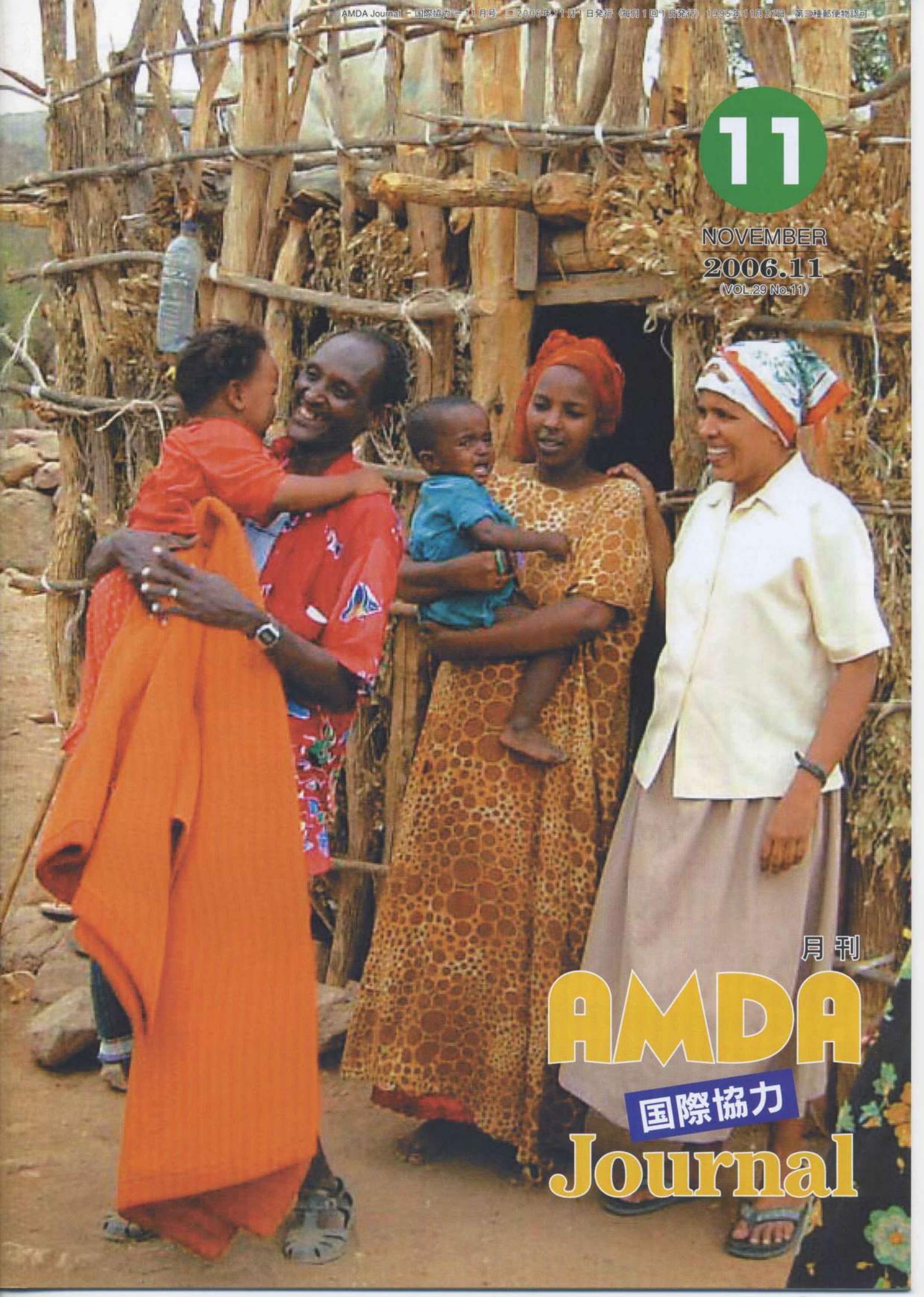


11

NOVEMBER
2006.11
(VOL.29 No.11)



月刊

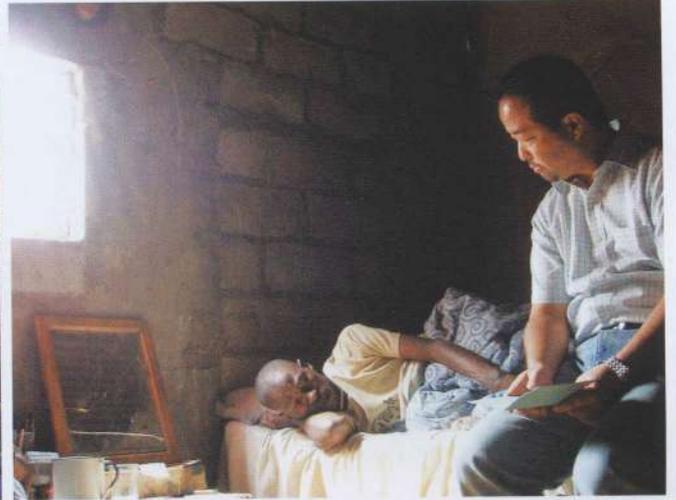
AMDA

国際協力

Journal

AMDAアフリカプロジェクト

ザンビア



結核DOTSプロジェクト



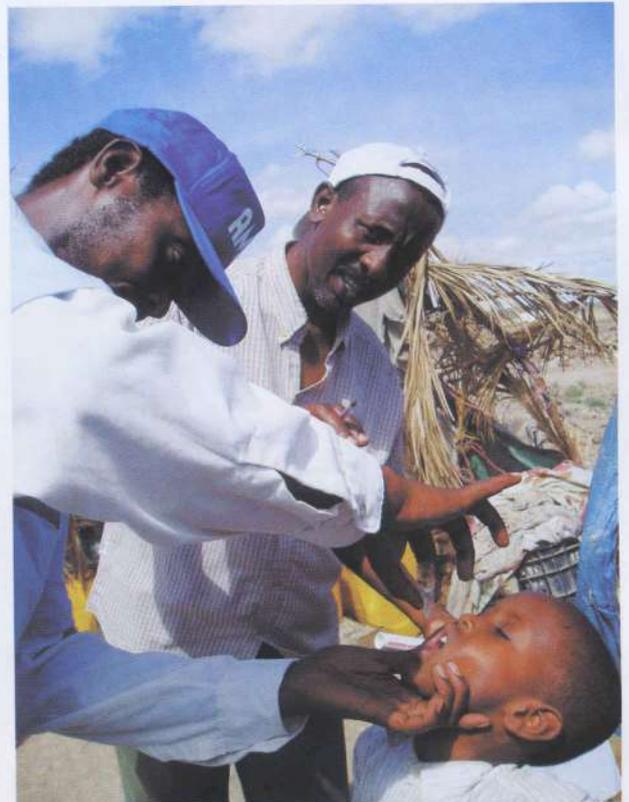
コミュニティセンタープロジェクト (左：職業訓練センター 右：コミュニティ農園貯水タンク)

ジブチ

ケニア



保健医療改善プログラム (VCTセンター：HIV/エイズ対策)



ソマリア・エチオピア難民支援プロジェクト

AMDA Journal

国際協力

2006年11月号

CONTENTS

◇AMDA アフリカプロジェクト	1
ザンビア	3
ジブチ	12
ケニア	14
◇インドネシアプロジェクト	19
◇寄付者一覧	21
◇AMDA スタディツアー報告（ザンビア）	22

NGOの基礎体力強化はなぜ重要か

— UNHCR との連携を例に —

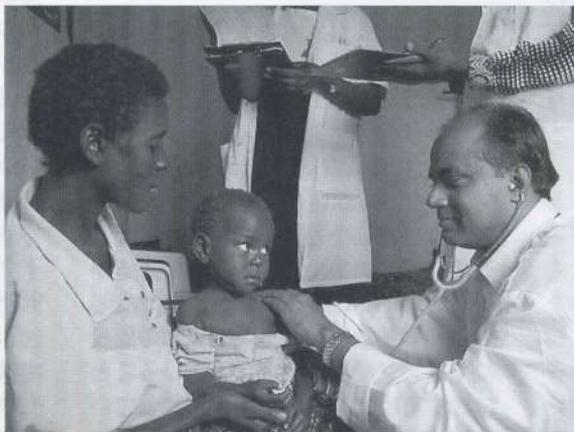
AMDA 本部職員 鈴木 俊介

アフリカに関する本稿を書くにあたり、2001年5月の事件を思い出している。ネパール駐在を終えアンゴラに赴任した直後、私は事業を引き継ぐため同国の首都ルアンダ(Luanda)にいた。当時同国はまだ内戦の最中にあり、政府軍と反政府軍(UNITA)の対立が続いていた。AMDAの事業サイトは、アンゴラ北部に位置するザイール州、首都から約600キロ、世界食糧計画(WFP)が運行する小型機で約1時間半かかる州都ムバンザ・コンゴにあった。長年の内戦により多くの住民は、難民としてコンゴ民主共和国(DRC)側へ逃げ、あるいは国内避難民となった。また昔は「コンゴの都」として栄えたが、殆どどのインフラが破壊尽くされた小さな町になってしまった。しかしながら、かつて(反対に)DRC側から流入した難民が2つのキャンプに居住していた上に、現地住民を対象とした栄養、医療・保健、教育分野の人道支援ニーズが高かったため、WFPの委託を受け食糧の配布を行って

民に対し、州立病院を基点に一定レベルの医療サービスを提供することができるよう地元保健局とともに取り組んでいた。また国連人道問題調整事務所(OCHA)の支援を受け、ツェツェ蠅を媒介とする眠り病の蔓延を防ぐための緊急事業も実施していた。

さて、私の記憶に間違いがなければ、「事件」は私のアンゴラ到着数日後の夜に起きた。おそらくそれが平和合

の医師と日本人の看護師がいたが、彼らも非常時の連絡網により他のNGOと連絡を取り合いながら、退避準備を始めた。結論から言うと、反政府軍による攻撃は単発的なものであり長くは続かなかった。しかしながら、客観的な事実を知る由もなかったため、事態を決して楽観視することはできなかった。ルアンダにいた私も何ができるかを模索した。まずは現地から正確な情報を得て、国連の治安担当官(UN Security Officer)へ伝えることから始めた。その後担当官との定期的な連絡は深夜にまで及んだが、ムバンザ・コンゴの街が静寂を取り戻したので、具体的なアクションを取る必要がなかったのは不幸中の幸いである。しかし、反政府軍の攻撃目的がムバンザ・コンゴの制圧であったような場合には、車輛によるムバンザ・コンゴ郊外への脱出、あるいはDRC側への越境避難、そして国連機又はヘリによる救出の要請などのステップを踏んでいたかも知れない。



アンゴラ：病院復旧プロジェクト

いたNRC(Norwegian Refugee Council)、郡立病院に対する支援を行っていたMSF-Holland、基礎教育支援を行っていたCaritas等、名の通った欧米のNGOに加え、アフリカで最も大きな人道支援団体の一つであるAHA(African Humanitarian Action)などが事務所を構え活動を行っていた。

AMDAも、国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)の委託を受け、当地において破壊された州立病院の緊急復興と病院職員の人材育成に携わっており、国内避難民を含むできるだけ多くの住

意前に同地で発生した最後の局地戦であったはずだ。事件とは、反政府軍のロケット砲によりムバンザ・コンゴの一部が攻撃を受けたことである。久しく小康状態が保たれ、政府軍の防衛線も強化されていたので、反政府軍が町に接近し、迫撃砲なりロケット砲を打ち込むことができたとすれば、それは政府軍にとって一大事であったわけである。先に記したムバンザ・コンゴのNGOは、事件の発生とともに退避(Evacuation)の準備を開始した。AMDAの事務所にはバングラデシュ人

この目で確認したわけではないので定かではないが、ノルウェー政府は、こうした治安状況の不安定な地域で人道支援に携わる(ノルウェー国籍の)NGOのスタッフに対し、パスポートを2通発行し、危機に遭遇した際どこへでも脱出できるよう1通は常時携帯し、2通目は首都にある事務所の金庫に保管するよう指示を出しているという話を、ある団体のノルウェー人の事業統括から聞いた。またその本人は、他地域で国連機が攻撃を受け、数日間国連機が全く飛ばず、ムバンザ・コン



グテレス国連難民高等弁務官からナンセン賞を授与される金井氏

ゴからルアンダに戻れなくなった際、小型機をチャーターし、悠々と首都に戻ったことがある。ここでの私の議論は、アフリカに限らず、人道支援が必要とされる地域の多くは、治安情勢が不安定であり、団体として相応の体力と、その団体が本部を構える国の政府の協力が不可欠であるということである。当時アンゴラには日本政府の大使館がなかったため、在ジンバブエの日本大使館がアンゴラを兼轄していたが、(AMDAの事業は国連機関からの業務委託による事業であり、国連の危機対応ガイドラインがあるので、敢えて個別の退避勧告は発令しないものの) 万が一の事態が発生した場合でも日本政府の庇護は受けない旨、一筆差し入れなければならなかったことを覚えている。

さて、団体としての「基礎体力」とは何か？それは人間でいえば筋力であり、また一定レベルの脂肪のようなものである。筋肉は、人道支援活動を行う際に必要とされる団体の投入資源、つまり人的、財的資源を適性レベルの活動に転化・活用でき、質の高いアウトプットを生み出す組織体とその能力である。そして脂肪は、その組織が機能するためのエネルギー源である。また、投入が枯渇する、あるいは予想不可能な外部要因による危機が発生した際にも、一定の機能を維持するために必要なエネルギーの備蓄機能を備えている。欧米のNGOは、一定規模の体格を持ち、少々脂肪がついていても、それは危機対応に必要なものであることが分かる。日本のNGOは、小柄で見た目はスレンダーでも、健康診断を受けると、貧血、あるいは骨粗しょう症に陥っていることが分かる。比喩的な表現で恐縮であるが、次のような

ことなのであろう。母親は、子供が成長する過程で十分な栄養を摂取することの重要性を知っているが、それを与える経済的余裕がない、あるいはどの栄養素がどのような働きを持ち、子供の健全な成長にどのような影響を持つのかを理解していない。さらに、子供に十分な量の野菜を与えているのに、実は畑に地力がないがため、本来野菜に含まれているはずのビタミンやミネラルが含まれておらず、結果として栄養を摂取できない状況に陥っているのである。(上記解釈は読者にお任せしたい)

話は変わるが、現在私は人道援助の都ジュネーブ(スイス)で本稿の執筆を開始した。UNHCRは毎年この時期、執行委員会(Executive Committee)に加わっている各国政府代表者を招いて、その年の課題と次年の方針について協議し決議を行うが、NGOの代表者もその一部に参画することができるからである。ここ数年、ネパール、タイ、ケニアなどに居住する隣国からの難民のキャンプ滞在が長期化していることに対する政治的な解決が模索されている。一方、スーダン、ソマリア、ウガンダなどのアフリカ諸国において、今も引き続き起きている紛争により難民、国内避難民が流出し、彼らに対する甚大なる人権侵害が起きているという悲劇をどう食い止めるのか、またすでに起きた悲劇の影響を最小限にとどめるために彼らをどう保護すれば良いか、などについて様々な議論が交わされている。これまで様々な局面で各国連機関による介入の重複や非効率な運営が指摘された結果、国内避難民への対応については、各機関がそれぞれ担当分野を決めようというアプローチ(Cluster Approach)に関して、委員会

加盟国の間で一層の支持が得られたようだ。

ところで、こうした国際会議で気になるのは日本の役割とその貢献度合いである。実は今回の執行委員会の議長国は日本であり、在ジュネーブ国際機関日本政府代表部の藤崎大使が5日間にわたる会議の議長を務められた。また、長きにわたり創造的なかたちで難民支援に貢献した個人や団体に贈られるナンセン賞の表彰が会議に先立ち行われたが、日本人の金井昭雄氏が受賞されたことも特筆すべきである。したがって、ジュネーブにおける日本の存在感は一面において際立っていたと言える。しかしながら、フィールドにおける難民、国内避難民保護に関わるオペレーションに関して日本の貢献を問われると物足りなさを感じざるを得ない。

難民の受入れ数、第三国定住希望者の受入れ数、フィールドでUNHCRから業務委託を受けている団体数などの指標で計ると、先進国の中で日本は最低レベルに達していない。唯一貢献度の高かった資金拠出についても、UNHCRの一般会計予算に対する拠出金は、緒方貞子氏が難民高等弁務官の座を去って以来大幅に削減されている。国連機関の中で、実際のオペレーションのレベルにおいて、コストパフォーマンスの高いNGOとのパートナーシップを大切にしているのは、UNHCRだけであると言っても過言ではない。日本のUNHCRへの拠出金が減少しているということは、結果としてNGOとのパートナーシップに関する意義と効率性の低下を招いていることになる。

人道支援に関わる非日本人から「日本はアフリカや中東における自らの中立性をもっと重要視すべきである」ということをよく聞く。エネルギー戦略の中ではそうも言われてはならないだろうが、少なくとも日本は、中東・アフリカ地域の植民地化の当事者でも、人工的に国境線を引いた当事者でもない。現在の難民高等弁務官であるグテレス氏は、今回の会議の中でスーダン問題への対応につまずいた国際社会の無力さを嘆いた。国際社会で名譽ある地位を占めることを国是とする日本政府の役割が、これまで以上に期待されているのではないだろうか。資金を拠出することも大切であるが、中立性を印象づける日本のプレゼンスを確保することは特に重要であり、問題解決に

人々に届く援助を目指しての協働

JICA ザンビア事務所長 乾 英二

「アフリカの開発はなぜ進まないのか。」

途上国の開発事業に携わるものであれば、誰でも感じる疑問ではないでしょうか。その大きな要因として、援助の現場で痛感することは、「人々が尊厳を持って生きていくために最低限必要な社会サービスを届ける、または利用するシステムが、アフリカ諸国では、非常に脆弱」であるということです。

本来、国や地方自治体が提供すべき社会サービスが、アフリカでは色々なNGOや地域のボランティアの活動により担われている現実があります。より地域住民に近い立場で、住民のボランティア意識を高揚し、自らが努力すれば、自分達の生活向上・環境改善が達成できることを味わい、その力を継続させるための社会システムを作ることを支援する活動が必要になるのだと思います。勿論、国の行政側が確実な社会サービスを提供するための制度・システムを構築

することも、合わせて必要で、「人間の安全保障」で謳われている「上からのアプローチと下からのアプローチ」双方の効果が相まって、始めて持続的な社会システムの構築につながるのだと思います。

ザンビア*で1997年より開始している「ルサカ市プライマリー・ヘルスケアプロジェクト」では、地域住民自らが参加して自分達の子供の健康改善を図るシステムづくり

を行っています。このプロジェクトは、AMDAの持っている「住民のエンパワーメント」や「ボランティアの組織化」等のノウハウがあって始めて成り立ったプロジェクトです。当時、JICAがNGOのノウハウを活用することが珍しく、試行的な部分も多くありましたが、現在は、フェーズ2の終盤を迎え、フェーズ1で、ルサカ市の最

を支援するNGO (AMDA) ならではの活動ではないかと思えます。

2005年7月からは、更にAMDAと草の根技術協力事業「ルサカ市非計画居住区結核対策プロジェクト」を開始し、結核治療サポーターの育成や結核・エイズに対する保健教育を通じルサカ市内に結核の蔓延を防止する活動を展開しています。

アフリカの人々が、自らの国の開発を自らの手で実現するためには、それぞれの国々に最も適した社会サービスの提供システムを住民と共に考え、計画し、行動することを支援(ファシリテイト)することが、益々重要になってきています。これは、NGOが従来より取り組み、培ってきたものの必要性が増していることに他ならないと思います。JICAとNGOのそれぞれ最も得意とする開発アプローチの特徴をより効果的に活用し、協働しながら、継続性のある国や社会システム構築



ルサカ市プライマリー・ヘルスケア(フェーズ2)プロジェクト
チバタ地区有料公衆トイレ引渡し式(住民組織がトイレの維持管理、運営などに関わり、その収入がコミュニティー活動に還元される)
(写真左より)
ムレヤ・ルサカ市保健管理局計画開発マネージャー、チンフエンベ・保健省計画開発局長、筆者、国会議員

も衛生状況等の悪い1つのコンパウンド(低所得者が生活する非計画居住区)で成功した活動をベースに、他の5つのコンパウンドに事業を展開しています。具体的な活動の内容としては、「子供の成長モニタリングを通じた保健教育活動」「環境衛生活動」「地域型保健医療システムの改善」「住民組織の運営管理能力の強化」等の取り組みですが、常に住民と共に考え、住民が主体となって計画・行動すること

が重要になってきているのだと思います。

* ザンビア：人口1,050万人、面積75万km²(日本の約2倍)、HDI 166位、出生児平均余命37.5歳、約100万人がHIV感染者と言われ、毎年約9万人がHIV感染症により亡くなっている。5歳未満死亡率は、1000出生対168。乳幼児死亡率及び新生児死亡率は、それぞれ1000出生対168及び37。(2002年)

に向けた戦略構築の中で一際輝きを放つに違いない。何らかの理由で政府がプレゼンスを確保できない場合は、NGOというパートナーを利用すれば良い。しかしそのパートナーが貧血や骨粗しょう症に病んでいたのでは利用価値がない。

日本のNGOが、中東やアフリカにおいてより効果の高い活動を展開したいのであれば、相応の基礎体力をつけなければならないことはすでに何度も論じられてきた。しかし、そのために必要な環境は日本政府の協力を抜きに提供されるとは考えられない。日本のNGOがUNHCRのパートナーになるた

めには、まずは日本政府のパートナーにならなければならない。NGOの活動をサポートしてきた外務省経済協力局の民間援助支援室が、外務省国際協力局の民間援助連携室という名前に変わった。新たなパートナーシップを築くための扉を開けて頂いたと解釈したい。

人々の行動変容を目指して

—結核予防プロジェクト保健教育教材（IEC教材）づくりに参加して—

17年度2次隊 青年海外協力隊 吉田 友美

結核はHIV/エイズと同様、病気に対する正しい知識を身につければ、予防できる病気です。また、万が一感染しても、「決められた期間結核薬を投薬すれば完治可能な病気である」といった正しい知識を持ち合わせているのといないのではその後の患者の人生に大きな違いが生まれてしまうことも考えられます。こうした正しい知識の有無は特に途上国の劣悪な環境で暮らす人々にとって極めて重要で、時として生死に関わることが少なくないように思えます。

AMDAは結核プロジェクトの一環として、結核について広くコミュニティに正しい知識を普及するために、保健教育教材の作成をしています。現在はコミュニティに配布するためのパンフレット教材、そしてクリニックの結核DOTSコーナー（結核薬を患者やその家族に毎朝配布するコーナー）にて結核治療サポーターによる健康教育で使用してもらうための教材を作成していますが、私はこれにちょっとしたきっかけから「イラストレーター」として参加する機会をいただきました。（私の「主要活動」である、コミュニティセンターでの若者を対象とした保健教育イベントのプロモーションのためにイラスト入りの広告を作っていたのですが、そのイラストが職員目の目に留まり、「試しに作ってみないか」と打診を受けたのが発端でした。）

結核保健教育教材はフリップチャート（いわゆる「紙芝居」）という形態をとりましたが、これは以前結核プロジェクトチーム会議で私が具体的に提案したものが採用された形です。ヒントは日本の他のNGOがエイズ予防の啓



作成したフリップチャートをサポーターに説明する筆者（右から2人目）

発プロジェクトで実際タンザニアにて使用され、効果を挙げている例を思い出したからでした。この提案はコストがかからず、また誰にでもわかりやすく、そしてどこにでも持ち歩ける等の理由で採用となったようです。（その時は私自身が紙芝居のイラストを担当することになるとは想定していませんでした。）

こういった教材はIEC Materialと呼ばれているらしく、IECとは“Information Education & Communication”の略で家族計画、母子保健、公衆衛生のプロジェクトでの啓蒙や広報に関する活動のことを指す、ということ職員の方から教えていただきました。IEC教材は主に開発の分野でコミュニティレベルの人々の特定のトピックについて理解を促進するために使われる教材であり、途上国ではターゲットは往々にして識字率及び教育レベルの低い人々になることが多いがゆえ、そういった人々にわかりやすく、効果的に視覚できるメッセージを伝えることがこれらの教材の狙いであるとのこと。私は単なる「イラストレーター」という意識で参加するのは少々勝手が違うと言うことを認識することになったのです。（現在

IEC教材は教育、保健分野を筆頭に様々な開発関連プロジェクトで活用されており、「IECスペシャリスト」と呼ばれる専門職も存在するとのこと。こうしたことを踏まえ、AMDA結核プロジェクトチームはプロジェクト対象地域（「コンパウンド」と呼ばれる非計画居住区：いわゆるスラム街）におけるベースライン調査の結果などを元にコンパウンドの人々が陥りやすい結核についての誤解を正すよう配慮しながら内容を吟味し、その内容に合わせたイラストを私が作成していきました。

この時私は自分がイラストを通して「日本人として」の既成概念をコンパウンドの人々の常識に無理やり押し付けることがないように心掛けました。つまり、異なるバックグラウンドを持つ不特定多数の対象者にとっても明確であるように配慮したのです。そのためにイラストが草案の段階で医療関係者や結核サポーター、また全く結核の知識がない人々にも絵が伝えようとしているメッセージが明確に伝わっているかを確認して回りました。その結果を取りまとめ、イラストに修正を加えて完成です。

現在このパンフレットとフリップチャート第1弾は両コンパウンドで正しい結核知識をコミュニティに普及させるために活用されています。具体的には、パンフレットは結核治療サポーターが結核患者の家庭訪問を行う時に携行するようにしており、またフリップチャートは各コンパウンドクリニックの結核薬配布コーナーで、朝薬の配布前の結核教育時に使われています。

事後報告ではフリップチャートを使うことによって人々の興味を引き、いつにも増して活発な質疑応答が行われ

たこと、また、サポーターもフリップチャートの裏にあるメモを常時参考にできるため、大切なメッセージを伝え忘れたりすることを防ぐことができ便利、等の嬉しいフィードバックが得られています。また私もそうしたインタビューを次回の教材づくり、また今後更な



る保健教育普及を促進するために直接コミュニティの人々に問いかける機会と考え意識的に作っています。

また、余談になりますが、JICA草の根パートナー事業として実施されているこのプロジェクトのモニタリングでJICA ザンビア本部の担当職員とエイズ・結核専門家が当該プロジェクト中間報告にかかる視察にいらした時のプロジェクト進行状況報告会において、この教材を参照していただいたところ、その専門家を通じて、このパンフレットがJICAから直接ザンビア保健省に「結核教育普及パンフレット」として正式に推薦していただくこととなったのは嬉しい限りです。現在、エイズ、また母子保健、栄養教育等のIEC教材は無数に存在しますが結核となるとその数は多くないとのことでした。このことは、深刻な問題でありながら

今まで国際保健業界において結核対策がいかに軽視されてきたかを示しているのでしょう。(現在はHIV/エイズとの併発が社会問題になっており、積極的に対策が講じられるようになっていくとのこと。)

私は青年海外協力隊員村落開発普及員としてAMDA ザンビア事務所に派遣されていますが、結核予防に関して専門知識を持たないながらも、「IEC教材作成」というチャンネルを通してこのプロジェクトに参加させていただいていることは、非常に意義深い経験となっています。現在「第2弾」として、「子どもの結核」「結核薬の副作用とその対応」「家庭介護の重要性」といったメッセージを伝えるための新たなフィリップチャートを作成中です。結核予防教材づくり、というひとつの作業を通して、プロジェクトにかかる業務の幅が広がっていることのみならず、人



々の結核に対する意識からコンパウンドに日々暮らすザンビアの人々の価値観・生活様式にまで私の洞察は深まっていっているように思えます。このIEC教材の作成・普及を通して、来年末に控えた結核プロジェクトの終了時には人々の結核に対する知識の深まり、しいては行動変容までも実感することを目標に、常にコミュニティの声に耳を傾けながらプロジェクトに貢献できればこんなに嬉しいことはありません。

結核 DOTS プログラムに関わって

AMDA ザンビア メスリン・マンダ (健康教育係)

結核はザンビアにおいて主な死因の一つであり、入院患者のうち13%が結核患者とも言われています。結核はその感染者がエイズ患者と大きな相関関係があること(免疫力が下がったエイズ患者は結核を始めとする様々な感染症にかかりやすくなります)、また薬や医療用具の不足により、その対応は困難を極めています。こうした状況では医療関係者のみに解決策を求めるのは得策ではないでしょう。ザンビアの状況を改善するには、医療関係者とコミュニティが連携し協力することが求められているのです。

AMDA ザンビアは2003年からジョージコンパウンドでの結核対策に取り組み始めました。2005年にはジョージ地区のプロジェクトは拡大に加え、新たにカニヤマコンパウンドも対象地区に加わりました。AMDAはルサカ市保健省と協力して、ジョージ地区76名、カニヤマ地区89人の結核治療サポーターのトレーニングを行いました。

トレーニングを受けたサポーターたちは以下のような活動を行うことになります。

- ・結核治療、結核患者と患者台帳の管理にかかる医療スタッフの業務を支援する。
- ・結核患者の家庭訪問を実施すること

によって、投薬、容態を確認し、さらには患者と家族に対する精神的サポートを行う。

- ・病院、患者自宅、また公共の集まりなどにおいて健康教育を実施する。
- ・地域の人々を対象に結核治療・予防に対する正しい理解を普及するよう働きかける。差別や偏見を軽減し、結核の蔓延を予防する。

結核治療サポーターの業務は、病院において本来結核患者に対し、より効果的・効果的に対応すべき医療関係者の負担を劇的に軽減しています。また、結核治療サポーターは現在結核患者、そして患者の家族間との良好な関係を築いていることによって、業務をより効果的に行うことができています。このことにより、患者の投薬継続を励まし、脱落者(完治するまでに投薬をやめてしまう患者)を探し出す業務は格段に効果が上がっています。「結核は正しい治療を受ければ完治する」という認識も徐々に普及しています。(以前までは多くの人が結核と診断されることは死刑判決を受けるのと同じように受け取っていたのです。)彼らは結核に対する差別や偏見も克服するよう努めています。医療関係者と緊密な関係を保つことによって地域の人々はサポーターに多大な信頼を置い



ており、また同時に医療関係者と地域の人々との橋渡しの役割をも果たしているのです。その結果、地域の人々の中に自信が芽生えて来たようです。

しかしながら、これらの地域の結核撲滅にはいまだ多くの課題も残っています。結核患者が就業している場合には2ヶ月の治療休暇を与えると決まりがあるにもかかわらず、実際には難しい場合が多く、特に結核感染者が一家の大黒柱であった場合、その家庭にとって経済的影響は深刻です。失業した結核患者は経済的に困窮し、時に食べ物を探求することもあります。介護者のいない末期結核患者もサポーターにとっては深刻な課題です。このような場合、持続可能な開発を目標とする国際NGOであるAMDAができることには限界を感じることもあります。AMDAが始めた事業はAMDAが去った後も続いていくことが大切なので、故に、「地域の中で助け合う」というシステムがより発展していくことが求められているのです。

プロジェクト中間評価後、そして終了時評価に向けて

AMDA ザンビア 木下 真絹子 (結核対策プロジェクトマネージャー)

結核対策プロジェクト事業がザンビア国ルサカの非計画居住地区(コンパウンド)のジョージとカニヤマ地区で開始して以来7月で1年が過ぎ、中間評価の時期を迎えた。評価者として鈴木理事に来賓としていただき、実施された。プロジェクト活動の進捗状況の確認に加え、評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)の中でも特に妥当性、有効性、自立発展性の3点を評価の重点項目として評価が実施された。

この2つの地区はルサカの非計画居住地区の中でも一番人口の多い地区で、両地区合わせて25万人が住んでいる。これら保健センターには約1,700人から2,500人ほどの結核患者が登録されている。本結核対策プロジェクトの目標はこれらの結核患者の結核治療の効果が向上することである。それは結核患者の治療率を上げることが意味しており、そのために患者は約8ヶ月間のあいだ毎日薬を飲まなければならない。そのためにさまざまな角度から活動を展開しており、本事業の活動の最前線に結核治療サポーター(以下サポーター)がいる。彼らはコミュニティーのヘルスボランティアさんである。育成されたサポーターは保健センター結核コーナーでの服薬モニタリング活動の支援、結核患者への家庭訪問の実施、結核患者データ管理向上の支援、コミュニティーでの結核に対する知識向上のための保健教育の実施など、治療率を上げるために、大いに活躍する。

プロジェクトの 妥当性、有効性、自立発展性

妥当性: ルサカではHIVの蔓延に伴い、HIV感染と深い因果関係にある結核の新規感染件数は過去20年で6倍近くにも膨れ上がった(1984年には人口10万人あたり100であったのが2004年には10万人あたり580にまで上昇)。よってこれまでザンビアでも他の疾患の影に隠れがちであった結核の対策は急

務である。ザンビア国でも世界保健機関(WHO)が推進する結核治療法である直接監視下短期化学療法(DOTS=Directly Observed Treatment Short-course)を90年代より導入している。しかし財政難に伴い医療従事者が国外に流れさらにはエイズで亡くなる医療関係者が増え、患者の数に対して医療従事者の数が全く不足している中(現在結核コーナーでは1,700人の患者に対しジョージ、カニヤマでそれぞれ2人のナースが従事しているだけである)、草の根レベルで活動をするサポーターの育成を通じてコミュニティーDOTSを促進する本事業の妥当性は高



いと評価を受けた。

有効性: 家庭訪問の対象となっている結核患者へのインタビューによると、サポーターは服薬モニタリングの支援だけでなく、患者への精神的な支えになっているとのコメントを得た。孤独な闘病生活の中、希望を持つために一緒にお祈りをしたり、患者の家族に対しても保健教育や治療支援に関してアドバイスを与えることもある。また、家庭訪問開始時はベットから起き上がれなかったのが、サポーターの家庭訪問支援のおかげで治療数ヶ月を過ぎると体重も食欲も戻り、今では小規模ビジネスを始めたという患者もいた。しかし、本プロジェクトのコミュニティーDOTS活動支援によって治療効果の向上(治療率の上昇、脱落率の減少、患者死亡率の低下)を導くことを図るにはまだ時間が必要だといえ

る。その結果は終了時評価時に成果を測る予定である。また、NGOの柔軟な特色を活かして本プロジェクトは現場レベルで患者や患者の家族、さらにコミュニティーが抱える問題や懸念を、保健センターや行政レベルにまで反映させる重要な役割を果たしていると評価された。

自立発展性: そもそもサポーターの有効活用はザンビア国家戦略プランに組み込まれており、本事業が終了しても継続が期待される。育成されたサポーターは“AMDAのサポーター”ではなく、“ルサカ保健センターに所属するサポーター”であり、また“自分たちのコミュニティーに貢献するサポーター”であるという意識を持ってもらうよう強調している。そのためには、プロジェクトが終了しても、保健局が引き続きサポーター育成研修を毎年実施していくように今後も促していく必要がある。また、サポーター活動の自立と継続のために、サポーターグループの小規模ビジネスの立ち上げを支援しており、養鶏ビジネスから得た利益の還元が、今後サポーター活動のインセンティブの一部になれば自立発展性は高いと考えられる。

プロジェクト終了時に向けての課題

中間評価報告を終えた現在、2007年12月のプロジェクト終了時に向けて、今後より成果を出すためにプロジェクトスタッフ一丸となって日々活動を遂行している。そのために取り組むべき今後の課題も見えてきた。

結核患者データ管理能力の強化支援:

そもそも保健センターにおける結核患者データ管理能力は十分でない。よって今後保健センター・保健局のデータ管理強化の支援にも力を注いでいくことになった。まず手始めとして、先日ジョージ保健センターでカルテの一掃整理を行った。2005年より治療を始めた患者で、途中で服薬をストップし

てしまった患者カルテや治療完了の確認ができていないままになっている患者カルテの数は230以上に及んだ。それらの患者は治療中に死亡したのか、他の保健センターに移ったのか、それとも治療を完全に脱落したのかはミステリーのままである。今後サポーターを通してフォローアップしていく予定だが、正しく住所を記載している患者カルテは半数以下(多くの住民は自分の住所を知らない)であり、今度どのようにフォローアップしていくか考えていかなければならない。カルテの整理・保管ができるようになった後で、本格的にデータ管理強化を支援していくことになる。

結核患者コホート調査準備：

上記でも書いたように、現在の保健局の結核患者のデータに誤差があることもあって、プロジェクト側でも成果を示すために別に患者のコホート調査に乗り出すことになった。ある特定の月の新規患者(ジョージで平均約100人、カンヤマで平均200人の患者が新規登録される)を治療開始から完了までフォローアップして、彼らの治癒率、脱落率、死亡率を調査していくのである。ジョージ・カンヤマ地区だけでなく、比較対象地区(チパタもしくはチャワマ)でもコホート調査を実施することを検討している。来年初めに調査を開始できるよう、そろそろ準備を始めることになる。

サポーター育成：

現在、100人のアクティブサポーターが毎日活躍している。プロジェクト目標である患者10-12人に対して1名のサポーターが割り当てられるように今後サポーター育成に取り組んでいかなければならない。8月現在1,700人の患者が登録されており、目標達成には少なくとも計140人のサポーターが必要で、現在は40名のサポーターが不足している。ただ単にサポーターの数を揃えるのではなく、サポーターのドロップアウト率を下げ、活動にコミットメントが高いサポーターの選出と育成が鍵を握っている。

子供結核患者のための服薬モニタリング：

大人の結核患者とは別に子供の結核患者の服薬モニタリングには特に注意を払わなければならない。家族、特に母親が結核になると子供に結核を移すことはよく知られている事実であり、



実際にカンヤマでは子供の患者の6割以上が家族の中で結核を患っている人がいることが分かった。結核に罹った小さな子供は、薬の服用方法を母親など他のメンバーに頼らなければならず、どうしても毎日の服用が簡単ではない。実際に患者データを調査したところ、大人の結核患者に比べて子供の結核患者のほうが、治療を中断している、もしくは治療完了の確認ができていないことが分かった。大抵の場合、子供の結核の診断は保健センターでは難しく、ザンビア大学教育病院で行われる。その後、近くの保健センターで治療を受けることになるが、治療経過の際のテストは病院に行かなくてはならず、どうしても子供患者および家族の負担は大きい。その過程で子供の患者をフォローすることができなくなることが多い。この事実を踏まえ、今後子供患者の服薬モニタリング向上のために、結核を患う子供を持つ母親を定期的に集め(母親のための“結核クラブ”)、保健・栄養教育を指導したり、情報交換できる場を設けることも案がっている。

結核・HIV/エイズ統合に向けて：

結核患者の多くはHIV感染をしており、HIV/エイズの知識なしには結核患者への十分なケアは難しくなっている。そうした背景でルサカでも結核患者対象としたHIVテスト・カウンセリングが開始されたが、実際にHIVテストを受ける患者はまだまだ少ない。カンヤマでは先月、カウンセリングを受けた新規登録患者200人のうち、80人がHIVテストを受ける意思を示したが、結局テストを受けたのはたったの42人であった(そのうち40人がHIV

陽性の結果となった)。ますます結核・HIV/エイズすべてに対応できるサポーターの需要が高くなってきており、サポーター研修によって対応していかなければならない。

結核患者が“どうしたら毎日薬を飲み続けることができるか”これは結核対策のテーマである。

最後に

悲しいかなここザンビアに来てから“死”が身近に感じられるようになった。毎週どこかで知り合いや関係者の不幸な知らせを耳にし、葬儀が行われる。そして、先日今度はまだ幼い小さな命がこの世を去った。このことは、これまで以上に私にとってショックなことであった。結核対策プロジェクトの最前線で働くAMDAのローカルスタッフ、オズワードの子供であり、まだ1歳にも満たないカウンダ君であった。下痢・熱・嘔吐が続き、マラリア治療の後、結核治療に入ったが回復に向かわず、一時治療が中止された。しかし医師の決断で結核治療再開を試みたが、もうそのころには体力も衰え免疫力もなく、小さな命は尽きてしまった。葬儀に参列したときに見たお棺は小さく、父親のオズワードが“わが息子よなぜ去ってしまったのだ…”と訴えながらお棺にしがみついた姿は本当に痛々しかった。子供を亡くしたのは2人目である。改めてこの国の結核対策の大きな課題を感じ、残念にもこの世を去ったカウンダ君の命を無駄にはできないと、心に誓った日となった。ここに、カウンダ君の御冥福を祈りたい。

ルサカ・ザンビアでの結核・HIV/エイズ統合に向けて

ルサカ市保健局 結核・HIV オフィサー グラハム・サムングレ

人口1,100万ほどのザンビアは世界でも人口密度の低い国の1つである(ザンビア国人口密度:1平方キロメートルあたり13人)。しかしながら、ザンビアの首都ルサカには約160万人が住んでおり、南部アフリカ地域の中でも最も人口が密集している都市として知られている(ルサカ人口密度:1平方キロメートルあたり65.4人)。

さて、ザンビアの結核患者の通知数はここ20年間で大きく増加している。1984年は人口10万人あたり100件であったのが、2004年には580件にまでに達した。そのうち30%がルサカ都市部の患者で占められている。1980年代後半以降の結核件数の増加は主にHIVの流行が起因しており、実際に約50-70%の結核患者はHIVと二重感染していると言われている。このような結核・HIV/エイズ流行の関係性から、結核患者の間でHIV感染を早期に発見するために保健省は今年はじめより結核患者を対象に行うHIV診断・カウンセリング・テスト(DCT)の導入を開始した。

DCT: Diagnostic Counseling and Testing (診断的カウンセリング&テスト)とは、VCT: Voluntary Counseling and Testing (自発的カウンセリング&テス



ト)と違い、HIV感染が起因とされる兆候や症状を持つ(結核)患者を対象に医療従事者(ヘルスワーカー)によって行われる。DCT導入により、同じ医療施設内で結核・HIV重感染症患者の総合的なケアと治療を最短时间内で提供することを目的としている。しかしながらVCTと同様、HIVテストは義務ではなく、最終的には患者自身がテストをするかどうかを決めることになる。

ルサカでは実際にDCTによってHIVテストを受けた結核患者の70-80%近くはHIVに感染していることが分かっている。しかし、未だに多くの患者はHIVテストを受けることを拒否しており、このことは結核患者や患者家族の間で、そして地域住民の中でHIVテストの重要性の理解と意識が低いことが原因と考えられる。この現状に対応するために、今後地域レベルでポスターや

パンフレットを効果的に使いDCT促進キャンペーンや啓蒙活動を展開する必要がある。さらに、HIVに感染した患者に対して、現在無料で抗エイズ治療が受けられるというような情報も啓蒙活動を通じて提供していく必要もある。

そのような中、ルサカ郡保健局結核プログラムチームは、結核・HIV統合サービスに貢献している中央政府や他の関係者団体に感謝している。AMDAザンビアもステークホルダーの団体の1つであり、結核(およびHIV)に関する教材のデザイン・作成や結核治療サポーターの育成などの分野で協力を得ている。これらの活動はすべて、「患者が毎日薬を飲み完治すること」を目的としており、毎日の服薬が必要な結核対策においても抗エイズ治療においてもこのことは非常に重要な要素である。

その他に結核・HIV/エイズ統合活動を今後さらに展開していく際にヘルスワーカーのトレーニングは欠かせない。2005年にJICAザンビア事務所の支援により実現した研修(ストップ結核トレーニングコース)で習得した私の技術と知識は、その後現場で大いに役立っており、その機会を与えていただいたことに深く感謝している。

Voluntarismの原動力

一何が結核治療サポーターを突き動かすのか?—

国連ボランティア・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

ボランティア活動って何?

「Voluntarism=ボランティア活動」。読者の皆さんはこの言葉を聞いたとき、頭の中に何を思い浮かべますか? 私は大学時代にひょんなことから途上国および国際協力の魅力に引き込まれ、今ではもう抜け出せない程にその魅力に取り憑かれています。私を見る周りの目は違っていました。私が途上国に行く度に近所のおばさんはよく、「聡くんはいつも大変な国に行って、その国の人たちの為に働いて偉いわね」と言っていました(勿論、当の本人にはサラサラその様な気持ちは無いのですが)。きっと彼女の目には、国際協力に携わる人が「日本での安定的な生活を捨ててまで恵まれぬ人々の為に尽くす人」と映っていたので

しょう。又、別の人は、「自分の余暇を使ってできる範囲で楽しみながら他人の為に役に立つ」という様なイメージを想像するかもしれません。因みに、広辞苑には、「自ら進んで社会事業などに無償で参加すること」と定義されています。他にもボランティア活動に対する様々なイメージがあるかと思いますが、一般的に、「無償の奉仕活動」という考え方がその根本にあると言うことはできるのではないのでしょうか。

ザンビアにおけるボランティア活動

しかしここザンビアにおけるボランティア活動は、必ずしも「無償の奉仕活動」を意味するわけではありません。各国の様々な援助団体が自分達の活動を行う為に「ボランティア」と称

する人々をコミュニティーから集めるのですが、その様な団体の多くは活動を円滑に実施するために、「ボランティア」が行う活動に対してインセンティブ(報酬)を支払っているのです(AMDAジャーナルの4月号にも書きましたが、AMDAザンビアが正規に雇用している現地スタッフと遜色ない額のインセンティブを支払っている団体も幾つかあります)。勿論、インセンティブを支払う事によってそのプロジェクト自体は上手くいくかもしれません。又、その団体がザンビアをベースとしていて、「ボランティア」達に対して必要な限りインセンティブを払い続けるのであれば問題ないでしょう。しかしそうでない場合、プロジェクトが終わったら「ボランティア」達の活動

はどうなってしまうのでしょうか？恐らく多くの場合、“ボランティア”達の活動はプロジェクト終了と同時に終わってしまうでしょう。インセンティブ自体が悪い訳ではありません。どの様にインセンティブを提供するのが重要になってくるのです。

現在、私が従事する結核対策プロジェクトでは、結核治療サポーター（以下、“サポーター”）と呼ばれるボランティア達に対し、活動に必要なものを除いてインセンティブを提供していません。このプロジェクトの活動主体であるルサカ市保健局および保健センターが慢性的な財政難に苦しめられている為、継続的なインセンティブの提供を約束する事ができない事がその大きな理由の一つです。私はこのプロジェクトに派遣されてから今日までずっと、この考え方に賛同しながらも同時に強い懸念も抱いていました。「経済的に豊かであるとは言えないサポーター達（彼らはプロジェクトを実施する同じ低所得者居住地区から募集される）が無償でボランティア活動をする事ができるのだろうか」。そして、「活動開始後、彼らが活動の見返りを要求し、それが満たされない場合は活動しないと申し出たらどうすれば良いのだろうか」。

サポーターの活動の成果

そして、サポーター達が活動を始めてから1年経ちました。結果は私が予想していたものよりも良いものでした。確かに多くの（全体で40%近い）サポーターが活動から去って行きました。ただ去って行った理由は、（予想していた通り）期待していたインセンティブが貰えなかった為に辞めた人もいれば、本業の仕事が忙しくなった為にやむを得ず活動ができなくなってしまった人、故郷に帰らざるを得なくなった人や、非常に活発な活動をしていながらも残念ながら亡くなってしまった人など、本当に様々です。

又、活動を続けているサポーター（以下、“アクティブ・サポーター”）達はほぼ全員、継続的に保健センターで結核担当看護師を補佐しており、更にその半分は継続的に家庭訪問も実施しています（保健センターでの補佐業務は月2～4回と限られています。家庭訪問は基本的に毎日行わなければいけない上に記録用紙も提出しなければいけない為、必然的にサポーターにかかる負担は大きくなります。故に、“アクティブ・サポーター”の約半数が継

続的に家庭訪問を実施しているという事実は非常に前向きに捉える事ができます）。更に、中には担当する10人近くの患者全員の家庭を毎日訪問したり、保健センターで毎日補佐業務を行った上に家庭訪問をするような“スーパー・サポーター”達も存在しています（本当にこの様な“スーパー・サポーター”達には頭が下がるばかりです）。しかし一体何がここまでサポーター達を突き動かしているのでしょうか？今回、様々なバックグラウンドを持った18人のサポーターに対して深く掘り下げたインタビューを行いました。以下にその分析結果を読者の皆さんと共有したいと思います。

サポーターの原動力

まず一点目はAMDAが掲げる理念でもある相互扶助の考え方（困った時にはお互い様。お互いに助け合おうという事）です。ただ農村部と比べると、人の出入りの激しいルサカの様な都市部ではやはりこの考え方は希薄といえます。日ごろからインセンティブを期待しているような素振りの目立つサポーターが、その動機として「コミュニティの人たちを助きたい」、「コミュニティの人たちが元気になる姿を見たい」という模範解答のような答えしかない場合にはその本心を図りかねます。しかし実際に、これまでコミュニティの人々に助けて貰った経験がある人、或は、「これから自分が困った時に助けて貰いたいから私は今コミュニティの人を助ける」と明確に答えるサポーターの発言の信憑性は高いように思われます。例えば、自分の子どもが結核で苦しんでいた時にコミュニティの人々から手厚い助けを受けたサポーターは、この1年間、無報酬であるにも拘らず、何か特別な用事がない限りはほぼ毎日、保健センターにおいて結核担当看護師を補佐し、家庭訪問も行ってきました。そして彼はサポーターとして活動し続ける理由を「自分（の子ども）がコミュニティの人々から受けた恩を返したいだけ」と言っています。

次に二点目として、自分もしくは家族や親類など身近にいる大切な人が結核にかかった事があるかどうかということです。やはり身近な体験は人に大きな影響を及ぼすため、結核の大変さを自分自身または身近で体験しているという事はサポーターとして活動し続ける大きな原動力になり得ると思います。実際のインタビューでも、自分自

身もしくは自分の家族が結核にかかった時にコミュニティの人々に助けられた経験を持つ複数のサポーターは、それが彼らの活動の原動力になっていると語っています。また今現在、娘が結核患者であるというサポーターは、活動を通じて得られる知識が娘の看護に役立つので、活動を頑張ろうという気になるそうです。同様に、活動の動機を「今後、自分や家族が結核にかかってしまった際にも、サポーターとしての活動経験が役立つため」と回答するサポーターも数人いました。

次に三点目ですが、教会の福祉活動などサポーターとしての活動以外に無報酬の社会奉仕活動に積極的に携わっているかどうかということです。実際にインタビューでは教会の福祉活動を積極的に行っている複数のサポーターが、「ただ教会でやっているのと同じように、コミュニティの人々を助きたいだけ」と述べ、有言実行しています。この様な人たちは物質的な見返りを求めずに活動する事に慣れている為、『コミュニティの人々を結核から守る』という事に興味を持っていれば良いサポーターになりうる可能性を秘めていると思います。

そして最後の点は、一日数時間のサポーター活動を毎日行ったとしても、一家を支えるだけの収入があるかどうかということです。インタビューの結果、多くのサポーターは何らかの形で色々なところから少しずつお金を稼ぎ、最低限の生活には足る収入を得ていることが分かりました。当然のことながら、自分の生活が最低限維持できていなければ、他人を助けることも難しいということなのでしょう。

終わりに

現在、私たちが支援している結核対策プロジェクトが、今後もできるだけ彼ら自身の力で継続して行ってもらうためには、どのような人材をサポーターとして選ぶかがとても重要になってきます。今回のインタビューでは、先に述べたような4点が、今のプロジェクトを支えてくれているサポーター達の原動力に影響していることが分かってきました。勿論、ボランティア活動の動機は人それぞれによって異なり、これ以外にも様々な要因があると思われます。今後ともよりよい方策を模索しながら更に調査を進め、プロジェクトの持続的発展を目指してサポーター達と共に頑張る活動を続けていきたいと思っています。

自立の道を歩み始めた AMDA ザンビアのコミュニティセンター 開発ユニットのモデル化へ

AMDA ザンビア Virgil Hawkins

小さな黒人の子どもは涙を流しながらカメラを見上げていました。「お願い、助けて」という表情が顔に出ています。家に食べ物がなくお腹がすいて泣いているのでしょうか。これは AMDA ザンビアの現場の様子ではなく、日本や西洋で NGO の援助資金アピール広告に使われている写真です。その子どもの周りに家族の姿はなく、この子どもを助けられるのは何千キロも離れている関係のない私たちしかいないようです。同情と財布さえあれば助けられるはずはです。

このような広告は先進国の NGO にとって重要な活動資金源となっていますが、場合によっては海外援助のあり方についての望ましくないイメージをドナーになる人たちに与えてしまいます。「助けられるのはあなたしかいない、現場では誰もこの子どもには何もしてあげられない」、または「お金を出せばいい、今日この子どもを食わせれば、ほっとして新聞を読み続ければいい」などのイメージです。しかし、わざわざ海外援助にずっと頼らなくても現場でできることはいっぱいあり、そうであるべきでしょう。また、その子どもが今日食べられるのではなくこれからずっとどうやって食べていけるかがより重要なポイントでしょう。

当然、このような貧しい国の悲惨な状況を改善するには先進国からの大量の援助金が必要ですが、その使い方がポイントとなります。自立発展性の低い、あるいは援助依存を推進してしまう等、これまでの援助金の使い方疑問が残る例は少なくないです。また、「これまでたくさんあげているのに状況が改善しないじゃないか」と諦めている人はいますが、これまで先進国が出してきた援助金は個人レベルに例えるとポケットに入った小銭程度です。さらに、先進国の中には海外援助予算の5倍の予算は自国の産業を守ることに使われているということもあり、発展途上国の産業がなかなか活発になりません。グローバル化もまさに弱肉強食の世界です。発展途上国が求めているのは援助より公平な貿易だとよく言われます。

NGO のプロジェクトの現場という



小さな立場から発展途上国の大きな問題と不公平な国際貿易環境を見て、ただ泣き寝入りするのではなく、どのようにすれば比較的少ない援助金でもっとも効果的にそのコミュニティの開発と自立につながるかを考えなければいけません。そこで AMDA ザンビアは現在、社会開発事業のための施設・設備などの最初の資本さえ投入すればその施設が現地レベルで自立でき、それ以上の海外援助なしでそのままそのコミュニティの開発を推進し続けるモデルを追求しています。

ルサカ市のジョージ地区に設置してあるコミュニティセンターはその試みです。ビジネスと開発を両立し、様々な収入源から様々な社会開発活動を実施しています。農園、養鶏所、雑貨屋、職業訓練の授業料、ユースセンターの使用料などから収入を得て、栄養推進、コミュニティスクール（小学校）、職業訓練（裁縫・パソコン）、ユースサポート（スポーツ・図書室など）、保健教育の活動、そして最近では結核対策プログラムにも充てています。収入源のみとして機能している活動があれば、まったく稼がない純粋な社会開発活動もあり、両方の要素をもつ活動もあります。すべての活動をひとつの敷地内に集中し、統一した会計システムに入れることで、それぞれの活動がお互いに補うことができます。また、様々なモノとサービスをその拠点から提供しているため、自然に人が集まり、文字通りのコミュニティセンターになってきます。

一つの重要なポイントはビジネスの要素と社会開発の要素を同様に重要視するところです。ビジネスの要素の注目をこのように上げると社会開発の

活動（つまり援助活動）が支えられるだけではなく、わずかでもコミュニティを全体的に持ち上げる経済成長にも貢献できます。長期的にザンビアの将来を考えると、これこそが肝心かもしれません。また、ザンビアは貧しい国だといっても、なかにはお金を持っている人はそれなりにいます（特に都会の場合）。その人たちにモノとサービスを提供し、お金を落としてもらうようなシステムも重要です。

コミュニティセンターはこのようにし、2005年末から資金面での自立をなんとか達成しました。新しい活動を始める場合は資本の投入が必要となりますが、通常の運営に関しては自立しています。2005年11月に AMDA 本部から最後の送金を受け、その最後の1ドルを自立の象徴としてコミュニティセンターの壁に飾ってあります。あれから1年近く、センター独自の収入でスタッフの給料及び活動費を賄っています。AMDA ザンビア事務所はセンターの管理、システム作り、長期計画に関するサポート・助言を提供していますが、金銭的な自立だけでなく組織的な自立を推進しようとしています。近い将来には完全な独立を目指しています。

これからはセンターを安定させ、提供できる活動を増やすことがポイントとなってくるため、これからの課題は「多様化」です。社会開発活動にしても、それを支えるビジネス活動にしても、多様性が肝心です。一般的に、社会開発の事業は多様性が非常に重要です。様々な開発分野の活動を同時進行することにより、開発の効果が高まります。たとえ田舎で立派な病院を建てても、住民がアクセスできる道が整えられていなければ利用できる人は少ないはずで、たとえエイズ対策事業を実施しても、エイズ患者の最大の死因である結核の対策もとらなければ、エイズ患者は死に続けます。開発問題は保健、教育、貧困削減など、様々な分野にわたって繋がっており、これらの問題に対して包括的なアプローチをとればとるほど効果が高まります。センターでもこのように複数の開発問題を配慮した上で、これからも活動をさら

に増やせるようにしたいと思っています。

ビジネスの面にしても、リスクを縮小するために多様化することが望ましいです。例えば、農業は予測しにくいビジネスで(特に小規模の場合)、農作物の値段が大きく変わり、下手すると利益がとれないこともあります。その場合そのロスが他のビジネスでカバーできなければ、繋がっている社会開発活動もできなくなります。センターの収入源を安定させるために、ビジネスの種類も増やしたいと思っています。上記のような大きいことを書いても、現在のコミュニティセンターはそんなに大きな事業ではなく、受益者は比較的少ないと考えられます。しかしコ

ミュニティセンターを成功させようとしている努力はジョージ地区の受益者の生活水準を上げるためだけではなく、自立した包括的な開発ユニットのモデル作りという狙いもあります。ジョージ地区でうまくいくとすれば、どのように調整をすれば他の地区でも、或いは田舎でも、或いは他の国でもこのような開発ユニットがうまくいくのかを試してみたい、そして試してもらいたいと思います。又、ドナー側にも援助を受ける側にも一つの自立発展性の高い長期開発推進モデルとして知ってもらい、このコンセプトを普及していけたらと思います。ビル・ドレートンの言葉を借りると、我々が目指すのは人に魚を与えることでも、人に魚の

釣り方を教えることでもなく、漁業全体における改革を目指さなければいけません。

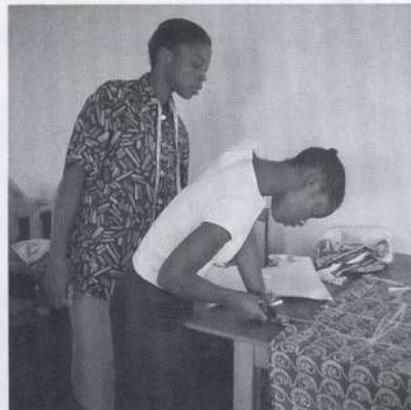
小さな黒人の子どもは涙を流しながらカメラを見上げていました。「お願い、助けて」という表情が顔にでています。しかし今回そのそばに何人かの大人がいます。その子どもの親でしょうか、隣人でしょうか。「これまでの援助をどうもありがとうございました。おかげさまでこのコミュニティが自立できる開発が進みました。これからは自分の力でできます。この子どもの面倒は我々がみます」。いつの日か、日本に帰って新聞を読んでいたらこのような広告が見たいです。

AMDA コミュニティセンターの将来

AMDA ザンビア ドロシー・ブワリヤ

首都ルサカに位置するジョージコンパウンド(非計画居住区)内にあるAMDAコミュニティセンターは自立発展性のある開発プロジェクトであり、様々な開発目標を掲げています。このプロジェクトは農業・栄養・職業訓練・基礎教育・健康教育および青少年教育にまで及んでおり、また結核対策プロジェクトを側面から支援しています。これら全てのプロジェクトがここひとつのセンターより実施されており、かつ相互扶助の関係で成り立っています。

センターにてこうした事業を統括するには、私たちがいかにこのセンターのビジョンを理解し、それを他のスタッフと共有していくかが大変重要になります。ただ、いかにセンターのビジョンを共有しようとも、日々達成しなければならない業務は無数にあり、センター運営を維持するには全てのスタッフの給料が毎月延滞なく支払わなければなりません。これを達成するのは時に困難を伴います。しかし私たちは常にスタッフ一同共に成長し、我々の事業を誇りに思わなければなりません。私自身はこのセンターの職業訓練事業の一環である裁縫教室の生徒(1998年～)という立場からこの事業に関わるようになりました。そして裁縫教室講師アシスタント、講師と立場を変え、現在そのセンターの運営責任者アシスタントとなりました。現在センター運営責任者もまた、AMDA



農園アシスタントという立場から出発した経歴の持ち主です。つまり、私たちがセンターと共に成長してきたと言うわけです。

このセンターは日本のみなさまを始めとする多くの方々の援助によって支えられてきましたが、現在、遂に援助からの自立を達成することができました。ただし、経済的に完全に安定するにはまだ多くの課題が残されています。ここの事業のいくつかは福祉的な事業であり、これからも他の事業による収入によって支えられることとなります。また、センター全体の収入を更に向上させることによって我々がジョージコンパウンドのクリニックと共同で行っている結核予防プロジェクトを資金面でより強固に支えていくことが望まれています。

そのことに照らし合わせ、私たちはセンターによる更なる新たな収入創出

事業を計画中です。これらの事業のいくつかは最終的に地域の開発目的の事業ですが、現時点ではまず収入創出活動そのものを軌道に乗せることが目標となるでしょう。予定されているのは以下のような計画です。

- ・センター内の未使用中の土地に賃貸住宅を建設する。
- ・ユース・レクリエーション・センターを増設する。(特にコミュニティに人気の高いフィットネス施設の充実)
- ・センター内中庭に様々な式典(地域の会合や結婚式等)を開催できるような建物の建設
- ・現在のコンピューター訓練教室を、新たにパソコン(現在は1台のみ所有)、コピー機などを導入し「ビジネスセンター」として拡大する。
- ・職業訓練のコースを拡大し新たに需要の高いコースを新設する。
- ・軽トラックを導入する。(農園作物・肥料等の運搬用、また時に貸し出し用として)

これら全ての事業には資金投入が必要であり、私たちはその可能性を模索しているところです。時間はかかるでしょう、しかしこれらが満たされた暁には、この地域のニーズを満たし、かつ困難を克服し、この地に真の発展をもたらす夢の場所、「AMDAコミュニティセンター」が実現するものと確信しています。

紅海に浮かぶ色は

AMDAジブチ 藤田 真紀子

AMDAジブチ事務所の前には、紺青の海が広がる。週末になれば、ジブチ市内から多くの人々が海水浴に訪れ、須磨海水浴場さながらの賑わいになるが、平日は静かな波の音だけが聞こえる。この目の前に広がる海が、地図で見るあの細長い紅海の入りの口などは、俄には信じられない。ずいぶんと遠いところに来てしまったものだな、とつくづく思う。そして、今日もジブチでの一日が始まる。

ジブチ事務所の朝

ジブチの朝は早い。スタッフが業務を開始するのは朝7時半だ。8月の猛暑には日中50度、普段でも軽く40度は越すという凄まじい環境の中、ジブチでは7時半から2時半までが勤務時間となっている。一日の勤務時間が日本よりも1時間短いので、少し得した気分である。7時を過ぎると、「ブーブー」という両脇を縫っただけのだぶだぶのドレスに身を包み、頭から大きなスカーフを被った女性スタッフが出勤し始める。「アフリカ」と言えば、サバンナを野生の動物が走り、のんきな性格の人々が暮らす地をイメージするが、東アフリカの小さな国、ここジブチではそれらの要素がほとんどなく、荒れ果てた岩地に敬虔なイスラム教徒の人々が暮らし、彼らの文化や習慣は、海のすぐ向こうに広がる中東地域の影響が色濃い。スタッフたちがやってくると、海辺のAMDA事務所は一気に賑やかになり、「Bon jour! Ca va? (おはよう! ご機嫌いかが?)」という挨拶が飛び交う。1977年に独立するまでフランスが宗主国であったジブチでは、フランス語が主な言語として通用している。その他にも、英語、アラビア語、ソマリア語、アッファール語、オロモ語など、民族によって使用する言語は異なるため、スタッフとのミーティングの際も、英語で話していると思

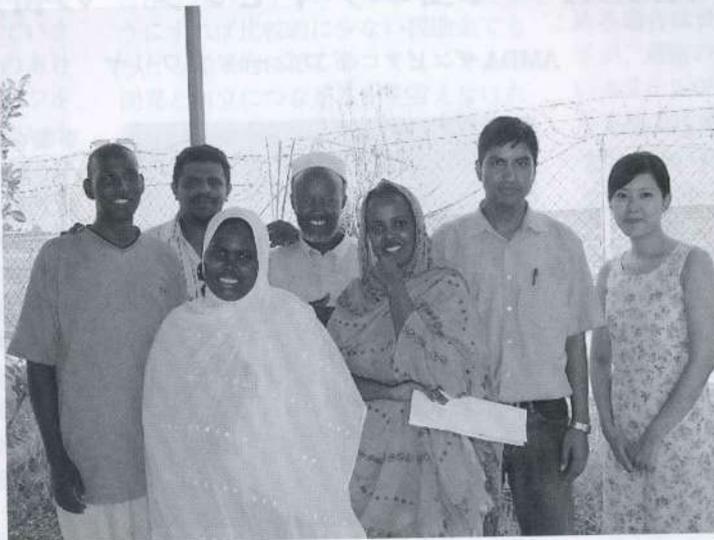
ったらフランス語になっていて、その中に時々ソマリア語やアラビア語が混じる、といった状況だ。

さて、スタッフの中でもとびきり明るく、元気良く出勤してきたネイマは、AMDAジブチで働いて15年になる。ネイマは私の優秀な秘書であると同時に、AMDAが1994年からUNHCRと連携して行っている難民キャンプでの保健医療支援のサポートを行っている。具体的には、キャンプのAMDA診療所から病院へ搬送されてきた患者への支援、食費や交通費などの手当ての

はUNHCRとの予算交渉も粘り強く行ってくれる、心強い金庫番である。

アリサビエ事務所の朝

ジブチ事務所にスタッフが出勤してくるのと同じ頃、ジブチから約40キロほど南西に位置するアリサビエ事務所では、難民キャンプの診療所へと向かうランドクルーザーにエンジンがかかった頃である。現在AMDAが支援を続けているアリサビエの難民キャンプでは、内戦などから逃れてきたソマリア、エチオピア、エリトリアからの難民約1万人が生活を続けている。AMDAの医療チームは毎日その難民キャンプに足を運び、診療所で医師による診察を行うと同時に、難民キャンプの住民をコミュニティと位置づけ、彼らの参加を促した保健衛生活動や予防教育などを行っている。先ほどエンジンの



事務所前の海を背景に、AMDAスタッフと。
後列左からティマデ、フセイン、アリヌール、Dr. リラ、筆者
前列左からニマ、ネイマ
ニマ：難民キャンプでのカウンセリングは、難民を励まし、彼らに活力を与えるためにも大切です。これからもっと支援をしていきたい分野です。
ネイマ：ジブチには支援を必要とする人たちがまだまだ沢山います。皆様のご協力をお願いします。
アリヌール：ジブチは小さく貧しい国ですが、アラブとアフリカの十字路口に位置するととても興味深い国です。皆さんも是非一度遊びに来てください。

かかったランドクルーザーは、AMDAネパール支部から派遣されている医師のDr. リラ、保健衛生活動を担当するアリヌール、医薬品管理をするティマデを乗せ、アリサビエ事務所から約1時間半をかけて、難民キャンプに向かう。街を離れると、赤茶けた大地をらくだがゆっくと歩く風景が変わる。火山に

支払い、UNHCRや他のパートナーとの連絡など多岐にわたる。次に、フルフェイスのヘルメットでバイクに乗って颯爽とやってくるのはフセイン。スタッフの中で唯一のアラブ系であるフセインの勤続年数は12年。医薬品の調達から、海風による塩害によって徐々に壊れていく事務所の備品修理まで、何でもこなすスーパーロジスティシャンだ。また、会計アシスタントのニマはAMDAで働いて5年目を迎えるが、複雑な会計処理を次々と片付け、時に

よって残された地形とゴロゴロ転がる赤茶色の岩は、「猿の惑星」の撮影に使われたことがあるらしく、ジブチが不毛の地であることを象徴しているかのようだ。国土は水源にも乏しく、農業は全くの未発達であるため、GDPの70%以上を占めるサービス部門が産業の中心であり、国の収入を鉄道輸送、中継貿易のほか、フランス軍やアメリカ軍駐留による経済的利益及び外国援助に依存している。そのため、特にジブチ市には近隣のエチオピア、コンゴ、



キャンプ内でのポリオキャンペーンの様子



紅海の恵み。獲れたてのカツオ4匹！

イエメンから出稼ぎ、欧米の軍事施設関係者や中国から来ている人も多く見かける。

キャンプに到着すると、診療所はAMDAチームの到着を待つ患者たちとその家族で溢れている。Dr. リラは、直ぐに診察に取り掛かり、片言のソマリア語で患者に話しかける。赴任してまだ6ヶ月だが、簡単な診察であれば通訳を介さず済ませることが出来るほどだ。ドクターが診察をしている間、ティマデは医薬品の在庫や保存状況などを細かく確認する。ティマデはソマリアからの難民で、キャンプで生活をしているときからAMDAの診療所を手伝っている。現在は家族と共にジブチ人としてアリサビエ市内で生活をしながら、AMDAのスタッフとして働いている。一方、キャンプ内ではアリヌールがボランティアであるコミュニティヘルスワーカーと一緒に各家庭を訪問して歩き、難民の健康状態を把握しながら保健衛生教育を行う。ボランティアスタッフを監督し、様々な問題に関して適切なアドバイスができる彼に信頼を寄せる難民キャンプの人々は多い。

難民支援について思うこと

難民キャンプでは、実に様々な問題が起こる。サービスへの不満、援助団体への不満、民族間の争い。今日も、入院のための交通費や食費などを目当てに、仮病を使ってやってきた患者がいた。問い詰めても、「仮病を使って涙を流して痛がらなかったら、ドクターは

俺を街に搬送してくれないだろ？」と言って、悪びれる様子もない。仮病くらいならまだかわいい方で、先日は大きな石を持ってきてドクターを脅しにかかる患者もいた。平和な暮らしに慣れている私たちには、理解しがたい現実である。しかし、考えてみたい。15年という長い期間、祖国に帰ることも出来ず、難民としてただ毎日を過ごすだけの生活を続けることなど、想像できるだろうか？働く必要がない代わりに、娯楽もない。生きていくために必要な住まいと食料があっても、それ以上を持つことは許されない。その様な生活の中で、彼らが身につけたのは、如何にして援助を自らの利益にするかという術である。しかし、難民が援助に依存するようになったのは、一概に彼らの責任とは言えない。援助に依存する環境をもたらした、そして難民の自立を促す環境をつくることをしてこなかった、援助機関側にも責任があるように思える。ところが、だからと言って難民の自立支援を重視したプログラムが簡単に難民支援に組み込めるかという、現実には一筋縄では行かないものである。国連主導による難民支援は政治的要素を非常に多く含んでおり、難民の自立支援も、受入国側の情勢や帰還及び定住支援政策に応じて、慎重に取り扱われなければならない。手に職をつけたいと言う難民がいたとしても、難民に対する職業訓練は、定住支援をしていない受入国に定住させることを支援することになるのではないかという問題が浮上してくる。ジブチの共通語であるフランス語を子ども

に学ばせたいという難民がいても、帰還後のソマリア語と英語による生活を考えると、フランス語による教育は受けさせられないとの結論に至る。現実との折り合いを見つけ、彼らに希望と未来を与えられるような支援をしたいと考える私は、まだまだ本当の現実を知らないのかもしれない。

一日の終わり

事業運営に関するUNHCRとの交渉、医薬品の調達、予算管理、様々な問題の処理などを細々と行っていると、あっという間に就業時間が終わってしまう。そして日が暮れて、私は、港近くにある幹線道路に向かう。潮風が気持ちよく、ジブチの夜景は一日の仕事の疲れを吹っ飛ばしてくれるので、近くのガソリンスタンドでコーラを買って、ここで夜景を見ながらのんびりするのが日課のようにになっている。ジブチ市はソマリア国境近くの地形の先端部分が突き出しているような所があり、ほぼ360度を海に囲まれたような形になっているので、町全体がまるで紅海に浮かんでいるかのようだ。近代的な港の施設は夜になるとオレンジ色にライトアップされ、太陽の光を浴びた宇宙ステーションのようにも見えて幻想的だ。美しく輝く紺青の紅海、不毛の地を象徴する赤茶けた大地、くるくと輝く子どもたちの黒い目、難民キャンプの白いテント。淡い理想と濃い現実の色が、幻想の向こうに見え隠れする。明日もまた、暑い一日が始まる。

ケニアでのVCTセンターとは

ケニヤッタ国立病院VCTセンター長
医師 デビッド・E・ブクシ

2006年時点で、ケニア保健省に正式登録されているVCTセンターは700ヶ所以上に上る。ケニア全国の広範囲で展開されているとはいえ、ほとんどは都市部に集中している。農村部の住民たちが、VCTサービスの恩恵を受けにくいという指摘を受けることもある。

現在、ケニア国内でのVCTサービスに関しては、大まかに3つの状況が存在している。まず、都市のVCTセンターでは管轄区域がかなり広範囲であり、そのサービスについて多くの人を通じての広報活動が可能であり、人々が既にHIV/エイズ等の公衆衛生に関するメッセージや情報を持っていることもあり、都市にあるVCTセンターは頻りに利用されている状況にある。公共施設もあれば、民間施設もあり、そして宗教理念に基づいて社会奉仕活動をする団体が運営するVCTセンターが併設されている保健医療施設もある。それだけではなく都市では、保健医療施設を利用する患者に付き添ってくる家族や友人等にもサービスが受けられる施設さえもある。

第二に挙げられるのが、農村地方で提供されているVCTサービスの状況である。これは一つ目の都市での状況と同じく、VCTセンターは保健医療施設、あるいは地域団体の施設のサービスの一部として併設されていて、サービスの届く限られた範囲の人々だけが享受できている。

第三に、過疎地域では移動式VCTセンターサービスが提供されており、それはケニア国内の様々な団体がここ数年の間に始めたことである。この移動式VCTセンターの利点は、ある特定の期間にある特定の場所でサービスを提供することができる点にある。この移動式VCTサービスは、多くの人々にVCTサービスが提供できると徐々に評価も高まっている。国民の祝日や毎年12月1日に実施される世界エイズデーのイベントのような、特別な日の特定の人々を対象とする、主に都市部で行われる様々なアウト・リーチ（手を伸ばす・手を差し伸べるという意味で、社会福祉の実施機関が情報等を提供し



潜在的な利用希望者に手を差し伸べ、利用を実現させるような取り組みのこと）事業でも実施されている。また人口密度は高いが、比較的VCTサービスにアクセスしにくい都市部の地域、あるいは平日は仕事のためにVCTセンターに行く時間がない人々を対象にしても実施されている。そしてそれらの試みは不成功であることが証明されてきた。

公衆衛生についての情報提供や啓発活動の成果として、保健医療機関に併設するVCTセンター、独立したVCTセンター、そしてアウト・リーチ・サービスを含めたVCTセンターの利用者数は著しく増加し、人々はHIV/エイズに対して精神的にも身体的にも強化されたと言える。その効果を考えると、公衆衛生についてのメッセージを発信し続けなければいけない。

VCTサービスそのものについては、次の二つの目的を果たしている。

- 1) VCTサービス利用者の検査結果が陰性だった場合は、彼らが自らの行動を省み、その行動変容が促されることが可能となる。
- 2) 検査結果が陽性の場合には、早い時期に彼らが治療を計画する機会が与えられることとなる。抗エイズ治療(ART)も利用しやすくなりつつあり、検査を受けた人がいかに治療を受けられるのかという重要性も増してきている。

しかし、依然として課題は社会的、経済的な状況において残されたままである。ナイロビに住む50~60%以上の人々が、経済的に最低ラインとされる

1日1ドル以下の貧困生活を送っている。費用負担は、VCTサービス利用への大きな障壁となっており、依然としてまだサービスを受けられない人が大勢そのままとっている。

国際社会で活動する諸団体は、特別にHIV/エイズを取り扱う公衆衛生機関では無料あるいは廉価でVCTサービス利用が可能となるように働きかけを行い、支援を実施している。国立の保健医療施設では無料でサービスを提供しているが、それ

だけでは十分とはいえず、地域密着型の団体のサービスが必要でなくてはならない。多くの人々にとっては、地域密着型の団体こそが、最も親しみやすくサービスを提供してくれるのだ。そのような団体では社会、教育、そして保健医療の支援がなされ、だからこそ、有益に住民のニーズを満たし、成功を収めていると言える。

さて、ケニヤッタ国立病院VCTセンターは、次の三分野については特に卓越した研究拠点としての役割を担っている。

- 1) VCTサービスの提供
- 2) VCTサービスの運営方法を指導機関として提示
- 3) VCTサービスに関連する質の高いトレーニングの実施

Family Health International (FHI)を通じてUSAIDからの支援も獲得し、VCTに携わる医療提供者間のネットワークも形成した。そして、我々の最も早期からのパートナーである団体のひとつがAMDAである。AMDAの活動は、ナイロビでも最も低所得者層が住む地域の一つである人口密度が非常に高い場所(キベラスラム)を拠点としている。そして、地域のVCTサービス提供者の模範となるべきサービスを提供してきた。

ケニヤッタ国立病院は、AMDAを含めた提携団体と我々の経験や教訓を共有し、VCTセンター運営に関する指導やスタッフのトレーニング、そしてカウンセラーに対する助言や相談を実施してきた。そういう意味では、ナイロビのような大都市のVCTセンターが直面する課題をケニヤッタ国立病院も

AMDA-VCTセンターも共有している。ケニヤッタ国立病院のVCTセンターは、知名度の高い国立病院の附属機関であり、VCTセンターの分野では先駆者であることは自明であるが、AMDA-VCTセンターは人口密度が高く、低所得者居住地域で活動するVCTセンターの象徴ともなっている。双方のセンターは、それぞれが多くの利用者を引き付け、自分たちの持ち場で非常に有益な役割を果たしている。注目を浴びやすいVCTセンターは、中流あるいは上流階層が利用者である場合が多いのだが、ケニヤッタ国立病院VCTセンターではあらゆる階層に利用されている。AMDA-VCTセンターの利用者は、大多数は経済的に貧しい人々で、HIV検査を受けるためにセンターにやってくる。双方とも、利用者で溢れること

さえある。

社会経済的に低い地域を拠点としているVCTセンターの代表であるAMDA-VCTセンターは、たくさんの利用者を抱えており、時にはそのために、いつも同じサービスが提供できているかどうかという点については、課題はある。また小規模センターであるという点でも多くの課題はある。カウンセラーの数が確保されているか、また彼らにきちんと給料を支払うことができているのか、そして質の高いサービスが提供できているのかということである。そのようなことはともかく、実際にVCTセンターを人々は利用し、充分役に立っているのである。そして、そのようなVCTセンターのカウンセラーは、都市における貧困の現実問題に突き当たっている。飲酒の問題や

収入を得るためならなんでもする娼婦など、HIVに感染する恐れのある危険な行状である。VCTセンターでは、HIVへの感染拡大の危険性を低下させるために、都市の貧困地区の住民が、コンドームを使う安全な性行動を身につける指導も行っている。さらに、検査結果でHIV感染が判明した利用者が抗エイズ治療サービスを利用できる機会を提供していることにも意義がある。

AMDAは、都市の貧困地区で優秀な模範となっているが、今後は現在のサービスを維持していくだけではなく、さらにHIV/エイズの問題で苦しんでいる患者へのケアやサポートを拡大することを希望する。AMDAのような地域密着型の団体が、特に都市部の貧困地区の広範囲で増えていくことを願っている。

HIV/エイズに立ち向かうAMDAの大きな挑戦

AMDAケニア ジェームス・マイルリ・ンドウング

HIV検査の前後にカウンセリングを受ける人は増え続けている。時にはその病気の衝撃に向き合うために相談をすることになるのだが、利用者の願望を満たすことはカウンセラーにとって大きな試練であり、個人的なストレスに巻き込まれることさえあるのだ。

今なお、HIV/エイズは、静かに広がる社会的感染症であり、ケニアの人々は、ともに生きていく対処メカニズムを身に付けてきた。

ケニア政府はNGOや他の利害関係者との協力の下、あらゆる社会階層の人々に向けての啓発活動を進めてきた。HIV/エイズの理解力を向上させ、勇気を奮って立ち向かうためのそれぞれの立場に適應する戦略やプログラムを実行に移してきた。1990年代初頭に、人々が自発的にHIV検査が受けられ、そして検査の前後にカウンセリングが受けられるというVCT(Voluntary Counselling and Testing)システムが、妊産婦検診後に組み入れられた。現在では、VCTセンターはHIV/エイズについての情報源であり、付随する疾病の発見や治療の入り口となっている。

HIV/エイズを精神・社会的な面からみると、VCTセンター利用者は、カウ

ンセリングによって、自ら行動変容されることが多いのである。こうして人間心理に関係する諸問題について総合的な対処法を専門的に訓練されているカウンセラーの存在の必要性が高まるのである。カウンセラーは利用者が直面する問題に対応し、彼らの行動変容



やモチベーションの重要性に気づかせることが可能となるのである。VCTサービスは、HIV検査だけではなくカウンセリングも含めた「セット」として提供されているが、HIV検査それ自体よりも、利用者が自分たちの人生において前向きな判断ができるように励ます心理社会的なカウンセリングはなお一層重要であり、その点にこそVCT

サービスの有効性があるとも言える。

行政機関とNGOは、HIV検査結果判明後のケア等に関しても前向きな方向性を協力して探ってきた。自らのHIV感染の有無を知ろうと決断した全てのVCTセンター利用者にとっては、最小限必要なことである。まずHIV陰性(未感染)の検査結果が出た利用者にとっては、その後の危険な性行動を回避すれば今の状態を保てるような気持ちの支えが必要となる。たとえば、ポスト・テスト・クラブ(PTC)というVCT利用者なら誰でも参加できるグループ活動では、検査結果に関係なく、HIV/エイズやHIV感染者、エイズ患者に対する理解をより深めることを中心に、行動変容の一助として、情報交換等を行っている。

HIV陽性(感染)という検査結果が判明した場合には、HIV陽性者のみが集うサポートグループを結成している。他人への感染を未然に防ぐべく行動することや前向きに生きること、そして抗エイズ治療薬(ARVs)の摂取順守や日和見感染治療についての心理社会的サポートを提供している。

AMDAケニア事務所ではこのような利用者ニーズにより良く応えるべく、

ケニヤッタ国立病院や国境なき医師団ベルギー支部など医療施設との提携関係を持っている。またその一方、HIV/エイズという病気への啓発活動として地域住民を巻き込んだ活動をしている。例えば、PTCやサポートグループのメンバー自身が民家を一軒一軒訪問し、経験に基づいて感染の有無を知ることや行動変容がいかに重要であるかを伝えている。

HIVの母子感染予防に関するケアは、妊娠している女性にとってはたいへん重要である。特にHIV陽性である母親にとって、自分のお腹にいる赤ちゃんをどのように守ることができるのかということは、大きな関心事である。

HIV/エイズに関わる現実には、さらに驚くべき事が起こったりする。たとえば、あるカップルがHIV検査を受け、

検査結果がそれぞれで異なっていたりするのだ。一方は、HIVに感染しているが、もう一方は感染していなかった。自分のパートナーが、他人と無防備な性交渉を行ったことによる悲劇である。

ケニヤッタ国立病院に所属するPIPS (Partners in Prevention Study)という調査団体は、この問題の根底にある原因を調査している。AMDAはPIPSの協力団体の一つであり、AMDA-VCTセンターで検査を受けたカップルで、その検査結果が異なった場合は、調査協力へのふたりの了承を得られれば、連絡先の情報が送られるという仕組みになっている。調査は現在も続いており、原因はまだ究明されていない。

AMDAケニアのVCTセンターは経済的に貧しく、弱い立場に人々が多く住む、世界最大級のスラムであるキベ

ラで活動を続けている。スラムの人々は、解決されない重要な社会的問題を多く抱えており、そのようなことからの逃避として、危険な性行動へ傾斜することがままある。怠惰、無気力、貧困、劣悪な居住環境と衛生状況、失業率の高さ、そして違法アルコール類の存在である。厳しいスラムの現実の中でVCTサービスを提供することは、カウンセラーとして大きな意欲をかき立てられるが、同時にスラムの住民である利用者たちが今後どう生きていくのかと問うことに対しての倫理的なジレンマと何度も直面している。そうしてセンター利用者は次々と死んでいき、孤児が増え、若い働き盛りの感染者が増え続けている。なぜ誰もこの状況を救ってくれないのかと、カウンセラーは落ち込み、嘆くのみである。

ケニアの都市部での初等教育の現状

AMDA ケニア レイチェル・カルク

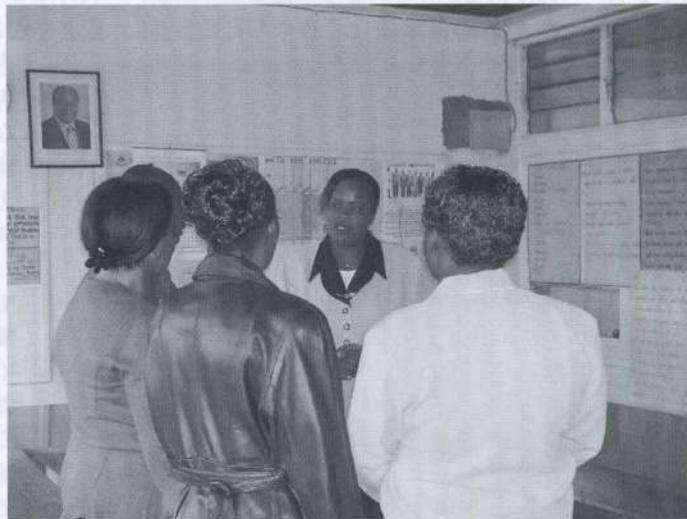
今日のケニアでは、都市でも農村地域でも初等教育は新しい局面を迎えている。政権が交替した2003年から初等教育が無償化された。それ以前は、子どもを学校に通わせられない貧しい親が多かった。その多くは、一日に三食など望むべくもないようなスラムの貧しい子どもたちだ。

初等教育が無償化され、学校の入学者数はそれまでの2倍となった。いままで通学できなかったためにもうすでに学齢を超えていたり、学費未納で1、2年で退学せざるを得なかった子どもも多く、その学習経験に見合う学年に編入しなければならなかった。そのため1クラスの児童数が45人から一気に100人へと膨らんだりなどの混乱を来し、教師はその対応に追われている。

児童が増えたにもかかわらず、校舎が増設されることはなかった。政府が未就学児童の正確な数を把握しておらず、このような混乱状況を予測できなかったものと考えられる。しかし現場の教師はなんとか事態を取捨しようとして最善を尽くした。政府からは、校舎の維持費や教科書、鉛筆、消しゴム等文

房具の購入資金が支給された。

公立小学校のあらゆる児童の成績にまでも影響が及んだ。子どもは支給される本や机や筆記用具までもほかの子と共有しなければならない。無償教育



の初年度に実施された全国一斉テストの8年生の成績は、全国どこでもひどいものだった。

だがとても快適とはほど遠いとはいえ、教師も子どもも徐々にこの混迷状態にも慣れてきたようだ。公立校で質の高い教育が提供されていると断言できるには、まだまだ多くの課題が山積している。依然として、校舎も文房具

もそして教師も全く足りていない。施設は別としても、女子児童へのケアが必要とされている。多くの女の子たちは生理用品を購入する経済的な余裕もなく、毎月生理期間中の一週間は学校へ行けない状況に置かれている。さらに学費は無料とはいえ、親に制服を購入する余裕がなく学校に通えない子どももなお多い。そもそも、そういう経済的に貧しい家庭では、生理用品や制服以前に、一日の食事さえ満足に賄えていない。

しかし今こそ、篤志家も援助機関もそしてケニア国民全体が団結し、公立校の環境整備支援をするべき時ではないか。今までは本当に必要とされているところに支援が届かず、貴重な潜在能力を空しく失ってきた。

ケニア国民は、行政の悪戦苦闘ぶりをただ腕をこまねいて傍観しているだけではいけない。子どもたちが途中で脱落することなく学業を続けることができ、そして無償でなおかつ質の高い教育を享受できるように、行政、保護者そして教師が一丸となって進んでいかなければならない。

異なる文化、環境、慣習の中で働く現実

—キベラスラムにおける初等教育環境改善事業のその後—

AMDA ケニア 徳岡 有佳

はじめに—マシモニ小学校での事業

2005年7月号のAMDAジャーナルアフリカ特集にて「スラムの子供たちの教育環境改善事業」についてご紹介させて頂いた。当時はキベラスラムにあるマシモニ小学校への支援を予定していた。マシモニ小学校はキリスト教徒である牧師が何名か集い、ナイロビの町にたむろしているストリート・チルドレンの支援から始まり、現在では約1,800人以上の生徒を抱えるマンモス校となった。しかし、土壁の教室は老朽化し、床には穴が開き、その下には川が流れているという危険な状態の教室もあり、いくつかの教室は既に閉鎖された状態にあった。教室を改築、或いは、増築するにも、毎月の学費を支払えない家庭が殆どの中では建設に費やす十分な資金がなかった為、劣悪な状態のまま放置するしか選択肢はなかった。そのような状況で、1,800人もの子供たちを全員収容できるスペースもなく、大勢の子供たちが床に座って授業を受けていた。また、トイレも老朽化し劣悪な状態にあり、水タンクも長年故障した状態が続いており、十分に手洗い等もできていなかった状況にあった。そこで、AMDAとして本邦外務省の日本NGO支援無償協力資金から頂いた資金で四教室の増築、トイレや水タンク等の衛生施設の整備、また、手洗いやトイレの使用法等を含めた保健環境衛生に関する教育を教師と生徒に対して実施する予定であった。

ところが、物事はそう上手く進まなかったのだ。

「ソロモン王の裁き」のようには いかない現実

情報がどのように流れたのかは分からないが、支援が決定された途端に、マシモニ小学校の土地の使用権を巡って、学校を運営している牧師たちと、ケニア国内に幾つもの支部を持つ大規模な教会との法廷にまで持ち込まれる争いが始まってしまったのだ。正確に申し上げると、約20年間も続いている因縁の争いで、暫くの間は沈静化していたのであるが、この支援をきっかけとして、再度熱く、しかし、とても静かな争いが始まってしまったのだ。支援された資金が欲しいというよ



キベラスラムの公立小学校の教室

りも、どちらかと言えば、支援することによる名声が欲しいというプライドから発生した争いのようなものであった。法廷で争われているという事実により、自動的にマシモニ小学校敷地内での事業は一旦中止せざるを得ない状況に陥った。

土地の使用権といっても、キベラスラムはケニア政府所有の土地であるので、個人が使用権、ましてや所有権を与えられるという状況はあり得ないはずなのだ。しかし、前大統領が政権についていた時代には、職権乱用で政府の役人がキベラなどの政府所有の土地を売買していたらしく、以前は簡単に所有権や使用権が発行されていたという話を聞く。私が売買している場面に居たわけではないが、火のないところに…と言うように、また、マスメディアで頻繁に流される政治家の汚職問題や、日々の生活でもすぐに賄賂を要求しようとする現状から鑑みると、全く嘘ではないとはっきり言い切れてしまう。

そのような混乱した状況の中で、法廷は明確な結論を出すことが出来ず、現時点においてもまだ未解決の争いとなっている。

AMDAの目的は、子供たちが安全で快適な環境の中で学習できるスペースを提供したいということのみであり、どちらが法廷での争いに勝とうと、言い換えれば、どちらが使用権、或いは、所有権を持っていようと特に問題はなかった。そこで、事業が開始できるよう、双方から建設許可に対する合意を得る為に、ケニア人スタッフと共にお互い励まし合いながら日々奔走した。今回争いを起こした組織は保守的であ

るのか、話し合いを始めた当初は「根深い争いであるので、ケニア人ではない外部者の貴方に理解できるはずがない」と突き放され、お先真っ暗という心境になるようなことも多々あったが、徐々にお互いに慣れてきたということもあり、もう少しで合意が得られそうだと、という時点まで行ったが、残念ながら結果としてはマシモニ小学校での事業は完全に中止せざるを得なくなってしまった。しかし、この件でケニアの社会で働くにおいて、教会の存在と影響力は大変大きいということ、また、彼らやケニア人との付き合い方について等の多くを実体験として学ぶことが出来た。たとえそれが、ケニア社会のほんの一部を垣間見たに過ぎないとしてもだ。

また、私は今回の教会同士の争いを第三者として見ていて、『ソロモン王の裁き』という有名な逸話を思い出した。旧約聖書の列王記上3章の中にある話で、内容は以下となっている。

同居していた二人の女性が同時期に子供を出産した。そして、ある事故で一人の母親の子供が死んでしまったのだが、お互いに生き残っている子供は自分の子供だと主張して譲らない。そこで、その判断を委ねるべく、イスラエルの王で賢者として有名なソロモン王を訪ねた。ソロモン王は家臣に剣を持ってこさせ、二人の母親に向かって、「二つに裂いてそれぞれ持って帰れ」と告げる。そうすると、一人の母親はその申し出を承諾したが、もう一人は「引き裂くことは出来ないのです、子供をもう一人の女性に譲る」と言って拒否した。その結果、ソロモン王は子供の身を案じて譲った女性が本物の母親だとした。

今回の争いに言い換えれば、双方が口を揃えて「スラムの子供たちの為に活動していきたい」と言っていたように、本当にスラムの子供たちの生活状況や将来を憂慮するならば、お互いに土地の使用権を主張し続けるのではなく、お互い協力し合うことが難しいのならば、どちらかに権利を譲れば済むことではないか、ということであり、今回の問題も別に複雑なものではない、とおこがましいかもしれないが、

私はそう思わずにはいられなかった。しかし、上述したように、ケニア人ではなく突然ケニアにやってきた「外国人」である私には理解を超える、或いは、感じ取ることが難しい根深いものが存在し、文化や慣習が異なる地域で活動していくことの難しさを実感した。

事業場所を移動

さて、そのようにマシモニ小学校での事業は不本意ながらも中止となってしまった。しかし、キベラスラムに住む子供たちの半数以上は小学校に通えていない状況にあり、マシモニ小学校以外でも同様な内容での支援を必要としている学校が多数存在する。そこで、今度は土地問題に悩まされることのないよう、ナイロビ市内の全ての公立小学校を管轄しているナイロビ市役所と協力し、また在ケニア日本国大使館からのご協力も得ながら、キベラスラムを歩き回り様々な情報入手し、最終的にはある公立小学校を新たな支援場所として特定することが出来た。そして、場所を変更することによる承認を資金源である外務省から得る必要がある為、現在はその承認を待っている状況にある。

都市スラム小学校の生徒

そして教師たちを取り巻く状況

現在キベラスラムには9校の公立小学校が存在する。2003年1月から、初等教育は無償化され、制服以外のもの(教科書や文具等)は政府から無料で支給されるようになり、特に無償化当初は公立小学校には児童が殺到した。その為、2人で使用する椅子付き長机を倍以上の6人で使用する状況、また、教師一人に対して百人以上の生徒の割合となった為、公立小学校での教育の質は低下したと言われた。そして、人々の間では、質の良い中学校に入る為には私立小学校の方が良いと言われ始め、次第に児童たちは私立小学校へ移っていくようになり、公立小学校内での状況は徐々に沈静化していった。しかし、現在でも依然として学費が無料であり、給食が国連食糧計画(WFP)により毎日支給される公立小学校への入学希望者は後を絶たず、教室数の不足により、入学を希望する全ての児童たちを受け入れることは難しい状況にある。いわんや、キベラスラムの公立小学校においても、十分な学習スペースは確保されておらず、1教室最大60人収容のところを、90人以上が

収容されている教室もあり、マシモニ小学校と同様に、教室の床に座って背中を丸めながらノートをとっている生徒たちもいる。

また、学校での学習スペース以外にも様々な問題が生徒たちを取り巻いている。まず、教科書が支給されるとはいえ、お互い近所に住む子供たちの2、3人で一冊の教科書を共有しているので、宿題は時間を決めて教科書を互いに貸し借りしなければならない。その上、キベラスラムの家庭には電気というものは存在しない為、暗くなる夕方6時半以降は家で宿題は出来ないという不便な状況にある。

また、家に帰れば水汲み等の家事や親の仕事を手伝わなければならない等、勉強に集中できる環境ではない。



教師対象の保健環境衛生教室

親の仕事の中では、キベラスラム内で安い地酒を振舞う居酒屋を営んでいる親もある為、酒に酔った人から所謂セクハラを受ける、また、ケニアでは人に振舞う前に毒見をするという習慣がある為、客に酒を出す前にアルコール度数が高い酒を少量とはいえ飲まなければならない、身体に悪影響があるというだけではなく、翌日の授業に集中出来ない等の問題に悩まされている生徒たちもいる。そのように、学校における学習環境だけではなく、学校以外のスラムでの生活環境自体が子供たちが学習に集中することを妨げているともいえる。

そして、そのような生徒たちの状況は、教師を悩ませていることも分かった。家庭環境が悪いことにより、教師にも心を閉ざした生徒、扱いにくい生徒等が全員ではないが一部にはいる。そのことは、キベラスラムの公立小学校で毎週火曜日に教師を対象に実施している保健環境衛生教室で、教師たち

が生徒たちとのコミュニケーションの難しさについて悩んでいることを打ち明けられたことで分かった。このことは同時に、教師たちが部外者であるAMDAに対して心を開いていっている状況をも表していた。教師たちによると、生徒たちに形式的に保健環境衛生等を教えていくのは難しくはないが、生徒たちとのコミュニケーションを上手く取ることが出来ていないので、教えたことは身に付かないのではないかという不安があるということであった。そこで、教師全員が同じような悩みを抱えていたこともあり、2006年8月21日、22日の2日間に亘り、「指導とカウンセリング方法」という題目のワークショップを開催した。トイ公立小学校のほぼ全教師の21名が参加し、その中には校長と教頭も含まれていた。内容としてはカウンセリングとは何か、ということから始まり、最終的には子供たちに対するコミュニケーション、或いは、カウンセリング方法について話し合いが行われた。夏休み期間中であったにもかかわらず、参加者全員が2日間熱心に参加し、自分たちが抱えている悩みや問題をお互いに打ち明けた。そのことにより、教師の生徒たちとコミュニケーションをとることに対する自信が生まれただけではなく、以前はあまり見られなかった教師間、特に教師と校長間との関係が近く、深くなったという意見が多く見られたことにより、今後の生徒たちを取り巻く教育環境が一つ改善されたといえる。

おわりに

上述のように、キベラスラムのような経済的に貧しく生活環境が荒れているといえるスラムにおいては、学校施設等のハード面だけではなく、教師や生徒に対する心のケアのようなソフト面でのサポートの提供も同時に必要であるということが実体験として徐々に分かってきた。また、ケニアにおいて教師は常に生徒の模範であり、大変尊敬されている存在であることから、学校においては教師からの協力を得ることは不可欠であり、また、今後も教師がより自分たちに自信を持ち、教育に対する情熱の灯火が消えてしまわないよう、常に教師たちと話し合いながら事業を進めていくことが理想的であり、そうできるよう努力していきたいと思う。

ニアス島緊急復興支援プロジェクト

AMDA ニアス 小林 恵美子

昨年9月末から始まったニアスにおける地震・津波災害復興支援事業は、現在、第二期に入り、プロジェクトの完成をめざして、奮闘しているところである。本稿では、プロジェクトのこれまでの成果を報告するとともに、現在、我々が直面している問題、今後の予定についてまとめてみようと思う。

ニアス事業は、UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）から委託を受けて行っているものであり、昨年9月末から12月が第一期、今年1月から12月が第二期となっている。このプロジェクトでは、大きく分けて、2つの事業を行っている。第一が、被災した住民のための仮設住宅の建設および技術支援である。第二が、UNHCRが調達し、仮設住宅を建設しているNGOや地元業者に配布されている木材が、本来の目的どおり、仮設住宅建設のために適切に使用されているかどうかを監視するモニタリング業務である。UNHCRによる木材の供給は、今年3月末に始まった後、8月第一週で止まってしまっているため、本稿では、第一の業務、仮設住宅の建設および技術支援事業の進捗状況を中心にご紹介する。

仮設住宅の建設は、ニアス島の南東部海岸線に位置する3つの村（ポジホナ、タガウレ、ポトヘンガ）で行われている。ポジホナは、ニアス島の中心地、グヌンシトリから南へ車で片道2時間かかるところにあり、タガウレ、ポトヘンガへは、さらにボートで30分から1時間かかる。現在のところ、ポジホナに事業地の拠点を置いて、仮設住宅の建設を進めている。

AMDAでは、これらの3村で、あわせて248軒の仮設住宅を建設する予定である。以前、本誌上でも紹介したとおり、仮設住宅の建設はcommunity-based、つまり、住民参加の手法で行っている。大工を雇い入れ、仮設住宅を機械的に建設していくのではなく、

住民が建設工程や大工技術を学び、自らの手で自己の仮設住宅を建設していく、「住民の、住民による、住民のための建設」を目指している。住民は、仮設住宅の基礎工事をそれぞれ行うとともに、AMDAが雇っている大工の指導を受けながら、上棟部の建設にも従事している。さらに、村ごとに組織されたCommunity Rehabilitation Commit-



↑ ポジホナの材木置き場
↓ 仮設住宅建設のために必要な橋作り



tee（復興委員会）が、住民間の利害調整、資材の運搬・保管、治安維持など事業を推進する際に直面せざるを得ない様々な問題の解決に中心的役割を果たしている。

仮設住宅の進捗具合は、昨年届くはずであったUNHCR調達の木材の到着が、今年3月半ばまでずれ込み、思うように進まないという難しい状況が続いてきた。実際、4月の時点では、研修を兼ねて建設したモデル・シェルターが2軒完成していただけであった。

しかしながら、4月以降、木材の到着とともに、建設にもはずみがつき、5月には33軒、6月には36軒、7月には28軒と着々と完成の歩を進めてきた。

8月以降、再び木材調達に伴う問題が再燃し、建設に遅れが見られるようになってきたものの、10月半ばの時点で、ポジホナ分、全126軒、およびタガウレIおよびIIに建設済みのモデル・シェルターを加えて、128軒の完成にこぎつけた。現時点で残っているのは、タガウレ、ポトヘンガで建設予定の120軒であるが、過半数の基礎工事は既に終了し、木材および窓、ドアなどの到着を待つだけとなっている。

現在、我々が直面している問題には、大きく分けて3つある。第一に資材の供給・調達の問題。第二に、調達した資材を建設地まで運びこむ物資輸送の問題。第三に、天候の問題である。

既に指摘したとおり、本プロジェクトの遂行にあたって、一番の問題は、木材の供給の遅れであったが、それに加え、予定されていた木材の供給が8月で停止されることとなってしまった。これまでのところは、手持ちの木材で、やりくりをしてきたが、残りの仮設住宅の建設を推し進めるためには、新たに木材を調達する必要がある、早急に取り組みなければならない課題となっている。

第二の、物資輸送の問題は、これから仮設住宅の建設を本格化しなければならないタガウレ、ポトヘンガへのアクセスの悪さに由来する。これらの村々は、ボートでなければたどり着くことができず、また、資材を海岸まで運び込むことに成功しても、そこから、村内部までの道が、トラックを使用するには、細く、また、未整備である。AMDAでは、UNHCRの助言を受けながら、道や橋の建設を行ってきた。現在、その作業も終了し、資材の運び込みを順次行っているところであ



建設途中（基礎工事・枠組み）の仮設住宅



完成した集落

る。しかしながら、資材の運搬が終了するには、まだ相当の時間がかかることが予想される。

第三に、現地ニアス島は、9月から雨季に入っている。現地の気候は典型的な熱帯性気候で、乾季と雨季に分けられるのであるが、9月から2月頃までが雨季に当たる。時には、激しい雨が降り続き、仮設住宅建設という屋外での活動を行わなければならない住民、そして、AMDAの職員には、厳しい季節とも言える。また、アクセスが海からしかない事業地では、天候の不順、海の荒れから、事業地そのものに入れない日もあり、事業の進行に与え

る影響は小さくない。

本事業では、今後、引き続き、残りの村での仮設住宅の建設を進め、上記の通り、さまざまな困難が伴うものの、予定通り今年末までの全248軒の完成を目指している。また、仮設住宅の建設が終了した後、被災はしたものの修理が可能な95世帯の住宅に対し、支援を行うことを予定している。同時に、UNHCRからの要請で、他のNGOが資金の不足のために断念したタガウレでの共同トイレ建設に着手する予定である。

最後に、モニタリング業務においては、本来ならば、この夏から秋にかけ

て、調査対象の団体数が飛躍的に増加することが予想されていたのであるが、UNHCRの木材の供給が止まってしまったために、今後は、既に供給された木材の使用を監視する業務を続けていくことになる。現在のところ、AMDAを含む10のNGOとインドネシア政府復興庁から委託を受けた5業者に対する監視を行っているが、今後も、引き続き、これらの団体がどのように木材を使用しているか調査を続け、その結果をデータベースおよびレポートにまとめ、UNHCRに提出していく予定である。

アチェ津波復興支援プロジェクト

小林恵美子

AMDAでは、昨年5月からインドネシア・アチェにおいて、津波復興支援の活動を行ってきた。この6月で、そのうちのいくつかの事業は終了したが、現在、二つの事業が引き続き行われている。本稿では、これら二つのプロジェクトを紹介する。

2004年12月のスマトラ沖地震・津波によって甚大な被害を被ったアチェ州の州都バンダ・アチェ市において、今も避難所生活を送る児童を対象として、REACH-Acehと呼ばれる一連の活動が行われている。読書(Reading)、保健衛生学習(Learning)、創造力(Creativity)に関する活動をパッケージとして行い、被災児童が、心身ともに健康な生活(Healthy life)を送ることができ

るよう支援しているものである。特に、その活動の中心に据えられているのは、精神的な回復を最も必要とする主に5歳から12歳までの児童で、心のケアにつながる活動を実施することで、被災直後に児童の心に深く刻まれた心的トラウマを軽減することを目的としている。

具体的な活動内容は次の通りである。まず、第一の読書については、移動図書館の形で、図書を持参し、読み聞かせなど、図書に関する興味を醸成した後、さらに、物語の内容を絵にしてみるストーリー描写など、創造力を育む活動を行っている。これらの活動がコミュニティで運営できるよう、研修を実施し、モニタリングと助言も行っている。第二の保健衛生学習では、児童とともに、その家族に対する保健



巡回診療

衛生教育の機会が必要であるという認識の下に、ワークショップ形式で、衛生概念や基礎栄養知識の浸透を図っている。そして、最後の創作活動では、津波によって肉親や友人を失った児童が、その現実を理解しきれていないことによる苦しみや辛さを少しでも軽減すべく、心理療法や作文、図画作成、仲間との交流、共同作業などを含む様々な活動を行っている。

今ひとつ継続中の事業は、南アチェで行われている活動である。南アチェ県は、約30年にわたる地域紛争によっ

アフリカの大自然に触れ、都市スラムの現実を知る

2006年夏季 AMDA ザンビア スタディツアー報告

日程：2006年8月4日（金）～8月11日（金）8日間

8月4日から11日までの8日間、ザンビアでスタディツアーを実施しました。前日に経由地の香港を台風が通過した関係で、当日になってフライトが変更になり、現地到着がほぼ丸一日遅れ、なかなか合流できない方がいらっしゃるなど、大変な思いをされたと思います。今回は、参加15名中14名の方がなんらかの形で医療に関係していらっしゃるからか(?)とてもパワフルなツアーになりました。



また、8月23日には林眞佐子さんと田中真由美さんにRSKラジオ「通勤ラジオ絶好調！」に出演をお願いし、ザンビアツアーの感想等を話していただきました。岡山でお聞きになった方もいらっしゃると思います。林さん、田中さん、ありがとうございました！

ツアー実施後にみなさんから寄せられたアンケートにあった質問のいくつかに、現地のパージル・ホーキンスから回答してもらいましょう。(AMDA本部職員 富岡洋子)

食事・文化について

★難しいかもしれませんが、ザンビアに残っている伝統文化等のカルチャー（風俗）面での見学や体験や観察を試みたかったです。日本にないような風習や、衣服など（女の人たちが腰に巻いている布が綺麗で印象的でした!）

★あちは屋台ないんですかね?! 聞くの忘れていました。

★BBQをしたりスタッフ宅で食事を頂いたり貴重な体験をさせて頂いたけれど、現地の方が普段どのようなものを食べているのかよくわからなかった。シマ以外にも現地の食事を食べてみたかった。

★その地域の食材で皆さんと同じレベルの、同じものを食べさせていただいた方がいいでしょう。

旅程など

★ザンビアの今後についてメンバーみんなで考えられて勉強になった。

★農村の診療所にぜひ行きたかった。仕方ないことではありますが…。

★現地到着の遅れを取り戻すために、日程がずれてしまったのは残念でした。農村部と都市部でかなり状況が違うようだったので、農村部にも行けたらよかったと思います。

富岡 今回は医療関係者の方が多く、こちらとしてもぜひご覧いただきたかったのですが、AMDAの事業を見ていただく時間を確保するのがせいっぱいでした…。

★今回は飛行機の遅れで日程変更が分からなかったりツアーの人たちと合えなかったりしたので、緊急連絡先やツ

アー参加者の連絡網などを決めておいた方がいいと思う。また、携帯を持参する（国内までは）ことやネームプレートをつけておくことを約束しておいた方がいいと思う。

富岡 今回は手違いで空港での集合ができず、すみませんでした。携帯電話については、お持ちでない方もいらっしゃいますし、強制はできませんが、連絡網は事前にみなさんのご了承を得られれば実施してみたいと思います。

★勉強あり、遊びありで、午前中に行ったことが、午後には昨日のことに思える程、充実していてよかったです。毎日の活動を振り返る時間や余裕はあまりなかったです。

富岡 ご意見ありがとうございます。確かに、そういう時間もあった方がいいですね。今回は日程の都合で一層難しかったのですが、今後は確保するようにします。

★以前に別のNGOのスタディーツアーに参加したときは意見交換程度でしたが、今回は自分たちでプロジェクトを考えるという勉強会があって興味深かったです。現地のスタッフの方がかなり助けてくださいましたが、もっと英会話の能力があれば、理解できることが多かったように思うので、ツアーの募集要項に最低どの程度語学力が必要なのかなど載せてもらえるといいと思います。初日からトラブルがあって大変でしたが、その分メンバーの皆さんとは仲良くなれたのは怪我の功名でした。

富岡 前向きなコメントをありがとうございました。トラブルはないに越したことはないのですが…。通常、ツアーの募集要項には特に語学力などの目安を載せていません。ただ、ザンビアの場合、現地の方も相当英語がわかるので、スタッフや住民から直接話を聞き、意見を交わすことができればより充実したツアーになると思いますので、通訳の程度、英語の使用頻度について掲載を考えたいと思います。

AMDAの活動について

★活動の発想も面白く、うまく進んでいるようでしたので、基本的には良いプロジェクトだと思っています。昨年は、初めてという事もあり、ただ納得していましたが、同時に、何か良く分からない「違和感」を感じていました。今回もその「違和感」を感じました。今年は、少し分かりました。単刀直入に言いますと、AMDAザンビアのプロジェクトは「ヴァージルさんの理想とするプロジェクト」なのか、「ザンビア人の理想とするプロジェクト」なのかということです。ヴァージルさんは優秀な人材だと思っています。今の

ところ、両者がうまくかみ合っているため、プロジェクトもうまくいっているようです。ただ、彼が優秀すぎるため、どうしても、彼の存在が目立ってしまい、それが、「違和感」として、感じられるのだと思っています。

★コミュニティセンターが自立しているのがすごいと思いました。自分も農村活動の経験がありますが、お金の管理が最も難しいと感じたからです。コミュニティの中での人間関係（ねたむ人はいないのかなど）も気になりました。ツアー中に質問すればよかったのですが（言い訳ですが）疲れてしまっていました。AMDAとコミュニティセンターの関係としては、今はアドバイザー、監視なのでしょう。今後の計画（短・中・長期など）はどうなっているのでしょうか。

★ザンビアの人々を主体とした、ザンビア人によるプロジェクトをすすめていたこと。Sustainabilityというコンセプトが新しい視点を与えてくれた。目からうろこでした。（今まで考えていた活動とは全く違う！）

パーシル 今のコミュニティセンターでのお金の管理は意外とそれほど難しくありません。というのは、センターコーディネーターと副センターコーディネーターは自分のセンターに対してオーナーシップを身につけていることから、責任感があり、こちらから信用しています。センターの収支すべて（自分たちの給料を含む）を自分達で管理しています。また、会計に関しては飲み込みが早く、会計に細かいミスがあっても、全体的によくできています。AMDAザンビアの会計システムではミスを自動発見できる措置を講じており、このシステムをそのまま独自のセンター会計に使っています。AMDAザンビアは月に2回程度会計をチェックしている程度で、介入しないといけないところはほとんどありません。人事に関しては、AMDAザンビアはセンターコーディネーターと副センターコーディネーターの二人としか雇用契約を結ばず、それ以外の約10人のスタッフはセンターコーディネーターとの間で雇用契約を結ぶことになっています。このようにして、財政的な自立と組織的な自立が両方進んでいます。

センターの課題はどちらかというと計画・分析能力にあります。ビジネスと開発の両立で自立発展性の高い多様な開発事業をするというAMDAザンビアのビジョンを共有しているとしても、実際そのビジョンを長期的な計画の作成・実施、そして各活動を客観的に分析し、現状に対応しながらより効率的なものにするための調整などに関しては、十分な能力を発揮していないのが現状です。AMDAザンビアは今このようなところに特に注目してセンタースタッフの意識・能力を高めようとしています。

また、財政面で自立してから約9ヶ月がたっていますが、まだ不安定な状況が続いています。センターが稼いでいる資金で何とか活動費・給料の支払いはできていますが、給料の支払いが1週間遅れたりして、必ずしも安定しているとは言えません。センターの現在の収入源の効率を上げると共に、ドナーから資本を見つけ、新しい収入源を導入したいと考えています。これができれば、センターのスタッフももう少し計画・分析ができる余裕がもてるとも考えられます。

このようにもう少し安定すればコミュニティセンターがローカルNGOとして自立でき、AMDAザンビアとはアドバイザー・

監視関係から別のNGOとしての協力関係になっていくことでしょう。それができればAMDAの事業が「成功した」と言えます。

医療事情など

★あんなに広大な土地であると病院に行くまでにも時間がかかるだろうし、どのくらいの間隔でHealth Centerがあるのでしょうか？

★アフリカのHealth Centerはどこまで診療を行うのですか？見学時DOTSにかかわるのはナース一人であるといっていました。あそこのCenterに医師はいないのですか？ジョージコンパウンドの事業は世論のニーズ合わせていろいろ変化しているようですが、その企画の提案は主にAMDAが考えるのですか？一緒にお聞きしましたが、やはりサポートの比重は大きいのですか？

パーシル アフリカのヘルスセンターとは言っても、国によって（アフリカには53カ国はあります）、また都会・田舎によって大きな差はあります。南アフリカ、ナミビア、ボツワナのように公共医療サービスが比較的進んでいるところもあれば、1970年代から経済成長の停滞と共に公共医療サービスが落ちているザンビアのような国も、あるいはコンゴ民主共和国、スーダンなどのように、そもそも公共医療サービスがほとんど存在していない国もあります。また、ほとんどの国では都会と田舎には差が大きく、そしてエイズ問題でどの施設にしても大きな負担が増えている一方です。

ジョージを含むルサカのコンパウンドの場合、ヘルスセンターの施設も人材も非常に少なく、まったくニーズに追いつきません。ジョージのような比較的大きなヘルスセンターに医師は一人いますが、人口が約15万人の地域で一人の医師ができることは非常に限られています。

ジョージを含め、ルサカのほとんどのヘルスセンターでの入院施設はありません。結核担当のナースは一応二人になっていますが、その中、1週間単位で研修に出かけたり、あるいは他のNGOのアルバイトに行ったりして、欠勤することが多く、一人のときが多いです。幸いジョージの場合、別のNGOからサポートが入り、二人のナース（NGOスタッフ）が追加されていますが、それでも1,000人を超える結核患者の投薬、自宅訪問、保健教育、モニタリングなどには4人がいてもまったく足りません。

そこでどうしてもコミュニティからのサポーターが必要となってきます。この側面にAMDAザンビアが注目しています。サポーターがヘルスセンターでのナースの活動をサポートし、自宅訪問も保健教育をしています。この企画の提案はAMDAとルサカ保健局、共同のものであり、ザンビア保健省の政策に従って企画した事業です。ルサカの他のヘルスセンターでも（具体的な計画・資金の申請などはAMDAからでしたが）、ルサカ保健局が各ヘルスセンターにつき10人の結核治療サポーターを選出し、研修を実施しました。しかし、脱落者も多く、例え10人でも足りないということで、より本格的なサポートプログラムが必要でした。

しかし、最終的にサポーターはAMDAのサポーターではなく、ヘルスセンターのサポーターであり、AMDAの存在がまったくなくても機能していく活動でなければ意味がありません。



今回の事業は2年半の期間しかなく、事業終了後にAMDAが帰ってもサポーターがそのままヘルスセンターのもとで結核コーナーでの手伝いや家庭訪問をし続けることを目指して、システム作りに力を入れています。ということでAMDAからのサポートはあくまでも裏でヘルスセンターとサポーターをつなげ持続させるサポートです。

日本からの支援など

★やはり病院です。なぜこんな状態なのか。打破する方法は？

★国立病院小児科の現状。日本のODAがある意味役に立っていて、ある意味役に立っていないこと。(現地のニーズに見合っていないので) 安易なお金の遣い方しているのを見ていてつらかった。

★国立病院の見学時、小児科の集中治療室でODAから贈られたモニターが壊れたまま放置されているのを見て、本当に現地の方が求めているものって何なのだろうと思いました。私はNICUで働いていて、日々モニターを頼りに観察を行い、故障や不具合があれば、すぐに業者が修理、調整に来てくれる状況にあります。毎日の業務の中でそれが当たり前のように感じていましたが、モニター1つでもそれを使う人の知識であったり、メンテナンスの技術であったりが必要であるということに気付かされました。単純に物品があればいいと思っていた訳ではないですが、実際にどのような人がどのような環境でどのように使用するのか、現地の状況をいろいろな視点から見て本当に必要とされているものを判断していかなければ有意義な援助が行えないということを学び、またその難しさを実感しました。

★アフリカまたスタディツアー自体初めてだったので壮大な自然、医療施設など初めて目にするものばかりで、全てが非常に新鮮で印象深いものでしたが、その中でも一番衝撃を受けたのは国立病院見学でした。現在私が働いている東京の基幹病院とは全く違う環境であったので非常に印象に残っています。

私たちが見学をさせていただいた国立病院はザンビアの中で最も病床数の多い病院であり、ザンビアの高額所得者は私立病院を受診するとのことなので、低所得者でも利用できる一般向けの病院です。病院を見学して常に感じさせられたことは、物資、器材等の不足についてです。私たちは一部の病棟、施設しか見学していませんが、病室に無造作に並べられたきしんだベッド、毛布、点滴棒、その他の器具など、お世辞にもきれいとは言えないものばかりでした。国民性、文化、清潔不潔概念の違いもあるのかもしれませんが、それよりも金銭的に新しい物を取り入れることができないため、ずっと同じものを使用せざるを得ない環境が一番の原因と思いました。

また小児病棟ICUも見学させていただいたのですが、ICUは集中治療を要する重症患者の病棟にもかかわらず、心電図モニター等の監視装置はあるのですが患者さん達には装着されておらず何台かは病棟の隅に放置されていました。その間の医療スタッフの話によると、それらの装置は欧米からの援助で病院に寄付され使われていましたが、その間に故障してしまい、しかしザンビアにはそれらの機械を修理できる人材、設備が整っていないため壊れたままの状

態で放置されているとのことでした。心電図モニターは日本の病院でも使われているような新しいものであり、せっかくの最新設備、器具も修理可能であれば使用できるにもかかわらず故障のまま放置されているのではあまりにもつらいと感じました。

非常に難しい問題だとは思いますが、物資の寄付もそれを送ってその時で終わりではなく、その後のフォローアップ、またそれらの物資に詳しい人材の派遣、教育なども非常に重要であると思いました。

パーシル 確かに、医療施設・機材の改善は一見簡単に見え実際は難しいものです。政府が医療施設に与えている(与えられる?) 予算は非常に少ないです。だからと言って必ずしも援助として施設を建て機材を買ってあげれば済む問題ではありません。

AMDAはジョージ地区での医療施設不足を少しでも改善しようとヘルスセンターをサポートする二つの小さいクリニックを建てたが、ルサカ保健局からそこに派遣されるスタッフについて苦労しました。つまり、政府が医療従事者に対しても予算をあまり与えることもできず、人数が非常に限られています。さらに、予算が少ないことから、雇用しても給料が非常に少なく、せっかく育てた医療従事者がイギリスなどの給料が高い国に逃げていく人が多いです。ザンビアに残っても給料があまりにも少なく、職場の環境があまりにもひどく、「やる気」の問題が目立つこともやはり多いです。

機材が入っても、正しい使い方の十分な研修を受けているとは限りません。それがあつたとしても、壊れたときに(特に援助で海外から来たものなら) 物品がなく、あるいは修理の技術が十分になく、または修理する予算がなく、そのままになることがあります。

しかし、スタッフのやる気も場合によって影響があります。以前、AMDAの事業の警備員が倒れ、深夜にヘルスセンターに連れて行ったことがあります。そのときスタッフが様子を見て「マラリアだ」と簡単に診断しました。顕微鏡で発見したところか、体温計すら使わずに診断したので「体温も計らないのですか?」と聞いたところ、「ヘルスセンターに体温計がない」と言われました。「深夜だから閉まっているから?」と聞いたら「いや、ヘルスセンターにない」ということでした。これはどう考えても予算がないから体温計が手に入らないとはいうことではなく、体温計が壊れてもルサカ保健局に依頼するなり新しいのを入手しようとする努力をしていなかったということだだと思います。原因がなんであろうと、首都の中地区で15万人のための唯一の公共保健施設に体温計が一本もないという状況はないはずでしょう。

もちろんすべてがこのような状況ではありません。少ない給料で、そして必要な機材を入手できないひどい職場の環境にもかかわらず昼も夜も頑張っているスタッフはたくさんいます。高い給料で外国のNGOが釣ろうとしても、「公共医療にやりがいがあるから」と言って自分の仕事に誇りをもって残るスタッフもいます。しかし、上記のような複雑な環境を考慮し、解決策は一つではなく、資金、または機材を投入するだけでは必ずしも状況が簡単には変わりません。NICUのモニターが壊れたからと言って日本からまた新しいのを送れば良いという解決策がうまくいくとは限りません。どの援助に関してもやはり状況を全体的に把握し、慎重に進めなければいけないのです。

2006年夏季 ザンビアスタディツアー



コミュニティ農園で



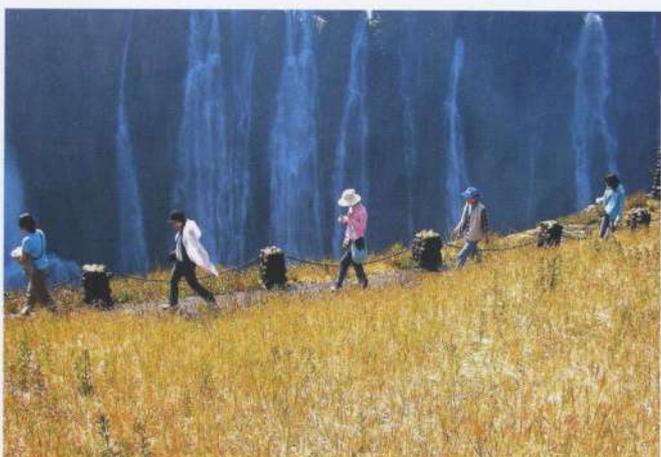
職業訓練センター見学



ザンビア国立病院見学



参加者によるグループ討議



リビングストーン国立公園



→ 結核対策プロジェクト(カニャマ)見学

ザンビアスタディツアー日程

8/4 (金)	出発
8/5 (土)	午後：オリエンテーション、リビングストーンで自由時間 終日：リビングストーン国立公園視察 ※オプションツアー：サンセットクルーズなど
8/6 (日)	午前：カロモで農村の暮らしと保健サービスを見学 午後：首都ルサカに移動。
8/7 (月)	午前：☆カニャマ地区のAMDA事業視察（結核治療事業） 午後：☆ジョージ地区のAMDA事業視察 （農園・職業訓練・ユースセンター）
8/8 (火)	午前：国立病院視察及び自由時間 午後：☆現地スタッフとの勉強会、交流会
8/9 (水)	空路ヨハネスブルクへ移動
8/10 (木)	空路香港へ移動
8/11 (金)	帰国



インドネシア・ニマス島緊急復興（簡易家屋建設）支援プロジェクト



みなさんのちからを
必要とする人たちがいます