

国際医療協力

Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Vol.16No.7 7月号

1993年7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)086-284-7730 (FAX)086-284-6758



主要トピック ソマリアにて活躍中のアジア多国籍医師団のDr. サロージ

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/竹本啓一氏/Dr.Kuntal
Kumar Saha/後藤健次氏)

ハルゲイサ中央病院評価調査報告(長谷川昭一先生/岩永資隆先生/山
本邦光氏/Dr.Tarun Paudel)

カンボジア医療プロジェクト(桑山紀彦先生)

緊急/災害医療への取り組みと問題点(高橋央先生)

林原フォーラム93'報告第二分科会その1(朔元洋先生/Dr.M.S.Kamath/Dr.Jeahwan
Rhyu/Dr.Romeo F.Quijano)

国際医療情報センター便り(小林米幸先生/香取美恵子氏)

ベトナム便り(遠田耕平先生)

岩手便り(岩井くに先生)

会員紹介(田村康子氏/藤井美紀子氏)

AMDAへのメッセージ(長野とも子氏/佐々木喜一氏)

総社南高校国際コース講演会参加(菅波茂先生/津曲兼司先生/Dr.Pokarel/岡崎
洋子/氏片山新子氏)

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名の医学生の活動から始まっています。
- (現状) アジアの参加国は15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) 086-284-7730(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/ジプチ国内/ソマリア本国難民救援医療活動をAMDA-Japan,AMDA-Banguradesh,AMDA-India,AMDA-Nepal 等 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ブ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

1993年5月22日に創設。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(15カ国)から構成されたAMDAの緊急救援医療部門である。

現在ソマリア難民救援医療プロジェクトとしてNGO団体の連合体であるソマリア難民救援チームに参加して活動中である。

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)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
	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～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」などのご記入ください。

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

NGO幸せ人論

代表 菅波茂先生

アジア医師連絡協議会の会員の第一条件は「幸せを実感している」ことです。不幸せをかこっている人はどこかで修業でもして「幸せを実感」してからアジア医師連絡協議会の戸を叩いていただくことにしています。

幸せな人のみが他人の幸せを喜び望むことができます。ところが不幸せな人は他人の幸せに嫉妬し他人の不幸を喜びます。悲しいかな人の性です。

NGO活動は客観的に困っている人達への協力を目的としています。不幸せな人はこの困っている人達の状況を見て「自分よりまだ不幸な人がいる」という論理で「それに比べると私は幸せなほうだ」と自分を納得させるわけです。本当に困っている人達は協力してくれる人達の言動に非常に敏感になっています。人の不幸を我が身の幸せと感じている心境は瞬時にして見破られてしまいます。

NGO活動のエネルギーの源泉である「人道主義」は「幸せを実感している」とことは少しベクトルがずれています。「人道主義」は論理です。「幸せの実感」は生活感覚です。「人道主義」が「幸せの実感」に裏付けられた時に本当に素晴らしい展開が可能になると思います。

「人道主義」は社会の不公正の是正を目的とします。不公正の是正の先には「幸せ」がなければいけません。客観的に困っている多くの人達の幸せは生活の中にあります。「生活における幸せ感覚」がない時には「社会の不公正の是正をめざす」人道主義は方向性を見失う可能性があります。いたずらに論理が先鋭化して活動エネルギーの浪費を強いられることがあります。

「生活の中の幸せ感覚」とはつきつめるところ人間関係です。人間関係の基本は家庭です。夫婦関係、親子関係そして姑嫁関係などです。家庭のこのような人間関係の周辺に更に複雑な社会における人間関係があります。

家庭という逃げられない人間関係のなかで幸せ感覚をもてるということは非常に難しいことであり大切なことです。それに比べるとNGO活動における人間関係はもっと簡単です。ボランティア活動ですからいつでも逃げられます。営利活動ではありませんからきれいごとだけでも付き合えます。

ところが「人道主義」に基づいたNGO活動の対象者には家庭を持った多くの人達がいます。対象者が客観的に困っている状態であっても「生活の中の幸せ」を実感していれば話しは簡単です。客観的にも主観的にも「生活の中の幸せ」を実感していなければ大変です。不幸な人は他人の不幸に対して非常に敏感になっています。「幸せを実感していない」NGO活動者はその不幸せをすぐ見破られてしまい同情どころか軽蔑される可能性があります。

平々凡々に見える家庭生活の重みを尊重すると共に家庭生活における幸せの実感の大切さを見失ってはいけません。

現在のNGO活動の問題は家庭を持った「家庭を大切にする小市民」の積極的参加が少ないことです。NGO活動は若い独身者の特権事項で家庭を持つと引退するという変な常識になっています。それと共に多くの一般市民がNGO活動は市民生活とは無関係な活動と誤解していることです。ひどい場合はNGO活動に参加することによって家庭が破壊される心配もしています。

「NGO活動は人道主義である」という常識が原因です。確かに「人道主義」と一般市民生活は直接関係ありません。それどころか「人道主義」は他人のために時間、お金などを提供することを強制する要素もあります。これはNGO活動のための資金集めにも問題がありました。発展途上国の客観的に困っている人達の悲惨な状況のみを訴えて資金集めをしたことです。「究極の不幸」を演出し続けたことです。人間である限り誰も不幸にはなりたくありません。しかし、不幸な人達のためには何かをしなければいけないという良心もあります。「NGO活動の人道主義」は一般市民のこの良心をギリギリと責め上げて資金を集めたわけです。一般市民は「免罪符」を買わされたわけです。同時にNGOはお金をかすり取っていく貧乏神になったわけです。残念なことに資金集めだけではありません。先進国の一人の市民が生きていくために如何に多くの発展途上国の人達が不幸な生活を強いられているかといった「先進国市民原罪論」があります。その論理展開には新鮮な驚きはありますが「不幸の演出」に加えて「存在の原罪」まで責めらるようでありきれなさを感じさせています。人間は誰も不快なものには近づきたくないものです。ますます「家庭を大切にする小市民」離れを引き起こしています。「NGO活動の人道主義」を主張すればするほど人が遠ざかるパラドックスが生じます。

「人道主義」のもつ価値観の転換が必要です。

「NGO活動の人道主義」は「幸せを実感」している人達はその喜びを表現する選択肢の一つの場なのです。「幸せを実感」している人は他人の幸せのために時間とお金などを提供できます。この認識が大切なところなのです。

NGO活動に「幸せを実感」している人達がたくさん参加して、NGOは幸せな人が集う場という新しい常識確立が必要です。そのためにも「家庭を大切にする小市民」が喜んで参加できる状況造りが大切です。

「幸せの実感」とはほのぼのとしたものです。ほのぼのとした雰囲気は不幸を包み込みます。NGOの活動の中にほのぼのとした雰囲気があれば成熟したNGOだといえます。

論理から感覚へ。論理のメッセンジャーから幸せ人へ。

ソマリア難民救援チーム

経過報告

代表 菅波茂

ハルゲイサ中央病院再建計画支援プロジェクトがハルゲイサ中央病院当局、国連難民高等弁務官ハルゲイサ事務所とソマリア難民救援チームとの間で正式な契約調印が行なわれました。契約締結までのプロセスで一番障害になった意見対立はハルゲイサ病院当局からの医療従事者の生活支援に対する要請でした。欧米のNGOはこの難しい要請を拒否して実際の医療支援活動を中途撤退しています。ソマリア難民救援チームは金持ち日本から来ているので是非医療従事者の生活支援を最優先事項として実施して欲しいとの要請が出されました。これに対してソマリランド政府、国連難民高等弁務官ハルゲイサ事務所と立正佼成会一食平和基金派遣の根本／島村氏を初めとするソマリア難民救援チームのメンバーの粘りづよい誠意ある交渉によって従来通りの支援計画を実施することが可能になりました。立正佼成会一食平和基金派遣の根本／島村氏の御尽力にあらためて感謝いたします。

7月17日から約2週間の予定でアジア医師連絡協議会の中間評価及び活動強化支援グループが日本を出発しました。人間関係強化こそプロジェクト成功への王道との視点より、ソマリア難民救援活動で今まで現地でお世話になった方々や今後プロジェクト終了までにお世話になる方々とのレセプションパーティーも予定しています。フェラー駐日ジプチ大使にその采配をふるっていただきます。特記すべきこととして今回は岡山県加茂川町職員2名が参加します。「国際貢献と地域おこし」のテーマのもとにAMDAと地方自治体が連携をする第一歩です。息の長い協力関係を確立して行きたく思っています。

アジア医師連絡協議会から「アジア多国籍医師団」としてソマリア難民救援チームに派遣されているアジア参加国からの医師は日本の医師団にまげず高い評価を得ています。検査から治療までこなせるオールラウンドに能力は難民キャンプでの診療活動には最適です。

パキスタン支部よりソマリア難民救援チームに2名の外科医師の派遣申請を受けました。ソマリア北部ハルゲイサ中央病院支援プロジェクトにとってのどから手が出るほど欲しい人材ですが、首都モガディシュでのソマリア民兵とパキスタン兵との殺傷事件の悪影響が考えられるので、ネパールのブータン難民プロジェクトとカンボジア医療支援プロジェクトに参加してもらう予定です。

ソマリア難民救援チームによるソマリア難民救援活動も本年1月23日の活動開始以来はや半年が過ぎようとしています。民間による国際貢献活動がつつがなく続行できているのもひとえに関係者の方々の御厚意によるものここに紙面を借りまして厚く感謝申し上げます。



出発を前にソマリアについて話し合う(左から)石坂さんと柳原さん(岡山県加茂川町役場で)

ソマリアで町職員研修

岡山・加茂川 2人、NGOに参加

内戦に苦しむ北アフリカのソマリアで自治研修を兼ねた国際貢献を——と、岡山県加茂川町が職員二人を現地に派遣することになり、十六日夕、出発する。医療活動を進めているアジア医師連絡協議会(AMDA、本部・岡山市、菅波茂代表)の医師らと行動を共にしてボランティア精神を学び、帰国後は町おこしに役立てようというプラン。自治省は「町職員がNGO(民間組織)の活動に参加するのは初めてなぞ」と評価している。

派遣されるのは、町民生を回り、診療助手や医療物ラテシユでAMDAの活動適用し、二人当たり最高額課長補佐の柳原富雄さん(資の運搬を務める。同町の片山舜平町長が過公宏さん。来月一日、疎地の医療問題を通して音流入している隣国のジブチ)につ

視察・研修費の助成制度を一空港からソマリアへ向かう

二人は十七日午後、成田地区の要望を聞く「出前サ

ボランティア精神学び町おこし

が、「NGOと地方自治体の橋渡し役をしたい」と張り切っている。片山町長は「発展途上国と過疎地の医療は取り組み方が似ている。勉強を積んで、町政にも役立てて欲しい」と期待している。AMDAは今年一月から現地で医療活動、今回、新たに医師二人を派遣する。菅波代表は「NGOと自治体が連携した活動は今後の国際貢献を考える上では素晴らしい試み」と歓迎している。

加茂川町は吉備高原に広がる町で人口六千七百六十六人。職員が住民を訪れて

ジブチ難民医療活動報告

東京大学国際保健学 竹本啓一氏

今回、ジブチ共和国の難民キャンプでの活動のコーディネーションを行うため、4月29日より6月1日までジブチ共和国 アリサビエに滞在した。

<ジブチへの到着>

4月28日(水)に成田空港を出発した。今回とった経路は途中で宿泊する必要がないように空港での待ち時間のみで済む 成田-シンガポール-カイロ-ジェッダ-ジブチ というものであった。4月29日(木)の夜10時近くに、サウジアラビアのジェッダよりエール・フランスでジブチに到着し、その夜はD J I B O U T I P A L A C E H O T E Lに滞在した。4月30日(金)は休日(ジブチはイスラム教国なので、日曜でなく金曜が休日)であった。この日に首都のジブチを出発し、AMD Aの事務所のあるアリサビエに車で向かった。この夜からアリサビエの事務所に滞在した。

<ジブチ国内の難民キャンプについて>

前号、前々号にてジブチや難民キャンプの概要については既に報告があったので、今回は個々の4つのキャンプについての報告をしたい。現在の難民キャンプのインフラの問題点は清潔な水の不足、トイレの欠如、ゴミ処理システムの欠如である。診療所を訪れる難民の間では栄養失調、呼吸器系疾患、下痢等が最も多く、キャンプによってはマラリアや赤痢が多く発生しているところもある。各キャンプについて次に見てみよう。

HOL-HOL

人口は6、792人(4月現在)。新しい難民の流入は最近はない。

このキャンプはソマリアからの難民が多く、病気はマラリアが他のキャンプに比べて多い(マラリアがこのキャンプの全疾病に占める割合は4月で15.4%)。

井戸が3ヶ所あり、難民たちは各自でポリタンク等で井戸から水を汲み、住居まで運んでいる。診療所がキャンプ全体から見ると少し離れたところにあるので、患者が利用するのに不便な面がある。

AOUR-AOUSSA

人口は7、080人(4月現在)。最近新しい難民の流入が著しい(去年の12月の人口は3、070人であったから、実に2倍以上に増えたことになる)。これはこのキャンプへの交通の便が比較的よいことが理由のひとつとなっている。

A M D A 多国籍医師団

難民の医療活動視察

第一陣あすソマリアへ

災害や戦争などによる難民への緊急医療援助をねらいに誕生したアジア医師連絡協議会(A M D A) Ⅱ本部岡山市檜津、菅波内科医院内Ⅱの「多国籍医師団」第一陣が十六日、岡山からソマリアへ向けて出発する。今回はすでにA M D Aの手で進められている難民キャンプでの医療活動の視察を目的としており、岡山を起点にアジア十四カ国に広がる医師らのネットワークがいよいよ始動する。

多国籍医師団は、カンボジアやネパールなどアジア各地で医療面からのボランティア活動を続けるA M D Aの緊急救援プロジェクトの一つ。五月二十二日、日本を中心にパキスタン、インド、タイなど十四カ国の医師、看護婦ら約五百人で結成した。

今回、視察に行くのはA M D A事務局次長の津曲兼司医師(三宅ほか)コーディネーター計四人。十七日に成田を出発。途中で多国籍医師団メンバーのネパール人医師らと合流、二十一日にジブチに入る。二十九日まで現地に滞在し難民キャンプでの医療活動に加わるほか各地を視察、来月一日に帰国予定。

ジブチではA M D Aが一月から、国内のNGO(非政府組織)三団体とともにソマリアから流入する難民への救援活動をスタート。首都の病院や国境沿いのキャンプ四カ所でマラリアや肺炎の治療に当たっている。このほか国連難民高等弁務官(UNHCR)の要請でソマリア領内の病院再建事業などにも取り組んでいる。

これまでソマリア難民への医療援助活動には日本はじめフィリピン、バングラデシュ、ネパールなどA M D A各支部から延べ約三十人の医師、看護婦、コーディネーターが派遣されている。

A M D Aの菅波茂代表は「今回の視察でプロジェクトの進ちよくを見極め、現地のニーズにこたえる医療支援を展開したい」と話している。

というのも現在、首都の難民（7万人程度と推測される）をキャンプに移すという計画がジブチ政府によって行われており、交通の便のよいこのアウル・アウサ・キャンプへの移送が最も頻繁に行われている。キャンプ人口の急激な増加が結果として起こり、またそれはキャンプの状況の悪化をも引き起こしている。特に栄養失調はかなり深刻な状態であり、衛生状態も悪くなっており、診療所内もハエがたくさん飛び交っている。（診療所のハエに対する対策もいろいろとAMDAで議論された。）

ASSAMO

人口は5,363人（4月現在）。最近の新しい難民の流入はない。

難民はエチオピアとソマリアの両方から来ており、両者はキャンプ内では異なった区画に住んでいる。呼吸器系疾患の疾病全体に占める割合が顕著である（4月は23.6%）。

ALI-ADDE

人口は11,087人（4月現在）。3月から4月にかけての難民の流入は2,792人で、この時期の流入数では4つのキャンプの中では最も多い。

難民はソマリア出身が多く、また呼吸器系疾患の患者が多いのが目立つ（4月で34.9%）。

<活動の問題点>

患者とAMDAの医師・看護婦らとのコミュニケーションがうまく行かないというのが大きな問題点となっている。フランス語がジブチの公用語であるため、英語と現地語との間の通訳ができる人材を得ることが難しい。また、難民の教育水準が低いため、病気について患者に理解させるのも困難を伴う。

薬の安定的な供給の確保もAMDAのみでなく、ジブチの保健省（MOH）、難民局（ONARS）、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）、国境なき医師団（MSF）らとの協議のうえで解決しなければならない問題である。

<コーディネーションについて>

コーディネーター（ラザック氏、岩永先生、山本氏、私）は首都ジブチにおいてさまざまな機関をまわって調整を行ったり、市内での買い出し等を行った。コーディネーターの仕事は難民キャンプでの活動をスムーズに進めていくために必要不可欠のものである。特にこのプロジェクトは、チーフ・コーディネーターのラザック氏の存在を抜きにしては考えられない。これからジブチでのプロジェクトに参加する方も、ぜひラザック氏とよく協力してより充実した活動を展開して欲しいと思う。



アウルアウサキャンプで現地人スタッフと共に診療するタルン医師



傷の処置をするソマリア人スタッフ

ジブチ難民医療活動報告

アジア医師連絡協議会 Dr.Kuntal Kumar Saha

This is about two months history of my life in Djibouti what could be different in many ways. It was a sudden miracle in my life to come to Djibouti as an AMDA member to seve the Somali refugees. When I was requested by Dr.Nayeem, the president of AMDA-Bangladesh to join this project, I was really in a fix for sometime, but finally when I decided to join the activities of AMDA at this project, I knew only the name of this country as it is in Africa.

Africa - a continent in darkness is often said and many cock and bull stories are there about this continent. But it is the continent with so much natural gifts, with vast and splendid natural beauty and magnificent combination of differences. "Lunar fragment on the Earth's crust", "Chaotic picture of the birth pangs of a planet", "Apocalyptic vision" ... All these terms have been used to describe this everchanging part of the globe.

When I reserched at Djibouti airport and walked down the runway, I felt real warmth embraced me in the begining of summer. But that was only the touch of the commencement, and it will be about 50°C in July-August. I can only imagine it.

AMDA-The Association of Medical Doctors for Asia has been working in Djibouti for Somali refugees in the name of project "Relief Committee for Somali Refugees". The main target groups are refugees from four camps- Aour Aoussa, Ali Adde, Assamo and Hol Hol. These camps are situated at different places of Ali Sabieh district in Djibouti amidst of beautiful nature -in the mountainous landscape. One may be amazed to see the natural picturesque beauty of those areas and the serpentine hilly roads leading to camps. But there are many things to see -how miserable the life of human beings, the best creation of God on this earth? How bad could be the health situation, living standard of man, fooding, drinking water and sanitation - one has to come to see practically with his or her own eyes. It is nothing exaggeration or deviation from the true picture - one should not misunderstand.

AMDA, fortunately with the request of the ambassador of the Republic of Djibouti in Tokyo could see these pictures - the irony of fate of humankind and took diction to set up a medical project. AMDA medical staffs have been basically working for the upliftment of poor health situation of different camps. We visit each camp minimum once a week and sometimes more according to the need of the camp. Patients who can not come to dispensary is the main work for AMDA doctors. They work very hard in different camps and give visit to tents for those serious patients who can not come to dispensary. It's not very easy job to walk down the ways paved uneven gravels and big stones. AMDA doctors realize the reality of life, the sufferings of the humankind and trail of the tormented and trail of tormented souls.

The serious patients, those who are not manageable at dispensary, are usually referred to the district hospital in Ali Sabieh. We get much cooperation from Dr.Rayollet, the biggest problem id there is no ambulance. The serious patients are carried by AMDA car but sometimes emergency cases are delayed.

Everyday AMDA doctors visit one camp and give treatment for patients. They may write Rx but

TABLE OF CONTENTS

the greatest problem so far encountered is drug. Inadequate supply of medicines, sometimes mismanagement of drug distribution and lack of medical knowledge of health workers are the burning issues. There are few health workers who are really impressive and they are quite knowledgeable.

Keeping an eye on overall situations and after assessing the practical problems AMDA decided to conduct Curative Training Program for the medical staffs of dispensaries and other health workers of different camps. We get unexpected response regarding this training program from all level - from health workers, other NGOs working here and the Ministry of Health, ONARS and UNHCR. The first phase of the training program is successfully completed in the first week of July and this phase included the General Examination and Systemic Examinations of patients, diagnosis and management of some highly prevalent diseases among the refugees both in adult and pediatric groups. As health situation is not good in refugee camps and TBAs are not trained well, AMDA had a short joint training program with MSF. This is also highly appreciated by other NGOs and national organizations. The mainstay of our success as we consider is the enthusiasm of the trainees other than which we could not do it.

After taking a gross assessment of the trainees, AMDA distributed Certificate of Appreciation among the trainees as they keep their spirit up. The most important issue in this connection is the publishing a booklet on "clinical Guidelines" for the trainees which is made and distributed on their request and in themselves as they can take the responsibility to manage patients by themselves. To make them self-sufficient is one of our main objectives of this medical project.

Another part of this project of this project of AMDA is giving to a maternity hospital Dar El Hanan in Djibouti where one AMDA doctor from Bangladesh and one midwife from Japan have been working. It could be a very good hospital as it was design and planned but due to some reasons it is now in gasping condition. On request of MOH, AMDA has taken that challenge to get its life back. But it is not a very easy job and it is still on the way and it is our experience that it will take some time to get the full life of that hospital. And it is AMDA's plan to put more energy and importance for this hospital.

The health situation of MCH centers is so bad specially in Aour Aoussa and Ali Adde that AMDA decided to put more emphasis on this in order to save the lives of children who are dying untimely before blooming the buds into flowers. The health situation of MCH tents and the true horrible and miserable picture of the mothers and children do not remind one about the comparison of children with flowers or heavenly feeling of little angels. The mothers of severely malnourished and dehydrated children on their laps rather they count last moments of their lives. One pediatric nurse of AMDA has been working in the MCH tents and trying best to improve the situation. But this is in practical not a easy job and it will take time to copy with everything.

This is the story of AMDA's Djibouti project in short but there are something more which can not be described in words and realized only in imagination. But it is our strong belief that people who have consciousness and conscience, hearts but not hatred, sorrows and sympathy for those souls of suffering will extend their helping hands for this project of human service.

Assessment

of

Hargeisa Hospital

Hargeisa, Republic of Somaliland

by

A M D A

Association of Medical Doctors for Asia

May / June, 1993

by

Dr. Suketaka Iwanaga

Project Co-ordinator

Mr. Kunimitsu Yamamoto

Deputy Project Co-ordinator

Dr. Tarun Paudel

Medical Doctor

Dr. Shoichi Hasegawa

Medical Doctor

TABLE OF CONTENTS

	page
1. Introduction	1
2. Group Division of the Hargeisa Hospital	1
3. Group I	2
(1) Surgical Wards	
a) Male Surgical Ward I (MS I)	2
b) Male Surgical Ward II (MS II)	2
c) Female Surgical Ward (FS WARD)	3
(2) Operation Theatres	
a) General Operation Theatre	3
b) Eye Operation Theatre	4
(3) Eye Wards	
a) Male Eye Ward	4
b) Female Eye Ward	5
4. Group II	5
(1) Medical Wards	
a) Male Medical Ward I (MM I)	5
b) Male Medical Ward II (MM II)	6
c) Female Medical Ward	6
d) T. B. Ward	6
(2) X-ray	7
(3) Laboratory	7
(4) Emergency	8
(5) Blood Bank	9
5. Group III	9
(1) Gynaecology and Obstetrics	
a) Maternity Ward	9
b) Gynaecology ward I	10
c) Gynaecology ward II	11
(2) Paediatrics Ward	
a) Paediatric Medical Ward I (PDM I)	11
b) Paediatric Medical Ward II (PDM II)	11
(3) Dental Department	12
6. Group IV	12
(1) Hargeisa Hospital Management Structure	12
(2) Administration Block	12
(3) Stores	13
(4) Pharmacy	13
(5) Kitchen	13
(6) Electricity	14
(7) Laundry	14
(8) Watchman	14
7. Miscellaneous	14
(1) Hargeisa Hospital Inpatient	14
(2) Mental Department	15
(3) Central Supply Department	15
(4) Cabin	15
8. Hargeisa Hospital Staffing Pattern	16
9. Effects Of War On The Hospital	17

INTRODUCTION

Hargeisa Hospital was established in 1954 by the British community. The capacity of the hospital was 300 beds in the beginning when the population of Hargeisa town was 35,000. It was the only one referral centre and also the training centre for ordinary nurses, TBAs and CHWs of the Northern Region of Somali Republic.

Before the war (1988) the hospital was running well and providing referral services for more than 800,000 population. The city of Hargeisa, public building and some part of the hospital were destroyed by bombardment during the civil war.

The skilled nursing staffs and doctors left hospital and some of them fled to the country of asylum. The properties of the hospital had been looted or stolen during the war. The hospital has been occupied by war victims and the homeless families. After the war, hospital has been started in its infantile stage with the shortage of drugs, instruments, skilled nursing staffs, doctors etc. None of staffs of the hospital receive any salary or incentive at all from any sources. This basic assessment of Hargeisa Hospital has been done in May/June 1993 by the Association of Medical Doctors for Asia (AMDA). AMDA tried to find out the basic problems of the hospital so far. These findings will be helpful to assist the hospital by AMDA and other NGOs which are working towards the reconstruction and rehabilitation of Hargeisa Hospital.

GROUP DIVISION OF THE HARGEISA HOSPITAL

The hospital administrator of MOHL, Dr. Abdulkadir Muse Abdi has prepared a preliminary study report of the needs of Hargeisa hospital. According to his study report he divided the whole hospital departments into four groups because the hospital could not get any agency who can manage the whole hospital at a time. Today the Hargeisa hospital needs help from other agency in order to reconstruct and rehabilitate the hospital.

* Division of groups is as follows:

GROUP I

Surgical wards
Operation theatre
Minor theatre
Ophthalmic department

GROUP II

Medical wards
Laboratory
X-ray
Emergency
Blood bank

GROUP III

Gynaecology & Obstetrics
Paediatric
ENT/Dental

GROUP IV

Administration
Stores
Pharmacy
Kitchen
Watchmen
Laundry

GROUP I

(1) SURGICAL WARDS

(a) MALE SURGICAL WARD (MS I)

The roof is leaking, wall cracks, ceiling damaged, doors unlocked and damaged, glasses of the windows are broken, bulbs are missing and bad sanitary condition of the ward. The latrines are blocked and closed. The patients use common latrine outside the building.

* The capacity of the ward is 32 beds and it contains:

27 beds - 3 broken

1 chair

2 tables

1 cupboard

20 sideboxes

1 curtain - broken

2 trolleys

2 Thomas's splints

1 Behler's splint

There are no mattresses, blankets, pillows and their covers, chart holders, B.P. instruments, stethoscopes, thermometers, bedpans, and urinals in the ward. There are 5 auxiliary nurses and 2 doctors working with these shortage of instruments and medicines.

(b) MALE SURGICAL WARD II (MS II)

The roof leaks, wall cracks, ceiling damaged, glasses of the doors are broken and unlocked, glasses of the windows are broken. The bulbs are missing. One of the biggest problem of this ward is its poor sanitary conditions due to which the water cleaner is not well functioning. Since the latrine is blocked and patients and staffs of hospital use common latrine. Notice board is damaged and X-ray viewer is lost.

* The ward contains:

1 chair

1 cupboard - broken and empty

1 table

24 beds capacity - 2 beds are missing

27 sideboxes

1 weighing machine - not working

2 I.V. infusion stands

2 external fiator sets

6 kidney trays

1 Chetel's forcep

4 artery forceps

3 dissecting forceps

1 scissors

2 trolleys

There is a deficiency of B.P. instruments, urinals, bedpans, mattresses, blankets, bedsheets, pillows, stethoscopes. There are no patient record charting papers, no thermometers, no sterilization instruments in the ward. Four auxiliary nurses are working in this ward.

(c) FEMALE SURGICAL WARD (FS WARD)

The roof, walls, ceiling, and floors are in good condition except which the doors are unlocked and some glasses of the windows are broken. Some of bulbs are missing.

* The ward contains:

- 2 chairs
- 2 tables
- 1 cup board
- 17 beds - 3beds missing
- 17 mattresses - 10 are not in good condition
- 14 sideboxes
- 1 trolley

The bedpans, urinals, blankets, B.P. instruments, stethoscopes, thermometres, sterilization sets, maintaining papers of patients' record and cards are in shortage.

Like male surgical ward people use common latrines. There are two rooms which were used as a cleaning room and a store room. Now these are occupied by the T.B. patients. Four assistant nurses are working in this ward.

We had an opportunity to have a round to the surgical wards with the surgeon. Almost all the beds were occupied by the patients. There is no restriction for patient's admission, some patients are over flowed and they stay on the floor due to lack of beds. Those wards were mostly occupied by bullet injuries, road traffic accidents (RTA), fractures, burns, intestinal obstruction, and acute appendicitis cases.

The basis of diagnosis is mainly history taking, clinical examination and few laboratory investigations. There is a high incidence of RTA and gun shot injuries in Hargeisa city and surrounding area. No facilities for the X-ray films or ultrasonography there are in the hospital. Like other departments the shortage of instruments and other stationeries for the recording of vital signs of the patients are serious problem.

(2) OPERATION THEATRE

(a) GENERAL OPERATION THEATRE

There are three surgical operation theatres, major and minor septic, in the hospital. All of them are facing shortage of equipments and drugs. These theatres are accompanied with a doctor's room and a nurse's room but not with the post-operative room.

The operation theatre building has some cracks on the wall, but the floor, ceiling, and windows are in good condition.

* The operation theatre contains:

- 2 operation tables
- 1 X-ray film viewer
- 1 electric cutter
- 1 autoclave
- 1 boiler
- 1 general operation set
- 1 abdominal operation set
- 2 ambubag
- 1 direct laryngo scope

There are a few small drums, a few endotracheal tubes, soaps, few gowns, trousers and sandals. The operation theatre is running with limited water supply, lack of antiseptics and handkerchiefs. We found difficulties to make the surgery aseptic and systematic in these circumstances. There is no anaesthesiologist and its department in the hospital,

although the surgeons are working hard. There is no system of preanaesthetic evaluation of patients and monitoring system of patients during operation.

(b) EYE OPERATION THEATRE

The building of the eye operation theatre is acceptable except the air conditioner is not in good condition, no toilet facilities for the personnel and cleanness is fair.

* The operation theatre contains:

- 2 operating beds
- 3 trolleys
- 2 head holding pillows
- 4 chairs
- 2 light stands
- 2 stretchers
- 3 drums
- 1 I.V. infusion stand
- 1 disposal container
- 2 complete cataract sets - 1 incomplete

Preparation Room

There is one room outside the operation theatre used for preparation of operating sets, and a dress changing room before entering into the theatre.

* It contains:

- 2 battery chargers
- 1 tool
- 1 chair
- 1 drum with spectacles
- 1 used clothes container

We had an opportunity to see the 4 cases of cataract operation in the theatre. We found poor sanitary condition of the theatre, inadequate sterilization technique, incomplete operation sets, deficiency of gloves, using of same sets of operation to other patient without sterilization, running of flies around the operation table. There is no system of recording history, clinical examination, investigation, preanaesthetic evaluation, and preoperative medication in the patient record file. Moreover there is no system of monitoring vital signs during operation. We found difficulties to follow the systematic technique of operation due to shortage of necessary things to make the operation systematic. There is no recovery room, so patient directly transfer to the ward by the stretcher. Operated cases are recorded in the operation book.

(3) EYE WARDS

(a) MALE EYE WARDS

Four rooms are occupied by the male patients. These rooms need repair and painting. The roof leaks, wall cracks, ceiling is damaged, glasses of the windows are broken, bulbs are missing, but the floor is acceptable and fairly clean.

All rooms containing 12 beds are occupied by patients. Mattresses, bed sheets, blankets, pillows with these cases are in shortage. There are 7 side boxes in each side of the patient, but no urinals, bedpans, B.P. sets, stethoscopes, thermometer, patient record file and X-ray viewer in the ward. There are sinks with tap but no water. There is no duty

room, but one examination room.

* The examination room contains:

- 1 eye examination microscope with missing of objectives - not working
- 1 Schiottz's tonometry box - closed
- 1 Snellen's chart for vision test
- 1 notice board.

There is no hospital ophthalmoscope for eye examination.

(b) FEMALE EYE WARDS

The building is in good condition except small cracks on the wall and floor. The capacity of the building is 15 beds.

* It contains:

- 12 beds
- 12 sideboxes
- 1 cupboard
- 2 racks

Mattresses, urinals, bedpans, blankets, bedsheets, and pillows are missing from the ward. At the time of our visit there were 12 male and 7 female patients. Some of them were operated for the cataract and one patient was waiting for cataract operation. There were penetrating injury, glaucoma, and hyphaema cases in the wards. There is no system of recording history, clinical examination finding, investigations results in the patient charts. There is inadequate nursing care, no system of recording vital signs, and sanitary condition is unsatisfactory in the wards. The used materials by the patients and their parties were being thrown haphazardly.

GROUP II

(1) MEDICAL WARDS

(a) Male medical ward

The roof leaks, a few glasses of the windows are broken, doors are unlocked, a few bulbs of the ward are missing. Cleanliness of the ward is poor. The latrines are blocked and closed, verandas have big cracks and bulbs are missing.

* The Ward contains:

- 1 table
- 2 chairs
- 1 cupboard - no medicines
- 15 beds
- 10 sideboxes
- 1 infusion set stand

The mattresses, bedsheets, blankets, pillows, bedpans, and urinals are in shortage. This ward has 20 beds capacity.

PRISONER'S ROOM

There is a prisoner's room attached with the male medical ward. It has a capacity of 3 beds with unused attached toilet and bathroom. The top of the wall is surrounded by the iron wires. There are 3 sideboxes and 1 wheel chair. The glasses of windows are broken, bulbs are missing. Now this prisoner's room is fully occupied by general patients. Prior

to the civil war this room was used for the prisoner' patients. Now the 4 assistant nurses are working in this ward with the shortage of medical instruments such as B.P. sets, thermometers, stethoscopes, and patient's recording stationeries. There were 20 card holders with the patient card attached in each bed.

(b) MEDICAL WARD II (MM II)

The building is acceptable except few broken windows and unlocked doors. There is a broken water tap, blocked latrine, a cupboard without medicine. The capacity of the ward is 20 beds.

- * It contains:
 - 1 table
 - 1 cupboard
 - 20 beds - 3 beds missing
 - 11 sideboxes
 - 1 weighing machine - working

There are no mattresses, blankets, pillows, bedpans, urinals, and wheel chairs. There are 3 assistant nurses working in this ward. The card holder with patients' card is attached in each bed.

(c) FEMALE MEDICAL WARD

Some parts of glasses of the windows are broken, bulbs are missing and ward looks fairly clean. One water tap is broken, latrine is blocked and bath room is not used. The verandas are acceptable and a store room is closed.

- * This ward contains:
 - 2 chairs
 - 2 tables
 - 1 cupboard - with syringe and I.V. needle.
 - 20 beds
 - 20 mattresses
 - 1 I.V. stand
 - 18 sidebox

We could not find bedpans, urinals, wheel chairs, blankets, bedsheets, pillows, B.P. instruments, stethoscopes, thermometers, and nursing procedure charts in the ward. There are five assistant nurses working in this ward with shortage of these things.

(d) T. B. WARD

This ward which was used as paediatric surgical ward is being used as a Tuberculosis unit now because the T.B. hospital was closed during the civil war, a few glasses of the windows are broken, few bulbs are missing, the roof of the verandas is damaged.

- * It contains:
 - 16 beds
 - 13 sideboxes
 - 1 stretcher

There are medicine containers without medicines, no mattresses, bedpans, urinals, B.P. sets, pillows, bedsheets, blankets in the ward. There was a space for 16 patients but one patient was sleeping on the floor, and 3 patients occupied the treatment room.

Most of the beds were occupied by the patients in the medical wards. The common diseases seen in medical wards were malaria, severe anaemia, hypertension, suspected tuberculosis etc. The basis of diagnosis is mainly history, clinical examination and limited investigations, like CBC, stool, urine, sputum test for AFB, and blood test for malarial parasite. We felt difficulty to provide systematic medical services in this circumstances. The history of patients, clinical examination finding, investigations, daily progress notes and vital signs were not recorded in the cards or charts due to insufficient supply of hospital stationeries.

(2) X-RAY

The X-ray department building is acceptable except some damages in the ceiling, broken glasses on the windows and inappropriate wiring system.

* The X-ray room contains:

- 3 X-ray machines - 1 working
- 2 damaged
- 3 X-ray tables
- 3 X-ray protecting gowns (lead jacket)
- 1 teeth X-ray machine - old and damaged
- 1 chest X-ray stand
- 1 volt metre - not working

* The dark room contains:

- 1 X-ray drying machine - needs electricity
- 3 containers for developer, fixer and water

We found big shortage of X-ray films and chemicals and poor quality of the technique and X-ray films. There is no payment system for X-ray films and no provision of radiation allowance for the technicians.

(3) LABORATORY

The building of the laboratory is acceptable. There is one working water tap attached to a storage tank and a good working table in the laboratory. There is no separate toilet.

* The laboratory contains:

- 1 solar microscope
- 1 electrical microscope
- 3 broken monocular microscopes
- 1 centrifuge machine
- 2 counting chambers
- 1 haemoglobinometre
- 1 haematocrit centrifuge with tubes
- 1 incubator
- 1 colorimetre

There are sufficient slides, coverslips, ESR tubes with stands, staining reagents for malarial parasite, AFB and Gram's stain. There are micropipettes, testing papers for urine sugar/albumin and microscopic oil, adequate for the laboratory tests. The test tubes, spirit, anticoagulants are sufficient for the work.

* The following tests are routinely done in the laboratory:

- (1) stool exams. : routine/microscopic
- occult blood

- (2) urine exams. : routine/microscopic
 bile pigment
 urobilinogen
 acetone
- (3) blood test : complete blood cell count (CBC)
 malarial parasite
 haematocrit
- (4) sputum test for AFB
- (5) Gram's stain
- (6) biochemical test : blood sugar only

There is no facility for culture/sensitivity test and histopathological diagnosis.

There are 5 laboratory assistants, one laboratory technician but no pathologist. There is no provision for laboratory allowance for the staffs because the laboratory tests are free. There is no quality control system in the laboratory.

The 4 weeks laboratory tests report is mentioned below:

Hargeisa Hospital Laboratory Report

Test	No. of test	Results	Number	%
stool	264	Giardia lamblia	91	34.4
		Amoeba	82	31.0
		Helminths	3	1.1
		negative	88	33.3
blood test for malaria	299	positive	88	29.4
		negative	211	70.5
sputum for AFB	529	positive	34	6.4
		negative	495	93.5

N.B. - urine test - 225

CBC - 188

From the above table, we found that giardiasis and amoebiasis are the common medical problems in Hargeisa city due to lack of safe water supply.

Another big problem is malaria. We found malarial parasite in 29.4 percent of total examined blood samples (299) in the hospital laboratory during the period from May 15 to June 10.

Among the suspected 529 cases we found 34 cases positive Tubercle bacilli which is representing 6.4 % of the total examined sputum. It indicates tuberculosis problem in Hargeisa city is a common problem.

(4) Emergency

The emergency department of this hospital also acts as an OPD because the OPD service has not provided by the OPD since the beginning of civil war. The building of the emergency department is satisfactory except some cracks on the floor, some broken glasses of the window, missing of bulbs. The sanitary condition looks fair. The door is unlocked, toilet is broken, and one water tap is functioning in the emergency ward.

* The emergency section contains:

- 2 examination Beds
- 2 tables
- 1 cupboard - with few emergency drugs
- 2 chairs
- 3 sideboxes

- 1 B.P. instrument
- 1 stethoscope
- 4 artery forceps - not working
- 1 needle holder
- 1 scissors
- 1 tooth dissecting forcep

There is no emergency kits, no enough drugs, and no facilities for emergency investigations. There are no wheel chairs and stretchers for patient to transfer from emergency to wards. There are 5 assistant nurses working under the guidance of a doctor. The nurses change their duties in every 8 hours and call the doctors when required. Daily patient flow in the emergency department is variable, the load of the emergency becomes high when the RTA, gun shot injuries, mine explosions, and epidemic diseases cases arrive at the hospital. Otherwise about 5-10 patients/day are attending in the emergency room.

(5) BLOOD BANK

The building of the blood bank is acceptable. Blood bags to collect blood and reagents for screening of blood are in shortage before transfusion, so they are bound to transfuse incomplete investigated blood to the patients.

* The blood bank contains:

- 2 microscopes - one sunlight and one electric
- 2 incubators
- 1 weighing scale
- 2 refrigerators
- 1 electric rotator
- 2 tables
- 4 chairs
- 1 cupboard
- 1 bed

Test	No. of test	Results	Number
Stool	284	Giardia lamblia	1
		Helicobacter	3
Blood test	288	positive	88
		negative	200
for malaria		positive	211
		negative	7
Urea test	252	positive	34
		negative	218
U.R. - urine test	252	positive	232
		negative	20

This department is assisted by a lab technician, a nurse, four assistant nurses and a medical student.

GROUP III

(1) GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS

(a) MATERNITY WARD

The wall of the building is satisfactory, roof leaks, ceiling is damaged, some glasses of the windows are broken, doors are damaged, and ward is 20 beds capacity now (8 beds are missing).

* The ward contains:

- 12 beds
- 12 mattresses
- 10 sideboxes
- 8 babycots
- 1 screen
- 1 I.V. stand
- 1 weighing machine
- 1 medicine cupboard
- 1 table

3 chairs

* Labour room contains:

- 2 delivery beds
- 1 incubator - not functioning
- 1 vacuum set - not functioning
- 1 ambu bag
- 2 weighing machines - one out of function
- 3 delivery sets
- 3 fetoscopes

* The staff working in maternity ward are:

- 3 doctors
- 1 nurse - ward in charge
- 4 midwives
- 4 assistant midwives
- 3 cleaners

We had an opportunity to have a round in maternity ward with a doctor, and found that they have a system of monitoring labour, although they have shortage of equipment and medicines.

(b) GYNAECOLOGY WARD I

The roof of the building leaks, the walls have cracks, the ceiling is damaged, floor has small cracks, windows are broken, 9 bulbs are missing, and cleanliness is fair. The latrines are blocked, they use common pits latrine out side of the building. The ceiling of the verandas is damaged. Although the capacity of the ward is 20 beds. There are 16 beds in the ward and 4 beds are missing.

* This ward contains:

- 16 beds
- 3 chairs
- 2 cupboards without medicine
- 16 mattresses
- 14 sideboxes
- 1 trolley

There are no bedpans, urinals, blankets, bedsheets, and wheel chairs in the ward.

* Examination room contains:

- 1 examination bed
- 1 table
- 1 drum
- 3 vaginal speculums - 1 not working
- 2 curettages
- 1 uterine sound
- 1 set of dilator
- 4 sponge holding forceps
- 2 I.V. stands

There are 3 auxiliary nurses and one cleaner. Fortunately, we had an opportunity to have a round with the doctors in this ward. There were 15 patients in the ward diagnosed as Antepartum haemorrhage (APH), Post Partum haemorrhage (PPH), malaria with pregnancy, pre-eclamptic toxæmia of pregnancy, Hyperemesis gravidarum, puerperal sepsis etc. The basis of diagnosis depends on the history and clinical examination because there is limited

investigation facilities. The patient's monitoring system in the ward is inadequate due to shortage of necessary equipments and stationeries.

(b) GYNAECOLOGY WARD II

This ward was used as a surgical ward of gynaecology before the civil war. The building is satisfactory except broken glasses of the windows, unlocked door, and bulbs are missing. The capacity of the ward is 12 beds, but all beds were looted during civil war. This ward is completely empty and closed until this time.

(2) PAEDRIATIC WARDS

(a) PEDIATRIC MEDICAL WARD I (PDMI)

The building looks satisfactory except small damages on the roof, broken glasses of the doors and windows. The latrine is closed, so they are using dry latrine out side of the ward. The roof of the verandas are damaged.

*** The ward contains:**

- 2 tables
- 3 chairs
- 2 cupboards
- 12 beds
- 12 sideboxes
- 1 trolley
- 1 weighing machine
- 12 mattresses
- 1 paedriatic book - written in Italian language
- 1 book "Where There Is No Doctor"
- 1 stethoscope
- 1 height plate

Blankets, bedsheets, pillows, urinals, bedpans, and wheel chairs are in shortage. The capacity of the ward is 12 beds, but at the time of our visit, two extra patients were laying on the floor. There are four assistant nurses working in this ward.

(b) PAEDRIATIC MEDICAL WARD II (PDM II)

The building is old, the wall has cracks, ceiling is damaged, glasses of the windows are broken, the doors are unlocked, the floor is cracked and rough, so needs repair.

*** This ward contains:**

- 3 chairs
- 2 tables
- 2 cupboards
- 20 beds
- 20 mattresses
- 3 sideboxes
- 1 trolley
- 1 paedriatic B.P. instrument
- 1 examination bed - in feeding room

Blankets and pillows are in shortage. Bulbs are missing and toilets are blocked. There are four nursing staffs working in this ward. This ward mainly is related to the malnourished and diarrhoeal cases.

There are five paediatrician providing voluntary services to the hospital. We had an

opportunity to have a round with a paediatric doctor and found shortage of drug supply for the paediatric group.

(3) DENTAL DEPARTMENT

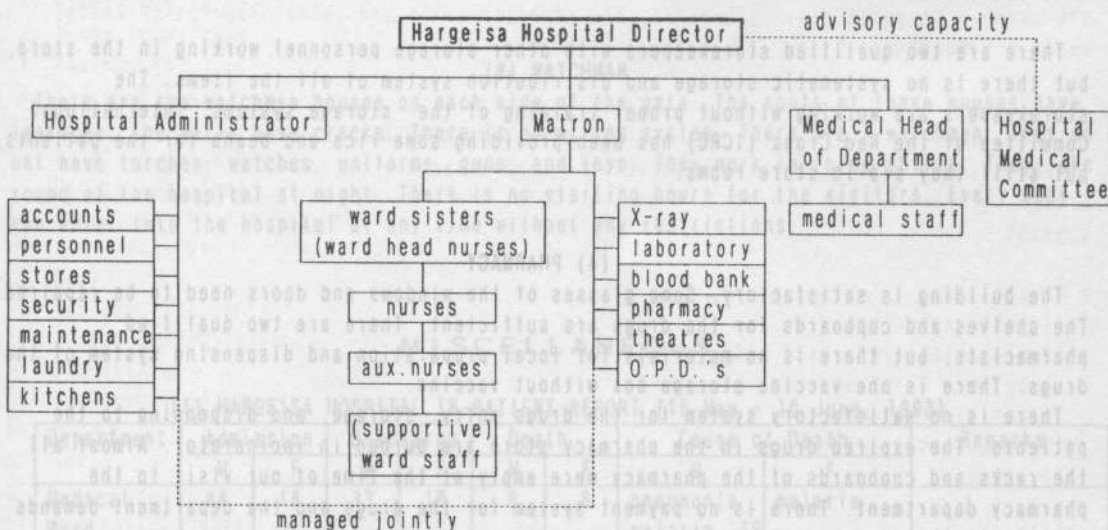
Dental department of the Hargeisa Hospital has not been functioning since the beginning of the war. There are two tables, one cupboard and an old damaged dental chair. There are three dental assistants providing tooth extraction service to the people. This is the only one hospital with dental OPD. There are no dental surgeon and dental instruments.

The building of the dental OPD is not needed to be repaired. There is inappropriate wiring system and lack of water supply.

GROUP IV

(1) HARGEISA HOSPITAL MANAGEMENT STRUCTURE

Hargeisa Hospital Management Structure



(2) ADMINISTRATION BLOCK

- * The hospital administration block consists of eight small rooms:
1. Telephone room: closed - telephone system is out of order now.
 2. Dressing material store: it is used to store dressing materials. There are shelves without dressing materials. The walls have cracks and leakages, and some glasses are broken.
 3. Meeting room: roof has leakages, door is unlocked, one wall has cracks, windows are broken, ceiling has cracks. There are one long table, chairs, and one long file cupboard, which needs painting.
 4. Account office: The room is used as the meeting room. There are one desk, two chairs, one typewriter borrowed from the T.B. hospital.
 5. Director's room: the room is lockable but not secured.
 6. Matron's office: It contains one desk, five chairs, and one cupboard. The wall and roof have cracks and leakages.

7. Nurse's duty room: It contains one bed and one chair. The roof has leakages, floor and wall have cracks.
8. Secretary office.

There are no notebooks, pens, sufficient chairs, desks, and enough manpower to conduct daily administration in the hospital. There are one administrator and one typist. There is no medical record keeping system, no rewarding and no punishment system for staffs, and no system of training for the staffs. Although they are trying to maintain records of hospital properties and some informations regarding the hospital.

(3) STORES

There are three storerooms in the hospital. Among them only one store room is satisfactory, although there are some small cracks on the wall. One of unsatisfactory stores was locked at the time of our visit to the hospital. The other is located near the gate with damaged roof by the bullets and storing broken materials.

* The main store has:

- 2 tables
- 1 chair
- 1 store book

There are two qualified storekeepers with other storage personnel working in the store, but there is no systematic storage and distribution system of all the items. The storekeepers are working without proper training of the storage systems. International Committee of the Red Cross (ICRC) has been providing some rice and beans for the patients, but still they are in store rooms.

(4) PHARMACY

The building is satisfactory. Some glasses of the windows and doors need to be repaired. The shelves and cupboards for the drugs are sufficient. There are two qualified pharmacists, but there is no materials for local preparation and dispensing system of the drugs. There is one vaccine storage box without vaccine.

There is no satisfactory system for the drugs entry, storage, and dispensing to the patients. The expired drugs in the pharmacy store are burned in incinerator. Almost all the racks and cupboards of the pharmacy were empty at the time of our visit to the pharmacy department. There is no payment system for the drugs and the department demands almost all the drugs.

(5) KITCHEN

The kitchen is located apart from the wards. Half of the building is covered with roof, while the other half is not. The roof is satisfactory, the wall is good but no ceiling, and floor has some cracks. There is no window, no electricity wiring, no latrine, no store room, cooking places are damaged and need to be repaired. The cooks use large pots and firewood for cooking foods.

The foods and firewood provided by the Islamic International Relief Organization(IIRO). Water is supplied by Islamic Kuwait Joint Relief Organization. There are eight cooks. Plates, spoons, trolleys, glasses, forks, and cooking tools storage cupboards are in short age. The food is supplied once a day at lunch time. There is neither breakfast nor dinner supplied to the patients. The food contains rice and vegetable. The waste products of the kitchen (garbage and rubbish) are thrown haphazardly and the sanitary condition of the kitchen looks miserable. There is no facility for hand washing and the kitchen staffs have not been well-trained.

(6) ELECTRICITY

There are two generators provided by the German Emergency Doctors (GED) in 1980. The fuel for the generators is provided by the Kuwait Joint Relief Organization. The actual need of the fuel is 50 liters per day, but they are consuming only 25 liters per day. Therefore electricity supply is limited to the hospital. The generators work from 6 pm to 11 pm. In addition, generators work on Sunday and Wednesday morning to supply to the operation theatres for the emergency operations. They use the small generator when required. The wiring system of the hospital is too old and damaged, so needed to be repaired, the electricity supply is not sufficient for the hospital. The generator supply is limited to the emergency places and limited bulbs have been used. The generator needs to be repaired, but the spare parts of it are not available in Hargeisa. Four electricians are working.

(7) LAUNDRY

The building is old, the roof is damaged due to bullets, wall has cracks, ceiling is damaged, floor has some cracks, the door is unlocked, glasses of the window are broken. There are water taps which are in good condition, but no water. There is one old washing machine, but it was damaged and thrown out from the building. There are two drying machines fitted inside the laundry house, which are not functioning. There was solar system to boil water, but it is completely damaged.

(8) WATCHMAN

There are two watchmen houses on each side of the gate. The roofs of these houses have leakages, the walls have cracks. There is no wiring system. There are 7 watchmen. They do not have torches, watches, uniforms, guns, and keys. They work in three shifts. They take round of the hospital at night. There is no visiting hours for the visitors. Every body can enter into the hospital at any time without any restrictions.

MISCELLANEOUS

(1) HARGEISA HOSPITAL IN-PATIENT REPORT (15 May - 10 June, 1993)

Department	Admission		Discharge		Death		Cause of Death		Remarks
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Medical Ward	44	18	33	18	6	6	pneumonia malaria, TB	malaria	
Surgical Ward (orthopedic)	57	15	24	9	2	0	gun shot		No. of operation - 6
Paediatric	97		47		7		diarrhea, anaemia gastroenteritis, TB		
Maternity	-	120	-	118	-	0			Caesarean section - 4
Gynecology	-	31	-	27	-	4		anaemia malaria	
Eye	63		45		0				No. of operation - 57
X-ray									no film
Blood Bank									130 blood bags used 170 bags requested
Total	445		321		25				

From the above table, we found that the patient flow rate in maternity ward is quite high, comparing to other wards. In 4 weeks number of delivery were 120 with 2 Caesarean section. No maternal mortality has been recorded in 4 weeks, but the number of mortality was 12 in medical ward, 2 in surgical ward due to gun shot, 7 in paediatric ward, 4 in gynaecology ward. The causes of mortality were mainly due to malaria and tuberculosis. However, gastroenteritis was the main cause of mortality in paediatric group. According to the laboratory report, plasmodium falciparum type of parasite is common in Hargeisa city and surrounding area of Somaliland.

Although the number of operation in eye department in 4 weeks was 57, there were no other operation except cataract due to shortage of other operation sets. This part of the hospital is partially supported by the British NGO, "Help Aged". The hospital could not provide X-ray service to the patients because of lack of X-ray films during these 4 weeks period.

(2) MENTAL DEPARTMENT

There is a psychiatric department (mental hospital) in the side of the hospital separately. This department building was opened in 1971. It consists of one male and one female wards with 30 beds capacity each. There are separate toilets buildings without roofs. All these buildings are surrounded by wall. The water tank is out of order. This department was completely damaged during the civil war. Today many psychiatric patients are seen in Hargeisa city. Therefore, the reconstruction and rehabilitation of mental wards are necessary.

(3) CENTRAL SUPPLY DEPARTMENT

There is one small old building used as a central supply department. The wall has cracks, glasses of the windows are broken, bulbs are missing, the door is unlocked and damaged.

* It contains:

- 1 small autoclave
- 1 big autoclave - need high voltage
- 3 boilers - not working
- 1 container stand
- 2 cupboards - unlocked
- 2 racks

This department collects the used instruments and supplies to operation theatre and wards after sterilizing them.

(4) CABIN

There are two buildings for the cabins in each 6 rooms. There are a store room and a staff room in between the building.

All the walls of the buildings are cracked, roof is leaking, and some glasses of the windows are broken. The doors are unlocked, ceilings are cracked, and there is no appropriate wiring system. There is one tap in each cabin but no water. The floor of the cabin is satisfactory.

There is no beds, blankets, bedsheets, mattresses, pillows, and pillow cases. The latrine is blocked and damaged. The cabin patients are using common latrines. There are 12 beds in two buildings. All are occupied by the war victims and some hospital staffs who had lost their houses during the civil war. Even the store room and the duty room are also occupied by outside people and patients. So the cabin part of the hospital is totally non-functioning.

There is a big container outside the cabin building for the waste disposal system of the hospital, although they are throwing solid waste (garbage and rubbish) materials haphazardly.

HARGEISA HOSPITAL STAFFING PATTERN

	numbers
1. Doctors	
a) Ophthalmologist	3
b) Surgeon	2
c) Gynaecologist	4
d) Physician	4
e) Orthopaedician	1
f) Paediatrician	5
2. Matron	1
3. Nurse	11
4. Midwife	3
5. Assistant Midwife	3
6. Axillary	51
7. Laboratory Technician	1
8. X-ray Technician	2
9. Pharmacist	1
10. Pharmacy Assistant	1
11. Laboratory Assistant	5
12. Ophthalmic Assistant	1
13. Dental Assistant	3
14. Operation Theatre Personnel	7
15. Administrator	1
16. Secretary	1
17. Assistant Accountant	1
18. Electric Technician	1
19. Storekeeper	4
20. Telephone Operator	1
21. Driver	2
22. Helper	2
23. Sweeper/Cleaner	9
24. Medical Students working as staffs in different departments	5
25. Sick Staff (axillary Nurse/Watchman)	9
Total	148

The numbers of qualified doctors and nurses are inappropriate to provide standard health services for the big work load and capacity of the hospital. The number of axillary nurses is too big. And the numbers of laboratory technicians, X-ray technicians are too small for the work load and capacity of the hospital.

There is no dental surgeon, psychiatrist, ENT surgeon, radiologist, pathologist, and anaesthesiologist in the hospital, although this is the biggest referral hospital in Somaliland. The administrative staffs are less in comparison to the administrative work load.

There is no attraction to work in the hospital because the doctors, nurses and other staffs are not getting any salary/incentive for the last two years.

EFFECTS OF WAR ON THE HOSPITAL

1. All OPD services are closed and OPD rooms are occupied by homeless families of Hargeisa City.
2. The Mental ward is completely destroyed and closed.
3. Gynaecology ward was looted during civil war period. Now it is empty and closed.
4. The Paedric Surgical unit is replaced by T.B. patients because the T.B. Hospital was closed due to civil war.
5. There is no permanent water supply system to the hospital because it has been destroyed during the civil war.
6. The Wiring System is poor inside the hospital because the permanent electricity supply system was destroyed.
7. The laundry Service is closed.
8. All toilets of the hospital are blocked and/or damaged.
9. The telephone and communication system are destroyed.
10. The pharmacy department of the hospital is not able to supply the drugs to the patient because they are not getting them from any sources.
11. Dental department of the hospital was looted and it is not functioning fully.
12. X-ray department is not able to get X-ray films and chemicals regularly so that the patient has to go other places to have X-ray service.
13. None of staffs at hospital have received any salaries/incentives for the last two years.
14. All the cabins are occupied by the war victims and homeless people. In order to solve this problem, the alternative accommodations are needed.
15. The post of qualified nurses are occupied by assistant nurses, so they need further training to maintain the medical ethics in hospital.
16. All patients' belongings of the wards were looted/stolen except beds.
17. The surgical ward is not able to provide general surgical services because they are concentrating on gunshot, RTA, and mine explosion injuries.
18. Laboratory department is providing limited investigation services due to lack of reagents, instruments, and qualified manpower.
19. Blood Bank is not providing regular blood transfusion service because of inadequate supply of blood bags and reagents.
20. ENT department is closed, so no ENT surgeon is in Hospital.
21. There is no anaestheology department and no anaesthegiologist in the hospital.
22. No dermatology department has been settled in this hospital.
23. Medical department mainly concentrated to provide emergency medical treatment, so people are not able to have general medical services.
24. There is no medical recording section to maintain patient records.
25. The kitchen is providing one meal a day. There is not enough food to provide two meals, no plates, no glasses, and no other cooking utensils in kitchen.
26. There is not enough operating instruments for:
 - a. general surgery
 - b. orthopaedic surgery
 - c. eye surgery
 - d. gynaecological surgery

National Day

Democratic Djibouti prepared to face future with confidence, hope

By Rachad A.S. Farah
Ambassador of Djibouti

The Djiboutian people celebrate today (Sunday, June 27), the commemoration of the 16th Anniversary of Independence, and I once again thank the Mainichi Daily News for the opportunity which has been so generously extended to me to address this message to the friendly people of Japan.

I take also this opportunity to express in the name of H.E. Gouled Aptidon, and on my own, our warm congratulations for the marriage of Crown Prince Naruhito and Miss Masako Owada and I wish for them everlasting happiness and love.

The Republic of Djibouti, with an area of 23,000 square kilometers, is bordered on the north and west by Ethiopia and Eritrea and on the South by Somalia.

The Republic of Djibouti is the 21st member of the League of Arab States and 49th State of the Organization of African Unity.

The tools of democracy, multiparty representation, public liberty and decentralization will enable our country to

make its entry into the 21st century prepared to face the future with confidence and hope.

In this context, the first multiparty election in the history of the Republic of Djibouti was held this year, and in an effort to accelerate the democratic process, a presidential election was held on May 7, 1993. Observers from various countries including Japan, the United Nations, the OAU, and the Arab League were present to supervise the process.

In all five candidates took part in the race which ended with incumbent President Hassan Gouled Aptidon gathering 60.71 percent of the vote.

A new constitution was offered and a multipartite legislative election took place. All these institutions, the constitution included, were in the framework of the new institutional mood which will provide to all people universal values, rights and duties.

Every Djiboutian must feel for the society and must undertake in this enlarged juridical frame this mission for the whole of the society and consequently for the nation.

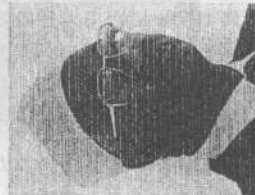
Haven for peace
Djibouti has been playing a stabilizing role for a long time in the region and has shown solidarity to its neighboring brothers.

Since the eruption of the civil war in Somalia, the Republic of Djibouti has been hosting an ever increasing number of refugees who ceaselessly flow into Djibouti, sharing our meager resources at all levels of the infrastructure, including medical facilities, food, housing and all the requirements of daily life.

During the decade of the '80s the Republic of Djibouti was subject to the unfortunate situation which prevailed in the region but nonetheless a number of projects were carried out in all sectors.

The decade of the '90s is commencing with political upheavals, which we must overcome with determination and skill. This is the path the government is following.

The participation of the whole of the nation is needed and I am sure everyone will be ready to meet the challenge.



Hassan Gouled Aptidon
President of Djibouti

refugees, while Eritrea succeeded after a long struggle for independence.

A new picture will emerge where friendship and cooperation among the countries of the Horn of Africa will be strengthened. Ethiopia, Eritrea, Djibouti and Somalia will take advantage of their ancient friendship to work hand in hand for stronger cooperation.

A land of exchanges, encounters and peace, the Republic of Djibouti is convinced that its liberal economic policy, the strictness of its administration, tax advantages, air and port infrastructure, roads, railroads, adequate navigation channels, and also the existence of an ultramodern telecommunication

tions network are elements capable of giving our country appropriate development.

Since 1949, the Republic of Djibouti has had its own currency the Djiboutian franc, which is linked by a fixed parity to the US dollar.

Djibouti is well located for international tourism. Djibouti is six hours from Marseille, and five from Rome, Colombo and Bombay. It is three hours from Cairo, Abu Dhabi, and Tanzania. It is two hours from Nairobi and Mogadishu, an hour and a half from Jeddah, and only 50 minutes from San'a and Addis Ababa.

Ties with Japan
There are excellent and friendly relations between the Republic of Djibouti and Japan. The President of the Republic of Djibouti has visited Japan on two occasions and has been accompanied by the efforts that the Japanese people have made in order to achieve the economic miracle.

In 1992, H.E. Mr. Koji Kakizawa, parliamentary vice minister for foreign affairs in Japan, and president of the Japan-Djibouti Parliamentary League of Friendship visited our country and praised the effort made by Djibouti in the way of modernization and their warm assistance and commended the sacrifices made by

our people in the assistance of the Somalian refugees.

Japan has participated in several sectors of our economic development: the construction of roads and railways, communications, the port, health facilities, and water supplies. The cooperation is proceeding satisfactorily.

To mention just a few NGO activities in Djibouti: Tokyo University of Agriculture and various NGOs, like AMDA, commenced some project. Two years ago, a mission from JALDO discussed with the public and private sectors possibilities of cooperation and exchanges.

The President of AMDA Dr. Suganami, its general secretary Mrs. Tasuko Tomosada and Dr. Kunii particularly supported our request to send Japanese and Asian medical doctors to the Somalian refugee camps in Djibouti.

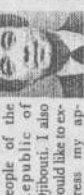
We also thank the Saakaawa Foundation for its long assistance to Djibouti which was once again asserted by the sending of anti-tuberculosis medicine to Djibouti. We thank the volunteers of the post office and its active President Mr. Kawai.

Djibouti is confident in its relations with Japan and wishes to thank the Japanese government and people for their warm assistance and continuous friendship.

Election successful

By Koji Kakizawa
Parliamentary Vice Minister for Foreign Affairs

On the occasion of the 16th National Day of the Republic of Djibouti, I have the honor to offer my warmest congratulations to the people of the Republic of Djibouti. I also would like to express my appreciation to the Kakizawa successful presidential election which took place in last May.



It really is a pleasure to see Djibouti deepen year by year thanks to the increasing exchanges in various fields.

I believe the strengthening of our ties was also illustrated by the opening in 1989 of the Djiboutian Embassy in Tokyo with the very active Ambassador H.E.M. Rachad Farah and the foundation of the Japan-Djibouti Parliamentary

League of Friendship in 1990. As founder and president of this league and as parliamentary vice minister for foreign affairs since November 1991, I personally have been going to great lengths to promote links with this country of vital economic and geographic importance.

I myself made an official visit to Djibouti last February which was indeed a fruit of this long-term endeavor. It turned out to be one of my best overseas visits ever, for which I cannot thank enough H.E. President Hassan Gouled Aptidon and the Djiboutian people. Their extraordinary kindness and hospitality have only made my determination firmer to work for the furtherance of our friendship.

In closing, while praying for the ever greater prosperity of the people of the Republic of Djibouti, I would like to express my determination to exert our efforts for the further development of Japan-Djibouti relations.

ソマリア難民救援チーム

(社) 倉敷青年会議所日本J C国境なき奉仕団特別委員会

後藤健次氏

倉敷青年会議所日本J C国境なき奉仕団特別委員会

国境なき奉仕団とは

- I. 政府と連携した民間の国際緊急援助組織です。
- II. 開発途上国において緊急災害が発生したときの人的物的貢献を目的としています。
- III. 全国組織ですから日本中に仲間ができ、そして世界に友人ができます。
- IV. 緊急災害事態に応じ可能なメンバーが小人数で出発します。人類愛に基づく奉仕ですからあくまでも本人の希望で出発します。

我々特別委員会は今回ソマリア難民が避難しているジブチ国に全国のJ Cメンバー一人1日5円365日6万5千人より寄付を頂き、その内今回1千5百万円分の物資5百万円分の医薬品を持って隊員19名報道関係者5名計24名にて行ってまいりました。

4月21日成田発4月22日バリ経由でジブチ着、計23時間距離にして約2万2千Km地球を半周してつきました！ 後発隊13名はジブチに先に着いている先発隊と合流しジブチ政府厚生省及びアムダの方、立正校成会の方など日本の民間のボランティアの方々には医薬品を渡しました。この時私はすばらしい人と再会したのですその彼は私が広島検疫所で黄熱病の予防注射を受けに行った時お会いしたアムダの医師岩永さんだったのです。

彼は6月の中旬までソマリア国内の難民キャンプで医療活動をするそうです。彼の健康と身の安全を祈って握手をして別れました。無事に帰られることを心からお祈りしております。

4月23日我々支援部隊は現地で購入した物資の確認及び政府高官とジブチボランティア組織オーナーズ代表と会い確実に物資が渡ることの確認をし、市内の難民キャンプに向かいました。この国ジブチは東アフリカに位置し想像を絶する所でありこの国自体援助にて成り立っているようである。難民キャンプは悪臭と埃、ゴミだらけで我々の物資はどれだけ役立つか疑問を感じたがそれでも子供たちの笑顔を見たときここに来たことを後悔しなかつたのである。4月24日今日我々はソマリアとエチオピア国境に接する難民キャンプの子供たちに渡すノートと鉛筆を届に行きました。砂漠と荒野の中、国連難民高等弁務官の先導により片道4時間をかけ行って参りました。途中軍の検問を受けたりアリサビエの市長に会い難民の現状説明並びに日本の援助要請のお話を受けました。ここにはアッサモ難民キャンプ他4ヶ所があり、我々はアッサモキャンプに行く事になり、さらに1時間砂漠の中を走り続け到着。ここでも子供たちの笑顔の歓迎を受けたことも確かですがオーナーズから我々が行くことが事前に連絡が入っていたのか手作りの日の丸を振られたとき……私の個人的な意見ですがなにか演出されジブチ国自体難民を利用し物資の支援を求めているように感じました。

物資の支援については再考する時にきているのではないかと思います。現に我々の物資、又世界各国からの物資が確実に現場に届くかは疑問に感じています。ただ難民キャンプでは多くの子供達や人々が病気にかかり死亡しています。医療活動についてはもっと多くの支援が必要と受け取りました。

今回出発前カンボジアでの非業の死をとげた中田厚仁氏を初めアッサモ難民キャンプで医療活動をされているアムダの長谷川氏、女性の宮地さん、民間ボランティアで活動されている方々に日本政府は現地での安全の確保身分の保証等又、日本に帰国された時の対応などを確立すればもっとすばらしい若者達が世界の為に貢献していただけるのではないかと思います。

今、地球は人種を越え一つになろうとしています。我々は地球市民としてなにができるのか、なにが正しいのかを考える事も小さな国際貢献又、ボランティアの一步ではないでしょうか！



ジブチ市内難民キャンプ



アッサモ難民キャンプ (ソマリア国境約 2 Km エチオピア国境約 3 Km)



手製のタレ幕にて 歓迎、もっと支援を呼びかけている

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 桑山紀彦先生

さて、AMDAカンボジアは順調にそのプロジェクトを展開している。5月に主任医師ウィリアムがカナダに一時帰国したが、一か月日に彼が戻ってきたとき、ウィルは現在のAMDAカンボジアの中核となっている3人の若い医師達が実に真面目に、そして一生懸命毎日の診療をこなしている事に感銘を受け、「自分がいなくてももう彼らは自分たちでこの病院とAMDAカンボジアをやっているのではないかとまで思ったそうだ。頼もしい限りである。現在AMDAカンボジアを担っているカンボジア人医師たちとはボラン、チャンク、マーティの3人である。

さて、AMDAカンボジアはビジターとして訪れた川島医師のおかげで、あの大幸製薬より「正露丸」の無償提供を受けられる事が決まった。7月12日には熊沢さんがバンコクに出て実際の担当者である柴田さんよりその約束を取り付け、実物の提供を受けた。正露丸がカンボジア人の間でも実に人気が高く、AMDAカンボジアのなかでも消費量の多い薬品の一つであったが、これで気に止める事なく正露丸を広められると喜んでいる。

カンボジアの治安は総選挙後思ったほどの混乱もなく、政治的には一応の落ちつきを見せているが、代わりに強盗などが多くなり、相変わらず身を守るという事については油断のおけないカンボジアである。そんななか1年間に渡って現地のフィールドコーディネーターを務めてくれた熊沢さんは一応この7、8月を持って任期を終え帰国する。もちろん次のFCが見つからない限りは帰国できないが、7月半ばの時点で何とか見つかりそうなので、熊沢さんもほっとしているところではないだろうか。ただ8月中に菅波代表を招いて新しくQIP'sによって建設した病棟の開所式を行う予定で、それを熊沢さんは見届けてからの帰国になるであろう。かねてより現地より希望されていた代表の初のカンボジア渡航である（AMDAカンボジアが始まってから）。

現在、日本に居を置き、カンボジア国内で活動しているNGOが集まって「カンボジア市民フォーラム」が企画進行中である。AMDAもその呼びかけ人の一人となってこのフォーラムの成功に助力したいと考えている。以下はそのフォーラムに対して出したAMDAの考えている「援助目標」ないしは「援助概念」である。

(7月17日)



Tong Syaのコミュニンでのワクチン接種

接種は郡のヘルスワーカーが行い、AMD Aは車を提供したり
AMD Aのローカルワーカーが登録や事前の広報を手伝う



私たちアジア医師連絡協議会（AMDA）がカンボジアの復興を考えるにあたって立脚する視点は主に2つあります。まず1点目がプノンペン大学医学部を卒業した若い医師の研修の場を供与し、経験を積んでもらう事。そして2点目がカンボジア人に対するメンタルヘルス（精神保健）の復興です。

AMDAがコンポンスプー州、プノム・スロイ郡病院をサポートしてもう1年が過ぎましたが、現在3人の一般内科と小児科を合わせたカンボジア院医師と共に、常勤の外国人医師の指導のもと、毎日外来と病棟の入院患者を見ている。現在プノンペン大学医学部を卒業してもその公務員としての給料が余りに安くかつ遅配を受けるため、結局内職に走ってしまわざるを得ないカンボジア人の医師を見ていると、とにかくこういった公立病院に常勤で働き、経験のある医師の元で研修を積む事が急務です。彼らも本当はそれを望んでいるのですが、喰っていけなければ公立病院に勤める事も実現できないわけであり、私たちはもっぱらそういった意味で人材育成に重点を於いてきています。確かに地域の保健意識や予防保健活動も大切ですが、UNTACによって私たちの郡のほとんどが立入禁止区域に指定されたりと、外側からの不自由さによって思うように進められていないのが現状です。しかし要となる病院と共に、医師、看護婦、保健婦がより多く育ってくれる事は、地元のKey Personの広がりにも寄与する事であると考え、現在は主に医学教育（もちろん医師だけではなく）を主眼にしなければならぬでしょう。また、この国をおそっているマラリア（特にクロロキン耐性マラリア）の猛威は目をおおうものがあり、有効な手だてとして、現在薬液を染み込ませた蚊帳の配布を急いでいます。その場合も単に「供与」するのではなく、それがどんな意味を持っており、なぜ蚊から身を守らなければいけないのかという「理解」を目指した上での配布を心がけなければならないと思っています。また恐ろしいほどクロロキン耐性マラリアに速効効果のある幻の漢方薬「チン・ハオス」の入手もどろく中ですが、唯一製造許可を持つ中国政府の輸出禁止政策により、手に入らないという残念な状況に対する打開策も模索中です。国際的な圧力が必要な事項だと思っています。

次いで、医療の中ではどうもおさざりになってしまいがちな「精神医療」ですが、私たちはこの面に現在取り組んでいます。結核、マラリア、デング熱と生命に関わる疾患に対する取り組みもたいへん重要ですが、ポルポト時代、そしてそれに続く長い内戦と混乱の中で受けた傷は「身体的」「社会的」なものだけではなく、「精神的」な外傷体験に基づくものもおおいのです。従って、国の復興を考えると、この「心の面からの復興」も忘れてはならないものでしょう。現在一人の精神科医（西欧医学でいう精神科医）を中心にいつでも精神疾患に苦しむ患者を診られるようなシステム作りを目指していますが、全国で精神科医がたった一人というのではとても追いつきません。プノンペン大学の中に精神医学の講座、教育システムが求められるときです。実際は一人若い卒業したての医師が希望していますので、彼が前述の精神科医のもとで研修する事を進めています。これでも決して追いつきません。システム立った精神医療の復興が求められています。しかしながら、これまで精神科医がいなかったという事はとりもなおさず代わりに精神疾患を持った患者を診ていた人々がいたわけであり、私たちは彼らを「精神的伝統治療師」と呼んでいます。現地ではペツ・チクーツ（直訳はきちがい医者）と呼ばれていますが、確実に彼らはこれまで精神科の患者を診察し、治療してきたわけですから彼らの存在も大切にしなければなりません。そういった意味では、精神疾患を抱えた人々は従来通りこういった「伝統的治療師」による治療の道も選べるし、新たに西欧医学による精神医療の道も選べるというよにするべきでしょう。

現在私どもが調査しただけでも実に多くの精神的ダメツジが見受けられます。それは非常に治療困難なものから、環境が整えば軽快する可能性の高いものまで実に様々ですが、総じてカンボジアの復興と絡み合っているものばかりです。それは彼らの心（精神）にエネルギーがなければ国そのものの復興も困難になるし、また国がいい方向に向かわないと心（精神）もなかなか復興しないという必要十分な関係にあるわけです。私たちAMDAはこの面についても他の組織と連携をとりながらカンボジアの復興に参加していきたいと思っています。

①クロロキン耐性悪性熱マラリアに対する国家プロジェクトの更なる発展

しかし残念ながら国家的予算の破綻によりこの件はほとんどカンボジア自身では動かせないような状況の中にある。そこでNGOとしてこの対マラリア対策については以下のように推進助力したい。

1) 薬剤浸潤処置を受けた蚊帳の配布、その意味や効用の保健教育

2) Quin-Hau-Su (チン・ハオ・スー) のような速効性を持ちかつ効力絶大な薬剤 (漢方薬) の使用を可能にする

- ・ 残念ながらこの薬剤は中国がその注射剤に関しては専売を守り、対外的には持ち出し禁止の状況下にある。その点を打破し、カンボジア国内についても重症例、危篤例などに対する適応を拡大するべきであろう。

②精神保健医療の復活

現在精神科疾患の患者を主に診ている「精神的伝統治療師」や「シャーマン」はそのまま維持していく方向を守りながらも、西欧精神医療が受けられるような場の提供を目指すべきであろう。

JICAの大型援助を受ける予定のクメール・ソビエト病院に於いても日本政府は「精神科外来」や「精神科病棟」は完全にその対象外としたという経過があり、今後NGOとしてこの精神医療面での復興に助力したいと考えている。

具体的には、クメール・ソビエト病院常勤のケ・チュム医師 (精神神経科医) と、精神科医を志望する1、2名の新卒の若い医者への援助、指導を目指す。やがてはプノンペン大学などにも「精神医学講座」が出来る事をも目指したい。しかしこれは大きなプロジェクトなので、マニラのWHO (新福先生) や保健省との話し合いの中で進めるべきものと考えている。

もちろんこれらに先行して日常的な診療 (特にプノンペン周辺地域以外において) や人材育成は最重要課題としてAMDAは考えています。



回診中の医師達、プノムスロイ郡病院にて
左からDr. ボラーン、Dr. チャンター
Dr. マーディ

緊急・災害医療への取り組みと問題点
Actions and Problems on Emergency and Disaster Medicine

A M D A ・日本支部、高橋央
Hiroshi TAKAHASHI, AMDA-Japan

A M D A (アジア医師連絡協議会)は、1979年に発生したインドシナ難民問題を契機にその母体が出来、1984年の東アフリカの飢饉が起こったころ、組織が旗揚げされた。以来91年にはクルド難民(イラン・クルディスタン)、ピナツボ火山被災民(フィリピン)、92年にはミャンマー難民(バングラデシュ)、ブータン難民(ネパール)、カンボジア難民(カンボジア)そしてソマリア難民(ジブチ、ソマリア)への緊急災害医療救援を実施してきた。さらに本年5月にはアジア13カ国・地域の医療従事者と連帯して活動を行なう『アジア多国籍医師団』を結成した。我々自身が経験したこと、我々が主催した幾つかのシンポジウムを通じて指摘されたことを中心に、緊急・災害医療への取り組みと問題点を10項目にまとめている。

1. 緊急災害医療専門家の養成: training of medical experts on disaster medicine
 - * 一般臨床医学、疫学、予防医学の分野を熟知する専門家の養成を目標とする。
 - * 現場経験のある指導者が教育する。現場で実習出来るようにする。
2. 調整作業の改善: improvement of coordination
 - * 専門的で効率のよい活動を可能にする。
 - * 活動後、客観的な活動評価を出来るようにする。
3. 輸送能力の開発: development of logistics
 - * 緊急医療救援活動に不可欠だが、その能力は極めて脆弱なのが現状。
 - * 日本から被災地まで最低限の物資と人員を迅速に運搬出来るようにする。
 - * 交通の便のよい所、または災害の頻発する所の支部に備蓄基地を設ける。
4. 予算の獲得: increase of budget
 - * それぞれの団体の政策に合致した予算獲得の努力。
 - * 組織の法人化等で、個人献金の増加を計る。
 - * N G O 活動には助成の事後申請が出来る基金を設立する。
5. 本部・支部・現地事務所間の情報網整備: information network among HQ/Chapters
 - * 資金運用、予算・人材配置、渉外を効率化する。
 - * パソコン通信によるデータベースの運用し、知識や経験を蓄積する。
6. 情報の収集・管理・提供: collection, analysis and offer of information
 - * 各国会員との定期的な情報交換。
 - * 本部での情報の一括管理と会員への提供。
7. 広報の充実: improvement of public relations
 - * マスコミの一時的な過敏反応に頼らない広報活動。
 - * 被災地の状況を支援者の国民に自らの手段で伝えてこそ、真の国民の理解が得られる。
8. 活動終了後の復興・開発: retreat from emergency
 - * 緊急援助と自立援助が分離していない。緊急 (Relief for people)、復興 (Rehabilitation with people)、開発 (development by people) の過程が不明確で連携していない。
 - * 他の民間援助団体や政府機関との協力体制の強化が必要。
9. 国連や政府機関との協調: collaboration with UN/GO
 - * 普段から情報交換を行なう。
 - * N G O 活動とこれらの方法論の相違を認識して役割分担を考える。
10. 災害の元となる要因への対応: actions to substantial courses of emergency
 - * いつ、どこで、いかなる型の災害の危険があるか推測する。
 - * 災害発生前から要因を把握し、分析を行なって、適切な対応を取る。
 - * 政治経済、環境、文化人類学など保健医療分野以外からの専門家の協力を得る。

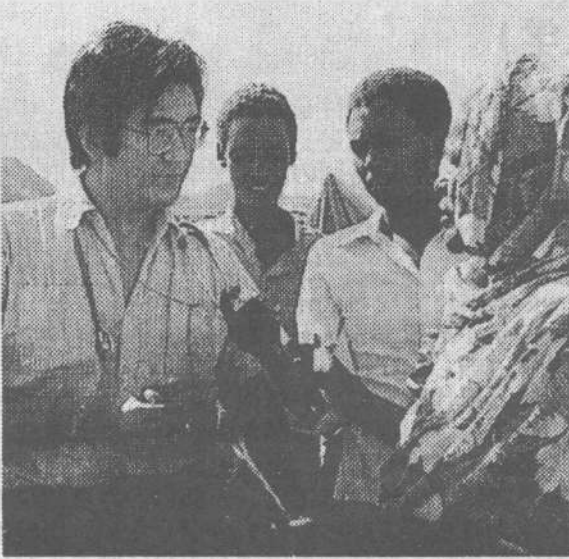
難民救援活動 素早く

14カ国で「医師団」

岡山のアジア
医師連絡協

カンボジアやソマリアなどで難民の医療救援活動を展開しているアジア医師連絡協議会(AMDA)は、本部岡山市、菅波茂代表が五月、アジア十四カ国の医師で組織する「アジア多国

籍医師団」を発足させる。AMD Aによると、国の枠を超えて各国の医師が非政府組織(NGO)の医療チームを結成するのは世界でも例がないという。難民や自然災害による被



ソマリア難民の診療に当たる津曲事務局長(左)

災民ら緊急を要する医療救援活動が目的。AMD Aに名を連ねている日本をはじめ、ネパール、フィリピン、インドなど十四カ国、約四百人が参加する予定。

これまで日本のNGOが海外で救援活動を行う場合、現地の情報収集や資金、人材集めなどに時間がかかり、欧米の組織などに比べ対応が遅れていた。多国籍医師団は、十四カ国にまたがるネットワークを生かして各支部から直接医師を送り込み仲介役を務めるため、素早い現地入りとともに伝統医療や宗教、言語など現地のニーズに的確に対応できる。

AMD A本部ではコンピュータに経験や専門分野、派遣希望先など会員リ

ストを作成中。現地入り可能な医師を常時三十人リストアップしておく。当面AMD Aなど国内のNGO四団体が共同で展開中のソマリア難民救援プロジェクトに参加する。

AMD Aの津曲兼司事務

林原フォーラム第二分科会総括報告

(日原木) BSSR 座長 朔 元洋先生(さく病院理事)

「医療資源としての伝統医学」

アジアの伝統医学をめぐる様々な国際医療協力の可能性を多角的に議論した。中国、台湾、韓国、インド、タイ、ヴェトナム、ラオス、フィリピン、ネパール、の医師の参加を得た。参加者の選定にあたっては、現代医学の医師で各国の伝統医学の活用に取り組む中堅のリーダーを基準とした。(例外であったインドのアユルヴェーダ医師は現代医学の大学付属病院に勤務しており相応の現代医学的姿勢を身につけていると判断した)

伝統医学に期待される役割には、2つの非常に異なる次元がある。

第1次元は、発展途上国・地域などで現代医学が不足する状況におけるとりあえずの代替的役割である。この場合、活用の基準は厳しくない。

第2次元は、現代医学の普及した状況における現代医学にない特徴をいかした補完的役割である。この場合、活用の基準には科学的証明など厳しいものが要求される。

伝統医学は一般的にみて非常に議論の多いテーマである。現代医学の主流においてその価値が広く認められているとはいえない。実際、伝統医学には、一部いかさま的なものが含まれており、また現代医学の新治療に太刀打ちできない分野も少なくない。伝統医学の活用を唱えるにあたっては、このあたりの限界性や科学的裏付けを十分に踏まえなければ説得力をもてない。

伝統医学の現代的活用岡山宣言の採択

第2次元の貢献を視野に入れた伝統医学へのアプローチにおける基本的戦略を合意したものである。その骨子は、1) 伝統医学の中には、現代医療に取り込んでなお価値のある有効な治療法が相当に埋もれている。2) 有効性や安全性は、科学的客観的な証明を進めるべきである。3) 有効性の確認されない治療法は淘汰や改善を、また伝統理論にも適時見直しを加えるべきである。結果として生じる伝統医学の改変は積極的に受け入れるべきである。4) 臨床実践は、現代医学と協調的かつ相補的になされるべきである。などであった。

アジア多国籍医師団への提言

医師団の派遣される地域や状況では、現代医学の設備や薬品の不足が予想され、第

1次元での伝統医学の活用が有意義である場合が想定される。

- 1) 現地の薬草の直接的採取と活用
- 2) 現地の伝統医学の活用
- 3) 現地外の伝統医学の導入(例: 針治療)

1) については、マニュアルの作成などが議論にのぼったが、短期間で薬草の判別や使用方法を修得するのは困難が多すぎるようである。主体は2)であり、その際伝統治療師、厚生行政担当者など現地の関係者といかに建設的な協力関係をスムーズに確立するかが重要である。この点多国籍医師団の構想に含有されている現地の医師および関係者との対等なパートナーシップの思想と共鳴するものであり、実現できる基盤があると想像される。

これだけの国からの中堅リーダーの出席を得て、文章化した宣言を正式に採択できたのは特筆すべき成果といえる。宣言の内容については、半年前から原案を準備し、数回の手紙やファックスを通じて全員が合意できる最終案へ煮詰めたものである。今後、伝統医学に関して一つの指針として活用されることが望まれる。宣言は公的雑誌への掲載を検討中であるが、興味のある方は連絡いただければ、郵送します。



伝統医学について白熱した討論が交された第二分科会



THE CURRENT SITUATION OF TRADITIONAL MEDICINE IN JAPAN

by Motohiro Saku, M.D.

(Saku Hospital, Fukuoka, Japan)

General Overview

In Japan, although modern western medical service is fully established, a traditional system of herbal medicine known as Kampo has recently been under widespread reappreciation. Kampo is practiced by modern medical doctors, being integrated in the modern medical system. The efficacy and safety of Kampo drugs are the subject of considerable scientific research.

History [*1,*2]

There are a few Japan's original herbs, but the truly original herbal medicine system did not develop independently. Traditional Chinese Medicine (TCM) was brought to Japan in the 5-6th century. Since then it had been modified in Japan to establish Kampo, a subtype of TCM (Fig.1.) Kampo literally means 'Chinese Method'. Only a few herbs original to Japan have been integrated into Kampo.

The first Kampo textbook, *Ishinhou*, was written in the 10th century. In the 16th century, the Goseihou school based on *Huangdineiijing* (an ancient Chinese textbook), flourished to become the main stream of Kampo. Later it was taken over by the Kohouha school based on *Shanghanlun* (another ancient Chinese textbook). The former was more philosophical and the latter more pragmatic; modern Kampo has thus developed to be somewhat more practical and less ideological than modern TCM in China.

Acupuncture, moxibution, and Chinese massage were also introduced from China in parallel with herbal medicine.

A compact scheme of the historical relation between Kampo medicine and western medicine is shown in Fig.2. Traditional Kampo medicine was replaced by western medicine in the 19th century. The then Japanese government was so concerned to westernization that it decided around 1875 to introduce European (German) medicine and abandoned Kampo, not developing any Kampo licencing system. This

historical background is unique; especially when contrasted to the co-existence of both traditional and modern medical systems in other Asian countries. Since then Kampo was slighted for almost a century. During the suppressed period the Kampo tradition was barely maintained mainly through pharmacies, supported by its inherited popularity among common people.

Recent History

After the 1950's, the trend toward reappreciation began. The important turning point was the adoption of Kampo drugs into the national health insurance by the Ministry of Health and Welfare in 1976. This provided an economic framework for medical doctors to try Kampo. (cf. Between 70-90% of medical cost is covered by insurance.) Since then, an unexpectedly dramatic upsurge in the use of Kampo has been seen. It is of particular significance that herbal medicine is appreciated in a society fully supplied with a modern, developed western medical service.

The reasons for this reappreciation may be summarized as follows. Firstly, negative aspects of western medicine, such as severe side effects, have come to be recognized. Secondly, the disease distribution has altered; there has been an increase in chronic, aging-related sicknesses resistant to western therapies. Thirdly, some unique effects of Kampo have been rediscovered.

Licence and Education

There is no specific licencing nor education system for Kampo; it is not taught at medical schools, and only to a limited degree at colleges or faculties of pharmacy.

No extra qualification is necessary for Kampo; any doctor with a doctor's licence of modern medicine is automatically allowed to prescribe Kampo drugs. Any licenced pharmacist may legally dispense Kampo drugs. There are 211,797 doctors and 150,627 (90,025 working in the clinical field) pharmacists [*3]; 80 medical schools, with around 8,000 graduates per year, and 46 colleges or faculties of pharmacy.

Quite recently (in 1990), the Japan Society for Oriental Medicine started a Kampo specialist certificating system; this has, however, no legal status.

Without systematic education, doctors who become interested in Kampo must learn it for themselves after graduation. A questionnaire survey (Fig.3:[*4]) found; most doctors learn it through textbooks or pamphlets or sporadically-held lectures. Only a small proportion are trained under specialist clinicians, who were themselves educated in a traditional manner from a generation to the next. Thus, most doctors' knowledge of Kampo is sporadically obtained and unsystematic.

For acupuncture, a totally separate licencing and education system was developed. There are about 60,500 acupuncturists and 34 acupuncture schools (3 year curriculum.)*[3,*5]. Medical doctors may

legally practice acupuncture, though acupuncture is not taught at medical schools.

There are also licences for Anma massage (91,900 licence holders) and for Judo-Seifuku (Japanese bone setting: 22,900 licence holders)[*3]

Clinics, Hospitals, Pharmacies

Medical doctors mainly prescribe ready-made herbal preparations within the health insurance systems at clinics or hospitals, while pharmacists sell both crude herbs and processed preparations mostly outside the insurance systems at pharmacies.

All clinics (80,852) and hospitals (10,096)[*3] could potentially provide Kampo treatments, as all doctors have the right to make herbal prescription. In fact, however, the ratio of ordinary medical doctors who used Kampo was very low before 1976, and increased from 28.0% in 1979 to 69.0% in 1991 (Fig 4.:[*6].) The membership of the Japan Society for Oriental Medicine, the biggest Kampo academic association, increased from 3000 to 10000 quite recently (Fig 4.:[*7]); the number of doctors satisfactorily specialized in Kampo correlates roughly with this membership.

There are 36,981 pharmacies [*3] in total. Their degree of devotion to Kampo varies considerably; a small proportion (no statistics available) are specialized in Kampo, while some pharmacies provide only a minimal collection of Kampo drugs.

The market for Kampo also shows a clear upsurge (Fig.5:[*8]). The production of drugs for use in the insurance systems increased dramatically; the main marketing route shifted from through pharmacies before 1980 to through clinics or hospitals.

Acupuncture is mainly provided at separate acupuncture clinics (37,601 in total: 26,992 combined with Anma massage [*3].) Only a very few medical doctors, mostly anesthesiologists or orthopedicians, utilize acupuncture mainly for pain control. There are 19,512 independent Anma massage parlors.

Relation to Modern Medicine

Kampo medicine is almost totally integrated into the modern medical framework. Only doctors and pharmacists, who are fully educated in modern science, practice Kampo; there are no purely traditional healers who are unfamiliar with science or modern medicine. Thus, Kampo treatments, although traditional in origin, are automatically monitored from a modern scientific view point. The Kampo resurgence is not a mere revival of tradition but is its modernized application under modern medical monitoring.

In contrast, acupuncture treatments have been kept less related to modern medicine.

Clinical Aspects

All patients are examined and diagnosed in a modern medical manner and then selected for Kampo indications. Kampo drugs are frequently prescribed not independently but in combination with modern drugs.

Traditionally, Kampo was prescribed for any kind of sickness in the absence of western drugs. At present, Kampo is used mainly for diseases for which western medicine is unsatisfactory. However, its parallel use in combination with western drugs may be recommended for various conditions.

Absolute contraindications are rare. Side effects are less than with western medicine and not serious in general. However, a few severer side effects, such as interstitial pneumonia, have recently been reported [*9]; reconfirming the significance of parallel modern medical monitoring during traditional treatments.

In contrast, much less systematic modern medical assessments is available at acupuncture clinics. Acupuncture treatment is covered by insurance only when a certificate is issued by a modern doctor.

Research Aspects

Simple clinical research (including case reports) is widely carried out at many clinics and hospitals. Since all patients go through basic modern medical examinations, basic scientific data are readily piled up. More sophisticated clinical research is pursued at various clinical departments of medical schools.

Basic research is done at colleges or faculties of pharmacy, each of which is equipped with at least one department engaged in herbal medicine, and at some departments of pharmacology of medical schools. There are a few specific research institutes for Kampo medicine. The research sections of Kampo-producing pharmaceutical companies (about twenty) are other important sites of Kampo research.

Far fewer scientifically bearable observations are performed in acupuncture, as acupuncturists are not fully trained in the scientific method.

From the purely modern medical point of view, objective, scientific proof of efficacy and safety is a requirement before we dare to apply herbal medicine. Fortunately, a considerable number of scientific observations on herbal medicine have been made in Japan; no doctor or scientist doubts some real efficacy for Kampo any longer. The dramatic increase in research suggests profound curiosity among researchers (Fig. 4: [*10]).

The classical, yet still important, pharmacological approach to herbal medicine is to detect a main active ingredient, on the assumption that a single substance exerts an effect independently. On the other hand, traditionally it is claimed that a combination of several different herbs as a whole bear specific effects through renormalization of disease-induced imbalance of physiological

functions; some effects are not necessarily one-dimensional but potentially multi-dimensional toward normalization. The interactions among more than one components, synergistic effects, have become a new target of research.

Herbs and Formulas

There are in excess of 500 herbs and other natural materials traditionally described in Kampo. At present the Japan's insurance systems cover a little more than 100 kinds of herb, and about 150 formulas. Each formula prescription consists of one to 18 kinds of herbs, but mostly 3 to 10 kinds (Fig.6:[*11]). It should be noted that Kampo herbs are not used one by one, but almost always in a mixture of several kinds. (There are a few Japanese original herbs independent of Kampo, which are usually utilized as a single kind.)

Traditionally dried crude materials are used by decoction. At present, however, processed granules are mostly used. They are produced under strict quality control in factories.

Theory and Prescription Strategy

Kampo drugs are prescribed according to the traditional Kampo diagnosis known as 'Sho'. At present, modern medical diagnosis and assessments are also utilized to a considerable degree. Some doctors less familiar with the Kampo theory are criticized for neglecting 'Sho' by more tradition-oriented specialists. The 'Sho' diagnosis puts emphasis on constitution; even for the same disease with the same symptoms, different drugs should be prescribed according to each patient's constitution. There is much greater focus on patients' subjective complaints than in western medicine. In physical examinations, pulse, tongue and abdomen are the main areas to be checked.

Fig.7 is an example of the official prescription guide for a formula composed of the 8 kinds of herbs listed (C). The indications are described in terms of modern medicine (B), covering a variety of diseases which are classified in separate categories in western medicine. A caution concerning the physical constitution of the patient, an important part of 'Sho', is given even above the indications (A).

The standard combination of an established formula is more readily followed in Japan than in China, where prescription is made by selecting each kind of herb independently to form an individual formula. At the same time, fewer philosophical or ideological considerations according to the ancient theories are made.

THE CURRENT SITUATION OF TRADITIONAL MEDICINE IN INDIA

BY DR. H.S. KAMATH (AYU)

References

- [1] Matsuda, K: History of Kampo and characteristics of Kampo drugs. Psychosomatic Therapy, 5(2):19-23, 1993
- [2] Encyclopedia of Traditional Medicine in East-Asia. Kodansha: Tokyo, 1987
- [3] Statistics by Ministry of Health and Welfare in 1991
- [4] Nippon Toyo Igaku Zasshi, 38(3):47-73, 1988
- [5] Kamae, S: Toyo Iryou Gijutsusha ni naruniwa. Perikansha:Tokyo, 1992
- [6] Nikkei Medical, 10:31-34, 1989
- [7] toyo Shinbun
- [8] Kampo Iyaku Shinbun, No.87,1991
- [9] Nippon Ishikai Zasshi, 106(11):1652-1653
- [10] JOLIS (JICST) on line Information System
- [11] Shoyaku Handbook. Tsumurajuntendoh:Tokyo, 1985

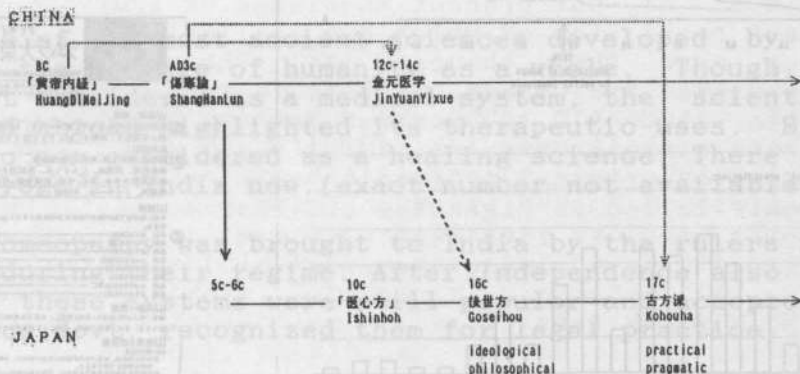
While, the Allopathy, Unani, Naturopathy and Homeopathy are brought to India from other countries.

Ayurveda, a Sanskrit word literally means "Science of Life". It is a system of primitive medicine and health care dating back thousands of years. Ayurvedic approaches involve changes in life-style, nutrition and herbal supplements. All the ancient texts of Ayurveda are written in Sanskrit language. Surgery was also practiced in Ayurveda as a separate specialisation.

Siddha too is a original medical system of India, also dating back to thousands of years, but being mostly practiced in South India, specially in Tamilnadu state. All the literature in Siddha is in Tamil language. Siddha is the chief propounder of Siddha medicine. Siddha is based on the same principles which are fundamental to Ayurveda. The most important distinction is the predominant use of Metals in their therapeutics.

Historical Influence from China and Modification in Japan

Fig 1



THE CURRENT SITUATION OF TRADITIONAL MEDICINE IN INDIA

BY DR. M.S.KAMATH M.D.(AYU.)

DEPT. OF AYURVEDA

KASTURBA MEDICAL COLLEGE

MANIPAL - KARNATAKA - INDIA

GENERAL OVERVIEW:

There are seven different medical systems officially recognized by the Govt. in India today. They are Allopathy (a term usually used in India to refer Western Medicine), Ayurveda, Sidha, Unani, Homeopathy, Naturopathy and Yoga. Of these systems, Ayurveda, Sidha and Yoga are original to India, while, the Allopathy, Unani, Naturopathy and Homeopathy are brought to India from other countries.

Ayurveda, a Sanskrit word literally means 'Science of Life'. It is a system of preventive medicine and health care dating back to thousands of years. Ayurvedic strategies involve changes in life-style, nutrition and herbo-mineral supplements. All the ancient texts of Ayurveda are written in Sanskrit language. Surgery was also practiced in Ayurveda as a separate specialisation.

Siddha too is a original medical system of India, also dating back to thousands of years, but being mostly practiced in South India, specially in Tamilnadu state. All the literature in Siddha is in Tamil Language. Sage Agasthya is the chief propounder of this system of medicine. This system is based on the same principles which are fundamentals to Ayurveda. The most important distinction is the predominant use of Metals in their therapeutics.

Yoga is one of the most ancient sciences developed by the Indian sages for the welfare of humanity as a whole. Though, in India, it was not considered as a medical system, the scientific studies conducted abroad highlighted its therapeutic uses. Since then it was also now considered as a healing science. There are many schools of yoga in India now.(exact number not available).

Unani and Homeopathy was brought to India by the rulers from other countries during their regime. After Independence also the practitioners of these systems were still popular and accepted by the people. Hence Govt. recognized them for legal practice.

Allopathy is the most accepted medicine in India, which was introduced by the the British rulers, during their regime.

However, it must be emphasised here that, medicine in India is not now and never has been the exclusive province of physicians, though physicians have often attempted to arrogate that privilege to themselves. Even today there are countless non-medical people all over India, such as bonesetters, snakebite healers, spiritual healers, folk-lore practitioners etc. They do not fall into the organized sector of health care system.

HISTORY: (*1,2,3,4)

Generally, historians believe that the traditional medicines of India (Ayurveda, Siddha & Yoga), dates back to the period of Veda (*2). Ayurveda is considered as a Upa-veda or commonly Sub-veda of Atharveda. Vedas are encyclopedias of knowledge related to religion, science and philosophy, composed by the Aryans, who migrated to India from central Asia after the fall of Harappan civilization (between 2000-1500 B.C. (*1). However, no basic principles of Ayurveda were formed during this period. It is infact during Samhita period (1000 B.C.-5th cent.A.D.)(*3) that the basic principles were laid down, knowledge was systematised and sub divided into eight branches. Since then Ayurveda progressed continuously by adding many new knowledge from time to time upto about 12th cent. A.D. After this period as India was invaded and ruled by Moghals (12th cent A.D. to about 16th cent. A.D.) and British colonial rulers (upto 1948), Ayurveda was neglected and Moghals brought Unani and made it popular in India and British not only made western medicine popular but also to some extent restricted the growth and development of Ayurveda. However, Ayurveda did not completely destroyed due to the efforts of few Physicians, who kept it as a family traditions of their own. It is after Independence (1948) once again, revival of Ayurvedic education, practice and research activities are initiated and supported by the Govt. However, western medicine continued to be more popular, as more research and development took place around the world. Similar fate was also seen in case of Siddha and Yoga too.

Most of our present knowledge of Ayurveda comes from the ancient books, few of which are available even today, though they number more than thousand (*4). The more common ones among Ayurvedists are Charaka Samhita, a revised edition of Agnivesha Samhita (100 A.D.), Sushrut Samhita (200 A.D.) and Asthanga Sangraha/Asthanga hridaya (700 A.D.). Apart from these there are a dozen of original Ayurvedic books, 6 books on materia medica commonly called as Nighantus and Pharmacopias all written between 5th cent. A.D. to 15th Cent. A.D. (*4). (For more details on chronological events please see Annexure I)

RECENT HISTORY: (*5)

First revival idea of Ayurveda was seen, when the Indian National Congress, which leading freedom movement, adopted in its Nagpur session (1920) a resolution to support and promote Ayurveda, which is native and needed to the people of India. Then, after Independence, the Govt. of India constituted various

committees (Pandit committee in 1949, Udupa committee in 1958) to go into the details of these prevalent Ancient Indian systems. After going through the reports of these committees, the Govt. of India established Central Council of Indian Medicine in 1968 and Central council for research in Ayurveda & Siddha, in 1969. Since then all the academic activities and research activities of these systems are directly controlled by these apex bodies.

LICENCE:

Licencing is must for practice of medicine in India, today. These licencing system is different for different systems. For traditional medicines, it is obtained after the completion of 5 years degree course, along with 6 months internship in a recognised hospital. There are practitioners boards setup at each state headquarters, under the director of Indian Medicine, which is authorised to issue the licence. The doctors will be provided a certificate of registration (see specimen) with a register no. Generally, a practitioners registered under one system of medicine is allowed to practice only that system of medicine, otherwise practice of other system (TM doctors practising western medicine and WM doctors practicing TM medicine) is considered as malpractice and suitable under Indian law. However, use of modern clinical methods, technical instruments are allowed to TM doctors. There are short term courses which qualify TM doctors for Integrated practice are also available, but they are not recognised by the Govt. Only at Banaras Hindu University, a WM graduate is admitted to undergo P.G. studies in Ayurveda. Apart from this there are no colleges or courses which qualify a WM doctor in TM. The WM syllabus also do not include any knowledge of Indian TM. The Licencing was practiced in India since ancient period, but it is only in 1968, after the establishment of Central Council, Govt. recognised the licencing of traditional doctors. There are now 5,11,188 registered practitioners of traditional medicine (3,15,719 Ayurvedic reg. practitioners, and 11,717 Siddha practitioners) as against 5,30,755 western medicine practitioners (see table 1 & 2).

EDUCATION:

There are separate schools/colleges for training in Traditional medicines (Separate for Ayurveda, Sidha and Yoga). An uniform syllabus, formed by the Central Councils are used for training. All the colleges are affiliated to some Universities with the recommendation of Central councils, which controls the qualities of both education and facilities provided at the colleges. Each college should have a hospital with in-patient facilities, pharmacy, library, laboratory, dissection hall, and other clinical training facilities. The syllabus also includes modern subjects like anatomy, physiology, pharmacology, pathology and clinical methods, along with Ayurvedic subjects. The teaching includes both theoretical and practicals, with bedside clinical teaching. The admission capacity of a college is decided on the basis of bed strength available in the hospital, which is usually 1:4 in ratio. There are now 98 colleges of

Ayurveda and 2 colleges of Siddha in the country with the admission capacity of 3,947 students per year for Ayurveda and 150 for Siddha. Most of these colleges are started after independence, the oldest being in 1901 (*5).

The post graduate training leading to the specialization in 8 subjects was started since 1980. The duration is of 3 years. This education trains the students the modern scientific methodologies of research, and mainly aimed at producing competent research and academicians in Ayurveda. There are 25 P.G. institutes of Ayurveda and 1 of Siddha, all under Govt. control. 314 students are admitted for Ayurvedic P.G. course each year and 20 for Siddha P.G. course (see table No.1). Since 1989, a post doctoral course leading to Ph.D. in Ayurveda was also started at two centres, one at Jamnagar and the other at Banaras.

CLINICS, HOSPITALS, PHARMACIES:

There are 1,948 hospitals and 19,773 dispensaries in India under traditional systems of medicine with a total bed strength of about 28,147 (Table No. 1,2 for comparative figures). These hospitals are either governmental ones, where treatment is provided free of cost, or under private management, where the patient will be charged for the treatment. Most of these hospitals are basically equipped with some modern diagnostic services such as clinical lab., x-ray etc. Recently, few western medicine hospitals have started Ayurvedic wing in their hospitals, in order to provide holistic treatment to the patients. However, exact number of such institutions are not available, but they are very few now. There are 13 central pharmacies directly under the control of Govt. and 6,439 other licenced pharmacies of traditional medicines functioning today (see table 3).

RELATION TO MODERN MEDICINE: CLINICAL ASPECTS:

In India Western medicine and Traditional medicines are considered as two different and independent systems. They usually do not depend on each other for their basic needs. The relation is also somewhat could be considered as hostile on either sides, at grass root level (general practice level). In 1948, Col. Sir Ramnath Chopra recommended to the Government that a judicious integration of modern medicine and ancient Indian medicine supplementing each other is the only way to produce a medical man suitable to serve India. Since then modern medicine was also introduced in the Ayurvedic curriculum (such as anatomy, physiology, pharmacology, clinical medicine etc.). Therefore, today's Ayurvedic doctors use modern diagnostic services such as laboratory testing, X-rays for objectively assessing the patient. However, no attempt so far been made to expose the western doctors to traditional medicines any time during their education or training period. This is the reason, still most of the western doctors are very hostile towards traditional practitioners. Few western doctors (statistical fig. not available) are now seen interested in Traditional medicine at

least to conduct research. They get the knowledge by reading some books or by direct apprenticeship with an experienced practitioner.

The Allopathic physicians in India are fully aware of the limitations of modern medicine, and is simultaneously conscious of the strength of traditional medicine in certain areas. He may not turn to Ayurveda for the treatment of Acute infections, Injuries and emergencies, but gets tempted to try out therapies for chronic recurrent illnesses, metabolic diseases or degenerative diseases (*4). In contrast to this, traditional physicians, even today try to treat every conditions injudiciously. Objectivity and scientific reasoning still lacks in most of the traditional practitioners.

Grossly, the traditional practitioners could be grouped into two, one who diagnoses in traditional way, treats in strictly traditional way, the other uses the modern methods of objective assessment of the patients condition and according to the situation treats either with traditional methods or with modern drugs, which are pharmacologically studied. The first group usually considers that modern methods of assessment are useless for an Ayurvedist for his treatment (*6)

RESEARCH ASPECTS: (*7, 8, 5)

Research efforts in Ayurveda have increased manifold during the last couple of decades. However, most of these efforts have revolved around the intention of discovering new drugs from plants. No much work has been done to understand the basic principles of Ayurveda. A large number of traditional recepies also awaiting screening for their pharmacological as well as clinical effects, though they are in clinical use since decades.

Most of the research activities are done in the research institutes attached to the hospitals or educational institutions, both Ayurvedic and Western medicine (*8). The central council for research in Ayurveda and Siddha, established by the Govt. is a pioneer institution, which is mainly concerned with the research activities in Ayurveda today. There are about 69 centres throughout India, under CCRAS which mainly undertake bio-medical, clinical, pharmacological, pharmaceutical and literary research. So far over 500 research papers have been published by these research centres in various national and international journals(*5). There are 28-30 Ayurvedic journals in the country, either in English or in regional languages (*8). A detailed achievement of the Central Council for Research In Ayurveda & Siddha has been listed in Annexure II. Also see Charts Nos.1,2,3,4,5,6.

Another pioneer institute which is engaged in Ayurvedic research is Indian Council for Medical Research. It has taken up multi-centric screening of Ayurvedic medicines used in Anal fistula, filariasis, jaundice, stones in the urinary tract and diabetes mellitus. Of these, final report on Anal fistula has

been already published, others are awaited.

Central Drug Research Institute (CDRI) began a programme for plant extracts in 1964. Nearly 2000 medicinal plants of India have been screened by the CDRI revealing various types of pharmacological activities. These results have been published in a series of articles, the latest being by Rastogi and Dhawan in 1982, summarising all the previous reports (*9).

The Cancer research Institute in Bombay has screened more than 600 species of indigenous plants. Some natural products have exhibited various biological activities of interest in cancer therapeutics (*10).

All these research institutes referred above employ multi-disciplinary approach, where both Ayurvedic and Modern experts freely exchange their view. The methodology is the same as that of western medicine.

CONCLUSION:

In the final analysis, our attitude to the question of a new system of medicine and of synthesis hinges on how we react to this; is it right that traditional medicine and western medicine should compete for the attentions of the underprivileged masses? Do they not have the right to the best of the both? In India, though there exists a professional rivalry and competition, the ultimate conclusion is that modern research methodology applied judiciously to the evaluation of Traditional Medicine, it can help to evolve A BETTER MEDICINE FOR A BETTER FUTURE.

A large number of traditional remedies are also awaiting testing for their pharmacological as well as clinical effects. Though they are in clinical use since decades.

RELATION OF TRADITIONAL MEDICINE TO MODERN MEDICINE
Most of the research activities are done in the research institutes attached to the hospitals or educational institutions. Both Ayurvedic and Western medicine is established by the Government for research in Ayurveda and SIBS, established by the Government. The research activities in Ayurveda are mainly concerned with the central research institutes under ICMR which mainly undertake basic, clinical, pharmacological, and pharmaceutical research. A large number of research papers have been published by these research centres in various national and international journals. There are 38 Ayurvedic journals in the country, either in English or in regional languages. A detailed achievement report of the Central Council for Research in Ayurveda & Siddha has been listed in Annexure II. Also see Chapter I, Part X, Unit 1, titled 'Ayurveda' in the book 'The History of Indian Medicine' by the Central Council for Research in Ayurveda & Siddha. The book is published by the Central Council for Research in Ayurveda & Siddha, New Delhi. The book is available in Hindi and English. The book is a valuable reference for the history of Indian medicine and its development. The book is published by the Central Council for Research in Ayurveda & Siddha, New Delhi. The book is available in Hindi and English. The book is a valuable reference for the history of Indian medicine and its development.

R E F E R E N C E S

1. Majumdar, R.C.: Medicine - Ayurveda and its Antiquity. A concise history of Science of India. Ed. Bose N.M., Sen S.N. and Subbarayappa, New Delhi, 1971.
2. Muthu D.C: In Antiquity of Indian Medicine, Paul B.Hoeber Inc., New York, 1931.
3. Srikanthamurthy K.R.: Luminaries of Indian Medicine, 3rd edi., Chaukanbha Orientalia, Varanasi, 1987.
4. Sharadhini Dahanukar & Urmila Thatte: Ayurveda revisited, Popular Prakashan, Bombay, 1989.
5. Ayurveda - The science of life - A profile and focus on Research and Development: Published by Central council for research in Ayurveda and Siddha, New Delhi, 1986.
6. Abstracts of the Third International Congress on Traditional Medicine, Bombay, 1990.
7. Udupa K.N.: Advances in Research in Indian Medicine, B.H.U., Varanasi, 1970.
8. Indian Journal of Medical Research, Supplement on Traditional Medicine, Vol.76, Dec.1982.
9. Rastogi R & Dhawan B.N.: Indian Journal of Medical Research, 76, page 2745, 1982.
10. Satyavati G. V., M.K.Raina & M.Sharma: Medicinal Plants of India, Pub. Indian Council of Medical Research, Vol.I (1976), Vol. II (1987).

Table 2

LICENCED PHARMACIES OR I.S.M.	
STATE PHARMACIES	CENTRAL PHARMACIES
AYURVEDA	8,153
UNANI	378
SIDDHA	318

Source: Indian Systems of Medicine & Homoeopathy in India - Report 1989 - Govt. of India.

Table I

**MEDICARE FACILITIES
INDIAN SYSTEMS OF MEDICINE**

FACILITIES	AYURVEDA	UNANI	SIDDHA
HOSPITALS	1,527	109	107
BEDS	19,208	1,999	1,146
DISPENSARIES	12,839	958	306
REGD. DOCTORS	3,15,719	34,886	11,717
COLLEGES	98	17	2
ADM. CAPACITY	3,947	665	150
P.G. INSTITUTES	25	2	1
ADM. CAPACITY	314	35	20
RESEARCH COUNCILS	17	5	2

Table 2

**SUMMARY AT A GLANCE
MEDICAL CARE FACILITIES**

FACILITIES	ALLOPATHY	ISM & H
HOSPITALS	11,981	1,948
BEDS	8,86,889	28,147
DISPENSARIES	30,459	19,773
REGD. PRACTITIONERS	5,30,755	5,11,188
COLLEGES	130	214
ADMISSION CAPACITY	12,120	10,021
P.G. INSTITUTIONS	-	28
ADMISSION CAPACITY	-	369
RESEARCH COUNCILS	-	29

Table 3

LICENSED PHARMACIES OF I.S.M.

CENTRAL PHARMACIES - 13

STATE PHARMACIES

AYURVEDA - 6,123

UNANI - 376

SIDDHA - 316

Source: Indian Systems of Medicine & Homeopathy
in India - Report 1989 - Govt. of India.

CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN AYURVEDA
PATIENTS ATTENDED AT DIFFERENT CENTERS

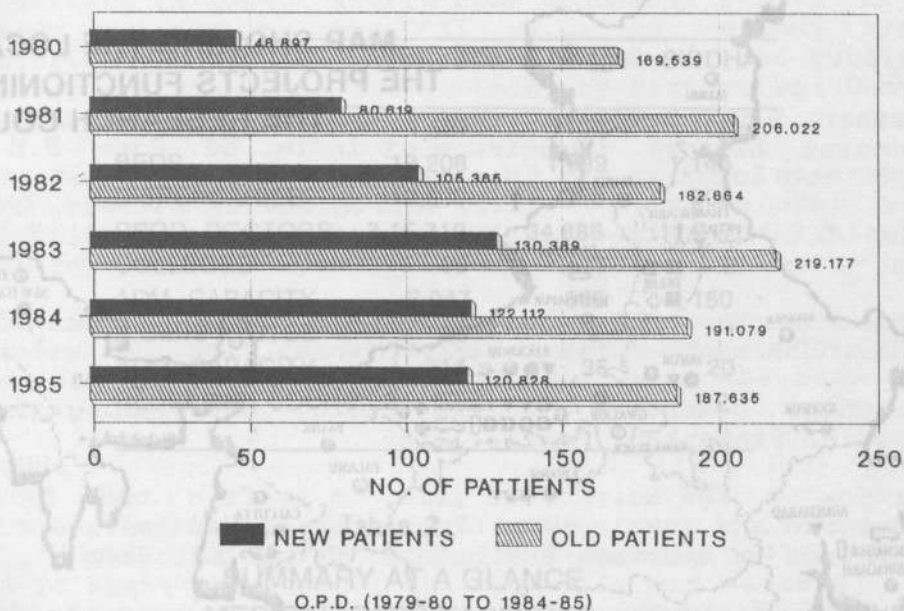


Fig. 2

CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN AYURVEDA
PATIENTS ATTENDED AT DIFFERENT CENTERS

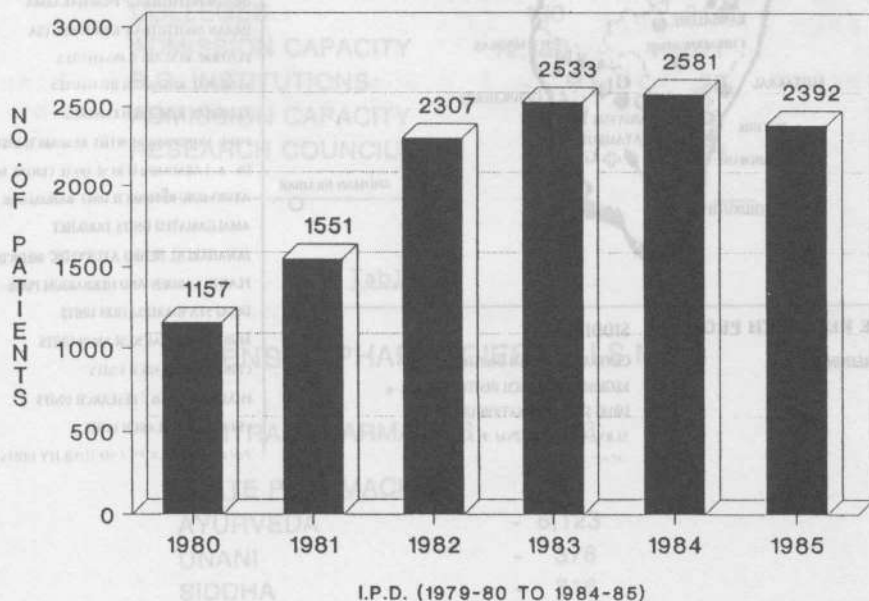


Fig. 3

Source: Indian Systems of Medicine & Homoeopathy
in India - Report - Govt. of India.

**CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN AYURVEDA
CLINICAL PROGRAMMES OF NATIONAL INTEREST**

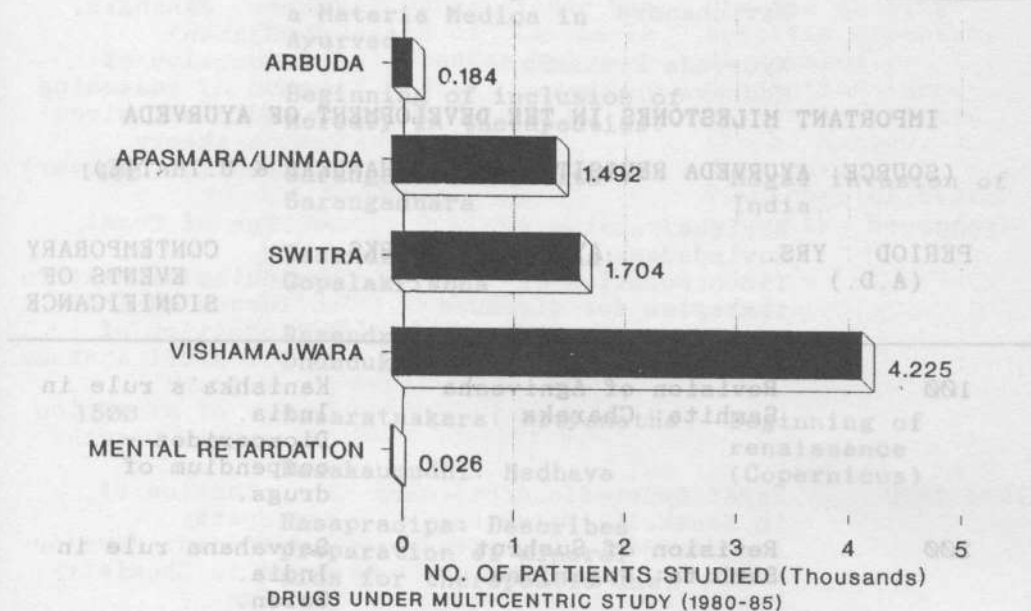


Fig. 4

**CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN AYURVED
ACTIVITIES & ACHIEVEMENTS**

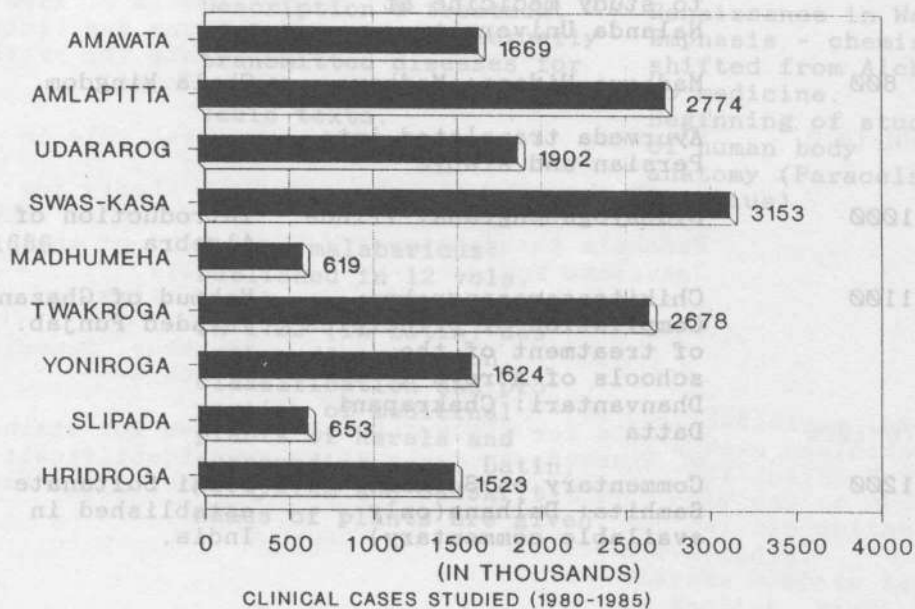


Fig. 5

ANNEXURE I

IMPORTANT MILESTONES IN THE DEVELOPMENT OF AYURVEDA

(SOURCE: AYURVEDA REVISITED BY S. DAHANUKAR & U. THATTE)

PERIOD (A.D.)	YRS.	AYURVEDIC WORKS	CONTEMPORARY EVENTS OF SIGNIFICANCE
100		Revision of Agnivesha Samhita: Charaka	Kanishka's rule in India. Dioscorides - compendium of drugs.
200		Revision of Sushrut Samhita: Nagarjuna	Satvahana rule in India. Galen.
400		Ayurvedic texts trans- lated into Chinese	Gupta dynasty in India. Development of Sanskrit.
700		Asthangasangraha & Asthangahridaya: Vagbhata Visit of Chinese pilgrims to study medicine at Nalanda University.	Kingdom of Harsha in North India. Chalukya dynasty in South India.
800		Madhava Nidana: Madhava Ayurveda translated into Persian and Arabic	Chola kingdom
1000		Sidhayogasangraha: Vrinda	Introduction of Algebra
1100		Chikitsasarasangraha - Compilation of principles of treatment of the schools of Atreya & Dhanvantari: Chakrapani Datta	Mahmud of Ghazani invaded Punjab.
1200		Commentary on Sushrut Samhita: Dalhana (only available commentary)	Delhi Sultanate established in India.

- 1300 Dhanvantari Nighantu:
a Materia Medica in
Ayurveda.
- Beginning of inclusion of
Mercury in therapeutics.
- 1400 Sarangadhara Samhita: Mogal invasion of
Sarangadhara India.
- Rasendrasarasangraha:
Gopalakrishna
- Rasendrachintamani:
Dhundukantha
- 1500 Rasaratnakara: Nityanatha Beginning of
Rasakaumudhi: Madhava renaissance
(Copernicus)
- Rasapradipa: Describes
preparation of mineral
aids for therapeutic use.
- 1563 Colloquious des simples
drogas eocusas medicines
de Inde: compiling infor-
mation on Indian Medicinal
Plants by Dr.Garcia de'Orta
(in Latin)
- 1600 Bhava prakasha: Bhava Mishra
Mishra
- Description & treatment
of Phirangaroga: sexually
transmitted diseases for
the first time in Ayur-
vedic texts.
- Mugal regime in
India(Babar,Humayun)
- Renaissance in West.
Emphasis - chemistry
shifted from Alchemy
to medicine.
Beginning of study
of human body -
anatomy (Paracelsus,
Vesalius).
- 1686 Hortus malabaricus:
Published in 12 vols.
I vol. in 1686 and last
in 1703 (in Latin) des-
cribes distribution,
classification and pro-
perties of medicinal
plants of Kerala and
surrounding area. Latin,
Malayalam and Sanskrit
names of plants are given.
- Charaka Samhita translated
to English, Hindi and
Gujarati: Pranajeevan
Manickchand Mehta

1700	Chikitsaratnavali: Kavichandra	Mogal regime (Akbar, Jahangir, Shahjehan)
	Ayurveda Prakasha: Madhava Upadhyaya	Introduction of method of reasoning in medicine, circu- lation theory (Descartes, Harvey)
1800	Bhaishajyaratnavali: Govindadasa (incorporation of therapies for diseases of kidney and brain)	Decline of Mogal power Beginning of Western influence on India Introduction of pathological anatomy in medicine. Theory of evolution (Morgagni, Darwin)
1800-1830	First Ayurvedic dictionary in Sanskrit: Vaidyaka- shabdasindhu: Umeshchandra Gupta Beginning of efforts to trace history of Aryan Medical Science; H.H. Bhagawat Singhji Maharaj.	Introduction of homoepathy Significant develop- ments in Chemistry, physics. (Hahnemann, Davy, Laplace)
1830-1860		Political insta- bility in India Discovery of anaesthetic gases Introduction of experimental methods Synthesis of first aniline dye (inter- mediate for synthe- tic drugs).
1860-1870	Beinning of manufacture of Ayurvedic drugs: Zandu pharmaceuticals: Zandu Vitlaljit Bhat Rasahala Ausadashrama: Jeevarama kalidas Ayurvedashrama: Gangadharashastri Gune	British rule in India. Germ theory for causation of disease Concept of anti- sepsis Pasteurization (for wine) (Pasteur, Semmelweis Lister)
1870-1900	Efforts for dissemination of Ayurveda in regional languages	Method for staining and identification of micro organisms

	Ayurvedic magazine in Bengali: Ganga Prasad Sen	introduced;
	Translation of Charaka in Marathi: Shankar Daji Shastri Pade.	Disease causing specific organisms discovered.
	Ayurveda in Gujarati: Jeevarama Kalidas	Preventive inoculation introduced. (Koch, Hansen, Pasteur)
	Foundations of Societies for Ayurveda	Discovery of radio-activity: Becquerel.
	Ayurvedic Society of India: Shankar Daji Shastri Pade.	
	Ayurveda College: Gangadhar Shastri Gune	
	Monthly journal devoted to propagation of Ayurveda: Bishag Vilasa by Gangadhara Shastri Gune.	
	Addition to Ayurvedic text Asthanga Shariram in Sanskrit: P.S.Warrior.	
1901-1060		
1908	The Indian Plants and Drugs: K.M.Nadakarni	
1909	Surgical Instruments of Ancient Hindus: Girindranath Mukhopadhyaya.	
1910	Ayurvedeeya Padarthavignana: C.G.Kashikar (in Sanskrit & English)	
	He also translated the German "Indian Medicine" into English.	
1911	History Of Indian Medicine: Girindranath Mukhopadyaya	
1927	Indian Materia Medica: K.M.Nadakarni.	
1931	Indigenous drugs of India: Col.Sir Ramnath Chopra.	
1948	Sachitra Ayurveda: an Ayurvedic journal by Ramdayalu Joshi, who is also the founder of Baidyanath Ayurveda Bhavan a pharmaceutical company.	
1946-1948	Govt. constituted Chopra committee - recommended in its report to the Govt.	that judicious integration of modern medicine and Ancient Indian Medicine is only way to produce a medical man suitable to serve India.
		Charaka Samhita translated to English, Hindi and Gujarati: Pranajeevan Manickchand Mehta.

ANNEXURE II

CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN AYURVEDA AND SIDHHA

MAJOR ACHIEVEMENTS

1. THE COUNCIL HAS TAKEN 16 PATENTS FOR THE PROCESSES/PREPARATIONS ARISING OUT OF THE RESEARCH STUDIES. OUT OF THESE ATENTS 'AYUSH-64' (ANTI-MALARIAL), 'AYUSH-56' (ANTI-EPILEPTIC) AND AN ANTI-CANCER DRUG HAVE BEEN RELEASED TO COMMERCIAL ENTERPRENEURS FOR MARKETING PURPOSES.
2. BROUGHT OUT TESTED REMEDIES FOR A NUMBER OF CLINICAL CONDITIONS.
3. EXTENDED MEDICAL ASSISTANCE TO OVER 30,00,000 AILING SUBJECTS MET WITH DURING IMPLEMENTATION OF VARIOUS PROGRAMMES.
4. IDENTIFIED NEW AREAS OF USEFULNESS FOR DRUGS LIKE ASWAGANDHA IN ARTICULAR DISORDERS, MADHUYASTI IN GASTRO-INTESTINAL DISEASES AND PUNARNAVA IN RENAL DISEASES.
5. STANDARDISED KSHARSOOTRA TECHNIQUE FOR THE TREATMENT OF FISTULA-IN-ANO AND PANCHAKARMA CHIKITSA IN DISORDERS LIKE PAKSHAGHATA (HEMIPLEGIA), KHANJA AND PANGU (MONOPLÉGIA & PARAPLEGIA) ARDITA (FACIAL PARALYSIS) AND SAISHAVEEYAVAATA (POLIOMYELITIS).
6. THE COUNCIL HAS COME OUT WITH AN EFFECTIVE SIDHHA DRUG 777 OIL FOR THE TREATMENT OF PSORIASIS AND OTHER SKIN DISEASES.
7. LARGE SCALE STUDIES ARE CARRIED OUT TO COMBAT MALARIA USING AYUSH-64.
8. CONDUCTED DOOR TO DOOR SURVEYS FOR COLLECTING HEALTH STATISTICS FROM RANDOMLY SELECTED RURAL POCKETS WITH A VIEW TO IDENTIFY THE PREVALANCE OF ANY PARTICULAR DISEASE SO THAT THE MEDICARE DELIVERY CAN REACH TO THE GRASS ROOT LEVEL. A MONOGRAPH ENTITLED "STUDY OF HEALTH STATISTICS UNDER MOBILE CLINICAL RESEARCH PROGRAMME (AYURVEDA)" HAS BEEN BROUGHT OUT BASED ON THESE STUDIES.
9. INCIDENTAL MEDICAL AID HAS BEEN EXTENDED UNDER HEALTH CARE RESEARCH PROGRAMME TO MORE THAN 1.5 LAKH PATIENTS COVERING ABOUT 250 VILLAGES CONSISTING OF A POPULATION OF MORE THAN 2.5 LAKH INDIVIDUALS WHICH INCLUDES TRIBAL POPULATION OF ABOUT 40,000 INDIVIDUALS.

10. CONDUCTED QUALITATIVE AND QUANTITATIVE SURVEYS OF DIFFERENT FOREST AREAS TO UNEARTH THE HIDDEN TREASURE OF MEDICO-ETHNO-BOTANICAL WEALTH.
11. THE COUNCIL HAS SUCCESSFULLY CULTIVATED SAFFRON IN RANIKHET A NON HABITATED AREA AND HAS ALSO BEEN CULTIVATING GUGGULU AT MANGALIAWAS - JAIPUR, RAJASTHAN.
12. WORKED OUT PRELIMINARY STANDARDS FOR ABOUT 460 AYURVEDIC FORMULATIONS OF DIFFERENT KINDS BESIDES DETAILED STANDARDIZATION OF 25 PREPARATIONS.
13. THE PHARMACOGNOSTICAL STUDIES ON 135 DRUGS, CHEMICAL STUDIES ON 250 DRUGS AND PHARMACOLOGICAL STUDIES ON ABOUT 305 DRUGS BESIDES TOXICOLOGICAL STUDIES OF VARIOUS DRUGS USED IN AYURVEDA AND SIDDHA SYSTEM OF MEDICINE HAVE BEEN CARRIED OUT. THE MONOGRAPHS ENTITLED "PHARMACOLOGICAL INVESTIGATION OF CERTAIN AYURVEDA AND SIDDHA DRUGS" AND "PHYTOCHEMICAL INVESTIGATION OF CERTAIN MEDICINAL PLANTS USED IN AYURVEDA" HAVE BEEN COMPILED AND CIRCULATED.
14. PUBLISHED ABOUT 35 PUBLICATIONS INCLUDING VARIOUS MONOGRAPHS OF SCIENTIFIC INTEREST AND IMPORTANCE. THE COUNCIL IS ALSO PUBLISHING TWO QUARTERLY RESEARCH JOURNAL/BULLETINS, ONE HALF YEARLY BULLETIN AND A MONTHLY NEWS LETTER.
15. LARGE SCALE TRIALS ARE BEING CONDUCTED ON A NON-STEROIDAL ORAL CONTRACEPTIVE AGENT FROM HERBAL SOURCE.

College	Students	Faculty	Branch office
Chung-puk-do	117	103	127
Yang-won-do	103	103	127
Kyung-gi-do	308	103	127
Seoul	528	503	528
Pusan	528	503	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	528
Incheon	163	163	528
Kwangju	93	93	528
Daejeon	228	228	528
Chung-puk-do	117	117	528
Yang-won-do	103	103	528
Kyung-gi-do	308	308	528
Seoul	528	528	528
Pusan	528	528	528
Taejeon	481	481	5

The current situation of traditional medicine in Korea

(Historical view & situation for Korean traditional medicine)

In Korea, Huh Chun(A.D.1613) one of the most renowned physicians of Yi dynasty Korea, published "Dong Eui Bo Gam" a medical encyclopedia containing all empirical theories & clinical practices developed in China. Lee Che-Ma another famous doctor of "Yi" dynasty Korea, wrote "Dong-Eui Su-Se Bo Won" the bible of Sasang medicine or clinical constitutional medicine.

Oriental medicine first developed in China & it achieved unique developments in Korea, fusing with their folk medicine, as seen in the development of culture as a whole in our country.

In other words, Korea developed own medicine befitting its particular situation of culture. And I will introduce Sa Sang constitutional medicine the end of discussion.

Tab.1 Status of traditional medical doctor in Korea

Branch office	Member	Branch office	Member
Seoul	2,058	Chung-nam-do	134
Pusan	503	Chun-buk-do	225
Taegu	441	Chun-nam-do	72
Inchun	163	Kyung-buk-do	230
Kwangju	92	Kyung-nam-do	380
DaeJun	225	Che-ju-do	23
Kyung-gi-do	395		
Kang-won-do	103		
Chung-buk-do	117	Total	5,161

Tab. 2 Status of traditional medical hospital & clinics

Branch	Hosp.	Clinic	Branch	Hosp.	Clinic
Seoul	17	1,863	Chung-nam-do	2	127
Pusan	2	485	Chun-buk-do	3	175
Taeju	12	409	Chun-nam-do	1	67
Inchun	1	158	Kyung-buk-do	5	210
Kwangju	2	77	Kyung-nam-do	2	375
Daejun	4	162	Che-ju-do	-	22
Kyung-gi-do	1	390			
Kang-won-do	2	95			
Chung-buk-do	1	110	Total	55	4,725

Tab. 3 Status of traditional medical college & graduates

College	Total graduates	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Kyung Hee Univ.	785	133	132	127	125	144	124
Won Kwang "	721	131	124	123	131	107	105
Dong Kook "	590	89	99	109	104	102	87
Dae Jun College	375	51	42	57	55	85	85
Tae Gu "	832	123	132	147	159	137	134
Dong Eui Univ.	112	-	-	-	-	60	52
Sang Ji "	32	-	-	-	-	-	32
Chunju Woo Suk	35	-	-	-	-	-	35
Total	3,482	527	529	563	574	635	654

Tab. 4 Traditional medical student non graduated up to now

College	Students
Semeang College	87
Dongsin "	80
Kyungwon "	120

Now about 3,700 students in 6 years course of traditional medical college at 11 colleges, throughout the country major in traditional medical science & in every graduate school the master's course of traditional medical science on researching course are established & each attached traditional hospital is established for carrying out clinical education.

Education system of traditional medicine

While the period of an education extended the preparatory 2 years course & regular 4 years course as same as western medical college, including educational subjects of basic traditional & a few western medical with cultural subjects, the educational system for regular traditional medicine has been settled.

Studies of traditional medical science

Since the master's course of traditional medicine in Kyung Hee graduate school in 1966 has been approved, it dashed in researching course of each major for traditional medicine.

In 1974 doctor's(Ph.D.) of traditional medicine was approved & academic studies were organized technically & systems to secure researchers were established. Now there are 600 persons with masters and 200 persons of doctors for traditional medicine.

Also now there are established in 3 civil institutes (Dong Yang medical institute, je Han Dong Eui Academy ' East-west medical research institute) for studies of traditional medicine in Korea, they have taken academic development & exchange of academic information vigorously.

Administrative supporting system

After the establishment of civil medical treatment law in 1951 the two way systems of medical treatment for traditional & western medical systems was established and the government has taken developing policy of traditional medical treatment & expansion of educational institute.

	Students	College
Kang-won-do	101	
Chang-buk-do	111	
	87	Saenam College
	80	Dongguk "
	120	Kyungwon "

Reasons why traditional medicine remains alive today in Korea

There are several reasons for traditional medicine's continued existence in Korea today. In Korea, traditional medicine is regarded as experimental medicine. Although there is no statistical data, there is a large degree of confidence in the efficacy of traditional medicine among the Korean people.

There is a large degree of confidence among Koreans in herbal medicine. There has been a universal recognition of restorative tonics (boyak), vigor enhancing drugs (chongryokbogang), and nutritional tonics (Chayang Kangjang) as herbal medicine.

Finally, there exists among Koreans doubts concerning the limits of modern medicine coupled with expectations and hopes in the efficacy of traditional medicine. All of these factors contribute to the continued influence of traditional medicine in spite of the introduction of western medicine into Korea some 100 years ago.

Current state of traditional medicine in Korea

In Korea, there are some 5,000 herbal (traditional) doctors in practice. Some 3,700 students are receiving training in herbal (traditional) medicine at eleven traditional medicine departments at universities across the nation. Beginning from February 1987, medical insurance covering traditional medicine treatment went into effect. Thus WHO formulated a plan to support traditional medicine of every country with research according to a trend of the world medicine & particularly not only instituted world standard codes of diseases of 43 acupuncture cures but also opened the international conference for standardizing acupuncture terms from Korean in 1987 & specified two Korea institutes (East-west Medical Institute Research Kyung Hee University, Raw Medicine Institute Seoul National University) into co-operative institutes for traditional medical research WHO collaborating centre.

Traditional medical doctors are restricted from supervising medical technicians (clinical pathologists, radiologists, physical therapists, etc). They also are not allowed to conduct clinical pathological examinations, radial examinations, or utilize modern medical equipment.

Theory and reality of mutual cooperation between traditional medicine and modern western medicine

Since the underlying ideology and conceptual content of Korean traditional medicine was formulated under different historical and cultural conditions than Western medicine was, there are limitations to and indeed it may be impossible to explain traditional medicine with modern scientific knowledge.

Nevertheless, when it comes to the actual practice of traditional medicine as opposed to its conceptual contents, the bio-reactive organisms responding to the traditional medicine's physical and chemical stimuli can become an object of scientific examination.

Firstly, for example, the bio-reactive organs that respond to acupuncture and moxibustion stimuli are thought of as the intermediary conducts for transmitting bio-information using the automatic nerve system, the endocrine system, and immune system.

For example:

- 1) Research is being conducted on the transformation of B-endorphin of plasma and CSF that takes place during acupuncture treatments aimed at relieving pain.
- 2) Research is being conducted on changes in cerebral blood flow resulting from acupuncture stimuli in cerebral infarction patients.
- 3) Research is being conducted on the effects of acupuncture therapy (stimuli) on pain in post-operative patients.

Secondly, bio-reactive organs that respond to stimuli from traditional medicine pharmaceutical products show physiological effects as agents utilizing intrinsic activating factors. **For example:**

- 1) Research is being conducted on ginseng's effects in improving the suppression of production of leukocytes and antibodies in patients taking anti-cancer medication (chemotherapy).
- 2) Research in chemical changes to muscle functions, blood, and urine after ingesting ginseng.

Preconditions of cooperation between traditional and western medicines in Korea

To facilitate cooperation between these two medical disciplines, several preconditions must be met. First, a common language must be established making communication between traditional and western medicine possible. In other words, there must be an objective rather than an abstract methodology, universal validity, measurability, and re-emergent quality. Research must take precedence on what relative weight should be placed on each of the two fields, interactions between drugs, and medical effects when both traditional and western medicines are used simultaneously in treatment.

Second, in order to construct such a common base in which communications between the two medicines is possible, it is important to develop technology, data, and animals for experimentation, as well as culture cells and laboratory models. Utilizing these, a scientific inquiry into biological phenomena and vital functions focusing on traditional medicine's clinical technology can be accomplished.

Third, there must be a legal and systematic guarantee that allows both traditional medical doctors and Western medical doctors to freely utilize each other's medical practices and methods. However, such interchange is currently impossible in Korea. For example, it is currently impossible by law in Korea for traditional medical doctor to practice in a western hospital as it also is for a Western doctor to practice in a traditional medical hospital. Also, there are no classes on specialized subjects of modern medicine taught in the traditional medicine departments of universities.

Fourth, the vested interests of medical groups in both disciplines as well as the tendency of modern Western medical doctors to disdain traditional medical doctors must be eliminated.

Finally, all of the above measures must start with improvements to university-level education. In particular, there must be classes developed on basic theories of both medical disciplines in medical training. Only by doing so, I believe, will a new mutually reinforcing, unified medicine develop.

Tab. 1 Classification of body by internal system

skin, hair, brain, ears, tongue esophagus	Lung system	Heart
muscles, back, eyes, breasts, stomach	Spleen system	
soft muscular tissue, waist, nose, umbilicus, small intestine	Liver system	Liver
mouth, urinary bladder, large intestine genital organs	Kidney system	

Charateristics of Sa-Sang constitutional medicine in Korean traditional medicine

1. Introduction

In Korea, however, at the end of Lee-Dynasty(AD 1894), the constitutional medicine was first originated by Lee Che-Ma who had written the book called "Dong Eui Su Se Bo Won". Since then, its been a new medical theory in Korean traditional medicine. According to the theory of Four constitutions: Sa Sang, we can find out that it has the close relations with the field of physiology, pathology, diagnosis & treatment. And also it has been used as the excellent way of practical application in the clinics. Each constitution has it's own characteristics & it has the great importance in the clinics. That's why there are four different ways of treating the same disease. In this treatise, the author is going to introduce the standards of classifying the four constitutions & the differences in the way of treatment applied to each constitution.

2. Classification of physical constitution

Man has originally five inborn viscera. Each physical constitution is classified according to the strong viscera & the weak among the five. The heart is excepted from deciding the constitutions because it's compared to the sun, the center, the king or the absolute being. That's why the other four - the lung, spleen, liver, kidneys- play the important role in classifying each type of constitution.

If the function of the lung is stronger than the other three organs & the function of the liver is weaker than the spleen & the kidneys, and it's called Tae Yang man.

If the function of the spleen is stronger than the other three organs & the function of kidney is weaker than the lung & the liver, it's called So Yang man.

If the function of liver is stronger than the other three organs & the function of the lung is weaker than spleen & kidney, its called Tae Eum man.

If the function of the kidneys is stronger than the other three organs & the function of spleen is weaker than function of lung & liver, its called So Eum man.

Tab. I Classification of body by internal system

Heart supreme ruler	Lung system	skin, hairs, brain, ears, tongue esophagus
	Spleen system	muscles, back, eyes, breasts, stomach
	Liver system	.soft muscular tissue, waist, nose, umbilicus, small intestine
	Kidney system	mouth, urinary bladder, large intestine genital organs

Tab.II Difference in degree of visceral function by constitutional type

Constitutional type Viscera	Tae Yang man	So Yang man	Tae Yang man	So Eum man
Lung(Gold)	strong	-	weak	-
Spleen(earth)	-	strong	-	weak
Liver(wood)	weak	-	strong	-
Kidneys(water)	-	weak	-	strong

3. Conclusion

- 1) After surveying the personal features, temperament(personality), the functions of viscera & bowels, body appearance(feature), behavior & liking foods the classification should be done.
- 2) According to the theory of 4 physical constitutions, each type has its own different basic treatment method. That should be applied to the clinics Sa Sang constitutional medicine in Korea traditional medicine.

- References -

1. Jae Ma Lee: Dong Eui Su Se Bo Won, Hanglim pub. Co. Seoul, 1970
2. Jae Ma Lee: Gyuk Chi Go, Hangukhong pub. Co. Hamheung, Korea, 1940
3. Soon Yong Hong, Eul Ho Lee: Sa-Sang-Eui-Hak-Won-Ron, Soomun pub. Co. Seoul, 1973
4. Jung Woo Ro: Constitutional medicine & disease, Korean national medicine institute attached to college of traditional medicine, Kyung Hee University, Seoul, 1970
5. Kyung Sup Lee: The therapy of hypertension & atherosclerosis. The Journal of Korean traditional medicine, Seoul, 9:1, 1988
6. Byung Hee Ko: Studies on classification of Sa-Sang Constitution(1,2). The Journal of Korean traditional medical society, Seoul, 8:1, 1987
7. Ill Byung Song: Studies on four temperament & seven emotions of Sa-Sang Constitutional medicine. The Journal of Korean traditional medicine society, Seoul No. 16, 1980
8. Chong Yul Kim: Theoretical & practical approaches to combine traditional & western medicine to create the third medicine. International symposium on integration of traditional & modern medicine, 1986

Tab. I Classification of body by internal system

Heart supreme ruler	Lung system	skin, hairs, brain, ears, tongue esophagus
	Spleen system	muscles, back, eyes, breasts, stomach
	Liver system	soft muscular tissue, waist, nose, umbilicus, small intestine
	Kidney system	mouth, urinary bladder, large intestine genital organs

Traditional Medicine in the Philippines:

Current Situation

by

Romeo F. Quijano, M.D.

Definition

Broadly defined, traditional medicine refers to the type of health care that utilizes indigenous concepts of health, illness and treatment of disease. In the Philippine context, this would include the use of herbal medicine, bone-setting and therapeutic massage, traditional midwifery, and religious-magical healing. Acupuncture, reflexology, pranic healing, homeopathy, and similar modalities are also practised in the Philippines but are not usually considered within the definition of indigenous Philippine medicine.

History

In the pre-colonial era (before the 16th century), Philippine medicine consisted mainly of empirical systems based on mystical, personalistic and naturalistic perceptions of health and illness. Mystical theories of illness causation are based on the premise that impairment of health results as an automatic consequence of some act or experience of the victim, while personalistic theories attribute illness to active, purposeful intervention of a sensate agent who may be a supernatural being (a deity or god), a non-human being (such as ghost, ancestor, or evil spirit), or a human being (a witch or sorcerer). On the other hand, naturalistic theories of illness explain causation of disease not from the machinations of an angry being, but rather from such natural forces or conditions such as cold, heat, winds, dampness and from an upset in the balance of the basic body elements.

These original empirical systems of Philippine traditional medicine persisted and remained strong despite the introduction of the so-called "western" or modern medicine in the later part of the 19th century by the Spaniards and in the early part of the 20th century by the American colonialists. In some instances, however, traditional medicine practitioners have adopted some western modalities of treatment such as alcohol and pharmaceutical liniments. Acupuncture, reflexology, pranic healing, homeopathy, and similar modalities not considered indigenous to the Philippines became relatively popular in the urban areas in recent years (starting in the 1970's), although Chinese traditional medicine, particularly acupuncture, was perhaps practised exclusively by the Chinese communities even in the pre-colonial era.

Formal training, regulation and licensing of traditional medicine practice

Most of the traditional medicine practitioners in the Philippines do not have any formal system of training (there are no schools of Philippine traditional medicine) and are largely unregulated and unlicensed. Most of them have acquired their knowledge and skills on their own or from parents, relatives, neighbors or friends. Others claim they acquired their capacity to heal through the intercession of God (Christian). A recent estimate of the number of traditional medicine practitioners in the Philippines came-up with an average of about 6 traditional medicine practitioners, mainly herbalists, for each village or about 250,000 for the entire country. Most of them do not charge any fee. In the urban areas, however, profit-oriented traditional medicine clinics are increasing in number. These are not sanctioned officially by the government but are allowed to offer their services openly, even to advertise in the mass media. Traditional medicine practitioners are not officially allowed to employ modern medicine modalities in the diagnosis and treatment of diseases, like utilization of laboratory examinations and prescription of drugs, although a few of them actually do these. On the other hand, there are no legal impediments for modern doctors to utilize traditional modalities in the diagnosis and treatment of diseases.

For acupuncture, formal training is offered for a fee by private acupuncture associations consisting mainly of doctors who were themselves previously trained (mostly in China). There are probably more than 300 private physicians who are now able to practice acupuncture. The government, occasionally, also conducts short-courses on acupuncture for government physicians. About 100 government physicians have already undergone such training. In addition, community-based non-government organizations also conduct training on acupuncture mainly for community health workers. More than 500 non-physicians have already undergone this type of acupuncture training and are practising mostly in remote villages.

The government also conducts training sessions for traditional birth attendants but they are not given the license to practice midwifery. In fact, a new law governing the practice of midwifery prohibits them from engaging in midwifery practice. This is rather unfortunate because there are more than 40,000 traditional birth attendants who attend to about 40% of all livebirths in the country, much more than the 30% attended to by licensed midwives.

Traditional medicine clinics

Traditional medicine clinics in the Philippines are mostly in the urban areas and consist mainly of herbal and acupuncture clinics. They are small and usually individually owned (about 150). Acupuncture clinics are operated mainly by modern medicine doctors with acupuncture training. There are no traditional medicine hospitals like what you find in China or in Thailand, for example, and there are very few traditional medicine

pharmacies (mainly in Chinese communities). Most of the Filipino traditional medicine practitioners are in the villages performing healing practices in their houses or wherever they are called by other members of their community. Most of them do not charge any fee.

Relationship with modern medicine

Traditional medicine has been looked upon condescendingly by modern medicine practitioners, especially those practising in urban areas. They tend to regard traditional medicine as superstitious, primitive, unscientific, ineffective and foolish. There is, however, an apparent change in attitude, especially towards the use of herbal medicine. More doctors now believe that at least some herbal medicine preparations are effective in treating some types of ailments. International (esp. the WHO) and governmental encouragement of herbal medicine utilization for primary health care probably helped change the attitude somewhat. In addition, favorable results from local and international scientific studies showing efficacy and safety of several medicinal plant preparations for certain indications are increasingly being accumulated and disseminated to medical practitioners.

Acupuncture is also being increasingly accepted by modern medicine practitioners, although this recognition is limited. This is reflected by the official position of the Philippine Medical Association and government regulation allowing the practice of acupuncture only by licensed physicians. Non-physicians who were trained and who engage in acupuncture practice especially in the remote villages are still not given official recognition and always run the risk of being charged with illegal practice of medicine.

Scientific researches on traditional medicine

Except for medicinal plant research, there are no systematic researches being done on the efficacy and safety of traditional medicine treatment modalities.

Herbal medicine research is largely undertaken by a government sponsored National Integrated Research Program on Medicinal Plants. A limited survey undertaken in 1978 revealed that there are about 1,500 medicinal plants popularly used for various ailments in Philippine communities. There are probably thousands more, considering that the survey included only a small portion of the total number of villages in the country. Based on this folkloric information, a systematic effort to scientifically validate at least some of the more important and readily available medicinal plants was undertaken by a group of scientists mainly based in the University of the Philippines. Studies are focused mainly on the evaluation of safety and efficacy of medicinal plants already being used by traditional medicine practitioners for various indications. The researches are based mainly in the academe and multidisciplinary in nature. These include agricultural, pharmaceutical, basic pharmacology and toxicological researches, clinical trials, and phytochemical studies for selected plants. Several medicinal plants have already been

Trad Med	Scarce	50
C. Trad Med Pharmacies	Scarce	50
D. Trad Med clinics w/		
Mod Med	Very few	50

scientifically validated as to safety and efficacy and some of these are already being produced and distributed by government and non-government organizations. These scientifically validated plants include: *Vitex negundo* for asthma and cough, *Mentha arvensis* for mild to moderate pain, *Blumea balsamifera* for edema and urinary stones, *Ehretia microphylla* for intestinal colic, *Quisqualis indica* for intestinal parasitism, *Cassia alata* for fungal infections and about 15 other plants for various indications. The utilization of these medicinal plants, however, is not yet widespread among modern medicine practitioners and pharmaceutical preparations of these plants are not yet readily available. Efforts are now being exerted both by government and non-government organizations to increase the production and utilization of scientifically validated medicinal plant products.

Future prospects of traditional medicine

Traditional medicine in the Philippines will increasingly play a significant role in the delivery of health care services. Western health care remains expensive and inaccessible to the majority of the Filipino people. Traditional concepts of health and illness will remain widespread, including perceptions that the treatment of some illnesses are not within the competence of physicians and other health professionals. This will necessitate the reorientation of the biomedical model of illness to accommodate the socio-cultural aspects of health and illness. On the other hand, traditional medicine cannot ignore the test of scientific validity of its system. Advances in technology and understanding of specific illnesses can contribute much to the benefit of the patient. Integration, or at least, complementation, will be desirable.

The provision of scientific proof of efficacy and safety for at least a few medicinal plants, as has been done by the National Integrated Research Program on Medicinal Plants, will help convince the medical community to incorporate the utilization of herbal medicine in their medical practice. This will also hopefully improve the current practices of traditional medicine practitioners in terms of avoiding toxic plants and utilizing more the scientifically proven ones. The tremendous potentials of medicinal plants in the treatment of diseases and the maintenance of health will stimulate more research in this field.

Acupuncture and similar modalities will also be increasingly developed to play an increasing role. With the international medical community and the Philippine government putting more and more attention to these modalities of treating illnesses, it is inevitable that the local medical community and other concerned groups will eventually take cognizance of the importance of these popular modalities of treatment.

References:

1. Tan, Michael. Traditional Concepts of Health and Illness in the Philippines. AKAP, Quezon City, 1987.
2. Tan, Michael. Traditional Medical Practitioners in the Philippines. Health Alert, vol. VIII, Oct., 1992.
3. Tsutani, Kiichiro. Report on a Field Visit to the Philippines. WHO, WPR/TRM/FR/19, 20 Jan., 1989.
4. Philippine Council for Health Research and Development, Department of Science and Technology. Scientific Validation of Medicinal Plants for Primary Health Care. DOST, Taguig, Metro-Manila, 1991.

TRADITIONAL MEDICINE IN THE PHILIPPINES:

CURRENT SITUATION

	Phil Trad Med	Acupuncture, etc.
I. History		
A. Start	Early centuries	Early centuries
B. % Originality	90%	10%
C. Influenced by	Malay, Chinese, Indian	Chinese
II. Popularity		
A. In comparison to Modern Medicine	More popular	Less popular
B. Trend	Up	Up
III. Government Policy	Enhancing	Enhancing
IV. Number of Herbs	1,500	Few
V. Number of Formulas	2,000	Few
VI. Relation w/ Mod Med		
A. Mod Med doctors Utilizing Trad Med	Very few	Few
B. Trad Med doctors Utilizing Mod Med	Scarce	Few
C. Coop system bet. Trad Med and Mod Med	Scarce	Partial
D. Attitude of Mod Med doctors to Trad Med	Negative	Neutral
E. Attitude of Trad Med doctors to Mod Med	Neutral	Positive
F. Scientific research	Partial	Scarce
VII. Licence		
A. Title	None	Acupuncture
B. Established in	-	1975
C. Number of holders	-	300
VIII. School		
A. Kind	None	Acupuncture
B. Established in	-	1977
C. Number	-	3
D. Length of training	-	Few months
IX. Clinics		
A. Trad Med clinics	100	50
B. Mod Med clinics w/ Trad Med	Scarce	50
C. Trad Med Pharmacies	Scarce	Scarce
D. Trad Med clinics w/ Mod Med	Very few	50

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

		91年度	92年度	93/4	5	6	93年計	比率(93)	開設-累計	比率	
東アジア	中国	129	157	14	6	9	29		315		
	日本	24	16	0	0	0	0		40		
東アジア小計		153	173	14	6	9	29		355		
東南アジア	フィリピン	65	36	10	16	12	36	9.68%	426	14.19%	
	タイ	17	13	1	2	1	4		34		
	マレーシア	5	15	3	5	2	10		30		
	シンガポール	5	5	1	3	0	4		14		
	ミャンマー	5	5	0	0	0	1		11		
	インドネシア	2	3	2	0	0	2		7		
	ベトナム	1	3	0	0	0	0		4		
	ブルネイ	1	2	0	0	1	1		4		
	東南アジア小計		106	140	17	28	16	61	14.06%	307	10.23%
	南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	8		59	
バングラデシュ		40	28	4	8	3	15		83		
スリランカ		30	14	0	4	2	6		50		
ネパール		11	15	0	1	2	2		30		
アフガニスタン		6	6	0	0	0	0		14		
南アジア小計		126	76	7	14	14	35	8.06%	237	7.89%	
北米	アメリカ	287	376	33	20	21	74		737		
	カナダ	58	64	4	2	6	12		134		
北米小計		345	440	37	22	27	86	19.82%	871	29.01%	
西欧	イギリス	36	70	9	4	7	20		126		
	フランス	9	14	1	1	0	2		25		
	ドイツ	12	12	2	0	1	3		27		
	スウェーデン	6	5	2	1	2	5		16		
	アイタリヤ	9	9	0	1	0	1		19		
	オランダ	5	2	0	0	0	1		8		
	スイス	4	0	0	0	1	1		5		
	スペイン	2	2	0	0	2	2		8		
	オーストリア	2	0	0	1	0	1		6		
	スウェーデン	3	0	0	0	0	0		3		
	ポルトガル	2	3	0	0	0	0		5		
	ノルウェー	0	1	0	0	0	0		1		
	デンマーク	0	2	0	0	0	0		2		
西欧小計		93	126	14	9	13	36	8.29%	255	8.49%	
東欧	ロシア	2	1	0	0	0	0		3		
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0	0		1		
	ポーランド	1	4	1	0	0	1		6		
東欧小計		4	5	1	0	0	1	0.23%	10	0.33%	
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	19		137		
	ペルー	40	99	9	9	10	28		167		
	アルゼンチン	10	8	1	0	1	2		20		
	コロンビア	4	6	1	0	1	1		11		
	ボリビア	5	3	1	0	1	2		10		
	メキシコ	2	6	0	0	1	1		4		
	パナマ	1	0	0	0	0	0		1		
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0		1		
	エクアドル	1	0	0	0	0	0		1		
	ウルグアイ	1	1	0	0	0	0		2		
	ハイチ	1	0	0	0	0	0		1		
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0		2		
	チリ	0	3	0	0	0	0		3		
	ジャマイカ	0	2	0	0	0	0		2		
パナマ	0	1	0	0	0	0		1			
コスタリカ	0	1	0	0	0	0		1			
エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	1		2			
中南米小計		112	209	19	14	21	54	12.44%	375	12.49%	
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	1	12		120		
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	5		23		
オセアニア小計		46	80	10	4	3	17	3.92%	143	4.76%	
アフリカ	ナイジェリア	12	3	1	0	1	2		17		
	エジプト	11	7	0	5	1	6		24		
	マラウイ	1	0	0	0	0	0		1		
	カメルーン	2	0	0	0	0	0		2		
	ザンビア	1	0	0	0	0	0		1		
	チュニジア	1	0	1	0	0	1		2		
	リベリア	1	0	0	0	0	0		1		
	リベリア	1	1	0	0	0	0		2		
	スーダン	1	1	0	0	0	0		2		
	ケニア	1	0	0	0	0	0		1		
セーシェル	0	1	0	0	0	0		1			
モリシャス	0	1	0	0	0	0		1			
モセネガル	0	1	0	0	0	0		1			
アフリカ小計		32	15	2	5	2	9	2.07%	56	1.87%	
中近東	イラン	13	17	3	2	3	8		38		
	イスラエル	9	7	0	0	1	1		17		
	トルコ	1	1	0	0	0	0		1		
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	0		1		
	モロッコ	1	0	0	0	0	1		2		
オマーン	0	1	0	0	0	0		1			
サウジアラビア	0	0	1	0	0	1		1			
レバノン	0	0	1	1	0	1		1			
中近東小計		24	27	4	3	5	12	2.76%	63	2.10%	
不明		47	131	37	22	22	81	18.66%	259	8.63%	
合計		1,104	1,464	168	131	135	434	100.00%	3,002	100.00%	

3. 外国人相談者居住地域

	6月	累計		6月	累計
東京	71	1727 (57.5%)	他県	18	283 (9.4%)
神奈川	25	332 (11.1%)	不明	14	262 (8.7%)
埼玉	7	230 (7.7%)	合計	135	3002 (100%)
千葉	5	173 (5.8%)			

4. 相談内容

	6月	累計
(1)言葉の分かる医師の紹介	94	2346 (78.1%)
(2)医療制度	10	211 (7.0%)
(3)金銭問題・トラブル相談	6	197 (6.6%)
(4)病気の説明	11	103 (3.4%)
(5)その他	14	145 (4.8%)
合計	135	3002 (100%)

5. 他機関からの相談件数 (機関別)

(1)病院	2	(2)公的機関 (大使館・自治体等)	8
(3)マスメディア	3	(4)NGO	5
(5)そのほか	1	合計	19

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	1	(2)医療機関紹介	1
(3)制度	1	(4)医療費について	3
(5)活動内容	11	(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. ブラジル人医師の協力

日本に留学しているブラジル人の医師グループが、センターに協力してくれることになりました。直接診療できない場合でも、積極的に通訳をしてください。早速、ポルトガル語しか話せない人を、密に連絡を取り合ったうえで紹介させていただいています。

2. 現在、11ヶ国語の薬局用対訳表と歯科診察補助表を作成中です。セミナー、シンポジウムも秋から順に開催します。事務所移転で業務内容も拡張し、大変ながらもこれから本格的に機動開始です。

3. ケースワーク研修開始

センターのスタッフと通訳の人を対象に、5回に分けケースワークの研修を行います。専門の講師は英語での講義も可能なため、幅広い人に参加してもらえます。この研修後には、電話相談がより一層充実したものになるはずですよ。

4. ベルシャ語相談

7月より毎週金曜日9:00~17:00にベルシャ語での電話相談が可能になりました。どうぞ、ご利用ください。

5. AMDA国際医療情報センター大阪 設立準備委員会発足

7月3日、大阪ターミナルホテルにて在関西AMDA医師会員7名と小林所長の話し合いにより発足しました。代表は宮地尚子先生、副代表は福川隆先生(東成区・福川内科クリニック)です。9月26日(日)大阪にてシンポジウム「医療機関への外国人患者受け入れについて」を企画しています。すでに大阪府と大阪府医師会に後援を依頼し内諾をいただいています。

AMDA国際医療情報センター大阪 設立準備委員会 発足のお知らせ

AMDA国際医療情報センター 所長 小林米幸

従来、AMDA国際医療情報センターによせられる外国人からの電話相談の約20%に近い件数が関西地区からのものであり、現地の医療機関に関する情報不足から不十分な対応に終始せざるを得ませんでした。さらに来年度、関西新空港開港により関西地区滞在外国人の数は飛躍的に増加することが予想され、したがってこれらの相談や外国人の医療をめぐるさまざまなトラブルの飛躍的増加も予想されています。このような状況を踏まえ、AMDA国際医療情報センターでは大阪に同センター大阪設立することを計画していましたが、7月3日、大阪ターミナルホテルにて関係者の集まりがもたれ、正式にAMDA国際医療情報センター設立準備委員会が関西在住AMDA医師会員7名の参加をいただいて発足いたしました。代表は宮地尚子先生、副代表は福川隆先生、最高責任者はAMDA国際医療情報センター所長小林米幸です。設立は本年11月下旬から12月上旬を考えています。

設立の前段階として9月26日(日)に大阪においてシンポジウム「医療機関における外国人患者受け入れについて」を開催いたします。シンポジウムについてはこの後のAMDAニュースレターで詳しくお知らせいたします。

医師会員であるかないかを問わず、関西在住AMDA会員で設立準備委員会に参加ご希望の方は下記にご連絡下さい。

福川隆(福川内科クリニック Tel 06-974-2338)

Fax 06-981-1053

〒537 大阪市東成区東小橋3-18-3

なお、連絡はできるかぎり診療時間を避け、昼休みなどに行って下さい。

外国人患者と日本の病院をつなぐ

香取 美恵子



AMDA国際医療情報センターは、近年増え続ける在日外国人の方々が日本において地域社会住民として、日本人と変わらぬ医療を受ける機会が得られることを目的とし、一九九一年四月にアジア医師連絡協議会の国内プロジェクトとしてスタートした。

月より土曜日まで英語・中国語・スペイン語・ポルトガル語・韓国語・タガログ語・タイ語の七カ国語の通訳ボランティアが交替で相談に当たっている。外国語のわかる医師の紹介、外国人でも利用できる医療制度の説明をしているほか、一カ国語の診察補助者の作成、販売もしている。また、文化、習慣の違いによって起こるトラブルや誤解を軽減するために、外国の医療習慣

に関するセミナーなども開催している。毎月一五〇件以上の相談電話があり、東京都内のみならず関西方面から、ある時はアメリカ、オーストラリアからも電話がかかってくる。そして、相談者の出身国は六〇余カ国に及んでいる。

開設から二年経ち、相談件数は二五六八件（一九九三年三月末現在）に達し、在日外国人の方々がいかに医療面で困惑しているかをうかがうことができる。相談の中に見られる問題は、日本人、外国人双方同じように存在しているようである。まずは言葉。日本人が外国語を解せず、外国の方は日本語を話せない。外国人患者からは医師が英語を話せず、今の自分の状態がわからず不安という相談があり、病院から

は、外国人患者が来たが言葉がわからないので他の病院を紹介してほしいという電話がかかってくる。

次は保険について。短期滞在者は健康保険に加入できない。これは日本の制度の問題だが、国によっては保険制度そのものがなくて、加入資格があるのに保険の意味がよくわからないまま加入していない人もいる。保険料が高いため加入していない人もいるが、保険未加入によって治療費がかさみ、治療費未収の要因となっている。

二番目の問題点は、文化、習慣の違いをお互いに知らないこと。アジアの国の中には、体調が悪い時にコインで背中をこする習慣があるという。その跡がみみず眼れようになり、幼児性

待と間違えられることがある。日本人の目には奇異に映る外国人の行動、その反対に外国人からは奇異に見える日本人の行動がある。迎合する必要はないが、お互いにお互いゆとりと理解しようとする必要があるだろう。

四番目は、外国の方が利用できる社会資源を、外国の方も日本人も知らないということ。あるとき欧米の方から、健康保険に加入していれば出産後お金が戻ってくると聞いたので、知り合いの日本人に確認したところ誰も知らなかったという電話があった。また、日本人から、知り合いの外国人が結核で入院することになり、病院から「外国人だからお金がかかります」と言われたが何とかならないかという相談があった。出産に関しては、申請すれば助産費の給付が受けられ、結核については結核予防法により、保険に加入していなくても公費負担で治療費は出る。外国人だけでなく日本人も損をしているかもしれない。

以上のような問題点を感じながら相談に当たってきたが、これまで緊急性のある相談は数件しかなかった。しかし、実際には午後五時以降に外国の方が救急車を要請することが多く、言葉が通じず医療現場で混乱が起きているという。東京都ではこの問題を重視し、医療機関と救急外国人患者の間の通訳業務を始めることにし、その業務を担当センターに委託してきた。

通訳方法など検討が重ねられ、英語・中国語・タイ語・スペイン語・韓国語の五カ国語の通訳が月々金曜日の午後五時～一〇時、土・日・祝日の午前九時～午後一〇時までセンターに待機することになった。都内の救急指定病院に救急車で運ばれるか、または自力で来た外国人患者で日本語がわからない場合、病院からセンターに電話をしてもらって通訳をするシステムである。通訳は直接病院には行けないが、電話の利点を生かし、広範囲に素早くサービスをすることができるとしている。

その一例だが、腹痛で運ばれたアジア人男性が日本語を話せず、状況把握ができないと病院から通訳依頼があった。腹痛が始まった時から救急車を呼ぶまでの経過を、通訳が詳しく聞いて医師に伝えた。その結果、緊急手術となり、術前の説明、手術を受けるかどうかの確認などを通訳した。患者は母国語で症状を訴え、また説明を受けたため安心したようだった。医療機関からも感謝された。

五月からは昼間の電話相談も東京都健康推進財団からの委託事業となったため、センター従来の相談業務よりも充実してゆけると考えている。日本で暮らす外国の方々が日本人と変わらぬ医療を受けられる機会が、電話相談、救急通訳サービスなどによって少しずつ増えてゆくことを願いつつ、事業の充実や外国人医療の問題解決のためいっそうの努力をしてゆきたい。

(かとりみさ子ノAMD A国際医療情報センター事務部長)

ベトナム便り

遠田耕平先生

通信がまたしても遅れてしまい申し訳ありません。お元気でお過ごしですか。

最大の心配の種であった家族も、一応予定通り4月14日ホーチミン市へ到着し、飛行場近くの改修中の借家に落ち着きました。子供たちや妻と再会できた喜びは格別で、停電・断水・こそ泥などいろいろあるものの、それにもまして、家族がともにいることの心強さというものを実感しています。

もっとも、子供たちの教育は依然深刻な問題です。ホーチミン市にいる外国人に唯一開かれているフレンチスクールは、すでに定員いっぱい、2週間程前から語学学校で、韓国や台湾の子供らとともに8月末の入学試験を受けるべく、なにやら勉強らしきものをはじめました。南ベトナムにいる唯一の学童年齢の日本人子女である我家の子供たちがどうなるか親としては多少心配なところ です。

一方妻の明子の適応力の早さはなかなかの見ものです。親切なベトナム人のお手伝いさんと一緒に、明子は毎日むせかえる臭いと熱気の市場に出かけ、外国人とバカにされるのがくやしいと、10円でも値切って買ってきます。英語にはどうも親和性の乏しかった彼女も、ベトナム語は必要からか急速に語彙が増え、いまでは、食物の名前は僕よりも知っています。お手伝いさんとも、つたないベトナム語に加え、手振り身振りで結構通じているようなのが愉快です。

僕の仕事の方は、日々忙しくなってきた感じです。ここ2ヶ月程メコンデルタの県をいくつかまわり、予防接種活動、特にポリオ(小児マヒ)の報告状況を見てまわりました。パスツール研究所の一番のボンコツ車に乗って、何時間もロードに揺られると、体中泥だらけになるし、運河を小船でさかのぼると、雨季の始まりの雷雨で全身ずぶ濡れになる。メコンデルタの雄大な地平線と立ち上がる雷雲と、どこまでも真っ直ぐに続く運河を飽かず見つめながら、ウーンまさにフィールドだなと思うのです。しかし、1週間も居るとさすがに疲れがたまり、つい早く帰ることを考えてしまいます。しかしここで驚くのは、現地のカウンターパートのドクターたちが不平一つ言わず、きびしい日程をこなしてくれることです。全く頭が下がります。たぶん彼らは、本当の大変さがどういうことか知っているのでしょう。

ベトナムに来て最近特に思うことに“自分の周りには2種類の人たちがいるんだな”ということです。

1つは1975年以前北ベトナムにあって、何十年もの間、家族や親戚を兵隊にとられ、幼い頃から毎夜の空襲を耐え抜いてきた北の人たち。そして、やっとホーチミンの言った自由と独立を勝ちえたと信じる北の人たち。

もう1つは、共産主義を嫌い、1975年以前は、アメリカ軍のもと、豊かな物資とメコンの実りを享受してきた南の人たち、そして1975年以降一転し、財産の没収・再教育キャンプ・失業と、まったく僕らの想像を絶する不平等・不条理を強いられてきた南の人たちです。

この2種類の人たちが、今、僕の周りでもともに仕事をしています。どちらもすばらしい

人たちです。ただ彼らのかかえてきた過去はあまりに違います。別の見方をすると、とてつもない犠牲のあとに、半ば強制的に、文化・習慣から言葉の一部までも違う北と南が、静かに混り合う実験をやっているのかもしれない。

仕事の話を少しします。南では今乾季の終り～雨季の始まりで、ポリオ（小児マヒ）の発生がピークになっていく時期です。（昨年は南だけで400人近いポリオの発生があり、その80%は、5才以下のワクチンを飲んでいない子供たちに集中しました。）地方の病院を歩くと、両手では数えきれない程の急性ポリオの患者に出会います。日本では今や考えられないことです。神経内科的疾患には全くうとかった僕も、ポリオの患者に接し、かなりはっきりした臨床的特徴があること（初期の神経に沿った痛み、回復の望める呼吸筋や横隔神経のマヒ、近位筋に多いマヒ、深部神経反射の早期の減弱など）に興味を感じています。それでも難しいポリオの診断の感度を上げる為、WHOでは、ポリオを含むギランバレー症、横断脊髄炎等、一連の急性弛緩性マヒ（AFP）を迅速に報告するシステム作りをしています。今までは、臨床家がポリオだと考えない限り報告されなかったのですが、すべてのAFPが報告されるシステムへ改善されつつあり、60日後のフォローアップによる後遺症の有無、便から分離されるウィルスの有無、死亡等をあわせ、ポリオの確診をつけ、その実数の把握につとめています。ポリオの実数が低下してきても、一定数のAFPの報告が得られることがよく機能している報告システムと言えます。

今、もう一つの僕の関心事は、ワクチンを受けるべき子供たちはメコンデルタに何人ぐらいいるかな？ということ。人口動態や発生登録を見れば簡単だろうと思われるかも知れませんが、ここでは、そのデータの信頼性がありません。メコンデルタの多くの県が、90%以上の予防接種率（日本と同じ）と公言しながら、ポリオ患者の90%はきちんとワクチンを受けていないというの解せません。フィールドを歩けば、街では浮浪児があふれ、ボートの住民が河を行きかい、農民はメコンデルタの荒野に散在しています。

行政は、子供たちの実数をかなり過少評価していると僕は想像するのですが、これはいくつかの地域を選定し、徹底した調査をしない限り、証明の困難な問題です。現在の南においては新開放政策下における経済活動の活性化、季節労働者の活発な移動、北・中部からの人口の流入、出産率の上昇や新生児死亡の低下など、ここ2～3年の急速な変化を十分に考慮した上で人口の実数を再評価する必要があるようです。ワクチンの全国一斉投与を考える際、もし各県が過少評価した人口にもとづいて5才以下の子供に投与するワクチンを使い、100%近い接種率を達成しても、まだまだワクチンを受けていない子供たちが残っていると思えるのです。このことはすなわち全国一斉投与の失敗です。これが単なる僕の杞憂であればよいのですが。

十分なワクチンの確保は、もちろん最大・最重要なベトナムの命題で、一週間後にホーチミン市で開かれるポリオ根絶の為のアジア地域の国際会議（第4回TAGミーティング）にその成否をかけています。

しかし、もう一つ、いかにポリオワクチンを5才以下のすべての子供たちに、くまなく投与できるかということこそ、ベトナムの人たちの手で成し遂げられるべき重要課題であり、その成果が今作っている信頼できる報告システムで立証されることになる訳です。ちよつと知ったようなことを言いましたが、まだまだ雲の上かもしれません。

ポリオ絶滅の国際会議ですが、今はその準備でひどく忙しいです。以前、アジア医師連絡協議会（AMDA）というNGOで、学生会議や医師の会議の手伝いをさせてもらったことがあるのですが、いつも自分ほどまったくダメな organizer はいないとつくづく思い、二度とやりたくないと思ったものです。ところが、今また、ホテルの予約やら会場の準備をしているのですから、人生とは皮肉な巡り合わせです。

話が長くなって申し訳ありません。

パスツール研究所に事務室をもつ保健省の疫学スタッフは、皆気のおけないよい仲間です。最近ついに念願の一部屋をいただき、その上机や棚など、自分らの部屋で使っていたものをシェアしてくれ、さらについて先日、待望の大きな南ベトナムの地図を一人のスタッフが僕の為に作ってくれました。涙が出るほど嬉しかったです。今はその地図にポリオの報告例のピンを刺しながら、各県のモニターをはじめています。

英語の全く通じなかった一時はどうなるかと思ったカウンターパートの女医さんも、今は僕の下手なベトナム語をはるかにしのいで英語が上達し、ゆっくりと繰り返し話すと、90%は理解してくれ、今ではどんどん仕事をこなす最良のパートナーに成長しています。

こちらの生活の実際の姿は、なかなか言い表わせないし、伝わらないものだと感じています。もちろん苦労ばかりしている訳ではありません。おいしい熱帯の果物で喉を潤し、真白なアオザイを着た学生たちの自転車の波に目を奪われ、熱帯の雨季特有の赤い夕日の反射にふちどられた真っ黒な雨雲が、大空のキャンパスにずんずん立ち上がる姿は見ていて飽きません。地上のホンダのバイクの洪水と排気ガスと喧騒を忘れさせてくれる一瞬です。

つい先日、娘の長い髪の毛に、妻が櫛で容易にとれない白色の小さな針状の塊をいくつも見つけ、シラミの卵とわかり少々あわてました。どこでもらってきたのか。ベトナム人のスタッフにも笑われました。食後、娘の頭のシラミの卵を捜しながら、ふっと去る29日に自分の37才の誕生日が過ぎたことを思い、多くの人たちに支えられ、やっとたどり着いた自分の姿をちょっと鏡に見て“ああ、これからだな”と思ったりしています。

叱られるかもしれませんが、今はあまり先のことは考えていません。ただポリオの根絶が、この人たちの力で実現できる手助けができれば、と思うだけです。

次回は、9月と10月に行われるポリオワクチンの全国一斉投与キャンペーンの頃に、通信させていただけたらと思っています。

それまでどうかお元気で過ごしてください。

この2種類の人たちが、今、僕の周りでもともに仕事をしています。どちらもすばらしい

岩手便り

岩井くに先生

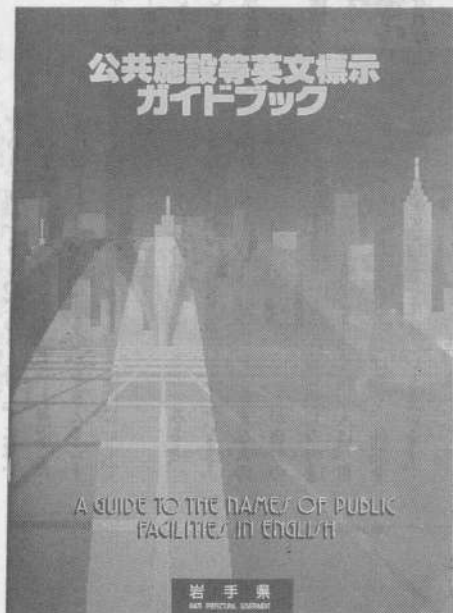
南の方は梅雨あけというのに広田の空はなかなか微笑んでくれませんが、やれやれと空を仰ぐ毎日ですが、気が付くと診療所の庭先でビワの実がはや色づいています。

私は5月末から2週間ほど全国国民健康保険診療施設協議会主催のドイツ・スウェーデン医療・福祉視察旅行に（なんと公費出張で！）行ってきました。私も外国では外国人になるわけですが、いたるところで親切にしてもらい、気をよくして帰ってきたのですが、日本でも同じように出来るだろうかと考えさせられています。帰国後もいろいろな仕事が舞い込み、外国人医療アンケートは未だしまいこまれたままで、そのうち夢枕に立たれるんじゃないかと気が気ではありません。

岩手県では総務部国際交流課が「公共施設等英文標示ガイドブック」（写真）を作成しました。これには県庁〇〇課（Dept. of〇〇）から右折禁止（No right turn）やゲームセンター（Amusement Arcade）まで載っていて、ちょっとした説明の重宝しています。

岩手県総務部国際交流課

〒020 盛岡市内丸10-1



日本留学中のパンクラチシュ人医師が入るが三月末に帰国、首都ダッパに今更、日本、パンクラチシュ各病院を開設する。所属するパンクラチシュ医師連帯協会（AMD）日本支部が全面協力をしている。AMDは科が連れてパンクラチシュは科が連れて

十二年、AMD大会した。AMDは「AMDに入るとは在留期間がたつた。だから明確な動機はなかった。何となく...」という。



自治医大卒。県立釜石、軽米両病院を経て、平成4年診療所米両病院の国保広田診療所5年前長。同市広田町字天王前1。一関市出身、32歳。

パンクラチシュの病院設立に協力、医療機器提供に取り組み

海外への医師派遣については「興味があつて収入や帰国後の身分の保障がなく、二の足を踏んでいる医師が多い」という。県内のAMD会員はまだ二人だが、これまでに外国人の医師問題を考えるパネルディスカッションへの協力を異国警察協会が作成した外国人医療ハンドブックを執筆。外国人が地域住民として自立できるようにサポートしたいと意欲を燃やしている。

タイのカンボジラ製民キャンプに医療機器を送ったり、パンクラチシュのミャンマー製民キャンプで活躍する医師に白衣を提供、医療を通じて国際貢献を続けてきた。

趣味。現在は総務部員との通訳観光客や外国人医療センターの取りまめ作業らしい。彼女が彼氏と暮る時間が欲しい。

自己診断、履り性。

岩手日報 3/12 (山本充記)

病院のまわりにはいつも人が
いっぱい集まって診察を待っている



用語の解説

- (1) アジア医学生国際会議
1979年に発足。アジアを中心に広く世界の医療事情と医療に関心をもつ医学生、学生を中心に看護の視点で国際交流をめざす。詳細は80ページ参照
- (2) アジア看護協議会
1989年に発足。看護婦や保健婦、助産婦、学生を中心に看護の視点で国際交流をめざす。詳細は80ページ参照
- (3) アジア医師連絡協議会
1979年に発足。医療を通じてアジア人と連絡しようという民間団体。医師、看護婦など参加。詳細は80ページ参照

アプローチに興味をもっており、アジア看護協議会にも関心を示しました。次の日には五人の仲間を集めて、自分の興味をこの会の活動として展開したいと言ってきました。

二年の夏休みに再度、ネパールに行くメンバーが五人から二五人に増えていました。彼女たちは月に一回、バクタプルという貧しい都市で巡回妊婦検診を行っていました。半年間の活動中にIUFD（子宮内胎児死亡）を発見したりと、地域に貢献していました。

ネパールでは古くからの慣習が強く、妊婦よりも夫や姑の意見が強いそうです。だから保健指導をするにしても、家族ぐるみに働きかけていくことが大切だそうです。

ネパール人助産婦と話をしていたとき、外国人ではなく、(自国の)文化的背景とともにする者だからこそ行えるきめの細かいケアを肌で感じ、海外で働くことに何の疑問ももたなかった自分に気づきました。

何のためにあえて自分が海外で保健医療活動をしようとするのかを考えたときに、感覚

的な捉え方ではただの自己満足に終わるのではないか。かといってすぐに答えは出るものではなく、疑問形のままだなっています。

この二回目のネパール訪問時には、ブータン人難民キャンプも見学してきました。往復三八時間もバス移動にかかったため、滞在期間に限界があり、参加はできませんでした。現地のNGOのスタッフと話をしたり、キャンプの子どもたちと歌ったりして意味のある見学ができました。

余談ですが、ガードレールも何もなく、すぐ下には何十メートルもの深谷や急流が待ちかまえているのを猛スピードで飛ばすバスはさすがに恐かったです。雨期だったので実際崖崩れもあり、バスが谷底に落ちたというニュースも二、三聞きました。移動も命懸けです。このような地理的条件もネパールの貧しさに影響していることを身をもって経験できました。

今年はネパールで フィールドスタディを

この二回のネパール訪問してきたネットワークを利用して、今年の夏にはフィールドスタディ(86ページ参照)を行う予定です。

周産期のネパール人女性を対象として聞き取り調査をして、文化の違いや問題点を探り、何ができるのかを考える予定です。

看護過程を組み入れ、国際保健医療協力を考える機会になればいいと思っています。同時に、興味をもちながらも一歩踏みだせないでいる人の足がかり的な体験の場となればと

も思っています。情報収集の方法としては看護診断でも用いられているゴードンの一々の健康機能的パターンを使い、理解を深めたいと思っています。

現在行っている活動としては、他に在日外国人の周産期の問題を調査しています。試行錯誤ですが、これを機に何か国内でもケアできたらいいのと考えています。

この数年、看護婦の置かれている立場が目ざされています。国際保健医療協分野においても、看護職者の環境はよいとは言えないようです。病院を退職しなければ協力に行けない。帰ってもその経験は評価されない。経験を生かす場もあまりない、等です。

ありのままの対象を受け入れ、その中で自然治癒力を高めたり、潜在的な能力を引き出したりするケアのアプローチは看護そのもので、医療協力をする際にも必要だと思います。

国際保健医療協力を考えると、看護とは何だろう、何ができるのだろうかと思わずにはいられないことに気づきます。もっと身近な存在になるように何ができるのかを考えることも、間接的かもしれませんが、国内にいてできることだと思います。

こうして自分の活動を振り返ってみると、「人の輪」がすべてのきっかけだと思います。自分のネットワークを拡げ、さまざまな人の考えを知り、意見交換していくことが自分の考えを整理することになり、第一歩になります。そのためにも興味をもって人は、自分一人での夢を温めるのではなく、仲間をつくって夢を發展させてほしいと思います。

アジアの医学生、ネパール人助産婦、 彼らとの出会いから 活動の輪が広がった

神戸大学医学部附属病院母子センター勤務
アジア看護協議会委員
田村康子

アジア医学生国際会議に出席して

私が国際保健医療協力に興味を深めるきっかけとなったのは、一九八九年に神戸で行われた第一〇回アジア医学生国際会議への参加でした。短大三年生のときです。

将来、海外で活動することを考え、看護の道を選んだものの、日々の実習に追われ、周囲に興味を同じくするものがない中で、私の夢は自分にとっても遠い存在になりかけていました。

アジア諸国一〇か国の医学生が参加したこの会議では、文化背景の異なる人々との交流が、海外の情報を得ること以上に、自分の物の考え方の枠を取り払う刺激となりました。そして、国際協力に興味をもつ仲間ができたことが何にも増して大きな収穫でした。

この会議は毎年開催されており、九〇年にはインドネシアで行われました。会議のテーマは「Mother and Child Health care」でした。助産婦学生だった私は、夏休みを利用して参加しました。このときはただのオプザ

助産婦学生だった田村さんは、アジア諸国との交流から国際協力に目覚め、看護の視点での貢献を始めた。

パーだった前年と違い、日本の若年妊娠の現状について仲間とともに発表を行いました。アジア諸国の間では、戦後日本の母子保健の向上は参考になることも多いと思います。

ですが、逆に日本における急激な発展には影の部分もあることを、若年妊娠をテーマに他の国の医学生に伝えました。このときの参加は、海外ばかりでなく、国内を見つめる視点をも、私にとって一歩前進となりました。

アジア看護協議会の仲間たちと

この発表グループの仲間は看護学生や助産婦学生で、現在私が所属しているアジア看護協議会の仲間です。

アジア看護協議会は八九年に、看護系学生が中心となりできた団体で、看護の視点で国際保健医療に貢献することをめざしています。

アジア医師連絡協議会と友好関係にあったので、神戸の会議でできたネットワークをきっかけに知り合うことができました。学校も住んでいる所も違うけれど、国際協力と看護の二つのキーワードでつながる仲間がこの頃



A N S A ネパールのバクタフルでの妊婦検診クリニックで

から少しずつはじめてきました。そして近くにいる仲間と定期的集まって学習会を行うようになりました。

最初は海外に旅行した友人から話を聞いて、疑問点を次の集まりまでにレポートしてきたり（たとえば、タイの小乗仏教について・スラムについて・売春の現状についてなど）、ユニセフのライブラリーから無料のビデオを借りてきて、それをもとにディスカッションをしたりしました。そのうちに学習会だけではなく、国際協力経験のある方を講師に招いて交流会を行ったりもしました。

ネパール人助産婦との出会い

私は九一年から病院に勤務していますが、この年の夏休みを利用してネパールへ行きました。このときはアジア医師連絡協議会のネパール支部が行っている巡回診療プロジェクトの見学が目的でした。それがきっかけで病院見学をして、ネパール人の看護婦の知り合いができました。

彼女は貧しい地域の住民に対する何らかの



衛生、母子保健の教育を行っています。
ティグレ州においては、Mother Child-
Dens Health Care および妊娠チェックは、
地元ヘルスセンターまたは病院が行ってい
るのですが、実際には自宅出産が多いところ
から、言うなれば「ティグレイ伝統出産アシ
スタント」と言うべきような、自宅出産時の
処置を教える人々がいます。

彼女たちは数多くの出産に立ち合っていて、
経験的に多くを知っている年長者です。正式
に西洋医学を学んだことはありませんが、簡
単に医学知識を学んでいます。
たとえば、臍の緒を結紮切断するハサミな
どの煮沸消毒の方法などはよく人々の間に浸
透しています。

また、村の指導的役割を担う組織「バイト
ウ」の中から人を選んで、男性もヘルス・エ
ージェントとして一か月程度の衛生教育を学
んでもらい、養成しているのですが、これは
無給の役目であり、彼らの本業があるために
残念ながら根づかないのが実情のようです。

今回、私個人としてはエチオピアの伝統的
医療について、もしそれを生かしているの
であればぜひ知りたいと思つたのですが、医療
スタッフには、そういったものは非科学的と
否定しかなる雰囲気があるようでした。

しかし日本にも鍼灸や漢方薬があり、西洋
医学と東洋医学が社会に共存している状況が
あることを話すと、「エチオピアも伝統的な
のをすべて否定しているのではない」と話し
てくれました。

たとえば先の「ティグレイ伝統出産アシ
スタント」のように受け継がれてきたものの価
値を認めているところもあり、またハーブメ
ディシンのようなものの価値を認めようとい
う動きも出てきているとのことでした。

エチオピアでも、ドクター、ナースの養成
には力を入れているようですが、まだまだそ
の数はとても少ないようです。

ドクターは六年制の医学部、ナースの養成

は全寮制の看護学校で二年半、そのアシスタ
ントの養成には一年半かけているとのこと
です。

メケレを去る前日、ささやかな日本文化の
夕べとして、私はREESTのゲストハウスに
女性協会の女性たち、メケレにきていたアメ
リカ人文化人類学者、そして近くの子どもた
ちも招いて生け花を披露しました(写真)。

海外活動をめざすナースへ

私が医療に従事している日本人々と話を
するたびに感じることは、ほとんどの人がチ
ヤンスさえあればボランティア活動、海外で
の医療体験をしたいと思っているにもかかわ
らず、その反面、気軽に参加するのは状況が
許さないと思っているということです。

たしかに長期にわたる活動となれば、大き
な決断がいります。しかし本人の希望と、周
囲の諸々の条件の折り合う接点にチャンス
を探し、見つけることは、そう難しいことでは
ないと私は思います。

たとえどんなに短期間でも、自分に合った
スタイルのチャンスを見つけ、マスメディア
を通してだけではない、実態、実情をその目
で見、体験していただくことをお勧めします。

たとえ同じ体験をしても、各個人がそこか
ら受ける感じ、芽生える問題意識、そして社
会や背景を鋭く見通す視点といったものは違
います。

そうした人々が増えるにつれ、医療の世界
の意識も、より発展し、成熟していくのでは
ないかと思ひ、期待しています。

エチオピアの農村女性への衛生教育。 支援と視察を通して私が見たもの

アジア医師連絡協議会委員 藤井美紀子

ティグレイ州で行われている自宅出産とその仕組みを見る中で、伝統的な医療の価値への考察を深めた藤井さん。
「たとえ短期間でも自分にあつたスタイルで海外体験をして頂くことをお薦めします」と語る理由をご紹介します。

農村女性に衛生教育の ワークシヨップを

「エチオピア」と聞けば、ほとんどの人がすぐさま「飢饉」を思い浮かべるほど、八〇年代の大飢饉は有名です。しかし、その「貧しさのみ」という定着したイメージは、エチオピアの歴史と、そこに住む人々の精神を知つたならば、あまりにも不釣り合いなものだと感じられることでしょう。

エチオピアは、「アフリカの角」と呼ばれる大陸上端部に位置するアフリカ最古の国です。この国の皇帝は旧約聖書に記される、かのソロモン王とシバ女王の子孫だと伝えられ、これは今日でもエチオピアの人々の誇りです。しかしその後、度重なる内戦、一時期の社会主義国経験、干ばつなどにより、現在経済的には、世界のワーストクラスになってしまつていきます。

今回私が赴いたティグレイ州は、田舎連が崩壊するまで政権の座を占めていたアムハラ族と、長い年月兵糧攻めにあつてきたティグ

レイ族が内戦状態にありました。しかし社会主義政権が倒れると、ティグレイ族が政権を握り、現在に至つていきます。

現在も民族間の対立はくすぶり続けていますが、人々は自分たちの農地に戻り、一応の平静を取り戻しつつあります。

私は九二年九月から一月までこのティグレイ州都メケレで行われる新しい女性組織「ティグレイ民主女性協会」の保健衛生ワークシヨップの支援と視察のために赴任しました。メケレは標高二〇〇メートル程のところ。で、テブルマウンテンのように見えるハゲ山に囲まれた、ロバや馬、ときにはラクダが行き来する石造りの小さな街です。

街のテラブ屋さんからはアメリカカのロックとともに、内戦中の兵士の歌が流れ、まだレニン、スターリンの絵が建物の上に残つていふのを見たりして、古いものと新しいものが混ざり合ひながら時の流れている、過渡期の不思議な魅力があります。

この街に産声をあげたティグレイ民主女性協会は、まさにこのメケレの状態に似たもの

があります。行つてみるとまだ事務所の机イスの類を揃えることに苦心している状態の真只中でした。当初の予定では、一〇月中旬に近隣の農村から女性たち約七〇名を招き、衛生教育のワークシヨップを開催したいという話だったので、代表者の女性がティグレイ州議員として立候補するなど忙しく、予定が延びているようでした。

そのようなわけでREEST(ティグレイ州最大のNGO団体)がこの団体をしっかりとサポートするということになり、J-J-N(国際緊急救援NGO合同委員会)としては資金提供、メケレでの医療状況、衛生教育の実態などについて情報交換するという形になりました。

エチオピア伝統医療を 知りたかつた

ティグレイ女性協会による衛生教育の方法ですが、経験豊かなナースが一名中心となつており、政府のつくつたテキストをもとに、ティグレイ語に翻訳。地元の女性たちに水の

AMDAへのメッセージ

AMDAソマリア・プロジェクトに20万円のご寄付を頂きました。
ありがとうございました。

1997

第3種郵便物認可

エイズの流行や慢性的な食糧不足で苦しむウガンダ、スーダン、ソマリアの子供たちに、戦後金を贈ると、十九日、盛岡市の盛岡劇場で「ハムザ・エルディーン チャリティーコンサート」が開かれる。実行委員会のスタッフには、アフリカからの留学生も参加しており、アフリカの中でも最も厳しい状況にある国の子供たちに援助の手をさしあげてほしい」と参加を呼びかけている。

エイズ・食糧不足… アフリカに愛の手

子供たちに援助をしよう

盛岡でコンサート

19日 スタッフに留学生

ハムザさんは、日本の琵琶やギターの原型となったとも言われるアラブの伝統楽器「ウード」の演奏者で世界各地で活動している。歌と共につま弾くその演奏は「ナイルの流れ」ともたとえられる。

今回の企画は、異教養の英語通訳手のアイルランド人、カレン・ラドックさんが、ウガンダの友人からの手紙で、エイズや干ばつ



チャリティーコンサートに出演するハムザ・エルディーンさん

で日々死の危険に直面する若い子供の現状を知り、友人の長野とも子さんと相談したが、長野さんは、チャリティーコンサートを開催しようかと、来日予定のハムザさんに打診して快諾を得た。

長野さんが代表の留学生支援のボランティアグループ「盛岡異文化間コミュニケーション協会」(MICS)を中心に実行委が結成された。準備を進めるところで、コートジボワールから来た留学生、ミッシェル・クワデニョさんが「同じアフリカでも、最もひどい状況の国に、援助先を絞るべきではないか」と意見を述べ、三國を選んだ。クワデニョさんは「あの国々には毎日生き延びることで精いっぱいいな女が大勢いる。人間らしく未来を作り出す力を取り戻すために、身近

話す。コンサートは十九年後二時半と同一時刻の回。料金は大人前売り三万円、当日千五百円、子供八百円。寄付も募っており、その旨を通信欄に配載した上で、郵便振替(MYOS、盛岡〇一六五九四)で問い合わせは、MICSの小原敏勝代表(〇二九六二六二一八二五〇)へ。

MICS 盛岡異文化間コミュニケーション協会

Managing Director
of Morioka Intercultural Communication Society

代表

長野とも子

Tomoko Nagano

〒020-01 盛岡市緑が丘4-15-16
TEL 0196(62)4198

4-15-16 Midorigaoka
Morioka, Iwate 020-01

アフリカの留学生たちが、ソマリアの子供たちに何かできないかという思いで集めたお金です。ソマリアまでどのように送ろうかといろいろなルートを探しましたが、AMDAの方が私たちのソマリアへのかけ橋になって下さればと思います。

AMDAへのメッセージ

株式会社 成基学園
代表取締役 佐々木喜一氏

AMDAのソマリア・プロジェクトに
2500ドルのご寄付を頂きました。
ありがとうございました。



「日本食を口にするのは数カ月振りです。アルコールもこちらに来て始めてです。」

「我々の持って来た食料品をあげましょうか？」

「本当ですか。助かります。実は日本食が恋しくて仕方がなかったのです。」

照れくさそうにしながら率直に喜びを表現するAMDAの人々にふれて、私は彼等から人間らしさを感じ、非常に好感を持った。そして国境なき奉仕団22名に、自分達の持って来た食料品を良かったら提供するように呼びかけたところみんなも同感だったようで、段ボール箱が肉や魚の缶詰・カロリーメイト・お菓子・即席麺等で一杯になった。

まさか、ソマリア難民の援助活動をしにアフリカまで来て、日本人の日本食援助活動をするとは夢にも思っていなかったが、みんな気持ち良かった。それは、私達はほんの1週間の滞在で、しかもホテル住まい。それに比べて、彼等は数カ月難民キャンプ地近くの現地の家を借りて、現地の人と変わらない食生活。本当に頭が下がる。おそらく我々にはできないだろう。この食料品で最後までがんばってほしい、そんな想いを託してジブチを立ったのである。

私が今回AMDAに寄付をしたのは、一番信頼ができると感じたからだ。ジブチの難民委員会に手渡しても本当に難民の手元に届くのだろうか、という不安を現地で実際に感じた。それとAMDAの人達から活動する上で資金不足であるということを知り、この人達には是非お金を使ってもらいたいと思った。最後になりますが、本当にAMDAの活動をしている人達の人間としての尊さ、偉大さ、献身ぶりには頭が下がる想いです。

これからもうけずに自分自信の為にやり続けてください。

私もこれからも応援します。

第2回JAMIC国際協力大賞

国際医療協力に対する あなたの一言を募集します

第2回JAMIC国際協力大賞応募要項

<論文部門>

- ◆テーマ：国際医療協力のための異文化理解とは——私の提言
- ◆応募資格：国際医療協力をライフワークにしている、医療協力に携わった経験がある、またはこの分野に強い関心を持っている医師・医学生
- ◆論文部門大賞——奨学金50万円

<エッセイ部門>

- ◆テーマ：私と医療と異文化体験
- ◆応募資格：医師・医学生（2週間程度の途上国医療視察のための休暇がとれること）
- ◆エッセイ部門大賞——2週間程度の途上国医療視察（ただし、時期は受賞者の都合に合わせて。第1回ではタイ・ネパール・カンボジアでした）

<応募規定>

- ◆論文部門：B5判400字詰め原稿用紙（横書き）20枚以内。
- ◆エッセイ部門：B5判400字詰め原稿用紙（横書き）10枚以内。

※ボールペンか万年筆を使用すること。ワープロの場合は、B5判用紙に横書きで20字×20行。応募作品の右肩をホッチキスでとめてください。表紙に、応募部門名、作品タイトル、所属先（医師の場合は職名・専門科目も記入）、氏名、年齢と、連絡先の郵便番号、住所、電話番号を明記してください。応募作品は返却できません。

- ◆応募締切：平成5年10月31日（日）当日消印有効
- ◆審査委員（予定）： 昆尾忠男氏（審査委員長・国際医学生協合理事長）
 梅内拓生氏（東京大学教授）
 菅波茂氏（アジア医師連絡協議会代表）
 千葉靖男氏（国立病院医療センター国際医療協力部）
 中村安秀氏（東京都母子保健サービスセンター）
- ◆結果発表：小誌平成6年3月号誌上で受賞作品を掲載いたします（予定）
- ◆応募・問い合わせ先：
〒163-06 東京都新宿区西新宿1-25-1 新宿センタービル
私書箱4046号
第2回JAMIC国際協力大賞係 ☎03(3345)1181

「第2回JAMIC国際協力大賞」は、昨年小社が実施したJAMIC懸賞論文を論文部門とエッセイ部門に分け、バージョン・アップしたものです。

論文部門は、国際医療協力に深い関心を持つ医師・医学生を対象に論文を募集します。テーマは「国際医療協力のための異文化理解とは——私の提言」。この分野の豊富な知識に基づいてあなたの持論を展開してください。

エッセイ部門のテーマは「私と医療と異文化体験」。あなたの過去の医療を通じた異文化との接点、または将来、医療を通じてどんな異文化体験をしてみたいかなどをエッセイとしてまとめてください。

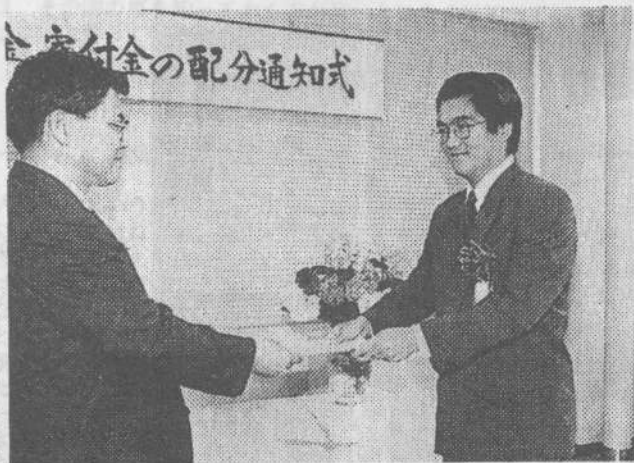
多数のご応募をお待ちしています。



途上国援助に役立てて

郵政省ボランティア貯金 AMDA に1760万円

カンボジアやソマリアなど
で難民の医療救援にあたる
アジア医師連絡協議会
(AMDA) 〓 本部・岡山



ボランティア貯金の配分
通知書を受けるAMDA
の津曲医師(右)

市樽津、菅波内科医院内へ三十日、郵政省の「国際ボランティア貯金」から四年度分の寄付金約千七百六十万円が贈られた。

岡山市一宮山崎の備前一宮郵便局で贈呈式があり、村野陽治・同郵便局長が「預金者の善意を有効に活用してください」と、AMDA事務局長の津曲兼司医師へ寄付金の配分通知書を伝達。津曲医師は「資金確保の

難しいNGO(非政府組織)にとって非常にありがたい援助。多くの人たちの善意を現地の人たちへきちんと橋渡ししたい」と約束した。

ボランティア貯金は郵便貯金の利子の二〇%を、NGOを通じて発展途上国の食糧、医療、災害援助に役立てるもので、全国で約一千四十五万人、県下では二十五万四千人が加入。県下のNGOで配分を受けているのはAMDAだけで、過去に三度、計約二億円(他団体と合同の緊急援助資金分を含む)が贈られている。

総社南高校国際コース講演会参加

第2回JAMIC国際協力大賞

1993年(平成5年)6月11日(金曜日)

言

意

系

界

アジア医師連絡協会の代表が講演

総社南高で

アジア医師連絡協議会(AMDA、本部・岡山市)の菅波茂代表が10日、総社市三輪、県立総社南高校(難波一衛校長)で講演した。

同校が国際コースの生徒百三十人を対象に、紛争地などで活躍する民間活動団体(NGO)の活動に理解を深めたい視野を持ってほしいと初めて企画。今月中に三回にわたってAMDAの活動や市民とNGOのかかわりをテーマに話してもらうこととした。

一回目のこの日は、午後一時二十分から菅波代表がNGOの活動について紹介。ボランティアの姿勢について「どんな国の人にも気持ちよく接することができるかどうかは、こちらの考え方一つ。外国の人とコミュニケーションをとるには、日本人は世界史の知識を身につけ、相手との距離を縮める努力をしてほしい」と語った。

講演を聞いた二年生の徳村真由美さん(二)は「前から興味を持っていた。活動をしている方の話を聞いてよかったです。今度はもっとくわしいことを聞きたい」と話していた。



AMDAの活動、「国際化」の本当の意味について語る菅波代表



ソマリアの現状を説明する津曲医師



ネパールについて一生懸命語るポカレル先生。大好評だった。

私は、今日の講演を聞いて、私の今までの考えが、まったく間違っていたと思った。私は、幸せな人には、世界中で困っている人々の気持ちを理解するのは、ムリだと思っていたし、だから幸せな人は、上手に人助けができないと思っていた。でも、相手の幸せを心から願える幸せなの方が、ボランティアには向いていると、話を聞いたので、意外だったけど、ほっとした。私みたいに、今まであまり苦労した事がない幸せすぎる人間でも、私が相手の幸せを心から願えば、ボランティアはできるんだと思った。それから、人の気持ちで世の中は変わると言われていたけれど、私もそう思っている。ただ、人の気持ちを変えるきっかけが少ないんだと思う。きっかけなんていくらでもあるかもしれないけれど、よほど大きな事件等でないかぎり、私たちがのように豊かな環境で暮らしている人は、見過してしまっていると思う。だから私たちも、もっと関心をもって、正しい情報をより多く手に入れて、世界の動きを見逃さないようにしていかなければいけないと思った。それから、実際に人を助けるのには、いろいろと、知識、技術が必要だなと思った。その国の人を理解するには、その国の事を知っておく方が良いというのは知っていたけれど、歴史までは知る必要はないと思っていたし……。今日の講演は、私にとってものすごくいい勉強になった。

今回の講演で、AMDAという団体について初めて知りました。今まで、いろいろな援助団体について耳にしていたけれども、日本の団体があんなに活躍しているとは思っていませんでした。菅波先生の言葉の中には、いくつもうなずけるものがありました。その中の一つに、「日本は、金を出すだけで人を出さないといわれている。」という言葉がありました。すごいやな感じがしましたが、確かにそのとおりだと思いました。というのも、自国の得になることは、容易に取り入れているのに、自国の損になることは、取り入れていないからです。損するのなら取り入れないと言うのは、分からないでもないですが、それでは、持ちつ持たれつ関係が成り立っていないと思ったからです。それから、「日本人は、コミュニケーションをとるのが下手だ」ともおっしゃっていました。私、そう思いました。自分の本当にいいことを、はっきり言えないのが、日本人の欠点だと思いました。ホームステイにいったときに、2人組で、1つの家庭に滞在していたので、話すときに、2人で、少し話し合っ、答を、同じにして返答していたことがありました。後で、そのような話し方はいいやだと言われ、はっきり自分の意見を言わなければと思いました。こういった文化の全く違った所で、AMDAの活動をしているなんて、並たいていのことではないと感心しました。

最後に「かわいそうな人々を助けている団体と思わないで欲しい。」とおっしゃっていました。私はいつもそのように思っている傾向がありましたが、今回の講演で、そうではないと思えました。きりのない数の人々を助け、毎日大変な仕事で、危険な目にもあうのを覚悟でがんばっているAMDAの人々に本当に感動させられました。これからも、一生懸命がんばって欲しいと思えました。

今日の講師の方は、とにかく輝いて見えた。というのが、「生き生きしている」というように見えた。今回は、写真やビデオなどで、現地の様子がより一層よくわかった。ガリガリにやせた子や、ひどいケガを負った人など、「難民」といえば、おキマリともいえるような映像もあったが講師の人が言っていたように私達は難民や飢餓の人といえば、すぐ、かわいそうだとかと思うのは結局、そう思うことで自分の生活をよく思ったり、偽善的な精神を満足させているにすぎないのではないかと思った。「豊かな国が貧しい国に何かをしてあげているのではない。みんなで一緒に助け合っ、よくしてゆくんだ。という言葉に、うわべだけではない、その言葉の深さを感じた。しかし、今回一番心に焼きついた言葉は、「日本人の人は、将来のことばかり考えて生きている。むこうの人たちは違う。みんな『今』を生きているんだ。」というものである。「今をいきる」---今まで何度か聞いた言葉では合ったが、今回これを聞いたときは今までになくドキッとした。確かにそうだった。どちらがよくてどちらが悪いと言うのではないが、日本人、少なくとも今の私は、確かに先のことばかりを考え、今という時を完全に意識の外に追いやってしまった。それはやはり、かなしいことだと思った。これは私達が「将来」のことで考える余裕があるからだ。今を一生懸命生きなくてもやっつけていける場所に偶然生まれたからだ。でもそれは、必ずしも幸福とは言えないのではないか。私達が難民の人々や、飢餓で苦しんでいる人々から学ばなければならないことは、まだまだあるのだと感じさせられた講演であった。

今回は、たくさんさんのテレビのVTRを見た。ニュースなどでたくさんとりあげられていた。自分でもよくニュースは見る方だと思うけれど、案外アムダの活動の話題は耳にしたことがなかった事に気が付いた。それは結局、私が海外援助やボランティア等の話題には関心がないということだったのだろう。しかしこれからは、そんなすばらしい人の講演を聞くことができたので、アムダやボランティア、また発展途上国などアジア・アフリカの話題に、耳を傾けることが多くなりそうだ。

先生が撮影された、ジブチやソマリアの子供達のVTRでは、彼らが思っていたよりもずっと明るくて活動的だったのにびっくりした。彼らが持っているものを私達はたくさん手に入れ、そして身につけているけれど、私達に欠けているものを彼らは持っているんじゃないかなと思った。しかし飢餓で、ハエをはらいのける気力もない子供達もたくさんいる。写真やVTRを見て、「ああ、かわいそう」で終わるのではなく、何か働きかけなければいけない、と発作的にずっと気になってしまった。

でも異国で言葉が通じないのは本当に不安なことだと思う。先生は、東京外語大や大阪外語大に入ったとかさざりと言ったけれど、本当はスゴイ人なのでは・・・と思った。たしかスワヒリ語を勉強しておられたと聞いたが、最後のVTRは少し笑えた。そしてケニアに何かをもとめて留学して、そのあと医学部へ入学。たまたま受かったみたいなお話を聞いていたけど、普通じゃないと思う。貧困・飢餓・病気に苦しんでいる人達に対して本当に献身的だと思う。時には危険なところ、水も電気もないところで活動しなければならぬのだから。私も先生がおっしゃるように全ての分野で診ることのできるお医者さんが増えていってほしいと思う。

国際コース 講演レポート③ 1年2組1番 秋山 佳緒

第3回最終講演は、AMDAネパール代表のポカレル先生が来られて、現地の様子をビデオで説明して下さった。今回はビデオを見ながらの講演ということで、なかには貧しく飢えに苦しむ子供たちの姿など豊かな自分たちには見づらい場面もあったけど、本当に理解するという点では分かりやすくよかった。

まず、ネパールという国については、カンボジアやジブチと同様に死亡率が高い。このデータからやはりこの国も援助の必要性が分かる。人口約1960万人のうちのかなりの数の人が苦しんでいる。食料不足なども関係して、この国ではいくつかの家族が一緒になって生活している。この集団生活は、いろいろ困ったことがおきると助け合い、励まし合うという面ではとてもいいことだと思う。生活面では、自分も含めて日本人よりかなりすばらしいものも持っている。援助するだけでなく、このようなネパール人の人間性の良さを学ぶべきだと思った。

このことについては、日本人では分かりにくい点を、ネパール人のポカレル先生だからこそわかる祖国ネパールの文化について、みんなに理解してもらおうとしてうったえかけていたのだと思う。これはみんな感じていたと思う。だからこそこの3回の講演会をした価値があるのだと分かった。最後に、今回の講演会を含めて全体の感想については、途中であまり理解できなかった場面もあったが、講演があつてよかったという気持ち強い。それは途上国の文化や国の現状について理解ができたからだけではなく、先進国の自分たちも、まだまだ改善しなければならない点がたくさんあることに気づいたからだ。援助すると同時に、知識を深めて今後役に立つくらいがんばって、3回の講演会を無駄にしないだけの努力をしたい。

国際コース 講演レポート③ 2年9組39番 藤沢 恵

私は3回ともAMDAの講演を聞いたけど、みんなすごくいきいきしているように思えた。自分のやりたいことをして、きっと毎日が充実しているだろうなと思った。講演者は計5人で、みんな、難民達の現状などをビデオなどで分かりやすく説明して下さった。そういうのを見ても私はいまちピンとこなかった。他人の事ってカンジで何も考えようとはしなかった。考えても、私にできることなんてどうせないやと思っていた。でも、ポカレル先生が、あのたどたどしい日本語で一生懸命私達に訴えかけてくれたことが、すごくうれしくて感動した。一語ずつ考えながら考えながら、ゆっくりと話してくれるポカレル先生の日本語がじわりじわりと私の心にしみいつてきた。そして私だからこそ今だからこそできる何かがあるのではないかと思った。そのきっかけは、待つものでは決してなく私から近づいて行かなければならぬことも分かった。どうして神様は幸福を平等にくださらなかったのだろう。そうすればみんな苦しまなくていいのに。もしかしたら人間の優しさを試しているのかもしれない。幸福は1人だけのものではなくみんなに分けてあげるものだと思う。そして、それを分けてあげた人の笑顔で私達は、もっともっと幸福になれるような気がする。見てみぬふりをしたり、以前の私のように、考えたふりだけをして何もできないと言っている人の方が、難民達より、よっぽど不幸なのではないのだろうか。ポカレル先生の講演には、こんなメッセージが含まれていたのではないかと私は思う。

AMDA事務局便り

今年は梅雨明けが遅く、この長雨にうんざりした人も多かったのではないのでしょうか。先日ニュースレターと一緒に会員の皆様にお送りいたしました会員名簿作成のためのアンケートをまだ送りかえされてない方は、至急お送り下さい。

また新しくAMDAのTシャツができました。ご希望の会員の方には1枚1800円(送料別)でおわけ致します。数に限りがありますので、お早めにお申し込み下さい。



本のご案内

ご希望の方は事務局にお問い合わせ下さい。

▶ The International Symposium on
Biological Monitoring and
Industrial Medicine
in Asia

Editor Masana Ogata

Sponsored by HAYASHIBARA

1991 August

定価 3000円

▶ カタラーゼと無カタラーゼ血液症

© 1991年5月1日 初版

検印省略

著者 緒方正名

発行者 管波茂

発行所 アジア医師連絡協議会

岡山市植津310-1

印刷所 大昭和印刷株式会社

製本所 常川製本株式会社

制作 財団法人 日本学会事務センター

発売元 株式会社 学会出版センター

113 東京都文京区本郷6丁目2番10号
電話 03-3814-2001(代表)・振替東京 6-71057

ISBN 4-7622-4664-6

定価 2400円

COSMO-M

コスモナディカル株式会社

〒671-11

兵庫県姫路市広畑区小坂136番地1

TEL (0792)38-0455 FAX 38-0453

会費納入のお願い

1993年度までの会費未納の方

至急納入をお願いします。

振り込み先

郵便振替 岡山5-40709

アジア医師連絡協議会

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