

AMDA News Letter

Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

VoL.15 No.2 2月号

1992年2月15日

編集責任者:田中政宏/山本秀樹

事務局 岡山市楠津310の1

菅波内科医院

(TEL)0862-84-7676

(FAX)0862-84-7645



ピナツボ山噴火被災民訪問

前列右より5人目Dr.Emma Palazo (Seed of life, AMDA Philippine)

後列右より3人目Dr.Eakachai (AMDA Thai)

後列左端 遠田耕平氏 (AMDA Japan)

主要トピック

アジア多国籍医師団構想に平和基金(立正佼成会)助成決定

カンボジアに医薬品を送りましょう(小林米幸先生)

国際医療情報センター便り(小林米幸先生/香取美恵子氏)

第2回外国人患者を受け入れるための実務者会議

外国人患者の対応(金銭トラブルの避け方)(小林米幸先生)

ピナツボ火山噴火被災民救援活動報告2(Dr.Ekachai)

How to Integrate Useful Knowledge of Traditional Medicine to Modern Medicine

Part 2(Dr.Morohiro Saku/朔元洋先生)

Jamic Journal 連載特集/国際保健医療協力(2)アジア医師連絡協議会紹介

第一回ネパールフィールドスタディのお知らせ

Till一周年記念シンポジウム「在日外国人の医療問題を考える」(国井修先生)

事務局便り

アジア医師連絡協議会

ご案内

- (理念) Better Medicine for Better Future in Asia
- (沿革) 1979年タイ国にあるカオイダンのカンボジア難民キャンプにかけつけた1名の医師と2名の医学生から始まっています。
- (現状) アジアの参加国は13カ国。会員数は日本が200名でアジア各国の総数名400アジア各地で種々のプロジェクト、フォーラム等を実施中。
- (本部) 岡山市楳津310-1菅波内科医院 (電) 0862-84-7676(Fax)0862-84-4576

プロジェクト紹介 (参加希望者は本部までご連絡ください)

(国内)

在日外国人医療プロジェクト

1991年4月17日にAMDA国際医療情報センターを設立。在日外国人をはじめとする関係者からの医療に関する電話相談、受け入れ医療機関の紹介、シンポジウム、セミナーの開催などを行なっています。

国際医療情報センター：東京都世田谷区新町2-7-1横尾ビル201

(電) 03-3706-4243、7574(Fax)03-3706-4420

(海外)

クルド難民／湾岸戦争被災民救援NGO合同委員会プロジェクト

1991年6月よりイラン西部バクタラン州にある湾岸戦争被災民のクルド人難民救援活動に合同委員会メンバーとして2次にわたって医師を派遣。

ピナツボ火山噴火被災民救援プロジェクト

1991年11月よりフィリピン支部のルソン島ピナツボ火山噴火被災民キャンプ医療活動へ医薬品援助と共に医師およびヘルスワーカーを派遣。

ネパール王国ビスヌ村地域医療プロジェクト

1991年7月からネパール支部のビスヌ村農村の地域医療推進活動へ医療用ジープ寄贈とともに医師等を派遣。AMDAネパールクリニック開設。

インド連邦カルナタカ州無医地区巡回診療プロジェクト

1988年9月よりインド支部のカルナタカ州でアユルベーダ医学を用いた農村無料巡回診療を支援。

タイ国バンコック病院プロジェクト

タイ支部の救急医療、産業医学、環境医学を主体にした病院設立を支援。

アジア多国籍医師団構想

1993年5月に創設／展開予定。アジアの自然災害や難民等の緊急時に瞬敏に対応できる全支部(13カ国)から構成されるアジア多国籍医師団設立予定。

その他：伝統医学／産業医学のフォーラムや国際交流プログラム実施。

連絡先と役員

(AMDA日本支部)

701-12 岡山市櫛津310-1 菅波内科医院内 アジア医師連絡協議会
(Tel)0862-84-7676 (Fax)0862-84-7645

役員

代表 菅波茂 (菅波内科医院)
副代表 小林米幸 (小林国際クリニック)
国井修 (国保栗山診療所)
事務局長 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生教室)
広報部長 田中政宏 (菅波内科医院)
プロジェクト委員長 中西泉 (町谷原病院)

(AMDA国際医療情報センター)

154 東京都世田谷区新町2-7-1 横尾ビル201
(Tel)03-3706-4243,7574 (Fax)03-3706-4420

役員

所長 小林米幸 (小林国際クリニック)
副所長 中西泉 (町谷原病院)
事務局 香取美恵子 (専任)

AMDA支部

日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、インドネシア、タイ、
マレーシア、シンガポール、インド、バングラデッシュ、
ネパール、スリランカ
パキスタン (近日中参加予定)

入会方法

郵便振替用紙にて所定の年会費を納入してください。入会金はありません。

正会員 10000円 (医師に限る)

準会員 5000円 (医師以外の社会人の方)

学生会員 3000円 (学生に限ります)

ただし、会計年度は4月～翌年3月です。入会の月より会報を送付致します。

振替先：郵便振替口座「アジア医師連絡協議会：岡山5-40709」

なお、会費と共にAMDAプロジェクトのためにカンパをお寄せになる方は振替用紙の通信欄に「000プロジェクトのために」などご記入ください。
郵便貯金口座 (ボランティア貯金口座も含む) からのAMDA年会費」自動引き落とし制度も開始となりました。くわしくは岡山事務局までお問い合わせください。申込書を送ります

アジア多国籍医師団構想に

平和基金（立正佼成会）助成決定

アジア多国籍医師団構想実現に対して平和基金（立正佼成会）より平成4年度の助成が決定しました。ここに厚くお礼を申し上げます。

平成4年度は下記項目実施予定です。

（各国支部参加医師／医療従事者登録）

1991年11月22日から25日までタイ国バンコック市でAMDA Internationalの各国代表者会議を開催します。アジア多国籍医師団構想への実現に向けての討議／決定と各国支部別医療従事者参加登録システムの発足運営が最重点項目になります。

（各国現地活動センター整備）

1992年3月上旬の1週間AMDA Medical Missionをパキスタンに派遣します。AMDA-Pakistanの設立が目的です。今後のイスラム圏における緊急医療活動の拠点になります。パキスタンの保健医療事情の視察ともにイスラム圏における緊急医療活動の展開についての具体化をすすめる予定。

（各国連絡通信網整備）

今回は現在活発な現地プロジェクトの行なわれているインド、タイ、フィリピン、ネパール及び緊急医療活動の必要度の高いバングラデッシュとのファックス通信網を整備予定です。現在のプロジェクトの質を上げると共に今後の緊急医療活動展開に敏速な活動を保証してくれます。

5カ国にファックスを整備するためのファックス購入／設置予定。

（各国医療資源整備）

アジア各国の医療に伝統医学が貢献していることは周知の事実です。ピナツボ火山噴火被災民救援活動を行なっているAMDA-Philippinesはプライマリケア治療の一環として生薬を利用しています。

タイには、日本における漢方医学に相当するタイ伝統医学が存在します。それは中国やインド医学などの影響を一部受けていますが日本の漢方に比べれば極めて独自性の強いもので、他の国々には知られていない薬草などが相当数にのぼるといわれています。

タイは今後の医療緊急活動において地理学的にインドシナ三国とミャンマに接した重要な位置にあります。タイの貴重な伝統医療資源を保存して有効に緊急医療活動に活用していくことは極めて意義があり、またさしせまった急務です。タイ唯一政府公認伝統医学の大学と組んでその薬草園整備をすすめておくと思っています。タイ国チェンマイの土地の整備、薬草の購入／栽培人件費そして各国の伝統医学の調査予定。

【連絡先】 T I L L事務局（担当：大浦智子）

〒320 宇都宮市松原2-7-42

電話：0288(24)2546

（医療文化の共有）

アジア多国籍医師団に参加する医師は複数の国から構成されます。言葉、宗教、医療システム、文化などが異なる多様なチームです。緊急医療活動の質を上げるためには、参加医師間で医療及び文化をできるだけ共有する必要があります。そのためには平時から医療文化を共有するための交流プログラムを実施することが不可欠です。平成3年度から日本一タイ医療文化交流プログラムが開始されています。平成4年度はこれに加えて複数の交流プログラムを実施予定。

（ケーススタディの蓄積）

イラン国内にいるクルド難民キャンプに2次にわたって医療チームを送り救援活動をしています。交流プロジェクトやフィールドスタディではわからなかった色々な問題が出現しています。緊急医療活動は行なう地域によって問題点も変わってきます。地域別また救援活動内容別のケーススタディを積み重ねることによって方法論が蓄積されていきます。

ピナツボ火山噴火被災民救援活動をしているAMDA-Philippines から援助要請がAMDA-Japan に来ています。AMDA-Japan として11月中旬に第1次医療チームを派遣します。以後引き続き医療チーム派遣によりアジア多国籍医師団の基本固めを行なう予定です。

11月に第一次医療チーム、12月に第二次医療チーム、平成4年1月に第三次医療チーム、平成4年4月に第四次医療チームの派遣予定。

（報告書、連絡及び事務費）

貴基金よりの助成活動に対する報告書と助成いただいた項目についての活動を推進するための連絡事務費。

カンボジアに医薬品を送りましょう

和平の機運が高まり、日本国内に定住しているカンボジア難民の中にも一時帰国する人が増えています。町田市でカンボジア料理アンコールワットを経営しているペン サタリンさんは東京学芸大学に国費留学生として学んでいる間に紛争が始まり帰国できなくなった一人です。最近も独力で日本一カンボジア語辞典をつくり高く評価されています。その彼女が3月に一時帰国することになりました。下痢止め、ビタミン剤、点眼薬、抗生物質（第三代セフェム系は不用）注射器、注射針など試供品などで余っているものがありましたら是非下記までお送りください。彼女から現地の医療機関へ直接渡してもらいます。なお、ホルポト政権下の大量虐殺でカンボジア国内の医師数は極端に少ない状況です。

242 神奈川県大和市西鶴間3-5-6-110 小林国際クリニック
(Tel) 0462-63-1380

A M D A 国際医療情報センター 便り

154 東京都世田谷区新町2-7-1 横尾ビル201

☎03(3706)4243, 03(3706)7574, FAX. 03(3706)4420

センター電話相談(1991年4月17日開設～1992年1月末迄)

1. 外国人からの相談件数

	4月～12月	1月	計
件数	814	92	906

2. 外国人相談者国籍別統計

アメリカ	238	ガーナ, イラン	-----12	インド	-----11
中国	100	アルゼンチン, ナイジェリア	-----		以上9
フィリピン	55	イスラエル	-----8	フランス, ドイツ	-----7
カナダ	50	スペイン, アイルランド	-----6	ネパール, タイ, イタリア	-----
パキスタン	36	オランダ, コロンビア, ボリビア, スイス, マレーシア, ニュージーランド	-----		以上5
バングラデシュ	37	メキシコ, シンガポール, ミャンマー	-----		以上4
ブラジル	35	ソビエト, 香港, カメルーン, スウェーデン	-----		以上3
オーストラリア	34	オーストリア, パナマ, ザイール, スコットランド, チェコスロバキア	-----		以上2
イギリス	30	インドネシア, モロッコ, チュニジア, ザンビア, ドミニカ, マリ	-----		
スリランカ, ベル	24	ポーランド, リベリア, エクアドル, ベトナム, スーダン, ケニア	-----		以上1
日本	16	不明	39		
韓国, 台湾	14				

3. 地域別内訳

アジア	351 (38.7%)	アフリカ	31 (3.4%)
欧米	361 (39.9%)	旧東欧	4 (0.4%)
南米	82 (9.1%)	不明	39 (4.3%)
オセアニア	38 (4.2%)	合計	906 (100%)

4. 外国人相談者居住地域 (判明件数 818件)

東京	489	他県	91 (11.1%)
神奈川	119		
埼玉	76		
千葉	43		

5. 相談内容

(1)言葉の分かる医師の紹介	670 (73.9%)	(2)医療制度	92 (10.2%)
(3)金銭問題	70 (7.7%)	(4)トラブル相談	38 (4.2%)
(5)その他	36 (4.0%)		

センター報告

1. 留学生新聞(中国語と日本語), ひらがなタイムズそしてサンケイ新聞の取材がありました。
2. 2月1日(土)に「若手医師の会」でセンターの業務について話してきました。(中西先生, 香取出席)「若手医師の会」は1983年に若手の医者出身の出身大学や医局, 診療科を越えた情報交換, 経験交流を持つとうということスタートした会で今後センターに協力して下さる先生が増えていきそうです。
3. International Ladies Benevolence Society(国際女性慈善協会)に, コンピュータを申請していたところ, 協会からMs. Weidhasが査察に来られたので, センターの業務内容を説明しました。その結果, 在日外国人に医療機関を紹介したり日本の医療制度を説明する団体の必要性を認めて下さり, センターにコンピュータが寄付されることが決定しました。

協力して下さる医療機関, 団体などの情報がコンピュータで管理できることになるのでセンター業務がより確実なものとしていくこととなります。

センターお知らせ

- 第2回 外国人患者を受け入れるための実務者会議を開きます。
日時：1992年3月21日（土）午後3時～6時
場所：主婦会館（JR四ツ谷駅 麴町口前）3F 03-3265-8111
- 経団連の「1%クラブ個人会員の集い」が1992年2月29日（土）午後2時～5時に、経団連会館であります。当日は障害者支援、老人福祉、災害緊急支援、芸術支援人権擁護に関する活動を展開中のグループからの報告と参加者からの3分間スピーチが予定されています。各グループの代表者-全国盲ろう者協会：福島 智氏、さわやか福祉推進センター：堀田 力氏（弁護士、前法務省官房長）、アガベハウス：ケン・ジョゼフ Jr氏、アーティスト・ネットワーク：荻原 康子氏、アムネスティ・インターナショナル：イーデス・ハンソン氏。センターからは小林米幸先生が参加する予定です。
- 栃木インターナショナル・ライフライン（代表：国井 修先生、0286-24-2546）の一周年記念シンポジウムが92年3月1日（日）宇都宮で開かれます。センターからは、香取が出席し報告をする予定です。

生活

母国語の通じる医者をついて／本音の会話をしたい／日本人と交流を

「母国語の通じる医者を探して」といった医療関係の相談や日常生活への疑問、さらには、本音で会話をしたい。在日外国人のこうした要望に電話一本でこたえたい、日本人と交流するきっかけを提供するホットラインが徐々に生まれている。在日外国人が地域に密着して生活していくための、水先案内人として好評だ。



ひっきりなしにかかってくる電話に対応する清水さん（左）
＝東京・世田谷のAMDA国際医療情報センター

電話回線が結ぶ
在日外国人と地域

在日外国人に医療情報を無料提供しているのは、昨年四月にスタートしたAMDA国際医療情報センター（東京・世田谷）。医師、看護師など約四十人を作る民間団体「アジア医師連絡協議会」が運営しており、アジア、欧米人を中心に、月平均七十件もの電話にボランティアが対応している。

「部下のアメリカ人が職場現場で頭痛を訴え、病院で治療したが、母国の治療とは違い不安、自分もアメリカ人で、医学に症状や治療法を聞きたいが英語が通じない」など、母国語が通じる医師を探す電話が全体の約七割を占める。

アメリカ人のボランティア「ア、清水ルイスさん」は、「私自身、十一年ほど前、夫の立ち会い出産を希望し、アメリカ人医師を探し、お互いをよく理解しあ

ました。電話一本で言葉が通じない患者や、文化や習慣を理解してくれる病院の情報が見つかることは前例的だ」と話す。

問い合わせは、在日外国人からはばかりではない。「カ」の患者は不法就労で診療を払えない、個人病院なので困っている」といった日本人医師からの電話や、「タイ人から来たので明日から通訳に来てくれ」といった企業からの問い合わせもある。

「SOもある。今、在日外国人の問題は日本人の問題。そこで、お互いをよく理解しあ

情報提供型や交流型など

ダイヤルQ使ったものも

ど千一カ国四十八人。医師、学生、研究者、弁護士、主婦などで、面接して英語能力、パスポート等を確認した上で登録している。回線利用の日本人も学生、会社員、主婦などさまざま。留学先のマナーや習慣をたずねたり、英会話の上達に役立つといった会員のユゴスラビア人の医大研究生イリツ・ドナエ（ユゴスラビア）は、たまに電話をかけて話相手が見つかったため嬉しく、受け入れる意識、体制を整えていないことを実感しています」と話している。

「マナーが問われる場面にもなっているからだ。外国人登録者は、百四十二万四千四百四十四人（平成三年六月現在）。このほか三万人以上の不法就労者がいると推定されている。

AMDA国際医療情報センターの小林米幸所長は、こうした活動を通して、必要性を感じるとともに、マイナな言葉への対応不足や、行政はじめ企業や病院が外国人を地域住民として受け入れる意識、体制を整えていないことを実感しています」と話している。

という事業も始まった。元OJの田村美和さん（27）と石橋（いしむね）かずみさん（26）が目をにつける。主婦のスペイン人、ペロニカ・ウシオタさん（26）は育児、教育の話をして、日本の管理教育は反対という田村さんは「男性が出る」と切ってしまう勘違い電話は減ってきましたが、何も言わずに途中で切ってしまう人が多い。気が合わない場合も、一言、「ごめんさい」といってか切ってしまう。まさに、日本人の

- ◆「AMDA国際医療情報センター」 英語 月・17時～30分、中国語 月・17時～30分、日本語 月・17時～30分、スペイン語（水）、ポルトガル語（水）。月・17時～19時、土・17時～19時、日・17時～19時
- ◆ダイヤル・サービス 「ジャパン・ホットライン」 英語 03・3558・0100。月・金の10時～16時
- ◆「ワールド・デュエツ」 03・3706・4243。または、03・3706・7574

第2回外国人患者を受け入れるための実務者会議

AMDA国際医療情報センター 所長小林米幸

拝啓 ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、日本に居住する外国人の数も増加の一途をたどり医療のニーズも一層高まりつつあります。それに伴って生じる混乱の抜本対策は残念ながら国、行政の英断を待たざるを得ません。しかし、医療の現場での混乱を見過ごすことはもはやできないことも現実であります。

このような状況の中で、AMDA（アジア医師連絡協議会）会員有志の寄付金をもとに昨年開設されたAMDA国際医療情報センターにも毎月100件近くの外国人に関する医療相談が外国人自身、雇用者や医療機関から寄せられています。

幸い、活動に協力してくださる先生がたの輪も少しづつ広がりつつありますが、まだ充分ではありません。そこで、この度、さらに多くの先生がたに外国人患者受け入れの御理解をうけたまわりがたく下記のごとく会を催すことになりました。御多忙中とは存じますが、是非御参加いただけますよう御案内申し上げる次第です。

日時：1992年3月21日午後3時～6時

場所：主婦会館3階（JR四ッ谷駅麴町口前）（電）03-3265-8111

内容

- 1) 欧米人から見た日本の医療現場での問題点
インフォームドコンセントについて
産前教育家 清水ルイス氏
 - 2) 東南アジアの人々から見た日本の医療現場での問題点
インドシナ難民定住促進センター通訳
那須 ソチアタ氏
 - 3) 外国人医療の実戦とその問題点
センター所長 小林国際クリニック院長 小林米幸
 - 4) AMDA国際医療情報センター活動報告、アンケートの結果
報告と今後の活動方針
センター事務局 後藤朋子
- 司会 中西泉（センター副所長、慶泉会町谷原病院院長）
香取美恵子

参加費 1000円（資料、ジュース代）

主催 AMDA国際医療情報センター

予約連絡先（先着60名まで）

AMDA国際医療情報センター

（Tel）03-3706-4243,7574 （Fax）03-3706-4420

ONE POINT「外国人患者の対応」

金銭トラブルをどのように避けるか



小林 米幸
小林国際クリニック院長

こばやし・よしゆき 一九七四年慶應義塾
大学医学部卒業後、大和市立病院勤務を経て
九〇年一月神奈川県大和市に内科クリニック
を開業。A.M.D.A日本副代表

何やら窓口のほうで騒がしいので診察室から出ていってみると、困りきった表情で立っているのは、つい先ほど診察を終えた欧米系の若い女性であった。「血液検査と胸部X線写真をチェックしてほしい」と来院した彼女は、英語教師として来日後一週間であり、希望の検査を受けたもののお金が足りないとのことであった。私のクリニックでは、自費診療の患者さんには保険診療点数一〇割分を請求しており、これは最も安い医療機関のひとつといえよう。ところが、彼女が所持していたのは全財産二七〇〇円くらいであった。これではどう考えても支払うことはできない。開業して半年くらいの若い経験である。

●自費で受診する外国人が急増

このように医療費に関するトラブルは、外国人の診察を行う際のトラブルのなかでも多いもののひとつであり、経営に直結するだけに注意を払わねばならない。私が所長を務めるA.M.D.A国際医療情報センター（☎03-2706-4233）にもこの種の相談は多い。どうも日本人の医師は、費用に関するトラブルに巻き込まれやすいような気がしてならない。患者の金銭的負担を頭に置きながら診療を進めることに慣れていないからであろう。

その理由は三つある。第一に、医学生のとくに徹底したヒューマニズム的医学教育を叩き込まれ、治療の選択に際しては、実は患者の置かれた社会環境をも加味しなければならないという現実を教わらないからである。第二に、日本人の患者はその圧倒的多数が保険診療を受けており、窓口での自己負担費用が比較的安く済むため、日本人の医師にとって財政的理由で患者に検査や治療を拒否されるなど、非常に考えにくいからである。第三は、従来から日本では診療に関するすべてを患者と医師が相談して決定し



ていく、いわゆるインフォームド・コンセントの考え方が乏しいことである。もちろん、このなかには医療費も含まれる。

現在、日本には在留資格の差はあるものの三〇〇万人近くの外国人が生活している。このうち、国民健康保険や社会保険に加入する資格をもっている人は一〇〇万人前後で、むしろこれらの加入資格のない人のほうが多いのである。したがって、自費で診療を受ける外国人は急増しており、インフォームド・コンセントの問題も考え併せると、診療開始前に患者と金銭面の話し合いをしておくことが必要である。私自身も初診の外国人患者と向き合った際に、最初に、いくらまでお金が払えるのか、という点を話し合うようにしている。大切なことは、このときに、お金を払わなければ診察しない、というように誤解されないよう注意することである。私は、あなたの支払い得る費用の範囲でベストの診療をしたい、という点を強調している。外国人の診察を行う際の私の基本理念は「日本人同様の診療を行う」ということであり、決して「優遇する」ということではない。お金がない、といわれ、行きあたりばったりでデイスカウントすることは、日本人患者に対する逆差別になると考え、私は行っていない。お金がない場合は、必要最低限の検査に絞ったり、新薬ではなく古典的な薬を使ったり、処方日数を少なめにしたり、正当に安く収まるように工夫している。この際も理由をはっきりと告げないと誤解を受けることが多い。

最近、私のクリニックを訪れる外国人患者は月平均延べ一五〇人近くであり、全患者の一割程度を占めている。また、患者の国籍も三二カ国を数えるようになった。当初のような医療費に関するトラブルは皆無に近くなってきた。

AMDA's Medical Mission At Mt. Pinatubo

(23-30 Dec. 1991)

by:-

Dr. Eakachai Sathianpitayakul

It was in June 1991 that the main eruptions of the 1745-metre Mt. Pinatubo in the northern Philippines broke out and caused the disaster to the Luzon, the main Island of Philippines. More than one million victims were affected, hundreds of thousands of persons had to displace their accommodations, nearly 100,000 homes were destroyed or inundated by lahar, and many hundreds of persons died.

Realizing to the problems, AMDA then decided to take part in this humanitarian mission and for this reason, I was sent to Philippines for the disaster in Philippines. I stayed there during 23rd to 30th December 1991 as the following schedules:-

- 23 Dec. Arrival at Manila Airport (3PM)
- 24 Dec. Talking with AMDA Philippines' members
- 25 Dec. Fieldwork at Cabalan, an evacuation camp, 70 km. northwestern to Manila
- 27 Dec. Fieldwork at Palayan, a resettlement place, 140 km. northern to Manila
- 28 Dec. Fieldwork at Freedom Island, a slum area in Manila
Joining to the AMDA Philippines' Meeting Party
- 29 Dec. Interviewing and discussing with Dr. Emma Palazo, the director of " A Seed of Life ", a NGO in Philippines
- 30 Dec. Fieldwork at Smokey Mountain, a slum area in Manila
Returning back to Japan

On this AMDA's medical mission, I joined to the fieldwork of a NGO in Manila named " A Seed of Life " that is directed by Dr. Emma Palazo.

The team comprising a dentist, 2 nurses, 2 missionaries, 2 doctors (including me), some volunteers (from the Christian churches, hospitals, or schools), went to the evacuation camp, Cabalan and the resettlement place, Palayan. The main tasks were health education, mental support, and medical services (medical examination and first aid treatment)

It is known that the eruption of Mt. Pinatubo is the cause of the disaster, but the conditions of the area surrounding the volcano got worse by the following attacks of typhoon and heavy rain. When the rain came, it turned the lying grey ash into lahar, a devil's brew of mud and grit, snapping trees, crushing buildings and flinging man-made barricades aside. The mudflows wreaked huge damage in the provinces of Zambales, Pampanga and Tarlac. Flooding reached as far as 60 km. from the volcano's peak. Falling ash and flooding lahar have already piled up to 6 metres of sediment over 87,000 hectares of farmland in Luzon's once fertile rice bowl and have flattened approximately 18,000 hectares of forest.

The people in the affected area were initially evacuated to the evacuation camp and later were planned to stay in the resettlement place.

For the places that we visited to, Cabalan accommodated about 400 families, Palayan was approximately 180-family community. In Palayan, there was a Red Cross Camp situated in the middle of the community supplying foods, giving advices to the inhabitants, and coordinating to the governmental sectors. There was no Red Cross Camp in Cabalan, still.

For the both communities we visited to, among the evacuees, the indigenous Negrito tribesman, the Aetes, were at risk of physical and cultural extinction, they once lived with bow-and-arrow and spears on the flanks of the great volcano, but, then had to displace to the lowland camps for which they had

never been accustomed to. The dark, stocky, short, and curly-hair Aetas have strong animistic beliefs and often deny suggestions and current medical treatments. More than 90% of the volcano deaths from illness was said to be Aetas.

The problems of the evacuees at Cabalan and Palayan can be summarized as the followings-:

- 1) Poor Health status malnutrition, high morbidity, poor sanitation, no immunization, Family planning rejection
- 2) Low economic status no income-generating work
- 3) Poor environmental status no water source, no toilet, no drainage system, no garbage disposal system
- 4) Sociocultural problems Animistic beliefs (esp. for the Aetas)

For the main causes of the morbidity in the communities (Cabalan and Palayan) Upper respiratory tract Infection ranked the first, with approximately 75% of the cases.

It is estimated that the rehabilitation of Central Luzon will cost about US\$ 900 million; and just to keep food and supplies flowing to evacuation camps is costing US\$170,000 a day.

As the problems are so extensive, it is then needed the collaboration and co-operation between GOs and NGOs to deal with.

Freedom Island and Smokey Mountain

Both places are the urban poor communities in Manila Metropolis with the main tasks of health educations and medical services. The prominent points of the activities there are the co-operation of the Christian society and the utilization for the health-workers.

I would like to express my deep appreciation to the president of AMDA, Dr. Sukanami Shigeru for his realization of the importance of the AMDA'S Emergency Medical Team. I, also would like to thank to Dr. Tanaka Masahiro and Dr. Yamamoto Hideki for their effort in arrangement and coordination of this trip.

There are still a lot of persons waiting for help and everyone, no matter what occupations they have, can share their experiences and give their help for them. They are waiting for you and so are we. AMDAs are on their ways for the realistic activities for the better health and medicine in Asia and that is certainly our motto.



被災民の診療を行うDr. Eakachai (AMDA Thai) (中央)

Series 2:

Strategy to Unify Modern and Traditional Medicines

Another Frontier for Possible AMDA Leadership

I remember a tale I read as a child. It was about a battle between the kingdom of mammals and that of birds. The bat changed sides from time to time, and was condemned by both sides at the end. I sometimes find myself in a similar position to the bat, being a doctor of modern medicine with an affinity for alternative medicines.

My enthusiasm in searching for useful herbal medicines has developed in the specific environment of herbal medicine in Japan, on which I tried to give a comprehensive view in my previous article. I also spent almost two years studying original herbal medicines in China, India, Thailand, and some other countries. In fact it was only after my experiences abroad that Japan's unique situation came clearly to my notice.

Independence or Mutual Isolation?

When I went to China or India, I was expecting to encounter traditional medicine of the modern age: traditional medicine modernized through contemporary scientific data. I was struck, however, by their unchanged traditional nature. Professors tried to believe in everything written in ancient textbooks. Even though students of oriental medicine are taught a minimal amount of modern medicine nowadays, the overall influence of modern medicine on traditional medicines was much less than I had expected.

Traditional medicines are practiced independently by traditional therapists who are not modern medical

doctors. Schools, clinics, and licences for modern and traditional medicines are completely separate. This situation is fundamentally different from ours in Japan, where modern doctors practice herbal medicine in combination with orthodox modern medicine. This separation creates a variety of characteristics which I had not been exposed to in Japan.

The independence of the two systems seems to hinder mutual communication. The ideal, integration of 'west' and 'east', is more or less a mere official slogan, and is not being achieved in reality. For example, even in a general hospital in China which had both departments in the same building, I never detected any mutual references during my stay of three weeks.

Some may argue that the independent existence of traditional medicine is suitable or necessary to maintain and enhance it. There may be some truth in this. Yet as a whole, I decline to believe that the separation system has more shortcomings than benefits.

Prerequisites for Traditional Practice in Modern Society

In the first place, the conditions I observed in several countries are not acceptable from the standpoint of modern medicine, especially in developed countries. The most significant problem is that traditional doctors do not have enough knowledge of modern medicine in order to exclude diseases which need urgent modern treatment. Some curable cases could lose the opportunity of being treated properly. This kind of problem is in reality partly solved by the wisdom of the patients. In China and India, patients know vaguely which medicine is more appropriate for which condition. In general, they seem to seek modern medicine for acute or more severe sicknesses, and traditional medicine for chronic ones, especially after having received a course of modern treatment with unsatisfactory results. There is also a rather clear

tendency for more highly educated people to believe more strongly in modern rather than traditional medicine. Another problem is that the therapeutic procedures of traditional healers could themselves cause diseases. A famous example can be seen in the spread of hepatitis B through acupuncture. Even in Japan, as I have personally observed, some acupuncturists still do not understand fully the danger of insufficient sterilization of needles.

The solution of these two problems is a minimal prerequisite for utilization of traditional remedies in modern society. *Cases should be screened in a modern medical manner* and then selected for alternative treatments. During the procedure of traditional treatment, the patient's condition *should be closely watched* to avoid misdetection of a new manifestation which would signal the need for modern treatment. It should be reconfirmed that traditional therapies *does not have any avoidable side effects*. On the other hand, if these two requirements are met, modern medicine *can and should be more open-minded about traditional practice*.

Possible Framework for Positive Cooperation

To achieve such a standard, there are two strategies. The first choice would be for traditional doctors to be given ample opportunity to learn modern medicine in order to be able to detect such signs independently. Such a solution has been put into effect to a considerable degree in some countries. This choice, however, is not as easily fulfilled as it seems at first glance. Even a fully educated modern doctor needs a considerable amount of experience to be sufficiently reliable. A question may arise; a limited amount of knowledge can ever make it possible?

The second strategy is to *put traditional practice under the full observation of modern medicine*.

Traditional practice is always performed in a institute also equipped with modern medicine. Patients are screened in both modern and traditional manners. Modern and traditonal doctors discuss which therapy to choose or even to combine. In this case, the sympathy of modern doctors toward alternative remedies is necessary. Modern doctors should be given a minimal amount of traditional education. Here I emphasize again that the prerequisite proposed above is the key to making modern medicine open-minded about traditional remedies. A consensus on the following points is another must in order to persuade modern doctors to participate in such cooperation. *Informed consent for application of alternative remedies should be established.* Patients are informed in advance about characteristics of treatment. Any predictable side effects are avoided; original traditional methods are modified to achieve the basic modern standard (for example, sterlization of acupuncture needle). It should be negotiated as deep as possible on how responsibility be taken for occurrece of unpredictable side effects.

Future Prospect

If we foresee a future, even closer cooperation must be pursued. If medicine is to alleviate the suffering of the sick, is there any reason why different types of medicine should exist separately? It seems to be partly due to the narrow-mindedness and territorialism of contemporary people involved that positive integration is not proceeding as it should

The conditions discussed above hint at a framework in which both types of doctors can cooperate with much less confrontation. AMDA, a unique organization with members from different backgrounds, could develop a strategy for positive cooperation

The bat would act as a peacemaker, if such a framework could be established. (Motohiro Saku, M.D.)

ほかの支部では日本から旅費を援助しなければメンバーが参加できなかった。しかし、現在台湾・韓国・香港・シンガポールのメンバーは資金援助しなくても国際会議に出てくるし、特に台湾と韓国は

福岡県の1420床の民間病院・聖マリア病院は、先月号で紹介したJICA（国際協力事業団）が実施している長期技術協力を引き受けて、84年からエキスパートを派遣している協力機関のひとつ。

引き受けているプロジェクトは6（パキスタン、エジプト、中国、ボリヴィア、ホンジュラス、ドミニカ共和国。派遣経験者は院内で20名あまり、医師から事務関係者まで職種は病院内のほとんどを占める。病院管理（こと）を引き受けているプロジェクトがあり、診療看護など技術移転から病院管理部門までの広範囲の職種にかかわりがでてくるのだ。

GOで医療協力を始めたまっぴかけ、企画部長・井手森雄氏は話す。

「日本は医療供給体制が整備されチャレンジするところがなくなった。一方途上国は皆さんの問題を抱えている。病院活動を途上国で展開してどうかという話になった。しかしいきなりはできない。身分も保障される政府援助を通して情報や人材を蓄積することが先決。そこでJICAに「医療協力をやらせてください」と売り込みいった。将来は病院全体を派遣と研修のできる国際医療協力センターにしたいというのが夢。スタッフ全体に海外医療協力を義務化していく予定」

「ゆくゆくはNGO活動を始めるという。医療協力のノウハウは蓄積されつつあり、当初「医療レベル、看護レベルが低い」という現地批判ばかりの報告だったが、「ではど

NGO医療協力活動が夢という民間病院 聖マリア病院（福岡県）

かのAMDAの支部に対して資金援助を始めている。タイ・マレーシアの支部もそれに続きつつある。

「日本の経済力がこのまま続かなかつたとしてもかわって経済力をつけて白頭し

うすればよいか」と変わってきた。興味を持つスタッフが aumentando ベトナムが派遣で長期ほどと1年1年に抜けることに対しての院内のコンセンサスもえられるようになった。

派遣システムは、商社の海外派遣待遇を参考に考案、JICAからの手当以外に通常の給与も病院から支給している。この部門には専任スタッフ（2名）が、現地に日本の雑誌や年末であればお正月用品を送るなど後方支援体制を整えている。また派遣直前には2ヶ月程度、現地の医療状況に合わせて必要な技術を集中的に訓練する。病棟を移って短期研修をすることもあるし、ボイラーの仕組み扱い方をボイラー室で研修することもある。

民間病院が医療協力活動に取り組めるかどうかについて、井手氏は話す。

「1420床という規模が取り組み可能にしているのは確か。もし民間でプロジェクトを病院ごとやるなら500〜600床、一部門に職員をひとりかふたり派遣するのなら300床は規模として最低必要だと思う。あとは院内コンセンサスの問題。医療協力は継続が大切だから中止になっては意味がない。院内のコンセンサスと本格的に取り組む姿勢がないと、大病院でも片手間でできるものではない。逆にコンセンサスがあれれば規模が小さくてもできると思う」（井手氏）

NGO活動の準備を、少しずつ整えつつある聖マリア病院の今後の展開に注目したいと思う。

てくる可能性のある国が、AMDAには友人としていてということ。また、私たちは日本だけでやっているわけではないから、日本にお金がなくなつて私たちがNGOとして活動できなくなつても、ほかの国のAMDAが援助を続けることができる」（菅波氏）

援助は継続しなければ意味がない。豊かになつたときは援助できるが、経済力が落ちたときも援助をどうするのか。これは日本の援助の将来的な課題なのだが、AMDAにはアジアに友人がいる。基本精神にある相互支援が、これから大きな強みになってくるだろうというのだ。

アジア全体の医療向上を目的に活躍する AMDAのメンバー

最後に、AMDA・Japanのメンバーの活動について触れておきたい。プロジェクトのいっしょにはかのかの全員が協力するというやり方は、日本でも変わらない。メンバーに主体性があり、活動の際にAMDAを上手に活用してもらおう。

東京の国際医療情報センター（在日外国人医療相談 所長・小林米幸氏、ネパールで地域保健に取り組む事務局長・岡山大学公衆衛生の山本秀樹氏、フィリピン・ピナトポ火山噴火被災民の救援活動を行っている事務局長・田中政宏氏、今回の特集で紹介した「バヌアツに医療を送る会」の鳥取県開業医・百村清志氏もAMDAのメンバーである。

「AMDAのメンバーは、AMSAからスライドしてきてくれる人たちも多いの

ですが、何か活動を始めていすでにネットワークや活動の基盤を持つている人たちも少なくありません。それで、もう少し活動を広げたいとか、こういうアジアのネットワークがあるのなら活用しようと考えて加わつたという人たちが多く、今後も、メンバーの企画したプロジェクトは積極的に支援していきたい。プロジェクトの企画者はプロジェクトリーダーとして執行部に加わり、予算を執行できます。現在郵政省の国際ボランティア貯金などオフィシャルなファンドがAMDAにも流れてきているから、アジアの医療協力に関心があるならチャンスだと思つて、Better Medicine, Better Future for Asia」というのがAMDAの理念ですが、これに共鳴する人であればAMDAでいっしょにやってみませんかとい

たい」と、菅波氏は話している。

3月号予告

【特集】

5つの挑戦状(仮題)

- クローズアップ・ホスピタル
- フジ虎ノ門整形外科病院(静岡県)
- 開業NEW WAVE
- 石井メンタルクリニック(東京)
- FOCUS
- KEYMAN・インタビュー
- 大道久(日大医学部)
- 松原雄一(若手医師の会)
- 新・開業へのステップ/トレンド批評
- 他

第1回ネパール・フィールドスタディのお知らせ

山々が白い静寂につつまれる折り、皆さまいかがお過ごしでしょうか。

昨年よりAMDAでは、医学生・看護学生・若い医師・看護婦・保健婦向けにフィールドワークを設けています。

学生時代、AMDAのメンバーの多くが世界各地をまわり、カルカッタやボンベイ・バンコク・マニラなどのスラム街に大きな衝撃を受け、マザーテレサの施設で様々なことを考えさせられ、アフリカ・アジアの難民キャンプで人の命の尊さとはかなさを知り、中国やインドの伝統医学体系の壮大さに驚嘆し、数々の経験をしてきました。南北問題は頭で理解していても、世界一裕福な日本の飽食の中にいるわれわれに本当の意味で現実がわかるはずがありません。また若いうちに、このような世界のさまざまな事実を知ることは自分の小ささを知り、視野を広げるのに重要です。従って、若いうちにできるだけ海外に出て欲しいと思っているのですが、単なる観光旅行では表面的にしか見聞できません。そこでAMDAでは、将来の日本の国際医療協力の担い手を育てるため、AMDAがアジアに持っているフィールドと人的資源を活用していただきたくこのような企画を始めた次第です。

昨年夏は南インドの農村で、ヨガ・アユルベダ（インド伝統医学）・舞踊・料理などの体験学習を中心とした約10日間のプログラムを作り、全国から18才から24才の7名の看護学生・医学生が集まりました。今年1992年は、3月には下記の通りネパールにて、8月にはインドにてフィールドスタディを計画しています。まだまだ改良しなければならない点はあると思いますが、参加した人たちが今度は次の人たちをお世話するつもりでこのフィールドを育てていってくださることを願っています。

どうぞ、ふるってご参加下さい。

記

- 1 目的 ネパールの医療と自然を体験する
- 2 日時 1992年3月15日～3月25日
 (日程は前後する可能性あり)
- 3 場所 ネパール国、カトマンズ市、ブッダニールカクタ村その他
- 4 内容 (1) トリブバン大学(ネパール唯一の医学部)
 附属病院での研修
 (2) AMDA-Nepal Villegge Health Clinicの見学
 と地域医療の研修
 (3) 医学生・看護学生との交流
 (4) ヒマラヤ・トレッキング(3泊4日)
- 5 連絡先 〒321-27 栃木県塩谷郡栗山村日蔭575
 栗山村国保診療所
 AMDA日本支部長 国井 修
 TEL: 0288-97-1014
 FAX: 0288-97-1107
- 6 締切 1992年2月20日

1/22 毎(9)

都が国際医療貢献

災害地にチーム派遣計画

1994年目標

「国際貢献」論議が高まる中、東京都は海外で起きた災害地に独自の医療チームを派遣する国際救援チームの創設に乗り出した。二十二日までに、都の新年度予算に調査費約五百万円を計上、一九九四年の実現を計る。

「国際貢献」論議が高まる中、東京都は海外で起きた災害地に独自の医療チームを派遣する国際救援チームの創設に乗り出した。二十二日までに、都の新年度予算に調査費約五百万円を計上、一九九四年の実現を計る。

計画では、前もって都内の医師、看護師、検査技師で医療チームを作っておき、大地震や火山噴火、台風などの際に知事の判断で派遣先として、当面都と友好都市関係を結んでいるパリ、モスクワ、北京、ソウル、ジャカルタ、カイロ、ブラジル、サンパウロ、オーストラリア、ニュージーランド、ニューヨーク州の九都市を予定。しかし、今後の調査の進展に合わせて他地域への派遣も検討する。都は、今年四月から二年間を同プロジェクトの研究期間に指定。JICAや民間の援助の裏態を調査し、派遣の体制、派遣先の受け入れ状況を把握。その後、具体的なシステム作りに取り組み。

現在、海外での災害救援には、JICAの「国際緊急援助隊医療チーム」がある。派遣先として、当面都と友好都市関係を結んでいるパリ、モスクワ、北京、ソウル、ジャカルタ、カイロ、ブラジル、サンパウロ、オーストラリア、ニュージーランド、ニューヨーク州の九都市を予定。しかし、今後の調査の進展に合わせて他地域への派遣も検討する。都は、今年四月から二年間を同プロジェクトの研究期間に指定。JICAや民間の援助の裏態を調査し、派遣の体制、派遣先の受け入れ状況を把握。その後、具体的なシステム作りに取り組み。

1/3 日経

医療保険の加入促す

厚生省 市町村・事業主を指導

在日外国人

厚生省は、在日外国人の医療保険加入の推進指導を徹底することになった。加入資格のあるのに保険が適用されていない外国人が多く、都府庁の行政監察で改善を勧告していた。今年度末までに保険者の市町村、事業主に制度的な把握と、被保険者である外国人への周知徹底を求め、在日外国人が十分な医療を受けられるようにするとしている。

都府庁の調査では調査した医療機関の外国人患者のうち、五三％が医療保険の適用を受けていない例が多発。厚生省は、①市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、②市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、③市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、④市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑤市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑥市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑦市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑧市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑨市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑩市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑪市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑫市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑬市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑭市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑮市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑯市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑰市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑱市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑲市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、⑳市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉑市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉒市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉓市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉔市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉕市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉖市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉗市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉘市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉙市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉚市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉛市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉜市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉝市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉞市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㉟市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊱市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊲市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊳市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊴市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊵市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊶市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊷市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊸市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊹市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊺市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊻市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊼市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊽市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊾市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、㊿市町村に国民健康保険の適用有資格者(留学生、研修生など)の把握、適正な適用を図ること、

しており、今年も通知を出すほか、都道府県単位で全国約三百カ所の社会保険事務所においている英語、中国語、韓国語によるパンフレットを準備する。

NGOの情報 郵便局で提供

郵政省は、発展途上国の援助NGO団体(NGO)非政府組織活動をサポートしている民間ボランティアと地域住民の交流の拠点と

して、郵便局の積極的な活用を検討し始めた。郵便局の利用者にNGOの活動に関する情報をビデオや印刷物などで提供したり、郵便局でNGOの講演会やセミナーの開催も目指す。郵政省は全国的なネットワークを持つ郵便局をNGO情報の発信

拠点にするようにして、地域住民の国際貢献意識の向上に役立てたいと期待している。郵政省とNGOとの交渉は、昨年一月に郵便局で発端を始めた「国際ボランティア貯金」がきっかけになっている。ボランティア貯金は通常貯金の利率の二割を天引きして寄付金とし、海外で環境保護や医療、教育などの援助活動をしているNGOに資金提供をするもの。現在六百万人が加入しており、九一年度には九億円の寄付金を百余りの団体に配付した。国際ボランティア貯金の預金者からは寄付金が表裏のよくなる形で国際貢献に役立っているのかを知りたいという要望が強い。郵政省は全国一万四千局の郵便局をNGOの情報発信窓口として活用し、利用者へ情報提供している。

T I L L 一周年記念シンポジウム
『在日外国人の医療問題を考える』

AMDAのご支援のもとに、外国人増加率日本一の栃木県において医療従事者・通訳・一般市民の方々による民間ボランティアであるT I L Lが設立されて一年が経過致しました。各国語別の相談窓口・24時間体制の電話相談・毎月定例の健康相談会・医療機関向けの11カ国語医療対訳表や緊急時に役立つT I L Lカードの発行などを主な活動として参りましたが、この度一周年を迎えるにあたり下記の通りシンポジウムを開催したいと存じます。

是非、AMDAの皆さまにご出席いただき、御指導・御助言を賜りたくお願い申し上げます。

T I L L 代表 国井 修

【日時】 平成4年3月1日(日) 10:30~16:00

【場所】 宇都宮市総合コミュニティセンター(宇都宮市文化会館隣)
宇都宮市明保野町7-1 0286(36)4071
関東バス JR宇都宮駅発 鶴田駅行-文化会館西口(前)下車
江曾島行-文化会館前下車

東武宇都宮線 南宇都宮駅下車 徒歩5分

【主催】 栃木インターナショナル・ライフライン(T I L L)

【後援】 アジア医師連絡協議会(AMDA)、栃木県医師会、とちぎYMCA、
(財)栃木県国際交流協会、朝日新聞、読売新聞、毎日新聞、下野新聞

【プログラム】(一部変更予定)

分科会 AM10:30~12:00

テーマ:グループ1 「外国人はどんなことで困っているか？」

—生活情報小冊子を作る—

グループ2 「外国人医療で言葉の壁を乗り越えるには？」

—医療対訳表を作る—

グループ3 「異文化の中での精神衛生とは？」

—カウンセリングの方法論を学ぶ—

全体会 PM1:00~4:00

1 栃木県内の外国人医療問題の現状とその対応

T I L L一年間の相談内容とその解決方法

2 全国各地の外国人医療問題の現状とその対応

長野県:松本市医師会

宮城県:外国人クリニック

埼玉県:119ネットワーク

東京都:AMDA国際医療情報センター

3 現場からの報告

救急隊・市役所・中小企業・在日外国人の立場から

4 弁護士からみた外国人問題

外国人労働者弁護団(LAFLR)からの報告

5 外国人医療調査の結果報告

県内600医療機関を受診した外国人患者の疾病状況

6 自由討論とまとめ

【連絡先】 T I L L事務局 (担当:大浦智子)

〒320 宇都宮市松原2-7-42 とちぎYMCA内

電話:0286(24)2546

【事務局便り】

—ラジオ初出演記—

NHKの海外放送・ラジオジャパンの「This week」という英語の生放送番組からAMDAの活動を紹介してほしいという依頼が、AMDA国際医療情報センターの小林先生のもとへ来て、現在JICAの研修のために上京中の私が急きょ2月8日（土）に出演することとなりました。

30分間の番組の中で8分間ほどでNGOであるAMDAの設立の経緯に始まり、フィリピンのトンドやネパールのプロジェクト等の活動内容、AMDA国際医療情報センターの在日外国人の医療問題のホットラインの状況、最後に緊急医療とアジア多国籍医師団構想と多岐にわたる話を慌ただしく行いました。生放送で、しかも英語放送であったので非常に緊張しましたが何とか無事にNG（エヌジー）を出さずに終了しました。

「AMDAから何か世界へ送るメッセージがあればまたおこしてください」というNHKの方のという暖かい言葉を受けてスタジオを後にしました。

事務局長 山本秀樹

— 海外支部のヘルスワーカー・コーディネーター募集のお知らせ —

AMDAでは海外のAMDA支部の事務所あるいは診療所（フィリピン・トンド地区、ピナツェボ火山被災民のための診療所、ネパール・ビスヌ村診療所）における事務局員募集を募集いたします。希望に応じて職務を決定しますので御関心のある方は御連絡下さい。

【AMDAカレンダー（92年2月～6月）】

- 92年2月：国際ボランティア貯金事業視察（ネパール、ビスヌ村）
- 3月：3月22日「外国籍人医療を考えるシンポジウム：山形」
午前9時30分より山形市遊学館にて
- 4月：郵政省国際ボランティア貯金事業申請
- 5月：ネパールプロジェクト「第3次スタッフ派遣」
- 6月：AMDA総会予定（東京；場所未定）

【編集後記】

1月下旬からJICAの「開発専門家養成コース」参加のために上京しているために今回の私の担当したページはいつもよりも少なくなりましたのでこれを書く資格もありませんがあえて書かせていただくと、今回はAMDAタイのエカチャイの書いた「フィリピン・ピナツェボ火山救援記」が登場します。小さな一歩ですが、アジア多国籍医師団設立の貴重な第一歩であったような予感がします。(y)



Dr. Eakachai

（AMDA Thai、現在広島大学にて日本語研修中、1992年4月より岡山大学医学部大学院）

AMDA国際医療センター平成3年度運営協力者

(順不同敬称略)

以下の方々にご協力いただいています。有難うございます。

個人

丹羽章(栃木県)、故尾沢鉦一郎氏ご家族(神奈川県)、大串孝子(神奈川県)

医療機関

井上病院(千葉市)、青梅慶友病院(東京-青梅市)、富士見病院(東京-板橋区)、町谷原病院(東京-町田市)、六本木赤枝診療所(東京-港区)、小林国際クリニック(神奈川-大和市)、永生病院(八王子市)、福川内科クリニック(大阪)、菅波内科医院(岡山市)、ジャパングリーンクリニック(シンガポール/英国)、沖縄セントラル病院(沖縄-那覇市)

以上年間12万円

会社

エーザイ、カネボウ(株)、三共(株)、昭和メディカルサイエンス(株)、ジョンソン&ジョンソンメディカルO.、大鵬薬品(株)、東邦薬品(株)、ファイザー製薬(株)、福神(株)、保健科学研究所(株)、協和発酵工業(株)、明治製菓(株)、田辺製薬(株)富士コカコーラボトラーズ(株)、日本アップジョン(株)、(株)ミドリ十字、万有製薬(株)、サンド薬品(株)、大森薬品(株)、クラヤ薬品、ファルマーマーケティングサーベイ研究所、アイシーアイファーマ(株)

以上年間12万円

TVC、(株)スズケン

以上年間5万円

大塚製薬

以上年間3万円

なお、当センターの平成3年度の事業に関してトヨタ財団、庭野平和財団、日本青年会議所関東部会からの助成を受けています。

その他：保健医学/産業医学のフォーラム

Dr. Enabuchi
AMDA Trust, 現在広島県
日本国際医療センター
1992年11月岡山
(岡山大学医学部)