

AMDA News Letter

Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Vol.15 No.9 9月号

1992年9月15日

編集責任者:山本秀樹/津曲兼司

事務局 岡山市櫛津310の1

菅波内科医院

(TEL)0862-84-7676

(FAX)0862-84-7645



子供は耳だれが多い (カンボジア・コンボンスプー県プノムスロッチ郡)

主要トピック

アジア多国籍医師団準備委員会報告(8)

なぜ今NGO(国際民間協力団体)なのか(菅波茂先生)

ミャンマー難民医療緊急救援プロジェクト(津曲兼司先生)

ブータン難民医療緊急救援プロジェクト(菅波茂先生)

カンボジア難民帰還支援緊急対応医療プロジェクト(桑山紀彦先生)

国際医療情報センター便り(小林米幸先生/香取美恵子氏)

林原フォーラムのお知らせとタイ/インドネシア出張報告(朔元洋先生)

ロンドン便り(高橋央先生)

岩手便り(4)(岩井くに先生)

バルチモア便り(江上由利子先生)

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名の医学生の活動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200名、アジア各国総数400名。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) 岡山市栢津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。

(海外)

カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト

1992年7月よりタイから帰還するカンボジア難民対応した緊急医療活動をAMDA-Japanの指導下に実施中。

ミャンマー難民緊急救援医療プロジェクト

1992年3月よりバングラデッシュに流入しているミャンマー難民にAMDA-Bangladeshの指導下にAMDA-JapanとAMDA-Nepalの3カ国が国際合同緊急救援活動を実施中。

ブータン難民緊急救援医療プロジェクト

1992年6月よりネパールに流入しているブータン難民にAMDA-Nepalの指導下にAMDA-Japan,の2カ国が国際合同緊急救援活動を実施中。

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ダ医学を用いた農村無料巡回診療を支援。

アジア多国籍医師団構築

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。

連絡先と役員 (AMDA日本支部)

701-12 岡山市栢津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)
	プロジェクト実行委員長	中西泉 (町谷原病院)
	カンボジアプロジェクト委員長	桑山紀彦 (山形大学精神科)
	伝統医学プロジェクト委員長	朔元洋 (さく病院)
	事務局長	山本秀樹 (岡山大学公衆衛生学教室)
	事務局次長	津曲兼司 (菅波内科医院)
	事務局次長補佐	岩永資隆 (菅波内科医院)
	事務局	岡崎清子 (非常勤)

(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 / 田中理恵子 (常勤) 後藤朋子 (非常勤)

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月一翌年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。

AMDA活動に関するビデオテープお分けします (1本3000円)

1) AMDA在日外国人医療プロジェクト (AMDA国際医療情報センター)

2) AMDAネパールヘルスクリニック開設

3) AMDAミャンマー難民支援医療プロジェクト

4) ダイジェスト版 (上記の3プロジェクト)

ご希望のビデオNoと現金を現金書留で下記にお送りください。

242神奈川県大和市西鶴間3-5-6-110 小林国際クリニック 小林米幸

なぜNGO（国際民間協力団体）なのか（3）

アジア意志連絡協議会

代表 菅波茂

政府レベルでの国際協力は従来より「国益確保」の必要に応じて多面的な方法で実施されてきています。ただ「国益確保」というポイントを無視していけないし、「国益確保」から外れている場合には過度の期待をしてはいけません。国家間の相対的な関係が「国益確保」に影響を及ぼしている場合は国民の意志より優先することが多々あります。なぜなら現在では国民は「国益確保」に必要な国家間の相対的な関係を理解できる情報入手がなかなか困難です。

民間レベルでの国際協力は「国益確保」より異なった視点でなされるべきです。それは「国益」を超えて全世界に普遍的な「人道主義」です。過去においては国際民間協力団体がその一端を担ってきました。現在国際民間協力団体は多くの国民に「人道主義」の必要性をいかに理解してもらうかということを考えるときが来ていると思います。

観念的な人道主義より経験的な人道主義が必要です。経験は人道主義に必要な判断を養い行動を提起させます。

その答えは国際民間協力団体が教育と連携することだと思えます。国際民間協力団体はスタディツアーという形で多くの意欲的な市民に人道主義を経験する意義のある場を提供してきました。今後は学校教育のカリキュラムの一環としてこのスタディツアーを発展させてはどうでしょうか。即ち、学生としての義務にするわけです。事前の意欲の有無にかかわらず体験によって深く考えるきっかけが生まれます。

学校教育の一環を担うことになれば国際民間協力団体のサイドも体質の変換が必要になります。国際民間協力団体としての理念および実践内容がオープンになります。協力先である現地との信頼関係、安全性などの確保が重要になります。良質なカリキュラムを保証をするためには国際民間協力団体間の連携も大切になってきます。正式な学校教育の一環となれば文部省や外務省も関係してきます。即ち、国家間の連絡が必要になります。

結論的にいえば、国際民間協力団体の実施している人道主義的活動を学校教育のカリキュラムに加えていくことにより国際協力の在り方及び方法論がおおきく変わらざるを得ないということです。

現在、日本にある約200からの国際民間協力団体は財政的な基盤が弱く伸び悩んでいます。しかし単に寄付金の法的免税処置が可能になれば発展するというものではありません。

メディアからの観念的な人道主義に加えて経験的な人道主義により国民が国際協力に対する基本的な判断力を養っていく機会を提供することは国際民間協力団体の今後の重要な役割になってくると思います。

地球を讀む



流出国も対象に

冷戦の終焉(しゅうえん)は、難民援助のあり方に大きな変化をもたらしている。

従来から、難民や避難民に対する援助は、人道的な連帯のあかしとして、広く国際社会の支持を得てきた。とくにイデオロギを異にする超大国対決のもとで、国際紛争そのものが冷戦構造を反映していた時代においては、難民はこ

は第一には、冷戦が終わることもない和平が成立し、長年難民生活を強いられていた人々が、自国への帰還を始めたこと。しかしながら、カンボジアやアフガニスタン



緒方 貞子 (国連難民高等弁務官)

にみられるように、戦禍と貧困に苦しむ故国に帰ってもなお国際的な保護・救済が必要とされること。第二には、紛争の主要因が国家主義の高揚、民族や宗教の対立のため、自国内で難民化する傾向が強いこと。第三には、国家の權威の衰退や、連邦国家解体の過程で、安全とよりを求める人間の大規模な移動が各地で起っていること、などである。その結果、国内にありながら難民となる人々の保護・救済をどのようにして全

つづめるかという課題が、急速に浮上している。

世界におけるこのような国内難民の総数は、千五百万人とも千万人ともいわれる。とくに多数を占めているのが「アフリカの角」地域で、ソマリア、エチオピア、スーダンの各国では、国外に流出した人々のほかに、国内にも数百万人へのぼる難民がいる。旧ユー

湾岸戦争が転機

自国内にある難民に対し、国際社会が保護・救済を与えることは、理論的にも現実的にもきわめてむずかしい。それは国家主権の壁に直面するからである。国連憲章は「憲章のいかなる規定も、本質上いすれかの国の国内管轄権内にある事項に干渉する権限を国際

となつた人々に対しても援助を与えてきた。

緒方貞子氏(一九七七年東京生まれ、聖心女子大、ジョージタウン大学、カトリックジョージタウン大学大学院博士課程)。七一年から三年間国連代表部公使。九〇年国連難民高等弁務官に就任。

国家主権と難民

国連の役割

新たな概念「人道的介入権」

ゴスラビアの場合、他の欧州諸国に逃れた五十万人に加えて、諸共和国には、百七十八万人が難民となっている。さらに、ボスニア・ヘルツェゴビナでは、首都のサラエボのほかにも、戦乱のために食糧の補給がつかず、籠城(ろうじょう)状態にある人々が六十

連合に与えるものではない」とし、加盟各国の主権の尊重を掲げている。しかしながら、主権の適当範囲はなら明確とされ「おらず、現実には歴史的な変遷をたどって次第に形成されてきている。とくに、人権の分野における国連の権力が拡大してきたと同様、人道援助活動についても、国連は総会決議もしくは事務総長のあつたせんをもち、国内において難民

全保護理事会による決議六八八の採択である。同決議は、イラクに対し、援助を必要とする国内にあるすべての人々へのアクセスを、国際人道援助機関に与えることを要求したもので、人権・難民と国際平和を結びつけた画期的なものであった。とはいえ、この決議が実行される過程では、イラクの国家主権との関係から紆余(じゆ)曲折を伴っていった。

(2面に続く)

ミャンマー難民医療緊急救援プロジェクト

プロジェクトリーダー（事務局次長）津曲兼司先生

現在、私達のミャンマー難民医療緊急救援プロジェクトは難民キャンプで寄生虫駆除プログラムと衛生教育プログラムを主体に実施されています。コクサックバザールの現地事務所もより立地条件のよいところに移転しました。ラザック氏をコーディネーターとする現地医師団のローテーションも円滑に行なわれ、対象の難民キャンプも3カ所から4カ所目になっています。日本からの参加スタッフも大いに活躍され現地スタッフの士気を盛り上げています。特筆すべきことは、岩永質隆氏の現地活動参加中にニューズレター発行の快挙がなされました。別紙を参照下さい。これは日本と現地との相互理解を促進します。他の国のプロジェクトでも可能であれば実施すればと思います。

バングラデシュにおいて、ミャンマー難民医療プロジェクトを実施している日本の団体は私達アジア医師連絡協議会だけです。医師／医学生を問わず医療関係者にとって貴重なフィールドの場になってきています。このフィールドを教育の場としても発展させていく予定です。

このプロジェクトに対する基本方針は長短期を問わずできるだけ多くの日本人の方に参加していただき、現状を理解していただくともに将来にわたっての協力体制をお願いすることにあります。

平成4年3月には東京大学医学部第二外科に留学中のナイーム先生をはじめとする3名のバングラデッシュ人医師の先生が日本から帰国されます。現地の体制も一層強化されます。ミャンマー難民プロジェクトの強化はもちろん新規プロジェクトも検討中です。

アジア医師連絡協議会が実施中の他のカンボジア難民帰還対応緊急医療プロジェクトとブータン難民緊急救援医療プロジェクトと共に「アジア多国籍医師団構想」の三大パイロットプロジェクトとして位置づけされている重要性も理解していただければと思います。

今後共に会員の皆様方のご支援をよろしくお願い申し上げます。



難民キャンプ内 衛生健康教育実施中



Associated Press

A Myanmar woman and her child await food at a refugee camp in Bangladesh.

Myanmar Refugees Flee Camps In Bangladesh

COX'S BAZAR, Bangladesh (AP)—Thousands of Myanmar Muslims are fleeing refugee camps to escape diseases and possible repatriation, and officials said Saturday barbed wire fences will be built to halt the exodus.

Relief Commissioner Khandaker Shahidul Islam said at least 6,000 refugees are missing from the 16 camps spread in the foothills of south-eastern Bangladesh along the Myanmar border.

About 270,000 refugees were living in the camps after fleeing what they said was an anti-Muslim crackdown by Myanmar's Buddhist government in their home province of Arakan. Islam said a survey of the camps last week found the number of residents had declined to 264,000.

Most left in the last four months, Islam said, when overcrowding and the onset of monsoon rains brought diarrhea, malaria and pneumonia to the filthy camps, mostly clusters of bamboo-and-thatch huts.

Government doctors and relief workers say at least 20 deaths due to diarrhea and malaria are being reported every day since July 1 when heavy rains began.

"If I get a chance, I will pack everything and scoot immediately. I cannot take this life any more," said Hamdi Hossain in the Gundhum camp outside Cox's Bazar on the Bay of Bengal coast.

Residents who want to leave can easily slip away and mingle with the local population who belong to the same ethnic group as Myanmar Muslims.

For two-thirds of the refugees, food is the incentive to stay. The rest live in the open and are not registered and do

not qualify for the daily ration of 500 grams of rice a day.

Islam said the government plans to fence three camps next week. The others will be enclosed in stages next month. "We are doing this to maintain discipline," he said.

Some reports also say many of the women who have left the camps are forced into prostitution by gangs in big towns and cities, a senior relief official said.

At least 100 women are known to have ended up in brothels, the official said, speaking on condition of anonymity.

Relief officials say another reason for the exodus is the fear that eventually the refugees will be forced to return to Myanmar.

A planned repatriation on May 15 failed after violent protests by the refugees, who say the predominantly Buddhist Myanmar is still unsafe for them.

Myanmar Muslims started pouring into predominantly Muslim Bangladesh in March 1991. They brought reports of killings, torture, rape and forced conscriptions by Myanmar soldiers in Arakan, a rugged province in western Myanmar that is home to 3 million Muslims.

"None of these refugees is willing to return until human rights conditions improve," said an official of the U.N. High Commission for Refugees. He spoke on condition of anonymity.

Myanmar denies there is persecution in Arakan.

"For the refugees it would be like being tossed from the frying pan to fire if they are repatriated now," said Milan Kanti Das, a volunteer with the Public Health Center, a private relief organization.



EDITORIAL



AMDA-Bangladesh has taken up activitis for only three months by dynamic participation of AMDA-Japan and AMDA-Nepal.

AMDA-Bangladesh is now ready to move to contribute to its own country, as well as to other Asian nations through the AMDA-Internationl.

AMDA-Bangladesh is going to get a registration from the NGO Affairs Bureau of Bangladesh as a foreign NGO.

THE PROJECT IN COX'S BAZAR :

We have started our project on the 25th April, 1992.

Project components are dewormation and health education. Target group is all the members of the family of the refugees.

By this time, we have completed two refugee camps named Dhoapalong and Dechuapalong-1.

Now we are going to start our project in Holudiapalon as the third camp.

The reports of the two camps are enclosed herewith this News Letter.

Mr. S. A. Razzak
Project coordinator
AMDA-Bangladesh



FROM A JAPANESE POINT OF VIEW :

" Am I really in a refugee camp ? "

" Am I really in Bangladesh ? "

People in Dechuapalong 1, the only camp I ever visited, never look miserable, that makes me feel at ease a little, even they wear ragged I could not imagine in my country.

" Bangladesh " sounds most of Japanese as hot and muddy country. But now I enjoythis cool season very much recalling hot Japanese summer.

AMDA - Bangladesh is still just a baby, born to serve the people here for their better medicine & better future. Other NGOs are of course doing much better than we. There are a lot of things to learn from them.

The beloved baby will be brought up gradually with much learning and sometimes failures too.

I do hope to see the baby's wonderful future with a Bangladeshi face, Bangladeshi way of thinking for the people on this motherland.

Dr. Suketaka Iwanaga MD
Deputy project coordinator
AMDA-Japan

ROLE OF AMDA-BANGLADESH ON THE HEALTH PROBLEMS OF THE ROHINGYA REFUGEES :

Situation of health and medical services among the Rohingya refugees are still unquestionable. The burning problems about health concern are infectious diseases(mainly respiratory tract infection, skin diseases & conjunctivitis) diarrhoea, malnutrition and anaemia of the children. All of these problems are mainly due to their lack of health education including sanitary knowledge and personal hygiene. So AMDA-Bangladesh took the responsibility of their helminthic problem & health education.

Now we are leading both the health education & deworming campaign in Dechapalong-1. So we do hope that it will reduce both the morbidity & mortality rate among the refugees in future.

Dr. Soumitra Barua MBBS
Medical Officer
AMDA-Bangladesh.

AMDA Bangladesh



EDITORIAL

By A Staff Reporter

In this edition we have included more Japanese points of view. This reflects our thinking that AMDA cannot be a true international organization without exchange of opinions among different cultures. We really welcome visitors from outside Bangladesh so that we can share our activities and come to reach the real understanding of one another.



THE PROJECT IN COX'S BAZAR :

We have been working in Haludiapalong as a third camp with the same activities - Deworming campaign & Health education. The total population of this camp are 7557 (♂: 2203 / ♀: 2057 , Children (0-12yrs): ≤ 5yrs: 1870 / > 5yrs: 1427) By this time we covered 90 sheds out of 178 and the total number of deworming cases are 2369 . We could realize that Health Education is more important , so that we are trying to increase the methods and techniques of Health Education day by day. Now we are using big posters along with leaflet which are given by the U N I C E F . We distribute leaflet among the refugees. Because of heavy rain fall we can not achieve our target , but we do hope that we can cover the whole camp within two months.



Mr. S. A. Razzak
Project Co-ordinator
AMDA-Bangladesh

FROM THE JAPANESE POINTS OF VIEW :

○ Suggestions From Two Doctors :

✪ The most important thing is to co-operate with other NGOs. It includes dividing the camp areas, sharing field of health programs, uniting health education programs and evaluating the results of those operations with each other.

Dr. Noriaki Tomono MD
AMDA-Japan



AMDA Bangladesh

ブータン難民医療緊急救援プロジェクト

代表 菅波茂先生

外務省国際開発協力関係民間公益団体補助金交付決定！

平成4年9月2日付け通知134号で私達のブータン難民医療緊急救援プロジェクトに対して外務省国際開発協力関係民間公益団体補助金交付通知がありました。

このプロジェクトはAMDA Nepal, AMDA JapanとB.P. Health Memorial Foundationの共同プロジェクトになります。AMDA NepalとAMDA Japanはブータン難民のための第二次医療ヘルスセンター設立に向けて過去5カ月にわたって調査を施行後現地体制確立へ万全の準備を進めてきました。

目的はネパール東部ジャバ及びモラン地区にある4カ所の難民キャンプ内ヘルスクリニックの後方支援をするとともにネパール住民に医療サービスを提供することです。

具体的には難民キャンプ内ヘルスセンターに検査機能の提供、ブータン難民に第二次医療の提供、難民キャンプ周辺住民の巡回診療、地方医療機関の補完そしてAMDAとネパール政府との良好な協力関係の確立です。

AMDA Nepal, B.P. Health Memorial Foundation及びネパール政府と最終打ち合わせをした後、第二次医療ヘルスセンター設立運営を開始する予定です。

ネパール政府はこの二次医療ヘルスセンター3年間運営後の公的援助を約束しています。即ち、この第二次医療ヘルスセンターは3年後にはネパール政府の公的援助を受けてAMDAの主導下に運営され、ネパール東部地区の主要医療機関の役割を果たすことになる予定です。従って、私達はできるだけ高機能/ハイテク装備の医療センターにするつもりです。

同時にAMDA Nepalのメンバーよりこのプロジェクトのために常勤として専従するメンバーを投入します。有り難いことに多くのAMDA Nepalのメンバーが参加を希望してくれています。

当プロジェクトは「アジア多国籍医師団構想」の一環として運営されるためネパールと日本支部以外の他国支部メンバーの参加も考えています。

皆様のご理解とご支援をよろしくお願い申し上げます。



難民キャンプ風景

ALL-PARTY MEET ON REFUGEES

Nepal For Talks With Bhutan To Resolve Issue: PM

By A Staff Reporter
Kathmandu July 7:

Burdened by a burgeoning number of Bhutanese refugees, Nepal will initiate urgent direct talks with the Bhutanese government for resolving the issue on a bilateral basis. Should these efforts fail, India will be persuaded to mediate in the talks under a tripartite arrangement, Prime Minister Giri Prasad Koirala said.

The Prime Minister said the consensus was reached among leaders from different political parties convened by Mr Koirala to discuss the refugee problem, which is assuming serious proportion. Seven political parties sent in 25 delegates to the all-party meet.

Nepal initiated the "quiet diplomacy" policy to resolve the problem but Thimpu gave a lacklustre response to the overtures from Kathmandu. Despite efforts from the government to contain the stream of refugees, the flow continued with the total reaching 54,000 now. Mostly, the refugees are settled in make-shift shelters on the banks of the Kankai River in Jhapa.

Speaking to the press after the all party meet, Prime Minister Koirala said the meeting was aimed at reaching a broad inter-party consensus for solving the

worsening refugee problem despite the "quiet diplomacy" pursued so far.

The meeting agreed to seek the assistance of international agencies for providing immediate relief to the displaced Bhutanese suffering from hunger, malnutrition and disease.

Immediate bilateral talks will be initiated with Thimpu to find out amicable ways of resolving it.

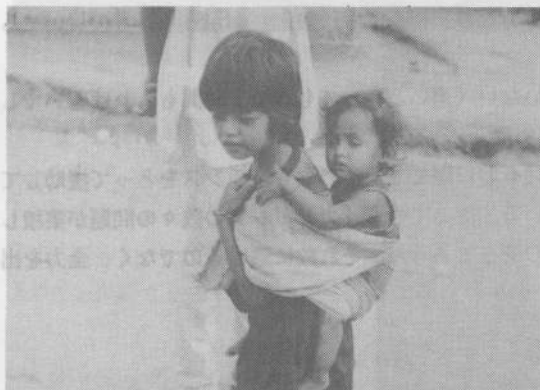
The all-party meet agreed to hold another round of talks to determine the future course of action on the basis of the results of the present initiatives.

Mr Koirala said that the "quiet diplomacy" will, however, continue with the fresh initiatives and cautioned against internationalization of the issue" adding that India would be consulted prior to taking such steps.

"Indian cooperation is important in the resolution of the problem" said Mr Koirala. He recalled that his Indian counterpart P.V. Narashima Rao had, during a recent meeting in Rio de Janeiro, consented to mediate should bilateral negotiations prove unfruitful.

Answering another question on the pro-democracy movement in Bhutan, the Prime Minister said that it was Nepal's principled stand to lend moral support to democratic movements in all parts of the world.

Apart from the Nepali Congress, the Communist Party of Nepal (Unified Marxist-Leninist), United People's Front Nepal, Nepal Sadbhavana Party, Nepal Workers' and Peasants' Party, National Democratic Party and the Nepal Communist Party (United) participated in the meeting.



姉と妹



母と子

カンボジア難民帰還支援緊急対応医療プロジェクト

緊急報告—カンボジアの惨状

桑山紀彦先生

9月4日より18日まで、私はカンボジア・プロジェクトの責任者として現地のフィールド・コーディネーター、熊沢ゆりさんと合流した。AMDAの事務所はプノンベン市内のほぼ中心部にある3階建ての豪華な建物である。しかし水が出ず、電気も1日3～4時間しか来ず、文明生活に慣れた私を打ちのめした。しかし熊沢さんはけろりとして淡々と生活しているのが実に印象的で、「この方はもうすっかりカンボジアに馴染んでいる」と思わず呟いてしまった。現在は電気も何とか8時間くらいの停電に治まり、水も順調に出ている。夜間の停電の際はジェネレーター（発電機）を回し、仕事ができるようになっている。また、通訳と運転手の2つの仕事をこなす有能な人材としてMr. Sok Savuth（ソク・サブース氏）を正式に雇用した。彼はカオイダンから帰還した帰還難民である。完璧な英語を話す彼はロンノル時代の兵士で、US Armyの訓練を受けたことがある。本人には似ても似つかないかわいい娘ドナちゃんと妻の3人暮らしである。賛否両論はあったが熊沢さんと話し合っ、彼の一家をAMDAの事務所の1Fに住ませた。月給\$100と安い、その代わり家賃を取らないことで約\$200分の給料になっているはずである。私たちがクメール人と一緒に生活することで、様々なぶつかり合いはあると思ったが、そうすることが逆にカンボジアやクメール人のものの考え方を理解する一つの道と考え踏み切った。わいわいとした同居生活はやはり楽しい。

われわれがサポートするPhnom Srouch（プノム・スロッチ）郡病院はコンボンスプー県の西の端で、2年前まではボル・ポト派の支配領域であった「激戦地域」である。従ってたくさんの砂糖椰子の樹が今でも銃弾で折れたままの生々しさを残している。また、UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）に貸して頂いた「地雷マップ」をみると、このプノム・スロッチ郡は多くの地雷源を抱えている。HCRは「今、日本のNGOのなかで最も注目するのはAMDAである。なぜなら、他のNGOは自分達の活動地を自分達の都合に合わせて選んで来たが、AMDAは遠く、不便で、かなり危険な地域に入ろうとしており、これは現場のニーズをよく考えて活動地として選んでいるからである」と評価して頂いた。そのような経過を踏まえて選んだかは別として、このプノム・スロッチは以下の点に於て、緊急、継続両面の援助が必要とされている。

①この郡には8月末の時点で700人を越える帰還民が定住しており、他にIDP（国内避難民）site（キャンプ）があるため、一般の住民も合わせると立場や歴史の異なった3種類の人たちが混住する地域であること。

②戦闘地域であった事もあって他の郡よりも貧しく、保健活動も停滞していること。

③カルダモン山系の入口であることから、山がちな地域で人々は貧しさ故に山に入って木を切る。それも隠れて夜に切ったりするため、蚊に刺されたり、地雷を踏む場合が多く、マラリア感染、触雷事故が多い。そしてマラリアにかかったり、片脚を失ったりすると一層生活が貧しくなり、構造的な「貧困」ががっちり根付いてしまっている。

④プノンベンから遠いこともあって余りNGOが入っていない（遠いといっても車で1時間もあれば着いてしまう。道は完全舗装）

以上のように、帰還民も、国内避難民も、そして一般住民もわけ隔てなく、しかもバランスをとって援助していくべき地域であり、問題は「構造的」な部分に関係している。従って最も「カンボジアの数々の問題が集積している」地域と言えないこともない。こう書くとかなり難しそうであるが、それ故に逃げるのではなく、全力を出してケアに努める甲斐のある地域であると考えたい。



AMDAプノンペン事務所



桑山先生
ソクサブス一家
メイドさん
熊沢さん



国内避難民地区
(プノム・スロッチ郡)

重症のマラリア患者

重症のマラリア患者（人形）が看護
を受け、シノビの保健センター
で治療を受ける人々の姿。この
類の伝染病は、重症化すると
命を失う危険がある。シノビ

帰還難民のモニタリングと
健康診断も 帰還難民の家



◆現場日誌より◆

「9月8日」

その快晴の日、私はAMD Aがサポートしているブノム・スロッチの病院にいた。景色だけみると本当に天国のような風景で、ここでハンモックを用いて昼寝をすればもう日本になって未練は残らないだろうと思えるくらいいい風が吹いてきていた。と、そのときにわかにかんの方が騒がしい。この悲しいくらい「何もない」病院に一体何が起こったのかと外に出てみると、後ろに長いリヤカーをつけたオートバイが独りの老婦を乗せて入ってきた。普段はぼーっとしている病院の職員がただならぬ雰囲気緊張している。「どうした？」私は横にいた通訳に聞いた。私たちが臨時で雇っているブノンベン大学の学生の若い通訳は顔をこわばらせて「地雷を踏んだと言っている！」と叫んだ。私は頭に血が昇るのと足先から血がすーっと退いていくのを同時に感じながら急いでそのリヤカーの荷台に駆け寄り寄りのぞき込んだ。

歳の頃は50歳を越えたくらいの男がその横たわり、気絶している。足は？と診ると、左足はすねから先がちぎれてなくなっており、顎骨がぎざぎざに折れて飛び出ている。そこから先の「足」はだらりと一かたまりの肉片となってぶら下がっている。よくみると足の指やかかとの骨が血塗れになりながら横も縦もなくつながっており、確かにそこに「足」があった事を物語っていたが、もはや原型はとどめていない。通訳は「この病院から2kmの所で踏んだんだって！」と叫ぶように言う。それがとても近いところであることだけが分かったが、頭はとにかく応急処置の事を考えていた。急いで膝の下を縛る。どこからきたのか、検査の職員が包帯を私に渡してくる。きつく縛ると「ウオーッ」と男が起き上がった。しきりに何か叫んでいるがクメール語なので分からない。通訳はそれを聞いて顔を悲痛に歪ませる。傍らではこの男の歳老いた妻が途方にくれている。そして応急処置をする私に合掌してきた。とても辛くてしかたない。手を合わせられても今の私には何もしてあげられないのだ。とにかく手術室はもちろん、今は清潔な生食さえない「無機能」病院なのだ。急いでコンボンスプーの県立病院に運ばなくてははいけない。通訳を通じて妻にそう伝えようと、「付いてきてくれるか」と言うので、「もちろん」と答えるとさっそくオートバイの運転手が運び始めた。しかしそのとき、この歳老いた妻が泥のついた手で幾枚かのリエル札をその運転手に渡していた。おそらくけななしのお金に違いない。私は泣きだしたいほど心が締め付けられた。ここは全てが”じぶんで払わなくてははいけない”のだ。

県病院の手術室に運ばれた男は遠い声で泣いていた。妻は玄関でそれを聞きながら途方にくれていた。妻は55歳で村の学校の先生だという。夫であるこの男は生活が苦しいので、山に入って木を切ってお金にしていたが、この頃は安全なところの木はすべて切り尽くされているのでより深い森の中に入って行かざるを得なかったのだという。妻は「これで一家はおしまいだ。この借金は子供の代でも払えない」と嘆く。手にはゴザを持っていた。これから夫が退院する日までこの病院のコンクリートの床に寝泊まりするのだという。夫が快復して熱も下がって動けるようになったらAMD Aのブノム・スロッチ郡病院にもう一回来てくれと伝えた。「松葉杖を用意できると思う」と言うと初めてかぼそく妻は顔を和らげた。AMD Aの計画に入っていないこの松葉杖の約束は責任者としては無計画な発言であったが、それでも言わないと日本に学んだ私のような医者には、とてもこの家族に降りかかった災難に対する呵責に耐えられなかったのだと思う。

「9月14日」

熊沢さんと郡病院の裏手にあるブム（集落）を訪ねた。病院の副院長（医師でなく役人）がどうしてもつれて行きたかったようだ。ある高床式の家に通された。通訳は「ここにマラリアの患者がいるらしい」。私は頼りない梯子を登ってその家に入った。6畳もない狭い床が2部屋に仕切れその一つにその家の主人たる男が横たわっていた。額に手を当てると異常に熱い。39度はあるだろう。呼吸も荒く目は虚ろである。もはや体力の限界らしく、私の診察にもほとんど反応しない。妻とおぼしき女性は通訳に説明している。「もう1週間以上こん



地雷に触れて足をとばされた村人



応急処置を実施



重症のマラリア患者



帰還難民のモニタリングと共に
健康診断も実施

な状態だ。今年は干ばつでコメが採れないので、仕方なく深い森に入って行って木を切っていた。入ってはいけない森と分かっているもお金がないのだからしかたない。そしてすぐにこんなふうになってしまった」。マラリアに違いない。全身は渴き、皮膚はたるんだままだ。夜半になると全身を震わせてもがくという。妻は「街に行ったらマラリアの薬を買おうと思ったが、1錠2000リエル(約1ドル)だ。そんな金はどこにもない。何とか治してもらえないのか」と私を見つめる。無力だ。それはいまこの場にファンシダールや点滴がないという意味だけでなく、これからAMDAがこのマラリアの蔓延した極貧の地域とどう関わっていけばいいのかという「答えの出ない問い」に直面していかなくてはいけない事で無力感を感じてしまうのである。調べてみると20家族が住むこの小さなブムで、15人のマラリア患者が確認されておりそのうち5人は瀕死の状態であった。みな危険を侵して深い森に入って行った男達であった。飢えるか、マラリアにかかるか、地雷を踏むか……。余りに悲惨な選択肢の内容に絶句しないではいられない。

カンボジアの抱えるこの構造的な貧困と保健的な窮状に対し、私たちはどう関わっていくとよいのか。高価な医療機材を持ち込むことの無意味さと共に、闇雲に「無料で薬を提供する」事も地域の保健バランスに大きな歪を生じさせてしまう危険性につながってしまう。そこで以下の点から私たちはその活動を始めようと思っている。

- ①清潔な水の確保・・・井戸掘り、トイレの整備とそれに関わる衛生教育
- ②食性作物の奨励・・・栄養面での補填を目指さなくては、医療そのものがぐらつく
- ③現地の医療知識の普及とマニュアル化・・・薬草、伝統医療からのサポート
- ④予防保健の知識の普及・・・汚れた水で子供の目を洗ったりしない。深い森に入る際は暑くても全身を被う衣服を着用するなど。
- ⑤郡病院の機能回復計画・・・結核病棟、伝染病病棟、一般病棟の建設。水周り、トイレの整備
"医学教育ハウス"の建設(地区のヘルス・ワーカーの教育)
- ⑥IDP Site(国内避難民村)の「水」「Sanitation」「食性作物栽培」へのサポート
- ⑦Mobile Clinic
- ⑧帰還難民のモニタリング・・・これは地域の「社会」「医療」バランスをとるための大切な資料作りも含まれている。従って、決して帰還難民のみにそのプライオリティを与えるためのものではない。

そんなわけでカンボジア・プロジェクトとは始動しましたが、大きな問題を抱える地域に入っているが故に様々な試行錯誤が予測されています。資金的にも苦しいのが現状です。どうぞもしこれらの現状打破策に対し賛同して頂けるようでしたら、激励の意味を兼ねて募金をお願いしたいと思います。どうぞ私たちカンボジアプロジェクト班を支援して下さい。お願い致します。

(文責 カンボジア・プロジェクト 桑山紀彦)

アジア医師連絡協調査

帰還難民 難しい母国順応



難民から話を聞く桑山医師(右から2人目)＝ウドンで秋尾信也も写す

カンボジア
桑山医師は一九八九年十一月から、タイ国境のカオイ

尾引くキャンプ生活 「仕事ない」「食料配給ない」

【フンペン29日秋尾信也】国連平和維持活動(PKO)のためカンボジア入りした陸上自衛隊第一次先遣隊の準備作業が進む中、アジア医師連絡協議会(六カ国二千人)の桑山紀彦医師(山形大医学部精神科)が今月中旬、現地で帰還難民の意識調査を実施した。「土地も仕事もない」と、将来の暮らしに不安を訴える大人おびえて、閉じこもる子供たち。調査結果から、故郷を追われ、長期にわたったキャンプ生活が意識や行動面に色濃く影を落としていく実情が浮かび上がる。

ンフに入り、難民の意識調査を続けてきた。

帰還民の意識調査に取り組み始めたのは今年七月。キャンプ生活を続けていた難民の帰還が始まっていた。「帰還で、調査を終わりに出来なかった。国連や非政府組織(NGO)が担ってきた難民事業の結果はこれから出る」と言う。

調査の中心は、フンペンの西方約四〇キロのウドンからさらに南方のプロムンロット地区、日本語で「険しい山」の意味だ。一昨年

訪ね歩いた。

今回は同地区の二十五家族に面談した。家に閉じこもり、外へ出ようとしないう子供たちは「さへがない」「怖い」と答えた。子供の就学率も大人の就労率も極めて低い。「学校への行き方が分からない」「仕事がない」。キャンプではすぐ近くに学校があり、大人は働かなくても暮らせた。

「食料配給を受けていない」と多くの大人たちが答えた。配給の日も場所も知らない。黙っていても、衣

食住が足りたキャンプ生活の影響と想われた。「国連の保護が突然なくなることの影響は予想以上に大きかった。一歩々々、難民を順応させていくのがいいが、時間の制約がある。過保護を続けるのも保護を断ち切るのも混乱を起す。継続して調査をいかなければと桑山医師。いったん帰国後、十二月にカンボジア入りし、今後は周辺住民の意識調査もする予定。帰還難民への食料配給などをねたむ声も聞かされた。



第1回カンボジア帰還難民社会、心理調査報告

山形大学医学部精神科 桑山紀彦先生

はじめに

この調査報告書はNGOであるAMDA（アジア医師連絡協議会）が本年7月より開始したカンボジアに於ける援助活動の一環として始められたものであり、そのプロジェクトの責任者である桑山が主導して行ったものである。これは決して帰還民のみをその援助の対象とするのではなく、その地域の中での平等なケアを目指すため、まず帰還民がどのような状況に置かれ、それを周囲の一般村民がどの様に感じているかをまず知ろうとする事が大切という意図により行われているものである。

しかし、正式な調査としては甚だ不十分であり、数的にも不足している。しかし敢えてこうして発表するのは、われわれの今後の方針を明らかにすることに加え、今後の調査やしかるべきケアについてのご助言を頂きたいと思う故である。

調査地：コンボンスプー県 プノム・スロッチ郡、ウドム郡

調査日時：第1回：1992年9月5日～9月17日

調査対象：①プノム・スロッチ郡トゥオル・ブラーサ地区周辺に帰還した24家族

②ウドム郡役所にdistributionで集まった4家族

③コンボンスプー県のカンボジア赤十字の事務所に寝泊まりしていた1家族

④上記帰還民に隣接して住む一般村民2家族

調査手法：・クメール語に訳された質問紙・・・帰還民用と周辺住民用の2種

・Stress Scale test Stress Magnitude test

・通訳者（カンボジア人）を介した「聞き取り」と「心理テスト」

調査対象数：29家族、脱落例を除いて14人より有効回答

調査結果：

「” 帰還民に対する ” 質問紙」より

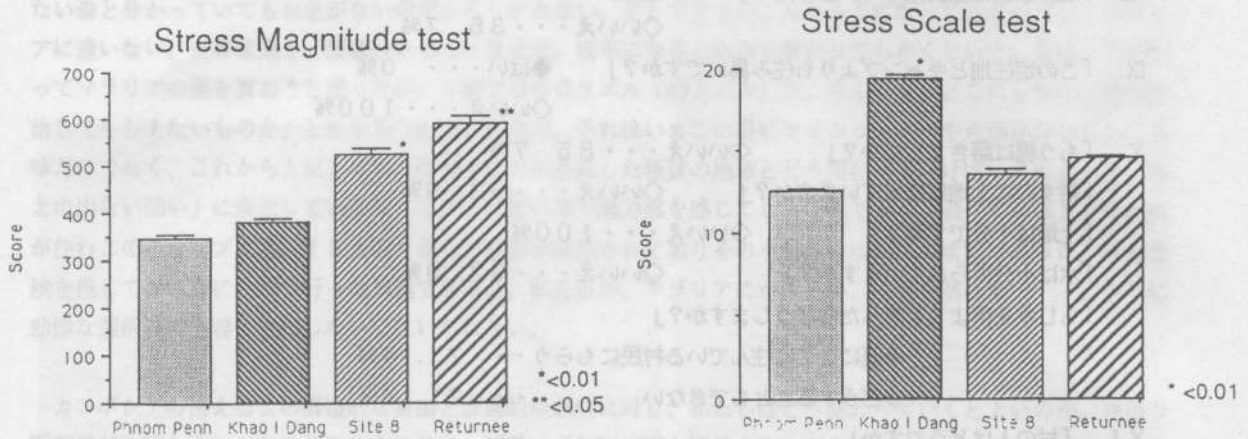
- I. 平均年齢：39.8歳（29歳～65歳） 男女比：0.4
- II. 平均同居家族数：4.43人
- III. 滞在していた国境キャンプ：①SITE K・・・71.4%
②カオイダン・・・14.3%
- IV. 帰還月：①6月・・・28.6%
②7月・・・28.6%
③8月・・・28.6%
- V. 「あなたはカンボジアに帰りたいかったですか？」 ◆はい・・・71.4%
◇いいえ・・・14.3%
- VI. 「もし第3国へ出国できるとしたらどこへ行きたかったですか？」
◆アメリカ合衆国・・・28.6%
◆ベトナムが恐かったためなので、第3国には行きたくない・・・57.1%
- VII. 「現在定住した地は希望した地と同じですか？」 ◆同じ・・・100%
では「なぜこの地を選びましたか？」 ◆親族がこの地の近くにいたから・・・92.9%

- VIII. 「現在家族は全員揃っていますか？」 ◆はい・・・ 64.3%
◇いいえ・・・ 35.7%
- IX. 「この定住地とキャンプよりも住み易いですか？」 ◆はい・・・ 0%
◇いいえ・・・ 100%
- X. 「もう種は蒔きましたか？」 ◇いいえ・・・ 85.7%
「耕すのに土地は持っていますか？」 ◇いいえ・・・ 92.9%
「土地は十分ですか？」 ◇いいえ・・・ 100%
「水は十分得られていますか？」 ◇いいえ・・・ 92.9%
「もし水を得ようと思ったらどうしますか？」
◆既にここに住んでいる村民にもらう・・・ 71.4%
◇どうすることもできない・・・ 21.4%
- XI. 「村の人はどうですか」
◆優しくしてくれている・・・ 62.3%
◇冷たい・・・ 28.6%
- XII. 「なにか意見がありますか？」 (抜粋)
①「周りの人はもっと優しくして欲しい」
②「周りの人は私が土地を持っていったと思っている」
③「ここにいると薬がもらえないし、かといって買えない」(2名)
④「国境のキャンプには戻りたくない」
⑤「もうキャンプに戻りたい」(2名)

「帰還民に隣接して住む一般住民」に対する 「質問紙」より

これはまだ数的に全く不十分なので、統計的データは出せていない。今後例数を増やして報告するが、2家族とも隣接して住んでいる帰還民を「カンボジアにとって大切な人々だ」と回答していた事が印象的であった。

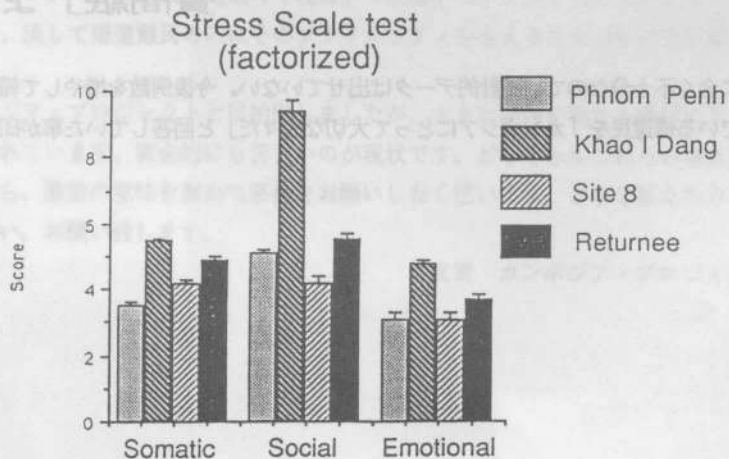
「精神的ストレスの状況」について



◆周りにどれほどのストレスとなりうる「障害」が存在しているかを知る「ストレス・マグニチュード」では、サイト8よりもスコアが高くなり、プノンペン市の1.5倍近い「障害」があることが解った。特に健康面における「障害」は多く、ほぼ全員が「過去1年間に何らかの病気にかかり、治療の方法もなく放置されていた」と答えている。この「障害」の度合はプノンペン市に対し統計的な有意差を認めた。

◆一方、自分の内面にどれだけのストレスが貯められているかを知る「ストレス・スケール」では、カオイダンの特異的なストレスの高さはさておき、帰還民のストレスはサイト8、プノンペン市よりも高い傾向を見せた。しかし、統計的な有意差はなくその差は僅かであった。

今後はもっと数を増して、一層正確なデータを得ることに努めると共に、帰還民と周辺住民のストレス度の比較をしていく必要を感じている。生活の土台を同じ場所に置いたこれら一般住民と帰還民のストレス比較により、現在この地域に内在している問題の把握にいくらかでも役に立つと思われる。



最後に「身体的ストレス」「社会的ストレス」「情緒的ストレス」に因子分解して、このストレス・スケールを考察してみると、カオイダンの様に全因子に渡って高いスコアを呈していることを除けば、帰還民はプノンペン市やサイト8よりも各因子でスコアが高く、中でも身体的ストレスが他の地域よりも高い傾向を示している。これは様々な身体的疾患が自分達の周りに多いことを示しているが、一方で、心のストレスを言葉で表現する力が低下しているため、身体の訴えを用いて表現している（いわゆるヒステリー状態）のではないかと推察された。彼ら帰還民が心のストレスを言葉で表現する力を低下させるもっとも大きな原因は「急激な居住環境の変化」ゆえの”不適応”状態が最も考えられる。

「キャンプで生まれた子供達の帰還」について

兼ねてより、キャンプで生まれた子供達は「キャンプ以外の世界」を知らないため、本国帰還によって様々な不適応や戸惑いを生じることが予測されていた。これより継続するこの調査はこの「キャンプで生まれたこども達」の社会、精神的適応状況の調査も兼ねている。これはこの子供達がよりよく定住地に馴染み、祖国に落ち着くことを手助けするためプランをより現実のものにするための事前調査である。

今回は第1回目ということもあって印象にとどまった。

①接触性の低下（自閉的傾向）

・・・サイト8やサイトKではよくみられた傾向だが、見知らぬ人物や解らない出来事に遭遇した際、通常は「好奇心」が「不安」に打ち勝ち、ゆっくりではあるがその対象者（物）に興味を持つ。しかし帰還民の子供は「不安」と「恐怖」が前面に立ち、時間が経過してもその対象に接触しようと計らない。

②意志表示能力の低下

・・・自分の訴えや希望について、他者に対して理解してもらおうとする意志に乏しくその伝達手段が一般の子供達に比べて圧倒的に少ない。これらは社会的な発達の遅れを示唆するものではないだろうか。

③度を越えた弱いものいじめの傾向

・・・子犬や子猫のような自分より弱いものに対し、「かばう」とか「守る」という意識に乏しく、逆に暴力的になって「いじめ続け、いじめ抜く」。これは子どもの中の攻撃性が表現されているものだが、どの程度いじめれば相手（犬や猫）が苦しまかという判断に乏しく、その程度を知らないことが多い。つまり、自己の暴力性の「歯止め」機構が弱体化している事を伺わせた。これらは社会的な教育システム（より自然な形での社会勉強）がキャンプ内で滞り、不自然な子供社会でしか育たなかった事を示唆していると思われる。

④家族意識の高揚

・・・国境のキャンプではその異常なまでに間延びした生活のため、「家族の互助機能」が低下していたことを報告したが、帰還民は逆に家族関係を（自然と？）強化し、キャンプ在住時よりもその家族機能を高めている事が感じられた。これは困難な状況に置かれたので、自然と家族が相互に助け合い始めたとも解釈されるが、その割には隣接した一般住民や近くに来た帰還者同士の交流がまだ、活発に動き始めていないため、その代償的必要性に迫られて、最小単位の集団としての「家族機能」が一時的に高揚しているのではないかと思われた。しかし、これらが逆に過剰な保護につながり、前述の「社会的な未発達さ」がそれに加わって自己抑制の効かない成長をしてしまう危険性を示唆しているように思われた。

以上は「雑感」であり、正確さには乏しい。今後も調査を続けると共に、どうしたらこの「キャンプで生まれたこども達」がよりスムーズにカンボジアに適応できるか検討していきたい。

以上 第1回報告



AMDAプノンペン事務所



桑山先生
ソクサブス一家
メイドさん
熊沢さん



国内避難民地区
(プノム・スロッチ郡)



帰還難民の家

4. 外国人相談者居住地域

	8月	累計		8月	累計
東京	69	930 (56.9%)	他県	11	166 (10.21%)
神奈川	2	188 (11.5%)	不明	4	130 (7.9%)
埼玉	12	130 (7.9%)	合計	104	1635 (100%)
千葉	6	91 (5.6%)			

5. 相談内容

	8月	累計
(1)言葉の分かる医師の紹介	83	1277 (78.1%)
(2)医療制度	6	137 (8.4%)
(3)金銭問題・トラブル相談	5	119 (7.3%)
(4)病気の説明	7	22 (1.3%)
(5)その他	3	80 (4.9%)
合計	104	1635 (100%)

6. 他機関からの相談件数 (機関別)

(1)病院	7	(2)公的機関 (大使館・自治体等)	4
(3)マスメディア	2	(4)NGO	3
(5)企業	2	合計	18

7. 他機関からの相談・問い合わせ内容 (複数回答)

(1)通訳・言葉	4	(2)医療機関紹介	5
(3)診察補助表	2	(4)医療費について	3
(5)その他	4		

センター報告

- 診察補助表の申し込みも800部を越え、電話による問い合わせも一段落しました。今後も岩手県国際交流協会主催のシンポジウム、国際保健医療学会などで宣伝、販売していく予定です。
ベンガル語の追加、ハングル、ペルシャ、カンボジア、ベトナム語の改訂も進行中です。
- 10月3、4日の国際協力フェスティバル「一こころの地球儀回っていますかー」(財)国際協力推進協会主催)にAMD A本部と一緒にパネル展示をすることになりました。AMD Aの活動を紹介する良い機会になると思います。
- ポルトガル語通訳が不足しています。週1度、決まった曜日にセンターでボランティアしていただける方がございましたら、センターまでご連絡下さい。宜しくお願いいたします。

東京都の委託事業を受けるに際して—NGOとGOが協力することの意義など

現在、様々な分野でNGOとGOはともに同じ目標に向かって活動しているといってもよい。もちろん組織の性格上、全く同じアプローチができるわけではない。基本的にはGOは大きな方向性を示せたとしても、さらに細かい部分についてはNGOの方が活動性に優れている。特に外国人の医療問題に関しては行政からのアプローチと民間からのアプローチが不可欠であることはこの2年間の取り組みですでに明らかになっている。医師会との関係、オーバースティの人々に対する対応などは地方行政では取り組むことが困難であり、民間に助成・委託の形態を取ることが問題への取り組み方法として最も現実的であり、かつ有効であろうことは私達がこの2年間主張し続けてきたことである。しかしながら経験主義を何より尊ぶ行政にあっては私達の主張に対する反応は残念ながら乏しかった。今回、東京都の委託事業を受けるについて私達も前向きに検討しなくてはならないのは、東京都が設立わずか2年のセンターの活動をパートナーを組むにふさわしいと正当に評価している点と外国人の医療問題に対して東京都が本気に取り組もうとしている点である。また先にも述べた如く経験主義を何より尊ぶ行政にあっては今回の東京都とセンターの協力事業が成功するならば、今後全国に地域の民間団体を行政が援助する形の問題解決型の運動が急速に広がる可能性が非常に高い。民間団体にとってはこのような方式は財政的には大きなメリットとなるであろう。しかし一方では民間団体は、行政に適切なパートナーとして信頼されうるようなしっかりとした組織作りをせねばならない。今後、センターは行政の医療情報の全てをコンピューターの端末機を設置することによって確保し、それに従来のNGOとして蓄積している情報を上乘せし、海外各国からの留学生医師、看護婦などを人材として有給でセンター内部に確保することにより、世界で一、二を争う大都会東京の外国人の医療の全てをカバーしうる世界に誇る組織になるであろう。

今回の委託事業のもっとも重要なポイントは東京都の全ての医療情報がセンターに集積されるのに対して、現在センターに集積してある医療情報が東京都側に渡ることなく、相談者や協力医療機関のプライバシーが十分守れる点である。即ち、センター主導の事業ということである。今後ともセンターが主導できるよう経営面を含めたNGOとしての運営努力を続けなければならない。

09 25, 1992

小林米幸

在日外国人が利用できる制度 ③ 労災保険

●労災保険適用対象者

常勤労働者でもパート・タイマーでも、会社と雇用関係が成立した時点で、労災保険適用対象者となります。特に小さな会社では、「うちの会社は労災保険に加入していないので使えない」ということがあるようですが、これは正しい解釈ではありません。先にも述べたとおり、労働者は自動的に本保険に加入しているのです。うちの会社が労災保険に加入していないなどということはあり得ません。「加入していたのだが、雇用者側が労災保険の掛金を支払うのを忘れていた」ということにすぎないのです。このような場合でも、もちろん労災保険は適用されます。雇用者側は忘れていた掛け金を支払うこととなります。

●外国人に対する適用

本保険は、労働者であれば国籍に関係なく適用されます。昭和六三年には、労働省労働基準局長の通達として、「日本における労働であれば、日本人であるか否かを問わず、また外国人であれば不法就労であるか否かを問わずに適用される」という内容のものが出されており、たとえ不法就労であっても本保険を利用することができまます。唯一の例外は研修ビザで来日している研修生です。なぜならば、労災保険は労働者のための制度であり、研修生が日本人に混じって仕事をしても、この行為は労働ではなく、研修における実習と見なされるからです。したがって、研修ビザで来日した人には労災保険は適用されません。最近、経済団体や一部の職能組合が労働力不足を解消する目的で、外国からの研修生を導入する予定があることを表明しています。労働力不足を解消する目的とはつきりうたっていないながら、研修生が日本人に



混じって仕事をするのは労働ではなく実習であり、ゆえに給与も支払われず、かつ労災保険の適用も受けられない現状が続くならば、新たな国際問題の火種を抱えることになるのではないかと心配になってしまいます。実際に、実習中に事故で死亡するケースが報告されています。

●外国人労働者、特に不法就労者の労災利用を阻むもの

労働基準監督局では、不法就労者に関しても人道上的観点より、出入国管理局への通報は行わないので労災の申請を行うよう呼びかけています。しかし、その届出件数は非常に少ないのが現実です。その第一の理由は、日本人の雇用者が不法就労者を雇用していたことが明らかになるのを恐れ、治療費を現金で支払ってしまうケースが多いからようです。現在、不法就労者を雇用していることが判明すると、雇用者には二〇〇万円の罰金が科せられ、不法就労者は全員強制送還されます。したがって、二〇〇万円以下の医療費であれば、労災保険の申請をさせずに現金で支払ってしまおうというわけでしょう。ただ、治療費が支払われるだけでなく、その後の生活における後遺症に対する補償という点からも、労働者にとっては労災の適用を申請すべきなのではないでしょうか。

第二の理由は、不幸なことに仕事仲間である他の不法就労者からの圧力です。労災の申請をすることにより、労働基準監督局の指導が職場に入り、他の不法就労者が職場を追われて職を失うという事態を極端に恐れているからです。

このような混乱は、外国人労働者に対する日本政府の建前と現実が異なる間は、いつまでも続くのではないのでしょうか。

林原フォーラムのお知らせ

当ニュースレターでも一部すでに紹介されているように来年5月20日～22日に林原基金の御後援のもとにAMDA・Japanの主催で「国際医療協力」～アジア多国籍医師団の構想と実践～をテーマに国際シンポジウムを開催する運びとなった。ここに改めてその主旨と沿革をお知らせし、会員の皆さんの御理解と御協力をお願いします。

執行部として7月28日正式に運営委員会（パート1担当：菅波茂、パート2担当：朔元洋、パート3担当：津曲兼司）を発足させ、具体的準備、運営に当たることとしました。

パート3には、AMDA各国支部の中心メンバーが招聘されますので、多国籍医師団の案件のみならず、AMDA全体の組織運営を検討、意思統一する場にもなりえる点でも重要な会議となるでしょう。

主旨に賛同され、特に運営、準備に御協力いただける方がありましたら、事務局まで御一報ください。

The Hayashibara Forum '93

International Medical Cooperation with Respect for Native Cultures

The Idea and Development
of
"Asian Multi-National Doctors' Mission"



20th - 22nd, May, 1993

at Hayashibara Fujisaki Research Institute
Okayama, Japan

Organized by
Association of Medical Doctors for Asia

Sponsored by
Hayashibara Foundation

Several basic criteria for panelists are :

For Part 1, a religionist (belonging to a main religion of his country) or a governmental officer or a scholar of social science, who is concerned with cultural aspects of medical service and has experience in medical volunteer activity or related matter.

For Part 2, a clinical doctor who is familiar with traditional medicine of his country as well as with modern medicine, and practices herbal medicine or other traditional remedies.

For Part 3, a doctor or an organizer of a medical group who can potentially be involved in the Multi-National Medical Mission.

Application Form

Panelist Candidate for Part 1, 2, 3.

Name :

Sex : Age : Nationality :

Affiliation :

Speciality :

Address :

Telephone :

Fax :

Recommender

Name :

Affiliation :

Address :

Telephone :

Fax :

Other Communication

The world is becoming more and more borderless. More international cooperation is urged also in the field of medicine. The Association of Medical Doctors for Asia (AMDA), a non-governmental organization composed of doctors from fourteen member countries, has been a leading force in this dimension in Asia. Under the slogan of "Better Medicine for Better Future in Asia", AMDA has held international conferences, led exchange training programs, dispatched medical rescue teams to disaster stricken areas, promoted a medical information network for foreigners in Japan, opened an AMDA clinic in Nepal and so on. AMDA has now reached a unique idea of "Multi-National Doctors' Mission": a system designed to provide a more local-society-oriented medical service in Asia.

The Forum is composed of three parts.

Part 1:

Philosophy for International Medical Cooperation

International medical cooperation is most effectively fulfilled when the medical culture (the attitude toward health, medicine and life included) of a targeted local people or society is understood. Not only doctors, but also anthropologists, religionists and philosophers are invited from several countries. Differences and similarities in the medical cultures of various countries and relevant difficulties for cross-cultural medical cooperation are discussed. It is attempted to overcome differences and pursue a basic philosophy applicable for medical aid directed to people with different cultural backgrounds.

Part 2:

Traditional Medicines as Medical Resources

Each country has its own history of traditional medicine. Although traditional remedies are mostly replaced by modern medicine, there seem to be some which are beneficial enough to be integrated into modern medical practice. For example, Kampo herbal medicine is reappreciated in Japan where the newest modern medicine is abundant. Clinical doctors from different countries who practice regional remedies in accordance with modern medicine are invited. The present situation concerning traditional medicines in various countries are discussed. Strategy for reassessment and conservation of useful traditional medicines are probed.

Part 3:

Action Program for Establishment of "Asian Multi-National Doctors' Mission"

Representatives from member countries, mostly AMDA committee members, are invited to discuss how to realize the suggestions of the Part 1 and 2. A concrete action plan is searched to embark on the establishment and management of the AMDA's Multi-National Mission.

- Requests for Applications -

Although panelists are basically assigned through the AMDA network, this forum is open to others so that more suitable participants are recruited from wider circuits. If you sympathize with the idea, you are kindly requested to recommend suitable candidates from your country (yourself included) for the Forum. Your recommendation will be sincerely assessed by the Committee.

The cost of flights and accommodations for stay in Japan will be fully covered by our budget for the invited panelists.

タイ・インドネシア出張報告

伝統医学プロジェクト委員長 朔 元洋

林原フォーラムの協力要請を主目的に8月9日～16日にタイおよびインドネシアに出張させていただいたので、その成果を報告する。

タイ

チェンマイ

ダナママイ会チェンマイ支部の招きでチェンマイ大学医学部を訪問した。[Dhanammanama i 会は、故 Uav Ketusingh 元シリラート大学生理学教授の精力的リーダーシップで誕生、発展してきたタイの伝統医学を見直そうという全国組織である。筆者は先生の創設されたタイ伝統医学大学(Ayurved Vidyalai)にて2年前臨床研修をさせて頂いた。]

8月10日、昼食を兼ねてレセプションを催して頂いた。出席者は Tawan kangwanpong 元学長、Boonlong Sivasomboon 元医学部長、Tejatat Tejasen 教授(解剖学)、Pongsiri Prathnadi 助教授(外科学)、Maitree Sutajit 助教授(生化学)、Dr. Sumitra Thongprasert 講師(内科学)ほかという錚々たる顔ぶれで、予想以上のダナママイ会の懐の深さに驚かされた。外科医ながら農村地帯のプライマリケアにも関与しタイ伝統薬草薬に造詣の深いブラツナデイ先生に林原フォーラム(パート2)のシンポジストとしての参加を要請し、内諾を得た。

2時からはチェンマイ大学医学部にて講演をする光栄な機会を与えられた。約30名の聴衆(主に医師)に「日本における漢方医学の現状」と題し、林原フォーラム・パート2やAMDA伝統医学プロジェクトの背景を概括的に論じた。漢方薬に関する種々の統計や科学的研究のデータを多く示し、伝統医薬の可能性と西洋医師としての科学性とのジレンマを日本よりも強く抱えた状況にあるゆえに、幸い興味深く聴いて頂けたようである。夕方は、近くの寺 Wat Umong の僧医 Pra Meng 師を訪ねた。約1000種類の薬草を有する薬草園は見事であった。

11日、チェンマイ伝統医学校を見学した。薬草薬処方やマッサージを教育するが全日制ではない。

ついで郊外に、薬草園を有するクリニックを開業している Veruree Srithep 先生を訪ねた。約1000種類の薬草を栽培し、うち12種類を大量生産、自前で製品化して使用していた。主に西洋医学的に治療で治癒しない慢性病患者を対象としている。

ビジネスとしても成功しており、民間の伝統医薬に対する根強い人気を感じた。

ダナママイ会チェンマイ支部は伝統医療を活用したヘルス・センター計画を進めている。建設予定地を見学し、どのような協力が可能かを忌憚なく議論した。今後、AMDA全体としても検討に値するプロジェクトと考える。

プラチンプリ

12日、一転バンコクから前述のタイ伝統医学大学(Ayurved Vidyalai)校長の Bunruang Niyomporn 先生に御同行頂き、カンボジア国境に近いプラチンプリに車で向かった。厚生省主催の第2回伝統医師全国大会に Sumruay Tupcharven 先生を訪ねた。先生は、厚生省所属でプラチンプリ地方の役所に勤務、若手女医ながらタイ伝統薬の活用を推進するリーダーとして知られる。林原フォーラムのシンポジストとしての参加を要請し、内諾を得た。特別な計らいで同全国大会において30分の講演を許可され、約80名の聴衆(主に若手の伝統医師、若干の西洋医師と役人)にチェンマイ大学と同様の講演を簡略化して行った。

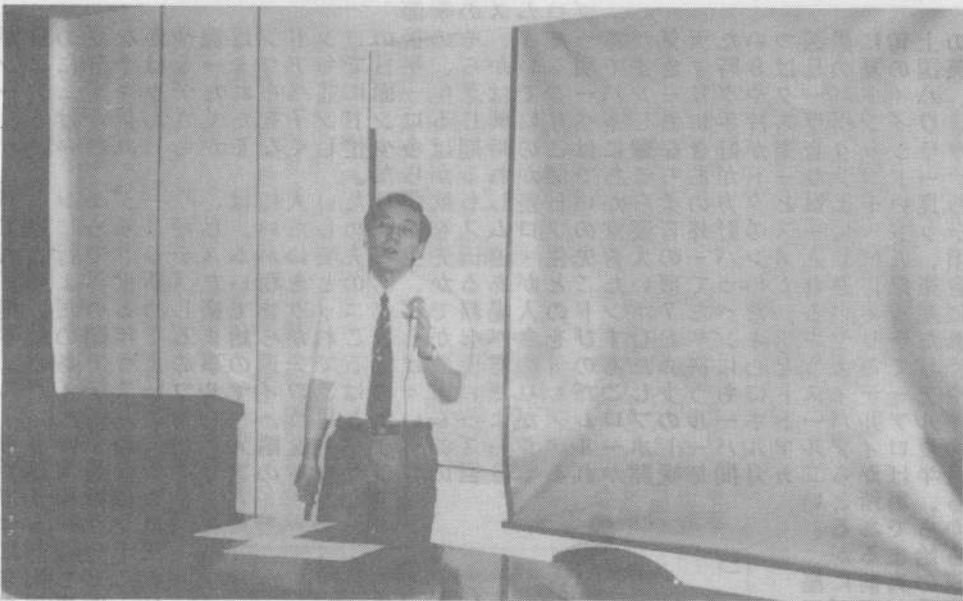
インドネシア

ジャカルタ

厚生省ジャカルタ・ヘルス・サービス・センターに Dr. Suhantoro DSM を訪ねた。先生は、同センターの部長、インドネシア医師会の役員を兼任。ジャカルタ市内の全西洋医学クリニック(#3000)、伝統クリニック(250)、針灸院(300)など医療関係機関を統括、管理する立場にある。御自身は伝統医学を実践しているわけではないが、その潜在的効用を認め、インドネシア薬草薬 jamu を現代社会に適合した形で発展させていくことに腐心しておられる。ここでも日本での漢方医学の再評価の現状をスライドをまじえて説明させて頂いたが、科学的研究や実践状況のデータに大いに興味を示された。同先生に林原フォーラムのシンポジストとしての参加を要請し、内諾を得た。

AMDA Indonesia の Dr. A. H. Tantra (Pandang) と電話連絡し、Dr. Faisal Yunus (Indonesia 大学第2付属病院 産科部長) に面会した。2人とも日本留学経験があり、日本語は堪能である。ユヌス先生の案内してもらった薬飲料カクテルを出す jamu のドリンクショップは一見カウンターのあるバーのようで、独特の伝統薬の活用法は興味深かった。

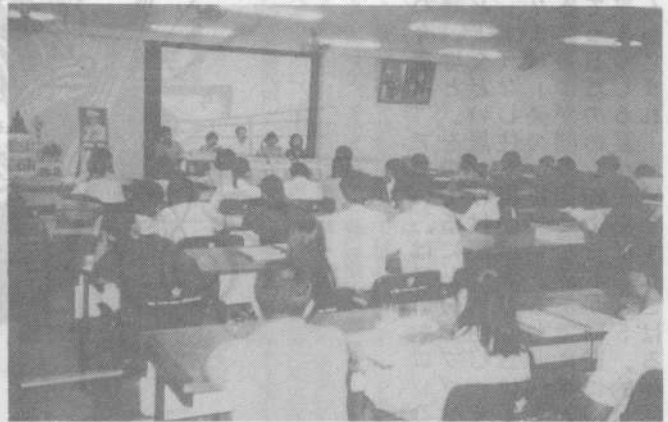
旅中、AMDA に対する期待、評価は予想以上に大きく、それに応えられるよう AMDA International 全体の組織強化を急ぐ必要を強く感じさせられた。



「漢方医学の現状」について講演する、朔 元洋医師(チェンマイ大学医学部)



チェンマイ大学医学部にて
ブラツナディ先生(右)と
スタジット先生(左)



第2回伝統医師会議。
壇上、右から2人目がスルマイ先生。
サケオ病院(プラチェブリ)にて。



Aqurved Vqdgalai 大学教授
Bunruang先生(右)と



チェンマイ伝統医学専門学校
マッサージ法の臨床実習。
研修生には外国人も多い。



薬草併用のクリニックにて
スリテップ先生(左)

英国が親た日本のNGO

こちらの新聞に目を通している日本社会記事、市民生活のレポートをちょくちょく見かける。下の記事は英国の日報新聞に当たるフィナンシャルタイムズが堤清二のインタビューの横に載せたものである。"目覚め始めた"日本のNGOと題して、今までどうして市民団体による海外援助活動が少なかったか、現在の問題点、今後の展望とよく解説されている。が、それ以上に、こういうことまで英国の知識人は目を通しているのかと感心してしまう。簡単に要旨を述べると、そもそも日本国民は海外での援助活動は政府が解決すべき事と考へてきたし、実際政府レベルでも多額の援助が行われていたこともNGOの発展を害なった。儒教の身内本位の考え方や仏教にキリスト教のような伝道精神がないこと、或いは戦後の追い付け追い越せムードの中で途上国の援助まで手が回らなかったことなどを過去の問題として分析している。現段階では資金と人材の確保が依然深刻な問題として挙げられており、日本には第三世界を活動の対象にしたNGOが270あるがこれは全団体のわずかに1.3%にすぎないという厳しい指摘や、日本のNGOの(年間活動)予算は二千万円ほどでごく僅かである、というNGO活動推進センターのコメントを引用している。資金難の最大解決法として郵政省の国際ボランティア貯金に注目しているのがフィナンシャルタイムズらしい。すでに500万人を越える加入者を抱え、本年の運用資金は24億円と推定されて、外務省の小口の助成を越え日本最大の資金援助元となった、とジャパンマネーの凄さを紹介している。

JAPANESE private contributions to Third World charities are on the increase in what is regarded as one sign of the country's growing public awareness of global problems.

Although critics may contend that the response of the Japanese public is long overdue, there are several historical reasons for the reluctance of the individual Japanese to become involved in charitable enterprises abroad.

The Japanese traditionally have relied on the government to solve most social problems outside the individual's own environment.

Although charitable giving is strong in Japan, it is normally confined to those in one's family, company or neighbourhood.

This reflects the Confucian tradition, which promotes reliance on the group.

The Japanese government's role as one of the world's largest aid donors to the developing world has discouraged private aid. The country's foreign aid amounted to \$11bn last year.

Buddhist Japan also lacks a strong overseas missionary tra-

dition similar to that of western countries, while its post-war quest to catch up with the west led it to ignore less developed countries.

The refugee crisis of the Indochinese "boat people" in the late 1970s, however, was the first event that pierced the public's post-war isolationist attitude to the problems of the Third World.

Several Japanese student groups sent volunteers to the refugee camps in Thailand. This activity created the foundation for the growth of non-governmental organisations (NGOs) engaged in international development co-operation.

There are now an estimated 270 Japanese non-profit organisations dealing with Third World issues, although this constitutes only 1.3 per cent of the total number of private foundations in Japan.

ところでこの国際ボランティア貯金だが、欧州のNGOがさつそく目を付けている。きっかけは昨年のクルド難民救援の際、日本の労組系のNGOがここから助成を受けたがマンパワーの不足で活動が出来ず、その金を仏MSF(国境なき医師団)がそっくり頂いて旨味をしまったことらしい。今欧州はひどい不況で、癌やエイズのチャリティはともかく、途上国への活動は街頭で募金箱をジャラジャラ鳴らしてもなかなか金は集まらない。だからロンドンにいて何回か、MPT(郵政省)の連絡先を教えてほしいと頼まれたことがある。勿論私は教えてあげた。下らない日本のNGOが訳の解らぬ活動にせつかくの善意をバラまくより、しっかりした団体に運用してもらった方が本来の趣旨に沿うと思うからである。この基金は日本の団体・支部が窓口にならなくてはいけないうえ、欧米NGOの日本進出や提携も今後進むだろう。国際NGOによる海外援助はむしろこれから厳しい競争の中に置かれるのかもしれない。

when there is a labour shortage in Japan."

Nevertheless, a spirit of optimism prevails among the Japa-

nese NGOs. "I believe that the country's prosperity is convincing the Japanese that they have a responsibility to areas

of the world that are less fortunate," said Mr Yumoto.

"It is my hope that the NGOs have reached the turning point

where they find wide acceptance and support in Japan."

John Burton

□ FOREIGN AID AND CHARITIES

FINANCIAL TIMES MONDAY JULY 13 1992

Growing awareness

Many have been established by former student activists who believe that the government's Official Development Assistance (ODA) programme does not devote enough resources to grass-root development projects.

Critics argue that ODA aid is mainly used to promote industrial projects that will benefit Japanese companies.

A shortage of both funding and volunteers, however, still presents serious problems for the Third World NGOs despite growing public support in recent years.

Although private contributions to Third World charities are approaching ¥15bn, a third of that amount is designated for the Japan chapter of Unicef and the Foster Parent Plan.

More than 100 organisations must compete for the rest.

"The average budget of a NGO is quite small, about

¥20m," according to Mr Hiro-yuki Yumoto, deputy director of the Japanese NGO Centre for International Co-operation, which represents 35 groups in the Tokyo region.

The financing problem has been eased somewhat by the creation, three years ago, of the Voluntary Deposit for International Aid, a postal deposit system to help Third World nations.

Under the system, Japanese can donate 20 per cent of the interest from their postal savings accounts for Third World projects. The Ministry of Posts and Telecommunications (MPT) distributes the money to selected NGOs.

More than 5m Japanese participate in the fund and will give an estimated ¥2.4bn this year.

The MPT has become the biggest government financial source for the NGOs, exceeding

the small amount of money given by the Foreign Ministry.

Some of the funds are used to attract personnel for NGO projects in the Third World.

"Although we rely on volunteers to carry out much of the administration, we need to find skilled people to operate the programs in the Third World," said Mr Hisashi Shibata, senior programme officer for the Japan International Volunteer Centre.

"They need to be paid because they often have their own families to support," he explains.

"It is growing difficult to find skilled technicians, especially

岩手便り(4)

岩井国先生

三陸の海からは秋の味覚サンマが次々水揚げされ、値段も一匹100円をきりました。この間まで「高い!」とぼやいていたのがうそのようです。

私、岩井は診療のかたわら、日-バングラデシュ友好病院の医療器械譲り受けの交渉、外国人医療アンケートのまとめなどでファックス、コピー、ワープロとにらめっこの日々が続いています。また、8月30日には陸前高田市でサイクルロードレースが開催され、救護に駆り出されました。折からの雨の中転倒が相次ぎ、76人が処置に訪れ野戦病院のような騒ぎでした。そこに、膝とわき腹を擦りむいてきたR君が、私にとって今年初めての外国人患者さんでした。西塚は東医体実行委員が終ったと思ったら、岩手医科大学の国試対策委員に選ばれ、来年の国試合格率アップのため駆け回っています。

医療器械譲り受けの話は順調に進み、23個の宅急便が東京のナイーム先生に届きました。(私が送付先を間違えナイーム先生がたいへん苦労したという裏話もありますが)電気を使うものに関しては、製造メーカーが変圧器を探しに秋葉原の電気店まで出向いて下さっていると聞き、私はただただ恐縮するばかりです。また、宮古病院の事務次長の多田さんと共立医療器械株式会社の高橋さんには炎天下に缶コーヒー1杯で荷物の梱包をしていただき、感謝を通りこして申し訳ない気持ちです。まさに「みなさんのおかげです」

岩手県国際交流協会編集委員会では外国人医療アンケートの第2部として救急隊へのアンケートを行いました。回答率は、なんと100%でした。集計したところ、平成3年1月1日から同12月31日までに県内で搬送された人は22,121人でうち外国人は11人とごく少数でした。出身地域はアジアが7人で大半を占め、搬送理由は病気が6人、外傷が5人でした。外傷の中に外国人船員と観光客が1例ずつあり、外国船の埠頭と観光地をもつ岩手県の特徴がでたのではないかと思います。この詳しい結果は、機関誌「いわて国際交流」10月号に掲載される予定です。「いわて国際交流」7月号に掲載された第1部・医療機関アンケートは大きな反響を呼び、岩手日報・河北新報・盛岡タイムズの各紙に取り上げられ、朝のNHKニュースでも放映されました(その時、私はまだ寝ていました)。県国際交流協会ではまだまだ続く取材申し込みをさばくのにおおわらわだそうです。

さて、お知らせですが岩手県では10月3、4日に「岩手県国際交流フェスティバル」を開催します。その1イベントとして、小林・桑山両先生をお迎えし、念願のパネルディスカッション「岩手県の外国人医療を考える」を開催することになり、AMDARock手は全メンバー(約2名)が実行委員として場所割だ人集めだと頭を悩ませています。みなさん、梅でも桜でもけっこうですので、紅葉見物がてらにぜひおいでください。



新築なった岩手県立宮古病院
(最上階に太平洋が見える大浴場があります)

バルチモア便り(1)

江上由利子先生

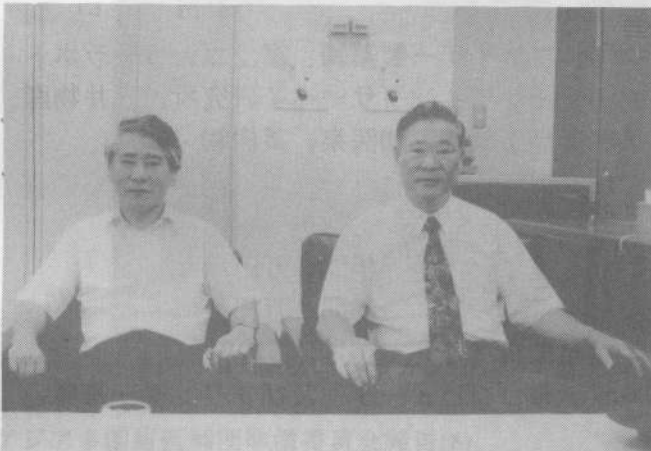
Baltimore 便りを送るようにとの依頼がAMDA事務局から私のところにきました。1年先にきておられる野内先生が書かれるほうが適切かと思いましたが、僭越ながら、私が感じたことを書かせていただきます。

首都ワシントンから1時間、ニューヨークから4時間のところにあるこの街バルチモアに来て2カ月余りになります。古い街で、Water frontで、海の近くに始めて住むことができた私は、この街がとても気に入っています。

Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Healthで11カ月という短い間にたくさん勉強し、遊び、いろいろ見て、...と、欲張って見たものの、山のような勉強量と、私の英語力とのバランスから考えると、"遊び"はかなり縮小せざるを得ません。

'Optimism and Energy': 始まって2週間の頃、Public Healthの歴史の講義の時間に私の耳に飛び込んできた言葉です。20世紀になって、更に、Public Healthを進歩、発展させ、その教育を進めていくうえで、常に問いかけられるべき問題があります。Public Healthが医学、看護学、政治、経済とどうかかわっていくか。公衆衛生の教育を、research, practice, teachingの何に重点をおくか。'Education' or 'Training'が。歴史の中で、公衆衛生にかかわった人達が問題に直面した時に、彼らはこの'Optimism and Energy'をもって解決し、現在に至ったというのです。

この2点を、私も常にもっていたいと思います。そして、そのEnergyを効率よく(?)使うため、力と知識と柔軟性をもちたいと思っています。



プロジェクトにご協力いただいた事務局長の日向さんと次長の多田さん。



旧病院玄関での梱包作業(お手伝い下さった多田さんと共立医科器械の高橋さん)

AMDA 国際医療情報センター

平成4年度運営協力者

(順不同敬称略)

以下の方々にご協力頂いています。有難うございます。

個人、団体

岩淵 千利／満江 (神奈川県)、永井 輝男、長島 隆久 (東京)
色平 哲郎 (長野)、中山 れん太、カトリック東京教区インターナショナルデー委員会、松原 雄一

医療機関

青梅慶友病院、町谷原病院、河北総合病院、高岡クリニック、山田皮膚科
医院、富士見病院 (東京)、小林国際クリニック (神奈川県)、井上病院 (千葉)
福川内科クリニック (大阪府)、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 (沖縄県)

以上年間12万円

会社

三共(株)、昭和メディカルサイエンス(株)、ファイザー製薬(株)、富士コカコーラボト
リング(株)、サンド薬品(株)、ファルマーマーケティングサーベイ研究所、三井物産、
(有)都商会、グラクソ三共(株)、大鵬薬品工業(株)、(株)医泉、葉樹(株)

以上年間12万円

大森薬品(株)、カネボウ(株)

年間5万円

興和新薬(株)、日本新薬(株)

年間3万円

アイシーアイファーマ(株)、キッセイ薬品工業(株)

国際婦人福祉協会

パーソナルコンピューター及びプリンター寄贈