

国際医療協力

Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Vol.16No.6 6月号

1993年6月15日

編集責任者：山本秀樹 津曲兼司 片山新子

事務局 岡山市榑津310-1菅波内科医院

(TEL)0862-84-7730 (FAX)0862-84-6758



AMDA国際医療情報センターの救急医療通訳と事務局のスタッフ

主要トピック

アジア多国籍医師団準備委員会報告(16)

なぜ今NGO(国際民間協力団体)なのか(菅波茂先生)

ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト(菅波茂先生/長谷川昭一先生/
宮地尚子先生/永野章子氏/後藤健次氏)

カンボジア医療プロジェクト(Dr.Sar Borann/Dr.Sek Mardy/熊沢ゆり氏)

ブータン難民救援医療プロジェクト(篠原明先生/川島政久先生/河野吉輝氏/
東野洋平氏/新庄祐子氏)

AMDA国際執行部会報告

林原フォーラム93'報告(黒住宗道氏/香取美恵子氏/桑山紀彦先生/中村安秀先
生/長谷川敏彦先生/梅内拓生先生/武井秀夫先生/川本浩司氏/原田豊己氏)

国際医療情報センター便り(小林米幸先生/香取美恵子氏)

ジャパン-バングラデシュフレンドシップホスピタル

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300名、アジア各国総数500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)086-284-7676(Fax)086-284-6758

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)

ソマリア難民救援医療プロジェクト

1993年1月よりケニア国内/ジブチ国内/ソマリア本国難民救援医療活動をAMDA-Japan,AMDA-Bangladesh,AMDA-India,AMDA-Nepal 合同で開始。

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。

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。

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チームを派遣。

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。

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。

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)086-284-7730, (Fax)0862-84-6758 /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)
ソマリアプロジェクト委員長 国井修 (国保栗山診療所)
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)
ネパールプロジェクト委員長 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生)
健康教育プロジェクト委員長 三宅和久 (宇治徳州会)
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 (常勤) 岡崎洋子、成澤貴子、片山新子
(非常勤) 岡崎清子、清輔幸子

(AMDA国際医療情報センター) 160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1ハイジア
(Tel)03-5285-8086, 8088,8089 (Fax)03-5285-8087

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)
事務局長 香取美恵子 後藤朋子 (非常勤)
事務局 田中里恵子 / 中戸純子 / 近藤麻里 / 李佩玲 (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、カンボジア

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。平成5年1月より。

正会員 15000円 (医師に限る)

準会員 7500円 (医師以外の社会人の方)

学生会員 5000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)

各種ビデオがあります。ご希望の方は下記にお問い合わせの上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

今なぜNGO（国際民間協力団体）なのか

人道主義と郷土愛

代表 菅波茂先生

過去の発展途上国の産業育成という国際協力のやり方において反省されている重要な点があります。それは資金と技術を提供しただけでは産業の発展には至らなかったということでした。そこには「資本主義精神」が無ければ不可能ということでした。即ち、協力し合う両者の間に共有できる「精神」がなければ表面的にはうまくいってようでも結果的にはすれちがいということが生じます。この「精神」は目に見えないのが難解です。

日本の多くのNGOは地域密着型の活動によりアジアの村の発展に大きく貢献しています。村人の「精神」をどのくらい共有できるかがポイントだと思います。どのようにしたら村人の「精神」を理解できるのでしょうか。答えは日本の地方にあると思います。同じ状況が同じ「精神」を生みます。

日本の農村における地域コミュニティを様々な視点から検討しますとアジアの村々に共通することがたくさんあることが想像できます。地域コミュニティの自治単位を日本では町内会、フィリピンではバラングイ、マレーシアではカンボンといいます。役員は選挙でなく推挙で選ばれます。選挙とは能力ある人達が名乗りを上げ地域コミュニティの人達から選ばれることです。推挙とは本人が希望していないにもかかわらず地域コミュニティの人達がその人望によって選ぶということです。能力と人望の違いがあります。能力のある人は個人的利益によって地域コミュニティを裏切ることがあるかも知れませんが、人望のあるということは裏切らないということです。地域コミュニティの運営はボランティア活動によって維持されています。このボランティア活動の根源である「精神」は「郷土愛」です。「郷土愛」は知識ではありません。経験です。生活の中から生じる感覚です。生活者としてのアイデンティティです。この郷土愛という地域コミュニティのために尽くす精神は閉鎖空間ほど有効です。地理的及び生活空間が広がるほど薄まっています。即ち地域コミュニティという同じ生活空間にない人に対しては郷土愛は発揮されません。空間的制限があるわけです。

「遠い親戚より近い他人」は日本での常識です。日本以外のアジアの国の地域コミュニティにおいて最も重要な人間関係は血縁関係です。我家の幸せが一番です。その次が親戚。血縁関係のない他人は最後です。日本の常識は彼らの生活では非常識になります。

一方、NGO活動にたずさわっている人達の精神はもっと純粹で普遍的なものです。特に日本は世界でも珍しい血縁関係のない人達が共同体意識をもつことのできる国です。この精神が当たり前な国に生きています。この両者の精神構造の違いがお互いに理解されぬままに協力活動が進行した場合の結果は悲劇です。村の人達また個人を利己主義と罵ることになるでしょう。

よくある例は優秀な村人に価値ある技術を教えた場合です。優秀というのは日本人から見てということですが、それはしばしば「能力」を意味します。「能力」は短期間に発見できますが、「人望」の発見には長期間の観察が必要です。当然、私達日本人の期待は能力のある村人を通して村中に技術が伝わっていくことです。結果は明白です。その村人はその技術を他の村人に教えることなく都市に出て家族のためにその技術でお金を儲けます。彼と家族がお金もちになるだけです。これを防ぐ方法は下記の三つしかありません。

- 1) 価値ある技術は最初から村に持ち込まない。
- 2) 特定の村人が金持ちになれないようなシステムにする。
- 3) 村の地域コミュニティ自治システムを前提にした技術協力する。

それぞれのケースについて検討します。

1) のケースは実際上あり得ません。村人にとって貢献する価値のない外国人は邪魔者です。場合によっては単なる穀つぶしです。観光客としてお金を落としてくれるほうがましです。

2) 日本のNGOが陥りやすいケースです。即ち、みんな平等であるべきという観念的原始社会主義を押し付けるわけです。村人の多様性、個性、人間としての欲望、能力などを認めないわけです。ましてや権力構造などあるはずがないと信じて協力するわけです。価値ある技術普及促進においてNGOがその村を仕切っていく絶対者になっていく図式が成立します。その村の生活という生態系の人為的破壊者になっていき、ある時点で村の地域コミュニティ運営システムと衝突して反撃をくらいます。そして納得のできない不本意な撤退をよぎなくされます。

3) 村の地域コミュニティ自治システムの理解が大切です。農耕社会には稲作に必要な水田への水の調整を第一とした地域コミュニティ運営システムがあります。ここには明確な社会的権力構造があり、程度差はあっても金持ちも貧乏人もいます。この閉鎖社会で嫉妬、ねたみ、欲望などが村人の間で渦巻いています。この人間的なストレスの中で地域コミュニティを支え運営するシステムがつけられています。このシステムには地域コミュニティ運営の豊富な知恵が内蔵されています。キーワードは「郷土愛」です。このことを理解したうえで価値ある技術を村に導入すれば大きな間違いは生じないと思います。

問題は日本のNGOが主として都市型住民によって担われている事実です。都市に住んでいる限り農村における地域コミュニティ運営の豊富な知恵を知る機会はありません。ましてや「郷土愛」は無縁の長物です。

解決方法として下記のことが提案できます。

- 1) 都市型住民によって構成されているNGOは日本国内農村部にフィールドスタディの場を持つ。
- 2) NGOの構成員に農村生活者を迎える。
- 3) NGO連合体として「郷土愛」を前提とした地域コミュニティ運営システム研修講座を持つ。

結論はNGO関係者は人道主義で、村人は郷土愛で動いているということです。

ソマリア難民救援チーム

経過報告

代表 菅波茂

ソマリア難民救援活動は派遣メンバーの熱意ある行動力により全般的に順調に実施されています。現地でも高い評価を得ています。嬉しいかぎりです。

ジブチでは7月と8月の2ヶ月間は夏休みになります。温度も40度くらいになります。体温計が振っても振っても36度-37度にもどらなくて体温計使用の意味がなくなるそうです。活動ペースを落とす必要がありそうです。メンバーの健康あつての救援活動です。

ジブチ国内ソマリア難民救援活動に加えてハルゲイサ中央病院再建計画を国連難民高等弁務官ハルゲイサ事務所と一緒に進めています。国連難民高等弁務官は病院建物修理についての予算を考えています。医療についてはソマリア難民救援チームの負担です。7月中旬から立正佼成会一食平和基金、青年会議所国境なき奉仕団及びアジア医師連絡協議会からなる中間評価及び活動強化支援グループが現地入りします。ファラー駐日ジブチ大使も帰国予定です。

ソマリアの首都モガディッシュで反国連運動が起こり国連職員の一時国外脱出など不穏な動きがありますが北部ソマリアは政情が安定しています。ソマリランド共和国暫定政権も延々と続いた部族リーダー会議で新政権が選出されました。新政権とプロジェクト実施のための再契約をしました。私達の活動は従来目標に沿って実施しています。救援活動の根拠地をジブチ共和国に置いた幸運を感謝しています。

ソマリア救援チーム構成4団体で調整連絡会議が6月19日(土)午後3時30分から5時30分まで立正佼成会本部内を借りて開催されます。救援活動の進め方や今後の方針について連絡、調整及び緊急救援グループの育成戦略について話し合われます。

アジア医師連絡協議会は5月22日の国際執行部会で「アジア多国籍医師団構想」が正式に組織決定になりました。アジア参加国の優秀な医療専門家をソマリア難民救援チームに派遣可能となりました。難民キャンプのみならずアジアとアフリカではマラリアが猛威をふるっています。これらの熱帯病についての豊富な知識と臨床経験はアジアの医師のお家芸です。

ジブチ国内ソマリア難民キャンプ勤務看護婦達のためにプライマリケア促進のためのセミナーを3日間実施しました。その終了証授与の時の彼女達の言葉が印象的でした。

「国境なき医師団は給料をくれただけだ。しかしアジア医師連絡協議会は教育をしてくれて嬉しかった」と。

医療と教育は人道主義の基本であることをあらためて実感させられました。

ジブチ難民医療活動報告

アジア医師連絡協議会 長谷川昭一先生

会員の皆様お元気でしょうか。日本は梅雨の時期ですか。こちらジブチはさすがに暑い
です。先日難民キャンプで診療中変わった経験をしました。体温を測ろうと思い体温計を
振るのですが、なかなか38度以下に下がらないのです。念のため気温を測ると42度を
こえ測定不能になってしまいました。7月の暑いときには50度近くになるそうです。

さて、ジブチへ来て約2か月が過ぎました。前半1か月は主にジブチ国内の難民キャン
プで働きました。以下簡単に紹介したいと思います。

キャンプは4ヶ所あり、首都ジブチより120km南にあるアリサビエという町を基地に
して、それぞれのキャンプへ通っています。人口は合計3万人強です。

スタッフは現在10人で、日本人のほかバングラデッシュとネパールから計5人来てお
り、国際色豊かです。この人達で、難民キャンプ、ジブチ市内の産婦人科病院支援、北ソ
マリアのハルゲイサ中央病院支援を担当しています。

それでは我々の一日の生活を紹介します。

まず朝は5時半～6時に起きます。パンとジュースを急いでお腹に入れ、6時半頃パジ
ェロに乗り込みます。砂漠化しつつある荒れ地を1時間ほど揺られると、キャンプに到着
です。すでに診療は始まっており、担当の看護夫（医師はいない）のところには列ができ
ています。持参した薬をスタッフに渡した後、我々も早速診療開始です。単純な疾患は看
護夫にまかせ、時々助言を与えるにとどめます。難しい疾患もけっこうあり、その際には
一緒にじっくりと診察しディスカッションするように努めています。そうこうしていると、
重症者が担架で運ばれてきます。中にはショック状態にある人もいますので、大急ぎで状
態を把握しなければなりません。時には同時に5～6人点滴中といった事態も生じます。
入院が必要だと、救急車または我々のパジェロでアリサビエまで送ります。

寒暖計の目盛りが上がりきる頃ようやく外来診療を終えます。休む間もなくスタッフへ
のトレーニングプログラム開始です。問診のとり方、診察の仕方、主な疾患の治療法など
が内容です。だいたい午後1時頃帰宅の途につきます。昼食後午睡（暑いのでこれが意外
に重要）をとり、夕方は薬の調達、他団体との調整などの用事を済ませます。午後9時頃
夕食をとり、その後は軽くミーティングをもちます。明日キャンプへ持っていく薬を用意
すると、もうすっかり夜は更けています。

次にこれまで経験した患者さんの例を2ほど紹介したいと思います。

最初の例は、アリアデキャンプでの出来事です。私たちが午前中の仕事を終えやれやれ
と思いながら休んでいると、動けない人がいるので診にきてほしいという人がきました。
テントまで行ってみると、18才の女性で4日前から意識がないということです。全身状
態も悪く、髄膜炎が最も疑われました。アリサビエ病院へ送られていきました。

2例目は、アウルアウサキャンプでの出来事です。ある日いつものように診療所で働い
ていると、若い女性が担架で運ばれてきました。重症肺炎で脱水もひどそうです。血圧を
測ると、収縮期で50しかありません。点滴等の治療をしても70までしか上がりません。
敗血症によるショックが疑われたので入院するよう勧めましたが、子供の面倒を見る人が

いないということではなかなか「うん」といってくれません。彼女にはほかの家族はいないので。でもこのままでは命にかかわるので、子供の世話は近所の人に頼むということではなんとか説得し病院へ転送しました。その後知人から聞いたところによると経過は良好とのことでした。

この2つの例を通していろいろなことを考えさせられました。

私自身は、現在主に北ソマリアに関わっていますが、キャンプの方は4人のスタッフでフルに活動を続けています。

それでは次回はハルゲイサより便りを出したいと思います。



アウルアウサの補助栄養プログラム昼ご飯を待っている母子たち



ナースのためのトレーニングワークショップのあとのセレモニー

ジブチ・ソマリア難民医療活動報告

アジア医師連絡協議会 宮地尚子先生

ジブチには、4つの難民キャンプが存在し、ソマリア及びエチオピアからの難民が現在約3万3千人存在する。私は、1993年4月12日ー5月27日まで、難民キャンプでの医療協力プロジェクトに参加した。既に、ジブチ及び難民キャンプの一般的な状況については、これまでの派遣者が報告しているので、ここでは、私のおこなった活動を中心に、最近のキャンプの状況やAMDAのプロジェクトの進行状況を伝えたい。

1、アリスビエ事務所兼宿舎の設置

まず、私が現地に到着してまもなく、4つのキャンプから近いアリスビエという町にAMDAの事務所兼宿舎が整い、ジブチでのホテル暮らしから、落ちついて、本格的な活動を開始することが可能になった。しばらくの間は電話が通じず、情報伝達に支障を来たしたが、それも4月中には解決された。ジブチよりは涼しく、町も落ち着いている。水がしょっちゅう出なくなるのが難点だが。

2、他の機関との協調。

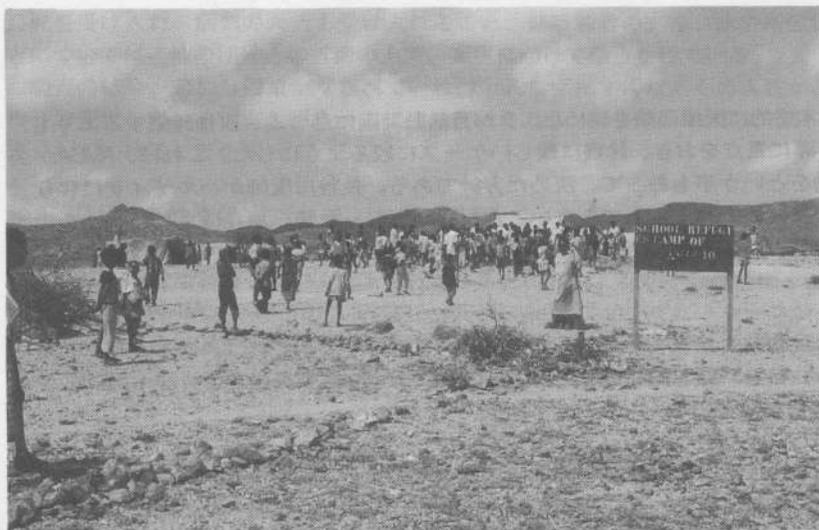
HCR, MSF, MOH, ONARS, AMDAから成るヘルスコミッティーが定期的に関われ、難民キャンプでの保健活動のコーディネーションが行なわれている。医療に関しては、AMDAが治療の側面、MSFが予防的側面を行なうという大まかな活動内容の分担を決め、その合意の元で、細かい調整が行なわれていった。薬の調達など、一筋縄では行かない問題も多いが、基本的には、政治的レベルから、活動内容に関する実質的な討議にうつり、良い協力関係が保たれている。

3、AMDA内部の組織化、及び活動計画作成。

4月中は、各キャンプを訪れ、キャンプにおける医療活動を観察し、その評価を行なった。評価は、4月の月間レポートを参照。その結果に基づき、今後3か月間の活動計画がたてられた。活動計画は、4つのキャンプを週に各1日ずつ訪問、残りの日をフィードバックの日とし、医療活動を行なう事、薬品やその他の必要物資の配付、保健医療動態の把握、社会文化的調査の実施からなる。メディカルチームの内部で、それぞれの担当者も決めた。私が現地に行った当時は、まだAMDAメンバーは3人だったが、帰るころには12人という大所帯になり、ちょうどAMDAの活動を組織化していく時期にあっていた。そこで、週に一度、スタッフミーティングを行なうこと、メディカルチームは毎日ミーティングを行ない、月2回分担して活動報告をまとめること、等が決まった。私は保健医療動態の把握、社会文化的調査が担当であり、現在はDr. Kuntalが引き継いでいる。

4、キャンプの保健医療状態のサーベイランスシステム確立

2とも関連するが、各キャンプの毎月の、人口統計、主な疾患の分布を調べ、4つのキャンプの健康状態をモニターする事になった。基礎資料は各キャンプのナースが作成し、それをAMDAの方で分析しまとめた。4月末までの状況を、表1、2、3にあらわしておく。全般的に言って、呼吸器感染症と下痢がもっとも多い病気であるが、その率はキャンプによって微妙に異なる。最も健康状態の悪いのが、アウルアウサキャンプで、下痢の割合が、死因としても難民がディスペンサリーを訪れる理由としても多い。ホルホルでは、2月から、マラリアの症例が増えている。また、この表にはないが、栄養不良の子供の割合も、アウルアウサが最も多く全体の15-20%に達する。(他のキャンプでは10%以下。)アウルアウサの健康状態が悪いのは、新しくキャンプにきた人が多いこと、そのなかにはキャンプについてからもテントがなく野宿していた人が多いこと、エチオピアから来た難民がほとんどで、食習慣が違うこと、また度重なる戦争や飢饉などのためそれまでの生活がより苦しかったこと、キャンプの衛生状態が良くないことなどが要因として考え



難民キャンプの小学校に通う子供達



栄養不良の少女の診療にあたる
宮地尚子医師



MOHの健康教育ユニットのMs. Annis (中央)
教材を借りることになった。
コーディネーター山本邦光氏 (右から2番目)
宮地尚子医師 (左端)

られる。

5、医療活動

5月から4つのキャンプで、本格的に医療活動を始めた。3か月活動計画に基づき、直接診療するよりも、現地のヘルスワーカーの教育指導に重点をおき、診察は難しいケースに絞るようにした。これは、AMDAが去った後も、何か残るような活動をという事もある、決めた方針である。長谷川医師がハルゲイサに移り、エマと私は帰国するなど医師が長期的にコミットできないことが問題となったが、現在はネパールからの医師、Dr. Sarujそして、バングラデッシュからのDr. Kuntalと、頼もしいメンバーが引き継いでくれている。

6、教育

5月初旬に2日間のナースのためのトレーニングワークショップを行なった。これは、フィリピンからの医師エマが中心になって計画し、私も、疫学的なことについてのレクチャー等を分担して行なった。教育セミナーはDr. Sarujが、引き続いて行なっている。

7、死亡者に関する調査：特に社会文化的側面を中心に。

各キャンプの今年に入ってからの死亡例を検討し、現在の問題点や今後の対策を探った。英文で報告書をまとめ、コミッティー、各関連団体、キャンプのヘルスワーカーにも配付した。詳しい内容はレポートを参照していただきたいが、内容をここに簡単にまとめておこう。

まず、各キャンプの今年に入ってからの死亡者数とその原因を見ると、ホルホルとアッサモは少ない数で安定しているが、アウルアウサは死亡者数が他のキャンプよりかなり多く、アリアデも増加傾向にあることがわかった。5才未満の小児の死亡が半分以上を占めている。(表3)

死亡者数の比較的少ないホルホルと、死亡者の多いアウルアウサの2つのキャンプについて、4月に亡くなった人について、家族やヘルスワーカーから詳しい聞き取り調査を行ない、病気になってから死ぬまでの状況や過程、病状悪化の要因、社会文化的背景について探った。ホルホルでは、呼吸器感染症の乳児2例と、肝炎と診断されたが実際は妊娠中毒症であったと思われる例1例の計3例であった。アウルアウサでは4月中に19例の死亡があり、小児は栄養不良と下痢の組み合わせがほとんどで、その他、はしかの死亡例が見られた。4月は大人の死亡例のほうが多く12例あり、ナースによるとほとんどが下痢によるものとされていた。しかし、詳しい病歴を調査すると、その内7例は、結核に罹患していた可能性が濃いと思われた。(表4)

治療の状況を聞くと、ディスペンサリーを何度か訪れている患者が多いが、ケアに継続性がない(一回毎の症状にあわせての処方)、家族歴を聞かない(家族の他のメンバーも同じような症状をもっていることも少なくない、家族に結核患者がいるにもかかわらず結核の可能性を見落とす)、診察の不備(血圧測定しないため、妊娠中毒と診断されなかった)、薬品の不足(必要な薬が処方できない)、治療の不備(脱水の治療の不徹底、服薬量や期間が不十分)、病院への輸送手段の欠如(重症患者を送れない)といった問題が存在した。

また、家庭でのケアの不備(下痢の子供への水分補給などが不十分で、ヘルスワーカーからの指示も不足)、劣悪な生活環境(蚊の大量発生、水の安全性の問題など)、保健知識の不足(衛生知識や、病気の時の望ましいケアについての情報が限られている)、食料の量および質の問題(絶対量が足りない、横流しの問題、小児にも大人と同じものが配給される、食べられていない種類のもものが配給され、特に病気で食欲の落ちているときなど食べられない、配給の食料の種類が限られ、ビタミンなどが不足、補助栄養プログラムも一定人数の栄養不良の子供に限られる)、社会的サポートの不足(父親のいない家族、独り暮らしの人間等に死亡者が多い、エチオピア難民は、都市に友人や親戚など援助者がいない家族が多い)、コミュニティーヘルスケアの不足(テントに寝たきりの重症者をヘルスワーカーが把握していない)、難民やコミュニティーヘルスワーカーの士気の低下(無力感、早期のあきらめ)といった問題点も指摘することができた。

それぞれの問題に対して、具体的な対策案を提言した。例えば、個人の診療録を作成し保存すること、ヘルスワーカーへの教育等についてはすでに対策を実行に移しているし、補助栄養プログラムが全ての栄養不

良児を受け入れ、病気の大人も受け入れること、健康教育の実施、水や衛生状態の改善、配給内容の改善などについては、他の団体との折衝の上で、実現に向けて働きかけている。

調査の結果、適切な対策がなされていれば、死なずにすんだ多くの人達が、難民キャンプ、特にアウルアウサで死亡している事実が明らかになったといえよう。今後AMDAが他の団体とも協力し合って、この状況を良くしていけることを願っている。

8、AIDSの健康教育プロジェクトの計画

当初は予定になかったが、厚生省からも再三の依頼があり、現地での問題の重要性が感じられたこともあって、AIDSの健康教育プロジェクトを行なうことにした。私か中心に計画をたて、現在はDr. Sarujが責任者になっている。AMDAメンバーがヘルスワーカー及びボランティアにトレーニングを行ない、彼らが、キャンプの住民にトレーニングを行なうという方法を取る予定である。また、コンドームの配付も行なう予定にしている。現地の文化にあうような教材を手配し、教え方も文化に受け入れられやすい形で行なう予定である。

9、その他

私はサーベイ担当だったので、サーベイセクションの詳しい活動計画、方針、優先されるべき調査や活動の種類などについてまとめた。5月の月間報告を参照のこと。

10、最後に

個人的には、いろいろと向こうで病気に罹ってしまい、宿舎に釘付けという日も多かったが、幸い軽症で済み、まあまあ満足の行く程度に活動できたように思う。AMDAの他のメンバーも優秀な人が多く、とても楽しく仕事できた。

難民の生活や現地の文化、医療協力の在り方等、学ぶことも非常に多かった。現地のヘルスワーカーとは交流を深めることができ、別れるのにつらい思いをした。アウルアウサのキャンプで一晩過ごしたことも、貴重な体験であった。ONARSのアリヌル氏には、英語しかできない私達の通訳代わりになっていただき、とても感謝している。彼からは、現地の文化や社会規範、難民として生活することの意味合い(彼自身、元難民である)等を教えていただき、またアフリカの歴史や、女性問題にいたるまで様々なことについて議論を交わすことができた。

イスラム文化における女性問題については、割礼のこと、一夫多妻の風習その他、考えさせられることが多かったが、その元になる女性観、家族観、社会観というのは、日本とかなり共通している部分があるような印象を受けた。

もちろん、滞在中、腹の立つことや、悲しいこともたくさんあったし、問題の根深さを考えると、自分達を無力に感じることもあった。しかし、ほんのわずかであっても何か後にも残るようなことができたのではないかと思う。

Table 4. Mortality in the four camps (based on the monthly reports)

Camp	Holl Holl	Ali Adde	Assamo	Aour Aoussa
93 1				
Population	6822	8290	5138	4126
No. of Death	1	5	2	9
<5 y. o.	1 Chickenpox	5 malnutrition	1 Diarrhea	8 Di
5-14 y. o.				
≥15 y. o.			1 maternal	1 Di
93 2				
Population	6832		5363	5609
No. of Death	2	4		10
<5 y. o.	2 Neonatal	(2 malaria, 1 Di 1 Anemia)		8 Di
5-14 y. o.				
≥15 y. o.				2 Di
93 3				
Population	6788	8390	5363	6152
No. of Death	4	5	1	19
<5 y. o.	2 RI, 1 malaria		1 RI	6 Di, 4 RI 2 Meas.
5-14 y. o.				1 Measles
≥15 y. o.	1 Maternal			6 Di.
93 4				
Population	6792	11087	5363	7080
No. of Death	3	10	2	19
<5 y. o.	2 RI	1 Di.	1 Di, 1 Malnu	5 Di
5-14 y. o.				4 Di, 1 Measles
≥15 y. o.	1 Hepat (6mo, preg)	2 Mala, 2 Di, 1 malnu 1 mal, 1 RI, 1 Hep, 1 TB		9 Di.

Di=Diarrhea and Dyhydration, Meas=Measles, Malnu=Malnutrition, RI=Respiratory illness
Hepat=Hepatitis

Association of Medical Doctors for Asia (AMDA)

Table 2 Summary of the deaths in April in two camps

No.	Name	Site	Age	Camp	Stay	Cause (susp)	Reported cause	Symptoms	Duration	Treat ment	family
Holl Holl											
1	M. Y.	B	4mo	3y	LRI	LRI	LRI	cough, fever,	2wks	+	mother malaria
2	F. A.	D	2mo	3y	LRI MN?	LRI	LRI	cough, fever,	2days	+	2 babies died, 1 child died medication (-) of Di
3	K. M. A.	A	20	?	Gestosis	Hepati -lis	Hepati -lis	Fever, anemia, edema convulsion, coma	1wk	+	no family
Aour Aoussa											
1	H. M.	D	3	3mo	Di	Di	Di	Fever, Di		+	1 child sick
2	E. L.	E	2	3mo	Di, MN	Di	Di	Fever, MN, Dy	3mo	+	SFP (-)
3	T.	A	5mo	2y	MN (70%), Dy	Di	Di	Di/Dy, vomit, fever,	4mo	+	mother has malaria
4	F. M.	B	3	2mo	Dy, MN,	Di, fever	Di,	Di/Dy, fever, Pneumonia appetitel		+	SFP (-)
5	M. D. A.	F	2	2mo	MN (70%) Dy LRI	Di	Di	Dy, fever, cough	>3mo	+	SFP (+)
6	S. Y. H.	E	9	2mo	Measles	Measles	Measles	rash, fever			3/6 measles
7	M. T. H.	E	7	2mo	Measles	Measles	Measles	rash	7days	+	sister of No. 1
8	X. I.	D	60	1y	TB, MN	Di	Di	cough, fever, weightll blood sputum	5mo	+	3/7 same sx
9	A. M.	C	26	1mo	TB? MN	MN, Di	MN, Di	cough, fever, chest pain, weightll	>1mo	+	sister, same Sx no father
10	S. A. A.	B	60		Di, MN	Di	Di	Di, Vomitting edema, appetitel	3mo	+	
11	A. M.	E	36	3mo	RI?TB?	Di	Di	fever, cough, sputum, vomit, appetitel	3mo	+	
12	M. A.	D	50	1y	Dy, MN?	Di	Di	Di/Dy, edema, stomach cramps, appetitel	4mo	+	
13	K. I.	C	20	3mo	Di, TB?	Di	Di	Fever, cough, sputum Di, vomit, appetitel	1mo	+	Father TB Mother died
14	F. Y.	E	38	2mo	TB?	Di	Di	Fever, cough, edema bloody sputum, appetitel	>3mo	+	
15	E. M.	E	60	3mo	TB or RI	Di	Di	cough, sputum, fever chest pain	>3mo	+	n. p.
16	K. O.	D	60		Dy, MN?	Dy	Dy	Di/Dy, fever, edema, appetitel	2mo	+	n. p.
17	K. H.	D	60	1y	TB, MN	Di	Di	cough, bloody sputum fever, weightll, edema,	5mo	+	6 has same sx
18	M. H.	D	62		Dy, MN	Di	Di	Di/Dy, edema, appetitel	2mo	+	no family
19	B. W.	E	70	3mo	Di	Di	Di	waterly Di, edema	3mo	+	no family

Di=Diarrhea and Dehydration, Dy=Dysentery, MN=Malnutrition, SFP=Supplementaryfeeding Program, LRI=Lower respiratory infections

Medical Statistics of the refugee camps in Djibouti in 1993

May 20 1993

Table 2. Morbidity: patients seen in the dispensary

	93 1		93 2		93 3		93 4	
	order	%	order	%	order	%	order	%
Holl Holl								
LRTI	1	25.9	1	18.3	2	12.0	6	6.4
URTI	4	7.2		2.7	4	8.2	4	11.3
Diarrhea	4	7.2	9	4.2	7	5.3		2.4
Dysentary	7	5.7	8	4.9	8	4.0	7	4.5
Anemia	2	10.6	4	6.8	6	6.1	1	15.8
UTI	6	7.2	7	6.1		2.1		2.5
Malaria		0.0	3	9.9	1	19.0	2	15.4
Parasitosis	8	4.6		3.5	9	2.7	10	3.4
Skin disease	9	4.3	5	6.3	5	7.0	9	4.3
Eye infection		2.3	9	4.2		1.3	8	4.4
Ear infection				1.4	9	2.7		1.0
Ali Adde								
LRTI	2	21.3	2	21.4	1	19.3	1	20.7
URTI	1	23.7	1	22.6	2	17.3	2	14.2
Diarrhea	4	6.7	9	3.6	8	3.9	6	6.6
Dysentary	8	3.1	6	5.8	6	5.2		2.1
Anemia	3	7.2	3	9.3	5	8.6	2	14.2
UTI	7	3.3	8	3.8	7	5.1	5	7.3
Malaria		1.7	10	2.6		1.6		1.8
Parasitosis	10	2.6	7	4.0	9	2.9	7	4.3
Skin disease	10	2.6	4	7.3	3	10.1		1.9
Eye infection	9	2.8		1.8		1.5	8	2.9
Ear infection				1.4	10	2.5	10	2.6
Assamo								
LRTI					2	16.1	6	3.4
URTI					1	31.2	1	20.2
Diarrhea					3	10.7	4	5.9
Dysentary					6	3.7	9	2.9
Anemia					4	10.1	2	9.6
UTI						0.3	5	4.4
Malaria					8	1.9		0.3
Parasitosis					9	1.4	3	8.8
Skin disease						0.5		0.0
Eye infection						0.5		2.0
Ear infection						0.5	10	2.8
Aour Aoussa								
LRTI	1	18.4	1	19.6	3	9.2	1	11.0
URTI	5	8.0	5	8.2	2	11.2	5	7.4
Diarrhea	2	15.0	2	17.3	4	7.1	4	7.6
Dysentary	4	8.9	4	9.5	5	4.8	3	8.1
Anemia		0.4		1.1	7	2.3	10	1.1
UTI	8	1.7		0.9	7	2.3		0.9
Malaria		0.0	8	1.3		0.0	6	3.3
Parasitosis	6	6.3		0.0		0.8	9	1.8
Skin disease		0.2		0.5	6	3.0	8	2.0
Eye infection	7	2.5	8	1.3	9	1.9	10	1.1
Ear infection		0.8	6	3.7		1.6	7	2.1

Classification in monthly reports was used. Not including fever, pains and aches

Table 1. General Statistics

Camp		Holl Holl	Ali Adde	Assamo	Aour Aoussa
Population	92' 12	6754	8290	5138	3070
New comers		340			1085
	93 1	6822			4126
		7			1488
	2	6832 or 6782		5363	5609 or 5725
		0		0	427
	3	6788	8390	5363	6152
		0	2797	0	928
	4	6792	11087	5363	7080
Death	92' 12				
	93 1	1	5	2	9
	2	8	4		10
	3	4	5	3	19
	4	3	10	2	19
Birth	92' 12				
	93 1				5
	2	11	7		6
	3	10	2	4	4
	4	7	23	6	4
Referral cases	92' 12				
	93 1	25			
	2	19			27
	3	38	7	6	11
	4	26	7	10	6
Number of Patients	92' 12				
	93 1	348	541		473
	2	709	504		757
	3	778	804	952	732
	4	1166	724	1017	761

口元の栄養不良の女の子143cmで
21kgしかなく自力で立てない
その後病院に運ばれた

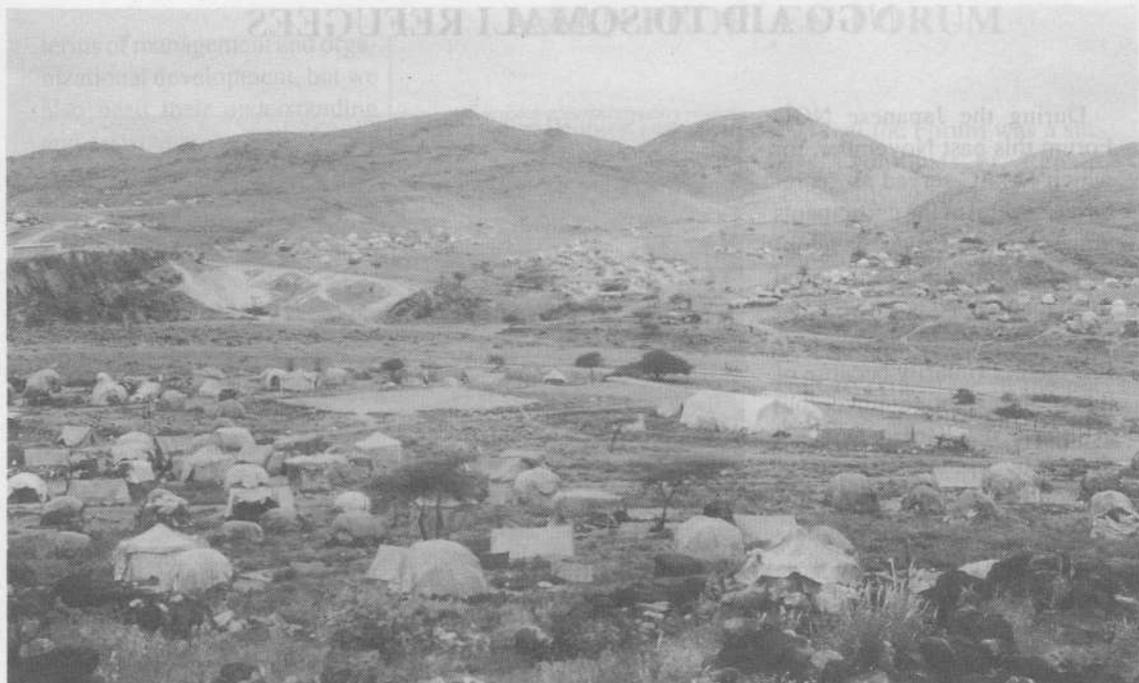
スバダティを食べる子供

ジブチ難民医療活動報告

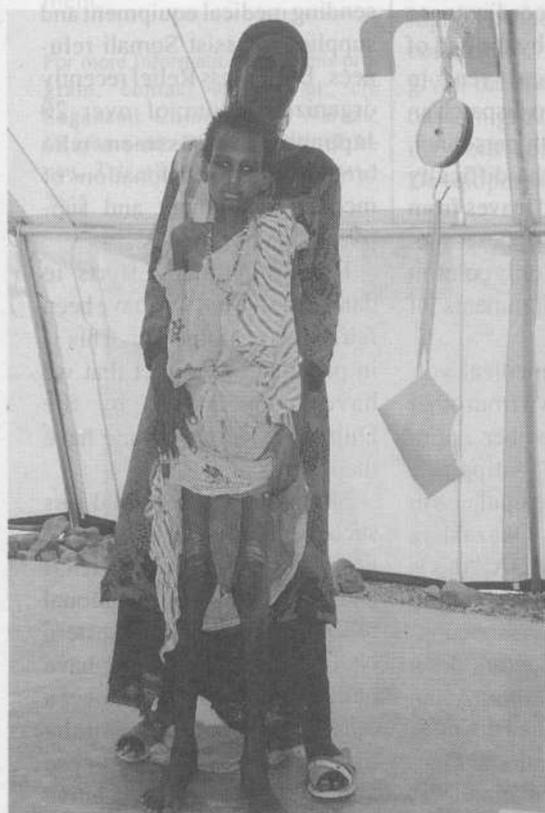
アジア医師連絡協議会 永野章子氏

私がジブチに着いてから2か月が過ぎようとしています。全てがアフリカタイムのこの国でやっと仕事が起動に乗ってきたところです。難民キャンプは4つあり、最低1週間に1回はそれぞれのキャンプへ行き、難しいケースの患者を診察したり、栄養失調児のフォローアップをしたり、スタッフのトレーニングをしています。AMDAのプロジェクトが終了した後も現地のスタッフでやっていけるようにという事を念頭に置きながら関わっています。

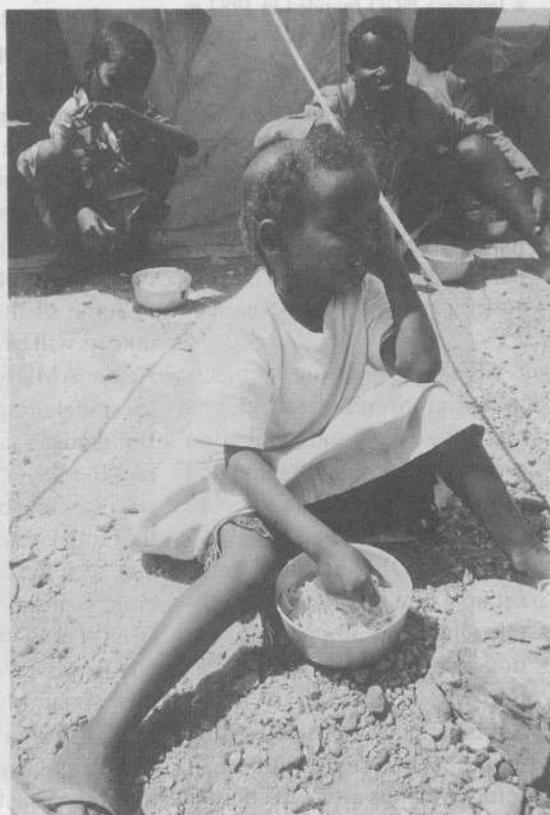
難民キャンプというと骨と皮ばかりの栄養失調の子を想像されると思いますが、やはりこのキャンプにもいます。フィーディングプログラムがあり、極度の栄養失調児にはミルクや食事が提供されるのですが、体が全体的に弱っており食べられなかったり、下痢や嘔吐などが重なり、なかなか状態が改善されない面があります。こういう子が呼吸器感染症や下痢であつという間に亡くなってしまいます。しかし、こういう状態の悪い子でさえ十分にはフォローされていません。AMDAがキャンプを訪れた時は、栄養失調児を重点的にフォローするようにしています。現在、医療をカバーしているスタッフは、各キャンプ看護婦3人、アシスタント看護婦2人、ヘルスワーカー5人と欧米のNGO MSF（国境なき医師団）とAMDAです。約3万人の難民キャンプに対して医療スタッフが圧倒的に少なく、やるせない思いをする事もしばしばです。キャンプの診療所でみきれない患者は近くの町の病院へリファーします。初めの頃は病院へ行けば患者は助かると全面的に信じていましたが、なかなかそういうわけにはいきません。この国全体の医療レベルもそれほど高くはないからです。病院へ行ったほうがいと患者や家族にしょっちゅう話をします。キャンプにいれば食料の配給も受けられますが、病院へ行ってしまうと食料の心配もしなければなりません。大人の患者は病院で御飯だけではですが、付き添いの分はできません。小児の患者は食事でもできません。この間、極度の栄養失調の為、キャンプから病院へ紹介された子供と母親が私達のオフィスの前に座っていました。子供は今も良い状態とは言えませんが、母親はキャンプへ帰りたがって私達のところへ来たのです。子供は点滴は受けられますが、食事はできません。母親は毎日の食事の心配をしなければならないからです。別の子で13才の女の子で骨と皮ばかりで病院へリファーした子がいました。結核かと思われましたが痰の培養をしてもできません。病院でもどんどん弱っていくだけで、診断が付きません。結局、首都の病院へさらにリファーされていきました。一方、^{リファー}リファーし劇的に回復していく患者ももちろんいます。リファーする時にキャンプと病院とどっちがこの人達にとって良いのだろうかと考え込んでしまう毎日です。



難民キャンプの風景



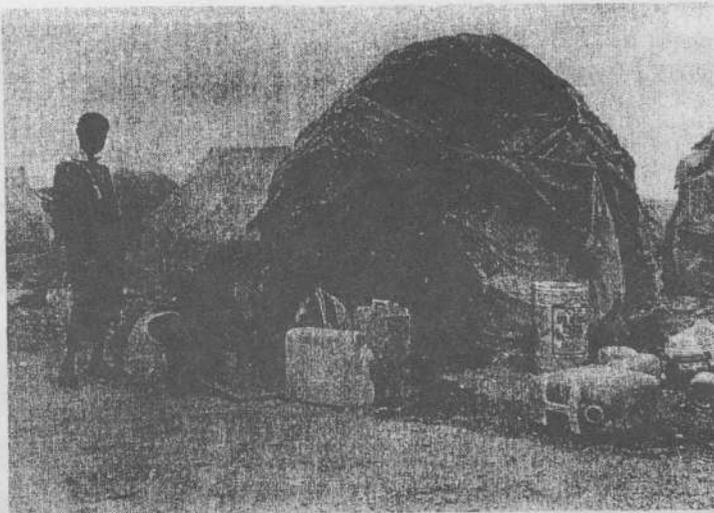
13才の栄養不良の女の子148cmで
21kgしかなく自力で立てない
その後病院に運ばれた



スパゲティを食べる子供

NGO AID TO SOMALI REFUGEES

During the Japanese NGO Forum this past November, for which JANIC served as Secretariat, several of the participants voiced concern over developments in Somalia and the need for Japanese NGOs to somehow contribute to the relief effort there. Primarily because of this initial tentative move, but also as a result of a personal appeal by the Ambassador of Djibouti to assist Somali refugees in his country, the Somalia Refugee Relief Group was formed. SRR consists of:



Somalis in a refugee camp in Djibouti

The Association of Medical Doctors for Asia, Japan Region (AMDA, Japan), a Japanese medical NGO founded in 1984;

The African Education Fund (AEF), a Japanese NGO founded in 1987 to support educational activities in Kenya;

Rissho Kosei-kai's Fund for Peace, a fund set up by the Buddhist organization in 1974 to support development activities and world peace;

Borderless Relief, an NGO set up by the Japan Junior Chamber (JC), an association of young businessmen.

SRR is carrying out 4 projects to assist Somali refugees: a medical relief and education project in Kenya (implemented primarily by AEF); a project to dispatch medical personnel to a hospital in Djibouti; a project to set up a mobile clinic, rehabilitate a hospital, improve sanitation and provide health education in Hargeisa in northern Somalia; and, a project setting up outpatient clinics in Somali refugee camps along the border in Djibouti.

Since January, SRR has dispatched 4 doctors, a nurse, midwife and project coordinator to these projects and by the end of the Japanese fiscal year in March '94, hopes to dispatch an additional 30 health personnel. However, due to the difficulty of getting extended leaves from their work, most of these doctors and nurses can only commit themselves to assignments of under one month.

Some of these medical volunteers will be drawn from other Asian AMDA member countries, including the Philippines, Bangladesh and Nepal. "In fact", says Yoko Okazaki, a staff member of AMDA, "this is the model we would most like to use; a culturally diverse, cooperative group of doctors draw from Japan and other Asian countries. We'd like to form this 'Asian Multinational Doctors' Mission' that could respond quickly to refugee and natural disasters around the world."

In addition to dispatching medical personnel, SRR is sending medical equipment and supplies to assist Somali refugees. Borderless Relief recently organized a tour of over 20 Japanese businessmen who brought with them donations of medical equipment and supplies.

Evaluating SRR efforts to date, Yoko says, "We have been fairly successful so far. This is in part due to the fact that we have been invited by the Djibouti government and have their full cooperation."

SRR has, however, had less success coordinating its activities with other western NGOs and the UN. "Most international relief is carried out by western NGOs, many of whom have built up solid reputations over a long history and have strong ties to UNHCR. Japanese groups like AMDA are relative newcomers and have difficulty breaking in. We have a lot to learn from western groups in

ASIAN PEOPLES' FORUM

terms of management and organizational development, but we also need their understanding and assistance."

Another problem SRR has encountered in its relief activities is the difficulty of finding Japanese doctors that can commit to long-term assignments. Japanese doctors can usually only accept volunteer positions of 2 or 3 weeks without losing their full-time jobs in Japan. However, SRR has decided to accept any medical volunteer, regardless of how long they can serve. As Yoko says, "The most important thing is to get these people involved and to give them some field experience, and maybe later they will be able to commit to a long-term assignment."

For more information about this program, contact AMDA at: c/o Suganami Clinic; 310-1 Narazu, Okayama-shi; Okayama 701-12 Japan; Tel: +81-862-84-7676. Fax: -7645

The Asian Peoples' Forum on Human Development was held this past May 1-3 in Seto City, Aichi Prefecture. Attended by over 400 NGO activists, students and local government officials, as well as seven foreign participants, the Forum was a continuation of two previous forums held in other parts of Japan in 1989 and 1988.

According to Fr. Stefani Renato, an Italian priest who has been in Japan since 1964 and who helped organize the Forum, the main goals of the Forum were "to listen to Asian people, to learn from them the situations in their countries and Japan's responsibility in those countries." Participants were given the choice to join 18 discussion groups on topics ranging from Apartheid to NGOs to Development Education.

"I feel the Forum was a success," continues Fr. Renato, "especially in terms of educating people in the Nagoya area - many of whom don't have the ready access to international information that people in Tokyo do - about conditions in the Third World." One of the outcomes of the Forum was the establishment of an "NGO University", a series of courses intended to continue discussing the topics initiated in the small group meetings in the Forum.

For more information about the Forum contact Fr. Renato at the Developing Countries Exchange Center at (+81)568-73-7675.



カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

OHNOM SROUCH: A POINT OF VIEW

Sar Borann M. D. AMDA-Cambodia

AMDA-Cambodia started working in Phnom Srouch District Hospital in October 1992. Phnom Srouch District in Kompong Speu province lies 70km southwest of Phnom Penh. The population of this district is 43000 and includes returnees from the Thai Cambodian border and people who have moved from more dangerous regions. Phnom Srouch is one of the poorest and least serviced areas in the country. The literacy rate is thought to be unacceptably low.

50 to 70 out-patients visit the hospital every day and among these 5% are admitted. 40% of the out-patients are diagnosed with malaria. Young men, including wood cutters, charcoal makers and soldiers are at high risk for plasmodium falciparum. Many of these men live in the forest and do not use bed nets. Tuberculosis is suspected in 20% of the patients. 5% of these have tested TB positive by sputum smear. Those who test positive for TB do not accept the results and refuse to let others know. There are some cases of vaginal discharge. However, some women refuse to have an examination and a correct diagnosis is hard to obtain. Although the women are more likely to agree to an examination by a female doctor there remain some who still refuse. There are many cases of chest infection and malnutrition in children and hypertension in adults. There are also many complaints of gastro-intestinal discomfort and stomach pain.

A major difficulty for the doctors lies in the fact that the patients do not provide much information even when they are asked direct questions. The patients also have difficulty understanding what is explained to them so it is necessary for the doctors to explain slowly and to report. Another major problem is that many people take steroid drugs without a doctor's prescription. Steroid drugs are cheap and available at the local store. They provide energy, a good appetite and a feeling of wellbeing after a hard day's work so they are widely abused. Most of the steroid drugs are imported from Thailand and are very familiar to people. They are known by the common names: Kravat Sor (white tie); Krapeu Hosh (Flying Crocodile); and Krap Trasach (Cucumber Seed). Malnourishment in children is often caused by mothers stopping breast feeding suddenly and no longer providing an adequate diet for their children. Although Phnom Srouch has a high incidence of malaria (25% of the local population are infected with falciparum plasmodium annually), people generally do not like to use bed nets. They do not adapt easily to using them and they complain that they are too hot. Individuals infected with TB do not take precautions against the spread of the disease. They continue to spit and have contact with children.

The plan for the future is to develop a project for community health education which will increase awareness of basic preventative measures. Among other things, it will inform people about hygiene, the prevention of malaria and tuberculosis and the dangers of steroid drug use. There must be direct contact with the people in the villages. At present there exist a small scale community health programme which only reaches a few communes near the hospital. The present security situation in Cambodia has limited the activity of the community health workers. However, as the stability in the country improves we hope to be able to implement a large scale community health education programme which will reach all communes in the district and will help to improve community health.



AMDA事務所前にて。左からDr.Mardy
ボランティアのMs.Hilary、Heak 歯科医、Dr.Borann



国連難民高等弁務官の資金援助によりもうすぐ完成する新病棟

カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

TUBERCULOSIS IN CAMBODIA Sek Mardy M.D. AMDA -Cambodia

Tuberculosis has been very common in Cambodia, and its importance here has until recently been its place in the differential diagnosis of chronic pneumonia, chronic meningitis and fever of unknown origin. In Cambodia, a presumptive diagnosis of tuberculosis is based on the symptoms (chronic pneumonia, cough, sputum with hemoptysis, fever, night sweat, weight loss) and a positive intradermal skin test. Definitive diagnosis requires demonstration of Mycobacterium tuberculosis in the sputum by stains such as Ziehl-Nelson. So expectorated sputum should be sent to the laboratory on 3 separate mornings in suspected cases. The contamination from the patient to the others is simple and easy. It's just inhalation of infected droplets from the person who got tuberculosis when coughing. Tuberculosis must be long enough at least to twelve months. So tuberculosis is the disease that needs a lot of drugs for the treatment. Anyway tuberculosis drugs are very expensive.

Unfortunately Cambodia has been having the war for 2 decades, especially in the Democracy Kampuchea regime, everything was destroyed. This is the major problem that caused the damage of the health system including the medical basics. In Cambodia the basics is medical care of the country people through mobile clinics, education in the field of the contamination of the disease, hygiene and immunization programs. With the lack of these four medical basics and most of the country people are uneducated that they have no confidence in the health system and the increasing problem of the sort of the budget to live, the number of cases of tuberculosis is rapidly increasing in Cambodia. Surely at Phnom Srouch district where AMDA works, twenty percents who came to the hospital are suspected cases and thirty percents of them are definitive diagnosis of tuberculosis.

In front of this danger that has been threatening the people in health, the government established the national centre to wipe out the tuberculosis. But after the Democracy Kampuchea regime we almost have nothing, especially we have a great lack of national budget, so the government decided to ask the international organization for help. Fortunately France Red Cross has been in charge of this thing. After that the tuberculosis drugs have been provided to the patient who got the definitive diagnosis of tuberculosis for the whole treatment. The cost of the drugs for the whole treatment is free. This information has been spreaded out by the health system to the health centre of provinces and districts all over country.

Unfortunately, the treatment of the tuberculosis has still been impossible, for example at the Phnom Srouch district hospital we have met a number of cases of tuberculosis but we have not been able to treat them since we worked there. Why? Because we've had four difficult problems:

1. First the relationship between the province health center and the district hospital is bad. So it's difficult to send the information or to get the drugs.

2. Second the tuberculosis drugs, that have been provided by tuberculosis center in Phnom-Penh to the province health center, have been late and not enough, especially in this year of

3. Third the equipments in the district laboratory have been very old with the lowest techniques that couldn't make the definitive diagnosis even we were sure that the examination. So we couldn't get the tuberculosis drugs.



ワクチン接種、蚊帳配布等
地域保健活動に大活躍のAMDA
のランドクルーザー

Even we cannot wipe out the tuberculosis, but day our people can get away from the tuberculosis country as the new treatment and control of the

Moha Sang地区の村
ここの住民は内戦で追われて
来た国内避難民



ワクチン接種に集まって来た
Moha Sang地区の人々

1993.

3. Third the equipments in the district laboratory have been very old with the lowest technique that couldn't make the definitive diagnosis even we were sure after the examination. So we couldn't get the tuberculosis drugs.

4. Fourth most of the country people are uneducated. That why they don't understand about the treatment, they don't believe the doctor and don't want to cooperate with the doctor or the hospital staff. There are many problems that we should think about that. If we didn't do anything about it, the tuberculosis would spread out all over country, and then what will happen.

What can we ever hope to do when the problems are so immense? The answer is "It's better to light a small candle than curse the darkness." We have to appeal to the government to resolve this matter. First of all we have to stop the war and make peace, then we have to improve the four medical basics. Anyway we really need help from the international organization and NGO like equipments and tuberculosis drugs.

Even we cannot wipe out the tuberculosis at all, but at less we can stop its increasing. Maybe one day our people can get away from the tuberculosis and have enough possibility to reconstruct the country as the new government after election do need them.

カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

アジア医師連絡協議会 現地ダイレクター 熊沢ゆり氏

選挙期間中特に大きな問題もなかったのですが、5/31より郡病院での活動を再開しました。今のところAMDA周辺では特に大きな事件は起こっていません。しかし郡長さんがDKに射殺され、たまたま一緒にいた病院スタッフの家族が大けがを負ったり、強盗が数件（そのうち一件は強盗とDKが組んでいた）選挙期間中におこりましたし、病院のスタッフが病院から約4kmの所でDK兵を目撃しており、注意はしております。

AMDAはマラリアセンターからの委託で蚊帳2500枚を郡内で配布することになりましたが、これも治安状況によっては少々遅れるかも知れません。現在政治情勢が不安定なので、この先どうなるのかは判断が難しいです。今日大使館でNGO meetingがありましたが、大使館もこの先のことは判断に困っているようです。

プノンペン市内も「24時間テレビ」が夜間車の無線のアンテナを2本盗まれたり等事件は時々おこっています。

AMDA事務所も防犯体制をもう一考します。



プノムスロイ郡Moha Sang 地区で
ワクチン接種の登録をする人々

同地区、民家のかまど、農村では
このように地面の段差を利用したり
石を3、4個並べただけのものが多



ブータン難民救援医療プロジェクト活動報告

アジア医師連絡協議会 篠原明先生

日本の皆様こんにちは

ネパールといえば、雪をいただくヒマヤラの山々を連想し、清涼なイメージを持たれる方が多いと思われそうですが、AMDAが運営しているこの Health Centerのある Damak市はネパール南東部の平野部、タライ地方に位置し、北緯27度あたりで熱帯地方に属しております。また、4月から10月頃にかけては一年のうちでも特に暑い時期であります。したがって熱帯特有の疾患が多く、特に流行する時期に現在さしかかっています。また6月からは、雨季に入り、もともと悪い衛生状態がより以上に悪くなってきて、下痢など、不衛生に起因する病態も増えてきています。

全てがゆっくりしたペースで進んでいるこの国ですが、AMDA Health Centerは、さまざまな病態の多くの患者さんで、毎日が忙しく過ぎていきます。外来の開始時から、診療を待つ患者さんが大勢おしかけ、入口前で待っている、外来診察中も、救急の患者さんがひっきりなしに運び込まれる、といった具合です。

外来では、やはり下痢性疾患、呼吸器感染、皮膚感染等、感染症が目立ちます。

下痢関連疾患では、細菌性・アメーバ性赤痢・原虫症が多く、中でも細菌性赤痢では、かなり脱水も進行した状態で来診する場合があります。呼吸器感染では、一般の細菌感染とともに結核がかなり多く見られます。熱帯特有のものとしては、まだそれほど多くはないのですが、チフスと思われるケースはかなり多いです。その他症例数はそれ程多くはありませんが、破傷風、ジフテリアなど日本では最近あまり見られない疾患も経験しております。どの感染症も発症し出した時点で適切な治療を受けておらず、もともと栄養状態も良くないので、特に小児などでは、脱水も進行し、かなり重篤な状態となって来診し、入院治療を必要とする場合があります。特に細菌性髄膜炎等では、進行し、抵抗し、残念な結果となる場合もあります。

早期に適切な治療を受けられない原因として、ネパールの町々には、祈禱師とまでいかなくとも、科学的根拠なく、祈りや薬草を処方してしまうダミーやジャルプーケと呼ばれる人々が存在します。多くの場合、まずそういう人のところへ行ってしまふのが現状のようです。ちなみに AMDA Nepalの他の大きなプロジェクトの一つであるビシュタ村の診療所で調べたところによると、患者の約80%がまずそういった、伝統的診療所のもとを訪れているということです。このようなことは、教育の普及率が低いことにも起因しているでしょう。この国における保健衛生の向上には、少なくとも保健教育の普及も必要であると思います。

救急患者の受入れも24時間体制で行っています。Centerには常にHealth assistantや nurseが詰めており、重症患者や、また入院患者に変化が起こった時などは、我々ドクターに連絡をしてくれるといった on callシステムをとっています。現地ドクターはHealth Centerからは車で3、4分はなれたGuest houseに居ますが、私はHealth Centerの目の前の建物に間借りをしている関係上、最近けっこう便利屋的にすぐ呼ばれてしまい、大変喜んでおります。救急患者では、やはり、重篤な感染症、外傷が多いのですが、少し特殊なケースとしては、毒キノコ、毒ヘビなどの事故また不幸なことで、殺虫剤をおおって自殺をはかるといったものまであります。自殺の原因としては、家庭内の問題・社会不安（失業等）・結婚問題等々。外来でも時々ノイローゼのような症状でやってくるケ

ースもけっこうあるのです。こんなんびりした環境でと思うのですが、ある調べでは十数パーセント（人口の）は何らかの精神的な問題を抱えているということです。またこのHealth Center において、緊急に生命維持に必要な濃厚な処置を必要とする場合も多く、人工呼吸器などより一層の施設の充実が必要であると感じます。ただ、こちらの医師の意見でもあるのですが、日本から色々な設備の供給はあるが、それをうまくマネージするマンパワーの供給が少ない、それがためにせっかくの設備が十分に生かされていない場合が多い、ということです。これは確かに問題であると思います。要するに一方的な供給だけでは、今後成り立っていかないでしょう。

私自身も、大分、仕事にも慣れてきましたが、日本では見られない疾患も多く、まだまだとまどう事が多いですが、現地の医師や多くのスタッフたちと協力し合い、何とか対処しています。また私からも日本の医療に従事している者として、こちらで不十分な事と思う事に対し、アドバイスを与えさせていただき、意見を交換し、お互いの理解をますます深めていくことが出来ている様に感じます。また、医療の面のみならず異った文化、生活習慣から学ぶことも多く、本当に多くの貴重な体験を得ています。

残された期間も精一杯頑張っ、今回の経験を、今後大いに生かしたいと思います。私自身の活動は、今始まったばかりです。これから、ますます、世界中を走り回りしたいと思います。

1993年6月、ビクラム暦2050年2月



飛行機よりヒマラヤの山々を臨む

「雨が降れば……」

雨が降れば、桶屋が儲かるのは日本だけのようだ。

ネパールといえば、ヒマヤラ山脈の雪をいただく山々を連想し、涼しい国と思われがちかもしれない。しかし実際は、この狭い領土の中で土地の高低差（標高差）はずい分あり、北部の山岳地帯は、想像されるように、ずい分涼しいであろうが、AMDA Referral health centerのある南部のタライ地方は、ほとんど平野地帯で夏になると極めて暑くなる。

その上、5月末から雨季に入る。もともと衛生状態が悪いところへ、ますます状況は悪くなってゆく。熱帯特有の疾患が流行してくる時期でもある。

実際、マラリアと疑われる症例や、下痢関連疾患（もともと多いが、特に大人の赤痢が増えている様子）などが増加している。

そんなある日、急患で運び込まれたある患者。「ヘビに咬まれた」という。右足くるぶしあたりに、くっきりと咬まれた痕。幸い毒性は無かった様で症状を示すことなく経過した。雨が降ればカエルが増える。カエルが増えれば、それにつられて、ヘビも増える。タライ地方で一番多いのがコブラであるという。「先生気をつけて下さいね。」とネパール医師らのあたたかいお心遣い。気をつけろと言われても、私は「ヘビ遣い」の経験はない。

夜、外を歩くとき、懐中電灯を使うようになったのは、その日からである。

先日、政府の機関からの通達があり、SCFが運営する Health Centerから当Centerへの患者の紹介が奨励されたとのこと。Dr. MADHAVや他の staff達も、この通達により、一層患者が増えると心配しています。私も同感であり、Emergency caseも常時受け付けている現状において、すでに人員・施設設備ともに不十分な状態です。来年からは、キャンプ内の Health Centerの運営も行う予定だそうですが、資金はもとより、より一層の man power の補充が必要となるでしょう。もはや、ネパールと日本だけでは不可能かもしれません。他の国々への呼び掛けはいかがでしょうか。また日本国内におけるブータン難民への関心を強めるという働き掛けも必要かと思えます。これもアジアにおける一つの大きな問題だと思えます。

REPORT OF ACTIVITIES OF DAMAC HEALTH CENTRE

1. Average patient per day 15 to 20
2. Average surgical operation per week 6
3. Average surgical operation per week 10 to 15 20
4. Average X Ray per week 15
5. Average E. C. G. per week 5
6. Average Lab investigation 100 per week
7. Average administration per week 20

*PROBLEMS

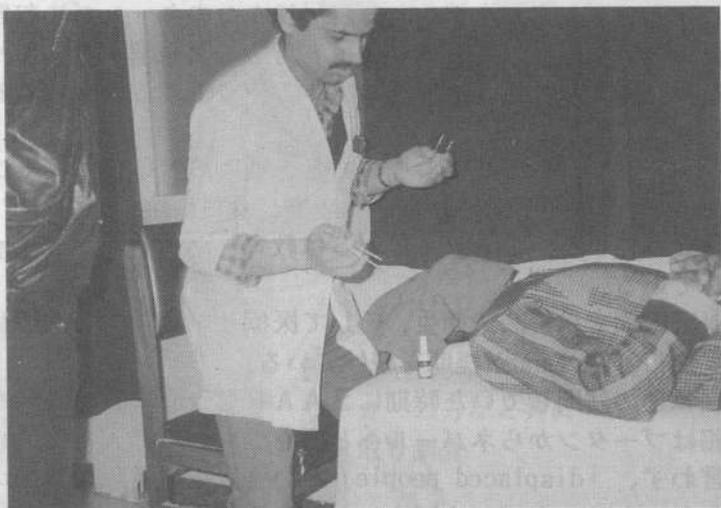
Epidemic Diseases Typhoid fever, Dysentery, Mumps Measles, Snake-bite is also a great problems. Equipments needed one incubator,

one refrigerator, one colimeter, one microscope, one E. M. O. machine for general anaesthesia one operating table one respiratory ventilator one suction machine.

We invite doctors from Japan and other countries from Asia to come here in Nepal and share our problems.



ブータン難民第二次医療センター
看護婦の面々



現地医師による小手術



川島 正久(神戸市立中央市民病院、M. D.)

河野吉輝(神戸大学経営学部学生)

東野洋平(神戸大学農学部学生)

新庄祐子(神戸大学教育学部学生)

ネパールはヒマラヤ山脈に位置する山岳国家である。1991年よりネパールの東部のブータン王国内で政府によるネパール系住民の迫害が始まり、ネパール系住民は難民としてネパールに流入して行くこととなった。1992年より越境してくる難民の数は非常に多くなり、1993年現在その数はキャンプに收容された数のみでも8万2千人を越えている。私達はキャンプ住民の生活状況を把握するためにUNHCRの許可を得た上でキャンプ内部に立ち入り、視察とともに住民の聞き取り調査をおこなったのでここに報告する

A. 難民キャンプ視察

現在、ブータンを追われた難民は4つのキャンプに收容されているがこの4つのキャンプのみで收容されている人数は8万2千人を越える。キャンプに入らず、他の地域に住居を構えたり、親戚関係をたよってやってくる人も入れると、11万にもおよぶといわれている。

現在はUNHCRの管理のもと、種々のNGOがキャンプ内で活動している。Lutheran World Service(LWS)は家屋の建築、食料供給を行なっている。OXFAMは職業訓練を行なっている。CARITASは教育、World Food Program(WFP)が食料配給を担当している。

医療面では、公衆衛生、そして医療サービスの両面についてイギリスのSave the Children Fundが援助を続けている。

私達の訪問していた時期にSARC Conferenceが行なわれ、その席上でブータンの首相はブータンからネパールへと国を離れてゆく人々について、「refugee(難民)」とは言わず、「displaced people」という表現を用い、難民の存在を認めようとしなかった。これにより、ネパール国内における難民の帰還の見通しはまた一步遠のいた。ネパール国内の有識者の話によればこの難民の問題が解決するのに最低3年はかかるだろうという。

昨年、状況の悪いときには、食料不足、栄養不良、下痢、伝染性疾患が猛威をふるっていたという。粗死亡率が3.2人/10,000/日であったときもあるという。

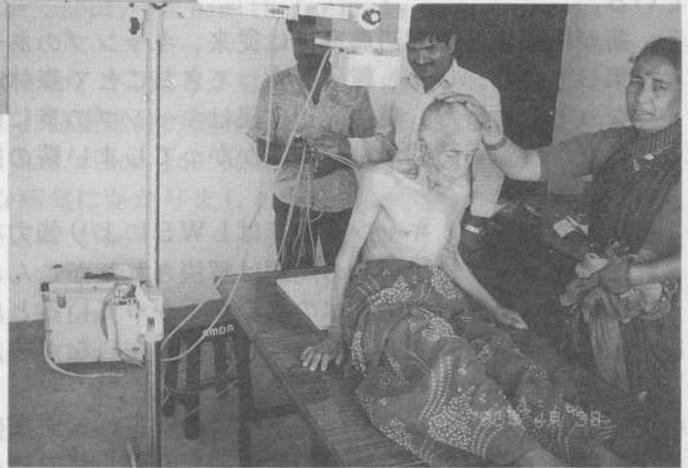
しかし現在、粗死亡率は0.2人/10,000/日まで下がってきた。Emergency Feeding Centerも今年になって閉鎖されてしまったという。今年2月から灯油の支給が始まっている。難民は1850kcal/日の食料が供給されている。現在もなお89人/日の新しく登録される難民がいる。そのなかにはこちらのキャンプの生活の状態が比較的良いことを聞いてネパール側へやってくるものも多いという 私達の印象としては、あまり暗いという感じはしなかった。Save the Children Fundで働く現地人のドクターによれば「世界でいちばんよい難民キャンプ」だということである キャンプ内をしばらく歩き廻ってみたが、



Beldang2extnsion

まだまだ新しい家々がつくられている

ハハの大鼻グ内のてキャキるあこト
ハコゆさる下流校コ更観るむてて人
以漢人容却るバアJ営期を(るバア
腐コ前争りIは航土のこ。さるてあじ
るバア入住コつごさか前以ゆさのこ。



AMDA referral health centerにて
放射線被爆しまくりのX線撮影



難民キャンプ内で
ワーカーの方々と共に
聞き取り調査

1992年 1月 2月 3月 4月
(人数) 1 6 8 8

農家のガネシュ氏に案内してもらい
キャンプ周辺を歩く



子供はもちろんのこと、就労可能年齢の大人たちがキャンプ内で所在なくうろうろしているのに出くわした。仕事がないのだという。食べるものは与えられて何もする事がない、ということの結果として結婚も多いという。また喧嘩の発生も多いという。

4つあるキャンプの内で最大のベルダンギキャンプはI、IIのキャンプがあったが、流入しつづける難民に対応するためにベルダンギIII（ベルダンギII extensionと現在呼ばれている）を設営している。収容人数は約5万人でUNHCRも収容人口の過剰を認識しはじめている。この土地は15年前に政府が国有地として以来、川沿いの森林地帯であった。このため以前からここに住んでいる、周辺の農家からはいくつかの苦情が発生しはじめている。

1. 薪が枯渇する：周辺農家では従来、キャンプのあった森林地帯で燃料につかう木材を採集していた。しかし難民がやってきたことで森林の中に落ちている木材がほとんどなくなってしまった。現在周辺住民はキャンプの奥に山の中に入って採集を行なってくる。これが、片道4時間から5時間かかってしまい薪の採集も一日仕事になってしまったという。
2. 地下水の低下：キャンプ内ではLWSにより強力な地下水の汲み上げポンプが設置された。キャンプ住民の水の問題は解決されたがこんどはその水の消費量のため、周辺の住民の作った井戸の地下水の水位が下がっているという問題が起こっている。
3. 伝染性疾患に対する不安：以前には存在しなかったタイプのマラリアや伝染性下痢性疾患が起こっているという。
4. 交通機関に対する苦情：キャンプ地へ通じる未舗装の道路からは大量の埃が舞い上がり、これが道路沿いの住民の衛生環境を悪くしているという。

周辺住民にとっては、交通が便利になる、安い労働力が手に入るなどプラスの経済効果もある。しかし、難民の数が増えていくにつれ日に日に、周辺住民の不満も高まっていくようである。これらは、状況がemergencyからmaintenanceの段階に入った今、解決しなければならない問題のように思われる。

B. 住民に対する聞き取り調査

ブータン難民の生活、健康状態はUNHCRの管理のもと、emergencyの状態は脱し、maintenanceの状態へと移行している。我々は難民の一般的な生活状況を知るために、70世帯にアンケート調査を行なった。6つの質問項目を作成したが、そこから得られる結果より将来の問題発生の可能性を考察してみた。

なお、この調査は非公式に行なわれたものであり、いかなる援助団体の活動にも干渉するものではないことを強調しておきたい。

<方法>

1993年3月30日から4月3日まで1人の医師と3人の学生が、4つのキャンプの内最大のキャンプであるベルダンギ・キャンプを訪ねた。キャンプ内で生活する難民のヴォランティア4人に通訳を依頼し、質問はネパール語でおこなわれた。

質問の対象となるものは成人で、主として15歳から50歳の年齢のものに行なわれた。質問項目は以下のとおりである。

1. How many people are there in your family?
(あなたの世帯には何人いますか)
2. When did you come to this place?
(いつここへ来ましたか)
3. Do you have any problem on your living condition?
Please try to pick one item from a-f below
a. housing b. education c. water supply d. health facility
e. food f. others
(生活のうえで何か問題がありますか。下のa-fから選んでください
a. 住居 b. 教育 c. 水の確保 d. 健康維持の施設 e. 食料 f. その他)
4. What kind of illness have you had since you came to this place(camp)?
(このキャンプへきてからどんな病気にかかりましたか)
5. What do you usually do in the day time?
(昼間普段は何をしていますか)
6. Have you heard about the items below?
A-a. Family planning b. Contraception c. IUD(Loup, Lippeys) d. Condom
e. Pill f. Norplant B. AIDS
(以下の項目について聞いたことがありますか
A-a. 家族計画 b. 避妊 c. IUD d. コンドーム e. ピル f. ノルプラント
B. エイズ)

〈結果〉

有効回答数：70 (項目6については72の回答数)

1. 1世帯当たりの人数

人数	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	合計
世帯数	1	4	5	9	17	6	4	4	4	6	1	5	2	1	1	70

2. キャンプへやってきた時期

1990年	1月：1人	4月：3人														
1991年	6月：1人	10月：2人	11月：1人	12月：1人												
1992年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月				
(人数)	1	6	3	9	2	1	15	11	3	3	4	3				

3. 生活上の問題

- a. 住居 33
- b. 教育 3

- c.水の確保 2
- d.健康維持施設 14
- e.食料 23
- f.その他 15

4. キャンプにきてからかかった病気

(open question のため分類されていない)

発熱、下痢、赤痢、痘そう、マラリア、視力障害、悪心、かいせん、コレラ、中耳炎
関節痛、結核、急性呼吸器感染症、高血圧

5. 昼間普段何をしていますか

- 編み物 3人
- 住居の整備 2
- ヘルスヴォランティア 2
- ハンドクラフト 1
- Sectorのchief 1
- Subsectorのchief 1
- コーディネーター 1
- 学校の教師 1
- 時計の修理 1
- 伝統治療師 1

その他：家事（水を汲む、食事を作る、洗濯など）以外はとくになにもししていない

6. 家族計画等に関する知識（有効回答数72）

- A-a. 家族計画 27 (37.5%)
- b. 避妊 15 (20.8%)
- c. IUD 16 (22.2%)
- d. Condom 12 (16.7%)
- e. Pill 21 (29.2%)
- f. Norplant 11 (15.3%)
- B-AIDS 10 (13.9%)

〈考察〉

項目1に関して、我々は家族構成についての調査を行なった。この結果からわかることは、難民キャンプへやってくる時は主として家族単位でやってきていることがわかる。

項目2に関して、調査対象となった世帯は1992年の7月と8月に多かったことがわかる。

項目3に関して、事前に多くの種類の回答が予想された。そこで6つの選択肢を設定し最も重要度の高いものを選んでもらった。UNHCRによれば竹で編んだマット竹製の支柱、プラスチックのシートが難民に支給されている。にもかかわらず、住居の問題がいちばん深刻であった。次に深刻なのは食料の問題である。食料は現在、WFP (World Food Program) が運営する食料供給センターで支給されている。これらの食料だけでは生活を維持していくのには十分ではないという意見が多かった。難民の摂取している食料の熱量は1日一人当たり1850kcalということである。教育にかんする訴えとして3件あるが絶え間ない難民の流入により小学校の規模が児童の数に見合わないという問題があること、また小学校より上のレベルの教育を行なう機関が存在しないということも問題として挙げられている。水の確保にかんしては、2件の訴えがあった。しかし教育、水の問題についてはそれを担当するNGO (CARITAS, Lutheran World Service) の働きにより、非常に良い状態で管理されてきたといえる。

項目4に関して、一部は調査員の準備不足のため、多岐にわたる回答が得られた。これらの回答のうち、注目すべきものとしてはマラリア、痘そう、コレラなどがある。もともと山岳地帯の出身者が多く、東部ネパールの熱帯性気候に順応できず、昨年はマラリア、細菌性赤痢の流行が起こった、という。調査を行なった時期は乾期で伝染性疾患も下火になっているということであるが、それでも何人かはマラリアにかかっておりヘルス・センターにて投薬を受けていた。

項目5に関して、おおくの難民は家事をする以外は日中することもなく過ごしているということがわかった。OXFAMが難民の職業訓練のために現在働きかけている。またあるものは編み物やハンドクラフトの作製に関わっているという。しかし大半は日中何もする事がなく近くの街へでたりキャンプ周辺を歩き廻ったりしている。

項目6に関して、比較的少数のひとしか家族計画についての知識を持っていないといえる。コンドーム、ピル、Depo-proveraといった避妊手段が、キャンプ内部で配布されているが、現在に時点では多くのひとが こうした概念にたいして無知であるといえる。

AIDSに関しては、キャンプ内部での発生がないこと、またAIDSについての知識を伝えるメディアが存在しないことから、AIDSという言葉を知っている人は限られている。

難民キャンプにおける将来の問題発生を考えてみたい。狭い地域に5万人近くの人口が住むこのキャンプはもはや過密状態である。そこに仕事もなく怠惰に過ごしている人々の集団がいるため、喧嘩の発生も多いという。婚姻の成立件数も多いが、避妊の知識の欠如のため将来キャンプ内の人口がさらに増加していく可能性もある。

AMD A 国際執行部会報告

1993年5月22日

去る5月22日大阪チサンホテルでAMD A・International国際執行部会が開かれました。今回の執行部会の主目的はアジア多国籍医師団の正式発足およびプロジェクト志向の組織運営体制の確立でしたが、インド、バングラディッシュ、台湾、韓国、ネパール、日本、フィリピン、インドネシアの8か国に加え、オブザーバーとしてパキスタン、カンボジア、スリランカ、ギリシアの計12か国が参加し、午後4時から白熱した議論がかわされ、会議は深夜10時30分過ぎまで及びました。

執行部会では以下のことに関する話し合いおよび決議が行なわれました。

1. アジア多国籍医師団の発足
林原フォーラムで提言されたアジア多国籍団構想を受けて、満場一致で正式発足。英語名はAsian Multinational Medical Mission (AMMM) に決定。
2. AMD A International 規約改正
 1. 会員資格について
自国以外に在住でAMD Aに入会希望の場合、必ず自国籍のAMD A支部の会員となる。また、単一国に支部はひとつのみ設立可能。
 2. AMD A International の事務局をフィリピン支部より日本支部に移動
1993年度は組織運営体制の整備という点で非常に大切な時期であるので、資金調達において重要な役割を果たしている日本に事務局を日本に移す。また、AMD A International ニュースレターの年4回発行も定例化する。AMD A Japan事務局では現在専従事務局員3名、非専従2名がおり、事務局体制が他支部に比べて充実していることも理由として挙げられた。
AMD A International 事務局長は一年間菅波茂代表が兼任する。
- 尚、改正後の条文推敲委員会が設けられた、委員会が責任を持って条文改正にあたることになった。
3. アジア多国籍医師団の具体的運営について
各支部からアジア多国籍医師団担当者を選出、コア・グループを形成する。その他、多国籍医師団のデータ・ベース作成について、活発な意見が交わされ、今後情報収集への努力がなされることが確認された。
4. 次回のAMD A・International会議の開催について
1994年はインドでAMD A・International 10周年記念会議を行なう。初回の国際会議もインドで行なわれた事もあって、インドが立候補、組織委員会を設立して来年度の会議開催の準備にあたることになった。
5. AMD A国際医療情報センター、医療ビジネス
在日外国人および海外邦人を対象にした医療サービスの充実・発展のための情報収集に関して、AMD A支部執行部に協力を要請した。

林原フォーラム93' 報告



HAYASHIBARA FORUM '93 "INTERNATIONAL MEDICAL COOPERATION"
MAY 20-22.1993 IN OKAYAMA

アジア多国籍医師団結成

今夏、ジブチへ第一陣



アジア多国籍医師団の発足を宣言する菅波代表(正面の立っている人)

アジア、アフリカで難民(AMDA)菅波代表、の医療救済活動が続いている岡山市)は、二十一日、大阪にあるアジア医師連絡協議会(市内のホテルで国際執行部

会を開き、十四か国と香港の医師約五百人で作る「アジア多国籍医師団」を結成した。専門医を被災国にすみやかに派遣、国境を越えた緊急医療に当たるのが目的。第一陣は今夏、ソマリア難民が流入している北アフリカのジブチに派遣される。

執行部会には、AMDAのアジア各国支部の医師二十五人が出席。菅波代表が二十一、二十二の両日、国内外の医師や大学教授、宗教家が集まって岡山市で開かれた「多国籍医師団構想」を考える国際シンポジウムで構想が全面支持されたと報告し、全会一致で結成を決めた。

シンポジウムでは、欧米のNGO(民間活動団体)が現地との文化や慣習の違いからトラブルを起こしている例が報告され、「救援のためには、医師が現地の文化を知ることが重要」として、専門家にアドバイスを求めていくことにした。

ジブチには現在、約十万人の難民が流入しており、多国籍医師団は同国の難民キャンプで診療を行い、北部ソマリアを中心に巡回診療もする。第一陣は日本、ネパール、パキスタン、ベトナムの医師で構成する。

AMDAは現在、加盟医師の専門分野や得意な言語などの調査を進めており、菅波代表は「これらの情報をコンピューターに入力、

各国支部とコンピューター通信で結び、迅速で効果的な医療救済を行いたい」と意気込んでいる。



医療面からの国際貢献を考へる「林原フォーラム93国際シンポジウム」が二十一、二十二の両日、岡山市藤崎の林原生物化学研究所藤崎研究所で開かれた。同フォーラム組織委員で、「多国籍医師団」構想を提唱したアジア医師連絡協議会(AMDA)本部・岡山市楠津の菅波茂代表が二日間

にわたる討論の成果と、今後の活動などについて語った。

菅波代表はフォーラムの成果について「難民への医療支援など緊急事態に対応でき

多国籍医師団活動へ

る多国籍医師団が「今、フォーラムの検討を経て二十一日、大阪市内で開かれたAMDA国際執行部会構想である」との方向で、参加者の意見がまとまって正式に発足。日本をはじめAMDAの支部があるネパール、バングラデ

林原フォーラム93シンポ 菅波AMDA代表が報告



他分野の専門家支援を

関係者だけでなく、文化人類学、心理学者、宗教家など他分野の専門家の支援、他のNGO(非政府組織)との協力が必要との意見も出た、と報告

多国籍医師団は同フォーラム難民への医療支援

から着手。各国から医師看護婦、コーディネーターを派遣するという。

また、菅波代表はこれまで国際医療ボランティアの中心であった欧米のNGOが、キリスト教徒であるためイスラム教国で受け入れられにくい現状に触れ、AMDAの多国籍医師団が「宗教面においても仏教、イスラム教、キリスト教に対応できる」と多様な宗教、文

フォーラムの成果と多国籍医師団の活動について語る菅波AMDA代表

化が交錯したアジア地域を基盤とするメリットについて強調。さらに「従来の「支援する側」「受けられる側」の二国

間NGOでは協力できる範囲、質に限界がある」とし、十五カ国に広がる多国籍のネットワークを生かし、緊急事態への迅速な対応を展開したいと話した。

林原フォーラム93

国際医療協力

アジア多国籍医師団構想の提唱

上記のテーマのもとに、新しい国際医療協力のモデルとしてのアジア多国籍医師団構想について2日間にわたり討議をいたしました。各界専門家からのご指導によりより構想も具体化してきました。全面的な支援をいただきました(財)林原共済会を初めとする関係者の方々に紙面を借りまして厚くお礼を申し上げます。

アジア医師連絡協議会
代表 菅波茂

ニーズに応じた医療協力を



おがやま



—アジア多国籍医師団構想—

伝統医学も再評価

実現へ21、22日にシンポ

アジアでの救済医療活動は、現地の医師を中心に、アジア各国の医師が協力して実施している。アジア多国籍医師団構想を提唱するアジア医師連絡協議会(AMDA、本部・岡山市、豊波茂代表)を中心に、国際医療協力を考える「林原フォーラム93 国際シンポジウム」が二十一、二十二の両日、岡山市藤崎の林原生物化学研究所・藤崎研究所で開かれる。林原共済会(林原理事長)の主催。AMDAのメンバーを含め、アジア十七カ国から医師、関係者五十三人が参加し、討論する予定。シンポジウムの成果を踏まえ、アジア多国籍医師団の具体的な活動が始まる。

シンポジウムの組織委員。第一分科会のテーマは「と題した武井秀夫・大塚大は、豊波代表のほか、黒住宗昭・黒住教主▽WHO顧問のハキム・サイド氏(パキスタン)▽タイ・マヒドン大薬学部長のデフォム・マグナム氏ら七人。

二十一日のシンポジウムは、三つの分科会に分かれ、シンポジウムの組織委員。第一分科会のテーマは「と題した武井秀夫・大塚大は、豊波代表のほか、黒住宗昭・黒住教主▽WHO顧問のハキム・サイド氏(パキスタン)▽タイ・マヒドン大薬学部長のデフォム・マグナム氏ら七人。



豊波 茂代表
AMDA

「緊急救援活動の現状」を討議する第三分科会では、難民キャンプなどへの物資輸送などで世界的な活動をしている「ケア・イン」AMDAの活動から、①従

来の医療協力は、先進国が発展途上国に一方的に施すものだったが、途上国にも多数の医師がおり、国際協力のために貢献したいと想っている②各国で宗教が異なり、その宗教の信者である医師が中心になって協力する方が理解が得られやすい、効率的③各国では伝統医学が根強く信頼されており、医療協力には現代医学に伝統医学を取り入れることが、その国の人たちの安心感を得られる④医療救援を実施する場合、その国の医師が救援隊に加わっていると、政府の理解、協力の度合いが強い—などの点を確認。医療協力をすすめる場合、当事国の医師を中心に、可能な限り多数の国からの構成チームで臨む「アジア多国籍医師団」構想を打ち出した。

シンポジウムは両日も午前九時開始。一般の聴講も可能で、無料。問い合わせ、聴講申し込みは、林原総務・広報グループ(086・224・431)。

あめにていり

リポート

AMAZON

REPORT

林原フォーラム第一分科会総括報告

黒住教教嗣 黒住宗道

第一分科会では「医療文化の多様性を越えて」とのテーマのもと、次の三点を目的として様々な角度からの提言並びに意見交換がなされた。

1. アジアの多様性に応じた医療協力を実施するための基本理念作り
2. 異文化とのコミュニケーション促進方法をさぐる
3. アジア多国籍医師団活動支援体制作り

まず「医療における異文化との出会い」として、内外での医療活動報告があった。

AMD A国際医療情報センター事務局による「滞日外国人の医療相談」によると、現在日本には120万人を越える外国人登録を済ませた外国人と、ほぼ同数の登録を必要とされない、または未だ登録をできないでいる外国人の滞在が認められ、これらの人々が病に倒れた時、言葉の問題、医療費の問題、風俗・習慣の差、疾患の差などが原因となって様々なトラブルが引き起こされるという。当センターでは、電話による医療・医事相談や、母国語での対応、外国人向けの医療診断ガイドブックの作成、病院に常備する11カ国語による診断補助票の配布など、基本的な医療情報の提供につとめている。

次に、山形県下に550人以上の入籍が認められる“外国人花嫁”の現状と諸問題についての報告が行われた。ある程度のアフターケアのあった行政の斡旋による“集団国際お見合い結婚”と異なり、民間ブローカーによる仲介では問題が多く、妻側の精神的苦痛は年々深刻になっているという。問題解決に向けて、

1. 日本語教育と日本語教師の養成
2. 外国人医療情報センターの運営と医療通訳者の養成
3. 夫やその家族に対する「フィリピン理解講座」「韓国理解講座」「多文化理解講座」の開催

などをNGO活動としておこなっている。特に「外国人医療情報センター」に日常生活の悩み事を相談してくるケースが多い。外国人をマイノリティーとする日本社会の姿勢が改められない限り真の問題解決にはならないが、夫およびその家族の理解と協力により、ほとんどの問題が解決することも事実であるという。

一方、海外での医療活動を行う上で大きな問題となってくるのが、特に途上国に見られる伝統的な世界観（コスモロジー）に基づく医療システムの中に、近代西洋医療システムが導入される際に生じる軋轢と融合の現象である。一般に、どちらか一方が完全に排除、吸収、同化することはなく、それぞれが互いに影響し



様々な分野からの発表で
なごやかに討論がすすむ第一分科会



あつて変化し、住み分けて統合される“変形混在”の過程をたどる。よりスムーズに事態を進行させるためにも、各地の伝統を深く理解することが望まれる。また、健康においても世界一の実績を持つに至ったわが国の“健康転換”の歴史を詳しく分析し、成功した事例として被援助国に提示できる姿を確立させる必要がある。各地の伝統を活かしながらの医療援助と、わが国の過去のデータの活用は、当分科会の目的の一つである「多様性に応じた医療協力を実施するための基本理念」ともいえる。

また、現場からの報告として、国連高等難民弁務官（UNHCR）によるアフガン難民救護活動が紹介された。難民保健医療にはタイミングがあり、その時期に合った援助を行うとともに、様々な形での利害関係を考慮した細やかな対応が必要とのことであった。難民と受入れ国政府と本国政府の三者の政治的な利害関係、また、宗教や民族に起因する難民同士の、または援助国と難民の利害関係を知っておくことは医療スタッフにとっても重要なことで、そのためにも、短期緊急援助ではなく、文化レベルの理解をとまなう長期滞在援助が望ましい。この長期派遣の保健医療関係者に対する国内支援体制としての、

1. 派遣された人が安心して帰ってこれる国内の受入れ体制の確立
2. 出掛ける前に現場の知識（文化・宗教レベルを含む）を与える情報機関の充実
3. 情報量の乏しい現場への、国内からの情報提供サービスの実施

は、当分科会の目的の一つ「アジア多国籍医師団活動支援体制作り」と深く関わってくると思われる。

次に、学術的データをもとに「国際医療活動における文化的視点」と題された提言では、GNPの数値と、5才以下の死亡率や国民の識字率の示す数値が必ずしも合致しない点が指摘され、国連の定めた指標の一つである、経済と識字率と平均寿命の3マーカーによる数値の重要性が確認された。その結果、教育の向上に援助の手を差しのべることが医療協力の効果を倍増させることになるにもかかわらず、現実としては、予算の都合で最初に削除されるのが、この教育でありまた保健医療であることが明らかにされた。

また、文化人類学者による「コスモロジーと医療」との発言では、民族のアイデンティティーであるコスモロジーを侵害する権利は外部の者にはなく、相手のコスモロジーによる理解範囲内で医療協力ができるよう最大限の努力が必要とのことであった。ただし、近代西洋医学なり新しい価値観が、各地域の普遍的なコスモロジーの一部が代替されたものとして受入れられることは一般的な現象で、提供する側の配慮で貢献は十分に可能であるとの提言もなされた。いずれにして

も、表面的な技術偏重の協力ではなく、人々のコスモロジーを重視した、広い意味での社会システムへの援助が重要であることが確認された。

続いて、宗教・宗派の枠を越えて相互理解と国際協力につとめる実績が、日本の宗教者から発表された。

まず、平成2年に黒住教本部で開催された「神道国際研究会」を通して、日本固有の信仰体系である神道を海外の人に紹介した実例が報告された。その結果、話し合いと体験の場をもつことが異文化理解にどれほど効果的か、そして、たとえ信じる宗教が異なっても、共通のテーマを掲げて価値観を共有することができること、また、コミュニケーションをもち続けることによって宗教者同士の個人的な信頼関係を構築することができることが明らかにされた。また国際協力として黒住教の推進する「福祉外交」の成果も報告された。

次に、宗教者の呼びかけによって、市民運動として国際貢献が展開される実例として、立正佼成会が中心となって取り進める「一食を捧げる運動」が報告された。定期的に一食分の食費を捧げ、ユニセフなどを通じて国際的に活用するこの運動は、誰にでもできる身近な国際貢献として大きな成果を上げているという。

また、宗教者による直接的な行動として、湾岸戦争に伴う中東地域からの本国帰還民並びに難民キャンプに対する援助を目的とした救援活動の実際について、キリスト教カトリック司祭から報告があった。緊迫した状況下での宗教者の協力と実践は高い評価を受けるに至った。

これらの宗教者の活動は、いわゆる“セクト主義”を越える動きで、当分科会の目的の一つ「異文化とのコミュニケーション促進方法をさぐる」上で貴重な実績であろう。被援助国と日本の宗教者によるネットワークづくりを図ろう、との発言もあった。

最後に、国際レベルでの活動を目指して、地元岡山からのメッセージが発表され、一般市民の意識変革の必要性が訴えられた。

発言内容が多岐に及んだため、当分科会では各プレゼンテーション終了後に質疑応答の時間を設け、以上の総括報告はプレゼンター以外の声も含んだものであることを理解していただきたい。短時間ではあったがフリーディスカッションの時間において自由な意見交換も行い、最終的に当分科会として、この度発足される「アジア多国籍医師団」に対して、全面的な協力を惜しまないことが確認された。

現在、日本には120万人を越える外国人登録を済ませた外国人とはほぼ同数近いという外国人登録を必要とされない、または外国人登録できない外国人が居住していると言われていいる。これらの人々が病に倒れたとき、さまざまな問題が引き起こされる。まず第1は言葉の問題である。診察時のみばかりか、医療機関の案内が日本語のみで記載されていることが外国人にとっては大きなかべになっている。医療機関側にとっては診察時に通訳の雇用、外国語併用の診察補助表の活用、辞書の活用などの対処法を考えねばならない。医療機関の院内、院外の掲示の改善も必要である。第2の問題は医療費である。どのような在留資格の外国人患者にどのような医療制度が適用されるのか、医療機関側がよく理解しておくとともに、外国人に対して適切な医療情報を提供するシステムの確立が急務である。また、医療費の未払いを回避するには医療費に関して医師と患者が話し合いをしたうえで診療をすすめるという医療費に関するインフォームド・コンセントを実践することが大切である。もし、未払いになりそうな場合、ディスカウントという方法で対処するのは問題があり過ぎる。このような方法ではごく少数の患者に対応できても患者の数が多くなると医療機関の経営問題に発展することが明白であること、一度ディスカウントで対応すると次回の診察より毎回ディスカウントすべきか否か悩まねばならないこと、そして何よりもディスカウントという方法で対応することのない日本人患者に対する逆差別になりかねないからである。第3は風俗・習慣の差である。宗教に起因するもの、伝統医学に起因するもの、食生活に起因するものなど様々な点で日本と諸外国の間には風俗・習慣の違いがある。医療従事者がこれらを無視して日本式に行うよう強く求めた場合、外国人患者が自己の風俗・習慣に強く固執した場合、大きな問題が起こる。トラブルの回避にはお互いの文化を理解し合うことが不可欠である。第4は疾患の差である。世界中、地域毎に頻度の高い疾患、その地域に特有の疾患があり、医師が外国人患者の治療を行い予想していたほどの治療効果が得られない場合、なじみの薄いこれらの疾患の存在を思い起こす必要がある。この際、患者のプライバシーの保護に十分に配慮し、無意味な外国人差別運動を引き起こさないよう気を付けねばならない。

AMD A国際医療情報センターはこのような中で外国人に適切な医療情報を提供するため、平成3年4月 AMD A会員の寄付金を基礎に設立された。開設以来平成5年4月末日までに外国人、または代理の日本人より受けた医療・医事電話相談は2736件に及ぶ

。現在、事務局常勤事務員5名、非常勤1名、通訳ボランティア若干名、有給通訳50名
余を抱えるまでになっている。また、外国語で診療を受けられる協力医療機関も300を
数えている。相談者の国籍、日本での居住地域 etc については当日報告する。平成5年
2月に東京都、5月に(財)東京都健康財団より救急通訳、外国語による医療情報サービ
スの委託事業を受けている。このため、5月9日にオフィスを開設以来の世田谷区新町か
ら新宿区歌舞伎町に拡張移転した。現在、英語、中国語、韓国語、タイ語、スペイン語は
毎日、その他、タガログ語、ポルトガル語、ネパール語、ベンガル語などに日変りて対応
できる。在日外国人ばかりか、日本人の医療従事者や教育機関、会社、大使館関係など外
国人に係わっている機関からの問い合わせも多く、今後とも日本国内の国際化に関してセ
ンターの果たす役割は非常に大きいといえる。

①「内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある
②「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある
③「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある

2. 保健医療には大きな役割がある
①「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある
②「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある
③「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある

④「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある
⑤「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある
⑥「紛争、内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的急変」がある

現在山形県には概算で550人を越える外国人花嫁が入籍している。国別では約8割が韓国人、1.5割がフィリピン人、残りは中国人、ブラジル人の女性である。

そもそも行政が仲介者となって外国人花嫁と日本人男性の集団お見合いを進めたところはある程度のアフターケアがあったが、今やほとんどが民間の仲介業者いわゆるブローカーによる嫁入りであるため、一切のアフターケアはないのが今の現状である。すると必然的に様々な問題が激発し、夫やその家族と言葉が通じない事による行き違いや誤解、家族内争議はもちろん、離婚や賠償問題といった法的諸問題も増えている。

そのような中でわれわれはNGOとして、

- ①日本語教育と日本語教師の養成
- ②外国人医療情報センターの運営と医療通訳者の養成
- ③夫やその家族に対する「フィリピン理解講座」「韓国理解講座」「多文化理解講座」の開催などを続けてきている。

外国人医療情報センターは常時医師が外国人やその周囲の日本人からの相談を受けるもので、当初医療問題が多く持ち込まれるかと思っただが実際は夫婦間の相談や生活相談が多く、実質「悩みごと相談センター」のようになっている。国別ではフィリピン人からの相談がもつとも多い。

センターはこのような電話相談のほか以下3点についての事業を展開している。

- a) 医療通訳者の養成・・・これは「医療通訳養成講座」を定期開催し、精神科や産婦人科外来のシミュレーションモデルを実際に経験してもらい、「専門職」としての医療通訳の技術を体得しその自覚を養うものである。言葉が話せれば誰でも医療通訳になれるというものではないからである。
- b) ESW (Ethnic Social Worker) (多文化間ソーシャルワーカー) の養成・・・これは医療、福祉、法律にある程度詳しいものがこの任を受け、外国人と日本人の間の様々な問題を巡ってソーシャル・ワークする。時には調停代理人として調停の中に参加する事さえある。
- c) 母国語による健康相談・・・保健所とのタイアップ事業で、センターから医療通訳者を出し、センターの医師が他科の医者を紹介する形で保健所の相談事業を展開する。それまで日本語が不自由であったために相談できないでいた様々な悩みや身体症状をこのとき、通訳を介して訴えてもらう。そして必要に応じて紹介状を書き、後の治療にもつなげていく。科としては内科、整形外科、産婦人科、小児科、精神神経科（カウンセリング科と称する事が多い）の5科が基本である。

いずれにせよこの問題は外国人花嫁の問題というよりも受け入れる日本人側の不備や無理解が原因である事が多い。そこでわれわれはセンターやその母体であるNGOの活動を通じてその不備さを埋めていく努力を続けている。しかしながら本来はこういった事業は行政が行うべきものである事も多いが、未だ外国人は「マイノリティ」であるとして重い腰をあげないままであるのも事実である。今後はNGOと行政のタイアップを進める必要性を感じている。

UNHCRによるアフガン難民救援活動

資料

東京都母子保健サービスセンター 司 藤 友 子

中村 安秀

1. 国連の難民 (Refugee) の定義が動揺している

①「難民条約」(1951年)「難民議定書」(1967年)

「人種・宗教・国籍・特定の社会的集団への所属もしくは政治的意見を理由に、迫害を受けるという十分に根拠のある恐れのために、国籍国の外にあって、その国の保護を受けることができない者」

②アフリカ難民条約(1969年)

「内乱、内戦、外国の支配、外国の占領または重大な政治的混乱の理由で国外にある者も含む」

③保健医療対策では国内の避難民 (displaced person) も支援の対象にしている

2. 保健医療にはタイミングがある

①緊急期・・・難民の大量流出の時期。食糧援助や住居確保、治安維持が優先課題
医療面では外傷等の救急医療が必要(死亡率1万人当たり1人/日以上)

②移行期・・・緊急時期を脱した状態。飲料水や食糧の安定供給が必要
保健医療面では予防接種、感染症予防対策などが重点課題になる

③PHC期・・・難民の流入も落ち着き、受け入れ国の組織が対応可能になる。
プライマリ・ヘルス・ケアに基づいた保健医療対策が必要。

④帰還期・・・難民が帰還を始める時期。帰るべき国の政治的安定が重要な要素。
帰還後の保健医療体制の確立が重要な課題。

3. 難民保健医療は政治的である

①難民と受入れ国政府、本国政府の3者は利害が一致しないことが多い

- ・アフガン難民とパキスタン、カブール政権
- ・クルド難民とトルコやイラン、イラク

②難民の中でも種々の宗教や民族があり、各々めざすものが異なる

- ・アフガン難民の中のバシュトン、ハザラなど

③援助機関も各々の利害関係の中で活動している

- ・クルド難民のドイツのプレゼンス

- ・アフガン難民における中東イスラム国の援助

- ・アメリカ合衆国の政治的・軍事的理由による人道(?)援助

④難民保健医療のイニシアチブは受け入れ国政府にある

4. わが国からの難民支援活動に望まれること

①異文化理解

- ・難民のもつ文化や習慣を尊重し、自決権などの基本的人権を遵守する
- ・欧米援助機関の思考や哲学を学習し、彼らと協調した支援を展開する

②短期緊急援助ではなく、長期的支援

- ・最低でも、半年の単位で援助計画を策定する必要がある
- ・長期派遣の保健医療関係者に対する国内支援体制の確立

③狭い意味での医療だけでなく、保健衛生に対する支援

- ・飲料水やトイレ、廃棄物処理
- ・通信、電気や輸送などのロジスティックの整備
- ・プライマリ・ヘルス・ケアに基づいた保健医療システムの構築

資料

アフガン難民保健医療

(1990年3月-1991年2月)

1. アフガン難民保健医療の歴史的経緯

- (1)緊急援助期・・・1979年末ソ連軍のアフガニスタン侵攻後、難民は飛躍的に増加。
各国からのNGOが集結し、独自性に基づいた医療が始まる。
- (2)組織編成期・・・難民の流入も落ち着き、恒常的な難民対策組織が必要になる。
パキスタン政府が州ごとに保健局長を任命し、地域ではBHUを確立。
- (3)プライマリー・ヘルス・ケア整備期・・・EPI、結核、マラリア等の個別的なプログラムが普及した。
- (4)プライマリー・ヘルス・ケア充実期・・・難民帰還後のアフガン国内の人材育成を考慮し、キャンプ内のCommunity Health Workerの育成に重点。

1988年4月のジュネーブ協定、1989年2月のソ連軍撤退以後も、カブール政権とムジャヒディン、あるいはムジャヒディン同士の抗争が続いていた。ソ連解体後、カブール政権が倒れアフガン人政権が樹立されたが、その後も民族間の武力闘争が継続している。一時は、パキスタンとイランに逃れた難民数は500万人以上にのぼり世界最大の難民集団であったが、現在はかなりの難民が自発的にアフガニスタン国内に戻っている。

2. アフガン難民の現状(1990年)

公的難民登録数：320万人(50.1%が15歳以下の子ども、26.5%が成人女性)

北西辺境州 225万、パロチスタン州80万、パンジャブ州15万

キャンプ数：341カ所

キャンプ内(診療所BHU; Basic Health Unit): 221カ所

131カ所(59.3%) ; パキスタン政府運営(予算はUNHCR負担)

90カ所(40.3%) ; 世界各国からのNGOが管理

難民ヘルスボランティア (CHW ; Community Health worker)

10,381人 (うち女性は4340人)

NGO : UNION AID, ICRC, SAUDI RED CRESCENT, MSF, SCF, CARITAS, SERVE, HANDICAP INTERNATIONAL, KUWAIT RED CRESCENT, JAMS, etc.

乳児死亡率 (IMR : 出生千人当り) :

82.3 (北西辺境州)

88.0 (パロチスタン州)

予防接種率 :

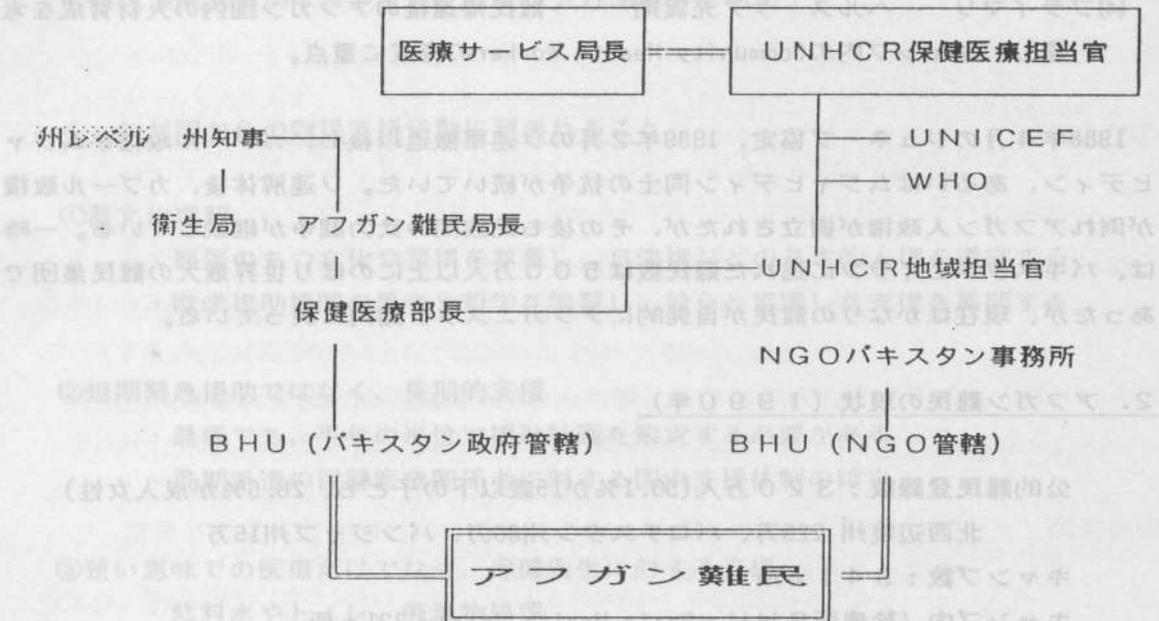
BCG (75-96%)、3種混合 (68-89%)

ポリオ (68-89%) はしか (73-87%)

3. アフガン難民保健医療システム

政府機構図

パキスタン政府辺境省



4. 定住した難民の保健医療の問題点

(1) 第一次庇護国政府の存在：

- ・ 第一次庇護国の保健水準が低い
- ・ 難民流入による人口圧力、経済的負担、環境破壊、文化の変容
- ・ 難民帰還を積極的に推進しない政府役人

(2) 難民コミュニティの自立の困難さ：

- ・ 経済的に完全に従属した生活（食糧配給、耕作権がない、就業の制限）
- ・ 人工的な空間、村のように見えるが村ではない
- ・ 青少年の問題（就学・就業の制限、アフガンを知らない難民の子ども）
- ・ 第三国定住はスクリーニングの結果、不自然な社会を構築

(3) 女性福祉の発想が必要：

- ・ 戦争、紛争のしわよせはvulnerable groupにくる
- ・ 難民生活のなかで、女性隔離（ブルダ）がひどくなる
- ・ （訪問看護婦や女性のヘルスワーカーの育成が重要）

(4) 自発的本国帰還：

- ・ 難民問題の恒久的解決として、①自発的本国帰還、②第一次庇護国での定住、③第三国への定住という三つの解決方法があるが、最も望ましいのは自発的本国帰還である。常に本国帰還後のことを念頭に置いて、保健医療対策を推進すべきである。

- － 人材の養成（とくに、長期の庇護国定住の場合）
- － 帰還後も応用可能な保健医療技術レベルの提供
- － 保健医療と教育（とくに初等教育）の緊密な連携

3. 医療における多国種チーム化

今後も緊急援助は国連機関と先進国の援助団体を中心に展開

- ・ 日本チームも積極的に援助コミュニティの中に食い込んでいく必要がある

WHOクウェートミッション (1991年3月)

WHOクウェート保健医療救援復興ミッション (Dr. Tarantola mission)

クウェートの保健医療ニード

- ・イラク侵攻以前・・・欧米先進諸国と同レベルの保健医療水準
- ・現在の医療施設の稼働率・・・侵攻以前の10-20%と推定
- ・近未来にも引き続き問題となるであろう課題
 - ①熟練した技術をもつ看護婦や高度医療機器の修復に必要な技術者の不足
 - ②車両の不足による病人の搬送やワクチンなど医薬品の運搬
 - ③人体への健康被害という視点を加味した中長期的な環境モニタリング
 - ④円滑な保健医療行政システムの確立
- ・日本が協力可能だと思われる分野
 - ①救急医療システムの再建
 - ②環境汚染の中長期的視野にたった健康被害調査

日本の機動性とWHOのノウハウ

- ・日本の在外公館の連絡の良さと機動性
- ・バーレーンからの車3台の借上げと食料品や活動機材の効果
- ・アクセスにはUN特別機とレセバセが非常に有利
- ・現地に精通した人材をもっているのはWHOの利点
- ・WHO本部のInformation Centerの情報は有用

国際緊急援助隊医療チーム（イラク避難民救済）

（1991年5月）

緊急避難保健医療の新しい方向性

1979年－81年・・・カンボジア難民、アフガン難民、エチオピア・スーダン難民

難民援助にとって記念碑的な時期

1990年－91年・・・ソ連・東欧の改革、EC統合、イラクに対する多国籍軍の勝利

欧米先進国にとっては、第三国難民定住の余地がない

難民緊急援助の変革期

1. 大量高速のロジスティック・・・ロジスティックの量とスピードが決め手

（輸送・搬送）

各国チームとも物資の輸送は軍用ヘリコプターと軍用大型トラック。

緊急の患者や医薬品の搬送には軍用ヘリコプター

フランスのボランティアチームまでがフランス軍の支援を受ける。

（通信）

ドイツ赤十字はキャンプ内からコンピュータ通信で本国と連絡

キャンプ内ではハンドトーカーにより各部署同士の交信

UNHCRは大型無線機（ジープ）でディアルバクル連絡事務所と定時交信

2. 診療だけでなく、環境衛生を含んだ総合的な医療チーム

診察と投薬・治療という狭い医療ではなく、安全な水や食料の確保が医療の基本
今後は、水施設造成、ゴミ処理、トイレ設営など環境対策を重視すべき

ドイツ赤十字チーム・・・簡易浄水プラントを本国から直接搬送

簡易給水場を設け難民キャンプに安全な水を供給

Health Coordinatorの役割・・・水やロジスティックを含めた全体の責任者

キャンプ難民全体の医療と健康の向上をめざす視点で行動

3. 医療における多国籍チーム化

・今後も緊急援助は国連機関と先進国の援助団体を中心に展開

・日本チームも積極的に援助コミュニティの中に食い込んでいく姿勢が必要

近年、国際保険の専門家の間で提唱され始めた健康転換(Health Transition)の概念は、途上国における文化と医療の関係をとらえるに極めて有効なモデルである。これは1940～50年代に定式化された人口転換(Demographic Transition)を下じきとしており、人口・疾病構造、保険医療体制、社会産業構造は互いに影響しあってそれぞれが転換してゆくという考え方である。(図1)人口は多産多死から少産少死へ、疾病は感染症から成人病へ、社会や産業は都市化と同時に1次から、2、3次へと転換する。保健医療の供給体制はまず近代西洋医学が導入されて確立され、ついで疾病の転換に対応して転換され、型造られてゆく必要がある。

医療人類学(Medical Anthropology)の基本概念によると、どのような社会においても、今日我々が疾病とよぶ問題に対処するシステムが存在するとしている。途上国においては、一般の人々の世界観(Cosmology)と共通する疾病観、即ち説明モデル(Explanatory Model)をもち、疾病に対処する知識技術体系、並びに専門家をもつ伝統医療システムがそれにあたる。(図2)近代西洋医学は海外からの国際協力をとおして、途上国の中央政府によって公的医療システムとして、その国に導入されることが多い。その導入と確立に際しては、それ以前に存在する伝統医療システムとの間に軋轢(Conflict)を生じる。(図3)その結果どちらか一方が他方を完全に排除、吸収、同化することは一般にありえない。それぞれが互いに影響しあって変化し、住み分けて統合される、いわゆる変形混在(Amalgamation)の過程をたどる。公的医療システムの中核をなす近代西洋医学が、その社会に定着、確立するということは、まずその国の保険医療システムが総体として転換することを意味し、同時に新しくとりこまれた近代西洋医学のもつ説明モデルがその国の人々にも理解され共有されたことをも意味している。(図1)また、この過程を個人の意識からとらえると、死生観(死に対する考えは生に対する考えに外ならない)の大きな転換を伴うことがわかる。ある日、無理やりに外側から奪われる生、日常といつも隣り合わせの死、即ち伝染性感染疾患による死から、日常と時間のかなたに隠された確立としての死、予測計画される生、即ち進行性慢性疾患による死へと、死自信が飼いならされ、生が統制(Control)されてゆく。

NGOであれGOであれ、保健医療の国際協力に参加することはこの過程に参加し健康転換を推進させることである。どこからどこに転換するのか海図なき航海は危険である。不要な摩擦や誤った方向への誘導を避けるため、健康転換概念による途上国への保健医療セクターの分析は必須のものとなろう。

経済ばかりではない。最もよく使われる指標、平均寿命、乳児死亡率で測るかぎり、日本は健康においても世界一の実績をもつにいたっている。非西洋国で後発の日本がどのようにして世界一の実績をもつにいたったのか、そしてその秘密をおそわりたい途上国の人

々は、日本の実績と協力の可能性に熱いまなごしを注いでいる。しかし日本ではこれまで日本の過去を予のような視点で分析してこなかった。実は、非西洋国日本が近代化しこのような実績を生み出すにいたった過程こそ健康転換の過程に外ならない。

我々は日本の健康転換の分析の作業を急がねばならない。それによって日本の現在のみならず、日本の過去から途上国の保健医療に貢献しうるのである。いや、つまるところ我々自信の経験からしか貢献しえない。日本の過去は現在の協力のよりどころなのだ。このように健康転換の概念は、国際協力に際して途上国の現状を理解し、その転換の方向性を予測し、共有されている疾病観や個人の死生観をとらえるのに、また日本の過去から途上国の現在へと貢献するために欠かせない方法論である。

図1 健康転換の概念

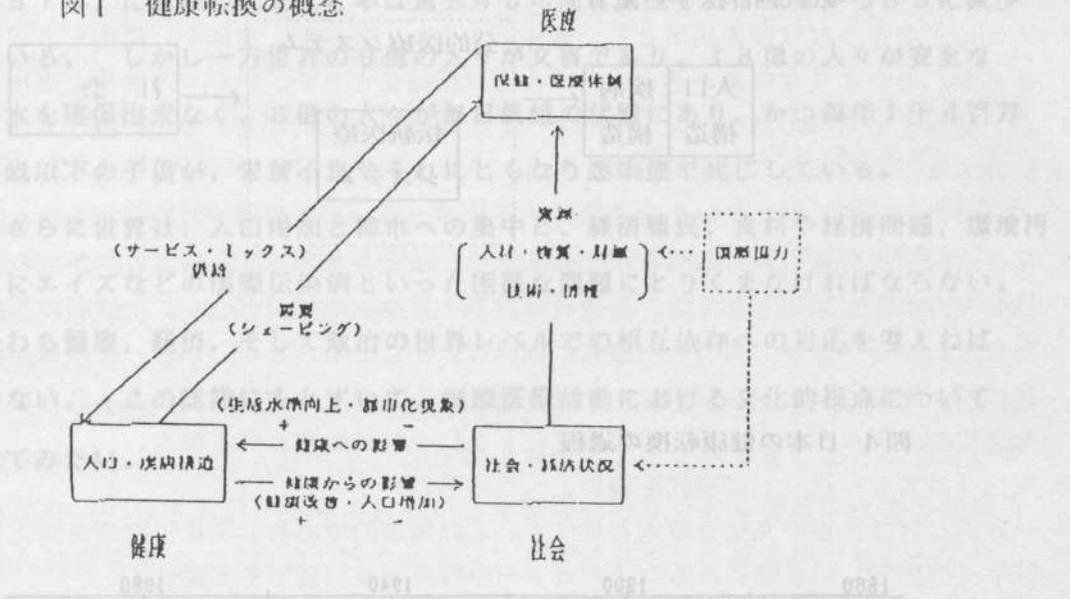


図2 A. クライマンによる医療過程論

治癒希求過程

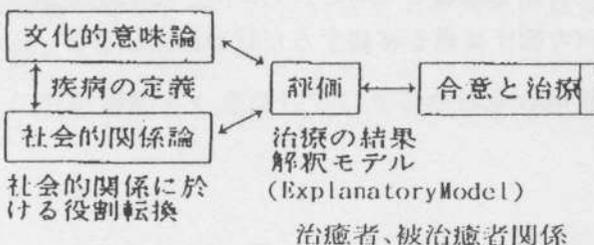
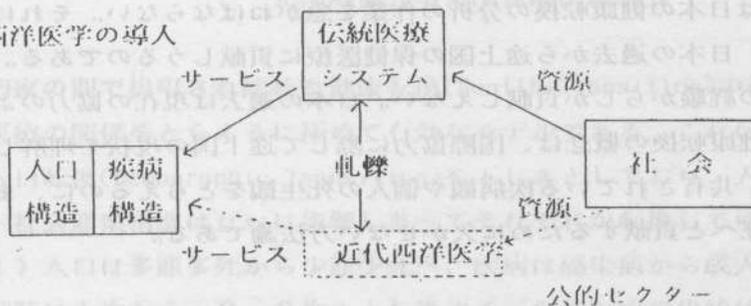


図3 健康転換の過程

近代西洋医学の導入



近代西洋医学の定着

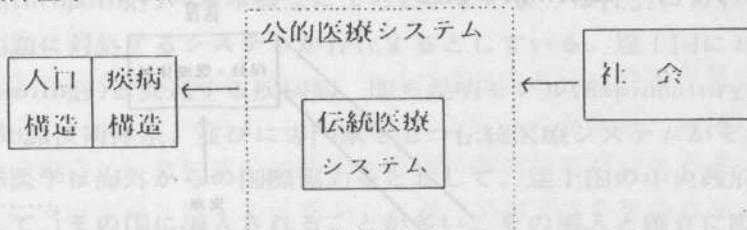


図4 日本の健康転換の過程

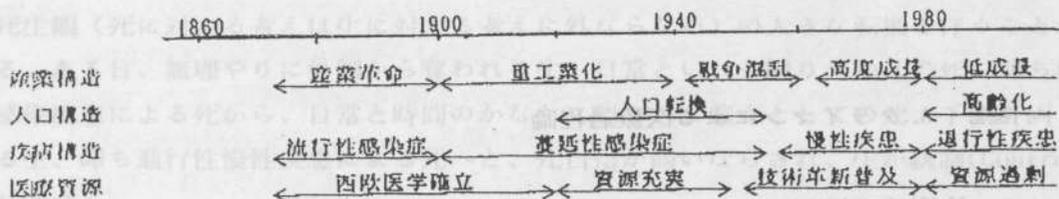


図4は、1860年から1980年までの日本の健康転換の過程を示している。産業構造、人口構造、疾病構造、医療資源の4つの観点から、産業革命、重工業化、戦中混乱、高度成長、低成長、人口転換、高齢化、流行性感染症、蔓延性感染症、慢性疾患、退行性疾患、西欧医学確立、資源充塞、技術革新普及、資源過剰などの転換期が示されている。

この転換期は、産業革命、重工業化、戦中混乱、高度成長、低成長、人口転換、高齢化、流行性感染症、蔓延性感染症、慢性疾患、退行性疾患、西欧医学確立、資源充塞、技術革新普及、資源過剰などの転換期を示している。

この転換期は、産業革命、重工業化、戦中混乱、高度成長、低成長、人口転換、高齢化、流行性感染症、蔓延性感染症、慢性疾患、退行性疾患、西欧医学確立、資源充塞、技術革新普及、資源過剰などの転換期を示している。

国際医療協力活動における文化的視点

Dr.梅内拓生：東京大学医学部国際保健学教授

国際医療協力活動における文化的視点

先進国ではこの一世紀で健康の大きな改善がみられ、今回先進国のおおくは80歳近くまでの寿命を楽しんでいる。途上国でも過去30年間に健康状態が著しく改善された。例えば途上国の平均余命は、46歳（1960年）から62歳（1987年）に延長し乳児死亡率は過去40年間に出生千対200から80に減少している。しかし一方世界の9億の人々が文盲であり、18億の人々が安全な飲み水を確保出来なく、8億の人々が毎日飢餓の状態にあり、かつ毎年1千4百万の5歳以下の子供が、栄養不良やそれにとまなう感染症で死亡している。

さらに世界は、人口増加と都市への集中と、経済難民、食料や経済問題、環境汚染さらにエイズなどの国際伝染病といった困難な問題にとりくまなければならない。すなわち健康、経済、そして政治の世界レベルでの相互依存への対応を考えねばならない。この認識にもとずいて、国際医療活動における文化的視点について述べてみたい。

コスモロジーと医療

武井 秀夫先生（天理大学国際学部助教授）

1. コスモロジー

世界観、宇宙観。ある民族が自己と自己を取り巻く環境世界をどう認識しているか。天文、気候、季節の変移、植生、動物相、人間とその居住する世界、神や能界など、すべての存在の創生、歴史、現在のありようについての知識と見方。文化の核心的部分。

2. コスモロジーは2つのモデルを提供する

すでに生起し、存在している物事、現行の習慣等を説明するモデル。

これから行われる行為、再生産される秩序等のモデル。

3. 病気は文化現象である

人間のどのような状態を病気とし、健康とするか。軽症か、重症か。原因をまず何に求めるか。どのような経過を辿り、どのような転帰をとるか。いかなる治療を選択すべきか。病気そのものの意味。これらのすべての判断に文化的なモデルが作用している。

4. 医療もまた文化現象、文化的行為である

人間のある状態に対していかなる診断を下すべきか。何を治療の目的とするのか。いかなる治療手段が選択されるべきか、あるいは、受容され得るか。病者にいかなる役割・社会内の位置が期待されるか。治療者の役割・社会的地位はどうか。治療者の養成はいかに行われるべきか。病者と治療者の関係はいかにあるべきか。家族、その他の周囲の者に何が期待されるか。病気についての責任の所在がどう問われるか。これらすべてにも文化的モデルが存在する：「医療文化」という言葉の使われる理由。

5. 文化（コスモロジー）は現代医療にとっての障害か？

一方的に対象民族の文化を障害と見なすことは独善的であり、文化侵略の正当化である。科学（的医学）の基盤にあるコスモロジーの特殊性を自覚する必要性。

医療が宗教、政治、経済、法律などの制度と未文化であることの意義を問う必要性。

人々の医療効果についてのプラグマティズムは文化の制約を打ち破る力を持つ。

何を選ぶかは人々の自主的選択に委ねるべき：民族自決権は当然文化にも妥当する。

6. 文化の抑圧性

それぞれの文化は固有の抑圧装置を内蔵している。しかし、それを強制によって除去するべきではない。先進国の別の抑圧装置を移植するだけの結果になる。

林原フォーラム 第一分科会プレゼンテーション

「神道国際研究会」

黒住教教團 黒住宗道

平成2年11月、私たちは黒住教本部神道山において「神道国際研究会」を開催しました。これは、国際的なNGO「グローバル・フォーラム」が京都での世界大会を計画するに当たり（本年4月20日～23日開催）、日本の伝統宗教である神道の正しい理解を目的とした研究会の開催を本教に求めたことから実現した会議でした。

「グローバル・フォーラム」の執行委員を中心とした海外10カ国からの出席者30余名は、シリアのイスラム教最高指導者、ロシア正教前大司教、ユダヤ教主管、ソ連（当時）の物理学者、アメリカンインディアンの大酋長、アメリカの財閥当主、国連代表、インド、オランダ、ボツワナ共和国の各国国会議員、そしてアメリカ、オーストラリア、インド、タイの大学教授と多岐にわたり、その大半が神道について全く知識のない方でした。そして、彼らに神道を紹介するべく、國學院大学と皇学館大学の教授陣を始め、伊勢神宮、諏訪神社、大阪天満宮、石清水八幡宮の宮司、権宮司、そして国内各界の知識人が研究会に参加しました。

まず基調講演として黒住宗晴黒住教教主が「日本人の生活と神道 — 教派神道の立場から — 」と題して、稲作により安定した生活を営むことのできるようになった日本人が、生命の賛歌であり感謝の祈りである神道の信仰を確立させた過程を述べ、「神道の教えの大元」と呼ばれてきた黒住教の教えを元に、神道のもつ陽気、活気、そして協調性と楽天性について言及しました。続いて演壇に立った皇学館大学学長の谷省吾氏は「神道における“いのち”の意味」と題して講演し、「いのち」が連続性と広がりを持ち、本来、罪、けがれの無い清浄なものであることを強調し、伊勢神宮の20年ごとの式年遷宮を始めとした神道のまつりによって、「いのち」が清浄に立ちかえり、よみがえりを得られると説きました。

神道と仏教が調和よく共存しているのが日本の宗教の特徴ですが、唯一絶対

なる神を信じる海外の人には、二つの宗教を同時に信仰するという事は理解しにくいものです。そこで仏教者の立場から、奈良・薬師寺管主高田好胤師が神道について語りました。師は、日本には古来、天地自然の恵みを全て八百萬神と崇めまつってきた信仰土壌があったからこそ、6世紀中頃に諸仏諸菩薩の大乗仏教が日本に伝わった時も違和感なく受け入れられ、以来、神仏の国日本で宗教戦争が一度として起こらなかったことを指摘しました。

日本固有の神道を海外の人に紹介するには、海外の神道学者の意見を聞くべきとの考えのもと、タイ、アメリカ、オーストラリアで神道について研究、講義する三人の専門家にパネラーとして発言を求めました。

まず、タイ・カセサート大学教授のベンシー・カンチャノマイ女史が「神道
は日本人の生き方の基礎が置かれている価値体系」と述べ、日本を理解するためには神道を正しく知らなければならないと話し、次にアメリカ・オハイオ州立ライト大学教授のウィリス・ステイツ氏が、神道の歴史に触れながら、その普遍的な世界観と、今日の多様化した社会で果し得る神道の役割について講演しました。続いてオーストラリア・グリフィス大学教授（当時）のヘレン・ハーデカ女史が自然秩序との調和と共存を勧める神道の思想が地球環境問題に寄与する点が多いと指摘し、日本の指導者たちが環境保全に一層熱心に取り組むよう呼びかけました。

様々な角度からの講義を通して基礎的な知識を身につけた参加者からの質問に、神道学者、神職が応答するフリー・ディスカッションが引き続いて取り行われました。

神道でいわれる天地に対する感謝、そして先祖への感謝の教えが、儒教の影響によるものではないかと指摘し、神道と儒教の関係について質問したのは、アメリカ・バックネル大学教授のメアリー・E・タッカー女史でした。この質問に対して皇学館大学教授（当時）の真弓常忠氏は、「言挙げしない神道は、神の祭祀を中心とした日常生活の中に道義を打ち立てようとする精神の営みであって、倫理としての儒教の言葉を借りて表現されるようになった」と述べ、儒教によって日本人の倫理・道徳規範が形成される以前から普遍的な日本の民

族信仰として天地自然、先祖への感謝の祈りが存在していたと答えました。

「人命を尊重するのは全ての宗教の基本の教えだと思うが」と前置きした上で、人口の爆発的増加が地球規模で深刻な問題になっている現状に対して神道がどのような思想をもっているかと質問したのは、オランダの国会議員エリカ・テルプストラ女史でした。答弁に立った皇学館大学理事長の櫻井勝之進氏は、子供は天からの授かりもので国の宝とする神道の立場を明白にしながらも、その数の均衡を正すのは宗教を越えた政治的な問題であろうと述べました。そして、わが国においては他の先進国と同様に、出生率の低下がより深刻な問題であると発言しました。

一方、國學院大学日本文化研究所のノルマン・ヘブンス氏は、「全ての存在に神（霊）が宿るとする神道の国で、公然と環境破壊が行われている点に矛盾を感じる」と、神道研究者の立場から神道と地球環境問題について厳しく言及しました。國學院大学教授の上田賢治氏は「神社の¹²社を守るため、そして広く緑の国土を願って植樹を行っているが、神道だけの力ではあまりに非力」と答え、神道本来の心を人々に呼び起こすための情操教育を広く働きかけなければならない、とこれからの課題を明らかにしました。この問題に対して岡山大学教授（農学部）千葉喬三氏が発言を求め、「人類の進歩の道と信じて行ってきた科学技術の発展が、必ずしもそうではないことが分かってきた今日、われわれに必要なのは、科学技術を発展させてきたその同じ頭脳で、人間存続のための倫理についてもっと真剣に取り組んでゆかなければならないこと」と述べ、「その原理となるのが、かつて日本人が等しく持っていた、いかなる生物も生態学的な原理をはずれては存在し得ないという基本的な認識」と、神道的な価値の見直しを、環境問題の専門家の立場から訴えました。

戒律的な教義をもたない神道を知るためには講義や討論だけでは不十分という考えから、研究会出席者には、朝日を拝む「日拜式」に始まる祭典への参列、そして“神道の元”たる伊勢神宮への参拝を呼びかけ、神道を“体験する”機会をもちました。

結果的に、三日間の「神道国際研究会」を通じて全出席者が賛同したことが、「自然の恵みに感謝すること。人間が本来もつ良識を重んじること。心の穢い

を大切にすること」という三点で、採択された「ステートメント」には「最も複雑で高度な技術の進歩した日本社会においても、古代からの世界観が脈々と生き働いていることを高く評価するに至った」と記されました。

結論として、神道という、その存在すらあまり知られていない宗教、また教義をもたないだけにその伝統の中に身を置かない限り理解のしにくい信仰体系を人に知らせる作業として、話し合いと体験の場をもつことが如何に大切かということ学びました。と同時に、たとえそれぞれの立場が異っていても、世界平和、地球環境、また人命の尊重という人類共通のテーマを掲げることによって必ず価値観を分かち合えるということ、そしてコミュニケーションを持続させることによって個人的な信頼関係を構築させることができ、それは、信じる宗教、思想が異っても隔ぎないものになり得ることを知ったことが大きな収穫であったと考えます。情報化の進んだ今日、宗教界においても、WCRP、世界連邦宗教委員会、万国宗教会議等の相互理解、相互協力が前向きに取り進められています。宗教間の相互信頼関係の育成が、このたびの多国籍医師団のような現実的な活動のお役に立つなら、私たち宗教者はその協力を惜しむものではありません。

注1. 嘉永6年(1853)、黒住門人による「伊勢神宮千人参り」

の際に、門人岡本京左衛門の説く黒住教の教えに触れた伊勢神宮の神職で国学者の足代弘訓師の発言した言葉と伝えられている。

注2. 現在、アメリカ・ハーバード大学ライシャワー研究所教授。

注3. 現在、八坂神社(京都)宮司。

『一食を捧げる運動』

Mr 川本浩司 立正佼成会岡山教会壮年部長

……人類が国境を越え、ともに生きる世界を目指して……
今、世界では1年間に1,400万人 2秒に1人の子供が貧困や病気で人間らしい医療を受けることもできず死亡しています。

われわれ人類が「宇宙船地球号」の乗組員と言われて久しくなり、年々この言葉が実感されてきています。

それは、一国の生存と他の国々の生存が深く拘り、互いに協力していかなければ生きて行けない世界になってきたことを意味しています。

今や地球全体をひとつの運命共同体としてとらえる気運が定着しつつあります。

そこで、私達立正佼成会々員は、「人類が国境を越え、ともに生きる世界」を目指して『一食を捧げる運動』の国民運動化を推進しております。

第一章 理念

第一節 国際化時代を迎える日本（人）の役割

①経済大国・日本の姿

戦後日本は焼土の中から世界に類の無い復興を成し遂げ、経済大国としてまた世界をリードすべき国として、飛躍しました。

そうした経済的繁栄は、平和憲法を護持し戦争を放棄したことや、日本国民の不断の努力によるものですが、世界各国から受けたさまざまな恩恵によって成り立っていることも忘れてはなりません。

さらに今日、自国の利益のみを追求し、他の国々のことを顧みないことの多い日本の姿勢に批判が加えられていることも忘れてはなりません。

②国際化時代をむかえる日本（人）

1980年代は、日本にとって「第3の開国」の扉をノックされている時代と言われ、次なる10年の現在、さらに21世紀は、本格的に日本が国際社会に対して開国を迫られる時代となるでしょう。

経済的交流ばかりでなく、社会的、文化的、そして人的な面においても急速に国際化が進展する現在及び将来、日本社会そのものが世界のあらゆる動向を的確につかみ、対応していかなばなりません。

特に、経済的には名実ともに世界のリーダーとなった今日、南北問題の解決、開発途上国に対する国際的協力はいっそう要請され、日本の債務・役割は、今日とは比較できぬほど大きくなると予想されます。

③世界の中の日本の（人）の生き方

日本の本来の「和」の精神をわすれず、「貧の哲学」から「豊かさの哲学」を身につけていかなければなりません。

これまで日本は、戦後の荒廃した中から復興と経済発展に尽力し物質的な豊かさを獲得してきました。しかし物の豊かさは、人間の真の豊かさのすべてではありません。

逆にそのことが、浪費や食欲といった人間の貧しい一面を露呈する要因になっています。そこで、豊かな生活を享受できる今日こそ国内的にも国際的にも「人さまのために、自分のもてるものをどう役立たせるかを考え実行する」生き方がもとめられています。

第2節 「一食運動」の起こりと現代的意義・目的

①起こり

「一食を捧げる」という運動の起こりは、江戸時代にさかのぼり、天保年間に大飢饉が続き、その際に、「禊教」開祖井上正鐵師が「我れ一飯を捧げて人の飢えを救う」と説き、救世教民に尽くされたのが始まりといわれています。現代再び宗教者の手によって広く展開されることになりました。

1974年にベルギーのルーベンで開催された世界宗教者平和会議(WC R P) IIでの、「経済的に恵まれている人々には罪深い消費の形がある」との宣言に基づき、日本国内のWC R P加盟教団の間にも「生活の質」を改め、宗教的实践行として平和活動が模索されてきました。

まず最初に取り組みしたのは、「松緑神道大和山教団」です。

本会においても、1975年に青年において毎月3回の節食日(5.15.28日)を設け実践が始まり、1980年に開祖庭野日敬師の全国民への呼びかけに呼応し「一食を捧げる運動」と名称を定めました。

②現代的意義

本会の開祖庭野日敬師は、朝日新聞紙上に「経済大国日本は栄養過多の人々であふれている。一方、その同じ地球上の発展途上国の国々では、8億もの人々が飢えと貧困に苦しんでいるといわれるのである。宗教者に限らず同じ人類の1人として、みなこの現実を目をつむるべきではないと思う」とその意義を明確に語っています。

③目的

「一食運動」は、世界の相互依存、共生がすすむ今日において、まさに地球規模の共同体を維持するために、宗教的・人道的な精神を持った相互扶助を分かち合い隣人的人間愛の醸成を目指し、さらに世界の平和境実現を大目的とする運動であります。

第一節 実践の要諦

①だれでもできる平和の実践運動

この運動は、心がけさえあれば世界中の人を救うことができる。
「いつでも、どこでも、だれにでも、いつまでも」できる平和のための実践運動なのです。

②「同悲・祈り」

同じ地球上に住みながら、飢餓や貧困に苦しみ、そこから立ち上がろうとしている人達
がいます。同じ人間として、一食を抜くことにより空腹感をともにし、苦しみを共に分
かち合います。
そして、その人たちの幸せと世界の平和を祈ります。

③「節約・献金」

月に3回「一食を抜く」(タバコ・コーヒー・ケーキなどを減らす)等して 節約し、
その分を献金して 具体的に救済の手をさしのべ 共に慈しみあう世界を作り上げましょ
う。

第二節 実践の進め方

生活の質の改善=飽食を抑えて節約を促し、日頃の生活の中でムダにしているようなもの
を生かしていく工夫を伝えましょう。

- 1) 家庭で、家族みんなで実践(家庭用募金箱の設置)
- 2) 商店街・企業・病院等に「一食運動」を理解していただき、カウンター等に募金箱を
置いていただく。
- 3) この運動を順調に推進するために「推進リーダー」等の人材育成。

第三節 平成5年次の具体的活動

今年、運用される「一食平和基金」の総額は 約6億円。21ヶ国、72プロジェクトに
役立てられます。

(主なプロジェクト)

1) 南北間の共存・共生

- | | | |
|------------|------------|----------|
| A-子供の健康と教育 | 5ヶ国、 | 8プロジェクト |
| B-教育と訓練 | 5ヶ国、 | 8プロジェクト |
| C-農村・社会開発 | 9ヶ国、 | 12プロジェクト |
| D-保健・医療 | アジア全域及び5ヶ国 | 6プロジェクト |
| E-意識啓発 | アジア全域、 | 1プロジェクト |

2) その他 37プロジェクト

湾岸避難民救援活動に携わって
第一次援助から自立のための援助へ

カトリック教会 岡山鳥取地区長
原田豊己

1991年1月の多国籍軍の本格的戦闘突入により、中東地域からの本国帰還民並びに難民キャンプに対する援助を目的に湾岸避難民救援実行委員会（GULF EVACUEES RELIEF EXECUTION COMMITTEE、以下GEREC）が、1月31日に結成された。組織構成は、日本カトリック司教協議会・日本キリスト教協議会（NCC）・日本キリスト教連合会・新日本宗教団体連合会（新宗連）。GERECは1991年5月21日をもって解散し、事務局が東京都に対する最終報告等残務処理にあっている。募金総額は、3億7千965万1千923円（1992年8月31日現在）。

- 1、運動の契機
- 2、経過
- 3、援助の方法と実際
- 4、総括と展望

1、運動の契機

1991年1月末、上杉（カトリック信者・大学講師・アジア太平洋地域の戦争犠牲者に思いを馳せ、心に刻む会事務局長）さんから「ロイヤル・ヨルダン航空が、湾岸避難民救援のためのチャーター便をアンマン-カイロ間5万ドルでチャーターに応じる用意がある」との情報をカトリック大阪大司教が受け、全国の司教たちの賛同を得た。さらに、NCC、新宗連等に呼び掛けた結果、諸宗教対話を生む結果ともなった。

2、経過

湾岸避難民救援実行委員会の「理念は何か」を考えると、二つのポイントがある。「自衛隊機の派遣を阻止する」「人道的立場に立ち湾岸避難民救援にあたる」と言うことである。しかしながら、日本政府は多国籍軍の立場をとっており、東京都条例（募金条例）等法律面で制限を受ける結果となった。また、湾岸地域から移送を求める避難民も数が減り、逆に難民キャンプに対する支援を求める声が強くなった。その為、現地調査を1991年3月5日から15日まで私ともう一名、オブザーバーを含め3名で行った。その結果を受けて、4月に相馬司教（カトリック名古屋司教・湾岸避難民救援実行委員会委員長）を中心とする代表団を現地に派遣し援助の方法を探り、新聞等で御承知のように各プロジェクトに資金提供を決定し、1991年5月21日を以て委員会を解散した。

「一食運動」は、世界の相互依存、共生がすすむ今日において、まさに地球規模の共同体を維持するために、宗教的・人道的な精神を持った相互扶助を分かち合い隣人的人間愛の醸成を目指し、さらに世界の平和環境実現を大目的とする運動であります。

3. 援助の方法

○「誰に・何を・どの様に」と言う視点で、この問題を考えてみたい。

私達は非政府組織（NGO）として、さらに宗教者であるという視点に立つものである。そのためGERECの援助の基本姿勢は「いったい誰がこの戦争の最大の被害者か」を考えるとところから始めた。多くの人々はクウェートと考えるにちがいない。日本の石油にたいするクウェートの比重はおおきなものであるから。さらに、イラクの婦女子も最大の被害者であるという認識に到達する。しかし、彼等はまがりなりにも国家を持ちその保護下にある。ここで問題にしたいのは、国家を持っていない人々、中東全域で技術労働者として働きクウェートの経済を支えていた人々、すなわちパレスチナ人である。それはまた、イスラエルによるヨルダン川西側の不法占領、民族アラブ・国籍イスラエル・宗教キリスト教の人々がうけている差別の問題でもある。巨大な組織力、経済力を持つ援助団体がどうしても見落としてしまう人々である。パレスチナと言う呼び名は、紀元135年ローマ皇帝ハドリアヌスがペリシテ人（旧約聖書に度々登場する民族の名）ちなんで付けられた名であり、歴史の中で一度も国家として使用されたことがないものである。

日本から中東までは大変な距離がある、気候・風土・習慣に大きな隔たりがある地域に日本製品は役に立たない。物を与える援助ではなく、希望を失い、将来に対して絶望している人々の支えになることが必要となってくる。そこから、共に学び連帯していく視点が生まれてくる。人々の支えになり、希望を持つように励ますプロジェクトに資金提供していく。

外国為替及び外国貿易管理法（外為法）により500万円をこえる外国への送金は日本銀行の許可制である。さらに巨額の資金を一つの町で使用するとその地域の経済のバランスを崩してしまう。少額での息の長い援助が必要になってくる。

1991年3月5-15日まで中東地域訪問から引き続いて、1992年8月15-26日まで同地域を再訪した。主な目的は、GERECが資金提供している様々なプロジェクトの見学と、実際に援助を受けている人々と顔と顔、手と手を通して連帯を深めて行くことである。中東問題は難しい、理解しにくいと言われる。しかし、それは私達自身の無知とそこから生じる偏見に囚われているのである。人々と顔と顔、手と手をつきあわす事により、相互理解と連帯を作り出す努力をしなければならぬと考える。

自立開発プロジェクトに対する援助

ーヨルダン・ハシミテ王国

ゼルカ市（Zerqa）にあるバングラデッシュ難民キャンプ。ここには1966-67年にビルマ（ミャンマー）での仏教徒によるモスLEM迫害によって難を逃れたビルマ人が、バングラデッシュを経て1970年ごろ住みつたと言われる。キャンプには約450人、78家族がおり、FMDM（カトリック、フランシスコ会系の女子修道会）の指導によって、セメント袋のリサイクルにより生計を立てている。平均月収は60JD（1JD=204円）で、その大部分は居住費と仕事の許可のための納付金として政府に取られている。GERECはこのキャンプに下水を作るプロジェクトに資金を提供し、50世帯にトイレが完備された。

ヨルダンは、総人口約350万人で35万人の難民を抱え、パレスチナ人は総人口の70パーセント近くになっており、国連のイラク経済制裁はこの国の経済にも打撃を与えている。ヨルダンYMCAには日本人スタッフが駐在している。

1948年のイスラエル建国にともない多くのパレスチナ難民が生じた。1967年第三次中東戦争によりヨルダン川西側、ガザ地区の占領（東エルサレム・ゴラン高原は併合）が行われ、軍政府による支配が継続している。

例えば、イスラエル軍政府は、医療に携わる人間の資格に関しても1931年のオスマントルコ時代の法を楯に看護婦の資格を剥奪したりする。パレスチナ人独自の組織が出来ていくことも恐れ種々の干渉を行っている。この様な状況の中で、GEREC はナザレ病院のパレスチナ人看護学校に資金を提供している。この病院（院長はアメリカ人で、ベトナム戦争で兵役を拒否しその代わり1965年以来この地で医療に携わっている）には、イスラエル・パレスチナ人の医者、患者がいる。この病院は、私達が望んでいるイスラエル・パレスチナの平和共存を実践している。

—その他、レバノン・エジプト・クルド難民等救援プロジェクトに資金提供を行っている。

今回の訪問に於いて印象に強かったのは、イスラエルにラビン新政権が誕生したことによって平和共存と言う道が人々の心にかすかではあるが芽生え始めていると言うことである。おそらく、それは人々の平和共存と言う願いがイスラエルに対話を基本政策とする政府をつくりあげたといえるかもしれない。確かに、人々は戦いと緊張に疲れている。自分の安全は他人の安全を保障をしなければ実現しないと自覚し始めている。

GEREC のもう一つの基本姿勢である「人々に将来に希望と自立を与える様な援助」は、地域の人々に多国籍軍に90億ドルもの戦争資金を提供した日本と言う国にも、平和を求め自分達に係わってくれる人がいることを強くアピールしたようである。UNRWA（国連パレスチナ難民救済事業機関）、UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）等に於いても、世界のNGO（非政府間機構）の集まりに於いても高い評価を得ている。

4. 総括と展望

諸宗教対話の流れの中で日本の宗教者が協力できたことは評価できる。我々の主張が、社会に受け入れられたとも思える。しかしながら、「イラク・クウェート侵攻」に始まる今回の紛争に対して、その時点で何も行動しなかったと言う反省に立つ。また国際平和と安全の維持を目的とする普遍的な平和機構である国連が、多国籍軍派兵を通してその機能を停止したことに何等関心を払わなかったと言う反省に立つものである。

国際貢献という美名を着てPKO（平和維持活動）法の下に自衛隊が派兵されていく事によっては、真の平和を実現する事は出来ない。真の平和は、日々、人間の努力とその努力によって将来必ず平和を実現できると言う希望を絶えず持ち続ける事によって、一人一人の心の中に、また現実の社会に実現されるのである。物を一方的に与え相手をそれによって強制していく発想ではなく、共に学び連帯していく視点がこれから益々重要性を持ってくるだろう。

昨年3月岡山市のNGO、国際交流、国際教育関係者により岡山市長に対して次のような提言を行なった。これを本日の発題の基本としたい。

世界に開かれた国際都市岡山をつくるための7つの提言

国際社会における日本への期待が日に日に強まっている反面、それに十分応えることのできない日本に対する失望の声もまた大きい。岡山市もアジアとそして世界とのつながりなしに今後生存していくことはできない。一方、留学生・研修生そして労働者として岡山市に生活する外国人が最近急激に増加している。こうした状況にもかかわらず、岡山市の国際化及び永住者を含めた在住外国人との共生のための施策と事業も他都市に比べて極めて遅れているといわざるを得ない。

私たちは岡山市が今後世界と結びついて発展していくために、そして岡山に住む外国人と日本人とが「共に生きて」いくことができる住みやすいまちづくりを行うために以下の7つの重点的事項を提言するものである。

I アジア地域との重点的な交流を

日本も岡山もアジアなしには生きていくことはできない。今後、他地域との交流を尊重しながらも近隣のアジア諸国との市民間の交流を重点的に深める。

II 21世紀の岡山を担う子どもたちに国際感覚を

子どもの時代から異文化を尊重し外国人と「共に生きる」感覚を身につけるよう国際理解教育や国際交流の機会を増やす。

III 外国人も日本人も「共に生きる」まちづくりを

岡山在住の外国人が不便なく快適に暮らせるよう、衣・食・住、教育、日本語、医療、情報提供の体制をつくる。

IV 普段着でできる国際交流を

外国語が話せるか否かを問わず、市民が「普段着で」気軽に参加できる国際理解、国際交流、国際協力の活動を考える。

V 国際交流の「人づくり」を

「地球的な視野に立って地域的に行動する」ことができる人材の養成を行う。

VI 市民と外国人と行政とのパートナーシップを

国際交流や国際化のための事業・施策を企画し実施するために、市民と外国人と行政との協力関係を発展させる。

VII 岡山市の国際化推進体制の強化を

岡山市の国際化と「共に生きる」まちづくりを進めるために新たに「国際課」（仮称）を新設する。

緊急援助時の医学的対応

東京都母子保健サービスセンター

中村安秀

熱帯地域における環境問題や政治的不安定の顕在化により、自然災害や難民などに対する緊急援助の機会は近年とみに増大している。また、経済大国となったわが国に対する救援の要望は一層強まっている。1992年度にわが国が行なった緊急援助の総数は20件であり、その多くは熱帯地域に属し、緊急援助における熱帯地域の重要性を示唆している。

わが国の緊急援助体制を概観すると、政府ベースでは医療チーム、レスキュー隊、専門家チームから構成される国際緊急援助隊があり、東京都などのように姉妹友好都市間救護活動に対する派遣を検討している自治体もある。また、多くの非政府機関(NGO: Non-Governmental Organization)が種々の緊急援助活動を行っており、国連や赤十字などの国際機関に属し緊急援助に携わる日本人も少なくない。

このような情勢を考慮し、主に熱帯地域における緊急援助活動に派遣された医療チームを念頭におき、個別の疾病の説明は各論に譲り、緊急援助に関わる医療関係者に役立つ実践的な説明に重点をおきたい。

1. 緊急医療活動の原則

(緊急援助を要する状況) 世界中で自然災害は発生しており、政治的混乱や飢饉などにより難民や避難民が生じている。ことに、開発途上国における自然災害や難民、避難民は、当該国による対応だけでは不十分であり緊急援助の対象となっている。

このような緊急援助を要する状態は、暴風雨、洪水、地震・津波、火山爆発などの自然災害、火災、化学爆発、列車事故などの人為的災害、難民や避難民などに分類することができる(表1)。原因によって、保健医療援助のニーズが異なるだけでなく、その緊急度が大きく違ってくる。とくに地震・津波、火山爆発などによる災害は、遅くとも災害発生後48時間以内に現地での医療活動を開始することが必要であるといわれている¹⁾。

(情報収集) 自然災害や難民救援においては一刻も早く、現地で不足している医薬品や医療備品を携行して現地に駆けつけることが要求される。そのためには、まず正確な最新の現地情報を入手する必要がある。ところが、災害の現場は混乱の極みに達しており、通信や交通事情が悪いために、実際には非常に不正確な情報しか入手できないことが少なくない。これは日本だけに限ったことではなく、筆者がWHOアドバイザーとして湾岸戦争直後のクウェートに赴いたときも同様であった。

災害や難民に関する情報入手先としては、マスメディア、大使館などの在外公館、災害に関してはUNDRO(国連災害救済調整官事務所)また難民に関してはUNHCR(国連難民高等弁務官事務所)といった国際機関、NGOなどがある。実際に医療チームとし

(食糧と栄養) 緊急時の食糧援助を行なう国際機関はWFP(世界食糧計画)である。緊急時には、1人当たり1日1500kcal、すなわち穀物350-400g、食用油20-40g、豆類50gが最小限必要とされる。とくに、女性や子どもといったvulnerable group(弱者集団)にきちんと食糧が届いているか確認し、栄養失調の乳幼児には特別の補助栄養を行なうことに留意すべきである。

3. 緊急援助時の医療活動

(緊急医療のタイミング) 緊急医療に対する疫学的評価が行なわれるにつれ、多くの大災害では緊急医療の必要性は災害発生後24時間でピークに達し、外部からの大規模な援助が活動を開始する72-96時間の時点では通常に近いレベルにまで回復していることが明らかとなった。従って、PAHO(米州保健機関)などでは防災と初期対応可能な緊急救援システムの整備に力を注いでいる。

(携行機材と医薬品) 現地で使用する医薬品はWHOのessential drug listsに準じるべきであり、ことに新しい抗生物質を現地に持ち込むことは厳に慎むべきである。具体的な機材と医薬品はWHO緊急医療キット(1万人の被災者の3ヵ月分の医療機材と医薬品がセットになっている。UNICEFが常備している)が最も使用しやすい。

(緊急医療の実際) 災害の初期には外傷を含む重症患者が多くみられる。その際には、トリアージ(triage)が非常に重要になる。トリアージとは、①患者を外傷または疾病の重症度によって分類し、②治療の優先度を定める作業であり、ふつう外科的経験のある指導医が行なう。限られた医療スタッフと施設を有効に活用するためにトリアージは必要不可欠であり、トリアージがうまくいかない時には緊急医療活動全体の成否にも影響する。

外傷や疾病の治療については適正技術を考慮し、日本で行なっている医療を提供するのではなく、現地の医療水準に合わせた医療を心がけるべきである。また、活動している診療所の中での完結した医療をめざすのではなく、重症の患者は後方病院への転送を行い、診療所まで来れない患者のための巡回医療活動も考慮する必要がある。

災害発生後数日以内には、衛生環境の悪化や過密状態のために感染性疾患が増加する危険性が生じる。避難キャンプ地で最もよく見られる感染症は、下痢性疾患、急性呼吸器疾患(ARI)、麻疹などがある(表4)。下痢性疾患は安全な飲料水と食物の確保がその予防に欠かせないが、トイレや洗濯など集団生活時の行動もチェックする必要がある。経口補液と輸液を主体とした下痢の治療方法はWHOによりマニュアル化されている⁴⁾。ARIは住居の不備や毛布や衣服の不足のために気道感染を起こしやすく、栄養失調が背景にあると肺炎や気管支炎などの下気道感染に進展しやすい。呼吸数と陥没呼吸の有無による乳幼児のARIの重症度判定と抗生物質療法のWHO基準が一般に使われている⁵⁾。麻疹は集団生活の中で大流行しやすく、ひとたび流行すれば多くの乳幼児の生命にかかわる疾患である。それまで散在して暮らしていた人々が1ヵ所で集団生活を送ることが流行の素地となっている。予防接種プログラムでは麻疹を最優先すべきであり、キャンプ設営後

て派遣される場合には、UNDROやUNHCRからの情報に加えて、かなり細かな被災地の状況を把握する必要がある。現地にいるのは医療関係者とは限らないので、医学的情報にかたよらない一般状況のチェックリストを準備しておき、緊急の際には現地と情報交換するのが現実的である(表2)。緊急医療援助の円滑な遂行のためには、現地の医療状況や被災状況だけでなく、現地での調達可能な有無や機材の通関といったロジスティックに関わる情報も非常に重要である。

(援助チームの原則) 緊急援助のためのチームは基本的に自立していることが求められている。すなわち、被災地の受入れ体制が全く整備されていないことを前提に、自分たちの食糧、飲料水、テント、移動手段を確保しておかねばならない。また、危険の伴わない緊急援助はありえないが、非常時の脱出方法の確認などを含めたチーム要員の安全を確保するための対策を講じておく必要がある。また、多くの場合、被災国の災害対策本部を中心に国際機関や各国の援助機関と共同で保健医療活動に従事することになるので、現地で活動を開始する前にそれらの機関との調整を行なう。

緊急援助で提供される保健医療レベルは、過度の高水準のものであってはならない。周辺の地域住民にも利用できるような適正技術を考慮した水準が要求される。また、保健医療の背景にある社会構造や文化習慣、生活様式、伝統的医療を尊重する必要がある²⁾。

(わが国の現状) わが国では1992年度の1年間で20件の政府緊急援助を行なった(表3)。その多くはアジア、中南米、アフリカ、太平洋の熱帯地域であり、災害区分では洪水、集中豪雨が多数を占め、地震・津波、火山噴火、感染症が続いていた。政府援助は相手国からの要請に基づいているために、医療チームが派遣されることは少なくなってきた。現在のような状態が続けば、今後のわが国の緊急医療援助はNGOが中心になって活動することが期待される。

2. 被災地の保健衛生

(医療以前の問題) 被災地では災害による家屋の破壊や安全上の理由から、多数の被災者が集団生活を余儀なくされる状況にある。そのために、疾病や傷害の治療以前に、住居の確保、食糧、水、トイレ、ゴミの廃棄といった保健衛生の問題を解決することが緊急かつ重要な課題になる³⁾。すなわち、「安全な水」と「十分な食べ物」の確保に集約される。被災者集団が大きいときにはこれらの最低限の生存に必要な物資の輸送さえ困難になることも多い。

(水と環境衛生) 被災地の状況によって水の必要最低量は異なるが、一般的には1人当たり1日15-20ℓの水の消費量を見込む必要がある。飲料水は熱帯地域では1人当たり1日6ℓ必要であり、最低1分間煮沸するか塩素化合物かヨウ素で消毒した水を用いる。

集団生活を営むには100人に1ヵ所の簡易トイレが最低限必要であり、1人当たり1日0.5kgといわれる固形廃棄物の処理場も確保する必要がある。また、死体の埋葬は基本的には伝統的習慣に従うが、衛生上の観点から特別な考慮を要することもある。

できるだけ早い時期に麻疹の予防接種を開始することが望まれる。

また、災害時には心身症や精神疾患が増加することがよく知られている。災害の恐怖やパニック、災害により肉親や生活基盤を失った悲しみ、難民では自国を離れた絶望感やレイプなどの悲惨な体験など、種々の要因により抑うつや急性不安反応を呈することが多い。早期の適切な診断と看護と励ましが有効であるが、薬物療法が必要なこともある。

(自然災害時の特徴) 地震では死亡のほとんどは災害後24時間以内に生じる。長期間の入院治療を要する重症の外傷患者も少なくないが、診療所受診患者の多くは軽傷である。洪水を伴わない暴風雨では死者は少ないが負傷者が多い。洪水や津波では多くの死者がみられるが、負傷者は比較的少ない。食糧の欠乏や人口の移動が起こり、感染性疾患の流行が生じやすい。

これらの自然災害では被災国の保健医療部門が災害初期から何らかの救援活動を開始していることが多い。それらの自力による活動との協調のために、海外からの救援活動チームは慎重な調整を行う必要がある。また、物資の輸送や患者の搬送などは被災国の軍事警察部門の機動力に頼らざるをえないこともある。

(難民医療活動の特徴) 難民や国内避難民の緊急援助の初期段階では、住居、食糧、飲料水などが現地で調達できないために、必需品すべてを外部から持ち込まざるをえないことが多い。難民キャンプにおける定住が長引けば、通常のプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)と同様に住民参加に基づいた保健医療施策を展開する必要がある。難民の恒久的解決方法として①自発的本国帰還、②第一次庇護国での定住、③第三国への定住がある。障害者など第三国への定住を考慮すべき場合もあるが、基本的には最も望ましいといわれる自発的本国帰還を念頭において、人材の養成や帰還後も応用可能な医療技術の提供を中心とした保健医療対策を推進すべきであろう。

4. 公平さと参加をめざして

緊急援助を行なうときには、いつも被災者以外の現地のコミュニティの存在を忘れてはならない。災害でいえば直接被災しなかった住民、難民でいえば難民受け入れ国の住民である。彼らは直接の被害者ではないが、災害後の経済や流通の混乱を被っており、そのほとんどが平常時から低水準の保健医療サービスしか受けられない人々である。また、緊急保健医療の遂行にあたり、現地政府や赤十字などの保健医療関係者やコミュニティのヘルス・ボランティアの人的協力は欠かせない。現地事情に最も精通している相手国の保健医療関係者が計画や実施に主体的に参加できるような緊急援助体制が望まれる。

著者が参加した1991年のクルド難民救援活動では大規模な救援活動が展開されていた。軍用機やコンピュータを駆使した大量高速のロジスティック、簡易水道までを備えた総合的な保健医療体制、国連機関やNGOを中心にした多国籍の保健医療チームの共同作業などが行なわれ、医師と看護婦が医薬品を持って駆け付けるといった従来の日本の緊急援助活動の限界は明らかであった。

わが国の緊急援助活動の現状は不十分であり今後の充実が望まれるが、単なる規模の拡大だけではなく、相手国の人々の参加の下で住民に対して公平な緊急保健医療をめざすべきであろう。

おわりに

本稿で述べたことは緊急援助医療活動の一部であることを強調したい。国際協力の視点からは、マスメディアが報道するような緊急援助活動の以前と以後が重要である。すなわち、「緊急援助のプロはCNNが来る前と帰った後に目を向ける」のである。

災害が起こる前の事前の準備、すなわち防災対策が十分に機能すれば災害規模も縮小され、災害によって失われる莫大な経費も節約できる。また、自然災害や難民、避難民救援活動は、新たな居住地に移住するにしろ以前の居住地に戻るにしろ、完全な復旧までには気の遠くなる時間がかかる作業である。この災害後のフォローは地域保健そのものであり、PHCの精神に則って年単位の長期体制で計画実施すべきである。

表1 緊急援助を要する状況の分類

疾 病 名	主要要因	予防対策
1. 下痢性疾患	密集、飲料水や食物の汚染	飲料水供給、健康教育
2. 麻疹	密集	予防接種
3. 急性呼吸器疾患	劣悪な住居、毛布や衣服の不足	住居の確保、毛布の配布
4. マラリア	免疫のない株がいる新しい環境	蚊帳の配布
5. 髄膜菌性髄膜炎	密集（流行地のみ）	予防接種
6. 結核	密集	住居の確保、早期発見治療
7. 寄生虫疾患	密集、劣悪な衛生	健康教育、安全な飲料水
8. 疥癬	密集、衛生概念の不足	生活水と石鹸の配布
9. 破傷風	外傷、出産時の不潔な処置	創傷の治療、予防接種

表4 避難キャンプでよく見られる感染症

状況の分類	具 体 例	特 徴
(1) 気象学的災害	暴風雨（ハリケーン、サイクロン） 冷害、熱風、旱魃など	被害範囲が広い 災害原因が持続中に援助開始 することもある
(2) 地学的災害	洪水、なだれ、地滑り、 地震、津波、火山爆発など	被災地域が限定されている 災害後48時間以内の援助が重要
(3) アクシデント	建物崩壊、火災、化学爆発、 列車や飛行機事故など	予防可能な人災が多い 多くは24時間以内の援助が重要
(4) 難民	難民、国内避難民	政治、民族、宗教などによる 混乱が重要な背景

(UNHCR Handbok for Emergencies³⁾ から改変)

「熱帯感染症」(南山堂・1993年夏発行予定)

表3 日本の緊急援助実績（1992年度）

災害区分	件数	災害地域	件数	援助内容	件数(**)
洪水・集中豪雨	11	アジア	7	物資供与	19
地震・津波	4	中南米	6	専門家チーム	2
火山噴火	3	アフリカ	4	医療チーム	1
感染症(*)	2	太平洋地域	3		
合計	20	合計	20		

* コレラ（ザンビア）と黄熱病（ケニア）に対して物資供与を行なった

** 重複あり

表2 緊急アセスメント・チェックリスト

（災害発生時に緊急に収集すべき情報項目チェックリスト）

1. 情報の背景： 記載日時、主な情報源
2. 災害の種類、場所、時刻など：
 - (1)災害の種類（地震・津波、洪水、火山爆発、難民、その他）
 - (2)災害の場所
 - (3)災害の時刻
3. 災害の規模
 - (1)死者数、負傷者数、行方不明者数、被災者数、被災世帯数など
4. 被災地の現状
 - (1)被災地へのアクセス
 - (2)被災地の一般的現状（飲料水、食糧、シェルター、通信手段など）
5. 被災地の保健医療状況
 - (1)被災地の医療施設（病院、診療所、医師、看護婦が十分かどうか）
 - (2)被災者の医療状況（収容場所、患者数の増減、治療行為の有無など）
6. 他の援助機関の動向
 - (1)被災国の動き（災害対策本部の活動状況）
 - (2)他の援助機関の動向（援助物資、人的援助）
7. チーム派遣に関する事項
 - (1)被災地のインフラストラクチャー（水、食糧、電話、電気、燃料の調達）
 - (2)医療ニーズ（必要な診療科、不足している機材、医薬品や消耗品）
 - (3)派遣チームの管理（宿泊施設や診療施設の利用可能性、治安状況）
 - (4)現地雇用体制（通訳、運転手、看護婦、ガードマンなど）
 - (5)税関クリアランス（援助物資や携行機材の通関可能性）
8. 被災地や被災者の背景（日本でできるかぎり収集すべきである）
 - (1)地図
 - (2)被災者の民族、宗教、言語、文化習慣、生活様式など
 - (3)被災国の統計資料（人口動態、経済指標、疾病統計など）

A M D A 国際医療情報センター 便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1- ハイジア

Tel 03(5285)8088, 03(5285)8086, FAX 03(5285)8087

1993年度月別/国別相談件数

		91年度	92年度	93/4	5	93年計	比率(93)	開設-累計	比率
東アジア	中国	129	157	14	6	20		306	
	韓国	24	16	0	0	0		40	
東南アジア	タイ	16	42	6	4	10		68	
	インドネシア	65	86	10	16	26	10.03%	177	14.44%
東南アジア	フィリピン	17	13	1	2	3		33	
	マレーシア	5	15	3	5	8		28	
	シンガポール	5	5	1	3	4		14	
	ミャンマー	5	5	0	1	1		11	
	香港	5	8	0	0	0		13	
	インドネシア	2	3	2	0	2		7	
	ネパール	1	3	0	0	0		4	
	ブルネイ	1	2	0	0	0		3	
	東南アジア小計	106	140	17	28	45	15.05%	291	10.15%
	南アジア	パキスタン	39	12	2	1	3		54
バングラデシュ		40	28	4	8	12		80	
スリランカ		30	14	0	4	4		48	
ネパール		1	15	1	1	2		23	
アフガニスタン		6	6	0	0	0		12	
南アジア小計	126	76	7	14	21	7.02%	223	7.78%	
北米	アメリカ	287	376	33	20	53		716	
	カナダ	59	64	4	2	6		128	
北米小計	345	440	37	22	59	19.73%	844	29.44%	
西欧	イギリス	36	70	9	4	13		119	
	フランス	9	14	1	0	2		25	
	ドイツ	12	12	1	0	1		26	
	スウェーデン	6	5	2	1	3		14	
	アイルランド	9	9	0	1	1		19	
	イタリア	5	2	0	1	1		8	
	オーストラリア	4	0	0	0	0		4	
	スイス	4	2	0	0	0		6	
	オーストリア	2	3	0	1	1		6	
	スコットランド	3	0	0	0	0		3	
	フィンランド	1	0	0	0	0		1	
	ポルトガル	2	3	0	0	0		5	
	ノルウェー	0	1	0	0	0		1	
	デンマーク	0	2	0	0	0		2	
	西欧小計	93	126	14	9	23	7.69%	242	8.44%
東欧	ロシア	2	1	0	0	0		3	
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0		1	
	ポーランド	1	4	1	0	1		6	
東欧小計	4	5	1	0	1	0.33%	10	0.35%	
中南米	ブラジル	44	74	7	5	12		130	
	ペルー	40	99	9	9	18		157	
	アルゼンチン	10	8	1	0	1		19	
	コロンビア	4	6	0	0	0		10	
	ボリビア	5	3	1	0	1		9	
	メキシコ	3	6	0	0	0		9	
	ドミニカ	2	2	0	0	0		4	
	エクアドル	1	0	0	0	0		1	
	エルサルバドル	1	0	0	0	0		1	
	ウルグアイ	1	0	0	0	0		2	
	パラグアイ	1	0	0	0	0		1	
	チリ	0	2	0	0	0		2	
	ジャマイカ	0	3	0	0	0		3	
	パナマ	0	2	0	0	0		2	
	コスタリカ	0	1	0	0	0		1	
エルサルバドル	0	1	1	0	1		2		
中南米小計	112	209	19	14	33	11.04%	354	12.35%	
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	11		119	
	ニュージーランド	5	13	1	2	3		21	
	オセアニア小計	46	80	10	4	14	4.68%	140	4.88%
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	1		16	
	ナイジェリア	11	7	0	5	5		23	
	マリ	1	0	0	0	0		1	
	カメルーン	2	0	0	0	0		2	
	ザンビア	1	0	0	0	0		1	
	チュニジア	1	0	1	0	1		2	
	ザンビア	1	0	0	0	0		1	
	リベリア	1	1	0	0	0		2	
	スーダン	1	1	0	0	0		2	
	ケニア	1	0	0	0	0		1	
セーシェル	0	1	0	0	0		1		
モーリシャス	0	1	0	0	0		1		
セネガル	0	1	0	0	0		1		
アフリカ小計	32	15	2	5	7	2.31%	54	1.88%	
中近東	イラン	13	17	3	2	5		35	
	イスラエル	9	7	0	0	0		16	
	トルコ	1	1	0	0	0		2	
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0		1	
	モロッコ	1	0	0	0	0		1	
オマーン	0	1	0	0	0		1		
サウジアラビア	0	0	1	0	1		1		
レバノン	0	0	0	1	1		1		
中近東小計	24	27	4	3	7	2.34%	58	2.02%	
不明	47	131	37	22	59	19.73%	237	8.27%	
合計	1,104	1,464	168	131	299	100.00%	2,867	100.00%	

3. 外国人相談者居住地域

	5月	累計		5月	累計
東京	71	1656 (57.8%)	他県	13	265 (9.2%)
神奈川	12	307 (10.7%)	不明	18	248 (8.7%)
埼玉	12	223 (7.8%)	合計	131	2867 (100%)
千葉	5	168 (5.7%)			

4. 相談内容

	5月	累計
(1)言葉の分かる医師の紹介	93	2252 (78.5%)
(2)医療制度	11	201 (7.0%)
(3)金銭問題・トラブル相談	11	191 (6.7%)
(4)病気の説明	11	92 (3.2%)
(5)その他	5	131 (4.6%)
合計	131	2867 (100%)

5. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	5	(2)公的機関(大使館・自治体等)	7
(3)マスメディア	4	(4)NGO	4
(5)企業	2	(6)その他	2
		合計	24

6. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1)通訳・言葉	6	(2)医療機関紹介	5
(3)制度	4	(4)医療費について	3
(5)活動内容	10	(6)取材	1
(7)AMDA関連出版物について	1	(8)その他	7

センター報告

- 1、事務所を新宿に移し、電話相談通訳の方も50名以上になりました。5月17日より対応言語および相談時間が拡張しましたのでお知らせします。

言語：英語、中国語、タイ語、韓国語、スペイン語 (5ヶ国語)

時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00

*ポルトガル語：水曜日 9:00～17:00

*フィリピン語：水曜日 14:30～17:00

相談電話 03-5285-8088

事務局 03-5285-8086

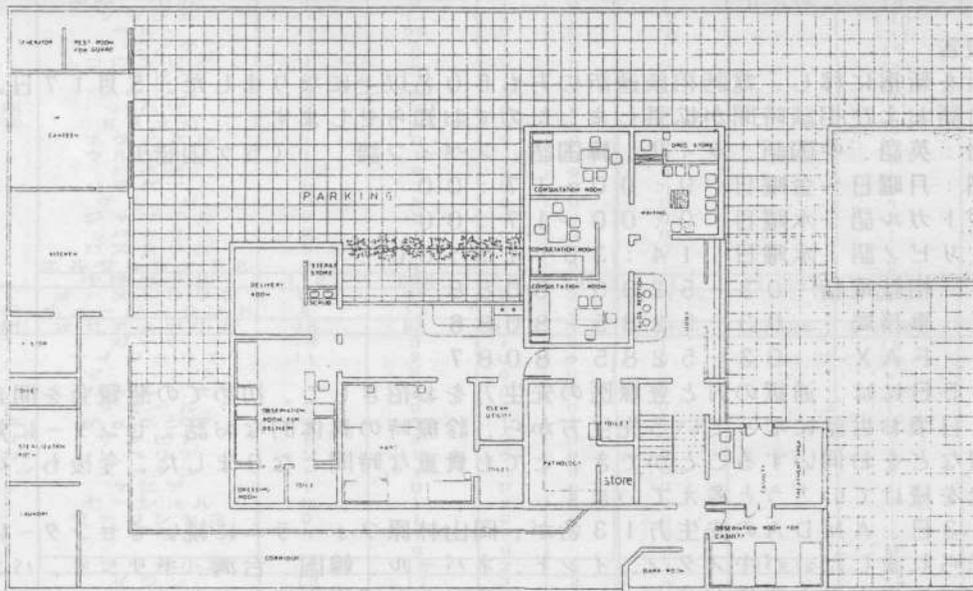
FAX 03-5285-8087

- 2、5月15日には、通訳の方と登録医の先生方をお招きして、初めての懇親会を開きました。日頃お世話になっている先生方から、診療時の具体的なお話、センターに対する要望などをお伺いすることができ、とても貴重な時間となりました。今後もこのような会を続けていこうと考えています。

- 3、5月23日、AMDAの先生方13名が、岡山林原フォーラムに続いてセンターに見学に来られました。パキスタン、インド、ネパール、韓国、台湾、ギリシャ、バングラデシュの先生方と交流ができました。これからも情報交換などを通じて、他国の医療情報についてもドンドン吸収していきたいと考えています。

ジャパン-バングラデシュ・フレンドシップホスピタル

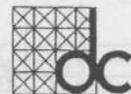
バングラデシュのダッカに病院の建物が決定しましたのでお知らせします。
ひきつづきご支援を宜しくお願い申し上げます。



GROUND FLOOR PLAN (SITE PLAN)

PROJECT :
PRELIMINARY DESIGN OF JAPAN BANGLADESH
FRIENDSHIP HOSPITAL AT GULSHAN, DHAKA.
BANGLADESH.
DATE - MAY, 03, 1993.

CONSULTANT :
design centre
HOUSE NO-34 ROAD NO-11 NEW
DHANMONDI, DHAKA. - 1209.
BANGLADESH.
PH OFF - 32 7883 RES-88 5736, 5051 51



アジア日本アジア

新たな関係を求めて

第2部 ⑨

「日本の医学のレベルはとつても高い。看護婦さんも親切です」

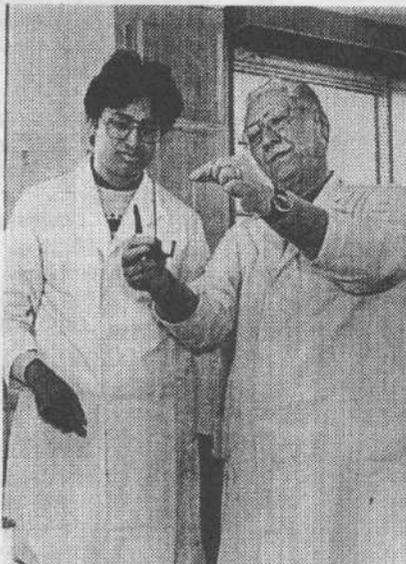
この春、九州大学の博士課程を終えたバンクラデシユの麻酔科医ジュナイ・シャフィックさん(三三)は、ほめ言葉を残して帰国した。昨年、ムンニさん(三三)との間に生まれた娘に付けた名はティアシャー・アユミ。アユミにしたのは、日本に感謝する気持ちを込めたこと。日本の医療現場に五年間いて、感心する」とばかりだったという。

貧しい人にも医療の恩恵を

故国に帰ることを決めた。百人が会員のAMDA(ア)に週一回は無料で診察する。東京大と琉球大の大学院を卒業したダツカ医科大の同級生(岡山)・カンボジアなシャフィックさんが絶賛生人と、ダツカで病院をどへ難民救済の医師団を派した日本の医療。在日外国

遣している国際協力団体である。代表の宮波茂さん(四三)の呼びかけで、AMDA会員や九州大の関係者らからベッド四十三床のほか、内視鏡や超音波などの医療機器、パソコンなどが寄贈された。

人はその医療サービスを受けたいのか「医療保険は適用されるのか」「医方に必要な劇薬を勝手に飲み続ける。」
「それもこれも、外国人へのPRが足りないから」とセンター設立を提唱した医師、小林米幸さん(四三)。アジア各国が学ぼうとして、日本にいる外国人は、自分の国から取り寄せて来た薬、それも医師の処



「お金のかからない治療法を」と灸(きゅう)の仕方を学ぶシャフィックさん(左、福岡の病院で)

「働くなら社会の役に立つ仕事を」。女性たちの間でこんな社会派志向が高まっている。中でも目を集めているのが、国際貢献の仕事。国をほじめると公的機関やNGO(非政府機関)には就職希望の女性が殺到している。ただし、彼女たちの心の内をのぞいてみると、単に社会貢献の理想だけではないさまざまな事情があるようだ。

高まる女性の社会派志向

職員採用に応募殺到

五月下旬、国際協力事業団(JICA)が開いた事業説明のセミナーに約八百人の学生が詰め掛け関係者を驚かせた。定員は三百人。急ぎよ一回に分けて実施したが、その八割を女子学生が占めた。七月に採用試験を実施するが、資料請求の申し込みはすでに五千件を突破。昨年末施した社会人採用試験でも、三十人の募集に千四百人の応募があり、競争率は約四十五倍にも達する超人気があった。

四月中旬、国連が職員採用のために開いた講演会にも約七百人の女子学生が集まって話題を呼んだ。国際開発ジャーナル社は五月に「国際協力就職ガイド」を初めて出版したが、「早くも売れ切れた書店が続出している」と編集部長の和泉隆一氏。国際協力で貢献できる仕事をしたいと望む人が増えているが、一部の機関を除くと、まだ知名度が低い。途上国援助に関係する職場を知りたいというニーズは高い」と説明する。

NGOも就職希望者が増え、NGO活動推進センターは毎回応募人が出る状況と、七割近くは女性だ。同センターは国際協力をを行う市民団体の情報を提供するため、資料室を

国際貢献職に新天地

開始を出したところ、問い合わせが百八十件に上った。

男女平等の場求め

女性たちは「国際貢献業務を目標とする。昨年八月、財団法人国際開発センターに入社した清水夏さん(28)は「国を生きかして、途上国に貢献する仕事をしたかった」と話す。大手情報関連会社に就職し、二年余の経過した後の転職だ。大学卒業時はパブル場の追い

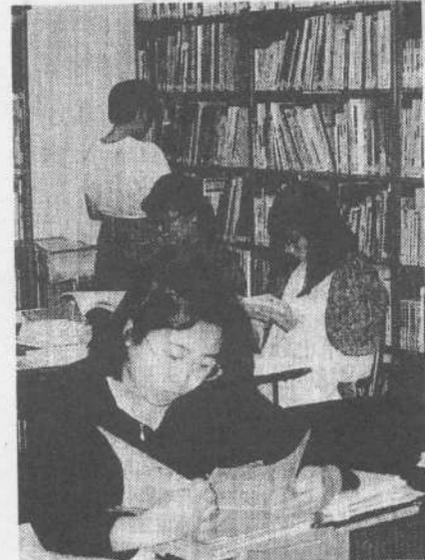


風もあり、「給与水準が高く、仕事もおもしろい」と選んだ会社にとんとん押しに就職が決まりましたと張り返す。

広報制作を任せられたが、競争力を生かして、途上国に貢献したい」と目を輝かす。大学卒業後、大手商社で八年を過ごし、女性が活躍できる環境を求め、多

イメージ先行で落胆も

やりがい第一に



NGOの資料室で熱心に資料を調べる女性たち(東京・神田錦町のNGO活動推進センターで)

くの企業は男性中心の精神構造を要するに至らず、女性が必要とする環境を整えている。彼女たちは、男女の区別なく仕事を任せられ、自由に意見を言い合える職場を求めている。

政府系の援助機関は、公務員並みの安定した待遇で、それも理由の一つ。不況下で一般企業の垣根が男性以上に高い女性たちが押し寄せるのも無理はない。一方、経歴経験の弱いNGOは、女性だからこそ入りやすいという側面もある。「給与は一般企業の方が良くても、福利社会保険も乏しく退職金も保証されない。勤労を聞いて飛び込める男性は多くない」とNGO活動推進センター事務局次長の湯本浩之氏は指摘する。

国際貢献が連日マスコミをにぎわす近頃は、それに関係する仕事でトレンドのようになり受け止められる面もあるが、関係者は口をそろえる。その結果、意欲のバラバラでも自立する気にな

た。会社の利権追求のために働くのはほしくないとも感じ始め、転職を志望した。

現在、収入はかつての職場の約半分しかなく、「自分の興味が続かなくなる」という充実感はない。代わられるという清水さん、さらには一人のために仕事をしていく」という満足感も支えなくなる。

NGOのひとつ、財団法人日本フオオスター・プラン協会に転職して二年半になる阪口佳代さん(33)は、自分が判断できない仕事に就かなくてはならないという不安を感じ、大学卒業後、大手商社で八年を過ごし、女性が活躍できる環境を求め、多

国際貢献が連日マスコミをにぎわす近頃は、それに関係する仕事でトレンドのようになり受け止められる面もあるが、関係者は口をそろえる。その結果、意欲のバラバラでも自立する気にな

現状の理解が大切

日本国際ボランティアセンター事務局長の林達雄氏は「民間企業に就職して、三年目の女性が必要とする例が増えているが、仕事の不満から新天地を求め人や、国際という言葉のあがれや思い込みだけで、途上国の現状を理解していないケースも少なくない」と話す。

国際協力も仕事とすれば正義感だけでは成り立たない。開発、保健衛生などの広範な基礎知識に加えて、情報収集力、調整力、交渉力などの能力が要求される(湯本氏)。一方で、歴史的に弱い日本のNGOは、未成熟で活動資金や組織面で多くの課題を抱えている。「純粋な理想だけでは立ち行かないのも事実」(同氏)だ。

ある援助機関に勤める女性も「仕事は海外渡航や航空券の手配やデジタル管理、資料整理など地味な部分が多い。最近ではOJ訪問をよく受けるが、国際という言葉のイメージとのギャップに落胆する人もいる」と打ち明ける。国際貢献活動への関心の高まりは、だれも歓迎するところ。だからこそ、意欲に燃やされるのでなく、その内容をきちんと理解するところが

消費者情報



小林 米幸氏

医療制を外国人を移る医院設け 医療制度解説書6か国語で出版

神戸県北紀町にある小林国... 移る外国人を移る医院設け... 医療制を外国人を移る医院設け...

移る外国人を移る医院設け... 医療制を外国人を移る医院設け... 移る外国人を移る医院設け...

移る外国人を移る医院設け... 医療制を外国人を移る医院設け... 移る外国人を移る医院設け...

【こぼやし・よねゆき】1949年北紀町生まれ。43歳。74年厚... 移る外国人を移る医院設け...

でたポツク

- 小物・雑貨店待ちたい 「女性が待ちたいと思う店や... 移る外国人を移る医院設け...

草の根国際化に 医療現場で尽力

「医療現場は若く外国人患者の対応にはやはり限界がある... 移る外国人を移る医院設け...

移る外国人を移る医院設け... 医療制を外国人を移る医院設け... 移る外国人を移る医院設け...

移る外国人を移る医院設け... 医療制を外国人を移る医院設け... 移る外国人を移る医院設け...

移る外国人を移る医院設け... 医療制を外国人を移る医院設け... 移る外国人を移る医院設け...



AMDA事務局便り

会員の皆さん、お元気ですか。6月20日には総会が行われ、いろいろな地域からご参加を頂きありがとうございました。その内容は次回のニュースレターで報告します。

N H K ラ ジ オ 日 本

AMDAの活動を大きく紹介

さる6月1日はNHKの海外向け放送・ラジオ日本の58回目の放送開始記念日でした。そこで6月1日、6月2日の2回にわたり「日本のNGOは今」という特別番組が組まれました。

6月1日の放送ではアムネスティジャパン代表のイーデス・ハンソンさんをメインゲストに迎え、「土俵は今…地球～NGO最前線」と題して、国際的に活躍する日本のNGOの様子が、現地から電話やリポートで紹介されました。ジブチへ派遣しているAMDAの医師団にも電話での取材があり、竹本氏の元気な声が世界中に流れました。

6月2日はJVC代表の岩崎氏とAMDAジャパン副代表の小林米幸先生がメインゲストとなり、「草の根国際交流～あるべき姿を求めて」と題して、海外で活躍する日本のNGOの悩みや問題点、今後のNGOのあるべき姿についての討論が日本語版39分、英語版44分で放送されました。放送の中ではAMDAが日頃お世話になっている外務省経済局NGO協力センター長の木本博之氏の、NGOに対する熱い思いも録音で紹介されました。

会費納入のお願い

振り込み先

1992年度までの会費未納の方 郵便振替 岡山5-40709

至急納入お願いします。 アジア医師連絡協議会

・今年度の会費の納入もお願いします。

同封の振り込み用紙をご利用下さい。

読者の皆様へ

本紙の購読をご希望の方はアジア医師連絡協議会
本部事務局までご連絡ください。

住所 ☎701-01岡山市櫛津310-1

連絡 ☎086-284-7730

頒価 1冊500円