

# 国際医療協力

Vol. 16 NO. 9

1993. 9



ネパール東南部洪水被災地サライ地区でビニールシートの小屋で生活する人々

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

# Contents

● AMDA ご案内		2
● 今なぜNGO (国際民間協力団体) なのか		
— 問題提起から問題解決へ —	代表 菅波 茂	4
● ソマリア難民救援チーム経過報告	菅波 茂	6
● ソマリア救援チーム活動報告		
● ハルゲイサ中央病院再建計画	大 脇 甲 哉	8
● ジブチ共和国を訪問して	友 貞 多 津 子	16
● ソマリア被災民救援医療活動報告	長 谷 川 昭 一	20
● ハルゲイサ便り	山 本 邦 光	24
● ダナハン産婦人科病院活動日誌	篠 田 恵 見	26
● スタディ・ツアーに参加して	愛媛大医学部 佐 藤 潤	30
● Monthly Report on Dar El Hanan Hospital.		
	by Dr Md. Akhlakur Rahuan Samdagor	32
● ネパール・バングラデシュ洪水被災民緊急プロジェクト		
● バングラデシュ訪問報告	小 林 米 幸	34
● バングラデシュをたずねて	宮崎医科大学 村 田 祐 二 郎	40
● ネパール報告	ラシュワール・ボカレル	44
● ネパール救援活動に参加してみても	立正佼成会岡山教会 今 井 康 友	52
● 被災地を訪ねてみる	ネパールやぎの会 金 平 兼 久	56
● ブータン難民救援医療プロジェクト		
● 7月の活動報告	ロヒト・ボカレル	58
● カンボジア救援医療プロジェクト		
● 活 動 報 告	熊 沢 ゆ り	66
● 難民の心的外傷に対する取り組みについて	桑 山 紀 彦	69
● 林原フォーラム '93第3分科会報告		70
● AMDA国際医療情報センター便り		92
● 岩 手 便 り	岩 井 く に	100
● AMDA事務局便り		101

The Association of Medical Doctors for Asia

## アジア医師連絡協議会

【理念】 Better Medicine for Better Future in Asia

【沿革】 1979年タイ国にあるカオイダン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350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、フォーラムを実施中。

【本部】 岡山市栢津310-1菅波内科医院 (TEL086-284-7730/FAX086-284-6758)

### 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

1993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、センターの開催などを行なっています。

#### (海外)

##### ●ソマリア難民救援医療プロジェクト

1993年1月よりケニア国内/ジブチ国内/ソマリア本国難民救援医療活動をAMDA-Japan, AMDA-Bangladesh, AMDA-India, AMDA-Nepal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に対応した緊急医療活動をAMDA-Japanの指導下で実施中。

##### ●ブータン難民緊急医療プロジェクト

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

##### ●ピナツボ火山噴火被災民救援プロジェクト

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

##### ネパール王国ビスヌ村地域医療プロジェクト

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

### 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俊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) 086-284-6758/284-7645

●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 (ハーバード大学留学中)

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 (ハーバード大学留学中)

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 (ハーバード大学留学中)

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 (ハーバード大学留学中)

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 田中理恵子/中戸純子/近藤麻理/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 15,000円 (医師に限る)

準会員 7,500円 (医師以外の社会人の方)

学生会員 5,000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「○○○プロジェクトのために」などご記入ください。

AMDA活動に関するビデオテープお分けします (一本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3-5-6-1-110 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

問題提起から問題解決へ

代表 菅波 茂

「人権」、「環境」、「多様性の共存」が世界の動向を理解するキーワードであることは主張してきたことである。新しい視点から問題提起して世論の喚起をはかり世論を盛り上げていくことも重要であるが、同時に問題解決へのプロセスを実践することにより成功モデルを提示していくことも必要である。問題提起から問題解決への進展が望まれるゆえんである。

緊急救援活動についても日本のNGOの未熟さが常に例えとして取り上げられる傾向がある。それは常に問題提起としてである。問題解決への方法論が提起されたり紹介されたことはない。論点の不健全さを感じる。

緊急救援活動の在り方に関してはNGO単独よりも連合体方式で実施するほうがより有効なことがアフリカで活動中のソマリア難民救援チームによって証明された。連合体方式とはそれぞれのNGOの長所を出し合って効果的な活動を展開することである。

以上のことをふまえて「国際貢献NGO懇話会」が開催されている。緊急救援活動に参加実績及び興味のあるNGO6団体の勉強会である。さる8月10日に第一回懇話会が開催され、オーキッドプラン：緊急救援NGO活動支援体制整備3ヶ年戦略が採択された。オーキッドプランにもとづいて緊急救援活動の充実をめざしたい。

具体的にはオーキッドプランの項目を総合的に組み立ててプロジェクトの速やかにして効果的な展開を可能にしていくことだ。第2回の懇話会では各NGOの持っている緊急救援に必要な社会資源の検証である。このすり合わせによって緊急救援NGOグループのグループとしての強みと弱みが明かになる。この弱みの点をいかに補強するかが問題解決のポイントになる。

各NGOはそれぞれの歴史を持っている。そのアイデンティティを尊重しながら連合体を組むことは容易なことではないかもしれない。これを可能にすることにも新しい方法論が必要かもしれない。これは直接オーキッドプランに掲載されていない一番重要な項目かもしれない。

日本のNGO活動の弱点として歴史が浅いことと経済的基盤が弱いことが常に指摘される。だから活動内容が低レベルでも仕方ないとあきらめることはない。私達のいる環境を見回した上でよりプラスの方向に活動を展開していく考え方と必要な方法論を開発していく努力も要求される。

日本の緊急救援NGOグループ育成のためにオーキッドプランは最小の項目列挙しているにすぎない。今後各NGOが緊急救援プロジェクトを実施していく過程で新たな項目追加、新たな方法論が提示される可能性がある。

更に、NGOと政府が補完し合う視点も必要であることを提起したい。

# AMDA

アジア医師連絡協議会

# の活動

## 加茂川町職員ら津曲医師とともに

アジアで活動してきたAMDAは、今年からフリカでも援助を始めた。この動きに合わせ、御津郡加茂川町民生課長補佐の柳原富美男さんと、同町から東国法人に出身中の石坂宏さんが、7月末、AMDA事務局次長の津曲(つまがり)兼司医師らとともにソマリア、ジブチの両国を訪れ、援助活動をつぎつぎと見て、帰国した。

# みる

## 早く医療活動を キャンプ入り阻む地雷原

●一日一回ご飯  
石坂さんは、ジブチで、一回のご飯の配給だった。ミルクの配給は、一日二回。母乳は出ないらしい。アウルアウサという難民キ二歳前後の栄養失調児を抱

## ソマリア・ジブチで



現地の看護士の男性を介して、女性の患者の間診をするAMDAの医師(左端) =ジブチの難民キャンプ・アウルアウサの診療所で、石坂さん(右)

キャンプを訪問した。おぼたになると、調理テンの外の列ができた。一日二回の外に列ができた。一日二回のご飯の配給だった。ミルクの配給は、一日二回。母乳は出ないらしい。アウルアウサという難民キ二歳前後の栄養失調児を抱



数人が週一度派遣されていく。巡回以外では、AMDAが養成した難民が、マニユアルを見て診察している。全員で行ったソマリアの



内戦で攻撃されて以来、使われていない病棟を視察する柳原さん(左端)。壁には銃弾の跡が残る =ソマリア北部のハルゲイサ中央病院で、石坂さん(右)が写す

ハルゲイサで、津曲医師は住民から「米国人か」と、



元氣そうな難民の子どもたちの背後には、寝起きするテントと貯水タンク =ジブチの難民キャンプ・アウルアウサで、石坂さん(右)が写す

## 病院の水道復旧

## 「やり遂げたい」

「市内の水は一馬力器入りで約千二百円もした」と柳原さんは話す。病院では、そんな水が大量に必要だ。AMDAは、空襲などで設備が破壊されたハルゲイサ中央病院の、水道復旧を援助の柱にしている。水道は敷地内の貯水槽からひいていたとみられるが、設計図が行方不明という。減災や新たなポンプの手配、配管計画の立案などをやり直す必要があるが、現地での活動できる期間は年末まで。津曲医師は「復旧は前向きとは言えないが、多少の延長を考慮に入れてでもやり遂げたい」と述べ、「われわれははすれぬ。医療に足しても、建設事業にしても、現地の人材育成が肝心」と付け加えた。

同市はソマリア国民運動(SNM)が二年前、一方的に独立を宣言した。ソマリアはソマリア国民運動(SNM)が二年前、一方的に独立を宣言した。ソマリアはソマリア国民運動(SNM)が二年前、一方的に独立を宣言した。

リランドの首都。八八年から政府側の空爆を受け、戦場だった。米軍は、ソマリア最大勢力のアイディド将軍派との関係が悪化し、市内で人気がないという。AMDAは郊外の難民キャンプを回れない。市場地以外は地雷が埋まったままで、地雷原に迷い込む恐れがあるからだ。津曲医師は「最大の誤算だが、危険には近寄らない。現地に入って、早く医療活動などをしてい」と残念がる。

●水大量に必要

# 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プロジェクトが国連難民高等弁務官の要請と財政支援を受けて順調な軌道に乗っていることを報告したい。詳細な経過報告は8月号の参照をお願いしたい。首都モガディシュでの国連軍パキスタン兵士とソマリア民兵との多数の死傷者をだした紛争によりハルゲイサでもパキスタン人医師派遣は危惧されたが、現在では心配はないという現地コーディネーターの判断により、AMDA-Pakistanからの医師2名がハルゲイサ中央病院の外科手術指導プログラムのために派遣準備中である。

ジブチ共和国首都のダルハナン産科専門病院プロジェクトに従事していた助産婦の篠田恵見氏が帰国の途についた。篠田氏の報告は現地の医療事情と今後の対策及び方針に寄与すること大で病院のフランス人医師をはじめとするスタッフに惜しまれつつの帰国であった。現在AMDA-Bangladeshのラハマン医師（外科／産婦人科）が後をひきついでいる。

平成5年10月10日から日本青年会議所国境なき奉仕団約20名がジブチ共和国とソマリア北部ハルゲイサに医薬品と衛生教育材料をもって支援に入る。団長は国境なき奉仕団委員長の秋本清一氏。秋本氏は2度目の訪問になる。前回の国境なき奉仕団の差し入れに現地の日本人スタッフは大喜びであった。アジア多国籍医師団のアジアの医師達と国境なき奉仕団のアフリカの地における感激の再会を期待したい。

ジブチ政府よりダルハナン産婦人科病院支援プロジェクトとソマリア難民キャンプ医療プロジェクトの延長の要請がある。現地での医療スタッフ及び難民に体する母子保健、家族計画及びエイズに関する教育プログラムが高い評価を受けているためである。

ジブチ共和国内での他の国際医療NGOである国境なき医師団オランダが予防部門を担当していたが9月に一部撤退そして12月に全面撤退するためにAMDAに対して従来の治療部門に加えて予防部門も担当してもらいたいという要望が寄せられている。

私達は無視できかねる現地からの要請に対していかなる方針を出すべきか慎重にソマリア難民救援チームとして検討していきたく考えている。

ハルゲイサ中央病院再建プロジェクトは医療機器及び建物の修理に必要な資材も届き、現地医療従事者に対する教育プログラムも軌道に乗っていることを報告できることを関係者の皆様から心から感謝したい。

なお、7月の後半の10日間NHK岡山支局取材班がジブチ共和国におけるソマリア難民救援チームの活動取材を行なった。9月12日にテレビで30分間放映された。ビデオの希望者は本部事務局岡崎洋子まで連絡を。

主張・解説

ソマリアの国連平和維持活動は、氏族政治の勃興を招き、進歩を遂げないまま、最大勢力のアイディド派と、米軍支援の国連部隊の相争いは、避けられなかった。去年11月、国連事務総長ブツマア特別代表が訪米した。ブツマア氏は、ソマリアの情勢を改善するに必要なのは、アイディド派の排除と、国連の平和維持活動の強化である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。

サヌーン元国連特別代表に聞く

インタビュー・構成 五十嵐 浩司 (ワシントン)

私がソマリアを去ったのは、1992年11月、(国連の)平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。

私がソマリアを去ったのは、1992年11月、(国連の)平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。

私がソマリアを去ったのは、1992年11月、(国連の)平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。

武装勢力排除は粘り強く  
ソマリア和平 失われたシナリオ



モハメド・サヌーン氏、元国連特別代表。ソマリアの情勢を改善するに必要なのは、アイディド派の排除と、国連の平和維持活動の強化である。

氏族長老の支持が必要  
市民層の指導者育成も

だが、米軍が同連に指揮権が移ると、状況は悪化する。

アイディド議長は、「英米はソマリアに干渉してはならない」と主張している。

だが、米軍が同連に指揮権が移ると、状況は悪化する。

だが、米軍が同連に指揮権が移ると、状況は悪化する。

軍事力依存には限界

「薩ハヌーン氏を待たせ、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。」

「薩ハヌーン氏を待たせ、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。」

「薩ハヌーン氏を待たせ、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。」

「薩ハヌーン氏を待たせ、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。」

「薩ハヌーン氏を待たせ、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。そのためには、国連の平和維持活動の強化と、米軍の支援が必要である。」



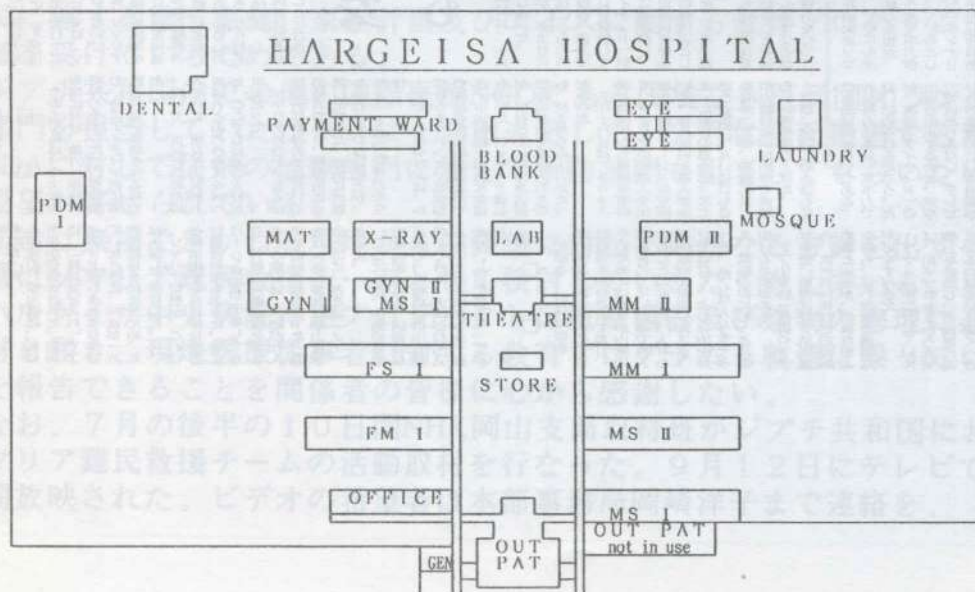
## ハルゲイサ中央病院再建計画

アジア医師連絡協議会 大脇 甲哉

1993年7月31日(土)20時、エールフランス機で名古屋空港出発、途中成田、モスクワを經由し、8月1日パリ、シャルルドゴール空港着、4時間の待ち合わせでジブチ行きのエアバスに乗った。モザイクタイルの様な美しい畑や遠くにはアルプスの白い嶺を望み、ニース経由後コルシカ島、イタリア半島西岸、ギリシャ南端をかすめるように飛んだ。素晴らしい景色に眠気は消えた。ジェッダで給油、広大な空港であり湾岸戦争時の補給基地だったと思われる設備がみられた。ここで英語、フランス語を喋る客は皆降りてしまい、機内はアラビア語?(ジブチ語?)が飛び交い、急に孤独感に襲われた。19時40分(現地時間)ジブチ空港着。30時間の旅が終わったMr. Shahjahanと学生の伊藤君の出迎えを受けて、ジブチAMD Aオフィスへ行く、ここは、電気、ガス、冷蔵庫、クーラーがあり、時々断水するシャワー、水の出ない水洗トイレも付いていて、猛烈な暑さ(50℃にもなるという)を除けば快適な事務所である。

8月2日(月) 国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)を訪れハルゲイサへの飛行予約をした後、Dar El Hanan病院見学。Dr. Rahmanと2人のフランス人ドクターが勤務しており、60床、1日10数件の出産があり、緊急手術を要する患者は市内の総合病院に移送している。バングラデッシュから送り込んであった手術器具のうち、ハルゲイサ病院の手術室の状況が分からなかった為、局麻またはブロック麻酔で対応できる外科セットを選び持参することにした。

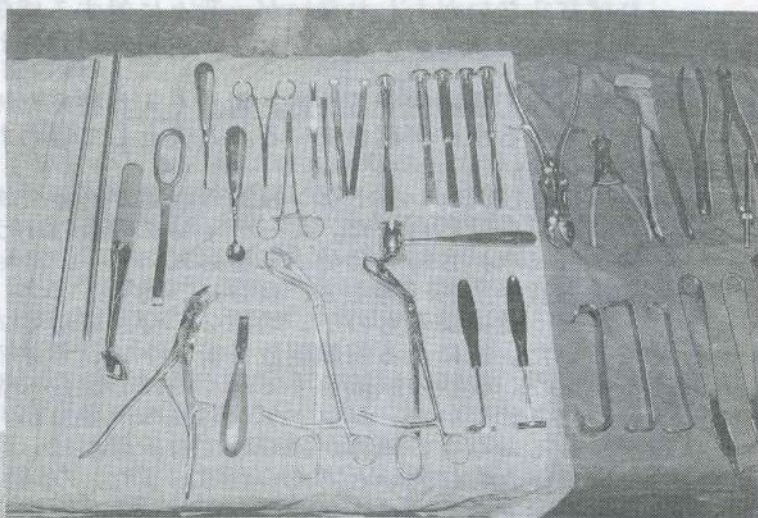
8月3日(火)6時空港着、US Navy, German Air Force Aeroflotの輸送機、ソ連製の大型ヘリコプターが止まっていた。UNHCR所有のセスナ機で7時30分ジブチ空港発、1時間の飛行でハルゲイサの大きな街並みが見えてきた。それまでは干上がった川しか見えなかったが、山岳地帯となって緑が多くなり、畑や川床に水脈もみられるようになっていた。街のなかにも緑が予想以上に多かった。出迎えの山



手術器具の贈呈式  
ハルゲイサ病院院長室



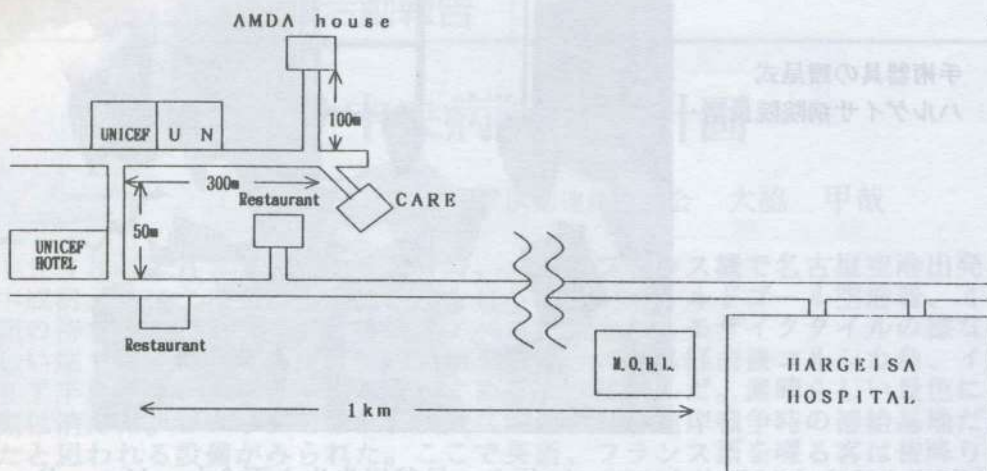
本邦光さんとAMDAオフィスへ行き、長谷川先生と再会し、Mr. Razzak、Dr. Nirmal、Dr. Faruqueに会った。長谷川先生と共に早速Hargeisa病院へ行き、整形外科Dr. Ismileと翌日回診を見学する約束をし、外科Dr. Suleimanの回診を見学した。銃による外傷が予想以上に多い。院長、外科ドクター、整形外科ドクター、皆、私に対し非常に期待しており、1週間しか滞在できない事を大変申し訳なく感じた。



整形外科手術器具  
ノミは刃が欠けていた



ヘルスワーカーに講義をするDr. Deepak



18時、UNHCR宿舎(豪邸)にハルゲイサで活動しているNGO、UN関係者を招待してパーティーがあり30人程が出席したが、白人はごく僅かであり、大多数がアフリカ、アラブ系の人達、アジア人は我々6名であった。夕食後、スタッフミーティングで、

①ジブチで流行しているコレラのソマリアへの侵入を阻止する為、MOH(厚生省)を中心に各NGOとの間で会議が行われているが、まだ有効な解決策が見つけられない。AMDAからもコレラ対策に1人派遣しなければならないかもしれないが、我々に対する感染の危険性もある為、レストランの利用をやめ、コックを雇いAMDA houseで食事することにした。

②病院再建工事に対する妨害。新しく入れ替えたガラスが割られたり紛失したりする事件が起きている。人夫として雇われなかった人達によるものらしい。

③臨床検査技師、レントゲン技師の派遣が必要であること。

以上の問題点を話し合った。ミーティングの後はトランプをした。

8月4日(水)8時30分より整形外科Dr. Ismileの回診を見学。整形外科患者17名(男12、女5)、骨折12名(開放骨折10、下肢10)、原因:銃によるもの7、地雷2、交通事故4であり、銃と地雷で半数を越えていた。銃による前腕開放骨折の14、5才の女性のギブスシャーレ固定を手伝う。板状の原綿を手で薄くのばし細長く整え下巻きとし、水でギブスを硬化させていた。レントゲン写真の解像度が非常に悪い、全体が黒くぼんやりしており骨の輪郭がぼやけて骨折線がはっきり分らない。撮影条件、現像条件ともに悪いと考えられる。また、フィルムが不足しており一方向のみの撮影である。日本から送ったレントゲン撮影装置が現在ジブチの倉庫にあり、ハルゲイサに持ってくる予定であり、この機械のセッティングと撮影・現像条件表を作成する為に放射線技師の派遣が絶対必要であると感じた。病院関係者や町の人々の我々に対する対応は好意的であり、UNや他のNGOとの関係も良い印象を受けた。

8月5日(木)Handicapped internationalの作業場を見学。1991年ソマリアの内戦終了後、Oxfarm, SCF(Save the Childlen Fund)に次いで3番目にハルゲイサで活動を始めたNGOであり、当時は町の破壊がひどく、町の中心部にも多数地雷が埋められており、下肢を失った人が数知れなかった由。彼等は下肢を損傷した人の為に松葉杖や義足を作っており作業場の1/3が平行棒・バランス台等簡単なリハビリテーション施設となっていた。

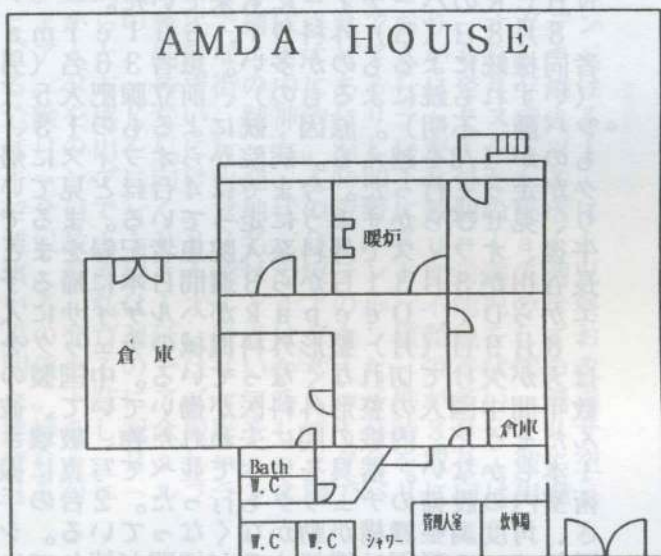
10時、病院院長室で手術器具の贈呈式。病院側（院長Dr. Gas, 外科Dr. Armed, 整形外科Dr. Ismile), AMDA側（Dr. 長谷川, Mr. Razzak, Dr. Nirmal, 私）。小手術の為の最小限の器具であり公式に贈呈しようと考えていた訳ではなかったが、紛失の恐れがある為、院長はじめAMDA全員参加によるセレモニーとなった。彼等の期待は大きく器具を見てやはりがっかりしていた。現在手術で使用している設備を調べた上で再度援助する旨を話し了解を得た。

夕食からはAMDA houseで食べることになった。この家は以前から我々のオフィス用に借りているものであり、現在のオフィスから300m程離れたところにあり、5部屋、広い土間と倉庫がある大きな民家である。1981年Oxfarmと土台に彫ってあった。内戦前は恐らく彼等のオフィスだったのだろう。我々がこの家を事務所として使用する為にはまず各室に家具を揃えなければならぬし、治安が悪い為最低4名の銃を持ったsecurity guardを雇わなければならない。その給料が非常に高額の為ホテルに泊まりUNHCRのオフィスを借り方が安く、安全性も高く今まで使用されていなかった。庭には大きなユーカリの木や赤い花をつけたオバ（ブーゲンビリア？）が植えられている。もう少しこの街の治安が良ければこのhouseを常時使用する事ができるのだが。

8月6日（金）イスラムの国である為、金曜が休日であり、我々も金曜日に休みを取っている。ソマリアでは貨幣価値がほとんどなくなっている。100ソマリアシリング1000枚で28アメリカドル（約3000円）、100ソマリアシリングが3円である。

昨日は1日中銃声が聞こえた、長谷川先生の話ではハルゲイサ郊外の治安はまだ悪く車ごと強奪された話しが今もあるそうだ。コックのAbdiの作る料理はなかなか美味しい、しかし、不正請求、横領が目には余る常に監視が必要だ。ハルゲイサは北緯8°、標高はおよそ1200m、最高気温32~34℃、最低気温17~20℃、風が強く乾燥しているが時折スコールがあり過ごしやすい気候である。空気が澄んでいて朝焼けが美しく天の川もはっきり見える。

8月7日（土）交通事故で受傷した右下腿骨折、左大腿骨折患者のギプス巻きと鋼線牽引を手伝う、鋼線の刺入はドリルが無い為ハンマーで打ち込んだ。8月9日に手術器具をすべて見せてもらえる様に、Dr. Ismileに頼んだ。昼頃、NGOコーディネーター（ソマリア人）が8名のsecurity guard希望者を連れてオフィスに来た。『何故AMDAはsecurity guardを雇わないのか？ NGOの中で雇ってないのはAMDAだけだ、8~9人必要であり、この人達をすぐに雇え。』とMr. Razzakに執拗に食い下がった。言外に我々が応じなければプロジェクトへの妨害も匂わせていたが拒否した。



また、8名の希望者が帰った後にNGOコーディネーターが我々に便宜をはかる為の金(賄賂)を要求した、当然これも拒否した。(初めての事ではないそうだ)夕方、貿易商のMr. Absida邸へtea partyの招待を受けた。35才の彼は3機の輸送機を持ちジブチ、北ソマリア、アブダビを結ぶ航路を持つDaallo Airlineを経営しており、ハルゲイサで銀行の役割を果たしUNの資金も彼の銀行に入っている由。先日のUNHCRのパーティーにも来ていた。

8月8日(日)外科Dr. Suleimanの回診を見学。整形外科の患者同様銃によるものが多い。患者36名(男23、女13)、脊髄損傷3(いずれも銃によるもの)、前立腺肥大5(膀胱瘻3)、腫瘍3(乳癌、リンパ腫、不明)。原因:銃によるもの13、交通事故3、感染4と銃によるものが1/3を越える。病院からオフィスに帰る途中、機関銃を積んだトラックが走って行った。今までに4台ほど見ている。若い者が4、5人乗っており、見せびらかすように走っている。まるで日本の暴走族のようだ。午後、オフィスで外科系入院患者記録をまとめる。夜ミーティング、Dr. 長谷川が8月31日から3週間日本に帰る予定だと皆に報告した。アリスビエからDr. Deepakがハルゲイサに入る予定。

8月9日(月)整形外科機械のチェックを行う。ノミヤリウエル等刃物類は刃が欠けて切れなくなっている。中国製の器具が目立つ、1988年から数年間中国人の整形外科医が働いていて、彼が中国から多数の器具を持ち込んだそうだ。内戦の間に失われた物、破壊された物もあり、2本1組の物が1本しかない。器具をすべて並べて写真に撮り、1つずつ状態を調べた。手術室内の設備のチェックも行った。2台の手術台は40年前の物であり、高さ、角度調整機構が動かなくなっている。シャーカステンは一つしかない。電気メスの凝固は機能するが切開が壊れている。クーラーも壊れている。手洗いはしないで手を消毒して術着を着ているそうである。手洗いブラシや石鹸も無い。心電図モニターなし。体温計もなし。ストレッチャーもなく担架で患者を運んでいる。サンダル少数、コンプレッセンは穴だらけ。・・・不足している物ばかりである。オフィスにもどり、不足している物品のリストを作成した。これで自分のソマリアでの主要な仕事が終わりほっとする。明日はジブチに戻る為、夜の間パッキングを済ませる。

8月10日(火)11時30分ハルゲイサ空港へ出発、到着した時は気付かなかったが、オフィスから空港の間の街の破壊状態がひどい。弾痕が壁一面にあり、屋根のある家の方が少なく、人の住んでいない家が多い。オフィス周囲は内戦の被害が少なかったようだ。空港ではNGOであるリムファイアのメンバーがトラックの屋根の上で着陸してくる飛行機と無線交信をしている。彼等が管制官の役割をしている。この空港周囲には今も無数の地雷があるらしい。ジブチ着、Mr. Razzakの運転でアリスビエ事務所に向かう。途中砂漠で車を止め星を見た。素晴らしい光景、天の川、地平線上に北極星、北斗七星、中天より少し南に蠟座、無数の星が見える。アリスビエのメンバーが我々の到着を待っており、一緒に食事をした。アフリカに来て今夜初めてビールを飲む。Dr. Kuntal, Dr. Deepak, Dr. 小林、看護婦の長野さん、保健婦の河田さんのスタッフの他に、visitorとして吉沢さん、根岸さん、依田さんがきていた。事務所内の雰囲気はハルゲイサとは随分違う、ここがYMCAサマーキャンプ、ハルゲイサが山岳部夏合宿という感じがした。

8月11日(水)アッサモキャンプ班とアウルアルサキャンプ班とに分かれて7時事務所出発。50分かかりアッサモキャンプに着く。難民数5374、10人程の患者診察及び投薬アドバイスの後、Dr. Deepakがキャンプの看護婦、ヘルスワーカーに対し「下痢(コレラ)」のレクチャーをした。ワーカー達は熱心にノートを取り、質問をし、下痢に対しある程度の知識をすでに持っていた。特に若いワーカー達は熱心だった。

11時に事務所に戻る。これからアウルアルサに迎えに行くと言うので一緒に乗せてもらった。20分で着く。難民数およそ6000。このキャンプは他の3ヶ所とは異なり、エチオピアからの難民で構成されており、オガデン地方から来たソマリア系エチオピア人と、純粋なエチオピア人がおり、キャンプを二つに別けて居住している。夕方、皆で街の中にある丘に登り夕焼けを見た。この街は治安が良く、危険を感じない、精神的にリラックスできる。

8月12(木)昨日登った丘に日の出を見に行った。涼しいがTシャツ1枚で過ごせる。7時、マリアデキャンプに向け出発、1時間10分かかる。ここは最も大きいキャンプなので全員で行く。盆地状の荒野に数個の集落に分かれてテントが並んでいる。難民数11087名、Dr. KuntalとDr. 江上が診療所で患者の診察、看護婦さん達は治療テントで栄養失調児に対する補助栄養の世話をしている。私は1才半と4才の歩行不能児の診察を依頼された。前者は低栄養の為の発育遅延、後者はダウン様顔貌をしており、筋力低下の原因もダウンと関係あるのではないかと考えた。栄養状態の改善と根気良いリハビリを指示した。下肢にアブセフをもつ子供が多い。消毒薬が不足していた。皆に別れの挨拶をし記念撮影をして19時30分アリサビエ出発。21時ジブチ事務所でDr. Rahmanと夕食を取り、彼に空港まで送ってもらった。23時35分エールフランス機でパリに向け出発。



アリサビエ オフィスのスタッフとビジター

ASSESSMENT OF THE SURGICAL AND ORTHOPAEDIC  
PATIENTS IN HARGEISA HOSPITAL

This is an assessment of the surgical and orthopaedic patients admitted to MS-1, MS-2, and FS-1 from 4th to 8th of August, 1993. The capacity of the ward MS-1 is 12 beds, that of the ward MS-2 is 25 beds, and the capacity of the ward FS-1 is 20 beds. The number of patients in each ward is 11, 24, and 18 patients, respectively. The ward MS-1 is now being repaired and, in the mean time, the patients are using the gynecological ward.

1. Number of Patients:

53 patients ( Male 35, Female 18 )

2. Disease:

a) Fracture	16 cases ( 30.2 % )
Mandibula	1 Femur 5
Forearm	2 Lower leg 6
Hand	1 Calcaneus 1
b) Dislocation	
1 case ( 1.9 % )	
Talo-calcaneal joint	1
c) Amputated	
6 cases ( 11.3 % )	
Gun shot	3
Gangrene	2
Injury by knife	1
d) Spinalcord Injury	
4 cases ( 7.5 % )	
e) Nerve root Injury	
1 case ( 1.5 % )	
f) Trauma	
9 cases ( 17.0 % )	
Gun shot without fracture	4

Contusion 3

Injury by an axe 1

g) Infection

3 cases ( 5.7 % )

Abscess 1

Osteomyelitis 1

Tuberculous arthritis 1

h) Neoplasma

3 cases ( 5.7 % )

Breast carcinoma 1

Lymphoma 1

Abdominal tumor 1

i) Others

9 cases ( 17.0 % )

Prostatic hypertrophy 5

Hydrocele testis 1

Aseptic arthritis 1

Burn wound 1

Snake bite 1

3. Cause:

Gun shot	20 ( 37.7 % )
Traffic accident	7 ( 13.2 % )
Fight	4 ( 7.5 % )
Infection	4 ( 7.5 % )
Neoplasma	3 ( 5.7 % )
Mine explosion	2 ( 3.8 % )
Others	11 ( 20.8 % )

THE LIST OF OPERATIVE INSTRUMENTS NECESSARY  
FOR HARGEISA HOSPITAL

THE LIST OF GENERAL SURGERY SET ( GASTRECTOMY )

1. OPERATION THEATRE

a) Most essential equipments  
 X-Ray film viewer (small) x 1  
 Iodine soap (500ml) x 10  
 Gown (large) x 6  
 Trousers and shirts x 10  
 Brush x 20  
 Brush case x 2  
 Handkerchief (Towel) x 20  
 Drape (large) x 2  
 (120 x 120cm) x 20  
 Trolley x 1

b) Relatively essential equipments

Operation table (if possible) x 2  
 Electric coagulator x 1  
 Drape (roll 120cm x 5m) x 2  
 Manometer x 1  
 Traction table x 1

2. ORTHOPAEDIC OPERATION

a) Most essential instruments  
 Bone retractor (dull tip) x 2  
 Driver (A-O, small) x 1  
 wire cutter x 1  
 Chisel (flat 5,10,15mm) x 1  
 (round 5,10,15) x 1  
 Rongeur (large) x 1  
 (small) x 1  
 Tap (A-O, 4.5mm) x 1  
 Depth gauge (A-O, large) x 1  
 Retaining bone holder (large) x 2  
 (small) x 2

Periosteum elevator (large) x 1  
 (small) x 1  
 Plate bending device x 2  
 Kirschner wire (1.5, 2,0, 2.5, 3.0) x 50  
 Dermatome (manual) x 1  
 b) Relatively essential instruments  
 Steinless hammer (large) x 1  
 Plastic hammer (large) x 1  
 Plate set (A-O) x 1  
 screw set (A-O) x 1  
 electric drill x 1  
 Manual pneumatic tourniquet (large) x 1  
 (small) x 1  
 Kirschner wire bender x 1

3. ORTHOPAEDIC OUTPATIENT

a) Most essential equipments  
 Stockinet (No2,3,4) x 5cases  
 Rolled cotton wool (7,5 12cm) x 5cases  
 Plaster cutter x 2  
 Electric cutter for plaster x 1  
 Plaster retractor x 1  
 skin traction band x 10

4. OTHERS

a) E.N.T. set  
 b) Amputation set  
 c) major surgical set

Scalpel handle ( No.4, No.7 ) x 1  
 Scissors (straight) x 1  
 ( curved ) x 1  
 ( Mayo ) x 1  
 ( curved, long ) x 1  
 ( dissecting, long ) x 1  
 Tissue forceps ( with teeth ) x 3  
 ( without teeth ) x 3  
 ( long without teeth ) x 3  
 Hemstatic forceps ( Kocher ) x 15  
 ( Pean ) x 15  
 ( Kocher, long ) x 3  
 ( Pean, long ) x 3  
 Towel forceps x 8  
 Kelly forceps x 9  
 Mosquito forceps ( long ) x 2  
 ( with teeth ) x 10  
 ( without teeth ) x 10  
 Mikulicz forceps x 8  
 Zupfer forceps (long) x 2  
 ( short ) x 2  
 Needle holder ( Mathieu ) x 1  
 ( Hegar ) x 2  
 Sonde x 1  
 Deschamps aneurysmal needle ( right) x 1  
 ( left ) x 1  
 Retractor ( 2 prongs ) x 2  
 ( Langenbeck, large ) x 2  
 ( Langenbeck, small ) x 2  
 ( Fritsch ) x 1  
 ( Gosset ) x 1  
 Allis tissue forceps x 5  
 Doyen forceps ( straight ) x 2  
 ( curved ) x 2



# ジブチ共和国を訪問して

アジア医師連絡協議会 友貞多津子

1979年のAMD A活動開始以来、いえ実際にはその構想が菅波代表の頭に浮かび始めた頃から 時に危うげに 時に期待を持って会の成長を見てきた私にとって 今回のジブチ訪問は 自分のこれからの役割と方向性を確認する為にも 非常に有意義な旅でした。 アジア医師連絡協議会という名の通り お医者様達が結束して始まった会ですから 医師でない私に 確乎とした役割分担と位置づけを見いだすのは 容易な事ではなく『裏方に徹して 何か私に出来る事があれば 喜んでお手伝いをしましょう』と 多少の距離を保ちながら あたかも我が子の成長を見守るがごとき心境で臨んで参りました。 光栄にも 7月23日に外務省飯倉公館で行われました 本年度の外務大臣賞受賞式典に 菅波代表のご名代として参列させて頂いたのですが その際毎日新聞社の記者の方に 心境を一言と聞かれ とっさに『これでAMD Aも やっと成人式を迎えられたな と言う気持です。』と申し上げたのですが 記者の『端的で実に良いコメントですね。』という言葉を目にしながら まさにそれが実感だと思いました。 AMD Aの国際貢献が名実ともに 日本政府からも高く評価されたと同時に 日本を代表する一大NGOに成長したのですからフィールドに出て活動されてきた方々はもとより 色々な形で会に携わってきた皆様全員 やはり感無量なのではないでしょうか？ しかし 実際問題として これは言うまでもなく 日本政府のAMD Aに対する 多大な期待を示すものでもある訳です。そんな中でのジブチ入りでしたから より感慨も深く 特にジブチ大使のご尽力で ジブチ共和国大統領には ご静養先のジュネーブ郊外の別荘にて 首相 厚生大臣 外務大臣 ONARS代表 UNDP代表等々には ジブチ滞在中にお目に掛かり 国をあげてAMD Aのジブチ、ソマリアでの活動をバックアップしてあげよう という姿勢に今回のプロジェクトが 今後のアフリカ全土における 活動の強力なあしがりになれた事を確信致しました。

ともすれば 物ばかりを送り 金だけを援助すると思われる 日本の援助のやり方の中にあって ドクターが ナースが 貴重な時間と労力を費やして 難民キャンプで 人的貢献をしてくれているのですから それに対する評価がなされるのは 当然といえなくはないのですが 国際社会における日本の立場を少なからず 歯がゆく思っている 親日家にとって AMD Aがこの様な形で アジアの国々だけでなく 世界規模で益々大規模に 人的貢献を行っていく事が ひいては 日本自体に対する諸外国からの評価の向上につながっていく 歓迎すべき姿なのだと感じましたし はっきりと そうおっしゃつて応援して下さる方も多くおいででした。

Mme Tazuke satisfaite



ジブチ厚生大臣表敬訪問、  
厚生大臣（中央）と友貞氏（右隣）



駐日ファラ大使、  
AMDAのコーディネイター、ラザック氏と談笑

今回のソマリア難民救援医療プロジェクトの対応の早さは 特記すべきで ファラ駐日ジブチ大使を菅波代表にご紹介すべく 成田空港までお連れしたのが 12月末車中で すでに援助と受け入れ体制と協力が双方合意 数日後 年明けと同時に自宅に 国井先生から『 私がプロジェクトリーダーをかってでましたので。』との電話がはいり 追って先生のかつてのソマリアでの体験、その時より医者として成長した今なら もっと積極的に活動できるのではないかと と言う意欲的かつ情熱的なお手紙を頂き胸が熱くなる思いでした。が その時点で 既に 永野さん初め何人ものメンバーにお声を掛けて下さっており 次々に出発の日程を調整している旨 連絡を頂き驚きました。国井先生のリクルート力には定評がありますが 今回の敏速な人集めにも 感服致しました。

柿沢前外務政務次官は 日本—ジブチ友好協会の会長でもあられ その方がジブチを訪問された時に 国井プロジェクトリーダー他AMD Aのメンバーが 第一陣として入国出来たのも幸運な事でしたし 今年10月に東京で開催されるアフリカ開発会議にむけて 政府レベルでの支援を得られた事もなにより心づよい事実でした。 また 今回もAMD Aバングラディシュ、フィリピン、パキスタン 等々 AMD Aの各国メンバーが 5月に正式結成された アジア多国籍医師団の名の下に 次々と参加医師、コーディネーター 他 メンバーを敏速に送り続けてくれている事も 本来のAMD Aの特色が十分に表れており 嬉しい事です。 お医者様が中心となって出来上がったNGOグループですが どんどんと組織が大きくなり それぞれの役割も細分化して参りますと ドクター以外の活躍の場も重要性を増して来る様です。 その意味においても 現在もジブチで奔走している ラザック氏のコーディネーターとしての力量は絶賛すべき評価を ファラ大使はじめ 現地政府 関係各機関から受けておりますし 相手国のデリケートな内政に干渉することなく 十分な協力を頂くというNGOの鉄則に則りながら 精神的に仕事をこなしているのを 今回現地を見て 今後益々コーディネーターの質と能力が大切になると痛感致しました。 又 本部事務局のスタッフも 地味な仕事だけに 細かなところでの苦労は労ってあげるべきでしょう。 そんな蔭の支え手と接しながら 私自身も AMD A多国籍医師団の事務局長として 各国の代表やメンバーと より積極的にかかわっていくのは 勿論の事。日本の外から 日本を見る機会の多かった過去20余年の経験と その時に築きあげた 海外でのネットワーク、また 親しくして頂いている駐日大使の方々 相手国の政府の方々にも ご協力をお願いしながら AMD Aがどこの国に行っても 歓迎され 円滑にかつ効果的に 活動出来る様 援助される側の立場にも立って 橋渡しをして行かなくては と志を新たに帰国致しました。

## Mme Tazuko satisfaite de ses actions à Djibouti

La secrétaire de l'Association multinationale des Médecins de l'Asie (AMDA), Mme Tazuko Tomosada, se trouve dans notre pays depuis quelques jours pour voir sur le terrain la situation des réfugiés à Djibouti et évaluer l'efficacité de l'intervention de l'équipe de l'AMDA dans les différents camps.

Notre journal a rencontré Mme Tazuko pour une interview.



**Mme Tazuko Tomosada, secrétaire générale de l'AMDA.**

**Madame la Secrétaire générale, votre organisation «AMDA» est connue par ses activités plus que remarquables dans le continent asiatique. Pourquoi avez-vous choisi Djibouti ?**

Il est vrai que notre action est essentiellement remarquée dans de nombreux pays du continent asiatique. Nous avons remarqué que Djibouti souffre beaucoup des problèmes de réfugiés qui constitue un lourd fardeau pour le Gouvernement djiboutien tant sur le plan économique que financier. Alors, qu'un pays de 500 000 habitants comme Djibouti ne peut plus vaquer à sa mission sans l'aide internationale. C'est pourquoi l'AMDA a bien voulu offrir ses services pour soutenir le Gouvernement djiboutien sans son action humanitaire.

**Quelle était votre impression à l'issue de la visite que vous avez effectuée dans les camps de réfugiés d'Ali-Sabieh et Holl-Holl ?**

Tout d'abord, j'étais satisfaite de l'action menée par l'AMDA dans ces camps. Notre équipe inter-

vient efficacement dans ces opérations. Nos médecins et infirmiers ne ménagent aucun effort pour soulager les maux de ces réfugiés. Je dois dire aussi que j'étais impressionnée pour la bonne organisation de ces camps.

**N'avez-vous pas remarqué que la communauté internationale n'intervient pas suffisamment au moment opportun pour sauver des milliers de personnes réfugiées ou déplacées ?**

Effectivement, il y a une certaine lourdeur qui influence la rapidité des réponses. Le Gouvernement du Japon prend aussi des temps pour répondre. Toutefois, il pousse les organisations non-gouvernementales à aller sur le terrain et évaluer la situation sur place, ce qui permet au gouvernement d'intervenir d'une manière plus efficace.

En ce qui concerne l'AMDA, les choses se passent bien et sans attermoiement et surtout en cas d'urgence.

**Quelle est la prochaine étape de vos activités à Djibouti ?**

L'AMDA devait en principe finir son programme le mois de décembre prochain. Mais en raison de la coopération que nous venons d'avoir avec le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, le Ministère des Affaires étrangères et l'ONARS, notre action va continuer.

**Comptez-vous aller plus loin dans le continent africain où le drame humain est un vécu quotidien ?**

Ceci est liée à notre action à Djibouti. Si nous réussissons, nous aurions peut être à intervenir encore plus dans le continent africain.

PROPOS RECUEILLIS  
 PAR ADJAL CHOUAIB

# ソマリア被災民救援医療活動報告

アジア医師連絡協議会 長谷川 昭一

7月下旬にそれまでの経過を一度報告しました。今回はその後1ヶ月間の活動を医療面を中心に述べたいと思います。なおこの間スタッフとしては、コーディネーターとしてラザック氏山本氏、医師としてはファルク医師（AMDAバングラデッシュ）、ニルマル医師（AMDAネパール）、大脇医師の参加がありました。

### I ハルゲイサ中央病院再建医療プロジェクト

#### 1) ハルゲイサ市内の状況

治安はますます落ち着いています。警察機構が整備されてきて、街中で銃を持った人を見かけることも少なくなってきました。新政権の政策は少しずつ浸透してきており、我々の関係する保健省も大臣を先頭に多方面に活動をはじめています。問題点としては、内戦中に戦った私兵グループの武装解除がなかなか進まないことが挙げられます。なお南部ソマリアからの影響はほとんどありません。

現在国を離れていた人々が戻ってきており、急速に人口が増えてきています。私がはじめてきた5月前半と比較しても30～40%は増えているような印象です。UNHCRが企画している難民の自主帰還が始まれば、今でも不足しがちな食糧や生活物資は窮乏してくるに違いありません。将来治安の再悪化、スラムの出現、疾病の流行などの問題が心配です。

日常生活面では、多少の不便はありますがまず快適に過ごしています。あちこち出歩けないのと、スポーツなどで気分転換できないのが少しつらいところです。

#### 2) ハルゲイサ中央病院の状況

基本的には前回の報告に比べ大きな変化はありません。ただ帰還民の増加に伴い、医師や看護婦などの医療スタッフの数が徐々に増えてきているということはいえます。ただそれらの人たちが活躍できる受皿は充分ではありません。たとえば中東で仕事をしていたという麻酔科医は、せっかく帰ってきたのに病院の設備が貧弱なので力を発揮できないとこぼしていました。スタッフには病院当局や保健省などから給料の支給がなく、ボランティアで仕事をしています。いくら一生懸命やっても金にならないわけで、生活を維持していくためにはプライベートクリニックなどでアルバイトに励まなくてはなりません。関わりの点でまだまだ弱い面があるといえます（たとえば医師は午前中しか病院にいない）。早急な解決が望まれるところです。

先日から、昼間の電気の供給が増えました。週2回以外に、30分だけですが他の日も使えるようになったのです。これで検査の面でずいぶん便利になりました。またここ1ヶ月はレントゲンフィルムや現像液を確保できたので、診断面で大いに役立っています。

いろいろ問題はありますが、少しずつよい方向にきているように思います。

#### 3) プロジェクトの経過と現状

##### ① 病院の再建、修理プログラム

7月18日から始まった作業は、いくつか問題が起きましたがなんとかクリアーしあとは天

井、屋根、それに電気系統の一部を残すのみとなりました。やはり目に見える形でプロジェクトが進んでいくのは気持ちがいいものです。詳しくはコーディネーターの報告を参照してください。

## ② 医薬品、医療機器の供給プログラム



整形外科病棟でソマリア人  
医師と回診する大脳医師

病院を少しずつ修理してゆく



ハルゲイサ中央病院のドクターたちとミーティングを開く

ジブチからハルゲイサまでの輸送が予想以上に難しく、まだ大部分ジブチにあります。8月初旬に手術器具の一部を、8月下旬に体温計を供与しました。医療機器を優先し、なんとか9月下旬までに運びたいと考えています。機器が到着次第、それらの使い方、診断の仕方についてのトレーニングプログラムをはじめます。

### ③ トレーニングプログラム

7月中旬より内科病棟の回診につき、ソマリア人医師と一緒に入院患者を診ています。疾患としては、マラリア、結核、重度の貧血症、急性胃炎、消化性潰瘍が4大疾患です（別表参照）。マラリアは熱帯熱型が多く、脳マラリアや黒水熱などの重症者もときおり見られます。結核は肺結核以外に、腹水をきたす型のもが意外に多く驚いています。貧血にはいろいろな原因がありますが、詳しい検索はこちらではできません。鉄欠乏によるもの、マラリアによるものが主でしょう。ヘモグロビンで2~3という値を見るとさすがに輸血せざるをえません。肝炎、AIDSをチェックできない現状では輸血により新たに病気を移入させてしまう可能性があり、暗然たる気持ちになります。

回診では一緒に診察しながら、主に鑑別診断と治療についてディスカッションしています。活用できる検査が非常に限られているので、診断がなかなかつかず治療的診断をせざるを得ないこともときどきあります。情報をできるだけ集めるため、今まであまりやられてこなかった腰椎穿刺、腹水穿刺なども指導しながらやるようにしています。病棟診療の向上に役立てばと考えています。

8月初旬には整形外科の大脇先生が来られました。整形外科、外科で回診についたり、骨折の整復固定などの処置を支援していただきました。また現在ある手術器具の評価もお願いしました。短期間でしたが、病院スタッフ、我々AMD Aスタッフにたいする影響は少なからずあったと思います。

8月16日からソマリア人医師対象のレクチャープログラム（週2回）をはじめました。しばらく戦乱状態にあったこの国では、研修は不可能で医学書もまず手に入らなかったといえます。というわけで、トピックは症候を診たときの鑑別診断と、主な疾病の診断と治療が主です。これまで発熱、ショック、院内感染などを扱ってきました。ソマリア人医師の参加は5~6人といったところで、標準的な知識を得ると同時にディスカッションを通じ実践にも役立つよう心掛けています。

8月22日には、保健省主催で婦長が対象のワークショップ（病棟管理がテーマ）にニルマル医師が講師として参加し、好評でした。今後もこのような機会を活用していきたいと考えています。

8月26日からデボック医師（AMD Aネパール）がジブチから支援に来てくれました。約3週間の間に主に検査部で指導にあたってもらう予定です。現状では特にマラリアと便の検査の精度に問題がありそうで、技師たちの期待も大きなものがあります。

各病棟には数人の看護婦（士）がいます。正規の教育を受けたものは少数で、あとは多少の経験があるという人たちです。彼らはみな若く、勉強したがっていることが伝わってきます。なかにはモガジソオで医学生でしたが、内戦のため中断して帰ってきたという人もいます。この人たちにぜひとも教育の機会を作りたいものです。しばらくは、回診時にショートレクチャ

一をときどき実施してみようかなと考えているところです。

## II その他の活動

### 1) エチオピア難民診療

2ヶ月目の活動は先日お送りした英文の報告文を参照してください。徐々に効果が出てきていると思います。

### 2) 孤児院支援活動

ハルゲイサ市内にイギリスの団体が援助していた孤児院があります。先日なんとこの団体が突然帰国してしまったのです。それまで財政的にはすべてこの団体が支えていたので、40人の子供たちは路頭に迷ってしまったわけです。緊急にUNHCRから各援助団体に協力要請があり、AMDAは医療面で支援することにしました。

血のつながりを大事にするソマリアでは、孤児はかなり厳しい状況におかれています。内戦が主でしょうが、1歳に満たない赤ちゃんもいるところを見ると複雑な背景がありそうです。

今まで2回訪ねました。普段緊張をなかなか解けない生活なので、ここへ来るとほっとします。週1回定期的に訪問し、薬を供給すると同時に病気の子供を看護師と一緒に診ることにしました。看護師に随時アドバイスもしていこうと考えています。来週から本格的には始めるつもりです。

### 3) 調査活動

8月後半にハルゲイサ市内の水質検査(大腸菌)とハルゲイサ中央病院内で肝炎の調査を実施しました。水質検査の方は次回報告したいと思います。肝炎の方は残念ながら検体をあまり多くとれず継続調査にしたいと考えています。

## III 感想

先日髄膜炎の患者が急変しました。呼吸が停止し、脈拍も触れなかったので、ソマリア人医師、看護師と協力して蘇生を試みました。心臓マッサージ、人工呼吸(気管内挿管道具がなくマウスとウマウス)をしました。その後一時的に回復傾向を示しましたが結局亡くなってしまいました。家族の心配している様子、一生懸命に介護している姿はまったく日本と変わりありません。しかし彼らが受けることができる診断、治療があまりに日本と異なることに、今さらながら愕然とせざるを得ませんでした。我々の活動が彼らの苦痛を和らげ、健康を回復させる一助となるよう願ってやまない今日このごろです。



内戦時、破壊された住居

内科入院患者疾患分布 (8月23日~29日)

疾患名	例数
結核	10
マラリア	9
胃炎、消化性潰瘍	9
貧血症	6
慢性下痢症	3
肺炎	2
急性気管支炎	2
急性肝炎	2
腎盂腎炎	2
蛇咬症	2
高血圧	2
心不全	2
糖尿病	2
食道癌	2
その他	15
計	70



### ハルゲイサ便り

アジア医師連絡協議会

山本 邦光

5年前カナダの語学学校で2人のソマリア人に出会って以来、いつかはソマリアを訪れてみたいと思っていた。5ヵ月前私の大学（米国バーモント州）の寮に本部のソマリアプロジェクト担当の岡崎さんより電話がかかり、AMDAのソマリアプロジェクト参加への要請があった。何人かの私の学校の知人及び先輩はすでに他のNGO（SCF-US, IRC, etc.）を通しすでにソマリアで働いていた。またNew Yorkで開かれた Model United Nations（全米の大学生が国連本部に集まり行われる会議）に参加した私に与えられた議題は“ソマリアの飢餓の人々への食糧供給の安全性について”であったということもあり自分もいつかはソマリアに行き何かしたいと思っていた矢先に受けた要請で、事実多少困惑もしたが今回のソマリアプロジェクトに参加させて頂くことになった。

6月の始めに初めてソマリアの土を踏み、早3ヵ月が過ぎた。夜中に鳴り響く銃声に始めの頃は緊張する日々が続いたりもした。この3ヵ月間に本当に多くの困難に直面したと思う。始めに直面した問題は Incentive（報酬金）である。AMDAのプロジェクトをハルゲイサ病院で始めるために病院側及び厚生省より Incentive の要求があった。なぜ我々が、Training Program、薬及び医療器具の供給、そして病院の建物の修理をするのにわれわれが病院の医師、看護婦（士）及び他の従業員達に Incentive を払わなければいけないのかと非常に困惑した。現在ハルゲイサ病院で働いている医師達はすでに、3年以上も無給で働いている。無給ということもあり医師達は生活の保証がない。政府が安定し病院の職員達に給料を払えるようになるには、最低でも2年はかかるという。ソマリア北西部（ソマリランド）で一番大きな病院の職員全員に給料を払うと1ヵ月約300万円程かかる。また給料を払い始めるということで医師、看護婦（士）の数が增加する可能性が高くAMDAのProject終了までに3000万円払わなければいけない事になりそうであった。この問題のためAMDAは、はじめの2ヵ月間Projectを開始する事が出来なかった。最終的には国連難民弁務官のAMDAへの協力もあり7月後半より、AMDAは、ハルゲイサ病院でProjectを開始することになった。今回のAMDAのハルゲイサでのProject開始に関し、立正佼成会の根元、島村両氏に6月下旬から7月下旬まで約1ヵ月間手助けして頂いた。彼らの力抜きにして今回のProject開始はなかったと思う。

無事厚生省との契約が結べた後、AMDAが直面した大きな問題はClan（部族）問題である。ハルゲイサ住民のやく90%はイッサック族であるため、ソマリア全土である部族問題は、ハルゲイサにはないと当初我々は思っていたが、これは全くの間違えであった。このイッサック族の下には、約9つのSub-Clanが存在し、この9つのSub-Clanの下には、無数のSub-Sub Clanが存在する。外国人が北西部ソマリアで何人かの労働者を雇用する際には、必ず幾つかのClanより労働者を雇用しなければいけない。現在AMDAは、病院の建物の修理工事のため日雇い労働者を一日20人から30人雇っている。労働者の選抜に関しては、すべて厚生省より紹介されたエンジニ

アに任せていたため、日雇い労働者のすべてがエンジニアの属する9つのSub-Clanの中でも小規模な”アラブ族”でしめられていた。この件に関してハルゲイサ病院から強い反発をくらった。現在ハルゲイサ病院で働いている80%近くの医師、看護師(婦)、その他従業員は9つのSub-Clanの中でも大規模な”ハバーアウェル族”に属する。病院側からは、自分達のClanより労働者を雇用してほしいと要請され、エンジニア側からは作業上非能率的であるなどの理由で拒否される。話合いの結果何人かの病院側の労働者を雇用する事になったが、このClanに関する問題は日々続いている。イギリスのRIMFIRE(地雷撤去隊)も1つのClanのみから、労働者を雇用したため今回のAMDA以上の大きな問題になりソマリア人及び他の国連/NGOなどから強く批判された。内戦終了直後で非常に深刻な失業問題に直面していて又複雑な部族問題を抱えるソマリアで、労働者を雇用していくには本当に慎重にやっていかなければいけないと身にしみて感じた。

AMDAは7月より宿舎を借り、その宿舎に住む予定であった。しかしSOOYAAL(退軍人協会)との問題に直面し、3ヵ月分の家賃を払ったもののその宿舎に住む事が出来なくなった。現在ハルゲイサに宿舎、又はOfficeを持っている国連/NGOは、SOOYAALよりSecurity Guardを雇わなければいけない事になっている。SOOYAALよりAMDAの宿舎用に要求してきたSecurity Guardの数は9人、費用は1ヵ月45万円である。あまりにも高額に宿舎に住むのをあきらめた。宿舎に住むのをあきらめたためSOOYAALよりSecurity Guardを雇うのを断りはしたものの彼らはあきらめなかった。8月7日、SOOYAALのGuard8人が、AMDA Officeに押し掛けてきて代表の1人が、「AMDAはSOOYAALのSecurity Guardを雇っていないのでソマリランドの法律に違法である」と言ってきた。約30分の交渉の後彼らは去っていった。しかしその2週間後今度は銃を持って7人のGuardがAMDAの宿舎へやってきてAMDAに自分達を雇うようにと強制的に主張。この7人はSOOYAALの幹部とClanが違うため差別を受けており、なかなか仕事があたえられないのである。そのとぼっちりがAMDAに来たというわけだ。7人の中の代表をすぐにOfficeに呼び話合いをした。彼らはAMDAが彼らを雇うまで、AMDAの宿舎から出ないという。困った我々は至急他の国連機関NGOなどと連絡を取り相談をした。最終的には、SOOYAALの幹部がきて7人のGuardを説得して問題は一時的に解決された。

3ヵ月間ハルゲイサで多くの問題に直面したが、本当にハルゲイサにきてよかったと思う。今から2ヵ月前Incentiveの件で、Projectをやめようと言う話が出たときに比べれば、どんなに忙しくても、どんな問題に直面しても1日1日が充実して又楽しくも感じる。ハルゲイサに来る前は、医療知識のない私がどうやって外国で医者とともに働いて行けるのだろうか多少心配したものだが、多くの事をAMDAの医師やソマリアの人々及び他の国連/NGOの人より学ぶことが出来て本当によかったと思う。最近私が小学生頃母より「お母さんは幼い頃医者になってアフリカで働きたかったのよ。」と何度と聞かされたのを思い出し、今自分がアフリカで医者とともに働いていることを不思議に感じる時がある。私のような未熟なものにこのような貴重な経験をあたえてくれた、菅波先生及び本部でソマリアProject担当の岡崎さんに深く感謝をしたいと思いません。

## ダハナン産婦人科病院活動日誌

アジア医師連絡協議会 篠田 恵見

### 1 DAR EL HANAN HOSPITAL

1) 活動期間：6月1日～6月20日（但し6月1日～6月6日は体調不良のため休養）

2) 活動内容：

(1) 分娩介助— 直接介助 — 11例  
間接介助 — 6例  
経過観察 — 10例（重症貧血合併1例）

(2) 異常妊産褥婦の治療・看護 — 10例 流産—4例  
切迫早産—2例  
不正出血—1例  
分娩後感染症—2例  
弛緩出血—1例

(3) 新生児・未熟児の治療・看護 — 6例 新生児嘔吐—1例  
感染症—1例  
哺乳不良・未熟児への経管栄養—3例  
新生児死亡—1例

3) 活動の評価：

活動期間は実質2週間程度と短かったため、状況に大きな変化はなかった。しかし、スタッフ全体が私の存在に慣れ、またチームメンバーとして認識するようになり、分娩に関する業務のほとんどを私に任せるようになってきた。また、未熟児や異常のある新生児等の治療や看護について相談してくるようになってきた。スタッフに慣れ、信頼関係を築きつつあるところで活動が終了したということであり、内側から変化させていくには、さらに数カ月の時間を要すると考える。このように若干のよい傾向がみられるようになった段階で活動が終了となり、私自身の活動の評価も満足なものとはなかった。院内環境の改善に向けて総合病院のDirectorが取り組む姿勢を見せ始めている事や、分娩室内のエアコンデিশョナーの設置等により、少しずつ改善の傾向がみられた月であった。

4) 総括：

DEHにおける医療サービスの問題にはさまざまな要因が関連している事がわかった。（図1）AMDAとしては、その能力範囲において改善に向けてサポートを試みてきているが、その成果は残念ながら十分とは言えないと思う。難民患者の増加やそれに伴う病院経営への負担増など、より本質的で大きい問題が前提となっているからである。この状況を改善するためにはGOVERNMENT（保健省）のより本格的な対応が必要であると思う。

AMDAとして貢献できる可能性については、長期的、量的なサポートを提供する事によって、スタッフの労働への負担を軽減する事、およびスタッフの質的向上に向けて教育の機会を提供してゆく事が考えられる。

前者については一人最低6カ月の滞在期間とし、不足している検査技師、麻酔医、助産婦等を派遣することで、現在機能していない検査や手術ができるようになる可能性がある。（しかし撤退後元に戻ってしまうことは問題）

後者については、特に看護婦、TBAに対する継続教育や、管理者（主任）のための教育プログラムが実施される事が望ましいが、指導に当たる者は相当の経験と指導力を持ち、かつ時間をかけて取り組む事が必要であると思う。

## 2 Refugee camp

1) 活動期間：6月22日～7月6日

(1) 6月22日～6月26日：MSFとのミーティング  
 プレテストの作成および各キャンプでの実施  
 (聞き取り調査)  
 トレーニング内容の検討、教材作り

(2) 6月27日～7月6日：各キャンプ2日間のトレーニング実施

6 / 27・28 ... Assamo  
 29・30 ... Aour Aoussa  
 7 / 3・4 ... Hol Hol  
 5・6 ... Ali Adde

終了証の授与  
 MSFとのミーティング (評価のため)

2) 活動内容：現在各キャンプで活動しているTBAへのトレーニング

トレーニング内容 ・ 正常な妊娠・分娩・産褥期および新生児へのケア  
 ・ 正常分娩の取扱い  
 ・ 各期に起こりやすい異常の発見と対応

トレーニング方法 ・ 講義およびディスカッション  
 ・ デモンストレーション

3) 活動の評価：

キャンプ	知 識	技 術	態 度	物品供給
Assamo (1人)	全般に乏しい。高齢のため理解力に問題有り。フォローが必要	不十分なことが多い	前向き	不足が多い
Aour Aoussa (2人)	年長のTBAは知識豊富(80%程度)。他の一人は不足しているが先輩から学べる可能性あり。2人とも文字や数字は読めない。	一部誤った技術あり。目盛りのある道具は使用不可(体重計、体温計)	同上	供給されている。
HolHol (2人)	2人とも正確で豊富な知識を持つ。(90%)薬の使用に関し誤った知識あり。	ほぼ適切。注射について一部不正確	同上	同上
AliAdde (1人)	年長だが知識は正確で豊富。特に問題を認めない。	適切。注射について一部フォローが必要。	同上	同上

4つのキャンプのうち、Assamoを除く3つのキャンプについては、知識・技術ともに適切なものが多く、基本的な事柄についての能力は修得していると考えられる。しかし、文字や目盛りを読む道具の使いこなしや筋肉注射の手技等については不十分な点が多かった。これはTBAの教育背景(基礎的・専門的)に依るものと考えられる。また、職業そのものや学習に対する姿勢は皆たいへん積極的であり、継続的な教育の機会を得ることによって、さらに高い能力を身につけられる可能性がある。今回のトレーニングには、TBAのみでなく、ナース、CHW等平均して8～12人の出席があり、皆たいへん熱心に受講しており、驚かされた。

物品の供給について

5月に保健省主催によるTBAのためのセミナーが開催された際、分娩介助に必要な器具が配布された。配布の際一通りの指導が行われたがその使用は適切でないものもあり、今回のデモンストレーションで確実に思ったと考える。ガーゼ、せっけん、消毒薬等の消耗品についてはまったく補充がされておらず、使いきったら終わりとなっていた。手洗いの指導を行ったところ、無理をして個人で購入した者もいたが、これらについては定期的な補充がされるべきである。

上記の内容については、トレーニング終了後、MSF、ONARSとミーティングを持ち、今後のフォローアップを依頼した。今回のトレーニングによって、TBA個人々の能力レベルが明確になったことで、今後のサポートの方向性も具体的になり、短期間のプログラムではあったが意義ある結果が得られたと考える。

3. プロジェクトの立ち上げについて

今回私はプロジェクトの立ち上げの時期から参加しました。コーディネーターとともに現地での準備を進める経験を通し、その内容や準備の優先順位など、いくつかのポイントがあることを学びました。以下にまとめますので、今後何かの参考になれば幸いです。

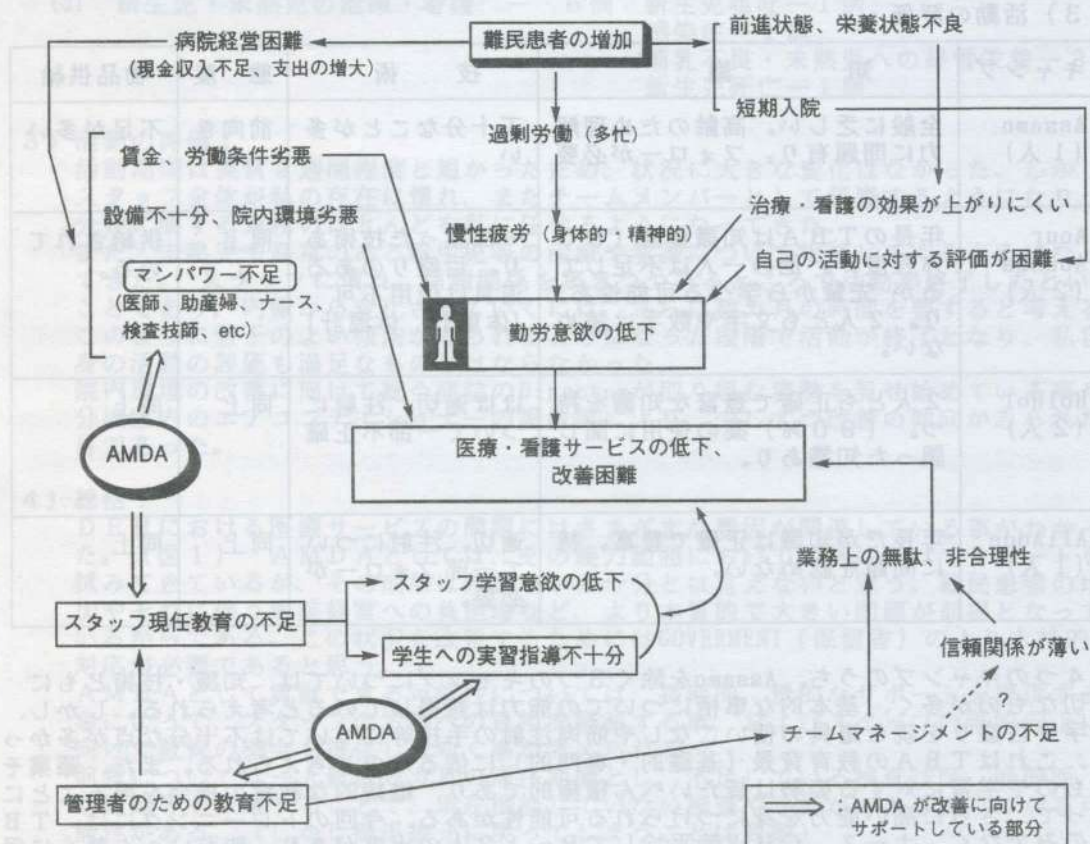


図1 DAR EL HANAN HOSPITAL における医療サービス問題の構造マップ





# スタディー・ツアーに参加して

愛媛大学医学部 佐藤 潤

この度は AMDA の活動に参加させていただく機会をいただき、有難うございました。ジブチではコーディネーターの Mr. Razzak そして Ali-Sabieh にいらっしゃる Staff の方々に大変お世話になりました。それぞれのキャンプの状況は Ali-Sabieh 事務所に滞在されている Staff の方々が Report されていると思いますので、自分は3週間の滞在の感想をもって Report とさせていただきます。

自分の仕事は、MCH テントでの永野さんの手伝い、薬のカウントと List 作り、車の運転といった程度で、あまりお役に立てず申し訳ありませんでした。

しかし、キャンプの状況を肌で感じる事ができ、また AMDA の Staff の方を始め、CNARS, HCR, MSF などのそこで働く方々の活動や姿勢を見ることができ、貴重な体験をさせていただきました。

4つのキャンプはそれぞれ特徴があり、健康状態も様々で、Assamoなどは健康状態が比較的良好で、子供らしい活気に満ちていました。自分は Aour Aussa を訪れる回数が多かったのですが、その健康状態は最も悪く、とくに乳児の死亡率が高く、5月は前半だけで20人の乳児が死亡したようです。乳児の死因は栄養失調と脱水症状で極度に抵抗力が落ちた状態で感染症にかかるというケースが多いようでした。MCH テントでは毎日10人~15人の乳児が母親に連れられてやってきていました。下痢と嘔吐のみられる子供が多く、治療としては抗生剤、制吐剤の処方、脱水のひどい場合は NG tube による ORS と呼ばれる補液水やミルクの流入が多かった。

NG tube を挿入する際、子供はいやがり、嘔吐することも多かったが、お母さんたちはそれをする事の必要性を理解しており、協力的だった。また永野さんを非常に頼りにしており、これまでの成果が現われていた。

そういった治療は効果的だったが、自分が7回訪れた間だけでも2回子供が死んでいくのを目のあたりにした。

1人の子供は、その日 Edema がみられ、衰弱していたので補液をしたが、すでに衰弱が不可逆になっていたため、苦しむでもなく、呼吸が自然に止まる感じで息絶えた。Dr. クントルと永野さんが人工呼吸と心臓マッサージ、更にアドレナリンの注射で蘇生を試みたが駄目だった。たった今まで補液していた子供がもう息絶えてしまったことに愕然とした。2人目の子供は、朝お母さんに抱かれてやってきた時には、ひどい脱水症状と栄養失調で衰弱きっていた。2才児だというのに頸もすわっておらず、目はうつろだった。リングルの点滴をし、衰弱がひどいので ALI-Sabieh 病院に転送しようということになった。しかし、その子の母親はその子の他にも2人の子供がいて、彼等の面倒を見ねばならず、それほど衰弱したわが子の命を諦めており、テントに連れて帰ってしまった。その後で病院に送る気になり、子供を連れて来たので昼過ぎに転送した。しかし、夜 ALI-Sabieh 病院の様子を見にゆくと、子供は息絶えてシートにくるまれていた。



いずれのケースも治療がうんぬんと言うよりも、お母さんがちゃんと子供に哺乳してあげて十分に世話をしておれば、そこまで衰弱しなかったのではないかと思わざるをえなかった。それが出来ない理由は環境にあると思われた。1つには難民としての生活の中で、正常な生活に戻れる見通しもなく、失意のうちにあること。また、2人目の子供のお母さんのように子供と母親だけの暮しで、お母さんの他に世話の出来る人がない場合も多いということ。また住居がテントや枝と布で作ったもので十分でなく、食料も最小限度は支給されているとはいえ、十分でなく、体力がなくて感染症にかかりやすいこと。要するに難民キャンプの生活を送っていること自体が原因であると思う。病気になってしまった人を治療すると同時にその原因となる環境を変えていく必要性を感じた。

また、こういった状況で働ける医者は、今の日本の病院のシステムでは育ちにくいように思われた。なぜならば、難民キャンプでは殆どの検査は不可能で、ドクターは、問診・聴診・視診・触診を中心として診断を下さねばならなかった。その点ネパールとバングラデシュから来られている Dr. SAROJ と Dr. Kuntruは戸惑いは少ないのではないかと思われ、実際テキパキと診断をされていた。

以上が私の3週間の滞在における主な感想です。今回は自分は医学生といえども素人に毛が生えた程度で、あまりお役に立てませんでした。この経験を生かして、こういった現場で十分に働ける医者を目指して頑張りたいと思います。

どうも有難うございました。



ホル・ホルキャンプ、ディスベンサリーにて

# Monthly Report on Dar EL Hanan Hospital.

August 1993

by Dr. Md. Akhlakur Rahman Sowdagor

## 1. Activities

Indoor visit, outpatient consultation, delivery room, gynecological and obstetrical operation.

### 2. Patient consultation

#### 1) Indoor visit

Dates of consultation=1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,14,16,18,19,21,22,23,25,26,28,31

#### Disease distribution

Normal delivery; Premature delivery; Drug induced delivery; forceps delivery; Caesarean section operation; Premature rupture of membrane; Post partum infection; Intrauterine death of foetus; Pregnancy with anemia; Pregnancy with hypertention; Abortion; Toxiemia of pregnancy; Hyperemesis gravidarum; Uterine prolaps; Pelvic inflammatory disease; Salpingitis; Perineal rupture; Retained placenta; Vesicovaginal fistulae; Podt psrtum infection; Mastitis

#### 2) outdoor visit

Dates of consultation=2,4,5,8,9,11,14,16,18,19,21,23,25,28,31

Total patients consultation=112

#### Disease distribution

Abortion; Pregnancy with anaemia; Pregnancy with hypertention; Hyperemesis gravidaram Sterility (primary,secondary); Dysmenorrhea; Metropathia haemorrhagia; Post operative follow up; Antenatal check up; Uterine prolaps; Fibroid uterus; Pain in the lower abdomen; Pelvic inflammatous diseases; Leucorrhoea; Pruritis vulvue; Cervical erosion; Salpingitis; Rectovaginal fistula

## 3. Gynecological and obstetrical operation

Number of operation conducted = 10

### Name of the operations

Ovarian cystectomy; Explorative laparotomy; Vaginal hysterectomy with anterior and posterior coloperineorrhaphy; Cesarian section; Abdominal systerectomy with bilateral salpingo oophorectomy; Repair of complete perineal uupture; Curattage

## 4. Medical statistics

Total admission = 484; Total delivery = 388; Normal delivery = 306; Drug induced delivery = 26; Premature delivery = 19; Forceps celivery = 12; Caesarean section = 8; Breech delivery = 3; Twin delivery = 7; Difficult delivery = 7; Delivery in their house = 9; PROM = 1; Maternal mortality = 2; Infant mortality = 21; Post partum infection = 6; IUD = 2; Abortion = 38

### 5. Pregnancy with diseases

Pregnancy with severe anaemia = 13; Toxemia of pregnancy = 3; Eclampsia = 3; Hyperemesis gravidarum = 8

### 6. Other gynecological and obstetrical programs

Perineal rupture = 1; Perineal infection = 1; Uterine prolapse = 4; Metropathia haemorrhagica = 1; Vesicovaginal fistula = 1; Pelvic inflammatory disease = 1; Salpingitis = 4; Mastitis = 1; Others = 3



ハナン病院ではベッド数が足りないため、  
廊下にまで患者があふれている

# バングラデシュ訪問報告

アジア医師連絡協議会 小林 米幸

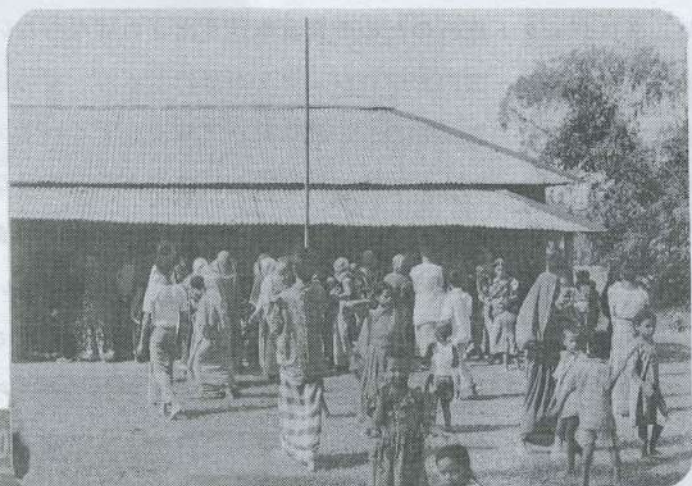
私は8月10日より18日までバングラデシュを訪問した。今回の訪問の目的は2つであった。1つはバングラデシュを襲った大洪水による被災民緊急救援プロジェクトの現状を把握し、後方支援をすること、もう1つは3月に帰国したDr. ナイーム、Dr. ファイサル、Dr. ジョナードが開設を準備しているジャパン・バングラデシュフレンドシップホスピタルの進行状況を把握することであった。私は8月10日、午前中の仕事を終えて成田空港に向かい、キャセイ航空で香港に一泊し、翌11日、朝8時発バンコック行きタイ航空機に乗り、さらにバンコック発ダッカ行きのタイ航空機に乗りついて予定時間よりやや早く午後0時20分にダッカ国際空港に到着した。ダッカ到着直前に飛行機からみたバングラデシュはまるで無数の川と無数の池であった。やや早く到着したため、Dr. ナイームはあられわれず、到着客待合室で待つこと数分、3人のDr. が私を引き取りに現れたときにはさすがにほっとした。

### 1. 大洪水被災民緊急救援プロジェクト

インド、ネパール、バングラデシュ国境地帯を中心に7月下旬より降りつづいた大雨で3度にわたり大洪水が発生。ことに被害のひどい同国北部のDURGAPUR NETRO KONAW地区でAMDAバングラデシュはすでに活動を開始していた。同地区は首都ダッカより200キロであるが、汽車、車を乗りついて10時間かかる。被害の状況は死者の数、流出したり破壊された家屋の数は全く不明、現在は小児、女性を中心にマラリア、コレラ、その他の下痢をきたす感染症、感染性皮膚疾患が流行し、肺炎による死亡も多い。現地ではAMDAバングラデシュ、AMDAジャパンそしてローカルNGOであるDUSHTHA SHASTHYA KENDRAの共同でプロジェクトが進められている。このローカルNGOは1988年に設立され、ダッカに本拠をおき、過去には首都のスラムなどで地道な活動経歴がある。中心メンバーは4人とのことであるが代表のDr. DIBALOK SINGHAは新しいAMDAバングラデシュのメンバーでもある。私の訪問時、ちょうどAMDA本部の紹介でDr. ナイームを訪問した3人の宮崎医科大学6年生がプロジェクトに参加していた。その行動力に敬意を表するとともに金もつても参加するプロジェクトもなかった私の学生時代と比較して羨ましくも思う次第である。プロジェクトの内容であるが現在は小学校の建物を借りて緊急医療、衛生教育、飲料水の提供



ダッカ到着直前の機内より、  
見渡すかぎり、水、水、水、



小学校に間借りした仮診療所



宮崎医科大6年生も診療に参加

などをおこなっている。特に小学校内の仮診療所では一日に500人の診察をした日もある。今後はプロジェクトの第2 phaseとして地域にsmall clinicを設置し治療に当たりたいとのことであった。

## 2. 日本—バングラデシュ友好病院の進行状況

この病院が必要とされる理由は以下の如くである。第一にバングラデシュには高度な医療技術を生かす病院が皆無に等しく、このため日本に留学した医師達の圧倒的多数が帰国し母国の発展に尽くす道を放棄し、欧米に生活を求めて行ってしまうこと、第二に大きな手術を行いうる病院も皆無であるため、手術を必要とされる人々は、貧しい人は手術を受けることなく死亡し、比較的裕福な人はシンガポールかバンコックで手術を受ける—従って外貨に乏しいバングラデシュで年間6千万円—一億円のお金が医療費として国外へ流れ、経済状況をさらに悪化させる原因となっていること。第三に現在は在留邦人の健康を守ることも困難な状況であること。第四にAMDAバングラデシュが経済的にも独立して活動していくためにはその中心メンバーの生活をまず保証し、次にオフィス、事務局員の確保、プロジェクト施行のための資金を作り出さねばならないこと。第五に今後、AMDAがバングラデシュ国内でプロジェクトを施行する際、薬の備蓄、患者の治療という意味の後方支援病院が必要なこと。これらを全て解決してくれるのが日本—バングラデシュ友好病院というわけである。本病院は私的な病院であり、NGOであるAMDAが組織として応援することはできないが、多くのAMDA会員が個人の資格で医療機器の提供、資金の提供を行っている理由は病院建設に以上のような意義を見いだしているからであろう。

病院は静かな住宅街の一角にあり、4階建ての建物の中では建設労働者が寝泊まりして内装などの工事を必死に続けている。日本の皆さんから送られた医療機械は無事、現地に到着し、数ヶ所に分けて大切に保管されていた。本院は一般の診療の他、同国では画期的なポケットベル24時間対応の救急医療、予防医学としての成人病検診、貧しい人のためのイスラム精神に基づく無料医療、在留邦人のための医療などを計画している。すでに日本大使館の方々からは大きな期待を寄せられている。また、本院において日本人医師や看護婦が医療行為をできるよう、Dr. ナイームが関係省庁に交渉中である。多くの医療機器が整えられているが、私がチェックしたところでは末血、生化学の測定機器、救急車の役割を果たすオフロダーなどがなお必須であり、レントゲン透視機、内視鏡用焼灼器、ポリペクミー用各種ワイヤースネア、ERCP用小腸ファイバー、側視鏡—例えばオリンパスGFシリーズ、内視鏡用ボラロイドカメラ、全身麻酔器用各種モニターなどがそろえばより良い。寄贈して下さる方は小林国際クリニック 0462-63-1380までご連絡いただきたい。

日本一バングラデシュ友好病院 只今突貫工事中



日本一バングラデシュ友好病院  
只今突貫工事中



村の人々



大洪水被災民診療風景

本院は来年1月～2月に開院予定である。現在、Dr. ナイームをはじめとする3人の医師は自分の全てを文字通り、この病院に賭けており、是非成功するよう支援していきたい。開院式に出席なされたいAMDA会員のご連絡もお待ちしています。

最後に AMDAバングラデシュは3人の中心メンバーの帰国後、急速に伸びているというのが私の印象である。ジブチ国内のソマリア難民キャンプにも多国籍医師団として3人の若手医師を派遣しており、また日-バ友好病院で働かせて欲しいとDr. ナイームに連絡を取って来る医師も多い。それは国の礎になるべく帰国したDr. ナイーム、Dr. ファイサル、Dr. ジョナードの人間性によるところが大きいと感じた次第である。この若い国の将来に幸あれと祈りつつバンコック行きの飛行機に乗り込んだ。



日本から送られた内視鏡を真ん中にAMDAの3医師



ローカルNGOの責任者でAMDABANGラデッシュの新メンバーでもあるDr. Dibalok Sigha (左から二人目)と小林医師



バングラデシュ

貧しい人を救いたい

# 母国で病院開設

世界最貧国のひとつ、バングラデシュで、日本に留学経験を持つバングラデシュ人医師三人が来月、貧しい人たちのための病院を開院する。日本で学んだ医療技術を自国の発展につなげようと、今年春の帰国前から準備を進め「アジア医師連絡協議会」(AMD A、事務局・岡山市)の支援も得て実現にこぎつけた。週に一度は無料診療日を設ける予定。人口の大半が一生に一度も医者にかからないといわれるこの国で、「この病院を成功させて、だれでも治療を受けられるためのステップにしたい」と三人は張り切っている。

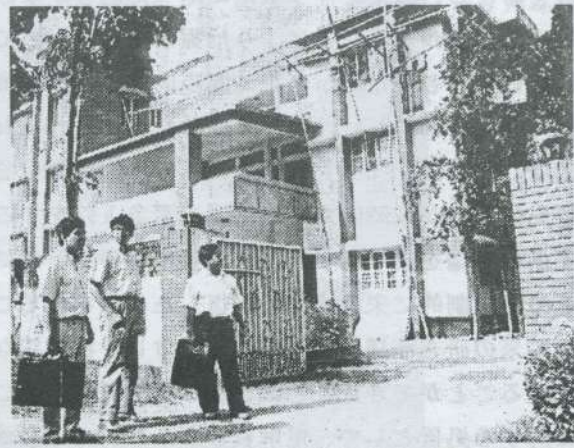
元日本留学の医師3人  
日本からも援助  
来月から 無料診療日も

(社会部・三野 雅弘) 三人は、AMD A バングラデシュ代表のサルタル・ナイームさん(ニことムア

日、それぞれ東京大、九州大、琉球大で消化器系外科、麻酔科を専攻してきた。バングラデシュの海外留

ザン・ファイサルさん、シヨナイド・シャフィックさん、ムさんらは「学んだ医療技術を自国の発展のために生かしたい」と博士課程を修了した今年春に帰国、それぞれ病院に勤めながら、貧しい人たちのための病院の開設準備を続けていた。AMD A 日本支部もこの趣旨に賛同、日本で使わなくなった医療機材などを送ると同時に、賞賛代表をも資金面の援助をした。来月スタートする病院はダッカ・グルンヤン地区の住宅地に決まり、「日本バングラデシュ友好病院」と名づけられた。三階建ての会社事務所だったのを借り受け、現在病院用に急ピッチで改装が進んでいる。病院では、ナイームさん

学生は、大半が医師としての活動の場を求めて欧米に流出する。しかし、ナイームさんらは「学んだ医療技術を自国の発展のために生かしたい」と博士課程を修了した今年春に帰国、それぞれ病院に勤めながら、貧しい人たちのための病院の開設準備を続けていた。AMD A 日本支部もこの趣旨に賛同、日本で使わなくなった医療機材などを送ると同時に、賞賛代表をも資金面の援助をした。来月スタートする病院はダッカ・グルンヤン地区の住宅地に決まり、「日本バングラデシュ友好病院」と名づけられた。三階建ての会社事務所だったのを借り受け、現在病院用に急ピッチで改装が進んでいる。病院では、ナイームさん



「日本バングラデシュ友好病院」のスタートを心待ちにするナイームさん(右)らバングラデシュ・ダッカで

## 募金のお願ひ

\*バングラデシュ医療活動のために皆様からの募金をお願い致します。振込先は次の通りです。

郵便振替口座 岡山 9-10588

加入者名 バングラ友好病院

### バングラデシュをたずねて

宮崎医科大学  
村田 祐二郎

私は、大学入学以来、発展途上国での医療に携わりたいと思っていた。しかし、日常に流されてその夢の実現の為に具体的な行動を何ら起こしてこなかった。今年、最終学年となり、じっくり外国を見ることができるとこれが最後のチャンスであること、また、どうせ行くなら、医療の現場を見たいということから最近話題のAMDAに電話をしたのが、この始まりであった。今回、同じ志の友人3人で出かけることになった。

Bangladeshでは、宮崎医科大学に留学してきているMrs. Ronyの実家に滞在した。私達は、ここを足場にDhaka市内の2つの病院を見学し、AMDAの洪水被災地救援活動に同行した。

8月4日、Bangladesh Institute of Diabetes Endocrine and Metabolic Disease (BIRDEM Hospital)を訪れた。ここは、糖尿病病院といわれているが、最近一般病院化されたものでAMDAのNayeem先生が勤務しておられ、彼が日本で修得してきた腹腔鏡下胆嚢摘出術を見ることができた。日本でも見る機会がなかったものをまさかBangladeshで見ることになろうとは夢にも思わなかった。驚きであった。病棟は有料病棟と貧しい患者を対象にしたfree of chargeの病棟に分けられていた。そこには、糖尿病により下肢の血行障害と神経障害をおこし、感染を伴う壊疽に陥った患者が多数入院していた。全く病識がなく、疾患に対する知識がないことにより治療が後手に回っている感があった。

8月8日、WHOなどもかかわっている国際的な下痢の研究所であるICDDR, B. (International Center for Diarrheal Disease Research, Bangladesh)の付属病院を見学した。ここには、常時400~500人の下痢に苦しむ人々が救急患者として収容されていた。

ここでは、幼児の患者が12時間から24時間の緊急入院をするケースが多いのであるが、重症な下痢の子供は急場を乗り切った後に栄養指導のクラスにいれ、母親の教育にも力を入れていた。その結果劇的に栄養状態の回復した子供を見ることができた。また、コレラの患者のいわゆる米の研ぎ汁様便や脱水によるコレラ様顔貌など教科書でしか知らなかったものを実際に見ることができたことは、この上なく有難いことであった。

また、脱水に対する処置として、電解質、グルコースの点滴補液のほか、ここではお粥の摂取をさせていた。これがBangladeshにおける適性技術というものであろう。

突然の訪問にも快く病棟を案内してくださった Syed Samiuel Hoque 先生には心から感謝している。また、私達の中の一人が現地入りしてから下痢、嘔吐に苦しんでいたため患者の一人として診察していただいたことも付け加えておこう。幸い大事には至らなかった。

8月9日、AMDAのKabir Ahmad先生とBangladeshのNGO団体であるDSK(Dus-tha Shasthya Kendra)の医師Dibalok Singh先生とともに洪水被災地であるMenkifanda村での診療活動に同行した。その村はDhakaから180kmほど北に位置するNetrokonaのDurgapurという町(Dhakaからバス、列車、船と乗り継ぎ14時間の行程だった。7~8)から洪水で水かさの増えた川を船でさかのぼること40分のところにあつた。



Menkifanda村の仮設診療所  
DSKとAMDAの協同  
プロジェクトであることが  
わかる



村田君(中央)とDSKの  
医療コーディネーター  
彼等の協力でAMDAも  
DSKも満足な活動ができた



子供たちが集まっている  
周りに大人たちがいる  
大人たちも本当は近くに  
寄りたい様子

の子お居。をふまきバフ大蘇多羅村コケの即お別座の中車。ホクセボるア低とこる集せ

Durgapurの町では、私達日本人がよほど珍しいらしく、通りを歩くと道端の人々がひそひそと「ジャパニ、ジャパニ」「ジャパニ、ジャパニ」と言っているのが聞こえてきて思わず吹き出してしまった。

Menkifanda村に入るとさっそく大勢の子供達に囲まれてしまった。私がかたことのベンガル語を話すとそれだけで大騒ぎであった。まるで宇宙人でも現われたかのように。

この村は私達が行った日より約2週間前、洪水の被害を受け、その後感染症が蔓延していた。私達がAMD Aの先生と村に入ったときには、すでに前述のDSKの医師が仮設の診療所を開設していた。AMD Aのプロジェクトとはいっても、そのメンバーは皆日本から帰国したばかりで、彼ら自身の本国における生活設計の足場を作る時期にあり、忙しくAMD Aのプロジェクトに専念することは困難であるとして、実際の活動はDSKを中心に行われることになっていた。このように国、組織の違いに捕われず協力し合える身軽さは、とても大切なことでありNGO活動の基本でもあると思う。また、まずは自らの足場を固めることに力を入れ、その上で医療奉仕をするという姿勢には共感するものがあつた。

さて、この日の診療で3,500人の人口のうち、450人程度の患者が診察を受けた。患者の約20%はマラリアにおかされており、半数以上の子供達は栄養失調であるとのことであつた。他の主な疾患としては、下痢、細菌性赤痢、アメーバ赤痢、貧血などであつた。しかし、実際の患者の訴えは不定で、病気でなくてもないのに診察を受けていた者も少なかつた。DSKのJahid医師は、「一番難しい問題は、患者自身が何を一番困っているのかがわからないことだ」と語ってくれた。この村のように充分な収穫もない貧しい生活(living from hand to mouth)を送っていれば、どんな質問にも‘want’で答えて当然かも知れない。

それでも、子供達の底抜けに明るい笑顔と輝く目にはそんなことを微塵も感じさせない強さがあふれていた。

8月11日、Dhakaへ戻つた。そこで私達を迎えたのは、リキシャやベビータクシーの群れとそれが産み出す混雑と喧騒、時々走る高級車、さらにライで手や足を失つた物乞い達であつた。私は村とDhakaとの生活のギャップや貧富の差の大きさに、しばし戸惑いを隠せなかつた。

翌日、私達は在Bangladesh日本人の勉強会なるものに参加する機会に恵まれた。そこで青年海外協力隊の農業の分野で来ていた近藤さんという若い女性と話した。その中で私は、Bangladeshの貧富の差の大きさや物乞いの人々を話題にした。私は物乞いに金を与えることは根本的な解決にはならないという視点でしゃべっていたのだが、彼女は次のようなエピソードを話してくれた。彼女が町を歩いているとき、物乞いが「お金がなくて食べ物を買うことができないから、恵んでくれ。」とよつてきた。彼女は「私も朝から何も食べていなくておなかペコペコなのよ。」と答えた。するとその物乞いは「それは、かわいそうだ。」と自分の手元から逆にお金を彼女に差し出したというのだ。こんな人々にまでイスラムの喜捨の精神が浸透しているとは……。私は村からの帰りの列車での出来事を思い出した。その列車は乗客がいっぱいで、私達は窓の一か所しか開いていない貨物車両にしか乗ることができなかつた。車中の温度は明らかに体温を越えていただろう。私はその

時こう思った。「もし、水がなかったら死ぬだろうな。この水を周りの人が欲しいといったらどうしよう。やりたくない。」意識がだんだんと朦朧としてきた。そのとき小柄な中年の女性が自分の米の入った麻袋を差し出して、これに腰掛けろと声をかけてくれたのである。

なんということだ。この心の余裕の差は、どこから生まれるのだろうか。恥ずかしかった。また、近藤さんの話を聞かなかつたら、Bangladeshは貧富の差の激しい憐れむべき国だという印象で帰国していたかも知れない。そしたら、もっと恥ずかしいことだ。

帰国が近づいてきた。今回の旅行で痛感したことがある。それは、NGO活動より前に国家レベルでやらなくてはならないことが山積していることである。治水事業、教育システムの整備など・・・日本は現在、Bangladeshにとって最大のODA援助国であるという。その金は、いったいどこに消えているのだろうか？このままでは、AMDAやDSK、シャブラニール、JOCVなどのNGO活動はいつまでたっても後手後手に回り、対症療法で終わってしまうのではないか。

しかし、私は楽観主義者でありたいと思う。多くの人々の国を越え、地域を越え、人種を越えた心のつながりがきつと幸せをもたらすだろう。NGO活動はオリンピックのように背中に国旗を背負ってやるものではないと改めて思う16日間であった。

最後に、私達のがままな旅行に快くお骨折りいただいた皆さんに心から御礼を申し上げたい。そして、今日までたいした問題意識も持たずに生きることを許してくれた日本に感謝したい。



ICDDRにて、右から宗石賢治君、松藤正彦君、  
Syed Samuel Hoque(ICDDRの医師)、Dr. Ghanix

## ▶ネパール・バングラデシュ洪水被災民緊急プロジェクト

### ネパール報告

アジア医師連絡協議会 ラメシュワール・ポカレル

Every year timely Monsoon is expected for good yield of crops in Nepal. People prepare rice planting when the Monsoon begins, every body is busy in the field to utilize this golden opportunity in time hoping to have a good yield in their own land fields to support the families in future.

Early in the morning of 21st July 1993, suddenly all their hopes and land fields were swept away giving them a big sorrow by killing more than 2,000 persons, sweeping thousands and damaging thousands of houses, killing millions of Livestocks, destroyed thousands of millions of property, affecting millions and millions of people within a short period of time. Families sleeping together in the evening but non of them were there in the morning, many families lost in totality, children lost their parents, became orphan and seeking for help, neonates became mother less, mothers lost child, many husbands lost their wives and many wives their husbands, they could not see each other, where they are?. Mothers were searching their child, children were looking their parents, mother tried to feed her baby but he was not there she got puzzle; only water and water around them. Every where people were crying, weeping, running, swimming and climbing on the trees and heights to save their lives no body knows what happened within hours in that night. It was a devastating sorrowful flood from the Bagmati river in the central south part of Nepal. If you visit now to the site, even a single sign of previous village is left over there by the flood, you can not imagine that there was a village before.

Despite of this flood there are many cases of landslides and flood due to the heavy rain in other places too. Many houses and people stamped in the landslide and lost many families and affected many many villages in the hilly parts. High ways, roads, bridges, canals, electricity, public buildings and many many other properties are lost due to this flood and landslides in the country.

The only one communicating road from southern part of Nepal to Kathmandu (capital) municipality was severely damaged and ground transportation was completely cut off for about a months. People in Kathmandu valley were suffering due to the shortage of essential goods. Many bridges on this high way were swept away and heavy landslide in between were the cause of road damage.

In the flooded areas almost all the villages are affected, all prepared rice saplings (rice plants to plant in the field) destroyed, fertile land damaged, working animals (ox, Buffaloes and horses etc) killed, society and families destroyed, food materials and properties all damaged. Thus people had to live in the school buildings and tents without any facilities and accessories. There was not possible to estimate the immediate loss of lives and property in that area. Any body can imagine this horrible situation over there; what might have happened in that situation ?



A scene of damage by flood.  
Road to Gour from Highway



Sasapur Health Post  
One of the regional supply centre  
of other health posts in flooded  
area



Left to right, Dr. Amil Mishra  
Dr. Dinanath Rauniyar,  
Dr. Shiv Sankar Yadav, Dr. R.  
P. Pokharel at the back of Gour  
Hospital. Flood water was up  
to the black level.

## Estimated damage after flood and landslides in the country:

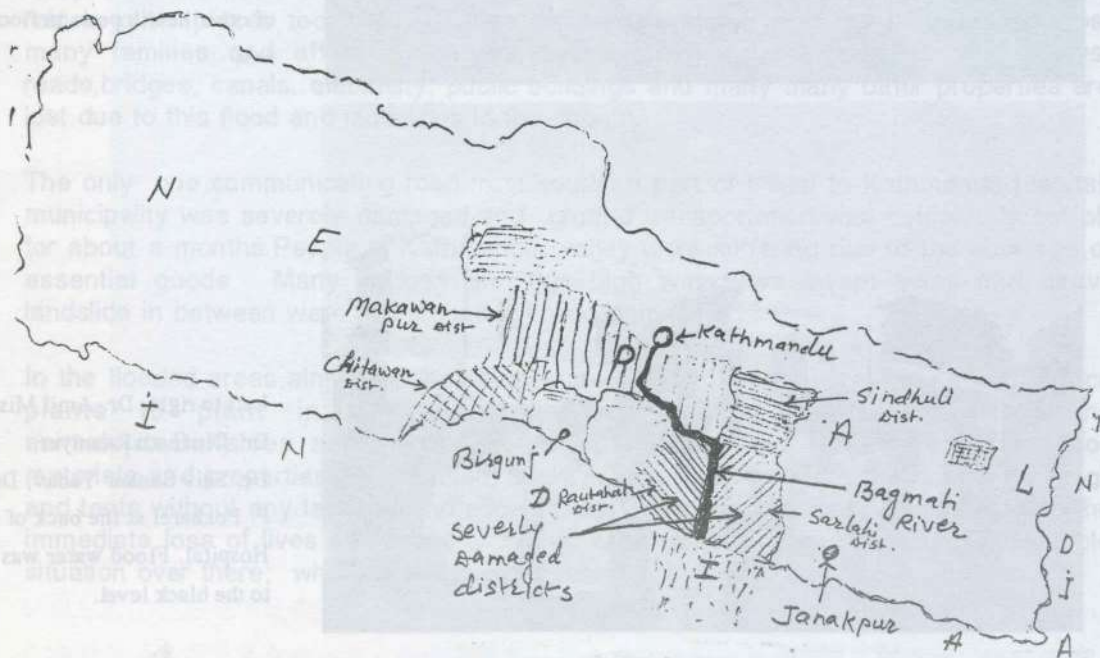
This is a preliminary record given by the Ministry of Internal affairs(Home) Disaster Management Committee until 21st Aug 1993. The total data are not still available because of inaccessibility to the site immediately after flood and landslides thus every day new data are coming, finally it is expected to be very high enough than those presented here:

Affected families: -----	63,397.
Affected population -----	5,37,958.
Dead body. -----	2,000.(may rise up)
Completely Destroyed Houses:-----	12,053.
Partially destroyed Houses:-----	15,751.
Live stocks loss:-----	24,822.
Bridges(Big/Small) lost and damaged-	206.
Big Dams damaged: -----	26.
Canals destroyed: -----	405.
Public Buildings Destroyed: -----	387.
Road Damaged: -----	364. Kms.

The mostly affected areas: by flood and Landslides in Nepal are as mentioned as below:

1. Sarlahi district (central southern district of Nepal) : Severely affected by flood.
2. Rautahat District ( central southern district of Nepal) : Worsty affected by flood.
3. Makawanpur District (south of Kathmandu) :Severely affected by Landslides / flood .
4. Chitawan District (south of Kathmandu): Affected by flood and Landslides.
5. Sindhuli District ( East of Kathmandu) : Landslides and flood.

The location of these areas are shown in figure 1 :





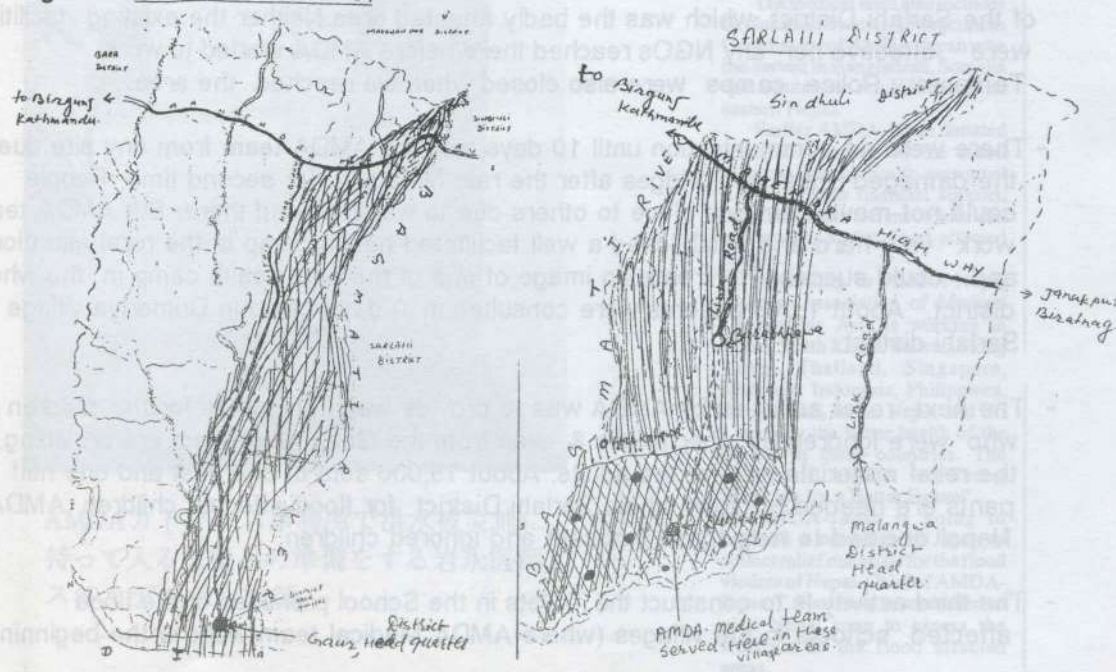
The over all cause of flood and Landslides in the country is of course due to the heavy rain fall for about a week in these areas. But the other unseen causes are due to the loss of trees and forests in the mountainous region. The bare mountain can not hold water and whenever rain falls it flows directly to the lower side together with the fertile soil, destroying soil energy and causing soil erosion resulting into a big sorrow.

Regarding these causes, the badly affected districts have other immediate cause for these disasters:

- Bagmati river originates in Kathmandu valley and directly joins to Ganga India. Which is a holy river among the Hindu people, it has two courses mountainous and plain. When it enters to the plain area, it can irrigate many hectors of lands. Thus a big dam constructed in the river for irrigation purpose immediately after entering the plain area by the Chinese contractors. Which was completed recently and were preparing to hand over to the Nepalese Government around the third weeks of August 1993.
- After about a week of heavy rain fall, water level of Bagmati river raised suddenly and reached very high and began to pass through the recently completed canals. Water level was so high it was beyond the capacity of the dams, the dams could not hold it and broke from east and west side of the cemented dam in river. Whole water passed through that area and was about 15 meters high and all villages near there were swept out killing thousands of people including 7 Chinese people damaging the property of millions of millions. Water level crossed the height of Highway (about 10-15 meters high from usual water level in river) and covered the houses of southern side of the Highway by the flood water and the water current damaged about 300 meters of the eastern part of the Highway bridge and half of the river passed through there causing the traffic impossible from there.

Similarly in the west part of the dam water escaped and entered to the village and swept all villages by the water current and destroyed about 400 meters of Highway flowing the main stream of river from there. Now we can not imagine that it was a

Fig 2. RAUTAHAT DISTRICT



part of Highway it looks like a river bed and very deep. Thus entered water passed through many villages in the southern part and caused much more damage over there not only in Nepal but also in India. Figure 2 shows the area of damaged by the flood in Sarlahi and Rautahat District (Central south Nepal) and a medical camp run in Sarlahi district, by the Association of Medical Doctors for Asia -Nepal (AMDA-Nepal) for the flood victims medical relief activity.

#### Relief Activities through the Government level:

- Central level Disaster Management Committee - Chairman Hon. Minister for Home.
- District level Disaster Management Committee - Chairman Chief District Officer.
- Local Level Disaster Management Committee \_ Included all parties representatives.
- Police force for rescue and Medical activities and security.
- Army force for rescue and medical activities.

#### Involved NGOs in flood relief activities:

- French Medical relief Team.
- Japanese Disaster Relief Team(JDR).
- Association of Medical Doctors for Asia-Nepal / Japan and BP. Memorial Health Foundation.
- Save the Children Fund (SCF) UK.
- Lutheran World Service.
- UNHCR.
- Nepal Red Cross.
- Agricultural Bank.
- World Bank.

and many other organizations are involved in the relief activities for the flood victims with the coordination with the local district level Disaster Management Committee.

#### Participation Of AMDA in relief activities:

- AMDA-Nepal send one of the member to observe the situation immediately after the flood news was spread.
- A Medical Team of 12 members from AMDA-Nepal worked in the southern most part of the Sarlahi District ,which was the badly affected area. Neither the existing facilities were effective nor any NGOs reached there before AMDA started to work. Temporary Police camps were also closed when we reached the area.
- There were no communication until 10 days with the AMDA team from any site due to the damaged roads and bridges after the rain fall again for second time. People could not move from one place to others due to water around there. But AMDA team work very hard and established a well facilitated health camp in the rural situation and could success to create an image of one of the best health camp in the whole district. About 1,000 patients were consulted in 10 days camp in Dumariya village Sarlahi district.
- The next relief activities by AMDA was to provide wearing clothes for the children who were ignored by other NGOs & even from the Govt. All of them are providing the relief materials only for the adults. About 15,000 sets of one vest and one half pants are needed to cover whole Sarlahi District for flood affected children. AMDA - Nepal decided to help those innocent and ignored children.
- The third activity is to construct the Toilets in the School premises of the flood affected schools in the villages (where AMDA Medical team work in the beginning).

Our main aim is to educate the students about the health and Sanitation those who are studying there and to develop a habit of using Toilets in the future too. This is one of the effective step to train the whole village about Health and Sanitation.

"Better Medicine for A Better Future " a theme of AMDA can be achieved by fulfilling our duties with such activities in the village level. The villagers will remember us for long long time about our service provided there in such a difficult situation too.

## THE KATHMANDU POST

SATURDAY, AUGUST 7, 1993.

# Nepal, Japan medical team leaves for Sarlahi

By a Post Reporter

**KATHMANDU** - Association of Medical Doctors for Asia-Nepal (AMDA-Nepal) in collaboration with AMDA-Japan on Thursday sent a medical team comprising 4 Japanese and 6 Nepalese doctors to Sarlahi to provide medical services to the flood victims.

According to Dr Dinesh Binod Pokharel, coordinator of the relief team, the objective of the team is to provide health service to the flood and landslide affected people through different health camps.

The medical team will serve for about one month providing emergency service, general health check-up, distribution of medicines and referral of the case to the victims.

The medical team also includes Dr Suketaka Iwanaga, Programme Coordinator of AMDA-Japan who has served in Bangladesh, Somalia and Bhutanese refugee camps in eastern Nepal.

Earlier AMDA-Japan donated 1 million rupees to the flood victims. Besides health personnel it will provide financial support, relief materials and medicines and equipment to the flood affected people.

According to AMDA-Nepal sources, Association of Medical Doctors for Asia is working in Japan, South Korea, Taiwan, Hong Kong, Thailand, Singapore, Malaysia, Indonesia, Philippines, Bangladesh, India, Nepal and Sri Lanka for the better health of the people in these countries. The slogan of AMDA is "Better Medicine for a Better Future".

AMDA-Japan is going to organise a campaign in Japan to collect relief materials for the flood victims of Nepal. Chief of AMDA-Japan T. Narisawa is scheduled to visit Nepal soon to assess the situation in the flood affected areas.



AMDAカトマンズ事務所で洪水被災地に  
持って入る医薬品の準備をする岩永医師、  
スヌ・デュラル医師。



(第3種郵便物認可)

毎日新聞

# 惨禍・ネパール

## ヒマラヤ水系で大洪水

下

今回の洪水の最大の原因は森林の枯死だが、ネパール政府は森林枯死対策を進める一方で、激しく森林を伐採、問題も度々起きた。マルラ事件もその一例である。一九八八年五月、職権乱用防止委員会は、マルラ元森林土壤保全相を森林伐採許可証不法発給の疑いで拘束した。

だが、真相究明は進まなかった。捜査を進めると疑惑が当時のシュレスタ首相にも及ぶ可能性があったからだ。九〇年まで二十九年にわたり続いた政党活動を禁止する専制君主制の末期には、体制の腐敗が中央機構から末端にまで浸透し、汚職は国民の目に明らかとなっていた。

九〇年四月、ヒレンドラ国王は民衆の民主化要求を受け、専制君主制「パンチ

ャット体制」を廃止、複数政党制を導入した。九一年五月、民主化後、初の総選挙では、国民会議派が過半数を占め、コイラ首相が民主化と経済開発に力を入れている。

ネパールの経済は農業部門が国民総生産の六〇%を占めるが、農作は

現在のネパールの国家開発戦略は、貧困緩和、地方開発、雇用の機会創出、教育ならびに飲料水供給などの社会福祉の充実にあ

る。このネパールの開発戦略は、貧困緩和、地方開発、雇用の機会創出、教育ならびに飲料水供給などの社会福祉の充実にあ

る。このネパールの開発戦略は、貧困緩和、地方開発、雇用の機会創出、教育ならびに飲料水供給などの社会福祉の充実にあ

のだから無理もない。第一に官僚機構が機能していない。専制政治時代には熟達した官僚群が要所を押さえていた。これらの官僚のほとんどすべてが民主化政權のもとで強制退職させられている。

最後に政治家、官僚、および民間のすべてにわたる汚職のまん延がある。

ネパールでは、今やかつてのインドのように公然と行われ、わいせつを受け取らないと非協力的とみなされ地位が危なくなる。

ネパールは、一人当たり

# 援助に頼る最貧国

## 農業作物「発展、5年間逆戻り」 収穫激減

雨水に依存しており、毎年略は方向として止む。現在のコイラ政權の行政能力が非常に低いことである。三十年にわたる野にあって、大規模な野にあって、

年間国民所得百七十%。後、依存している。

日本はネパールに対する開発援助の最大の供与国であり、その援助はあらゆる分野に広がっている。

資金集中型プロジェクト

方式援助が主で、長期的視野に立った分野別のプログラム援助という世界の開発援助の流れには逆行している。この資金集中型援助は相手国に多額のローカルコストの負担を要求することになり、相手国にとって財政的圧荷にもなっている。

多額の援助資金をつぎ込んで建設された施設の運営には、多額の運営資金が必要となり、資金力のないネパールの場合、協力期間終了



洪水で物流が途絶え、足りなくなった生活必需品のまきを作る業者がカトマンズ近くで

## ネパール救援活動に参加してみても

立正佼成会岡山教会 今井 康友

私は、社長（立正佼成会 岡山教会 壮年部長）より「お前、ネパールへ行ってみないか」と話を持ちかけられたとき、行こうと思ってもなかなか行けない国と思いきや軽い気持ちで受けました。しかし、後から救援活動と聞かされたとき、自分が行っていったい何が出来るのだろうかとも思い不安にもなりました。どうせ行くならと下記に示すようなテーマをもって行こうとおもいました。

- 1) 仕事から水処理及び建設等についての視察
- 2) 医療と宗教の関係について  
風土、宗教的習慣についての視察  
医療設備等についての視察
- 3) 自分がどんなNGOができるのか

ということでした。

上記1)について

仕事から水（特に飲料水）の処理方法について視察したところ特にこれといって処理しているようすもなく白湯にして飲んでいるのはまだしも井戸より汲み上げた水をそのまま飲んでいるのには驚きと恐怖を感じました。また上下水道施設を見たわけではないのでなんともいえないのですがおそらくそういう処理施設の建設も遅れているように思われます。衛生面でもかなり不潔のようで水洗トイレは完備されているところもありましたけれどその排泄されたものをどのように処理しているのか興味をもつところですが視察のほうができなかったのが残念です。またカトマンズでの自動車による排気ガスがひどくいずれはそれが原因の病気も増えるのではないかと思います。

建築方法は、地震等の災害が少ないのかレンガ造りの家が多く見られ、その土地には大変良くマッチしているとおもいました。またたいへんおどろいたのは家の屋根を建築しているのを見たとき竹で床や屋根を支えているのにはビックリしました。

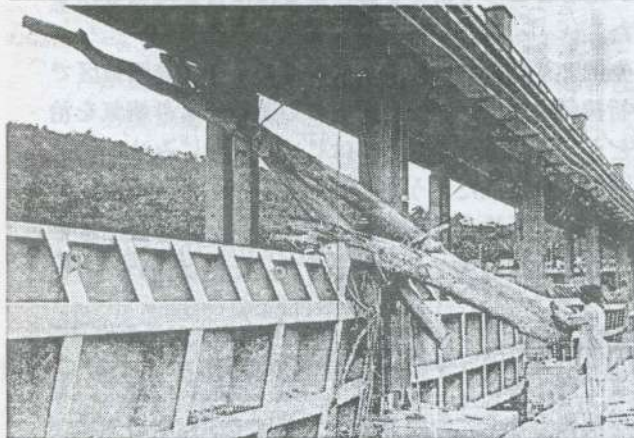
また今回視察して回った土地土地で特に気をつけて観察したのが川でした今回の災害にも見られたように集中豪雨による増水、ダムの決壊による増水を防ぐような堤防がどの川を見てもないのには驚かされました、これでは災害が起きてもしかたがないようにおもいました。

以上のように建築方法はたいへん原始的でいつ事故が起こるかわからない状態また水処理も原始的でいつ病気になるかわからない状態を考えると自分は日本に生まれてきてよかったとつくづく思いました。

# 医療品など調達困難

## ネパール救援の成沢さん帰国報告 大洪水のつめあとと生々しく

大洪水の被災者救援のため、八月二十六日からネパールを訪れていた岡山市内のNGO(非政府組織)で組織する「大洪水被災民救援チーム」がこのほど帰国した。メンバーのアジア医師連絡協議会(A.M.D.A.)本部・岡山市榎津二コー



ディネーター、成沢真子さんと立正佼成会岡山教会、ネパールやその会の関係者ら計四人。チームでは、ネパールだけ

で、千人以上の死者を出した洪水発生直後の七月末、A.M.D.A.医師、人を派遣。インドとの国境に近い南部のザライ地区で、現地の医師とともに住民の診療にあたっている。

成沢さんらは同地区を流れるバグマティ川沿いに車で巡回。特に同川上流の村の被害が大きく、豪雨で増えた。

えた川の水があふれ、人家、家畜などが多数流出。成沢さんらは家が屋根まで砂に埋まっていたり、水門に巨大な流木が引っかかっているのを目撃した。先発隊の医師らは地区の学校などを拠点に被災者への診療や子供たちへの衛生指導を繰り返している。日平均約、百人の外来患者があり、ほとんどは肺炎などの呼吸器疾患や下痢。心配されたコレラ発生はないものの、道路の寸断やぬかるみで車が通れない所もあり、医療品などの調達に困難をきたしているという。

チームは現地に医師らが残り、十月末まで救援活動を行う。成沢さんは「現地の保健スタッフや住民への衛生教育に力を入れ、近々第一便の救援物資を送りたい」と話している。

バグマティ川の水門、引っかけた巨大な流木が、洪水のすさまじさを物語る。救援チームの医師撮影



最も壊滅的な被害を受けた村の家々。一家全員22人が亡くなった家もある。

## 2) について

ネパールの朝はとて早く5時頃から外がザワザワとし、6時にはうるさくて寝ていられないような状態でこちらの人は早起きで仕事熱心な人がおおいんだなと思うと同時に街で買い物等をしてても外人相手でもボッタクられたれする事もなく、正直で素朴な人柄にも感銘をおぼえました。

宗教は国民のほとんどがヒンズー教でとても熱心で信仰のあつい国という印象をうけた朝6時ごろから街のいたるところで祈りを捧げる姿には自分たちもみならなければならないと思った。

被災地に入った岩永、北角先生より聞いた話のなかに現地のような無医地区では病気になるとはじめに村の祈祷師にまず祈祷をしてもらい祈祷により病気を治すようでそれでもダメな場合どうしようもなくなるとはじめて医者にみせるというはなしを聞いたとき、日本でもそれに似たようなこともあるけれど、たいていの場合まず医者にみせてその病気が早く治るようにと、または少しでも長生きをするようにと祈りを捧げるというのが一般的でありそういった話は聞いたことがないので驚きました。

その話のなかで医療設備の不備はもちろんのこと日本では考えられないような状況があることにも驚かされました。特にひどいと思ったのは注射器の件で、地元の医療助手が1本の注射器を消毒もなしにただ水で洗うだけですぐ次の人に使用したということでした。エイズ等により世界的にも問題になっている注射器がそのように使用されているという事実が現実にあることにビックリしました。救援活動が大型化しているなか、そういう小さな改善、指導もしくは教育が必要だと思いました。確かに医療設備の不備は足りないものがあればこちらからおくりさえすればいいけれどもその問題を解決するには草の根的なNGOの活動が必要だろうと思いました。

以上のように宗教的習慣にしても医療設備の問題にしても風土習慣の違いがとんでもない問題に発展する可能性を含んでいるように思いました。それには、やはり宗教と医療の関係がもっと深く関わりあっていく必要があるように思いました。

## 3) について

今回のこの救援活動に参加してみて日本に帰っていったい自分になにができるのだろうかと考えたときほとんど自分が手を下してできないことがないような気がしましたがいろんな人の力を結集すればなにかはできるだろうと思います。おそらく下記に示すことはなんらかの形で実行出来るのではないかと思いますので記しておきます。

### 1) 支援物資の搬入ルートの確立

今回のプロジェクトでもみられるように空輸される荷物が経由地をスムーズに通過し目的の日に到着するような段取りが出来るような方法の確立が大事だろうと思います。



## 2) 医療設備の充実をはかるとともに機器の安全性の問題及び取り扱いの指導

今回ダマックのヘルスセンターを視察した際、X線装置の安全性にやや不安があるように思えました。また大型の機器を揃えるのも必要でしょうけれど、注射器の件のよおうなことになるように小さくとも本当に必要なものを送る必要があるように思いました。

## 3) 緊急に備えての募金活動

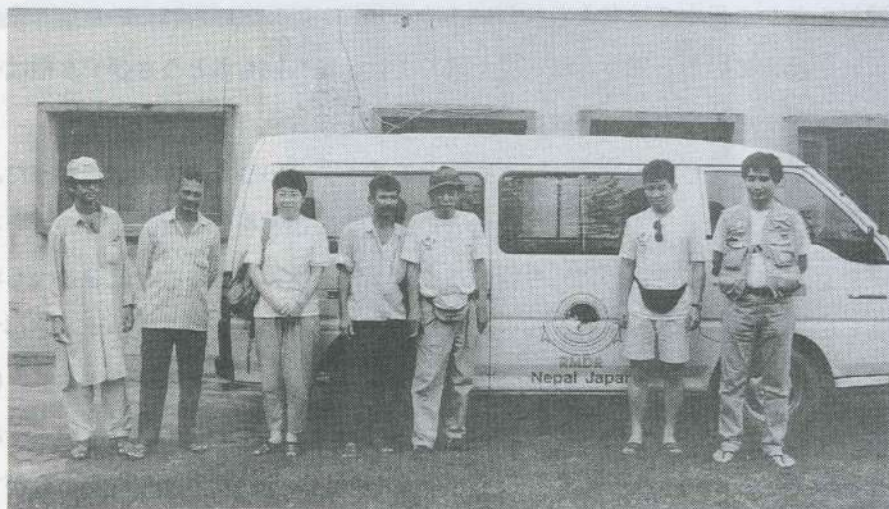
日本でも災害が起こると緊急の義援金をつるようについてでも義援金が送れるように何らかの形で募金活動をし、被災地へ送れるようにしておく必要があると思います。

上記のことはもうすでに考えてやっておられると思いますので、たいへん生意気な意見で申し訳ございません。

今回旅の最後に自分が病気してわかったことは日本で病気してもすぐそばに病院があり保険証さえあれば、安い治療費で医師にみてもらうことができるけれど外国で病気をするとたいへんめんどくさくいろいろな人に迷惑をかけてしまうことになるという事、ネパールの病気になるとたいへんなことになるので本当に医療設備の充実と医師の数が必要だとつくづく身にしみてよくわかりました。特にカトマンズのAMDA-NEPALのスタッフの熱意と努力にはたいへん感動しました。またダマックでの医療体制はたいへんすばらしいと思いますし、医療設備もさることながら、それに関わるスタッフの熱意がとてすばらしかったです。またそれを支えるAMDA-JAPANのスタッフの皆様の熱意と努力はたいへんなものだと感じました。

最後に今回のプロジェクトに参加させていただいた関係各位の皆様感謝させていただくとともに、この活動がおおくの人々の救いになりますようお祈りさせていただきます。

また成沢さんにさんにはたいへんお世話になりました。本当にありがとうございました。



被災地に向かう中継地ジャナプールのホテル前で。右から今井氏、金平氏、田中氏

## 被災地を訪ねてみて

ネパールやぎの会 金平 兼久

ネパールやぎの会に入って、初めてネパールの地を踏むことになった。

ネパールやぎの会は、カトマンズの北西に位置するナランガ村など山岳地帯を中心に活動しているが、今回訪れた町はカトマンズを除きほとんどが平野に属し、それはそれでまたイメージや、やぎの会の写真とは違うネパールを見ることが出来て良かったと思う。

8月28日にネパール東部の、ちょうどブータン難民キャンプがある近くのDamakという街のAMD Aの診療所を訪れることができた。

この診療所は、3つの建物からなり、それぞれ、診察、処置・手術、X線などの大型機械を用いる検査が行なわれていた。ベッドは15あるが、もともとこの診療所はブータン難民のためのものだったので、その内の10までが彼等の割り当てとなっていた。また、Damak市の周辺では、救急医療態勢が整ってなく、現在AMD Aはその中心的役割を果たしていた。

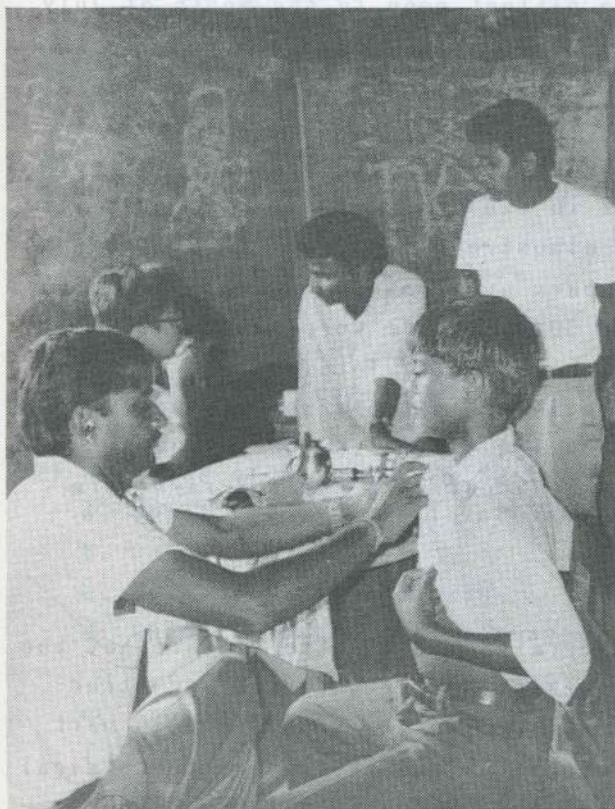
8月30日には、ネパール南部のもっとも被害の大きかった村のひとつ、カルマティ村を訪れることができた。この村だけで中国人技術者7人を含む150人が死亡しており、洪水から1っか月たった今も未だ村の全体にくらい影を落としていた。

その他にも、聞いた話だが、初めて救援チームが入ったときに、池に20~30の死体が浮いていて、その村では結局45人死亡したとか、配給のときにそれを争った二人を警察官が射殺したとか、日本では考えられないような日常が繰り広げられていたし、今も同じようなことが起きていると思う。私が見た限りでは、農作物もさとうきびや水稻はそれほどでもなかったが、とうもろこしはほぼ全滅だった。

今回のこの旅で私が感じたのは、「できることをする」ということの大切さだった。このことには2つ意味がある。1つは、「自分の能力以上のことをするな、自分のできることをすべきだ」ということ。あいにく今回のこの事業に、私のできることはひとつもなく、非常に悔しい思いがした。しかし、国内活動ならば、若い知恵と暇を生かすことができると信じている。もう1つは、「現場に合ったという意味で、できることをする」ということ。たとえお金をたくさんもっていても、それ自体はただの紙切れに過ぎない。それよりも、例えば現地の多くの人が持っているものを使って、衛生的な生活を送ることができるようになるとか、伝染病の予防をできるとかできるかもしれない。そういう技術や知恵を

、しかも簡単に分かる方法で伝えることこそ、一番その人たちにとって大切なときもある  
と思った。

最後になりましたが、今回このような貴重な体験をさせて頂いたAMDA-Japan  
の方々、ならびにAMDA-Nepal, AMDA-Damakの方々、ネパールやぎの  
会の方々に、深く御礼申し上げます。本当にありがとうございました。



村の学校を借りて診療活動する  
AMDA医師団



カトマンズでAMDAネパールのメンバーたちと夕食。左からAMDAネパール洪水被害  
救援委員会代表のディネシュ・ボカレル医師、金平氏、サロジ医師、岩永医師、北角医  
師ら。

## 7月の活動報告

アジア医師連絡協議会 ロヒト・ポカレル

Progress Report of the R. H. C., Damak (July 1993)

### Abstract

One month study of the patient seen in the month of July, 1993 is being reported here. Out of 676 patients seen in the out-door and Emergency the local people constituted 444(65.7%) and the refugees 232(34.3%). Local male patients showed slight predominance (55%) over the female; the male:female (M:F) ratio being 1.3:1. But in the case of refugees, sex wise patient's distribution was almost equal. Paediatric patients (0-14) and adults aged 45 years and above each constituted the highest percentage (approx. 30%). There were altogether 13 operations done during the whole month. Total number of admitted cases were 42(6.2). The investigations most commonly done was routine blood examination (24.4%) followed by routine urine examination (22.2%). In about 2.2% cases X-rays were done.

### Introduction:-

This is a 13 bedded Referral Health Centre situated at the north corner of the Damak bazaar. So far the staffing structure is concerned, there are 16 full time staffs and 15 part time staffs including 4 doctors. Although constructed basically for serving the sick Bhutanese Refugees, it has been rendering services to the sick local people as well. In the out-door with emergency, those patient referred from the government Health Post and refugees coming directly to the centre were seen. But from the first of August, 1993, the cases referred both from the SCF(UK), refugee camps, and the local Health Post have been seen. However in the Emergency situation such referral is not mandatory.

Services provided by the Centre are:-

- 1) OPD service
- 2) Indoor service
- 3) Emergency service (24hr.)
- 4) Operative services
- 5) Investigative services--Clinical Pathology, X-ray, ECG, USG

6) Specialist services--Radiology, Surgery, Gynaecology.  
Results: One month study of the patient revealed the following results:

I. Pattern of Diseases:

<u>Name of diseases</u>	<u>No. of cases</u>		<u>Admitted</u>
	<u>OPD+EMERGENCY</u>	<u>Local</u>	
		<u>Refugee</u>	
1) MEDICAL			
A. Diseases of CVS			
a. Ischaemic heart disease	4		
b. Hypertention	8	5	1
c. Congestive heart failure	1		
d. Heart block	-	-	-
e. Valvular Heart Disease	1	1	2
f. Rheumatic fever	2	-	-
	<u>16</u>	<u>5</u>	<u>3</u>
2) Diseases of Respiratory System			
a. Upper Respiratory Infection	26	14	-
b. Pnoumania	32	13	4
c. Pulmonary Tuberculosis	22	8	2
d. Chronic Obstructive airwave disease	6	4	1
e. Bronchial asthma	1	2	-
f. Others e.g. Heamoptysis	1	-	-
	<u>88</u>	<u>41</u>	<u>7</u>
3) Disease of G.I. System			
a. Acid peptic disease	25	26	-
b. Pain abdemom	8	-	2
c. Acute appendicitis	1	-	-
d. Heamorroids	1	-	-
e. Others(diarrhoea, vomitting stomatitis etc.)	25	3	2
	<u>60</u>	<u>29</u>	<u>4</u>
4) Diseases of liver & biliary tract			
a. Hepatitis(infective+alcholic)	4	-	1(H.coma)
b. Acute cholecystitis	1	-	1

7月の活動報告

c. SOL Liver	1	-	-
d. Others e.g. liver abcess	1	-	1
	7		2
5) Diseases of blood & lymph.			
a. Anaemia	2	4	-
6) Diseases of Endocrine system			
a. Diabetis Mellitus	4	1	-
b. Goitre	3	1	1
	7	1	-
7) Diseases of genile-urinary system:			
a. Urinary Tract Infection	15	19	-
b. Others e.g. prostatitis, orchitis	3	1	1
	18	20	1
8) Diseases of Nervous System			
a. Headache	10	12	-
b. Meningitis	1	2	3
c. Epilepsy	2	-	-
d. Hemiplegia+paraplegia	2	1	3
e. Others e.g. cerebral palsy	1	-	-
	16	15	6
9) Psychiatric diseases			
a. Neurosis	6	5	-
b. Depressive illness	1	-	-
	7	5	-
10) Poisoning: Organophosphorus	2	-	2
II. Diseases of skin			
a. Tinea infection	8	10	-
b. Dermatitis	5	4	-
c. Scabies	6	8	-
d. Others	4	8	-
	23	30	-
III. Diseases of infection/infestation			
a. Enteric fever	8	3	4
b. Malaria	6	2	1
c. Cervical lymphadenitis	9	1	-

d. Fever/ PUO/ Neonatal			
septicaemia	10	2	3
e. Dysentory (Amoebic+Bacillary)	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	<u>35</u>	<u>10</u>	<u>10</u>
<b>IV. Diseases of Eye</b>			
a. Refractive error	1	7	-
b. Conjunctivitis	4	8	-
c. Cataract	<u>2</u>	<u>1</u>	-
	<u>7</u>	<u>16</u>	-
<b>V. Diseases of ENT</b>			
a. Acute/ Chronic			
Suppurative OM	6	12	-
b. Epistaxis	2	-	-
c. Foreign Body in the nose	2	-	-
d. Others e.g. positional			
vertigo	-	1	-
	<u>10</u>	<u>13</u>	-
<b>VI. Orthopaedic diseases</b>			
a. Low back pain	6	8	-
b. Fractures & dislocations	21	5	2
c. Rheumaleid Arthritis	2	-	-
d. Others e.g. myalgia	<u>19</u>	-	-
	<u>48</u>	<u>13</u>	<u>2</u>
<b>VII. Surgical Diseases:</b>			
a. Out injury	3	-	-
b. Wound / ulcers	9	14	-
c. Abscesses	28	1	-
d. Head injury	2	-	-
e. Hernia	2	1	-
f. Hydrocele	2	-	-
g. Varicocele	1	-	-
h. Cyst/ganglien	7	-	-
i. Intostinal Obstruction	1	-	1
j. Others e.g. cellulitis	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
	<u>56</u>	<u>17</u>	<u>3</u>

VIII. Diseases of Gynas/Obs.

a. Abnormal Pregnancy	2	-	-
b. Bleeding P/V	2	1	-
c. Pelvic inflammatory disease	5	1	-
d. Others e.g. Ca. Cervix fibroid etc.	18	-	-
	<u>27</u>	<u>2</u>	

IX. Miscellaneous:

a. Malnutrition	2	2	-
b. Burning foot syndrom	-	2	-
c. Thunder strock	1	-	-
d. Others with vague presentation	12	6	-
	<u>15</u>	<u>10</u>	

GRAND TOTAL 444 232 42

AGE AND SEX WISE DISTRIBUTION OF CASES

Age in years	Total number of cases						
	Local			Refugees.			
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	
0 - 4	31	25	56	9	15	24	
5 - 14	48	29	77	23	24	47	
15 - 24	20	17	37	27	17	44	
25 - 34	33	25	58	21	24	45	
35 - 44	40	38	78	12	12	24	
45 & above	71	67	138	23	25	48	
TOTAL	243	201	444	115	117	232	

AGE AND SEX WISE DISTRIBUTION OF ADMITTED CASES:

Yrs.	Total number of admitted cases		
	Male	Female	Total
0 - 4	9	4	13
5 - 14	7	3	10
15 - 24	2	3	5



25 - 34	3	1	4
35 - 44	1	1	2
45 & above	6	2	8
Total	28	14	42

Total number of out door cum emergency cases	= 676
Total number of refugees	= 232
Percentage of refugees	= 34.3%
Percentage of local patients	= 65.7%
Local Male Female ratio	= 1.3:1
Refugees Male Female.,	= 1:1
Admitted Cases M:F	= 2:1
% incidence of admitted cases	= 6.2%

#### OPERATION CASES:

age & sex wise distribution of operative procedures:

Age	No. of cases		
	Male	Female	Total
0 - 14	4	2	6
15 - 24	3	1	4
25 - 34	1	1	2
35 - 44	1	0	1
45 & above	0	0	0
Total	9	4	13

Type of operation	No. of cases
1. Wound toileting for crush injury	1
2. Hydrocele operation	1
3. Excision of scalp granuloma	1
4. Urethral dilatation	1
5. Incision & drainage of abscesses	7
6. Circumcision for phimosis	2
TOTAL.	13

## INVESTIGATIONS

A. Blood:	
a. Routine haemogram	100
b. Blood Sugar	17
c. Blood urea	11
d. VDRL	2
B. Urene routine examination	91
C. Stool routine examination	83
D. Sputum for AFB	16
E. Urine for pregnancy test	7
Total investigation done in clinical pathology	327
F. X-rays	51
G. E.C.G	7
H. Ultrasonography	24
Total number of investigation	409

The most commonly done investigation was routine blood examination (24.4%), followed by routine urine examination (22.2%). In about 12.5% of cases X-rays were done.

## CONCLUSION: n the month of July, 1993:

- 1) Out of 676 patients examined in the out door and emergency, local patients constituted 65.7%, and refugees 34.3%.
- 2) Percentage incidence of admitted cases was 6.2%.
- 3) Male: Female ratio of OPD & Emergency local patient was 1.3 :1, and 1:1 for the refugees.
- 4) Most affected age group both in local people and refugees is paediatric (0-14), 30 & 31% respectively.
- 5) 50% of the operations were done in children only; and most commonly done operation was Incision & Drainage.
- 6) Total number of investigations done in the centre is 409, which includes USG, ECG, X-rays, and clinical pathology.

04 光輝

8月から新たに加わった  
ブータン人の医師と  
共に回診するAMDA  
ネパールのロヒト・  
ポカレル医師



12月24日、  
10月25日、  
10月26日、  
10月27日、  
10月28日、  
10月29日、  
10月30日、  
10月31日、  
11月1日、  
11月2日、  
11月3日、  
11月4日、  
11月5日、  
11月6日、  
11月7日、  
11月8日、  
11月9日、  
11月10日、  
11月11日、  
11月12日、  
11月13日、  
11月14日、  
11月15日、  
11月16日、  
11月17日、  
11月18日、  
11月19日、  
11月20日、  
11月21日、  
11月22日、  
11月23日、  
11月24日、  
11月25日、  
11月26日、  
11月27日、  
11月28日、  
11月29日、  
11月30日、  
12月1日、  
12月2日、  
12月3日、  
12月4日、  
12月5日、  
12月6日、  
12月7日、  
12月8日、  
12月9日、  
12月10日、  
12月11日、  
12月12日、  
12月13日、  
12月14日、  
12月15日、  
12月16日、  
12月17日、  
12月18日、  
12月19日、  
12月20日、  
12月21日、  
12月22日、  
12月23日、  
12月24日、  
12月25日、  
12月26日、  
12月27日、  
12月28日、  
12月29日、  
12月30日、  
12月31日

12月1日、  
12月2日、  
12月3日、  
12月4日、  
12月5日、  
12月6日、  
12月7日、  
12月8日、  
12月9日、  
12月10日、  
12月11日、  
12月12日、  
12月13日、  
12月14日、  
12月15日、  
12月16日、  
12月17日、  
12月18日、  
12月19日、  
12月20日、  
12月21日、  
12月22日、  
12月23日、  
12月24日、  
12月25日、  
12月26日、  
12月27日、  
12月28日、  
12月29日、  
12月30日、  
12月31日

ダマックの医療センター  
に患者を連れて来る  
地域の人々。



12月1日、  
12月2日、  
12月3日、  
12月4日、  
12月5日、  
12月6日、  
12月7日、  
12月8日、  
12月9日、  
12月10日、  
12月11日、  
12月12日、  
12月13日、  
12月14日、  
12月15日、  
12月16日、  
12月17日、  
12月18日、  
12月19日、  
12月20日、  
12月21日、  
12月22日、  
12月23日、  
12月24日、  
12月25日、  
12月26日、  
12月27日、  
12月28日、  
12月29日、  
12月30日、  
12月31日

医療センター内の薬局



## ●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 熊沢 ゆり

新病棟がほぼ完成し、今川在カンボジア日本大使夫妻、菅波代表らが出席された落成式も無事完了して約1ヵ月が過ぎた。Phnom Srouch 郡病院では新たにスタッフの配置をし直し、増えたベッド医師不在時の急患等に対応できるようにした。さらに毎朝、前夜の宿直者による報告のミーティングを始めたり、毎月の定例ミーティングを持ったり、内部の運営体制も着々と出来上がって来ている。政府の財政難のため、相変わらず給料は6月から未払いのままにもかかわらず病院のスタッフは熱心に仕事をしており感心させられる。

QIP's 予算の実行期限も間もなく終わる。現在新たに3つのトイレを建設しておりまもなく完成する。新病棟内も小外科の設備やスタッフのトレーニングの設備がほぼ整い、Phnom Srouch 郡病院の施設面での再建は着々と進んでいる。また6月より毎週1回行っている病院のスタッフに対する教育プログラムも好評で、現在看護学生で卒業後Phnom Srouch 郡病院に配属される予定の看護婦さんの卵達も参加している。担当のDr. Borann, Dr. Mardy はPhnom Srouch に多い疾病をテーマに、毎回資料を手作りで講義をしている。

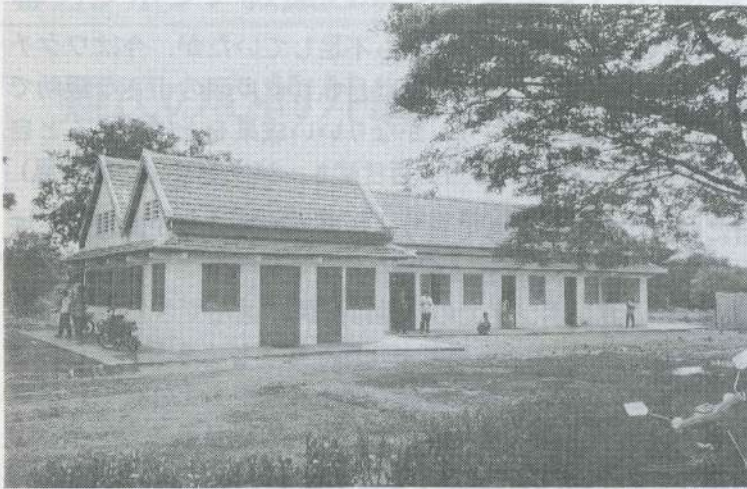
国立マラリアセンターより委託を受けた殺虫蚊帳の配布は予定の2地区のうち1地区を終了し、現在もう1地区へ配布するための下準備を行っている。国立マラリアセンター、WHOとともにこの殺虫蚊帳配布を行っているフランスのNGO、AICF

(Action International Center La Faim)が一般の人々のためマラリアに関する教育ビデオ(ストーリーのあるもの)を制作したが、その中でPhnom Srouch 郡病院が舞台として使われ、才色兼備の誉れ高いAMDAのDr. Chanthaが医師役で出演、AMDAの蚊帳配布プロジェクトの様子も登場する。完成したビデオをどのようにマラリアの予防教育に役立てるか検討中である。

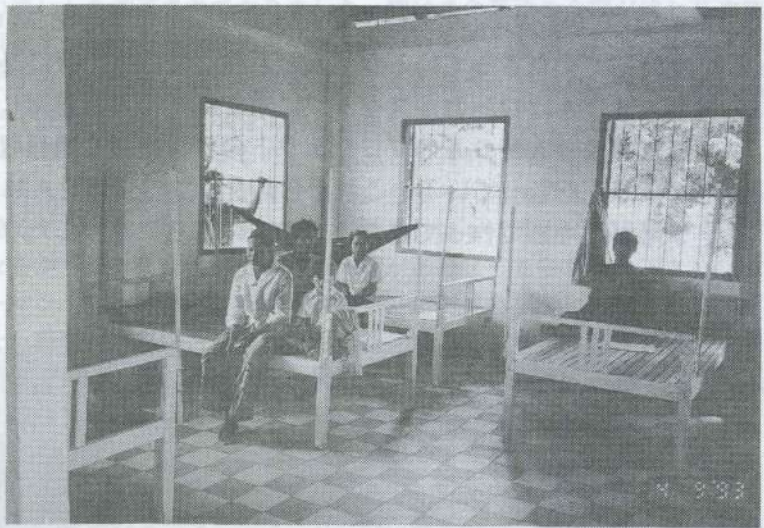
Phnom Srouch 郡内の国内避難民キャンプのデイケアセンターでは先生2名の熱心な指導により、子供達はカンボジア文字の読み書きの初歩を学んでおり、手洗いや歯みがきの指導も受けている。カンボジアではボルボト時代の影響からか子供の基本的なしつけがされていないケースを特に田舎では多数見るが、デイケアの先生達はこの点しっかり指導しており、帰宅時には手をあわせ一斉に「先生ありがとう、さようなら」とあいさつし、帰って行く子供たちの姿はほほえましい。

この2名の先生は同じキャンプに住む避難民で面接で選ばれUNICEFとフランスのNGO、"Enfants du Cambodge" の保育者研修を受けた女性達である。蚊帳の配布とマラリアの予防教育も中心になっているのはカンボジア人スタッフであり、医師以外の人材でも現地スタッフの育成の重要性を感じる。

ワクチン接種は現在、郡のヘルスワーカーが行なっているプログラムへの援助である。UNICEFのケロシン冷蔵庫が故障しており修理できない状態であるためワクチン保存用の氷、そして村まで出かける足としてのAMDAの車の提供をしているだけである。



完成した新病棟



新病棟の内部



AMDAのカンボジア人ドクターたち  
左からDr.Ly Hont, Dr.Sody, Dr.Chantha  
Dr.Mardy 新病棟完成のパーティにて

## ●カンボジア救護医療プロジェクト活動報告

しかしそれ以前は村まで出かけるバイクのガソリンさえも不足していたが、今はワクチンの接種に出かけるのも週4日可能となった。予算的には月80ドル弱の小さな援助であるが、郡のヘルススタッフが自主的に動いており、かなりいい成果を上げていると自負している。ワクチン接種についてはポリオ、P、D、T、(百日ぜき、ジフテリア、破傷風)とも接種率が2回目、3回目になるに従って落ちており、住民への教育等が課題として残されている。

このように病院を中心にAMDAのカンボジアでの活動は順調に進んできている。昨年よりAMDAの活動の中心となって来たWilliam医師が任期を終了し、9月末には帰国される予定である。誌上を借りて今までの献身的な活動に厚くお礼申し上げたい。後任としてはネパールよりの医師の派遣が予定されている。また昨年10月よりカンボジア人スタッフの中心となって活躍してきたDr. Borannが10月から3カ月フランスのマルセイユで行なわれる熱帯医学の研修に参加するため、一時AMDAの活動を離れることになった。このためDr. Borannの友人のDr. Seang Sody、とDr. Chun Ly Hourtがパートタイムで参加してくださっているが2人とも熱心に診療治療にあたってくださっていて、つくづくAMDAはローカルスタッフに恵まれていると感謝している。8月下旬より参加された岩間氏はAMDAのプロジェクトの状況把握や情報収集、さらに事務所の活動にがんばってくださっている。これからスタッフの交代でAMDA Cambodiaも大きく変わりそうだが、今まで作ってきた土台の上にさらに充実したプロジェクトを作って行きたい。



新病棟内のミーティングルームでの初めての  
病院スタッフとAMDAスタッフのミーティング

# 難民の心的外傷に対すとりくみについて

アジア医師連絡協議会 桑山 紀彦

8月24日より、千葉の幕張にて世界精神保健連盟総会93(WFMH'93 World Federation of Mental Health '93)が開かれ、私はそこで「難民と精神保健」というセッションの座長を務めさせて頂きました。その場にはHCRからも精神保健の担当官がジュネーブより参加しましたし、WHOの新福先生(マニラWHOのアドバイザーで、ウエスタンパシフィックに於ける精神衛生の担当官です)、精神科の世界では最も総合的に難民の精神衛生問題に取り組んでいるハーバードのモリカ博士ら一団が参加され、非常に円座的な場で情報交換が出来ました。今や私もモリカも、そして新福先生も「難民」に限るのではなく、カンボジア国内全域の精神衛生の復活を目指そうというところ意見は一致しております。そのセッションの中で、単独の研究者として長くカンボジアをフィールドにしてきたDr. Eisenbruch(アイゼンブルック博士:フランス国籍)という方が、実に見事にカンボジアに於ける民間療法的な「心の癒し」を調査されておりました。彼はこの幕張の会議が終わり次第、プノンペンに発ち継続調査をされます。彼の行ってきたものは、子どもも大人も本当にどうやってカンボジア人は心の平衡を保とうとするかについて深い見識を与えてくれるものでした。そして最後に彼は、出来る事ならばこういった「民間精神療法的な者に対し、NGOが協力して今後も人材を育てていけないものであろうか」という考えを持っていました。一応私どもAMDAの事を話し、もしかしたらカンボジアで合流できるかもしれないと伝えておきました。もちろんAMDAカンボジア側の都合があるでしょうから、行かなくても結構ですが、おそらく月曜日にはもう地方に再度調査に行く予定だそうです。今後の参考になるかも知れませんが、もし時間がありましたらお尋ね下さい。もっと時間があれば彼のそのシャーマン(ヒーラー)やkruu(クルー)に対する調査に参加される事も可能なように依頼しておきました。時間があればAMDAカンボジアとしても参加して下さい。

それからこのセッションにはモリカ博士がハーバードと一緒に仕事をしている4人のカンボジア人(USA定住難民)も来ており、彼らも今週末よりカンボジアに入ります。Mr. Savuth, Ms. Swanという二人は精神保健に関するトレーニングをサイト2の時代よりこのモリカ博士一派に受けており、USAに定住した後もハーバードを舞台に様々な定住カンボジア人の心の平衡に助力してきた人々です。精神科医ではありませんが、精神衛生のソーシャルワーカー的技能を持った人々です。その彼らが向こう1、2年に渡ってカンボジアに滞在し、仕事をさがすべく今週末よりプノンペン入りします。彼らは非常に有能なカンボジア人で、彼らのような人々に仕事の場が提供され、私たちNGOとともに仕事ができれば、今後のAMDAカンボジアの精神衛生プロジェクトの大きな支えになるかも知れません。

ハーバードの人たちと仕事をすると、結構学術的で、分かっていないのにNGOを否定する傾向があったり、「調査」を優先させて、「支援」という面については余り積極的でない事がこれまでもありました。従って、私としても今は情報交換という域を出ずAMDAを紹介しているつもりです。ただ、11月1日より4日までの間、このハーバードのモリカ博士とWHOの新福先生、そして私が加わってプノンペンで会議を持つという動きもありますので、AMDAカンボジアの精神衛生プロジェクトとして参加できればと思います。

また、このハーバードのモリカ博士と早稲田の菊地靖先生(文化人類学:フィールドは多岐に渡るが、フィリピンなどが主)がDirectorとなり、Refugee Trauma, Human DevelopmentというプログラムをCenter for Global Partnership(Japan Foundation, N.Y.)への申請事業として始めます。私もこれに参加することとなり、今後世界の様々な地域の難民に対する精神衛生への取り組みに広がりができました。みなさまのご理解と、ご支援を重ねてお願いする次第です。



今後の救援医療活動について各国の参加者から様々な意見が交換された

## アジア多国籍医師団構想の提唱

第三分科会 総括 パート1  
代表 菅波茂

アジア多国籍医師団構想は自然災害や難民の発生時にアジア各国の医師が緊急合同医師団を編成してかけつけるという基本概念である。アジアに於ける緊急救援医療活動は単なる医療協力では解決不可能なことが多い。なぜならアジアは多言語、多文化、多宗教の多様性があるからである。この多様性に対応するためには医師団自体が多様性に応えられる構成が必要であるとの認識に立っている。

アジア医師連絡協議会は1991年から緊急救援医療プロジェクトを次々と実施した経験と知識にもとづいてますますアジア多国籍医師団構想の現実的必要性がいわれてきた。

この第三分科会では具体的なプロジェクトの展開の中でアジア多国籍医師団構想の現実性と可能性を討論していただいた。この内容は第一分科会の医療文化の討論内容と併せて大きな意義を持つものと確信したい。



## Care International の緊急救援活動の歴史と体制の紹介

Care Japan 事務局長 山口 泰司

### □ 緊急事態

世界中の様々な地域では、洪水や地震などの自然災害、自然破壊による慢性的な飢餓、あるいは軍事衝突などが突発的にあるいは破局的に発生して、日常生活の基本的条件や生命が脅かされ大勢の人々が苦しんでいます。ケアの緊急援助が求められる事態です。

### □ 基本姿勢

ケアの緊急援助の基本姿勢は、被災住民の自発的な復旧・再建活動に対する支援です。

### □ 出 動

緊急事態に対する人道的な援助活動は、ケアの重要な役割の一つです。

開発途上国で起こる災害では、社会基盤が不十分なため大規模な被害が発生しやすいことが特色で、自国政府だけでは対応しきれません。また、地域に発生した緊急事態が、深刻化するに従って、その影響は周辺地域にまで広がっていきます。そこで、国連の専門機関は、緊急援助に経験豊富なケアの協力を求めてその救援にあたっています。

緊急援助では、食糧や物資を迅速・公平に配布するだけでなく、汚染・伝染病など二次的被害に対応すべく医療・保健衛生などへの対応も不可欠な要素です。

また、緊急事態が収まった後には、仮設住宅の建設、生活用品の確保など日常生活のすみやかな回復のための災害復興、さらに再度の災害発生を防ぐ活動などが必要になります。

被災地では、時間の経過とともに必要とする援助内容が時々刻々と変化していきます。

また、災害の種類によっても当然異なってきます。



"Egypt" CARE PHOTO By Lofti Abou Zeid

## □ 緊急援助活動の流れ

- ・各国ケアへの災害発生の通報
- ・災害状況の把握と援助計画の立案
- ・援助物資・資金の調達
- ・飲料水・インスタント食糧・寝具などの緊急輸送
- ・住民や難民の末端にまで、必要な援助が届く配給システムの確立・維持
- ・疫病の発生・蔓延防止のための浄化措置
- ・必要とする生活用品の確保
- ・作物等の生産体制の早期回復
- ・自主復旧体制の構築支援

これらの緊急援助活動を円滑に推し進めるためには、被災地域周辺の平和維持が重要な要素となってきます。

ケアは、発足当初から緊急援助で定評がありますが、それは各国にケアの現地事務所を持ち、国連機関や相手国政府などから必要な情報を素早く入手し、国際事務局を通じて加盟先進11カ国のナショナル ケアが協力する体制を持つ国際NGOだからです。

## □ 主な援助活動実績

1989年	バングラデシュ	サイクロン水害
1990年	エチオピア	干ばつによる飢餓
1991年	イラク	湾岸戦争によるクルド人難民の救済
1991年	中国	洪水
1992年	旧ソ連	政情不安・経済混乱による食糧・医薬品の欠乏
～1992年	カンボディア	内戦終結後の帰還民輸送・定着
1992年	ニカラグァ	津波
1992年	ソマリア	内戦・干ばつによる飢餓
1992年	ボスニア・ヘルツェゴビナ	民族紛争
1992年	インドネシア	津波

"DOCTORS OF THE WORLD" - GREECE  
WHAT HAS BEEN ACHIEVED AND WHICH ARE THE FUTURE GOALS.

1. Brief history - how was the organization born ?

The need for undertaking organized medical activities directed towards improving the situation of the less advantaged members of the populations or even whole nations, beyond the borders of our own society, has been gradually recognized among greek medical world, during the decade of 80s.

It was however no sooner expressed than in 1989, during the violent uprising in Romania when the handful of enlightened greek physicians led by a surgeon, prof. Rosenberg of the University of Athens, formed the greek branch of the "Doctors of the World" affiliated to the already existing french humanitarian non - governmental organization "Medecins du Monde", with its main aim to respond quickly and provide any necessary medical assistance to the victims of romanian conflict.

At this time the means to fulfil the ambitious objective were less than limited, as apart from plentiful enthusiasm there was not any structure to support the new born organization, however something important has already been achieved at this stage.

The message, that doctors and the other health professionals, share the global prospective of the ever present problems such as famine, natural disasters and armed conflicts and are prepared to face any other new created at any time (as for example is the massive migration of the refugees) in any place of the world, has been for the first time sent to the greek public in form of the clearly stated policy agenda.

Moreover the fact that health professionals are not only aware of the situation but are also willing to act providing their professional skills, in order to help overcoming those problems regardless to the race, nationality, religion and political convictions of the victims, has been met with broad support and deep understanding, both from wide public and the private and government organizations, as well.

Those were the basic founding principles of the "Doctors of the World" and it could be also said that also today they form the core of our manifesto.

What should be added moreover, is that although being a greek branch of the french organization "Medecins du Monde" (with more than 300 members in Greece), using its logo and to some extent its know - how and having extensive cooperation in the field, "Doctors of the World" of Greece are not supported financially by the french organization and are thus independent in their decision making and priority setting.

## 2. First steps - the actions follow the events

The big political changes in Eastern Europe and especially those in the former Soviet Union have had a great impact on the entire nations and populations around the world, in particular for the european ones.

Thus, from the beginning of the 1990 the events were proceeding with a pace that has determined the priorities and activities undertaken by the "Doctors of the World" of Greece. Summarizing in retrospect, the first actions had to deal with native Greeks repatriating from the former Soviet Union, of which the first wave consisted of 70.000 people. The greek social security infrastructure was not ready to receive this number of people and provide them with the immediate necessary support required.

The "Doctors of the World" in cooperation with the Greek Red Cross have organized (in spring of the 1990) a mobile unit where the doctors and nurses visited the districts of the repatriating families, providing the primary health care services such as : routine medical examinations, X - ray check ups etc. After 3 months the presence of the "Doctors of the World" was not any more required, as the general measures taken by the government and in particular by the Ministry of Health and Welfare, have met the basic health needs of the population.

In July 1990, a new challenge appeared in front of the organization: a number of about a 100 of illegal immigrants from Asian countries such as : Bangladesh, Sri Lanka and Pakistan, arrived at the port of Pireus and were refused to disembark and enter Greece. The unanimous decision of all members of the "Doctors of the World", to support those people with all available means (both providing medical assistance and defending them on the basis of their human rights) won them permit to stay temporarily in Greece.

This should be regarded as one of the achievements of the organization, as we succeeded in this by highlighting the issue through the mass media and our effort didn't ended up on that, but has also extended to providing immigrants with some means of support and conditions for decent living during their stay in Greece. However, ultimately after a period of time they were obliged to seek permanent asylum elsewhere, as the greek government have not granted it to them.

Soon after, during the winter of 1990/91 the unparalleled number of immigrants from Albania entered Greece through the unaccessible mountain border in the North - West part of the country. Many of them were of greek origin (native greek speaking minority of about 500.000 people is living in Albania) but also a lot of them were albanian nationals. The initial wave has been estimated approximately to constitute about 100.000 people and this exodus has been completed in less than 2 - 3 weeks.

This wave of immigrants (which is today estimated to have reached the number of 500.000, permanently living in Greece) was due to the collapse of albanian economic system and accruing from this

rapid decrease in conditions of living, as well as due to the freedom of movement that the albanian citizens were for the first time allowed to enjoy.

However, the severe winter in the northern part of the country took its toll on the refugees moving through mountains, which was exacerbated by the government's decision to keep them in this part of the country. "Doctors of the World" of Greece together with the french mission of the "Medecins du Monde" have visited the area, where the immigrants were gathered and attempted to give some basic support like shelter, food, medicines - which was however insufficient, given the number of refugees.

The public opinion reacted very sensitively to the problem and the donations in cash and in kind for the destitute, started to flow, as the "Doctors of the World" began to be regarded as one of the organizations responsible for delivering and distributing them.

Soon the refugees of greek origin were given the rights of greek citizens while, the Albanians as being illegal immigrants were subject to expulsion.

This emergency situation has however served as a stimulus for the "Doctors of the World" to realize that apart from emergency response providing relief, some other long term programmes geared towards prevention of the similar situations have to be undertaken.

Albania as being our neighbour had an advantage of proximity and given the fact of its transition in the economy, long term programmes for cooperation and development with Albania, have been set as the top priority on the agenda of the "Doctors of the World". Moreover, that having so many acute needs in different areas, its situation was seen as being comparable with that of the developing country, facing many of the same problems, justified fully the nature of development programmes.

Our next immediate action however, had to deal with the emergency response again. At this time the victims of the Gulf War (Kurdish and Shiits) fleeing the repressions of the Iraqi regime have provoked the public outcry and "Doctors of the World" of Greece (3 doctors including the speaker) have participated in the international relief team of the "Medecins du Monde", providing urgent medical assistance to the refugees on iraqi - turkish border and iraqi - irani border as well. The situation there is probably quite well known as it has gained a lot of publicity in spring of 1991 where a number of 500. 000 Kurdish refugees being particularly unwelcome by the relevant governments of Turkey and Iran, have been kept for days in high mountains without any means to survive. Many thousands of children and elderly have died of exposure to cold, pneumonia, diarrhoea and many infants and children of malnutrition.

The role of health professionals there, apart from purely medical curative or primary health care work, involved also a great deal of appeal through the mass media, to make the situation of the innocent war victims widely known to the public.

For the first time the question to what extent should a health professionals be involved in the public statements, without the danger of being accused of intervention beyond the issues of protecting his patients rights, where ends the medicine and the politics start ? Or more broadly is the humanitarian aid also a political issue ?

We believe, that it was largely due to the great international appeal expressed by the number of humanitarian relief missions, that the essential conditions for the refugees have been established, however here again we have realized, that long term project dealing with the newly created situation of the needy Kurdish population would be in case, if our mission is to be accomplished. A long term programme with the support of greek government (which donated 20 tones of medicaments, food and clothes) has been launched in summer 1991, where a group of 4 greek physicians (a surgeon, two internists, a microbiologist) and one nurse stayed for two months in the hospitals, of safety zone of Northern Iraq working with local health personnel and providing all the necessary support and assistance. This has been the first phase of our programme and there are plans for this to be continued provided that necessary funding will be raised.

Our most recent emergency relief programmes had to deal with the former Yougoslavian republics of Croatia and Bosnia, and it was mainly sending and attending at the delivery of convoy of supplies such as food and medicines (in summer of 1992) and the two relief missions to Somalia (spring 1992 and April 1993), where the greek team of three surgeons worked for two months and one month respectively. At the domestic arena we had again to deal with the problem of illegal immigrants at this time from Iraq (38 people), that were kept and prevented from disembarking, for several days at the port of the island Corfu (autumn 1992). "Doctors of the World were the first to provide them support together with the sensitized population of the island, which has granted them the permit of stay in Greece.

### 3. Emergency relief or sustainable development programmes ?

This issue has been arising from the very starting point of our activities, as the increased number of emergency situations within even the limits of our neighbourhood become so pressing and important issue, that has given a rise to the increased number of the non - governmental humanitarian organizations. However, promoting sustainable development programmes has been viewed as preventing in long term, some of the causes that result in disastrous outcomes for the health of the populations.

Here a more general question could be put forward: why throughout the world, both in developed and developing countries, is there such a recent boom of the non - governmental organizations ?

Few plausible answers highlighting and giving explanation to this issue have been proposed, which to the great extent describe the case of our organization as well.

First of all the NGO's are regarded as more responsive to the needs of the local populations, as being more close to the grass root movements and more flexible in they way of operating. This greater flexibility is due to their decentralized structure and gives them also the advantage to respond quickly and more efficiently in the case of the emergency situations, where the mobilizing of some other powerful and influential organizations such as government or big international aid agencies would take more time, due to their extended bureaucratic structures.

Another advantage is that they are not politically or religiously affiliated (most of them) and are thus more independent in their choices. Moreover, as having less power and money they pose less threat to the local governments.

However, some obvious disadvantages do exist as well and the most important have probably to deal with the sources of financing of the NGO activities, which may create the potential dependency from donors. Another issue is the limited impact even on the aspects that have to deal purely with health, which is often due to overwhelming complexity and multiplicity of causes underpinning the health related problems but also due to the scarce resources that are available to the NGO's for resolving them. Finally, very important is also the issue of the own goals and agendas of the organizations themselves, which may potentially be pursued out of the context of the real needs, aspirations and with the disregard to the cultural identity of the recipient country.

"Doctors of the World" of Greece being aware of all those problems adopted the following stance:

- the sources of financing come mainly from the donations of independent individuals (through our fund raising campaigns), from companies or organizations and they are channelled for the activities that are decided by the Executive Body of the "Doctors of the World" (of 9 members). The same applies when the financial support comes from the greek government or European Commission.

- being a relatively small and not very powerful organization we have decided that some priorities have to be given to our long term development programmes, as only a fraction of the all present needs can be met by our organization. Such type of activities has been regarded as highly appropriate to be undertaken, if a long term improvement of the situation in the third world countries or in recently impoverished former socialist countries (Albania, Romania) is to be achieved.

- to avoid the possible danger of "cultural arrogance" we try to cooperate very closely with the expatriates of the recipient countries, whenever it is possible (i.e. in the case of our long term mission in Northern Iraq, an expatriate Iraqi

doctor was participating in our team). Also the foreign doctors and other health professionals or logistic personnel living in Greece, are most welcome to become members of our organization.

#### 4. What are our future goals and plans ?

The future activities will be continuing in 3 main directions:

- 1) **emergency relief** - although very essential will not constitute the mainstream of our activities. There is a suggestion to create a basic infrastructure consisting of supply of basic medicine and logistics, supported by an emergency fund that could be activated within hours. We will continue to rely strongly in those activities on public response, as the extra funds which are substantial in these cases are always required.
- 2) **development - long and medium term projects** - will constitute a greater part of our activities. The already initiated programmes with Albania, Ivory Coast and India will be continued and developed.

Briefly: our programme in **Albania**, which is financed by the **European Community** (that speaker has been working as a coordinator) constitutes of three parts:

- modernizing the equipment in the hospitals cities of Saranda (Southern Albania) and Kruje (Central Albania).
- exchange visits by teams of greek professionals to Albania with the purpose to establish a link of scientific exchange (seminars, congresses etc.). Establishing visiting and training scholarships and fellowships for junior albanian doctors.
- modernizing the existing unit and supplying the hospital of Tirana with new unit of renal dialysis.

This programme is our biggest one, has started in April 1993 and will be lasting for the next two or three years.

The programmes initiated in the **Ivory Coast** with cooperation of the local government should be mainly directed in providing more logistic support and strengthening the structure of the primary health care units in the Northern part of the country - it has not yet been initiated.

The programme in **Calcutta** is to provide support for some relief mission already existing in the area and creating an outpatient clinic which will deal with the homeless of the city. Also to be initiated.

- 3) **Attracting the members of other professions and the attention of the public** to the issues of development and aid, through campaigning and educational seminars. We also plan to organize a congress on medicine of disasters in autumn of 1993.



# 日本のNGOによる緊急救援活動の歴史

NGO活動推進センター 伊藤道雄

1993.4.

NGO Cooperation Center

## THE SUBSIDY SYSTEM FOR NGO PROJECTS

### I. Introduction

The Subsidy System for NGO Projects (hereinafter called "the Subsidy") has been introduced since FY 1989 to assist NGOs in Japan which are engaged in their own development activities in developing countries. It is expected that the overseas development activities by Japanese NGOs will be expanded by making use of the Subsidy.

### II. Background

The Government of Japan, which has sponsored Official Development Assistance Programs for years, has recently been aware of many features and benefits of NGO activities, as described in the following;

- 1) NGOs are able to implement cost-effective, well-targeted and relatively small-scale projects at the grass-roots levels.
- 2) NGOs are able to respond quickly and flexibly to a variety of needs, including emergency requirements created by natural disasters.
- 3) NGOs are inclined to promote community participation in the developing countries and to further the involvement of Japanese private citizens in development activities.

Although such NGO-initiated projects have a number of benefits, there are some problems in newly established Japanese NGOs. Most of the Japanese NGOs are relatively small and have very limited human and financial resources, compared with European and U.S. NGOs with longer history (often with religious background) and bigger financial resources (mostly through private donations).

Since an increasing number of requests for assistance arrived upon the Japanese NGOs from the developing countries, the Japanese NGOs have expressed on

many occasions, to the Government of Japan, their wishes to utilize the dramatically increased ODA budget to support their projects. The utilization of ODA for NGO-initiated projects could expand development activities of the Japanese NGOs.

Since the Subsidy System was introduced in 1989, the projects not suitable to government-based assistance have been on the list for consideration if the Japanese NGOs are directly involved.

### III. Outline

#### A. The Amount of Subsidy

The Subsidy System is intended to cover up to 50% of the total expenses for each development project which is considered to be appropriate for supporting. The amount of the assistance to a single project is, as a rule, between ¥0.5 million and ¥12 million. Total budget for the Subsidy was ¥110 million for FY 1989; ¥220 million for FY 1990, a 100% increase; ¥280 million for FY 1991; ¥340 million, a 21.4% increase for FY1992 and the budget for FY1993 has been expanded to ¥440 million, a 29% increase compared with the budget for the previous fiscal year.

#### B. Areas

The Subsidy assists projects in the following areas:

1) development of farming/fishing communities

(poultry farming, breeding of plow oxen [pigs], construction of small-scale irrigation facilities, rural reconstruction, breeding of fish, etc.),

2) human resource development

(construction of child-care facilities, education centers in slums, schools and libraries, etc.),

3) public health

(promoting the spread of simplified toilet facilities, improvement of public health, etc.),

- 4) medical services  
(itinerant medical consultation services for isolated areas, rehabilitation of the handicapped, etc.),
- 5) local industry  
(construction of job training centers, operation of youth job training programs, etc.),
- 6) the living environment  
(well digging, construction of training centers for counselors to improve living standards, construction of water system and drainage, etc.),
- 7) environmental conservation  
(forestation, etc.), and
- 8) transportation of private aid goods

#### C. Guidelines for Project Selection

- 1) The Subsidy-assisted projects should:
  1. be small-scale projects unsuitable for government-level assistance;
  2. contribute economic and social development or meet humanitarian needs;
  3. upgrade the living standards in developing countries;
  4. meet the present needs in local communities; and
  5. enhance the self-help efforts of the local communities and encourage their own participation.

\* Projects already assisted by other aid schemes of the Government of Japan (e.g. Small-Scale Grant Assistance) are excluded.

#### D. Eligible Countries

A country's suitability for the Subsidy depends on the following guidelines;

- 1) Countries should meet IDA Eligibility under the Per Capita Income Guidelines of the World Bank.
- 2) A considerable effect is expected from the Subsidy.

#### E. The Subsidy Recipients

The Subsidy is available to the Japanese NGOs, which meet the following requirements:

- 1) The major aim of the recipients concerned should be the development cooperation.
- 2) The recipients' annual budget for development cooperation should exceed ¥1 million and those recipients should, at least for 2 years, have undertaken overseas activities directly implemented by dispatched staff for such organizations.
- 3) The recipients are expected to have the sufficient abilities for project implementations and administrations which are required under the Law concerning Subsidy Regulation.

#### F. The Subsidy Procedure

After the annual budget is approved in the Diet, the application procedure will be officially announced in the Official Gazette and notified to such organizations as the Japanese NGO Centre for International Cooperation (JANIC) ;

Mr. Michio Ito

Director General, JANIC

3D Daini-shibata Bldg.

3-21, Kanda-Nishikimachi, Chiyoda-ku, Tokyo

Tel/03-3294-5370 Fax/03-3294-5398

Applications for the Subsidy are expected to be submitted by eligible NGOs to the Minister of Foreign Affairs. On receiving such applications, NGO Cooperation Center in the Ministry of Foreign Affairs studies the content of the requests to determine whether they are appropriate for receiving the Subsidy.

## Voluntary Health Service for the Myanmar Refugees in Bangladesh

A project of AMDA-Bangladesh with the help of AMDA-Japan and AMDA-Nepal

Dr. Sarder A. Nayeem

President, AMDA-Bangladesh

### The important aspects of this project are:

\*This is the first AMDA-Bangladesh project (by the help of AMDA-Japan and AMDA-Nepal)

\*This project has given the official recognition of AMDA-Bangladesh to the Government of Bangladesh

\*This is one of the pilot projects of AMDA's 'Multinational Doctors Mission' project

### Background of the project:

The refugees are called Rohingya Refugees in general. Rohingyas, the muslim minority of Myanmar began to enter into Bangladesh at the beginning of 1992. According to the refugees they have left their country because of military oppression incurred on them by the ruling military junta. By the middle of March, 1993 the number of refugees reached to about 200,000. At that time about 7000 refugees have entered into Bangladesh each day. This was a man-mades disaster and it was a challenge to everybody to minimise the damage and sufferings of this mass exodus to Bangladesh.

Bangladesh government was not able to give all supports to this vast invaded population.

Eventually UNHCR and other multinational NGOs came forward to help the Bangladesh government.

At that moment AMDA-Bangladesh was not organized locally. But the AMDA-International president Dr. Sukanami proposed to take a project to give medical assistance to the refugees by the end of March 1993. AMDA-Japan vice-president Dr. Kobayashi had also taken an active part in deciding the project.

And on an emergency basis a project was taken and the first medical team was sent to the site at the beginning of April.

Members of the first team were:

Dr. Sarder A. Nayeem

Dr. Kenji Tsumagari

Dr. Shinichiro Noda

Concern  
MSF, France  
OK  
Maris-J.E. Islam

Field of work  
Food distribution  
Construction of shelter  
Different, non-specific  
Health and nutrition  
Health and nutrition  
Construction of shelter

### E. The Subsidy Recipients

Dr. Asif Jamil reached one week before and completed some preliminary works in the site with S.A. Razzak, Dr. Sumana Barua and Dr. Hasan. Later on S. A. Razzak was nominated as the project co-ordinator for this project.

Before sending the first team, we completed some very primary official formalities through the Embassy of Bangladesh in Tokyo. But the most complicated part of the official formalities was yet to be done - getting the permission of the NGO Affairs Bureau of the Government of Bangladesh.

The first team reached Dhaka on 10th April at 11:00 PM. In the following morning we went to the NGO Bureau to take the permission. Our advisor Mohammad faizullah was with us. We got the permission to work among the refugees in an hour. This was a very big achievement for AMDA. Though AMDA was a relatively unknown NGO to all the officials of the NGO Affairs Bureau, but they were very positive in attitude towards AMDA. Probably AMDA produced a different impression as an Asia based non-government organization as well as containing local personnels in the team, who can go much closer to the people to be served.

In the same evening we left Dhaka for the project site where the refugees had taken shelters.

We reached at the Chittagong, the nearest city from the project at about 9:00 PM on 11th April. In the following morning we left Chittagong for Cox's Bazar, the project site and reached there by afternoon.

There are 7 subdistricts (Upazilas) in Cox's Bazar district:

Chakaria

Ramu

Cox's Bazar Sadar

Ukhiya

Teknaf

Moheshkhali Island

Kutubdia Island.

Most of the refugees were in:

Ramu

Ukhiya

Teknaf

There were 12 camps in the area:

Dhoapalong -	In Ramu
Dhechuapalong-1 -	"
Dhechuapalong-2 -	"
Marichapalong -	In Ukhiya
Haludiapalong -	"
Kutupalong -	"
Balukhali-1 -	"
Balukhali-2 -	"
Dumdumia-1 -	In Teknaf
Dumdumia-2 -	"
Gundhum -	Bandarbon District
Adarshagram -	In Nikhongchari

Government medical service was very scanty at the site. According to the government survey there are about 0.2 millions refugees in the area and about only half of them are sheltered in the camps. Rest of the people are staying under the sky or under self-made dry-leaf shelters. The health situation is extremely poor. Though the govt. and NGOs are giving their best effort to tackle the poor health situation, for this huge population those are very scanty.

For about 200,000 refugees the facilities were,

Number of Govt. Medical Team for the camps	11
Total doctors	20
Total health workers	107
Number of Govt. Medical Teams for Screening	8
Doctors	8
Health workers	16

The government medical teams were lacking of medicines, equipments etc.

Local and International NGOs and their field of works:

NGOs	Field of work
Red Crescent	Food distribution
World Vision	Construction of shelter
Concern	Different, non-specific
MSF, France	Health and nutrition
GK	Health and nutrition
Marka-J.E. Islam	Construction of shelter

Rabita	Health, food and cloths
MSF, Holland	Health and nutrition
IIRO	Health and construction
CCDB	Health and construction
RDRS	Construction
Save the Children	Health and nutrition

The areas in Myanmar from where refugees came:

Maungdaw  
Buthiaung  
Rathedaung  
Akyab

No. Tube well and latrins in the area:

Camps	No. of tube wells (yet required)	No. of latrins
Dhoapalong -	87 (-)	385
Dhechuapalong-1 -	25 (-)	160
Dhechuapalong-2 -	84 (42)	570
Marichapalong -	66 (-)	470
Haludiapalong -	30 (08)	200
Kutupalong -	69 (-)	354
Balukhali-1 -	99 (05)	410
Balukhali-2 -	14 (51)	50
Dumdumia-1 -	08 (121)	500
Dumdumia-2 -	02 (26)	320
Gundhum -	45 (-)	90
Adarshagram -	01 (21)	177

No. of latrins still required is: 1031

We visited and surveyed different camps and talked with the refugees. After a two-day survey and discussion with authorities and UNHCR we concluded that AMDA should work on specific problems along with some general treatment giving service.

Since the intestinal parasitic and parasitic and fungal skin diseases are causing a lot of morbidity to all age group, specially to the children, the members of the AMDA team decided to take a 'Deworming Programme' for everybody among the refugees going from door to door. And at the same time the team will give treatment for skin problems in general for which they don't consult to the doctors.

AMDA Started its Project of Voluntary health Service for the Myanmar Refugees in Bangladesh on 25th April, 1992,



The components were:

Deworming

Health education

Emergency health services

The project continued until 31st December, 1993.

Total number of Deworming Cases: 18278

Male: 9721 (53.18%)

Female: 8557 (46.81%)

Age group of the Deworming Cases:

15 years or below: 10048 (54.97%)

Above 15 years: 8230 (45.02%)

Associated Medical Complaints:

Anaemia

Malnutrition

Skin diseases

Respiratory tract infection

Conjunctivitis

Treatment given for deworming:

Pyrantel Pamoate (Both tablet and syrup)

Levamosole (Both tablet and syrup)

Mebendazole (Both tablet and syrup)

In the camps usually above antihelminthic drugs were distributed mainly with liquid paraffin. First of all AMDA's general physicians checked the refugees whether they had any other serious ailment or not. If the doctors found them OK for deworming then medicine was given.

As we knew, no treatment is completed without health education. Specially education regarding sanitation, hygiene, child health care ect. So AMDA decided to give health education among the refugees and we found all types of people were very interested in this.

Almost all patients and their parents attended the classes

Health education classes were taken among the refugees:

Lectures

Posters

Person to person discussion

Our medical team also offered treatment to the patient with various diseases. Prevalent diseases were diarrheal diseases, respiratory infections, other parasitic infewstations,

anaemia, skin infections, vitamin deficiencies ect. We have given them appropriate treatment prescribing and serving different types of medicine.

From the beginning of this year, repatriation of the refugees started. AMDA has finished its project there. The latest news of the refugees is that the repatriation is not going well. We do not know why the repatriation was stopped. But we want a permanent political solution so that the poor and tortured refugees can go back to their won land and leave peacefully.

Age group of the Deworning Cases:	No. Tube well and latrine in the area:	
	Male	Female
Above 15 years:	8230 (42.02%)	10048 (51.97%)
15 years or below:	8230 (42.02%)	10048 (51.97%)
	8230 (42.02%)	10048 (51.97%)

Camps	Associated Medical Complaints:	
	Amnesia	Amnesia
Dhachapalong	288	388
Dhachapalong 1	691	691
Dhachapalong 2	575	575
Marichapalong	474	474
Haludapalong	60	60
Keopapalong	69	69
Balchab 1	41	41
Balchab 2	20	20
Damchab 1	10	10
Damchab 2	10	10

Treatment given for Deworning:  
 Pyrimin Pamois (Both tablet and syrup)  
 Levamisole (Both tablet and syrup)  
 Mebendazole (Both tablet and syrup)

In the camps usually above antihelminthic drugs were distributed mainly with the purpose of deworming. First of all AMDA's general physicians checked the refugees whether they had any other serious ailment or not. If the doctor found them OK for deworming, then medicine was given.

## MEDICAL AND HEALTH ACTIVITY IN CAMBODIA

Hiroshi Takahashi

AMDA-Japan/Cambodia

(Handout for '93 Hayashiabara Forum)

### [NGO Activities in Cambodia]

Since deployment of UNTAC (United Nations Tentative Authority in Cambodia) in March 1992, many international NGOs were actively involved in various sorts of development programmes in Cambodia. In order to make NGO manpower balanced and effective to the whole country, capable NGOs were asked to submit protocol to both UN and the relevant ministry of State of Cambodia. Once NGO was recognized as an authorized aid organization, all the equipments to take or purchase for their work became tax-free, and UN organised them to attend regular sector meetings, such as MEDICAM. Moreover, a special NGO called CCC was established in Phnom Penh, to coordinate information among working NGOs. Such arrangement and collaboration of UN, NGOs and the local government was probably unprecedented in history of NGO activities.

However, actual living and working in Cambodia was quite difficult for any NGO. High prices, especially in Phnom Penh area, unstable security, corruption of the government officer, undeveloped infrastructure, lack of the professionals, etc., those difficulties made all our activities complicated and exhausting. Particulaly, political crisis was the biggest concern. if the general election (voting now!) attributed to failed and the civil war broke out again, all our work will be eventually collapsed as well.

### [AMDA-Phnom Srouch Project]

We decided Phnom Srouch District, where lies 70km south-west from Phnom Penh, as our working field. Population of the district was some 43,000, and among them, 1,000 were returnees from Thai-Cambodian border, and over 1,800 families (8,500 persons) were displaced from other districts. There were 8 mine fields, which caused 3 to 5 accidents every month. WHO's random sampling showed that 25% of local people were infected falciparum malaria.

On the other hand, Phnom Srouch was one of the poorest and worst serviced regions in the country for medical facilities. Annual health and medical budget was only 271 Riel (14 cents US), and there was no doctor.

Our activity was aimed to improve such difficulties.

AMDA-Phnom Srouch District Hospital was reopened after 13 years intervals on 10 October, and until the end of February, we accepted 2,965 patients. Over 140 patients were hospitalized, and some 120 patients were recovered and discharged. the commonest disease was falciparum malaria of 750 cases, and 10 patients were died or transferred.

During 6-month medical service, we recognized two facts. Firstly, most of the out-patients came within 5km from the hospital in October, however, over 55% of them are now over 5km areas, particularly where we actively sent our community service. Secondly, epidemiological analysis revealed that high risk group of falciparum malaria altered, according to the season. That is, in rainy season, young men, particularly woodcutter, charcoal maker, soldier were in the high risk, on the other hand, under 5 years old of both male and female became risky

in dry season. Such epidemiological data, as well as cooperation with local people, will contribute to further activity on preventive medicine.

## [Problems on Future NGO Activities]

### 1. strengthen transportation

In order to achieve an emergent medical rescue successfully, NGO should seriously consider their transportation measures. The transportation must be quick-responded and also reliable, then hopefully massive. Air transportation is the most suitable measure for such conditions. All Japanese NGOs have now no way to carry their items to Cambodia but by hand luggage, for sea and river line has been closed for 4 months. Therefore, we have not got medicine and a vehicle, which were on a cargo boat half a year ago.

To improve such logistics trouble, it should be considered that some medical NGOs which are actively send staff and equipment rent a air plane. Chartered air planes can take off anytime to anywhere, and carry hundreds times more cargo. Cost becomes expensive in Japan, for there are not so many charter flight companies like in North America or Europe, however, cost could be reduced, if the air plane is scheduled by some NGOs. To strengthen transportation is as important as to employ more medical professionals.

### 2. Collaboration of the NGOs

AMDA-Cambodia experienced some collaboration with NGOs working in Cambodia. To transfer the T.B. patient from our hospital to another district hospital supported by Japanese NGO, 24hr Charity commission, JVC's 4WD vehicle was employed. To give the best medical and social care to the amputees by landmines, we sent our patients to US Red Cross or Oxfam to make artificial limbs. they were later introduced Charity of Missions and Japanese AAR-CC to give rehabilitation and occupational training. Japanese Operation Uni taught basic skill of oral surgery to Khmer surgeons, and they operated our patient with cleft lip. Such collaboration can be a key action to make most of each NGOs in the field.

### 3. NGO code on clinical activity

Working in the field hospital, we saw some patients whose diseases were apparently curable, but difficult to treat with local medical standard. Lots of recurrent T.B. patients needed expensive rifampicin. people with the thyroid goiter or the cervical cancer mass had no chance of operation or chemotherapy. There were 2-3% of local population with alcoholism, but there was no medical facilities to forward them in present Cambodia.

In discussion with UN organizations, medical officers sometimes emphasized that preventive action was more prior to clinical one. Though strategy of the NGO must be synchronized with that UN, however, tactics can be, or even should be different. NGO are organized and run by individual financial support, and each NGO has principal to their activity. These gaps between UN or NGOs should be more discussed and mutually understood in each principal.

### 4. evaluation of researcher

It will be nice, if professionals give quick and proper suggestion to the field work, however, it is often difficult in terms of NGO's manpower.

Therefore, it becomes necessary to evaluate each activity of NGO by relevant specialists after the work. Evaluation should be done comprehensively and also in each sector, such as, medicine, logistics, finance, personnels, etc.. Steady efforts to analyse the method and the result of the project and to point out faults will surely make the NGO activity effective and fruitful.



林原フォーラム93の受付  
この裏の部屋が第3分科会の会場となった



第3分科会会場内  
緊急救援活動について発表する  
ケア・ジャパン山口氏



### 3. 外国人相談者居住地域

	8月	累計		8月	累計
東京	60	1864 (56.5%)	他県	17	320 (9.7%)
神奈川	21	367 (11.1%)	不明	30	307 (9.3%)
埼玉	12	253 (7.7%)	合計	150	3301 (100%)
千葉	10	190 (5.8%)			

### 4. 相談内容 (複数回答)

	8月
(1)言葉の通じる病院の紹介	80 (49.4%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	19 (11.7%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	15 (9.3%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	10 (6.2%)
(5)治療費の問題・トラブル	11 (6.8%)
(6)渡航時予防接種	8 (4.9%)
(7)言葉の問題のみ	6 (3.7%)
(8)労災・交通事故	7 (4.3%)
(9)その他(HIV検査含む)	6 (3.7%)
合計	162 (100%)

### 5. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	5	(2)公的機関(大使館・自治体等)	6
(3)マスメディア	5	(4)NGO	3
(5)その他	4	(6)企業	3
		合計	26

### 6. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1)通訳・言葉	6	(2)医療機関紹介	1
(3)制度	4	(4)医療費について	3
(5)活動内容	17	(6)AMDA関連出版物について	2
(7)その他	4		

### <センター報告>

- 10月13日(水)15:00~17:00に大使館関係者向けのセミナーを開催します。「Japanese Medical system」についてのセミナーです。
- 服薬指導の本が、10月下旬に完成予定です。各国語への翻訳が着々と進められています。また、歯科診察補助表についても現在作成中です。多くの方に役立てて戴ければ幸いです。
- 8月28/29日の「日本国際保健医療学会総会」にて、小林所長と香取事務局長がセンターの活動報告をいたしました。
- 9月10日には東京都市立病院会青年部会夜間勉強会の「救急病院のつどい」にてセンターの救急に対する活動報告をいたします。
- 9月26日(日)「医療機関における外国人患者受け入れについて」のシンポジウムが大阪で開かれます。代表は宮地尚子先生、副代表は福川隆先生です。大阪府と大阪府医師会の後援をいただいています。



か。そうだったら、どこで誰が外国人に医療を提供しているのかと思つたので。公立病院の中に、そういうセクションがつくれな

いか、ずいぶん打診もしました」

結局、日本に来て社会に出た彼らに医療サービスを提供するには自分でやるしかなかった。

体調を崩したため一年で閉業した医師から現在の施設を譲り受け、看護婦やスタッフのほとんどは、それまでいた病院から引き連れてきた。韓国・延世大学の医学部を卒業し、慶應大学病院に入局した経歴を持つ妻は小児科医なので外国人の子供たちの病気を診ることができると、韓国語にも不自由しない。日本語ができるインドネシア人の事務員も雇い、カンボジア語、中国語、ベトナム語など八カ国語で診療が受けられるようにした。

「外国人の診療を前提に開業したことを日本人にも理解してもらうため、あえて医院の名前に国際を付け加えました。外国人患者を積極的に受け入れる数少ない医院というわけです。ただし、外国人専門の医院ではありません。この大和が開業している以上、地域の方々と診るのも大切な役目ですからね」

開業した最初の一カ月に診療にやってきた外国人は延べ二十人。現在では一カ月に延べ二百人がやってくる。この数は、同クリニックの全体の患者数の約二割を占めている。

平成三年四月には、友人の医師六名とともに、在日外国人の医療相談を受けるAMDA(アジア医師連絡協議会)国際医療情報センターも開設した。今年五月には、さらに人員を増やし、体制を強化するため事務所を新宿に移転。現在、常勤する五名の有償ボランティアのほか、五十名の通訳者が日常の医療相談を中心に救急患者の電話通訳サービスなどにあたっている。こちらは開設以来八十九カ国の人々から二千七百件にもぼる相談を受けている。

設立当初は予想もしていなかったが、東京都の委託を受け、都が独自に管理する医療機関情報とドッキングし、紹介できる病院の数も増えている。対象となる在日外国人は、合法、不法滞在者の別にはこだわらない。

## 在日外国人に対する

### 原則論と現実論

小林氏は、今年初め、そのAMDA国際医療情報センターの仲間の協力を得て、「医者と患者双方の手助けになれば」と二冊の本を相次いで出版した。在日外国人向けに、健康保険、生活保障、生活保護法など日本の医療・福祉制度を、日本語、英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン

語の五カ国語で分かりやすく解説した「日本の医療・福祉制度ガイド」(中山書店)。もう一冊は、医師に対して、宗教・風俗・習慣の違いから生じる診察時のトラブル、言葉の問題、高額医療費未払いなどを具体的にアドバイスする「外国人患者診察ガイドブック」(ミフス)である。

「診療して困っている在日外国人から診療代をとらないのは一見美談ですが、好意だけでは限度があります。外国人の自助努力を促すことが先決できる範囲で無理なく行うことが長続きする秘訣です。また、日本では、現実論と原則論にギャップがあることも問題。特に、今問題となっている不法滞在外国人の問題については、現実を原則に合わせるか、原則を現実に合わせてるか、どちらが必要なのではないでしょうか」

取材中、七月末にネパールやバングラデシュ周辺を襲った大洪水で被災した人々のもとに二回目の医師団を派遣する旨のファクシミリが、小林氏が指揮するアジア医師連絡協議会から送られてきた。医師の手配も、また彼の仕事なのである。

診療室の隅には、フィリピンや中国、カンボジアなどのカセットテープがずらり。患者のためかという問いに、いや、私自身も好きだからと笑い。これから暫くは、平成6年9月に完成する大阪新空港で急増が予想される関西の在日外国人のために関西に開設するAMDA:センターの準備にも忙しい。



# 慶應BRBフォーラム



WHO'S WHO

## 日本でできる国際貢献 —— 医師の立場から

海外で病気になる時ほど心細いことはない。  
どこの病院を訪ねればよいのかわからない、  
言葉が通じない、  
医療制度がわからない、  
異国の地でこんな経験をした方は多いだろう。  
現在、日本に滞在している外国人も  
決して例外ではないはずだ。

小林国際クリニック院長  
国際医療情報センター所長

小林 米幸 (49 医)



### 誰がするのか、と思ったときに

小林氏が神奈川県大和市に開業したのは三年前。  
「学生時代から海外で外科医として働きたいと

いう気持ちはあったんです  
が、相手国や私の事情でな  
かなか実現しませんでした。  
そんな状態のまま昭和五十  
七年、大学から神奈川県大

和市立病院への勤務を命じられ、インドシナ難民  
大和定住促進センターに入所していた難民の医療  
に携わることになったのです。日本に迎えられた  
彼らの健康状態をチェックしたり、同センターか  
ら社会に出た後、病気になるたときの治療にもあ  
たりました。それまで考えてもみなかった開業を  
意識し始めたのは、それからのことです。

理由の一つは、海外に行かなくても、日本の中  
に外国があるというくらい外国人が生活している  
ことがわかったから。もう一つは、とりわけ日本

語が理解できるようになるのに時間がかかる高齢  
者が、同センターから社会に出て病気になるた  
き、どうやって病院を探し、病状をうたえれば  
いいのかと思ったから。

さらに、日本のインドシナ難民事業では、定住  
者の数が一人になると締切りますが、大和のセ  
ンターの場合、収容者はすでに九千人近い数。定  
員いっぱいになると、現在国内にある他のセンター  
(大井国際救援センター、姫路定住促進センター、  
大村一時収容所)も閉鎖されてしまうのではない



●JJ Field Freeでは、読者の皆様の原稿を募集しております。掲載させていただいた場合は図書券3,000円と掲載誌を贈呈いたします。

〈原稿送付先〉

〒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

JJ Field Free係まで

TEL03(3345)1181 FAX03(3348)6528

私たちはジブチ共和国という国家主権の要請でジブチ国民を含めたソマリア難民救療医療活動のためはるばるアフリカに医療チームを派遣しているのがあって、国連難民高等弁務官現地事務所の要請で動いているわけではありませんでした。ましてや、国境なき医師団オランダの許可のもとに医療活動を展開するというのは晴天のへきれきでした。「国境なき医師団オランダ」の派遣メンバーは看護婦1名、助産婦1名、コ—ディネーター2名の総計4名で、主たる支援業務は予防接種と水の供給でした。要するに医師は私たちだけが派遣しており、派遣人数も私たちは三十数名を予定しており圧倒的に差がありました。派遣期間は私たちは12月までで、「国境なき医師団オランダ」は9月まででした。この現実を考えると、「国境なき医師団オランダ」の許可のもとに活動することはなんとしても納得がいかなかったのです。

この問題に対するファラー大使の答えは明快でした。

「アジア医師連絡協議会はジブチ共和国の要請に基づいてソマリア難民救療医療活動を実施しているのだから、そのまま活動をジブチ共和国保健省、外務省及び難民局と

連絡を取り合って続行していただければよい」

即ち「国家主権は国連権限に優先する」という単純明快な論理でした。国連難民高等弁務官現地事務所責任者の認識違いという結論でした。

その後、話し合いによりアジア医師連絡協議会が治療と衛生教育を担当、「国境なき医師団オランダ」が予防接種と水供給を担当することに正式決定となりました。現在は、ソマリア難民キャンプの医療活動は関係者間で定期的協議を持ちながら協力的に実施されています。お互い平等な関係です。世界各地で紛争が相次ぎ救療活動が必要とされる事態が次々と出現すると思います。当然、国連機関の役割も重要です。しかし、日本でもはやされているように国連機関万能ではありません。その立場と役割を、はつきりと誤解なく認識しておくことが大切です。

いずれにしても、難民救療活動においては難民の流入した国の置かれた立場とその国の持つ国家主権を尊重して行動することがいはん重要なことです。

なぜ

# 今NGO(国際民間協力団体)なのか

## 難民救援活動と国家主権

アジア医師連絡協議会(A.M.D.A.)  
代表 菅波 茂

難民の定義は「パスポートを持っていない」  
です。国民の定義は「納税による国家の保護のある人」です。国民が国民の保護を国家に期待し、国家は国民のために利益を追求するのが義務です。国家の形態にも部族国家から民主主義国家まで多種多様です。しかし、隣国の国民が難民となって国境を越えて流入するときにその国の国民生活に損失を与えることは明白です。このときの問題はその国と隣国との歴史的及び文化的関係によって異なってきます。したがって難民だからかわいそうといった視点だけでは事の本質を見失います。

国連機関で難民を担当するのは国連難民高等弁務官です。難民には難民が流入した国家と国連難民高等弁務官が関与します。この両者の関係はどうなっているのでしょうか。当事国でない国から難民救援活動に参加するときにぜひ認識しておく必要があります。ソマリア難民救援医療活動をケーススタ

ディに取り上げてみます。このチーム発足のきっかけは、フアラ―駐日シブチ共和国大使からアジア医師連絡協議会へのシブチ国内ソマリア難民救援活動要請でした。シブチ共和国人口約60万人にソマリア難民約8万人が流入しているため首都であるシブチヒルの医療機関利用者の8割がソマリア難民であるという説明でした。シブチ共和国の国民はソマリア人、エチオピア人及びアラブ人などによって構成されており、ソマリア人難民は客人として扱っている。病気を抱えたソマリア人難民は国境にある難民キャンプから治療を受けるために首都シブチヒルに流入しており、本来のシブチ人のための医療が破壊されかかっているとのことでした。アジア医師連絡協議会に対する要請内容は、国境にある難民キャンプでの医療活動だけでなく首都シブチヒルにあるダル・エル・ハナン産婦人科専門病院の医療支援活動も含まれていました。

ちなみにフアラ―大使は全権大使です。全権大使とはその国を代表して発言する権限を持っていることを意味します。たとえば、全権大使が酔っ払って「我が国は今より貴国と戦争状態に突入した」といってもそれは公式な宣戦布告になるわけではありません。これが全権大使の重みなのです。アジア医師連絡協議会は全権大使の要請を受けて医療チームを派遣することを決定しました。早速私たちはアフリカ経験の深い津曲兼司事務局長、国井修嗣代表、田中政宏広報局長を順次調査に派遣しました。3名の医師はシブチ共和国政府保健省、外務省、難民局、国連難民高等弁務官現地事務所など難民医療活動に必要な各組織と接触調査をしました。この調査結果を受けて田村正徳医師を医療活動支援の先陣を切って派遣しました。

- ここで大きな問題が発生しました。シブチ共和国国内難民高等弁務官事務所責任者が「国境なき医師団オランダ」とシブチ
- 1 「国境なき医師団オランダ」にはソマリア難民流入前からシブチ共和国国内で僻地医療センターの運営協力をしていた。
  - 2 「国境なき医師団」は国連難民高等弁務官と難民救援医療活動の長い歴史があり相互理解ができていた。
  - 3 アジア医師連絡協議会に関する情報不足のため難民医療活動についての担当NGO指定契約をしなかった。

国内ソマリア難民医療活動に関する専属契約を締結してしまったのです。即ち国連難民高等弁務官現地事務所の責任者の言葉によると、「国境なき医師団オランダ」がソマリア難民に関する医療活動の担当NGOになり私たちは「国境なき医師団オランダ」の許可でしか行動できなくなったわけです。国連難民高等弁務官が「国境なき医師団オランダ」を医療担当NGOに指定した理由として下記のことを考えられます。

# 医療援助活動20年を節目に

国際医療の非政府組織(NGO)である「アジア医師連絡協議会」(略称AMDA)の代表、菅波茂さん(白)が二十日に、「暹なる夢―国際医療貢献と地域おこし」と題した本をAMDAから

## AMDA代表

### 菅波 茂さん

## 記念出版



『暹なる夢―国際医療貢献と地域おこし』をまとめた、AMDA代表の菅波茂さん―岡山市梧津の菅波内科医院で

# 地道な国際貢献訴え

A5判、約三百頁。国際医療援助活動を通じた「NGOのメッカ」岡山、国際貢献都市・岡山―構想の実現を唱えて県内のNGOや宗教研団体などが七月末に集い、この構想の準備委員会が発足したことを紹介して「国際医療貢献と地域おこし」と題した本をAMDAから「暹なる夢―国際医療貢献と地域おこし」と題して、菅波茂さん(白)が二十日に、「暹なる夢―国際医療貢献と地域おこし」と題した本をAMDAから出版する。アジアへの医療援助を二十年続けた節目として、今年から舞台をアフリカへも広げたAMDAの軌跡を振り返りながら今後の展望を語り、地道な国際貢献の必要性を訴えている。

本は、とろあえず五千部出版し、消費税込みで二千五百円。申し込み、内容を説明問い合わせはAMDA(086・2684・7730)へ。

# AMDAの軌跡振り返る

アジア医師連絡協・菅波代表が本を出版



「国際貢献都市・岡山」を訴える「遥なる夢」



菅波茂代表

アジア十五の国地域の医師で構成する「アジア医師連絡協議会」(AMDA)の菅波茂代表(47)がこのほど、自らが著した本「遥(はるか)なる夢―国際医療貢献と地域おこし」を出版した。アジアへの関心を最初に抱いた高校二年の夏から三十年、自らの節目として執筆した。AMDAの軌跡を振り返りながら、「国際貢献都市・岡山」構想を提唱している。

同本はA5判、約三百頁。日本にある非政府組織(NGO)が初めて行動を共にした「マリア難民救援プロジェクト」や緊急医療チーム「アジア多国籍医師団」

の結成、御津郡加茂川町とのジョイントなど、次々と新しいNGOの活動の在り方を示してきたAMDAの歴史をひも解きながらNGOのメッカとしての「国際貢献都市・岡山」構想など、今後の活動の五つの軸について熱く語っている。さらに日本にしかできない国際貢献の形として、岡山と国際平和都市「広島」、歴史的にアジアの接点であり、第二次世界大戦で国内唯一、地上戦の舞台となっ

## 「国際貢献都市・岡山」も提唱

た「沖縄」の三都市が国際平和の実現を目指す情報源としてネットワークを組むことを提案している。

本では、AMDAが進めているネパール・ブータン難民の援助活動など、計十一プロジェクトについて説明。活動の過程で知り合い共鳴した国内外四十七人の紹介にもページを割いた。菅波さんは「国際貢献と地域おこし」という現代日本の二大テーマに、ささやかな一石を投じたい」と話している。

発行はAMDAで、初版五千部を印刷。消費税込みで二千五百円。申し込み、問い合わせはAMDA ☎086(284)7730。

# 岩手だより

岩井 くに

今年、東北地方に夏は来ませんでした。空には雲が低く垂れ込め、毎日雨が降り続きました。例年ならばたわわに実った稲穂が風にそよいでいるところですが、田圃の稲は穂を空に向かって突き上げたままです。昔なら大飢饉になっていたことでしょうが、幸い今は店頭食べ物があふれています。

さて、8月28、29日に東京で日本国際保健医療学会が開催され、AMDA岩手も外国人へのアンケート調査を在日外国人医療のセッションで発表しました。なんとここは座長の小林先生はじめ演者がAMDA関係者が多く、お互いに「おやおや」と顔を見合わせる一幕も。

さて、29日は久々の青空のもと、三陸・気仙サイクルロードレースが開催されました。今では少なくなった公道レースとあって人気が高く、800人以上の参加者が健脚を競いました。私は今年も救護でしたが、負傷者は少なかったものの半身擦過傷など怪我が大きく、(2週間後に結婚式を控えた女性もいました!) 昨年どおりの忙しさでした。

翌日からまた雨、雨、雨... この冷夏と長雨の思わぬプレゼントはなんとマツタケ。今年は近年まれにみる豊作だそうです。このあたりでは、マツタケマツタケと騒ぎだしたのはつい最近のことで、私が子供のころには、しめじやばくろう(コウタケ)、ぼりめき(ナラタケ)、あみっこ(アマタケ)といったキノコの方が評価されていました。ばくろうはごはん、ぼりめきやあみっこは芋の子汁やおろしあえにと川原に出かけて「芋の子会」。秋の味覚を楽しむのですが、今年ははたして出来ますものやら...



三陸・気仙サイクルロードレース  
出を待つ参加者たち



スタート!

## AMDA 事務局だより

アジア医師連絡協議会の会員であり、現在北海道から日本列島を縦断（もちろんマラソンで!!）している関 和正さんからお手紙と写真が届きました。出発される前AMDA本部に来られた時、手作りのAMDAの名前入りウエストポーチ（AMDAブランド?）をされていて、とても感心してしまいました。どうぞ無事成功されますように。それとしっかりAMDAの宣伝をお願いします。もし皆様の中で彼を見かけた方がいらっしゃいましたら、声援を送ってあげてください。

拝啓 8月25日に岡山県を出発しまして、早3週間がたとうとしています。おかげさまで、8月26日に宗谷岬を出発しましてから、大きな事故もなく、北海道の縦断を終えることができました。11日に函館からフェリーで青森県の大間に渡りました。

北海道を走ったときの写真ができあがりしましたので、取り急ぎ、お送りさせていただきます。今後も、引き続きましてお送りする予定です。どうぞよろしく願い申し上げます。

敬具

9月12日

関 和正



## AMD A 国際医療情報センター 平成4年度運営協力者

以下の方々にご協力頂いています。有難うございます。(順不同敬称略)

### 個人、団体

岩淵 千利／満江 (神奈川県)、永井 輝男  
中山 れん太、カトリック東京教区国際ナショナルデー委員会  
松原 雄一、藤井 和

### 医療機関

青梅慶友病院、町谷原病院、河北総合病院、高岡クリニック、山田皮膚科  
医院、富士見病院 (東京)、小林国際クリニック (神奈川県)、井上病院 (千葉)  
福川内科クリニック (大阪府)、ジャパングリーンクリニック (シンガポール/  
英国)、沖縄セントラル病院 (沖縄県) 以上 年間12万円

### 会社

三共(株)、昭和メディカルサイエンス(株)、富士コカコーラボトリング(株)  
ファルマーマーケティングサーベイ研究所、三井物産、(有)都商会、グラクソ  
三共(株)、大鵬薬品工業(株)、(株)医泉、薬樹(株)、ジョンソンエンド ジョンソン  
メディカル(株) 以上 年間12万円  
大森薬品(株)、カネボウ(株)、柳本印刷(株) 年間 5万円  
興和新薬(株)、(株)エス・オー・エス ジャパン 年間 3万円  
アイシーアイファーマ(株)、キッセイ薬品工業(株)  
国際婦人福祉協会 パーソナルコンピューター及びプリンター寄贈

当センターは寄付などにより運営されています。皆様のご協力をお待ちしております。

郵便振替：東京8-16503 加入者名：AMD A 国際医療情報センター  
銀行口座：さくら銀行 桜新町支店 普通5385716  
口座名：AMD A 国際医療情報センター 所長 小林 米幸



### ～募金のお願い～

AMDAの活動をより充実させていくために皆様からの募金をお願いしております。各プロジェクトへの募金と共に海外での活動を陰で支える事務局の管理運営費にもご協力お願いします

#### ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト

番号 岡山1-31056 名称 AMDAソマリア難民

#### ブータン難民緊急救援医療プロジェクト

番号 岡山6-3974 名称 AMDAブータン難民

#### カンボジア救援医療プロジェクト

番号 岡山7-15613 名称 AMDAカンボジア難民

#### バングラデシュ友好病院プロジェクト

番号 岡山9-10588 名称 AMDAバングラデシュ友好病院

#### AMDA管理運営費募金用振替口座

番号 岡山5-40709 名称 アジア医師連絡協議会

\*振込用紙裏面の通信欄に募金項目を明記願います。

株式会社日本S. T. ジョンソン商会  
〒101  
東京都千代田区内神田3-3-5(中信ビル)  
TEL 03-3252-1251 FAX 3252-1269

株式会社 日立メディコ 特約店  
特約サービスステーション  
岡山レントゲンサービス株式会社  
岡山市大学町6番21号  
電話(0862)31-5141(代)

Cosmo-M

コスモナティカル株式会社  
〒671-11  
兵庫県姫路市広畑区小畑136番地1  
TEL (0792)38-0455 FAX38-0453



**国際医療協力** Vol.16 No.9

---

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1993年9月15日
- 編集責任者 日置久子、片山新子
- 事務局 岡山市櫛津310-1 菅波内科医院  
TEL 086-284-7730  
FAX 086-284-6758