自分の行った事業の受益者数も大事だが、こうした印象を留めておくのもまた大切な作業だろうと感じる昨今である。

レイテ島大規模地滑り災害に対する緊急医療支援活動

2006年2月18日～3月2日

AMDA登録看護師 竹内 美妃



1. はじめに

今回の災害における被災地、フィリピン・レイテ島は、先の大戦で日本軍とアメリカ軍が激戦を繰り広げた場所であり、タクロバンからセントパナードまで向かう風景の中には何か郷愁のような、私達の先祖がかつていたという魂を感じられる場所でもあった。1960年代に伐採された森林の跡地には根の浅いココナツの木々が一面に広がり、地滑り現場に限らずあちこちで雨期の雨による泥沼や小さな土砂崩れが起きていた。ほんの数秒の間に一つの集落を深さ数メートルにも及ぶ土砂が飲みこんだ今回の大規模地滑りは、多くの行方不明者を残したまま人間の手による捜索活動は限界に達し、被災8日目には遺体収容作業へと変更された。人間は自然の前であまりにも無力であるということ、私はあらためて思い知らされた。

現地の人々の多くがニッパヤシで作られた家に暮らし、川から水を引いた水田で米を育て、伐採した薪を燃料にその米を炊いている。新鮮なマンゴ、バナナ、パパイヤ、ジャックフルーツは市場に並び、水牛や鶏も自由に放牧されている。彼らは生活に必要なほとんどを地域の自然、植物から得ており、男性達は日々広大な自然の中でその収穫作業や家作り、薪割りをしている。女性は手洗いで家族の大量の洗濯物をし、食事の材料を調達し、水を汲み薪を焚く。その大人達の周りでは少子化の日本とは違ってかわって大勢の子ども達が元気一杯広い大地を駆け回

って遊んでいた。又、私達日本人にとっては過剰とも思える量の油や塩分、炭水化物の多い現地の食事は、彼らにとってはその生活の多大な労力にきちんと見合った食文化であったのである。

さて、そのような自然とまさに共存、助け合って生きてきた彼らが、一瞬間に最愛の人はもちろん、慣れ親しんだ全ての日常を奪われた悲しみはいかほどかを想像すると、人間として生きる全ての糧を他人に委ね、人間関係さえ希薄な都心の人間には想像することさえ難しいのではないかと思った。彼らは避難所という狭い箱のなかに住まわされ、今まで自分の手で調達していた食糧や物資を他人の手から与えられ、先の見えない不安の中で皆が暮らしていた。私達は緊急医療支援、という形で現地に入ったが、このような状況において求められた看護は、まさに災害サイクルにおける急性期ではなく、難を逃れた被災者たちの慢性疾患に対する看護、精神看護、避難所という異環境での感染症対策、保健指導に至るまで、多岐に渡る支援を必要としていた。ここにその今回の看護活動を振り返る。

2. 看護活動の内容

1) 診療体制

今回私達AMDA医療チームメンバーは、元フィリピン医師会会長チュア医師(AMDA国際名譽顧問)と、南レイテ医師会会長マトゥ医師の免許のもと、各避難所におけるメディカルチェックという形で避難民の方々を巡回診療した。

避難所の一つであるクリストレイ高校は17の教室があり、各教室に約60人もの被災民が生活し、ボランティアや教会のシスターが責任者として1人ずつ配置されていた。これら各教室の責任者に声をかけ、それぞれの教室の事情に合わせて教室、もしくは廊下に診察スペースを作った。患者とのコミュニケーションは3人の医師に対し3人の現地通訳ボランティア(セブアノ語-英語)を介し、「咳が出る」「眠れない」「背中が痛い」「家族を亡くした」「普段はお金なくて病院にかかれなくて薬が欲しい」など、さまざまな思いを私達に打ち明けていた。看護師も現地語が通じなくとも日本語で積極的に声かけし、できる限り患者の不安が軽減できるよう努めていた。

医療スタッフの休憩に関しては休憩場所が設けられなかったため、避難所の教室を移動するわずかな時間に水分補給などを適宜取ることで各自休息とした。

私達の巡回診療には多くの避難民が行列し、私達医療チームは彼らの様々な訴えを一つ一つ受け止めていくという、わずかな支援ではあったが、これ



巡回診療を行うAMDAチーム(右端筆者)

も私達に求められた使命であり、決して治療という緊急医療だけではない被災地のニーズに合わせた有効な支援だったと私は考える。

2) 治療と処置

直接の地滑りによる外傷患者21人(うち2人は死亡、3人は州病院へ搬送)は、アナハワン病院に搬送され、治療がなされていた。避難所にいる外傷患者は避難所内における転倒によるものが原因であった。創処置において感染予防のためディスポグローブを使用しなかったが不足していたため、日本から個人的に用意していたビニール袋を使用し、表皮部分のみの軽度の擦過傷はミネラルウォーターにて洗浄を行うこととした。清潔なガーゼに軟膏を塗布し、ガーゼ、テープにて固定、そして創部は清潔に保つよう直接患者に通訳を介して説明した。

内科、整形外科、耳鼻科、歯科、眼科、精神科と多岐にわたる訴えが続く診療に対しては、看護師はどの診察にも目を配り、特に女性患者の際には介助につくよう努め、触診が必要な時にはできる限りプライバシーを保持し肌を露出せず衣類の上からも医師が診察できるよう配慮した。小児に関しては予測していたような脱水等の症状は見られず比較的元気はあったが、恐怖感からか泣き出す子どもも見受けられたためジェスチャーであやしたり、手を握ったり、診察後にキャンディーを渡すなどしてできるだけ不安の軽減に努めた。血圧測定だけを希望する避難民に対しても快く測定をし、高値の場合は医師に報告し対処した。今回、急遽AMDAチームだけでの巡回診療が決定されたため、巡回診療に必要な器材をその都度現地調達し使用した。

3) 感染予防

医師、看護師は診療前後の手洗いとうがいはもちろんのこと、診療中は適宜手指をアルコールで消毒した。創洗浄の必要な患者は外で洗浄することで室内での汚染や不必要なゴミが出ないよう汚染域を最小限に努め、ゴミは避難所に備え付けのゴミ箱にて焼却処分されている。使用した体温計や聴診器もアルコールを浸したガーゼにて消毒とした。私達の診療期間においては、避難所における伝染性疾患や感冒等の蔓延も予防できたものと考えられる。

4) トリアージ

今回は人数の関係上受付部門が設定できなかったため、患者は診察の順番がきてからようやく問診を受けられる状態であった。今後は現地ボランティアスタッフを受付としても補充し、医師の診察前に問診、そしてトリアージできるシステムが必要と考える。今回の診療においては緊急性のある患者はほとんどいなかったが、行列している状況から発熱等で待ち時間が負担となっていると判断した患者に関しては早めに受診できるよう考慮し、子どもや高齢者にはできる限り椅子を用意するなどして診察待ちの負担の軽減に努めた。



3. まとめ

私達は緊急支援活動として被災2日目に現場に入ったにもかかわらず、今回の災害では生存者か行方不明者に分かれてしまい、救出、緊急治療によって救える命が到着時にはすでに残念ながら望めなかった。私達医療チームに何ができるのか、何が求められているのか、従来の緊急支援とは違い、何も力になれないのではないかとという無力さも当初感じた。しかし生存者の方々が避難している避難所を巡回し始めて、精神的に深く傷ついた方はもちろんのこと、環境の変化による体調不良、従来の持病の悪化等、見た目では判断しにくい病気に苦しむ人々が日々潜在していることに気づかされた。フィリピン国内各地からの医療チームが

集結し、食糧や物資は多々届けられてはいたものの、混乱する現場での円滑な業務は困難を極め、私達日本からの医療チームは日々のミーティングの中から最も必要なニーズ、そしてそれに伴う活動を見出さなくてはならない日々が続いた。日々現状が変化していくため、毎日臨機応変に診療サイトを設置し、応用をきかせ、連日避難所でほとんど休息を取れない中で、医療スタッフは懸命に避難民の方々の訴えを聞いて廻った。

外国からこの避難所へ来た支援団体は、私達AMDAの医療チームだけであり、避難民の方からはもちろんのこと、現地の医療スタッフ、教会のシスター、フィリピン軍兵士の方々からは多々感謝のお言葉を頂いた。今回のように、例え緊急治療で救えるという見込みのない現場であっても、難を逃れて生存された方々のほとんどが家族も家も仕事も全て失い、多くの方々が復興支援の手を必要としている。混乱する現場の中で集結した、医療チームの円滑な連携、協力なくしては多くの被災者の支援は不可能であり、日本を代表するチームとして他国で活動するには、明確な意見交換のできる語学力も必須であった。

今回の災害でのAMDAの活動は、世界中の多くの国が支援の手を伸ばせなかった現状の中で、わずかながらも日本からの私達が、現地の医療スタッフ、ボランティアの方々と共に汗を流して支援できた意義のある、まさに顔の見える支援活動であったと考える。私はこうした地道な活動こそ、国と国との絆を深めていくものであると考え、今後も世界で起こり得る災害に対し私達は同じ一地球市民として同じ立場で考え、悩み、支援の手を差し伸べ、互いに助け合うべきではないかと思っている。被災地ではいまだ1000人近い行方不明者の方々がいる。私はこの災害で救えなかった命、犠牲があったことも忘れることなく胸に留め、冥福を祈りたい。

私は看護師としての使命を与えられてこの地球上で生かされている限り、常にこうした世界の緊急支援活動に対しすぐに駆けつけることのできるネットワークを持っていたい。そのためには日常の自己管理、周囲への気配り、自分の看護師としてのスキルアップに日々精進し、今回の活動で得た経験が今後さらなる支援活動へ活かされるように自分の胸に深く留め置きたいと思う。

派遣調整員 小山 奈嘉子

フィリピン、南レイテ州にて起きた地滑り災害の緊急救援活動に参加が決まったのは2月19日深夜近く。翌日から私はAMDAの調整員としてフィリピンに向けて出発しました。

活動地では、主に会計、巡回診療の調整、現地通訳の手配・管理、クリストレイ高校(主な訪問先となった避難所)での現状調査などを担当しました。活動開始時は、外国人医師による医療行為規制の問題があり、診察が十分に行える環境を整えることができませんでした。私が活動地に到着した2月21日の時点で、外国人医師は処方箋を全く出すことができず、AMDAの医師も基本的なヘルスチェックしかできませんでした。翌日は、避難所の医薬品センターにて薬を手配いただくことを見越して診療を開始しましたが、その処方箋も現地政府の統括する医療センターにて承認を得るまでは薬の手配はできない、さらに手配した薬を患者に渡す際にもさまざまな制約を求められるなど、非常に活動しにくい状況でした。しかし、元フィリピン医師会会長であり現AMDAインターナショナル名誉顧問のDr.チュア、および南レイテ医師会会長のDr.マトゥの働きかけにより、AMDAの活動に対する認知が高まり、避難所での診療および処方が可能になり、その後、我々が診察を行うことに関してはスムーズに活動できるようになりました。しかし、一方で新たな問題に直面することとなりました。私が担当していた業務においては、現地の看護師・薬剤師の人数の少なさから、避難所の医薬品ステーションにて処方箋に基づいて薬を手配できる者を欠いてしまったことが挙げられます。クリストレイ高校においても同様で、医師が診察し、処方箋を出しても、医薬品ステーションには医薬品を全く扱ったことのないボランティアがいるか、もしくは誰もいないといった状況が続きました。これはAMDAによる医療活動だけでなく、他の医療関係の援助団体などにも活動に影響を及ぼします。そうした状況において、我々が現地で採用した通訳スタッフが医薬品ステーションのサポートにまわり、薬箱に英語で記されている内容を英語のわからない地元ボランティアに説明する、時には薬の手配そのものをお手伝いしました。同時に、AMDAスタッフが医療センターに早急に問い合わせ、

薬剤師を手配してもらうよう依頼するなど、AMDAの活動だけでなく避難所における医療関連の運営にも力になることができました。その結果、各避難所でさまざまな援助団体が個々で活動を行うという統制のとれていない状況で、地元の医療関連担当者や避難所の運営に関わる方々にも広く私達の活動を理解していただき、急な要請にも快く応えてくださるまでに至りました。

私自身、フィリピンでの生活は殆ど問題なく、アフリカでの長期滞在も経験していたせいも、滞在する上での体力や精神力の消耗は少なかったと思います。ただ、一つ常に注意を払っていたことはコミュニケーションの重要性でした。

緊急救援という状況において、その日予定していた活動が急に変更するようなことが予測されます。さらに通信環境の悪さ(携帯電話を所有している者が少ない)や、他団体が事業に関わるということ、異文化・多言語によって形成されたチームの中で、状況把握や意思決定、事業を遂行することは、予想以上にコミュニケーションの欠落を起しやすいく感じました。実際に活動の序盤においてDr.マトゥとのコンタクトラインはKPACのスタッフの方が担当してくださいましたが、当方の活動スケジュールや活動意図における認識のわずかなズレが生じてしまい、当日になって予定通りに活動が進まないこともありました。

私はこのたびのミッションにおいて、統括者の下で他のスタッフに働きかけ医療活動などを円滑に進めることが主な役割であり、チームワークを重視する立場にいました。そこで私は対話者の所属団体や、立場、母国語や文化背景などを留意しつつ、的確で誠意のあるコミュニケーションを図るよう努めました。結果、チーム内でのコンセンサスも強化され、チームの結束に貢献できたと感じました。私がこうして細やかな点に注意を払えたのもチームのメンバーの協力、およびメンバーの役割分担がきちんとなされていたことに依ります。また私自身のコミュニケーション力も重なり、自分の役割を十分に果たせたように思います。



クリストレイ高校で医薬品をチェックする筆者(左から2人目)

コミュニケーションに関する成果はチーム間でのやりとりだけではなく、被災者や援助側の方々との間でも見られました。被災者の方々からは彼らの置かれている問題や不安を、会話を通じて共有することがあり、それが彼らのストレス緩和に繋がったと思います。私の接した被害者の中では、災害時には遠方におり、本人以外の家族はすべて失ってしまった方もいました。そうした方々はもちろん身体的なケアよりも精神的なケアを必要としていました。しかし、彼らのいる避難所には同様の悩みを抱えた方が多くいらっしゃり、感情を表に出すことをはばかれるような思いを持った方もいたように思います。そこで会話を通じて、恐れや不安といった感情は我慢しなくてもいい、辛い時は辛いと言っていいのですよ、と私は彼らの感情を受け止められるよう努めました。

彼らは一旦話し出すと、心の中に抱えた思いを次々と吐き出します。そして、次第にスッキリとした表情になり、次に彼らにお会いする際は、笑顔で手を振ってくれるようになりました。彼らの感情を受け止め、解消することに、私のコミュニケーション力は活かされたと感じ、とても嬉しく思いました。

また、通訳スタッフや、地元の医療関連担当者、避難所の責任者とも協力関係や信頼関係を、コミュニケーションによって築くことができたように思います。通訳スタッフは本来の通訳業務以外にも率先してAMDAの活動に参加していただき、避難所や援助側の責任者の方々は多忙な中でも非常に協力的でした。今回の緊急救援に関わる全ての人が、所属や役割を超えて、救援という一つの目標に向けて励むことができたように思います。

AMDA ネパール抗議デモ負傷者緊急医療支援活動

ネパールでは4月6日以降、主要7政党の呼びかけによる全国ゼネストと民主化要求抗議デモが続き、デモ隊と治安当局との間で衝突が発生していました。20日、首都カトマンズを囲む環状道路では、政党活動家らが外出禁令を無視し、十万人近いデモ隊員が集結しました。この時点で報道によると、治安部隊の発砲など、全国で14人が死亡、100人以上が負傷しているとのことでした。この緊急事態に対し、ネパール政府は、AMDAネパール支部にデモの負傷者に対する医療支援を要請しました。

ネパール支部は17日、外出許可証を得てカトマンズ市内で巡回診療を開始しました。積極的中立の立場で、25日まで、デモ参加者と治安当局双方の負傷者を診療しました。

ネパール支部の巡回診療は、ネパール市民に十分に認知されており、巡回診療車を見て多くのデモ参加者が治療を求めて集まってきました。また、ネパール支部の活動は、連日新聞などのマスコミに取り上げられ、デモによる負傷者の治療内容や負傷者数を通して、デモの様子を市民に伝える貴重な情報源ともなりました。



診療時間：8：00～18：00

(デモの状況によっては20：00まで)

チーム：医師2～3人・救急隊員2人・看護師1～2人・運転手1人で構成したチームが2チーム。

医師 アーチャリアー・P・ラメシュ (AMDAネパール代表) ら9人

救急隊員・看護師・運転手 レグミ・スデッシュラ8人
コントロール室員 カティワダ・ゴビンダら7人
調整員 谷口敬一郎 (AMDA本部)

患者数：1日10～50人 (デモの状況、激しさにより異なる)
患者は抗議デモの参加者、治安当局の双方を含み、巡回診療チームは合計194人に対して診療を行いました。

治療内容：

応急処置としての傷口の消毒や傷の縫合、骨折や捻挫部位の固定 (添え木)、ゴム弾による傷の手当て、また鎮痛剤や抗生物質などの医薬品の支給など

【診療数】

日付	治療部位・原因						計	病院へ申し送り 移送
	頭部	脚部	腕部	棘症	銃創	その他		
4月17日	7	8	15	7	0	12	49	4
18日	9	1	5	5	0	5	25	2
19日	0	3	3	0	0	2	8	0
20日	0	0	0	3	0	1	4	0
21日	11	5	7	5	0	9	37	1
22日	0	7	3	5	0	1	16	0
23日	0	1	1	7	1	2	12	3
24日	5	9	4	11	1	11	41	2
25日	0	2	0	0	0	0	2	1
計	32	36	38	43	2	43	194	13

カトマンズ市内では、24日夜の国王演説を受けて25日の大規模抗議行動が中止になり、26日にはほぼ通常の状態に戻ったことから、AMDAは巡回診療を終了しました。現地での活動の調整、情報収集に当たっていた谷口調整員は28日に現地を発ち、29日早朝に日本に帰国しました。

今回の支援活動では、AMDAネパール支部が同国政府の要請を受けて迅速に初動を開始するなど、AMDAが掲げるローカルイニシアティブ (現場主導) を体現することができました。また抗議デモによる負傷者を対象にした緊急救援活動は初めてのケースであり、AMDAとして新たな経験・ノウハウを蓄積しました。

ネパール抗議デモ負傷者緊急医療支援活動





JICA研修員の受け入れ：生活習慣病予防調理実習（愛育委員会活動視察）



株式会社 道徳神
The Travelers Guardian Inc.

〒108-0014 東京都港区芝5-13-18 MTCビル9階
TEL：03-3455-6111 FAX：03-3455-2442
〒530-0001 大阪市北区梅田2-5-25 ハービスPLAZA3階
TEL：06-6343-7725 FAX：06-6343-6328
ホームページ：<http://www.dososhin.com>
メールアドレス：info@dososhin.com

AMDA緊急医療救援活動に皆様のご支援を

ジャワ島中部地震被災者への医療活動開始

2006. 5. 31.

5月27日にジョクジャカルタを襲ったマグニチュード6.2の大地震は、一瞬にして5千人を超える犠牲者と多数の負傷者、被災者をうむ大惨事となりました。AMDA本部では、同日、日本滞在中であったAMDAインドネシア支部長タンラ医師と協議し、緊急医療救援活動の開始と多国籍医師団の派遣を決定しました。そして、翌朝9時45分には、本部から2名の職員が派遣調整員として岡山空港からソウル経由ジャカルタに向け出国し、29日には現地地でAMDAインドネシアチームと合流しています。

被災地では既に、AMDAインドネシア支部の第1次チーム（整形外科医師5人・麻酔科医師5人・看護師1人）が5月29日より、ソロ市にあるスハルソ国立整形外科病院（インドネシア唯一の整形外科専門病院）で緊急手術を開始。当病院には外科の重症患者が被災地から搬送されており、30日朝時点で、ベッド数をはるかに越える約500名の患者が手術の順番を待っている状態です。

AMDAでは、スハルソ国立整形外科病院とともに、重症患者が収容されているサルジト国立病院（Sarjito Hospital ジョクジャカルタ市）の二箇所を拠点に医療支援を実施するとともに、今後の必要に応じて巡回診療も検討中です。

30日には、以下の第2次派遣チームが関西空港から出発しました。また、引き続き日本からの医師派遣、マレーシア支部、ネパール支部、カナダ支部からの医師看護師等が決定しフライト確定中、カンボジア・フィリピン各AMDA支部からの派遣が最終調整中です。

AMDAでは、インドネシアの救急医療専門医や外科系医師らを中心に、多国籍医師団により、緊急災害医療に駆けつけることで、治療とともに被災者の方々への日本からの支援の気持ちをメッセージとして届けたいと活動を行ってまいります。皆様からの温かいご支援をお待ちしております。

＜日本からの第2次チーム派遣者＞

細村幹夫（ほそむら みきお） 医師 越谷誠和病院（埼玉県越谷市）勤務
 峯岸亜紀子（みねぎし あきこ） 看護師 AMDA ERネットワーク登録 北海道室蘭市在住
 石沢陸夫（いしざわ むつお） 調整員 元陸上自衛隊一等陸佐 広島市在住

5月30日18:10 関西空港出発 CX507便香港経由 31日13:05ジャカルタ着（日本時間15:05）

31日18:00 ジャカルタ発 19:00 ジョクジャカルタ着（日本時間21:00）

＜第1次派遣＞ 館野和之 AMDA 調整員静岡県出身 畑山ゆかり AMDA 調整員 愛知県出身

活動参加人数（現時点） 医師18人 看護師6人 調整員3人 計27人

各国AMDA	医師	看護師	調整員
日本	1	1	3
インドネシア	12(内2人は地元医療機関責任者)	1	
マレーシア	3		
ネパール(6月2日到着予定)	2	1	
カナダ(6月3日到着予定)		3	

【皆様からの募金をお待ちしております】

郵便振替：口座番号01250-2-40709 口座名「AMDA」

*通信欄に「ジャワ島中部地震」とご記入下さい

〒701-1202 岡山市橋津310-1 TEL086-284-7730 FAX086-284-8959

E-mail: member@amda.or.jp <http://www.amda.or.jp>

メルマガ速報随時発行しております。ご希望の方は、当ホームページ上でご登録ください